

## 介護老人保健施設国府リハビリテーションフェニックス 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、介護老人保健施設国府リハビリテーションフェニックスにおける介護・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「リスクマネジメント委員会」(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 施設長(医師)
    - イ 事務長
    - ウ 看護職員
    - エ 介護職員(入所・通所各担当者から1名以上)
    - オ リハビリ職員
    - カ 支援相談員
    - キ 管理栄養士
  - (2) 上記職種より委員長を選任し、委員長は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。
  - (5) 委員会は実際の紛争対応にあたる紛争対応チームを兼務する。
  - (6) 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。
  - (7) 委員長は、委員会の内容を管理者に報告する。

### (事故発生の防止のための職員研修に関する基本方針)

3. 教育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。

### (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、1階玄関ホールに常備し、入所者等から閲覧の求めがあった場合は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 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

(個人情報保護)

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、安全対策担当者を置く。

- (1) 安全対策担当者は管理者が任命する。
- (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「事故発生報告書」を各部門長に提出する。事故報告を受けた部門長は、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者）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。

（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、各部門長と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。

（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５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。

付則

平成 23 年 11 月 1 日より施行する。

令和 3 年 4 月 1 日：更新

## 紛争対応チームに関する規程

### (目的)

第1条 介護老人保健施設国府リハビリテーションフェニックスにおいて発生した介護・医事紛争について迅速かつ適切に対応するために「紛争対応チーム」（以下「チーム」と略す）を事故発生の防止のための委員会（以下委員会という。）の内部に設置する。

### (構成)

第2条 チームは、委員会の内、次に掲げるメンバーで構成する。

- ①管理者もしくは予め定めた代行者
- ②事務部門責任者（不在時代行は事務部門の次席責任者があたる）
- ③安全対策担当者

### (リーダー)

第3条 チームにリーダーを置き、管理者もしくは予め定めた代行者がこれにあたる。

### (任務)

第4条 チームは、管理者の命を受け、所掌業務について調査審議し、対応策を検討するとともに実際の紛争対応を行う。また、所掌業務について管理者に建議することができる。

- 2, チームの調査審議の結果、紛争対応結果については、管理者に報告するものとする。

### (所掌業務)

第5条 チームは、紛争が発生した場合又は発生する可能性がある場合は、次の事項を所掌する。

- ①状況の把握、及び情報収集に関すること（事故調査）
- ②対応方法の検討
- ③利用者及び利用者家族等の直接対応
- ④その他介護・医事紛争に関すること
- ⑤マスコミ対応

