

ケアリスクマネジメント自己評価の意義についての考察

照井 孫久*

A Study on Effectiveness of Care Risk Management

Magohisa TERUI[†]

[†]Department of Human Education, Faculty of Human Studies, Ishinomaki Senshu University, Ishinomaki 986-8580, Japan

Abstract

In this study, I carried out the investigation about the frequency of accidents (64 items) in 72 nursing facilities, and questionnaire survey about the practice of the risk management (81 items) for 1,278 staffs. Five clusters were extracted by cluster analysis of the risk management practice. And I examined the influence that the risk management practice gave to an accident incidence by the comparison of a cluster and the frequency of accidents. The result showed that the correlation of risk management practice and accident incidence was restrictive.

1 はじめに

高齢者等のケアに関わる職場では、利用者の転倒・転落、誤嚥・誤飲、薬の誤配、褥瘡、感染症などの様々な事故が発生する可能性がある。そのため、これらのケアリスクに対応することを目的に、ケアの現場ではヒヤリハット報告、および事故の原因の究明と対応策の実践などからなるリスクマネジメントに取り組んでいる。

リスクマネジメントの定義については、「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」⁽¹⁾として理解されるが、ケアのリスクに焦点を当てた議論においては、菊池はリスクマネジメントにおける組織管理とケアの質の向上への取り組みの2点をあげ、特にケアの質の向上の重要性を指摘している⁽²⁾。また、前田等は、介護における事故発生の予防を重視する立場から「介護過誤の防止や、不可抗力の事故の拡大防止を目的に実施する取り組み、安全管理」⁽³⁾を強調し、柴尾は介護の現場における実践の視点から「リスクの的確な把握による入念な対策と、起こってしまった事故への迅速、的確な解決への取り組みであるダメージコントロールという予防と事故対応の二つの側面をもつ」⁽⁴⁾としている。

このようなケアのリスクマネジメントについて、厚生労働省社会・援護局福祉基盤課は平成14

年に①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を未然に回避する、②リスク発生の原因と対応の方法に関しては個別性が高いため、それぞれの施設において十分な検討と創意工夫を必要とするという二つの基本的視点からなる「クオリティインプループメント」⁽⁵⁾の必要性を示している。このクオリティインプループメントの視点はケアの現場における重要な理念となりえるものであったが、介護事業所の実践レベルでは、事故の発生とケアの質の関係が複雑かつ抽象的でわかり難いため一般には浸透しにくいという側面があった。

現在、ケアのリスクマネジメントの実践に関連する書籍は数多く出版されている。それ以外にもインターネット等で一般に公表されている資料もあり、全国社会福祉協議会による『指定介護老人福祉施設における介護事故発生防止等に向けた指針策定にあたって(全国経営協版)』、平成21年の全国有料老人ホーム協会による『介護事故発生ゼロをめざすケアリスクマネジメントハンドブック』など介護事故に対応するためのリスクマネジメントマニュアルを多数見出すことができる。これらのケアリスクマネジメントマニュアルの内容は、リスクアセスメント、事故及びヒヤリハットの原因分析、対応方法の検討と対応の実践、実践

[†]石巻専修大学人間学部人間教育学科

ケアリスクマネジメント自己評価の意義についての考察

の経過及び結果の評価のプロセスからなり、多くの場合、リスク対応マニュアルの作成方法や、リスクに対応するための組織の在り方にも触れている。

これらのマニュアルを参考にしながら実践されている介護サービス事業所におけるリスクマネジメントへの取り組みが十分な成果を上げているかどうかという点については、「体制やしくみを構築していたとしても、運用上うまくいっていないとかうまく機能していない」⁽⁶⁾可能性があるという東京都保健福祉局の指摘も見られるように、いくつかの問題点を抱えているものと考えられた。このような問題が発生する背景について照井⁽⁷⁾は①リスク要因の整理とリスク発生に関するデータの蓄積、及びデータの分析に関するリスクアセスメントの課題、②ケアリスク要因の確定が困難な状況の中でネガティブな結果を全面的な否定により、ケアのポジティブな側面を否定してしまう可能性と、リスクの受け入れ拒否による新たなリスク発生の可能性に関わるリスク対応実践の課題、③ケアの提供者、サービス利用者、利用者の家族、医療・行政などの地域関係者によるリスク対応のためのリスクコミュニケーションの課題を指摘している。

以上のように、「クオリティインブルーメント」のアプローチは理念として重要な意味を持つが、それを実践に移すことは非常に難しく、ケアのためのいくつかの「リスクマネジメントマニュアル」については、一見わかりやすい構成になっているが、十分な成果を上げているかどうかという点については、明確にはなっていないという課題が存在するものと考えられた。これらのリスクマネジメントの課題に対応するためには、高齢者介護施設におけるリスクマネジメントへの取り組み状況を明らかにすることが重要であると考えられた。

介護事業所におけるリスクマネジメントの状況を明らかにするための手法としてはケア事業所における業務分析、リスクマネジメント担当者に対するインタビュー調査の実施、介護職員に対するアンケート調査などが考えられた。これら取り組みのなかで介護事業所における業務分析の実施は事業所の負担が大きく、多くの事業所からの協力

を得ることが困難であることが、インタビュー調査においては、調査対象事業所の数が極少数に限られてしまうことなどの問題が予想された。そのため、本研究においては介護サービス事業所におけるリスクマネジメントへの取り組みの状況を明らかにし、より効果的なリスクマネジメントの在り方を考察することを目的に職員に対するアンケート調査を実施することとした。

