

| 種別 | 特養 | 特養 |
|------------------------------|--|---|
| 施設名 | A | B |
| 地域 | 関東地方 | 関東地方 |
| 開設主体 | 社会福祉法人 | 社会福祉法人 |
| 開設年 | 1996 | 1982 |
| 入所定員 | 155 | 70 |
| 介護報酬上の届出 | <ul style="list-style-type: none"> ○リスクマネジメント委員会において介護事故予防対策・事故後の再発防止対策・ヒヤリハット報告書の収集と分析を行う。 ○ヒヤリハットの報告を中心として活動を行っている。 ○発生頻度が高いものは、伝達研修ではなく実地研修をメインに教育を行っている。 ○インシデント・アクシデントの報告は、グループ独自の基準に基づいて報告。グループ内の老健も同じ基準を使用している。 ○昨年2,420件、例年2,000件～3,000件 ○軽微なものからアクシデントまで報告する文化が職員間に根付いている。 ○入居者のパーソナリティを職員が十分に理解した後は、アクシデントのみを報告する。 ○消防とは異なり、介護施設は皮膚損傷・あざが多い。入所者の単独時に発症したものが多く、原因が不明な場合が多い。 ○どんな軽微な転倒でも迅速に家族に対応する。 ○ヒヤリハット報告は職員に定着しているが、今年からデジタル化に移行し、勤続年数が長い職員の一部では戸惑いもある。おおよそ実態に近い数のヒヤリハットが報告されているという印象。 ○報告書には発見した職員の名前は書かない。 | <ul style="list-style-type: none"> ○専任の安全管理者は看護師。法人内の病院での医療安全管理者経験10年以上、当該施設経験年数は、3年目。 ○以前までは、介護職・事務職のみで構成された委員会を行っていたが、現在は、施設長・課長・ケアマネジャー・介護職・看護職・各フロアのリーダーまたは主任層で委員会を行っている。 ○「ほのぼの(介護情報共有システム)」にある、事故報告フォーマットを使用し、事故の情報を収集している。事故報告のレベルは、同じグループの病院が使用しているレベルで報告する。 |
| 医療・介護の質・安全に関する組織体制 | <ul style="list-style-type: none"> ○事故報告書は施設内の基準(グループ)の基準に従い定義。 ○事故発生時は、原則各フロアのチーフや委員を中心に再発防止策を検討。各フロアで周知を行う。 ○委員会でも事故発生状況や再発防止対策の共有を行い安全対策の担当者が部署横断的に発生した事象と再発防止策を共有している | <ul style="list-style-type: none"> ○2019年から事故のデータを収集し始めた。 ○ヒヤリハット・事故は、転倒・転落が圧倒的に多く、次いでレベル0,1の皮膚トラブル(スキンケア・内出血・擦過傷など)が多い。 ○身体拘束は行わない方針。離床センサーの種類・設置場所を入所者ごとに変更したり、低床ベッド・緩衝マットを使用したり、入所者ひとりひとりの行動を予測している。 |
| 事故報告・再発防止の仕組み | | |
| 職員教育の状況 | <ul style="list-style-type: none"> ○新入職員研修、年2回の法令研修は必須研修(全職種・全職員対象) ○県から研修内容の指示がある。県内で入浴中の事故が多発したことを踏まえ、研修に内容や実地指導で指示があった。 ○実地調査は3年に1回行われる。実地指導は県や担当者によって内容や視点が大きく異なる。 | |
| 課題と認識している点 | <ul style="list-style-type: none"> ●再発防止策の立案と評価 ○認知症と転倒に焦点を当てて、分析を行っている。オリジナルのリスクアセスメントシートを作成。 ○報告されたインシデントに対しての再発防止策が見守り強化という言葉ですべて集約されてしまう。特養は生活の場であることを踏まえると、見守りの強化と自立のバランスが難しい。 | <ul style="list-style-type: none"> ●介護職員不足・人材確保 ○年2回感染・事故に関する研修実施、原則全職員参加。扱うトピックは、KYT、感染症予防(ノロウイルス対策・手指消毒)、誤薬防止、夜間急変時対応、実際の事故事例を通じたディスカッション、SBARなど。 ○受講率100%を目指しているが、厳しい状況。 ○研修は講義形式ではなくシミュレーションやビデオを用いたグループディスカッション形式で行う。また、施設内に設置されている防犯カメラの映像を見て、事故当時の対応について振り返ることもある。 |
| 市町村、他施設との連携または情報共有の状況 | <ul style="list-style-type: none"> ○地区老人ホーム協議会(近隣の20施設)では、あまり交流の機会がない。○グループ施設以外の施設とのつながりが薄い。 | <ul style="list-style-type: none"> ○同一自治体の特養に所属する施設長の交流の場(施設長総会)が年3回、事務局長は月に1回ある。平成17年から開始し、話し合うテーマは施設長会の事務局で設定する。 ○施設長総会で、新しい施設の施設長も含め密に交流している。 ○疥癬などの感染症発生時や事故発生時は、メールで情報共有を行っている。 |
| 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ・要望 | <ul style="list-style-type: none"> ○報告の基準・目的を明確にすること。 ○他施設の状況に関して情報交換する機会が少ないため、他施設の様子・好事例を知りたい。 | <ul style="list-style-type: none"> ○自治体への報告は、施設オリジナルの報告書と不足分を自治体の報告書で記載し、郵送で提出。自治体からのフィードバック・アドバイスはない。 ○自治体には5つの支所があり、アウトブレイクが発生した際は、入所者の元住所の管轄の支所にも提出しなければならない。 ○他施設の事例について情報が得られるのは良い。人員不足で外にいけない施設もある。 |
| 行政への要望 | <ul style="list-style-type: none"> ○県からのフィードバックはなく、集団指導の場で事故件数の報告のみ。県への事故報告の目的は、普請策であるため、再発防止策のサポートまでは行っていない。 ○市役所と県福祉事務所と複数提出は負担が大きい。報告書の提出は郵送でも可能だが福祉事務所まで持っていく。書式が異なっているため、一本化してほしい。 ○県に報告するときは、骨折以上という曖昧な基準が設けられている。 | <ul style="list-style-type: none"> ○事故を未然に防ぐための機器導入(防犯カメラ、センサー等)のための助成金が欲しい。 ○事故防止対策には多額の資金が必要であるが、介護施設は収入に限られているため、事故防止に関する加算を新設して欲しい。 |
| その他 | | |

