

障害福祉サービス事業所の リスクマネジメントについて

- =リスクマネジメントとは
- =支援事故は、なぜ起こるのか⇒要因分析
- =合理的配慮を考える

日本福祉大学 福祉経営学部

学部長・教授 綿 祐二

(社会福祉法人睦月会 理事長)



1

福祉専門職の人材育成の本質

▶福祉専門職の資質

- 職業理解
- 知識 ○技術 ○価値観
- 職業倫理・行動規範・コンプライアンス（法令順守）

▶強い意志

- ストレスとどうつきあうか

▶職場環境

- 現場の場面での対応：事故・支援理論の構築
- 労務環境の整備
- チームアプローチ

職員の求められる基本的姿勢

- 利用者を守る：家族との関係
- 倫理観を持って、自分の役割を自覚する
- 他職種理解
- 法令遵守⇒コンプライアンス

- 「報告・連絡・相談」

5

何を報告すべきか

(1) サービス提供中に利用者が死亡、負傷した場合など

- ① 転倒、転落、誤嚥、誤飲、熱傷、外傷
- ② 毒物・薬物などによる中毒、薬剤の誤用
- ③ 異食、自傷、利用者間の闘争
- ④ 病死（ただし、死亡原因に疑義がある場合、又は家族等とのトラブルが発生する）
- ⑤ 失踪（一時的に所在がわからなくなったものを含む。）

3

6

何を報告すべきか

(2) 食中毒・感染症等の発生

(3) 職員（従業者）の法令違反、不祥事など

① 利用者からの預り金の横領

② 送迎時の交通事故

③ 利用者に対する身体的、精神的虐待（施設サービスについては各虐待防止法において記載がある。）

7

リスクマネジメントとは

- 危険や事故に対して可能な限り事前に予測して、適切に予防し、可能な限り結果発生を回避し、万一の事故発生には、迅速に対応し、被害の拡大を防ぐこと

職員の予知能力の向上

ひやりハット報告・インシデント報告
アクシデント報告

4

8

(例) 誤嚥の起因事項

- (口腔一咽頭期)

- (咽頭一食道期)

- (食道期)

9

(例) 誤嚥の起因事項

- (口腔一咽頭期)

○食欲ない状態で無理に食べさせる

○スピードが速い／一気に食べる

○丸呑み ○咀嚼能力に合わない ○慌てて食べる

- (咽頭一食道期)

○嚥下が完了しないうちに、次の食べ物を入れる

○量が多い 臥床させたまま／

○注意散漫 ○嚙まずに飲み込む

- (食道期)

○食道に引っかかる

5

10

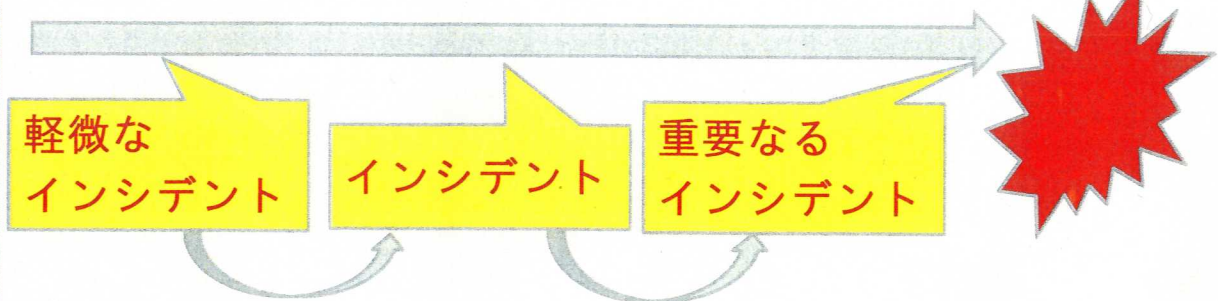
事故報告の書き方ポイント

- 結果から書く
- 時系列に整理 ⇒ 事実だけを明瞭簡潔に
5W・1Hのみ
- 事故原因は、要因分析の後
- 事故発生時の対応の整理
⇒ 誰の指示・判断か
⇒ その周辺事案（家族等）
- その後の対応
⇒ 保険・裁判・補償 等

