

研究ノート

高齢者ケアにおけるリスクマネジメントとソーシャルワークの視点

—「当事者」主体から捉える「ヒヤリ・ハット」—

山田克宏¹

The Point of View of Risk Management and Social Work in Elderly Care

Overview of the near-miss to capture from the concerned parties

Katsuhiko YAMADA¹

キーワード リスクマネジメント, ヒヤリ・ハットシート, リスク認識の合意形成, 当事者, リスクコミュニケーション

Keywords: risk management, incident seat, awareness of risk recognition, personhood, risk communication

1. はじめに

2000年4月の介護保険制度導入により、高齢者介護サービスは措置から契約へと大きく変化し、法的責任の主体が行政から事業者へと転換した。京極（1997: 126）は品質保証（クオリティ・アシュランス）が社会保険の適用には不可欠であり、介護保険にも医療保険と同様の規則が必要であると述べている。つまり、介護保険制度は施設に対しリスクマネジメントの転換を迫るとともに、「根拠のある介護」を求められることとなった。福祉サービスにおける危機管理に関する検討会報告書（2002: 4）では、経営者自身、自施設が行なっているサービスの現状を十分認識した上で、「より良いサービス」を目指す強い決意をもつことが重要と述べている。言い換えると、施設ケアにおいてリスクマネジメント機能を確立するには、組織として関わるのが重要な要素と言える。

田辺（2005: 10-11, 16）は、リスクの公式の定義として2001年に制定されたJIS規格（リスクマネジメントシステムの構築のための指針）に依拠し、リスクを「事態の確からしさと結果の組み合わせ、または事故の発生確率とその結果の組み合わせ」と定義している。また、「リスク＝損害規模×発生頻度」という式を示している。和田（2002: 134）も企業におけるリスクを「企業の経営資源に

損失又は、障害をもたらすと思われる事態の発生の確率とその組み合わせ」と定義している。つまりリスクマネジメントに関し、リスク発生に伴う施設（企業）の損失（損害）、利用者の負った障害程度に着目していると言える。

また、社会福祉基礎構造改革の意味付けについて専門性の観点から検討した先行研究もある。田中（2006: 74）は、社会福祉制度の変化により、社会福祉専門職の援助観、価値観の再検討が迫られることになったと述べている。古川（2002: 279-282）は、社会福祉基礎構造改革（中間報告）において提起された事業者（援助提供者）と利用者の権利義務契約を基軸とする「対等な関係」について、次のように述べている。「利用者を一個人として捉え、そこに人格的な対等性を認め、それを維持し、尊重することを前提に、……利用者の状況に応じて、その自主的、主体的な問題解決能力を高め自己実現を支援し続けるという方向で、適切な援助の提供が行わなければならない」と述べている。つまり、利用者に対して十分な情報提供を行うことで、エンパワーを引き出し自立に向けた「自己決定」を支えることが可能になると言える。そのほかにも先行研究においては、介護現場での質の確保と援助技術に関連づけた研究、実習における「ヒヤリ・

¹ 891-0197 鹿児島市坂之上8-34-1 鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科博士前期課程

Master course of Welfare Society, The International University of Kagoshima, 8-34-1 Sakanoue, Kagoshima 891-0197, Japan
2015年5月30日受付、2015年8月6日採録

ハット」の実態調査やアセスメントの意義を問う研究が散見される。また、質の高い介護を提供することで、多くの事故を回避できるという「リスクコントロール」の考え方もある。

注目すべき研究例として関川（2012: 31-32）は、当該事故の再発防止のためにとるべき具体的な対策として、何をもってベスト・プラクティス（事故防止の有効な優れた取り組み）とするかに関する施設職員間の合意を形成することが、難しかったと述べている。つまり、質の高い介護やリスクコントロールを行う上で、ケア内容の統一並びに、支援者リスク認識、支援観を共有し、一般化する困難さを指摘していると言える。

