

リスクマネジメントとコンプライアンス

～介護記録、個人情報を通じて～

- 介護保健事業における“コンプライアンス [法令順守]”とは・・・
- パソコン、個人情報管理の徹底
- 利用者の同意
- FAX について
- 記録書類（帳簿）の保存期間について
- 高齢者で多い介護事故について
- リスクマネジメントに関するマニュアルについて
- 「ハインリッヒの法則」について
- 記録とリスクマネジメント
- 介護事故や苦情発生の4つの特徴
- リスクマネジメントを防ぐために
- 指導・監査について



(株)東京シティ福祉サービス FC 加盟店

福岡シティ福祉サービス

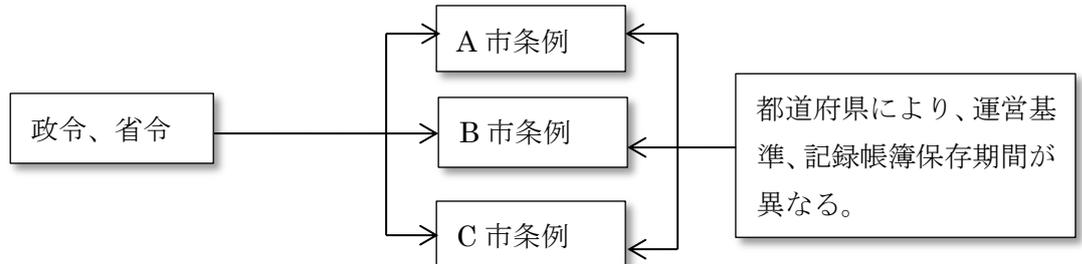
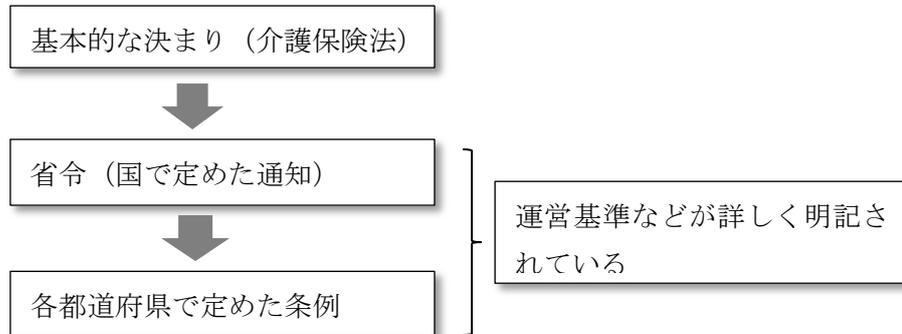
介護保健事業における“コンプライアンス [法令順守] とは・・・

法令順守・・・法律を守ること

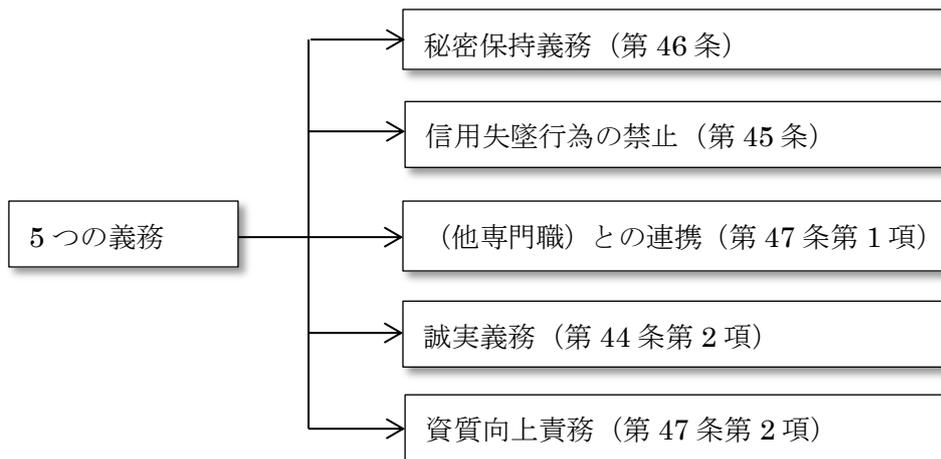
① 「介護保険法」及びそれに付随する 政令、省令 並びに条例の順守



もっとも基本的な決まりは“介護保険法” この範囲内で省令もしくは県・政令指定都市それぞれの都合に応じた条例がある



② 「社会福祉士法及び介護福祉士法」の5つの「義務」の徹底



秘密保持義務（第 46 条）

社会福祉士又は介護福祉士は、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。社会福祉士又は介護福祉士でなくなった後においても、同様とする。

信用失墜行為の禁止（第 45 条）

社会福祉士又は介護福祉士は、社会福祉士又は介護福祉士の信用を傷つけるような行為をしてはならない。

（他専門職）との連携（第 47 条第 1 項）

社会福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に、福祉サービス及びこれに関連する保健医療サービスその他のサービス（次項において「福祉サービス等」という。）が総合的かつ適切に提供されるよう、地域に即した創意と工夫を行いつつ、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならない

誠実義務（第 44 条第 2 項）

社会福祉士及び介護福祉士は、その担当する者が個人の尊厳を保持し、自立した日常生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立つて、誠実にその業務を行わなければならない。

資質向上の責務（第 47 条第 2 項）

社会福祉士又は介護福祉士は、社会福祉及び介護を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に適応するため、相談援助又は介護等に関する知識及び技能の向上に努めなければならない。

③ バイステックの 7 原則の徹底

バイステックの 7 原則（ソーシャルワークにもっとも使われる技法）

① 個別化の原則

利用者を個人としてとらえ、利用者の問題状況に応じて個別的な対応をすること

② 意図的な感情表出の原則

援助者が利用者の考えや感情（肯定的な感情も否定的な感情も）を自由に表現できるように働きかけなければならない。そして、その利用者の感情表現を大切に扱わなければならない

③ 制御された情緒関与の原則

援助者は自身の感情を自覚し吟味しながら、援助者が利用者の表出した感情を受容的・共感的に受け止めること

④ 非審判的態度の原則

援助者は利用者の言動や行動を、一般の価値基準や援助者自身の価値基準から良いとか悪いとか評価する態度を慎まねばならない。利用者のあるがままを受け入れられるように努め、利用者を一方向的に非難してはならない

⑤ 自己決定の原則

援助者は利用者の意思に基づく決定ができるように援助していく。

⑥ 秘密保持の原則

利用者から信頼を得るためには、援助関係のなかで利用者の言動や状況を秘密（プライバシー）として守らねばならない

⑦ 専門的援助関係の原則

援助者は、個人的な関心・興味から利用者に関わってはならない。援助者は、常に専門職としての態度で臨まなければならない

個別化

利用者と家族のそれぞれの想い、訴えはとらえていること

意図的な感情表出

利用者が話しやすい環境を提供しているか

統制された情緒関与

主観的になっていないか、自分の考えを利用者に押し付けていないか

受容

相手の訴えを受け入れているか⇒需要ができていなければ苦情になりやすい

非審判

相手の話（SOS）を受け入れたうえで専門職としての提案がなされているか

自己決定

後々問題にならないように、また利用者本人に決めてもらえるようにしているか

秘密保持

リスクマネジメントとして大前提となる

バイステックの7原則は本体ソーシャルワークの対人援助の技術
対人援助技術ができていないと利用者の苦情として表出しやすい



リスクマネジメントにつながる重要な要素の一つとなる。

リスクマネジメントとは

- ・事業に伴うリスク（危機、危険）を組織的・系統的に管理してリスクの発生を予防し、または最小限に食い止め、さらにリスクが現実発生した際に適切に対応すること
- ・今後起こりそうな事故を予見し、また発生した事故の要因を分析し、それに基づいて同様の事故の再発防止のためのシステムを構築すること

福祉サービス事業をめぐる変化とリスクマネジメントの必要性

2000年	社会福祉事業法の改正 介護保険法施行	措置⇒契約へ
2002年	「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取組指針」 福祉サービス分野のリスクマネジメントの目的を定める	
2006年	改正介護保険法	
		・事故防止のための指針 ・事故が発生した場合の報告の義務化 ・事故防止のための研修の設置
2007年	「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」	
2009年	「社会福祉施設におけるリスクマネジメントガイドライン」	

秘密保持の大原則

サービス提供者として利用者（家族）の情報の取り扱いには厳重かつ細心の注意が必要

社会福祉士および介護福祉士法 第46条「秘密保持義務」

業務上知り得た利用者のプライバシーを漏らしてはならない

他の利用者に対する説明の「手段」として情報を漏らしてしまうケース

サービス利用者についてなかなか理解が得られない家族や利用者に対してつい『〇〇さんのお宅でもこうなっていますよ』といってしまう

パソコンの管理の徹底

パソコンで管理する以上はID、パスワードによる認証、アクセス権の限定などを厳格に規定し管理・運用すること

・データの盗難パソコンの盗難対策の徹底

事務所（施設）に不審者が入り、現金とともにパソコンを盗まれるといった事件が発生している。そしてCD-ROMなどの記録媒体が盗まれたりするケースが実際に起きている。

データの流失を防ぐ対策

- ①パソコンをチェーンなどで固定し、一切の持ち出しを禁止する
- ②CD-R メモリースティックなど記録媒体についても、外部の持ち出し許可の詳細を定め徹底する
- ③記録作成中の画面などの個人データが表示された状態で席を離れない
- ④パソコンにウイルスソフトを入れる

・FAX,での情報のやり取りに注意

送り先でだれが目にするかわからない、また送り手のミスで全く関係ないところに届いてしまう可能性もある

送る前に必ず電話で個人情報を送る旨を伝え、送った後は届いているか必ず電話連絡すること

個人情報の管理

・個人情報が記載されたファイルの管理の徹底

⇒鍵のついたキャビネットなどに保管することはもちろん、その鍵を誰もが自由に鍵を使用できる状態は避け、しっかり管理責任者を決めて管理することが重要

[フェイスシートについて]

