

事故検証委員会による報告書公開について

平成31年3月27日午後、そよかぜの家生活支援事業で、利用者の入浴対応中に、対応職員の介助が不十分であったため、利用者が意識不明になり、当該利用者が救急搬送先の病院にて死亡が確認されるという重大事故を起こしてしまいました。

ご家族に深くお詫びすると共に、二度とこうした事故を起こさないという決意のもとに、直ちに事故防止対策委員会を設け、今回の事故に関連した入浴介助での対策など、再発防止に向け具体的な取り組みを開始しました。

また同年7月から第三者による事故検証委員会を設けました。同委員会は、事故の検証と再発防止に向けて15回開催され、関係者18名のヒヤリング等を経て、令和2年3月30日に調査報告書が提出されました。事案の重大性に鑑み、今般その報告書の抜粋をホームページに公開することとしました。

法人として、開設以来、安全に関する様々な職員研修を行ってきました。新人研修では入浴介助に関するロールプレイ研修、入浴場面による危険予知訓練（KYT、AED研修）等も行ってきたにも関わらず、このような重大事故を起こしてしまい、なお一層の努力と改善が求められています。

今一度私たちは、かけがえのない命をお預かりしているという認識を確認し合い、調査報告書の内容を厳正に受け止め利用者に事故のない安心した生活を送っていただくよう徹底してまいります。

そのためには職員一人ひとりが社会福祉に携わる職員としての自覚と倫理観を持って、それぞれが資質の向上に向け努力して行きます。

皆様にはご心配と、ご不安をおかけして誠に申し訳ありません。心よりお詫び申し上げます。

令和3年3月15日

社会福祉法人 そよかぜの丘

理事長 高森政雄

港南中央地域活動ホームそよかぜの家

施設長 渡辺新二

調査報告書（抜粋）

第 3 調査結果（4 頁～53 頁）

1. 法人の概要等（略）

2. 本件事故が発生した施設（以下「本施設」という。）の概要（略）

3. 本件事故の概要（略）

4. 本件事故当日の問題点（15 頁～24 頁）

(1) 池田健人氏（抜粋者注：本件事故により死亡、当時 19 歳）入浴中の対応

ア 本件事故当日の対応

- ・ 池田健人氏を入浴させる際、浴室内の浴槽手前にある手すり部分には保温用のマットがかけられていたところ、K氏は、当該マットをそのままの状態にしたまま、入浴対応を行った。
- ・ 池田健人氏が浴槽に入浴している間、K氏は浴室ドア前（脱衣室側）に椅子を置き、浴室に向かって座って待機していた。
- ・ K氏は、浴槽にて入浴している池田健人氏に対し、15時50分ころ「55分頃になったら上がるよ」と伝え、その後、脱衣室内のベンチ付近に脱いであった池田健人氏の衣類を回収し、浴室隣の洗濯室に移動して、当該衣類を洗濯機に入れて洗濯を行った。
- ・ K氏は、洗濯機に当該衣類を入れ、洗濯機を作動させた後、脱衣室に戻ってきて上記椅子を移動させ、脱衣室内のベンチで待機していた。なお、その間に浴槽内の池田健人氏の様子を確認することはなかった。
- ・ K氏は、15時55分頃、脱衣室のベンチから立ち上がり、浴室に入ると浴槽内で溺水している池田健人氏を発見した。

イ 法人のマニュアル・規程等における定め

【入浴対応マニュアル】

職員は利用者から目を離さない様に注意する。

【事故防止マニュアル 全体版】

入浴時（浴室・脱衣室）事故の予防策

介助の途中で目を離さない。

利用者の状態を常に観察する。

職員間で対応の仕方を周知徹底する。

【今後の安全強化体制に関して～リスクマネジメントの取り組み～】

サービス提供場面におけるリスクと事故防止策

入浴中

溺れ

浴槽内においては絶対に目を離さない。

ウ 問題点

(ア) K氏の行動が上記マニュアル・規程等に違反していたこと

- (a) 脱衣室に置いた椅子で待機していたこと（略）
- (b) 洗濯に行ったこと（略）
- (c) 脱衣室内にあるベンチで待機していたこと（略）
- (d) 小括

