

事故発生防止のための指針

承認者	確認者	作成者
印	印	印

改訂管理表

	改訂年月日	改訂内容
初版	H21年2月1日	新規作成
2	H25年3月1日	<p>1. 目的の1行目、介護老人保健施設運営 を追加。 目的の2行目、利用者及びその家族に を削除。 目的の3行目、及び介護事故を削除する。</p> <p>2. 事故発生防止に関する基本的な考え方の1行目、「人間はミスを犯すもの」と言う観点に立ちを削除する。</p> <p>3. 事故発生防止のために委員会の設置の1) 設置目的から4) 委員会の活動にいたる全文を削除して事故防止対策委員会規約参照の文章を追加する。</p> <p>4. 職員研修に関する基本方針は、職員研修についてに変更する。 1) 目的を削除する。 1行目の とともに、ウエルハウス清和台・・・以下の文章を削除して、その後、ために定期的に研修会を実施する。また施設外の研修にも参加し新しい知識の普及に努め安全管理の徹底を行う を追加する。 2) 研修内容は1) 研修内容に変更する。 (1) 全職員を対象とした定期的研修の項目は・委員会において研修プログラムを作成と・随時資料の回覧や掲示を行う を削除して ・委員会において研修プログラムを作成し、随時資料の回覧や掲示を行うを追加する。 (3) 委託業者を対象とした研修の項目は必要に応じて、調理業務の後に清掃業務等を追加する。</p> <p>5. 事故発生防止のための報告制度の項目で2) その概要を報告書に記載しを削除する。末文にその概要を事故報告書（以下報告書と記す）に記載するを追加する。 3) から7) を削除し、新たに3) から9) の文章を追加する。</p> <p>6. 事故発生時の対応 1) から5) の全文と図（緊急時連絡網）を削除する。 新たに事故発生時の対応はで始まる7行の文章を追加する。</p> <p>7. 利用者に対する本指針の閲覧に関する基本方針 1行目の下全を午前に変更する。</p> <p>8. その他 2) 記録の保管の文章で、諸記録の後に（事故報告書を含む）を追加する。</p>

<p>3</p>	<p>H27 年 1 月 1 日</p>	<p>3. 事故防止発生のための委員会の設置の 1 行目、事故防止委員会規約参照を安全委員会に変更。</p> <p>5. 事故発生防止のための報告制度の 8) の 1 行目、事故防止委員会を安全委員会に変更する。同じく、9) の 1 行目、「不適合（事故）対応管理業務フロー図」を削除して「事故対応管理フロー図」に変更する。</p> <p>6. 事故発生時の対応の 1 行目、不適合（事故）対応管理業務フロー図を削除して「事故対応管理フロー図」に変更する。同じく、3 行目のできるだけを削除する。</p>
<p>4</p>	<p>2019 年 10 月 1 日</p>	<p>3. 事故発生防止のための委員会の設置の 1 行目、安全委員会を事故防止対策委員会に変更。</p> <p>5. 事故発生防止のための報告制度の 2) の 2 行目その概要を事故報告書（以下報告書と記す）に記載する。をその概要をインシデント管理システムのインシデント・アクシデントレポートに入力する。に変更する</p> <p>3) 所属部署の責任者は報告書を確認する。家族への連絡が必要なときはその状況を報告するとともにその内容を報告書に記載する。を削除し所属部署の責任者はインシデント・アクシデントレポートを確認する。家族への連絡が必要なときはその状況を報告するとともにその内容をインシデント・アクシデントレポートに入力する。</p> <p>4) 各委員は 4) 各委員は報告書の記載内容や記載もれがないか確認を行い、事故発生後 1 週間以内に委員長に提出する。を削除し 4) 各委員は、インシデント・アクシデントレポートに記載もれがないか確認を行い、事故発生後 2 週間以内に所属部署の責任者に承認してもらう。</p> <p>5) 委員長は報告書を品質管理責任者（療養部長）へ提出する。緊急性のある場合、事前に対応し処置の指示に従う。を削除し 5) 事故レベル 3b 以上の事故に関しては、インシデント重症例発生報告書に入力しグループコムにて法人医療安全委員会、施設長、事務長、療養部長、事故防止対策委員長に 24 時間以内に報告する。</p> <p>6) 委員会は報告書から事故発生の誘引となる問題点を把握する。事故・インシデント内容の重大性、緊急性から改善の必要があると判断した場合は分析・評価を行う。を削除し委員会はインシデント・アクシデントレポートまた、ヒヤリハット報告書から事故発生の誘引となる問題点を把握する。事故・インシデント内容の重大性、緊急性から改善の必要があると判断した場合は委員会にて分析・評価を行う。</p> <p>8) 提出された報告書は集計後、安全委員会で保管する。を削除しインシデント・アクシデントレポートはパソコン内で管理し、ヒヤリハット報告書は、集計後事故防止対策委員会で保管する。に変更</p>

<p>5</p>	<p>2024年3月30日</p>	<p>5.事故発生防止のための報告制度 5)「事故レベル3b以上の事故に関しては、インシデント重症例発生報告書に入力しストークにて法人医療安全委員会、施設長、事務長、療養部長、当該部署の所属長に12時間以内に報告する。」に変更 7.利用者に対する本指針の閲覧に関する基本方針 「本指針は当施設のホームページに掲載し常時閲覧可能とする。」に変更 下記、8.その他 4) インシデントの定義の追加 8.その他 インシデントの定義 インシデントな間違っ事が実施され利用者に影響あると想定される状況全てを定義としている。 (1) インシデントにはレベルを5段階とし分類している。 (2) インシデントレベル レベル1 間違っ事が実施されたが、利用者には影響がなかった。 レベル2 間違っ事が実施され、利用者の観察の強化や検査が必要となったが治療の必要はなかった。 レベル3a 事故により利用者に一時的な処置や治療を要したが、入院はしなかった。 レベル3b 事故により利用者に入院する治療を要した。 レベル4 事故により永続的な障害や後遺症が残った。 レベル5 事故により死因となった場合。</p>

