

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<Ver.3>**



全国社会福祉法人経営者協議会

2021年12月

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.....	5
(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.....	5
(2) 福祉分野におけるリスクマネジメント.....	6
①社会福祉法人経営におけるリスクの全体像.....	6
②福祉サービスにおけるリスクマネジメントの考え方.....	7
(3) リスクマネジメントの進め方（4つのステップ）.....	8
(4) 事故発生メカニズム.....	11
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～.....	13
(1) 組織風土の改善、組織づくり.....	13
(2) 法令により求められる体制.....	13
(3) リスクマネジャーの設置（根拠）と育成.....	14
(4) 権利擁護の仕組みについて.....	15
(5) ハラスメント対策とリスクマネジメント.....	18
(6) 災害や感染症への対応.....	20
3. リスクマネジメント体制の構築と運用.....	23
(1) リスクマネジメント体制構築に向けた考え方.....	23
(2) リスクマネジメント委員会の運営.....	24
(3) リスクマネジャーの役割.....	24
4. サービスの可視化.....	25
(1) 業務の標準化.....	25
(2) 記録類の整備と記述方法の統一.....	28
5. 利用者のアセスメントの重要性と個別的な支援計画の作成.....	29
(1) アセスメントと個別的な支援計画.....	29
(2) アセスメントと事故予防.....	29
(3) 評価や再アセスメント.....	31
コラム：介護現場から考える ICT の活用とそのリスク.....	33
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～.....	34
(1) KYT（危険予知訓練）.....	34
① 高齢、障害分野でのKYT.....	35
② 児童、保育分野でのKYT.....	36
(2) 5S活動.....	37
(3) 緊急時・事故発生時対応訓練.....	37
7. リスクマネジメントプロセス（事故発生後の対応）.....	39
(1) 事故発生時の適切な対応.....	39
(2) 事故発生後の対応とその意義.....	39
① リスク要因の特定.....	39
② リスクの分析.....	39
③ リスクへの対応 ～ 是正処置計画、予防処置計画の作成.....	40
④ リスクの評価.....	41

8. リスクマネジメント体制の検証と見直し.....	42
(1) 定期的な検証と見直し.....	42
(2) 検証や見直しのポイント.....	42
おわりに.....	44

はじめに

全国経営協は、平成14年3月に「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」（以下、「基本的な視点」）をとりまとめました。

当時、福祉サービスの利用が措置から契約へと移行するなか、利用者の安全・安心を確保することが福祉サービスの基本であり、福祉サービスの質を向上させるためのリスクマネジメントの実践が急務であったことを受けたものです。

厚生労働省としても「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて～」（平成14年3月）を示しました。

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るなか、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ていました。あわせて、再発防止に向けた事故要因分析の手法をはじめとするノウハウの蓄積が始まっていた時期でもありました。

このような背景のなかで、全国経営協としては、利用者の生活と自立支援などを包括的かつ継続的に支援する福祉サービスにおいては、医療とは異なる視点での実践も必要であると考えました。そこで、社会福祉法人・福祉施設でのリスクマネジメントの基本的な考え方や手法など「基本的な視点」として整理し、リスクマネジャー養成講座などを通して普及・啓発を進めてきました。

「基本的な視点」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」に着目し、「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います。

この考えを実践として普及・定着するために平成14年度から「リスクマネジャー養成講座」を開催し、これまでに修了者は延べ4,000名を超え、それぞれの法人・福祉施設等で実践しています。

講座を開講した当初は、リスクマネジメントの基本ともなる「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、福祉サービスの「画一化」につながるといった否定的な強い意見もあり、またサービス種別による課題意識の違いも相当程度見られました。しかし、実践と成果が重ねられるなかで、リスクマネジメントは福祉サービスの質向上に欠かせない取り組みであることが定着してきました。

また、全国経営協「社会福祉法人アクションプラン」（現在「アクションプラン2025」2021年度～2025年度中期行動計画）においても、法人経営の重要な要素として、福祉サービスのリスクマネジメントを位置づけ、各法人での体制整備と取り組みの促進を図ってきました。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

トや個別的な支援計画（ケアプラン、個別支援計画、指導計画等）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状況があるのではないかと課題意識のもとに、平成 28 年 1 月に「基本的な視点」を改訂しました。

その後も、福祉サービスをめぐる状況は大きく変化し、災害・感染症対策や ICT 化への対応、人材不足のなかでの業務改善や働きやすい職場づくりの必要性などがますます高まっています。また、これらとともにリスクマネジャー養成講座においても、時代に即した新たな知見も蓄積されてきました。

さらに、これまで、高齢福祉、障害福祉、子ども・子育てなど、すべての福祉サービス分野において、利用者の安全の確保が実践されてきましたが、令和 3 年度の介護報酬改定により、介護保険施設等においては、安全対策担当者（リスクマネジャー）の設置を含めたリスクマネジメント体制の一層の整備が求められました。また他の分野においても今後、同様の対応が進められると考えられます。

今般、こうした状況を踏まえ、時代が変わってもリスクマネジメントの原理・原則は変わらないことを大前提に、「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を継承しながら、実践の拠り所となる「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、「基本的な視点」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の基本的な視点」を解説するにあたり、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確認します。

日本工業規格「リスクマネジメント-原則及び指針」(JIS Q 31000 : 2019) 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。

リスク (risk) : 目的に対する不確かさの影響

注記1 影響とは、期待されていることから乖離することをいう。影響には、好ましいもの、好ましくないもの、又はその両方の場合があり得る。影響は機会又は脅威を示したり、創り出したり、もたらしたりすることがあり得る。

注記2 目的は、様々な側面及び分野を持つことがある。また、様々なレベルで適用されることがある。

注記3 一般にリスクは、リスク源、起こり得る事象及びそれらの結果並びに起こりやすさとして表される。

リスクは「目的に対する不確かさの影響」であり、その影響には、“好ましいもの” “好ましくないもの” “その両方” あるとされています。つまり、①チャンス逃すこと、②ピンチを招くこと、③チャンス逃し、ピンチを招くことと言えます。

しかし、多くの組織においては、②ピンチを招くこと＝「何らかの好ましくない影響」を主な対象としています。好ましい影響を考えるとなく、例えば「事故」のように、「経営への好ましくない影響」だけをリスクとして捉えることも考えられます。

またリスクは、注記3を構成要素と捉えることができます。「転倒」を例に考えてみますと、リスク源は「滑りやすい床」、起こり得る事象は「転倒事故」、結果は「転倒によるケガ(例えば骨折)」、起こりやすさは「転倒事故が起こる確率」となります。

つまり、「転倒のリスク」は、滑りやすい床を原因とする転倒がどれくらいの確率で発生し、その結果骨折がどの程度の重度さで起きるか、といえます。

また、日本工業規格「リスクマネジメント-原則及び指針」(JIS Q 31000 : 2019) におい

て、リスクマネジメントとは「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」であるとされています。つまり、あらゆるリスクへの対応を想定した組織経営・運営の基礎手法と言えます。

リスクマネジメントの内容は、リスク自体をどう捉えるかによって変わります。リスクの把握が、現場の担当者によって行われている場合、個々人の捉え方によって把握されるリスクが異なることになり、組織として検討が必要なリスクが把握されている保証はありません。組織にとって必要なリスクを特定していくためには、組織経営の視点でリスクを捉えていく必要があります。

