

在宅における リスクマネジメント

高知県立大学看護学部

井上加奈子

(在宅看護専門看護師/防災士)

本日の内容

- ☆ リスクマネジメントとは？
- ☆ 在宅におけるリスクとは？
- ☆ リスクマネジメントの考え方
 - 予防対策（事故防止）：KYT
 - 事故対策（紛争防止）：SHEL分析
- ☆ BCPについて
- ☆ ハラスメントについて

リスクマネジメントとは？

リスクマネジメントを日本語に置き換えると、
「危機（リスク）」を「管理する（マネジメント）」、

すなわち、**「危機管理」**となる。

在宅におけるリスクとは？

自然災害

交通事故

感染症のまん延

利用者の
急変

針刺し事故

職員の体調不良

情報漏洩

ハラスメント

etc...

在宅におけるリスクマネジメントの特徴

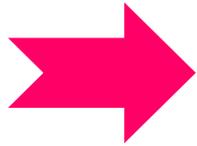
- 個別支援（1対1のケアなど）
→密室性が高く表面化しにくい
- 個別性が高い、対象が幅広い
→リスクの対象が広い
- 情報が少ない（感染症など）
→予防（日頃からの備え）が大事

在宅ケアにおける リスクマネジメントの目的

- (1) 利用者・家族の“命”を守り、生活の質を向上する
- (2) 職員（スタッフ）の“命”を守り、安心してサービス提供できるようにする
- (3) 質の高いサービスを提供する
- (4) 信頼を築き、経営を守る

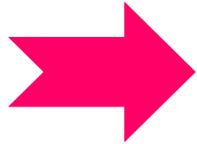
リスクマネジメントの考え方

(1) 事故が起きないようにすること



予防対策（事故防止）

(2) 事故が起きた場合の確実な対処



事故対策（紛争防止）

インシデント：日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったもの。
ヒヤリ・ハットは同義。

アクシデント：医療事故に相当する用語。

医療事故：医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合も含む。

医療過誤：医療事故の発生の原因に、医療機関・医療従事者に過失があるものをいう。

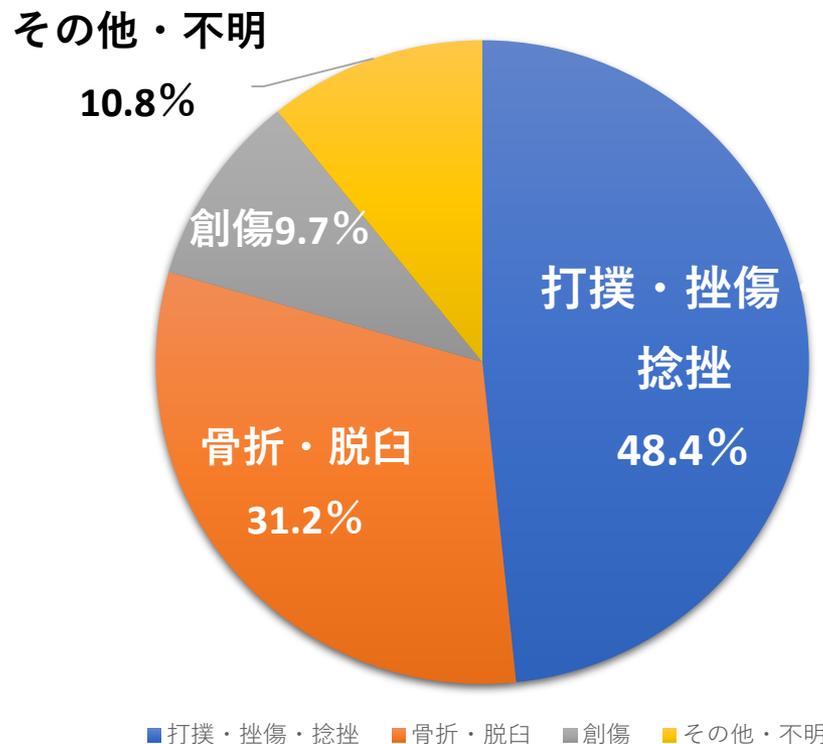
訪問看護における事故の実態について

ステーション賠償責任保険に保険請求があった内訳

対人事故：45.8% 対物事故：54.2%

(2023年度)

対人事故・症状



対人事故のうち

交通事故 15.1%

それ以外の事故 84.9%

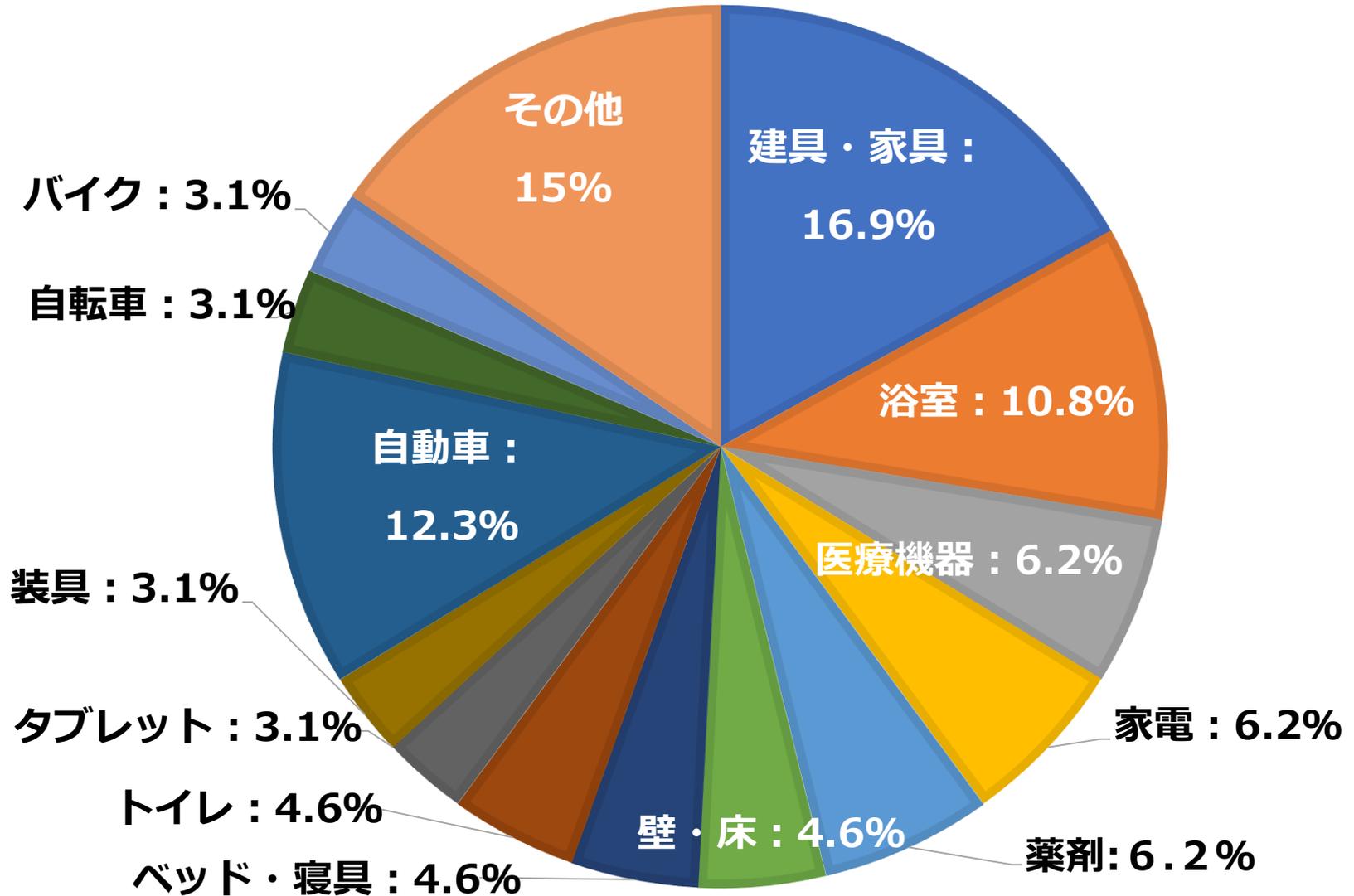
最も多かったのは

転倒

「車いすに座っていた療養者を
ベッドに移乗させる際、バラン
スを崩し転倒」など

対物事故の内容

■ 建具・家具 ■ 浴室 ■ 医療機器 ■ 家電 ■ 薬剤 ■ 壁・床 ■ ベッド・寝具 ■ トイレ ■ タブレット ■ 装具 ■ 自動車 ■ 自転車 ■ バイク ■ その他