これらの行動は、上記マニュアル・規程等に違反した行動であり、それ自体問題ではあるが、そのうち浴室ドア前（脱衣室側）に置かれた椅子に座って待機した行動については、その後の50分頃に、池田健人氏に声かけをしながら溺水していないことを目視で確認していることから、本件事故との直接の因果関係は認められない。一方、本件事故は、K氏が、最後に池田健人氏が入浴していることを確認してから、溺水状態で発見されるまでの間のどの時点で溺水したかが確定できないが、洗濯及びベンチで待機していた時間帯において、本法人のマニュアル・規程等に従って池田健人氏から目を離さなければ、すぐに異変を察知して対応が可能であったと考えられるため、状況によっては溺水すること自体は防げなかったとしても、死亡にまで至らなかった可能性は十分にあったと認められる。

(イ)他の職員の行動、施設・法人としての取り組み

- (a) 本施設内において他の職員も上記違反行為を行っていたか（略）
- (b) 本施設において上記マニュアル・規程等の定めは認識されていたか（略）
- (c) 小括

以上のことから、本施設においては、上記マニュアル・規程等の定めは認識されておらず、各職員が自らの経験・常識に基づいて入浴対応を行っていたと評価できるところ、この自分なりの経験・常識に基づいた判断が職員ごとに異なっていたことから、入浴対応時の行動に違いが生じたものと考えられる。そして、他の職員とは異なり、K氏だけが上記マニュアル・規程等に反する行動をしていたのは、その一つの現れだったと考えられる。

しかし、入浴対応という利用者の生命・身体に重大な危険を生じるリスクの高い場面においては、各職員の経験・常識に基づいた判断にその行動を委ねるべきではない。そのため、本施設・本法人としてはマニュアル・規程等のルールを策定する

だけではなく、その周知・徹底をはかるべきところ、そのような取組が十分ではなかったことは明らかである。

(2) 事故後対応について

本施設・本法人における事故後の対応について定めたマニュアルとしては、次のものがある。

【事故対処マニュアル【全体版】】(略)

【危機管理マニュアル】(略)

【事故防止マニュアル【全体版】】(略)

(後略)

ア 応援要請時の対応 (略)

イ 応援到着後の対応 (略)

ウ 小括

上記のとおり、溺水発見後の対応は、上記マニュアルに必ずしも従った対応とはなっておらず、事後的にみれば問題があったといえる。しかし、生死にかかわるような緊急事態を目の前にした場合、相当の訓練・研修を受けていない限りは、迅速かつ正確に判断することを職員に期待することは酷であるという側面も否定できない。そういう意味においては、利用者の事故リスクが相当程度にある障害者施設としては、常日頃からの十分な訓練・研修を施設・法人として実施すべきであるといえる。しかし、K氏においては、事故後の対応やリスクマネジメントに関する研修等を受講した経験はなく、そのような状態において、迅速かつ正確に判断して対応することを求めるのは酷であったともいえる。また、本施設・本法人内において、実際に事故が起きたことを想定した事故後対応のロールプレイング等を行う研修が行われたことも確認できなかったことから、応援要請したO氏及び応援に駆け付けたL氏においても、瞬時にマニュアルに従った適切な迅速かつ正確な行動を求めることは酷であったともいえる。これらの状況からすれば、問題視すべきはこれら職員個人の行動でなく、本施設・本法人として常日頃の取組が十分であったか否かを検討すべきであるといえる。その点について、本施設・本法人の取組としては、AEDの取扱い等に関する研修を実施しており、一定の取組がされていると評価できるものの、本件事故で問題となったのは、AEDの取扱いではなく発見からの対応であるところ、そのような対応を確認するための具体的なロールプレイングを行うといった研修はされていなかった。

上記の事後対応が、本件事故において池田健人氏の生死にどれほどの影響を与えたかは、当委員会の限られた構成員と調査においては断定できないが、一般論としては、溺水から救命措置までの時間が短ければ短いほど救命可能性は高まることは確かであり、本施設・法人として改善すべき点であることは間違いない。

