

令和8年度東京都障害福祉サービス事業所等 リスクマネジメント研修

管理者向け

＜講師＞

株式会社 フォーサイツコンサルティング
代表取締役 浅野 睦
(一般財団法人 リスクマネジメント協会 理事)

講師自己紹介

浅野 睦（あさのまこと）

株式会社フォーサイトコンサルティング 代表取締役

一般財団法人リスクマネジメント協会 理事

リスクマネジメント・危機管理を専門とする経営コンサルタント。

大手流通業本部勤務から米国系金融機関を経て、96年に開業。

リスク全般、危機管理、事故防止、コンプライアンス、BCP等を中心に、各組織のリスクマネジメント体制づくり、リスクマネジメント委員会運営、調査、リスク分析・評価、アセスメントおよび研修、講演活動を行う。

今までに関わったリスク案件数（調査・評価・研修等）は、5000件以上。

東京都福祉サービス第三者評価制度の設計に関わり現在に至る。（第三者評価経営ワーキング委員）

厚労省主催・各自治体指導監査担当職員研修（リスクマネジメント・コンプライアンスに関する指導・監査の方法）
各都道府県・区市町村の介護保険事業者・指定更新研修講師

＜マスコミ等実績＞

TV番組『ビジネス・ブレイクスルー』（レギュラー出演）

NHKラジオ第一『ニュースジャーナル』出演 NHKラジオ第一『ラジオあさいちばん』出演

著書：『得意先管理・与信管理の実務』（日本実業出版社）

『写真でわかる臨床看護技術』（インターメディカ社）

『現場担当者が考えるべき68のリスク』共著（新建新聞社）

『BCPの実効性を高める災害対応シミュレーション』（日本医療企画）など多数

＜理念＞

「リスクに強い人づくり」「リスクに強い組織づくり」「リスクに強い地域づくり」

カリキュラム(抜粋)

- ・福祉現場におけるリスクマネジメントの考え方
- ・福祉現場におけるリスク体系図
- ・事例演習(転倒事故事例)
- ・事故発生メカニズム
- ・転倒や誤嚥事故の直接的原因(利用者要因)
- ・ヒューマンエラーがなぜ起きるか
- ・原因・要因の分析方法
- ・リスクマネジメントとは何をどうすることか？
- ・リスクアセスメント活動をどのように行うか
- ・リスク対策の考え方
- ・ヒヤリハット報告の実効性を高めるために
- ・報告・相談しやすい関係づくり
- ・事故防止につながる報告書の書き方
- ・事例演習(誤嚥事故事例・置き去り事故事例)
- ・事故後の対応
- ・リスク認知の心理特性
- ・事故発生時の対応フロー
- ・リスクコミュニケーションの重要性
- ・リスクに関する共通認識づくり
- ・まとめ

福祉現場におけるリスクマネジメントの考え方

<問題提起>

短時間なら立位保持が可能な身体障害のある利用者と、「私は排泄についてはできる限り自分で行いたい」と要望している方がいるとします。

皆さんはこの方に対して、転倒するリスクがあるから最初から最後まで全介助をしようと思いますか？

一時的な安全のために利用者の自立度が下がれば
リスクマネジメントにはならない

リスクとは、目的遂行の阻害要因

ご本人がどんな生活をしたいかによってリスクは異なる

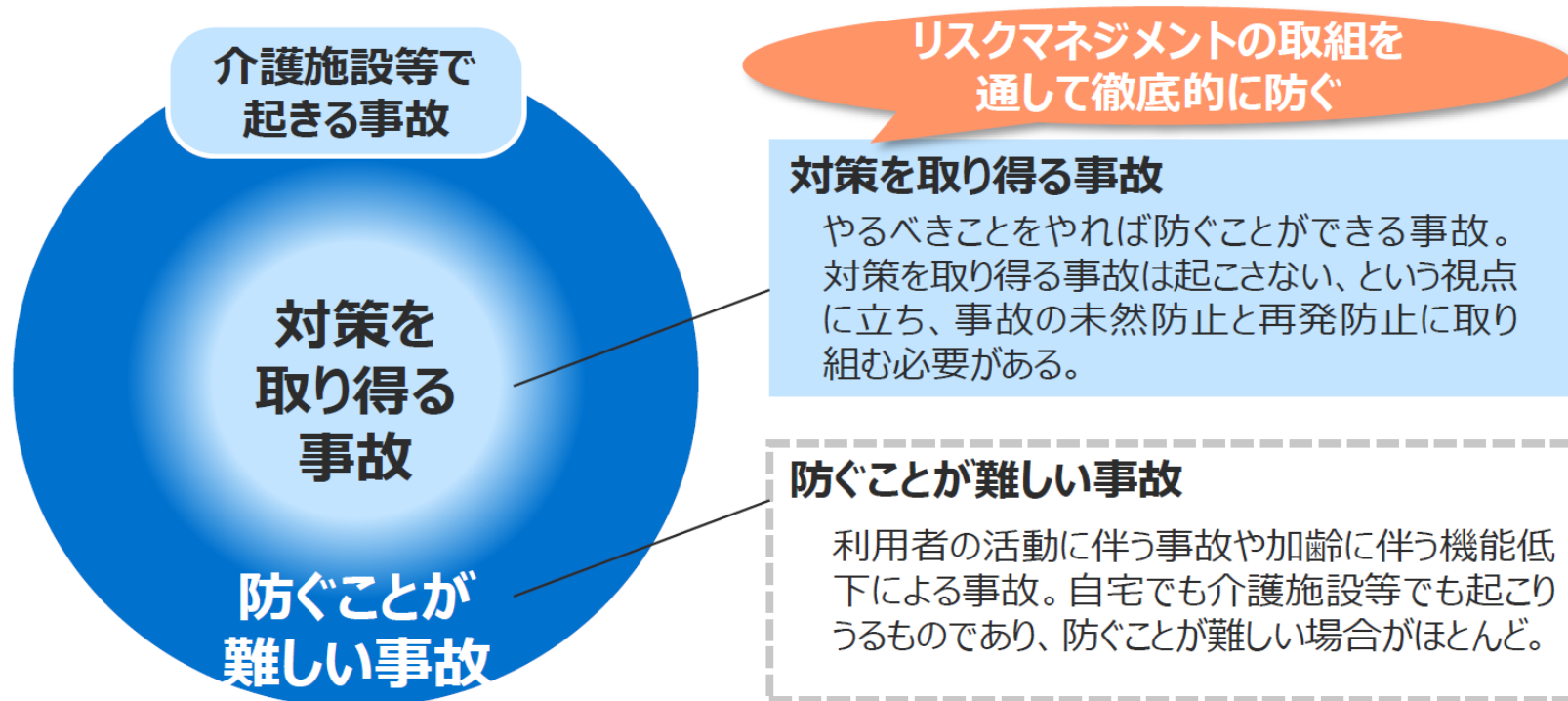
リスクマネジメントとは、リスクによる影響を許容範囲まで最小化することにより、目的の遂行に導く活動

⇒ 自立度が高いほど、自分で自分のリスクをマネジメントすること

事業者はリスクをどこまでマネジメントするのか

「やるべきことを実施すれば防ぐことができる事故」を防ぐことが基本

参考資料



(※) 平成30年介護報酬改定検証「介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業」
令和3年度介護報酬改定検証「介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業」

