

群馬県社会福祉協議会主催

令和3年度・リスクマネジメント研修

<講師>

株式会社 フォーサイトコンサルティング

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)

自己紹介

浅野 睦（あさのまこと） 昭和38年10月生まれ

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、3000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

横浜市保育園・園長向け研修講師 H30年度より4年連続(組織マネジメント・リスクマネジメント)

<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:『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」

研修カリキュラム

内容	ねらい
<p>「仕組みで解決する現場のリスク」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉分野におけるリスクとは？ ・事例で考える ・リスクマネジメントとは何をどうすることか？ ・事故発生メカニズム ・リスク評価の心理特性 ・ヒューマンエラー対策をどう進めるか ・事故発生時の対応 	<p>(各分野共通) 福祉現場におけるリスク体系とリスクマネジメントの基本を習得する。</p>
<p>「組織的リスクマネジメントの進め方」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハット報告の実効性を高めるために ・危険予知トレーニング ・リスクマップづくり ・委員会活動の方法 ・リスクコミュニケーションの進め方 ・リスクマネジメントの構造（冰山モデル） 	<p>(各分野共通) 組織としてリスクマネジメントをどう推進させるとよいかを学び、職員の意識向上につなげる方法を習得する。</p>
<p>「具体的事例から学ぶリスクマネジメント」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢分野での事故事例と分析 ・障害分野での事故事例と分析 ・保育分野での事故事例と分析 	<p>(分野別) 分野別のリスクの特性を習得する。</p>

仕組みで解決する現場のリスク

リスクとは？

<高齢者介護の事例>

下肢筋力低下のため、ひとりで歩くとふらつきがある利用者のケースです。

この方は、「排泄はできる限り自分でしたい(自分でトイレに行きたい)」と要望しています。ただし、転倒する可能性があります。

この利用者に、皆さんは「転倒リスクがあるからオムツをしていてください」と言いますか？

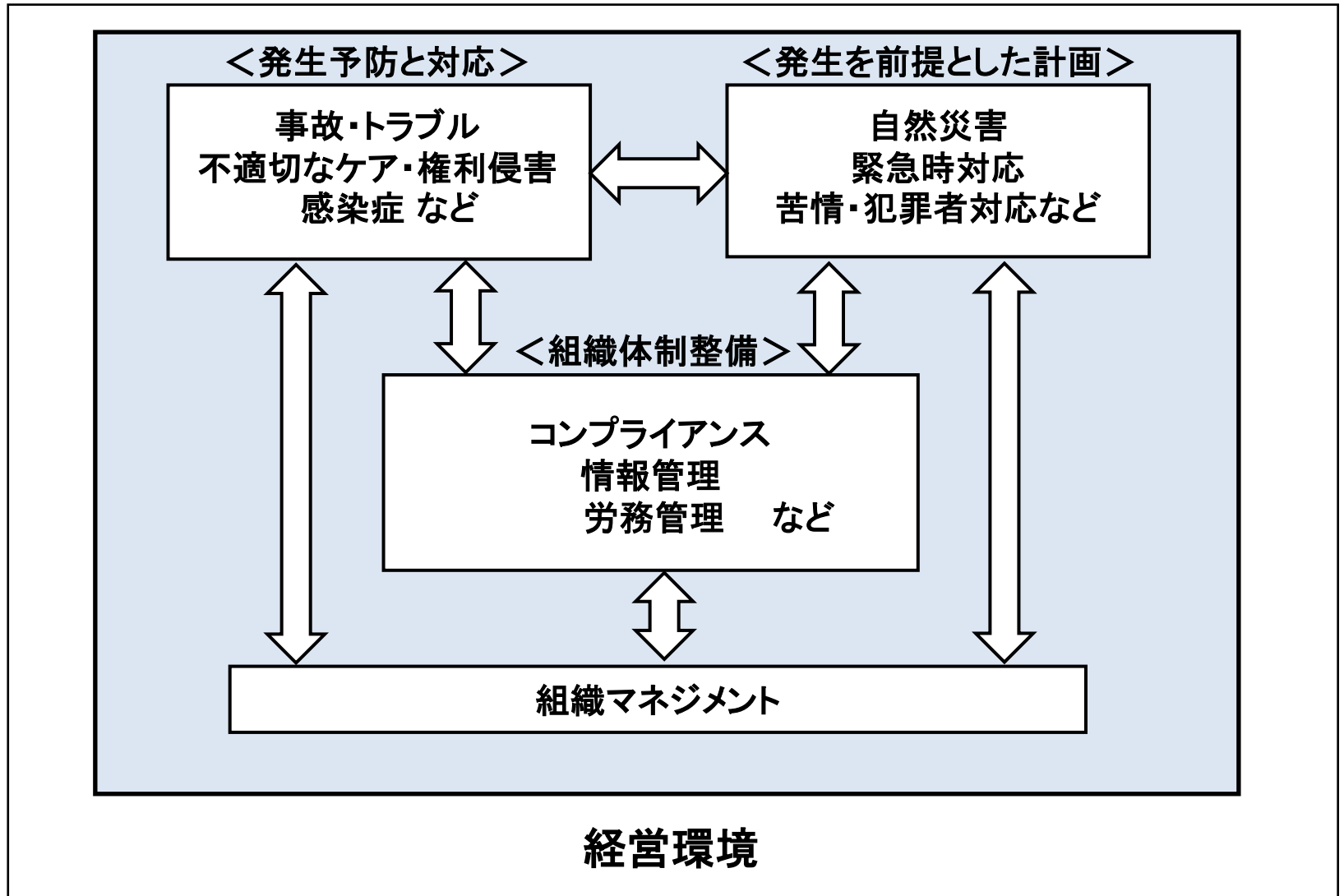
自立を支援する中で、リスクをどう捉えればよいか？

リスクとは、

どんな生活を送りたいかによってリスクの評価は異なる

リスクマネジメントとは、目的の遂行を阻害する要因を、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

福祉事業における リスクマネジメント体系図



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

(リスクの出現があり得ると考えられる度合い)

(対策の取りようがあるかどうか)
予防可能性

	低い	高い
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

事例で考える

次の事故の再発防止策について考えてください。(高齢者入所施設での事故事例)

利用者Aさん(要介護3・認知症あり)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さんが動き出してしまい、直後に転倒してしまいました。床に顔面を強打し、腕の骨を折る事故となっていました。

