

函館一条における リスクマネジメントの現状と課題

社会福祉法人 函館一条
多機能型事業所 ワークセンター一条
木田 祥平

(自己紹介)

木田 祥平 (キダ ヨウヘイ)

社会福祉法人函館一条
多機能型事業所 ワークセンター一条 管理者

- 社会福祉士、精神保健福祉士
- 厚労省 障害者虐待防止マネージャー養成研修 講師
- 北海道サービス管理責任者養成研修等 講師
- 北海道社会福祉士会 企画総務委員
- 函館市地域福祉計画策定委員会 委員
- 日本アンガーマネジメント協会 認定ファシリテーター
- その他、各種研修の講師やファシリテーター

など

本日の内容

- ワークセンター一条について
- リスクマネジメントとは
- リスクマネジメントの考え方
- KYTについて
- 函館一条 リスク管理室の取り組み
- (まとめ)

■ 社会福祉法人 函館一条 多機能型事業所 ワークセンター——条について



社会福祉法人 函館一条

よいあすセンター
厨房・清掃業務
(ワークス一条
従たる事業所)

相談支援事業所
一条



法人本部



ふらっとCafé by Cog
(ワークセンター一条
従たる事業所)



上湯川部署



通所 多機能型事業所
ワークセンター一条
生活介護 34名
生活訓練 7名
就労継続B型 40名
(実利用者数 98名)

通所 多機能型事業所
ワークス一条
就労移行 9名
生活訓練 6名
就労継続B型 25名
就労定着
(実利用者数 45名)

居宅・訪問介護事業所
サポートふおゆう



グループホーム一条
4住居 + 短期入所



社会福祉法人 函館一条の基本理念

一人一人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目指します。

沿革(一部抜粋)

- 昭和58年 4月 知的障害者通所授産施設 一条学園開設(定員30名)
- 昭和61年 5月 定員9名増員(定員39名に)
- 昭和63年 4月 定員6名増員(定員45名に)
小規模作業所「よのもと作業所」(定員10名)
- 平成 4年 4月 よのもと作業所 定員4名増員(14名に定員)
- 平成 5年 4月 一条学園分園 定員15名
- 平成 9年 4月 一条学園本園 定員5名増員(定員50名)
よのもと作業所 定員19名に増員
- 平成11年 6月 一条学園本園 定員5名増員(定員55名)
- 平成14年 3月 ワークス一条(第二分場) (定員40名)
- 平成19年 4月 多機能型事業所 ワークセンター一条 (定員80名)

ワークセンター一条 利用者年齢分布（令和2年3月31日現在）

年齢	18～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～	合計
就労継続B 男性	1	3	10	10	8	1	33
就労継続B 女性	0	0	8	5	1	3	17
生活訓練 男性	3	1	0	0	1	0	5
生活訓練 女性	0	1	1	0	0	0	2
生活介護 男性	0	9	7	9	7	1	33
生活介護 女性	0	0	2	4	2	0	8
計	4	14	28	28	19	5	98

作業・日中活動の種類

- 珍味の計量・袋づめ
- カフェ業務(調理・接客)
- 箱組み立て
- ペーパーログ作成
- シール貼り ● 函館市砂袋
- 草刈り ● 除雪
- 化粧板サンプル貼り
- 創作活動(絵画・造形)
- 水耕栽培
- 軽運動(ウォーキングなど)
- 畑作業(収穫・草取りなど)
- 清掃 など

※授産作業により得た利益は、必要経費を除き利用者の工賃として支給。



珍味作業



箱くみたて

シール貼り





瓶詰作業



草刈り作業

砂袋製作

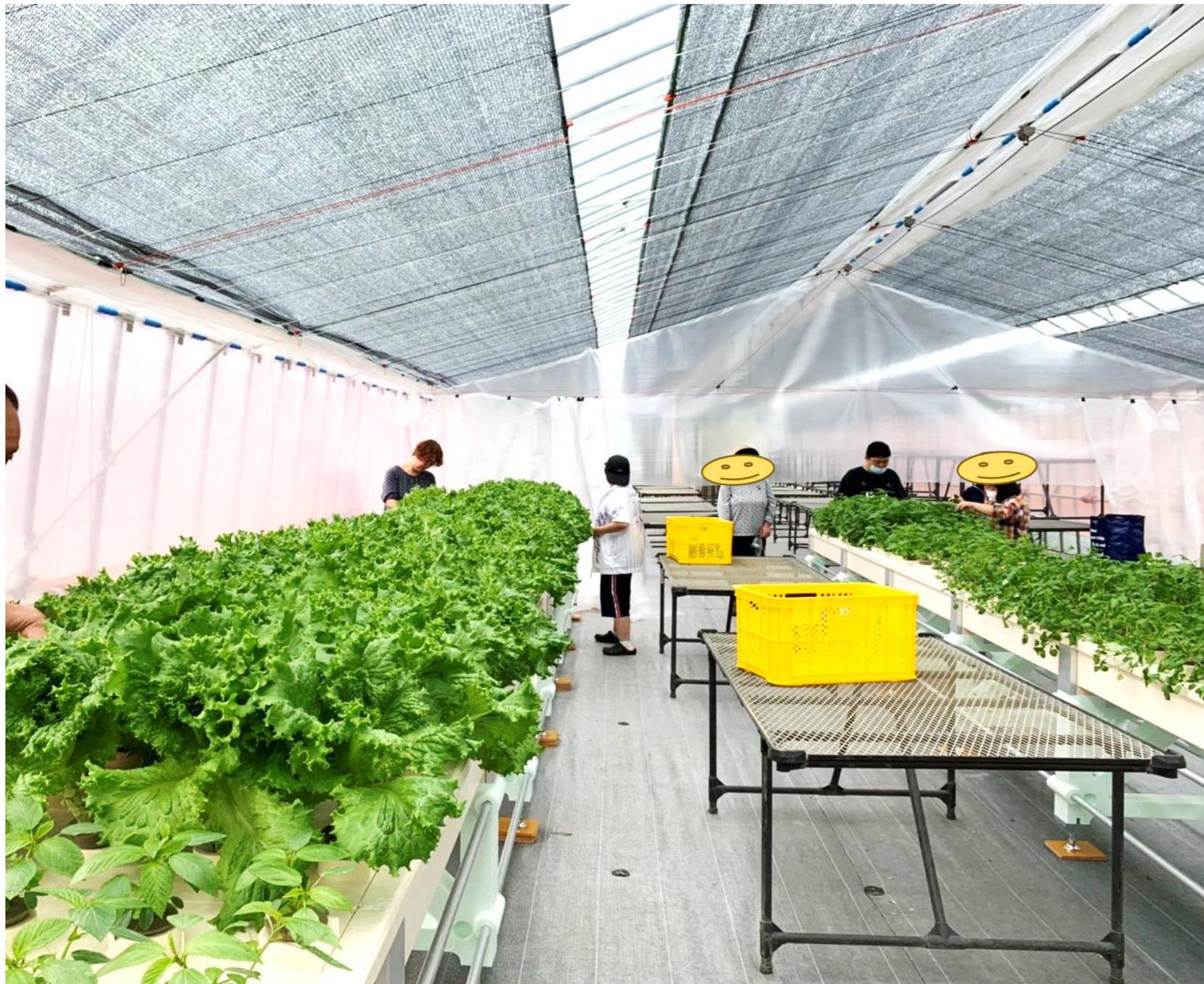


砂袋製作



農業





水耕栽培



カフェ業務 【ふらっとDaimon】



コミュニケーション訓練



利用者学習会





創作活動

【一条ミュージアム】

構造化支援



根拠のある、丁寧な支援を合い言葉に

「強み/配慮」をまとめる自閉症特性シート

作成日： 年 月 日 (概ね1年で更新)

