

救護施設におけるリスクマネジメント検討会  
報告書

全国救護施設協議会



## はじめに

救護施設は身体障害・知的障害・精神障害等、多様な障害をもつ方が利用している施設です。そのため、日々のサービス提供に際しても、個別性の高いさまざまな配慮が求められます。

救護施設における“利用者主体の福祉サービス”の具体化に向けて、今年度、本会では2つの検討会を設置しました。一つは個別支援計画に関する検討会で、もう一つはリスクマネジメントに関する検討会です。利用者の意向を尊重し心身の状況に応じたサービス提供を行うために、個別支援とリスクマネジメントは車の両輪ともいうべき必須の視点です。自己実現と安全の確保がともにあるからこそ、利用者はいきいきとした生活をおくることができます。事故予防や危険回避に配慮するあまり、利用者の活動と参加が狭められることがあってはなりません。救護施設は当面の間は措置による利用が続き、利用者と事業者との契約による利用という形態には移行しません。しかし、救護施設利用者が福祉サービスの主体者であり、そして施設が利用者の自己実現を支援する役割を担うことは、他の社会福祉施設と何ら変わるものではありません。

今般の検討では、救護施設が、利用者の活動と参加、自己実現を支援するためのサービス提供を行うことを前提として、そのためのサービスの提供が適切に行われることにより、事故の発生を予防したり起きてしまった事故に適切に対応するための手引きとなる考え方を整理しました。検討した内容は、いずれも各地の救護施設において蓄積された経験と知識をもとに、現場の施設職員が議論を重ねた末、まとめたものです。いわば、救護施設関係者の手作りのマニュアルです。各施設におけるリスクマネジメントの取り組みに少しでもお役に立てていただければ幸いです。

さいごに、本報告書の作成にあたっては、委員として参画していただいた救護施設職員の方々をはじめ、リスク項目の抽出や、事例作成等に関して多くの救護施設のご協力を賜りました。この場を借りて厚く御礼を申し上げます。

平成 15 年 3 月

全国救護施設協議会

会 長 田 中 亮 治

# 目 次

はじめに .....	1
1 検討のスタンス .....	5
2 救護施設のリスクマネジメントの必要性と進め方	
(1) なぜリスクマネジメントに取り組むのか .....	6
① 利用者の安全、安心、安寧の保障の重要性 .....	6
② リスクの発生はサービス提供の前提 .....	6
(2) 救護施設の現状 .....	7
① 実態調査からみられる救護施設利用者の特徴 .....	7
② 制度上の位置づけ .....	7
③ 救護施設におけるリスクマネジメントへの取り組みの現状 .....	8
④ 全救協が検討する救護施設の方向性との関係 .....	9
(3) “クオリティ・インプルーブメントの実現に向けて” .....	10
① 国の指針における“クオリティ・インプルーブメント”の視点 .....	10
② 苦情解決、サービス評価、個別支援計画との関係 .....	12
3 救護施設におけるサービス提供上のリスクと対応方策	
(1) 救護施設におけるリスク内容 .....	15
(2) 対応の視点 .....	16
① サービス内容（場面）からの視点 .....	16
② 利用者の状態からの視点 .....	17
③ サービス提供側からの視点 .....	18
(3) リスクの予測 .....	19
(4) 対応方策 .....	21
① 個別支援の徹底 .....	21
② 利用者との情報の共有 .....	21
③ リスクに対する意識の向上 .....	21
④ マニュアルに基づくサービス提供プロセスの構築 .....	22
⑤ ハード面、環境面の整備 .....	22
(5) 事後対応 .....	23

4 事例	25
(1) 様式とツール（道具）の紹介	
① 事故等の防止と改善のプロセス	26
② 事故報告書／インシデントレポート（ヒヤリハット報告書）	34
③ SHELモデル	35
④ 4M4Eマトリックス	42
⑤ 特性要因図	44
(2) 対応マニュアルの例	
① 利用者が無断外出した時の対応マニュアル	48
② 利用者が死亡した場合の対応マニュアル	54
5 資料	
(1) 救護施設におけるリスク項目事例	58
(2) 「救護施設におけるリスクマネジメントの取り組みについて」アンケート調査結果	68
6 参考文献	74
検討経過	75
委員名簿、協力施設	76



## 1 検討のスタンス

- ・ 本検討会では、救護施設における事故を予防するために、救護施設における事故およびインシデントに関して、救護施設の利用者やサービス内容の実態を踏まえて調査・検討を行った。その内容を踏まえて、各救護施設において事故予防に取り組むための視点や、具体的な取り組み手法等について検討を行った。
- ・ 救護施設の状況は各施設毎に多様であるうえ、救護施設の利用者も多様な状況を有していることから、きわめて個別性の高い支援が求められる。事故予防についても、各施設に一律の手法が適用できるわけではないので、本検討会においても、あくまでも視点や手法の検討と紹介をすることとした。
- ・ リスクマネジメントは、次章に述べるとおり、何よりも“利用者の安全、安心、安寧の保障”が福祉サービスの基本であることを踏まえて、サービスがよりよいものとなることを支えるための取り組みである。そして、個々の利用者の希望や状況に応じて適切にサービスを推進していく手法が個別支援であり、利用者の意向の表出のひとつの形が苦情である。それらを含めてサービスや運営のあり方全般をチェックするためにサービス評価基準がある。本検討会では、これらの取り組み全体を視野に入れて、「利用者のためのよりよいサービス」を提供するために必要な視点を基本として検討を行った。
- ・ 上記の4者は、すべて相関がある要素であり、施設の運営はこれら全てを視点に入れてなされるべきである。個別支援・リスクマネジメント・苦情解決・サービス評価の4者の関係については2-(2)-②に述べており、4者の関係を模式的に表した図を付している。これらがそれぞれにどのように連動し、そして各部門で得られる“成果”（※発生した事故や、寄せられた苦情も含めて表現している）が他の部門にどのように影響を及ぼしたり活用されるかといった、施設の運営システムについての検討が重要になってくる。その点について本報告書では十分に記述できていないわけではない。むしろ、そのような施設運営システムの構築については、今後さらなる試行錯誤と検討が必要である。そのための場として、全国救護施設研究協議大会をはじめ、研修会等を活用することが組織として取り組むべき事業課題であろう。さらに、サービス提供の全責任を負っている施設長の役割がますます重要になってくることを考えれば、施設長を対象とした研修や議論の機会を確保することが必要であり、そのような研修体系を構築することも全救協としての課題ではないか。
- ・ なお、救護施設に関わるリスクマネジメントの対象範囲は、決してサービス提供に限るものではなく、財務管理、人事・労務管理、地域社会との関係、災害その他、多岐にわたるが、本検討会における検討範囲は、サービス提供を中心とした事故予防を中心としている。その他の課題については、是非類書をご参考にされたい。

## 2 救護施設のリスクマネジメントの必要性と進め方

### (1) なぜリスクマネジメントに取り組むのか

#### ①利用者の安全、安心、安寧の保障の重要性

- ・ 福祉サービスの基本は、利用者の安心、安全、安寧（※）の確保である。この部分を社会福祉法では確認すると以下のとおりである。

（第3条）福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切でなければならない。

（第24条）社会福祉法人は、社会福祉事業の担い手としてふさわしい事業を確実、効果的かつ適正に行うため、自主的にその経営基盤の強化を図るとともに、その提供する福祉サービスの質の向上及び事業経営の透明性の確保を図らなければならない。

※「安寧」という考え方については、「ICF－国際生活機能分類」で次のように定義されている。

安寧（well-being）とは、人間の生活・人生のさまざまな領域の全範囲を包含する一般的な用語であり、「よい生活、よい人生」と呼びうるような、身体的、精神的、社会的側面を含んでいる。『ICF－国際生活機能分類』（中央法規出版、p.204）

- ・ この点に立脚して、個別支援、サービス評価、苦情解決の必要性が位置づけられる。リスクマネジメントは、「利用者の安心・安全・安寧」が阻害されることの無いよう、サービス提供者が備えるべき手法、仕組みの一つである。
- ・ 「福祉サービスの利用形態が措置から契約へと移行し、契約利用の下では互いの権利義務関係が明確になるために、サービスの適切な提供が必要」といわれる。しかし、そのことの以前に、福祉サービスの基本である「利用者の安心・安全・安寧」を確保するために、リスクマネジメントは必要と考えるべきである。契約制度移行により新たに発生した課題と捉えるべきではない。
- ・ 施設サイドの損害発生の予防や軽減、損害賠償や免責のための保険や法的措置の対応も必要な視点であるが、それ以上に「利用者の安心・安全・安寧」が阻害されることなく、利用者のよりよい満足をいかに追求できるかが、サービス提供者にとって優先される眼目である。

#### ②リスクの発生はサービス提供の前提

- ・ “利用者の安心・安全・安寧の確保”という目標は、利用者の意向と主体性に基づいたものでなければならない。「救護施設サービス評価基準」では実践的目標として“利用者が主体的に自己実現を図れるよう、できる限り支援する”ことを掲げている。利用者が自己実現を目指していくプロセスでは、行動の範囲や内容が広がり、今まで経験したことのない事柄への挑戦も発生するなど、必然的にリスクを伴うものである。
- ・ そのときに「事故は起こしてはならない、リスクは避けなければならない」という

姿勢が強すぎると、そういう広がりやを阻害してしまいかねない。いわゆるパターナリズム（paternalism 父親的温情〔干渉〕主義）につながってしまう。個別支援と事故予防が車の両輪であり、利用者の活動と参加、自己実現を支援するためのサービス提供を行うことが何よりも優先されなければならない。したがって、リスクマネジメントへの取り組みは、「リスクは当然発生するもの」という前提に立って対応することが重要である。

## （２）救護施設の現状

### ①実態調査からみられる救護施設利用者の特徴（平成13年度全国救護施設実態調査より）

- ・ 利用者の平均年齢は 60.9 歳、65 歳以上の利用者が全体の 36.5%を占める。入所した年齢も 50 歳台の者が最も多く、総体的に高齢化している。
- ・ 入所期間については、「10 年以上 20 年未満」の者が全体の 21.8%を最多で、10 年以上の者が 55.2%を占めており、長期の入所という傾向がみられる。
- ・ 障害の状況については、身体障害のある者は 28.5%、知的障害のある者は 50.1%、精神障害のある者は 50.3%である。重複障害のある者は 33.7%である。
- ・ 家族関係については親族がいないか交流がない者が 53.5%、友人関係については友人がいない者が 53.7%である。
- ・ 個別の入所理由をみると、家族との関係が破綻、DVや虐待等の暴力絡み、精神病院退院後、行旅病人等の問題を抱えている利用者もみられる。
- ・ 考えられる今後の進路については、継続入所が 79%と圧倒的に多い。但し、利用者の能力の捉え方、地域生活支援の社会資源の有無、等が大きく左右しているものと思われる。

### ②制度上の位置づけ

- ・ 救護施設は生活保護法に基づく保護施設である。法律上の位置づけは、「身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設とする（生活保護法第 38 条の 2）」となっている。救護施設は現実には障害者施設としての位置づけを持っており、入所している利用者の約 9 割が、身体障害・知的障害・精神障害およびそれらの重複障害がある者である（平成 13 年度全国救護施設実態調査より）。
- ・ 一方、わが国の障害者施策は、障害別の法体系となっている。そのため、救護施設をとりまく状況として、①障害三法の対象者であってもさまざまな事情により専門施設を利用できない者を受け入れている、②障害三法の適用を受けられない者を受け入れている、③それらの多様な障害のある者が混合して利用している、といった特徴をもつ。障害の種類や年齢に関わらず受け入れているという特徴を捉えて、救護施設は自身の機能を“地域におけるセーフティネット”として位置づけている（2-(2)-④参照）。
- ・ なお、“①障害三法の対象者であってもさまざまな事情により専門施設を利用できない”という対象者については、障害の内容や程度が同じであっても、職員配置や



がみられた。リスクマネジメントにおいてはマニュアルの整備が重要である。すなわち、サービス提供方法や危機対応手順の基本情報がマニュアルとして職員に共有されているかどうか、ということに関わることであり、対外的には施設の姿勢そのものが評価される要素にもなりうる。マニュアルの整備は重要な課題であり、その部分が不十分な取り組みであることは、リスクマネジメントの観点からも直ちに解決すべき課題である。

- ・ なお、平成 14 年 7 月に策定した『救護施設サービス評価基準 (Version2)』では、危機管理 (リスクマネジメント) への取り組みに関する項目を新たに追加している。

#### 7-(1) 危機管理 (リスクマネジメント) への取り組み

##### ①危機管理 (リスクマネジメント) を進める体制がありますか

- 1 危機管理や予防について組織として検討する体制がある。
- 2 事故事例やヒヤリ・ハット事例を収集し、活用している。
- 3 事故発生後の対応マニュアルがある。

#### ウ) 苦情解決調査結果から

- ・ 全救協では平成 14 年 3 月、苦情解決への取り組み状況に関する調査を行い、166 施設より回答を得た (詳細は、『救護施設における苦情解決への取り組み状況に関するアンケート調査 (平成 13 年度分) 報告書』を参照)。
- ・ 苦情解決体制の整備は、「救護施設の設備及び運営に関する最低基準」にも明記されている事項であるにもかかわらず、調査時点では未整備の施設もみられた。また、体制を整備している施設においても、苦情解決の仕組みを利用者に周知していない施設もみられた。
- ・ 苦情の内容については、「利用者間の関係」に関する苦情が最多で、以下「その他のプログラム (作業・趣味活動・レクリエーション・外出・喫煙・飲酒等)」「食事」「職員の対応」「居住環境」と続いている。
- ・ 記述回答の中には、「苦情とはいえない内容」「利用者のわがまま」という表現もみられた。「苦情」とは、利用者のニーズや思い、施設における課題の発現としてのシグナルとみることができる。リスクマネジメントの観点からいえば、「苦情」は事故のシグナルと捉えられる。重要なことは、苦情から明らかになった課題をサービスの改善や、業務の標準化に結びつけるきっかけとして活用することではないか。

#### ④全救協が検討する救護施設の方向性との関係

- ・ 全国救護施設協議会では、「救護施設サービス評価基準」を作成し、救護施設の基本理念および実践的目標を定めた。さらにそれを踏まえて、救護施設が今後目指す方向性について整理した。それはすなわち、日本国憲法第 25 条に基づいて最低生活を保障するとともに障害の別なく支援を必要とする者を受け入れる“セーフティネットとしての機能”を救護施設の核 (コア) として維持しつつ、次の 4 つの観点から施設の機能と役割の伸長を目指すものである。
- ・ **第 1**は、他の制度・施策との関係も含めて「**総合性・公正性のある法体系**」を構築し、“あらゆる障害者が必要なサービスをもれなく受けることができ、制度間の格差等の不公平を被ることがない”状態を作り出すこととである。**第 2**は、「**地域生活支**

援」の機能を具備することである。現在、具体的な事業としては保護施設通所事業がある。その他にもショートステイやグループホームを法人として実施したり、他の社会資源とネットワークを構築することにより、入所サービスと在宅サービスが双方向性・連続性をもった面として整備されることを目指すという方向である。第3は、「幸福追求権の保障と自己実現の支援」である。日本国憲法第13条には、個人の尊重および生命・自由・幸福追求の権利の尊重がうたわれている。施設生活で保障されるものが“最低生活”という枠組みに留まることなく、個人が希望する生活の内容や様式について本人の意向に基づいて選択・決定できることを基本とし、救護施設がそれを支援するという考え方である。第4は、「社会福祉法人の使命」である。第1から第3の内容を実現するためには、サービス提供の主体である社会福祉法人が地域ニーズや利用者ニーズに十分に応え得ることが必要であり、法人としてそれらに取り組むためのサービスの再生産を可能とするための競争条件が確保されることが重要である。併せて、利用者の権利擁護、利用者や住民等への説明責任を果たしていくための法人の体制を構築することも重要である。

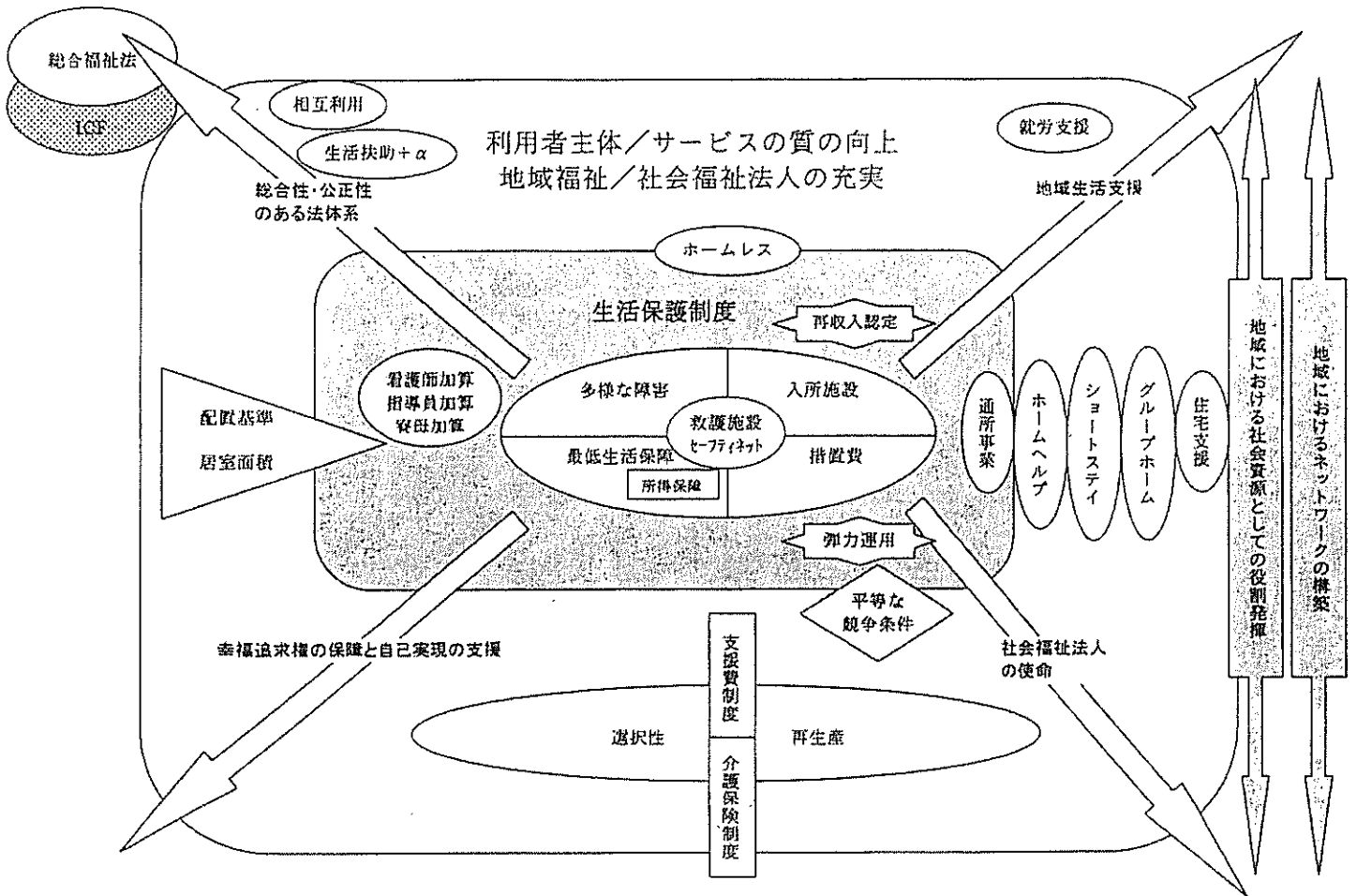
- ・ これらの方向性とリスクマネジメントとの関係はどのように考えればよいか。第1の「総合性・公正性のある法体系」については、現状において制度間の格差が生じていることに対する利用者からの不満や苦情に対して、施設として制度・施策に関する説明を行う必要がある。ただ、それにより課題が解決するわけではない。第2の「地域生活支援」については、地域生活支援まで事業内容が拡大することにより、地域で生活をおくるうえでのさまざまな問題（トラブルも含め）への対応等も含めて、当然入所サービスとは異なるリスクが生じよう。第3の「幸福追求権の保障と自己実現の支援」の方向性は、リスクマネジメントを考えるうえで重要な点である。リスクマネジメントアンケート結果からも現われているとおり、事故回避の姿勢が強くなるあまり利用者の活動内容が制限される方向に傾くことがあるとすれば、利用者主体の福祉サービスという基本の部分が損なわれてしまう。常に、利用者の意向を尊重して自己実現を図っていく中でのリスク管理、という姿勢が不可欠である。第4の「社会福祉法人の使命」については、社会福祉法人として、利用者の権利を確保し、法人・施設の経営の安定と社会からの認知と評価を確保するための体制整備に努めることは、そのままリスクマネジメントを適切に推進するための取り組みでもある。それとともに、地域のニーズに応える公益性・公共性に満ちた法人であるためには、先駆的・開拓的な事業展開も視野に入れた経営姿勢が求められる場合もある。

### (3) “クオリティ・インプルーブメント”の実現に向けて

#### ①国の指針における“クオリティ・インプルーブメント”の視点

- ・ 厚生労働省社会・援護局福祉基盤課内に設置された「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」は、平成14年3月、『福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて（以下“指針”）』を取りまとめた。指針では、福祉サービスにおける危機管理の基本的な視点として

今後の救護施設のめざす方向（イメージ図）



以下の点を挙げている。

- 福祉サービスの特性から、利用者の自立的な生活を重視すればするほど、「リスク」は高まるとの声もあるが、このような「自由」か「安全」かという二者択一ではなく、「より質の高いサービスを提供することによって多くの事故が未然に回避できる」という考え方（クオリティ・インプルーブメント）で取り組むべき。
- 事故を防止するためには、利用者全体をマスとしてとらえて提供されてきた福祉サービスを、より利用者1人ひとりに着目した個別的なサービス提供へと換えていくことも必要。
- どのような事象を「事故」としてとらえるかということより、「その出来事が人間としての尊厳を侵すことであつたり、安全や安心を阻害しており、提供するサービスの質に悪い影響を与えるものであるならば、改善する必要がある」という判断が必要。

- ・ 指針では、“クオリティ・インプルーブメント”の視点に立ったリスクマネジメントの取り組みを進めるにあたり、いくつかの手法・技術を示している。それらは以下のような内容である。

- 経営者のリーダーシップと決意の重要性
  - ・ 社会福祉施設においてリスクマネジメントの取り組みを進めるには、まず法人経営者や施設長等その管理者自身の強い決意が必要。
  - ・ そして、経営者の強い決意とリーダーシップのもと、すべての職員に危機管理の意識や「質の向上」に向けた取り組みを十分に浸透させることが重要。
- リスクマネジメントを進める体制整備
  - ・ 経営者自らが必要性を認識するとともに、気軽に意見を出し合える組織風土の醸成
  - ・ すべての職員の参画、職員と経営者との連携による、組織全体での取り組み
  - ・ 仕組みを導入したらおしまいということではなく、「計画、実施・運用、検証、改善活動（＝PDCAサイクル）」に基づいた取り組みを継続的に改善、発展させることが重要
- 事故を未然に防ぐ諸方策
  - ・ コミュニケーションの重要性
  - ・ 苦情解決への前向きな取り組み
  - ・ よりよいサービスという観点から身体拘束を捉えなおす
  - ・ サービスの標準化と個別化
  - ・ 利用者の動きの把握
  - ・ 記録と報告
  - ・ 法人・施設による業務のマニュアルづくり
  - ・ 事故事例やヒヤリハット事例の活用、OJT（職場内教育）、QC活動などの取り組み

