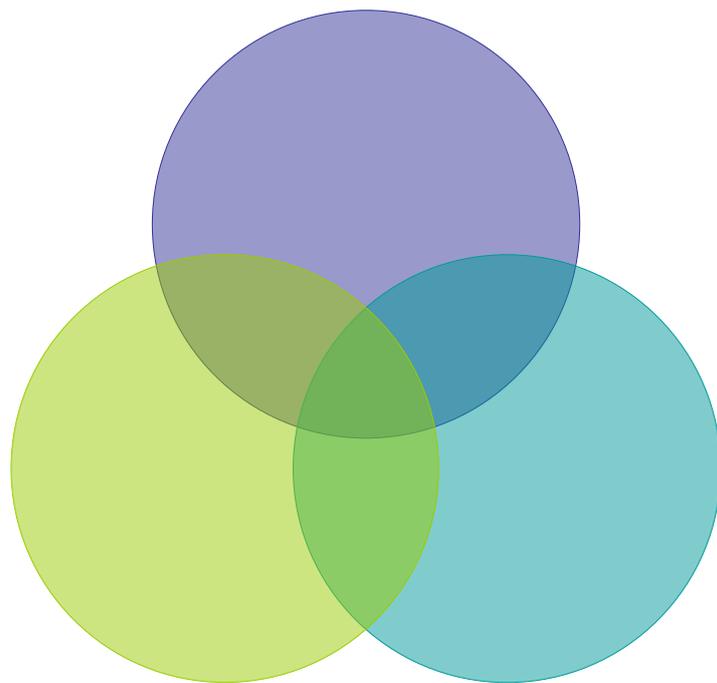

福知山学園 リスクマネジメント指針

い の ち い き・い き



社会福祉法人 福知山学園

社会福祉法人福知山学園 リスクマネジメント指針

社会福祉法人福知山学園

1. 主旨

社会福祉法人福知山学園法人理念に基づき、ご利用者の生命と尊厳を守り、安全・安心で心と心が通い合う支援・介護サービスの提供を目指し、支援・介護サービス場面における事故防止対策に関する指針として「福知山学園リスクマネジメント指針」を定め、ここに法人の指針とする。

2. 事故防止の基本的指

■ [クオリティインプルーブメント (QI) を根幹に据える]

◇事故防止は、ご利用者の人権を尊重する意識の徹底と、質の高い支援・介護サービスを目指す不断の努力によってのみ可能であるとするクオリティインプルーブメント (IQ) を法人全体の共通認識に高めていく中、組織的なリスクマネジメント体制の構築に取り組むこととする。

■ [経営者・管理者の使命・責務]

◇「支援・介護サービスの質の向上」「安全・安心の確保」を法人経営の中核に位置づけ、経営者・管理者として果たすべき使命・責務を強く認識する中、本指針を経営者・管理者ならびに職員共通に遵守すべき指針として定める。

■ [経営者・管理者による率先垂範とリーダーシップ]

◇「支援・介護サービスの質の向上」「安全・安心の確保」の取り組み推進には経営者・管理者自ら率先垂範とリーダーシップが不可欠と捉え、リスクマネジメント体制の浸透・構築・充実を経営者・管理者自ら率先して取り組むこととする。

■ [ルール (規範) 遵守の組織風土醸成]

◇リスクマネジメントシステムの進展に際しては、同時にガバナンスの確立、コンプライアンスの醸成が不可欠であり、経営者・管理者を先頭に組織全体 (全ての職域・職務) においてルール (規範) や手順を重んじる組織風土の醸成に努めるものとする。

◇職員一人一人の中に、常に「安全」が認識される安全文化の醸成・共有、又、相互に意見を出し合える風通しの良い組織づくりを経営者・管理者自ら常に意識し働きかける努力を行う。

■ [業務改善による安全性向上]

◇法人各施設・事業所は常に業務改善を志向する中、支援・介護サービスの安全性向上と自己防止に努め、万一事故が発生した場合には責任ある行動をとり、利用者になんらかの被害を生じさせた場合は、速やかな回復がはかられるよう努力する。

■ [組織的かつ継続的取り組み]