2 リスクマネジメントの可能性についての予備的考察

リスクマネジメントの課題については、先に述べたようにアセスメントの課題、対応実践の課題、リスクコミュニケーションの課題などをあげることができる。これらの問題については、後述のアンケート調査の分析と考察の中でふれるが、リスクマネジメントの課題を考察するにあたり、事故をどのように捉えるかという点と、安全性の確保すなわちセーフティマネジメントという二つの視点について予備的に考察しておくこととする。

(1) 事故のモデル

一般に、リスクマネジメントはリスクアセスメント、事故の原因分析、事故対応の方法検討と実践、評価からなると考えられている。リスクアセスメント及び事故の原因分析に関連して、デッカーは「事故の原因を探るとき、意識していようとまいと、あなたは何か一つの”事故モデル”を適用して、事故を分析し、理解している」⁽⁸⁾とし、事故のモデルを次のように示している。

i) 事故の連鎖モデル (The sequence-of-events model)⁽⁹⁾

このモデルは、破綻へとつながった事象の連鎖として事故を表現するものであり、ドミノモデルと呼ばれることもある。事故連鎖モデルでは、事故の連鎖の中の一つを取り除くか、連鎖のドミノの間にバリアを挿入することによって、連鎖を断ち切ることで事故を防ぐことができるとする。連鎖モデルは事故の原因が何であるかを比較的単純に示すことができるように思われるが、次のような問題が存在する。①無数の要因の中から、ある事象の原因となっていると思われる事象を選ぶことは主観的にならざるを得ない。②同じトラブルが同じ連鎖で発生することは皆無に近く、何の手

を打たなくとも大差無い。③事象の連鎖モデルは、社会的な組織的のように複雑なシステムを扱うには直線的・直接的で、狭く、不完全である。

ii) 疫学モデル (The epidemiological model)⁽¹⁰⁾

このモデルは、人間の活動における意思決定から始まり、業務手順、そして様々な関連機材の設計にいたるまで、物事の背後に隠れている潜在的な問題が事故に関係することを示そうとする。

疫学モデルは、原因の連鎖ではなく関係性を重視し、それはさまざまな要因の複雑なつながりを調べることにより問題点を探しだそうとするものであり、潜在的な事故の原因探索においてあらゆるものが組織内の潜在的な問題の原因として解釈される。このモデルではある意味で後付け的な解釈にならざるを得ず、事故の後に残された「残骸」の中から潜在的な問題を見つけることはできるが、このモデルを使って具体的な事故への対処方法を確定することは困難である。

iii) 相発的モデル (The systemic model)⁽¹¹⁾

相発的モデルは、システムの要素やプロセスそれぞれの内部に発生する失敗よりも、要素やプロセスの「相互作用」から発生する創発的なものとして事故をとらえる。すなわち、事故はシステム内の通常機能から起こるのであり、要素とプロセス間の相互作用を適切に制御できないところから発生するとする。しかしながら、「不適切な制御」を定義することは難しく、複雑なシステムにおいては、相互作用をモデル化することは困難である。不適切な制御は多くの場合、システムの通常機能の副産物として生じたものであり「成功と失敗の境界線は紙一重」である。

以上のように、デッカーは事故の連鎖モデルでは複雑な事故発生の複雑なプロセスを十分説明することは困難であり、疫学モデルでは潜在的な問題の原因を探索することは可能であるが、それは後付け的な解釈に過ぎない場合が多く、現実的な事故への対処方法を確定することは困難であるとしている。連鎖モデルと疫学モデルが、事故発生を直線的な因果関係により説明使用と試みるのに対し、相発的モデルでは直線的な因果関係に頼らず、関係する要素同士の相互作用による説明を試みるものであり、複雑な事故発生のメカニズムに近づくことが可能となるとしている。

(2) セーフティマネジメントの視点

安全についての一般的な定義は「さまざまな危険から免れている安らかな状態」⁽¹²⁾として示される。安全(以下においては「安全」と「セーフティ」の用語を同意で併用する)についての技術的な観点からは JISZ8115: SA1 において「人への危害または資材の破損の危険性が、許容可能な水準に抑えられている状態」と定義されている。また、ヘルスケアリスクマネジメントの問題へ取り組んでいるエリック・ホルナゲルは単純で汎用性の高い定義として「安全はインシデントや事故などの望ましくないアウトカムが存在しないこと」⁽¹³⁾をあげている。

ここで、安全と対比されるリスクの定義についてはリスクマネジメントの国際規格である ISO31000 において「目的に対する不確かさの影響」⁽¹⁴⁾と示されるように、ポジティブな影響とネガティブな影響の両方の可能性を含むのに対して、セーフティについてはネガティブな影響を許容範囲に抑えるという観点に立つものであると理解される。リスクはポジティブな影響とネガティブな影響の双方に言及しているのに対して、セーフティではポジティブな影響とリスクの一部に言及するものであるために、両者は厳密には逆の概念と言うことはできない。この点に留意しながらホルナゲルのセーフティマネジメントについての議論を見てみると以下ようになる。

(3) ホルナゲルによる「安全」の歴史的な変遷

i) 技術の時代⁽¹⁵⁾

18世紀の後半から1970年代まで主に蒸気機関を中心とする技術が十分に洗練されておらず、その信頼性は低いものであった。安全のための関心事は、「機械を保護し、爆発を防ぎ、構造物が崩壊しないようにする」ための技術的な方法を見いだすことであった。第二次大戦以降は、新しい科学技術の発展により、大規模で複雑な技術システムの構築が可能となったため、特定の望ましくない状態につながるかもしれない一連の事象の形式的記述によるフォールトツリーの手法が開発されるにいたった。この時点では、事故は、システムが正常に機能しているのに、予期しない事象が生じたときに始まるものとして捉えられていた。

