

【各施設において多く発生している上位3つの事故類型】

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

【各施設において事故が多く発生している上位3つの業務場面】

施設種別	1	2	3
特別養護老人ホーム	歩行・移動中 118件 (29.8%)	食事中 43件 (10.9%)	入浴時 42件 (10.6%)
身体障害者療護施設	歩行・移動中 135件 (24.2%)	入浴時 74件 (13.3%)	移乗時 59件 (10.6%)
知的障害者更生施設 (入所)	歩行・移動中 74件 (30.0%)	食事中 18件 (7.3%)	入浴時 16件 (6.5%)
保育所	自由時間・遊び中 64件 (53.3%)	(歩行・移動中) 6件 (5.0%)	(レク中) 6件 (5.0%)
重症心身障害児施設	歩行・移動中 23件 (16.8%)	入浴時 13件 (9.5%)	食事中 12件 (8.8%)

このように、これまでも転倒や誤嚥事故が最も多いということが指摘されてきていますが、改めて、いずれの施設種別においてもある程度共通した傾向であることが確認できます。また、業務の場面をみると歩行・移動中がもっとも多く、以下、入浴時と食事中に事故が多く発生していることがわかります。

従って、あらゆる施設で多く発生している事故類型である「転倒」「誤嚥」「転落」をいかに減らしていくか、あるいは歩行・移動中の事故や入浴・食事中の安全をいかに確保していくか、といった取り組みを優先的に行っていくことが、全体として、福祉サービスの事故総数を減らしていくために効果的であると言えます。

ここでは、「転倒」「転落・落下」「誤嚥」にしほって寄せられた事例と、それらに対する発生要因の分析及び対応策を(別紙2)に紹介することとしますが、2点ほど留意していただきたいことについて付言しておきます。

ひとつは、事故事例を紹介することの意味です。『福祉サービス事故事例集』は、福祉サービスに関する事故の多寡を明らかにすることを目的として作成されたものではありません。これまで福祉サービスに関する事故については、個々の施設はもとより、業界全体としてもその発生状況が把握、共有されていませんでした。しかし、このような事例集として取りまとめて公表することによって、福祉サービスにおける典型的な事故事例を共有することができ、それぞれの施設において、それら典型的な事故については優先的に防止するための取り組みが推進されることに大きな意義があります。

2点目は、「事故」と「ヒヤリ・ハット事例」の定義についてです。調査を実施した際、両者をそれぞれ以下のように定義しました。

「事故」：施設における福祉サービス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。なお、事業者の過誤、過失の有無を問わない。

「ヒヤリ・ハット事例」：利用者に被害を及ぼすことはなかったが、日常のサービスの中で事業者が「ヒヤリ」としたり「ハッ」としたものの。

しかしながら、寄せられた回答を整理していくと、この両者の違いが明確にはなりません。指針の冒頭でも触れましたとおり、事故とは何か、ヒヤリ・ハット事例とは何か、といった点において共通の理解が醸成されている状況には至っていないと言えます。

3 身体拘束との関係

身体拘束ゼロでは、自律的な生活と安全確保が対立するような捉え方がされがちですが、対立する概念ではなく、よりよいサービスを提供するという観点で改めてとらえなおすことが必要です。また、最近では身体拘束ゼロが目的になってしまっており、ケアの本質を見逃してしまっている議論も散見されています。「身体拘束ゼロが方針なので私どもは拘束をしません」だけではなく、一方では、外した場合にどのような対応をとるべきであるのかを必ず検討して実践すべきです。

ある病院では抑制することの弊害等について（別紙3）のように整理しています。

なお、拘束をはずしたら転倒が減ったという事例も報告されています。その理由としては、今までは紐や道具に頼っていたものが、職員の意識改革が進む中で十分な見守りが行われるようになったためであると考えられています。