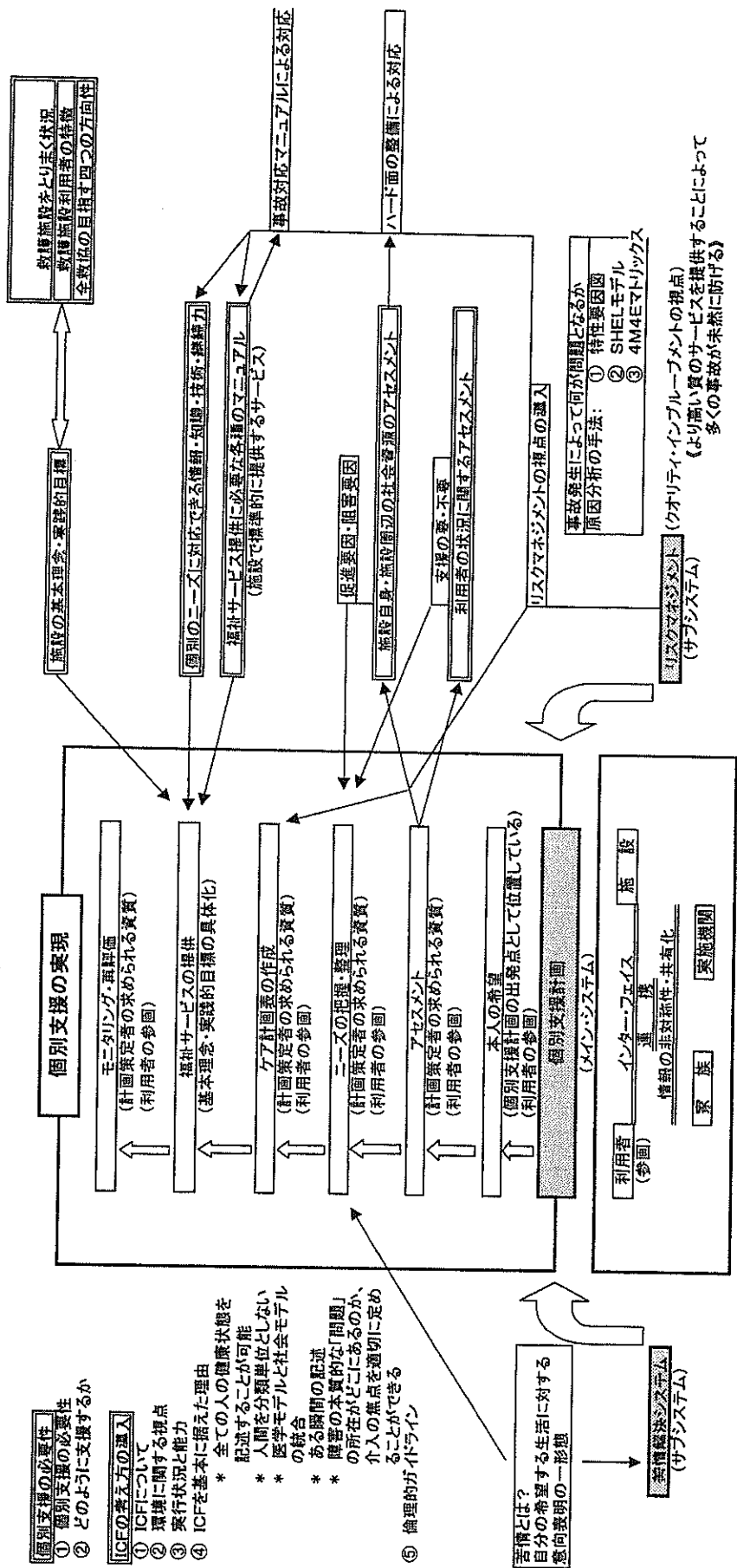
## ②苦情解決、サービス評価、個別支援計画との関係

- ・ 苦情解決、サービス評価、個別支援計画は、いずれも“クオリティ・インプルーブメント”、すなわち「より質の高いサービスを提供することによって多くの事故を未然に回避する」ための仕組みである。

### （苦情の捉え方）

- ・ サービス提供者にとっての利用者の苦情とは、「いやなもの」ではなく、「利用者が希望する生活に対する意向表明の一形態」と捉えるとともに、「事故防止のための積極的な情報」として位置づけて前向きに捉えるべきである。「救護施設における苦情解決への取り組み状況に関するアンケート調査（平成13年度分）」では、“苦情解決

**個別支援計画・サービス評価・リスクマネジメント・苦情の関係整理**  
(佐川雅行作成)



**サービス評価 (教職施設サービス評価基準Version2)**

1	人権への配慮 人権の尊重 プライバシーの保護 人権の保護 主体性の尊重	2	利用者に応じた個別支援プログラム 施設利用者の相談と選択 利用者とのコミュニケーションと意向の把握 個別支援計画の策定 地域生活への移行 退所後の支援 エンパワメントの視点 家族との連携 死亡退所の支援	3	日常生活支援サービス 食事、入浴、排泄 衣服、整容・美容 睡眠、健康管理 余暇・レクリエーション 作業 外出、外泊 所持金、預かり金の管理等 生活内容の自由な選択	4	生活環境の整備 生活環境の整備 衛生面の配慮 地域との連携 地域生活支援サービスの実施 ボランティアの受け入れと育成 実習生・研修生の受け入れと指導 地域内の諸機関との連携 社会的支援を要する人々々々への対応	6	役員(管理者)及び職員 施設長の専任 施設内研修 施設外研修 サービスの評価と改善 組織の運営 職員の資質向上への努力 危機管理(リスクマネジメント)への取り組み 火災や震災等への対応 緊急時の協力体制
---	---	---	---	---	---	---	--	---	--

への対応を契機に施設／法人で改善・変更されたこと”として、①具体的なサービス内容の改善につながった、②施設におけるサービス提供や運営の体制の改善につながった、③職員研修や職員教育の実施につながった、④利用者の納得や安心につながった、⑤コミュニケーション機会となった、⑥個別支援の検討の契機となった、等が苦情解決の効果としてみられる。これらの機会が得られることにより、結果的に、事故の予防、事故予防に関する意識の向上、ひいてはサービスの向上に結びつくこととなる。「苦情はないにこしたことがない」という捉え方ではなく、苦情を通じて事故の潜在要因をキャッチする、といったトータルな視点が重要である。

#### (サービス評価の目的)

- ・ サービス評価については、社会福祉法第 78 条で“社会福祉事業の経営者は、自らその提供するサービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない”と位置づけられていることは周知のとおりである。そのための自己評価基準として作成した「救護施設サービス評価基準」は、“利用者の立場に立ち、利用者のニーズに応じた支援を達成するためのツール”であり、“救護施設の経営者および従事者のサービスに対する意識向上を促進するとともに、改善すべき具体的な課題を明らかにするためのツール”であると位置づけており、平成 14 年 7 月策定の Version2 では、自己評価活動としての改善課題の抽出と改善プロセスを明確化するために「課題改善シート」と「レベルアップシート」を開発した。サービス評価については、リスクマネジメントの観点からは改善課題を抽出する仕組みであるとともに、個別支援計画・苦情解決・リスクマネジメント・各種マニュアル等のサービス提供システム全般について、施設全体の改善につなげていくための手がかりとなる機能も備えるものである。

#### (利用者主体のサービスの中核～個別支援計画)

- ・ 個別支援計画は、社会福祉法第 3 条を再掲するまでもなく、利用者主体のサービスの中核となる部分である。障害状況や生活課題等の状況、そして本人の意向は、利用者によって多様なものである。それは取りも直さず、利用者によって事故の原因が多様であり、事故予防の対策についても利用者によって極めて個別性の高いものとして捉えなければならないということである。利用者の的確なアセスメントと、施設内の適切なサービス提供体制に基づいて個別支援を展開することが事故予防の要諦である。個別支援の展開手順は、＜アセスメント→ニーズ整理→計画策定→サービス提供→モニタリング＞という P D C A サイクルである。“利用者の自立と自己実現を支援しつつ、安心・安全・安寧を確保する”という基本を常に念頭において、個別支援展開の各プロセスについて事故予防の視点からの捉え直すことが重要である。

### 3 救護施設におけるサービス提供上のリスクと、対応方策

#### (1) 救護施設におけるリスク内容

- ・ 救護施設におけるリスクにはどのような内容があるのだろうか。58 ページの表は、全国の救護施設の協力を得て、救護施設におけるリスクとして考えられる内容、あるいは過去に発生した事故の内容を整理したものである。類型の分類は、全国社会福祉協議会が平成 12 年度に実施した「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する調査・研究事業」でまとめた「福祉サービス事故事例集」における事例の分類方法をベースに、保護施設である救護施設ならではの内容を付加したものである。分類の区分は以下のとおりである（大区分のみ）。

ア 転倒

イ 転落・落下

ウ 打ち付け・挟み込み等

エ 衝突

オ 誤嚥・誤飲

(1) 誤嚥

(2) 誤飲

カ 異食など

(1) 利用者自らの異食

(2) 食事制限の抵触、職員のミスなど

キ 薬の配り間違えなど

ク 入浴時の溺水

ケ やけど

コ 利用者の行為

(1) 他者に対する行為

(2) 自傷行為

(3) 器物の破損

(4) その他

サ 行方不明

シ 交通事故

ス 送迎車での転倒など

セ 感染症

ソ 上記以外の内容

(1) 生活保護制度上の問題

(2) 医療に関する問題

(3) 利用者心理に関する問題

(4) 利用者の個人的事柄に関すること

(5) 施設や職員側の事柄に関すること

タ その他

- ・ これらは、この検討のために協力施設を抽出したうえで収集した内容である。当然、これら以外のリスク内容は限りなく考えられる。また、同じような事故内容であっても、他の施設においては状況が異なる等により発生の仕方や結果が違ったものとなる場合がある。
- ・ また、個々の事例は、結果としてのインシデント／事故をはじめ、原因と考えられる要素、あるいはこれらの事柄から派生する内容に幅がある。検討会としては、多少整理上の不統一が残るも、できるだけ多くの事例を掲載することを優先視した。

## (2) 対応の視点

- ・ 寄せられたリスク事例をみると、救護施設には実に多くのリスクが存在していることが分かる。これらの事例を捉える際の視点として、本検討会では、①サービス内容（場面）からの視点、②利用者の状態からの視点、③サービス提供側からの視点の3つの角度から検討することを提案する。
- ・ 以下は、リスクへの対応方策や対応手法への足がかりとして、リスク事例にある内容を例に、3つの視点を踏まえたコメントを試みたものである。

### ① サービス内容（場面）からの視点

- \* リスク事例にあるように例えば転倒を考えると、様々なサービス提供場面において転倒は起こるし、職員が係っている場合もあれば係っていない場合もある。職員が係っていなくても建物設備に原因がある場合もある。ここでは、サービス提供場面という切り口からリスクを見る必要性について述べる。
- \* 施設内においては、移動・食事・排泄・入浴・服の着脱等のいわゆるADL介助場面、作業・クラブ活動・各種行事、服薬・健康診断・検査という医療的支援、相談・面接、避難訓練等様々な生活場面における支援が日々繰り返されている。このようなサービス提供場面においてどのようなリスクが存在するかを知り、職員や利用者がリスクに対する共通認識を持つことが必要である。
- \* ここで示しているのは、実際のリスクから原因や対応策を導き出す視点ではなく、一つひとつのサービス提供場面を見てそこに存在するリスクを発見し、予防策を講じるという手法である。逆にその予防策を講じないことによってリスクが発生し事故に繋がる原因となる。
- \* 17 ページに例示するように職員によって提供されるサービスの内容や場面を設定してそこに発生が予想されるリスクを知り、予防策や事故の発生時の対応策を立てていくという視点が必要である。また、万一事故が発生した場合の原因の解明や、予測していない事故やヒヤリ・ハットした場面があった時にも、この視点を持っていれば新たな対応策を考えていく上で有効である。
- \* 利用者の動きについても食事場面の一連の流れの中でリスクを予測していくことは同様の手法で可能であるが、個々の利用者について後述するように利用者の状態にも着目していくことが求められるので、合わせて把握する必要がある。しかし、一

(例示1) 食事に関する一連のサービス提供過程

利用者の動き：自室若しくは食堂以外の場所からの移動、配膳、摂食、下膳、食堂からの退室、うがい・歯磨きを一連の流れとする。

職員等の動き：配膳準備、配膳、食事介助、下膳、食器洗い等、うがい・歯磨き介助を一連の流れとする。

建物・設備等：配膳室や食堂の環境、設備状況等が考えられるが、ここでは職員等の動きに着目したサービス提供場面について見て行く。

配膳準備：通常配膳業務に携わる前段階では、白衣・帽子の着用、手洗い、食器・お盆の準備、テーブルの清潔等の食堂の準備等が行われるが、それぞれを忘れるか十分に行われなかった場合を想定して、そこから発生するリスクを予測する。

例えば、白衣や帽子が汚れていたり、着用しなかった場合には、食べ物への埃やゴミ、さらには髪の毛の混入といった事態が想定できるし、手洗いの未実施・不完全という場合には極論すれば食中毒の発生原因まで想定できる。また、食器やお盆の準備が不完全であれば、食数の不足した状態での盛り付けとなり、提供しなければならない食数の未提供ということが想定できる。食堂の準備が不足か不十分という場合にテーブルの清潔性の確保が不完全であれば、食事を摂る人の不快感から食中毒まで想定できるし、食堂の床が濡れた状態であれば、利用者や介助にあたる職員の転倒や転倒が引き金となって食器の破損や怪我に発展する可能性もある。すると、白衣や帽子の衛生面の清潔さの維持や着用の徹底というマニュアルが作成されるようになるし、食器やお盆の種類や数量確認の徹底というマニュアルになる。食堂の事前準備においても同様である。

食事介助：この場面では、介助を受ける利用者の椅子とテーブルの位置・高さの確認に始まり、用意しなければならない食器やその他の介助用品の準備、提供された食事と利用者の能力との確認、食事介助の姿勢・介助方法、誤嚥時の対応準備・知識、食事終了後の口腔内確認などが上げられる。

例えば、椅子とテーブルの高さが合わなければ、利用者は誤嚥しやすい姿勢で食事を摂ることになる可能性があるし、椅子に浅くしか座っていなければすり落ちの危険性がある。介助者が立ったまま介助していれば、利用者は誤嚥しやすい姿勢で食事を摂ることになる。また、口の中に食べ物が入っている状態で声を掛ければ誤嚥の引き金になるし、間隔を利用者のペースに合わず事ができなければ同様に誤嚥する。このようにそれぞれの場面でどのようなことに注意が必要かを挙げていくことによってマニュアルを作成していく。それが、リスクを知ることであり予防策を講じるためのマニュアルであり、その知識が職員の中に蓄積されることによってより良いサービスが提供できることになる。

一般的なマニュアルを作成することは例示の方法と同様である。

- \* 建物・設備については、3番目の視点「サービス提供側からの視点」に含めて後述する。

② 利用者の状態からの視点

- \* 日常生活上における利用者の動きにおける一般的なリスクは、前述したような視点で把握することが可能であり、留意点をマニュアル化することが可能である。しかし、以下の点に着目したリスクの予測と対応の個別性が求められる場合がある。それは、個々の利用者の身体的要素、心理的要素、社会的要素という分野についてである。

(身体的要素) 次のような個々の利用者の状態に着目した視点が必要となってくる。

身体機能の低下、身体能力に対する自己認識が不十分、認知・認識・判断能力が不十分、発作等疾病の状況、補装具の装着・歩行補助具の操作の不慣れ、医療的ケア

の必要性、服薬の影響といった点がリスク事例に見られるように影響を与え、原因のひとつになっている場合である。

例示すれば、ある利用者が加齢により歩行機能が低下してきているが、自分自身の加齢に対する自己認識が不十分であり、食堂まで階段を使用することが考えられ、その結果、転倒・転落といったリスクの発生が予想される。また、補装具の装着が常に不十分な利用者が、歩行を開始したために転倒してしまうリスクの発生が予想される。

(心理的要素) 身体的要素と同様にストレス、不安、孤独感、疎外感、感情や欲求のコントロール、対人関係の得手不得手、さらには嗜好という要素がリスクの背景や原因になる場合があることである。

例示すれば、ストレスの蓄積された状態に対して自己解決の方法として、施設から無断で外出してしまい、行方不明となる。また、感情や欲求のコントロールがうまく行かないために、コントロールの方法として物を投げたり、物にあたる手段をとる。という形で影響があることが考えられる。

(社会的要素) 世代、生活歴、知識や経験、経済状況、文化・宗教・地域性という要素が、リスクの背景や原因になっている場合がある。

例示すれば、生活歴の中で親のしつけが常に暴力を伴っていて、施設生活においてもその経験に基づき他の利用者に対して接することによりトラブルが絶えず、怪我などの発生に繋がる場合などが挙げられる。

- \* 利用者のこのような状態が背景にあることによるリスクに対応する方策は、マニュアルというレベルでは形にしにくい。これらに対応する方策は優れて個別的であり、個別支援計画の中に注意点や留意点として具体的な支援を行う時に反映されることによって事故を防ぎ、利用者の安寧を確保することに繋がる。
- \* このように個別支援計画の中に注意点や留意点として記載し、職員の共通認識とすることによって事故やヒヤリ・ハットする場面を防ぐことができる。

### ③ サービス提供側からの視点

この視点は、職員の資質・技術による要素と建物設備・備品という要素に関する視点である。

(職員の資質や技術) 前述のサービス内容からの視点の中で述べたリスクの予測とその対応マニュアルに対する知識・認識の度合いやそのサービスを提供するために必要な技術の習得レベルが実際の事故につながる場合である。

例示すれば、階段昇降において歩行介助の必要な利用者の介助にあたっていても、階段昇降の介助技術を知らないか未熟であれば、利用者がよろめいた時にとっさの対処行動が取れず、利用者が転倒・転落したり、場合によっては介助者自らも転倒・転落するという場合である。

(建物設備・備品) 段差のある建物で視覚障害のある利用者が歩行する場合、点字ブロック等の指示・警告を知らせる方策が取られていなければ、転倒や転落、目的地に着けないというリスクが考えられる。また、浴室のお湯と水の混合栓が故障していることを知らずに蛇口をひねって熱いお湯が出てしまい火傷をする等が上げられる。

- \* サービス提供側からの視点から予想されるリスクを如何に防ぐかという課題設定をした場合、新任研修や諸技術研修、建物設備の点検、使用備品の点検等を施設として確実に実施していくことが求められる。また、少人数による宿直業務や付き添い業務における職員の組み合わせなど日々の様々な支援業務上の配慮も求められる。

### (3) リスクの予測

- ・ 以上対応の視点について三方向から述べてきたが、実際に事故が起こる以前に予防策を講じたり、職員資質や技術の向上を図ったりするうえでいくつかの手法を紹介したい。まずリスクを予測するための手法として後述する対応手法の「SHELモデル」「4M4Eマトリックス」「特性要因図」を活用することができる。
- ・ それは、上記の3手法は、通常原因の解明に多様される方法であるが、この項で述べたサービスの内容からの視点、利用者の状態からの視点、サービス提供側からの視点と同じ構成による手法をとっているからである。
- ・ 例えば、SHELモデルとは、以下のような視点を表現したものである。
  - S : Software (職場の教育体制、マニュアル)
  - H : Hardware (建物、設備)
  - E : Environment (環境)
  - L : Liveware (人間 \*この場合、職員と利用者を指す)※C (Client 利用者) を職員と区別して、SHEL Cモデルとする場合もある。本検討会では、Livewareに職員と利用者を含めて、SHELモデルと呼称する。
- ・ また、4M4Eマトリックスは、以下の要素を含んだモデルである。
  - 4M : Man (エラーを起こす人間の要因)  
Machine (設備の欠陥等の要因)  
Media (作業等の手順、情報等の要因)  
Management (管理上の要因)
  - 4E : Education (教育、訓練)  
Engineering (技術)  
Enforcement (強化、徹底)  
Example (模範、事例)
- ・ 特性要因図は以下の要素を含んでいる。
  - 4M : Material (材料)  
Machine (物・機械)  
Man (人間：職員・利用者)  
Method (方法)
  - 1E : Environment (環境)
- ・ こうして見ると、この項で記載した視点と類似点が多いことが分かる。サービス内容の視点とは、その提供方法やサービス提供の材料であり、利用者の状態からの視点とは、利用者の把握であり、サービス提供側からの視点とは、建物設備であり、職員の資質・技術そのものである。さらに、マニュアルによる標準的なサービス提供体制の確立、職員の資質向上のための教育・訓練というように事故等の原因の解明に使用される手法は、リスクの予測の段階でも活用できるのである。
- ・ 具体的なリスクの予測方法について、特性要因図を例にとって以下に説明する。

\* リスクの予測方法

例示として、食事に関する一連のサービス提供過程を特性要因図で表してみる。

利用者の動き：自室若しくは食堂以外の場所からの移動、配膳、摂食、下膳、食堂からの退室、うがい・歯磨きを一連の流れとして想定する。

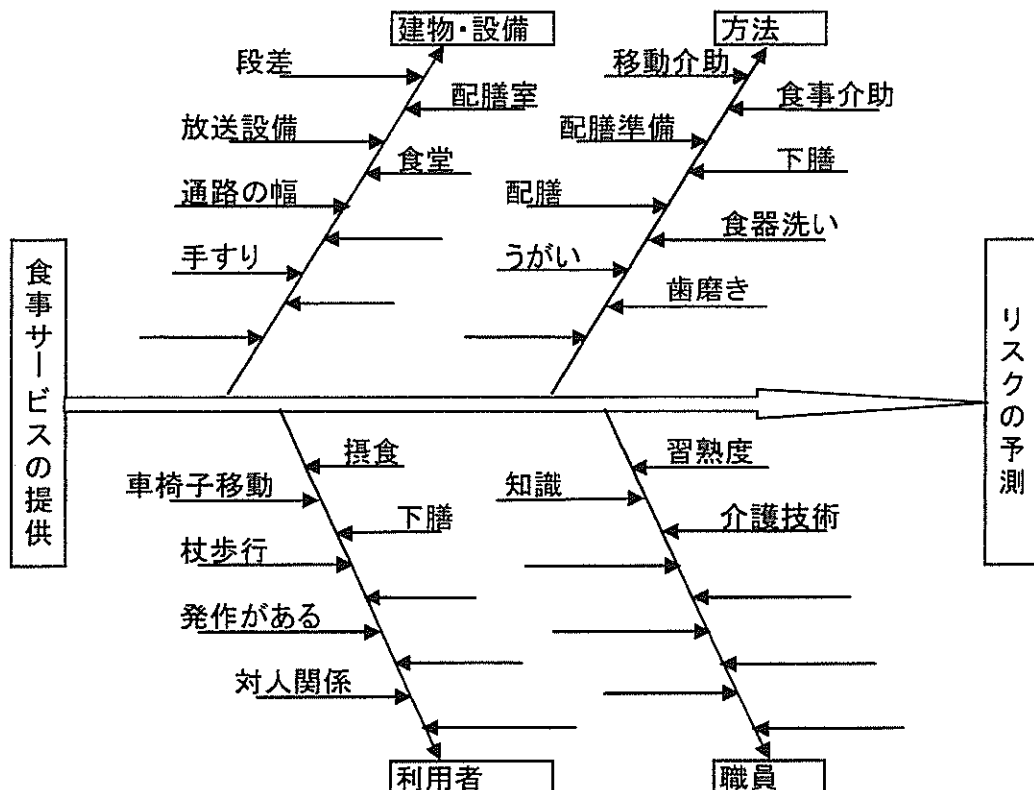
職員等の動き：配膳準備、配膳、食事介助、下膳、食器洗い等、うがい・歯磨き介助を一連の流れとして想定する。

建物・設備等：配膳室や食堂の環境、設備状況等を想定する。

これをリスクの予測に活用すると以下のようなになる。

- ① 大骨の出発点（原因を探る場合は目標）を食事サービスの提供に置く。
- ② 中骨の先に、「利用者」「職員」「建物・設備」「方法」を設定する。
- ③ 小骨として、各中骨に関するリスクを挙げていく。
- ④ 必要があれば、孫骨・ひ孫骨を設定していく。
- ⑤ そこに現われたリスクが予測である。特に発生が予測されるリスクについては、事前に予防策を講じたり、マニュアルの作成を行なう。

このように、起こりうる可能性について、事故原因の究明と同様に「なぜ?」「なぜ?」を繰り返しながら、そこに潜むリスクを挙げていくことができる。



#### (4) 対応方策

- ・ ここまで、救護施設におけるリスクの内容、それらに対応するための視点について見てきた。次に、具体的に対応するためにはどのような方策を講じればよいか、ということについて考えてみる。
- ・ 上記のリスク事例からもわかるとおり、福祉施設は、何らかの支援を必要としている人の存在とその支援をしようとしている人の存在があり、その支援の現場となる建物設備や各種の備品があり、日々24時間のサービスが提供されるという状況下にある。したがって、このように多くのリスクが存在することは当然のことと考えるべきである。また、人が人を支援する限り、完全にリスクを排除することも困難である。
- ・ では、そのような状況を前提としたうえで、いかにリスクを回避するのか、そのための対応方策を考えてみる。

##### ①個別支援の徹底

- ・ 第1に求められる視点は、個別支援の徹底である。この点は、事故予防に限らず、サービス提供全般の基本原則である。2章でも述べたとおり、利用者の意向を尊重し、自己実現の支援を図る。そのためのサービスを適切に提供することが福祉サービスの基本である。サービスを適切に提供するためには、利用者の意向を尊重し、その状態を適切に把握し、個別支援計画を作成することが前提となる。その計画を施設全体が共有化し、適切なモニタリングがなされることにより、サービス内容に客観性と複眼性が生まれる。

##### ②利用者との情報の共有

- ・ 第2の視点は、第1の視点に関連することだが、利用者との情報の共有である。個別支援計画を作成し、個別支援を行うためには、利用者に関する情報を支援側が適切に把握することが重要である。いわば、利用者情報に関する情報の“非対称性”の解消である。利用者に関する情報を、利用者・支援者双方が共有したうえでサービス提供を行うことが重要である。さらに、利用者と職員間で一つの支援を合意し実践に移す段階において、そこに存在するリスクも含めて合意形成を行うことも必要である。そのことは、個別支援計画の内容を説明し、利用者が納得・同意するという手続である。利用者に関する情報と、それを踏まえて行われるサービス内容について、利用者や職員が共有することが重要である。但し、その際、事故予防の意識が働くあまり、パターンリズムに陥ってはならないことは、前述のとおりであり、第1の視点は常に意識されなければならない。

\*個別支援計画に関する説明と同意の手続を位置づけることは、全救協・救護施設における個別支援計画に関する検討会においても提案していることを付記しておく。

##### ③リスクに対する意識の向上

- ・ 第3に求められる視点は、リスクに対する意識の向上である。リスクに対する意識の第一段階は、自分の施設の中にどのようなリスクが存在するのかを知ることである。リスクの存在とその内容を知ることによって防止策を講ずることができる。その際、防止策が管理的な方向に流れることは利用者の安寧や満足感を損なうこととなり、そのことにより新たなリスクの発生要因ともなることも忘れてはならない。また、いわゆるリスク

