

安全管理委員会 リスクマネージメントマニュアル

令和4年7月4日 改訂
和水町特別養護老人ホーム「きくすい荘」
安全管理委員会

リスクマネジメントマニュアル

第1 施設における事故の防止体制の整備

和水町特別養護老人ホーム「きくすい荘」（以下「きくすい荘」）は、次の事項を基本として、施設内及び施設外（デイサービス・ショートステイ送迎時、屋外活動等）における事故防止体制の確立に努める。

1 安全管理規定の作成

安全管理規程には、次の事項を規定する。

- ア 事故のための施設内体制の整備
- イ 安全管理委員会の設置及び所掌事務
- ウ インシデント事例の報告体制
- エ 事故報告体制
- オ 事故発生時の対応
- カ その他事故の防止に関する事項

2 安全管理における定義

- (1)「インシデント」とは、長期入居、ショートステイ及びデイサービス利用中に、入居者様及び利用者様に傷害が発生する前に発見されたもの又は職員によって誤った行為が実施されたが傷害が発生しなかったものをいいます。

また、不可抗力によるものや入居者様及び利用者様自身の行為によるものも含まれます。

- (2)「アクシデント」とは、入居者様及び利用者様に傷害が発生したものをいいます。

また、不可抗力によるものや入居者様及び利用者様自身の行為によるものも含まれます。

- (3)「その他」とは、苦情、離棟、施設上の問題、医薬品等の紛失・破損及び職員に発生した事態（針刺し事故など）をいいます。

3 インシデント及びアクシデントのレベル等

- (1)「インシデント事例」とは、レベル0からレベル2までをいう。また、「アクシデント事例」とは、レベル3からレベル6までをいう。

- (2)「レベル0」とは、エラー及び誤りがあったが、未然に発見し、入居者様及び利用者様には実施されなかった場合をいう。

- (3)「レベル1」とは、入居者様及び利用者様へ実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性は否定できない場合をいう。

- (4)「レベル2」とは、処置や治療は行なわなかったが、観察強化、バイタルサイ

ンの軽度変化及び安全確認の検査等の必要性が生じた場合をいう。

- (5)「レベル3」とは、看護師による治療を要した場合、誤薬及び与薬忘れの場合をいう。
- (6)「レベル4」とは、医師による治療を要した場合をいう。
- (7)「レベル5」とは、永続的な障害や後遺症が残る場合をいう。
- (8)「レベル6」とは、事故が死因となった場合をいう。
- (9)「その他の事例」とは、入居者様及び利用者様からの苦情、離棟、施設上の問題、医薬品等の紛失、破損及び職員に発生した事態の場合をいう。

4 安全管理委員会の設置

- (1)「きくすい荘」は、安全管理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。
- (2)委員会は、相談員、介護士、看護師等をもって構成する。
- (3)委員会の委員長、副委員長は、職員とする。
- (4)委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
 - ア 事故防止対策の検討及び研究に関すること
 - イ 事故の分析及び再発防止策の検討に関すること
 - ウ 事故防止のために行う職員に対する指示に関すること
 - エ 事故防止のために行う施設長等に対する提言に関すること
 - オ 事故防止のための啓発・教育・広報及び出版に関すること
 - カ 訴訟に関すること
 - キ その他事故の防止に関すること
- (5)委員会は、所掌事務に係る調査、研究等の業務を行う。
- (6)委員会の検討結果については、定期的に施設長に報告するとともに、リスクマネージャーを通じて、各部署に周知する。
- (7)委員会の開催は、概ね毎月1回とする。ただし、必要に応じ、臨時の委員会を開催できるものとする。
- (8)委員会の記録その他の庶務は、原則として副委員長が行う。

5 リスクマネージャーの配置

- (1)インシデント事例の詳細な把握、検討等を行い、事故の防止に資するため、各部署にリスクマネージャーを置く。
- (2)リスクマネージャーは、各部署それぞれに若干名を置く。
- (3)リスクマネージャーの任務は、以下のとおりとする。
 - ア 各部署における事故の原因及び防止方法並びに介護体制の改善方法についての検討及び提言
 - イ インシデント・アクシデント報告書の内容の分析及び報告書への必要事項の記入

- ウ 委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の所属部署職員への周知徹底、その他委員会との連絡調整
- エ 職員に対するインシデント事例報告の積極的な提出の励行
- オ その他事故の防止に関する必要事項