| 種別 | 特養 | 特養 |
|------------------------------|--|---|
| 施設名 | C | D |
| 地域 | 四国 | 四国 |
| 開設主体 | 社会福祉法人 | 社会福祉法人 |
| 開設年 | 2002 | 1979 |
| 入所定員 | 50 | 40 |
| 介護報酬上の届出 | <ul style="list-style-type: none"> ○施設内で委員会を月に1回実施し、インシデント・アクシデントの情報を共有する。その情報を病院内でも報告する。例えば薬剤関連のインシデントが多発した場合は、病院の薬剤師が特養に行き、対応する場合もあり、病院と特養が連携して安全対策に取り組んでいる。 ○委員会のメンバーは、施設長、介護職員、看護職員。 | <ul style="list-style-type: none"> ○施設内に診療所の設置と届け出を行っている。 ○嘱託医を確保している（内科：週2回半日、精神科：隔週半日） ○他に、嘱託医療機関が提携している診療科目として、整形外科、消化器科、リハビリテーション科がある。 ○歯科医院と提携し、歯科衛生士が週2回以上来訪している。 ○嘱託医と24時間連絡体制を確保しており、随時助言・指示・指導をもらえる。 ○事業所ごと（ユニット型、従来型それぞれ）に主任看護師、主任介護職員を配置している。 ○看護職員は勤務時間外は5人で待機当番制となっているため、必要な時には24時間連絡が取れる。日中は8:00～18:30の交代勤務。正看護師、准看護師が配置されている。 ○各病室に管理職として課長を配置している。 ○介護、看護職員以外に生活相談員が配置されている（勤務時間外は2名の待機当番交代制）。 ○感染症、介護事故、褥瘡、緊急時などのマニュアルと指針を作成し周知徹底している。 ○月に1回、事故対策委員会を実施している。メンバーは、施設長・介護職・看護職・主任相談員。大きな事故が発生した場合は、その都度行う。 |
| 医療・介護の質・安全に関する組織体制 | | |
| 事故報告・再発防止の仕組み | <ul style="list-style-type: none"> ○レベル3Bからアクシデントと定義する。3Aは表皮剥離が、3B以上は骨折がほとんどを占めている。 ○同一敷地内の介護施設共通のインシデント・アクシデント報告シートがある。 ○病院でのインシデント・アクシデント報告件数は100件弱/月。 ○入退院の調整に関する話し合いが毎日病院と特養で行っている。約4年前から毎日話し合いを行うようになった。話し合いのメンバーは、副院長・地域連携室・病棟看護師・リハビリスタッフ。 ○特養内で生じたインシデントは、連絡帳に記入し、朝礼時に3日間読み上げること。特養職員間で共有する。 ○行政への報告は、所在地の市や入所者の保険者。感染症はアウトブレイクのみ、行政へ報告。 ○家族へのクレーム対応は、家族との連絡やコミュニケーションを密にすることで防いでいる。内出血など何か変化が生じた際は、迅速に家族に対応する。 ○褥瘡がある入所者がケア時に、骨にヒドが入ってしまうことがある。病院と協力し、骨粗鬆症リエンチームを立ち上げ、活動している。薬物治療等できることを事前に行い、事故の重度化を防いでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ○ケガの有無にかかわらず事故として施設内へ報告する。 ○事故防止検討委員会および介護技術改善のための検討会を開催している。 ○発生した事故は、2か月間で4件程度。事故の例としては、ベッドからずり落ちていた等がある。 ○事故のなかでは、転倒・転落の発生頻度が一番高い。表皮剥離も頻度が高い事故である。 ○ヒヤリハット事例は、事故の発生を予防できた事例と定義している。 ○骨折以上の事故は自治体に報告する。市に報告した事故は、5年間で3件程度。 ○面会時に事故や体調の変化に関する情報だけでなく、日常生活の様子を家族に共有するように努めている。 ○自治体が行う実地指導では、発生した事故を踏まえたフィードバックは行われていない。 |
