

サンリッチ伊東のリスクマネジメント指針

1. 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方

[経営者の役割]

- ◇経営者は全てのリスクマネジメントの責任を負うものとします。その上で、法人や事業全体の問題としてサービスの質の向上に向けたリスクマネジメントに取り組んでいきます。また、損害保険へ加入もいたします。
- ◇リスクマネジメントに関する全ての情報は必要に応じて全職員で共有し、事故が生じないように、また事故の再発防止に努めていきます。
- ◇些細なことについても必ず報告をしていただきます。このことについて、差別をすることはいたしません。
- ◇以下、リスクマネジメント指針を定めていきますので、各部署の所属長は職員に周知徹底をさせてください。

[基本方針の策定]

- ◇リスクマネジメントは、利用者の安全を最優先し、同時にサービスの質の向上と利用者満足度の向上をめざす活動です。つまり、より良いサービスを提供すればサービスの提供場面における事故等の発生を防ぐことができることとなります。
- ◇利用者の人権を尊重する意識の徹底をめざし、法人のリスクマネジメントに関する体制の整備を行うものとします。
- ◇リスクマネジメントの基本方針の内容については、管理責任者及び職員に周知、理解させていきます。リスクマネジャーは黒柳達也が担当、リスクマネジメントに関する窓口担当者は西城昌美が担当します。

2. 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項

[管理者の関与と責任の明確化]

- ◇上記リスクマネジメントの基本方針に沿って、リスクマネジメントに取り組む体制と責任を明確にします。
- ◇委員は、施設長、介護支援専門員、医師(必要に応じて)、看護職員、介護職員、栄養士、生活相談員により構成するものとします。

[原因分析・課題抽出・仕組みづくり]

- ◇リスクマネジメントに関する委員会などを設置し、対策や情報の共有化を図るとともに、事故予防対策を講じるための仕組み・システム(スキーム)をつくります。
- ◇リスクマネジメント担当者及びリスクマネジャーを配置し、その役割と権限を明確化にします。万一、事故が生じた場合やリスクマネジメントのことについては、全て窓口担当者に報告・相談をするものとします。そして、リスクマネジャーは、組織全体として適正なリスクマネジメントに取り組むための継続的改善を行うものとします。

[現場の創意工夫を活かす]

- ◇業務改善提案等、職員の悩み・工夫をくみ上げる仕組み(要望者や投書箱の設置)を構築するとともに、自らの創意工夫によりサービスの質を改善していくという意識を高

揚させていただきます。

[リスク情報を出しやすい環境づくり]

◇現場の職員がリスク情報を出しやすい環境づくりをしたうえで、リスク分析を行う組織づくりを行っていきます。些細なことでもヒヤリハット報告書、急変報告書、事故報告書を提出していただき、課題分析および再発防止に努めていきます。

- ・ 事故や安全に関する情報収集
- ・ 業務改善のための情報分析
- ・ 事故防止対策方針の決定
- ・ 対策の実践
- ・ 実践の検証
- ・ 対策の標準化

以上のサイクルを繰り返していくことができる組織づくり、つまり職員間で情報の共有ができるよう全ての事案を回覧し、情報開示と意見が出しやすい環境を構築していきます。

[危険に気づくこと]

◇現在のサービスのなかに内包されているリスクに気づき、その内容を把握するためのシステムの構築をしていきます。そのため、サービスの標準化に努めていきます。

[ヒューマンエラーへの対策]

◇ヒューマンエラーは避けがたいものであることを前提に、職員同士や利用者とのコミュニケーションを重視していきます。利用者が訴えたいことを良く聞くことが大切であり、これを全職員に守っていただきます。

3. 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針

[研修・教育への取組み]

◇安全で安心なサービス提供を行うにあたって必要になる職員の業務範囲と質をできる限り区分していきます。ただし、区分しづらい部分は職員相互が協調してサービス提供をしていくものとします。

◇リスクへの気づきを高める職員教育を実施していきます。リスクマネジメント研修やコンプライアンス研修やコミュニケーション研修は、それぞれ年 1 回以上は施設全体または各部署または各責任者による研修を実施していきます。

◇事故発生時の対応は、緊急時の対応(情報伝達経路)に沿って処理していただきます。そして、**ipad** に緊急時の対応(情報伝達経路)やリスクマネジメント指針などがいつでも閲覧できるようにしていきます。必要に応じて事故対応等に関する技術向上の研修を実施していきます。

4. 施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合(ヒヤリ・ハット事例)及び現状を放置しておくとならば介護事故に結びつく可能性が高いもの(以下「介護事故等」という。)の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針

[事故報告書]

◇発生した事故については、統一の様式で「事故報告書」を作成し、一元的に把握し、関係部署に回覧をして再発防止に努めます。

◇内容は、事故の日時、場所、状況、事故後にとった処置、考えられる原因のほか、検討した再発防止策や利用者の反応なども記載していただきます。

[ヒヤリ・ハット事例]

◇発生した事故だけではなく、利用者の障害に至らない「ヒヤリ」としたり、「ハッ」とした体験(ヒヤリ・ハット事例)についてはヒヤリハット報告書を提出していただき、これを分析することによって安全対策を検討していきます。

◇上記内容には、発生した場面など、事実確認・原因の特定及び分析を行うための情報を盛り込むものとします。

(記録の際の留意点)

◇個人情報保護への取り組みや記録の保管等には十分留意していくものとします。

◇記録様式については、定期的に点検・見直しを行い改善に努めていきます。

[事故要因の分析]

◇事故報告書やヒヤリ・ハット報告書については、ソフト面、ハード面、環境面、人的面などから、要因分析を行い、再発防止策に関する方法等を必要に応じて定めていきます。

◇ヒヤリ・ハット、急変、事故の区分について

- ・事故は、注意や管理が不足して発生した行為である。例えば、他人の薬を間違えて飲ませてしまった場合は事故である。傷・怪我・骨折などを負った場合も事故である。また、高齢者の方は日々元気で過ごされていても、機能低下等の影響や病状が悪化して突然に急変することがしばしばあります。これは急変に該当します。よって、これらの事故及び急変以外がヒヤリ・ハットの行為に該当します。

5. 介護事故等発生時の対応に関する基本方針

[マニュアルの作成]

◇事故発生時、迅速な報告及び誠実な対応を行うためのリスクマネジメント(迅速な報告及び誠実な対応)を作成し、情報の共有化を図っていきます。

◇リスクマネジメント指針(危機管理マニュアル)のようなリスク管理だけのものではなく、「食事介助マニュアル」「入浴介助マニュアル」などの個別のサービスマニュアルに安全対策の視点を盛り込んでいきます。

◇マニュアルの作成や見直しは、リスクマネジャーを中心に、個々の職員が認識しているリスクを洗い出して、職員レベルの作業を行うものとします。

◇定期的な見直し改善を行っていきます。

6. 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

[利用者等の理解に向けて]

◇法人が策定しているリスクマネジメントの本指針を利用者・家族等に閲覧(ホームページ)していきます。

◇本人要因におけるリスクに関する説明と同意などを含め、利用者・家族等との信頼関係の構築に向けた努力を行っていきます。

7. 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

◇必要に応じてリスクの発見・確認のための「予防措置」を講じていきます。

◇事故要因分析と再発防止策の検討を積極的に行っていきます。

◇苦情・相談体制を活用し、利用者の声をサービスの改善に活かしていきます。

この指針は平成23年10月 1日から施行します。

この指針は令和 3年10月 1日から変更します。

この指針は令和 6年 4月 1日から変更します。