



# H.C.R. 2008 ふくしのスキルアップ講座報告

vol. 4

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、障害者施設と緊急救命 —緊急対応事例の発表をもとに」です。

## 老人ホーム、 障害者施設と 緊急救命 —緊急対応事例の 発表をもとに

事例発表



仲谷 善弘 氏  
社会福祉法人 永寿福祉会  
常務理事



久木元 司 氏  
社会福祉法人 常盤会  
理事長



直井 修一 氏  
社会福祉法人 飛山の里福祉会  
理事長

司会



磯 彰格 氏  
社会福祉法人 南山城学園  
理事長

2008年9月24 (水)

老人ホームや障害者施設では、誤嚥による窒息や心疾患、脳血管疾患などで緊急対応が必要となるケースが頻発しています。施設の多くではマニュアルの整備や病院との連携など緊急時の対応策を準備していますが、緊急的に十分機能するかどうか、実践事例をもとに検証する必要があります。なかでも近年推し進められている中間施設や在宅への利用者の移動に際しては、利用者の状態や環境変化への配慮を総合的に検討し、対応する必要があります。本セミナーでは、緊急時の施設での体制づくりや病院を含む地域全体での支援体制などといった具体的事例をもとに、緊急時の対応について考えました。



磯 ● 本日は、それぞれの参加者に、高齢者施設、障害者施設、グループホームなどでの事故事例を発表していただき、その際の対応について、一緒に考えていきたいと思っております。

### 老人ホーム、障害者施設と 救急救命

—緊急対応事例の発表をもとに

社会福祉法人永寿福祉会 常務理事  
仲谷 善弘 氏

仲谷 ● 私たち法人の運営する施設は、大阪市平野区にあります。障害者施設のほか、特養3カ所、老人保健施設1カ所、その他デイサービス、デイケアセンター等、すべて同区内にあります。これは法人の方針として地域福祉を目指しているためです。

本日は、そのなかの特別養護老人ホーム長吉で起きた事例を紹介します。

当事者である利用者Aさんは76歳、ほとんどのことは自立できますが、歩行に少し介助を要する方で、施設内では車いすを自分で操作していました。

事故は夕食時に起きました。ダイニングルームでは利用者4人をケアワーカーが1人で見守っていました。その時、食事の途中で他の部屋の利用者から声がかかったため、ケアワーカーがそちらに行きAさんからは一時的に目を離すことになりました。

その間に、Aさんがグッタリしていたのを他の利用者が見つかり、職員に知らせてくれたのです。慌てて職員が飛んでいき、前屈みになったAさんを見ました。

他の従業員やナースステーション、事務室などへ連絡して緊急対応にあたる一方、病院とご家族にも連絡をとりました。ナースが駆けつけた時点で喉詰りと判断し、吸引をおこないましたが、喉の詰まりはあまりないようでした。救急搬送しま