その上で関川（2012: 39）は、介護リーダーが中心となって事故の再発防止に取り組むことで、事故件数が減ると述べている。また、青木（2009: 6, 12）は、メンバーの満足度の高まった状態が、ますますチームのエンパワメントを高めていくと述べている。また、チームが取り組んでいる支援内容をチームメンバーが共感する大切さを述べている。つまり、仕事への満足度を高め、一人の利用者をチームで支援を行うことの意味について共通認識を目指し、支援行為の普遍化や多職種間で支援行為の共通理解を深めることが不可欠と言える。

関川や青木らの考えは、支援内容やリスク概念について共通認識を形成することが、チームケアの成立要件であることを示している。リスクに繋がる支援行為の修正を行うことが、重要と言える。言い換えると、リスクマネジメント機能における中核的概念の1つは、援助観の共通理解を深め、チームケアを機能させるということである。つまり、支援者自身が内省を深め、支援行為の振り返りから学びを通して、当事者の「想い」に寄り添うことができる。具体的には、反省的実践者は内省により当事者主体の支援行為に繋げ、ルーティンワークと介護過程を区分し支援行為を優先順位に添って支援を行うことができる。

厚生労働省身体拘束ゼロ作戦会議（2001: 104）は、介護を行う上で利用者・家族にアセスメントの実施から施設サービス計画作成までの一連の過程への参加を促すことの重要性を指摘している。また田中（2006: 74）は、①社会福祉従事者が自らの援助観を問い直すこと、②援助者と利用者の対等な関係を構築するため協調性、および、そこから発生する社会福祉の専門性の確立を課題として述べている。

問題状況を端的に示す事例としては、次の判例をあげ

ることができる。（横浜地裁平成17年3月22日判決）「85歳女性（要介護2）がデイサービスにおいて、トイレに行くにあたり施設職員の介助の申し出を断って、トイレ内を杖で歩行中杖が滑って転倒し、右大腿骨頸部内骨折を負った」事例である。治療・リハビリを経た後も本人は要介護4となり後遺障害が残った。この事例では、支援者の安全配慮義務が問われている。

つまり、「担当職員は、断っても原告を説得して便器まで歩くのを介護する義務がある。」として、一人で歩かせたことを問題にしている（高野・青木 2009: 151）。事例からは、①利用者についてのアセスメントが、どこまで出来ているか、②予見した内容をどのように回避行動として支援に結びつけたか、③他利用者への支援状況や職員人数、当日の利用者の身体・精神面に変化がなかったかの3点が問われている。

回避行動を念頭において、鳥羽（2009: 95-96）は、リスクマネジメントを、リスクをできる限り予防していくことと定義している。そこに含まれる具体的な視点として、①どれだけのリスク可能性があるのかという危険可能性、②現時点で予防措置がとれるのかどうか、③利用者・家族と「生活支援」におけるリスク内容の合意を得ることを目指していたかどうか、という3点が含まれる。

本研究においては、当事者主体におけるリスクマネジメントの意義、施設ケアにおける相談援助職の役割、利用者の「自己決定」、「リスク認識」を鍵概念として研究を深めたい。そこで本研究では、ヒヤリ・ハットシートの活用実態の調査に基づき、シートに関する検討を行う。

2. 研究目的

A 介護老人保健施設において、ヒヤリ・ハットシートの量的・質的調査を行い、その調査結果から把握された活用実態からリスクマネジメントの課題を明らかにすると共に、ストレングスの視点から高齢者ケアにおける「自己決定」の意味について再考することを本研究の目的とする。

3. 研究方法

3.1. 調査・分析方法

本研究では、介護老人保健施設 A の平成2013年1月から5月に記録されたヒヤリ・ハットシート383枚を時間、種類、場所、対策の中身から分析を行った。ヒヤリ・ハッ

