

社会福祉法人・福祉施設における リスクマネジメントの 基本的な視点〔改訂版〕

全国社会福祉法人経営者協議会

目次

はじめに	3
1. リスクマネジメントに関する基本的な知識	
(1) リスクマネジメントとは	4
(2) 社会福祉法人経営におけるリスクの全体像	5
(3) リスク処理の分類（リスクコントロール、リスクファイナシング）	6
(4) 事故発生メカニズム	6
2. 福祉サービスにおけるリスクマネジメント ～経営者・管理者の役割～	
(1) 組織風土の改善、組織づくり	8
(2) 法令により求められる体制	8
(3) 権利擁護の制度について	9
(4) リスクマネジャーの設置（根拠）と育成	11
3. リスクマネジメント体制の構築と運用	
(1) リスクマネジメント体制構築に向けた考え方	13
(2) リスクマネジメント委員会の役割	14
(3) リスクマネジャーの役割	14
4. サービスの可視化	
(1) 業務の標準化	15
(2) 記録類の整備と記述方法の統一	18
5. 利用者のアセスメントの重要性と個別援助（支援）計画の作成	
(1) アセスメントと個別介護計画	19
(2) アセスメントと事故予防	19
(3) 評価や再アセスメント	20
6. 職員教育の体制構築と実施 ～未然防止と再発防止の対策～	
(1) KYT（危険予知訓練）	22
① 高齢、障害分野でのKYT	22
② 児童、保育分野でのKYT	24
(2) 5S活動	25
(3) 緊急時・事故発生時対応訓練	26
7. リスクマネジメントプロセス（事故発生後の処理）	
(1) 事故発生時の適切な対応	27
(2) 事故発生後の対応とその意義	27
① リスク要因の特定	27
② リスクの分析	27
③ リスクへの対応・処理 ～ 是正処置計画、予防処置計画の作成	28
④ リスクの評価	29
8. リスクマネジメント体制の検証と見直し	
(1) 定期的な検証と見直し	30
(2) 検証や見直しのポイント	30
おわりに	32

はじめに

平成 14 年 3 月の「社会福祉法人 福祉施設におけるリスクマネジメントの基本的な視点」は、福祉サービスの利用が措置から契約へと移行するなか、利用者の安心や安全を確保することが福祉サービス提供にあたっての基本であり、事故防止対策を中心とした福祉サービスにおけるリスクマネジメントの取り組みが急務であったことを受けてとりまとめたものです。

当時、医療分野では医療過誤訴訟の増加が社会的な問題として注目され、事故報告書やインシデントレポート（ヒヤリ・ハット報告書）の取り組みが積極的に進められ、あわせて事故要因分析の手法をはじめとするの蓄積が始まっていたため、社会福祉法人・福祉施設でも同様の取り組みの必要性に対する啓発、普及が急がれた時期でもありました。一方で、安全・安心なサービス提供の基本ともなる業務の標準化、マニュアル化といった取り組みに対しては、否定的な強い意見も示され、また、サービス種別の違いによる課題意識の濃淡も相当程度見られました。

このようななか、全国経営協では、法人経営をめぐる広範におよぶリスクのなかでも、とくに「サービスリスク」をとりあげ、「利用者の安全を最大の眼目としたサービスの質の向上と利用者満足度の向上を目指す活動」を福祉サービスにおけるリスクマネジメントと位置づけて「リスクマネジャー養成講座」を平成 14 年度から開催してきました。開講してからこれまでに延べ 2,500 名を超える受講者が本講座を修了し、それぞれの福祉施設等で活動しています。

さらに、社会福祉法人をめぐる状況の変化にあわせて、全国経営協では、「社会福祉法人におけるこれからのマネジメントのあり方に関する基本的な視点」（平成 17 年 6 月）や、「社会福祉法人アクションプラン 2015」（平成 23 年）においても、法人経営全体のなかの福祉サービスのリスクマネジメントを位置づけ、一定程度の普及、浸透が図られてきました。こうした取り組みにより、リスクマネジメント委員会の設置、事故報告書やインシデントレポートの整備等は多くの社会福祉法人・福祉施設でみられるようになりました。

一方、それらの取り組みが形骸化したり、サービス提供の基本となる利用者のアセスメントや個別援助計画の策定が疎かになったりしているのではないかと、組織的な対策を講じているとは言い切れないとの指摘もあります。

こうした状況を踏まえ、「利用者の安全を最大の眼目としたサービスの質の向上と利用者満足度の向上を目指す活動」というリスクマネジメントの基本は変えることなく、その取り組みの基本的な視点をあらためて整理することとしました。

今後、本指針に基づきリスクマネジャー養成講座のカリキュラムの見直しをも行い、社会福祉法人・福祉施設におけるリスクマネジメントの取り組みのさらなる充実につなげていきたいと考えています。

1. リスクマネジメントに関する基本的な知識

(1) リスクマネジメントとは

リスク、リスクマネジメントの定義

「社会福祉法人・福祉施設におけるリスクマネジメント基本的な視点」を再度整理するにあたり、ここで改めて今の時代に即したリスク及びリスクマネジメントの定義を明らかにします。

これまで、リスクとは、組織活動に好ましくない影響を及ぼすと予測される因子のことを指し、リスクマネジメントとは、その因子を効果的、効率的に取り除く、組織活動であると定義されていました。昨今、社会のあらゆるシステムや技術が発達し、人間の行う社会活動や、用いる道具などが複雑になると、何が好ましくない影響かを見極める、つまりリスクを見極めることは困難になってきています。

日本工業規格「リスクマネジメント-原則及び指針」(JIS Q 31000 : 2010)では、「リスク」(risk)を「目的に対する不確かさの影響」と定義し、以下のように説明しています。

あらゆる業態及び規模の組織は、自らの目的達成の成否及び時期を不確かにする外部及び内部の要素並びに影響力に直面している。この不確かさが組織の目的に与える影響を“リスク”という。

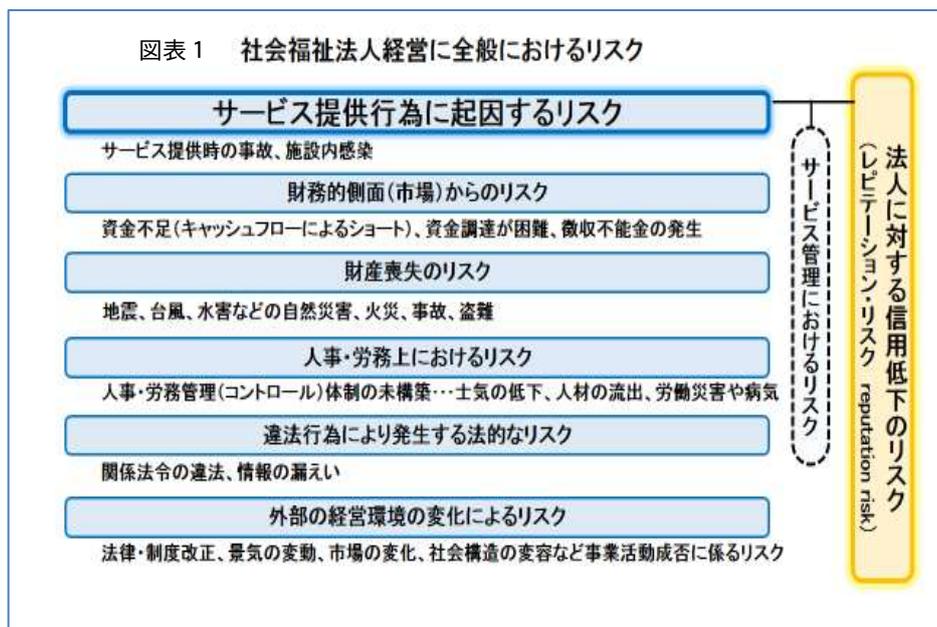
(影響とは、期待されていることから、好ましい方向及び／又は好ましくない方向にかい(乖)離することをいう。)

そして、リスクマネジメント (risk management) とは、「リスクについて、組織を指揮統制するための調整された活動」であるとしています。

我々福祉サービスを提供現場においても、社会環境の変化により、顧客のニーズは多様化、複雑化しつつあります。介助、介護技術や業務で用いる機器等も徐々に高度化しつつあります。福祉サービス提供におけるリスクも、「不確実なこと」ととらえ、リスクマネジメントは、組織を指揮統制する「意思決定」であると認識することが必要となります。

(2) 社会福祉法人経営におけるリスクの全体像

社会福祉法人は、社会福祉法第 22 条に記されているとおり、社会福祉事業を行うことを目的に、社会福祉法に基づいて設立される法人です。前出の定義および説明に即して考えれば、社会福祉事業の継続や成否等を不確かにする外部・内部の要素が社会福祉法人経営におけるリスクであると言えます。