### (召集)

第6条 チームは、リーダーが召集し、必要とする場合は随時開催することができる。

### (参考人)

第7条 リーダーは、必要と認めるときは、関係職員の出席を求め、意見を聴取することができる。

### (委員会との連携)

第8条 チームは、事故、紛争が発生した場合には、必要に応じて委員会へ報告を行わなければならない。

### (個人情報の保護)

第9条 個人情報の保護については、「事故発生の防止及び発生時対応の指針」に準ずる。

以上

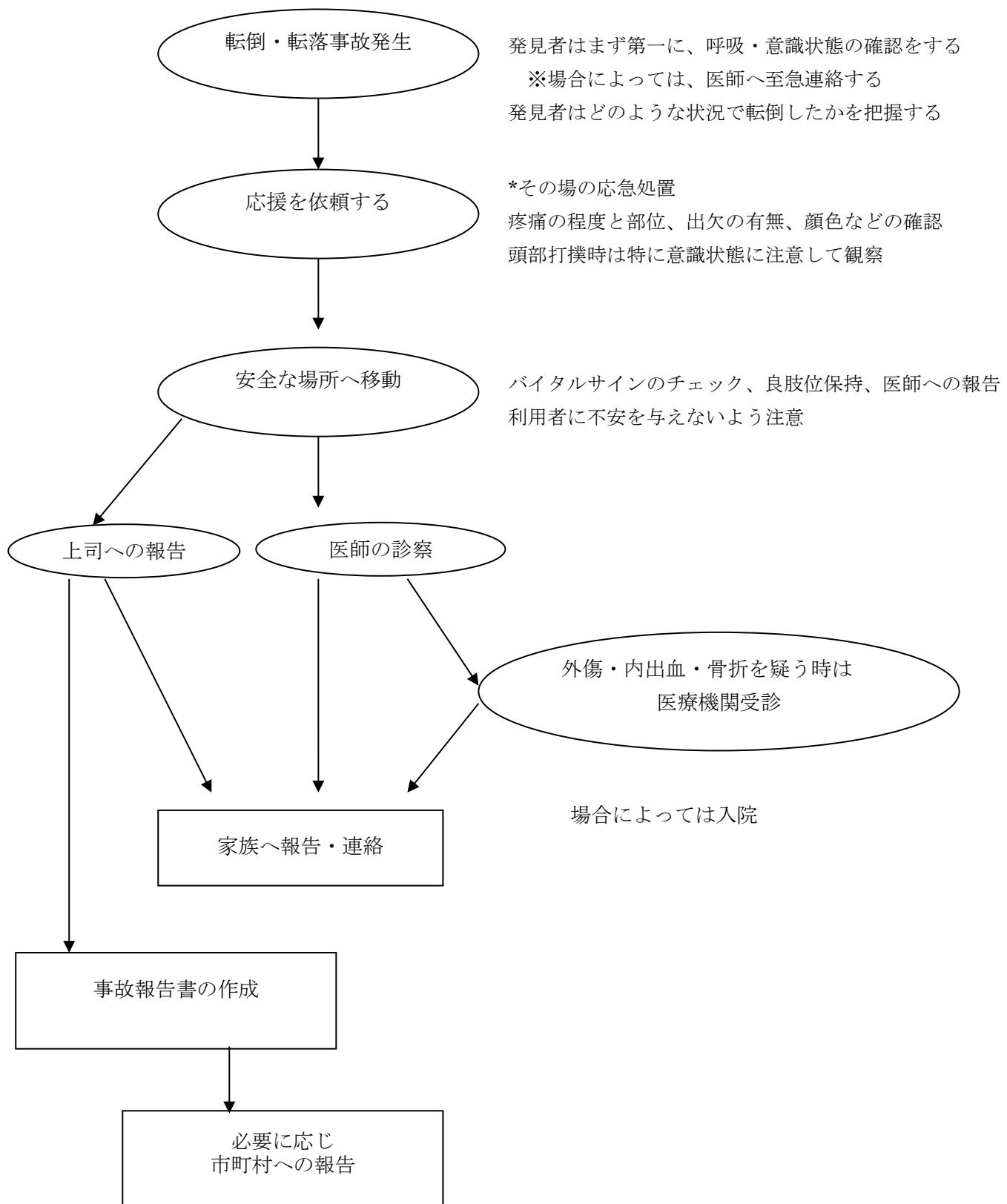
## 別添 事故の発生防止と発生時の対応策

### 1. 転倒・転落

#### 事故防止のための具体的対策

事故発生の要因と予防	事故防止対策
①利用者側の要因 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 運動機能の低下               <ul style="list-style-type: none"> <li>麻痺</li> <li>筋力低下</li> <li>バランス障害</li> <li>関節可動域制限</li> <li>体力低下 など</li> </ul> </li> <li>● 感覚機能の低下               <ul style="list-style-type: none"> <li>視覚障害</li> <li>聴覚障害</li> <li>知覚障害 など</li> </ul> </li> <li>● 判断力、適応力の低下               <ul style="list-style-type: none"> <li>注意機能障害</li> <li>記憶障害</li> <li>認知障害</li> <li>失行 など</li> </ul> </li> </ul>	利用者への教育・啓発（理解力のあるケース） *下記について十分な説明をし、ご理解いただく <ul style="list-style-type: none"> <li>● 身体状況、運動能力</li> <li>● 無理な動きをしない</li> <li>● 身の回りの状況確認をしてから行動</li> <li>● 体力の維持・向上に努める（散歩・リハビリ体操など）</li> </ul>
