

介護医療院 ことぶき 事故発生の防止及び発生時対応の指針

(総則)

1. この指針は、介護医療院ことぶきにおける介護・医療事故を防止し、安全かつ適切に、質の高い介護・医療を提供する体制を確立するために必要な事項を定める。

(委員会の設置)

2. 前条の目的を達成するために、当施設に「事故発生の防止のための委員会」（以下「委員会」と略す）を設置する。
 - (1) 委員会は、次に掲げるもので構成する。
 - ア 院長（管理者）
 - イ 事務長
 - ウ 医師
 - エ 看護職員
 - オ 介護職員
 - カ 理学療法士
 - キ 管理栄養士・栄養部職員
 - ク 介護支援専門員
 - ケ 事務職員
 - コ 出口クリニック事故委員会 委員長
 - (2) 上記職種より委員長を選任し、委員長は統括安全対策担当者を務める。
 - (3) 委員会は委員長が召集し、議論すべき事項は、委員にあらかじめ通知する。
 - (4) 委員会は、毎月 1 回の定例開催及び委員長の判断による臨時会を開催する。また本会議前に各部署の安全対策担当者で集まり、個別事例報告や安全対策業務など話し合う予備会議を設ける。
 - (5) 委員会は実際の紛争対応にあたる紛争対応チームを内部に設ける。
紛争対応チームに関する規程については別に定める。
 - (6) 委員会内に、「身体拘束廃止委員会」併設し、定期的に設備、体制等の改善を図り、施設内全体で身体拘束廃止に取り組む。業務内容は別項に定める。
 - (7) 委員長は、必要と認めるときは、参考人として関係職員の出席を求め、意見を聴取することが出来る。
 - (8) 委員長は、委員会の内容を管理者に報告する。
 - (9) 委員会は、医療法人寿会内の介護医療院、クリニックで同日合同開催する。

(事故発生の防止のための職員研修に関する基本方針)

3. 委員会において策定した研修プログラムに基づき、職員に対し年 2 回「事故発生の防止のための研修」を実施するほか、新規採用者がある場合は、その都度、「事故発生の防止のための研修」を実施する。また、新規入社および中途入社職員に対し、入社後なるべくすみやかに当施設安全管理の取り組み及び基本介助技術等についての研修を行う。

(事故等発生時の対応に関する基本方針)

4. 事故等発生時には、別に定める発生時の対応に基づき適切に対処する。

(入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針)

5. 本指針は、各階サービスステーションに常備し、入所者等から閲覧の求めがあった場合は、朝9時～夕5時までの範囲内で、閲覧させるものとする。

(委員会の任務)

6. 委員会は、管理者の命を受け、所掌業務について調査、審議するほか、所掌業務について管理者に建議し承認されたものについて実行し、調査、審議の結果については、管理者に報告するものとする。

(所掌業務)

7. 委員会は、次に掲げる事項を所掌する。

(1) 〈安全対策に関する事項〉

- ア 報告システムによる事故及びひやり・はっと事例の収集、分析、再発防止策の検討・策定、防止策の実施、防止対策実施後の評価に関すること。
- イ 報告システム以外からのリスクの把握、分析、再発防止策の検討・策定、防止策の実施、防止対策実施後の評価に関すること。
- ウ 介護・医療安全対策のための職員に対する指示に関すること。
- エ 介護・医療安全対策のために行う提言に関すること。
- オ 介護・医療安全対策のための研修プログラムの検討及び実施、広報（開示を含む）及び出版の実行に関すること。
- カ その他、介護・医療安全対策に関すること。

(2) 〈紛争対策に関する事項〉

- ア 紛争対応チームから報告される紛争の分析・再発防止策の検討・策定、再発防止策の実施、再発防止対策実施後の評価に関すること。
- イ 再発防止策のための職員に対する指示に関すること。
- ウ 再発防止策のために行う提言に関すること。
- エ 再発防止策のための研修プログラムの検討及び実施、広報及び出版の実行に関すること。
- オ その他、紛争に関すること。
- カ 家族関係者、行政機関、警察、報道機関などへの対応

(3) 〈身体拘束に関する事項〉

- ア 施設内の推進体制整備に関すること。
- イ 介護の提供体制の見直しに関すること。
- ウ 「緊急やむを得ない場合」を判断する体制・手続きに関すること。
- エ 施設内の設備等の改善に関すること。
- オ 施設内の従業者その他の関係者の意識啓発の為の取り組みに関すること。
- カ 入所者の家族への十分な説明、同意に関すること。
- キ 身体拘束廃止に向けての数値目標に関すること。

(個人情報の保護)

8. 委員は、個人情報保護のため以下の事項を遵守する。

(1) 委員は、委員会で知り得た事項に関しては委員長の許可なく他に漏らしてはならない。

(2) 委員は、委員長の許可なく事故報告書、ひやり・はっと報告書、分析資料、委員会議事録、事故調査報告書等の事故、紛争、ひやり・はっと事例に関しての全ての資料を複写してはならない。