リスクマネジメントは「リスク管理」と呼ばれることもありますが、“マネジメント”とは組織の目的、成果を達成するための資源の運用とリスクの管理であり、単なる“管理”ではありません。リスクマネジメントを組織経営で有効に活用するためには、業務担当者による“リスク管理”ではなく、経営者・管理者を含む組織的活動を中核とする“リスクマネジメント”の概念が重要になります。

このように考えると、リスクマネジメントの推進には経営者・管理者のリーダーシップが極めて重要といえます。

(2) 福祉分野におけるリスクマネジメント

①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（好ましくない影響）が社会福祉法人経営におけるリスクであるといえます。

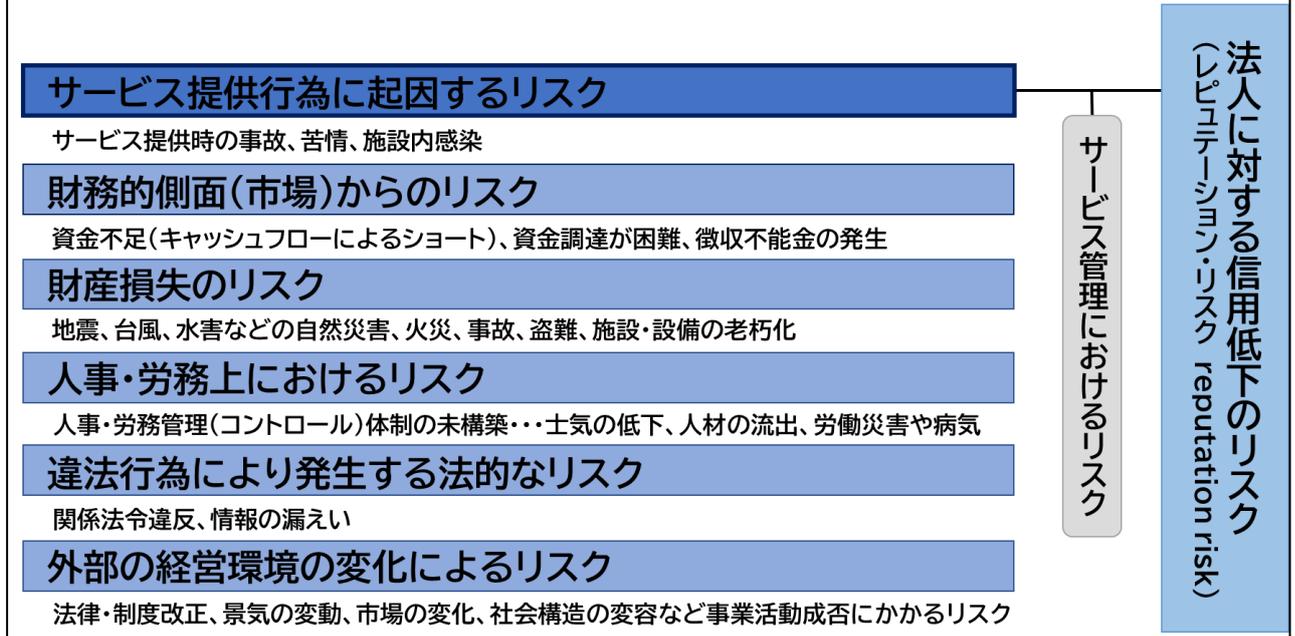
特に近年、社会福祉法人経営に影響を及ぼす外部環境の変化は大きく、その変化を正しく危機意識をもって認識することは、福祉サービスのリスクマネジメントを考えるうえで重要です。

全国経営協「アクションプラン 2025」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、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と謳っています。

この命題の下、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。

図表1 社会福祉法人経営におけるリスクの全体像



②福祉サービスにおけるリスクマネジメントの考え方

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条には、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。また第3条では、福祉サービスの基本理念として、福祉サービスは個人の尊厳の保持を旨とすることが規定されています。

これらを基に、厚生労働省の「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針」（平成14年3月）では、福祉サービスにおけるリスクマネジメントは「自由」か「安全」かという二者択一ではなく、福祉サービスにおいて事故を完全に未然防止するということは困難なものであると捉えられています。その上で、事故を限りなく「ゼロ」にするためにはどうしたらよいか、あるいは、事故が起きてしまった場合に適切な対応を図ることはもとより、同じような事故を再び起こさないためにどのような対策を講じるかなど、「より質の高いサービスを提供することによって多くの事故が未然に回避できる」という考え方で積極的に取り組みを進めることが重要であるとされています。

福祉サービスのリスクマネジメントの中心にあると考えられるのが、サービス提供行為に起因するリスクです。福祉施設は「生活の場」であることから、24時間365日あらゆる生活場面でリスクがあり、リスク対象が特定しづらいものです。他のサービスや事業と比較して、財物的リスクより身体的リスクがほとんどであるという特徴があります。

また、集団を対象とするものではなく、個別対象に発生します。さらに、高齢、障害などの特性、子どもにおいては発達の過程にある好奇心などにより、利用者そのものが保有しているリスクが高く、いつ、どこで、どのように発生するかわからない事故が多いことも特徴とい

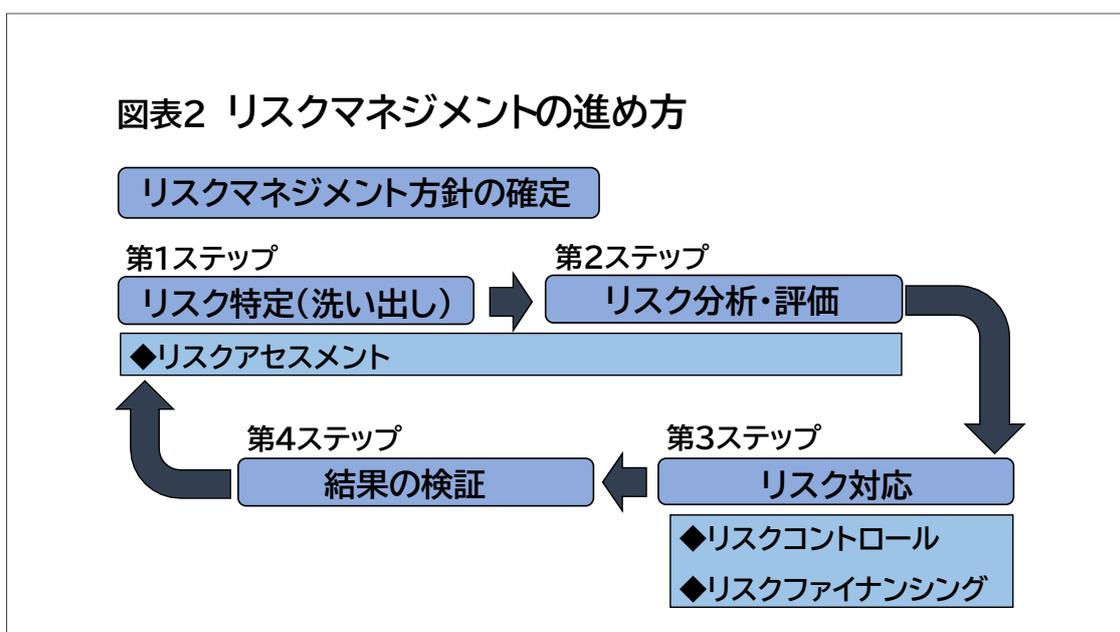
えます。

これらを踏まえ、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) リスクマネジメントの進め方（4つのステップ）

前述の通り、リスクマネジメントの内容は、リスク自体をどう捉えるかによって変わります。つまり、リスクマネジメントの推進には、どのレベルのリスクを対象とするのかなど、まずは方針を確定させる必要があります。そこで確定した方針に基づき、4つのステップで進めていきます。

