

# リスクマネジメントの視点と 事故防止対策への取り組みについて

社会福祉法人 函館一条  
多機能型事業所 ワークス一条  
支援課長 佐藤 寿晴

# 【 本日本話する内容 】

- ◇ 函館一条の紹介
- ◇ リスクマネジメントとは
- ◇ リスクマネジメントの考え方
- ◇ 事故防止対策の取り組み事例
  - ・ 事故報告
  - ・ 苦情報告
  - ・ オンブズマン会議
  - ・ 職員研修

# 設置主体： 社会福祉法人 函館一条

- **ワークセンター一条 多機能型事業所 (定員80名)**
  - ・ 就労継続B型
  - ・ 生活訓練
  - ・ 生活介護
- **ワークス一条 多機能型事業所 (定員40名)**
  - ・ 就労移行
  - ・ 就労継続B型
  - ・ 生活訓練
  - ・ 就労定着支援
- **サポートふおゆう 居宅・訪問介護事業所 (ワークス一条内に併設)**
- **グループホーム一条 (4ヵ所)**
  - ・ グループホームゆのかわ (共同生活援助事業所)
  - ・ グループホームかみゆのかわ (共同生活援助事業所)
  - ・ グループホームかみゆのかわⅡ (共同生活援助事業所・短期入所事業所)
  - ・ グループホームにしあさひおか (共同生活援助事業所)
- **相談支援事業所 一条 (一般相談・サービス等利用計画作成)**

# ワークス一条 利用者年齢階層分布

年齢	18～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	合計
就労移行 男性	3	3	0	0	0	0	6
就労移行 女性	1	1	0	1	0	0	3
就労継続B 男性	0	4	4	7	4	0	19
就労継続B 女性	0	2	6	6	1	2	17
生活訓練 男性	0	1	1	1	0	0	3
生活訓練 女性	0	1	0	0	0	0	1
計	4	12	11	15	5	2	49

# 社会福祉法人 函館一条の基本理念

- 一人ひとりが人間として尊厳が守られ、豊かな人生を実現できるように支援し「共に生きる社会」の実現を目指します。
- 地域の福祉ニーズを先駆的に開拓し、積極的に地域づくりに貢献します。
- 誰でも、いつでも利用できる福祉サービスの提供とその質の向上をめざします。

# 授産作業科目

- 珍味作業
  - 昆布作業
  - 草刈り
  - 機織り・手工芸
  - その他
  - パン製造
  - 施設外実習
  - 施設外就労
- 珍味の計量・袋詰め・シール貼り等  
生昆布結び  
墓地・市有地等の草刈り・草集め  
コースター・刺し子・ストラップ等の製作  
調理補助・キャップ数え・ゴミ袋製作・  
パン生地成形・袋入れ・シール貼り等  
珍味会社・おしぼり会社・サ高住清掃  
高齢者・障害者施設の調理・清掃業務

※授産作業により得た利益は必要経費を除き、利用者へ工賃として支給

## ■ リスクマネジメントとは

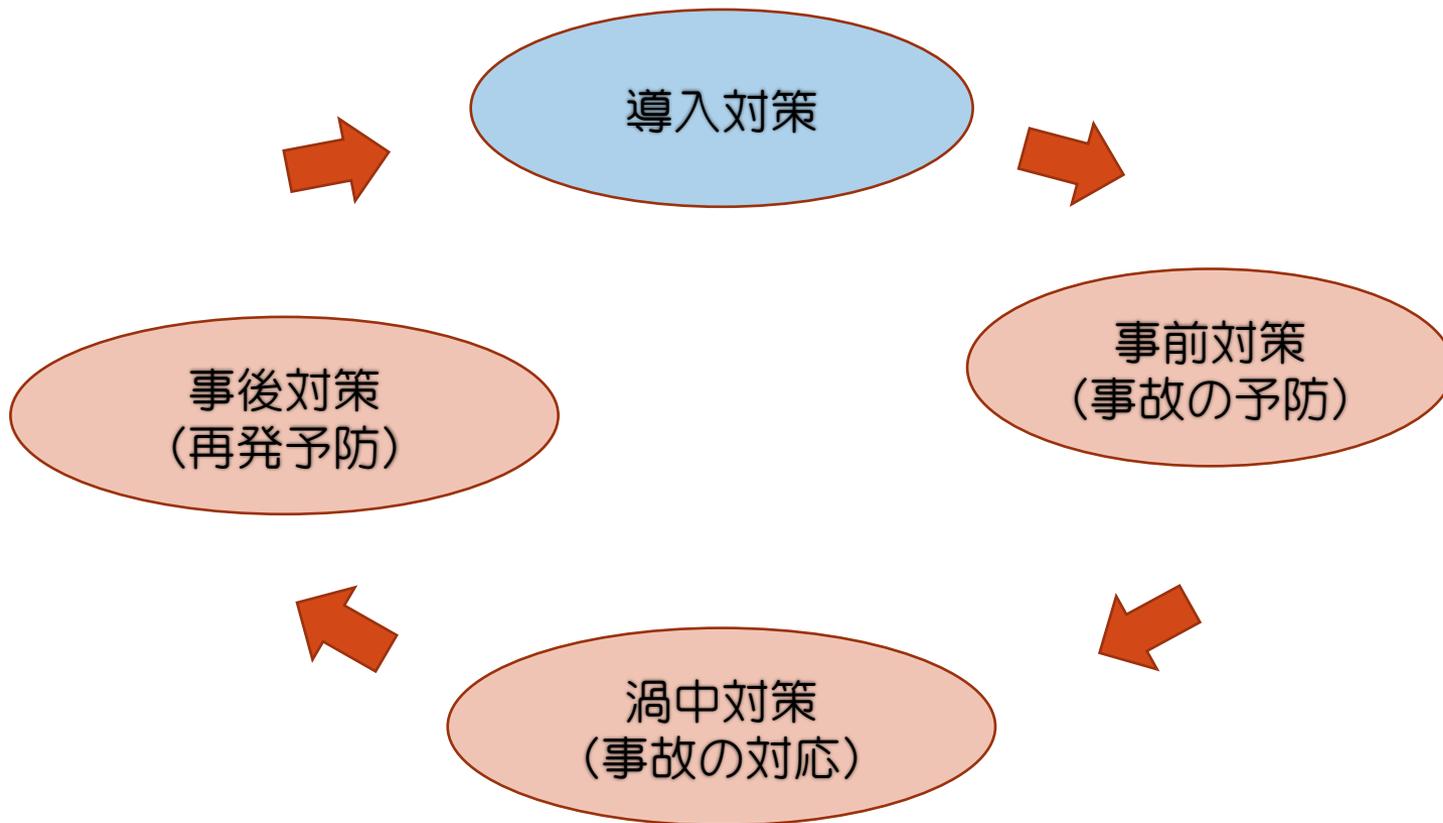


様々なリスクを予見し、

- ① そのリスク（危険・事故）がもたらす損失を予防するための対策
- ② 支援の過程で起きる事故の未然防止、起きてしまった事故への対応（苦情処理）

**※福祉施設は質の高い支援をするのが目的**

# リスクマネジメントのサイクル



## ■ リスクマネジメントの考え方

- ①人は必ず事故を起こす  
…個々の職員の努力に依存するだけでは、限界がある。
- ②組織で事故予防に取り組む  
…事故予防対策をシステムとして構築する
- ③万が一事故が起きても被害は最小限に  
…事故が発生しても、その後の対応次第で被害を最小限に食い止められる。