4 リスクマネジメントの視点を入れた業務の見直しと取り組み

さて、その基本を「サービスの質の向上」におく福祉サービスのリスクマネジメントでは、安全対策委員会の設置や、インシデントレポートシステムの導入等、新たな取り組みが求められることもあります。現在行われている日常業務を改めて事故防止の観点から再点検、見直しを図ることが特に大切であると考えられます。特に、個々のサービス実施方法（手順）や使用する福祉機器、施設環境の状態、あるいは職員自

身の技術に焦点をあてて検証を行う必要があります。あわせて、取り組みを進めるにあたっては、職員の労働強化につながらないような配慮が求められます。なぜならば、職員に負担を強いるような取り組みでは、継続的な実践が困難になるからです。

以下、これからのサービス提供にあたって求められる新たなサービス管理の視点を示すこととします。これまでに、これらの視点の重要性は認識され、それぞれの施設においては創意工夫のもとに取り組みが行われてきていると考えられますが、やはり、リスクマネジメントの視点からそれらを検証し、新たな実践を図っていくためには、今までとは違った技術等が求められるものです。

(1) サービスの標準化と個別化

最近、国際標準の品質マネジメントシステムであるISO9000シリーズの導入に向けた検討を行ったり、実際に認証を受けたという福祉施設も増えている中で、「サービスの標準化」の必要性が指摘されてきています。「標準化」というと、関係者の間からは「多様な利用者に対してマニュアルに基づいて画一的なサービス提供につながる」といった趣旨の指摘が多く聞かれるところです。しかし、ここで言う「標準化」とは、組織の目的や使命、あるいは個々の業務に関する手順等についてなされるものであり、一人ひとりの利用者の状態像に着目した個別的なサービス提供は、個別援助計画によってしっかりと行われることが大切です。すべての利用者と同じ内容・手順でサービスを実施することを求めているものではないということに留意が必要です。「標準化」と「個別化」は分けて考えなければなりません。

ア サービスの「標準化」

サービスの標準化を図ることによって、提供されるサービスのばらつきを抑えることができるため、利用者の不満が減少するとともに、むだな業務手順を省くことができることから業務の効率化にもつながりやすいというメリットがあります。これまでの施設サービスは、各職員の経験と勘によって多くの部分が行われてきたという点を否定することはできません。新人職員の採用や人事異動等による業務のばらつきを抑え、それぞれのサービスを正確にしかも同一のレベルで行われるようにするためにも業務の標準化が望まれます。

リスクマネジメントの観点からは、上記の他、ある業務について、組織として一定のやり方が決まっていれば、万が一にもその業務中に事故が起こった場合、原因を特定しやすく、ただちに、改善に結びつけることができることが期待できます。各職員がそれぞれの経験と勘に頼ってばらばらにやっているのでは、業務の改善はおろか、原因を特定することすら難しいこととなります。

看護の分野では、「看護基準」として各病院がそれぞれ作成して古くから活用されている経過があります。また、最近では「パス法」の導入について、その有効性や必要性も議論されており、業務の「標準化」に向けた取り組みは今でも活発に行われていると言えます。

さて、(別紙4)に食事に関する介護マニュアルと、ある特別養護老人ホームが作成している入浴に関する業務基準を例示します。なお、例示については、よ

い例の一つであり、これらの基準を作成するための参考としていただき、その際にはそのまま使用するのではなく、個々の施設における職員配置や建物・設備構造の独自性を踏まえたものとなるよう配慮するなどの工夫が必要です。

最近、福祉サービスの分野でもマニュアルの必要性が指摘されています。このように各サービスについて標準的な業務手順を組織として作成して取りまとめることもひとつのマニュアル化であると言えます。このような業務手順（標準）を定めるにあたっては、別紙4の例のように、事故防止の観点から危険の予測と、それに対する注意事項を適宜、手順の中に盛り込んでいくことが大変重要です。

イ サービスの「個別化」

さまざまな状態像、ニーズをもつ利用者一人ひとりに対しては、組織が定める標準的な方法・手順のみによる画一的なサービス提供で十分であるはずはありません。当然のこととして、提供するサービスの「個別化」が図られる必要があります。