事故報告書に書かれた対策

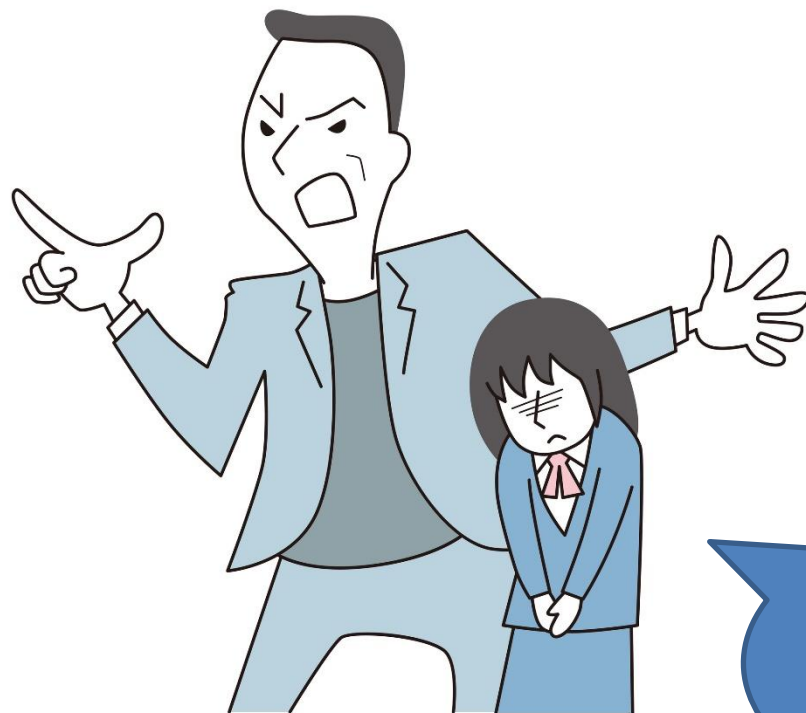
「今後は利用者から目を離さないように注意する」

この事故防止策で
本当に事故が防げるでしょうか？

事故を起こした職員への対応

~~「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。~~

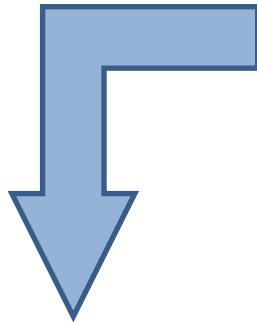


わたし、
もう辞めたい・・・

リスクマネジメントとは何をどうすることか？

この施設のリーダーはどうしたか？

脱衣かごに
ラミネート加工した
シートを入れた



ヒューマンエラーを起こしにくい仕組み

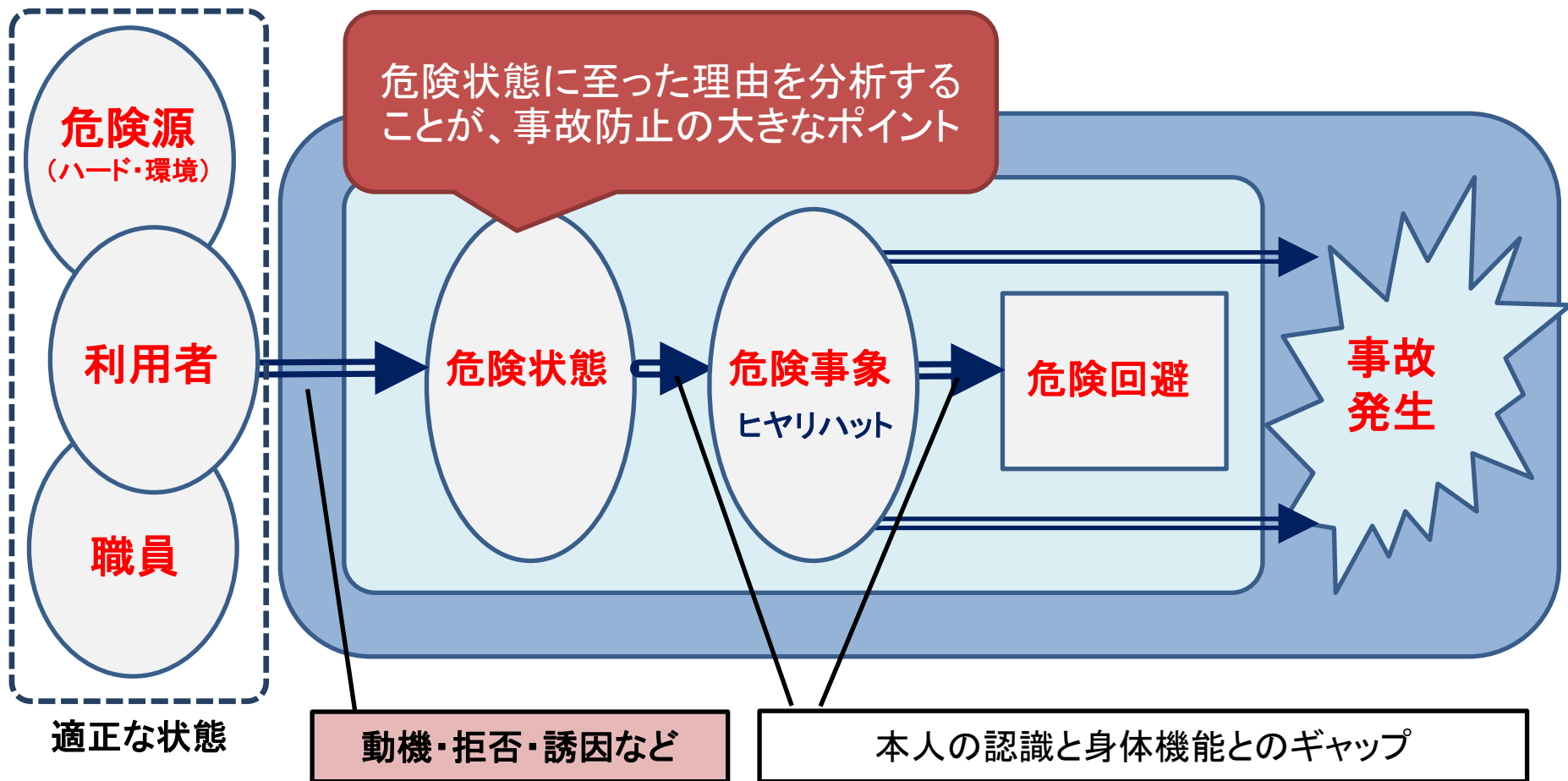


保湿クリーム



こんなイメージ

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。

リスク評価の心理特性

人は、自分の都合のいいように理由づけをしてリスクの評価を変えてしまう。

「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

人は、リスクがあるとわかっているにもかかわらず、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



しかし、リスクは容赦なく現れる

事故のリスクだけでなく、災害や法令違反など、多くのリスクに共通する心理特性

解決の考え方

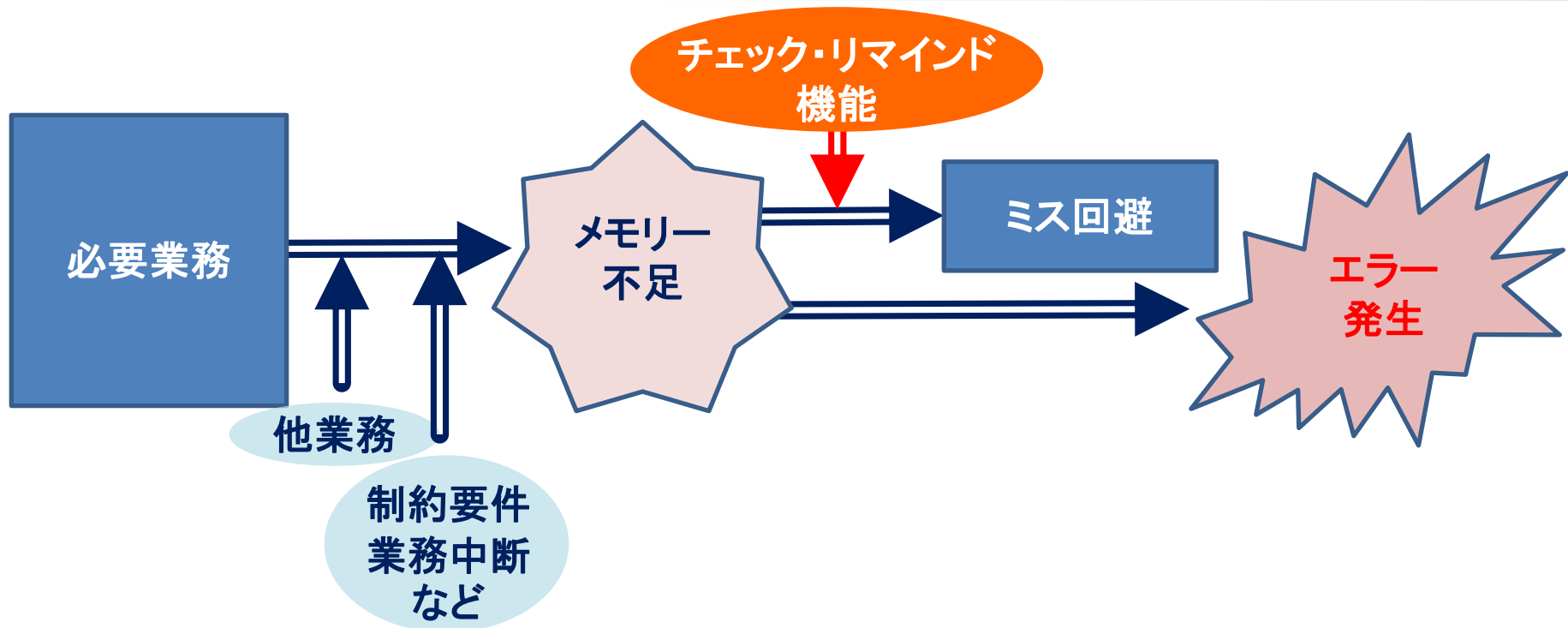
👉 ① 客観的な眼を入れる ② リスクを見える化する ③ 行動を習慣化する

利用者(家族)も、リスクを客観的に評価できないことがある



リスク情報を共有する

ヒューマンエラー対策をどう進めるか



- ・「他業務」「制約要件」「業務中断」などの別要因を排除できるか？
- ・メモリー不足を補う方法はないか？
- ・チェック・リマインド機能を強化する方法はないか？
