



特集

安定的な事業運営に資する リスクマネジメント



介護福祉ジャーナリスト
田中 元氏

第1章「安定的な事業運営」を阻む要因とは何か？

社会保険によって成り立つ介護保険事業は、一般の企業活動以上に公共性が高い。それゆえに、介護保険事業を安定的に運営することは、重要な社会的使命でもある。

しかし、介護現場には安定的な事業運営を阻む課題がいくつも潜んでいる。これをしっかり「見える」化しなければ、課題が大きくなってからの対処となり、多大なエネルギーを要する。これでは現場が疲弊し、課題の根っこを取り除くことがますます難しくなる。

まずは、現場に潜む課題を整理し、その発生を予測することが重要だ。

◆安定的な事業継続を困難にする「3つの離脱」(図①)

介護事業は、日々さまざまな環境変化の影響を受けている。中でも、直接的に事業運営を左右するのが「3つの離脱」だ。

ここで言う「離脱」とは、「今まであったもの(顧客や人的資源)が失われる」あるいは「継続していたものが途切れる」状態を指す。「当たり前」だと思っていたものが、そうでなくなった時点で、どのような事業でも不安定要素を抱え込むことになる。

●「離脱」その1 利用者の離脱

介護保険では、何らかの事情で利用者がサービスを使わなくなれば、原則としてその時点で保険給付は行われなくなる。「利用者の離脱」が、事業収入に影響を与えるわけだ。

顕著なのは、持病の悪化や転倒による骨折などで入院するケースだろう。本人・家族の意向などで、サービスの種類や事業所を変えるというケースも該当する。

もちろん、1人や2人の「離脱」が出ても、事業運営がすぐに不安定化するものではない。それゆえ、背景にある「構造的な問題」に目を向けようとせず、「その利用者特有の事情」ととらえてしまうケースが見られる。

実は、こうした「離脱」を引き起こす種は、現場内に潜んでいることも多い。例えば、現場でできるはずの重度化防止策が徹底されていない、あるいは、事業所・施設内での「転倒」等の事故防止が不十分である等である。また、利用者やその家族の不満や苦情等に十分耳を貸さず、適切なりターンをほどこす組織的なしくみが整っていないとする。不満や苦情は、適切に対応できれば、利用者等との良好な関係を築き、サービス改善にも資する反面、それらに迅速かつ適切に対応できないと大きなトラブルに発展しやすい。そして、「事業所を変える(あるいは、別のサービスに切り替える)」などのケースにつながることも少なくない。

そうなれば、「利用者特有の事情」ではなくなる。他の利用者も同じリスクにさらされながら、やがては「連鎖的な離脱=稼働率の低下」につながっていく。

●「離脱」その2 従事者の離脱

介護事業は「現場でサービスを提供する人」、つまり従事者がいなければ成り立たない。

この従事者が休職・離職によって「離脱」してしまえば、最悪の場合、「人員基準が満たせない」という事態にもつながる。そして、その時点で定員を削らざるを得ないとなれば、間接的には、先の「利用者の離脱」と同じことになる。

これも「利用者の離脱」と同じで、原因が「その従事者特有の問題」にとどまらないことも多い。たとえば、組織として処遇上の不満を放置したり、従事者の体調管理への配慮不足が蓄積されれば、これも連鎖的な離脱へとつながっていく。

さらに問題なのは、仮に1人「離脱」したとして、全体の業務量が変わらなければ残った従事者へとしわ寄せが行くことだ。そうなれば、元からあるリスクが二次関数的に拡大していくことになる。この過程では、「利用者の離脱」を防ぐリスク対応も困難になり、「従事者の離脱」→「利用者の離脱」という流れも発生する。

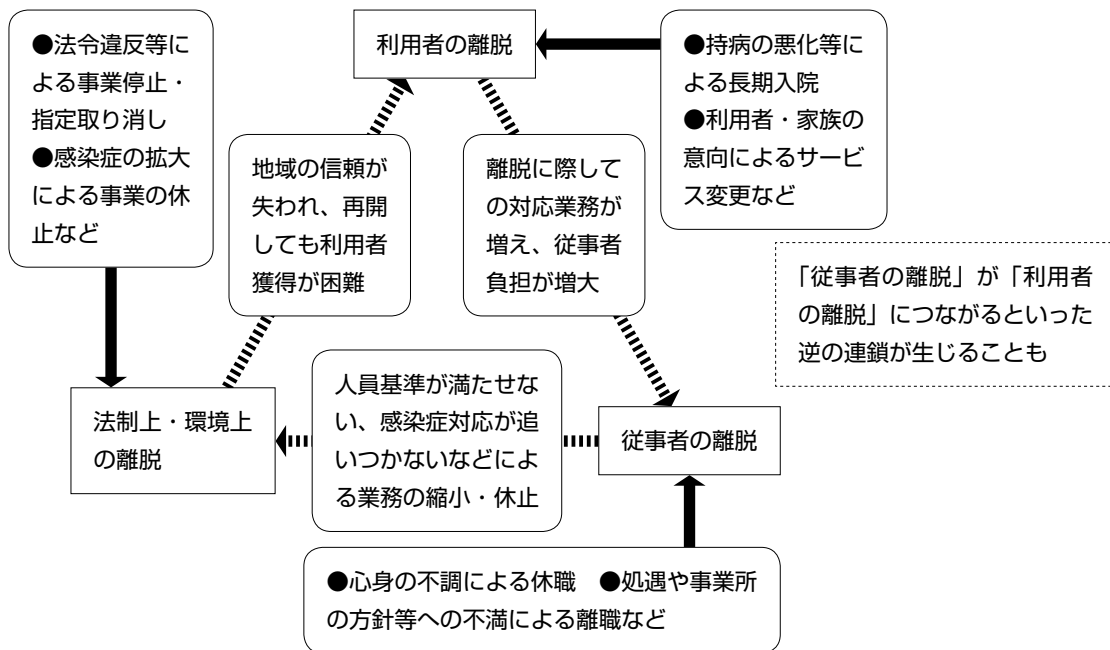
●「離脱」その3 法制上・環境上の離脱

ここで言う「離脱」は、事業者そのものが離脱する状況を指す。事業本体が離脱してしまえば、事業の安定性を確保する以前の問題となる。特に介護保険事業の場合は、事業運営の前提が「都道府県や保険者による指定」となるわけで、その指定要件に見合わなければ、事業の停止はおろか指定の取り消し処分にもつながりかねない。

