

おおさか福祉施設ネットワークぽぽろ

**施設職員のための**

**合同危機管理ガイドライン**

**（２００９年度版）**

発行：おおさか福祉施設ネットワークぽぽろ

大阪障害者センター 事業懇話会

〒558-0011 大阪市住吉区菟田 5-1-22

TEL：06-6697-9005 FAX：06-6697-9059

## 目 次

|                                  |      |
|----------------------------------|------|
| はじめに                             | P 5  |
| 1、各種管理事項における、危機管理体制整備の意義と留意すべき視点 | P 9  |
| 2、危機管理を進めるためのシステムづくり             | P 10 |
| 事故発生時対応フローチャート1                  |      |
| 事故発生時対応フローチャート2                  |      |
| 事故発生時対応フローチャート3                  |      |
| 3、危機管理を進めていくための日常的な視点を大切に！       | P 16 |
| □合同危機管理マニュアル                     | P 18 |
| 1、利用者の事故                         |      |
| 事故全般                             | P 19 |
| 加害者がいない場合の事故                     |      |
| 転倒事故                             | P 20 |
| 意識障害を起こした場合                      | P 21 |
| 救急車を呼ぶ必要がある場合                    | P 23 |
| 行方不明者の捜索                         | P 23 |
| 原因不明のけが                          | P 24 |
| 加害者がいる場合の事故                      |      |
| 利用者間の事故・けが                       | P 24 |
| 施設外での事故                          | P 25 |
| 2、健康・医療                          |      |
| 健康チェック                           | P 26 |
| 薬事故                              | P 27 |
| 誤飲・誤嚥                            | P 27 |
| 発作                               | P 28 |
| 応急処置                             | P 30 |
| 心肺蘇生法                            | P 40 |
| 3、災害                             |      |
| 地震                               | P 43 |
| 火災                               | P 45 |
| その他の災害                           | P 46 |
| 4、苦情                             |      |
| 対応                               | P 47 |
| 施設責任のとりえ方                        | P 49 |
| 5、その他                            |      |
| 不審者侵入                            | P 49 |
| 報道機関への対応                         | P 50 |

|                                           |       |
|-------------------------------------------|-------|
| 車両運転簡易マニュアル                               | P 5 1 |
| 【参考資料】                                    |       |
| 事故報告書様式                                   | P 5 3 |
| ひやりハット報告書様式                               | P 5 5 |
| 自動車事故報告書                                  | P 5 7 |
| 苦情報告書                                     | P 5 8 |
| □ Q & A 資料集                               |       |
| ○ 支援費問題 Q & A (2004 年 4 月)                | P 5 9 |
| ○ ひやりハット・苦情内容の集約、Q & A [2008 年 4 月]       | P 6 8 |
| ※ 別冊として以下のガイドラインも作成しています。必要の応じて参照して下さい。   |       |
| (目次)                                      |       |
| □ 医療的ケア                                   |       |
| ○ 家族以外のもが行える医療行為についての解釈                   | P 3   |
| ○ 医療的ケアの現在の到達点                            | P 4   |
| ○ 具体的支援上の留意点                              | P 6   |
| ○ S I D Z (乳幼児突然死症候群)                     | P 7   |
| ○ A E D の設置                               | P 8   |
| ○ 投薬管理と薬の実際                               | P 8   |
| ○ 子どもの精神障害と主な使用薬物                         | P 1 0 |
| ○ 医療ケアに関する各書式                             | P 1 2 |
| □ 感染症                                     |       |
| ○ 感染症とは                                   | P 2 0 |
| ○ 食中毒                                     | P 2 8 |
| ○ インフルエンザ                                 | P 3 1 |
| □ 調理衛生                                    |       |
| ○ 調理衛生                                    | P 4 2 |
| ○ 自主管理点検表                                 | P 5 1 |
| ○ 虐待防止ガイドライン (行動制限の対応に関するガイドライン含む) (第三分冊) |       |
| (目 次)                                     |       |
| はじめに :                                    | P 3   |
| 第 1 章 虐待の定義、種類等                           | P 3   |
| 第 2 章 虐待の未然防止                             | P 7   |
| 第 3 章 虐待の早期発見・早期対応                        | P 1 1 |
| 第 4 章 対応後の支援                              | P 1 5 |
| ○ 職員行動基準個人チェックリスト                         | P 1 7 |
| □ 行動制限の対応に関するガイドライン                       |       |
| 1. 基本理念                                   | P 1 8 |

|                        |       |
|------------------------|-------|
| 2. 行動制限とは              | P 1 9 |
| 3. 行動制限は本当になくせないのか     | P 1 9 |
| 4. やむを得ない場合の対応について     | P 2 0 |
| ○参考資料：精神病院における行動制限への規定 | P 2 1 |
| ○利用者の行動制限報告書           | P 2 8 |

## はじめに：合同危機管理ガイドライン作成の前提として

支援費制度・障害者自立支援法と相次ぐ、障害者福祉制度の変更が行われる中、利用契約制度・定率負担制度が導入され、かつ、新たな事業体系への変更など制度の混乱が続き、今現場では、様々な困難が増大しています。

こうした中で、これまで、施設内での処遇に対しての表立った指摘が困難な状況が、対等にその指摘が行われるようになった反面、現場体制は、職員の非常勤化・流動化などの現象が顕著となり、支援の質の不安定さが指摘され始めています。

こうした状況と正比例する形で、施設内でのトラブルや苦情などが急増する傾向がある。一方、入所施設などを中心に、虐待問題などが急激に指摘され始め、障害者虐待防止法制定などの動きも顕著になり始めています。

こうした背景には、障害者自立支援法の下で、親の経済的負担感の増大、施設職員の実務の増大、非正規職員の増加、等が顕著になり、日常的なコミュニケーションが困難な実態があり、親と施設・職員の間意識の乖離が生まれていることが考えられます。

こうした中で、親の意識の変化を正確に把握し、これに応えるための組織整備と具体化は、安全管理の第一歩であり、同時に、法人・施設の将来を左右しかねない問題でもあること、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・施設の具体的な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」として指針等の作成を行うこととなりました。

なお、この作成にあたっては、ばぼろ苦情解決委員会事務局及び、大阪障害者センター事業懇話会事務局が担当して、以下のような視点から検討を行いながら、基本提案を行うこととなっています。

○危機管理のための施設行動マニュアルとしての性格を明確にする。

- ・ 管理マニュアルの作成
- ・ 危機管理委員会の定例化(第三者委員の位置づけ)
- ・ 職員への周知方法
- ・ 緊急時の指示命令の系統の組織図を作成し掲示する
- ・ 緊急時の行動指針の作成と周知方法(例；救急車利用指針の掲示)

○利用者・家族の意見収集のための施設実践マニュアルとしての性格を付加したものとする。

- ・ 利用者・家族の要望・意見収集方法(例；家族会等で定期的な意見収集を年一回以上)
- ・ 意見に対する施設の回答方法(書面等での回答)
- ・ 回答内容の職員等への周知方法

今回は、その素案として、これまでの検討内容の整理を行ったところであるが、今後各種の意見を集約しながら、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」として取りまとめる事となりました。

## 私たちの基本的スタンス

私たちが実践の中で大切にしてきた視点には、以下のような当事者の思いがありました。

### 【障害者・家族の願い】

『アサオキテ カオヲアラッテ』

ゴハンヲタベテ ヨコニナッテ  
マタゴハンヲタベテ ネテ ソシテ・・・

ドンナニカイジョサレテモ  
ワタシタチハ  
コノヨウナセイカツデハ  
タエキレマセン。

ワタシタチハネコデハナイ。  
キンギョデモナイ。

ドンナニオカネガカカッテモ  
ドンナニヒトノタスケヲウケテデモ  
ハタラキタイ。

ハタライテ ヒトトツナガリ  
イキテイルヨロコビヲツカミタイ。』

（一番ヶ瀬康子・清水寛『障害児問題の今日と明日』より）

この手記に込められた思いを大切にしながら、私たちは、障害当事者・家族の思いに寄り添って、様々な支援の内容の充実や、制度の在り方を模索してきました。

さらに、支援の具体的視点として以下のような視点を大切にしてきたことは、いうまでもありません。

#### 【 利用者や家族を支える視点 】

- ① 自己覚知 ～自分の価値観に向き合う
- ② 人間（利用者）の尊厳  
：すべての人間をかけがえのない存在として認め、尊重し、守り続ける  
：虐待、暴力、偏見、差別、排除などの権利侵害から利用者を守る
- ③ 自己実現  
：どんな障害があっても、判断能力が不十分であっても、病気になったとしても、全ての人に実現できる可能性と権利がある  
：利用者のもつ可能性を見出し、その能力を最大限に引き出し、発揮できるように支援していく
- ④ 発達権の保障  
：障害の状況を的確に掴み、適切な支援を行うことで、自己の要求としての様々な「発達」を支援していく  
：あくまで訓練主義や構造化とは異なる、内的な発達の原動力に基づく発達を保障する  
：その発達は、単に縦への発達にとどまらず、横の発達を無限に保障しうるとする視点  
：発達を単に個人のレベルにとどめることなく、集団・社会とのかかわりでとらえていく視点
- ⑤ 利用者の利益の最優先  
：「利用者の利益」＞「自分（職員）の利益」・「組織（施設）の利益」
- ⑥ 自己決定  
：どんなに判断能力が不十分であったとしても、利用者は自分自身で考え、選び、決めていく力と可能性がある

：利用者が自分自身で選択し決定していく過程を支援していく（エンパワメント）

：利用者の選択の幅を広げるために、十分な情報提供と選択肢を用意する

#### ⑦ 受容

：支援者の先入観や偏見は排して、利用者があるがままに見つめ、受け入れる

：自分とは異なる価値観や感情、考え方を認める

#### ⑧ 権利擁護

：利用者自身が権利の主体であることを理解する → そのことを伝える

：支援者自身が権利について知り、常に意識する

こうした支援の視点は、それまでの「訓練主義的支援」から脱皮し、当初は成人期の当然の権利としての「労働」を核にしながら、その後重度重複障害者の「人権保障」と「発達権保障」を前提とした、民主的支援を模索して発展をさせてきました。その前提には、何より「発達の主体」を個々に求める、支援体系への模索でもありました。

### 新たな利用契約制度の導入の中で

#### ○ 戦後福祉の三原則：公的責任・無差別平等・必要十分

戦後の日本の福祉制度は、「措置制度」を中心として、以下の原則の下、様々な支援が展開されてきました。

- ・ 福祉実践五つの原則：①ケア②選択③継続性④変革⑤価値の共有
- ・ 福祉現場の仕事は、単に、「介護と訓練」にとどまることなく、
  - \* 直接的な働きかけ（障害の理解・生活環境の理解・コミュニケーションの確保・直接介護・労働・生活支援）
  - \* 間接的働きかけ（集団的働きかけ・他者への働きかけ・諸種の関係判断）
  - \* チーム労働への着目（チーム労働としての引継ぎ・連携、分担・共同分析）
  - \* 家族へのアプローチ（ファミリーサポート）
  - \* 関係機関との連携
  - \* その他諸会議・事務労働

の総合的な仕事が求められる、こうした仕事をどう制度改革の中で充実させていくかが大きな課題でもありました。

#### ○ 大きく変化した、「利用契約制度」への転換

しかし、基礎構造改革を契機に、自助・自立、自己責任論が、福祉制度の中核に据えられる中、これまでの措置制度を「行政処分的で、硬直化した制度」として、新に自己選択や自己決定を前提とする社会福祉提供の事業者責任化と利用契約制度の導入が進められ、以下のような、福祉制度利用上の仕組みが強調されることとなりました。

- ・ 権利保障と自己決定をどう実現するのか
  - 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
- ・ 重要事項説明書・利用契約書・個別支援計画・サービス利用計画等の書式の整備
- ・ 記録の重要性；対行政用記録、対法的記録、利用者支援の集団討議記録

こうした義務や原則は、一方で消費者としての利用者保護のスタンスを取りながら、本来の福祉的支援をサービスとして提供するものへと変わり、福祉的支援の限定化等の質的転換を余儀なくすると言う側面を持つものとなりました。

○ 国際的な動向の中で、紹介され移入されてきた様々な思想

こうした、制度変更の視点に多くの国際的な思想が意図的に動員されることとなりました。これらの思想は、多く先駆的内容を持つものであり、その導入を積極的に図ることは言うまでもありませんが、日本の場合、現行の制度を大きく変更することなく、こうした言葉のみが移入され、実際の制度との乖離状況が放置されていることに大きな問題があるといえます。

- ・ ノーマライゼーション、I L（自立生活運動）・アドボカシー（権利擁護）、インテグレーション（統合）、インクルージョン（非排除）、メインストリーム、アカウンタビリティ（説明責任）・インフォームドコンセント（説明と合意）・エンパワメント等の考え方
- ・ 福祉コンシューマー（消費者主義）論や新自由主義的福祉観の導入

しかし実際に現在、自己責任論や受益者負担論などの制度の変革に伴って、こうした支援内容が、訓練主義的なものや、成果主義的なものに転換され、場合によっては、真に共同の必要な、利用者・家族と支援者、事業者の中に、敵対的關係が持ち込まれることも多々ある上に、福祉的支援の形骸化（介護中心主義）によって、立場性の相違が、必要以上に持ち込まれる結果を招いています。

また、福祉の市場化に伴って、利害關係が先鋭化し、様々な人権侵害も日常化する傾向が指摘されています。

こうした状況下、私たちは、こうしたこれまでの、日常的支援の方向性に漫然と胡坐をかくことなく、絶えずそのスキルアップのための検証を行っていくことが重要と考え、国際的動向も踏まえ、個人の人権擁護の立場から緊急時等の対応についての原則を再度総点検することとしました。



## 1：各種管理事項における、危機管理体制整備の意義と留意すべき視点

○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ているのです。

○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ねばならないのか、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らない。危機管理体制をとりマニュアルを整備するということは、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は、大阪障害者センターに結集する法人の英知を集めた内容となっています。ただし、主としては、通所施設を中心としたものとなっています。したがって、それぞれの法人事業にかかわる職員一人ひとりが、主体的にこの内容について学習し、それぞれの現場に見合った具体的な検討を行ない、日々の実践で活用できるようにマニュアル化し検証していただくことを期待します。

## 2：危機管理を進めるためのシステムづくり

事故や事件など日常の出来事への対応は言うまでもありませんが、問題の解決や再発防止の取り組みは、職場会議や苦情解決委員会など既存の組織を活用して行われている法人が多いのではないのでしょうか。

危機管理の最大の目的は「危機の予防」です。法人、施設の危機とは何か、予防の手立てとしての危機管理とは何かを明らかにし法人運営を行うためには、法人内に危機管理体制の組織確立が必要です。

### 1. 危機管理体制を設ける

- ① 危機管理委員会を設置する
- ② 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

### 2. 危機管理委員会の組織と活動

#### ① 組織

理事長を責任者とし施設管理者をもって構成する。

#### ② 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3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)

### 3. 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。

#### ① 適切な報告と教訓・共有化

- ・ 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。

- ・ 事故報告書 報告書は単に、出来事を記載し保存するためのものではなく、なぜ起きたのか、再発防止のためにはどうするのかを考えあう資料となります。

さらに、報告書は当事者や関係者への事実説明の資料や行政や損害保険会社へ開示する資料ともなる、大変重要な書類です。事実のみを記入し、記入者の思いや仮説などの記入をしない注意が必要です。

また、初回報告に重ねて解決までの経過や結果を記録し、最終の報告をすることが重要です。

- ・ 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要望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。

- ・ 報告書記入項目のポイント（危機管理マニュアル添付の事故報告書様式参照）

- ◆ 5W1Hまたは5W2Hで書く

|         |         |
|---------|---------|
| When    | いつ      |
| Where   | どこで     |
| Who     | 誰が      |
| What    | 何を      |
| How     | どのように   |
| Howmuch | いくらかかった |

- ◆ 個別記録項目とチェック項目（記録の簡素化と分類…集約・分析のしやすさもポイント）

- ◆ 対応策（再発防止策を記入し事後改善の検証を行う）の記入

- ・ 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

- ③ 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。

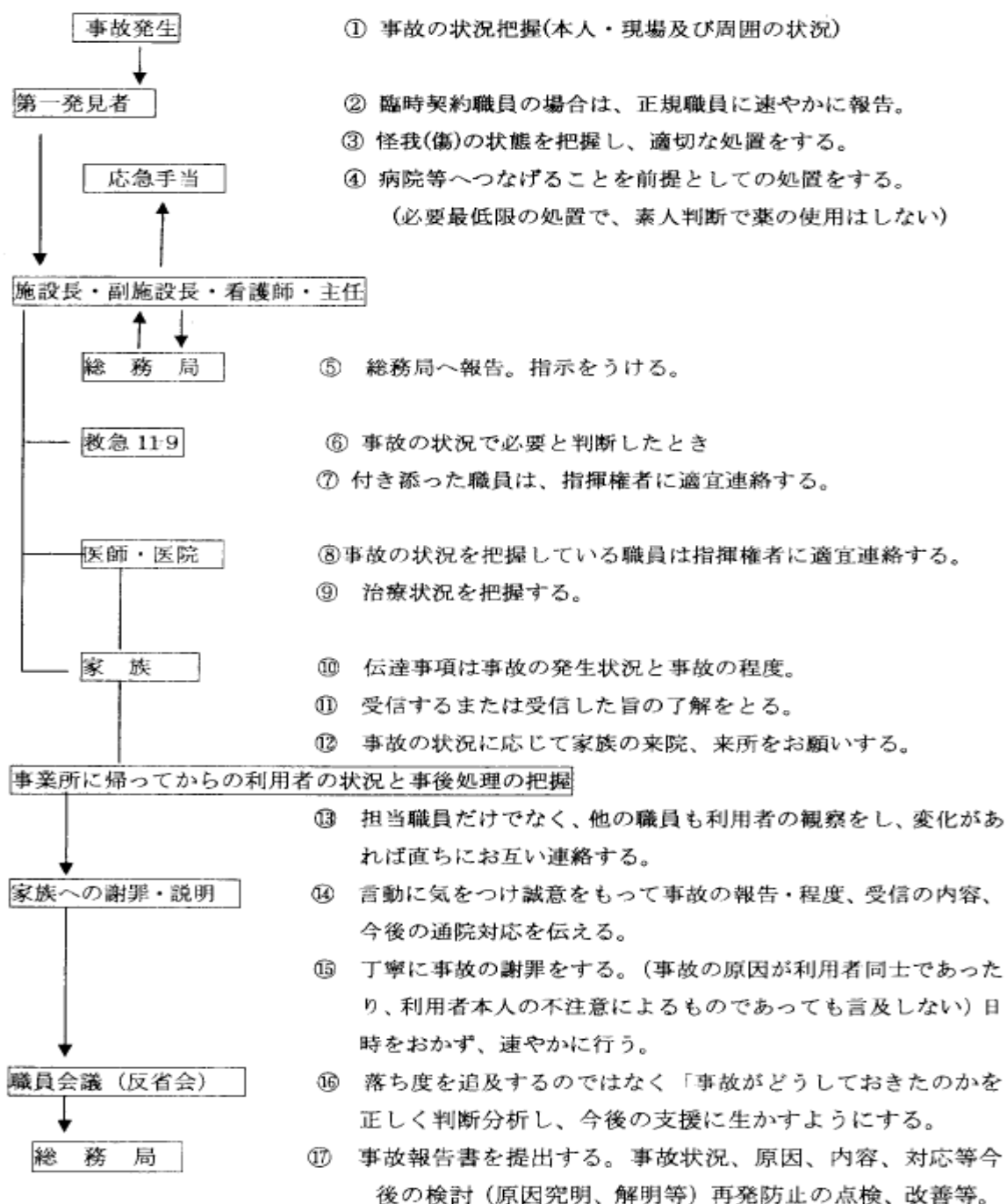
- ・ 集計 事故発生の 時間・場所・場面・原因などで分類
- ・ 分析 ハード・ソフトなど専門的な視点で視る…医療関係者、発達相談員など部外者の力も借りて行う。
- ・ 開示 利用者・家族へ苦情解決や事故防止など法人方針を知らせておくとともに日常の施設状況を知らせる取り組みを行う
- ・ 公開 保育・高齢分野での開示をモデルに検討

