

リスクマネジメント簡易診断チェックシート



損保ジャパン日本興亜リスクマネジメント

チェックシート

【チェックシートの使用方法】

A～Eまでの項目それぞれの設問で、最も相応しいと考えられる番号を右側回答欄へ記入してください。

設問によって、選択肢が1～5までである場合と1、3、5のみの場合があります。それぞれ相応しい番号を記入してください。

全ての設問回答が済んだら、A～Eの項目内の回答番号を合計し、回答合計欄へ記入、更に、設問数で割り平均値欄へ記入してください。

A 体制整備状況

	選択肢	回答
設問 a	5 議事進行手順が規定された安全に関わる委員会があり、事前にレジメが配布され月 1 回以上委員会を開催、議事録が作成されている。	a
	4 月 1 回開催し、議事録作成しているが、役割などの規定がない。	
	3 月 1 回開催しているが、議事録を作成していない。	
	2 不定期に開催している。	
	1 安全に関わる委員会が設立されていない。	
設問 b	5 安全指針で、安全統括責任者、各部署における安全担当者(リスクマネージャー)が任命され、各々具体的な安全活動内容が規定されている。	b
	4 安全統括責任者と安全担当者はいるが、指針に具体的な安全業務の活動内容が記載されていない。	
	3 安全統括責任者と安全担当者共に管理職の兼任となっている。	
	2 安全統括責任者はいるが、部署の安全担当者がいない。	
	1 安全統括責任者、安全担当者共にいない。	
設問 c	5 リスクマネジメントに関わる指針と事故防止マニュアルが作成され、適宜見直し、修正され、各部署に配布されている。	c
	4 リスクマネジメントに関わる指針と事故防止マニュアルが作成されているが、見直し、修正はされていない。	
	3 リスクマネジメントに関わる指針はないが、事故防止マニュアルが作成され、適宜見直し、修正されている。	
	2 事故防止マニュアルは作成されているが、適宜見直し、修正はされていない。	
	1 事故防止マニュアルが作成されていない。	

合計(a + b + c) =

合計 ÷ 3 =

平均値 A

B 報告書運用の実際

		選択肢	回答
設 問 a	5	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書、苦情報告書、その他の報告書が目的と運用方法が明記され作成されている。	a
	4	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書、苦情報告書はあるが、目的と運用方法は明記されていない。	
	3	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書しか作成されていない。	
	2	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書の内容が同じ項目である。	
	1	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書がない。	
設 問 b	5	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書、その他の報告書について、報告書ごと組織で一括集約され、報告後の対応方法と対応部署が明確になっている。	b
	4	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書、その他の報告書が作成され、組織で一括集約されているが、報告後の対応方法と対応部署が明確になっていない。	
	3	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書はあるが、部署で収集し、対策を立てることになっている。	
	2	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書はあるが、部署で収集するのみで特段の対応方法が決められていない。	
	1	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書は、その報告内容をもって教育としている。	
設 問 c	5	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書は分析手法を用いた要因分析を実施し、対策を委員会などに報告している。	c
	3	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書の分析は実施していないが、対策を委員会などに報告している。	
	1	事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書は、対策を立てても、委員会などに報告していない。	

平均値 B

合計(a + b + c) = 合計 ÷ 3 =

C 安全の教育と評価制度

		選択肢	回答
設 問 a	5	新人、経験者ごとに、安全に関わる研修が計画され、1年に1度は全職員が安全研修を受ける制度になっている。	a
	4	特に区別はしていないが、安全に関わる研修が計画され、1年に1度は全職員が安全研修を受ける制度になっている。	
	3	全職員ではないが、安全に関わる研修会を1年に1度は実施している。	
	2	特に定期ではないが、安全に関わる研修会を実施したことがある。	
	1	安全に関わる研修会を実施したことがない。	
設 問 b	5	施設内の各種規定の管理責任者が任命され、規定内容を内部監査などの評価方法を通じ、遵守状況の把握がなされている。	b
	3	施設内の各種規定の管理責任者が任命されているが、特に内部監査などは実施していない。	
	1	各種規定の管理者の任命がされていない。	