11

支援事故・過誤を防止するために

- 事故は、偶然か 必然か
- インシデントの分析ができなければ、事故は無くならない



6

12

事故は、偶然か 必然か

• 支援事故

⇒通常の業務のなかで利用者に不利益を与えてしまう。つまりは、専門職としての不合理な事故

• 支援過誤

⇒「介護事故の一類型であって、介護従事者が、介護の遂行において、職務準則に違反して利用者に被害を発生させた行為」

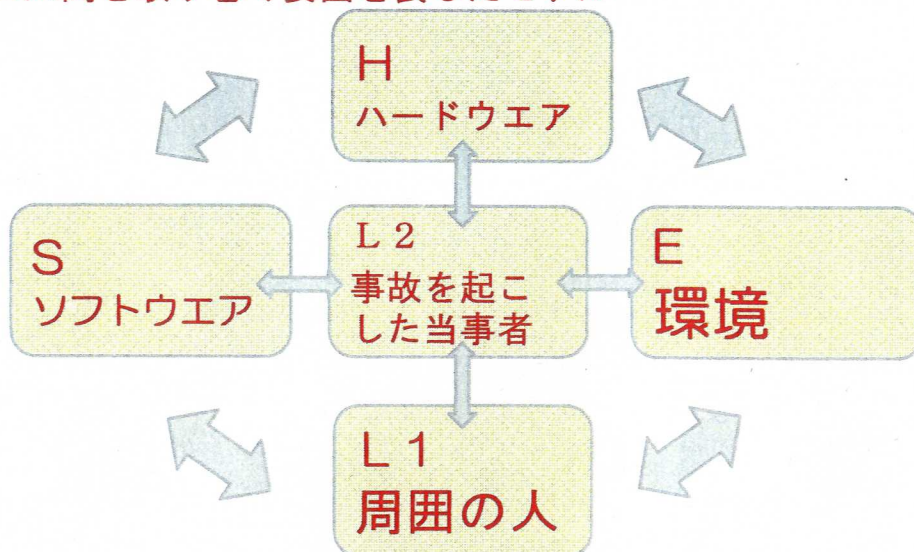
⇒利用者の現在の状況に合わない不合理な支援・介護および方針

⇒法令遵守ができない。誤薬、配役ミスなど、倫理に反する

13

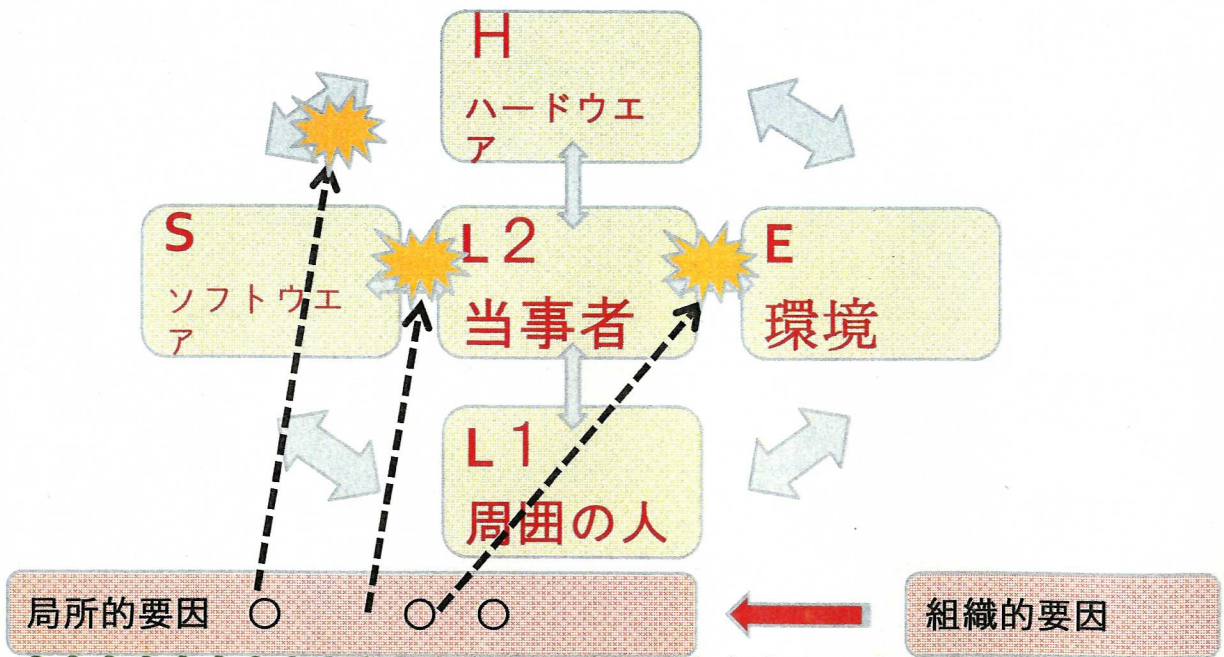
要因を出す：m-SHELLモデル

人間と人間を取り巻く要因を表したモデル



S (ソフトウェア)	マニュアル、規定等システムの運用に関わる形にならないもの 例) 職場の慣習、読みにくい説明書、新人教育マニュアルの有無
H (ハードウェア)	医療機器、器具、設備、施設の構造 例) 原因機材、作業台、寝衣、履物、補助具
E (環境)	物理的環境(照明、騒音、空調)を含む業務と行動に影響を及ぼす全ての環境 例) 保管場所、業務範囲、労働条件、勤務時間、作業件数、業務の難易性、発言しやすい雰囲気
L (他人)	当事者以外の人間 例) 事故・インシデントに関わった他のスタッフ < 心身状態・経験・知識・技術 > 患者自身や家族の誘因 < 年齢・安静度・ADL・内服中薬剤・疾患・身体障害・心理 >
L (当事者)	事故・インシデントに関わった本人 例) 原因機材、作業台、寝衣、履物、補助具

要因を出す：m-SHELLモデル



職員の潜在的要因（局所的要因）

1. タイム・プレッシャー
2. 高い作業負荷
3. コミュニケーション不足
4. 手順書の不備
5. 学習（教育）・訓練不足
6. 人手不足
7. 危険認識不足
8. 効果的な監督の欠如
9. 基本的能力の不足
10. 不適切な自動化・慣習化
11. その他

17

組織の潜在的要因

1. 将来の見通しや経営戦略・方針などの
経営層の意思決定
2. 予算配分
3. 採用人員配置などの人事
4. 長期・短期の計画、
5. 様々なスケジュール
6. 管理・監督体制、など

18

命題的理念と実践的理念の融合

- 【尊厳】が大事っていうけど
利用者『〇〇ちゃん』って言うっていいの？
- 【利用者本位】が大切？
食事の偏食ってOK？
- 【自己決定】って可能ですか？
自己決定って言うけれど・・・
- 【ニーズ】って何ですか？