5. 情報取得・共有の問題点（24頁～34頁）

(1) 情報取得・共有に関するマニュアル等（略）

(2) 取得した利用者情報の共有における問題点

（前略）「事故防止マニュアル【全体版】」によれば、「より安全な支援ができるように利用者プロフィールに基づいた支援」を行うために、「利用者プロフィールには、利用者・家族からの情報の他、医療や福祉関係機関の情報を記載し、職員間で利用者の情報を共有化できるようにする。」ことが求められていると解される。また、「今後の安全強化体制に関して～リスクマネジメントの取り組み～」によれば、「個々の利用者について、必要な情報を収集し、ニーズやリスク（転倒・発作・誤嚥・服薬・見失い）を明らかにする。」「具体的な内容の利用者プロフィールの作成。」「プロフィール作成後、新たに分かった事実などがあった場合は速やかに内容を更新する。」ことが求められているが、上記カンファレンス資料等に記載された情報は池田健人氏のプロフィールに記載されていなかったことから、これらのマニュアルが求めていたことを実践できていなかったと評価できる。（中略）

そのため…もし池田健人氏の直近の情報がプロフィールに反映されていたならば、その利用者プロフィールを確認していたK氏が、目を離しても大丈夫であると判断しなかった可能性も否定できず、情報共有・活用の方法には問題があったと言わざるを得ない。なお、カンファレンス資料については、職員が確認できるサイボウズというソフト上に掲出されているが、日々の対応前に当該利用者の情報をサイボウズ上から見つけ出して確認することはマニュアル等で求められておらず、K氏においても、池田健人氏のカンファレンス資料を対応前に確認してはいなかった（後略）。

(3) 利用者情報の取得における問題点（略）

(4) 専任職員と兼任職員間の情報格差（略）

6. 職員への教育等の問題点（34頁～38頁）

(1) K氏に対する入職後の教育と問題点

（前略）以上のことから、本施設・本法人においては、少なくとも入浴対応（特に事故予防・対応という観点）については、いわゆるOJTにおけるトレーニングが中心になっていたところ、新人の教育を責任もって行う立場の者は定められておらず、シフトで一緒になった先輩が気付いたこと等を指導し、又は、その先輩の仕事のやり方を見て覚え、疑問があればその都度質問するといったトレーニングが行われていたと考えられる上、（略）K氏がアルバイトとして入職してから数年の間は、新人教育を丁寧に行えるような状況ではなかった可能性も十分にある。そして、入浴対応については、入職後の数回については先輩職員と一緒にいたが、具体的に何回は一緒に行うこと、〇〇ができるようになるまでは一緒に行うこと、特定の先輩職員が新人職員の動きを確

認して問題がないかをチェックすることといったルールはなく、1か月程度が経過すると1人で対応するといった運用がされていた。また、入浴対応はもちろん、それ以外にも、利用者の生命・身体に重大な危険が生じるおそれのある業務に関する事など、施設・法人として最低限教えなければならない点というものは必ずあると思われるが、その最低限の教育内容についての共通的なルールや運用があったことは確認できなかった。そのような共通的なルールや運用が施設・法人にないのであれば、先輩職員によっては入浴対応の方法を教え、他の職員は教えないといったこと、もっといえば職員によって教える内容が異なることも当然に起こり得、結果として具体的な業務のやり方が職員ごとに異なることが想定される教育内容だったといえる。(中略)

確かに福祉の現場は人を相手にする仕事であるため、画一的に教育することが全てに妥当するわけではない分野であるが、利用者の生命・身体に重大な危険が生じる可能性のある業務(本件事故で問題となった入浴対応はその代表的な業務)の具体的な方法については、法人・施設としてその方法を検討した上で、職員に対して統一的に教育する制度を設けるべきであったと考える。(後略)

(2) 職員間における業務確認・議論(略)

7. リスクマネジメントにおける問題点(38頁～50頁)

(1) 法人のリスクマネジメントが適切に行われていないこと

(前略)そのため、本施設では、新卒者や若い職員が多く配属され、その後十分な教育を受ける機会もなく、教育にかかわるルールが定められて周知徹底されているわけでもないままに日々の業務を進めることになり、経験も技術も十分でないにもかかわらず自ら判断して業務を行っていくことを余儀なくされるといった状態にあったと考えられる。更に、その業務内容を他の職員が確認・チェックする体制・制度もないことから、自分なりの方法が適切な方法なのかが確認されないままに日々の業務を行うことになる。そうやって勤務年数を重ねた職員が、今度は先輩となって新しい新卒者を受け入れることになれば、ますますこの傾向は顕著になっていく。このような複数の事情が重なり合い、K氏は自分なりの判断で入浴対応を行うようになり、そのやり方を他の職員が誰も確認・正すことなくきた結果、その独自のやり方の問題点が顕在化したのが本件事故だったと考えられる。