いまの本人の生活や学びに活用できる 強みの特性	いまの本人の力では難しい 周囲の配慮が必要な特性
以下の項目のあてはまるものに○をつけてください。注釈が必要な場合は、空白に書き込んでください。	
受容コミュニケーション (何が伝わりやすいか) ●日常の言語理解 (単語 / 2語 / 3語 / それ以上) ●言葉や視覚情報を書き通し受け取る (素直に理解できる / 受け取る / よく受け取る) ●抽象的な表現の理解 (理解できる / やや難しい / 難しい) ※そのまま解釈して真の意味等の理解が難しい様子	表出コミュニケーション (どうやって表現するか) ●よく使うコミュニケーション (言葉: 話 / 身振り / クレール / 指差し / その他) ●コミュニケーションが人に向いているか (向いている / 向いていないことがある / 向いていない) ●離れた様子や見えない相手を探してコミュニケーションを伝える (伝える / たまに伝える / 伝えない) ●自発的なコミュニケーションが見られるか (よく見られる / あまり見られない / ほぼ見られない)
社会性 (人や集団/環境への意識の様子) ●人よりも物の方への注目が強い (あまり強くない / やや強い / 強い) ●人と関係のあることを共有しようとする (共有する / あまり共有しない / 共有しない) ●活動場面で期待されていることを理解しているか (理解している / 一部理解している / 理解していない)	想像や興味関心 (こだわりや柔軟性) ●素直に変化への対応ができるか (できる / 少しできる / 対応が難しい) ●こだわりや偏執的な行動があるか (あまりない / 少しある / 多くある) こだわり行動→ ●物事の順序づけをし過ぎるか (素直に理解できる / することがある / し過ぎる)
感覚 (五感について過敏/鈍感) ●視覚: 見え方/読め方等 (過敏 / 影響なし / 鈍感) 行動→ ●聴覚: 様々な音刺激等 (過敏 / 影響なし / 鈍感) 行動→ ●嗅覚: 様々な匂い刺激等 (過敏 / 影響なし / 鈍感) 行動→ ●触覚: 触る/衣服/足裏感覚等 (過敏 / 影響なし / 鈍感) 行動→ ●味覚: 食品等 (過敏 / 影響なし / 鈍感) 行動→	認知/記憶 (学習スタイル/記憶の特徴) ●文字の理解ができるか 理解度→ ●数字の理解ができるか 理解度→ ●一時的な記憶の保持 (ワーキングメモリ) (良い / 忘れやすい / よく忘れる) ●一度覚えたことが忘れられない (長期記憶) (適度に忘れられる / 少し忘れられない / 忘れられない) ●読みの理解のしやすさ (なくなる / タイマー / 時間 / その他:)
注意や注目 (どんなことに注目しやすいか) ●二つ以上の情報を注目できるか (一つの情報 / 二つの情報 / 三つ以上同時) ●視覚刺激に対して注意が移り変わりやすいか (あまり反応しない / 少し反応 / 過敏に反応) ●聴覚刺激に対して注意が移り変わりやすいか (あまり反応しない / 少し反応 / 過敏に反応) ●注意の切り替えはスムーズか (スムーズ / やや時間がかかる / 時間がかかる) ●視野 (狭さは見られない / やや狭い / 狭い) ●空間 (場所、物の位置など) を整理して覚える (覚える / やや難しい / 難しい) ●計画や優先度を整理して行動できるか (できる / 少しできる / 苦手)	運動や体の使い方 (体をイメージして動かす) ●力加減や体の動かし方の調節 (調節できる / やや難しいがある / 難しい) ●体のバランスのととり方 (問題ない / 特徴がある) 行動→ ●姿勢保持 (一定時間保てる / 少しの時間保てる / 保てない) ●体の使い方や道具の使い方の不器用さ (年齢相応 / やや不器用 / 不器用) ●多動な動き (あまり見られない / やや多動 / 多動)
その他に見られた特性や行動:	

氷山モデルによる考察 (木田所見)

【問題となっている行動】(できるだけ具体的に)

職員や利用者が自分に接してくれないと、大きな声を出す、それでも思い通りにならないと自傷他傷に至る

【環境による要因】

- 好きな職員が他の利用者と一緒にいると気づいてしまう
- 自分の意志と利用者の意志

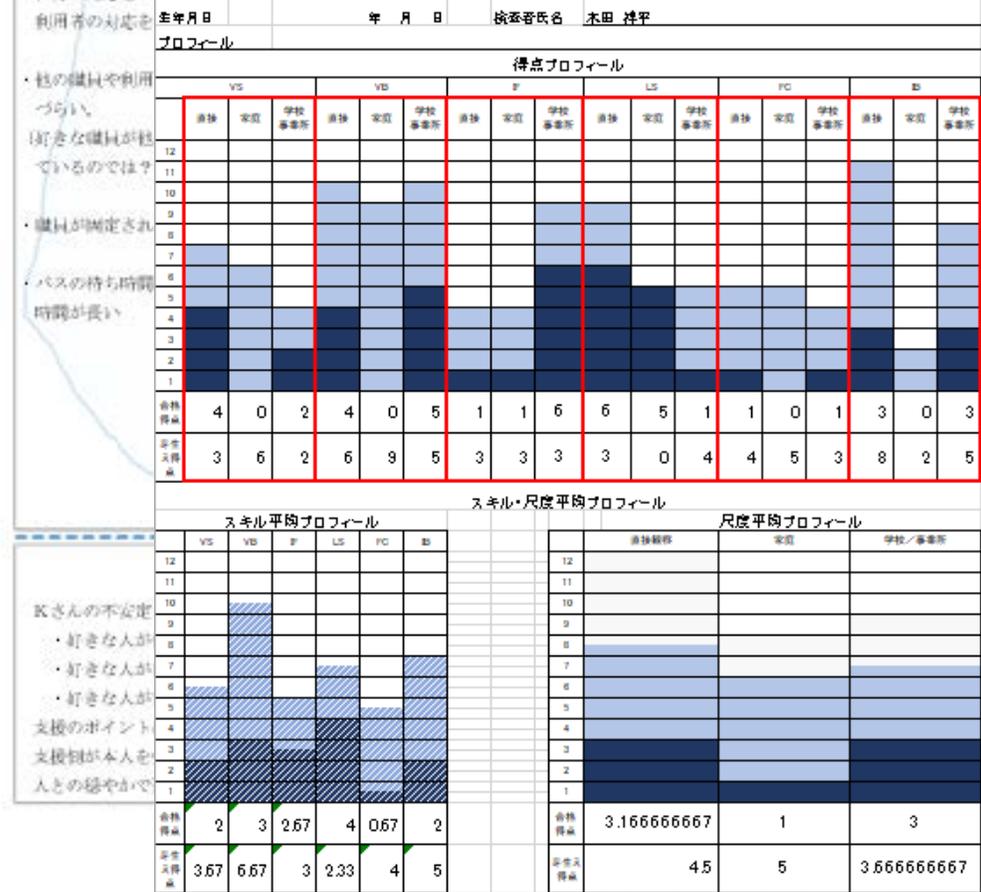
【特性による要因】

- 感情のコントロールが難しい
- 言葉の引き出しが少なく、他者と

【本人の経験・学び】

【題学習・成功体験?】

- 大きな声を出す職員が見てくれる



■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)

