

ヒヤリ・ハット事例集



社会福祉法人
福角会

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・対策をベースに、報告書作成の目的や要因分析、対策立案についての記載を新たに追加し、事故を未然に防止すること及び事故の再発を防止するために「ヒヤリ・ハット事例集」を今まで以上にご活用頂きたく改訂致しました。特に、リスクマネジメント委員・リスクマネジャーを中心に各事業所の内部研修等、幅広くご活用頂ければと思います。

- 目次 -

◇ 1. はじめに	
◇ 2. リスクマネジメント取り組み指針 P1 ~ P9
◇ 3. 「ヒヤリ・ハット事例集」の活用について P10
◇ 4. 「ヒヤリ・ハット/事故報告書」について P11 ~ P14
I. 報告書作成の目的	
II. 基本的な考え方	
III. 報告書作成のポイント	
IV. 様式	
◇ 5. 要因分析について P15 ~ P17
I. 要因分析の目的	
II. 要因分析の対象	
III. 要因分析の方法（RCA 分析）	
◇ 6. 対策立案について P18 ~ P21
I. 対策立案の考え方	
II. KYT（危険予知トレーニング）	
◇ 7. 「ヒヤリ・ハット/事故報告」事例 P22 ~ P90
【保育・児童関係事業所】	
福角保育園の事例（P23～）	
くるみ園・みらい・きらきらキッズの事例（P30～）	
堀江保育園の事例（P36～）	
【障がい（成人）関係事業所】	
松山福祉園の事例（P42～）	
いつきの里・いつきホームズの事例（P52～）	
ウィズの事例（P58～）	
地域生活者支援室の事例（P66～）	
ラ・ルーチェの事例（P77～）	
【相談支援関係事業所】	
松山市北部地域相談支援センターの事例（P80～）	
【法人全体の事例】	
交通事故・車両事故（P86～）	
職員労働災害（P88～）	
◇ 8. 集計結果表の活用について P91
◇ 9. 令和3年度ヒヤリ・ハット/事故報告書集計結果[各グループ集計] P92 ~ P112
令和3年度社会福祉法人福角会ヒヤリ・ハット及び事故集計結果考察	
 P113 ~ P119

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、“ハット”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、定期的で開催する。
- (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
 - 利用児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 利用児者・家族等への対応

- (1) 利用児・者等に対しては誠心誠意、事に対処し、利用児・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) 利用児・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、利用児・者等の状況、処置の方法、利用児・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、利用児・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児・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日以上の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。

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・不詳事等利用児・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、事前に利用児・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 同様の事故事例を含めた検討
- 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、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。

3. 「ヒヤリ・ハット事例集」の活用方法について

□各事業所のリスクマネジャーやリスクマネジメント委員の方は是非一読下さい！

本事例集は、「報告書作成の目的や考え方」「要因分析」「対策立案」の基本的な考え方を記載したテキスト要素を加えております。各事業所でのリスクマネジメント活動を進めていくにあたって、リスクマネジャーやリスクマネジメント委員になられた方には是非一読頂きたい内容です。

□各事業所の内部研修等にご活用下さい！

上記にも記載した通り、本事例集はテキストとしてご活用頂けます。

例えば・・・

新任職員への採用時説明や研修

事業所内研修で事例検討やKYT（危険予知トレーニング）の実施

新任職員へリスクマネジメントの基本的な考え方や知識を身に付けてもらうことはもちろん、各事業所の事例をリスクマネジメント委員に選定頂き、掲載しております。

事業所内研修では、記載されている事例を活用して事例検討を行うことで、現在の対策の検証や見直しにつなげることが出来ます。また、KYT（危険予知トレーニング）の概要等も記載しております。事故の再発防止や各職員の気づきの向上に是非取り組んでみてください。

4. 「ヒヤリ・ハット/事故報告書」について

I. 報告書作成の目的

- 事故の全容把握
- 事故への迅速な対応と再発防止

→迅速な対応のための周知と再発防止策が実行できる組織となることを目指す

ポイント 事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書の収集は「責任追及」ではなく「要因追及」であることを理解すること！

報告書とは、事故から学び、共有し、改善するためのもの

II. 基本的な考え方

〈責任追及型から再発防止対策志向型へ〉

“どのような事象に対し、どのような対策が取られ、どうなったのか”

どのような対策を講じれば、事態を回避できるのか

どのような対策を講じれば、最小限の被害で抑えることができるのか

どのような対策を講じれば、最低限のあるべき機能を保持できるのか

〈リスクマネジメントの基本的な考え方〉

個人のミス組織の在り方やシステムの見直しでカバーする

⇒組織的な仕組みはあったか、機能していたかどうかという観点で検討を行う

III. 報告書作成のポイント

- いつ、誰が、どうやって、何のために、誰のために書くのか

いつ：初動対応後、利用児・者の安全が確保されてから

誰が：当事者もしくは発見者

(事象を最初に目撃した、または関わった職員が望ましい)

どうやって：事実に基づく記載をする

- ・何が起こったのかを認識する
- ・事実を時系列で具体的に記載する
- ・憶測の記載をしない

例：トイレに行こうとしたのか～・驚いたのか～・

「～しようとしたのか～」「～だろう」

文章の「てにはを」を正す

- ・事故報告書は証拠証明になる可能性も・・・
- ・誰が読んでもわかるような文章で記載する

原因分析に反省文は必要ない

- ・「自分の不注意が原因」ではなく「どんな注意が欠けていたのか」を記載する
- ・「経験不足が原因」ではなく「どんな経験や知識が足りなかったのか」を記載する

例：別の場所でも問題が起こっており、そちらに意識をとられていたため・・・
何のために：事故やヒヤリ・ハットが起きたプロセスの把握

- ・どういった場面で起こりやすいのか、トリガーは何か
 - ・発生までのプロセスを把握し、同じ場面同じ状況を作り出さないようするためのもの
- ⇒要因分析の基本的な考え方

問題点の洗い出し

- ・多角的な防止策を講ずるために人、もの、環境等様々な要因を洗い出す
- 誰のために書くのか：事業所を利用するすべての人のため
- ・利用児・者はもちろん、職員、ご家族、出入り業者などすべての人が同じ事象を繰り返さないようにするためのもの

事故を起こしたい人はいない！

明日は我が身と思いながら事例を共有し、対策に取り組むことが重要です。

Q&A

Q 文章を書くのが苦手、慣れていない職員（新任職員）、パート職員はどうする？

A 出来る限り記載をお願いします。作成して頂いた内容に過不足があればリスクマネジメント委員もしくはリスクマネージャーが聞き取りを行い、報告書を完成させる。

また、報告者の負担軽減に配慮する方法もあります。例えば、簡易版の報告書の活用など・・・福角会の「ヒヤリ・ハット/事故報告書」は、報告がしやすいように選択式です。上記のような方でも出来る限り記載をお願いします、慣れて頂くこと、「作成する・提出をする」ことに取り組んで頂ければと思います。

報告書提出の最大の目的は「再発防止」です！報告書を活用して迅速な周知を行って下さい。

■報告書の体裁を整える

- ・誰が読んでもわかる文章で書く

事件事象・・・何が起こったのか

要因分析・・・原因のトリガーの洗い出し

※P15の「5. 要因分析について」を参照

反省点・・・**記載の必要なし！**

書くのであればアクションプランを記載（今後どうするのか）

ポイント この報告書を読んだ人は、同じ間違いを起こさないよう行動できますか？

IV. 様式

報告書様式の種類（5種類）

【いつきの里・いつきホームズ・ウィズ・MORE用】

【松山福祉園・地域生活者支援室・ラ・ルーチェ用】

【福角保育園・堀江保育園・くるみ園・きらきらキッズ・みらい用】

【相談支援関係事業所用】

【本部事務局用】

※見本として【いつきの里・いつきホームズ・ウィズ・MORE用】を掲載する

【いつきの里・いつきホームズ・ウィズ・MORE用】

ヒヤリ・ハット・事故報告書

提出日	令和4年4月1日	管理者	合議
利用者			
記入者			

(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、“ハツ”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)		令和3年4月1日 (木)		10 : 30		頃	
発生月	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	

5. 要因分析について

I. 要因分析の目的

事故発生までのプロセスを追及し、本質的な問題点を把握すること

II. 要因分析の対象

発生すると利用児・者への影響が大きい事例

発生頻度が高い事例

⇒どの事例を分析していくのかを見極めるために事故類型の分類も必要

P91「8. 集計結果表の活用について」もあわせてご確認ください。

III. 要因分析の方法

- ・ RCA分析 - 「なぜ？なぜ？分析」

事故発生までのプロセス把握

【手順】

1. 事故事象を記載する
2. それが起こりうる前提条件を記載する
3. 関連性のあるものを深掘りする

【RCA分析（なぜ？なぜ？分析）とは】

- ・ 望ましくない事象の根本原因の分析をすることができる手法
- ・ 事象の因果関係を掘り下げていくことによって、根本原因（真因）を把握するために行う手法

⇒根本原因を把握して、改善や対策を実施し、再発を防止する！

【RCA分析（なぜ？なぜ？分析）3つの目的】

- ・ 仕組みの解明 - 事象の背景や構造
- ・ 物理的な因果関係 - 根本原因の把握
- ・ 心理的な影響 - 人間の心理的影響

因果とは・・・事象に直接的に影響を与えたもの

要因とは・・・事象に間接的な影響を与えているもの

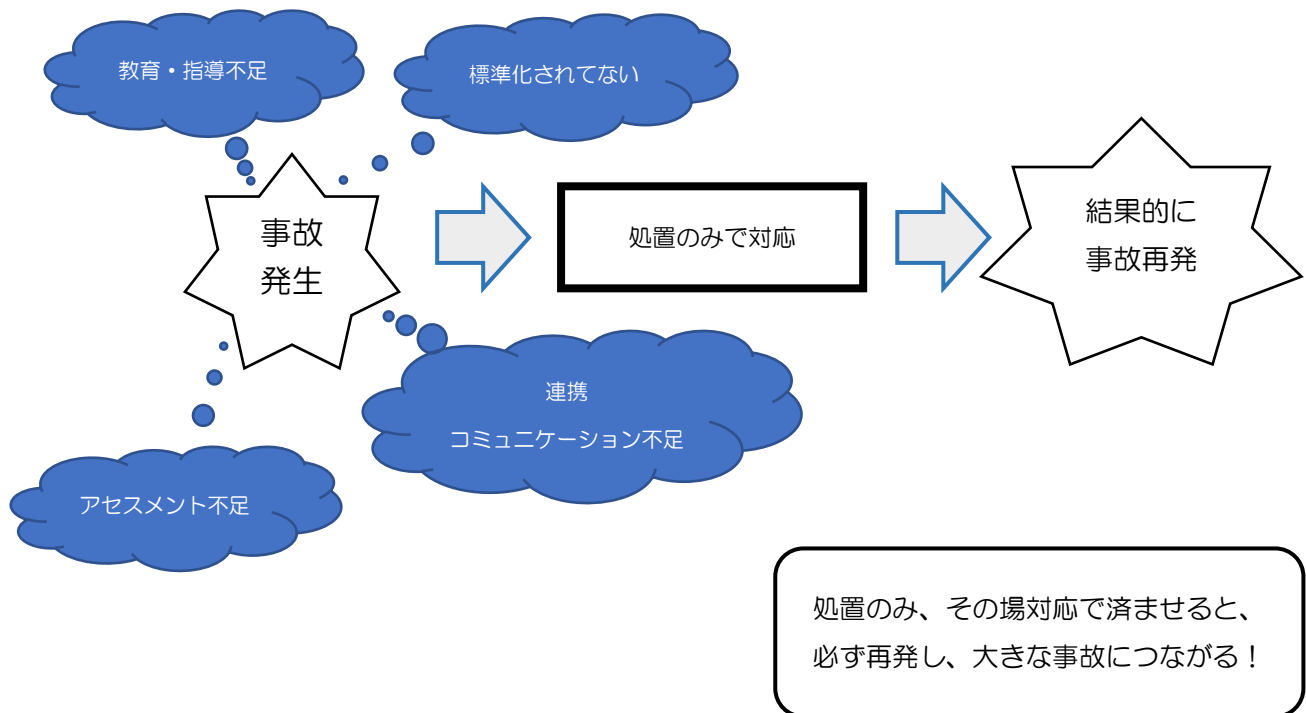
交通事故を例にあげると・・・

交通事故は夕方に多く発生すると言われています。この場合、夕方の薄暗さが事故の「要因」になりえます。しかし一方で、夕方に必ず事故が起きるわけではありません。夕方の環境が事故になにかしらの影響がある相関関係は認められるものの、事故の原因が『夕方だから』という結論にはなりません。つまり、「なぜなぜ分析」とは、多くの要因の中から、いかに原因を見つけ出し、根本的な原因にたどり着くのかを目的にしています。

【RCA分析（なぜ？なぜ？分析）のねらい】

- ・ 問題の根本原因に対策を施し、再発を防止する。
職場の安全性の向上につながる
- ・ 物事の理屈を学び、新たな気づきを得る。
- ・ 分析を通して、職場の一体感を醸成する。
複数で考えるプロセスを通して「みんなで頑張ろう！」という意識が芽生える

【追及することの重要性】



【RCA分析（なぜ？なぜ？分析）のポイント】

- ・ 「ワンカット表現」で記述する
例：転倒したため骨折した ⇒ 転倒した/骨折した とわけて表現する
- ・ 前提条件を定める
〇〇さんの身体能力は？転倒要素のある階段ではなかったか？
- ・ 言い訳の「なぜ」は削除する
例：稀な作業だから出来なかった・忘れた ⇒ ×
習得していなかった ⇒ ○
- ・ 副詞を具体化する
例：遅れる→大幅に遅れる→30分遅れる
吐く→大量に吐く→洗面器1杯分吐く
- ・ 視点が固定されていないか？

例 : 利用者が階段で転倒した
 ↓ 「なぜ？」
 誘導支援中に目を離したから
 ↓ 「なぜ？」
 入浴準備（着替え）が出来ていないことに気づいたから
 ↓ 「なぜ？」
 事前に入浴準備がされていなかったから
 ↓ 「なぜ？」
 別の職員が入浴準備を忘れていた
 ↓ 「なぜ？」
 . . .

《迷ったときのポイント》

- 目を離さなければ転ばなかったのか？
- 転倒のリスクは他になかったでしょうか？

3つの視点で分析

	リ ス ク 要 因
職員要因	マニュアル・手順がない、更新されていない マニュアル・手順の不遵守 規程・規則 コンプライアンス 等
利用者要因	利用児・者
管理・環境 要因	保育・支援体制 / 職員の配置人数 等 温度、照明、天候 / 施設設備、機器 等

6. 対策立案について

I. 対策立案の考え方

〈対策案は評価できる記述にする〉

例)

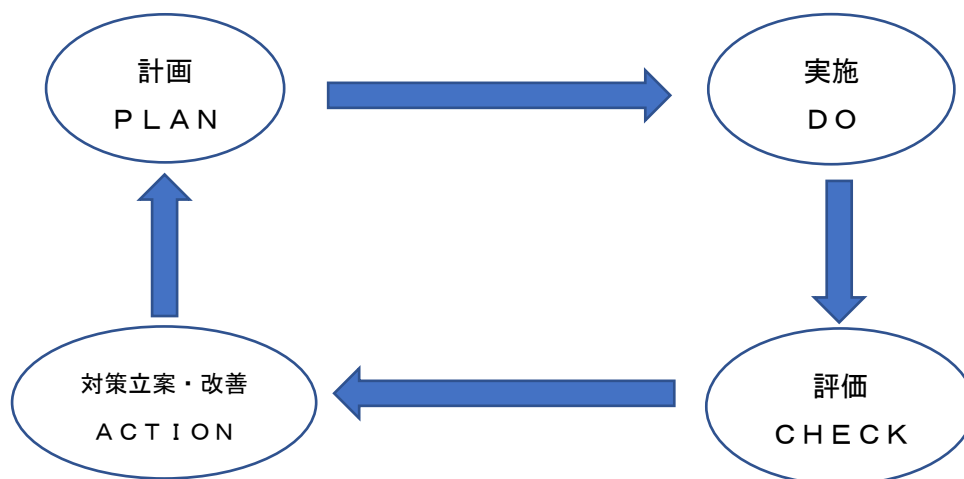
「周知する」 ⇒ 「ポスターを掲示する」

「理解する」 ⇒ 「他者に説明できる」

「気を付ける」 ⇒ 「いつ・誰が・そのように関わるのか」

「促す」 ⇒ 「いつ・誰が・どのような声掛けを・どんな頻度やタイミングで行うのか」

サイクルを繰り返すことで、より現場に則した対策が実施できる！
〈P D C Aサイクル〉



対策や取り組み内容を具体化することで、取り組みやすくなることはもちろん評価・改善もやりやすくなります。

対策立案や対策を行うことが目的ではなく、事故を未然に防ぐことや同じ事故を繰り返さないことが目的であり、大切です。

II. KYT（危険予知トレーニング）

はじめに・・・

保育・福祉は人間が人間に対してサービスを提供するものである

⇒保育・福祉における事故では「ヒューマンエラー」に起因することの事故が多い

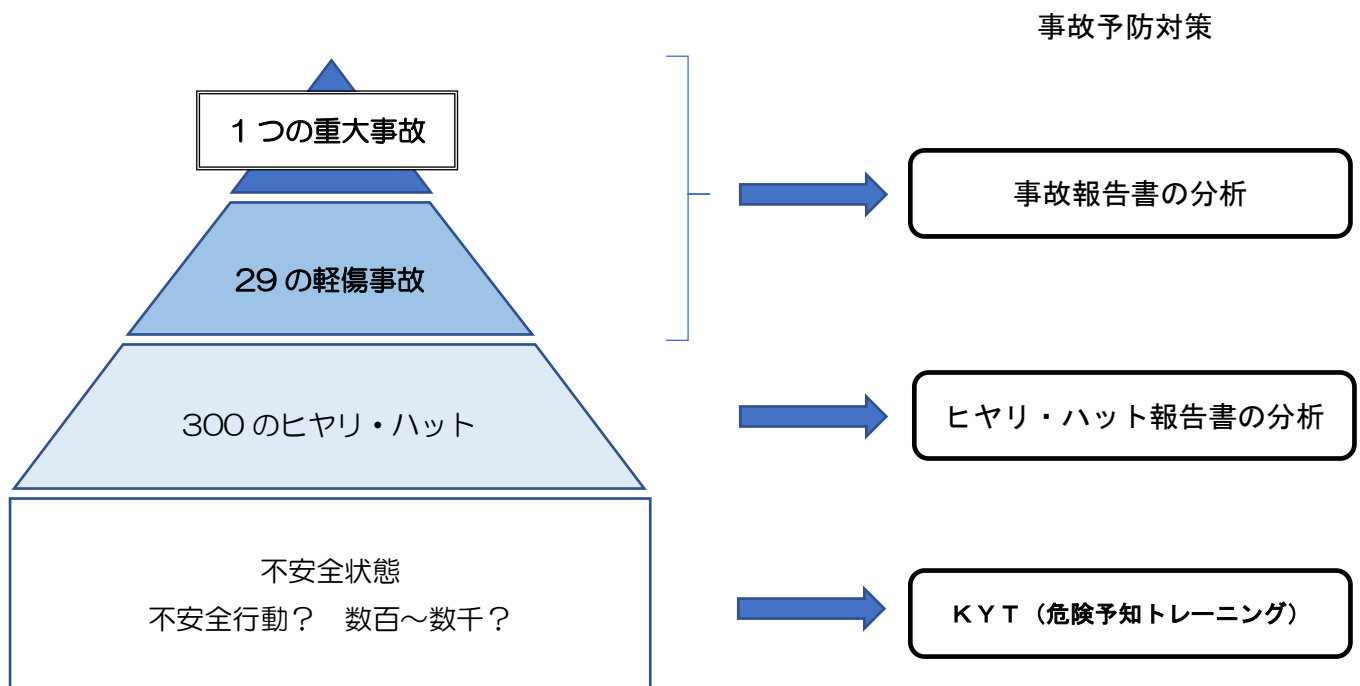
- ・職員が介在しない利用者サイドのヒューマンエラーは業務プロセスの確立が困難であるため、業務プロセス改善手法のみならず、個別対策が必要

（アセスメントの徹底、危険を察知する能力の向上、ハード面対策・・・等）

- ・特に保育・福祉においてはヒューマンエラー防止に向けた対策が重要

⇒ヒューマンエラー防止には「危険に気づく感性」を高める取り組みが必要である

【ハインリッヒの法則】



気づきの感性を高める「KYT（危険予知トレーニング）」

KYT（危険予知トレーニング）とは？

- ・「危険」に気づく能力（気づきの感性）を高めるために合理的に確立された教育・訓練手法
- ・イラストや写真を見ながら、現場に潜在する様々な「危険」をグループで協議する
→想定される事故と防止策を出し合い、行動目標を設定する
- ・自発的な防止策の策定プロセスを通じ、職員一人ひとりの「気づきの感性」を高める
- ・コミュニケーションの活性化
→日常業務において職員同士で「危険」に関する情報共有の促進

【KYT（危険予知トレーニング）の進め方】

①まずは保育・支援における一場面の写真やイラスト・画像を用意します

ポイント

ミーティングの前提

- ・「間違い探しではない」 → 正解は決められていない
- ・イラストはシンプルに！ → 状況に仮定を付け加えていく

ミーティングの進め方

- ・リーダー（司会）と書記を決める
- ・話し合いの進め方
 1. 時間を決めて進行
 2. 全員の自由活発な発言が重要
 3. 「議論」はしない！（反論しない・否定しない）

②現状把握（どんな危険が潜んでいるか）

「危険要因」と引き起こされる「現象」は？

- ・「～なので～になる」「～なので～して～になる」

ポイント

「危険要因」は具体的に表現すること・・・「なぜ」の繰り返しで明確に！（RCA分析）

例) ○「つま先でたっているのが不安定になる」 ×「不安定なので」

「現象」は「事故のかたち」で表現すること

- 例) ○「転倒する」「やけどする」「ぶつかる」等
×「転倒する危険性がある」等、「危険性がある」といった表現は不要
×事故の結果（怪我の程度等）の表現は不要

③原因追及（これが危険のポイント！）

②で挙げた項目から問題と思われる危険のポイントを選ぶ

※危険のポイントは2項目くらいを目安に

④対策（あなたならどうする？）

危険のポイントに対する具体的な対策を考える ※対策は3項目くらいを目安に

⑤目標設定（私たちはこうする！）

対策を絞り込み、重点実施項目（対策）を決め、重点実施項目（対策）を実施するためのグループ行動目標を決める

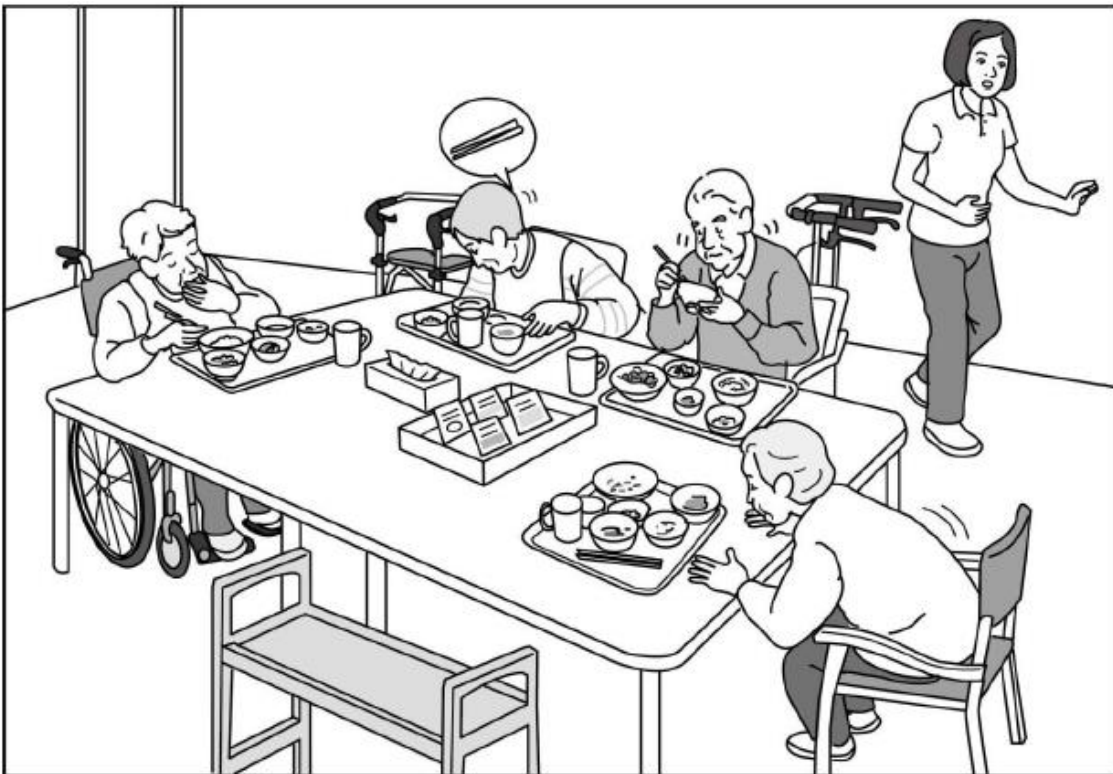
ポイント 繰り返し行えば効果的！危険予知能力の向上を実感出来ます！

【KYT（危険予知トレーニング）の実践】

～保育園～ 保育室の中で自由遊びをしています。どんな危険が潜んでいるでしょうか？



～福祉施設～ 利用者が食事をしています。どんな危険が潜んでいるでしょうか？



資料提供：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

7. 「ヒヤリ・ハット/事故報告」事例

～保育・児童関係事業所～

【福角保育園の事例】

[転落・怪我]

項目		内容
事故の概要・内容		園児が太鼓橋で遊んでいた際、手を滑らせて転落してしまった。転落した際に、鼻や頬に傷ができた。
事故の要因	利用者要因	興味を持って遊んでいたが、手を滑らせて落ちてしまった。
	職員要因	
	管理・環境要因	万が一に備えて、クッションとなるようなマットを敷いているが、落ちた時の衝撃が強かった。
要因分析のポイント		・成長過程の中での子どもの興味関心や意欲、遊びを通しての学びを大切にしながら、怪我を最小限に抑えられるように、安全管理に努め、対策を万全に行う。
対策・再発防止策		・従来よりも、厚めのマットを敷いて対策する。 ・太鼓橋に限らず、鉄棒や滑り台、上り棒で遊ぶ際には、危険がないように、必ず保育士がそばにつく。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・再発防止対策に限らず、戸外で遊ぶ際には、職員間で連携を取り、危険がないように声をかけ合う。また大きな怪我につながらないように、今までと同様に、月に1回の安全点検を行い、安全管理に努める。

【福角保育園の事例】

[疾病]

項目	内容
事故の概要・内容	アレルギー除去食を食べ終えたアレルギー児の顔周りが赤くなる。午睡明けには全身に蕁麻疹が広がった。すぐに緊急用の薬を服用したが、治まらなかった為、保護者に連絡し、病院を受診した。
事故の要因	利用者要因 フォークやスプーンで食べ始めているが、まだ手づかみで食べる子もいるため、食べこぼしが多い年齢であった。
	職員要因 食後、子どもの衣服に付着している食べこぼしを払うことを徹底していなかった。
	管理・環境要因 一般食とアレルギー除去食のテーブルは分けていたが、アレルギー児のテーブルの中で除去内容の違う子どもが混在している状態で食事をしていた。
要因分析のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー除去食を食べていたにも関わらず、蕁麻疹が出てしまった。医師からも、食べこぼしが付着したことが原因であると診断された。 ・年度始めで、アレルギー対策が十分に徹底されていなかった。
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・今までと同様に、テーブルを一般食とアレルギー除去食で分けるように配置する。またアレルギー内容が異なる場合の職員や園児の配置について、再度見直しを行う。 ・食べこぼしが多い時期なので、食後は必ず衣服に付着している食べこぼしを払うように徹底する。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー除去食を食べていても、食べこぼしの付着で、蕁麻疹が出る可能性があることを職員全員に周知でき、アレルギー対応について見直すことができた。

【福角保育園の事例】

[園児同士のトラブル]

項目		内容
事故の概要・内容		特定の園児が、友だちとの関係の中で噛みつきを繰り返している。
事故の要因	利用者要因	進級し、環境に慣れておらず、気持ちが不安定になっている。また言葉が不明瞭なところがあり、上手く自分の気持ちを伝えられないことで、噛みつきにつながっている。
	職員要因	年度初めで、職員の連携が十分にとれておらず、子どもの動きなどの性格を理解できていなかった。
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・進級して3ヶ月間は、環境の変化による戸惑い、気持ちの不安定さから、このような事例が多い。
対策・再発防止策		・担任間で連携を取り、気持ちが不安定になっている園児がいる際には、注意して様子を見守るようにする。また環境の見直しとして、遊びの場を振り返り、子どもたちが興味を持ち、夢中になって遊べる環境構成をする。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・話し合いを重ねることで、職員間のコミュニケーションが取れるようになる。同じ事故が何度も繰り返されることのないように、対策や遊びの環境を考えることが保育の質の向上につながっていく。