平均値 C

合計(a + b) = 合計 ÷ 2 =



D 説明体制

		選択肢	回答
設 問 a	5	転倒や誤嚥など、個別リスク洗い出しのアセスメントツールがあり、アセスメントされたリスクに対する説明用紙の整備と説明の規定ができています。	a
	4	転倒や誤嚥など、個別リスク洗い出しのアセスメントツールがあり、アセスメントされたリスクに対する説明用紙が整備されているが規定はない。	
	3	転倒や誤嚥など、個別リスク洗い出しのアセスメントツールがあるが、リスクの説明用紙がない。	
	2	転倒や誤嚥など、個別リスクについて、説明しているが、洗い出しのアセスメントツールがない。	
	1	転倒や誤嚥など、個別リスクについて、説明やアセスメントをしていない。	
設 問 b	5	入浴や送迎、利用開始時の環境変化、急変など施設内の安全に関わる説明用紙が用意され、家族に適宜説明を実施している。	b
	3	特に説明用紙はないが、適宜説明することとして規定している。	
	1	説明すべき内容として規定はしていない。	

平均値 D

合計(a + b) = 合計 ÷ 2 =

E 苦情・クレーム対応

		選択肢	回答
設 問 a	5	苦情・クレームに関わるマニュアルが作成され、その内容に職員の具体的対応が定められ、年に1度実施されている。	a
	4	苦情・クレームに関わるマニュアルが作成され、不定期の研修を実施しているが具体的対応は記載されていない。	
	3	苦情・クレームに関わるマニュアルが作成されているが、特に職員への教育は実施されていない。	
	2	苦情・クレームに関わるマニュアルは作成されていないが、職員への教育は実施している。	
	1	苦情・クレームに関わるマニュアル作成や、職員教育は実施していない。	
設 問 b	5	苦情・クレームに関わる対応責任者が任命され、報告された苦情・クレーム対応方法が明確化されている。	b
	3	苦情・クレームに関わる対応責任者が任命されているが、報告された苦情・クレーム対応方法について明確化されたものはない。	
	1	苦情・クレームに関わる対応責任者が任命されていない。	

平均値 E

合計(a + b) = 合計 ÷ 2 =

F 事故発生時対応

	選択肢	回答
設 問 a	5 事故発生時のマニュアルが日中・夜間で策定され、事故発見時にすべての職員が、救命の処置と救急車の要請をすることが決められ、事故を想定したシミュレーショントレーニングが行われている。	a
	4 事故発生時のマニュアルが日中・夜間で策定され、事故発見時にすべての職員が、救命の処置と救急車の要請をすることが決められているが、シミュレーショントレーニングは行われていない。	
	3 事故発生時のマニュアルは策定されているが、発生時間ごとの内容は決められていない。	
	2 事故発生時のマニュアルは策定されているが、初期対応は看護師・医師への連絡となっている。	
	1 事故発生時のマニュアルが策定されていない。	
設 問 b	5 救急車要請の判断基準と救急車要請を躊躇させないための要件が決められている。	b
	3 救急車要請の判断は、医師・看護師が決定する。	
	1 特に救急車要請にかかわるルールはない。	