| 職員教育の状況 | <ul style="list-style-type: none"> ○併設の病院内で開催される医療安全・感染対策などの研修に、特養職員も参加する。 ○特養内単独での研修実施は難しい。特養内単独で研修を行う場合は、情報をインターネットから探したり、資料を作成したり、負担が大きい。 | <ul style="list-style-type: none"> ○研修は年2回実施している。 ○職員教育は、保険会社主催の外部研修(事故予防・事故発生時の対応に関する)や社会福祉協議会の研修も利用している。 ○毎月1回以上、一部は外部講師を招聘し何らかの資質向上のための研修会を開催している。 ○職員の経験や役職に応じた研修を年度ごとに実施している。 ○外部研修に職員が参加すると、施設に残る職員数が限られてしまうため、なかなか外部研修に職員が参加できない現状がある。 ○法人内の全体の研修はないが、施設ごとに研修内容の計画を立てている。特養の年間の教育・研修は、常務理事が作成している。 |
| 課題と認識している点 | <ul style="list-style-type: none"> ○勉強会後、職員へ周知徹底することが難しい。 ○転倒・転落が減少しない。自立と安全のバランスが難しい。 | <ul style="list-style-type: none"> ○事故予防策の一貫性と継続性 ○類似事例が再発する。文書報告の効果が得られ得ていない。 ○介護職員、看護職員の双方の知識、技術レベルと許可されている業務内容の違いが大きい。 ○利用者や利用者家族から求められる医療水準と提供できる医療の差がある。 |
| 市町村、他施設との連携または情報共有の状況 | <ul style="list-style-type: none"> ○社会福祉協議会が行う施設長会で連絡会議を行うことはあるが、回数が少なく、研修がメインで施設長間の交流は少ない。 ○隣の老施設は、特養以外の社会保険関連サービスの職員も参加し、研修がメインで交流は少ない。 | <ul style="list-style-type: none"> ○事故の内容に応じて保険者に報告している。 ○法人内では、重大かつ必要な場合は文書・口頭で周知を徹底している。 ○居宅支援事業所が拠点となって、法人外の施設と情報共有・連携を行っている。 ○近隣の他施設の事故情報は共有されていない現状がある。 |
| 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ・要望 | <ul style="list-style-type: none"> ○市に報告しても、フィードバックはない。市内の他施設の事故事例や集計を知る機会もない。2年に1回、実地指導はあるが、フィードバックなど事故報告に関する還元はない。他施設の事故事例や再発防止策に関して情報が欲しい。 ○事故情報収集フォーマットは、項目数が多いと、入力する職員の負担が大きくなるかもしれない。 | <ul style="list-style-type: none"> ○インターネットの普及や事故啓発活動、事故に関する研修会、事故に関連する法令など、様々な情報があり、十分であると思うが、具体的な対策に関しては情報が不足している。対策集のような情報があるとありがたい。 |
| 行政への要望 | <ul style="list-style-type: none"> 行政に専門職を設置して欲しい。毎年のように担当者が変わり、事故の予防・再発防止などの踏み込んだ話ができない。 | <ul style="list-style-type: none"> ○自治体からの事故に関するフィードバックはないため、事故報告の必要性を感じにくい。 ○報告の基準と必要性を緩和するなどの検討をして欲しい。 ○医療、介護事故の減少につながるような設備へ助成があるとよい。 |
| その他 | | <ul style="list-style-type: none"> ○吸引など、研修を受講すれば認められる技術についても、すべての介護職員が研修を受けることはできない。連携する職員の知識・技術レベルを同等にしておく必要があるため、国や保険者を中心にした取り組みが必要ではないか。 ○施設内に歯科の設備もあり、非常勤の歯科衛生士・歯科技工士も配置されている。 ○実務者研修、無料職業紹介、実習生の受け入れもやっている。 |