	利用者への教育・啓発（認知症などで理解力のないケース） <ul style="list-style-type: none"> <li>● 規則正しい生活を送れるようにする</li> <li>● 定期的にグループでリハビリ体操、散歩などを実施する</li> <li>● 作業療法など、落ち着いて過ごす時間を作る（精神安定）</li> <li>● 睡眠剤・その他の薬の副作用がないか留意する</li> </ul> *主に介護側の配慮、環境の工夫が中心となる（後述）
	利用者の身近や身につけるものの工夫（適切なものに替える）、歩行補助具、装具、履物、大き過ぎないスポン、気温に応じた衣類、眼鏡、補聴器、車椅子のサイズ等
②環境・状況の要因 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 床の状況（濡れ、滑り等）</li> <li>● 敷物・段差の状況</li> <li>● 手すり等の不備</li> <li>● 通行路の障害物</li> <li>● 物の配置による死角</li> <li>● 設備や機器等の不完全固定</li> <li>● 車椅子・ベッドのストッパー</li> <li>● 床頭台・ポータブルトイレ等の配置</li> <li>● 照明 など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 浴室の周辺、洗面所、トイレ、食堂等の床の濡れはすぐにふき取るようにする</li> <li>● つまづき易い敷物は取替え、段差は解消する</li> <li>● 危険な場所には、手すりなどを設置する</li> <li>● 段差、階段は滑り止めやマーキングをする</li> <li>● 障害物、死角となる物を除去する</li> <li>● 車椅子、ベッドは移動中以外には必ずブレーキをする</li> <li>● ベッド周辺の適切な配置（位置と高さ）</li> <li>● 明るい照明に替える・窓の開閉の制限</li> </ul> *ケースに応じた環境を工夫する 例) ベッドから転落し易い人は畳に替える 転落に備えてベッドの下にマットを敷く 車椅子からずり落ち易い人は低いソファに移動 視覚・聴覚障害は症状に応じた道標の工夫
③ケア提供側・システムの要因 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者の身体状況把握</li> <li>● 利用者のADL把握</li> <li>● 利用者の変化の把握</li> <li>● PT/OT等との連携</li> <li>● ケア体制</li> <li>● 