訪問看護職員に発生した事故

業務従事者傷害保険請求があった事故のうち
45.7%が交通事故

交通事故の発生時間帯：**12時台**が最も多く、
次いで**15時台**

●交通事故以外の事故事例

「利用者宅で滑って転びそうになり、ブロック塀に肩～肘をぶつけた」

「玄関の段差を踏み外し転倒」

「療養者宅で飼われている犬・猫による咬傷」

「針刺し事故も多い」

予防対策

マニュアル確認していますか？

- 急変時対応マニュアル
- 災害対応マニュアル
- 針刺し事故対応マニュアル
- 交通事故対応マニュアル
- BCP etc…

マニュアル更新していますか？

事故につながる4つの要因・原因

- ①ヒューマンエラー（人間だから犯すエラー）
- ②手順・マニュアル・ルールの不備
（未整備または内容に問題がある）
- ③使用物品の不具合
- ④環境的制約（物理的なもの、時間など）

ヒューマンエラーが 事故につながりやすい状況

- * ケア手技が不安定である
- * 相手の話をきちんと聞いていない、聞けていない
- * 注意力が散漫になっている
- * 何度かインシデントを起こしている

ヒューマンエラーを減らす10の方法

1.声に出す（呼称確認）

：視覚刺激を音声刺激に変える

2.指を差す（指差し確認）

：意識の焦点化・集中化をはかる

3.色をつける（カラーマーク）

：感覚刺激を働かせる

4.他者に見せる（ダブルチェック）

：思い込みによるエラーを確認する

5.時間を与える

：余裕をもって作業ができる

6.よく考える

：じっくりを自分の記憶を照らし合わせる

7.ポスターを貼る

：注意を常に誘発させる

8.場所を変える

：物理的単純エラー、パターン認識エラーをなくす

9.事例を調べる

：当事者責任を体験できる

10.インシデントレポートを読む

：エラーの心理的不安を軽減する

〈出典〉釜英介：「リスク感性」を磨くOJT、P86、日本看護協会出版会、2004

ヒヤリハット事例に学ぶ

ヒヤリ・ハット事例



入浴介助中、利用者を抱えて浴槽の中で立ち上がろうとしたとき、腰を痛めそうになった

業種

社会福祉施設

作業の種類

介護

ヒヤリ・ハットの状況

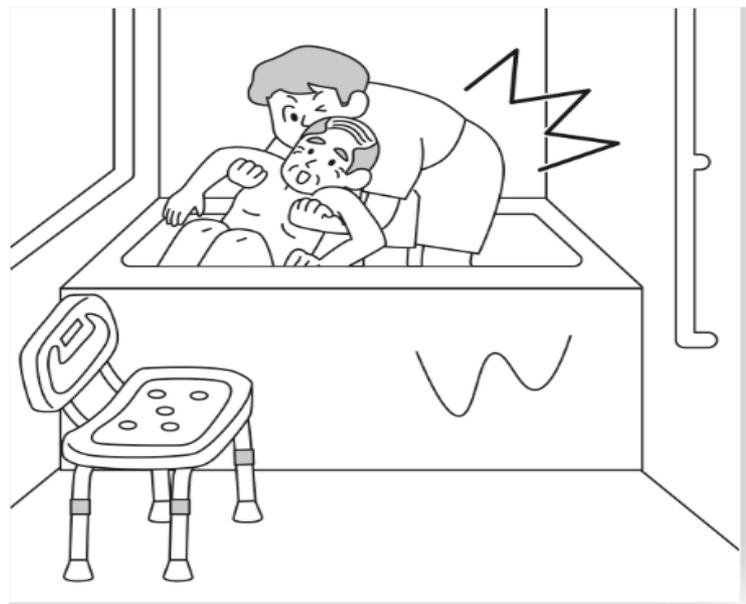
入浴介助中、利用者が自力で立ち上がれなかったため、介助者がお湯を抜いて浴槽に入り、利用者の脇を抱えて前かがみで引き上げようとしたところ、腰を痛めそうになった。

原因

狭い浴槽で無理な体勢で引き上げようとしたこと。

対策

- ・利用者を抱える際は、腰を屈めない正しい姿勢で行うこと。
- ・複数名での作業を検討すること。



拡大 🔍

訪問看護での事故事例

【実施した医療行為の目的】
気管カニューレバンドの交換

【事故の内容】

声門狭窄により気管切開を行い、気管カニューレの管理で2回/週訪問看護が介入している患者。10:30検温を実施。10:40カニューレバンドの交換を開始。患者は椅子に座り、看護師は患者の右後ろに立ち、後ろから左手を前に回し、カニューレの羽根左側を示指で固定し、右手でカニューレ右側の固定を外し頸部の保清を行った。咳き込む度に両羽根を母指と示指で固定し直した。右手で新しいカニューレバンドを手にとったが、マジックテープが絡まっていた。左手はカニューレを固定の為、右手だけでほどこうとした。しかし、なかなかほどけず患者が「私がこれ（孫の手）でカニューレを押さえている」と言った為、任せて固定していた左手を離れた。患者は既往にリウマチがあり上肢を頸部まで挙げる事ができず、手の代わりに孫の手を使うことがあった。固定を離している間に咳き込み、カニューレが抜けてしまった。

10:45患者と家族に状況説明を行い、家族に救急車を呼ぶように依頼した。患者にはパルスオキシメーターを装着し呼吸状態を確認した。その後救急隊から電話連絡があり状況説明を行い10:55救急搬送となった。