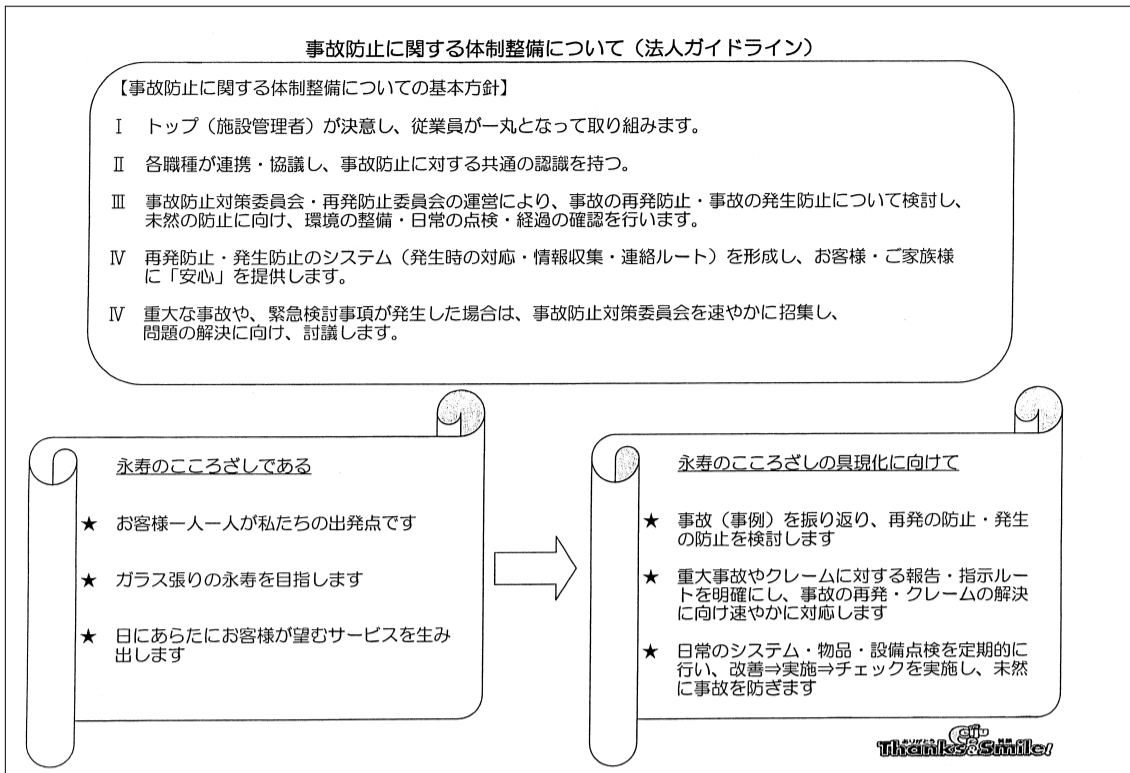
したが、残念ながら搬送先の病院で死亡が確認されました。

平野区には病院が多く、この特養長吉からも2キロ圏内に7つの総合病院があり、すべてが救急医療機関として指定を受けています。その中の八尾徳洲会病院が特養長吉と協力医療機関として契約しており、Aさんもそこへ搬送されました。

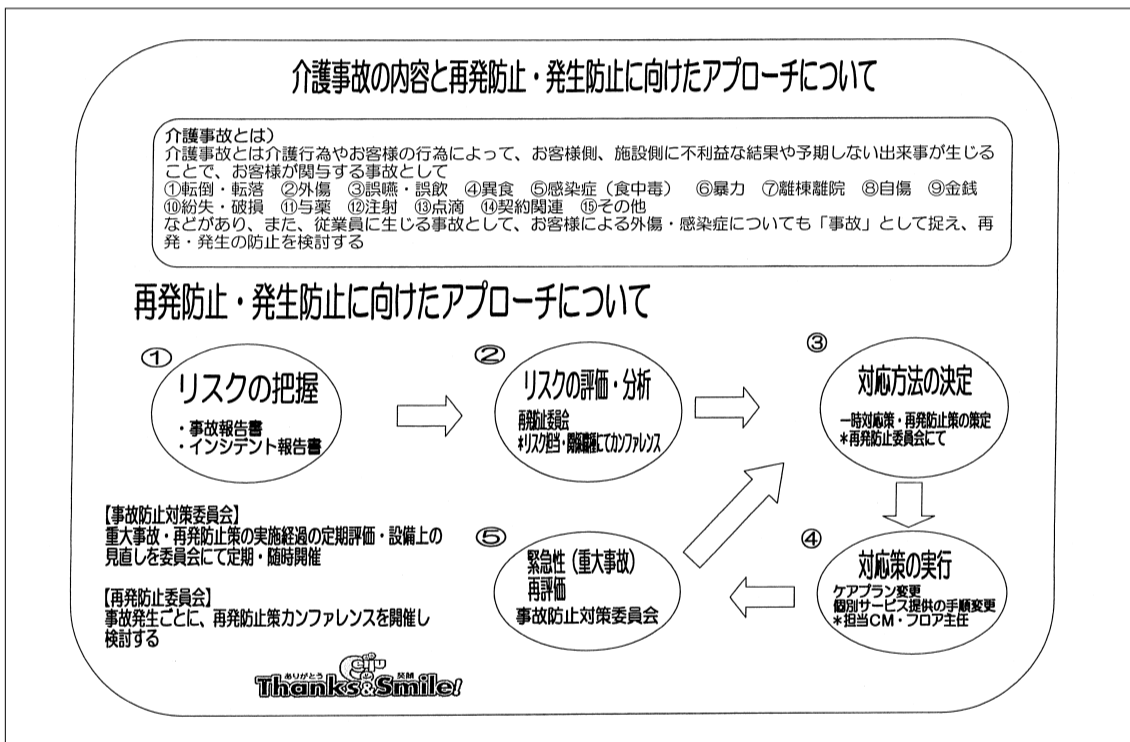
当時の経緯を振り返ると、医療と介護との連携はうまくいっていたように思えますが、悲しい結果になってしまいました。病院からの死亡診断書には脳梗塞と記載されていました。