利用者一人ひとりに提供するサービスの「個別化」は、主にアセスメントに基づく介護（援助）計画によって図られるものですが、改めて利用者一人ひとりの状態やニーズにふさわしいサービスが提供できるようなアセスメントや介護（援助）計画の内容となっているかの検証が必要となります。

（ア）アセスメント

サービスの提供にあたって各施設では、それぞれの方法に基づいてサービス提供に必要な利用者状況等の情報収集を行い、利用者の福祉ニーズを明らかにするというアセスメントを行っています。リスクマネジメントの観点からは、この段階で一人ひとりの利用者が有する潜在的・顕在的なリスク（転倒、誤嚥、など）が明らかとなるような情報収集とそれに基づく多職種によるアセスメントが望まれます。例えば、「車いすに乗車中に1人で立ち上がってしまう」という聞き取り情報は、顕在的な転倒リスクとして重要なものとなります。また、服薬情報については、どのような薬を服薬しているのか、だけにとどまらず、その服薬がもたらす副作用（ふらつきの出現など）についてもあわせて明らかにしておく必要があります。なお、これまでの転倒歴や誤嚥歴等を把握しておくことは当然のことと考えられます。

そして、このアセスメントの段階で、明らかになったリスクに対してどのような対応を施設がとりうるかを検討しておく必要があります。

（イ）個別援助計画

アセスメントの結果に基づいて、利用者一人ひとりに対する個別援助計画を作成します。特に個別援助計画は、1人の利用者にはさまざまな職員が関わることを想定して、より個別・具体的な記述を図り、職員間で共有化できるようにしておくことが強く求められます。関わる職員によっては、その利用者の特性やサービス提供時の留意点を十分に知っていなかったがために発生した事故も少なくありません。前述の「標準化」とは違った観点から、どの職

員がサービスを提供しても利用者一人ひとりに対するサービスのばらつきを抑えるために、この個別援助計画は重要なものであると言えます。

さて、リスクマネジメントの観点から特に個別援助計画に求められることは、①アセスメントの結果に基づき、その利用者の潜在的・顕在的リスクが明示されていることと、②それらのリスクを回避するために、施設としてどのようなサービスを提供していくかが明らかになっていることの2点が重要です。

また、計画はできるかぎり具体的に記載されていることも必要です。例えば、入浴時の脱衣については「一部介助」「注意する」といった記述だけが見られる計画もありますが、それだけでは何をどの程度一部介助するのか、何に注意したらよいか不明確であるため、リスクマネジメントの観点からも望ましいものとは言えません。

(2) 利用者の動きを把握し、目配り気配りを欠かさない体制づくり

施設が分析した「転倒」の発生要因を見ると、「目を離してしまった」「見守り不足」とか「急に動いてしまったため」などという記述が多く見られます。ある利用者の見守り介護をする場合には、必ず「誰が」見守るのかを明確にしなければなりません。チームで業務にあたっていると、職員同士が「誰かが見ているだろう」という意識になってしまい、結果として誰も見ていなかったということが往々にしてあるものです。

また、自分がやむをえない理由によって利用者のそばを離れなければならない場合には、必ず他の職員に声を掛けるといった基本的な動作が職員の間で確認されていないために起こった転倒事故も多く見られます。

少しの間でも、利用者から目を離さない工夫の例としてある病院では、ミーティングの際、発言者がホールに背を向け、その他の職員は全員ホールの方を向くようにして利用者から目を離さない、あるいは頻回の見守りが必要な利用者がいる場合にはタイマーを活用するといった取り組みを行っています。

(3) 記録と報告

福祉サービスにおける記録は、利用者に対してどのようなサービスを行い、それに対してどのような反応があったかといった経過を記録、報告してサービスの改善に結び付けていくということの他に、家族等に対してどのようなサービスを提供しているのかについて客観的に説明するための機能ももつものであり、今後ますますその重要性が高まってきます。

個別援助計画との関係では、提供するサービスのポイントを計画の中で明確化しておくことを前提として、それに対する支援状況と反応の記録といった整理が求められます。

福祉の記録は医療や看護の記録と違って、感情、情緒、かかわりといったコミュニケーションの要素が多分に入るため、客観的ではなく主観的となりやすい傾向が指摘されています。特に「何を記録するのか」が施設全体として明確にされ