【福角保育園の事例】

[所在不明]

項目	内容	
事故の概要・内容	散歩に出かける際に、人数確認を怠り、園児がトイレに行っていることに気づかないまま散歩に出発してしまった。その後トイレに行っていた園児が一人で門を開け、園外に出てしまった。	
事故の要因	利用者要因	頻繁にトイレに行く園児である。
	職員要因	出発前の人数確認を怠ってしまった。 散歩に出かける際、人数確認のための名簿を持っておらず、確認の仕方も疎かになっていた。
	管理・環境要因	
要因分析のポイント	・人数確認の仕方について、徹底できていないことが今回の事故へとつながった。	
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・出発前や到着後など、節目で定期的に人数確認を行う。また人数確認をする際には、園児名簿にチェックを行い、確実な点呼となるようにする。 ・担任だけでなく、引率者全員が人数確認を行う。 ・散歩計画案を見直し、改良した。また散歩や遠足の前には下見を行い、ルートに危険箇所がないか確認し、地図に記す。 	
<p>対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職員全員で見直すことができ、散歩について気を付ける事項を周知できた。改善点や課題も見えてきて、大きな事故につながらないように、職員全員で意識を高め合えた。 ・散歩計画案を見直すことで、書き方が変わり、見やすく使いやすいものとなった。 ・園外保育時に、人身事故に遭う事例が、全国各地で報告されている。園外に出かける際には、気を引き締め、徹底する事項を話し合ったり、園周辺の危険となる場所をピックアップしたりするなど、職員一人ひとりに周知していくことも必要となる。 <p>また最近複合遊具で事故があり、道中や目的地(公園)等で、危険がないか確認をした上で子どもを遊ばせることを徹底していく。いつも通りだから大丈夫だと過信せず、その時々で、確認を行い、遊ぶ時には、保育士の立ち位置や配置についても検討し、子どもの姿が見えるように安全管理に努める。</p>	

【福角保育園の事例】

[誤与薬]

項目	内容	
事故の概要・内容	受け入れ担当職員から、薬を冷蔵庫に入れていると伝達を受けていたが、園児名簿に薬を預かったことを記載していなかった。そして薬を飲ませ忘れたことに気付かないまま降園させてしまう。翌日母親から薬袋がカバンに入っていなかったことを指摘され、飲ませ忘れていたことに気付いた。	
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	家族とのやりとりに不十分な点があった 伝達を受けたことや薬を預かったことを記入する園児名簿があるにも関わらず、記載を怠っていた。
	管理・環境要因	
要因分析のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・未満児クラスでは、水薬を飲むことが多く、冷蔵庫での保管が必要なことが多い。伝達を受けたことを記載できていなかったことがこのミスにつながった。 	
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・伝達を受けたことを園児名簿に記載することを徹底する。また薬を受け取った場合には、責任を持ってサインし、クラス担任に報告をする。 ・保護者に対しても、薬を手渡しで渡してもらうように、もう一度周知を行った。また年度初めには、職員保護者共に、薬の手渡しを徹底するように知らせる。 ・薬の飲ませ忘れや飲ませ間違いがないように、預かった薬の内容をしっかりと把握することを徹底する。 	
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・この事例をきっかけに、保護者からの伝達を確実に受け付ける大切さを再確認し、職員一人ひとりに周知できた。 ・年度初めには、職員や保護者に改めて徹底する必要がある。 	

【福角保育園の事例】

[誤嚥]

項目		内容
事故の概要・内容		昼食時、園児が薄くスライスしたリンゴを手持って食べていた際、一口のサイズが大きかった為、喉に詰まらせそうになった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	園児の咀嚼力を把握できておらず、0歳児に適していないサイズのリンゴスライスを提供してしまった。
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・薄くスライスされたリンゴだったが、入園したばかりの園児で、職員が咀嚼力を十分に把握できていなかった。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・入園して数日で、離乳食を終了したばかりの園児であった。今後は極きざみとすりおろし状で、提供してもらうように、給食室の職員と連携を取り、一人ひとりにあった食事形態で提供する。 ・食べる際には、必ず目を離さないように、一人ひとりに目を向けることを徹底し、安全に食事ができるようにする。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・改めて園児の食事形態について見直すきっかけとなった。大丈夫だと思っけていても、喉に詰まらせてしまうことがあるので、食材やメニューによって、一人ひとりに合った食事が提供できるように、今後も職員全員で見直しを行っていきたい。 ・離乳食に限らず入園前の食事状況をしっかりと調査し、個人差に配慮しながら食事状況や形態を少しずつ変更できるようにしていく。

【福角保育園の事例】

[交通事故・車両事故]

項目		内容
事故の概要・内容		福角町周辺において、通勤時間と送迎時間が重なり、交通量が多くなり、離合の際に危険であると、近隣住民から苦情の連絡があった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	
	管理・環境要因	福角町周辺は、道路幅が狭い道路が多い。生活道路であり、交通量が多い。
要因分析のポイント		道幅や交通量等、外部要因が起因するため、この道を通行することは危険であると判断した。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・保護者に対しては、別ルートで送迎を行ってもらうように、検討し、早急に駐車場の変更を行った。 ・出退勤時間及び業務中においては、道幅が広い道路を選択するように心掛ける。そのためにも、時間と気持ちに余裕を持って出発できるように行動する。また、道路幅が狭い道路等については極力通行を避けるように注意を呼び掛けた。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・この苦情から、周辺道路の危険性を見直す機会となり、危険なルートを避けて、送迎や出退勤を行えるようになった。 ・狭い道では、離合が難しく事故が起こりやすい環境にあるので、事業所内で情報を共有し、事故につながらないように注意喚起をしていく。

【くるみ園の事例】

[衝突]

項目		内容
事故の概要・内容		園庭での遊びの片づけの際、職員が移動遊具を倉庫に向けて勢いよく押して動かし、片づけた。利用児が付近にいた場合、衝突し、怪我をする可能性があった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順不履行
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・倉庫まで運んだ職員は、危険予測が弱かった。
対策・再発防止策		・移動遊具を動かす際の速さを考える。 ・利用児が在園中の職員の対応、手順を職員全体に周知する。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・気を付けることで事故が少なくなった。 (近年は起こっていない) ・既存の職員は注意すべき点として気づくことができているが、新しく入職した職員に十分に周知をしていく必要がある。

【くるみ園の事例】

[誤与薬]

項目		内容
事故の概要・内容		朝、保護者から薬を預かったが、昼食後の与薬を忘れる。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順不履行、伝達ミス
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・朝礼等での伝達ミス ・伝達を受けたにもかかわらず、忘れている。
対策・再発防止策		・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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・分かりやすくすることで与薬ミスが少なくなった。 ・ホワイトボードの横では見えづらいため、視界に入りやすい箇所へ保管場所を変更した。 ・職員間で、声を掛け合うようにするなど、全ての職員が、置き場所に目を向ける習慣がつくようにしていく必要がある。

【くるみ園の事例】

[所在不明]

項目		内容
事故の概要・内容		自由遊びの時に利用児が園庭に飛び出した。その際に業者の方が来訪され、門扉の鍵を閉め忘れて開いたままであった。園児が出ようとしたが、門扉近くで職員が追いつく。飛び出していたら交通事故になる可能性があった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	
	管理・環境要因	環境ミス
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・室内での遊びに飽きていた。 ・来訪者へ門扉の施錠の徹底を周知されていなかった。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・利用児の状況や様子を見ながら遊びの工夫をする。また子どもの人数確認、目を向ける回数を増やす。 ・来訪時の門扉の開閉及び施錠を徹底してもらうよう、掲示やお願いをして呼びかける。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・子どものせいではなく、大人の工夫不足ということを明らかにできた。 ・全ての来訪者に施錠を徹底するよう、周知の仕方を工夫していく。

【くるみ園の事例】

[誤飲]

項目		内容
事故の概要・内容		家庭にて、1cm程度の磁石を2つ飲み込む。
事故の要因	利用者要因	こだわり・習慣
	職員要因	
	管理・環境要因	環境ミス
要因分析のポイント		・口に入ったり、飲み込めたりできる大きさのものが、利用児の手の届くところにあった。
対策・再発防止策		・家庭、園ともに、口に入る大きさの磁石を全て撤去した。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・それ以降、事故は起こっていない。 ・定期的に、過去にこういった事故があったことを各家庭に周知していく。

【くるみ園の事例】

[転落・怪我]

項目		内容
事故の概要・内容		利用児がロッカーの角に足をかけて登り、保育室壁の高所に設置している扇風機に指を入れる。職員がすぐに気づき対応するが、転落の可能性があった。
事故の要因	利用者要因	こだわり・習慣
	職員要因	
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・扇風機等、様々なものに興味を持つ利用児もいるため、環境面の整備に努める必要がある。
対策・再発防止策		・扇風機やロッカーの位置の見直し、移動して環境を整える。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・新園舎になり、環境が変わった(手が届かなくなった)ことで、事故が少なくなった。 ・扇風機に興味を持つ子がいることを入職してきた職員にも十分伝えていく。

【くるみ園の事例】

[転落]

項目		内容
事故の概要・内容		台とマットを組み合わせた大型滑り台あそびの際、足場の不安定な箇所があり、その場所に利用児が立ってしまい転落した。外傷、後遺症等はなかった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	
	管理・環境要因	環境ミス
要因分析のポイント		・足場の不安定さがある部分について、職員の認識が足りていなかった。
対策・再発防止策		・構造上危険だと思われる遊具は、職員が常時そばにつき補助をする。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・職員が常時そばにつくようにしたことで、事故が減った。 ・日々の保育で、危険な箇所に職員がつくように伝えているが、新しく入職した職員に上記の再発防止策について丁寧に伝えていく必要がある。

【くるみ園の事例】

[転落・溺水]

項目		内容
事故の概要・内容		プールの時間ではない時に、プールサイドで服を脱いだ状態の利用児を職員が発見する。園児がフェンスに登って園庭に転落したり、プール内に入り溺水する可能性があった。
事故の要因	利用者要因	プールが初めてだったので、プールへの期待が高まっていた。
	職員要因	担任が2名いたが、所在の確認ができていなかった。
	管理・環境要因	プールサイドの近くに机があり、フェンスを越えやすい状況になっていた。
要因分析のポイント		・利用児の特性の理解と行動予測が足りていなかった。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・プールを使用しない際はブルーシートをかける。 ・プール使用後の環境整備を行う。 ・子どもの人数確認を行い、把握する役割を明確にする。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・ブルーシートをかけることで、以降は同じ事故が起こらなくなった。 ・上記の再発防止策を周知徹底していく。入職時または、プールの使用開始時期に職員会または朝礼時等に周知していく必要がある。

【みらいの事例】

[利用児による第三者に対して]

項目	内容	
事故の概要・内容	利用児3名に対し、職員1名で公園に行き遊んでいた。公園内には地域の子どももおり、その子どもたちに向かって利用児が砂を投げる。投げた砂の中の小石が地域の子どもの額に当たる。	
事故の要因	利用者要因	パニック・情緒不安
	職員要因	
	管理・環境要因	
要因分析のポイント	・利用児の特性をしっかりと理解することが重要である。	
対策・再発防止策	・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特性を把握し、支援にあたる。	
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	・利用児の行動の予測や普段との表情の違い等、職員の意識の底上げになったが、職員個々の理解度が異なるため定期的な確認や情報共有が必要である。	

【みらいの事例】

[所在不明]

項目		内容
事故の概要・内容		利用児の所在が確認できないことに職員が気づき、施設内を探す。備品室の鍵がサムターンでしまっているのみであったため、職員が扉越しに声をかけたところ、中で利用児からの応答があり、自ら解錠して出てきた。
事故の要因	利用者要因	いたずら、遊び
	職員要因	手順不履行
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・備品室等の部屋について施錠が徹底出来ていなかった。
対策・再発防止策		・備品室だけではなく、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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・備品室には誤飲等の危険性があるものが入っているため、施錠を徹底することで、事故防止に繋がった。 ・複数の事業所が存在しており、他事業所の職員にも同様の危険性があることが伝えきれていない部分があるため、年に一度、(途中入職があった場合は入職時に)周知していく機会を設ける。

【堀江保育園の事例】

[交通事故・車両事故]

項目		内容
事故の概要・内容		行事に使用する段ボールを家電量販店へ取りに行った帰りで、運転席後方のサイドドアが半ドア状態になっていた。運転中に半ドア警告灯の点滅で気づく。ドアが開いた場合、交通事故につながる恐れがあった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	段ボールのサイズが大きかった為、積み込む際に後方ドア、サイドドアともに開けていた。閉めた後の確認ができてなかった。 運転開始時、半ドア警告灯の点滅に気づかなかった。
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・公用車を使用する機会が少なく、運転開始時の安全確認等が徹底されていなかった。
対策・再発防止策		・運転開始時の安全確認を徹底して行う。同乗者がいる場合には二重でチェックを行う。 ・特に大きな荷物を積んだ際には、ドアが完全に閉まっているか、念入りに確認する。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・運転開始時の安全確認項目の可視化の検討を行う。

【堀江保育園の事例】

[転落]

項目		内容
事故の概要・内容		園庭のケヤキの木の幹の一部が少しグラついていて、職員が触って確認してみたところ、根元が折れ、中は腐っていた。そのまま利用児が木登りをした場合、転落する恐れがあった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	
	管理・環境要因	日頃から利用児が木登りする際に手をかける場所であり、長年負荷がかかっていた。(古くからある木で樹齢が不明)
要因分析のポイント		・木登りする際には職員がつくようにしている為、事前に気づくことができたが、木が腐って折れるという危険意識はなかった。
対策・再発防止策		・当該の木の他の幹や枝も確認し、危険な箇所はのこぎりで切り、やすりをかけた。 ・園内のみならず、園外でも木登りなどをして遊ぶ際には、職員が触って確認してから行う。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・自然物を扱う際の留意点を再周知することができた。 ・自然に触れて遊ぶことができる環境が減少している。安全確保をした上で、より良い環境を整えていきたい。

【堀江保育園の事例】

[所在不明]

項目		内容
事故の概要・内容		迎えにきた保護者に伝達をしていた際、利用児が靴を持って走り出した。保護者、姉とともに園周辺を探すが見つからず、裏門から出て、一人で自宅に帰っていた。
事故の要因	利用者要因	日頃から衝動的な言動が多かった。
	職員要因	本児が走り出した際、姉が追いかけていったので、連れて戻ってくるだろうと思ってしまった。
	管理・環境要因	裏門、また裏門に続くフェンスが施錠されていなかった。
要因分析のポイント		・伝達中ではあったが、迎えに来たことで、どこか安心してしまっていた。
対策・再発防止策		・裏門に続くフェンスに南京錠を設置し、施錠する。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・完全に保護者の手に引き渡すまで、利用児の動向を把握しておかなければならないという意識や、利用児の特性に応じた見守りの意識が高まった。

【堀江保育園の事例】

[害虫]

項目	内容
事故の概要・内容	近隣の公園で遊んでいた際、利用児がハチを捕まえたと言職員に知らせにくる。確認したところ、虫かごにミツバチが入っていた。触った際に刺される恐れがあった。
事故の要因	利用者要因 虫に興味を持っているが、危険性などについてはまだ知識がない。
	職員要因 公園内にハチがいることは把握していたが、前例もなく利用児が捕まえてしまうかもしれないという危険意識はなかった。
	管理・環境要因 ハチが多く発生する暖かい気候であった。(4月)
要因分析のポイント	・環境や利用児の言動など想定範囲内の要因はもちろん、行き慣れた公園で、職員も危険意識が低かった。
対策・再発防止策	・季節の自然物について園内研修を行い、職員の危険意識を高める。 ・行き慣れた場所であっても、遊ぶ前には安全確認を行い、簡単な約束をして遊んだり、その都度声をかけたりする。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	・前例のないことに対しても、危険予測を行っていかなければならないという意識が高まった。 ・園内研修では、日頃目にしている自然物にも危険性のあるものがあることを知ることができた。 ・利用児に対して、季節の危険な虫や自然物について、イラストなどを用いて可視化し、知らせる方法を検討する。

【堀江保育園の事例】

[怪我]

項目		内容
事故の概要・内容		室内でままごと遊びをしている際、利用児の手がやかんから抜けなくなる。脱臼やうっ血の恐れがあった。
事故の要因	利用者要因	やかんの中に入っていた玩具を取り出そうとした。
	職員要因	日頃から使用している玩具であり、危険意識が低かった。
	管理・環境要因	やかんの口が丁度利用児の手がはまるサイズであった。
要因分析のポイント		・日頃使用している玩具で利用児、職員ともに危険意識が低かった。
対策・再発防止策		・年齢、発達に応じた玩具の選別や遊び方の検討を行う。当該のクラス(0、1 歳児)では利用児自身が判断することが難しい為、やかんのフタをテープで留めた。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・年度末に玩具の整理を行い、各クラス年齢に応じた玩具を振り分けたり、定期点検の際に玩具の点検も併せて行ったりすることを再周知できた。 ・危険なことや物を全て排除するのではなく、その都度職員間で話し合いながら、安全環境の構成について考えていく。

【堀江保育園の事例】

[所在不明]

項目		内容
事故の概要・内容		園庭で3歳以上児が遊んでいる際、オートクローズ式の正門門扉が開いた状態になっていた。利用児が園外へ出た場合、所在不明や交通事故につながる恐れがあった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	園庭へ出る際、門扉が開いているとは思わなかった。
	管理・環境要因	定期的に油をさす手入れを行わないと、門扉の動きが低くなってしまふ。
要因分析のポイント		・門扉の動きがかたいことに対する対策を検討しているところで起きた事例であり、職員間で危険意識が周知されていなかった。
対策・再発防止策		・毎月の安全点検日に、門扉の安全確認及び油をさす手入れを行う。 ・門扉付近で利用児が遊ぶこともある為、職員間で危険意識を周知し、必ず目の行き届くような職員配置を行う。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・園庭の死角について、当該の場所以外の危険性も再確認することができた。

【堀江保育園の事例】

[誤与薬]

項目		内容
事故の概要・内容		利用児に誤与薬をしてしまう。(姉の飲み薬を妹に与薬した。)
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	保護者から薬を受け取った際、誤って妹のクラスに振り分けてしまった。 与薬時、氏名を確認していなかった。
	管理・環境要因	受け取り時は早出合同保育時間であり、受け入れが混雑し、慌ただしかった。 薬袋自体には記名がなく、与薬票で氏名を確認していた。
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・受け取り時、与薬時ともに氏名の確認を怠り、誤ってしまった。 ・マニュアルの不徹底があった。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・クラスカラー別で個人用薬袋を作る。→現在はクラスカラー別で氏名シールを貼っている。 ・職員朝礼の場所を事務所から保育室に移行し、受け入れ体制を整える。 ・薬の受け渡しのマニュアルを周知徹底、また改変を行う。(受領サインの徹底、薬の有無を早出日誌に加え、クラス名簿にも記入、早出職員から担任へ手渡しで渡す 等)
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・与薬だけでなく、受け取り時、また担任への引継ぎに関してもマニュアル化し、周知することができた。 ・事故発生から年数が経ち、受け取り時の確認ミスや受領サイン漏れ等が起こっている。定期的に周知の機会を持つ。

【堀江保育園の事例】

[所在不明]

項目		内容
事故の概要・内容		園庭で3歳以上児が遊んでいる際、オートクローズ式の正門門扉が開いた状態になっていた。利用児が園外へ出た場合、所在不明や交通事故につながる恐れがあった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	園庭へ出る際、門扉が開いているとは思わなかった。
	管理・環境要因	定期的に油をさす手入れを行わないと、門扉の動きがかたくなってしまう。
要因分析のポイント		・門扉の動きがかたいことに対する対策を検討しているところで起きた事例であり、職員間で危険意識が周知されていなかった。
対策・再発防止策		・毎月の安全点検日に、門扉の安全確認及び油をさす手入れを行う。 ・門扉付近で利用児が遊ぶこともある為、職員間で危険意識を周知し、必ず目の行き届くような職員配置を行う。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・園庭の死角について、当該の場所以外の危険性も再確認することができた。

～障がい(成人)関係事業所～


【松山福祉園の事例】

[集団感染]

項目		内容
事故の概要・内容		1月末、最初は2名の利用者の嘔吐から始まり、そこから次々と体調不良の訴えや嘔吐をする者が相次いだ。その日のうちに疑い(疑陽性)も含め、ノロウイルス感染者と疑われる体調不良者が12名にもものぼった。その後も感染の広まりは止まらず、事態が収拾したのは1月以上経過した3月上旬のことであった。その間、食品を扱う配食班、製菓製パン班は事実上閉鎖となり、急遽の代替え食の手配、バザー販売、給食納品の自粛などその影響は計り知れなかった。
事故の要因	利用者要因	マスクの着用や衛生意識が当時はそこまで浸透していなかった。
	職員要因	体調等は各人で自己管理していた。 マスクの着用や衛生意識が当時はそこまで浸透していなかった。
	管理・環境要因	当時は利用者の居室は多床室(1 部屋につき2～3 名)であった。 作業や生活空間を共有するため、感染が一気に広がった。
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・ノロウイルス感染症は感染力が強い。 ・多床室など、生活の上で密な空間が当時はあった。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・冬季は1日3回のドアノブ・便座等の消毒を徹底した。 ・マニュアルを改定し、当時の反省点や改善点を盛り込んだ。 また、写真等を使って視覚的にノロウイルスの対応が分かるようにマニュアルの読みやすさを工夫した。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・入所施設における感染爆発の脅威を体験し、繰り返してはならないと従業員一同、感染予防や衛生意識を見直すきっかけとなった。また、この時の教訓がコロナウイルス感染症の対策にも生きている。 ・製菓製パン班において給食の納品先が取引停止となったまま、事態終息後も回復することはなかった。 ・当時を知らない従業員に、当時の状況や感染対策での工夫、予防など体験を伝える機会を設けるべきであった。

【松山福祉園の事例】

[誤飲]

項目	内容	
事故の概要・内容 	<p>健康診断のレントゲン検査で利用者Hさんの胃中に異物が停滞しているとの報告を受ける。その後、精密検査を実施。CT スキャンにて異物の形状等を確認したところ、人工物で金属部分があることから部分入れ歯タイプの義歯と判明。後日、摘出手術(腹腔鏡)にて取り出された。事前に義歯の紛失は確認していたが、本人が飲み込んだとは予測できず、本人が処分して紛失したものと思い込んでいたこと、義歯の紛失後に下血があったが虚血性大腸炎との診断であったため、義歯の誤飲の発見が遅れた。</p> <p>(参考)当時の義歯ではないが似た形状のものを左に添付</p>	
事故の要因	利用者要因	<p>義歯をゴミ箱に無断で捨てたことがあった。 言葉での意思疎通は取れるものの、状況を説明できるレベルではなかった。</p>
	職員要因	<p>義歯の洗浄時の見守り支援を職員が怠ったため、義歯の紛失に気付かなかった。 義歯のサイズ・形状から飲み込んだとは予測できなかった。 下血と異物誤飲の因果関係に気づけなかった。</p>
	管理・環境要因	<p>義歯の管理は本人に任せていた。</p>
要因分析のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・義歯が紛失した時点で飲み込みを予測できなかった。 ・下血時に異食の可能性を考慮できていなかった。 ・義歯の管理をHさんに任せっぱなしであった。 	
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・義歯の作り直しを行ってもまた飲み込まれる可能性があるため、義歯の作成は見送った。 ・義歯を作らない分、口腔ケア、特に磨きの残しが無いように歯磨き支援を徹底するようにした。 	
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・歯磨き支援を徹底したことで、利用者も歯磨きをしっかり行えるようになった。利用者から自発的に「歯磨き！」と夜勤者の所に来て仕上げ磨きをする習慣がついた。 	

【松山福祉園の事例】

[労働災害]

項目	内容
事故の概要・内容	<p>作業中、作業の順番を巡って利用者YさんとMさんが作業の取り合いとなった。Yさんが興奮状態になり、暴れ始めている。その場に居合わせた職員が制止に入り、落ち着かせようと制止する中、職員が左足の指をひねっている。直後は内出血が見られ腫れも見られたが痛みもあまりないとのこと様子を見ていたが、翌日腫れがひどくなっており、病院受診したところ、左足中指の剥離骨折と判明した。</p>
事故の要因	<p>利用者要因</p> <p>Yさんは情緒や気分のコントロールが難しく、一度憤慨されると興奮状態になると粗暴行為に及ばれ、備品や建物などの破壊、他害があった。 Yさんは体格が大きく、力も強かった。</p>
	<p>職員要因</p> <p>作業班での基準では安全靴を着用することになっていたが、軽作業を理由にクロックスを履いていた。 対象の利用者よりも職員は小柄で、細身であった。</p>
	<p>管理・環境要因</p> <p>作業班の利用者が密集して作業に取り組まれていた。 以前にも同じ利用者同士で作業やお茶の取り合いでトラブルになっていたが同じ場所で作業させていた。</p>
要因分析のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・作業の取り合いにならないよう、各自の作業分けを明確にして取り合いにならないようすべきであった。 ・特性として順番を待つことが難しい利用者同士を近くで作業させていた。 ・職員の服装(履物含め)が作業では適正ではなかった。
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は作業班で決められた服装・履物で作業に臨むことを徹底し、独自の判断でこれを変えない。 ・作業提供の仕方や作業場所を別々に設けるなどして、折り合いの悪い利用者同士の距離を取れるように配慮、支援する。
<p>対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後改善点</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・作業班における作業分担をはっきりさせたことで利用者も意欲や責任感を持って作業に参加することが出来た。

【松山福祉園の事例】

[他害]

項目		内容
事故の概要・内容		<p>昼食時、ダイエット対象の利用者Aさんがご飯をお替りしようとしていた。その場にいた職員が声掛けにて制止しようとしたところ、憤慨されて持っていた茶碗を職員の側頭部に叩きつけた。衝撃で割れた茶碗で利用者が手に切傷を作り出血している。殴打された職員にケガはなく、応援に駆け付けた別の職員がAさんの傷の処置を行った。</p>
事故の要因	利用者要因	<p>Aさんは食欲旺盛であり、食事やおやつ、ジュースへの欲求が高い。性格として怒りっぽく、これまでも興奮すると他害、物への粗暴行為に及ばれていた。</p> <p>昼食の直前、仲の良い利用者Iさんと同席しようとして話しかけていたが断られて不機嫌であった。</p>
	職員要因	<p>声掛けのタイミングが悪かった。</p>
	管理・環境要因	<p>ご飯のお替りが自由にできる状態であった。</p>
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・昼食前から食事の相席を断られてすでに不穏であった。 ・お替りが出来る状態であった。 ・ご飯をつごうとした直前に制止されたため、気分を害した。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病のリスクについて説明を行い、ダイエット食であることに納得して頂くよう支援していく。 ・適正な食事量になるよう、職員がご飯をついで提供する。
<p>対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・ダイエット対象の利用者全般に該当する支援である。 ・利用者に生活習慣病のリスクについて話を行っているが理解は難しかった。

【松山福祉園の事例】

[設備破損]

項目	内容
事故の概要・内容	夕食前にグループホーム入居者Hさんがトイレを詰まらせた。トイレの詰まりを直そうとする中で汚水が便器からあふれて床一面に溢れていた。気づいた世話人が掃除を行っている。後日、マンションの管理会社より階下で水漏れのクレームの連絡が入った。
事故の要因	利用者要因 Hさんは他にも排水口を詰まらせたことがあった。トイレットペーパーを使いすぎる傾向にあった。トイレを詰まらせたことが露見することを恐れて報告が遅れた。
	職員要因 職員がトイレ詰まりを解消する前にその場を離れており、その間に汚水が溢れた。汚水漏れが階下にまで及ぶとの予測が出来ていなかった。マンションの管理会社が階下に水漏れ修理に来た時にグループホームでの汚水漏れが関連していると思いつかなかった。
	管理・環境要因 階下は一般の方が住んでいた。
要因分析のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・職員がトイレ詰まりを確認後、水洗レバーが上がっているにも関わらず、その場を離れた。 ・利用者がトイレ詰まりの責任追及をおそれて、自分で対処しようとした。利用者に相談しづらいと思わせていたのではないか。個人の責任を責めるのではなく、事実の確認を優先するような関わりが必要であった。
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・Hさんにはトラブルがあれば、自分で対処せずにはまずは報告するよう伝えた。 ・GHの業務として水回りの巡回を行う。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・水回りのトラブルなど特にグループホームでは一般家庭への影響があることを再確認した。今後は階下への影響がないか、確認を行う。

【松山福祉園の事例】

[設備破損]

