

## 事故発生防止のための指針

### 1. 施設における介護事故の防止に関する基本的な考え方

当施設(短期入所生活介護事業所を含む)では、「人間としての尊厳を冒し、安全や安心を阻害しており、提供するサービスの質に悪い影響をあたえるもの」をリスクとして捉え、より質の高いサービスを提供することを目標に介護事故の防止に努めます。そのために、必要な体制を整備するとともに、利用者一人ひとりに着目した個別的なサービス提供を徹底し、組織全体で介護事故の防止に取り組みます。

### 2. 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織

介護事故発生の防止等に取り組むにあたって「事故予防対策委員会・安全対策委員会」を設置します。

#### 1) 「事故予防対策委員会・安全対策委員会」及び「安全対策担当者」の設置

##### ① 設置の目的

施設内での介護事故を未然に防止し、安全かつ適切で質の高いケアを提供する体制を整備します。また、安全対策を恒常的なものとする観点から、事故発生を防止のための「安全対策担当者」を定めます。万が一事故が発生した場合は、最善の処置、対応を行い施設全体で取り組むことを目的とします。

##### ② 事故予防対策委員会・安全対策委員会の構成員

- ア) 施設長
- イ) 事務長
- ウ) 医師
- エ) 生活相談員
- オ) 介護支援専門員
- カ) 看護職員
- キ) 管理栄養士(栄養士)
- ク) 介護職員
- ケ) 機能訓練指導員
- コ) 安全対策担当者(事故発生時専任担当者)

##### ③ 事故予防対策委員会・安全対策委員会の開催

定期的に3ヶ月に1回開催し、介護事故発生の未然防止、再発防止などの検討を行います。事故発生時等必要な際は、随時委員会を開催します。

④ 事故予防対策委員会・安全対策委員会(安全対策担当者)の役割

ア) 事故発生防止のための指針、介護事故対応マニュアル、事故(ヒヤリハット)報告書の整備

介護事故の未然防止及び発生時における速やかな対応のため、定期的に事故発生防止のための指針、介護事故対応マニュアルを見直し、必要に応じて事故発生防止のための指針、介護事故対応マニュアルを更新します。事故(ヒヤリハット)報告書等の様式についても国の通知をもとに定期的に見直し、必要に応じて更新します。

イ) 事故(ヒヤリハット)報告の分析および改善策の検討

各部署から報告のあった事故(ヒヤリハット)報告を分析し、事故発生防止のための改善策を検討し、その結果について施設長に提言します。

ウ) 改善策の周知徹底

イ)によって検討された改善策を実施するため、職員に対して周知徹底を図ります。

エ) 事故防止の標語の公募と発信

委員会職員に限らず事故防止に繋がる意見を幅広く集め、オ)により職員への周知を行います。

オ) 事故防止月間・週間の策定

エ)により集められた情報をもとに月間・週間目標を策定し事故発生防止のための一助とします。

2) 多職種共同によるアセスメントの実施による事故予防

① 多職種(介護、看護、栄養、相談、リハビリ、事務)共同によるアセスメントを実施します。

利用者の心身の状態、生活環境、家族関係等から、個々の状況把握に努めます。

事故に繋がる要因を検討し、事故予防に向けた各種サービス計画を作成します。

② 介護事故予防の状況が事故に繋がらないよう、定期的なカンファレンスを実施します。

3. 介護事故発生防止における各職種の役割

施設内において、事故発生防止のためにチームケアを行う上で、各職種がその専門性に基づいて適切な役割を果たします。

(施設長)

- 1) 事故発生防止のための総括管理
- 2) 事故予防対策委員会・安全対策委員会総括責任者

(医師)

- 1) 診断、処置方法の指示
- 2) 各協力病院との連携を図る

(看護職員)

- 1) 医師、協力病院との連携を図る
- 2) 施設における医療的行為の範囲についての整備
- 3) 処置への対応
- 4) 事故及びヒヤリハット事例の収集、分析、再発防止策の検討
- 5) 記録は正確、かつ丁寧に記録する

(生活相談員)

