

社会福祉法人 福角会

ヒヤリ・ハット事例集

リスクマネジメント委員会作成
平成30年6月 改訂版発行

はじめに

平成25年11月15日に福祉サービス全般における事故の発生防止対策及び事故発生時の対応方法について、法人が取り組み指針を示すことにより、各事業所におけるリスクマネジメント体制の確立を促進し、もって利用者の安全を最大の眼目としたサービスの質の向上と利用者の満足度の向上を目指すため、法人におけるリスクマネジメントに関する取り組み指針を作成しました。

その基本的視点の中では、より良い福祉サービスを提供することにより、サービスの提供の場面における事故の発生を未然に防ぐことと、福祉サービスの質の向上を行い、利用者の安心や安全を確保し、福祉サービス提供の基本である事故防止対策を中心とした福祉サービスにおけるリスクマネジメント体制の確立を図ることとしております。

この福祉サービス全般による事故を防止するためには、各事業所及び職員個人が事故防止の必要性・重要性を事業所及び自分自身の課題と認識して事故防止に努め、リスクマネジメント体制の確立を図ることが求められており、その中で、リスクマネジメントの取り組みには、すべての職員の参画が求められ、それには職員と管理者との連携が重要になることから、事故の再発防止、適切な対応に向けて「事故やリスクに関する情報」と「利用者情報」を収集・管理し、組織内で情報の共有化を図るとともにその内容が直接サービス提供にあたる職員に周知・徹底が行われるよう取り組むことが重要となります。

そこで、この度、リスクマネジメント委員会において、各事業所から出されたヒヤリ・ハット事例や事故報告事例の内容・要因・対策を行い、事故を未然に防止するためヒヤリ・ハット事例集を作成いたしましたので、ご活用ください。

ヒヤリ・ハット事例集目次

●事例集

1. 利用児・者に対する事例集

- ① ア.衝突・イ.落下・ウ.転倒・エ.転落・オ.怪我・カ.所在不明による……2 ページ
- ② ア.誤与薬・イ.誤嚥・ウ.誤飲・エ.その他による……18 ページ
- ③ 入浴中・入浴介助中による……25 ページ
- ④ 疾病等による……27 ページ
- ⑤ 利用児・者同士による……30 ページ
- ⑥ 利用児・者による第三者に対して……31 ページ
- ⑦ その他……34 ページ

2. 盗難事故や落雷・火災・地震などによる建物の損害に対する事例集

- ① 火災による……35 ページ
- ② 地震による……37 ページ
- ③ 盗難による……37 ページ
- ④ 風災による……38 ページ
- ⑤ 保守・清掃ミスによる……39 ページ

3. 自動車事故に対する事例集

- ① 対人・対物による……39 ページ
- ② 自損事故による……42 ページ
- ③ その他……43 ページ

4. 就労中に発生した職員に対する事例集

- ① 施設内による……44 ページ
- ② 施設外による……48 ページ

5. 職員の労働災害に関する事例集

- ① 職員の労働災害による……50 ページ

●平成29年度ヒヤリ・ハット集計結果表・事故報告集計結果表

○平成29年度 ヒヤリ・ハット及び事故集計結果考察……53 ページ

○平成29年度 グループ別ヒヤリ・ハット集計結果表……57 ページ

- ① グループ（いつきの里・いつきホームズ・ウィズ）
- ② グループ（松山福祉園・地域生活者支援室）
- ③ グループ（福角保育園・堀江保育園・くるみ園・みらい・きらきらキッズ）
- ④ グループ（相談支援）
- ⑤ グループ（本部事務局）

○平成29年度 グループ別事故報告集計結果表……69 ページ

- ① グループ（いつきの里・いつきホームズ・ウィズ）
- ② グループ（松山福祉園・地域生活者支援室）
- ③ グループ（福角保育園・堀江保育園・くるみ園・みらい・きらきらキッズ）
- ④ グループ（相談支援）
- ⑤ グループ（本部事務局）

●資料

○リスクマネジメント取り組み指針……81 ページ

○ヒヤリ・ハット 事故報告書様式(例)……88 ページ

●名簿

○平成29年度 リスクマネジメント委員会・リスクマネジャー……90 ページ

○平成30年度 リスクマネジメント委員会・リスクマネジャー……90 ページ

●事例集

1.利用児・者に対する事例集

①衝突・落下・転倒・転落・怪我・所在不明による

A.衝突

【衝突1】(いつきの里)

内容	短期入所の利用者が門外へ出て走り出している。通りかかった女性職員が対応するが、勢いが強く止めきれない為、応援要請して駆けつけ対応している。
要因	・利用者要因—危険認知
対策	【利用者要因に対して】 (方針) ・初めての行動であり、この状況を全体周知する。 (内容) ・自ら門を開けて出る方ではなく、偶然に来客者の出入りがあったことで出てしまうことに至った。 ・この行動だけに着目し過ぎず、過ごし方の充実にも目を向け、支援をしていく。
コメント	外へ出てしまった行動や環境に意識が向きがちですが、そこは支援者側の視点であり、利用者の立場にたって考えると、安全管理のみの視点ではなく、過ごし方の提供、充実にも目を向けていきたいと考えます。そこが支援の本質だと思われれます。

【衝突2】(松山福祉園)

内容	利用者が作業場から駐車場に渡ろうとした際に、左右の安全確認をしないで道路を渡ろうとしていた。一歩間違えたら大事を招く恐れがあった。
要因	・利用者要因—危険認知
対策	・作業開始前には、利用者に対し、左右の確認、飛び出しをしないように注意喚起を行う。利用者のみならず、地域住民にも利用者が飛び出してくる危険性があることを理解して頂くために、飛び出し注意と書かれた看板を設置していたが、より見やすい場所に設置を変更する。
コメント	利用者の飛び出しを防ぐと共に、地域住民にも突然利用者が飛び出してくる可能性を理解して頂くために、看板の設置はととも効果的だと思います。

【衝突3】(地域生活者支援室)

内容	グループホームの利用者が、自転車で走行中に、交差点で減速することなく走行し、軽乗用車と接触事故を起こす。
要因	・利用者要因—危険認知
対策	・自転車安全教室への参加を促し、交通ルールや危険に対する意識付けを行う。 ・事故にあった際の事業所への報告方法も併せて理解して頂く。
コメント	利用者の自転車事故が多く、利用者の危険に対する意識の向上が必要です。身をもって体験できる自転車安全教室は、利用者にとって有意義な経験の場であり、また企画する職員自身の意識向上にもつながる効果的な取り組みだと思われれます。

【衝突4】(くるみ園)

内容	昼食後、園庭遊びにて三輪車に乗って職員と利用児何人かと追いかけて遊んでいた。その際に、Aさんが乗っていた三輪車と、Aさんに向かって前進してきたBさんの自転車がぶつかりそうになるが職員が気づき防ぐことができた。
要因	・利用者要因—いたずら・遊び
対策	・三輪車等の使用方法について、水線や白線で進行方向を統一する。
コメント	進行方向を指示する事で、利用児が三輪車の乗り方に気をつけるようになり、衝突事故を防ぐことになると思われれます。

【衝突5】(くるみ園)

内容	園庭遊び後、職員が遊具や乗り物を片付ける際、幼児車を倉庫に向けて勢い良く押して動かす。利用児が付近にいるとぶつかり怪我をする可能性があった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・利用児が登園している間は、常に事故の可能性を頭に入れて行動する。 ・利用児が登園している間の職員の対応、手順を職員全体に確認し、常に事故の可能性のある事を頭に入れて行動する。
コメント	対応、手順を確認する事により、職員の意識の向上を図るよう職員全体で確認をした事例です。

【衝突6】(くるみ園)

内容	朝、自由遊び時に利用児が一人で園庭に飛び出した。その後すぐに職員が追いかけたが、出入り業者が門扉の鍵を閉め忘れており開いたままになっていた。門扉近くで職員が追いついたが、飛出し交通事故の可能性があった。
要因	・管理・環境要因—環境ミス
対策	・室内で利用児が興味を持って持続して遊べる玩具を準備した。 ・外来者が門扉の施錠を徹底してもらえるよう、目立つ注意書きを作成し門扉上に掲示する。
コメント	業者も含めた大人が利用児の行動に配慮して、鍵閉めに協力してもらえるよう呼びかけることにより利用児の飛出しを防ぐことのできた事例です。

イ.落下

【落下1】(くるみ園)

内容	保育室壁の高所に設置してある扇風機に、利用児がロッカー等の角に足をかけながらよじ登って指を入れる。すぐに職員が気づき対応するが落下する可能性があった。
要因	・利用者要因—こだわり・習慣
対策	・遊びの充実に努める。 ・扇風機の位置をさらに上へ移動する。
コメント	利用児自身が過ごし方がわからない時間帯にこのような行動が見られやすいと思われる。何をやる時間帯なのかを明確にすることで効果が期待できます。また、利用児の手の届くところに危険箇所がないかを職員で確認し合い危険防止に繋げた事例です。

【落下2】(堀江保育園)

内容	鉄棒から落下した時、怪我をする可能性がある。また、鉄棒にぶら下がり足あげた時に、靴底についた砂が目に入ることがある。
要因	・管理・環境要因—環境ミス
対策	・鉄棒の下に、人工芝マットを敷く。
コメント	人工芝マットを敷くことにより、転落時の衝撃を和らげ安全性を確保すると共に、靴に付いた砂が目に入らない様に配慮しました。 また、鉄棒を使用する際には、必ず大人が付き添うようにし、利用児たちにも、「保育士が付いている時に遊ぶ」という約束をする等、安全意識を持てるような事例です。

ウ.転倒

【転倒1】(松山福祉園)

内容	情緒を乱した利用者が、私物を居室全体に散らかしていた。そのため、散らかした私物で同室者が躓き転倒する危険性があった。
要因	・利用者要因—情緒不安

対策	・夜勤時にはこまめに巡回を行い、散らかっていたら一緒に片づけを行う。
コメント	巡回の回数を増やす事で、リアルタイムに利用者の状況確認ができるようになります。また、声掛けだけでなく一緒に片づけを行う事で、利用者との信頼関係構築に繋がると共に、利用者も意識して片づけに取り組む事ができるようになり効果的だと思います。

【転倒2】(松山福祉園)

内容	利用者が製品(食品)を運搬中に、重さに耐えきれずグラウンドに座り込んでしまった。同じ事を続けていると、利用者の事故と食品を処分する事が考えられた。
要因	・職員要因一介助ミス
対策	・利用者一人一人に応じた、作業提供を行っていく。
コメント	利用者の特性を把握する事は職員の支援スキルアップに繋がると思います。また、スキルアップをする事で、利用者に対して適切な作業提供を行う事が出来ると思います。

【転倒3】(松山福祉園)

内容	女性棟避難口に、作業で製造した製品とリフトの長爪を置いており、火災が起きた際に、避難を妨げるだけでなく、利用者が転倒する危険性があった。
要因	・職員要因一手順不履行
対策	・グラウンドで作業に従事する職員には、製品を避難口に置かない事や、再度防災面について説明を行うようにする。
コメント	火災はいつ何時起きるか分かりませんので、日頃から環境を整えておく事は、利用者の命を守ることに繋がります。

【転倒4】(地域生活者支援室)

内容	ヘルパーと外出先から車椅子にて帰宅。自宅マンションの玄関ホールにていつものように記念撮影をしようと利用者が立ち上がった際に、ふらつきにて転倒しそうになった。ヘルパーが支えたが、傍にあった馬の置物を落とし、破損する。その後、本人の反応が鈍いことや、顔面引き付けが診られた。高齢であることや脳梗塞の可能性もあるため、念のため病院受診した。
要因	・利用者要因一こだわり・習慣、体調不良等
対策	・普段の行動であっても、状況に応じた目配り、手配りの配慮を心掛ける。また、もしかしたら〇〇するかもという予測的行動を意識し、態勢を整えておく。 ・今回のケースをヘルパー会でも事例として紹介し、他の利用者においても起こり得ることとして、経験値を高め再発防止に努めた。 ・万が一に備え、個別の緊急時対応マニュアルを作成した。
コメント	普段からの観察力と迅速な対応により未然に事故を防ぐことができたと考えられます。利用者は、多くの事業所を利用されており、今回の経緯がきっかけとなり、情報共有や緊急時対応マニュアルの作成は事故防止に大変効果的で必要な対策だと思います。

【転倒5】(くるみ園)

内容	台とマットを組み合わせた大型滑り台遊びの際、利用児が足場の不安定な場所に立ってしまい転落した。幸い外傷や後遺症はなかった。
要因	・管理・環境要因一体制ミス
対策	・構造上危ないと思われる遊具は、利用児自身の危険回避能力に頼るのではなく、職員が常時側で補助する等の対策をとった。
コメント	職員が補助する事により、危険を回避し大型滑り台の遊びを安全に行う事が出来た事例です。

【転倒6】(ウィズ)

内容	肢体不自由のある利用者については、基本的に支援者と共に移動したり、見守りを重視したりしているが、少し職員がその場から離れた際にAさん自身が立ち上がり転倒してしまった。
要因	・利用者要因—単純ミス、体調不良等
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状態についてアセスメントの見直しを行う。状態の確認、情報交換等を複数の視点（立場）から実施する。 ① ウィズ内の情報集約 ② 生活の場の情報集約 ③ 理学療法士による所見 これらを総合して検討する。 ・不安定さはあるが、一人で歩くことができる方であることや意思を尊重する側面も考慮しつつ支援方針を検討する。 ・安全管理の側面から管理重視に偏った支援を提供するのではなく、主体性も大切にしていける。状態や状況に応じて、主体的に行動できる時間を意識して作っていきけるように心がけていく。
コメント	歩いていて躓く、転倒することは、人が生活する上で避けられないことです。「0」にはなりません。転倒したから「守る」という判断だけでなく、その転倒について丁寧な検証を行いつつ、対策や支援の方針を導き出すことが望まれます。利用者の生活や思いに対する配慮を忘れずに、取り組んでいく必要があります。

【転倒7】(くるみ園)

内容	雨がしびれている廊下を利用児が手をつなぐ一人で歩こうとしたところ、滑って転倒する。転倒した際に左後頭部を強打し、髪を結んでいるゴムの飾りが刺さり、出血した。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—その他（危険認知） ・管理・環境要因—環境ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・利用児が廊下を歩く前に水気を拭き取っておく。 ・職員が必ず手をつなぎ、気を付けて一緒に歩けるよう声掛け等の援助も行う。
コメント	利用児の発達特徴によっては、職員主導で手をつなぎ歩くだけでなく、約束事を作って伝えたり、「こんな時はどうしたらいいかな？」などと一緒に考えられるようにしたりすることも良い方法です。状況や利用児の特性に応じた対応が求められます。

【転倒8】(いつきの里)

内容	利用者玄関に普段から靴箱に入っていない靴が多くある。利用者だけでなく職員の靴も靴箱が開いているにも関わらず置きっぱなしの状態であった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—手順不履行、介助ミス ・利用者要因—こだわり・習慣、危険認知、単純ミス
対策	<p>【職員要因に対して】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脱いだ靴は必ず靴箱に入れることを徹底する。 <p>【利用者要因に対して】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者についても、片付けに関する声掛けや支援を行っていく。
コメント	日頃からの習慣が大切です。靴箱は用意されていますので、玄関で靴を脱いたら、靴を入れる。事業所全体のルールの徹底が大切です。

工.転落

【転落1】(くるみ園)

内容	園庭遊びの際、職員から死角となる建物裏で、利用児がフェンスを乗り越えて隣接するみかん畑に出ようとしていた。職員が気づいて止め、けが・所在不明を予防した。
要因	・利用者要因—いたずら・遊び
対策	・フェンスに利用児が近づかないよう、手前に高さのあるパネルで壁を作る。

コメント	物理的に越えられないようにしたことと、利用児が「のぼってはいけない」と意識したことで大きな事故を防いだと思います。
------	---

【転落2】(くるみ園)

内容	活動準備時、職員が2階屋上の倉庫へ行こうとした所、柵の鍵が開いた状態になっていて、たまたま早く登園してきた利用児が2階屋上まで出てきていた。職員は気付かず、階下にいた保護者が気づき、職員に伝えたため事故に至らなかったが転落の危険性があった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・施錠を徹底するために鍵を閉めた際は指さし、声出し確認を行うこととする。
コメント	上がってこないだろうという思い込みが、このケースを誘発したと思います。環境面の配慮だけでなく、職員全体で手順を確認し再発防止策に繋げた事例です。

【転落3】(くるみ園)

内容	2階保育室にて、登園後職員の手が離れた利用児が室内窓際に設置したヒーターの上に登り、さらに窓の棧にまたがっていた。バランスを崩し転落の恐れがあった。
要因	・利用者要因—こだわり・習慣
対策	・利用児への関わりや環境整備により、保育室内で利用児が高所に登らない・登れないよう、改善に努める。 ・職員が利用児に一対一対応している際、その他の職員が残りの利用児全体を把握するという分担をするが、二人三人と複数の利用児に一対一対応が必要な場合、通常の配置人数では手薄になるため、応援職員を呼び安全性を保つようにした。
コメント	毎年同様の事例が起っています。予測をし、早いタイミングでの対応が大事だということが考えられます。

【転落4】(堀江保育園)

内容	木登りをしている園庭のケヤキの木の幹の一部(利用児が普段登る際に手をかけている枝)が少しグラグラしているのが見えた為、職員が倒してみたところ、根元が折れ、中が腐っていた。そのまま登れば落下の可能性があった。
要因	・管理・環境要因—環境ミス
対策	・他の枝や幹も確認する。 ・園外(公園など)でも木登りをする際、利用児が登る前に職員が登って確認をする。
コメント	木は、外見的に異常がなくても、中が腐っていたり折れやすくなっていることも考えられるので、必ず触ったり力を入れてみて確認を行います。車両の運行前点検のように、遊具等も事前点検を行う事が効果的です。

【転落5】(いつきの里)

内容	夕食が終わり、一段落している際に利用者が寮内のオープンスペースの出窓から越えて外へ出てくる。
要因	・利用者要因—危険認知 ・職員要因—手順不履行
対策	【利用者要因に対して】 (分析) ・外へ出たいが、玄関の鍵が閉まっていた為に出窓から出るという行動に至ったと推測される。 【職員要因について】 ・防犯上、どうしても施錠が必要な時間を明確に示し、極力利用者の主体的な生活を制限しないようにしていく。
コメント	自分の意思を言葉で言えない方は、直接的な行動をする傾向があります。普段からの本人の行動や関わりの中で起こりうる行動として、予測しておく必要があります。また、事故防止と合わせて利用者の人権についても大切にしていきたいと思います。

才怪我

【怪我1】(いつきの里)

内容	男性寮西側の非常口が開きっぱなしになっていた。車の出入りも多く、利用者が突発的に飛び出せば、事故に繋がる恐れがある。長く勤めている職員には伝達してきていたが、最近入られた職員については、周知できていなかったことも要因。
要因	・職員要因—手順不履行、伝達ミス
対策	【職員要因に対して】 (方針) ・意識の継続および全体への周知を図る。 (内容) ・基本的には施錠。開放時は職員が必ず見守りや管理ができることを原則とする。 ・非常口に警告【周知】文を掲示しておく。
コメント	マニュアル化はされていませんが、ルール化されているものは、無数にあると思います。そのルールについての盲点は、新しく入ってきた職員等には伝えられていない場合があるということです。現場の中で伝え合うという姿勢は必要ですが、今回のように掲示することによってより確実性を増すことに繋がります。

【怪我2】(いつきの里)

内容	軽作業班での作業中、利用者の表情が思わしくなく、不安定さがあった。しばらくして、すっと立ち上がり、タオル作業用の糸切ばさみやカッターを取り出す行動があった。声掛けをすると、含み笑いを見せながら片づけていた。
要因	・利用者要因—パニック・情緒不安 ・管理・環境要因—環境ミス
対策	【利用者要因に対して】 (方針) ・利用者の状態に対する周知。 (内容) ・気分の浮き沈み状況や支援、気づきのポイントを周知。 【管理・環境要因に対して】 (方針) ・危険物の管理方法を改める。 (内容) ・鍵のかかる小型金庫で管理することとする。
コメント	いつきの里では、様々な不測の事態を考慮しておく必要があります。ただし、何もかも施錠管理というような管理重視の視点では、利用者の主体的な生活は提供できなくなります。その折り返いは非常に難しい所ですが、刃物については、大きな事故に繋がる可能性がありますので、このケースは鍵管理の方法を選択しています。

【怪我3】(いつきの里)

内容	作業が終了し、送迎で帰る準備をしていたところ、利用者が小石を拾ってとっさに投げてしまう。職員に当たるが怪我はなかった。
要因	・利用者要因—パニック・情緒不安
対策	【利用者要因に対して】 (方針) ・支援の糸口、見守りの視点を共有する。 (内容) ・様々な状況が突発的に起こる方であり、今回のケースも実際は防ぐことが困難な事例であったが、そこから次に繋がるヒントを見出していきたい。 ・記録を検証すると、短期入所を利用後に情緒を乱しやすい傾向があった。その旨を

	周知すると共に支援の取り掛かりとしてのヒントにしていく。
コメント	すぐに解決の糸口が見えないケースです。状況だけを捉えると、防ぐことができないケースとも言えます。ただし、そこには利用者の困った感が存在していることを忘れてはなりません。今回のケースからは、「短期入所利用後」という糸口（ヒント）が見えました。まずは、その糸口から支援を継続させていくことが望まれます。

【怪我4】（いつきの里）

内容	起床後、利用者がいつものように一人で着替えを行っている。食堂へ入る前の手洗いの段階で目尻の裂傷に気付く。居室等を確認していくと、居室備付タンス（引き出し）が開いたままになっていた。また、その引き出しに血がついていた。何らかの拍子に引き出しでぶつけたものと思われる。
要因	・利用者要因—単純ミス
対策	【利用者要因に対して】 （方針） ・単純ミスであるが、利用者がさらに使いやすい環境を整備していくことで事故を防ぐ。（タンスが重くやや使いにくい状態でもあった。） （内容） ・利用者が好む衣類関係を開け閉めしやすいタンスへ移動。 ・衣類の量も増えすぎたので整理・調整する。 ・備付のタンスには、利用者自身が出し入れしないような物を収納する。
コメント	怪我を防ぐという視点も大切ですが、まずは利用者が生活しやすい環境を整備することを主眼におきました。そのことで、必然的に事故を防ぐことにも繋がると思います。単純ミスも含めると、人間は必ずミスをします。全ての事故を防ぐことは困難ですので、少しでも快適・安全を目指した環境調整を行う必要があります。

【怪我5】（いつきの里）

内容	利用者が余暇活動（そば打ち体験）へ出掛ける。最近の様子も踏まえ、個別の支援体制としている。食べたいという気持ちが先行しているようで、体験場所の厨房へ入ろうとすることがあり、何度か制止している。その後も何度か食事の確認のようなジェスチャーが続き落ち着かない雰囲気である。その後、実際に厨房内に入ってしまうことがあった。近くにフライヤーがあり、やけどの危険性もあった。また、盗食に至る可能性もあった。
要因	・利用者要因—こだわり・習慣
対策	【利用者要因に対して】 （方針） ・利用者の心理状態を共有する。 （内容） ・日常の様子と余暇活動のような外出先（イレギュラー）における様子を過去の事例等を振り返りながら周知する。 ・楽しみへの期待感、見通しの問題等、より一層の配慮が必要。
コメント	利用者の他害行為（噛みつき）が続いている中、このケースは今後の支援のヒントを与えてくれるものだと思います。外出という楽しみの中においても、自己の感情をコントロールしにくい状況がみえる背景には、やはり見通しやコミュニケーションの課題があることを再認識させられます。今後の支援を充実させていく為には、その視点の共有が不可欠であると思います。

【怪我6】（松山福祉園）

内容	作業（鉄工班）で利用者がボール盤で加工中に出たキリ粉を機械の電源を止めずにエアーク拭きを行い取り除こうとした際に、キリ粉に指があたり右指を切っている。その後、数時間経ってから、同じ加工作業で回転中のキリ粉にハケで油を付けていた際
----	--

	に、キリ粉が当たり左指を切っている。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—手順書不備 ・利用者要因—危険認知
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・作業手順書を作成し利用者が視覚的にも理解しやすいようにする。 ・利用者が加工している際には職員がこまめに巡視を行い、利用者に対して一言声かけするようにする。 ・利用者に対して、毎朝礼、休憩後に作業についての注意喚起を行う。ベテラン職員が若手職員にもその都度、説明（作業手順）を行っていく。
コメント	<p>手順書を作成し掲示した際には、利用者に約束事を意識してもらう必要があります。朝礼で作業中に気を付けなければならない事等を話す事で、利用者にとっては良い意識付けになると思います。また、職員が作業場を巡回し利用者一言声掛けする事で、利用者も緊張感を持って作業に従事し、事故を未然に防ぐ事に繋がると思います。</p>

【怪我 7】（松山福祉園）

内容	利用者がレベラー溶接をしている時、材料をセットしていると機械が動きだし右手人差し指と中指の間に機械がぶつかり怪我をしている。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—手順書ミス ・利用者要因—危険認知、単純ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・作業開始前に話を行い作業には危険が伴うという意識を持ってもらう。 ・誤作動を防ぐために、起動ボタンにカバーを取り付ける。 ・安全箇所や機械の操作について危険なところが無いかなど改めて点検を行う。
コメント	<p>今の作業手順を改めて見直し作業班で話し合う事で、新たに危険箇所を発見できるかもしれません。また、職員がカバー等の設置を行う工夫は改善策として効果的だと思います。各作業班で今一度点検を行う事は同じ事故を繰り返さないために必要だと思います。</p>

【怪我 8】（松山福祉園）

内容	作業（配食班）で炒め物をする際にはアームカバーと軍手、ミトンを着用するようになっていたが、職員が利用者に作業手順に準じて指示しなかった為に、素手で調理（炒め物）をしていた利用者が右手の裏側に軽いやけどを負った。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—手順書ミス、手順不履行 ・利用者要因—危険認知
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・手順書の見直しを行い、職員が手順書を理解、把握し利用者に適切な指示を出せるようにする。
コメント	<p>手順書を見直しする事で、職員も何が危険なのか再度認識する事ができると思います。また、その手順を掲示する事で利用者も視覚で理解ができ、手順書に沿って作業を遂行する事で事故が防げると思います。絵や写真で提示する事は利用者にとって効果的な方法だと思います。</p>

【怪我 9】（松山福祉園）

内容	溶接したばかりの製品を本来なら、工具（ペンチ）を使用して治具から取り出す手順となっているが、誤って工具を使用せずに、軍手のままで製品を治具から取り出すとして火傷を負う。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者要因—単純ミス、危険認知
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・細かい作業においてはやや利便性に欠けるが、火傷を防ぐために軍手の重ね着、若しくは皮手袋を使用する。 ・溶接作業を行う利用者には注意喚起を行うと共に工具の使用方法について説明を行う。
コメント	<p>危険を防ぐためにある既存備品を確実に使用する事や、作業開始前に手順を説明す</p>

	る事で事故を未然に防ぐことができますと思います。また、溶接作業においては、工程を見直すのも一つの方法だと思います。
--	---

【怪我 10】(松山福祉園)

内容	天板掃除を行っていた際に、近くに置いていた熱したままの天板を触ってしまい痛がる表情を見せていた。特に火傷等の症状は見られなかったが、今後このまま対策を怠ると大事故に繋がる可能性があった。
要因	・利用者要因—危険認知
対策	・熱している天板に関しては、手の届かない場所に片づけるようにする。 ・利用者が視覚で理解が出来るように、天板を使用前、使用后と札で分かりやすく分別するように取り組んでいく。
コメント	利用者には、言葉での説明より視覚で理解して頂いた方が分かりやすいために札を利用して危険を認知できるようにしております。また、このように視覚的に理解してもらう環境を整える事で火傷以外の事故も防げると思います。

【怪我 11】(松山福祉園)

内容	作業中、利用者が包丁で材料を切る際に、誤って裂傷を負ってしまう。利用者の気分が高揚している状態であり、裂傷を負わないように猫の手にすべき所を怠っていた。
要因	・利用者要因—単純ミス、情緒不安
対策	・利用者の情緒を職員が確認しながら、作業提供を行っていく。 ・包丁に携わる作業に取り組む利用者には事前説明を必ず行う。 ・必ずしも包丁が必要でない作業であれば、ピーラーにて作業を行うようにする。
コメント	気分の高揚により利用者の集中力が欠けていたことも考えられます。事前説明はもちろんです、今回の対策のように代替品で対応する事は一つの方法だと思います。そして、集中できていない利用者に対しては必ず見守り支援を行う事で事故が防げるのではないかと思います。

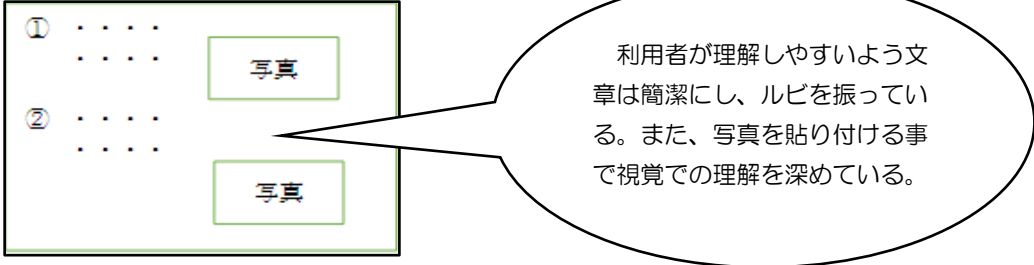
【怪我 12】(松山福祉園)

内容	新任職員が利用者の既往歴、現病歴の把握が出来ておらず、その人に応じた作業提供が出来なかった為に、事故に繋がる恐れがあった。
要因	・職員要因—専門性の不足
対策	・作業提供を行う際には、先輩支援員に確認を取りながら作業提供を行っていく。 ・利用者の既往歴、現病歴についても情報提供を行っていく。
コメント	新任職員の方は利用者の特徴等、まだ理解しきれていない所があるため、利用者に作業指示を行う際には先輩職員に確認を取る事を徹底し、そうする事で経験を積み時間が経てば適切な指示が出せるようになると思います。また、的確な作業指示を行うことが出来るようになれば、経験年数の浅い職員にとっては自信に繋がると思います。

【怪我 13】(松山福祉園)

内容	作業前に利用者に対して安全対策に関して説明を行っているが、スパッタ取りを行う際に、保護メガネを着用せずに作業を行っており目に異物混入(鉄粉)の恐れがあった。
要因	・職員要因—手順不履行 ・利用者要因—単純ミス
対策	・作業開始前に利用者へ保護メガネの着用を促すと共に、作業中の巡回回数を増やす。 ・視覚で理解が出来るように、写真付きでの手順書を作成して、利用者の危険認知力を高めていく。
コメント	写真付きの手順書の作成は利用者にとって効果的であり、視覚での理解が深まる事で事故防止に繋がると思います。保護メガネに限らず、着こなしについても並行して説明をするとより効果的であり、事故を未然に防ぐ事が出来ると思います。

【怪我 14】(松山福祉園)

内容	<p>【鉄工班】利用者が、作業における約束事（軍手をしない、保護メガネの着用、帽子の着用）を怠ることがあり、怪我（火傷、軍手の巻き込み、眼球への異物混入）を招く危険性があった。</p> <p>【配食班・製菓班】利用者が作業に従事する際に、作業手順（アームカバー、鍋つかみ、手の除菌、異物混入）を守らない事が見られた。このままでは怪我等（火傷、切り傷、異物混入）招く恐れがあった。</p> <p>【各種製造班】利用者が、作業における約束事（軍手の着用、工具扱い等）を怠ることがあり、怪我（火傷、機械への巻き込み）を招く危険性があった。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者要因—危険認知
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・各作業班に応じた作業手順書を作成 
コメント	<p>作業手順書を掲示することで、利用者が視覚的に危険を認知することができると共に、職員においても、改めて作業手順の確認や、環境整備に目を配ることができるきっかけとなり、事故防止に活かせると思います。</p>

【怪我 15】(松山福祉園)

内容	<p>夜勤者が利用者の各居室の確認を行っていた。居室に入室すると、タンスの上に利用者の趣味で行っているポウリング玉が入っているケースや、収納ケースを高々と積み上げていた。このまま放置しておく、地震発生時等、大怪我に繋がる可能性があった。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者要因—危険認知 ・職員要因—手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援の時間や火元点検（月 1 回）で各居室の確認を行っていく。 ・担当者だけでなく、全職員で関わりを持っていく。
コメント	<p>今回の件でいかに生活支援が大切なのか実感が出来たと思います。また、全職員で関わりを持つことで、幅広い視野をもって取り組む事ができ、災害に見舞われた時にも大きな事故を防ぐ意味では効果的な方法だと思えます。</p>

【怪我 16】(松山福祉園)

内容	<p>利用者が作業棟を歩いていた際に作業棟の入り口付近に置いてあった異形棒につまずき、転倒され「焼（とう）骨遠位端骨折」との診断を受ける。作業の都合上、職員の判断で入口付近に異形棒を放置していたことが要因。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・管理・環境要因—環境ミス ・職員要因—その他（安全管理）
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃からの環境整備や危険個所の把握に努め、気付いた点は整備後に報告書にて周知する。
コメント	<p>危険個所の把握が出来るような視点を養うことは全職員で取り組んで頂きたい事項だと思われれます。</p>

【怪我 17】(地域生活者支援室)

内容	<p>グループホームの利用者が衣類を出す際にタンスの引き出しを思いっきり引っ張った為に、タンスが傾き、両手と肩でタンスを受け止め、打身を負った。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・管理・環境要因—環境ミス

対策	<ul style="list-style-type: none"> ・高さが180cm程度のタンスであり、危険なため、突っ張り棒にて固定する。 ・同様のケースがないか、他のグループホームにも注意喚起を行う。
コメント	突っ張り棒で固定することや、他のグループホームにも同様のケースがないか注意喚起することは、重大な事故を未然に防ぐための効果的な対策だと思います。

【怪我 18】(くるみ園)

内容	利用児がドアの開閉をした際に指をはさみそうになった。
要因	・利用者要因—いたずら・遊び
対策	・利用児の特性としてドア開閉への執着があり、職員が止めようとする急いで行おうと力が余ってしまい余計に危険が増す。そのため、ドアの開閉を遊びとする利用児に対して、違う遊びを提供して気をそらせるように対応する。
コメント	怪我をとっさに防ごうとする声かけや動作が本人を慌てさせるようなものであっては何にもなりません。利用児個々の行動の予測が何より大事だと言えます。

【怪我 19】(福角保育園)

内容	荷物の片づけをしている時に、鞆の外に出ていたAさんのスプーンセット入れ袋をBさんが踏んでしまった。その後、袋の中を確認した所、スプーンセットが割れていた。
要因	・利用者要因—単純ミス
対策	・壊れやすい物は、利用児が踏まないような場所にすぐに片付け、また、保護者に割れ物類は鞆の中に入れてもらうように伝えた。
コメント	利用児の行動を予想し、安全な環境をつくる事が大切です。年齢が低い利用児こそ大きな怪我につながることを忘れないようにすることが大切です。

【怪我 20】(福角保育園)

内容	登園時、利用児の父親より「昨夜、お風呂に入ろうと思って服を脱がせたら左ふくらはぎの後ろをボールペンでひっかいた跡を見つけた。」と話があった。利用児は、「家でした。」と言ったり「園でした。」と言ったり、話す内容が曖昧な様子だった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・要因—不明 ※要因は不明ながらも仮説を立てて対応・対策を立てた事例です。
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・職員のエプロンの中にボールペンを入れない。 ・利用児の手の届く場所に筆記用具を置かない。 ・当日の内に全職員に周知した。
コメント	発生場所や時間は分かりませんが、園で起こりうる怪我を想定し、素早い対策です。危険認知が未熟な利用児が多いので、日頃から安全面に十分配慮していく事が必要です。

【怪我 21】(福角保育園)

内容	クラス担任が保育室の片付けを行っていた時に、保育室の隅に待ち針が1本落ちていたのを見つけた。保育室で裁縫をしていた保育士がいないか確認したところ、数日前の合同保育の午睡中、保育室でお遊戯会の衣装を縫っていた保育士がいた事がわかった。
要因	・職員要因—単純ミス
対策	<ol style="list-style-type: none"> ①保育室で裁縫をしない。 ②裁縫をする時は、必ず職員室で行うようにする。 ③待ち針を使った後は、必ず本数を確認して片付ける。 ①～③の徹底を図った。
コメント	利用児の怪我につながる危険性があった事例です。日頃から室内の整理・整頓を行うと共に、備品を管理しておく事が大切です。

【怪我 22】（堀江保育園）

内容	食後パジャマに着替えて遊んでいた際、ままごとのやかんの中に入ったおもちゃを取ろうとし、利用児がやかんの中に入れた手が出なくなる。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者要因—いたずら・遊び ・管理・環境要因—環境ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・玩具の見直しをする。 ・やかんのふたをテープでくっつけ中に玩具や手が入らないようにする。
コメント	利用児の行動を予想し、安全な環境をつくるのが大切です。定期的に玩具の点検をすることが効果的です。

【怪我 23】（地域生活者支援室）

内容	<p>グループホーム近くの交差点で信号つき横断歩道（青信号）を自転車で横断中、交差点に進入してきた乗用車と交差点中央付近で接触し、転倒する。その際に頭を打ったが出血することなく、すぐに立ち上がる。</p> <p>接触直後、本人より、グループホームで業務中の職員に知らせに来られ、職員が現場確認に同行する。110番通報をし、事故検証をする。右足が少し痛むとのことで病院受診をし、レントゲン撮影をしたが異常はない。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者要因—危険認知
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・交通量の多い時間帯であったことも考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ①横断歩道を自転車で渡る場合は、自転車を降りて渡る。 ②信号が青になってすぐに渡るのではなく、一度周囲を見て、安全確認してから渡る。 ・以上の2点を利用者へ説明し、交通安全の意識付けを行う。事業所で実施している自転車交通安全教室への参加を促す。
コメント	この事例は特に大きなけがはありませんでしたが、自動車との接触は命に関わることにつながりかねません。今回は利用者本人がすぐに報告できる状況であったこともあり、その後、迅速な対応ができていました。また、再発防止として利用者へ具体的なルールを伝えたことが良かったと思います。

カ.所在不明

【所在不明 1】（いつきの里）

内容	短期入所の利用者が、いつも持参する布団セットを家に置いてきていた。夕方になり、そのことが気になり始めていたようであるが、声掛けや過ごし方の提案等をしながら気持ちの切り替えができていた。しかし、就寝準備を始めた22時頃より、再び気にし始める。機嫌よく過ごすことができていたが、22：30、門センサーが反応した為、確認すると利用者が門付近にいた。声掛けで寮内へ戻るが、23：00にも門の外へ向かっていた。職員2名で対応するが、制止を振り切り歩いて行こうとする。家へ向かっているような雰囲気であった。気分を切り替えられるように働きかけを行うが、どうしても納得できない雰囲気があった。以後、母親へ連絡を行い、布団を持参していただいている。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者要因—こだわり・習慣
対策	<p>【利用者要因に対して】</p> <p>（方針）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の状況について、周知し、今後の予測・支援に活かす。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況、支援経過等を周知する。 ・深夜という条件の中、利用者の気持ちに寄り添いつつ、根気よく、丁寧出来る限りの支援を行ったこと、職員2名の協力体制があったこと等、適切な支援状況であ

	ったことについても周知する。
コメント	少ない人員体制や深夜という条件等、非常に判断が難しいケースでしたが、職員2名の協力体制で、考えられるあらゆる方法をもって支援・対応できたと思います。

【所在不明2】(いつきの里)