都道府県の指導で鍵のついたキャビネットに保管することが義務化されている。

フェイスシート・・・帳簿類の中で一番重要な書類（個人情報において）

個人情報を守り記録を管理

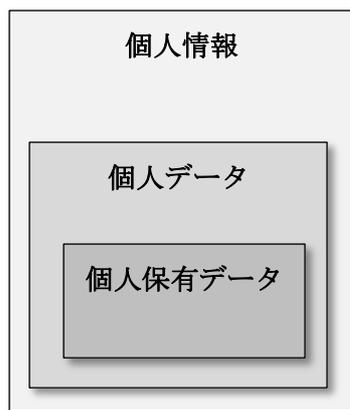
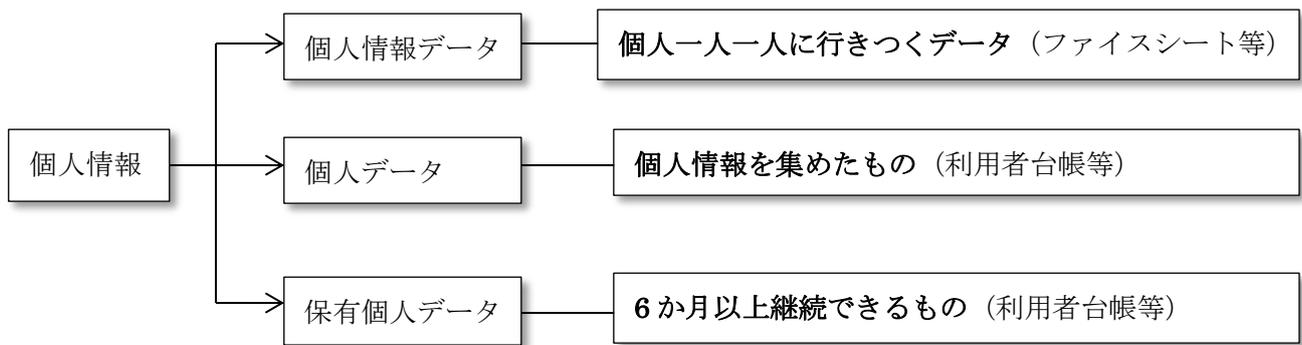


「情報」を漏らさないために万全な体制を整える

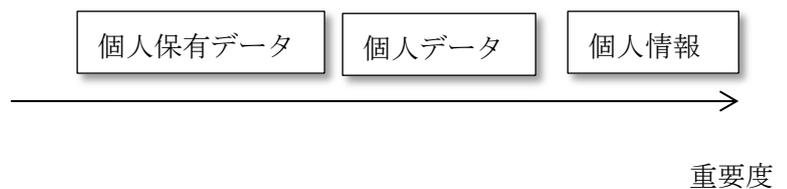
・パソコンのID、パスワードでの管理の徹底

誰もが簡単に記録を見ることが出来る状態は絶対避けなければならない。

個人情報の構成要素



重要度



個人情報データとは

個人情報とは、「生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名・生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの」と定義されている。したがって、氏名・生年月日・住所・電話番号はもちろんのこと、メールアドレスも当てはまる。

例 ファイスシート、被介護保険者証

個人データとは

個人データとは、「個人情報データベース等を構成する個人情報」のこと。そして「個人情報データベース」とは、特定の『個人情報』を、電子計算機を用いて検索できるように体系的に構成したもの『個人情報』を一定の規則にしたがって整理することにより、特定の個人情報を容易に検索できるように体系的に構成した情報の集合物であつて、目次、索引その他検索を容易にするためのものを有するもの。要するに、エクセルなどのソフトを用いてパソコンに入力された個人情報の集まりや、紙のカルテであってもファイルにいうえお順などで整理されたものは「個人情報データベース」となり、その中の1人1人についての情報が『個人データ』になるということになる。

例 利用者台帳

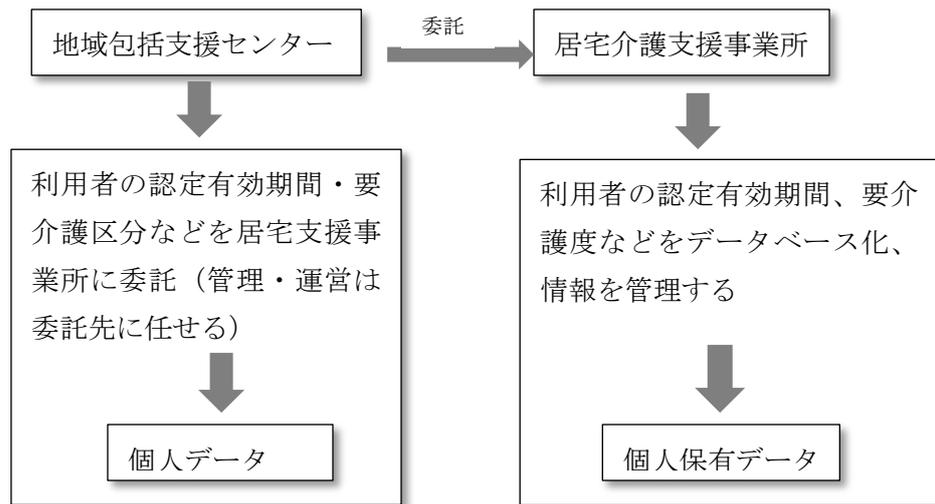
保有個人データとは

「保有個人データ」とは、個人情報取扱事業者が、開示や内容の訂正、追加又は削除などを行う権限を有する個人データのうち、6ヶ月を超えて継続利用されるものを指す。その個人情報取扱事業者が管理権限を持っている個人データのうち、6ヶ月を超えて継続的に持っているもの。

ただし、委託を受けた事業者が持っているデータベースを「個人保有データ」
委託をした事業所が持っているデータベースを「個人データ」という

例 介護予防サービスの委託

介護予防サービス計画書 [ケアプラン] の作成を居宅支援事業所に委託



利用者の同意

個人情報は「私的目的」の範囲で取り扱うことが大前提

介護サービスを提供するときに必要な「チームケア」を行う場合関連する事業者間、スタッフで共有しなければ、適切なサービスを提供することは難しい

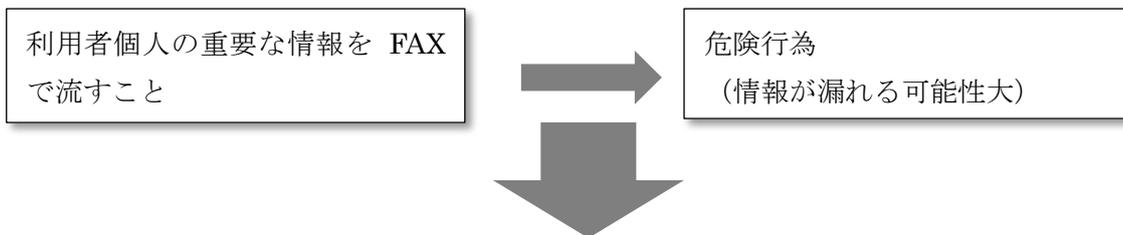
その時、家族及び利用者の同意が必要になる

口頭や暗黙の了解ではなく
「**文書**」で同意を得ておくこと

事例検討会に介護記録など、個人情報が入った帳簿を使用する場合

事例検討会に使用する旨の「同意」を必ず得ること！

FAX について



- 利用者に関する情報は業務以外では使わない
- パソコン、携帯電話、FAX などから個人情報を漏えいさせない
- 検討会などにかけるときは必ず利用者本人の了承を文書で得ること
- 記録の管理責任者を置き、みだりに取り出せないようにすること

記録書類（帳簿）の保存期間について

「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第 39 条

介護（サービス）計画書

提供した異体的なサービスの内容等の記録

市町村への通知に係る記録

苦情の内容等の記録

事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

以上の記録を整備して その完結の日から 2 年間保存しなければならない

完結の日とは・・・最後の介護サービス提供が終了して介護保険請求した日から少なくとも 2 年間

* 保存年数は都道府県によって違う

記録の開示について

- ・すべての記録は利用者や家族から開示請求があった場合、これに応じなければならない。

(個人情報保護法第 25 条)

(開示)

第 25 条 個人情報取扱事業者は、本人から、当該本人が識別される保有個人データの開示を求められたときは本人に対し、政令で定める方法により、遅滞なく、当該保有個人のデータを開示しなければならない、ただし開示することにより次の各号のいずれかに該当する場合はその全部又は一部を開示しないことができる。

一 本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがある場合

二 該当個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい障害または支障を及ぼす恐れがある場合

三 他の法令に違反することとなる場合

2 個人情報取扱事業者は前項の規定に基づき求められた保有個人データの全部または一部について開示しない旨の決定をしたときは、本人に対し、遅滞なく、その旨を通知しなければならない

例外 以下の場合には関係職種と協議をしたうえ、開示を拒否できることがある

- ・法令に基づく情報の開示の場合

例：介護保険法に基づく不正受給者にかかる市町村への通知、情報公共制度における調査員への開示など

- ・人の生命、身体または財産の保護のために必要である場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

例：重度の認知症高齢者の状況を家族に説明するときなど

ケース

本日、末期がんで一時利用中の高橋さんから、記録の情報開示を求められた。

高橋さんは、介護者である妻が体調不良のため、検査入院する間の利用である。高橋さん本人も妻も在宅での生活を強く希望しており、介護者（妻）の退院後は家庭へ復帰する予定である。

そのようなこともあり、介護者の健康の回復、維持を図り、今後の在宅生活継続に向けての利用となった。その際、妻をはじめとする家族や主治医の意見としては、高橋さん本人が、自分の病状や余命について知らされておらず、現状で告知しても、一高橋さんの生きる意欲を奪い、QOLを落としかねないというものである。当施設でも、それに基づく対応を求められた。

高橋さん本人との面接、妻や主治医とのカンファレンスを通じ、施設側も同様に判断したため、従事者にもその旨の周知徹底を行っていた。

しかし、本人からの直接の開示請求が行われたため、急遽、施設長、事務長、看護介護部長、各フロアリーダーと主任、担当者、当施設主治医が参加し委員会を組織し、協議・検討を行った（詳細は会議録参照）。その結果、個人情報保護法第25条規定に該当すると判断し、病状や余命等に関する記載に関してはマスキングを施して開示することに決定した。

決定結果について、利用者の主治医および妻に生活相談員が報告し、同日、同意を得た。

高齢者で多い介護事故について

不慮の事故総数（全体を100とする）		65～79歳	80歳～
転倒・転落	交通事故	11.5	5.9
	スリップ、つまづき及びよろめきによる同一平面上での転倒	10.6	19.5
	階段及びステップからの転落及びその上での転倒	5.8	15.7
不慮の溺死及び溺水	階段及びステップからの転落及びその上での転倒	1.5	1.3
	浴槽内での及び浴槽への転落による溺死及び溺水	15.5	13.9
	自然の水域内での及び自然の水域への転落による溺死及び溺水	11.1	10.8
その他の不慮の窒息	自然の水域内での及び自然の水域への転落による溺死及び溺水	1.9	0.7
	胃内容物の誤えん	14.1	26.4
	気道閉塞を生じた食物の誤えん	7.4	12.5
	気道閉塞を生じた食物の誤えん	1.2	2

