



H.C.R. 2008 ふくしのスキルアップ講座報告

vol. 3

H.C.R. 2008では、福祉・介護職のスキルアップを図るため、多彩な専門職講座を開催いたしました。保健福祉広報協会ではその内容を順次H.C.R.ニュースに掲載しております。今回は「老人ホーム、障害者施設の事故事例から学ぶ防止への取り組み—いつ、どういう状況で事故は起きたか?」です。

老人ホーム、障害者施設の 事故事例から学ぶ 防止への取り組み —いつ、どういう状況で事故は起きたか?

2008年9月26 (金)

福祉施設において安全管理は最重要課題です。各施設では利用者に対する安全の確保と事故防止に力を注いでいます。しかし、福祉の現場で人材不足が深刻化するなか、多くの福祉施設が加入している損害保険（しせつ損害補償）の事故給付状況をみると、以前より事故が増えています。

本講座では、福祉施設における事故の実態と傾向を把握するため、平成18年度に保険請求された事故事例のデータから、いつ、どこで、何をしている時に、どんな事故が起きているかを分析するとともに、その防止のために福祉施設でおこなわれている取り組みについて考えました。

小國●近年、福祉施設では、数の増加、形態の多様化、利用者のニーズの多様化・高度化や状態の重度化などが進んでいます。一方で施設現場のリスクマネジメントへの関心も高く、ヒヤリハット事例の収集・学習や、規則やマニュアルの策定や研修など、各現場で努力が重ねられています。しかし、残念ながら事故は増えています。大きな事故の背景には必ず予兆的な出来事があります。同じことを繰り返さぬよう、各事例から学習し、利用者が安心できる環境を提供しなければなりません。自分たちだけでなく広く他施設の事例からも学び、情報や知識、方策を共有し、対応力を高めていかねばなりません。本日は参加者それぞれの立場からの発表を受け、情報や意見を交換したいと思います。



— 福祉施設の 事故データから学ぶ 事故防止のポイントと事故分析

損保ジャパンリスクマネジメント
齊藤 裕一氏

齊藤●当社はリスクマネジメントを専門に扱う保険会社の関連会社です。今回は、全社協の「しせつの損害補償」制度での平成18年度の賠償責任保険金・損害保険金の支払いデータ計3,769件の分析結果について報告します。

施設種別では圧倒的に老人福祉施設での事故が多く2,841件、うち特養が1,836件と半数以上を占めました。事故の種別では転倒が52.2%と多く、転落、衝突・接触が続きます（資料①）。発生場所は居室が1/3、続いて廊下・階段、浴室などです。これらは日常業務の感覚と一致するのではないのでしょうか。発生時間帯で多いのは昼の10～12時頃と13時以降です（資料②）。月別では4月と10～12月に増える傾向にあります。4月は利用者の入れ替えや職員の出入り、10月以降は寒くなって身体的に動きが

講師



齊藤 裕一氏
損保ジャパン
リスクマネジメント



黒木 茂夫氏
特別養護老人ホーム
皇寿園施設長



牧野 恵子氏
袖ヶ浦福祉センター
知的障害者更生施設
更生園園長

司会



小國 英夫氏
京都光華女子大学教授（当時）

※本文の前提やデータ等は講座開催当時のものです。

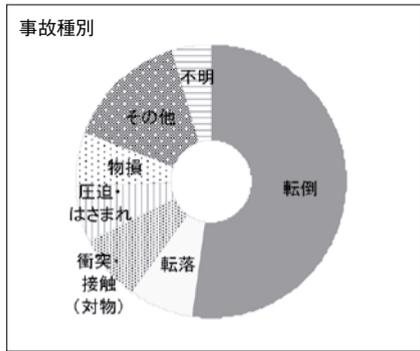
鈍くなるのことも一因かと推測されます。

何をしている最中に起きたかという発生状況では、移動・待機中に、居室・廊下階段が多くなっています。また、死亡事故は71件あり、行動態様別に見ると、無断外出・徘徊が事故につながった例が20%、食事・食事準備中が16.1%で、これらの対策がまず最優先で取り組むべき課題だといえます。