ケアリスクマネジメント自己評価の意義についての考察

ii) 人的要因の時代⁽¹⁶⁾

1979年に発生したスリーマイル島原子力発電所の惨事はリスク源を押さえることにより産業システムの安全性を効果的に管理できるという理論の限界を示した。スリーマイル島の事故は、それまでのアプローチにはヒューマンファクターが欠けていることを明らかにし、1940年代の後半から開発されてきた確率論的リスク評価（PRA：Probabilistic risk assessment）の手法をヒューマンファクターの問題を含むように拡張することにより、人間信頼性評価（HRA：Human Reliability Assessment）の手法が開発されることとなった。HRAの利用は、原子力発電所の安全の標準的な分析とされるようになったが、多大な努力にもかかわらず、十分に標準化された手法を見いだすことができず、異なった手法で得られた結果間の妥当な合意を得ることもできなかった。

iii) 安全マネジメントの時代⁽¹⁷⁾

1990年代の後半以降、ヒューマンファクターの理論における規範論的アプローチ、たとえば、「単に個人を技術に適合させること（古典的な人間工学と、人間と機械のインタラクションデザイン）によって健康や安全を保証できる」という考えに対する疑問が高まった。1986年に起こったスペースシャトル「チャレンジャー号」の事故やチェルノブイリ原子力発電所の事故は、PRA-HRA方式や無数の「ヒューマンエラー」手法を含む樹立されたアプローチには限界があることを示した。その結果、ヒューマンファクターに加えて組織についても考慮しなければならないと考えられるようになり、高信頼性組織（HRO：High Reliability

Organization）⁽¹⁸⁾の研究者からは、非線形の機能（non-linear functioning）を有していて密接に結合した技術組織を運用するのに必要な組織プロセスを理解することが重要であるという主張がなされるにいたった。

(4) セーフティⅠとセーフティⅡ

以上のような安全へのアプローチの歴史的な経緯を踏まえながら、ホルナゲルは「表1 Safety-IとSafety-IIの比較」に示すようにセーフティⅠとセーフティⅡの二つのアプローチの可能性を示している。セーフティⅠのアプローチでは、人間をリスク要因と見なし、できるだけ人間の失敗を減らすことを目指すものと言える。これに対してセーフティⅡのアプローチでは、人間を柔軟性とレジリエンスの必要要素と見なし、失敗ではなくうまくいっていることに焦点をあて、成功の数を増やすことを目指すものである。このような視点は本稿の「はじめに」で示した、クオリティインプラメントのアプローチとも重なる部分が多いように思われる。セーフティⅠはこれまで行われてきた一般的なリスクマネジメントを含み、セーフティⅡは新たなアプローチを目指すものとして理解することも可能であるが、ホルナゲルは、二つのアプローチは対立するものではなく、相補的な見方であることを強調している⁽¹⁹⁾。

以上により、デッカーの事故の理解に関する「事故の連鎖モデル」「疫学モデル」「相対的モデル」と、ホルナゲルによるセーフティマネジメントのアプローチ「技術の時代」「人的要因の時代」「安全マネジメントの時代」との間には、それぞれ一

表1 Safety-IとSafety-IIの比較⁽²⁰⁾

	Safety-I	Safety-II
安全の定義	失敗の数が可能な限り少ないこと	成功の数が可能な限り多いこと
安全管理の原理	受動的で、何か許容できないことが起こったら対応する	プロアクティブで、連続的な発展を期待する
事故の説明	事故は失敗と機能不全により発生する 事故調査の目的は原因と寄与している要素を明らかにすることである	物事は結果にかかわらず基本的には同じように発生する。事故調査の目的は、時々物事がうまくいかないことを説明する基礎として、通常どのようにうまくいっているかを理解することである
ヒューマンファクターへの態度	人間は基本的に厄介で危険要因である	人間はシステムの柔軟性とレジリエンスの必要要素である
パフォーマンスの変動	有害であり、できるだけ防ぐべきである	必然的で、有用である。 監視され、管理されるべきである。

定の関連性を認めることができると考えられた。また、事故発生メカニズムについては直線的な因果関係による理解よりも、システム論に基づいた相発的モデルによる理解の方が有効であるという指摘を確認するとともに、リスクマネジメントにおける組織論の重要性、及びセーフティⅡへのアプローチの可能性についての重要な示唆を得ることができた。

3 リスクマネジメントに関する調査

(1) アンケート調査の目的

介護サービス事業所におけるリスクマネジメントへの取り組み状況、及びケアの自己評価等に関する現状を明らかにし、より効果的なケアリスクマネジメントの在り方を考察するための基礎的な資料を得ることを目的に、介護サービス提供事業所の職員を対象とするアンケート調査を実施した。

(2) 調査の方法

i) 実施時期

2015年7月1日～2015年11月30日

ii) 対象者

表2に示めす高齢者介護サービス事業所、および高齢者介護サービス事業所の職員 1,278名

iii) 調査の内容

<調査1：事業所におけるリスク発生状況（64項目）>

高齢者介護施設におけるリスクの発生状況を確認するために、「ケアリスクアセスメント表」により事業所ごとに調査日から遡って3カ月間のリスク発生件数の確認を行った。この調査では照井(2015)⁽²¹⁾を参考にリスク発生の可能性があると考えられる以下の項目を調査項目として使用した。日常のケアの場面にかかわるリスク（12項目）、看護ケアにかかわるリスク（13項目）、認知症等精神的な障害にかかわるケア（8項目）、栄養管理にかかわるリスク（5項目）、利用者の私物・財産管理にかかわるリスク（3項目）、職員の不適切な行為にかかわるリスク（4項目）、主に利用者が原因となるリスク（2項目）、利用者の死亡にかかわるリスク（3項目）、ケア提供事業所の管理運営にかかわるリスク（13項目）、事業所の運営にかかわるリスク（2項目）