内容	日中一時の利用児の利用時間が夜までであり、夕方以降は寮内で過ごしている。18:45頃、薄暗いグラウンドにて泣いている姿を確認する。靴も履いていない状態で外を泣きながら歩いていた。怪我等はなかった。
要因	・利用者要因—情緒不安
対策	【職員要因に対して】 (方針) ・リーダーの状況判断を育成する。 (内容) ・様々な事態が重なり、支援体制、状況に不備が出てしまった結果であるが、そこも含め、リーダーとしてどのように判断し、対応していくことができるかを具体的に振り返る。 ・男女の協力、日課のペース調整(食事開始等)等、トータルで判断し、優先順位をどう導き出せるか。あるいは、応援を要請するか等。
コメント	支援体制の問題にも見えますが、不測の事態の重なりを考えると、きりがありません。私たちは、そのような事態が起こった後の対応をするのが役割ではなく、利用者の生活の質を高め、そのような事態に発展する前の支援を行うことが求められます。しかし、それでも手が回らない程の事態が重なることがあることも事実です。そこでは、リーダーを中心にどのように状況判断をするかが大切になります。リーダーを配置し、連携を強化していく視点もチームカアップに繋がり有効な考え方となります。

【所在不明3】(いつきの里)

内容	夕食後(18:50)、利用者の所在が確認できないことに気付く。寮内、敷地内の捜索より開始。その後、非常連絡網にて非常招集を行い、捜索を拡大する。20:25、堀江地区路上で利用者の所在確認。怪我等はなかった。確認後、利用者からの事情確認は困難である為、周辺の店舗を確認していくと、ある店舗でアイスが無銭飲食していたことがわかる。支払いと謝罪を行う。
要因	・職員要因—手順不履行 ・利用者要因—こだわり・習慣
対策	【職員要因に対して】 (方針) ・マニュアルの再確認、徹底を図る。 (内容) ・17:30に門のセンサーを稼働しておくことを怠っていた為、利用者が門外へ出た時の気付きに繋がらなかった。 【利用者要因に対して】 (方針) ・利用者の最近の心理状態、支援状況等を再確認する。 (内容) ・年度当初の変化。(生活担当の変化、部屋環境の変化) ・帰宅形態の変化(ご家族の都合)。この部分が利用者にとっての一番の不安材料になっていると考えられ、視覚的にも情報提供していたが、さらに丁寧さや見守りが求められる。
コメント	利用者の心理状態として、年度当初の変化や帰宅形態の変更は大きな影響があったと思われます。今のペースに馴染んでいく上では、時間も必要です。所在不明を支援

	や見守りで完全に防ぐことはできませんので、センサーも含め、早期に気付きを得られるよう整えています。その手順をおろそかにしてはなりません。そこは職員要因として徹底していく必要があります。
--	--

【所在不明4】(いつきの里)

内容	短期入所の利用者が、門外へ出てしまっており、搜索している。幸い、近くの県道を歩いている所で確認することができた。短期入所の経験がまだ乏しく不安も大きいことから個別体制で支援していたが、居室で過ごしていた際に、支援者が少し離れた際に、居室窓より出てしまったようであった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> • 管理・環境要因—環境ミス • 利用者要因—情緒不安
対策	<p>【管理・環境要因に対して】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 門センサー等の環境調整を行う。 <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 門センサーが反応した際の確認作業は怠っていないという状況ではあるが、実際には気付かない内に外へ出てしまっているケースが他にも数件あった。その検証より門センサーおよびセンサーライトについて見直しを行った。 <p>①センサー解除時間の縮小 1分⇒約30秒</p> <ul style="list-style-type: none"> • 解除されている時に利用者が通過している可能性がある。 <p>②センサーライトの角度調整</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通過する場所によってライトが反応していない時がある。 <p>【利用者要因に対して】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者への支援継続 <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 短期入所利用における見通し等の不安が解消されるまで、個別支援体制を確保する。
コメント	様々な視点、意見を集約しながら対策を講じていく必要性を感じています。改めて集計分析の大切さも実感でき事例です。

【所在不明5】(松山福祉園)

内容	情緒不安で作業に出られていなかった利用者が、作業後職員が見ていない際に園外へ出られ所在不明となっている。
要因	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者要因—情緒不安 • 職員要因—介助ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> • 情緒を崩した利用者に対しては、役割分担（誰が把握するか）を決めて所在の確認をこまめに行う。
コメント	連携を取る事も大切ですが、役割分担を明確にする事で事故を未然に防ぐことができると思います。

【所在不明6】(松山福祉園)

内容	障がい者スポーツ大会にて、休憩場所で休憩していた利用者が所在不明になる。職員には計画書にて役割分担を明確にしていたが、職員が計画書通りに行動をとる事が出来なかった。また、休憩場所で一緒に過ごしていたのにも関わらず、職員も何時出て行かれたのか気づかず初動体制が遅れてしまった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> • 職員要因—手順不履行、伝達ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> • 職員間での連携を密に行う事や再度、支援員にはマニュアルを読み直すように周知している。また、なぜ計画書に役割分担を記載されているか説明を行う。
コメント	職員間の連携は全ての業務で必要な事であり、連携如何によっては事故を起こす事がありますので、連携を疎かにしない事が事故を未然に防ぐ手段だと思えます。また、

	マニュアルを読み直す事は、手順を再認識する事ができて良い事だと思います。
--	--------------------------------------

【所在不明 7】(松山福祉園)

内容	利用者のクラブ活動にて、堀江駅まで引率を行うが、クラブ以外のメンバーと一緒に堀江駅までついてきた。引率職員が園に連絡を入れて駅まで、在園職員に迎えに来て頂く段取りを行っている最中に、ついてきた利用者が勝手に一人で園に戻ってしまう。所在不明になる可能性があった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・利用者を引率する際には、今まで以上に出掛ける前、移動中、中継地点と人数把握をこまめ行うようにする。
コメント	人数や所在を確認する意図や重要性を様々リスクを想定しながら認識しておく必要があります。基本的な事を忠実に実行に移す事が大切だと思います。

【所在不明 8】(松山福祉園)

内容	所在不明を何度か起こした経緯がある A さんが、些細な事で B さんとトラブルになり情緒を乱してしまった。現場に職員が数名いたが A さんに構わず、B さんの方を気にかけてしまい、職員の気づかない内に A さんが園外に出てしまう。また、A さんが外を歩いているのを事務所の職員が気づいて、男性職員に連絡するが行動が後手に回り、所在不明マニュアルに沿った対応が出来なかった。
要因	・職員要因—伝達ミス、専門性の不足、手順不履行 ・利用者要因—情緒不安
対策	・職員に対しては、再度、所在不明マニュアルに沿った対応出来るように、マニュアルの読み直すように声かけする共に、夜勤者、日勤職員が入れ替わる時間帯には、連携を密に行い職員配置が手薄にならないようにする。
コメント	個々の状況に応じたマニュアルを定期的に読み直す事は重要だと思います。また、職員配置と連携を密にする事で所在不明に限らず多くの事故が防げると思います。

【所在不明 9】(松山福祉園)

内容	金銭管理者が利用者より金銭の事で呼び止められて、その場で話を行っていた。しかし、利用者が自分の思うような返答が得られなかった事で憤慨されている。その為、金銭管理者より、利用者には話が出来る状態ではないため、落ち着いてから再度話し合いを行う事を伝え、利用者の情緒面を夜勤者に引き継ごうとした際に、近隣のお堂の方へ向かって出て行かれ所在不明となっている。30分程捜索し、近くの公園にいる所を発見したため、話を行い一緒に帰園している。
要因	・利用者要因—情緒不安 ・職員要因—専門性の不足
対策	・利用者の特性の理解を深める。 ・利用者が情緒不安になった際には、情緒が落ち着くまでは所在の確認を行う。
コメント	利用者はそれぞれに特性があり、情緒不安になった時には特にその特性に応じた支援が必要になってくると思います。全職員が利用者の特性を理解する事で、統一した支援が行え、全体の支援の質の向上にも繋がると思います。

【所在不明 10】(松山福祉園)

内容	休日 16:00 買い物から帰園されていた利用者を、18:40 夕食の声掛けの為、訪室したが不在であった。少し様子を伺い 19:00 頃訪室した際も不在であり周辺捜索するも見つからず所在不明となる。本人の携帯電話に電話を入れると姉の家に向かっていることが分かり公用車にて姉宅へ向かう。すでに到着しており、話し合いの末帰園した。
要因	・職員要因—手順不履行 ・利用者要因—情緒不安

対策	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤者は日勤職員が退勤する 17:30 頃には利用者数の把握を行う。 ・祝祭日の夜勤時には支援室でなく夜勤室中心に寮内の業務を行う。
コメント	特に休日は利用者の出入りが多い為、人数把握は小まめに行う必要があります。先入観を持たず、利用者の特性を理解した上で業務に当たると予期せぬ事態にも対応がスムーズに出来ると思われます。

【所在不明 11】(地域生活者支援室)

内容	ホームの世話人が朝出勤すると、利用者の自転車がないことに気付き、部屋を訪室すると、衣類が乱雑に置かれてあり、所在不明を確認。お寺の賽銭箱から小銭を盗むという触法行為が警察に見つかったことを気にしての所在不明であった。
要因	・利用者要因—パニック・情緒不安
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者話し合いをより多く持つ。悩み事や相談には適切に対応しているが、より一層相談できるように支援に取り組む。 ・連絡の取れる状況を整える（連絡先の追加など）。
コメント	事が起こってからの後手後手の対応ではなく、気軽に相談できる雰囲気作りや環境を常日頃から整えることは、事故の再発防止に繋がる効果的な対策の一つだと思います。

【所在不明 12】(くすみ園)

内容	危険場所として施錠してある園舎周囲のフェンス間のスペースに、利用児が鍵を開けて入っていた。鍵は業者等への便宜のため近くの配電 BOX 内に置いてあった。利用児は大人がする行動を観察して真似たものと思われる。近くにいた運転手が早く気づいて外へ出し、けが・所在不明を予防することができた。
要因	・管理・環境要因—環境ミス
対策	・鍵の保管場所を配電 BOX から事務所に変更し、利用児の手の届かない場所で保管するようにする。
コメント	利用児は思いがけない行動にでることがあるので、保管場所を変更する事により、外への飛び出し、ケガ、所在不明を防ぐのに効果的だと思います。

【所在不明 13】(ウィズ)

内容	日中活動中、利用者の所在がわからないことに気付く。建物内、敷地内を探すとつきの里の利用者居室に入って過ごしていた。Aさんは日頃から、日中活動に参加しにくく、単独で過ごされていることが多い。また、同様の所在不明の事例も頻繁に見られていた。
要因	・利用者要因—こだわり・習慣
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・対応から利用者への支援へと意識転換を図る。 ・利用者の過ごしにくさ、性格等を再度、アセスメントしつつ、過ごしやすい環境作りを行う。
コメント	利用者の所在確認について、「全体で確認しましょう」、「連携を強化しましょう」という働きかけには限界があります。また、建物内から出て行かないことを監視するのみの対応については、利用者の意思に寄り添った支援には程遠く、Aさんの困った感は解消されません。改めて、リスクマネジメントの考え方として、支援の質向上を意識することの大切さを振り返ることができる事例です。

【所在不明 14】(堀江保育園)

内容	母親と姉が迎えに来たので、職員は母親に伝言をしていた。その際、利用児が靴を持って突然走り出した。姉が追いかけて追いついていたので、連れて戻ってくるだろうと職員と母親は待っていたが、姉だけが戻ってきて、見失ったという。利用児は開いていた裏門から出て行ったようで、母親・姉・職員であたりを探した。自宅に戻っているかもしれないとのことで、母親が帰ると、自宅に一人で帰っていた。家にはもう一人の姉がおり、家の中に入ることができたようで、母親が利用児を発見する。
----	--

要因	<ul style="list-style-type: none"> ・管理・環境要因—安全管理・環境ミス ・利用者要因—いたずら・遊び
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・裏門の施錠、確認を行う。 ・利用児の特性を理解する。 ・職員同士の連携をはかっていく。
コメント	<p>利用児はどんな行動に出るか予測できないことがあります。職員は利用児それぞれ の特性を十分理解し、あるかもしれないという気づきや予測を持って、対応してい かなくてはなりません。利用児が勝手に出ていく可能性がある場所は、皆で確認し 合い、施錠するなど環境を整えていく必要があります。</p>

②誤与薬・誤嚥・誤飲・その他による

A. 誤与薬

【誤与薬1】(いつきの里)

内容	寮内にピンク色の錠剤が落ちていたのを、利用者が拾って職員に届けてくれている。 錠剤を確認すると、AさんかBさんのものであると思われるが、落ちた経緯は確認で きなかった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—手順書不備
対策	<p>【職員要因に対して】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同様の事例が続いていることから、マニュアルの検証・見直しを行う。 <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・複数の薬を移し替えたり、扱ったりする場合は、トレイの上で行う。
コメント	同じケースが繰り返されている以上、マニュアルの検証も必要でした。職員間で検 証し、再発防止に向けマニュアルの見直しを行いました。結果として、手順の追加と なりました。同様の事例を集計しつつ検証していくことも有効なリスクマネジメント の視点となります。

【誤与薬2】(いつきの里)

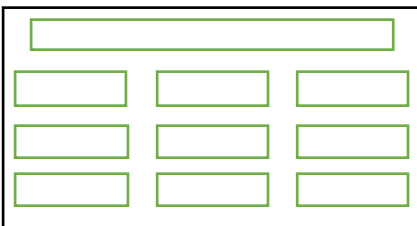
内容	ゴミ箱内のゴミ分別を行った際、ごみ袋の中からいくつもの薬が捨てられていた。 退所された利用者の薬をゴミ箱内に捨てていた。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—専門性の不足
対策	<p>【職員要因に対して】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・様々な利用者の状況を考慮し、危険予知力を高める。 <p>(方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・危険性について全体へ周知すると共に、処分の方法を示す。 <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ゴミ箱内に処分しても、触ってしまう利用者もある。 ・そこから、間違っって口にする可能性がある。 ・薬の内容によっては、重大な事故に繋がり得る。 ・処分については、利用者が万が一にも手が届かない所へ処分する。 ・処分の方法がわからない時は、看護師等に相談する。
コメント	人はみんな違いをもっています。当然と思われることも感覚や経験の違いで、認識 が異なることがあります。細かいようですが、一つ一つ、その意図(意味)を示しな がら気づきを共有していく必要があります。小さい気づきに対する共有をコツコツと 積重ねていくことも大切な視点です。

【誤与薬3】(松山福祉園)

内容	短期入所利用の方が持参されていた内服薬が配薬はきちんとされていたが、夜勤者
----	---------------------------------------

	が飲み忘れていた。原因として服薬チェック表の確認と分包を処分する際の確認を翌朝に行ってしまう、服薬忘れに気が付くのが遅れてしまった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・マニュアルに書かれている事が一連の業務として身に付くよう与薬前には一度服薬チェック表に挟んであるマニュアルを一読し、与薬に対する意識を高める。朝礼、終礼等を利用し与薬マニュアルをきちんと活用するよう呼びかける。
コメント	与薬前に一度マニュアルを読む事で、新たに追加された服薬状況を把握する事ができ、また、与薬手順を再確認する事により職員の意識も高まり与薬ミスがなくなると思います。

【誤与薬4】(松山福祉園)

内容	新任職員が利用者の服薬状況を把握しきれていないために、誤与薬や与薬忘れを起こす可能性があった。服薬チェック表を作成し、与薬した職員が名前を記入する事で、一目で利用者が服薬できているか分かるようにした。
要因	・職員要因—単純ミス、マニュアル不備・手順書ミス
対策	<p>・与薬マニュアルと服薬チェック表を作成した。【記入忘れがあった際には、ヒヤリ・ハットの提出を促している】</p>  <p>・服薬チェック表に、与薬者の名前を記入すると共に、利用者が内服されている薬・病状等が変更された時には、速やかに更新している。</p>
コメント	与薬マニュアルと服薬チェック表を作成し、用いる事で職員が利用者の病状を把握でき、手順を守ることで、利用者の与薬忘れ、誤与薬を防ぐ事ができると思います。また、新任職員も安心して業務にあたる事ができると思います。

【誤与薬5】(松山福祉園)

内容	職員がその場にいたが、利用者が自分で勝手に服薬箱から薬を取り出し服薬されていた。誤与薬の危険性、服薬忘れの危険性があった。
要因	・利用者要因—危険認知 ・職員要因—介助ミス
対策	・利用者には、服薬箱から勝手に取らないことを説明すると共に、職員には連携、役割分担について説明を行っている。
コメント	言葉で理解する事ができる利用者なら、言葉での説明も効果的だと思います。また、職員の役割分担を明確にすることで、事故を未然に防ぐことができると思います。

【誤与薬6】(松山福祉園)

内容	夜勤者が、利用者に対して与薬を行った後で、園では服薬チェック表に与薬した職員の名前を記入する事で、与薬忘れや誤与薬を未然に防ぐ事に取り組んできたが、与薬後に服薬チェック表へ名前を記入することを忘れていた。誤薬、服薬忘れの危険性があった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・今回の件に対して、当事者にヒヤリ・ハット提出を行って頂く事で意識を高めてもらう。また、全職員にも注意喚起を行い、再度、手順の確認を行っていただくと共に、なぜ職員の見守りの元で服薬を行っているのか考えて頂く。
コメント	服薬忘れ誤与薬を防ぐために、手順書やチェック表があります。より良い使い方をする事で、服薬忘れ誤与薬を防ぐ事ができ、利用者も安心して生活を送ることが出来ると思います。当事者から些細な事でもヒヤリ・ハットの提出をして頂く事で、より意識が高まると思います。

【誤与薬 7】（松山福祉園）

内容	職員間での連携不足で、同利用者に対して立て続けに同症状の薬を投薬してしまい、過剰投与の危険性があった。
要因	・職員要因—伝達ミス
対策	・出勤したら必ず、朝礼前でも夜勤者に利用者の状況を聞く。また、定期薬以外で与薬を行う際には、必ず看護師等に尋ねるようにする。
コメント	情報を共有する事で、事故を未然に防ぐことが出来ると思います。

【誤与薬 8】（松山福祉園）

内容	<p>食後薬があるAさんが職員の元へ来られ薬の訴えがあり、与薬を行おうとしたが配薬ボックスにAさんの薬がなく、服薬チェック表にも記載がなかったため、周囲にいた数名の職員に確認するが、誰も知らないとの事であった。Aさんが自分で配薬ボックスから薬を取り出し服薬した可能性があるため、食堂のゴミ箱に飲み終えた薬包がないか確認を行っている、抗癲癇薬 2 錠がゴミ箱の一番底から見つかった。確認するとAさんのではなくBさんの薬である事が分かった。ゴミ箱の中には10月5日からの薬包が入っており、少なくとも10月5日～10月7日の間で起こった与薬ミスだと思われる。今回の件では、職員の記入漏れがあっただけでなく、与薬ミスまでもが発覚したケースであった。</p> <p>Aさんの薬に関しては、確認をしていた際にその場にいなかった職員が与薬していた事が分かり、服薬チェック表への記入忘れであった。</p> <p>ごみ箱から発見したBさんの薬については、看護師に相談を行い、重複の可能性があるので、今回は新たに与薬を行わず様子観察としている。夜勤者にも状況を引き継ぎ、様子観察を行うよう伝えている。</p>
要因	・職員要因—手順不履行、伝達ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・チェック表の記入忘れについては気をつけるよう上司から口頭で伝えている。 ・職員に配布している与薬マニュアルを服薬チェック表にも挟み、与薬を行う際にはそのマニュアルを一読してから与薬を行う。
コメント	手順書がきちんとあるにも関わらず事故が続いてしまうようであれば、手順書の見直しを行う必要があると思います。手順書のどの段階で手順不履行が起こる事が多いのか見つめ直す事で注意喚起もしやすくなり、事故が減ってくるのではないかと思います。

【誤与薬 9】（松山福祉園）

内容	短期入所利用のAさん（普段は定期薬がない方であり、今回のみ内服薬があった。）が利用最終日に他施設の県外旅行に参加予定であり、7：30に通所施設の方の迎いで短期利用が終了の予定であった。その為、朝食を普段よりも早い時間の7：00に摂られていた。その後、迎えが来られ短期利用終了となっているが、7：40頃に夜勤者がBさんの与薬を行い、服薬チェック表に記入した際にAさんの朝食後薬を与薬していなかった事が発覚する。すぐに通所施設に連絡すると、まだ旅行に出発していないとの事であったため夜勤者が通所施設に薬を届け服用して頂いている。
要因	・職員要因—手順不履行、伝達ミス
対策	・予定外の時間に服薬を行う際にも、必ず服薬チェック表を持参して利用者に服薬して頂く。
コメント	イレギュラーな予定変更を確実に遂行するには、事前準備（情報、物品、薬等）を多く持つ事だと思っています。それにより心の準備ができ、余裕を持って業務にあたる事ができミスを防げると思います。

【誤与薬 10】（堀江保育園）

内容	<p>利用児に誤与薬を行ってしまった。（姉の薬を、妹に飲ませてしまう。）</p> <p>（早出の合同保育時、薬を受け取ったが、姉の薬を妹のクラスの薬入れに入れてしま</p>
----	--

	い、与薬時にも、名前の確認をせずに飲ませてしまった。)
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因—手順不履行、伝達ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> クラスで色違いの、個人別の薬袋をつくる。 薬の連絡票を、見やすいものに作り直す。 朝、早出の職員が保護者から手渡しで受け取った薬袋は薬入れのカゴに入れておく。 受け取った職員は、必ず名前を記入する。 朝礼を、受け入れの部屋で行う。(早出補佐 2 人が、子供の受け入れをし、薬を受け取った時点で、朝礼で伝達する。) クラス移行時は、クラスごとに一列に並んで移動する。(混乱を防ぎ、確実に手渡しで薬を受け取る。) 早出の時間に受け取った薬袋は、早出の職員が担任 (もしくは担任の代わりの職員) に手渡しする。
コメント	マニュアルを見直し、職員へ周知することにより今後の誤与薬防止につながると思っています。定期的にマニュアルを見直す事が効果的です。

【誤与薬 11】(ウィズ)

内容	外出体験へ出発する。公用車で出発した直後、ウィズより引率職員へ電話が入る。利用者の昼食後の薬を忘れて出発しているという内容であった為、受け取ってから再出発した。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因—手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> 外出に対する計画書の不備について確認する。(必要事項が盛り込まれていない) 計画書作成の遅れ (1 週間前に決済を受けることを確認) 引率職員への周知 (心構え、準備への対応)
コメント	外出体験は、日常と違った利用者の様子も見られることがあります。その分、事前の準備や情報共有をしっかりと行っておく必要があると思います。有意義な外出体験を提供する上で、準備が大切であるということを再確認すると共に、具体的に改善点を周知したことは有効であったと思われれます。

【誤与薬 12】(地域生活者支援室)

内容	朝食後、前日の朝食後の薬の飲み忘れがあったことが発覚する。複数の錠剤の内、1 種類の薬が薬箱に残っていた。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因—手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> 飲み忘れの確認がされていなかったために起こった誤与薬である。服薬確認の徹底と合わせて再発防止策を検討した。 利用者本人は食後に薬を服用する習慣は出来ている為、食卓テーブル上の本人の配膳前に薬を準備しておくことはそのまま継続し、今後は本人に一つ一つの袋を開けてもらうのではなく、小さな小皿を用意し、錠剤は事前に世話人・支援員が全てお皿にだし、視覚的に分かりやすくして、飲み忘れを防ぐ。支援者にも食後の薬の確認をする為、飲み忘れがないことがすぐに分かる状況にする。
コメント	グループホームの勤務は世話人が休みの場合は支援員が朝夕代行しているので、一人ずつの勤務ではありますが、そのホームに複数の職員が関わることとなります。全職員の情報共有と、どのような方法をとればミスが出ないようになるかの対策をして全体周知をすることが再発防止の第一歩だと思います。

【誤与薬 13】(福角保育園)

内容	利用児に与薬をする際、与薬依頼書を確認しないまま、粉薬と液 (シロップ) を与薬した。与薬依頼書に印鑑を押す時に与薬依頼書が 2 枚重なっていたことに気がついた。また、利用児に 2 種類の薬を飲ませたか記憶が曖昧になった。その後、ゴミ箱を確認すると利用児の粉薬の袋があり、正しく与薬をしていたことが分かった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因—手順不履行

対策	<ul style="list-style-type: none"> 保護者から与薬依頼書を受け取った時や与薬をする前に、記入された通りに薬が入っているか確認をする。 利用児に与薬をする時は、与薬依頼書の内容通りに与薬する。 与薬の利用児が複数名いる時は一人ずつ呼び、与薬依頼書と薬に記入されている名前を確認して、本人であるとしっかり確認してから与薬するようにする。
コメント	薬は命に関わります。与薬をする時は最善の配慮が必要です。薬の間違ひは重大事故に繋がる恐れがあると認識して、薬の取り扱いには十分に気をつける必要があります。

【誤与薬 14】(くるみ園)

内容	朝、保護者から利用児の風邪薬を預かったが、職員が失念して昼食後の服用をし忘れる。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・薬の預かり袋をホワイトボードの横に置き、誰が薬を飲むのかを大きく明記する。
コメント	誤与薬はチェック体制を二重三重(視覚的伝達・職員の連携)にして万全を期すべきであり、今回の対策を行う事により誤与薬が防げると思います。また、職員にも定期的にマニュアルの説明を行うことも効果的です。

イ.誤嚥

【誤嚥 1】(いつきの里)

内容	土曜日(生活介護営業日)の昼食時間帯、利用者が一人で食事を摂っているのを確認する。過去の窒息事故より、支援員が付き添って食事を摂ることを統一していたが、休日の営業日というイレギュラーにより、役割分担が曖昧になっていた。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	<p>【職員要因に対して】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> 改めて利用者の食事支援体制を周知し、徹底を図る。 <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> 担当職員を決めておくこと。離れる場合は、引継ぎを確実に言い、責任所在をはっきりとさせておく。
コメント	事故というのは、様々な風穴(条件や環境)を通り抜け発生するものです。(※リーゼンの軌道モデル) 日常的には実施できていることも、ちょっとしたイレギュラーで風穴を通過してしまうことがあります。日頃から、目的意識(意図)をしっかりと把握しつつ、取り組んでいくことで、応用や判断が生きてくると思われます。

【誤嚥 2】(松山福祉園)

内容	作業場に、いつ置かれたか分からない開封されたチョコレートの袋があった。利用者が発見するものの、幸いに口にすることはなかった。食中毒の危険性があった。
要因	・管理・環境要因—その他(不明)
対策	・作業場の管理に関しては、職員に一任されている為に、今まで以上に作業開始、終了時に作業場の確認を行うようにする。
コメント	作業場の確認を行う事は、衛生面に限らず安全面でも役立つと思います。また、食べ物の扱いについては、職員全体で意識して取り組んで行く事が大切だと思います。

【誤嚥 3】(松山福祉園)

内容	短期入所の利用者が、夕食で提供されたコンニャクを一気に頬張ってしまいコンニャクを喉に詰まらせる。重大な事故に繋がる可能性があった。
要因	・利用者要因—こだわり、習慣
対策	・今までは全てのメニューを普通食にて提供していたが、今回の件を踏まえて、ご家

	族と話し合った結果、喉を詰まらせる要因があるメニューに関しては、刻み若しくは細切れにて対応を行う。
コメント	日頃から利用者の食事状況把握を行い、利用者の個々の応じた食事を提供する事はとても大切な事だと思います。また、ご家族と密に連絡を取り合うことで、信頼関係を構築する事ができれば、些細な事でトラブルになっても大きな事には発展しないと思います。

【誤嚥4】(くるみ園)

内容	園庭倉庫にて利用児が、園で飼育しているかぶとむしのゼリーを見つけて食べようとする。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・管理・環境要因—環境ミス ・職員要因—マニュアル不備
対策	・園庭倉庫内に遊具や乗り物を保管しているため、利用児も出入りできるようにしているが、職員がいない場合には利用児が単独で入れないよう施錠をするようにした。
コメント	利用児は、色々な物を口に入れる可能性があるため、危険性のある物に関しては、利用児の手の届かない場所に保管することは未然に事故を防ぐために大切なことです。

【誤嚥5】(地域生活者支援室)

内容	ヘルパーが訪問し、家事援助にて焼きナスを調理して提供した。咀嚼力の弱い利用者であるため、事前に細かくカットして提供したが、焼きナスが喉に引っ掛かり、咳き込む音でヘルパーが異変に気が付いた。洗い物の手を止め、ヘルパーが背中を擦るなどの介助を行い、難を逃れたが、危うく誤嚥するところであった。
要因	・利用者要因—体調不良等
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・今回は、ナスの種の部分が引っ掛かったようであり、そのような部分は取り除いて提供する。 ・事前に適当な大きさにカットしてはいたが、一度ヘルパーの目の前で口にして頂き、様子を観察する。 ・咀嚼力の弱い利用者については、他の業務を行いつつも、必ず声掛けなどの様子確認を行う。
コメント	<p>今回のケースは、一歩間違えば大きな事故に発展する可能性があったと思われます。誤嚥を想定し、予め食材を小さくカットしていたにも関わらず、利用者のその日の体調や状況等で、このように事故に繋がりがかねない状況に陥ることがあることを改めて認識できたケースだと思います。</p> <p>普段接している利用者であっても、一度口にして頂くなど、目で見て確認することや、大丈夫と思いません、目配り気配りすることは、お互いの安心に繋がる良い再発防止策だと思います。</p>

ウ.誤飲

【誤飲1】(いつきの里)

内容	短期入所の利用者が、作業後にウィズ北側駐車場（工事中で工事関係者の仮設事務所設置中）の方へ一人で向かっていた様子。寮内へ戻って来た際、お茶の缶を手を持っていた。スクリュウキャップ式のキャップは閉じられたままであった。職員がその缶の中身を確認すると、シンナーが入っていた。工事関係者に確認すると、車の中にあつた缶のようであったが、車の施錠はされておらず、戸も開いている状態であった。幸い、利用者はスクリュウキャップを開けることができなかつた為、誤飲に繋がらなかつた。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・管理・環境要因—環境ミス ・利用者要因—利用者要因

対策	<p>【環境要因に対して】 (方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者による危険回避は難しい為、工事関係者との連携において、環境調整を図る。 <p>(方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 工事関係者（現場責任者）と工事中の留意点を再確認する。 • 飲み物の入れ物には、異物を入れないこと、薬品や工具等、危険性のあるものの管理場所、管理方法の徹底をお願いする。 <p>【利用者要因に対して】 (方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 危険認知が難しい為、環境調整を図ると共に、この事例を全体に周知する。 <p>(方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 報告書にて、事例を周知する。
コメント	<p>日常の環境や条件と異なる場合は、特に注意が必要となります。認識間違いを起こしやすい環境・条件等は、極力、調整や改善を図ることが望まれます。工事関係者はこれらの事情を認識できていませんので、事前の説明・連携が私たちの安全配慮義務の範囲だと思えます。</p>

【誤飲2】(いつきの里)

内容	<p>ジュースのペットボトルにたばこの吸い殻が入った状態で放置されているのを確認する。利用者の誤飲に繋がる恐れを感じ、ヒヤッとした。飲み物等の容器には入れないことは周知していたが、守られていなかった。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> • 職員要因—手順不履行
対策	<p>【職員要因に対して】 (方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 重大事故に繋がる恐れを周知すると共に、ルールを再確認。 <p>(方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 飲み物等の容器類に異物は入れないこと、そのことによるリスク（危険性）を報告書で再度全体周知すると共に、当事者にも個別指導を行う。
コメント	<p>利用者が認識間違いを引き起こしやすい環境を職員が作り上げてはなりません。ましてや命にかかわる事例ですので、重大性を考慮し、全体周知に加え、個別指導も含め事故防止に繋がりました。このような事例で発生した責任は逃れることができません。ルールを遵守することは、利用者の命を守るのはもちろん、職員自身を守ることに繋がってきます。</p>

【誤飲3】(くるみ園)

内容	<p>家庭にて1 cm程度の磁石を2つ飲み込む。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> • 管理・環境要因—環境ミス • 利用者要因—こだわり・習慣
対策	<ul style="list-style-type: none"> • 家庭、園とも口に入る大きさの磁石を全て撤去した。
コメント	<p>家庭では事故に至ってしまいましたが、利用児に与えるダメージを知ることにより、環境整備の大切さと利用児の行動の予測の重要性を学ぶことができたケースです。磁石以外にも風船、薬品、タバコ等、誤飲事故の原因となるものは沢山あり、日頃からの環境整備の習慣を付ける事が大切です。</p>

【誤飲4】(堀江保育園)

内容	<p>利用児が座って口をモゴモゴ動かしていたので、おかしいなと思い口の中に手を入れるとプラスチックのかけらを口の中に入れていた。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> • 管理・環境要因—環境ミス

対策	<ul style="list-style-type: none"> ・保育が始まる前には保育室を確認し、危険な物がないかなど改めてチェックする。 ・プラスチックのかけらは、 parasolハンガーだったので、老朽化したものについては新しく購入するように検討する。
コメント	利用児は色々な物を口に入れる可能性があるので、日頃からの環境整備の習慣を付けることが大切です。

エ.その他

【その他 1】(いつきの里)

内容	夕食後、娯楽室に白い錠剤が落ちていた。ほとんど溶けた状態の錠剤であった。利用者の反芻により出てきたものであった。この状態は以前より見られ、対策を講じてきていたが、再度見直しが必要である。
要因	・利用者要因—こだわり・習慣
対策	<p>【利用者要因に対して】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・反芻自体を軽減していくことはなかなか困難である為、その状態を前提に正しく服薬できる方法を検討する。 <p>(方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師（囑託医）と相談し、より確実に服薬する方法として、錠剤から液状あるいは粉剤へ変更していくこととする。
コメント	反芻という行動は、感覚的に依存性が強く、行動に変化を求めることは難しさがあります。しかしながら、利用者にとって必要な薬であることや、他者の誤薬を考えると、環境（条件）を調整する視点が必要でした。体内に吸収しやすい形状に調整することは大変、効果的です。

【その他 2】(いつきの里)

内容	歯磨き支援において、複数の利用者に対し、ブラッシングの介助を行っているが、一人終わるごとに手洗いがされていない。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	<p>【職員要因に対して】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハンドブックにて、マニュアルの再確認および徹底を図る。 ・虐待に該当する恐れがあることを含め、重大性を周知する。 <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人ずつ手洗いを実施する手順を再確認すると共にその意図も確認。 ・利用者の想いに立てば、虐待に繋がる恐れがあることを周知。 ・以前にも同様の指摘があり周知したが、改善されていない状況から、複数でハンドブックを確認し合うよう指示する。
コメント	忙しさの中でついつい手順を省いてしまいがちですが、この手順については、虐待に繋がる恐れや衛生上の問題等、重要な手順となります。その意図を改めて伝えながら改善を求めました。マニュアルをハンドブック化したことで、周知や確認は大変効率があがっています。

③入浴中・入浴介助中による

【入浴中・入浴介助中 1】(いつきの里)

内容	入浴時間帯、職員が浴室内を確認すると、利用者が7名入浴。その内、発作の可能性がある利用者が5名入浴していた。利用者の心地良い入浴、およびリスクの観点から、入浴は5名まで、内、発作のある利用者は2名までというマニュアルが守られておらず、危険な状況であった。
----	---

要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因—手順不履行
対策	<p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> マニュアルの再確認および重大事故への可能性を周知する。 <p>(方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> 入浴支援していた職員には、その場で指導を行う。 報告書にて、重大事故に繋がる恐れを周知すると共にマニュアルの再確認、徹底を促す。
コメント	<p>マニュアルは様々な根拠や視点から作成されています。気持ちの良い入浴時間を提供すると共に、安全に入浴していただく為の手順を示しています。標準化という意味で示している手順もありますが、この場合の手順は、絶対に遵守されなくてはならない手順となります。危機感・緊張感を抱えていただく為にも、最悪のケースをイメージすることも大切であったと感じました。</p>

【入浴・入浴介助中2】(ウィズ)

内容	<p>事業所の浴室が使用できないため、隣の事業所の浴室を借りて入浴支援を実施した。(外介助1名・中介助1名)車椅子使用のてんかん発作のある男性利用者の洗体や洗髪を終え、先に湯船に入ってもらった。中介助の職員が次の利用者の洗体を行っていた時、外介助の職員が浴室の中を見ると、湯船に座っていたはずの利用者の姿が湯船の中に沈んでいる。すぐ湯船から出し人工呼吸と心臓マッサージを行い、命に別状はなかった。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因—介助ミス、手順不履行 利用者要因—てんかん発作
対策	<ul style="list-style-type: none"> 湯船に入っている利用者がある場合、必ず自分の視野にその利用者の姿が入るような位置で他の利用者の介助を行う。 てんかん発作のある利用者の入浴時は、職員がそばを離れない。 入浴順を配慮し、危険度の高い利用者の見守りを徹底できる体制で支援する。 発作時、発声があるとは限らず、「大丈夫」という思い込みはもたない。 万が一の時あわてないように、救命救急講習を受け、自信を持って心肺蘇生が行えるよう日頃から意識する。
コメント	<p>職員の迅速な蘇生処置により、命を落とすことはなかったですが、入浴中の危険を改めて感じさせられた事例であると思います。てんかん発作の有無にかかわらず、水のある場所での溺水は、即、命の危険につながることをしっかり意識して、緊張感を持って入浴介助にあたらなければならないと思います。外介助の職員も常に利用者の様子を意識して、事故につながらないように支援していくことが重要です。</p>

【入浴中・入浴介助中3】(地域生活者支援室)

内容	<p>移動支援にて温泉施設(家族風呂)を利用中、湯船の中で、てんかん発作が起こり、危うく溺れそうになったが、マンツーマン体制であり、視野の中に利用者を意識していたこともあり、浴槽から抱え出し、床の上で見守りを行った。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> 利用者要因—てんかん発作
対策	<p>(事前準備として)</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス開始時には利用者本人の体調、睡眠の状況など、家族と情報交換を行い、支援にあたる。 <p>(体制として)</p> <ul style="list-style-type: none"> てんかん発作がある利用者への対応方法(入浴時)や留意点をしっかりと遵守し、重大事故の防止に努める。 <p>(発作発生時の対応として)</p> <ul style="list-style-type: none"> てんかん発作時の対応方法をしっかりと身に付ける。 また利用者特有の対応方法等については、家族と事前に情報共有を行っておく。

コメント	入浴中のてんかん発作は生命に関わるため、目を離さないという姿勢が大前提です。また、てんかん発作の発生を抑えることは、基本的には困難だと思います。そのため、職員としては、てんかん発作は発生するものとして捉え、発生した時にどれだけ落ち着いて対応できるかが重要です。普段から、家族と情報交換を行うと共に、てんかん発作に関する知識や対応方法等の技術を高めるなど、事前準備をしておくことは、大変有効であると思います。
------	---

④疾病等による

【疾病1】(いつきの里)

内容	休日、大発作ではないが、細かな発作が利用者に連続して見られた。医師（嘱託医）との連携において、服薬調整も行っているが、まだ安定せず発作が増してきている。休日に状況が悪化し、不安がある時は救急搬送の指示を事前に受けていたことから、救急搬送を行った。
要因	・利用者要因ーてんかん発作
対策	【利用者要因に対して】 (方針) ・てんかん発作への治療（服薬調整）を継続しつつ、いざと言う時の体制を確認しておく。 (内容) ・医師（嘱託医）と情報交換を行いつつ、服薬調整を行う。 ・状態悪化の場合について、医師（嘱託医）と相談し、対応手順を整えておく。
コメント	私たちが携わることができる範囲は限られています。医療の分野については、医師の判断が必要とされます。誤った判断をしてしまわない為にも日頃から医師との関係を密にしておくことが望まれます。私たちの役割の範囲の中で責任のあり方を確認しておきましょう。必要な場合は医師の指示を仰ぎ、医療へ繋ぐことが私たちの責任範囲であると思います。

