

おおさか福祉施設ネットワークぼぼろ

**施設職員のための**

**合同危機管理ガイドライン**

**( 2 0 1 2 年度改定版 )**

発行：おおさか福祉施設ネットワークぼぼろ

大阪障害者センター 事業懇話会

〒558-0011 大阪市住吉区苅田5 1 22

T E L : 06-6697-9005 F A X : 06-6697-9059

## 【目次】

1、はじめに	P 2
2：福祉制度の変わり目の中で，今求められるものとは？	
「権利性」の時代に求められるもの	P 2
「個人の尊厳」を守る支援とは	P 4
「エンパワメント」について	P 8
本人中心支援計画について	P 8
第一章 「障害者虐待防止法」施行への対応	
1：「虐待」は，なぜあってはならないことなのか	P 9
2：「障害者虐待防止法」の概要	P 10
3：「虐待」とは何か	P 11
4：虐待発生のメカニズムとは	P 14
5：不適切な支援と虐待～虐待を考える その1	P 15
6：虐待と合理化（もっともらしい理由づけ）～虐待を考える その2	P 16
7：虐待と保護者的支援（パターンリズム）～虐待を考える その3	P 17
8：虐待防止に向けた取り組み	P 17
9：虐待発生時の対応	P 19
10：最後に（身体拘束に関わって）	P 23
【資料】「自傷行為、他害行為、パニック」等の行動障害に対し、障害者（児）、周囲の者等の保護のため、緊急やむを得ず強制的対応を行う際の基本ガイドライン	P 30
虐待防止関連書式	P 32
第二章 「権利擁護」を積極的に進めるための危機管理	
1：危機管理を進めるためのシステムづくり	P 40
2 危機管理を進めていくための日常的な視点を大切に！	P 48
3 危機管理を考える上での視点	P 49
4 「リスクマネジメント」の進め方	P 53
（3）事故報告書の記載について	P 59
5 利用者の事故	P 72
6 事故検討を通して虐待を早期に発見する	P 81
7 「苦情」への対応	P 84
8 ひやりハット（インシデントレポートの活用）	P 95
【補足】施設責任のとらえかた	P 96
事故報告書・苦情受付等書式	P 98

## 1：はじめに

私たち「おおさか福祉施設ネットワークぽぼろ」では、障害者自立支援法の施行等の中で、これまでの事例や経験を教訓化し、指針に具体化することで、法人・施設の具体的実践を支援する必要があることから、苦情等の管理システムを確立するために「ネットワークポポロ」として指針等の検討を行う中で、各法人での取り組みの違いや規模の違いもあるため、画一的なマニュアルということではなく、各法人が積極的に個別対応マニュアルを作成する上での「ガイドライン」として取りまとめ、2009年12月に、「合同危機管理ガイドライン」「医療的ケアガイドライン」「虐待防止ガイドライン」の三分冊のガイドラインを示してきました。

しかし、その後、国連における「障害者権利条約」の発効、新たな日本の障害者制度のあり方をめぐる議論の中で、「障害者基本法」が抜本改定され、障がい者制度改革推進会議において、新たな「総合福祉法に向けた骨格提言」が出され、「障害者虐待防止法」が制定創設され、平成24年10月から施行されています。

こうした状況の変化に合わせて、今般、ぽぼろ研修会等で、強調されている視点を含め、補足的に「ガイドライン」を修正することとなりました。

これまでのガイドラインと合わせて、広く活用されるようお願いいたします。

## 2：福祉制度の変わり目の中で、今求められるものとは？

### 「権利性」の時代に求められるもの

特に、この数年の間の障害者福祉をめぐる動向で注目しておかなければならないことは、国連「障害者権利条約」の発効です。日本もこの条約に署名し、批准に向けて、諸種の検討が進められています。

この中で、とりわけ強調されている内容は「権利性」の問題です。また、合わせてWHOが示した「ICF（国際生活機能分類）」は、障害のとらえ方を大きく転換することを求め、いわゆる「医学モデル」としての障害の見方だけでなく、「社会モデル」としての要因や、「個人・環境」「健康状態」等も含めた、広い意味での障害にとらえ方の基準が示され、障害を単に克服することを中心とした支援から、より積極的に「できる活動」などの視点から、前向きに「個人の尊厳」を重視した支援の必要性を問う時代へと変化してきています。

こうした国際的な状況を踏まえ、日本の障害者制度の改革を求める当事者の声等を反映し、新たな障害者福祉への視点として、2011年8月に「改正障害者基本法」が公布されています。同時に、この時期、「障害者虐待防止法」も成立し、平成24年10月からの施行が定められました。

「障害者基本法」は、以下のように改正されました。

#### 主要な改正点

##### 1) 目的規定の見直し(第1条関係)

- ・全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現する

##### 2) 障害者の定義の見直し(第2条関係)

- ・身体障害、知的障害、精神障害その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁(事物、制度、慣行、観念等)により継続的に日常生活、社会生活に相当な制限を受ける状態

にあるもの

### 3) 地域社会における共生等(第3条関係)

「相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会」の実現は、全ての障害者が、障害者でない者と等しく、基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有することを前提としつつ、次に掲げる事項を旨として図る

- ・ 全て障害者は、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保されること
- ・ 全て障害者は、どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと
- ・ 全て障害者は、言語(手話を含む。)その他の意思疎通のための手段についての選択の機会が確保されるとともに、情報の取得又は利用のための手段についての選択の機会の拡大が図られること

### 4) 差別の禁止(第4条関係)

- ・ 障害者に対して、障害を理由として、差別することその他の権利利益を侵害する行為をしてはならない。
- ・ 社会的障壁の除去は、それを必要としている障害者が現に存し、かつ、その実施に伴う負担が過重でないときは、その実施について必要かつ合理的な配慮がされなければならない。
- ・ 差別等の防止に関する啓発及び知識の普及

まだまだ、多くの議論が残されているものがありますが、この改正の趣旨は、障害者福祉が、「恩恵」や「福祉の増進」といったものから、「障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現する」ことを目的とするものでなければならないこと。障害のとらえ方に「社会モデル」を職度として加えること、「地域社会での共生」「差別の禁止」をうたっていることに注目しておかなければなりません。

もちろん、障害者自立支援法においても、「サービス利用者と提供者の対等な関係確立」が改革の理念としてうたわれてはいましたが、厚労省が訴訟団との基本合意の中で、「(障害者自立支援法、とくに応益負担制度などが)障害者の人間としての尊厳を深く傷つけたことに対し、心から反省の意を表明する」と表明するように、多分に大きな問題を含んでいました。

したがって、今後どのような法が制定されるにしても、障害当事者の思いの中では、とりわけ福祉的支援における「権利性」がこれまで以上に担保されたものを求めていくという流れは、間違いありません。

合わせて、「利用契約制度」の導入は、これまで以上に、その権利性や対等性を高めるものであったことも間違いありません。こうした中で、医療や介護現場では、「医療事故」「介護事故」等に対し、損害賠償などを求める「訴訟」等も急増している実態があります。

さらに、残念ながら急増する「虐待」問題は、国民の意識を急速に高め、その対応について、施設を見る目も大きく変化しています。しかしながら、この間摘発されている「施設内虐待」は、旧態然とした「指導やしつけ」論を持って、その事象について肯定化しようとするものも多く、改めて福祉的支援のあり方が根本的に問われ始めています。

今回の改定は、こうした状況下、1、「個人の尊厳」を守る支援の質の向上 2、虐待防止法への適切な対応 3、「苦情」や「事故」にどういう視点から対応していかなければならないか等を中心に補強を

すすめることとします。

### 「個人の尊厳」を守る支援とは

#### 1) 人権とは

「基本的人権とは、人間が社会を構成する自律的な個人として自由と生存を確保し、その尊厳性を維持するため、それに必要な一定の権利が当然に人間に固有するものであることを前提として認め、そのように憲法以前に成立していると考えられる権利を憲法が実定的な権利として確認したもの」(芦部信喜著、高橋和之補訂、「憲法第四版」(岩波書店)80・81頁)をいいます。

このように、人権とは、人間としての「尊厳」を守るために認められています。

#### 2) 尊厳とは

では、尊厳とは何か。人間はこの世に生を享け、しかも一人ひとりが皆異なるがゆえに各々が他人とは違った資質を有しており、その資質を全面的に開花させていくことによって、社会の存続と発展に寄与していくというかけがえのない価値があることを尊厳といえます。特に、利用者に関しては、これまで、自分の身体的状況・精神的状況・置かれた環境の中で、自分なりに精一杯生き抜き、さらに、最期まで真摯に生を全うしようとする姿に対して最大限尊重するという観点を出発点とします。

#### 3) 利用者の権利擁護

このような利用者に対する尊厳を保持していくためには、利用者のかけがえのない価値をより開花させるべく、将来的にも、自らのイメージする生活を送っていくための権利を保障していくことが重要となります。そのためには、利用者の意思を尊重することが不可欠の前提となります。

人権について理解する際には、以下の3つの視点を意識してくとよいでしょう。

##### (1) 利用者の存在を受け入れる

第1に、利用者の存在を受け入れるということです。人間にとって、もっとも精神的に苦痛なことは、自分の存在が誰からも認められないことです。

たとえば、利用者が職員に対して挨拶をしているのに、職員がそもそも挨拶をしない。挨拶を返してくれたとしても利用者の氏名を言わない。利用者が電話で職員に訪問してほしい旨伝えているのに、まったく訪問してもらえない。等、自分の存在を無視するような接し方をされた場合には、だれも自分の存在に目を向けてくれないと感じ、非常に寂しくなり、自分などこの世にいなくなってもいいんだというような孤独感に陥れることにつながってしまうでしょう。

われわれであれば、仮に、職場で誰も挨拶をしてくれなかったとしても、場所を移動して、家に帰れば家族に挨拶をしてもらうことができ、どこかの場面で人とのつながりを実感し、孤独感から解放されることが可能です。また、新たな人間関係を形成することも可能です。

しかし、利用者の場合には、いつでも自由に移動して場所を変えることは困難ですので、同じ場所にとどまり、孤独感から解放されない時間が長期間にも及ぶ危険性が高いといえます。また、職員等の職員のみしか人間関係を形成できていない利用者も多いことから、新たに人間関係を形成して孤独感から解放されることも困難です。

よって、利用者にとっては、孤独感を感じるか否かは、職員等の職員の接し方に依存していますし、接し方一つで孤独感の程度は大きく変化するという点を肝に銘じるべきです。

ですから、職員の接し方いかんによっては、精神的虐待にも当たりうるといえます。

なお、本来であれば、事故報告書には、生命・身体・財産に対する侵害だけではなく、このように、職員の無配慮が原因で利用者を孤独に陥れた場合についても事故報告書に記載できるようになれば、職員が利用者の孤独感に気づき、その原因を分析することにつながるので、サービスの質はより高まっていくといえます。

## (2) 利用者の存在に対し、尊敬する

第2に、利用者の存在に対し、尊敬するということである。自分の存在を認められたとしても、誰からも尊敬されないのでは、結局、自己否定につながり、生きる意欲も湧いてこず、精神的には死んでいる状態に等しくなってしまうからです。

たとえば、ある利用者がヘルパー活動時に居眠りをしていたときに、「顔を覗きこまれたあげく、目の前でグーパーされた。」職員が、知的障害の利用者に対し「ちゃんと呼ぶ。等、一人の成人として尊敬の念をもって接しているとはおよそ言えない場合には、そのような仕打ちを受けた利用者が、自分のことを馬鹿にしている、自分なんて生きていても無価値である等の自己否定につながってしまうことは容易に想像できます。

特に、利用者の心理面を強く意識する必要がある。利用者の心理面をよく表している文章として、大石邦子著『この胸に光は消えず』(株)講談社)の中に次のような文章があります。

### 「この胸に光は消えず」より抜粋

某日。夜になり皆が寝静まった床の中で、冷たい麻痺の手を胸に組むと、胸に手の冷たさがしみてくる。その冷たさが私に生きてある命を思わせ、そして、それは生かされている命だと言う事を思わせる。

何のために私は生かされているのか。自分のことを自分で出来ず、世のためにも人のためにもなれない体でと、いつも繰り返される私の問だった。

宮沢賢治の妹、とし子さんは死の床で、  
「うまれでくるたて、こんどはこたにわりゃのごとばかりでくるしまなあよにうまれでくる」

と言っていたと、賢治は「永訣の朝」という詩の中でうたっていた。

私もまたそう思う。どんなに迷惑をかけたくないとねがっても、私の命がある限り、どうしても迷惑がかかってしまう。自分ばかりでなく人まで苦しめてしまう。

こんな生き方は二度としたくない。

迷惑をかけられてもみたい。頼られて生きてもみたい。来世があるなら、人のために、ともに苦しみ、ともに働けるような人間に生まれていきたい。人に迷惑をかけられることもない、頼られることもない、こんな寂しさにまさる寂しさがあるだろうか。

こんな体であっても、確かに自分の命は愛しい。こんな命なら命なりに、正しく全うしたいとも思う。苦しければ苦しいほど、自分の人生は、自分自身の問題として受けとめてゆかねばならないとも思っている。

それに私は、自らの意志で、障害者施設への道も、病院でのこれ以上の生活をも

選ばず、一人の家庭人として生きる道を選んだのだ。

もはやここが弱い者たちの保護地帯でないことも十分覚悟の上からだった。これからこそが、本当の意味での闘病であり、生きることとの闘いになるのかも知れない。

眠れぬ床で、しみじみそんなことを考えていた。

この文章が示すように、利用者は、できれば自分のことは自分でやるのはもちろん、人の役立ちたいという気持ちを強く持っているといえます。しかしながら、心身の機能低下に伴い人の世話になればならない辛さ、寂しさ等の精神的葛藤の中で、なお最期まで生を全うしようとされている。私たちが感動を覚えるのは、その人なりに今の精神的・身体的・社会的条件の中で、自分なりに自分の能力を最大限活用とされるその真摯な生きざまに触れたときです。私たちはこのような感動を覚えたとき、心から「この人はすごい。」と思い、尊敬できると思います。

たとえば、プロ野球と高校野球を観戦していて、どちらに感動を覚えるのか。プロ野球の方が技術は高いはずなのに、高校野球に感動を覚える人が多くいると思います。それは、高校球児が自分たちの力を精いっぱい発揮して、最期まであきらめずに試合に真摯に取り組んでいる姿に感動するのではないのでしょうか。私たちは、目の前にいらっしゃる利用者の真摯な生き方に触れて、感動を覚えすごいと思うことが重要です。

また、すごさを感じるには、私たちがその人のことを具体的に知る必要があります。たとえば、あなたが、12秒で100メートルを走れるとして、100メートル走を10秒で走るXと14秒で走るYがいた場合に、どちらがすごいと感じますか。10秒で走るXに対してすごいと思うでしょう。では、事実を付加して、Xが、100メートル世界保持記録者のウサイン・ボルトだとしたら、Yが、体重200キログラムを超えた小錦だとしたらどうでしょうか。Xも自分よりも速く走るのだからすごいと思うでしょうが、Yもすごいと感じるでしょう。つまり、あなたよりも記録が劣るけれども、体重200キログラムを超えている条件の中で、14秒を出すというのはやはりすごいと思うということです。

このように、私たちは、様々な条件の中で最大限力を発揮している人に対してすごいと思っていることが分かります。

そこで、私たちは、利用者に対してすごさを感じて、尊敬していくには、利用者の情報をできる限り多く収集することが必要となることが分かります。100メートル走の例でいうと、もし、記録だけ聞いて、14秒で走った人がどんな人が聞かなければ、Yのことをすごいとは思わなかったはずで、利用者に対して尊敬できないのは、利用者の情報を収集しようとしなからであって、情報を収集していけば、その人なりのすごさを必ず実感できることになるはずで、

### (3) 利用者が生きていく上でのこだわりを大事にする

最後に、利用者が生きていく上でのこだわりを大事にするということです。

こだわりを実現していくことこそが、自分が今この世に生きているんだという証となり、生きようとする意欲を高めことにつながるものであり、こだわりを実現できないと自分がこの世に生きていくという証を失い、ひいては精神的死を意味することにつながってしまいます。利用者のこだわりを発見し、こだわりを実現していく中で、利用者は、自己肯定感もったり、自信を深めたり等の幸福度を高めていく



ことにつながります。

そこで、職員は、利用者の幸福度を最大限高めるために、その前提として、積極的に利用者一人ひとりの尊敬できる点を探し出して、それを利用者にも伝え、利用者が自分の存在を肯定的に受け入れることができるように努める中で、利用者の生きる意欲を高めていくことができます。その上で、利用者の生きる意欲の源となるようなこだわりを発見し、そのこだわりを実現していくことで、利用者の生活の質を高めていくことが重要です。そのためには、利用者の生活歴、これまでの人生の歩み、時代背景、現在の心身の状況、現在の生活の様子等の情報を多角的に収集し、利用者を全人格的に理解していくことが必要不可欠です。それらの情報を的確に収集していくには、利用者の状況に合わせたアセスメントシートを活用する必要があります。また、収集した情報を読み取り、利用者の意思を推測し、利用者またはその家族に推測した意思を確認し、その意思をいかにサービスに実現していくのかが重要となっていきます。

このように、情報を収集したアセスメントシートに基づいて、多角的に利用者の意思を分析し、個別支援会議等により活発な意見交換を通じて、利用者の意思を合理的に推認していき、現在、いかなる生活を送りたいと望んでいるのかを分析し、その意思に沿ったサービスを管理者的・保護者的ではなく、利用者本位の視点から提供していくことが望まれます。

このような過程を踏まずに、利用者の真の意思に反して、職員が恣意的に個別支援計画書を立てて、実行した場合には、民事上債務不履行に基づく損害賠償責任を負う余地が生じるばかりではなく、利用者が望んでいる介護サービスを受けさせないという点で介護放棄にあたる余地もありますし、逆に利用者が望んでいないサービスを強制したとして心理的虐待にあたる余地もあります。

### 参考：マズローの欲求段階説



1.生理的欲求(physiological needs):生理的体系としての自己を維持しようとする欲求であり、具体的には食物、水、空気、休養、運動などに対する欲求である。

2.安全・安定性欲求(safety-security needs):安全な状況を希求したり、不確実な状況を回避しようとする欲求である。

3.所属・愛情欲求(belongingness-love needs):社会的欲求(social needs)ともいわれ、集団への所属を希求したり、友情や愛情を希求したりする欲求である。

4.尊敬欲求(esteem needs):自己尊厳を希求する欲求であり、具体的には、他人からの尊敬や責任ある地位を希求したり、自律的な思考や行動の機会を希求したりする。後者は、とくに自律欲求として、独立に考えられることもある。

5.自己実現欲求(self-actualization needs):自己の成長や発展の機会を希求したり、自己独自の能力の利用および自己の潜在能力の実現を希求したりする欲求である。



ただし、先の「欲求段階説」にも紹介されるように、当事者の言葉は、そのまま要求されない場合もあります。それぞれの主張を「欲求・欲望・要求」等のレベルで正しく理解し、本人のエンパワメントを高めながら、主体的要求に広げていく支援も併せて重要となります。基本的には人の成長や生きがいは、まさにその人の固有の主体形成が大きくかかわっていくものであり、「訓練やしつけ」ではないことを十分理解しておくことが大切です。

### 「エンパワメント」について

エンパワメント（Empowerment）とは、力（power）をつけるという意味であり、人が自分で問題や課題を解決することができる社会的技術や能力を獲得することをいいます。福祉サービスを受ける立場にある利用者は、サービス提供者との間で情報、力関係において格差があることから、受け身となり、あきらめやおそれの気持ちで暮らすようになります。普段から遅い、ダメだと叱られ続けることにより、本当に自分はダメな人間だと思い込むようになってしまい、自分を抑制し無力感を抱いてしまいます。

このような受け身で無力化された利用者について、希望を述べていいのですよと力づけ、言うことで自分の望みを実現するということを学び、自分で環境を変える力をつけるよう支援することをエンパワメントといいます。主体性を確立していく支援ということができます。

最近、こうした支援が福祉的支援の中で注目されています。「自己選択・自己決定」等当事者主権を実現するための支援を実現していく上で不可欠な自己覚知や主体形成が重視されるようになってきているからです。

こうしたエンパワメントを行っていく上では、様々な情報の提供や支援者との関係性を含め留意していくことが重要で、インフォームドコンセント（正しい情報を得た上での合意）・アカウントビリティ（説明責任）等の十分な保障も求められます。

### 本人中心支援計画について

また、総合福祉部会からの骨格提言の中では、こうした個人の尊厳を尊重した支援計画の重要性がうたわれています。その内容は以下のようになっています。

（１）本人中心支援計画とは、障害者本人の希望に基づいて、相談支援事業所（地域相談支援センター、総合相談支援センター）の相談支援専門員が本人（及び支援者）とともに立案する生活設計の総合的なプランとする。本人の希望を聴き取り、その実現にむけた本人のニーズとその支援のあり方（インフォーマルな支援も含めたもの）の総合的な計画策定となる。

（２）本人中心計画の策定の目的は、障害者本人の思いや希望を明確化していくことであり、それを本人並びに本人とかかわりのある人（支援者を含む）と共有し、実現に向けてコーディネートしていくことである。

（３）本人中心支援計画立案の対象となるのは、セルフマネジメントが難しい意思（自己）決定に支援が必要な人である。なお、本人中心の支援計画の作成に参加するのは、障害者本人と本人のことをよく理解する家族や支援者、相談支援専門員である。

こうした視点を明確にした、福祉的支援が今後求められていくこととなります。

## 第一章 「障害者虐待防止法」施行への対応

すでに、私どもは、2009年のガイドラインで、「虐待防止ガイドライン」を明示してきました。

虐待防止に関する法律は、児童虐待防止法（H12）、DV防止法（配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律）（H13）、高齢者虐待防止法（H17）がありましたが、この度障害者虐待防止法（H23.6.17）が成立し、平成24年10月1日から施行されています。

ただし、こゝの法律によるまでもなく、厚労省は再三にわたって、通知等を出し、障がい者虐待の防止への取り組みの強化を指導してきました。

厚生労働省 障害者虐待防止についての勉強会（H17.2.18～5.30）

厚生労働省 障害者（児）施設における虐待の防止について（H17.10.20）

厚生労働省 障害者（児）施設等の利用者の権利擁護について（H20.3.31）

厚生労働省 障害者（児）施設等の利用者の権利擁護について（H22.9.21）

合わせて、近年近畿圏や大阪府下においても、様々な施設内虐待等が指摘され、その改善を求める措置等が行われてきています。

あらためて、こうした状況に鑑み、旧前のガイドラインをベースにして、更なる防止強化のためのガイドラインの補足を行うこととします。

### 1：「虐待」は、なぜあってはならないことなのか

まず第一に、こうした「虐待」が行われてはならない事由をしっかりと認識することが大切です。

#### 虐待の問題性

虐待は人の尊厳性を侵す

人はそれぞれの個性、人格を持っており、個人としてかけがえのない存在です。

人はかけがえのない存在だからこそ、私たち自身を大切にしなければならず、自分以外の人たちも大切にしなければなりません。

#### 「虐待」が与える利用者への影響

何よりも理解しておかなければならないことは、「虐待」を受けた人たちへの影響の問題です。一般的に、被虐待児・者への影響として、以下のようなものがあるとされています。

- ・身体的影響（愛情遮断症候群）
- ・知的、認知的発達への影響
- ・トラウマ反応（心的外傷）PTSD（心的外傷後ストレス障害）
- ・「無差別的愛着傾向」
- ・「虐待的人間関係の再現傾向」
- ・感情コントロールの障害
- ・暴力その他の問題行動

- ・境界性人格障害等

厚労省の「身体拘束ゼロ作戦」の中でも、身体的弊害・精神的弊害・社会的弊害が指摘されているように、その人の成長や人間形成上にも大きく深刻な影響を与えることがあるだけに、決して「行われてはならない行為」として徹底した根絶が求められています。

虐待防止は、この意味では、単に法律に定められているという以上に、人として決して行われてはならないものとして理解しておくことが大切です。

## 2 : 「障害者虐待防止法」の概要

今般の虐待防止法の概要は、以下のようなものとなっています。

### 虐待防止法の規定対象

家庭，施設，職場，学校，医療機関（学校，医療機関については、「虐待を防止するために必要な措置を講ずる」ことと簡単に定められているだけです。）

（以下は施設従事者による虐待に関する部分について説明します）

### 虐待の種類

- 一 障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、又は正当な理由なく障害者の身体を拘束すること。（身体的虐待）
- 二 障害者にわいせつな行為をすること又は障害者をしてわいせつな行為をさせること。（性的虐待）
- 三 障害者に対する著しい暴言若しくは著しく拒絶的な対応その他の障害者に著しい心理的外傷を与える言動又は不当な差別的言動を行うこと。（精神的虐待）
- 四 障害者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、当該障害者福祉施設に入所し、その他当該障害者福祉施設を利用する他の障害者又は当該障害福祉サービス事業等に係るサービスの提供を受ける他の障害者による前三号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の障害者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。（ネグレクト）
- 五 障害者の財産を不当に処分することその他当該障害者から不当に財産上の利益を得ること。（経済的虐待）

< 虐待の種類におけるポイントは >

- ・身体的虐待の中に「正当な理由なく障害者の身体を拘束すること」が含まれる
- ・心理的虐待に「不当な差別的言動」が例示されている
- ・ネグレクトには、他の利用者による本人への虐待行為（いじめなど）を放置することが含まれる施設設置者、事業者の行うべき障がい者虐待防止等の措置

研修の実施及び苦情処理体制の整備

通報，届出

施設従事者による障がい者虐待を受けたと思われる障がい者を発見した者は「速やかに、市町村に通報しなければならない」

発見した人は誰でも、本人の生命身体に重大な危険が生じているか否かに関係なく通報すべき

施設従事者による障がい者虐待を受けた障がい者は、その旨を市町村に届け出ることができる通報を受けた場合の措置

市町村長又は都道府県知事は、社会福祉法（苦情解決制度）、障害者自立支援法（§48～§50）その他関係法律の規定による権限を適切に行使する

～情報収集，特別監査，公表，指導，改善命令，業務停止，認可取消など～

市町村障害者虐待防止センター，都道府県障害者権利擁護センター

福祉事務所又は府，市が設置する施設が各センター機能を果たすようにする

府は連絡調整，情報提供が中心，市町村は関係機関・民間団体等との連携協力体制の整備，相談，助言，支援を行う

虐待を受けた障がい者の自立の支援

国及び地方公共団体は，虐待を受けた障がい者が地域において自立した生活を円滑に営めるよう，居住場所の確保，就業支援その他必要な施策を講ずる

消費者被害への対応

成年後見制度の市町村長申立，利用促進

今般の虐待防止法は，決して虐待を行った人を罰する法律ではありません。被虐待者の保護と虐待者への支援が主なものです。

ただし，身体的虐待の過度なものや，精神的虐待等は，別の法律（刑法や民法等）によって，処罰や損害賠償請求等の対応を受けることとなります。

### 3：「虐待」とは何か

では，具体的な「虐待」とはどのようなものを指すのでしょうか。厚労省のマニュアルに書いてある内容やこの間報道された記事等を紹介します。

厚労省「市町村・都道府県における障害者虐待の防止と対応」（H24.3）

障がい者虐待の例

区分	内容と具体例
身体的虐待	暴力や体罰によって身体に傷やあざ，痛みを与える行為。身体を縛りつけたり，過剰な投薬によって身体の動きを抑制する行為。 【具体的な例】 ・平手打ちする・殴る・蹴る・壁に叩きつける・つねる・無理やり食べ物や飲み物を口に入れる・やけど，打撲させる・身体拘束（柱や椅子やベッドに縛り付ける，医療的必要性に基づかない投薬によって動きを抑制する，ミトンやつなぎ服を着せる，部屋に閉じ込める，施設側の管理の都合で睡眠薬を服用させるなど）
性的虐待	性的な行為やその強要（表面上は同意しているように見えても，本心からの同意かどうかを見極める必要がある） 【具体的な例】 ・性交・性器への接触・性的行為を強要する・裸にする・キスする・本人の前でわいせつな言葉を発する，又は会話する・わいせつな映像を見せる