転倒事故の知識獲得</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者の運動、知覚、認知症等の機能を把握する</li> <li>● 内服薬（睡眠剤など）の把握、発熱など健康状態の把握</li> <li>● 活動能力（ADLなど）を把握する</li> <li>● 体力低下、痛み出現、日内変動などの変化を把握する</li> <li>● 身体状況やADLについてPT/OTと情報交換する</li> <li>● 転倒の既往のあるケースについては特に留意する</li> <li>● 遠くからや後ろからの声かけは避ける</li> <li>● 混雑する場所での移動は避ける</li> <li>● 常に見守り（観察）できるように人員の配置を工夫する</li> <li>● 人員の増加</li> <li>● 疲労を避け、油断せずに注意深い観察を行う</li> </ul>

## 事故発生時の対応手順



## 2. 窒息

### 事故防止のための具体的対策

#### 【食事摂取時】

事故発生時の要因と予防	事故防止対策
病状・病態の把握	事故が発生しやすい病状・状態の把握 ・薬の副作用　・全身衰弱　・意識障害 ・上部消化器官の通過障害　・咀嚼、嚥下障害(麻痺、痙攣) ・認知症などで食べ方に問題のあるケース
食事姿勢	座位姿勢を整える 体幹と頸部を正中位に保ち、頸部の伸展を避ける
ケア提供者の技術	個々の病状・病態に合わせた1回量とペースで介助する
食事形態	水分・食物の形状の検討 ～刻み・みじん・ペースト・とろみ・ゼリー等 温度～お湯やお茶は熱すぎるものを避ける 窒息しやすいもの～パン・餅・こんにゃく・カステラ等
予防の工夫	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事は覚醒時に時間をかけてゆっくり行う</li> <li>・個々の食事摂取状況を十分に把握して介助する</li> <li>・食堂における観察範囲内の分担を行って、まんべんなく見守る</li> <li>・利用者同士でのお菓子などのやり取りが無い配慮する</li> <li>・リラックスして食事できる環境を作る(室温・採光・音楽・花を飾る等)</li> <li>・急がせたり、焦らせることなくゆっくり食事できる雰囲気を作る</li> <li>・気づいた事や状態の変化などは、常に情報交換しあう</li> <li>・お茶の飲用など、介助に工夫をする</li> <li>・常に吸引可能な状況にしておく</li> </ul>