<調査2：職員に対するアンケート調査>

①基本属性

回答者の基本属性については、性別、年齢、職種、経験年数についての質問を行った。

②リスクマネジメントへの取り組みの実施状況

リスクマネジメントへの取り組み状況を明らかにするために照井(2016)⁽²²⁾、小林⁽²³⁾を参考に以下のように11カテゴリー、65項目のアンケート用紙を作成した。

組織体制整備：RMの明確な位置づけ、職員の適正配置、役割分担が明確、責任体制が明確、RM関連の委員会設置、RM担当者配置、コンプライアンスの確立、内部監査体制強化、苦情対応システム、個人情報規定職員へ周知、職員の自由な意見交換、上司のサポート有り、事故の関係者への支援、SV体制有り、コンサル活用、職業倫理の徹底、安全チェックリスト活用／外部機関との連携：外部機関との連携、第三者評価活用、防災の地域連携／研修体制の確立：組織的な研修体制、職種間連携強化取組、リスク理解の共有、事故防止の研修有り、QC活動を実践、事例検討会実施、KYTを実施／リスクアセスメント：施設全体のリスクアセスメント実施、利用者のリスクアセスメント実施、災害のリスクアセスメント実施／現状把握と問題対応のための記録の活用：事故報告と記録の活用、ヒヤリハットの記録と活用、苦情等の記録と活用／ネガティブリスクの要因分析：事故原因分析でケ記録活用、事故原因分析の会議開催、4M4E分析実施、SHELL分析実施、RCA分析実施、事例検討にリスク分析実施、事故発生の頻度を検討／対応策の検討：対応方法検討からマニュアルへ、事故対策ツール活用／リスクコントロールとモニタリングの実践：リスク対応への取り組み、モニタリング、ケアの質の向上への取組、CMの中にRM位置づけ、リスク情報の共有、チームワーク強化への取組、利用者とのコミュニケーション、RMの成果評価実施／リスクコミュニケーション：意図的なリスクコミュニケーション、インフォームドコンセント、家族地域への情報提供／保険対応：損害保険によるリスク対応／運営上の課題対応：資格による専門性向上、職種の業務範囲の明確化、職種を超えた連携

アンケートでは以上の項目について「十分に取

ケアリスクマネジメント自己評価の意義についての考察

り組んでいる」「概ね取り組んでいる」「どちらとも」「あまり取り組んでない」「取り組んでいない」の5つの選択肢による回答を求めた。

③チームケアの質の自己評価（16項目）

チームケアの質の自己評価については、照井(2006)⁽²⁴⁾による「認知症チームケア自己評価モデル(DTC-SEM)」を用いた。以下に示す6カテゴリー、16項目の質問項目について事業所の職員から「はい」「どちらかというとそのとおり」「どちらとも」「どちらかというといいえ」「いいえ」の選択肢による回答を得た。

指導体制：新任職員指導担当者明確、職員研修プログラム有り、プロ意識強化の指導／研修の在り方：カンファレンスを研修で活用、職員の自主的な勉強会／連絡と報告：スタッフ間の情報共有、日誌等の活用検討、記録と口頭連絡の徹底／目的の共有：個別援助目標を共有、チーム目標の確認、チームへの主体的な関わり／適切な役割分担：バランスの良い職員配置、人間関係良好、スタッフ間の信頼関係／個人の尊重：個性を認め合う雰囲気、全員が意見を言える

iv) 実施方法

アンケート調査は次の要領で実施した。①事業所への調査資料を郵送により配布する。②事業所の担当者が、職員へ調査資料を配布する。③職員は回答を記入後、小封筒に入れ担当者へ渡す。④事業所の担当者は、施設における事故等の発生状況に関して「ケア事業所リスクアセスメント表」へ回答を記入する。⑤事業所の担当者は職員の回答、施設における事故発生状況調査票、「ケア事業所リスクアセスメント表」を取りまとめ調査者へ返送する。

v) 結果の概要

事前にアンケート調査の主旨を説明し協力を得ることができた岩手県、山形県、宮城県、愛媛県に所在する72の高齢者介護サービス事業所にアンケート調査表を郵送し、「表2 事業所の数と回答者数」に示すように1278の回答を得ることができた。この回答のなかで、「リスクマネジメントチェックリスト」「DC-SEM」「DTC-SEM」の88項目のうち、未回答の項目が20%以上であった147の回答を削除し、残りの1131を有効回答とした。

表2 事業所の数と回答者数

事業所種別	事業所数	回答者数
デイサービス	14	214
グループホーム	20	182
訪問介護	3	115
軽費老人ホーム	1	10
小規模多機能	10	93
特別養護老人ホーム	12	396
老人保健施設	12	268
合計	72	1278

(3) 調査結果

i) 回答者の基本属性

アンケート調査への回答者の性別については「女性」が827(73.1%)、「男性」が274(24.2%)、「無回答」が30(2.7%)であった。年齢については「18才～19才」が28(2.5%)、「20才～29才」が262(23.2%)、「30才～39才」が290(25.6%)、「40才～49才」が247(21.8%)、「50才～59才」が211(18.7%)、「60才以上」が72(6.4%)、「無回答」が21(1.9%)であった。