特に近年、外部環境の変化を正しく認識することは福祉サービスのリスクマネジメントを考えるうえでは重要です。

全国経営協「アクションプラン 2015」では、社会福祉法人は、「社会、地域における福祉の充実・発展」に寄与することを使命とし、社会福祉事業の安定的・継続的経営に努めるとともに、多様な生活課題や福祉需要に柔軟かつ主体的に取り組む公共的・公益的かつ信頼性の高い法人であると謳っています。それをもとに、社会福祉法人行動指針（社会福祉法人に求められる取り組み課題）に基づく経営実践を会員法人に求めています。すなわち、これらの使命や行動指針から乖離した状態をリスクとしてとらえる必要があります。

法人経営をめぐるリスクは非常に多岐にわたります（図表 1 参照）。法人経営者はそれらを正しく把握し、それぞれの経営上のリスクに対し、的確に必要な対策を講じる必要があります。

一方で、社会福祉法人・福祉施設では利用者の生命や人格、身体等に直接関係する日常生活全般に関わるサービスを日々提供しています。社会福祉法第 1 条に、社会福祉を目的とする事業は、地域福祉の推進と並び、利用者の利益の保護を図ることが目的と記されています。

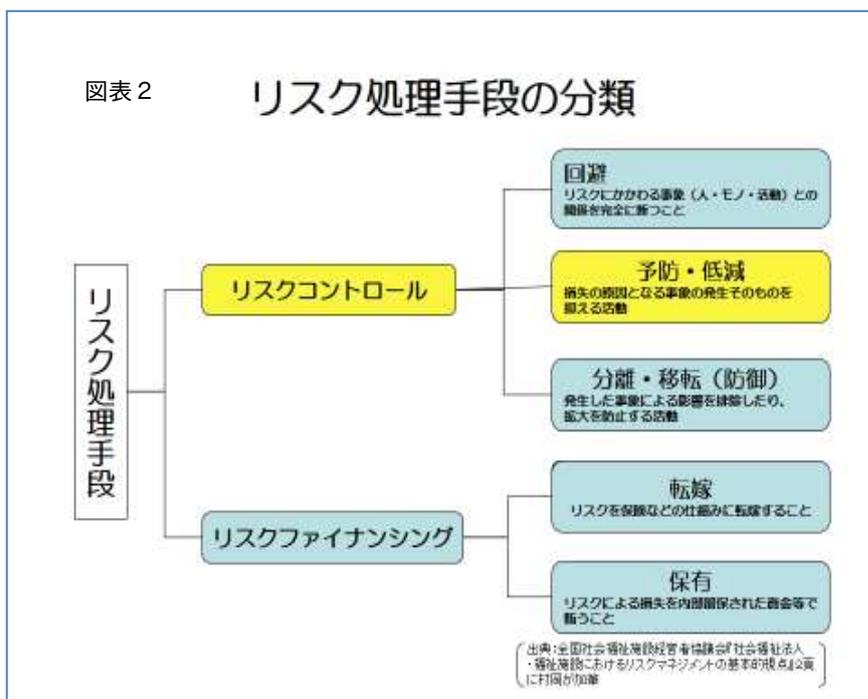
そのため、全国経営協では、利用者の安全・事故防止を主眼としたリスクマネジメントの実践の普及・定着をこれまで進めてきました。今回、「基本的な視点」を見直すにあたって、この考え方は踏襲することとし、福祉サービスにおけるリスクマネジメントを、利用者の利益の保護に直接つながる「利用者の安全を最大の眼目としたサービスの質の向上と利用者満足度の向上をめざす活動」と位置付け、サービス提供に焦点をあてたリスクマネジメントについて整理していきます。

(3) リスク処理の分類（リスクコントロール、リスクファイナシング）

特定したリスクは、適切に処理することが重要となります。リスクマネジメントの中心となるリスク処理は、一般に①損害の予防や拡大防止等の技術操作である「リスクコントロール」と②損害発生を予想した損害発生後の資金操作である「リスクファイナシング」に分類できます。

サービス提供に焦点をあてたリスクマネジメントでは、「リスクコントロール」が中心となり、なかでも「予防・低減」

を図ることが重視されなければなりません。



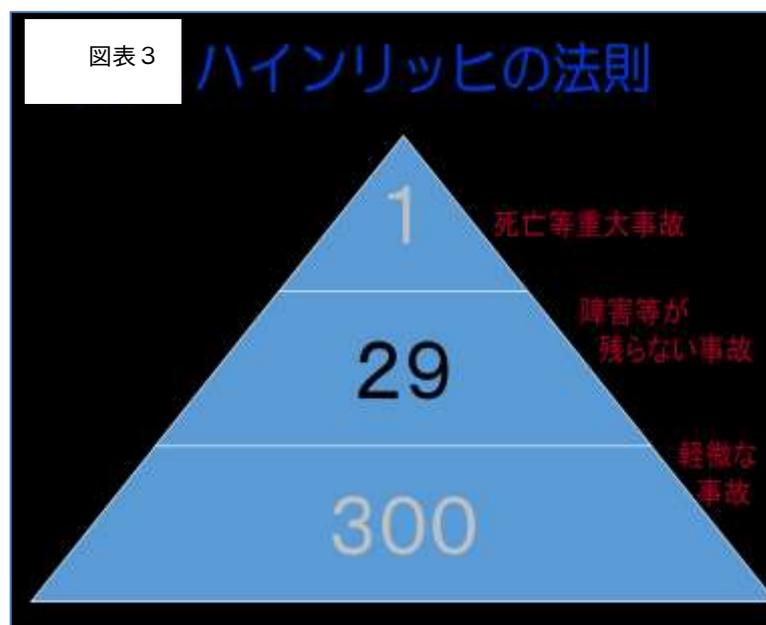
(4) 事故発生メカニズム

福祉サービスの提供場面での事故は、職員個人のミスということではなくシステムのエラーとして発生するという認識が大切です。加えて、こうした事故は完全になくすことはできないもの、ととらえる必要があります。

① 事故は確率で発生する（「ハインリッヒの法則」）

ハインリッヒの法則とは、軽微な事故への対策を確実に実施することにより、大事故の発生を防ぐことができることを示したものです。アメリカの研究者ハインリッヒにより、労災事故の発生確率をもとに導き出された法則です。ハインリッヒの法則では、1件の死亡等重大事故の陰には29件の障害が残らない程度の事故があり、さらにその陰には、300件もの軽微な事故があることが示されています。

職員個々が「ヒヤリ、ハットとした」



ことを、胸の中に納めるのではなく、インシデントレポートを用いて報告を行うことで、事故を予防する対策につなげることができます。そのことが、重大な事故をなくす第一歩であることを職員と共有することが肝要です。そうした目的を共有し、些細な「ヒヤリハット」でもインシデントレポートとして報告することは、職員が安全に対する意識を刻み込むことにつながります。

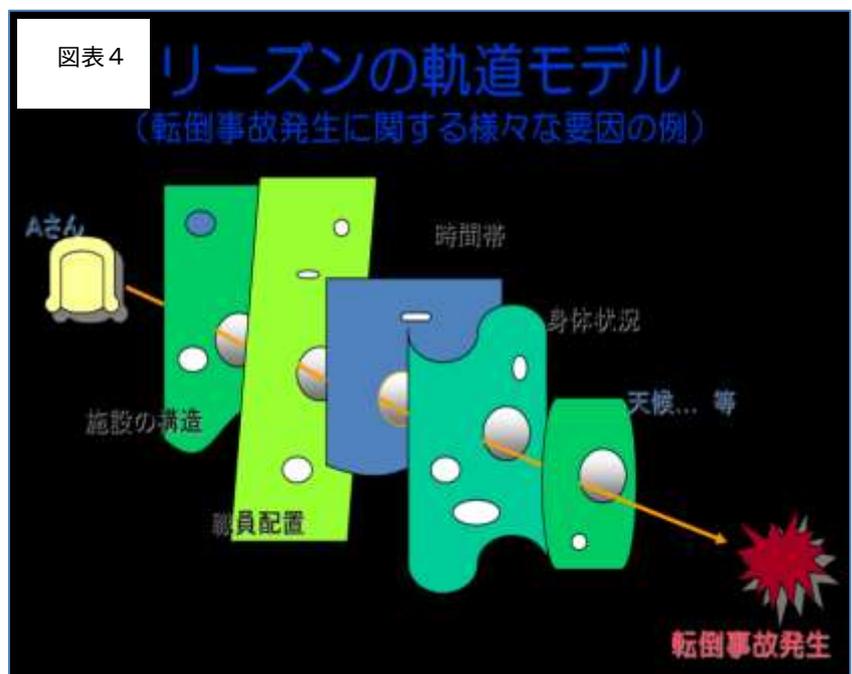
生活の場である福祉サービス現場では、利用者の行動等で、ヒヤリ・ハットとする場面は多々あります。インシデントレポートをもとに、事故につながる可能性のある出来事の芽を摘む努力は、重大事故を未然に防ぐために欠かせません。

② 事故はさまざまな要因が重なって発生する（「リーズンの軌道モデル」）

リーズンの軌道モデルとは、事故は様々な要素の弱点が重なって発生することを示したものです。（図表4）図では、各要素の弱点が穴として示されており、それらの穴をすべて貫通した場合に、事故が発生します。