<p>心理的虐待</p>	<p>脅し，侮辱などの言葉や態度，無視，嫌がらせなどによって精神的に苦痛を与えること</p> <p>【具体的な例】</p> <p>・「ばか」「あほ」など障がい者を侮辱する言葉を浴びせる・怒鳴る・ののしる・悪口を言う・仲間に入れない・子ども扱いする・人格をおとしめるような扱いをする・話しかけているのに意図的に無視する</p>
<p>放棄・放任</p>	<p>食事や排泄，入浴，洗濯など身の世話や介助をしない，必要な福祉サービスや医療や教育を受けさせない，などによって障がい者の生活環境や身体・精神的状態を悪化，又は不当に保持しないこと</p> <p>【具体的な例】</p> <p>・食事や水分を十分に摂らさない・食事の著しい偏りによって栄養状態を悪化させる・あまり入浴させない・汚れた服を着させ続ける・排泄雄介助をしない・髪や爪が伸び放題・室内の掃除をしない・ごみを放置したままにしてあるなど劣悪な住環境の中で生活させる・病気やけがをしても受診させない・学校に行かせない・必要な福祉サービスを受けさせない，制限する・同居人による身体的虐待や心理的虐待を放置する</p>
<p>経済的虐待</p>	<p>本人の同意なしに（あるいはだますなどして）財産や年金，賃金を使ったり，勝手に運用し，本人が希望する金銭の使用を理由なく制限すること</p> <p>【具体的な例】</p> <p>・年金や賃金を渡さない・本人の同意なしに財産や預貯金を処分，運用する・日常生活に必要な金銭を渡さない，使わせない・本人の同意なしに年金等を管理して渡さない</p>

「障害者虐待防止マニュアル」(NPO法人 PandA-J) を参考に作成

**新聞報道された虐待事案**（記事は新聞社の取材によるので，事実関係はここに記載されているものとは異なっている可能性がある）

施設関係者が通報。

入所者が職員に投げられ大腿部を骨折したとされる。入所者は重度の知的障がいがあるため事情を聴くことができない。投げたとされる職員は、「コップを割って廊下に逃げた入所者を追いかけて一緒に倒れた」と説明。施設長は，暴力であることは否定し，その上で，「対等では利用者に言うことを聞いてもらえない。怖いこともないといけない」と話している。

施設では，**利用者を犬，ネコに例え，しつけをすればトイレができるようになる旨の発言が行われるなどしていた。**

半数の職員が「自傷，他害行為を抑えるときに力業が出ることもある」と暴力行為を肯定する発言をしたという。

職員が入所者の顔面をたたき唇を数針縫うけがを負わせた。職員は「自分の頭を床に打ち付ける行為を注意するため頭をたたこうとしたら避けられ手が唇に当たった」と釈明している。

入浴の際に湯を飲もうとする入所者を止めようと職員が頭を洗面器でたたいた。

施錠した部屋への隔離や，手足を縛るなどの拘束をしていたが，施設側は要件を満たしていたかどうかをきちんと記録していない。

施設の研修生が所属学校を通じ通報。

入所者に職員が馬乗りになったり叩いたりする体罰を確認。

パニック症状を起こした際などに、体の一部を引きずったり馬乗りになったりする体罰もあったが、けがをした入所者はいなかった。

施設長は、「隣の人のおかずを取り上げた者に対して手の甲をたたくことは虐待だと思っていなかった。認識が甘く、深く反省している」と述べた。

施設の職員らは、「周りに迷惑をかける人には（体罰が）当たり前の方法だと思っていた。注意する人もいなかった」と話している。

暴れて寝ころんだ利用者を引きずって足にけがを負わせた。

指導に従わない利用者を床に押し倒した。

指導員がふざけて利用者にプロレス技をかけた「不適切行為」。

定められた手続きをとらないまま利用者を外から施錠できる個室に隔離した。

施設側は、「虐待の認識はあまりなかった」と説明しているという。

市民が通報。

階段の踊り場付近で暴れて寝ころんだ利用者の両腕を職員がつかみ階段をひきずって2階に連れて行き、その結果、利用者の足に痣ができた（身体的虐待）。

利用者に対して、「ペナルティとして作業には行かせない」「所長に言うぞ」等と日常的に言葉による脅迫を行っていた（心理的虐待）。

施設から飛び出した利用者を連れ戻すに際し、暴れる利用者の腕をつかんで壁に押し付け、いやがる利用者を引っ張るように施設に連れ戻ったり、また、縫合した傷口に触れないよう＝利用者の両手を拘束し、手首に擦過傷ができてたりした（不適切な支援）。

隔離は、他害行為等のある利用者について、静養室（外側から施錠した場合に内側から開けることができない）及び居室（ドアにつっぱり棒を用いて隔離する、施錠する）において行われていた。

静養室や居室における利用者に対する行動制限については、手続き（本人・家族等への書面同意、妥当性についての組織判断、記録等）に関して不備があり、不適切なものであった。やむを得ない場合の判断（切迫性、非代替性、一時性）も行われていなかった。

これらの事例から浮かび上がるのは、

- ・通報により発覚しているものがある
- ・「虐待」でなく「不適切な支援」とされている例がある（虐待を考える その1参照）
- ・正当行為・しつけであるとの弁解がある（虐待を考える その2参照）
- ・虐待との認識なく行われているものがある（虐待を考える その3参照）
- ・身体拘束の要件が判断されていなかったり、手続が守られていないケースがある（身体拘束ゼロ作戦参照）



## 4：虐待発生メカニズムとは

では、こうした施設内虐待は、どうして起こるのでしょうか、一般的には、発生メカニズムには、以下のような内容があると言われています。

### 法人の抱える問題

- ・入所施設への潜在的な需要
- ・社会の要求に対する入所施設の対応の遅れ
- ・理事会等の法人運営の形骸化
- ・施設長のマネジメント能力の不足
- ・職員が虐待を発見して上司に伝えても、最終的な解決につながらない。
- ・権利擁護システムの機能不全

### 利用者・家族の立場から

- ・障害や介護依存による自己主張力の低下
- ・職員の顔色を見ながら生活をしている
- ・「お世話になっている」という意識から、思っていることを自由に言えない
- ・「やめさせられるかもしれない」という恐れ
- ・密室性

### 職員の抱える問題

- ・個人の尊厳に対する認識が希薄になっている。虐待行為を利用者の問題行動に原因があるととらえ、虐待の原因が利用者にあるという認識をしてしまう。
- ・適切な自己評価が出来なくなる（自己有能感の危機的状況：力で押さえつける）
- ・コントロール欲求が強くなる（何でもコントロールしなければならない）
- ・「救済者ファンタジー」（保護者的意識。私でなければダメから「見捨てる」へ）
- ・「意欲」と「技術」のギャップ（これだけ一生懸命なのに。ケアの方法が分からない）
- ・体制の不十分さを口実にしてしまい、実態への感覚がマヒ。  
（多くの場合、やむをえない・必要悪としてしまう。）
- ・虐待の主体が同じ施設の職員である場合、同僚職員が声を上げにくい。
- ・福祉職場でのストレスの増大

特に「懲戒権」（身体的・精神的）の乱用の禁止規定については、この間、かなり厳密に取り扱われています。  
（しつけ・指導の乱用と拡大解釈はゆるされません。）

介助する側、される側という立場の理解も大切な視点です。

介助される側からいえば、拒否できない介助であればあるほど、身辺自立の依存関係（スケジュール管理、指示、個人的自由の抑制、機械的対応、気兼ね、あきらめ）が高まり、この関係性が精神的依存関係へと発展（個人の尊厳への絶望、情報の不足、指示まち現象、自己判断の欠落）していくことが指摘されています。こうした関係性についても相手の立場を十分理解し、個人の尊厳を重視していくことが大切です。

～引用：知的意障害者施設に虐待が発生する背景：山口県立大学重岡修～



## 5：不適切な支援と虐待～虐待を考える その1

行政の指導や施設の弁解において、「不適切な支援」という言葉が出てきます。虐待とまでは認定できないけれど、適切な行為でないことは明らかな不十分な支援という理解と思われれます。

しかし、権利侵害は、軽度のものから連続的に悲劇的なものとなっていくものです。

仮に、その支援が「不適切な支援」と呼ばれるとしても、人の尊厳を傷つけたり、人格を侵害する行為として問題ありと考えられる以上、是正すべきことには変わりはありません。「不適切な支援」というものは、実は「虐待」であるにもかかわらず、その実態を覆い隠すために都合よく使われているかもしれません。不適切な支援と呼ばれても、その言葉に惑わされずに、1つ1つ丁寧に取り上げ、改善方法を考えていく心構えが必要です。

厚生労働省は、こうした問題について、「安易に不適切な支援等で、問題を解消してはならない。」旨の通知（「高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」第2条第5項に基づく高齢者虐待の解釈について（厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長平成22年9月30日発0930第1号）を出しています。

### 不適切な支援と虐待

- ・声かけなく、いきなり車いすを押して移動させる
- ・利用者が頼んだことに「ちょっと待ってね、後でね」と言い、何もしない
- ・利用者が職員を呼んでも「はい、はい」というだけで何もしない
- ・利用者を子ども扱いする言動 「 ちゃん」「あの子」
- ・管理者、被管理者の力関係 職員を「先生」と呼ぶ
- ・言葉による支配 「言うこと聞かないとご飯食べさせないよ」「 してはダメ」
- ・パニック時に手を強く引いたり体を壁に押しつける
- ・隣の人の食べ物を取ろうとしたときに手の甲を叩いてやめさせる
- ・けんかの仲裁時に頭を叩いたり羽交い締めにする
- ・施設の忙しい時間帯や夜間に動き回らないよう部屋に入れて鍵をかける

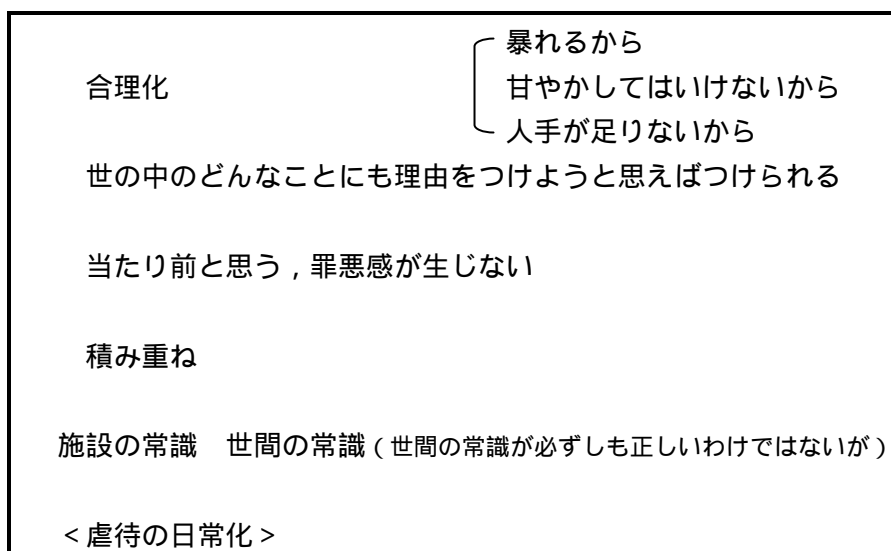
この例で、どれが「不適切な支援」で、どれが「虐待」か区別するのは難しいのではないのでしょうか。

虐待防止についての厚生労働省マニュアルでは、虐待であるかどうかの認定をすることになっているので、虐待であるかどうかは一応認定することになります。しかし、上記の各行為のいずれかが虐待であると認定されなかったとしても、どれをとっても改善の必要があり、このことを忘れては、真に人の尊厳を大切にする支援が行われているとは言えません。

## 6：虐待と合理化（もっともらしい理由づけ）～虐待を考える その2

もう一つの問題は、「体制がないからやむをえない」等の合理化により、虐待が成長するという問題です。

この間、大阪府下の施設内虐待でも、こうした合理化の弁明が出されています。



たとえば，

「ちゃん」の呼称について

「コミュニケーション手段だ」「本人が呼んでほしいと言っている」との理由づけがよく聞かれます。

これに対しては，

本人と双方向で行われているか，職場の上司を~~を~~ちゃんと呼んでいるか

自分の心のどこかに本人を子ども扱いする心理がないか

上記の理由づけは思いつきの理由づけ，深く検討しない理由づけなのではないか

など，理由づけが本当に納得できるものかよく点検してみてもはどうでしょう。

こうした，日常の一つ一つの現状をしっかりと見直していくことが大切な作業となります。こうした点検は，「虐待」が引き起こされてからでは遅すぎます。何よりも，「個人の尊厳」が傷つけられることの意味をいつも考え続けることが重要な視点といえます。

慣れてしまうと，見えているはずのものが見えてこなくなります。

最初は不自然なことだと思っても，そのうちに日常的な見慣れた風景になり，変だ，不自然だと思わなくなってしまう。

そうになると，変だと思わないかと聞かれても，変ではないという理由を考えるようになります。

たとえば，廊下でいつも横になって寝転がっている利用者がある場合，慣れるとそれがありふれた風景になり，その横を何もなかったように自然に通り過ぎるようになります。

人が廊下で横になっているのは変だと思わないかと聞かれると、「そこで寝ているのが好きだから」と答えます。

そこに人がいるのを見ているのに、見えていないのです。

同様に、聞こえているはずのものも聞こえてこなくなります。

## 7：虐待と保護者的支援（パターナリズム）～虐待を考える その3

保護者的支援というのは、支援者が保護者的考えから、自分の考える本人のためによかれと思う支援を行うものをいいます。それは悪意から行われるものとは限りませんが、ときとして押し付けとなり、支援者の思うとおりに本人がしない場合に、本人を怒りの対象とすることにもなりかねません。

個人の尊厳を守るという考えからは、本人の意思を考え、それに沿って支援するということが望まれます。

保護者的支援 VS. 本人意思尊重型支援

< 保護者的支援 >

- ・ 本人のためにはこうした方がいい
- ・ こうしなさい
- ・ どうして私の言うとおりにしないのか？
- ・ してやっているのに！
- ・ 逆らうのか！
- ・ 言うことを聞け！

< 本人意思尊重型支援 >

- ・ 本人はなぜこういう行動をしているのだろう？
- ・ 本人はなぜこれをしないのだろう？
- ・ 本人の行動の原因は何だろう？
- ・ 本人は何をしたいのだろう？
- ・ 本人は何を考えているのだろう？
- ・ 本人の過去の行動にヒントはないだろうか？

## 8：虐待防止に向けた取り組み

では、こうした虐待防止への取り組みはどう進めればよいのでしょうか？

まず、以下のような視点を日常的に職員に徹底していくことが必要となります。

基本的な、人権侵害や虐待がなぜ禁止されるのかの意義の徹底すること。（人権侵害が引き起こす個人への影響）

制度上求められる職員の責務を理解すること。

三つの仕組み；情報公開・苦情解決・第三者評価

五つの義務；説明責任・守秘義務・安全配慮義務・身体拘束禁止・記録管理

支援する側・される側の立場の相違点を理解すること。（絶えず相手の立場に立つことの大切さ）

障害児・者支援の専門性の向上をはかること。

- ・自己選択・自己決定と発達保障の視点
- ・親の要求はそのまま本人の要求とは限らない
- ・「発達保障」と訓練・しつけとは似て非なる支援
- ・個人の発達要求をどう引き出していくか，まさに本人と支援者との共同の作業
- ・「見守り」とネグレクトとは似て非なる支援
- ・自己の気づきを引き出すための「見守り」と無視・軽視（ネグレクト）
- ・福祉労働の専門性とは，  
    ケア 選択 継続性 変革 価値の共有
- ・人権擁護の専門性
- ・人権擁護の視点，関係性・立場制の理解（アイコンタクト・呼称）
- ・コミュニケーション技術

通報等による不利益取扱いの禁止

障害者虐待防止法では，

刑法の秘密漏示罪その他の守秘義務に関する法律の規定は，障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の通報を妨げるものと解釈してはならないこと（この旨は，養護者による障害者虐待についても同様。）（第16条第3項）

障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の通報等を行った従業者等は，通報等をしたことを理由に，解雇その他不利益な取扱いを受けないこと（第16条第4項）

が規定されています。こうした規定は，障害者福祉施設等における障害者虐待の事案を施設等の中で抱えてしまうことなく，早期発見・早期対応を図るために設けられたものです。

ただし，これらの規定が適用される「通報」については，虚偽であるもの及び過失によるものを除くこととされています。

障害者虐待の事実もないのに故意に虚偽の事実を通報した場合には，そもそも第16条第1項に規定する「障害者虐待を受けたと思われる障害者」について通報したことにはなりません。したがって，通報が「虚偽であるもの」については，「障害者虐待を受けたと思われる障害者」に関する通報による不利益取扱いの禁止等を規定する第16条第4項が適用されないこととなります。

また，「過失によるもの」とは「一般人であれば虐待があったと考えることには合理性がない場合の通報」と解されます。したがって，虐待があったと考えることに合理性が認められる必要がありますが，そう考えたことに合理性があるのであれば，不利益取扱いは受けません。

なお，平成18年4月から公益通報者保護法が施行されており，労働者が，事業所内部で法令違反行為が生じ，又は生じようとしている旨を 事業所内部， 行政機関， 事業者外部に対して所定の要件を満たして（例えば行政機関への通報を行おうとする場合には，不正の目的で行われた通報でないこと， 通報内容が真実であると信じる相当の理由があること，の2つの要件を満たすことが必要です。）公益通報を行った場合，通報者に対する保護が規定されています。

## 公益通報者に対する保護規定

### 解雇の無効

その他不利益な取扱い（降格，減給，訓告，自宅待機命令，給与上の差別，退職の強要，専ら雑務に従事させること，退職金の減給・没収等）の禁止障害者福祉施設の管理者や従事者等に対して，このような通報等を理由とする不利益な取扱いの禁止措置や保護規定の存在を周知し，啓発に努めることが必要です。

セルフヘルプ等，自己コントロールも大切な課題です。

今，なぜ，こうした問題が大きくクローズアップされているのかをしっかりと受け止めて（子どもの権利条約や障害者権利条約等，人権の世紀），「だから，仕方がない。」では，解決しない，権利侵害の深刻さを認識することが重要です。

だからこそ，「絶対あってはならない」ことを出発点にすることから，工夫が生まれます。

また，職員自身も，労働条件や親との関係も切り結ぶことの大変さなど，「しんどいこと」がいっぱいあります。でも「学びあい，支えあう」ことによって，大きな信頼関係を広げていくことも大切です。

## 9：虐待発生時の対応

こうした取り組みの中でも万が一にも事業所内での虐待が発生した場合の対応について，先の厚労省ガイドラインでは，以下のような対応を行うとされています。

### 障害者虐待の判断に当たってのポイント

虐待であるかどうかの判断に当たっては，以下のようなポイントに留意します。このとき，虐待かどうかの判断が難しい場合もありますが，虐待でないことが確認できるまでは虐待事案として対応することが必要です。

#### ア 虐待をしているという「自覚」は問わない

虐待事案においては，虐待をしているという自覚のある場合だけでなく，自分がやっていることが虐待に当たると気付いていない場合もあります。また，しつけ，指導，療育の名の下に不適切な行為が続けられている事案もあるほか，「自傷・他害があるから仕方がない」ということが一方的な言い訳となっている場合もあります。

虐待している側の自覚は問いません。自覚がなくても，障害者は苦痛を感じたり，生活上困難な状況に置かれていたりすることがあります。

虐待しているという自覚がない場合には，その行為が虐待に当たるということを適切な方法で気付かせ，虐待の解消に向けて取り組む必要があります。

#### イ 障害者本人の「自覚」は問わない

障害の特性から，自分のされていることが虐待だと認識できない場合があります。また，長期間にわたって虐待を受けた場合などでは，障害者が無力感から諦めてしまっていることがあります。こ

のように障害者本人から訴えの無いケースでは、周囲がより積極的に介入しないと、虐待が長期化したり深刻化したりする危険があります。

#### ウ 親や家族の意向が障害者本人のニーズと異なる場合がある

施設や就労現場で発生した虐待の場合、障害者の家族への事実確認で「これくらいのことは仕方がない」と虐待する側を擁護したり虐待の事実を否定したりすることがあります。

これは、障害者を預かって貰っているという家族の気持ちや、他に行き場がないという状況がそういう態度を取らせているとも考えられます。家族からの訴えがない場合であっても、虐待の客観的事実を確認して、障害者本人の支援を中心に考える必要があります。

また、市町村等からの調査が行われる場合、以下のような調査が行われることとなっています。

#### 調査項目

##### ア 障害者本人への調査項目例

###### 虐待の状況

- ・ 虐待の種類や程度
- ・ 虐待の具体的な内容
- ・ 虐待の経過

###### 障害者の状況

- ・ 安全確認・・・関わりのある障害者福祉施設従事者等（虐待を行ったと疑われる職員は除く）の協力を得ながら、面会その他の方法で確認する。特に、緊急保護の要否を判断する上で障害者の心身の状況を直接観察することが有効であるため、基本的には面接によって確認を行う。
- ・ 身体状況・・・傷害部位及びその状況を具体的に記録する。
- ・ 精神状態・・・虐待による精神的な影響が表情や行動に表れている可能性があるため、障害者障害者の様子を記録する。

障害者の様子を記録する。

- ・ 生活環境・・・障害者が生活している居室等の生活環境を記録する。

###### 障害福祉サービス等の利用状況

###### 障害者の生活状況 等

##### イ 障害福祉サービス事業所等への調査項目例

###### 当該障害者に対するサービス提供状況

###### 虐待を行った疑いのある職員の勤務状況等

###### 通報等の内容に係る事実確認，状況の説明

###### 職員の勤務体制

###### その他必要事項 等

##### ウ 調査を行う際の留意事項

###### 複数職員による訪問調査

訪問調査を行う場合には、客観性を高めるため、原則として2人以上の職員で訪問するようにします。

###### 医療職の立ち会い

通報等の内容から障害者本人への医療の必要性が疑われる場合には、訪問したときに的確に判断し迅速な対応がとれるよう、医療職が訪問調査に立ち会うことが望まれます。

障害者、障害福祉サービス事業所等への十分な説明

調査にあたっては、障害者及び養障害福祉サービス事業所等に対して次の事項を説明し理解を得ることが必要です。

- ・ 訪問の目的について
- ・ 職務について・・・担当職員の職務と守秘義務に関する説明
- ・ 調査事項について・・・調査する内容と必要性に関する説明
- ・ 障害者の権利について・・・障害者の尊厳の保持は基本的人権であり、障害者基本法や障害者自立支援法、障害者虐待防止法などで保障されていること、それを擁護するために市町村が取り得る措置に関する説明

障害者や障害者福祉施設従事者等の権利、プライバシーへの配慮

調査にあたっては、障害者や障害者福祉施設従事者等の権利やプライバシーを侵すことがないように十分な配慮が必要です。

こうした、厳密な調査の結果に基づいて、障害者福祉施設従事者等による障害者虐待が疑われる場合には、個別ケース会議を開催して事例検討を行うとともに、虐待の事実についての確認を行います。

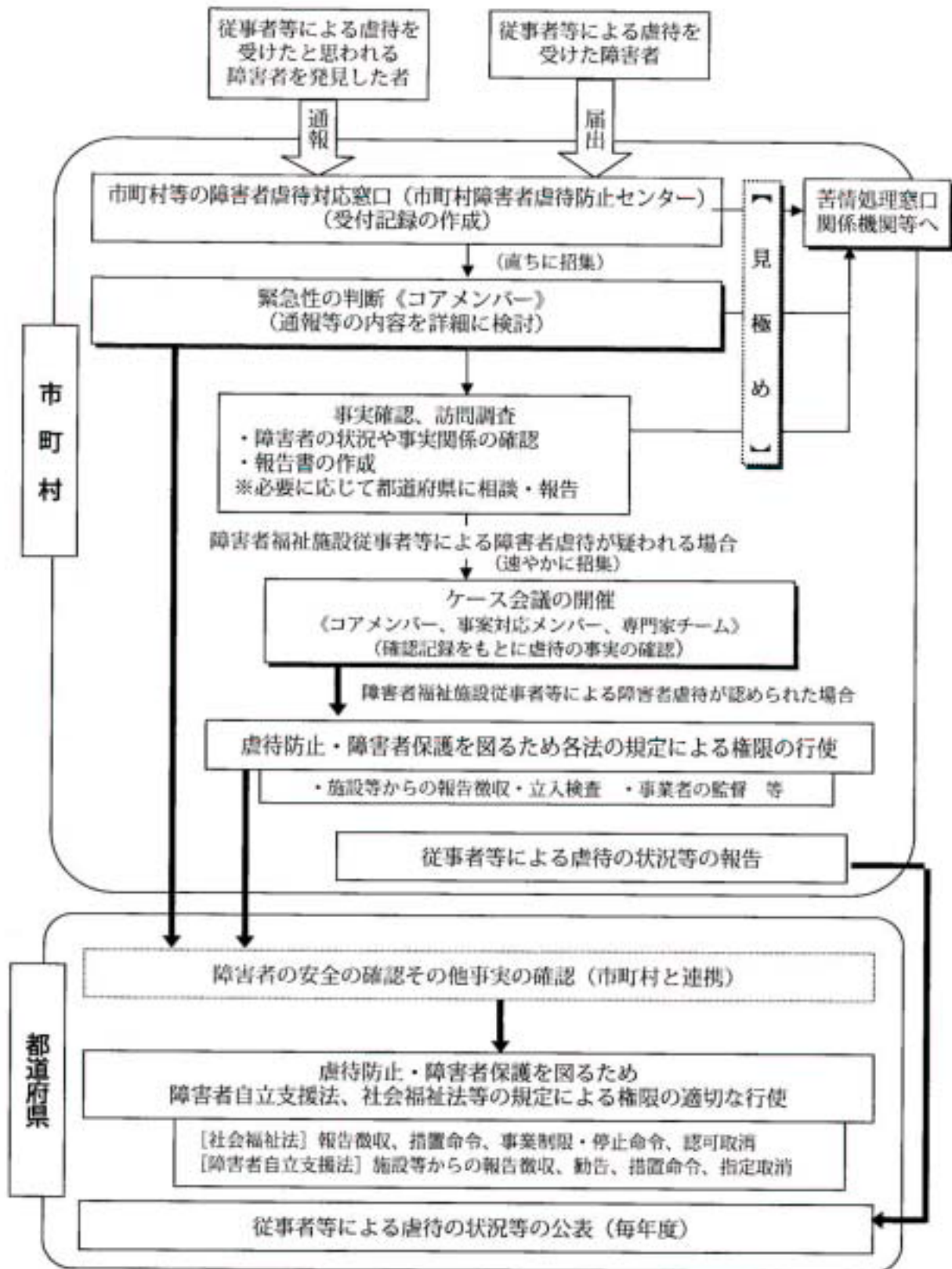
障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の事実が確認できた場合には、障害者本人や障害福祉サービス事業所等への対応方針等を協議します。

また、都道府県では、その結果報告に基づき、法的権限に基づく行政指導や、公表等を行うこととなります。

虐待そのものを決して事業所内でおこさないよう、日常的な対応が必要です。



## 障害者施設従事者等による障害者虐待への対応



## 最後に（身体拘束に関わって）

虐待は人の心の中にあります。日頃から自分の心の中を振り返ることが大切です。

具体的な、虐待防止の仕組みづくりや通報方法等は、2009年のガイドラインにも示しています。

そのポイントを再掲すれば、以下のようなスタンスが重要となります。

虐待防止に向けた経営者・管理者の方針の明確化

内部組織（虐待防止委員会）の設置，虐待防止ツール（[マニュアル](#)，[チェックリスト](#)）の整備

風通しのよい職場づくり（支援上の悩みを相談できる体制，職員の気づきを組織内でオープンに意見交換し，情報共有できる体制，不適切な対応をしなくて済むよう職員同士で指摘したり話し合ったりして取り組める体制）

職員の意識改革（心構えの問題），ケース検討などの取り組み

権威主義的になっていないか，人の尊厳を傷つけていないかを日常的に点検

質の高いサービス提供に向けた研修（[人権意識を高めるための研修](#)，[支援の知識と技術を獲得するための研修](#)，[個別支援計画を充実強化するための研修](#)）

