**事故を未然に防ぐ諸方策に関する指針**

　次に福祉サービスにおけるリスクマネジメントの取り組みについて、指針としてその具体的な方策を示していくこととします。

**１　基本的な視点**

（１）「コミュニケーション」の重要性

　利用者に対して適切な福祉サービスを良好な関係のもとに提供するにあたっては良好な「コミュニケーション」を確保することが非常に大切です。「コミュニケーション」の概念は、広くて抽象的ではありますが、特にリスクマネジメントの視点から、(1)利用者、家族等とのコミュニケーション、(2)職員同士のコミュニケーションについてそのポイントを整理することにします。

**「利用者、家族等とのコミュニケーション」**

**（ア）情報の提供** 　　福祉サービスが措置から契約により利用される制度に移行していくなかで、利用者との適切かつ良好なコミュニケーションを確保するために基本となるのは、この「情報の提供」が十分に行われていることです。情報の提供はその対象や、契約締結過程の場面によっていくつかの段階がありますが、共通して課題とされているのは、利用者と事業者の間には情報の「非対称性」があるという点です。福祉サービスの内容や利用者の心身の状況に着目した場合、サービスに関する情報量や内容は事業者の方が優位であり、利用者はなかなか十分に知りうることができないという基本的な考え方があります。このような状況を是正しないで行われた契約締結は適切ではありません（消費者契約法の考え方）。  
　社会福祉法や介護保険制度では、法令上に重要事項の説明義務等が盛り込まれていますが、それらを遵守したうえで、必要となるサービスの種類や内容、料金などについてあらかじめ説明をするとともに、利用者や家族の意向を十分に反映させ、納得を得ることが重要です。また、サービス利用中であっても継続的に、利用者の状態等に関する情報の提供を行い、サービス内容の変更や決定を行う際には、利用者や家族の意向を十分に尊重することも求められます。このことは、後のトラブルを防止することはもとより、施設がサービスを行っていくうえで必要となる情報をより正確に把握することにもつながり、ひいてはより安全なサービスを提供することにもつながります。

**（イ）日常的な情報交換** 　　入所施設に限らず、利用者の状態や出来事を頻繁に情報交換することが重要です。特に、離れて生活をする家族で利用者の状態の変化が把握できていない場合には、利用者の急変等に対して「こんなはずはない、もっと状態がよかったはずだ。」といった認識のずれも生じやすいものです。  
　そのため、リスクマネジメントの視点からは、家族に普段の生活をみてもらいながら、そのリスクを利用者・事業者・家族で互いに話し合い、認識することによってリスクを共有（分け持つ）することができるという意味において日常的な情報交換が大切となります。また、その際には家族が本当はどう考え、思っているのかについて、その本音を聞き出しながら関わり、その内容によってはサービス内容に反映させていく姿勢が望まれます。

（**ウ）効果的なコミュニケーションを確保するために** 　　ただ「コミュニケーション」といっても、家族との日常的かつ有効な情報交換を行う場合には、率先して施設の側から働きかけて関係をつくらなければいくら一方的な説明をしても相手には伝わりません。また、誰が、いつ（どの程度の頻度で）、どのような方法で情報交換をするのか、一定のルール化をしておくことも有効であると考えられます。なぜならば、「必要に応じて」といった漠然とした取り決めの場合「行われない」ことがあるからです。その場合でも、誰か特定の職員がその家族に関わればいいということではなく、常日頃からすべての介護職や事務職員であっても情報交換が行えるよう、きちんと相手からの話を聞けるような状態にしておくことが求められる体制のあり方です。