※以下のフローチャートは、ある法人作成のものです。それぞれの法人にあったフローチャートを整備しましょう！

別紙 1

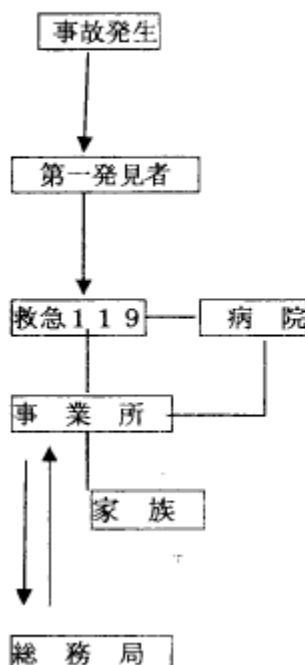
## 事故発生時対応フローチャート 1

### 事業所内で事故が発生した場合



## 事故発生時対応フローチャート 2

## 事業所外で事故が発生した場合



① 事故の状況把握(本人・現場及び周囲の状況)

② 速やかに他の職員に声かけをする。

③ 情報は正確に把握し、指示決定をする。

④ 事故の状況により、適切な行動・連絡をする。連絡の順序は状況に応じて対応する。

⑤ 病院等への搬送は職員が同伴し、状況を伝達し治療等把握する。

⑥ 事業所に適宜報告し、指示をうける。

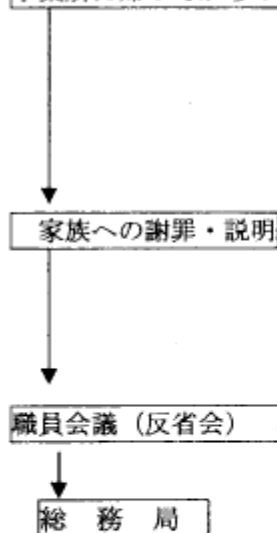
⑦ 伝達事項は事故の発生状況と事故の程度。

⑧ 受信するまたは受信した旨の了解をとる。

⑨ 事故の状況に応じて家族の来院、来所をお願いする。

⑩ 総務局に報告。指示をうける。

## 事業所に帰ってからの利用者の状態と事故処理の把握



⑪ 担当職員だけでなく、他の職員も利用者の観察をし、変化があれば直ちにお互い連絡する。

⑫ 言動に気をつけ誠意をもって事故の報告・程度、受信の内容、今後の通院対応を伝える。

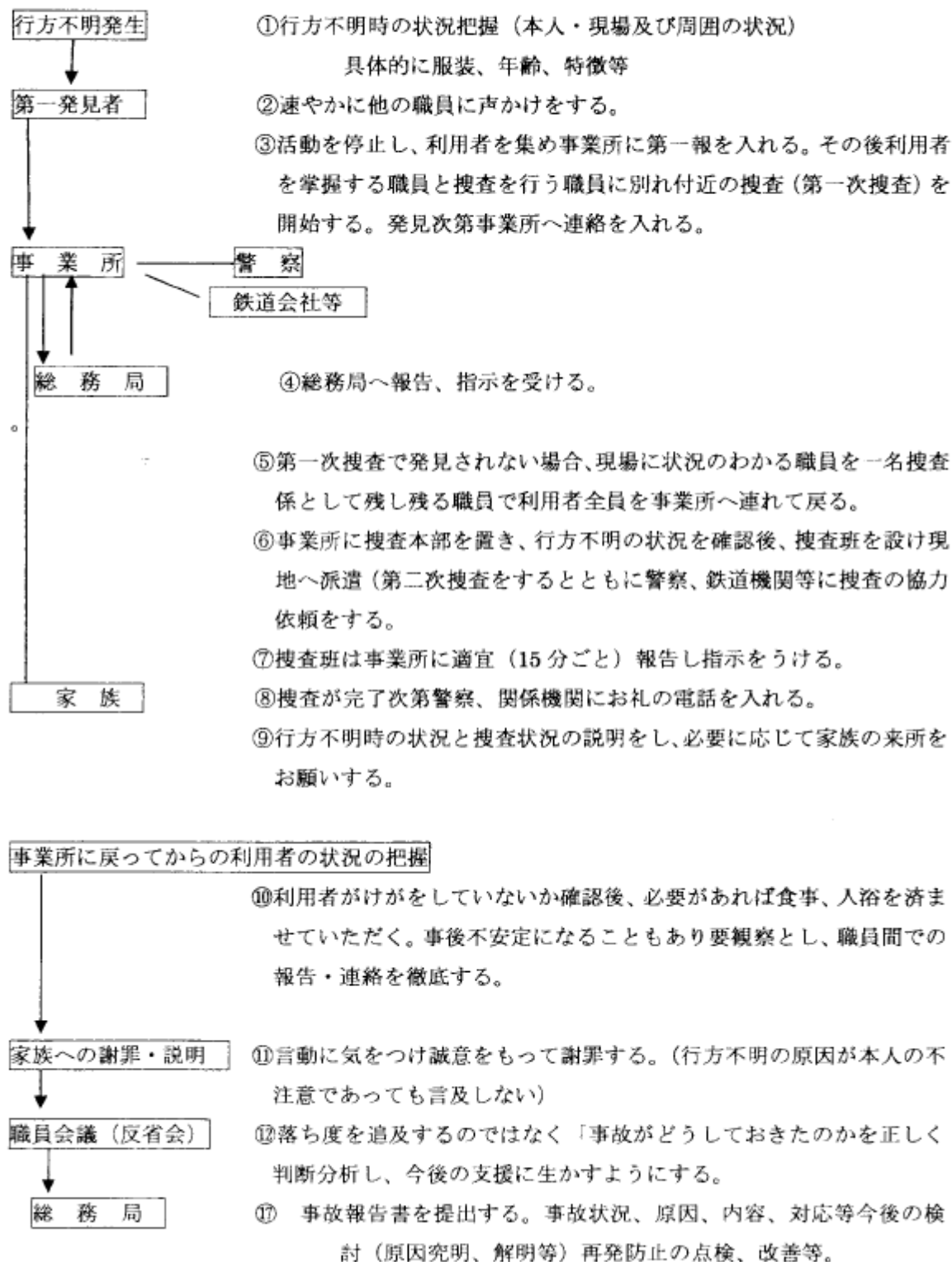
⑬ 丁寧に事故の謝罪をする。(事故の原因が利用者同士であったり、利用者本人の不注意によるものであっても言及しない)日時をおかず、速やかに行う。

⑭ 落ち度を追及するのではなく「事故がどうしておきたのかを正しく判断分析し、今後の支援に生かすようにする。

⑮ 事故報告書を提出する。事故状況、原因、内容、対応等今後の検討(原因究明、解明等)再発防止の点検、改善等。

## 事故発生時対応フローチャート 3

事業所外で行方不明が発生した場合



### 3、危機管理を進めていくための日常的な視点を大切に！

リスクマネジメントを進めていくためには、先のような基本的な事業所としての方向性を明確にし、かつマニュアルやシステムをつくっていく事が、大切となりますが、こうしたシステム等は、つくっただけでは、あまり意味を持たないことになります。

ここでは、改めて、リスクマネジメントを円滑に進めていくための、日常的な視点を整理しておきます。

#### ① 支援計画の策定と十分なコンセンサスづくり

まず、様々な支援を行っていく場合、本当に本人や家族が望む支援を行えているかどうか、またこうした支援を行う際に生じるリスクについても共有化されているかどうか、苦情等の解決に当たっては、大切なこととなります。

そこで、個別の支援計画等の作成にあたって、その人のニーズ把握のためのアセスメントを十分にいき、また支援決定において、ケアマネジメント手法を十分活用し、本人・家族の意向に配慮した計画を作成すること、また変化に応じて柔軟な支援内容の変更を行なえることが重要です。ただしこの際、エンパワーメントにも十分な配慮を行い、自己決定の質的力量を向上させていく視点も重要です。

加えて、こうした支援を行う際の、様々なリスクについても十分な説明を行い、リスクの共有化を図っておくことも忘れてはなりません。

様々な苦情等が発生した場合、十分な説明責任が果たせたかどうかを絶えず、点検していく姿勢を持つことも大切です。

同時に、相手からの主張を的確に把握できる、「聞き上手」になれるための気配りも大切になります。

#### ② 日常的な「人権意識」の高揚

福祉的支援は、基本的には個々の権利性を十分保障していくことがその主たる支援の基本となります。

この点では、絶えず自らの支援を振り返ること（自己点検）と合わせて、集団的な指摘を重視していく必要があります。

この際、単に主観的な批判合戦とならないための、共通のスケール（ひやり・ハットにおける予見性・回避性、行動制限等における、一時性・非代替性・切迫性等事由の検討）を明確にしておく必要があります。

同時に、「しかたがない」「無理だ」等の消極的見解から脱皮して、「どうすれば改善されるのか」との積極的視点から振り返りを行うことも大切です。

職員会議の中で、定期的にこうした振り返りを行なえる場をつくる（お互いに自己点検表を記入しあったり、日ごろ気になる言葉かけなどをだしあって、討議を行う等）ことも大切ですが、日常的にも相互の指摘等が円滑に行える職場の雰囲気を作り出していくことも大切です。（内容によっては、緊急に問題に対処するために、全体で共有化を図り、事故などにつながらないための取り組みも必要となります。）

また、ケース会議などでの議論が、主体的に行えるよう、全員参加型の会議の持ち方（グループワークやロールプレイ方式の会議運営）についても工夫していく必要があります。

合わせて、第三者の視線から、これらの取り組みをチェックしてもらい、積極的な振り返りを行っていくことも大切な視点となります。



### ③ 組織的な取り組みを円滑化するためのスキルアップ

様々な、リスクマネジメントを進めていく場合、組織の一員として、個々の役割を十分理解することが大切です。トップは、絶えず、事業理念や目的を職員に明確に示し、そのアイデンティティを高めていくことが求められます。この際、単純に批判・罰則等で基準に従わせる姿勢を改め、個々の自覚的姿勢をどう高めるかとの視点から援助していくことが大切です。

併せて、組織的な取り組みを円滑に行っていく上では、「報告・連絡・相談」の基本的意義を一人ひとりの職員が自覚していくことも重要です。

この際、報告内容等の適正化や記録内容の明確化等に関しては、日常的な場面で、適切な指導を行うことが重要となります。この点で、日常的にこうした内容のスキルアップのための支援を重視していく必要があります。

こうした日常的な取り組みの中で、組織として個々の能力を真に発揮できる仕組みを作り出してこそそのマニュアルやシステムであることを十分自覚して、取り組みをすすめていくことが重要となります。

その点で、今回のガイドライン定着のための、実践的な取り組みを、それぞれの事業所ですすめられることを心から期待するものです。

# 合同危機管理ガイドライン

# 1、利用者の事故

## 事故全般

### □対応の原則

- ・法人・施設は契約の当事者として組織として対応する
- ・事実を正確に整理・調査し、それを踏まえて対応する
- ・窓口を一本化し、相手の訴えの中身を十分に見極めて対応する

### □基本の対応

#### ①事故の状況を速やかに把握し、記録する。

- ・事故の状況・原因・時間
- ・利用者の状況（出血や打撲の有無・顔色・全身の状態）
- ・事実に基づいた記録を残しておく。とりあえず、メモ、走り書きを残す。

#### ②協力者・応援者を求める。

- ・必要処置の判断は、単独では行わない。
- ・日頃から、連絡の分担など対処の仕方を、全職員で確認しておく。

#### ③医療機関への受診はかかりつけ医などを確認し、家族（後見人）に受診する旨の承諾を得てから医療機関にかかる。

#### ④医療機関へ受診する際は、担当者又は看護師が付き添い、処置に必要な情報と利用者の既往歴やアレルギーの有無、体重などを医師へ伝える。

#### ⑤家族（後見人）への対応の際は、事故の発生状況・医療機関の診察・検査結果・今後の受診・費用等を正確に説明し理解を求める。いかなる状況の事故であっても、支援中に発生した事故である以上は、細心の注意と誠意をもって対応する。

#### ⑥利用者担当者もしくは主任は、事故後速やかに事故報告書を作成し事故の発生の状況分析を行う。事故報告書の書き方は、いつ・だれが・どこで・なにを・どうしたという事故内容と、教訓化すること、解決に向けた話し合いの結果等について簡潔、明瞭、正確に書く。

- ・施設長または施設長代行は、今後の事故防止及びより高度な対応について確認されたことを全職員に周知徹底をはかる。
- ・迅速に対応しても解決に至らない事故については経過の節目ごとに解決に至るまで報告する

### □予防

#### 1、事故対応への計画

施設長または施設長代行は、事前に事故に対する計画を策定し、職員と利用者・家族に周知しなければならない。また、毎年内容を見直さなければならない。

#### ① 事前情報収集

- ・施設長または代行者は、利用者の既往症・アレルギーの有無・かかりつけの医師の有無・健康保険証番号、家族の緊急連絡先など、事故発生時に備えた情報を収集し記録する。
- ・施設長または代行者は、施設の近隣に所在する医療機関等の診療内容や診察時間等の詳細な情報を収集し、職員に周知する。
- ・施設長または代行者は、日常において、施設における医療品や救急救命講習修了の把握を行う。
- ・施設長または代行者は、日常の施設内の施設、遊具、居室内、園庭においてあらゆる事故を想定しその危険を取り除く方策を講じなければならない。

#### ② 事故発生時対応のフローチャートの作成

- ・施設長または代行者は、事故発生時の対応をわかりやすくしたフローチャート（別紙1, 2, 3 参照）を作成し、全職員に配布して周知徹底を図る。
- ・実際に事故が発生した時の関係機関への連絡は、施設長または代行者が、事故発生報告書及び事故対応報告書を作成し、遅滞なく市町村等担当部局に報告するものとする。

## 2、職員による事故事前回避（ひやりハット）報告

- ・重大事故の背後には、小さな事故や事故に至らなかったものの「ひやっとした」「ハッとした」ということが多数あると言われている。そのひやり・ハッとした体験を当該職員が経過や原因を含め報告書を出して事故防止につなげるものである。事故はいつでもどこでも起こりうるものと考え、いかに事故を未然に防ぐことが出来るか対策を講ずることに使われる。施設でのひやり・ハット報告を職員が話し合いをし、一人の気づきを共有し皆の気づきにしていくものである。
- ・ひやりハットの書き方は、いつ・どこで・だれが・なにを・どうした という内容で簡潔、明瞭、正確な報告書を書く
- ・事故に至らなかった事例、事故を未然に防いだ事例、改善提案、気づき、利用者や家族の言葉などを記録する
- ・定期的にひやりハットを報告し職員会議で共有する

## 加害者がいない場合の事故

### 転倒事故

#### □予防

- ・利用者の障害状況や、加齢による身体状況の変化などを的確に把握し、転倒の要因になりうる事を想定して適切な介助方法を確認しておく
- ・歩行の状態、行動の特徴、てんかん発作の状況など
- ・マンツーマン体制の必要性(何のためにマンツーマンが必要か押さえる)
- ・移動介助の方法の確認(例・後方に転落する危険性があるので前方から手を引く)
- ・過去の事故報告やひやりハット報告などを活用し事故の発生しやすい場所・時間帯・状況などを分析し転倒の要因を明らかにし、対策を講じる
- ・日常的に施設環境で危険箇所がないかの点検や、介助機具や作業道具等の点検、補修を行う

#### □対応

- ・意識の有無、呼吸の状態、出血の有無、脈拍、顔色、四肢の状態などを観察する。その際、以下の点に留意し正しく処置を行うことが重要である。

##### ・意識

軽く肩に手を当て耳元で事故者の名前を呼びかける。体を揺り動かしてはいけない。意識がない場合は側位を取り、舌根沈下による軌道閉塞や嘔吐物の誤飲を防ぐ

##### ・呼吸

事故者の胸に手を当てるか口や鼻に自分の顔を近づけ呼吸を確認する。呼吸停止の場合は直ちに人工呼吸を行う

##### ・脈拍

手首の拇指の付け根で脈が触れない時は首の付け根、鎖骨上で診る。脈が触れない場合血圧の低下または心臓停止が考えられる。心臓停止の場合は直ちにマッサージを行う。脈が

非常に速い時、不正がひどい時は危険である。

- ・出血

負傷部位と状態に合わせて止血を行う。体内血液(体重1キロあたり80ml)の3分の1が失われると生命が危険になる。

直接圧迫止血－きれいな布を当てて直接強く抑えるか、強めに包帯をし止血部分を心臓より上に高く上げる

間接圧迫止血－部位より心臓に近い動脈の止血点を手や指で圧迫して止血する

- ・顔色、皮膚

唇や皮膚がチアノーゼを呈して脈拍や呼吸の状態が悪いときは危険。皮膚が冷たく湿った感じのときはショック状態が考えられる。安静、保温を行い早急に医療機関に移送する

- ・その他

傷の有無、腫れ、痛み、手足の位置と形状を確かめる。力なくブランとしている時は骨折や麻痺の可能性がある。

- ・体位

基本は本人が楽な体位が良いが顔色で決める場合もある

顔面蒼白・・・足を高くする(20～30センチ)

顔面紅潮・・・肩から自然に頭を高くする

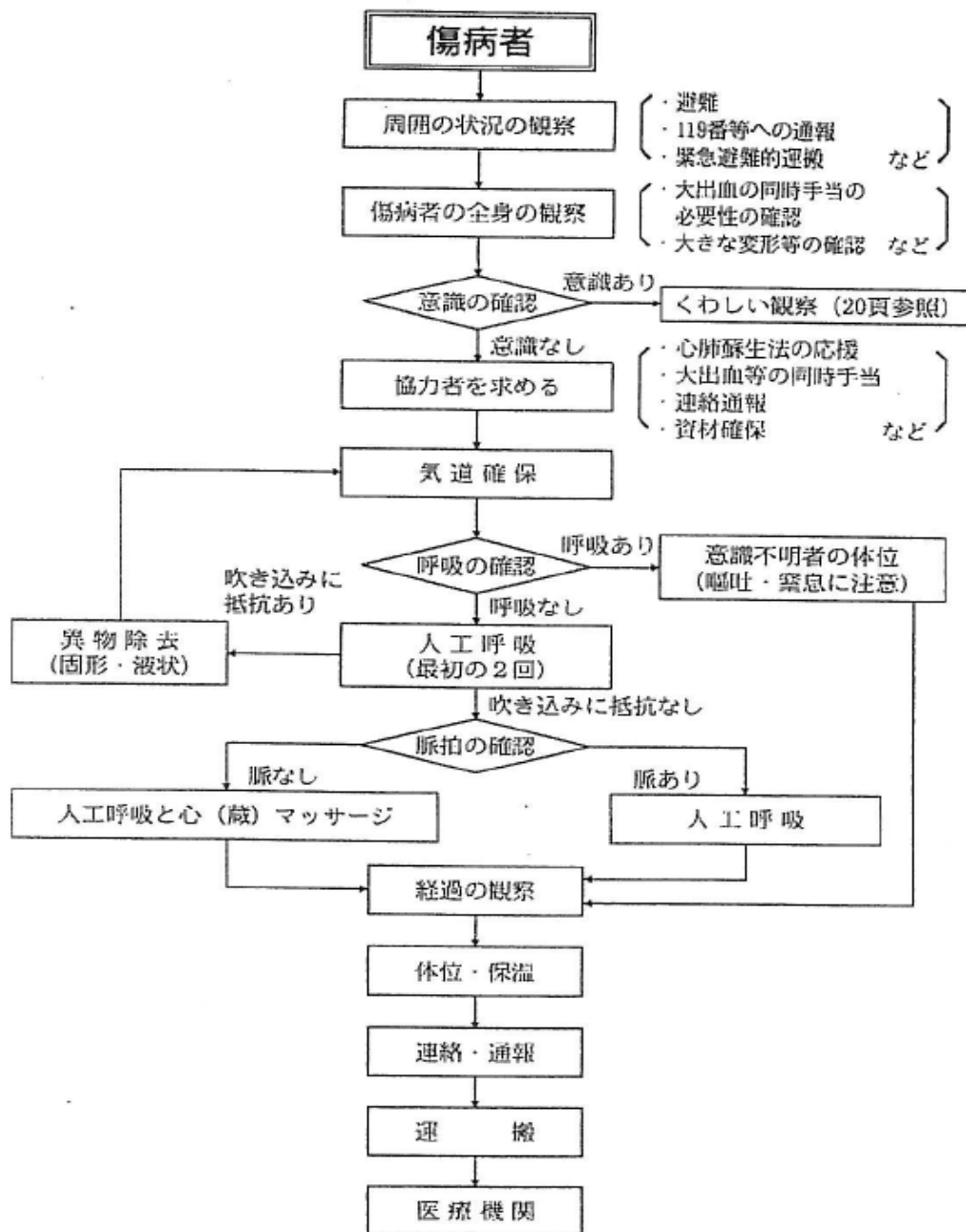
- ・保温

けが人は循環障害により体温が低下することが多く、その場合毛布などで包んで保温する。その際、下を厚く敷き襟元、足元を充分に包むが汗をかかない程度とし、原則として加温しない。

