

事故・苦情発生防止のための指針

社会福祉法人慈光学園
特別養護老人ホームさしまの家

1. 施設における事故・苦情の防止に関する基本的考え方

・当施設では、「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与えるもの」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事故・苦情の防止に努めます。そのために、必要な体制を整備するとともに、利用者一人一人に着目した個別的なサービス提供を徹底し、組織全体で事故・苦情の防止に取り組めます。

2. 事故・苦情の防止のための委員会その他施設内の組織

・当施設では、事故・苦情の防止等に取り組むにあたって、下記の体制を取ります。

(1) 「事故・苦情防止対策委員会」の設置

① 設置の目的

施設内での事故・苦情を未然に防止すると共に、起こった事故・苦情に対しては、その後の経過対応が速やかに行なわれ、利用者に最善の対応を提供できる事を目的とし、安全管理体制を施設全体で取り組む。

② 事故・苦情発生防止委員会の構成委員

- ・施設長（責任者） 山田 淳
- ・事故・苦情防止対策委員会 委員長：三浦真由美
- ・事故発生防止のための担当者：霜田直之
- ・看護職員 ・ 介護職員 ・ 介護支援専門員 ・ 生活相談員

③ 事故・苦情発生防止委員会の開催

定期的に開催し、事故・苦情発生の未然防止、再発防止等の検討を行います。

事故・苦情発生時等必要な際は、随時委員会を開催します。

④ 事故・苦情防止対策委員会の役割

ア) マニュアル、事故・ひやりはっと・苦情報告書等の整備

事故・苦情等の未然防止のため、定期的にマニュアルを見直し、必要に応じてマニュアルを更新します。事故・ひやりはっと・苦情報告等の様式についても定期的に見直し、必要に応じて更新します。

イ) 事故・ひやりはっと・苦情報告の分析及び改善策の検討

各部署から報告のあった事故・ひやりはっと・苦情報告を分析、事故発生防止の為の改善策を検討し、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。

(2) 多職種共同によるアセスメントの実施による事故・苦情予防

① 多職種（介護、看護、相談、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、個々の状態把握に努めます。事故・苦情に繋がる要因を検討し、事故・苦情予防に向けた各種サービス計画を作成します。

② 事故・苦情予防の状況が事故・苦情に繋がらないよう、定期的なカンファレンスを開催します。

③ 介護機器の使用において、確実な取り扱い方法を理解した上で使用します。

(3) 介護事故・苦情発生防止における各職種の役割

(施設長)

- 事故・苦情発生防止のための総括管理

(委員長)

- 事故・苦情防止対策委員会総括責任者

(生活相談員)

- 事故発生防止のための処置を適切に実施するための担当者（霜田直之）

(嘱託医師)

- 診断、処置方法の指示
- 各協力病院との連携を図る

(看護職員)

- 医師、協力病院との連携を図る
- 施設における医療行為の範囲についての整備
- 事故・相談・苦情対応マニュアルの作成と周知徹底
- 処置への対応
- 事故・ひやりはっと・苦情事例の収集、分析、再発防止
- 利用者への施設における医療行為についての基本知識を身につける
- 利用者個々の疾病から予測されることを把握し、些細な変化に注意する
- 状態に応じて、医師との相談を行なう等連携体制の確立
- 利用者とのコミュニケーションを十分にとること
- 記録は正確、かつ丁寧に記録する

(生活相談員、介護支援専門員)

- 事故・苦情発生防止のための指針の周知徹底
- 緊急時連絡体制の整備（施設、家族、行政）
- 報告（事故報告・ひやりはっと・苦情）システムの確立
- 事故・ひやりはっと・苦情事例の収集、分析、再発防止策の検討
- 事故・苦情対応マニュアルの作成と周知徹底
- 家族、医療、行政機関、その他関係機関への対応

(介護職員)

- 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。
- 利用者の意向に沿った対応を行ない無理な介護は行なわない。
- 利用者の疾病、障害等による行動特性を知る。
- 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。
- 多職種協働のケアを行う。
- 記録は正確、かつ丁寧に記録する。

(管理専門)

