

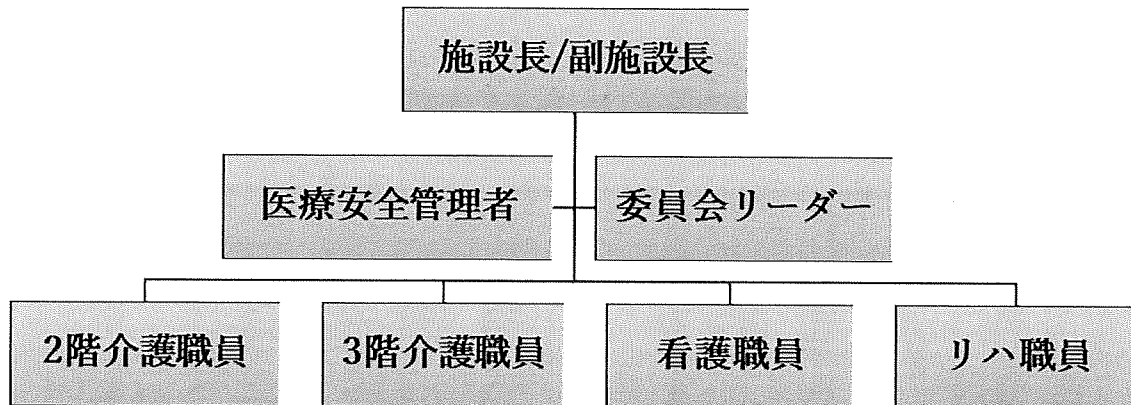
事故防止対策委員会
ヒヤリハット・アクシデント
報告書マニュアル

【介護老人保健施設亀の里】

R3.11月
R5.12月改訂
R7.10月改定

亀の里 事故防止対策委員会

1) 委員会組織図：通常、事故防止委員会は以下の体制で構成する



2) 委員会開催（通常）：原則毎月1回、委員会を開催し月間の集計、状況報告および分析・検討をおこなう

3) 重大事故発生時：委員会は発生した事故の程度により組織構成を変化させ対応する

4) 委員会開催（緊急）：現場もしくは委員から報告を受けた管理者は、施設長及び管理部管理者や医療安全管理者と協議し、各職種の関連職員へ緊急会議の開催を連絡し参加を呼びかけ対応について検討する

5) 医療的ケア業務：医療的ケア（喀痰吸引・経管栄養取扱い）について研修を受け実地指導看護師の実習を修了した者の名簿管理を行う
入所者の名簿管理はマネージャーが行う

また、医療的ケアを実施する際は看護師のリーダーと連携を図る（別紙参照）

6) 医療的ケア研修：実地研修が完了している者を、日常業務とは別に実技訓練を年に1回以上行い準備からの手順を確認し、事故防止に努める。訓練時の評価は指導看護師と評価表を用いる。訓練の計画は指導看護師と日程を調整する