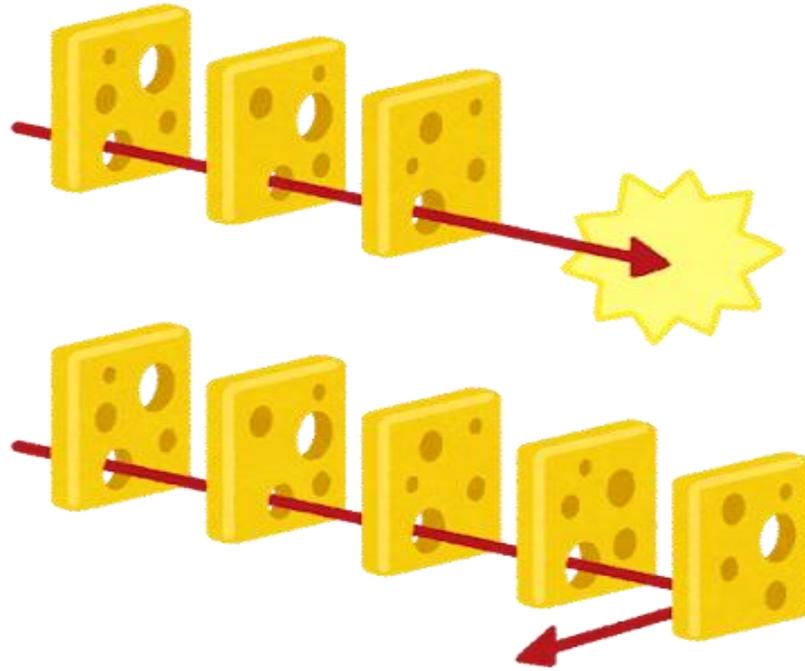
【事故の背景要因の概要】

- ・ 事前にマジックテープの絡まりをほどいていなかった。
- ・ 看護師がカニューレバンドを交換する際、カニューレを固定していた手を離してしまった。カニューレの固定を指一本で行っており、自己抜去に対する危機意識が不十分だった。
- ・ 患者が上肢を自由に動かせないのにもかかわらず固定を任せて看護師一人で交換した。

【改善策】

- ・ マジックテープの絡まりが無いように事前に伸ばしておく。
- ・ カニューレバンドを交換する際、常に固定の手を離さない。カニューレの羽根の固定は、指は二本で行い両羽根を固定する。
- ・ 家族の協力が得られる場合は、羽根にベルトを通してもらうなどの介助を依頼する。

スイスチーズモデル



医療事故の発生過程を説明したモデル。

スイスチーズには穴場無数に開いており、それをシステムの不備にたとえている。いくつかの不備が重なり合ったときに医療事故が起きるが、その過程を、何枚かのスイスチーズを重ねたときに、チーズの穴が直線上に位置して、貫通状態になったときに考えると理解しやすい。

KYT（危険予知トレーニング）

作業や職場にひそむ危険性や有害性等の危険要因を発見し解決する能力を高める手法。

ローマ字のK Y Tは、危険のK、予知のY、訓練(トレーニング)のTをとったもの。

危険予知訓練は、もともと住友金属工業で開発されたもので、中央労働災害防止協会が職場のさまざまな問題を解決するための手法である問題解決4ラウンド法と結びつけ、さらにその後、旧国鉄の伝統的な安全確認手法である指差し呼称を組み合わせた「K Y T 4ラウンド法」としたものが標準とされている。

K Y Tの基礎手法であるK Y T基礎4ラウンド法による危険予知訓練の進め方は、次表のとおり。

| ラウンド | 危険予知訓練の4ラウンド | 危険予知訓練の進め方 |
|------|---------------|--|
| 1 R | どんな危険がひそんでいるか | イラストシートの状況の中にひそむ危険を発見し危険要因とその要因がひきおこす現象を想定して出し合い、チームのみんなで共有する。 |
| 2 R | これが危険のポイント | 発見した危険のうち、これが重要だと思われる危険を把握して○印、さらにみんなの合意でしぼりこみ、◎印とアンダーラインをつけ「危険のポイント」とし、指差し唱和で確認する |
| 3 R | あなたならどうする | ◎印をつけた危険のポイントを解決するにはどうしたらよいかを考え、具体的な対策案を出し合う |
| 4 R | 私達はこうする | 対策の中からみんなの合意でしぼりこみ、※印をつけ「重点実施項目」とし、それを実践するための「チーム行動目標」を設定し、指差し唱和で確認する |



状況：あなたは、外部非常階段の扉の塗装を行うため、ペーパーがけをしている



状況：あなたは、外部非常階段の扉の塗装を行うため、ペーパーがけをしている

(例 1R及び2R)

- ① 扉を半開きにしてペーパーがけしているとき、風にあおられ扉がしまり、押さえている左手をはさまれる
- ② 踏み台が手すりに近く、腰の位置が高いので、降りようとしてよろけたとき、手すりを超えて落ちる
- ③ 扉を半開きにしてペーパーがけしているとき、風にあおられ扉が動き、踏み台がぐらついて踏み外してころぶ
- ④ ペーパーがけしながら足の位置を変えようとして、踏み台を踏み外してころぶ
- ⑤ 扉を閉めてペーパーがけしているとき、内側から扉を押し開けられてころぶ
- ⑥ 顔を近づけてペーパーがけしているので、風で粉が飛び散り、目に入る
- ⑦ 後ろ向きで踏み台から降りたとき、そばにある塗料缶をけとばし、下の人に当たる

3ラウンド

(例)

| No | ※ | 具体案 | No | ※ | 具体案 |
|----|---|---------------------|----|---|---------------------|
| 2 | ※ | 1 <u>踏み台を壁側に寄せる</u> | 6 | | 1 ゴーグルを着用 |
| | | 2 踏み台を開いた扉の内側に置く | | ※ | 2 <u>風上で作業する</u> |
| | | 3 安全帯を着用、手すりにかける | | | 3 顔を遠ざけ、目の位置より下でかける |
| | | 4 | | | 4 |

4ラウンド

(例)

| | | | |
|-------------|-------------------------------------|-------------|--------------------------------|
| チーム 行動目標 | 踏み台を使うときは、 踏み台を壁側に寄せて 置こう ヨシ! | チーム 行動目標 | ペーパーがけをするときは、 風上に立って行おう ヨシ! |
|-------------|-------------------------------------|-------------|--------------------------------|