勤務する事業所での職種については「施設長・副施設長」が21(1.9%)、「事務担当職員」が19(1.7%)、「介護職員」が800(70.7%)、「看護職員」が111(9.8%)、「介護支援専門員」が37(3.3%)、「ソーシャルワーカー(相談員)」が24(2.1%)、「理学療法士」が5(0.4%)、「作業療法士」が13(1.1%)、「栄養士」が15(1.3%)、「調理員」が32(2.8%)、「その他」が30(2.7%)、「無回答」が24(2.1%)という結果が得られた。経験年数については、「2年未満」が216(19.1%)、「2年～3年」が137(12.1%)、「4年～5年」が153(13.5%)、「6年～8才」が164(14.5%)、「9年～10年」が137(12.1%)、「11年以上」が301(26.6%)、「無回答」が23(2.0%)という結果が得られた。

ii) リスクマネジメントへの取り組み状況

リスクマネジメントへの取り組み状況については、65項目、11カテゴリーの質問項目への回答について、「十分に取り組んでいる」を5、「概ね取り組んでいる」を4、「どちらとも」を3、「あまり取り組んでない」を4、「取り組んでいない」を1としてカテゴリーごとに平均得点を計算することに

表3 リスクマネジメントへの取り組み

取り組み内容	平均値	標準偏差
組織体制	3.54	0.65
外部連携	3.46	0.88
研修体制	3.42	0.71
リスクアセスメント	3.35	0.80
記録活用	4.08	0.73
要因分析	3.49	0.77
対応検討	3.22	0.95
対応実践	3.52	0.72
リスクコミュニケーション	3.26	0.85
保険対応	3.66	1.32
運営課題対応	3.62	0.85

より「表3リスクマネジメント」のような結果を得ることができた。この結果、各事業所におけるリスクマネジメントへの取り組みでは、ヒヤリハットや事故報告などの「記録活用」は4.08で比較的良く行われているが、具体的な対応策の検討やマニュアル作成に関わる「対応検討」は3.22と最も低い得点となっている。このことは、事業所ではヒヤリハットや事故報告などの書類の整備は行われているが、それらのデータを活用した対応策の検討やマニュアルへの反映が効果的に行われていない可能性を示すものと推測された。また、全体的には「リスクコミュニケーション」のための取り組みについても3.26で相対的に低い数値を示している。

iii) チームケアへ状況

チームケアの状況に関する調査結果については、「はい」を5、「どちらかというとそのとおり」を4、「どちらとも」を3、「どちらかというといいえ」を2、「いいえ」を1として、カテゴリーごとの平均得点を計算した。その結果については「表4チームケアの状況」に示すように「連絡と報告」に関する得点が4.1で最も高くなっており、「研修のあり方」と「バランスの良い職員配置」が3.49で相対的に低い結果となっている。

iv) 事故等の発生状況

職員のアンケートへの回答があった72事業所のうち50事業所から、直近3ヶ月間の事故の発生状況、およびリスク発生要因の状況について回答

表4 チームケアの状況

チームケアの状況	平均値	標準偏差
指導体制	3.67	0.88
研修のあり方	3.49	0.93
連絡と報告	4.01	0.78
目的の共有	3.61	0.88
バランスの良い職員配置	3.49	0.88
個人の尊重	3.55	0.96

を得ることができた。その結果から、一ヶ月、利用者一人当たりの事故発生率を計算することにより「表5一カ月一人当たりの事故等の発生率」を得ることができた。

リスク要因の発生率については転倒(25.18%)が最も高く、以下5%以上のものをあげると、護拒否(21.31%)、徘徊(19.15%)、不穏興奮(17.33%)となっている。以下5%以上の項目をあげると、利用者トラブル(15.54%)、妄想幻覚(13.93%)、原因不明の傷(13.70%)利用者暴力(13.63%)、家族要望対応(11.51%)、皮膚疾患(9.76%)、疼痛(9.61%)、転落(9.20%)、クレーム(8.84%)利用者間トラブル(8.68%)、職員腰痛(8.50%)、薬の誤配(8.11%)、嚥下困難(7.61%)、誤嚥誤飲(6.98%)、異食(6.62%)、暴力行為(6.61%)、脱水症(6.41%)、設備備品管理(6.36%)、移乗移動事故(5.79%)、私物盗難(5.66%)、デイスン送迎時事故(5.17%)という結果が得られている。

4 事業所のタイプと事故発生確率

リスクマネジメントへの取り組みを示す11のカテゴリーとチームケアの状況を示す6つのカテゴリーについて、事業所ごとに平均得点を算出した結果について、Ward法(測定方法は平行ユークリッド距離、ケースごとのZ得点を使用)により、クラスター分析を行った結果「表6 リスクマネジメントおよびチームケアのクラスター分析」を得ることができた。

各クラスターの特徴を見てみると、cluster1はほぼ平均値に近い値を示しているが、「外部連携」で低い得点となっている。cluster2ではチームワークに関連する「個人の尊重」「バランスの良い職員配置」「目的の共有」「連絡と報告、指導体制」「運営課題への対応」「保険対応」で平均より低い