項目	内容
事故の概要・内容	グループホーム入居者Uさんが夕食時に興奮されて、調理場の包丁を持ち出し、世話人に突き付けた。幸い、ケガ人を出さずに事態は収拾したが一歩間違えば大変な惨事になるところであった。
事故の要因	利用者要因 Uさんは男女関係や金銭等に絡んだトラブルが多く、時に情緒のバランスを崩される方であった。 Uさんはこれまでも職場で職員に鋭利な傘を突き付けるなど、同様の行為があった。
	職員要因 利用者が包丁を持ち出すまで精神的に追い込まれていることに気づき、配慮すべきであった。
	管理・環境要因 グループホームの刃物は調理台の引き出しにあり、誰でも取り出せる状態であった。
要因分析のポイント	・情緒を乱されると刃物や得物を持ち出した前歴がある利用者いるにも関わらず、グループホームの刃物は誰でも取り出せる状態にあった。
対策・再発防止策	・グループホームの刃物類はすべて金属製の保管庫に入れ、鍵をかけて世話人及び職員がこれを管理することとした。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	・他のグループホームにおいても同様の事態があり、刃物を保管庫に管理することで、他害行為や自傷行為のリスクを下げられた。 ・現状、対策を講じてからは同様のトラブルも無く問題はない。

【松山福祉園の事例】

[異食]

項目	内容
事故の概要・内容	利用者Yさんが夜間にイライラして洗剤を飲まれたと他利用者からの証言で判明した。幸い、下痢症状があった他は体調に異常はなかった。洗剤を飲んだ理由については明確な言葉にされていない。しかし、精神面での情緒不安による自傷行為の一環である可能性であることが前後の状況から推測された。
事故の要因	利用者要因 信頼している従業者には胸の内を話せたり、助言等を聞き入れることが出来る。反面、他人との関係構築が苦手であり、関係性が出来ていない従業者とは話もしない、声掛けを聞かないなど極端な対応をする特性があった。能力が高く、嘘や物事を隠すことに長けている。精神面で不安になると自傷行為(前回ハリストカット)に及ばれたことがあった。当時、信頼している職員が3月から産休になるという情報を耳にしていた。
	職員要因 当日の夜勤者は日常会話が出来る程度の関係性であった。産休の情報を女性利用者が聴いた後の反応に配慮が欠けていた。
	管理・環境要因 個室でプライバシーが確保されている反面、室内は不可視。
要因分析のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・Yさんの精神的不安の兆候に夜勤者が気づけていなかった。 ・自傷行為が異食となって現れた。 ・干渉を嫌うからと夜勤者からのアプローチ(声掛けなど)が不足していた。
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・従業者の情報(退職、産休、その他)については、利用者への影響等を考慮し、配慮をしつつ開示する。 ・職員は信頼関係の構築に努め、利用者の精神的不安の解消に努める。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・該当利用者への理解が今回の件で進んだ。普段の強気な言動や能力の高さで見落とされていた、精神的な脆弱性に気づけた。 ・今後の支援や配慮のヒントが得られたと前向きに従業者も捉え、今後の対応について共通認識を持てるよう文書化も行った。

【松山福祉園の事例】

[怪我]

項目		内容
事故の概要・内容		搬入中に職員が操作するフォークリフトの昇降レバーの操作を誤ってしまい、勢いよくフォークが下がってフォークに積んでいた製品がバランスを崩してしまった。再度、作業棟内に製品の搬入を試みようとしたところ、製品の入った鉄製の網かごが倒れてしまう。その際、フォークリフトの間を通過しようとした利用者Tさんの右下腿部に製品があたり、切創を負わせてしまった。切創部位より多量の出血が見られた。
事故の要因	利用者要因	Tさんは過去に右足首を骨折されており、ADLが低下して咄嗟の回避行動はとれなかった。
	職員要因	操作していた職員は習熟度が浅く、フォークリフトの知識、注意点をしっかり把握出来ていなかった。 荷物の搬入に意識が集中してしまい、周りを見る事が出来ていなかった。 当事者が入社され数日であり、ベテランの従業者が配置されていたが、搬入時は一人で対応していた。
	管理・環境要因	フォークリフトの知識、注意点をしっかり把握出来ていない職員に運転を任せていた。
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の安全確保、注意喚起がなされていなかった。 ・危険を伴う作業を一人でさせていた。 ・経験の浅い職員へのフォローが不足していた。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・従事者に関して、早急にフォークリフトの知識や事故防止の取り組みについて再度、話を行う。一人一人が意識を高めて頂く。また、月に一度は従事者で留意点の確認やフォークリフトの点検を実施する。 ・作業棟内での搬入の際には運転者以外に確認する従業者を配置し、安全に努めながら行う。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・フォークリフトの運転技術の向上が図られた。 ・フォークリフトに絡んだ事故がその後も発生しており、従業者の危険予知について大きな改善がみられなかった。

【松山福祉園の事例】

[火災]

項目	内容	
事故の概要・内容	<p>日中一時の利用者Aさんがズボンの裾にライターや金具を忍ばせており、網戸やガラス戸を炙って破損させたり、削って破損させたことに気づいた職員がその場で確認を行い、金具等を預からせて頂いている。</p>	
事故の要因	利用者要因	<p>Aさんは以前にも持ち込んだハサミで備品のソファを切ったり、ライターで網戸などを炙ってものを壊すことが遊びの一種になっていた。</p>
	職員要因	<p>受け入れ時の確認が不十分であった。 情報としてAさんが施設の物品を壊したりすることは知っていたが、見守りが不足していた。 職員間の連携が取れていなかった。</p>
	管理・環境要因	
要因分析のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・Aさんは障害が重く、本人の特性を変えることは難しい。 ・受け入れ時の確認でライターや金具を見つけていれば物品の破損は防げた。 	
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・この事例を通じて、職員・家族で情報を共有した。 ・受け入れ時においては、職員・家族の共通認識のもと確認を徹底した。 ・職員間で連携し、見守りの目が長時間途切れないようにした。 	
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族と職員間で問題を共有でき、連携が取れるようになった。 ・利用者自身の特性はそのままなので根本的な解決ではなく、対策がきちんと履行されない場合は同様の事故が起こり得る可能性が高い。 ・利用者の方に余暇時間を任せるのではなく、利用者が楽しめる何かしらの活動を提供していく。 	

【松山福祉園の事例】

[設備破損]

項目	内容	
事故の概要・内容	送迎時、公用車の挙動に違和感を覚えた。最初の送迎(迎え)先にて確認したところ、右前輪のタイヤの空気圧が下がって扁平していた。そこで代行の車両を手配している。問題の公用車はその場でスペアタイヤに交換し、ガソリンスタンドに持ち込んだ。問題のタイヤを確認してもらった所、リブバルブが破損していた。同日に他の車両も同様にリブバルブが意図的に壊されてパンクしていた。前後状況から利用者 I さんに確認したところ、「イライラしてやった。」と認められた。	
事故の要因	利用者要因	I さんはイライラすると職員の注意を引こうと物を隠したり、公用車や依存のある職員の自家用車に石で引っ掻いて傷をつけるなど器物破損をしたことがあった。
	職員要因	問題となった車両は前日に洗車していたがその時点では異常に気付けなかった。また、使用する前に目視していたが気付かなかった。
	管理・環境要因	公用車の車両置き場は、平日は作業棟で従業員の出入りがあり、従業員の目があるが休日は死角になり易かった。
要因分析のポイント	・I さんが公用車を気にされていた時点で、なんらかのアプローチが必要であった。	
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・I さんには一歩間違えば人命にかかわる事故を起こしたかもしれないことを振り返って頂いた。 ・公用車周辺で利用者を見かけた職員は利用者への声掛けや現場の確認を行うようにする。 ・作業後は遅出職員が、休日については日勤者が公用車周辺の巡視を行う。 ・I さんが落ち着いて過ごせるように日々の生活支援をしていくことにした。 	
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・見守りや確認を意識することで職員の気づきが増えた。 ・利用者の特性は変え難く、根本的な解決ではなく全てが防げた訳ではなかった。後日、別件でIさんが公用車を傷つける事案があった。 	

【いつきの里・いつきホームズの事例】

[怪我]

項目		内容
事故の概要・内容		事故防止のため普段は閉め切っている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、最近入社した職員へ周知出来ていなかった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	伝達ミス、手順不履行
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・意識の継続および全体への周知を図る。
対策・再発防止策		・基本的には施錠。開放時は職員が必ず見守りをする。 ・非常口に警告【周知】文を掲示しておく。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		事故に至る前に気付くことができ、再周知出来た。 マニュアル化はされていないが、ルール化されているものについてもしっかりと職員に伝えていく必要がある。

【いつきの里・いつきホームズの事例】

[怪我]

項目		内容
事故の概要・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、居室備え付けタンス(引き出し)が開いたままになっており、その引き出しに血がついている。
事故の要因	利用者要因	単純ミス
	職員要因	
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・タンスの引きだしが重くやや使いにくい状態であった。
対策・再発防止策		・利用者が好む衣類関係を開け閉めしやすいタンスに移動する。 ・衣類の量も増えていたため整理・調整する。 ・備え付けのタンス内は、利用者自身が出し入れしないような物を収納する。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・利用者が生活しやすい環境を整備するきっかけになり、必然的に事故を防ぐことにも繋がっている。

【いつきの里・いつきホームズの事例】

[誤与薬]

項目		内容
事故の概要・内容		寮内に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。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順書不備
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・手順書に沿って与薬しても同様の事例が続いており、マニュアルの検証・見直しが必要である。
対策・再発防止策		・複数の薬を一包化したり、扱ったりする場合は、トレイの上でおこなう。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・マニュアルの手順追加にはなったが、リスク回避の視点を検証するきっかけとなった。

【いつきの里・いつきホームズの事例】

[誤飲]

項目		内容
事故の概要・内容		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た。たばこの吸い殻は飲み物等の容器には入れないことを周知していたが、守られていなかった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順不履行
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・重大事故に繋がる恐れを周知すると共に、ルールを再確認している。
対策・再発防止策		・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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・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ってはいけない。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ることを都度周知していく。

【いつきの里・いつきホームズの事例】

[入浴]

項目		内容
事故の概要・内容		入浴時間帯、職員が浴室内を確認すると、利用者が7名入浴しており、その内、発作の可能性がある利用者が5名入浴していた。利用者の心地よい入浴、およびリスクの観点から、入浴は4名まで、うち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。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順不履行
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・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。
対策・再発防止策		・入浴支援をしていた職員には、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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・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る事の再確認が出来ている。 ・絶対に遵守されなくてはならない手順であり、危機感・緊張感を持つためにも最悪の事態をイメージすることが大切である。

【いつきの里・いつきホームズの事例】

[火災]

項目		内容
事故の概要・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。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順不履行
	管理・環境要因	環境ミス
要因分析のポイント		・安全総点検の重要性を周知し徹底を図る。
対策・再発防止策		・即、改善(交換)する。また、他の配線も確認する。 ・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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・電源コードの劣化やタコ足配線、周辺ほこり等は火災の原因になる。日頃からの管理意識が大切であり、毎月実施している安全点検については、特に意識を高めていく必要がある。

【いつきの里・いつきホームズの事例】

[確認不足]

項目		内容
事故の概要・内容		職員が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、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たが、夜勤職員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。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順不履行
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・マニュアルの再確認、徹底を図る。
対策・再発防止策		・夜間の巡視手順について、確認と徹底を図る。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・最後に退勤する職員が鍵を閉めることが前提だが、そこにミスが起こることも含め、巡視の手順があることを改めて周知している。

【いつきの里・いつきホームズの事例】

[管理ミス]

項目		内容
事故の概要・内容		利用者が午後の作業開始時に自販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。小遣いの入った生活介護利用者(在宅)の荷物を居室に置いていたことがで事故が発生した。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順書不備
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・一定のルールを明確にし、周知する。
対策・再発防止策		・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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・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だったため、そこにマニュアルが存在していなかったが、曖昧さがあつたため明確に示している。少しの調整や配慮で防ぐことが出来ている。

【いつきの里・いつきホームズの事例】

[個人情報流出]

項目		内容
事故の概要・内容		洗濯機買い替えのため、業者とのやりとりで FAX にて送信するが、相手方より FAX が届いていないと連絡がある。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。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順書不備
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・マニュアル追加・改正を行う。
対策・再発防止策		<p>①通信機器【メール・FAX】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。 ・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。
<p>対策・再発防止策後の状況 [振り返り]</p> <p>対策防止の良かった点・今後の改善点</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・職員要因において、重大事故(個人情報流出)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あり、通信機器の取り扱いについては、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ない。

【いつきの里・いつきホームズの事例】

[他害]

項目		内容
事故の概要・内容		Aさんが生活介護棟食堂前のベンチで座っているところ、Bさんが来る。Bさんはゆっくりと過ごしていたが、Aさんが近寄りBさんの腕を持つとする。Bさんはそれが嫌だったようでAさんを両手で突き飛ばしている。
事故の要因	利用者要因	障がい特性
	職員要因	AさんといBさんの関係性への配慮不足
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・Aさんは自分が怪我をする恐れがあってもスキンシップを求めてしまう特性がある。Bさんは身体接触が苦手なため、スキンシップを求められると突発的に身体が動いてしまう。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・統一支援を作成し、具体的な双方の関わり方の支援を実施する。 ・Aさんに対して、抱きつく行為はしないことを話し、関わりを持ちたい際は手のひらタッチに置き換えることを伝える。 ・Bさんに対して、すぐに支援者が仲介に入り、タッチを依頼しているがお願いしても大丈夫か尋ねる。必ずBさんの意思確認をする。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・障がい特性もあり、双方の意識が薄れることはないため、支援者が統一支援の継続をしていく必要がある。

【ウィズの事例】

[転倒]

項目		内容
事故の概要・内容		<p>肢体不自由のある利用者については、基本的に職員と共に移動しているが、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。</p>
事故の要因	利用者要因	歩行不安定
	職員要因	見守り不足
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		<p>・基本職員と共に移動していることや、普段から自身で立ち上がる様子が見られることを考慮すると、見守りは必要であるが、A さんの気持ちに寄り添うことも大切である。</p>
対策・再発防止策		<p>・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、情報交換を複数の視点(立場)から実施する。</p> <p>①ウィズ内の情報集約 ②生活の場の情報集約 ③作業療法士による初見 これらを総合して検討する。</p> <p>・不安定さはあるが、一人で歩くことが出来る方である事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。</p> <p>・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く。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。</p>
<p>対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点</p>		<p>・歩行が不安定だから見守るという支援で終わらせるのではなく、多面的に見て本人の主体性も尊重する支援が出来た事は良かったと思う。</p> <p>・新しく入った職員にも、見守りが必要な事や状況に応じて主体的に行動できる時間を作っていきける事を共有していく。</p>

【ウイズの事例】

[所在不明]

項目		内容
事故の概要・内容		日中活動中、利用者の所在が分からないことに気付く。建物内、敷地内を探すといつきの里利用者居室に A さんが入っていた。A さんは日頃から、日中活動に参加しにくい状況があり、単独で過ごされる事が多い。また、同様の所在不明の事例も頻繁に見られていた。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	見守り不足
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		天気が良く外に意識が向いたり、皆が活動していることで退屈になる等の理由が考えられるため、本人の気持ちに寄り添って見守っていく必要がある。
対策・再発防止策		<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、性格など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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・いつきの里に行くことだけに焦点を当てるのではなく、事前にできることや、ウイズで充実した時間を過ごしてもらえなど支援を考えるきっかけになったのは良かったと思う。 ・外へ行きたい意思表示をされた時は可能な限り職員と一緒に歩いたり、本人の興味を探りながら楽しめる活動を提供していきたい。

【ウィズの事例】

[管理ミス]

項目		内容
事故の概要・内容		外出体験へ出発した直後、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ため、引き返して受け取ってから再出発した。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	計画書の作成遅れや引率職員への周知不足・認識不足
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・計画書の作成が遅れたこと、引率職員の認識不足、引率職員への周知が出来なかったことが重なり、事前に準備物等の確認が出来ていなかった。
対策・再発防止策		<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(一週間前に決済を受ける事を確認) ・引率職員への周知(心構え、準備への対応) ・職員の意識を高める ・薬のある利用者一覧を作成し確認する。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・計画書に必要事項を記載することで引率職員にも情報が伝わり、事前に話し合うきっかけにもなる。 ・早めに計画書を作成するだけでなく、何が必要で誰が準備するのかまで細かく話し合っておくと、忘れ物は減ると思う。

【ウィズの事例】

[溺水]

項目	内容	
事故の概要・内容	<p>事業所の浴室が使用できないため、いつきの里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う。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>	
事故の要因	利用者要因	てんかん発作
	職員要因	介助ミス・手順不履行・見守り不十分
	管理・環境要因	普段と違う浴室を使用した
要因分析のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴中のてんかん発作で命にかかわる危険性がある事や、未然に防ぐための見守りが重要である。 	
対策・再発防止策	<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。 ・入浴順に配慮し、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。 ・違う環境で入浴支援を実施する場合(他浴室や温泉などを含め)いつも以上に緊張感を持ち支援を行う。発作の有無に関わらず、利用者から目を離さないようにする。「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等が行えるよう日頃から意識する。 	
<p>対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の視野に利用者の姿が入る位置で他の利用者の介助を行ったり、入浴順を配慮し危険度の高い利用者の見守りを徹底する体制を取ることで、職員も常に意識して入浴介助を行えるようになった。 	

【ウィズの事例】

[疾病]

項目		内容
事故の概要・内容		A さん(男性)は、糖尿病のケアとして、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、外出活動などが重なり、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。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順書不備
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		当日男性職員が不在になる事は事前に分かっており、その時点で当日の体制など相談し、対策を講じることが大切である。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・尿糖値の測定について時間管理を行う職員を明確にする。(サービス管理責任者) ・測定時間を厳守するために、タイマー(アラーム)を活用する。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・尿糖値測定の時間管理を行う職員を明確にしたり、タイマーを活用することにより、確実に測定遅れや、忘れを防ぐことが出来ている。 ・尿糖値測定の時間管理を行う職員が一人しかいなかった場合や、その職員が休みで引継ぎも出来ていなかった場合に測定ができない可能性もあるので、時間管理を行う職員を複数人決めておく必要がある。

【ウィズの事例】

[疾病]

項目	内容
事故の概要・内容	朝から気温が高く、10時の時点で活動メインとなるホールはエアコンで温度調節を行っている。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。
事故の要因	利用者要因
	職員要因
	管理・環境要因
要因分析のポイント	・気温が高くなるのは分かっていたにも関わらず、使用の基準や管理が出来ていなかった。
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・改めてエアコンの使用に関する基準や視点を共有する・ ・エアコンの稼働に関する基準値を設定して標準化する。(室温 28 度、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ため、一体的な室温管理をしておく。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	エアコン使用に関する視点が新しい職員にも共有できたのは良かった。 一体的な室温管理をすることで、ウィズ内どこでも快適に過ごせる環境を提供できたのは良かった。 利用者がエアコンのスイッチを切る場合もあるため、定期的に確認をする必要がある。

【ウィズの事例】

[他害]

項目	内容	
事故の概要・内容	<p>男性利用者を自宅まで迎えに行くと、母親より「横になっているので中に入って起こしてほしい」と要望があった。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掛け促す。急に利用者が職員の胸部を蹴ったことで職員はしりもちをつく。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。利用者は翌日に短期入所利用を控えやや情緒不安定であった。</p>	
事故の要因	利用者要因	パニック・情緒不安
	職員要因	
	管理・環境要因	体制ミス
要因分析のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者は体格もよく、以前から粗暴は見られていたため、今回のようなケースも想定できたと思う。 	
対策・再発防止策	<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(運転手と添乗者)で車の停車位置を考え、(実際は利用者の駐車場)2名で自宅に迎えに行く⇒情緒不安定時や新しい職員が対応する時など、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。 	
<p>対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ショートステイ前に情緒不安定になることが分かったので、意識して支援にあたる事が出来る事や、2名で迎えに行く事で経験の浅い職員も先輩職員の関わりを直接見て学ぶことが出来た。 ・自分は大丈夫という過信を持つことなく、支援にあたる。 	

【ウィズの事例】

[訪問ミス]

項目		内容
事故の概要・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記載されていたため、当日送迎担当が迎えに行ってしまう。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順不履行
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		朝送迎に行った時に必ず連絡帳は確認するようになっており、その時に送迎が必要ないということは分かっているので、その伝達が出来ていなかったことで起きた。
対策・再発防止策		<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。 ①「利用日の変更・欠席受付表」に記載(利用者送迎について、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) 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』) ③送迎表作成担当者にもメモで伝達。(口頭でも伝える) ④当日の送迎表ができていない時はそちらも訂正する。 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>※しっかりと伝達でき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事も考えられる。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>
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・実際にマニュアル化したことで、特定の職員だけでなく多くの職員が対応できるようになる。 ・同じヒヤリを繰り返さない為、職員ひとりひとりが確実に伝達や変更の処理が出来るようにしていく。

【地域生活者支援室の事例】

[怪我]

項目		内容
事故の概要・内容		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。その際にタンスが傾き、両手と肩でタンスを受け止め、打身となった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	
	管理・環境要因	環境ミス
要因分析のポイント		・利用者の障害特性の強みを生かそうとの支援から起こった事故であった。強みを生かす支援部分は残しながらも、環境を整える事で事故を防ぐことが出来るように分析を行った。
対策・再発防止策		・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。また、同様のケースがないか、他のGHIにも注意喚起を行った。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・突っ張り棒で固定することや、また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であった。 ・家具家電の追加購入があった際、その都度同様の対応を全職員が継続していく必要がある。また、設置していても緩みが発生している事例もあり、定期的な確認が必要である。

【地域生活者支援室の事例】

[交通事故(利用者)]

項目	内容	
事故の概要・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を青信号で、自転車で横断していたところ、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。頭を打ったが出血することなく、すぐに立ち上がる。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來られ、職員が現場確認に同行する。110番通報をし、事故検証を行う。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かった。</p>	
事故の要因	利用者要因	危険認知
	職員要因	
	管理・環境要因	
要因分析のポイント	<p>・相手方に過失のある事故であったが、利用者側にも過信がある部分も存在した。その部分に分析のポイントを置き、過信せず慎重に運転して頂けるよう、継続して行うことができる再発防止策を考えている。</p>	
対策・再発防止策	<p>・交通量の多い時間帯であったことも考えられる。</p> <ol 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。 <p>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。</p> <p>・自転車の乗り方に不安がある利用者に対し、年に一度通勤時や外出時に運転チェックを行い、本人へフィードバックを行う。</p>	
<p>対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点</p>	<p>・再発防止として、当利用者のみでなく他利用者にも継続的に事故防止の取り組みを行えている。</p> <p>・自転車に乗られる利用者が多くおり、万が一事故が起きた際に備え TS 保険の加入と更新の徹底、ヘルメット着用をお願いしている。</p>	

【地域生活者支援室の事例】

[転倒]

項目	内容	
事故の概要・内容	休日に利用者が一人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。	
事故の要因	利用者要因	てんかん発作
	職員要因	
	管理・環境要因	
要因分析のポイント	・利用者の行動を制限し過ぎず、どのように対応すれば早期発見に繋ぐ事が出来るかに要因分析のポイントを置いた。	
対策・再発防止策	・再発防止策として、本人の外出したいという思いを大切に する方向で、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、万一に備え、協力を 得られるような身分証明書に変更した。	
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・後に同様の内容が起こり、早期対応を行った。また、検査を定期的に行い、てんかんでなく別の要因が分かり、現在は自由に行動されている。常に病状を確認しながら適切な行動を取れるよう注視していく事が出来ている。 ・ご自身で財布を買い替えられたり、用途に合わせて2つの財布を使用している利用者がいた。身分証明書が持たれている財布に入っているか継続して確認が必要である。 ・引っ越し等に伴い、内容の更新が必要である。こちらも継続して確認していく必要がある。 	

【地域生活者支援室の事例】

[粗暴]

項目		内容
事故の概要・内容		グループホームの巡回時、時間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。
事故の要因	利用者要因	こだわり・習慣 体調不良
	職員要因	
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・利用者への対応に関しその方の特性を踏まえ、職員の対応を一定にすることで改善できないか分析した。
対策・再発防止策		・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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・巡回は、様々な職員が行う業務であるため、現段階では、お互いの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。 ・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、入浴についての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。

【地域生活者支援室の事例】

[粗暴]

項目		内容
事故の概要・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得がいかず、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あずねると、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した。
事故の要因	利用者要因	こだわり習慣
	職員要因	
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・障がい特性にポイントを置き、こだわりと強みとして捉えた事例である。
対策・再発防止策		<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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・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。全グループホームで統一することで、リスクを更に軽減できた。 ・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った。

【地域生活者支援室の事例】

[粗暴]

項目		内容
事故の概要・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、突然店頭で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。
事故の要因	利用者要因	パニック・情緒不安 この事例の半月前より不安定な状態が続いており、他のヒヤリ・ハット報告を受けている
	職員要因	
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・利用者の苦手な状況を探る事が出来る様、過去事例も遡り分析をした。
対策・再発防止策		・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が苦手とする曖昧な状況の中で、不安定になっていたのではないかという見解に至った。当面は利用者にとって曖昧な部分を出来る限り排除しつつ、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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・事故が起こり5年以上経つが、現在の支援に生かされている。見通しの立った支援を行う事で、安定して生活する事が出来ている。 ・本人が自身の思いを言える環境を作り続けていく事が必要である。

【地域生活者支援室の事例】

[粗暴]

項目		内容
事故の概要・内容		利用者よりグループホーム世話人に「職場に近いホームに変わりたい」と相談があった。それに対して世話人が「頑張っていたら支援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、世話人に対して手を振り上げ、「殺すぞ」と叫んでいる。世話人はすぐに視界から外れたため、怪我等はなく、そうしたことで利用者も我に返っている。その後すぐに、連絡を受けて事業所の支援員が駆けつけ、話を聴くなど、対応している。
事故の要因	利用者要因	パニック・情緒不安
	職員要因	
	管理・環境要因	グループホームの特性
要因分析のポイント		・利用者自身の情緒に影響している背景や、利用者の特性にポイントを置き、具体的な対策が立てられるよう様々な角度から要因分析を行った。
対策・再発防止策		・この事例の1ヶ月前に、P71 記載事例の通り、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、見通しが立つような支援を心掛け、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けるよう努める。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・今も同様の支援を継続している。よい傾向が続き、いち早く利用者の情緒の変化を知る事が出来た。 ・統一した支援が重要であるため、新規職員が入った場合でも同様の支援ができる様周知していく必要がある。

【地域生活者支援室の事例】

[誤与薬]

項目		内容
事故の概要・内容		日中活動先の職員より、利用者の昼食時の薬にいつもと違う薬が入っていると連絡を受ける。処方箋と照らし合わせると、夕食後服用の薬と一緒に入っていた。幸い本人が飲む薬を理解されており、正しく服用している。誤与薬につながる恐れがあった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	このヒヤリ・ハットが起きる前に、グループホーム世話人が変わったことで、薬の内容について理解が不十分であった
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・引継ぎが上手くいかずに起きた事故であり、同様の内容が起きないようにマニュアル化できる部分を模索した。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・再度、グループホーム利用者全員の薬についてホーム世話人へ説明を行った。グループホーム世話人が変わる時の引き継ぎは、必ず書面で行う。 ・グループホーム世話人同士の引き継ぎだけでなく、支援員も引き継ぎがなされているか確認を行う。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・時間をしっかり設け、世話人と支援員全員で引継ぎを行う環境を整えた。 ・引継ぎする際に伝えるべき内容を漏れなく伝えていく必要がある。伝えるべき事項を記したマニュアルの作成を検討していく。

【地域生活者支援室の事例】

[転倒]

項目		内容
事故の概要・内容		ヘルパーと外出先から車椅子にて帰宅した際、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ところ、ふらつきにて転倒しそうになる。ヘルパーが支えたが、傍にあった置物に当たり落下・破損する。その後、本人の反応が鈍く、顔面引き付けが診られた。高齢であることもあり脳梗塞の可能性もあるため、念のため病院受診した。
事故の要因	利用者要因	体調不良
	職員要因	
	管理・環境要因	環境ミス
要因分析のポイント		・ご本人の体調に関して再発防止策を講じるのは難しいと判断し、置物を破損させてしまった部分に観点を置き要因分析を行った。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者は多くの事業所を利用されており、以前より緊急時対応マニュアルを作成していたことで、事故再発防止に大変効果的があった。緊急対応マニュアルはご家族、各事業所に共有され、更新も行う事が出来ており、統一した支援を行うことができている。

【地域生活者支援室の事例】

[訪問ミス]

項目	内容	
事故の概要・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」と「登録ヘルパーによる翌日の派遣確認メールの見落とし」の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。	
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順不履行
	管理・環境要因	
要因分析のポイント	常勤ヘルパーの公休日に発生した事故であり、イレギュラーの対応を行ったことによる事故と分析。どの職員でも対応できるような仕組みづくりを行った。	
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・今回の事故より、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た。 ・マニュアルが現状に合っているか、定期的な確認が必要である。 	

【地域生活者支援室の事例】

[転倒・溺水]