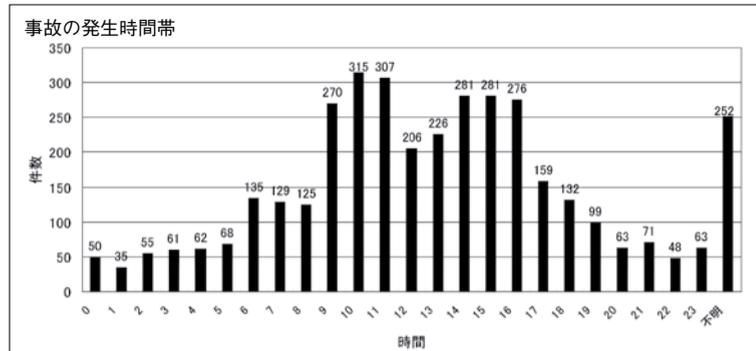
介助の有無という視点で見たときは、送迎や施設外での事故の際、約8割で介助がなされています。全体でも約4割は介助のある時に事故が起きています。見守り方法や介助者の役割分担を見直すべきでしょう。介助なしで自立歩行中の転倒等は防ぎようがありませんが、事後の対応で被害拡大を防ぎ、大事に至らせないことが可能です。介助のある時にはスタッフの知識や技術の向上、ない時には早期発見と対応できる体制整備などがポイントです。

施設種別では、老人福祉施設では6～7時台の発生が多く、事故種別で多いのは転倒です。朝方の事故はほとんどがトイレへの往復です。回避するためにはコールなどを徹底することが大切です。食事の際の事故などでは気をつけていても起きる

資料①



資料②



場合もあるので、重要なのが緊急時の対応です。現場の職員が咽喉に詰まらせたものを取り除く救急処置や、事後の状態の観察を適切にできることが必要です。異物を取り除いた確認が不十分でその後の救急搬送が遅れて大事に至ってしまった事例もあります。早期発見・早期対応のため、異物を除去する器具の置き場所を確認しておきましょう。救急時の対応では、利用者の異物除去に専念するあまり救急車への連絡を忘れることがあります。役割分担は日頃から決めておきましょう。現場の熟練職員が不在でも誰もが適切な処置をできるよう、トレーニングや教育も見直す必要があると思われる。

身体障害者更生援護施設では、施設外での事故が意外に多く起きています。施設外での介助のあり方を見直す必要に気づかされます。自立した利用者に施設を出てから戻るまでずっと介助者がつききりというのは難しいですが、危険箇所の把握や、利用者への安全教育がポイントだと思います。また、転倒事故も多く、骨折や頭部障害、重傷・死亡事故につながる傾向が強いです。施設としてはアセスメントをきちんとし、その中で支援する側についても運動訓練が適切にできているか、評価をしましょう。転倒を100%防ぐのは困難ですが、どの施設でも、適切なアセスメントと職員間での情報共有化、利用者の危険性認識の喚起などがポイントとなるでしょう。

知的障害者援護施設では、作業場での事故の多さが特徴で、死亡事例もあります。施設側としてはやはりアセスメントと支援者間の情報共有が大切ですが、事例数が少なく、統計からの対策は困難です。継続的に分析を積み重ねて何らかの対策が見えてくるようにすることが課題です。

最後に事故の内容をいくつか見てみます。入所型の老人福祉施設における転倒・転落事故の計1,508件を見ると、意外ですが日中に起きています。起床時の事故防止、トイレ介助の方法の見直し、昼を挟んだ時間帯の見守り体制などがポイントになります。場所で多いのは居室内で692件、朝方に多く、一方で約6割が移動中に起きており、これもトイレと関連しているようです。職員の介助・見守りの有無では、約4割が見守りのある時に起きているのも注意すべき点です。

参考までに、誤嚥で死期が早まったと認められた裁判例を説明いたします。現場職員が誤嚥に関係していたにも関わらず、その後の救急車の要請ができていなかった点を裁判所は指摘し、「死因は老衰でも誤嚥が死期に影響を及ぼした面は否定で