例えば図の左上に記した A さんが、誤嚥事故を起こしたと仮定した場合、A さんから右に表された、施設の構造や職員配置、サービス提供時間帯、A さんの身体状況などが、事故の要素として重なり合い、それぞれの要素の穴が重なった結果、事故になったということを表しています。ハインリッヒの法則でいう軽微な事故や、ヒヤリ・ハットとするような事例とは、この穴のこと指します。施設では、事故につながる可能性のある穴を埋める努力は欠かせません。

事故は当事者となった職員の責任をただ追及しても、予防にもつながらなければならず、再発防止にも役立ちません。施設で取り返しのつかない重大事故を防ぐためにも、日頃発生する軽微な事故や、ヒヤリ・ハットとするような事例に対し、丁寧にその芽を積む努力を、職員の協力を得ながら施設全体で行う必要があります。



2. 福祉サービスにおけるリスクマネジメント ～経営者・管理者の役割～

(1) 組織風土の改善、組織づくり

施設をはじめサービス提供場面で発生した事故は、職員個々の問題としてではなく、組織の問題として捉え、組織として対策を執ることが基本であり、それができる体制であることが必要です。そのためには、経営理念や基本方針に基づき、リスクマネジメントに関する指針も組織内のコンセンサスを取ることが重要であり、組織全体で判断基準を共有した上で、職員個々が自発的に活動できる組織風土を確立することが必要です。その具体的な判断基準のひとつとなるものは、下記の(2)の法令により規定される基準であり、(3)に後述する権利擁護システムなど、支援者側の倫理観を前提に、手段として最も効果の高いアプローチの方法を整えていく必要があります。

事故や危険を共有し、その原因を分析し課題を見つけ、しくみをつくる、というリスクマネジメントにおける基本的な判断基準・目的を共通に持つことで、職員が安心感をもってリスク情報を出し合い、率直な話し合い、スムーズなコミュニケーションができるようになってきます。また、健全なインフォーマルコミュニケーションの風土を整えるのも管理者の役割であり、自然で自由な情報発信と受信により、チームワークを育んでいくことにつながっていきます。

(2) 法令により求められる体制

福祉サービスのリスクマネジメントでは、1-(2)項で述べたように、社会福祉法はじめ、関連する法令等の根拠を認識しておくことが重要となります。

第一種社会福祉事業及び第二種社会福祉事業の施設については、各施設の種別等ごとに、その人員に関する基準、設備に関する基準、運営に関する基準が定められています。(社会福祉法第65条)これらは、提供される福祉サービスの質の確保を図るため、その最低限度の水準を定め、これを下回ることがないように規定されているものです。

事故発生時の対応等についても基準で定められており、ここでは、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」を例にとり、定められている事項について確認します。

第4章運営に関する基準(第4条―第37条) (平成22年6月1日改定)

(事故発生の防止及び発生時の対応)

第三十五条 指定介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。

二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。

三 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。

2 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

3 指定介護老人福祉施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

4 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

施設最低基準は、あくまでも最低レベルの基準を定めているに過ぎず、各々の施設において、基準に沿った体制整備は不可欠であることを理解すべきです。基準には、次の各項が必要な取り組みとして規定されています。

①組織的な体制化（指針の整備）

②記録の整備

③事故対策（原因の特定及び分析、事故に至る可能性を未然に防ぐ改善策、職員への周知徹底など）

④委員会の設置

⑤職員に対する研修の実施

⑥関係者への報告の義務

⑥損害賠償の対応

つまり、13 ページに記述された「8つのポイント」は、最低基準において体制整備が求められている事項を網羅しているのです。

（3）権利擁護の制度について¹

2000 年移行、社会福祉事業について、介護保険制度や支援費制度（現障害者総合支援法）が導入されました。これにより、措置制度から契約制度に移行され、自らが福祉サービスを選択し、契約によって利用することとなり、利用者主体を基礎とするしくみとなったわけです。しかしながら、福祉サービスの利用者には、契約に際して事業者と対等な能力が保持されていない利用者も多く、そうした利用者を支える制度が必要となります。平田氏は、⁽¹⁾判断

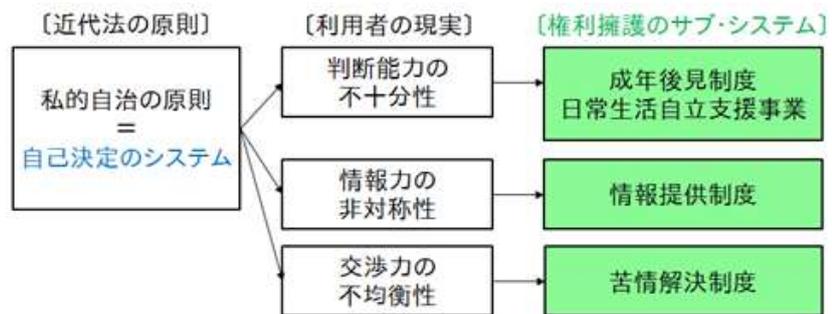
¹ <引用文献>

平田厚執筆「社会福祉施設経営管理論 2015 第 3 章第 6 節」全国社会福祉協議会 2015 年 (1)201 頁 (2)(3)・図 202 頁

能力の不十分な本人の自己決定を支えるサブシステムである成年後見制度と日常生活自立支援事業は不可欠であること、また、⁽²⁾利用者が自己決定するための情報を伝達するサブシステムである情報提供制度の必要性、⁽³⁾自己決定の主張を支えるサブシステムである苦情解決制度を機能しなければならないことを示し、それらを図表4のとおり整理しています。

判断能力が不十分であつても、利用者一人ひとりが尊厳をもって生きていくため、生活上の重要な場面で支援する権利擁護の背景や考え方、また権利擁護のサブシステムについて、職員個々が知識として体得

図表4



しておかなくては支援につなぐことができなくなります。また、利用者の立場や意見を擁護する仕組みである「苦情解決制度」は、社会福祉法第82条において、すべての社会福祉事業者が苦情解決の仕組みに取り組むことを規定され、社会福祉事業の経営者は、提供する福祉サービスについて、利用者等からの苦情の適切な解決に努めなければならないものとされています。

このように権利擁護制度が整えられるに翻って、身体拘束や虐待などの権利侵害が問題視されています。権利擁護は人権を始めとした様々な権利を保護することでありながら、行動障害に対する理解が乏しく、対応法がわからないことにより、安易に行動を抑制する、向精神薬を過剰に服薬させる、職員の暴言など感情的な行動をとるなど、あつてはならない事態が生じているのも事実であります。職員の心理的な状態からは、転倒、転落などの事故につながることを恐れていることも考えられます。そのことを踏まえた組織体制のあり方が重要となってくるのです。

福祉サービスを提供するにあたっては、利用者重視を前提として、利用者の満足向上を追求することが組織としてとるべき行動であります。ここでは、身体拘束廃止、虐待防止の法令について、またリスクマネジメント体制との関係について確認することとします。

身体拘束廃止については、平成11年、介護保険施設及び居宅サービスでは原則として「身体拘束その他入所者の行動を制限する行為をしてはならない」という厚生労働省令が通達され、以後、各施設・事業所は身体拘束廃止に向けた取組みが開始されました。平成12年には、厚生省内に「身体拘束ゼロ作戦推進協議会」を発足させ、施設における身体拘束廃止に向けた取組みを支援するため、厚生労働省から「身体拘束ゼロへの手引き」が作成、配布されました。たとえ、緊急やむを得ない場合での拘束であったとしても、同時に拘束等行動制限を

解除すべき責任が新たに発生したことになります。つまり、身体拘束は極めて限定的であるといえるでしょう。

虐待防止法は、12年成立した児童虐待防止法からDV防止法、高齢者虐待防止法の成立までわずか5年、障害者虐待防止法は平成21年に成立しています。なお、高齢者及び障害者虐待法の特徴としては、被虐待者の保護や支援のみならず、福祉の法律を作るという視点から、介護・世話の放棄・放任等の虐待者である養護者等の支援の対応も要すること、かつ「養護者」だけではなく「養介護施設従事者等」による虐待についても制度化されています。高齢者虐待防止法では次のとおり規定されています。因みに「身体拘束」は、虐待の事例における身体的虐待に含まれます。

第3章 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等

(養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置)

第二十条 養介護施設の設置者又は養介護事業を行う者は、養介護施設従事者等の研修の実施、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用し、又は当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備その他の養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする。

また、第二十一条は養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る通報等が定められており、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない、に加えて、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない、とされています。職員による通報が不利益にならないよう、公益通報者保護法についても規定されています。

(4) リスクマネジャーの設置（根拠）と育成

不幸にも事故が発生した場合に、その場処理的に処理しようとするのは好ましくありません。事故が発生した原因を正確に把握し、要因分析を行い、再び同様の事故を繰り返さないための処置を図ることが必要です。