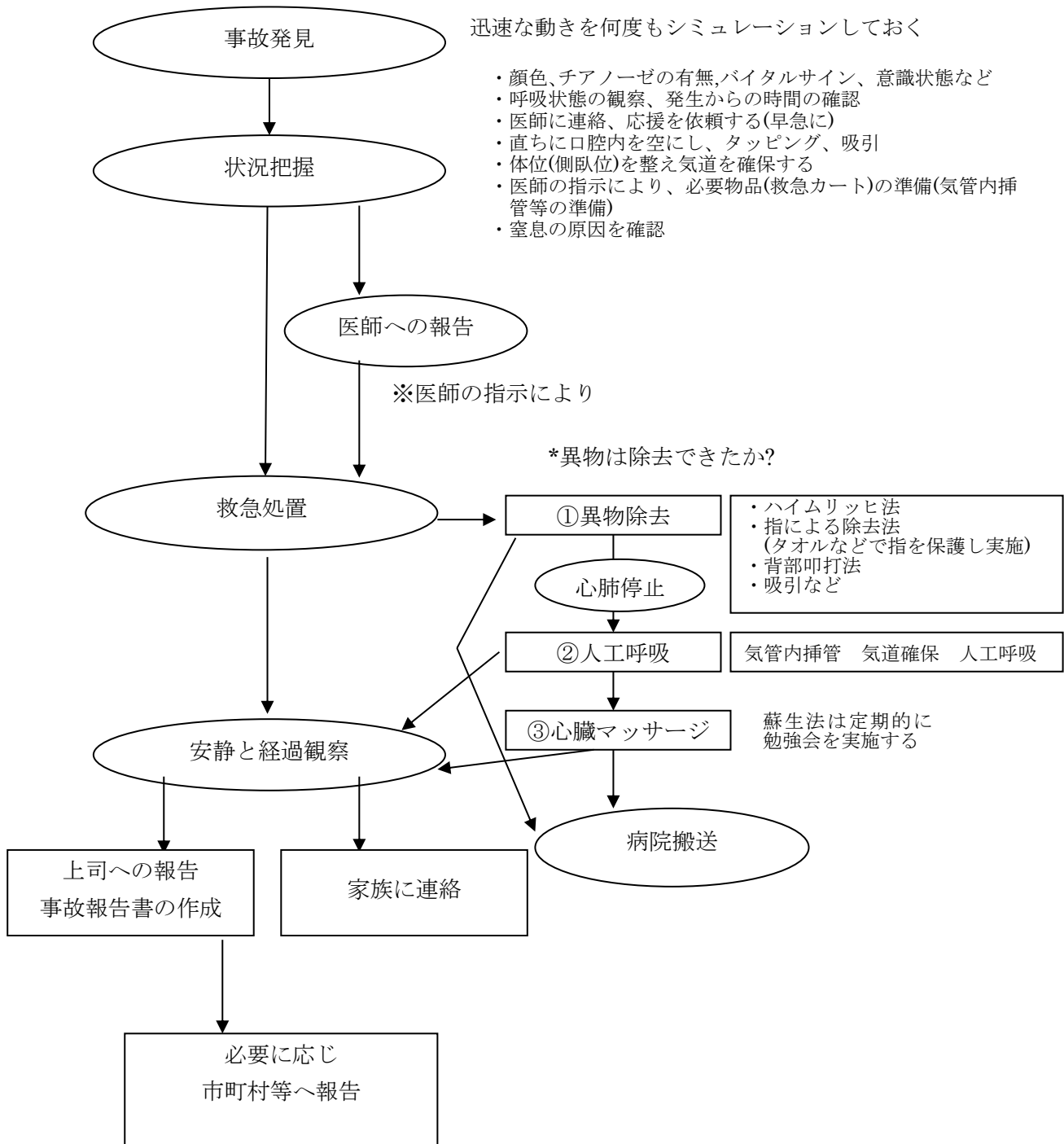
#### 【異物の誤嚥・誤飲】

事故発生時の要因と予防	事故防止対策
認知症の把握	以前、誤嚥・誤飲を起こしたことがあるかを記録する 異食・多食行動をとるケースの行動や所在を確認する
環境整備	行動範囲内に危険物になり得る物はないかを点検し除去する 食事の際はパンの袋など食物以外の物を置かない