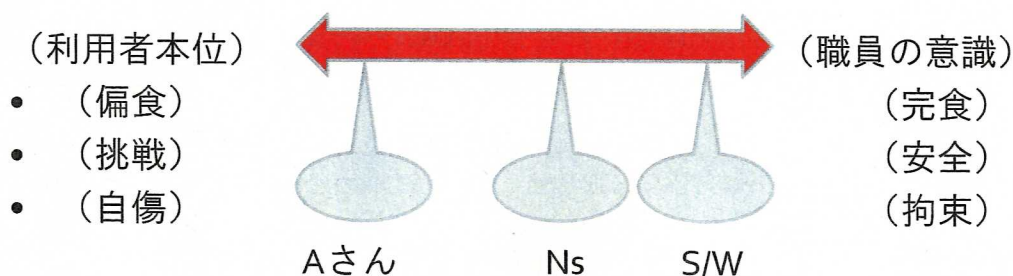
⇒利用者に対しての支援の具現化をどう考えるか

⇒職員の行動規範とは

19

ケースカンファレンスで 職員が悩んでいるところ

現場の『生きるバランス』をどう考えるか



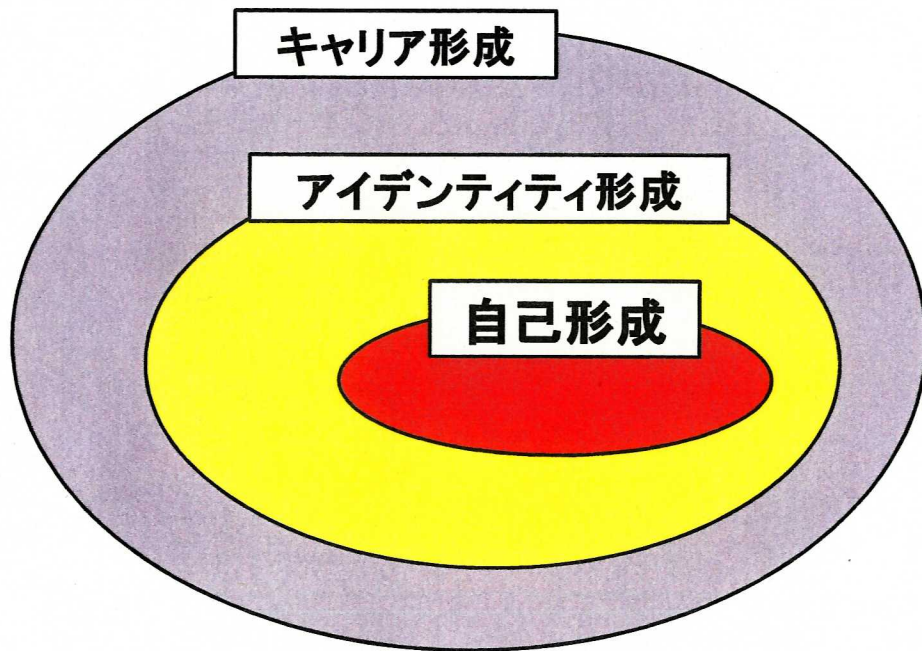
本質的問題解決を目指すには・・・

それを支えるエビデンスは？

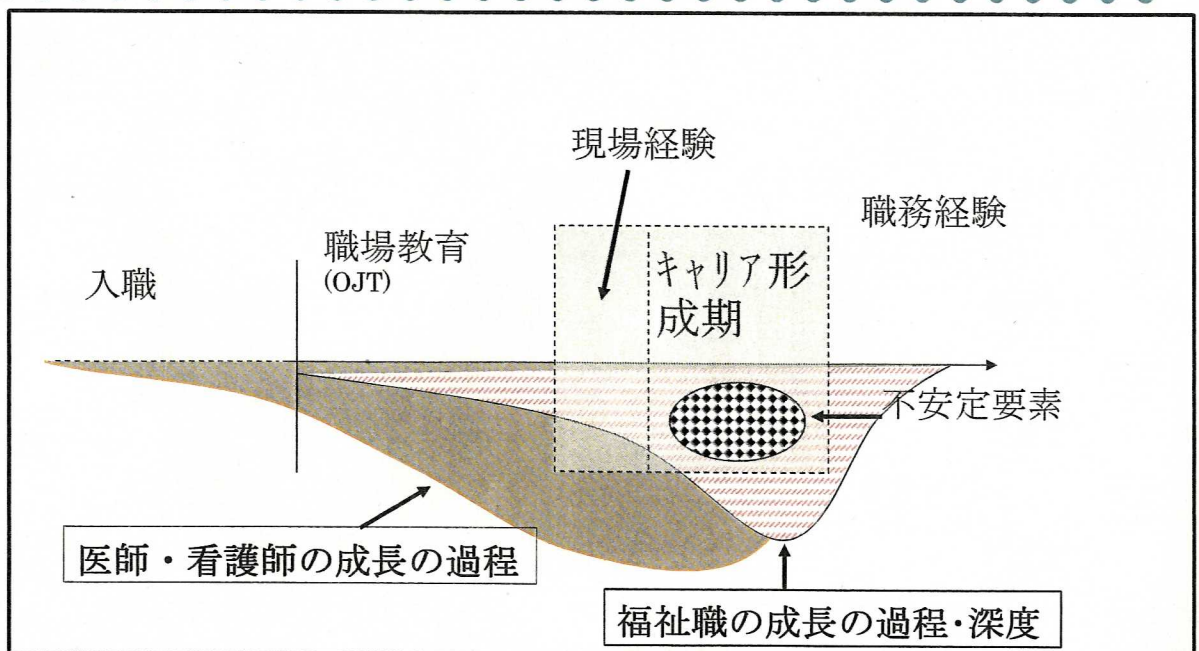
10

20

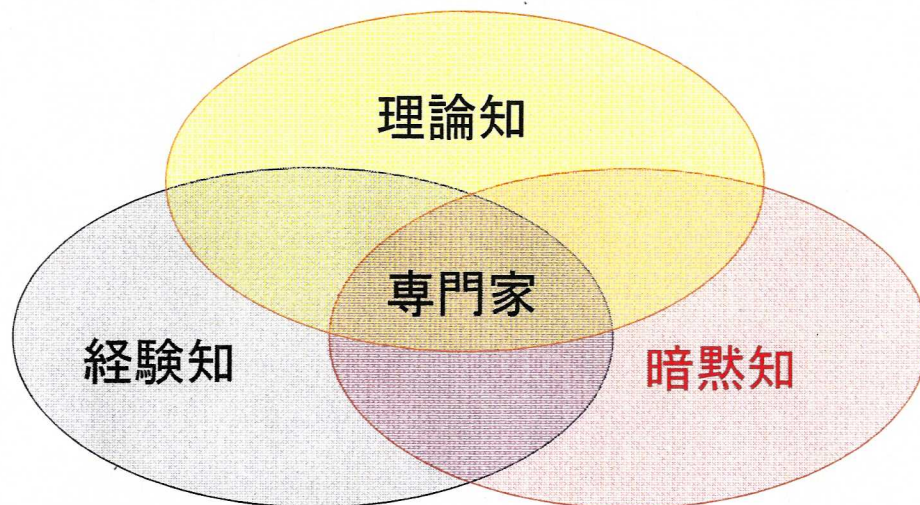
専門職の形成過程



専門職の社会化プロセス

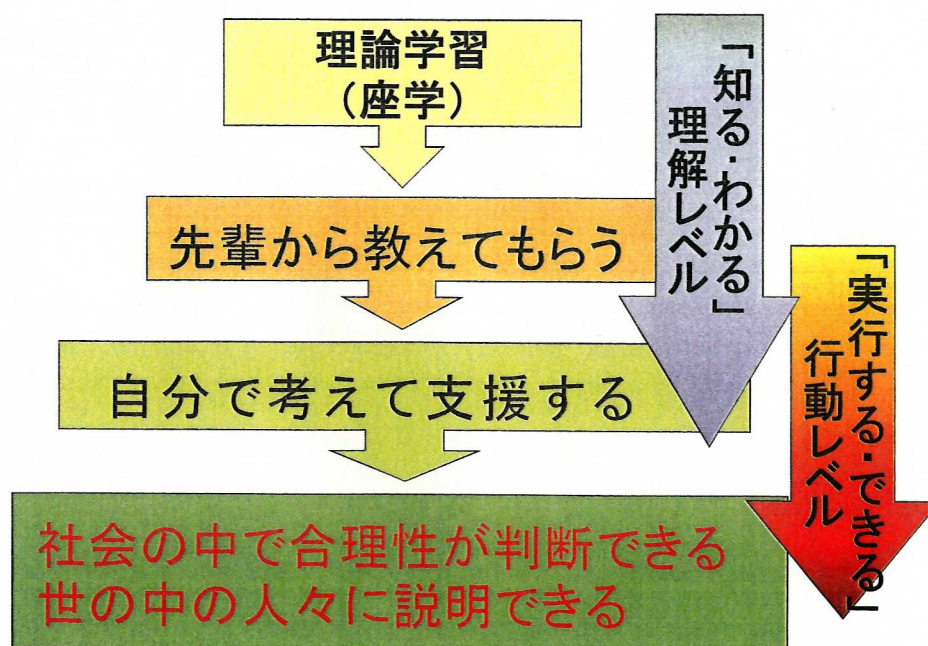


フォローアップ研修で何を確認するのか



※暗黙知
実際に言葉では説明しにくい技術など
(徒弟的な部分を含む)

支援員の成長レベル



「相模原の事件」を受けて

- 「障害者なんていなくなればいい」
- 「生きていても、無駄」

- 利用者の「安全」は、どこまで守るのか
- 身体張って...
- 匿名でいいのか
- 地域から稀有な目で見られた
- 率直に怖い。別次元の世界なこと
- 門を閉めるべき・知らない人がいたら、声かけるか？
- 「措置入院が問題では...」

25

どのように、考えますか？

妊婦の血液からダウン症など3種類の染色体異常を調べる「新型出生前診断」の臨床研究を実施している病院グループが16日、導入から3年間で計3万615人が検査を受け、1・8%に当たる547人が陽性と判定されたと発表した。確定診断のため、おなかに針を刺して採取する羊水検査などで染色体異常が確定したうち（ ）%が人工妊娠中絶を選択したという。