ただし、福祉事業所は利用者のQOLを高めるための、質の高い支援をするのが目的です。



◆ 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。

◆ 福祉事業所におけるリスクマネジメントの意義

福祉事業所における最大のリスクは、利用者やその家族ひいては地域における**信頼を失ってしまふこと**です

事故を予防するための 二つの異なる方向性をもったアプローチ

法的責任回避のアプローチ

- ・ 介護・支援事故に関する法的責任を回避することに重点を置いた考え方

利用者の尊厳重視のアプローチ

- ・ 利用者の特性を把握した個人の尊厳を保証する支援のあり方に基づく考え方

福祉事業所のリスクマネジメントにおいては、利用者の尊厳を重視することを大前提にしながら、事業者の法的責任回避をも意識した取り組みを求められますが・・・

あくまでも**利用者の尊厳を確保すること**が目的なのであって、事故をなくすことはその手段に過ぎないのです

■ リスクマネジメントの考え方

① 人は必ず事故を起こす

...職員個々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

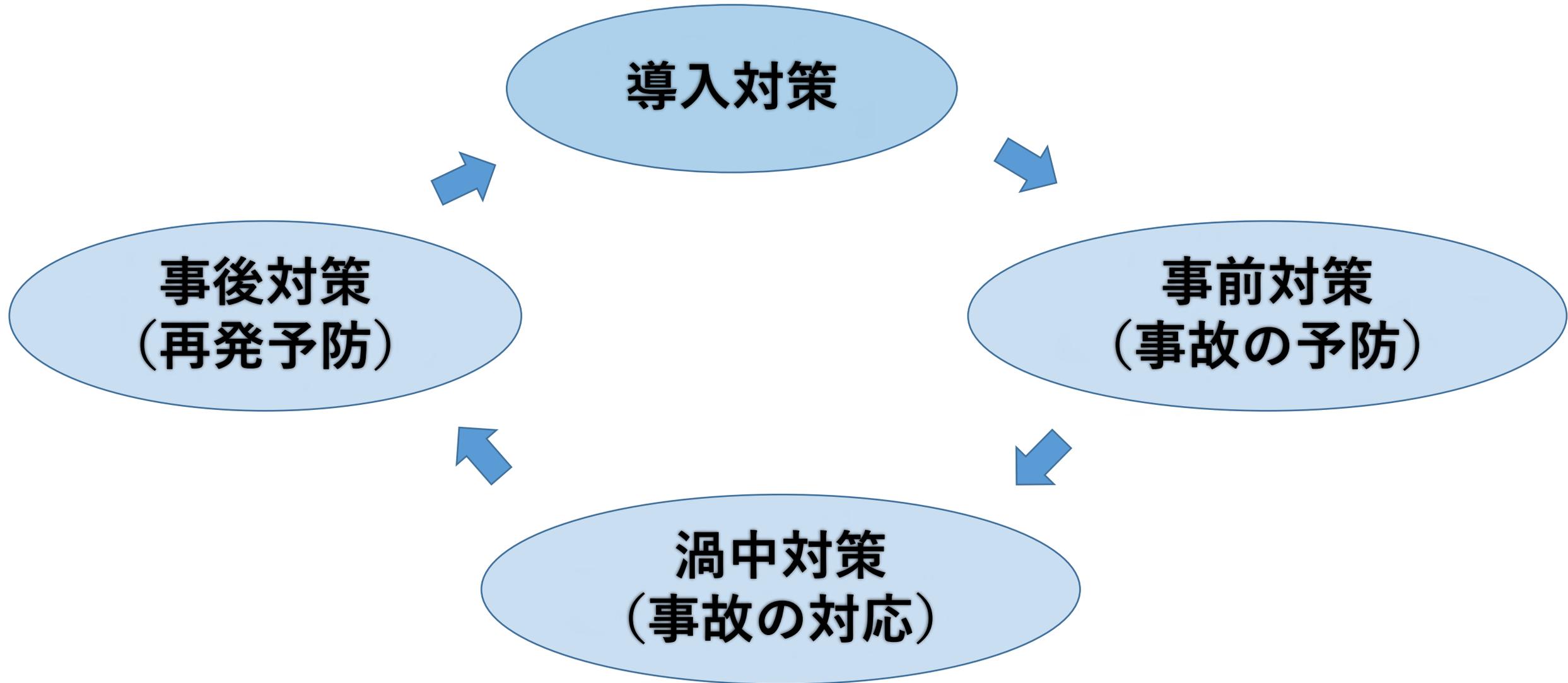
③ 万が一事故が起きても被害は最小限に

...事故が発生しても、その後の対応次第で被害を最小限で食い止められる

◆ 事故要因分析(3要因分析)

- 本人要因・・・利用者そのものの危険要因の把握
個別のアセスメント → リスクの把握 → 個別支援計画
- 職員要因・・・当事者である職員の状態の把握
職員のスキル、支援に対する取り組み方 → 職員研修の実施
人間はエラーを起こすという前提 → マニュアル、シミュレーション
人員配置や業務の見直しにより、リスクの源泉を除去
- 環境要因・・・事故発生場所の把握
管理者自らが危機管理の必要性を認識し、現場職員と連携を取り合
いながら、経営資源の観点からリスク源泉の除去に努める

◆リスクマネジメントのサイクル





Plan

計画

(目標設定 / 企画検討)

Action

改善・再企画

Do

実行

Check

検証・評価

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 支援や介護を一切放棄する。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

この両極端な考えをもう少し深めてみると・・・

- 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・介護をする側に、常に支援・介護の責任を放棄して、本人(あるいは家族)に責任を押しつけたい衝動があるのではないか？

管理職をはじめとする支援者は、このような**責任放棄の衝動**について、自覚する必要があります

利用者の意思や行動を抑制し、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、それは支援と言えるだろうか？

利用者を抑制せず、尊厳と自由を守り、支援者としての責任を全うしようとするれば、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・介護の責任を放棄せず責任を全うする決意をし、そこに生じてくる支援、介護事故の可能性、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

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＝QI)

- 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？
何を追及されるか？

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、そのような結果が生じな
いために何をしたのか？何ができたのか？最善を尽くしたのか？