支援・介護の過程で起きる事故をどうしたら未然に防ぐことができるだろうか？

**①利用者を抑制することで、事故は防げる利用者が動かなければ事故は起きない**

**②支援を一切放棄する。事故が起きたら、利用者が「勝手にやりました」と言い張る。私たちの責任ではない。**

両極端をもう少しだけ考えてみる

**①支援・介護する側には、常に管理型・抑圧型の支援に傾く衝動があるのではないか？**

**②支援をする側に、常に支援の責任を放棄して、本人（あるいは家族）に責任を押しつけない衝動があるのではないか？**

**※この両極端の傾向について自覚し、自戒しなければならぬのではないか？**

利用者の尊厳と自由を守り、支援者としての責任をまっとうしようとするれば、事故の危険性は避けられない

- **利用者を抑制し、支援者としての責任を放棄すれば事故は起きないかもしれない。**
- **しかし、それは支援だろうか？**
- **逆に言えば、利用者を抑制せず、尊厳を守り、支援の責任をとろうとするれば、事故が起きる可能性、危険性はある。**

## 再度、リスクマネジメントを考える

- **利用者の尊厳、自由を守ろうと努力する中で、支援・介護の責任を私たちが放棄せず、責任をまっとうする決意をし、そこに生じてくる支援**
- **介護の事故の可能性、危険性を強く認識しながら、なおかつ、事故を無くそうとする努力をリスクマネジメントと呼ぶのではないか**

# リスクマネジメントが求められる 社会的・制度的な背景

- ・ 支援・介護、そして福祉を取り巻く社会環境の変化、経営（運営）環境の変化

- ・ 社会福祉法第3条＝福祉サービスの基本理念、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、利用者心身ともに健やかに育成され、また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、良質かつ適切なものでなければならない。

- ・ 措置から契約へ

- ・ 契約に基づくサービスの利用制度のもとでは、利用者・事業所双方において互いの権利・義務関係が明確となり、事業者は利用者に対し契約に基づくサービスを適切に提供する義務があり、利用者の権利意識の高揚とともに、これまでの顕在化しにくかった支援・介護の問題が取り上げられるようになった。

福祉における支援・介護事故の未然防止の原則はひとつしかない

**支援・介護の質を向上させることを通して事故を防ぐ。**

**(クオリティ・インプルーブメント = Q I)**

- この視点が福祉・介護のリスクマネジメントの基本
- より質の高い支援・介護の提供によって、多くの事故が未然に回避できる。
- 起きてしまった事故を教訓にし、より質の高い支援・介護を模索し、提供できる仕組みが必要。

起きてしまった事故で、何が問題とされるか？ 何が追及されるか？

## 支援・介護事故における過失責任の原則

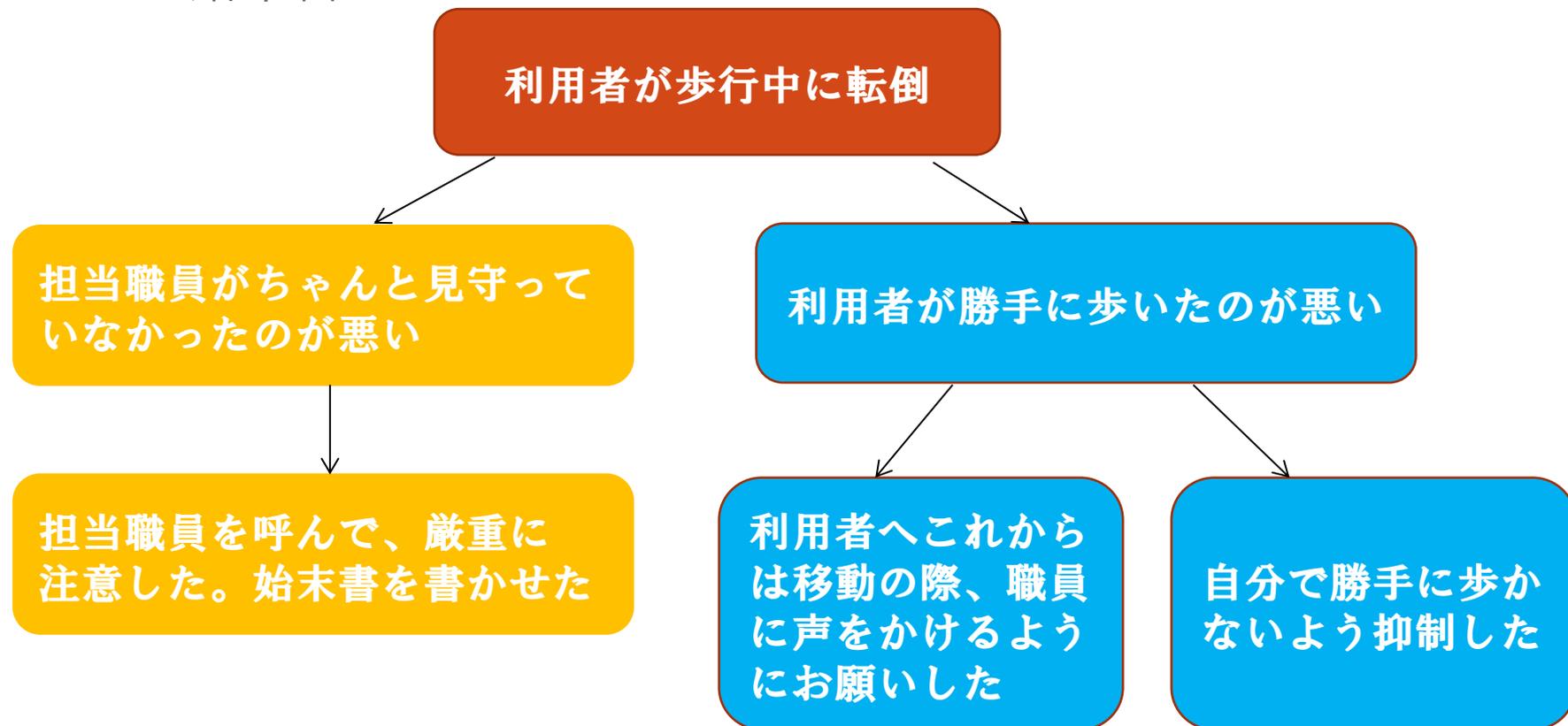
### 過失責任＝安全配慮義務違反

私たちには利用者の安全を守り配慮する義務がある。その義務を  
しっかり果たしたのかどうか？

- ・ 結果の予見可能性  
その結果（事故）は予想、予測、予見できたのではないか？
- ・ 結果の回避義務  
その結果（事故）が予想、予測、予見できるものだったとしたら、その結果が生じてしまわないように何をしたのか？何をできたのか？努力を尽くしたのか？