トシートは、A「初めて」、B「頻繁」、C「職員対応」の3種類に分類されている。ヒヤリ・ハットシート数は、Aが101件、Bが144件、Cが136件、合計383件であった。ヒヤリ・ハットのうち、初めて発生したものがAであり、Bは2回以上発生したもの、Cはヒヤリ・ハット対策漏れ等を中心としたシートである。そのため、Aの「初めて」では、入所間もない利用者や初回のショート利用者の事例が記録される場合が多いと言える。ヒヤリ・ハットシート記載後にリスク委員が、A、B、Cへの分類を行っている。本稿では、種類、場所、時間の分析を行った。

3.2. ヒヤリ・ハットシートの使われ方

以下の①～③の3段階を経て「ヒヤリ・ハット」対策について、施設としての合意形成が図っている。さらに、1カ月に1回程度のリスク委員会が開催され、分析や対策について再検討を実施している。

- ①ヒヤリ・ハットを発見した職員が、ヒヤリ・ハットシートに記載し、当日リーダーにシートの提出を行う。
- ②午後の業務開始前に多職種において、「ヒヤリ・ハット」シートの対策検討を実施する。
- ③対策作成後は、相談員を含む7職種で対策内容について確認を行う。

3.3. ヒヤリ・ハットに含まれる事例

ヒヤリ・ハットに含まれる事例は、医療行為や看護行為の必要性のない場合である。病院受診や看護行為（処置）を伴うものは、事故報告書、剥離報告書等別途作成を行うこととなる。

3.4. 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。シートの記述を引用する際は、方言は標準語に変えた。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. 調査結果

4.1. ヒヤリ・ハットの種類

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つに分類されている。独歩は、「リスク」が予見される利用者が一人で歩いた際に記載される。異食は、食べ物でないものを食べた場合である。一人移乗は、「リスク」が予見される利用者が一人で移乗動作を

表1 ヒヤリ・ハットの種類

	一人移乗	独歩	異食	離設	その他	総計
A	15 (14.9%)	42 (41.6%)	1 (1.0%)	0 (0%)	43 (42.6%)	101 (100%)
B	78 (53.4%)	37 (25.3%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (21.2%)	146 (100%)
C	12 (8.8%)	8 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)	116 (85.3%)	136 (100%)
全体	105 (27.4%)	87 (22.7%)	1 (0.3%)	0 (0%)	190 (49.6%)	383 (100%)

行った場合である。離設は、利用者が施設から無断で離れた場合である。また、その他の記載に具体的な記述があり歩行、転落の分類が可能な場合は、項目を設定して分析を行なった。

表1で示したように、A(初めて) 101件におけるヒヤリ・ハットの種類の内訳は独歩42件(41.6%)、一人移乗15件(14.9%)、その他43件(42.6%)であった。B(頻繁) 144件のヒヤリ・ハットの種類の内訳は、一人移乗78件(53.4%)、独歩37件(25.3%)、その他31件(21.2%)であった。C(ヒヤリ・ハット対策漏れ) 136件の種類の内訳は、一人移乗12件(8.8%)、独歩8件(5.9%)、その他116件(85.3%)であった。Aに比べて、Bのヒヤリ・ハットには一人移乗が多く含まれている。また、独歩はAでBに比べやや多い結果となった。独歩がA(初めて)で多いという結果からは、独歩には「歩く行為」として可能であっても「リスク」が含まれるという支援者の「リスク予防」の視点が反映していることが示唆される。つまり、利用者のADL・認知力は、初回面談、基本情報、アセスメント情報等により判断される。そのため、入所間もない利用者やショートステイ(短期入所)の利用者は、潜在的ニーズ情報が不足しており、リスク予防の視点が重視されたリスクマネジメントが行われる。そのため「ヒヤリ・ハット」事例が多数散見される。

次に、ヒヤリ・ハットの種類ごとのシート内の記述例をみってみる。A(初めて)の独歩には「居室からトイレへの独歩」、「他利用者にエプロンを付ける」、一人移乗には「ベットへの一人移乗」、「一人でトイレに移乗する」という記述がみられた。その他には、「頭部のギャッジアップを、必要以上にあげている」、「早食いのため、むせ込む」という記述が含まれていた。