平均値 F

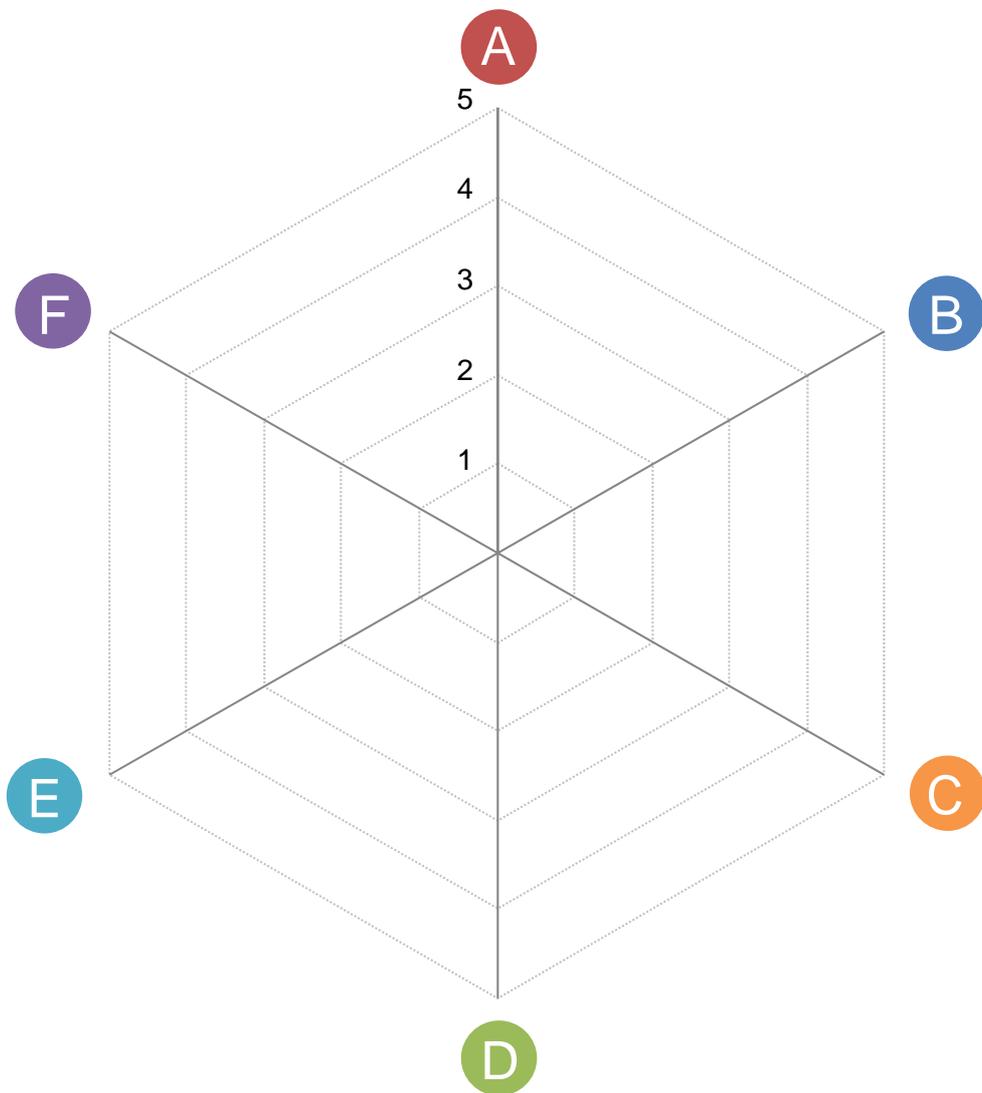
合計(a + b) = 合計 ÷ 2 =

分析シート

各項目ごとの平均値が、施設の現状レベルと考えられます。

以下のレーダーチャートに平均値を記載してみましょう。

項目の意味を理解し、値が低い項目は、評価結果を参考にし、体制構築していきましょう。



評価結果

A項目の意味と課題

施設の安全は、組織力で構築していくものです。個人的努力で安全になるわけではありません。したがって、まず、安全にするための組織作りの要件として、組織横断的に統括して安全をみる安全統括責任者と各部署の安全状況を底上げしていく部署のリスクマネージャーが必要となります。そして、それぞれが役割分担し、効果的な部署情報の集約・統括された安全情報の部署への周知徹底を実施するためには、具体的に何をすべきかということが明確化されていなければ、日々の業務に流されおざなりになってしまいます。リスクマネジメントを展開する原点として、対応すべき人・対応するためのルールが重要となってきます。また、年々担当者が変わるたびに安全への考え方が変わるということでは困ります。組織として、安全をどう考えるのか、明確化し引き継がれていくことと、それらを具体的に業務の中に入れ込み実施する基準としてのルール(マニュアルや規定)がなければ、組織としての「安全」ができていないとは言えないのです。この、A項目の点数が低いということは、日常的に安全を培うための組織と業務者そして、どのように安全を実施していくかのツールが不足しているということになります。安全業務を恒常的に実施するために、以下の点について整備していきましょう。

1. 安全委員会実施のための指針の決定

委員会活動が、単にヒヤリ・ハット報告書情報の共有に終わらせず、安全のための決議機関として、十分な機能を発揮するための委員会用規定を策定しましょう。

基本的な項目例として、

- ①今回、委員会実施までの懸案課題の進捗報告
- ②可決すべき事項の検討
- ③部署における事故報告の状況と再発防止策立案状況
- ④部署におけるヒヤリ・ハット報告書提出状況
- ⑤来月までに対応すべき事項の洗い出しとその担当者の確認