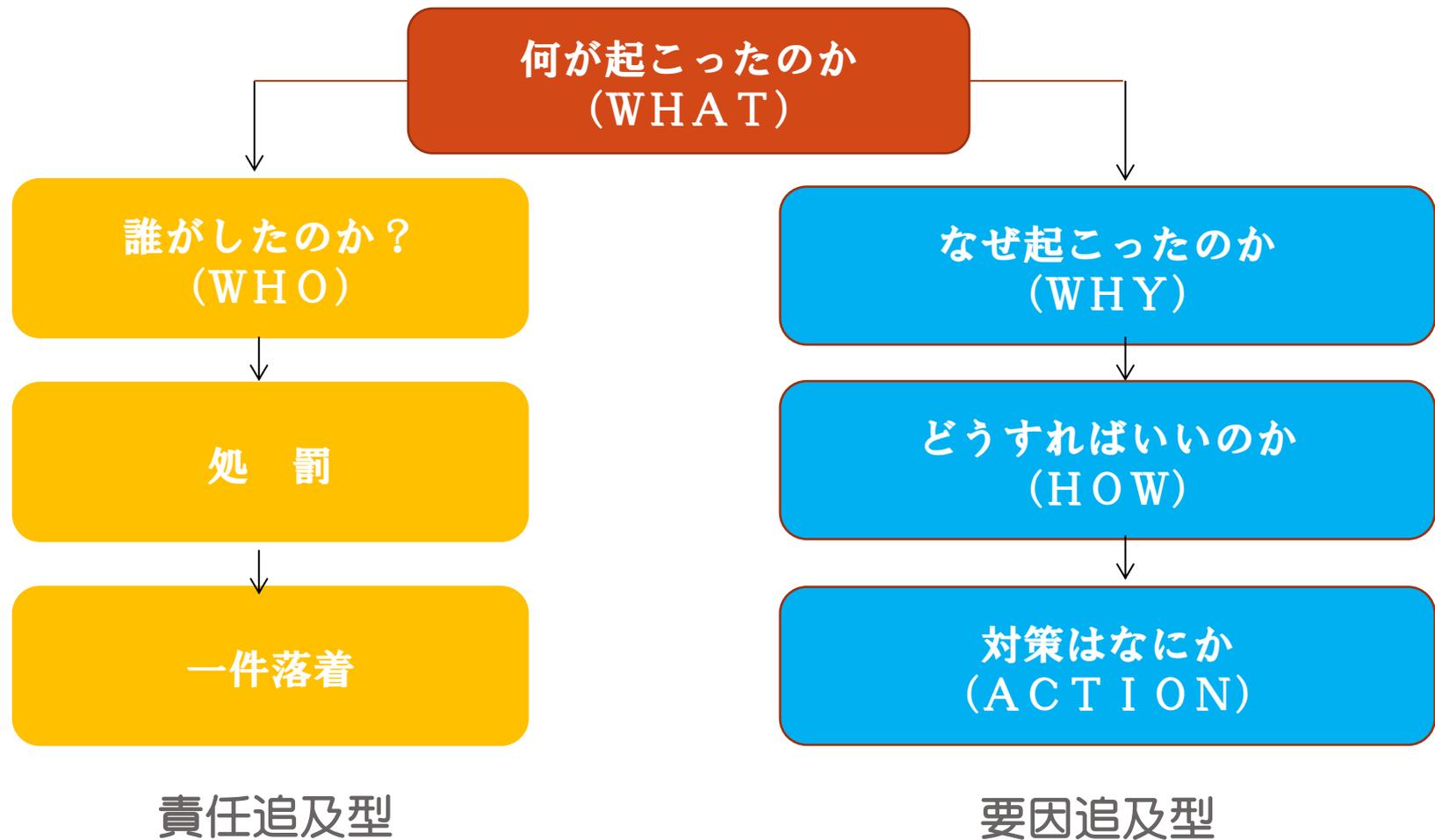
では、事業所の中でリスクマネジメントをどう進めるか？

◎リスクマネジメントは犯人探しではないし、事故報告書は始末書ではない



◎リスクマネジメントはこのようなものではない

# リスクマネジメントを再発防止志向型に考える



報告、情報の共有が第一歩であり、  
リスクマネジメントの一番大事な鍵となる

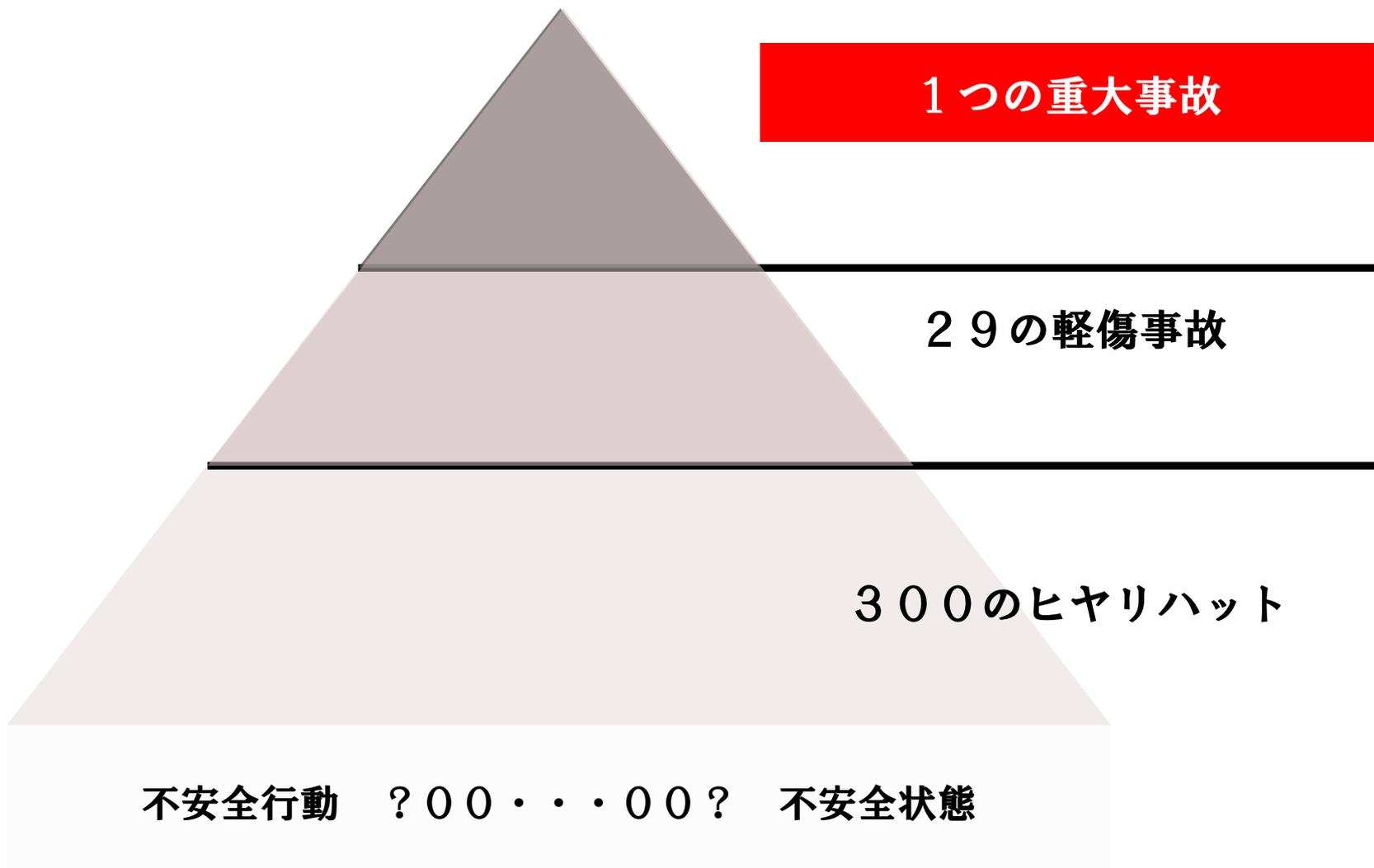
◇ 報告されなければ・・・

- ・ 事実を把握できない
- ・ 分析ができない
- ・ 対応がとれない
- ・ 教訓をつかみとれない
- ・ 次の事故を未然防止できない

◇ 報告する勇気と報告できる雰囲気

◇ プロとして、人間としての倫理意識、そのミスは誰もが犯しうるものだからこそ報告すべきだし、みんなの問題として把握し、検討し、対策を講じるべき

# なぜ報告が鍵なのか？ ハインリッヒの法則について



# リスクマネジメントを進めるためにどんな 職場（組織）が必要か？

## ◇組織の問題として捉える

- ・ 失敗から学ぶ気風
- ・ 職業集団として自浄作用が働く組織
- ・ エラーが起きても大きな事故に発展しない仕組みづくり
- ・ 風通しの良い組織、何でもものが言える雰囲気
- ・ 日常的なコミュニケーション

## ◇個人の問題として捉える

- ・ 相手（利用者）の立場に立って考える
- ・ 同じ目線で相手の言葉を心で受容する
- ・ 相手に理解できる易しい言葉で説明する
- ・ 支援は利用者と一緒に組み立てる
- ・ プロ意識
- ・ 倫理観
- ・ 向上心
- ・ 「報告」「連絡」「相談」の意義を理解する

どうやって事故やヒヤリハット  