「介護保険施設等における事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン」(厚労省)より

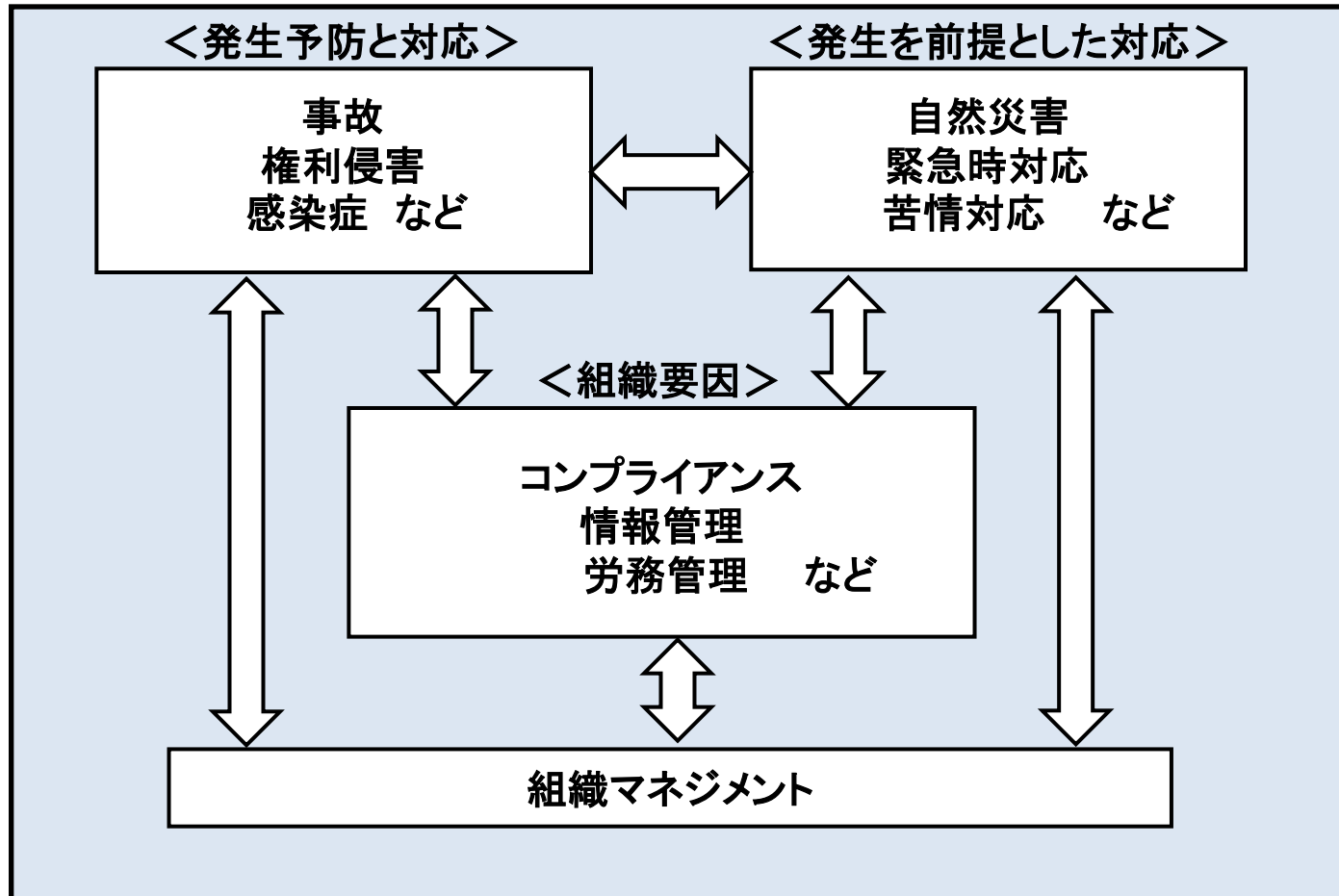
事業所としての責任範囲とリスクの関係

リスクの予見性 (事前にリスクを予測できたか)

(対策の取りようがあるか)
予防可能性

	予測不可能	予測可能
高い	再発について 事業所の責任大	事業所の責任大
低い	事業所の責任小	説明と同意

福祉現場における リスク体系図



経営環境の変化

事例演習

次の事故の再発防止策について考えてください。(ある施設での事故事例)

日常生活では歩行介助を必要としている利用者Aさん(知的障害あり)が、入浴後に身体を拭いてもらい下着になって、脱衣スペースの椅子に座っていた時のことです。職員がちょっと目を離したあいだに、Aさんが動き出して転倒し、腕の骨を折る事故となってしまいました。

事故報告書に書かれた対策

「今後は利用者から目を離さないように注意する」

この事故防止策で
本当に事故が防げるでしょうか？

管理者が現場を責めても問題は解決しない

~~「利用者から目を離しちゃダメでしょ！」ではない。~~

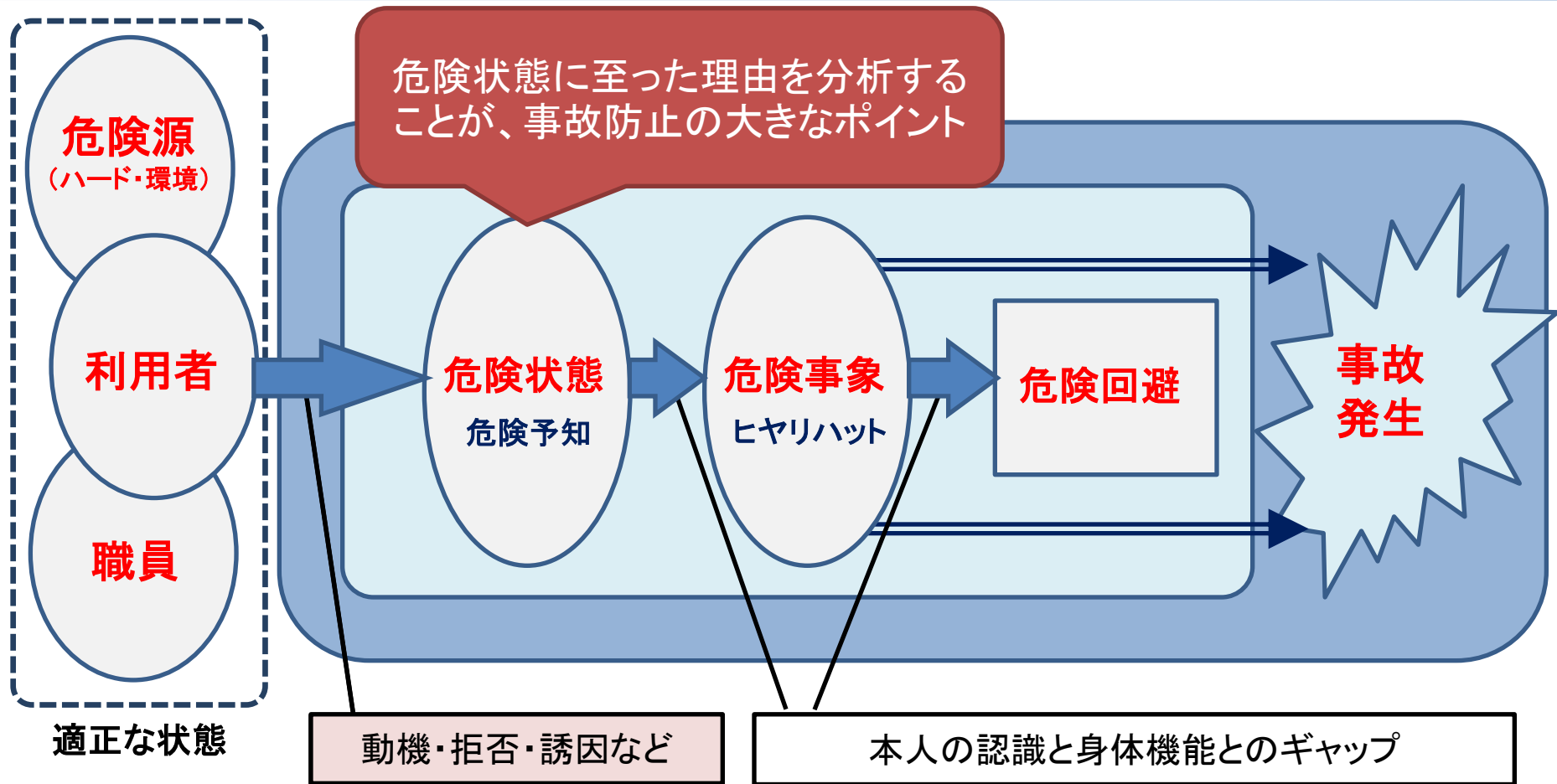
~~「なんで利用者から目を離しちゃったの？」でもない。~~



経営面から考えると
職員の離職も大きなリスク

わたし、
もう辞めたい...

事故発生メカニズム



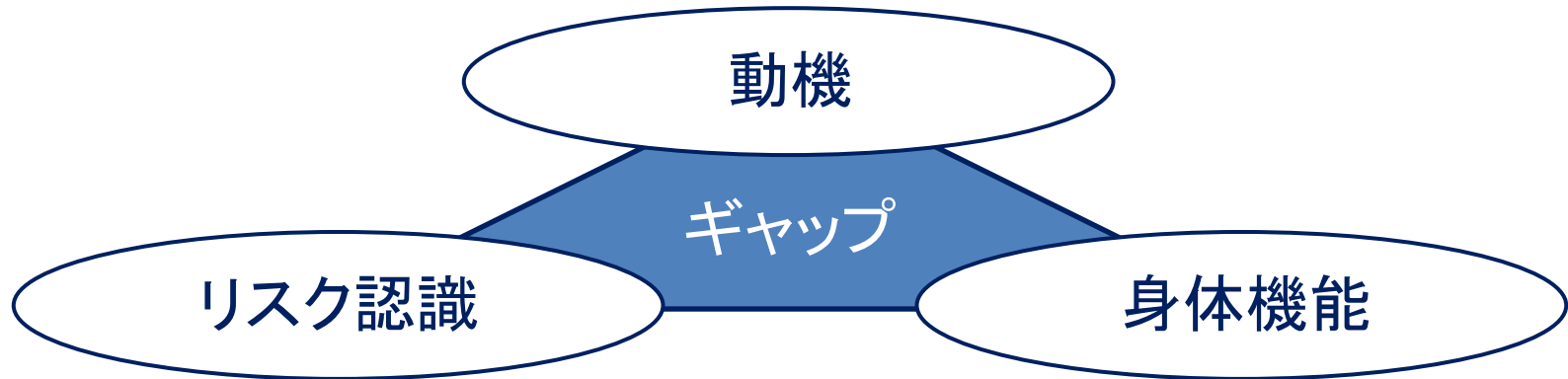
危険源とは、危害を引き起こす潜在的な根源のこと。

例) 高さ(段差) 鋭利なもの 隙間 紐状 回転物 水分 口に入る形状 菌 動植物など

※ 歩行困難な人にとっては、掴まるところがない空間も危険源である。

転倒や誤嚥事故の直接的原因(利用者要因)