事故発生防止のための指針

1. 目的

本指針は、介護老人保健施設運営基準省令第36条に基づき、医療法人協和会 介護老人保健施設ウエルハウス清和台の事故発生防止及び事故発生時の対応等の必要な事項を定め、安全な介護サービスの提供について、施設全体で情報を共有し、今後の再発防止につなげることを目的とする。

2. 事故発生防止に関する基本的な考え方

当施設の事故発生防止に関する活動では、事故を起こした個人の責任を追及するのが目的ではなく、事故を発生させた安全管理システムの不備や不十分な点に着目し、その根本原因を分析し、これを改善していくことである。また常に、「事故発生を防ぐ」という強い信念のもと、利用者に信頼される介護サービスの提供と介護の質の向上を求めていくことを基本姿勢とする。

3. 事故発生防止のための委員会の設置

事故防止対策委員会規約参照

4. 職員研修について

事故発生防止の基礎内容等の適切な知識を普及・啓発するために定期的に研修会を実施する。また施設外の研修にも参加し新しい知識の普及に努め安全管理の徹底を行う。

1) 研修内容

(1) 全職員を対象とした定期的研修

- ・年に2回の定期的な研修を行う
- ・委員会において研修プログラムを作成し、随時資料の回覧や掲示を行う

(2) 新規採用者を対象とした研修

- ・本指針に基づき、事故発生防止の基礎や報告の義務等に関する研修を行う

(3) 委託業者を対象とした研修

- ・必要に応じて、調理業務、清掃業務等の委託業者に対し、本指針の周知を目的とした講習会を実施する。

なお(1)に定める職員の定期的研修に合わせ実施することができる

5. 事故発生防止のための報告制度

- 1) 委員会は事故の予防・再発防止に役立てるために、事故ならびにインシデントの報告を制度化しその収集を促進する。
- 2) 事故ならびにインシデント事例を経験あるいは発見した職員は、所属部署の責任者に報告する。
その概要をインシデント管理システムのインシデント・アクシデントレポートに入力する。
- 3) 所属部署の責任者はインシデント・アクシデントレポートを確認する。家族への連絡が必要などときはその状況を報告するとともにその内容をインシデント・アクシデントレポートに入力する。
- 4) 各委員は、インシデント・アクシデントレポートに記載もれがないか確認を行い、事故発生後2

週間以内に所属部署の責任者に承認してもらう。

- 5) 事故レベル 3b 以上の事故に関しては、インシデント重症例発生報告書に入力シトックにて法人医療安全対策委員会、施設長、事務長、療養部長、当該部署所属長に 12 時間以内に報告する。
- 6) 委員会は、インシデント・アクシデントレポートまたは、ヒヤリハット報告書から事故発生の誘引となる問題点を把握する。事故、インシデント内容の重大性、緊急性から改善の必要があると判断した場合は委員会にて分析や評価を行う。
- 7) 委員会は上記の分析・評価に基づき各部署に情報を提供し、事故後の対策に対する助言の他、必要時は適切な事故予防策（予防処置）、再発予防策（是正処置）を講じるように指導する。
- 8) インシデント・アクシデントレポートはパソコン内で管理し、ヒヤリハット報告書は、集計後事故防止対策委員会で保管する。
- 9) 全体の流れは「事故対応管理フロー図」を参照する。

6. 事故発生時の対応

事故発生時の対応は「事故対応管理フロー図」に定める。

事故発生時は利用者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くし、所属長は発生状況・利用者の状態等を施設長・療養部長に報告する。またできるだけ速やかに事故の状況などを利用者・家族等に誠意を持って説明する。またこの説明の事実・内容は診療記録などに記載する。

【市町等への届出】

届出は介護保険事業者及び市町等における事故等発生時の報告取り扱い要領（標準例）を参照するとともに所定の書式【介護保険事業者 事故等報告書（事業者→市町）】に基づき速やかに行う。なお、届出に当たっては事前に利用者、家族の承諾を得るものとする。

7. 利用者に対する本指針の閲覧に関する基本方針

本指針は、当施設のホームページに掲載し常時閲覧可能とする。

8. その他

1) 職員の責務

- (1) 職員は、委員会が円滑に運営できるよう、委員会の求めに積極的に協力する。
- (2) 職員は、日常業務において介護事故の発生の防止につとめなければならない。

2) 記録の保管

委員会の審議内容等、施設内事故に関する諸記録（事故報告書を含む）は 5 年間保管する。

3) 指針等は委員会において定期的に見直し、必要に応じて改訂するものとする。

4) インシデントの定義

インシデントな間違った事が実施され利用者に影響あると想定される状況全てを定義としている。

- (1) インシデントにはレベルを 5 段階とし分類している。

(2) インシデントレベル

レベル 1 間違った事が実施されたが、利用者には影響がなかった。

- レベル2 間違った事が実施され、利用者の観察の強化や検査が必要となったが治療の必要はなかった。
- レベル3 a 事故により利用者に一時的な処置や治療を要したが、入院はしなかった。
- レベル3 b 事故により利用者に入院する治療を要した。
- レベル4 事故により永続的な障害や後遺症が残った。
- レベル5 事故により死因となった場合。