組織におけるひと、チームを動かすためには、行動化を促すための具体的な体制（システム）構築が必須となってきます。理解していることと行動できることは全く別の次元です。事故発生後の対応に関しては、一連の処理の流れをシステムとして可視化していかなくてはなりません。また、それを推進する責任者（リスクマネジャー）の配置が必要となり、具体的な手順や情報（必要とする文書、データ等）、関係する職員の役割を明確化していかなくてはなりません。最低基準で設置が示された委員会を実効あるものとして機能させていくため

にも、リスクマネジメントにおける知識に精通しているリスクマネジャーの配置は必須となってきます。

委員会やリスクマネジャーの具体的な役割や機能等については、次章の3. リスクマネジメント体制の構築と運用で説明致します。

介護保険法第88条第2項に定める「指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準」
(事故発生の防止及び発生時の対応)

第35条 指定介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
 - 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。
 - 三 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
- 2 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- 3 指定介護老人福祉施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- 4 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

3. リスクマネジメント体制の構築と運用

(1) リスクマネジメント体制構築に向けた考え方

リスクマネジメントは、組織として取り組むことが重要です。ここでは、リスクマネジメントの取り組みを進めるにあたって、必要となる組織づくりや職員の意識醸成についてのポイントと、キーワードを整理します。

図表6 リスクマネジメントの8つのポイント

●ポイント1 1人の悩みから施設の工夫へ

個人ではなく、組織として取り組む／情報の共有、コミュニケーションの促進を図る／組織風土の改革・醸成を行う

●ポイント2 トップのリードで盛り上げる

理事長、施設長によるリスクマネジメント方針の決定と宣言を行う／コミットメントする（責任をもって関わることを明言する）／取り組み体制と責任を明確化する

●ポイント3 みんなをまとめる組織づくり

リスクマネジメント委員会を設置する／リスクマネジャーを任命する

●ポイント4 マニュアルで「基本」を決める

サービスの標準化と個別化を図る／サービスの「可視化」を行う／標準化するサービス（スタンダード）を決定し、SDCAサイクルを廻す

●ポイント5 「危険に気づく」がキーワード

KYT（危険予知訓練：気づきのトレーニング）を行う／インシデントレポートをあげる

●ポイント6 起きてしまった事故は対策のカギ

事故の要因を分析し、再発防止策を講じる／必要に応じて、標準（マニュアル）の改訂を行い、定期的に職員教育を実施する

●ポイント7 記録でわかる施設の姿勢

記録の4要件（原本性、真正性、判読性、保存性）に基づき作成する／事実と判断の違いを明確にする

●ポイント8 利用者の声は施設の宝

利用者、その家族とのコミュニケーションを図る／インフォームドコンセントを行う／苦情をサービスの質の改善・向上に活かす

●まとめ 理解しよう利用者の心と身体

- 利用者の尊厳を守り、人権を尊重する
- 利用者の心身の特性をアセスメントし、個別援助・支援計画へ活かす

(2) リスクマネジメント委員会の役割

具体的にリスクマネジメントの取り組みを組織的に進めるため、リスクマネジメント委員会を設置します。委員会の構成メンバーはリスクマネジャーを中心として、経営管理層をはじめ業務横断的な組織にすることが望ましいといえます。

委員会では、事故の事実を把握するとともに、事故発生要因の分析と再発防止策の検討を行います。委員会は月に1回を目安に定例で開催するほか、緊急時には必ず開催し、現状の把握及び対応策の検討を行わなければなりません。また、議事録の作成、保管が必須となります。

(3) リスクマネジャーの役割

リスクマネジメント委員会を実効あるものとして運営し、機能させるためには、その推進役を担うリスクマネジャーの責任と権限を明確にすることが必要です。リスクマネジャーを法人単位で選任するか、事業所単位で選任するかは、その規模などを勘案して決定します。リスクマネジャーには、専門的な教育、訓練を受けた職員があたることが望ましいといえます。

リスクマネジャーが果たすべき機能を整理すると次のとおりとなります。

図表7 リスクマネジャーの機能

情報管理機能	事故報告書、インシデントレポートを収集・分析し、安全対策を検討します。
コンサルティング機能	各部門における事故の防止策や問題解決、サービス改善を支援します。
アドバイザー機能	迅速、適切な事故・クレーム対応を実現する組織の意思決定を支援します。
フィードバック機能	事故・インシデントレポートの内容や、事故防止・安全対策について職員に周知します。また、他の職員・部門の事例について情報の共有化を図ります。
コーディネート機能	各部門、その他の委員会などと連絡調整を図るとともに、経営管理層（部門）と職員（サービス現場）との橋渡しの存在になります。

ここで重要なことは、これらすべての機能が実際に動いていることであり、リスクマネジャーには常にそのことを点検し、必要に応じて改善していかなければなりません。

4. サービスの可視化

(1) 業務の標準化

標準とは「判断のよりどころや行動の目安となるもの」であり、標準化とは「標準を確立する過程であり、標準を活用できるようにする取り組み」であるといえます。

福祉サービスが措置から契約に移行し、利用者によるサービスの選択は、事業者にとっては、利用者の必要と求めに応じた納得のいくサービス提供が求められるようになり、利用者から選択され、事業者間の競争を勝ち抜くためには「利用者満足」を念頭においたサービス提供が求められるようになりました。

このような状況のなか、良質な福祉サービス（均質で、ばらつきのないサービス）を組織として提供し続けていくためには、そこで働く職員一人ひとりの能力や属人的な方法に頼っていたのでは限界があります。高い技術を持つ職員がいたとしても、チームとして、組織として、良質なサービスが提供されるとは限りません。高い技術を持つ職員の技術を可視化(見える化)し、職場全体で、すべての職員が、その技術を共有化することが必要です。そのためには業務標準を文書化した業務手順書（マニュアル）を作成しなければなりません。このように組織としてサービス提供の方法を標準化し、継続的にその標準を見直し、サービスの質を維持するとともに、さらにサービスの質を改善していく取り組みが求められています。

しかしながら、標準化については「画一化」のイメージがあり、福祉サービス分野では否定的な意見も少なくありません。いわゆる「個別ケア」は標準化・マニュアル化と対立的にとらえられ、人は個別的な存在であり、人に対するケアサービスを標準化することは不可能だとする考え方です。たしかに、ケアサービスは一人ひとりの利用者の個別性に配慮して提供されなければならない、そのために個々の利用者に必要な個別的配慮を書き加えた個別サービス計画書（介護計画書）などが作成されます。この計画書は、どの職員がその利用者のケアを行ったとしても同じ配慮ができるようにするための一つの標準といえます。このように標準化とは、サービス提供者側が利用者一人ひとりに配慮した「現状考えられる最善の手順、方法」でサービス提供ができるよう仕事のバラツキをなくそうとするものです。業務の標準があることで、新人職員であっても、最低限必要なことが確実に実施できることに加え、事故等の不具合があったときにおいても業務標準をもとに見直しが可能となります。このように業務の標準化は、結果として、利用者にとっての安心だけでなく、職員にとっての安心にもつながるものです。

なお、中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方についてまとめられた報告書「2015年の高齢者介護（高齢者介護研究会）」においても、サービスの質の確保と向上のためにケアの標準化の必要性が示されています。

* 2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

4. サービスの質の確保と向上（ケアの標準化）

○ また、現在の介護サービスの内容については、現場の経験等のみに基づいて提供されているものが少なくなく、「ケアの標準化」が十分なされていない。「ケアの標準化」は、個々の要介護高齢者の状況に的確に応じた効果的なケア（根拠に基づくケア）の提供・選択を可能とするなど、個別ケアを推進していく上で必要なものであり、サービスの全体的な水準の確保・向上に寄与するものである。このような「ケアの標準化」のためにも、高齢者ケアを科学的アプローチにも耐えうる専門領域として確立していくことが求められる。

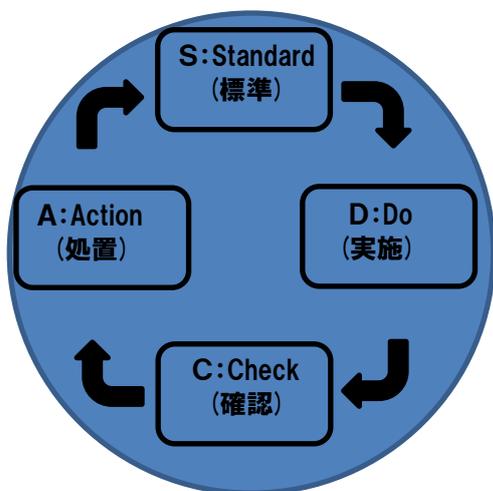
○標準化したサービスの管理

標準化した業務（サービス）の管理は、SDCA（S (Standard 標準)-D (Do 実施)-C (Check 確認・評価)-A (Action 処置・見直し)) サイクルをつくり、回すことで、利用者ニーズの変化などに迅速に対応することが可能となります。標準どおりのサービス提供や業務遂行ができなかったときには、その原因を究明し、必要に応じて標準を見直します。このことは、サービスの質を維持する（サービスの質を保証する）活動となります。

