

【口頭発表】

**「当事者」主体におけるリスクマネジメント
—「ヒヤリ・ハット」を活用したリスク認識の合意について—**

○ 鹿児島国際大学実習支援課 実習助手 山田 克宏（会員番号 8645）

キーワード：ヒヤリ・ハット，ストレングス，リスク認識の合意形成

1. はじめに

2000年の介護保険制度導入は、1990年代以来進められてきた社会福祉基礎構造改革の一つと言える。つまり、介護保険制度は介護の社会化を実現するための重要な制度と言える。このことにより、介護はサービス提供者と利用者間での直接契約、権利義務関係が生じることとなった。「医療法人さくら会事件・東京地裁判決（H12. 6. 7）」からも言える（金子2004:96）。事件の概要は、大声を出すR子を部屋移動させ、巡視していたものの出窓に出てフェンスを乗り越え転落し、出血性ショックにて死亡した事例で、適切な介護を怠ったとし不法行為責任を問われた。この判決に関し金子は、「R子に対する積極的な対応がされなかったことと本件事件との間に端的な因果関係があるかは問題である」と論じている。報告者も直接的な因果関係には、同様の意見ではあるものの、支援内容が十分な対応とは言い難い。

本研究では、高齢者ケアにおけるリスクマネジメントの主因に関し、再考を行う。具体的には、「ヒヤリ・ハット」シートの活用実態を調査し、当事者の想いと支援内容における乖離に着目し、施設ケアにおけるリスクマネジメントの課題を明らかにする。リスクの認識には、支援者のリスク予見に差がみられる。①危険を感じリスク管理する人、②危険を感じるがリスク管理への理解不足の人、③危険を感じない人の三者で、援助技術、感性、援助観に相違があると言える。そのため、認識の違いについてアセスメントの活用法等の側面から分析を行ない、リスクマネジメントの普遍化への課題を明示したい。

2. 研究の目的と方法

介護老人保健施設Aにおいて、「ひやり・はっとシート」の量的・質的分析を行い、得られた実態から現状を明らかにし、リスクマネジメントに関し相談援助職の役割について明確化を図ることを本研究の目的とする。研究方法としては、介護老人保健施設Aの平成25年1月から5月に記録されたヒヤリ・ハットシート383枚について分析をおこなった。本研究では、「ヒヤリ・ハット」における多数回事例の要因分析を中心とした。

3. 倫理的配慮

調査目的について法人理事長、事務長に説明を行い、文書にて同意を得た。得られたデータは学術的な目的以外には使用しないことを約束した。さらに、施設名や個人名が特定されないよう個人情報保護に十分配慮した。本調査は、「鹿児島国際大学教育研究倫理委員会」から承認を得ている。

4. 研究結果と考察

ヒヤリ・ハットの種類は、独歩、異食、一人移乗、離設、その他の5分類となっている。独歩は、「リスク」が予見される利用者が単独歩行した時である。一人移乗は、「リスク」が予見される利用者が一人移乗した場合である。A, B, C全体(383件)のヒヤリ・ハットの種類は、

一人移乗105件（27.4%），独歩87件（22.7%），その他72件（30%）であった。10事例の要因を検討した結果，認知機能5件，支援者2件，利用者・生活習慣・支援方法の不十分さの各1件に分類できた。