きない」とし、損害賠償300万円という判決になりました。この事例は損害額の大小に関わらずやるべきことがあったのです。

私たちは具体的な事例を対策につなげていかなくてはなりません。自分たちの施設でも同じ事態が起こりうるという視点から、勉強会等での議論の素材としてご活用下さい。

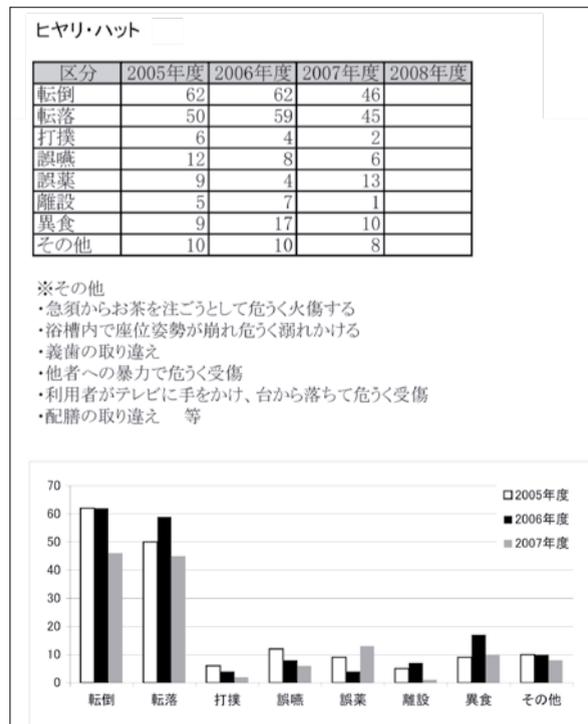
いつ・どういう状況で事故は起きたか？

特別養護老人ホーム皇寿園施設長
黒木 茂夫 氏

黒木 ●当施設は宮崎県にあり、県第1号の特養（定員100名）の他、ショートステイ（定員10名）、養護老人ホーム（定員50名）を2施設運営しています。

昨今の福祉施設では職員確保が難しく、そのことが事故につながる面も否定できませんが、相応に人員のいる当施設でも事故は起きています。過去3年間のヒヤリハット件数と介護事故件数をご覧ください（資料③）。気になるのは誤薬の増加です。飲んだかどうか十分確認できずに薬が残っていた例などですが、配膳の取り違えにも関連しており、今後、対処が必要です。介護事故で多いのは移動や入浴の介

資料③



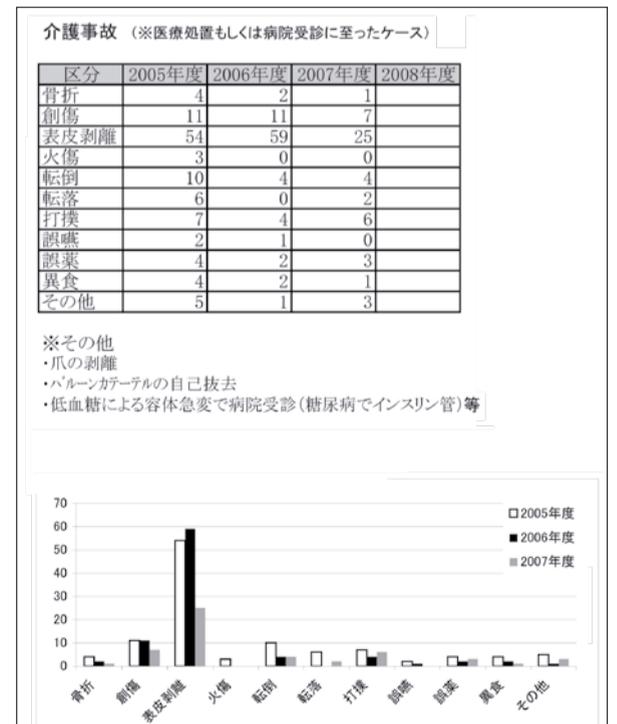
助の際の表皮剥離です（資料④）。当施設ではヒヤリハットや事故が起きたその都度に報告し、各主任がコメントを加え、次の対応をとっていますが、全職員への徹底はまだ不十分かと思えます。