- ◇リスクマネジメントの取り組みが、経営者・管理者や一部職員のみには止まることのないよう、全ての職員の参画により組織的に進めていくものとする。つまり、経営者・管理者として職員の声に耳を傾け、現場での課題を適切に把握しておくと同時に、必要かつ実質的な対応策が実行されるよう現場職員の創意工夫を引き出しながら構築していく「共感的な」姿勢の保持を努めることとする。
- ◇リスクマネジメントシステム導入後システムとして停滞することのないよう、いわゆる PDCA（P：計画・D：実施・C：検証・A：改善活動）サイクルに基づいて取り組みを進め、継続的な改善・発展に努める。
- ◇リスクマネージャーの役割と権限を明確化する。

■ [事故防止対策規定等の策定]

- ◇施設・事業所内の関係者による協議のもとに事故防止対策規定を策定するとともに、事故防止マニュアルの見直し・整備を行う。

■ [原因分析・課題抽出]

- ◇「(施設) リスクマネジメントチーム」では、リスクマネージャーを中心にヒヤリハット事例を及び事故の分析評価ならびにマニュアルの定期的な見直しを行う。

■ [現場の創意工夫を活かす]

- ◇業務改善等、現場の課題に直結した工夫をくみ上げる仕組みを構築するとともに、自らの創意工夫により支援・介護サービスの質を改善していくという意識を高揚させる。

■ [リスク情報が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上で、リスク分析を行う組織づくりを行う中、以下のサイクルを確実に繰り返すことのできる組織づくり。
 - ・ 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
 - ・ 実践の検証
 - ・ 対策の標準化

■ [ヒューマンエラーへの対策]

- ◇現在の支援・介護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づくり。
- ◇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、日常的に職員同士やご利用者・ご家族とのコミュニケーションを重視する。
- ◇事故発生分析においても、単なる責任志向（何が起こった→誰がしたのか→処罰→一件落着）でなく、あくまでも原因指向（何が起こったか→なぜ起こったか→どうすればいいのか→対策は何か）による要因分析を徹底し、再発防止策として検討・実

施するシステムの確立を目指す。

3. 職員研修に関する基本方針

- ◇事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識の普及や安全管理の徹底を図るため、職員採用時に研修を行う。
- ◇法人内における介護事故等を分析した結果を踏まえ、リスクの気づきを高めるため職員研修（年2回）を実施する。

4. 「事故報告書」および「ヒヤリハット事例報告」に関する基本方針

■ [事故報告書]

- ◇発生した事故については、統一の様式にて「事故発生報告書」を作成し、一元的に把握する。
- ◇内容については、自己の日時、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する。

■ [ヒヤリハット事例報告]

- ◇発生した事故だけでなく、利用者の負傷などに至らなかった「ヒヤリ」や「ハット」とした体験（ヒヤリハット事例報告）を報告し、分析することにより安全対策を検討する。
- ◇上記内容には、発生した場所など、事実確認・原因の特定及び分析を行うための情報を記載する。
- ◇個人情報保護や記録の保管等に関するルールを定める。
- ◇記録様式については、定期的に見直しを行い改善に努める。

■ [事故要因分析＝「SHEL モデル分析」]

- ◇事故報告書やヒヤリハット事例報告については、ソフト面（S：業務の手順や意思疎通のあり方）、ハード面（H：機械や器具など）、環境面（E：周囲の状況や天候など）、人的面（L：利用者の特性、支援・介護のミスなど）から要因分析を行う。
- ◇つまり、事故はさまざまな諸要因が重なりあって発生するのであり、事故を一面的に捉えるのではなく、より多角的かつ構造的に捉えることで有効な再発防止策を講じるよう事故要因の綿密な分析に努める。

5. 支援・介護事故発生時の対応に関する基本方針

- ◇利用者の心身に重大な損害を与えかねない事態が生じた場合は、組織を上げて損害を最小限に止めるため速やかに行動し、対応する。
- ◇支援・介護サービス事故発生時、迅速な報告・連携及び誠実な対応を行うためのマニュアル等を整備し、情報の共有化を図る。