項目	内容
事故の概要・内容	利用者宅へ定期訪問し、入浴介助を実施した。浴槽から出ようとした際、利用者の下肢に力が入らずふらついた。ヘルパーが咄嗟に身体を支え大事には至らなかったが、危うく転倒して浴槽で溺れる恐れがあった。
事故の要因	利用者要因 本人としては意欲的に行動しようとしているが、下肢の痛みがあり時々力が入らない事がある。
	職員要因 下肢の状態が悪い事は把握しており、浴室での事故を防ぐことが出来たが、利用者と動きのタイミングを合わせるなどの工夫は必要であった。
	管理・環境要因
要因分析のポイント	・介護の場面は1対1であり、出来る事は限られている。その中で両者の要因をプラスとして捉え、更に良くしていくためにどのようにすべきか考えている。
対策・再発防止策	<p>・浴室、浴槽への出入りの際は、利用者に対して「力入りますか?」「踏ん張りますよ」等、意識づけできるような声掛けを行う。本人の意欲を維持するために、頑張りを認める声掛けを行う。</p> <p>・利用者自身が下肢の調子が悪いと思う時には、最初からしっかりとヘルパーに伝えていただけるよう支援する。</p>
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	<p>・利用者もしっかり声をかけてくれ、ヘルパーも事前の確認を良くできる様になっている。</p>

【ラ・ルーチェの事例】

[車両事故]

項目		内容
事故の概要・内容		いつきの里への送迎の際、雨天であった為、下車しやすいようにバックで正門前に停車しようとした際、目測を誤り、正門にぶつかる。車体と正門の確認を行うが、大丈夫だと判断してしまい、いつきの里管理者への報告を怠ってしまう。その後、当事業所管理者への報告があり、いつきの里へ連絡・報告、車体の傷と正門の確認を行う。正門は歪んでおり、開閉がしづらい状態になっていた。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	確認不足・情報伝達不足
	管理・環境要因	雨天
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・添乗職員は後方確認を行っていたか。 ・雨天時の運転として適切であったか。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・運転時のマニュアルの見直しを行い、再整備・可視化し、職員へ周知徹底する。 ・駐車を行う際、添乗の職員が後方につき、声出し確認を行う。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・添乗の職員が下車し、後方確認を行う事で、同様の事故は防ぐ事が出来ている。 ・定期的にマニュアルの確認を行う。

【ラ・ルーチェの事例】

[確認・伝達ミス]

項目		内容
事故の概要・内容		連絡帳にサービス提供記録を挟んでいる際に、パン注文のメモ書きが入っている事に気付く。店舗にパンが残っていたため対応する事が出来たが、なかった場合のことを考えるとヒヤッとした場面である。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	連絡帳の確認ミス・伝達ミス
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・担当職員が連絡帳の確認をしていたのか。 ・ファイルに財布やパン持ち帰りの袋が入っていなかったのか。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・担当職員は出勤した時に連絡帳の確認を行うことを徹底し、メモ書きの見落としがないかも注意する。 ・財布や袋が入っていた時は、パン購入があるかもしれないとの意識を持ち、確認と情報の共有を行う。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・担当職員だけでなく、他の職員との連携も必要な為、再発防止策を周知してもらう。

【ラ・ルーチェの事例】

[粗暴]

項目		内容
事故の概要・内容		作業中の利用者に対して、別の利用者が腕に掴みかかっている。付近には職員が3名いたが、利用者の動向を把握出来ておらず、防ぐことが出来なかった。
事故の要因	利用者要因	情緒不安
	職員要因	利用者の把握・確認ミス
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の関係性はどうだったのか。 ・職員間で連携は取れていたか。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の行動把握を職員一人ひとりが意識し、情緒不安が見られる際は、特にこまめに声をかけ、利用者同士の距離感にも配慮しながら、意識が別のものに向くように努める。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・職員間で声をかけ合い、連携が取れるようになった。 ・離れた場所で作業を行う事により、落ち着いて作業に取り組む事が出来るようになった。 ・今後も再発防止策を継続していく。

【ラ・ルーチェの事例】

[他害]

項目		内容
事故の概要・内容		作業中、利用者が他の利用者の右手首に噛みついた。
事故の要因	利用者要因	情緒不安
	職員要因	利用者の動向に対して確認不足
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・情緒不安の利用者に対して、適切な対応が出来ていたか。 ・他の職員への状況説明は出来ていたか。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・情緒不安の利用者に対して、他の利用者と距離を取る等、状況を把握し、行動の予測をしっかりと行い、支援にあたる。 ・他の職員への状況伝達を行い、協力体制を整えておく。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り]		<ul style="list-style-type: none"> ・情報伝達はスムーズに行う事が出来、早い段階で協力体制を整える事が出来ている。
対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・今後も再発防止策を継続していく。

【ラ・ルーチェの事例】

[確認ミス]

項目		内容
事故の概要・内容		ランチを注文されたお客様にトーストを提供した際、トーストの裏にラベルのような紙片が付着していた。お客様からの指摘で発覚した。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	確認ミス
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・何の紙片だったのか。どの時点で付着したものなのか。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・紙片を確認した所、マスタードのラベルである事が分かった。職員が直前に使用しており、その時に付着したと思われる。 ・作業が変わる際は手袋に異物が付着していないか確認を行い、必要であれば、新しいものを使用する。また、トーストだけではなく、その他のものに関しても、同様に目視で確認を行う。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り]		<ul style="list-style-type: none"> ・異物に対しての意識を常に持つようになった。
対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・常に意識を持つ事により、異物の付着はなくなっているが、今後も意識が薄れないよう、職員間で声をかけあっていく必要がある。

～相談支援事業所～

【松山市北部地域相談支援センターの事例】

[個人情報流出]

項目		内容
事故の概要・内容		窓口で相談者が来所。その際、いつものように職員間で他の利用者のケースの事を話してしまった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順不履行
	管理・環境要因	事業所に相談室がひとつのみである
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・職員の配慮不足が要因の一つと思われる。 ・相談室が一つしかなく、相談室が使用されているとカウンターで対応せざるを得ない場合がある。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・来所者に関しては基本的に相談室を利用するようにする。(双方の個人情報守秘のため) ・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。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・現在は、利用者やご家族からの急な来所相談があった際、相談室が空いている場合は相談室へ案内するよう徹底している。 ・相談室が空いていても、関係機関の来所等、短時間で済むと判断した際にはカウンターで対応している。その場にいる職員は他のケースの事を口にしないよう心がける。 ・カウンターで来客対応中に事業所の電話が鳴った際の対応について。⇒個人情報にあたる話をする場合は相談室で電話を受けるようにする。

【松山市北部地域相談支援センターの事例】

[個人情報流出]

項目		内容
事故の概要・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。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順不履行・手順書不備
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・個人情報同意書に関するマニュアルがなく、いつ同意書をもらうかは各相談員の判断に任せていた。
対策・再発防止策		・初回面談時に「個人情報同意書」を作成する。 ・「個人情報同意書」が整っていない状態で、やむを得ず関係機関と連絡を取る必要がある場合は、個人が特定されるような情報提供は控える。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・現在は利用者の初回面談時に「個人情報同意書」を作成することが習慣化されている。(初回面談時にどうしても難しい場合もある。) ・初回訪問時に「個人情報同意書」の様式を持参するのを忘れることがあったことから、初回面談は基本的にメインとサブの二人で対応するため、訪問に出る前にお互いが声掛けを行うようにする。

【松山市北部地域相談支援センターの事例】

[連絡調整ミス]

項目		内容
事故の概要・内容		利用者の訪問調査に同席するため、自宅を調査員と訪問したが、本人が不在。本人は訪問調査がある事を忘れ病院受診に行っていた。調査が延期となり、調査員に迷惑をかけたしまった。
事故の要因	利用者要因	利用者の障がい特性
	職員要因	確認ミス
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・利用者の障がい特性を理解し、訪問調査の前日等、日が近くなってから再度日程の確認を行っていれば防げていた。
対策・再発防止策		・事前に日程を決めていたとしても、当日忘れてしまう恐れのある利用者については、直前に再度日程の確認を行うようにする。 ・利用者によっては、視覚的にメールで伝える。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・利用者の障がい特性を把握する事の重要性を改めて認識できた。 ・相談員から直前に連絡を入れるだけでなく、約束した日時を忘れないための工夫を利用者と一緒に考える必要がある。(目立つところにメモを置いてもらう、カレンダーに記入する、手帳に書く、スマホの予定表に入れてもらう、アラームを設定する等)

【松山市北部地域相談支援センターの事例】

[個人情報流出]

項目		内容
事故の概要・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、ケースのこと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。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	手順不履行
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・以前にも個人情報の取り扱いに関する事例が提出されていた経緯がある。その事例は事業所内でのことであったが、関係機関と外で話をする際にも注意が必要。
対策・再発防止策		・個人情報等に関して、公共の場では話さないように徹底する。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・訪問後、利用者宅付近等で関係機関とケースについて話すのは控えるようになった。(場所を変えたり、事業所に戻ってから改めて関係機関へ電話する等) ・関係機関にも理解を求める必要がある。

【松山市北部地域相談支援センターの事例】

[確認ミス]

項目		内容
事故の概要・内容		利用者宅訪問後、公用車内の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。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	確認ミス
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		・訪問が終わり事業所に帰った際、自分の荷物の確認を怠っていた。
対策・再発防止策		・訪問前に必要書類の確認を行う。 ・訪問後に持参した書類の確認を行う。 ・公用車使用後に忘れ物がないか確認を行う。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・訪問前、訪問後に持参書類の確認を行うようになった。 ・業務上、個人情報に記載された書面を持ち歩くことがある。日頃から、個人情報を取り扱っているという意識を忘れないように業務にあたる必要がある。

【松山市北部地域相談支援センターの事例】

[確認ミス]

項目		内容
事故の概要・内容		<p>あと数か月で介護保険へと移行する年齢(65歳)の方の入所サービス(機能訓練)の相談を受けた際、65歳に到達する前に施設入所していれば利用可能と思い込み、行政に確認しないまま情報提供をしてしまった。</p> <p>行政に相談した際、即答できないと言われ、後日、機能訓練を利用しながら施設入所をすることの必要性を書面にして提出するようにと指示があった。最終的に本人の課題が達成できれば、スムーズに介護保険施設への移行する事を条件に施設入所することができた。</p>
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	確認ミス
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・あと数か月で65歳になる利用者なので、行政に確認をするべきだった。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・自分の認識に不安がある場合は、きちんと確認した上で、情報提供を行う。 ・誤認識による情報提供を行った場合、謝罪し改めて正しい情報提供を行い、誠実な対応を行うことで事態を最小限にする。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対し、自分の誤認識による誤った情報提供をしてしまう可能性はゼロではないため、その後の対応の重要性を改めて認識することができた。 ・制度等で、新たな情報や更新情報を得た際は、朝礼や所内会議等で全員に周知し情報を共有する。

【松山市北部地域相談支援センターの事例】

[確認ミス]

項目		内容
事故の概要・内容		利用者宅への訪問時間を約束よりも 30 分遅い時間と勘違いしており、ぎりぎりの時間になって誤りに気付いた。急いで利用者に連絡し、遅れることに対して謝罪した。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	確認ミス(スケジュール管理)
	管理・環境要因	
要因分析のポイント		<ul style="list-style-type: none"> ・訪問時刻が 30 分遅い時間と思い込んでいた。 ・スケジュール帳には正しい時刻を記入していたが、当日にスケジュール帳の確認を怠っていた。
対策・再発防止策		<ul style="list-style-type: none"> ・スケジュール帳だけでなく、当日の予定をホワイトボードに記入する。 ・朝礼時に、スケジュール帳を見ながら当日のスケジュールを報告するようにする。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		<ul style="list-style-type: none"> ・現在は、予定が入ったら自分のスケジュール帳と事業所に貼っている週間予定表に記入しており、全員の予定が把握できるようになった。 ・当日の予定はホワイトボードに記入することが習慣化された。 ・朝礼時には、当日の自分の動きを各自が報告している。 ・来所相談の予約については、事業所のカレンダーに記載する事で相談室の空き状況が人目で分かるようになった。 ・朝礼時に自分の予定を報告する際、予定時刻を言わないことがあるため、報告者はきちんと時刻を報告するよう心掛ける。朝礼の司会者は、報告者が時刻を言い忘れている場合に聞き返すようにする。

～法人全体の事例～

各事業所の事例の中にも交通事故・車両事故、職員の労働災害の事例について掲載しておりますが、それ以外で、法人全体として周知しておきたい事例について記載しております。

[交通事故・車両事故]

項目		内容
事故の概要・内容		配達のため公用車(配達車)でそごうマート堀江店周辺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(配達車)の荷台上部をぶつけた。 ※過去にも同様の事故報告あり
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	通行してはいけない場所として周知されていたが運転者が認識出来ていなかった、運転者に周知が行き届いていなかった
	管理・環境要因	トンネルはかなり狭いトンネルのため軽自動車であっても車高が高い車では当たってしまうような場所である
要因分析のポイント		・通ってはいけない場所として周知されていたのに事故が再発してしまった。周知・啓発の方法を見直す必要がある
対策・再発防止策		・配達については予め広い道や安全なルートを決めておく ・職員が入職した際には、事故報告書や地図等を見せて、予め知らせておく
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・改めて法人リスクマネジメント委員会で事例を共有することで、各事業所においても注意喚起を行った。 ・2度も同じ場所で事故が発生していることから、業務中や通退勤では事故発生場所を通らないように周知を行ったことで再発防止が出来ている。

[交通事故・車両事故]

項目	内容	
事故の概要・内容	<p>福角会では、年々公用車の保有台数が増えており、公用車を使用する機会が多い。任意保険を契約している保険会社からも保有台数に対して交通事故・車両事故が多いと指摘があり、重大事故を起こさないためにも、平成 30 年度より「交通事故・車両事故アンダー 25」という目標を掲げ、事故削減に取り組んだ。平成 30 年度は 31 件と目標は達成されなかったが、令和元年度は 18 件、令和 2 年度は 16 件、令和 3 年度は 11 件と事故件数は削減された。</p>	
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	周知や取り組みに具体性が欠けていた
	管理・環境要因	
要因分析のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 30 年度は周知・啓発を行ったが事故件数は減らなかった。具体的な取り組みが必要であると考えた。 	
対策・再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・事故件数を減らすために、事業所毎に目標と取り組み内容を決めて頂き取り組んだ。 ・リスクマネジメント広報誌を年 4 回発行し、事故件数を見える化した。 	
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・「交通事故・車両事故」の削減に取り組むことで職員の安全運転の意識が高まったことで、軽微な事故はあるものの重大事故の発生は防ぐことが出来ている。 ・事故の内訳においては、駐車時の事故件数の割合が高いのが課題である。 	

[労働災害・転落]

項目		内容
事故の概要・内容		台風が接近していたため、屋外のシェード(日よけ)の取り外しを行うために、脚立にのって作業を行う。一旦脚立から降りようとした際に踏み外し転落する。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	「転落することはない」という過信があった シェード(日よけ)を持ったまま降りていた 脚立を支える職員はいなかった
	管理・環境要因	脚立を置いていた場所が平たんではなかった
要因分析のポイント		・脚立を使用する際に注意すべきことが認識出来ていなかったことが事故につながった最大の要因です。
対策・再発防止策		・脚立を使用する際は 2 名体制で行うこと、手がふさがった状態で脚立を上り下りしない等の周知・啓発を行う。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・法人リスクマネジメント委員会で事例を共有し、各事業所で注意喚起を行った。また、脚立の使用についても改めて確認・周知したことで、同様の事故を防ぐことが出来ている。

[労働災害・腰痛]

項目		内容
事故の概要・内容		バギーを使用している利用者のトイレ介助を数回行う。介助を行う中で腰を痛める。病院を受診するときっきり腰であった。
事故の要因	利用者要因	
	職員要因	入職間もない職員であり、介助方法の理解が不十分であった
	管理・環境要因	新任職員に介助方法を伝えることが出来ていなかった 介助台等、介助者の負担を減らす対策が取られていなかった
要因分析のポイント		・環境を整えることで防ぐことが出来ないかという視点も大切です。
対策・再発防止策		・新任職員へ介助方法を伝える、また、新任職員のみではなく、定期的に介助方法の確認を行う。(マニュアルの整備や研修の実施) ・介助台を設置して介助者の負担を軽減した。
対策・再発防止策後の状況 [振り返り] 対策防止の良かった点・今後の改善点		・適切な支援・介助方法を指導すること、習得することで職員の安全を守るだけでなく利用者の安全を守ることにつながる。また、職員の負担を軽減することでも職員・利用者の安全を確保することが出来る。

8. 集計結果表の活用について

P15の「5. 要因分析」に記載の通り、要因分析の対象として「発生頻度が高い事例」とあります。では、「発生頻度が高い事例」とはどのように判断するのでしょうか？

それは「**事故類型の種類**」で判断します。

福角会の「ヒヤリ・ハット/事故報告書」は集計ソフトを活用し集計を行うことが可能です。この集計は各事業所単位でも可能ですので、定期的に集計を行い、「事故類型の種類」を確認することで、「発生頻度が高い事例」を見ることができます。

～令和3年度事故報告書集計結果【いつきの里・いつきホームズ・ウィズ・MORE】抜粋～

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	6	9	3	7	14	3	11	8	7	8	8	91
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	21	20	14	9	3	7		91				

種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	<small>※トラブル・けんか</small>	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)
	16	3		10	5	32	2	7	2			1	
	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)	<small>※(被害・被害(ケガレ等))</small>	x(経済的虐待)	<small>※(設備障害・故障(付帯設備))</small>	<small>※(設備障害・故障(電気製品))</small>
3			3									1	2
要因	<small>※(管理・環境要因)</small>	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					
	2	5	1		1	1	16	113					
レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計									
	10	67	14	91									

例えば・・・

○発生曜日において、「火・水曜日」が多い要因は？

○事故の種類においては、「怪我」が多いが、「転倒」による「怪我」といったつながりがあるのか？

○「転倒」「怪我」の件数が多いことはわかっていた（予測出来ていた）が、「他害」の件数が多いことがわかった。 ⇒ 「見える化」による新たな気づき

○レベルにおいて、「重大・即対策」が10件あるが、再発防止策は徹底されているか？

[集計結果表の活用]

事故削減における目標の達成状況の確認や過去の件数との比較、新たな問題点の発見・気づき等、1枚の報告書では見えない・気づけないことを集計結果から発見することが出来ます。

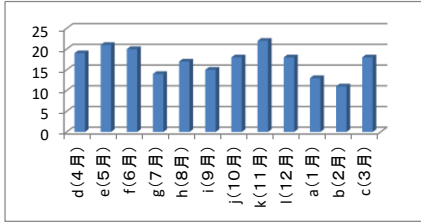
「ヒヤリ・ハット/事故報告書」の周知はもちろんのこと、「集計結果」を周知することで、事業所全体の課題や問題を共有することが可能となります。

9. 令和3年度ヒヤリ・ハット/事故報告書集計結果[各グループ集計]

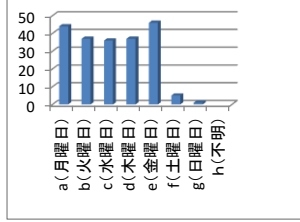
集計結果考察

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										
		19	21	20	14	17	15	18	22	18	13	11	18	206										
	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														
		44	37	36	37	46	5	1		206														
	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	33	50	49	40	29	2	2			206									
発生場所	a(居室)	b(飯室)	c(廊下)	d(洗面所)	e(浴室)	f(階段)	g(トイレ)	h(食堂)	i(厨房)	j(洗面所)	k(廊下)	l(事務室)	m(玄関)	n(玄関)	o(グラウンド)	p(中庭)	q(駐車場)	r(敷地外)	s(敷地内)	t(車内)	u(不明)	v(その他)	計	
		1	5	12			8	29	4	7	22		6			1	9	39	30		16	1	14	206
日課	a(平常日課)	b(イベント)	c(休日日課)	d(その他)	計																			
	193	11	2		206																			
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(短観入所)	f(その他)	計																	
	5	195		5	1		206																	

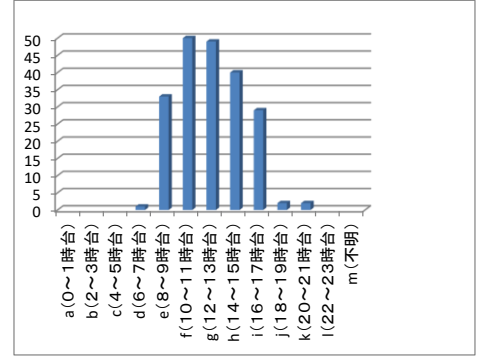
基本情報・発生月



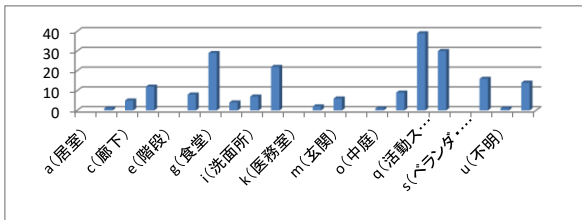
基本情報・発生曜日



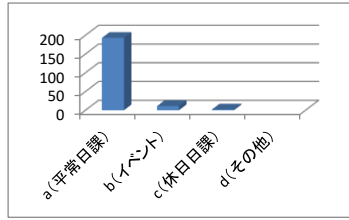
基本情報・発生時間帯



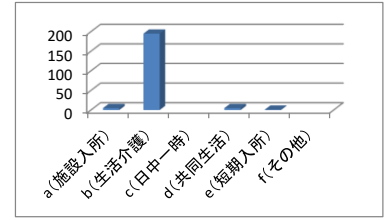
基本情報・発生場所



基本情報・日課

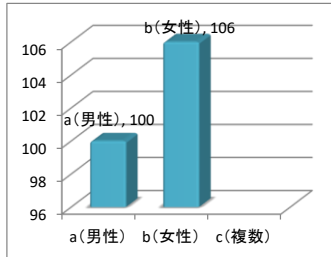


基本情報・サービス種別

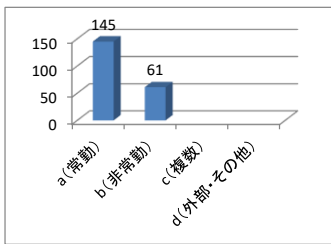


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(サビ管)	c(支援員)	d(看護師)	e(栄養士)	f(事務員)	g(調理員)	h(運転手)	i(複数)	j(その他)	計	
		2		187	12	2		1			2	206	
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計								
		100	106		206								
雇用形態	a(常勤)	b(非常勤)	c(複数)	d(外部・その他)	計								
	145	61			206								
経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計				
	30	39	20	74	20	15	8		206				

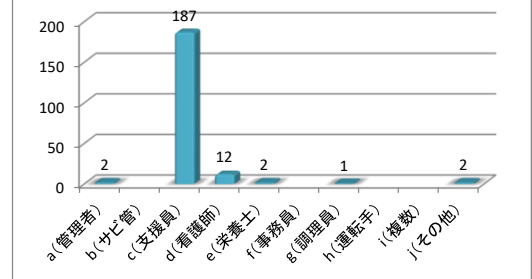
情報提供者情報・性別



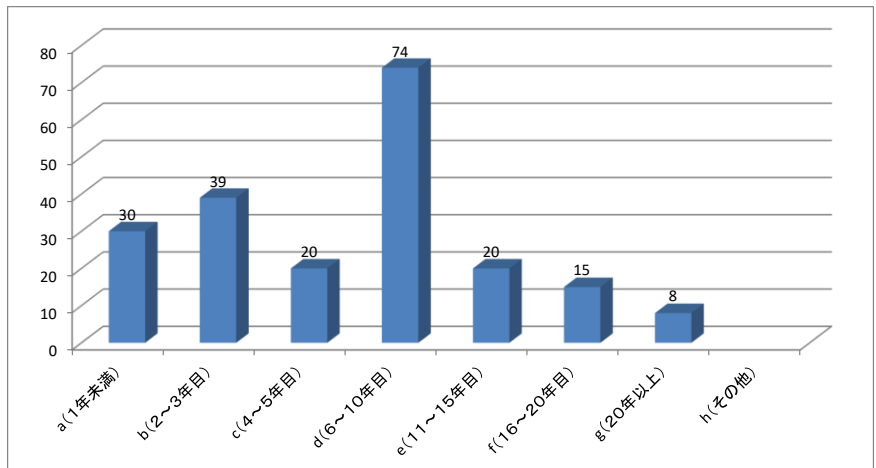
情報提供者情報・雇用形態



情報提供者情報・対象者

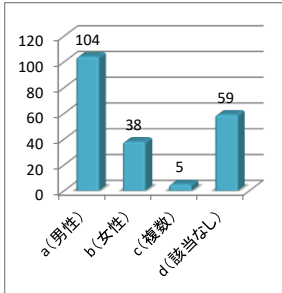


情報提供者情報・経験年数

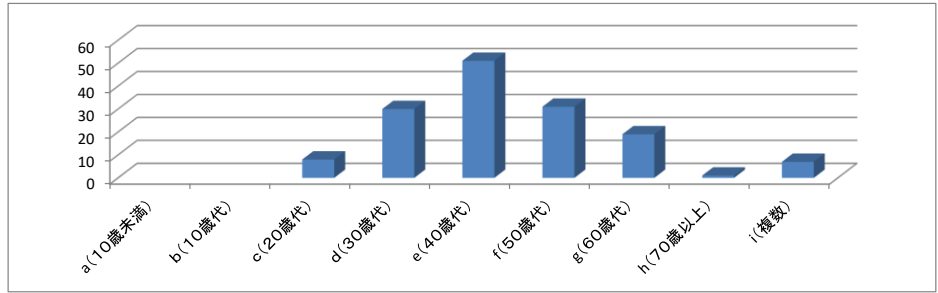


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当なし)	計								
		104	38	5	59	206								
	年齢	a(10歳未満)	b(10歳代)	c(20歳代)	d(30歳代)	e(40歳代)	f(50歳代)	g(60歳代)	h(70歳以上)	i(複数)	計			
				8	30	51	31	19	1	7	147			
要因に対する心身状態	a(精神障害)	b(視覚障害)	c(聴覚障害)	d(てんかん発作)	e(上肢障害)	f(下肢障害)	g(特定疾患)	h(疾病)	i(行動障害)	j(ダウン症)	k(怪我)	m(該当なし)	n(その他)	計
	2					2		1			97	6	149	
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					
	65	1	8	11	13	35	8	6	147					

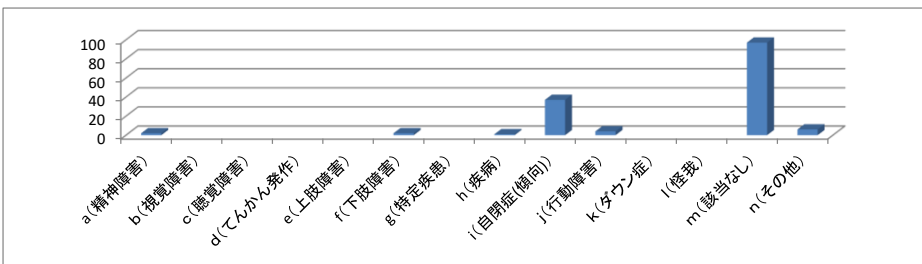
利用者情報・性別



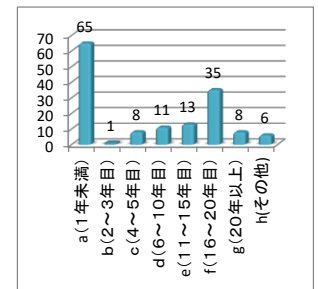
利用者情報・年齢



利用者情報・要因に対する心身状態

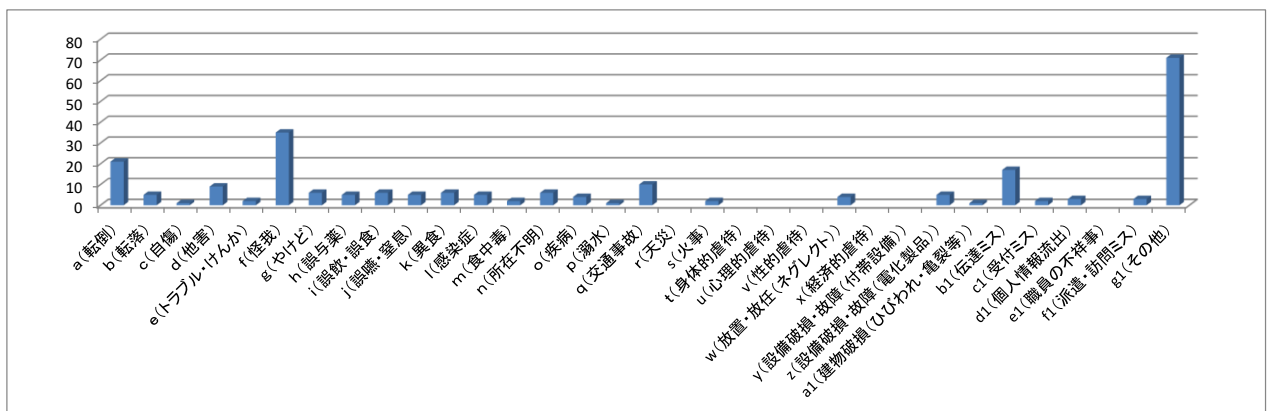


利用者情報・利用年数

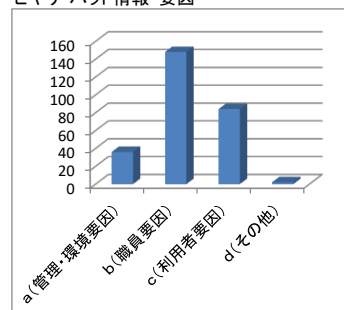


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(怪我)	f(やけど)	g(誤作業)	h(誤作業)	i(誤取・誤送)	j(誤検・誤送)	k(異食)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(溺水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火事)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)	v(性的虐待)	w(放置・放任(ネグレクト))	x(経済的虐待)	y(設備故障・故障(付帯設備))	z(設備故障・故障(電化製品))	a1(建物破壊(ひびわれ・亀裂等))	計	
		21	5	1	9	2	35	6	5	6	5	6	5	2	6	4	1	10			2									237
	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																								
		36	148	84	2	270																								
レベル	a(重大・即時策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計																										
	2	166	38	206																										