リスク発見のために必要な力

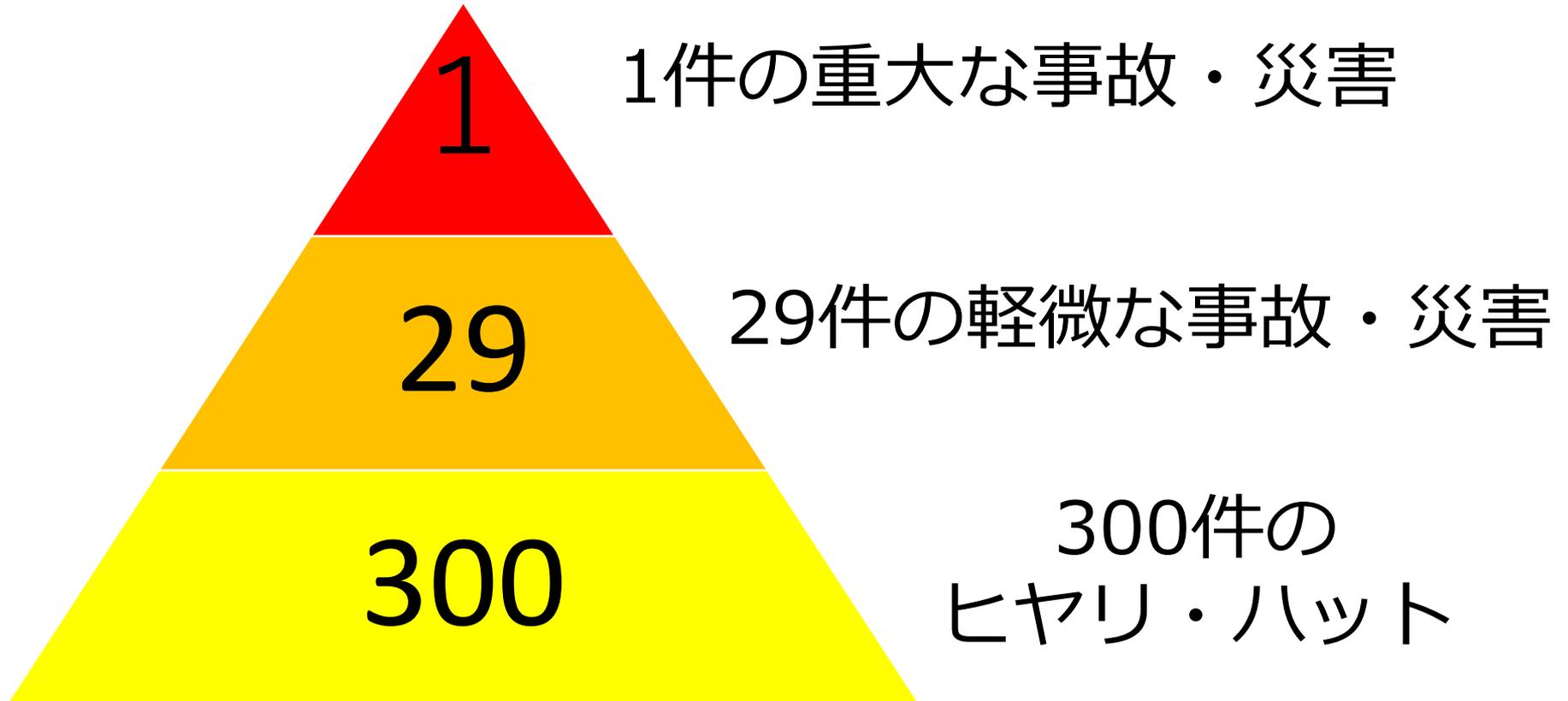
何か変だと気づく力

事前のアセスメントやケア計画をきちんと読み解きながら、「観察で重点をおく部分」が把握できるようにする。

気づきを組織で共有できる力

記録や口頭での申し送りを通じて、その場にはいないスタッフでも利用者の状況が正確に把握できるようにする。

ハインリッヒの法則



インシデント報告、書いていますか？

インシデントレポートの報告数は

病床数の5倍あると

医療安全活動の透明性が高いといわれています

在宅ではどうでしょうか？

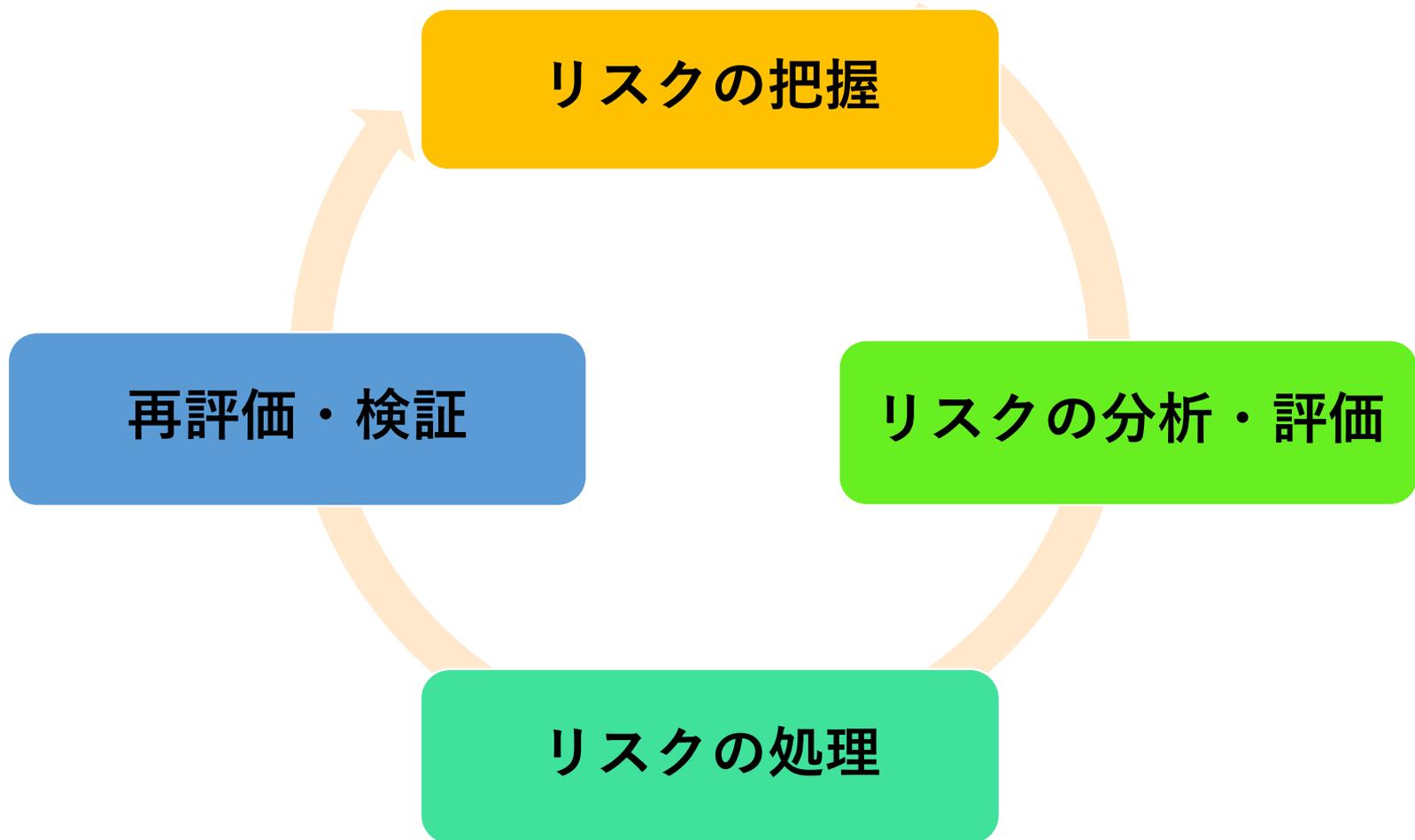
病院ではインシデント報告レベルでも
在宅ではインシデント報告として上がってこない場合
もありますよね

インシデントの影響度分類

第1回国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会総会（平成14年10月31日・11月1日開催）にて承認（議事要旨より抜粋）

| レベル | 障害の継続 | 障害の程度 | |
|-------|-------|--------|---|
| レベル0 | | | エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった |
| レベル1 | なし | | 患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない） |
| レベル2 | 一過性 | 軽度 | 処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた） |
| レベル3a | 一過性 | 中等度 | 簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など） |
| レベル3b | 一過性 | 高度 | 濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など） |
| レベル4a | 永続的 | 軽度～中等度 | 永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない |
| レベル4b | 永続的 | 中等度～高度 | 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う |
| レベル5 | 死亡 | | 死亡（原疾患の自然経過によるものを除く） |
| その他 | | | |