を分析するのか？

## <分析手法の紹介>

①SHELL（シェル）分析

②RCA（R o o t - C a u s e - A n a l y s i s）分析

③カテゴリー分析

# どうやって事故やヒヤリハット を分析するのか？

## <SHELL分析>

**S：ソフトウェア；職場の慣習や教育体制、マニュアルの有無など法人・施設内のシステムに関わるもの**

**H：ハードウェア；建物・設備に関わる「物的要因」**

**E：環境；照明や居室の空間など利用者の生活環境および職員の労働環境を含む、環境に関わる「物的環境要因」**

**L：ライブウェア；人間＝職員の技・知識・心理的要因および利用者本人の心身状態などに関わる「人的要因」**

# どうやって事故やヒヤリハットを分析するのか？

＜分析事例＞入浴支援中、利用者がてんかん発作を起こし、溺水した。

SHELL	要因	対策例
ソフトウェア (S) : 職場の教育 体制マニュアル	○入浴マニュアルがない ○各利用者の入浴に関するアセスメント、支援計画がない	○入浴マニュアルを作成する ○アセスメントを行い、支援計画を各利用者について作成する
ハードウェア (H) : 建物・設備	○洗い場と浴槽の位置関係が悪く、浴室の入り口に職員が立つと浴槽内が見えない。	○浴槽の位置を改装する
環境 (E) : 生活環境 労働環境	○入浴を嫌がり、騒いでいる利用者がいた	○利用者が入浴する順番や時間帯を変更する ○浴室全体を見渡す職員を配置する
ヒト (L) : 職員の要因 利用者の状態	○職員が利用者の能力を過信した ○職員が動転して応援職員を呼ぶのに時間が掛かり、救急措置が遅れた	○アセスメント結果を職員に徹底する ○職員間で声を掛け合い、頼みあえる雰囲気づくりに取り組む