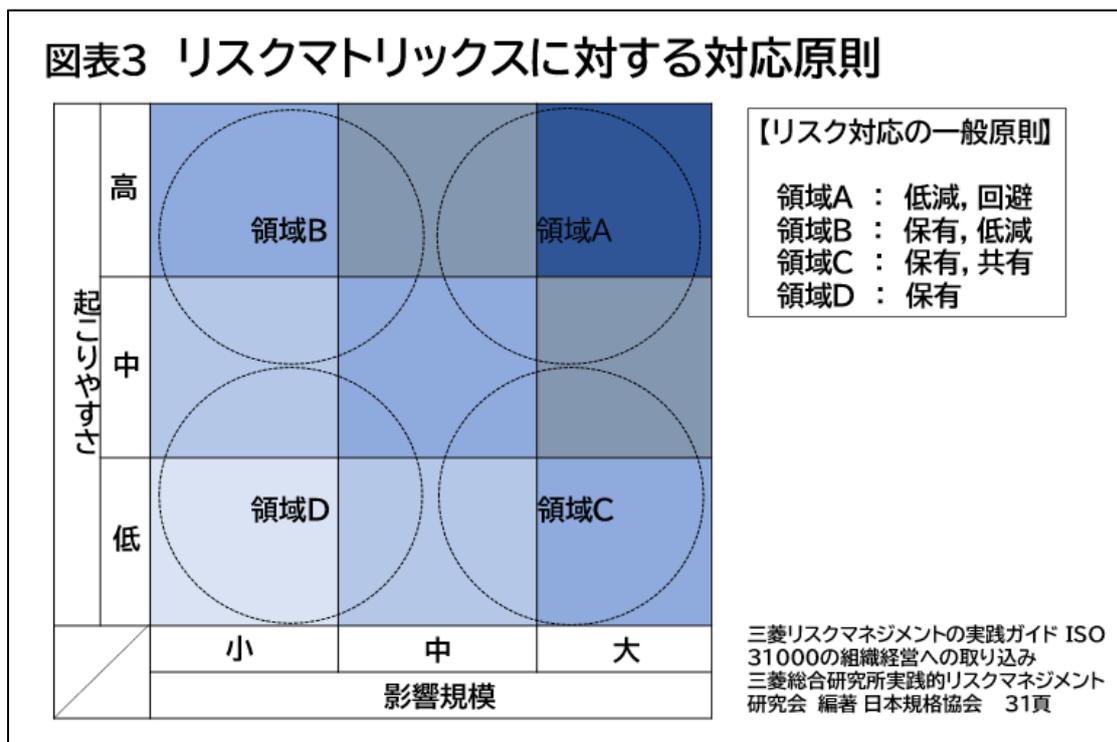


①リスク特定（洗い出し）・リスク分析と評価

第1ステップとしてリスク特定（リスクの洗い出し）を行い、第2ステップとして特定したリスクの分析・評価を行います。リスクの特定、分析、評価の一連のプロセス全体をリスクアセスメントといいます。特定したリスクの起こりやすさ（損害の発生頻度）損害の規模（影響規模）を推定し、その結果に基づきリスク評価を行います。リスクの全体像を把握し、リスクの処置の方法と処置の優先順位を明らかにして対応します。（図表3参照）

起こりやすさが高く、影響規模も大きいリスク（領域A）は最優先で対応し、リスクを低減

(領域Cまたは領域Bに)しなければなりません。起こりやすさが高く、影響規模が小さいリスク(領域B)は、起こりやすさを低減(領域Dへ)、起こりやすさは低い、影響規模が大きいリスク(領域C)は、リスクの保有も可能ではありますが、起こったときの影響規模を低減(領域Dへ)することが求められます。起こりやすさが低く、影響規模も小さいリスク(領域D)は、リスクの保有が許容されます。



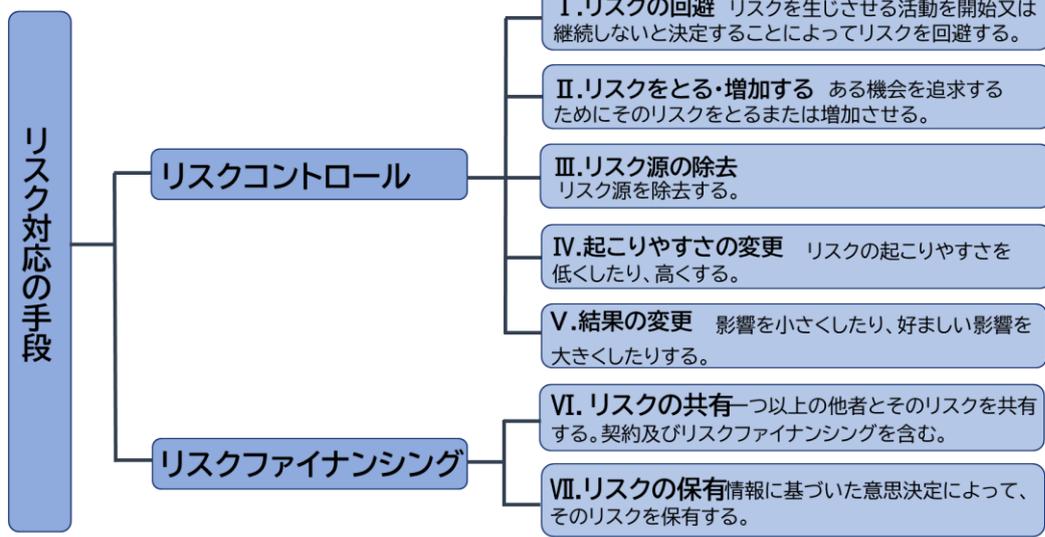
②リスク対応・結果の検証

第3ステップでは、第1のステップで特定したリスクを適切に対応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対応は、一般にリスクが好ましくない影響を与える場合、リスクそのものの発生を少なくする、もしくは発生した際の被害を最小限にする「リスクコントロール」と損失を補てんするために金銭的な手当てをする「リスクファイナンス」に分類できます。(図表4参照)

福祉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、なかでも根本原因を除去(Ⅲ)するか、それができない場合には、予防、最適化・低減するといった対応(Ⅳ、Ⅴ)が中心となります。

第4ステップとして、結果の検証を行います。とった対応策が有効に機能しているかどうか、モニタリングや評価をすることが求められます。

図表4 リスク対応の分類



「ISO 31000:2018リスクマネジメント解説と適用ガイド」日本規格協会2019年 96～98頁をもとに社中作成

(4) 事故発生のメカニズム

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。また前述した通り、こうした事故は完全になくすることはできないものと捉える必要があります。

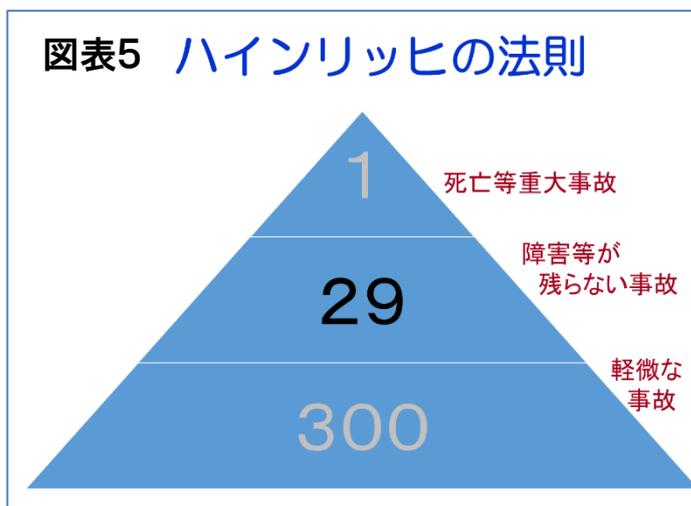
① 事故は確率で発生する（「ハインリッヒの法則」）

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ました。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。