- 1位・・・入浴中
- 2位・・・転倒・骨折

バリアフリー化した屋内での転倒が多い



床に滑りやすいもの（新聞紙、衣類、その他レクリエーションで使用するビニールなど）を床においているために滑って転倒となってしまう。

- 第3位・・・車いすなどの福祉用具

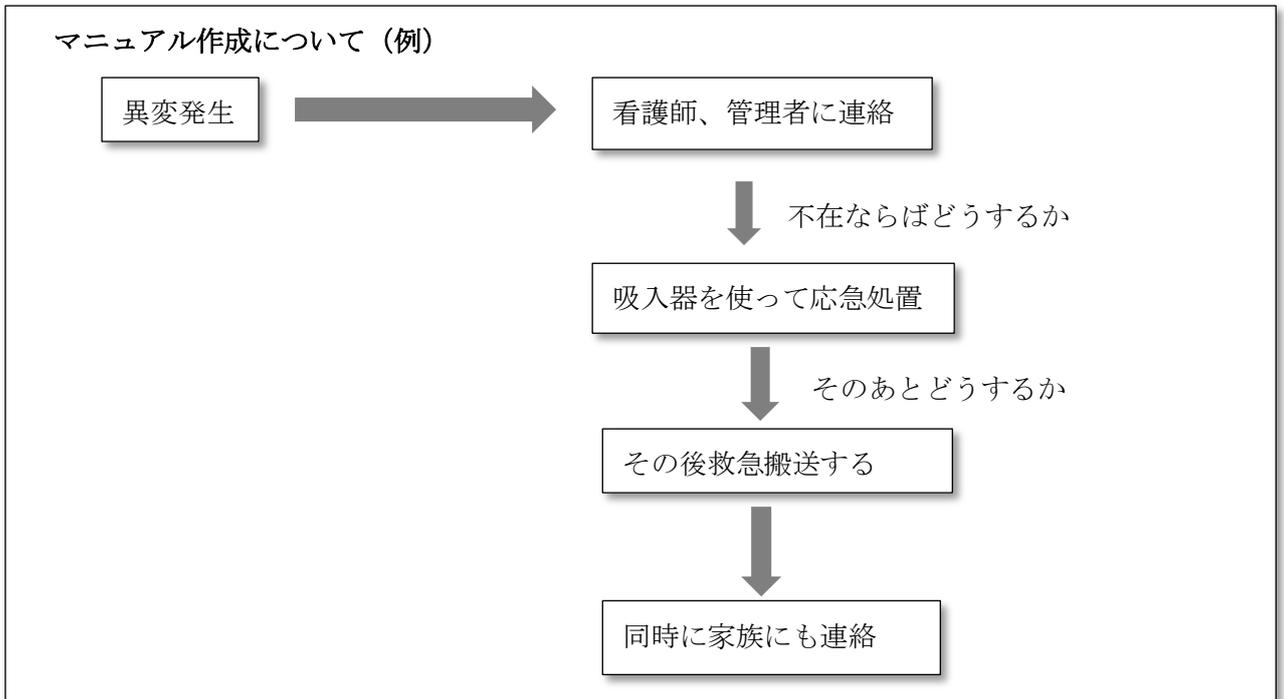
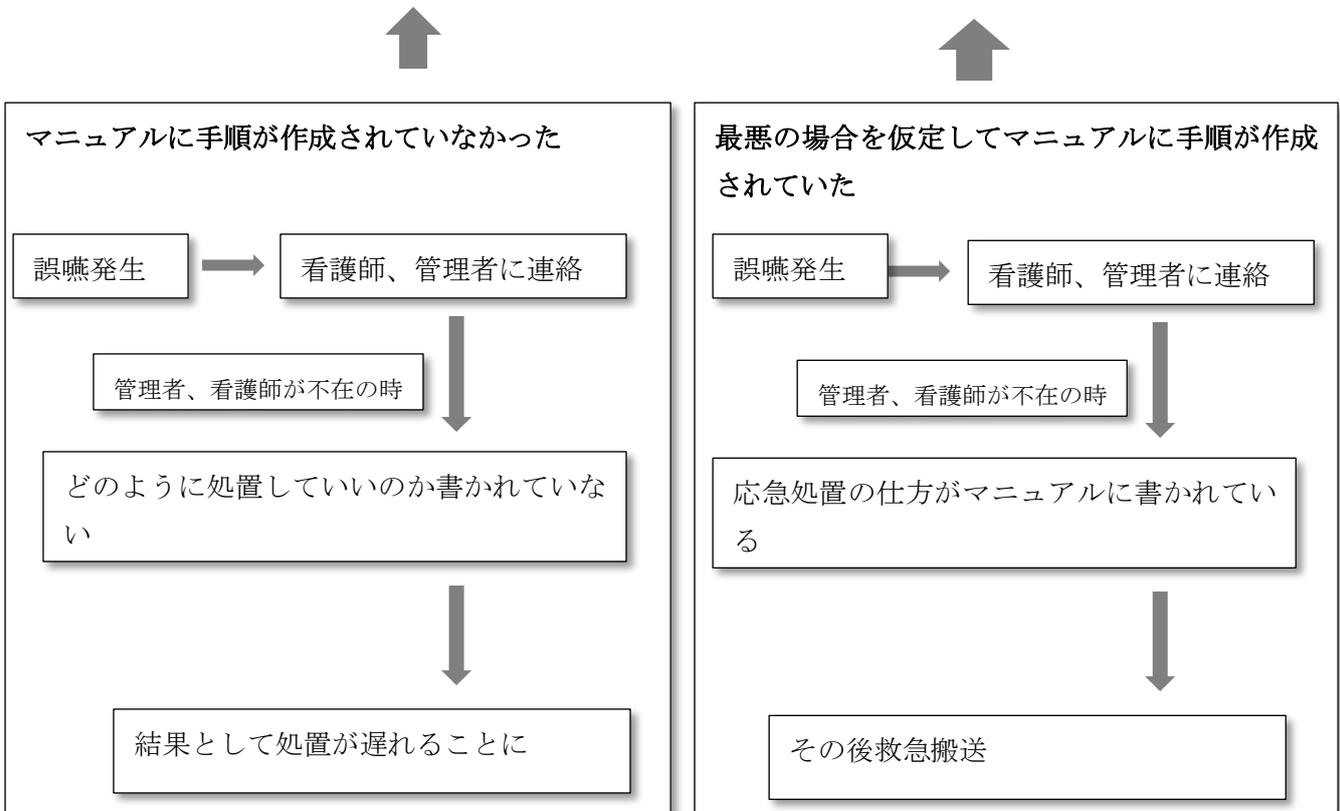
リスクマネジメントに関するマニュアルについて

常に最悪の場合を想定して作成することが大切



細かいマニュアルを作成したか、しないかによって、判決に差が出てしまった事例

施設種別	特別養護老人ホーム	老人保健施設
利用形態	ショートステイ	一般入所（3ヶ月）
事故状況	朝食中に菓を飲んだところ、異変が起り死亡	夕食のこんにやくをのどに詰まらせ死亡
経過概要	異変発見後から <u>救急車を呼ぶのに15分</u> かかったことや、 <u>吸入器を使用しなかったこと</u> など誤飲を予防する為の処置をとらなかったことが過失を認められた。	こんにやく等の食材選定の妥当性が問われたが、一般家庭の食事にも使われ、小さく切る等提供方法にも工夫がされていた為、献立上の過失は認められなかった。 また、こんにやくを除去するなどの処置を行い、 <u>併設病院に搬送して</u> ことが評価され、過失は否定された。
判決	【地裁】 施設側敗訴 施設の過失が認定された。 【高裁】 遺族に1.800万円支払う。	【地裁】 施設側勝訴 施設側の過失は無いとされた。 遺族に見舞金として100万円支払う。



苦情のとりえ方



サービス提供中に受けるクレームの事例

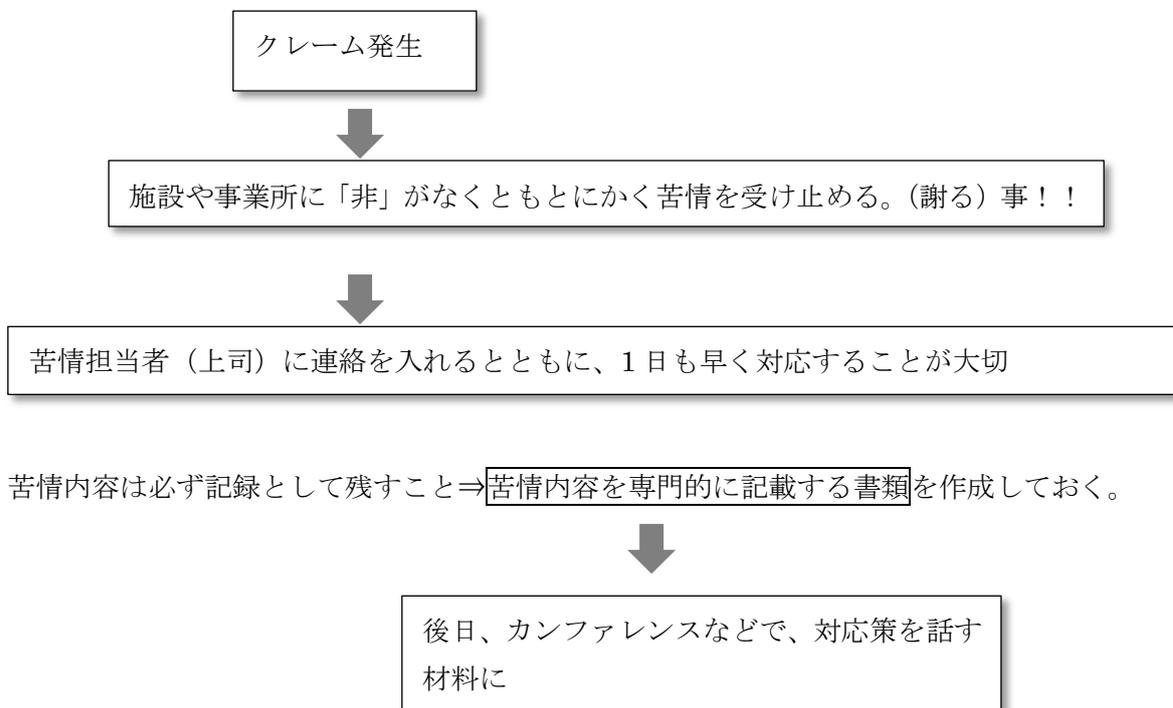
- ・態度、言葉使いが悪い
- ・ケアの内容や方法が気に入らない
- ・契約内容に不満がある など

厚労省通知（1999年 老企第25号）

指定居宅サービス等及び介護予防サービス等に関する基準について

- ・苦情をサービス向上の質の向上を図る上で重要な情報としてとらえるべき
- ・サービス提供者は上記の認識を持ったうえでサービスの質向上に向けた取り組みを自ら行わなければならない。

クレームから逃げてはいけない！！むしろ改善のヒントの宝庫だととらえるべきことが大切！！



苦情の初期段階において「分かりません」「無理です」などとは絶対言ってはいけない！！⇒相手の怒りを買うだけ

サイレントクレーマーについて (沈黙の批判者)

サイレントクレーマーの特徴

普段、いいたくても言わない、自分が我慢すれば済むと思っている

↓
ここで小さな苦情を処理しておくことが大切

小さな不満が抑えきれず（我慢の限界を超えて）大きな怒りが爆発



表出された苦情に！！

苦情報告書について

指定居宅サービス等及び介護予防サービス等に関する基準について（1999年 老企第25号）

同条第2項は、利用者及びその家族からの苦情に対し、指定訪問介護事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情（指定訪問介護事業者が提供したサービスとは関係のないものを除く。）の受付日、その内容等を記録することを義務づけたものである。