リスクマネジメントのステップ

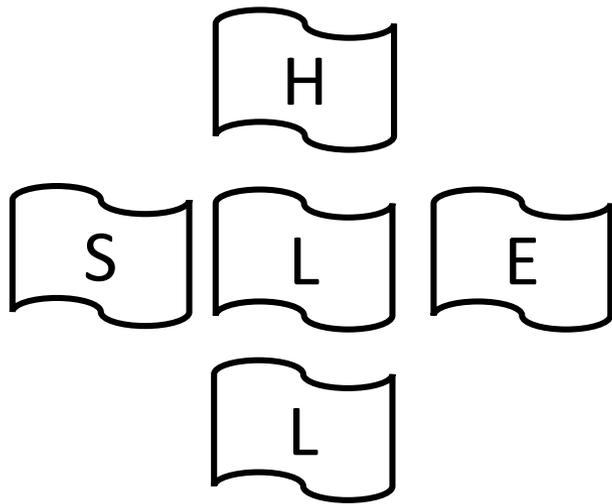


事故对策

SHELモデル分析

事故が起きてしまった背景をより効果的に分析するために利用するもの

概念図



当事者である人間（L：LIVEWEAE）
が最適な状態を保つためには
4つ（5つ）の要因が影響

「状況による変化」を洗わす外縁の
不定形に合致するように要因と
当事者（L）の対応を検討する

| | |
|-----------------|--|
| S ソフトウェア | マニュアル、規程等システムの運用にかかわる形にならないもの 例：職場の慣習、読みにくい説明書、新人教育マニュアルの有無 |
| H ハードウェア | 医療機器、器具、設備、施設の構造 例：原因機材、作業台、寝衣、履物、補助具 |
| E 環境 | 物理的環境（照明、騒音、空調）を含む業務と行動に影響を及ぼす全ての環境 例：保管場所、業務範囲、労働条件、勤務時間、作業件数、業務の難易性、発言しやすい雰囲気 |
| L 他人 | 当事者以外の人間 例：事故・インシデントに関わった他のスタッフ <心身状態・経験・知識・技術> 患者自身や家族の誘因 <年齢・安静度・ADL・内服中薬剤・疾患・身体障害・心理> |
| L 当事者 | 事故・インシデントに関わった本人 例：心身状態・経験・心理的要因、技術的問題、コミュニケーションスキル、協調性 |

SEHL分析の例：浴室から脱衣室へ戻る際に利用者の〇〇さんが転倒した。
骨折はなかったが打撲痕が残った。

| | 要因 | 対策 |
|---------------|--|---|
| S (ソフトウェア) | <ul style="list-style-type: none"> 入浴時には職員が見守ることになっていたが、マニュアルに明確な記載がなかった。 〇〇さんの体調について引継ぎがなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> マニュアルを変更する。 引き継ぎの方法について検討する。 管理者は業務手順や引継ぎについて日常的に点検し指導する。 |
| H (ハードウェア) | <ul style="list-style-type: none"> 浴室と脱衣室の間の排水路のカバーがわずかにずれていた。 | <ul style="list-style-type: none"> 排水路のカバーを改修する。 |
| E (環境) | <ul style="list-style-type: none"> 浴室の照明が一部切れており、薄暗かった。 他の利用者の付き添いのため、他の職員が不在であった。 | <ul style="list-style-type: none"> 照明を交換する。 職員同士の声かけやお互いのサポート体制の強化について検討する。 |
| L (他人) | <ul style="list-style-type: none"> 浴室担当者は本人の体調不良を確認していなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> 体調などの状態確認の内容を職員間で共有する。 |
| L (当事者) | <ul style="list-style-type: none"> 朝から体調不良を訴えていた。 一緒に入浴していた△△さんが、早く出て行けといったことを気にしていた。 | <ul style="list-style-type: none"> 入浴前の体調確認を徹底する。 入浴の順番を調整する際に、利用者間の相性を配慮する。 |

BCPについて

事業継続計画 (Business Continuity Plan、BCP)

大地震等の自然災害、感染症のまん延、テロ等の事件、大事故、サプライチェーン（供給網）の途絶、突発的な経営環境の変化など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い期間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のこと。

BCPの対象となる出来事はたくさんあります！

自然災害
(巨大地震・
水害・竜巻・
大火災など)

テロ

**管理職の
不祥事**

**原子力
災害**

感染症

バイトテロ
(悪ふざけを
SNSで投稿
して炎上)

リコール

など…

BCPの作成・研修・訓練は義務化

運営基準の記載内容

- (1) 感染症、自然災害の両方のBCPを作成
- (2) 研修、訓練（シミュレーション）の
定期的な実施

通所系、訪問系：年1回以上の研修、年1回以上の訓練

入所系：年2回以上の研修、年2回以上の訓練

BCPの訓練とは

※防災訓練（避難誘導、初期消火、救出・救護）は
BCPの訓練ではない

BCPの訓練は机上訓練と実地訓練を実施する

- (1) 参集訓練 : 夜間休日を想定し対策本部員が事業所へ参集
- (2) 対策本部設置訓練 : 災害が発生した想定で、対策本部を設営
- (3) 机上訓練 : 災害発生から復旧までの流れを机上で確認
(イメージ・トレーニング)
- (4) 安否確認訓練 : 施設内・外の職員等の安否を実際に実施
- (5) 実働訓練 (実地) : 機器の操作等、マニュアルに沿って実際に実施
- (6) 総合訓練 : 地域等と協力し、一連の流れを確認

普段からやっておくとよいこと (自然災害編)

- 訪問先の一時避難場所を確認しておく。
- 家族内や事業所内で災害時の対応について定期的な話し合いをもつ時間を作る。
例：どのように連絡をとる？ 参集場所は？
- 近所とのつながりをもつ。
例：地域の防災訓練に参加する

1995年1月17日に発生した阪神・淡路大震災
都市直下型地震で建物の倒壊に巻き込まれ方々が多かった。
約9割の方が自助と共助で助かった。



市町村によっては「巨大地震注意」が出たら 休校と決めている所もあります。

| 地震発生から 最短2時間後 | 南海トラフ地震臨時情報 (巨大地震警戒) | 南海トラフ地震臨時情報 (巨大地震注意) | 南海トラフ地震臨時情報 (調査終了) |
|-----------------------|--|---|--|
| <p>(最短) 2時間程度</p> | <ul style="list-style-type: none"> 日頃からの地震への備えの再確認に加え、地震が発生したらすぐに避難するための準備 地震発生後の避難では間に合わない可能性のある住民は事前避難 <div data-bbox="413 611 846 782"> <p>要配慮者を考慮し、事前避難を実施</p>  </div> | <ul style="list-style-type: none"> 日頃からの地震への備えの再確認に加え、地震が発生したらすぐに避難するための準備 <div data-bbox="938 489 1367 786"> <p>つねに家族の所在場所を把握</p>  <p>非常用袋やヘルメットを玄関に</p>  <p>寝る時は枕元にはきなれた靴を置いておく</p>  </div> | <ul style="list-style-type: none"> 大規模地震発生の可能性がなくなったわけではないことに留意しつつ、地震の発生に注意しながら通常的生活を行う。 <div data-bbox="1495 601 1831 1186"> <p>通学</p>  <p>散歩</p>  <p>通勤</p>  </div> |
| <p>1週間(※)</p> | <ul style="list-style-type: none"> 日頃からの地震への備えの再確認に加え、地震が発生したらすぐに避難するための準備 | <ul style="list-style-type: none"> 大規模地震発生の可能性がなくなったわけではないことに留意しつつ、地震の発生に注意しながら通常的生活を行う。 <div data-bbox="929 1025 1358 1222"> <p>通学</p>  <p>通勤</p>  </div> | |
| <p>2週間</p> | <ul style="list-style-type: none"> 大規模地震発生の可能性がなくなったわけではないことに留意しつつ、地震の発生に注意しながら通常的生活を行う。 | | |

※ 通常とは異なるゆっくりすべりが観測された場合は、すべりの変化が収まってから変化していた期間と概ね同程度の期間が経過したときまで

内閣府 防災情報のページ:南海トラフ地震臨時情報が発表されたら！

<https://www.bousai.go.jp/jishin/nankai/rinji/index4.html>

普段からやっておくとよいこと (感染症編)