ケアリスクマネジメント自己評価の意義についての考察

表5 一か月一人当たりの事故等の発生率

リスク要因	平均値(%)	標準偏差	リスク要因	平均値(%)	標準偏差	リスク要因	平均値(%)	標準偏差
r1転倒	25.18	0.0326	r2インシュリン	3.94	0.0087	r6人権侵害	0.24	0.0011
r1転落	9.20	0.0097	r2薬物アレルギー	0.67	0.0018	r7利用者間トラブル	8.68	0.0279
r1誤嚥誤飲	6.98	0.0093	r2バイタルサイン	4.14	0.0069	r7利用者暴力	13.63	0.0479
r1車いす操作ミス	3.23	0.0053	r3徘徊	19.15	0.0483	r8介護事故死亡	1.14	0.0052
r1移乗移動事故	5.79	0.0068	r3行方不明	2.91	0.0045	r8自殺	0.21	0.0011
r1入浴事故	3.85	0.0062	r3不穏興奮	17.33	0.0331	r8不審死	0.13	0.0009
r1入浴中溺水	0.59	0.0025	r3利用者トラブル	15.54	0.0327	r9家族要望対応	11.51	0.0250
r1排泄ケア	4.08	0.0065	r3異食	6.62	0.0108	r9クレーム	8.84	0.0111
r1衣類着脱	2.59	0.0041	r3妄想幻覚	13.93	0.0265	r9利用契約トラブル	1.53	0.0054
r1爪切り整容	4.67	0.0069	r3暴力行為	6.61	0.0424	r9金銭管理トラブル	1.61	0.0054
r1原因不明の傷	13.70	0.0290	r3介護拒否	21.31	0.0524	r9家族連絡トラブル	4.81	0.0085
r1ティ送迎時	5.17	0.0174	r4嚥下困難	7.61	0.0090	r9職員ストレス	3.48	0.0072
r2薬の誤配	8.11	0.0108	r4経管栄養	4.24	0.0060	r9職員腰痛	8.50	0.0101
r2褥瘡	4.02	0.0048	r4食中毒	0.98	0.0051	r9職員けが	3.05	0.0057
r2感染症	3.43	0.0059	r4ノロウイルス	1.51	0.0058	r9職員交通事故	2.87	0.0059
r2脱水症	6.41	0.0085	r4栄養障害	3.31	0.0063	r9設備備品管理	6.36	0.0107
r2皮膚疾患	9.76	0.0120	r5私物盗難	5.66	0.0112	r9訴訟	0.36	0.0016
r2膀胱カテーテル	4.59	0.0084	r5利用料トラブル	2.77	0.0068	r9職員間セクハラ	0.65	0.0022
r2人工肛門	1.50	0.0040	r5預り金	0.88	0.0027	r9職員間パワハラ	0.41	0.0018
r2酸素	2.06	0.0039	r6職員による虐待	0.17	0.0010	r10介護職員不足	3.89	0.0066
r2人工呼吸器	0.84	0.0036	r6拘束抑制	0.56	0.0028	r10職員不祥事	0.13	0.0009
r2疼痛	9.61	0.0150	r6セクハラ	0.30	0.0015			

表6 リスクマネジメントおよびチームケアのクラスター分析

クラスター	組織体制	外部連携	研修体制	リスクアセスメント	記録活用	要因分析	対応検討	対応実践	リスクコミュニケーション	保険対応	運営課題対応	指導体制	研修のあり方	連絡と報告	目的共有	バランスの良い職員配置	個人の尊重
cluster1	3.50	3.22	3.46	3.33	4.13	3.58	3.27	3.61	3.33	3.98	3.75	3.65	3.59	4.18	3.78	3.42	3.43
cluster2	3.46	3.70	3.41	3.39	4.18	3.46	3.17	3.43	3.19	3.60	3.40	3.28	3.29	3.74	3.43	3.36	3.43
cluster3	3.61	3.46	3.56	3.38	4.31	3.47	3.09	3.57	3.15	3.83	3.79	3.98	3.71	4.24	3.87	4.16	4.23
cluster4	3.68	3.85	3.52	3.51	4.14	3.46	3.36	3.59	3.26	4.19	3.70	3.96	3.60	3.89	3.42	3.35	3.39
cluster5	3.66	3.85	3.28	3.11	3.86	3.27	3.03	3.35	3.21	4.24	3.65	3.72	3.67	4.16	3.78	3.66	3.77
平均	3.58	3.62	3.45	3.34	4.12	3.45	3.18	3.51	3.23	3.97	3.66	3.72	3.57	4.04	3.66	3.59	3.65

得点となっている。cluster3では「個人の尊重」「バランスの良い職員配置」で特に高得点を示しており、さらに「指導体制」「連絡と報告」「研修の在り方」でも平均を上回っている。cluster4では「外部連携」「指導体制」「保険対応」で少し平均を上回っており、「バランスの良い職員配置」「目的共有」「連絡報告」で少し平均を上回っている。

ここで一人当たりの事故等の発生率について、5つのクラスターを水準とする1要因の分散分析を行い、次いでTukey HSDによる多重比較を行うことにより「表7 施設取り組みを要因とするリスク発生率の分散分析」を得ることができた。

クラスター間の有意差を見てみると、「褥瘡」では cluster5 < cluster2、「介護拒否」では cluster1 < cluster3、「栄養障害」では cluster1 < cluster3、利用者暴力では cluster4 < cluster3、介護職員不足では cluster1 < cluster3 となっている。この

ことは、「褥瘡」以外の「介護拒否」「栄養障害」「利用者暴力」「介護職員不足」の項目ではすべて cluster3で有意にリスク要因の発生率が高くなることを示している。

以上の分析結果について、次の点に留意しておく必要があるものと考えられる。第一に、「介護職員不足」以外の項目のF値は3以下であり、クラスター間の有意差もごく一部に限られていること、第二に、65項目のリスクにかかわる要因のなかで、有意差を確認することができたのは僅かに5項目であったことがあげられる。このような結果が生じた原因として、①リスクが高まる要因と事業所における取り組みは直接的な関連性が低い可能性、②事業所内の取り組みが十分な効果を上げていない可能性、③リスクマネジメントへの取り組みの測定方法が不十分である可能性などが考えられた。