◆ 事故・ヒヤリハット報告事例について



# 函館一条の事故報告書の書き方

## <ポイント>

- 手書きでも、パソコン打ちでもよい。
- 原則3日以内に提出する。
- 文章は、5W1Hで記載する。

## 事故等報告書の書き方

社会福祉法人函館一条

項目	留意事項
提出年月日	・事故(ヒヤリ・ハットも含めて)発生後、3日以内に提出してください。
報告者	・原則として第一発報者とします。
報告分類	・事故かヒヤリ・ハットかを把握するため、□にチェック(ℓ)を付けて下さい。 ※事故とは、施設におけるサービスの全過程において発生するすべての事故で、人身的・精神的・物的被害が生じたもの。(自働車事故も含む) ※ヒヤリ・ハットとは、被害は発生しなかったが、日常のサービスの中で、事業者が「ヒヤリ」としたり「ハッ」とした事例とする。
発生日時	・事故及びヒヤリ・ハットが発生した日時を記入して下さい。
該当者氏名	・事故及びヒヤリ・ハットが発生するに関わった方を記入して下さい。
発生場所	・事故及びヒヤリ・ハットが発生した場所にチェック(ℓ)を付けてください。 ※該当する場所がない場合は、その他にチェック(ℓ)を付け、具体的に記載して下さい。
発生場所(略号記入又は写真添付)	・施設内・外ともに、平面図又は地図を張り発生した地点を赤字にて表記して下さい。
事故の種類	・事故及びヒヤリ・ハットに該当する種類にチェック(ℓ)を付けて下さい。 ※複数チェック可。 ※該当する種類がない場合には、その他にチェック(ℓ)をつけ記載して下さい。
受傷者の氏名	・受傷した方、全員の氏名を記載して下さい。
怪我等の部位	・分かり易い様で書いて下さい。怪我等の部位には赤字で印を付けて下さい。
怪我等の状況	・該当する種類にチェック(ℓ)を付けて下さい。 ※複数チェック可。 ※該当する種類がない場合には、その他にチェック(ℓ)をつけ記載して下さい。
直前の状況(利用者の様子も含めて)	・ヒヤリ・ハット時のみ、記載して下さい。 ※事故の場合は様式2の発生前の状況に記載して下さい。
直前で回避できた要因及び改善策	・ヒヤリ・ハット時のみ、記載して下さい。 ※事故の場合には記載しないで下さい。
管理者から	・ヒヤリ・ハット時のみ、記載して下さい。 ※事故の場合は後の欄に記入
発生前の状況	・事故当時の状況をふまえ、事故発生前の状況及び事故原因と思われる状況を具体的に記載して下さい。
発生時の状況	・第一発報者…最初主任・課長等に報告した方の氏名を記載して下さい。 ・その場にいたスタッフ…複数記載可。 ・誰が何を何故、どうやって等が解るよう客観的に記載して下さい。
発生報告	・支援課長もしくは施設長に報告した時刻を記入して下さい。 ※報告を受けた支援課長もしくは施設長が空欄を記入する。 ・緊急車両を呼んだときは、現場に到着した時刻を記入して下さい。
事故発生からの対応	・対応日時…対応日時や対応したスタッフの氏名を記載して下さい。 ・対応内容…初期対応等の状況を記載して下さい。
特記事項	・特に記載する必要があると思う事を記載して下さい。 ・危険予備についても、いづれかにチェック(ℓ)を付けて下さい。
あなたについて	・報告者について記入する欄です。 ①②は簡単に記載して下さい。 ③～⑤は該当するものにチェック(ℓ)を付けて下さい。
事後の対応	・利用者及び家族への説明…いつ、誰が、誰にどのような説明をしたかを記載して下さい。 ・その他、報告を受けた家族の受け答え等も記載して下さい。
改善策等	・今後このような事故及び「ヒヤリ・ハット」とすることがないようにするためには、どのようにすべきかを記載して下さい。(上司の意見もふまえて)
管理者から	・報告者から提案された改善策等についての意見を記載して下さい。

※ヒヤリハットは様式1のみ提出。事故報告は様式1・2を提出。

2019.4/改訂

# 函館一条の事故報告書 (その1)

- 内容の細かい部分については、リスク担当者と一緒に仕上げる。

理事長	ワークス管理室	センター情報室	相談管理者	GH管理者	課長	課長補佐			
-----	---------	---------	-------	-------	----	------	--	--	--

提出年月日 令和〇年〇〇月〇〇日

報告者	電名 夜間支援員	氏名	〇〇 〇〇	印
報告分類	<input type="checkbox"/> 事故(アクシデント)として発生		<input type="checkbox"/> ヒヤリ・ハット(事故回避)ニ業務の枠内のみ	
発生日時	令和〇年〇〇月〇〇日 午後〇時〇〇分頃		発生場所(地図記入)又は写真添付 ※所在不明の場合は発生場所を明記のこと	
該当者氏名	〇〇 〇〇 (〇〇才) (男・女)		施設内(申請同意付可)施設外(地図・地図添付可)	
該当者氏名	(才) (男・女)		どちらの場合も発生地点を赤字にて明記	
該当者氏名	(才) (男・女)			
発生場所	●1階	<input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 脱衣所 <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> トイレ(男・女) <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> その他(かみゆのかわ 2階世話入室)		
	●2階	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 洗面台 <input type="checkbox"/> その他		
施設外	<input type="checkbox"/> 公道上 <input type="checkbox"/> 公共施設 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> その他:			
事故の種類	人	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 受傷 <input type="checkbox"/> 溺水		
	身	<input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 所在不明 <input type="checkbox"/> 脱走 <input type="checkbox"/> 異食(誤食・誤食)		
	約	<input type="checkbox"/> 利用者による他害行為(対利用者) <input type="checkbox"/> 利用者による他害行為(対スタッフ)		
	物	<input type="checkbox"/> 器物 <input type="checkbox"/> 傷品 <input type="checkbox"/> 器具・什器 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> その他:		
車	<input type="checkbox"/> 公用車(車種名: ) <input type="checkbox"/> 私用車(車種名: )			
受傷者の氏名	直前で回避できた要因及び改善案			
怪我等の部位	怪我等の状況	※事故の場合は記入しないでください。  管理者から(記入者名: ) ※事故の場合は記入しないでください。		
(正副)	(背商)	<input type="checkbox"/> 怪我等特になし <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )		





# 函館一条のリスク検討会議

GH一条 リスク検討会議 議事録

RI

9:20~10:20

参加者: 山本 隆、山本 隆、山本 隆、山本 隆、山本 隆、山本 隆

1. 管理者から…今回の会議では、特に最近GHで増えている服薬事故について検討したい。会議を通して、事故を未然に防ぐ仕組みを作りたい。

2. 課長から…

①別紙資料に関する説明

②事故報告書の書き方、注意する点について説明

- ・固有名詞に注意
  - ・発生時間、確認した時間を明確に
  - ・だれがどのように上司に報告したか
  - ・家庭にはどのように報告したか
  - ・関係医療機関等に報告したか
  - ・連絡会議等で対策を検討したか
  - ・どのタイミングでチェックしたか(必ず服薬前のチェックを)
- ※書式については再検討し、より書きやすいものにした。

③具体的な対策について検討

GHかみゆのかわでは…

(1)現在行っていること

- ・日付ごと、利用者ごとに一週間分分けた段階で写真を持っておくようにしている
- しっかりと飲んだか、実際に手に取った際に取り違えがなかったかの確認が課題として残る。
- ・複数包ある場合はホチキス止めをしたが、ケースの中に落ちていることがあり、セロテープで止めるようにした。
- ・飲んだ後の空の袋を取っておいて、服薬後にも確認できるようにしている。
- ・テープで止めている分も、利用者に渡したときに落とす可能性がある。
- 薬が複数包に分かれている分については、一包化などの対応を検討する。
- ・一度取り出して確認したものを、別の場所に一度出し、再度確認するようにした。

※個別の事例について

- ・Iさんの就寝前薬が落ちていたことがあった。箱が床に落ちていたことがあった。
- ・Jさんは朝、昼、夕食後薬を家庭でジップロックに入れてきてもらっている。

ジップロックに入った状態では中身が確認しにくい。

(2)問題意識

- ・毎日、同じ業務をこなしていく中で、緊張感を保つのが難しい部分もある。
- ・服薬チェック表について、業務がひと段落してからまとめてチェックを付けることが多く、形骸化している。
- ・「利用者がだいたいいつも飲んでるから大丈夫」と思い込んでしまっている面もある。
- ・カラーボックスから薬を出す際に貝間違ってしまう、名前や朝、昼、夕を間違えた状態で食卓にセットしてしまうことがある。