虐待が発生した場合はその背景を把握し，発生要因を分析する

利用者についての情報収集，分析，特徴の理解

- ・生活環境との間で生じている利用者にとっての生活上の問題状況を探し，その結果に基づいて支援計画を立て，支援を行う
- ・パニック等になるのは，そうなるだけの理由がある可能性がある。パニックになる前の本人の様子や周りの状況をよく観察したり，本人の行動の背後に気持ちが不安定になるようなストレスがないかなどをチェックし，根気よく環境改善を図る
- ・一度に多くの情報を伝えず，一つ一つ情報処理できるようにする
- ・言葉でなく，絵などで情報を伝える
- ・スケジュールを理解できる形で示す
- ・否定的な言葉でなく，できるだけ肯定的な言葉を使用する

なお，今回の虐待防止法では，「身体拘束（行動制限含む）」も身体的虐待として明確に位置づけられています。

改めて，この内容については，資料を添付しておきますので，十分配慮を行えるようにしていきましょう。

## < 運営基準における虐待防止と身体拘束禁止についての定め >

障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員，設備及び運営に関する基準  
(平成18年9月29日厚生労働省令第172号)

(運営規程)

第41条 指定障害者支援施設等は、次の各号に掲げる施設の運営についての重要事項に関する運営規程を定めておかなければならない

～ (略)

虐待の防止のための措置に関する事項

「障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員，設備及び運営に関する基準について」(平成19年1月26日障発第0126001号)における解説。

「虐待の防止のための措置」については、「障害者(児)施設における虐待の防止について」(平成17年10月20日付け当職通知)により、施設における虐待を未然に防止するための対策及び虐待が発生した場合の対応について、地方自治体に向け技術的助言を行っているところであるが、より実効性を担保する観点から、指定障害者支援施設等においても、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応が図られるための必要な措置について、あらかじめ運営規程に定めることとしたものである。具体的には、

ア 虐待の防止に関する責任者の選定

イ 成年後見制度の利用支援

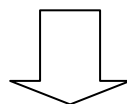
ウ 苦情解決体制の整備

エ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施(研修方法や研修計画など)等を指すものであること

(身体拘束等の禁止)

第48条 指定障害者支援施設等は、施設障害福祉サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならない

2 指定障害者支援施設等は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならない



### < 身体拘束ゼロ作戦 >

(参照：厚生労働省平成13年3月7日)

#### 1 どのような行為が身体拘束になると考えられているか

- ・徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- ・自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む

- ・皮膚をかきむしらないように，手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
- ・車いすやいすからずり落ちたり，立ち上がったりにないように，Y字型抑制帯や腰ベルト，車いすテーブルをつける
- ・立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- ・行動を落ち着かせるために，向精神薬を過剰に服用させる
- ・自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

厚生労働省の例の一部

## 2 「緊急やむを得ない場合」を判断するについての3つの要件

- ・切迫性・・・利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。本人の日常生活等に与える悪影響を勘案してもそれでもなお身体拘束が必要であることを確認する必要がある
- ・非代替性・・・身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を検討し，他に代替手段がないことを複数のスタッフで確認する必要がある。拘束の方法も最も制限の少ない方法であること
- ・一時性・・・身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。最初は「一時的」として始めた身体拘束が，時間の経過とともに，「常時」の拘束となってしまう。最も短い拘束時間を想定

身体拘束をするための要件，身体拘束を合理化する要件と考えるべきではない

「真に『緊急やむを得ない場合』として身体拘束を行っているケースは少なく，むしろ身体拘束に代わる方法を十分に検討することなく，『やむを得ない』と安易に身体拘束を行っているケースも多いのではないだろうか。」(身体拘束ゼロ作戦)

「緊急やむを得ない場合」を検討する理由

厚労省が定めている設備及び運営に関する基準に，「・・・緊急やむを得ない場合を除き，身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならない。」と定められているので，緊急やむを得ない場合とはどのような場合かを検討している

## 3 手続面での取扱

- ・「緊急やむを得ない場合」の判断は，担当のスタッフ個人(または数名)では行わず，施設全体としての判断が行われるように，予めルールや手続きを定めておく。関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する体制を原則とする。
- ・利用者本人や家族に対して，身体拘束の内容，目的，理由，拘束の時間，時間帯，期間等をできる限り詳細に説明し，十分な理解を得るよう努める。  
事前に身体拘束について利用者や家族の理解を得ている場合であっても，実際に身体拘束を行う時点で，必ず個別に説明を行う。

- ・緊急やむを得ず身体拘束を行う場合についても、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除する。身体拘束を一時的に解除して状態を観察するなどの対応をとる。

大阪府の指導では、緊急やむを得ない場合の「身体拘束」等の対応が予想される場合、個別支援計画の中でその必要性や支援の内容が明記されていること、家族等を含めた「同意書」をとっておくこと、実際発生時の記録と保護者等への報告がおこなわれていること、組織的な妥当性や対応についての検討が逐次行われていること等が指導されている。

#### 4 身体拘束に関する記録の義務づけ

・緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない。

- ・日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に係る再検討を行うごとに逐次その記録を加えると共に、それについて情報を開示し、ケアスタッフ間、施設全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有する。
- ・記録は施設において保存し、行政担当部局の指導監査が行われる際に提示できるようにしておく必要がある。

#### 5 行動障害のある利用者と身体拘束・行動制限

行動障害のある利用者が他の利用者や職員を叩いたりかみついたりその他の行動をすることがあります。このような場合に、やむを得ず身体を押さえたり部屋に閉じ込めたりして行動制限（身体拘束）することがあるかも知れませんが、このときには、上記の3要件と手続を厳密に検討しなければなりません。やむを得ないからという理由だけで安易に部屋に閉じ込めたり身体を押さえ込んだりすることは適正な判断に基づくものとはいえません。

職員が行動障害についての知識や技術が十分でない場合、対応方法が分からないまますぐ行動制限に頼るということが起こり易いです。しかし、これは危険なことです。身体拘束の要件、手続の判断があいまいなまま、とじこめや押さえ込みなどを繰り返しているうちに、行動制限が日常化し、3要件に関係なく拘束を行い、それが虐待と指摘されるまで気付かないということになります。

行動制限（身体拘束）を行う場合は、切迫している事情があるか（切迫性）、ほかに本人を鎮める方法はないか（非代替性）、制限は一時的であるか（一時性）、手続はきちんと守っているか（手続要件）を必ず施設全体としてチェックする必要があります。

#### 行動障害のある利用者への適切な支援のあり方

##### （1）いわゆる「問題行動」について

行動障害のある利用者のいわゆる「問題行動」は、利用者自身の障害特性だけでなく、環境要因との相互作用の結果と言えます。

たとえば、自閉性障害の特性は、沢山の情報を整理・処理することや、相手からのメッセージを理解し気持ちを伝えること、時間・空間を整理統合すること、変更への対応、見通しをもつことなどに困難さがあります。また、感覚過敏などの特異性、全体よりも細部に注目する特性、刺激に対する衝動性などがあります。

例えば、ザワザワした場面が苦手な利用者が、施設で日中活動に出かけるときに玄関で靴に履き替える場合、多くの利用者が玄関に集まって来ると、ザワザワして本人にとっては大変不快な環境となります。しかし、本人はコミュニケーションの困難性から、職員に不快感を訴えることができません。どのように解決すれば良いかの方法もわからず、イライラが高まってどうしようもなくなり、横にいる利用者に咬みついてしまい、職員は、やめさせるために本人を羽交い締めにして引き離し、さらにパニックを起こして暴れたため、居室に鍵をかけて閉じ込めるといったことが生じます。

この「問題行動」の原因を考えると、本人の「ザワザワした騒がしい場面が苦手」という感覚過敏などの特異性、不快感を伝えることができないコミュニケーションの困難性、どのように解決すれば良いのかがわからない理解力、判断力の困難性、刺激に対する衝動性などが考えられます。

この事例の原因は、職員が本人の障害特性を理解していないために、わざわざ本人が不快を感じる騒がしい場面に誘導した結果、「咬みつく」という「問題行動」を誘発したことが考えられます。さらに羽交い締めにしたことへの恐怖でパニックになり、居室に閉じ込められて放置されることでさらに恐怖を増幅させてしまった可能性があります。

本人は職員に対して、「自分を不快なところに連れて行き、理由もなく羽交い締めにし、それが嫌だと訴えると居室に閉じ込める怖い存在である」と認識してしまったかもしれません。玄関に行くとなんか急に記憶に蘇り、フラッシュバックを起こさせてパニックになることも懸念されます。

職員が本人の障害特性と環境要因を分析し、玄関に多くの利用者が集まってザワザワする時間帯を避けて玄関に誘導し、靴をはいて出かけたり、玄関以外の出入り口から靴を履いて出かけるなどの支援をすれば、「問題行動」を誘発しなくてもすみますし、他の利用者、職員、なによりも本人にとって安心して楽しい時間を過ごすことができます。

行動障害のある人の「問題行動」に対して重要なことは、「問題行動」の背景にある「障害特性」と「環境要因」の相互作用を明らかにして、「問題行動」を予防する支援をすることです。「問題行動」の背景を探るためには、日常の行動観察が重要になります。

## (2) アセスメント

利用者の障害特性や個別的なニーズを把握するためにはアセスメントが重要です。アセスメントは支援の基本となります。特に以下の点が重要な項目となります。

- a.好きなこと苦手なこと
- b.得意なこと・強みと弱み
- c.コミュニケーションレベル(表現性コミュニケーション,受容性コミュニケーション)
- d.ひとつひとつの場面や状況をどのように理解しているのか?
- e.「何が」わからないのか?
- f.どのような刺激に敏感又は鈍感か
- g.健康上の課題,合併する障害

## (3) 真のニーズに基づいた支援

行動障害のある人への支援で大切なことは、「問題行動」の防止と行動改善という「問題行動」に焦点を絞った支援だけではなく、それぞれの利用者の強みや長所など、よりポジティブな面を探り出し、そこから真のニーズを発見して、その実現に向けたQOLの向上のための支援を進めることにあります。

先程の事例で示した利用者の場合、「ザワザワした騒がしい場面が苦手」ですので、本人が不快を感じなくて済む静かな居住環境の支援や、見通しを持って生活できるように本人が理解でき



るスケジュール表を作成して、それを手がかりに活動ができるように支援することなどが重要です。そのことで、本人がいつも職員に指示されるのではなく、自分で自律的に生活をおくることができることにより自尊心が育ち、エンパワメントに結びつきます。

また、本人のコミュニケーション能力や特性に合わせて、「写真」や「文字」「絵」などによる「コミュニケーションカード」を導入することで、本人が気持ちや要求を伝えたときに他者が理解しやすくなり、相互のコミュニケーションが成立することで暮らしやすくなり、生活の質が向上します。さらに、環境を構造化することで、環境の意味が理解しやすくなります。

#### (4) わかりやすい環境の支援

環境をわかりやすくする手法の一つに「構造化」があります。状況がわかりにくい人に対してわかりやすい場面を用意して、意味のわかる状況を作れば適切な行動ができるという「構造化」の考え方は、自閉症の人だけでなく、重度の知的障害者にも有効です。

「構造化」では、「いつ どこで なにを どのくらい どのように 終わったら次は何」の6つの情報を伝えなければなりません。この6つの情報をわかりやすくするために4つの「構造化」を図ります。

##### 時間の構造化


「いつ」「どこで」「なにを」という情報を、文字や絵、写真など、または実物等、一人ひとりの理解レベルに応じてスケジュールを提示します。また、提示の範囲も、1日単位から半日単位、次の予定のみ等、利用者の理解度によって提示します。スケジュールの意味理解ができてくると、変化が苦手な人でも、予めスケジュールカードを差し替えることで混乱なく受け入れることができるようになります。このように本人が理解できるスケジュールを提示することで「見通し」を持ってもらうことができます。

##### 空間の構造化

「どこで」「なにを」を伝えます。テープやパーテーションなどで境界線を作り、活動場所を視覚的にわかりやすくします。利用者の中には、情報が多いと混乱する場合があるので、刺激になるような物は予めとりのぞいておくとうわりやすくなります。

一つの場所を多目的に使用すると混乱しますので、例えば、作業をするところはワークエリア、おやつはフードエリア、遊びはプレイエリアというように場所と活動を一致させると利用者にとってわかりやすくなります。

##### 手順の構造化

課題の作業手順等について、「なにを」「どのくらい」「終わったら次は何」ということが分かるように、左から右、上から下の順で、色や数字、 等の図形をマッチングすることにより、視覚的にわかりやすく整理します。

##### 材料の構造化

課題で扱う材料の組み立て方等について、手順書、指示書によって「どのように」をわかりやすく、視覚的に伝えます。プラモデルの設計図に当たるようなものです。また、サポータージュ場面（例えば、あえて材料の一部を抜いておくこと）により、適切な要求の方法を支援することもできます。

#### (5) 行動制限の廃止に向けて

「問題行動」に対処するために、身体的虐待に該当するような行動制限を繰り返していると、本人の自尊心は傷つき、抑えつける職員や抑えつけられた場面に対して恐怖や不安を強く感じるよう



になってしまいます。このような人や場面に対しての誤った学習を繰り返した結果、さらに強い「問題行動」につながり、それをさらに強い行動制限で対処しなくてはならないという悪循環から抜け出せなくなります。

行動障害に対する知識と支援技術を学び、支援をマニュアル化するなどによって職員全体で共有し、行動制限の廃止に向けて取り組むことが施設・事業所での障害者虐待を防止することにつながり、支援の質の向上にもつながります。

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部「障害者福祉施設・事業所における障害者虐待の防止と対応の手引き」p 28～31に書いてあることを要約しました

【資料】「自傷行為，他害行為，パニック」等の行動障害に対し，障害者（児），周囲の者等の保護のため，緊急やむを得ず強制的対応を行う際の基本ガイドライン

施設内における，身体拘束・行動制限は，先に紹介したが，「自傷行為，他害行為，パニック」等の行動障害に対し，障害者（児），周囲の者等の保護のため，緊急やむを得ず強制的対応を行う必要が生じる場合がある。

こうした意味で，こうした対応を行う上での，平成24年9月に，厚労省が示した「障害者福祉施設・事業所における障害者虐待の防止と対応の手引き」を下地にして基本的なガイドラインを定めるものとする。

（１） やむを得ず身体拘束・行動制限を行う場合の3要件

切迫性， 非代替性， 一時性の三条件の検証は，対応後その際の記録を管理者に提出後，適切な場での検証を行うものとする。

（２） やむを得ず身体拘束を行うときの手続き

組織による決定と個別支援計画への記載

やむを得ず身体拘束を行うときには，個別支援会議などにおいて組織として慎重に検討・決定する。この場合，管理者，サービス管理責任者，運営規程に基づいて選定されている虐待の防止に関する責任者など，支援方針について権限を持つ職員が出席している場での検討とする。

身体拘束を行う場合には，個別支援計画に身体拘束の様態及び時間，緊急やむを得ない理由を記載する。これは，会議によって身体拘束の原因となる状況の分析を徹底的に行い，身体拘束の解消に向けた取組方針や目標とする解消の時期などを統一した方針の下で決定していくために行う。ここでも，利用者個々人のニーズに応じた個別の支援を検討することとする。

特別なリスクをもつ利用者支援のためのアセスメントシート（別添）等を活用して，障害の特性等を十分アセスメントし，より適正な支援やその方法に改善について，必要に応じて適時モニタリングを行うものとする，

本人・家族への十分な説明

身体拘束を行う場合には，これらの手続きの中で，適宜利用者本人や家族に十分に説明し了解を得て，同意書等をとっておくものとする。

必要な事項の記録

また身体拘束を行った場合には，その様態及び時間，その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録する。

なお，こうした支援にあたって，過度な行動制限や利用者にとって身体的・精神的に打撃的な行為となっていないかも含め十分検証を行う必要がある。

これらの記録については，適時管理者を含めた，委員会等で検証を行い，対応等の改善に向けた内容や，こうした対応が日常化しないような支援方法についても検討を行い，内容等について全職員への周知を図るものとする。

なお，これらの検討にあたっては，専門家や第三者委員等外部からの検討委員も招へいし，より効果的な検証が行えるよう配慮する。

とりわけ、強度行動障害等の特別な配慮を行うに当たっては、機械的な分析にとどまることなく、その発生の原因や状態を適時把握し、これまで検証されてきた様々な支援手法を駆使して、より適切な支援が行えるよう、配慮を行うことが肝要である。

こうした計画策定及び、行動制限報告書式等について、以下に紹介をしておく。

【特別なリスクを持つ利用者のためのアセスメントシート】

利用者氏名	年齢 ( )
予測される リスク等の 種類 *複数可	急な転倒 つばかけ 奇声・大声 過食・過飲 異食 自傷( ) 他傷( ) 急な飛び出し 発作 器物破損 激しいこだわり ( ) 排泄関係の強い障害 ( ) その他
過去の記録 (リスク等に関 する過去の記録)	
利用者の障 害の特徴	知的障害 自閉症 注意欠陥多動障害 強迫性障害 脳性まひ てんかん その他 ( ) 自閉の特徴； 対人的相互反応 ( 非言語性行動の使用の障害・仲間関係を作ることの障害・楽しみ・興味・成し 遂げたものを他人と共有することを自発的に求めることの欠如・対人的または情緒的相互作用の欠如) 言語・非言語的コ ミュニケーション ( 言語発達の遅れまたは欠如・他人と会話を開始し継続する能力の障害・常同的で反復的な言語の使用、 または独特な言語・変化に富んだ自発的なごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如) 限局した興味と行動 ( 異常 なほど強くかつ狭い興味・習慣や儀式へのこだわり・常同的で反復的な数奇的運動・物体の一部に持続的に熱中する)
リスク発生 要因として 考えられる もの	本人要因： 発達レベル 脳器質性障害 感覚障害 身体の不調 精神科疾患 性格・気質 環境要因： 対人関係 日課・プログラム ( ) 物理的環境 ( 音 光 感触 その他 ) 不安・恐怖・緊張 ( )
利用者の特 性	a .好きなこと苦手なこと  b .得意なこと・強みと弱み  c .コミュニケーションレベル ( 表現性コミュニケーション、受容性コミュニケ ーション)

	<p>d . ひとつひとつの場面や状況をどのように理解しているのか？</p> <p>e . 「何が」わからないのか？</p> <p>f . どのような刺激に敏感又は鈍感か</p> <p>g . 健康上の課題⇐, 合併する障害</p>
その他リスク発生に関する要因	
支援上の配慮	<p>視覚的配慮</p> <p>環境的配慮</p> <p>その他支援上の配慮</p>
リスク発生時の対応	行動制限等の内容
支援へ同意	有・無      月   日      報告者 (                      )
支援内容の承認	<p>管理者 (                      )      サービス管理責任者 (                      )</p> <p>支援責任者 (                      )</p>

(別表)「コミュニケーションレベル」チェックリストと具体的配慮

	チェックリスト	質問場面での具体的配慮
レベル	<p>応答が安定しない(体調や気分左右されやすい)</p> <p>サインや、1~2語で答える</p> <p>2~3語文の質問を理解する</p> <p>「何、誰」の疑問文に答える</p> <p>1~2語文を真似していえる</p> <p>質問に対して、同じ答えになりやすい</p>	<p>場合によっては、慣れた人にたずねてもらう</p> <p>選択法を使う(二者選択法)</p> <p>絵や写真、サインマークなどを使って質問</p> <p>必要な場合は答えをうながす</p> <p>気が散らないところで質問する</p> <p>分からないときには単語の言い替えをする</p>
レベル	<p>応答にはムラもあるが、ほぼできる</p> <p>助詞が入った質問を理解する</p> <p>答えに助詞がはいる</p> <p>「どこ」に答える</p> <p>自分の「好きなこと」をいえる</p> <p>3語文を真似していえる</p>	<p>ゆっくりと話す</p> <p>応答が悪いときは、繰り返し質問</p> <p>擬音、擬態語を使ってたずねる</p> <p>絵や写真、サインマーク、印象づけを使う</p> <p>選択肢を三つ以上にし、「1番好きなのはどれ？」など順位でたずねてみる</p> <p>時間をあけて再質問する(1分~30分くらい)</p>
レベル	<p>応答がある程度スムーズにできる</p> <p>4~5語文を真似していえる</p> <p>過去にさかのぼって、答える</p> <p>「どうやって」「どうして」に答える</p> <p>道徳的に「正しい」ことがわかる</p> <p>まわりを思いやって行動する</p> <p>お金のことがある程度わかる</p> <p>時間や曜日がある程度わかる</p> <p>「もしも」の質問文に答えられるものがある</p>	<p>質問を<math>\Rightarrow</math>、書かれた文章でも示す</p> <p>ことばだけでなく選択法でも確認</p> <p>体験を例示し、理解を助ける</p> <p>過去のことを聞く際には、時計、カレンダー、日付のわかる写真などを使う</p> <p>自分はどう思っているかを聞く</p> <p>時間をあけて、再質問する。(30分~数日間)</p> <p>抽象的な質問の場合、必ず事実確認の質問をする</p> <p>事実確認：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「自分はやったことがあるか？」</li> <li>・「誰が決めたか？」など</li> </ul>

\* の各レベルは知的障害の程度に対応し、  
 おおむね = 重度, = 中度, = 軽度

上記(別表)は、湯汲英史氏((社)発達協会王子クリニック 言語聴覚士/社会福祉士)による「支援費制度下における社会福祉法人経営セミナー」(主催:全国社会福祉施設経営者協議会)講演時資料から引用。

## 強度行動障害の目安と内容例

行動障害の内容	行動障害の目安の例示
1 ひどい自傷	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをはぐなど。
2 強い他傷	噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。
3 激しいこだわり	強く支持しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルを離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。
4 激しいもの壊し	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服を何としてでも破ってしまうなど。
5 睡眠の大きな乱れ	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。
6 食事関係の強い障害	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていれず、皆と一緒に食事できない。便や釘、石などを食べ体に異状をきたしたことがある拒食、特定のものしか食べず体に異状をきたした偏食など。
7 排泄関係の強い障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁になすりつける。強迫的に排尿排便行動を繰り返すなど。
8 著しい多動	身体・生命の危険につながる飛びだしをする。目を話すと一時も座れず走り回る。ベランダの上など高く危険な所に上る。
9 著しい騒がしさ	たえられない様な大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間も続く。
10 パニックがもたらす結果が大変なため処遇困難	一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさまられずつきあっていられない状態を呈する。
11 粗暴で相手に恐怖感を与えるため処遇困難な状態	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。



## 強度行動障害判定基準表

行 動 障 害 の 内 容	1 点	3 点	5 点
1 ひどい自傷	週に1回以上	一日に1回以上	一日中
2 強い他傷	月に1回以上	週に1回以上	一日に頻回
3 激しいこだわり	週に1回以上	一日に1回以上	一日に頻回
4 激しい物壊し	月に1回以上	週に1回以上	一日に頻回
5 睡眠の大きな乱れ	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
6 食事関係の強い障害	週に1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7 排泄関係の強い障害	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
8 著しい多動	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
9 著しい騒がしさ	ほぼ毎日	一日中	絶えず
10 パニックがひどく指導困難			困難
11 粗暴で恐怖感を与え指導困難			困難

上記基準によってチェックした結果、家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があっても、過去半年以上様々な強度の行動障害が継続している場合、10点以上を強度行動障害とし、20点以上を特別処遇の対象とする。

（H10：厚労省通知より）

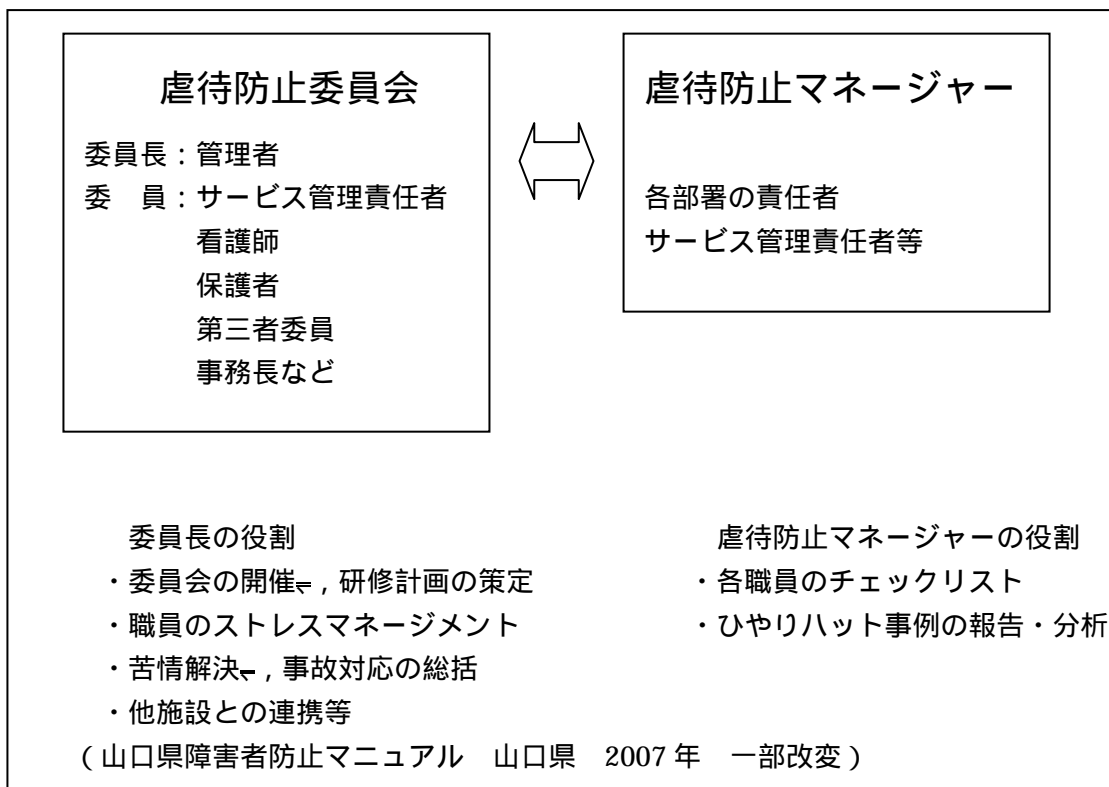
【自傷・他傷事故記録】

事前情報 の整理	過去の自傷・他傷 行為の状態	
	自傷・他傷行為の 特徴	
	自傷・他傷行為の 発生度合	
	自傷・他傷行為の 発生時の特徴	
	他傷行為を繰り返 し起こす対象者の存 在	
	精神安定剤等の服 薬状況	
当日 の状 況	家庭等での前日の 状況（睡眠時間・パ ニック等の発生状況 等）	
	当日の心身の状 態←、覚醒等	
	自傷・他傷行為の 発生前の状況（大き く原因となることは なかったか）	
	その他特記事項	

身体拘束・行動制限に関する記録

拘束等の発生日						
カンファレンス開催日						
利用者氏名				利用者の所属		
拘束の原因となった 利用者の身体的・精 神的状況または事態						
代替え案の検討内容 及び実施状況						
拘束等の内容・方 法・場所						
実施開始時間						
実施終了時間						
実施体制	実施者		立会人		終了判断者	
責任者への連絡	日時		責任者名		連絡者名	
家族への連絡	日時		家族名		連絡者名	
カンファレンス参加者						
検討内容						
緊急性						
非代替性						
一時性						
対応(方法・場所)の 適正						
今後の方針						
管理者としての判断						

【虐待防止の組織図の例】(厚労省ガイドラインより)



## 第二章 「権利擁護」を積極的に進めるための危機管理

### 1：危機管理を進めるためのシステムづくり

#### 1) 改めて、リスクマネジメントをすすめることの大切さ

従来より社会福祉法人でも法令遵守はあたりまえのことで、社会福祉法においても、事業所の責任として、安全配慮義務・説明責任・守秘義務・身体拘束の禁止・記録整備保存義務等の対応が基本的に義務付けられています。こうした基本的な責任制について、責任者だけでなく現場の職員全体に、自覚を持ってもらうことがまず重要となります。