**「職員同士のコミュニケーション」**

先にも触れたように、効果的なリスクマネジメントの取り組みを進めるにあたっては、風通しのよい、何でも言い合えるような日頃からの雰囲気づくりが大変重要です。職員同士のコミュニケーションでは、(1)情報の共有化、(2)職種を超えた日常的なコミュニケーションという２点がポイントであると言えます。まず1点目の「情報の共有化」は、組織全体としてリスクマネジメントに取り組んでいく上で不可欠となります。共有すべき情報には、一人ひとりの利用者の状態像（特にサービス提供上の留意点や忌避事項など）や発生した事故情報・その後の対応策等が挙げられます。情報を共有することによって、対応する職員の違いによるサービスのばらつきが少なくなり、危険も共有できることから、ひいては事故の防止につながることになります。2点目の職種を超えた日常的なコミュニケーションは、多職種で構成される福祉施設では特にその重要性は広く認識されているところとなっています。ケースカンファレンス以外の場面でも日常的に情報交換や意見交換ができるような取り組みが必要です。

（２）苦情解決への取り組み

　社会福祉法によって法定化された苦情解決については、「苦情はいやなもの」ではなく、事故防止のための積極的な情報という位置付けで前向きに捉えるべきです。特に社会福祉基礎構造改革の進展や、介護保険制度の施行にともない、利用者の権利擁護の観点からは苦情解決を安易に第三者に委ねることなく、まずは、法人・施設で対応し、解決していくことが重要となります。すなわち、苦情解決の取り組みを利用者の権利擁護のシステムとして、新しい施設の機能に位置づけて内包していく視点が大切になります。  
　リスクマネジメントの視点からみた福祉サービスに関する苦情のとらえ方として、福祉施設は、利用者の生活の全般に関わるサービスを提供しているので、利用者一人ひとりの苦情や要望のすべてに応えていくことは現実的には難しい面もあります。しかし、「できないものはできない」と決め付けてしまい、結果として利用者の声を無視してしまっているのでは、利用者との信頼関係を損なうことになってしまいます。このような対応では、先に述べた利用者との良好なコミュニケーションも保たれるはずがありません。「なぜ、できないのか」をきちんと利用者に説明して、納得を得るというプロセスが非常に大切です。  
　さて、利用者の苦情の中には、サービスを提供する側からは見落としてしまいそうな問題を鋭く指摘するものも少なくありません。見過ごしてしまえば大きなトラブルにつながってしまう場合もあるかもしれません。例えば、「ナースコールを押してもなかなか対応してくれない」という苦情が出されていながらも特段の対策を講じず、万が一そのような間に大きな事故が発生した場合にはどうなるでしょうか。また、苦情の段階でしっかりとした早期対応ができていれば大きな問題にならなかったケースであっても、適切な対応をとらなかったために施設側の責任問題にまで至るケースもあります。　このように、事故を未然に防止するというリスクマネジメントの取り組みのひとつとしてこの苦情解決の取り組みを積極的に行っていくことが求められます。

**２　リスクマネジメントの視点を入れた業務の見直しと取り組み**

　さて、その基本を「サービスの質の向上」におく福祉サービスのリスクマネジメントでは、安全対策委員会の設置や、インシデントレポートシステムの導入等、新たな取り組みが求められることもありますが、現在行われている日常業務を改めて事故防止の観点から再点検、見直しを図ることが特に大切であると考えられます。特に、個々のサービス実施方法（手順）や使用する福祉機器、施設環境の状態、あるいは職員自身の技術に焦点をあてて検証を行う必要があります。あわせて、取り組みを進めるにあたっては、職員の労働強化につながらないような配慮が求められます。なぜならば、職員に負担を強いるような取り組みでは、継続的な実践が困難になるからです。  
　以下、これからのサービス提供にあたって求められる新たなサービス管理の視点を示すこととします。これまでにも、これらの視点の重要性は認識され、それぞれの施設においては創意工夫のもとに取り組みが行われてきていると考えられますが、やはり、リスクマネジメントの視点からそれらを検証し、新たな実践を図っていくためには、今までとは違った技術等が求められるものです。