(3)対策案

- ・指さしで確認後、声にも出して確認することを徹底する。
  - ・指さしで事前に確認後、薬の中身を確認する流れを作る。
  - 一つのカラーボックスに全員分を入れるのではなく、利用者それぞれに桶を用意し、朝、昼、夕で段ごとに分けてセットする。
  - また、取り出すケースの近くにかレンダーを置いておき、日付の間違いも防ぐ。
  - ・薬を飲むタイミング、副作用等の知識を得ることも必要。
  - ・Kさんについてはジップロックを透明にしてわかりやすいようにする。
- 今後家庭と相談する。
- ・意識、緊張感を保つ。



# 函館市役所指導監査課へ 提出する事故発生報告書 (その2)

①等級  
②前位  
③障がい名等  
④要介護度・障害者区分

(2) 採用(入所・利用開始)年月日(職員の場合は略記) 平成 1年 月 1日

6 事故等の概要(必要に応じて見取り図を添付)  
G11一条かみゆのかむにて、入居者に対する誤薬が発生した。

7 施設等が事故等を認知した日時および家族への対応等  
(1) 事故認知日時 令和1年11月13日(午前・午後) 3時00分  
(2) 認知した経緯  
G11の世話人家で保管していた薬を整理していた世話人(小村)が、当日の朝食後の薬系1種類を太田支援員が飲みませ忘れていることを発見した。  
(3) 家族への連絡 令和1年11月13日(午前・午後) 7時00分  
氏名 ワークセンター一乗 管理者  
南母親( )へ電話で、薬の飲み忘れがあったことを伝えた。

8 施設・事業所の対応(対応の方法、受診医療機関、治療内容、治療または治療予定、復讐給費(施設保険利用の有無)等)  
(1) 事故発生時  
世話人( )から朝に知悉した。支援員へ電話で報告。その後、午後4時に朝の対応をした太田支援員から、G11サービス管理責任者へ報告。午後7時にワークセンター一乗管理者から母親へ連絡し、説明と謝罪を行った。  
(2) 今後  
世話人が2階世話人家から薬の入ったジップロックを取り出し、薬の内容と日付、朝・昼・夕を確認してから持ち出し、1階食堂の食卓テーブルに置く。次に夜間支援員がジップロックから薬を取り出して、薬の内容と日付、朝・昼・夕を確認後、本人が薬を飲む際に使用している升に、それぞれの薬の口を開けて入れ、薬を飲み終えるまでの状況を確認する。

9 事故の原因分析と再発防止策(発生要因および再発防止策を具体的に記載すること)  
(1) 原因  
夜間支援員と世話人の役割が不明確になっていたため、両者の疎忽のずれから、お互いに確認する点を取り違えてしまっていた。  
(2) 再発防止策  
両者の役割を明確にする。世話人は、世話人家から日付、朝・昼・夕の薬を指差して確認後、薬を持ち出して食卓テーブルに置く。夜間支援員は、食卓テーブルに置かれた薬の内容を再度指差して確認し升の中に薬を入れる。その後、利用者が薬を飲み終えるまでの見守りをする。夜間支援員が他の利用者の対応で付き添えない場合は、世話人へ引き継いで薬を飲み終えるまで見守る。

10 前同事故発生年月日(事故報告したもの) 令和1年6月2日  
連絡先 [ 0138-43-8313 ]  
担当者 [ 佐藤寿雄 ]

注) ・報告書の日時に確定してからの事項があれば、その旨を添付し、別添報告すること。  
・事故の対応を協議した事故防止委員会等の会議の写しを添付すること。

# 函館一条の与薬における 事故防止マニュアル

② 職員は、日頃から服薬の目的、内容、効果、副作用などのついて知っておく。

## 1. 家庭から預かっている場合

- ① 薬の保管場所を決めておく。職員以外触れることのないようにする。
- ② 服薬する時間に合わせ服薬する。
- ③ 職員は衛生に心がける。
- ④ 服薬は定められた場所で行なう。
- ⑤ 服薬時は話しをせず、服薬場所から離れない。
- ⑥ きちんと服薬したか確認する。

## 2. 自己管理している場合

- ① 職員は利用者がどこに薬を保管しているのかを把握する。
- ② 決められた服薬時間、場所で服薬しているかを確認する。

## 3. 服薬時の注意点

- ① 一度口に入っても、錠剤などこぼれ出ることがあるので注意する。
- ② 飲まずに水で流したり、ポケットに入れたりすることがあるので注意する。
- ③ 服薬が変わった時や服薬状況が変わった時は確認・職員へ告知する。

## 4. 誤与薬に気づいた時

- ① 直ちに吐き出させるか掻き出す。
- ② 管理職に連絡し指示を仰ぐ。
- ③ 水分を多量に授らせる。
- ④ 薬の内容を確認して医師または看護師等に相談する。
- ⑤ ヒヤリハット報告、または事故報告書を提出して全員に周知徹底する。