マネジメント手法についての理解、それらを統括する施設長の意識の向上が重要であることはいうまでもない。

- ・ リスクに対する意識とは、別の面から見れば、個別支援の展開を含めたサービス提供全般に対する意識ということである。利用者主体のサービス提供という理念の実現に向け、具体的には、個別支援計画に基づくサービス提供、利用者の苦情や意向表明に対する適切な対応、事故予防、サービス評価といったサービス提供にかかわる運営システムを有効に活用することが重要である。それらの取り組みから得られる情報を一元的に管理し、適切な評価・分析を加えたうえで、再びサービス提供や施設運営にフィードバックしていく、といった運営システムが求められる。
- ・ これらの取り組みを統括するのは施設長にほかならない。利用者主体という理念を職員集団が真に理解していること、それをサービスとして適切に具現化すること、それらにあたって事故が起こることのないよう配慮するとともに、起きてしまった事故やインシデントから得られる情報を再発防止や運営の改善に活用すること等、提供するサービス管理および施設の運営管理すべてについて施設長が掌握し、施設全体を動かすためのリーダーシップが発揮されることが重要である。
- ・ リスクに対する意識に関連してもう1つ重要な点は、支援者である職員自身の管理ということである。例えば、職員自身の体調管理が適切か（感染症のチェックなどは無論である）ということをはじめ、支援者自身が人権に対して敏感な意識を持っているか、日常生活や（中長期的なものも含めた）自己実現の支援にあたってノーマライゼーションや共生という考え方にもとづいていたり支援側（施設・職員）の都合を押し付けているようなことがないか、等である。それらに対する意識や配慮がないまま支援をすることにより、支援者自身がリスクの発生要因となる場合がありうる。

#### ④マニュアルに基づくサービス提供プロセスの構築

- ・ 第4の視点は、マニュアルに基づくサービス提供プロセスの構築ということである。サービスのマニュアル化は、個別支援と相反することではない。マニュアルは、最低限の基本的な情報や手法について職員の共通理解を図るためのものであり、サービスはマニュアルを踏まえて個別的行われる、と考えるべきである。マニュアル化は、決して画一的なサービスを意味するものではない。さらに、この点を実現するためには施設運営全般に視野を広げて考える必要があり、人員配置や職員体制・職務分担、ローテーションなどが適切に行われていることが重要である。その部分で何らかの問題点が把握される場合には、施設単位・法人単位のほか、制度的改善といった各レベルでの改善課題として顕在化させ、必要な取り組みを行うことも重要である。

#### ⑤ハード面、環境面の整備

- ・ 第5の視点は、ハード面、環境面の整備である。建物設備などの不備の改善をはじめ、環境という点では、清掃や整頓が適切に行われているか、などである。リスクという点に限らず、快適なサービスを提供するために自明の事柄である。

#### (5) 事後対応

- ・ 事後対応に関して配慮すべきことについては、国の「指針」において、事故が起こってしまったときの対応指針として、以下の点を掲げているので、付記しておく。
  - \* 経営者の強いリーダーシップのもとに、組織全体としてサービスの質の向上を基本的な視点に捉えたリスクマネジメントの取り組みを実践することにより、事故後の対応も的確に行われることが可能となる。
  - \* 事故後の対応にあたっては、利用者本人やご家族の気持ちを考え、相手の立場に立った発想で処していく姿勢が基本となるべき。
  - \* 事故対応については、個人プレーでなく組織として対応、事実を踏まえた対応、窓口を一本化した対応を原則とすべき。
  - \* 事故が起きた場合、事実の把握と家族等への十分な説明を行い、「今後どうするのか」という改善策の検討と実践を行い誠意ある対応を行うべき。
  - \* 事故発生直後の迅速な対応のため、手順の明確化や連絡先リストの作成などを予め行い、周知徹底をしておくべき。
- ・ 「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針」について（概要）より  
その他、後に紹介する他の参考資料類においても、事後対応に関する記述があるので、是非参考にされたい。また、事故発生後の対応については、マニュアル化しておくことが重要である。いくつかの救護施設の実践事例を紹介しているので、併せてご参照されたい。



## 4 事例

### (1) ツール（道具）の紹介～要因分析を中心に

#### ①事故等の防止と改善のプロセス

- ・ ここでは、発生した事故やインシデントに対して、報告・記録・要因分析・改善といった一連の対応のプロセスの例を、郡山せいわ園（福島県）における実践例を通じて紹介する。各プロセス（STEP1～STEP7）における対応方法はあくまでも郡山せいわ園におけるノウハウであり、データの分析等に関してさまざまな手法を活用している先駆的事例として紹介するものである。また、各プロセスで使用しているツールの説明も付されているので参照されたい。

#### ②事故報告書／インシデントレポート（ヒヤリハット報告書）

#### ③SHELモデル

- ・ 事例提供施設には、事故報告書とSHELモデルによる分析をセットで依頼したことから、各事例について報告と分析を併せて紹介する。なお、事故報告書／インシデントレポートは、平成14年度救護施設福祉サービス研修会で使用した書式である。事例の内容は以下のとおり。

事例1) 食事中にアルミホイルを異食した事例

事例2) 真夏に脱水症状を引き起こした事例

事例3) 入浴中に浴槽に転落した事例

事例4) 夜間に無断で施設を離れた事例

#### ④4M4Eマトリックス

- ・ 4M4Eマトリックスは、航空業界や米航空宇宙局（NASA）においても事故の原因および対策を整理する方法として採用されている。福祉サービスにおける事故の分析手法としても活用できるものではあるが、SHELモデルより細分化されたマトリックスであることから、SHELモデルにある程度慣れてから4M4Eマトリックスの導入へ進んでいくほうが馴染みやすいのではないかとの意見が本検討会で出されたことを付記しておく。事例の内容は以下のとおり。

事例5) 利用者が自傷行為（皮膚をかきむしる）を起こした事例

事例6) 食事を一気にかき込んで誤嚥した事例

#### ⑤特性要因図

- ・ 特性要因図の作成を依頼した施設には、併せて4M4Eマトリックスによる事故分析を依頼したので、各事例について4M4Eマトリックスによる分析と特性要因図による分析を併せて紹介する。事例の内容は以下のとおり。

事例7) 食堂に菓を置いたことにより誤菓の疑いを引き起こした事例

事例8) テレビのチャンネル争いにより利用者同士のけんかとなった事例

### (2) 対応マニュアルの例

- ・ 事故が発生した際にどのように対応するか、下記2施設から、それらの手順を整理した貴重なマニュアルをご提供いただいた。これらについてもあくまでも、それぞれの施設が法人・施設の状況や、社会資源等の地域の状況等を踏まえて作り上げたものであることを考慮のうえ、参考にされたい。

南光園（兵庫県） 利用者が無断外出した場合の対応マニュアル

鳴鶴寮（栃木県） 利用者が死亡した場合の対応マニュアル

(1) ツール (道具) の紹介～要因分析を中心に

①事故等の防止と改善のプロセス

【事故等防止 (改善) のプロセスとツールの活用例】 (郡山せいわ園の実践例より)

プロセス	目的・ねらい	具体的内容	ツール	留意点
STEP1.事故の発生	・事故等に直面した職員等が、事故等の内容、状況確認をする。	・状況を正確に把握する。特に、発生日時や発生場所等を特定できるよう確認する。 ・必要に応じ、医療機関や関係機関への連絡をする。	・緊急対応マニュアル	・事故等に直面した職員が事故等把握が困難な場合は、周りの者がサポートする。
STEP2.報告と報告書	・管理職及びヒヤリハット委員会等が事故等の再発防止のために情報を把握する。 ・職場内の情報の共有化 ・事故等の再発防止のための基礎的データの収集。	・速やかに管理職に口頭で報告後、文書で報告。内容によっては、指示を仰ぐ。 ・報告書は、5WIH [いつ (When)、どこで (Where)、誰が (Who)、何を (What)、なぜ (Why)、どのように (How)] を意識して、できる限り詳細に記入する。 ・職員のミーティング等で報告し、情報を共有化する。	・事故報告書 / インシデントレポート (ヒヤリハット報告) <small>※注3</small>	・報告書の作成は、できる限り速やかに行う。時間の経過とともに記憶が薄れ、詳細な記述が困難になる。 ・常に、報告、連絡、相談の徹底を行い施設にとってマイナスになる情報ほど、速やかに報告するよう全職員に周知徹底する。 ・日頃から事故報告書等を提出しやすい雰囲気づくりも必要。それには、 ①報告書等が今までのように活用され、事故等防止に役立っているかを理解させる。 ②報告書を提出すると、また、あの人と、陰口 (悪い評価) をされる不安を取り除く。 ③事故等の防止は、法人・施設全体の問題で、職員一人一人の努力の積み重ねで成し遂げることを理解させる。
STEP3.事故の分析 ①現状把握	・事故等の再発防止のための改善すべき現状のデータを採り、事実や現状を確認する。	・事故等は、どのような起こり方をしているかを調べる。(過去のデータや現在の業務の中からデータを取る)	・層別、チェックシート、グラフ、パレート図等を利用する。 <small>※注4</small>	・事故等は、どういう現象で、どのくらい起こっているか。また、慢性的か突発的か。場所別、時間別、利用者別、担当者別等、利用者の立場、職員の立場等から多面的に把握する。
②原因の分析	・事故等の発生原因をデータから調べ、要因と思われる事項を検討する。	・具体的に、職員のミスによるものか、設備環境上の問題か、手順の問題か、職員の知識不足の問題か、利用者の問題か等の視点から、原因となる事実を洗い出す。	・特性要因図等を利用する。 <small>※注5</small>	・調査事項の現状を調べる。「何が問題なのか」を具体的に明確にする。 ・特性要因図をていねいに書くこと。「なぜ、事故が起きたのか」について、「なぜ」、「なぜ」、「なぜ」を繰り返して真因にせまる。必ずしも一つの要因に絞らなければならない。 ・SHELLモデル等の各要因からの把握、分析も有効。 <small>※注6</small> ・「自責」の発想で分析する。 <small>※注7</small>
STEP4.対策の検討	・原因を解決するための対策案を検討する。(対策案を抽出・検討し具体化する)	・データ等で明らかになった重要要因に対して、アイデアを出し合い、対策案を練る。 <small>※注8</small> ・対策実施項目ごとに、いつまでに、誰が行うかを定める。	・系統図等を利用する。 <small>※注9</small>	・どこまで改善 (解決) するのかの目標等は、原則として「何を (目標項目を明確に)」、「いつまでに (達成の期限を設定)」、「どのレベルまで (達成水準)」の三原則を明確にして、目標は数字 (数値化) で示す。 ・対策案の抽出には、重点指向 (多くの問題要素のうち、最も主要な要因・本質に迫る) で取り組むこと。
STEP5.対策の実施	・対策案に基づいて実施する。	・実施経過のデータを採取する。 ・対策案の実施については、管理職の助言や承認を受ける。	・チェックシート等を利用する。 <small>※注10</small>	・対策案の中には、すでにルールとして定着している方法を変更しなければならない場合があるが、このような場合は、必ず管理職の承認を必要とする。
STEP6.効果の確認 <small>※注11</small>	・一定期間、対策を実施した結果、目標にたいしてどうなったのか改善状況等を調べる。	・原則として、現状把握の時と同じ期間、方法、手法で比較して、効果の確認を行う。		・設定した目標に対する対策後の有形効果については、数値化して確認する。また、対策実施の過程と無形効果も評価する。
STEP7.歯止め・標準化	・実施し、効果のあった項目は、改善前に戻らぬよう歯止めをし (5WIHで)、標準化する。	・改善結果で標準化したものは、マニュアル化し、職場全体で活用する。 ・実施の責任は管理職。管理職は十分に歯止めが利いているかどうかを確認する。		・マニュアル作成のポイントは、マニュアルをどのように使用するかを考え、必要な項目のみ盛り込もうにする。(例) ◆絶対にやってはいけない5ヶ条。 ◆絶対やらなければならない5ヶ条。等も、一例である。

## ※注1 事故報告書／インシデントレポート（ヒヤリハット報告）の記載の注意事項

### ・事実と推測の区別

記載にあたっては、事実と推測を区別して書くことが重要である。

(例) 転倒しそうになったという事例で、「何かつまずきやすいものがあったためか、転倒しそうになった」という記述では、つまずきやすいものがあったのかどうか、あったとしてもそれが原因か、いったん全プロセスを振り返って検証する必要がでてくる。

このように記載内容が事実であるか推測であるかは、その後の分析の進め方に影響するため、記載にあたっては、極力、推測での記載は避けることが肝要である。

### ・誰にもわかりやすい記述で

事故報告書／インシデントレポートは、全職員が参考にするため、事実関係が明確になるよう意識して記述することが重要である。

## ※注2.3.7.8のツールについて

・層別：データの共通点や特徴に目をつけ、同じ共通点や特徴をもつグループに分けること。

(例) 季節別・月別・曜日別・時間別・男女別・場所別・設備別等。層別に分けることで、グループ間のバラツキやグループ内のバラツキが鮮明になる。(図1.)

・チェックシート：問題点やバラツキをチェックするツールで日常管理に便利に使用できる。データを取るときに、思いつきのやり方で取るのではなく、あらかじめ着眼点や目的をはっきりさせた用紙で設計する。その用紙のこと。(図2.)

・グラフ：時間の経過を横軸にとり、結果の数字を折れ線や棒で表示すると、違いや差のバラツキを容易に発見できる。折れ線、棒、円、レーダーチャート等が多く利用されている。

・パレート図：数多い要因のなかで、何が重要かを見つけるのに便利なツールである。データを項目別に分類して、多いものから順に棒グラフにし、さらに累積の割合を折れ線グラフで書き込み、影響度を測るのに活用する。(図3.)

・特性要因図：問題として取り上げる結果（特性）と、その結果に影響する原因（要因）との関係を魚の骨のような図に整理し、原因と結果の関係を体系的にまとめたものである。原因（要因）はグループ等で、ブレイン・ストーミングを行う等、もれなく洗い出してみることが重要である。(図4.)

・系統図：目的（目標）を果たす最適手段を、系統的に追求していくツールである。最終的な目的（目標）を設定し、それを達成するためには何をしなければならないかを考え、その答えを書き、目的と線をつないでいく。(一次～四次まで)(図5.)

※注4 SEHLモデルや4M4Eマトリックスについては、3-(3)の説明を参照。

## ※注5 「自責」の発想について

・「自責」の発想とは、職場で起こる問題について、自分に関わりがある問題は、「自責」として受けとめて、対応するということである。問題の原因をすべて「他責」（自分以外の責任）に転化すると、問題等を真に解決することが困難になる。

## ※注6 アイディアを引き出すのに効果的なツール～ブレイン・ストーミング

・ブレイン・ストーミングは、グループ討議等でアイディアを出し合うときに、次の4原則に基づいて、話し合い集団効果を活かしながらアイディアを出し合うというものである。

#### 《ブレイン・ストーミングの4原則》

- ① 批判禁止：その場で、良い・悪いの判断や批判はしない。
  - ② 自由奔放に：制約なしに自由奔放に発想し、意見を述べる。
  - ③ 量を求める：量は質を生む。（下手な鉄砲も数撃ちや当たる？）
  - ④ 便乗発展：他人のアイデアを参考に連想発想を促進する。
- ・ なお、アイデアを妨げるものとして、次のようなことが挙げられるので注意したい。

##### ① 問題発見の障害

- ・ 周囲の状況に惑わされて問題があるのに気がつかない。
- ・ 問題を限定、整理、分担、分析しようとしめない。
- ・ 原因と結果、本質と現象を取り違える。

##### ② 保守的背景の障害

- ・ 新しいものを受け入れたがらない。
- ・ 型どおりにやりたがり、切り替えたがらない。
- ・ 理論、理屈が先行し、現実、事実を見ていない、等々。

#### ※注9 効果の確認～モニタリング

- ・ STEP1.からSTEP6.へと順を追って事故等の対応を実施したが、実際に選択実施した対応・手法が十分な効果をもたらし、事故等の防止・改善の目的が果たされているかを確認することは重要である。期待した効果があがっていない場合は、必要に応じ軌道修正するというモニタリングを行う。（例STEP3.の現状把握・原因分析へ、もう一度戻って現状把握や原因・対策・手法等の見直しをする。）
- ・ また、モニタリングにあたっての着目するポイントとして次のようなことが挙げられる。
  - ① 予測した事故等への対応・手法が、十分に実施できたか。
    - ・ 計画と実施のギャップについて検証し、より実行性の高いプランを作成する工夫をするために。
  - ② 期待通りの効果が得られたか。
    - ・ 対策実施にもかかわらず、期待したほどの効果が得られなかった等のケースにおいては、その原因・問題点の所在を明らかにし、今後の事故等への対応・手法に反映させるために。
  - ③ 事故等の対応基準を見直さなくてはならない状況の変化は発生していないか。
    - ・ 例えば、新たに利用者が入所したが、車イスを利用している。今までの利用者には、車イス利用者はおらず、従来の安全対応マニュアルでは不安がある等。新たなリスクが発生することもありえる。常に客観的な目で、自施設のリスクを分析し、必要に応じて、事故等対応・手法の変更や修正を行う必要がある。

図1. 層別

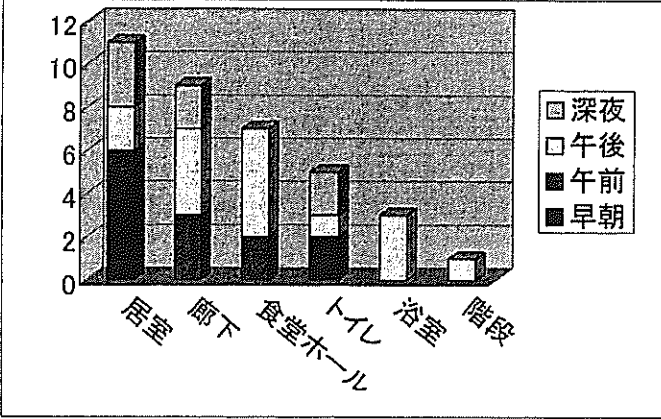
手 順	例
<p>①調査事項を決める。</p>	<p style="text-align: center;">場所・時間別転倒件数</p>  <p style="text-align: right;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">■ 深夜</span>  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">□ 午後</span>  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">■ 午前</span>  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">■ 早朝</span> </p>
<p>②期間を決めてデータを集める。 次のような視点で層別する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人～年齢・性別・体重・身長 等</li> <li>・時間～時刻・曜日・年・月 等</li> <li>・環境～天候・寒暖・乾湿・広狭 等</li> <li>・調理～煮物・焼物・揚物・蒸し物 等</li> <li>・健康～体温・血圧・中性脂肪 等</li> <li>・資材～材質・銘柄・感触・厚さ 等</li> <li>・疾患～疾病種類・疾病部位 疾病期間 等</li> </ul>	
<p>③項目ごとにグラフ化する。</p>	
<p>④必要事項を記入する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・調査期間</li> <li>・作成日</li> <li>・作成者</li> </ul>	

図2. チェックシート(その1)

手 順	例
①目的をはっきりさせる。	<p>★転倒による外傷状況</p> <p>調査期間:平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日                      作成年月日:平成〇年〇月〇日                      作成者:〇〇</p> <p>&lt;A さん&gt;                      &lt;B さん&gt;</p>
②記録の項目を決める。	
③記録様式を決める。 ・チェック項目とチェックの仕方 ・マークの種類、用紙の形	
④データの条件の記入欄を作る。 ・チェックの場所 ・日時 ・記入者	
⑤チェックの方法を示す。 ・チェック時の注意事項	

図2. チェックシート(その2)

★場所・時間別にみた一年間の転倒件数

	早朝	午前	午後	深夜	計
居室	4	2	2	3	11
廊下	0	3	4	2	9
食堂ホール	0	2	5	0	7
トイレ	2	0	1	2	5
浴室	0	0	3	0	3
階段	0	0	1	0	1
計	6	7	16	7	36

図3. パレート図(その1)

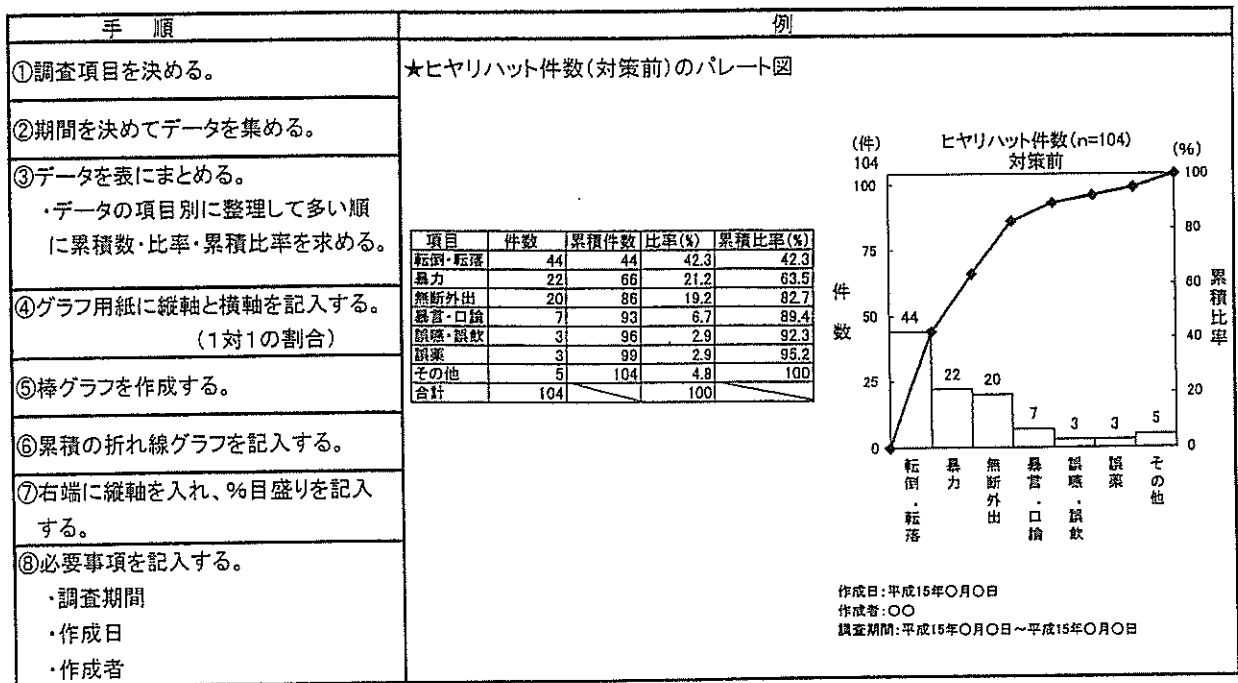


図3. パレート図(その2)

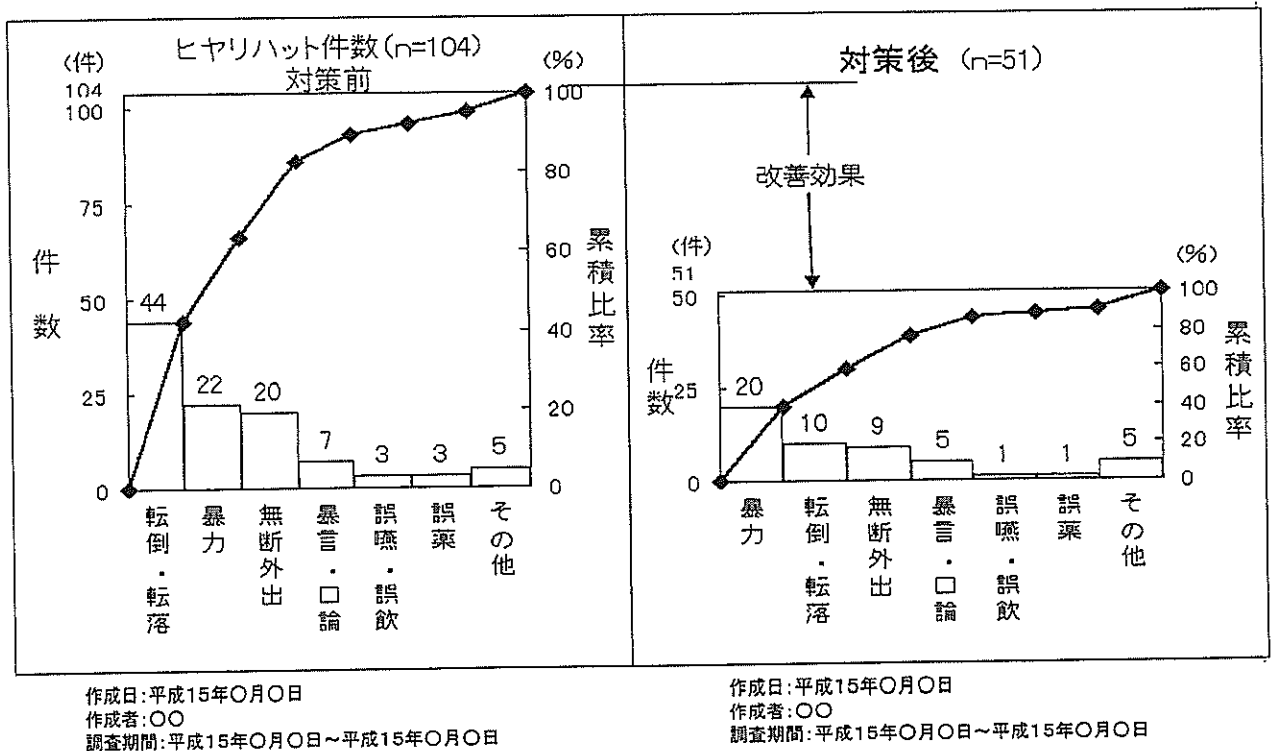


図 4. 特性要因図

手順	例
①特性を決める 何についての特性要因図を作成するのか、その特性を求める。	ここでは、利用者の転倒について特性要因図を作成する。その特性は、「なぜ転倒するのか」と表す。
②特性と背骨の記入 特性を右に書き、これを棒で囲む。 そして左から右へ太い矢印（背骨）を記入する。	
③大骨の要因記入 特性に影響すると考えられる要因のうち、大きく分類したものを大骨の要因として記入し、それぞれを棒で囲む。	
④さらに要因を掘り下げ、中骨、小骨、孫骨の要因記入。 要因の掘り下げを、全員で「なぜ、なぜ」と繰り返しながら大骨→中骨→小骨→孫骨…と対策のうてるところまで掘り下げていく。 掘り下げ段階での要因の表現は「〇〇が××」と表すと、要因の内容が具体的となり「〇〇が××なのはなぜか」とさらに掘り下げた要因が考えやすくなる。	
⑤再度、要因に記入もれがないかチェックする。	
⑥末端（孫骨など）にある要因の中から特性に大きな影響を与えると思われる要因（主要因）に対し、○で囲むなど、他の要因と識別する。	
⑦必要事項を記入する。 ・ 標題 ・ 作成者 ・ 作成日	