| 種別 | 老健 | 老健 |
|------------------------------|--|---|
| 施設名 | E | F |
| 地域 | 関東 | 近畿 |
| 開設主体 | 医療法人 | 社会医療法人 |
| 開設年 | 1996 | 1995 |
| 入所定員 | 200 | 100 |
| 介護報酬上の届出 | 在宅強化型 | 在宅強化型 |
| 医療・介護の質・安全に関する組織体制 | <p>○月に1回委員会を開催。参加者の職種は、介護職員・看護職員・相談員・栄養士・リハビリ職員・事務職員・ケアマネジャー・支援相談員等の全職員で行っている。</p> <p>○事故はフロアごとに集計し、委員会でディスカッションが行われる。グループ内でも集計が行われている。</p> <p>○特例の事故が発生した場合は、グループ内の部長会(年4回)またはメールで情報が共有され、各施設の職員に発信される。</p> <p>○事故報告書はオリジナルのエクセルシートがあり、基本情報を入力すると県や市のそれぞれの報告書に反映される工夫がされている。手書きで何度も同じ内容を書くことがなくなり、職員の負担が減っている。</p> <p>○入所者が医師診察をした際は、看護師が24時間経過観察をすることが徹底されている。</p> <p>○夜勤帯は1名の看護師が2つのフロアを担当している。</p> | <p>運営諮問委員会として介護安全管理委員会を組織し、構成メンバーは施設長、療養科長、各部署、各職種から一名ずつとなっている。委員は、主に法人の安全管理研修や、推進員研修を修了した者としている。各種報告は、必ず施設長まで上がるようになっている。</p> |
| 事故報告・再発防止の仕組み | <p>○アクシデント調査報告書を入力し、フロア内でカンファレンス、議長へ提出。</p> <p>○リスク委員会内で事故報告内容と防止策を発表し、委員会内で再検討し、共有する</p> | <p>利用者個々のリスクについて、ケアプラン作成時にアセスメントし、ハイリスク者のプランには、予防対策を明記するようにしている。入所検討会において、リスクに関する情報を共有している。事故発生時は速やかに報告書を作成し、朝礼での報告、全部署への配布を行っている。ヒヤリハット報告を推奨し、安全管理委員会や各部署会議での分析検討をしている</p> |
| 職員教育の状況 | <p>○年2回勉強会実施、原則全員参加。</p> <p>○勉強会に参加できなかった職員向けにフォローアップ研修・ランチョンセミナーを実施し、参加率100%を目指している(前回参加率: 98%)。</p> <p>○年2回の勉強会とは別に、新人・中途向けの研修も行っている</p> | <p>新入職員オリエンテーション時、安全な介護についてのOJTを行っている。</p> <p>毎月、朝礼で安全管理員からの勉強会をしている</p> <p>年1回、施設内学習会を行っている</p> |
| 課題と認識している点 | <p>●転倒転落による骨折件数</p> <p>○骨折件数は以前まで年間一桁台を推移していたが、昨年度骨折件数が増加したことを踏まえて、今年度骨折予防を重点的に取り組んでいる。</p> <p>○取り組み内容としては、リハビリ科による高齢者の転倒に関する勉強会、栄養科による食料・メニューの変更、モニタリングシートの改変(ADL・服薬状況に関する項目を追加)。</p> <p>●職員の急変時対応・防災対策マニュアル</p> <p>○実際に起きた入所者の急変事例を踏まえ、急変時対応のマニュアルの作成やBLS講習は行っていたものの、現場に居合わせた職員がリーダーシップをとれるように、より実践的な研修が必要であると感じ、通常のBLS講習に加え、施設内の指揮命令系統を踏まえたシミュレーション研修に関する取り組みを進めている。