

「苦情対応とリスクマネジメント」

【対象：管理者を除く一般職員】

日 時：平成21年10月28日(水) 14時～16時

場 所：大阪府社会福祉会館 5階 501会議室

講 師：大阪府国民健康保険団体連合会
苦情処理委員会
委 員 中田 智子 氏

主 催：財団法人 大阪府地域福祉推進財団

苦情対応とリスクマネジメント

国保連合会苦情処理委員会委員
大阪大谷大学非常勤講師
中田智子

リスクマネジメント

- リスクマネジメントとは 利用者の安全を最大の眼目としたうえで、サービスの質の向上と利用者の満足度の向上を目指す活動～全国社会福祉施設経営者協議会の「福祉施設におけるリスクマネジメントのあり方に関する検討委員会」より
- リスクマネジメントとは現実に起こっているあるいは起こりそうな問題を、その解決方法とともに明確に提示することによって、質の高いケアを供給すること～アンドリュー・D・ワインバーグの定義

リスクマネジメントの目的

- 産業界においては経営や組織に悪影響を及ぼすリスクや事故を未然に防止する手段、リスクによる経済損失をできるだけへらす、リスクの高いものには参入しないという保身的側面がある。
- 医療看護福祉分野においては本来ハイリスクな対象(患者・要介護者)に対して、リスクマネジメントをとおして可能な限りリスクを未然に防ぎ、利用者が安心してサービスを利用できるように、サービスの質の向上を目指す。

リスクマネジメントが必要になった社会的背景

- 介護保険が創設されるまでは、要介護高齢者などは措置を受け、特養等福祉施設に入所、福祉の恩恵を与えられていた。
- 介護保険により、サービスは自分で選択して利用するもの、不具合に対しては、苦情申立、利用者の権利意識が向上
- サービス提供側は質の高い安全なサービスを提供する責任がある

リスクマネジメントに対する考え方の 変化

- 事故が起こると誰が起こしたのかが追及され、処罰され、責任をとられる。反省文を書く等責任指向型
- なぜ事故が起こったのか、事故が起こった背景になにがあったか、原因がなにかを追求する原因指向型　ここには、医療看護福祉において個人の努力に依拠した体制のみでは限界がある、人は誰でも間違いを犯す存在との認識にたった組織づくりが必要との考え、対策と予防

責任指向型の問題

- 責任を厳しく指摘され追及されると、責任回避しようとする気持ちになる
- 実害がない事故では、公にするのをためらう気持ち、自己保身の心理が働く。結果事故の起こった背景を十分分析することなく、次に生かされない
- サービスの質の向上に繋がらない

リスクマネジメントの基本的な方法

- 1) 予防的対応～リスクを予測、予知し未然に防ぐ リスクへの理解を深める 介護の現場は本来ハイリスクな現場環境であり、ハイリスクな対象であるとの認識を常に意識

利用者の生活環境におけるリスクを把握する。利用者自身のリスクを認識～行為行動、認知機能、ADLすべてにわたるリスクの理解

- 2) 発生時の対応～速やかに適切に対応することで、実害を低くすることが可能

リスクマネジメントのプロセス アセスメント～再評価

- リスクの把握～ヒヤリ・ハット事例の記録の活用
- リスクの分析～ヒヤリハット原因分析シート等の活用、介護事故の種類……利用者の事故（転倒、転落、ずり落ち、溺れ、誤嚥・誤飲、異食、誤薬、打撲・火傷・脱臼・傷、チューブトラブル、無断外出、物の破損・紛失・汚染、感染、交通事故）施設設備上のリスク他
- リスクへの対応・改善～マニュアル作成・見直し修正、職員全体での検討周知徹底

職員のリスク・事故

- 利用者からうける被害～暴力、セクハラ、過剰な要求、拒否
- 利用者への被害～私物の破損、安全配慮不足、利用者心理への配慮不足、介護技術の未熟、経験不足、プライバシー保護の不適切
- 労災～交通事故、通勤災害、針刺し事故、腰痛、頸腕症候群、仲間同士の間人間関係、上司との人間関係
- その他の事故～自然災害、人為的事故、環境アセスメント不足

ヒヤリ・ハットの原因分析

- 重大な介護事故に至る前のヒヤリ・ハットが多い～重大事故のうしろに300件のヒヤリ・ハットありとの報告もある　ハインリッヒの法則
- ヒヤリ・ハットの種類は介護事故で実害に至らなかったものも含まれる(転倒しそうになる、誤って薬を渡したが、服用まえに気づき回収した、処置室の鍵をかけ忘れ利用者が入って、危険物に触りかけた、手洗い場に消毒剤を置いたままにしていた等)

ヒヤリ・ハット、事故の記録

- ヒヤリ・ハットについて、担当者、職種、経験年数、担当期間、発生日時、発生場所、内容、発生経過、利用者状況(障がい自立度、認知症の状況、要介護度、家族等への連絡等)について、記録の様式を作成し、記録する
- 事故については上記の他、時間の経過に伴う職員の動き、誰がいつ、誰にどのような連絡をしたか、処置、反応、事故時の利用者の状況、救急車の要請・搬送経過、家族のだれにどのように連絡したか、家族の反応等記録を徹底する