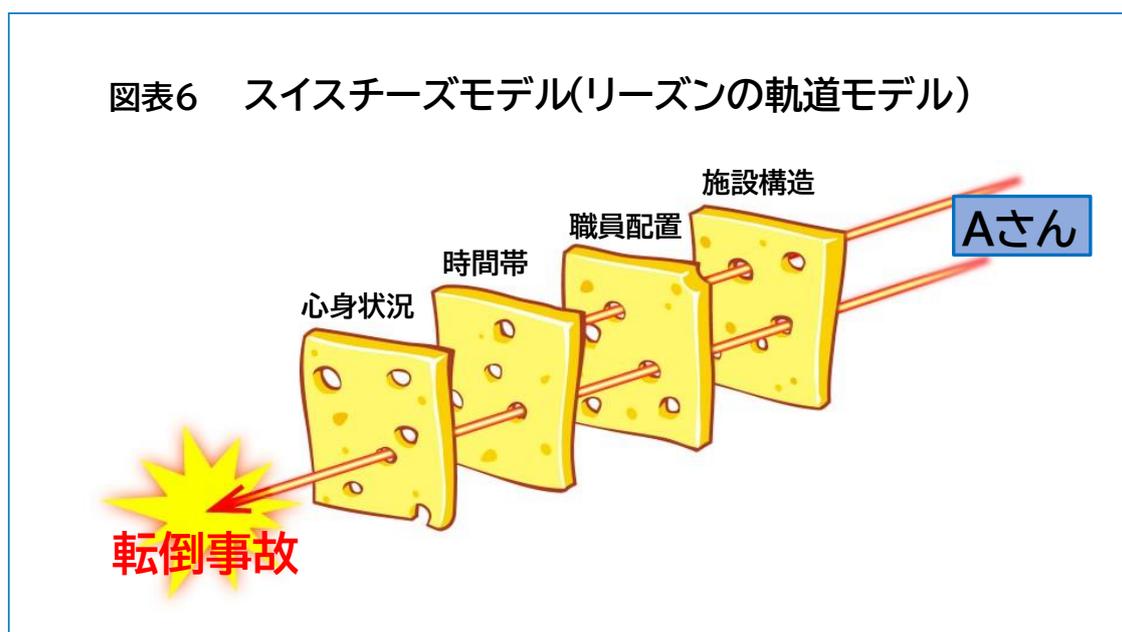
最近では、この「ヒヤリ・ハットレポート」が多くの福祉現場で取り入れられるようになりました。しかし、レポートとすること自体が目的のとなってしまうことや、形骸化している例も少なくありません。重大な事故を予防する対策を検討するエビデンスとして活用されなければ職員の負担が増えるのみならず、そのことによって新たなリスクを生じさせる要因にもなるので、「ヒヤリ・ハットレポート」の本来の目的を再認識し、組織全体でも共有することが重要です。



② 事故はさまざまな要因が重なって発生する（「スイスチーズモデル」）

スイスチーズモデル（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。事故は単独で発生するわけではなく、複数の事象が連鎖して発生するという考え方です。通常、事故やトラブルが想定される事象に対しては、いくつかの「防護壁（エラーを防ぐ要素）」を設けることで事故を防止します。

しかし、この防護壁の脆弱な部分や連鎖的なエラーといった「穴」を次々に通過してしまうと事故が発生します。このような防護壁の脆弱な部分をチーズの穴にたとえ、「スイスチーズモデル」として提唱されました。



例えば図表6に記したAさんが、転倒事故を起こしたと仮定した場合、施設の構造や職員配置、サービス提供時間帯、Aさんの心身の状況などが、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という軽微な事故や、ヒヤリ・ハッとするような事例とは、この穴のことを指します。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いばかりか、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組織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、組織として対策を講じ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を明確にし、組織内で同意を得ることが重要です。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、(4)に後述する権利擁護システムなど、手段として最も効果の高いアプローチの方法について、支援者側の倫理観を前提に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(指針)をつくる、といった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経営者・管理者の役割であり、自然で自由な情報発信と受信は、チームワークを育てて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、社会福祉法をはじめ、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・事業所の種別等ごとに、最低基準や指定基準等により、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、これを下回ることは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運営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。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 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）
- ③ 委員会の設置
- ④ 職員に対する研修の実施
- ⑤ ①～④を実施するための担当者の設置
- ⑥ 関係者への報告の義務
- ⑦ 記録の整備
- ⑧ 損害賠償の対応

つまり、23 ページに掲載する、リスクマネジメントの「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。

●令和3年度介護報酬改定によるリスクマネジメント体制の整備

令和3年度の介護報酬改定では介護保険施設においてリスクマネジメントを強化することが求められました。事故発生の防止と発生時の適切な対応を推進するための基準の見直し等が行われ、加算・減算の対象ともなっています。具体的には、従来から求められてきている

イ 事故発生防止のための指針の整備

ロ 事故が発生した場合等における報告とその分析を通じた改善策に従事者に周知徹底する体制の整備

ハ 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施

の3点に加え、今回新たに「イ～ハの措置を適切に実施するための担当者」（リスクマネジャー）の設置が求められることとなりました。

（3）リスクマネジャーの設置（根拠）と育成

事故が発生した場合に、その場処理的にしようとすること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改善を図ることが必要です。

組織における人、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、一連の対応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。

リスクマネジャーの設置は、前述の令和3年の介護報酬改定でも新たに求められることとなりました。また、義務化されるまでもなく、すべての福祉サービス分野において、利用者の安全・安心を確保した質の高い支援等を実践することは、社会福祉法人・福祉施設の使命であると考えする必要があります。

何より最低基準で求められている委員会の設置やマニュアル等の整備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の知識やノウハウに精通しているリスクマネジャーの配置は必須といえます。

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します。

（４）権利擁護の仕組みについて

①リスクマネジメントの基本となる権利擁護

2000（平成12）年の社会福祉法施行の後、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、利用者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仕組みとなりました。

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情報や交渉力等が保持されていない利用者も多く、また判断能力が不十分な場合もあることから、そうした利用者を支える制度が必要となります。

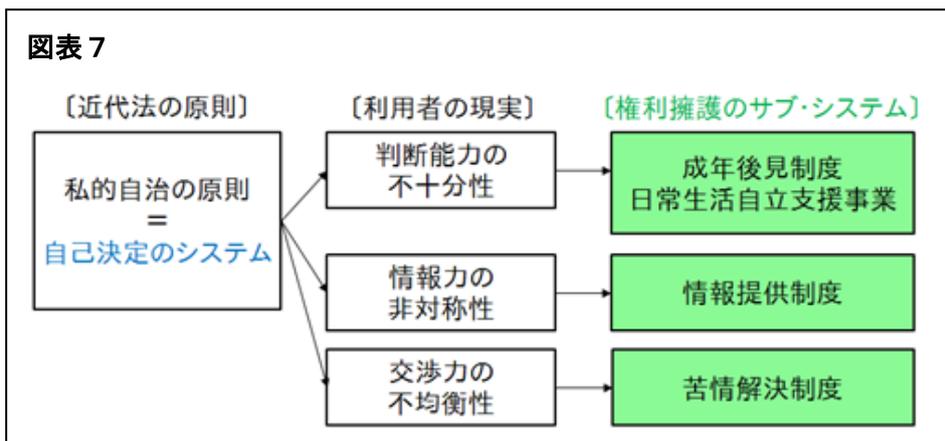
福祉サービスにおけるリスクマネジメントの実践においても、この権利擁護の視点を基本とする必要があります。