リスクマネジメントとは こういうことではありません

利用者が歩行中に転倒

担当職員がちゃんと見守って
いなかったのが悪い

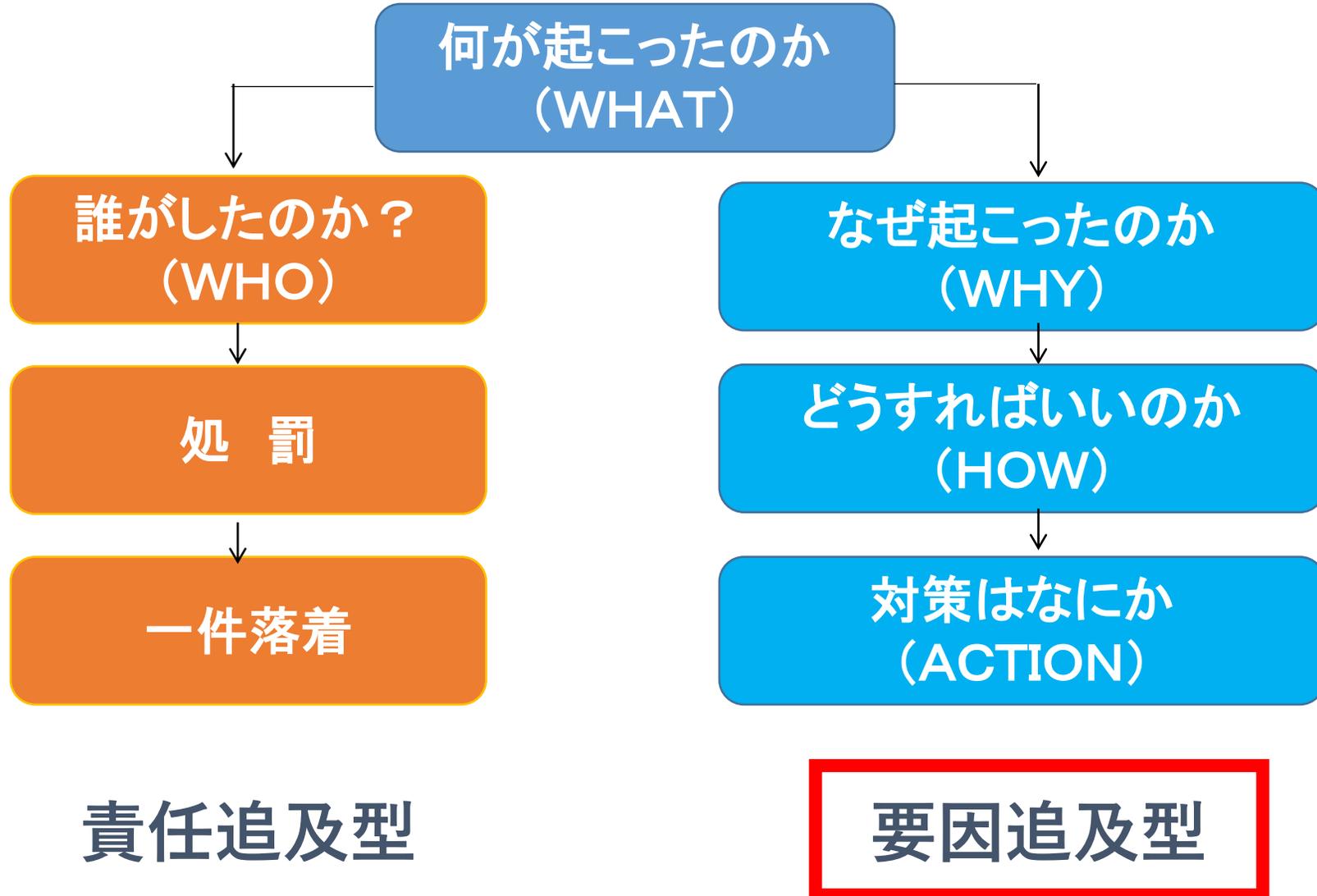
担当職員を呼んで、嚴重に注
意した。始末書を書かせた

利用者が勝手に歩いたのが悪い

利用者へこれからは
移動の際、職員に声
をかけるようお願い
した

自分で勝手に歩か
ないよう抑制した

リスクマネジメントを再発防止志向型で考える



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・・・

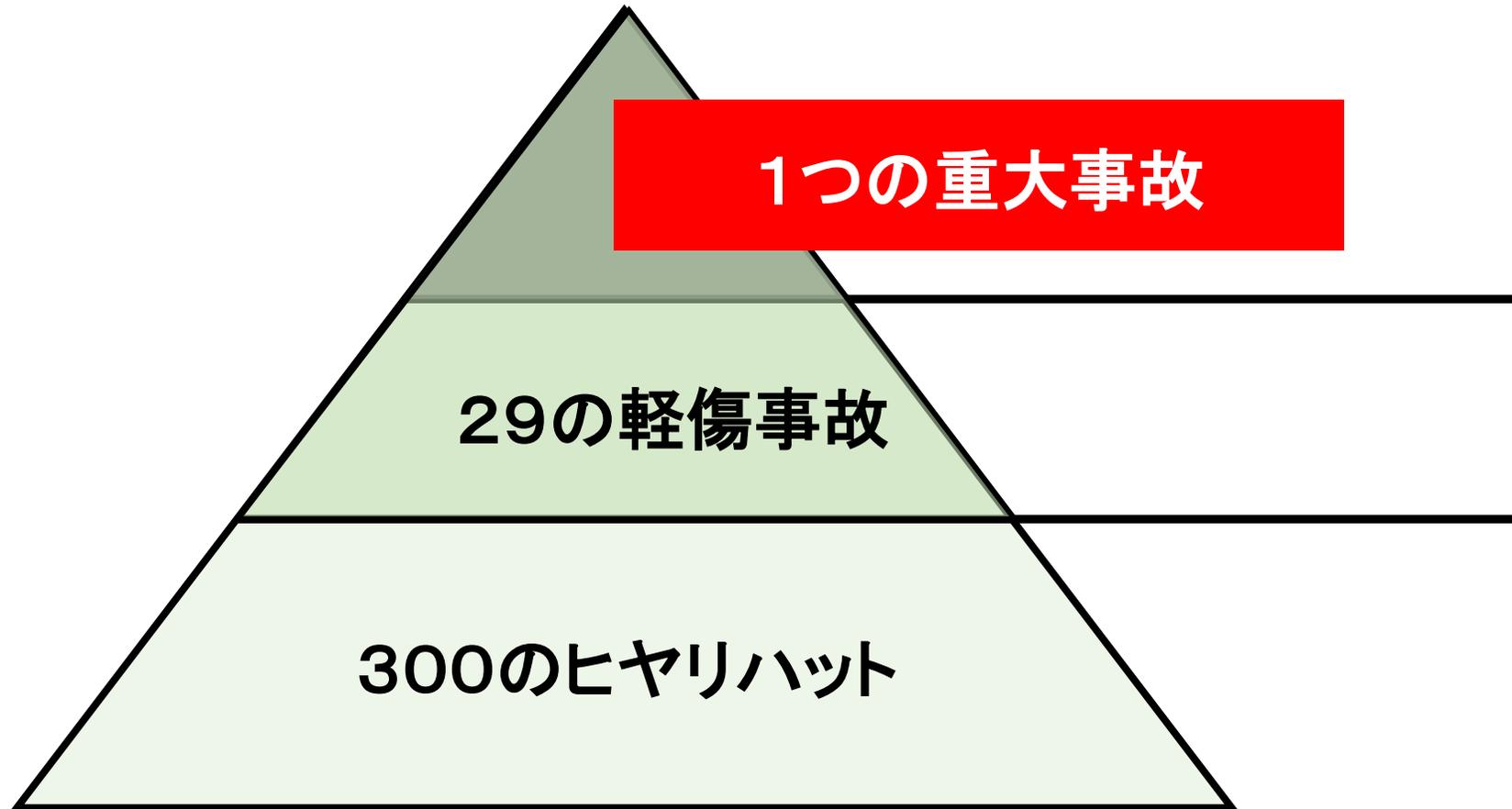
- 事実を把握できない
 - 分析ができない
 - 対応がとれない
 - 教訓をつかみとれない
- ◎ つまり・・・次の事故を未然に防止できない