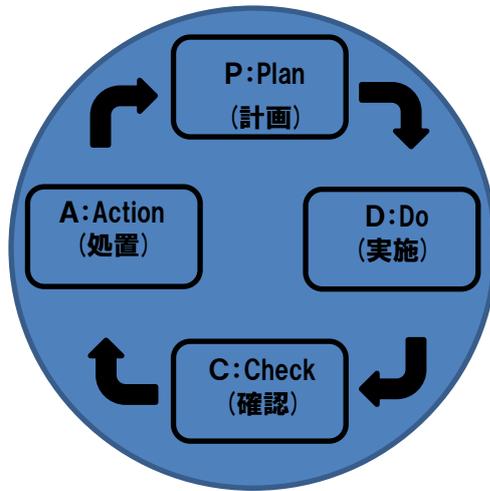
また、サービスの質を高めるためには業務改善活動が必要であり、PDCA（P (Plan 計画)- D (Do 実施)-C (Check 確認・評価)-A (Action 処置・見直し)) サイクルをつくり、回すこととなります。最後の Action では Check の結果から、最初の Plan の内容を継続（定着）・修正などして次回の Plan に結び付けます。このらせん状のプロセスを繰り返すことによって、サービスの質を維持・向上するとともに、継続的改善が推進されます。なお、SDCA サイクルはPDCA サイクルに組み込まれるなどSDCA サイクルとPDCA サイクルは標準化したサービスの維持管理と改善管理を推進するうえで車の両輪となるものです。

図表 8

SDCAサイクル(維持活動)



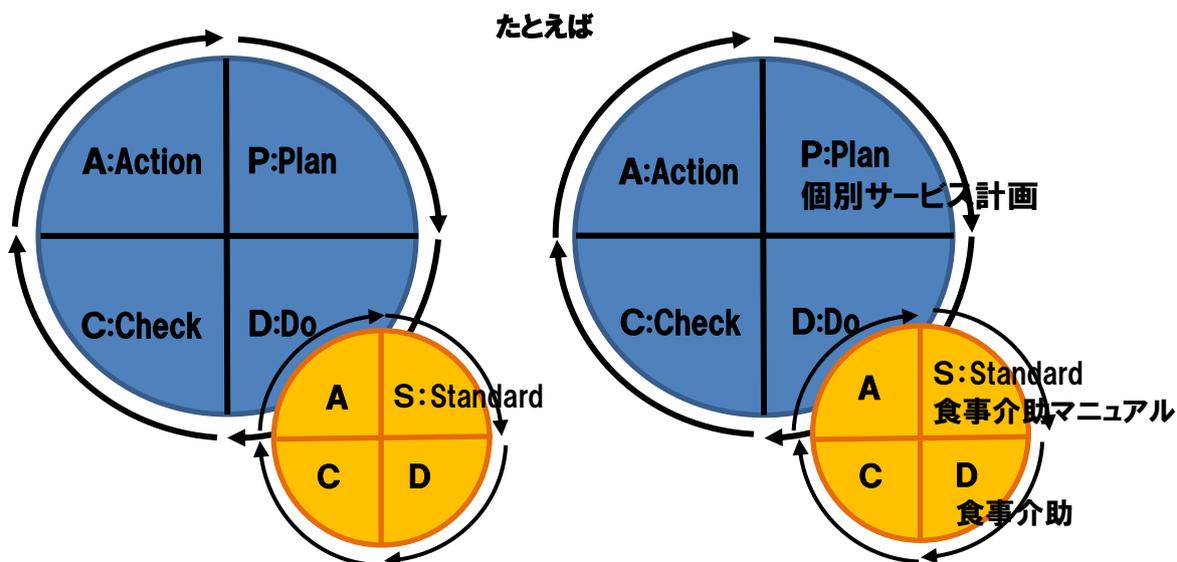
PDCAサイクル(改善活動)



S : 標準 (Standard) 標準を設定して文書化する。
 D : 実施 (Do) 文書化された標準に従って実行する。
 C : 確認 (Check) 仕事の結果を標準にてチェックする。
 A : 処置 (Action) 不具合があれば、標準を改定する。

P : 計画 (Plan) 目標を設定して計画を立てる。
 D : 実施 (Do) 計画どおり実行する。
 C : 確認 (Check) 結果を確認する。
 A : 処置 (Action) 処置(応急処置、再発防止)する。

ときにSDCAサイクルはPDCAサイクルに組み込まれる



（２）記録類の整備と記述方法の統一

「事故報告書」と「インシデントレポート」の活用については目的で区別する必要があります。「事故報告書」は、発生してしまった事故について、報告書を基に事故要因の特定し、分析を行い、是正処置計画につなげ、再び繰り返さない体制を構築するために活用するものです。一方「インシデントレポート」は、現状を放置しておくことと事故つながる可能性が高い「こと（状態）」や「もの（整備、環境）」について記録を行い、事故に至る可能性を未然に防ぐ改善に繋げるものです。これらの書式にとって重要なことは、簡便に記載でき、必要な情報を盛り込み、各施設の実情や目的に合わせ使いやすい形に作成することが重要となります。

● 記録類の整備

事故報告書、インシデントレポート（ヒヤリ・ハット報告書）

事故報告書は、統一したフォーマットに必要な事実（日時・場所・状況・事故後の処置など）を記入できるものとします。

事故報告書は、（単なる記録としての側面だけではなく、リスク要因の特定・分析から再発防止策を講じていくうえで重要な情報を記述した記録となります。一方インシデントレポートは事故には至らなかったが一步間違えれば事故に至る可能性が非常に高いできごとを、個人の胸の中に収めるのではなく、書面という形で報告し集計・分析することによって事故を未然に回避するものであります。

● 記述方法

報告書の記録事項は、分析や対策検討には欠かせなく、場合によっては重要な情報が欠如してしまうことにもなります。記録を記載する際には次の２点が重要になります。

一つ目は、記録は事実を記載します。見たままの状態、ありのままの状態を記述することです。

（例）夜間の巡回時に居室を訪室すると、利用者〇〇さんが、左足をベッドにかけた状態で床に横になっていました。

この（例）を事故報告書に記載すると多くの職員が「ベッドからずり落ちていた」「ベッドから転落していた」「立ち上がった際に転落したと思われる」など、発生時に遭遇していないのにも係らず、推測や主観で記載してしまうことがあります。事故発生時その場に携わっていなかった職員にも正しく伝わるような記載方法が望ましいです。

二つ目は、5W2Hを意識し、時系列で記述します。

5. 利用者のアセスメントの重要性と個別援助（支援）計画の作成

（1）アセスメントと個別介護計画

アセスメントとは、利用者の全体像が把握できるよう情報収集し、それらを統合して分析したうえで、課題やニーズを抽出するまでを言います。この情報というのは、ADLやIADLだけでなく健康に関することから生き方や価値観などさまざまなことが含まれます。介護施設や介護事業所のなかには、アセスメントというと情報収集までを言っている場合もあるようですが、本来は前述のように課題やニーズを導き出すところまでです。何のためにアセスメントをするのかといえば、その利用者にとってふさわしい状態や生活を目指すため、アセスメントはその利用者が望み、かつその方の状況にあった最適な介護をするための介護計画を適切に作れるようにするためのものです。アセスメントと介護計画は連動したもので、アセスメントをもとに介護計画を作成し、実施し、評価するという流れを繰り返すのが介護過程の展開と言われるものです。

個別介護計画は施設サービス計画や居宅サービス計画に基づき、介護支援専門員の視点とは別にアセスメントして作られるものです。課題を明らかにし、目標を決めて、個々の利用者にとってどのような介護をどのように実施するか決めたものですが、その利用者に対しての介護を誰が行っても同じように実施できるためにも必要なものです。利用者Aさんの移乗介護が職員によってやり方が違えば、利用者も混乱しますし、計画の目標も達成できないことにつながります。

（2）アセスメントと事故予防

介護事故を防止したり、起きたとしてもより被害を小さなものにするには、アセスメントや介護計画が重要です。その利用者がどのような状態で、どのような危険があるかを把握し、介護計画を立てておくことで、事故の防止につながります。ただし、アセスメントや介護計画は現在の心身の状況や環境を改善し、生活全体の質をよくするという目的ですので、危険なことがないようにという視点だけでなく、できることは何か、潜在的な能力を発見しようとする視点が重要です。介護保険や障害者総合支援法で求められているのは「自立」や「尊厳のある生活」です。これらに配慮した個別介護計画の立案が望まれます。その利用者にとって「自立」や「尊厳ある生活」がどうすれば実現できるかという根本的な点を十分考えて、介護方法を選択しなければなりません。

事故という視点からのみのアセスメントでは、本来のその利用者全体を見ることはできませんので、自立支援につながらず、QOLの向上も図れなくなる場合も考えられます。その利用者全体を見て、どうしたらよくなるか考え、その利用者にとってふさわしい状態や生活の実現を目指さなければなりません。