また、直近の新型コロナウイルス感染症にとどまらず、介護現場はインフルエンザやノロウイルスなどさまざまな感染症にさらされやすい。いわゆるクラスター（集団感染）が発生すれば、やはり事業の休止に追い込まれるケースも出てくるだろう。

こうした感染症など「環境要因」が絡んでの離脱は、確かに「避けられない」ケースも多い。だが、基本的な感染症対策ができていないか否かによって、リスクを軽減することは可能だ。たとえば、事前の対策如何で「離脱」の期間を短縮できれば、運営上のデッドラインの前で踏みとどまり、事業の継続性を保持することもできる。

図① 「3つの離脱」はなぜ起こる？ 相関関係は？



◆ 「3つの離脱」から見てくるリスク管理の重要性 (図②)

●最初は「小さな出来事」かも知れないが…

以上の「3つの離脱」は、最初は小さなリスクから始まることも多い。たとえば、「利用者の離脱」にかかわる以下のようなケースがある。

認知症があり、ADL的には自立での歩行が難しいという利用者がいた。その利用者はユニットでいすに座っていたが、あるタイミングで表情が固くなり、態度に落ち着きがなくなった。だが、大声などを出しているわけでもなく、ケアにあたる職員は気づかない。

やがて、その利用者は突然いすから立ち上がり歩き出そうとした。自力歩行はできないので、体勢を崩し前のめりになる。幸いにも、ちょうどそこに職員がいて、本人の身体を支えたので「転倒」などの大事には至らずに済んだ。

この場合、転倒に至らなかったという点で「小さな出来事」かもしれないが、一つ間違えれば大事に至っていた可能性もある。そもそも「表情が固くなり、態度に落ち着きがなくなる」というのは、(立ち上がるなど)何らかの自発的行動の前兆と考えられる。

ここで、「どんなタイミング (例. 集団アクティビティが始まってフロアの雰囲気が一変するなど) で落ち着きがなくなるのか」という掘り下げができていれば、職員がその人を安心させる声かけなどを先回りして行なうこともできるだろう。

●小さなリスクの見逃しが安定した事業を妨げる

だが、このケースを「小さな出来事」として組織内で共有できなければ、次は「転倒」という大事に結びつくかもしれない。症状によっては長期入院につながりかねない。

この時点で、「1人の利用者の離脱」が生じることになる。

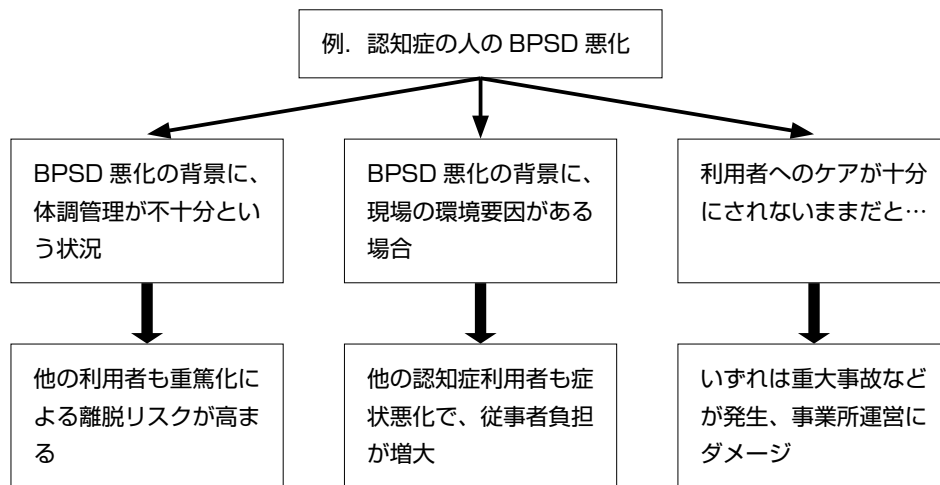
さらに考えなければならないのは、この利用者の行動はその人固有のものではなく、他の利用者にも起こりうるものかも知れないという可能性だ。たとえば、背景には現場の環境設定や利用者の日常的な体調管理などが絡んでいるケースも考えられる。ところが、先のケースを「小さな出来事」として放置してしまうと、その検証には至らない。

すると、「転倒」には至らなくても、認知症の人のBPSDが全般的に悪化し、突発的な事故などが増える可能性がある。体調管理が不十分であれば、持病の悪化リスクにもつながるだろう。ここで「連鎖的な離脱」が生じやすくなるわけだ。

ここで稼働率が低下すれば、当然、経営数値は厳しくなる。職員も疲弊して離職率が上がれば、人員基準が満たせない状況も発生し、厳しさはさらに増しかねない。

このように、「小さな出来事」、つまり「小さなリスク」の放置が、大きなアクシデントや複合的な離脱につながっていく。となれば、どんなに小さなリスクであっても見逃さずに対処していくことが、安定した事業運営の基本となるわけだ。

図② 「1つのリスク」の見落としが多方面に波及する



第2章 事業運営上の困難を防ぐための基本的なしくみ

第1章で述べたように、安定した事業運営のためには、「3つの離脱」につながるリスクへの対処がカギとなる。具体的には、リスクが小さなうちから「気づき」、「摘みとる」こと。これを組織として実践していくための道筋を照らしてみたい。