## 意識障害を起こした場合

意識障害の傷病者に対する手当の順序

## 意識障害の傷病者に対する手当の順序



## 救急車を呼ぶ必要がある場合

### □対応

下記のような症状の場合は、救急車を要請する。

- ・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。

### □予防

・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、緊急時に携帯できるようにファイル化しておく

## 行方不明者の捜索対応

### □対応

第一次体制 ～外出想定時刻から1時間以内～

- ・不明に気がついた職員は現場責任者に報告し、指示を仰ぐ
- ・現場責任者は、勤務職員に周知する。その際、他の利用者が動揺しないように注意する
- ・現場責任者は現場の安全確保体制の職員と捜索職員を決め指示する
- ・現場責任者は管理職に連絡を入れる
- ・捜索職員は施設内及び施設周辺を捜索。捜索状況、ルートを随時責任者に報告する
- ・現場の安全確保職員は、行方不明者の状況確認を行う（最終確認時間、その時の本人の様子、外出時の服装の確認、外出想定時間の割り出し）
- ・現場責任者は、不明者がバスなど公共交通機関を利用した可能性や、自宅に向かっている可能性もあるので情報の収集を行う
- ・現場責任者は、収集した情報を記録し、管理職に報告する

第二次体制～外出想定時から2時間以上～

- ・捜索指揮者は管理職が行う。法人内の近隣他施設職員や勤務外職員に捜索協力依頼を行う。家族への状況説明、今後の捜索について報告する
- ・捜索用のビラ作成。捜索ルートの分担や業務分担を行う
- ・主要道路を軸とした捜索ルート（あらかじめ各施設で作成）に沿って捜索に当たる（二人ペアが望ましい）
- ・指揮者は必要に応じて、警察、派出所、消防署、最寄の駅、バス会社など関係機関に対して協力依頼を行う。（必要に応じて顔写真入りの利用者のプロフィール表等の準備を行なう。）
- ・捜索者は分担地域の捜索が終了したら指揮者に報告し次の指示があるまで待機する

事後処理

- ・不明者が発見された時点で捜索に当たっている職員全員に報告を周知する
- ・関係協力機関へのお礼（報告）
- ・行方不明者記録簿の記録

- ・職員会議などで原因を究明し、再発防止に努める
- ・再発防止策を含めた報告書を作成、家族に示す

## 原因不明のけが

### □予防

- ・どんな怪我でも原因のないものではなく、原因に「気づけなかった」のである。
- ・常日頃から身体の「ふつう」の状態を把握しておくことが、「違い」＝「異変」に気づく第一歩となる。
- ・他覚・自覚症状に目や耳を傾ける習慣をつけること。
- ・特に自分から訴えることの出来ない利用者や、痛みに対する反応が薄い利用者に対しては普段とのちょっとした変化を見逃さずにチェックすることが大切である。
- ・転びやすい、あざが残りやすい、自傷行為があるなど怪我に結びつきやすい特徴を持った利用者には特に日頃から、行動に注意深く目を向けること。
- ・怪我につながりやすい環境や場面設定になっていないか点検し、ひやりハットも活用しながら、怪我につながりそうな危険箇所はあらかじめ取り除いておく。想像力を働かせて、危険な場面を作らないようにする。

### □対応

- ・怪我が発見された時点で、怪我の状態、発見されたときの様子、場所、時間など事実確認を行いしっかり記録する。
- ・発見以前の当事者や周辺の利用者等に異変がなかったかどうか等について、情報収集をおこなう。
- ・発見後は速やかに家族に連絡を取り、状況を説明する。ケガの原因が、施設か家庭か判別しにくい場合や、家族は気づいていたが言い出せず施設が気づくまでに時間が経過している場合などもある。あくまでも原因不明であることをはっきりと伝え、家族にも怪我に気づいていたか、考えられることはないかなどを確認し、安直に想像のみで原因を決め付けない。
- ・原因として可能性が高いと思われる事柄が特定できた場合には家族にその事を伝え、今後の対応策についても明確に伝えるようにする。家族への説明の際は受け答えに誠意ある態度で臨む。
- ・ケガの様子について時間の経過ごとに点検し、完治を確認する。

## 加害者がいる場合の事故

### ○利用者間の事故・けが

#### □対応

- ・事故が起きた時点で、現場職員は事故の状況（いつ、どこで、誰が、どうしたか）を速やかに把握し記録する。
- ・現場職員は現場責任者及び主任に速やかに報告する。
- ・現場責任者または主任は、事故やケガの状況から必要な処置を判断し、速やかに対応を行う。医療機関に受診が必要であると判断される場合には、家族に連絡をとり通院する。
- ・家族への連絡は、現場責任者または主任を中心に行う。事故の原因については予見でき



た場合と、そうでない不意の場合とがある。対応で大切なことは、安易な謝罪で終わらせるのではなく、事故の事実経過を正しく説明することである。施設側の責任の有無については、厳密な判断に基づき職員個人ではなく施設が窓口になって適切に対応する必要がある。

- ・ 家族連絡は、加害者、被害者双方に行うことが基本であるが、基本的な事業所としてのスタンスを説明し家族同士の関係なども考慮して、過度な負担感(謝ってばかり)やストレス(またあの人が、、、。)とならないよう配慮することも大切である。
- ・ 事故後は、今後の対応について職員会議等で話し合い、両者の家族に説明を行う。
- ・ 事故直後の対応だけでなく節目ごとに連絡をいれ、様子を聞くようにし、完治を確認する。
- ・ 事故後には職員集団全体で共有化を図り再発を防ぐことが重要である。

#### □予防

- ・ それぞれの利用者について、どういった場合にどのような事故が起こりやすいかを想定し、対応を議論しておく必要がある。
- ・ 事故・怪我を繰り返すケースの場合、支援の基本的な方向性が見えない場合が多い。所属現場だけでなく他機関などとも連携し基本的な障害について理解を深めることや、日常支援の方向性を持つことが一方では重要である。

## 施設外での事故

#### □対応

行事や取り組み、作業、送迎など職員が同行している場合

- ・ 施設外で事故が起きたときは、ただちに現場責任者及び主任に連絡し、事故の状況を伝え指示を仰ぐ。
- ・ 車の手配や、施設からの応援、他の利用者の対応などを速やかに判断する。
- ・ 救急事故については速やかに家族に連絡を入れ対応する。
- ・ 交通事故等が発生し、施設外の人が被害者になり救急車を呼んだ場合は、必ず被害者側に付き添う職員体制をとるようにする。
- ・ 事故後は事故報告書をまとめ、原因と今後の対策を論議し方針化を行い、家族に説明する。

利用者単独で起きる場合

- ・ 利用者が無断で施設から出てしまうことや自力通所途中など、利用者単独の場合があり、地域からの通報で発覚することが多い。地域からの施設や法人への信頼を損ねたり苦情に繋がらないように、通報のお礼など誠意を持った対応を心がける。
- ・ 一般地域を巻き込んだ事故やトラブルは、施設責任を問われる問題に発展する場合がある。必ず法人に報告し法人組織で対応する必要がある。また日常的にこうしたリスクを家族・本人と共有し、施設の対応を確認しておくことも必要である。

#### □予防

- ・ 施設外活動の場所や経路の安全性について把握・確認する。
- ・ 施設外では施設内以上に不測の事態が起こりやすい。支援体制については詳細に打ち合わせ、とっさに行動を起こす利用者にはマンツーマン体制を心がける。

## 利用者間のトラブル

・その他、利用者間の事故には、利用者同士または職員からの言葉によるトラブルもある。職員からの言葉かけは、人間の尊厳を守る立場で行うことが基本である。具体的には、指示形、命令形の言葉かけではなく、「～しましょうか?」といった問いかけ形、依頼形の言葉かけで利用者が自己決定できるようにすることや、利用者の目線に合わせて会話をすること、声のトーンに気をつけることなどが大切である。また、目上の利用者に対しては、年齢を意識した対応が必要である。

## 2、健康医療

### 健康チェック

- ・利用者の日頃の健康状態を知っておくことが大切。
- ・バイタル以外の他覚・自覚症状に目や耳を傾け把握すること。
- ・バイタル数値基準はあくまでも基準であって、主治医の指示のもとに、個人の正常な状態から、看護師および主任が判断を行う。
- ・判断に迷う時は、家族や主治医の指示に従う。

### バイタルチェック

#### 体 温

- ・成人平熱 36.5℃ ～ 37.0℃
- ・個人差あり。(個人の平熱を知っておく)
- ・活動時間帯に異常に上昇する人もいる。
- ・体温調節が苦手な人、外気温で上昇・下昇する人もいる。
- ・高体温 → 感染症を疑う。
- ・低体温 → 高齢者では問題となる病気もある。

#### 呼 吸

- ・成人 14～20 回/分
- ・回数と共に、浅いか深いか、リズム、胸式か腹式か、呼吸音、呼吸臭も観察。
- ・歩行、入浴、ケア、食事等により変化する。
- ・測定を意識されると変化することがあるので、気づかれないよう、脈測定しながら測る。

#### 脈 拍

- ・成人 60～80 回 /分
- ・呼吸や体温と同じように、生理的変動と症状に応じた変動あり。

頻 脈 (正常より多い)

除 脈 (少ない)

整 脈 (規則正しい)

不整脈 (リズムが乱れている)

硬 脈 (動脈の緊張が強く、硬く触れるもの)

柔 脈 (弱く、柔らかく触れるもの)

#### 血 圧

- ・成人正常： 最高(収縮期) 血圧：140 以下 最低(拡張期) 血圧：90 以下
- ・高血圧：最高血圧 160 以上、または最低血圧 95 以上

原因は様々の疾患の危険因子（リスクファクター）、脳卒中、心肥大、不整脈、虚血性心疾患等

意識 有無、程度、うつらうつらしていないか

食欲 有無、程度 水分量は適切か

排便 回数、形状、色

睡眠 浅い、深い、すっきり眠れたか

体重 増減の変化

顔色 蒼白、黄疸、チアノーゼ、紅潮

皮膚 チアノーゼ（唇・爪）、湿っているか・乾燥しているか、

皸、浮腫

姿勢 急に身体が傾く、歩き方に変化はないか

その他

- ・ 車椅子姿勢は正しくたもたれているか

- ・ 長時間、同一姿勢による圧迫

- ・ 側湾増強を招いていないか

- ・ 痛みの有無、程度、部位

## 薬事故

### □対応

- ・ 職員は、誤薬、怠薬のあった場合、すぐに看護師と薬を処方している病院・医師に連絡を取り指示を受け、利用者に適切な処置を行う。

- ・ 利用者の症状が重篤な場合は、利用者のかかりつけの病院に搬送するなど必要な措置をとる。

- ・ 家族に対して速やかに連絡を行い、事故の説明をして謝罪をする。

- ・ 事後、報告書に記入し、全職員で状況、原因、内容、対応等今後の検討を行い、原因の除去および処置、改善に努める。

### □予防

- ・ 職員・看護師は、日頃から利用者の健康管理に気を配るとともに、どの利用者が、どのような薬を、どれだけ飲んでいるのかということを熟知しておく。

- ・ 利用者ごとに薬の保管状況を確認して、薬置き場を決めて管理することが望ましい。

- ・ ひとりずつ利用者の名前と薬の内容を確認し、薬を配る担当職員を決めて与薬する。

- ・ すべての利用者が服薬を終了したかを点検、確認する。

## 誤飲

### □対応

- ・ 口をあけて、取れるものは取り出す。

- ・ 飲み込んでしまったら、何をどれくらい飲んだのかを確認し病院へ受診する。

- ・ 家族に対しては速やかに連絡を行い、事故の説明をして謝罪をする。

- ・ 事後報告書に記入し、全職員で状況、原因、内容、対応等今後の検討を行い、原因の除去および処置、改善に努める。

### □予防

- ・ 日常的に施設内を掃除し、危ないものがないようにきれいにしておく。

- ・ 薬品や洗剤等、飲み物と間違える危険性のあるものは、必ず鍵のかかる場所に保管す

る。

- ・釘、ねじ、押しピンなども同様に鍵のかかるところに保管する。
- ・上記のようなものを使用した場合は、かならず片付け鍵をかける。
- ・使用済みの容器は、残液を飲まないように水洗いをして処分する。
- ・職員は異物を口に入れる利用者を、確実に把握しておく。
- ・過去に飲み込んでしまったことのある異物が何か知っておく。
- ・石や釘など屋外にあるものの場合は、できるだけ利用者と一緒に行動して、飲み込む機会を減らしていく。
- ・魚の骨は、あらかじめとっておく。

## 誤嚥

### □対応

- ・食べ物など固形物がつかえて気道をふさいでしまった場合は、できるのであればのど詰め専用の吸引機で吸引する。
- ・水分摂取中に激しく咳き込んだり、むせたりした場合は軽く背中をたたいたりさすったりして収まるのを待つ。
- せきをさせる。
- せきをさせても出てこなければ、頭が肺より低くなるように体を曲げ、背中中の肩甲骨の間を強く4～5回たたく。
- それでも出てこない場合・意識がないときは、仰向けに寝かせ気道を確保し、手のひらを重ねて腹部の内上方に向かって押す。



- ・上記のような状態がなかなか治まらない、治まった後も苦しそうな場合は、病院へ受診するか緊急の場合は救急車を呼ぶ。
- ・事故後、一兩日は様子の観察を行う。

### □予防

- ・誤嚥を起こしやすい、また嚥下困難な利用者を把握し、刻み食を作るなどの対応をする。
- ・危険が予測される食べ物はこまめにチェックし、切る、刻む、つぶすなどの手を加える。
- ・水分摂取時、むせる、咳き込むなどの症状が見られるときは、利用者が飲みやすいやり方を工夫する。
- ・一度に多量の食べ物を口に入れると、誤嚥につながりやすいので、飲食中の目配り、気配りを怠らない。
- ・飲み物、食べ物の保管には万全を期し、知らないうちに食べた、飲んだ、誤嚥したということがおこらないようにする。

## てんかん発作

### □対応

《大きなけいれんの場合》

- ・まず気を落ち着かせて冷静に対処する

- ・まず本人の安全を確保する。安全な場所に移動させ、襟元をゆるめ、ベルト、メガネなどをはずす
- ・発作中激しく突っ張り、またはガクガクとけいれんしている間は下あごに手を当てて上方にしっかり押し上げ窒息や舌を噛むことを防ぐ
- ・けいれんが終わり大きな呼吸(吐く息)をしたらあごを押し上げたまま顔を片方に向け呼吸が元に戻るのを待つ。そして意識が回復するまでそのまま静かに寝せる
- ・食事中、直後の発作は嘔吐する場合があるので、吐いたもので窒息を防ぐために吐物や唾液をふき取る
- ・発作をきちんと観察し記録する
- ・発作時にはしてはいけないこととして、身体をゆする、叩く、抱きしめる、大声をかけるなどして発作を止めようとしなない。また口を無理にこじ開けて指やハンカチなどを入れない。
- ・発作後の意識が曇った状態で薬、水を飲ませない。(窒息や嘔吐の原因になる)

#### 《病院治療が必要な場合》

- ・けいれんの有無にかかわらず、意識が曇る発作が短い間隔で繰り返す、発作と発作の間に意識が回復しない状態が何度も繰り返す(通常は30分～60分以上)
- ・一回の発作が長く(通常は10分以上)続き治まらない
- ・上記はてんかん重積状態であり直ちに病院に運び処置を受ける。またあらかじめ緊急の連絡先(病院・主治医)を確認しておく

#### □予防

- ・発作の記録をつけ診断時に医療に伝えることや、発作時間帯が決まっている場合は動きを避けケガの回避を行う

#### □発作の 観察のポイント

##### ア、発作を起こしやすい時間と状況

- ①すっきり目覚めている時か、ぼんやりして眠気のある時か、睡眠時では寝入りどきか、熟睡時か、朝方か
- ②身体状況では発熱、興奮、睡眠不足など。生活場面では、入浴、食事、飲酒、運動など。その他に光、音、テレビの刺激などが関係していないか

##### イ、発作の始まり方

- ①意識の曇りで始まった場合  
動作が止まる、応答がなくなる、返事がちぐはぐになるなど
- ②転倒で始まった場合  
転倒の勢いとその方向、姿勢、発声があったか
- ③けいれんで始まった場合  
どこから始まったか、眼球、頭部の位置など
- ④動作の異常で始まった場合  
表情、視線、発声があったか、呼吸の状態はどうだったか、どのような動作が見られたか

##### ウ、発作の経過

- ①目、頭、身体の動きがどのように変わったか
- ②表情、顔色、呼吸の様子がどのように変わったか

- ③けいれんは体のどの部位に広がったか、つっぱっていたか、ガクガクしていたか
- ④自動症では、モノを飲み込んだり、噛む動作、舌なめずり、物をつかむ、まさぐる、引っ張る、こするなど。

小児では発作前後の状態を訴えられないことが多いので、動作や表情の変化、泣き声などで発作が起きたかどうかを判断する

#### エ、発作の様子

- ①名前を呼んだ時の反応、痛みへの反応、左右の麻痺の有無、言葉が出るか、興奮やもうろう状態があったか、そのまま眠ってしまったか
- ②発作の記憶があるか、前兆があったか

#### □ 具体的な対応について

- ・意識が曇るだけで終わるごく短い発作の場合は、その状態で注意深く見守り意識が回復するのを待つ
- ・意識の回復の仕方ははっと気がつく、あるいは意識の曇りがだんだんに晴れてくる場合がある

### □応急処置

#### (A) 出 血

##### 動脈と止血点

##### 1) 指・上腕

##### ① 指の止血（指先の切り傷）

- ・指の付け根（指動脈）を両側から圧迫する。（指の止血点）
- ・指の両側を親指と人先指ではさんで強く圧迫する。
- ・手を心臓部より高く上げると、さらに効果的。