- ◇危機管理マニュアルといった管理マニュアルのみでなく、「食事介助マニュアル」「入浴介助マニュアル」「移動支援マニュアル」などについても安全対策の視点を確実に盛り込む。
- ◇マニュアルの見直し・作成にあたっては、リスクマネージャーを中心に、個々の職員が認識しているリスクを洗い出し、職員レベルでの作業を行う。
- ◇定期的な見直し改善を行う。

6. 法人安全対策ネットワーク（リスクマネジメント組織体制）

- ◇「(各施設・事業所) リスクマネジメントチーム」で検討・分析された事故報告、ヒヤリハット事例については、定例の「(法人) リスクマネジメント委員会」並びに法人部分にて収集し、各施設・事業所間での事故経験、事故対応を相互に参照（共有）できるよう情報の相互提供を行う。
- ◇さらに「(法人) リスクマネジメント会議」にて総合的に集約・分析を行い、法人全体として取り組むべき課題等の集積により有効かつ適切な改善策を講じるものとする。
- ◇緊急度の高い事故報告、ヒヤリハット事例、苦情等については即座に施設長→総園長・理事長に報告を行い、検討・判断の上、速やかな対応策を講じるものとする。

7. その他支援・介護サービス事故等の発生防止に向けた基本方針

■ [リスクマネジメント支援の公表]

- ◇本リスクマネジメント指針、各施設・事業所の事故防止対策規定及びその他リスクマネジメントに関する情報等は、利用者及びご家族等の求めに応じて、法人サポートセンター並びに各事業所内にて閲覧できるようにする。

■ [各事業報告書へのヒヤリハット事例及び事故の分析評価の公表]

- ◇各施設・リスクマネジメント（リスクチームマネージャー）及びリスクマネジメント委員会並びに法人全体で集約されたヒヤリハット事例及び事故の分析評価については事業報告書により公表を行う。

附則 この指針は、平成 19 年 8 月 1 日より施行する。

参考資料 1

検 印	理事長	総園長	部長	部長	施設長	副施設長	課長	課長

事 故 報 告 書

報告年月日：平成 年 月 日

報告者氏名： _____ (印)

事故発生日時	平成 年 月 日 () 時 分	
発生場所		
当事者		
事故の種類 (該当すべてに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 転倒 <input type="checkbox"/> 2. 転落 <input type="checkbox"/> 3. 熱傷 <input type="checkbox"/> 4. 誤嚥 <input type="checkbox"/> 5. 誤飲 <input type="checkbox"/> 6. 誤薬 <input type="checkbox"/> 7. 自傷 <input type="checkbox"/> 8. 他傷 <input type="checkbox"/> 9. 暴力 <input type="checkbox"/> 10. 無断外出 <input type="checkbox"/> 11. 交通事故 <input type="checkbox"/> 12. けが <input type="checkbox"/> 13. 骨折 <input type="checkbox"/> 14. その他 ()	
事故の概要		
行なった対応(処置等)		
通院対応	通院対応職員	
	受信日時	平成 年 月 日 時 分
	医療機関	診療科 医師
	受診内容	
ご家族への連絡	対応職員	お伝えしたご家族
	連絡日時	平成 年 月 日 時 分
	説明内容	
再発防止対策案		

参考資料 2

検 印	理事長	総園長	部長	部長	施設長	副施設長	課長	課長

事故要因分析書

報告年月日：平成 年 月 日

報告者氏名： (印)

事故発生日時	平成 年 月 日 () 時 分
発生場所	
当事者	
事故の種類 (該当すべてに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 転倒 <input type="checkbox"/> 2. 転落 <input type="checkbox"/> 3. 熱傷 <input type="checkbox"/> 4. 誤嚥 <input type="checkbox"/> 5. 誤飲 <input type="checkbox"/> 6. 誤薬 <input type="checkbox"/> 7. 自傷 <input type="checkbox"/> 8. 他傷 <input type="checkbox"/> 9. 暴力 <input type="checkbox"/> 10. 無断外出 <input type="checkbox"/> 11. 交通事故 <input type="checkbox"/> 12. けが <input type="checkbox"/> 13. 骨折 <input type="checkbox"/> 14. その他 ()
事故の概要	