#### 【喀痰】

事故発生時の要因と予防	事故防止対策
病状・病態の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 喘鳴の程度・部位・痰の状態(性状・量・回数)などを把握し、経過を観察しながら適切に対応する</li> <li>● 体位に配慮(体位ドレナージ)し、喀出困難時は吸引する</li> <li>● 痰の多い人は食事の前に痰の吸引をしておく</li> </ul>
ケア提供者の技術向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 痰で窒息しないような体位をとらせる</li> <li>● 窒息のリスクの高いケースは観察しやすい部屋に移動する</li> <li>● 吸引器はすぐ使えるよう常に準備しておく</li> <li>● 緊急時に即対応できるようトレーニングしておく</li> </ul>

## 事故発生時の対応手順



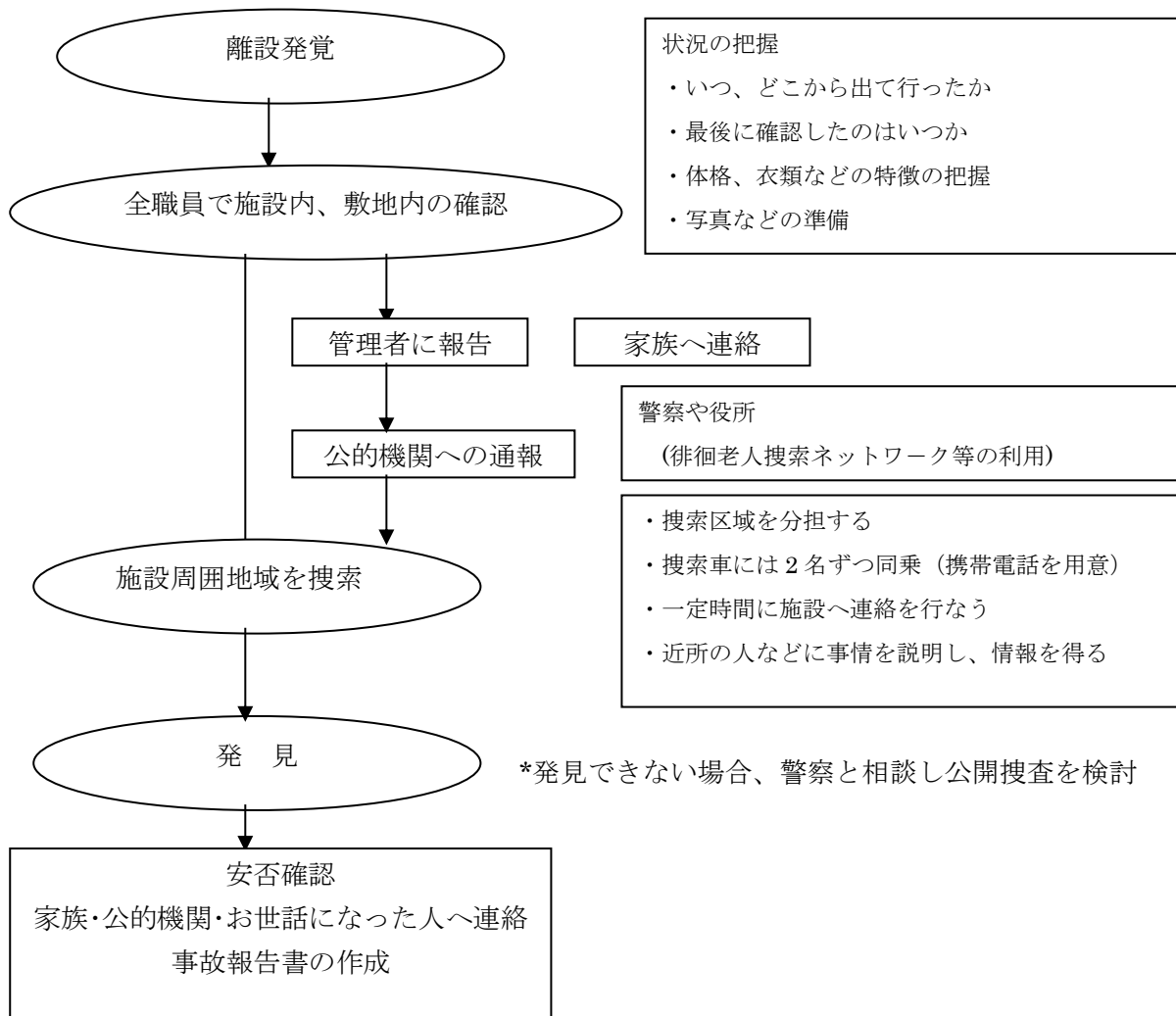


### 3. 離設

#### 事故防止のための具体的対策

1. 定期的に利用者の所在を確認する  
起床時 朝食時 検温時 昼食時 おやつ時 夕食時 消灯前 消灯後 巡視時 など
2. 徘徊や離設の可能性のあるケース、帰宅願望のあるケースは近くで見守る
3. 家族の面会時など一緒に出て行かないよう留意する
4. 早期発見のために家族の了解を得て名札を付けるなどの対策を検討する
5. 離設の可能性の高いケースは家族の了解を得て写真を撮っておき、氏名・年齢・性別・身体の特徴や服装などを添えて、すぐに公的機関に情報を流せるように準備しておく
6. よりスムーズな検索ができるよう日頃から手順をシミュレーションしておき（搜索区域を区割りして決めておく）、地域の徘徊老人搜索ネットワークや警察などと連絡しておく