◇ 報告する勇気と報告できる雰囲気

◇ プロとして、人としての倫理観

◇ 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、
全体の問題として把握、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】



不安全行動 ? 00...00 ? 不安全状態

◆ 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？

➤ 組織としての視点

- 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、何でもモノが言える雰囲気
- 日常的なコミュニケーション

◆ 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？

➤ 個人としての視点

- 相手の目線、立場に立って考える
- 相手に理解できる、共有できる言葉で説明する
- 利用者と一緒に支援を組み立てる
- プロ意識、向上心
- 高い倫理観
- 「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>

- ① SHELL(シェル)分析
- ② RCA(Root-Cause-Analysis)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＝職員の技術・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」

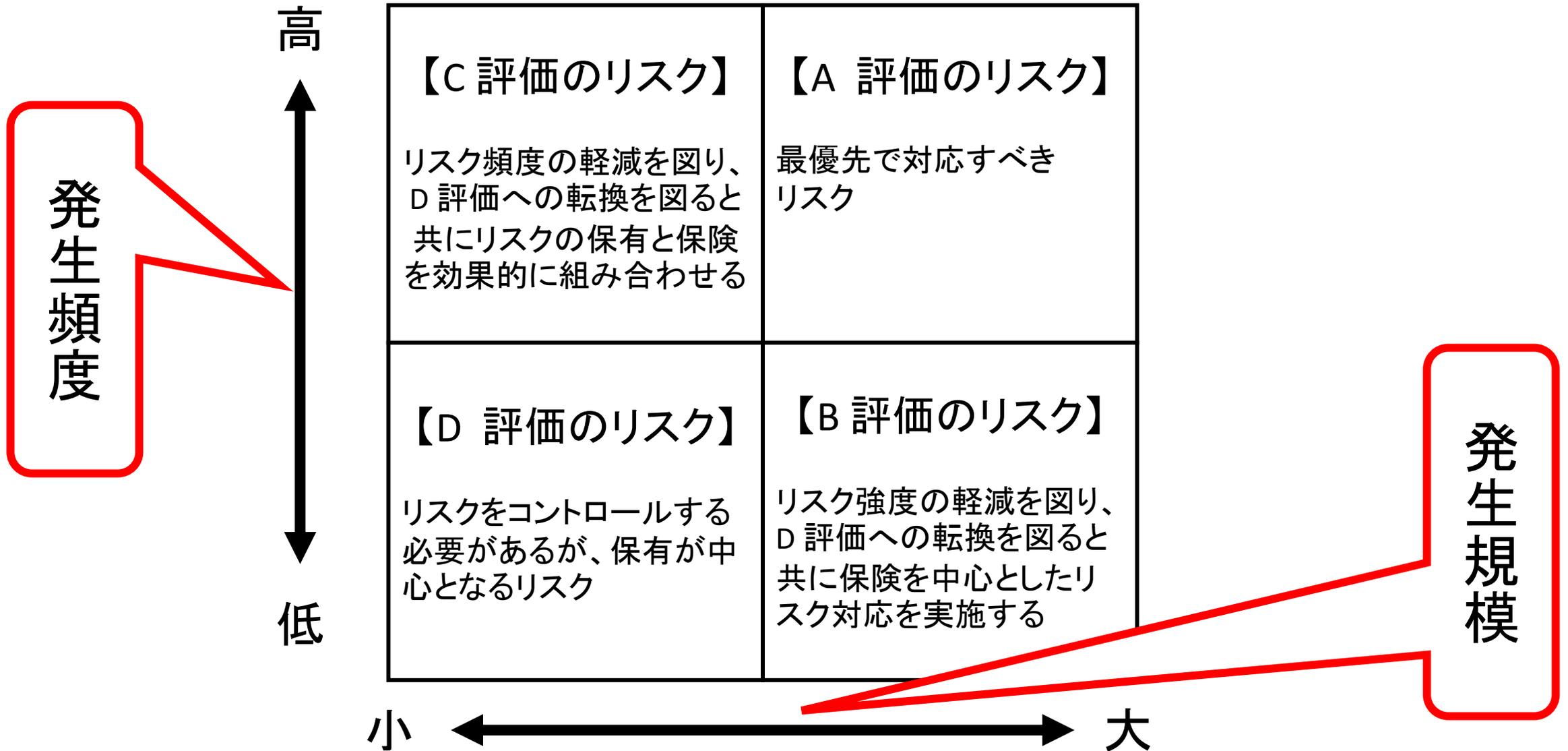
◆ どうやって事故やヒヤリハットを分析するのか？

＜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	<ul style="list-style-type: none">・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	<ul style="list-style-type: none">・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	<ul style="list-style-type: none">・浴室入り口と浴槽の位置関係が悪く、職員が入り口に立つと浴槽が見えない	<ul style="list-style-type: none">・浴槽の位置を改装する
環境(E): 生活環境 労働環境	<ul style="list-style-type: none">・入浴を嫌がり、騒いでいる利用者がいた	<ul style="list-style-type: none">・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	<ul style="list-style-type: none">・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	<ul style="list-style-type: none">・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

◆ 優先順位をつける(リスクの評価)

リスクの大きさ = 発生頻度 × 発生規模



■ KYT について

K (危険)

Y (予知)

T (トレーニング)

(補足資料参照)

ヒューマンエラーの確率を軽減させるための働きかけとして代表的な対策は「**危険予知**」です。提示された場面に関し、どのような危険が予測されるかについて気づくためのトレーニングです。

KYT(危険予知トレーニング)の目的は、危険への感受性を鋭くすることや、問題解決能力を向上させることにあります。

KYTシート

実施	年 月 日	チーム名： リーダー： メンバー：	■配：
----	-------	-------------------------	-----

- 1ラウンド どのような危険が潜んでいるか (思いつくまま、危険要因をあげてみよう)
- 2ラウンド これが危険のポイントだ (危険発生確率と深刻さ：重要危険要因=○、特に危険=◎)

番号	要因 (一なので)	行動 (一して)	現象 (一になる)
1			
2			
3			
4			

- 3ラウンド あなたならどうする (危険要因◎を解決するために、具体策を考えよう)
- 4ラウンド 私たちはこうする (最も重要な実施項目※を絞り込み、それを実施するための“チーム行動目標”を設定)