さらに施設責任という点では、措置時代でも、介護事故は直接の当事者である事業所がまず責任を問われ、行政は措置権の行使について過失がある場合にその責任を問われていたのですが、現在の仕組みは、これまで以上に社会福祉法人といえども、経営管理が求められることとなっています。つまり、すべての責任は事業者が負わなければならない、より法令遵守、説明責任、リスク管理の必要性が高まってきたのです。

しかし、非常勤化がすすみ経験の浅い職員が現場対応する実態は、専門性の高い援助実践を担保することを困難にした。また、社会福祉を単なる「介護」や「支援」に特化していくかのような専門教育も、本来のわたしたちが求める援助実践をより希薄にさせてしまっている現状もあります。その中で日常の現場は、非常に多くのリスクをかかえている現実があるといえます。

わたしたちは、このような時代にこそ再度原点に立ち返り、障害者・家族の切実な声に耳を傾け、障害者の権利と尊厳を守る事業を展開していく必要がある。どのような事業をつくり上げていかなければいいのか、どのような援助実践を展開していくべきなのか、制度との矛盾を前提にしながら、私たちが築き上げてきたこれまでの障害者福祉をひきつづき発展させていく必要があるのです。

そのためにも、今こそ事業の方向性をさし示す事業理念・指針を確立し、それをすべての職員の中で共有していくことが求められています。そして、経験が浅く十分な専門的知識を得ていなくても活用できるマニュアルも必要となっています。

民主的な事業体といわれる中であって、これまでの事業と運動を後退させる事があってはなりません。様々な点について危機管理意識をもち、日常の運営管理に臨まなければなりません。危機管理体制をとりマニュアルを整備するという事は、事業を守り、職員の雇用を守り、障害者の生命と権利を擁護する立場からもますます重要であるといえます。

今回のガイドライン改定版は、この間の、施設訪問等を通じて、諸種の書式や体制整備は、少しずつ前進してきていますが、実際はひやりハット・事故報告等が混在したファイルで管理されていたり、報告内容が不明瞭なものや、同様の事故が繰り返し報告されている等、十分この書式や仕組みが活用されていない状況が散見されます。

こうした状況に鑑み、今回ネットワークぼぼろでは、第三者委員会の弁護士さんを中心に、「事故対応検討会」を立上、実際の現場での事故等の検討を行い、現代的な「権利擁護」を重視した、危機管理に関するガイドラインを整理させていただきました。

今回の提案は、2009年度ガイドラインを大きく補足するものとして、先の検討等を反映した、新しい書式なども組み入れています。是非とも積極的な活用をお願いいたします。

## 【基本的な危機管理の仕組み】

### ア、危機管理体制を設ける

危機管理委員会を設置する

危機管理委員会規定を策定し、組織体制、活動内容等を明記する

### イ、危機管理委員会の組織と活動

#### 組織

理事長を責任者とし施設管理者をもって構成する。

#### 活動内容

##### A 予防事業

- ・危機管理委員会の定期開催
- ・危機管理マニュアルの作成
- ・危機管理マニュアルの周知徹底
- ・事故報告、ひやりハット等の書式作成
- ・事故報告、ひやりハット等の集約、分析、開示、公開
- ・危機管理意識向上のための取組～職員研修や事故からの学び、教訓化
- ・安全衛生の取組～施設の安全点検、職員の健康管理
- ・広報活動～諸記録の開示、取り組みの報告、予防にかかわる情報提供、危機管理研修の実施
- ・自己点検の実施
- ・活動を報告し検証する場の設定 職員、家族など組織内部と研修報告など外部への報告
- ・第三者機関の活用

##### B 危機が生じたとき

- ・事案、危機レベルに応じて連絡報告対処する基準や流れを設定しておく
- \* [事故発生時対応フローチャート] 参照

以下 想定される事故など

- (利用者事故)
- (災害時)
- (コンプライアンス事故)
- (個人情報の漏えい事故...個人情報保護規定との連携)
- (内部通報...公益通報保護規定との連携)

### ウ、具体的な活動 予防/再発防止のために

事故の予防は、日常の実践の振り返りから取り組みをすすめることが大切です。

個々の事例の課題や解決策を集団で共有化することが、次の事故を防ぐことにつながります。

#### 適切な報告

##### A 報告(第1報)

- ・報告 職場の指示命令系統を明らかにし、日常的な報告・連絡・相談を職員に徹底しておく。

緊急時の報告は、報告者が平静を失っていることが想定されるため報告を受ける側が、冷静に聞き取ることが求められます。

急な判断を迫られる時であっても、単独で判断することはせずに、必ず、複数で相談し対処することが、事後のトラブルや判断ミスを防ぐことにつながります。

## B 報告書

- ・インシデントの把握と自己点検

事故を未然に防いでいくために、インシデントを自ら発見できることが重要となります。

この点では、「ひやりハット」などの自己点検の記録を提出することが重要です。このことは、単に自分自身の点検と言うことだけでなく、こうした指摘を通じて、事故を未然に防止するための対応を教訓化することにも大きな意義があります。

ひやりハットは事故予防のための気づきの記録ですから、記録の視点に事故の予見性や回避性について記載するようにします。

また、提出されたこれらのインシデントについて、組織的にその内容を分析し、事故防止への対応を積極的に講じていくことが、防止策の大きなきっかけとなることを、トップを中心に、位置づけていくことが重要です。

- ・苦情報告書 苦情が挙がってきたとき、施設側が「苦情」に対してどう認識し、対応しているのか、が問われます。施設に挙げられる不満・要望に対して、施設側の対応が不十分であると当事者本人・家族が感じた場合、後に大きなトラブルとなる可能性があります。

そのようなことを防ぐためにも、苦情（要望という側面も重視）対応については施設・職員がその問題点を正確に把握した上で迅速な対応ができるかということが求められます。責任の所在などを明らかにして、施設内または職員間でお互いにリスクマネジメント（危機管理）の共有を図った上で、その問題に対する解決策を検討していくためのものとして、正確な記述と、この苦情への対応の顛末などを時系列的にも整理して保存すると共に、具体的な対応を通じて、個々のニーズの把握や問題点等を整理し、教訓化していくことも大切な取り組みとなります。

- ・報告の流れ 報告書では、担当者より報告が挙げられ、主任や管理者、必要によっては法人役員も共有化することとなります。報告を受けたものは、必ず必要事項が事実に基づき記載されているか、現場での検証が行われ集団で確認された対応がされているかを点検します。不備のある報告への指導も重要ですが、組織内で教訓・共有化すべき事案について現場への指示指導こそが危機管理上重要です。

## 教訓化

- ・報告（事故・ひやりハット・苦情等）を集計・分析し、結果を開示し、危機管理意識を向上させ事故を起こさない組織体質を作る。
- ・集計 事故発生の 時間・場所・場面・原因などで分類
- ・分析 ハード・ソフトなど専門的な視点で見る...医療関係者、発達相談員など部外者の力も借りて行う。

## 共有化

- ・職場内共有を速やかに行えるシステムづくり

報告書を活用し事故の再発予防につなげるためには、正しい情報を職員が共有することが基本です。また、問い合わせや関係者等への対応も想定した、ケースごとの対応マニュアルの整備も必要です。

### 閲覧

### 伝達

事故等の事実と起きた理由、解決の手立てを共有することを目的とした報告書を作り、報告書から読み取る力を職員が持てるよう教育を行う

\* 事故後のカンファレンスなどの実施と参加

- ・開示 利用者・家族へ苦情解決や事故防止など法人方針を知らせておくとともに日常の施設状況を知らせる取り組みを行う
- ・公開 保育・高齢分野での開示をモデルに検討

今回の改訂版は、法律の改正や、現場の実態に即して、こうした苦情や事故の対応にあたって、利用者の「権利擁護」の視点から、書式の提案や、記録・分析の視点などについて補足をさせていただきます。

また、事故の種類ごとの対応等については、2009年度版のガイドラインを参照ください。

## 2) 事故時の対応の原則

事故発生時については、職員も慌てますし、管理への十分な集中なしに対応してしまうことは、非常に危険を伴うとともに、被害者や家族にも多大な不安や不信を与えてしまうことがあります。

したがって、日常的な事故発生を想定したフローチャート等を作成、十分緊急時に適切な判断ができるよう周知徹底を図ることが重要です。

ただし、以下のような場合、個々の法人や行政によって対応が異なりますので、十分内容を精査して対応方針を決めておくことが重要です。

「重大事故」に伴う、行政への報告

他傷事故等の場合、被害者・加害者の家族等への連絡をどう行うのか

行方不明時の家族への連絡をどう行うのか（時間的なもの含め）

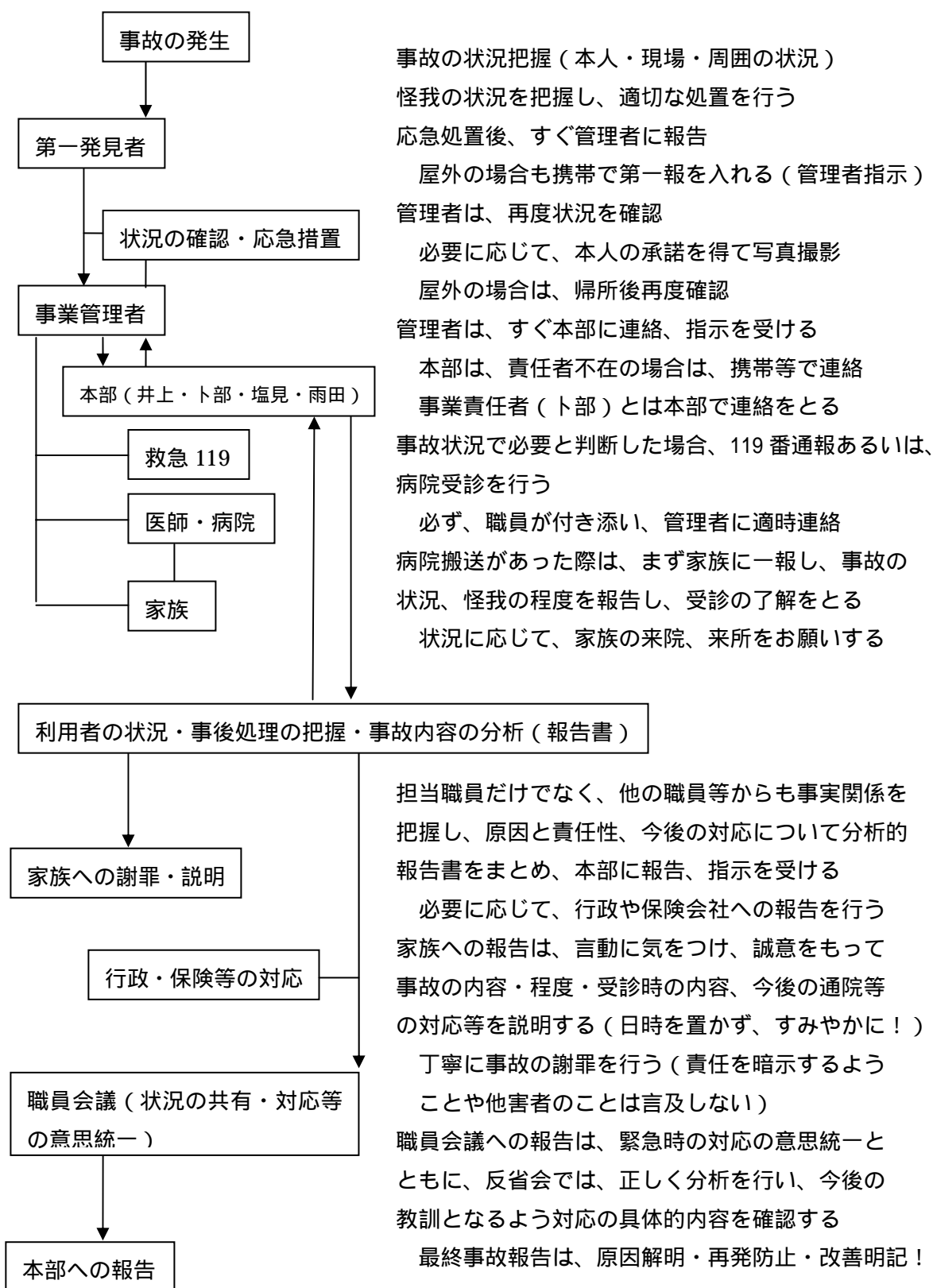
家族等への連絡は誰が行うのか

謝罪と事故責任の判断は誰が行うのか

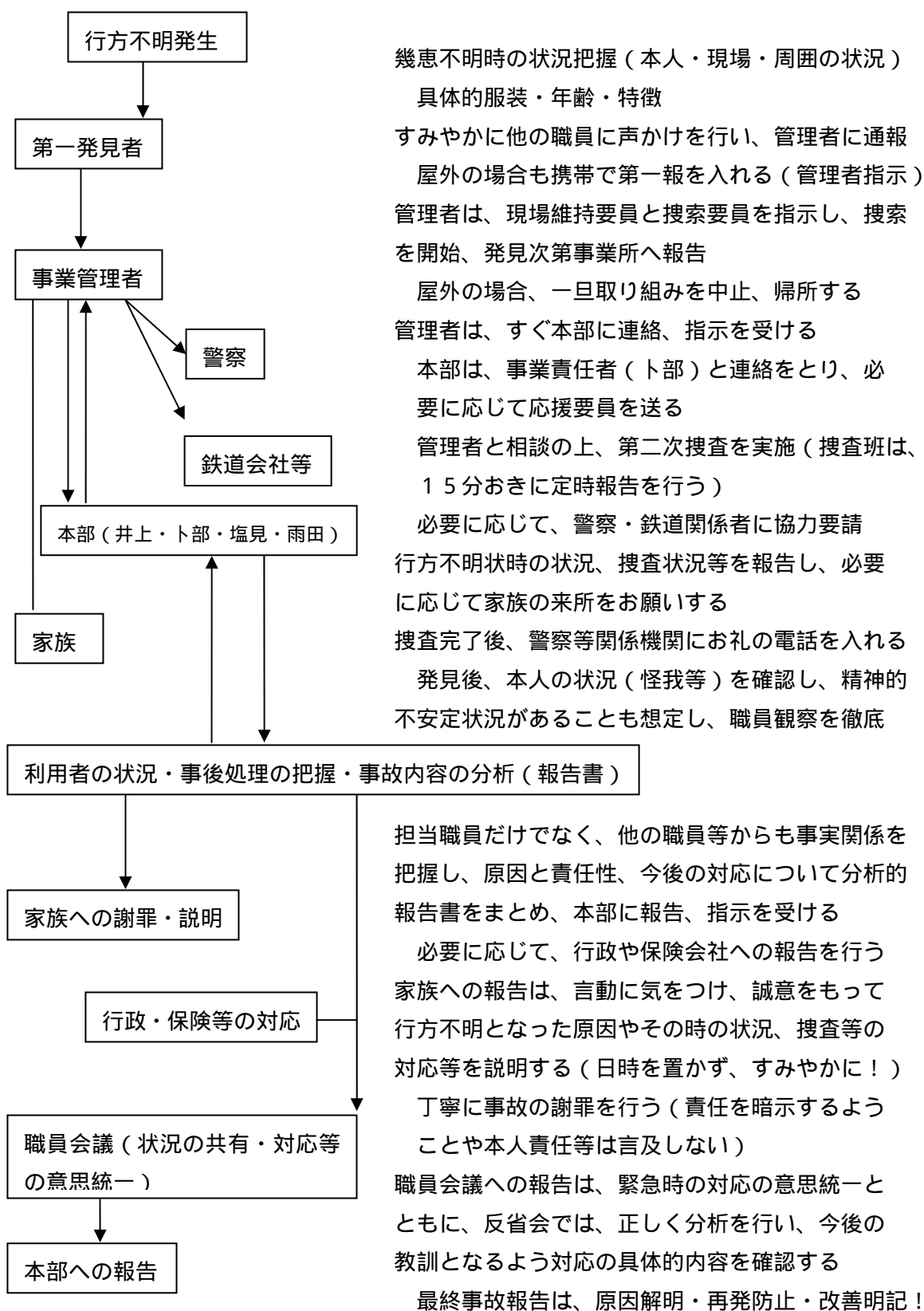
ここでは、大阪障害者センターの事故対応のフローチャートを紹介しておきますが、それぞれの法人・事業所でこうした基準をしっかりと定めておきましょう！



事故発生時対応フローチャート1（NPO法人大阪障害者センター）  
（事業所内外での事故）



事故発生時対応フローチャート2（NPO法人大阪障害者センター）  
（事業所内外で行方不明者が発生した場合）



## 救急車を呼ぶ必要がある場合とは

下記のような症状の場合は、救急車を要請します。

- ・意識がもうろうとしたり、うとうとしたりしている。
- ・顔色が悪くぐったりとしている。
- ・けいれん、ひきつけをおこしている。
- ・出血が止まらない。
- ・吐き気や嘔吐をくり返している。
- ・化学物質を誤飲した。
- ・熱傷や火傷の面積が広い。

救急車要請のタイミングが遅れることで重大な事故につながる場合があります。

現場責任者は、的確に判断して、応急処置と合わせて、躊躇することなく救急要請を行いましょう。また、要請に際には、的確に（事業所名・現場住所・目印となる個所・搬送要請者氏名・年齢・怪我等の状態・連絡先・担当者等）電話連絡できるよう、必要情報を電話機の傍に掲示する等の準備をしておくとともに、冷静に対応を行うことができるように訓練をしておくことが求められます。

## 事前把握の重要性

- ・救急対応の際には、様々な情報が必要になります。かかりつけの病院・主治医・服薬内容・病歴など緊急時に必要となる情報について、医療アセスメントを取りまとめ、緊急時に、すぐ携帯できるようにファイル化しておくようにしましょう。
- ・危機管理ガイドラインや「介護ポケットナビ」等は絶えず携帯するなど、緊急時対応ができるよう準備をしておきましょう。

## 3) 事故の予防及び再発防止のための対策は、だれのために行うのか

### 利用者のため

介護事故によって、事故後に利用者の心身の状態の低下を招いてしまったのでは、事故後長きにわたり利用者の将来の自由を制約することになってしまう。

そこで、利用者の意思に沿ったその人らしい生活を最大限保障していくためには、事故（生命・身体・財産に対する損害だけではなく人権侵害も含む。）によって生じる利用者の心身の状態の低下等のリスクをいかに減らすのが重要となってくることから、危機管理は、利用者のためであるといえます。

ただ、利用者のためという思いだけでは、すべての場面で危機管理を実践していくのは、難しいでしょう。人のためになるという観点だけではなく、自分のためでもあるという観点が備わらないと、危機管理を自分のこととして捉えて主体的に取り組むのは難しいでしょう。

### 職員（自分）自身のため

このように、危機管理を推進していく原動力をより高めるためには、職員（自分）自身のためであるということ認識しておくことも重要です。皆さんが、他の職業と比較して、きつく、低賃金である言

われる福祉の職を選択した理由には、利用者が何を望んでいるのかを考え、その望みを実現していくためにどうすればよいのかを考え、要望を実現していく中で、利用者に自分らしく幸せに最期まで生をまっとうしてもらいたいという誠実な気持ちがあることでしょう。皆さんが利用者に対する支援の仕事を続けているのは、利用者の役に立つことで社会の維持・発展に寄与するとともに、職員自身が自分の存在意味を実感し、人間性をより高めて成長を遂げていきたいという思いがあるからでしょう。

このような熱意をもって仕事に励んでいる皆さんが、仮に、あなたが、ケアを適切に実践していたにもかかわらず、誤嚥事故によって、担当している利用者が窒息によって死亡した場合には、やはり自分自身にミスがあったのではないか、自分が悪いのではないか、自分には利用者支援の仕事は向いていないのではないか等、自分を責め立て、自信を喪失し、仕事を辞めてしまうことになってしまうことが十分にありうるでしょう。

皆さんは、利用者支援の仕事が天職だと思っていたのに、事故がきっかけで仕事を続けることができなくなってしまわないように、皆さんが今の仕事にやりがいをもって続けていくためにも事故の予防及び再発防止のための対策は必要です。

## 2 危機管理を進めていくための日常的な視点を大切に！

### 1) 日常的な「人権意識」の高揚

#### ア 危機管理の目的

危機管理の目的は、利用者の生命・身体・財産はもちろん、精神・プライバシー等の利用者のあらゆる人権を擁護する点に求められるべきです。また、生命・身体・財産以外の人権侵害についても事故であると認識できるような人権に対する理解が重要となります。精神・プライバシー等の人権侵害をも事故だと認識できないようであれば、そもそも事故原因を分析して、これらの人権侵害を回避するための具体的な対策を講じることさえも意識的にできなくなってしまうからです。つまり、これらの人権侵害もリスクと捉え、これらのリスクを回避していくためには、結局人権に対する理解が前提となってきますので、ここで、人権に対する理解について確認しておきましょう。

なお、利用者の人権を尊重することの重要性は、下記の法律にも明示されているので、確認してください。

#### 障害者自立支援法

##### (目的)

**第一条** この法律は、障害者基本法（昭和四十五年法律第八十四号）の基本的な理念にのっとり、身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）、知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号）、児童福祉法（昭和二十二年法律第六十四号）その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

#### 障害者虐待防止法

##### (目的)

**第一条** この法律は、障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、障害者虐待の予防及び早期発見その他の障害者虐待の防止等に関する国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による障害者虐待の防止に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

特に、個人の尊厳を尊重する視点については、P4の 個人の尊厳を守る支援とは、を参照してください。

### 3 危機管理を考える上での視点

#### 1) 視点

以上のように、利用者の尊厳を最大限守るためには、利用者が意思決定をしやすいように援助し、利用者が選択した意思を尊重し、人権・自由を拡大させていく必要があります。

しかしながら、利用者の意思に沿ったサービスを提供することによって、利用者の生活の自由度が増すと、リスクが高まることが予想されます。また、加齢とともに心身の状態の低下を伴う利用者が生活する上でのリスクは不可避な部分もあります。さらに、認知症の方は、時間・場所・人物に対する認知能力が低下することに伴い、自ら将来発生する可能性のあるリスクを予測し、そのリスクを回避するための行動を選択することが困難となるため、リスクが高まることも予想されます。

しかし、リスクを回避するために、たとえば、ベッドから転落しないように、ベッドを4点の柵（サイドレール）で囲むというような対策を立てるのは禁物です。人が生きていく上でもっとも重要なことは人間としての尊厳を守り、精神的な豊かさをいかに保つかの点にあるからです。このような身体拘束の例で言うと、利用者Aはいつも寝ているときに、見えるのは、ベッドの柵か、部屋の天井ぐらいでしょう。このような景色が長期間継続し、その場所からは逃げられないのですから、Aからすれば刑務所の中に入っているにも等しい気持ちになってしまうでしょう。

このように、利用者の安全を保護することを重視しすぎるあまり、却って人間としての尊厳を害するのは本末転倒であることは言うまでもありません。

そこで、危機管理を検討する上で、大切な視点としては、利用者の意思に沿ったその人らしい生活を最大限保障しつつ、事故（生命・身体・財産に対する損害だけではなく人権侵害も含む。）によって生じる利用者の心身の状態の低下等のリスクをいかに減らすのかという点にあるというべきです。

#### 2) 支援計画の策定と十分なコンセンサスづくり

このように、A利用者の自由を保障しつつ、Bリスクを減らしていくことが求められます。ここでは、身体拘束を例に、説明していきます。

##### ア 身体拘束の目的を明確に（リスクの内容、程度の明確化）

現実的には、B転倒事故等のリスクを減らしていくために、身体拘束を行う場合があります。

しかしながら、身体拘束を行う目的が明確化されず、安易に身体拘束を選択している場合が散見されます。

身体拘束を行う目的が車椅子からの転落防止であった場合には、利用者が直近で現に車椅子から転落したことがあったか、または転落しそうになったことがたびたびあったことが必要となります。アセスメントが重要となってきます。

##### イ 常に代替的な方法を考え、身体拘束する場合は極めて限定的に

上記の検討を踏まえて、転落のリスクが相当程度高まっていることが判明した場合には、転倒・転落

事故防止という目的を達成するために身体拘束を行う必要があったとしても、A利用者の意思に反して行動を制限するものである以上、まずは、利用者の行動を制限する程度が低い他の手段を検討することが重要です。なぜなら、最大限利用者の自由を保障する必要があるからです。

身体拘束せざるを得ない場合についても、本当に代替する方法はないのかを真剣に検討することが求められます。「仕方がない」、「どうしようもない」という理由で他の手段を検討することなく安易に拘束しようとしていないかを検討します。この点を検討することなく安易に身体拘束を選択してしまったのでは、A利用者の自由を保障という観点を見失うことになるからです。

そこで、事故を防ぐには、本当に身体拘束しか方法がないのか否かについて検討します。

第一は、転倒や転落を引き起こす原因を分析し、それを未然に防止するよう努めることです。

例えば、夜間徘徊による転倒の危険性のある場合には、適度な運動による昼夜逆転の生活リズムを改善することによって夜間徘徊そのものが減少する場合も多いです。

第二は、事故を防止する環境づくりです。

例えば、利用者の動線にそって手すりを付ける、足元に物を置かない、車いすを改善する、ベッドを低くするなどの工夫によって、転倒、転落の危険性は相当程度低下することが明らかになっています。

このように、転倒等の原因等を探るためにアセスメントをしっかりと行い、事故が起きないような支援計画の検討、職員のスキルアップ、環境の整備、職員配置の工夫等を行うことが求められます。

#### ウ 身体拘束は必要最小限度に

他に代替手段がなく、転倒・転落防止のためには、身体拘束を選択せざるを得ない場合であっても、身体拘束は必要最小限に抑える必要があります。転倒・転落事故及びヒヤリハットがあったのは、どの時間帯か、どのような場面であったか、どの場所であったか等を検討し、身体拘束を行う時間帯、場面、場所等を限定していく必要があります。これらの検討をすることは、たとえば、24時間身体拘束よりも午後7時から午後9時というように、身体拘束を必要最小限にすることによって、A利用者の自由を保障することにつながるので、重要な検討だといえます。

#### エ 身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。

身体拘束を開始した場合には、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を再度考え、まず、いかに解除するかを検討することから始める必要があります。これもできる限り早期に解除することによって、A利用者の自由を保障することにつながるからです。

何の検討もなく「漫然」と拘束している場合は直ちに拘束を解除しましょう。また、困難が伴う場合であっても、ケア方法の改善や環境の整備など創意工夫を重ね、解除を実行していきます。解決方法が分からない場合には、外部の研究会への参加や相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にします。

#### アセスメント

身体拘束をやむを得ず行う理由として、次のような状況を防止するために「必要」と言われることがあります。

- ・徘徊や興奮状態での周囲への迷惑行為
- ・転倒のおそれのある不安定な歩行や点滴の抜去などの危険な行動
- ・かきむしりや体をたたき続けるなどの自傷行為
- ・姿勢が崩れ、体位保持が困難であること

しかし、これらの状況には必ずその人なりの理由や原因があり、ケアする側の関わり方や環境に問題があることも少なくありません。したがって、その人なりの理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが必要であり、そうすれば身体拘束を行う必要もなくなります。

そこで、個々の利用者についてもう一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としない状態を作り出す方向を追求していくことが重要です。問題行動がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り取り除くことが大切です。問題行動の原因は、本人の過去の生活歴等にも関係しますが、通常次のようなことが想定されます。

スタッフの行為や言葉かけが不適當か、またはその意味が分からない場合

自分の意思にそぐわないと感じている場合

不安や孤独を感じている場合

身体的な不快や苦痛を感じている場合

身の危険を感じている場合

何らかの意思表示をしようとしている場合

#### ケアプラン及びケアの実施

・次に、ケアプランの検討にあたっては、基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整えることが重要です。