</p> <p>○感染の予防・拡大防止</p> <p>○感染症のアウトブレイクが生じた事例はほとんどないが、リスクマネジメントを中心に取り組んでいるため、感染予防まで手が届いていないのが現状。</p> <p>○現在は、感染委員会のラウンド(月1回)、手洗い・手指消毒の徹底、加湿器の導入、換気、面会者の面会時のマスク・手指消毒の徹底を行っている。</p> | <p>「介護事故をなくす」という視点だけになると、抑制的なケアになる懸念や、職員の負担感が大きくなる可能性がある。生活の中で起こってくる転倒やけがは防ぎようのないものもあるため、発生した事例が、「本当に防ぎようのないこと」「防ぎようのないこと」だったのかの見極めをせよ、防ぎようのないことは徹底して分析し予防対策を講じていかなければならないと考えるが、現在は一律に「介護事故」として扱っている。そのことが、起こった事案に対して、個人の責任を追究したり、報告書を作成することに対して精神的な負担感に繋がっていると考えている。</p> |
| 市町村、他施設との連携または情報共有の状況 | <p>○グループの全施設が年2回集まり、安全推進者会議を実施。</p> <p>○グループ外の市内の他施設とは連携の機会ほとんどない。</p> <p>○全老健が行う大会・研修では、その場だけの関係で交流はない</p> | <p>入院に至った介護事故については自治体へ報告している</p> |
| 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ・要望 | <p>○市や県などに相談窓口を設置して欲しい。</p> <p>○提出しても分析のフィードバック・還元がなく、市内の他施設の様子・好事例を知る機会がない。また、実地指導・集団指導でも、具体的な解決策の提示はない。</p> | <p>上記「課題と認識している点」に書いたように、「事故」という言葉で一律にぐくらない。件数が比較しない。</p> |
| 行政への要望 | <p>○医療安全関連・リスクマネジメントに関する加算を検討してほしい。</p> <p>○しかし、仮に加算要件として医療安全管理者・リスクマネージャー責任を設けられた場合、職員不足や現状の職員配置を考慮すると専任の職員を配置することは難しい。</p> | <p>上記「課題と認識している点」「事故情報収集・分析・再発防止の仕組み」に対するニーズ・要望」と同様一般市民や、要介護者、家族への啓蒙</p> |
| その他 | <p>○グループ内のヒヤリハット報告システム「ウィザード」があり、クリック等の簡単な操作で報告できる。</p> <p>○当該施設は200床と規模が比較的大きいため、他県から医療依存度が高い入所者が増加してきている。</p> <p>○転倒・転落に関する説明書を使用している。この説明書は、免責事項を示すものではなく、施設側と入所者・入所者家族の相互理解を深めるために使用されている。</p> | <p>利用者の重度化や医療費の高さは今後ますます進んでいく中で、リスクの高い利用者を介護していくことは介護現場の職員の疲弊を招く。マンパワーだけに頼る介護ではなく、ITやAIの活用も考えていかなくてはならないが、その費用をどうするのかわからない大きな問題である。また、運営上必要とされる膨大な記録や書類の作成などもっと簡素化したり統一したものにすることで、本来の介護に専念できる環境をつくることで、リスクも軽減すると考える</p> |