- 1) 事故発生予防のための指針の周知徹底
- 2) 緊急時連絡体制の整備(施設、家族、行政)
- 3) 報告(事故報告、ヒヤリハット)システムの確立
- 4) 事故及びヒヤリハット事例の収集、分析、再発予防策の検討
- 5) 家族、医療、行政機関、その他関係機関への対応、報告
- 6) 介護主任と共に、業務開始時における事故防止ミーティングの実施

(介護支援専門員)

- 1) アセスメントをもとにケアプランの見直し・作成を行う

(管理栄養士・栄養士)

- 1) 食品管理、衛生管理の体制整備と管理指導
- 2) 食中毒予防の教育と、指導の徹底
- 3) 緊急時連絡体制の整備(保健所、各関係機関、施設、家族)
- 4) 利用者の状態に合わせた食事形態の工夫

(介護職員)

- 1) 食事・入浴・排泄・移動等介助における基本的知識を身につける
- 2) 利用者の意向に沿った対応を行い無理な介護は行わない
- 3) 利用者の疾病、障害等による行動特性の把握

- 4)利用者個々の心身の状態を把握し、アセスメントに沿ったケアを行う
- 5)多職種共同のケアを行う
- 6)記録は正確、かつ丁寧に記録する

(安全対策担当者)

- 1) 事例集の作成と周知
- 2) 事故要因の分析と検証、改善策の立案と評価

(事務)

- 1)施設内の環境整備
- 2)備品の整備
- 3)職員への安全運転の徹底

(機能訓練指導員)

- 1)利用者の状態把握
- 2)利用者の身体機能低下予防対策
- 3)経過記録の整備

#### 4. 介護事故発生防止のための職員研修に関する基本方針

介護事故発生の防止等に取り組むにあたって、事故予防対策委員会・安全対策委員会を中心として、介護事故発生防止に関する職員への教育・研修を、定期的かつ計画的に行います。

- ① 定期的な教育・研修(年2回以上)
- ② 新任者に対する事故発生防止の研修
- ③ その他 必要な教育・研修

#### 5. 介護事故等の報告及び、介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策

##### 1) 報告システムの確立

情報収集のため、【別紙1】をもとにヒヤリハットや事故報告書を作成し、報告システムを確立します。収集された情報は、【別紙2】を参考に分析・検討を行い、事業所内で共有し、再び事故を起こさないための対策を立てるために用います。

