

# 15分で学ぶ！障がい者支援の基礎

～ 中堅職員のためのリスクマネジメント ～

講師：山内 哲也  
(社会福祉法人武蔵野会 リアン文京総合施設長)

## 第一回 「リスクマネジメントの考え方」

1

## 講義のポイント

今回の講義のポイントは・・・

- ① リスクマネジメントとは
- ② 身近にあるリスク
- ③ リスクマネジメントはこう考える

・・・となっています。

2

## 「リスク」とは何か

**リスクとは、事前に測定できる好ましくないこと**

**「リスクマネジメント」**  
安全などを脅かす危機が発生する前に**事前に**想定される被害を回避、あるいは、最小限の被害に抑えるための前もって実効性のある対策を講じること、または、そのプロセス全体

- リスクマネジメントは、単に事故防止・危険回避というだけでなく、福祉サービスの質の向上を図る経営の**品質改善**そのものです。また、職員が安心して勤務を続けられる職場環境・組織風土づくりに価するものです。

3

## 「身近に存在するリスク」

**さまざまなリスク**

- サービス 事故、感染症、不適切な支援、過誤請求
- 業務 コンプライアンス違反、ハラスメント、労災、苦情対応の失敗
- 経営 人員不足、利用者減少
- 社会・制度 法制度改正、市場ニーズの変化、少子高齢社会
- 災害 地震・台風・火事・水害

**リスクの性質**

隠れている／変化する／繰り返す／予兆がある／拡大する／深刻化する

↓

**VUCA (ブーカ)**

- Volatility (変動性)
- Uncertainty (不確実性)
- Complexity (複雑性)
- Ambiguity (曖昧性)

4

### リスクマネジメントはこう考える①

事故防止

リスクマネジメントの目的は

利用者のWell-beingの向上  
安心・安全・満足、権利擁護

5

### リスクマネジメントはこう考える②

事故は絶対起こさない

リスク（事故）は常に存在する  
リスク（事故）は起こる

予め想定して対処。転ばぬ先の杖

6

### リスクマネジメントはこう考える③

ミスをしてはいけない

リスクマネジメントの前提は

「人はミスをするもの！」

「チーム全体で取り組むもの！」

7

### リスクマネジメントはこう考える④

人はミスをする生きものだから



- a) ミスが起き難いシステムやハードウェアはないか
- b) ミスが起きても、事故につながらない方策はないか
- c) 事故が起きても、小さな事故に押さえる方策はないか
- d) 事故が起きても、信用を失わない誠意ある行動は何か
- e) 原因を分析して、同種の事故を起こさない方法は何か

8

### リスクマネジメントはこう考える⑤

コミュニケーション不足

リスクマネジメントの前提は

「円滑なコミュニケーション」

「組織風土づくり」

9

### リスクマネジメントはこう考える⑥

経験と勘

苦勞

リスクマネジメントの前提は

「仮説と検証」

「苦勞自慢から改善・工夫」

10

### リスクマネジメントはこう考える⑦

やりっぱなし



リスクマネジメントの前提は「改善」

- やりっぱなしから持続・継続→定着→習慣化
- やって駄目ならまた改善→苦勞自慢から工夫自慢へ
- 大掛かりで大変な事、効果の大きさに囚われない
- 小手先上等。小さな改善の積み重ね
- あたりまえ・忙しい・大丈夫の思考の罠を突破する
- 上も下も横も相手のせい→オーナーシップ

11

### リスクマネジメントはこう考える⑧

無関心

- 考えない
- 誰かがやってくれる
- どうせ駄目
- 言われたとおりにやればよい…

関心をむける  
他者のための  
自律

- 「理念」に立ち返る
- 「集中する」
- 「関心を向ける」
- 「工夫する」
- 「態度を変える」
- 「継続する」

12

### リスクマネジメントはこう考える⑨

事故原因の究明を左右する風土

<ul style="list-style-type: none"> <li>① 利用者の心身機能の衰えが原因としてやむをえないこととしている</li> <li>② 職員個々人の不注意ということて済ませている</li> <li>③ だれもない所で起こった事故は、原因不明としている</li> <li>④ 利用者の世話をしてあげているという考えが強い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 心身機能の低下に対応できなかった支援の内容を反省し、具体的な対策を取る</li> <li>② 個人の不注意は何故起きたのか、個々の問題の解決に留めず組織全体を見直す</li> <li>③ 支援に関わった職員全員に確認した上で、推測できる原因を出し合い改善している</li> <li>④ 利用者の立場に立って考える</li> </ul>
---	--

- 年寄りだから仕方ない
- 障がい者だから予測が出来ない
- 事故を起こした職員が悪い
- わからない。しかたがない

➔

- もっとできたはずだ
- 全職員の問題だ
- 徹底的に原因究明しよう
- 利用者主体

13

### リスクマネジメントはこう考える⑩

#### 1. 組織風土と事故発生

```

    graph LR
      A[コミュニケーション不全] --> B[無関心 他責感情]
      B --> C[事後対応 中心]
      C --> D[形骸化]
      D --> E[責任転嫁 事なかれ体質]
      E --> F[モラル ハザード]
      F --> G[理念放棄]
      G --> H[事故]
      H --> I[思考停止 状態]
    
```

14

### リスクマネジメントはこう考える⑩ つづき

#### 2. 安全文化と事故予防

```

    graph LR
      A[何でも話せる環境] --> B[責任と 権限委譲]
      B --> C[当事者意識 と緊張感]
      C --> D[リスクマネジ メント]
      D --> E[士気と意欲 の向上]
      E --> F[リスク感性 の発揮]
      F --> G[安全文化]
      G --> H[事故低減]
    
```

15

### 締めの一言

リスクマネジメントは

- 理念からスタート
- オーナーシップで取り組む
- ひとりで悩まずチームの工夫
- ワンチームの組織体制の構築

16

話し合いシート		法人名	
開催日時	年 月 日 ( )	事業所名	
	時 分 ~ 時 分	氏名	
受講後の感想 (気づいたこと、学んだこと、これから取り組んでみたいことなど)			
疑問に思ったこと、質問したいことなど			
備考欄			

17