そう考えた場合、リスクマネジメントとして、人事配置、ルール策定と周知徹底、教育体制及び業務内容の事後的なチェック等は、本施設で想定される事故を防ぐのに十分なものではなかったと評価せざるを得ない。

(2) 責任者が不明確であること

ア 本施設・本法人におけるリスクマネジメントに関する規程等(略)

イ 権限規程上の責任者と危機管理委員会

上記権限規程からすると、法人及び各施設のリスクマネジメントに関して権限と責

任を有している職員は、事務局長だと解される。そして、事務局長がリスクマネジメントを実施していく上で、その具体的な内容を検討するために危機管理委員会が設置されており、同委員会において、事故やヒヤリハットの内容を検証して、具体的な再発防止策や法人全体としての事故防止方針案を検討することが予定されている。(中略)

これらからすると、危機管理委員会は、事故防止対策等を検討するという役割を十分に果たしていたとは評価できず、本件事故後に事故防止対策委員会が立ち上げられた経緯からすると、危機管理委員会がそのような役割を担っていること自体、法人として認識されていなかったとすら考えられる。(後略)

ウ 本法人内における責任者が誰であるかの認識があいまいであること

(前略) 以上のことから、本法人では、権限規程の定め、…法人の認識、法人幹部の認識において、法人及び各施設のリスクマネジメントにおける責任者が誰であるかの認識が不明確な状態となっており、このことによって責任をもって主体的に対応する者がいなかったものと考えられる。

(3) 理事会及び理事がその役割を十分に果たしていないこと

ア 理事会の役割

(前略) しかし、職員の証言によれば、これらのマニュアル・規程(抜粋者注:事故防止・事故後の対応に関するマニュアル等)は理事会の決議事項ではなく、理事長の専決事項であるとのことであり、当委員会が確認した理事会議事録によれば、これまで理事会においてリスクマネジメントについての基本方針について議論、決議されたことは確認できず、…「事故防止マニュアル」等の…改訂についても、理事会の関与は認められなかった。また、2019年3月27日には、本件事故が起こったまさにその時間帯に理事会が開催されていた。理事会の最中に本件事故が起こったことが理事会に一報として入り、理事でもあるG氏や職員が退席して現場の対応を行った。そして当日は、理事会として本件事故に関する詳しい事実経過が報告されないまま散会となった。そのため、非業務執行理事の中には、理事会で今後の対応を検討する必要があるため速やかに事実経過等を報告することを求めた者もいたが、その後に理事会が開催されたのは1月以上も経過した同年5月13日であった。そして、同理事会においては、本件事故に関する報告がされていることは認められるが、その日以後に開催された同年5月28日、6月3日、6月14日においては本件事故に関する報告さえされた記録がない。また、6月27日に開催された理事会においては、法人内で事故防止対策委員会を立ち上げて検討していること、法人外に当委員会を立ち上げる予定である旨が報告されたが、積極的な議論がされたことは認められない。

このように、本件事故後に複数回の理事会が開催されているが、本件事故への対応や今後の法人としてのリスクマネジメントに関する方針について積極的に議論した形跡はない。それどころか、死亡事故という重大な事故が起きたのであるから、速やかに事実経過を報告した上で、法人としての対応方針等を議論しなければならないにもかかわらず

ならず、本件事故後から理事会開催までに1月以上も要している。(中略)

以上のことから、本法人においては、リスクマネジメント方針や重大事故が起こった場合の対応について理事会で議論するという認識がなく、法人全体としてリスクマネジメント方針をどうするのか、本件事故に対して今後どのような対応をすべきなのか、誰が責任をもってその対応をする体制とするのかといった大きな方針を決議するなどして法人全体に示すようなことがされてこなかった。また、法人内のマニュアル・規程に従って職員が対応しているのかを理事長及び業務執行理事を通じて確認し、マニュアル・規程に問題があれば修正し、マニュアル・規程に問題がなければそのとおりに職員が対応しているかを確認しなければならないところ、そのような取組も行われていない。そのため、法人として統一的な取組が十分に行われておらず、現場の職員がそれぞれの経験や知識に基づいて、気が付いた対応を順次行うといった対応になっていたことがみてとれる。