【疾病2】(いつきの里)

内容	ウィルス性胃腸炎の集団感染が見られる。利用者28名、職員2名が症状発生。
要因	・利用者要因ー危険認知 ・管理・環境要因ー環境ミス
対策	【利用者要因に対して】 (方針) ・手洗い等、衛生上のリスク理解が乏しい。そこに視点を置いて改善していくことは困難である為、管理・環境要因を中心に検討する。 【管理・環境要因】 (方針) ・生活環境や衛生管理について、具体的な対応をとる。 (内容) ・手洗い・消毒の徹底を行う。 ・汚物処理の方法について再度徹底を行う。 ・利用者の体調把握徹底を行う。(検温回数増・食事、排泄等の確認) ・作業や余暇活動の縮小。食事環境の調整等を行う。 ・製菓班の自粛を行う。 【保健所の指導を受け、事後の対応として】 ・厨房トイレの改修を行う(和式⇒洋式) ・製菓班の手洗い場設置を行う。(シンクで手洗いしていた) ・状況によっては、ジェットタオルの使用は控える。(菌が飛沫することになる)

コメント	利用者個々の意識を高めていく難しさがある以上、可能な限りの環境調整や職員の意識向上が必要です。また、感染が拡大する中では、行政や保健所への報告も行い、指導を仰ぎながら対処していくことも最小限に抑えていく為の効果的な手段であると思います。
------	--

【疾病3】(松山福祉園)

内容	アレルギーがある利用者専用のお茶を用意していたが、夜勤者が連絡表と個人マニュアルを見落とし、利用者が勝手に自分でお茶を入れてしまう。一歩間違えれば、アレルギーを起こして重篤な事態に繋がる可能性があった。
要因	・職員要因 手順不履行
対策	・マニュアルに沿って対応するように説明を行う。 ・個人専用のお茶を用意していたが、園全体の茶葉の種類を変更する事で、個人専用のお茶を用意しない方法をとった。
コメント	個人専用のお茶を用意するより、全体で変更する事によりミスが無くなり、利用者のリスクが減り、今回の対策はかなり効果的な方法だと思えます。

【疾病4】(松山福祉園)

内容	夕食時に職員が情緒を乱しているBさんの対応を行っている最中に、食物アレルギーがあるAさんが食堂に来られた。普段からAさんにはアレルギーに配慮した食事提供を行っており、職員が確認してから手渡しにて食事を提供していたが、今回は職員がBさんの対応中ということもあって、きちんと確認せず慌てて他者の食事を提供してしまった。すぐに別の職員が気づいてAさんの食事を交換したため、食材は口にすることは無かったが、汁を飲んでいて、その後、体調確認を行うがアレルギー反応は見られなかった。今回は、Aさんに体調の変化(アナフィラキシーショック)は見られなかったものの、一歩間違えれば命を脅かす危険性があった。
要因	・職員要因 手順不履行
対策	・朝食、夕食時には職員が手薄な為に、職員間の連携を高める。 ・持ち場を離れる際には、声を掛けあいその場に居残る職員は食事提供や与薬に間違いがないように注意して業務にあたる。 ・事前に配膳されている食事を取り出す際には、職員が「〇〇さんの食事取ります」等の声だし確認を行いつつ、厨房職員との連携も図る。
コメント	今回の件は命に関わる事であり、危機感を高め業務が馴れ合いにならないよう夜勤者はお互いに意識して業務にあたる必要があると思います。自分は命にかかわる仕事をしているという意識をしっかりと持ち、職員間の連携を高める事で今後は事故を未然に防ぐことができると思います。また、互いに声を掛けあう事は有効的な方法だと思えます。

【疾病5】(松山福祉園)

内容	県外旅行中、アレルギーがある利用者がホテルで夕食を摂り、入浴を行ってからしばらくしてアレルギー反応を示す。職員が食事提供を行う際に、職員がダブルチェックを行っていたが見落としがあったのではないかと問われたが、帰園後、看護師に確認すると、食物アレルギーではなく、衣類を包装していたプラスチックによる反応であった事が判明している。今回アレルギー反応を示した利用者は、プラスチック製品の成分でアレルギー反応を示す事は全職員が把握していた。しかし、包装フィルムからその成分が衣類に付着してしまうという考えに至らず、その認識不足がアレルギー反応を起こす要因となってしまった。
要因	・利用者要因 体調不良等
対策	・今後は衣類等を購入した際には一度洗濯してから着用して頂く。 ・新たに得た情報を全体に周知する。
コメント	アレルギーがある利用者は、常に危険と隣り合わせであり、一歩間違えれば命を落

	とす可能性があります。先入観から食べ物からと思い込みがちですが、今回のような事例もありますので、情報を全体に周知する事と引継ぎを密にする事で、事故を未然に防ぐ事ができるようになると思います。
--	---

【疾病6】(地域生活者支援室)

内容	休日に利用者が単独で外出されていた際に、てんかん発作により道路に倒れ、通りかかった方が発見し、病院に運ばれた。
要因	・利用者要因—てんかん発作
対策	・再発防止策として、外出したいという思いを大切にす方向で、対策を検討。そこで身分証明書(本人が財布等に入れて常に所持しておくもの)の内容の見直しを行った。のぞみホームズでは、一人で外出している時間に災害や緊急的な出来事が起こることが予測されるため、住所・名前・連絡先に加え、糖尿病や高血圧、てんかん等の薬を服用している利用者については、病名を記載し、万に備え、協力を得られるような物に変更した。
コメント	利用者の思いを大切にしつつ、また行動を制限することなく、緊急時に備えた先手の対策の一つであり、効果的な対策であると思います。

【疾病7】(地域生活者支援室)

内容	グループホームにて世話人が利用者に声を掛けた直後に、利用者がお箸を持ったまま、失神し後方に倒れ込む。
要因	・利用者要因—体調不良等
対策	・病院受診の結果、脳波に異常はなく、急激な血圧低下による失神であるとのこと。本人の状態として、自身を否定されたり、注意されたりすることで、動悸が激しくなり、血圧が急激に低下することが解った。これらを受け、本人への関わりの中で、緊張感をもたなくて済むような職員との関わりや関係性の構築及び、ゆっくりとした口調を心掛ける。また、転倒に備え、安全な姿勢での関わりを心掛ける。
コメント	世話人や職員の普段の細かな観察により、病気(特性)を発見することができた事例だと思ひます。今後も、利用者の症状や言動を十分に観察していき、更に効果的な対応策を検討していく必要があると思ひます。

【疾病8】(ウイズ)

内容	Aさん(男性)は、糖尿病へのケアとして、定められた時間に尿糖値を測定することになっているが、当日は会議、外出活動等が重なり、男性職員が不在であった。定刻となっても測定を行っておらず、15分遅れで気付き対応している。
要因	・職員要因—マニュアル不備
対策	・尿糖値の測定について時間管理を行う者を明確にする。(サービス管理責任者) ・測定時間を厳守する為に、タイマー(アラーム)を活用する。
コメント	疾病に関するケアについては、重大な事態に繋がってしまう恐れもあります。個々の意識や注意力だけに頼ることなく、具体的な気付きのきっかけや共通のルール(手順)を設定することで確実に対応していくことが望まれます。さらには実施後の確認まで相互に意識できれば、確実性が増していくものと思ひれます。

【疾病9】(ウイズ)

内容	朝から気温が上がり、10時の時点では、活動のメインとなるホールについては、エアコンで室温調整を行っている。その他の部屋は活動内容(状況)に応じてエアコンの調整を行っていたが、いつの間にか、利用者がエアコン調整していない部屋で過ごしていることがあった。窓も開いておらず、かなり室温が高くなってしまっており、熱中症に繋がる恐れがあった。
要因	・職員要因—マニュアル不備

対策	(改めてエアコンの使用に関する基準や視点を共有する) <ul style="list-style-type: none"> ・エアコンの稼動に関する基準値を設定し標準化する。(室温28℃、湿度70%以上) ・特に活動が定まっていない時間帯(来所時や昼休み等)は、利用者の過ごし方も多様化する為、一体的な室温管理をしておく。
コメント	熱中症に関しては、重大な事故につながることもある為、細心の注意を払う必要があります。活動前後の時間帯は、食堂・ホール・リハビリ室・玄関等、様々な場所で利用者が過ごしています。活動時間帯は利用者の把握もできていると思われませんが、活動前後の時間帯は把握が難しい為、事業所全体で室温を管理していくようにする必要がありますと思われる。

⑤利用児・者同士による

【利用児・者同士1】(いつきの里)

内容	利用者が興奮(パニック)に陥った時、相手に噛みついてしまう行動が多発する。かなりの興奮度、力強さであり、一人の職員では対応しきれず、事故(怪我)に至ってしまうことが続いていた。※一度ではなく、繰り返しの事故。
要因	・利用者要因—情緒不安
対策	【利用者要因に対して】 (方針) <ul style="list-style-type: none"> ・長期的視点が必要な「支援」と事故回避の視点としての「対応」を明確にして取り組んでいく。 (方法) ①「支援」として <ul style="list-style-type: none"> ・定期的にケース会議を開催する。(ご家族・嘱託医も参加) ・コミュニケーションおよび対人関係等に関する支援を行う。 ②「対応」として <ul style="list-style-type: none"> ・不穏状態に対しては、男性支援員の協力体制を得て対応する。 ・お互いの安全確保の為、タオルを用いた対応を行う。 ⇒身体拘束に該当する為、以下の手順で進める。 (1) 検討機会を確保 (2) ご家族への説明・同意
コメント	この事例については、利用者の不安解消等に向けた支援が絶対的に必要です。ただし、その支援過程においては、怪我(事故)を防止しつつ取り組むことが求められます。本人、職員共に可能な限り安全を確保する為、「支援」と「対応」からの対策としました。対応については、身体拘束に該当しますので、慎重な議論や同意の過程をしっかりと踏む必要がありました。これもリスクマネジメントの取組みにおいては大切なポイントとなります。

【利用児・者同士2】(松山福祉園)

内容	作業中にAさんがBさんに殴られたと報告に来たため、確認を行ったが、両者共怪我はなかった。Bさんは以前にも興奮して物を投げて他の利用者を怪我させてしまった事があった。今回は怪我には至らなかったが、対応策を講じないと同じことを繰り返して、また他者に怪我を負わせてしまう危険性があった。
要因	・利用者要因—情緒不安
対策	・早急に作業場の環境を整えると共に、利用者間での相性を把握して、適切な作業提供を行うようにする。また、職員もこまめに作業場の巡回を行うようにする。
コメント	職員は、利用者の特徴をきちんと把握し、情緒不安時に危険行為が見られる利用者に対しては他の利用者から離れた場所で作業を行っていただく等、危険行為が及ばないような環境の配慮が必要だと思えます。また、巡回をこまめに行う事で、利用者の

	状態を把握でき、利用者も職員の姿を見かける事により作業に取り組む姿勢を改める事ができトラブルの回避に繋がると思います。
--	---

◎利用者・者による第三者に対して

【利用者・児による第三者に対して1】(ウィズ)

内容	男性利用者を自宅まで朝迎えに行くと、「横になっているので中に入って起こしてほしい」と母親のから要望があった。部屋まで入りソファに横になっていた本人に起きてもらうよう声をかけ促す。急に利用者が職員の胸部を蹴ったためしりもちをつく。態勢を立て直そうとしていた時に上から頭部・顔面を殴られる。本人は翌日の短期入所利用を控えやや情緒不安定であった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 管理・環境要因—体制ミス 利用者要因—パニック・情緒不安
対策	<ul style="list-style-type: none"> 情緒不安定時は粗暴行為が見られることがある利用者であることをしっかり意識して支援にあたる。 ショートステイ前の情緒不安などの情報を共有し、利用者の気持ちに配慮する。 自宅への個別送迎（運転者と添乗者）で車の停車位置を考え（実際は利用者宅の駐車場）2名で自宅に迎えに行く→情緒不安定や新しい職員が対応する場合など、臨機応変に行う。 突発的な行為に備え、自分がバランスを崩すことのないように、対応時の位置や距離を考える。 関わりの深い職員の方法を学ぶ機会を持つ。
コメント	行動障害のある利用者であり、通常男性職員2名で運転・添乗しお迎えに行っています。睡眠不足など、その日の様子（体調・表情や動き、ことば・家族の話などから）観察をしっかり行い、短期入所利用前は不安定になるなどの情報を事前に知っておくことで対応も変わってくると思われます。突発的な行為でも自身の身を守ることは、利用者や家族を守ることにともなるため、（利用者にとっては失敗体験になったり、家族は申し訳ないと気持ちになってしまう場合もあります）利用者の気持ちに寄り添い、今回のことを周知し、今後の支援に活かしていくことが重要であると思われます。

【利用者・者による第三者に対して2】(地域生活者支援室)

内容	移動支援にて、公園に行き休憩している際に、利用者が同じテーブルの周辺で休憩していた一般の方のペットボトルに手を伸ばそうとしており、職員が気付き謝罪した。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 利用者要因—こだわり・習慣 管理・環境要因—体制ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> 当初は、その方が飲んでいる飲み物が欲しくて起こした行動であると思われたが、実際は、ペットボトルのラベルを剥きたくて（こだわり）の行動であることが解った。こだわり行動のある利用者については事前情報を入手し、職員間で情報共有する。また、職員の対応としては、一般の方が周囲にいる際は、より一層注意を払い、利用者の特性に応じた支援を行う。
コメント	事故防止を意識し過ぎるあまり、過度の対策をとることは、行動制限に繋がる恐れもあり、逆効果になることも予測されます。利用者のこだわりや特性について、理解を深めていく中で、支援者が気持ちにゆとりをもって対応することが有効であると思えます。

【利用者・者による第三者に対して3】(地域生活者支援室)

内容	利用者が特定の職員に対して好意を持ち、関わりがエスカレートする傾向にあったため、職員からある一定のルールを提示されたことで、不安定な状態となる。本人との会話の中で出てきた言葉であり、現場での事実確認はできていないため、詳細は不明であるが、自身が所有するハサミやグループホームの包丁を持ち出し、自傷や他傷
----	---

	を考えたが、行動には移していない。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 管理・環境要因—環境ミス 利用者要因—パニック・情緒不安
対策	<p>今回のケースにおいては、特定の職員と利用者の関わりについて、連絡を取らないことや、挨拶程度で会話はしないという一定のルールを本人の同意の上で設けた。その上で、利用者の特性として若い職員に関心を示す傾向があるため、新しく入職した職員に対しても適切な関わり方について周知し、再発防止に努める。また、包丁については、専用の保管庫で保管する。その上で、担当の職員が利用者との関わりを多く持ち、ストレス軽減に努める。</p>
コメント	突発的な行動に移る前に、普段の関わりを大事にすることは必要です。かつ、包丁などの危険物については、保管方法等を明確にし、あらゆるリスクの軽減に努めていくことが効果的な対策であると思います。

【利用児・者による第三者に対して4】(地域生活者支援室)

内容	グループホームの巡回時、21:00を過ぎても入浴されていない利用者がいたため、職員が入浴を促す声掛けを行った。気が進まない様子であり、数回声掛けしたところで準備をされている。その後、一度は浴室に行かれるが、台所に戻られ、ゴミ箱を蹴っている。そこで、職員が話を聴こうと声を掛けたところ、「殺してやる」などと発し、職員に対して粗暴行為に至ったため、両腕をもって静止し、しばらくして落ち着かれている。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 利用者要因—こだわり・習慣、体調不良等
対策	<ul style="list-style-type: none"> 普段から衛生面での支援が必要な利用者であるが、その日の利用者のコンディションによっては、同じ声掛けであっても過敏に反応され、今回のような結果になる可能性がある。そのため、一通りの声掛けを行い、後は利用者の自主性に任せ、経過を見ていく。
コメント	今回のケースにおいては、本人のコンディションによるものが大きいと思われれます。巡回は、新人からベテランに至るまで様々な職員が行う業務であるため、現段階では、お互いに心理的不安を除去するためにも、声掛けの方法など、ある一定のルールを設け、様子を観ていくことが必要であり、効果的な対策であると思います。その上で、入浴場面での声掛けではなく、普段の落ち着いている生活場面の中で、入浴について話し合いの場を持つなど、次に繋がる支援方法を模索していく必要があると思います。

【利用児・者により第三者に対して5】(地域生活者支援室)

内容	グループホームにおいて、職員がナイロン袋を保管している所を確認すると、中からカビの生えた袋がでてきた。生ゴミを捨てるために職員がセットした袋に納めがいかず、利用者が、袋を差し替え、収納してしまったことによるものであった。その件について職員が利用者にはたずねると、パニックになり、グループホームの包丁を取り出しているが、すぐに元の場所に戻すことができている。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 利用者要因—こだわり習慣
対策	<ul style="list-style-type: none"> 利用者のナイロン袋へのこだわり部分を強みとして捉え、ナイロン袋の交換を利用者の役割としてお願いし、職員と一緒に交換を行う。包丁に関しては、専用の保管庫で保管する。
コメント	包丁などの危険物については、保管方法等を明確にし、あらゆるリスクの軽減に努めていくことは必要な対策であると思います。また、支援については、利用者の言動に対して、対処的な関わりではなく、利用者の特性や個性を活かした取組みは大切であり、職員との関係性を築くことができ効果的な対策であると思います。

【利用児・者による第三者に対して6】(地域生活者支援室)

内容	利用者が、自転車を使用中、ライト部分の部品の一部を路上に落としてしまった。
----	---------------------------------------

	ライトを購入して間がないこともあり、購入先の自転車屋に自ら相談に行っている。相談を受けた店主より「一緒に探しに行きましょう」と声を掛けて頂くが、本人は、新しい物に交換して欲しかったようであり、突然店頭に並んでいた自転車を押し倒し、自転車を持ち上げようとしたり、バイク置き場に向かい危険であったため、店主が制止し、事業所に連絡が入った。
要因	・利用者要因ーパニック・情緒不安
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・この事例の半月前より不安定な状態が続いておりヒヤリ・ハット報告も受けている。 ・今回のケースの検証を行う中で、自転車屋さんに自転車のライトを注文した頃から不安定になっていることが解った。ライトは、取り寄せのため、手に入るまでに時間がかかり、納期も未定という利用者にとって、苦手な曖昧な状況の中で、不安定になっていたのではないかという見解に至った。そこで、当面は利用者にとって曖昧な部分を排除しつつ、見通しがたつ支援を行うこととした。具体的には、職員が買い物へも同行し、利用者の思いを代弁するなど、曖昧な状況を排除していくような支援を行う。
コメント	利用者自身がある程度のごことは自分でされる方ですが、その分、支援者側の利用者に対する説明や配慮が不足していたのかも知れません。その狭間で、見通しの立たないもどかしさから、利用者が不安定になっていたことが予測されます。今回は、待ちに待って手に入れたライトの破損ということで、過敏に反応されたのではないかと思います。職員が利用者により多く関わりを持ち、何でも相談できるような関係性を築くことが、重要であり、事故の再発防止の一つとして効果的であると思います。

【利用児・者により第三者に対して7】(地域生活者支援室)

内容	利用者より、グループホームで食事中、職員に「職場に近いホームに変わりたい」と相談があった。それに対して職員が「頑張っていたら事業所の職員が考えてくれると思いますよ」と返答したところ、椅子から立ち上がり、職員に対して手を振り上げ、「殺すぞ」と叫んでいる。職員はすぐに視界から外れたため、怪我等はなく、そうしたことで本人も我に返っている。その後すぐに、連絡を受けて事業所の男性職員が駆けつけ、話を聴くなど、対応している。
要因	・利用者要因ーパニック・情緒不安
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・この事例の1ヶ月前に、上記事例6に記載の通り、自身が自転車のライトを自転車屋に注文したが、取り寄せに時間を要し、見通しが立たないことにより不安定な状態になっていた背景があった。 そこで、利用者からの訴えや質問に対しては、より具体化して5W1Hで回答することや、利用者特有の表現方法を職員が共通認識するなど、見通しのたつ支援を心掛け、不安感の排除に努める。また、何よりも、普段から関わりを多くもち、利用者のコンディションの変化に気付くよう努める
コメント	利用者自身がある程度のごことは自分でされる方ですが、その分、支援者側の利用者に対する説明や配慮が不足していたのかも知れません。その狭間で、見通しの立たないもどかしさから、利用者が不安定になっていたことが予測されます。これを機に、職員が利用者により多く関わりを持つようになったことは、早期に利用者の変化に気付く効果的な対策であり、事故予防になると思います。

【利用児・者により第三者に対して8】(みらい)

内容	公園にて利用児3名に対し職員1名で遊んでいたが、Aさんが公園で遊んでいた地域の子どもの砂を投げる。職員は他利用児の支援をしており気付くのが遅れ、投げた砂の中の小石が子どもの額に当たる。Aさんの状況を分析していくうち、情緒が安定しにくい時期であったことも要因であると考えられた。
要因	・利用者要因ーパニック・情緒不安
対策	・利用児の現在の状況等の把握、行動の予測をしっかりと行い支援にあたる。

	・予測される利用児の情緒不安の内容やその時の支援の仕方を職員間で共有しておく。
コメント	利用児の特性を把握し、支援にあたる必要があります。また、その時の利用児の状況や情緒の把握、行動の予測をし、職員間で共有していくことが大切です。

⑦その他

【その他4】(くるみ園・堀江保育園・福角保育園)

内容	戸外にて毒虫(ムカデ・毛虫・蜂)が発生し、すぐに駆除を行う。
要因	・管理・環境要因—環境ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・毎朝、園庭掃除時または遊ぶ前に毒虫の有無を確認する。 ・遊んでいる時も複数の職員で連携を取り、常に安全に遊んでいるかを確認していく。 ・園庭にて見かけた際は、適切に駆除し、朝礼や終礼を通じて、職員全体に注意喚起をしていくようにする。また、消毒等にて毒虫の多発生を防ぐ。 ・刺された場合は、必要に応じて病院を受診するなど速やかに対応していく。
コメント	戸外では、様々な生物に注意を払うと共に、命の危険を伴うことを十分認識する必要があります。職員全体で日頃から注意喚起していくことで、早期発見と早めの対応ができます。自然に触れながら遊ぶことが大好きな子ども達の行動を予測し、安全な環境を整えることが大切です。

【その他5】(堀江保育園)

内容	松山市内の保育園で、利用児達がれんげ畑で遊んでいる時にマダニに噛まれたという情報が入ってきた。
要因	・管理・環境要因—その他(安全管理)
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・マダニの画像、生息場所、刺された時の症状、身を守るためにはどうしたらいいか等取りまとめ、職員間で情報共有していく。 ・園外(草むら等ある場所)へ出かける際は、長袖、長ズボンを着用する。 ・虫よけスプレーを活用する。
コメント	園外保育や散歩の最中で起こりそうな事例です。他園で起きた事故を教訓にし、自園では大丈夫か改めて点検することが大切です。職員全体で情報を共有し、施設にあった対策を考えることが、事故を未然に防ぐことに繋がります。

【その他6】(北部地域相談支援センター)

内容	利用者の事業所見学に同行、1日に3カ所を見学した。3カ所目の事業所で利用者の疲れがピークに達して不機嫌になり、相手の方の問いかけに返事を返さなかった。同行終了時に利用者より「今日は疲れました。」との感想がでた。
要因	・職員要因—その他(配慮不足)
対策	・利用者の障がい特性を十分理解して、対人緊張からくる疲れやすさに十分配慮した見学の計画を立てる。
コメント	見学時の感触で利用するかどうかに大きく影響します。予定を組む際には、利用者としっかり話し合い、見学を依頼する事業所へは事前に利用者の概要をお伝えし、障がい特性に配慮した説明をお願いする必要があります。

【その他7】(福角保育園)

内容	朝の運動(マラソン)の時間に、全員が園庭に出ていると思い込み利用児と一緒にマラソンをしていると、園舎内にいた職員に利用児2名が保育室に残っていると報告があった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・保育室から移動した時は、利用児の人数を確認する。 ・複数のクラスで園庭に出る時は、他の職員と連携をとり、安全管理に努める。
コメント	日課の活動だから利用児が自ら行動できるだろうと過信することは危険です。利用児は思いがけない行動をするので、活動の場所を変更した時は必ず人数を確認するこ

	とが大切です。
--	---------

【その他8】(松山福祉園)

内容	日直である職員が昼食後、他の職員が男性寮にいるものと思い支援室で事務作業をしていた。当日出勤であった職員(課長)より男性寮内に職員が1人も居ないとの指摘を受ける。30分ほど男性寮に職員が不在の状態が出来ていた。幸い男性寮内で大きなトラブルはみられなかったが、何かあると対応が遅れて利用者に御迷惑をかけてしまうところであった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・誰かがいるだろうとの思い込み、休日の日直者の業務内容に対する理解不足、また他の職員への伝達不足が原因であり、職員(日直)の業務内容の再確認・業務の徹底を行う。また職員(日直)は基本的に寮の対応を行うが、他業務にて外部に出る際には他の職員への確実な引き継ぎ、外部に出る事の伝達を徹底して行う。
コメント	マニュアルに沿った対応が必要です。

【その他9】(みらい)

内容	利用児の所在が確認できないことに職員が気づき、施設内を捜していると、備品室内に利用児が入り中からサムターンで閉めていた状態であった。
要因	・職員要因—手順不履行 ・利用者要因—いたずら、遊び
対策	・備品室だけでなく施錠の必要な箇所は、その都度必ず施錠してキーボックスに鍵を戻すことを再度周知徹底する。
コメント	備品室には洗剤等も保管しており、施錠は必要不可欠です。「もしかすると」という危険認知の立場に立ち、施錠等を心掛けることが大切です。

2・盗難事故や落雷・火災・地震などによる建物の損害に対する事例集

① 火災による

【火災1】(いつきの里)

内容	夕食後、利用者が気分的に落ち込んだ状態であり、職員より声を掛けるが、反応が薄い。21:20頃、自ら夜勤室へ来て職員(夜勤)と一緒に過ごすが、自ら湯沸しコーナーへ行く。その後、焦げ臭い匂いで職員が気づき、確認すると衣類をコンロの火にかけて、すでに燃やしてしまっていた。燃やした後、水で自ら消火し、その衣類を洗濯機の中に入れていた。 21:00の巡視の際は、元栓が閉まっていることを確認しており、その後、自ら元栓を開けたものと思われる。
要因	・管理・環境要因—環境ミス ・利用者要因—情緒不安
対策	【環境要因に対して】 (方針) ・様々な事態・重大な事態を考慮し、利用者が触ることができない状態をつくる。 (方法) ・コンロ下の扉内に設置している二つ目の元栓を利用者が触ることができないようコンロ下の扉に南京錠を取り付ける。 【利用者要因に対して】 (方針) ・現時点における利用者の状態(心理状態等)、支援方針等を再度支援員間で共有する。 (方法) ・生活担当(担任)およびサビ管より周知する機会を設ける。個別あるいは数人ずつ

	情報伝達する機会を設ける。
コメント	火災を防ぐことだけを考えれば、環境調整だけで事足りると思いますが、私たちは職員としての役割を忘れてはなりません。利用者が抱える悩みや不安を解消し、サポートしていく為に「環境調整」と「利用者支援」の両面から対策を講じました。火災と言う重大な事故を想定すると、環境調整は絶対的に必要でした。

【火災2】(いつきの里)

内容	夜勤室で使用していた電源（延長）コードから火花が見られる。老朽化（劣化）している状態であった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 管理・環境要因—環境ミス 職員要因—手順不履行
対策	<p>【管理・環境要因に対して】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> 即、改善（交換）する。 <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> 延長コードを交換すると共に他の配線も確認する。 <p>【職員要因に対して】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> 安全総点検の重要性を周知し徹底を図る。 <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> 安全総点検における視点を共有しつつ日頃からの確認が大切であることを周知する。
コメント	コードの劣化やタコ足配線、ほこり等は火災の原因となります。日頃からの管理意識が大切になってきますが、毎月実施している安全点検については、特に意識を高めしていく必要があります。

【火災3】(松山福祉園)

内容	利用者の居室を掃除している際に、テレビのコンセントが抜けかけていた上に、コンセント周りに埃が溜まっていた。このまま放置しておれば、トラッキング（コンセントとプラグの隙間に埃が溜まり火災を誘発）を起こす可能性があった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因—その他（確認不足）
対策	<ul style="list-style-type: none"> 居室を訪室した際に居室の状況を確認していく。 生活支援の時間や火元点検（月1回）で各居室の確認を行っていく。
コメント	利用者だけの視点では気づかない事もあるため、生活支援だけでなく毎日の居室の巡回時に職員が確認していく必要があると思います。また、コンセントに埃が溜まると火災が起こるかもしれないという事を利用者に伝える事も大切だと思います。

【火災4】(地域生活者支援室)

内容	職員が訪問し、調理のためガスコンロを使用。左右のコンロと魚焼き器を使用中、10分程度経過したところで、コンロ後部より、ポツという音と同時に出火。消防の到着までの間、職員が水をかけながら消化活動を行う。消防の消化活動により、ガスコンロの一部が少し焦げた程度で鎮火。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 管理・環境要因—環境ミス
対策	<p>【消防署の現場検証の結果】</p> <ol style="list-style-type: none"> 魚焼き器の排煙口とガスの元栓の部分の距離がなく、高温となったために出火した。 たまたま油の多いサンマを焼いており、排煙口が高温となった。 普段使用していない、ガスの元栓を利用者が開栓していた。 <p>この三点の指摘があった。</p> <p>【対策】</p> <ol style="list-style-type: none"> 全職員に周知を行い、同様の設置状態の家がないかの確認

	<p>②油汚れのひどい家はないかの確認</p> <p>③消火時の対応など、体験談としての事例検討の実施</p> <p>④ガスコンロ使用時のマニュアルの作成、配布</p> <p>この4点を行った。</p>
コメント	<p>今回の事例は一つ間違えば大きな事故に繋がる可能性があった事例であると思います。今回の事故を受け、全体周知を行い、危険個所の洗いだしを行ったことは、再発防止には必要であると思います。また、マニュアルを作成することにより、職員の確認事項の徹底に繋がると思います。</p> <p>事故を未然に防ぐ対策が先決ですが、万一に備えとして、事例検討等を行うことは、効果的だと思います。</p>

②地震による

【地震1】(事務局)

内容	地震後、保険の請求を行う際に、地震前と地震後の家屋状況の確認が出来ていないために、保険の請求が出来なかった。
要因	・職員要因—手順書ミス
対策	・事務局の家屋の確認を行い、クラック等破損がある部分に関しては、写真・位置図を作成し、災害等があった場合に比較できるようにした。
コメント	地震などの保険の等の対応を行う際に、家屋の状況が確認できれば、保険の請求等もスムーズに行う事ができます。

③盗難による

【盗難1】(いつきの里)

内容	利用者が午後の作業開始時に自動販売機でジュースを買おうとしていた。お金の出所を確認すると、生活介護利用者（在宅）の荷物の中から持ち出していた。小遣いの入った個人の荷物を居室に置いていたことが要因である。
要因	・職員要因—マニュアル不備
対策	<p>【職員要因に対して】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ルール（方法）を明確にする。 <p>(方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルとまではいかないが、一定のルール（方法）を周知する。 <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援上、必要な荷物は居室等の場所で管理してもよいが、貴重品等については、支援者が直接持ち歩くか、鍵のかかる所で管理する。
コメント	利用者の状況や生活介護利用者の状況等、個別性のある特別な支援状況でしたので、そこにマニュアルは存在していませんでしたが、必要なルールや統一事項は現場の中で整えていく必要があります。その部分に曖昧さがありましたので、明確に示すようにしました。ちょっとした調整や配慮で未然に防ぐこともできます。

【盗難2】(いつきの里)

内容	6：00過ぎ、出勤すると事務所入口の鍵が開いている。事務所内を確認すると、6つの机について、引き出しが開けられていた。支援員室についても、同様に引き出し内を触っている形跡が残っていた。また、インスタントコーヒー等を置いている所も触っていた。状況からみて利用者の行動であると思われるが、職員（夜勤）はその状況を直接確認していない。幸い、貴重品や書類等の紛失等はなかった。
要因	・職員要因—手順不履行

対策	<p>【職員要因に対して】 (方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハンドブックにて、マニュアルの再確認、徹底を図る。 <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間の巡視手順について、確認と徹底を図る。
コメント	<p>マニュアルに対する手順不履行でしたので、マニュアルの再確認、徹底を促しました。最後の退勤者が鍵を閉めることが前提ですが、そこにミスが起こることも含め、巡視の手順があります。</p>

【盗難3】(松山福祉園)

内容	<p>事業所では利用者の現金を各担当職員が金庫で預かっており、その都度、金庫に施錠をするようになっている。最後に退勤する職員が支援員室の戸締りをしようとした際に、利用者から預かっている金銭を入れた金庫にマスター鍵が刺さったままであるのを発見する。また、金庫のボックスが開いていた。盗難に遭う危険性があった。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員に対して、速やかに注意喚起を行っている。また、園長より、公金の取り扱いについて利用者預り金規定に基づき全職員に説明をした。
コメント	<p>今回のように当事者だけに指摘を行うのではなく、職員全体に注意喚起を行う事で、全職員が公金を扱っている事に対して再認識を行い、今まで以上に取り扱いに対して意識を高める事ができると思います。ケースによっては個々に対して指摘を行う事も大切だと思いますが、このようなケースに関しては全体で情報を共有ができる方法が最も効果的だと思います。</p>

【盗難4】(いつきの里)

内容	<p>利用者が作業を終えて、寮内に戻っている。鍵を使用して倉庫を開けようとしている。職員が変だと思い確認すると作業室の鍵であった。作業室の鍵の置き場所を確認すると無い状態であった。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者要因—こだわり・習慣
対策	<p>【利用者要因に対して】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・倉庫を開けようとした利用者の思い(お菓子やジュースが欲しいなど)や状態に合わせて、職員から行動を起こしていく。
コメント	<p>鍵の管理方法を変更することも検討の余地はありますが、まずは利用者の思いや行動(予兆のサイン)を見逃さず、利用者のしんどさに対して職員から行動していくことが必要だと思います。</p>

④風災による

【風災1】風災(いつきの里)

内容	<p>夜間に台風上陸。朝には雨風共におさまっていたが、建物等を確認すると、バケツが風に飛ばされ、居室ガラスの窓を直撃し、割れてしまっていた。利用者への怪我はなし。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・管理・環境要因—環境ミス、天候等
対策	<p>【管理・環境要因として】 (方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被害を最小限に抑える。 <p>(方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・台風等、悪天候が予測される場合は、周辺の環境整理等、備えをしっかりと行っていくことを確認する。防火管理責任者がその中心を担う。
コメント	<p>自然の驚異は計り知れないものがあり、自然災害については、被害を完全に防ぐことが困難です。少しでも最小限に被害を抑えていく視点が求められます。事前の備え、</p>

	危機管理の手順確認を確実に行っていきましょう。また、日頃からの整理整頓への意識向上も必要だと思います。
--	---

⑤保守・清掃ミスによる

【保守ミス・清掃ミス1】(松山福祉園)

内容	2階男性寮の網戸が外れかけており、網戸が外れ落ちた際には、怪我を招く可能性があった。
要因	・管理・環境要因一環境ミス
対策	・速やかに網戸の修繕を行うと共に、寮内全体の網戸を確認している。また、火元分担当責任者にも、確認項目について説明を行っている。
コメント	定期的に見落としの無いよう設備の確認をしていく事で設備不良により利用者が怪我をする可能性が減ってくると思います。気づきを即、報告・対応に繋げて事故を防ぐことができた事例です。

【保守ミス・清掃ミス2】(くるみ園)

内容	非常ベルが鳴り、職員室で出火場所を確認すると2階に点灯があった。すぐに向かうと、押しボタン式の非常ベルが押しこまれていた。誤報と分かり放送にて全員に報知した。
要因	・利用者要因一いたずら・遊び
対策	・非常ベルを利用児がまちがって押さない工夫をする。(テープ等で補強) ・非常ベルが鳴った際の職員の動きを再確認する。
コメント	むやみにベルを押し、誤報を重ねると、いざ本当の火事の際の初動の遅れに繋がります。押さない工夫と同時に危機管理意識の維持をねらった対策は適切だと思います。

【保守ミス・清掃ミス3】(松山福祉園)

内容	朝の寮内の掃除時間に男性寮を職員が見回っていた所、利用者から掃除機のコンセント部分が破損しているとの報告を受けた。作業後、職員がコンセントを見ると2本ある電極の内、1本が根元から折れて無くなっていることを確認している。翌日、コンセントの破片を男性寮北側のコンセントから利用者が見つけて持って来られている。利用者から報告を受けた時点で、コンセントの破片がコンセントに取り残されていないか確認すべきであった。コンセント片がコンセントに残っている事で電気がショートする可能性があった。
要因	・利用者要因一単純ミス
対策	・破損等のトラブルがあった際にはその影響や危険がどのようなものがあるか、想像力を働かせて危険予測するよう努めていく。またすぐの報告を心がけ、同僚・上司に相談し的確な指示を仰ぐようにする。
コメント	力任せに使用する事が多いので備品の破損は多々あります。またかと思うのではなく、多方面に気を付けて頂き、確認してください。

3. 自動車事故に対する事例集

①対人・対物による

【対人・対物事故1】

内容	敷地内を自由に過ごされている利用者が多いことや車、来客者に興味がある利用者がいることから、日頃より敷地内の交通事故の可能性がある。
要因	・管理・環境要因一環境ミス

対策	<p>【管理・環境要因として】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> 関係者が留意する。 <p>(方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> 敷地内は速度10km以下での徐行を徹底する。 徐行の認識は個々に違うことから、数値基準を明確にする。 <p>(啓発・教育)</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員会および新規採用時のオリエンテーションにて周知。 家族及び業者への周知。(口頭・チラシ・広報誌等)
コメント	<p>安全確保の視点を重視した場合、利用者の生活範囲の縮小、行動制限等が余儀なくされ、利用者の主体的な生活が阻害されることに繋がります。さらに、利用者へ注意喚起を促しても、なかなか実用的な効果は得られないことも事実です。このような場合、「自由」と「安全」において、いかに折り合いをつけていくかが大切になってきます。この事例の場合、周囲の者が配慮することを重視し、事故を防ぐように対策を講じました。敷地内での利用者の怪我に繋がる交通事故は発生していません。</p>

【対人・対物事故2】

内容	<p>職員が通勤のため原付にて走行中、十字路に差し掛かり、安全確認のため減速。十字路の車が進路を譲ってくれたため、原付を発進させたところ、十字路の反対側から出てきた軽自動車と接触し、転倒。物損事故となる。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因 一手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> 道を譲ってくれたとはいえ、すぐに発進するのではなく、他のリスクを予測しながらより慎重に運転することを心掛ける。
コメント	<p>道を譲ってくれたことで、早く発進させなければという心理と、緊張の緩みから、普段行っている安全確認がおろそかになったことによる事故である。平常心と念入りの安全確認が必要であると痛感した事例である。</p>

【対人・対物事故3】

内容	<p>職員が訪問を終え、自宅に帰る際に、狭い道を走行。環状線を横断して走行する際に、安全確認は行ったものの、確認不足もあり、走行してきた車と接触し、物損事故となる。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因 一手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> その道を走行しないと目的地まで行けない場合を除き、細い道や危険を伴うルート選択は避け、安全で広い道を走行し、リスク軽減に努める。 職員全体に事例を伝え、安全運転について周知した。
コメント	<p>近道という理由から今回のルートを選択していますが、細い道から環状線を横断するという、高い運転技術を要するルート選択であり、明らかに危険を伴います。また、事故の形態的には相手方が職員の運転する車の側面に衝突しており、一見相手方の過失が高いと思われそうですが、大きな道路が優先であり、結果職員の過失割合が高くなります。これらを運転していた職員に総合的に伝え、初心に戻って頂くことができました。また、広くて安全なルート選択を行うことが再発防止に有効です。</p>