B(頻繁)の一人移乗には、「トイレに行くため、車いすに一人移乗」、「居室から車いすに一人移乗して、出てくる」。独歩には、「相談援助職との面談に来ていた娘のことが気になりステーションまで独歩する」、「せんべいをくださいとホールに出てくる」という記述が見られ

表2 ヒヤリ・ハットの発生場所

	居室	トイレ	廊下	ホール	浴室	その他	総計
A	44 (43.6%)	18 (17.8%)	18 (17.8%)	14 (13.9%)	2 (2.0%)	5 (5.0%)	101 (100%)
B	54 (37.0%)	41 (28.1%)	32 (21.9%)	16 (11.0%)	1 (0.7%)	2 (1.4%)	146 (100%)
C	73 (53.7%)	22 (16.2%)	6 (4.4%)	26 (19.1%)	0 (0%)	9 (6.6%)	136 (100%)
全体	171 (44.6%)	81 (21.1%)	56 (14.6%)	56 (14.6%)	3 (0.8%)	16 (4.2%)	383 (100%)

た。その他には、「床に排尿する」、「転落防止用の緑マットからの転落した」という記述が含まれていた。

以上をまとめると、A・Bにみられる共通点は、利用者の認知力や生活習慣に関連する内容が多数含まれていることである。利用者自身は、自身の行為には危険は含んでおらず自力で可能と捉えている。支援者が危険予測を行いリスクコントロールの必要性が高くても、利用者は自身の行為を危険行為と認識するとは限らない。

具体例としては、「トイレまで独歩で歩行し、排泄は自分でする」と言う利用者の「想い」や、面倒見の良い性格の利用者の場合、歩行時ににふらつきがあったとしても“他者の支援を必要としている同フロアの利用者に対して、エプロンを付ける”といった世話をする事例がみられたことから明示可能と言える。また、A(初めて)では入所間もない利用者の場合は、独歩や一人移乗の行為を支援者がリスクとして捉えた支援を行なっている。そのため、入所時期とリスク認識との間には、相関関係があることが示唆された。さらに、床に排尿の事例は、支援者の転倒リスクへの回避行動に関し、「ヒヤリ・ハット」が共通認識を醸成するために行われていることが明らかになった。

4.2. 発生場所

発生場所に関しては表2で示したように、A(初めて)101件の内訳は、居室44件(43.6%)、トイレ18件(17.8%)、廊下18件(17.8%)であった。B(頻繁)では、居室54件(37.0%)、トイレ41件(28.1%)、廊下32件(21.9%)であった。C(ヒヤリ・ハット対策漏れ)では、居室73件(53.7%)、ホール26件(19.1%)、トイレ22件(16.2%)であった。A、Bの発生場所については、居室、トイレ、廊下が多い結果となった。A、Bには件数に相違はみられるが、ほぼ同様の傾向がみられた。Cについては居室、ホール、トイレの順で多い結果であった。Cにおける「ヒヤリ・ハット」件数が廊下では比較的少ないのは、Cが「職員対応」というシートであることから考えると予測可能な結果である。

表3 ヒヤリ・ハットの種類と発生場所

	居室	トイレ	廊下	ホール	浴室	その他	総計
一人移乗	41 (39.0%)	42 (40.0%)	20 (19.0%)	2 (1.9%)	0 (0%)	0 (0%)	105 (100%)
独歩	26 (29.9%)	17 (19.5%)	30 (34.5%)	13 (14.9%)	0 (0%)	1 (100%)	87 (100%)
異食	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
その他	104 (54.7%)	22 (11.6%)	6 (3.2%)	40 (21.1%)	3 (1.6%)	15 (7.9%)	190 (100%)
全体	171 (44.6%)	81 (21.1%)	56 (14.6%)	56 (14.6%)	3 (0.8%)	16 (4.2%)	383 (100%)