##### ② 肘の内側のくぼみでの止血（上腕の切り傷）

- ・肘の内側のくぼみにある血管（上腕動脈）を圧迫する。（肘の内側の止血点）
- ・肘の内側のくぼみの中央よりやや内側に親指を平らに当て、肘をつかんで圧迫する。

##### 2) 鼻出血

鼻出血の大部分は、鼻の入口に近い鼻中隔粘膜の細い血管が、外傷（ぶつかること）や、血圧、気圧の変化などで腫れて出血することによる。

- ・鼻を強くつまむ。（これで大部分は止まる）
- ・額から鼻の部分を含め、ネクタイなどを緩め、静かに座らせておく。
- ・ガーゼを切って軽く鼻孔に詰めて、鼻を強くつまむ。（綿やちり紙を用いてはいけない）
- ・止血しても、直ぐに鼻をかまない。
- ・もし、このような手当で止まらない場合には、もっと深い部分からの出血を考えて、医師の診療を受けさせる。
- ・鼻出血の場合、頭を後ろに反らせる必要はない。よく頭を後ろに反らせるが、暖かい血液が喉にまわり、飲み込んで気分を悪くすることがある。

注意： 頭を打って鼻出血のある場合には、むやみに止めようと時間をかけるよりは、早

く医師の診療を受けさせる。

### 3) 喀血・吐血

喀血：肺からの出血で鮮紅色、咳きとともにでる。

吐血：胃からの出血で暗紅色や、コーヒーのような色で、食べ物の残りとともに出ることが多い。

・このように見分けられることもあるが、実際には区別しにくいことが多い。喀血を飲み込んでおく場合もあり、胃に入った血液は黒ずんでくるので区別しにくい。

・両方とも安静にして、会話を止めさせ、胸または胃部に冷湿布をして医師の診療を受けさせる。

・吐いた血液を傷病者が見ると不安がるので、手早く片付けるが、吐物は医師に見せる。

・口の中の不快感があれば、うがいをさせてもよいが、水を飲み込ませてはならない。

### 4) 下血

・便に血液が出るのをいう。黒いコールタール状の時には胃や肺からの出血を疑い、赤い場合は肛門に近いところからの出血と見てよい。

・ともに、飲食を止めさせて、医師の診療を受けさせる。

・さらに、繰り返し出血する危険を考え、安静にして、むやみに歩かせたりしない。

・アルコール類や刺激物を与えたり、入浴などで温めることは、血管の拡張、血圧の上昇をもたらすので避けなければならない。

### 5) 内出血

強い圧迫や打撲などにより、体の外部に傷がなくても、内部で出血を起こしている状態をいう。

・上肢、下肢の打撲や捻挫などの皮下出血の場合には、患部の高揚、冷却、安静などの手当が必要。

・頭、胸、腹の打撲などで内出血が疑われる場合には、飲食物を与えてはいけない。

・全身を保温し、安静を図る。

・安静にしているのに、顔色が青白く、脈拍が触れにくく、皮膚が冷たく湿った感じになったりするときには、早く医師にみせる。

## B) 各部のけが

### 頭部

#### (1) 外に傷がある場合

##### (ア) 頭皮の傷

・傷の大きさの割合には出血が多いので、驚くことがある。

・しかし、頭皮のみで、髄骸骨、脳膜、脳に傷が達していなければ問題は少ない。

#### 手 当

・頭皮からの出血に対しては、一般的な傷の手当てに従う。

・つまり、出血している部分に圧迫止血を行い、医師の診療を受けさせる。

- ・傷が頭蓋骨から脳にまで達していそうなときには、ガーゼを詰め込んだり、強く圧迫してはならない。また、傷をきれいにしようとして、洗ったり、拭いたりしてはならない。
- ・出血があっても、頭部を高くせず、体位は水平に保つこと。

(イ) 頭皮、頭蓋骨を貫き脳に達する傷  
鋭いもので強く打たれた場合や、銃創のときなどに起こる。

手 当

- ・ガーゼを広く厚めに当て、大至急医療機関に搬送する。

## (2) 外に傷が見当たらない場合

(ア) 軽く頭を打ち、意識が全く失わず、何も症状のないときには、特に手当は不要である。しかし、稀には、後になって頭蓋内血腫など危険な状態になることもあるので、必ず医師の診療を受けさせる。

(イ) 数分～十数分、意識を失った後で気づき、その後に特別の症状をしめさない時（いわゆる脳しんとう）は、さし当たった危険はない。但し、後で頭蓋内血腫など致命的な状態となる可能性があるため、必ず医師の診療を受けさせなければならない。

手当：A

意識がはっきりしてきても、立たせたり歩かせたりせず、安静にできる場所で水平に寝かせる。

(ウ) 受傷後、いったんは意識がはっきりしたのに、数時間から数日たって、次第に意識が不明瞭となってきた場合は、頭蓋内血腫が発生した可能性が高い。特に、痙攣、半身の運動麻痺、瞳孔の左右不同などを伴ってくれば、頭蓋内血腫の発生はほぼ確実である。至急、医師の診療を受けさせなければならない。

手当：B

- ・安静を保ち、やたらに名前を呼んだり、ゆり動かしたりしてはならない。
- ・体位は水平とし、枕はしない。
- ・呼吸が弱く不規則になったり、停止した場合には、気道確保と人工呼吸を行い、酸素があれば十分に与える。
- ・嘔吐を伴うときは、気道確保に万全の注意を要する。

(エ) 受傷直後から意識障害があり、そのまま長時間続くときには、脳自体の広範な傷、特に脳深部に大きな影響が及んでいることを示している。さらに、頭蓋内血腫が合併していることが多い。このような場合は最も重症で、生命の危険がある。大至急意思の診断を必要とする。

手当：C

- ・受傷直後の場合には、最寄の安静のとれるところに、頭をなるべく動かさないように注意して、静かに寝かせる。
- ・その他、前項手当：Bと同様。



(オ) 耳、鼻、口などから液体の流出があるとき：血液がでることもあり、また、脳の周囲を満たしている水様の液（脳脊髄液）がまじることもある。時には脳脊髄液だけが出てくこともある。いずれにしても、頭蓋骨の底部に骨折を起こしたことを示しており、重症である。意識障害を伴うことが多い。直ちに医師の診療を必要とする。

#### 手 当

耳、鼻にモノを詰めてはいけない。鼻をかんではならない。  
体位は水平にし、頭のほうを高くしてはならない。  
意識障害があるときには、前項手当：Bを参考に、手当する。

#### (カ) 頭の一部がくぼんだとき

鈍器で打たれたときなどにしばしばみられる。骨の破片が脳の表面に刺さっていたり、後になって、てんかんの原因になることもあるので、医師の診療を必要とする。

#### (キ) 頭にこぶができたとき

頭を打ったとき、頭の皮膚と頭蓋骨の間に出血して、ぶよぶよしたこぶを生じることがある。これのみでは手当の必要はないが、患部を冷やすのがよい。手の平の大きさよりも大きいような場合は医師の診療を必要とする。意識障害を伴っている場合は、前項手当B，Cを参考に応急手当を行い、医師の診療を受けさせる。

## 頸

#### a) 頸部の打撃

スポーツ、交通事故などでよく見られる。喉に傷を受け、又、頸の深部に出血（血腫）することもある。呼吸困難、発声困難、血痰が主な症状である。直ちに医師の診療を必要とする。

#### 手 当

・頸を冷やす。血液を肺に吸いこまないような体位を取らせる。

#### b) 頸部の刺し傷、切り傷

怪我によるものの外、自殺の場合もある。頸の深部の太い静脈が切れることが多い。危険なのは、出血と気道の閉塞である。

#### 手 当

・傷を探ったり、異物を取り除こうとしてはならない。  
・局所に保護ガーゼなどを当てて圧迫する。しかし、頸を締め付けるような強い圧迫をしてはならない。  
・気道閉塞に対しては気道を確保する。

#### c) 頸を締め付けられたとき

病力、首吊りの場合みられる。まず原因を取り除き、大至急医師の診療を必要とする。呼

吸困難、気道閉塞には、その手当を行う。

交通事故、圧迫、転落事故などで起こりやすい。大きく分けて、胸壁だけの傷と、胸腔に達した傷とがある。咳、痰、血痰、呼吸困難、呼吸時の胸痛などがあれば、外部に傷はなくても、胸腔内の臓器損傷の疑いがある。

## 胸部

### a) 胸腔に達しない傷

- ・胸部を強く打つと、皮膚に傷がなくても、肋骨、胸腔内の臓器に損傷を受けることがある。
- ・外部に傷がなくても、胸壁、胸腔内の変化から、血圧が下がったり、意識を失ったり、呼吸が浅くなり、ショック状態になることがある。
- ・また、胸部を強く圧迫されると胸腔内圧が高くなり、頭部や頸部の静脈が腫れ、唇は紫色となり、まぶたや口の粘膜に皮下出血を起こすことがある。
- ・折れた肋骨の端で組織が傷を受け、胸膜腔の中に空気がたまる〔気胸〕を起こしたり、血液がたまる〔血胸〕や、それに伴った喀血や呼吸困難を起こすことがある。

### b) 胸腔に達した傷

- ・胸膜腔は正常では陰圧であるが、胸の怪我で大気が入りこむと陽圧となって肺が圧縮され〔気胸〕を起こしたり、出血して〔血胸〕を起こし、突然呼吸困難になる。

## 手 当

- ・安静にして、呼吸が楽な体位を取らせ、早急な専門的処置が必要である。胸を打って血痰や呼吸困難のあるものは危険である。
- ・胸腔に達した傷があれば、幅の広い保護ガーゼを当てる。

## 腹部

交通事故、圧迫、転落、墜落、スポーツなどで起こりやすい。  
腹腔には多くの臓器（胃、腸、肝臓、脾臓、膵臓など）があり、後ろ側には腎臓もある。胸部の傷と同様、外傷がなくても、内出血で血圧が下がったり、腸管の破裂による腹膜炎、他の臓器の損傷、破裂による出血など、思わぬ大きい怪我のこともある。  
時には、腹壁が破れ、腸管が対外に出るような傷を受ける場合もある。  
受傷後しばらくして症状が出ることもあるので、腹の外傷後は、腹の張る感じ、吐き気、腹痛に気をつけ、尿（血尿）、便（血便、黒色血便）の排泄の際にも注意する。

## 手 当

- ・腹の傷の場合には、上向きに寝かせ、両膝から先に物を敷いて高くし、あるいは、両膝を三角巾などで結んで立てた形とし、腹筋の緊張を取り除き運搬する。
- ・腹の外に脱出している腸管を押し込んではいけない。細菌感染や腸の乾燥を防ぐために、シーツや三角巾でドーナツ型の輪を作って周囲を囲み、腸管を強く圧迫しないようにして、幅広いアルミホイルやビニールシートなどで覆い、さらに、清潔な幅広いシーツなどで腹

全体を覆って運搬するとよい。

・腹を刃物などで刺された場合には、傷は小さくても出血や感染を起こしやすいので、急いで医師の診療を受けさせる必要がある。

## 手指

手、指は人体のうちでもきわめて繊細な運動をし、微妙な感覚をつかさどる部分である。構造は複雑で、ちょっとした傷でも腱の断裂や骨折をすることがあり、一度怪我をするとなかなか回復しないことが多く、治療に当たっては深い知識と豊かな経験を要することが少なくない。

### 手 当

・手、指の外傷の応急手当は、傷口に保護ガーゼを当て、清潔な手拭などを丸めて手の平に入れ、手全体で物をつかむような格好に、しっかりと包帯をする。  
・手を下げないように三角巾で吊り、医療機関に至急送る。

## とげ

・入口が狭く深い傷で、異物の一部や付属物、泥などが、傷の中に残りやすい。指や爪の間、手の平、足の裏などに多い。

### 手 当

・皮膚を消毒し、針先をマッチの炎やライターで焼いてから、傷の回りを広げ、とげの入った角度に合わせて、とげ抜きで確実につまんで、残らないように完全に引き抜く。  
・爪の間などの場合、爪の一部を短く切って取り出すこともできる。  
・針が折れて入った場合には、残りを捨てず、取り出した部分と全体が一致するように確認する。  
・また、取れない場合、X線透視下で取り出してもらう時にも、残った針か、さした針と同じものを持参するとよい。  
・とげなどの取り出しは、一応試みて、取れない場合は、なるべく早く医師の診療を受けさせる。  
・釣り針をさしたときには、引っ張っても取れない。無理に引っ張ると裂き傷を大きくするので、むしろ針先を傷のない部分へ押し出して抜くか、カギになった部分をペンチで切り取って抜く。

## 目

・目のけがには、眼球に何かがささっている場合や、眼球をひどく打ったような場合もあれば、ひどい時には眼球が飛び出していることもある。  
・また、眼球に損傷はないが、まぶたの周囲をけがしていたり、あるいは、目の中に薬品が入ったり、目を火災であおられて熱傷したりする場合もある。  
・どんな場合でも、目のけがは視覚障害や失明したりする事故につながるので、軽く見ずに医師の診療を受けさせる。

#### 手 当

- ・目に刺さっているのがわかって、抜こうとしてはならない。
- ・眼球のけがや異物の場合には、目に保護ガーゼを当てて軽く包帯する。
- ・目の周囲のけがの場合には、眼球を押さえないように包帯する。
- ・目に薬品が入ったり、目を火災であおられたときには、できるだけ早く多量の水道水で、患部を下にして十分に洗う。

### 虫刺されなど

野外キャンプ、海水浴やダイビングなどで、毒のある虫に刺されたり、毒草、毒魚の被害を受けることがある。

#### a) 刺されて事故が起こるもの

ハチ（スズメバチ、あしながバチ）

ハチに刺されると局所の痛みと腫れが起こり、ハチ毒に過敏な人は、一匹に刺されてもショック状態になったり、呼吸停止を起こして死亡することがある。

#### 手 当

- ・針が残っているものは、根元から毛抜きで抜くか、横に払って落とす（針をつかむと、針の中の毒をさらに注入することがある）。
- ・冷湿布をして医師の診療をうけさせる。

#### アブ、蚊、蚤など

- ・特に大きな被害はなく、赤く腫れて痛みはあるが、1週間くらいで治癒する。
- ・水田にいる幼虫にさされることがあるので、素足で水田に入るときには注意する。

#### 手 当

- ・局所の痛みや腫れがある場合には、水で冷やす。
- ・ひどいときには、医師の診療を受けさせる。
- ・手で搔いて、化膿することがあるので注意する。

#### b) さされて起こるもの以外

虫についた花粉、虫体表面の鱗粉、虫をつぶしたときに体内から出る毒液によるものなどがある。

#### 手 当

- ・水でよく洗い、冷湿布する。
- ・痛みがひどく、赤く腫れたときは医師の診療を受けさせる。
- ・手で搔いて、化膿することがあるので注意する。

#### <事故防止>

- ・害虫を駆除する
- ・ハチなどは、不用意につぶしたり、巣を叩いたりしない。
- ・衣類などで肌を覆う。
- ・臭いの強い化粧品や、色彩の鮮やかな衣類は避けたほうがよい。

## 腹痛

腹痛を訴える病気の中で注意したいのは、急性腹症で、早急に手術しないと生命に危険の及ぶものが多いので、特に重視しなければならない。

主なものは、胃、十二指腸の潰瘍や穿孔、腸閉塞、急性虫垂炎、急性胆のう炎、腹部のけがなどである。また、女子の場合には、卵巣などの突然の病気で激しい腹痛や出血が起こることがある。

### 【症 状】

- ・激しい腹痛を伴う。
- ・顔色は蒼白で、額に冷や汗を浮かべ、脈は弱く、速い。
- ・意識が障害されることがある。
- ・一般に腹部は張ったように硬く、嘔吐などを伴う。

### 手 当

- ・ベルトなどを緩め、本人の最も楽な体位に寝かせる。
- ・横向きで膝の方に曲げた体位か、上向きで膝を高くした体位をとらせる。
- ・腹を温めたり、冷やしたり、下剤を与えてはいけない。
- ・飲食物を与えてはいけない。
- ・誤った手当は状態を悪くする。必ず医師の診療を受けさせる
- ・吐いたものは医師に見せる。
- ・腹痛の部位（どの部分か）、程度（どのような）、時間（続けて、時々など）を医師に報告する。

## 発熱

### 1) 原因疾患の治療

発熱の意義からいっても、発熱そのものに対する応急処置は不要で、熱の原因疾患に対する根治治療が大切である。小児では発熱の原因のほとんどは感染症によるもので、その感染巣を突き止めること。在宅医療で留意しなければならない感染症があり、その根治療法が重要である。

### 2) 発熱時の一般的看護

発熱以外の全身症状に注目するようにし、安静を保ち、水分を充分与えるようにする。熱が上がりきれば、薄着にして、環境の温度を下げたり、換気を良くする。

### 3) 解熱処置

a) 解熱剤： 感染による発熱は生体の防御反応の一つと考えられているので、解熱剤をむやみに使用するのは控える。

b) 解熱剤以外の方法： 太い動脈が走っている脇の下や、股の付け根を冷やしすぎない程度に冷やす方法。但し、熱の出始めに急速に冷やすことは、熱の防御反応の意義に反すると思われる。状態が安定していれば、むやみな解熱処置は控える。

## 嘔吐

嘔吐は色々な原因で起こる。胃腸炎、食中毒、腸閉塞など消化管の異常によることが多いが、まれにてんかん、脳腫瘍、髄膜炎などの中枢神経の異常、呼吸器や両口感染症によって起こることもある。学童期では心因性の嘔吐もまれではない。

### 1) 急に吐いたとき

- ・吐物により気道閉鎖がないことを確認する。特に痙攣や意識障害のある場合には注意しなければならない。横に寝かせ、口の中の吐物を取り、場合によっては吸引をして気道確保する。
- ・嘔吐は何かのサイン。どうして吐いたか知ることは、大きな事故を防ぐことにつながる。食事の内容、形態、量が適切であったか、無理に食べさせなかったか、
- ・経管栄養を行っている人では、身体の状態や食欲にかかわらず注入されるので、常に適切な量、スピードを考えていなければならない。

### 2) 胃食道逆流

- ・筋の緊張や側彎、食道裂孔ヘルニアなどのために、胃内容が食道を逆流すること。吐物がコーヒ色であったり、血が混じることがある。
- ・胃内容には、胃酸が含まれるので食道が炎症をおこすため、きわめて不快である。嘔吐や筋緊張の亢進、誤飲や誤嚥、貧血の原因になるので、早急に医師の診療を受けさせる。

## 溺水

### 1) 心肺蘇生法の実施（気道の確保、人工呼吸、心臓マッサージ）

- ・意識がない場合には、気道を確保。その状態で呼吸が見られない場合は直ちに人工呼吸を開始する。
- ・呼吸、脈拍など、循環のサインがなければ心臓マッサージと人工呼吸を継続する。

### 2) 溺れた人が吐いたら

- ・直ちに、顔を横に向ける。
- ・首に怪我がある場合には、体ごと横に向け、頭が下がらないように支える。
- ・その後に、再び心肺蘇生法を続ける
- ・無理に腹部を圧迫して、水を吐かせる必要はない。

## 骨折

### 1) 骨折部位を確認する。

何処が痛いかに聞く。痛がっているところを動かしてはいけない。

### 2) 骨折の症状

- ・激しい痛みや腫れがあり、動かすことができない。
- ・変形が認められる。

- ・骨が飛び出している。
- ・骨折の疑いがあるときは、骨折しているものとして、手当する。

### 3) 応急手当

- ・協力者がいれば、骨折箇所を支えてもらう。
- ・傷病者が支えることができれば、自ら支えてもらう。
- ・副子をあてる。(雑誌、板等の利用)
- ・骨折部を三角巾などで固定する。

## 熱傷

熱傷の程度を調べる

- ・熱傷の程度は、傷の深さ（皮膚の状態）と傷の広さから判断する。
- ・傷の深さを調べる。
  - 1度： 赤くなる（痛みとひりひりする感じ）
  - 2度： 水泡か、水泡が破れた状態（強い痛みと、焼けるよう感じ）
  - 3度： 皮膚は、乾いて、硬く、弾力性がなく、蒼白またはこげている。（痛みや皮膚の感覚がわからなくなる）
- ・傷の広さを調べる。
- ・簡単な方法として、手掌法がある。傷病者の片手の手のひらの面積を体表面積の1%と考えて、熱傷の面積を割り出す。