◆ハインリッヒの法則に沿ったリスク対処

●大切なのは、発生確率を下げ重大化を防ぐこと（図③）

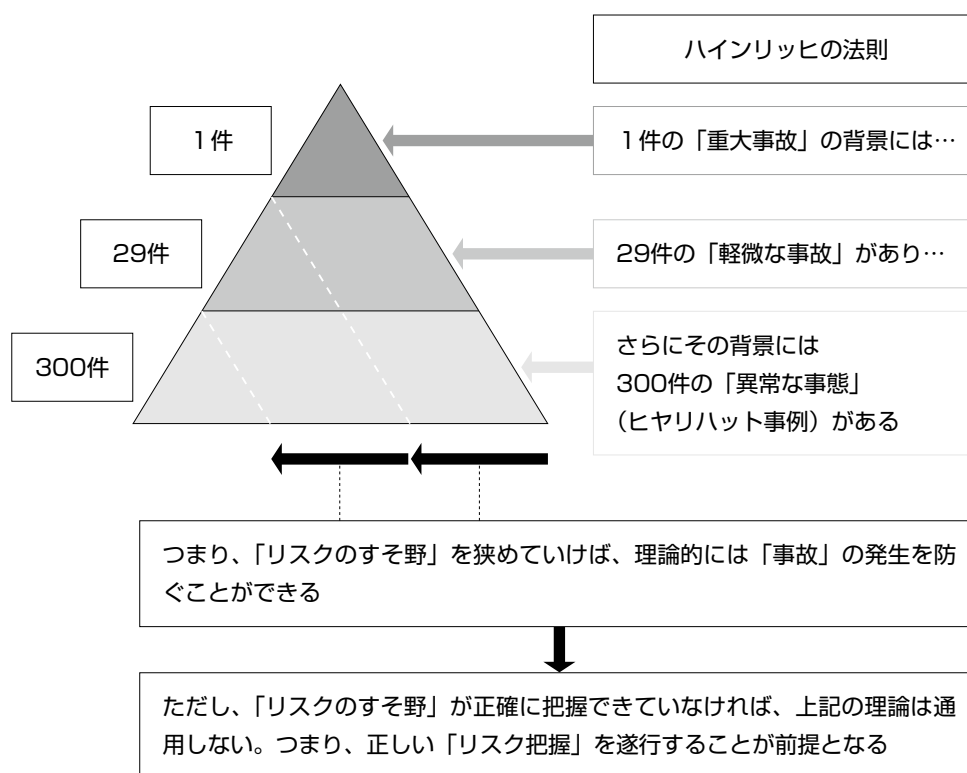
あらゆる介護現場で、「事故・トラブルをいかに防ぐか」は大きな課題である。だが、人が人に対峙する職務において、事故やトラブルを根絶することは不可能に近い。

ただし、「発生確率」を下げたり「重大事」に発展させるのを防ぐことはできる。これにより、日々起こりうる小さな事故やトラブルを「3つの離脱」につながるのを防ぐことができれば、事業運営の安定性を継続させることは可能となる。

考え方の基本となるのが、いわゆる「ハインリッヒの法則」だ。これは、1件の重大事故が発生した場合、その背景には29件の軽微な事故があり、さらに300件の異常な事態（介護業務に置き換えれば「ヒヤリハット事例」に相当する）が生じているというものだ。

これを逆に考えれば、背景にある「ヒヤリハット事例」や「軽微な事故」を見逃さず、「同じことを繰り返さない」ように対処することで、重大事故につながるリスクのすそ野を狭めることにつながる。すそ野が狭まれば、理論上は重大事故を防ぐことになる。

図③ 「ハインリッヒの法則」から考える事故・トラブル防止



●リスクのすそ野を正確に把握することからスタート（図④）

では、リスクのすそ野を狭めるには何が必要なのか。これを考える前に、「リスクのすそ野」がどれだけ広がっているのかを正確に把握しなければならない。

先に述べたように、重大事故の背景には、「ヒヤリハット事例」や「軽微な事故」が積み上がっている。だが、実際に積み上がっているものを見逃す、あるいは一人の従事者が気づいても組織で共有できていない——となれば、そこにあるリスクに対処していくことはできない。

そこで必要なのは、①現場従事者の「リスクに気づく力」を高めること、②現場で「気づいたリスク」を漏らさず共有できるしくみとルールを設けることだ。

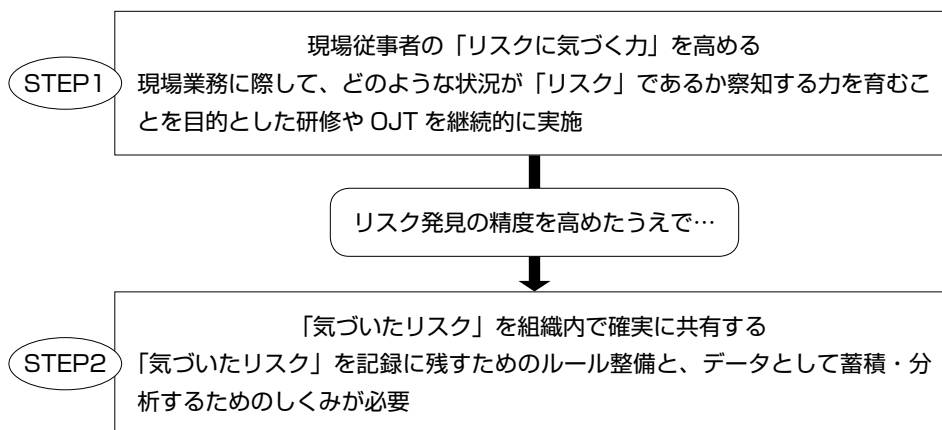
①でいえば、利用者の状況（健康、ADL、生活機能など）を総合的に把握できるスキルを高めなければならない。つまり、リスク察知の観点から、専門職としての洞察力を底上げしていく研修・OJTを継続的に行なうことが必要となる。

②でいえば、①のスキルによって「気づいたこと」を記録として残し、それをデータとして蓄積・分析・評価していくという流れが必要になる。

介護現場では、軽微な事故やヒヤリハット事例を記録するための様式を整えているケースは多い。だが、記録する・しないが実質的に現場従事者の任意に任されていたり、記録しても保存しているだけで活用されていないという例も見られる。

これでは、「重大事故を防ぐ」という目的は果たせない。大切なのは、①②ともに形骸化させずに「動かしていく」ことにある。そのために必要なのが、基盤となる体制づくりだ。

図④ 「リスクのすそ野」を正確に把握するためには？



◆リスクのすそ野を把握するための体制づくり

●「なぜそれをするのか」という大方針を周知する

まず、先の①②を「なぜしなければならないか」を明確にし、組織の大方針として全従事者に周知する。具体的には、先のハインリッヒの法則をもとに、「リスクのすそ野を正確に把握することが、重大な事故・トラブルを防ぐ入口となる」という理屈を示すことだ。