*5) .6) に関しては、吸引喀痰指導看護師に随時確認して実施する

施設で発生する事故とは？

この施設において発生する事故のほとんどは、利用者の転倒・転落です。

そのほか誤嚥・誤飲や離設(無断外出)、誤薬などがあります。

下記に施設における事故の種類、及び、考えられる原因を一部まとめています。

種類	これら事故を誘発する可能性のある因子(リスク)
転倒	・ 老化に伴う身体能力の低下 ・ 疾病による体力の低下・精神疾患 ・ 身体麻痺 ・ 認知症 ・ 低血圧症(起立性低血圧) ・ 疲労 ・ 視野の減少 ・ 内服薬による副作用 ・ 疾病(膝関節症) - e t c
転落	・ ベッド～車椅子又はトイレ等への移乗時での見守り不足 (下肢筋力の低下・膝関節症・不安定な立位バランス等がある) ・ 立位～座位の際における後方確認不足 ・ 臥床時の体動が激しい ・ 下肢拘縮により車椅子座位時の基底面積が狭い - e t c
誤嚥	・ 嚥下能力の低下 ・ 食事摂取時の摂取スピードがはやい ・ 職員の嚥下確認不足 ・ 臥位の状態での食べ物・水分摂取 ・ 嚥下能力の低い方への食事形態の確認不足 - e t c
誤飲	・ 認知症による異食行為(認識できない) ・ 職員の関連(確認ミス) - e t c
離設	・ 認知症による帰宅欲求の増強 ・ 施設生活において不安・不信がある ・ 外出欲求が強い。それに対しての家族・職員のフォローがない ・ 認知症による徘徊行為 - e t c
誤薬	・ 職員の内服薬の管理不足 ・ 職員の与薬時の確認不足 ・ 職員の関連(確認ミス)

事故の発生により起こる様々な問題

事故には様々な段階があり、その段階によって様々な問題が持ち上がります。

下記の表は事故の段階と発生すると考えられる問題事項の一部です。

事故の大きさ〔事故Lv〕	発生後出現すると考えられる Loss と今後出現する Risk
Lv1 (軽微な事故)	生活行動範囲の萎縮
ニヤミス	リハビリテーションに対する意欲の減退
外傷のない軽微な事故	不安感の出現
Lv2 (処置適応の事故)	ADL (日常生活動作) の低下
軽度の外傷・疼痛、簡単な処置を有する事故	リハビリテーションの一時的な中断
経過観察が必要な事故	自発行動の萎縮
	家族の施設への信用の低下 (事故の説明が不十分な場合)
Lv3 (入院適応の事故)	ADL の低下
短期間の施設内での医療措置が必要な事故	環境の変化による認知症状の出現
	リハビリテーションの中断
精密検査や短期間の入院が必要な事故	受傷部位の疼痛の残存
	家族の施設への信頼関係の喪失
Lv4 (重大な事故)	確実なADL の低下
長期間の医療措置や入院が必要な事故	長期入院による廃用性症候群の出現
	家族の入院・手術などの費用の負担
生命にかかわる重大事故	家族よりの損害賠償請求の申請もしくは刑事事件への
死亡事故	発展、それに伴う施設の信用・財産・人材の喪失

前項の表からも、事故が発生することで様々な問題が生じることがわかります。

特に重大な事故が発生した場合には、その事故による損害賠償や信用喪失、刑事事件に発展する可能性も考えられます。そうならない為にも日頃より事故を未然に防ぐよう、常に意識をもって行動するよう心がけることが、事故防止の第一歩といえます。

事故防止対策委員会とその活動内容

事故防止対策委員会とは、施設内で発生した事故を管理・集計・分析し事故の発生を未然に防ぐための対策案を模索し各職員へ伝達・指導する委員会です。

当委員会の活動内容は、主に事故報告書の管理・集計による事故発生状況の分析（月間集計・年間集計）や、事故発生時における事故の管理（作成された報告書に抜けがないか・家族への連絡や対策の立案が行われているか）、事故後の対策実施状況の観察と、事故後評価の実施状況の管理・指導、連続して事故が発生している利用者のケアファルスの実施要請などを行っています。又、対策を立案するにあたり、事故防止対策委員を交えて事故対策の討議を行います。

日頃の業務内において、事故を起こさない対応方法などの教育・指導を行います。

以上が事故防止対策委員会の活動内容です。

インシデント事故(ヒヤリハット)について

インシデント事故とは、何らかの事故がおきる一歩手前の状態に発見された事故のことで、利用者に障害を及ぼすことはなかったが、日常の場でヒヤリとした、ハットした事例で、一般に「ヒヤリハット」とも呼ばれています。

事故が起こりそうな状況に前もって気付いた事例や、誤った措置が実施される前に気付いた事例、誤った措置が実施されたが、何ら影響のなかった事例などが挙げられます。

例えば、歩行の不安定な方が職員の気が付かない所で歩いていた。この場合は、転倒こそ起こしてはいないものの、いつ転倒を起こしてもおかしくない状況下にあり、まさに事故の一歩手前の状況にあるといえます。