- ・利用者から苦情が出たら、内容を漏らさず記載
- ・記録があることにより今後の対応の基準につながる
- ・報告書には苦情内容だけでなく今後の対応も記載すること
- ・報告書をもとにカンファレンスなどで対応策を話し合う
- ・事業所・施設職員全員が共有する為、回覧印を押すこと（この印がないと、苦情を軽く見ていると行政から疑われてしまう）

記載が終わった後は利用者別ファイルに保存して残す（必ず文書として保存）

苦情を減らすために

- ・苦情が出たら素直に謝ること（たとえ自分に「非」がなくとも）
- ・上司に報告し、対応すること
- ・苦情報告書を作り、チーム全体で苦情内容を共有すること

再発防止3か条

1. 申立者（利用者又は家族等）に説明したか

単に説明したというのではなく、申立者の視点に併せて説明し、申立者の了解を得る（説明責任＝アカウンタビリティを果たす）

2. 申立者に周知したか

申し立てられた苦情は、全職員に苦情受付書を回覧して、全職員に押印（サイン）をさせて認識を施したうえで周知する

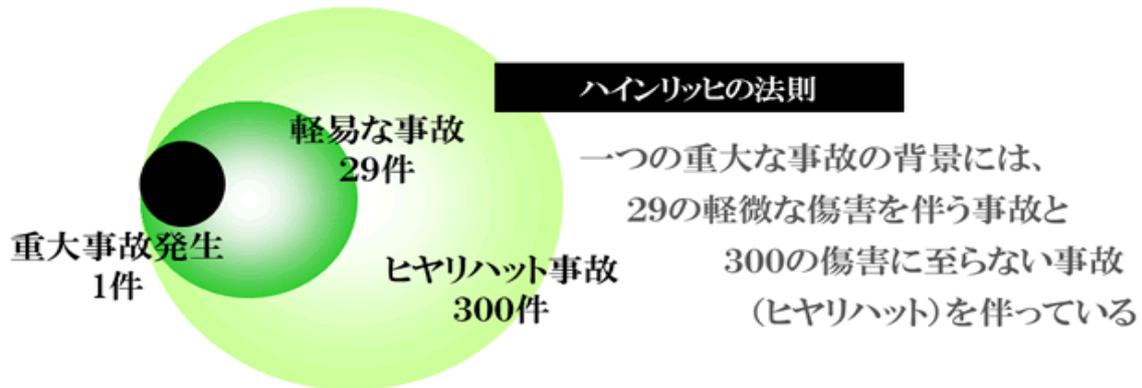
3. 公表したか

たとえ一人の申立であっても、氷山の一角であると考えられる、広報誌や施設内掲示等の方法で、改善策も含めて関係者に広く公表することが大切（公表の際には個人情報の扱いに最新の注意を払う）

「ハインリッヒの法則」について

「1件の重大事故の背景には、29件の軽微なケガを伴う災害があり、その背景に300件の無傷の災害がある」

つまり、介護保険施設などにおける事故も、重大な入院に至るような事故、死亡事故の影には、29件の軽易な事故とケガを伴わない300件の事故があるということ。このケガに至らない300件の事故を「ヒヤリハット事故」と呼んでいる。文字通り、「突発的な事象やミスで、ヒヤリとしたり、ハットしたりしたもの」となる。



「高住経ネット」HPより引用

このように見れば、重大な事故を減らすためには、いかに軽易な事故を減らすか、またそのためには、ヒヤリハット事故を早期に発見し、減らしていくという作業が必要であることがわかる。

記録とリスクマネジメント

リスクマネジメント



安全管理

- 事故防止・事故発生時の対応・再発防止の取り組みを作成
- 取り組みの反省と見直しを継続的に行うこと
- 職場の環境づくりが重要

介護サービス事業者の過失責任が問われるポイント

- 1 予測可能性：予測しえる事故であったか [⇒アセスメント表等の確認]
- 2 回避可能性：注意すれば事故を避けることができたか、そのための措置は行ったか (⇒施設サービス計画、介護計画書等の確認)

1について

転倒事故を例にとれば、ある利用者が転倒しやすい原因として下半身の衰えやバランスを取ることが難しいなどの身体機能の低下を把握していたかどうか、過去の転倒の経歴を把握していたかどうかなどが問題となる

2について

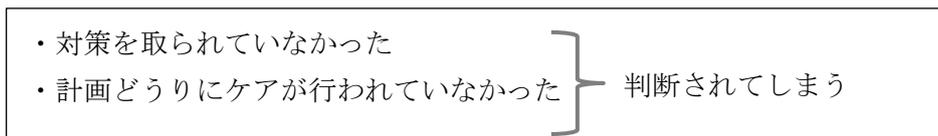
実際にどのような対策が取られたか

たとえば利用者の転倒を回避するために『ベットから車いすへの移乗はバランスを崩しやすいため必ず2人体制で行う』といった内容が介護記録等から確認できるか

さらに計画どおりに日々の実践が行われていたか記録があるかどうか問われる



もしこのような記録がないと・・・



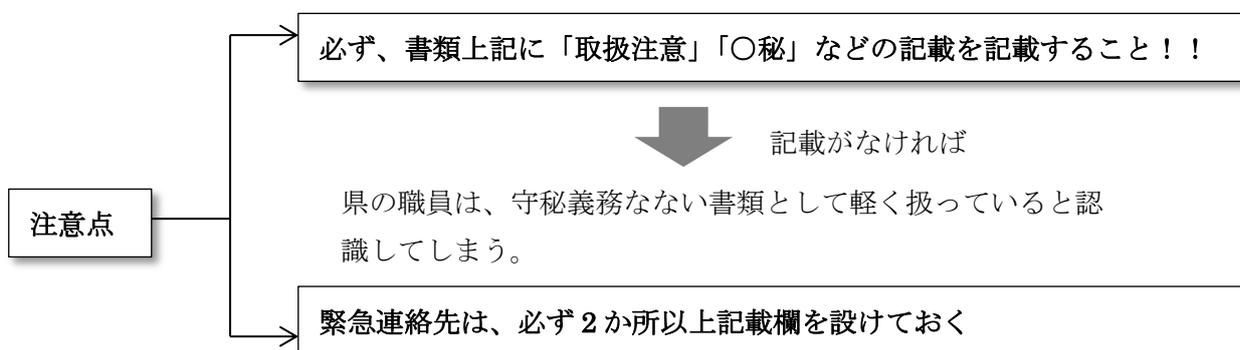
各帳簿で注意しなければいけないこと

I ファイスシート（基本情報記録）

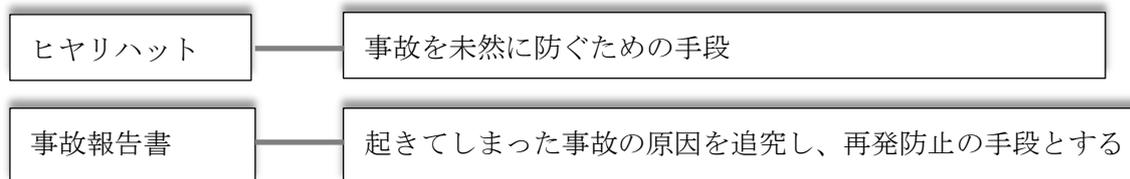
利用者の氏名、年齢、生年月日、身体状況、経済状況、生活環境、家族関係、パーキンソン病などの基本情報を記載した書類

主訴	本人		介護者		
家族構成		氏名	続柄	年齢	備考(職業等)
生活歴					

記載内容としては、サービス全体をマネジメントするケアマネなどが作成した内容を、利用者の同意を得たうえで作成する



2 ヒヤリハットまたは事故報告書



発生場所	略図
利用者・家族への説明・内容	

管理者	相談員	看護	介護	栄養	事務

- ・責任の追及が目的ではない

大切なことはその原因を突き止め再び起こさない、あるいは「ヒヤリハット」を教訓として事故につながらないこと

他のスタッフの状況はどうだったかも記載

- ・チームでケアすることが多い職場では、ほかのスタッフがどうしていたかを記載することが重要になる

たとえば興奮状態の利用者に対応していたすきに事故が起きたのであればだれもその転倒を未然に防ぐことができなかったのか。あるいは誰かフォローすることができなかったのか、もしできなかったとすれば何が原因か、あるいはフォローできる体制を整備するには何が重要なのかなどを探ることで今後の対応が見えてくる

この報告書はこの事故が二度と起きないようにみんなで考える材料にすることができる
そのため、略図を用いることが大切⇒スタッフ全員が共有しやすい用紙になければならない

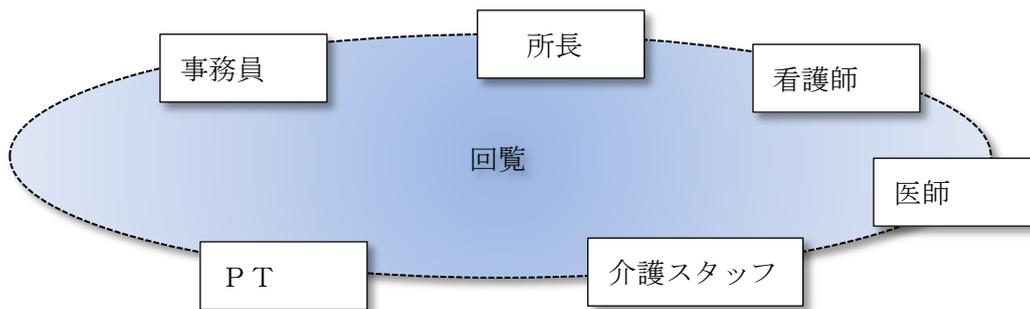
回覧確認欄

- ・出せば終わりではない！！本体の記録の意味をなしていないことになる
 - ・周知したことを証明として残す
- 「聞いていない」「知らない」とならないようにしなければならない

もしこの回覧確認欄がなければ
(全員の印鑑がなければ)



県指導の時、全員に情報が共有していないとみなされ、裁判等に不利になってしまう



- 「フェイスシート」の取り扱いには細心の注意を
- 「計画書」は見る（読む）人の視線に立って考え作成する
- 「業務記録」は管理者のチェックにより、リスクマネジメント対策に！
- 「ヒヤリハット報告書」「事故報告書」の内容は当事者だけにとどめない
- 略図をうまく使う
- 記録は「習うより慣れよ」の精神で
- 書式〔様式〕も必要に応じて見直す

その他帳簿全般に言えること

専門用語を使わない

介護計画書

(各事業所で作成後、利用者に説明が義務付けられている)