2. 安全に関わる担当者の決定

安全に関わる業務は、その他の管理業務と兼務するには、負担が大きく、日々の忙しさに流れて予防安全に尽くすことができなくなります。できれば、組織全体に対応する責任者と部署毎に対応する責任者がいることが理想的です。

以下のような役割を明確化した安全に関わる業務者を任命しましょう。

【組織全体の安全業務担当者】

- ①安全委員会の開催と委員会での決議事項に関わる整備
- ②ヒヤリ・ハット報告書の総括や、分析チームの立ち上げ、分析結果の委員会での実行指示
- ③事故報告書やヒヤリ・ハット報告書からの教育項目の策定
- ④部署の安全業務者の安全に関わる教育と育成

【部署の安全業務担当者】

- ①部署におけるヒヤリ・ハット報告書の重要性教育と提出促進
- ②委員会で選択されたヒヤリ・ハット報告書の分析業務
- ③委員会で決議された事項の現場への周知徹底
- ④現場での安全に関わる問題点で、施設全体で対応すべき事項の委員会への上申
- ⑤部署の職員に対する安全教育

3. 安全のための事故防止の視点を含んだ業務手順書

安全に関わる手順書やマニュアルは、それぞれ独立している必要はありません。しかし、事故報告書やヒヤリ・ハット報告書から、対応すべき事項を明確化し、事故防止のために何をするかということを手順やマニュアルに盛り込んでいかなければなりません。

業務マニュアルや手順書、事故防止マニュアルの内容は、施設内から提出された報告書の分析結果を元に、日々追加、更新されていく体制を作りましょう。

作成方法は、業務マニュアルに、「事故防止のための視点」として追加する形式や、事故防止マニュアルとして、業務内容に付随した安全のための具体的方策を明確化するなど、日常業務に対する事故防止のための具体的方策がわかりやすく記載されたものを作成しましょう。

B 項目の意味と課題

本項目は、施設のなかで起きる出来事から、事故の対応や事故予防のための要因を引き出し、予防していく実践的なリスクマネジメントの体制についての項目です。この報告制度が、施設の中で運用・分析・現場へのフィードバックができる一連の体制となっていることが重要です。

事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書が、報告書の種別ごとに、運用方法規定、要因分析・対策立案後の組織内対応、管理部門から対策が現場へフィードバックされる体制が明確に決められて、実施されていなければなりません。

本項目の、得点が低い施設においては、それぞれの報告書ベースで、それらの機能を検証し、整備しなくてはなりません。

以下の項目について整備されているかどうか確認しましょう。

1 . 報告書ごとの形式策定

報告書は、その目的ごとに運用が異なります。正しく運用しなければ、せっかく集められた報告書で、施設の事故防止を図ることができません。施設の安全に寄与できる形式と提出がしやすいことが重要です。

- ①事故報告書が、施設で起こるあらゆる事故を想定して、再発防止策の立案ができるような詳細情報が記載できる形式になっている。
- ②ヒヤリ・ハット報告書が、提出者の負担にならないよう、簡便に記載できるよう工夫され、施設内どの職種でも出しやすくなっている。
- ③苦情・クレーム報告書など、目的にあわせたその他の報告書も整備されている。
- ④それぞれの報告書の記載、提出目的が、マニュアルなどで説明され、具体的な記入例を付記した記載方法も規定されている。

2 . 報告書運用の明確化

- ①報告書ごとに提出後の施設内での取扱い方法と対応部署、担当者が明確にされている。
- ②事故報告書は再発防止策を立案し、施設全体へのフィードバックがされる体制になっている。
- ③ヒヤリ・ハット報告書は、施設全体から収集後、部署対応、施設全体対応など、選択され、対応すべき報告書に対し、対策立案がされる体制がある。
- ④事故報告書分析手法、ヒヤリ・ハット報告書分析手法の教育を実施し、その手法に基づいて対策立案する体制がある。
- ⑤各報告書の分析結果で、施設の業務マニュアルや事故防止マニュアルの改訂、教育項目の策定に繋がられている。