2016年7月16日（朝日新聞）

※法的には、妊娠22週未満（21週6日）

いつから、学校にいけるようになったの？

- 1941年 国民学校令施行。身体虚弱児、知的障害児の学級・学校の編成

- 1947年 教育基本法・学校教育法の公布
- 盲学校・聾学校・養護学校（このとき制度創設）への就学の義務化。

⇒重度の障害者；就学免除・就学猶予の措置が執られ、就学許可がおりない。

- （ ）年 養護学校の義務化。

27

障害者は働けるの？

- 「障害者に係る欠格条項」で知っていますか？
- 相対的欠格「資格を与えないことができる」
- 絶対的欠格「資格を与えない」

「薬剤師法」では、第4条（とその第2項）で「目が見えない者、耳が聞こえない者又は口がきけない者は（薬剤師の）免許を与えない

- 授産と更生施設から「就労」

ノーマライゼーションの起源

○1950年代 知的障害者（当時は精神遅滞）の生活

- 隔離的または保護的処遇
- 大型施設収容（1500床の施設も）
- 非人道的処遇（優生学に基づく保護主義による優性手術）



知的障害者の「親の会」（1951）が立ち上がり、生活の改善を求める

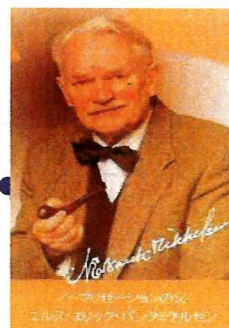
- ①入所者20から30人の小規模な施設を建設する
- ②知的障害児に対するよりよい監督と財政的扶助する
- ③小規模施設を親や親戚が生活する地域に建設する
- ④他の子どもと同じように教育を受ける機会（教育の権利）をもうける
- ⑤法制上の保護をする ⑥自発的な活動の原則を与える
- ⑦作業所を含んだ昼間施設の建設をする ⑧施設のための連絡委員会をつくる

