

会議名	南ブロック会「支援相談員のリスクマネジメント」	<input type="checkbox"/> 全体会 <input checked="" type="checkbox"/> ブロック会 <input type="checkbox"/> 執行部会
開催日	平成 26 年 9 月 24 日(水) 14:00 ~ 17:00	
場所	ウイリング横浜 12階 121 号室	
参加者	阿久和鳳荘・えきさい横浜・かまくら・グリーンワーフ東戸塚・コスモス・こもれび・ソフィア 横浜・ぬかだ・能見台パートリア・ヒューマンライフケア横浜・ユトリアム・リハパーク舞岡・ リハビリケア湘南かまくら・リハビリポート横浜 以上 18 名 記録者: 小山	
	<p>司会:野島氏</p> <p>1. 開会挨拶 ブロック長 能見台パートリア 岩佐氏より</p> <p>2 講師紹介 (早川英樹 先生) フォックスブルー株式会社 代表取締役として、障害者施設や介護付有料老人ホーム、病院、保育園等を相手に仕事をしており、災害マニュアル等(危機管理)の作成も行っている。</p> <p>3 講義内容</p> <p>1) 取り巻く環境の変化</p> <p><input type="checkbox"/>高度情報化社会 →インターネットの普及 利用者側を擁護する内容がほとんどであり、正確な情報はほとんどなく施設側には向かい風となっている。</p> <p><input type="checkbox"/>クレーム社会／訴訟社会→司法制度の改正 改正前は年間 100～150 人が弁護士となっていたが、改正後は年間1500人が弁護士となっており、小さな事柄でも訴訟へ持っていく事案が増えている。</p> <p><input type="checkbox"/>尊厳と安全のバランスの変化→尊厳重視の介護へ 1995 年頃は転倒事故が少なかった。拘束があたり前の施設が多かった。</p> <p>2) 問われる責任</p> <p><input type="checkbox"/>介護事故・・・問われる「5 つの責任」</p> <p>◆民事責任…遺失利益 損害賠償 慰謝料(個人と組織の責任が問われる) ★多くは組織が責任を問われる事が多く、お金が取れるのは組織であり、賠償責任には保険で支払いが出来ないものもある。又事故後のやり取りで個人も訴えられる事もある。</p> <p>◆行政責任…老人福祉法・介護保険法の規定による権限の行使 立入検査 改定命令 業務停止命令 認可取り消し 勧告・措置命令 指定取り消し →組織の責任</p> <p>◆社会的責任…当事者に対する説明責任など</p> <p>◆道義的責任…人間としての常識に照らして守るべき事→組織の責任が問われる。</p> <p>◆刑事責任…事故→業務上過失致傷罪 業務上過失致死罪 身体的虐待→暴行罪 傷害罪 脅迫罪 屈辱罪 意図的・故意によるものは有罪</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">個人の責任が問われる</p> <p>★起訴・不起訴/有罪・無罪に拘わらず、個人の社会的・精神的ダメージは極めて大きい</p>	

内 容

フォックスブルー株式会社は、法人・施設・スタッフを守る為に、立場を守る為に、刑事責任に問われない為にどうするかを担う仕事です。

3)危機管理の話

リスクとは、好ましくない事態が起こる可能性。

◎施設に戻って 10 人の職員に「リスクとは」と聞いて、5～10 通りの解答が出ると施設内リスクについての統一がなされていない。

リスクマネジメントとは、危機管理＝起こる「前」の対応

- ① リスクの評価 ・好ましくない事態の認識/把握 ・好ましくない事態が起こった時の被害と混乱の程度の予測
- ② リスクへの対策 ・好ましくない事態を回避したり、被害や混乱を軽減するための対策の構築  
・事態の回避や被害・混乱を軽減するための対策の実行
- ③ リスクについての情報発信(リスクコミュニケーション) ・リスクの評価や対策を説明による相互理解と信頼の構築

クライシスとは、好ましくない事態が現実におこった状態

クライシスマネジメントとは、危機対応＝起こった後の対応

- ① 相手の視点に立つ ・質問には正確に答え、はぐらかさない、隠さない ・対応する窓口を頻回に変えない ・不安そうに説明しない ・個人の感情や感想を言わない(疲れた・つらい・怖い等)
- ② 正確・迅速な情報発信 ・相手が求める情報を・・・ ・評価や計画・記録・所定の手順など構築に基づき正確に伝える ・わからないことは「わからない」とはっきり言う  
★ごめんなさいと言ってはダメということはない 裁判でそこが問われることはない

4)危機管理…何をやればいいのか

■介護現場での危機管理 ⇒ やるべきことをやったのか

・現実的にできること

□リスク評価＝アセスメント・状態把握

◎ご利用者の事故 リスクを事前に認識していたか？

◎ご利用者の事故の被害の程度を事前に予想していたか？

□リスク対策＝ケアプラン・カンファレンス&対策

◎ご利用者の事故の防止・軽減・対策を事前に決めていたか？(ルールとマニュアルを作っていたか)

◎被害防止・軽減の為に事前に決めた対策を実行したか？

□リスクコミュニケーション＝申し送り・家族への説明

◎事故リスクや対策について、事前に情報発信していたか？

★事故は起こります！ やるべき事をやった上で起きた事故なのかが問われる (事例 3 件)

内 容

5)事故についての考え方

要介護の高齢者 もともと事故が起こりやすい=危険因子

↓

事故が起こった

↓

ご高齢者に改善点がある？

介護側に改善点がある？

事故は0には出来ない。0は現実的ではない。(事例1と2…やるべき事を行った上で起きた事故なのか  
クライシスマネジメントがどの程度できるのか クライシスコミュニケーションを丁寧に行う)

6)事故が起こった時の目のつけどころ

■危機管理・危機対応上の重要なポイント

事故が起こったこと自体ではなく…

- ・やるべきことをやっただけで結果的に起こったのか？
- ・やるべきことをやらなかった結果起こったのか？
- ・間違っただけをやった結果起こったのか？

7)対策の「目的」を考える

■対策の目的？

★直接介護中は極力起こしてはならない事故 0を目指すべき

- |      |             |                |
|------|-------------|----------------|
| ★見守り | ・直接介護中の見守り  | 防止             |
|      | 離れた場所からの見守り | 防止 素早い対応       |
|      | 見回り         | 早めの対応          |
|      |             | 事故発生時により早く対応する |

8)危機管理上の最も基本で最大の弱点の話

事実を把握する

自分の‘目‘で見たこと 自分の‘耳‘で聞いたこと 自分の‘鼻‘で臭ったこと 自分の‘肌‘で感じたこと  
自分が行ったこと・したこと

↓

自分の‘こころ‘で感じたこと・想像したこと 直接かかわっていない第三者から聞いたことは  
正しく切り分ける必要がある

報告する(報告書を書く)

‘事実‘を‘すべて‘伝えること

自分の‘目‘で見たこと 自分の‘耳‘で聞いたこと 自分の‘鼻‘で臭ったこと 自分の‘肌‘で感じたこと  
自分が行ったこと・したこと

→ 時間の流れに沿って書くとなんとなく楽 (事例をもとに)

以上

