

平成 28 年度千葉県介護人材確保対策事業

いすみ市介護サービス事業者連絡協議会 第 3 回研修会(報告書)

日時 平成 28 年 11 月 19 日(土)13 時 30 分から 16 時 30 分

場所 いすみ市役所 大会議室

内容 「介護現場におけるリスクマネジメント」

講師 山口 昌紀氏 あいおいニッセイ同和損保(株)千葉支店  
介護プロジェクトマネージャー担当課長

参加者 28 名

\*\*\*\*\*

(司会進行 三上)

## 1、開会 会長挨拶 (吉田好美会長)

利用者の高齢化、重度化の中、「故(事故)」と「件(事件)」で見たとき、「件」はあつてはならないが発生していることに憂慮している。この管内ではないが、これから「故」よりも「件」に力を注ぐ必要。今回「リスクマネジメント」を改めて学び参加者の日々の業務に活かせるように。有意義な研修にしましょう。

## 2、講義 (山口昌紀講師) 13:40~15:10 (資料参照)

「事故のない世の中を目指しましょう」という気概、方針から、事故未然奉仕活動の一環でセミナーを実施している。介護業界へのセミナーは年間 15~20 回くらい。その都度良い情報をもらい、次へと届けるメッセージをしている。



自己紹介。君津市出身。兼業農家の長男坊。卒後信用金庫で約 10 年、その後「あいおい損保」へ転職。「困った人を助ける精神」に共感しやりがい、ありがたみを感じている。5 年前に施設での死亡事故を機に介護に力を入れるようになった。家族も施設職員も不幸になってほしくない。

講義。「リスク」=危険。「マネジメント」=コントロールする。何も起きていない今のうちにそなえておきましょうと言うこと。

### ① 基礎知識。

「人にミスさせる原因を含めて改善する」ということ。「職員のミス」「自分の不注意で」

ではなく環境要因も含めて検討すること。人がミスしても事故につながらないようにする。誤薬防止に、ある施設は座席に本人と薬の写真をおいてミスに気付けるような仕組み。個人でなく組織で取り組む。もっと良い方法はないか、上司が意見を吸い上げる仕組みも良い。

介護現場ではすべての事故は防げない。人の生活には避けられないリスクがある。躓いたりむせたり、誰でも起こる。それを施設のせいと言われてしまう。ある管理者が「目指せ事故ゼロ」これはあり得ない。「防ぐべき事故（介護過誤）」と「防げない事故」がある。前者を起こさない必要。

「防ぐべき事故」 過失の有り無しは最終的には裁判。「介護のプロ」であれば危険予測できたはずと言われる。事故を評価する基準は「やるべきことをきちんとやっていたか」「やるべきことを怠っていたか」。「1、ルール違反で起きた事故」から「5、不可抗力で起きた事故」の5段階評価。例えば夜のトイレでナースコールを遠慮した結果の事故で家族は不服。「家族の期待するレベル」に対して**何もない時から**丁寧に説明しリスクを共有する意味。

## ② 事故防止の基本活動。

ルールの徹底、文書にすること。「あたりまえだから」は実は「あたりまえじゃない」。半年に一回文書の読み合わせでルール違反減少につながる。軽微なルール違反を繰り返す職員はいずれ大きな事故、刑事罰、懲戒解雇、損害賠償などにつながる危険性高い。

用具の不具合による故障による事故の本当の原因は、安全点検ルールがないこと。風呂場での溺水事故、広すぎるトイレ、便座の高さなど改修できないまでも現状把握からできる自己防止につながる。

介助動作が正しいかどうかを見直す。食事の形態、姿勢、業務手順の見直し。その人をまだ知らないショートステイの初回に最も事故が多い。その人固有の危険把握。当初の状況から徐々に変化するADLへの意識など。

## ③ 効果のあがるヒヤリハット活動。

そこから原因究明し防止策を練ることができる。原因を究明する⇒原因は一つじゃない。

1) 利用者が原因 2) 介護者の原因 3) 設備、用具が原因、に分けられる。多方面から考える。ハード面は日々進化しており道具の工夫も。未然防止策に力を入れよう。直前防止策である「とっさの動き」ではマンパワーが増えてしまうので最後の手段に。

## ④ 事故発生時の対応。

「事故対処マニュアル」チェックすること。「事故」の定義は？しりもちでも事故？看護師と施設長が「経過観察」、二時間後に死亡の例。「経過観察」は医師だけができること。