29

ノーマライゼーション（1）

○バンク・ミケルセン

（Bank-Mikkelsen, Neils Erik 1919～1990）



⇒デンマーク社会省知的障害課 ⇒1953年、親の会の要望から

「知的障害者福祉政策委員会」が設置（委員長：バンク・ミケルセン）

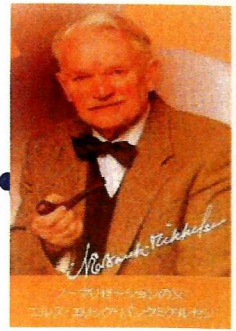
1958年報告書「知的障害があってもその人は一人の人格を持っているのであり、ノーマルな人と同じように生活する権利を持つ」

1959年法「知的障害者ケア法」デンマーク法の制定

⇒ 障害があるからといって、社会から阻害され差別される理由はない。たとえ身体的あるいは知的な障害があっても、ひとは、人格を持ち、障害がない人と人間として何ら変わりはない。障害がある者が、社会で日々を過ごす人間としての「生活状態」が、障害のない人々の「生活状態」と同じであることは、人としての権利である

ノーマライゼーション

○バンク・ミケルセンの考え方



「障害者」というカテゴリーで支援を考えるのではなく



個々の「ニード」によって支援を考える

- ・ 1980年 社会サービス法の制定

31

ノーマライゼーション（2）

○ニリエ（Nirje, Bengt 1924年～2006年：
スウェーデン） ⇒1969年

ニリエ

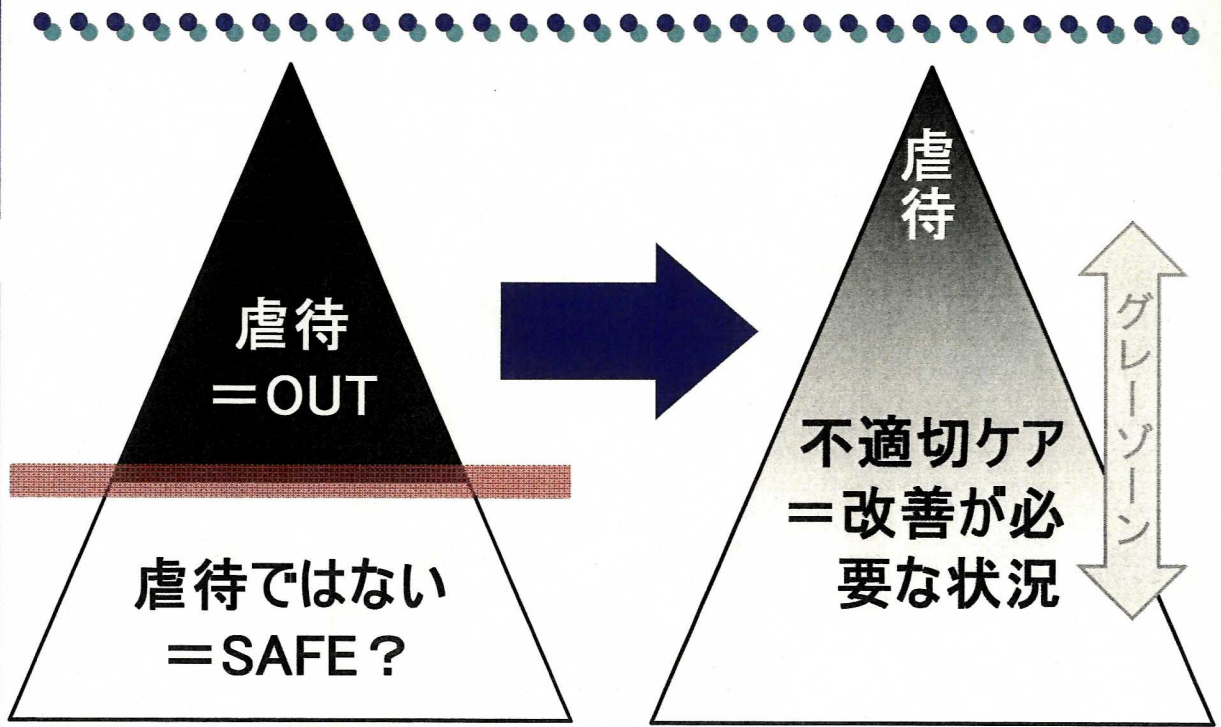


8
原則

ノーマライゼーションの原理の基本的枠組み（8つの原理）

- ①起床、衣服着脱、食事、就寝等の一日のリズム。
- ②異なる環境での家庭生活、余暇等を楽しむ一週間のリズム。
- ③休暇への参加を含む一年のリズム。
- ④幼児期、青年期、成人期、老年期におけるライフスタイルの保障。⇒ノーマルな発達の経験
- ⑤自己尊厳と自己決定権の保障。
- ⑥結婚する権利も含め、異性との交際等の保障。
- ⑦労働における差別、偏見を除去し、公平な賃金保障。
⇒経済的水準と権利
- ⑧学校や施設（地域）における一般的な基準に基づく標準的な環境保障。

グレーの中で



(※作成にあたり柴尾慶次氏(社会医療法人慈薫会)作成の資料を参考にした)

35

「拘束」はいけないのだろうか？

<疑問> そもそも「拘束って何？」

<疑問> 『ミトン』 『車イスに縛る』 『四面柵』
『エレベーターが開かない』 『部屋の鍵』
『カメラの監視』 ……いいの？

<疑問> 利用者に叩かれた…

<疑問> 365日24時間って

<疑問> 命が大切？ 倫理が大切？

虐待防止法の成立

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こと。

37

障害者虐待防止法（第二条第六項関係）

養護者がその養護する障害者について行う次に掲げる行為

- イ 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。
- ロ 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。
- ハ 障害者に対する著しい暴言又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を行うこと。
- ニ 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、養護者以外の同居人によるイからハまでに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。

養護者又は障害者の親族が当該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。

こんな時、どうする？

- 障害者・高齢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。

⇒「暴れている」 身体を押さえてもいけないの？

⇒「自傷（自己刺激行動）をしてるけど」...