### 手 当

- ・1度、2度の熱傷で、範囲が狭いときは、冷たい水、水道水を注いで痛みが取れるまで冷やす。
- ・2度、3度は、最初は見分けにくいですが、医療機関に運ぶ前から冷たい水、水道水を注ぎかけて冷やし、その後、濡れたタオルや氷を入れたビニール袋などで冷やしておく。衣類で覆われていても、そのままにして急いで冷水をかける。水泡（水ぶくれ）ができて、つぶしたりせずに、消毒した布か洗濯した布で覆い、その上から冷やしながら医療機関に送る。
- ・但し、乳幼児、老人では、体温が36℃以下になるのは危険なので、体温計で計りながら冷やす
- ・医師に見せる前に、消毒薬、軟膏、油などを塗らない。
- ・手・足の傷であれば、患部を高くする。
- ・意識がはっきりとしており、吐き気がなく、医療機関まで長く時間がかかるようであれば水分を与える。

### 化学薬品がかかったとき

- ・薬品のかかった部位の着衣を切り取り、局所に水道水を5分以上かける。
  - ・消毒した布か、洗濯した清潔な布で覆って医療機関に送る。
  - ・目に化学薬品や有毒なものが入ったときには、薬品がかかった側の目を下にし、一方の目をよく覆い、水で十分に洗う。消毒した布か清潔な布で、目を覆って医療機関に送る。いずれの場合も、薬品による中和を試みてはいけない。できれば、原因のは薬品を医療機関に持参して見せる。
- 利用者の体調変化があった場合は主任・看護師へ報告する。

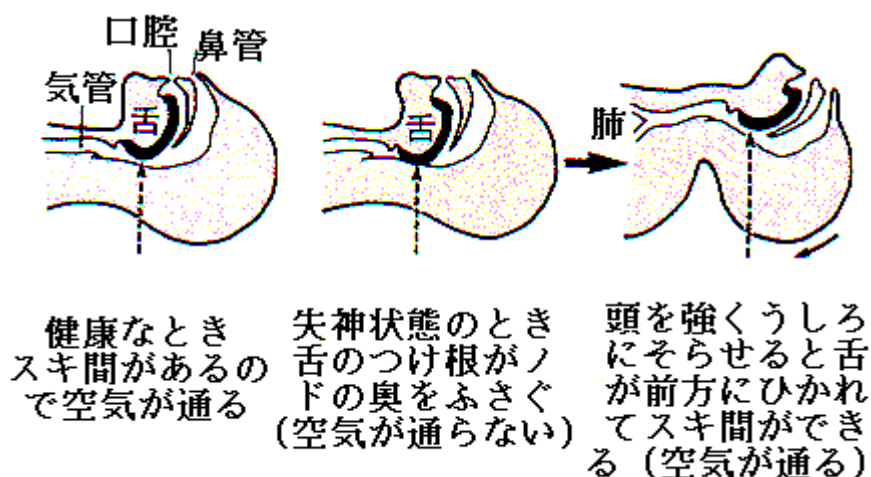
## 【人工蘇生法】

### A 気道の開放(Airway)

気道とは空気の通り道のことです。

失神状態に陥ると、舌のつけ根がのどの奥をふさぐため、呼吸ができなくなります。そこで、頭を強く後ろへそらしてやると、舌のつけ根が前方に引かれてすき間が生じ、空気の通り道を確保することができます。これを「気道の開放」と言います。多くの場合、これだけで呼吸を回復します。

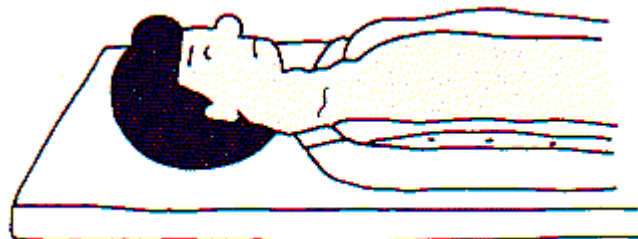
図2



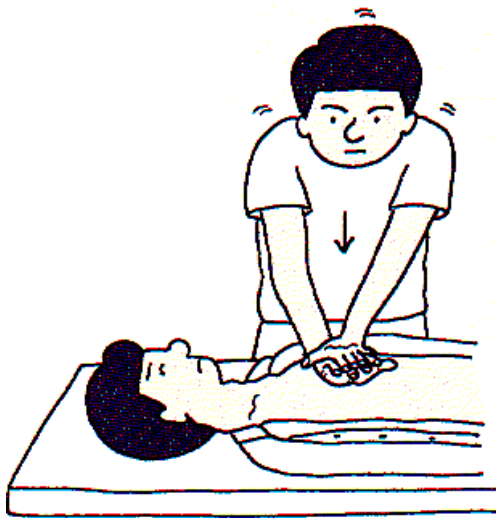
### B 心臓マッサージ(Circulation)

回復の徴候がなく、頸動脈に脈が感じられず、瞳孔の反応がないときは外部から心臓を圧迫して、血液の循環をはかる必要があります。これを「心臓マッサージ」と言います。

患者を固くて平らなものの上に仰向けに寝かせて胸を開く。







胸骨の下半分の上に両手の手のひらの基部を重ねて置く。この時、指先が肋骨や他の内臓を損傷しないよう、手の先を上向きにするとよい。

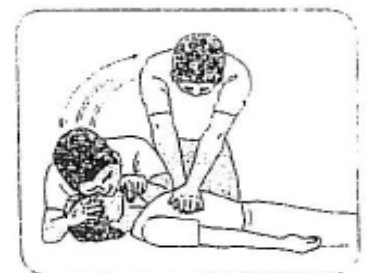
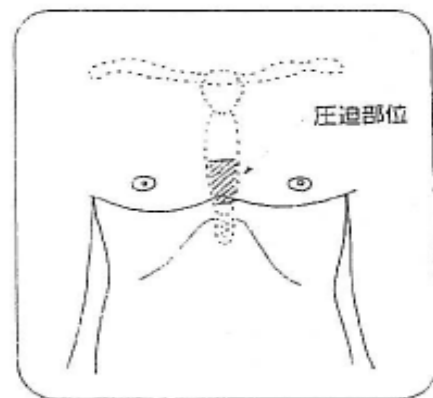
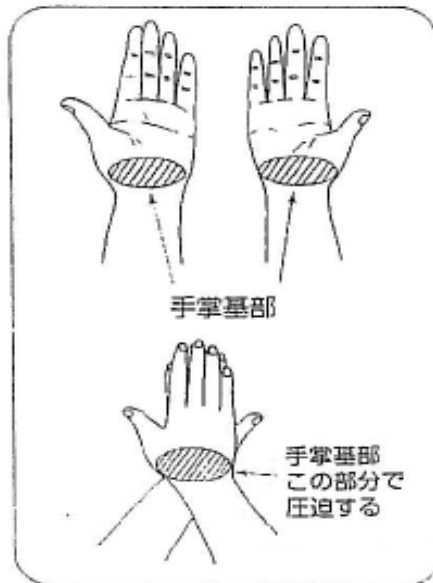
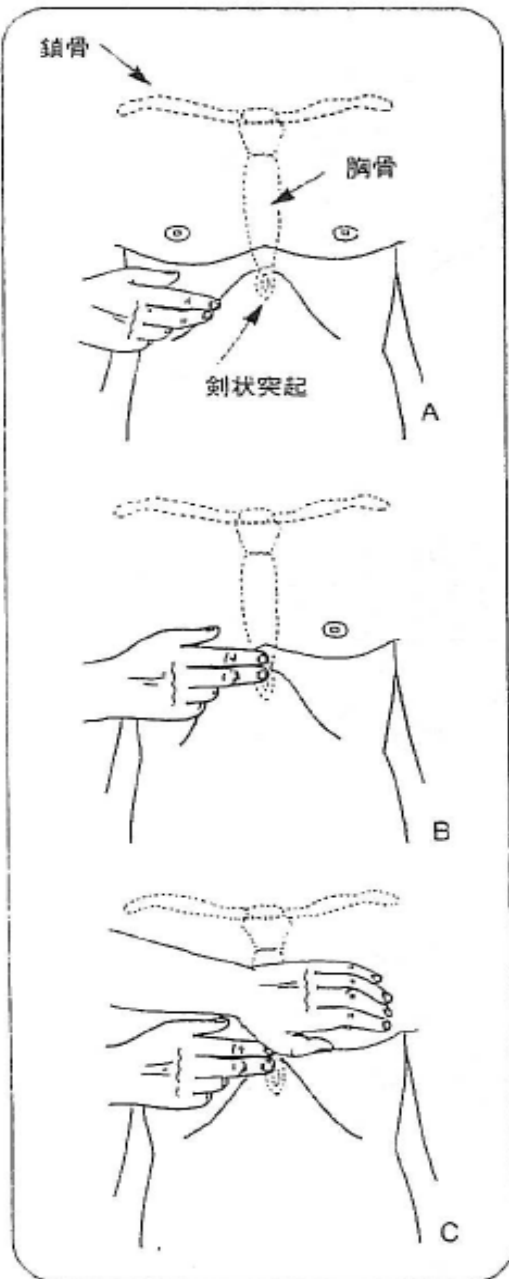
肘を伸ばして自分の体重を利用しながら垂直方向に力を加え、胸壁が 4～5cm 下がる程度に圧迫し、直ちに力を抜く。

1 分間に 80 回のペースで圧迫を繰り返す。

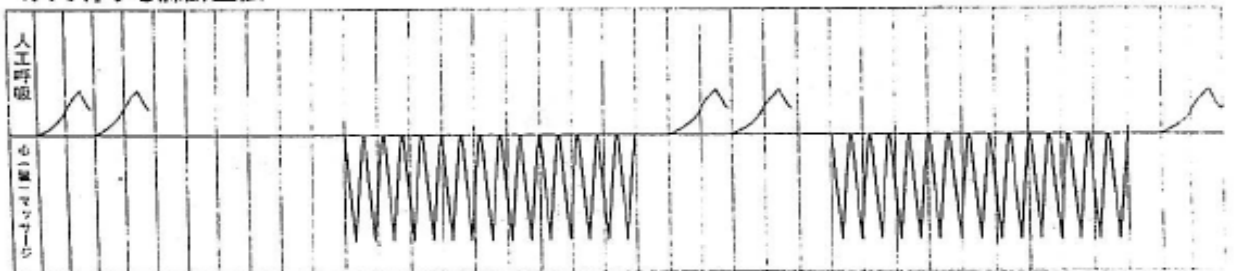
\*5～6 歳以下の場合は片手で、乳幼児の場合は 2 本の指で圧迫します。

※最新の指導では、感染の事もあり、人工呼吸は、避ける傾向があります。

(大阪府医師会より)



# 1人で行う心肺蘇生法



日本赤十字社「救急法講習教本」より

### 3、災害

#### 地震

##### □予防（事前の環境整備）

施設で行う震災避難訓練は、大規模地震時において、利用者の生命を守るための具体的な方法を職員一人ひとり及び利用者が身につけるためのものである。そのためには、いつ地震災害が発生しても適切な対応ができるように環境を整えておくことが大切である。

##### ① 避難訓練実施計画

- イ 大規模地震を想定した訓練を実施する。
- ロ 緊急避難訓練を実施する。（利用者と職員が地震時の一時待避所への移動など）
- ハ 安全確認訓練を実施する。（職員が利用者の人数・安全確認をする）
- ニ 避難通路、経路の確認をする。
- ホ 災害非常持ち出し袋の中の備品や毛布の使用方法を習得する。
- ヘ 地震発生時における各職員の役割分担を確認する。
- ト 地震発生時による利用者、職員のけが、建物の倒壊等における関係機関への連絡。

##### ② 施設設備の点検等

- イ 地震時に転倒しやすい家具、電化製品、備品など転倒防止がなされているか、火気使用設備器具等の転倒防止措置及び自動消化装置等の作動状況、危険物の漏洩、流出物等の防止措置等を点検する。地震後に、万一出火した時に備え、消火器の所在を確認しておくと共に、正しい使用方法を習得し使用できるようにする。
- ロ 避難経路に常に障害物が無いことを確認する。
- ハ 防火責任者を明示し、責任を持って日常の点検と整備をきちんとする。
- ニ 支援員、保育士等は日常の利用者環境を整備しておくとともに、日頃の支援の中で利用者の行動特性をしっかりと把握しておく。
- ホ 緊急時連絡掲示用の掲示を用意しておく。

##### □大地震発生時の対応

##### ① 施設内（作業・食事・就寝）で地震が起きた場合

- イ 職員は、利用者に安心できるような言葉をかけ、具体的に姿勢を低くして落下物から身を守るよう指示して、緊急避難させる。
- ロ 職員は、テレビ・ピアノ・窓ガラス、その他倒れやすいものから利用者を遠ざける。
- ハ 利用者及び職員は、机などの下に身を隠し、揺れが収まるまで様子を見る。
- ニ 職員は、利用者が眠っている時は、落下物から身を守る対応をする。（毛布・布団等を利用する）
- ホ 職員は、できるだけ、速やかに戸やサッシ等をあけて避難口を確保する。
- ヘ 介助を必要とする利用者は、職員が背負ったり抱くなどし、安全な場所に避難させる。
- ト 揺れが収まったら、一時園庭等へ避難し、全利用者の安全と人数の確認を行い、初動消火にあたる。
- チ 副施設長、主任は、建物等の点検をし、施設長または施設長代行へ報告する。
- リ 職員は指示があるまで園庭等に座って待機する。施設内には安全が確認できるまでは立ち入らない。

- ヌ 初動消火に当る職員は、速やかに火元を閉じ、揺れが収まってからガスや配電盤を点検し、安全を確認する。もし、施設内及び近隣において火災が発生した場合は、消火活動を行う。
- ル 園庭では、利用者を建造物等から遠ざけ、できるだけ安全な場所に集め、座って、安心できるような言葉をかけながら、揺れの収まりを待つ。
- ヲ 地面の亀裂・陥没・隆起、頭上からの落下物に注意する。
- ワ 入浴時では、素早く浴槽からあげ、できるだけ安全な場所に集合させ、座らせる。
- カ どの場面でも揺れが止まり次第、速やかに担当者は、担当する利用者の安全確認を行い、園庭等にて指示があるまで一時待機する。

## ② 外出支援時の場合

- イ 揺れを感じたらただちに利用者を集めて、できるだけ塀や建造物から遠ざけ、しゃがんで揺れの収まるのを待ち、その後速やかに人員の確認をする。
- ロ 切れた電線には絶対触らないように注意する。
- ハ ブロック塀・自動販売機・屋根瓦・ガラスその他の落下物や転倒物に注意する。
- ニ 利用者、職員が負傷した場合、重篤であれば救急車を要請する。連絡がつかない場合は、引率職員の1名が施設に応援を求める。残った職員は、利用者とともに近隣の安全な場所で待機する。
- ホ 全員が無事に戻れるようなら、安全を確認しながら、慎重に施設に戻る。
- ヘ 日常よく出かける周辺の地図を作り、救急対応の可能場所を決めておく。

## ③ 旅行等の外出時の場合

- イ (事前調査) 実地調査の際、目的地の状況を把握する。
- ロ (事前調査) 地震が発生した場合の安全な場所を確認しておく。
- ハ (施設外支援中) 利用者の安全第一に対応し、落ち着いて行動する。
- ニ (施設外支援中) 旅行等は中止し、利用者の安全を確保してから携帯電話にて施設に連絡を入れる。災害の状況により応援を求めるなどをして、施設に帰る。連絡が取れない場合は、現場の指揮権者の判断で行動する。
- ホ (目的地までの途中) バス等乗り物に乗っている場合は、運転手・添乗員の指示に従う。
- ヘ (目的地までの途中) 徒歩の場合は、近くの安全と思われる場所に避難する。
- ト (目的地までの途中) ビルの窓ガラスの破片や落下物に注意する。特に切れた電線は直接または水溜り・ガードレール等を通して感電することがあるので十分注意する。

## ④ 夜間・早朝時の場合

夜間、早朝の時間帯は、職員が少なく、非常に流動的な状況である。このことを念頭において、その場にあった対応が必要である。但し、基本的には施設内(作業・食事・就寝)で地震が起きた場合を参考とし、そのほか注意すべきことを以下の通りとする。

- イ 事務所に連絡を取り、管理宿直者に状況を知らせる。
- ロ 状況によっては、管理宿直者は緊急連絡網に従い、近隣職員の応援を求め、利用者の待機行動への協力を要請する。
- ハ 緊急連絡網に記載されている職員は、自己の安全を優先しつつ、速やかに施設へ応援に駆けつけることとする。
- ニ 臨時契約職員は、正規職員の指示に従って行動する。
- ホ 随時出勤してきた職員は、担当部署に速やかに応援に入る。

- へ 施設長または施設長代行は、災害の状況により、その後の施設の業務が維持できるかどうかの判断をし、適切な措置を講じる。

⑤ 避難

- イ 地が裂けるほどの震災や大火事でない限り、その敷地内から出ていくことは、利用者の保護、支援の立場から好ましくない。その場合は、施設長または代行者の指示に従う。
- ロ 周囲に大火事が発生した場合、消防・警察の指示を受ける。
- ハ 施設が危険な状態に陥った場合は、消防警察の指導により、他の震災救援所や広域避難所に避難する。

⑥ 利用者又は職員が負傷した場合

- イ 応急処置は、看護師または担当者の指示のもとに日頃より施設に備えてある救急薬品で手当とする。
- ロ 必要と判断した場合は、救急車を呼ぶ等の適切な措置を行う。

2 警戒宣言が出された場合の対応

- イ 利用者を安全な場所に集合させ、職員は指示があるまで利用者支援にあたる。
- ロ 職員は、いざという時のために、防護用に毛布を用意しておく。
- ハ 施設長または施設長代行は、ラジオ、テレビなどにより情報収集を行う。
- ニ 府及び堺市の災害対策本部からの指示を受ける。

## 火災

□ 予防

施設で行う避難訓練は、様々な災害時に利用者の生命を守るための具体的な方法を職員一人ひとりが身につけるためのものである。そのためには、いつ災害が発生しても適切な対応ができるように環境を整えておくことが大切である。また、近隣住民、地域の自主防災組織の行う訓練との合同で避難訓練を実施するなど、地域との密接な協力・連携ができる関係を築いておくことも必要である。

(1) 事前の環境整備

① 避難訓練実施計画

- イ 様々な火災状況を想定した訓練を実施する。
- ロ 消火訓練を実施する。(初期消火・消火器・消火栓の取り扱いなど)
- ハ 通報訓練を実施する。(消防署・近隣住民)
- ニ 避難通路、経路の確認をする。
- ホ 火災報知器及び非常ベル、非常通報装置の使用方法を習得する。
- へ 火災発生時における各職員の役割分担を日頃から再確認する。

② 施設設備の点検等

- イ 出火元となりやすい電化製品、ガス器具、コンセント、配線、配電盤等の正しい使用方法の習得及び正常に作動しているか点検する。
- ロ 万一出火した時に備え、消火器の所在を確認しておくとともに、正しい使用方法を習得し使用できるようにする。
- ハ 避難経路に障害物等がないことを常に確認する。

- ニ 防火責任者を明示し、責任を持って日常の点検と整備を行う。
- ホ 職員は、日常の利用者環境を整備しておくとともに、日頃の支援の中で利用者の行動特性をしっかりと把握する。
- ヘ 緊急時連絡用の掲示をする。