なお、この情報を、報告書個人の責任追及のためには用いません。

##### 2) 事故要因の分析

集められた情報を基に、「分析」⇒「要因の検証」と「改善策の立案」⇒「改善策の実践と結果の評価」⇒「必要に応じた取組みの改善」といったPDCAサイクルによ

って活用します。

また、その過程において自施設における事例だけでなく、知りうる範囲で他施設の事例についても取り上げ、リスクの回避、軽減に役立てます。

### 3) 改善策の周知徹底

分析によって導きだされた改善策については、事故予防対策委員会・安全対策委員会を中心として実践し、全職員に周知徹底を図ります。

## 6. 介護事故発生時の対応

介護事故が発生した場合には、下記のように速やかに対応します。

#### ① 当該利用者への対応

事故が発生した場合は、周囲の状況及び当該利用者の状況を判断し、当該利用安全確保を最優先とし行動します。

関係部署及び家族等に速やかに連絡し必要な措置を講じます。

状況により、医療機関への受診等が必要な場合は、迅速にその手続きを行います。

#### ② 事故状況の把握

事故の状況を把握するため、関係職員は「事故報告書」で、速やかに報告します。

報告の際には状況がわかるよう事実のみを記載するようにします。

#### ③ 関係者への連絡・報告

関係職員からの報告書に基づき、ご家族・担当ケアマネージャー(短期入所の利用者の場合)及び必要に応じて保険者等に事故の状況等について報告を行います。

#### ④ 損害賠償

事故の状況により賠償等の必要性が生じた場合は、当施設の加入する損害賠償保険で対応します。

## 7. その他の災害等への対応

火災・大規模地震等の災害によるリスクの回避・軽減のため、下記の手順で行います。

#### ① 防災計画及び業務継続計画(BCP)の作成

#### ② 非常災害のための体制(自衛消防組織等)

#### ③ 近隣住民との防災協定の締結

#### ④ 避難誘導訓練・消火訓練等の実施(年3回)

#### ⑤ 避難・消火・通報装置等の設置及び定期的保守点検

#### ⑥ 非常用食料等の備蓄

- ⑦ 上記体制の周知のための職員教育
- ⑧ その他

## 8. 事故発生防止のための指針の閲覧について

この指針は、当該施設内に掲示し、いつでも自由に閲覧することができます。

## 9. 適用年月日

この指針は、平成20年11月1日から施行する。

改正	令和	3年	9月	1日
改正	令和	4年	4月	1日
改正	令和	5年	1月	1日
改正	令和	6年	10月	1日

【別紙1】

事故報告書・ヒヤリハットの連絡目安

● 事故報告書（区市町村の保険者提出）

・死亡事故（死亡事故、自殺等）	
・介護事故（利用者間のトラブルも含む）（骨折、縫合、火傷、溺水等で処置が必要なもの）	
・食中毒・感染症（指定感染症）※必要に応じ保健所に報告	身元引受人と保険者に連絡
・誤嚥、誤食（入院が必要な場合）	身元引受人と保険者に連絡
・誤薬（下剤や調整剤は各区市町村に確認。）※服薬忘れでの体調不良も含む	身元引受人と保険者に連絡
・職員の法令違反・不祥事等	身元引受人と保険者に連絡
・各市町村より事故報告書を、求められた場合。	身元引受人と保険者に連絡
※判断に迷う場合は、区市町村へ電話にて報告・確認を行い必要に応じて事故報告作成	

● 施設内事故報告

・区市町村が必要としない事故	身元引受人に連絡
・転落、転倒、滑落等（打撲、縫合を必要としない裂傷）	身元引受人に連絡
※痛み・外傷無し・小さい表皮剥離	身元引受人に連絡不要
・誤嚥、誤食（施設医師が診察し、入院治療を必要無し）	身元引受人に連絡
・無断外出（捜索願無し）	身元引受人に連絡
・服薬介助忘れ（服薬忘れの利用者に体調不良無し）	身元引受人に連絡
・薬の紛失	身元引受人に連絡不要
・入浴中に溺れてしまったが直ぐに発見（意識に異常なし）	身元引受人に連絡不要
※意識に異常無いが、少し水を飲んでしまった	身元引受人に連絡
利用者間でのトラブル	
・杖や物で相手側の利用者を殴ってしまった	両方の元引受人に連絡
・手で頭や頬を叩いてしまい、痣などができてしまった	両方の身元引受人に連絡
・手で頭や頬を叩いてしまい、痣などの怪我が無い	利用者同士の仲裁のみ
・手で頭や頬を叩いてしまったが、怪我はない	仲裁のみで、連絡不要
※介護日誌、ケース記録、引継ぎノート等に記載し、今後の対応の検討	

利用者から職員へ

・利用者から職員への暴力。セクシャルハラスメント	身元引受人に連絡、職員間での情報共有
--------------------------	--------------------

● ヒヤリハット

・事故を未然に防いだ、又は、転倒・転落などの事故は発生したが痛みや外傷がない物
・この先に事故に繋がる可能性がある物
・利用者間でのトラブルを未然に防いだ
※事故ではないので身元引受人に連絡不要