ていない状況にあります。まずは、記録の記入方法（書式や用語など）を組織として統一することが望まれます。

また、記録することが負担とならないための一つの方策として、文字で書く部分を極力減らすために、ある病院では書式の一部をチャート式にするなどの工夫をしている例（別紙5）もあります。

その際には書式の全てをチャート式にするのではなく、個々の利用者の状態像や具体的な計画が十分に把握できる記録にすることが重要です。

（4）法人・施設による自主的な業務マニュアルづくり

これまでの取り組みを踏まえて、法人・施設による自主的な業務マニュアルづくりを進めることも有効です。「マニュアル」というと、何か厚い冊子のようなイメージを持たれがちですが、必ずしもそうとは限りません。前述した個々の業務を「標準化」した文書もマニュアルのひとつであると言えますし、特に危険が多く潜んでいる業務（例えば、移動・移乗や入浴にまつわる事故例は、施設種別を問わず最も多発しているものです）に関して事故を防止するための要点を入れた業務マニュアルを作成することが大切です。そのマニュアルの作成にあたっては、介護職員等のサービスを実際に行っている者の工夫や知恵を最大限に生かすことが重要となります。

（別紙6）に、事故を防止するための留意点を踏まえた絵入りの業務マニュアルの例を示しておきます。

（5）リスクマネジメントを効果的に行うための取り組み

ア 事故事例やヒヤリ・ハット事例の収集と分析

事故防止策を検討するためには、現状を的確に把握する必要があり、そのためには施設内で起こった事故を把握するほか、事故につながりそうになった事例（ヒヤリ・ハット事例）を収集して活用することが有効であるとされています。施設においてもその有効性が認識されはじめ、各施設では独自の取り組みを始めているところも多く見られるようになってきました。しかし、つぎの調査結果が示すように、その取り組みは未だ緒についたばかりですし、事例等に対する十分な分析や活用といったところまでは至っていないケースも多いようです。

【事故防止への取り組み状況】

(単位：施設数)

	事故防止への取り組み			
	事故/ヒヤリ・ハット	事故のみ	行っていない	無回答
救護施設	14(35.0%)	18(45.0%)	3(7.5%)	—
養護老人ホーム(盲養護老人ホーム含む)	4(15.4%)	12(46.2%)	9(34.6%)	1(3.8%)
特別養護老人ホーム	77(41.6%)	91(49.2%)	14(7.6%)	3(1.6%)
軽費老人ホーム(ケアハウス含む)	4(18.2%)	9(40.9%)	7(31.8%)	2(9.1%)
身体障害者療護施設	99(36.8%)	140(52.0%)	24(8.9%)	6(2.2%)
乳児院	23(46.0%)	21(42.0%)	5(10.0%)	1(2.0%)
母子生活支援施設	4(10.0%)	20(50.0%)	13(32.5%)	3(7.5%)
保育所	24(32.4%)	25(33.8%)	18(24.3%)	7(9.5%)
児童養護施設	11(28.2%)	15(38.5%)	11(28.2%)	2(5.1%)
知的障害児施設	15(25.9%)	32(55.2%)	9(15.5%)	2(3.4%)
肢体不自由児施設	30(81.1%)	5(13.5%)	—	2(5.4%)
重症心身障害児施設	41(73.2%)	12(21.4%)	3(5.4%)	—
知的障害者更生施設(入所)	35(29.7%)	64(54.2%)	17(14.4%)	2(1.7%)
知的障害者更生施設(通所)	33(36.3%)	41(45.1%)	16(17.6%)	1(1.1%)
知的障害者授産施設(入所)	14(23.3%)	38(63.3%)	7(11.7%)	1(1.7%)
知的障害者授産施設(通所)	38(31.1%)	58(47.5%)	23(18.9%)	3(2.5%)
上記以外の障害者福祉施設	5(16.1%)	19(61.3%)	7(22.6%)	—
デイサービスセンター(老人・障害)	17(26.6%)	32(50.0%)	12(18.8%)	3(4.7%)
その他の福祉施設等(老人保健施設)	1(50.0%)	1(50.0%)	—	—
合計	489(35.3%)	653(47.2%)	198(14.3%)	39(2.8%)