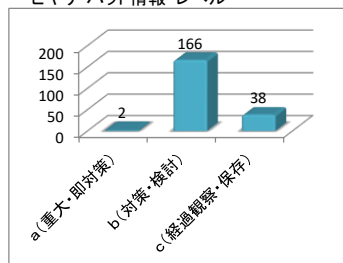
ヒヤリ・ハット情報・種類



ヒヤリ・ハット情報・要因



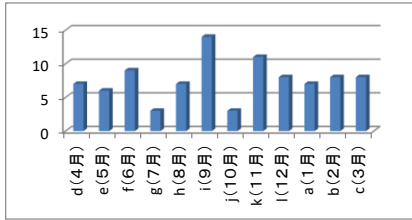
ヒヤリ・ハット情報・レベル



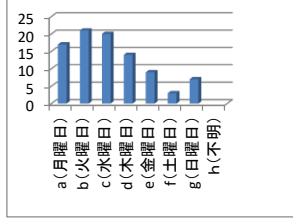
令和3年4月～令和4年3月 いつきの里・いつきホームズ・ウィズ・MORE 事故報告書 分析表

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(廊下)	c(階段)	d(浴室)	e(洗面所)	f(キッチン)	g(食卓)	h(廊下)	i(玄関)	j(駐車場)	k(敷地外)	l(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															
			7	6	9	3	7	14	3	11	8	7	8	8	91								
		17	21	20	14	9	3	7		91													
		1			3	11	22	15	16	12	6	2	2	1	91								
		2	5	6	1	1	5	6		2	2	1	4	2	2	6	16	16	16	2	3	9	91
		80		9	2	91																	
		14	63		10	3	1	91															

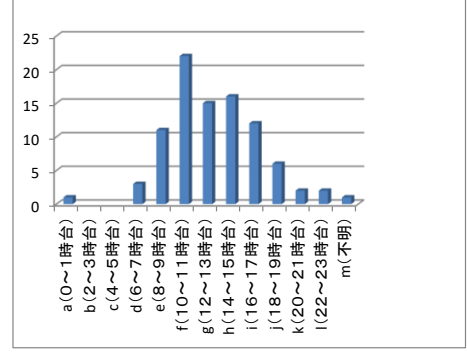
基本情報・発生月



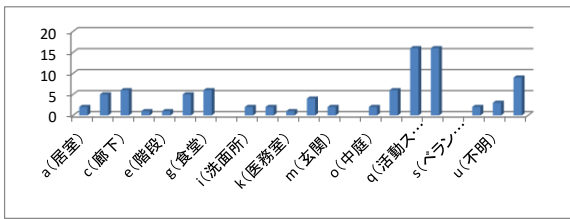
基本情報・発生曜日



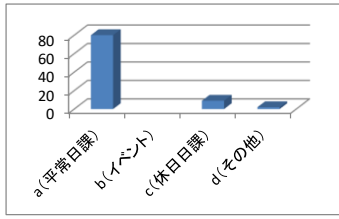
基本情報・発生時間帯



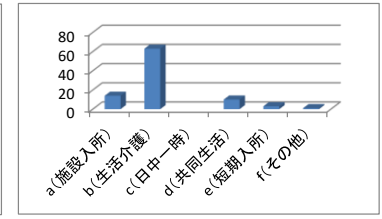
基本情報・発生場所



基本情報・日課

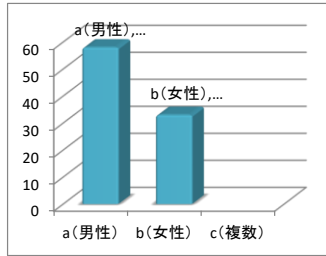


基本情報・サービス種別

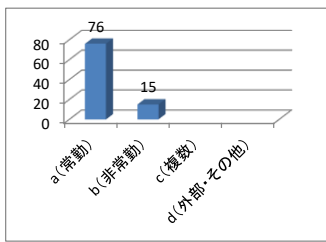


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(サビ管)	c(支援員)	d(看護師)	e(栄養士)	f(事務員)	g(調理員)	h(運転手)	i(複数)	j(その他)	計	
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計								
	雇用形態	a(常勤)	b(非常勤)	c(複数)	d(外部・その他)	計							
	経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計			
		1	4	84	1					1			91
	58	33		91									
	76	15		91									
	13	14	9	31	16	5	5					93	

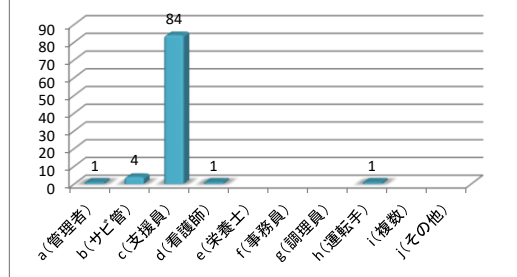
情報提供者情報・性別



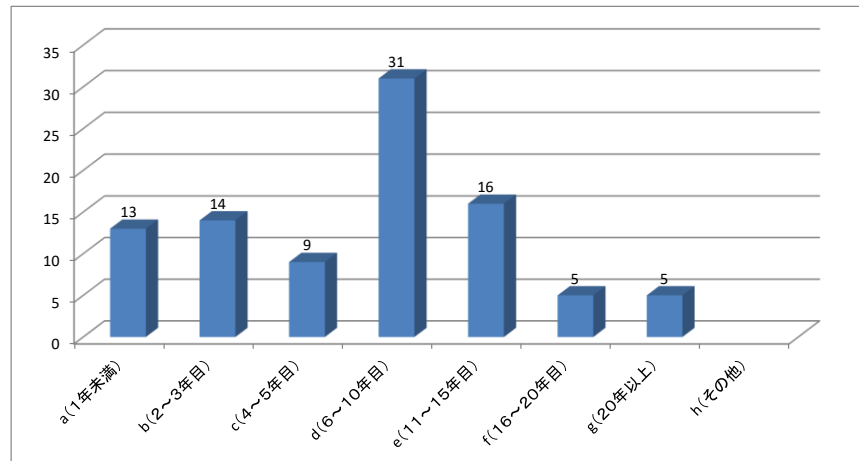
情報提供者情報・雇用形態



情報提供者情報・対象者

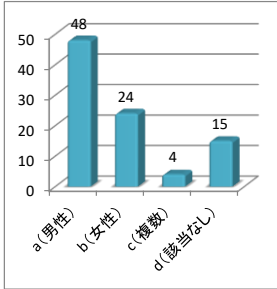


情報提供者情報・経験年数

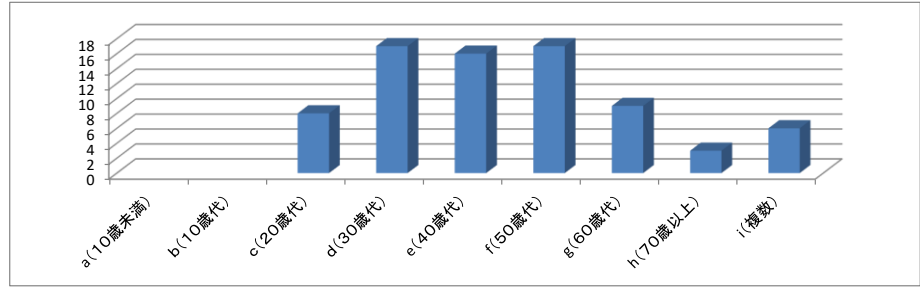


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当なし)	計									
		48	24	4	15	91									
	年齢	a(10歳未満)	b(10歳代)	c(20歳代)	d(30歳代)	e(40歳代)	f(50歳代)	g(60歳代)	h(70歳以上)	i(複数)	計				
		15	8	17	16	17	9	3	6	76					
要因に対する心身状態	a(精神障害)	b(視覚障害)	c(聴覚障害)	d(てんかん発作)	e(上肢障害)	f(下肢障害)	g(特定疾患)	h(疾病)	i(身体障害)	j(行動障害)	k(ダウン症)	l(怪我)	m(該当なし)	n(その他)	計
	3	1		2	2	8			25	8			35	3	87
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						
	28	2	6	7	10	15	7	1	76						

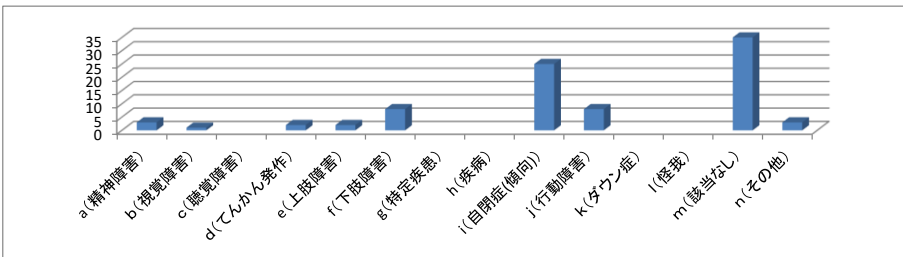
利用者情報・性別



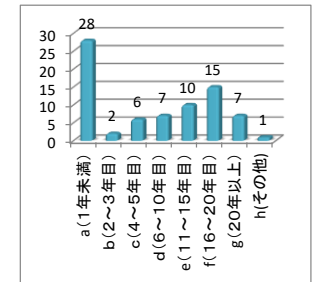
利用者情報・年齢



利用者情報・要因に対する心身状態

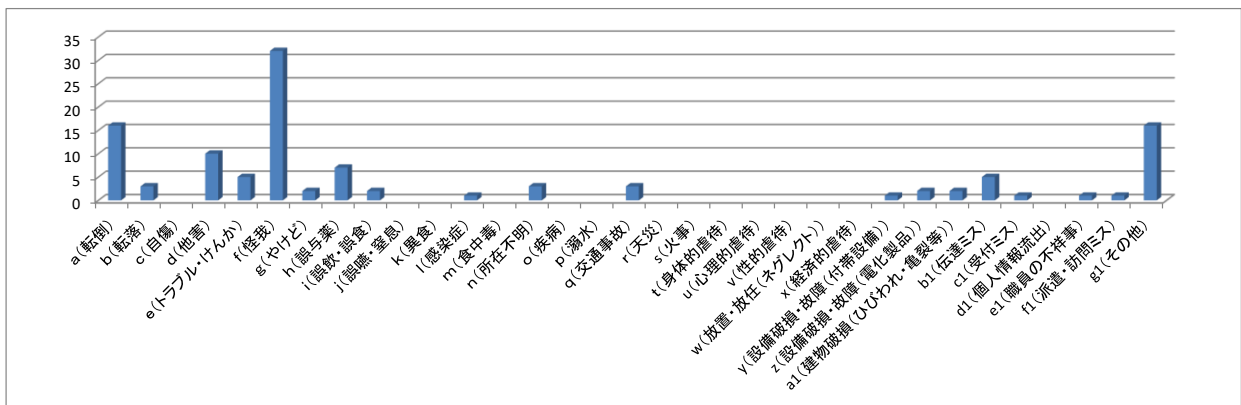


利用者情報・利用年数

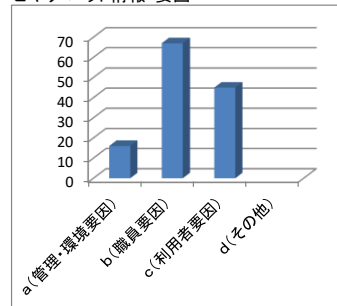


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(トラップ・けんか)	f(怪我)	g(やけど)	h(薬身薬)	i(騒音・騒音)	j(騒音・騒音)	k(臭気)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(漏水)	q(交通事象)	r(天災)	s(火事)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)	v(性的虐待)	w(放置・放任(ネグレクト))	x(経済的虐待)	y(設備故障・故障(付帯設備))	z(設備故障・故障(電化製品))	a1(建物破壊(ひびわれ・亀裂等))	b1(伝達ミス)	c1(受付ミス)	d1(個人情報流出)	e1(職員の不祥事)	f1(派遣・訪問ミス)	g1(その他)	
		16	3		10	5	32	2	7	2			1		3				3																
	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																													
		16	67	45		128																													
レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計																															
	10	67	14	91																															

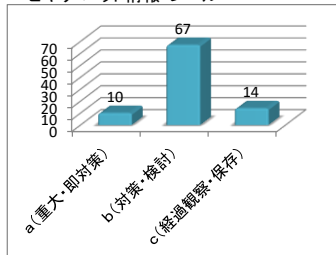
ヒヤリ・ハット情報・種類



ヒヤリ・ハット情報・要因

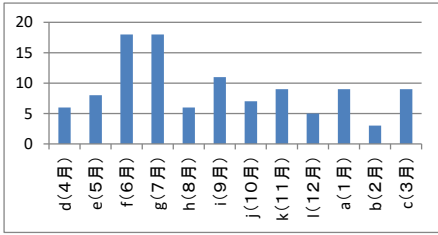


ヒヤリ・ハット情報・レベル

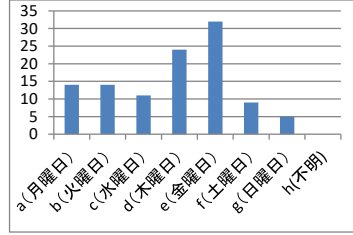


基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計										
		6	8	18	18	6	11	7	9	5	9	3	9	109										
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計														
		14	14	11	24	32	9	5		109														
発生時間帯	a(0～1時台)	b(2～3時台)	c(4～5時台)	d(6～7時台)	e(8～9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										
				9	28	11	12	21	11	6	6	5		109										
発生場所	a(居室)	b(廊下)	c(階段)	d(浴室・更衣場)	e(トイレ)	f(廊・グラウンド)	g(洗面所)	h(玄関)	i(談話室)	j(食堂)	k(厨房)	l(職員室関係)	m(医務室)	n(作業棟)	o(ベンチ・場外)	p(車内)	q(線路)	r(道路)	s(駐車場)	t(公共施設)	u(公共交通機関)	v(職場・実習先)	w(その他)	計
	12	1		2	1	1		3	1	4	5	20	1	12		5		4	3			3	31	109

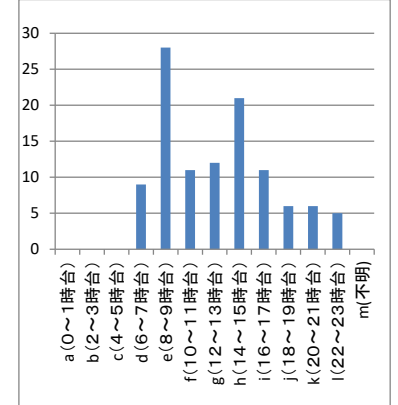
基本情報・発生月



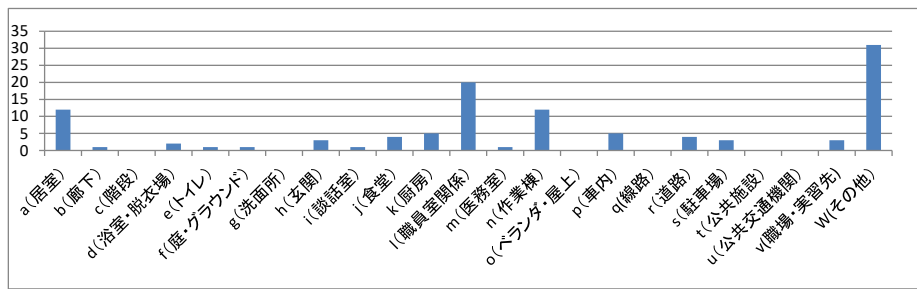
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

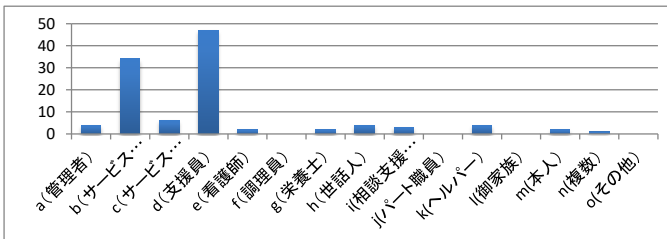


基本情報・発生場所

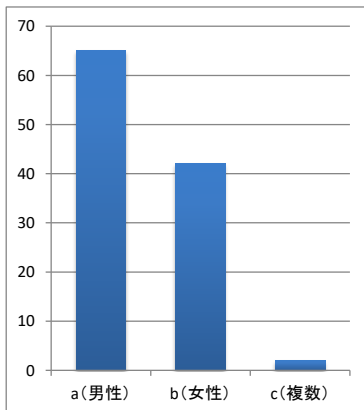


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(サービスマン)	c(サービスマン)	d(支援員)	e(看護師)	f(調理員)	g(栄養士)	h(世話人)	i(相談支援員)	j(バート職員)	k(ヘルパー)	l(御家族)	m(本人)	n(複数)	o(その他)	合計	
		4	34	6	47	2		2	4	3		4		2	1		109	
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計													
		65	42	2	109													
経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計									
		4	12	10	33	9	5	35	1	109								

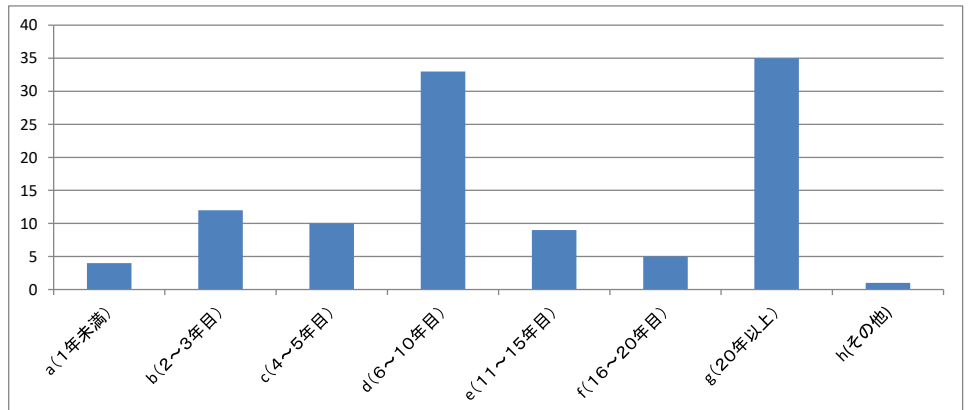
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別

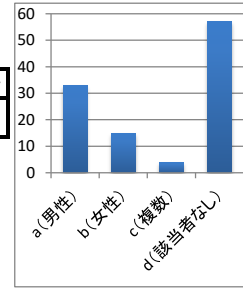


情報提供者情報・経験年数

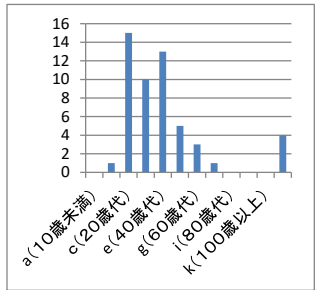


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当者なし)	計										
		33	15	4	57	109										
	年齢	a(10歳未満)	b(10歳代)	c(20歳代)	d(30歳代)	e(40歳代)	f(50歳代)	g(60歳代)	h(70歳代)	i(80歳代)	j(90歳代)	k(100歳以上)	l(複数)	合計		
			1	15	10	13	5	3	1					4	52	
	障害別	a(身体障害)	b(知的障害)	c(精神障害)	d(高齢者)	合計										
		7	47	3		57										
	身体	a(全身性障害)	b(上肢障害)	c(下肢障害)	d(難病)	e(視覚障害)	f(聴覚障害)	g(てんかん)	h(疾病・怪我)	i(該当なし)	j(その他)	合計				
		3	3	3							1	10				
	知的	a(広汎性発達障害)	b(行動障害)	c(ダウン症)	d(高次脳機能障害)	e(自閉症)	f(てんかん)	g(疾病・怪我)	h(該当なし)	i(その他)	合計					
		4	2	2		7	8		24	1	48					
精神	a(統合失調)	b(躁鬱)	c(適応障害)	d(疾病・怪我)	e(該当なし)	f(その他)	合計									
	1	1				2	4									
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(疾病・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							
	4	2	8	8	11	12	4	3	52							

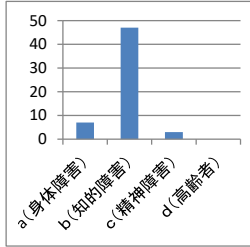
利用者情報・性別



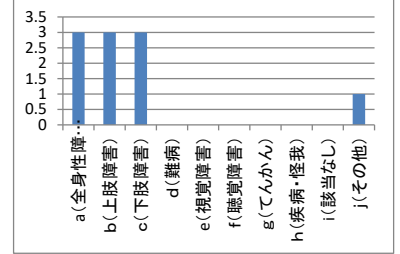
利用者情報・年齢



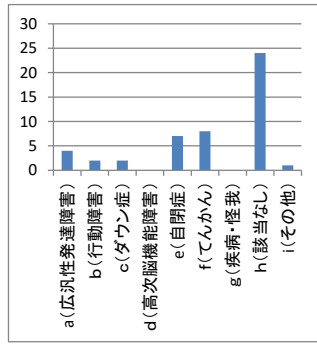
利用者情報・障害別



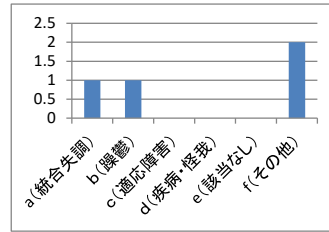
利用者情報・心身状況(身体)



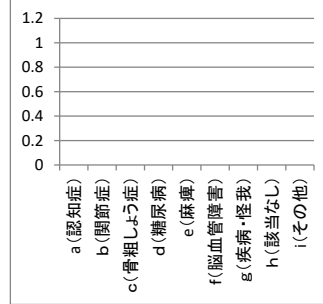
利用者情報・心身の状況(知的)



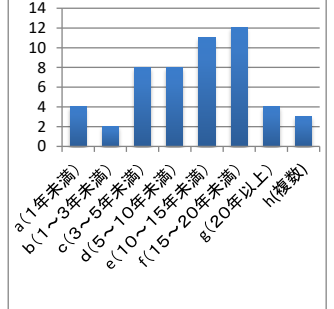
利用者情報・心身の状況(精神)



利用者情報・心身の状況(高齢)

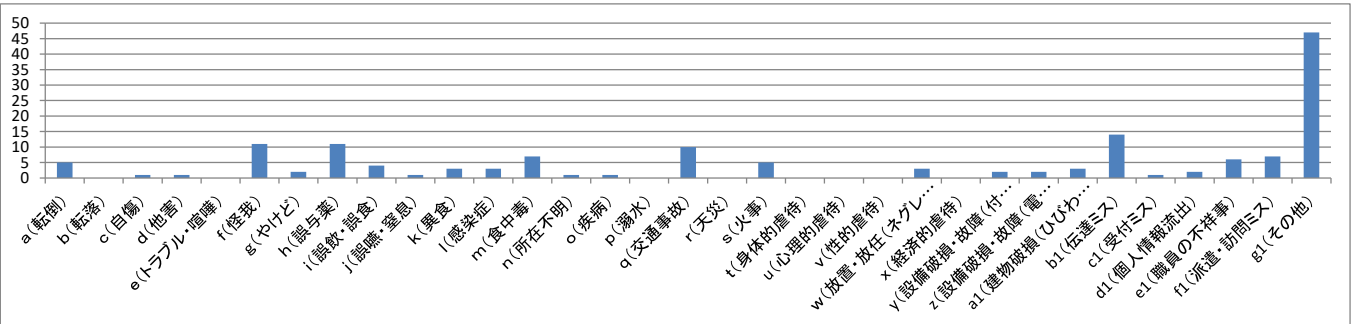


利用者情報・心身の状況(利用年数)

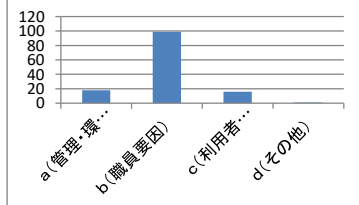


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(トラブル・喧嘩)	f(怪我)	g(やけど)	h(騒音)	i(騒音・騒音)	j(騒音・騒音)	k(興奮)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(溺水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火事)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)	v(性的虐待)	w(放置・放任(不クレ...))	x(経済的虐待)	y(設備破壊・故障(電...))	z(設備破壊・故障(電...))	a1(建物破壊(ひびわ...))	b1(伝達ミス)	c1(受付ミス)	d1(個人情報流出)	e1(職員の不祥事)	f1(派遣・訪問ミス)	g1(その他)	合計
		5		1	1		11	2	11	4	1	3	3	7	1	1		10			5													3	153
	要因	a(管理・環境)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計																													
		18	99	16	1	134																													
	レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察)	計																														
		7	69	33	109																														

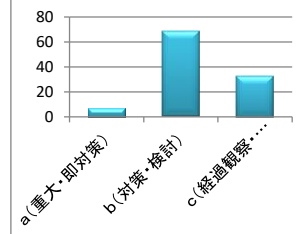
ヒヤリハット・事故情報(種類)



ヒヤリハット・事故情報(要因)

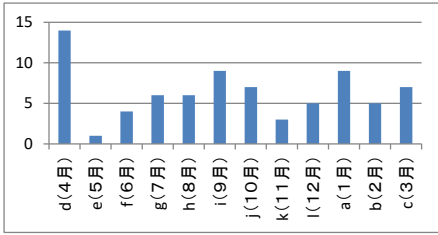


ヒヤリハット・事故情報(レベル)

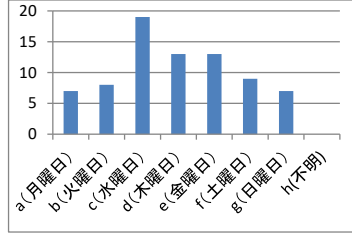


基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	計										
		14	1	4	6	6	9	7	3	5	9	5	7	76										
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	計														
		7	8	19	13	13	9	7		76														
発生時間帯	a(0～1時台)	b(2～3時台)	c(4～5時台)	d(6～7時台)	e(8～9時台)	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										
				6	6	19	11	8	14	9	2	1		76										
発生場所	a(居室)	b(廊下)	c(階段)	d(浴室・更衣場)	e(トイレ)	f(洗面所)	g(玄関)	h(談話室)	i(食堂)	j(厨房)	k(職員室関係)	l(医務室)	m(作業棟)	n(ラウンジ・屋上)	p(車内)	q(線路)	r(道路)	s(駐車場)	t(公共施設)	u(公共交通機関)	v(職場・実習先)	w(その他)	計	
	11			1	1				1		16	6	4	1	7			5	5	1		2	15	76

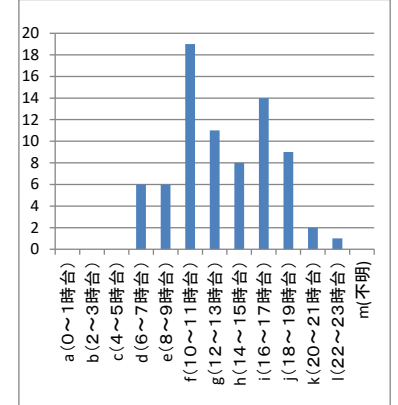
基本情報・発生月



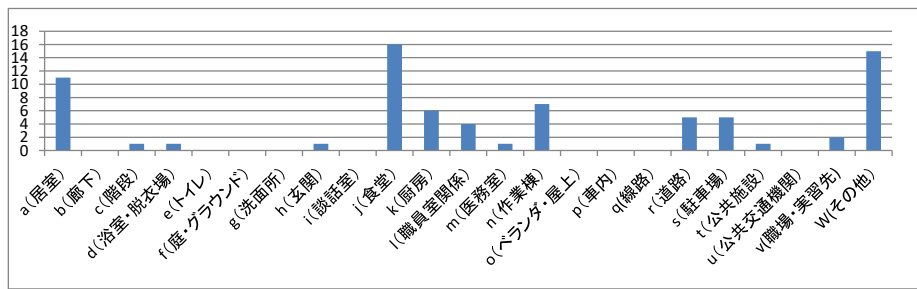
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