◎No.	※印	具 体 策

チーム行動目標	
→するときは	
→して	
→しよう	
ヨシ!	
指差し呼称	
実施後の評価	

KYT 4ラウンド法

第1ラウンド

どのような危険が潜んでいるか
洗い出す

第2ラウンド

重要危険要因の抽出

第3ラウンド

設定した危険要因解決の具体策

第4ラウンド

チーム行動目標の設定

実際の作業室を活用してのKYT（お題）



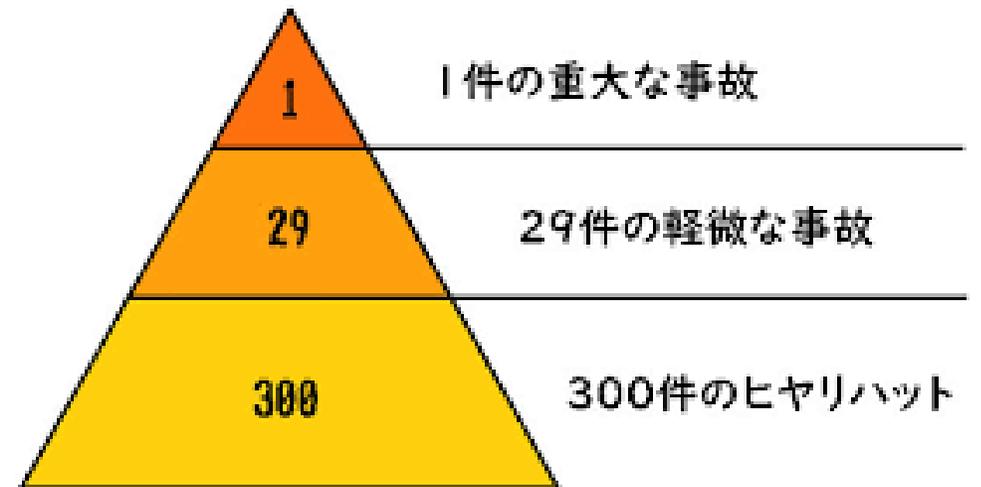
番号	要因 (~なので)	行動 (~して)	現象 (~になる)
1	床にコードが伸びているので	利用者さんが躓いて	転倒してしまう
2	電話中の職員が利用者さんに背を向けて座っている	利用者さんに何か起きていても気づかず	大きな事故に発展してしまう
3	机の上に消毒液が置いてあるので	利用者さんが飲んでしまい	誤飲事故になる
4	利用者さんが上靴を履いていないので	画鋲などを踏んで	怪我をしてしまう

◎ No.	※印	具 体 策
No 2		利用者さんを把握できる位置に電話を設置する
	※	電話を取る時も利用者さんに背中を向けない
		職員2人を確保し、死角ができづらくする
		PHSなど、携帯型の電話にする



チーム行動目標	
~するときは	電話をかけるとき、又は取る時は
~して	利用者さんの方に体を向けて
~しよう	周囲を把握する視野を確保しよう
ヨシ!	
指さし呼称	TRS ヨシ! (TEL・利用者さん・視野)

■ 函館一条 リスク管理室について



函館一条の事故報告書の書き方 (補足資料参照)

<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

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、口にチェック(☑)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。(自動車事故も含む) ※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「ハット」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。
担当者氏名	・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(☑)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(☑)を付け、具体的に記載して下さい。
発生場所(略図記入又は写真添付)	・施設内・外ともに、平面図又は地図を描き発生した地点を赤字にて明記して下さい。
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(☑)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(☑)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	・分かり易い絵で描いて下さい。怪我等の部位には赤色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(☑)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(☑)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要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…最初に主任・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に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。 ・危険予測についても、いずれかにチェック(☑)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(☑)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。

函館一条の 事故・ヒヤリハット報告書 (補足資料参照)

- 内容の細かい部分は、リスク担当者と一緒に仕上げる
- 報告者、該当者、事故の内容、発生場所などを記載する

理事長	フックス事務局長	センター事務局長	相談管理者	QI管理者	委員	課長補佐			

提出年月日 令和〇年〇〇月〇〇日

報告者	職名 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)に事発の直前のみ	
発生日時	令和〇年〇〇月〇〇日 午後〇時〇〇分			
該当者氏名	〇〇 〇〇 (〇〇才) (男・女)			
該当者氏名	(才) (男・女)			
該当者氏名	(才) (男・女)			
該当者氏名	(才) (男・女)			
発生場所	<input type="checkbox"/> 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 I 2階世話入室)			
	<input type="checkbox"/> 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"/> 分道上 <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) 的 <input type="checkbox"/> 利用者による迷惑行為(対利用者) <input type="checkbox"/> 利用者による迷惑行為(対スタッフ) <input type="checkbox"/> 虐待行為 <input type="checkbox"/> 不法行為			
	物 <input type="checkbox"/> 建物 <input type="checkbox"/> 備品 <input type="checkbox"/> 器具・什器 的 <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:) 輦 <input type="checkbox"/> 私用車(車種名:)			
	受傷者の氏名 怪状等の部位 (正面) (背面)			
		怪状等の状況		
		<input type="checkbox"/> 怪状等特になし <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()		※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。



函館一条の 事故・ヒヤリハット報告書 (補足資料参照)

- 発生前・発生時の状況、報告、事後対応について記載する

ファインドメモ

月日	事業所	報告者
R 2 / ()	<input type="checkbox"/> センター <input type="checkbox"/> ワークス <input type="checkbox"/> 上湯川 <input type="checkbox"/> GH () <input type="checkbox"/> よいあすセンター <input type="checkbox"/> ()	
時間 :		

※5W1Hで記入して下さい。

発生前の状況	事故発生当日の朝、〇〇〇にかみゆのかわに世話人が来店し、朝食の準備と共に世話人室から各利用者の確認をしてから取手を持ち出し、1階食堂のテーブルにセットした。その際に夜間支援員が、日付や朝食後輩からの確認を行った。また、担当者が朝食係に菓子を飲み終えるまでの見守りをしていた。		
発生時の状況 (誰が何を何故、どうやって等、事実を客観的に記入)	第一発見者(世話人(〇〇))、その場にいたスタッフ(夜間支援員(〇〇))、事故発生当日の午後〇時に、〇〇にかみゆのかわへ夕食の準備にきた世話人が世話人室で各利用者の取手を整理していたところ、担当者が朝食後に取手を脱取の準備1回を発生した。その旨、当日朝の対応した夜間支援員へ電話で事の概要を知らせがあった。これを報告し、夜間支援員からGHサービス管理責任者(〇〇)へ連絡した。		
発生報告	〇〇サービス管理責任者(〇〇)に連絡した時刻 GH管理責任者(〇〇)に報告した時刻 緊急事態が直前に発生した時刻	令和〇年〇〇月〇〇日 年 〇 月 〇 日 時 〇 分 〇 秒 令和〇年〇〇月〇〇日 年 〇 月 〇 日 時 〇 分 〇 秒 令和 年 月 日 午前/午後 時 分 秒	報告者氏名(夜間支援員(〇〇)) 報告者氏名(〇〇GH管理責任者)
事故発生からの対応	対応日時 〇月〇〇日 〇:〇〇 対応者 夜間支援員(〇〇) 〇月〇〇日 〇:〇〇 対応者 GHサービス管理責任者	対応内容 1 サービス管理責任者へ連絡して状況を報告、現在、該当者の様子に体調等の変化がないことを確認した。 2 事故の概要をGH管理責任者(〇〇)とワークセンター長管理責任者(〇〇)に報告、〇〇管理責任者から家族へ連絡することを確認した。 3	
特記事項	取手を済ませた確認をした時点で安心してしまっ。また、全ての菓子の種類が揃っているかの確認を行った。		
反省事項	〇〇を事前に予見できた 〇〇を事前に予見できなかった		
必要なこと	①就労年数 〇 年 ②その時刻をしていたか (利用者)が食事中の見守りと、他利用者の出勤前の準備、送り出し) ③忙しみの感覚は □かなり忙しい □忙しい □多少 □中とりがあった □かなり中とりがあった) ④健康状態について □ふつう □少し悪化があった □悪化があった □腰痛不足 □その他) ⑤精神状態について □ふつう □気分が良かった □イライラしていた □集中力がなかった) □不安であった □心配事があった □不快感があった □他) □他)		
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記入) 午後〇時にワークセンター長〇〇管理責任者から電話へ連絡、状況の説明と謝罪を行う。 ※協議の場合、必ず家族または新講師(常務顧問)へ状況を報告し、様子内容も記載する。 (指導監督者より)		
改善策等	発見者の再発(上司の指導も踏まえて記入) 今後は世話人と夜間支援員、両者の役割を明確にして、その都度、確認し合いながら対応する。 また、世話人室から世話人が菓子を持ち出す際、夜間支援員が取手を準備する時に菓子の種類・日付等の内容を確認した時に指差し確認を徹底する。		
備考	(記入者: GH管理責任者〇〇) 上記の改善策を推進して欲しい。また、菓子の保管方法についての教員向け定例会議の連絡会議等で検討した結果の議事録を後日提出して欲しい。指導監督者へ添付資料として提出します。		
※事故に対しての処置及び結果	記入日: 令和〇年〇〇月〇〇日 記入者名: 〇〇 〇〇		
処置の必要性の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [事故の発生] <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 他		
是正計画の内容	・後日、職員会議またはGH連絡会議で事故発生状況と検証し、対応策を立案する。 ・函館市指導監督者へ事故発生状況書を提出。 ・事故報告書については、オンブズマン会議および理事会にて報告する。		
是正計画の承認	令和 年 月 日 承認 令和 年 月 日 承認	承認者 承認者	
是正計画の結果確認	令和 年 月 日 確認 令和 年 月 日 確認	承認者 承認者	