次に事故事例から反省点をお話しします。第1にノロウイルスです。平成18年12月、3階建て施設の3階で発症し、フロア内で段階的に感染が広がりました。感染症発生では保健所への報告が義務づけられていますが、その条件には発症人数の割合だけでなく、「通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を認めた場合」という項目が含まれています。保健所と相談し、発生12日目で終息しました。対応については保健所との連携を密にし、専門家に早めに指導してもらうことが大事であると思います。幸い当施設では長いことインフルエンザが発症していません。予防接種も十数年前から実施しており、職員にも研修を重ねてきました。しかし、同じ感染症であるノロウイルスが発症したことは油断があったと思います。もう1つ大切なのが家族への説明です。家族会を開催して状況を説明し、協力をいただきました。

第2に転落事故です。数カ月ぶりにショートステイを利用した方が、夜間にベッドから落ち、その後の容態が好転しませんでした。利用者のアセスメント内容が職員に理解されておらず、この利用者の持病について十分把握されていなかったようです。そのために「様子を見る」ということが起き、さらに家族や嘱託医への連絡が遅れてしまいました。私は翌日から処理にあたり、家族との対応を重ね、マニュアルの内容に修正を加えてから、現在まで問題は起きていません。転落事故は怖いもので、何もないと思っていても万が一があり得ます。直接の原因が持病であっても施設の管理責任を問われる可能性があります。家族の言いは十分聞き、求められてマニュアルも開示しました。対応の重要性をしみじみ感じました。保険会社との連絡も大切です。

第3に三笠フーズの事故米不正転売問題です。宮崎県内では多数の製菓業者が事故米を購入し、その製品を既に私たちも購入してしまっています。今後の

資料④



対応に苦慮しているところです。

誰もが感じていることでしょうか、個別ケアの徹底、情報の共有化、利用者・家族・地域に対しての適切な情報の開示、この3つは大事にしていかなければと、改めて職員全体で確認しているところです。

事故防止の 取り組みについて

～強度行動障害者への支援経過から

袖ヶ浦福祉センター知的障害者更生施設更生園園長
牧野 恵子 氏

牧野 ● 更生園は千葉県社会福祉事業団の管理運営による施設で、現在、利用者は107（定数120）名、職員は112名います。2つある支援グループの一方が強度行動障害者の支援事業を担当しています。

強度行動障害とは、自閉症等といった基本的な障害とは関わりなく、何らかの障害により、激しく著しい行動上の問題を示している状態をいいます。障害種別をあらわすものではなく、行政上の概念です。そうした方々への支援には人手も設備もかかり、多くの経費が必要です。そこで「強度行動障害判定指針」というものが作られており、対象者の行動をその形と強さ・発生頻度を組み合わせて点数化して、国の特別支援加算の基準としています（資料⑤）。

当施設の利用者の中にも、他害やもの壊しが非常に激しく、3名の職員が常時ついていての方や、入所前に自傷でこめかみを激しく殴り続けて失明に至った方などがいらっしゃいます。行動の例としては、天井を剥がす、ドア・壁・便器などを壊す、アクリルガラス

をぶち抜く、職員や他の利用者の目を爪で抉るなど、また支援時に職員が打撲や骨折に至るケースも見られます。

支援事業は「判定指針」で20点以上の方を県内から募集し、事業団外部の第三者による審査会議で決定します。受け入れて支援した結果、行動が改善した方は民間施設等に移行してもらい、新たな受入支援をおこなう、というサイクルで、利用期間は原則3年ですが、現在まで移行例はありません。

利用者は、激しく不適切な行動というマイナス面ばかりを強調されてこれまでの人生を送ってきた方です。その行動の軽減だけではなく、その人の生活をどう組み立てていくのかが非常に大きな課題となります。支援にあたっては事故防止を最優先に考えました。対象者・利用者の生命・身体の安全と精神の安定のため、詳細なアセスメントに基づく専門的な支援と情報の共有化を重視しました。過去、知的障害者の施設では経験主義や社会的なルール・マナーに則った支援という考え方がありましたが、それでは絶対に通用しません。