## □ 対応

### 火災発生時の手順

- ① 発生時の基本的な流れ  
火災発見 → 報告 → 通報連絡 → 避難誘導 → 初期消火
- ② 支援中に火災が発生した場合
  - イ 火災の発生を発見したら（第一発見者）、大きな声で周りの職員に知らせる。
  - ロ 知らせを受けた職員は、速やかに事務所及び他の職員に火災の発生を知らせる。
  - ハ 第一発見者および知らせを受けた職員は、可能な限り初期消火に努める。
  - ニ 各職員は、施設長または代行者の指示に従い無駄なく適確な行動をする。
  - ホ 消防署への通報。
  - ヘ 利用者の避難誘導。（利用者の人数の把握及び責任者への報告）
  - ト 地域住民・関係機関への連絡。
  - チ 落ち着いて行動することを心がけ、利用者に動揺を与えないように努める。
  - リ 出火元・火のまわり具合・煙・風向き等を考え、より安全な方向場所に避難する。
  - ヌ 火災により翌日以降利用者支援を行うことが困難な場合は、施設長または施設長代行より行政に連絡し今後の対応について相談する。

## その他の自然災害

### □ 予防と対応

施設職員は、利用者を守るために自然災害がたとえどのような状況であっても、出勤することが望まれるのはいうまでもない。ただし、自らも命を守らなければそのことも達成できないわけであるから、出勤時は、十分な注意を必要とするし、その場で待機ということもあり得る。とりわけ大切なのは、指揮権者の指示を受けることである。

### 《風水害及び台風》

- ① 風水害及び台風が発生した場合
  - イ 強風や大雨の際は、利用者が落ち着けるように配慮する。
  - ロ 風で飛ばされるような植木や玩具、その他飛ばされやすいものなどを点検し、撤去する。
  - ハ 漏水等を発見したら速やかに事務所へ連絡する。
  - ニ 停電の可能性も視野に入れ、懐中電灯の確認と点検をする。
- ② 職員が就業前に風水害及び台風が発生した場合
  - イ 出勤前の職員はラジオ・テレビ等で情報を把握して早めの出勤を心がける。
  - ロ 交通機関を利用する職員で災害等で交通機関が不通になった場合は、指揮権者の指示を受けることとする。
  - ハ 通常勤務体制が組めない場合は、他の職員に勤務変更を求め、指揮権者から緊急応援を依頼する。

- ③ 風水害等により施設に被害が出た場合
- イ 風水害等により施設に被害が出た場合、利用者の安全を最優先に被害のない箇所にて支援を行う。
- ロ 翌日以降の施設の業務について施設長または施設長代行は、速やかに、副施設長、主任等と打ち合わせを行い、職員に周知できるよう指示及び連絡をする。

#### 《落雷》

落雷は、発生する前に雷雲が発生し、天候の崩れから予測することができるので、施設敷地内にいる場合は建物に速やかに避難することが可能であるが、外出時に落雷のおそれを予測した場合は、以下のことを頭に入れて避難することが望ましい。

- イ 落雷時前後は雨が降ることが予想されるが、雷（電流）は、物体の中を流れる時、面の方を多く流れ、中心部を流れる電流は少なくなるという表皮効果があり、このために雨に打たれることよりも雨宿り等で軒先や柱の近くに居ることのほうが大変危険であるので退避場所は慎重に選択しなければならない。
- ロ 周囲の木より高い木の幹に寄り添い雨宿りすることは、前項の理由により避けること。

## 4、苦情

### 対応

#### □苦情の捉え方

苦情解決制度は、社会福祉法第82条により社会福祉事業者に義務付けられている。しかし単に義務付けられているから苦情解決するのではなく、あくまで利用者の権利擁護の立場に立った支援を行うためのものと考えべきである。したがって、利用者やその家族から寄せられた「苦情」「意見」については、施設運営にとってマイナスと捉えるのではなく、それを積極的に集め、一つひとつ適切な対応をすることや、その経験をその後の支援に活かせる「資源」として受け止めるべきであり、リスクマネジメントの一環でもある。

#### □苦情解決の手順

- ①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・関係者に周知徹底する

## ②苦情受付

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・報告する。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する。同時に「苦情受付書」に詳細を記録する。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く。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らない。

## ③ 苦情解決

### 《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していく。

- 1、苦情内容の十分な把握
- 2、苦情内容の分類や整理
- 3、苦情内容の詳細な検討(多角的な要因分析)
- 4、改善策や対応策の立案（職員の創意工夫や提案を大切に）
- 5、その実施と検証

### 《苦情対応の基本原則》

- ・ 公平性・・・利用者との関係では、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。

### 《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を、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。

### 《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。



## 施設責任のとりえかた

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ろう(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ろうし、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ろう。)

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。

## 5、その他

### 不審者侵入

#### □予防

1. 施設長は、日頃より職員→人一人の危機管理意識を高めるための会議や研修を行う。
2. 職員は、来訪者の確認をインターホン等で確認することや、顔をあわせると積極的に挨拶することを心がける。
3. 不自然な行動をする来訪者には、複数の職員が対応し来訪の目的を尋ねる。また理由があきらかにされないときは、退所をお願いし警察へ連絡する。
4. 職員は、非常通報システム・火災報知機(非常ベル)・放送設備の取扱いを習得する。
5. 緊急事態が起こった場合を想定した避難訓練や緊急体制を整える。

#### □対応

#### 《緊急事態の対応》

1. 施設長は非常通報システムを作動させ警察等へ通報し、要請を求める。
2. 施設長は、非常ベル・施設内放送などで緊急事態を全職員に周知させるとともに、職員は、利用者の安全を最優先に安全な場所へ避難誘導する。
3. 不審者には、できるだけ複数の男性職員で対応することがのぞましい。一定の距離を保ちながら手近な備品等で対峙する。兇暴な場合や刃物を持っている場合は、速やかに退避する。
4. 利用者が不安にならないよう職員は落ち着いて行動し待機する。
5. 施設長は不審者の情報（性別、年齢、服装、特徴など）をあつめ職員が共通理解で対応する。

#### 《関係機関・家族への対応》

1. 近隣の公共施設（学校・施設等）や地域自治会、家族会等の関係機関と連携して情報を速やかに把握できるようにする。
2. 必要に応じて警察に地域のパトロールを強化してもらうよう要請する。
3. 家族へは安全管理を図るうえで必要なことは、時期を失せず状況説明し、協力を求める。
4. 近隣で事件等発生した場合には、施設長、副施設長、統括主任等で情報収集し、状況把握に努める。必要に応じて家族、関係機関等に文書やお知らせなどで協力をお願いする。

#### 《ケアホーム・グループホームと地域》

1. 地域の自治会との協力・連携の強化を図る。
2. 隣近所と顔見知りになり、緊急の場合は協力をお願いする。
3. グループホーム・ケアホームを所轄する警察、派出所と防犯上の連絡を行う。
4. 緊急の場合はホーム管理者が状況把握し関係機関へ要請する。
5. 緊急を要する場合は、エリア長、バックアップ施設長へ報告するとともに、ホームに近い職員へ協力の要請をする。

### 報道機関への対応

事故等について、テレビ、ラジオ、新聞等で取り上げられることもあり、利用者、職員、家族等関係者が混乱しないよう対応していくことが必要である。個人情報や人権等に配慮しながら、事実を知らせる。プライバシーを守るために時に、公表できない内容については、理解を求める。

1. 取材を受ける前に、事故状況については、経過を追って正確に伝えられるよう情報を整理しておき、施設長が対応する。（事故内容、状況、原因、背景、被害状況、対応等）施設をこえて必要な場合は、常任理事会が対応する。
2. 報道機関名を正確に聞き、どの報道機関に対しても公正に対応する。
3. 報道機関に対しては、会社名、記者名、連絡先など確認し対応する。
4. 取材については、個人のプライバシーが守れるよう顔は写さないよう要請する。
5. 法人本部等に報告し指示を受ける。

※週刊誌の記事などを見るとときわめて一方的に被害者に偏った主観的なものもあり、正確な情報を伝えてもどこまできちんと書くかという不安があります。こうした場合も想定しながら、法人として統一した判断基準を明確にしておくことが大切です。

## 車両運転簡易マニュアル

社会福祉事業において車両の運行は、無くてはならないものとなっている。また、運行利用状況はますます増加する傾向にあり、その分人の命や公的な財産を守るためにも安全運行が求められてきている。運転者・管理者は、下記注意を守り「人に優しい安全運転」に心がけなければならない。

### 1. 安全運転上の注意

#### 1) 運行前に車両のチェック

エンジン始動前にタイヤのパンクやミラーの角度等の点検。エンジン始動後は異常音、オイルランプ、温度計、燃料計などの点検を行う。

以上、おかしいところがあれば直ぐに管理者に報告する。(管理者は修理の依頼)

持ち物(免許証、携帯電話、送迎リストなど)同乗者、積荷の確認。

#### 2) 走行時の確認

全国の人身事故の約 75%を占めるのが、ぼんやり、わき見、判断ミス、安全不確認といった不注意事故である。走行時は、運転に集中し、交通規則を守って「安全運転」に徹する。道路交通法の改正により、後部座席もシートベルトの着用が義務付けられた。シートベルトは運転者だけでなく、利用者も必ず着用するよう指示する。

携帯電話の使用、喫煙は厳禁。左折、右折は声を出して(「左よし」など)安全を確認します(コメンタリー運転という)。

利用者さんを乗せる場合は、できるだけ危険性の高い助手席は避ける(満員のときは別)

パワーウインドー使用時は手や顔が窓にかかっていないことを確認してから、必要に応じてのチャイルドロック使用に心がける。

オートマチック車の停車時は追突を避けるためにパーキングレンジにする。

バックするときは窓を明け後方の安全を必ず確認してから行なう。

燃料の補給はメーターの指針が 1/4 以下になるところで行う。

#### 3) 車から離れる際の注意

車から離れる際には①サイドブレーキを必ずひく ②カギをつけたままにしない

③車のロックをわすれない

### 2. 万が一事故を起こしたとき

①先ず人・車両を安全な場所に移動

②けが人がいる場合は、「119」に連絡

③「110」に連絡

④事業所に連絡

事業所は応援が必要な場合は、職員を派遣し保険会社にも連絡する。事業所側は対応が分からない場合は保険会社の指示を仰ぐ。事故の対応には、管理者が責任をもって対応する。法人の判断が必要な場合は、その指示を仰ぐ。

### 3、管理者の務めと役割

車両の整備・点検は車検時だけでなく法定点検など定期点検を受け常に安全な走行ができる状態に保つことが必要。

特にラジエーター冷却水、オイル交換などの消耗品には気をつけること。

職員への安全運転のための技術の向上、交通に対する諸制度の徹底のための手立てをとること。そのため安全運転講習などには自らも含め職員の参加を促すことが必要。

添乗職員のありかた、リフトの操作など送迎業務特有の技能を職員に徹底させること。

### 4、事業所の車両における運転技量の判断（運転の可・不可）は管理者が行い指示する。

|                     |      |                                              |      |       |     |         |    |
|---------------------|------|----------------------------------------------|------|-------|-----|---------|----|
| 事故発生報告書             |      |                                              |      | 施設名   |     |         |    |
| 報告者                 |      | 報告日                                          |      | 年 月 日 |     |         |    |
| 発生場所                |      |                                              |      |       |     |         |    |
| 発生日時                |      | 年 月 日 午前午後 時 分ごろ                             |      |       |     |         |    |
| 被害にあった人や物<br>住所     |      | 電話 (さん)                                      |      |       |     |         |    |
| 交通事故等の場合加害者名<br>住所  |      | 電話 さん                                        |      |       |     |         |    |
| 事故状況                |      | 状況図 けがの部位<br>{正面} {背面}                       |      |       |     |         |    |
|                     |      |                                              |      |       |     |         |    |
|                     |      |                                              |      |       |     |         |    |
|                     |      |                                              |      |       |     |         |    |
|                     |      |                                              |      |       |     |         |    |
|                     |      |                                              |      |       |     |         |    |
|                     |      |                                              |      |       |     |         |    |
|                     |      |                                              |      |       |     |         |    |
|                     |      |                                              |      |       |     |         |    |
|                     |      |                                              |      |       |     |         |    |
| 施設長への報告             |      | <input type="checkbox"/> 有・無 月 目 時 分 報告者 ( ) |      |       |     |         |    |
| 家族への報告              |      | <input type="checkbox"/> 有・無 日 時 分 報告者 ( )   |      |       |     |         |    |
| 家族の反応               |      |                                              |      |       |     |         |    |
| 対応・解決状況             |      |                                              |      |       |     |         |    |
| 教訓化できること<br>(記入が記述) |      |                                              |      |       |     |         |    |
| 責任者 ( ) 所見          |      |                                              |      |       |     |         |    |
| 施設長所見               |      |                                              |      |       |     |         |    |
| 経過等・最終結果を<br>記入のこと  |      |                                              |      |       |     |         |    |
| その他                 |      |                                              |      |       |     |         |    |
|                     |      | 最終解決日 年 月 日 確認印                              |      |       |     |         |    |
| 専務理事                | 常務理事 | 総務局長                                         | 事務部長 |       | 施設長 | 副施設長・主任 | 担当 |
|                     |      |                                              |      |       |     |         |    |

|                      |      |                                |      |         |  |         |    |
|----------------------|------|--------------------------------|------|---------|--|---------|----|
|                      |      | 事故発生報告書 2                      |      | 施設名     |  |         |    |
| 報告者                  |      |                                |      | 報告日     |  | 年 月 日   |    |
| 発生場所                 |      |                                |      |         |  |         |    |
| 発生日時                 |      | 年 月 日 午前午後 時 分ごろ               |      |         |  |         |    |
| 被害にあった人や物<br>住所      |      | (さん)<br>電話                     |      |         |  |         |    |
| 交通事故等の場合加害者<br>名 住所  |      | さん<br>電話                       |      |         |  |         |    |
| 事故状況                 |      |                                |      | 状況図     |  |         |    |
|                      |      |                                |      |         |  |         |    |
|                      |      |                                |      |         |  |         |    |
|                      |      |                                |      |         |  |         |    |
|                      |      |                                |      |         |  |         |    |
|                      |      |                                |      |         |  |         |    |
|                      |      |                                |      |         |  |         |    |
|                      |      |                                |      |         |  |         |    |
|                      |      |                                |      |         |  |         |    |
|                      |      |                                |      |         |  |         |    |
| 施設長への報告              |      | <input type="checkbox"/> 有 一 無 |      | 月 日 時 分 |  | 報告者 ( ) |    |
| 家族への報告               |      | <input type="checkbox"/> 有 一 無 |      | 月 日 時 分 |  | 報告者 ( ) |    |
| 家族の反応                |      |                                |      |         |  |         |    |
| 対応・解決状況              |      |                                |      |         |  |         |    |
| 教訓化できること<br>(記入者が記述) |      |                                |      |         |  |         |    |
| 責任者 ( ) 所見           |      |                                |      |         |  |         |    |
| 施設長所見                |      |                                |      |         |  |         |    |
| 経過等・最終結果を<br>記入のこと   |      |                                |      |         |  |         |    |
| その他                  |      |                                |      |         |  |         |    |
| 最終解決日 年 月 日 確認印      |      |                                |      |         |  |         |    |
| 専務理事                 | 常務理事 | 総務局長                           | 事務部長 | 施設長     |  | 副施設長・主任 | 担当 |
|                      |      |                                |      |         |  |         |    |

## ひやりハット報告書

(概

報告者

|              |  |                 |  |    |  |
|--------------|--|-----------------|--|----|--|
| いつ           |  | 年 月 日 午前午後 時 分頃 |  |    |  |
| どこで          |  | 誰が              |  | 誰に |  |
| どうしていた時      |  |                 |  |    |  |
| ヒヤリとした時のあらまし |  |                 |  |    |  |

(原

| 環境に問題があった | 設備・機器等に問題があった | 作業方法に問題があった | 自分自身に問題があった |
|-----------|---------------|-------------|-------------|
|           |               |             |             |



該当する事項に○をつける

初訓 対策

- 1 よく見えなかった
- 2 気がつかなかった
- 3 忘れていた
- 4 知らなかった
- 5 深く考えなかった
- 6 大丈夫だと思った
- 7 あわてていた
- 8 不愉快なことがあった
- 9 疲れていた
- 10 無意識に手が動いていた
- 11 やりにくかった
- 12 体のバランスを崩した

|      |      |      |      |
|------|------|------|------|
| 専務理事 | 常務理事 | 総務局長 | 事務部長 |
|      |      |      |      |

| 施設長 | 副施設長<br>兼 主任 | 担当 |
|-----|--------------|----|
|     |              |    |

ひやり・ハット事例報告書

報告日

報告者( )

| 区分    | 項目        | 状況欄 |
|-------|-----------|-----|
| 発生    | 発生日時      |     |
|       | 発生場所      |     |
| 職員    | 職種・勤務時間帯  |     |
|       | 経験年数      |     |
|       | 提供サービス    |     |
| 情報と分析 | 利用者区分     |     |
|       | サービス提供場面  |     |
|       | 事例の内容     |     |
|       | 事例発生の原因   |     |
|       | 予見性に関する分析 |     |
|       | 回避性に関する分析 |     |
|       | 対処法       |     |

|          |  |
|----------|--|
| 委員会からの指摘 |  |
| 分類       |  |

主任検印

施設長検印



| 目 録                                |             |       |       |
|------------------------------------|-------------|-------|-------|
| ☆ 事故発生日                            | 日           | 前     | 後 時 分 |
| ☆ 事故発生場                            | _____       |       |       |
| ☆ 運転者                              | _____       |       |       |
| ☆ 事故車(プレート番                        | _____       |       |       |
| ☆ 届出警察                             | 有           | 無     |       |
| ☆ ケガ                               | 有 (名前及び病院名) | 無     |       |
|                                    | _____       | _____ | _____ |
|                                    | _____       | _____ | _____ |
| ☆ 相手側氏名及び電話番                       | _____       |       |       |
| ☆ 相手側の車(プレート番                      | _____       |       |       |
| <p>※※※※ 事故現場の状況(略図で書いて下さい ※※※※</p> |             |       |       |
| <p>☆ 現場で話した事(当方からの要求または相手側からの要</p> |             |       |       |

|                |                     |                                                    |             |
|----------------|---------------------|----------------------------------------------------|-------------|
| 苦情報告書 施設名 ( )  |                     |                                                    |             |
| 報告者            |                     | 報告日                                                | 200年 月 日    |
| 申し立て日時         | 200年 月 日            | 午前・午後 時 分                                          | 下記は該当に○をつける |
| 申し立て者          |                     | ①処遇    ②施設運営    ③財産管理等<br>④制度・法律    ⑤意見・要望    ⑥その他 |             |
| 申し立て内容・        |                     |                                                    |             |
| 対応・解決状況        |                     |                                                    |             |
| 教訓化できること       |                     |                                                    |             |
| 責任者 ( ) 所見     |                     |                                                    |             |
| 施設長所見          |                     |                                                    |             |
| 経過等・最終結果を記入のこと |                     |                                                    |             |
|                | 最終解決日 年 月 日 確認者 ( ) |                                                    |             |

# **Q&A資料集**

**※この間、ぽぽろで作成してきた、事例  
Q&Aを紹介します。**

## 支援費問題Q&A(2004年4月)

**Q 1** 事業者、施設がサービスの提供を拒否できる「正当な理由」というのは、どのようなものをいうのですか。また、利用者が契約により提供されているサービスの利用者負担金を支払わないことは、施設がサービスの提供を拒否できる「正当な理由」になりますか。

サービスの提供を拒むことができる「正当な理由」について、厚生労働省のQ&A集(平成13年3月6日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部)は、「空き定員がない場合、医療機関における入院治療が必要な場合」を例示している。「正当な理由」はこのように例示されている場合のほか、これに類似したものも含まれると考えられるが、具体的な内容は、今後の事例の集積を待つことになる。