- 標準予防策の徹底
- いつも事業所内の整理整頓をしておく。
- 必要物品の準備をしておく。
(訪問バッグ・訪問車・事業所など)
- 利用者さんにも感染症対策に協力してもらおう。
(例：利用者さん家族の体調不良も事前にお知らせしてもらえようお願いします。)

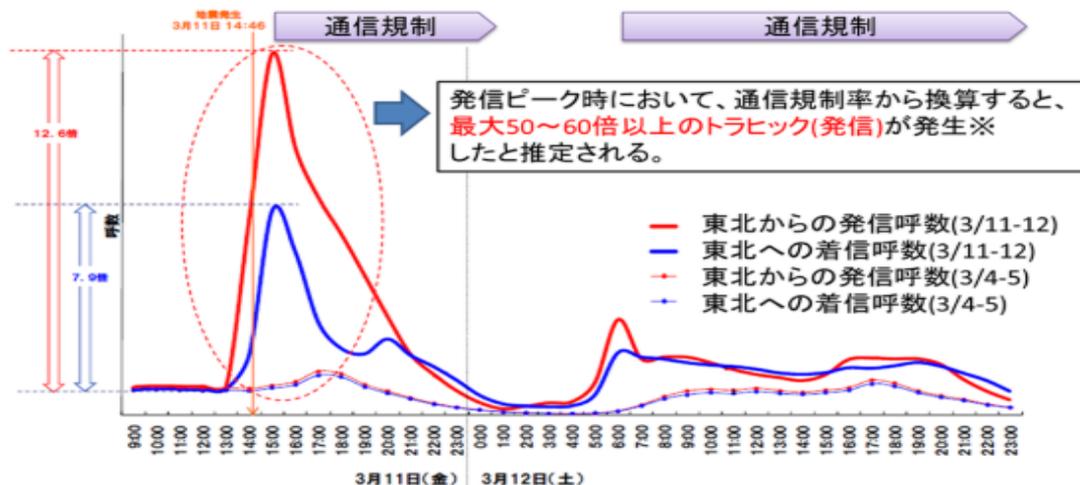
普段からやっておくとよいこと（共通編）

- 複数の連絡ツールをもっておく。
例：インターネットが使える場合・使えない場合、
両方に備える
- 訪問する利用者さんの優先順位を決めておく。
自然災害と感染症のまん延では優先順位が違うかも…
例：独居、他の支援者がいない、医療依存度が
高い、事業所から近い。
- **BCPの内容を事業所内全員で共有する。**
**管理者や担当者不在時にBCP発動する可能性は
十分にあり。**
- **定期的に訓練を行う。**
**例：毎月〇日は訓練の日など日常に組み込んで
いく。**

災害発生時等における通信

地震などの大きな災害が発生すると、被災地への電話が大量に殺到し、回線が大変混雑し、つながりにくくなります。東日本大震災の直後も、携帯電話事業者によっては、最大で平常時の約50～60倍以上の通話が一時的に集中しました。

図：東北地域における携帯電話の輻輳発生と通信規制の例



※15時台において80%の通信規制を行っていたため、 $12.6 \div (1 - 0.8) = \text{約} 60 \text{倍}$ のトラフィックと予想できる。

出典 「大規模災害等緊急事態における通信確保の在り方に関する検討会・ネットワークインフラWG(第2回)」配付資料より作成

通信各社では、こうした通信の混雑の影響を避けながら、家族や知人との間での安否の確認や避難場所の連絡等をスムーズに行うため、固定電話・携帯電話・インターネットによって、次の「災害用伝言サービス」を提供しています。

【災害用伝言サービス】

- ┆ 災害用伝言ダイヤル(171)
- ┆ 災害用伝言板
- ┆ 災害用伝言板(web171)

この「災害用伝言サービス」を利用するとともに、電話をかける場合には手短な通話を心がけたり、不要不急な電話やリダイヤルを控えたりすることで、被災地内の緊急を要する電話がスムーズに利用できるようにご協力をお願いします。

問:どのような場合に利用できるのですか？

大規模な地震の発生等により、被災地への電話がつながりにくい状況となった場合に利用可能となります。
提供の開始や提供条件については、テレビ、ラジオ、インターネット等でお知らせいたします。

問:災害時以外には利用できないのですか？

災害用伝言サービスは、災害発生時に電気通信事業者により自主的に運用されるものですが、以下の体験利用日にも運用されており、体験することができます。

- 毎月1日、15日
- 正月三が日(1月1日～3日)
- 防災とボランティア週間(1月15日～21日)
- 防災週間(8月30日～9月5日)

なお、電気通信事業者によっては、これ以外にも体験利用日を設けている場合があります。また、各地域で開催される「防災訓練」の際にも体験利用可能となる場合があります。(各電気通信事業者により異なる場合がございますので、詳細はお使いの固定電話又は携帯電話事業者へお問い合わせ願います。)

家族や友人、職場の同僚たちと体験利用日に使い方を確認するとともに、災害時の安否確認方法を予め決めておくなど、いざというときに備えるようにしましょう。

問:利用するには事前に何か登録が必要ですか？

サービスの利用にあたっては、事前の登録は必要ありません。

しかしながら、災害用伝言板(web171)については、下記URLから事前に利用者登録を行うことで、登録した内容をメールまたは電話(人工音声)にて自動的に通知することができるようになりますので、設定をしておきましょう。なお、設定はいつでも行うことができます。

URL:[web171](https://www.web171.jp/) <https://www.web171.jp/>

また、その他サービスについても予め家族や知人とサービスを体験利用しておく、いざという時にスムーズです。

問:災害用伝言サービス間は連携しているのですか？

災害用伝言板、災害用伝言板(web171)は相互検索ができるような連携を平成24年8月30日より開始しました。

災害用伝言ダイヤルと災害用伝言板はそれぞれ独立したサービスとなりますのでご注意ください。

問:どうして電話が混み合っている場合でも繋がりがやすいのですか？

災害用伝言ダイヤルは、全国に分散されたシステムで運用されており、電話が混み合っている地域(被災地)以外で伝言を預かるようになっていたため、電話が混み合っても繋がりがやすくなっています。