次の3つの要素のギャップをアセスメントできるようにするとよい



何かをしようと思って(動機)、本人は大丈夫だと思い(リスク認識)、行動したが、身体機能はその行動に適合していない時に事故が発生する

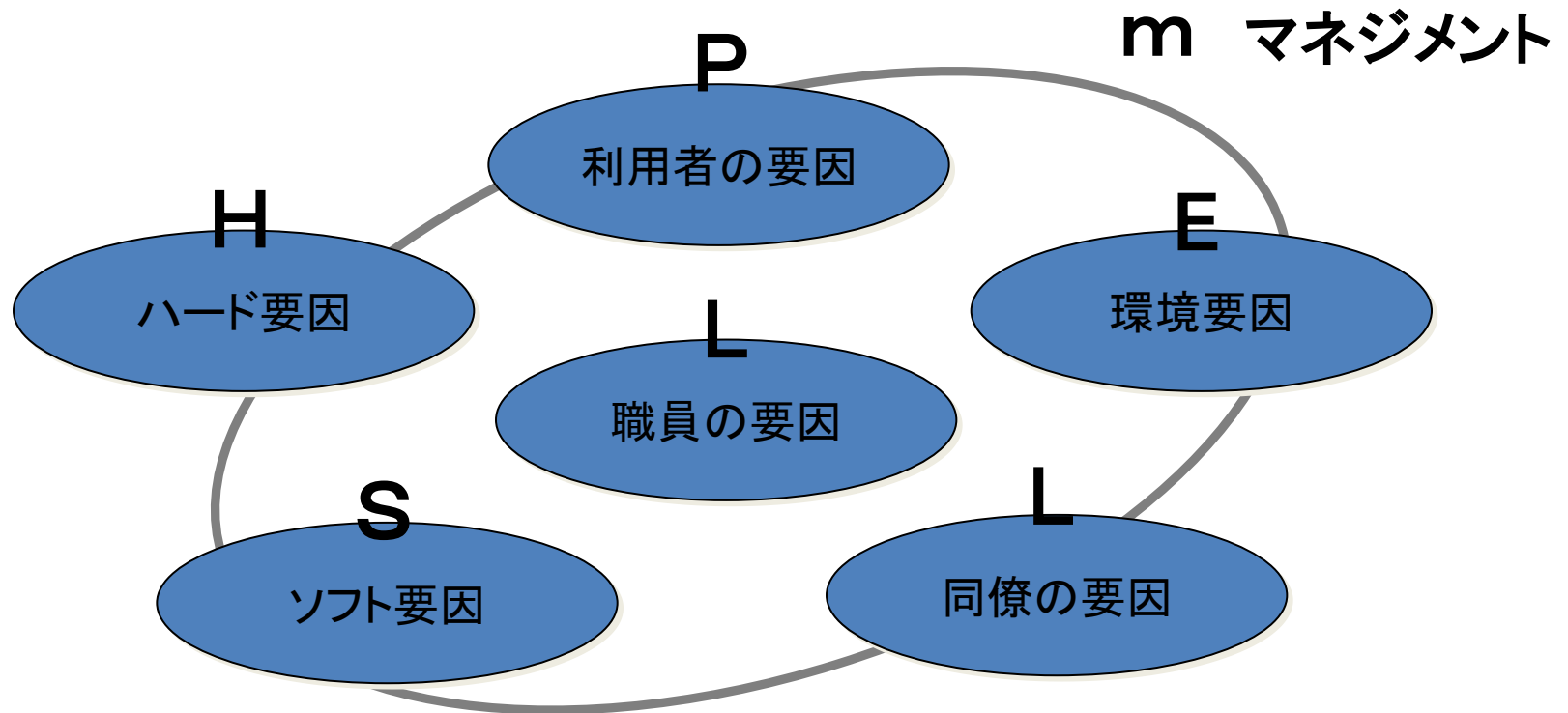
動機の予兆が分かるか？ 本人がリスクを認識できているか？
身体機能を支援できるか？ 身体機能の回復が可能か？



これらの分析結果が職員間で共有されているか
(支援計画に反映されているとよい)

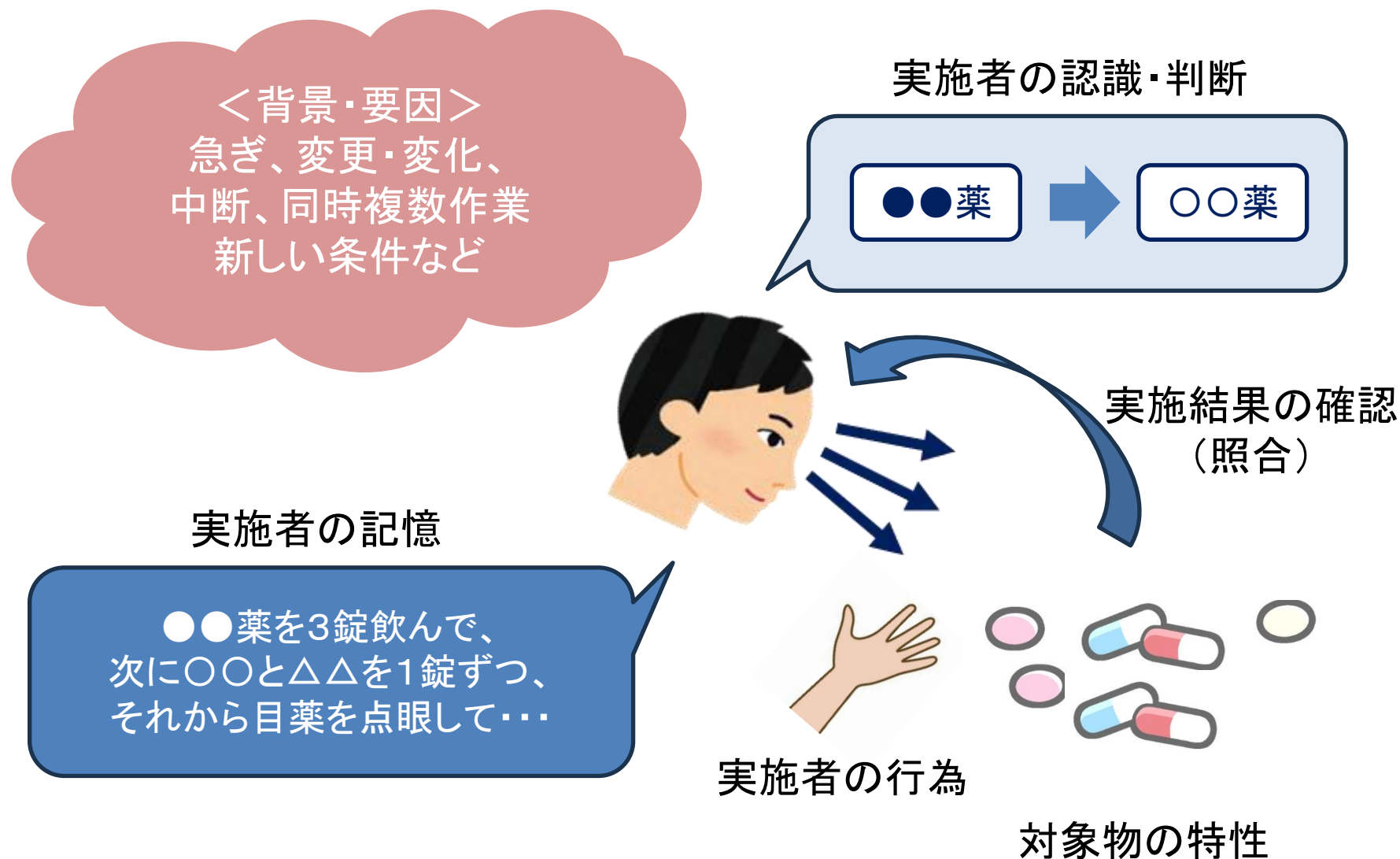
事故を分析するための着眼点

P-mSHELLモデル



それぞれの要因がどのように関係して事故につながったかを分析する手法

ヒューマンエラーがなぜ起きるか



自らのミスの傾向に気づくことが再発防止の第一歩（作業環境分析例）

エラー要因			アセスメント内容
作業環境	状況	急ぎ	急いでいる時（通常より短い時間で作業を実施する際）
			締切（期限）間近の状況下
		変更	作業内容の変更がありながらその変更気付かない（対応できない）とき
		状況変化	状況や条件に変化があった際、その変化に気付かない（対応できない）とき
		中断	作業が中断し、元の作業に戻った際
		同時作業	同時に複数の作業を行うとき （誤り・指摘箇所が多い書類のチェックでは、ミスの発見が抜けるなどを含む）
		新たな作業	新しい作業や慣れないカテゴリーの作業を行う際
		久しぶりの作業	久しぶりに行う作業
		作業量が多いとき	作業量・処理量が多いとき
		引き継いだ作業	担当変更により、案件の途中から引き継いで実施する作業
		周囲への遠慮	確認したいが、周囲に聞けない状況のまま進めてしまったとき
		依存	ダブルチェック、管理者によるチェックなど、確認者が多いとき （他者が見てくれるという安心感）
		余裕	仕事に余裕があって他のことに気持ちが移りやすいとき

自らのミスの傾向に気づくことが再発防止の第一歩(エラー内容分析例)