利用者の行動の激しさから、支援直後にもその内容を修正しなければいけない場合もあり、職員間の迅速な情報の共有化は安全への重要な要素です。これは利用者本人だけではなく他の利用者や職員の安全にもつながります。特に職員に関しては安全な支援はストレス軽減・モチベーション維持につながるでしょう。安全な生活環境への配慮に関しては、実は利用者のなかには入所前に数日間所在不明になったことのある方や、交通事故に遭った方もいます。そのため居住ユニットの出入口と窓に施錠管理をおこなっています。福祉施設という生活の場でのこうした行動制限は、あくまでも安全のためやむを得ない場合です。ご家族には行動制限に関する説明書で対応し、同意・署名をいただいています。また、非常に激しい

他害行動が出た場合、他の利用者の安全のため部屋で過ごしてもらわざるをえないこともあります。その場合、個別に記録を残し、ご家族から閲覧の申し出があればいつでも見てもらえるようにしています。

支援の基本的な考え方ですが、まず環境の構造化、つまり各人の特性にあわせて、刺激をコントロールしたり集中したりしやすくする衝立や、文字や絵



を用いた視覚的なスケジュール表等を取り入れています。行動面では応用行動分析の手法を用いて、記録に基づき、行動の目的（獲得、注目、回避、感覚等の機能）に着目して要因を分析します。行動は周囲の人や環境との相互作用から起き、周囲の働きかけや環境を変えることで変わるという考え方です。これは強度行動障害者の支援にあたって有効なことが多く、支援者としても非常に励まされています。支援は移行のためのものであり、まずは激しい行動を軽減し、その人にあった生活の組立を計り、退所後にも安定した生活ができるようにすることが支援の目的となります。

支援にあたっての具体的なポイントは、まず身体的な安全を保障するための生活環境の整備です。例えば怪我をしにくい内装材料の選択や保護材設置、強化ガラスやアクリルガラス、異食をする方には異食物の除去の徹底、また個室の提供もあります。また施設の職員にとっては専門家が必要ですので、スーパーバイズシステムを導入して外部から心理学の専門家を招聘しています。指導・助言が支援の継続性には重要です。日中活動についても、生活の大事な要素でありながらこれまで放っておかれた方が多いため、活動を通じて利用者が達成感を得、人から望ましい評価を受けることで、適切な人間関係を作る第一歩になればと、重点的に取り組んでいます。

次に情報の共有化を中心にした取り組みを具体的に紹介します。初めて支援に入る職員でも対応可能なように新たな支援マニュアルを作成したほか、直接情報を得るためのシステムを作りました。変則勤務でも、支援の方法や内容、利用者状況などさまざまな情報を確実に素早く伝達する方法として、これを見ればすべての情報が得られるようにパソコンを活用し作成した連絡ノートです（資料⑥）。記載内容は他の職員に伝えたいあらゆるものを記載します。職員は出勤したらまずPC内の連絡ノートを必ずチェックし、それまでの情報を自ら直接得るというシステムです。

現在、支援事業が拡大し、受入対象が男性12、女性4の計16名に、職員が9名から40名弱に増えました。同時に激しい行動が続発したため、従来の支援体制では難しくなり、約50名の職員が支援情報を素早く正確に共有化して、事故に至る前に対応す

資料⑤

強度行動障害判定指針				
(平成16年2月6日障発0206003号厚生労働省社会・援護局障害福祉部長通知)				
＜強度行動障害の目安と内容例＞				
行動障害の内容	行動障害の目安の例示			
1 強度の自傷行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしったり、爪をはぐなど。			
2 強度の他害行為	噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。			
3 激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートル離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。			
4 激しい器物破損	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服を何としてでも破つてしまうなど。			
5 睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。			
6 食事に関する強度の障害	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていられず、皆と一緒に食事ができない。便や釘・石などを食べ、体に異常をきたしたことのある拒食、特定のものを食べずに体に異常をきたした偏食など。			
7 排泄に関する強度の障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁面になすりつける。脅迫的に排尿排便行動を繰り返すなど。			
8 著しい多動	身体・生命の危険につながる飛び出しをする。目を離すと一時も座れず走り回る。ベランダの上など高く危険な所に入る。			
9 著しい騒がしさ	たえられないような大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間も続く。			
10 パニックへの対応が困難	一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさまられず、つきあっていられない状態を呈する。			
11 他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。			
＜強度行動障害判定基準表＞				
行動障害の内容	1点	3点	5点	点数
1 ひどい自傷	週に1回以上	1日に1回以上	1日中	
2 強い他害	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回	
3 激しいこだわり	週に1回以上	1日に1回以上	1日に頻回	
4 激しいもの壊し	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回	
5 睡眠の大きな乱れ	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日	
6 食事関係の強い障害	週に1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎日	
7 排泄関係の強い障害	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日	
8 著しい多動	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日	
9 著しい騒がしさ	ほぼ毎日	1日中	絶えず	
10 パニックがひどく対応困難			困難	
11 粗暴で恐怖感を与え、対応困難			困難	
			合計点数	