起きる、食べる、排せつする、清潔にする、活動する（アクティビティ）という5つの基本的事項について、その人に合った十分なケアを徹底することです。

例えば、「排せつする」ことについては、ア．自分で排せつできる、イ．声かけ、見守りがあれば排せつできる、ウ．尿意、便意はあるが、部分的に介助が必要、エ．ほとんど自分で排せつできないといった基本的な状態と、その他の状態のアセスメントを行いつつ、それを基に個人ごとの適切なケアを検討します。こうした基本的事項について、利用者ひとりひとりの状態に合わせた適切なケアを行うことが重要です。

また、食事時間を長くして各人のペースで食べられるようにして、自力で食べられる人を増やす、トイレ誘導を行いオムツを減らす、交換作業に時間がかからないようにシーツを改善するなど様々な工夫によってケアの方法を改善し、身体拘束廃止を実現していきましょう。

これらのケアを行う場合には、一人一人を見守り、接し、触れあう機会を増やし、伝えたくてもうまく伝えられない気持ちやサインを受けとめ、不安や不快、孤独を少しでも緩和していくことが求められます。

したがって、こうした原因を除くなどの状況改善に努めることにより、問題行動は解消する方向



に向かうでしょう。

オ 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。

その第一は、転倒や転落などの事故が起きにくい環境づくりです。手すりを付ける、足元に物を置かない、ベッドの高さを低くするなどの工夫によって、事故は相当程度防ぐことが可能となります。

第二は、スタッフ全員で助け合える態勢づくりである。落ち着かない状態にあるなど困難な場合については、日中・夜間・休日を含め施設・病院の全てのスタッフが随時応援に入れるような、柔軟性のある態勢を確保することが重要です。

以上のように、A利用者の自由を保障しつつ、Bリスクを減らしていくという視点から、アセスメント、支援計画の策定、実施、モニタリングを常に実施することが求められます。

## 4 「リスクマネジメント」の進め方

### 1) 危機管理の手順

#### ア 予防

##### リスクの予測

利用者の状態（アセスメントシートの活用、日々の状況観察・情報の共有）、ヒヤリハット・事故報告書・苦情・相談票等の情報を基に（情報収集）

サービス担当者会議等で情報のもつ意味を評価し、

具体的なリスクの内容・リスクの程度・リスクが生じる可能性を、予測します。

##### リスクが事故として現実化する要因の分析

サービス担当者会議等で、いかなる場合に、リスクが現実化するのかを検討します。

##### リスクの現実化（事故）を回避するための具体的対応策の検討

##### 具体的対応策を実行するための体制の構築

マニュアルの作成、研修、利用者及びその家族に対してリスク及び対応策等について説明し了解を得ます。

#### イ 再発防止

##### 事故報告書の作成

##### 事故の分析

予見可能性

結果発生回避措置の妥当性

結果拡大回避措置の妥当性

##### 再発防止策の検討

共有

##### 再発防止策の実施

評価

### 2) 3つの論点の理解

#### ア はじめに

事故の分析は、下記の3つの点について順次分析していく必要がありますので、事故報告書を記入するにあたっては、下記の3つの点を意識しておく必要があります。

そこで、3つの点について説明します。

事業者が事故の予見可能性があったか

結果発生回避のための措置をとっていたか

結果拡大回避のための措置をとっていたかどうか

（以上、大阪弁護士会利用者・障害者総合支援センター『介護事故マニュアル』大阪弁護士協同組合

38頁)

## イ 3つの論点

### 事業者に事故の予見可能性があったか

予見可能性の判断に当たっては、事業者が認識していた事実と事業者が事業者として要求される調査・研究を尽くせば予見できたといえるかといえる事実も含めて、事故が起こることを予見できたか否かで判断することになります。

\*安全配慮義務(一般的には、利用者の生命および健康等を危険から保護するよう配慮すべき義務をいう。)の視点

### 情報収集

・利用者の障がいの内容及びその程度、既往症・アレルギーの有無、日常生活動作、意思疎通、判断能力の程度等

得られた情報について(ニーズ・リスクの)評価を行い、いかなるリスクがどの程度生じる可能性があるのかを把握する。

なお、リスクが予想できる場合には、結果を回避するためにいかなる措置をとるのかの計画を立て、マニュアル、サービス利用計画等に反映させる。

### 結果発生回避のための措置をとっていたか

結果を回避するためにいかなる措置をとったのか、

その回避措置が不十分であった場合には、結果を回避するために他にとるべき措置があったか否か、あった場合にはその措置をとることの必要性、その措置をとることの容易性、その措置をとれば事故を防げた可能性の程度等を検討していくことになります。

### 結果拡大回避のための措置をとっていたかどうか

・事故が起こった場合に、結果の拡大を回避するためにいかなる措置をとったのか、

その回避措置が不十分であった場合には、結果を回避するために他にとるべき措置があったか否か、あった場合にはその措置をとることの必要性、その措置をとることの容易性、その措置をとれば結果の拡大をどの程度防げたのか等を検討していくことになります。

### 情報収集

かかりつけ医の有無・連絡先、健康保険証番号、家族の緊急連絡先及び連絡の順番、事故発生時に備えて情報を収集しておく。

## ウ 裁判例を参考に

以上の3つの論点が裁判例ではどのように検討されているのかを参考にして、3つの論点の内容について確認しておきましょう。

### 事業者に事故の予見可能性があったか

法は、人に対して無理なことは要求しませんので（無理なことを要求すれば、サービス提供するための事業を担う人がいなくなってしまう）、事故に対する予見可能性が認められない場合には、法的責任を問われることはないといえます。

では、予見可能性はいかに判断していくのでしょうか。具体的な事故の発生に対する予見可能性の判断に当たっては、まず、事業者が認識していた事実を基に判断されます。

誤嚥事故の例で言いますと、家族は利用者が最近自宅ではむせ込みやすくなっている事実を認識していたにもかかわらず、施設職員が、利用者Aが誤嚥の危険性の低い利用者で、Aが最近むせ込みやすくなっていたという事実を認識していなかった場合には、Aの誤嚥事故を予見できなかったともいえます。

しかし、具体的な事故の発生に対する予見可能性の判断に当たっては、だけではなく、事業者が事業者として要求される調査・研究を尽くせば知りえたといえる事実も含めて、事故が起こることを予見できたか否かで判断することになります。というのは、上記の誤嚥事故の例で言いますと、誠実に職務を遂行している施設であれば、家族に対して、Aの直近の最新情報を問い合わせればAが最近むせ込みやすくなっていたという事実を認識できていたにもかかわらず、仮に、Aが最近むせ込みやすくなっていたという事実を予見可能性判断の基礎事情に含めないとしますと、職務を誠実に行わない質の低いサービス提供機関の方が、法的責任を免れることになるからです。

事業者が認識していた事実及び事業者が事業者として要求される調査・研究を尽くせば知りえたといえる事実も含めて、今回の事故を予見することができたのか否かについて、分析していきます。

### 結果発生回避のための措置をとっていたか

上記の検討によって、事故の発生について予見できたといえる場合には、そのまま何もせず放置すれば、事故が現実発生し、利用者の生命・身体等が侵害される蓋然性が高い以上、リスクを回避するための何らかの対策（措置）を立てることが求められます。このように、結果を回避するための対策をとることの必要性が認められとしても、その対策をとることが困難であれば、法は人に対して無理なことは要求しませんので、医療機関の場合とは異なり、介護保険制度上のサービス提供機関としてやるべきことを行えば足ります。さらに、法は人に法的責任問う以上、無意味な行為は要求しないので（無意味なことを要求すれば、負担を過度に負わされ、サービス提供するための事業を担う人がいなくなってしまう）、その対策をとれば事故を防げた可能性の程度等を検討していくことになります。

### の肯定例

誤嚥事故を例に、上記の について説明しましょう。

の予見可能性については、事故前本人の状態の把握が重要となります。具体的には、自宅での食事内容、食事量、食事に要する時間、介助の要否、特殊な食べ方をしていないか、長く噛んでいる、食物を詰め込む、むせやすいなど注意すべき点がないか、嗜好、自助具の使用の有無等の事情から、本人が誤嚥する可能性の程度を推測していくことになります。

これらの情報を収集する中で、誤嚥の可能性が相当程度認められる場合には、 のステップ、すなわ

ち、誤嚥の可能性を低下させるべく、食材及び介助方法等について検討することになります。

ホームに入所中の「Aが介助を要する当時75歳の高齢者であり、義歯(総入れ歯)も装着したこと、X2からAの飲込みが悪いこと等がY施設の看護職員にも告げられ、入所時一般状態調査票ないしショートステイ用一般状態記録にも、Aに嚥下障害がある旨記載されていたこと」(名古屋地裁判決平成16年7月30日(賃金と社会保障1427号54頁)\*下線部は筆者加入)から、Aに対する誤嚥の可能性が相当程度高まっていることが推測できますので、 の予見可能性は認められるでしょう。

そうしますと、 結果発生回避のための措置として、誤嚥の可能性を低減すべく食材を選んだり、誤嚥を生じさせないように介護を行う等の必要が生じます。そこで、「こんにゃくは、食べにくく、のどにつまらせやすく嚥下障害の患者や高齢者に向かない食物であると指摘され、はんぺんと同じ練り製品であるかまぼこも嚥下障害の患者に向かない食物であると指摘されており、これらのことは市販の書物や公開されたホームページ等でも紹介されていることを考慮すると」「Aにこんにゃくやはんぺんを食べさせるに際しては、Aに誤嚥を生じさせないよう細心の注意を払う必要があったことは明らかであって、B職員は、こんにゃくを食べさせた後、Aの口の中の確認及びAの嚥下動作の確認をする注意義務を負っていたというべきであ」(名古屋地裁判決平成16年7月30日(賃金と社会保障1427号54頁)\*下線部は筆者加入)ったにもかかわらず、この義務を怠った場合には、過失が認められることとなります。

裁判例では、このようにして、 、 について検討されます。

裁判例の考え方を事故分析に生かす

・  の予見可能性

事故分析にあたっては、 、 のうち、 を重視しましょう。というのは、 が認められれば、 の結果発生回避のための措置は、「こんにゃくを食べさせた後、Aの口の中の確認及びAの嚥下動作の確認をする注意義務」のように、平均的な職員であれば、当然に結果回避措置をとることが可能であったといえますので、裁判では が認められれば、基本的には、 の結果発生回避のための措置を怠ったといえます。ですから、 の予見可能性があったかどうかが重要となります。

逆にいいますと、日常的に の予見可能性のチェックが十分にできておれば、 結果発生回避のための措置をとることができますので、事故を防ぐことが可能だということになります。

の予見可能性の否定例として次のような裁判例が参考になります。

「Aには、多少食欲不振な時期があったにせよ、格別摂取障害があったとまでは認められない」場合には、「B施設は、栄養価は乏しいものの、腸をきれいにする、便通をよくする等の理由によりこんにゃくを食材として選択したこと、小さく切り分ける等、高齢者に提供する食材であることに十分配慮していたこと等に照らし、こんにゃくを食材として選択したこと自体について、Yに注意義務違反があったとは認められない。」「有毒物などの一般食材として不適当なものであればともかく、通常食材として使われ、身体にとっても有用であるものについて、単に誤飲の危険性があるという一事によって食事に供したこと自体に過失があるとはいえない」。また、「本件事故当時、食堂で食事していた約40名の入所者は、自分自身で食事をすることができたのであるから、介護職員3名が、食堂内を巡回し、

その都度必要な介護を提供していたこと、食材により、付き添って摂取させることが必要な入所者に対しては料理を事前に取り上げておく等の措置を講じていたこと、亡Aに本件事故が発生した直後、Y職員3名が直ちに亡Aのもとに駆け寄り、救命措置を開始していることからすると、B施設の右監視体制が、不徹底で、妥当性を欠くものであったとはいえない」（横浜地裁判決平成12年6月13日（賃金と社会保障1303号60頁））として、食材に同じこんにゃくを選択したとしても名古屋地裁判決平成16年7月30日の場合とは異なり、過失が否定されています。

このように、の事故が生じる危険性が相当程度に高まっているか否かが重要であり、危険性の程度が誰でも生じうる程度の一般的・抽象的な危険性の程度にとどまる場合には、サービス担当者会議等を通して、具体的な対策を検討していくことまでは不要だといえます。

抽象的な事故の可能性としては、誰にでも誤嚥の可能性はあります。の予見可能性を抽象的な（可能性の低い）レベルで認めると、施設は常時1対1で対応をすべきということになってしまいかねません。したがって、施設としては、の予見可能性を利用者ごとに検討し、リスクの高い利用者を優先して、対策を立てざるを得ないといえます。万が一、リスクが抽象的な（可能性の低い）レベルだと判断していた利用者に事故が生じた場合には、施設としては、いかなる事実から抽象的な（可能性の低い）レベルだと判断したのかを明確にできれば、過失責任を負う可能性は低くなるといえます。

#### ・ 結果発生回避のための措置

これに対して、施設が、Aが誤嚥する可能性が相当程度高まっていることを予測していた場合には、その予測した誤嚥事故の可能性を低減すべく、サービス担当者会議等で、各職員の食事介助等のあり方の留意点を確認し、現在の職員の対応が不十分であれば、具体的な対策をさらに検討していく必要があります。

仮に、Aが通所系を利用している場合には、「誤嚥のおそれのある利用者の食事、誤嚥のおそれの高い食材を使用した場合（餅、こんにゃくなど）には、できるだけ一対一に近い状態で介助または見守るシステムを採用すべきである。十分な職員が手配できない場合が多いと思われるが、利用者の食事時間を2回に分けるなどの工夫をする」。または、「自分で食べられる利用者に対しても職員を配置し、常に目配りを怠らない体制を整えなければならない。全利用者の席を職員から目の届くように配置し、場合によっては食事の内容によって席を区別するなどの工夫が必要である」（以上、大阪弁護士会高齢者・障害者総合支援センター『介護事故マニュアル』大阪弁護士協同組合49頁）等の助言を行い、誤嚥の可能性を低減させていく必要があります。

また、対応策の内容としては、「Aにこんにゃくやはんぺんを食べさせるに際しては、…、B職員は、こんにゃくを食べさせた後、Aの口の中の確認及びAの嚥下動作の確認をする注意義務を負っていたというべきである」（名古屋地裁判決平成16年7月30日（賃金と社会保障1427号54頁）\*下線部は筆者加入）、「Yとしては実際に同人の食事の介助を行う職員が 覚醒をきちんと確認しているか、 頸部を前屈させているか、 手、口腔内を清潔にすることをやっているか、 一口ずつ嚥下を確かめているかなどの点を確認し、これらのことが実際にきちんと行われるように介護を担当する職員を教育、指導す

べき注意義務」(松山地裁判決平成20年2月18日(判例タイムズ1275号219頁))等の対策をとるべきとされており、事故分析にあたっては、マニュアル等を参照して、本来すべきであった結果発生回避のための措置が何かを明確にした上で、今回の事故時の対応が適切になされていたか否かを検討しましょう。

結果拡大回避のための措置をとっていたかどうか

または が否定されたとしても、事故が起こった場合に、結果の拡大を回避するための対策を怠った場合には、結局過失責任を負うことになります。結果回避措置を怠ったか否かについては、結果を回避するために他にとるべき対策があったか否か、あった場合にはその対策をとることの必要性、その対策をとることの容易性、その対策をとれば結果の拡大をどの程度防げたのか等を検討していくことになります。

たとえば、Aが誤飲した場合に、「吸引器を取りに行くこともせず、また、午前8時25分ころに異変を発見していながら、午前8時40分ころまで救急車を呼ぶこともなかったのであり、この点に、適切な処置を怠った過失が認められる。」「仮に、速やかに背中をたたくななどの方法を取ったり、吸引器を使用するか、あるいは、直ちに、救急車を呼んで救急隊員の応急措置を求めることができているならば、気道内の食物を取り除いて、Aを救急できた可能性は大きいというべきである」(横浜地裁川崎支部判決平成12年2月23日(賃金と社会保障1248号43頁))として過失が認められます。

### 3)「事故報告書」の記載にあたって

#### ア 記録の重要性

「事故報告書」は、決して個人の責任追及のために、提出するものではありません。

一つの事故の原因を明確にして、二度と同様の事故を繰り返さないために、その事故を詳細に分析するために提出するものです。

併せて、重大事故等にあたっては、適切な支援を行っていたかどうかの「証拠」ともなる大切な資料にもなります。

したがって、謝罪的な分析を行うことよりも、より客観的事実を記載することが大切です。ただ、事故を客観化することや、その内容を正確に記載していくためには、一人では不十分な場合があります。周りの同僚などと十分意見交換を行ったり、管理者からの聞き取りなどを積極的に受けながら、正確な「記録」としていくことに心がけましょう。

#### イ 記録のポイント

##### ・客観的に書く

\* 事実を正確に書くことが重要で、時間、場所、位置関係(場合によっては図を書く、写真を添付する)等を正確に書く。

\* 5W1H(いつ、どこで、誰が、なぜ、何を、どのように)を押さえて、簡潔で分かりやすい文章を書く。

\* 情報の根拠も書く。自ら場面を目撃したのか、利用者等が直接体験した内容なのか、利用者等が他の人から聞いた内容なのか、利用者等が推測した内容なのか等区別して書く。

\* 文章もあいまいな表現は避け、内容が正確に伝わるよう、心がける。

##### ・自分の意見を書かない

\* 報告書は、客観的事実を明確にし、事実を踏まえて対応を検討する点にあるので、主観的な自分の意見は書かない。自分の意見は、上司等への苦情相談時に口頭で伝えればよい。

##### ・非難は書かない

\* 自分の責任を免れるために、他の職員・家族等を非難するようなことは書かない。報告書を踏まえて、苦情について組織的に対応する中で、事業者と利用者等が信頼関係を構築していくことが重要で、報告書は個人の責任を問うためのものではない。

##### ・基本的に推測は避ける

\* 推測は、事実に対するひとつの評価であって、自分の独善的な評価によって、客観的事実をゆがめてはならない。事実を正確に書くことが重要で、事実に対する評価は組織的に検討する中で行う。自分の評価は、その評価の根拠となる事実と併せて、上司等に口頭で伝えればよい。

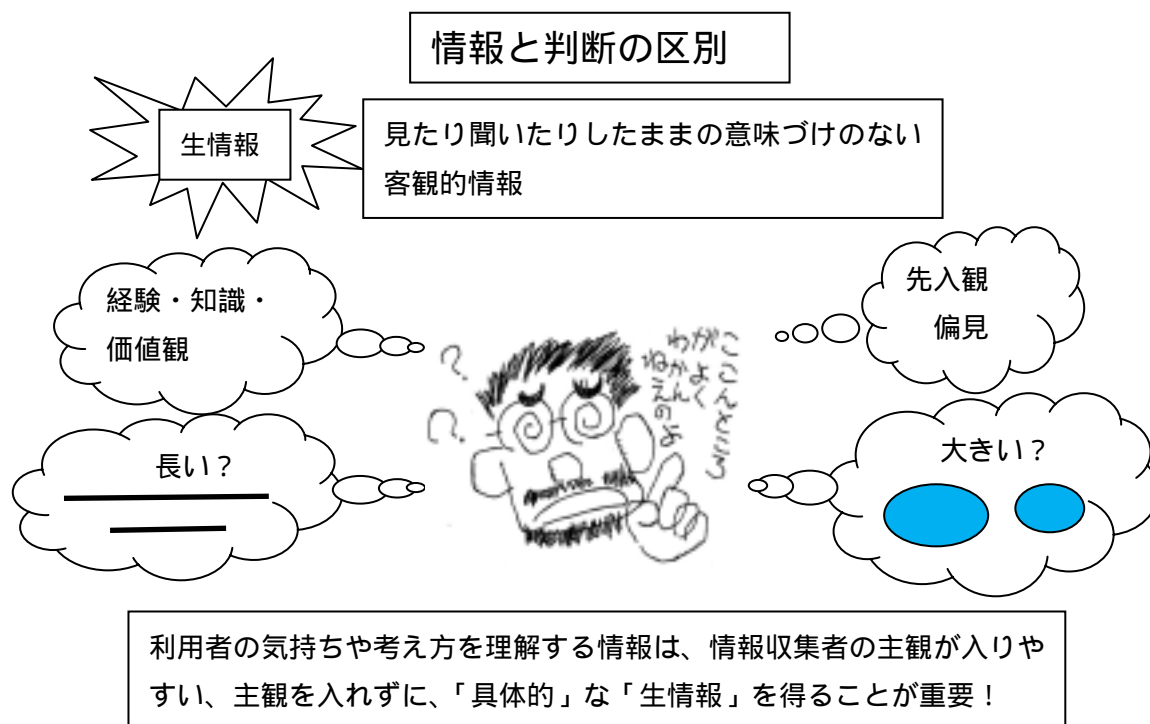


・ 事実経過の順に書く

\* 事実経過の順に書くことで、事実間のつながりを読み取り、客観的事実を分析し、利用者等の意図等を分析するのに役立つ。

・ 必要な情報を書く

留意点：生データをしっかり整理することが大切です。加えて、第三者にもそのまま事実が何であったかを客観的に示すことのできる記載が重要となります。



#### 記録のポイント

- ・ 簡潔に・・・ひとつの文章を短く。
- ・ 簡単な表現を・・・誰が見てもわかる言葉を選ぶ。略語は避け、専門用語を使う場合は確認をする。
- ・ 事実を具体的に・・・感情を入れずにあったことをそのまま書く。場面が伝わるように具体的な表現を盛り込む。
- ・ 客観的に・・・自分の感情や憶測を入れない。
- ・ 公的な記録であることを意識する・・・内部で利用するにとどまらず、関係機関や利用者本人、家族にも閲覧されることを意識する。
- ・ 個人情報の保持・・・ unnecessary 個人情報を入れない。判断に迷うときは上司に相談をする。
- ・ 5W1H が基本・・・いつ、どこで、誰が、何を、どのように、なぜ、を文章に組み込む。
- ・ 利用者の状態や対応は詳細に具体的に書く。

例)

× 小さな痣 100円玉大の痣・直径2センチ程の痣

× タオルで患部を巻いた フェイスタオルを半分に折り患部を保護するように巻  
きつけ、ゴムで固定した。

・可能な限り時間を記載する。

例)

- ・10時頃にドンという音がした。
- ・5分後に看護師が到着した。
- ・発生から時間を追って書く。

#### ウ 基本的な「事故報告書」

基本的な「事故報告書」は、書式1・書式4を使用します。

この際、重大事故(1、要行政報告(死亡・骨折・3針以上の縫合・無害)及び管理者から「その他重大事故」と判断された場合には、書式2及び書式3-1・2も併せて記載していくことになります。

すべて、こうした厳密な記載を行うことは、非常に時間もかかることですが、こうした記載を通じて、今後の事故への対応についての具体的な方向性を検討することにも役立ちます。管理者は、十分その意味を伝え、記載にあたって、聞き取りなどの支援も行いながら対応していくことが大切です。

#### 書式1の記載のポイント

報告者：報告者の氏名を記載します。(必ずしも事故の対応を行った職員に限定しません。主任や正職等が報告者となる場合がありますが、この際は対応者から十分な聞き取りを行うことが大切です。)

発生場所：具体的、客観的に、第三者にも判る表現や、書式2の現場詳細図を添付するようにしましょう。)

発生日時：事故の発生や確認できた時間を正確に記載しましょう。(重大事故等の場合は、この時間が大きな問題となる場合があります。)

被害者・物：被害者の氏名や破損物を記載します。

事故の結果：チェックをいれます。

介護中か否か：チェックをいれます。

\*介護中の場合には、書式2も記載してください。介護中以外の場合には、事故の危険度が高い場合に記載してください。

事故類型：事故類型にチェックをいれます。( \*複数可)

事故の危険度：(死亡・骨折・3針以上の縫合・無断外出)の場合は、行政への報告義務が生じることとなります。またその他重大事故として、管理者が指示を行う場合がありますが、その場合は、書式2.3を使用して詳細を再度記載するようになります。また必要に応じて同じフロアーにいた全職員も書式2を記入してもら場合もあります。

事故等の概要：5W1H(いつ、どこで、誰が、なぜ、何を、どのように)を押さえて、簡潔で分かりやすい文章を書くことが重要です。

\*後日、検討会をする際に、事故概要を素早く把握できるようにするために記載します。

事故直後の対応：具体的に結果の拡大を防ぐために実施したことを記載します。

管理者への報告・本部への報告：管理者・本部への報告の有無や時間等を記載します。

家族への報告：家族への報告の有無や報告時間・報告した人

基本的には管理者から報告を行う等、責任ある対応のできる人が行う必要があります。中途半端な報告で、家族に誤解を生じることが無いよう留意しましょう。このことが後に大きな問題になることがあります。また、どのようなタイミング（無外発生の場合等）で報告するか、内容（たとえば、他傷時の加害者の連絡）をどうするかなどのルールをよく確認しておきましょう。

家族の反応：具体的な発言内容等を主観をまじえず、ことばどおりに記載しましょう。

「怒っていた、安心していた」等の表現は、極めて主観的な判断です。具体的にどのような返事や態度であったかをできるだけ詳細に記載しましょう。

その後の対応：事故後の対応があれば、記載します。

解決状況：解決の顛末を記載します。

事故の原因と教訓：記入者が今回の事故の原因や教訓を整理して記載します。

#### 書式4「事故の分析と対処」記載のポイント

この書式は、報告者が記載する場合がありますが、管理者との協議や職場討議を行ったうえで、最終報告として記載すべきものです。

この書式は、事故後、事故の検討をする際に、検討する論点を順番に挙げておりますので、この順に検討してください。

では、事故後の施設内での事故検討会の実施の手順に沿って説明します。

#### A 準備物

- ・事故報告書
- ・ヒヤリハット報告書・苦情報告書
- ・フェイスシート・アセスメントシート
- ・事故前1か月程度のケース記録
- ・個別支援計画書
- ・業務マニュアル

#### B 検討内容と記載上の留意点

事故の原因と教訓：この欄は、最後に記載します。記載者分析後、管理者や職場討議を踏まえて、再分析後の結果を記載します。

#### 事故原因

#### 会議での検討

事故の予見可能性を検討するにあたって、まず、事故原因を検討してください。

例)

事故結果が、死亡であれば、その結果に至った事故類型が、誤嚥だとすると、その事故類型に至った原因が、1口大の肉が気管支に詰まったこと等が事故原因となります。

事故結果が、後頭部の打撲であれば、その結果に至った事故類型が、転倒だとすると、その事故類型に至った原因が、対面で両手引き歩行で移動介助をしている際に、急に後ろを向いたためであったこと等が事故原因となります。

事故原因の記載上の留意点

上記分析を踏まえて分析した結論を書いてください。

### 予見性

#### 会議での検討

前述のとおり、危機管理の核心はリスクの予測にあります。

そこで、事故が起こる可能性の有無・程度の検討の際には、利用者様の身体状況(疾病・障害)、生活全般についての状態(日常生活の能力)、精神状況、環境面から検討することになります。

事故発生の危険性を示す事実は、事前情報(上記準備物から判明する事実)と、介助直前、介助時に職員が把握していた(把握すべきであった)情報から、探していきます。

情報を整理して、事故の内容(いつ、どこで、どのような場面で、どんな内容の事故が生じるのか)・事故が生じた場合の被害の程度・その事故が生じる可能性をどの程度予測できたのかを検討していきます。

たとえば、誤嚥(転倒)及び1口大の肉が気管支に詰まったこと(急に後ろを向いたこと)を予見できたか否かを検討します。これらのことを予見できたといえる情報を探してください。

#### a 予見できた場合

- ・まず、事業者が認識していた事実をもとに検討します。
- ・事故が予測できると判断した根拠となる事実は、どの検討資料に基づくものか。その事実は、いつ判明していたのか。
- ・判明した時点で、具体的には、どのように対応すべきであったか。  
\* 事故を予見できた事実を認識していたにもかかわらず、事故の回避措置をとることができなかった要因としては、情報の共有化不足、リスクの過小評価等が考えられます。

#### b 予見できなかった場合

- ・仮に、事故前に事故を予見するに足る事実を把握できていなかった場合には、事業者が事業者として要求される調査・研究を尽くせば知りえたといえる事実があったか否か(どのような事実を収集しておれば、予見できたのか)を検討します。
- ・その情報を収集するには、いかにアセスメントすべきであったのかを検討する。  
\* 情報を具体的に細部にこだわって収集する。