利用者本人に説明するとき、専門用語の羅列では、分からないどころか、裁判の原因に！

また身内から利用者本人から説明を求められた場合、うまくこたえることができなければ、身内が介護事業所を訴える羽目になってしまう。

必ず、説明者に理解しているかどうか確認しながら説明を行う

記録の重要性について

- ・ 事実に基づいた記録はリスクマネジメントの視点からも重要な役割を持つ

- ・ マイナス面も含めて正しい記録を書くこと
- ・ 現在の記録の取り方は万一事故が起こった場合に安全確保に配慮を行った根拠となる記録



家族・親族の信頼性を得ることができる

例1) 記録がなく、過失責任に問われた判例

【概要】

病院に入院していた女性 A (72 歳、軽度の認知症、パーキンソン病) がベッドから転落し、側頭部を強く強打し、くも膜下出血で死亡した事故について、病院の担当医師らの看護上の過失によるものとし長男 (原告) が慰謝料 1000 万円を請求した

【判決】

病院の過失を認め、原告の請求を一部容認し、慰謝料 200 万の支払いを命じた

(平成 8 年 5 月 東京地裁)

【判決に至る経緯】

看護師らは、看護方針に従い、頻度に巡回し、A の転落による **危険発生防止に努める義務を履行していなかったと認める** のが相当であり、意思には義務履行のための具体的な看護体制をとる支持監督義務を怠った過失が見とられる

転倒予防のための対策記録があったならこのような判断にはならない可能性もあったのでは・・・？

介護記録がないという事は、必要な行為を行っていたという証拠がないだけでなく、利用者の安全管理を怠ったとみなされる

例 2) 日々の記録により家族とのトラブルを回避できた事例

1 年前に施設に入所し B さんの長男の表情は険しく記録の開示を求めてきた。認知症のある B さんは就寝時及び食事と入浴の時間外は、多くの時間を施設内を歩いたり、窓の外を眺めたりして過ごしている。**昨日午前 8 時ごろ廊下で転倒し、右大腿骨頸部を骨折し入院となった。**

息子夫婦はこの施設での**日常生活の記録**開示を求めてき

祖母はぞんざいな扱いを受けているのかという不信感

2 日後、要求された記録（介護記録、看護記録）のコピーを受け取りに、長男夫婦と長女来園生活相談員から手渡された記録に目を通した長女はしばらくして介護記録のある部分を指していった。

長女「私は勘違いをしていたようです。母はここで大切にされていたのですね。認知症が重くなると何もわからなくなってしまうのではないかと心配していましたが、いくつになっても“母”なんですね…。これを読んでよくわかりました。」

○月○日 子供のお迎え

2:15

どちらにお出かけですか」とたずねると「Cちゃん【長女の名前】が帰ってこないから迎えに行くのよ」「**それでは心配ですね。どうぞ気をつけて…**」「ありがとう。行って来ますね」と足取り軽く歩いて行かれる。**しばらく様子を見守っていたが、約 10 分後には自分の部屋に戻られたので『おすみなさい』と声をかける**

○月○日 お届け物

15:00

風呂敷包みを抱えてステーションに来られ『こんにちは。お願いします』と声をかけられる「何のご用でしょうか」と聞くと『子供がこれを忘れてしまったから届けに行きたいのですが』と風呂敷包み差し出される。『**そうですか、ではお茶を一杯飲んでから一緒に出かけませんか**』と言ってお茶を差しあげると「ありがとうございます。申し訳ないねえ。」としばらく**世間話をする**。約 30 分後、風呂敷包みを置いたまま居室に向かわれる。

リスクマネジメントの上で求められる記録の要素

- ・多くのスタッフの様々な幅広い視点でとらえた日々的事实と本人にとっての事实の意味付け
[根拠] が併せて記されている事
- ・記載された事实はスタッフの誤解がなく共有できる内容・表現であること
- ・本人にとって重要な生活の中の事实が記載されている事
- ・視覚に訴える方法 [イラストを使う方法]
本人のみならず他スタッフにも理解しやすい リスクマネジメントでは非常に重要

イラストのポイント

- ・利用者の状況
- ・報告者はどこにいたか
- ・他の利用者はどこにいたか

記録は家族・親戚に見せるものだとすることを忘れずに！！

介護事故や苦情発生の特徴

特徴 1

「生活の場」であることから、リスクが 365 日、24 時間のあらゆる生活場面に接して発生可能性があることと、これに伴ってリスク対象が特定し難いこと

他業種では営業時間内や運送中など、限られた場面で、しかも顧客が来店して購入している場面やサービス提供を受けている場面だけが事故発生のお機あとなるのに対して、介護事故は発生場面が 365 日 24 時間、生活のあらゆる場面で起こりうるという特徴がある。

特徴 2

他の事業のサービス提供や生産現場と比較して、発生内容が財物的リスクより身体的リスクがほとんどを占めていること

身体的リスクと財物的リスクの占める割合でいえば、例えば、販売業、製造もしくは修理業、不動産業、クリーニング業、運送業などの他業種を考えた時、製品の瑕疵や受託物の損傷や紛失、納期遅れなど、顧客の身体的なものより、財物的な問題事を事故ととらえなければならないことが多いのに対して、介護サービスを提供する場面で起こっている介護事故は、転倒、転落、誤薬、食中毒、感染症といった身体に関わるものがほとんどを占め、入居者同士のけんか、いじめなどのトラブルや、無断外出、徘徊、金品の盗難・紛失・破損、暴言などの心理的被害といった身体的なもの以外の事故の占める割合は多くはない。

特徴 3

一定の対象の集団に対しての事故ではなく、個別の対象(一人一人の利用者)との間で発生するという、高い個別性を持っていること

提供するサービスや供給する物品が、サービスの利用者や物品の購入者の個別のニーズに即したものでなければならぬのはどの業種も同じだが、他業種では、ある程度一定のサービスや商品と、それを求めるユーザーや消費者とのニーズ合わせが商品価値や購買意欲を決定する。しかし介護サービスは利用者一人一人にオーダーメイドのサービスを提供して初めて、ニーズに適合し事故のリスクを減らすことができるという点を重視しないとイケない。

オーダーメイドのサービス内容

- ・ケアプラン
- ・介護サービス計画 等

特徴 4

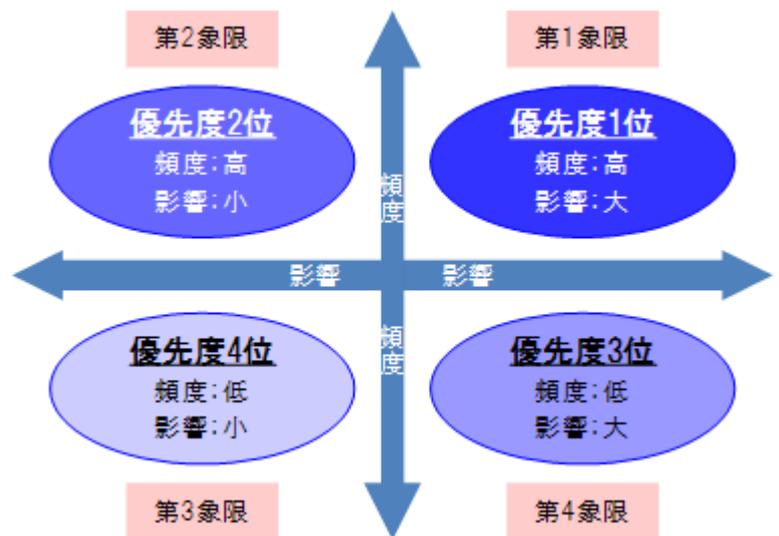
4つの領域のすべてのリスクに対応する必要があること

一般にリスクマネジメントでは、4つの領域(象限)のうち、第3象限の発生頻度も低く結果の影響が小さな領域については、ある程度発生することを想定内として、一定の対処方法を事前に備え、リスクコントロールの対象としなかったり、第4象限の発生頻度は極めて稀で、発生した場合の影響が大きく組織の力では対応不可能なものは、保険によるリスク転嫁を図ったりする。

しかし、介護事業や介護サービスでは、その特徴からして、いずれに対してもリスクコントロールの対応をする必要がある。

事故が起こる回数×
事故によっておこされるダメージ(自分、相手)