「正当な理由」は、入所の場合のみならず、退所の場合も問題となる。

同じQ&A集において、「利用者が契約により提供されているサービスの利用者負担金を支払わないことについては、どのような理由でサービスの提供を行わないこととしうるかは、指定基準に抵触するかどうかという問題ではなく、両者間の契約により規律される事項である」とされ、さらに、「契約期間が終了し、引き続き施設が利用できるよう改めて利用の申し込みが行われた場合には、指定基準の問題となるが、悪質な利用料滞納者の場合には、サービスの提供を拒む「正当な理由」になる場合があり得るとされている」とされているが、契約によればどのような内容の解除条項も定め得るというものではない。

福祉サービスが継続的契約関係であることから、契約解除には信頼関係が破壊されるに至ることが一般的に必要である。指定基準の「正当な理由」もこのような意味を有するものとして理解することができるのではないだろうか。

具体的には、1回だけの不払いでも契約解除できるとする条項に従い解除したとしても、信頼関係を破壊したということはできず、「正当な理由」がないということになろう。信頼関係を破壊し、「正当な理由」があるというためには、利用者が数か月にわたり利用料を支払わず、支払を催告しても支払をしないというような事情が必要というべきである。上記Q&Aの「悪質な利用料滞納者」というのも、このような滞納者を意味しているものと理解することになろう。

<参考>

◆指定知的障害者更生施設等の設備及び運営に関する基準

(平成14年6月13日 厚生労働省令第81号)

(入退所)

第12条 指定知的障害者更生施設は、正当な理由なく、指定施設支援の提供を拒んではならない。

**Q 2** 本人の脳機能に高度障害があるためにいつ衝動的に行動しないとも限らず、施設から、他人に損害を与えるかも分からないし、のみならず本人自身も不測の事故に遭わないとも限らないので入所契約を締結することができないと言われています。契約を締結したいのですが、締結できるでしょうか。

契約自由の原則によれば、契約の相手方を選ぶ自由もあることになり、契約しなくても問題ないことになる。また、消費者契約法は、締結された後の契約の無効、取消を問題にするが、契約締結前の対応は予定されていない。

しかし、支援費制度自体、法律の制度として障害のある人のために設けられたものであり、指定基準においても、「正当な理由」のない契約拒否、契約解除を禁止している。また、施設は障害のある人を受け入れるために都道府県知事から指定を受けているのである

から、施設設置趣旨からしても、本人の障害を理由に契約締結を拒否することは指定を受けた趣旨に反することになる。契約締結拒否に「正当な理由」があるということはできない。

施設としては、事故が生じないための検討と対策を講じた上で受け入れをすべきである。そのような対策を検討した上でなお受け入れができない事情があれば「正当な理由」があるという場合もあるが、「正当な理由」の存在についてはQ 1の厚生労働省Q & A集の例示を参考に厳格に判断されるべきであろう。

**Q 3 措置入所中の本人について、施設が支援費制度施行後は入所契約を締結しない（契約の留保）と言っています。どうすればいいでしょうか。これまでに家族がその処遇をめぐって色々とクレームを言い、また行政の運営適正化委員会等に苦情申立をしたことを理由としているように思えます。そのようなことで契約締結しないことができるのでしょうか。**

契約自由の原則は、支援費制度制定の趣旨から制限されており、指定基準においても「正当な理由」のない契約解除は禁止されている。契約の応諾自由の原則が制限されて応諾義務が定められているものとしては、医師法第19条1項（診察治療を求められた場合、「正当な理由」がなければ拒めない）がある（但し、支援費制度の場合は指定基準で制限しているので、法的効力としては契約に対する直接的効力を持ち得ないが、裁判に際しては、このような基準があることを参考に、例えばこの基準に違反する契約条項は民法90条の公序良俗違反として無効と解することができるであろう）。

本問のような契約拒否の理由は、「正当な理由」にはならない。

しかし、本問のような場合は、契約締結拒否の本来の理由が明示されることはなく、他のもっともらしい理由が述べられることが多い。

他の理由も「正当な理由」となっていないければ（どのような場合が「正当な理由」になりうるかはQ 1参照）、契約締結拒否に合理的理由はないというべきであるが、他の理由が一応は「正当な理由」とであると認められる場合、どう考えるべきであろうか。「正当な理由」があるから契約締結拒否を認めるというのも1つの考えである。しかし、本来の目的は別にあるわけであり、そのような意図を見過ごすことは正義、公平の観点からは認め難い。そこで、利用者が施設側のそのような意図を立証できれば、これらの事情も総合的に勘案して「正当な理由」がないという結論を導くことは可能と考える。

監督官庁もこのような契約の相手方を恣意的に選択することを許すべきでなく、受け入れをするよう指導すべきであり、指導が守られない場合は指定を取り消すなどの対応をすべきである。

**Q 4 本人がサービス利用契約を結んだ場合、扶養義務者は利用料の支払い義務を負うのでしょうか。**

扶養義務者は、本人の直系血族と兄弟姉妹（特別の事情あるときは三親等内の親族まで）であり、これらの者は本人を扶養する義務を負っているが、その程度は扶養義務者の資産や社会的地位によって異なる。

しかし、本人がサービス事業者と契約したからといってその支払をしなければならないものではない。契約当事者は本人とサービス事業者であり、利用料の支払も本人が支払義務を負うものである。扶養義務者がサービス事業者と扶養の一環として自ら契約を締結したのであれば、扶養義務者はサービス事業者にサービス料を支払わなければならないが、本人が契約したのであれば扶養義務者がその支払をする必要はない。扶養義務者は扶養義務者の立場から扶養を行えば足りる。

なお、支援費制度においては、扶養義務者について各種の「厚生労働省告示・平成15年2月21日」（障害種別ごとに発出）で、利用者が20歳以上の場合は、支給決定の際に同一世帯・同一生計にある配偶者及び子のうち最多納税者に、利用者が20歳未満の場合は同じく、配偶者、父母および子のうち最多納税者を主たる扶養義務者と定め、支援費制度における利用者負担分を負担能力に応じてまず障害者本人が負担し、不足分を負担能力に応じて主たる扶養義務者が支払うとしている。

しかし、契約制度において、事業者と本人の契約におけるサービスの対価としての利用料の一部利用者負担分につき、契約当事者でない扶養義務者に事業者に対する支払義務が発生する根拠は必ずしも明らかでない。措置制度の下において、利用者の負担能力に応じた利用料負担が求められた際に、利用者本人と一定の扶養義務者に利用料負担義務を負わせ、そのままの規定を支援費制度にも残しているようであるが、上記のとおり、契約制度になり、支払の相手が契約当事者である事業者になったことにより、このような規定で扶養義務者の支払義務が生じるものか疑問があるというべきである。但し、厚生労働省は措置時代と同様に主たる扶養義務者が支払義務を負っていると解しているので注意を要する。

**Q5 守秘義務について、「正当な理由がある場合」を除き第三者に開示しないといわれていますが、「正当な理由がある場合」とはどのような場合ですか。**

秘密というのはとくに知的障害者福祉法等において定義されていないが、利用者に関する情報で、人に知られていないかもしくは知られたくないと利用者が考えているものと考えてはどうだろうか。

何が開示を認められる「正当な理由」であるかについては、客観的に何が「正当な理由」であるか予め決まっているのではない。これまでに指摘検討されているものとしては、医療措置が緊急に必要な場合、ケア・カンファレンスや関連機関との協議に臨むに当たって、利用者の健康状態について開示する場合等がある。

人の秘密は、本人の人格権に関わる重要なものであり、秘密は厳格に守られるべきである。しかし、他方、開示を行うについて本人にとって利益があり、その必要性もある場合は、例外として秘密の開示を行うことができると考えられる。但し、本人にとって秘密は重要なものであるので、開示に際しては厳格な判断を要するというべきである。できれば、契約書等により開示について本人の同意を得ておくことが必要であろう。秘密の開示について本人の同意を得る場合には、どのような秘密がどのような方法で開示されるか具体的に特定できる形で同意を得るべきである。

なお、契約に際して、あらゆる秘密につき事前に開示の同意を求めることが行われることもあるが、このような契約条項は、利用者にとってどのような秘密をどのような方法で開示するかについての判断を予め放棄させるものであり、公序良俗違反となり無効と解する。消費者契約法上も、消費者の利益を一方的に害する条項は無効とされているが（同法10条）、かかる契約条項は、消費者契約の当該条文にも反し無効となるように思う。

<参考>

#### ◆知的障害者福祉法

（秘密保持義務）

第18条の2 知的障害者相談支援事業に従事する職員は、その職務を遂行するに当たっては、個人の身上に関する秘密を守らなければならない。

#### ◆指定知的障害者更生施設等の設備及び運営に関する基準

（平成14年6月13日 厚生労働省令第81号）

（秘密保持等）

第37条 指定知的障害者更生施設の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た

入所者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 指定知的障害者更生施設は、従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければならない。

3 指定知的障害者更生施設は、法第15条の5第1項に規定する指定居宅支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により入所者の同意を得ておかなければならない。

**Q6 施設入所者が連続して3か月を超えて医療機関に入院すると確実に見込まれる場合または現に連続して3か月以上を超えて入院した場合、契約解除できるとの条項を設けることができますか。家庭での療養中はどうか。**

契約条項で3か月を超える入院の場合に契約解除するとの規定が置かれることがある。これは、指定基準が目安とする3か月に基づきこのような条項が定められていると考えられる。このような契約条項は、指定基準にも矛盾なく、契約自由の原則からしても有効ということになる。

3か月の期間は、一定の計算に基づく支援費（80％）が施設に支給されるが、これを超えて利用料が支払われないまま空床を維持することは施設収益を圧迫することになるというべきであろう。

家庭での療養は、入院と異なり3か月の間も一定の計算に基づく支援費が施設に支払われない。指定基準は家庭での療養は想定していない。したがって、家庭での療養の場合は、正確にいうならば当該契約条項の対象外となるが、施設収益を圧迫する点では入院の場合以上に厳しいので、家庭での療養の場合も当該契約条項を類推して契約解除できると考える。

<参考>

◆指定知的障害者更生施設等の設備及び運営に関する基準

（平成14年6月13日 厚生労働省令第81号）

（入所者の入院期間中の取扱い）

第26条 指定知的障害者更生施設は、入所者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後おおむね3月以内に退院することが見込まれるときは、その者の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定知的障害者更生施設に円滑に入所することができるようにしなければならない。

**Q7 本人に暴力的行為が多く、他の利用者にけがをさせたり怯えさせる行為が続いた場合、施設から契約解除されても仕方ないのでしょうか。**

契約書には、契約解除についての条項が定められている。例えば、「利用者が、他の利用者の生命・身体・財物・信用を傷つける場合」は契約解除できると定める条項などが考えられる。

しかし、Q1で説明したとおり、福祉サービスは継続的契約関係であることから、契約解除には信頼関係が破壊されるに至ったことが一般的に必要なし、指定基準においても「正当な理由」のない契約解除を禁止している。

このようなことからすると、契約条項に該当するからといって、直ちに契約解除できるとはいえず、本人の行為が施設との信頼関係を破壊するに足るだけのものとなっておらず、したがってまた、契約解除をなすに「正当な理由」があるというに至っていなければ、契約解除できないと解すべきである。

本人に暴力的行為が多いといっても、それが障害のゆえに暴力的となっているのであれば、施設はそもそも障害のある人を受け入れ介護することも設置の目的としているのであるから、暴力的行為そのものを理由とする契約解除は、施設の設置目的そのものに反するという事にもなる。

本人が障害ゆえに問題行動に出ているのであれば、そのような行為に至らないための医療、介護面での協議や施設的対応の方策等を考え、かかる努力を尽くしても暴力的行為の態様が強く、かつ改善の見込みがないような場合に限り、他の利用者の安全のために契約解除もやむを得ないということになるのではないだろうか。

**Q 8 児童施設に過齢児として入所しています。体も大きいので、いつ不意に行動して小さい子どもに被害を与えないとも限らず、施設としては責任を負えないので契約解除したいと言われています。解除されるのでしょうか。**

児童施設への入所関係は、都道府県知事の措置によるものであるから、措置決定による対応がなされる。契約の問題ではない。

児童福祉施設は、児童福祉法により設置されるもので、満18歳までの児童を入所させる。但し、児童福祉法第31条2項では、必要があると認めるときは満20歳に達するまで引き続き在所させることができるとしており、また同法63条の2第1項では、重度な障害があり、入所させなければその者の福祉を損なうおそれがあると認めるときは満20歳に達した後も引き続き在所期間の延長ができると定めている。

児童福祉施設の設置目的は児童（満18歳に満たない者）の健全育成であるが、現実には、家庭復帰や地域生活への移行が困難ということから、当該年齢を超えても在所しているいわゆる過齢児が多く存在し、入所定員の半数以上が過齢児であるという施設も少なからず存在する。これは上記条項による措置がなされていることによる。

従って、施設から退去を求められるという設問は、契約解除ではなく、措置権者である都道府県知事がそのように行政決定をするという趣旨に解される。行政決定がなされる前に聴聞、弁明の機会が与えられるであろうし、行政決定後は行政不服審査法による不服申立、さらには行政訴訟により争うという手段がある。

**Q 9 知的障害のある利用者が負傷していることを家族が気付きました。本人は「施設でけがをした」と言っていますが、施設では思い当たることはありません。家族は本人の言葉を信用していますが、本人の話はこれまでも主客の逆転や事実の一部だけを話す場合も多くあります。本人（2歳レベル）の証言能力をどう判断すればいいのでしょうか。**

事故が起きた場合、事実がどのようなものであったかがまず決められる必要がある。事実が分からないと責任の所在も不明ということになってしまう。

知的障害がある人が事故状況を述べる場合、事実がどれだけ正確に述べられているかが問題となる。事実関係がどれだけ詳細に述べられているか、過去の別の時期に経験したことを事故時の経験のように述べていないか、他の人のことが自分のことのように述べられていないか、近親者の言動の影響を受けていないか等々種々の観点から確認して事実関係が矛盾なく説明されているかを検討することになる。

裁判例では、最高裁判所の判決では4歳児の証言能力を認めた例があり、また地方裁判所、高等裁判所の判決では、3歳4か月の幼児の証言能力を認めた例もある。

**Q10 知的障害のある利用者が施設の過失で死亡した場合、賠償額はどのように計算するのですか。障害のない場合に比べて著しく低くなることはありませんか。**

損害賠償額の算定については、交通事故の場合の算定方法が一応の参考になる。



賠償額としては、積極損害、消極損害、慰謝料が考えられる。

死亡の場合における積極損害としては、治療費、付添看護費、入院雑費、交通費、葬祭費、弁護士費用等が考えられる。消極損害としては、死亡による逸失利益が考えられ、慰謝料は、死亡による慰謝料が考えられる。

これらの各項目に従って金額を計算し、計算された額を合計することになる。

積極損害については、障害の有無により差が生じることはないと考えられるが、消極損害については、差が生じる可能性がある。逸失利益は、本人の基礎収入から生活費として一定割合を控除し、これに就労可能年数に対応する一定の係数（ライプニッツ係数）を乗じることになる。そうすると、本人の収入が計算の基礎に置かれることから、収入の低い人は消極損害額も少なくなる。無職の人は原則として男子または女子労働者の全年齢または学歴別平均賃金を基礎にして計算する。無職の人についてこのような計算をすると、平均よりも多い給与を得ている人との差が発生することは勿論であるが、平均よりも少ない給与を得ている人と比べると、逆に無職の人の方が消極損害額が多くなることもありうる。また、男女でも差が発生する。このような計算結果が不合理であることは従前から指摘されているところである。

これらの差が著しいものになるようであれば、実務的には慰謝料額を調整することで差が広がらないように対応されることがあるが、これは弥縫策であり、妥当な解決策でないことは明らかである。

#### **Q11 けいれん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でしょうか。**

けいれん発作のある人の場合、一般の人に比べて転倒の危険性がある。

利用者にけいれん発作があり、転倒することがあるかも知れないと施設が認識していた場合、現実に転倒が発生し負傷が生じれば、施設はけいれん発作があり得ることを知っていたのであるから、常に責任を負うということになるであろうか。

しかし、事故が発生すれば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、客観面の両面からなすことが考えられる。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できたか、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けがをした事例であれば、角で頭を打ってけがをするであろうことを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できたか、対策を講ずべきであったかを考えることになろう（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ろうし、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そこに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ろう。）。

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会議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、結果の重大性に目が向けられ、そのような結果を招いたというだけであすすべきであった、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、施設が責任を負うというためには、施設がけいれん発作による転倒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、転倒し負傷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。

注意しなければならないのは、施設が予想すべき義務は一般通常人の注意能力を基準とすべきということである。不注意な施設職員を基準とすると、注意力がなければいほど注意義務違反がないことになってしまう。

**Q12 本人がパニックに陥り走り出して転倒し負傷した場合、施設の責任はどこまで問われますか。また、パニックに陥った本人が施設の器物を破損した場合、その損害を賠償すべきでしょうか。**

① 施設の責任

本人がパニックになる可能性があるということを施設が知っていたというだけでは施設の責任を問うことはできないと考えられる。Q11と同様に、具体的事故状況に応じて、施設としては事故現場で本人がパニックになれば転倒し負傷することについて予想することができたにもかかわらず、しかるべき対策を講じていなかったという場合にその責任が認められることになると思う。

② 加害者の責任

パニックに陥った本人が施設の器物を破損した場合、本人に責任能力がなければ、本人は責任を負わない（民713）。本人が責任を負わない場合は、本人を監督する法定の義務ある者が本人に代わって責任を負う（民714I）。監督義務者が責任を免れるには、その義務を怠らなかったことを証明しなければならない（民714I但書）。

本人に責任能力がある場合は、本人の故意過失があれば本人自身が責任を負う（民709）。本人が事故結果について過失ない場合は責任を負わない。

判例では、11歳、12歳前後で責任能力があるかどうかの分かれ目とされている例が多い（11歳7か月、12歳3か月で責任能力なしとされた裁判例があり、12歳9か月で責任能力ありとされた裁判例がある）。しかし、責任能力は有るか無いかの定型的判断はできず、本人の精神発達状態、問題となっている事態を本人がどれだけ認識できたか等具体的事案と関係する要素も総合的に判断して決定されることになるので、年齢だけで責任能力があるかどうかを判断することはできない。

**Q13 利用者同士のトラブルで一方が相手に負傷させた場合、加害者や施設の責任はどうなりますか。被害者が逃げたり職員を呼ぶなどの対応が可能であった場合、加害者や施設の責任はどうなりますか。また、職員が現場にいた場合といなかった場合で施設の責任は異なりますか。**

① 加害者の責任

加害者となった利用者の責任については、加害者本人が自分の責任を弁識する能力がある場合とない場合により責任の所在が分かれることについてQ12②を参照。

② 施設の責任

施設については、加害者が普段から暴力行為に出るなどの事情があり、場合によっては他の利用者に負傷させるかも分からないという特別の状況が分かっていたのであれば、施設は具体的な事故発生時の状況によっては、事故発生を予想すべきであり、そうであるにもかかわらず何らの対応策を講じていなければ、結果回避義務違反があるとして責任を負

う場合もありうると考える。

被害者が逃げようと思えば逃げられたのに逃げなかったなどの事情があっても、原則としては被害者に逃げるべき義務はないのであるから、加害者の責任が軽減するとは考えにくい。被害者にも被害の発生、拡大について責任があると考えられる場合（殴り返したり、言葉で相手の感情を煽ったような場合）は、いわゆる過失相殺として、加害者の賠償責任額を減ずることが考えられる。

施設職員が現場にいた場合については、一般の利用施設の場合は利用者同士のトラブルを防止すべき義務が施設にあるとはいえないが、障害者が利用する施設の場合、障害者の障害の程度によってはトラブルが発生する恐れがあるのであるから、施設としてはそのような事態を予想し、利用者間でトラブルが生じないよう配慮すべき義務があるといえる。事故発生状況により施設の予見義務、結果回避義務を考えることになろうが、職員が現場において、トラブルを適切にコントロールすることができたのにトラブル防止の措置を講じなかったとすると義務違反は認められやすくなり、施設が責任を負うべきと考えられることになる可能性がある。