【別紙2】

介護事故の原因となる3つのリスク要因

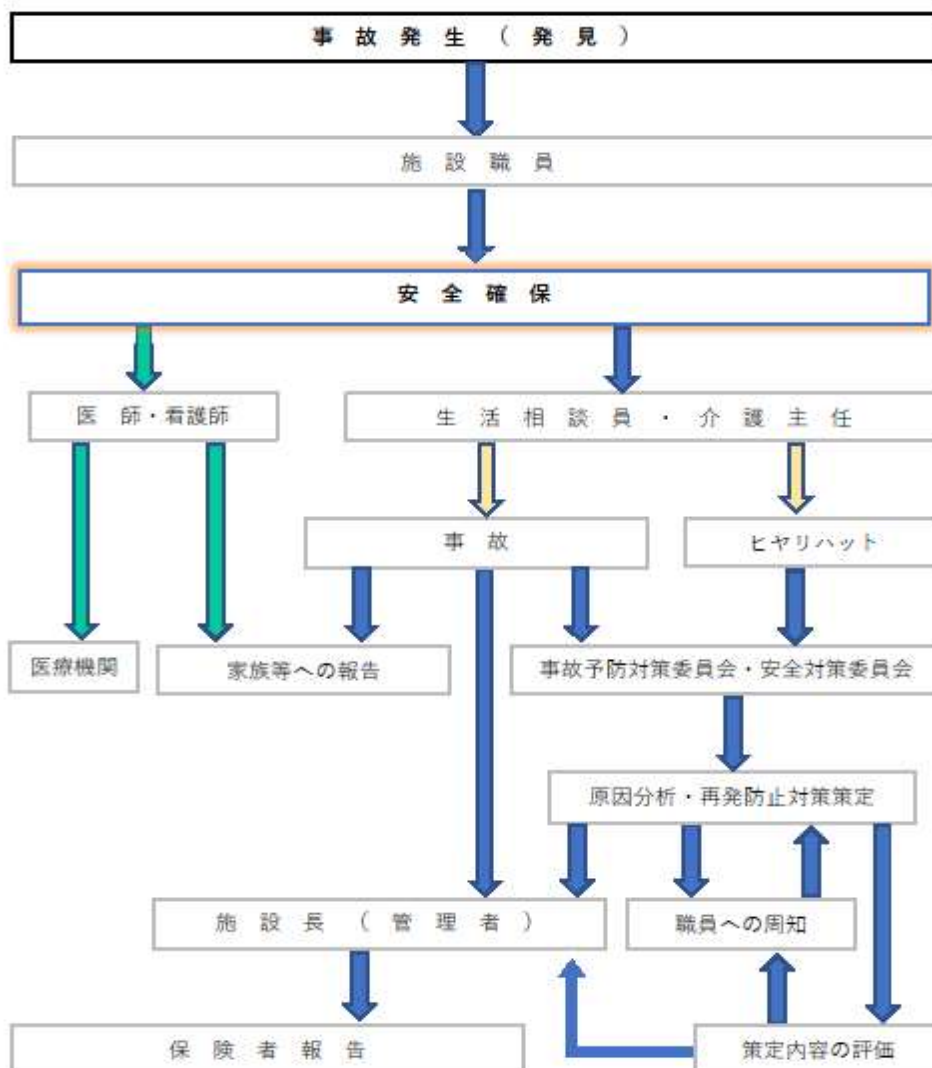
- 利用者側にあるリスク
- 介護者側（介護職）にあるリスク
- 環境に潜むリスク

大項目	中項目	説明
利用者側にあるリスク	身体状況（ADL、IADLなど）	<p>【利用者の身体状況からくる事故のリスク】</p> <p>下肢筋力、移動の方法、排せつ、入浴といった日常生活動作や、電話・買い物などの手段の日常生活動作の状態把握。</p> <p>日々の体調によって変化する場合があるので、普段の状態を把握したうえで、変化に対して気づきを持たなければならない。</p>
	認知面	<p>【認知症有無や、認知症の種類、深さ、それが日常生活に及ぼす影響によるリスク】</p> <p>現在の状態と中核症状を把握しておくことにより、病気の進行に気づくことができる。</p>
	これまでの生活歴（生活習慣含む）	<p>【利用者の価値観や性格、日々の生活習慣によるリスク】</p> <p>把握しておくことにより、利用者の行動を予測することができ、事前にリスクを排除することができる。</p>
	既往歴、現病歴	<p>【これまでかかった病気や、現在抱えている病気によるリスク】</p> <p>病気により、普段注意しておかなければならないポイントをおさえておくことで、重篤な状況になる前に対応することができる。</p>
介護者側（介護職）にあるリスク	介護者の経験・知識・技術	<p>【介護職の経験や知識、技術の不足からくるリスク】</p> <p>介助の能力や、観察力、気づきの力、情報を共有するための記録や伝達力、コミュニケーション力なども含まれる。</p> <p>介護職全員が同じ能力を持っているわけではないので、職員ごとの能力をお互いに把握し、必要時は補い合う必要がある。</p>
	身体の状態	<p>【介護職の身体の健康状態によるリスク】</p> <p>持っている疾患や腰痛、風邪やインフルエンザといった感染症、疲労、睡眠不足などからくる集中力の低下などが該当する。</p> <p>自己管理が大切な部分ですが、こちらもチームのメンバーが状態を把握して、補い合うことでリスクを軽減することができる。</p>
	心の状態	<p>【介護職の心の状態（精神状態）からくるリスク】</p> <p>仕事、プライベートに関わらず、ストレスによる精神状態の乱れはリスクになる。</p> <p>人を支援することは、メンタルヘルスが大きく影響する。</p> <p>時には自分自身が潰れてしまったり、他者に向けて虐待に走ってしまうことも考えられる。職員の言葉や行動、仕事の状況など、精神状態が表れるようなことがらに</p>