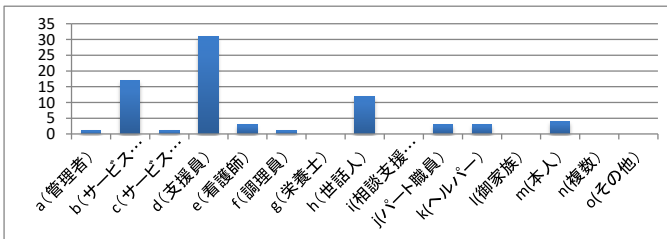


基本情報・発生場所

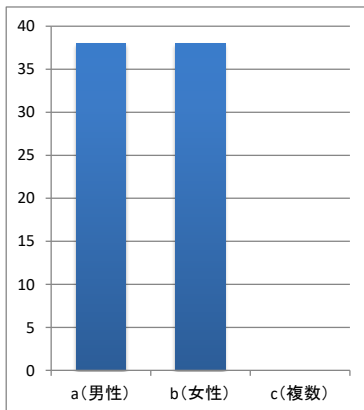


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(サービス…)	c(サービス…)	d(支援員)	e(看護師)	f(調理員)	g(栄養士)	h(世話人)	i(相談支援…)	j(パート職員)	k(ヘルパー)	l(御家族)	m(本人)	n(複数)	o(その他)	合計
		1	17	1	31	3	1		12		3	3		4			76
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計												
	38	38		76													
経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計								
	10	12	6	26	6	5	11		76								

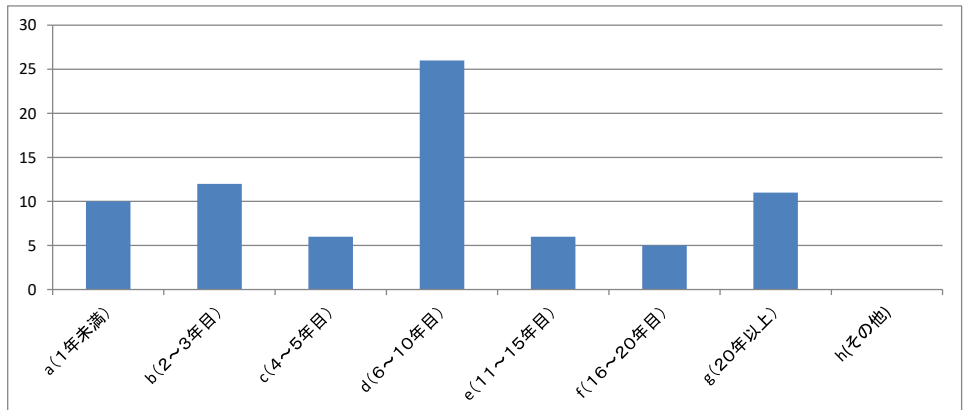
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別

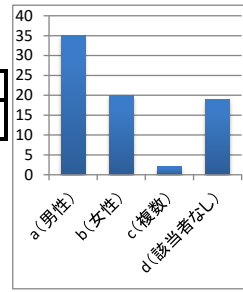


情報提供者情報・経験年数

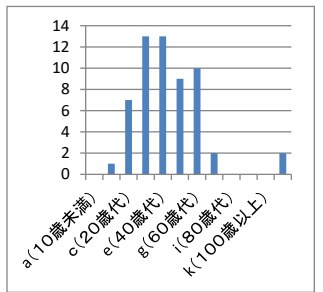


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当者なし)	計										
		35	20	2	19	76										
	年齢	a(10歳未満)	b(10歳代)	c(20歳代)	d(30歳代)	e(40歳代)	f(50歳代)	g(60歳代)	h(70歳代)	i(80歳代)	j(90歳代)	k(100歳以上)	l(複数)	合計		
			1	7	13	13	9	10	2					2	57	
	障害別	a(身体障害)	b(知的障害)	c(精神障害)	d(高齢者)	合計										
		7	56	1	2	66										
	身体	a(全身性障害)	b(上肢障害)	c(下肢障害)	d(難病)	e(視覚障害)	f(聴覚障害)	g(てんかん)	h(疾病・怪我)	i(該当なし)	j(その他)	合計				
		1			5						1	7				
	知的	a(広汎性発達障害)	b(行動障害)	c(ダウン症)	d(知的障害)	e(自閉症)	f(てんかん)	g(疾病・怪我)	h(該当なし)	i(その他)	合計					
		1		3	5	3		38	8	58						
精神	a(統合失調)	b(躁鬱)	c(適応障害)	d(疾病・怪我)	e(該当なし)	f(その他)	合計									
		1				1	2									
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(疾病・怪我)	h(該当なし)	i(その他)	合計						
								2	2							
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							
		8	6	12	11	14	5	1	57							

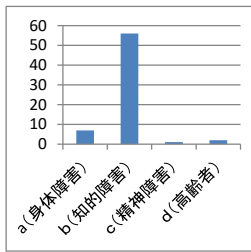
利用者情報・性別



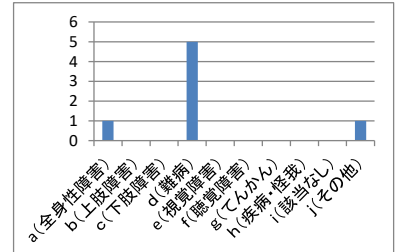
利用者情報・年齢



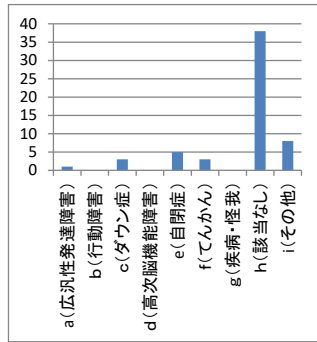
利用者情報・障害別



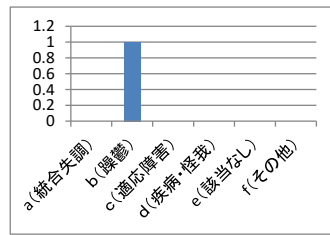
利用者情報・心身状況(身体)



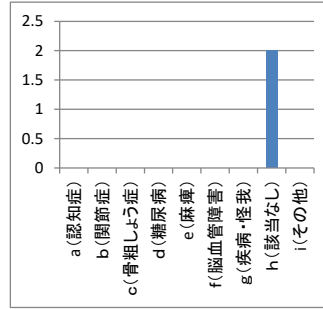
利用者情報・心身の状況(知的)



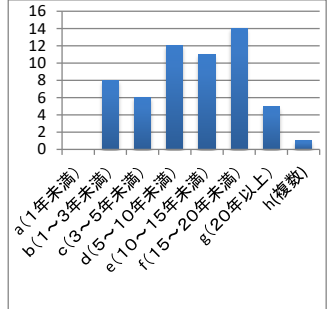
利用者情報・心身の状況(精神)



利用者情報・心身の状況(高齢)

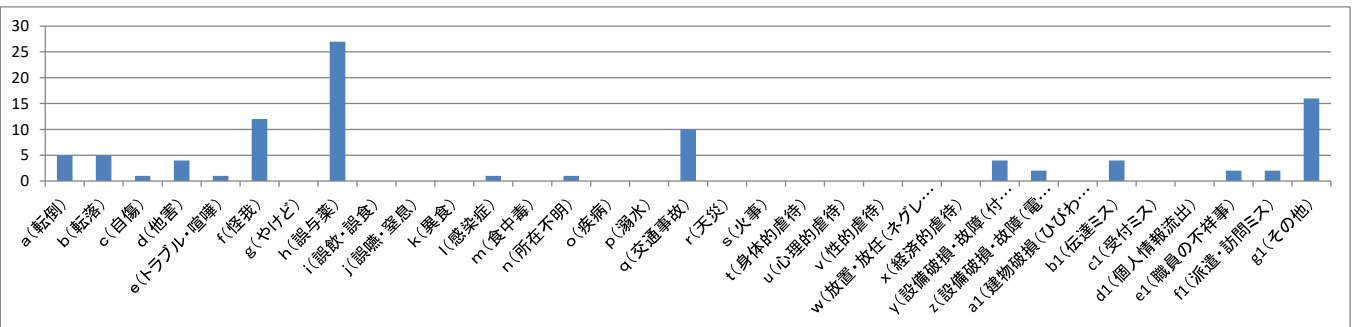


利用者情報・心身の状況(利用年数)

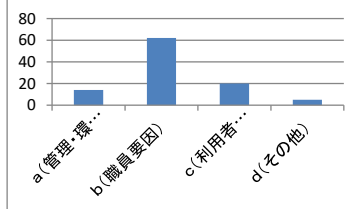


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(トラブル・喧嘩)	f(怪我)	g(やかど)	h(器具・薬)	i(騒音・騒音)	j(騒音・騒音)	k(興奮)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(溺水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火事)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)	v(性的虐待)	w(放置・放任(水・クレ...))	x(経済的虐待)	y(設備破壊・故障(付...))	z(設備破壊・故障(電...))	aa(建物破損(ひびわ...))	ab(伝達ミス)	ac(受付ミス)	ad(個人情報流出)	ae(職員の不祥事)	af(派遣・訪問ミス)	ag(その他)	
		5	5	1	4	1	12		27				1		1			10																	
	要因	a(管理・環...)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計																													
		14	62	20	5	101																													
	レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察...)	計																														
		20	53	3	76																														

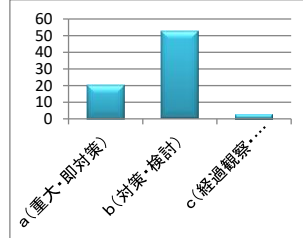
ヒヤリハット・事故情報(種類)



ヒヤリハット・事故情報(要因)

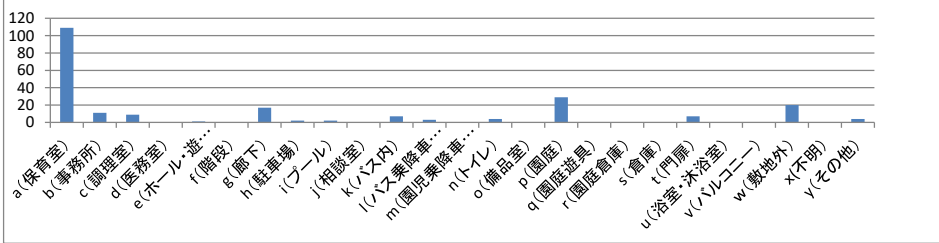


ヒヤリハット・事故情報(レベル)

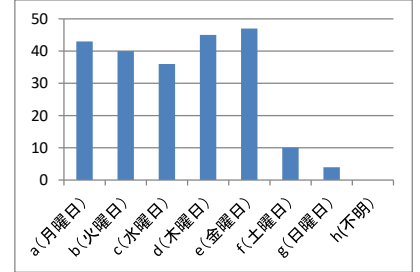


基本情報	発生日	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	合計												
		34	27	25	16	14	14	26	15	17	6	13	18	225												
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	合計																
		43	40	36	45	47	10	4		225																
	発生時間帯	a(0～1時台)	b(2～3時台)	c(4～5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											
				2	41	68	33	37	32	12				225												
発生場所	a(保育室)	b(事務所)	c(調理室)	d(医務室)	e(ホール・遊具)	f(階段)	g(廊下)	h(駐車場)	i(プール)	j(相談室)	k(バス内)	l(バス外)	m(園庭遊具)	n(園庭倉庫)	o(倉庫)	p(門扉)	q(園庭遊具)	r(園庭遊具)	s(倉庫)	t(門扉)	u(園庭遊具)	v(バスコックピット)	w(敷地外)	x(不明)	y(その他)	合計
	109	11	9		1		17	2	2		7	3		4		29				7			20		4	225
日課	a(平常日課)	b(休日課)	c(イベント)	d(土曜日課)	e(延長保育)	f(園外活動)	g(その他)	合計																		
	187	3	5	7	7	16		225																		

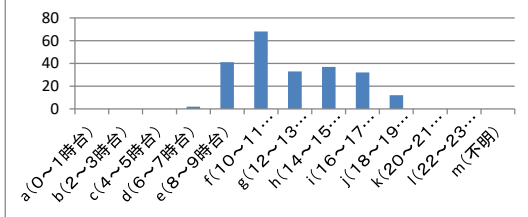
基本情報・発生場所



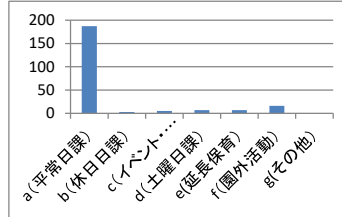
基本情報・発生曜日



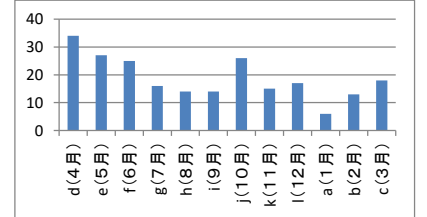
基本情報・発生時間帯



基本情報・日課

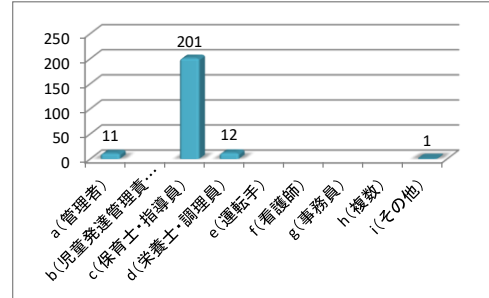


基本情報・発生月

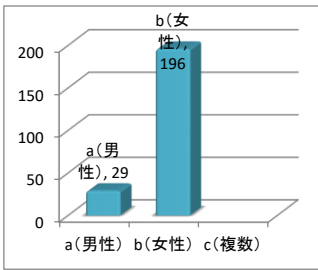


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(児童発達管理員)	c(保育士・指導員)	d(栄養士・調理員)	e(運転手)	f(看護師)	g(事務員)	h(複数)	i(その他)	計	
		11		201	12					1	225	
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計							
		29	196		225							
雇用形態	a(常勤)	b(非常勤)	c(複数)	d(その他)	計							
	211	13		1	225							
経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計			
	20	37	13	60	93		1	1	225			

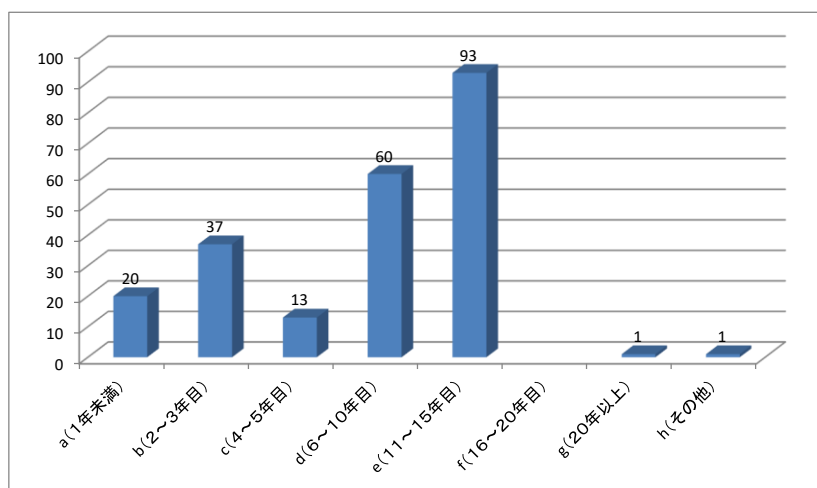
情報提供者情報・対象者



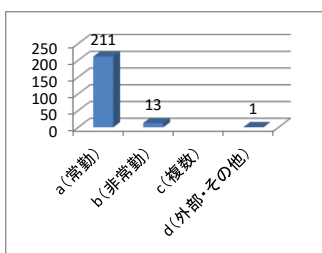
情報提供者情報・性別



情報提供者情報・経験年数



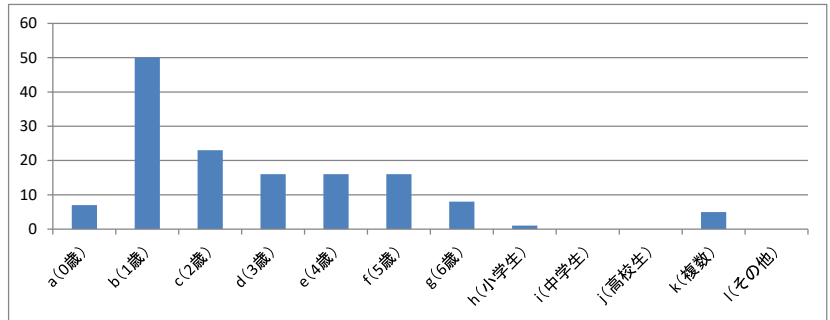
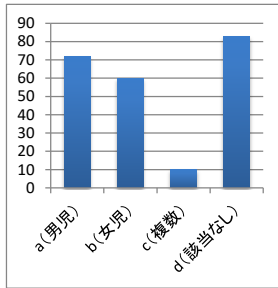
情報提供者情報・雇用形態



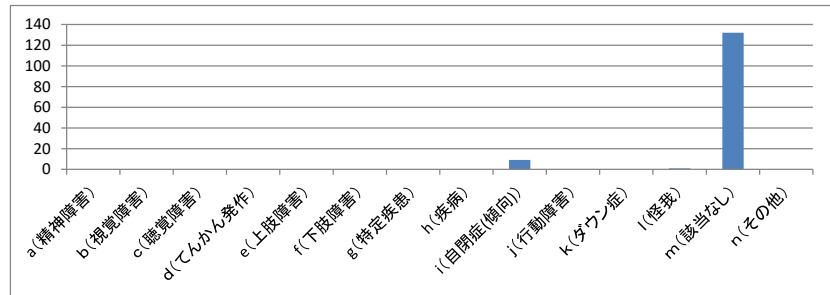
利用者情報	性別	a(男児)	b(女児)	c(複数)	d(該当なし)	計											
		72	60	10	83	225											
	年齢	a(0歳)	b(1歳)	c(2歳)	d(3歳)	e(4歳)	f(5歳)	g(6歳)	h(小学生)	i(中学生)	j(高校生)	k(複数)	l(その他)	計			
	7	50	23	16	16	16	8	1			5		142				
	要因に対する心身状態	a(精神障害)	b(視覚障害)	c(聴覚障害)	d(てんかん発作)	e(上肢障害)	f(下肢障害)	g(特定疾患)	h(疾病)	i(自閉症傾向)	j(行動障害)	k(ダウン症)	l(怪我)	m(該当なし)	n(その他)	計	
									9			1	132		142		

利用者情報・年齢

利用者情報・性別

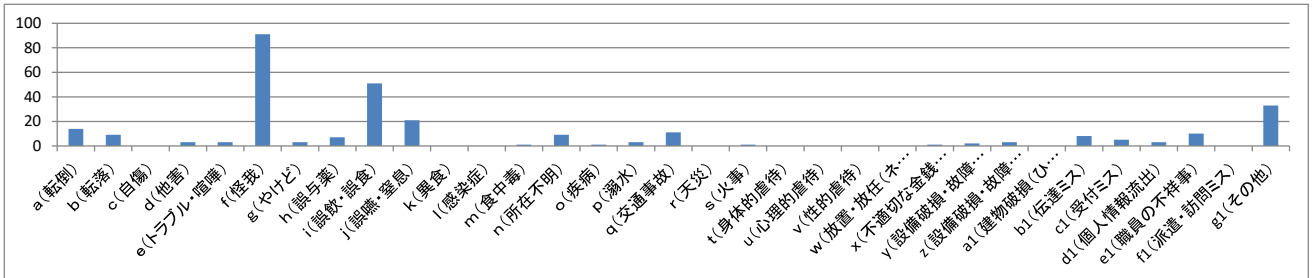


利用者情報・要因に対する心身状態

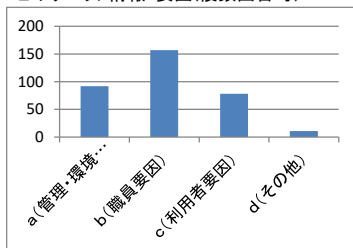


ヒヤリハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(トラップ・喧嘩)	f(怪我)	g(やけど)	h(薬と薬)	i(誤飲・誤食)	j(誤嚥・窒息)	k(喫食)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(溺水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火事)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)	v(性的虐待)	w(放置・放任(不...))	x(不適切な金銭...)	y(設備故障・故障)	z(設備故障・故障)	a1(建物故障(ひ...))	b1(伝達ミス)	c1(受付ミス)	d1(個人情報流出)	e1(職員の不祥事)	f1(派遣・訪問ミス)	g1(その他)	合計		
		14	9		3		3	91	3	7	51	21			1	9	1	3	11		1															33	293
	要因	a(管理・環境)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計																															
		92	157	78	11	338																															
	レベル	a(重大・即対)	b(対策・検討)	c(経過観察)	d(その他)	計																															
		18	151	56	225																																

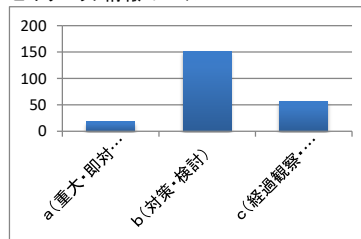
ヒヤリハット情報・種類(複数回答可)



ヒヤリハット情報・要因(複数回答可)

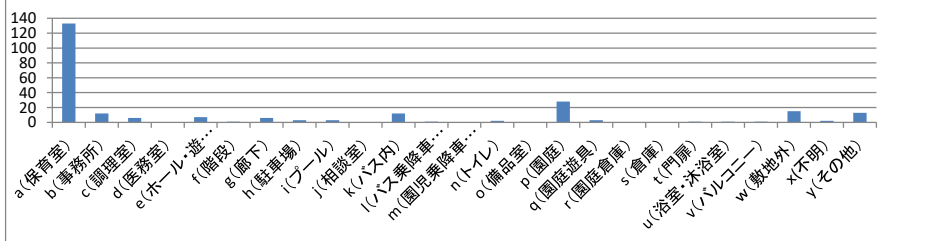


ヒヤリハット情報・レベル

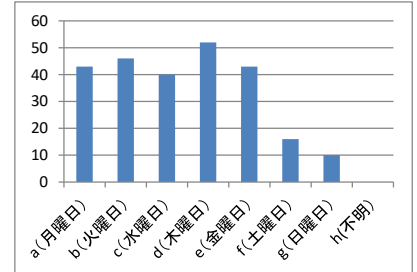


基本情報	発生月	d(4月)	e(5月)	f(6月)	g(7月)	h(8月)	i(9月)	j(10月)	k(11月)	l(12月)	a(1月)	b(2月)	c(3月)	合計												
	発生曜日	a(月曜日)	b(火曜日)	c(水曜日)	d(木曜日)	e(金曜日)	f(土曜日)	g(日曜日)	h(不明)	合計																
	発生時間帯	a(0～1時台)	b(2～3時台)	c(4～5時台)	d(6～7時台)	e(8～9時台)	f(10～11時台)	g(12～13時台)	h(14～15時台)	i(16～17時台)	j(18～19時台)	k(20～21時台)	l(22～23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

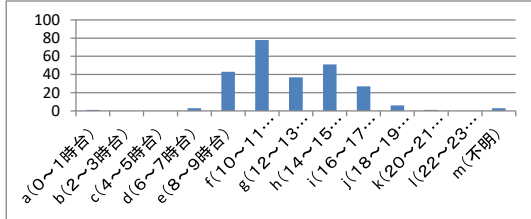
基本情報・発生場所



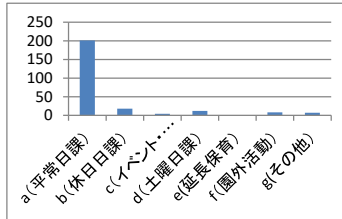
基本情報・発生曜日



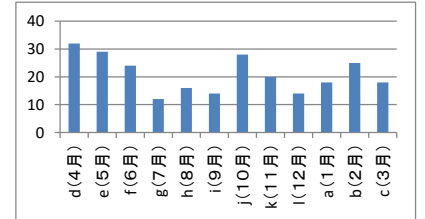
基本情報・発生時間帯



基本情報・日課

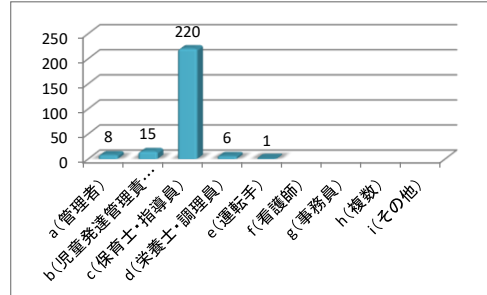


基本情報・発生月

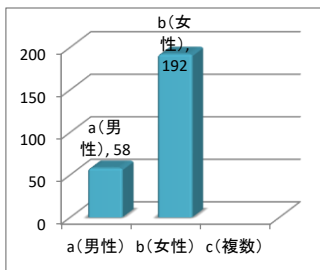


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(児童発達管理責...)	c(保育士・指導員)	d(栄養士・調理員)	e(運転手)	f(看護師)	g(事務員)	h(複数)	i(その他)	計	
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計							
	雇用形態	a(常勤)	b(非常勤)	c(複数)	d(外部・その他)	計						
	経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(その他)	計		

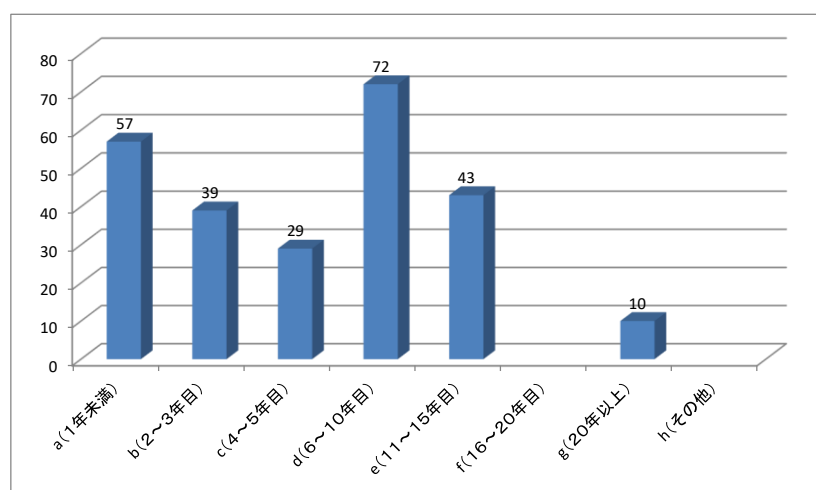
情報提供者情報・対象者



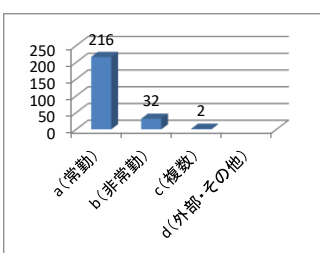
情報提供者情報・性別



情報提供者情報・経験年数



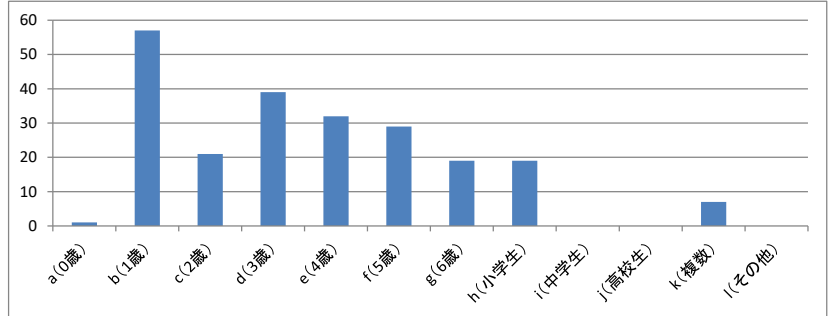
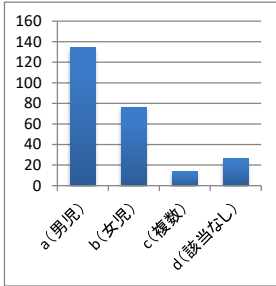
情報提供者情報・雇用形態