【対人・対物事故4】

内容	<p>利用者同乗にて納品へ行く。交差点を右折する際、左右確認をした後、徐行で横断歩道を通しようとするが、横断歩道に差し掛かった直後、横断歩道前方からかなりのスピードで自転車が入ってきた。そのまま車のフロントと自転車が接触する事故に至ってしまった。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因 一手順不履行

対策	<p>【職員要因に対して】 (方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・車両事故が続いている状況に対し、総合的視点で注意喚起を促すと共に具体化した防止策を講じる。 <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・声出し確認の徹底。「前方よし」「後方よし」等。職員が複数いる場合は、複数で安全確認を行う。 ・原則として利用者は助手席に乗らない。また、当面は納品への利用者の同行を控える。余暇や病院受診等に限定する。(一定期間) ・外出体制の確認徹底。 ・納品および送迎ルート設定。危険ポイントマップの作成。納品については、納品先や納品ペース等についても改めて整理し、出来る限りイレギュラーを無くす。
コメント	<p>この一件だけでなく、事故が続いている状況がありましたので、全体の緊張感を高めることが必要でした。ただし、精神論だけでは事故は防ぐことができませんので、出来る限り具体化した方法で緊張感を高めたり、事故の誘発要因を軽減したりする方向性を見出す必要がありました。</p>

【対人・対物事故5】

内容	<p>退勤時、双方の車が停止していた状態から前方（相手）が発進し、自分は後続で直進していた。その後、相手がブレーキをかけたが、自分の前方不注意により相手の減速に気が付くのが遅れ、ブレーキをかけたが間に合わず既に停止していた相手の車に追突している。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因一手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・運転する際には車間距離を十分に取り前方への注意を怠らないようにする。 ・事故の件を周知し、車両事故を起こさないよう意識付けを行う。
コメント	<p>事故は誰にでも起こる可能性はあります。自分が気を付けていても、相手から持ってこられる可能性もある為に、日頃から時間と心にゆとりを持って運転する事が大切だと思います。車間距離をとる事で、追突を防ぐだけでなく突発的なアクシデントにも対応する事ができます。</p>

【対人・対物事故6】

内容	<p>巡回中、一度左右確認はしたが、タイミングがなく停車していた。当日は小雨が降っており、普段より見通しが悪かった。車の流れが途切れたところで右確認のみ行い、発進した際、左から走行してきた自転車が見え、ブレーキを踏むが接触する。相手方は自転車にまたがったままであり、怪我はない。相手方に警察を呼ぶことを伝えるが、その場から立ち去った。後日松山西警察署へ、自転車と接触したことの連絡を入れ、警察署に対して報告書を作成する。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因一手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・見通しの悪い場所では一旦停止後、出やすい状態にする。(車体の頭を少し出す) ・左右から自転車や歩行者が来る可能性を考慮し、左右確認を行う。 ・巡回ルートの危険箇所とし、安全な巡回ルートに変更する。(次の日からルートを変更した)
コメント	<p>自転車との接触は命に関わることに繋がりがねません。充分気をつけましょう。再発防止を考えた時の自分の気持ちの中にある振り返りを大切にしてください。事故内容をすぐに全体周知して、安全なルートに変更をしたことは良かったと思います。個人が安全運転を心がけるだけでなく、全体で即、可能な対策を合わせて講じることで事故を減らすことができると思います。</p>

②自損事故による

【自損事故 1】

内容	訪問先に向かう途中、道を間違えてバックする際に、用水路に左前輪を脱輪させた。
要因	・職員要因一手順不履行
対策	・道を間違えたことによる事故であり、不慣れな場所に行く際には、事前に地図等で確認することや、カーナビを活用する。またバックする際には、自信がなければ、降りて安全を確認する。
コメント	不慣れな道を通る際の心構えや下調べ等の事前準備の大切さを再認識した事例だと思います。事前の下調べを行い、細い道路や危険な道路は極力避け、大きな道路を選択することなどが、効果的な対策であると思います。

【自損事故 2】

内容	グループホームの巡回中、職員が駐車していた空地内にて公用車の方向転換を行った際に、電柱を支えているワイヤーに泥除け部分が接触し公用車が破損（軽微）した。
要因	・職員要因一手順不履行
対策	・公用車の方向転換をする際に、普段はない車があり、その分大回りして接触している。行き慣れた場所であっても、不安であれば目視確認を行う。
コメント	法人全体で交通事故防止に努めている中での事故であり、取り組みの一つである「駐車場で事故防止のポイント」を意識しておけば防ぐことができた事故であると思われます。再度、交通事故防止の取り組みについて全体周知し、安全意識を高めていく必要があると思います（周知済み）。 また、入職一年目の職員の事故であり、運転技術がまだまだ未熟であるため、先輩職員が同乗し、技術の確認を行うなど、基本技術の向上についての取り組みが再発防止には効果的だと思います。

【自損事故 3】

内容	公用車を園の駐車場から左折して出そうとした際に、駐車場に設置されているカーポートの柱に公用車の左後方側を当て擦り傷を付けてしまった。
要因	・職員要因一手順不履行、単純ミス
対策	・園の駐車場から公用車を出し入れする際には出し入れが簡単な方向から行うようにする。全職員に周知する。
コメント	車を運転する際には、前方左右の確認はもちろんですが、車幅や内輪差等を考慮し十分に気をつける必要があります。自分の運転技術を過信せず、起こりうるリスクを回避するためにはどうしたらよいか考えて運転する事で事故が防げると思います。

【自損事故 4】

内容	公用車で外出支援に行き、外出先の駐車場を出ようとした際に右側から車が急接近してきており、車を通らせるために少し後方に公用車をバックさせた。車が通過した後、公用車を再度駐車場から出そうとハンドルを左に切った際にバックの影響で駐車場の壁に公用車の左側が接近してしまっていたが、その事に気づかず発進してしまい駐車場の壁と公用車の左側が接触し車体が損傷してしまった。
要因	・職員要因一手順不履行、単純ミス
対策	・車を運転する際には周囲の状況の変化に気を付け安全運転を心がける。 ・全職員に周知する。
コメント	職員の技量に見合った車を運転する事が大切だと思います。左右前後の確認は小まめに行い、また、一人一人が緊張感を持って公用車を運転する事で事故が未然に防げると思います。

【自損事故 5】

内容	園の南駐車場に2t車をバックで駐車しようとした際、後ろに網かごがあったが、下がり過ぎてしまい車をぶつけて右側ウィンカーとバックランプを破損した。
----	--

要因	・職員要因—手順不履行、単純ミス
対策	・2 t車を駐車する場所を決める。 ・駐車場の片付けを行う。
コメント	運転者が周囲の環境を把握し安全運転を心掛けるのはもちろんですが、周囲の環境で改善できる箇所は改善し、環境整備する事も事故を防ぐためには効果的だと思います。

【自損事故 6】

内容	配食のために、公用車（ハイゼット）でそごうマート堀江店横のトンネルを通ろうとした際に、トンネル内の天井で公用車（ハイゼット）の荷台上部左上の部分をつづけた。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・配食や送迎に行く際は、決められたルートをきちんと守る。 ・公用車を運転する際には狭い道や危険だと思う箇所は通らないようにし、安全で広い道を通るようにする。全職員に周知する。
コメント	予め広い道や安全な道を通るようなルートを定めて置くと、職員も意識してそのルートを守る事で、事故が起こる可能性は低くなると思います。

【自損事故 7】

内容	2 t車を所定の場所に駐車しており、職員が2 t車の後方に行った際に、後方左ブレーキランプカバーが破損している事に気が付く。すぐに職員に確認するが、誰も覚えがないとの事であった。 原因として、福角会祭の準備中、もしくは業者へ納品に行った際の製品の昇降中にリフト車で破損した可能性が考えられるが、正確な理由は分かっていない。結局該当者はおられず、いつ破損したのか不明のままである。
要因	・職員要因—その他（不明）
対策	・作業開始前、作業終了後に2 t車の確認を行うようにする。 ・園車を貸し出す時には、園の職員が立ち会いのもとで車の確認を行うようにする。 ・車の使用前、使用後に確認を行う。
コメント	なかなか自分では気付にくい事だと思います。その為にも、事前・事後確認を行う事は効果的な方法だと思いますし、それ以外の方法は無いと思います。

【自損事故 8】

内容	利用児送迎の為、和気方面から内宮団地に向けて走行中、左折カーブに差し掛かった際に対向車線をトラックが進入して来た為、避けようとした所、ガードレールと接触し公用車の左側を擦ってしまった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・カーブをしている道路を運転する時は、前もって減速し、対向車線に車が来ても、急にハンドルを切らず、他のリスクを予測しながら慎重に運転することを心掛ける。
コメント	急に対向車線からトラックが進入してきたことで、接触事故を防ごうという心理が働いた事例です。利用児を乗せている自覚と責任感を持ち、スピードの出し過ぎに注意する必要があります。

③その他

【その他 1】

内容	相談業務にて、初回訪問で依頼者宅を訪問した際、短時間で終わる予定であったため、自宅前に公用車を駐車した。思いのほか、相談に時間を要し、車に戻った際に駐車禁止の取り締まりを受けたことに気が付き、対応した。
要因	・職員要因—手順不履行

対策	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問に関する日程決定時には、必ず駐車場の有無の確認を行う。 ・駐車場がない場合には、交通ルールを遵守し、短時間であってもコインパーキング等を利用する。 ・ゆとりをもって面談時間を設定する。
コメント	<p>今回の事故は、初回訪問であり、想定や準備不足から起こった事故であると思われます。初回訪問だからこそ、面談時間にゆとりをもつことや、駐車場の有無の事前確認が必要だと思われます。交通違反については、自己責任ですので、短時間の駐車であっても、コインパーキングを利用することなど最善を尽くすことが必要であり、事前準備の大切さを痛感した事例であると思います。</p>

【その他2】

内容	<p>走行中、赤信号でブレーキを踏むと、サンシェード（日除け用）で挟まれていた運行日誌が落ちてくる。一瞬ではあるが前が見えなくなり、また何が起こったのか理解できず、ヒヤリとした。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・管理・環境要因一環境ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・サンシェードに物を挟まないように全体周知を行う。
コメント	<p>ブレーキを踏むと、反動で落ちてくることは考えられます。サンシェードに何かを挟むことは危険です。大きい物であるほど、落ちた時の運転中に与える影響力は大きいと思われますので、サンシェードには物を挟まないようにしましょう。</p>

4. 就労中に発生した職員に対する事例集

①施設内による

【施設内1】（松山福祉園）

内容	<p>自分のロッカーで管理していたプロテクト付きのUSBが無い事に気づく、金庫の中やロッカーの中を再度探すが見つからない。その日に自宅も探すが見つからない。施設長に報告し、4日前の朝に使用したことは覚えている事を説明する。他の職員にも状況を伝えて探す。使用翌日の夜勤者より夜勤明けの日に鉄工の作業場の辺りでUSBの先の部分を見つけたとの報告を受ける。見つかったUSBの先は鉄工班の鉄くず入れの中に捨てたと言われる。その後、鉄くず入れの中からUSBの先を見つける。また、作業場付近にてUSBと思われるプラスチックの破片を少量見つける。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因一手順不履行、マニュアル不備
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・再発防止としてUSBに大き目のキーホルダーや鈴付きの物を付けて、USBその物を認識しやすくすると共に落とした際に分かり易くする。 ・USBを使用した後はすぐにロッカーに片付けるようにする。 ・園の対策として個人USB管理表を作成し、全従業員へ今回の事故についての報告を行っている。また、従業員共通の公用USBについても保管場所に管理表を置き、使用者を記載するようにしている。
コメント	<p>使用の度に鍵のかかる場所に戻す習慣を付けてください。退勤の際にも必ず確認してください。管理表を作成したことは有効な手段です。</p>

【施設内2】（いつきの里）

内容	<p>クッキーのお歳暮ギフトのご注文を受け、発送したが、のし紙に記すお名前（送り主）を間違ってしまった。早急に謝罪と共に交換等の対応をとっている。</p>
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因一マニュアル不備
対策	<p>【利用者要因に対して】</p> <p>（方針）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手順を明確にし、ミスを防ぐ。 <p>（内容）</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ギフト等の発送に対するマニュアル（手順）を作成する。複数（2人）での確認手順を様々な工程に位置付ける。
コメント	<p>信頼を失うのは一瞬であること、大変、失礼にあたる事例であることを考慮し、ミスを防ぐ上で、複数確認を明確に位置づけました。ここにも「人はミスを起こす」が前提とした考え方があります。</p>

【施設内3】（いつきの里）

内容	印刷機を置いてある部屋に個人情報が含まれる書類を置いている。また、機密処分用の段ボールも保管してある状況であるが、日常は施錠管理されていない。利用者が書類を触っている形跡も見られている為、見直しが必要。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 管理・環境要因一環境ミス
対策	<p>【管理・環境要因に対して】</p> <p>（方針）</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理方法の見直し、改善を行う。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> 個人情報を含む書類を保管している以上、日常的に施錠管理することとする。 夜間安全管理マニュアルの巡視箇所についても、（印刷室）を追加する。
コメント	早急に管理方法の見直しを行ったことが良かったと思います。

【施設内4】（ウイズ）

内容	Aさんの連絡帳に『病院受診後、母送りで来所予定』と記載されていたが、送迎表作成担当者2名で確認するものの、Aさんの送迎なしが把握できず、Aさんの名前が朝の送迎表にのっていたため、当日送迎担当者が迎えに行ってしまう。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因一伝達ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> 送迎についての伝達を再度徹底する。 送迎変更の連絡を受けて変更までの流れの徹底。 <p>① 「利用日変更・欠席受付表」に記載（利用者送迎等について、・誰について・誰が・いつ・誰から・どんな伝達を受けたかについて、明確に周知できるようにするもの）</p> <p>② 利用表の大きな元表に記載。（たとえば母が送ってくる時には『母』）</p> <p>③ 送迎表作成担当者にもメモで伝達。（口頭でも伝える）</p> <p>④ 当日の送迎表ができていない時はそちらも訂正する。</p> <p>⑤ 朝出発後に変更の連絡があった時は、その車の添乗者に電話連絡し、確実に伝える。（必ず名前はフルネームで復唱する）</p> <p>※しっかりと伝達出来ないと信用を失うこと、利用なのに迎えに行かなければ事故につながることも考えられる。見落としや間違いを減らすために、今後①～⑤までを徹底して行う。</p>
コメント	二重・三重のチェック態勢を整え、連絡や伝達のミスなく、送迎サービスを実施していくことが重要です。今回の伝達事項確認徹底により、送迎に関する伝達ミスが減少したことは再発防止策として有効だったと思われます。

【施設内5】（松山福祉園）

内容	職員の報告忘れと受付表の確認不足で、短期入所を利用している利用者の夕食が用意されていなかった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因一手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> 受け付けた職員は速やかに栄養士に報告する事や、土日に関しては、書面で担当者の割り振りを行い業務の明確化を図る。
コメント	業務の役割を明確にする事で、業務の無理無駄が省け効果的だと思います。また、

	日頃から職員には報告、連絡の大切さについて説明をしていく事で職員の意識向上につながると思います。
--	--

【施設内6】(松山福祉園)

内容	日帰り旅行へ行くために使用する公用車の給油を行おうと乗車した際に、すでに給油ランプが点灯している状態であった。走行中にエンストになり事故を招く恐れがあった。
要因	・職員要因—倫理観の欠如
対策	・公用車を使用する際にはガソリンの残量を気にかける。 ・ガソリンの量が少ないが、何らかの理由で当事者が給油所へ寄れなかった際には事務所にあるボードに一言「給油してください」等と伝言を書くようにする。
コメント	些細な事ではありますが、次の人が困らないようにする思いやりの気持ちは大切だと思います。エンストになることで事故を招く恐れもあります。職員一人一人が意識することが大切です。

【施設内7】(松山福祉園)

内容	余暇支援で外に持ち出していたデジタルカメラを帰園してすぐに片付ける事を忘れており、時間が経ってから片付けようとした際に、カメラが無いことに気づいた。外出先や寮内を探した結果、夜勤室の金庫から見つかっている。もし紛失していたら個人情報漏えいの危険があった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・園外へ持ち出したものは後回しにせず帰園後すぐに片付けるようにする。 ・マニュアル等を利用して全職員に注意喚起する。
コメント	園の備品を使用した際には、片づけを後回しにする事がありますが、すぐに片づける事により、いち早く気づくことができると思います。複数の職員で最終確認をする事も大切だと思います。

【施設内8】(松山福祉園)

内容	配食班で調理された食材を職員2名体制で二手に分かれて各グループホームに配食を行ったが、17時半頃に3ホームのうちの1ホームから配食されていないと連絡があった。職員が確認に行くと、リフトの中に3ホーム分が入ったままの状態であり、すぐに職員が配食した。
要因	・管理・環境要因—体制ミス ・職員要因—伝達ミス
対策	・配達者は出発前に作業棟へ上がり、配食班の出勤職員に一言声をかける。
コメント	今回は配食の職員と配達の職員がそれぞれ連携を取り、声掛けを行っていたら防げていたと思います。また、誰が配達するか確認できる体制が整っていなかった事も事故の原因として挙げられます。その体制を整える事がまず先決であり、事故を防ぐのに効果的と思われます。

【施設内9】(地域生活者支援室)

内容	ホームヘルプサービス事業所において、常勤ヘルパーによる派遣に関する変更記載忘れ、登録ヘルパーによる翌日の派遣確認メールの見落としなど、同時に手順不履行が重なり、結果として利用者宅にヘルパーが誰も訪問していない事態に至った。
要因	・職員要因—手順書ミス
対策	・今回の事例を事業所の職員に全体周知を行った。 ・登録ヘルパーに対しては、派遣確認メールの目的を再度伝え、訪問先・訪問時間等に間違いがないか、十分に確認した上で、事業所への返信をお願いした。 ・常勤ヘルパー間においては、常勤ヘルパー自身の休日や訪問中など出先で受けた訪問変更についての転記ミス等が多かったため、下記部分をマニュアルに追加し、常勤間で相互確認を行った。

	※休日や訪問先等で受けた変更依頼については、出勤している他の常勤職員に訪問変更等の転記依頼をするなどして、確実に引き継ぎ、派遣ミス防止に努める。
コメント	ミスや事故を無くす様々な取組みを行っていますが、人が行っている以上、完全に無くすことは不可能だと思います。しかし、ミスや事故をよりゼロに近づけていく取組みや努力は必要であり、継続していく必要があります。そのために欠かせない物の一つがマニュアルであると思います。今回の事故を元に、マニュアルの意味合いと重要性について職員間で再確認を行い、見直しを行ったことは、再発防止に効果的であり、繰り返し見直しや修正を行うことでリスクの軽減に繋がっていくのだと思います。

【施設内 10】(北部地域相談支援センター)

内容	窓口に相談者が来所。その際、いつもの様に職員間で他の利用者のケースの事を話してしまった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・来所者に関しては相談室を利用するようにする。(双方の個人情報守秘の為。) また来所者が居る時は急ぎの話でなければ、他のケースの事について話すのを控えるようにする。
コメント	事務所内にて職員間でケースの相談をする機会は大いに考えられます。しかし、急を要しないのであれば、その場での話は控えるようにしましょう。

【施設内 11】(事務局)

内容	利用者が事務局室内に入室し、コーヒーの入ったコップを床に投げつけた。その際、業務中の職員のパソコンにコーヒーがかかる。パソコンについては動作不良が考えられる為、修理を依頼している。USBについては、データが開けられていない。
要因	・利用者要因—情緒不安
対策	・USB データとパソコン内データをこまめに交互にバックアップを取っておく必要がある。バックアップの日時については、特定曜日と時間を決めて行っていく。
コメント	USBとパソコン内にデータを交互にバックアップを取っておくことはこのような事態が起きた時にデータの消失を防ぐために効果的な対応です。

【施設内 12】(くるみ園)

内容	昼食後、室内で揺れ遊具(フロッグスウィング)に関わる中で、利用児が乗り物酔いになった。
要因	・職員要因—専門性の不足
対策	・過度の遠心力や負荷のかかる遊びにならないよう、職員が力やスピードを調節する。
コメント	回転や揺れ遊びが好きであっても、利用児の体調や表情に十分注意を払うということを周りの職員がアドバイスするという職場の連携も大切です。

【施設内 13】(くるみ園)

内容	行事の翌日、利用児が登園する前に職員室の机の上に数個ずつ飴玉が配ってあった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・すぐに手の届かない場所に片付ける。
コメント	利用児の手の届く場所には危険なもの(スティックタイプの糊、ハサミ、カッター)を置かないとともに、喉に詰めそうなもの(クリップ、磁石、アメ)なども置かないように気をつけ、環境を整えた事例です。

【施設内 14】(福角保育園)

内容	利用児がスイミングに参加する為にくるみ園側の門を通った後、きちんと閉めず、鍵をかけないままバスに乗車し、出発してしまった。くるみ園の職員からの連絡で分かった。
要因	・職員要因—手順不履行
対策	・鍵をきちんとかけたかを職員同士で声を掛け合い確認することにした。

コメント	多重事故が起こりうる状況を作ったことを重大に受け止め、再発防止に努める事が重要です。職員一人ひとり、安全管理の意識を高め、声に出して意思疎通、連携を取る事が大切です。
------	---

【施設内 15】(ウィズ)

内容	委託作業を行っている際、2種類あったシールの種類を間違えて貼ってしまっていたことに気付く。納品前に気付くことができた為、再度点検し直している。
要因	・管理・環境要因一環境ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が作業する上で、わかりやすく整理し直す。 ・2種類のシールが混ざり合わないよう整理する。 ・整理整頓・保管状況を改善した上で、職員主導で準備してから作業を開始する。
コメント	5S（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）活動は様々な作用をもたらします。リスク回避の視点だけでなく、効率化、質の向上等にも繋がります。また、利用者にとってわかりやすい環境は、職員にとってもわかりやすい環境と言えるでしょう。5S活動は大変有効な視点であると思います。

②施設外による

【施設外 1】(いつきの里)

内容	洗濯機買い替えの為、業者とのやりとりでFAXを使用し送信するが、相手方よりFAXが届いていないと電話連絡がある。改めてFAX番号や送信履歴を確認すると違った番号に送信していた。番号聞き取りの時点で誤った認識をしていた。幸い、送信不能の番号（相手先なし）であったことや個人情報ではなかったことで事故には至っていない。
要因	・職員要因一マニュアル不備
対策	<p>【職員要因に対して】</p> <p>(方針)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアル改正【追加】を行う。 <p>(内容)</p> <p>①通信機器【メール・ファックス】の取り扱いについて。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人名等の削除やイニシャルへの置き換え。 ・番号やアドレスの複数確認。声出し、指さし確認。 ・番号、アドレス確認は復唱。 <p>②その他の改正【追加】事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・やむを得ず、個人情報となるものを持ち出す場合の手順を追加。 【保険証や療育手帳など】 ・万が一、個人情報が流出した場合【恐れがある場合】の対応手順の追加。
コメント	職員要因において、重大事故に繋がる恐れがある内容については、個々の意識向上、徹底あるいは指導だけでは対策として不十分です。具体的に手順化することにより、同様の事例は発生していません。

【施設外 2】(松山福祉園)

内容	グループホームの送迎に行った際に、連絡ノート一式をグループホームの自転車置き場にあった自転車の籠に入れたまま園に戻ってしまった。気づかれたコーポの住民より園に連絡が入り発覚している。
要因	・職員要因一手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報を扱っているという意識を高く持つ。 ・持ち出した職員は場面、場面において、持ち出し物の確認をきちんと行う。
コメント	・個人情報を扱っているという意識を高める事は大切な事です。

【施設外 3】（地域生活者支援室）

内容	A市に提出する書類を誤って、B市に提出する書類の中に混せて提出してしまった。B市から指摘を受け、そのことに気が付き、シュレッダー廃棄をお願いした。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・管理・環境要因—環境ミス ・職員要因—手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・申請業務が集中する中で発生した事故であるため、机上の整理整頓を行い、ミスを防止する。 ・発送する前には、発送文書と封筒の中身の照合作業を行う。 ・発送部数が多い場合には、他者にも確認してもらうなど二重チェックを行う。
コメント	今回の事故は個人情報流出に繋がる恐れもあるため、書類等の扱いについては細心の注意が必要であると思います。また、業務が集中する時期は特に、照合作業等の二重チェックは必要であり、併せて常日頃からの机上の整理整頓が事故防止に繋がると思います。

【施設外 4】（北部地域相談支援センター）

内容	個人情報の同意書を整える前に利用者の個人情報を特定相談支援事業所の相談支援専門員に伝えてしまった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—マニュアル不備
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・相談受付を行う際に「個人情報同意書」を作成する事をマニュアル化する。
コメント	初回面談を行い、「個人情報同意書」に署名をしていただくまでの間に、関係機関と事前連絡を取る事もありますが、その際も個人が特定される様な情報提供は控えましょう。原則的には同意書を取ってから情報提供を行うようにしていくべきと思われます。再度、徹底するのに良い機会になったと思います。

【施設外 5】（北部相談支援センター）

内容	聴覚障害者の方の訪問調査に同席予定。本人の自宅を調査員と訪問したところ、本人が不在。本人は病院受診に行かれており、調査が延期になり、調査員に迷惑をかけたしまった。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—伝達ミス
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・前日（当日の朝）にメールで再度確認を行う。
コメント	障がいの特性を把握し、事前に日程を確認していたとしても、前日等、日が近くなってから念のために再確認を行う事で防げたと思います。

【施設外 6】（北部相談支援センター）

内容	相談支援継続中の利用者が急遽転院する事になった。医療機関から高齢の両親に連絡を取ったが連絡がとれなかった為、相談員にその旨の相談の連絡が入る。両親がデイサービスを利用中と思われた為、担当のケアマネに連絡、両親に医療機関からの相談内容を説明してもらおうが、両親が納得出来なかった。しかし、その間に既に医療機関同士が連絡を取り合っており、緊急搬送されてしまっていた。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—手順不履行
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関からの相談を受けた際に、「両親の了解が取れるまでは待機していて欲しい」と伝えるべきだった。（命に関わるような内容ではなかった為。）
コメント	日頃から両親のケアマネと連携をとり、家族の状況が把握出来ていた為、家族への連絡に関しては迅速に行えたと思います。状況にはよるものの、最終的な決定権は相談員にはない為、十分気を付けて対応していく事を考えるいい機会になったと思います。

【施設外 7】（北部相談支援センター）

内容	訪問後、利用者の自宅を出てから関係機関と支援の内容等、ケースの事について話をしていたところ、隣の家の人がこちらの様子を伺うような姿が見られた。
要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因—マニュアル不備

対策	・個人情報等に関して、公共の場では話さない様に改めて徹底する。
コメント	「ちょっとだけだから…」という気持ちになる事が大きな事故につながる原因になります。個人情報等に関する話を公共の場で行うべきでないという認識はお互いに持っているが、きちんとマニュアルを作成する事が出来ていない。この様な時の為にもマニュアルを作成し、遵守する事の大切さを再認識する必要があります。

【施設外 8】（北部相談支援センター）

内容	あと数年で介護保険へと移行する年齢の方の入所サービス（機能訓練）の相談を受けた際に 65 歳到達する前に入所していれば利用可能と思い込み、利用者に情報提供をしてしまった。
要因	・職員要因—専門性の不足
対策	・制度の狭間のケース等に関わる場合は十分な確認を行政に行った上で情報提供を行うようにする。
コメント	不明点等がある時には、きちんと確認した上で、情報提供しましょう。また、誤認識による情報提供した場合、改めて正しい情報提供を行い、誠実な対応を行う事で事態を最小限にする事も大切な視点の1つです。

【施設外 9】（北部相談支援センター）

内容	利用者宅訪問後、車内後部座席に申請書等を入れたカバンを置いたまま退社してしまった。
要因	・職員要因—単純ミス
対策	・訪問前に必要書類の確認 ・訪問後に持参した書類の確認
コメント	今回は個人情報に関わるものは入っていませんでしたが、私たちの仕事は口頭であったり、書類であったり、さまざまな場面で個人情報を取り扱うことを今一度念頭において業務にあたる必要があると思います。

5. 職員の労働災害に関する事例集

【職員の労働災害に関する事例 1】（くるみ園）

内容	プール内に少し水を流しながら、クレンザーを使用して素足で歩きながら掃除をしている際に、滑って転倒する。
要因	・管理・環境要因—環境ミス ・職員要因—その他（危険認知）
対策	・プールを掃除する際は、クレンザーの撒き方に注意する。 ・素足で行うのではなく長靴を使用するなど滑らないように工夫する。 ・全職員に周知を行い、職員だけではなく利用児の事故につながらないようにする。
コメント	プールだけに関わらず、お風呂や雨天時の廊下等、滑りやすい場所や状況は多くあります。転倒による怪我は、気持ちに焦りや余裕がない時に起こっていることが多いです。気持ちに余裕を持って日々の業務にあたる事が大切です。

【職員の労働災害に関する事例 2】（地域生活者支援室）

内容	利用者の外出時の移動支援の際、自宅付近のスーパーで買い物をして帰る予定であった。バスで移動し、下車した直後、利用者の気分が高揚しており、走り出したため声掛けをしたがペースは落ちず、歩道橋の上で職員が追い付き、手をつないで移動を始める。利用者が先導する形であり、歩道橋を降りる際に利用者が転倒する。手をつないでいたため職員もつられて転倒してしまう。その際に職員は前頭部を打撲した。
要因	・利用者要因—情緒不安 ・職員要因—介助ミス

対策	<ul style="list-style-type: none"> 危険な場所での手つなぎは極力行わない。 その場で声掛けを行うのではなく、事前に利用者に合った声掛けや支援を行うことで、突発的な行動を少しでも減らせるように努める。 職員個人の問題として、体力面の不安もあるということから、利用者と職員のバランスも考え、職員の交代を行う。
コメント	利用者は職員の予想を超える行動をすることは多々あります。出発前やそれ以前からしっかりと声掛けを行うことが有効です。より前向きな声掛けを意識して支援を行うことを心掛ける必要があります。また、利用者は行動を抑止することで、余計にその行動等をあおる可能性もあります。そうならないための事前の支援が有効です。

【職員の労働災害に関する事例3】（堀江保育園）

内容	利用児の食事の後片付けを行っていたが、職員がめまいを起こしそのまま倒れ後頭部を打ってしまう。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 職員要因—体調不良等
対策	<ul style="list-style-type: none"> 拭き掃除をして立ち上がる時は、一度頭を上げて立つ状態に体を起こしてから立つ、ということを職員が気をつけるようにする。 体調の悪いときは無理をせず休んだり、体に負担のない業務ができるように、職員間でしっかり声をかけ合うようにする。
コメント	体調の悪い時には、無理をせず休んだり、体に負担のない業務ができるように職員間で声をかけ合うことが大切です。

【職員の労働災害に関する事例4】（堀江保育園）

内容	保育中、立った状態で、予測なく利用児が後ろから抱きついてきて、腰と背中を痛めそうになる。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 利用者要因—いたずら・遊び
対策	<ul style="list-style-type: none"> 利用児の特性等に関して情報等の共有を行う。 「急に背後からとびついたら危ない」ということを具体的に利用児たちに話し、危険認知できるようにする。
コメント	利用児は、予測できない動きや、行為をするものです。一人一人の性格等を共有しつつ発達段階に応じた保育を心掛けましょう。

【職員の労働災害に関する事例5】（堀江保育園）

内容	登園時、利用児を受け入れる際、登園を嫌がり泣いている利用児を抱こうとした際、利用児が暴れたため、体勢を崩し、足を捻挫しそうになる。
要因	<ul style="list-style-type: none"> 利用者要因—パニック・情緒不安
対策	<ul style="list-style-type: none"> 利用児が登園を嫌がるなど、いつもと様子が違うときには、無理に抱いて受け入れようとしなない。 受け入れる場所に段差があるため、無理な体勢にならないよう下の段に降りて対応する。
コメント	利用児の情緒不安の背景には、様々な要因があると考えられます。人権侵害防止の視点も含まれ適切な対応が求められます。また、お互いに無理のある状況は、事故に繋がる恐れがあります。

平成29年度 ヒヤリ・ハット集計結果表／事故報告集計結果表

○平成29年度 ヒヤリ・ハット及び事故集計結果考察

○平成29年度 グループ別ヒヤリ・ハット集計結果表

- ① グループ（いつきの里・いつきホームズ・ウィズ）
- ② グループ（松山福祉園・地域生活者支援室）
- ③ グループ（福角保育園・堀江保育園・くるみ園・みらい・きらきらキッズ）
- ④ グループ（相談支援関係）
- ⑤ グループ（本部事務局）
- ⑥ 職員の労働災害

○平成29年度 グループ別事故報告集計結果表

- ① グループ（いつきの里・いつきホームズ・ウィズ）
- ② グループ（松山福祉園・地域生活者支援室）
- ③ グループ（福角保育園・堀江保育園・くるみ園・みらい・きらきらキッズ）
- ④ グループ（相談支援関係）
- ⑤ グループ（本部事務局）
- ⑥ 職員の労働災害

法人リスクマネジメント委員会において、平成 29 年度に提出されたヒヤリ・ハット並びに事故報告について、各グループ別集計結果表に基づき考察を行いました。考察に際しては、想定される要因とその対策について記載しています。

ヒヤリ・ハット・事故報告集計結果表からみた考察

① [いつきの里・いつきホームズ・ウイズグループ]

ア. 考察

ヒヤリ・ハットの報告件数は昨年度と比較すると若干減少しているが、引き続き 200 件以上の報告が提出され気付きを共有できている。その中でも、1 年未満の職員からの情報提供が増えてきていることは大きな成果であると思われる。事故の報告件数は昨年度比で約 3 割減少している。(116 件⇒79 件)

発生時間については、ヒヤリ・ハット、事故共に、生活介護の活動時間（日中）に集中している。日中は、ウィズを含め通所利用者が来所され利用者数・職員数が増加すると共に、様々な活動が提供されている時間帯であり刺激やイレギュラーも多い為、ある意味必然的な結果であると言えるかもしれない。時間帯についても、昼食時間や昼休みに件数が出出しており、これも多様な動きや状況が多い為であると考えられる。また、自閉症・行動障害に起因する他害や怪我が多く発生していることや利用者の主体的な生活を尊重する支援のあり方も含め、利用者要因としてのヒヤリ・ハットや事故が出出していることも、このグループの特徴であると思われる。

事故の種類別に見ると、ヒヤリ・ハット、事故共に、怪我・他害・転倒が事例の上位を占めている。高齢化に伴い、これまで怪我に至らなかったような転倒においても、怪我（骨折等）に直結してきている事例が見られており、今後の重点課題として捉えておくべき必要があると思われる。その他、誤与薬事故や交通事故については例年とあまり変化なく、引き続き発生している。これらは、職員要因が占める割合が多いことから、防ぐことができる（減らしていくことができる）事故として捉え、今後も検証や改善を継続していく必要がある。

イ. 対策

利用者要因に対する対策としては、見守りや支援体制の重要性はあるとした上で、より個別的な支援を充実させていく必要があると思われる。利用者個々のニーズや困り感に対し、長期的な視点をもって支援を継続していくことが大切である。その中でも、高齢化に伴うリスクについては、今後ますます高まっていくことを意識化し、改めて生活（活動）環境、活動内容等の見直しを図っていくと共に、リハビリ状況を含めたアセスメントの見直しも必要となってくると思われる。

昼食、昼休みの時間帯については、利用者・職員共に動きが多様化するため、過ごし方、過ごす環境、見守り・支援体制等を再度検証していくことが望まれる。

誤与薬事故、交通事故に対しては、事故の重大性を再度認識し、マニュアルの検証・周知や個別指導・教育を徹底すると共に、事業所全体で意識を継続していくための啓発活動等も行っていきたい。

② [松山福祉園・地域生活者支援室グループ]

ア. 考察

事故の件数は月を追うごとに右肩下がりに減少してきている。年度当初の事故の多さについては、利用者の移動や職員の入れ替わり等も含めて環境の変化が影響していると思われる。時間帯については、ヒヤリ・ハット、事故共に、10 時～11 時、16 時～17 時に多くなる傾向が見て取れる。この時間は、作業（業務）開始、作業（業務）終わりに当たり、開始時の慌しさや終了前の

集中力低下等が関係しているのではないかとと思われる。

要因別で見ると、職員要因が圧倒的に多いことから、ヒヤリ・ハットを活かし、職員が改善すべきことを守りながら業務に取り組み、事故も減るのではないかと。一方で、要因分析のあり方についても再度検証していきたい。

また、集計分析を行う際、各項目で「その他」に該当する事例が多くなっている。「その他」に分類された事例を洗い出した上で、対策や対応が必要ではないかとと思われる。その分類（振り分け）についても見直し・検証し、適切な対応に繋げていきたい。

イ. 対策

年々、ヒヤリ・ハット報告の件数が減ってきている。また、提出意識も低下する時期があることから、継続してリスクマネジメント活動に取り組めるよう定期的な呼びかけを行っていきたい。

ヒヤリ・ハット報告が提出された後すぐに、同様の事故が発生してしまうことが多かった。ヒヤリ・ハットにおける対策が活かされているか、対策が適切であったかを検証する必要がある。

また、職員要因に対しては、各種マニュアルが無理な内容、手順になっていないか等、定期的にマニュアルや手順を見直す機会を確保していきたい。ただし、単なる不注意として済ませるのではなく、環境面等にも目を向けながら対策を検討していきたい。

実際に提出された報告書を個々の職員が確実に確認できるような環境作りにも目を向けていくと共に、職員間での引継ぎや連携をしっかりと行って事故防止に繋げていく必要がある。

上記（考察）にも示したが、要因分析ならびに集計のあり方等についても、改めて見直しを行い、より効果的な対策・改善に繋げていくことができるように努めていきたい。

③ [福角保育園・堀江保育園・くるみ園・みらい・きらきらキッズグループ]

ア. 考察

事故報告の件数は、平成 28 年度 170 件に対して、平成 29 年度 176 件であった。それに対し、ヒヤリ・ハット報告の件数は、平成 28 年度 157 件に対して、平成 29 年度 113 件であった。ヒヤリ・ハットの提出件数が減少しているため、意識を高めていく必要がある。情報提供者については、常勤職員が中心となっているが、中には非常勤職員の提出も数件あった。クラス固定ではない非常勤職員については、様々なクラスに入ることがあるため、情報も多く、その分ミスも目立ったと考えられる。

要因別で見ると、ヒヤリ・ハット、事故共に、職員要因が最も多く次いで利用者要因、管理・環境要因の順になっている。職員要因については、職員が気をつけていれば防ぐことができることもあると考えられる為、報告書の分析と共に、職員の連携を強化していきたい。管理・環境要因についても、環境改善・対策を適切に行っていくことで防ぐことができる事案もあったと思われる。

事故のレベル別で見ると、「重大・即対策」が 23 件あった。他事業所（他グループ）と比較しても、重大事故の件数が特出しているが、これについては、子どもが対象ということで重大な事態に繋がりがやすいということの表れであると思われる。ベビーベッドが倒れるという命に関わるような事案もあり、日頃からの安全点検を徹底していく必要がある。

イ. 対策

重大事故に繋がりがやすい現場であることから、より一層リスクマネジメント活動の充実を図っていきたい。事故防止に向け、まずはヒヤリ・ハット報告の件数が減ってきている要因を検証し、増やしていけるように努めていきたい。また、重大事故等を中心に事業所間で情報を共有することにより、同じような事故が起こらないように取り組んでいきたい。