この事故を受けて、当法人では今後の対応の方針を検討しました。食事時の職員2名体制、利用者への意識集中、食事に時間のかかる利用者への配慮などが改善箇所として挙げられました。また、法人ガイドラインとして「事故防止に関する体制整備について」を定めました(資料①)。決意や共通認識、事故防止対策委員会と再発防止委員会の運営、再発・発生防止のシステム形成などを基本方針とし、法人の「こころざし」を具現化するた

資料①



資料②



めの方向性をまとめたものです。

とはいえ、職員も人間ですので、事故は起こり得ます。そこで、このガイドラインに沿って各施設現場の条件にあわせたマニュアルを作成しました。その特徴は、法人のミッションを踏まえた上でのマニュアル・システム作りにあると言えるでしょう。

マニュアルに関しては注意すべき点があります。「自分たちの仲間や部下が理解することができ、それに沿って動けるものでなければならない」ということです。そして、些細な点でも見落としさ

ないこと、いわゆる気づきが、生命を守る福祉現場では大切になってくると思っています。これは研修会や勉強会などで向上するものではなく、経験が培うものです。そうした大切な配慮ができる職員へと育てていくのが私たちの仕事です。マニュアルを生かすも殺すも人材教育なのだと感じます。時間はかかるでしょうが、気長に育てていく必要があります。

介護事故の内容と再発防止・発生防止に向けたアプローチについて示したのが図（資料②）です。「再発防止委員会」は、事故発生に伴い、事故が発生したフロアの従業員・主任・担当ケアワーカー・リスク管理者・その他必要に応じて他の従業員を招集し、第一時対応策を検討します。「事故防止対策委員会」は、再発防止委員会からの情報と報告書からの情報をもとに、①重大事故、②頻発する同様事故、③インシデントを含めた傾向と対策、④一時対応策の検討と経過確認、⑤必要に応じた環境（ヒト・モノ）の整備についての検討をおこないます。

「見守り」という言葉は、今ではどこの現場でも

よく使われていますが、「ただ見ている」ということではないことを理解していただきたいと思います。

食事の際にも、漫然と見ていればいわけではなく、しっかりと口元や顔色を確かめることができなければ、それは「見守り」とはいえません。私がよく言うのは「やっていることとできていることとは違う」ということです。私たちは「できる」従業員を育てたい、みんなにそうあってほしいと願って、今後も日々の業務にあたっていきたくと思います。

**磯** ●ありがとうございました。施設では昼夜で医療体制が違うことにはなりますが、その点は如何ですか？

**仲谷** ●当特養では医師が常勤していますし、近場に救急病院もあって、協力体制をとることができます。

しかし、病院と違って24時間体制ではありません。深夜帯には医療の身近なバックアップがないのが残念です。

## 障害者施設における救急救命

—事故の傾向と事例から見てきたこと

社会福祉法人常盤会 理事長

久木元 司 氏

**久木元** ●日本知的障害者福祉協会では最近、事故事例並びに事故の状況を把握するためのアンケートをとりました。参考になるとと思いますので、本日はこれを資料としてご紹介します。

このアンケートからは、事故の傾向と事例として①本人が起こした事故では転倒が多い、②他人から起こされた事故は喧嘩・パニックに起因するものが多い、③損害部位では頭部や顔面の損傷が多い、④損害・損傷の種類では擦り傷・切り傷が多い、⑤事故発生時間・場所は12時を中心とする日中の時間帯で居室での事故が多い、といった点が見受けられます。