- ・エラーが発生しにくい方法に改善する

「空きメモリーの量」は熟練度に影響する

例

空きメモリー
で確認する



長期記憶化

運転のことで
精一杯

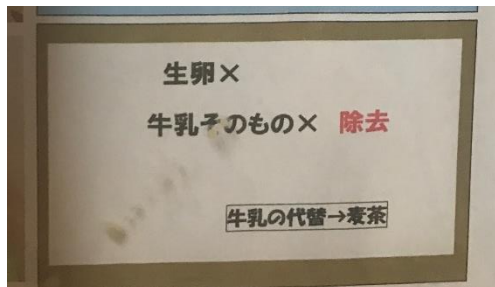


短期記憶の状態

※エラー防止のためには、熟練度によってできた「空きメモリー」を作業の確認に使用すること

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



原因分析の考え方

原因の分析に必要な「なぜ？」という問いかけ

① なぜ起きたのか？を問う

個人が対策を講じるための「なぜ？」



原因調査・原因追及
原因を見出し、その原因の発生をできるだけ少なくする

② なぜ防ぐ仕組みがなかったのか？を問う

リスクマネジメント
で必要な「なぜ？」



管理システム上の欠陥を探す
予防するための仕組みについて是正措置をとる

事故発生後の対応の基本（重大事故のケース）

- ① 応急処置（心肺蘇生など）と救急搬送
- ② できるだけ複数人で確認
- ③ 一次報告（責任者・家族・関係者への連絡）
- ④ 他の利用者への対応
- ⑤ 証拠保全（記録を含む）
- ⑥ 事故情報の窓口一本化（対応責任者の明確化）
- ⑦ 家族・関係者への説明とお詫び
- ⑧ 関係機関への連絡（自治体への連絡も必ず行うこと）
- ⑨ 事故調査委員会設置（影響が大きい事故の場合）

※事業所にとって不都合な事実がある場合も、漏らさず説明すること

※事故当事者（職員）のメンタルケアも重要

組織的リスクマネジメントの進め方

ヒヤリハット報告をどのように活かすか

ヒヤリハット報告を活用して事故予防に役立てるためには、ヒヤリハットの内容を事故予防のための「学習材料」にして、現場で共有する必要があります。

ヒヤリハット報告を現場の「事故予防の学習材料」にするために、皆さんの現場では、どのような改善が必要だと思いますか？

施設内外のハザードマップ(危険源・危険箇所)の見える化(保育園の例)