例

テーマ「なぜ転倒するのか」

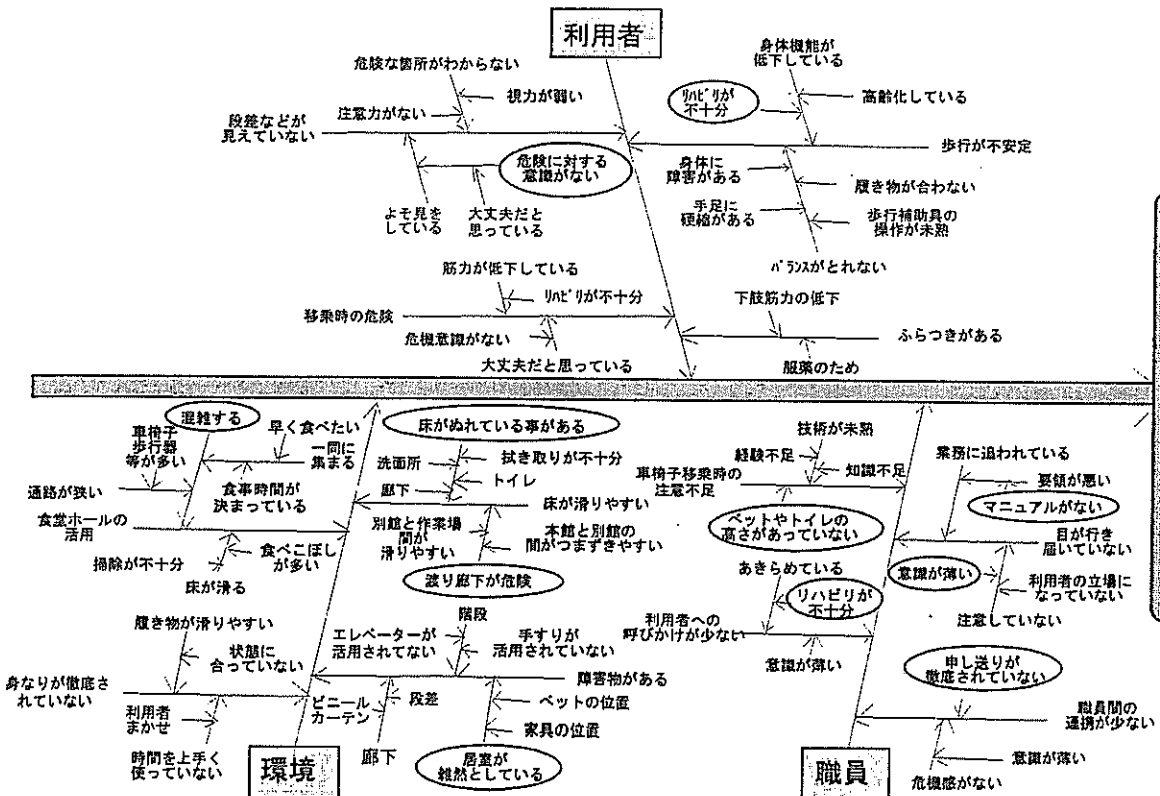
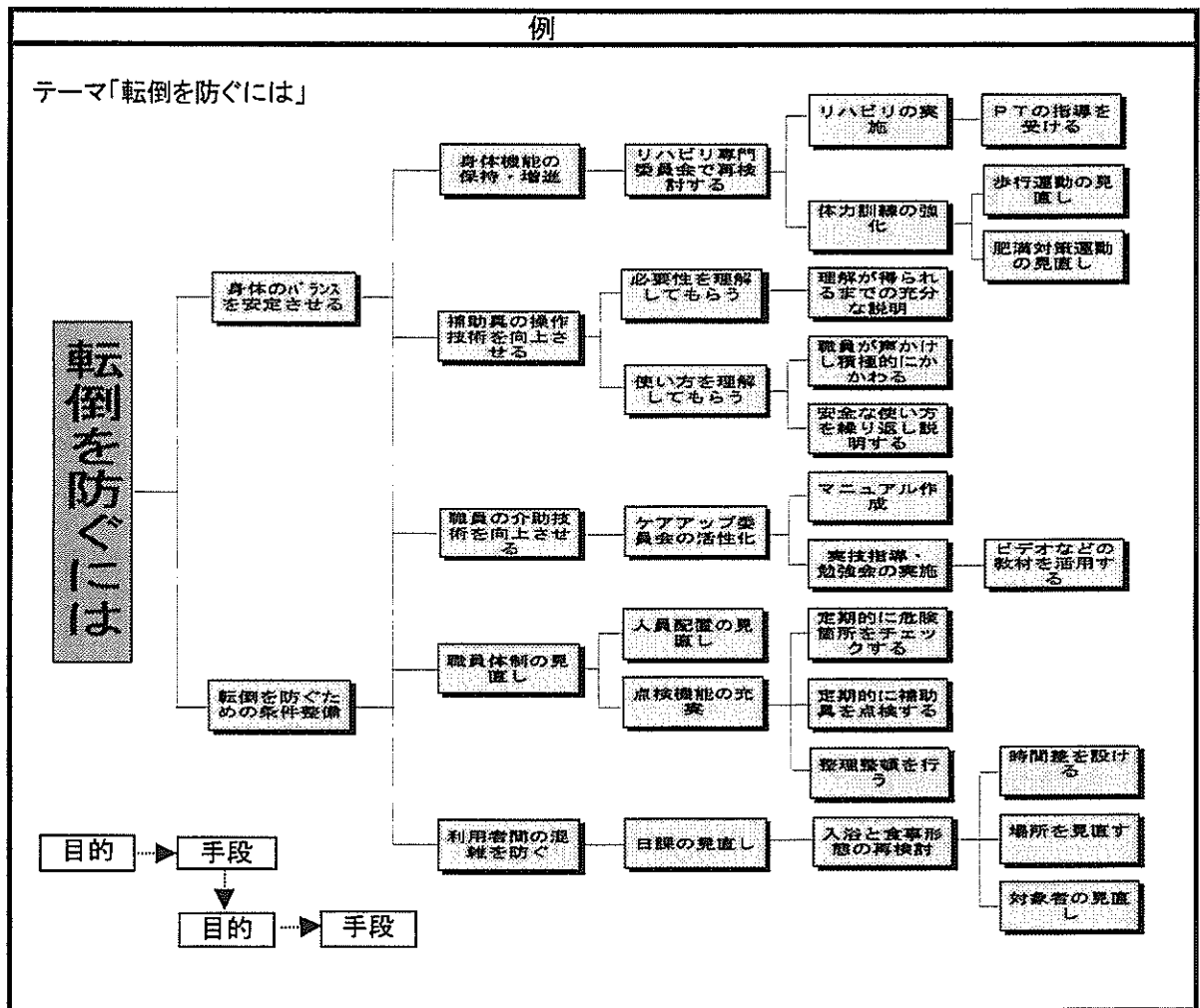


図5. 系統図

手順
①最終的な目的(目標)を設定する。
②その目的を達成するためには何をしなければならないかを考え、その答を書き、目的と線をつなぐ。 (答は1つとは限らない)
③次に、②で考えた答え(手段)を今度は目的と考えそれを達成するために何をしなければならないかを考え、②と同様に図に書く。
④具体的に行動可能な手段に達するまで、③を続ける。
⑤全体の図ができたなら、考え方に間違いがないか確認する。



- ②事故報告書／インシデントレポート
- ③SHELモデル

**事例1・食事中にアルミホイルを異食した事例**

(事故報告書／インシデントレポート)

施設名 ○○○ 氏名 A 職種 相談員

作成日 2002年7月26日

発生日	2002年7月26日		時間	<input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	8時00分頃
発見者	宿直職員	職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他( )		
利用者(当事者)	B 年齢 53歳 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
利用者の障害状況等	知的障害(手帳A) てんかん 低カリウム血症 うっ血性心不全 肝機能障害 ADL(全介助-食事、入浴、着脱、排泄、洗面 一部介助-歩行) 言葉による会話不可 理解力著しく乏しい				
事故／インシデントの場面					
<input type="checkbox"/> 移動(移乗中) <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護中 <input type="checkbox"/> 入浴介護中 <input type="checkbox"/> 外出中 <input type="checkbox"/> 施設内の活動中 <input type="checkbox"/> その他( )					
事故／インシデントの形態					
<input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 服薬ミス <input checked="" type="checkbox"/> その他(異食)					
事故／インシデントの内容・状況					
朝食後、B氏のお膳を見ると、付いていたアルミホイルのカップが消失している。他の職員も片付けていないことがわかり、本人が食べた可能性があることがわかる。主治医に連絡し、C医院受診。X線検査をするがわからず、CT検査のためD医院を紹介される。 (本人が食べたと思われるアルミカップ(直径5cm程の副菜を盛りつける物)と同様の物を持って行き、両方の医師に見せている)					
利用者の状況、その後の経過					
CT検査の結果、胃内容物の上にアルミホイルが写っているとのこと。しかし、同様のアルミホイルを見て、「この薄さなら影響は無いと思われる」と判断される。本人は全くいつもと変わりなく過ごし、4日後に便と一緒に排出された。					
家族、関係他機関への連絡等					
相談主任より身元引受人の方に通院後(7/26)に経過を含めて報告している。					
その他の特記事項					
この事故後、他の同様に異食の可能性がある利用者のリストを作成し全職員に申し送り、配膳時にアルミホイル等の異物を取り除くよう徹底する。 異食予防のマニュアル作成を検討中。					

事例1・食事中にアルミホイルを異食した事例

SHEL モデルによる分析レポート

施設名 ○○○ 氏名 A

SHEL	要因	対策案
ソフトウェア(S) : 職場の教育体制、 マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誤嚥に対するマニュアルはあるが異食に対するマニュアルは無い。</li> <li>・対象利用者のケアプランの中にも予防対策のケア項目が無い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全利用者の中で異食の可能性のある利用者の把握を至急行う。</li> <li>・給食委員会で異食予防のマニュアルを作成してもらう。</li> <li>・配膳時の注意事項の確認を行う。</li> </ul>
ハードウェア(H) : 建物、設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一つの容器に2種類の食材があり、その一つをアルミホイルのカップに入れていた。</li> <li>・食堂が狭い為、食器を離しておいたつもりだったが、容器に手が届いてしまった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食器についての検討が必要。</li> <li>・現在の食席で良いかどうかの検討をする。</li> </ul>
環境(E) : 生活環境、 労働環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・宿直職員(2名) 補助員(1名)の3名で対応する。朝食時のあわただしさの中で、利用者のそばを離れることがあった。</li> <li>・本人の手の届く範囲をきちんと把握していなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配膳時に食べられないものは取り除いておく配慮が徹底していなかった。</li> <li>・全体の食事環境が見守りのできるものかどうかの検討を行い体制を整える。</li> </ul>
人(L) : 職員の要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・宿直明けの朝食介助であり、集中力と注意力が不足していたかもしれない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の宿直体制及び、朝食時の人員配置が現状で良いのかどうかの検討も必要。</li> </ul>
人(L) : 利用者の状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最近、食欲旺盛になってきており、食材でないものまで口に入れてしまう可能性があることを予測していなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食欲旺盛な時には、何でも食べる可能性があることも職員が認識する。(サービス会議等で徹底)</li> <li>・介助者が席を離れるときには異食の可能性のある物をよけることを全職員に申し送る。</li> </ul>

事例2・真夏に脱水症状を引き起こした事例

(事故報告書／インシデントレポート)

施設名 ○○○ 氏名 A 職種 介護職員

作成日 2002年 8月 3日

発生日	2002年 7月 31日		時間 <input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	10時 20分頃
発見者	男子職員	職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
利用者 (当事者)	B 年齢 63歳 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
利用者の障害状況等	統合失調症			
事故／インシデントの場面				
<input type="checkbox"/> 移動(移乗中) <input type="checkbox"/> 食事介護中 <input type="checkbox"/> 入浴介護中 <input type="checkbox"/> 外出中 <input checked="" type="checkbox"/> 施設内の活動中 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
事故／インシデントの形態				
<input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 服薬ミス <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 失神・脱水による低血圧・軽度貧血 )				
事故／インシデントの内容・状況				
運動場で消火訓練を実施し、本人は見学していた。その後園内でのクラブ活動中(麻雀クラブ)急に意識を失った。				
利用者の状況、その後の経過				
クラブ活動中(麻雀クラブ)イスに座り首を前後させ、意識を喪失する。顔面蒼白・口唇チアノーゼに陥る。静養室にて休ませ、衣服等を緩める。その間、嘱託医に連絡。総合病院にて検査・点滴を受け、帰園した。				
家族、関係他機関への連絡等				
嘱託医に往診を依頼し指示により救急車にて総合病院に搬送した。 家族(弟・叔父)に至急連絡をした。				
その他の特記事項				
当日は消火訓練実施。炎天下の運動場で約30分弱、消火器の扱い方の訓練をし、本人は見学していた。				

事例 2・真夏に脱水症状を引き起こした事例

SHEL モデルによる分析レポート

施設名 ○○○ 氏名 A

SHEL	要因	対策案
ソフトウェア(S) : 職場の教育体制、 マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消火訓練を重視する余り猛暑の中決行した。</li> <li>・全員を対象に訓練及び見学を実施した。</li> <li>・訓練後のケアを怠った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・天候により臨機応変に日時を変える。</li> <li>・訓練の対象者を絞り真夏の訓練は避ける。</li> <li>・水分補給や着衣交換の声掛けを行う。</li> </ul>
ハードウェア(H) : 建物、設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・直射日光を遮る物（木陰・テント等）がない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・炎天下の訓練は避ける。</li> <li>・テントの設営。</li> </ul>
環境(E) : 生活環境、 労働環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動場は建物の東側で陽を遮る物は何もない。</li> <li>・帽子の着用を促したが屋内・外の温度差に利用者本人の考えが及ばず帽子を着用しなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・午後の日陰が出来てから行う。</li> <li>・利用者の状況が見渡せるよう適正な職員の配置をする。</li> </ul>
人(L) : 職員の要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出来るだけ多くの利用者を屋外へ出す事に気をとられ、屋外で待っている利用者への配慮が足りなかった。</li> <li>・館内は冷房で涼しく長袖の衣服を着用している人も何人かいたが、その人達への暑さ対策を怠った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・テントの設営。</li> <li>・利用者主体の援助となるよう、日頃から話し合いをする。</li> <li>・帽子の着用、日傘の使用等の声掛け及び確認をする。</li> </ul>
人(L) : 利用者の状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普段から摂食障害があり（主に固形物の嚥下障害）精神状態が悪化すると更に拍車がかかる。訓練の数日前から食べ物を飲み込む時にはずみをつける様にして顔を上下させながら食事をしていた。精神状態の悪化から栄養状態の悪化に気付くのが遅れた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神状態を「いつもの状態」と捉えず客観的に正確に把握する。</li> <li>・食事摂取状況の観察。</li> </ul>

**事例3・入浴中に浴槽に転落した事例**

(事故報告書／インシデントレポート)

施設名 ○○○ 氏名 A 職種 介護職員

作成日 2002年 8月 26日

発生日	2002年 8月 20日		時間	<input type="checkbox"/> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM	5時 50分頃
発見者	B	職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
利用者 (当事者)	C 年齢 81歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女				
利用者の障害状況等	疾患による両上肢、下肢機能障害				
事故／インシデントの場面					
<input type="checkbox"/> 移動(移乗中) <input type="checkbox"/> 食事介護中 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護中 <input type="checkbox"/> 外出中 <input type="checkbox"/> 施設内の活動中 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
事故／インシデントの形態					
<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 服薬ミス <input type="checkbox"/> その他 ( )					
事故／インシデントの内容・状況					
<p>利用者が入浴中、洗い場から浴槽へ入ろうとした際そのまま浴槽へ転落。浴用いすから体を滑らせたのか、手すりに掴まろうとしたときに手を滑らせたのか定かではないとのこと。一緒に入浴していた別の利用者のベルで、職員二人が駆けつけ浴槽より引き上げた。</p>					
利用者の状況、その後の経過					
<p>浴槽に転落するも、本人の意識ははっきりしており、水は飲んでおらず。浴槽の縁に顔がぶつかった様子で、左眉上にかすり傷と内出血がみられる。その部分はクーリングにて対応。翌日になって、右膝下に打ち身がみられ湿布にて対応。患部がひくまでその後数日かかった。</p>					
家族、関係他機関への連絡等					
<p>大事には至らなかったため連絡はしていない。</p>					
その他の特記事項					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・浴槽が改修直後だった。</li> <li>・当園では一部身体的介助を必要とする利用者が入浴する際、洗髪・洗体等の介助をする職員一名がつくことになっている。しかし、今回のケースは自立度の高い方が職員が介助に入る前、入浴に入り起きた事故であった。</li> </ul>					

事例3・入浴中に浴槽に転落した事例

SHELモデルによる分析レポート

施設名 ○○○ 氏名 A

SHEL	要因	対策案
ソフトウェア(S) : 職場の教育体制、 マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・浴槽改修直後だったため、新たな利用方法がマニュアル化されていなかった。</li> <li>・利用者の身体状況の変化が十分にアセスメントされていなかった。</li> <li>・入浴中の危険について認識が不十分。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者、職員に分かり易い利用方法を明確化する。</li> <li>・利用者の身体状況の変化を把握し、その都度介助方法を見直す。</li> <li>・入浴中の危険防止についてマニュアルを作成し再検討する。</li> </ul>
ハードウェア(H) : 建物、設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・洗い場と浴槽に数センチの段差がある。</li> <li>・浴槽の縁が角張っている。</li> <li>・手すりが届きにくい位置にある。</li> <li>・以前、利用者から浴用いすの使い勝手が悪いという申し出があった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各利用者の意見をもとに、安全で快適な設備づくりを行う。</li> <li>・浴用マットを使い段差を解消する。</li> <li>・業者に依頼し、手すりの位置を改善してもらう。</li> <li>・浴槽の縁に滑り止めをつける。</li> <li>・使いやすい浴用いすにかえる。</li> </ul>
環境(E) : 生活環境、 労働環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員が介助に入る前であった。</li> <li>・入浴時間が限られており、利用者の人間関係などから、利用者が余裕をもって入浴できない。</li> <li>・職員が別の業者の後すぐに入浴介助にはいるので、時間的・精神的余裕がない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員がいるときに入浴してもらうようにする。</li> <li>・仲の悪い利用者同士が同時に入浴することのないように、職員が快適な空間づくりに心がける。</li> <li>・業務内容を見直し、余裕を持って仕事に取り組めるようにする。</li> </ul>
人(L) : 職員の要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・浴場改修直後だったため、利用方法等職員も不慣れであった。</li> <li>・入浴状況等について利用者の要望を把握しきれていなかった。</li> <li>・入浴中の危険について認識が不十分。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな利用マニュアルに基づき、利用者、職員が実地研修を行う。</li> <li>・利用者が職員に頼み事をしやすい雰囲気をつくるために、普段からコミュニケーションをはかる。</li> <li>・入浴中の危険について普段より情報交換をする。</li> </ul>
人(L) : 利用者の状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が新しい浴場に慣れていなかった。</li> <li>・利用者の性格から、職員に頼み事を言い出しにくい。</li> <li>・入浴中の危険について認識が不十分。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな利用マニュアルに基づき、利用者、職員が実施研修を行う。</li> <li>・出来ないことは職員に頼む事を普段より働きかける。</li> <li>・入浴中の危険について利用者と供に話し合う。</li> </ul>

事例4・夜間に無断で施設を離れた事例

(事故報告書／インシデントレポート)

施設名 ○○○ 氏名 A 職種 指導員

作成日 2002年 8月 25日

発生日	2002年 8月 20日			時間	<input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	0時 30分頃
発見者	B	職種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (利用者)			
利用者 (当事者)	C 年齢 55歳 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
利用者の障害状況等	脳腫瘍の手術による後遺症 (てんかん)					
事故／インシデントの場面						
<input type="checkbox"/> 移動 (移乗中) <input type="checkbox"/> 食事介護中 <input type="checkbox"/> 入浴介護中 <input type="checkbox"/> 外出中 <input type="checkbox"/> 施設内の活動中 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (就寝時間中)						
事故／インシデントの形態						
<input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 服薬ミス <input checked="" type="checkbox"/> その他 (無断離園)						
事故／インシデントの内容・状況						
0:30 入所者のBさんからCさんが見当たらないと夜勤者に連絡がある。夜勤者2名で施設内、近辺を捜索するも見つからず。1:15 職員9名を招集し、車にて市内近辺及びCさんが入所以前に生活していたD町を捜索する。5:00 有力な情報が得られないまま6:00 再度市内、施設周辺を捜索する。6:30 本人、D町に住む兄に車で連れられケガも無く無事帰園する。						
利用者状況、その後の経過						
20:00頃、女性入所者Eさんと施設となりの倉庫で会い、帰ってくるのをCさんが日頃から仲良くしている女性入所者Fさんに見つかり、Fさんから「近づくな」「話したくない」ときつく言われる。その事が気になり眠れず0:00頃施設を出て徒歩で駅まで行く。駅周辺で時間を潰し始発でD駅まで行き、D駅から兄に迎えの電話をする。そのまま兄に連れられ施設に戻る。その後、兄に「家に帰りたい」との希望を話すが、受け入れが無理と断られ本人も納得し引き続き施設での生活を希望する。						
家族、関係他機関への連絡等						
・1:00 保護義務者の兄宅へ無断離園したことを伝え、Cさんから何か連絡があれば施設に連絡してもらおうように話をする。 ・2:20 警察へ保護願いを提出する。						
その他の特記事項						

事例4・夜間に無断で施設を離れた事例

SHEL モデルによる分析レポート

施設名 ○○○ 氏名 A

SHEL	要因	対策案
ソフトウェア(S) : 職場の教育体制、 マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜勤者が仮眠を取るため 23:00～6:00 の間、人員確認をしていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜勤者が交代で見回り、人員確認を行う。</li> </ul>
ハードウェア(H) : 建物、設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所者の居住棟は施錠しておらず、敷地には塀や囲いが無く自由に出入りが出来る。</li> <li>居住棟が4棟に別れており、入所者の行動を把握しにくい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>部外者の出入りという観点からも施錠したり、塀や囲いを設置するなどの対応策は考えられるが、今後上記のような対応をする予定はない。</li> </ul>
環境(E) : 生活環境、 労働環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間や余暇時間にはほとんど特定の女性入所者と過ごしていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>様子観察を十分行い、入所者同士の人間関係を把握する。</li> </ul>
人(L) : 職員の要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>事故の原因となった事前のトラブルを感知できなかった。</li> <li>日常生活が安定しており、以前にもトラブルも無かった為、「このひとは大丈夫だろう。」という職員の思い込みがあった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所者の表情や行動の変化を逃さないように様子観察を十分行う。</li> <li>常に緊張感を持って業務にあたると共に職員間の情報の共有と連携を強化する。</li> </ul>
人(L) : 利用者の状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>日頃から仲良くしている女性入所者に叱責され、施設で生活する事が困難と感じるほど思いつめた状態だった。</li> </ul> <p>(一人の女性入所者に依存した生活をおくっていた。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>悩み事を相談できる友人(職員・家族)を数名つくる。</li> </ul> <p>(交友関係を広げる。)</p>

④ 4 M 4 Eマトリックス

事例5・利用者が自傷行為（皮膚をかきむしる）を起こした事例

報告日 年 月 日

事故分析表（4M-4Eマトリックス）

部署 \_\_\_\_\_  
報告者 \_\_\_\_\_

件名：精神的ストレス等から自傷行為（引っ掻き）におよぶ

A利用者は以前より、作業の疲れや同室者との人間関係等から精神的ストレスを感じ、不眠や便秘等の症状を呈したり、自閉傾向となり自傷行為に及ぶことがあった。巡回時、居室で左臀部をカミソリで剃り、傷を認める状況があった。危険防止のためカミソリは預ることにしてAさんも了解。