（１）サービスの標準化と個別化

　最近、国際標準の品質マネジメントシステムであるISO9000シリーズの導入に向けた検討を行ったり、実際に認証を受けたという福祉施設も増えている中で、「サービスの標準化」の必要性が指摘されてきています。「標準化」というと、関係者の間からは「多様な利用者に対してマニュアルに基づいて画一的なサービス提供につながる」といった趣旨の指摘が多く聞かれるところです。しかし、ここで言う「標準化」とは、組織の目的や使命、あるいは個々の業務に関する手順等についてなされるものであり、一人ひとりの利用者の状態像に着目した個別的なサービス提供は、個別援助計画によってしっかりと行われることが大切です。すべての利用者に同じ内容・手順でサービスを実施することを求めているものではないということに留意が必要です。「標準化」と「個別化」は分けて考えなければなりません。

**ア　サービスの「標準化」**サービスの標準化を図ることによって、提供されるサービスのばらつきを抑えることができるため、利用者の不満が減少するとともに、むだな業務手順を省くことができることから業務の効率化にもつながりやすいというメリットがあります。これまでの施設サービスは、各職員の経験と勘によって多くの部分が行われてきたという点を否定することはできません。新人職員の採用や人事異動等による業務のばらつきを抑え、それぞれのサービスを正確にしかも同一のレベルで行われるようにするためにも業務の標準化が望まれます。  
　リスクマネジメントの観点からは、上記の他、ある業務について、組織として一定のやり方が決まっていれば、万が一にもその業務中に事故が起こった場合、原因を特定しやすく、ただちに、改善に結びつけることができることが期待できます。各職員がそれぞれの経験と勘に頼ってばらばらにやっているのでは、業務の改善はおろか、原因を特定することすら難しいこととなります。看護の分野では、「看護基準」として各病院がそれぞれ作成して古くから活用されている経過があります。また、最近では「パス法」の導入について、その有効性や必要性も議論されており、業務の「標準化」に向けた取り組みは今でも活発に行われていると言えます。

**イ　サービスの「個別化」** 　　さまざまな状態像、ニーズをもつ利用者一人ひとりに対しては、組織が定める標準的な方法・手順のみによる画一的なサービス提供で十分であるはずはありません。当然のこととして、提供するサービスの「個別化」が図られる必要があります。利用者一人ひとりに提供するサービスの「個別化」は、主にアセスメントに基づく介護（援助）計画によって図られるものですが、改めて利用者一人ひとりの状態やニーズにふさわしいサービスが提供できるようなアセスメントや介護（援助）計画の内容となっているかの検証が必要となります。

**ウ　アセスメント**サービスの提供にあたって各施設では、それぞれの方法に基づいてサービス提供に必要となる利用者状況等の情報収集を行い、利用者の福祉ニーズを明らかにするというアセスメントを行っています。リスクマネジメントの観点からは、この段階で一人ひとりの利用者が有する潜在的・顕在的なリスク（転倒、誤嚥、など）が明らかとなるような情報収集とそれに基づく多職種によるアセスメントが望まれます。例えば、「車いすに乗車中に1人で立ち上がってしまう」という聴き取り情報は、顕在的な転倒リスクとして重要なものとなります。また、服薬情報については、どのような薬を服薬しているのか、だけにとどまらず、その服薬がもたらす副作用（ふらつきの出現など）についてもあわせて明らかにしておくことが必要です。なお、これまでの転倒歴や誤嚥歴等を把握しておくことは当然のことと考えられます。そして、このアセスメントの段階で、明らかになったリスクに対してどのような対応を施設がとりうるかを検討しておくことが必要です。