そのためには危険であることや出来ないことを先に見るのではなく、出来ることは何かをまず見てから、出来ないことを見るようにする必要があります。

まずはできることを把握し、そのうえでできないことや事故につながる危険性について把握することが重要です。

たとえば、ある利用者の状態は次のようなものでした。

事例1

- 何かにつかまれば歩ける
- ふらつきがあり、転倒の危険性がある

「ふらつきがあって転倒の危険性」にまず着目してしまうと車イス使用という介護計画になってしまいかねません。「何かにつかまれば歩ける」に着目するのであれば、手すりにつかまって歩くという介護計画になります。そのうえで、ふらつきやそのことによる転倒に対して、どのように日々介護するのか決めておきます。

事例2

- 何かにつかまれば立てる
- 一人で立ち上がり、転倒の危険性がある

「一人で立ち上がり、転倒の危険性」に先に着目してしまうと、センサーマットを使用し、センサーが反応したら駆けつける、車イスで職員が目が届くところにいてもらうようなこととなります。

「何かにつかまれば立てる」という残存能力に着目し、トイレやイスへの移乗時に自力で立っていただくことを実施することで、普段の生活のなかでリハビリにつながります。

ここで、どうして立ち上がるのか理由を探りだすことが重要になります。いつ、どのような状況のとき立ち上がろうとするのか、さまざまな情報を統合して、どのような課題やニーズがあるのか考えることで、立ち上がる理由が見えてきます。座っているのが疲れた、トイレに行きたい、おなかがすいてきた、寂しくなったなどさまざまな理由があると思います。介護計画として、どのように気分転換を図るのか、排泄の介助は今のままでよいのか、いつトイレに行くのか、食事やおやつの量、他者との交流など理由を考えて介護計画を立てます。

(3) 評価や再アセスメント

一度アセスメントしてもずっとその状態にいることはありません。提供している介護が適切か評価するとともに、身体状況や生活の変化など見逃さず、アセスメントを繰り返し、介護計画を作り直していく必要があります。そのままにしておくと合わない介護を続けることになり、利用者に負担がかかって事故につながりかねません。

○アセスメント事例：チェックシート

福祉施設においては、事故要因分析には『本人要因』『環境要因』『職員要因』の3つの視点が広く一般的に使用されています。「チェックシート」は「本人要因」に焦点をあて、利用者個別の課題分析（アセスメント）を行い、利用者の危険要因を可視化するものです。利用者本人が有しているリスクを家族と共有し、危険要因を回避するための対策を組み込んだ処遇計画を提示することになります。このような過程を踏むことにより、家族が危険回避のために身体拘束を希望

したとしても、それ以外の方法において尊厳を支えるケアの実践を考えることができるのであれば、施設側の意向も合致されるであろうと思われれます。また、事故の未然防止には、利用者本人をどれだけ詳しく把握できるか否かという職員の力量が問われることとなります。チェックシートを活用することにより、危険要因を共有することができ、気付きを高めることにもつなげられると思われれます。

図表9 アセスメントシート例

転倒・転落アセスメントシート						
利用サービス	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム入所	入所利用開始日	平成 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護事業所	要介護度	要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
氏名	男 ・ 女	生年月日	M・T・S 年 月 日	歳		
・該当する項目に○をつけて下さい。(評価スコアに)						
分類	特 徴		配点	評価年月日		
認知症状	<input type="checkbox"/> 認知症状は見られない		1	/	/	/
	<input type="checkbox"/> 認知症状が多少みられる		3			
	<input type="checkbox"/> 認知症状がかなりみられる(寝たきりの方はノーチェック)		4			
	<input type="checkbox"/> レビ－小体型認知症である。		5			
周辺症状 行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 判断力・理解力・記憶力の低下がみられる		4			
	<input type="checkbox"/> 目的もなく動き回る(徘徊やベッド上などで多動)		2			
	<input type="checkbox"/> 夜間の不眠や不穏がある為、昼夜逆転がちである		4			
	<input type="checkbox"/> 不穏・興奮等がある		3			
	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴がある		1			
	<input type="checkbox"/> せん妄状態である		4			
	<input type="checkbox"/> 物を取られたなどの被害的になることがあり、探し回る		3			
	<input type="checkbox"/> 能力の過信や危険性の認識ができない		4			
	<input type="checkbox"/> 他人のいう事を受け入れない		1			
	<input type="checkbox"/> 周りに左右されやすい		1			
	<input type="checkbox"/> コールを押さないで行動しがちである		4			
	<input type="checkbox"/> コールを認識できない・理解できない(寝たきりの方はノーチェック)		3			
既往歴	<input type="checkbox"/> 過去に転倒・転落したことがある(寝たきりの方はノーチェック)		5			
	<input type="checkbox"/> 脳原生・神経原性に疾患がある(寝たきりの方はノーチェック)		4			
感覚	<input type="checkbox"/> 視力障害がある(寝たきりの方はノーチェック)		1			
	<input type="checkbox"/> 聴力障害がある(寝たきりの方はノーチェック)		1			
運動機能	<input type="checkbox"/> 足腰及び下肢の筋力低下がある(寝たきりの方はノーチェック)		5			
	<input type="checkbox"/> 上・下肢に痛みやしびれ感がある(寝たきりの方はノーチェック)		2			
	<input type="checkbox"/> 麻痺がみられる(寝たきりの方はノーチェック)		2			
	<input type="checkbox"/> 骨・関節異常がある(拘縮・変形)(寝たきりの方はノーチェック)		3			
活動領域	<input type="checkbox"/> 歩行時、前傾姿勢、ふらつきや傾きやこきざみ歩行、歩行時つまづきがある		4			
	<input type="checkbox"/> 背もたれがあっても端座位及び座位がとれない		1			
	<input type="checkbox"/> 歩行に杖や歩行器が必要である		1			
	<input type="checkbox"/> 常に車椅子を使用しており、立位や立ち上がりは、一人で行う		2			
	<input type="checkbox"/> 車椅子移動しているが、移乗は自分で行う		2			
薬剤	<input type="checkbox"/> 睡眠安定剤、精神安定剤、抗不安薬、抗てんかん薬等を服用している方		3			
	<input type="checkbox"/> 利尿剤、降圧剤を使用している		3			
	<input type="checkbox"/> 下剤を使用している		1			
排泄状況	<input type="checkbox"/> 尿・便失禁がある(寝たきりの方はノーチェック)		2			
	<input type="checkbox"/> 頻尿である(寝たきりの方はノーチェック)		2			
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用している		2			
	<input type="checkbox"/> 排泄に介助(トイレ誘導等)が必要である(寝たきりの方はノーチェック)		3			
《危険度と評価スコアの合計》			合計			
危険度Ⅰ	20点～30点	転倒・転落を起こす可能性がある。	危険度			
危険度Ⅱ	31点～49点	転倒・転落を起こしやすい。				
危険度Ⅲ	50点～100点	転倒・転落をよく起こす。				

6. 職員教育の体制構築と実施 ～未然防止と再発防止の対策～

(1) KYT (危険予知訓練)

利用者や業務上のリスク意識を高めるには、「危険予知訓練 (KYT: Kiken Yochi Training)」と呼ばれる職員の危険に気付く感受性を高める取り組みが有効です。

危険予知訓練は、1974年に住友金属工業株式会社で開発され、1978年から中央労働災害防止協会が主唱するゼロ災害全員参加運動 (略称「ゼロ災運動」) の重点キャンペーンの一つに取り入れられました。その後、“指差し呼称”を取り入れるなどの進化をとげながら、ヒューマンエラー事故防止の手法として、広く産業界に浸透・定着してきました。

職員が日々の業務のなかで「何かおかしい」、「危ないかもしれない」といった危険を予知する能力を高める訓練として、職員一人ひとりが危険に対する感受性を高めることができれば事故を未然に防ぐことが大いに期待できます。

図表 10 KYT 報告書例

報告日		平成 年 月 日 ()		報告・記入者		①	
発注日時	発注日	発注時間	半前・午後	時	分	分	所
状							
況							
必要な対応策							
他種の内容							

① 高齢、障害分野でのKYT

i) 障害者 (児)、高齢者と事故

障害者 (児) や認知症等を伴う高齢者等は、心理、環境的適応が原因とされる情緒反応の不適応状況や、脳の器質的障害や先天的要因が関与した情緒反応の不適応に伴い、一時性、一過性、可逆性を持つ突発的な行動を起こすことがあります。

また、他者を含む環境による刺激に、その場に不適切、不釣り合いな情緒反応を示したり、混乱やパニック、不規則な行動が現れる場合もあります。

上記が起因して、想定外の行動が突発的に発生し、事故に至るケースや理解、認識の不足に伴う、本人の環境への不適応が引き起こす事故、脳の疾患に伴う突発的な発作による転倒や呼吸困難等、ADLの低下や本人の意向と機能のギャップによる転倒や衝突、操作ミス、集中的な関心やこだわりの発現、そして、職員のうっかりミスや配慮不足に伴い、巻き込ま