エラー要因			アセスメント内容
エラー内容	記憶	実施忘れ	実施すべきことを忘れるミス
			後で実施しようと思ったことを忘れるミス
		抜け	実施すべき事項を飛ばしてしまう(抜けてしまう)ミス
		知識	マニュアルを知らない、または十分に理解していないことで発生するミス
	認識	類似	類似しているものを見間違えるミス
		認識	記載されたことを読み間違えるミス
			記載されたことの理解や解釈を誤るミス
		思い込み	以前のものを正しいと思い込み、直近の変更点などを確認しないことによるミス
			自らの経験や認識傾向に疑いを持たず、認識の間違いに気づかないミス
		照合	適合しないものを正しいものと認識するミス
			あいまいな情報を精緻に確認せずに進めることでのミス
		照合特性	簡単で極めて基本的な項目の確認が抜けるミス (そんなところは間違わないという認識や難しい項目に集中するためのミス)
			数・量・単位を間違えるミス
	行為	動作	必要な動作ができないミス(実施しようと思っても身体が思うように動かない)
		操作	操作を誤ってしまうミス(意図した行為と異なった行為をしてしまう)

ミニ演習の解説

人間の認識・判断には、2つのシステムがある

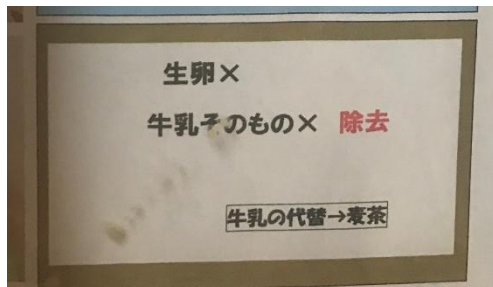
ほぼ直観
(システム1)

よく考えて判断
(システム2)



色分けによってヒューマンエラーを防ぐ仕組みの例 (アレルギーの誤食を予防するオペレーション)

※トレイ・食器・席札・座席・管理表・調理スペース等を色で統一



原因・要因の分析方法

原因分析の「なぜ？」とは何を問うのか？

① なぜ起きたのか？を問う

「どうなったから発生した？」
「何があったからこうなった？」
と分析した方がよい



直接的な原因・要因の解明
判明した原因・要因への対策に活かす

② なぜ防げなかったのか？を問う

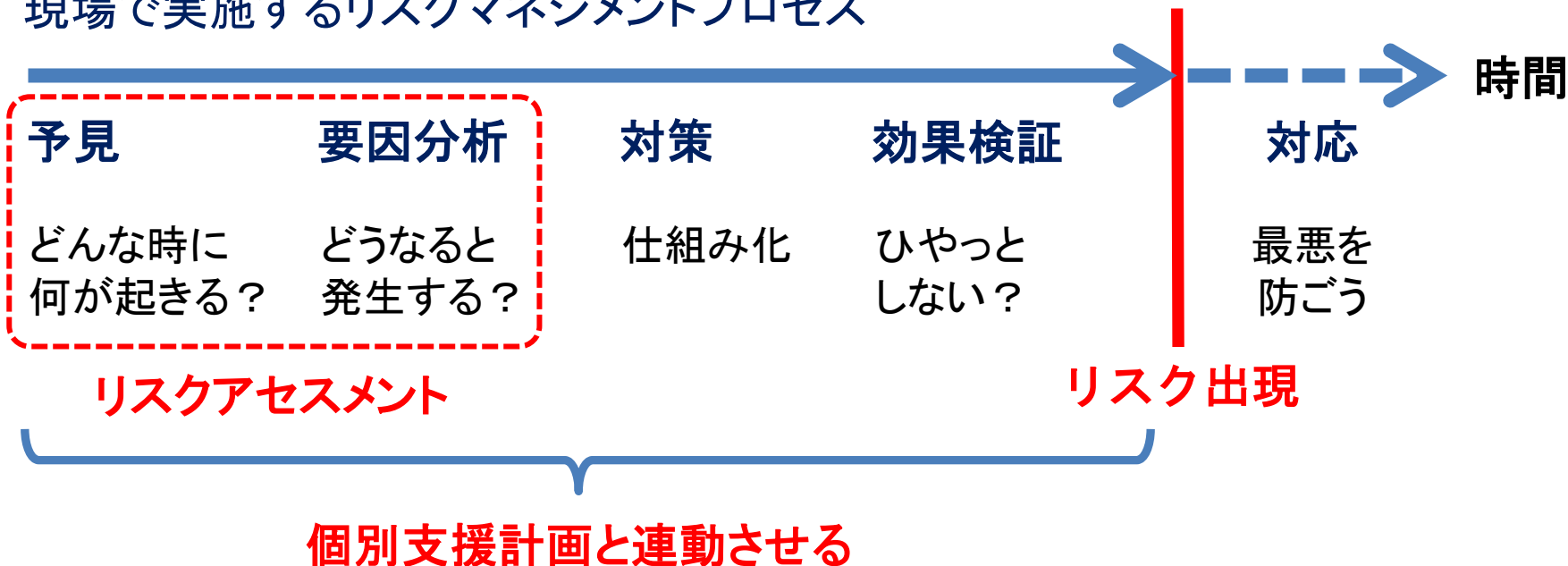
仕組みそのものの改善
(主に管理職・経営層の役割)



管理システム脆弱性を探す
なぜ問題が発生しうる仕組みなのかという
管理上の弱点を探す

リスクマネジメントとは何をどうすることか？

現場で実施するリスクマネジメントプロセス



リスクマネジメントがうまくいっていない場合・・・

転倒に
注意しよう

なぜ転ぶ？
▼
動くから？

動かない
ように

ひやっと
しても報告
しない

リスクアセスメント活動をどのように行うか

リスクアセスメント表(記載例)

利用者名	〇〇 〇〇	自立度	食事自立、排泄・移動一部介助、入浴要介助
場面(シーン)	何をしようとして(動機)	どういうリスクがある？	
排泄 介助時	便座に座ろうとして	うまく座位を保てない可能性がある	
入浴時	介助を拒否して自分で浴槽に入ろうとして	手すりに掴まれず転倒する	
歩行時	落としたものを拾おうとして	バランスを崩して転倒する	
食事中	水分摂取せずに、急いで食べようとして	喉に詰まらせる	
服薬 介助時	職員が同時に他の利用者の薬も準備しようとして	間違った薬を準備してしまう	

仕組み化とは

仕組みとは、職員が他者に依存せず安定した方法で一定の品質で業務が回る状態をつくること ※仕組み化はマニュアル化とは限らない

業務の仕組み化例



チェックリスト・各種フォーマット

勤務者名 氏名	役割	10時						11時					
		10	20	30	40	50	60	10	20	30	40	50	60
A	管理者	管理業務						現場での支援のアドバイス					
B	相談員 (ア ダ プ タ ー)	支援と記録			グループ			現場フォロー+支援と記録			休憩		
C	支援 員 (企 画)	企画業務/報告書作成や 請求関係など						記録 など			休憩		
D	休み												
E	支援係	バイ タル	支援と 記録		バイ タル	支援と 記録		バイ タル	支援と 記録		バイ タル	支援と 記録	
F	現場役	グループ			支援と記録			フロア見守りや 促し			グループ		
G	現場役	フロア見守りや 促し			フロア見守りや 促し			グループ			フロア見守りや 促し		

業務の見える化



基準化・明確化

＜仕組み化の効果＞

ミスや事故が減る

専門的スキルを必要としない

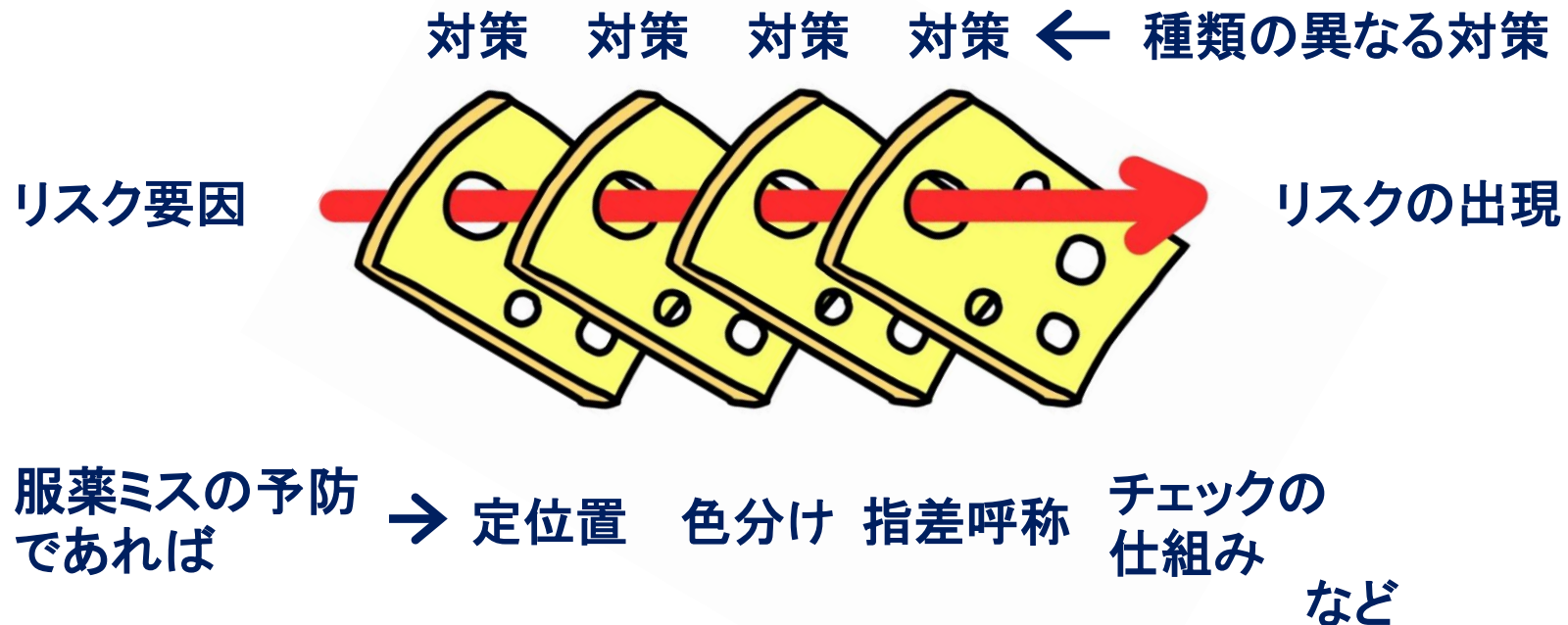
一定の時間で業務品質が安定する（ムリ・ムダ・ムラがなくなる）

時間や気持ちにゆとりが生まれ、職員間の関係性が向上する

利用者に安定した支援や介助ができる

リスク対策の考え方 (1つの対策に頼らずに連鎖を断ち切ること)

