

○特別養護老人ホーム百々千園事故発生時の対応マニュアル

(1) マニュアルの作成の目的

施設の利用者は、大半が高齢や疾病による体力低下、痴呆による認知能力低下等により重大な事故につながるリスクを抱えています。

施設には、利用者の「その人らしい生活」を保障しながら事故発生を未然に防ぐための「安全配慮義務」が求められています。

このマニュアルは、施設内や送迎中に生じる利用者への予期せぬ事故に対し、迅速・的確に対応し、円滑・円満に解決するため、職員への介護事故防止の基本事項や事故発生時の対応及び留意事項、事故の再発防止を目的として作成したものです。

(2) 介護事故の生じる要因

介護事故が生じる要因として、

1. 利用者の要因（痴呆、疾病等）
2. 介助者要因（不注意、技術不足等）
3. 環境要因（設備欠陥、職員配置等）

の3要因が重なり合って「介護事故」が発生します。ただし、これがあれば必ず事故が発生するという要因はありません。

(3) 事故発生時の対応

職員が当然払うべき業務上の注意義務を怠るなどにより、利用者に損害を及ぼし、場合によっては利用者を死に至らしめることがあります。重大事故の発生直後は、冷静かつ誠実に利用者への対応をすばやく行うことが重要です。

他の利用者への配慮など、臨機応変に対応しましょう。

一人の判断に頼らず、極力複数の職員の判断を行いましょう。

少しでも不審な点がある場合には、救急車の要請や医師の診断等、ためらってはいけません。

(ア) 事故発生後の応急処置及び対応

- ① 日勤帯では、「百々千園緊急時対応マニュアル 第1章 緊急対応マニュアル」に沿った対応を行なう。
- ② 夜勤帯では、「百々千園緊急時対応マニュアル 第2章 夜間緊急対応マニュアル」に沿った対応を行なう。

(4) 事故発生後の対応

(ア) 事故報告書(別紙第1)の提出

- ① 事故報告書には、事故発生時の状況だけでなく、利用者の前の状況報告(介護記録等)も添付すること。利用者の事故前の状況は、他の職員からも状況を聞きつつ作成すること。
- ② 応急処置や発生時の対応状況について記入すること。職員全員から状況を聞きながら、時間の経過に注意を払いながら記入すること。
- ③ 目撃者がいない場合で事故状況が不明の場合、関わった職員で協議しながら事故状況の可能性について記入すること。「不明」は不可。

(イ) 家族への説明・事故状況報告等

- ① まずは、陳謝の言葉を述べる。「誤る」＝「責任を認める」のではなく、「利用者に対し苦痛を味あわせた」という事実に対して陳謝する。(お詫びの言葉がなくて家族との感情をこじらせるケースも)
- ② 事故直後の説明では、利用者への対応の報告及び相談のみに止め、賠償などの事故処理の話はしない。
- ③ 怪我の場合は、「事故状況」「被害内容」「治癒の見込みと今後の治療」について相談し、意見や要望を求める。
- ④ 死亡の場合は、特に今後の交渉窓口を決めておく。保険会社や弁護士等、専門家との判断を仰ぐことを前提として説明を行なう。
- ⑤ 起こったこと全てを事実として説明する。(施設に不利となるようなことも含めて)

(ウ) 保険業者等への連絡

- ① 担当者は、早急に保険代理店への事故報告を行なう。
- ② 概要は電話等で説明し、事故報告書・契約書その他必要な書類をFAX等で送付し、今後の対応策を検討しておく。事故状況から、施設の責任判断に対する意見も参考として聞いておく。保険加入しているからといって、全ての責任を認めることは後の交渉で問題となることもあるので注意すること。

(エ) 施設の責任判断

- ① 施設は、次の各号の観点から、施設の責任について検討する。
 1. 基本的な安全配慮を行なったか。
 2. 個別に危険性について把握していたか。

3. 事故防止策を実行していたか。
4. 介護方法が適切であったか。ミス等がなかったか。
5. 事故の際の対応は適切であったか。

② 保険会社や弁護士等の判断により、施設に責任がないと判断されるときは、書面によって相手に伝える。(専門家の判断した結果であることも伝える。)

(4) 行政機関への報告

- ① 重大な介護事故や利用者が死亡するなど重大な事態が発生した場合、速やかに県や市町村へ報告を行う。報告は次の事態が生じた場合とする。
 1. サービス提供中に利用者が死亡した場合
 2. 食中毒の発生が認められた場合
 3. 感染症等(レジオネラ症・結核等)の発生が認められた場合
 4. その他、家族等から苦情が出ている場合

(5) 介護事故防止のための基本的事項

日常業務の中で介護事故を防止するため、施設内外における介護事故防止方策を検討するうえにおいて、全職員が共通して認識しておかなければならない介護事故防止のための基本的事項は次のとおりです。

(ア) 常に「危機意識」を持つ

介護行為は不確定要素が多く潜在し、常に危険と隣合わせにあります。職員はこの危険性を充分認識し、介護事故はいつでも起こりうるものであるという「危機意識」を持ちながら、業務にあたる必要があります。