⇒夜中に勝手に外に出してしまうけど...

39

こんな時、どうする？

- 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。

⇒性的支援は・・・

20

40

こんな時、どうする？

- 障害者に対する著しい暴言又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を行うこと。

⇒何回も同じこと言い続けている・・・

41

- 禁止の対象となる具体的行為（代表的な行為）

● 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
● 転落しないように、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
● 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
● 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または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、立ち上がったりにしないように、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
● 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる
● 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
● 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

虐待のない福祉現場

- 第二条 定義

「合理的配慮」とは、障害者が他の者と平等にすべての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、**均衡を失した又は過度の負担を課さないもの**をいう。

- 合理性とは ⇒

43

「合理性」を考える

- 合理性とは⇒道理や理屈にかなっている様

- 生活上の「合理性」とは

- 「行動制限」なにが違うか

＜生活ストーリーから判断＞

暴れる ⇒ 危険 ⇒ 拘束する

44

「緊急やむを得ない場合」とは

・ 例外3原則と慎重な手続き

例外3原則：3つの要件をすべて満たすことが必要

- ①切迫性：本人や他の入所者等の生命・身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- ②非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代わりになる介護方法がない
- ③一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものである

慎重な手続き：極めて慎重に手続きを踏むことが求められている

- ①例外3原則の確認等の手続きを、「身体拘束廃止委員会」等のチームで行い、記録する（記録がない場合減算対象）
- ②本人や家族に、目的・理由・時間（帯）・期間等をできる限り詳しく説明し、十分な理解を得る
- ③状況をよく観察・検討し、要件に該当しなくなった場合はすみやかに身体拘束を解除する