C 項目の意味と課題

本項目は、リスクマネジメント教育の体制整備状況と評価について問われています。

1. リスクマネジメント教育の普及

リスクマネジメントは、福祉職の基礎教育にはありません。施設の考える指針に沿って職員にリスクマネジメントを実践してもらうには、その基礎の教育を実施しなくてはなりません。また、リスクマネジメントに関する対応は、法律改正や施設内の報告書状況等によって日常的に改変していくことを要求されています。

一度、教育を受けて終わりということではなく、常に新しいリスクマネジメントの考え方が理解できているよう、繰り返し職員全体に対する教育の周知・徹底と、絶え間なく教育普及を実施する体制が必要です。

2. 施設における評価体制の充実

専門職である職員が業務する施設では、サービス提供の中に高い安全性確保の体制も求められています。そのレベルが、職員の経験やスキルによって異なるということでは、サービス提供者としてあってはならないことでもあります。施設全体の職員が、管理部門が決めた指針や業務規定・マニュアルなどに沿って、同じ視線でリスクマネジメントを実施しているか、施設で策定したリスクマネジメントの対策などが現場と整合性が取れているか、他に施設の状況に合わせて対応すべきことはないか等、管理部門が実施した教育結果や対策のフィードバック結果の現場における状況把握と管理部門とのすり合わせのための評価を行う体制が必要です。

内部監査制度等の評価体制の整備をしましょう。

D 項目の意味と課題

本項目は、A～Cまでの施設全体のリスクマネジメント体制整備の課題と異なり、個別利用者ごとのリスクマネジメント体制に関わる項目です。

高齢者施設におけるリスクマネジメントは、施設全体の安全体制整備と個々の利用者ごとのリスクマネジメントの両側面に対する対応が必要とされています。個別利用者のためのリスクマネジメントとして、以下の項目について、整備がされているか確認をしてください。

1. 利用者ごとのリスク洗い出し

- ①転倒に関わる個別利用者の危険度を洗い出すアセスメントシートが策定され、その洗い出された危険に対する対応策が明確化される体制がある。
- ②誤嚥に関わる個別利用者の危険度を洗い出すアセスメントシートが策定され、その洗い出された危険に対する対応策が明確化される体制がある。
- ③いつ、どのような時にアセスメントをし直すのか、契約説明時や定期以外にアセスメントし直すべき状況が明確化されている。
- ④個々の危険度に対し、施設の具体的対応方法などを文章化し、簡便に利用者・家族に個別リスクの状況と施設の対応が理解できる説明用紙が策定されている。
- ⑤アセスメントに基づいた個別リスクの説明について、いつ、誰が、どのように行うのか、施設の規定に明確化されている。

2. 施設利用に関わるリスクの説明体制

- ①個別のリスクのみならず、高齢者の特殊性を起因とした危険（例：施設利用開始直後の認知度の低下や介助行動による皮膚の損傷等）について、また、浴室やデイルーム、廊下など自宅と異なる環境に起因にして予測されるリスク内容を説明する資料が準備されている。
- ②定期的に家族に対し、加齢に伴う変化とその変化がもたらす危険性についての理解を促す説明資料がある。
- ③施設利用に伴うリスクに関する説明が、いつ、誰が行うのか、施設の規定に明確化されている。

E 項目の意味と課題

本項目は、効果的な苦情・クレーム対応が、全職員、実施できるかどうかを問う項目です。

苦情・クレーム対応も、基礎的知識と対応すべきことを具体的に、かつ継続的に教育する体制を構築しなければ、現場職員の対応いかんによって、大きな危機を施設にもたらすことになります。

また、苦情・クレーム対応は、初期対応がその後大きく影響を及ぼすものです。単に苦情・クレームの担当者や対応が明確になっているのみならず、現場での業務内で「苦情」を捉える・対応できるスキルを身に付けるために具体的なマニュアルが不可欠と考えられます。その視点での体制構築に努めていきましょう。

1. 職員への基礎教育体制整備

- ①苦情・クレームの本質、発生予防、具体的対応方法に関わる教育がある。
- ②苦情・クレームを受けたときの対応方法が明確に決められている。
- ③施設内から集約された苦情・クレーム(報告)を受け止めて、個々の対応をどうすべきか検討し、必要な部署へ提言を沿えて対応依頼する体勢がある。
- ④クレーム発生時に、担当者を決め、最終的な局面まで受け持ち制で対応できる体制がある。
- ⑤継続的なクレーム対応のために、現在の担当者が変わっても、継続的な対応ができる体制がある。