こういった事故をいち早く発見し対応する事が、施設内事故を未然に防ぐ事になり事故発生率を下げる事となるのです。その為には各個人が事故に対して意識を高め、インシデントを見逃さない・流さないことが重要なポイントだといえます。

アクシデントについて

アクシデントとは、施設内に関わる場所で発生する事故の過程において、ことの大小や過失の有無を問わず発生する人身事故一切を包括します。対象は利用者のみならず、職員も含みます。

インシデント・アクシデントの分類

	区分	内容	報告期限
インシデント	レベル 0	間違った事が発生したが利用者には実施されなかった 【ヒヤリとした、事故が起きる前に防止したなど】	48 時間以内
	レベル 1	間違った事を実施したが、利用者に変化が生じなかった 【内服忘れ、インシデント後の様子観察】	24 時間以内
	レベル 2	事故により利用者への観察の必要が強化された 【誤薬、X-P、CT、採血などの検査の必要性が生じた】	24 時間以内
アクシデント	レベル 3a	事故のため、一時的な処置の必要性が生じた 【縫合処置、ガーゼ処置、消毒などが行われた場合】	直ちに報告
	レベル 3b	事故のため、継続的な治療の必要性が生じた 【骨折、転院治療、入院の延長】	直ちに報告 救急処置後 報告 (但し継続的な処置が必要となった場合は市役所へ報告)
	レベル 4a	事故により長期に渡り治療が必要	
	レベル 4b	事故により永続的な障害が残る	
	レベル 5	事故が死因となった	
	その他	自殺企図や暴力、クレーム	48 時間以内

例) 誤薬：内服忘れ、二重服用→レベル 2

ドレーン抜去：再挿入まではレベル 2、その後治療が必要な場合→レベル 3a

(薬剤の使用や造影剤の使用による確認が必要になった場合)

無断離院：レベル 2 (利用者の観察が強化される場合)

結果に応じてレベル 2～レベル 5

インシデント（ヒヤリハット）・アクシデントの定義

1.報告基準

インシデントとアクシデントレポートの提出基準

- 1) 事故報告書は個人を叱責したり、処分したりするものではない
- 2) 誰が事故を起こしたのかではなく、何故事故が起きたのか、要因を探求する
- 3) 報告書によって事故の振り返りができ、要因分析を行い、対策を立て再発防止に役立てることとする