ただし、理屈だけでは現場の従事者は動かない。補足したいのは、重大な事故・トラブルによる「3つの離脱」が現場にどのような影響を及ぼすかというシミュレーションだ。

たとえば、「利用者の離脱」によって稼働率がどの程度低下すると、どれくらい収益減となるのかを示す。「入院等で5人離脱すれば、これだけ収益が下がる」という具合だ。

さらに、収益減を埋めるためには、新規の利用者を獲得しなければならない。地域によっては新規の利用者の獲得が難しく、場合によっては退院したばかりで状態が不安定な利用者や、認知症のBPSDが悪化した状態にあるケースの受入れが増える場合もある。

そうなれば、一時的にせよ、現場従事者の業務負担は増す。これが「従事者の離脱」につながれば、連鎖的・複合的に安定的な事業運営も難しくなる。

●大方針に沿って具体的な活動目標・計画を策定する（図⑤）

このようなリスク構造と「その軽減に取り組む」という大方針を示したうえで、具体的な現場の活動目標・計画を策定する。

策定に際しては、現場の部署ごとにグループワークなどを行ない、組織内の特別チームで具体的な目標・計画へと落とし込む。具体的な「落とし込み」は、以下の3つが考えられる。

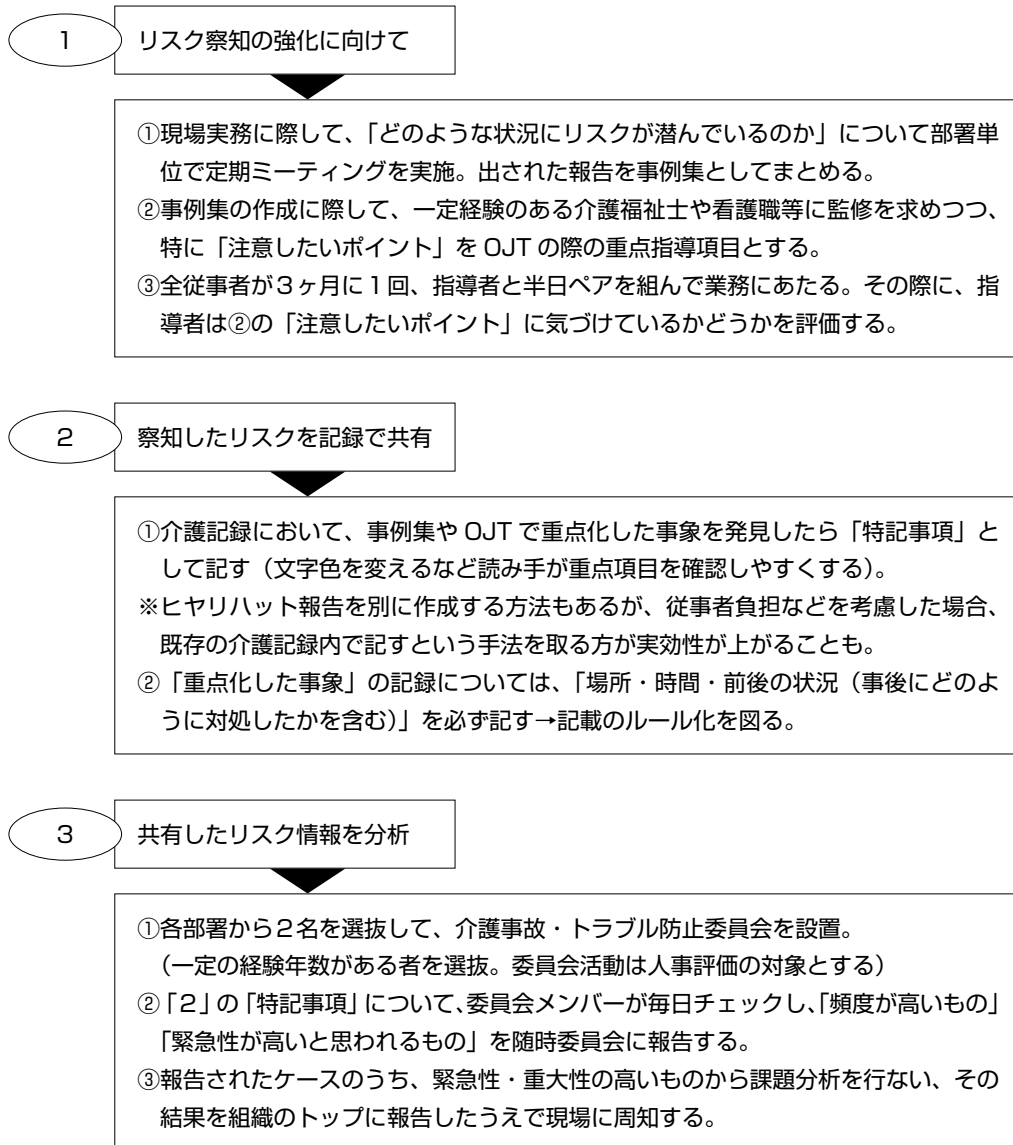
1. 「リスク察知」のポイントと、察知した後の記録等のルールを策定する
2. 発見された「リスク」を「分析」し、リスク軽減のための対処法を検討する
3. 2の「対処法」をマニュアル化したうえで、周知のための研修計画等を策定する

上記の3つの詳細については図⑤を参照していただく。重要なのは「これによって実際にリスクが軽減したかどうか」を検証しつつ、PDCAサイクルにかけることだ。

なお、この場合の特別チームとは、介護事故・トラブルに対応する既存の委員会（もしくは通常の幹部会）などで構わない。ただし、所長・施設長の直轄とし、ここで策定した活動目標・計画を人事評価等ときちんと連動させることが重要だ。

たとえば、「リスク察知のポイント」を策定したとして、そのポイントに沿った「気づき」を記録にきちんと残すなどのルールを遵守しているかどうか——これを人事評価の目安とすることで、現場で「スルーしない」という動機づけを図ることができる。