### c 再発防止につなげる

予測できなければ、事故防止のための具体的対応策を検討するきっかけさえないので、事故が発生したのはいやむを得ないとなります。

ただ、このように、事故の予見ができなかった場合であっても、一度事故が起こると、2回目の事故の予見可能性は高まっていくので、事故の再発防止のために、回避性を検討しておく必要があります。

#### 予見性の記載上の留意点

##### 情報としての予見性

予見性チェックシートに記載して、事故を予見できたといえる情報または事故を予見できないといえる情報の両方を探してください。ここでは、事故当日よりも前に把握していた事実を記入してください。

##### 個別対応時の予見性

個別に職員が対応しているとき（事故当日）に把握できたものかどうかを検討してください。事故当日よりも前に把握していた事実が事故当日にも存在していたのか、事故当日よりも前には把握できていなかった事実が、事故当日に新たに生じていたのかについて検討してください。この際、マイナス要因のみでなく、プラス面も含めて記載することが大切です。

#### 回避性

##### 会議での検討

事故を予見できた場合には、事故の発生を防止するために、対策を講じる必要があります。まず、事故を防ぐためには、職員が何をすべきであったかを十分検討し、事故回避のための対策を確認してください。この際、施設マニュアルがあればそれも参考にしてください。他に介護関係等の本を参考にするのもよいでしょう。

##### 回避性の記載上の留意点

上記分析を踏まえて分析した結論を書いてください。

#### 事故の拡大防止

##### 会議での検討

結果を最小限にするための事故後の対応として十分であったかを検討してください。

##### 事故の拡大防止の記載上の留意点

上記分析を踏まえて分析した結論を書いてください。

#### 再発防止対策

##### 会議での検討

### a 今回の対応の問題点の検討

予見可能性、回避可能性の各について検討した結果、そもそも事故原因が不明である場合には、事故原因を分析するために、いかなる事実を収集すべきかを、誰が、いつからいつまで、どのように収集していくのかを検討し、次回の検討会の日も決めてください。

・予見可能性

事故が予見できる事実が客観的には存在していたにもかかわらず、担当職員が事故の予見ができなかった場合には、プロセスレコード等を参考に検討してください。今後は、どうすれば、その職員も事故の予見ができるようになるのかの対策を検討してください。

今回事故が予見できなかった場合には、もし今回の事故を予見するためには、どのような事実を把握すべきであったかを検討してください。

・回避可能性

事故当時職員が行った支援を具体的に確認し、事故防止のためにすべきであった対策と比較して、支援が十分であったか否か、不十分であった場合には、なぜとるべき対策を講じることができなかったのかをプロセスレコード等を参考に検討してください。また、今回一定の対策が講じられていた場合、再度その有効性や見直し等についても検討してください。

施設マニュアルの改訂、指導、研修の実施、計画書への反映等を検討してください。

b 再発防止対策の検討

個別支援計画書の見直し

- ・（ア）の検討で、事故の予測ができていたのであれば、個別支援計画書に事故防止のための具体的な対応策が盛り込まれていたのか否かをチェックする。
- ・盛り込まれていないのであれば、なぜ盛り込めなかったのかを検討する。
- ・（ア）の検討で、事故の予測ができなかったのであれば、個別支援計画書に今後事故が再発するのを防止のための具体的な対応策が盛り込んでいく。

マニュアルの改訂

- ・職員が、マニュアル通りに業務を遂行しておれば、事故が防止できたのか否かの検討
- ・防止できなければ、マニュアルのどこに問題があったのかを検討する。
- ・事故の再発防止のために、マニュアルをいかに改善すればよいのかを検討する。

その他

介護者要因

- ・情報の共有化、対応策の周知徹底
- ・マニュアル・個別支援計画書に基づいたケアの実践
- ・職員研修

- ・職員の姿勢
- 環境要因
- 本人要因

#### 再発防止対策の記載上の留意点

上記分析を踏まえて分析した結論を書いてください。

エ 重大事故（1、要行政報告（死亡・骨折・3針以上の縫合・無害）及び管理者から「その他重大事故」と判断された場合

書式2「事故発生状況」記入のポイント

A 重大事故等の詳細記録となります。死亡事故等の場合には、その対応の妥当性、過失責任の有無を証明する重要な資料となりますので、できるだけ、詳細に記入しましょう。

なお、証拠としての重要性を示す例として下記のような裁判例があります。

・東京地方裁判所平成8年4月15日判決

長男が、母親が入院中にベッドから落ちて側頭部を床に強打し、くも膜下出血で死亡した事故

【判例一部抜粋】

巡回義務の履行について

被告は、利用者Aの平成二年七月二九日の転倒以後は、看護婦らによる巡回を更に高い頻度で行うこととし、かつ右転倒があったことを念頭に利用者Aの動きにより一層注意を払っていたと主張し、《証拠略》には、右主張にそう部分がある。

しかし、右証拠によっても、どのように巡回の頻度を増やし、かつ利用者Aの動静に注意を払っていたかについては、曖昧で、具体性を欠き、その内容は明らかでないと言わざるを得ない。

乙六（看護記録）によれば、夜間の巡回の記録の頻度は七月二九日の利用者Aの転落の前後で一時間ないし二時間に一度程度と変わらないこと、特に深夜は三時間に一度程度しか巡回の記録がない日があること、看護記録の記事欄には、「入眠中」の記載も多くなされており、特に異常がない場合でも一応看護記録への記載利用者Aされていると考えられること、

二度目の転落のあった八月七日の看護記録の記載は、

午前零時三〇分に「ゴソゴソ動いているが、臥床していないので様子見る（昼夜逆転）」、

午前二時に「さかさまになって眠っている（足元の方に）」ので……位置をなおす」との記載があり、

その後午前四時の転倒の記載になっていることの各事実が認められるのであ

り、右各事実に照らしてみると、

利用者 A の一度目の転落があった七月二九日以降も特に頻繁に巡回がなされたことや、動静を注意して、転落の防止に努めた様子は窺われず、八月七日においても、午前二時から午前四時まで利用者 A の動静を観察したことは窺えない。

以上によれば、看護婦らは、前記看護方針に従い、頻繁に巡回し、利用者 A の転落による危険発生の防止に務める義務を履行していなかったと認めるのが相当であり、担当医師には右義務履行のための具体的な看護態勢をとる指示監督義務を怠った過失が認められる。

「対応者」とは、直接その事故に対して、対応を行った方のことをいいます。

「発見者」とは、直接その事故の発生時には、対応していなかったが、発生後に発見をし、その後の対応を行った方のことをいいます。

記載にあたっては、以下の内容をよく精査して、客観的に記載してください。

客観的事象：利用者の言動・実際の状況

より具体的に観察した状況を丁寧に記載する。

特に表情や反応、返事や出血の有無など具体的な状況を記載すること。

C F：A が食事中、一度中、突然立ち上がったが、また坐り直したため、他の利用者の食事介助を行っていたら、突然ドンという音がして、その方向をみるとA が椅子から転げ落ちていた。

x のど詰めではないかと思い対応を行った。

振り返るとA の状況は、顔面蒼白となり、のどをかきむしるような苦悶の表情があった。

すぐに身体を支え、表情の確認及び声かけを行うが、苦悶の表情は消えず、返事もなかった。

対応者の対応内容

x のど詰めと思い対応を行った。

のど詰めではないかと思い、

すぐに、看護師を呼ぶように他の職員に大声で応援を依頼した。

併せて、背中側から両手をみぞおち辺りに回して組み、ぎゅっと押し上げる動作を何度か繰り返したが、状況の変化はなかった。

時 分看護師到着後、ブルス等の確認後、時 分に緊急に救急車の手配を行った。

「対応」等の表現ではなく、具体的にどのような行為を行ったかを記載すること。

具体的な対応者の位置取りや対応した状況等も明瞭に記載しましょう。

利用者の正面から、利用者の両手をとって、立ち上がるように声かけしながら、引っ張った。

かみつかれそうになったので、利用者の正面の位置取りから、素早く右方向に回避した。



### 対応者の洞察

以前にも、のど詰め事故があったことから、顔の表情等から「のど詰め」ではないかと推察をし、応急措置行為を行うことと看護師への連絡を行うことが重要と判断した。

具体的な行為を行うために、諸種の状況から判断した内容を記載すること。

### 管理者からの指示

看護師、現場からの緊急報告で、救急応援が必要であると判断し、指示がおこなわれた。

具体的に報告・指示された内容を記載すること。

### 現場・周囲の状況（物的・人的状況）（事故に関連する発生前・後の状況）

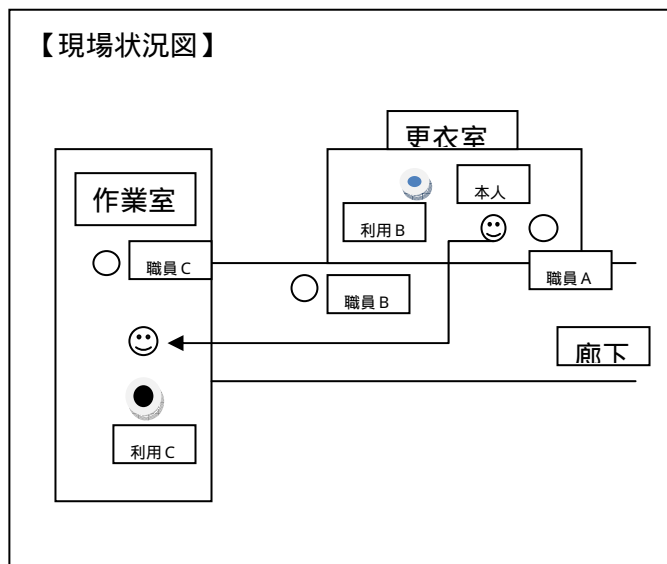
その場にいた他の利用者や職員の状況を記載すること。

この際、事故に関連して事故発生の前後の状況を記載すること。

C F：被害者Aが、非常に興奮して、屋外に飛び出したため、職員Bがあわてて負うこととなったが、Aへの対応が不慣れで、その行動を制止することができなかった。そのまま、屋外作業中の加害者Cにとびかかりそうになった際に、加害者CがAを逆に突き飛ばして、Aが転倒することとなった。

【他の利用者】【他の支援者】【他の目撃者の観察】【危険物の存在】等をできるだけ詳細に記載し、現場状況図が説明できるようなものとする。

### 現場状況図（記載の例）



### この図に基づく記載例

更衣室に利用者Bが入っており、少し奇声を上げていた。

そこに、奇声を嫌う本人が入り、Bの声でパニックになり、耳を押えて座り込んで、大声を上げていた。

担当職員Aは、すぐに対応しようと入室し、本人に向かって「大丈夫やで」と声かけを行いながら、本人の右手を両手で引いて、一旦質外へ出るよう誘導しようとした。

この際、パニック状態の本人が、手を引こうとした職員Aの左手前腕部に突然かみついた。

職員Aは、「痛い、やめて」と叫びながら、本人の口を離すよう持っていた両手を離し、左手を口から振り払う対応を行った。

本人は、一旦かみつきをやめ、そのまま、大声を上げながら、立ち上がり、廊下に飛び出して行った。

職員Aもその後を追い、廊下にてた。

廊下では、職員Bが作業用の荷物を両手で持ち運んでいた。

大声をだす、本人に職員Bは、「落ち着きや」との声かけを行ったが、そのそばを素通りして、本人は、作業室にそのまま飛び込んだ。

職員Aは、「　　さん、まってや」と叫びながら、作業室まで追っていった。

作業室では、利用者Cと職員Cがいたが、職員Cは、作業準備を行っていたが、本人が飛び込んできたことには気づき、振り返って際には、すでに利用者Cに本人がかみついているのを発見した。

(その後の対応：……)

#### 怪我の状況

外傷の部位 (図に矢印や 車線で記載すること)

外傷の大きさ・色・程度：より具体的に記載すること

x 大きなあざ　10Cm ぐらいの青いあざ

事故対応経過表には、事故発生時以降の対応について、特に対応した時刻 (メモなどをとっておく) はできるだけ詳細に記録しておきましょう。対応記録は、問題解決まで、漏れなく記載しておきましょう。

#### 書式3-1「予見性チェックシート」記載のポイント

過去の記録から、当該事故の「予見性」に関する記載等をもう一度点検してみましょう。

\* 事故発生の危険性を示す事実を下記書類から探してください。

各予見性の確認できる内容の記載とともに、こうしたリスクに対しての対応の確認がされていたかどうか記載しておきましょう。

#### 書式3-2「事故別リスクチェックシート」記載のポイント

予見性を確認する上で、事故発生当日に把握されていた状況をチェックしましょう。

こうしたチェックを行いながら、事故の原因や今後の対応策の検討に活用していきましょう。



【書式3-1】予見性チェックシート

事故防止の記録から、当該事故の「予見性」に関する記載等をもう一度確認してみましょう。  
 ※事故発生の危険性を必ず事実を下記欄から選んでください。

アセスメントシート	本人ヘッドキャップをかぶりたがらない。 てんかん発作が多くみられるが、前後関係がわかりにくい。 てんかん発作の前に他者に対してつかみかかりの行為やひっかく行為また増強をつける行為を繰り返すことが見られる。しかし、必ずしも直前の予兆のような物は見られない。
認定調査票	てんかん発作が多い日は、目に顔が見られる。
医師意見書	
家族からの情報	家庭においてもてんかん発作は見られ家で養育を行うことは、困難な状況
個別支援計画	てんかん発作が多く、本人の居場所などの確認が必要 クッション性のある敷物の用意 移動時（食堂や入浴時の移動や散歩）には不意のてんかん発作に対してマンツーマン対応を行う
ヒヤリハット・過去の事故の発生・苦情等	職員が見ている中でも発作があり急に倒れ顔面紫斑が多く報告されている。その都度医師への相談や、前後関係の確認、本人状況の特徴点など確認を行い対応を検討実施。
マニュアル上の整備	
その他情報	

【書式3-2】事故リスクチェックシート

※予見性を確認する上で、事故発生当日に把握されていた状況をチェックしましょう。  
 【転倒・転落事故】

○乗車等の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上席 <input type="checkbox"/> 右上席 <input type="checkbox"/> 左下座席 <input type="checkbox"/> 右下座席 ※その他（四脚の支脚） ※特記事項
○両足の可動域の制限の有無	1. ない 2. 制限あり 3. 制限あり 4. 制限あり ※その他（四脚の支脚） ※特記事項 膝関節は曲がりにくく内股の状況で動くことが多く見られます
○座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 支えたらえればできる 4. できない ※特記事項
○両足での自立保持	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何れか支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない ※特記事項
○片足での自立保持	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何れか支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない ※特記事項 一応は片足でも不安定な状況である
○歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないうでできる <input type="checkbox"/> 何れにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない ※特記事項
○移乗	1. 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 4. 全介助 ※特記事項 入浴時の椅子への移乗は手を添えるなどの介助が必要
○移動または移動手段	1. 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 ※特記事項
○腕力	<input type="checkbox"/> 普通（日常生活に支障がない） 2. 約1/3弱いた腕力確認者の腕が見える 3. 目の前に置いた腕力確認者の腕が見える 4. はほとんど見えない 5. 見えているが判断不能 ※特記事項 意思確認は困難で、把握ができていないと置かれる
○聴力	<input type="checkbox"/> 普通 2. 普通の声やっと聞き取れる 3. かなり大きな声なら何と聞き取れる 4. はほとんど聞けない 5. 聞いているが判断不能 ※特記事項
○認知覚の有無・程度	慣れた生活部分に置いての認知は出来ていると考えられるが、その他の場面に置いては認知は難しい状況といえます。
○尿失禁の有無	大抵、尿閉に尿室に置いておられることが多く見られます。定時は尿室の対応を行います。尿閉も多く見受けられます。

○トイレや食事に行く際の行動	移動の際は、覆れている（食室は2階から1階に階段を使用して移動）こともあり、てんかん発作による転倒で大きく怪我をすることも懸念されるためマンツーマンで本人の身体の側について腕を支えて移動を行うようにしている。																		
○車椅子から立ち上がる際の姿勢	お尻的に車椅子は傾斜していません。ただし、椅子から立ち上がる際は、見守りは必要ですが特段の支度は必要ないと考えます。																		
○その他の特記事項	情緒面についてアンバランスな状況があり幾つげ行為や他者に対して強いつけたり掴みかかっていたりの行為が見られます。																		
当日の状況	<table border="1"> <tr> <td>○体調</td> <td>B（体調） Bp（血圧） SpO2（酸素飽和度）</td> <td>P（脈拍）</td> </tr> <tr> <td>○当日の心身の状況、覚醒等</td> <td colspan="2">日常と変わらず、起床されていました。特に興奮し他者に対して掴みかかっていたりなどの行為は見られず比較的安定されていました。ただし、尿室から出て廊下で歩き込む様子がありました。</td> </tr> <tr> <td>○当日の歩行状態</td> <td colspan="2">関節は痛まず、日常と同じ状態で歩行できていました。</td> </tr> <tr> <td>○当日の移動手段</td> <td colspan="2">歩行</td> </tr> <tr> <td>○食室面</td> <td colspan="2">当日のフロアの対応職員が3名配置で居間で食事をされる方の食事の搬送に1名が移動し、その時点で3名の職員の配置でした。居間に置いては、本人の不意の転倒も想定されるので手袋を替くなどしていましたが、床面などは置く転倒時にけがに結びつく状況は認識しています。</td> </tr> <tr> <td>○その他の特記事項</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	○体調	B（体調） Bp（血圧） SpO2（酸素飽和度）	P（脈拍）	○当日の心身の状況、覚醒等	日常と変わらず、起床されていました。特に興奮し他者に対して掴みかかっていたりなどの行為は見られず比較的安定されていました。ただし、尿室から出て廊下で歩き込む様子がありました。		○当日の歩行状態	関節は痛まず、日常と同じ状態で歩行できていました。		○当日の移動手段	歩行		○食室面	当日のフロアの対応職員が3名配置で居間で食事をされる方の食事の搬送に1名が移動し、その時点で3名の職員の配置でした。居間に置いては、本人の不意の転倒も想定されるので手袋を替くなどしていましたが、床面などは置く転倒時にけがに結びつく状況は認識しています。		○その他の特記事項		
○体調	B（体調） Bp（血圧） SpO2（酸素飽和度）	P（脈拍）																	
○当日の心身の状況、覚醒等	日常と変わらず、起床されていました。特に興奮し他者に対して掴みかかっていたりなどの行為は見られず比較的安定されていました。ただし、尿室から出て廊下で歩き込む様子がありました。																		
○当日の歩行状態	関節は痛まず、日常と同じ状態で歩行できていました。																		
○当日の移動手段	歩行																		
○食室面	当日のフロアの対応職員が3名配置で居間で食事をされる方の食事の搬送に1名が移動し、その時点で3名の職員の配置でした。居間に置いては、本人の不意の転倒も想定されるので手袋を替くなどしていましたが、床面などは置く転倒時にけがに結びつく状況は認識しています。																		
○その他の特記事項																			

## 5 利用者の事故（裁判例の整理）

ここでは、今回の事故対応検討会で議論を行った、障害者施設で発生しやすい事故類型についての裁判例を参考として記載しておきます。障害者施設の事故が裁判となった例があまり多くないので、高齢者施設の裁判例を挙げておりますが、内容的には、障害者施設の事故についても参考になるはずで

### 1) 転倒事故

#### ア リスクの予見

下記 の要素をチェックしながら、転倒の可能性とそれにより生ずる結果の程度（重大な結果が生じるか否か）について検討します。

本人の状態の把握

障害の程度、自立・姿勢の保持ができるか、歩行が出来るか等、

利用者様の行動を観察して、トイレや食事に行く際の行動や車椅子を利用している場合には、車椅子から立ち上がろうとする際の所作などを確認する必要があります。

これらの情報はすべて書式3-2「事故別リスクチェックシート」に盛り込んでおります。書式3-2「事故別リスクチェックシート」の【転倒・転落事故】の各要素をチェックしてください。

#### 環境面

##### A 施設内

##### ・デイケア（東京地裁判決平成15年3月20日）

「本件施設は、…通所介護契約上、介護サービスの提供を受ける者の心身の状態を的確に把握し、施設利用に伴う転倒等の事故を防止する安全配慮義務を負うというべきである。

そして、上記のとおり、原告は従前より足腰の具合が悪く、70歳のころに転倒して左大腿骨頸部を骨折したことがあり、本件施設内においても平成13年2月12日に転倒したことがあること、同年12月ないし平成14年1月ころにおける原告の下肢の状態は、両下肢の筋力低下、両下肢の麻痺、両膝痛、両膝の屈曲制限、左股関節、両膝関節及び足関節の拘縮、下腿部の強度の浮腫、足部のしびれ感、両足につき内反転気味の変形傾向などがあり、歩行時も膝がつっぱった姿勢で足を引きずるような歩き方で不安定であり、何かにつかまらなければ歩行はできなかったこと、原告の主治医においても原告の介護にあたっては歩行時の転倒に注意すべきことを強く警告していることからすると、本件事故当時において、原告は、杖をついての歩行が可能であったとはいえ、歩行時に転倒する危険性が極めて高い状態であり、また、原告のそのような状態について本件施設の職員は認識しており又は認識し得るべきであったといえるから、被告は、通所介護契約上の安全配慮義務

として、送迎時や原告が本件施設内にいる間、原告が転倒することを防止するため、原告の歩行時において、安全の確保がされている場合等特段の事情のない限り常に歩行介護をする義務を負っていたものというべきである。

そこで、本件事故について歩行介護義務違反があったか検討するに、本件施設の介護担当職員であるCは、原告がソファから立ち上がり本件トイレに向かう際、これに付き添って歩行介護をしたものの、原告が本件トイレ内に入った際、原告から本件トイレ内に同行することを拒絶されたことから、本件トイレの便器まで同行することを止め、原告を1人で便器まで歩かせたというのである。しかし、前記認定のとおり、本件トイレは入口から便器まで1.8メートルの距離があり、横幅も1.6メートルと広く、しかも、入口から便器までの壁には手すりがないのであるから、原告が本件トイレの入口から便器まで杖を使って歩行する場合、転倒する危険があることは十分予想し得るところであり、また、転倒した場合には原告の年齢や健康状態から大きな結果が生じることも予想し得る。そうであれば、Cとしては、原告が拒絶したからといって直ちに原告を1人で歩かせるのではなく、原告を説得して、原告が便器まで歩くのを介護する義務があったというべきであり、これをすることなく原告を1人で歩かせたことについては、安全配慮義務違反があったといわざるを得ない。

この点、被告は、原告が本件トイレ入口において本件施設の職員に対し同トイレ内における介護を拒否したのであるから義務違反はないと主張する。

確かに、要介護者に対して介護義務を負う者であっても、意思能力に問題のない要介護者が介護拒絶の意思を示した場合、介護義務を免れる事態が考えられないではない。しかし、そのような介護拒絶の意思が示された場合であっても、介護の専門知識を有すべき介護義務者においては、要介護者に対し、介護を受けない場合の危険性とその危険を回避するための介護の必要性とを専門的見地から意を尽くして説明し、介護を受けるよう説得すべきであり、それでもなお要介護者が真摯な介護拒絶の態度を示したというような場合でなければ、介護義務を免れることにはならないというべきである。

本件施設は介護サービスを業として専門的に提供する施設であって、その職員は介護の専門知識を有すべきであるが、本件事故当時、原告が本件トイレに単独で入ろうとする際に、本件施設の職員は原告に対し、介護を受けない場合の危険性とその危険を回避するための介護の必要性を説明しておらず、介護を受けるように説得もしていないのであるから、被告が上記の歩行介護義務を免れる理由はないというべきであり、被告の主張は採用できない。」

## B 施設外

### 肯定例

- ・デイケア（東京地裁判決平成15年3月20日）

「本件事故当時、亡Aは、自立歩行が可能であって（本件事故当時、亡Aは、何かに掴まりながらでないと歩けないとか、付添人が手を貸さなければ歩けないなどということはなく、自立歩行が可能であった。）、簡単な話であれば理解し、判断する能力が保たれていたものの（簡単な話であれば理解し、判断することができ、例えば、その場に起立しているように指示した場合、その指示を理解し、そのとおりにすることは可能であった。）、貧血状態にあって、体重も減少傾向にあったのであるから、ささいなきっかけで転倒しやすく、また、転倒した場合には骨折を生じやすい身体状況にあったものということができる。

また、上記1(3)で認定したとおり、本件事故の現場は、一部未舗装の歩道であって、必ずしも足場のよい場所ではなかったのであるから、亡Aが転倒する可能性があることはYにおいて十分想定することができたと考えられる。」

### これまでの経過

事故前に、実際に軽い傷害を生じさせる転倒・転落事故、または傷害に至らない転倒・転落事故があった場合には、転倒・転落によって重大な傷害、及び生命侵害の結果を生じさせた事故についての具体的な予見可能性は高まります。

- ・当該利用者の経過
- ・施設の事故状況

事故の発生しやすい場所・時間帯・介護場面・その他の状況などの分析・把握

## イ リスクの現実化回避の具体的対応策の検討

### 視点

下記 の方向で検討しつつ、 の義務を履行するための支援方法を検討していきます。

本人の意思・自由の尊重することによって行動範囲を広げ、生きる意欲を高める

本人の意思・自由の尊重、自立（自律）支援の要請

リスクを低下させ、本人の安全確保のために配慮する義務

移動器具の選択、介助方法の選択

### 具体的対応策の検討

下記の点を検討します。

移動手段等の選択

介助方法の選択

- ・1対1介護が必要か否か

\* 必要な場合には、どの時点のどのような場面で必要となるのかを特定しておきます。

## ウ 事故時・直後

### 見守り（監視）体制

施設側が利用者への見守り等を適切なかたちで行っていたか否かが争点となります。

### 肯定例

#### ・デイケア（東京地裁判決平成15年3月20日）

##### （事故概要）

平成11年12月10日、亡Aは、Y医院のデイケア室へ通院し、同日午後5時30分ころ、Yの雇用する介護士である訴外A（以下「訴外A」という。）の運転する送迎バスにより自宅マンション前まで送り届けられた。訴外Aは、送迎バスから路上に降りるための踏み台を出して亡Aをそのバスから降ろした。その後、訴外Aがその踏み台を片づけるなどの作業をしている間に、亡Aは、路上において転倒した（以下、この転倒事故を「本件事故」という。）。

##### （安全確保義務の内容）

「Yは、本件事故当時、亡Aを送迎する送迎バスに乗車する介護士として、運転手を兼ねた訴外A1名しか配置しなかった。そして、亡Aが送迎バスを降車した後、訴外Aは踏み台用のコーラケースを片づけたり、スライドドアを閉めて施錠するなどの作業をする必要があつて、同人が亡Aから目を離さざるを得ない状況が生じ、訴外Aは亡Aが転倒することを防ぐことができなかつたものである。Yとしては、訴外Aに対して、送迎バスが停車して亡Aが移動する際に同人が目を離さないように指導するか、それが困難であるならば、送迎バスに配置する職員を1名増員するなど、本件事故のような転倒事故を防ぐための措置をとることは容易に行うことができるものであり、そうした措置をとることによって、本件事故は防ぐことができたといふことができる。そうであるとすれば、Yは、上記2で述べた亡Aの生命及び身体の安全を確保すべき義務を怠つたことにより、本件事故を防ぐことができず、亡Aの右大腿部けい部骨折の傷害を生じさせたものといふべきである。したがつて、Yには、債務不履行が成立し、上記の注意義務違反と相当因果関係にある亡Aの損害につき、これを賠償すべき責任を負うといふべきである。」