※過去のヒヤリハット事例から作成

※遊具には、必ず保育者が付きます。どの遊具を使うかは、公園に到着した際に毎子どもたちに伝えます。

保育園側の茂みで遊ぶ際は保育者が付きます。

養生中の芝生には入らないように気を付けます。

公園内が広いので、外に出ないよう気を付けます。

遊具には保育者が付き添います。

砂遊には保育者が付きます。出入り指や体を挟まないよう、気を付けます。砂や小石、枝など誤飲に気を付けます。

木の根に引っかかり、転倒しないに気を付けます。枝を口に入れたり、持ったまま歩いたりしないよう気を付けます。

公園からの掃り道

段差に気を付け、ボールに指や体をぶつけないよう気を付けます。

通路が狭いので、手や頭がぶつからないように気を付けます。

中からの飛び出しに気を付けて左に曲がります。

段差に気を付けて入ります。

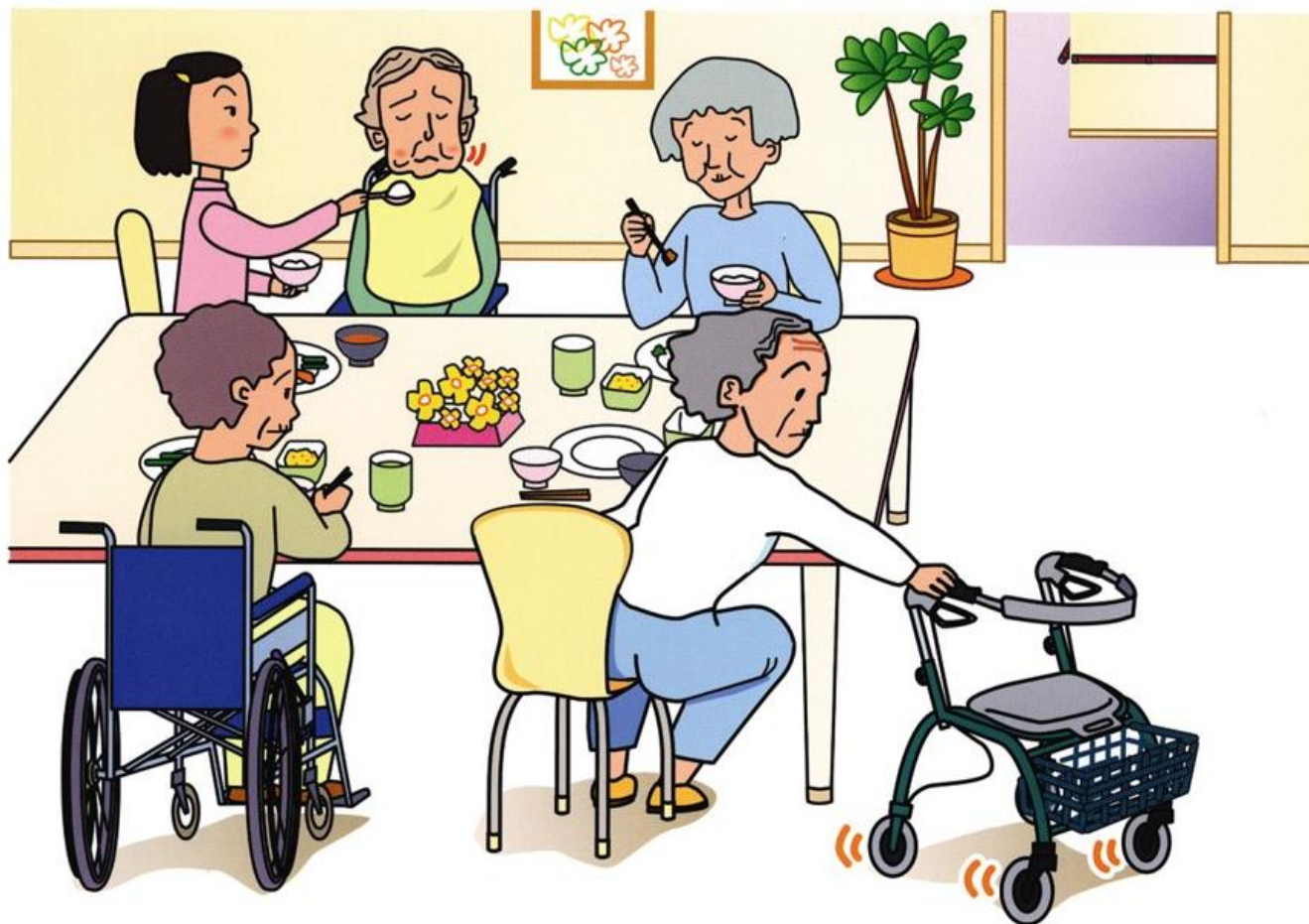