＜スイスチーズモデル(安全対策の考え方)＞ ジェームズ・リーズン理論
一つひとつの安全対策を穴の空いたスイスチーズに例え、対策は1つの手段に頼るのではなく、複合的な対策を機能させるべきとした理論



事故とヒヤリハット

事故とは、思いがけず起こった悪い出来事

ヒヤリハットとは、事故やケガなどに至らなかったものの、一步間違えば事故等につながる可能性が考えられる事象や状態（職員が積極的にあげるもの）

なぜヒヤリハット報告が大切なのか？

ハインリッヒの法則



ハインリッヒの法則とは

1件の重大リスクの背後には、29件の軽微なリスクがあり、さらに300件のヒヤリハットが背景に隠れているとした法則（実際の発生確率は取り組みの状況により異なる）

ヒヤリハット報告の実効性を高めるために

◆ヒヤリハット報告があがりにくい主な理由と対応策

1. 叱責されるかもしれないという不安や心配

⇒ 現場の学習材料にする仕組みに改善
（「人」と「出来事」を分けて考える）

2. 報告が役立っているのだろうか？という疑問

⇒ 分析や対策内容の共有とフィードバック
（写真で共有するなどの「見える化」の工夫）

3. 書くのが大変（書き方がわからない、書く時間がないなども含む）

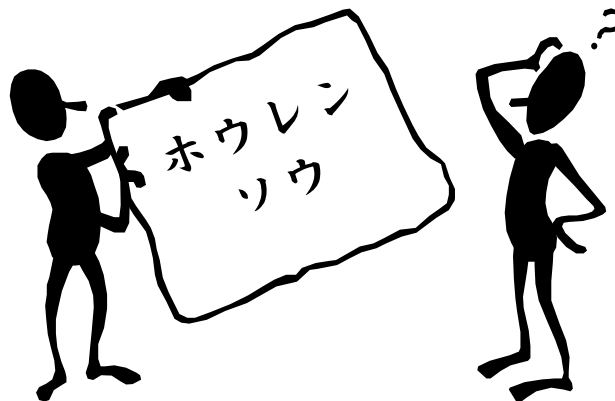
⇒ フォーマットをシンプルにする（書き方例の提示や時間の確保も大切）

対策は、本人だけでなくリーダーや管理者も一緒に考えるとよい
※有効な対策が浮かばない場合は、無理に書かせないことも大切

報告・相談しやすい関係づくり

こういうことは、もっと早く報告してくれ！

なぜすぐに報告をしないんだ？



先輩

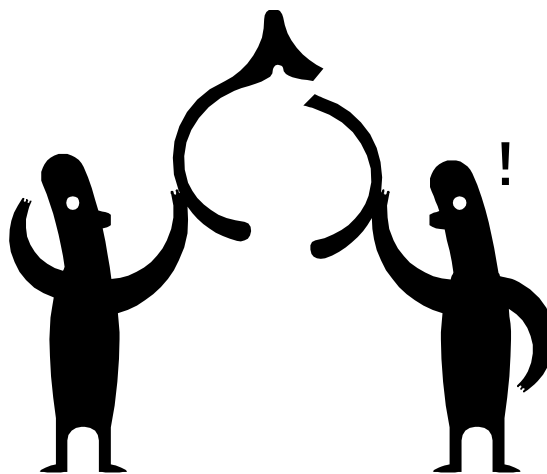
後輩

すみません
今後、気をつけます

なんだかモヤモヤするなあ

あの時、どうしようと思ったのかな？

こういう時は、つい自分でできると
思ってしまうものだね



後輩の理解

先輩

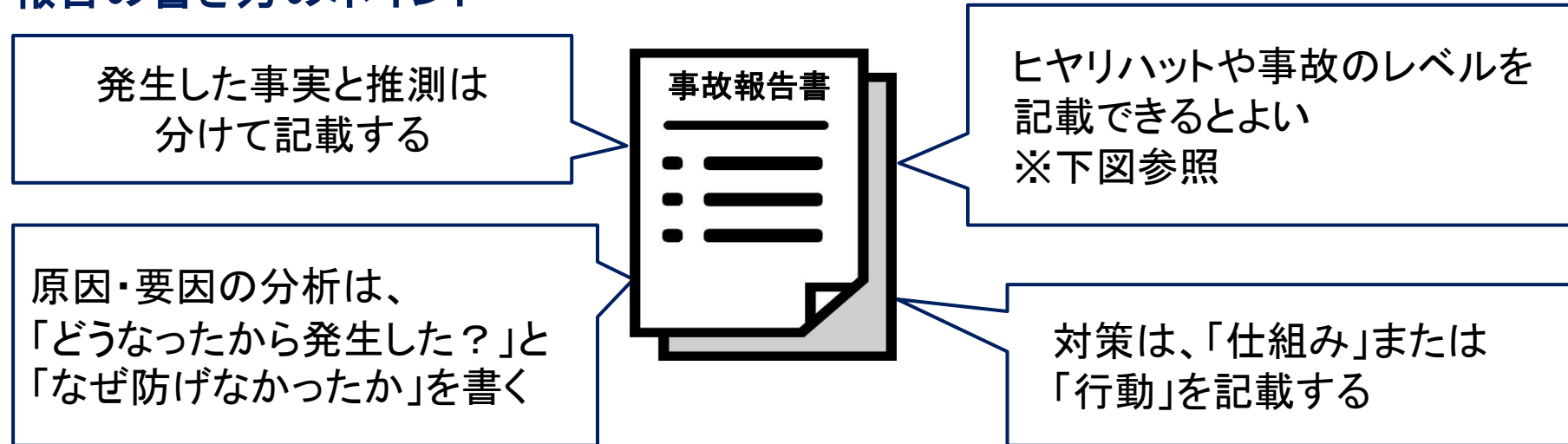
後輩

実は、自分でできると
思って、報告や相談を
しないままやってしま
ったら問題になってし
まったのです

自己開示

事故防止につながる報告書の書き方

報告の書き方のポイント



何を評価するのか・・・ **今後のリスク評価(発生した事象のレベルではない)**

リスクレベル評価基準(例)

レベル	1	2	3	4	5
内容	不安を感じる	影響が少なく 処置を必要としない	何らかの医療的処置を必要とする(服薬ミスの経過観察を含む)	医療機関への受診を必要とする(骨折の疑いなど)	重大事故 (重大な過失のある事故)

誤嚥事故事例

次の事例を読み、事故の要因を分析し、再発防止策を考えてください。

午後のおやつが終わり、食堂にまだ甘い匂いが残っていた。職員は食器の下膳を手伝ってくれる職員を呼びに食堂を一時的に離れた。ほんの1分ほどのつもりだった。普段なら、食堂を離れる際には必ず施錠するが、この日は別の利用者から声をかけられた直後で、職員は「早く片づけを進めなければ」という思いがあった。施錠を忘れたことに気づかないまま職員は食堂を後にした。



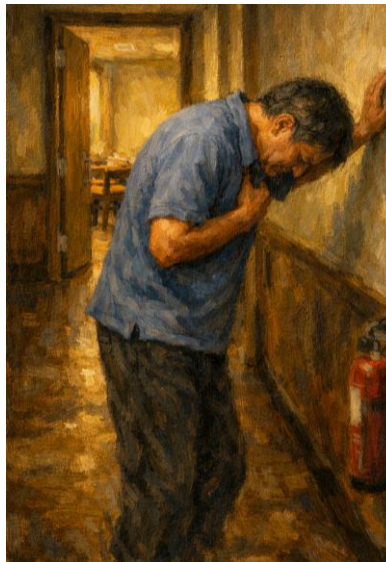
イメージ

誤嚥事故事例

次の事例を読み、事故の要因を分析し、再発防止策を考えてください。

食堂に戻ると、テーブルの上にあったはずの「おやつ残り」がなくなっていた。嫌な予感がした瞬間、食堂の奥から利用者Aさんがゆっくり歩いてきた。

Aさんは普段から食べ物へのこだわりが強く、食べ物が目に入ると手を伸ばす傾向がある。食事形態は刻み食で、嚥下機能にも軽度の課題があった。そのAさんが、肩を上下させながら苦しそうな呼吸音を発していた。職員は「盗食して詰まらせた」と直感し、すぐに背部叩打法、腹部突き上げ法を試みた。口腔内に指を入れ、吐き出すよう促したが、食べ物はすぐに出てこなかった。Aさんの呼吸はさらに弱まり、一時呼吸困難の状態に陥った。