**Q14 施設利用者がオプションの送迎サービスを契約していない場合、たまたま雨で送迎バスに乗せてもらっていたところ、車中で他の利用者に突き飛ばされて負傷してしまいました。この場合、施設の責任はどうなりますか。**

オプションであっても、送迎バスに乗せたことにより、施設としては利用者を安全に目的地まで送る義務が生じる。

運転手の過失により利用者が負傷したのであれば、施設は責任を負わなければならない。

しかし、本件は他の利用者の行為により事件が発生したので、施設もしくは運転手に他の利用者がこのような行為に出ることの予想ができたかということとこれを防ぐための措置を講ずることができたかということが検討される必要がある。そのようなことが予想できないし、また防ぐことが出来なかったということになれば施設の責任は生じない。

**Q15 施設利用者が転倒して負傷した場合、①他の利用者が押した場合、②他の利用者が通路に放置していた作業用工具につまずいて転倒した場合、③他の利用者がつまづいて転倒したはずみで当たった場合、④本人自身が自らつまづいた場合、それぞれの場合で施設の責任に違いがありますか。**

(ア) 他利用者が押したのであれば、責任を負うのは押した当人であり、施設が責任を負うことは基本的にはない。しかし、押した当人に責任能力がなく、普段からそのような行為を繰り返しているのであれば、施設としても結果を予想しそのような結果が発生しないよう回避すべき義務を認定され責任を負わされる場合もありうる。②他の利用者がどのような状況で通路に工具を放置していたのかにより施設の責任が分かれる。日頃から通路に工具が放置されていたり、作業工程において通路に工具を置きやすい状況が作られているなど、施設が安全に配慮すれば工具が通路に置かれない方法を講じることができるような場合には施設の責任が認められる場合もありうる。事故直前にたまたま置かれ、そのように置かれたことに施設の責任がないという場合は施設の責任はない。③他の利用者がつまづいて転倒したはずみで当たった場合も、利用者がつまづくような状況を施設が作り出していたかどうか（例えば通路に段差があるのを放置していた等）により施設の責任が分かれる。通常はつまづくことが予想できないような場面ですつまづいたということであれば、施設の責任は認められないことになると考える。④本人自らがつまづいた場合も、③と同様に考えられる。

# ひやりハット・苦情内容の集約、Q&A[2008年4月]

## □当該 Q&A 作成の意義

ネットワークポポロは「大阪府全域を範囲とし、加盟する施設利用者個々の権利擁護と施設サービスの向上を目的とする」として平成 12 年 9 月に発足しました。当会の事業の 1 つとして、加盟している施設での苦情解決や処遇のステップアップの為の取り組みを、2001 年頃から苦情解決委員会として諸種の活動を行っています。

具体的には利用者本人や家族、そして地域住民などから挙げられてくる施設に対する意見・要望・指摘事項を各施設からポポロへ挙げていただき、ポポロが第 3 者性を維持し、苦情解決の窓口の役割を担う機関として位置づけてきました。

そして今回、これまでポポロで集約されてきた苦情解決報告と新たに施設で対応された苦情事例報告を集約し、苦情事例に対する共同検討や教訓化を図るため、それらを整理し、今後施設で苦情があった際の基本的な対応指針となるよう、マニュアル化（Q&A 形式）したものを作成するに至りました。

今回、教訓化したものは、これまでポポロで集約した苦情事例から整理した 3 つの指摘事項が柱となっています。

### ①利用者に対する声かけの際の職員の言葉遣いについて

日常の実践現場の中で、職員の利用者に対する言葉かけを親や家族、第 3 者が聞いたときに、不快に思われると報告される事例も増えてきています。具体例でも、施設職員が利用者に対する言動が高圧的な命令口調であったり、怠慢的な対応などは「人権」という視点からみても施設職員としての専門性が問われるものになりかねません。そのような場面が通常行われることが利用者への「人権侵害」に繋がってしまうケースもあります。又、20 歳を超えた利用者に対し、「～ちゃん」「～くん」という呼びかけを行うことは、第 3 者からみても社会的にみても障害の有無に限らず、利用者を 1 人の大人として意識づける努力（配慮）が施設そして職員側に求められてきます。

### ②職員の障害状況の把握の薄さについて

現在、障害者自立支援法が施行し、実践の場では知的・精神・身体 の 3 障害統合での受け入れ・事業体系の移行・職員の非常勤化などが浮き彫りになり、職員の仕事内容の変化と共に、これまで重視していた施設実践の理念である、個々の利用者の発達保障や集団の中で働き、職員と利用者が互いに育ちあっていく長期的な関わりなど、福祉専門職として必要となる専門性が、業務自体の分断により、利用者に対する個々の障害状況の把握、そして長期的な視野をもって接することが生活の把握を含めて困難になってきています。そんな背景から、薬の誤飲トラブルや個々の障害特性に見合った支援がなされていないなどのケース報告もでてきています。

### ③親・家族の施設・職員に対する不信感

具体事例でも職員の利用者への対応が遅い、家を出るときにはなかった傷が施設から帰ってきたときにあざができていたのに家族への報告がない、送迎の時間になってもバスの迎えが来ないなど、日々の不満がそういった施設・職員への不信感に繋がっているケースも報告されています。

近年、ポポロへの相談や苦情（事例）報告の傾向としても、親・家族の職員に対する不信感から、障害当事者の親・家族から直接挙がってくるケースが少しずつ増えてきています。その背景には、親が施設側には言いづらい思いや些細な出来事から不満が蓄積していることが多くあります。中には、施設内での利用者の事故などが発端となり、そのときの施設側の対応の不備から、施設側と利用者家族側に大きな溝ができ、行政（運営適正化委員会）が立ち入り調査を行うまでに発展してから、ポポロへ相談の連絡が入るというケースもあります。

些細なことから大きなトラブルに発展しないためにも、苦情が発生してから問題解決に至るまでの方法をそれぞれの事例を通して学んでいただくものになればと考えています。

## □基本的な問題解決の視点

今回挙げている典型事例からどのような手順や視点にたち、問題解決の方法を見い出していくのか、についてこれまでポポロとして整理してきた事項から指摘するポイントとして考えていきます。

まず、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ます。

ここで挙げているケースを、今後の施設実践にあたっての1つの処遇改善として捉えていただき、日々の実践を振り返ってこれからの支援に生かしていただくことができれば幸いです。

## □具体事例をもとにしたQ&A

### 1. 施設利用者が加害者の場合

- ①作業中に飛び出し、妊婦を突き飛ばす。
- ②作業時間中の自転車での配送中、高齢者に追突、高齢者から警察への訴え。
- ③グループホームなどで生活している利用者が近隣住宅（住民）へ侵入、空き缶の放置があり、住民から苦情が出た場合、どうしたらいいですか（近隣で騒ぐ、奇声を発するなど）。
- ④近隣の学校より、施設の利用者と思われる男性に女生徒が触られたり、後をつけられたりするなどの行為があったと、注意を受けた場合、どうしたらいいですか。
- ⑤送迎の際、利用者が近隣住民への迷惑になるような行動や態度（叫ぶなど）を行なった場合、どうしたらいいですか。
- ⑥施設内で利用者が他の利用者を突き飛ばすなど、相手に危害（怪我）を負わせてしまった場合、どうしたらいいですか。
- ⑦他施設の利用者から、イベントに参加した時に施設内の利用者から腕をつねられ、あざになったと苦情が出た場合、どうしたらいいですか。
- ⑧利用者が異性に対して身体を触れるなどの行為があった場合、どうしたらいいですか（エレベーターの中で、など）

## 2. 施設利用者が被害者の場合

⑨作業中の事故における施設側の対応について。

⑩利用者が服用しなければならない薬を誤飲してしまった場合、どうしたらいいですか。

⑪施設内で利用者が転倒し、度々怪我をすることに対し、対応がきちんとされているのか、不安の声が挙げられた場合、どうしたらいいですか。

今回の相談ケースでは、施設利用者が加害者になるケースが圧倒的に多いこと、逆に被害者になる場合は、その加害者はどれも施設職員（の対応）であることが特徴として読み取れます。

また、加害者になるケースも近隣住民に直接的に怪我や迷惑な行為を及ぼす（①、②、③、④）、不特定多数の近隣住民に迷惑な行為を及ぼす（⑤）、施設内、或いは施設外での利用者同士のトラブル（⑥、⑦、⑧）に分類できます。

事故やトラブルが発生した場合、まずは怪我の処置や施設管理者への連絡、当事者への事実経過の報告などしかるべき対応を速やかに行なうことは当然です。

その上で、事故発生の要因や責任の所在を明らかにしていきますが、加害者と被害者が存在する場合の法的な捉え方として以下の3点に留意して下さい。

### I. 損害賠償義務

ア 契約関係にない当事者間における加害行為は不法行為として、加害者は被害者に損害賠償することになります。

不法行為による損害賠償請求ができるためには、①加害者に故意または過失があったこと、②権利侵害の事実（違法性）、③侵害行為と損害発生との間に因果関係があることが必要で、そのうちのいずれかが認められなければ、請求は認められません。これらの事実は被害者側において証明する必要があります。

イ 契約関係にある当事者間では、債務不履行による損害賠償請求ができます。

債務不履行による損害賠償請求ができるためには、債務がきちんと実行されていないということが要件です。債務をきちんと実行したことは債務者側で証明する必要があります。

不法行為責任と債務不履行責任の両方が請求できる場合、請求する方は両方の責任を請求できますし、どちらか一方のみを請求することもできます。

### II. 加害者の責任能力

不法行為で利用者が加害者となった場合、Iの要件に加えて、加害者の責任能力の有無も問われます。法令では11～12歳前後が責任能力の有無の分かれ目とされています。

知的障害者の場合もこの基準に沿って責任能力の有無が判断されると思われます。

責任能力があれば、本人が責任を負います。責任能力がない場合は、本人は責任を負いません。本人が責任を負わない場合は、本人を法的に監督する義務のある者（法的に監督義務を負う者に代わって本人を監督する者も含みます）が本人に代わって責任を負うことになりますので、その場合は状況に応じて保護者（後見人）や施設等が責任を負うことになります（民法714条）。その責任を免れるためには、「監督義務を怠らなかったこと、もしくは義務を尽くしたとしても損害が発生したであろうこと」の証明が必要となります。

### III. 過失の内容（行為者の過失、監督義務者の過失）

不法行為における過失は、一般には、事件発生について、主観面の予想可能性（事故が発生する可能性をどれだけ予想することができたか）と予想義務（予想すべきであったか）、客観面の結果回避可能性（事故発生しないように対策を講じることができたか）と結果回

避義務（講ずべきであったか）をそれぞれ検討して過失責任の有無が判断されます。

また、予想可能性については、行為者を基準にすると、注意力が散漫な人の場合には過失が認められず、逆に非常に注意深い人の場合には過失が認められるという不合理な結果となりかねないので、同じ状況に置かれた人であれば、当然に期待される行動をしなければそこに過失があるとして、一般通常人を基準にして客観的に判断されます。

これに対して、監督義務者の責任は、責任能力のない本人が特定の違法な行為をすること自体を予防することについての過失ではなく、責任能力のない本人の行動に対する一般的監督を怠ったということに対する過失が対象となります。事故やトラブルが引き起こされる要因（パニックや発作、性癖、足元が不安定であることなど）を監督義務者が知っていたというだけでは責任を問われることはないといえますが、必要とされる監督ができるのにそれを怠っていれば責任を問われることになります。

①、②、⑥、⑦のケースのように相手に直接行為を及ぼし、その結果怪我を負わすなど相手に何らかの損害を与えてしまった場合は、速やかにしかるべき対応を行ない、責任の所在について検討します。

①、②、⑥は施設利用時間内でのトラブルなので、本人が責任無能力者で法定の監督義務者（後見人、親権者など）がいる場合、施設は監督義務者に代わって本人を監督する者となる可能性があります。Ⅰ～Ⅲの観点から検討し、責任の有無、程度を判断することになります。

⑦については参加したイベントが施設の利用時間内となっているのかどうかで監督義務者が違ってきます。また、危害を及ぼした他施設の監督者が誰になるのかも明らかにしなければなりません。その上でⅠ～Ⅲの観点から判断することになります。

作業所などの場合、「作業所後援会主催」とか「〇〇実行委員会主催」とか利用時間には当たらない、いわゆる「運動」的なイベントが多々開催されるので、その際の責任の所在は明らかにしておく必要があります。

③、④、⑤など近隣住民に対しての迷惑行為については、家屋侵入や相手が特定される直接的な行為は速やかに謝罪も含むしかるべき対応を行なうことが必要です。④の場合などは、本当に施設の利用者による行為なのかの確認も必要です。事故発生の時間帯など状況によって監督義務者は違ってきます。しかし、たとえ監督義務者が家族であったとしても施設として家族を支える援助は必要です。

また、地域住民との関係づくりも障害者が地域で暮らしていくためには必要な支援のひとつです。

⑧は実践的課題としても利用者に対して個別的及び全体的に支援、指導していくことが必要です。

利用者が被害者である⑨、⑩、⑪のケースも基本的には速やかにしかるべき対応を行ない、責任の所在についてはⅠ～Ⅲの観点から検討し、判断することになります。

⑨の場合、施設と雇用関係を結んでいれば労働災害の扱いもあり得ます。

⑩の薬の誤飲は、即対処することです。施設の責任であることは明らかなので誤飲のないように投薬管理を徹底する必要があります。利用者が自分で管理できる場合でも確認は必ず行なう必要があります。

⑪の場合、（転倒事故が起こり得ると）施設が予想すべき義務は一般通常人の注意能力を基準にしているので、不注意な職員の介助によって度々発生しているのであれば、施設の利用者責任が問われることになります。

### 3. 家族からの苦情

**Q. 施設で怪我をした時など家族への連絡が後手にまわり、対応が遅かったり、連絡帳の記入事項が職員間で伝わっていなかったりした場合**

A. 施設や職員の対応がおくれたことは、きちんと家族へ謝罪し、今後このようなことのないように心がけるべきです。施設で怪我をした場合、家族への連絡、通院の必要性があるかどうかなども含めて職員がすみやかに動けるようにマニュアルを作成し、徹底することが大切だと思います。

マニュアルがあるにもかかわらず、トラブルになってしまったのであれば、さらに、なぜトラブルになったのか、対応についてマニュアルどおりに動けたのか、マニュアルどおりに動いてもトラブルになったのであればその理由は何か、動けなかったのであればその原因は何なのかなどについての検証を重ねていくことで、マニュアルの改訂も含めて苦情が少しでも少なくなるように努力していくことが大切です。

家族や本人からの苦情

**Q. 施設職員の処遇や発言に対して、乱暴な言葉遣いなどで利用者に不快感や嫌悪感を与え、利用者が作業所に行きたくないと言っていると家族が訴えてきた場合、どうしたらいいですか。**

A. 障害をもっている人が、毎日いろいろな施設を利用し、楽しく作業したり快適に過ごすということは基本的なことです。

そのなかで、施設職員より、不快になるような言動や施設を利用するに当たり不備があったり、そのことで行きたくないと言っているようなことがあれば、それは利用者本人の権利を侵害してしまうことにつながっていくという観点が必要ではないでしょうか。障害をもっている人の中には、自分の意思を表現する力が乏しい人もいますので、なおさら毎日一緒にいる職員が気をつけていくことが必要です。

権利侵害に当たるということを徹底して認識するために、職員会議、研修などで職員の意識改革を積み重ねていくことが必要だと思います。

#### 4. 契約に関わる苦情・要求に対する「Q&A」

**Q. 土曜日の給食費の徴収について、作業所を休んだ日も徴収されることに納得がいけないとの申し出があった場合、どうしたらいいですか。**

**Q. 実践現場で、利用者に身体の麻痺があることに配慮せず、無理な作業（仕事）を頼まれると、本人からの申し出があり、障害に対する理解がないと指摘された場合、どうしたらいいですか。**

**Q. 送迎場所の変更など、個々人の要求（いつもの場所で降りて、動かなくなったので、夕方の送迎を自宅玄関までしてほしい）があった場合、どうしたらいいですか。**

A. 契約書・重要事項説明書上・個別支援計画でどうなっているのかの確認が必要です。実際に重要事項説明書や個別支援計画等に明記してあればその旨を再度説明し、理解してもらう必要が出てきます。契約を結ぶ時点で各項目・内容に関して各利用者・家族にきちんと説明をした上で、合意・契約を行なうことも大切です。

しかし、いったん契約を交わしている場合でも、訴えの内容が合理的であれば、契約だから契約を守れということだけではなく、話し合っただけでその契約内容を双方が納得できるように速やかに変更していく柔軟性も必要です。

利用者本人からの苦情・要求に対する「Q&A」

**Q. 利用者の体調に応じた、施設内での過ごし方（体を休める時間があるが、場所を変え**



てほしい)などの要望が挙げられた場合、どうしたらいいですか。

**Q. グループホームにおける、真上の部屋での騒音について**

**Q. 工賃が低いことに対しての不満など、直接利用者からの要求が挙がってきた場合、どうしたらいいですか。**

A. 本人にとっては切実な問題なので、誠実な対応が必要です。まずは利用者からの訴えをしっかりと受け止めることが大切です。その上で、実際の状況をしっかりと確認・把握していく必要があります。そして、その要求や苦情に具体的な対応策を講じていくべきです。時には利用者の要求が過大な場合もあるでしょう。そういった場合は本人が納得できるように丁寧でわかりやすい説明を行っていく必要があります。

また、その訴えの陰に実はさらに本当の悩みが隠されている場合もあります。そういった側面にもきちんと配慮していくことが大切だと考えます。

## 5. その他

**Q. 給料の家庭内での紛失事故における施設の責任について**

A. 紛失が分かった時点で、事実を早急かつ正確に把握することが大切です。本人、家族、職員等から話を聞き、具体的な事実をふまえて家族と話し合ひましょう。原則として、家庭内で紛失した場合、施設責任は発生しません。ただ、家庭に持って帰る途中で紛失する可能性があり、そのことが分かっているのに防止措置をとらずに渡したということがあれば、責任問題が発生する可能性はあります。

責任の所在もさることながら、紛失によっておこる施設と家族とのすれ違い、本人の不安等を放っておくわけにはいきません。納得のいくまで話し合ひましょう。またその際、潜在的な施設への不満や不信感がないかという点もふまえて話し合うことも大切です。こういったことで、信頼関係を崩すことのないよう、日ごろから、給料を渡したときの金額の確認、渡した後帰るまでの保管、職員の共通意識の周知徹底等予防や対策が必要です。

**Q. 食事場面や食品販売での異物混入への対応について。また、実際、髪の毛などが販売物に入っていると指摘された場合、どうしたらいいですか。**

A. 異物が販売物に入っていたと指摘された場合、まず、指摘された品物が施設の製品かどうか確認しましょう。その製品を見ることができるよう、送付または届けてもらうとよいでしょう。そして、販売店や保管方法、いつのことなのか等事実を確かめます。施設の製品でその製造方法に問題があれば販売責任があるといえます。誠意をもって謝罪し、早急に交換、返金等対応をとります。買った人が体調不良になったケースでは、医療費支払いもあるかもしれません。また、異物混入の原因を追究し、2度とおこらないよう具体的な改善策が必要です。こういったことのないように、日頃から予防として、衛生管理を怠らない意識と努力が必要です。例えば道具の衛生、温度管理、利用者の個人衛生等、衛生管理の徹底が必要です。下記の「異物混入対策チェックリスト」を参考に今一度、衛生管理対策の見直してしてみてください。消費者が安心して口にできるものを販売することは、障害者施設の信用にもつながります。