※印以下はリスクマーカーが記入

函館一条の授産製品に関する 事故・ヒヤリハット報告書 (補足資料参照)

授産製品等事故報告書

多機能型事業所
ワークセンター一条

番号: C

理事長	ワーク室長	センター室長	施設管理係	QH管理係	ワーク室副室長	課長	課長補佐

提出年月日 令和 年 月 日

報告者	姓 名	氏 名	印
発生日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前-午後 時 分頃		
授産作業名			授産製品名
報告の分類	<input type="checkbox"/> 事故(アクシデント)としての報告		<input type="checkbox"/> ヒヤリハット(事故回避)
発生場所	施設内	<input type="checkbox"/> 事務棟 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 介護棟 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 作業棟 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> (上通川) <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> 作業室 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> 更衣室 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> シャワー室 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> スロープ・ハウス	事故の詳細と処理等
	施設外	<input type="checkbox"/> 公道上 <input type="checkbox"/> 公共施設 <input type="checkbox"/> 商店・店舗 <input type="checkbox"/> その他:	
事故の経緯	作業の段階	<input type="checkbox"/> 作業中(準備を含む) <input type="checkbox"/> 納品後(クレーム)	<input type="checkbox"/> 想定される原因
	車両	<input type="checkbox"/> 公用車(車種名:) <input type="checkbox"/> 私用車(車種名:)	
特記事項	<input type="checkbox"/> 事故を予測できた <input type="checkbox"/> 事故を予測できなかった		
あなたについて	①就労年数 年 月 日 ②その時刻をしていたか () ③忙しさの感覚は <input type="checkbox"/> かなり忙しい <input type="checkbox"/> 忙しい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ゆとりがあった <input type="checkbox"/> かなりゆとりがあった ④健康状態につき <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 何か苦痛があった <input type="checkbox"/> 夜尿があった <input type="checkbox"/> 聴覚不足 <input type="checkbox"/> その他() ⑤精神状態につき <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 気分が沈んでいた <input type="checkbox"/> イラついていた <input type="checkbox"/> 集中力がなかった <input type="checkbox"/> 不安であった <input type="checkbox"/> 心配事があった <input type="checkbox"/> 不快感があった <input type="checkbox"/> 睡状態であった <input type="checkbox"/> 曇りがあった <input type="checkbox"/> その他()		
管理者から	(記入者名:)		

与薬における事故防止マニュアル

与薬における事故防止マニュアル

社会福祉法人 両館一条

◎ 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・職員へ周知する。

4. 誤与薬に気づいた時

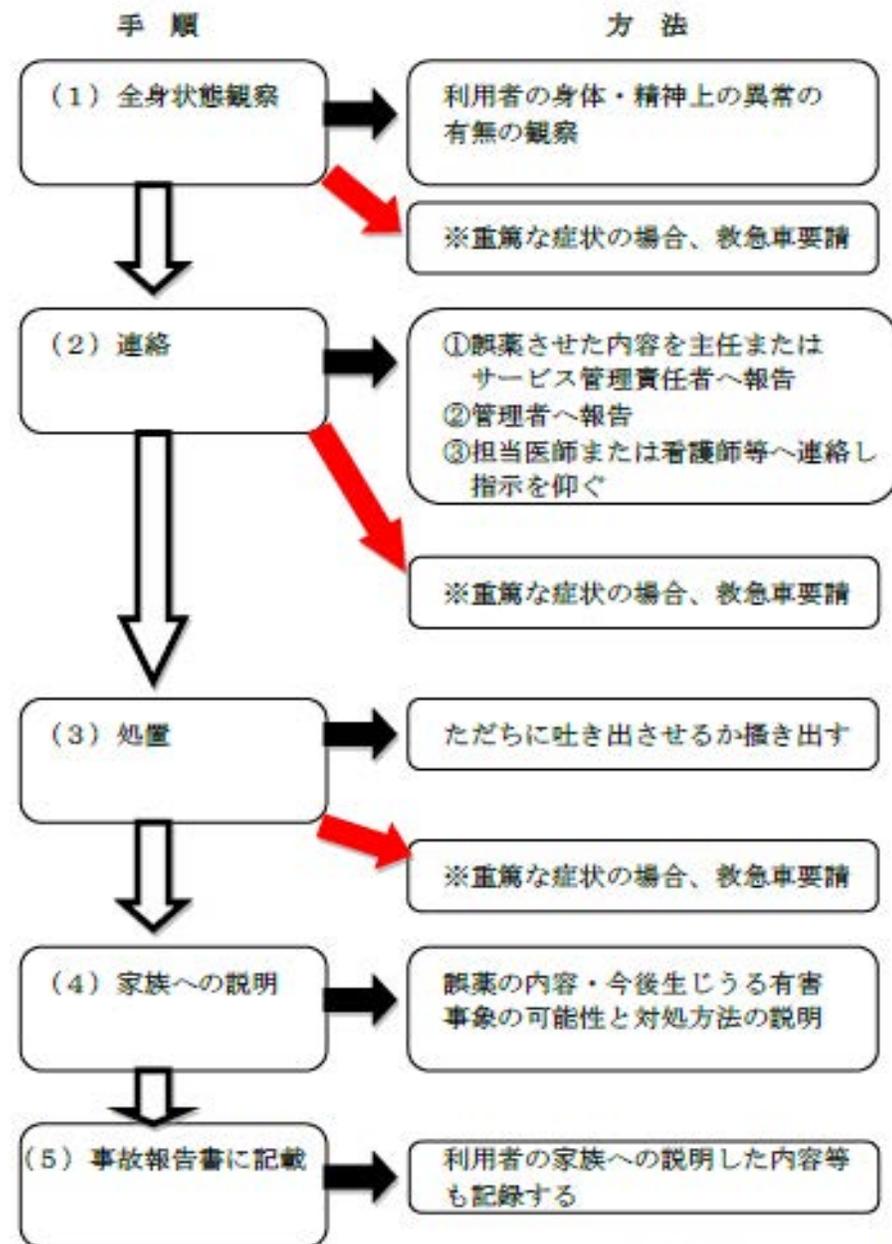
- ① 直ちに吐き出させるか掻き出す。
- ② 主任またはサービス管理責任者、管理職に状況報告をする。
- ③ 水分を多量に摂らせる。
- ④ 薬の内容を確認して医師または看護師等に相談する。
- ⑤ ヒヤリハット報告、または事故報告書を提出して全員に周知徹底する。

