

介護老人保健施設いちいの杜 安全管理指針

I 総則

1. 基本理念

介護老人保健施設いちいの杜における安全管理は、小さな事象であっても利用者の安全を損なう結果となりかねない。したがって利用者の安全を確保するために職員の不断の努力が求められるのは当然であるが、さらに日常業務の過程において、利用者に実害を及ぼすことの無いような仕組みを構築することが大切である。

本指針はこのような考えのもとに、職員個人レベルでの取り組みと組織的な事故防止対策の両面を推し進めることによって、リスクを低減し利用者が安心して安全なケアを受けられる環境を整えることを目標とする。

当施設における安全管理は、施設長のリーダーシップのもと、全職員で取り組んでいくこととする。

2. 事故防止のための基本姿勢

(1) 常に利用者優先の気持ちを持つ。

常に利用者を優先して考え、万全の配慮をすることが事故防止につながる。具体的には「利用者への思いやり」「利用者へのやさしい心配り」が必要でこの気持ちを忘れたとき、事故が発生することが多い。

(2) あたりまえのことを、抜けることなく丁寧に行う。

当たり前のこと、常識的なことをきちんと行うことで、多くの事故は防げる。

(3) 利用者情報を常に確認を繰り返し行い、新しい情報を入手する。

常に新しい情報をもとにケアを実践する

(4) 自分の言動、行為はその都度チェックする。

同じ援助行為であっても、その都度確認を怠らない

(5) 多くの人の目によって確認する。

人は間違えるものであるということを根底に、全職種で相互確認につとめる

(6) 相談、助言をもとめる。

不明なことやわからないことを残したまま、うやむやに実施しない。

(7) 利用者の言葉は金言と考えよう

フィードバックや意見は、宝として受け取る

(8) 利用者との信頼関係をつくる。

専門職としての倫理に則り、利用者や家族とは真摯に向き合う

(9) 職員の身体的・精神的不調は事故に直結すると心得て各自特に注意をする。

自己管理できて初めていいケアの実践が始められる。体調管理に努める。

3. 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 医療事故・・・職員の過誤や過失などその原因を問わず当施設において利用者に発生したすべての人身事故をいう。

- ・ 死亡、生命の危機、容態の悪化、身体的・精神的被害の生じた場合。
- ・ 転倒・転落のように医療行為と直接関係は無いが当施設内で発生した事故。
- ・ 注射針の誤刺のように職員に被害が生じた場合。

- (2) 医療過誤・・・医療事故のひとつであり、結果の発生が容易に予測でき、かつ発生が回避できるものを言う。
 - ・ 職員がルールに違反して利用者に被害を発生させた行為など（不適切ケア）
- (3) インシデント・・・利用者に被害を及ぼすことは無かったがヒヤリとしたりハットしたりした経験例。
 - ・ 実施されなかったが、もし実施されていたら何らかの被害発生が予測された場合。
 - ・ 実施されてしまったが被害が発生することなくその後にも問題が生じなかった場合。
- (4) アクシデント・・・レベル3 b以上で処置や治療を要した事例
- (5) 職員・・・当施設に勤務する医師、薬剤師、看護師、介護士、管理栄養士、リハビリ療法士、事務職員等あらゆる職種を含む。
- (6) 上席者・・・当該職員の直上で管理的な立場にある者
- (7) 当施設・・・いちいの杜

4. 組織および体制

当施設における安全対策と利用者の安全確保を推進するために、本指針に基づき当施設に以下の委員会を設置し必要事項の検討を行うとともに、報告システムの推進を図り、定期的に安全管理に関する研修会を実施する。

- (2) リスクマネジメント委員会
- (3) 安全確保を目的とする報告システム
- (4) 安全管理のための研修

II 安全委員会

1. 安全委員会の設置

当施設内における安全対策を総合的に企画、実施するために、リスクマネジメント委員会を設置する。

2. 委員の構成

- (1) 安全委員会の委員長は施設長がその任をつとめ、構成は以下のとおりとする。
 - ①施設長 ②総看護師長 ③看護師 ④介護士 ⑤セラピスト ⑥事務又は相談職員長

3. 任務

安全委員会は、主として以下の任務を行う。

- (1) 当施設内の事故にかかわる調査、分析、集計および報告。
- (2) 事故防止対策の検討。
- (3) 事故防止対策のマニュアル作成および見直し。
- (4) 事故防止に関する研修の企画運営。
- (5) 喀痰吸引等業務の管理（認定特定行為業務従事者）