…法人として最終的に責任をもって対応すべきなのは、上述のとおり理事会であり、理事長及び業務執行理事である。そのため、リスクマネジメントに関する取り組みが十分なものとなっているのか、危機管理委員会が本来の役割を果たしているのか、本件事故の対応が適切か否かについて、理事長や業務執行理事を通じて理事会が確認し、常に改善の可否を検討しなければならないところ、理事会としてそのような取り組みが十分であったとは認められない。

イ 理事の役割

(前略) 理事長及び業務執行理事としては、マニュアル・規程に修正すべき点はないか、マニュアル・規程にしたがった対応が現場でなされているかを確認して、必要な改善を常に行っていかなければならないところ、そのような取組が十分であったとは評価できない。

また、非業務執行理事は、理事長及び業務執行理事の職務執行を監視する立場にあるところ、上記のリスクマネジメントに関する取組が十分か否かを確認し、不十分であれば必要な対応をすることを促さなければならないところ、一部の非業務執行理事はそのような視点から問題意識を持っていたことがうかがえたが、全体としてそのような取組が十分であったと評価することはできない。

8. 生活支援事業における制度上の課題 (50頁～53頁)

- (1) 生活支援事業について (略)
- (2) アセスメント及び個別支援計画の実施について (略)
- (3) 本法人におけるアセスメント及び個別支援計画の位置づけ (略)
- (4) 問題点

ア 利用者の安全を第一に考えた制度運用であること

横浜市の独自事業である生活支援事業は、利用に至るまでのプロセスが簡素化され

ており、アセスメントを実施しなくても運用上は問題ない。しかし、安全を第一に考えた運用をするためには、マニュアルの徹底だけでなく、制度のあり方について十分検討されるべきである。

イ 利用者プロフィールでのみ利用者の客観的情報を把握していたこと

本事業の実施にあたって、本施設では利用者プロフィールのみが利用者の客観的情報を把握する唯一の手段であった。また、定期的に行われるケースカンファレンスで得られた情報がプロフィールに反映されていない。生活支援事業利用時の客観的情報が更新されないまま支援にあたる状況は避けるべき問題である。

ウ アセスメントに基づく個別支援が徹底されていないこと

本施設では、アセスメントに代わるものとして利用者プロフィールが活用されているが、アセスメントに基づく個別支援計画がないために、各生活場面において利用者に対して「支援すべきこと」が明確になっていない。すなわち、アセスメントに基づく個別支援の視点が欠落している。

第4 再発防止策（53頁～56頁）（項目のみ）

1. 適切なガバナンスを構築するための法人改革を行うこと
2. リスクマネジメントの責任者を明確にすること
3. 職員の教育体制を充実させること
4. マニュアル・規程等の継続的かつ定期的な周知徹底を図ること
5. 情報取得と共有の方法を改善すること
6. 生活支援事業における制度上の課題に関して

以上

別紙2 再発防止対応策

第三者委員会の提言を踏まえ、当施設では以下の対応策に取り組んでいます。

1 ガバナンスの構築のための法人改革について

当法人は、令和元年6月理事の改選を行いました。この改選によって、理事のメンバーは本件事故当時とは大幅に入れ替わり、本件事故当時の理事会とは別の組織に生まれ変わりました。なお、外部の意見を入れることで、適切なガバナンスを行うことを企図し、理事の選任は、外部の人材で構成される評議員会にて行いました。また、従前、理事長は理事の互選及び業務執行理事は理事長の委嘱で行なっていましたが、いずれも理事会で選任する形に改めました。さらに、毎年度の事業計画を基に、理事長、業務執行理事及び幹部職員で構成される運営会議を設置し、適切なガバナンス体制の構築に努めています。