5. GH対応時の与薬

- ① 服薬する前日に、世話人室で世話人（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、世話人（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、本人の前で薬に記載されている内容を、本人または世話人（支援員）が読み上げてから服薬する。

6. 与薬過誤時の対応

「フロー図」



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"> 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役でも対応できるようにするとともに、担当者には必ず引き継ぐ。 （電話番号） 0138-50-3777 （FAX） 0138-50-3788 （担当者） ○○ ○○ 																								
2	<p>「福祉オンブズマン」の設置</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業者は、利用者の人格侵害を防止するため、「福祉オンブズマン」を設置している。 <p>福祉オンブズマン 040-0042 函館市○○町○番○○号 ○○法律事務所内 福祉オンブズマン会議事務局 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>函館市社会学級連絡協議会会長</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		○ ○ ○ ○	函館市社会学級連絡協議会会長		○ ○ ○ ○	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																							
	○ ○ ○ ○	函館市社会学級連絡協議会会長																							
	○ ○ ○ ○	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"> 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。 担当者が必要であると判断した場合は、管理室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。） 検討後、翌日までには必ず具体的な対応を行う（利用者等への説明・謝罪など） 記録を台帳に保管し、再発防止に役立てる。 <p>* 具体的な対応方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 利用者・家族の人格擁護を第一とする。 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。 苦情が出た場合、すぐに対応する。 苦情に対して、基本的に管理者が説明や謝罪を行う。 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。 苦情は、正当な理由なく第三者に漏らさない。 																								
4	<p>その他の参考事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 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） 家族との連絡を常にとり、連携に努める。 																								

苦情受付書 (補足資料参照)

受付日	平成 年 12 月 14 日 (金) 曜日	苦情の発生時期	/12/14	受付№	2018.02
記入者	木田 祥平		苦情の発生場所	函館バス車内(湯川→増川入り口)	
申出人	氏名(フリガナ)		住所	※ 特に連絡は不要なので…とのこと	
	利用者との関係	本人、親、子 <input checked="" type="checkbox"/> その他(詳しくは書き添え)			
(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 分類	①福祉サービスの内容に関する事項 ②個人の嗜好・選択に関する事項 ③財産管理・遺産・遺言 ④制度、施策、法律に関する要望 <input checked="" type="checkbox"/> ⑤その他(公共交通機関利用トラブル)			
	みちのく銀行湯川支店から函館バスに乗車してくるワークセンター一条の利用者()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)の隣に席にカバンが置いてあったが、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つたり、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"/> 回答がほしい <input type="checkbox"/> 調査してほしい <input checked="" type="checkbox"/> 改めてほしい <input type="checkbox"/> その他(担当者を変えてほしい)				
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"/> 確認欄()				
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"/> 確認欄()				

相談記録	8:55 ワークセンター一条に 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"> ・理事長と管理者と相談し、送迎対応することを決定。 ・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。 <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、帰りとも送迎車を利用することとした。(朝 デリカ、帰り 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、出退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>

◆ 虐待防止・権利擁護とリスクマネジメント

私たちは障がいのある方たちが尊厳を持って
生きること支援する者

この仕事は、**利用者の権利を守る仕事**です

行動制限実施計画書 (補足資料参照)

3要件

切迫性

非代替性

一時性

【行動制限の必要性について】
① 他者に対して叩く蹴るなどの暴力行為が起きた際 ② 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て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) ・自閉スペクトラム症の特性により、他者との適切な(社会的な)コミュニケーションが困難である。 ・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。 ・重度の感覚過敏、独特の感覚があるため、環境整備が必要となる。
【今後の対応・展望】
・冰山モデルによる行動分析、構造化による環境整備を行い、すべき活動への注目を促し、適切な方法で希望を伝えられるように支援を行っていく。 ・視覚的な構造化(個別スペース、衝立やカーテン)を取り入れ、刺激統制を行う。 ・イヤーマフを使用し、聴覚の刺激統制を行う。 ・カームダウンのスペースを準備し、ひとりで落ち着くことができる環境を整える。 ・適切な行動(要求カードやクレーン、ジェスチャー、言語)でコミュニケーションを行うことができた際は、即座に反応し称賛することで適切な行動を強化する。 ・ワークシステムを活用し、現在すべき活動に集中してもらう。 ・リワード(報酬)を活用し、適切に活動することのメリットを感じてもらう。 ・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。

GH一条 簡易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

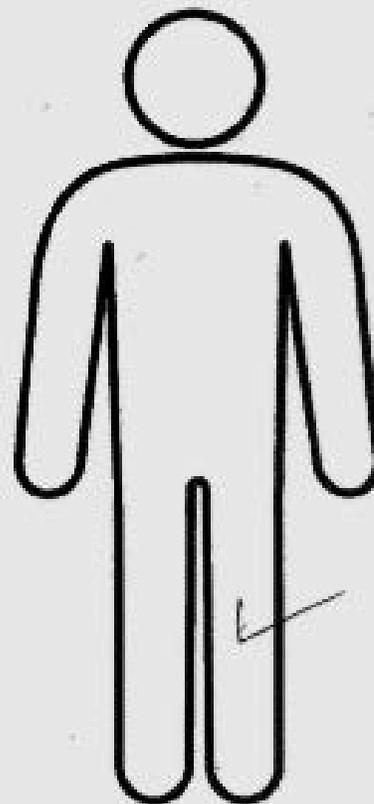
記載者

氏名

備考: 左足 ヒザ部
またら杖に荷重が
かかると
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) 1R9D 両足状況確認
歩行に支障はないと見えます。



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（毎月1回）

- KYT
- 事故報告書作成の仕方について
- 喉つまり時などの対応について
- 救急対応、AED講習等
- 権利擁護、虐待防止への取り組み
- アンガーマネジメント
- 強度行動障がい者支援について
- 事例発表
- 氷山モデルの活用、行動分析について

などなど



■ まとめ

- ① ひとりの悩みから事業所の工夫へ現場の声を最優先！
- ② トップのリードで盛り上げる
- ③ マニュアルで基本を決める
- ④ 「危険に気づく」がキーワード
- ⑤ 起きてしまった事故は対策のカギ
- ⑥ 記録でわかる事業所の姿勢
- ⑦ 利用者、保護者の声は事業所の宝



**何のための支援なのか、何のためのリスクマネジメントなのか
アリバイ作りにならないように！**

利用者さんの権利と、
自分たちの仕事の価値を
守りましょう！



「清聴ありがとうございました」