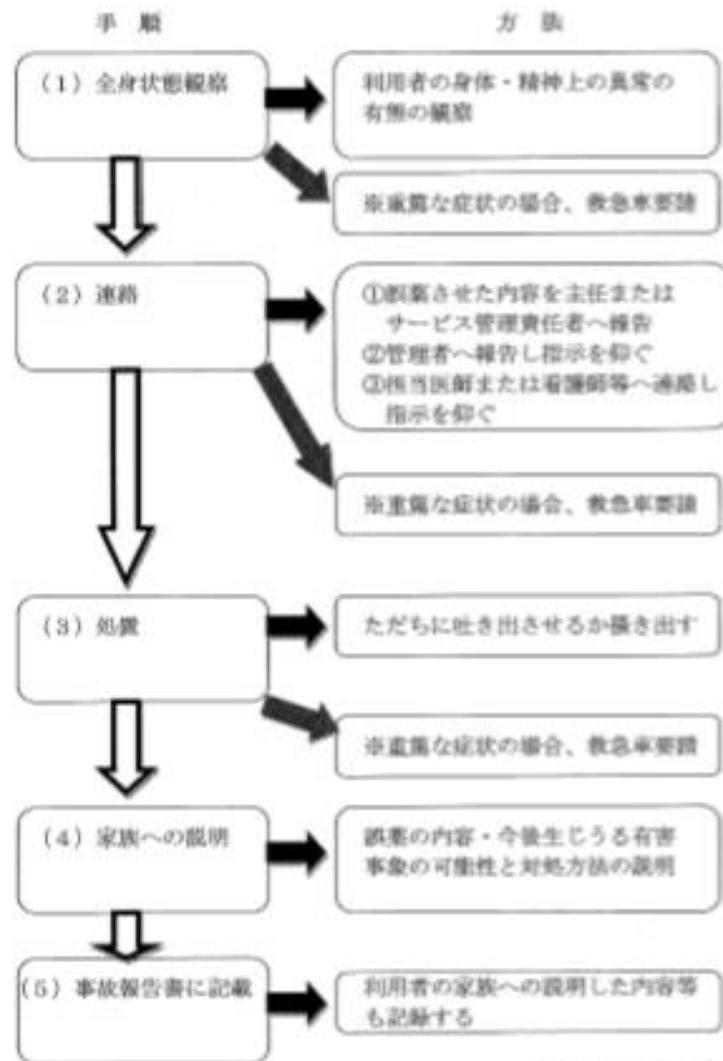
## 5. GH対応時の与薬

- ① 服薬する前日に、世話人家で世話人（支援員）が薬の内容と日付・順番等を指差し・声だし確認する。
- ② 当日、世話人が用意した薬を、支援員が薬の内容と日付・種類等を指差し・声だし確認する。
- ③ 服薬する直前に、本人または支援員の前で薬に記載されている内容を、本人または支援員が読み上げてから服薬する。

# 函館一条の与薬における 事故防止マニュアル (フロー図)

## 6. 与薬過誤時の対応

「フロー図」



令和2年度1月7日改正

# ◆ 苦情報告等について



# 函館一条の苦情を解決するために講ずる措置の概要



## 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	多機能型事業所ワークセンター一条
申請するサービス種類	多機能型（日中サービス複数）

措置の概要																									
1	<p>利用者からの相談又は苦情等に対する常設の窓口（連絡先）及び担当者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を選んでいる。また、担当者不在のときは、基本的な事項については事業所の誰でも対応できるようにするとともに、担当者必ず引き継ぐ。</li> <li>（電話番号） 0138-50-3777</li> <li>（FAX） 0138-50-3788</li> <li>（担当者） ○○ ○○</li> </ul>																								
2	<p>「福祉オンブズマン」の設置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業者は、利用者の人権侵害を防止するため、「福祉オンブズマン」を設置している。</li> </ul> <p>福祉オンブズマン</p> <p>040-0042 函館市○○町○番○号</p> <p>○○法律事務所内 福祉オンブズマン会議事務局</p> <p>電話 ○○○○-○○-○○○○</p> <p>オンブズマン委員</p> <table border="0"> <tr> <td>議長</td> <td>○ ○ ○ ○</td> <td>弁護士</td> </tr> <tr> <td>委員</td> <td>○ ○ ○ ○</td> <td>函館○○○○代表理事</td> </tr> <tr> <td></td> <td>○ ○ ○ ○</td> <td>函館市社会学部連綿協定会長</td> </tr> <tr> <td></td> <td>○ ○ ○ ○</td> <td>工務「○○○」事務局長</td> </tr> <tr> <td></td> <td>○ ○ ○ ○</td> <td>元附属特別支援学校校長</td> </tr> <tr> <td></td> <td>○ ○ ○ ○</td> <td>元北海道特別支援研究協議会会長</td> </tr> <tr> <td></td> <td>○ ○ ○ ○</td> <td>弁護士</td> </tr> <tr> <td></td> <td>○ ○ ○ ○</td> <td>弁護士</td> </tr> </table>	議長	○ ○ ○ ○	弁護士	委員	○ ○ ○ ○	函館○○○○代表理事		○ ○ ○ ○	函館市社会学部連綿協定会長		○ ○ ○ ○	工務「○○○」事務局長		○ ○ ○ ○	元附属特別支援学校校長		○ ○ ○ ○	元北海道特別支援研究協議会会長		○ ○ ○ ○	弁護士		○ ○ ○ ○	弁護士
議長	○ ○ ○ ○	弁護士																							
委員	○ ○ ○ ○	函館○○○○代表理事																							
	○ ○ ○ ○	函館市社会学部連綿協定会長																							
	○ ○ ○ ○	工務「○○○」事務局長																							
	○ ○ ○ ○	元附属特別支援学校校長																							
	○ ○ ○ ○	元北海道特別支援研究協議会会長																							
	○ ○ ○ ○	弁護士																							
	○ ○ ○ ○	弁護士																							
3	<p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>苦情があった場合は、担当者が相手方に連絡を取り、直接出向くなどして詳しい事情を聞くとともに、支援担当者からも事情を確認する。</li> <li>担当が必要であると判断した場合は、管理者まで含めた検討会議を開催する。（検討会議を行わない場合も、必ず管理者まで処理結果を報告する。）</li> <li>検討後、翌日本では必ず具体的な対応を行う（利用者等への説明・謝罪など）</li> <li>記録を台帳に保管し、再発防止に役立てる。</li> </ul> <p>* 具体的な対応方針</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>利用者・家族の人権擁護を第一とする。</li> <li>利用者・家族の意思及び人格を尊重し、その立場に立って対応する。</li> <li>苦情が出た場合、すぐに対応する。</li> <li>苦情に対して、基本的に管理者が説明や謝罪を行う。</li> <li>苦情や事後の対応について、福祉オンブズマンに報告する。 また、理事会・評議員会にも報告する。</li> <li>苦情は、正当な理由なく第三者に漏らさない。</li> </ol>																								
4	<p>その他の参考事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>普段から苦情が出ないようなサービス提供を心がける。（リスマネジメント研修の実施、朝礼・夕礼での確認等）</li> <li>家族との連絡を常にとり、連携に努める。</li> </ul>																								

# 苦情受付書

社会福祉法人  
国障一舎

## 苦情受付書 (その1)

理事長	ワークス管理員	センター管理員	相談管理員	相談員	課長	課長	リスク管理
					/		

受付日	平成 31年1月1日(金)曜日	苦情の発生時刻	平成 31年1月 日	受付時	2018.02
記入者			苦情の発生場所	西館バス車内(湯川一樓(入り口))	
申出人	氏名(フリガナ)			住所	※ 特に連絡は不要なので一とのこと
	利用者との関係	本人、親、子 <input checked="" type="checkbox"/> 他(注) <input type="checkbox"/>			
(申し出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入)					
氏名: / 年齢: 歳 性別: 男性 連絡先: 申出人と同じ					
苦情の内容	相談の	①福祉サービスの内容に関する事項 ②他人の権利・差別に関する事項 ③制度管理・運営・運営			
	分類	④制度、施設、法律に関する要望 ⑤その他( ⑥内交通機関利用トラブル )			
みちのく銀行湯川支店から西館バスに乗車してくるワークセンター一舎の利用者( )が、車内で度々トラブルを起こしている。今回は女子学生(高校か中学)の隣に座にかんが置いてあったが、その上に座り、女性が泣いてしまった。同じバスに乗るのでいつも見かけている。周囲の人も、さんには障がいがあり、悪意がある人ではないことはわかっているのだが...					
申出人の希望等	事業所で送迎をするなどの対応ができないか				
備考	対象者の さんは重度の知的障がいと自閉スペクトラム症であり、コミュニケーションの部分に大きな課題を抱えている。今回の件も、他者とコミュニケーションをとることができなかったり、状況を見て「空気を読む」ことができなかったことが原因だと推察される。				
申出人の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 話を聞いてほしい <input type="checkbox"/> 教えてほしい <input type="checkbox"/> 相談してほしい <input type="checkbox"/> 助言してほしい <input type="checkbox"/> 助成してほしい <input type="checkbox"/> その他( 詳細を記入してください )				
申出人への確認	第三者委員への報告の要否 要 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 確認済( )				
の 確 認	話し合いへの第三者委員の助言、立会いの要否 要 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 確認済( )				