資料⑥

連絡ノートの記入例		
日付	記事	記入者
3日 (金) 1	ヒヤリハット Tさん、2日20時、突然居室のドア角に頭をぶつける自傷。怪我はなし。保護材がはがれている。	●●
3日 (金) 2	3日-1について 居室ドアの角の保護材を張り直し済み。行動観察は継続のこと。	●●
※デスクトップにショートカット、月ごとのフォルダ		

るシステムをつくる必要性に迫られています。

袖ヶ浦福祉センターは平成18年度から指定管理者による運営となり、当事業団が管理者となりました。そのため事業団全体で100名近くの正規職員が退職し、約90%の正規率が60%台に下がりました。契約職員の中には福祉の現場は初めての方が多く、当然支援内容にも調整が必要になりました。そこで安全を最優先に据え、誰でも対応できるよう小さなステップを積み重ねる支援のスタイルを採り入れました。

拡大した職員集団への情報伝達については、各班の連絡ノートにグループ全体の伝達事項として利用者・職員・事務関係をすべて含めてマネージャーが記載し、発信する方法を取りました。これには、各職員が自分の責任で業務の情報を入手するという職員としてあるべき姿勢を確立したいという意図もありました。ヒヤリハットや事故は班会議で取り上げ、重要なものは職員会議の議題にして確認と注意喚起をおこないました。

しかし、後にこのシステムの欠陥が明らかになります、連絡ノートにヒヤリハットの記載が少ない、事故発生後になって事前のヒヤリハットの存在が初めて明らかになった、ノートで伝達・チェックしているにも関わらず複数の班で類似のヒヤリハットや事故が発生した等です。これは職員の危機感の薄さが原因と考えました。職員の「そういえば危うく怪我しそうになったことがあった」「そんなことは聞いてない」を少しでも減らし、ヒヤリハットの段階でくいとめるにどうするか。一部職員が取り組むだけでは効果はないことを思い知らされ、職員全体の意識向上を図るため、まずはヒヤリハットや事故とは何かから考え方を徹底しました。

情報共有化の定着に向けて、さまざまな機会を捉えて説明を試みました。人間はミスをするもの、支援はその人間がすること、ミスは個人の責任でなくシステムの問題、システムを改善してミスをゼロに近づけよう等です。ヒヤリハットの具体例から原因や対策をつかむことで、今後の事故は防げるでしょうし、利用者も職員も安全に支援を続けられるはずで

ただ、事例が挙がってこなければ何ともなりません。連絡ノートへの記載を躊躇するのは、ミスした職員自身が責められるのではと思うからではないかと考え、そこで、直属上司は絶対に怒らないことにしました。代わりに状況を聞いてミスの原因をはっきりさせ、何をどう変えればいいのか、一緒に具体的に検討しました。どんなに些細なことでも、ヒヤリハットかどうかわからなくてもとにかく書き、すぐに対策を記載・実施するようにしたのです。対策の内容は抽象的な記載をせず、必ず何らかの変更や修正が必要だということを徹底しました。それも具体的な内容で、どの職員でもできることが条件です。例えば利用者に付き添うという対策が出た場合、付き添う位置や方法、時間等も対策に含むこと、不可能な対策は書かず、支援方法を変更することも対策であることなどです。

その結果、記載数は増え、事故数は減りました。これは各職員が安全の重要性、事故防止の必要を理解した結果であるとともに、班を統括するリーダーの役割は非常に大きなものでした。ノートへの記載に抵抗感がなくなり、他の職員の記載を見ることで自分の支援方法を確認できるようになったと思います。ま