実施計画や実施状況、OJT研修、ヒヤリ・ハット等の事例蓄積・分析、備品及び衛生管理

4. 委員会の開催および活動記録

- (1) 委員会は原則として、1回／月（第2月曜日）定例会を開催する他、必要に応じて委員長が召集することができる。
- (2) 委員会では書記は速やかに検討の要点をまとめた議事録を作成し、2年間保管する。
- (3) 教育研修の企画・実施
年2回 教育研修委員会と連携をとり実施する。

Ⅲ 事故発生時の対応

事故発生時は、極力落ち着き、以下のように冷静な対応をとる。

1. 速やかな連絡と対応

- (1) 事故がおきたら、何よりもまず利用者の容態を確認し、もっとも身近に勤務する医師、看護師や同僚に声をかける。
- (2) 緊急処置が必要な場合は、医師の指示により一致協力してこれに当たる。
- (3) 緊急処置が必要でないとき、利用者の容態に余裕があるとき、処置が一段落したときは、速やかに上長、施設長に報告し、以下の点について指示を仰ぐ。
 - ・ 事故直後に行った緊急処置以降の対応。
 - ・ 利用者、家族への説明内容、いつ誰が説明を行うか。
 - ・ その他

特に休日や夜間などで判断困難なときは上長、施設長などに連絡を取り対応を考える。

2. 誠意ある、真摯な対応

当事者は、緊張し冷静を失うことが多いので、誠意を持って対応を心がける。当事者でないスタッフも責任追及よりは利用者の安否を思う姿勢で当事者と協力して対応することが重要である。即座にひたすら謝罪するばかりの対応はかえって利用者や家族の動揺を煽ることになるので、事実関係がはっきりし、施設としての対応がはっきりするまでは推測で発言することの無いようにする。不誠実な態度は利用者、家族との関係を悪化させ、ほかの医療機関の協力も得られなくなることを認識しておく必要がある。

3. 診療録への記載

事故前、事故後の経過について時刻 実施者 利用者の容態を客観的に正直に記述する。
事実経過について利用者 家族に報告した後、事故報告書にありのままに記載する。

3-4) インシデント・アクシデント報告書記載

所定の報告書に事実がわかるように且つ推定、推測を入れぬよう記載する。事故報告書は施設長が必要と認めた場合、速やかに作成し提出する。

Ⅳ インシデント・アクシデント分類基準

分類	報告内容
レベル0	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、入所者・利用者に実施されなかった
レベル1	入所者・利用者への実害はなかった (何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
レベル2	処置や治療は行わなかった (観察の強化、バイタルサインの軽度変化安全確保のための検査などの必要性は生じた)

レベル 3 a	・事故のため治療が必要になった事例。 単純な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
レベル 3 b	・処置や治療を要した (バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)
レベル 4 a	永続的な障害や後遺症は残るが、有意な機能障害や美容上の問題を伴わない
レベル 4 b	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
レベル 5	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）

V 報告体制

＜すべての事例において＞

電子カルテの報告書にて速やかにインシデント・アクシデント報告書を作成する。

リスクマネジャー又リスク委員の担当者→総看護師長・他部署→事務長→施設長

施設長等から事故報告書の指示があったときは事故報告書を提出する。（3 b 事例は必須）

＜3 b 以上の事例において＞

事故発生後速やかに、昭島市介護福祉課 東京都 徳洲会本部 利用者の住所がある市町村へ事故報告を行う。

東京都と徳洲会本部は Web で行う。市町村へは報告方法を検索して行う。

緊急に報告した方が良いと思われる事例については、速やかに関係各所へ報告する。

VI 評価分析

リスクマネジャーは、報告書をもとに多職種カンファレンス行い評価分析を早急に行うものとする。

リスクマネジメント委員会で評価分析を行った内容を検討し、その結果を施設全体にフィードバックする。

VII 入所者等に対する当該指針の閲覧について

当該指針は、ご利用者及びご家族が閲覧できるようにホームページに掲載する。

VIII 安全管理推進のために必要な基本方針

事故防止等のための内部研修のほか、外部研修にも積極的に参加し、利用者への安全で快適な生活とサービスの質の向上を目指すよう努める。

附則

この指針は令和 5 年 4 月から施行とする。

この指針は令和 7 年 11 月 1 日改訂