		注意を払い、上司が面談をしたり、メンバーがフォローすることでリスクを減らすことができる。
	組織上の問題	組織上の問題とは、最低限の介護職が確保できているか、事故の情報共有システムが整っているかなどチームが円滑に機能するために必要な状態になっているかどうかというリスク。これが不足していると、介護職 1 人ひとりの能力が高くても、チームは円滑に機能せず、リスクが高くなってしまふ。逆に、システムによって個人の能力を補うこともできる。
環境に潜む リスク【介護 を行う環境 にあるリス ク】	住環境	住環境については、騒音、段差、床などの素材、死角の存在がリスクとして考えられる。  騒音は認知症の利用者の精神状態に影響を及ぼし、気分がすぐれなくなったり、落ち着かなくなり、転倒などのリスクとなる。  住環境や家具については、長くその場所にいると慣れてしまつて、リスクに気づきにくくなる。たとえば、小さな段差があったとして「今まで一度も転倒事故が発生したことがないから」という理由で放置されてしまひ、転倒が起こった時に初めて「もっと早く手を打てたのに」といったことが起こりえる。
	家具など	家具などでは、テーブルや椅子が利用者の身体に合っているかどうか、テーブルの角などでけがをする恐れがないかなどが該当する。  テーブルや椅子の高さは、転倒や転落だけでなく食事の際の誤嚥リスクにつながる。最近是小柄な高齢者向けの椅子や、高さ調節できるテーブルが増えてきましたが、一般の商品は膝下 40 cm のものが多いが、日本人の高齢者だと 34~38cm ぐらいなので合わない。テーブルの高さも、多くの施設では高すぎる傾向にある。  きちんと座つて腕をテーブルに乗せた時に、肘の角度が 90 度になるのが理想。
	動線上	動線上というのは、移動する経路に障害物があるかないかをさす。  物だけではなく、たとえば床が濡れて滑りやすくなっている場合も考えられる。  移動する前に、動線になにもないか、誰もいないかをチェックする必要がある。
	日常生活用具類 (福祉用具)	日常生活用具については、杖が身長に合っているかなどの適切な使用の有無と、先のゴムがすり減っていないかといったメンテナンス、破損する恐れがあるほど老朽化していないか、といったことがリスクになる。

## 介護事故対応マニュアル



介護事故が発生した場合には、下記のように速やかに対応します。

- ① 当該利用者への対応
  - 事故が発生した場合は、周囲の状況及び当該利用者の状況を判断し、当該利用安全確保を最優先とし行動します。
  - 関係部署及び家族等に速やかに連絡し必要な措置を講じます。
  - 状況により、医療機関への受診等が必要な場合は、迅速にその手続きを行います。
- ② 事故状況の把握
  - 事故の状況を把握するため、関係職員は「事故報告書」で、速やかに報告します。
  - 報告の際には状況がわかるよう事実のみを記載するようにします。
- ③ 関係者への連絡・報告
  - 関係職員からの報告書に基づき、ご家族・担当ケアマネージャー（短期入所の利用者の場合）及び必要に応じて保険者等に事故の状況等について報告を行います。