| 種別 | 老健 | 老健 |
|------------------------------|--|--|
| 施設名 | G | H |
| 地域 | 北陸 | 九州 |
| 開設主体 | 社会福祉法人 | 公益財団法人 |
| 開設年 | 2013 | 1996 |
| 入所定員 | 54 | 100 |
| 介護報酬上の届出 | 超強化型 | 在宅強化型 |
| | <p>○リスク委員会を月に1回実施している。</p> <p>○委員会の参加職種は、施設長(医師)、看護職員、介護職員、リハビリ職員、ケアマネジャー、支援相談員、事務職員、小規模多機能型居宅介護施設職員である。</p> <p>○老健、小規模多機能型居宅介護施設、通所リハなどを含めた社会福祉法人全体の事故予防・再発防止対策に関しては、利用者安全リスク委員会で話し合われる。</p> <p>○そのほかに、月に2回、法人内で発生した困りごとを相談するカンファレンスを開催し、軽度なインシデント事例についても話し合う機会を設置している。</p> | <p>施設長(安全管理者)→安全管理委員会→経営会議→4の委員会と10のマネジャーで構成</p> <p>(教育委員会・広報委員会・ボランティア委員会・省エネ委員会・感染対策マネジャー・セーフティマネジャー・福祉用具・防火・身体拘束廃止・NST・排泄・口腔・業務検討・記録検討)</p> <p>他、法人内での各専門部門教育会の設置</p> |
| 医療・介護の質・安全に関する組織体制 | | |
| 事故報告・再発防止の仕組み | <p>○重大な事故、繰り返し発生する事故に関しては、リスク委員会で予防対応策について話し合い、職員に周知している。</p> <p>○事故レベルは、事故とヒヤリハット事例の2つで区分している。入所者に直接何らかの障害が生じた場合は事故、それを未然に防げた場合は、ヒヤリハット事例と定義している。例えば、転倒した場合は事故、転倒を防いだ場合は、ヒヤリハット事例としている。</p> <p>○昨年のヒヤリハット事例発生件数は、4件/月～21件/月であった。そのなかで発生した骨折は、1件であった。入所者の活動量増加に伴って、事故発生件数も増加するという印象がある。</p> <p>○発生した事故・インシデント事例の記録は、電子カルテ(ケアカルテ)を利用し、事故情報を含めたケアの記録の全てをケアカルテに残す。</p> <p>○ケアカルテに記録した対応記録は時系列で閲覧することが可能で、事故発生後4日間は朝礼時に職員間で事故情報とその後の対応について共有している。事故やケアの記録のほかに、ケアカルテ上で事故に関する報告書も作成している。</p> | <p>安全管理委員会の設置により各部署のセーフマネジャーよりアキシデント報告安全に対する提言・会議資料の提出をおこない安全管理委員会を関係職種で開催。その後、決定事項の伝達・具体的な指示をおこなう。</p> |
| 職員教育の状況 | <p>○年に2回事故防止に関する研修を実施している。研修内容は利用者安全リスク委員会決められる。実際の研修内容は、危険予知に関するもの、老健内で連続して発生した事故に関する対策などがあつた。そのほかに、月に1回介護チームで事故予防に関するカンファレンスを実施し、再発防止に取り組んでいる。</p> <p>○老健職員は、グループ内の病院が実施する研修に任意で参加することができる。</p> | <p>年2回全体教育を行う</p> <p>各部署での事例検討、振り返りと0JTを繰り返す</p> |
| 課題と認識している点 | <p>○ヒヤリハットの場面を認知する感覚が職員間で個人差がある。職員の危険予知のレベルの底上げをしたい。</p> <p>○日々の業務に追われて、入所者の安全確保まで目が届かないという現状がある。</p> | <p>利用者個々のニーズに対するスタッフ個々の認識の違いから統一できずにクレームの元になる。</p> <p>安全間値に差があり、セーフティレベルを全体的に上げる必要がある。</p> |
| 市町村、他施設との連携または情報共有の状況 | <p>○市への事故報告は紙媒体で報告し、担当者に直接渡す。第一報は3日以内、第二報は1か月以内に報告する。</p> <p>○自治体が行う実地指導は、4年に1回実施され、一昨年実施された。</p> <p>○他老健との交流は少ないが、県の老健協会が実施している看護介護部会内で他施設との情報交換をする機会はある。しかし、老健施設の職員との交流にとどまっており、他サービスの介護施設職員との交流の機会はない。</p> | <p>グループ内所長会</p> <p>法人内合同セフティーの設置</p> <p>行政：アキシデント3以上の報告</p> <p>アキシデントで受診をした場合の報告</p> <p>他施設：対応困難なケースにおいては情報提供</p> |
| 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ・要望 | | <p>入所前の情報収集のあり方</p> <p>(病院から、施設から、自宅から)</p> |
| 行政への要望 | <p>○自治体から事故に関するやり取り・フィードバックがないため、事故報告のために労力ばかりがかかっている現状がある。</p> | <p>現在では緊急避難的入所者に対しての大きなトラブルは起こっていない。生活保護者の手続きなど連携を深め迅速な対応をおこなっていただきたい。</p> <p>老健の機能から入所期間はある程度設定されているが意思決定支援が困難な事例について、相談窓口を設けてほしい。</p> |
| その他 | | |