(『福祉サービス事故事例集』より)

特にヒヤリ・ハット事例については、単にその収集が目的となってしまうことのないよう、施設として集めた事例をどのように分析して活用していくのか等について、あらかじめ目的を明確にしておくことが望まれます。

さて、事故事例やヒヤリ・ハット事例を的確に収集するためには、報告を提出した者に対して不利益処分を行わない、職員の個人的な資質のみの問題として扱わない等、報告しやすい環境(組織風土の改善)を整備することが非常に重要です。それは、職員の間で安全管理の重要性に対する認識や、同じような事例が再び起きないようにするための工夫だというコンセンサスが醸成されていることがその前提となります。

通常、収集した事例は「分析」⇒「要因の検証」と「改善策の立案」⇒「改善策の実践と結果の評価」⇒「必要に応じた取り組みの改善」といったいわゆるPDCAサイクルによって活用していくこととなります。また、その過程の中では自施設における事例だけではなく、知りうる範囲で他施設の事例についても取り

上げ、職員間での検討はもとより、利用者や家族等をも含めて話し合いができるような環境整備が図られることがより望ましいと考えられます。

イ OJT（職場内教育、業務を通しての人材育成）

作成した業務マニュアルを活用してその内容を広く周知する等、独自の職場内研修の実施が必要です。現在のところ、多くの福祉施設で事故防止に向けた職場内研修を実施しているとしていますが、実際の内容を見てみると、職員会議やミーティングで必要に応じて施設長等から話をしているといった内容の他、年に1回の救急救命の実技を実施ということが中心となっており、果たしてこれで十分と言えるかどうかについては議論の余地があります。今後は、特にリスクマネジメントの観点からの継続的・定期的かつ計画的な職場内研修が必要となりますし、その内容も講義形式だけではなく、実技を取り入れたものや、職員同士が話し合っただけで業務遂行上の危険を明らかにしたり、それらの対応策を互いに考えるなど、内容にも配慮していく必要があります。

ウ QC活動

一般企業では、品質管理のために現場の知恵や意見を活用する方策としてQC活動に取り組んでいます。福祉施設においても「サービスの質の向上」の観点からQC活動は有効な手法のひとつと言えるでしょう。具体的な進め方については、すでにいくつかの参考文献も見られますので、それらを参照してください。

ただし、すでにQC活動を実践している施設の例からは次のような課題も提起されていますので、十分な注意が必要です。

- ・ 活動の成果を発表するということが目的になってしまうことがある。
- ・ 事務職や看護職、管理的業務者が活動に入りにくい。

エ 取り組みの周知徹底

リスクマネジメントの取り組みを組織全体で推進していくためには、その取り組み方針や方策をすべての職員に周知する必要があります。具体的な周知方法としては、職員会議等で周知を図るといった方法が一般的ですが、より効果的なものとして防止月間や標語の設定、ポスターの作成・掲示による啓発、講演会の開催などが考えられます。講演会も単に実施すれば良いということではなく、全職員が聞く必要もあることから、勤務割によって聞けない職員に対してはテープおこしたものを配布して周知したり、同じ内容で回数を重ねて開催するといった工夫も望まれるところです。

また、ある大学病院では、白衣のポケットに入るぐらいの大きさのマニュアル集を全職員に配ってそれを常に携帯させ、活用を促しているという取り組みも見られています。

第4 事故が起きてしまったときの対応指針

次に、不幸にして事故が起きてしまった場合の対応について、その基本的な考え方を整理しておきます。これまでに福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点は「サービスの質の向上」にあるとしてさまざまな取り組みのあり方等を整理してきました。事故が起きてしまった場合に、適切に対応できるか否かは、この日頃からの取り組みがしっかりと行われているかどうかにかかっているといっても過言ではありません。