## 救命

### 救命対応マニュアル

### 救命器具の設置

### 救命措置

#### ・東京地裁判決平成2年6月11日

##### 【事案の概要】

脳性麻痺の幼児を抱える家庭に自治体から派遣された在宅訪問指導員が、右幼児を介護中に誤つてベビーカーを横転させて脳性麻痺の悪化を招いた事故

##### （本人の状態）

Aの脳性麻痺による運動機能障害については、右身体障害者の認定を受けた



当時においては頸の坐りがなく、坐位保持不能、寝返り不能、右上下肢の動きが非常に乏しく、左上下肢は自動運動はかなりあるが随意性が極めて乏しいものであり、把握運動は不能で、目で物を見る反応ははっきりせず、精神面では、あやしても笑わない等の状態であったが、これらも徐々にではあるが改善されてきており、本件事故直前ころにおいては、頸の坐りは完全ではないが、ある程度のコントロールはできるようになっており、自ら座ることはできなかつたが、座らせてやると多少の間その姿勢を保つことができ、這行動や、立歩行はできなかつたが、仰向けに寝た姿勢で足を使って多少移動することができ、何かの拍子で寝返りを打つこともあり、物を持たせると握ることができたし、興味や動きのあるものについて、目でそれを追う反応もあり、精神面では、あやしたり機嫌が良いと笑顔を見せたり声を出して笑うこともあり、明確に了解可能な発語はなかつたが発語様のものはかなりあったし、また名前を呼んだり、話しかけたりするとこれに返事をするかのような反応も認められるようになっていた。

Aに認められる他の症状としては、てんかん、呼吸不全、易嘔吐性、体温調節障害、嚥下障害、睡眠障害等があった。

#### 【判決要旨】

(過失)

「まず在宅訪問指導員Zの行為についてであるが、Zは保子と看護婦の資格を有し、…、訪問指導員として相当程度の経験を有し、Aの訪問指導を以前からおこない、その症状も十分知っていたと認められるから、Aをバギーに乗せて散歩するにあたってはバギーの操作は慎重に行い、転倒させて負傷させることなどないようにする注意義務があつたにもかかわらず、これを怠り、笑顔の写真を子に写させるため、バギーの後輪を軸に前輪を上げて数回まわり、バランスを崩すなどしたことから支えていた手を放し、バギーごと転倒させて負傷させたというのであるからZに過失があつたことは明らかであり、その過失の程度としては重過失があつたとまでは言えないが、軽率な行為であつて比較的重いものといわねばならない。」

## 2) 誤嚥

### ア リスクの予見

#### 本人の状態の把握

自宅での食事内容、食事量、食事に要する時間、介助の要否、特殊な食べ方をしていないか、長く噛んでいる、食物を詰め込む、むせやすいなど注意すべき点がないか、嗜好、自助具の使用の有無等の事情をチェックしていきます。

## これまでの経過

以上の事情を踏まえて、本人が誤嚥する可能性の程度を把握していきます。

これらの情報はすべて書式3-2「事故別リスクチェックシート」に盛り込んでおります。書式3-2「事故別リスクチェックシート」の【誤嚥事故】の各要素をチェックしてください。

誤嚥の可能性が相当程度認められる場合には、誤嚥の可能性を低下させるべく、食材及び介助方法等について検討することになります。

## 肯定例

- ・特別養護老人ホーム、ショートステイ（横浜地裁川崎支部判決平成12年2月23日）  
「Aは、食事の際に、飲み込みが悪く、口のためこんで時間がかかる者であったことと、本件事故が朝食直後に起きていることなどからすれば、Aの異変を発見した際に、真っ先に疑われるのは、誤飲であったと言うべきである」
- ・特別養護老人ホーム（名古屋地裁判決平成16年7月30日）  
「Aが介助を要する当時75歳の利用者であり、義歯（総入れ歯）も装着したこと、X2からAの飲み込みが悪いこと等がY施設の看護職員にも告げられ、入所時一般状態調査票ないしショートステイ用一般状態記録にも、Aに嚥下障害がある旨記載されていたこと」
- ・特別養護老人ホーム（松山地裁判決平成20年2月18日）  
「Aは平成17年7月11日に医師の診察を受け、医師からは加齢にともなうもの又は小さい脳梗塞、脳血管障害等によって食事の飲み込みが悪くなってきており、今後も嚥下障害が進行したり、誤嚥性肺炎の発症の可能性があるとの説明がなされ、この説明をY職員も聞いていたこと、Aは平成17年7月11日以降も食事の際にムセ込む状態が続いており」  
\* なお、誤嚥事故は、平成17年7月18日。

## 否定例

- ・特別養護老人ホーム、ショートステイ（横浜地裁判決平成12年6月13日）  
「Aには、多少食欲不振な時期があったにせよ、格別摂取障害があったとまでは認められない。」
- ・特別養護老人ホーム（神戸地裁判決平成16年4月15日）  
「Y2としては、亡Aにおいて、本件事故において生じた 略 段階の誤嚥の兆候は認識していないのであるから、亡Aが介助したパン粥を口に溜め込み、なかなか飲み込まないという事態を受けて、上記誤嚥の可能性を認識することは不可能であり」  
「亡Aが本件事故の2ないし3日前からむせることが多かった旨の記載がなく、その他、これを認めるに足りる的確な証拠はない。ちょっとむせるような感じ、苦しそうである、あるいは、しんどそうであるというのは主観的な評価であり、このようにY2が感じたとしても、そのことから本件事故において亡Aが生じた段階の誤嚥を予見したとはいえない」

## イ リスクの現実化回避の具体的対応策の検討

### 視点

下記 の方向で検討しつつ、 の義務を履行するための支援方法を検討していきます。

本人の意思・自由を尊重することによって生きる意欲を高める

本人の嗜好、本人の意思・自由の尊重、自立（自律）支援の要請

リスクを低下させ、本人の安全確保のために配慮する義務

利用者の身体・精神状態に合った食材・形状等の選択、及び介助方法の選択

### 具体的対応策の検討

下記の点を検討します。

#### 食材・形態等の選択

##### 肯定例

- ・特別養護老人ホーム（名古屋地裁判決平成16年7月30日）

「こんにゃくは、食べにくく、のどにつまらせやすく嚥下障害の患者や利用者に向かない食物であると指摘され、はんぺんと同じ練り製品であるかまぼこも嚥下障害の患者に向かない食物であると指摘されており、これらのことは市販の書物や公開されたホームページ等でも紹介されていることを考慮すると」

##### 否定例

- ・老人保健施設（横浜地裁判決平成12年6月13日）

「B施設は、栄養価は乏しいものの、腸をきれいにする、便通をよくする等の理由によりこんにゃくを食材として選択したこと、小さく切り分ける等、利用者に提供する食材であることに十分配慮していたこと等に照らし、こんにゃくを食材として選択したこと自体について、Yに注意義務違反があったとは認められない。」「有毒物などの一般食材として不適当なものであればともかく、通常食材として使われ、身体にとっても有用であるものについて、単に誤飲の危険性があるという一事によって食事に供したこと自体に過失があるとはいえない。」

#### 介助方法の選択

「誤嚥のおそれのある利用者の食事、誤嚥のおそれの高い食材を使用した場合（餅、こんにゃくなど）には、できるだけ一対一に近い状態で介助または見守るシステムを採用すべきである。十分な職員が手配できない場合が多いと思われるが、利用者の食事時間を2回に分けるなどの工夫をする。」

「自分で食べられる利用者に対しても職員を配置し、常に目配りを怠らない体制を整えなければならない。全利用者の席を職員から目の届くように配置し、場合によっては食事の内容によって席を区別するなどの工夫が必要である。」（以上、大阪弁護士会利用者・障害者総合支援センタ

－『介護事故マニュアル』大阪弁護士協同組合49頁)

#### 肯定例

- ・特別養護老人ホーム(名古屋地裁判決平成16年7月30日)

「Aにこんにゃくやはんぺんを食べさせるに際しては、Aに誤嚥を生じさせないよう細心の注意を払う必要があったことは明らかであって、B職員は、こんにゃくを食べさせた後、Aの口の中の確認及びAの嚥下動作の確認をする注意義務を負っていたというべきである。」

- ・特別養護老人ホーム(松山地裁判決平成20年2月18日)

「Yとしては実際に同人の食事の介助を行う職員が 覚醒をきちんと確認しているか、 頸部を前屈させているか、 手、口腔内を清潔にすることをやっているか、 一口ずつ嚥下を確かめているかなどの点を確認し、これらのことが実際にきちんと行われるように介護を担当する職員を教育、指導すべき注意義務があったものというべきである。

しかし、Yは上記のような教育、指導を特に行っておらず(Iは少量ずつ食べてもらう、しっかり飲み込んだことを確認するという点について注意するようにと口頭で言われただけである。)、IがAについて平成17年7月18日の朝食介助を行った際にも、覚醒の確認は十分に行っておらず、頸部を前屈させるということは全く行っておらず、手、口腔内を清潔にするということも行っていないのであるから、Yは上記の注意義務に違反したものというべきである。」 \*なお、Iは介助者

#### 否定例

- ・老人保健施設

「Aの咀嚼力が、個別的な付添介護が必要な状態まで低下していなかったことが推認される。」(横浜地裁判決平成12年6月13日)

### ウ 事故時・直後

#### 見守り(監視)体制

誤嚥があったことをいかに早期に発見し、救命できるような食事時の人員配置・見守り(監視)体制であったか否かも問題となります。

#### 救命

救命対応マニュアル

救命器具の設置

救命措置

#### 肯定例

- ・特別養護老人ホーム、ショートステイ(横浜地裁川崎支部判決平成12年2月23日)

「誤飲を予想した措置をとることなく、吸引器を取りに行くこともせず、また、午前8時25分ころに異変を発見していながら、午前8時40分ころまで救急車を呼ぶこともなかったのであり、この点に、適切な処置を怠った過失が認められる。」

「仮に、速やかに背中をたたくなどの方法を取ったり、吸引器を使用するか、あるいは、直ちに、救急車を呼んで救急隊員の応急措置を求めることができているならば、気道内の食物を取り除いて、Aを救急できた可能性は大きいというべきである。」

・特別養護老人ホーム（東京地裁判決平成19年5月28日）

「2回目の急変後、Aは意識があり、高度の脳障害にまでは陥っていないことがうかがわれ、1回目ないし2回目の急変時に救急隊員が到着していれば、Aの意識障害の程度を軽減できた可能性が認められないわけではないこと等に徴すると、Yの従業員であるRの介護職員らは、Aに対し、Aが1回目の急変の際に口から泡を出しており、食物の誤嚥が疑われたため吸引の処置を施した結果、容態が安定したように見えたとしても、引き続きAの状態を観察し、再度容態が急変した場合には、直ちに医療の専門家である嘱託医等に連絡して適切な処置を施すよう求めたり、あるいは119番通報をして救急車の出動を直ちに要請すべき義務を負っていたと認めるのが相当である。しかるに、Rの介護職員らは、Aの2回目の急変後も、経過をみるために車いすに乗ったAを食堂から寮子室の前に連れて行ったが、介護職員が常時Aのそばに付いて様子を見ていたわけではなく、他の利用者の介助をしながら様子をうかがうという程度であったのであり、嘱託医等に連絡して適切な処置を施すよう求めたり、あるいは119番通報をして救急車の出動を直ちに要請するようなことをしなかった。

そうすると、Rの介護職員らは、上記義務に違反した過失により、Aが窒息によって意識レベルを低下させたことにつき不法行為責任を負うというべきである。」

否定例

・特別養護老人ホーム（横浜地裁判決平成12年6月13日）

「本件事故当時、食堂で食事していた約40名の利用者は、自分自身で食事をするのであったから、介護職員3名が、食堂内を巡回し、その都度必要な介護を提供していたこと、食材により、付き添って摂取させることが必要な利用者に対しては料理を事前に取り上げておく等の措置を講じていたこと、亡Aに本件事故が発生した直後、Y職員3名が直ちに亡Aのもとに駆け寄り、救命措置を開始していることからすると、B施設の右監視体制が、不徹底で、妥当性を欠くものであったとはいえない。」

## 6 事故検討を通して虐待を早期に発見する

書式3を記載するためには、下記記録をチェックしていくことになります。その際に、下記の点も念頭に置いておくと、早期に虐待（またはそのおそれ）を発見することが可能となるでしょう。

### <利用者本人に関する記録等>

確認記録等

個別支援計画

アセスメント記録

会議録

確認する内容

・利用者の心身状態に即した個別支援計画が作成されているか、状態変化に応じた見直し、利用者の要望に即した見直しが行われているか

・アセスメントは定期的に行われているか、状態の変化に応じて行われているか・当該利用者にとどのような生活課題があり、その課題に対してどのような対処がなされていたか（方針、具体的な対応方法等）

チェックポイント例

\* 個別支援計画書では、「利用者及び家族の生活に対する意向」の欄に着目します。この意向を踏まえたサービス内容となっていない場合には、利用者の意に反したサービスの強制（身体的虐待、介護放棄、心理的虐待）にあたる可能性があります。

\* アセスメント記録と個別支援計画書の整合性についても検討します。アセスメントを踏まえた個別支援計画書になっていない場合には、利用者の状態を無視した職員の都合によるサービスの強制（身体的虐待、介護放棄）にあたる可能性があります。

\* 会議録では、具体的なサービス内容を選択した根拠として、検討内容の欄に、利用者の明示の意思、またはその合理的意思、利用者の自立支援の目的が明記されているかをチェックします。これらの記載がない場合には、利用者の意に反したサービスの強制（身体的虐待、介護放棄、心理的虐待）にあたる可能性があります。

確認記録等

ケース（経過、支援）記録

確認する内容

・通報等の内容に関係する記録が残されているか、どのような内容か（日時や状況を特定する手がかり）

・通報等の内容以外に、不適切なケアは行われていなかったか

・利用者や家族からどのような相談が寄せられ、それに対してどのように対処していたか

・当該利用者の生活課題や要望に即した介護がきちんとなされていたか

チェックポイント例

\* ケース記録では、個別支援計画書記載のサービス内容が、頻度の欄の記載のとおり実施されているかをチェックします。記載がなければ、介護放棄にあたる可能性があります。

表情が乏しくなっていないか。活気が失われていないか。発語が減っているか。食欲が減退しているか。等もチェックします。これらの事実が認められる記載がある場合には、利用者の意に反したサービスの強制（身体的虐待、介護放棄、心理的虐待）、または利用者の状態を無視した職員の都合によるサービスの強制（身体的虐待、介護放棄）にあたる可能性があります。

身体拘束を実施している施設の場合、身体拘束を行う必要性を示す事実の記載があるかをチェックします。これらの記載がなければ、緊急性の要件を満たしていない可能性がありますので、身体的虐待にあたる可能性があります。

確認記録等

看護記録

診療記録

処方箋

確認する内容

- ・ 利用者の健康管理が適切に行われているか
- ・ 通報等の内容に係る記録が残されているか、どのような内容か、その際どのように対処したか
- ・ 通報等の内容以外に、当該利用者の健康管理記録から気になる記載はないか

チェックポイント例

\* 看護記録では、個別支援計画書記載のサービス内容が、頻度の欄の記載のとおり実施されているかをチェックします。記載がなければ、介護放棄にあたる可能性があります。

\* 看護記録・心療記録では、利用者の状態像に見合った医療的ケアが実施されているかをチェックします。状態像に照らして、過剰な医療的ケアが実施されていれば、利用者の状態を無視した職員の都合によるサービスの強制（身体的虐待、介護放棄）にあたる可能性があります。

\* 痣、内出血、骨折等の外傷に関する記載があれば、部位、大きさ、色等の事実をチェックします。これらの外傷が、ケアから生じ得る外傷でない場合には、身体的虐待の可能性あります。

確認記録等

事故報告

ヒヤリハット記録

確認する内容

- ・ どのような状況で発生した事故・ヒヤリハット事例なのか
- ・ 事故等が発生した際の対応は適切に行われていたか
- ・ 事故やヒヤリハット事例が発生した要因は何か、再発防止に向けてどのような対策が取られていたか

チェックポイント例

\* ヒアリハット記録で、重大な事故につながる危険性のあるヒアリハット事例が記載されている場合には、事故を防ぐためのサービス内容が、個別支援計画書に記載されているかをチェックします。その記載がないか、記載があっても現に実施されていない場合には、介護放棄の可能性があります。

\* 事故報告書に記載されている痣、内出血、骨折等の外傷を部位、大きさ、色等の事実に着眼してチェックします。その上で、介助中の事故である場合には、事故時に実施されていたケアの内容をチェックし、ケアの内容から通常生じ得る外傷か否かをチェックします。ケアから生じ得る外傷でない場合には、身体的虐待の可能性があります。また、介助中の事故でない場合には、外傷の部位、大きさ、色等の事実に着眼して、ケアから生じ得る外傷でない場合には、身体的虐待の可能性があります。

\* 事故報告書の事故原因・対策の欄をチェックし、事故防止のためにすべきであった行為を把握します。その上で、事故当時の実施されたケアの内容をチェックし、本来なすべきかつ現に実施できたケアが実施されていない場合は、介護放棄の可能性があります。

\* ケアの内容が利用者の行動を制限している場合には、身体的虐待の可能性があります。

\* 事故発生後の対応が適切になされているかをチェックします。適切になされていない場合には、介護放棄の可能性があります。

\* 事故報告書の対策の欄の事故の再発防止策が具体的に記載されているかをチェックします。具体的に記載されていない、その記載が個別支援計画書のサービス内容に反映されていない、記載があっても現に実施されていない場合には、介護放棄の可能性があります。



## 7 「苦情」への対応

### 1) 苦情の捉え方

(社会福祉事業の経営者による苦情の解決) 第 82 条

社会福祉事業の経営者は、常に、その提供する福祉サービスについて、利用者等からの苦情の適切な解決に努めなければならない。

まず、利用者またはその家族からの苦情は改善改革に向けた積極的な提案ととらえるべきです。

そして、利用者及び家族等が望まれていることを的確に把握し、迅速かつ適切に対応し解決を図ることを通じて、利用者等が安心して生活できる環境を整えることによって、利用者等の生きる意欲を高め、最期まで自分らしく生活していただくことができるような支援につなげていきましょう。

また、苦情対応を通して、利用者及び家族等との信頼関係を深めていきましょう。できることとできないことを区別し、できない場合には、なぜできないのかを懇切丁寧に粘り強く理由を説明し、できれば代替案を提案し、少しでも利用者等の意思に沿うサービス展開につなげていきましょう。

次に、今回の苦情を受けて、他の利用者等にもあてはまるか否かを検討し、あてはまる場合には、他の利用者等にも改善されたサービスを提供していきましょう。

#### ・ 苦情および苦情対応の経過を具体的に把握

\* 要望も広義の苦情と位置付け、対応していくことが、サービスの質をより向上させ、利用者の満足度アップに繋がっていく。

#### ・ 苦情の意味を分析・評価

\* 利用者等が望んでいることを具体的に把握し、苦情の問題点を持つ意味を具体的に理解する。利用者等の意思を具体化し、苦情内容が人権侵害につながっているか否かを検討する。

#### ・ 課題の明確化

\* 苦情から見えてくる職員の問題点、設備・環境の問題点などを明確にする。

・ 必要な対策を講じ、マニュアルの改訂、研修内容に織り込むなど、サービスの質を高める取組みを強化していく。

\* 利用者及びその家族の意思及び要望に沿ったサービスの提供につながり、利用者及びその家族の満足度を高めるためのシステムの構築となる。

### 2) 苦情内容を検討する上での視点

ア 利用者等の自己決定権の尊重につなげる

- ・情報の非対称性
- ・能力の不十分性

#### イ 人権尊重、虐待防止のサービスにつなげる

・苦情に至った真の理由を分析します。そのためには、苦情に至った職員の言動が、利用者の存在を無視していたのではないか、利用者の存在を蔑視していたのではないか、利用者が生きていく上でのこだわりを軽視したのではないかという3つの観点から分析することが大切です。

#### ウ サービスの質に関する苦情を介護事故等の防止につなげる

### エ 具体例

#### 【苦情等の内容】

家族より、水分（お茶ゼリー）を無理に飲まないと言ったアカンものか？との苦情。

昨日面会に来た時に、子がリビングにおり、最初の2口ぐらいは職員が介助されていた。本人は意思をしっかりと伝えることができるし、幼いころ頑固な性格のため、いらぬものは飲もうとしないことは分かっている。

子はお茶（お茶ゼリー）を飲まないため、飲むまで居室へ戻してもらえなかったんだと思うが、子ども頑固なため、そこまで無理に飲まさないといけぬものか？本人が飲みたい分だけ飲んで、その量が少なく健康に影響を与えたとしても家族としては何も言わないのでそのようにしてもらえないか？

#### 【虐待の有無の検討】

お茶ゼリーを一定量飲んでいただく健康上の必要性の程度にもよりますが（健康上の必要性が高ければ、違法性が阻却される可能性はあります。）基本的には、利用者の意思に反して、お茶ゼリーを飲ませるのは、身体的虐待かつ精神的虐待にあたります。

当該行為をサービスに位置付けで実施するか否かは、当該行為の目的の正当性（実際に行われる行為が客観的な価値を担っていること。ここでは、水分補給によって得られる利用者の利益等を具体的に検討することとなります。） 必要性・緊急性（ここでは、医学的見地に基づく水分補給の必要性等）の × と、 当該行為（手段）の強度性（当該行為をサービスとして提供する方法が利用者の意思に反する程度。ここでは、利用者が好きなもので提供する。利用者が飲みやすい形状で提供する。等） 法益侵害の程度（当該行為をサービスとして提供することによって利用者が被る不利益。当該行為による法益侵害が相対的に軽微である方が望ましい。ここでは、利用者の意思に反した水分補給の実施に伴う利用者の精神的苦痛、その後の利用者の活動量の低下等）の × とを比較検討し、いずれが上回るかで判断していく必要があると思います。

支援計画を立てた場合に、その計画が利用者の意思に反した場合には、虐待にあたる可能性が生じますが、ただ、その支援計画が利用者の自立支援にとって必要性が高い場合には、虐待にあたるまでいえません。このように、利用者またはその家族の意思には反するが、虐待とまでいえないという事案として参考になるのが、次の裁判例です。

・知的障害者更生施設（神戸地裁判決平成16年1月13日）

#### 【事案の概要】

本件は、被告L市（M福祉事務所）による入所措置決定により被告社会福祉法人G（以下「被告G」という。）が運営する知的障害者更生施設H（以下「H」という。）に入所した原告が、平成8年7月16日以降平成10年4月5日までの間、同施設の嘱託医である被告医療法人I（以下「被告I」という。）運営のI病院A医師から処方を受けたニューレプチル等の薬剤を服用したことにより、肝障害等の健康被害を受けたとして、被告Gに対して民法709条にそれぞれ基づき、慰謝料500万円の支払いを求めた事案

#### （本人の状況）

原告は、昭和51年10月16日、父B及び母Cの間に生まれた。

原告には、自閉傾向を伴う軽度の精神遅滞が認められ、平成8年3月25日の精神科医による診察の結果、以下のとおりと診断された。

主な精神障害：精神遅滞

発生年月日：昭和55年ころ

現病歴：衝動行為

知能障害：軽度（鈴木ビネー式IQ56）

精神症状：強迫観念

問題行動及び習癖：暴行・器物破壊・常動行動

性格特徴：自閉傾向強く他者との交流が困難で衝動的

要注意度：随時一応の注意を必要とする。

日常生活の介助度：衣服（自立）、食事（半介助）、排泄（自立）、入浴（半介助）、睡眠（時々不眠）、危険物（特定の物・場所は分かる）

備考：衝動的行動が目立ち、時に他者に危害を加える。このため介助度が著しく高い。

#### 【判決要旨】

ア Hの注意義務違反

（ア）原告に対する監護療育義務違反

Hは、利用者の自立支援を目的とする知的障害者更生施設であるから、利用者に対して福祉的対応が必要であることはいうまでもない。したがって、利用者にも多少の問題行動が見られる場合であっても、安易に薬剤に頼るのではなく、原則として、当該利用者が問題行動に至った原因を探り、自ら規範意識を芽生えさせるような福祉的対応を採るべきである。

しかしながら、当該利用者の問題行動が著しく、福祉的対応のみでこれを抑えることが困難な場合、薬剤投与によって、当該利用者が他の利用者とともに自然な形で集団生活を継続し、施設における福祉サービスを楽しむことができるのであれば、そのために必要最小限の投薬をすることはやむを得ざる措置として肯認されるというべきである。

ただし、かかる薬物療法を実施する際には、精神科医による診断を要するのみならず、当該利用者の保護者の同意が必要であり、本人の理解力によっては本人の意向も尊重すべきである。

そこで、かかる観点から、本件投薬の妥当性について検討する。

#### a 原告の問題行動に対する投薬の必要性

前記認定のとおり、原告は短期入所中から、他の利用者を突き飛ばしたり、箸で突くなどの他害行動に及んでおり、また、女子利用者に対しては、キスをしたり、胸や股間を触る、一緒にベッドに入る、パンツの中に手を入れるなどのわいせつ行為に多数回にわたって及んでいる。また、平成8年6月10日の措置入所後においても、女子利用者を部屋に連れ込むなどの同種の行動が見られ、同年7月14日にはコップで男子利用者を殴打して縫合を要するほどの傷害を負わせるという事態にまで至っている。

これらの原告の他害行動やわいせつ行為は、単なるいたずらの域を大きく逸脱した他の利用者に対する人権侵害行為というほかない。

そして、これら問題行動の中には、原告主張のように、他の利用者に対する反撃の場合があることは事実であるが、その場合でも原告の反撃の程度は著しく、無関係の者を巻き添えにすることもあり、他害行動に至った経緯すら不明な場合も多々見受けられる。いわんや、女子利用者に対する数々のわいせつ行為に関しては、単に自らの性欲を抑える能力が欠如することによるものであって、被害者に対する関係では、正当化することができないものである。

また、前記認定のとおり、原告の性格の特徴として「衝動性」が挙げられていることからすれば、原告の問題行動は、原告の精神遅滞に基づく衝動性にも起因するものと認められる。

そして、原告のかような問題行動に対して、Hは、措置入所するまでは、福祉事務所等関係機関と計11回にわたって合同ケース会議を開催しながら、基本的には薬剤に頼らず福祉的対応をもって原告に接してきたこと、ところが、原告の問題行動が一向に治まる気配がなく、むしろ悪化しており、福祉的対応も限界に達していたことが認められる。

略

以上のとおり、原告の問題行動は短期入所の間から極めて著しく、同期間中、Hの福祉的対応によっては原告の問題行動を抑えることができなかったこと、原

告の問題行動は衝動性に基づくものであることからすると、措置入所当初から原告に対する投薬の必要性は高いものであったことが認められる。

そして、措置入所後も原告の問題行動（特に他害行動）は治まらず、これ以上の問題行動の悪化があれば、原告を強制退所させざるを得なくなり、かえって原告の自立の道が閉ざされるおそれがあったと認められることに照らすと、措置入所後の投薬継続の必要性も高かったものといわざるを得ない。

#### b 投薬内容の相当性

そこで、本件投薬内容の相当性を検討するに、Hでは、措置入所当初から原告に対する投薬の必要性が高かったことから、措置入所の翌日の平成8年6月11日、A医師の診察を受けさせ、その結果、同医師の処方に基づき、向精神薬レボトミン5ミリグラム1錠及び睡眠導入剤レンドルミン1錠を眠る前1回服用させたこと、しかし、その後も原告の問題行動は治まらず、平成8年7月14日には、男子利用者2名の頭部をコップで殴打して傷害を負わせるといった事件を起こしたことから、同月16日から、A医師の処方に基づき、1日10ミリグラムのニューレプチルを服用させるに至ったものであること、もっとも、その服用当初、原告は体調不良を訴え、過呼吸発作を起こしたことから、Hは、A医師の診察に基づき、その1日の投薬量を半減し、5ミリグラムの服用として、その経過をみたが、過呼吸発作については、呼吸法の指導によって治まり、その後は同発作が再発することはなかったこと、心電図及び血液検査の結果には何ら異常はなかったことから、同発作は一過性のものと判断されたこと、その後も、原告の問題行動は必ずしも治まらず、かえって、夏季の帰省（平成8年8月3日から同月21日まで）を終えた平成8年8月22日以降、性的な問題行動が多発したことから、同年9月19日、Hは、A医師の診察に基づき、ニューレプチルの服用量を1日10ミリグラムに戻し、以後、別紙投薬状況一覧のとおり本件投薬を続けたこと、その間も、原告がH退所を余儀なくされるような大きな問題行動はなかったものの、原告の問題行動は治まらず、これが継続していたことは、いずれも前記認定のとおりである。そして、そのため、ニューレチプルの更なる増量が考えられたこともあったが、結局は、上記1日10ミリグラムを超える投薬はなされなかったこと、ニューレプチルの有効な投与量が1日10ないし60ミリグラムであり、初めて使用するケースでは10ミリグラムか20ミリグラムを使用するのが相当であるとされていることが認められる。