図⑤ 「リスク軽減」 へ向けた具体的な活動目標・計画例



●リスク察知における苦情の重要性を理解する

事業運営におけるリスクは、事業者だけが負うものではなく、利用者の離脱で説明したように利用者やその家族も様々なリスク（例えば持病の悪化や転倒など）を負っている。

そして、サービスを利用する中で利用者やその家族が察知したリスクは、不満や苦情という形で表明されることも多い。事業者とは違う視点から発せられる不満や苦情に耳を傾け、事業者が気づきにくいリスクを察知していくことも、事業運営のリスクのすそ野を正確に把握するうえで極めて重要である。

第3章 事業の安定化に向けたリスク分析と対処法の構築（図⑥・図⑦）

効果的なリスク軽減を図るうえでは、現場から収集されたリスクの「分析」がカギとなる。表出したリスクごとに、どのような課題が潜んでいるかを見極めることだ。

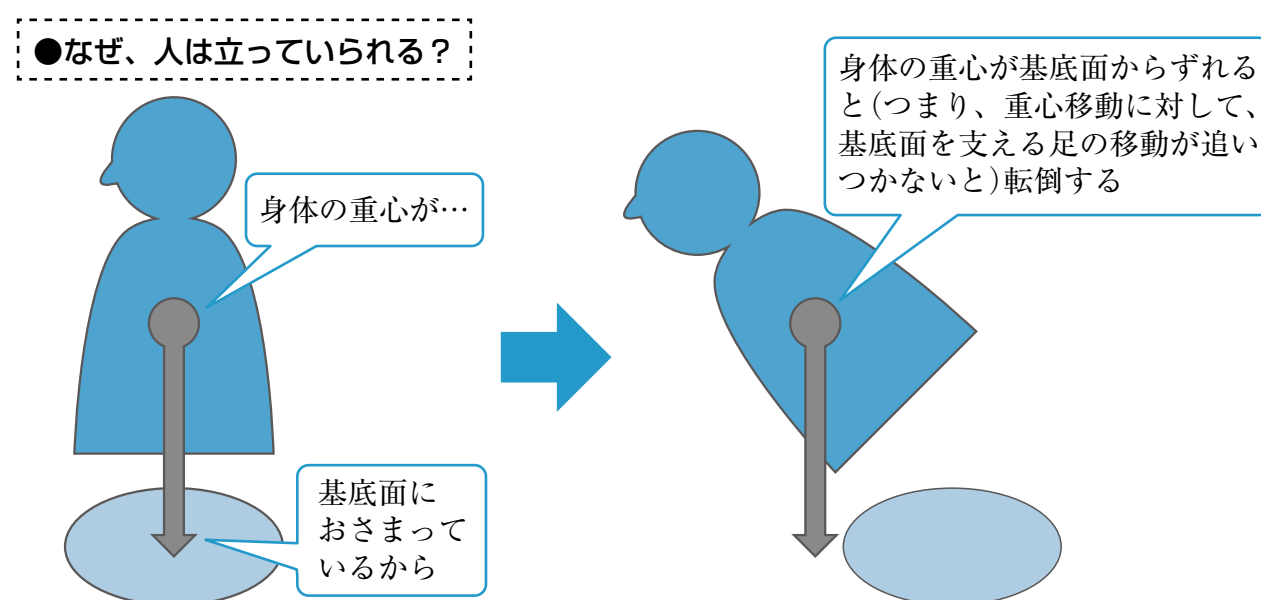
解決への道筋を発見するには、想定される課題を整理して各「事象」と照らし合わせることからスタートする。ここでは、想定される課題を「3つの視点」で整理してみよう。

◆課題分析の視点① 利用者側の課題

●利用者の身体状況や認知の状況にかかる課題

介護事故でもっとも多いのが、転倒・転落だ。なぜ起こるのかを人間工学的な観点から説明すれば、身体の重心点が体重を支える基底面からズレることによる。

図⑥ 転倒・転落事故は、重心と基底面のズレから発生する



このズレが生じるのは、歩行であれば、重心の移動に基底面（つまり足）の移動が追いつかないという状況が考えられる。座位からの転落でいえば、重心の位置が保たれず、座位を支えているいすなどの基底面から外れてしまうことによる。

前者を取り上げれば、足の運びがうまく行かない、もしくはそれをカバーするための手すりなどがうまく掴めないことなどによって生じる。

いずれも直接的な要因としては、運動機能の低下があげられる。ここでは、その人の疾病や障がい遠因となっているケースも多い。たとえば、膝痛があれば思ったような足の運びはできない。脳血管疾患の後遺症により、握力が低下していれば手すりをうまく握ることができないという状況も生じるだろう。

これらは、もともと利用者側にある課題、中でも身体状況にかかわる課題といえる。

では、こうした事故がその人の身体状況によるものだけなのかといえば、ここに利用者側

の課題の中でも違った側面が絡んでくることもある。

先に、自力歩行が困難な認知症の人が、突然立ち上がって転倒しそうになるというケースを紹介した。この場合、「自力歩行が困難」という身体状況にかかる課題に加え、「自身が歩行困難であることを認識できていない」という認知状況にかかる課題が絡んでくる。

●利用者の生活歴、習慣、そこから生じる価値観など

さらに、ここにはもう一つ絡んでくる利用者側の課題がある。それは、利用者の生活歴や習慣、そこから形成される価値観などが日々の行動にもたらす影響だ。

たとえば、以下のようなケースがある。職員が利用者の居室で、ベッドのリネン交換を行った（利用者は職員の介助で、ベッドから車いすに移乗している）。その際、本人が枕元に置いていた本を、職員が近くのテーブルの上に移動した。

リネン交換が終わり、利用者は職員の介助で、再び車いすからベッドに移乗する。職員はそのまま居室を離れた。利用者は横になって読みかけの本を読もうとしたが、本はテーブル上に移動されている。本人はやはり自力歩行が困難で、ベッド柵につかまりテーブルに手を伸ばす。だが、ベッド柵を握る握力も弱まっていて、柵から手が離れてそのまま転倒してしまった。

この場合、本人がナースコールで職員を呼び戻し、本を取ってもらうこともできただろう。だが、この人は他人に過剰に気を使う人で、すぐ目の前にある本を取るために、忙しい職員をわざわざ呼び戻すのは心苦しいと感じていた。