自転車にぶつからないよう気を付けて入ります。

中に入ったら、鍵をかけます。

※ 保育園に帰ったら人数確認をし、散歩リーダーが事務所に報告に行きます。



この食事シーンにはどのようなリスクがあると思いますか？



※実例に基づいて作成しています。
協力：(有)サテライト「安全確認トレーニング」

食事介助シーンの事例演習

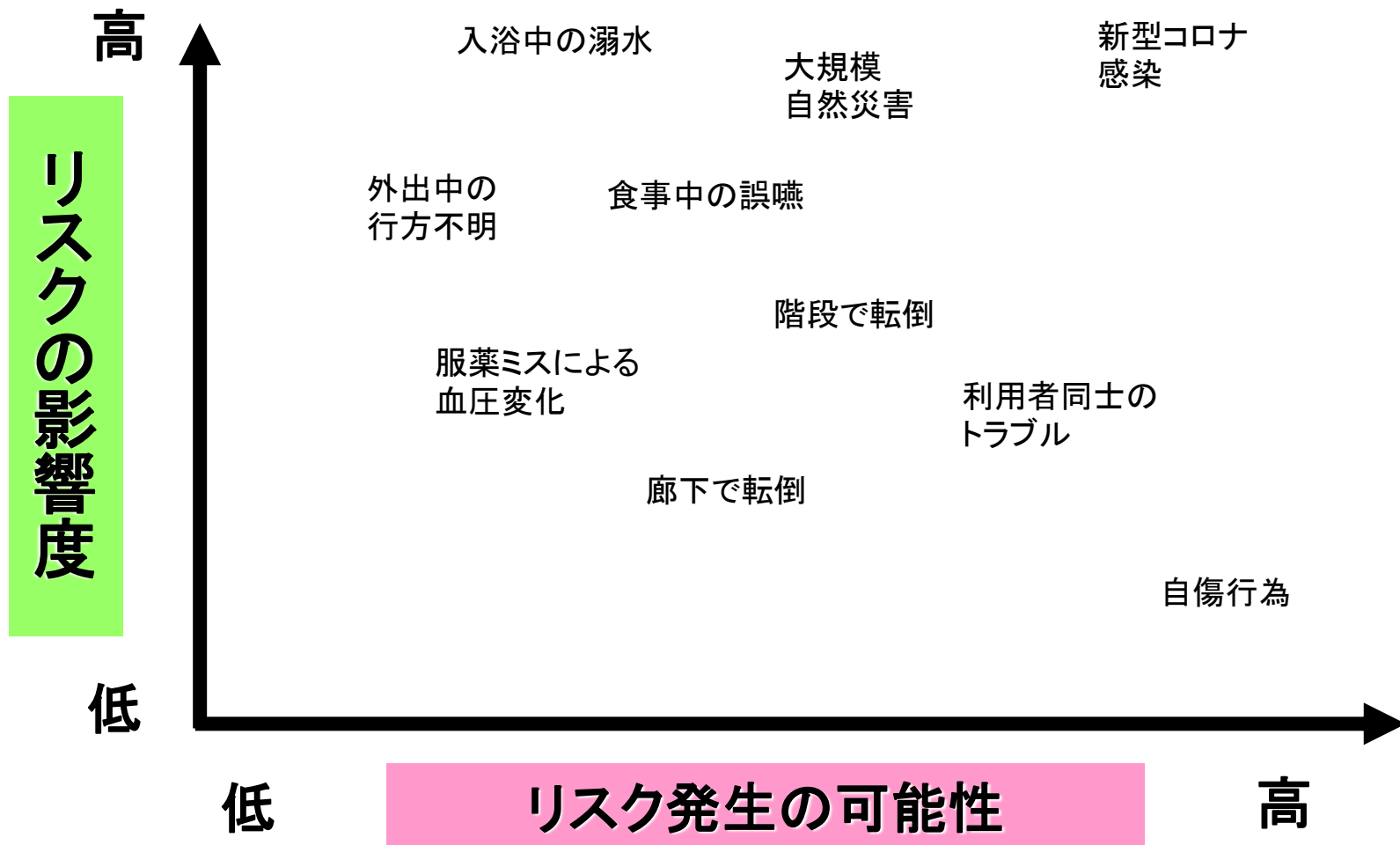
この職員について、どのような認識を持ちますか？



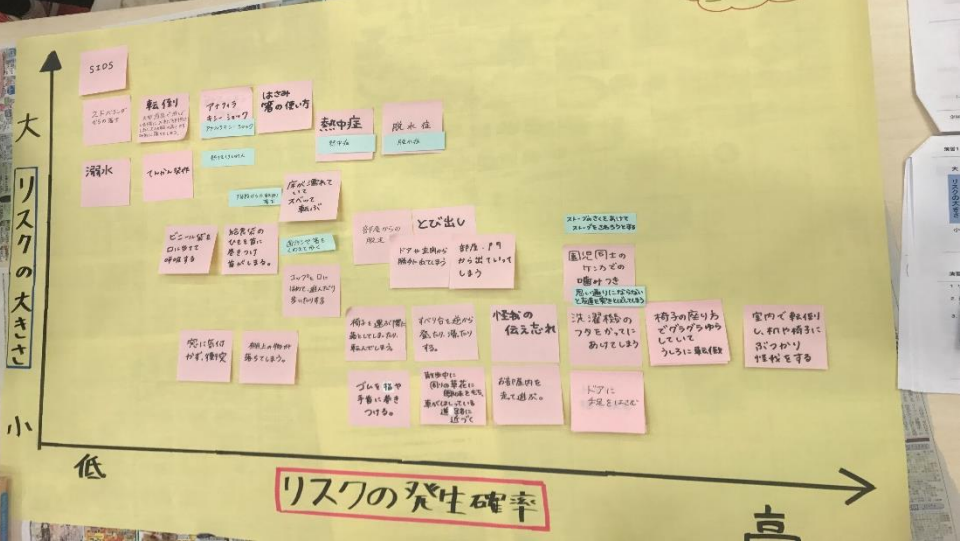
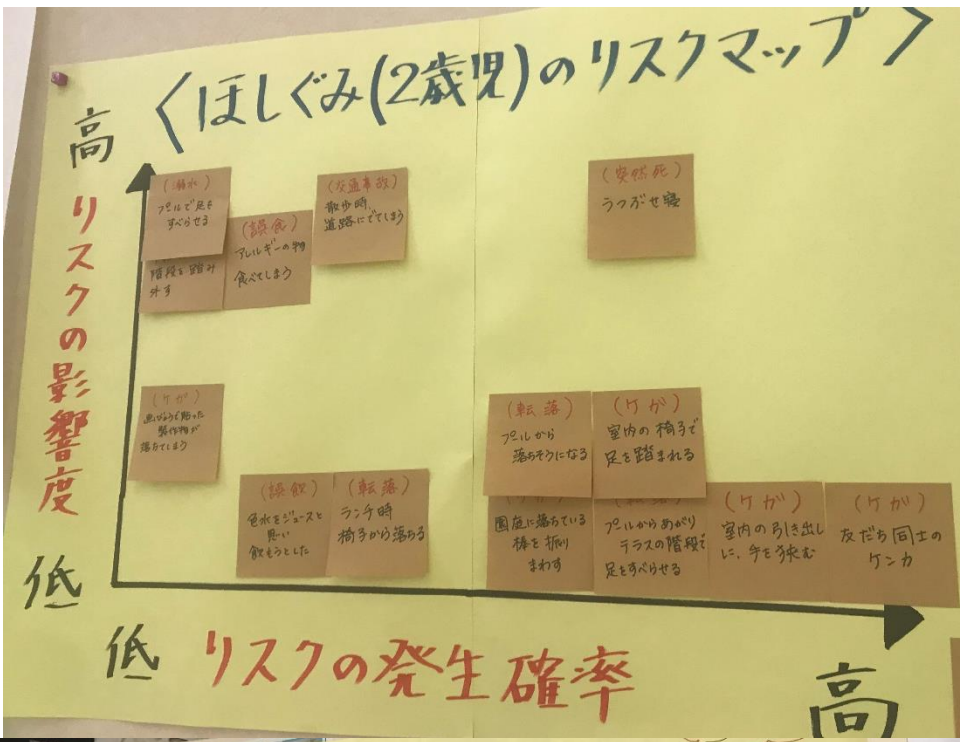
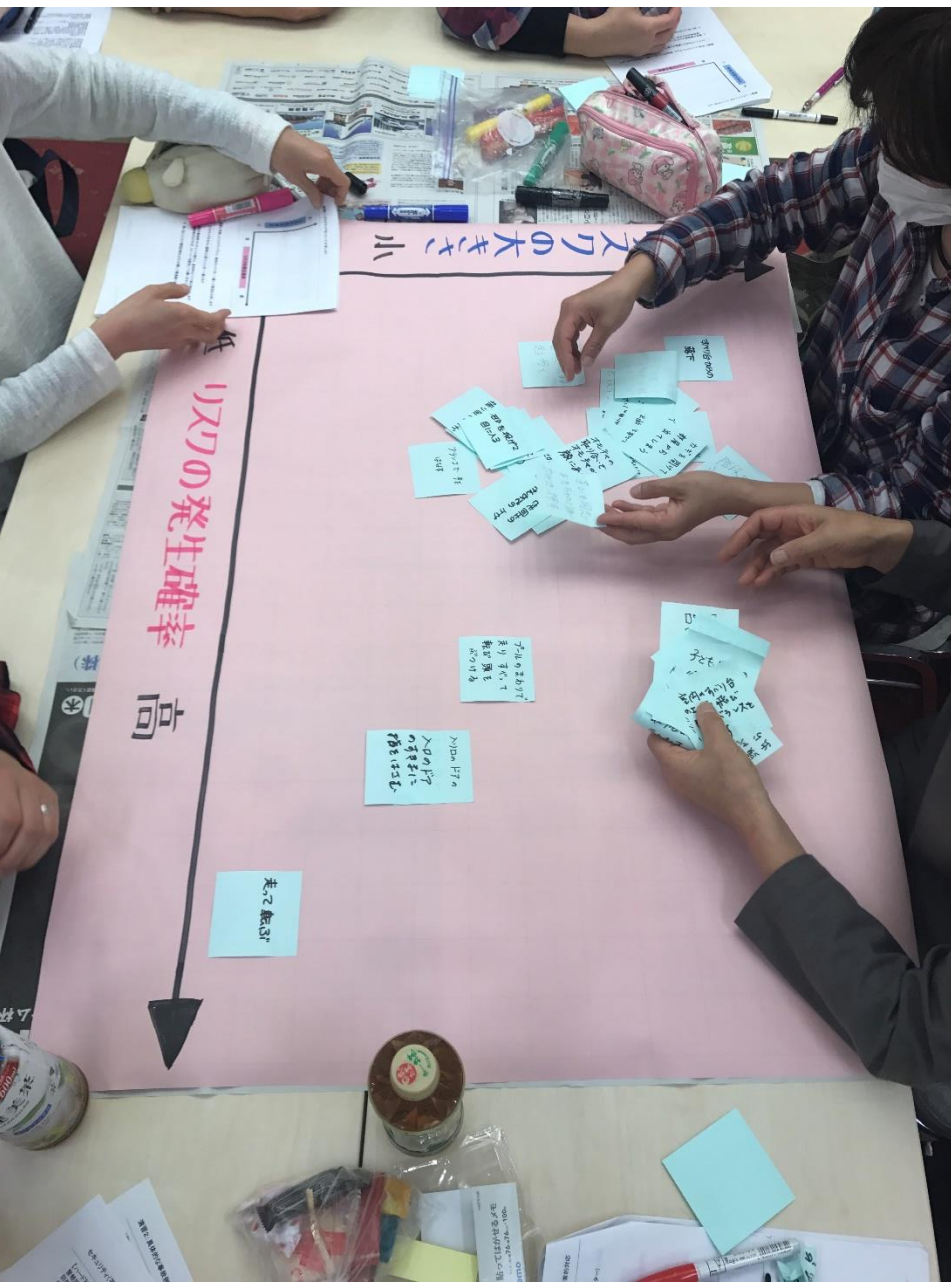
この事業所におけるマネジメント上の課題はどのようなことでしょうか？