た、当事者であっても責められないことを職員が理解し、対策を記入することで「ノートへ記載する甲斐があった」と思う面もあります。事例をもとにした具体的な対策だったために職員も取り組みやすかったでしょう。何か起きた際、まず状況を確認し、原因を分析し、それに基づく対策までがワンセットだという認識が職員の中に確立したこともわかりました。そして、さまざまな情報をノートを通じて各職員が素早く共有化できたことが安全につながるのだと実感できたと思います。

まだ完全にはほど遠いし、質の向上も職員間で差はありますが、連絡ノートにあらゆる情報が載っていることを全職員が理解し、活用するということは実現しています。今後の課題としては緊急時の対応が挙げられます。一方で、平穏な状況がある程度続くと職員の危機意識が薄らぐ懸念もあります。職員集団の意識向上については多くの時間と配慮が必要です。職員1人1人が事故防止の意識を維持することが重要だと実感しています。



質疑応答

Q 黒木さんに質問します。ノロウィルスの具体的対策を教えてください。

A 黒木●第一に手洗いやうがいの徹底です。嘔吐した利用者は隔離し、洗濯も分け、吐瀉物が職員にかかったらそれもすぐ処理します。フロアでは履物を替え、消毒する。職員が家族からもらってくるケースもあるので、職員の意識も大切でしょう。

Q 身内が特養に入っています。障害者施設と比べて特養は人員も配慮も不十分で、マニュアル等も活用されていないのではないと思われる経験をしました。

A 黒木●当方では情報開示、報告、対応を重視していますが、職員はまだ措置時代の感覚のままで対応している場合もあります。そうした事例があるなら遠慮なく言うべきだと思います。施設以外にも第三者評価や各種機関・事業所などにも相談できるでしょう。

小國●利用者や家族がどんな形で施設と関係を作るかという点も大事でしょう。施設現場も、困難な状況の中で防衛的になってしまうと、事態はかえって悪い方に転がりかねません。数字上は事故が減っても利用者の生活が失われることのないよう、注意が必要です。

Q 転倒などで受診させて骨折がなかった場合など、「医療費がかかるのになぜ受診させた?」と訊いてくる家族がいます。受診時の費用はどうしていますか?

A 黒木●どんな形で発生したかで医療費の問題になります。当方では保険会社とも常に連携していますが、家族が何と言っても受診させることが原則です。

Q マニュアルの変更は職員にはストレスになります。かれらへの働きかけなどはありますか?

A 牧野●強度行動障害者の支援には立ち上げから関わってきましたが、かれらがどんな人たちか、文書を見ただけでは実態はわかりませ

ん。非常に緊張して臨んできたことが、さまざまな変更や新規取り組みができた大きな要因でした。今まで見てきた利用者とはタイプが違い、緊張感を持って取り組まないと、生命にも危険があります。まず利用者の安全を図り、職員も自分たちの安全が守れなければ支援は続けられないというのが基本です。ある意味では生活の質よりも利用者の安全を優先してきたところがあります。

Q 施設の安全性確保の対策にはハード・ソフトの両面がありますが、それを配慮して保険料を減額するようなことはありますか?

A 齊藤●保険金支払いの増加もあり、現時点では厳しいです。しかし、より細かい事故分析ができれば、そうしたスキームも将来的には考えられるでしょう。

小國●いずれ保険会社から指導が入る時代もくるかもしれません。

事故防止にはまず職員の危機感受性が大事です。とはいえこれが強すぎて消極的になったり、法的責任回避のために過度の規制をするのではいけません。健全な危機感受性の下で尊厳ある生活が確保できるよう、積極的な取り組みが必要でしょう。施設では以前はもっと保護主義的で、「保護を受けるなら自由が制限されるのは当然」という考え方で運営されてきた傾向があります。今日の福祉の考え方はもちろん違いますが、現実には利用者の重度化が進み、ニーズの多様化・高度化があつて、自由と安全にどう取り組むか、現場ではまだまだ試行錯誤しています。1つの大事故の背景には多数のヒヤリハットがあるのです。福祉施設の持つ構造的な問題によるリスクもあるでしょう。1人1人の職員の努力だけでなく、家族や地域に支えられながらリスクを乗り越えていく、いわば開かれた取り組みが必要ではないかと思ひます。