#### 事故発生時の対応手順



#### 4. 誤薬（内服・注射）

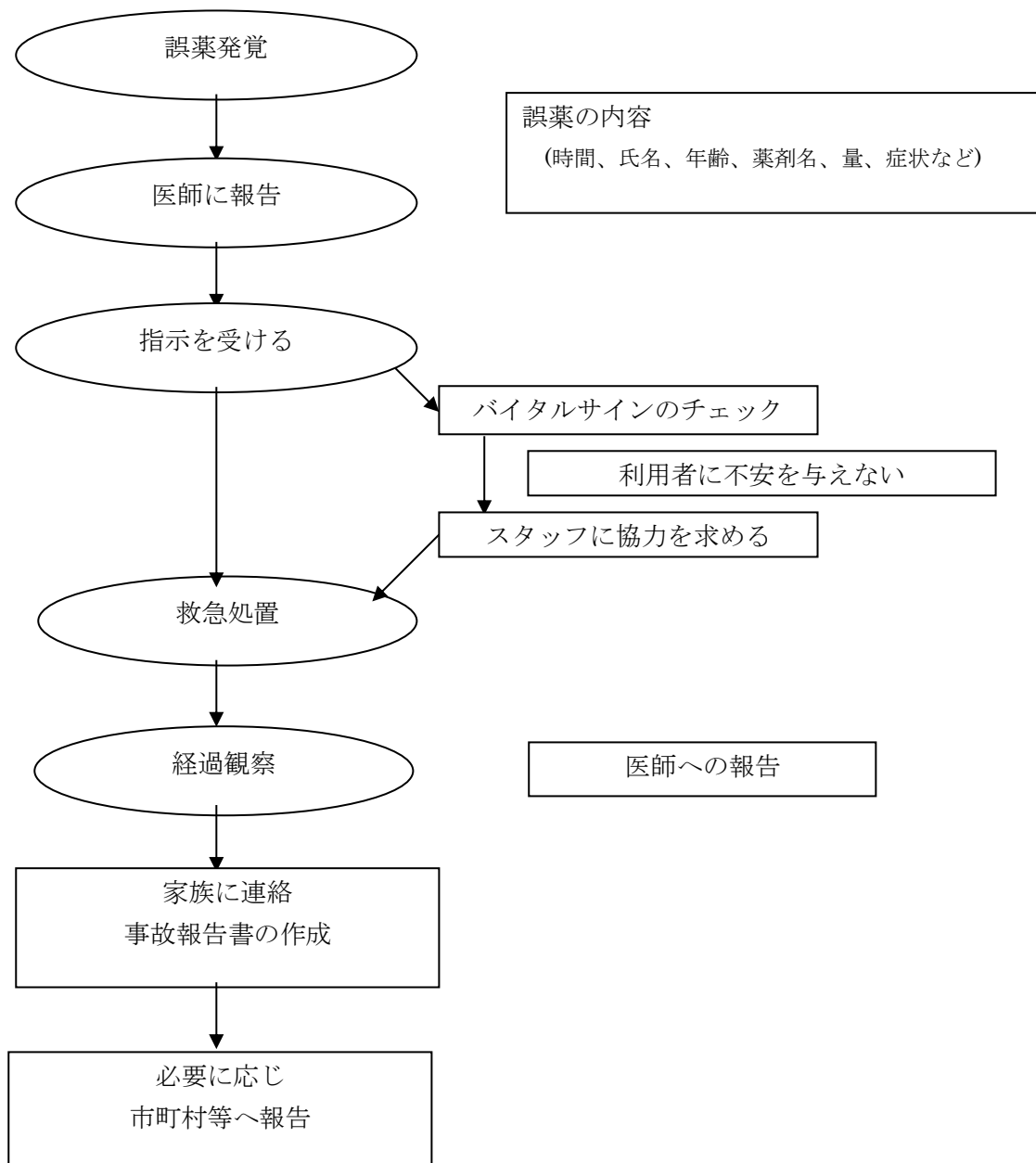
##### 事故防止のための具体的対策

事故発生時の要因と予防	事故防止対策
指示内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指示内容をカルテ、注射箋に正確に鮮明な文字で記入する</li> <li>・氏名、日付、注射薬名、用量、単位、本数、用法、日数などを確認する（医師が対象者に処方した意図を理解する）</li> </ul>
職員間の伝達	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指示内容の伝達は正確に行う（転記はなるべく避ける）</li> </ul>
薬品の管理体制 (内服薬)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬袋の氏名、処方内容と薬剤が一致しているか確認する</li> <li>・処方の意図と服用方法を確認した上で与薬し易いように整理し、1包ずつ名前を記載し与薬トレイに準備する</li> </ul>
(注射薬)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処方箋の内容と薬液が間違いないか確認し受領する</li> <li>・処方の意図と服用方法を確認して1人1トレイでセットする</li> <li>・指示を確認しながら氏名、薬名、単位、用量を3回復唱(棚から出すとき、準備するとき、捨てるとき)する</li> </ul>
対象者の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・与薬、注射施行時は本人であることをフルネームで声だし確認する</li> <li>・自己管理能力がないケースの場合は、その場で服用させる</li> <li>・自己管理能力がある場合も、正しく服用しているか確認する</li> </ul>