表4 ヒヤリ・ハットの発生時刻

	日中・夕方	夕方以降	午前中	総計
A	52 (51.5%)	34 (33.7%)	15 (14.9%)	101 (100%)
B	45 (30.8%)	75 (51.4%)	26 (17.8%)	146 (100%)
C	63 (46.3%)	39 (28.7%)	34 (25.0%)	136 (100%)
全体	160 (41.8%)	148 (38.6%)	75 (19.6%)	383 (100%)

さらに、ヒヤリ・ハットの種類と発生場所を示したのが表3である。一人移乗の場合(105件)の主な発生場所は、居室41件(39.0%)、トイレ42件(40.0%)と、居室とトイレでの発生件数が多い結果であった。独歩の場合(87件)の主な発生場所は、廊下30件(34.5%)、居室26件(29.9%)の順に多いという結果であった。一人移乗と独歩を比較すると、違いがみられた。一人移乗は、排泄を行うための行為とベッドへの臥床・離床の行為との連関性がみられ、また、「リスク」発生との間に相関関係があることが示唆される。独歩の発生場所には、大きな差はみられず支援者の「リスク予見」や回避行動としてヒヤリ・ハットを認識していることが明らかになった。

発生場所には、大きな差はみられず支援者の「リスク予見」や回避行動としてヒヤリ・ハットと認識されていることが影響していると言える。

4.3. 発生時刻

ヒヤリ・ハットの発生時刻に関しては、発生時間を3つに区分し分析を行なった。①午前中7:00~11:59、②日中・夕方12:00~17:59、③夕方以降18:00~6:59の3区分である。

表4に示したように発生時刻の主な内訳は、A(初めて)では日中・夕方52件(51.5%)、夕方以降34件(33.7%)、午前中15件(14.9%)であった。B(頻繁)では、夕方以降74件(50.7%)、日中・夕方以降46件(31.5%)、午前中26件(17.8%)であった。C(ヒヤリ・ハット対策漏れ)では、日中・夕方61件(44.9%)、夕方以降41件(30.1%)、午前

表5 ヒヤリ・ハットの種類と発生時刻

	日中・夕方	夕方以降	午前中	総計
一人移乗	27 (25.7%)	59 (56.2%)	19 (18.1%)	105 (100%)
独歩	42 (48.3%)	33 (37.9%)	12 (13.8%)	87 (100%)
異食	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
その他	90 (47.4%)	56 (29.5%)	44 (23.2%)	190 (100%)
総計	160 (41.8%)	148 (38.6%)	75 (19.6%)	383 (100%)

中75件(19.6%)であった。B(頻繁)と比較してA(初めて)では、日中・夕方のヒヤリ・ハットが夕方以降より多い結果となった。

この結果からは、A(初めて)ではリスク予見の困難さ、アセスメントに関すること、利用者の環境への適応状態に係る要因の存在が推測される。入所間もない場合は、それらの要因のために、日中活動時もリスクが多いと考えられる。つまり、リスクマネジメントに関し「リスク予防」の観点から支援を行っていることが示唆される。詳細は省くが、具体的にはアセスメントと基本情報に基づき「ヒヤリ・ハット」を捉えていることが、事例分析からも伺える。

また、Bにおいては夕方以降が日中・夕方より多い結果となった。この結果からは、夕方以降において支援上の困難さが顕在化していると言える。筆者が高齢者ケアの現場において介護職として従事していた時には、ら夕方以降に暗くなるという環境変化に伴い高齢者の認知機能が変化し、それに起因した不安の訴えが増加する傾向があった。