2.アクシデント報告書

医療事故が発生し、または発生する恐れがあると認めた時は、直ちに事故報告書に記載し事故防止対策委員へ提出する

緊急を要する時には口頭より報告し、その後報告書の記載を行う

緊急を要する場合

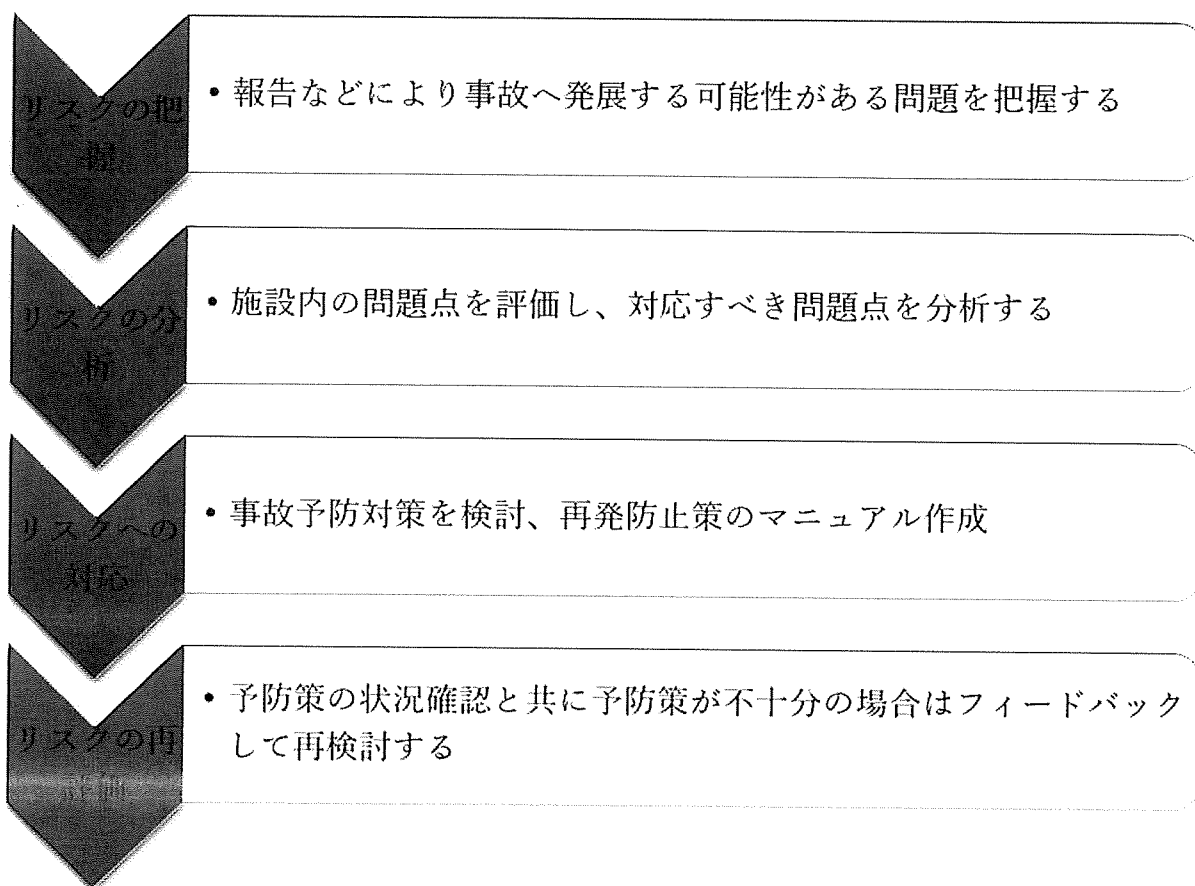
- 1) 医療行為によって利用者を死に至らしめ、または死に至らしめる恐れがある
- 2) 医療行為によって利用者に重大な障害を与え、または与える恐れがあるとき

3.インシデント（ヒヤリハット）報告書

診療行為その他の作業中に、医療事故につながる恐れのある事例があった時、インシデント報告書を提出する。家族から報告書等を含めたカルテの情報開示希望がある場合には、情報開示請求手続きを行ってもらい、手続きが完了してから開示する

* 事故防止対策委員会は月ごとのインシデント及びアクシデントの集計、要因分析、対策の検討を行います。各フロアでの対策や改善案を報告し、適宜マニュアルの見直しを行います。また、対策の取り組みに関して、その後の経過や効果の評価を継続して行います。

インシデント・アクシデントの報告の目的



マニュアル作成を行い医療安全に関する職員教育

参考文献：組織で取り組む医療事故防止（日本看護協会誌）

R3・11月

インシデント・アクシデントの報告の基準

1.インシデント（ヒヤリハット）報告基準

- 1) 発見者は看護師リーダー、介護リーダーへ報告。看護師は主治医または
日当直医へ報告を行い、指示を仰ぐ
- 2) 管理者に報告をおこなう（休日、夜間は出勤時でも可）
家族への報告は看護師と相談のうえ、携わった職員で連絡をする
（必要に応じて看護師は連絡を補佐する）
- 3) 当日の各職種リーダーと、事故防止対策委員にて、情報共有と原因の分析、
対策検討会議を開催し、対策内容の周知を行う
＊利用者の担当職員がいる場合は対策の検討を行う。不在の場合は後日
共有し、対策について担当チームで対策の確認と全体への周知を再度行う
- 4) 速やかに報告書を作成し提出する
- 5) 電子カルテに記載する（経過的に事実を記載する）
- 6) 事故防止対策委員会は月間集計を行うと共に事故の分析を行い、
各フロアへフィードバックする
- 6) 各フロアにおいても月間の評価と対策について話し合う