##### 誤薬の原因

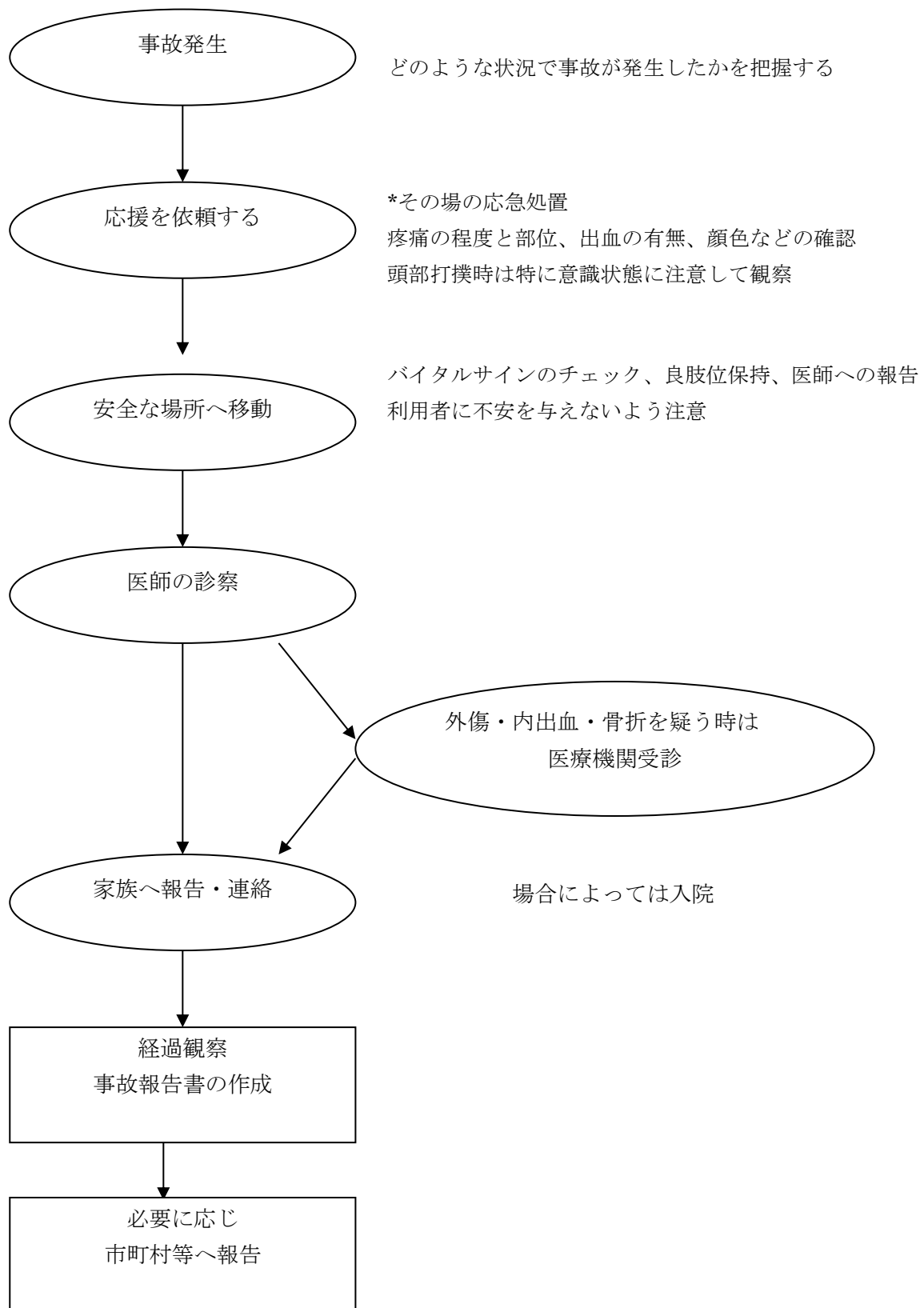
1. 慣れなどで確認手順を怠った時
2. 職員の注意力が低下していた時
3. 同姓同名、似通った氏名による間違い
4. 錠剤・薬剤の色や形などが似ている場合
5. 指示変更の申し送りが不十分な時
6. 投与中のアクシデント

## 事故発生時の対応手順



## 5. 介護サービス提供時に事故が発生した場合

### 事故発生時の対応手順



## 6. 交通事故（送迎時）

### 事故防止のための具体的対策

- ・なるべく2人以上の職員で送迎する
- ・職員が車を離れる場合はドアを閉める
- ・シートベルトの着用、車椅子の固定確認を怠らない
- ・座位が不安定なケースの場合、車椅子からの転倒・転落に留意する
- ・交通事情により遅れることもあることを事前に説明し了解して貰い、スピードを出しすぎないように注意して運転する
- ・運転手が体調不良の場合、無理をせずに交代する
- ・車両の定期点検を確実にを行う

### 事故発生時の対応手順