環境面については、毎月の安全点検だけでなく、日常的に使用する箇所については、日々の確認を行っていく必要があると思われる。

常勤職員、非常勤職員関係なく、園全体で意識統一、情報共有（職員会・朝礼等）を図りながら、声の掛け合い、助け合い等により事故防止に繋げていきたい。

④[相談支援関係グループ]

ア. 考察

ヒヤリ・ハット報告書については、発生月に、大きな変化は見られない。水曜・木曜の週中に多く、また 16 時～17 時に最も多くなっている。利用者情報については、利用年数 1 年未満の利用者に対するヒヤリ・ハット報告が最も多かった。支援年数が短いことから、職員が利用者の特性や生活状況等を把握しきれていないことが要因であると思われる。要因別では職員要因（手順不履行）が殆どを占めている。

事故報告 3 件とヒヤリ・ハット報告を比較した場合、統計上各項目に関連性がほとんど見られていないことから、ヒヤリ・ハットで多く出された内容については、事故を防止できているとも言えるのではないかと。

イ. 対策

ヒヤリ・ハット報告の後に同系統のヒヤリ・ハットが発生していないかどうかを確認する必要がある。（その後の対策がしっかりとされているのか）

ヒヤリ・ハットの要因として、「手順不履行」が多いため、発生したヒヤリ・ハットに関連するマニュアルの再確認を行う必要がある。事業所内で研修（会議）の時間を設けていくことも考えていきたい。

⑤[本部事務局グループ]

ア. 考察

本部事務局のヒヤリ・ハットは 9 件出されており、その主な種類は連絡調整ミスが 38%を占めている。次いで、書類の作成・確認ミスが 25%となっている。その発生月は 5 月・8 月・10 月が多く、この時期は新規職員、新規利用者の利用や受給者証の更新時期、新規加算申請のデータ更新・入力などあらゆる情報の更新月と重なっている。

事故報告は 11 件出されており、その主な種類は、書類の確認ミスが起因とした事故が 33%を占めている。次いで、データの入力ミスが 19%となっている。その発生月は 5 月・7 月が多く、4 月から 9 月の前半に多く発生している。ヒヤリ・ハットでの原因でもあったように事業所や行政への連絡調整ミスから起こりえる書類の確認不備であったりデータの入力不備であったりが想定される。

また、平成 29 年度自動車による物損事故が 1 件あった。内容は、軽微な接触事故であったが、銀行への急な手続きの対応による事故で運転に焦りがあったのではないかと考えられる。

イ. 対策

今後は特に更新時期や入力の際には細心の注意を払い、ダブルチェックの実施や行政、事業所とも確認をとり大きな事故につながらないように実施していきたい。

また、公用車を運転する際は、気持ちと時間に余裕を持ち落ち着いて対処し運転するよう心掛けていきたい。

⑥ [全体として]

ア. 考察

まず、法人全体でのヒヤリ・ハット報告ならびに事故報告の件数を見ると、ヒヤリ・ハット報告書 415 件、事故報告書 363 件であった。昨年同様、事故件数よりヒヤリ・ハット報告書が上回っている状況は、これまでの取り組みの成果であり一定の評価ができると思われる。事故発生の確率（法則）と照らし合わせた場合、事故件数に対するヒヤリ・ハット報告の数がまだまだ少ないと見ることもできるが、一般的にヒヤリ・ハットに該当するような軽微な事例も事故として厳密に取り上げていることもあり、このような数字として表れていると思われる。

ヒヤリ・ハット報告 415 件の内、1 年未満の職員からの情報提供が 54 件（約 13%）あった一方、事故報告 363 件の内、1 年未満の職員からの情報提供が 47 件（約 13%）。『※情報提供者が必ずしもその事例の発生原因となっている訳ではない』この数字が「多い・少ない」の議論は別

として、キャリアの浅い職員の視点、現状にスポットを当てた対策や指導・教育は不可欠であると思われる。

29年度、労働災害についての事例を区別化して集計を行ったが、ヒヤリ・ハット報告は非常に少ない結果となった。その要因として考えられることは、職員のリスクマネジメントに対する意識は、利用児・者に対するものが中心となっており、職員自身のリスク場面抽出に意識が向き難かったのではないかと思われる。また、利用児・者とのかかわりの中で起こった事例については、利用児・者に対するヒヤリ・ハット事例として提出され、同じ場面で職員側も怪我等を負う可能性があったとしても、後回しにされて（隠れて）しまうこともあるのではないかと思われた。事故については、9件報告されている。その内訳を見ていくと、防ぐことができる事故と難しい事故に区分できる。防ぐことができる事故については、環境整備や安全点検、安全手順等の不十分さによるものだと分析できた。

交通（車両）事故については、安全運転講習の開催やドライブレコーダーの設置等、具体的な対策を講じてきているが、事故件数減少には至っていない。

イ. 対策

今後もヒヤリ・ハット報告書の積極的な提出を促していきたい。特に例年事故が多く発生している年度当初については、より一層意識を高めヒヤリ・ハット報告書の提出促進を図っていく必要がある。

1年未満の職員からの情報が増えてきている状況をプラスとして捉え、事故防止に最大限活かしていくことが望まれる。知識、スキルの未熟さが否めない職員であることから、新任職員への教育・指導は欠かせないところではあるが、経験年数が少ない職員の視点や気づきに目線（基準）を合わせ、リスクマネジメント活動を行っていくことが大切であると考えられる。高齢者雇用、パート雇用等、雇用形態も多様化する中、キャリアの浅い職員からの情報提供は大切な視点（宝）として捉え最大限活かしていきたい。

労働災害については、ヒヤリ・ハット報告の件数アップを図っていくと共に、事故事例を検証し、防ぐことができる事故と防ぐことができない（難しい）事故とを区別化した上で、具体的な防止活動に繋げていきたい。労働災害防止として5S活動（整理・整頓・清掃・清潔・躰）は欠かせない要素である為、まずは環境整備・点検等を徹底していく必要があると思われる。

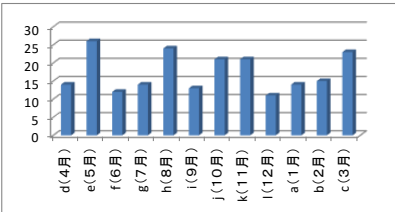
交通事故に関しては、引き続き安全運転講習会を開催しつつ、意識を高める機会としていきたい。また、法人全体として、数値目標を設定したり、啓発活動を行ったりする等、具体的な目標、対策を通じて、意識を継続していくことができるよう努めていきたい。

平成29年度 グループ別ヒヤリ・ハット集計結果表

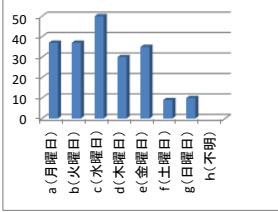
①グループ（いつきの里・いつきホームズ・ウィズ）ヒヤリ・ハット集計結果表

基本情報	発生日	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計									
		14	26	12	14	24	13	21	21	11	14	15	23	208									
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計													
		37	37	50	30	35	9	10		208													
	発生時間帯	a(0~1時台)	b(2~3時台)	c(4~5時台)	d(6~7時台)	e(8~9時台)	f(10~11時台)	g(12~13時台)	h(14~15時台)	i(16~17時台)	j(18~19時台)	k(20~21時台)	l(22~23時台)	m(不明)	計								
					2	33	49	63	36	15	6	1		3	208								
発生場所	a(居室)	b(廊下)	c(廊下)	d(廊下)	e(階段)	f(トイレ)	g(食堂)	h(厨房)	i(洗面所)	j(職員室)	k(医務室)	l(作業室)	m(玄関)	n(グラウンド)	o(中庭)	p(駐車場)	q(敷地外)	r(車内)	s(不明)	t(その他)	計		
	4	2	6	9		4	43		13	14	2	5	8	2		8	25	19	1	24	1	18	208
日課	a(平常日課)	b(イベント)	c(休日日課)	d(その他)	計																		
	175	20	11	2	208																		
サービス種別	a(施設入所)	b(生活介護)	c(日中一時)	d(共同生活)	e(短期入所)	f(その他)	計																
	7	191	1	6	1	2	208																

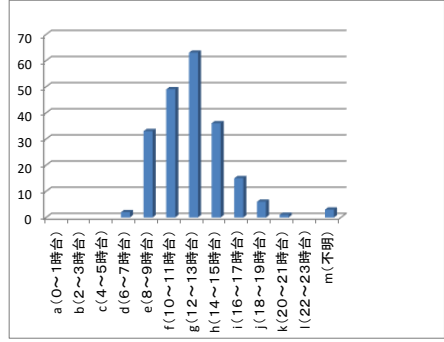
基本情報・発生日



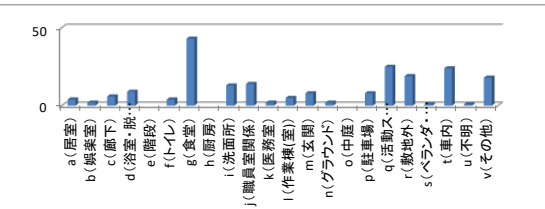
基本情報・発生曜日



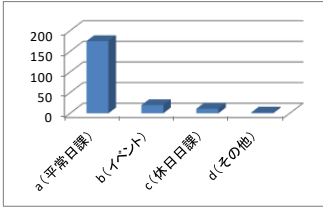
基本情報・発生時間帯



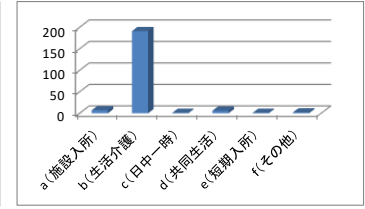
基本情報・発生場所



基本情報・日課

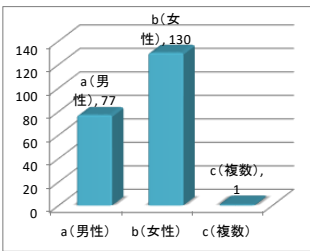


基本情報・サービス種別

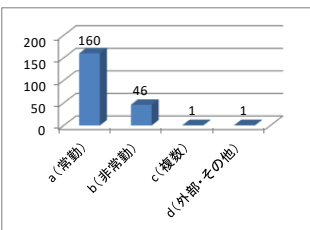


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(サビ管)	c(支援員)	d(看護師)	e(栄養士)	f(事務員)	g(調理員)	h(運転手)	i(複数)	j(その他)	計	
		5	9	156	32				4		2	208	
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計								
		77	130	1	208								
	雇用形態	a(常勤)	b(非常勤)	c(複数)	d(外勤・その他)	計							
		160	46	1	1	208							
経過年数	a(1年未満)	b(2~3年目)	c(4~5年目)	d(6~10年目)	e(11~15年目)	f(16~20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計				
	34	8	44	85	1	25	9	2	208				

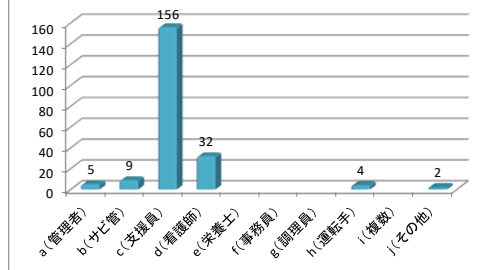
情報提供者情報・性別



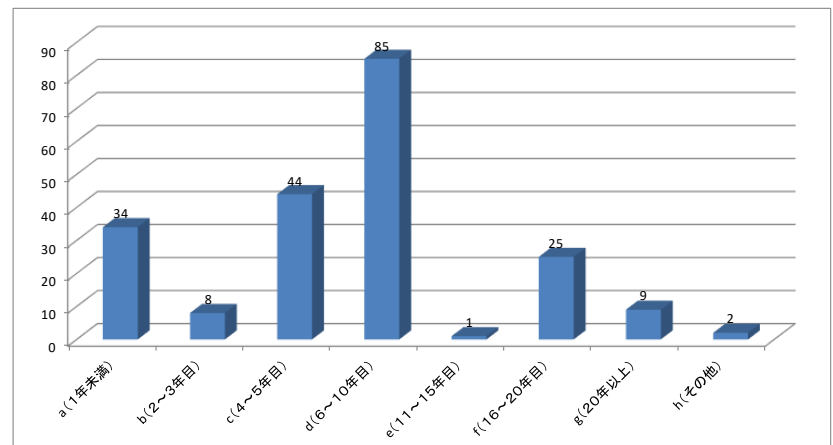
情報提供者情報・雇用形態



情報提供者情報・対象者

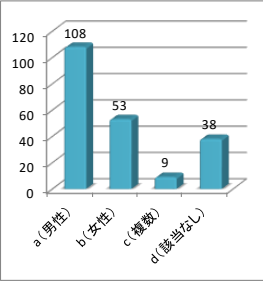


情報提供者情報・経過年数

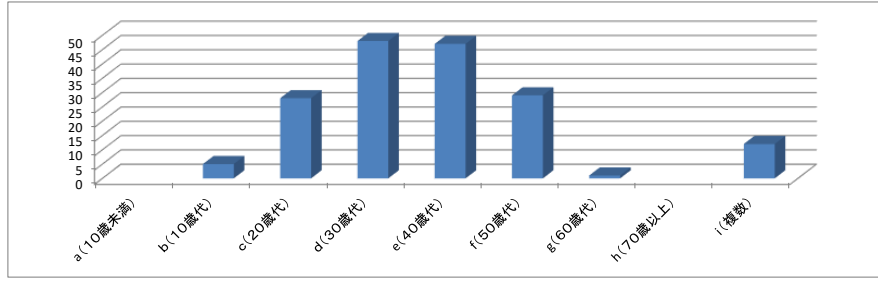


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当なし)	計											
		108	53	9	38	208											
	年齢	a(10歳未満)	b(10歳代)	c(20歳代)	d(30歳代)	e(40歳代)	f(50歳代)	g(60歳代)	h(70歳以上)	i(複数)	計						
			5	28	48	47	29	1		12	170						
要因に対する心身状態	a(精神障害)	b(視覚障害)	c(聴覚障害)	d(てんかん発作)	e(上肢障害)	f(下肢障害)	g(特定疾患)	h(疾病)	i(行動障害)	j(ダウン症)	k(怪我)	l(該当なし)	m(その他)	計			
	4			4		6			22	6			128	4	174		
利用年数	a(1年未満)	b(2~3年目)	c(4~5年目)	d(6~10年目)	e(11~15年目)	f(16~20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計								
	27	18	5	51	47	5	3	14	170								

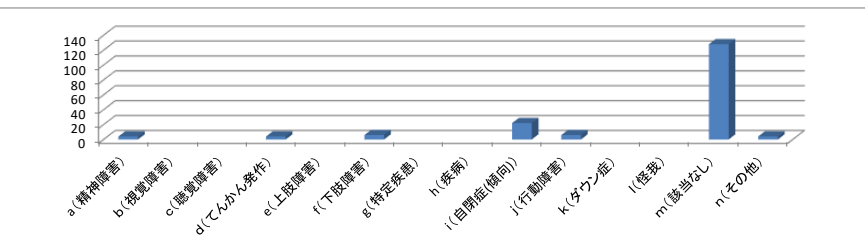
利用者情報・性別



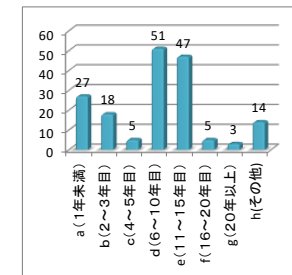
利用者情報・年齢



利用者情報・要因に対する心身状態

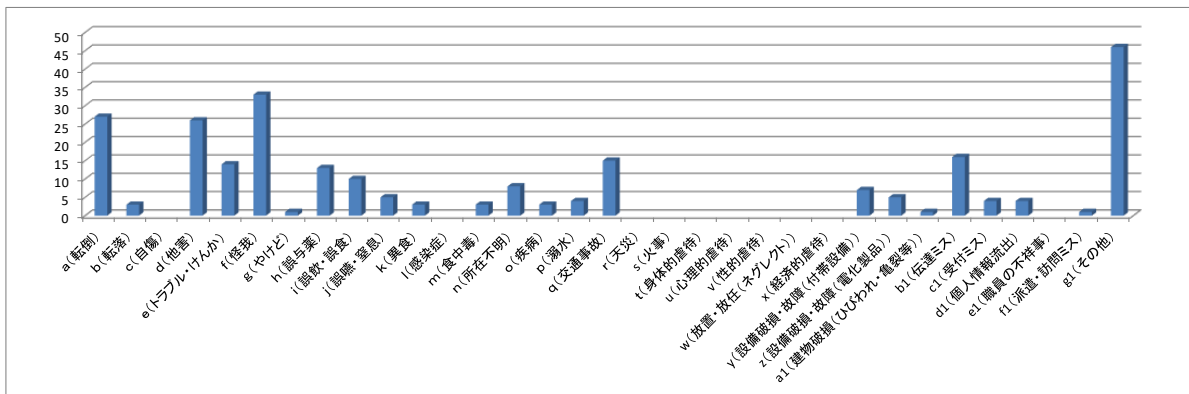


利用者情報・利用年数

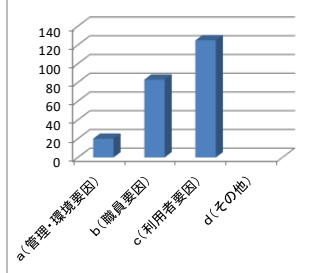


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(トラップ・けんか)	f(怪我)	g(やけど)	h(誤身業)	i(誤数・誤度)	j(誤断・誤急)	k(興奮)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(緊縮)	p(溺水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火事)	t(身体的障害)	u(心理的障害)	v(放置・放圧(ナグレット))	x(経済的障害)	y(設備故障・故障(付帯設備))	z(設備故障・故障(電化製品))	a1(建物破損(ひびわれ・亀裂等))	b1(伝達ミス)	c1(受付ミス)	d1(個人情報流出)	e1(職員の不祥事)	f1(派遣・訪問ミス)	g1(その他)	計		
		27	3		26	14	33	1	13	10	5	3	8	3	4	15																				
	要因	a(管理・環境要因)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計																														
		20	83	125		228																														
レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計																																
		198	10	208																																

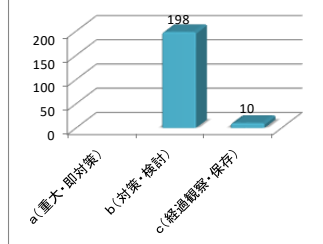
ヒヤリ・ハット情報・種類



ヒヤリ・ハット情報・要因



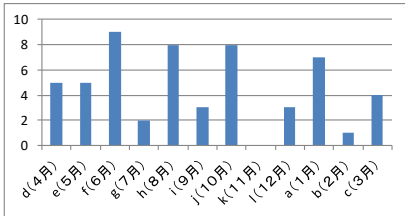
ヒヤリ・ハット情報・レベル



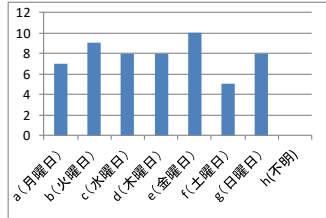
②グループ（松山福祉園・地域生活者支援室）ヒヤリ・ハット集計結果表

基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計										
		5	5	9	2	8	3	8		3	7	1	4	55										
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計														
		7	9	8	8	10	5	8		55														
発生時間帯	a(0～1時台)	b(2～3時台)	c(4～5時台)	d(6～7時台)	e(8～9時台)	f(10～11時台)	g(12～13時台)	h(14～15時台)	i(16～17時台)	j(18～19時台)	k(20～21時台)	l(22～23時台)	m(不明)	計										
				5	10	12	5	3	9	5	5		1	55										
発生場所	a(居室)	b(廊下)	c(階段)	d(浴室・脱衣場)	e(トイレ)	f(玄関)	g(廊下)	h(洗面所)	i(脱衣室)	j(食堂)	k(厨房)	l(職員室)	m(事務室)	n(作業棟)	o(ホール)	p(車内)	q(線路)	r(道路)	s(駐車場)	t(公共施設)	u(公園)	v(その他)	計	
	3	2	1			2		1		8		2		13	4			1	2		4		12	55

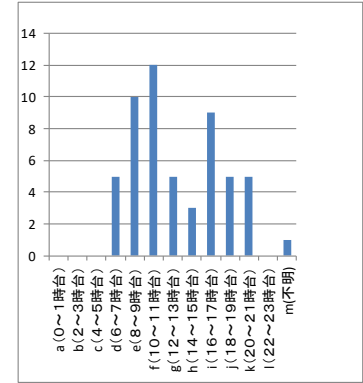
基本情報・発生月



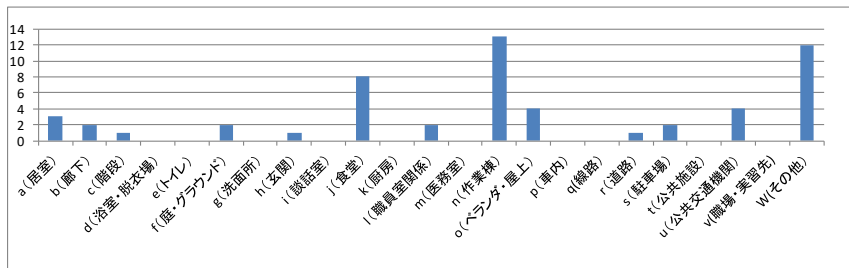
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

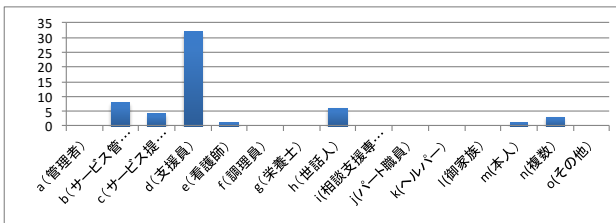


基本情報・発生場所

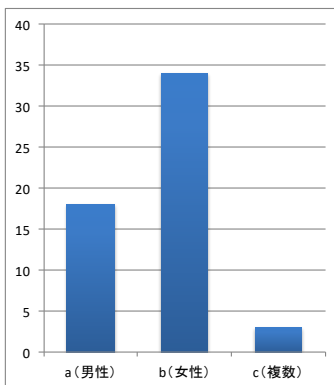


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(サービスマン)	c(ボランティア)	d(支援員)	e(看護師)	f(調理員)	g(栄養士)	h(世話人)	i(相談支援員)	j(ヘルパー)	k(御家族)	l(本人)	m(複数)	n(その他)	合計	
			8	4	32	1			6				1	3		55	
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計												
		18	34	3	55												
経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計								
		3	13	8	16	2	3	7	3	55							

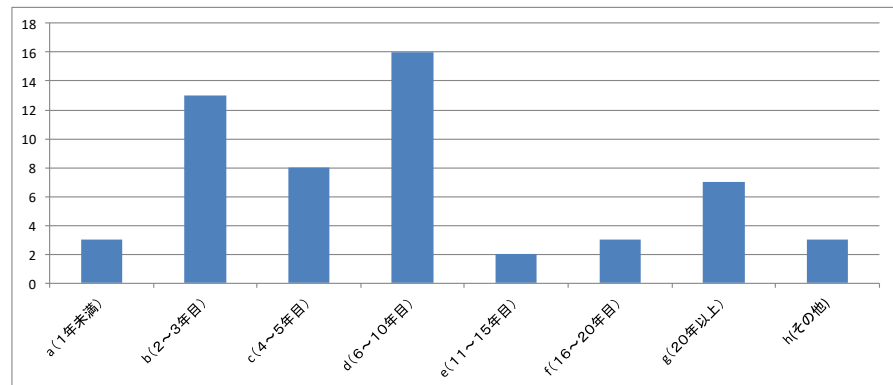
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別

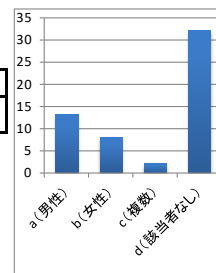


情報提供者情報・経験年数

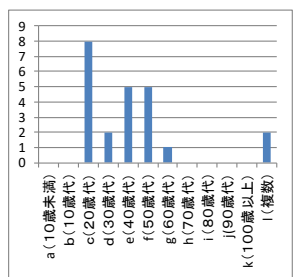


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当なし)	計											
		13	8	2	32	55											
	年齢	a(10歳未満)	b(10歳代)	c(20歳代)	d(30歳代)	e(40歳代)	f(50歳代)	g(60歳代)	h(70歳代)	i(80歳代)	j(90歳代)	k(100歳以上)	l(複数)	合計			
				8	2	5	5	1						2	23		
	障害別	a(身体障害)	b(知的障害)	c(精神障害)	d(高齢者)	合計											
		4	23	1		28											
	身体	a(全身性障害)	b(上肢障害)	c(下肢障害)	d(聴覚)	e(視覚)	f(感覚)	g(てんかん)	h(麻痺・怪我)	i(該当なし)	j(その他)	合計					
		1	1				2	1				5					
	知的	a(認知症)	b(行動障害)	c(ダウン症)	d(自閉症)	e(てんかん)	f(麻痺・怪我)	g(該当なし)	h(その他)	合計							
		4	1	3		4		11	3	26							
精神	a(統合失調)	b(躁鬱)	c(鬱病)	d(麻痺・怪我)	e(該当なし)	f(その他)	合計										
	1					1											
高齢	a(認知症)	b(関節症)	c(骨粗しょう症)	d(糖尿病)	e(麻痺)	f(脳血管障害)	g(麻痺・怪我)	h(該当なし)	i(その他)	合計							
										0							
利用年数	a(1年未満)	b(1~3年未満)	c(3~5年未満)	d(5~10年未満)	e(10~15年未満)	f(15~20年未満)	g(20年以上)	h(複数)	計								
		1	4	7	3	1	5	2	23								

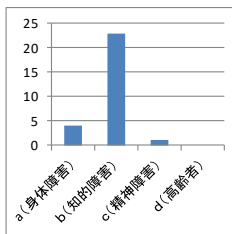
利用者情報・性別



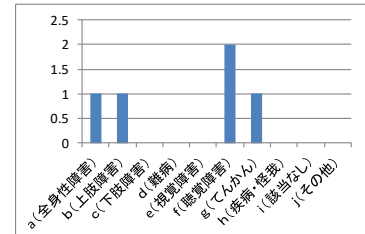
利用者情報・年齢



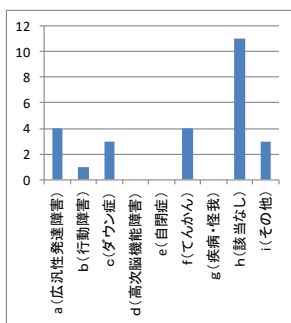
利用者情報・障害別



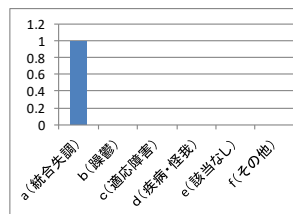
利用者情報・心身状況(身体)



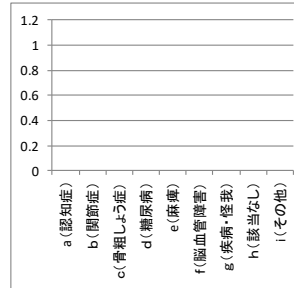
利用者情報・心身の状況(知的)



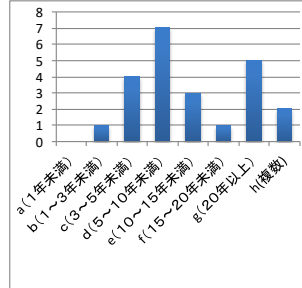
利用者情報・心身の状況(精神)



利用者情報・心身の状況(高齢)

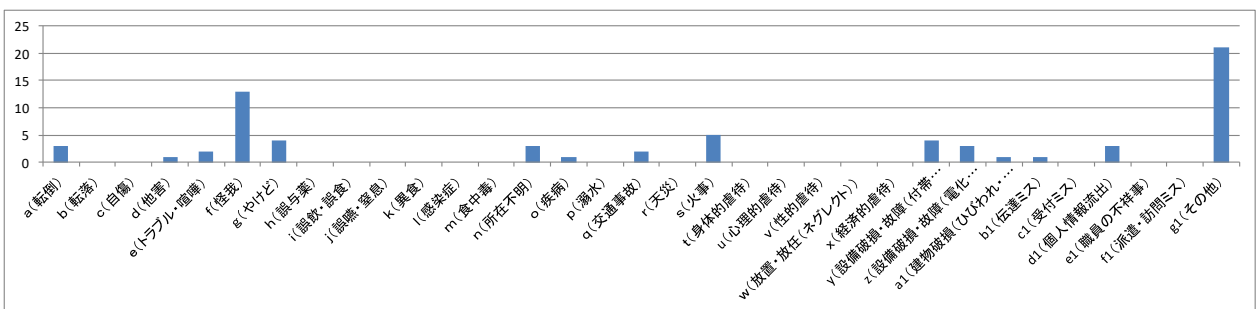


利用者情報・心身の状況(利用年数)

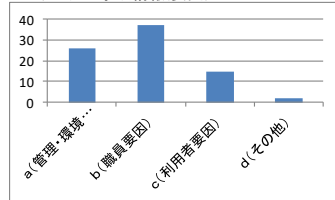


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(ワザ・キレ)	f(怪表)	g(やけど)	h(誤り薬)	i(誤飲・誤食)	j(誤服・誤服)	k(誤食)	l(感染)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(溺水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火事)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)	v(性的虐待)	w(放置・放任(ネグレクト))	x(経済的虐待)	y(設備破壊・故障(電化))	z(設備破壊・故障(UV))	a1(建物破壊(U))	b1(伝達ミス)	c1(受付ミス)	d1(個人情報流出)	e1(職員の不祥事)	f1(派遣・訪問ミス)	g1(その他)	合計													
		3			1	2	13	4													3	1															21	67										
	要因	a(管理・環境)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計																																										
		26	37	15	2	80																																										
レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計																																												
		34	21	55																																												

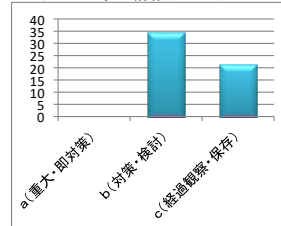
ヒヤリハット・事故情報(種類)



ヒヤリハット・事故情報(要因)



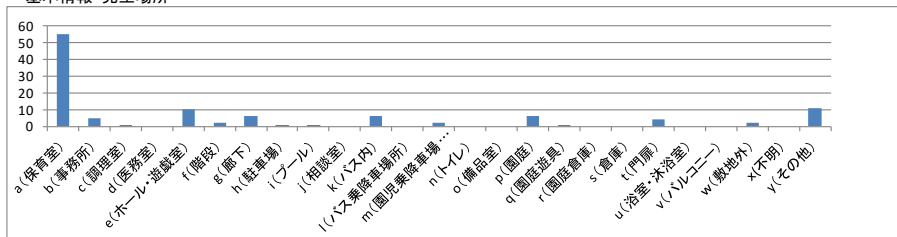
ヒヤリハット・事故情報(レベル)



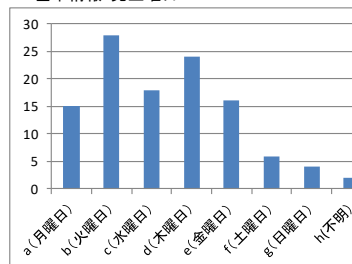
③グループ（福角保育園・堀江保育園・くるみ園・みらい・きらきらキッズ）ヒヤリ・ハット集計結果表

基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	合計												
		14	10	11	12	9	10	13	7	6	5	8	8	113												
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	合計																
		15	28	18	24	16	6	4	2	113																
	発生時間帯	a(0~1時台)	b(2~3時台)	c(4~5時台)	d(6~7時台)	e(8~9時台)	f(10~11時台)	g(12~13時台)	h(14~15時台)	i(16~17時台)	j(18~19時台)	k(20~21時台)	l(22~23時台)	m(不明)	合計											
		1		1	20	36	22	16	10	3			4	113												
発生場所	a(保育室)	b(事務所)	c(調理室)	d(医務室)	e(ホール)	f(階段)	g(廊下)	h(駐車場)	i(プール)	j(相談室)	k(バス内)	l(園庭遊具)	m(園庭遊具)	n(トイレ)	o(備品室)	p(園庭)	q(園庭遊具)	r(園庭遊具)	s(倉庫)	t(門扉)	u(その他)	v(その他)	w(敷地外)	x(不明)	y(その他)	合計
	55	5	1		10	2	6	1	1		6			2		6	1			4			2		11	113
日課	a(平常日課)	b(休日日課)	c(イベント)	d(延長保育)	e(園外活動)	f(その他)	合計																			
	95	6	4	4		4	113																			

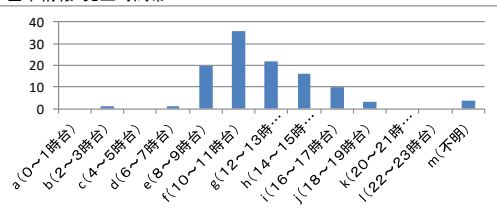
基本情報・発生場所



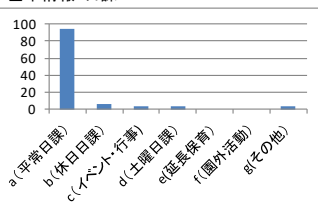
基本情報・発生曜日



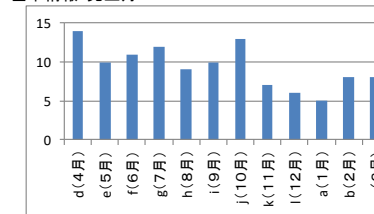
基本情報・発生時間帯



基本情報・日課

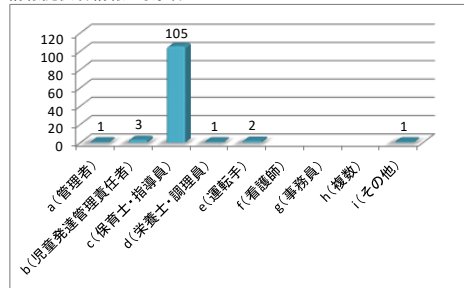


基本情報・発生月

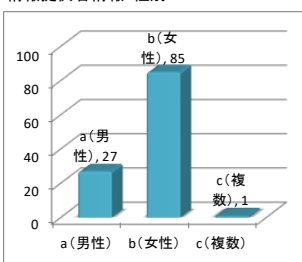


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(児童発達支援管理責任者)	c(保育士・指導員)	d(栄養士・調理員)	e(運転手)	f(看護師)	g(事務員)	h(複数)	i(その他)	計	
		1	3	105	1	2				1	113	
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計							
		27	85	1	113							
雇用形態	a(常勤)	b(非常勤)	c(複数)	計								
	104	6	1	113								
経験年数	a(1年未満)	b(2~3年目)	c(4~5年目)	d(6~10年目)	e(11~15年目)	f(16~20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計			
	16	39	22	29	1	2	2	2	113			

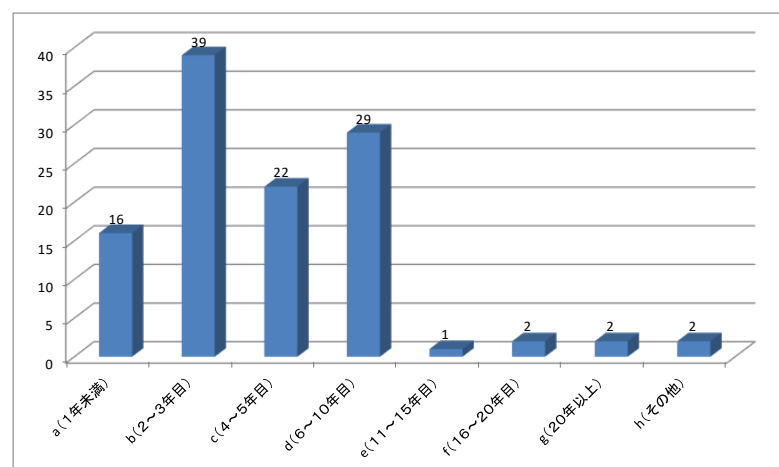
情報提供者情報・対象者



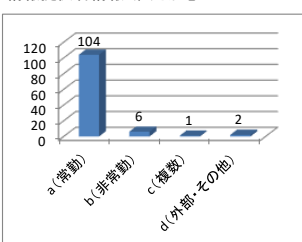
情報提供者情報・性別



情報提供者情報・経験年数



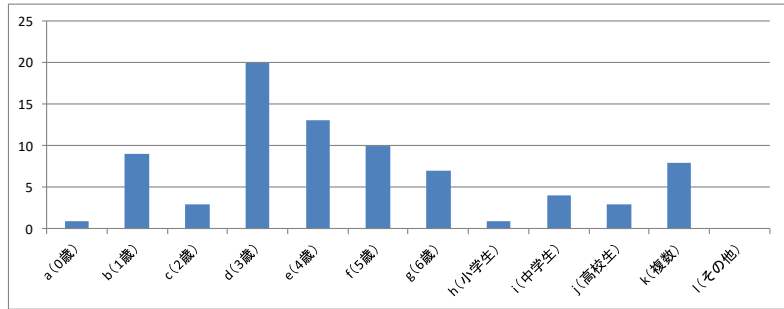
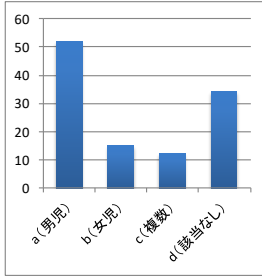
情報提供者情報・雇用形態



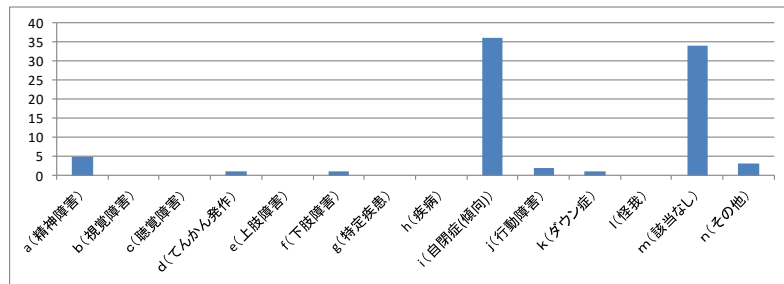
利用者情報	性別	a(男児)	b(女児)	c(複数)	d(該当なし)	計										
		52	15	12	34	113										
	年齢	a(0歳)	b(1歳)	c(2歳)	d(3歳)	e(4歳)	f(5歳)	g(6歳)	h(小学生)	i(中学生)	j(高校生)	k(複数)	l(その他)	計		
	1	9	3	20	13	10	7	1	4	3	8		79			
要因に対する心身状態	a(精神障害)	b(視覚障害)	c(聴覚障害)	d(てんかん発作)	e(上肢障害)	f(下肢障害)	g(特定疾患)	h(疾病)	i(自閉症(傾向))	j(行動障害)	k(ダウン症)	l(怪我)	m(該当なし)	n(その他)	計	
	5			1		1			36	2	1		34	3	83	