平田氏は、判断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¹、また、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が必要であること、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が機能しなければならないこと²を示し、それらを図表7のとおり整理しています³。

¹ 平田厚「社会福祉施設経営管理論 2021 第3章第7節」全国社会福祉協議会 2021年 P226

² 同上 P227

³ 同上 P227



判断能力が不十分であっても、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しておかなくては質の高い支援を展開することはできません。

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」について、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が規定されています。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。

この苦情解決の仕組みにおいて把握した内容＝リスクについても重要なサービスリスクとして、リスクマネジメントに位置づけ、迅速な対応と再発防止策、また、福祉サービスの質向上につなげていくことが必要です。

②虐待防止とリスクマネジメント

近年、福祉現場でも虐待件数が増加し、身体拘束などの権利侵害も問題視されてきました。

福祉サービスの基本には、個人の尊厳と人権の尊重があります。これらを目指す実践であるにもかかわらず、障害等に対する専門的な理解の不足や援助技術が未熟であること、また、慢性的な人材不足などから、あってはならない事態が生じているのも事実です。

そこで、これらを踏まえた組織体制のあり方を経営者・管理者としてリスクマネジメントの観点からも考え、整備しておくことが重要となります。

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あらためて確認します。

●身体拘束の廃止

身体拘束の廃止については、1999（平成 11）年の厚生労働省令において、介護保険施設等では原則として「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」ことが示されました。以後、各施設・事業所において身体拘束の廃止に向けた取組みが推進されました。

さらに、2001（平成13）年には、厚生労働省より「身体拘束ゼロへの手引き」が作成・配布されました。身体拘束は、緊急やむを得ない場合に該当する3要件（切迫性、非代替性、一時性）の全てを満たし、かつ要件の確認等の手続きがきわめて慎重に実施されているケースに限られるとされています。

●虐待防止法制

虐待防止法については、2000（平成12）年に児童虐待防止法が成立し、2001（平成13）年にDV防止法、2005（平成17）年に高齢者虐待防止法、2009（平成21）年に障害者虐待防止法が成立しています。

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、福祉の法律であるという視点から、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必要性も示されています。かつ「養護者」だけではなく「福祉施設従事者等」による虐待についても制度化されています。

例えば、高齢者虐待防止法の第21条で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とされており、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。

つまり、施設や事業所内において、利用者に重大な危険が生じている場合のみならず、虐待を受けた疑いのある場合でも通報が求められています。

なお、通報により職員が不利益をもたらす処分を受けないよう、公益通報者保護法についても規定されています。

●虐待防止のさらなる推進

厚生労働省の調査結果によると、福祉施設従事者等による虐待の相談・通報件数と虐待判断件数は年々増加しており、虐待の発生要因としては、職員のストレスや感情コントロールに関するものよりも、教育、知識、技術に関するものが多く挙げられています。

こうした背景から、2021（令和3）年度の介護報酬、障害福祉サービス報酬の改定等において、虐待防止のさらなる推進が図られました。具体的には、虐待の発生又はその再発を防止するため、これまで努力義務であった取り組みを拡充し、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることが義務化されました。

3年間の経過措置期間を設けられていますが、各々の施設や事業所では、主体的に体制を構築するとともに、前述の職員による虐待の発生要因で示されたとおり、職員に対する定期的な研修は必須であると考えられます。

(5) ハラスメント対策とリスクマネジメント⁴

ハラスメントによる職場環境の悪化や離職、また、職員の心理的な負担が増加することは、福祉サービスの質の低下につながるものであり、大きなサービスリスクといえます。

ハラスメント対策についても、リスクマネジメント実践の一環として位置づけ、適切な対応や体制づくりを進める必要があります。

●ハラスメントの防止

2020年に労働施策総合推進法（正式名称は「労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律」）が改正されたことにより、パワーハラスメントの定義が明確になり、事業主はパワーハラスメント防止のために、雇用管理上必要な措置を講じることが義務化されました。また、セクシュアルハラスメント対策や妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメント対策をあわせて講じることも求められており、あらゆるハラスメントを防止する視点での取り組みが重要です。

パワーハラスメント（Power Harassment）は、立場や権力の優位性を利用した主に社会的な地位の強い者による、自らの権力や立場を利用した不当な要求や嫌がらせ、苦痛を与える行為のこととされています。

職場におけるパワーハラスメントとは、下記の①～③をすべて満たすものであり、客観的にみて、業務上必要かつ相当な範囲で行われる適正な業務指示や指導については該当しないと定められています。

- | |
|--|
| ①優越的な関係を背景にした言動
②業務上必要かつ相当な範囲を超えた言動
③労働者の就業環境が害されるもの |
|--|

しかし、パワーハラスメントの概念はわかりにくく、特に業務における指導との線引きが難しいと考えられます。厚生労働省は、(1) 身体的な攻撃、(2) 精神的な攻撃、(3) 人間関係からの切り離し、(4) 過大な要求、(5) 過小な要求、(6) 個の侵害、といった6つの行為類型に分けて、パワーハラスメントに該当するか否かについて、ホームページにて示しています。

職場における「パワーハラスメント」や「セクシュアル・ハラスメント」、「妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメント」を防止するため、厚生労働省は指針も示しています⁵。

⁴ <参考文献> 『高齢者保健福祉実務事典』 高齢者保健福祉実務研究会 第一法規株式会社

⁵ 厚生労働省「職場におけるハラスメント防止のために」:

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/seisaku06/index.html

労働施策総合推進法などの関係法令や指針などを正しく理解し、方針の明確化と周知・啓発、相談・対応の体制整備、また、これらに関連する規程を整備しながら、ハラスメントのない職場づくりを進める必要があります。

●利用者や家族からのハラスメント：カスタマーハラスメント

福祉サービスの質向上に努め、利用者や家族の意向や希望にそった支援を行い、満足につながることは重要なことです。しかし、これは、利用者や家族の過度な要求などにすべて応えることではありません。利用者や家族からの著しい迷惑行為や過剰なサービスを求められた際、できないことを説明すると理不尽に怒鳴られるなど、悪質なクレームや不当な要求は「カスタマーハラスメント（カスハラ）」とされます。

カスタマーハラスメントの対応を職員が個々で行うには限界があり、また組織として対策を講じなければ、職場環境の悪化や離職につながることはもとより、事業主としての安全配慮義務違反にもなりかねません。

カスタマーハラスメントに対して、厚生労働省の指針では、「相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備」「被害者への配慮のための取組」「他の事業主が雇用する労働者等からのパワーハラスメントや顧客等からの著しい迷惑行為による被害を防止するための取組」を行うべきであると示されています。

●福祉現場におけるハラスメント対策

福祉現場、例えば介護サービスの利用者は、日常生活全般において、体力の低下や認知症などにより介護が必要な状態、または一部支援が必要な方であり、様々な要因で突発的な感情の高ぶりやストレスにより、暴言や暴力につながってしまうことがあります。専門職としてこのような対応に対し、ハラスメントという線引きがしづらく福祉現場においてはやむを得ないと考えられがちです。