2. 苦情・クレーム対応マニュアルが整備されている

- ①利用者・家族のニーズをとらえて組織の視点で対応すべき視点がマニュアルに記載されている。
- ②現場での苦情を受けた際に、具体的な対応がマニュアルに記載されている。
- ③利用者・家族対応に傾聴と共感謝罪、説明のステップがマニュアル化されている。
- ④クレームとなった場合の組織対応ステップが明確化されている。
- ⑤施設内の報告書から、苦情対応のための事例集・Q&A が策定されている。

F 項目の意味と課題

本項目は、事故発生時に施設が対応すべき体制についてです。事故発生時の対応は、介護の現場であるということから、早期に医療につなげるということが厳しく求められています。しかし、夜間体制や医療職の有無などから、適切に事故対応ができずに施設の過失を大きく問われる事例が多いのも事実です。事故発生時に職員が十分対応できる体制づくりと教育をするために以下の要件を例に策定していただきたいと思います。

1. 事故発生時マニュアルと教育

- ①施設内の職員配置状況(夜間・日中・休日体制)に合わせて、事故発生時の対応が、当事者対応・応援要請・救急処置・救急車要請の基準で明確化されている。
- ②策定されたマニュアルの内容に合わせたシミュレーショントレーニングで、マニュアル通り実施できることが確認されている。
- ③事故報告書の情報から、事故対応マニュアル通りに対応できていたかどうか、評価されている。

2. 救急車要請

- ①事故発生の際に、事故の認識を持ちながら様子観察を優先し、救急車の要請を躊躇する風潮を払しょくしている。
- ②事故発見時、その場に医療職が不在であっても当事者の判断で救急車要請ができる判断基準を策定している。
- ③医療機関への搬送義務と救急車要請が遅れた場合の施設の過失について教育している。

以上、組織の安全体制の状況をレーダーチャートに沿って確認をお願いいたします。

チャートの点数の低い項目は、リスクマネジメント体制の構築ができていないということです。

その構築の努力をしていただきたいですし、すべての項目が整って初めて「PDCA サイクルの構築」ができあがるものです。

安易にできているということではなく「リスクマネジメントとして正しく機能する体制であるかどうか」を再確認していただき、ご利用者の安全の確保と施設安全の構築をしていただきたいと思います。

「リスクマネジメント態勢整備コンサルティング」のご提案

～利用者の安心・安全のために～

損保ジャパン日本興亜リスクマネジメントでは、介護事業者を取り巻く様々な経営上の課題に対する各種の支援サービスを取り揃えています。

この度は、介護事業者の皆様向けにリスクマネジメントに関する態勢整備のコンサルティングサービスをご提案させていただきます。利用者の安心できる環境づくりと施設をとりまく様々な問題やニーズを解決し、事業者・利用者の双方が安心できる環境づくりのお手伝いをさせていただきます。

リスクマネジメントに関する態勢整備のコンサルティングサービス

豊富な経験を有する弊社コンサルタントが、施設のリスクマネジメント態勢の現状分析を踏まえ、様々な課題解決をサポートします。

● こんなお悩み・課題はありませんか？ ●

- リスクマネジメント活動の旗振り役がわからない。
- 組織間・部署間の連携がうまく取れていない。
- リスクマネジメントについての教育が職員に浸透しない。
- 安全体制整備のためのマニュアルがない。どう作成すれば良いかわからない。
- 現在使用中のマニュアルをもとに、施設内で評価、検証をしてマニュアルの作成、改定の実施ができない。
- 安全対策を立案し実施しているのに、似たような事故が減らない。
- ヒヤリ・ハット報告書などの効果的な取り扱い方が知りたい。
- 詳細な事故分析のための方法・手法がわからない。
- クレーム対応、事故発生後の対応方法について何か良い方法はないか。

これらのお悩みを解決する
具体的ツールをご提供いたします

<連絡・お問い合わせ先>

損保ジャパン日本興亜リスクマネジメント株式会社

医療リスクマネジメント事業部

TEL 03-3349-5987 mail : hrm@sjnk-rm.co.jp



損保ジャパン日本興亜リスクマネジメント