- 施設内の環境整備
- 利用者及び家族への対応指導
- 備品の整備
- 職員への安全運転の徹底。

3. 事故・苦情防止のための職員研修に関する基本方針

当施設では、事故・苦情発生の防止等に取り組むにあたって、事故・苦情防止対策委員会を中心としてリスクマネジメント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。全職員に教育・研修への参加を促して、事故・苦情発生防止に大切な役割があるという理解を深めます。それぞれの部門で特に起こりやすい事故・苦情を想定した研修等実際に即した教育を行います。

- ① 研修プログラムの作成
- ② 定期的な教育（年2回以上）
- ③ 新任職員への事故・苦情発生防止の研修会の実施
- ④ 実習生、ボランティア等への指導
- ⑤ その他、必要な教育・研修

4. 事故・苦情等の報告方法等の介護に関わ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、事故・ひやりはっと・苦情の報告システムを確立します。収集された情報は分析・検討を行い、施設内で共有し、再び事故・苦情を起こさないための対策を立てるために用いるものであり、報告者個人の責任追及のためには用いません。

(2) 事故・苦情要因の分析

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に評価」⇒「必要に応じた取り組みの改善」といったサイクルによって活用します。又、その過程において自施設における事例だけではなく、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

分析によって導き出された改善策については、事故・苦情発生防止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。

5. 介護事故発生時の対応

介護事故が発生した場合には、下記の通り速やかに対応をとります。

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、当該利用者の安全確保を最優先として行動します。関係部署及び家族等に速やかに連絡し、必要な措置を行います。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

関係職員からの連絡等に基づき、ご家族・担当ケアマネージャー（通所、短期入所利用者の場合）、必要に応じて保険者等に事故の状況等について報告します。

○報告を要する事故

ア 従事者等の故意又は過失の有無に拘わらず、外部の医療機関で治療を受けた場合（施設内の同程度の治療を含む。） リスクレベル3以上

※ 擦過傷や打撲など比較的軽易なケガは除くが、対応に問題があった場合等は所属長の判断で報告するもの

- イ ケガにより利用者とトラブルが発生することが予測される場合及び利用者に見舞金や賠償金を支払う場合
- ウ 利用者が病気等により死亡した場合であっても後日トラブルが生じる可能性が認められるものは報告をするもの

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。

6. 利用者及び家族との情報共有に関する基本方針

(1) 利用者及び家族への十分な説明

利用者に対し適切な医療を提供するため、利用者及び家族に対して病状、治療方針、検査内容、服薬内容等について十分な説明を行い、理解と同意を得るよう努めます。

利用者本人による意思表示が困難な場合は、家族等に対して十分な説明を行い、理解と同意を得た上で医療を提供します。

(2) 診療情報の共有

利用者及び家族から診療内容等について説明を求められた場合は、個人情報の保護に配慮しながら適切に対応します。

また、多職種による連携を図り、利用者に関する必要な情報を共有することで、安全かつ質の高い医療及び介護サービスの提供に努めます。

(3) 医療事故等発生時の説明

医療事故又は医療安全に関する事案が発生した場合は、利用者及び家族に対して速やかに事実関係を説明するとともに、必要な対応及び再発防止策について誠実に説明を行います。

7. 利用者及び家族からの相談への対応に関する基本方針

(1) 相談窓口の設置

利用者及び家族からの診療、医療安全、医療サービスに関する相談に適切に対応するため、相談窓口を設置します。

(2) 相談対応担当者

医療安全に関する相談窓口は、施設長及び生活相談員、介護支援専門員を中心として対応し、必要に応じて嘱託医師、看護職員等と連携しながら対応します。

(3) 相談内容への対応

相談を受けた職員は、利用者及び家族の立場に立って誠実に対応するとともに、相談内容を関係職員と共有し、医療安全の向上及び再発防止に活用します。

(4) 個人情報の保護

相談対応にあたっては、利用者及び家族のプライバシー保護に十分配慮し、相談によって不利益が生じることのないよう適切に対応します。

8. その他医療安全管理の推進のために必要な基本方針

- (1) 医療安全管理の推進にあたっては、利用者の安全を最優先とし、全職員が医療安全に対する意識向上に努めます。
- (2) 医療安全管理体制については、関係法令及び通知等の改正に応じて定期的に見直しを行います。
- (3) 本指針は、事故・苦情発生防止委員会において定期的に評価及び見直しを行い、必要に応じて改訂します。