- (3) 委員は、委員長の許可なく事故報告書、ひやり・はっと報告書とその統計分析資料等を研究、研修等で利用してはならない。

(安全対策担当者)

9. 介護・医療安全対策に資するために、各部門に安全対策担当者（各部署長、事故対策委員数名）を置く。（別表に記載）
- (1) 安全対策担当者は各部署長が任命する。
 - (2) 委員長が安全対策担当者の統括を行う。
 - (3) 安全対策担当者は、委員長より以下の権限を与えられる。
 - ア 「事故」及び「ひやり・はっと」事例の報告システムの部署ごとに管理を行なう。
 - イ 報告システムによって収集した事例について、医師を含む関係職員への面談、事実関係調査を行う。
 - ウ 報告システム以外からリスクを把握し委員会への報告を行なう。
 - エ 委員会で策定した防止策の実行指導・支援、改善点検を行なう。
 - オ 介護・医療安全対策に関する職場点検と改善を行なう。
 - カ 介護・医療安全対策に関する情報収集を行なう。
 - キ 介護・医療安全対策に関する研修計画立案を行なう。
 - ク 介護・医療安全対策に関する施設内調整を行なう。
 - ケ 報告システムによって収集した事例の原因分析及び防止対策を、委員会で策定する際のまとめ役を担う。
 - コ その他の介護・医療安全対策に関する活動を行なう。
 - サ 活動内容について委員会に報告を行なう。

(報告システム)

10. 報告システムを以下のとおりとする。

(1) 〈事故報告〉

施設内で介護・医療事故が発生した場合、当該事故に関与した職員は、応急処置又はその手配、拡大防止の措置及び上司への報告など必要な処置をした後、速やかに別に定める「事故報告書」を安全対策担当者に提出する。事故報告を受けた職員は、直ちに管理者（管理者が何らかの理由により不在の場合は、予め定められた順位のもの）に報告し、管理者は安全対策担当者及び所要の職員に事故内容を伝達するとともに対応を指示する。事故対応終了後、安全対策担当者は当該事故の評価分析を行ったうえで、委員会に報告する。

施設内での事故報告の扱いは、利用者への影響レベル 3 以上の状態をいう。事象が発生し、治療や入院加療が必要となった状態をいう。

(2) 〈ひやり・はっと事例報告〉

施設内でひやり・はっと事例が発生した場合は、関係した職員は別に定める「ひやり・はっと報告書」を作成し、安全対策担当者に報告する。安全対策担当者は、報告されたひやり・はっとをとりまとめたうえで、委員会に報告する。また、「ひやり・はっと報告書」は個人情報保護に配慮した形で取りまとめの上、関係職員で共有し、介護・医療事故、紛争の防止に積極的に活用する。なお、ひやり・はっと事例を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行わない。

当施設でのヒヤリハット報告の扱いは、利用者影響レベル 1～2 の状態をいう。事故事象は発生しているが、利用者の身体的、精神的影響が軽微なもの、または経時観察が必要なもの。

(3) 〈気づきノート報告〉

施設内で事故やヒヤリハット事例以前に発見、発生した事象で利用者の身体的、精神的影響が発生していないもの（利用者の状態、行動、様子、周囲環境変化等）をサービスステーション内におかれた気づきノートに記載し、迅速に他職員等に対し周知する。ノートの記載内容は日時、場所、気づき内容、対策・対応を簡潔に書く。

(4) 〈市町村への報告〉

事故発生時の対応（高知県が示した介護事故発生時の報告に準ずる）

1) 報告の範囲

- (1) サービスの提供による利用者のけが又は死亡事故の発生（事故レベル4以上）
- (2) 食中毒及び感染症、結核の発生
- (3) 職員の法令違反・不祥事の発生
- (4) その他、報告が必要と認められる事故の発生

2) 報告の手順

- (1) 事故発生後、各事業者は速やかに市町村へ電話又はFAXにより報告する
- (2) 事故処理の経過についても電話又はFAXにより適宜報告すること
- (3) 事故処理の区切りがついたところで、文書で報告すること

3) 報告先

被保険者の属する保険者(市町村)及び事業所・施設が所在する保険者、双方に連絡すること

4) 事故報告の期限

- (1) 管理者は1)に定める事故が発生した場合、各自治体の介護事故報告書(報告様式)により、出来る限り速やかに、(原則3日以内)事故報告を行うこと
- (2) 概ね2週間以内に、介護事故検討会を開催し、介護事故検討会会議録を提出すること。
介護事故検討会は、事故の再発防止に向け発生事故の検証とともに他の利用者の自立支援に供する内容とすること

(職員の責務)

11. 職員は日常業務において介護・医療の安全と安心を確保するために、利用者との信頼関係を構築するとともに、介護・医療事故の発生の防止に努めなければならない。

(記録の保管)

12. 委員会の審議内容等、施設内における事故に関する諸記録は2年間保管する。

(指針等の見直し)

13. 本指針等は委員会において定期的に見直し、必要に応じて改正するものとする。

(身体拘束に関する基準)

14. 身体拘束に関する基準は別紙に記載しているとおり適切に対処する。