3日後、廊下の隅に座り、右手甲の古傷を引っ掻き出血していたため処置。最近の状況について尋ねると「イライラする」というだけでの応答のみで通常の生活で特に目立った様子はなかった。その後、引っ掻く部位が衣服の下（太もも等）など表面から見えないところとなり、発見がおくれる。

報告番号 No.		人間 MAN	物・機械 MACHINE	環境 MEDIA	管理 MANAGEMENT
具体的要因		<ul style="list-style-type: none"> <li>精神症状に対する一般的な知識の欠如があった。</li> <li>利用者個々の特有の症状の表出の把握の欠如があった。</li> <li>利用者の精神状態の変化の発見の遅れがあった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>道具器具ではなく自分の爪で行ったため把握が困難だった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設内のトイレ風呂等ひとりになれる場所であり、特定できなかった。</li> <li>時間帯が早朝夜間であり状況把握の困難な時間帯であった。</li> <li>衣服の中であり見えない部分であった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事時等日常顔をあわせるとき変化がなにか確認がしっかりできていなかった。</li> <li>なんとなく変だなと思ったとき一歩踏み込んだ対応ができなかった。</li> </ul>
対 応 策	教育・訓練 EDUCATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>変化する利用者の精神症状及び体調の把握と情報の共有化をはかる。</li> <li>嘱託医および精神科医との連携を基に症状の理解を深める。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自傷行為について可能性のある身の回り品等を確認する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>声掛け等行い行為に及ばない環境作りについて配慮する。</li> <li>自分の体を傷つけない大切さについて話して聞かせる。</li> <li>利用者との面談の機会を持つ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員全体で連携の上睡眠状況はじめ最近の生活状況を検証する。</li> <li>通常より状況把握を強化する。</li> <li>主治医との連携の後受診および服薬の変更も検討する。</li> </ul>
	技術・工学 ENGINEERING	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の意見や要望等訴えを傾聴し心理的安定に努める。</li> <li>自閉傾向のある場合は、リーチアウトを試みる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>つめが伸びてないか、また危険物の所持についてのチェック表を作成し定期的に確認する。</li> </ul>		
	強化・徹底 ENFORCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>自傷の内容、原因、誘因対応策を周知徹底する。</li> <li>軽傷でも傷の治療を行う。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の不調の原因になっているであろう誘因について環境の改善を検討する。（人間関係・居住の問題・作業参加等）</li> </ul>	
	模範・事例 EXAMPLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別支援計画を作成し障害の特性・個別性について職員全体で周知徹底を図る。</li> <li>医療機関との連携を強化する。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>苦情や要望の受け入れ態勢の充実強化をはかる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>症状の再発防止についての基本的な予防マニュアルを配布し周知徹底をはかる。</li> </ul>

事故分析表（4M－4Eマトリックス）

部署 \_\_\_\_\_

報告者 \_\_\_\_\_

件名：食事を一気にかき込んで誤嚥した。

85歳の知的障害のある女性。早食いでかき込む傾向があった。

車いすを使用しており、この日も食堂に来て、車いすに座った状態で食事中に誤嚥した。職員が背中をたたいたり、口中の食物を指で掻き出すとともに、吸引器を使って吸い出した。本人はパニック状態で蒼白となり、看護師が酸素吸入をおこなって、小康状態となる。

報告番号 No.		人間 MAN	物・機械 MACHINE	環境 MEDIA	管理 MANAGEMENT
具体的要因		<ul style="list-style-type: none"> <li>以前から早食いの傾向があったが、事故に結びつく事がなかったため、見守り・注意不足であった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>車椅子を使用。</li> <li>食堂テーブルと車椅子の高さが嚥下に不向きな前かがみになりすぎている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食堂で30名程度の利用者に職員3名で対応していた。</li> <li>要介護者がバラバラに座っていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>まわりに気をとられ目がゆき届いていなかった。</li> </ul>
対 応 策	教育・訓練 EDUCATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>日毎に変化する利用者の状況の把握と情報の共有化をはかる。</li> <li>嚥下や誤嚥時の応急処置のマニュアルを確認・訓練する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の指示に基づいた看護師の指導のもと、吸引器・酸素吸入器の正しい使用方法を訓練しておく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>想定される危険を考えた目配りや、予防方法をかんがえる。</li> <li>早く食べ終わっても、すぐ下膳させない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者が誤嚥を起こしやすい徴候の把握に努める。又、情報の共有化と迅速な対応の検討をする。</li> </ul>
	技術・工学 ENGINEERING	<ul style="list-style-type: none"> <li>処遇の再考。</li> <li>食形態にあった対応。</li> <li>水分の補給と極きざみからペーストにして、汁物にはトロミをつけた。</li> <li>座位の点検。</li> <li>摂食訓練。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食堂テーブルと車椅子の高さの調整（嚥下しやすい姿勢の確保）。</li> <li>身体状況に合わせた自助具・食器の検討。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>レベルの似た人どうし同じテーブルで食事する。</li> <li>職員は食事の説明や紹介をしながら楽しく落ち着いた雰囲気ですべてを食べていただく。</li> <li>ゆったりとした音楽を流す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>残存機能の確保をしながら、安全でおいしく、楽しい食事提供の工夫と検討をする。</li> </ul>
	強化・徹底 ENFORCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>事故の内容・原因を検証し、対応策を周知・徹底する。</li> <li>食物が口の中にない時に声掛けの徹底をする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食席に着いた時の姿勢の確認。</li> <li>車椅子の整備点検。</li> <li>吸引器の設置場所の徹底。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員配置。</li> <li>見守りの徹底。</li> <li>配膳や下膳方法の改善。</li> <li>早食いにならない環境の確保。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師・看護師・寮母・栄養士・PT・STなどのチームアプローチを強化する。</li> </ul>
	模範・事例 EXAMPLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>改定したマニュアルを配布し周知・徹底する。</li> </ul>		同左	同左

⑤特性要因図

事例 7・食堂に薬を置いたことにより誤薬の疑いを引き起こした事例

報告日 年 月 日

事故分析表（4M－4Eマトリックス）

部署 \_\_\_\_\_

報告者 \_\_\_\_\_

件名：食堂に薬を置いたことによる誤薬の疑い

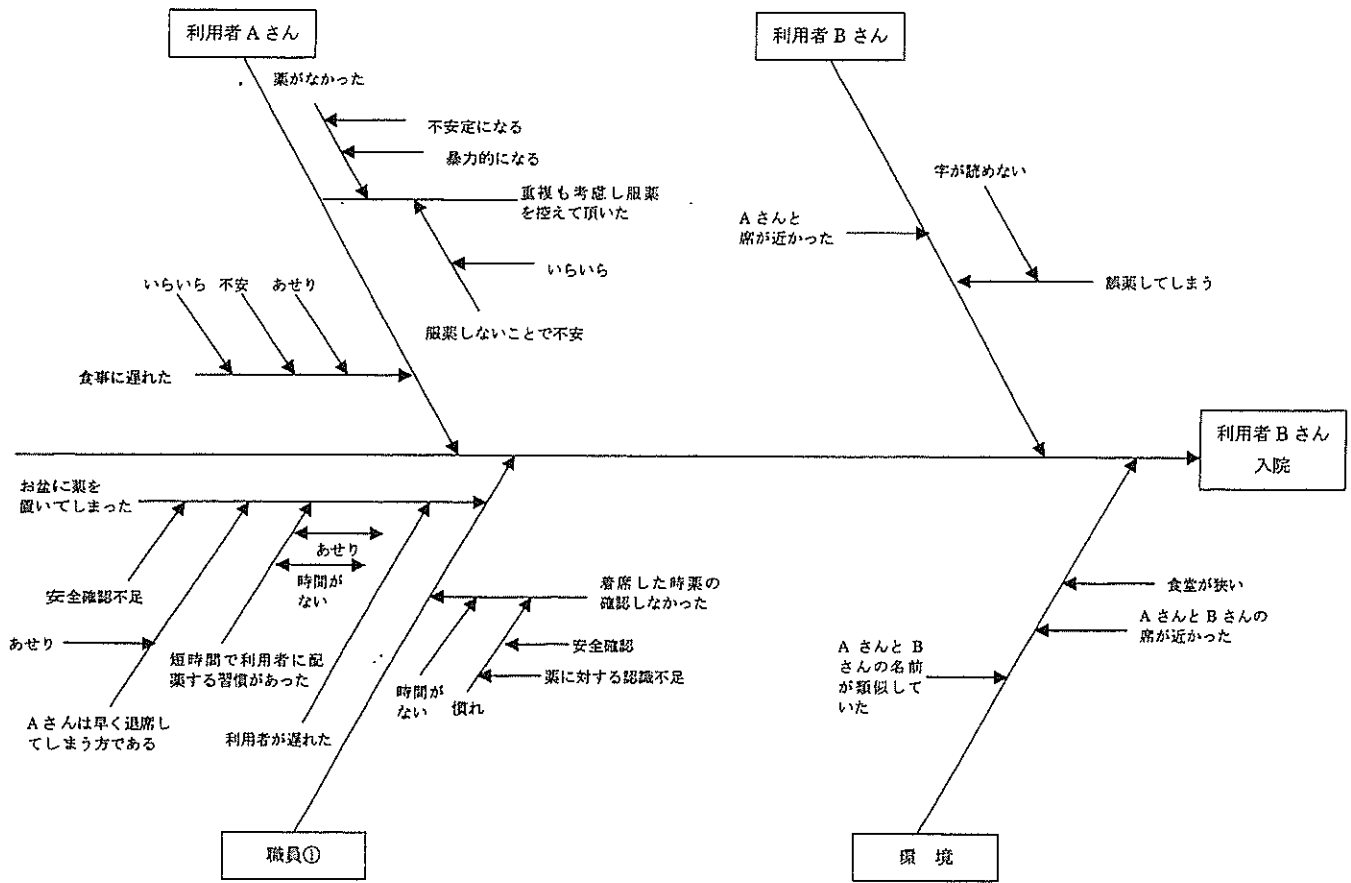
昼食時、A利用者が食堂に来るのが遅れ、薬を手渡しするべきところ分包紙を切りお盆の上に乗せて置く。その後、本人より薬をもらっていないと言われ、探すが見当たらず医務に事情を報告する。Aさんが服用していないと訴えるだけで確認がとれなかったため重複して服用することがないように服薬は控えてもらう。

B利用者のトイレ誘導をしようとしたとき、車いすに寝ているのか頭を垂れていたののでベッドに移動し休ませる。顔面蒼白で眼を閉じていたので声をかけると、無理に開眼しようとする動きがみられる。徐々に顔色は回復したが寝込んでしまう。

AさんとBさんの食堂の席は近く、しかも名前が似ているため、誤薬の可能性も含めて囑託医に上申し、検査したところ、脳外科専門病院の受診の指示を受け、救急車で搬送、入院。2日後に退院。傷病名は、症候性てんかん（疑）、意識障害、および薬物中毒（疑）であった。

報告番号 No.		人間 MAN	物・機械 MACHINE	環境 MEDIA	管理 MANAGEMENT
具体的要因		<ul style="list-style-type: none"> <li>手渡さずお盆に置いてしまった。</li> <li>服薬の確認をしなかった。</li> <li>慣れによるうっかりミス。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>カタカナでの表記で読み辛い。</li> <li>複数の利用者名が類似している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>短時間で利用者へ配薬する習慣があった。</li> <li>食堂が狭い。</li> <li>AさんとBさんの食堂の席が近い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤薬防止マニュアルに従った配薬をしなかった。</li> </ul>
対応策	教育・訓練 EDUCATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>見直した誤薬防止マニュアル再教育をする。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>誤薬防止マニュアルに従った配薬の徹底をはかる。</li> </ul>
	技術・工学 ENGINEERING		<ul style="list-style-type: none"> <li>分包紙の文字を大きくする。</li> <li>分包紙の文字を漢字のフルネームで表記してほしい。</li> </ul>		
	強化・徹底 ENFORCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤薬防止マニュアルの見直し。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>食堂の席の配置等を見直す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬に対する認識を深めて頂くための勉強会を実施。</li> </ul>
	模範・事例 EXAMPLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員会議においてリスクの経過報告や注意点を発表する。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>他の施設を見学し、よい所を取り入れる。</li> </ul>	

事例 7. 食堂に薬を置いたことにより誤薬の疑いを引き起こした事例



事例8・テレビのチャンネル争いにより利用者同士のけんかとなった事例

報告日 年 月 日

事故分析表（4M-4Eマトリックス）

部 署 \_\_\_\_\_

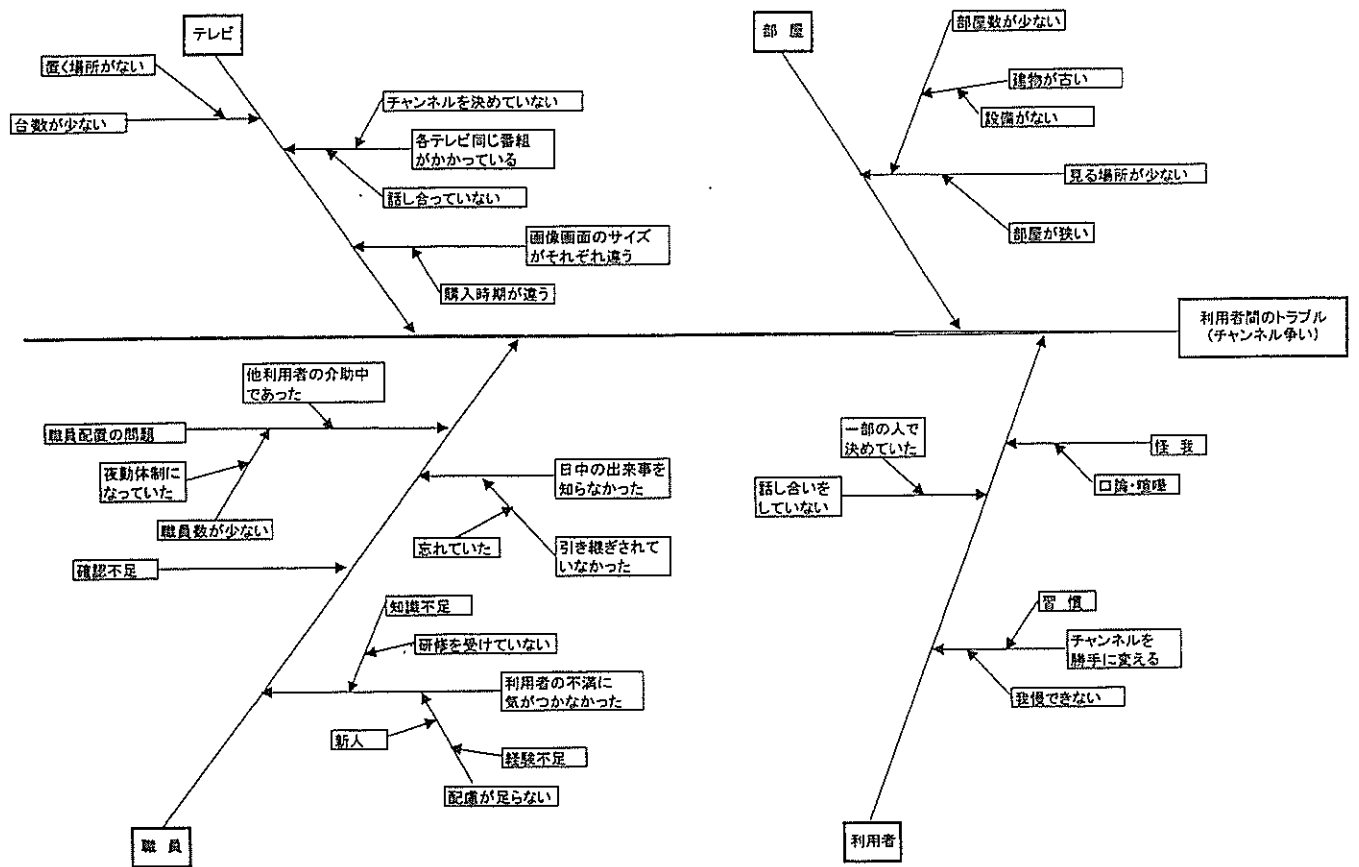
報告者 \_\_\_\_\_

件名：利用者間のトラブル（チャンネル争いでAさんとBさんがけんかとなる）

日勤者が帰った後、娯楽室のテレビでプロ野球観戦をしていたA利用者と、時代劇を見たいB利用者とでけんかとなる。夜勤者は巡回中で近くにはおらず、発見が遅れ両者ともにけがをしてしまった。テレビはスペースの関係で利用者共有の場所にしかなく、台数が少ない。また、チャンネルは利用者間で話し合っ決めてもらうことにしていたが、実際には一部の人で勝手に決められていて、以前からたまにチャンネルでのトラブルがあった。いつもB利用者は不満で日勤者にそのテレビで見たいと相談していたが、日勤者が相談事項を解決しておらず、夜勤者へは引き継がれていなかった。夜勤者はその相談事項を知らなかった。

報告番号 No.					
		人間 MAN	物・機械 MACHINE	環境 MEDIA	管理 MANAGEMENT
具体的要因		利用者の不満、相談に対する認識、配慮が不足していた。	テレビの設置場所、台数が限られている。	夜勤体制になっており発見が遅れる。	利用者からの相談に十分に対応していなかった。  夜勤者へも引き継いでいなかった。
対 応 策	教育・訓練 EDUCATION	利用者の心理、要望等の把握・理解につとめる。  利用者の不満等ストレスに対する研修を実施。		状況、環境面における危険度を考える習慣をつける。 勤務交替時の引継ぎ内容、方法を再検討する。	利用者からの相談への対応について手順を周知する。 利用者間での取り決め事項に対する確認をする。
	技術・工学 ENGINEERING		同型のテレビに統一し台数を増やす。		
	強化・徹底 ENFORCEMENT	事故の対応、原因、対応策を徹底する。  怪我の治療。		勤務交替時の引継ぎ内容、方法を再検討、見直しをする。 夜勤の体制について再検討する。	利用者からの相談への対応についてマニュアルに盛り込む。 利用者間での取り決め事項についてもマニュアルに盛り込む。
	模範・事例 EXAMPLE	見直したマニュアルを配布し利用者の要望等への対応を周知徹底する。		勤務交替時の引継ぎミスによりトラブルが起きる例として紹介、再発防止を呼びかける。	見直したマニュアルを配布し周知徹底する。

事例8・テレビのチャンネル争いにより利用者同士のけんかとなった事例



## (2) 対応マニュアルの例

### 利用者が無断外出した場合の対応マニュアル

南光園（兵庫県）

救護施設南光園は山間部に位置する立地条件にありつつも、開放された施設としてオープン化されている状況である。そのような中、年間数例の無断外出による事故が発生しており、今までは幸いにも大事故に至っていなかったが、系統化された対応ができていたわけではなかった。特に初動捜査時における施設側の注意義務の怠り、組織的な捜索体制の不備が課題として挙げられていた。行方不明者の捜索には機動性が最も必要であるが、最も機動力を備えている警察等関係機関にも的確な情報が提供されていなかったため、以下の内容の『無断外出時対応マニュアル』を作成した。

併せて、平成 14 年に発生した無断外出事例に対して、マニュアルに基づいた対応経過を報告する。

## 利用者無断外出時対応マニュアル

－ 日勤想定 －

### (主 旨)

当マニュアルは、救護施設南光園利用者(以下「利用者」という。)が無断外出を行った場合の対応策を記したものであり、救護施設南光園職員(以下「職員」という。)は、マニュアルに則り必要な措置を講じなければならない。

### (注意義務)

職員は、平素の業務の中において利用者の心身の状況を十分に把握すると共に、的確な申し送りを行い、情報の共有化に努めなければならない。

### (事件の予測・予見)

利用者の心身の状況が著しく不安定であると予測・予見される場合は、職員は利用者の行動に十分に注意を払うよう努めなければならない。

### (事件の発生)

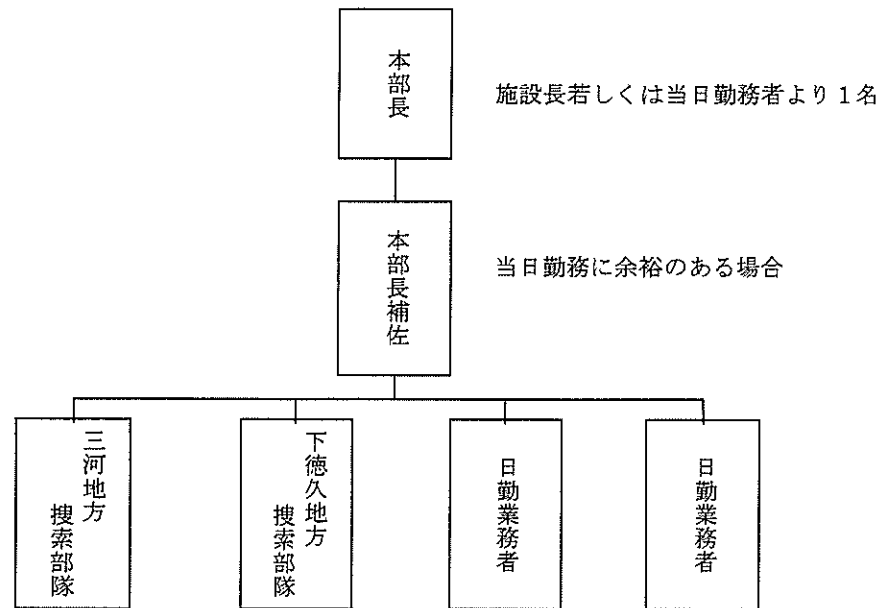
#### 1 事件発覚

- (1) 利用者が無断で外出したことが発覚した時点で、その職員は直ちに施設長(施設長不在の場合は管理者。)に連絡する。
- (2) 連絡内容については、原因・経緯・最終確認等詳細に亘り報告する。
- (3) 発見者は施設長への連絡の後速やかにその時点での時間を確認すること。

#### 2 初度捜索

- (1) 施設長の指示の元、当日の勤務者での捜索組織を結成。  
(捜索組織図 別紙 1 参照)
- (2) 捜索本部を設置し、施設長が本部長を務める。施設長不在の場合は当日勤務者の中から 1 名が本部長代理を務める。
- (3) 施設長又は本部長代理(以下「本部長」という。)は、勤務職員に施設内各所において所在確認を命ずる。(15 分以内に確認完了)
- (4) 本部長は、近隣在住職員に連絡する。
- (5) 近隣在住職員は本部長の指示があるまでは自宅待機とする。
- (6) 本部長は、当日職員に余裕がある場合は補佐を 1 名指名する。
- (7) 補佐を指名された者は、事件発覚から解決までの詳細な記録を残すように努めると共に本

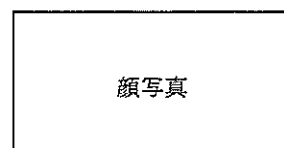
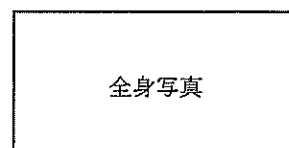
(別紙1) 搜索組織図



(別紙2) 身上調書

平成〇年〇月〇日 現在

氏名	南光直子
性別	(女)
生年月日	昭和3〇年〇月2〇日 (〇歳)
入所年月日	昭和〇〇年〇月〇日 (〇年)
身長	150.0cm
体重	50.0kg
血液型	AB型 Rh+
病名	統合失調症 知的障害
障害手帳	精神障害者手帳2級
入所前住所	佐用郡〇〇町丸の内565
身内連絡先	南光花子 (母) 〇〇郡〇〇町〇〇 (0790-〇〇-〇〇〇〇) 南光太郎 (兄) 〇〇市〇〇区〇〇-〇-〇 (06-〇〇-〇〇〇〇)
実施機関	〇〇福祉事務所 (0〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)
身体の特徴	肥満・顔にそばかすあり
性格	内向的・人付き合いが下手・人の言動に左右されやすい・衝動的
通院先	A病院
搜索願届出	2回
備考	前2回の飛び出しは、施設の周辺の茂みに潜っており、最終的に自ら帰園。



部長の用務を補佐する。(電話対応等)

但し当日、勤務職員に余裕のない場合は本部長はこれを兼務する。

### 3 第2 搜索

- (1) 本部長は、日常業務担当者2名を指名する。
- (2) 日常業務担当者に指名された者は、通常の業務を行う。
- (3) 本部長は、残りの勤務者に対し、搜索を指示する。
- (4) 搜索者は、懐中電灯・携帯電話を所持、公用車にて幹線道路(南・北1 車輛ずつ)及び徒歩にて近隣道路(農道等の脇道)の搜索を開始する。搜索内容については、危険を伴うような場所の搜索は避ける。
- (5) 本部長と搜索者は定期的(概ね10分)に連絡をとりあう。
- (6) 本部長は、被搜索人の身元引受人・身内、措置機関並びに立ち寄り場所への連絡・問い合わせを行う。

### 4 第3 搜索

- (1) 上記搜索にて発見できない場合(概ね1 時間)、本部長は速やかに佐用警察三河駐在所に家出搜索人の連絡をすると共に、自宅待機者宅への召集連絡をする。
- (2) 三河駐在所に届け出た後、本部長は速やかに搜索願届を佐用警察署に届け出を行う。その際には、次の事項の物を携行する。
  - ① 利用者身上調書(別紙2)
  - ② 届出者印鑑(施設公印)