イメージ

誤嚥事故事例の分析例

◆何があったからこうなった？

- ①おやつ終了後、テーブル上に「おやつの残り」が放置されていた。
- ②職員が下膳の職員を呼びに行くため、食堂から離れて見守りが不在になった。
- ③食堂を離れる際の「施錠」ルールが守られなかった。
- ④別利用者から声をかけられ、片付けへの焦りで施錠が記憶から抜け落ちた。
- ⑤利用者が食べ物へのこだわりが強く嚥下障害があった。
- ⑥見守りのない隙に食堂へ進入し残食を摂取する動機があった。
- ⑦食の詰まりによって一時呼吸困難になり、応急処置を行うも除去できなかった。

◆なぜ防げなかったのか？（なぜその仕組みで行われていたか？）

- ①「食堂から離れる＝鍵をかける」が、個人の記憶に依存した仕組みだった。
- ②1人勤務や作業分散時に「食堂に職員がゼロになる時間」が発生する業務フローだった。
- ③テーブルに食べ物が残っていて、盗食リスクのある環境が放置されていた。
「おやつ終了」の定義が「利用者が食べ終わった状態」になっていた可能性。
「残食の下膳までがおやつの時間」という観点が薄かった可能性。

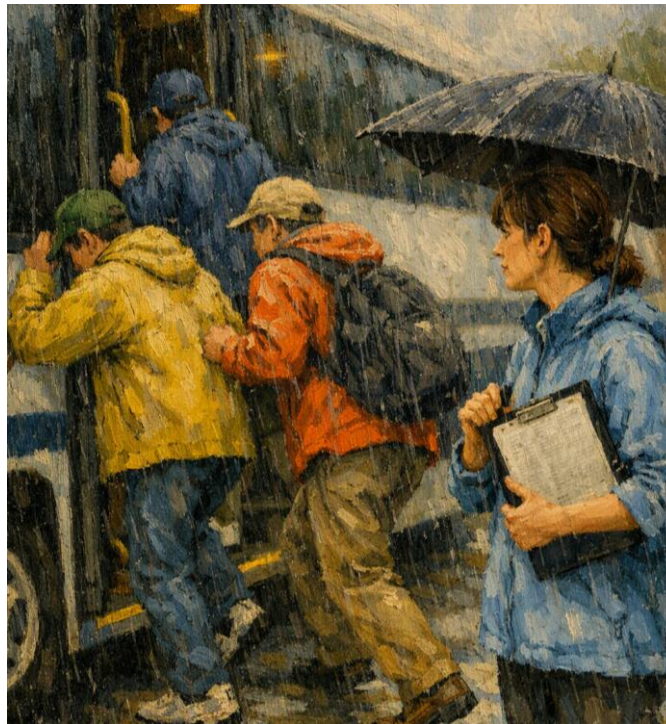
この事故事例の再発防止策(例) ※すべて導入するという意味ではありません

1. 「残食優先撤去」のルール化
2. 「フードカバー(目隠し蓋)」や扉付きの配膳カート導入
3. 「見守りのバトンタッチ(声かけ確認)」の仕組み化
4. 食堂ドアの「オートロック(自動施錠)化」またはテンキー錠導入
5. 割り込み対応時のワンクッション動作の習慣化(同時複数業務の回避)
6. 利用者の「異食・盗食特性」の全職員共有
7. Aさんのおやつ後の過ごし方改善
(別の活動を組み込み、食べ物から意識を逸らす計画など)
8. 片付け時間帯の「人員配置計画」の見直し
9. 誤嚥・窒息時の救命シミュレーション訓練の定期開催

置き去り事故事例

次の事例を読み、事故の要因を分析し、再発防止策を考えてください。

施設では徒歩で移動する屋外活動をする予定だったが、天候が悪化してきたため、責任者が急遽バスで移動することにした。職員たちは予定変更の連絡を受けたものの、出発準備に追われ、役割分担の再確認までは十分にできていなかった。



イメージ

置き去り事故事例

次の事例を読み、事故の要因を分析し、再発防止策を考えてください。

現地に到着すると、雨が強まり、周囲は騒がしく、視界も悪かった。通常であれば、降車時には「ドアの開閉役」と「全体の人数確認役」が決まっているが、この日は急な変更でその役割が曖昧になっていた。バスの後部席には死角があり、外からは見えにくい状況だった。職員Aは、雨の中で早く利用者を安全な場所へ誘導しようとした。職員Bは、グループごとの名簿を片手に「このグループは全員降りた」と確認した。だが、全体の人数確認は誰も行っていなかった。「全員降りたはずだ」という思い込みが、職員の間で自然と共有されてしまった。

雨と騒音で声も聞き取りづらく、後部席の利用者が座ったままであることに誰も気づかなかった。活動が始まってしばらくして職員の一人がふと、「〇〇さんが見当たらない」と気づいた。慌ててバスへ戻ると、後部席に静かに座ったままの利用者がいた。雨の中、急な変更と役割の曖昧さ、そして「全員降りたはず」という思い込みが重なり、置き去り事故が発生した。



イメージ

置き去り事例の分析例

◆何があったからこうなった？

- ①急な変更で出発準備に追われ、役割分担の再確認ができなかった。
- ②雨と騒音で視界・音声環境が悪化していた。
- ③通常行うはずの「ドア開閉役」「全体人数確認役」が割り当てられなかった。
- ④バス後部座席に死角があり、外からの確認が難しかった。
- ⑤グループごとの名簿確認のみを行い、全体確認の役割が不在だった。
- ⑥「全員降りた」という思い込みが職員間で共有され、相互確認が働かなかった。

◆なぜ防げなかったのか？（なぜその仕組みで行われていたか？）

- ①「急な予定変更」に対するマニュアル・手順がなかったこと。
- ②「名簿によるグループ確認」と「全体の確認」が連動していなかった。
- ③悪天候・環境変化時のコミュニケーション対策がなかった。
（悪条件下での「声出し確認、合図の標準化」が定められていなかった）

この事故事例の再発防止策(例) ※すべて導入するという意味ではありません

1. 車内最終点検(ファイナルチェック)の手順化
例1) 名簿で確認とは別に、必ず車両の一番後ろまで歩き指差確認する手順
例2) 「最終確認済み」マグネットシート/フックの設置
2. 変更時タイムアウトルールの設定
例) 変更時こそ「今日のドア役:Aさん」「人数確認役:Bさん」と口頭で再指名
3. 環境悪化時(悪天候時など)のリスク軽減策
例1) 雨天や騒音時などは視覚的な情報共有を仕組み化(ハンドサインなど)
例2) ビブス(ゼッケン)等の活用
例3) 誘導スペースの事前確保による余裕を確保
4. 利用者特性に応じた環境構成
静かに座っていて見落とされやすい利用者は優先席を設置
(移動や降車に時間を要する場合も同様)

事故後の対応

【障害者通所施設での事例】

ある日の午後、利用者A(男性・40歳)が階段を駆け下りようとしたところ、階段の最後の1段のところで足をひねってしまった。痛そうにして床にうずくまったので、すぐに職員が駆け寄り、痛む箇所(足首)を確認した。(特に腫れはなかった)

職員はAさんに、「足、ひねっちゃったんですね？痛かったですね」と声をかけたが、Aさんはしばらく何も言わず、職員が足首付近をさすっていた。

少し経ってから、職員が「大丈夫？」と声を掛けたところ、Aは「大丈夫」と言って歩き出した。特に痛みがなさそうに見えたので、職員はそのまま通常の活動に戻った。ところが帰宅後、家族から電話があり、「帰宅すると息子が足が痛いと言うので、病院に連れて行ったところ、「足首がはく離骨折してる」と診断されたのだという。

【問題】 このケースからどのようなことを学びますか？

リスク認知の心理特性

人は、何らかの理由づけをしてリスクの評価を変えてしまうことがある

「これくらいは大丈夫」「今まで問題なかった」「今、忙しいから」「人がいないから仕方ない」など



これくらい
大丈夫

こんなこと
報告できない



人は、リスクがあるとわかっていても、そのリスクを認めたくないと感じると自分で受け入れやすい情報を重視し、リスクの認識を避けようとする

G・ワイルド

しかし、リスクは容赦なく現れる

事故に関するリスクだけでなく、法令遵守など多くのリスクに共通する心理特性

解決の考え方

- 👉 ① 客観的な評価 ② リスクの見える化 ③ 適正行動の習慣化

職員が報告することをためらう心理(例)