家族対応のマニュアルもつくる。「初期対応」でのトラブル多い。誤嚥の死亡事故二例、対応により異なる結果に。

## ⑤ 家族に利用者の生活リスクを共有してもらおう取り組み。(追加資料)

我々ですらケガをする。家族あてに文書作成し、リスクを共有、分散させる取り組みを。

## グループワーク (山口昌紀講師) 15:20~16:35

B、C、D、E (4グループ) に分かれてKYT研修 (気づきの感性を磨くための訓練)  
「4ラウンド法」

- ①1ラウンド目 「こうだから危ない」でなく具体丁に危険性、事故を想定する。
- ②2ラウンド目 特にこれは危ない
- ③3ラウンド目 あなたならどうする
- ④4ラウンド目 3ラウンドのうち、重点事項 (行動目標) を絞り込む。

リラックスして笑顔で口角をあげて。自己紹介×30秒。司会進行、書記、発表者決める。

(1例目)

### ① ラウンド グループ発表

Cグループ「利用者が車から勝手に降りてきそう」「介護者と利用者が一緒に転倒する危険性」

Eグループ「マンホール上を歩くことになりそう」「車を止めている場所が遠く歩く距離が長く転倒の危険性がある」

Bグループ「利用者を見守る介助者がとっさの対応ができず転倒の可能性」「手引き歩行で転倒の可能性」「車の停車位置が遠く自転車が通ると事故になる」「利用者に傘をかけられていなく風邪をひかせる」

Dグループ「車のドアが開けばなしで閉まった時に指が挟まる」「フードをかぶって手引き歩行しているので視野が狭まり転倒のリスク」

その他「利用者が厚着なので転倒の危険」「分離ブロックに躓く危険性」

### ②③④ラウンド グループ発表

Bグループ「車内に利用者だけにしない」「歩行介助時はよそ見をしない」

Eグループ「ドアを閉めて声掛けしてロックする」

Dグループ「車内では利用者を一人にしないでシートベルト、チャイルドロック使用する」「雨の日は合羽着用していただき同じ方向で脇で歩行介助する」

Cグループ「車両は利用者の危険のないところに停め脇に立ちまわりをよく見て誘導します」



## (2 例目) 危険予測

Eグループ「両ひざをついているととっさの動きができない。」「車いすのステップに足が乗っていて急に立つと危険」。

Bグループ「ひじ掛けのない椅子、転倒の危険性」「杖の利用者が立ち上がり転倒の危険性」

Dグループ「4点杖後ろにあり、引っかかって取れない、いすに引っかかる危険性」「スタッフと利用者の間に距離がありすぎて危険」

Cグループ「スタッフの座る場所のバランスが悪い」「靴の色が違う。歩くとバランスを崩すのでは」



気づきの感性を磨くことの訓練を施設でもしてください。外部の人が来るだけでもいつもと違う研修になる。現場の写真を使ってやっている施設もある。

(資料配布) 神奈川の事件後、さすまたの訓練増えた。が、逃げること、そもそも来ないための対策。集中豪雨でGH流された事故は、避難訓練していなかった。BCB (ビジネスコンテニュープラン) の紹介。大災害の損害後にいち早く対応する準備の手伝い。事故のない施設ができることを祈念しています。

### 3、閉会挨拶 (小室昌弘副会長) 16:35~16:45

介護保険前、措置のころ事故は行政の責任。その後契約となり、すべてにおいて我々の仕事のすべてが商品となり、介護報酬としてお金をもらっている。その価値が私たちの業務にあるかを考えてほしい。「認知症の人だからしょうがないよね」と思う人もいる。お客のせいにする人が多いのがこの業界。民間なら請求できないものを請求しているのが介護業界。最低限事故を起こしたら行けない。そのためには人材確保。集まる施設、集まらない施設の情報簡単に流れ二極化してしまう。事業所評価、労働評価、生活評価、保証人の評価。人が集まれば事故も減る。地域で社会福祉法人の在り方が問われている。

利用者を守るのが私たちの仕事、うっかりでは済まされない。本人の要望で起きた事故も賠償責任問われる。「しょうがないよね」で済ます職員は見直しを。いすみ市内の事業所が改善されて「福祉といえば夷隅だよ」と言われるようになりましょう。