2.アクシデント報告基準

- 1) 発見者は看護師リーダー、介護リーダーへ報告。看護師は主治医または
日当直へ直ちに報告を行い、指示を仰ぐ
 - 2) 管理者に報告を行う
- ①アクシデントレベル3の場合
- 休日、夜間の事故は出勤時でも可（現場職員で判断がつけられない場合、対応が困難な場合は直ちに報告）家族への報告は看護師、課長、主治医、日当直医の判断とする

②アクシデントレベル 4（事故による後遺症の可能性がある場合）

事故発生時の休日、夜間に関わらずマネージャー（M）、サブマネージャー（SM）に連絡（S と SM は連絡を取り合う）

その後、主治医または日当直医、M 及び SM と相談し、家族への報告を行う

＊レベル 3b 以上はマネージャーより医療安全管理者、次長、部長、施設長、看護へ報告（休日、夜間は緊急性、状況を判断して報告とする）

＊レベル 3b 以上の報告後、医療安全管理者は緊急性を判断し、事故防止対策委員へ召集をかけ、緊急安全対策会議を開催し、再発防止のための情報を提供し分析対策を立てる

3) 当日の各職種リーダーと、事故防止対策委員にて、情報共有と原因の分析、対策検討会議を開催し、対策内容の周知を行う

＊利用者の担当職員がいる場合は対策の検討を行う。不在の場合は後日共有し、対策について担当チームで対策の確認と全体への周知を再度行う

また、速やかに事故報告書を作成し、各フロアの事故防止委員へ提出

（記載は原則その場に関わった者が記載する）

4) 電子カルテに記載する（経過的に事実を記載する）

5) 事故防止対策委員会で事故の分析を行う

6) 事故防止対策委員は月間集計を行い、毎月の委員会にて報告する

7) 各フロアにおいても月間の評価と対策について話し合う

8) レベル 3b 以上のアクシデントについては、マネージャーが市町村へ事故報告の届け出を行う

インシデント用紙とその書き方

インシデント用紙は、上記に書かれたインシデント事故を記録する用紙の事であり、事故防止対策委員会がこのインシデント事故の集計を行なっています。

この用紙への記録は事故の発生状況を把握する為にも必要な情報であり、利用者の事故を予防する為の、対策の材料にもなるのでインシデントを発見した際は、必ず記録として残すよう心がけてください。

インシデントの書き方は以下の通りです。

(記入例)	
6月15日8時50分 デイルームにて ○○さんが車椅子より立ち上がり テーブルの周りを歩かれていました。転倒・外傷はありませんでした。	(報告者名)
6月16日19時 夕食後に ○○さんをトイレ誘導した際車椅子から 便座へ移す時に一人で支えきれずよろめいてしまいました。すぐに他職員の 助けを呼び対応しました。本人に外傷はありません。	(報告者名)