つまり、この事故の遠因として、その人の性格や（横になって読書をするという）習慣が起因していたわけだ。もし、過去の生活歴などから「こうしたケースも起こりうる」と察知できていれば、①ベッド上の本を元に戻すよう十分に注意する、②事前に「遠慮なくナースコールを押してもらうことが、職員にとってもありがたい」などとお願ひしておくという対応が考えられたはずだ。

●利用者の課題を「除去すべき問題」ととらえない

こうした利用者側の課題を考える際、注意すべきは、それを「除去すべき問題」ととらえないことだ。先の認知症のケースでいえば、認知状況にかかる課題を「除去すべき問題」とすれば、物理的に（動かしにくい車いすでテーブルぎりぎりの位置に座らせるなど）あるいはスピーチロックで「衝動的に立ち上がるのを防ぐ」という発想につながりかねない。

これは身体拘束の発想であり、利用者の尊厳を大きく損なうことになる。もっと言えば、本人が苦痛と感じる状況は「反発的行動（より混乱して衝動性が高まるなど）」を生みやすく、それがより大きな事故リスクにつながるケースも多い。

そうではなく、その人が「なぜそうしなければならないのか（つまり、本人にとっての課題）」を把握し、その人の意思を理解し尊重しながら、よりよい方向に導くという考え方が求められる。逆に言えば、事故・トラブルを防ぐリスク分析は、「その人の意思を理解・尊重する」という介護過程の一つであると位置づけるべきだろう。

なお、その観点から考えると、利用者やその家族からの苦情は、「その人の意思を理解・尊重する」ということが、できていない又は見落としをしているという重要なサインといえる。

◆課題分析の視点② 従事者側の課題

●従事者の心身の状況やスキルにかかる課題

事故・トラブル防止では利用者側の課題ばかりに目が向きがちだが、介護事業が「人と人の関係性」で成り立つ点で、もう一方の従事者側の課題にも目を向けなければならない。

先の転倒ケースでも、従事者による適切な対応ができていれば、リスクのすそ野を狭めることはできたはずだ。それができないのはなぜかという視点が必要になる。

1つは、従事者の心身にかかわる課題だ。たとえば、体調が悪い、疲労がたまっているとすれば、当然集中力や周囲の状況に配慮するだけの視野が保てなくなる。

リスク分析としては、その場面にかかわっていたチームのシフトの状況（病欠などで特定の従事者に負担がかかっていないかどうか）などが対象となる。

2つめは、従事者のスキルにかかわる課題だ。スキルというと、多くの場合経験年数などが基準となり、それをもとにチーム構成が行われたりする。

だが、現場で働く従事者には、経験年数とは別に「各自の特徴」がある。職員同士のコミュニケーションは不得手でも、なぜか利用者にはとても好かれるという人材。現場での介護技能はいまひとつだが、チームをまとめる能力に秀でていうケースもある。

管理職としては、こうした各自の特徴と経験年数を3D（立体）的に評価したい。この評価をもとに、チーム・シフトごとに人材の偏りがいないかなどのリスク分析が可能になる。

●従事者の性格や個性による対応上の課題

3つめは、利用者側の課題と同様、従事者にも本来の性格や日々の生活習慣、それに基づく価値観などが業務に影響を与えることがあるということだ。

もちろん、もともとの性格などを問題視することは、従事者の人権を侵すことになりかねない。そうではなく、介護現場で生じやすいさまざまなバイアス（例、利用者や家族からの攻撃的な言動など）によって、どの程度のダメージを受けやすいかなどを理解することだ。これにより、本人をサポートするタイミングを計っていく。

たとえば、現場で何かしらのリスクが把握された（記録に残された）として、その場面にはどの従事者がいたか、その従事者によってはちょっと慰労の声かけをして、相談にのってみるという具合だ。本人が自分から相談してくるタイプではなくても、こうしたきっかけで多様な悩み事を打ち明けてくる場合もある。

これは、昨今問題化している利用者等からのハラスメントなど（従事者自らは言い出しにくいこともある）の実態把握にもつなげることができる。

◆課題分析の視点③ 現場の業務環境における課題

●業務環境における動線や死角などハード面の課題

事故・トラブルに結びつく課題として、もう1つ見落としてならないのは、環境上の課題だ。環境上の課題というと、手すりの位置であるとか、いす・テーブルの形状、ベッドの高さ、視覚障害との関係での照明の光度などが思い浮かぶだろう。

それだけではない。ハード面でいえば、利用者が円滑に移動できる動線が確保されているか、危険度の高い死角が生じる場所はないかなども重要だ。見逃しがちな備品類の破損などが事故原因となるケースもあり、メンテナンスにかかる状況把握も必要になる。また、認知症のある人にとっては、不快感を得やすい音響や臭いなどがBPSDの悪化につながることもある。

これらがリスク報告で上がった時点で、すぐに実地調査をすることが求められる。

●業務環境における「風土」等のソフト面の課題

環境上の課題は、ハード面だけではない。たとえば、職場内のコミュニケーションにかかる風土など、ソフト面の課題にも着目しなければならない。

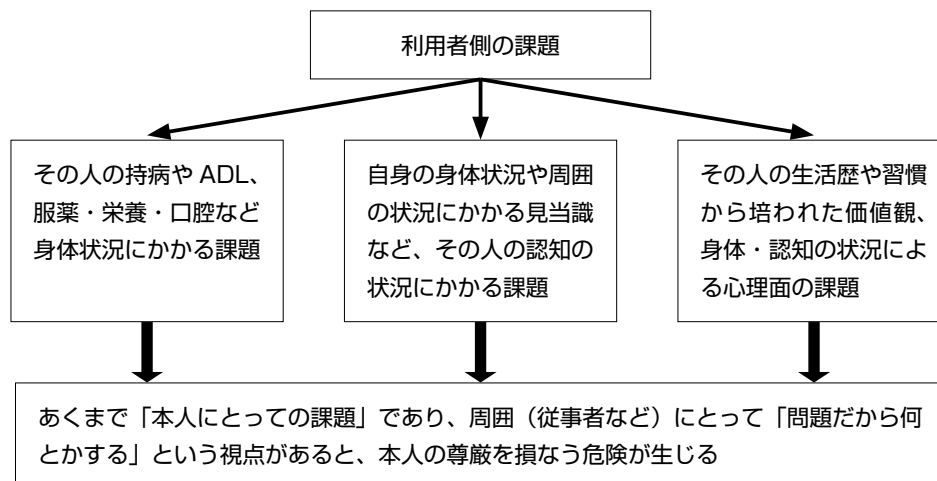
コミュニケーションというと、人間関係（つまり従事者固有）の問題と思われがちだが、実は職場内の風土が問題を助長しているケースもある。