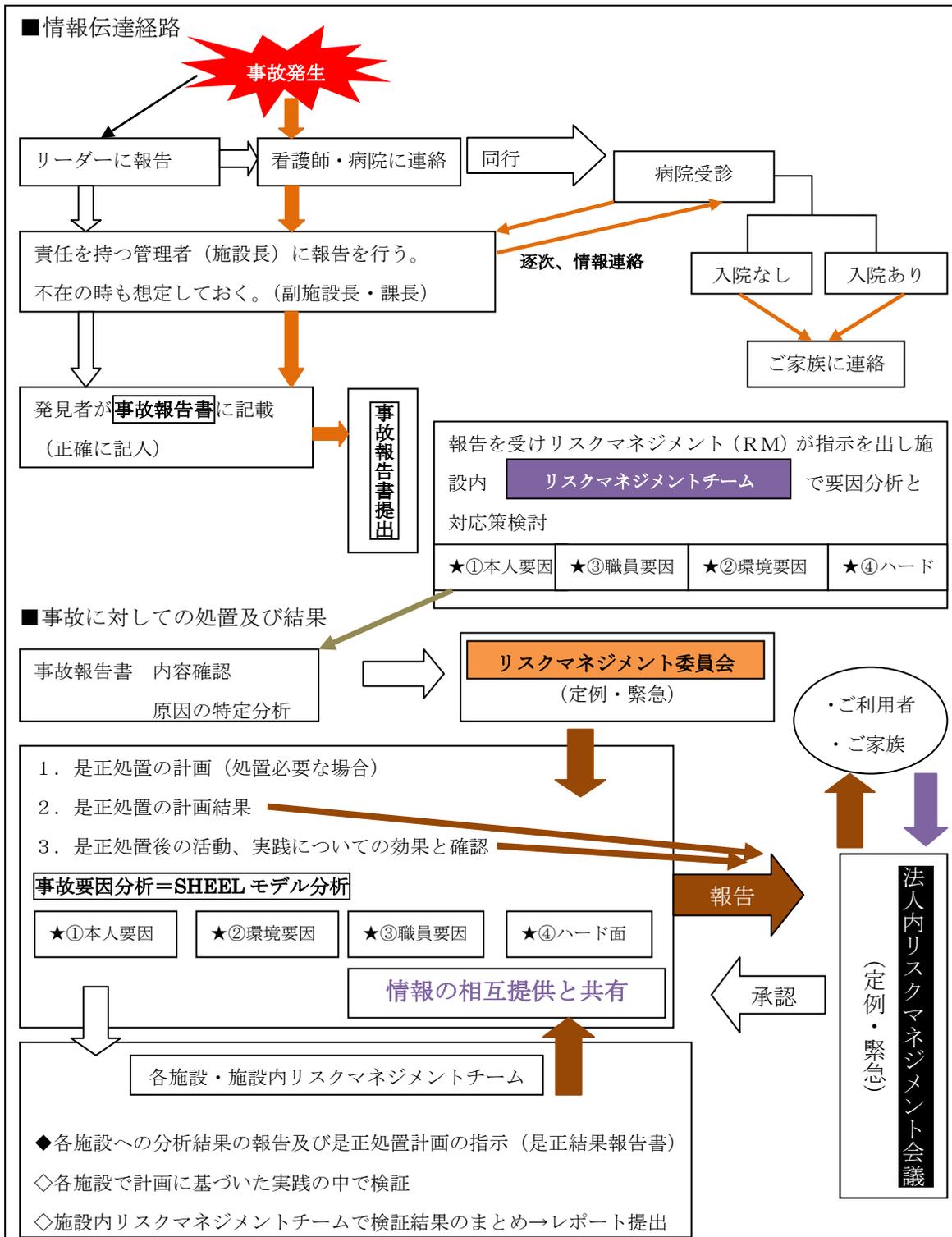
		要 因	対 応 策
ソフトウェア	マニュアル 教育/訓練 作業手順 作業指示の内容		
ハードウェア	使われる道具 機器 器具 設備 建物の構造		
環 境	明るさ 騒音 温度・湿度 空間の広さ 周囲の状況		
人	作業を一緒にする人 指示・命令 人的要素 行動特性 障害特性		