また、利用者の事故防止を専門的に検討する組織として、従前より危機管理委員会がありましたが、対応範囲が広すぎるきらいがありました。そこで、平成31年度より事故防止対策委員会を設置し、同委員会を毎月開催しています。本件事故を踏まえて同委員会は、事故、ミス、ヒヤリハットについての検証を行うこととしました。重大事故防止には、日々のヒヤリハットの抽出と検証が重要であるからです。同委員会にてヒヤリハットと事故防止に関するマニュアルを再作成し、手書きのヒヤリハット表を導入しました。その結果ヒヤリハットの報告件数が格段に上がりました。

さらに、防犯防災対策については危機管理委員会で検討することとし、委員会ごとの役割を明確にしました。各委員会にて検討した案を上記運営会議に上程し、運営会議にて正式な対応策として決裁することとしました。

事故防止に関する事項については、理事会や運営会議での議論を踏まえ、理事長から各運営管理者へ指示し、各運営管理者から管理職→主任→チーフへ伝える形で、周知徹底を図ることとしました。

2 リスクマネジメントの責任者を明確にすること

各施設の責任者（施設長・所長）が、リスクマネジメントの責任者として各施設を統括します。法人の事務局長は、各施設の責任者を総括し、法人全体のリスクマネジメントを総括します。

3 職員の教育体制を充実させること

研修推進委員会が職員研修について制度設計を行っています。

まず、平成31年度、常勤職員全員に対して、普通救命講習または消防署職員によるAED講習を実施しました。

次に、てんかんに関する研修も実施しました。業務の関係で出席できなかった職員に対しても、研修に出席した職員から研修の内容を伝えてもらい、各職員のてんかんに対する理解を深めていきます。

また、新人職員や異動により新しい業務を担当することになった職員に対しては、介護プリセプター制度を用いた研修を行なっています。同研修の内容は、法人ホームページ「ZIKOBOU NEWS」にも掲載しています。

上記以外にも、食物アレルギー研修、危険予知訓練といった種々の研修訓練を行いました。

当法人としては、さらなる研修訓練の成果を挙げるべく、階層別研修システムの構築を計画しています。

4 マニュアル・規定等の継続的かつ定期的な周知徹底を図ること

本件事故後、改めて全職員に危機管理マニュアルを配布するとともに、マニュアルの内容を周知しました。

特に、入浴に関わる事業は、本件のような重大事故を招きかねないため、マニュアルのみならず、入浴中に発作が起きた場合についてロールプレイを用いた研修を実施し、危険予知訓練研修も行なっています。

また、研修の周知状況を把握するため、入浴支援に関するアンケートを実施した。アンケートの結果を研修内容にも適時に反映させていきます。

5 情報取得と共有の方法を改善すること

定期利用者及びショートステイの利用者に対し、新しく「ショートステイ連絡票」を導入しました。「ショートステイ連絡票」には、利用者の最新の状況（健康状態、発作、過ごし方、薬、貴重品・荷物、緊急連絡先、連絡事項等）を保護者に記載してもらい、当法人施設利用時に提出を求めています。

専任職員が、「ショートステイ連絡票」の情報を基に利用者プロフィールの更新を行っています。また、担当職員は「ショートステイ連絡票」の内容を確認し、「ショートステイ連絡票」を当法人施設の特定の場所に掲示し、職員全般に内容の周知を図っています。それ以外にも、朝のミーティングやサイボウズを通じて、情報の共有を図っています。

6 生活支援事業における制度上の課題に関して、行政や関係機関と十分な連携の下、実施すること

生活支援事業は、横浜市の事業であり利用者が手軽に利用できるという利便性がある大変ニーズが高い事業です。そのため今後も行政や関係機関とより連携を深め、安全第一に支援を行っていきます。

7 浴室の改修

機械浴システムを導入し、また床をより滑りにくい素材に変更することで、再発防止に努めたいと考えています。

8 小括

当法人は、上記のとおり、第三者委員会の提言を受け取る前から、組織改革に臨んできました。今般、第三者委員会の提言も踏まえ、今後の更なる組織改革に活かしていきたいと考えています。

なお、当法人は、本件事故を踏まえ、本件事故時の法人事務局長、そよかぜの家施設長、生活支援事業課長及び対応職員に対し、就業規則に基づき懲戒処分を行いました。