ヒヤリ・ハットの種類と発生時刻のクロス集計表を示したのが表5である。

一人移乗は、夜間36件(34.3%)、日中20件(19.0%)、午前中19件(18.1%)の順で多い。独歩は、日中32件(36.8%)、夜間13件(14.9%)、午前中12件(13.8%)の順で多く夜間と日中の発生時間に、逆転現象がみられた。この結果は、夜間は車いす使用の利用者方のほうがリスクの発生の可能性が高いことを示唆していると言える。つまり、「リスク認識」と支援者の「リスク予見」内容に差が生じていると考えられる。

5. まとめと展望

今回の研究では、ヒヤリ・ハットの種類、場所、時間等の分析を行った。種類としては、Aでは独歩、一人移乗の順で多く、Bでは、一人移乗、独歩の順で多い結果

であった。つまり、A(初めて)では独歩が多く、B(頻繁)では一人移乗が多い傾向であった。

A(初めて)において独歩に比して一人移乗が少ないのは、センサーマットの設置、リスクの高い利用者をステーション付近の居室にする等の支援内容の工夫の成果と考えられる。言い換えると、リスクの度合いに応じて「コールを押して下さい」との案内表示を行う等、支援内容の工夫が伺える。また、利用者の認知力、性格、生活歴、「支援」を受ける息苦しさやリスク発生に相関関係があることが示唆された。

床に排尿するリスクについては、介護過程との連関性があると考えられる。リスク予防には、排泄時間を排泄経過表に記録することで、排泄間隔を把握し、適時のトイレへの誘導を可能にする。このような取り組みが、高齢者にとっては介護を受ける心理的負担の軽減に繋がると言え、水分摂取量の把握や利用者の価値観に関することが、優先度の高いモニタリング情報ということが明示された。排泄という行為は、リスクとの関係が深く、またルーティンワークには、介護過程やソーシャルワークの両方を含んでいると言えるだろう。支援者に求められることは、介護過程上の事象の一つを矮小化して捉えるのではなく、当事者主体の支援を目指し利用者の言葉の背景にある「生き方」、「老い」、「想い」から利用者という一人の人間を複眼的に理解する必要がある。利用者にライフストーリーを語ってもらうことも利用者理解を深め専門性を磨き続けることに繋がる。

場所については、件数に違いがあるものの居室、廊下、トイレの順で多いという結果であった。発生場所別を見ると、トイレの場合Aでは独歩が多く、Bでは一人移乗が多い傾向がみられた。

さらに本研究では、Aの居室44件を種類別に見ると、独歩12件、一人移乗9件、その他23件であった。Aのトイレ18件の内訳は、独歩10件、一人移乗5件、その他3件であった。廊下18件の内訳は、歩15件、一人移乗1件、その他2件という結果であった。Bの居室54件を種類別に見ると、一人移乗26件、独歩10件、その他18件であった。トイレ41件の内訳は、一人移乗33件、独歩5件、その他3件であった。廊下32件の内訳は、一人移乗18件、独歩13件、その他1件であった。以上のAとBにおける発生場所と種類の分布をみると、同じ発生場所でもAは独歩、一人移乗の順で多い結果で、Bは一人移乗、独歩の順番で多い結果であった。特にB(頻繁)の一人移乗では日常生活動作として移乗は可能であったとしても、支援者

からはリスク予見可能であったため「ヒヤリ・ハット」として記載がなされている事例がある。時間の分析では、A（初めて）ではB（頻繁）に比べて、日中・夕方でのリスク発生件数が多い。夕方以降よりリスク予見に関して、困難さが存在しており、要因を4つあげることが可能である。①入所間もない点、ショート開始時のためリスク発生が多い点、②アセスメント情報の不足、③利用者の行動範囲が広いこと、④ルーティワークに時間をとられ利用者に向き合う時間が不足していること、以上4つである。④は間接的要因とも言えるが、筆者が介護職として実践上で知覚していた内容でもある。