**エ　個別援助計画**アセスメントの結果に基づいて、利用者一人ひとりに対する個別援助計画を作成します。特に個別援助計画は、1人の利用者にさまざまな職員が関わることを想定して、より個別・具体的な記述を図り、職員間で共有化できるようにしておくことが強く求められます。関わる職員によっては、その利用者の特性やサービス提供時の留意点を十分に知っていなかったがために発生した事故も少なくありません。前述の「標準化」とは違った観点から、どの職員がサービスを提供しても利用者一人ひとりに対するサービスのばらつきを抑えるために、この個別援助計画は重要なものであると言えます。  
　さて、リスクマネジメントの観点から特に個別援助計画に求められることは、(1)アセスメントの結果に基づき、その利用者の潜在的・顕在的リスクが明示されていることと、(2)それらのリスクを回避するために、施設としてどのようなサービスを提供していくかが明らかになっていることの2点が重要です。  
　また、計画はできるかぎり具体的に記載されていることも必要です。例えば、入浴時の脱衣については「一部介助」「注意する」といった記述だけが見られる計画もありますが、それだけでは何をどの程度一部介助するのか、何に注意したらよいうのかが不明確であるため、リスクマネジメントの観点からも望ましいものとは言えません。

（２）利用者の動きを把握し、目配り気配りを欠かさない体制づくり

　施設が分析した「転倒」の発生要因を見ると、「目を離してしまった」「見守り不足」とか「急に動いてしまったため」などという記述が多く見られます。ある利用者の見守り介護をする場合には、必ず「誰が」見守るのかを明確にしなければなりません。チームで業務にあたっていると、職員同士が「誰かが見ているだろう」という意識になってしまい、結果として誰も見ていなかったということが往々にしてあるものです。また、自分がやむをえない理由によって利用者のそばを離れなければならない場合には、必ず他の職員に声を掛けるといった基本的な動作が職員の間で確認されていないために起こった転倒事故も多く見られます。少しの間でも、利用者から目を離さない工夫の例としてある病院では、ミーティングの際、発言者がホールに背を向け、その他の職員は全員ホールの方を向くようにして利用者から目を離さない、あるいは頻回の見守りが必要な利用者がいる場合にはタイマーを活用するといった取り組みを行っています。

（３）記録と報告

　福祉サービスにおける記録は、利用者に対してどのようなサービスを行い、それに対してどのような反応があったかといった経過を記録、報告してサービスの改善に結び付けていくということの他に、家族等に対してどのようなサービスを提供しているのかについて客観的に説明するための機能ももつものであり、今後、ますますその重要性が高まってきます。個別援助計画との関係では、提供するサービスのポイントを計画の中で明確化しておくことを前提として、それに対する支援状況と反応の記録といった整理が求められます。福祉の記録は医療や看護の記録と違って、感情、情緒、かかわりといったコミュニケーションの要素が多分に入るため、客観的ではなく主観的となりやすい傾向が指摘されています。特に「何を記録するのか」が施設全体として明確にされていない状況にあります。 まずは、記録の記入方法（書式や用語など）を組織として統一することが望まれます。 また、記録することが負担とならないための一つの方策として、文字で書く部分を極力減らすために、ある病院では書式の一部をチャート式にするなどの工夫をしているその際には書式の全てをチャート式にするのではなく、個々の利用者の状態像や具体的な計画が十分に把握できる記録にすることが重要です。

（４）法人・施設による自主的な業務マニュアルづくり

　これまでの取り組みを踏まえて、法人・施設による自主的な業務マニュアルづくりを進めることも有効です。「マニュアル」というと、何か厚い冊子のようなイメージを持たれがちですが、必ずしもそうとは限りません。前述した個々の業務を「標準化」した文書もマニュアルのひとつであると言えますし、特に危険が多く潜んでいる業務（例えば、移動・移乗や入浴にまつわる事故例は、施設種別を問わず最も多発しているものです）に関して事故を防止するための要点を入れた業務マニュアルを作成することが大切です。そのマニュアルの作成にあたっては、介護職員等のサービスを実際に行っている者の工夫や知恵を最大限に生かすことが重要となります。