リスクマップでリスクを評価する（利用者ごとのリスクマップがあるとよい）

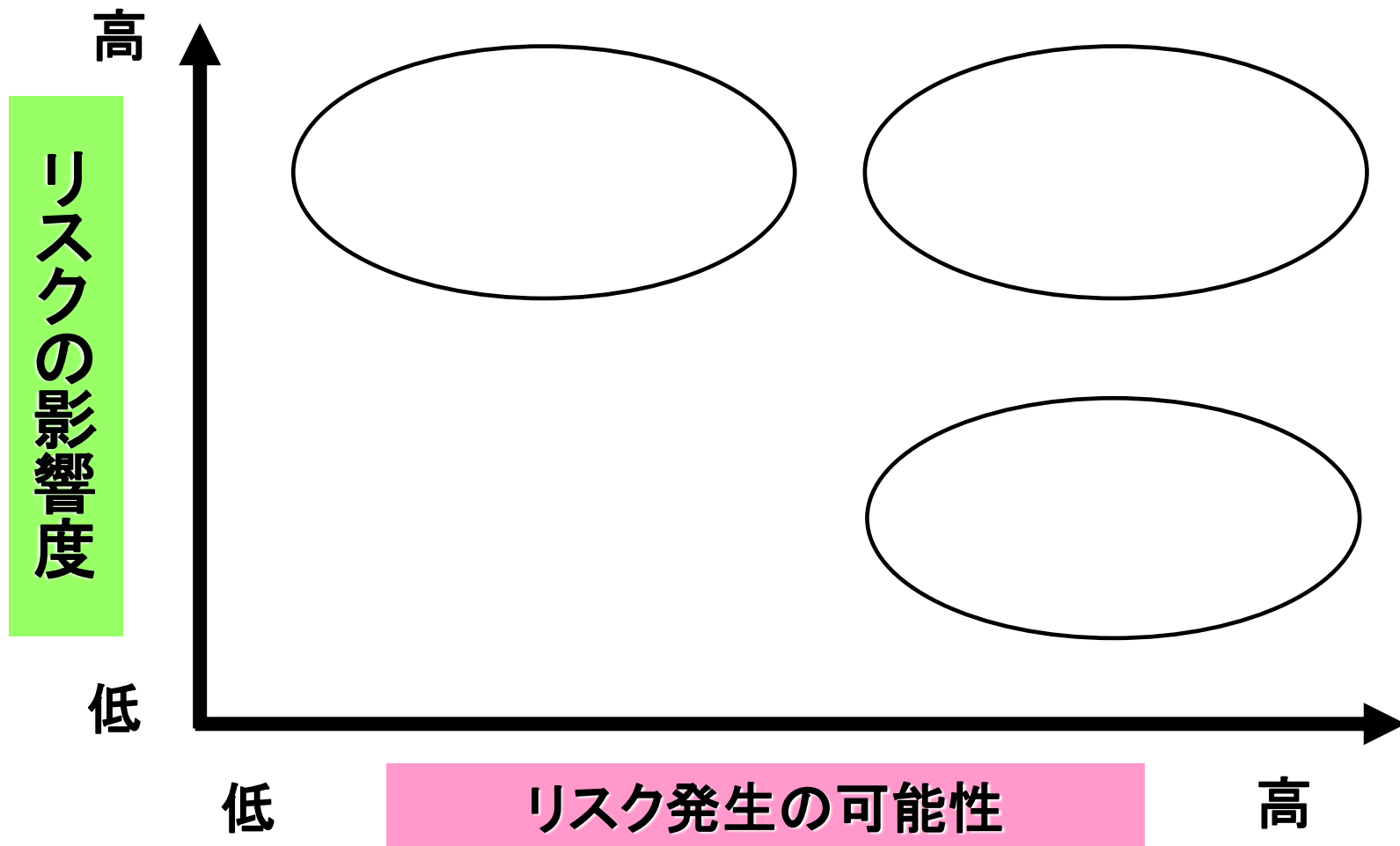
例) 障害者入所施設の場合



職員同士の話し合いでリスクマップを作成



リスクマップの活用



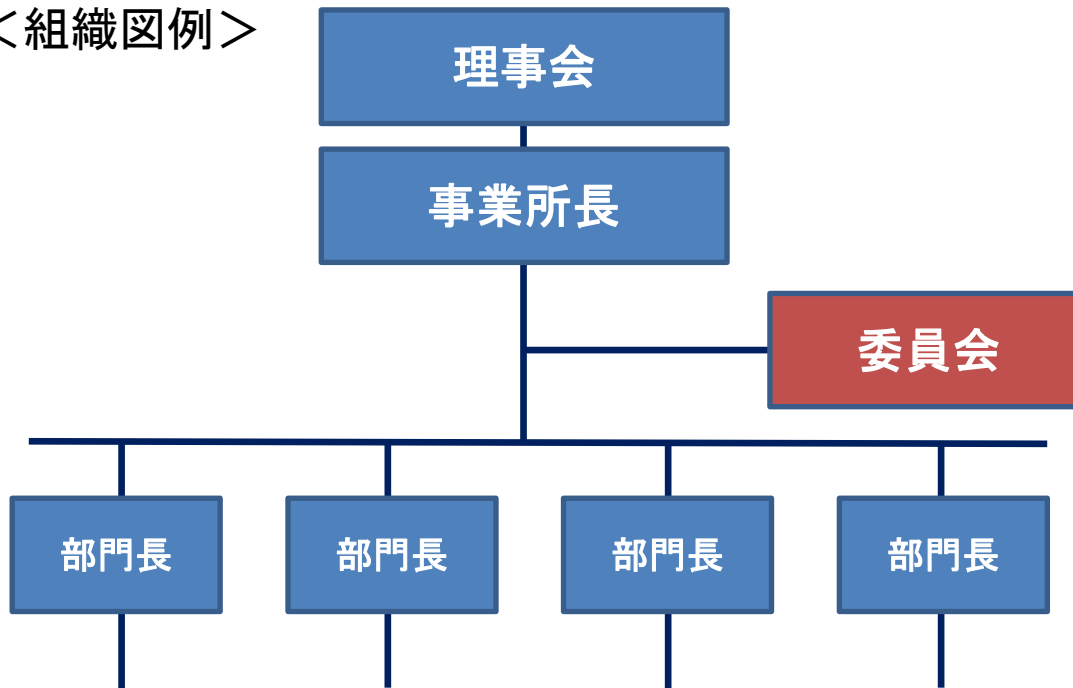
委員会活動の方法

組織における委員会の位置づけを明確にする

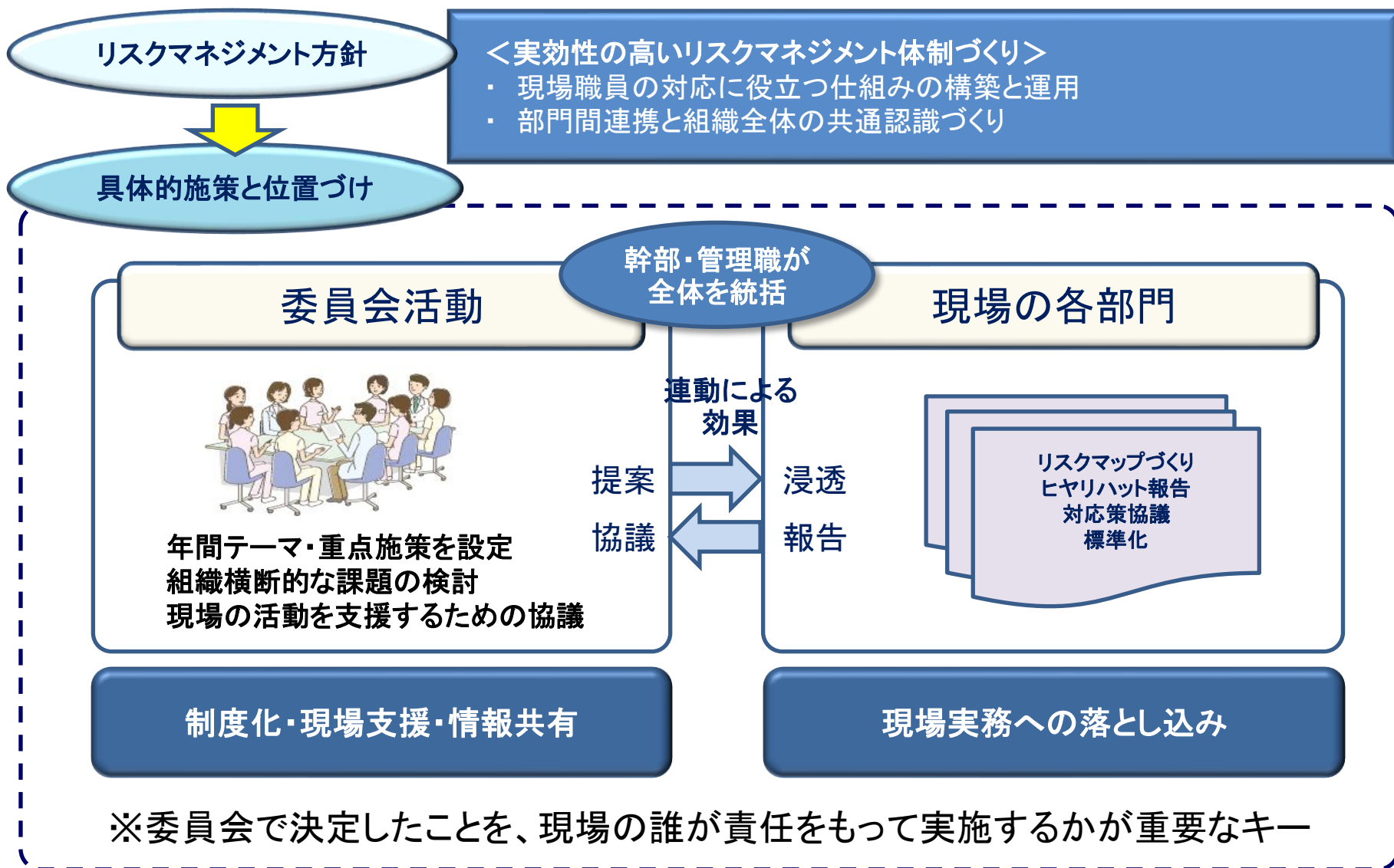
1. 委員会が権限をどこまで持つのか
2. メンバーをどのような要件で選定するか
3. 取組み結果の検証をどのように行うか