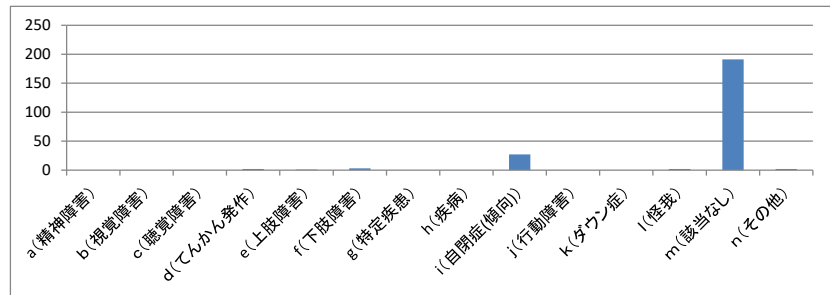
利用者情報	性別	a(男児)	b(女児)	c(複数)	d(該当なし)	計											
		134	76	14	26	250											
	年齢	a(0歳)	b(1歳)	c(2歳)	d(3歳)	e(4歳)	f(5歳)	g(6歳)	h(小学生)	i(中学生)	j(高校生)	k(複数)	l(その他)	計			
	1	57	21	39	32	29	19	19			7		224				
要因に対する心身状態	a(精神障害)	b(視覚障害)	c(聴覚障害)	d(てんかん発作)	e(上肢障害)	f(下肢障害)	g(特定疾患)	h(疾病)	i(閉鎖傾向)	j(行動障害)	k(ダウン症)	l(怪我)	m(該当なし)	n(その他)	計		
				2	1	3			27			2	191	2	228		

利用者情報・年齢

利用者情報・性別

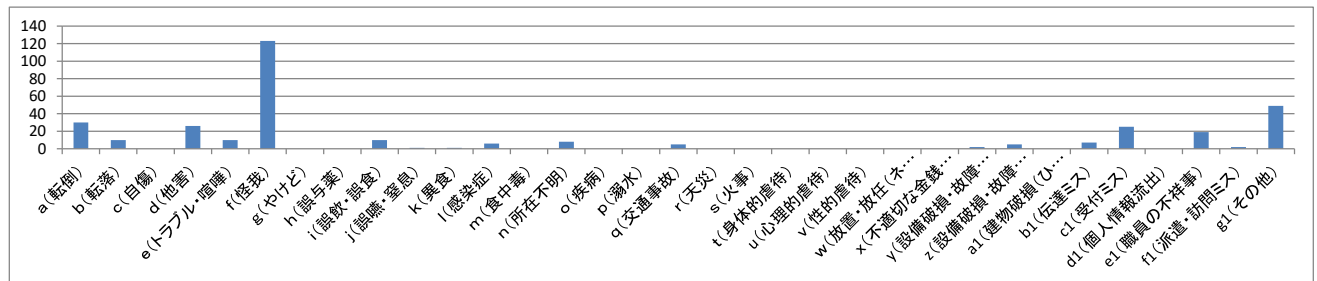


利用者情報・要因に対する心身状態

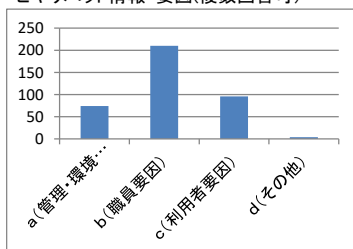


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(転倒)	b(転落)	c(自傷)	d(他害)	e(トラップ・噛傷)	f(怪我)	g(やけど)	h(誤身業)	i(誤飲・誤食)	j(誤嚥・窒息)	k(異食)	l(感染症)	m(食中毒)	n(所在不明)	o(疾病)	p(溺水)	q(交通事故)	r(天災)	s(火事)	t(身体的虐待)	u(心理的虐待)	v(性的虐待)	w(放置・放任(未対応))	x(設備破損・故障)	y(設備破損・故障)	z(建物崩壊(ひび割れ))	aa(伝達ミス)	ab(受付ミス)	ac(個人情報流出)	ad(個人情報の不祥事)	ae(誤差・訪問ミス)	af(その他)	合計
		30	10		26	10	123					10	1	6	8			5																339
	要因	a(重大・即対応)	b(対策・検討)	c(経過観察)	d(その他)	計																												
	74	210	96	4	384																													
レベル	a(重大・即対応)	b(対策・検討)	c(経過観察)	d(その他)	計																													
	24	184	42	250																														

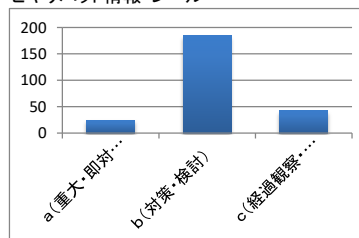
ヒヤリハット情報・種類(複数回答可)



ヒヤリハット情報・要因(複数回答可)



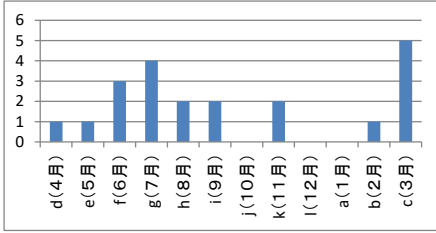
ヒヤリハット情報・レベル



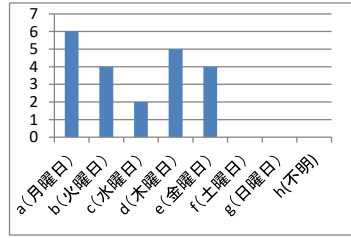
令和3年4月～令和4年3月 相談支援 ヒヤリハット報告書 分析表

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	1	3	4	2	2		2			1	5	21	
	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					
		6	4	2	5	4				21					
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	2	5		1			21	
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(実習先)	n(その他)	計
	12	2				2		1	1					3	21

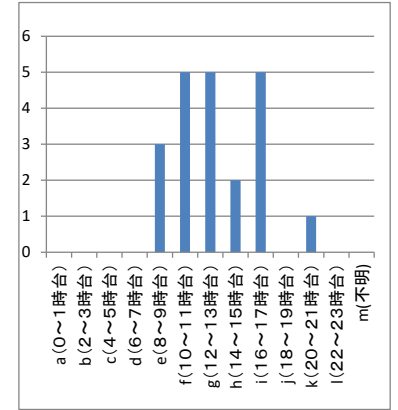
基本情報・発生月



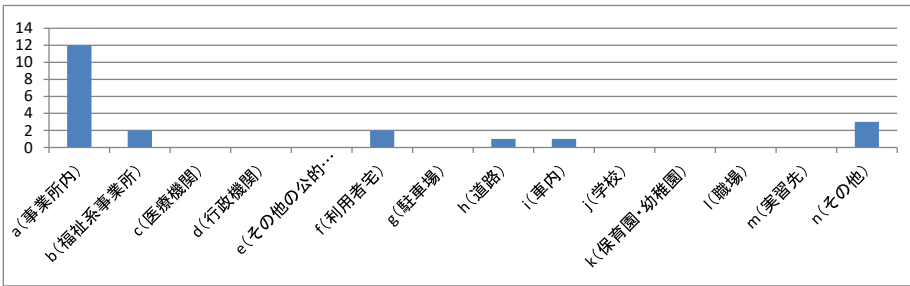
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

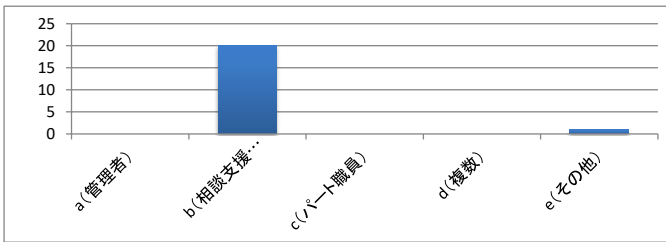


基本情報・発生場所

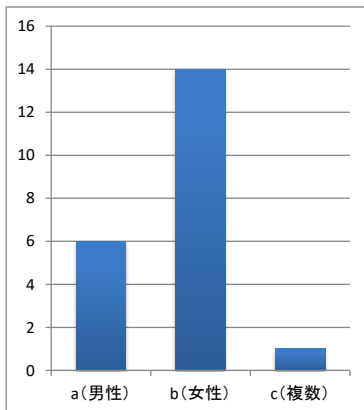


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(相談支援専門員)	c(パート職員)	d(複数)	e(その他)	合計		
			20			1	21		
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計				
		6	14	1	21				
経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(複数)	計
		5		4	5		6	1	21

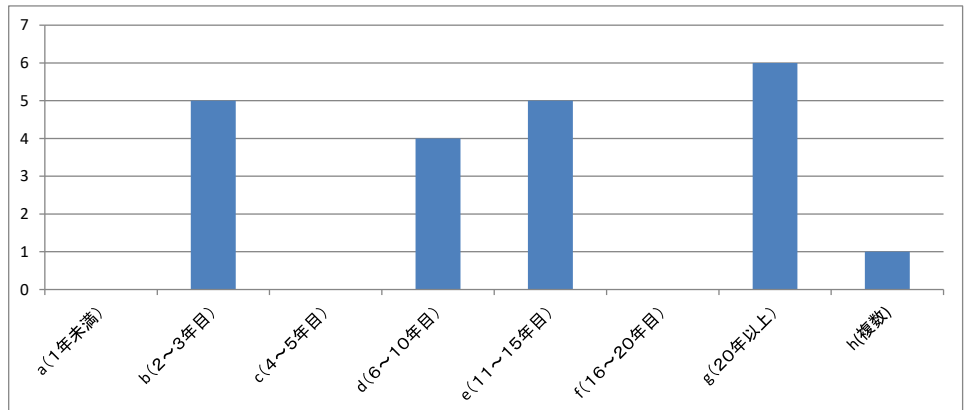
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別

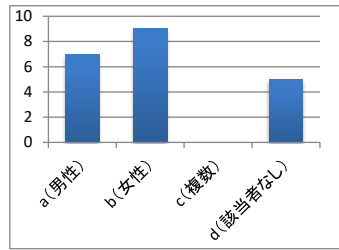


情報提供者情報・経験年数

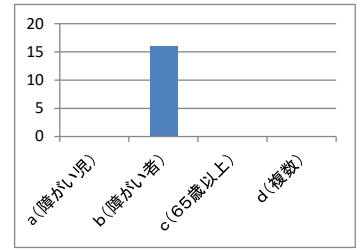


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当者なし)	計			
		7	9		5	21			
	年齢	a(障がい児)	b(障がい者)	c(65歳以上)	d(複数)	合計			
			16			16			
障害別	a(身体障害)	b(知的障害)	c(精神障害)	d(発達障害)	e(知的障害)	f(難病)	g(未診断・疑い)	h(その他)	合計
	3	9	4	5	1			22	
利用年数	a(1年未満)	b(1~3年未満)	c(3~5年未満)	d(5~10年未満)	e(10~15年未満)	f(15~20年未満)	g(20年以上)	h(複数)	計
	7	6		3				16	

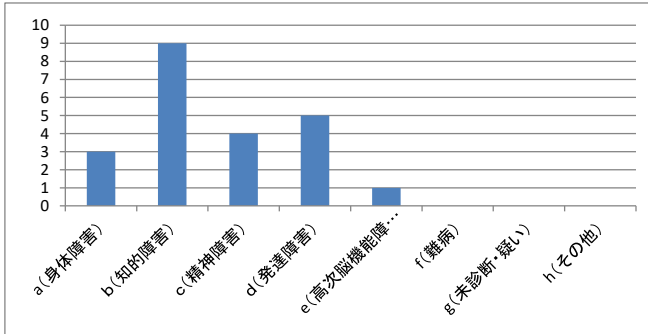
利用者情報・性別



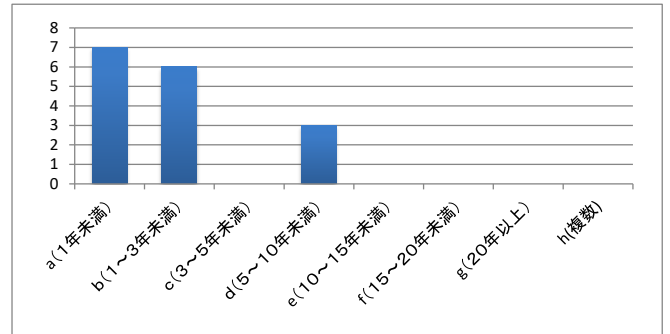
利用者情報・年齢



利用者情報・障害別

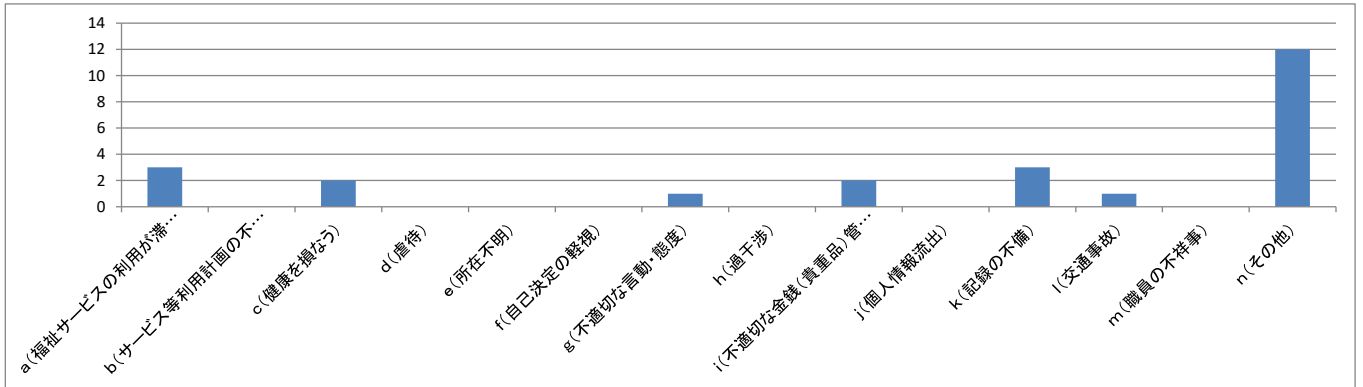


利用者情報・利用年数

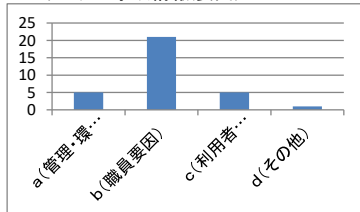


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(福祉サービスの利用が滞り)	b(サービス等利用計画の不備)	c(健康を損なう)	d(虐待)	e(所在不明)	f(自己決定の難視)	g(不適切な言動・態度)	h(過干渉)	i(不適切な金銭(貴重品)管理)	j(個人情報流出)	k(記録の不備)	l(交通事故)	m(職員の不祥事)	n(その他)	合計	
		3		2				1		2		3	1		12	24	
	要因	a(管理・環境)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計											
		5	21	5	1	32											
レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察・見守り)	計													
			12	9	21												

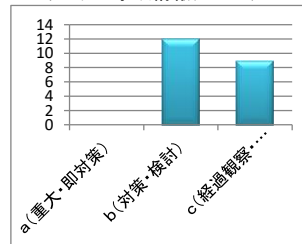
ヒヤリハット・事故情報(種類)



ヒヤリハット・事故情報(要因)



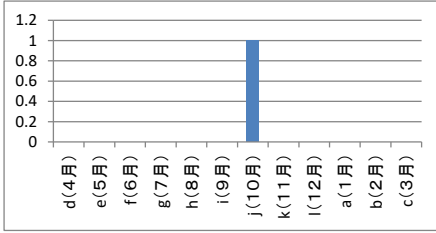
ヒヤリハット・事故情報(レベル)



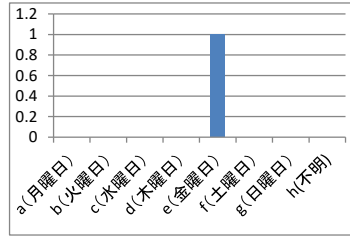
令和3年4月～令和4年3月 相談支援 事故報告 分析表

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(実習先)	n(その他)

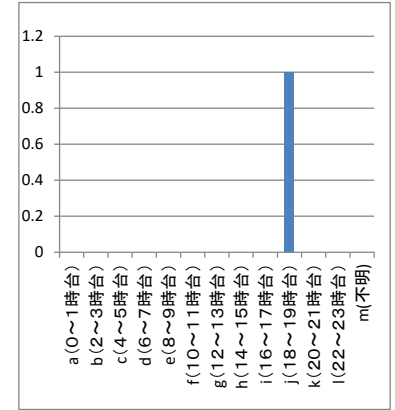
基本情報・発生月



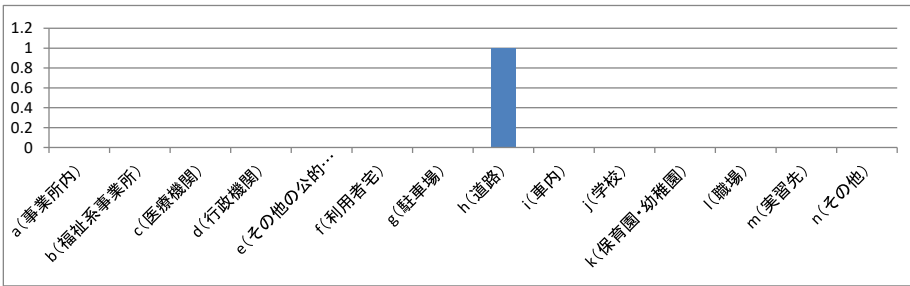
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

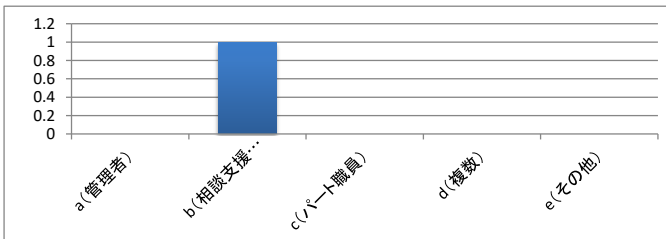


基本情報・発生場所

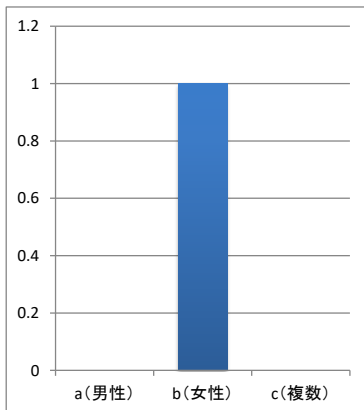


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(相談支援員)	c(パート職員)	d(複数)	e(その他)	合計		
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計				
	経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(複数)

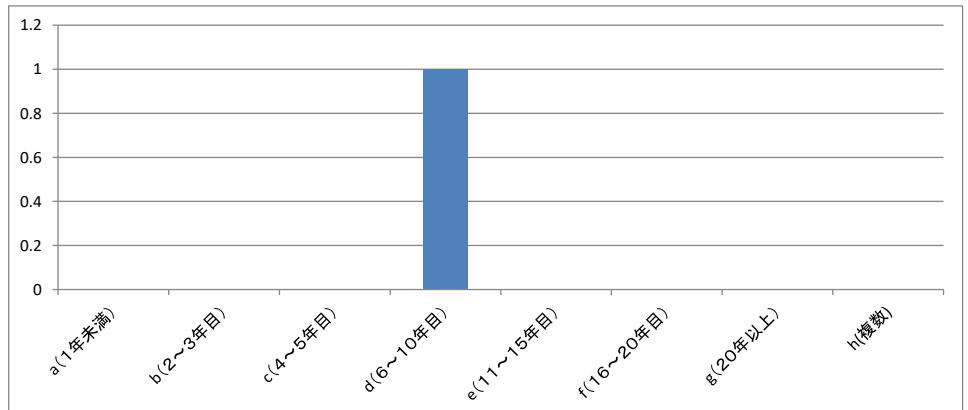
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別

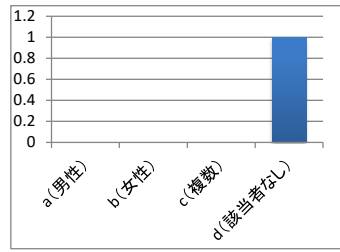


情報提供者情報・経験年数

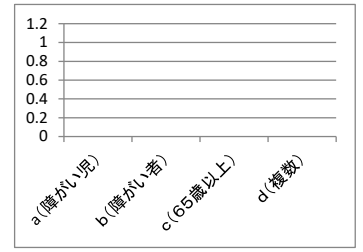


利用者情報	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	d(該当者なし)	計				
	年齢	a(障がい児)	b(障がい者)	c(65歳以上)	d(複数)	合計				
	障害別	a(身体障害)	b(知的障害)	c(精神障害)	d(発達障害)	e(知的障害等)	f(難病)	g(未診断・疑い)	h(その他)	合計
	利用年数	a(1年未満)	b(1~3年未満)	c(3~5年未満)	d(5~10年未満)	e(10~15年未満)	f(15~20年未満)	g(20年以上)	h(複数)	計
									0	

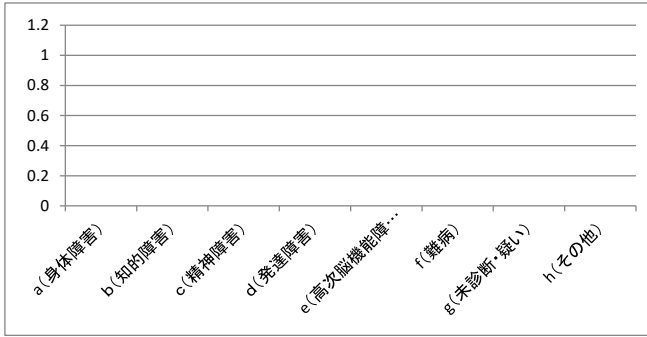
利用者情報・性別



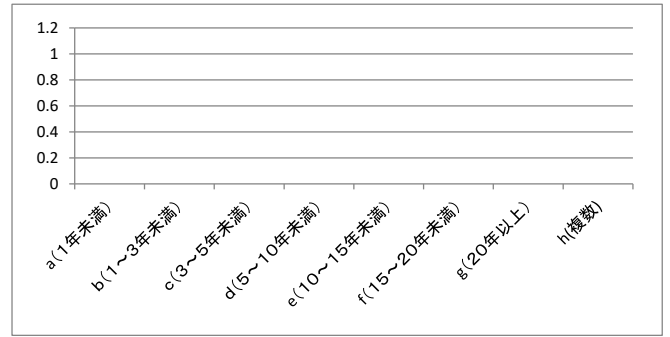
利用者情報・年齢



利用者情報・障害別

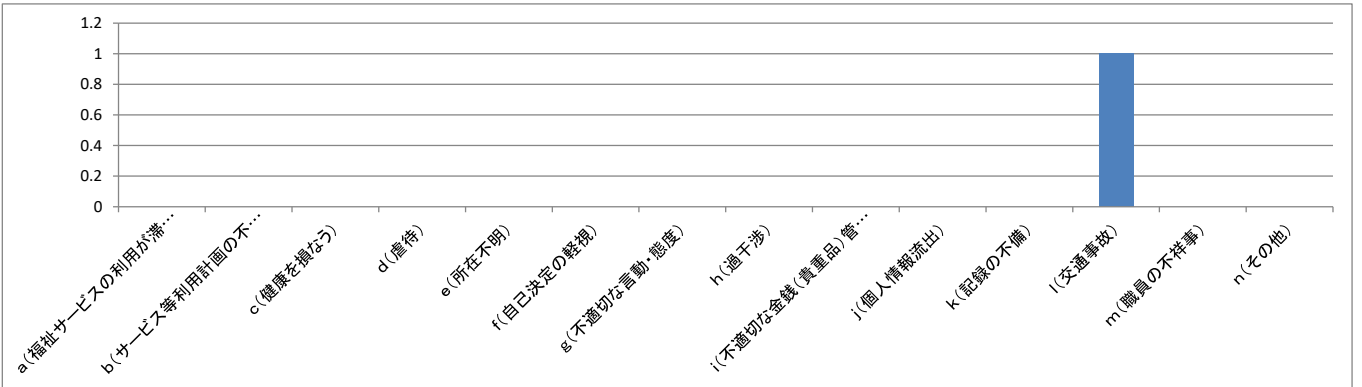


利用者情報・利用年数

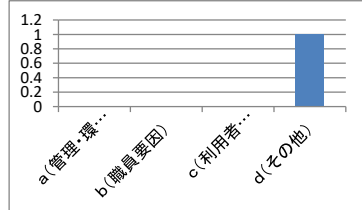


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(福祉サービスの利用が滞り)	b(サービス等利用計画の不備)	c(健康を損なう)	d(虐待)	e(所在不明)	f(自己決定の難視)	g(不適切な言動・態度)	h(過干渉)	i(不適切な金銭(貴重品)管理)	j(個人情報流出)	k(記録の不備)	l(交通事故)	m(職員の不祥事)	n(その他)	合計
	要因	a(管理・環境)	b(職員要因)	c(利用者要因)	d(その他)	計							1			1
	レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察)	計											

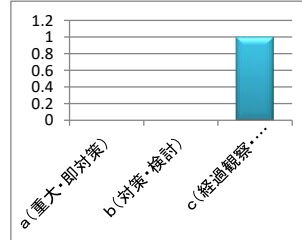
ヒヤリハット・事故情報(種類)



ヒヤリハット・事故情報(要因)



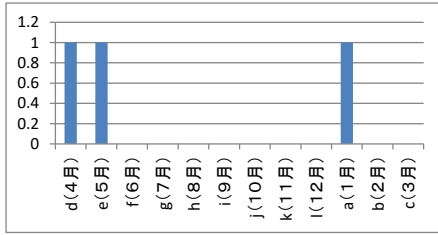
ヒヤリハット・事故情報(レベル)



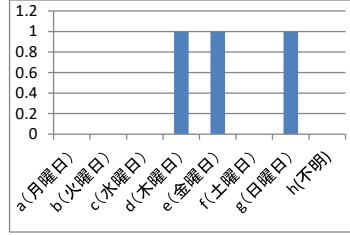
令和3年4月～令和4年3月 本部事務局 ヒヤリハット報告書 分析表

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	1								1			3
	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				
					1	1		1		3				
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	1						1			3
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						
	2		1					3						

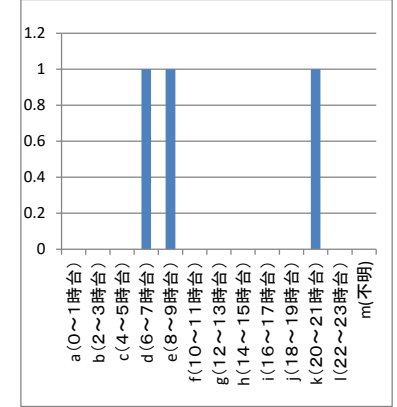
基本情報・発生月



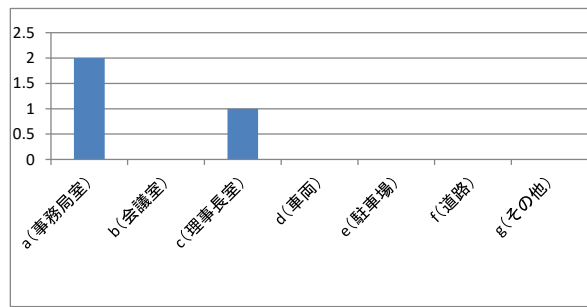
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

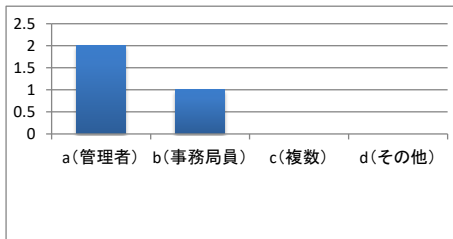


基本情報・発生場所

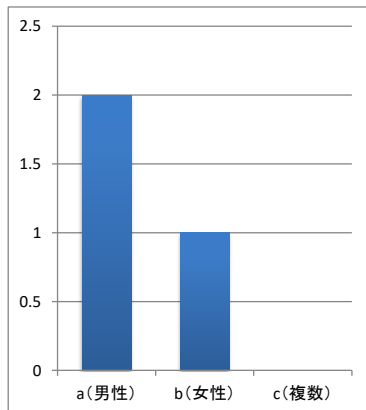


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(事務局員)	c(複数)	d(その他)	合計				
		2	1			3				
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計					
		2	1		3					
	経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(複数)	計
					1		2		3	

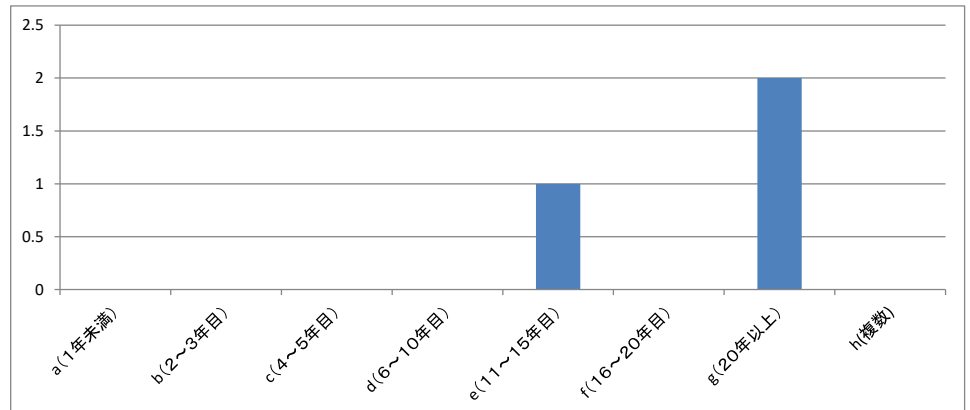
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別