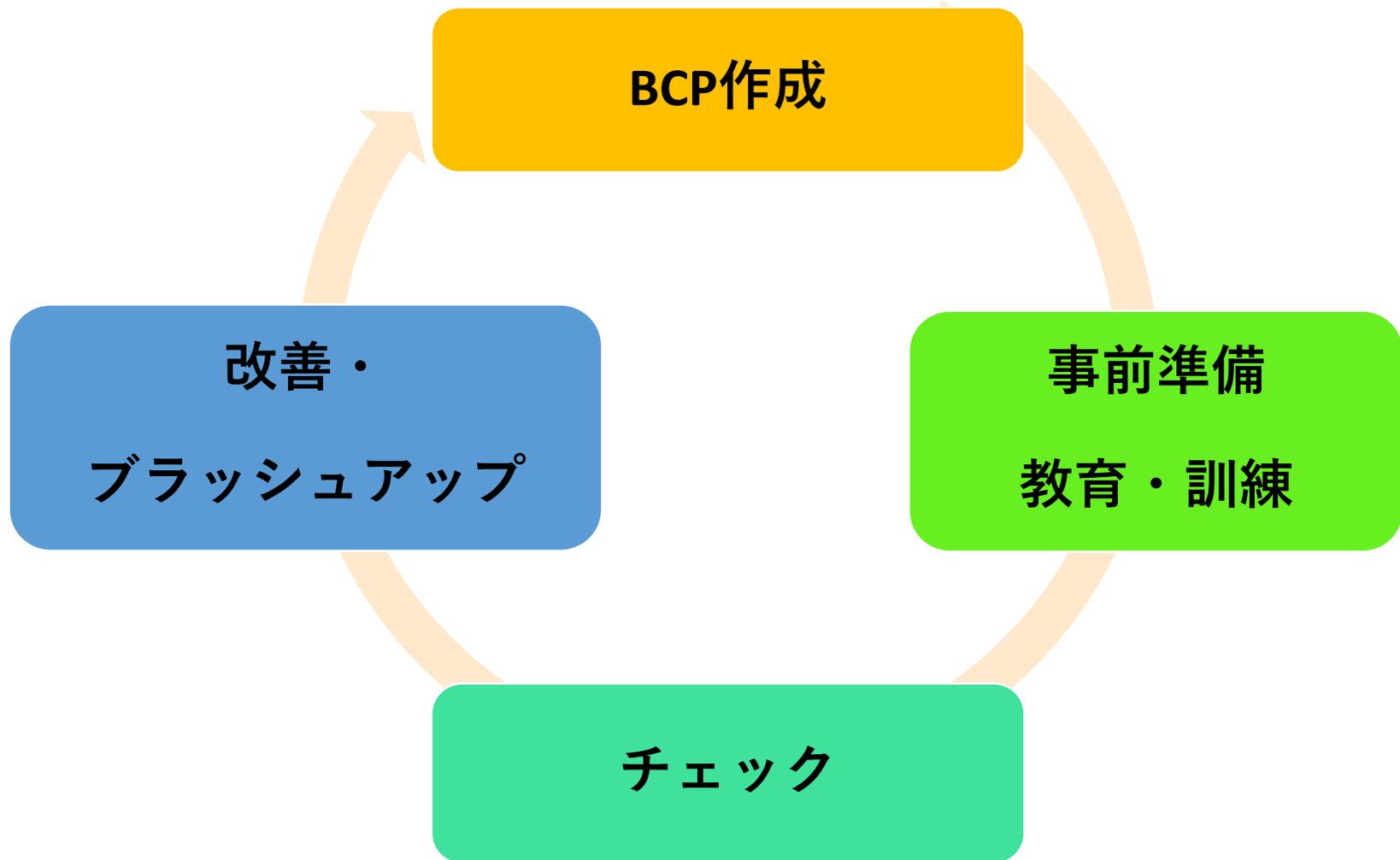
災害用伝言板及び災害用伝言板(web171)は、通信が混み合いやすい電話(音声通信)ではなく、インターネット等(データ通信)で伝言の登録・確認を行っているため、電話が混み合っても繋がりがやすくなっています。

問:災害用伝言サービスの提供は法令上の義務なのですか？

電気通信事業者に災害用伝言サービスを提供する義務は課せられておりません。

(災害用伝言ダイヤル及び災害用伝言板(web171)はNTT東西が、災害用伝言板は携帯電話4社が自主的に運用しているものです。)

実際に使えるBCPへ



ハラスメントについて

ハラスメントとは

- 身体的暴力、精神的暴力及びセクシャルハラスメントをさす

- ▶ 身体的暴力

- ：身体的な力を使って危害を及ぼす行為

- ▶ 精神的暴力

- ：個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

- ▶ セクシャルハラスメント

- ：意に添わないが性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

調査結果

4. 回収状況

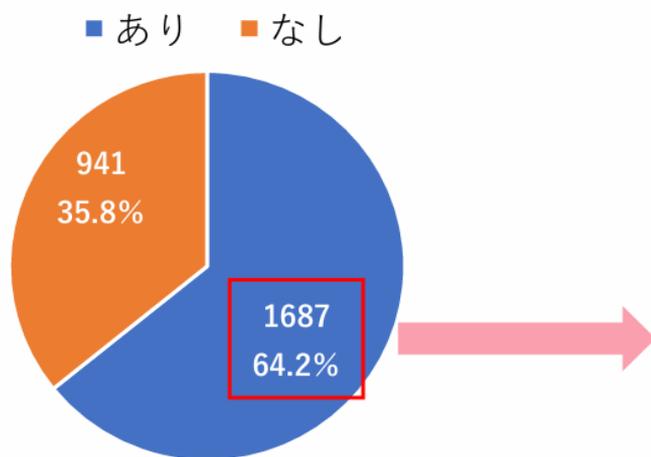
| 回答件数 | 回収率 | 送付件数 |
|-------|-------|----------|
| 2,628 | 21.4% | 12,265件* |

(※)

- ・配布件数には、全国訪問看護事業協会・日本訪問看護財団双方の会員である場合も含まれており、この場合には、どちらかの調査依頼に従って1回の回答を依頼
- ・日本訪問看護財団会員には、個人、職能団体、法人会員も含まれるため、送付件数＝訪問看護セッション数とならないことに留意が必要