2003年改訂運営基準

- 苦情内容の記録が義務付け
- 2年間記録の保存
- 家族・市町村・介護支援専門員への連絡義務化
- 実害を伴わない事故や苦情についても全て記録に残す 事故報告書の作成の義務化
- 苦情はサービスの質の向上を図るうえでの重要な情報であるとの認識に立ち苦情の内容を踏まえサービスの質の向上に向け取り組むべき苦情発生時の対応

苦情対応

- 利用者・家族からの苦情の受け止め～苦情(クレーム)と要望(ニーズ)を認識していないため、初期対応が遅れ苦情申立になることが多い
- クレーム、ニーズは放置しておくとならぬ。真摯に耳を傾け、誠実に応える姿勢が大切。要望にすべて対応できるわけではないが、きちんと聞くことにより、事故に繋がる危険性のある情報かどうか判断でき、予防的対応へと繋げられる
- 苦情対応の窓口をできるだけ一元化に、対応の流れについて、職員が認知しておく

職員の役割

- 介護支援専門員は直接ケアを担当することはないが、ケアプラン作成において安全に配慮されていないと、事故につながる可能性がある。
- 介護職は安全に十分配慮し、質の高いケアサービスの提供する責任
- 起こりやすい介護事故とその要因について理解をふかめ、利用者のプライバシーに配慮したケアの実施
- 利用者の状況によって、表現されないニーズもあり、ニーズを引き出す役割もある
- 職員間での連携、上司への報告、家族への連絡

職員の責任・心構え

- ・利用者に質の高いサービスを提供するためには、利用者家族との信頼関係の確立
- ・利用者の安全確保を最優先する
- ・実施したケアについては、利用者宅の記録用紙にも正しく記載する。訪問介護・看護で、事業所に毎日いかない場合でも、連絡を怠らない
- ・技術向上のための自己研修、職場の研修に積極的に参加

実際の事例

- ・訪問入浴介護
事例1)入浴後にベッドへ移動介助する際平行移動を行った、その際痛みを訴えたがシップをして様子を見ることにした。
- ・通所介護
事例1)玄関ホールで転倒、車いすを勧めるが本人大丈夫と拒否、翌日受診で右大腿骨骨折と判明。
- ・短期入所生活介護
事例1)入所当日、ベッドから歩きだす際に転倒し骨折。参考資料:医療安全推進者ネットワークHPより抜粋

身体拘束を行う背景①

- 身体維持が出来ないこと等による転倒・転落などの危険
 - 突発的な行動による転倒、ずり落ちなどの危険
 - 脱抑制等からの不穏行動や言葉や暴力による他の利用者とのトラブル
- 上記のような利用者をスタッフが常にケアすることにより、他の利用者に対するケアの頻度が減少したり注意力が散漫になる。
- スタッフの精神的疲労の蓄積や情性の出現

認知症高齢者等の抱える行動障害は千差万別で、行動一つひとつの適切な対応方法は未確立

身体拘束を行う背景②

多くの人が集団生活する施設・事業所では、個別的なケアよりも、施設・事業所として決められたマニュアル的な大きな流れが優先されてしまう傾向にある。

安全を確保するための抑制という方法の一つとして身体拘束が存在

身体拘束がもたらす弊害①

○身体的弊害

- 関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡の発生などの外的弊害
- 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害
- 転倒や転落事故、窒息などの大事故を発生させる危険性
- 車いすに拘束しているケースでは、無理な立ち上がりによる転落事故
- ベッド柵のケースでは、乗り越えによる転落事故
- 拘束具による窒息

身体拘束がもたらす弊害②

○精神的弊害

- 不安、怒り、屈辱、あきらめなどの精神的苦痛、認知症の進行やせん妄の誘発
- 家族に対する精神的苦痛として罪悪感や後悔
- 看護・介護スタッフが誇りを失い士気が低下する
- 看護・介護スタッフ自身の防衛機能の強化による理由付けによって、安全第一主義、再アセスメント無しという弊害の出現

身体的なものよりも、大きなダメージを与える

本当に身体拘束は安全の確保

になっているか①

身体拘束は本来その人がもっているリスクを隠してしまい、より重篤な事故を引き起こす可能性を秘めている

<身体拘束を行うことにより>

- 本人に対する意識が薄れ、本人が本来もっているリスクに目を向けなくなる
- 緊張感が薄れ、よほど強いアクションを起こさない限り放置してしまう
- 拘束時間が長くなると、本人が不快に感じていることや自主的に行おうとする行動を見落とし、本人の気力を失わせる
- 残存能力を低下させてしまう

本当に身体拘束は安全の確保

になっているか②

【事例】

- 認知症あり、要介護度5
- 車いすからのずり落ち等の多動
- 不穏になると転倒が多くなる傾向
→安全ベルト、車いすテーブルが欠かせない状態

この拘束を
なぜか

- 多動、不穏の時に転倒等の危険
なぜ、多動になるのか、不穏になるのか。
1日(24時間)の全体的チェック(睡眠・多動・不穏・排泄の有無等)を2週間程実施した。