### 5 第4 搜索

- (1) 上記搜索にて発見できない場合は、本部長と警察の協議により南光町消防団に連絡し、搜索を依頼する。

### 6 発見・解決

- (1) 被搜索人が発見された場合、本部長は速やかに警察署並びに南光町消防団本部に連絡する。
- (2) 本部長は、身内・措置機関・関係機関等への報告を行う。
- (3) 本部長は、被搜索者に対しては心身の状況(外傷・衰弱具合・精神状態等)を判断し、必要に応じて医療機関の指示を仰ぐ。

### 7 事後対応

- (1) 被搜索者に対しては、本人からの訴えがない限り無断外出の件は極力避け、平素と同様の接し方に努める。

### (その他)

当マニュアルで明記されていない不測の事態に対しては、その都度施設長が判断し対応を講じるものとする。

## 無断外出への対応事例

事件発生日：平成 14 年 1 月 15 日

被 捜 索 人：N さん(女性) 42 歳

主たる障害：頭部外傷後精神障害、知的障害(精神障害者手帳 2 級)

PM3：30

N さんより、職員 H への相談依頼あり。

「夜間、眠剤がよく効き起きれないため、尿漏れをしてしまうからおねしょシートを貸してもらいたい。」と依頼がある。

H より、「シートをしているから尿をしても構わないとはいえない。」と説明し、ドクター又は看護師に相談するよう促す。

それに対し、N さんは「尿は毎日漏れるのではなく時折ある。居室片付け以来借りていたシートが戻ってこない。」等々半泣き状態で訴え、その後「もういい。」と言って居室へ帰ってしまう。

PM4：10

N さんの表情が気になったため、H が居室を見に行くと所在が判らなくなっており、無断外出の恐れがあるとの一報が施設長に入る。

PM4：15

施設長の指示により、勤務職員(3 名)で手分けをして施設内捜索を命令。

PM4：20

施設内捜索後、不在の連絡が施設長にある。

それを受け、施設長が公用車(2 台→2 名)及び徒歩(2 名)での捜索を指示し、捜索を開始する。

PM4：35

施設長が N さんの身内に連絡を指示し、立ち寄る可能性があることを連絡する。

PM4：30～PM5：30

捜索者より、数回連絡が入るが依然として発見出来ず。

PM5：10

施設長の指示により、三河駐在所に捜索願いの連絡を入れる。

※ 薄暮の状態であり危険度増と判断されたため、マニュアルより短時間で連絡を入れた。

駐在所より本署に連絡を入れていただき、最寄駅等に手配をしていただく。

PM5：30

施設長が、捜索者に帰園することを指示し、その後は施設で待機することを命令する。

PM6：00

施設長の指示により、佐用警察署に正式に捜索願を提出。

身上調書提出並びに金銭持参の可能性が極めて低いことを情報として提供。

それに基づき、警察署より立ち寄り可能性のある場所(母親が入所している施設)の最寄駅・途中駅(JR H 駅)への手配並びに公共バスの運転手に乗車目撃聴取を実施していただく。

PM6：30

施設長の指示により、再度徒歩にて近隣捜索を命令する。(2 名 1 組で捜索)

PM7：00

施設長が消防団への依頼について警察と協議する。

冬場であり二次災害の恐れがあるとのことで、一晩は情報を待つこととする。

PM7 : 30

立ち寄り可能性がある場所(母親が入所している施設)には、時間的には到着していると考えられるため施設長が電話を指示し、連絡を入れる。

結果、立ち寄っていないとの報告。

PM8 : 05

施設下の坂道にて、捜索中の職員が発見。(Nさんは施設へ帰ろうとしていたが、職員を見つけると立ち去る素振りを見せる)

公用車で迎えに行き、帰園する。

PM8 : 10

外傷等は見当たらなかったが、衣服が濡れていたため直に着替え居室にて休んでいただく。(宿直勤務職員に様子観察を要請)

PM8 : 15

警察署より関係公共機関に一報を入れていただくと共に、施設より身内等へ連絡を入れ解決に至ったことを伝える。

[事件に至った経緯]

Nさんは過去にも無断外出を起こしたことがあり、十分に注意を払っていたつもりであったが職員の僅かな油断が事件に繋がったと言える。特に職員 H とは、円滑な人間関係が確立されており Nさんよりの相談業務も H が関わるが多かったが、H の一言が Nさんにとっては他の職員以上にショックを与え事件に至ったと言える。

[事件対応時の課題]

- (1) 職員がパニックになりがちであり身上調書には記載出来ないその時の服装・履物等具体的な部分が欠落しており、警察への情報量が不足していた。
- (2) 定期的に連絡を入れることを徹底しているが、探すことを重視するがために連絡が遅れがちになった。組織的に対応するためには逐一情報を収集すべきであり反省点として挙げられる。

[事後対応]

Nさんと職員 H との関係を修復するため、翌日施設長立会いのもと、三者で話し合いをする。Nさんとしての思いを明確に伝えられなかったため再度伝えていただくと共に、職員 H の思いについても話をする。関係修復には、多少時間がかかるかもしれないが元々強固な信頼関係が成り立っていたため、予想以上に早く修復できた。



## 1 利用者が死亡した場合行なうこと

### (1) 初動

- ・施設長に報告する。
- ・病院担当医に診断を依頼する（死亡診断書を作成してもらう）。
- ・身元引受人に連絡し、お通夜・葬儀の相談・確認を行う。

### (2) 宇都宮市役所支所に関係書類を提出

- ・死亡診断書提出・火葬許可書を提出（家族に出来るだけ同行していただく。）
- ・霊柩車・待合室を予約する（死亡した利用者の姓で予約する）。  
→休日の場合は、本庁で手続する。翌日も休みの場合は火葬場で支払をする。
- ・福祉事務所に連絡…措置変更届提出

### (3) 市役所・社会保険事務所に提出・返納

- ・介護保険資格喪失届け提出

### (4) 遺留金品引渡し

- ・衣類その他、本人が使用していたものを整理する。
- ・年金受給者は、年金証書、戸籍謄本（除籍のもの）  
※未支給年金の請求は不可
- ・身体障害者手帳返納→手当受給者（特別障害者手当等）は、遺族が未支給手当を請求できる。  
※口座名義変更届け必要

### (5) 変死・急死について

- ・施設内で発生した場合は、病院に連絡し先生の指示を仰ぐ
- ・施設外で発生した場合は、所轄の警察に連絡し指示を仰ぐ

## 2 葬儀準備（施設で葬儀する場合）

### (1) 葬儀の準備

- ・葬儀店に棺桶・ドライアイス・骨壺・位牌を注文する。
- ・花店に両サイド飾り花を注文する。（1対3万円）
- ・商店に果物・菓子（必要に応じ清酒も）等を注文する。（5千円）

### (2) 霊安室への安置

- ・じゅうたんを敷き、本人が使用していた布団を使う。
- ・枕花を飾る。
- ・施設内で死亡時のみ、エンゼルセット（男女サイズ別の浴衣・ガーゼ反物・化粧セット・さらし反物・綿球）を使用し、ご遺体の処置を行う。
- ・守り刀をご遺体の胸元に置く。
- ・枕膳を調理に頼む。
- ・遺体の安置が終了したら、冷房を使用し霊安室の鍵は閉める。

### (3) 通夜

- ・家族と時間は事前に話し合い決める。
- ・参加職員→施設長（補佐）・支援員等より2名程
- ・利用者 → 4～5名参加（自治会で決める）

### (4) 納棺について

- ・家族・施設長（補佐）立会いのもと行なう。

### (5) 出棺当日

- ・お棺に入れる生花・その他は、家族・施設長（補佐）の立会いのもと行なう。
- ・出棺・霊柩車の見送りは、できるだけ多くの人に参加して頂く。
- ・施設長（補佐）挨拶、家族代表挨拶をして頂き、全員で黙祷しお見送りする。

### (6) 献体

- ・家族と施設長（補佐）に相談し決める。
- ・献体返還後の遺骨の措置を身元引受人と相談しておく。

### (7) 事後について

- ・担当部署は、遺留品を整理し、部署預り金を精算する。

### 3 葬儀の手続と費用負担のマニュアル

- ①死亡
- ②身元引受人に連絡
- ③身元引受人と葬祭について相談 → 下記 (1) (2) (3) のいずれか

- (1) 身元引受人が遺体を引き取り葬儀を行う
  - ・鳴鶴寮での葬祭の費用等を精算し遺体を引き渡す。

※ (2) (3) も葬祭費用の精算については同じ

- (2) 献体先病院に献体に出す
  - ・献体先病院に献体に出す。同時に、献体返還後の遺骨の措置を身元引受人と相談する。

**【遺骨返還後、身元引受人が遺骨を引き取る場合】**

→遺骨が返還（概ね2年後）されたら、身元引受人に連絡し、引き取っていただく。

**【遺骨返還後は、鳴鶴寮に遺骨の措置をまかせる場合】**

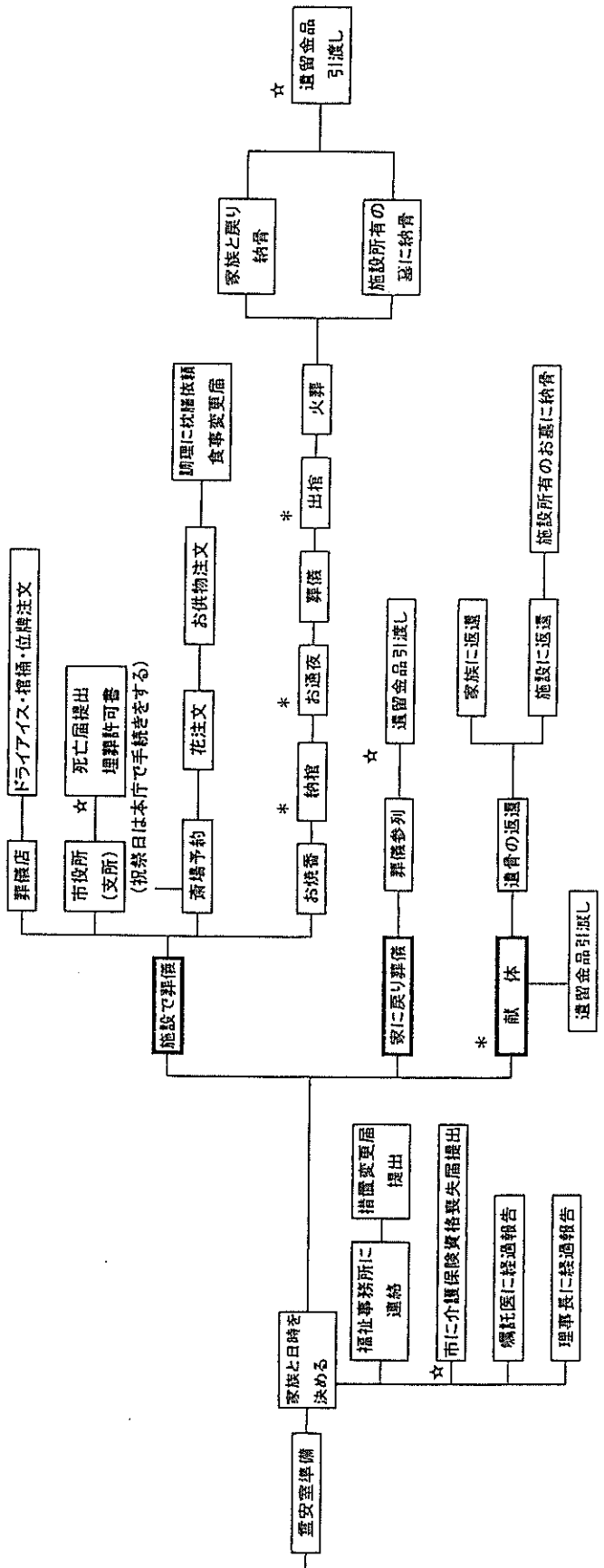
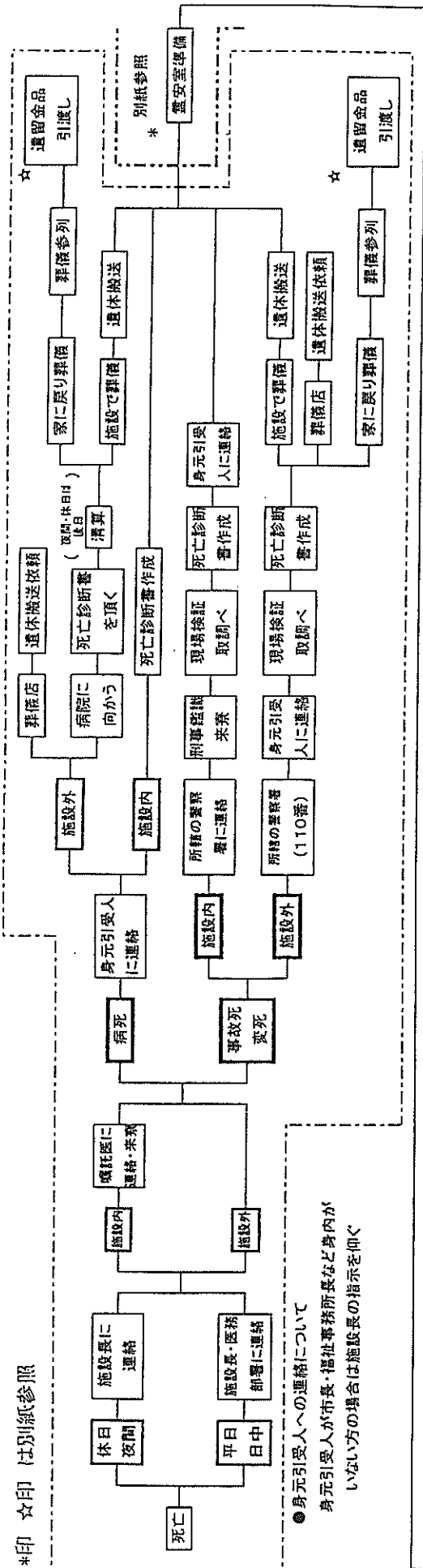
→施設所有の霊園に葬る場合は、身元引受人との相談の際、その概算費用を予め返還金・遺留金等の中から負担していただく（施設会計雑費収入に受入）  
→遺骨が返還されたら、施設所有の霊園に葬る。葬祭、墓銘碑への刻銘の費用は遺留金の精算の際に3万円事前に預かる。

- (3) 葬祭は施設に依頼するが、遺骨は身元引受人が引き取る
  - ・葬祭は身元引受人と行い、火葬後遺骨を引き取っていただく。

内は施設長、施設長補佐、嘱託医、管理職の指示で働いている。

線からは、相談員の業務。

\*印 ☆印 は別紙参照



## 5. 資料

### 資料(1)救護施設におけるリスク項目事例

\*これらのリスク項目事例は、76ページに掲載した協力施設から提供いただいた事故内容および、リスクとして考えられる項目を、本検討会として整理したものである。救護施設におけるリスク項目をすべて網羅したものではないのでご留意願いたい。

類型分類		
1 転倒	(1)椅子から転倒	1 椅子の高さや形状が合っていないことによる転倒 2 食事中姿勢が悪いため椅子からのずり落ち等の転倒
	(2)歩行中	1 段差や側溝、物品、装飾品等、つまずきによる転倒 2 廊下の水滴等、滑りによる転倒 3 足のもつれ、ふらつきによる転倒 4 職員が利用者の足元の確認をせず誘導したため転倒 5 精神薬服用によりふらつきによる転倒。変薬後、眠剤服用後など特に多い。 6 はしをくわえて歩く。 7 エレベーターのみぞでの転倒。 8 杖の正しい使い方を知らないことによる転倒 9 スロープ・傾斜地等移動時の転倒 10 利用者自身が足を滑らせて転倒 11 清掃時の水拭きが不十分等、利用者自身が足を滑らせて転倒 12 手すりの形態(高さ等)、床の滑りやすさ。 13 走る、物につまずく、足のもつれ 14 歩きながら缶ジュースを飲んでいたら、つまずいて転倒し口にケガをした。
	(3)車椅子から転倒	1 車椅子のブレーキが不十分のため車椅子ごと転倒 2 車椅子を着ける位置が不適切であったために転倒 3 車椅子のブレーキ修理が必要なものを使用したため転倒 4 車椅子の基本操作確認不足。 5 利用者本人あるいは職員等、介助者の車椅子等、操作ミスによる転倒 6 電動車椅子の操作ミス 7 車いすの整備不良。 8 無理な体勢による車椅子からの転倒
	(4)移乗時	1 フットレストを上げずに移乗介護を行ったために転倒 2 利用者が自力で移乗しようとして転倒 3 職員が移乗の援助をしていて利用者が転倒 4 職員が移乗の援助をしていて転倒し、利用者も転倒 5 利用者の移乗しやすい方法を職員が理解せず、より移乗が困難になり転倒
	(5)施設外	1 道路等の環境整備面が大。 2 スーパー・コンビニ等の自動ドア、エスカレーター、回転ドア等での転倒。 3 点字ブロックでの転倒 4 歩道の自転車・路駐車等。
	(6)その他	1 利用者がバランスを崩してお尻から落ちる 2 介助する職員が足を滑らせたために転倒 3 利用者が職員に気をつかってコールを押さなかったために転倒 4 ポータブルに座る時目測を誤って転倒 5 利用者の体を支えきれずに介護者が利用者と一緒に転倒 6 職員が正しい介助方法やサポートの方法が分からなくて転倒 7 利用者のADLの把握不足。 8 見守りや事故予測が不十分。 9 環境面では、介護する上での居室空間が狭い。 10 てんかん等発作がおこり転倒 11 その他(飲酒など)の転倒 12 ベルトの閉め忘れ等による転倒(ずり落ち) 13 凍結した路面での転倒 14 照明の点灯していない時間に転倒 15 車の乗降時の転倒 16 補装具があっていない。 17 介助者の注意不足による転倒 18 危険個所の把握不十分。 19 介護職員のふらつきや転倒による利用者の転倒 20 不適切な座位、立位による転倒

類型分類				
		21 利用者の発作による転倒		
		22 その他の転倒(機器の取扱不備など)		
		23 脱衣場が混雑していたための転倒		
		24 てすりの位置が不適切(片側しかない等)であったための転倒		
		25 安全に歩けるスペースが無いか少ないことによる転倒		
		26 くつをはくときの転倒		
		27 トイレ内のマット、トイレ用サンダルにつまずいて転倒		
		28 掴まる場所が無いために転倒		
		29 動きのあるクラブ等においては体力・筋力の衰えから事故につながる。		
		30 自分の体力を超えた重量物の運搬による転倒		
		31 整理整頓の不備		
		32 作業場の広さが不適切なための転倒		
		33 無理な姿勢で物を拾ったり、取ろうとしたために転倒		
		34 薬物の作用によるもの(感情鈍磨/行動鈍磨)		
		35 薬物の副作用によるもの(ふらつき/振線/眼球上転)		
		36 眠前薬服用後ねぼけ状態でのトイレ使用等、ベッドからの転倒		
		37 症状からくるもの(緊張性、ヒステリー硬直)等		
		38 チック症状によるもの		
		39 水中毒によるもの(ナトリウム、カリウム、クロール欠乏)		
		40 ふざけあう、遊びに夢中になる等度超えてのもの		
		41 施設内機器の使用(使用間違え)		
		42 生活様式の変化に順応できない(たたみからベッドへ、洋式と和式トイレの違い等)		
		43 急ぐ走る待てないという心理からくるもの		
		44 自傷行為(他者に注目してもらいたいためわざと転倒する)		
		2 転落・落下	(1)移乗時	1 利用者が自分で車椅子に移乗しようとしてベッドから転落
				2 利用者が自分でストレッチャーに移乗しようとしてベッドから転落
				3 移乗介護中、ストレッチャーのセットをしている際に利用者がベッドから転落
				4 利用者が一時的に興奮状態にあった時に移乗しようとして転落
				5 移乗介護中、車椅子のセットをしている際に利用者がベッドから転落
				6 利用者が興奮状態のまま移乗させたことによる転落
			(2)階段	1 利用者自らのふらつき・つまずきや踏み外しによる階段からの転落・落下
				2 他の利用者と接触したことによる階段からの転落・落下
				3 階段昇降ができない利用者が階段に入り、転落・落下
				4 階段歩行中のでんかん発作等による転落・落下
				5 現在いる場所を勘違いして階段に入ったために転落・落下
				6 職員が階段昇降の介助中にふらつき・踏み外したために利用者が転落・落下
				7 職員が利用者を抱えて移動している際に手が滑って利用者が転落・落下
				8 利用者自らが車椅子で移動していて誤って車椅子ごと階段から転落・落下
				9 職員が介助して車椅子で移動していて誤って車椅子ごと階段から転落・落下
				10 階段歩行中のふらつきやでんかん発作等による転落事故。
			(3)車椅子、ストレッチャーから	1 ストレッチャーで移動していてストレッチャーから転落・落下
				2 更衣台、ストレッチャー、特浴機器からの転落・落下
			(4)ベッドから	1 就寝中のベッドからの転落・落下
				2 起床時のベッドからの転落・落下
3 体位交換時のベッドからの転落・落下				
4 ベッド上の座位からの転落・落下				
5 自分でベッドから降りようとして転落・落下				
6 ベッド上で立ち上がった状態からの転落・落下				
7 ベッド周りにあるものを取ろうとして転落・落下				
8 ナースコールを押そうとして転落・落下				
(5)ベランダ等から	1 自分でベランダや窓を乗り越えようとして転落・落下			
	2 ベランダの手すり等の構造の不備による転落・落下			
	3 ベランダ等のこわさがわからず転落・落下			
	4 自殺企図によるベランダ等からの転落・落下			
	5 ベランダ、屋上、階段の隙間等からの利用者の意思による転落(施設から離れようとして、職員の気をひこうとして等)			
(6)その他	1 利用者自らのふらつき・つまずきや踏み外しによる道路からの転落・落下			
	2 他の利用者と接触したことによる道路からの転落・落下			
	3 歩行中のでんかん発作等による転落・落下			
	4 職員が歩行の介助中にふらつき・踏み外したために利用者が転落・落下			

類型分類		
3 打ち付け・挟み込み等	(1)移乗時	5 利用者自らが車椅子で移動していて誤って車椅子ごと道路から転落・落下
		6 職員が介助して車椅子で移動していて誤って車椅子ごと道路から転落・落下
		7 敷地外歩行中不注意による転倒。
		8 職員が抱えている時に手が滑る等により、利用者が転落・落下
		9 特浴機器からの転落・落下
		10 介護中に利用者がバランスを崩して転落・落下
		11 介護中に職員が必要な物品を取ろうとして目を離したときに転落・落下
		1 ベッド←→車椅子に移乗する際に、ベッドサイドに頭等を打ち付ける
		2 移乗の際に、利用者に無理な力がかかってしまう
		3 移乗の際に、利用者に無理な体勢になってしまう
		4 車椅子←→便座に移乗する際に、車椅子・便座等に手足がぶつかってしまう
	5 車椅子←→便座に移乗する際に、利用者に無理な力がかかってしまう	
	6 車椅子←→便座に移乗する際に、利用者に無理な体勢になってしまう	
	(2)移動時	1 自分で車椅子移動中に、手足を車輪部分等に挟む
		2 職員が車椅子移動介助中に、手足を車輪部分に挟む
		3 自分で車椅子移動中に、通路にある物品に接触する
		4 職員が車椅子移動介助中に、通路にある物品に接触する
		5 車椅子移動中に側溝の蓋等に車輪をとられ指を挟む
		6 自分で車椅子移動中に、道路にある物品に接触する
7 職員が車椅子移動介助中に、道路にある物品に接触する		
8 自分で歩行中に縁石・段差等を踏み外し、捻挫する		
9 ストレッチャーや車椅子等で移動中、誤って設備等にぶつける		
10 ストレッチャーや車椅子等で移動中、誤って設備等との間に挟み込む		
11 特浴台や車椅子等を使用中、誤って設備等にぶつける		
(3)介護時	1 職員が介助歩行中、手を離した際に、縁石・段差等を踏み外して捻挫する	
	2 利用者を抱き上げる、抱き上げて移動中に誤って設備等にぶつける	
	3 利用者を抱き上げる、抱き上げて移動中に誤って設備等に挟み込む	
	4 トイレのために移動介護中に誤って設備等にぶつける	
	5 トイレのために移動介護中に誤って設備等の間に挟み込む	
	6 着脱衣の介護中に誤って設備等にぶつける	
	7 着脱衣の介護中に誤って設備等の間に挟み込む	
	8 清拭介護時に誤って設備等にぶつける	
	9 清拭介護時に誤って設備等の間に挟み込む	
	10 介助中の骨折	
	11 骨折に気付かず介護等に従事	
(4)その他	1 電動ギャッジベッドの背もたれを上げ下げする時に手や首などを挟み込む	
	2 車椅子のフットレストに打ち付ける、挟み込む	
	3 自分でドアの開閉の際に、指を挟む(車のドアも)	
	4 職員がドアの開閉の援助をしている際に、利用者の指を挟む(車のドアも)	
	5 自分自身で入浴中に動いた際に、蛇口等設備に体をぶつける	
	6 排泄や清拭時に誤って設備等に自分でぶつける、挟み込む	
	7 車椅子に座っている状態からのずり落ち後、他部位を圧迫	
	8 周囲に人がいるのを感じないで注意不足によるドアの開閉でけがを負わせる	
	9 自動ドア等、新しい設備に対応できない時に発生(車の自動ドアやウィンドウなど)	
4 衝突	(1)利用者同士	1 一方の利用者が走っていて、他の利用者と衝突
		2 双方の利用者が走っていて、衝突
		3 電動車椅子の操作ミスによる他の利用者との衝突
		4 居室等左右の見えない場所から通路に出た際に、他の利用者と衝突
		5 急ぐ、走る、待てないという心理からくる利用者同士の衝突
	(2)カベ等に	1 車椅子でスロープを最後まで下がりきれず、壁や手すりに衝突
		2 弱視の人などがガラスを認識できずにぶつかる
		3 利用者が突然走り出して、ガラスや壁に衝突
		4 スロープを介助で登る(降りる)際に、介助者が転倒して壁などに衝突
		5 車椅子で坂道を最後まで下がりきれず、電柱や壁に衝突
		6 わき見をしていて、危険な構造物に衝突
		7 坂道で、介護者が転倒等車椅子を離れたことによる衝突
	(3)その他	1 食堂など混雑している場所での衝突
		2 職員が走っていて、利用者と衝突
		3 介助で車椅子でスロープを降りている途中、介護者の手がすべって衝突