(イ) 利用者最優先の介護の実践

いつでも利用者最優先の体制で業務にあたることが不可欠です。利用者への十分な配慮が欠けた時、介護事故が発生する可能性が高まることを認識する必要があります。

(ウ) 確認・再確認等の徹底

すべての介護行為においては、事前に確認をすることが不可欠です。確認する際は、自分一人ではなく、複数の者による確認を行い、また業務遂行の過程で疑問や理解不可能な事柄があれば、必ず周囲の職員と相談するなど、再確認して理解してから行動することが必要です。換言すれば、職員一人ひとりが「あたりまえのことをきちんとする。」ということが大切です。

(エ) 円滑なコミュニケーションの配慮

利用者とのコミュニケーションには十分配慮し、訴えを謙虚な気持ちで聞くことが大切です。言葉遣いは丁寧でわかり易く、誠意をもって対応し、利用者や家族への説明にあたっては、その内容が十分理解されるよう配慮することが必要です。

(イ) 記録は正確かつ丁寧に記載

介護に関する諸記録の正確な記載は、事故の防止に役立つとともに、万一事故が発生した場合においても、適切な対処ができます。記録は正確かつ丁寧に記載する習慣をつけるとともに、お互いのチェックを受け、正確な記録の向上につなげることが大切です。

(ロ) 自己の健康管理と職場のチームワーク

職員は、自己の肉体的・精神的状況を客観的に把握し、不調の場合は特に慎重な態度を心がけることが必要です。また、所属長は職員のチームワークについても、冷静な評価を行い、職場環境の問題点を明確にして早期に解決策を打ち出すことも重要です。

(6) 事故防止のための体制等

(ア) ヒヤリハット

ヒヤリハットとは、事故につながる可能性のある「ヒヤリ」「ハッ」とした事例のことを指します。1件の重大な事故を予防するためには、日常のヒヤリハットから必要な対策を講じることが重要になります。

報告書の「報告」「分析」「実施」の一連の流れについては、迅速に行なわなければなりません。また、件数の推移等、最低限の報告は毎月行なうようにしましょう。

また、ヒヤリハットを起こした職員の心理的ケアにも配慮しましょう。

① ヒヤリハットの報告

ヒヤリハット報告書(様式第2)は、未来の事故を防止するための対策に役立てることを目的として作成されるものです。

報告書は、緊急事態発生を詫げるものではなく、再発を防止し、今後のより良い施設づくりのために作成するです。そのため、報告することにより報告者が不利益を受けることはありませんが、報告しないことによる処罰等は考えられますので注意して下さい。

なお、再発防止のための資料となることから、事実を正確に記載することとしてください。

1. ヒヤリハット事例が起きたら、当事職員はヒヤリハット報告書を提出する。
2. 報告を受けた管理者は、厳重に報告書を保管し、活用する。

② 分析

分析は、犯人捜しを行なうためではなく、原因調査及び再発防止のために行なうことをよく理解してください。

1. 個人情報の保護には十分注意しなければならない。ただし、報告書を基にした再発防止対策については、迅速に行ない、
2. 要因が、どこにあるのか（ソフト・ハード・環境・人）を明確にすること。
3. 「うっかり」「思い込み」等のケアレスミスを要因に挙げがちになるが、人のせいではなく、それを防止するための、ソフト・ハード・環境面の改善について考えていくこと。

(イ) 介護事故防止委員会（リスクマネジメント委員会）の設置及び役割

① 設置

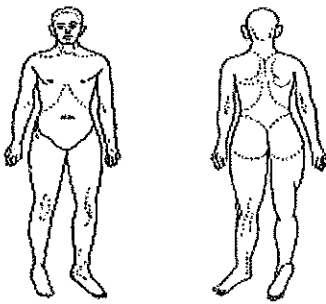
介護事故を未然に防止し、万一事故が発生した場合には迅速に対応できるよう、安全管理体制を組織化し、不測の事態に備えましょう。

② 役割

1. 介護事故の未然防止・再発防止のための方策立案
 - 介護現場で生じた情報（ヒヤリハット報告書等）について、情報収集を行なう。
 - 情報について、委員会にて問題点の分析・評価を行なう。
 - 介護事故の防止に必要と思われる事項については、職員に周知徹底。
 - 介護事故も含め、情報を事例としてデータ化（蓄積）し、今後の事故防止に活用できるようにしておく。
2. 介護事故が発生した場合の役割
 - 介護事故の事例を分析・評価し、介護事故再発防止の為の職員への指導や原因の究明、施設内の管理システムを見直し、改善策を検討。

様式第2

ヒヤリ・ハツと報告書

		園長	相談員	専門員	看護	
利用者 氏名	男 女	報告日 (記録日)		年 月 日		
		報告者 (記録者)		⑩		
発生日時	<input type="checkbox"/> 居室 (号室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 談話コーナー <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> その他 ()					
発生種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 移乗失敗 <input type="checkbox"/> ベッド転落 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 ()					
発生状況			(負傷部位) 			
緊急措置等						
対応の結果						
その時の 状況や背景	第1発見者 ()					
防止策及び 今後の対応策						
その他						