＜評価への不安＞
自分の能力不足と思われるのでは？

＜周囲への遠慮＞
忙しい周囲に迷惑をかけたくない

＜対人関係の不安＞
相手(周囲)に悪く思われたくない

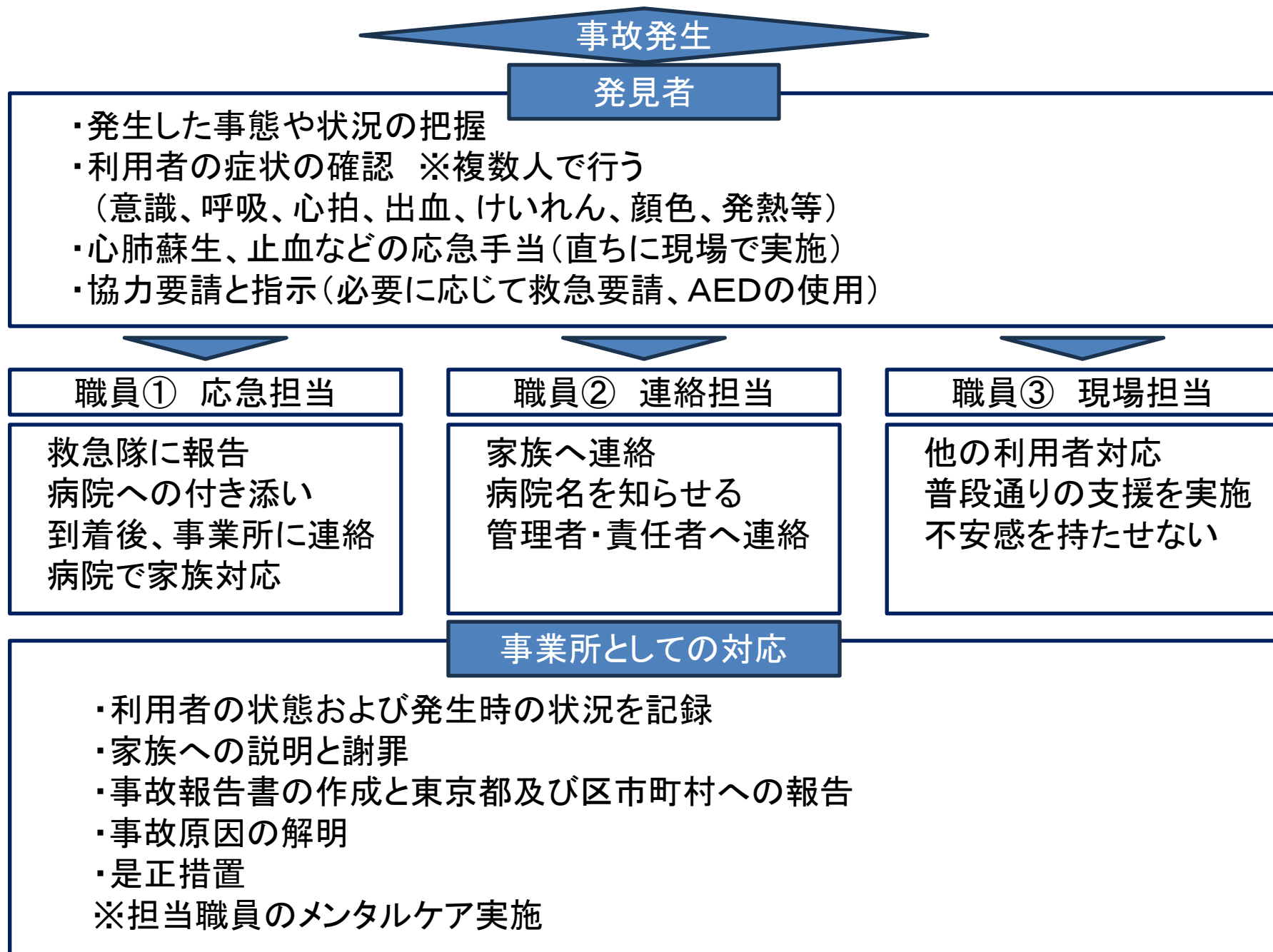
＜強い責任感＞
自分で何とかしないとイケない

＜セーフになる可能性への期待＞
以前は何とかなったから今回何とかできるだろう・・・



これらを「個人の弱さ」と捉えるのではなく、
報告・相談をためらう環境による心理反応としてマネジメントする

事故発生時の対応フロー



リスクコミュニケーションの重要性

家族の不安は情報不足から生まれるため、
リスクが見えないことが不信感を生み出すことがある

安心

小さな異変でも「見える化」する
対応を変えるときは相談する

信頼



利用者・家族



適切なリスク情報の開示と
説明責任



リスクを知ることによる安心感



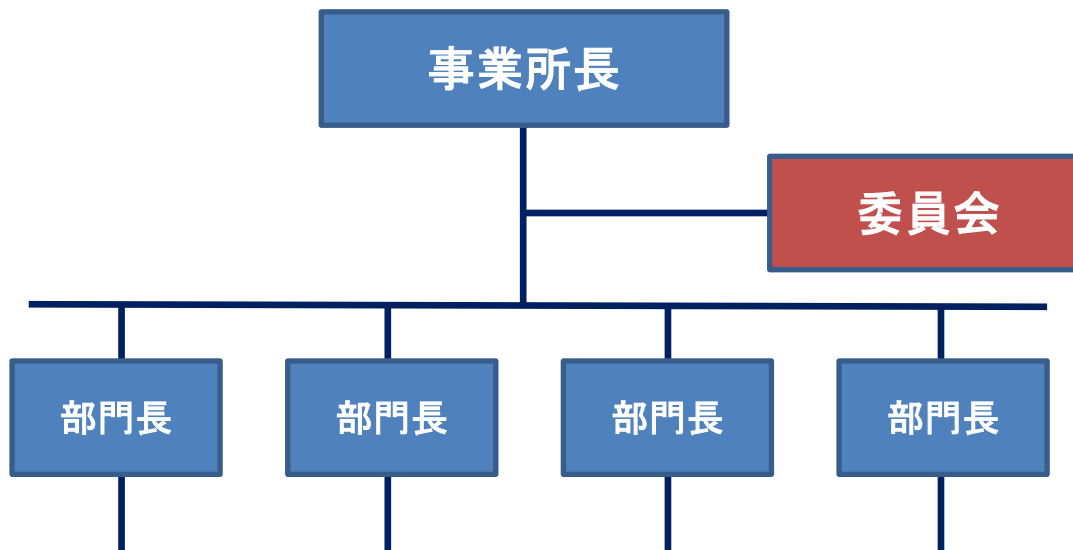
事業所

組織的な解決につなげる委員会活動

組織における委員会の位置づけを明確にする

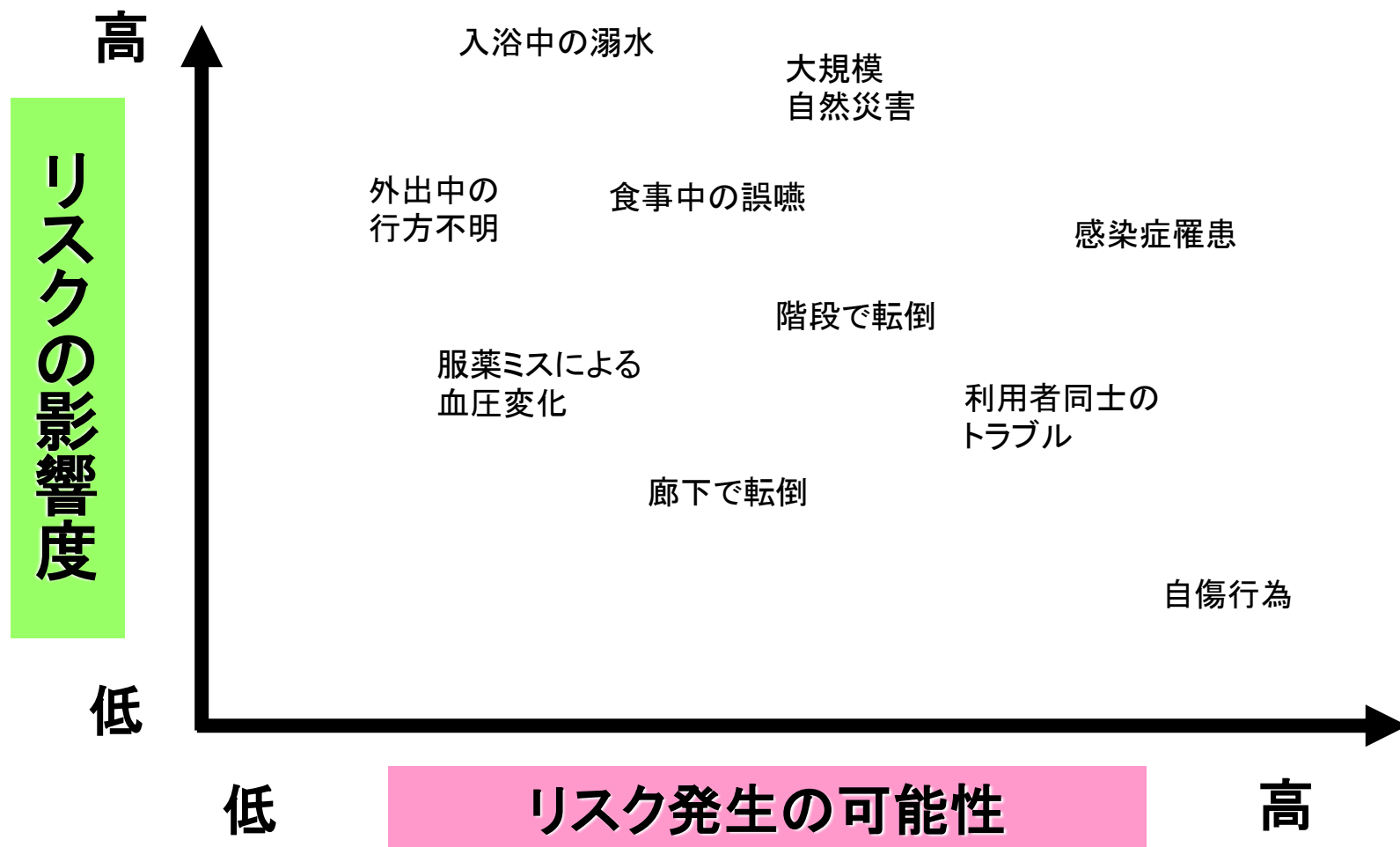
1. 情報を構造的に分析し、仕組みとして再発防止策を設計する
2. 決めた改善策を「現場で確実に回す」ための実行管理を行う
3. ある現場の優れた取り組みを他の部門に水平展開させる