利用者情報・年齢

利用者情報・性別

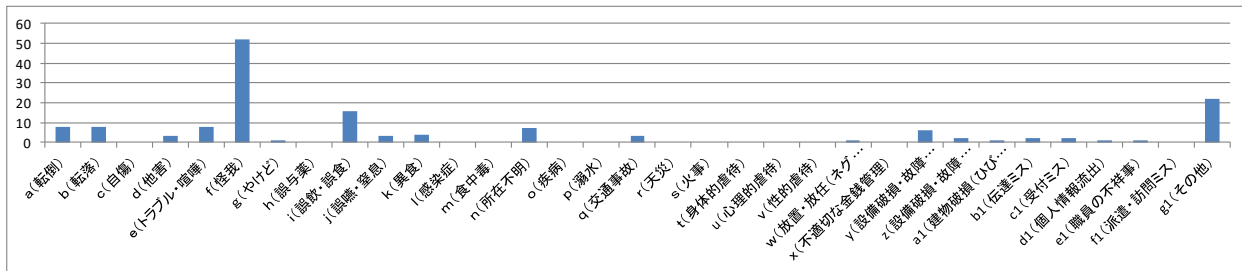


利用者情報・要因に対する心身状態

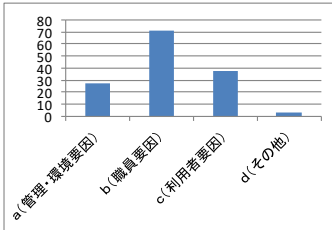


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(ダブル-墮落)	f(怪我)	g(やけど)	h(誤中毒)	i(誤射・誤食)	j(誤服・誤飲)	k(異食)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(接触)	p(溺水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火傷)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)	v(性的虐待)	w(放置・放任(ネグ...))	x(不適切な金銭管理)	y(設備破損・故障)	z(設備破損・故障...)	a1(建物破損・故障...)	b1(伝達ミス)	c1(受付ミス)	d1(個人情報流出)	e1(職員の不祥事)	f1(流注・訪問ミス)	g1(その他)
		8	8		3	8	52	1		16	3	4			7			3														1		
	合計	6	2	1	2	2	1	1		22	151																							
要因	a(管理・環境要因)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計																													
	27	71	38	3	139																													
レベル	a(重大・深刻)	b(対策・検討)	c(経過観察・保...	計																														
	12	96	5	113																														

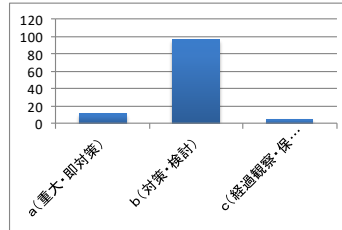
ヒヤリハット情報・種類(複数回答可)



ヒヤリハット情報・要因(複数回答可)



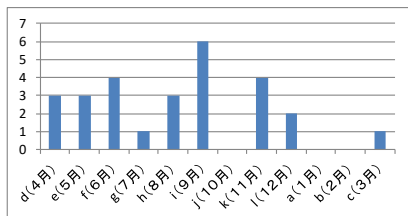
ヒヤリハット情報・レベル



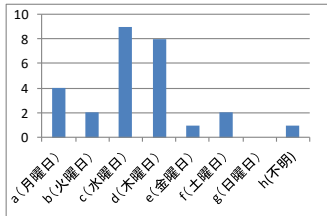
④グループ（相談支援関係）ヒヤリ・ハット集計結果表

基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計		
		3	3	4	1	3	6		4	2			1	27		
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計						
		4	2	9	8	1	2		1	27						
発生時間帯		a(0～1時台)	b(2～3時台)	c(4～5時台)	d(6～7時台)	e(8～9時台)	f(10～11時台)	g(12～13時台)	h(14～15時台)	i(16～17時台)	j(18～19時台)	k(20～21時台)	l(22～23時台)	m(不明)	計	
						3	5	5	4	7		2		1	27	
発生場所		a(事業所内)	b(福祉系事業所)	c(医療機関)	d(行政機関)	e(その他の公共機関)	f(利用者宅)	g(駐車場)	h(道路)	i(車内)	j(学校)	k(保育園・幼稚園)	l(職場)	m(実家先)	n(その他)	計
		8	3	4		1	4			1			1		5	27

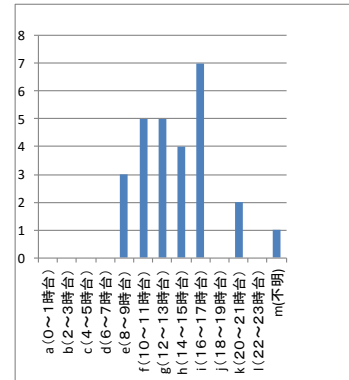
基本情報・発生月



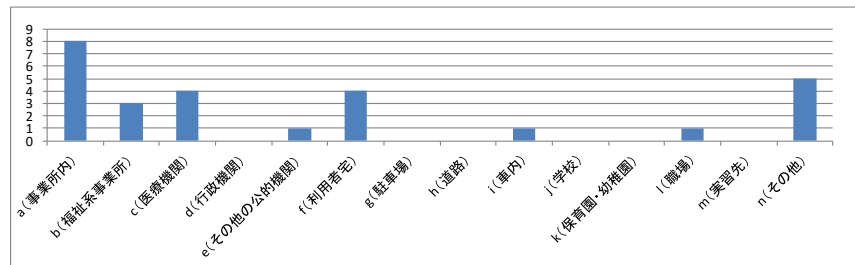
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

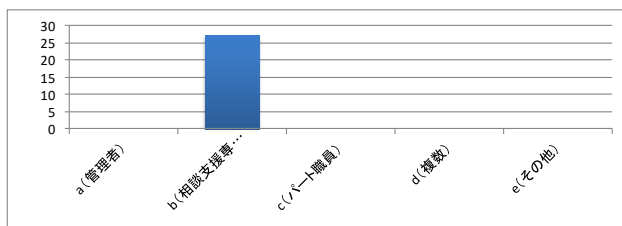


基本情報・発生場所

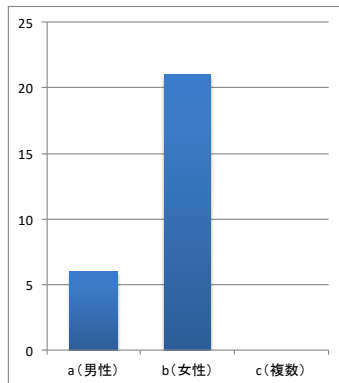


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(相談支援専門員)	c(ハート職員)	d(複数)	e(その他)	合計			
			27				27			
性別		a(男性)	b(女性)	c(複数)	計					
		6	21		27					
経験年数		a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(複数)	計
				18	6				3	27

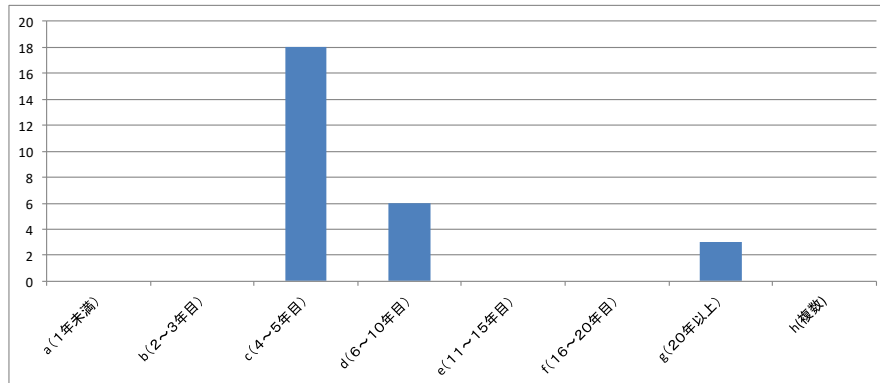
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別

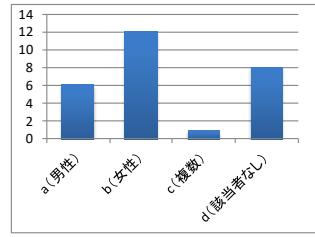


情報提供者情報・経験年数

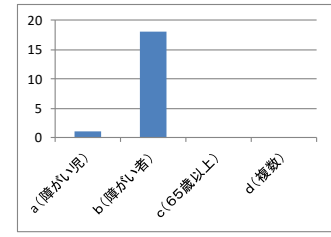


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当者なし)	計						
		6	12	1	8	27						
	年齢	a(歳がい児)	b(歳がい者)	c(65歳以上)	d(複数)	合計						
		1	18			19						
障害別	a(身体障害)	b(知的障害)	c(精神障害)	d(発達障害)	e(知的障害)	f(難病)	g(未診断・疑い)	h(その他)	合計			
	2	6	14	4			1		27			
利用年数	a(1年未満)	b(1~3年未満)	c(3~5年未満)	d(5~10年未満)	e(10~15年未満)	f(15~20年未満)	g(20年以上)	h(複数)	計			
	10	3	4	1				1	19			

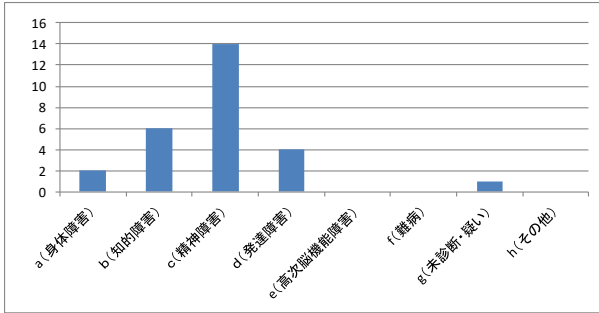
利用者情報・性別



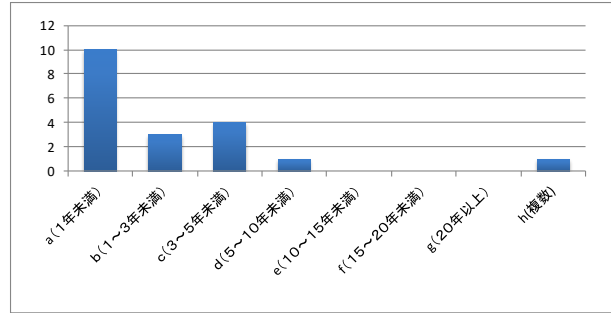
利用者情報・年齢



利用者情報・障害別

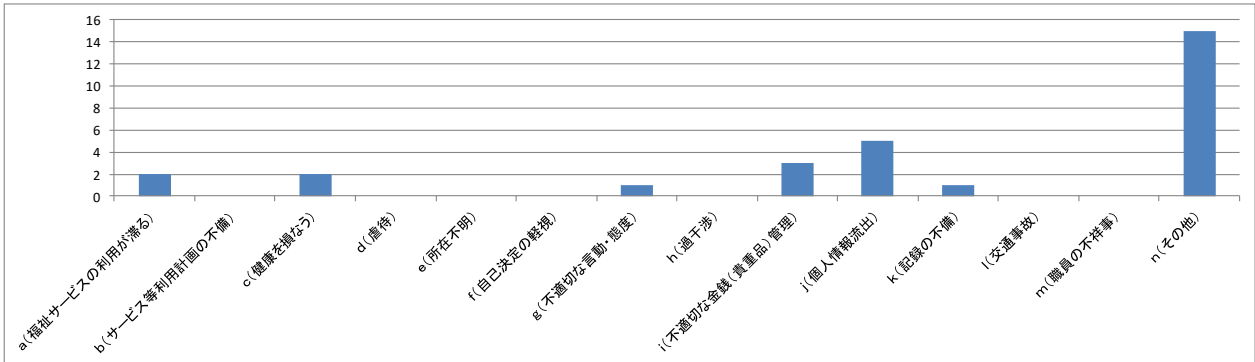


利用者情報・利用年数

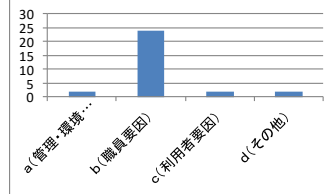


ヒヤリハット情報	種類	a(福祉サービスの利用が滞る)	b(サービス等利用計画の不備)	c(健康を損なう)	d(虐待)	e(所在不明)	f(自己決定の遅延)	g(不適切な言動・態度)	h(過干渉)	i(不適切な金銭(貴重品)管理)	j(個人情報流出)	k(記録の不備)	l(交通事故)	m(職員の不祥事)	n(その他)	合計	
		2	2				1		3	5	1				15	29	
	要因	a(管理・環境...)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計											
		2	24	2	2	30											
レベル	a(重大・即時策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計													
		2	17	8	27												

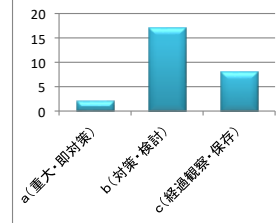
ヒヤリハット・事故情報(種類)



ヒヤリハット・事故情報(要因)



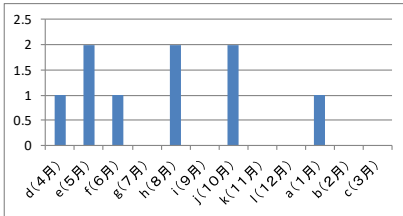
ヒヤリハット・事故情報(レベル)



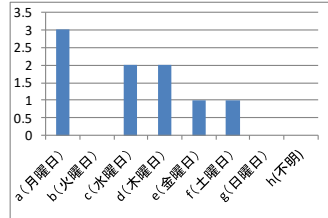
⑤グループ（本部事務局）ヒヤリ・ハット集計結果表

基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計
		1	2	1		2		2			1			9
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計				
		3		2	2	1	1			9				
発生時間帯	a(0～1時台)	b(2～3時台)	c(4～5時台)	d(6～7時台)	e(8～9時台)	f(10～11時台)	g(12～13時台)	h(14～15時台)	i(16～17時台)	j(18～19時台)	k(20～21時台)	l(22～23時台)	m(不明)	計
					4	2	1		1	1				9
発生場所	a(事務局室)	b(会議室)	c(理事長室)	d(車両)	e(駐車場)	f(道路)	g(その他)	計						
	1	2		5		1		9						

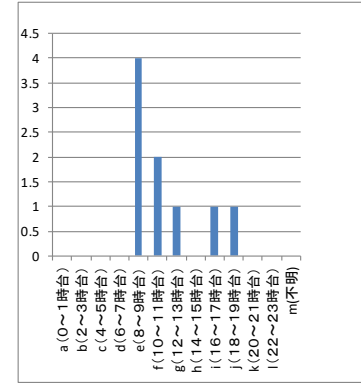
基本情報・発生月



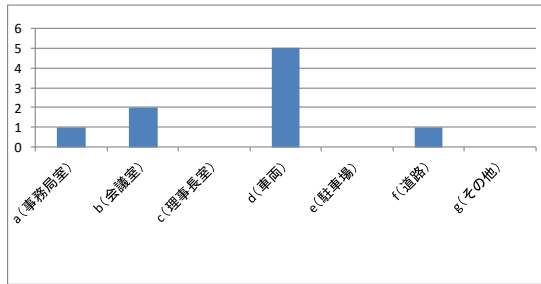
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

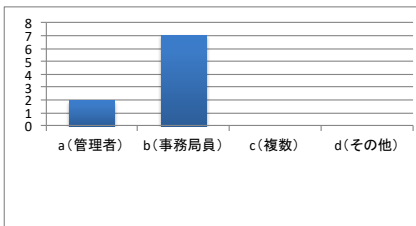


基本情報・発生場所

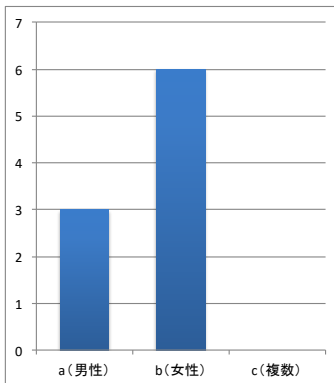


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(事務局員)	c(複数)	d(その他)	合計			
		2	7			9			
性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計					
	3	6		9					
経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(複数)	計
	1	2		4			2		9

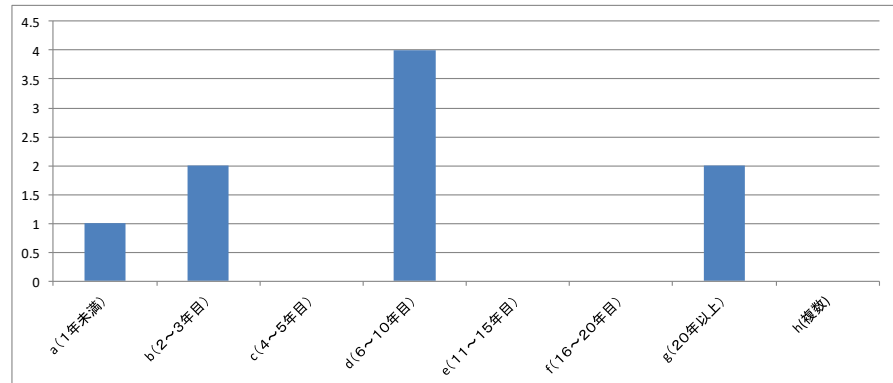
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別

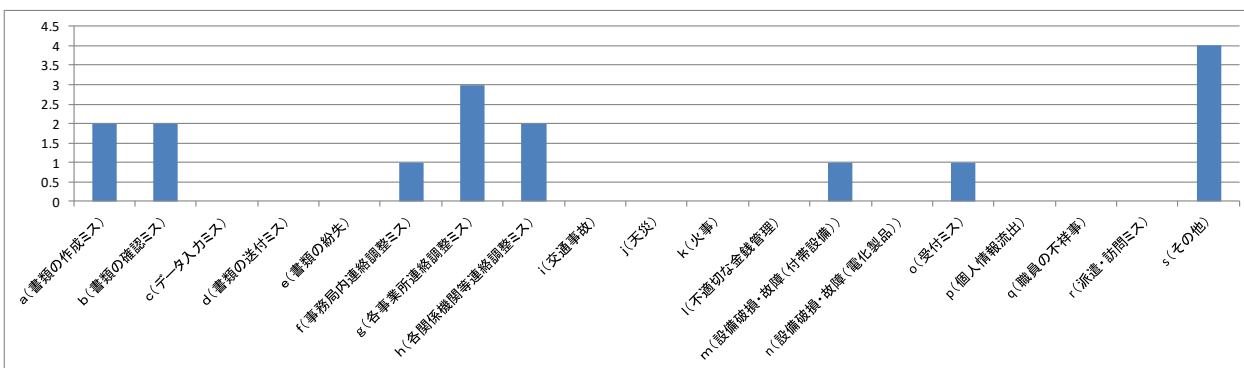


情報提供者情報・経験年数

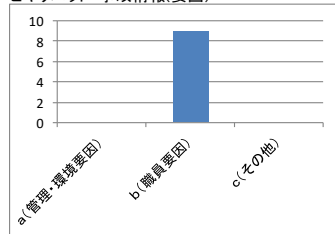


ヒヤリ・ハット情報	種類	2	2				1	3	2					1		1				4	16	
	要因		9	9																		
	レベル	3	6	9																		

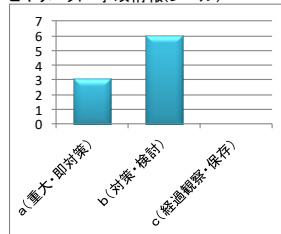
ヒヤリハット・事故情報(種類)



ヒヤリハット・事故情報(要因)



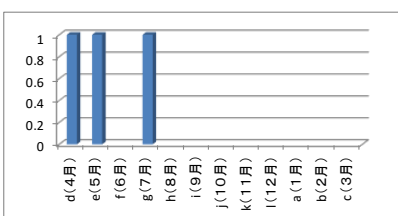
ヒヤリハット・事故情報(レベル)



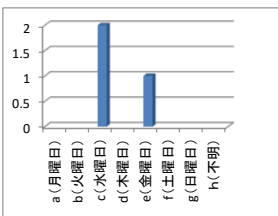
⑥職員の労働災害 ヒヤリ・ハット集計結果表

基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計										
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計														
	発生時間帯	a(0~1時台)	b(2~3時台)	c(4~5時台)	d(6~7時台)	e(8~9時台)	f(10~11時台)	g(12~13時台)	h(14~15時台)	i(16~17時台)	j(18~19時台)	k(20~21時台)	l(22~23時台)	m(不明)	計									
	発生場所	a(居室)	b(就業室)	c(廊下)	d(トイレ)	e(階段)	f(トイレ)	g(食堂)	h(厨房)	i(洗面所)	j(職員室等)	k(医務室)	l(作業場)	m(玄関)	n(グラウンド)	o(中庭)	p(駐車場)	q(駐歩スペース)	r(敷地外)	s(エレベーター等)	t(車内)	u(不明)	v(その他)	計
	日課	a(平常日課)	b(イベント)	c(休日日課)	d(その他)	計																		
	サービス種別	a(施設入所)	b(生活介護)	c(日中一時)	d(共同生活)	e(短期入所)	f(その他)	計																

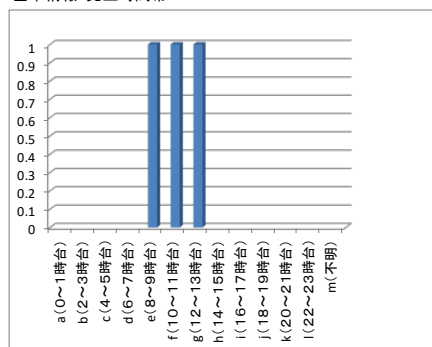
基本情報・発生月



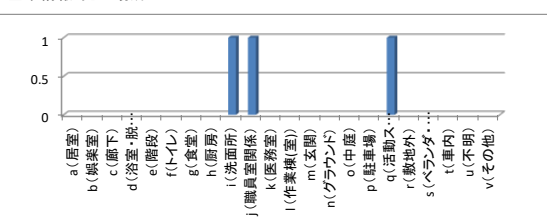
基本情報・発生曜日



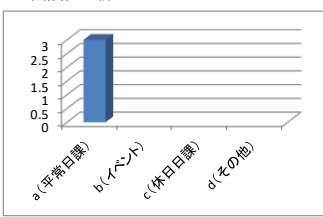
基本情報・発生時間帯



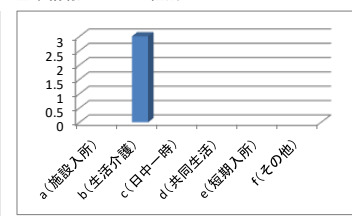
基本情報・発生場所



基本情報・日課

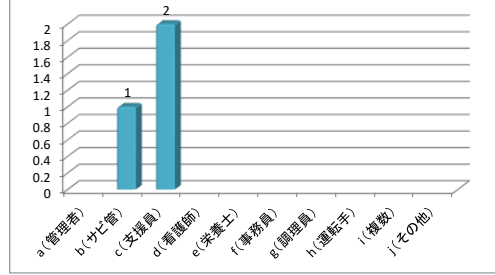


基本情報・サービス種別

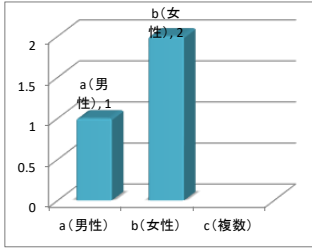


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(サブ管)	c(支援員)	d(看護師)	e(栄養士)	f(事務員)	g(調理員)	h(運転手)	i(複数)	j(その他)	計
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計							
	雇用形態	a(常勤)	b(非常勤)	c(複数)	計							
	経験年数	a(1年未満)	b(2~3年目)	c(4~5年目)	d(6~10年目)	e(11~15年目)	f(16~20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計		

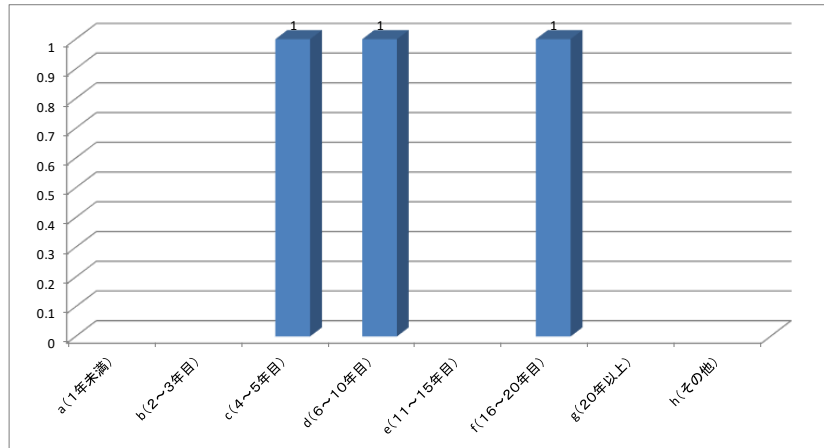
情報提供者情報・対象者



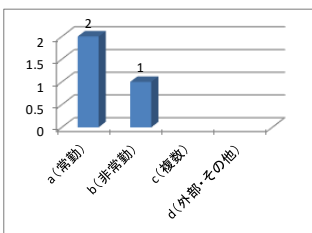
情報提供者情報・性別



情報提供者情報・経験年数

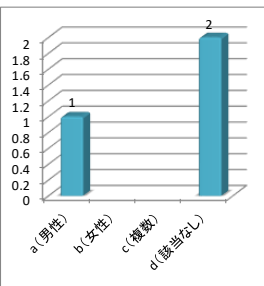


情報提供者情報・雇用形態

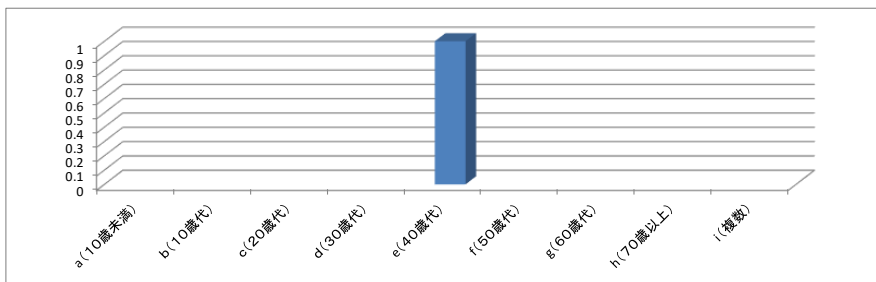


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当なし)	計										
	年齢	a(10歳未満)	b(10歳代)	c(20歳代)	d(30歳代)	e(40歳代)	f(50歳代)	g(60歳代)	h(70歳以上)	i(複数)	計					
	要因に対する心身状態	a(精神障害)	b(視覚障害)	c(聴覚障害)	d(たんの発作)	e(上肢障害)	f(下肢障害)	g(特定疾患)	h(疾病)	i(自閉症傾向)	j(行動障害)	k(ダウン症)	l(怪我)	m(該当なし)	n(その他)	計
	利用年数	a(1年未満)	b(2~3年目)	c(4~5年目)	d(6~10年目)	e(11~15年目)	f(16~20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計						

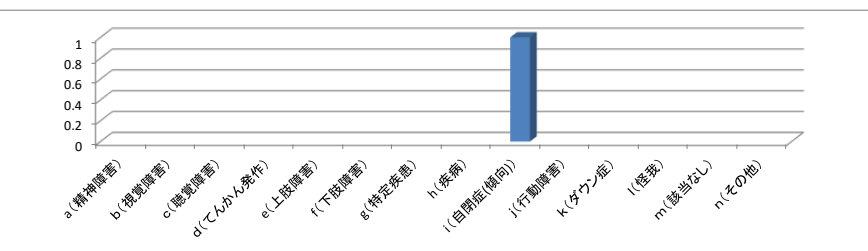
利用者情報・性別



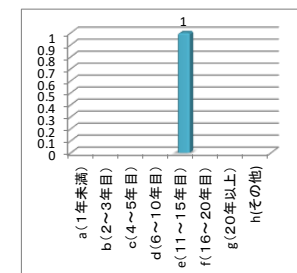
利用者情報・年齢



利用者情報・要因に対する心身状態

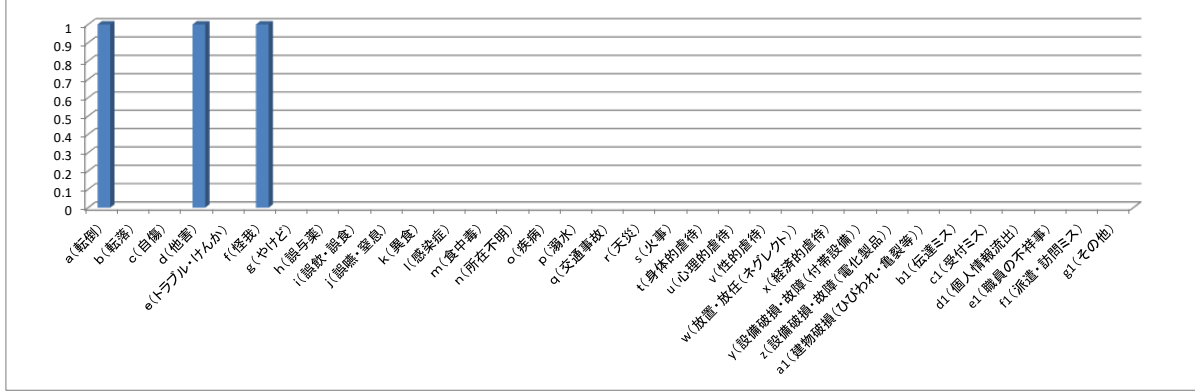


利用者情報・利用年数

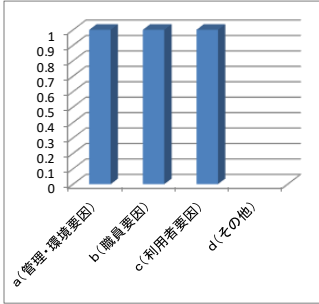


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(トナリ・バツカ)	f(怪我)	g(やけど)	h(誤作業)	i(誤飲・誤食)	j(誤睡・窒息)	k(異食)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(溺水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火事)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)		
		1			1			1																
																								3
	要因	a(管理・環境要因)	b(購買要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計																		
		1	1	1		3																		
	レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計																			
			2	1	3																			

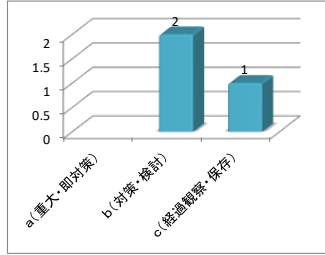
ヒヤリ・ハット情報・種類



ヒヤリ・ハット情報・要因



ヒヤリ・ハット情報・レベル

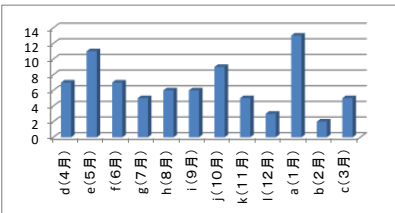


・平成29年度 グループ別事故報告集計結果表

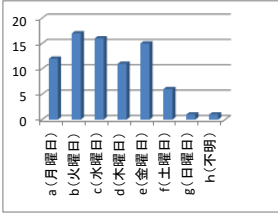
①グループ（いつきの里・いつきホームズ・ウィズ）事故報告集計結果表

基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計									
		7	11	7	5	6	6	9	5	3	13	2	5	79									
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計													
		12	17	16	11	15	6	1	1	79													
	発生時間帯	a(0~1時台)	b(2~3時台)	c(4~5時台)	d(6~7時台)	e(8~9時台)	f(10~11時台)	g(12~13時台)	h(14~15時台)	i(16~17時台)	j(18~19時台)	k(20~21時台)	l(22~23時台)	m(不明)	計								
				1	2	10	16	19	19	5	3	2	1	1	79								
発生場所	a(居室)	b(廊下)	c(廊下)	d(階段)	e(階段)	f(トイレ)	g(食堂)	h(厨房)	i(洗面所)	j(洗面所)	k(洗面所)	l(洗面所)	m(洗面所)	n(玄関)	o(中庭)	p(駐車場)	q(駐車場)	r(敷地外)	s(敷地外)	t(車内)	u(不明)	v(その他)	計
	3	6	2	1		4	12		1	2	1	3	8			2	16	8		2	3	5	79
日課	a(平常日課)	b(イベント)	c(休日日課)	d(その他)	計																		
	62	10	6	1	79																		
サービス種別	a(施設入所)	b(生活介護)	c(日中一時)	d(共同生活)	e(短期入所)	f(その他)	計																
	9	56	3	10	1	79																	

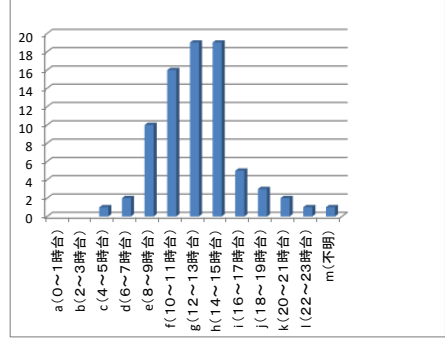
基本情報・発生月



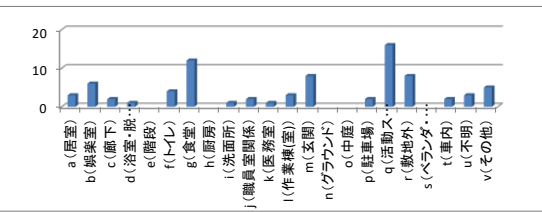
基本情報・発生曜日



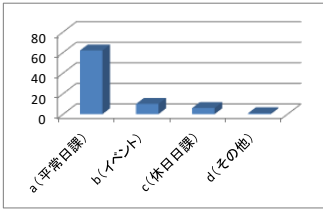
基本情報・発生時間帯



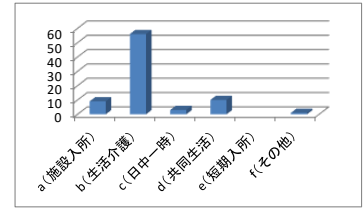
基本情報・発生場所



基本情報・日課

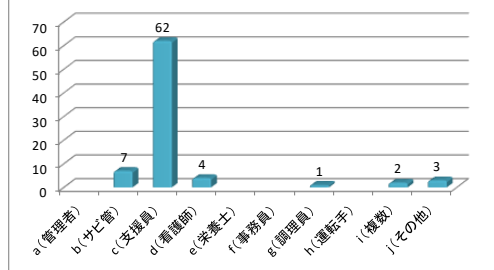


基本情報・サービス種別

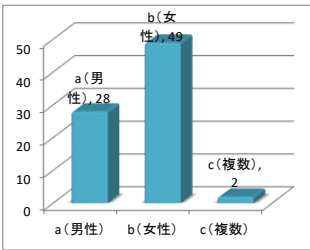


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(サビ管)	c(支援員)	d(看護員)	e(栄養士)	f(事務員)	g(調理員)	h(運転手)	i(複数)	j(その他)	計	
			7	62	4			1			2	3	79
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計								
		28	49	2	79								
雇用形態	a(常勤)	b(非常勤)	c(複数)	d(外部-その他)	計								
	59	18	2		79								
経過年数	a(1年未満)	b(2~3年目)	c(4~5年目)	d(6~10年目)	e(11~15年目)	f(16~20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計				
	6	5	19	32	2	10	5		79				

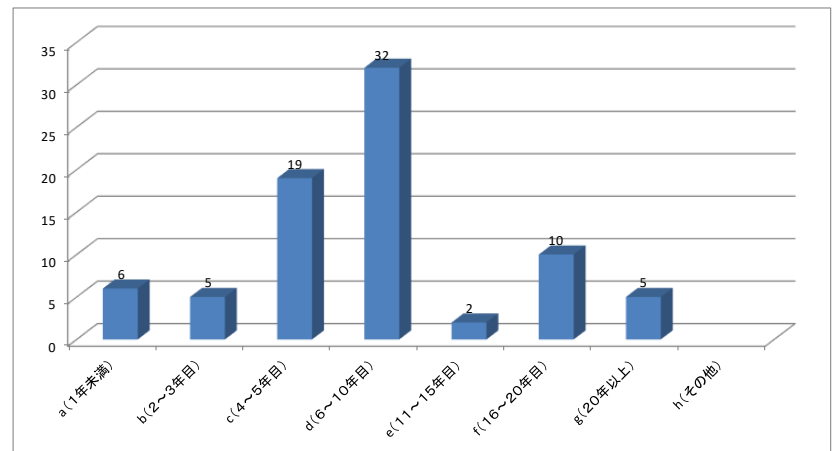
情報提供者情報・対象者



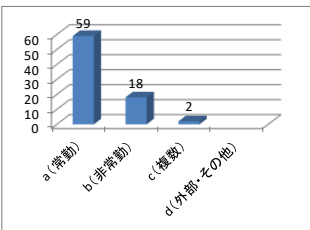
情報提供者情報・性別



情報提供者情報・経過年数

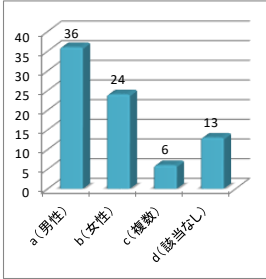


情報提供者情報・雇用形態

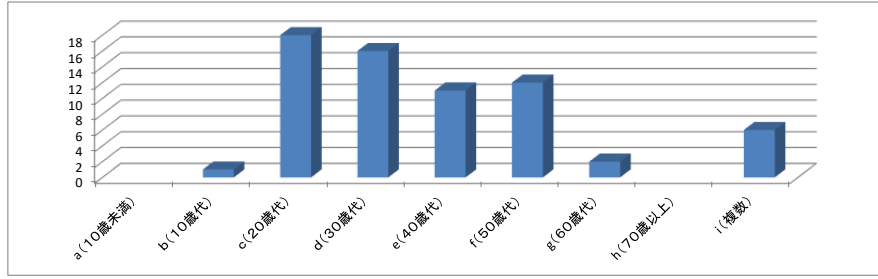


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当なし)	計									
		36	24	6	13	79									
	年齢	a(10歳未満)	b(10歳代)	c(20歳代)	d(30歳代)	e(40歳代)	f(50歳代)	g(60歳代)	h(70歳以上)	i(複数)	計				
			1	18	16	11	12	2		6	66				
要因に対する心身状態	a(精神障害)	b(感覚障害)	c(聴覚障害)	d(てんかん発作)	e(上肢障害)	f(下肢障害)	g(特定疾患)	h(疾病)	i(前頭領域)	j(行動障害)	k(ダウン症)	l(怪我)	m(該当なし)	n(その他)	計
	3			2		5			21	5	1		34		71
利用年数	a(1年未満)	b(2~3年目)	c(4~5年目)	d(6~10年目)	e(11~15年目)	f(16~20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計						
	7	13	4	10	20	1	5	6	66						