介護分野では、厚生労働省が「介護現場におけるハラスメント対応マニュアル」（2019年）を示し⁶、介護現場におけるハラスメントの定義が具体的になりました。また、介護現場における利用者や家族からのハラスメント対応についても示されており、事業者としての取り組みも求められています。

令和3年に実施された調査⁷では、利用者や家族からのハラスメントにより離職したいと思った職員は2～4割程度、また訪問介護事業所においては、実際に離職した職員が1割以上いることが報

⁶ 厚生労働省「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12305000/000532737.pdf>

⁷ 厚生労働省「介護現場におけるハラスメントへの対応に関する調査研究事業 報告書」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12305000/000781208.pdf>

告がされています。

職員が我慢を強いられるようなことであれば、職員の離職のみならず、最悪の場合は当該利用者に職員による虐待行為が発生してしまう事態も考えられます。こうした状況に対して、組織として責任をもって職員の安全、安心を確保することを第一として対応することが、リスクマネジメントの観点からも重要です。目まぐるしく改正されている労働関係法令を遵守するための仕組みや体制の構築とあわせて、働きやすい職場環境を整えることを意識する必要があります。

（６）災害や感染症への対応

社会福祉法人・福祉施設では、利用者の安全・安心のため、福祉サービスの基本の一つとして、災害対策や感染症対策を進めてきました。これはリスクマネジメント実践としても重要な取り組みであることは言うまでもありません。

近年、災害が頻発するなかでの備えに万全を期すとともに、新型コロナウイルス感染症の拡大による感染症対策の経験と蓄積を、今後とも福祉サービスの質向上に活かしていくことも必要です。

このような状況のなか、令和３年度の介護・障害福祉サービス等報酬改定においては「感染症や災害への対応力強化」が図られました。感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制の構築が求められており、全サービスについて、委員会の開催、指針の整備、事業継続に向けた計画（BCP）の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられるほか（※３年の経過措置期間あり）、非常災害対策が求められる事業者を対象に、訓練の実施にあたっては、地域住民の参加が得られるよう連携することが努力義務となりました。これに先立ち、厚生労働省から「新型コロナウイルス感染症」及び「自然災害」に対応した業務継続計画ガイドライン並びに、研修動画等の策定支援ツール⁸が示されています。

今般の報酬改定によらず、全国経営協および全国社会福祉法人経営青年会においては、新潟中越地震・東日本大震災・熊本地震・北海道胆振東部地震など、度重なる激甚災害にあつて、24時間365日、福祉サービスを休止することができない福祉施設の使命から、被害を最小限に抑え、事業を継続・早期復旧するために、平常時からBCM：事業継続マネジメントの重要性を提唱してきました。また新型コロナウイルス感染症に対しても、感染予防対策のみでは不十分であ

⁸ 厚生労働省「介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_0002.html

「障害福祉サービス事業所等における業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_0003.html

り、平常時から“万一感染者が発生した場合にどのように対応するのか”という視点から、BCMの有用性を発信してきました。

また、全国経営協では、「災害支援基本方針」を策定しており、各都道府県における体制の構築、災害派遣福祉チーム（通称：DWAT）の組成など、中心的な役割を担うことを明文化しています。また「アクションプラン2025」においても、事業継続マネジメントの実践は、必須または努力すべきポイントになっています。

保育分野においても、平成30年4月からの保育所保育指針改定に向けた議論のなかで、「健康及び安全」の観点から、アレルギーを含む重大事故等を踏まえた事故防止の取り組みや感染症対策、災害発生時の対応体制及び避難への対応、地域の関係機関との連携といった保育所における災害への備え等が新たに示されています。また環境整備や仕組みづくり等に加え、避難訓練をはじめとする安全教育を行うことで、子ども自らが健康や安全に関する力を身につけることも求められています。

地域に開かれた社会資源として、社会的責任を果たしていくためにも、日頃の訓練とマニュアルの整備、必要な資源の確保、保護者や行政、地域住民や関係機関と連携のもと、円滑な支援や協力を相互に展開するため、平時からの関係構築等に努めなければなりません。

元来、保育所は保護者の協力のもと家庭教育の補完、養護と教育が一体的に子どもの育成を行うことが目的とされています。災害や感染症などにより休園となった場合、保育を必要とする家族の就労や生活へ支障をきたすことが考えられることから、代替保育も含め保育の再開、事業継続に向けたBCP、BCMの取り組みが求められます。

参考：全国経営協 ツールの紹介

○アクションプラン 2025

<https://www.keieikyo.com/keieikyo/introduction/actionplan.html>



アクションプラン2025



○全国経営協 災害支援基本指針

<https://www.keieikyo.com/disastersupport/>



○全国青年会 事業継続マネジメント実践の手引き

<http://ur2.link/Dwam>

○全国青年会 BCP 解説動画（連携推進室）

<https://bit.ly/3BxInPG>

全国青年会
事業継続マネジメント実践の手引き



BCP解説動画



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8 リスクマネジメントの8つのポイント

●ポイント1 1人の悩みから組織の工夫へ

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 記録でわかる組織の姿勢

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運営

具体的にリスクマネジメントの取り組みを組織全体で進めるために委員会の組織規程を作成し、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、経営管理層の他、介護職員、介護・福祉職員、保育士等のほか、相談支援やリハビリテーションに関わる職員、看護職員、栄養関係スタッフなど、組織内横断的に各部署からのメンバーで構成することが望ましいといえます。

委員会は施設や事業所の事情に合わせて月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。また委員会の運営と活動内容については、組織全体にかかわるため、組織として規程を作成し、組織内のルールなどを明確にしておくことが必要です。委員会規程は、①リスクマネジメントの目的、②委員会設置の設置（組織編制）に関すること、③委員会の開催（定例会と臨時会）、④委員会の任務、⑤委員会の所掌事務などを明確にして記載します。

(3) リスクマネジャーの役割

リスクマネジメント体制づくりとともに、日々のリスクマネジメント実践や委員会活動など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、施設・事業所単位で選任するかは、その法人・施設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、全国経営協のリスクマネジャー養成講座の修了者など、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9 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）との橋渡的存在になります。

ここで重要なことは、これらすべての機能が実際に発揮されている、実効性が担保されていることであり、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く役割もあります。

参考：介護保険施設における安全対策担当者＝リスクマネジャーの設置

2021年度（令和3年度）から、介護保険施設の運営基準において「安全対策担当者」を選任し、配置することが義務付けられました。これは、介護事故の予防をより一層強化するための仕組みです。

外部研修※を受け、選任された安全対策担当者は、施設内の安全対策を中心となってい、介護事故の予防や再発防止の役割を担います。具体的には以前より定められていた運営基準にある、①事故発生防止の指針の整備、②事故が発生した場合の報告、分析や改善策を職員に周知徹底させる体制の整備、③定期的に委員会を開催して日頃の業務の中で起こるヒヤリ・ハットや介護事故の事例の共有、また必要に応じて設備やマニュアルの見直し、改善などを検討・実施します。

また、職員に対して、研修の実施やルールの周知などをしながら、職場全体で安全対策に取り組んでいきます。このように施設全体のリスクマネジメントについて、安全対策担当者がリーダーシップをとりながら行っていきます。

※全国経営協が実施するリスクマネジャー養成講座等も該当

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。

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的な支援計画（ケアプラン、個別支援計画、指導計画等）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はなく、職員にとっての安心にもつながるものです。