第2 事故防止のための具体的方策の推進

1 事故防止の要点と対策の作成

事故防止のため、委員会等において、ベッド・車イス・食事等についての具体的な注意事項を定める事故防止の要点と対策を作成し、職員に周知徹底を図る。

2 インシデント事例の報告及び評価分析

(1) 報告

ア 施設長は、事故の防止に資するようインシデント事例の報告を促進するための体制を整備する。

イ インシデント事例の報告は、体験した職員がその概要を文書（以下「インシデント・アクシデント報告書」という。）に記載し、翌日までにリスクマネージャーに報告する。

ウ リスクマネージャーは、インシデント事例報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等、必要事項を記載して委員会に提出する。

エ インシデント・アクシデント報告書を提出した者に対し、当該報告を理由に不利益処分を行ってはならない。

オ インシデント・アクシデント報告書は、事務所において同報告の記載日の翌日から起算して、10年間保管する。

(2) インシデント事例集の作成

「きくすい荘」においては、インシデント事例を評価分析し、事故の防止を図るため、当該事例集を作成する。

なお、事例集については、インシデント事例報告に基づき、定期的に事例に追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

3 施設内における事故防止の周知徹底報告

施設長は、事故の周知徹底に努めるものとし、具体的に次の対策を講じる。

ア 事故防止月間行事の実施

イ 事故防止ポスターの掲示

ウ 事故防止講演会の実施

エ 各部門における事故防止確認のため、業務開始時のミーティングの実施

オ 他の施設における事故事例の学習

第3 事故発生時の対応

1 初動体制

- (1) 事故が発生した際には、介護士・看護師等の連携の下に救急措置を行う。
- (2) 重大事故の発生に備え、ショックや心停止に直ちに対応できる体制を整備する。

2 事故の報告

(1) 施設内における報告の手順と対応

ア 事故が発生した場合は、次のとおり直ちに上司に報告する。

- ① 介護士→看護師→相談員→施設長
- ② デイサービス→看護師→相談員→施設長
- ③ 給食→管理栄養士→施設長
- ④ 事務員→施設長

イ 施設長は、報告を受けた事項について、委員会に報告する。

ウ 利用者の生死に係る事故等、特に緊急的な対応が必要な場合は、介護士等は速やかに施設長に報告する。

(2) 施設内における報告の方法。

報告は、文書により行う。ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、文書による報告を速やかに行う。なお、事故報告書は、①事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人により、又は②その他の者が事故を発見した場合には、発見者とその現場の主任により、記載する。

(3) 保険者本庁等への報告

ア 施設は、事故が発生した場合、事故報告書を保険者（市町村）に報告する。

イ 報告を要する事故の範囲

- ① 当該行為によって利用者を死に至らしめ、又は死に至らしめる可能性があるとき
- ② 当該行為によって利用者が転倒、骨折等による入院等重傷事故が発生したとき
- ③ その他利用者から抗議を受けたケースや紛争に発展する可能性があると思われるとき

(4) 事故報告書の保管

事故報告書については、事務所において同報告書の記載日の属する年度から起算して、10年間保管する。

3 利用者・家族への対応（謝罪、説明）

- (1) 利用者に対しては、“誠心誠意”治療に専念していただくとともに、利用者及

び家族に対しては、“誠意”をもって謝罪し、理解していただけるよう事故の詳しい説明を行う。

- (2) 利用者及び家族に対する事故の謝罪と説明は、原則として施設長、相談員及び各部署の主任が対応する。

4 事実経過の記録

- (1) 介護士・看護師等は、利用者の状況、処置の方法、利用者及び家族への説明内容等を介護記録等に詳細に記録する。
- (2) 記録にあたっては、具体的に以下の事項に留意する。
- ア 初期対応が終了次第、速やかに記載すること
 - イ 事故の状況、利用者の状況をできる限り時系列で記載すること
 - ウ 事実を客観的かつ正確に記載すること（想像や憶測に基づき記載しない。）

5 警察への届出

- (1) 事故によって死亡、又は障害が発生した場合、若しくはその疑いがある場合には、施設長は、速やかに警察署に届出を行う。
- (2) 警察署への届出を行うに当たっては、原則として事前に利用者及び家族に説明する。
- (3) 施設長は、届出の具体的内容を速やかに保険者（市町村）へ報告する。

6 介護事故の評価と事故防止への反映

事故が発生した場合は、委員会において、次の事項について評価検討を加え、その後の事故防止対策に反映させるものとする。

- ア 事故報告に基づく事例の原因分析
- イ 発生した事故について、組織としての責任体制の検証
- ウ 講じてきた事故防止対策の効果
- エ 同様の事故事例を含めた検討
- オ その他事故の防止に関する事項