日頃から、経営者の強いリーダーシップのもとに組織全体としてサービスの質の向上を基本的な視点に据えたリスクマネジメントの取り組みを実践している施設では、この事故後の対応も的確に行われることが可能となります。事故を未然に防ぐための基本的な方策として重要な「コミュニケーション」も、日頃から利用者や家族との円滑・良好なコミュニケーションが確保されていれば、事故が起きてしまった場合でも、その後の解決に向けた相互のやり取りがスムーズに行われるでしょう。また、利用者一人ひとりについて適切なアセスメントがなされ、それに基づく個別・具体的な援助計画があり、十分な記録によってサービス提供過程によって施設が行ったサービスの内容を説明するならば、事故発生の因果関係等を明らかにすることができ、施設と利用者やその家族等、双方にとって望ましい状況になります。そもそも、そのような実践が行われている施設では事故そのものが発生しにくいということもあります。

逆に言えば、日頃の実践がなされていないところで事故が発生してしまった場合、施設にとっては適切な対応を図ろうにも図ることが到底できないということです。特に、関係者の間で問題となる「賠償責任」の問題は、事故対応のほんの一部にすぎないということを認識する必要もありますが、訴訟が提起された場合には、事故が起きてしまった後に慌てても何もすることはできません。裁判の過程で明らかにされる事実の大部分は、日々のサービス提供の中で起きているものであり、事故が発生した後では、その過程を改めることはできないからです。

1 事故に対応する際の基本姿勢

事故後の対応にあたっては、利用者本人やご家族の気持ちを考え、相手の立場に立った発想で処していく姿勢が基本とならなければなりません。施設に事故の責任が有る、ないということよりも、まずは誠意ある態度で臨むことが必要となりますし、後のことを円滑に進めることにもつながっていきます。事故によって大きな苦痛を蒙るのは利用者やその家族であることを念頭におくべきです。

2 事故対応の原則

(1) 個人プレーでなく組織として対応

法人・施設は契約の当事者としての意識を持って一体的な対応をすることが求められます。

(2) 事実を踏まえた対応

事実を正確に整理・調査し、それらを踏まえた対応をすることが必要となります。その際、経過の正確な記録（誰にいつどういう説明をしたか）や、その後の経時的な記録が重要です。そのためにも、日頃のサービス提供記録のほか、事故が発生した際にどのような記録を整備するかについて、施設内でルール化しておくことが望まれます。

(3) 窓口を一本化した対応

窓口を一本化した上で、十分なコミュニケーションを図り、中身を十分見極めることが重要です。相手の要望は単なる苦情の場合もあれば、本当の金銭クレーム、訴訟につながるものもあります。その訴えを十分に見極める必要があります。法人・施設内で事故発生時の対応責任者をあらかじめ決めておくことが求められます。

3 事故対応のフロー

先のとおり、リスクマネジメントを事故対応とりわけ「賠償問題」に矮小化してとらえてしまう傾向が見受けられますが、賠償問題というのは本当に一部に過ぎないと指摘もあります。発生した事故を前にしてその利用者のご家族等がどのようなことを考えるか、何を知りたいと思うのか、といった視点を踏まえ、以下に事故対応のフローを整理します。

(1) 事実の把握と家族等への十分な説明

事故の知らせを受けた家族等が一番初めに共通して持つ強いニーズは、「事実を知りたい」ということです。そのためにも事故が発生した場合には、できるだけ早いうちに関係した職員から事情を聞くなどして、事実の確認と記録が行われる必要があります。職員が関係して発生した事故の場合、その職員も気が動転していますので、前後の記憶が定かではないことも想定されます。事実把握には迅速性が求められます。なお、施設の責任が問われかねない事実だからといって隠蔽したり、改ざんすることは厳に慎むべきであることは言うまでもありません。