# 苦情受付書 (その2)

相談記録	8:55 ワークセンター一室に 氏からTELがあり、苦情申し立てがあった。
想定原因	<input type="checkbox"/> 説明・情報不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input checked="" type="checkbox"/> その他(障害特性による)
処理経過	<p>① 申立者の さんに謝罪と情報提供のお礼をし、すぐに対応する旨を伝えた</p> <p>② 理事長、 管理者、日中の担当職員に報告。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・理事長と 管理者と相談し、送迎対応することを決定。</li> <li>・日中担当職員には出勤方法が変わることを さんに伝える方法を検討した。</li> </ul> <p>③ 家庭に状況報告。母親は明日からは送迎することで了承。</p>
結果	<p>・朝、併りとも送迎車を利用することとした。(朝 デリカ、併り 1号車)</p> <p>・自閉スペクトラム症である さんにも理解できるように視覚的に伝えた。また、出通勤時に缶コーヒーを飲むことを楽しみにしている為、日課の中で缶コーヒーを飲む時間を担保するように調整した。</p>

# 行動制限実施要綱

## 第1 目的

社会福祉法人両箱一条が運営する障害者支援施設等において、身体拘束などの行動制限をやむを得ず実施する場合における手続きについて、不必要に行動制限を実施することを避け、利用者側の立場に立った支援を実現し、利用者の安全を確保することを目的とする。

## 第2 行動制限の必要条件

利用者に対して行動制限をやむを得ず実施する場合の必要条件は、次の要件のすべてに該当する場合のみとする。

- (1) 利用者本人または他の利用者の生命、身体、権利が危険にさらされる可能性が著しく高いこと（切迫性）
- (2) 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替するサービスの方法がないこと（代替性）
- (3) 行動制限が一時的であること（一時性）

## 第3 行動支援検討委員会の設置について

やむを得ず行動制限を行わなければならない場合は、サービス管理責任者が、「行動支援検討委員会」を招集し、行動制限・身体拘束を実施するか否かを協議し決定する。

2 協議の経過については、必ず記録する。

3 「行動支援検討委員会」は、以下のメンバーで構成される。

- (1) 施設長（管理者）
- (2) 当該利用者のサービス管理責任者
- (3) 当該利用者を直接支援する職員
- (4) 当該利用者のサービス管理責任者以外の管理職（必要に応じて）
- (5) 医師・心理専門職（必要に応じて）

## 第4 検討

緊急でやむを得ない場合に該当するかどうかの判断は、「行動支援検討委員会」で行い、利用者に対して行動制限を実施することが必要と判断された場合は、行動制限の必要性、行動制限の内容、具体的な対応方法などについて協議を行う。

2 協議に当たっては次の手続きを実施する

- (1) 事前検討は、サービス管理責任者、担当職員で実施する。
- (2) 行動制限が必要と判断された場合、「個別支援計画書」と「行動制限実施計画書」（様式1）を作成し、施設長（管理者）が決裁を行う。
- (3) 施設長（管理者）決裁後、各担当職員内で行動制限の必要性、行動制限の内容及び具体的な対応方法などについて周知を図る。

# 行動制限実施要綱

(様式1)

## 行動制限実施計画書

作成年月日	平成 〇年 〇月 〇日
利用者氏名	〇
サービス管理責任者	〇 印
施設長(管理者)	〇 印
【行動制限の必要性について】	
① 他者に対して体を触る行為が起きた際 ② 他者に対して唾を吐きかける行為が起きた際 ③ 他者に対して叩く蹴るなどの暴力行為が起きた際 ④ 物を叩く蹴るなどの行為があった際 その他、他者またはご本人自身が怪我をしまう可能性がある行為が起きた際	
【環境・時間・行動制限の条件】	
(環境) 行為が起きた場所	
(時間) 随時	
(行動制限の条件) 他に回避する手段が見つからない場合	
【行動制限によって起こる本人に対する影響や課題とその対応】	
(考えられる影響) ・行動制限を行うことにより、興奮が強まる可能性がある。 ・状況を理解できず、混乱する可能性がある。 ・制止を行なう際に、怪我をさせてしまう可能性がある。	
(課題) ・なぜそのような行為が止められるのか、理解力が弱まってきている。 ・認知症や理解力の衰えにより、他者との適切な(社会的な)コミュニケーションが困難になってきている。どのようにして、適切な方法で他者に意思を伝え、良好な関係を築いていくかが課題である。	
【今後の対応・展望】	
・ABC分析、応用行動分析をベースに、ご本人の望んでいる事例を後み取り、適切な方法で希望を伝えられるように関わっていく。 ・適切な行動(言葉やグーテン、ジェスチャー)で希望を伝えることができた際は、声援に反応し称賛することで、適切な行動を強化する。 ・不適切な行動のアピールが起きた際は、制止を行ないながらもなるべく最小限の反応で次の行動に促す。 ・周囲がご本人を受け入れている雰囲気と空気、関わりを大切にす。	

GH一条 身体状況チェックリスト

GH一条 身体状況チェックリスト

2020年 / 月 6日

記載者

氏名



備考: 左足、ヒザ部  
またら杖に内股が  
あつた  
歩行には支障はない  
と見えます

1月6日 18:00頃  
入浴時発見

追記) 1月9日 再度状態確認  
歩行に支障は見られず、歩行  
は。

書き方

- ①異常が見られた部位を図に明記してください。
- ②備考欄に傷等の状態、発見時の状況を記載してください。

## ◆ 職員研修

- **KYTトレーニング**
- **事故報告書の作成の仕方について**
- **虐待防止への取り組み**
- **喉つまり時の対応について**
- **AED講習等**

# リスクの感覚を育てる

◇KYT（危険予知トレーニング）

◇ファインド報告（気づきメモの提出）



## ◆ まとめとして

- **組織でリスクマネジメントに取り組む**
- **職員一人ひとり、気づきの感性を磨く**
- **利用者が過ごしやすい、働きやすい職場づくり**

ご清聴ありがとうございました。