（５）リスクマネジメントを効果的に行うための取り組み

**ア　事故事例やヒヤリ・ハット事例の収集と分析**

事故防止策を検討するためには、現状を的確に把握する必要があり、そのためには施設内で起こった事故を把握するほか、事故につながりそうになった事例（ヒヤリ・ハット事例）を収集して活用することが有効であるとされています。施設においてもその有効性が認識されはじめ、各施設では独自の取り組みを始めているところも多く見られるようになってきました。しかし、つぎの調査結果が示すように、その取り組みは未だ緒についたばかりですし、事例等に対する十分な分析や活用といったところまでは至っていないケースも多いようです。 特にヒヤリ・ハット事例については、単にその収集が目的となってしまうことのないよう、施設として集めた事例をどのように分析して活用していくのか等について、あらかじめ目的を明確にしておくことが望まれます。  
　さて、事故事例やヒヤリ・ハット事例を的確に収集するためには、報告を提出した者に対して不利益処分を行わない、職員の個人的な資質のみの問題として扱わない等、報告しやすい環境（組織風土の改善）を整備することが非常に重要です。それは、職員の間で安全管理の重要性に対する認識や、同じような事例が再び起きないようにするための工夫だというコンセンサスが醸成されていることがその前提となります。 通常、収集した事例は「分析」⇒「要因の検証」と「改善策の立案」⇒「改善策の実践と結果の評価」⇒「必要に応じた取り組みの改善」といったいわゆるPDCAサイクルによって活用していくこととなります。また、その過程の中では自施設における事例だけではなく、知りうる範囲で他施設の事例についても取り上げ、職員間での検討はもとより、利用者や家族等をも含めて話し合いができるような環境整備が図られることがより望ましいと考えられます。

**イ　ＯＪＴ（職場内教育、業務を通しての人材育成）**

作成した業務マニュアルを活用してその内容を広く周知する等、独自の職場内研修の実施が必要です。現在のところ、多くの福祉施設で事故防止に向けた職場内研修を実施しているとしていますが、実際の内容を見てみると、職員会議やミーティングで必要に応じて施設長等から話をしているといった内容の他、年に1回の救急救命の実技を実施ということが中心となっており、果たしてこれで十分と言えるかどうかについては議論の余地があります。今後は、特にリスクマネジメントの観点からの継続的・定期的かつ計画的な職場内研修が必要となりますし、その内容も講義形式だけではなく、実技を取り入れたものや、職員同士が話し合って業務遂行上の危険を明らかにしたり、それらの対応策を互いに考えるなど、内容にも配慮していく必要があります。

**ウ　ＱＣ活動**

一般企業では、品質管理のために現場の知恵や意見を活用する方策としてQC活動に取り組んでいます。福祉施設においても「サービスの質の向上」の観点からQC活動は有効な手法のひとつと言えるでしょう。具体的な進め方については、すでにいくつかの参考文献も見られますので、それらを参照してください。ただし、すでにQC活動を実践している施設の例からは次のような課題も提起されていますので、十分な注意が必要です。

* 活動の成果を発表するということが目的になってしまうことがある。
* 事務職や看護職、管理的業務者が活動に入りにくい。

**エ　取り組みの周知徹底**

リスクマネジメントの取り組みを組織全体で推進していくためには、その取り組み方針や方策をすべての職員に周知する必要があります。具体的な周知方法としては、職員会議等で周知を図るといった方法が一般的ですが、より効果的なものとして防止月間や標語の設定、ポスターの作成・掲示による啓発、講演会の開催などが考えられます。講演会も単に実施すれば良いということではなく、全職員が聞く必要もあることから、勤務割によって聞けない職員に対してはテープおこししたものを配布して周知したり、同じ内容で回数を重ねて開催するといった工夫も望まれるところです。また、ある大学病院では、白衣のポケットに入るぐらいの大きさのマニュアル集を全職員に配ってそれを常に携帯させ、活用を促しているという取り組みも見られています。

平成27年8月31日

行政委員会　松岡　記