<組織図例>



立てた対策を共有し継続するために必要なこと



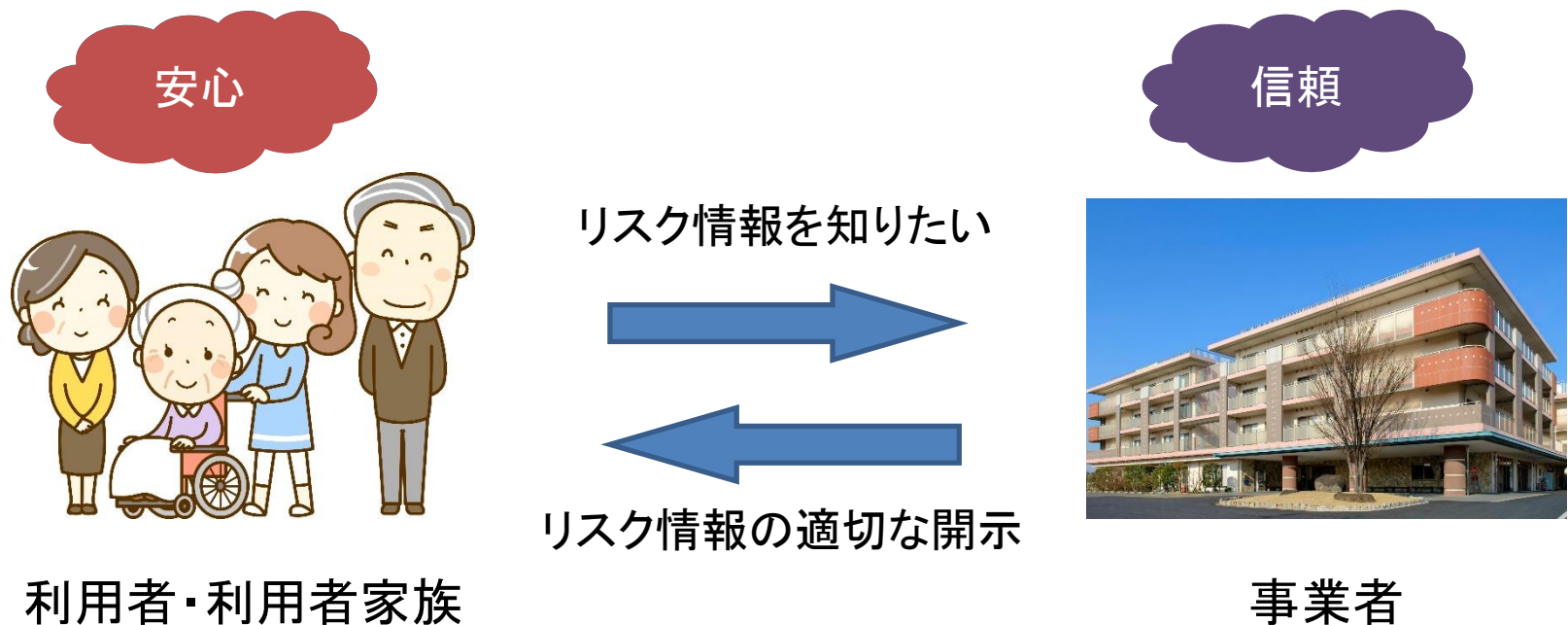
リスクコミュニケーション(リスク情報の適切な開示)

〈なぜ、リスクコミュニケーションが必要なのか〉

現場のリスクをゼロにすることはできないため、リスクを許容範囲まで制御した上で
適切に情報を開示することにより、組織としての信頼性を確保する必要がある。

⇒ 自組織のリスクに対する姿勢を示す活動

※「それは知らなかった。なぜあらかじめ言ってくれなかったのか」などの苦情の予防にもつながる



保育所におけるリスク・コミュニケーション(例)