れてしまう事故等が挙げられます。

本人の行動がもとにある事故等は、一般的に「問題行動が起因して発生した事故」として捉えられがちですが、この行動には必ずその理由があるため、彼らの精神に作用している問題は何かを探り、それらに対し間接的な支援や直接的な支援といった、環境的なアプローチがリスク予防につながります。

ii) KYT のポイント

1) 利用者の特性の理解

障害によるこだわりや関心、高齢者においてはこれまでの生活習慣や本人の価値観、そして身体機能の限界や疾患による発作、情緒反応など、利用者には個々の特性があります。

どのような利用者にどのような行動が予測され、事故につながるのか、事故を防ぐためにはどのような環境が適切であるかをイメージすることが大切です。また、利用者の機能や認識に対し、職員の過信が事故に発展することもあります。たとえば、「利用者が普段と異なり体調が悪かったら…」、「実習生や新規利用者等により環境が普段と異なっていたら…」など、それらも想定に入れた上での本人の行動、対応方法を日頃から意識することも重要です。

2) ミスを防ぐ

「片づけるべきものをしまい忘れた」、「車いすのブレーキをかけ忘れた」、「浴槽の湯温を直接確認しなかった」、「姿勢が崩れていたのを直さずにいた」「後で確認しようと思った」など、サービス提供現場では職員の注意不足が事故に発展することも多々あります。

イラストや場面の中でこのままにしていたら、利用者にどのような影響が生じるか、起こるかもしれないトラブルなどを予測するためのトレーニングとしても KYT は有効です。

発生した事故や想定される事故に対し、何のために備品や設備を使用しているのか、何故そのような対応、マニュアルが存在するのか、そこに至った経緯等を職員間で共有していくことも事故予防に有意な取り組みと言えるでしょう。

3) 日頃の視点

事故を予防するが故に利用者の生活環境や活動を限定してしまうと益々、利用者や職員の事故認識能力や行動が狭いものになってしまいます。個々の利用者の障害や性格、行動等を踏まえ、丁寧なアセスメントを行い、仮説をもとに専門的な関わりや様々な体験の機会を提供することが利用者の生活の幅の拡大や職員の専門性や支援技術の向上につながります。

② 児童、保育分野でのKYT

i) 子どもの発達と事故

子どもは、子どもを取り巻く環境に主体的に関わることにより心身の発達が促されます。また、乳幼児期は、生涯にわたる生きる力の基礎が培われる時期であり、特に身体感覚を伴う多様な経験が積み重なることにより、豊かな感性とともに好奇心、探究心や思考力、および運動機能や判断力が養われます。その一方で、様々な環境との関わりや体験の裏側には危険の要素が潜んでおり、まさに子どもの発達は事故と隣り合わせにあるようなものです。

発達する子どもにとって安全は大切なことですが、事故の発生は防いでも子どもの発達を抑えてしまうものであってはなりません。子どもは、小さなけがをして痛いという感覚をもつことで、次の事故を避ける、大きな事故を回避するという能力が育ちます。つまり、日常生活体験や遊びの中で危険予知、危険回避能力が養われていくのです。

保育者等は、子どもの発達の特性や発達過程を理解し、子どもと生活や遊びを共にする中で、一人一人の子どもの心身の状態を把握しながら、様々な危険を予知し判断できる能力を身に付けていくことが必要です。

ii) 保育者等のKYT（危険予知訓練）のポイント

1) 乳幼児の発達過程の把握

保育者等は、子ども自身の力を十分認め、一人一人の発達過程や心身の状態に応じた適切な環境構成を行います。また、身体・生活能力・行動に注意を要する乳幼児については、担任だけでなく全職員が把握する必要があります。

2) 環境の安全点検

子どもの目の高さ、手の届くところ、好奇心などを念頭において環境を点検します。また、日常的なチェックリストなどによる安全点検のほかに、大型遊具などは専門家による点検が必要です。

3) 保育者等の意識

すべてが安全のための保育となると、保育者を委縮させてしまいます。保育者等が環境に気配りをするのを習慣づけるとともに、子どもがいろいろな体験を通して危険について自らが学習できるようにしていくことが必要です。子ども自身の危険予知能力を低下させるものであってはなりません。

(2) 5S活動

KYTをより有効にするためには5S活動の取り組みが重要です。5S活動とは、整理・整頓・清掃・清潔・習慣（しつけ）の、5つの言葉の頭文字にある「S」を取ったことばで、これら5つの活動を通じて、職場環境の維持・改善を図る経営手法の一つです。リスクマネジメントの観点としても重要な概念であり、次のように規定します。

図表 11

整理	必要なものと不要なものを区分することにより、不要なものを片付け、安全なスペースを確保する
整頓	置き場所や置き方の表示方法を決めることにより、器具等の取間違いを防ぐこととともに、探す手間を省き、業務の効率化を図る
清掃	作業環境や機械、器具の汚れやほこりを取り去ることにより、機械や機器など、一番よい状態で使用できるようにする
清潔	整理、整頓、清掃を徹底することにより、施設内の感染防止を徹底する
しつけ	決められたことを決められた通り行うなど、ルールを守ることを習慣化することにより、職員の働きやすい環境を作る

これら5つのことを確実に実施することにより、安全で安心な労働環境とサービス提供環境を作るとともに、組織の活性化を図るリスクマネジメント手法の一つです。

5S活動を組織で実施するためには、年間計画を立てる、推進チームを作る、内部監査を行うなど、導入と実施の手順を明確にして進めていくことが重要です。一定期間で活動を実施したのちには、成果の報告会を実施することが、組織内に5S活動を定着させるためには効果的です。

(3) 緊急時・事故発生時対応訓練

「人間はエラーをおこす」ということを前提に、業務や作業の標準化、職場研修を恒常的に行うことにより、職員へのリスクの周知徹底やリスクをコントロールすることができます。その職場研修の一つとして、事故発生時の対応能力を高め、緊急時の対応を迅速に行うことにより、被害拡大を留めることを目的とした「シミュレーション訓練」が必須となってきます。

シミュレーション (simulation) の意味とは、ある現象を模擬的に現出すること、現実には想定される条件を取り入れて、実際に近い状況をつくり出すこととされています。緊急事態に直面すると、日頃簡単にできることでさえできなくなることも想定できます。緊張のある訓練を平時から繰り返すことで有事の際の対応能力を鍛えていく、あるいは組織における緊急時の事故体制の見直しを行い、より一層の安全文化の向上につなげていきます。

実際にシミュレーション訓練を行う際には、緊急事態の場面設定、つまりどのようなことが想定できるかは、呼吸停止状態、意識喪失、窒息時、転倒・転落による負傷時などが考えられます。それらの事態に遭遇したと仮定し、緊急時への対応、完了するまでの手順の確認を行います。チェックすべき事項は、緊急物品の準備や確認、職員による状況把握や応急処置、または通報が手順どおりにできたか、関係機関との調整及び協力体制の確保、情報伝達機能などです。さらには、実施後には評価を行い、対応手順が有効であったかなど、改善すべき事項を明確にし、是正を図るという課程を踏むことが必要となります。また、職員の知識・技術や判断力の課題に対しては、研修計画を策定し実施することが肝要であり、その一つとして普通救命講習は有効な訓練であり、心肺蘇生、AEDの知識確認・操作、異物除去、止血法など消防署の救急救命士より指導を受けることができます。新入職員のオリエンテーションに位置付けるのも方法であり、定期的に緊張をもった訓練を積むことは、職員個人の事故防止対策であり、業務に携わる際の不安の除去にもつながると考えられます。

7. リスクマネジメントプロセス（事故発生後の処理）

（1）事故発生時の適切な対応

事故発生時には、被害の拡大の防止、損害を最小限に抑えるために万全を期さなければならず、事故発生時の「適切な初期対応」が重要となります。特に緊急事態では迅速な対応及び指示を要し、緊急通報は誰が行うかなど、平常時より体制を整えることが有意となります。また、介護事故時の時系列での記録は大変重要となるだけに、そのための職員の教育も必須事項となってきます。

一方、利害関係者である家族等に対しても迅速な情報伝達を要します。決して隠ぺいせず、誠実に事実を正確に伝達すること、つまり「説明責任」を果たすことが必要です。誠実な対応を怠ると、即、信用低下のリスク（レピュテーションリスク Reputation Risk）につながることを認識することが肝要となります。

（2）事故発生後の対応とその意義

① リスク要因の特定

医療・福祉分野は対人援助（ヒューマン）サービスであり、その場にいなければ事実を確認することは困難であることから、客観的事実に基づく“正しい記録”が重要な証拠となります。起こった事故の責任追及ではなく、再発を防止するための「要因追究」であることを十分に配慮しながら、【5W+2Hの視点】から、いつ(When)・どこで(Where)・だれが(Who)・なにを(What)・どのように(How)・なぜ(Why)・いくら(How Much)で起こったのか、事実をもとに記録し、組織としての実施すべき対策を明らかにすることが重要となります。

② リスクの分析

事故の発生に対して、表面的な解決に追われるのではなく、根本的要因を掘り下げて分析し、再発防止対策につなげなくてはなりません。もし、同じ要因による事故が続く場合には、対策が有効ではなかったか、または機能していないことが考えられます。

事故の要因分析には様々な手法が存在します。例えば「SHELL分析」や「4M4Eマトリックス」などがあります。ここでは、福祉施設や事業所で最も使われている「3要因分析」の手法について紹介します。なぜ事故に至ったのかを、本人（利用者）、職員、環境（管理面）の3つの要因を掘り下げることによって、根本的な要因を導き出すことが可能となります。