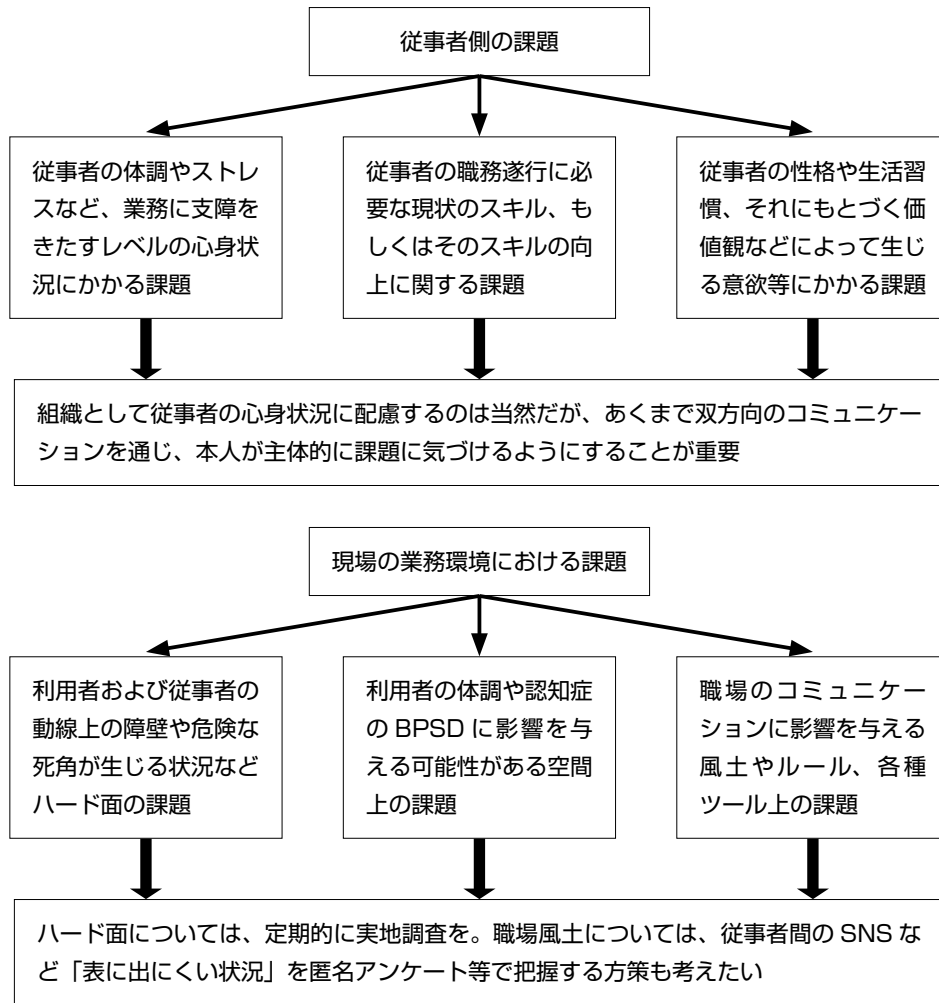
組織内には、人間関係上の問題はいくつもあるが、一つひとつ解決していくことは簡単ではない。だが、ハインリッヒの法則に従えば、「風土」に着目してリスクのすそ野を狭めることはできる。そうすることで、日々の人間関係が重大な事案（職員間のいじめ、いじめによる離職、ストレスからくる利用者への虐待など）に結びつく確率は減らせるわけだ。

たとえば、従事者間の情報共有のルールなどが定まっていないと、それがストレスを助長しやすい。発言力の強い従事者の中で、特定の従事者が疎外される危険も生じる。

そこで、情報共有のツールやルールを見直し、特定の従事者による「影のルール」がまかり通らないようにする。また、カンファレンスなど業務内での言葉づかいを「ていねい語」などに改めさせるだけで、感情的な刺激を和らげることもつながる。

図⑦ 現場で想定される「3つの課題」





第4章 それでも問題が発生した場合の事業継続に向けた対応

十分なりスク分析と、それに基づく対応を徹底させても、「軽微な事故」はどうしても起こりうる。重要なのは、仮に発生しても「結果を重大なものにしない」ことだ。これができるかどうかによって、事業継続は大きく左右される。

◆「軽微な事故・苦情」が「重大な結果」をもたらすケース

たとえば、従事者が目を離した状況で、利用者が転倒したとする。

従事者がすぐに助け起こしたところ、本人は「大丈夫」と言い、特に痛みなどの訴えもなかった。だが、本人が頭を打っていたりすれば、時間を置いて「硬膜下血腫」などで重篤な状態に陥ることもある。つまり、初動で従事者が「軽微」と判断し、医師・看護師に伝えるなど適切な対応を行なわなかったばかりに、「重大な結果」につながる可能性があるわけだ。

仮に、初動対応を怠ったことが「生命の危機」などにつながったりすれば、事業所・施設の責任が強く問われ、訴訟リスクにも発展しかねない。

苦情でいえば、施設で出される食事が「おいしくない」という訴えが利用者から寄せられたとする。この時点では「苦情」ととどまっても、それが「食欲低下」から「食事量の減少」

につながれば、中長期的には「利用者の栄養状態の悪化」というリスクにつながりかねない。

さらに、実は他の利用者も食事に対して同じ不満を抱いていたとすれば、栄養状態の悪化が施設全体に広がってしまうことも起こり得る。

つまり、一つの苦情が出た時点で、「他の利用者も感じていることではないか」という気づきから聞き取りなどを行ない、改善を講じていけば、広範に広がるリスクを最小限に抑えることができるわけだ。