さらにここでは、措置時代の平成14年と、障害者自立支援法ができて契約時代に移行した19年のデータとの比較もしていきたいと思っています。

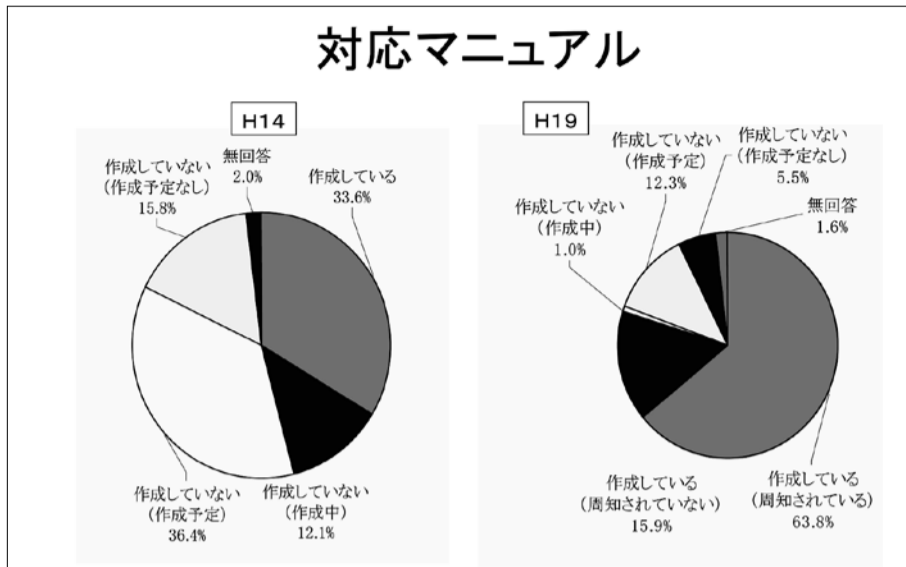
この数年の間に、事故対応マニュアルの作成・周知が進んでいることがわかります（資料③）。事故発生時の家族への連絡手順、緊急時の医療機関への連絡手順についての成文化も進んでいます。救急法についての研修の有無はあまり変わっていませんが、これはむしろ内容の充実が課題でしょう。利用者個々のアセスメントの実施はあまり増えていません。事故等に伴う賠償責任の保証手段の確保はやや進んではいるものの、未確保の施設はまだ少なくないようです。

報告書作成・提出など日常支援過程での「ヒヤリ・ハット」報告体制の整備は、劇的に進んでいます（資料④）。医療機関ではボーナスの対象と





資料③



している場合も多いと聞きますので、参考になるかもしれません。事故報告書の作成は19年にはかなり進んでいますが、報告書の基準に関しては未整備のようです。

事故の発生時間では、どちらの年でもやはり日中が多く、発生場所としては居室、階段・廊下、食堂などをはじめ、水回りでの発生も多いようです。事故の契機としては、「本人による場合」には転倒やパニック、てんかんが、「他人による場合」にはパニックや喧嘩が多くなっています。職員における事故要因では不注意が多いようですが、これは仕事量の多いベテランでも見られる傾向です。

次に事例をいくつかご紹介します。

- ①居室で夜間、自閉傾向者がパニックになり、他の利用者が他害行為を受けて顔面を負傷、歯を2本折る。初期対応として、救急病院に通院・応急処置し、保護者に連絡する。再発防止のため、精神科に通院、安定剤を処方。
- ②食堂で、利用者間のトラブルで転倒、押した側は謝罪。初期対応として、負傷した側に職員が付き添い、看護師の確認後、整形外科の受診。再発防止のため、原因を利用者間の対人関係の不一致に見て、今後の接近に注意し、保護者を含め話し合い、加害側に反省を促す。
- ③食堂で、利用者にチアノーゼが出て、意識を失い自発呼吸もなく、舌根沈下あり。初期対応として、開口し食物除去、背部叩打法や吸引機を使用し、救急車を要請。再発防止のため、嚥下機能の低下により処遇困難として精神科へ入院。
- ④作業中、てんかん発作で転倒、机で口の下を切る。初期対応として、看護師が確認し、傷の深さから通院となる。再発防止のため、てんかん発作のある利用者への観察を徹底し、椅子から