事故要因分析（3要因分析）

●本人要因・・・利用者そのものの危険要因の把握

個別の課題分析（アセスメント）→危険要因の把握→個別計画の作成

●職員要因・・・当事者である職員の状態の把握

職員の介護技術の習熟度、介護に対する態度や考え方の影響→職場研修の実施

人間はエラーをおこすという前提→業務の標準化、シミュレーション

人員配置や業務の見直しによりリスクの源泉を除去する

●環境要因・・・事故発生場所の把握

経営者自らが危機管理の必要性を認識し、現場職員と連携を取り合いながら 経営資源の視点から、リスクの源泉の除去に努める

現在、日本の医療機関で用いられている分析手法「RCA (Root Cause Analysis)分析」は、これまでのリスクマネジャー養成講座でも活用しています。分析を行う意味は、根本の原因を見つける意識を持つことが重要となります。RCA分析は、根本的な要因を分析するための手法で「なぜなぜ分析」と言われ、抽出された要因に対して「なぜ」を数回繰り返し、根本的な要因を追及する方法です。3要因では「職員要因」に用いられるのが原則です。人間はエラーを起こすもの

ということを前提として、職員個人に懲罰的な対応をするのではなく、失敗した要因を組織として追及し、対策を講じ、改善していくという考え方を、組織内に浸透しなくてはなりません。

このような発生した事故個別での分析に加えて、リスクマネジメントプロセスには、データの収集をし、その集計結果をもとに分析を行うことも必要となります。事故発生の場所や時間、同じ利用者の事故の発生などを集計し、その結果をもとに定性的な側面から改善を図ることも必要な取り組みです。

RCA分析の流れ

なぜ発生したかの現象
↓ (なぜ?)

その原因
↓ (なぜ?)

さらにその原因
↓ (なぜ?)

さらにさらにその原因
↓ (なぜ?)

さらにさらにさらにその原因

③ リスクへの対応・処理 ～ 是正処置計画、予防処置計画の作成

是正処置計画とは、事故が発生した際にあらかじめ事故の原因となるものを除去して、二度と同じことを繰り返さない再発防止のための計画で、一方、予防処置計画は事故が起きないように事故の原因となるものを除去し、未然に予防するための計画です。それらは一時的な改善ではなく、計画の立案後は、職員に周知徹底を図り、実践につな

げることが肝要となります。

事故の原因が職員要因である場合には、計画立案として業務手順書の見直しを要する場合があります。手順書に記載する内容は、「見守りを強化する」というような抽象的な表現ではなく「早番は〇〇時間帯に、〇〇さんと〇〇さんに付き添う。」というような具体的な手順やルールを示すことが必要となります。

④ リスクの評価

是正処置計画・予防処置計画を立てた後には、その計画の内容を一定期間（2週間～1か月程度）実施した上で、同様の事故が発生していないか検証し、必要であれば再是正、再予防を講じることとなります。事故予防を徹底する点においても、PDCAのマネジメントサイクルを適切に稼働させる組織体制を構築しなければなりません。

8. リスクマネジメント体制の検証と見直し

(1) 定期的な検証と見直し

リスクマネジャーを中心に構成されるリスクマネジメント委員会では、組織で構築したリスクマネジメントシステムや、作成した各種ツール類などが正しく機能しているかを定期的に検証し、必要に応じ見直しを行わなければなりません。それに加えて、これらシステムやツール類が有効に機能するように、職員に対してシステムやツールをもとにした教育と訓練を行う必要があります。

定期的なシステムの検証を行うにあたっては、委員会のメンバーが中心となり、内部監査を行うことが効果的です。すでに ISO9001 の認証を取得している事業所では、ISO9001 に内部監査の仕組みが内在されているので、それに従って実施するとよいでしょう。

ツール類などの見直しは、委員会に専門部会をつくるなどして、様式の体裁や標記の点検を行います。検証や見直しのタイミングは、担当者（責任者）、期間や期限を明確にしたうえで、計画的に実施するしくみとすることが望ましいためです。

システムやツールは、存在していることに意味があるのではなく、正しく活用でき、組織において機能していることに意味があります。

(2) 検証や見直しのポイント

① 複雑にしない

システムやツールが正しく活用でき、機能させる正しく使えるようにするためには、使用する職員の力量に沿ったものとする必要があります。例えば、いわゆる「ぬけ、漏れ」がないようにと、必要だと思われる要素を網羅した複雑なシステムやツールを作ってしまうと、それらが職員の力量を上回ったものである場合、システムやツールは存在するけれども、職員は結局使えないということが往々にして生じます。

委員会では、常に職員の力量を意識し、職員が活用できる範囲内でシステムやツールを作り、それらをもとにした教育を重ねることにより、徐々にそのレベルを上げていくことが重要となります。

仕組みやツールはあるけれども、職員が使えないといった場合は、事業所側に管理責任が生じるという認識を持つ必要があります。

② 「全員参加」で行う

人には、自ら関与したことに対しては、肯定的に受け止めるという心理特性があることが、脳科学の世界では、すでに証明されています。システムやツールを職員が使えるようにするためには、職員の力量に合った複雑ではないシステムやツールを作成することに加え、作成段階で、関係者の参加を促すことが有効です。近年では、組織にとっては重要であるが、職員がなかなか存在を認識しない事業計画の作成を、ワークショップ形式で実施するなど、関

係者の参加を意識して実施し、職員が事業計画を常に意識して仕事を行うよう工夫をしている事例があります。地方自治体が、住民に身近な地域福祉計画の策定の際に、この「全員参加」の手法を取り入れている場合もあります。

③良いアイデアや成功事例は褒める

事故や苦情対応の仕事は、通常業務とは違った特別業務であるとともに、それを行うことによりサービスの質の改善につなげることのできる PDCA の業務です。PDCA の業務は、業務標準に基づき、毎日の定型業務として実施する SDCA の業務とは違い、実施の先送りが可能な業務でもあります。加えて、日常の利用者に対する直接のサービス提供に係る業務ではなく、それらのベースとなるいわば裏方の業務であり、記録の作成や要因分析など、地味で根気のいる業務です。これらの業務を組織で定着させるためには、職員のモチベーションを保つことが重要となります。そのためには、トップがシステムやツールづくりに積極的に関与し、それに取り組む職員を励まし、勇気づけることや、良い提案があった場合や、うまくいった事例があった場合など、関係者を褒めることなどが欠かせません。

職場で、5S の発表会を設け、成功事例を表彰したりヒヤリハットを数多くあげた職員を表彰したりするなどの取り組みを行っているところもあります。システムやツールを組織内で有効に活用できるようにするためにも、小さな成功体験や自己肯定感の得られる仕掛けが重要です。

おわりに

社会福祉法人におけるリスクマネジメントは、これまで述べてきたように、組織経営のリスクマネジメントは別個のものとして、社会福祉法に規定された目的や理念に沿って、利用者側に焦点をあてた事故・苦情対応を最重要課題として、各法人において取り組まれてきました。

取り組みが始まった当初は、どのようなシステムを構築するのか、また、どのようなツールを作成するのかに注力してきましたが、現在は、そのようにして作成したシステムやツールをいかに有効なものとして継続的に運用するのかといった、見直しに焦点が当たりつつあります。一方で、利用者の重度化や、業務の高度化に伴い、事故の中に、過誤の要素も多く含まれるようになり、徐々に組織のマネジメント体制に関しても、関心を払う必然性が生じつつあります。

それに加え、昨今では日本の労働力人口の減少や介護需要の増により、福祉人材の不足は深刻化しています。社会福祉法の一部改正を目指した議論の中では、福祉人材の確保の促進が柱の一つとして位置付けられています。今後、このような中で福祉サービスのリスクマネジメントの取り組みを進めていくためには、これまでのように、事故・苦情対応を中心としたサービス管理センターの取り組みに加え、人員確保を含めた、組織経営全般に視野を広げた中で、サービス管理のリスクマネジメントを考えていく必要があります。

本冊子が、各法人・事業所におけるリスクマネジメントの取り組みにあたり、一助となれば幸いです。

リスクマネジャー養成講座の見直しに関する検討会 委員名簿

(敬称略)

座長	村岡 裕	(長野県 依田窪福祉会)
委員	菊池 俊則	(岩手県 若竹会)
〃	菊地 月香	(栃木県 同愛会)
〃	辻中 浩司	(山口県 松美会)
〃	蓮実 篤祐	(千葉県 六親会)
〃	前川 徹	(福井県 親渉会)
専門委員	内田 千恵子	(日本介護福祉士会)
研修委員長	湯川 智美	(千葉県 六親会)

※禁無断転載

社会福祉法人全国社会福祉協議会
全国社会福祉法人経営者協議会

平成 28 年 1 月

【事務局】

〒100-8980 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル

全国社会福祉協議会 法人振興部 内

TEL. 03-3581-7819 FAX. 03-3581-7928

E-mail. keieikyo@shakyo.or.jp