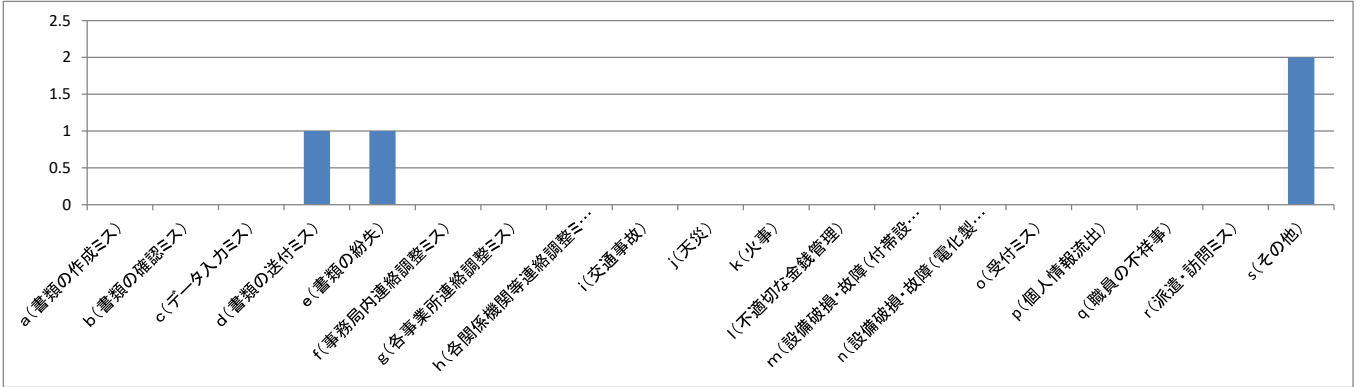


情報提供者情報・経験年数

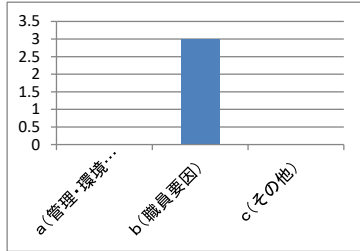


ヒヤリ・ハット情報	種類	a(書類の作成ミス)	b(書類の確認ミス)	c(データ入力ミス)	d(書類の送付ミス)	e(書類の紛失)	f(事務局内連絡調整ミス)	g(各事業所連絡調整ミス)	h(各関係機関等連絡調整ミス)	i(交通事故)	j(天災)	k(火事)	l(不適切な金銭管理)	m(設備破損・故障(付帯設備...))	n(設備破損・故障(電化製...))	o(受付ミス)	p(個人情報流出)	q(職員の不祥事)	r(派遣・訪問ミス)	s(その他)	合計	
					1	1															2	4
	要因	a(管理・環境...)	b(職員要因)	c(その他)	計																	
			3		3																	
レベル	a(重大・即対策)	b(対策・検討)	c(経過観察・保存)	計																		
	1	2		3																		

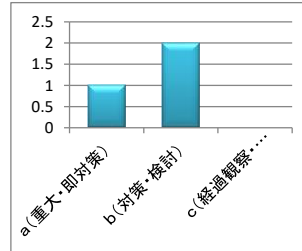
ヒヤリハット・事故情報(種類)



ヒヤリハット・事故情報(要因)



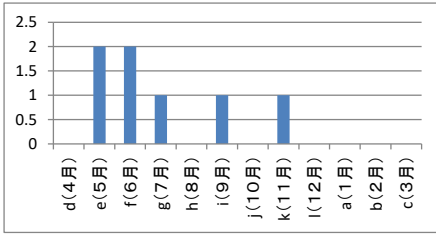
ヒヤリハット・事故情報(レベル)



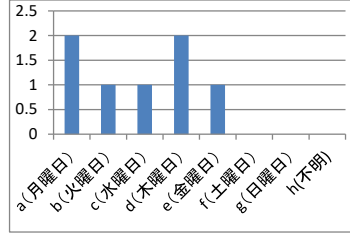
令和3年4月～令和4年3月 本部事務局 事故報告書 分析表

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
			2	2	1		1		1					7
	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				
		2	1	1	2	1				7				
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	1	1	1	1	2				7
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						
	5	1					1	7						

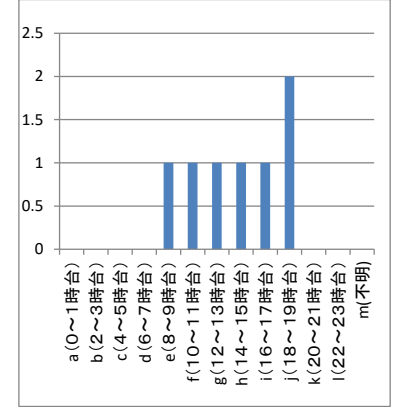
基本情報・発生月



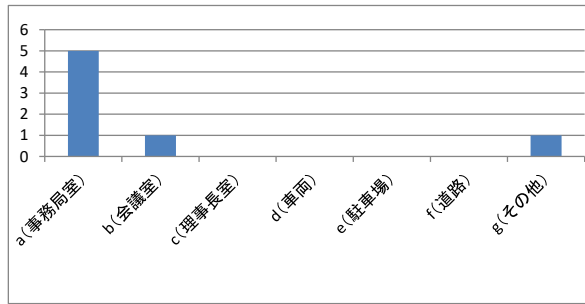
基本情報・発生曜日



基本情報・発生時間帯

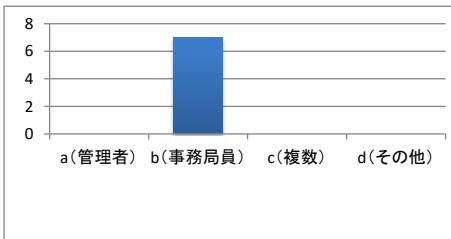


基本情報・発生場所

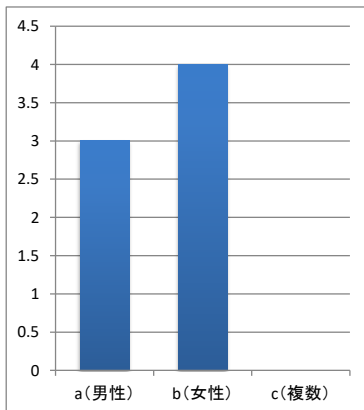


情報提供者情報	対象者	a(管理者)	b(事務局員)	c(複数)	d(その他)	合計				
			7			7				
	性別	a(男性)	b(女性)	c(複数)	計					
		3	4		7					
	経験年数	a(1年未満)	b(2～3年目)	c(4～5年目)	d(6～10年目)	e(11～15年目)	f(16～20年目)	g(20年以上)	h(複数)	計
		1		1	1				4	7

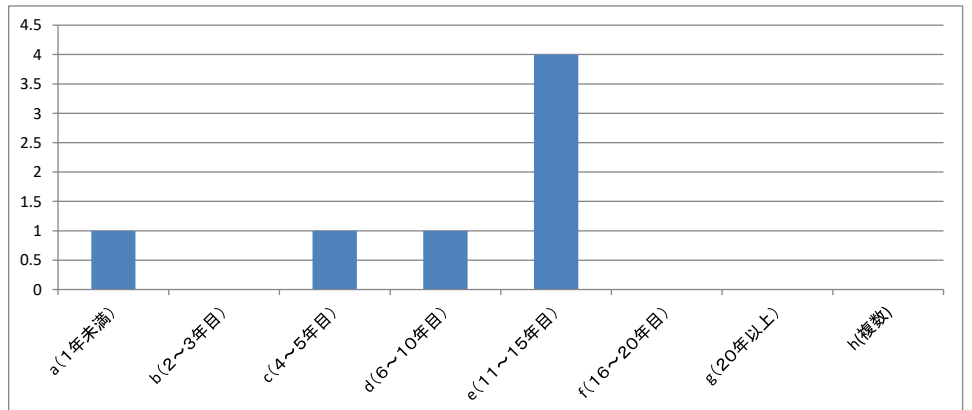
情報提供者情報・対象者



情報提供者情報・性別



情報提供者情報・経験年数



法人リスクマネジメント委員会において、令和3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/事故集計結果からみた考察」

① [いつきの里、いつきホームズ、ウィズ、MORE グループ]

ア. 考察

ヒヤリ・ハット報告書については、令和2年度の146件に対し令和3年度は206件、事故報告書については、令和2年度の62件に対し令和3年度は92件と、それぞれ増加する結果となった。MOREが開設されグループ内の事業所数が増えたことが一番の要因であると考えられる。

発生時間帯をみると、ヒヤリ・ハット報告書、事故報告書共に7割以上が10時～17時に発生している。その中でも10時～11時の時間帯が最も報告件数が多くなっており、例年と同様の傾向が続いている。特に10時～11時の事故報告書については、令和2年度が6件であったのに対し、令和3年度は23件と大幅に増加している。利用者にとっても、支援者にとっても場面や支援体制の移り変わりの時間帯であることがこの結果に繋がっているのではないかと考えられる。

サービス種別で見ると、ヒヤリ・ハット報告書では生活介護事業が206件中の196件と大半を占めている。日中時間帯の多様な動きや利用者数の多さ等を考えると、日中活動時間帯に報告数が集中することは必然的な結果であるが、一方で施設入所や共同生活援助等の夜間・朝についての報告件数が著しく少ないことが見てとれる。施設入所や共同生活援助については、ヒヤリ・ハット報告書より事故報告書の方が、件数が上回っており、改めて意識化していく必要性を感じる。

ヒヤリ・ハット報告書の情報提供者について、5年目までの職員が令和2年度では20件（全体数の32%）だったのに対し、令和3年度では89件（全体数の43%）と増加した。年々増加してきている傾向にある。偏りなく幅広い職員からの提出があることは理想的であると共に、経験の浅い職員の気付きや視点を重視して取り組んでいくことが大切であることから、よい傾向にあると思われる。

利用者情報の内、利用年数1年未満において、ヒヤリ・ハット報告書65件、事故報告書29件と特出しているが、MOREが初年度であり、MOREの事例は全て1年未満としてカウントしたことが関係している。

令和2年度の対策としてあげられていた利用者の高齢化に伴う食事の誤嚥については、令和3年度に事故報告は提出されていない。今後も年々変化する利用者状況に応じて、丁寧に対応していきたい。

交通事故・車両事故については、グループで3件と令和2年度の7件より削減することが出来た。各事業所で安全運転の周知・徹底が出来ている結果である。

職員の労働災害においては8件と多く発生している。利用者支援中での突発的な対応による事故が大半を占めるものの、頭をぶつけて裂傷、脚立の使用中に転落といった事故についてはしっかりと再発防止に努めなければならない。

感染症が1件となっており、新型コロナウイルスの感染事例であるが、しっかり対応することが出来たことで、最小限に抑えることができています。

イ. 対策

ヒヤリ・ハット報告の件数が増加したものの、それと比例して事故件数も増えている。ヒヤリ・ハット報告書の件数アップを目指すことはもちろんであるが、その報告書による効果や実効性についても精度を高めていかななくてはならない。要因分析・再発防止策を具体的に示していくと共に、報告された内容をいかに各職員へ周知・徹底を図っていくかが重要になってくる。各事業所における周知・伝達方法についても今一度見直しを行っていききたい。また、一事例ごとの対策・検討に加え、集計結果も検証しながら幅広い視点で事故防止に努めていくことも必要な視点となる。

事故発生の多い日中活動の時間帯（特に 10 時～11 時）については、移動も含め場面が移り変わる状況であることから、リスクの高い時間帯であることは数年前から確認されている。職員への注意喚起を促すことに留まらず、管理・環境要因に対する検証や利用者満足度を高める具体的な支援について新たな視点で取り組んでいく必要がある。

職員の労働災害については、まず防ぐことができる事故と防ぐことが困難な事故とを区別化しながら取り組んでいくことが大切になってくる。環境調整・整備・手順の明確化等により防ぐことができる事故については、少しでも減らしていけるよう取り組んでいきたい。一方で利用者の突発的な行動に起因するものを完全に防ぐことは困難性が高いと考えられるが、利用者個々の満足度を高めつつ、支援の質を高めていくよう長い目で取り組んでいく必要がある。特に行動障がい等に対しては高度な支援スキルや信頼関係を要するため、新任職員等への OJT や引継ぎ等も時間をかけて丁寧に行っていきたい。

新型コロナウイルス感染症への対策・対応については、今後も引き続き慎重な姿勢を持続していきたい。このグループ間では、利用者・職員の行き来も多くあるため、事業所間での情報共有は不可欠であり、しっかりと連携を図っていくことが重要となる。

② [松山福祉園、地域生活者支援室、ラ・ルーチェ グループ]

ア. 考察

令和 3 年度はヒヤリ・ハット報告が 109 件、事故報告が 76 件であり、令和 2 年度はヒヤリ・ハット報告が 103 件、事故報告が 66 件であった。事故報告の増加率が高くなっている。

ヒヤリ・ハット報告の提出促進については、令和 2 年度より声掛け・啓発を継続してきた結果として職員の意識向上繋がってきていると考えられるが、昨年度同様に、年度後半になるにつれ提出数が増える傾向がある。今後も継続して呼びかける他、周知方法を検討する必要がある。

昨年同様、事故件数は減少しておらず、事故防止の前段階としてあるヒヤリ・ハット報告の目的としては活用しきれていないことが伺える。

事故の発生月は 4 月の件数が 14 件で令和 2 年度の 2 件と比較すると、大幅に増加しており、年度始めの慌ただしい時期であることも一因であると考えられる。

令和 2 年度の対策にあげた「1 年未満の職員に対してヒヤリ・ハット報告の意義や目的、提出方法を周知する」ことについては、1 年未満の提出は 4 件であり、令和 2 年度の 6 件を下回る結果となった。1 年未満の職員が少ないことも一因として考えられるが、十分に組み立てていないことが伺える。ヒヤリ・ハット報告の全体的な提出状況を見ると、6～10 年目と 20 年以上の提出率がそれぞれ全体の 3 割で、その経験年数の提出が全体の半数以上を占めている。ヒヤリ・ハットや事故防止の意識向上については全体の底上げにはなっていないことが伺える。

事故の発生場所では、令和 2 年度作業棟での発生は 15 件に対し、令和 3 年度は 7 件と減少した。

新型コロナウイルスの影響で作業を行えなかった時期があったことも事故件数減少の一因であるとも考えられるが、作業時間における事故防止の取り組みの成果であるとも言える。

要因別では、ヒヤリ・ハット報告及び事故報告ともに職員要因が最も多い。種類別では「その他」が昨年度同様、最も多くなっている。「その他」に関しては集計結果からは検証しづらいため、今後も各事業所で個々に対応し、再発防止に取り組んでいく必要がある。「誤与薬」について、令和2年度が7件に対して令和3年度は27件と大幅に増加している。「誤与薬」について重点的に取り組みを行ったことで意識が向上し、今まで報告されなかった事例が報告されることで増加したと考えられる。グループホームにおいては一人で業務行うことがほとんどであり、意識の継続や手順・確認の徹底の難しさが表れた結果であると考えられる。

交通事故・車両事故については、10件であり、令和2年度の6件を上回る結果となった。公用車の中にはセンサーやバックモニターが搭載されているものもあり、設備が充実してきている反面、運転者の意識が設備頼りになってきていることも要因の一つとして挙げられる。利用者の送迎や配達・訪問等により公用車を多く使用するグループであり、より一層安全運転に努めなければならない。また、利用者が自転車に乗って移動する機会もあり、行動範囲も広いことから、利用者への交通安全指導も継続していかなければならない。

イ. 対策

ヒヤリ・ハット報告の提出については、経験年数によって提出の差があるため、提出が少ない層に対しては、改めてヒヤリ・ハット報告の意義や目的、提出方法等の周知を継続する必要がある。令和2年度の対策にあげた1年未満の職員に対してヒヤリ・ハット報告に意義や目的、提出方法を周知することについては、十分に組み立てていないことで提出数が増加していないため、具体的に組み立て方を決めて、周知・指導していく必要がある。また、下半期の提出が少なくなってしまうよう、年間を通じた啓発が必要である。

事故の種類「誤与薬」については、マニュアルがしっかりと履行できているか、マニュアルに不備がないか等、より詳細な分析・検証が必要である。その要因分析に基づき、個別指導も含め、より具体的に効果的な対策を講じていきたい。

交通事故・車両事故においては、駐車時の事故報告が大半を占めるため、リスクマネジメント委員会の取り組みと合わせて、公用車運転前の声掛けや事故事例の周知、個々の運転チェック、連続無事故日数の掲示等、取り組みを継続する必要がある。また、安全装置設備は有効に活用しつつも、まずは自らの安全確認意識・確認を徹底するよう周知していきたい。また、公用車の車種は幅広く、車両ごとに大きさが違うため、運転する車両の大きさをしっかりと把握して運転出来るように取り組む必要がある。

ヒヤリ・ハット報告について、事故や重大事故を未然に防ぐという意識を継続して持てるように、また職員の入れ替わりや職員の意識向上には繰り返し意義を説明する必要がある。リスクマネジメント委員を中心に、各事業所においてヒヤリ・ハット報告を提出しやすい雰囲気づくりや環境づくりにも取り組んでいきたい。リスクマネジメント委員会で開催する安全運転講習会や事業所単位でも研修や講習を受ける等、事故防止に努める。

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

令和2年度のヒヤリ・ハット報告が209件、事故報告が207件に対し、令和3年度はヒヤリ・ハ

ットが 225 件、事故が 250 件であった。ヒヤリ・ハット報告、事故報告ともに提出件数は増加しているが、特に事故報告が増加傾向にある。軽微な事故報告も多く含まれていることから、職員の報告書提出の意識が高まっている結果であると考えられる。しかしながら、事故報告の増加及び事故報告に占める重大事故の件数は令和 2 年度と変わらないため、事故になる前に気づきの視点を持ちヒヤリ・ハットとして提出していく必要がある。

例年と同じ傾向であるが、今年も4～6月はヒヤリ・ハット報告、事故報告ともに件数が多かった。新年度で職員や子どもの入れ替わりがあったために発生したと考えられる。

ヒヤリ・ハット報告、事故報告の種類としては怪我が3分の1以上を占めている。子どもの行動を予測しながら、環境を整理したり、トラブルになりそうな時には早めに職員が間に入るなど、早め早めの対処が必要であると考えられる。

発生場所ではヒヤリ・ハット報告、事故報告ともに半数以上が保育室である。新型コロナウイルスの影響で活動範囲が制限されていることも一因と考えられる。また、事故発生時刻についても例年通り10～11時が最も多い。

事故報告の情報提供者に関しては1年未満が多く、職員が十分に危険を予知できなかったことが一因と考えられる。ヒヤリ・ハット報告、事故報告ともに6年～15年目未満の提出数は多く、意識が高いことが伺える。今後は、そういった経験ある職員が、5年未満の職員に対して、危険予知における視点や考え方等を指導することが必要である。

令和3年度はヒヤリ・ハット報告、事故報告ともに、1歳児の報告件数が50件以上と多くなっている。特別な事由があったのか、1才児を担当する職員の気づきやリスクマネジメントに対する意識が高かったのか、こういった要因があったのかをしっかりと検証する必要がある。

事故の種類について、その他に分類されているヒヤリ・ハット報告が33件、事故報告が49件あり、より明確な分析を行うためには、事故の種類に対する考え方の統一や項目の見直しの検討も必要であると考えられる。

事故のレベルについて、令和3年度では重大レベルが24件で、令和2年度の19件を上回っている。ヒヤリ・ハット報告では令和3年度は18件で、令和2年度25件となっており、重大事故を防ぐという観点からヒヤリ・ハット報告が活かしきれていない部分もあるのではないかと考えられる。しかしながら、レベルの線引きについては、事業所により線引きも異なることや明確な基準がないことから判断が難しい。

イ. 対策

4～6月のヒヤリ・ハット報告、事故報告が多いことについては、前年度末にその年度の4月～6月に発生した事故報告書等を周知することで職員に啓発し、改めてこの時期に起こりうる事故を確認し、注意する点を共有することが必要である。子どもにとっても、職員にとっても環境等が変化する時期であるため、報告書の件数が増えることがある程度必然的ではあると思われるものの、これまで明確な対策はできていない現状である。事業所においては、この期間における事故件数の目標を決めることや、こういった事故を防止するのか等、具体的に取り組みを行うことで事故の削減に努めていく必要がある。ヒヤリ・ハット報告の提出については、年々増加傾向にあり、職員同士で保育する上で気をつけることについて話し合うこと、ヒヤリ・ハット報告を通して周知すること等、取り組みの成果が見られるものの、事業所ごとに件数の差はあるように感じる。事業所ごとの集計表を活用することで他事業所の報告数を知ることや報告された事例を共有することで気づきの視点を増やしていくなどの取り組みが有効的である。

子どもの怪我については、活動を行う環境の整備や子どもの活動がスムーズに行えるように準備すること、危険予知の能力を高めることが必要である。

報告書の提出件数が増えている一方で、軽微な事故をどこまで報告していくべきか、「転んですりむいた」等、事故ではあるが、突発的で要因を探るのが難しいケースがある。環境的な要因があり、今後改善、注意が必要な場合や、更に重大事故につながる恐れのある事例に関しては報告や周知の意味があるが、軽微な事故を報告することでリスク管理の観点から意識の向上が行えている一方で、事故件数が増加していることで、良い結果であると分析できなくなっている。事故のレベル設定も同様に一定の基準を検討する必要があると考える。

職員の労働災害では、腰痛の事例が発生していることから、特に新任職員への適切な保育・支援（介助）方法の指導を行う必要がある。また、環境を整えることで保育・支援（介助）する職員の負担を軽減出来るケースもあるため、このような事故が発生した際には環境改善も検討しなければならない。

④ [相談支援関係 グループ]

ア. 考察

ヒヤリ・ハット報告書の提出については、令和2年度の23件に対し令和3年度は21件と、報告件数の目標にしていた25件には届かなかった。しかし、再発防止策の欄を提出者ではなくリスクマネジメント委員や管理者が記入するようにしたことで、提出しづらいといった意見はなく、令和2年度の対策としては成果が見られた。

ヒヤリ・ハット報告の事例が生じる曜日については、令和元年度、令和2年度は木曜日が多かったが、令和3年度は曜日によって大きな偏りはみられなかった。これは、週半ばで生じていた気の緩みがなくなり、各自が毎日緊張感を持って業務にあたることができているのではないかと考えられる。

事例の種類としては、令和元年度、令和2年度に0件だった「記録の不備」が3件見られた。この「記録の不備」の項目が選択されている場合、必ずもう一つ別の項目が選択されている。このことから、記録の不備により、ヒヤリとする状況が生まれているのだと考えられる。「その他」の項目は、21件の12件と最も多いが、内容については全て別物になっており、様々な種類の内容が提出されている。

事故報告については、令和2年度7件、令和3年度は1件と削減することが出来た。1件の内容は、帰宅途中に相手の車がぶつかってきた事例で職員の過失はないものであり、1年間大きな事故なく事業を行うことが出来た。

イ. 対策

ヒヤリ・ハット報告書の提出については、引き続き朝礼で前日にヒヤリ・ハット事例がなかったか確認するようにする。再発防止策の記載についても、引き続きリスクマネジメント委員と管理者で記入するようにし、提出者の負担の軽減を図り、提出数を増やすことで事故防止に努める。令和3年度は目標提出数を達成できなかったため、ヒヤリとした内容をメモ出来るような様式を全員に配布することで、報告件数を増やすことに活用していく。令和3年度に件数の多かった「記録の不備」については、必要なことを業務日誌や相談受付票に記載忘れがあったり、スケジュール帳に予定を記載忘れしていることであったため、それぞれの再発防止策の内容を改めて朝礼や会議等で周知・報告することで「記録不備」の項目の発生件数を削減する。

⑤ [本部事務局 グループ]

ア. 考察

ヒヤリ・ハット報告の提出については3件と令和2年度の9件を下回った。事故報告の提出についても7件と令和2年度の12件を下回った。本部事務局では朝礼と終礼を行っており、必要な情報の共有をしていることから事故の発生を未然に防ぐことが出来ていると考える。ヒヤリ・ハット報告、事故報告ともに事故の種類は「書類の作成ミス・確認ミス・送付ミス」「データの入力ミス」「事業所内の連絡調整ミス」であり、手順を明確にすることや確認作業の見直しが必要である。「不適切な金銭管理」が1件報告されているので、今一度、金銭管理に対して職員一人ひとりが責任を持つようにする。

交通事故・車両事故については令和2年度に引き続き0件であり、事業所まわりや行政機関等への訪問等、運行の頻度も多い中、職員一人ひとりが安全運転の意識を持つことが出来た。終礼時には安全運転の呼びかけを行うことで、通通勤時の安全運転にも取り組むことが出来た。

イ. 対策

報告書を提出するという意識は依然低いので、担当課内でのミーティングや職員間のコミュニケーションを積極的にとり、情報を共有することで事故を未然に防ぐことに努める。そういった中で報告書が提出されるように取り組む。

交通事故・車両事故については2年間0件であったので、今後も安全運転の意識が継続できるように朝礼や終礼での注意喚起やヒヤリ事例を共有する。

⑥ [全体として]

ア. 考察

法人全体でヒヤリ・ハット報告は564件、事故報告は426件であった。令和2年度と比較するとヒヤリ・ハット報告も事故報告も70件程増加している。各事業所で提出数の目標を設定することや事業所数の増加により提出数が増加したと考えられる。リスクマネジメント委員の呼びかけによる成果も大いに考えられ、事業所のリスクマネジメントに対する意識も向上しているように感じる。しかしながら、提出された報告それぞれへの対応・対策はしてるものの、集計結果を分析・活用した取り組みには繋げることができておらず今後の課題と言える。

交通事故・車両事故においても、令和2年度が16件に対して令和3年度は11件であった。(集計結果の19件のうち8件は利用者の事故報告であった。)安全運転の意識は非常に高まっており、リスクマネジメント委員を中心に啓発や注意喚起に取り組んだ成果である。車両事故の内訳としては、駐車時の事故が多くを占めている。この傾向は何年も続いており、今一度焦点を当てながら、より具体的な取り組みを行っていききたい。

職員の労働災害においては、法人全体で15件と令和2年度の3件を大きく上回る結果となった。中でも、脚立からの転落については、大きなケガに繋がることから、早急に再発防止に努めなければならない。また、利用児・者の保育・支援(介助)等による腰痛についても、環境の整備や支援(介助)の適切な指導、腰痛予防体操等、具体的に組み込まなければならない。この2事例についてはリスクマネジメント委員会において事例検討を行い、注意する点や再発防止策等の意見交換・情報共有を行った。

新型コロナウイルス感染症については、様々な事例が報告されたがクラスターになることなく対応することが出来た。日頃から職員一人ひとりがしっかりと感染予防対策をしていることの成果である。

今後どのようになるか不透明ではあるが、継続して感染予防対策が必要である。

イ. 対策

年々報告書の提出数は増加していることは良い傾向であるが、それにより見えてきた課題もある。まずは集計表の活用について、現在、各事業所の集計およびグループの集計を行っているが、この年度考察以外での活用はほとんどない状況であり、今後は集計結果を有効活用しながら事故防止に努めていきたい。次に、報告書における事故のレベルや事故とヒヤリ・ハットの区別等の基準が不明確であるため、事業所ごとで取扱いに格差が生じている。リスクマネジメント委員会で事例検討や意見交換を行うことで、少しずつ共通認識を持たせていくと共に、第2期中長期計画に基づき2025年度には、「リスクマネジメントに関する取り組み指針」の見直しを行い、さらに明確な定義づけを行っていきたい。

交通事故・車両事故については、駐車時のポイントの見直しを行うことで事故削減に取り組む。また、法人事業所周辺の危険マップを作成し、職員への注意喚起・啓発を行っていく。

職員の労働災害については、防ぐことができる事故と防ぐことが困難な事故を区別化し、防ぐことができる事故を少しでも削減できるよう努めていきたい。まずは環境整備の観点から、改めて各事業所の職場環境・活動環境を見渡し、リスクの洗い出しを行うと共に、必要な対策・対応に繋げていく。

新型コロナウイルス感染症予防対策については、見通しが立たない中、色々なことが制限されているが、職員一人ひとりが高い意識を持って感染予防に努めなければならない。また、めまぐるしく変化する状況や情報を的確に把握・集約しながら丁寧に取り組んでいく。

令和4年6月、「ヒヤリ・ハット事例集」の改訂版が発行される。今回の改訂では、ヒヤリ・ハット報告書の目的や作成のポイント、要因分析や対策立案についての考え方等、テキスト的要素を盛り込んだ内容とした。各職員、各事業所において、事故防止はもとより、支援・保育の質向上を目指して積極的に活用していただきたい。

～社会福祉法人福角会 ヒヤリ・ハット事例集～

平成 27 年 5 月 22 日 初版 発行

平成 30 年 6 月 改訂版（第 2 版） 発行

令和 4 年 6 月 1 日 改訂版（第 3 版） 発行

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 1 8 2 9 番地

電話 089-978-5855