表7 施設取り組みを要因とするリスク発生率の分散分析

項目	クラスター	n	平均	標準偏差	F 値	P 値	多重比較
褥瘡	cluster1	18	0.0039	0.0040	2.953	.030	*]
	cluster2	8	0.0067	0.0058			
	cluster3	8	0.0065	0.0065			
	cluster4	9	0.0027	0.0036			
	cluster5	7	0.0000	0.0000			
介護拒否	cluster1	18	0.0097	0.0144	2.848	.035	*]
	cluster2	8	0.0325	0.0566			
	cluster3	8	0.0702	0.1075			
	cluster4	9	0.0049	0.0053			
	cluster5	7	0.0035	0.0070			
栄養障害	cluster1	18	0.0039	0.0070	2.746	.040	*]
	cluster2	8	0.0010	0.0014			
	cluster3	8	0.0088	0.0089			
	cluster4	9	0.0003	0.0009			
	cluster5	7	0.0020	0.0052			
利用者暴力	cluster1	18	0.0066	0.0110	2.810	.036	*]
	cluster2	8	0.0071	0.0080			
	cluster3	8	0.0618	0.1118			
	cluster4	9	0.0012	0.0022			
	cluster5	7	0.0000	0.0000			
介護職員不足	cluster1	18	0.0016	0.0020	3.930	.008	*]
	cluster2	8	0.0024	0.0029			
	cluster3	8	0.0112	0.0116			
	cluster4	9	0.0043	0.0055			
	cluster5	7	0.0026	0.0070			

*は $p < 0.05$ で有意

5 まとめと考察

介護サービス事業所において発生する確率が高いリスク要因として転倒、護拒否、徘徊、不穏興奮、利用者間のトラブルなどが上位にあげられており、介護及び看護等に関わる職員は日ごろから、非常に大変な思いをしながらケアサービスの提供に携わっていることが推測された。

このような状況に対応するために、各事業所では、リスクマネジメントに対する様々な取り組みを行っており、特にヒヤリハットや事故報告などの事故発生状況を確認するためのデータ収集は比較的熱心に行われていることが明らかになっている。しかしながら、これらのデータはリスク対

応の検討を行う上で十分には活用されていない可能性が推測された。

これらの施設における取り組みの状況についてクラスター分析を行うことにより、リスクマネジメントへの取り組みのパターンを5つのクラスターで分類することができた。

cluster1は、ほとんどの項目で平均値に近い値を示しており、cluster2では組織的なリスクマネジメントとチームワークに関連する項目で低い得点を示していた。cluster3は個人の尊重やバランスの良い職員配置で高い得点を示し、さらに指導体制や連絡と報告、研修の在り方などのチームワークに関連する項目でも平均を上回る得点をし

ケアリスクマネジメント自己評価の意義についての考察

めしていた。cluster4 は外部連携や保険対応で、平均得点を上回っていたが、チームワーク関連の項目では、低い数値を示していた。cluster5 は、リスクアセスメント、記録活用、要因分析、対応検討、対応実践などの項目で平均得点を下回っていた。

以上の5つのclusterを水準とし、事業所のリスク発生率の分散分析を行ったところ、65のリスク要因のうち「褥瘡」「介護拒否」「栄養障害」「利用者暴力」「介護職員不足」の5つの項目で優位差が認められた。この結果より、事業所のリスクマネジメントへの取り組みが事故発生率に一定の影響を及ぼすことを確認することができたが、差が現れた項目が当初の予想よりもかなり少ないことやF値が小さいことなどから、影響の度合いは限られたものである可能性が推測された。次に、多重比較によるcluster間の差を検討すると、cluster3でリスクの発生率が高まることが明らかになったが、この点については非常に重要な問題を示すものと考えられた。cluster3では「個人の尊重」「バランスの良い職員配置」の得点が高く、さらに「指導体制」「連絡と報告」「研修の在り方」でも平均を上回っており、非常にチームワークの良い職場であることを示していた。このようなタイプの職場で事故の発生率が高まるとは組織のあり方やリスクマネジメントへの取り組みのあり方とは別な要因がリスクの発生に大きくかかわっている可能性があるものと考えられた。

ここで有意差のあったリスク要因に注目してみると「褥瘡」と「栄養障害」は利用者の身体状況に大きくかかわっており、「介護拒否」と「利用者暴力」は認知症の症状に大きくかかわっている。利用者の身体状況や認知症の症状は利用者の状態のよるものであり、これらのリスク要因は車いすの誤操作や薬の誤配など職員が直接かかわる要因と比べると一般なリスクマネジメントと直接関係する要素は少ないものと考えられる。また、職員の不足については、今回の調査では職員の充足率に関する調査を行っていないため、最終的な判断を下すことはできないが、法的な施設の設置基準の枠内で勤務が行われているものと仮定するならば、職員の不足はリスクマネジメントの結果というよりは、リスクマネジメントが必要となる条件

を構成する要因として捉えることができるものと考えられた。

以上の分析結果は、リスクマネジメントの自己評価と事故発生率の相関性は低く、介護サービス事業所におけるリスクマネジメントへの取り組みがリスク発生要因に及ぼす影響は限定的なものである可能性を示唆するものであった。このような結果が生じた原因として、①リスクマネジメントへの取り組みの測定方法が不十分であった可能性、②リスク要因は事業所におけるリスクマネジメントとの関係よりも利用者の心身状態に大きく影響される可能性、③事業所におけるリスクマネジメントへの取り組みが十分な効果を上げていない可能性などが考えられた。