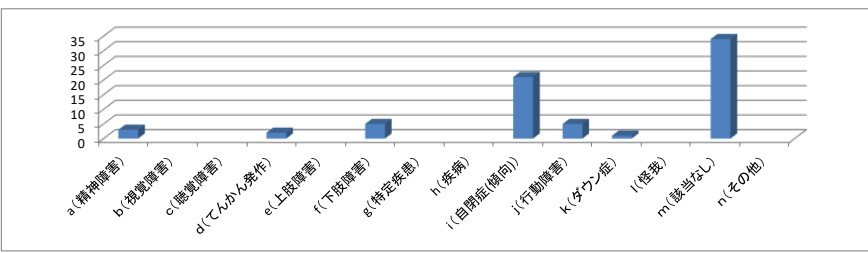
利用者情報・性別



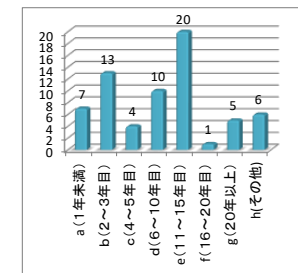
利用者情報・年齢



利用者情報・要因に対する心身状態

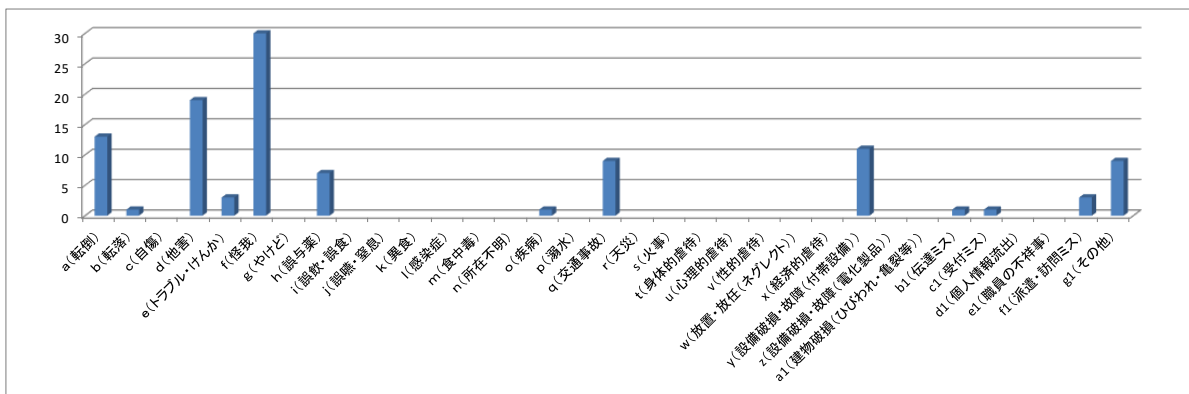


利用者情報・利用年数

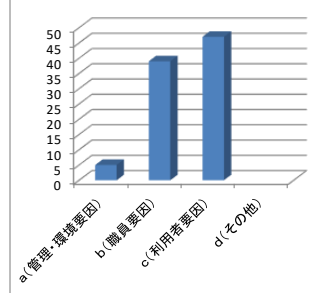


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(怪我)	f(やけど)	g(誤薬)	h(誤用薬)	i(誤飲・誤食)	j(誤嚥・窒息)	k(誤食)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(溺水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火事)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)	v(性的虐待)	w(放置・放任(ネグレクト))	x(経済的虐待)	y(設備破壊・故障(付帯設備))	z(設備破壊・故障(電化製品))	a1(建物破損(ヒビわれ・亀裂等))	b1(伝達ミス)	c1(受付ミス)	d1(個人情報流出)	e1(職員の不祥事)	f1(派遣・勤怠ミス)	g1(その他)	計			
		13	1		19	3	30		7								1			9																		
	要因	a(管理・環境要因)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計																																
		5	39	47		91																																
レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計																																		
		78	1	79																																		

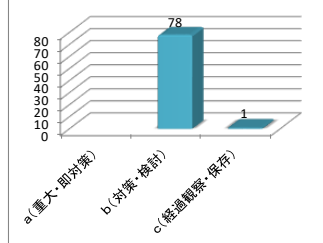
ヒヤリ・ハット情報・種類



ヒヤリ・ハット情報・要因



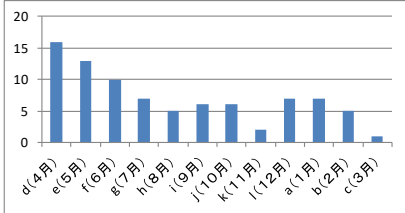
ヒヤリ・ハット情報・レベル



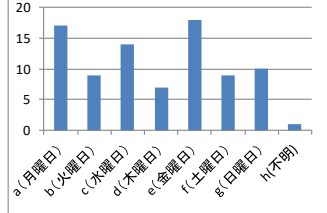
②グループ（松山福祉園・地域生活者支援室）事故報告集計結果表

基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計												
		16	13	10	7	5	6	6	2	7	7	5	1	85												
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計																
		17	9	14	7	18	9	10	1	85																
発生時間帯	a(0～1時台)	b(2～3時台)	c(4～5時台)	d(6～7時台)	e(8～9時台)	f(10～11時台)	g(12～13時台)	h(14～15時台)	i(16～17時台)	j(18～19時台)	k(20～21時台)	l(22～23時台)	m(不明)	計												
			1	6	9	15	13	12	14	7	3	3	2	85												
発生場所	a(居室)	b(廊下)	c(階段)	d(浴室・脱衣場)	e(トイレ)	f(風呂・サウナ)	g(洗面所)	h(玄関)	i(談話室)	j(食堂)	k(厨房)	l(職員室)	m(図書室)	n(作業棟)	o(ホール)	p(車内)	q(線路)	r(道路)	s(駐車場)	t(公共施設)	u(公民館)	v(福祉・支援先)	w(その他)	計		
		1	1						2		5	1	3	3	17			8	4	3		1	36	85		

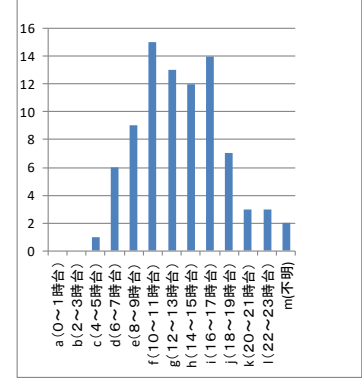
基本情報・発生月



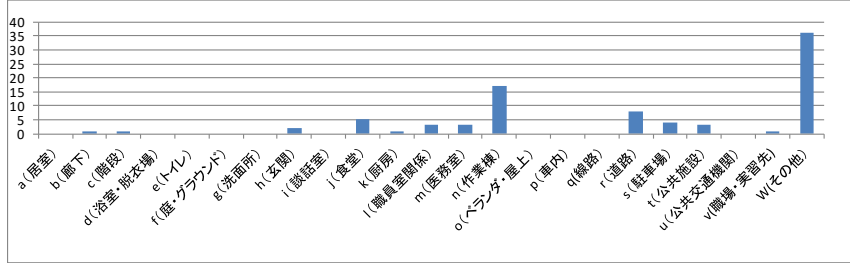
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

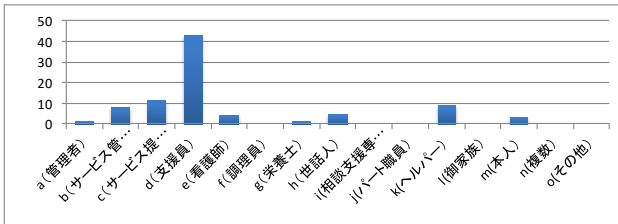


基本情報・発生場所

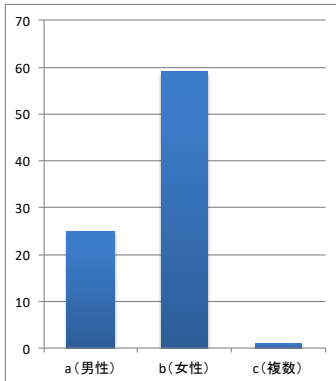


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(サービスマン)	c(サービスマン)	d(支援員)	e(看護師)	f(調理員)	g(栄養士)	h(世話人)	i(相談支援員)	j(ヘルパー)	k(御家族)	l(本人)	m(複数)	n(その他)	合計	
		1	8	11	43	4		1	5			9		3		85	
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計												
		25	59	1	85												
経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計								
		6	23	8	20	8	12	8	85								

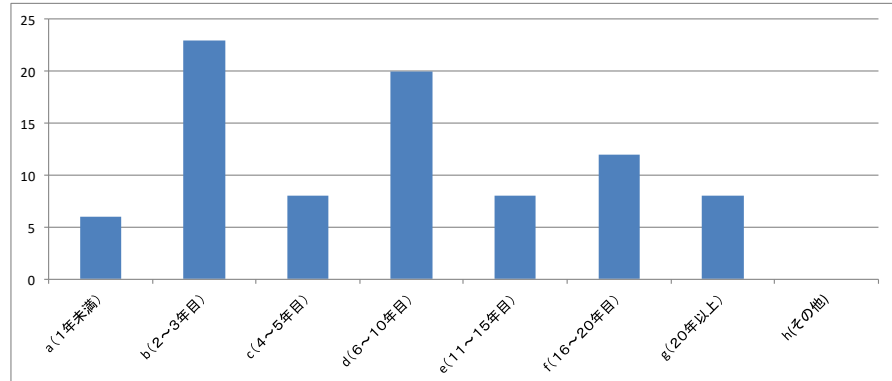
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別

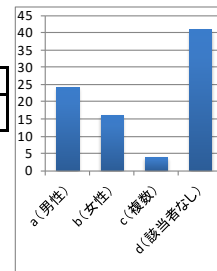


情報提供者情報・経験年数

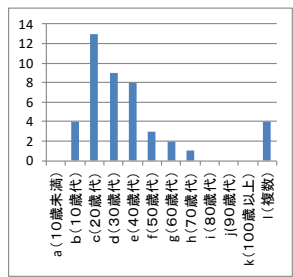


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当なし)	計										
		24	16	4	41	85										
	年齢	a(10歳未満)	b(10歳代)	c(20歳代)	d(30歳代)	e(40歳代)	f(50歳代)	g(60歳代)	h(70歳代)	i(80歳代)	j(90歳代)	k(100歳以上)	l(複数)	合計		
			4	13	9	8	3	2	1				4	44		
	障害別	a(身体障害)	b(知的障害)	c(精神障害)	d(高齢者)	合計										
		4	43	1	48											
	身体	a(全身性障害)	b(上肢障害)	c(下肢障害)	d(聴覚)	e(視覚)	f(感覚障害)	g(てんかん)	h(麻痺・怪我)	i(該当なし)	j(その他)	合計				
		1				1		2	1			5				
	知的	a(認知症)	b(行動障害)	c(ダウン症)	d(発達障害)	e(自閉症)	f(てんかん)	g(麻痺・怪我)	h(該当なし)	i(その他)	合計					
			3	1		7	10		25	3	49					
精神	a(統合失調)	b(躁鬱)	c(過剰興奮)	d(気分障害)	e(気分不安)	f(その他)	合計									
							0									
高齢	a(認知症)	b(関節症)	c(骨粗しょう症)	d(糖尿病)	e(麻痺)	f(脳血管障害)	g(麻痺・怪我)	h(該当なし)	i(その他)	合計						
									1	1						
利用年数	a(1年未満)	b(1~3年未満)	c(3~5年未満)	d(5~10年未満)	e(10~15年未満)	f(15~20年未満)	g(20年以上)	h(複数)	計							
	7	3	2	9	12	4	3	4	44							

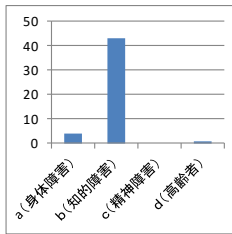
利用者情報・性別



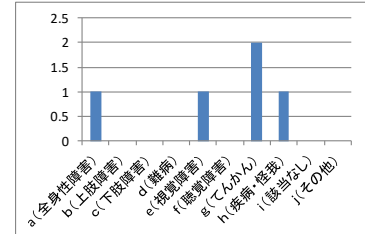
利用者情報・年齢



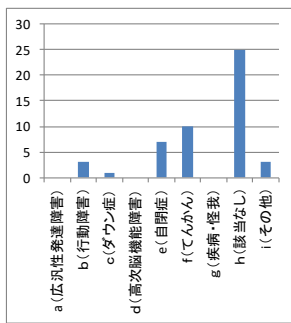
利用者情報・障害別



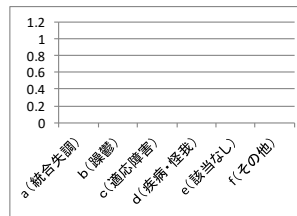
利用者情報・心身状況(身体)



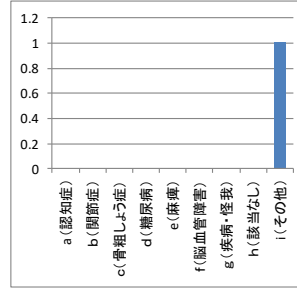
利用者情報・心身の状況(知的)



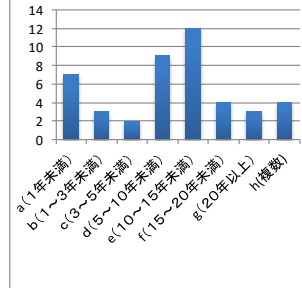
利用者情報・心身の状況(精神)



利用者情報・心身の状況(高齢)

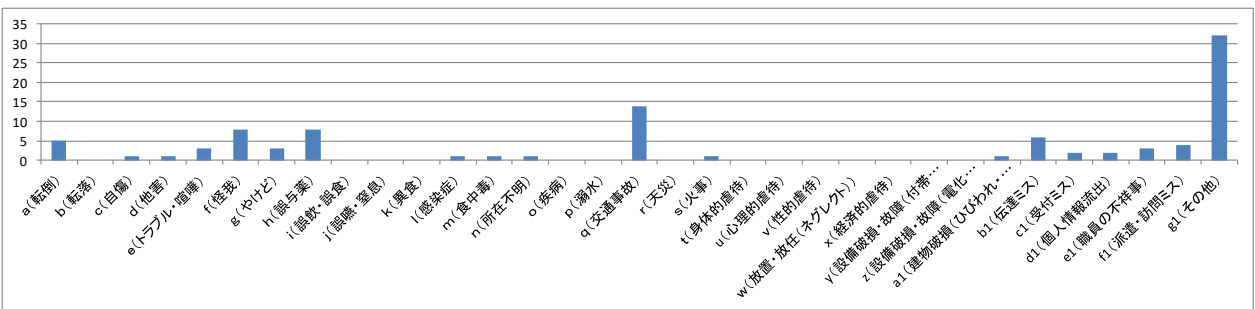


利用者情報・心身の状況(利用年数)

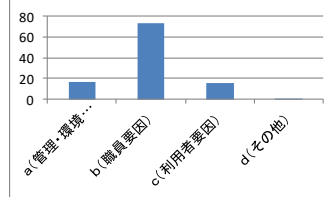


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(トラブル)	f(怪我)	g(やけど)	h(誤り)	i(騒音・振動)	j(騒音・臭気)	k(臭気)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(漏水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火事)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)	v(性的虐待)	w(放置・放任)	x(虐待)	y(設備故障・故障)	z(設備故障・故障)	a1(建物破壊)	b1(伝達ミス)	c1(受付ミス)	d1(個人情報流出)	e1(職員の不祥事)	f1(派遣・訪問ミス)	g1(その他)	合計	
		5		1	1	3	8	3	8					1	1	1																				97
	要因	a(管理・環境)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計																														
		17	73	16	1	107																														
レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計																																
	12	71	2	85																																

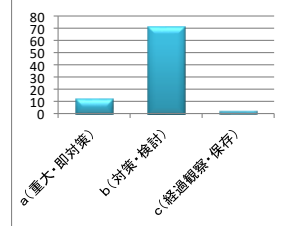
ヒヤリハット・事故情報(種類)



ヒヤリハット・事故情報(要因)



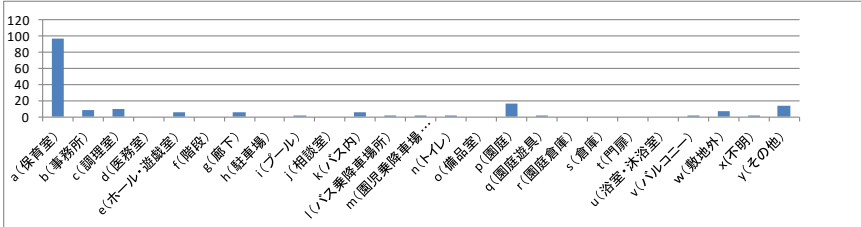
ヒヤリハット・事故情報(レベル)



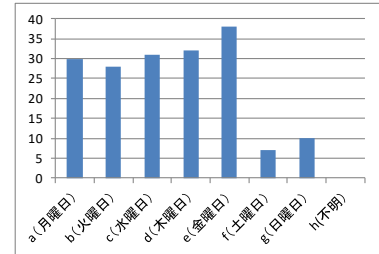
③グループ（福角保育園・堀江保育園・くるみ園・みらい・きらきらキッズ）事故報告集計結果表

基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	合計													
		23	18	25	14	19	14	12	13	6	13	9	10	176													
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	合計																	
		30	28	31	32	38	7	10		176																	
	発生時間帯	o(0~1時台)	p(2~3時台)	q(4~5時台)	r(6~7時台)	s(8~9時台)	t(10~11時台)	u(12~13時台)	v(14~15時台)	w(16~17時台)	x(18~19時台)	y(20~21時台)	z(22~23時台)	m(不明)	合計												
	1			1	30	57	27	34	17	6	1		2	176													
発生場所	a(保育室)	b(事務所)	c(調理室)	d(廊下)	e(ホール)	f(階段)	g(駐車場)	h(プール)	i(相談室)	j(バス内)	k(作業場)	l(園庭)	m(園外)	n(倉庫)	o(門扉)	p(園外)	q(園外)	r(園外)	s(園外)	t(園外)	u(園外)	v(園外)	w(園外)	x(不明)	y(その他)	合計	
	97	8	10		5		5		1		6	1	1	2		16	1						1	7	1	14	176
日課	a(平常日課)	b(休日課)	c(イベント)	d(土曜)	e(延長)	f(園外)	g(その他)	合計																			
	146	14	6	2	2	1	5	176																			

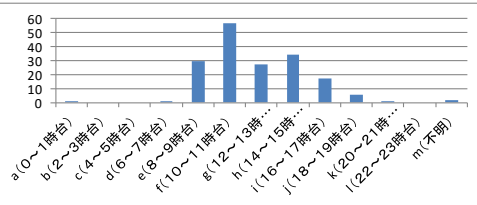
基本情報・発生場所



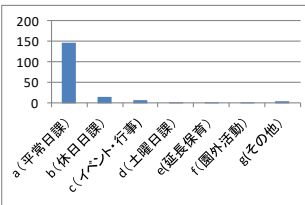
基本情報・発生曜日



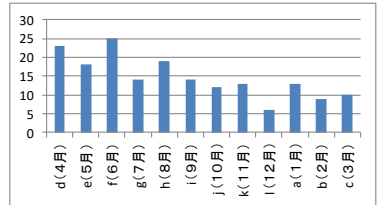
基本情報・発生時間帯



基本情報・日課

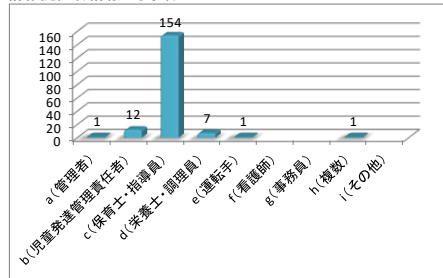


基本情報・発生月

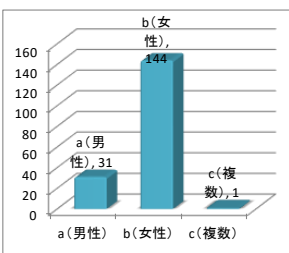


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(児童発達支援管理責任者)	c(保育士・指導員)	d(作業士・調理員)	e(運転手)	f(看護師)	g(事務員)	h(複数)	i(その他)	計	
		1	12	154	7	1			1		176	
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計							
		31	144	1	176							
雇用形態	a(常勤)	b(非常勤)	c(複数)	d(外勤)	計							
	157	19			176							
経験年数	a(1年未満)	b(2~3年目)	c(4~5年目)	d(6~10年目)	e(11~15年目)	f(16~20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計			
	33	46	33	47	2	12	2	1	176			

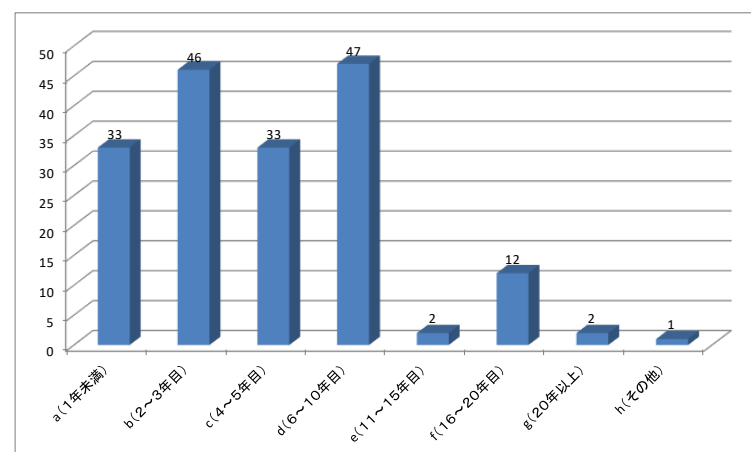
情報提供者情報・対象者



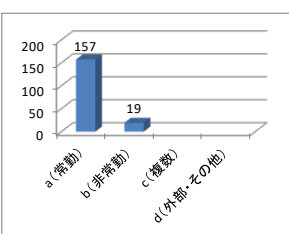
情報提供者情報・性別



情報提供者情報・経験年数



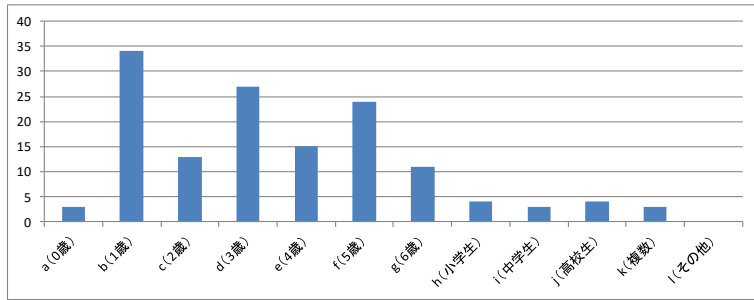
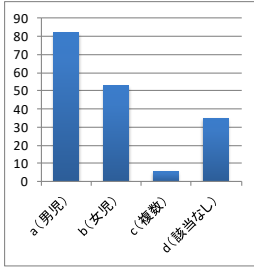
情報提供者情報・雇用形態



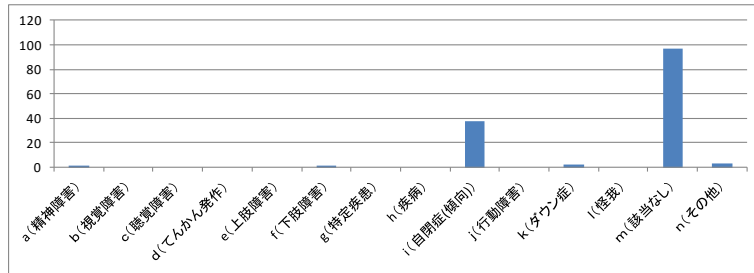
利用者情報	性別	a(男児)	b(女児)	c(複数)	d(該当なし)	計										
		82	53	6	35	176										
	年齢	a(0歳)	b(1歳)	c(2歳)	d(3歳)	e(4歳)	f(5歳)	g(6歳)	h(小学生)	i(中学生)	j(高校生)	k(複数)	l(その他)	計		
	3	34	13	27	15	24	11	4	3	4	3		141			
	要因に対する心身状態	a(精神障害)	b(視覚障害)	c(聴覚障害)	d(上肢障害)	e(下肢障害)	f(特定疾患)	g(疾病)	h(行動障害)	i(ダウン症)	j(怪我)	k(該当なし)	l(その他)	計		
		1				1			38		2		97	3	142	

利用者情報・年齢

利用者情報・性別

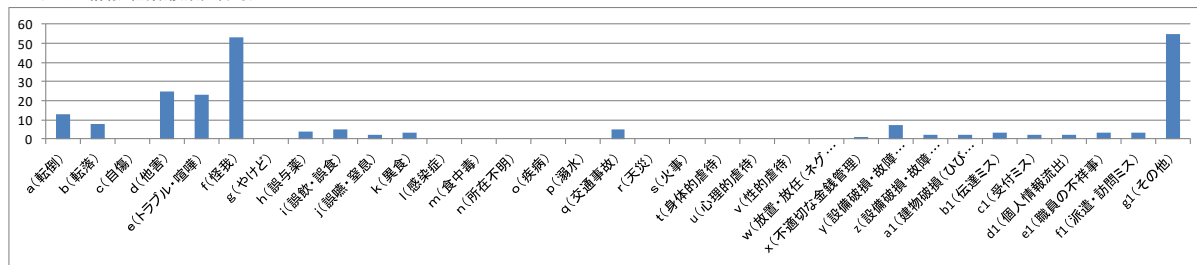


利用者情報・要因に対する心身状態

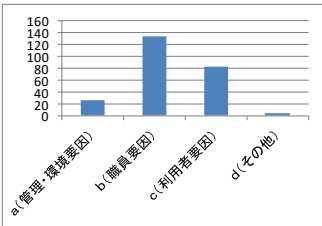


ヒヤリハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(トラブル・怪癖)	f(怪我)	g(やけど)	h(誤食)	i(誤飲)	j(誤服)	k(異食)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(溺水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火事)	t(暴行)	u(心身の虐待)	v(性的虐待)	w(放置・放任)	x(不適切な安全管理)	y(設備破損・故障)	z(設備破損・故障)	aa(建物破損)	ab(伝達ミス)	ac(送付ミス)	ad(個人情報流出)	ae(職員の不祥事)	af(派遣・訪問ミス)	ag(その他)	
		13	8		25	23	53		4	5	2	3						5																1	
	要因																																		
	レベル																																		

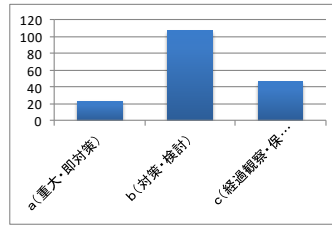
ヒヤリハット情報・種類(複数回答可)



ヒヤリハット情報・要因(複数回答可)



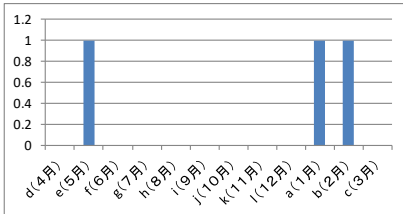
ヒヤリハット情報・レベル



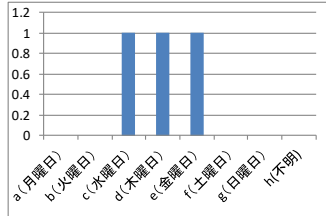
④グループ（相談支援関係）事故報告集計結果表

基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計	
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計					
	発生時間帯	a(0～1時台)	b(2～3時台)	c(4～5時台)	d(6～7時台)	e(8～9時台)	f(10～11時台)	g(12～13時台)	h(14～15時台)	i(16～17時台)	j(18～19時台)	k(20～21時台)	l(22～23時台)	m(不明)	計
	発生場所	a(事業所内)	b(福祉系事業所)	c(医療機関)	d(行政機関)	e(その他の公的機関)	f(利用者宅)	g(駐車場)	h(道路)	i(車内)	j(学校)	k(保育園・幼稚園)	l(職場)	m(実家先)	n(その他)
		1					1	1	1					3	
				1	1	1								3	
							1	1	1					3	
		1					1	1						3	

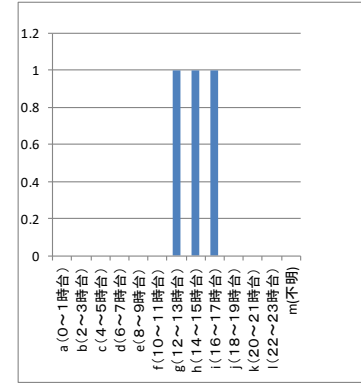
基本情報・発生月



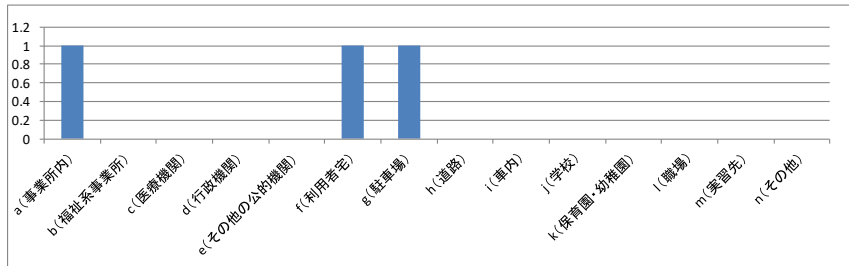
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

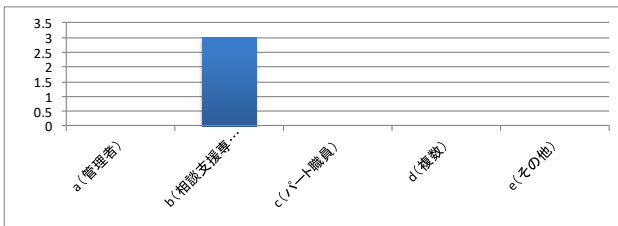


基本情報・発生場所

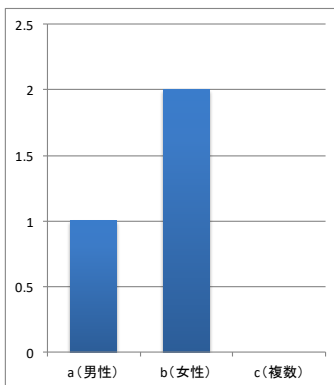


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(相談支援専門員)	c(パート職員)	d(複数)	e(その他)	合計		
			3				3		
性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計					
	1	2	3						
経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(複数)	計
			2	1					3

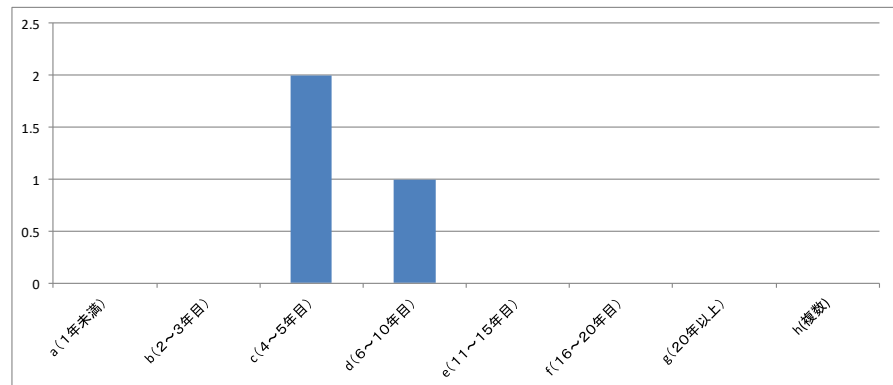
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別

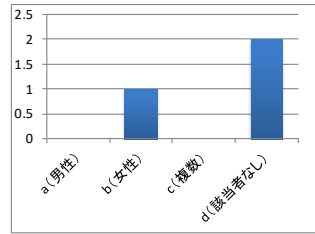


情報提供者情報・経験年数

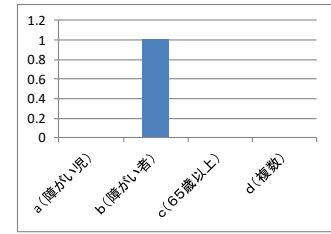


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当者なし)	計			
			1		2	3			
	年齢	a(障がい児)	b(障がい者)	c(65歳以上)	d(複数)	合計			
			1			1			
障害別	a(身体障害)	b(知的障害)	c(精神障害)	d(発達障害)	e(発達障害等)	f(難病)	g(未診断・疑い)	h(その他)	合計
			1						1
利用年数	a(1年未満)	b(1~3年未満)	c(3~5年未満)	d(5~10年未満)	e(10~15年未満)	f(15~20年未満)	g(20年以上)	h(複数)	計
		1							1

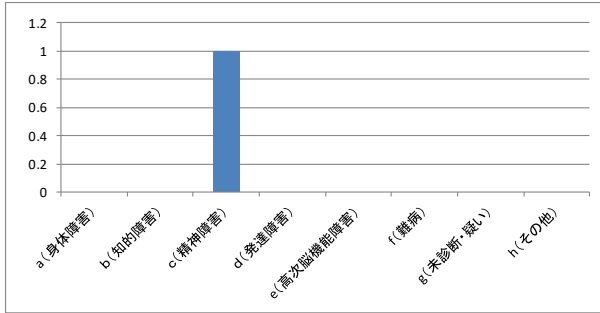
利用者情報・性別



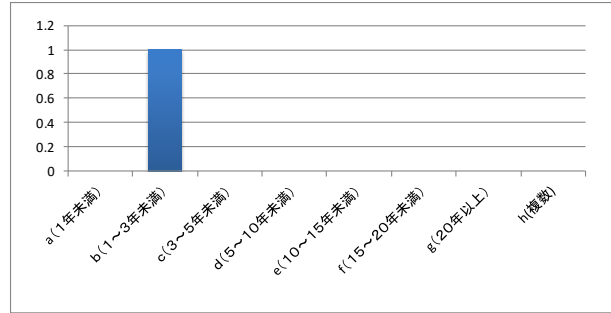
利用者情報・年齢



利用者情報・障害別

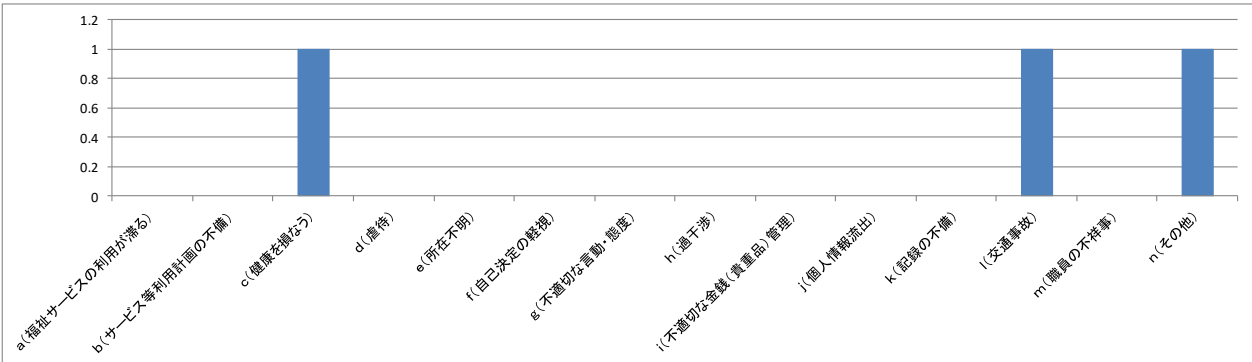


利用者情報・利用年数

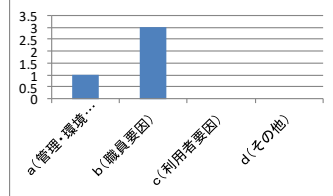


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(福祉サービスの利用が滞る)	b(サービス等利用計画の不備)	c(健康状態なう)	d(虐待)	e(所在不明)	f(自己決定の難報)	g(不適切な言動・態度)	h(過干渉)	i(不適切な金銭(貴重品)管理)	j(個人情報流出)	k(記録の不備)	l(交通事故)	m(職員の不祥事)	n(その他)	合計
	要因	a(管理・環境...)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計										
	レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計											
		1	3			4							1		1	3

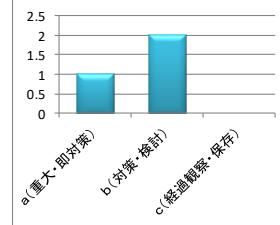
ヒヤリハット・事故情報(種類)



ヒヤリハット・事故情報(要因)



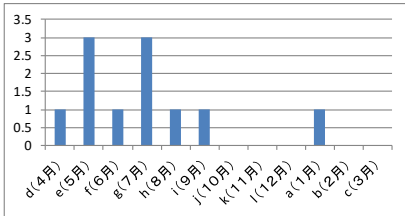
ヒヤリハット・事故情報(レベル)



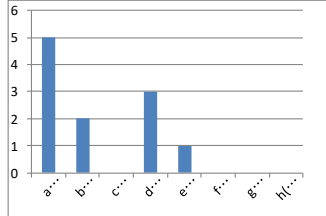
⑤グループ（本部事務局）事故報告集計結果表

基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計
		1	3	1	3	1	1				1			11
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計				
		5	2		3	1				11				
発生時間帯	a(0～1時台)	b(2～3時台)	c(4～5時台)	d(6～7時台)	e(8～9時台)	f(10～11時台)	g(12～13時台)	h(14～15時台)	i(16～17時台)	j(18～19時台)	k(20～21時台)	l(22～23時台)	m(不明)	計
					1	3	1	3	3					11
発生場所	a(事務局室)	b(会議室)	c(理事長室)	d(車両)	e(駐車場)	f(道路)	g(その他)	計						
	9						2	11						

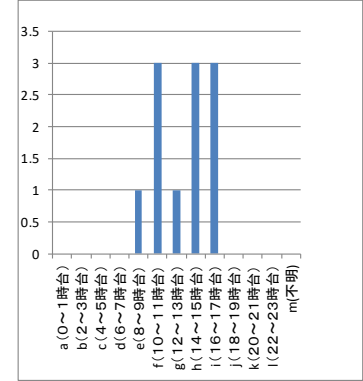
基本情報・発生月



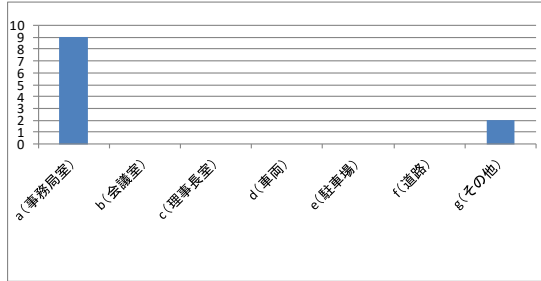
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

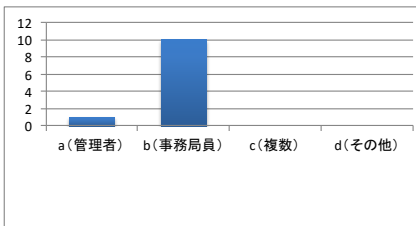


基本情報・発生場所

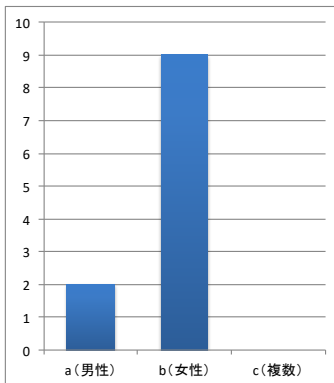


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(事務局員)	c(複数)	d(その他)	合計			
		1	10			11			
性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計					
		2	9	11					
経過年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(複数)	計
			3	1	5	1		1	11

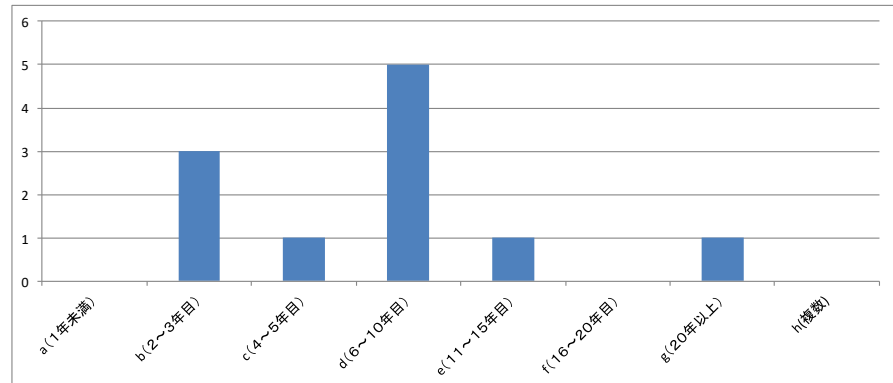
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別