45

早期発見の責務と通報の義務

・ 保健・医療・福祉関係者の責務

- 高齢者・障害者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、早期発見に努める



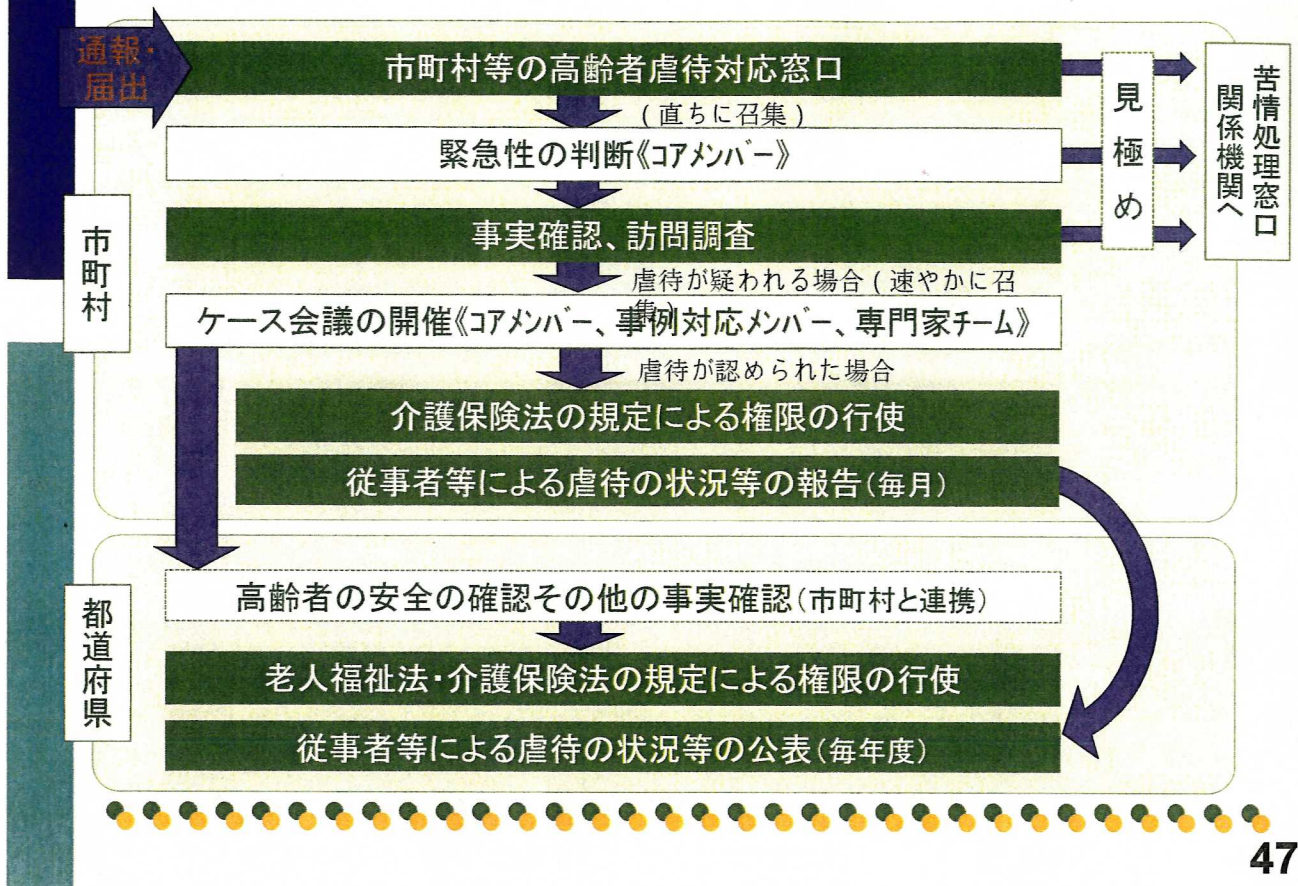
・ 通報の義務

- 虐待を受けたと「思われる」高齢者・障害者を発見
⇒市町村の窓口へ通報（「養介護施設従事者等」は特に重い義務）
- 守秘義務の除外，不利益取扱いの禁止
- 虐待かどうかの判断は、通報者や加害者が行う必要はない（自覚がない場合もある）
- 施設内対応と通報義務は相殺されない（従事者）

23

46

• 通報後の流れ



47

組織の責務と通報後

- 防止のための組織の責務
 - 養介護施設従事者等への研修の実施
 - 利用者や家族からの苦情処理体制の整備
 - その他必要な措置

• 通報後（行政）

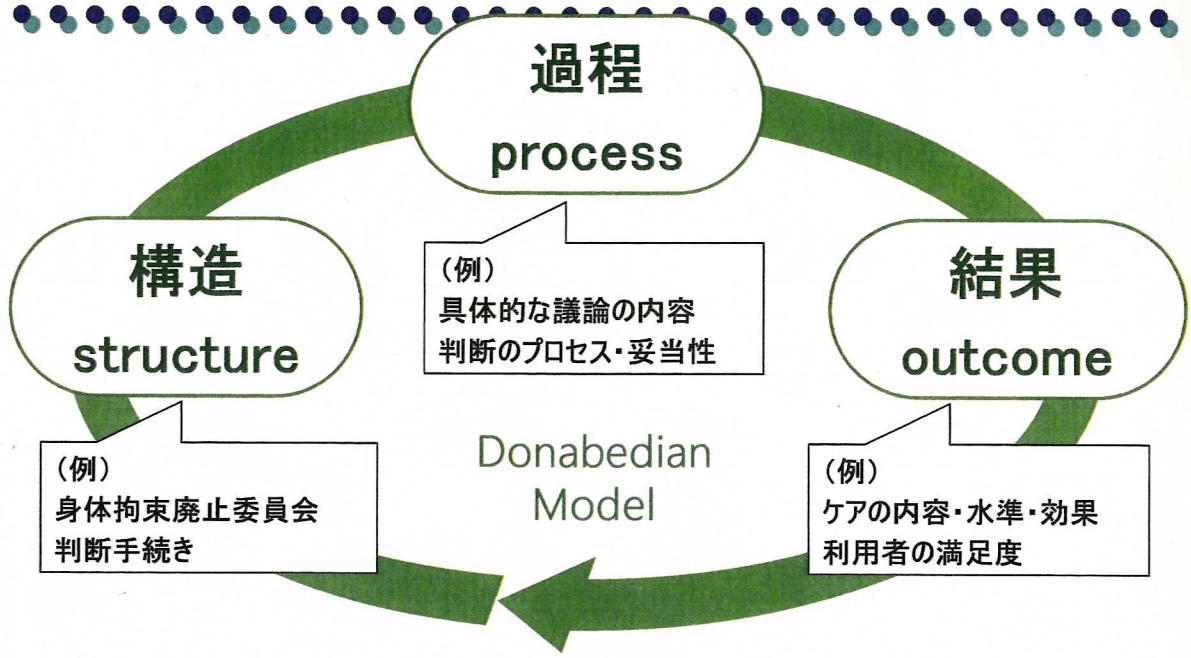
- 行政が事実確認を実施
- 障害者総合支援法に基づく権限の適切な行使（施設・事業の適正な運営の確保）

※この枠組みは、虐待事例だけでなく、適切でないサービス提供全体に共通

24

48

・ 構造的にみる視点(2)



49

ストレス反応の悪循環

- 健全性・生産性の低下
 - 作業の質の低下 (量が質につながらない)
 - ヒューマン・エラーの増加
 - モラル (倫理観) の低下
 - モラル (士気) の低下
 - 心身の健康の低下

不適切なケアの増加

虐待の発生

25

50

手段の目的化と目的のすり替わり

- 手段の目的化

(例) 利用者の生活の質の向上を目的に、「身体拘束ゼロ」

(身体拘束に頼らないケア) を手段として選んだはずなのに、形式的な意味や数字上の「ゼロ」を達成すること自体が目的に

- 目的のすり替わり

(例) BPSDへの適切な対応の模索は「困っている本人」のためであったはずなのに、「対応に困っているスタッフ」の「困りごと」の解消 (=BPSDの消失) が目指される