類型分類			
5 誤嚥・誤飲	(1)誤嚥	4 利用者が突然走り出して、人や物に衝突	
		5 大腿筋の低下によりすぐにとまれなくなることによる衝突	
		6 バレーボールなどレクリエーション実施時にエスカレーターで衝突	
		① 身体機能等によるもの	1 甲状腺の肥大、口腔内の腫瘍、パーキンソン病などによる嚥下障害
			2 咀嚼がにぶっている方が薬で更に機能が低下し、食事をのどに詰まらせた。
			3 口渇による嚥下障害
			4 発作による誤嚥
			5 高齢による傾き
			6 朝食の時間帯、体調の落ちている方が職員が目を離れたスキに食事を詰まらせた。
		② 利用者の食べ方の問題	1 職員が目を離しているときに、誤嚥
			2 利用者自身が、無理に食べ物を摂ることによる誤嚥
			3 利用者自身が、著しい速さで食べ物を摂ることによる誤嚥
			4 食事中に居眠りをしてしまい、誤嚥
			5 利用者の意思で早く食べようとして誤嚥。
			6 パンやカステラなどつまりやすいものを詰め込む ※67ページの参照
			7 一度に多量のおかずを口に入れてしまい誤嚥する。スプーンのさじの部分が おおきかった。
			8 早食い/かきこみ
			9 パイキング方式で人より多く食べようとして
			10 面会者が持参してきた餅菓子等を食べて喉に詰まらせる
			11 自分で買ったパンや菓子を食べて誤嚥
	12 外出時に露天等で買った食べ物を誤嚥		
	13 個室で、自分の買って来たパン、まんじゅうを食べていて、喉につまらせる。		
	14 ようかんを1本まるごと口にはうりこんで、夜中のことでだれも気がつかずなくなった。		
	15 レンコンがのどにひっかかったが穴があいていたので大丈夫だった。		
	16 口にたくさん詰め込む。(下の動きが悪い方)のどに詰まる。		
	17 ねぎの小口切りが中途半端な大きさのため噛まないで気管にはいる。		
	18 パンを口いっぱい詰めでのどに詰まらせ窒息しかけた。		
	19 鉄火丼のマグロが好きの方がよく噛まないで急いで食べのどに詰まらせた。		
	20 利用者(太りぎみ)の方におやつを食べたらだめといていたが、ある日大福を隠して大急ぎで食べ、のどに詰まらせてなくなった。		
	21 他の利用者が食べ物をあげて誤嚥。利用者がたまたま、テーブルに置いて誤嚥。		
	22 食べ物の持ちこみおやつの摂取時		
	23 反すうしてしまうことによる誤嚥		
	③ 介助の問題	1 介助者が、一度に嚥下できない量の食べ物を提供したことによる誤嚥	
		2 介助者が、利用者の食事姿勢に無理がかかるような位置で介助して誤嚥	
		3 食事介助時、早く食事を終わらせようと一口の量を多くしたため、喉につまる	
		4 食事介助時、前の食べ物を飲み込む前にどんどん口に詰め込み、むせこむ	
		5 食べ物と水分を交互に与えなかったために、食べ物ばかりになり、むせこむ	
		6 口に物が入っている時に職員が声をかけてしまい誤嚥	
	④ 食べ物の問題	1 大丈夫と判断していたミキサー食などの食べ物を誤嚥	
		2 咀嚼をほとんどしない人に常食がいつってしまったために喉につまる	
		3 きざみ食だが、ダラダラとそのまま飲み込んでしまう(食塊形成ができない)ために誤嚥してしまう	
		4 海苔巻の海苔が喉に張り付いてしまう	
		5 魚の骨が喉に刺さる	
		6 雑煮の餅が喉につまる	
		7 フライの衣がのどにつかかってむせてしまった。	
		8 調理上の問題(食材・形状・固さ等)	
		9 水分はむせる。	
	⑤ その他	1 きざみ食の人が、揚げ物に付いていたくし型のレモンを食べてしまった	
		2 丁度食べ物を口に入れた利用者の椅子に職員がぶつかってしまい、その利用者が食べ物を喉につまらせた。	
		3 いすの上に正座するなど施設が悪くなることによる誤嚥	
		4 食卓のいすの高さが合っておらず、姿勢が悪くなることによる誤嚥	
		5 容器・食器など(ストロー吸いこみなども含め)が合わないことによる誤嚥	
(2)誤飲	① 薬品等	1 消毒薬等医薬品の誤飲	
		2 洗剤、歯磨き粉、シャンプー、リンスなどの誤飲	
		3 薬品や洗剤を誤ってあるいは利用者の意思で飲む。	
		4 防虫剤を飴と間違えて食べた。	
		5 目の離せない利用者(目が見えない)の方を職員が事務所に同行してきてイスに座らせていたところ机の上の塩素濃度を測る試薬を食べた。	

類型分類					
6 異食 など	(1)異食	②その他のもの	1 保管場所が不備・不適切であったために誤飲 2 てんぷらの下にある紙を食べてしまう。 3 入れ歯がしっかりと固定されていなかったため、飲み込んでしまう。 4 口に入れたときに箸が折れ、食べ物と一緒に飲み込んでしまう。 5 割れた食器の破片を、誤って食べてしまう。 6 ビーズと飴を間違えて口に入れてしまう。 7 入れ歯のさし歯誤飲		
		①食べ物	1 個人で購入したお菓子を食べきれず、後で食べようと取っておいた。何日か経って、腐っているのに気付かず食べてしまった。 2 職員が賞味期限切れのお菓子をゴミ箱に乗せたところ、利用者がゴミ箱からお菓子を見つけて食べてしまった。 3 職員が配膳の後片付けをしている時に、残飯のバケツをそのままにしておいたら、利用者がバケツの中の残飯を食べてしまった 4 あさりの貝がらを食べてしまう 5 利用者が居室で自家製の漬物を作って食べていたが、中に腐って発酵しているものがあつた。 6 食事の残りを居室に持ち帰り日の当たるところにおきっぱなしで、時間が経って食べた。 7 居室で賞味期限切れのものを食べる		
		②食べ物以外	1 食べ物以外の異食 (例示:ゴム手袋、サランラップ、おしぼり、尿取りパッド、カイロ、セッケン、電池、煙草の吸殻、ガラスのかけら、ぬいぐるみ、新聞紙、便、消しゴム、ビーズ等) 2 ペットの餌を食べてしまう 3 個人の急須や湯呑みにカビが生えていた。 4 便を口の中に入れる。 5 手洗い場の石鹼を食べてしまう。 6 電池を飲み込む。 7 補聴器やボタンなどの異食 8 喫煙所にあつたタバコの吸殻を食べてしまう。 9 青色のすきな利用者がメリットシャンプーをのんだ。 10 咀嚼障害の方へガラスの水のみで摂取中水のみを口をかじって飲み込んでしまった。 11 自傷行為としての異食(洗剤・タバコ)		
		(2)食事制限・職員のミス等	①提供方法の違い	1 キザミ食とミキサー食の取り違い 2 検査食を間違えて1日早く出した。 3 調理場と配膳担当の受け渡しが悪く、食事が入れ替わってしまった。	
				②食事制限・禁忌事項	1 食事制限のある人の治療食と常食の取り違い 2 減塩食の人が、醤油をたっぷりかけていたのを職員が気付かず、そのまま食べてしまった。 3 アルコールの入ったゼリーを表示を確認しないでアルコール依存者の食事に出した。 4 糖尿の方がコーヒーにたっぷり砂糖を入れて飲んでいるのに気づかず血糖値が上がった。 5 アレルギーのある人が間違えて外注弁当に入っていた物を食べてしまった 6 朝、シアナマイドを飲んだのに午後3時頃飲酒してしまった。
				③異物混入等	1 食欲不振の利用者におにぎりを作って提供した際、ラップの切れ端がおにぎりについて、利用者は気付かず食べてしまった。 2 配膳職員がピアス(アクセサリー)をしたまま配膳に入り、盛付け中にピアスが落ちたことに気付かず、食事の中にピアスが入ったまま利用者のところに食事がいってしまった。(髪の毛等も) 3 サラダの中に虫が入っていた。 4 ドレッシングの内側のキャップがサラダに入っていた。 5 カレーに調理場のカギが混入していた。 6 みそ汁の中にカネタワシの端が入っていた。
			④その他	1 卓上の醤油・ソース入れ等調味料入れを全く洗わず、継ぎ足しで使い続けたため、中にカビが発生していた。 2 AAのミーティングから帰って食事する方の夕食の保存が悪くいたんでいた。	
	7 薬の配り間違いなど		(1)配り間違い	1 分包作業段階での間違い(量、服薬者ごとの分包) 2 職員の体調不良(病気・寝不足等)による配薬違い 3 眼鏡をかけずに配薬したためによる配薬違い 4 利用者を確認(複数の入所があつた後など)せず渡してしまう。 5 薬剤の取り違い 6 用意されていた薬そのものの分量違い 7 同じ姓の人の薬の配り間違い	

類型分類				
	(2)投薬方法のミス	1 薬剤名、単位の見間違い 2 投与法のミス 3 与薬時間間違い		
	(3)飲み間違い、飲み忘れ等	1 薬の飲み忘れ		
	(4)その他	1 薬局から分包されてきたもの自体の間違い 2 市販薬の使用 3 薬の破棄 4 薬の選定による間違い 5 薬の保管方法の間違い 6 服薬確認不足(拒薬) 7 利用者同士が眠剤をやりとりする。		
	8 入浴時の溺水	1 職員が見守り・介助等浴室にいる場合の溺水 2 職員不在の場合の溺水 3 浴槽内で体を支えることができない場合の溺水 4 職員の設備機器操作の間違い・不十分さによる溺水 5 設備機器・手すり等の構造上の不備による溺水 6 排水溝の栓が抜け吸い込まれる		
	9 やけど	(1)機材等によるやけど	1 温度調節機能の不備によるやけど 2 ボイラー能力によるやけど 3 利用者の状態に合わない入浴機器使用によるやけど 4 職員の温度未確認によるやけど(混合栓使用の場合・未使用の場合) 5 ハンダこて等作業において使用している機器を誤って操作したやけど 6 機器そのものの不備に起因するやけど 7 高温になる暖房機器への接触によるやけど 8 電気あんかや携帯カイロ(ホッカイロなど)等使用方法を誤ったことに起因するやけど 9 暖房機器の管理上の不備に起因するやけど 10 ドライヤー等使用方法を誤ったことに起因するやけど 11 機器の管理上の不備で発熱したものに接触したことによるやけど 12 便座の不適切な温度調整による低音やけど。 13 保湿機器による低温やけど 14 機器使用の認識不足(わかった風)	
		(2)利用者の行為によるやけど	1 温度確認能力に起因するやけど 2 故意に他の利用者に熱い湯をかける等の事由によるやけど 3 熱い食べ物や飲み物を気付かず口にいったことによるやけど 4 熱い食べ物や飲み物を握ろうとして容器をこぼしたことに起因するやけど 5 給湯器・ポット等から湯を注ごうとして体にかかったことに起因するやけど 6 熱い容器を運んでいる途中で他の人に誤ってかけたことによるやけど 7 アツアツのラーメンをそのまま食べてしまい、やけど。 8 配膳の途中で人にぶつかってこぼしてしまい、やけど。 9 汁物等を飲み込んだ際高温のため口腔内やけど 10 カップラーメン等嗜好品摂取時の取扱い 11 薬品の濃度を間違えたことによるやけど 12 好奇心によるうっかり体験 13 作業場での火気使用中 14 喫煙上のやけど(根元まで吸う) 15 みそ汁等配膳時のやけど 16 タバコへの執着による指のやけどがある。 17 機器の管理操作方法に不備があったために起こったやけど 18 ごみ焼却の際のスプレー缶の混入	
		10 利用者の行為	(1)他者に対する行為	①ふざけあい
②ケンカ				1 ケンカをして相手をケガさせた 2 恨み等ある他の利用者を殴打したり、後ろから突き飛ばした 3 特定の職員に対する恨み等の心理的要因に起因する暴力によるケガ
③暴言・暴力				1 過剰反応して、階下の物品を落として、人をケガさせた 2 過剰反応して、近くにいた利用者へ飛び掛るなどによってケガをさせた 3 食事中、不穏状態になり、自分の食事や箸を投げたため、近くの人がケガをした。 4 精神的に不安定になっているときに些細なことでもケガをさせるようなトラブルが発生する。

類型分類		
		5 精神障害者、知的障害者等に対する理解がなく差別的な言動がみられ円滑な対人関係がもてずトラブルに発展する。表面的に穏やかに過ごしているようだが、利用者間においては、いわゆる弱い者いじめ的なところがある。
		6 一時的にパニックになって周辺にいた職員を殴打することに起因するケガ
		7 職員とは面接等により関係を保つが、自己中心的な考えが強く軽率な判断行動をとることがある。(暴力、退所等)
		8 一時的にパニックになって、周辺にいた不特定の人を殴打
		9 暴言暴力
	④反社会的行為	1 自転車・バイク、スーパーの商品などの窃盗、万引き等
	⑤無関心	1 他者に何かあっても全く関知しない。
	⑥興味・関心からくる接触行為	1 職員に対する興味・関心(接触行為)
	⑦その他	1 仕事があればまだまだ働ける、来たくて施設に来ているわけではない、障害をもつ人たちと自分は違うという意識が強く、そのこだわりが対人関係の妨げになる。
		2 利用者同士の間関係
		3 障害者に対する個別支援が理解できないため特別扱いをしている等の発言がある。
	4 協調性を欠き人間関係の形成が苦手で、信頼関係を築くに至らず問題が生じる。	
	5 職員の対応の悪さで食事を食べない。	
	6 自転車で外出時に、無理な走行をして怪我を負わせる	
	7 家族に対する行為家族からの行為(社会復帰の反対、面会の拒絶、通信の拒絶等に関するもの)	
	8 行政機関職員に対する行為(社会復帰と施設生活の継続について)	
	9 医療機関職員に対して(入院の必要性、服薬の変更等)	
	10 誹謗中傷うわさ話	
	11 通信上の迷惑行為(手紙・電話)	
(2)自傷行為	①自傷行為	1 壁や石に自分の頭をぶつける 2 自分の体を掻き壊す
	②自殺行為	1 ベランダ等高所から飛び降りようとする 2 精神的に不安定になっているときあるいは突発的に自傷、自殺行為がある。
(3)器物の破損	①故意に破損	1 ケンカをして相手若しくはケンカのあった場所にある物品を破損させた 2 恨み等ある他の利用者の物品を破損させた
	②取扱い方法等がわからずに破損	1 ふざけていて加減が判らず、物品を破損させた
	③その他	1 他の人の声に過剰反応して、物品等を破損させた 2 過剰反応して、階下の物品を落として、物品を破損させた 3 情緒不安定やパニックになり、周囲の器物を破損させる(倒す、ぶつける) 4 情緒不安定やパニックになり、周囲の器物を破損させる(棒状のもので突く) 5 精神的に不安定になっているとき自身の所持品、器物を損壊したり、投げつける。
(4)その他	①虚言	1 虚言
	②その他	1 誤認識による衝動行為 2 盗品(物品) 3 物品の授受に関してのトラブル 4 危険物の保持保管 5 火災(隠れタバコ・放火)
11 行方不明	(1)利用者の意思によるもの	1 外出したい意思の表れとして、職員の手薄な時間帯を利用して外出 2 ケンカや職員の注意により情緒不安定になり、外に出て行方不明 3 時間を問わず、無断外出し行方不明になる。 4 社会復帰熱望による離園 5 指導に反発しての離園 6 集団生活から逃れるため(対人関係の不良から) 7 計画性なく無断退所してしまう。 8 無断退所した後、しばらくしてから再保護を受ける。 9 漠然と将来に対しての不安(何とかしないと)
	(2)それ以外で利用者起因するもの	1 散歩等に出て、帰る道が判らなくなったことによる行方不明 2 幻聴による逃避 3 被害妄想による逃避 4 違う交通手段や経路をとったことに起因する行方不明

類型分類		
	(3)職員のミス	1 他の利用者に気をとられ、所在確認を怠ったことによる行方不明 2 電車やバスの乗降の際の人数確認を怠ったことによる行方不明 3 付添人数が少ない等全体把握ができない状況の現出による行方不明 4 利用者の大丈夫との反応を過信したことによる行方不明
	(4)事故等	1 事故に遭う。
	(5)その他	1 外勤先で不都合があって事後処理ができない 2 飲酒により再飲酒の繰り返し
	12 交通事故	(1)利用者に起因するもの 1 歩行中や自転車走行中に車両と接触する交通事故 2 歩道橋から車に飛び降りる等による交通事故 3 線路に寝ていて電車に轢かれる事故 4 興奮して車道に飛び出す行為のために発生した交通事故 5 自殺願望等により車道に飛び出したり電車に飛び込む事故 6 エンジンがかかっている、運転者がいない車両のアクセルを踏んだ事故 7 自転車等での転倒、接触事故等がある。 8 交通規則違反 信号無視による道路横断 9 飲酒しての歩行のふらつき 10 自転車操作の未熟 11 乗降時の安全確認なしの突発的なドア開閉 12 服薬後のふらつき
		(2)施設・職員のミス 1 ドアロックを掛けなかったためにドアを開けてしまい、事故に繋がる
	(3)その他 1 乗車している車両が交通事故にあった場合 2 乗降後に交通事故にあった場合	
13 送迎車での転倒など	1 職員のリフト操作も不慣れやミスによりリフト上の利用者が転倒 2 職員のリフト操作も不慣れやミスによりリフト上の利用者がリフト間に挟み込む 3 リフト作動中に、利用者が動いてしまったことに起因する転倒、挟み込み 4 リフト操作、リフト上利用者の安全確認、周囲の安全確認等職員配置に起因した転倒・挟み込み・接触・落下等の事故 5 座席に座ったことを確認しないで走行を始めたことによる転倒 6 急発進、急ハンドル、急ブレーキ等の操作に起因する転倒、打ち付け 7 座っていた利用者が急に立ち上がる等に起因する転倒、打ち付け 8 乗降時に急いで降りる等の原因で、扉に指や足を挟み込む 9 職員が介助していて、支えきれない、職員がバランスを崩す等による挟み込み 10 自分で自分の体重を支えきれなくなったり、バランスを崩して転倒 11 介助者が利用者の体重を支えられなくなり、利用者が転倒 12 介助者が自分の体のバランスを崩した結果、利用者が転倒	
14 感染症	1 C型肝炎等感染症知識の不足による水平感染の事故 2 MRSA等職員が感染媒体になる事故 3 うがいや手洗い等の周知徹底を欠いたことに起因するインフルエンザの蔓延 4 しらみ、ダニ、結核、梅毒、赤痢等に対する状況が不明なため感染のおそれがある。 5 利用者にかみつかれる 6 応急対応のときの受傷 7 医者に指示にしたがわず自己治療	
15 上記以外の内容	(1)医療に関する問題 1 利用者本人が胃ろうチューブやカテーテルを抜き取る 2 チューブが詰まって水分や投薬ができなくなる 3 骨粗鬆症の情報が無く、座った時に圧迫骨折をした 4 腹部静脈瘤の存在を知らない介助者が、車椅子の座りなおしを行った事故 5 急性心不全、くも膜下出血等の発症等 6 てんかん発作の無い利用者が突然重積発作状態に陥る 7 経管栄養注入中に利用者がセキ込み、チューブが半分抜ける 8 経管栄養注入中に利用者がいじって注入速度が速まってしまった 9 チューブが体内に残ってしまった 10 導尿カテーテルの開閉忘れ。 11 血管内留置カテーテル汚染 12 褥瘡の形成 13 薬依存による合併症の発症 14 自己の判断により通院・服薬を中止してしまい、経過が悪くなる。 15 精神科薬長期服用による痛みの鈍磨	
	(2)利用者心理に関する問題 1 金融機関の取り立て 2 日課やカリキュラムから来るストレス	

類型分類			
(3)利用者の個人的事柄に関する事柄(所持品、趣味嗜好…)	①サラ金等の取り立て	1 一市民としての権利確保のために住民登録を行うとすぐに借金の取り立て等があったりして生活が脅かされることがある。	
	②嗜好・欲求・性癖・習慣等	1 食べ物の隠しもちによる高血糖ショック 2 コーヒー、コーラなど飲み物への執着があり、飲む量が多い。	
	③その他	1 仕事関係等の危険物の持ち込みにより事故が考えられる。 2 刃物等入所時に確認したとしてもそれ以降に所持されると分からない。喧嘩等の際や他者が誤って使用することの危険性。 3 金銭があると飲酒・賭け事をする傾向が強く、後の経過が悪い。(他者に迷惑をかける、金銭の貸し借りによるトラブルなど)	
(4)施設や職員側の事柄に関する事柄		1 厨房から食事を運ぶ途中、食缶が倒れてしまい、食事がなくなる。 2 盛付け時に職員が手を滑らせ、食事を落としてしまう 3 盛付け時、一人2個のものを3個で盛付けてしまったため、不足してしまった。 4 冷房がついている閉め切った食堂で、介護職員が香水をつけていたため、利用者の気分が悪くなり、食事ができなかった。 5 取り置きしておいたおやつを職員が出し忘れたため、食べられない利用者がいた。 6 夏場に使用する冷水ポットの洗浄が不十分で、カビが発生していた。 7 職員がパントリー(配膳室)の窓を開け放しにしてしまい、配膳台の上にほこりがたまったが、時間がなかったため、台の上を拭かずそのまま盛付けてしまった。	
	16 その他	(1)入院、手術の同意の問題	1 入院時、手術等の同意の問題。家族があっても関係が希薄。経過後何かあった場合の責任問題。
		(2)退所後のフォロー	1 アパート自活等で退所した後の生活に対するフォローが困難である。
		(3)その他	1 利用者が室内で火遊びをして火事になった 2 煙草の火の不始末でボヤになった、火事になった 3 衝立等を倒したために他の利用者等が下敷きになった 4 異物が耳の中に入り、取れなくなった 5 便のついた手で食事をする 6 おしぼりより台ふきんが利用者の近くにあったため、台ふきんで口のまわりを拭いてしまった。 7 厨房から食事が届き、エレベーターで各階に食事を運ぶ途中で、エレベーターが止まってしまい、食事そのものが中に閉じ込められた。 8 個々の情報が少ないうえに、曖昧な部分が多く対応が遅れることがある。(病気、借金、感染症など) 9 情報量が少ないため援助目標を定めにくい。 10 入所以前に救護施設がどのような施設かの説明を受けるシステムがなく入所後生活全般に問題が生じる。

一般的に飲み込みにくい食品

性 状	食品の例
さらさらした液体	水、お茶、コーヒー、清涼飲料水
硬くて咀嚼しにくいもの	りんご、ごぼう、イカ、こんにゃくゼリー
パサパサしたもの	食パン、カステラ、凍り豆腐、ゆで卵
バラバラになるもの	ピーナッツ、クッキー、きざみ食
口腔内に張り付きやすいもの	わかめ、のり、葉ものの野菜、トマトの皮
粘度のありすぎるもの	もち、いも類、かぼちゃの固いマッシュ
酸味の強いもの	酢の物、柑橘類
水分と固形分に分かれるもの	みそ汁、水分の多い果物
吸って食べるもの	めん類

資料(2)「救護施設におけるリスクマネジメントの取り組みについて」アンケート調査結果

実施時期 平成14年7月  
回答施設数 164施設

1. 施設では、リスクマネジメントに関する委員会等の検討体制を設置していますか。

委員会／検討体制を設置し、定期的を開催している	23 施設
委員会／検討体制を設置し、必要に応じて開催している	35 施設
委員会／検討体制を設置しているが、ほとんど開催していない	6 施設
委員会／検討体制は設置していない	100 施設

2. 施設では、ヒヤリ・ハット事例(インシデントレポート)の記録・収集をしていますか。

している	77 施設
していない	87 施設

3. 施設では、事故事例(アクシデントレポート)の記録・収集をしていますか。

している	117 施設
していない	47 施設

4. 施設では、リスクマネジャー(リスクマネジメント推進担当者)を置いていますか。

置いている	52 施設
施設長	14 施設
副施設長等	15 施設
事務長	0 施設
その他	23 施設
職種無回答	1 施設
置いていない	111 施設
無回答	1 施設