そうすると、措置入所後も問題行動が続発した原告に対し、Hは、その経過を観察しながら、本件投薬を継続し、かつ、A医師の処方に基づき、ニューレプチルの投与量を、1日10ミリグラムを超えない必要最小限に抑えつつ、原告が退所を余儀なくされるような大きな問題行動を引き起こさないよう対処してきたものであり、また、ニューレプチル投与開始当初に原告に生じた過呼吸発作も、

新たな薬剤の使用に際して生じた一過性の体調不良であり、呼吸法の指導によってすぐに解消し、その後は再発することもなかったことにも照らせば、本件投薬内容は相当なものであったと認めることができる。

c 原告両親の本件投薬に対する同意

原告両親は投薬については同意していないと主張し、その旨陳述ないし証言する。また、平成7年8月26日に原告がアパミンを服用したことによって頻脈発作を起こしたことから、同時期にCには精神科薬に対する心理的抵抗があったことが認められる。

しかしながら、平成7年7月5日の合同ケース会議での話し合いでは、「今後は、日中の精神安定剤の服薬も考えながら、問題行動が起きた時は、次の大きな問題を起こす前に対処していく必要があると思われれます。」との報告がなされており、原告両親及びD園長らH職員も出席した平成7年12月4日のケース会議でも、在宅での監護は限界に来ていること、今後は医療機関も必要であり、時には薬物療法も必要と思われることが確認されている。

また、同月31日にCがHに来園した際にも、職員はCに対して、「合同ケース会議にもあったように、精神科医に相談するののも一つの方法ではないか。」と伝えている。

加えて、原告両親は平成8年6月10日の措置入所にあたって、従前投薬処方を受けていないにもかかわらず、Hから渡された「持ってきていただくもの」の中に、「薬（投薬中のものを2週間分）」が記載されていたことから、わざわざMクリニックにおいてヒルナミンの処方を受け、入所する際にこれを持たせていること（この点、Cは持ってくるものとして指示された以上は準備しなければならないと思ひ込んだと証言するが、書面には明確に「投薬中のもの」と記載されているのであって、かかる思い込み自体不自然なものである。）、入所翌日の同月11日には、Bが同行してA医師の診察を受けているにもかかわらず、その際、Bは投薬についての不安を何ら申し出ていないこと、ニューレプチルが初めて処方された同年7月16日のA医師の診察についても、CがHに対応を任せると回答していること、Cが同月26日に原告の過呼吸発作を知り、原告を自宅に連れて帰ると言ってHを訪れた際も、D園長から、原告の問題行動を押さえるためには投薬の必要があるという説明を受けて納得し、結局原告を連れ帰ることを取り止めていること（もっとも、CはD園長に恫喝された旨証言するが、前記認定のとおり、同園長は不安定な状態のまま原告を帰宅させた場合の危険性を述べただけであって、これをもって恫喝と認定することはできない。）、同月30日には、A医師は原告両親に対して投薬についての詳細な説明をし、その際も原告両親は原告を連れて帰らなかったこと、以上の事実からすれば、原告両親は、本件投薬の当初の時点においては、本件投薬に同意していたものと認められる。

そして、その後も、Cは、同年8月16日に、被告L市のFケースワーカーに対して、「薬が合っているのか夜寝てくれるので以前ほど心配することはない。」と述べ、同年12月16日にも同人に対して「園では薬が合っているのか順調に生活している。」と報告している。また、平成9年3月2日の保護者会において、H職員が原告両親に対して、同年2月27日に原告が他の利用者の首を箸で刺してけがをさせたため、今後は精神科医と相談して、処方を変更することもあり得ると説明したところ、原告両親もこれを了承している。

もっとも、さらに後の平成10年1月19日の説明会の際に、D園長は前記認定のとおり、Hは本件投薬が原告の体に合っていなくても、Hでは薬剤投与を続けるし、また、A医師が投薬しなければ他の医師に頼んでも投薬を継続するという趣旨の発言をしているが、前記認定のとおり、同日の時点においても、原告の問題行動は依然として治まっていなかったものであり、Hとしては本件投薬を中止するといかなる不測の事態が発生するかも知れないという不安が強かったものと認められ、もしかかる事態に至れば、Hとしても他の利用者に対する責任問題にも発展しかねないし、また、原告にとっても強制退所により今後の自立が困難となるという事態に陥る可能性もあったため、かかる事態を何としても避けなければならないという焦りの余り、上記発言に至ったものと認められる。よって、上記発言をもって、Hが原告両親やA医師の意思を無視して薬剤投与を継続する意思であったと認めることはできない。

むしろ、同説明会の最後に、Bは「おっしゃること、よう分かりました。ただ、お伺いしたいのは、症状を見まして、要は朦朧状態があったということで先生に薬の疑問点をお聞きしたかったということで来たんですわ。」と述べて、原告を引き取らずに帰ったこと、Cも「もう少し様子を見ようと思って、その場は一応あきらめたんです。」と証言していることからすると、原告両親はHでの投薬に同意したものであるべきである。

以上からすれば、原告両親は、本件投薬について進んで賛同したものではないとしても、原告の措置入所以降、H及びA医師の説明を受け、一貫して本件投薬について同意していたと認めることができる。

#### d 結論

以上の次第で、原告の問題行動の深刻さやそれが原告の衝動性に起因すると認められること、本件投薬前のHの対応状況を総合すれば、原告の問題行動を福祉的対応によって抑えるのは困難であって、本件投薬は必要やむを得ないものであったと認められるし、その投薬内容には相当性が認められる。さらに、本件投薬について原告両親の同意も得ていると認めることができる。

そうすると、本件投薬について、原告に対する監護療育義務違反を認めることはできない。

### 3) 苦情対応の基本原則

- ・ 公平性・・・利用者と施設の関係では、情報の非対称性・交渉力の不均衡性・判断能力の不十分性などの面において、完全に対等なものとはなっていないことを認識しよう。
- ・ 公正性・・・第三者委員会の存在と役割の意味
- ・ 迅速性・・・苦情対応が迅速になされなければ、利用者の不満や不安は高まるばかりである。利用者との信頼関係の形成に影響する。「苦情」の放置は施設に対する不信感となる。
- ・ 透明性・・・苦情を隠蔽してはいけない。苦情情報については、プライバシーを侵害しない範囲内で公開するなど組織として対応しているという姿勢を示すことが大切である。
- ・ 応答性・・・苦情は「利用者の声」として捉えて有効なコミュニケーションの手段だと考えることが重要である。苦情に対する応答がなされ、それに対する利用者からの反応があるといった双方向のやり取りが継続的に行われることによって、支援の質の向上にもつながることとなる。

### 4) 担当者の心構え

申し出者の表情の変化を観察

申し出内容の確認（何を求められているのかを把握）直接聞けない場合もある。

対応責任者レベルでの対応時には、園の姿勢・方針を自分自身が確認できているかが重要

責任者や管理者にどのように対応して欲しいか なぜなら、利用者や家族の状況や関与した職員の不安を理解しているのは現場の担当者の筈だから。

### 5) 苦情解決の手順

#### ア 苦情解決の流れ

苦情責任者は受け付けた苦情意見をきちんと把握した上で、以下の流れに沿って必要な対応を行います。

苦情窓口の周知徹底

苦情内容の十分な把握

苦情内容の分類や整理

苦情内容の詳細な検討(多角的な要因分析)

改善策や対応策の立案(職員の創意工夫や提案を大切に)

その実施と検証

#### イ 苦情窓口の周知徹底

施設として、「苦情・意見・要望を積極的に受け付けている」ということを利用者・家族・関係者に周知徹底します。



## ウ 苦情内容の十分な把握

### 対応の心構え

誠実な態度をもって接する

口調や表情・しぐさなどに気をつける。個々の状況に配慮。

申し出人の言い分をよく聞く

なるべく口をはさまず、申出内容に関係ない質問はしない

わかりやすい説明に努める

専門用語は避け、わかりやすい言葉を使うなど

個人情報の取り扱いに注意

他の利用者の前で話さない。記録を自宅へ持ち帰らない

申立者と施設職員との専門性と情報量の格差

### 事実関係の把握

利用者、その家族等から、苦情・要望等についての連絡があった場合には、下記のことには留意しつつ、具体的な事実を聴取します。

#### A 「いつ」

事実確認においては、苦情の対象となった職員の言動が行われた日時について確認する必要がありますが、その言動が行われた日時を特定することが困難なこともあり、おおよその日時しか分からない場合もあります。しかし、おおよそであってもある一定期間内に行われたというところまでは特定しましょう。

#### B 「どこで」

事実確認においては、職員の言動が行われた場所についても確認する必要がありますが、職員の言動が行われた場所を特定することが困難なこともあり、おおよその場所しか分からない場合もあります。しかし、おおよそであってもできる限り特定しておきましょう。

#### C 「誰が」

事実確認においては、誰が苦情の対象となった職員の言動を受けたのかを確認する必要があります。

#### D 「誰から」

事実確認においては、利用者が誰から苦情の対象となった職員の言動を受けたのかを確認する必要があります。

#### E 「何をされたのか」

事実確認では、利用者に対してどのようなことが行われたのかを確認する必要があります。

### 苦情の真意の検討

上記の事実を確認しながら、利用者等が望んでいることを具体的に把握していく必要があります。なぜ苦情に至ったのかを、人権侵害の観点から具体的に理解するように心がけましょう。利用者等の意思を具体化し、苦情内容が人権侵害につながっているか否かを検討していく姿勢が重要です。

## エ 報告

どのような苦情・意見であれ、緊急な判断が必要な場合以外、基本的には苦情受付担当者にまず集中・報告します。受付担当者は、苦情の内容をまとめた上、早急に概要を苦情解決責任者に報告します。同時に「苦情受付書」に詳細を記録します。苦情解決責任者は当事者からの聞き取りを含め状況把握を行い対処していきます。苦情解決責任者は必要に応じて「苦情」がきちんと施設・事業所として受け付けたということを苦情申し出人に報告しなければなりません。

## オ 対応

対応については、申出者に対し、単なる釈明や保身に努めるのではなく、把握できた事実の説明、必要に応じての謝罪、具体的な改善策の提示などを行うことで、信頼関係を損なうことなく理解を求めることが重要です。こうした対応は、担当者が勝手におこなうことの無いよう留意し、事業所としての責任ある対応を行うことも大切です。

### 苦情申し出人への報告と改善策・対応策の実施

苦情解決にあたっては、迅速性や応答性が求められる。少しでも早くどのように対応するのか、したのかということ、苦情を申し出た人に報告しなければならない。

- 1、報告自体が苦情解決の一環である。
- 2、苦情解決結果を報告書にまとめる。
- 3、解決に時間を要する場合は、途中経過を随時報告する。

## 6) 苦情受付記録のポイント

申出者が誰であるか明確に記載します。

申出の種類は、受け付けたものの主観で、とりあえず分類します。

申出の内容は、申出の具体的内容や、理由などを明確に申出者の言葉等で記入します。この段階では、受付者の主観などを入れないよう注意しましょう。また申出方法、申出者の言葉遣いや表情なども記載しておく必要があります。

申出の種類について、分類しておきます。

報告、当該申出について、管理等への報告状況を記載します。

苦情の分析は、できるだけ迅速に行うことが重要ですが、必要に応じて管理者等が緊急会議等を招集して、事実関係の把握や改善内容、申出者への対応等を検討する必要があります。会議等を開催した場合は、その経過記録や会議記録も添付しておくようにしましょう。

また、この際の検討は、 利用者の存在を無視していたのではないか、 利用者の存在を蔑視していたのではないか、 利用者が生きていく上でのこだわりを軽視したのではないかという3つの観点」から分析してみましょう。合わせて、甚大な権利侵害や虐待のあたるような内容が無いかも検討する必要があります。

また職員に対しても、教訓化されること、周知すべき内容、改善方向性など再び同様の事態の発生しないよう全職員への周知を図る必要があります。

#### ネットワークポポロへの報告

第三者であるネットワークポポロに毎月報告する。各施設から出された報告はネットワークポポロで内容を蓄積・分析して、実践の充実や政策提言の「資源」として役立てられる。

## 8 ひやりハット（インシデントレポートの活用）

### 1) リスクマネジメントを進める体制整備

組織風土の改善 安全文化の醸成・共有

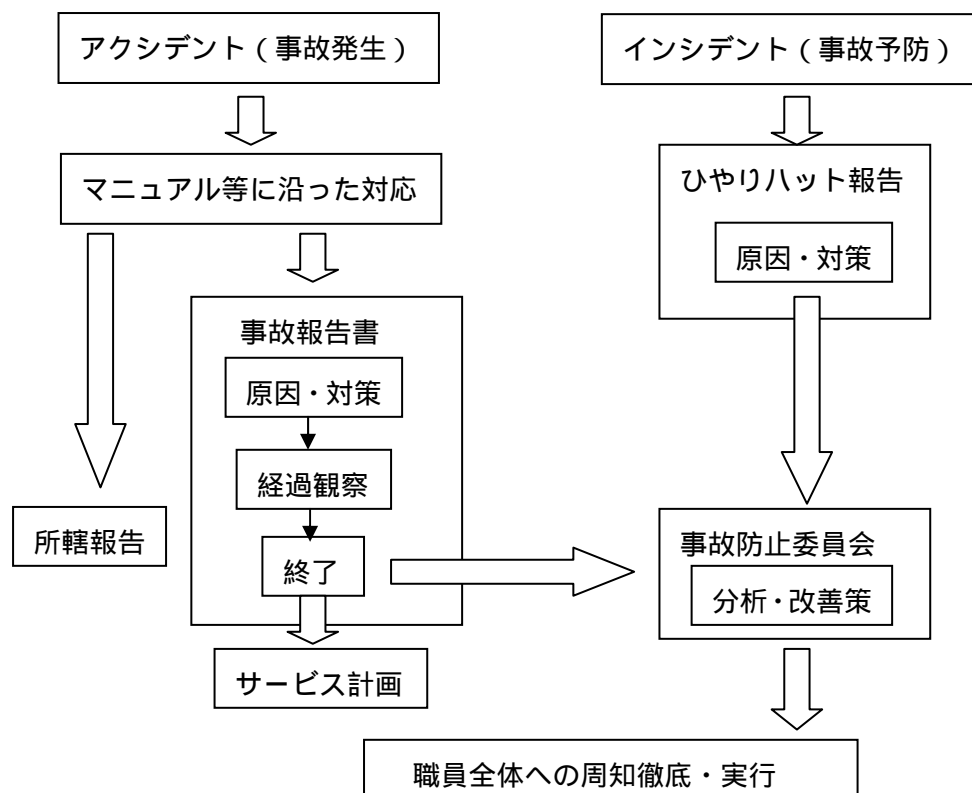
組織全体での取り組み

継続的な取り組み ・プラン（計画）・ドウ（実施、運用）・テック（検証）・アクション（改善活動）

すべての事故は防げない 人が生活することに伴うリスクは避けられない

施設種別	1	2	3
特別養護老人ホーム	転倒 198件 (50.0%)	誤嚥 37件 (9.3%)	転落 37件 (9.3%)
身体障害者療養施設	転倒 225件 (40.3%)	転落 62件 (11.1%)	打ち付け 62件 (11.1%)
知的障害者更生施設 (入所)	転倒 86件 (34.8%)	利用者の行為 59件 (23.9%)	転落 16件 (6.5%)
保育所	転倒 36件 (30.0%)	打ち付け 36件 (30.0%)	転落 27件 (22.5%)
重症心身障害児施設	転倒 34件 (24.8%)	転落 17件 (12.4%)	利用者の行為 19件 (13.9%)

### 【インシデント・事故発生時のフローチャート例】



ハインリッヒの法則：重大な事故（1）：軽微な事故（29）：ひやりハット（300）

したがって、重大な事故となる前に、こうしたインシデントレポートを数多く集め、そのリスクの解析を行うことが重要です。

ただし、ひやりハットは、忙しい中、ワザワザ報告をしてきた、職員に十分納得できるような管理からの返し（報告や教訓・業務改善指示）等が無ければ、職員の方も段々報告をしなくなります。まさに、日常的なプラン（計画）・ドウ（実施、運用）・チェック（検証）・アクション（改善活動）の取り組みの先頭に管理が断ち切ることが重要です。

## 2) インシデントレポートとは

インシデントレポートとは、幸い利用者あるいはその家族の生命・身体・財産に損害を与える事故には至らなかったものの、一つ間違えば事故につながる危険性のあったもの（いわゆるヒヤリハット事例）について記載する報告書

この活用が極めて重要となります。

また、日常から（リスク予想シート）等の活用によって、リスク予測の目や視点を養う訓練等を行うておく必要があります。

## 3) 職員が身につけるべき能力

- ・利用者の心身の状態に関する情報を具体的にかつ多角的に収集する能力
  - \* 利用者の特性を十分に把握していたか否かが最重要
- ・個別の情報に対して意味付けを行い、利用者を全人格的に過失を肯定した事的に理解していく能力
- ・利用者が望む生活を具体的にイメージする能力
- ・ケアのその時々でのご利用者の意思を推認する能力
- ・自己の行動が、その後ご利用者に対していかなる影響を及ぼしていくのかを見通す能力
- \* 特性を把握するだけでなく、危険を具体的に予知する能力も重要

サテライト（大阪府住之江区）が開発した「福祉用具安全確認トレーニング研修キット」（事故予測シート）等を活用した訓練も有効です。

### 【補足】施設責任のとらえかた

事故が発生した場合に施設の責任が常に認められるということになると、これは施設に無過失責任を認めるに等しいことになってしまう。

施設と利用者間における責任の適切な負担を考えるならば、事故が発生した具体的状況を総合的に判断して施設の責任を検討すべきであろう。判断は主観面（予想可能性）、客観面（結果回避可能性）の両面からなすことが考えられる。

例）痙攣発作による不意の転倒によって利用者が負傷した場合、施設は損害賠償責任を問われるかどうか。主観面としては、通常人を基準として、事故発生場所の設備状況からして、転倒により負傷等の事故が発生するであろう可能性をどれだけ予想することが出来たか、予想すべきで

あったかを考え(例えば、作業機の角で頭を打って大怪我をした事例であれば、角で頭を打って怪我をするであろうことの予想すべき義務を想定する)、客観面としては、事故発生場所の設備を事故発生しないように対策を講じることが出来たか、対策を講ずべきであったかを考えることになる(例えば、作業機の角が直角のままであったかそれとも転倒した際に頭部への衝撃を和らげるために丸く加工するなどの対策を講じていたか等を検討することになるし、また床で頭を打ったのであれば、床面がコンクリートの打ちっ放しのままであったかそれともクッション材等の手当がしてあったか等を検討することになる。 )。

事故発生について、主観面の予想可能性、予想義務と客観面の結果回避可能性と結果回避義務をそれぞれ検討し、いずれも認められる場合には施設に過失責任があるという判断になると考えられる。 事故が発生すれば、しばしば、結果の重要性に目が向けられ、そのような結果を招いたというだけであらすべきであった、こうすべきであったと責任原因を拾い上げ、だから責任があるというように考えがちであるが、責任の公平な分担という観点も必要であり、そのような観点からは結果責任からではなく、そもそも予想義務、結果回避義務があったかどうかということを冷静に判断する必要がある。

したがって、施設が責任を負うためには、施設が事故の可能性とこれを認識していたというだけでは不十分であり、具体的な事故発生状況との関係において、事故が生じることの危険性を予想しながらしかるべき対策を講じていなかったという事情が必要と考える。

施設責任の有無を正しく判断するために、事故の実態が正しく、明確に記録されていることが何よりも重要になってくる。

## (書式1) 事故発生報告書

事業所名( )

報告者	報告日( )
発生場所	
発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃
被害者・物	氏 名
事故の結果	死亡 骨折 負傷 熱傷 救急 入院 器物破損
介護中	介護中 見守り中 介護中でない
事故類型 *複数可	転倒・転落 自傷 他傷 熱傷 誤嚥・誤飲 食中毒 異食 誤薬 行方不明 急病 発作 事業所事故(火災等) 交通事故(加害者氏名: ) その他( )
事故の危険度 1,2の場合書式2.3 を使用	1、要行政報告(死亡・骨折・3針以上の縫合・無断外出・外泊) 2、その他重要事故( ) 3、軽微な事故
事故等の概要 *重大事故の場合には、(詳細:書式2)にも記載すること。 *必要に応じて同じフロアーにいた全職員も書式2を書く。	【事故発生場所】(詳細:書式2)  【事故の概要】(詳細:書式2)  【対応窓口:氏名】
事故直後の対応 *結果の拡大を防ぐために実施したこと	
管理者への報告	有・無 月 日 時 分 報告者( )
本部への報告	有・無 月 日 時 分 報告者( )
家族への報告	有・無 月 日 時 分 報告者( )
家族の反応	
その後の対応	
解決状況	
事故の原因と教訓 (記入者記述)	

事故の分析と対処（書式4）

<p>事故の原因と教訓（再分析後の結果）</p>	
<p>検討内容 * 事故類型でチェックした事故が起こった原因を考えてください。その上で、その事故原因となる情報は、事前に把握できたものか、個別に職員が対応しているときに把握できたものか。事故を防ぐためには、職員が何をすべきであったか。結果を最小限にするための事故後の対応として十分であったかを検討してください。</p>	<p>事故原因</p> <p>予見性 情報としての予見性（予見性チェックシートに記載して、事故を予見できたといえる情報を探してください。）</p> <p>個別対応時の予見性</p> <p>回避性</p> <p>事故の拡大防止</p>
<p>再発防止策 * 上記の各について今後の再発防止策を検討すること</p>	
<p>改善策の実施状況</p>	
<p>最終解決日</p>	<p>年 月 日 確認印</p>




(書式2) 事故発生状況(被害者名 )

5W1Hに基づいて、事故状況が再現できるよう、生データと推察等を分けて記載すること。

	客観的事象(利用者の言動・実際の状況)時間も記入してください。	対応内容	対応の際の対応者の洞察及び推察等	管理者等からの指示
対応者・発見者	発生前の状況			
	発生時の状況			
他の職員				

書ききれない場合は、別紙記載後添付のこと。



**【怪我の状況】**  
 外傷の部位

外傷の大きさ・色・程度

**【現場状況図】**\* 利用者・職員の位置関係、回りの状況、危険物の存在等をわかりやすく図示

月日	時刻（時・分）	対応内容	対応者 * 職種名も記載

特に対応した時刻（メモなどをとっておく）はできるだけ詳細に記録しておきましょう。

対応記録は、問題解決まで、漏れなく記載しておきましょう。

(書式3-1) 予見性チェックシート

過去の記録から、当該事故の「予見性」に関する記載等をもう一度点検してみましょう。

\* 事故発生の危険性を示す事実を下記書類から探してください。

アセスメントシート	
認定調査票	
医師意見書	
家族からの情報	
個別支援計画	

ヒヤリハット・過去の事故の発生・苦情等	
マニュアル上の指摘	
その他情報	

(書式3-2) 事故別リスクチェックシート

予見性を確認する上で、事故発生当日に把握されていた状況をチェックしましょう。

【転倒・転落事故】

麻痺等の有無	1. ない    2. 左上肢    3. 右上肢    4. 左下肢    5. 右下肢 6. その他(四肢の欠損) * 特記事項
関節の可動域の制限の有無	1. ない    2. 肩関節    3. 股関節    4. 膝関節 5. その他(四肢の欠損) * 特記事項
座位保持	1. できる    2. 自分の手で支えればできる    3. 支えてもらえればできる 4. できない * 特記事項
両足での立位保持	1. 支えなしでできる    2. 何か支えがあればできる    3. できない * 特記事項
片足での立位保持	1. 支えなしでできる    2. 何か支えがあればできる    3. できない * 特記事項
歩行	1. つかまらないでできる    2. 何かにつかまればできる    3. できない * 特記事項
移乗	1. 介助されていない    2. 見守り等    3. 一部介助    4. 全介助 * 特記事項
移動または移動手段	1. 介助されていない    2. 見守り等    3. 一部介助    4. 全介助 * 特記事項
視力	1. 普通(日常生活に支障がない)    2. 約1m離れた視力確認表の図が見える 3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える    4. ほとんど見えない 5. 見えているのか判断不能 * 特記事項
聴力	1. 普通    2. 普通の声がやっと聞き取れる    3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる 4. ほとんど聞えない    5. 聞えているのか判断不能 * 特記事項
認知度の有無・程度	
尿失禁の有無	

	トイレや食事に行く際の行動	
	車椅子から立ち上がる際とする際の所作	
	その他特記事項	
当日の状況	体調	B t (体温) P (脈拍) B p (血圧) / S p O2(動脈血酸素飽和度)
	当日の心身の状態、覚醒等	
	当日の歩行状態	
	当日の移動手段	
	環境面	
	その他特記事項	

【誤嚥事故】

事前情報の整理	自宅での食事内容, 食事形態, 食事量, 介助の要否等	
	施設での食事形態	
	施設での食事量(直近1週間程度の平均)	
	施設での食事に要する時間(直近1週間程度の平均)	
	施設での介助の要否	1. 介助されていない    2. 見守り等    3. 一部介助    4. 全介助 * 特記事項
	えん下	1. できる    2. 見守り等    3. できない * 特記事項
	特殊な食べ方をしていないか	
	長く噛んでいるかどうか	
	食物を詰め込む, むせやすいか	
	食物を詰め込む, むせたときの食材	
	禁食	
	自助具の使用の有無	

当日の状況	体調	B t (体温) P (脈拍) B p (血圧) / S p O2(動脈血酸素飽和度)
	当日の心身の状態、 姿勢、覚醒等	
	食事中の食べる早 さ、飲み込みの状況	
	飲食物の状況(かた い・やわらかい等)	
	食事前の状況	
	食事中の状況	
	その他特記事項	



【自傷・他傷事故】(被害者)

事前情報の整理	過去の自傷・他傷行為の状態	
	自傷・他傷行為の特徴	
	自傷・他傷行為の発生日合	
	自傷・他傷行為の発生時の特徴	
	精神安定剤等の服薬状況	
当日の状況	家庭等での前日の状況（睡眠時間・パニック等の発生状況等）	
	当日の心身の状態、覚醒等	
	自傷・他傷行為の発生前の状況（大きく原因となることはなかったか）	
	その他特記事項	

【他傷事故】(加害者)

事前情報の整理	過去の他傷行為の状態	
	他傷行為の特徴	
	他傷行為の発生度合	
	他傷行為の発生時の特徴	
	他傷行為を繰り返し起こす対象者の存在	
	精神安定剤等の服薬状況	
当日の状況	家庭等での前日の状況(睡眠時間・パニック等の発生状況等)	
	当日の心身の状態、覚醒等	
	他傷行為の発生前の状況(大きく原因となることはなかったか)	
	その他特記事項	

### 【苦情受付書式】

意見・要望・苦情受付記録

報告日(           年   月   日)

事業所名	窓口担当者(           ) 報告者(           )
利用者氏名	申出日
申出者	本人      家族      後見人      その他(           )
申出の種類	意見      要望      苦情( 処遇   施設運営   事務   その他(           ))
申出の内容	申出方法( 対面   電話   文章等   その他(           ))
申出の類型	人権侵害   不適切対応   処遇内容の改善   基準等の見直し   その他
報告	責任者への報告   管理者への報告   法人への報告   報告日(           )
苦情の分析	「 利用者の存在を無視していたのではないか、 利用者の存在を蔑視していたのではないか、 利用者が生きていく上でのこだわりを軽視したのではないかという3つの観点」から分析してみましょう。
責任者所見	
対応	誰が、どのように対応したかを明確に記載しましょう。
結果	教訓化されること、職員に周知すべき内容、改善方向性を明記すること。
最終解決日	年   月   日                      確認者(           )
確認	管理者(           ) サービス管理者(           )