| | |
|----------|-------|
| 種別 | 介護医療院 |
| 施設名 | I |
| 地域 | 北陸 |
| 開設主体 | 医療法人 |
| 開設年 | 2019 |
| 入所定員 | 60 |
| 介護報酬上の届出 | - |

医療・介護の質・安全に関する組織体制

| | |
|---------------|--|
| 事故報告・再発防止の仕組み | <p>○介護医療院における事故の報告は、病院のインシデント、アクシデント報告規定に沿って実施されている。</p> <p>○報告規定では、レベル0-2の事例は、発生から5日以内、レベル3の事例は発生から3日以内、レベル4、5の事例は発生から24時間以内に報告するよう定めている。</p> <p>○2018年度のインシデント・アクシデント報告は、スキンテア16件、転倒転落28件(内レベル3b 骨折 2件)であった。(療養病床であったときの報告件数)</p> <p>○昨年度のインシデント・アクシデント報告は、スキンテアが16件、転倒転落が18件、利用者間違いが16件(内レベル3b 骨折1件)であった。(介護医療院に転換してからの件数)</p> <p>○病院内の医療安全リスク管理会議で介護医療院の事故に関しても報告され、再発防止策が検討されている。</p> <p>○介護医療院では原則身体拘束は行わないが、月に1回、身体拘束適正化委員会、身体拘束を行っている患者について話し合い、患者安全推進会議で報告する。</p> <p>○転倒転落に関して病院全体のラウンドを介護医療院の介護職員も共同で実施している。</p> <p>自治体への事故の報告に関しては、最初に病院のマネジャーに報告をし、必要であれば市へ報告する。現在のところ、報告対象レベルの事例は0件である。</p> |
|---------------|--|

| | |
|---------|--|
| 職員教育の状況 | <p>○介護医療院の看護職員のなかには、グループ内にあったリハビリテーション病院で勤務していた職員も含まれている。</p> <p>○介護医療院の職員に対する教育・研修は、病院と同じ制度である。</p> |
|---------|--|

| | |
|------------|--|
| 課題と認識している点 | <p>○医療的ケアを必要とする入所者の割合、重症な疾患を有する入所者の割合、看取り件数が増加し、事故が発生しやすい状況になっている。</p> <p>○それに伴いインシデントの内容も変化しているため、新たな予防対策を考える必要がある。</p> |
|------------|--|

市町村、他施設との連携または情報共有の状況

事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ・要望

行政への要望

その他