ここで、アンケート調査の結果とデッカー及びホルナゲルの見解を対比してみることで、ケア事業所における今後のリスクマネジメントのあり方について検討すると以下ようになる。現在ケアサービス事業所において行われているリスクマネジメントが十分な効果を上げることができない状態にあるとするならば、その原因として、第一にリスクマネジメントの方法論が十分に確立されていない可能性、またはリスクマネジメントへの取り組みが不十分である可能性があげられる。第二に、現在事業所で行われているリスクマネジメントの方法論は、事故の連鎖モデルまたは疫学モデルのような直線的な因果関係に基づいた事故発生モデルに基づいたものであるために、原理的に効果を上げることができない可能性が考えられる。今回の調査で明らかになっているのは、リスクマネジメントの取り組みがリスク発生に与える影響は限定的なものであるという点だけであり、その原因として考えられる②と③の二つの可能性については、今後より詳細な検証を行っていく必要がある。以上の論点を考慮しながら、今後のケア事業所におけるリスクマネジメントの方向性を模索していくなかで、ホルナゲルが示すセーフティⅠとセーフティⅡのアプローチは、それぞれ②の可能性と③の可能性に対応しており、非常に重要な視点を提供しているものと考えられる。

6 終わりに

これまで、高齢者ケアへ実践者としてまた研究

者として多くの場面でかかわる中で、介護事故への対応のためのリスクマネジメントのあり方について、さまざまなアプローチを試みてきた。ヒヤリハットの収集と分析、SHELL分析やRCA分析による分析、リスク対応マニュアルの作成、リスクマネジメントに関する職員研修の実施などにかかわるなかで、ヒューマンエラーの観点からのアプローチを試みたこともあった。また、今から10年以上前に厚生労働省からクオリティインプルーブメントの視点が示され、その実践に取り組んだこともあったが、いずれの取り組みも一定の成果を上げることはできても、それは非常に限定的なものであり、介護事故を完全になくすことはできなかった。

このようなリスクマネジメントへの取り組みを再評価することを目的に今回の調査研究を実施するにいたったのであるが、アンケート調査の結果を分析するとともに先行文献研究のなかでデッカーのヒューマンエラー論やホルナゲルのセーフティⅡへのアプローチにふれ、ケアのリスクマネジメントにおける新たな方法論の確立の必要性を感じるに至っている。今後はセーフティⅠとセーフティⅡの両面からのアプローチと、ホルナゲル等が重視するレジリエンスの視点に基づいた、リスクマネジメントの可能性を追求することを目指していきたいと考えている。

最後に、今回の調査研究にあたり、アンケート調査に協力していただいた介護事業所の関係者の皆様に心よりお礼を申し上げます。

参考引用文献

- (1) 泉泰子、『事故予防のための介護リスクマネジメント』、一般財団法人リスクマネジメント協会、p.6
- (2) 菊池馨実、「利用者の視点から見たリスクマネジメント」、増田雅暢・菊池馨実（編著）、『介護リスクマネジメント』、旬報社、2003年、pp.20-21
- (3) 前田正一他9名、『介護サービスのリスクマネジメント』、財団介護労働安定センター、2006年、p.9
- (4) 柴尾慶次、『介護現場におけるリスクマネジメントワークブック』、中央法規、2005年、p.48
- (5) 福祉サービスにおける危機管理に関する検討会（委員長、橋本泰子）、「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～」、厚生労働省社会・援護局福祉基盤課、平成14年4月22日（月）、pp.1-5

- (6) 東京都福祉保健局、『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』、2013、p.1
- (7) 照井孫久、「ケアリスクマネジメントの前提としてのリスク概念の考察」、石巻専修大学研究紀要第27号、2016、pp.49-55
- (8) シドニー・デッカー、小松原明哲・十亀洋（訳）、『ヒューマンエラーを理解する 実務者のためのフィールドガイド』、海文堂出版、2010、p.113
- (9) シドニー・デッカー、前掲著、pp.116-120
- (10) シドニー・デッカー、前掲著、pp.120-123
- (11) シドニー・デッカー、前掲著、pp.123-126
- (12) 古田一雄・長崎晋也、『安全学入門 安全を理解し、確保するための基礎知識と手法』、日科技連、2007、p.9
- (13) エリック・ホルナゲル、北村正春・小松原明哲（監訳）、猪川大輔・菅野太郎・高橋信・鳥居塚崇・中西美和・松井裕子（訳）、『Safety-I & Safety-II 安全マネジメントの過去と未来』、海文堂出版、2015、p.2
- (14) 日本規格協会（編）、『対訳 ISO31000：2009（JIS Q 31000：2010）リスクマネジメント国際規格』、日本規格協会、2010、p.36
- (15) エリック・ホルナゲル、前掲著、pp.26-31
- (16) エリック・ホルナゲル、前掲著、pp.31-33
- (17) エリック・ホルナゲル、前掲著、pp.34-35
- (18) Kim Sears, Denise Stockley, Briana Broderick, "INFLUENCING THE RISK AND SAFETY MOVEMENT IN HEALTHCARE", ASGGATE, 2015, PP.145-147
- (19) エリック・ホルナゲル、前掲著、p.160
- (20) エリック・ホルナゲル、前掲著、p.161
- (21) 照井孫久、「ケアのリスクマネジメントにおける方法論の研究」、石巻専修大学研究紀要第26号、2015、p.38
- (22) 照井孫久、「ケアのリスクマネジメントにおける方法論の研究」、石巻専修大学研究紀要第27号、2016、pp.49-55
- (23) インターリスク総研・小林誠（著）『ISO対応規格初心者のためのリスクマネジメントQ&A』、日刊工業社、2011、pp.36-102
- (24) 照井孫久・野村豊子、「認知症ケアにおけるチームケア自己評価モデルの検討」、認知症ケア学会誌 第5巻第3号、2006、pp.416-425