介護事故の防止のためには回数とダメージの
両方を考えることが重要

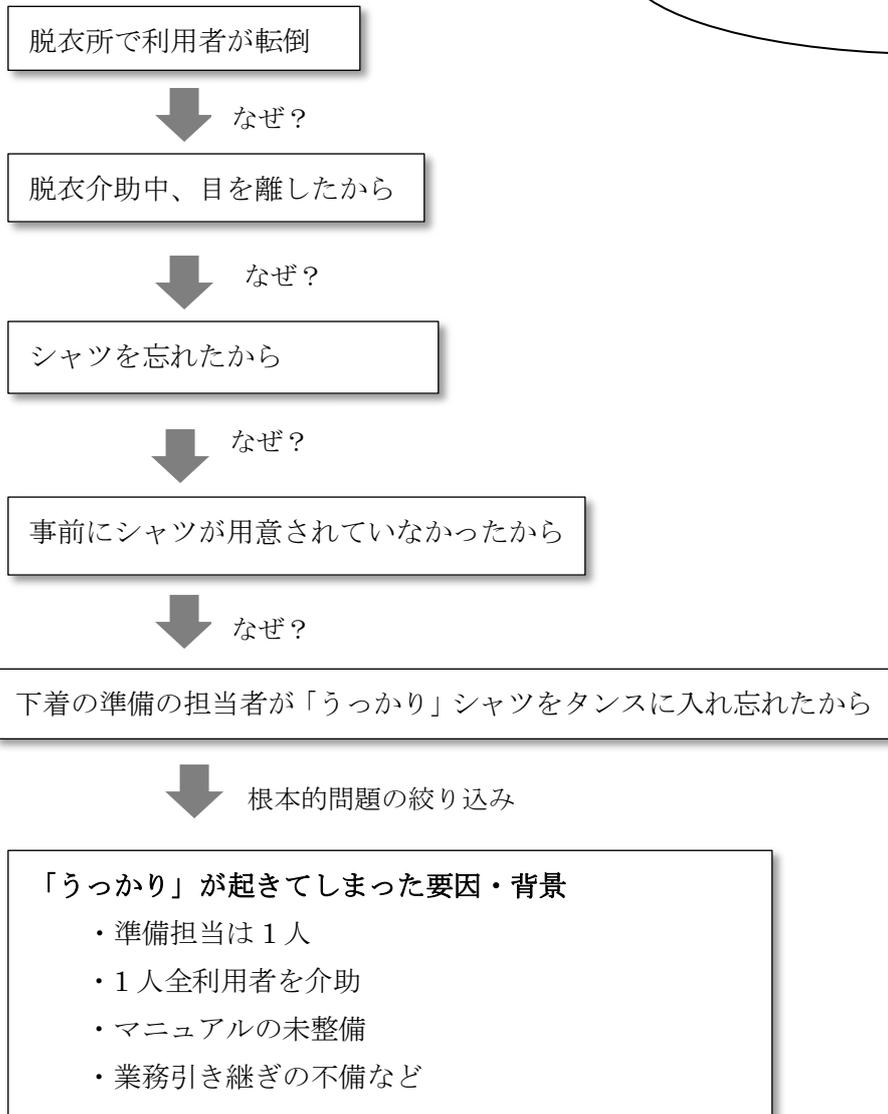


事故報告書を活かす

事故発生に至った状況から要因分析を行い、対策を検討していく。

なぜ？なぜ？と繰り返し、発生状況に至った問題点を把握することが大切

事故発生までのプロセス



なぜ？なぜ？を繰り返し、事故発生に至るプロセスを追ってみる

リスクマネジメントを防ぐために

ヒヤリハット報告書

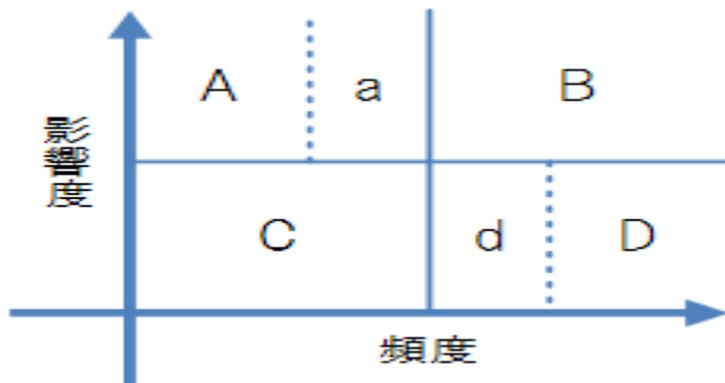
重大な災害や事故に至らないものの、直結してもおかしくない一步手前の事例の発見の事
注意をスタッフ全員に呼びかけるための「記録」

ヒヤリハット	考えられる介護事故
送迎時の際の薬の入れ忘れ	デイサービス内で持病の発作が発生し、薬がなくて最悪の場合死亡
私物を他の利用者のカバンに入れてしまった	誤って衣類を利用者が汚してしまい、損害賠償に

数多くのヒヤリハットを集め、事故発生の要因を突き止め事故発生を食い止めることが大切
(ハインリッヒの法則の 300 の潜在的な要因をつぶしていく)

ヒヤリハット報告書の取り扱い・・・必ず全職員に周知徹底すること！！
事故発生防止のためには必至

4つの領域と具体的な介護事故



A:よく起こるが、小さい事故

打ち身、内出血、爪切り等の裂傷、与薬忘れ、ずり落ち、ひざまずき

B:よく起こり、大きい事故(あってはならない状態)

誤飲、誤食 誤嚥など、その他スタッフのミスで起こる事故

C:あまり起こらず、小さい事故(コストや負担を考慮して、適宜対処する)

利用者間のトラブルなど

D:あまり起こらないが、大きい事故

誤嚥による窒息死、ベランダからの転落死、誤薬による死亡 経管栄養の滴下ミス、インスリン等の看護処置忘れやミス等による死亡
転倒・ずり落ちによる骨折、誤嚥・誤飲による体調不良