倒れないように肘付きいすを使用する。

- ⑤食後の薬をトレーにて分別していたところ、トレーを間違えた。初期対応として、看護師に連絡し指示を仰いだ。再発防止のため、投薬の際に名前、薬名、トレーの確認を徹底し、投薬表を作成しチェック体制を整備する。
  - ⑥朝食後、ケアホーム利用者が窓から外出した。初期対応として、捜査本部を設置し、捜索活動を実施した。再発防止のため、マニュアルの共通理解と利用者掌握を徹底し、衣類チェックや時間帯確認、外出等のプログラムを確認する。
- ひとくくりに事故といっても、いろいろな事例があります。転倒から訴訟となってしまう場合もあれば、事故で死亡しても遺族から施設に感謝が述べられる場合もあります。個人的には、「最終的には日頃の取り組み、信頼関係が重要になる」という印象を持っています。

**磯**●措置から契約に変わったことで、データ上から見てもこれほどの変化があるというのは驚きました。

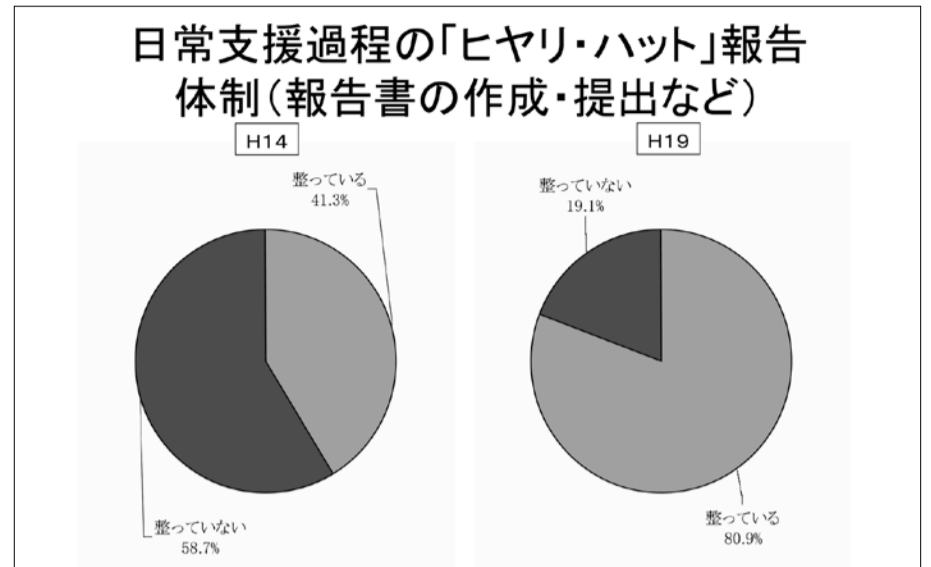
**久木元**●この変化には、本人・家族の権利意識の高まりや、経費の自己負担で金銭の授受が生じたことにもなって意見を言いやすくなったという背景があるかと思います。実際に苦情や医療裁判も増加しており、また長期化する傾向が見られます。現場でもまず第一に事故を起こさないために取り組むという意識が強くなっていると感じます。

### 障害者グループホームにおける緊急時の体制とその対応

社会福祉法人飛山の里福祉会 理事長  
直井 修一 氏

**直井**●私たちは栃木県で、平成5年から知的障害者の入所更生施設を運営し始め、その後3つの通所授産施設を開設しました。在宅関係の事業や相談支援事業なども実施しており、現在ではグループホーム・ケアホームを7カ所運営しております。

資料④



今日は県内でとられたアンケートを元に、施設が現在抱えている課題へと結びつけていきたいと考えています。

2年前、長崎県の認知症グループホームで火災事故が発生し、今年6月には神奈川県内の知的障害者のグループホームでも火災がありました。現在、火災などの緊急時対応に関して、ケアホームを含め、グループホームが抱えている課題とは何でしょうか。