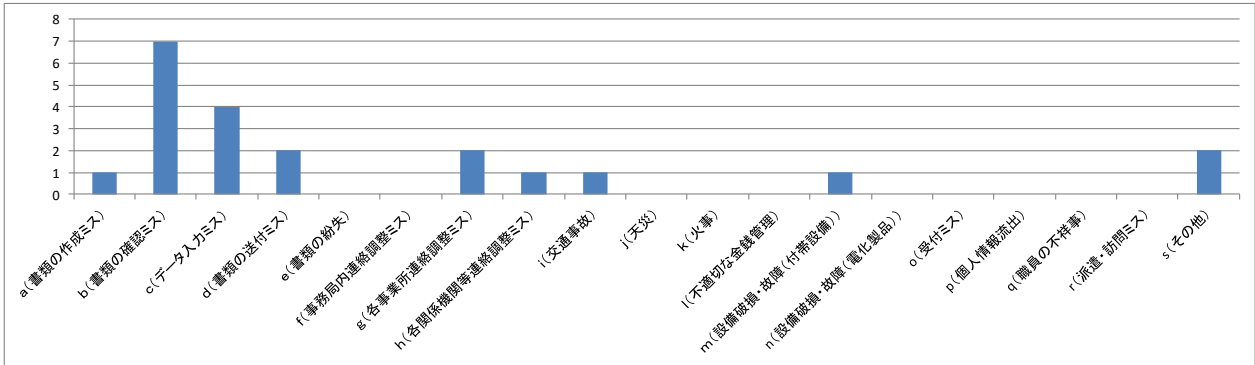


情報提供者情報・経過年数

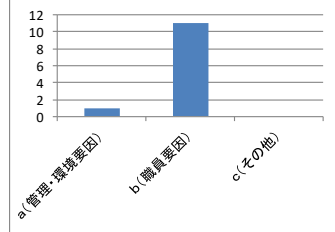


ヒヤリ・ハット情報	種類	1	7	4	2					2	1	1													2	21	
	要因	1	11		12																						
	レベル	5	6		11																						

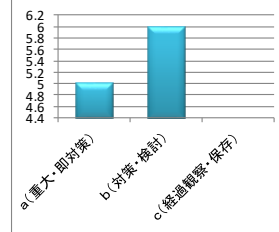
ヒヤリハット・事故情報(種類)



ヒヤリハット・事故情報(要因)



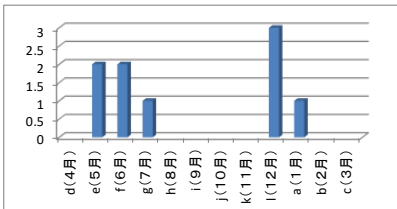
ヒヤリハット・事故情報(レベル)



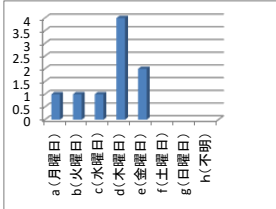
⑥職員の労働災害 事故報告集計結果表

基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計									
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計													
	発生時間帯	a(0~1時台)	b(2~3時台)	c(4~5時台)	d(6~7時台)	e(8~9時台)	f(10~11時台)	g(12~13時台)	h(14~15時台)	i(16~17時台)	j(18~19時台)	k(20~21時台)	l(22~23時台)	m(不明)	計								
	発生場所	a(居室)	b(納庫)	c(廊下)	d(階段)	e(トイレ)	f(食堂)	g(厨房)	h(洗面所)	i(職員室)	j(事務室)	k(医務室)	l(作業棟)	m(玄関)	n(グラウンド)	o(中庭)	p(駐車場)	q(敷地外)	r(エレベーター)	s(車内)	t(不明)	u(その他)	計
	日課	a(平常日課)	b(イベント)	c(休日日課)	d(その他)	計																	
	サービス種別	a(施設入所)	b(生活介護)	c(日中一時)	d(共同生活)	e(短期入所)	f(その他)	計															
	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計									

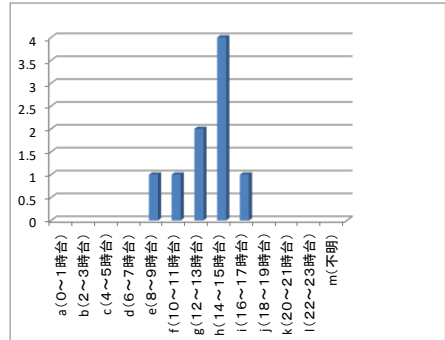
基本情報・発生月



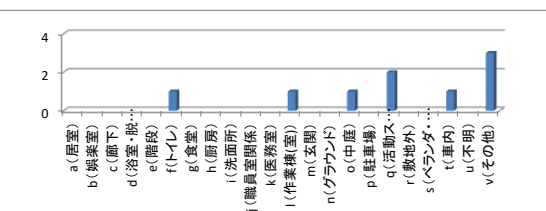
基本情報・発生曜日



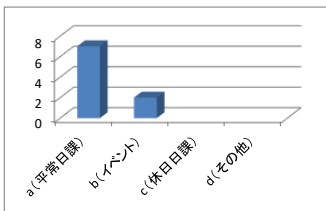
基本情報・発生時間帯



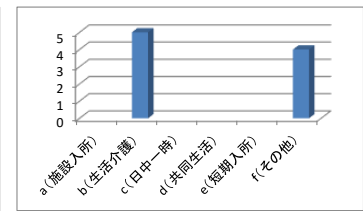
基本情報・発生場所



基本情報・日課

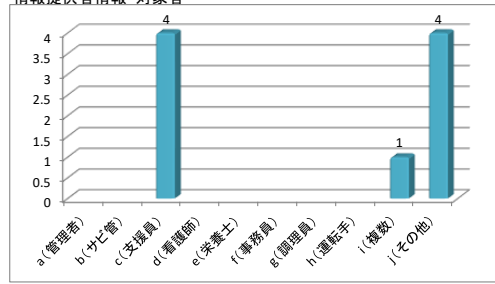


基本情報・サービス種別

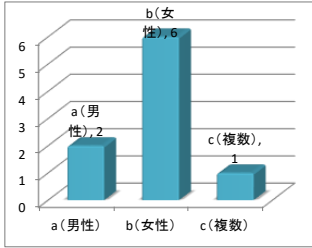


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(サビ管)	c(支援員)	d(看護師)	e(栄養士)	f(事務員)	g(調理員)	h(運転手)	i(複数)	j(その他)	計
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計							
	雇用形態	a(常勤)	b(非常勤)	c(複数)	d(内訳-その他)	計						
	経年数	a(1年未満)	b(2~3年目)	c(4~5年目)	d(6~10年目)	e(11~15年目)	f(16~20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計		
		2	1	4	1				1			9

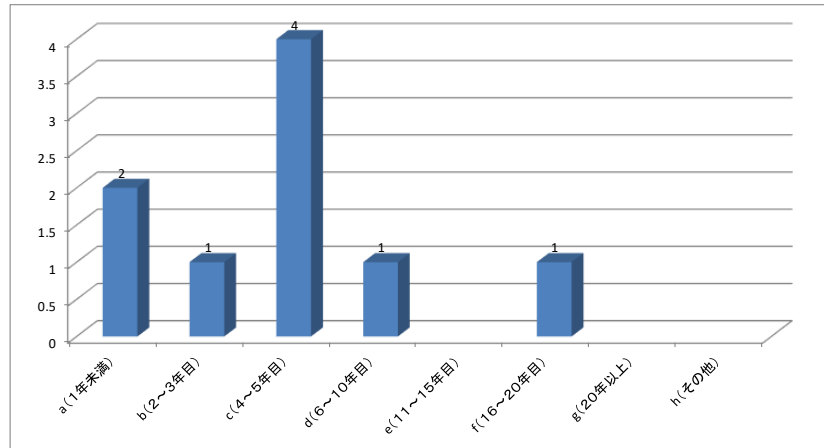
情報提供者情報・対象者



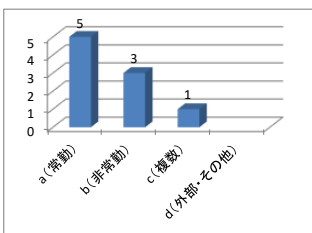
情報提供者情報・性別



情報提供者情報・経年数

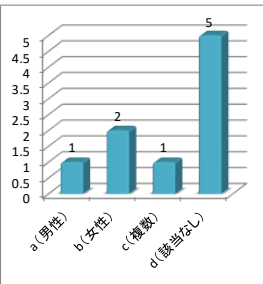


情報提供者情報・雇用形態

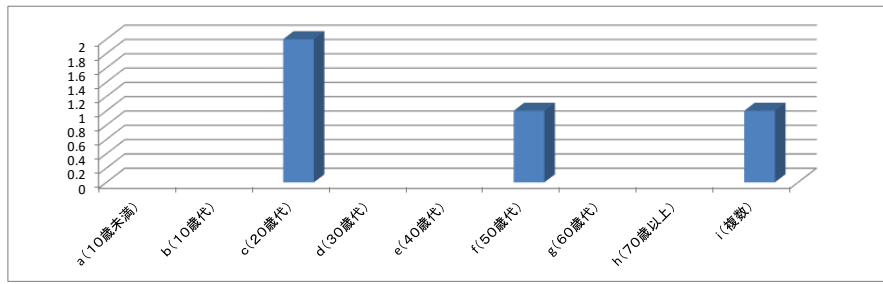


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当なし)	計										
	年齢	a(10歳未満)	b(10歳代)	c(20歳代)	d(30歳代)	e(40歳代)	f(50歳代)	g(60歳代)	h(70歳以上)	i(複数)	計					
	要因に対する心身状態	a(精神障害)	b(視覚障害)	c(聴覚障害)	d(たんの発作)	e(上肢障害)	f(下肢障害)	g(特定疾患)	h(疾病)	i(自閉症傾向)	j(行動障害)	k(ダウン症)	l(怪我)	m(該当なし)	n(その他)	計
	利用年数	a(1年未満)	b(2~3年目)	c(4~5年目)	d(6~10年目)	e(11~15年目)	f(16~20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計						
		1	2	1	5	9										
				2			1				1			4		
							1			1				4		
				1	1	1				1				4		

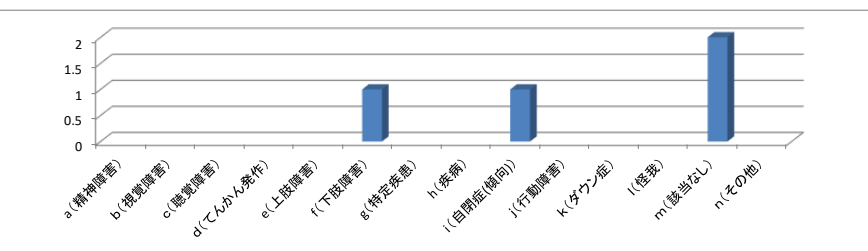
利用者情報・性別



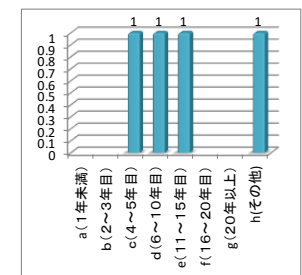
利用者情報・年齢



利用者情報・要因に対する心身状態

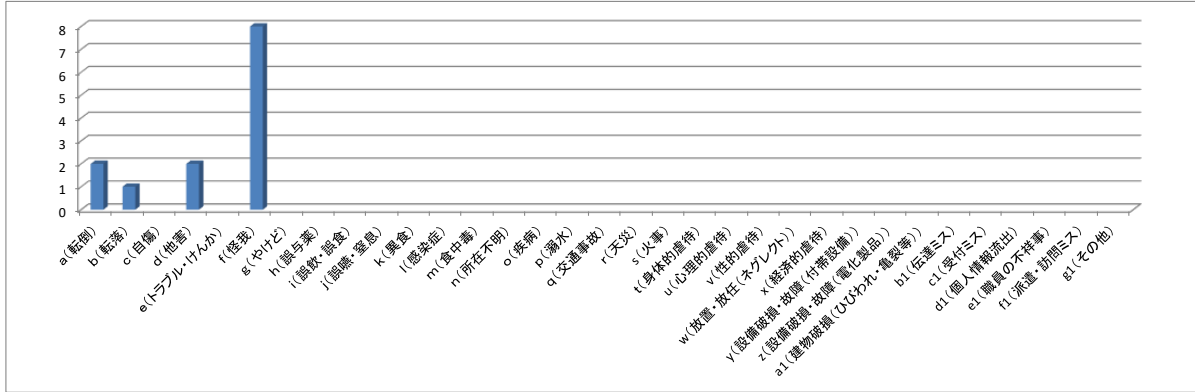


利用者情報・利用年数

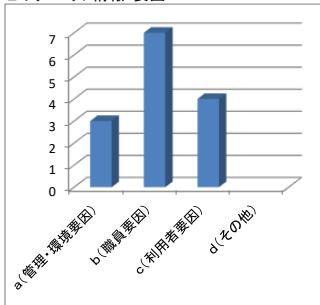


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(トラップ・けんか)	f(怪我)	g(やけど)	h(誤作業)	i(誤飲・誤食)	j(誤触・窒息)	k(異食)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(溺水)	q(交通事象)	r(天災)	s(火事)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)	
		2	1		2		8																
		v(性的虐待)	w(放逐・救済(ネグレクト))	x(経済的虐待)	y(性的虐待)	z(設備故障・故障(電化製品))	aa(建物破損(ひびわれ・亀裂等))	ab(伝達ミス)	ac(要付ミス)	ad(経路観察・保存)	ae(個人情報の不祥事)	af(派遣・訪問ミス)	ag(その他)	計									
													計	13									
	要因	a(管理・環境要因)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計																	
		3	7	4		14																	
	レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計																		
		2	7		9																		

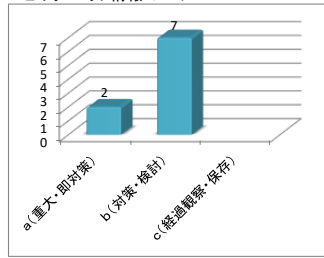
ヒヤリ・ハット情報・種類



ヒヤリ・ハット情報・要因



ヒヤリ・ハット情報・レベル



社会福祉法人 福角会 リスクマネジメントに関する取り組み指針

第1 基本的視点

本指針は、社会福祉法人福角会（以下「法人」という。）における福祉サービス全般における事故の発生防止対策及び事故発生時の対応方法について、法人が取り組み指針を示すことにより、各事業所におけるリスクマネジメント体制の確立を促進し、もって利用者の安全を最大の眼目としたサービスの質の向上と利用者の満足度の向上を目指す。

- (1) より良い福祉サービスを提供することにより、サービスの提供の場面における事故の発生を未然に防ぐことを可能にするよう努める。
- (2) 福祉サービスの質の向上を行い、利用者の安心や安全を確保し、福祉サービス提供の基本である事故防止対策を中心とした福祉サービスにおけるリスクマネジメント体制の確立を図る。

第2 リスクマネジメントの重要性

福祉サービス全般による事故を防止するためには、各事業所及び職員個人が事故防止の必要性・重要性を事業所及び自分自身の課題と認識して事故防止に努め、リスクマネジメント体制の確立を図る。

(1) 組織風土の改善

職員一人ひとりが「安全」に関して認識し、何かあればいつでも気軽に言い合える風通しの良い組織風土づくりを行い、管理者はその組織風土醸成に向けて意識的に取り組んでいく。

(2) 組織づくりとその取り組みの方向性

- ① リスクマネジメントの取り組みには、すべての職員の参画が求められ、それには職員と管理者との連携が重要になることから、事故の再発防止、適切な対応に向けて「事故やリスクに関する情報」と「利用者情報」を収集・管理し、組織内で情報の共有化を図るとともにその内容が直接サービス提供にあたる職員に周知・徹底が行われるよう取り組んでいく。
- ② リスクマネジメント委員会を設置し、関係者の協議のもとに、事故防止マニュアルを作成するとともに、ヒヤリ・ハット事例及び福祉サービス事故の分析評価並びにマニュアルの定期的な見直しを行うことによりリスクマネジメントの強化充実を図る。
- ③ 事故における内容によっては、コンプライアンス委員会・危機管理委員会・人権委員会を別に設置し、関係者の協議のもと事故防止対策の検討及び事故の分析や事故後の対応を行う

(3) 継続的な取り組みの実施

- ① 継続的な福祉サービスの質の向上に取り組むため、職員のリスクに対する「気づき」を高める教育・研修体制を強化する。
- ② リスクマネジメントにおけるPDCAサイクルを確立する。
ア.Plan-発生する可能性のあるリスクを抽出し、具体的な対応方法を策定する。
イ.Do-立案した計画に沿ってリスクマネジメントを実施する。
ウ.Check-目的やねらいに対してうまく機能しているかどうかを評価する。
エ.Action-必要に応じた改善策の構築と見直しを行う。

第3 用語の定義

1 事故

- (1) 各事業所におけるサービス提供の全過程において発生するすべての人身事故で身体的被害及び精神的被害が生じたもの。（事業所側の過失の有無を問わない）

- (2) 食中毒、感染症(結核、インフルエンザ他)の集団発生により職員及び利用児・者へ健康被害が生じたもの
- (3) 職員の法律違反・不祥事によるもの
- (4) 職員の自動車事故によるもの(業務中及び通勤途上)
- (5) 職員の労働災害事故によるもの
- (6) その他、火災、震災、風水害等の災害によりサービス提供に影響する重大な事故によるもの

2 ヒヤリ・ハット事例

利用児・者及び職員に被害を及ぼすことはなかったが、日常の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例。

具体的には、ある事柄が、(1)利用児・者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、(2)利用児・者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合等を指す。

第4 手順書(マニュアル)の作成及び報告

1 作成

- (1) 各事業所において作成する手順書(マニュアル)の構成内容は原則として、リスクマネジメント体制の整備、事故防止のための具体的方策の推進、事故発生時の対応とし、本指針の第5から第7の内容を基本として、関係者の協議に基づいて作成するものとする。
- (2) 各事業所は平成25年度中に手順書(マニュアル)を作成する。

2 報告

各施設は、作成した手順書(マニュアル)を速やかに委員会に報告する。

第5 リスクマネジメント体制の整備

法人は、以下の事項を基本として、リスクマネジメント体制の確立に努める。

1 リスクマネジメント委員会の設置

- (1) 法人に、リスクマネジメント委員会を設置する。
- (2) リスクマネジメント委員会は、サービス提供による利用児・者の事故等、食中毒、感染症(結核、インフルエンザ、麻疹他)の集団発生、職員の自動車事故によるもの(業務中及び通勤途上)、職員の労働災害について取り組む。
- (3) リスクマネジメント委員会は、理事長、委員長、各事業所推薦の委員、事務局員等をもって構成することを原則とする。
- (4) リスクマネジメント委員会の委員長は、理事長が推薦をする。
- (5) リスクマネジメント委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
 - ① 事故防止対策の検討及び研究に関すること
 - ② 事故の分析及び再発防止策の検討に関すること
 - ③ 事故防止のために行う職員に対する指示に関すること
 - ④ 事故防止のために行う事業所等に対する提言に関すること
 - ⑤ 事故防止のための啓発、教育、広報に関すること
 - ⑥ 訴訟に関すること

- ⑦その他事故の防止に関すること
- (6) リスクマネジメント委員会は、所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う。
 - (7) リスクマネジメント委員会の検討結果については、定期的に理事会・評議員会に報告するとともに、各事業所委員を通じて、各事業所に周知する。
 - (8) リスクマネジメント委員会の開催は、定期的に行う。
 - (9) リスクマネジメント委員会の記録その他の運営は、原則として事務局が行う。
 - (10) リスクマネジャーの配置
 - ① ヒヤリ・ハット事例の詳細な把握、検討等を行い、事故の防止に資するため、各事業所にリスクマネジャーを置く。
 - ② リスクマネジャーは、各事業所にそれぞれ1名を置くものとし、管理者が指名する。
 - ③ リスクマネジャーの業務は、以下のとおりとする。
 - ア.各事業所における事故の原因及び防止方法並びに体制の改善方法についての検討及び提言
 - イ.ヒヤリ・ハット体験報告の内容の分析及び報告書への必要事項の記入
 - ウ.委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の事業所職員への周知徹底、その他各委員会との連絡調整
 - エ.職員に対するヒヤリ・ハット体験報告の積極的な提出の励行
 - オ.その他事故の防止に関する必要事項

2 コンプライアンス委員会の設置

- (1) 法人に、コンプライアンス委員会を設置する。
- (2) コンプライアンス委員会は、職員の法律違反・不祥事等について取り組む。
- (3) コンプライアンス委員会は、理事長、委員長、各事業所推薦の委員、事務局員等をもって構成することを原則とする。
- (4) コンプライアンス委員会の委員長は、理事長が推薦をする。
- (5) コンプライアンス委員会については、社会福祉法人 福角会 業務管理体制整備規程により行う。

3 危機管理委員会の設置

- (1) 法人に、危機管理委員会を設置する。
- (2) 危機管理委員会は、火災、震災、風水害等の災害によりサービス提供に影響する重大な事故等について取り組む。
- (3) 危機管理委員会は、理事長、委員長、各事業所推薦の委員、事務局員等をもって構成することを原則とする。
- (4) 危機管理委員会の委員長は、理事長が推薦をする。
- (5) 危機管理委員会については、社会福祉法人 福角会 危機管理体制規程により行う。

4 人権委員会の設置

- (1) 法人に、人権委員会を設置する。
- (2) 人権委員会は、利用児者に対しての人権侵害等について取り組む。
- (3) 人権委員会は、理事長、委員長、各事業所推薦の委員、事務局員等をもって構成することを原則とする。
- (4) 人権委員会の委員長は、理事長が推薦をする。
- (5) 人権委員会については、社会福祉法人 福角会 人権侵害防止に関する規程により行う。

第6 事故防止のための具体的方策の推進

1 事故防止の要点と対策の作成

事故防止のため、各委員会等において、具体的な注意事項を定める事故防止の要点と対策を作成し、関係職員に周知徹底を図る。

2 ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析

(1) 報告

- ① 管理者は、事故の防止に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するための体制を整備する。
- ② リスクマネジャーは、ヒヤリ・ハット体験報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、リスクマネジメント委員会に提出する。その内容について、具体的事案(例えば利用者への人権侵害の恐れのある内容は人権委員会にも提出。)は事務局を經由して当該委員会に提出する。ヒヤリ・ハット事例については、当該事例を体験した職員が、その概要を文書(以下「ヒヤリ・ハット報告」という。)に記載し、翌日までに、リスクマネジャーに報告する。
- ③ ヒヤリ・ハット報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。
- ④ ヒヤリ・ハット体験報告は、事務局において、同報告の記載日の翌日から起算して1年間保管する。

(2) 評価分析

ヒヤリ・ハット事例について効果的な分析を行い、事故の防止に資することができるよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等をコード化した分析表(以下「ヒヤリハット・事故情報分析表」という。)を活用し、詳細な評価分析を行う。

(3) ヒヤリ・ハット事例集の作成

リスクマネジメント委員会においては、ヒヤリ・ハット事例を評価分析し、事故の防止を図るため、各委員会と連携し当該事例集を作成する。

なお、事例集については、ヒヤリ・ハット報告に基づき、定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

3 コミュニケーション

(1) 利用者・家族とのコミュニケーション

日ごろから積極的に利用者・家族等への十分な情報提供を行うとともに、行事等への参加等を促し利用者・家族との信頼関係の構築とコミュニケーションの場づくりに努める。

(2) 職員同士のコミュニケーション

管理者が主体となって、気軽に言い合える雰囲気づくりに努め、風通しの良い組織づくりに取り組み積極的なコミュニケーションの場づくりに努める。

4 苦情解決への取り組み

利用者・家族等からの苦情については、単なる「苦情」として処理するのではなく、サービスの質のための貴重な情報源として業務改善につなげていく。

5 サービスの標準化

提供するサービスの質にばらつきが出ないように、どの職員が実施しても同一のサービスが提供できるように業務や作業の標準化を図ることにより、サービスの質の一定の確保やリスクの見落とし防止を高めていく。

また、サービスを標準化することは、事故要因分析と再発防止策の観点から、サービス提供プロセスのどこに問題があったのかを明確にすることにより、その問題箇所の顕在化により、その後の改善につなげるという一連のシステムを構築していく。

なお、サービスの標準化＝サービスの画一化ではなく、基本となる標準化された定型的なサービスをより効率的かつ安全に提供し、その上で継続的な見直しと改善を図っていく事が、利用者の個別性に配慮した個別支援をより充実させるという認識をもつ。

第7 事故発生時の対応

1 初動体制

- (1) 事故が発生した際には、管理者他関係職員等の連携の下に救急処置を行う。
- (2) 重大事故の発生に備え、ショックや心停止に直ちに対応できる体制を整備する。
- (3) 初動体制の確立にあたっては、利用者・職員の身体の保護、安全確保を優先的に行う。

2 事故の報告

(1) 事業所内における報告の手順と対応

- ① 事故が発生した場合は、直ちに管理者に報告する。
- ② 管理者は、事故の重大性等を勘案し、理事長に対し報告する必要があると認めた場合は、その都度理事長に報告する。
- ③ 管理者は報告を受けた事項について、各委員会へ報告する。

(2) 施設内における報告の方法

報告は、文書（「事故報告書」。）により行う。

ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、文書による報告を速やかに行う。

なお、事故報告書の記載は、(1)事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人、(2)その他の者が事故を発見した場合には、発見者とその上司が行う。

(3) 各委員会への報告

- ① 各事業所は、②に規定する事故が発生した場合、事故報告書は事務局を經由して各委員会に報告する。各委員会は、事故の重大性、緊急性等を勘案し、必要に応じ、施設に対して適切な指示を行う。

② 各委員会への報告を要する事故の範囲

ア. リスクマネジメント委員会への報告

○ サービス提供による利用児・者の事故等

- ・ 事故等とは、死亡事故の他、転倒等に伴う骨折や出血、火傷、誤嚥、誤飲等サービス提供時の事故により、医療機関で治療(施設内での医療処置を含む)、又は入院し、新たに心身に障害が加わるおそれのあるもの又は回復に日数を要するものを原則とする。ただし、比較的軽度な擦過傷や打撲など日常生活に大きな支障がないものを除く。
- ・ 事業所側の責任や過失の有無は問わず、利用児・者の自身に起因するもの第三者によるものを含むものとする。
- ・ サービス提供には、送迎も含むものとする。

○ 食中毒、感染症(結核、インフルエンザ、麻疹他)の集団発生

○ 職員の自動車事故によるもの(業務中及び通勤途上)

- 職員の労働災害によるもの
- イ.コンプライアンス委員会への報告
- 職員の法律違反・不祥事によるもの
- ウ.危機管理委員会への報告
- 火災、震災、風水害等の災害によりサービス提供に影響する重大な事故
- エ.人権委員会への報告
- 利用者に対しての人権侵害によるもの

(4) 事故報告書の保管

事故報告書については、事務局において、同報告書の記載日の翌日から起算して5年間保管する。

3 利用者・家族等への対応

- (1) 利用者・者等に対しては誠心誠意、事に対処し、利用者・者及び家族等に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。
- (2) 利用者・者及び家族等に対する事故の説明等は、原則として、事業所の幹部職員が対応し、状況に応じ、事故を起こした担当者等が同席して対応する。

4 事実経過の記録

- (1) 職員等は、利用者・者等の状況、処置の方法、利用者・者及び家族への説明内容等を記録等に詳細に記載する。
- (2) 記録に当たっては、具体的に以下の事項に留意する。
 - ①初期対応が終了次第、速やかに記載すること。
 - ②事故の種類、利用者・者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと。
 - ③事実を客観的かつ正確に記載すること（想像や憶測に基づく記載を行わない）。

5 行政機関等への届出

- (1) 管理者は以下の事故の範囲に基づき、速やかに行政機関へ報告(保育所関係については①のア、②、④)するとともに場合によっては所轄警察署に届出を行う。
 - ① サービス提供による利用者・者の事故等
 - ア.事故等とは、死亡事故の他、転倒等に伴う骨折や出血、火傷、誤嚥、誤飲等サービス提供時の事故により、医療機関で治療(施設内での医療処置を含む)、又は入院し、新たに心身に障害が加わるおそれのあるもの又は回復に日数を要するものを原則とする。ただし、比較的軽度な擦過傷や打撲など日常生活に大きな支障がないものを除く。
 - ただし、保育所関係については、死亡事故や治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病のうち重篤な事故とする。
 - イ.事業所側の責任や過失の有無は問わず、利用者・者の自身に起因するもの第三者によるものを含むものとする。
 - ウ.サービス提供には、送迎も含むものとする。
 - ② 食中毒、感染症(結核、インフルエンザ、麻疹他)の集団発生
 - ③ 職員の法律違反・不祥事等利用者・者の処遇に影響のあるもの
 - ④ その他、火災、震災、風水害の災害によりサービス提供に影響する重大な事故
- (2) 行政機関等への届出を行うに当たっては、原則として、事前に利用者・者、家族に説明を行う。
- (3) 管理者は、行政機関等への報告内容及び届出の具体的内容について事務局を経由して委員会へ報告する。
- (4) 管理者は、行政機関等への届出の判断が困難な場合には、理事長の指示を受ける。

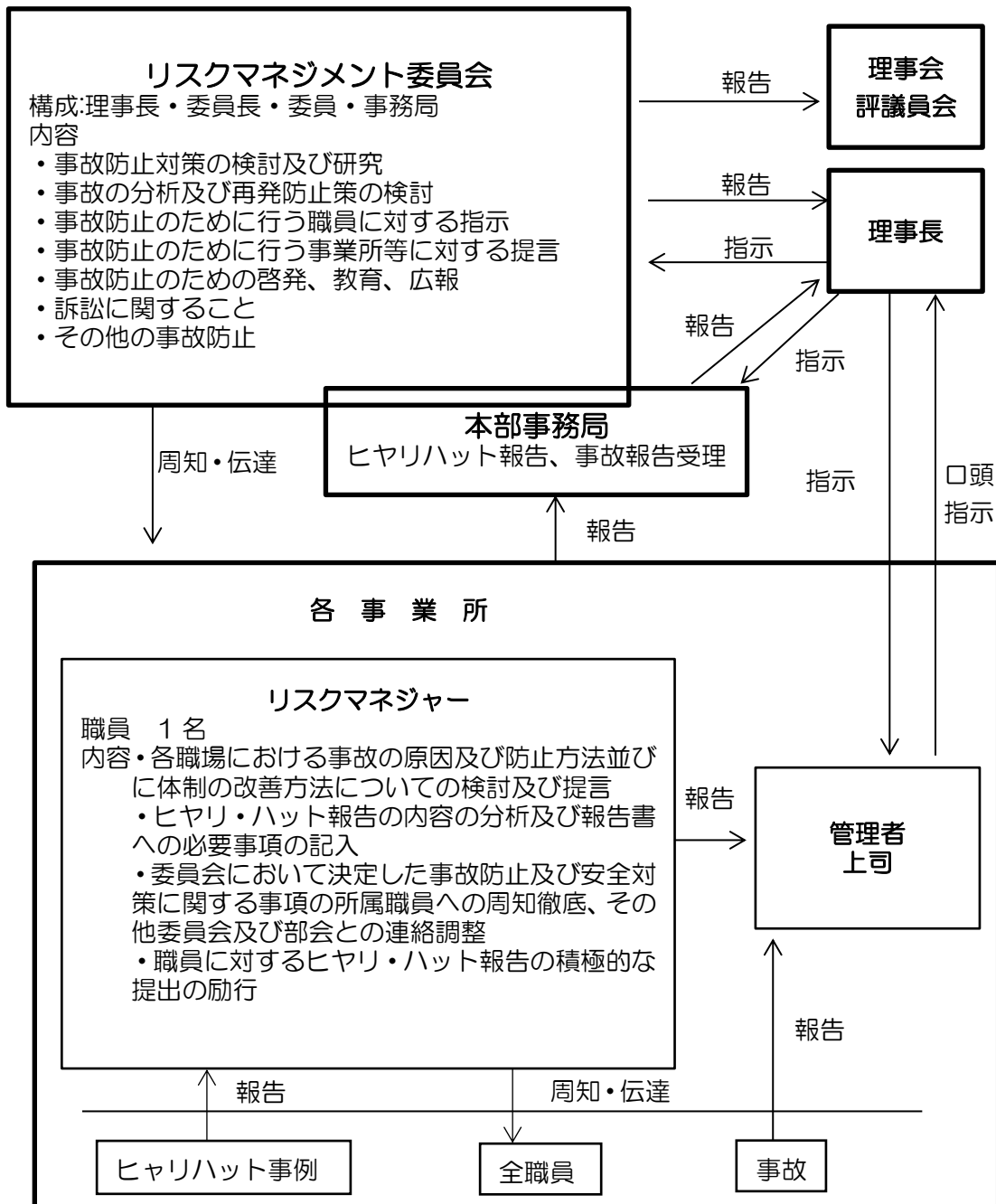
6 事故の評価と事故防止への反映

- (1) 事故が発生した場合、各委員会において、事故の原因分析など、以下の事項について評価検討を加え、その後の事故防止対策への反映を図るものとする。
- ① 事故報告に基づく事例の原因分析
 - ② 発生した事故について、組織としての責任体制の検証
 - ③ 講じてきた事故防止対策の効果
 - ④ 同様の事件事例を含めた検討
 - ⑤ その他、事故の防止に関する事項
- (2) 事故を効果的な分析を行い、事故の再発防止に資することができるように、必要に応じて、ヒヤリハット・事故情報分析表を活用し、より詳細な評価分析を行う。

附則

この規程は、平成 25 年 11 月 15 日から施行する。

社会福祉法人 福角会 リスクマネジメント委員会体制図



ヒヤリ・ハット・事故報告様式（例）

ヒヤリ・ハット・事故報告書

提出日 _____
 利用者 _____
 記入者 _____

管理者	合 議

（ ヒヤリ・ハット報告 ・ 事故報告 ） ※左記のいずれかを囲む。

※ヒヤリ・ハットとは日常の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハット”とした経験を有する事例です。具体的には、ある事柄が、(1)利用児・者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、(2)利用児・者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合等を指します。

1. 基本情報		(発生日時) 平成 29年 3月 24日 (金) 10 : 30 頃						
発生日	a	1月	b	2月	c	3月	d	4月
	e	5月	f	6月	g	7月	h	8月
	i	9月	j	10月	k	11月	l	12月
発生日曜日	a	月曜日	b	火曜日	c	水曜日	d	木曜日
	e	金曜日	f	土曜日	g	日曜日	h	不明
発生時間帯	a	0～1時台	b	2～3時台	c	4～5時台	d	6～7時台
	e	8～9時台	f	10～11時台	g	12～13時台	h	14～15時台
	i	16～17時台	j	18～19時台	k	20～21時台	l	22～23時台
	m	不明						
発生場所	a	居室	b	娯楽室	c	廊下	d	浴室・脱衣場
	e	階段	f	トイレ	g	食堂	h	厨房
	i	洗面所	j	職員室関係	k	医務室	l	作業棟(室)
	m	玄関	n	グラウンド	o	中庭	p	駐車場
	q	活動スペース	r	敷地外	s	ベランダ・屋上	t	車内
	u	不明	v	その他()				
日課	a	平常日課	b	イベント・行事等	c	休日日課	d	その他()
サービス種別	a	施設入所支援	b	生活介護事業	c	日中一時支援事業	d	共同生活介護事業
	e	短期入所事業	f	その他()				

2. 情報提供者情報								
対象者	a	管理者	b	サビ管	c	支援員	d	看護師
	e	栄養士	f	事務員	g	調理員	h	運転手
	i	複数	j	その他()				
性別	a	男性	b	女性	c	複数		
雇用形態	a	常勤	b	非常勤	c	複数	d	外部・その他
経験年数	a	1年未満	b	2～3年目	c	4～5年目	d	6～10年目
	e	11～15年目	f	16～20年目	g	20年以上	h	その他()

3. 利用者情報								
性別	a	男性	b	女性	c	複数	d	該当なし
年齢	a	10歳未満	b	10歳代	c	20歳代	d	30歳代
	e	40歳代	f	50歳代	g	60歳代	h	70歳以上
	i	複数						
要因に対する心身状態 ※複数回答可	a	精神障害	b	視覚障害	c	聴覚障害	d	てんかん発作
	e	上肢障害	f	下肢障害	g	特定疾患	h	疾病
	i	自閉症(傾向)	j	行動障害	k	ダウン症	l	怪我
	m	該当なし	n	その他()				
利用年数	a	1年未満	b	2～3年目	c	4～5年目	d	6～10年目
	e	11～15年目	f	16～20年目	g	20年以上	h	その他()

4. ヒヤリ・ハット・事故情報(状況)		※ヒヤリ・ハットの場合は「～の恐れがあった」「～が起きそうだった」と解釈のこと。						
種類 ※複数回答可	a	転倒	b	転落	c	自傷	d	他害
	e	トラブル・けんか	f	怪我	g	やけど	h	誤与薬
	i	誤飲・誤食	j	誤嚥・窒息	k	異食	l	感染症
	m	食中毒	n	所在不明	o	疾病	p	溺水
	q	交通事故	r	天災	s	火事	t	身体的虐待
	u	心理的虐待	v	性的虐待	w	放置・放任(ネグレクト)	x	経済的虐待
	y	設備破損・故障(付帯設備)	z	設備破損・故障(電化製品)	a1	建物破損(ひびわれ・亀裂等)	b1	伝達ミス
	c1	受付ミス	d1	個人情報流出	e1	職員の不祥事	f1	派遣・訪問ミス
	g1	その他()						

具体的概要	
対応経過	記入方法(時系列で記入・医療機関名・時間・傷病名・家族への報告・苦情・保険などを記入)

5. ヒヤリ・ハット・事故情報(要因等)					※レベル以外は複数回答可				
要因	a	管理・環境要因	b	職員要因	c	利用者要因	d	その他()	

レベル	a	重大・即対策	b	対策・検討	c	経過観察・保存
-----	---	--------	---	-------	---	---------

6. 要因分析	
管理・環境要因	
職員要因	
利用者要因	
その他	

7. 再発防止について	
管理・環境要因	
職員要因	
利用者要因	
その他	

平成 29 年度法人リスクマネジメント委員会名簿

理事長 芳野 道子	委員長 青野 一
委員 宮本 寿美子（福角保育園）	委員 郷田 杏奈（堀江保育園）
委員 吉井 義貴（きらきらキッズ）	委員 神崎 佑也（松山福祉園）
委員 今西 光一（地域生活者支援室）	委員 河窪 哲也（いつきの里）
委員 長岡 和弘（ウィズ）	委員 増田 晋資（北部相談支援センター）
委員 山内 陽介（本部事務局）	委員 渡瀬 愛（本部事務局）

平成 29 年度各事業所リスクマネジャー名簿

宮本 寿美子（福角保育園）	郷田 杏奈（堀江保育園）
水島 夏実（くるみ園）	寺町 昌二（みらい）
神崎 佑也（松山福祉園）	渡部 千春（地域生活者支援室）
河窪 哲也（いつきの里）	長岡 和弘（ウィズ）
増田 晋資（北部相談支援センター）	山内 陽介（本部事務局）

平成 30 年度法人リスクマネジメント委員会名簿

理事長 芳野 道子	委員長 青野 一
委員 宮本 寿美子（福角保育園）	委員 井上 優（堀江保育園）
委員 吉井 義貴（きらきらキッズ）	委員 水島 夏実（くるみ園）
委員 今西 光一（地域生活者支援室）	委員 神崎 佑也（松山福祉園）
委員 長岡 和弘（ウィズ）	委員 伊藤 洋介（いつきの里）
委員 田中 孝次（北部相談支援センター）	委員 岡田 貴志（ラ・ルーチェ）
委員 山内 陽介（本部事務局）	委員 桑原 眞実（本部事務局）

平成 30 年度各事業所リスクマネジャー名簿

宮本 寿美子（福角保育園）	井上 優（堀江保育園）
渡部 幸司（くるみ園）	黒田 仁（みらい）
神崎 佑也（松山福祉園）	渡部 千春（地域生活者支援室）
河窪 哲也（いつきの里）	長岡 和弘（ウィズ）
田中 孝次（北部相談支援センター）	岡田 貴志（ラ・ルーチェ）
山内 陽介（本部事務局）	

～社会福祉法人福角会 ヒヤリ・ハット事例集～

平成 30 年 6 月改定

社会福祉法人 福角会 リスクマネジメント委員会作成

〒799-2652 松山市福角町甲1829番地

電話 089-978-5855