a:よく起こり、やや大きい事故

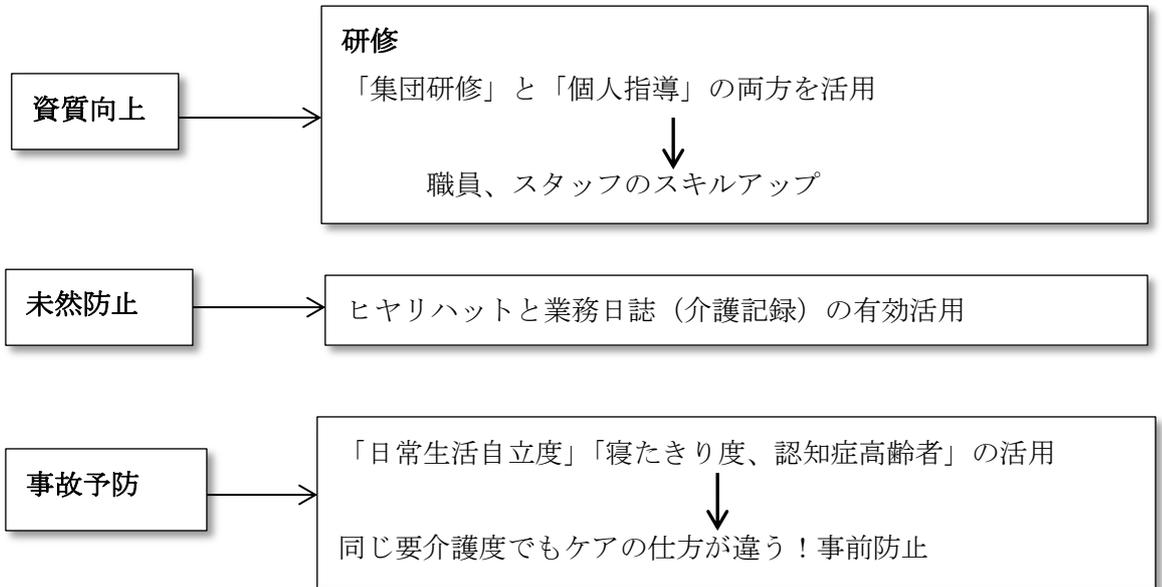
d:あまり起こらないが、やや大きい事故

やけど、器具等に挟まれたことによるケガ

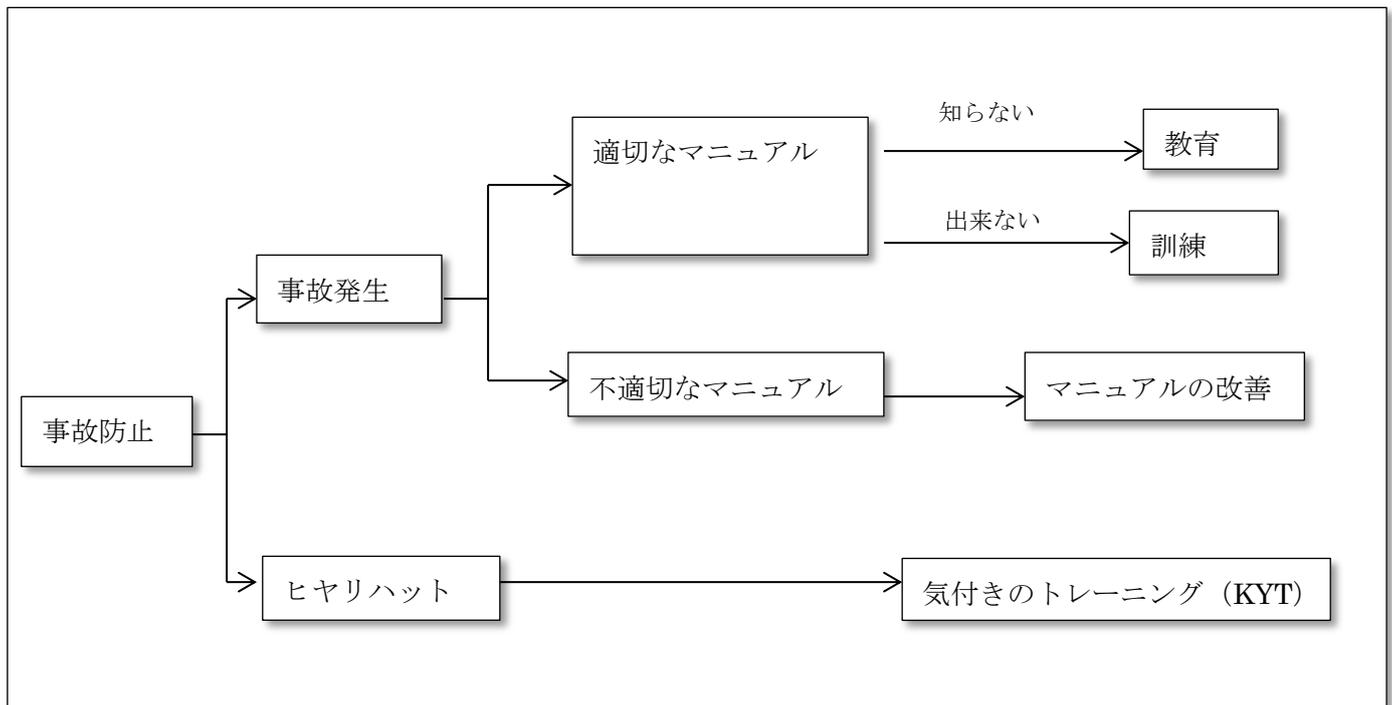
※その他特徴

- ・目につかないところでの発生と原因不明が多いこと
- ・介護側の情報とスキルが一定でないこと
- ・利用者自体のリスクが高いこと

事故対策について



事故防止フローチャート

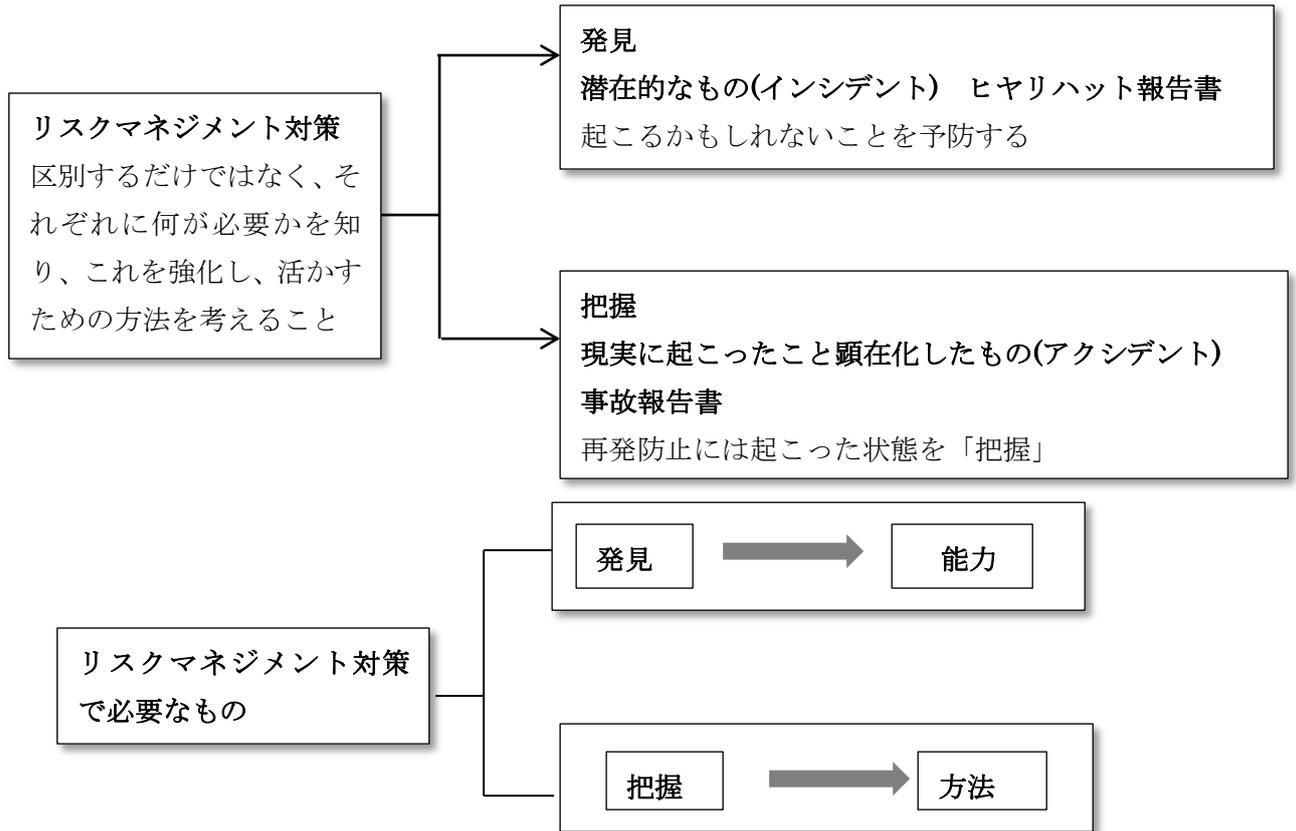


予防(危険予知)と再発防止

介護事故や苦情のマネジメントで大切なことは、以下の2つ。

起こるかもしれないことを予防するための「発見」

現実に起こったことの再発防止には起こった状態を「把握」すること



発見について

「能力」とは

事故の発生危険を予知する能力であり、苦情となるかもしれない状況を察知する能力。

『発見』の能力を高めるには

- ・30分程度、数人の職員が集まっておこなう。
- ・材料は職員が撮影した写真または動画、イラストをつかう。
- ・これをパソコンを通じて TV モニターに映し出し、「事故になるかもしれない」、「苦情になるかもしれない」状況を、自由に発言し合う
- ・このような機会を手軽にもてる環境を作り、間隔を決めて実施すること。



(株) 東経システム リスクマネジメント HP より

動画は職員や利用者の動きの状況から、事故発生の危険性やサービスの質の問題を事前に発見・察知するには有効。

動画、写真による危険防止訓練の利点と効果

1. 文字ではなく、写真や動画で視覚に訴えることで臨場感が出て、「発見」力が発揮しやすくなる。
2. 小集団活動として職場単位で行えば、個人では得られない「発見」ができ、職場の対策ひいては全体の対策に結び付く。
3. 危険の未然の「発見」で手を打っていることが、実際に事故が発生した時の要因分析につながる。

情報からの『発見』について

1. 人の話、新聞や雑誌からの情報、旅行等外出先での見聞、他業種(同業の他の施設等でも構わない)の状況や現場からの情報、研修会参加時の情報などをもとに「自分の職場でもこんなことが起こるかもしれない」「自分の職場に当てはめればこんなことになるだろう」という見方をすること。
2. これも、その想定能力を引き出す場を作らないと、能力を高める動機づけや方法にはならない。写真や動画で危険予知訓練をしたのと同じような、職場での小集団活動で発表する機会を作るのも一つの方法。
3. 介護事故が 365 日 24 時間のありとあらゆる生活場面で起こるかもしれないという特徴を持っていることが、こうした「状況の発見力」を高める方法が有効であることとつながっている。

把握について

『再発防止』について

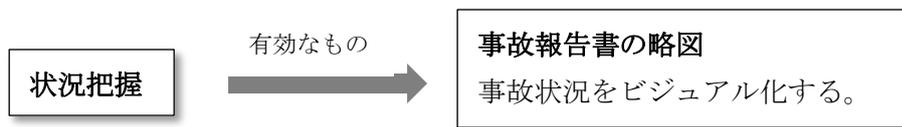
事故や苦情の再発防止
の有効な材料



事故報告書

- ・ 事故・苦情の報告内容は、個々の事故・苦情に対する当面の適切な対処と再発防止を図るための重要な情報である。また、情報を集積して傾向分析から対策を立案するためにも活用されなければならない。

起こった事故や苦情の再発防止の出発点は「状況の把握」



リスクマネジメントを実行するために

「完璧」よりも「減災」を目指して

人間である以上、全く事故が起こらないという事はない！！
介護事故をいかに最小限にとどめるかという考えが大事

万が一に備え、証拠類（ケア計画書、介護記録など）準備万全に

情報開示の際、また裁判に持ち込まれた場合、介護記録が有力な証拠になる。
介護記録はケアプランに沿ったケアを記録することがとても大切

普段から予防危険予知トレーニング（KYT）を開催しておく

リスクマネジメントを回避するには、月に1回程度で良いから移乗時、入浴介助などの動画、イラストから
どういった箇所が事故につながりやすいかという「発見の能力」を養っておく

リスクにつながりやすい事例を全職員に周知しておく

リスクにつながりやすい事例を「リスクマニュアル集」などを作成し、全スタッフに周知徹底させておく。
この周知徹底は、リスクマネジメント対策だけでなく、行政の指導、監査対策にもなる！

説明責任（アカウンタビリティ）にも注意

担当者は面談の際、利用者に説明するときは、専門用語を使わずに、分かりやすく説明する義務がある。

事例

利用者本人が契約時に説明を受けたが、その後娘に説明内容を求められ、答えることができなかった。



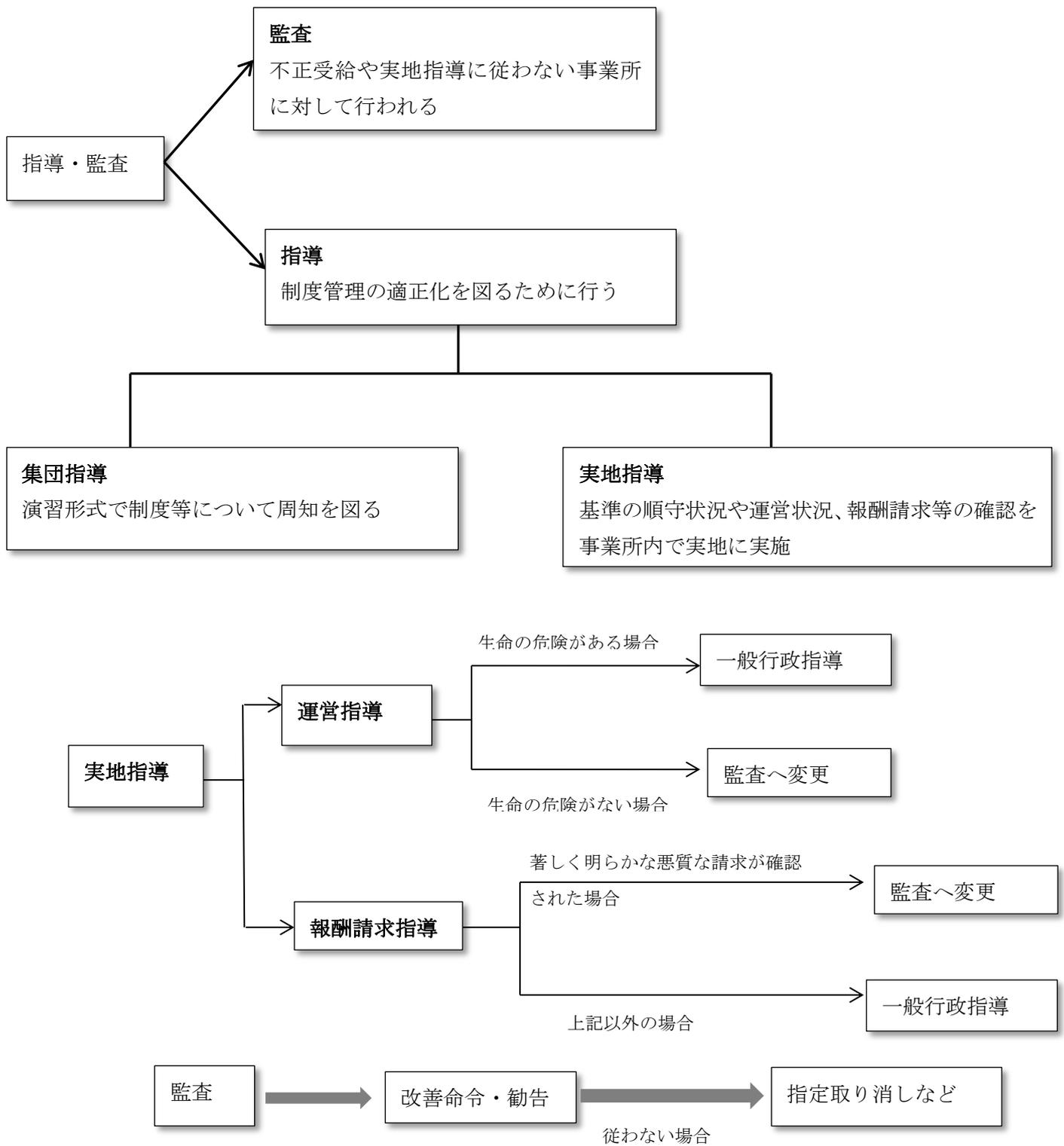
傾聴とコミュニケーション（対人援助技術）習得⇒リスクマネジメント対策

介護事故は・・・

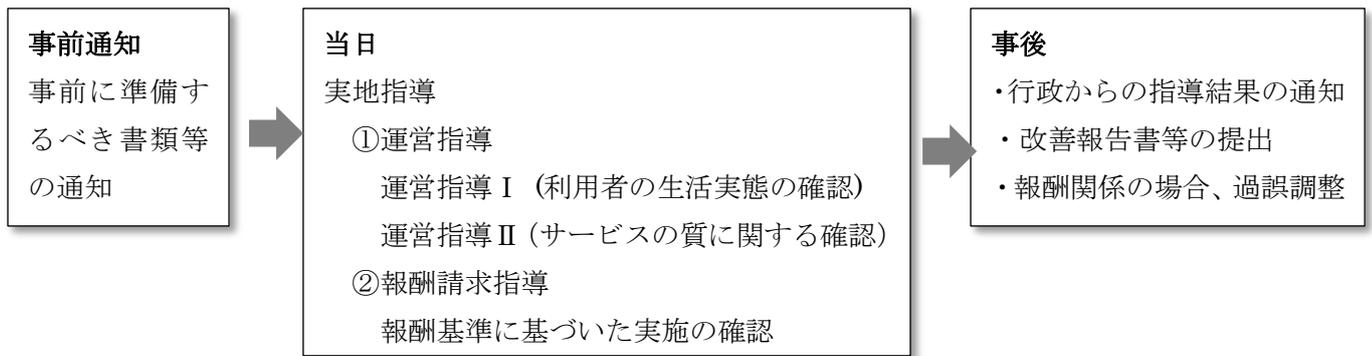
各自リスクマネジメントを意識している場合⇒発生の確率が少ない。
しかしリスクマネジメントを意識していないと忘れたころに介護事故は起こる確率が高い
という事を忘れずに・・・