まず、平成18年から実施された障害者自立支援法が、グループホーム等へ少なからず影響を与えたことです。報酬単価の実質的な引き下げがあり、そのために世話人やその後の生活支援員など職員の配置が薄くなったことは否めません。世話人の賃金が実際に減額となった法人も増えています。また夜間緊急時の対応も薄くなっています。支援費が報酬に変わり、その区分も変更になって、運営費収入も下がっています。

さらに、平成21年4月から施行される消防法改正をめぐる動きがあります。これにより、防火安全対策として防火管理者の選任と消防用設備等の設置が義務づけられることになりました。立入検査や非常通報装置などについての指導も頻繁になります。急病・ケガ、食中毒・感染症等への対策を迫られるようになり、救急法等の研修、施設・近隣、消防・病院等との連携体制の構築が必要となっています。

平成20年度に栃木県障害施設・事業協会が「グループホーム、ケアホームの利用者と支援者の実態と意思」に関する調査を実施しました。調査対象は34事業所ですが、これは障害者自立支援法以前のグループホームの数に換算すると190カ所くらいになると思います。そのうちの30事業所から回答を得ています。

この調査によると、平成19年4月1日現在で、総事業所数61事業所、共同生活住居187住居、総定員数921名でした。利用者の年齢別割合は、40～50歳が26.7%、50～60歳が22%、60歳以上が13%となっていて、半数以上が40歳以上です。ホームの入居定員は4人が最も多く、夜間体制は同居が23%、夜勤対応が1%、宿直対応が10%、夜間緊急連絡対応が40%などとなっています。バックアップ施設からの距離を見ますと、10キロ以



資料⑤

## 例1 Aホームの緊急連絡体制

※失火、急病、ケガなどの緊急事態が発生したら  
(平日日中)

110番または119番 ←世話人→バックアップ施設へ  
急病・ケガ⇒ 救急車を要する場合は、世話人同行。  
施設と家族へ連絡

火災発生 ⇒ 119番通報 初期消火 避難誘導  
近隣者へ応援要請 施設へ連絡

※いずれの時も、法人職員を現地派遣

資料⑥

(土日・祝祭日及び夜間)

急病・ケガ

119番←世話人→生活支援員→施設長  
(携帯電話番号を記載)

生命に危険を及ぼす、または重症と判断した  
場合

⇒即 119番通報

施設長へ連絡、家族へ連絡

上という遠いところも結構あるようです。

次に、世話人が困っている事柄ですが、支援内容については、他の利用者とのトラブルや、4人を1つの寮でという体制がとれなくなり施設支援と変わらなくなっていること、などという回答が多いようです。体調管理・健康面については、体調管理や食事面の配慮、精神面のケアが多く、緊急時の対応では急病・発作の時の対応に迷うなどの答えが多くありました。

災害時の対応については、マニュアルを持っている所が17事業所で、驚くことに13事業所ではまだ持っていないと回答しています。しかも連絡体制といっても連絡網のみというのがほとんどで、その脆弱さが目を引きます。

当法人の場合、7カ所はグループホームとケアホームの混合型で、うち6カ所は世話人同居、1カ所が家族で利用されています。バックアップ施設からは17キロ離れた施設もあります。

例として、Aホームの緊急連絡体制を紹介しませんが(資料⑤、資料⑥)。どこの施設でも、この程度の連絡体制は最低限整えていると思いますが、実はこれでもまだ十分とはいえないと感じています。また、障害者自立支援法以前にはほとんどのグループホームが何らかの形でバックアップ施設を持っていて、連携が非常に強く、グループホー

ムはバックアップ施設が用意した管理体制のもとで対応していました。しかし現在では、利用者の人権や地域での生活を考えると、1つ1つの住まいの場がどういった位置にあるかを考慮し、それぞれの条件にあった緊急時の体制を作る必要があるのだらうと思います。

緊急時対応の実例をご紹介します。2年ほど前、同居型グループホームのリビングで皆と過ごしていた60歳男性が、急に呂律が回らなくなり立っていられなくなりました。世話人はバックアップ施設への連絡と119番に通報し、搬送に付き添いました。連絡を受けた施設長はすぐに職員を派遣しました。病院では異常なしとされ、最近の様子からストレスからくるヒステリー様の症状が疑われました。そこで担当職員・世話人で本人の精神面のケアに努めることにしました。