<組織図例>

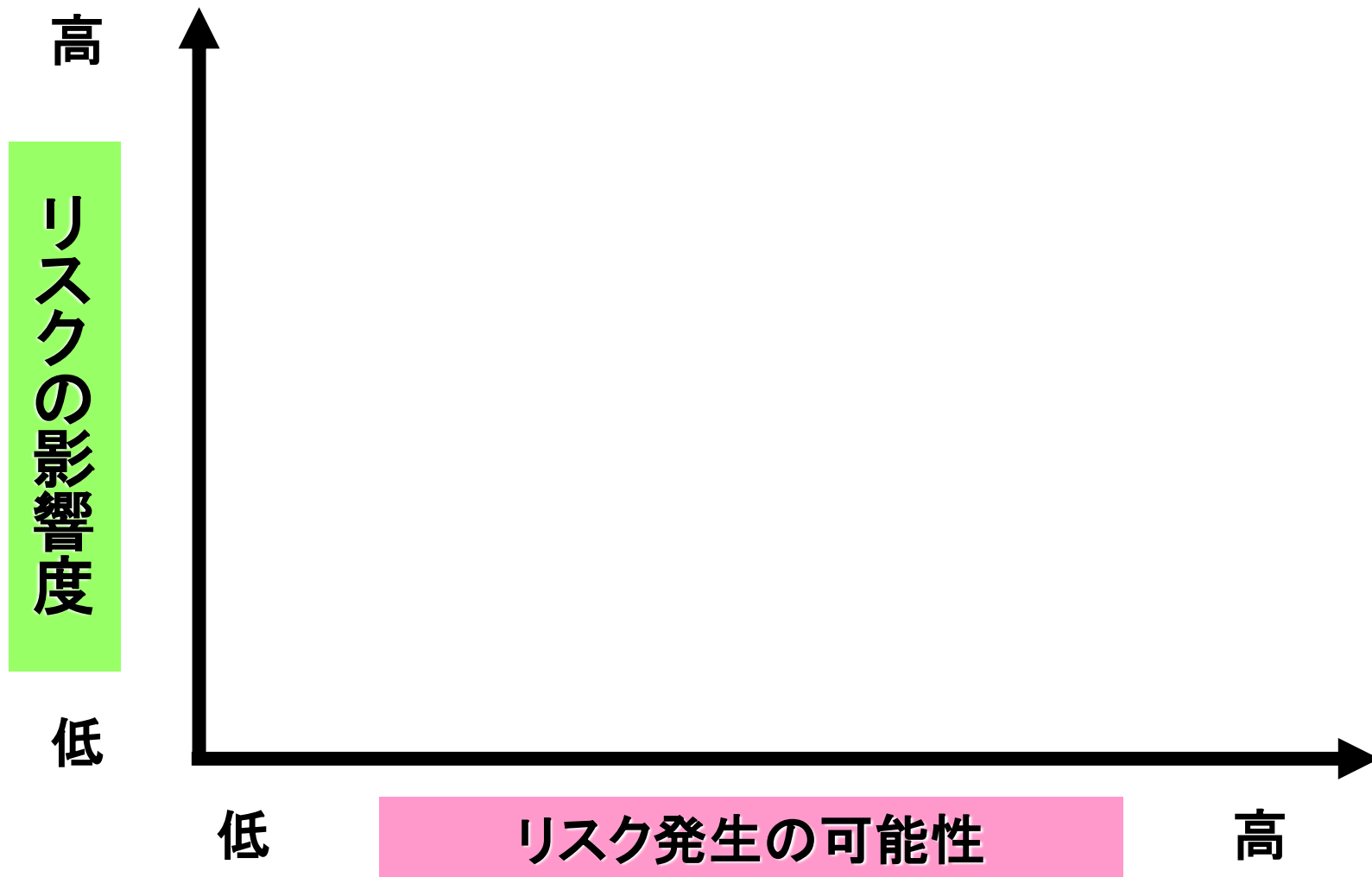


リスクに関する共通認識づくり（リスクマップでリスクを評価し共有する）

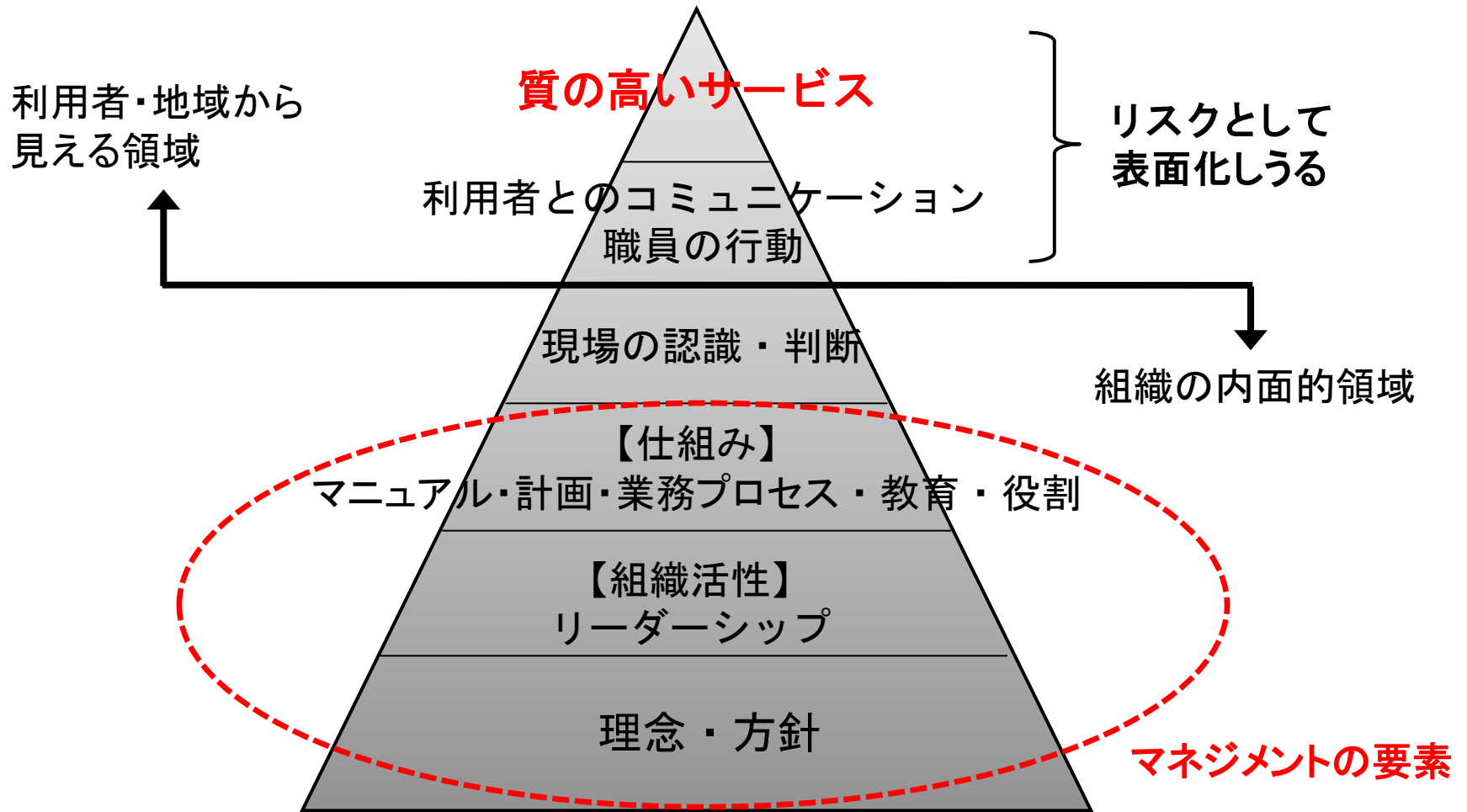
例) 障害者入所施設の場合



リスクマップの活用



リスクマネジメントの構造(冰山モデル)



まとめ

ここまで学んできたことを振り返って、自組織のリスクマネジメントに関する改善課題について考えます。

◆事業所内で改善したい点をあげてください。

◆その改善点を、どのような取組みや仕組みによって改善しようと思いますか？

ご視聴ありがとうございました。

今後の研修内容や、障害福祉サービス事業所等への支援の改善に活用するため、

アンケートへの御協力をお願いいたします。

※ アンケートは**右のQRコード又は下記リンクから回答**願います。

<https://logoform.jp/f/dyh8H>

※ 受講確認を兼ねていますので、必ず御回答ください。