スライドのみ

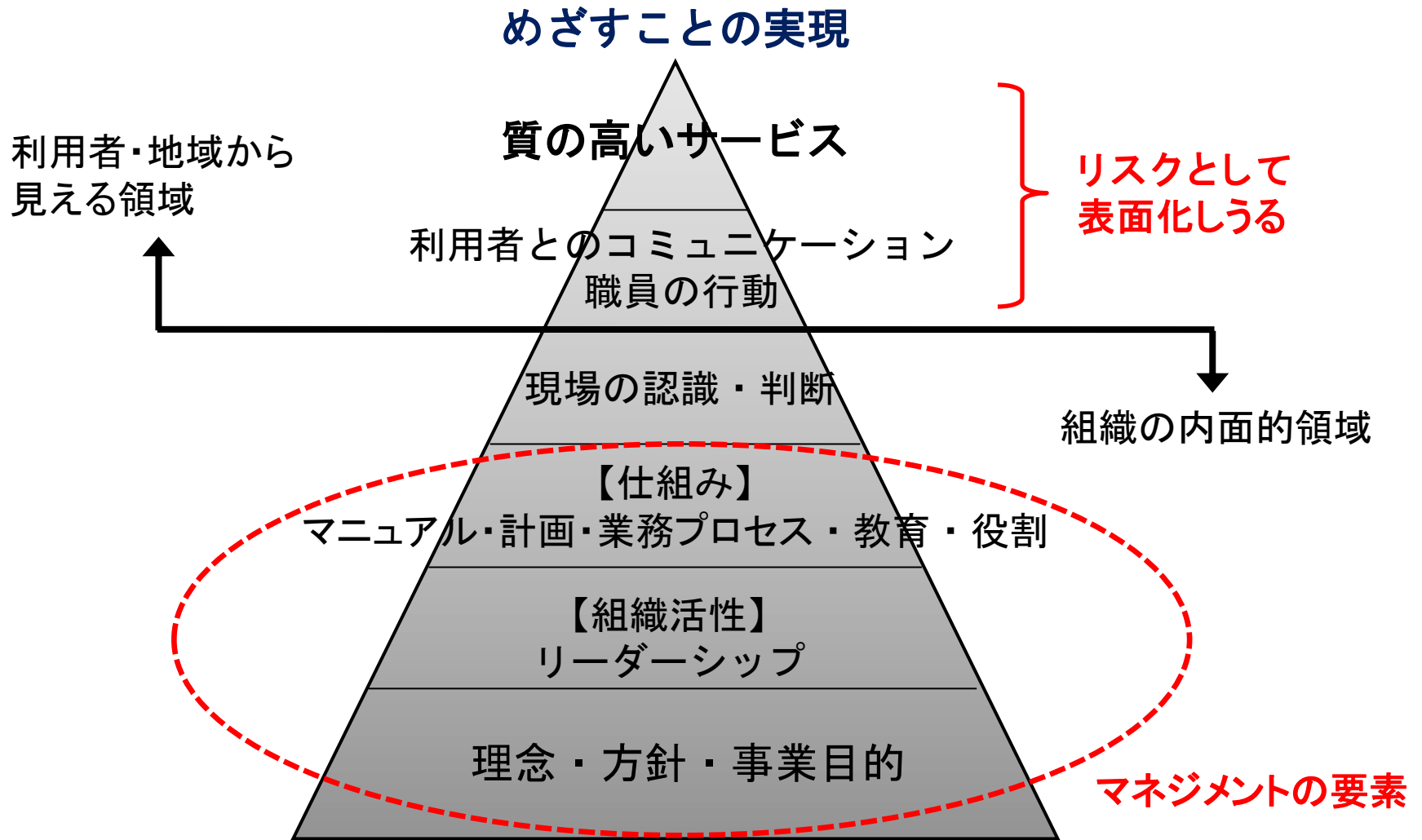
今現在、保育園内で発生している感染症



	病名	月日	クラス
	流行性耳下腺炎(おたふく)		純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
○	水痘(みずぼうそう)・带状疱疹	2/20	純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
	風 疹		純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
○	溶連菌感染症	2/24	純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
	手足口病		純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
	伝染性紅斑(りんご病)		純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
	伝染性膿痂疹(とびひ)		純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
○	感染性胃腸炎	2/15	純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
	ヘルパンギーナ		純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
○	咽頭結膜熱(プール熱)	2/15	純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
	流行性角結膜炎		純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
	突発性発疹		純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
○	インフルエンザ A	2/24	純 輝 心 愛 和 道 花 トワ
○	〇〇ウイルス感染症(感染性胃腸炎)		純 輝 心 愛 和 道 花 トワ

*発生日とクラスの○の色を同じにしています。2/15

リスクマネジメントの構造(冰山モデル)



具体的事例から学ぶリスクマネジメント (分野別事例紹介)

事故事例検討(高齢事例)

次の文面は、訪問介護事業所における事故報告です。

ヘルパーのAさんはサービス計画(身体介護中心)どおり、利用者Bさん(要介護2 男性)のご自宅に週に2回訪問し、入浴の一部介助と食事、排泄の支援などを行っていました。ある日、利用者BさんはヘルパーのAさんに、「風呂には自分ひとりで入れるから、介助しなくてよい。その時間に部屋の掃除をしてもらいたい」と強く要望を言いました。Aさんは、介助する必要があることを伝え、説得しようとしたのですが、受け入れてもらえませんでした。結局、入浴の介助をせず、部屋の掃除をしました。

数週間そのような日が続いたある日、ヘルパーAさんが部屋の掃除をしているあいだに、Bさんが一人で入浴したところ転倒し、大腿骨を骨折する事故となってしまいました。

この事故のことで翌日、家族が担当ケアマネジャーに連絡を入れました。

しかし担当ケアマネジャーは、この事故のことや事故に至った背景をまったく聞いておらず、大きな苦情となってしまいました。

この担当ケアマネジャーが、少なくとも月に1回行うモニタリングを十分に行っていなかったらどういうリスクがあるのでしょうか？(もしモニタリングの記録がなかったら？)

事故事例の振り返り

<利用者要因から掘り下げる検証ポイント>

- ・どの状態が利用者にとって「危険状態」であったのか？
- ・「危険状態」に至った理由(動機)は？
- ・「危険状態」から適正に戻す方法は？
- ・この利用者にとって「適正なサービス」とは？



その上でケアマネジャーはどう考えるべきか？

- ・介助すべき内容は、どのようなニーズによって位置づけられ、そのことが介護事業所にどのくらい理解されていたか？(アセスメント、課題分析、担当者会議の内容など)
- ・変化する利用者ニーズ(拒否)を予見することは困難であったか？(拒否理由の情報)
- ・サービス利用上の利用者ニーズ(変更も含む)をどのようにモニタリングしていたか
- ・身体中心の自立支援介護の中で、生活援助を位置づけることを検討する必要は？
- ・利用者からの無理な要望があった際は、ヘルパーはサービス提供責任者や管理者にどのように報告することになっているか？(介護事業所としてのリスク⇒ケアマネへ)

利用者の心を読む演習(障害事例)

以下の文面は、就労継続支援B型施設での事故事例です。
(食堂で支援していた職員が報告)

<利用者Aさん>

37歳・男性・自閉症・5年前より当施設の利用を開始。

(主に回収されたペットボトルのラベルはがしと選別作業を行っている)

普段は、比較的作業に集中して落ち着いていることが多いが、まれにパニックになることもある。パニックになると、他の利用者を叩いたり、噛みついたりする。

好きな食事は、カレーライスとハンバーグ。肉が好き。

<事故事例>

ある日の午前中にペットボトルのラベルはがし作業を終えて昼食のため食堂に着くと、急に走り出し、突然ある利用者に飛び掛かった。

次の瞬間、大声をあげながらその利用者の頭に殴りかかったため、職員があいだに入ってAさんを落ち着かせた。

この日のメニューは好きなハンバーグだったため、食堂に早く着けなかったことが影響しているのではないかと考えられる。

午前中の作業について、作業担当職員からヒアリングしたところ・・・

<午前中の作業での出来事>

この日の午前中、ペットボトルのラベルはがし作業をしている際、Aさんがトイレに行った。トイレから作業に戻ると、Aさんがいつも作業をしている場所に他の利用者が座っていた。最近入ってきた新人の職員がAさんに、「ちょっと、この場所を貸してくださいね」と伝えると、Aさんは無言で近くの作業場所に移って作業をしはじめた。

(その時は特に異変はなかった)

午前中の作業が終わって皆が食堂に移動し始めた時、Aさんはすぐには食堂へ行かず、いつもの作業場所に戻ってブツブツと独りゴトを言いながら身体を大きく揺らしていた。しばらくブツブツと何かを言っていたが、職員から「今日のお昼はハンバーグですよ」と促されて食堂に移動した。

食堂に着くと、急に走り出し、突然ある利用者に飛び掛かった。次の瞬間、大声をあげながら・・・(先ほどのシーンに続く)

Aさんの心の中で何が起きていたか？

環境から危険予知を行う(保育事例)

子どもがブランコのそばにある柵に寄りかかっています。
この場面で、どのような危険の予知ができますか？(自由に考えてください)



写真提供: Photo AC

まとめ

本日の研修を振り返って、自組織の事故防止に関する改善点について考えます。

◆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ますか？

◆いつ頃までにどんなことを実行しますか？