※職種の複数回答あり

5. 施設では、事故防止のためのマニュアルを策定していますか。

策定している	127 施設
全く策定していない	36 施設
無回答	1 施設

6. 施設では、事故が発生した場合の対応マニュアルを策定していますか。

策定している	137 施設
全く策定していない	27 施設

7. リスクマネジメントに関して、現時点で気がかりな点は何ですか。

○ 施設の取り組みに関すること

- ・「ヒヤリ・ハット」がリスクマネジメントへとつなげられるかどうか。
- ・アクシデント・インシデントの全てについて速やかに検討が行われていない。
- ・一部の管理者の視点が主になると、様々なリスクを把握しきれないこととなる。
- ・ヒヤリ・ハット体験報告のデータを蓄積し、その傾向をとらえ、事故の未然防止策をたてるようにしている。
- ・事故防止対策実施要綱の策定。
- ・事故に対する対応策。
- ・事故対策委員会・サービス評価委員会・苦情解決委員会・防災委員会等があるが、施設全体をたばねる委員会(リスクマネジメント)まで積み上げられていない点が気がかり。
- ・ハード面においては安全衛生委員会にて話し合われることがあるが、ソフト面において遅れていること。
- ・事故により損害賠償請求がなされた場合の対応について、顧問弁護士をおいていないため、まず誰にどのように相談するか、現在未定である点。

- ・リスクマネジメントに対する検討体制未定につき、その体制づくり。
  - ・ヒヤリ・ハット事例・事故事例の記録をH14年7月より始めたが件数が無い。まだはじまったばかりなので、職員が周知していないか、それともヒヤリ・ハット・事故が無いかわからない。
  - ・対策の周知と継続。
  - ・事故発生時、マニュアル通り全職員が同じ行動をとれるかが気かり。
  - ・緊急時(自然災害時、土日祝日および夜間帯で、利用者に不慮の事故が起こった場合)の対応が確立されていない。
  - ・検討体制を整理し、委員会を発足させなくてはいけないと思っている。
  - ・業務多忙からくるケアレスミス、うっかりミス等事故の多くは人的エラーがもとで発生する。このためのチェック体制、適正迅速な対応体制をつくること。
  - ・事故のないように充分気を付けてはいるが、もしも事故が起こったときの対応が即座に適確にできるかという不安はある。
- 運営やサービス提供体制に関すること
- ・勤務職員が減少する時間帯(17:15以降翌朝まで)に起こる事故の対応。
  - ・夜間宿直時、職員1名で40名の利用者に対しその安全を確保せねばならず、利用者の高齢化・障害の重度化により、1名1名の事故の危険度が高まる中、日々危機管理が難しくなっていること。
  - ・介護度が高くなってきており、設備的な面で問題が出てきている。
  - ・施設の構造的な問題のため、夜間の離園対応が気かり。
  - ・高齢化・障害の重度化により、現在の畳(6人部屋)からベッドの必要性。
  - ・施設独自の細部にわたるマニュアルが確立していない。
  - ・利用者の高齢化、障害の重度化等に対して、施設のハード面が対応しきれない状況にある。
  - ・複合施設のため共同で利用する場所が多く、ハード面での問題が気かりである。
  - ・痴呆や精神疾患の方の症状が悪化した際の安全確保に建物構造上限界がある。
  - ・夜間等勤務職員数が少ない時の事故の対応。
  - ・無断外出、誤嚥、転倒等の事故に対する予防策、特に無断外出についての情報があまりないこと。
  - ・マニュアルが不十分な点。
  - ・マニュアルの未策定。
  - ・マニュアルの整備が遅れていること。
  - ・職員間の信頼関係によって充分注意して業務に当たっているが、マニュアルが策定できていない。
  - ・夜間の体制に関する点。
  - ・事故に関して言えば、夜間から早朝にかけ配置職員が少数であり、発見～対応までの時間を要する。
  - ・利用者の平均年齢が58歳となり、施設面でバリアフリーや風呂場等の手すりが無いことが課題(築約35
  - ・施設(建物)が以前は宿所提供施設として利用していたこともあり、安全設備(手すり、スロープ等)が後付けであり、階段も急で、高齢化に対応しきれないこと。
  - ・施設が古く、利用者の高齢化による運動能力の機能低下に対して、安全面の対応が取りづらい。
  - ・バリアフリー。
- 職員の意識に関すること
- ・各職員の意識がまだ甘い。今後も継続して徹底をする必要がある。
  - ・事故が起きてしまった時の責任問題を意識しすぎて、職員のサービスが消極的になってしまうこと。
  - ・職員及び入所者への周知と自覚を図る点。
  - ・全ての職員がインシデントを理解できるように、高い専門性と知識を持てるようにするにはどのようにしたらよいか。
  - ・保障の問題(事務費・事業費)
  - ・リスクそのものに気が付かないか、認識できていない職員の現状。
  - ・危険回避やケガをさせないために、何もしない、させないという傾向に陥りやすくなること。
  - ・リスク回避をしようとすると、施設側では入所者の行動に対し規制をかけがちであるが、しかし入所者の人権に思慮をしなくてはならず、そのバランスが難しい。
  - ・リスクマネジメントの意識改革について、担当の努力もまだ足りないと思うが、職員の意識をどう向けていくかが気になるところである。
  - ・職員の意識の問題。
  - ・職員間の意識がまだまだ希薄である。
  - ・職員が新しい取り組みに意欲を持つか。
  - ・何を危機と捉えるか、職員意識の徹底が不足。
  - ・リスクマネジメントに対する職員の問題意識が低い。危機感がない。
  - ・職員一人ひとりの認識をどのようにして高めるか。また、マニュアルをどこまで作るか。
  - ・全職員が意識的に取り組めるよう工夫が必要と感じている。
  - ・事故防止を意識しすぎて、利用者の生活の質の低下を招いてしまうこと。
  - ・利用者・職員・設備備品の事故に直接結びついたり、直接損傷を及ぼすことがないため、軽視されやすい。「ヒヤリ・ハット報告」を行うと、自分や他の職員の失敗や恥として捉えている者もいる。

- ・利用者主体の支援サービスの重視(本人の要望優先)に比例し、施設側のリスクが増大するというジレンマと、そのバランスをどう保つか。
  - ・全職員に対して利用者情報の共有が未熟。リスクマネジメントの意識が管理職クラスにはあるが、一般職にはまだ上の指示にまかしているだけ。
  - ・マネジメントに関する体制が整備されていない。
  - ・職員の意識があまり高いとは言えない。
- 事故の内容に関すること
- ・食中毒問題。
  - ・浴室等での転倒などによる障害・死亡事故。利用者の重度化・高齢化による救急医療への対応。
  - ・高齢化に伴っての転倒事故の増加。4人部屋であることによるトラブルに伴う偶発的の事故。
  - ・高齢化による転倒や誤嚥の事故の増加。
  - ・高齢利用者の転倒による骨折。
  - ・嚥下力の欠乏で利用者の誤嚥。
  - ・転倒による骨折。
  - ・施設改築の準備を行っているが、現状では身体的に不自由な利用者も2階での生活を余儀なくされている。高齢化による身体機能の低下による転倒・転落事故が心配である。(エレベーター不設置)
  - ・利用者が高齢化しているため、骨折等のリスクが高くなっている。居室は畳部屋で6人定員となっているため不便をかけている。浴室の面積は広いが、一般浴槽のみ。今後逐次改善に努めていく。
  - ・車椅子利用者の増加により、車椅子交差時・車椅子と歩行者の接触による事故(特に食堂が狭く、食堂内)。嚥下困難者による嚥下事故。
  - ・事故・けが・誤薬
  - ・居室内での利用者同士のトラブル
  - ・利用者同士のトラブル。
  - ・服薬(与薬)ミスの事例報告が報告書のほとんどを占めており、再三にわたり予防のための方法を周知し、注意を呼びかけているが、なかなかミスが減少せず、リスクマネジメントの効果があらわれていない点。
  - ・服薬管理(薬の間違い等)。
  - ・転倒・誤嚥。
  - ・無断退所時の事故。
  - ・骨折・誤嚥・誤薬による事故。
  - ・利用者の高齢化。
  - ・他の利用者に関与する事故をあげてしまうことがある。
  - ・外出時に一般の人達とトラブルを起こさないか。
  - ・高齢化が早く、本人の状況を把握し全職員に周知徹底できない危惧がある。
  - ・高齢化・重度化に伴い、職員の介護度が増し、特に与薬の際の確認に手がまわらない現状の中でどのようにして行くか、検討中である。
  - ・入所者の高齢化に伴う食事時の事故、夜間の状態の急変。
  - ・入所者の無断外出
  - ・転倒
  - ・自由外出時における事故及び無断外出の対応。
  - ・発作等によるベッド等からの転倒。病気の急変時。利用者間のケンカによるケガ等。無断外出などによる事故。
  - ・今年の夏は特に猛暑のため、食中毒を出さないこと。
  - ・傾斜地で階段やスロープが多いため、転落・転倒が最も気になり。
  - ・利用者の高齢化・障害の重度化により、歩行中等の転倒が多くなり最も気になってきている。
  - ・利用者の施設外での事故・事件などの第三者へのリスク
  - ・事故(利用者、スタッフ、地域)
  - ・利用者の突発的な行動(無断外出・事故等)。
  - ・無断外泊、ケンカ
  - ・入浴・火災の対応。
  - ・食事の咽詰まり。
  - ・誤嚥・窒息／転倒・転落
  - ・無断外出、暴力行為。
  - ・入浴時の事故。食事時の誤嚥。
  - ・入所者が高齢化しており、特に夜間においての転倒が心配。
  - ・歩行困難な方の転倒事故。階段。
  - ・利用者の無断外出。
  - ・外出時の事故。
  - ・ヒューマンエラー、死角軽減のための環境整備。
  - ・介護時の事故。

- ・利用者が自由時間に施設管理下を勝手に離れた時に起きた事故・災害について。(対象者については、定期的に所在確認をしているのだが、管理にも限界がある)
- ・外出時の事故。
- ・アルコール依存症者の増加。
- ・利用者同士のケンカ。
- ・障害の重度化等に伴う転倒及び無断外出。
- その他
  - ・当施設はこの点については遅れている。今後検討する予定。
  - ・アルコール依存症者のみを対象としてきて、開設時の地域の反対運動の後遺症もあって、この病気の影響(地域住民に対するリスク)を懸念してきた。利用者本人の権利擁護を中心においたリスクマネジメントのあり方を明確にするところから始めざるをえない。
  - ・精神障害者が多く利用されているが、自殺企図者に対する配慮をどのようにするべきか、利用機関との連携、経過観察、相談支援活動等に困難さを感じている。
  - ・職員自身の事故、利用者からの傷害やセクシュアルハラスメント。
  - ・利用者の刃物管理。
  - ・土石流危険地区に指定されている。
  - ・海岸沿いに面している立地条件より、海難事故が最も心配される。
  - ・社会的信用。
  - ・職員士気への影響。
  - ・公的施設(県立)としての存続が問題(将来民間化)。
  - ・本年度、市から民間に業務委託され、その後の利用者の心情の変化による事故。

## 8. リスクマネジメントに関して、施設で工夫していること、取り組んでいること。

- 施設の取り組みに関すること
  - ・事故事例を通して、今後の対応について対策をたてている。事例の中にはケガ等に至らなかったもの(インシデント)も含まれているので業務の方向が明確になる。例)服薬の介助については・食堂一人に直接手渡す(空席におかない)・夜間薬一葉の名前と本人の顔を確認。
  - ・「危機管理」というテーマを基に、全セクションで再検討を行なっている。
  - ・報告・連絡・相談の徹底。
  - ・サービス評価の要検討事項として検討を開始したところである。
  - ・「ひやっとめも」を全職員がもち随時記入している。「ひやっとNEWS」を随時発行している。QC手法で改善している。食事の時救急カードを準備し、緊急時に対応できるようにしている等々。
  - ・法人研修にて定期的にリスクマネジメントに関する研修を実施している。
  - ・ヒヤリ・ハット事例を参考にして、マニュアルを改正していく。
  - ・毎日利用者の状況は必ず報告・伝達・反省会を行い、全職員が個別の実情を把握し、精神面並びに身体的な面における事故防止に努めている。設備面においては、利用棟内各所に手すりをつける。居室の一部改造ベッド設置。外部からの出入口で段差のある箇所は改修し、解消。
  - ・事故防止のためのマニュアル、事故発生時の対応マニュアル等は作成してあるが、まとめてないためこれらの課題として取りまとめた。
  - ・日々の事故は毎朝のミーティングで把握し、改善を話し合う。また、処遇会議、寮母会議、職員会議において、注意点等を話し合っている。
  - ・ヒヤリ・ハット報告書を作成し、危機管理に対する職員の意識を高め、また毎日の朝礼時に各職員をはじめとし、各利用者に対しても危機管理の意識を高く持つことを呼びかけている。
  - ・現状ではヒヤリ・ハット等を行っており、大きな問題に関してはその都度話し合いを行っている。
  - ・衛生委員会の専用掲示板を設置し、災害事例(ヒヤリ・ハット事例)等を紹介。
  - ・事故後、原因について全職員にて検討し(再発防止)。安全管理対策委員会において、利用者に関わせたマニュアルづくりを実施中。
  - ・委員会を早急に立ち上げ、法人全体で検討していきたいと考えている。
  - ・リスクがどの部分にどのように発生するか、リストアップと系列化の作業。
  - ・ヒヤリ・ハットなどについては、安全衛生委員会において取り組んでいる。事故事例についても衛生委員会において検証を行っており、職員会議にて報告している。(現在職員についてのみ行っている)
  - ・インシデント事例を記録し、業務の見直しをすすめていく。
  - ・毎月1回実施している処遇検討会議によって、安全管理・危機回避・その他予防に関して研修する。
  - ・今後、プロジェクトチームを結成し、検討予定。
  - ・法人内施設で同一様式で互いに情報交換しており、決算時に苦情受付、ヒヤリ・ハットの事例集を役員関係、市町村第三者委員に配布している。来年度は事故報告も含める予定。

- ・同一法人の救護施設・特養施設の中で情報交換をしている。
  - ・アクシデントレポート等作成周知により再発防止に務めている。
  - ・平成14年9月から「ヒヤリ・ハット」に取り組む予定である。
  - ・入浴介助、食事介助等マニュアルに基づき行い、気がついたことはすぐに修正および研修につなげている。
  - ・実際の事故に対し「4M4Eマトリックス」を用いて検討、分析することにより、再発の防止につなげている。
  - ・事故報告書の提出とともに、今後改善すべき点をあげ、経過報告し、会議等で話し合い徹底する。
  - ・事例、対応等について常に最新情報を得、職員全員に周知徹底を図っている。
  - ・リスクマネジメントを職員各層で実践していく意味で、防災管理委員会、苦情解決委員会、サービス向上委員会など関連した委員会を設置している。
  - ・法人内ではリスクマネジメント委員会を設置。構成人員は各施設からリスクマネージャー1名。施設内では毎朝の会議で「ヒヤリ・ハット」について報告する時間をもうけている。
  - ・理事長から委嘱を受けた施設のリスクマネジメント委員の下に、施設内の委員会を設け、全職員の意識化を図っている。当面の目標はヒヤリ・ハットが当り前になることである。
  - ・気づいた時すぐに記入しやすい用紙を作成している。
  - ・全体をグループに分けて「ヒヤリ・ハット」の取り組みを実施している。
  - ・研修参加、法人各部署との連携。
  - ・早急に委員会・リスクマネージャー等を置く方針だが、現段階では職員会議・支援会議・毎日のミーティング等、各種会議で安全面の注意を喚起している。
  - ・職員全員で注意していなければならない利用者の確認をしている。
  - ・収集した情報をもとに、会議等での議論・勉強会等を適宜行っている。
  - ・防災・安全委員会を設置し、安全点検日の実施と、施設内外からの事故防止に努め、14年度から特に安全に主眼を置いている。
  - ・報告・連絡・相談を密にする。
  - ・利用者にかかわるリスクマネジメント→意見箱の設置、希望・要望について担当面談開催(月1回)
  - ・総合懇談会(施設長、寮母主任、医務、栄養士)と利用者の全体集会。担当によるホームルームでの利用者との会話・援助。
  - ・他部署等からの意見も取り入れ、早期発見・未然防止に努めている。
  - ・事故防止委員会を作り、居住棟・屋外など5つのグループに職員全体を振り分け、危険箇所の事前チェックとその対策を実行している。
  - ・事故事例等の分析と防止策の検討など会議にて行っている。ヒヤリ・ハット経験の共有化(フィードバック)を会議にて行っている。救急法・避難訓練・職員非常呼集などの定期的実施。環境整備。
  - ・施設の損害保険加入。作業前安全ミーティングの実施。火災・地震避難訓練の実施(5回/年)。施設・設備・外構等の安全点検(毎月)。
  - ・自治会での話し合い。
  - ・当施設は、本年4月に開所。ヒヤリ・ハットの事例を積極的に取り入れ、マニュアルのメンテナンスに努めている。
- 運営やサービス提供体制に関すること
- ・過去に外出の際に行方不明となる事件があったことから、職員の引率のない買物等については複数での外出を義務づけている。
  - ・第1四半期のヒヤリ・ハット体験報告の傾向から、最低必要職員数の1名増加と、ドアチャイムの設置など。
  - ・事故の予想される利用者の動静に注意を払う。
  - ・本年度は各種マニュアル整備の年とし、どのようなマニュアルが必要か、その内容はどうか検討中。
  - ・平日の午後、職員が交代で相談員になり相談室を開いている。その相談室の利用を促すことにより、いろいろな角度から利用者の状態を把握している。
  - ・個別援助計画会議を設け、取り組もうとしている。
  - ・毎日朝礼後、各職域のミーティングで報告し、連絡を密にしている。特に医務室と寮母室については連絡ノートを交替し、細かく連絡し合っている。
  - ・静養室(利用者12名)に対しては、昼休みも職員の休憩時間をずらし、1名対応している。娯楽室利用者に対し、日曜日を除きパート週2日、その他は支援員1名を配置している。
- 職員の意識に関すること
- ・小さな出来事(事故)についても毎朝のミーティングの場で対処方法について討論して次への糧にしている。
  - ・事例報告書の提出があった翌日には、朝の申送り時に事例を発表したり、具体的には服薬(与薬)ミス予防のためのフローチャートを作成するなど、リスクに対する職員の注意を喚起するようにしている。
  - ・ヒヤリ・ハットの記録を回覧。職員に自覚と危機感を持ってもらっている。また、必要な情報を提供している。
  - ・ヒヤリ・ハット記録・自己報告書等を元に職員全員が話し合いの場を設け、全体の意識を高めている。
  - ・「ヒヤリ・ハット報告」の活性化と問題意識の向上(情報の共有化、問題の早急改善・評価等)。
  - ・危機に対する感度を高めることが大切であるので、日常業務の中で起きる様々な事件、事故を早期発見し、小さなことでもきちんと連絡、報告し迅速に対応すること。

- ・職員間での情報共有の徹底。
- ・目配り・気配りを徹底するために各棟で責任者を決めて巡回を実施し、ミーティングで報告する。
- 具体的な対策
  - ・誤嚥対策として、食堂に吸引器を置いた。現在「事故報告書」「マニュアル」検討中。
  - ・利用者の外出に関する希望・体調の変化等、家族と連絡を取り合っている。
  - ・無断外出の可能性のある方に対して、目配りや声かけを重点的に行う。
  - ・救急・応急処置のための器具整備など(吸引器等をより使い易いものに変更した)。
  - ・利用者外出時に札を裏返し、在・不在の確認ができやすくなっている。利用者外出時は、携帯電話を携帯していただいている。利用者外出時は、身分証明書を身に付けていただいている。
  - ・無断外出の際の対応。
  - ・消防署による救急訓練。調理方法の検討。
  - ・救急蘇生術講習会の開催(予定)。
  - ・出入口に音で知らせる報知器を設置(簡単なもの)。服薬時に誤薬にならないような投薬箱の工夫。
  - ・海難事故発生後、夜間のセキュリティシステム導入。導入後、何ケースか見られたが大事には至っていない。
  - ・病気の急変時のマニュアルを策定し対応。ケンカの時武器となりそうな物の整理。無断外出(単独で帰ってこられない人)者へ門外に出た時のセンサー使用。避難路の整備。
  - ・誤薬の防止について、投薬マニュアルを再検討している。
  - ・提出されたインシデント報告書を分析した結果、誤薬、転倒、誤嚥が大半をしめている。利用者139名中、服薬を必要とする方は104名そのうち自己管理ができる4名である。薬の配り方としては、利用者の方に薬を配る際、名前を呼んでから、その利用者の方と名前が一致しているか再度確認し手渡す。手の不自由な方などは、緑色のラインが薬袋の上に引いてあり、職員があげ渡す。また服薬の確認が必要な方は、赤いラインが引いてあり利用者が服薬するのを必ず確認する。朝・昼・晩の薬を医務の方で確認しながら準備する。さらに、職員が服薬者一覧表に照らし合わせ、薬の有無を確認後、チェックノートに職員の氏名
  - ・骨折予防の対策(骨密度全員対象に測定、日光浴の励行、適度な運動食生活等)
  - ・転倒防止上、履物をリハビリ用シューズを着用させ、また、近く障害者スポーツセンターのプールで足腰を鍛える訓練を計画している。
- その他
  - ・第三者委員会を設置し、利用者の苦情解決をし、福祉サービスの向上に努める。
  - ・同室者で能力的に低い方の世話係を利用者をお願いしている。
  - ・利用者の利用する場所等に留意事項を表示し、意識を高めている。
  - ・現在、入所者が21名と少数なため、職員とのコミュニケーションが十分とれている。
  - ・施設の特性上、飲酒やトラブルへの対応については習熟してきているが、後処理ではなく、予防やリスクを活用する方策にまでレベルを上げたい。
  - ・予防対策の徹底。

## 6 参考文献

- (1) 福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて  
\*厚生労働省・福祉サービスにおける危機管理に関する検討会
- (2) 身体拘束ゼロへの手引き  
\*厚生労働省・身体拘束ゼロ作戦推進会議
- (3) 社会福祉法人・福祉施設のための実践リスクマネジメント  
\*平田 厚著／全国社会福祉協議会出版部発行
- (4) 社会福祉法人・福祉施設におけるリスクマネジメントの基本的な視点  
福祉施設のリスクマネジメント 8つのポイント  
\*全社協・全国社会福祉施設経営者協議会
- (5) 事故予防対策としてのリスクマネジメント組織構築の手引き～社会福祉施設におけるサービス向上の視点  
\*東京都社会福祉協議会
- (6) 社会福祉施設における自己責任と対策  
\*小嶋 正著／東京都社会福祉協議会発行
- (7) 事故防止マニュアル  
\*財団法人日本知的障害者福祉協会・危機管理委員会
- (8) 高齢・障害者福祉施設の感染症対策  
\*神吉耕三監修・江川文誠著／財団法人日本知的障害者福祉協会発行

## 検討経過

- |         |  |
|---------|--|
| 7月15日   | リスクマネジメントの取り組みに関するアンケートの実施                                 |
| 7月31日   | 第1回リスクマネジメント検討会<br>検討内容・目標の確認                              |
| ※9月4～6日 | 救護施設福祉サービス研修会<br>リスクマネジメントに関する講義、演習                        |
| 9月11日   | 第2回リスクマネジメント検討会<br>リスク項目について検討                             |
| 10月28日  | 第3回リスクマネジメント検討会<br>リスク項目、対応の視点について検討<br>総論部分（骨子）について検討     |
| 11月29日  | 第4回リスクマネジメント検討会<br>報告書に盛り込む内容について検討<br>リスク事例の整理・活用方法について検討 |
| 1月28日   | 第5回リスクマネジメント検討会<br>報告書案について検討                              |

## 委員名簿、協力施設（都道府県順・敬称略）

### ①検討委員会名簿

森 好明（栃木県・鳴鶴寮／理事長） ※本検討会座長  
\*全国救護施設協議会調査・研究・研修委員長  
笈川雅行（東京都・優仁ホーム／施設長）  
\*全国救護施設協議会調査・研究・研修委員  
小貫 弘（東京都・くるめ園／指導員）  
\*全国救護施設協議会調査・研究・研修委員  
川上瑞枝（東京都・救世軍自省館／管理栄養士）  
森田増穂（大阪市・港晴寮／総括主任）  
米光正雄（山口県・聖和苑／施設長）

### ②リスク事例提供施設

静心寮（北海道）／函館共働宿泊所救護部（北海道）／まことホーム（青森）／やし  
おみ荘（福島）／郡山せいわ園（福島）／鳴鶴寮（栃木）／育心寮（埼玉）／光の家  
神愛園（東京）／くるめ園（東京）／救世軍自省館（東京）／優仁ホーム（東京）／  
平塚ふじみ園（神奈川）／八尾園（富山）／旭寮（長野）／七尾更生園（石川）／港  
晴寮（大阪）／甲子寮（大阪）／南光園（兵庫）／浦安荘（岡山）／聖和苑（山口）  
／小鳴門荘（徳島）／しみず園（佐賀）／银杏寮（熊本）／宮崎養護院（宮崎）

### ③分析・対応方策事例提供施設

東明寮（北海道）／郡山せいわ園（福島）／鳴鶴寮（栃木）／救世軍自省館（東京）  
／優仁ホーム（東京）／くるめ園（東京）／七尾更生園（石川）／港晴寮（大阪）／  
南光園（兵庫）／聖和苑（山口）／萬象園（香川）



---

救護施設におけるリスクマネジメント検討会報告書

☆

平成 15 年 3 月

全国救護施設協議会

☆

〒100-8980 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル

全国社会福祉協議会 障害福祉部内

TEL 03-3581-6502 FAX 03-3581-2428