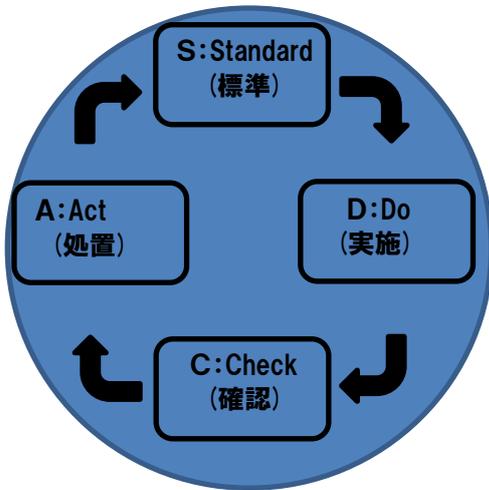
●標準化したサービスの管理

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（Act 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。

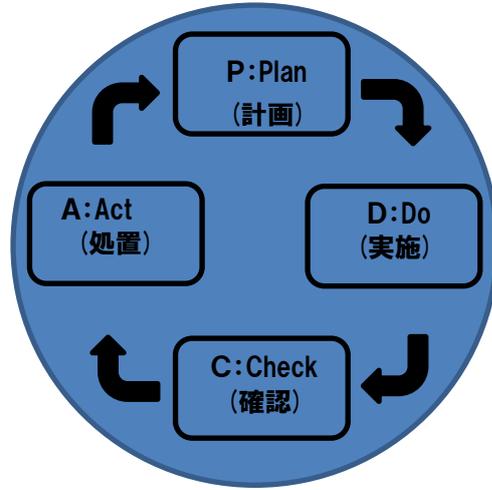
また、サービスの質を高めるためには業務改善活動が必要であり、PDCA（P（Plan 計画）-D（Do 実施）-C（Check 確認・評価）-A（Act 処置・見直し））サイクルをつくり、回すこととなります。最後の Act では Check の結果から、最初の Plan の内容を継続（定着）・修正などして次回の Plan に結び付けます。このらせん状のプロセスを繰り返すことによって、サービスの質を維持・向上するとともに、継続的改善が推進されます。なお、SDCAサイクルはPDCAサイクルに組み込まれるなどSDCAサイクルとPDCAサイクルは標準化したサービスの維持管理と改善管理を推進するうえで車の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

図表 10

SDCAサイクル(維持活動)



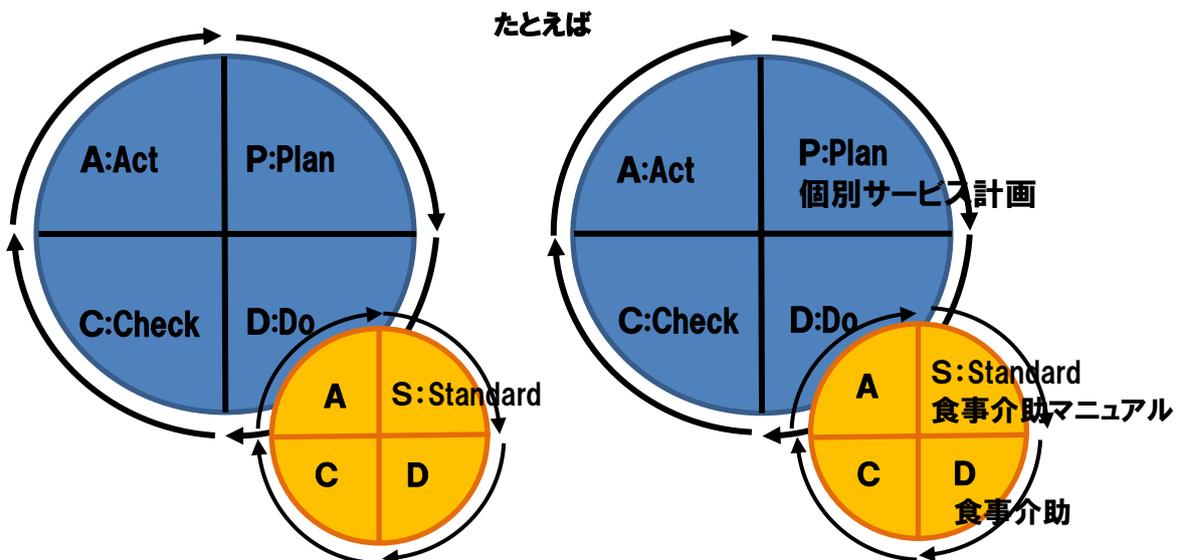
PDCAサイクル(改善活動)



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 (Act) 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 (Act) 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、報告書をもと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事故に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つなげるものです。これらの書式にとって、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（ヒヤリ・ハット報告書）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す。

●記載方法

報告書の記録事項は、分析や対策検討には欠かせないものです。記載方法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、記録は事実を記載することです。見たままの状態、ありのままの状態を記術します。二つ目は、5W1Hを意識し、時系列で記述することです。

（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関わらず、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といえます。

5. 利用者のアセスメントの重要性と個別的な支援計画の作成

(1) アセスメントと個別的な支援計画

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（日常生活動作）やIADL（手段的日常生活動作）、発達状況だけでなく健康に関することから生き方や価値観、日々の行動や嗜好、家族・保護者との信頼関係などさまざまなことが含まれます。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支援をするための個別的な支援計画（ケアプラン、個別支援計画、指導計画等）を適切に作成できるようにするためのものです。アセスメントと計画は連動したもので、アセスメントをもとに計画を作成し、実施し、評価するという流れを繰り返すのが支援過程の展開と言われるものです。

個別的な支援計画は、一人ひとりの利用者のニーズや課題を明らかにし、目標を決めて、個々の利用者にとどのような支援や関わりをするか決めたものですが、その利用者に対しての支援など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。職員によって支援のやり方が違っては、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

事故を防止することや、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、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。介護保険法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。また、児童福祉法等では、子どもの「心身の健やかな成長や発達」、「自立」が目指されています。これらに配慮した個別的な支援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」、「心身の健やかや成長や発達」などをどうすれば実現できるかという根本的な視点を十分に考えて、支援の方法や生活環境づくりを行わ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ができませんので、本来の支援目標の達成につながらず、QOLの向上や成長・発達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できないことを先に見るのではなく、でき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。

例えば、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支援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支援計画になります。そのうえで、ふらつきやそのことによる転倒に対して、どのように日々支援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になります。

「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。支援計画として、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計画を立てます。

事例3：保育の事例

- つかまり立ちが安定し、10歩程度は歩けるようになっている
- 転倒時に腕で体を支えることができず、顔を怪我する危険性がある

子どもの発達過程(ハイハイ→つかまり立ち→歩行)では転倒は避けることは出来ません。また、乳幼児期は平衡感覚が十分に発達しておらず、そして身体にくらべ頭が大きいためバランスが悪くふらついてしまいます。転ぶことも含め、試行錯誤しながら子どもが成長する

ことを踏まえますと、転倒しないことを考えるのではなく、転倒時に大きな怪我にならないような配慮が必要です。つかまり立ちの時につかまるものが不安定なものにならないか、転倒時にぶつかる可能性のあるものが出せばなしになっていないか等の環境への配慮、また子どもの転び方にも着目し、遊びの中にハイハイ運動などを取り入れ、腕で体を支えることができるようにすることも必要です。

(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であることはありません。提供している支援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、計画を作り直していく必要があります。そのままにしていくと合わない支援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

福祉施設での、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・保護者と共有し、危険要因を回避するための対策を組み込んだ支援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・保護者が危険回避のために身体拘束や行動制限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、成長や発達を促す関わりの実践を考えることができるのであれば、施設側の意向にも同意されるであろうと思われます。

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になります。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ます。