つまり支援者や利用者が、「身体機能をどう受け止めているのか」、「自己行為を客観化出来ているか」否か等の、利用者の「想い」から本意を捉えた支援をおこなう必要がある。言い換えると、当事者の「生活」に向き合い、リスク認識の合意形成を目指しているかどうかかが問われている。この点について片山（2004: 42）は、現場が創意工夫を重ね現実的な介護事故防止を行なっていることを指摘した上で、介護方法の創意工夫やリスクマネジメントの仕組みに関し法的な位置づけを行うことが課題だと述べている。実践上の時間制約の中で、「ヒヤリ・ハット」の記載を行い、対策を立て支援行為の修正を行いながら、事故予防を目指すリスクコントロールの取り組みは、実践上の工夫の1つと言える。

さらに筆者は、職員配置を増やすために法令や運営基準見直しに繋げるためには、相談援助職の役割を明確化する必要がある点を指摘したい。具体的には、利用者の身体状態、精神状態に応じた個別支援を積み重ね、ルーティンワークと介護過程の区分をおこない“リスクコミュニケーション”を通じたチームケア機能の効果を明示していくことが必要である。

社会保障審議会介護給付費分科会（2015: 3-14）は報告書の中で、現行のアセスメントでは定期的に統一的な視点で高齢者の状態把握ができていないことが課題であると指摘している。さらに、報告書では、サービス介入による自立支援に係る成果は、社会的・文化的価値観や個人の主観に依存する要素が一定程度存在するためこれらの要素すべてを客観的に測定し評価することは、現段階では課題が多いと指摘されている。報告書からは、利用者の主観についても一般化を目指すという姿勢が伺える。ただし、職員によって認識された利用者の主観が、当事者の「想い」の表層を掬い取ったものに限られるとするなら当事者主体から乖離する結果ともなりうる。そ

のため、高齢者が施設入所によって社会から断絶してしまう可能性も存在しているといえる。

尾崎（2002: 148）もまた、援助者がクライアントと無縁の世界でとどまったまま「あなたが決めること」といくら伝えても、それは援助からの撤退にしかならないと述べている。尾崎は、利用者の主観に視点をあてた支援を問うていると言える。

高齢者にとっては、施設生活は依存的自立の状態から始まるといえ、支援者は高齢者が感じた虚無感を包み寄り添うことで、心の声と言える「想い」を受容し、「歩きたい」「青空を見たい」「墓参りしたい」といった素朴な気持ちを紡いでいくことで、専門性の高い援助技術の一般化を可能とするのではないだろうか。言い換えると、利用者のストレングスを洞察する力が専門性を高めると言える。利用者のその言葉の背景には、真のニーズが潜在化している。

筆者は、相談援助・介護過程を展開する上で優先すべき事項を明確化する必要があると考え、次の2点の重要性を指摘したい。一つ目は、ケアワークのなかで、ソーシャルワークの展開をおこないリスクとニーズのアセスメントを実施することである。二つ目は、一人の人間として向き合った支援をおこなうことの以上2点である。このようないわば当たり前のことを、当たり前に出る時間をどう作っていけるのか。現実には、ルーティンワークに追われている施設ケアにおいて、実現可能かという問題もある。それでも、当事者が不安に感じている言葉を受け止め、紡いでいく重要性を意識する必要があると考える。

6. 結論

当事者主体の支援において、利用者の「想い」を受容した上で利用者や家族にリスク予見内容を説明し、支援計画の修正作業をおこなう必要がある。そして、リスク認識の共通理解を深め「ヒヤリ・ハット」を活用しリスクコミュニケーションを図ることで、当事者との間で支援上の質を担保することが、可能になると言える。

今回の調査では、Aのヒヤリ・ハットシートでは独歩の事例が4割を占めており、その内トイレまでの独歩も多数見受けられた。このことは、スクマネジメントに関して予防の観点を重視した取り組みがなされていることを示している。また、リスクコントロールに優先度をおいた支援も行われている。つまり結果として、支援内容の標準化や「根拠ある介護」を目指す取り組みが、事故