リスク評価 A:死亡・訴訟等に発展の可能性あり B:入院・長期通院等に発展の可能性あり C:通院・治療等要すると判断される D:通院・治療等が必要無いと判断される	
リスク処理方法および 対応策	

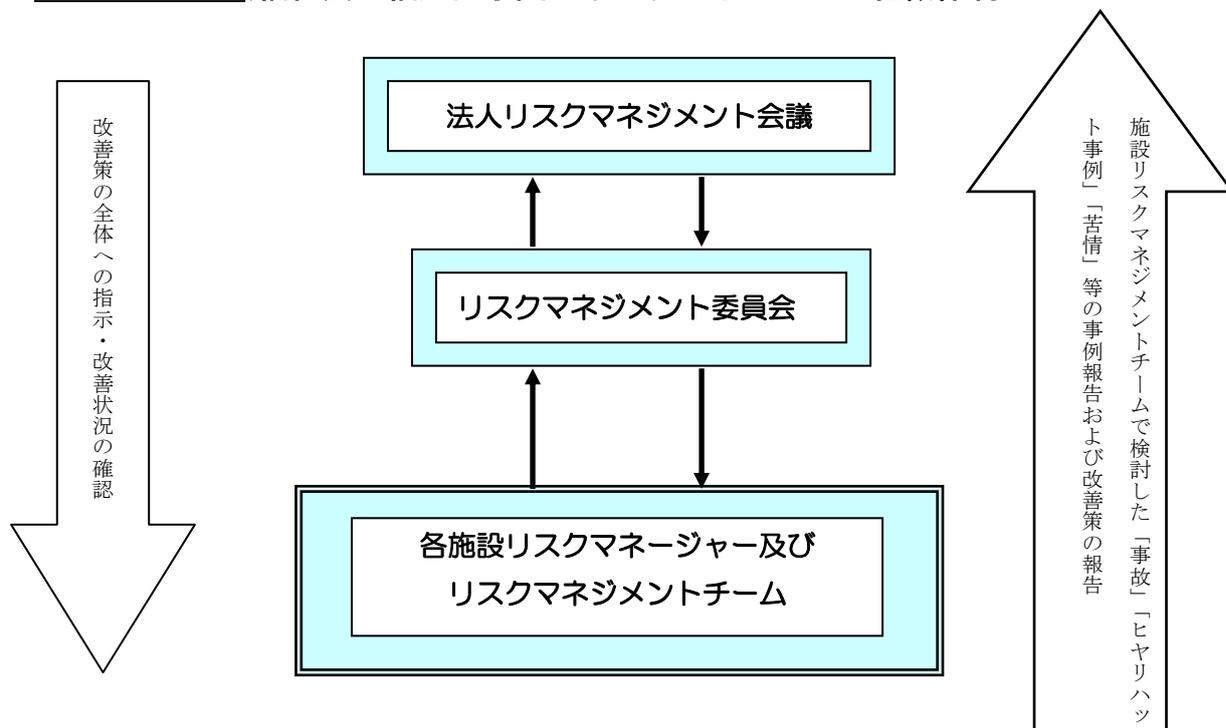
◇確立された経路に従って、速やかで正確な情報伝達

○組織内の責任及び権限の明確化（決定・指示命令等）のもと情報伝達体制に従って対処

○責任領域と責任者の選任、決定、指示命令の明確化



参考資料 5 福祉法人福知山学園 リスクマネジメント組織体制



【法人リスクマネジメント会議】

◎開催日 毎月定例 ※緊急時随時

◎委員構成

分 担	構 成
委員長	理事長
副委員長	総園長・事業推進部長・財務部長
委員	各施設長

【法人リスクマネジメント委員会】

◎開催日 毎月定例

◎委員構成

分 担	構 成
委員長	副施設長等(法人内より1名)
委員	副施設長もしくは課長等より各施設1名

【施設内リスクマネジメント部会】

◎開催日 毎月定例

◎委員構成

分 担	構 成
部会長	法人リスクマネジメント委員(課長)
委員	施設管理者が定める職員