例として、図表 11 にて、高齢者福祉施設における転倒・転落アセスメントシートを掲載していますが、『本人要因』、『環境要因』、『職員要因』による事故要因分析は、すべての福祉サービスに共通する視点であると考えられます。

図表 11 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"/> レビー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				
	<input type="checkbox"/> 何事も自分でやろうとする	3				
<input type="checkbox"/> 環境の変化になれていない、慣れにくい	1					
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・神経原生に疾患がある(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	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。				

コラム：介護現場から考える ICT の活用とそのリスク

ICT (Information and Communication Technology) は日本語にすると「情報通信技術」という意味になります。ご承知のとおり、ICT 技術の普及は日常生活だけでなく、福祉現場でも進められています。現在、介護現場で活用されている代表的な ICT 技術は「タブレットを利用した情報共有システム」、「タブレットやスマートフォンを使用した記録」、「インカム等による職員のコミュニケーション」、「見守りシステム」など、様々にあります。

ICT の導入で「業務の効率化」「スムーズな情報共有・連携」「データ活用による介護ケアの質の向上」「精神的負担の軽減」などが実現できることによって、介護記録やケアプランなどの書類作成時間の短縮、夜間帯の不安軽減、介護負担の軽減などを図ることができ、施設全体の労働生産性向上につながるメリットがあります。

一方、ICT の導入においてはデメリットについても考慮する必要があります (図表 12 参照)。インターネット環境を整えたり、必要機器を購入したりするなどの初期負担コストとランニングコストがかかり、巨額な設備投資を行うと経営を圧迫しかねません。また職員全員が ICT を使いこなすことが難しい場合もあり、導入するシステムによっては職員全員が混乱してしまうことや、操作に慣れるまで時間がかかることなどがあります。また情報の共有や、やり取りが容易となり、紙ベースでの記録よりも簡単に個人情報漏洩してしまうリスクもあり、個人情報保護という観点からしっかりとした漏洩対策が必要です。ほかにも職員が ICT に依存してしまい、適切な対応を怠ってしまう可能性や見守りシステムなどの機器やツールに頼りすぎてしまうことで定期的な巡回や見守りなどを怠る可能性、記録やデータだけを見て、実際の状態や様子を確認することなくアセスメントをしてしまう可能性もあります。

ICT 化で効率的になったとはいえ、利用者のアセスメントをすることは従来と変わりありません。ICT 化によって業務の効率化を図るということは、介護にかかる時間を増やし、利用者との関わりを多くしたり、状態をしっかりと観察したり、その人に個性や個別性に合ったサービス提供や寄り添ったサービス提供を行うことができるようにしなければなりません。ICT を活用しながら、利用者に寄り添い、利用者の個性や個別性を観察し、従来よりもしっかりとしたアセスメントをすることで、今まで見えなかった問題点が見えるようになり、リスク回避の糸口が見つかるかもしれません。

図表 12



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に対する意識を高めるには、「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。

KYTは、4つの段階で実施していきます (図表 14)。

図表 13 KYT 報告書例

報告日		平成 年 月 日 ()		報告・記入者		察 長 主 任 担 当	
発見日時	発見日	平成 年 月 日 ()		発見場所	KY (危険予知) 活動報告書		
	発見時間	午前・午後	時 分頃				
状 況							
必要な対応策							
処理の内容	※ 記入不要						

図表14 KYT基礎4ラウンド法

第1段階	現状把握 …イラストシートや場面に潜む危険を見つける。
第2段階	本質追求 …発見した危険の中から、重要だと思われるものを絞り込む。
第3段階	対策樹立 …第2段階で把握した重要だと思われる危険に対して、対策を考える。
第4段階	目標設定 …対策のうち、重点実施項目を絞り込み、行動目標を設定する。

① 高齢、障害分野でのKYT

●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展、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。

●KYTのポイント

i) 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も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。例えば、「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うえでの本人の行動、対応方法を日頃から意識することも重要です。

ii) ミスを防ぐ

「片づけるべきものをしまい忘れた」、「車イス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、利用者にも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。

iii) 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、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

●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、一人ひとり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。

●保育者等のKYT（危険予知訓練）のポイント

i) 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、一人ひとり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。

ii) 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。

iii) 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) 5 S活動

KYT をより有効にするためには5 S活動の取り組みが重要です。5 S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、次のように規定されます。

図表 15

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、器具等の取り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。

5 S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5 S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

「人間はエラーを起こす」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、転倒・転落による負傷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、または通報の手順、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等から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、定期的に緊張感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（事故発生後の対応）

（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、事故発生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

職員の支援技術の習熟度、支援に対する態度や考え方の影響→職場研修の実施

人間はエラーを起こすという前提→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。分析を行う際は、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だと

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、組織内に浸透させ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 ～ 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）実施したうえで、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、様式の体裁や表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、計画的に実施する仕組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

システムやツールを正しく活用し、機能させ、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「抜け、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。このことは機械工学の分野では基本的留意事項として指摘されており、全国経営協のリスクマネジャー養成講座では強調している部分でもあります。

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、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。また地方自治体においても、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作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

社会福祉法人を取り巻く環境の変化は大きく、福祉人材の不足に加え、地域によってはサービス利用者の減少が大きな課題となるなど、取り巻くリスクも多様化・複雑化しており、これらに対応できるリスクマネジメントが求められています。

令和3年度の介護報酬改定では、安全対策担当者の設置や、各サービス事業において業務継続計画（BCP：Business Continuity Plan）の策定が義務化されるなどリスクマネジメントの強化が求められました。

一方、福祉現場の生産性を高める目的で、介護ロボット・ICTの導入活用が推進されるなかで、新たなイノベーションによる新たなリスクへの対応も求められます。

さらには、福祉施設において、2020年の死傷災害（休業4日以上労働災害）が前年比で3割以上増加していることから、「社会福祉施設（介護施設）における労働災害防止に向けたより一層の取組の推進に関する要請書」が出される等、職員の労働災害リスクへの対応も急務となっています。これまでの利用者側に焦点をあてた事故・苦情対応のさらなる強化に加え、法人経営に目を向けたリスクマネジメントが求められています。

リスクマネジメントについて、法人経営と現場部門では、求められる視点や役割は異なります。経営管理者は、リーダーシップを発揮し、経営と現場をつなぐ仕組みづくりが求められます。法人経営における適切なマネジメントを推進するためには法人理念・経営目標を達成するために必要な法人全体の経営視点のリスクを明確にしなければなりません。

一方、現場においては、現場運営の視点によりリスクを明確にしなければなりません。この両者の関連を意識し、有機的に連携させる仕組みづくりが必要です。このことにより、現場で起こるさまざまなリスクの分析対応が、経営の最適化へつながるものと考えます。

リスクマネジメントは「面倒なもの、厄介なもの」ではなく、経営管理者の責任の一つとして、「価値を維持し、創造する活動」と捉える必要があります。

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 検討会 委員名簿

(敬称略)

座長	辻中 浩司	(山口県 松美会)
委員	村岡 裕	(石川県 佛子園)
〃	菊池 俊則	(岩手県 若竹会)
〃	菊地 月香	(栃木県 同愛会)
〃	蓮実 篤祐	(千葉県 六親会)
〃	前川 徹	(福井県 親渉会)
〃	八田 早代	(岡山県 岡山千鳥福祉会)
研修委員長	湯川 智美	(千葉県 六親会)
研修委員会副委員長	池田 徳幸	(埼玉県 名栗園)



※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

令和3年12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. risk-keieikyo@shakyo.or.jp