記録する際必ず ①発生日・②時間・③場所・④誰が・⑤どのように・⑥どうしたのか
⑦外傷の有無・⑧報告者名 を漏れなく記入して下さい。

事故報告書とその書き方

施設内において何らかの事故が発生した場合、事故の発生記録と事故が再発しないよう
に事故後対策を立案する情報材料として『事故報告書』を作成します。

そのため、必ず『事故報告書』には、正確な事故発生時の状況を書いてください。

尚、『事故報告書』は、始末書ではなく、上記に記載されているように発生記録と事故
対策立案時の情報資料であることを意識して作成して下さい。

事故報告書の書き方

②：提出日 『事故報告書』を作成し事故対策を立案して提出した日を記載する

②：発生日 事故が発生した日を記載する

③：部署名 事故を起こされた方が利用されている部署名を記載する

④：年齢・性別 事故を起こされた方の年齢・性別を記載する

＊ 利用者名は枠外に鉛筆書きで記載する（家族連絡、事故後評価の為）

⑤：要介護区分 利用者の事故発生時の要介護度を、カルテを参考に記載する

⑥：身体症状 利用者が身体麻痺を持っているか、又は歩行が可能かを記載する

⑦：認知症 事故発生時の認知度を記載する

⑧：問題行為 現在ケア上問題となっている行動を記載する

⑨：事故の種類 発生した事故の種類を記載する

＊ 当てはまらない場合は、その他の部分に発生した事故を記載する

⑩：発生場所 事故が発生した場所を記載する

⑪：事故の状況と対応

周囲がどういう状況で、利用者がどのような行動をされ、事故を起こしたのか、
またはどういう状況で、職員が対応・行動をとり事故が起きたのか、事故発生時に
とった職員の対応、利用者の状態(バイタルサインを含む)、疼痛・受傷部位の有無、
その後の経過(30分後から、事後1日～2日)を記載する

⑫：問題点

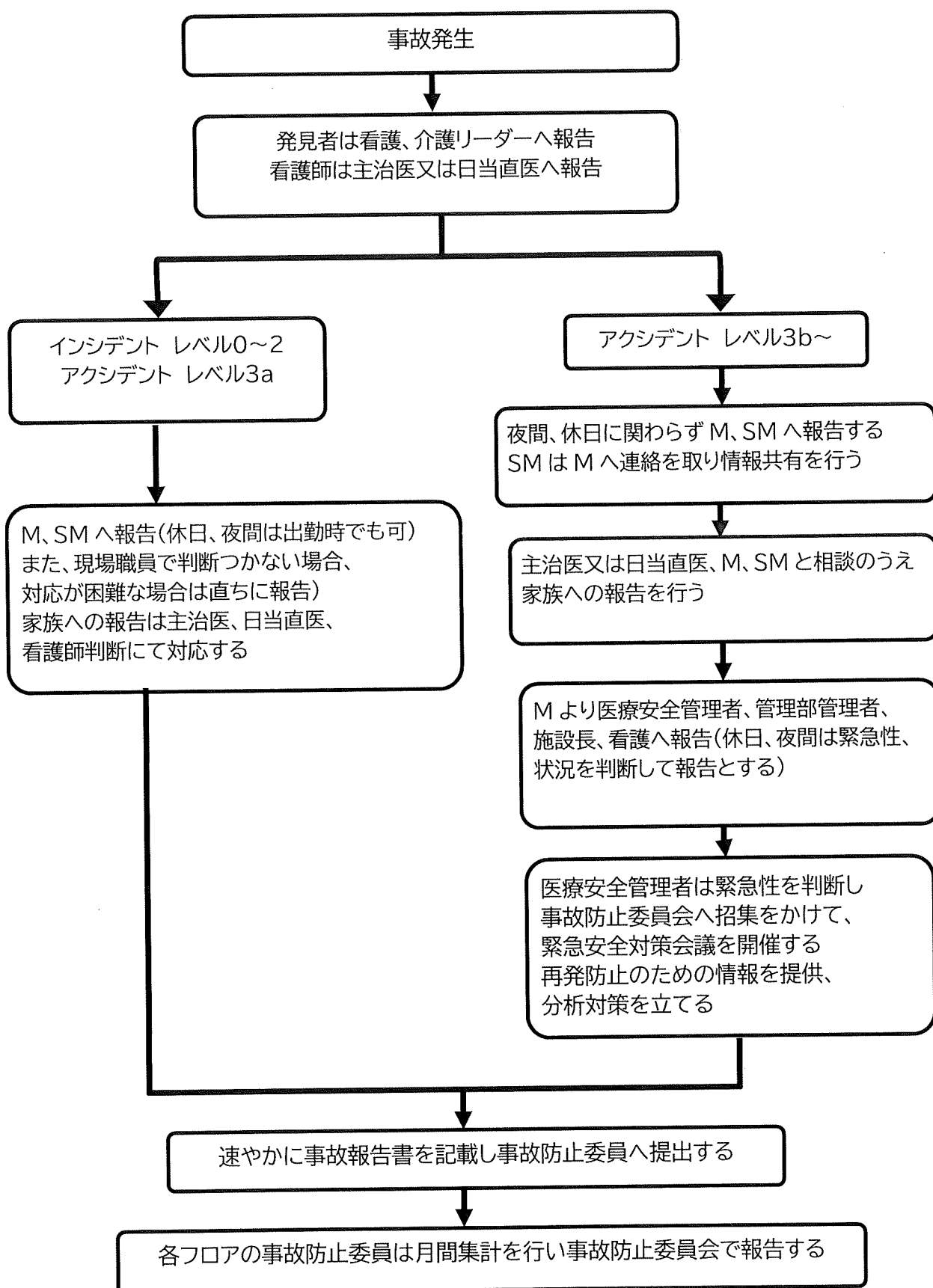
事故を振り返ってみて、なぜ事故が起こったのか、原因を考える。どのような点に不
備があったのか、また、利用者のこういった行動から事故が発生したのか。利用者の
現在の状況も考慮して再発する危険性はないか、または、このとき発生した事故より
も重大な事故として起こる可能性なども記載する