そして、調査した結果に基づいて、家族等に事故の発生状況やその後の対応について事実を十分に説明します。その際の受け答えにも誠意ある態度で臨むことが基本となります。

(2) 改善策の検討と実践

2番目には、「今後どうするのか知らせて欲しい」というニーズが出てきます。このような事故が起こるようでは、安心して利用することができないので、どのように対応するつもりなのか聞きたいということです。したがって、事故後の早い時期に発生した事故の要因分析を職員の参画のもとで多角的に行うとともに、具体的な再発防止策を検討・実践していくことが求められます。そして検討した結果は、きちんと家族等に対して説明をして、納得を得るということが重要です。

(3) 誠意ある対応

それでも、やはり「謝罪をして欲しい」という話しも出てきますし、謝罪でも納得できない場合には法人や施設の責任問題、さらには損害賠償の要求につながっていくこともあります。

謝罪については、往々にして「簡単に謝罪してはいけない」「謝罪すると、責任があったことを認めることにつながる」といったことが言われていますが、本来、有責無責にかかわらず、迷惑や苦痛をかけてしまったことに対しては人間的な共感をもって誠意ある対応をすることが大切です。「謝罪の意すら示さない」といって利用者側の感情を損ねてしまい、訴訟に発展するケースもあります。

4 事故の発生に備えて

事故が発生した直後の対応としては、利用者の救命や安全確保を最優先にしつつ、医療機関との連携と家族等に対する連絡という2つの対応を的確かつ迅速に行うことが求められます。そのため各施設においては、事故発生直後の初期対応の手順の明確化や必要となる連絡先リストの作成等の備えが必要となります。特に事故の発生直後は、職員も慌てやすく、日頃の備えが十分でないと、迅速な対応が損なわれるおそれが多分にあります。事故が発生した場合、施設内の医療スタッフとどのような連携を図るのか、その間にどのような連絡体制をとるのか、事故後の経過を誰がどのように記録するのか、などについて、あらかじめ明文化しておき、すべての職員に周知徹底することが望まれます。

第5 おわりに

福祉サービスにおけるリスクマネジメントの具体的な取り組みは、個々の事業の特性などを考慮のうえ自主的に定めることが重要ですが、単なる事故防止や賠償問題に矮小化することなく、積極的に利用者の満足度を高め、提供するサービスの質の向上を図るなど、より良いサービス提供を目指すという視点で進めることが肝要です。その結果として、有効な事故防止策が講じられるとともに、万が一にも事故が起きてしまった場合の適切な対応に繋がることにもなります。

本指針が社会福祉法人等において福祉サービスの一環である危機管理体制の確立に向けた一助となれば幸いです。

1 苦情解決体制を整備するにあたってのポイント

社会福祉基礎構造改革を支える仕組みとして新たに導入された苦情解決制度は、都道府県段階における対応（運営適正化委員会）と事業者による苦情解決という2つの流れがあります。事業者による苦情解決のあり方については、その具体的な仕組みが厚生労働省から「指針」として出されていますので詳細は通知をご参照ください。

以下に、より効果的な苦情解決体制を構築するためのいくつかのポイントを整理します。

- ・苦情を収集するチャンネルの多角化（苦情受付担当者や第三者委員以外にも、たとえば意見箱の設置や、利用者や家族との懇談会、匿名性を確保したアンケートの実施、など）
- ・苦情情報の共有化を図る
- ・「声なき声」を積極的に聞き出す

また、苦情はサービスの質の向上に向けた取り組みを促進するための貴重な情報源となることから、その有効な活用を図る観点からもいくつかの留意点があります。その前提として、職員間における苦情解決の意義や重要性が共有化されていることが大切です。

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

2 苦情対応の基本原則

○公平性

事業者が設置する苦情解決の仕組みであっても、その基本は利用者の立場に立って対応することが基本となります。利用者が、情報の非対称性・交渉力の不均衡性・判断能力の不十分性等の面において、施設と完全に対等な関係となっていないことがあることを認識する必要があります。

○公正性

第三者委員という客観的かつ公正な存在が解決の方向性を正当化しうることになります。第三者委員の二重性、つまり、事業者から選任されているという側面と利用者の立場に立つことが期待されているという側面とが均衡していることによって、公正さを高めていくことができます。