指導・監査について

法令順守(コンプライアンス)を徹底させるために都道府県及び市区町村によって行われる。



実地指導の標準的なスケジュール



行政職員によるヒヤリングの確認事項

- ・施設や通所サービスの場合、虐待や身体束縛が疑われる利用者がいないか
- ・人員、設備、運営基準にのっとった運営が適正に十首されているか（帳簿の確認）
- ・一連のケアマネジメントプロセスにのっとったサービス提供が行われているか（帳簿の確認）
- ・介護報酬の請求に誤りや不正がないか（帳簿の確認）
- ・ケアプランと介護計画書の整合性やサービス内容の記録についての確認

●指導担当者による一連のケアマネジメントプロセスの理解についての確認とヒアリングの例

■アセスメント

- ・利用者や家族から情報を収集する際は、具体的にどのように行っているか。
- ・利用者の支援に必要な情報を引き出すため、アセスメントにおいて特に留意していることはどのようなことか。
- ・利用者の生活観・価値観、人生観などを含めた全体像のアセスメントを行っているか。
- ・利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握について得られた情報の分析をどのように行っているか。
- ・利用者の状態悪化を防止するためにまたは悪化のスピードを遅らせるためにどのような対応をしているか。

■ケアプラン

- ・課題に応じて多職種がかかわりを持つケアプランとなっているか。またそれぞれの職種の役割分担はどうなっているか。
- ・ケアプランの目標を設定する際にはどのような配慮をしているか。
- ・短期・長期目標を設定する場合特に留意していることは何か（ケアプランに短期・長期目標が設定しているか確認）。

■サービス担当者会議

- ・ケアカンファレンスの開催頻度や出席者はどのようになっているか。また、話し合われる内容はどのようなものか。
- ・利用者の状態の変化に即応し高齢者虐待や身体拘束のリスクについて家族への説明を行っているか。

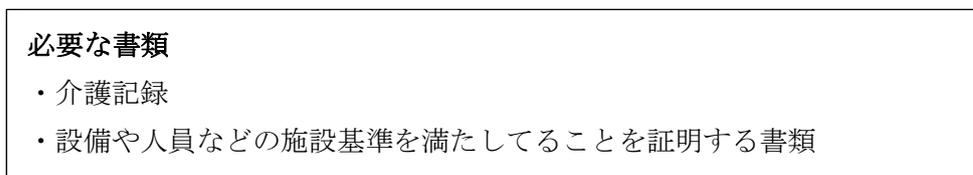
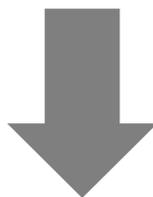
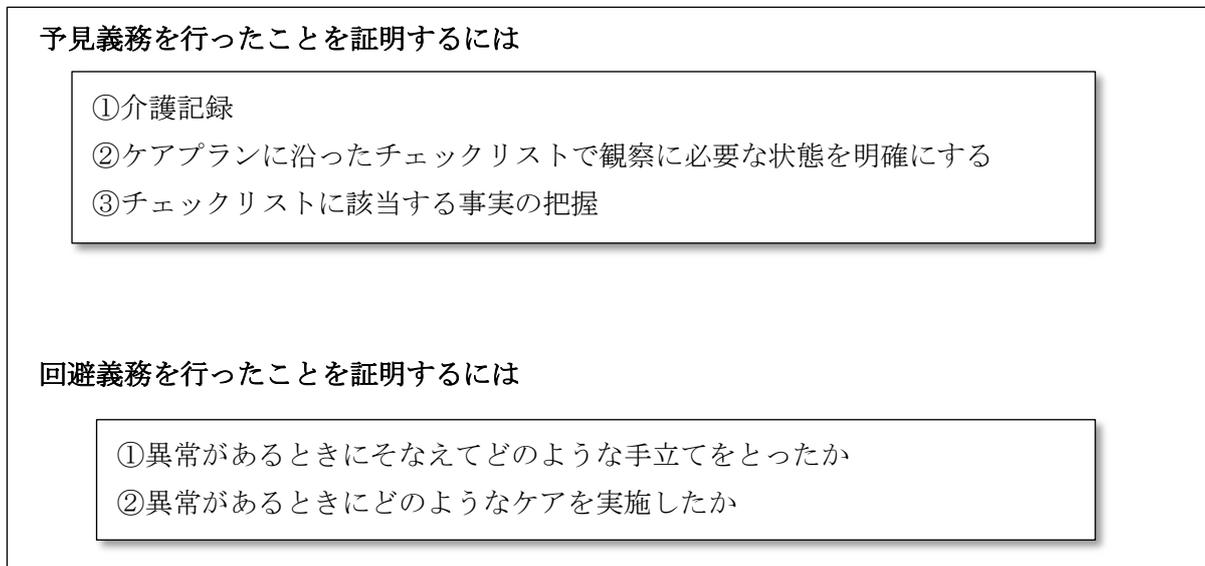
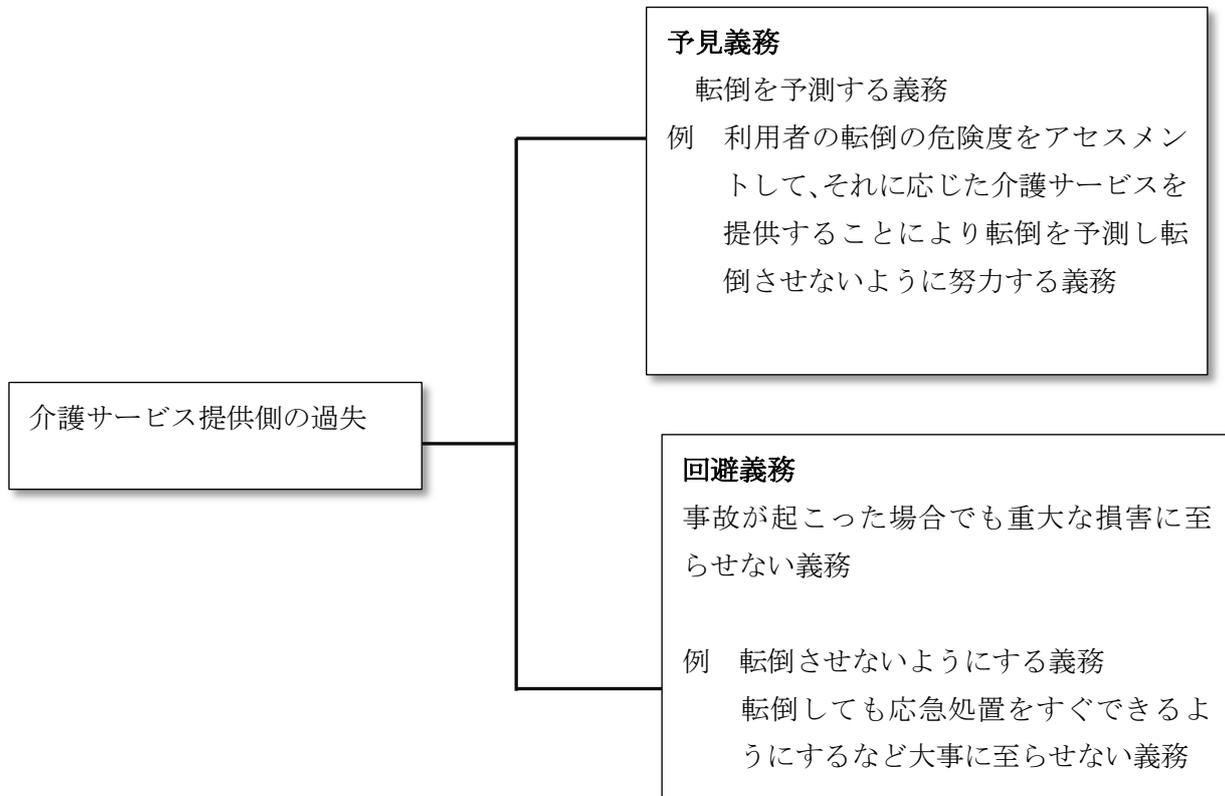
■モニタリング

- ・モニタリングは具体的にどのように行っているか。またその際、特に重視していることはどのようなことか。

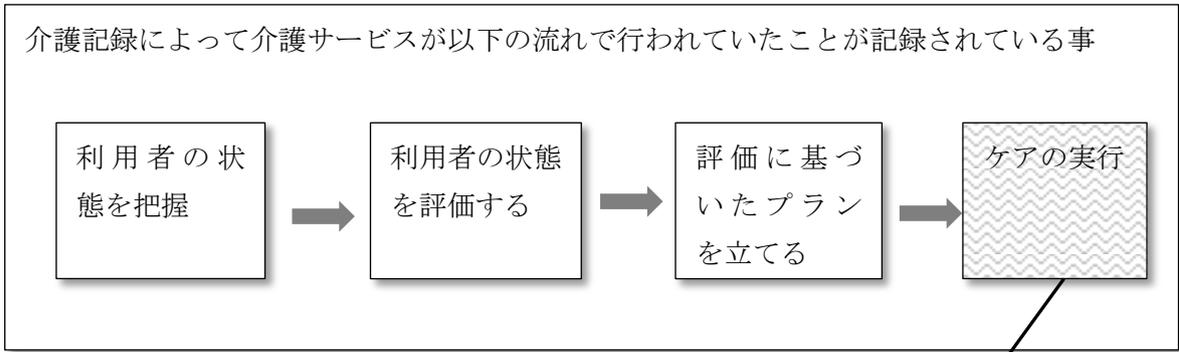
■ケアプランの変更

- ・利用者の状態の変化をどのようにとらえているか。また、次の課題をみいだすための再アセスメントをどのように行っているか。
- ・利用者への一連のケアマネジメントプロセスの中で、ケアを担うチームの意見などをどのように集約しているか。

訴訟に際にポイントとなる争点



過失がなかったことを証明する有力な材料



必要なケアを実施したことの記録があること！！

例 痰の吸引
 その必要性を把握し上たで実施している記録がない
 ⇒処置を行っていないと過失を問われる危険性がある。

引用文献

- (株) 東経システム HP「介護マネジメント」
- 介護労働安定センター研修資料「ケアマネジメントとコンプライアンスの徹底」
- 介護労働安定センター研修資料「ケアサービスにおけるリスクマネジメントの考え方・徹底の仕方」
- 介護労働安定センター研修資料「介護現場におけるリスクマネジメント」
- 【中央法規】NPO 法人 U ビジョン研究所 介護記録の書き方・読み方・活かし方
- 【中央法規】田形隆尚 ケアが変わる介護記録の書き方
- 【中央法規】田形隆尚 根拠のある介護記録の作り方
- 【日総研】(株)ねこの手 代表取締役 介護コンサルタント 伊藤亜紀 実地指導監査の対応
- 【株式会社 インターリスク総研】福祉施設のリスクマネジメント 80 のポイント