51

虐待防止の取組からみる改善モデル

グレーな存在(不適切ケア)への気付き

問題(不適切ケアの具体的な存在)の共有

問題の背景(構造・プロセス)の共通理解

改善策の検討・教育・実行

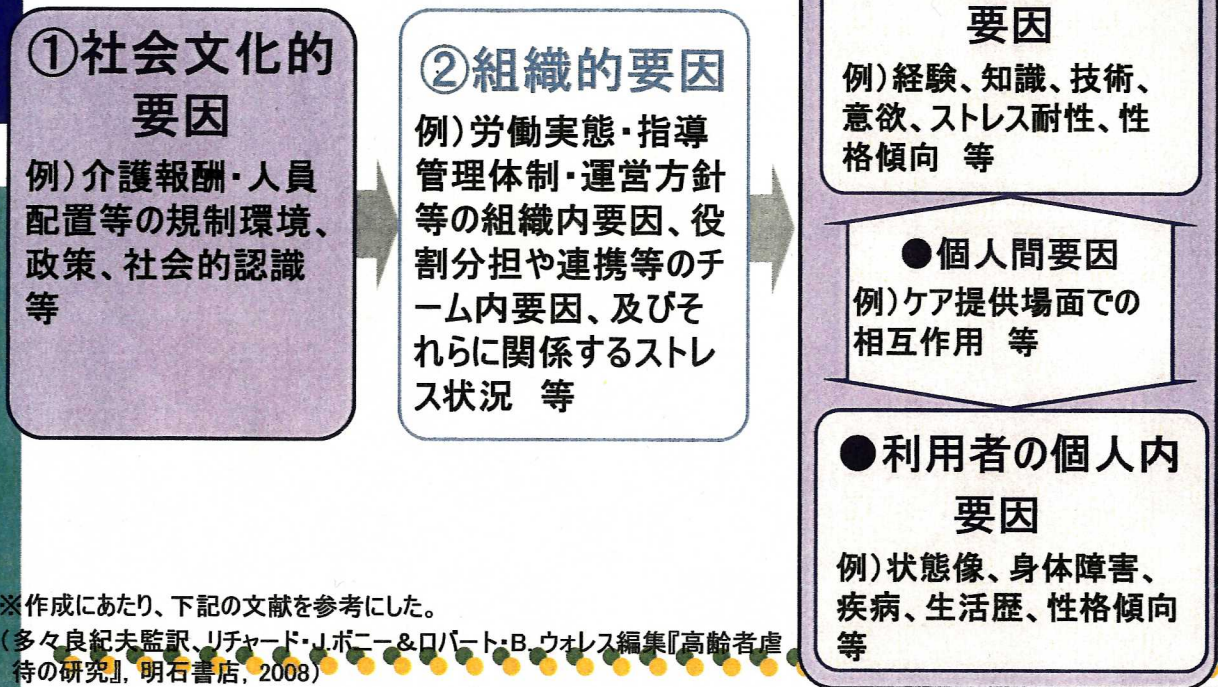
「より良いケア」の評価・共有

構造やプロセスの組織的な改善

26

52

・ 構造的にみる視点(1)



※作成にあたり、下記の文献を参考にした。

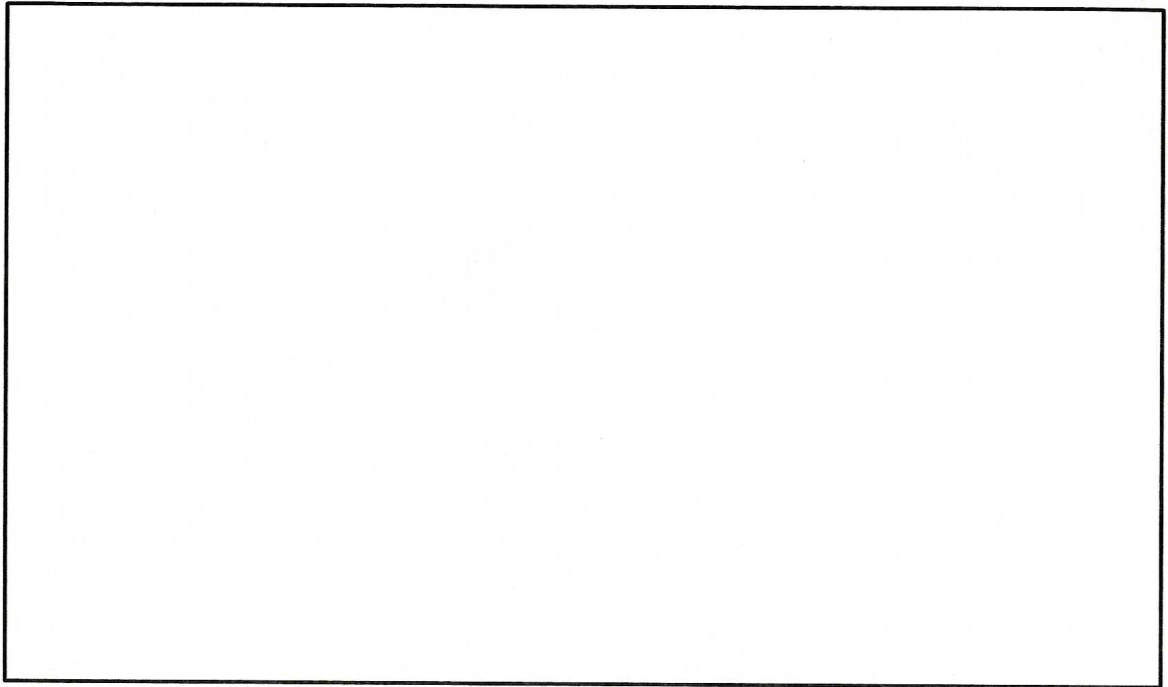
(多々良紀夫監訳、リチャード・J・ボニー&ロバート・B・ウオレス編集『高齢者虐待の研究』、明石書店、2008)

53

チームアプローチの充実

- ・ 「チーム」という意識と形
 - 「個人の責任」で終わらせないために（利用者にとっても、スタッフにとっても）
 - 情報共有・ケアの統一は重要業務
- ・ リーダーの育成とサポート
 - 育成：「現場が回る」ためには不可欠
 - サポート：現場一組織間のしわ寄せはリーダーに

自分の支援で「おかしい」「わからない」
事例を出してみる



57

意思決定支援とは

わがまま	自己決定
判断基準	

賛否両論って言うけれど/グレって言うけど... 合理性を考える

具体的な事例・内容

判定	
X	
◎	