このように、「軽微な事故・苦情」への対応を通じ、「重大な結果」につなげないための組織的対応について最後にふれておこう。

◆事故・トラブルの発生を想定した担当を決めておく

まず必要なのは、事故・トラブルが発生した場合の「担当」を決めておくことだ。事前に決めておくことで、現場の従事者としては「いざという時に誰に相談すればいいか」という行動様式を定めることができる。これにより、現場判断で「軽微」だからとスルーしてしまうリスクを軽減できる。また、対応の初動スピードが高まり、問題の「こじれ」を防ぐことにもなる。

●入口となる「相談対応者」を設定する

たとえば、先に述べた「転倒事故の発生」を想定してみよう。

ここで入口として求められるのは、利用者の異変の見逃しを防いだり、現場従事者に応急処置等（あるいは救急搬送等）を指示する相談対応者である。

当然ながら看護師が望ましいが、そもそも看護師が配置されていないかたたり、配置されていても時間帯によって不在というケースも多い。その場合、協力医療機関や訪問看護ステーションなどとの連携によって、電話やICT等による「現場からの相談対応」の体制だけは確保しておきたい。

問題は、「この程度のことで相談するまでもない」と、従事者が勝手に判断してしまうことだ。そこで、「どんな時に必ず相談するか」というルールを同時に設定しておくことが望ましい。たとえば、実際に「ぶつけた」「転倒した」「食事中にむせこんだ」などの相談候補の事象リストを作成し、連携する看護師と事前にすり合わせておくといいだろう。

その際、「事象の発生時に従事者が立ち会っていない」あるいは「事象が明確でない」というケースも想定する必要がある。たとえば、「本人が床で寝ているのを発見したが、転落したかどうかは本人の訴えからも明らかでない」というケース。また、「食後に口数が少なくなった」など、「何か様子を変だ」といったレベルのケース。これらも、連携する看護師とすり合わせておきたい。

看護の専門職の視点から、「実は重大な事象が起こっている可能性がある」というレクチャーを受けるだけでも、現場の気づきのスキルアップが期待できる。

●「苦情」に対しても「相談対応者」を設定したい

事故だけでなく、利用者や家族から何らかの「苦情・相談」を受けた場合でも、現場従事者から伝えるべき「相談対応者」を設定することが求められる。

この相談対応者が、「苦情」の中身・背景を整理し、第2章で述べた組織内の特別チームに委託して解決策を導き出す。そのうえで、実際に「苦情」を出した利用者や家族にリターンするという流れになる。

この場合の担当者は管理者や現場リーダーが望ましいが、現場実務にかかわることも多くどうしても手一杯になってしまう。その点を考えたとき、望ましいのは「事務方」で苦情対応専門の担当者を任用しておくことだ。

こうした担当者を専属で立てることには、以下のようなメリットがある。

- ①日々発生する多くの相談を整理し、解決にふさわしい部署はどこか、訴えを発した利用者・家族にどうリターンするかといったフローを構築しやすい。
- ②現場から一歩離れることにより、たとえば特定の従事者に寄せられた苦情についても、その背景などを客観的に分析する立場に立ちやすい。
- ③事務方と現場をつなぐ「架け橋」として、「事務方は現場のことを分かっていない」といった組織内の不満を解消することにつながる。

もちろん、この場合の「相談担当者」については、ただ相談が寄せられるのを待っているだけでなく、現場に出て記録をチェックするなどの実務権限を付与したい。これにより、現場従事者が「苦情」と気づいていなくても日々の「訴え」の中に「苦情の要素が含まれている」ことを把握できる。

●「事故・苦情の発生」に際しては、組織内で対応を分担

さて、入口となる「相談対応者」の他に、組織内ではいくつかの「担当」を決めておきたい。これらの「担当」は、内部調査と外部との折衝に携わる。

たとえば、「内部調査」でいえば、事故の場合は「その事故に立ち会った従事者への聞き取り」を行う担当（従事者へのケアは、できれば別の担当が望ましい）。苦情の場合は、「相談対応者」が受けた苦情が「他の利用者にも共通のものであるかどうか」を利用者・家族から聞き取ったりアンケートを行ったりする担当となる。なお、この苦情の場合の調査については、先の「相談担当者」が兼務する形でも構わない。

なお、事故の場合には、①当事者の家族等への連絡・対応を行う担当、②保険者等に事故報告を行なう担当も定めておきたい。

これ以外に、後々補償の事案が生じた場合を想定し、事務方で法務に詳しい担当者を立てる。できれば、日頃から提携する法律関係者と連携しておくことが望ましい。

これらの担当は、機動力を考慮して、各1名ではなく主担当・副担当のペアとしたい。

また、所長・幹部クラスが全体を統括する立場に立つようにする。統括者は、随時「事故にかかる記録」の作成・保存を現場に指示することも必要だ。

この記録の整備が、家族等との折衝で極めて重要になる。仮に訴訟などに至った場合は、記録が適正に保管されているかによって係争のあり方が大きく左右されることも多い。

◆事態収拾後の「検証」と「再発防止」について

軽微であっても、実際に「事故・苦情」が発生した場合、それを生じさせているリスクがまだ現場に残存している可能性が極めて高い。これを放置すれば、同様の事故・苦情が短期間で連鎖することも十分に想定される。

事故の連鎖は「リスクのすそ野」が拡大することを意味する。ハインリッヒの法則に則れば、近い将来に「甚大な事故・（苦情等による）トラブル」が発生する懸念が高まるわけだ。

そこで、事故・苦情が発生したら、その事象そのものが解決したとしても、対応チームを中心に継続的に原因分析を行うことが欠かせない。この継続的な原因究明に努めることは、当事者・家族への説明責任の質を高めることにもつながる。すぐに完全究明が困難な場合でも、折衝担当を立てて、随時調査の経過報告を行うことが望まれる。

そもそも介護事故・（苦情等による）トラブルが当事者・家族側の訴訟に発展するというのは、その背景にかかる情報公開がうまく行っていないからに他ならない。当事者・家族としては、「事業者側に任せても究明は期待できない」という意識から第三者（つまり法的機関など）に頼るわけで、その心理をきちんと理解して対応することが必要だ。