⑬：解決対策（事故対策）

事故発生後に事故が再発されないように対策を立案し、細かく記載する

事故発生時連絡網について

事故発生時は、事故の状況に合わせて下記を参照し連絡を行って下さい



※レベル3b 以上のアクシデントについては M が市区町村へ事故報告書の届け出を行う

【別紙】

介護職員等による医療ケア

介護職員等による喀痰吸引や経管栄養の取り扱いについては、研修を受けている
介護職員等が当該行為を行うため、対象利用者の同意書を得て、研修指示書や計画書
作成を行い、実地研修指導看護師の指導の下、実践が可能となる
吸引・経管栄養については別紙の技術項目や評価表も参考にしながらも研修指導者の
作成する手順に沿って実践を行う

医療的ケアの実践

実地研修が終了し、研修完了した者は施設内での医療的ケアの実践が可能となる
看護師：看護リーダーは医療的ケアが行える介護職員と対象者の情報を共有し、必要に
応じて介入時の観察強化指示や介入中止を判断し、対象者の安全を守る
介護福祉士：勤務の際には看護リーダーへ対象者の体調確認を行い、医療的ケアの
介入が可能か確認、指示を受ける。対象者に介入した場合は状態・観察報告を看護
リーダーへ必ず報告し、対象者の情報共有を看護師と行う

備品管理

医療的ケアに使用する物品に破損や故障が生じた場合、速やかに看護師に報告する
備品が緊急時に使えない事は問題が生じるため、特に医療機器の不具合を発見した時は
直ちに看護師へ報告する。

吸引時に使用するアルコール綿やカテーテルは看護師が管理しているため、残数が
少なくなっているときは声かけを行い、物品の補充を依頼し使用時に準備不足が
起こらないようにする

看護師：日々の勤務終了前には吸引器を消毒・洗浄する。吸引瓶の容量が7割以上に
ならないよう注意する

医療的ケア可能職員名簿の管理・研修

ケアの実践が可能職員は名簿で管理し、研修が完了していない者に実施させない
医療的ケア研修が完了している者を対象として、年に1回（6・7月頃）以上は指導
看護師と技術確認を行う。指導看護師へ日程調整をしてもらいその際には指導看護師の
評価表を用いて手技や安全確認ができているか評価を再確認する