9. 介護事故対応に関する苦情については、別に定める「苦情処理マニュアル」に従って対応します。

10. その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

- (1) 火災等への対応については、別に「消防計画」を定めます。
- (2) 自然災害時の対応については、別に「自然災害発生時における業務継続計画」を定めます。
- (3) 各事故への対応については、別に「苦情・相談・事故対応マニュアル」を定めます。

11. この指針の閲覧について

この指針は、当施設の事務所に常設し、いつでも自由に閲覧することができます。
また、ホームページ上に公表するものとします。

附則

令和2年12月1日 施行
令和4年1月26日 改訂
令和4年4月1日 改訂
令和4年6月1日 改訂
令和6年4月1日 改訂
令和7年4月1日 改訂
令和8年4月1日 改訂

ヒヤリハット・事故の分類基準

入居者 への 影 響 レ ベ ル 基 準

分類	患者のへ影 響度		内 容	具体例
ヒヤリハット	レベル0		間違ったことが入居者に実施されるまえに気づいた場合	・転倒しそうになったが職員が支えて転倒しなかった。 ・別の入居者の薬を準備したが服薬前に気づいて中止した。
	レベル1		間違ったことが実施されたが、入居者には変化がなかった場合	・転倒したがケガもなく本人の訴えもない。 ・他利用者の薬を誤って服用したが、医師確認の結果、健康への影響はなく経過観察となった。
	レベル2		事故により入居者に変化が生じ、一時的な観察が必要となったり、安全確認のために検査が必要となったが、治療の必要がなかった場合	・転倒時に痛みの訴えがあり、通院してレントゲン検査を行ったが異常なし。 ・車椅子で足をぶつけ皮膚剥離が生じたが、消毒・保護のみで治療は不要だった。 ・誤薬後に眠気やふらつきがあり経過観察したが治療は不要。
事故	レベル3	a	事故のため一時的な治療が必要となった場合	・転倒して肘を切り、通院して縫合処置を受けた。 ・糖尿病薬を誤って服用し、低血糖症状が出現したため病院を受診。ブドウ糖の投与を受け、症状は改善し帰所した。
		b	事故のため継続的な治療が必要となった場合	・転倒により大腿骨を骨折し、手術・入院が必要となった。 ・誤嚥性肺炎を発症し、点滴や抗生剤による継続的な治療・入院が必要となった。
	レベル4	a	事故により長期にわたり治療が続く場合 (機能障害の可能性はない)	・骨折により長期間リハビリを行ったが、最終的には後遺症なく回復した。 ・重度熱傷で数か月治療を要したが、機能障害は残らなかった。
		b	事故による障害が永続的に残った場合	・転倒事故により脳損傷を受け、重度の麻痺が残った。 ・誤薬が原因で重篤な後遺症が残り、日常生活動作が著しく低下した。
	レベル5		事故が死因となった場合	・転倒後の合併症により死亡した。 ・誤嚥事故により死亡した。

- ・ リスクレベルⅢ以上の事故に関しては、おおむね5日以内に坂東市へ事故報告書を提出する。
- ・ 報告書の書式は、「ほのぼの」の実施記録＞突発記録＞事故＞事故報告書を使用する。
(誤薬について)
- ・ 本人の薬を飲み忘れ、他の時間の薬を服用してしまったという場合で、本人に異常がなければリスクレベル2以下とする。事故報告書は提出しなくて良いが、主治医、薬剤師、家族への報連相は必須。ケース記録の「事故」で原因と再発防止策をユニットで検討し周知する。本人の体調に変化があり、受診が必要であった場合にはリスクレベル3以上とし、事故報告書を提出する。
- ・ 他の入居者様の薬を服用させてしまった場合には、特に症状がなくても、たまたま影響のない薬であっただけであってはならないことと考え、いかなる場合でも市へ報告書を提出する。