番号	多人数事例の原因分析	時間	時間帯	種類	場所	主要因	ヒヤリ・ハット内容	支援者の視点	観客の分析	具体的な中身
1	34回	1:25	夕方以降	一人移乗	トイレ	利用者(②)	M氏は、トイレで排泄を済ませ、バットをつかこうとしるところで、乗降すつた。(車いすのバットをストを上げていて、ブレーキもかかっている。)	ナースコールなし。 コールプレート継続とコールの声かけを継続する。	ブレーキのかけ忘れ等による脱臼、移乗失敗のリスクなど、どの程度あるのか。	移乗動作は、見守り監視レベルと考えられる。
2	13回	19:10	夕方以降	一人移乗	居室	利用者(②) 認知機能(④)	居室にバット交換のための訪室をして、車いすにて移乗してバットプレートが床に倒れ、車いすのブレーキはなし、バットレスが倒れている。本人に聞くと「自分でバットと交換した。」	トイレの後に、居室にいらしたコールをおしてもう一度に声かけする。	車いすは、ある。ADLに沿った支援も、おこなっている。	
3	16回	12:00	日中・夕方	その他(むせこみ)	ホール	支援内容の不十分さ(⑤)	食事をしてながら咳きこんでいる。(むせこみだ食事途中中に咳し、次の食事と変更されている。)	むせこみがあつた時には、看護団に報告をおこなう。状況に依り、食事中止と決める本人に説明し、スタッフ間にも伝達し様子観察を行う。	身体状態に沿った支援が必要で、必要ではないだろうが、予定時間を含め、総観に備えみられるのだろうか。	
4	34回	1:43	夕方以降	一人移乗	廊下	認知機能(④)	車いすにて一人移乗し、廊下に出たとき本人を発見する。コールプレートを確認し、声かきもついていた。本人は、忘れてしまったと言われる。	コールの声かけは毎回必ず行う。一人移乗してもリスクが少ない様子を車いすにブレーキ、バットレスを確認する。		
5	25回	18:40	夕方以降	独歩	居室	支援内容の不十分さ(⑤)	4点検を実施し確認で、居室からでなくてはならないと寝たまま本人と言われる。	コールプレートの横検(担当にて) ・夕食後入来を促すようにする。		
6	12回	8:30	午前中	一人移乗	トイレ	支援内容の不十分さ(⑥)	トイレにトイレコールにて行くときに便座に座っている本人を発見する。(車いすの右足は廊下下がったままだった。)	目の届く範囲で、駆動してもよい。(廊下のはしに行かれたら、折り返してもう洋に依頼する。)		
7	25回	10:40	午前中	独歩	廊下	支援内容の不十分さ(⑥)	廊下より一人出てくるのを発見する。(センサーを確認すると、スイッチが入っている。本人より、「よけて歩いた」と言われる。)	センサーコールのはじこをテープでため固定する。	よけて歩ける認識を活かした支援方法など、それが確立するかどうか。音がすることの、何らかの「音」があるのではないかな。	
8	30回	18:10	夕方以降	一人移乗	トイレ	支援者(③)	トイレに一人移乗している。(車いすのブレーキはなしで、バットレスは倒れたまま。ズボンにはけずりそのままだ便座に当たっている。)	トイレコールの声かけにトイレに顔向けする時は、車いすの確認を怠る。(発熱あり。)	職員間でどのように情報共有を行えば、それが確立するかな。(発熱時の身元、何らかの「音」があるのか。)	
9	30回	20:20	夕方以降	一人移乗	廊下	認知機能(④)	車いすの音がないので行ってみると氏が生自爆している。(コールはなかった。)	プレート継続。 移乗の時に、コールを押すように再度声かけを行う。		
10	16回	3:25	夕方以降	その他	居室	支援内容の不十分さ(⑥)	廊下から居室へ入ったため、居室を訪問する。H氏の椅子をあがった音がしたようになっている。(センサーマットはならなかった。確認をおこなった。スイッチがフロアへ対応になっ	居室に継続したスタッフは、再確認する。(音がすることだろうか)	施設での環境や人に適応していないか。何様な性格なのだろうか。	

事例7では、「居室より一人で出てくるところを、発見する」、センサーマットのスイッチは入っており、「よけて歩いた」とのことであった。要因は、「支援方法の不十分さ」である。マットをよけた行為を、どのように評価するのが適切と言えるのか。ここには、「支援者が駆けつける」支援行為と利用者の「想い」＝主観との間に不協和が存在すると言える。他者である支援者には、「危険の認識」、「繰り返すことが、事故に繋がるのか」、といったアセスメント力が試されている。同時に、アセスメント内容から、支援者自身の福祉観、援助観の一端が垣間見えることにもなる。事例8では、トイレへの一人移乗の発見である。便座にズボンのまま腰かけ、また、車いすのブレーキはせずに、フットレストも上がっていなかった。要因は「支援者」である。利用者の熱発していたことに関し支援記録への記載が、十分でない点が伺える。リスク内容を利用者・家族と共有し、想いに寄り添う支援を可能にするツールとして、「ヒヤリ・ハット」シートが存在していると言える。ヒヤリ・ハット事例の記載、対策は、支援者自身の内省、省察を促進するツール、社会資源と捉えることも可能である。

5. 結論

事例の要因分析の結果、リスクマネジメント機能の向上の構成要素としては、「当事者主体」、「ストレングス」、「情報共有」、「家族・利用者とのリスク認識に関する合意形成」が含まれることが示唆された。当事者の「生き方」「想い」を支えるには、リスク認識の内容を精査し、「リスク内容の合意形成」を担うことが相談援助職の役割と言える。今後は、「当事者」の「ストレングス」を引き出す上で必要なリスクマネジメントの構成要素について研究を深め、社会福祉士の卒後教育、実践者が支援内容の省察を行うため必要な学習教材開発を目指し、研究を深めていきたい。

引用文献

1. 金子努(2004)「福祉分野へのリスクマネジメントの導入とそれに伴う課題ー介護分野を中心とした検討ー」『県立広島女子大学生活科学部紀要』, 10, 93-104.