もう1つの例です。同居型グループホームで正月、63歳男性が初日の出を見るためにバイクで外出し、近所の

コンビニの店員に追突しました。2人とも救急車で病院に搬送され、救急隊員から連絡を受けた世話人は生活支援員・施設長に連絡し、共に病院に向かいました。本人は鎖骨骨折で通院に、相手方は半月板損傷で入院し、後に手術を受けました。2人は顔見知りで、相手方には障害者への理解もあり、揉め事にはなりません。

今、新たな緊急時体制の構築を目指す必要がある一方で、利用者や設置状況、支援体制や近隣関係など、個々のホーム・住居が置かれている条件はそれぞれに異なります。設置基準や職員の兼務、バックアップ施設のあり方など、障害者自立支援法の下での運営には今もまだ戸惑いも残ります。近隣や消防署、医療機関との連携、連絡体制や具体的な対応などが大切になっています。

従来はバックアップ施設を中心にして緊急時の管理を組み立ててきましたが、これも地域や利用者の状況でそれぞれに変わってきます。利用者主体の暮らしの安心安全を守ることになれば、バックアップ施設からの管理体制ではなく、個々のグループホーム利用者の命を守る体制をどう作っていくのか、という視点で再度組み立て直す必要があると感じます。法制度の変化に現場の暮らしの対応がついていけないという現状は、早急に手当てを必要としていると思います。

**磯**●バックアップ施設経由の対応ではタイムラグもでき、時間のロスが生じる可能性があります。近隣やボランティアなどに対する緊急時の対応の仕方の教育はどうかさっていますか？

**仲谷**●措置時代にはマニュアル化し、実習の学生たちなどにも対応をしていただいていたと思います。契約の時代になって、責任や賠償などについての意識も変わり、今ではリスクの高い直接処遇は一切

やらせないということを前提にして、実習生やボランティアたちの受入をしています。

**久木元**●ボランティアの方々は、食事介護では関わるケースもありますが、直接的支援には参加してもらっていません。知的障害者の施設、特に自閉症の方などの場合には、声かけなど、よかれと思ったことが逆効果を生むケースもあり得ますので、難しいところです。また、地域との関わりは大事です。地域を巻き込んでの防火体制充実のため、地域住民と一緒に防火訓練をとという話もあります。ただし、住民側にまだ抵抗感が残る現状もあります。前提としての信頼関係を醸成し、地域によく理解していただくための、私たち関係者の啓発活動が足りないかと感じています。

**直井**●グループホームは職員の人数が少ない点が大きな要件になります。そこでどういう体制を近隣とともに作るべきか、これは早急に検討する必要があります。どのようにして関わってもらうか、地域との関わりあい方の確認が求められます。

**磯**●施設の現場において、スタッフが怖いと感じる場面にはどんなものがあるのでしょうか？

夜勤でスタッフの数が少ない時に「利用者が倒れた」「食事を喉に詰めた」「うっかり薬を間違えた」、などといったケースではないかと思えます。

特に、転倒の原因には、脳や心臓のトラブル、てんかんなど考えられます。その利用者の既往歴をまず確認した上で対応をしなければいけません。脳なら脳卒中、脳出血か脳梗塞、脳梗塞なら脳血栓・脳塞栓など、心臓なら不整脈・狭心症・心筋梗塞などがまず疑われるでしょう。こういった状況であればすぐに救急車を呼ばなければなりません。

発見時の対応こそが一番に問われるべき点です。発見したスタッフがてんかんではないと判断したら、脳か心臓ではないか、と想定して救急車を呼び、応援者を呼んで、即座に状態観察をしてください。呼ばれた応援者は病態を見て、薬を即座に準備するようにして、救急隊に伝えます。喉詰りなど、生死に関わるような場合には、タッピング・救急要請・吸引機使用などをおこない、状態観察をします。薬の間違えなら、嘱託医に連絡して指示を仰いで下さい。

しっかり伝えることが大事です。救急要請のタイミングもポイントです。事故の発生の前に、それぞれの施設としてできることを整理しておくべきだと思います。