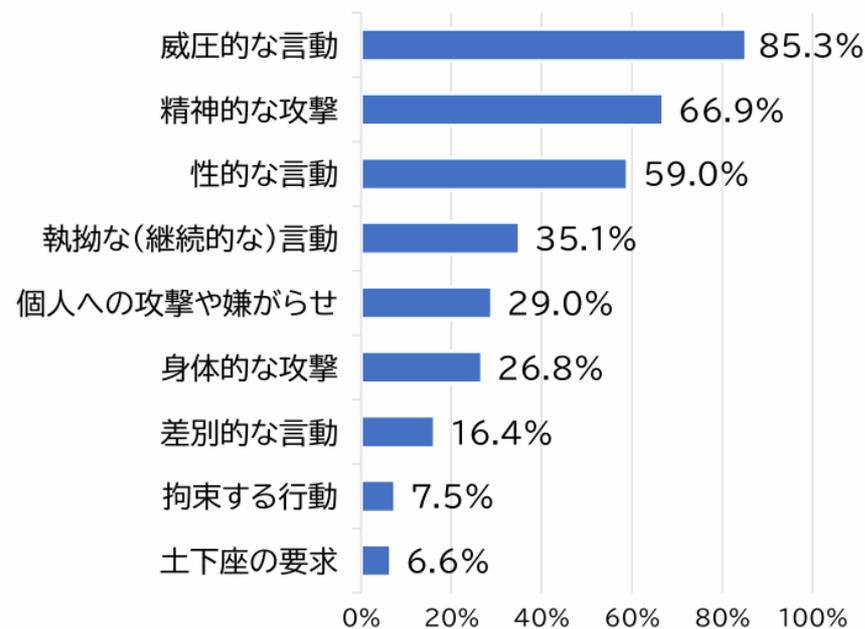
5. 調査結果

① 事業所の職員(管理者も含む)から過去にカスタマーハラスメントを受けたと報告されたことの有無



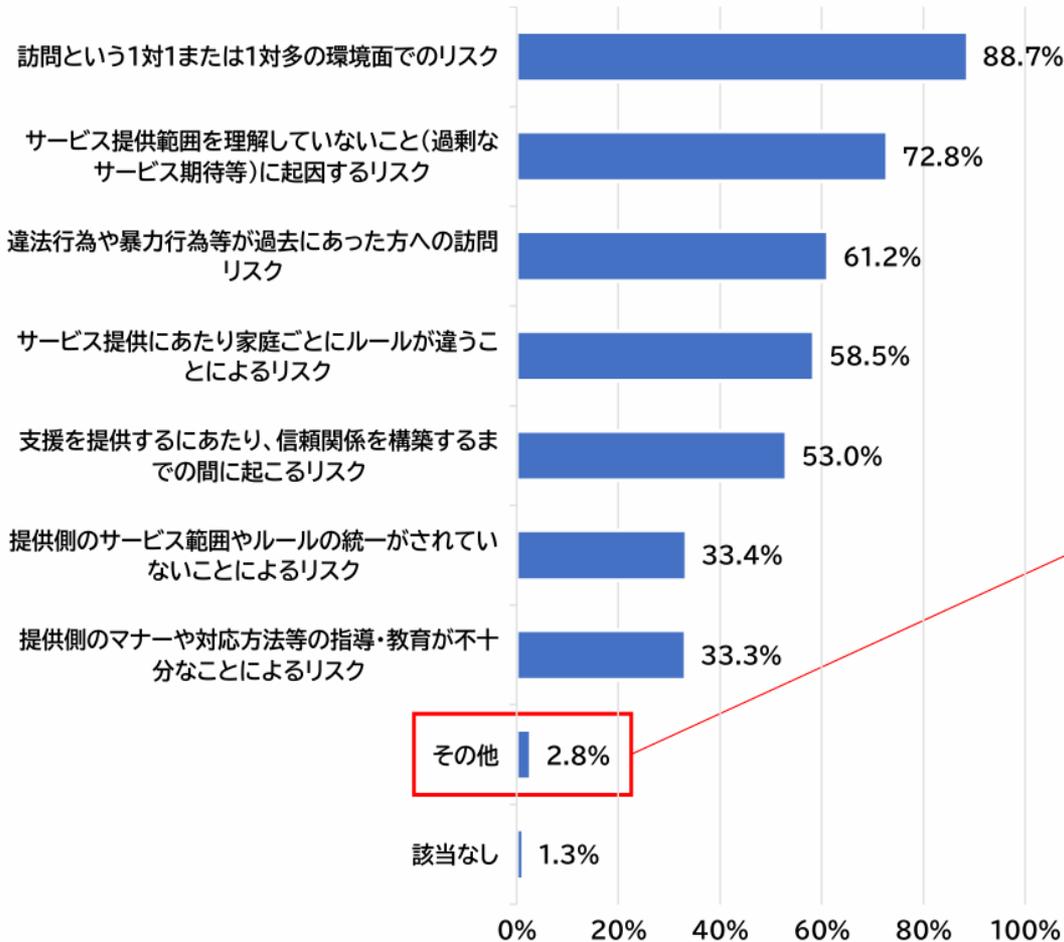
② 「有」の場合、ハラスメントの種類【複数回答】

(n=1687)



ハラスメントを受ける可能性が高いリスク

⑦ 訪問看護における利用者・家族等の疾患・症状に伴いハラスメントを受ける可能性が高いリスクについて【複数回答】



「その他」回答における自由記載

○ 疾患に関連したリスクの自由回答:26件
(主な回答)

- ・認知症や精神疾患の症状から引き金になることがある
- ・認知機能の低下や精神疾患などによる勘違いや理解度の問題
- ・認知症がある男性の性的ハラスメントに対する対応が難しい
- ・環境・生活の変化を利用者が受け入れられない場合に当たられるリスク

○ 多様な価値観・背景を有する者を対象とするリスクの自由回答:22件
(主な回答)

- ・性的発言は提供側の年代、経験値によりハラスメントと受け止めてしまうこともある
- ・女性であること、また20～30代であること自体がリスク
- ・経済的理由で入所できない為に在宅で無理なサービスを要求され、対応できない場合の執拗な攻撃的言動、誹謗中傷
- ・家族の利用者への思いが強い場合、要求する内容も高レベル
- ・利用者が医療者はサービス業なので患者の希望に従わなくてはならないという誤った認識をお持ち

○ 夜間、山間地に訪問するリスクの自由回答:3件

安心・安全
のために

訪問看護師と
訪問看護ステーション管理者の方へ

防犯機器[※]の使用を ご検討ください。

(※) 位置検索機能・緊急呼び出し機能付き防犯ブザー、防犯ボタン付き携帯電話 等



心身の危険を感じる状況(例)



訪問看護師が防犯機器を携帯すると…

- 訪問先で、利用者や家族からのハラスメント等によって、心身の危険を感じる状況が発生した時に、防犯機器を使って速やかに警備会社に通報・出動要請することができます。
- 防犯機器を携帯することで、不安なく業務に臨めます。

防犯機器を携帯する訪問看護師の声



防犯機器を携帯していると示すことが、一定の抑止の効果を持っていると感じています。



一人で密室である個人宅に向うことが多いので、いざという時に簡便で速やかに対応してもらえる防犯機器の携帯は、「お守り」のような安心感があります。

防犯機器の導入にあたっては、地域医療介護総合確保基金による補助が活用できる場合があります。事業所所在の都道府県までご相談ください。

ハラスメント対策について

- ハラスメントを受けやすい職業であることを認識する。
- 契約の際にハラスメント対策について口頭及び文書を用いて、利用者・家族に説明をする。
- 個人の責任にしない文化をつくる。
- 個人、自事業所内だけで解決しようとしなない。

今すぐに行える取り組み

どちらが事故が少ないと思いますか？



どちらが感染のまん延の予防につながると思いますか？

5 Sに取り組んでいますか？

| | |
|------------------------|--|
| 整理 S EIRI | 必要なものと不要なものを分け、不要なものは捨てる |
| 整頓 S EITON | 必要なモノがすぐに取り出せるように、置き場所、置き方を決め、表示を確実に行う |
| 清掃 S EISOU | 掃除をしてゴミ・汚れのない、きれいな状態にすると同時に、細部まで点検する |
| 清潔 S EIKETSU | 整理・整頓・清掃を徹底して実行し、汚れのないきれいな状態を維持する |
| 躰 S HITSUKE | 決められたことを、決められたとおりに実行できるように習慣づける |

安全文化の醸成に必要な4つの要素

①報告し続ける文化

自らのエラーやニアミスを報告しようとする雰囲気

②正義（公正）の文化

許容できる行動と許容できない行動の境界が明確で、
構成員が知っている

③柔軟な文化

変化する要求に効率的に適応できる文化

④学習し続ける文化

常に注意し、観察し、考え、創造し、行動する

安全を重視する組織風土の醸成

- 1 .個人の責任を追究することなく、チームで検討するしくみづくり
- 2 .事故を防止するための記録の活用
- 3 .質向上が安全の確保につながるという共通認識

引用・参考文献

- 介護福祉士養成講座編集委員会：最新 介護福祉士養成講座、中央法規、2019
- 嶋森好子・山元恵子監修：写真でわかる看護現場で行う医療安全行動アドバンス 臨床で習慣化したい基本行動から危機管理まで、インターメディカ、2022
- 山田滋：完全図解 介護リスクマネジメント 事故防止編、講談社、2018
- 照井孫久：ケアリスクマネジメント 実践ハンドブック レジリエンスの概念による新たな方法論、ワールドプランニング、2021
- 田中元：介護事故をなくすためにやっておくべき51のルール、ぱる出版、2016
- 古笛恵子編著：改訂版 事例解説 介護事故における注意義務と責任、新日本法規出版、2019
- 特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン：平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）、株式会社 三菱総合研究所、平成25年3月
- 「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、厚生労働省、平成14年
- 介護現場におけるハラスメント対策マニュアル：令和4年3月改訂、株式会社 三菱総合研究所

ご清聴ありがとうございました

受講後アンケートにご協力をお願いします

<https://forms.gle/R48bv7kv9AuG1H1o8>