予防に寄与していることが示唆された。

今後の課題としては、支援者の洞察をチーム全体で共有する方法、指導法や学習法の開発があげられる。また、自省や省察を継続しておこなうための制度上の仕組みの構築である。ただしこの点に関しては、認定社会福祉士の制度が根付き、スーパービジョンがより多く実施されてゆくなかで、その道筋を作っていくことが可能となるのではないだろうか。

さらに、家族とのコミュニケーションの時間を確保し、たんなる“危険の程度”ではなく、当事者の“リスク認識”を踏まえてリスクの予見内容を提示する必要がある。真のニーズの顕在化には、リスク概念の再定義をおこなう必要がある。

今後は、リスクマネジメント機能について実践過程におけるリスク予防を行なう支援行為の評価について考察を深め、当事者主体の支援に必要な相談援助職の資質の再考をおこない、研究を深めていきたい。

謝辞

最後に本研究を行うにあたり、訪問調査で、ご協力して下さった介護老人保健施設 A の利用者・法人理事長・支援相談員をはじめ職員の皆様に深く感謝致します。さらに、本稿の執筆にあたりご指導頂いた鹿児島国際大学中山慎吾先生に心から感謝します。

注

- 1) サービスの質を担保するには、適切なサービスを提供する必要性を提起し、施設においては「危険を予防すること」が課題としている。また、生活相談員には「介護事故」に係る施設内外との「コミュニケーション」の場を作り、提供し、リードしていくことの必要性を提起している。(美坂 2010)。
- 2) 実習を通し、何故危険が潜んでいるか含めたエビデンスを高めるような学内教育の必要性を提起したものである。(齋藤・郷木 2006)。
- 3) リスクマネジメントは、現実におこなっていること。あるいは、おこりそうな問題を、その解決方法とともに明確に提示することで質の高いケアを供給することというものである。(ワインバーグ 2001)。

文献

青木幹喜 (2009). 「チームエンパワメント—研究の背景と課題—」『大東文化大学経営論集』, 15: 1-16.
 古川孝順 (2002). 『社会福祉学』, 東京: 誠信書房.
 福祉サービスにおける危機管理に関する検討会 (2002). 「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～」について

(概要)

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/04/h0422-2.html> (2014.8.16)
 橋本久子 (2004). 「介護福祉におけるリスクマネジメントの研究—介護老人保健施設の実態調査をもとに」『第一福祉大学紀要』, 1: 75-85.
 京極高宜 (1997). 『介護保険の戦略』, 東京: 中央法規.
 片山由美 (2004). 「施設における介護事故の法的課題への一考察」『法政論叢』, 40 (2): 36-49.
 厚生労働省・社会保障審議会—介護給付費分科会 (2015). 「(1) 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」(結果概要)
<http://www.nhlw.go.jp/sff/shingi/shing-hoaho.html?tid=126698> (2015.5.18)
 厚生労働省・身体拘束ゼロ推進会議 (2001). 「身体拘束の手引き～高齢者ケアに関するすべての人に」. <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/.../854> (2014.8.16)
 尾崎新 (2002). 「現場」のちから—社会福祉における現場とは何か」誠信書房.
 関川芳孝 (2012). 「介護事故リスクマネジメント活動に対する効果検証方法の開発」『社会問題研究』, 61: 29-47.
 田辺和俊 (2005). 「ゼロから学ぶリスク論」, 東京: 日本評論社.
 田中まみ (2006). 「対人援助実践におけるエンパワメントアプローチについて—新しい時代の援助観の確立を目指して—」『西山学園研究紀要』, 1: 73-89.
 高野範城・青木佳史 (2009). 『介護事故とリスクマネジメント』, 東京: あけび書房
 鳥野猛 (2006). 「介護事故の実態に関する考察」介護施設における介護事故調査の分析からみた介護現場の実態『滋賀文化短期大学研究紀要』, 1-32.
 和田隆雄 (2002). 「社会福祉におけるリスクマネジメントの法的課題」『法政論叢』, 39 (1): 133-147.