

(2018年10月12日講演)

8. 「仕事と介護の両立支援 両立支援パッケージの販売を通じて」

SOMPO リスクマネジメント株式会社 医療・介護コンサルティング部
上席コンサルタント 泉泰子委員

はじめに、リスクマネジメントの会社と言っても、一体どのような会社なのかと多分疑問を持たれると思う。SOMPO ホールディングス、損保ジャパン日本興亜という保険会社の関連会社である。本体が保険事業等を展開する中、リスクマネジメント専門会社として、サイバーセキュリティや自動車事故、昨今はBCPと言われる地震等の災害対応であったり、食品安全であったり、企業が直面する種々のリスクの対応する専門部署がある。その中で医療・介護コンサルティング部というところで私は仕事をしている（資料1）。

では、医療・介護コンサルティング部は何をしているのかというと、要は事故防止プラス事故対応の教育体制整備を支援するのが一番の大きな業務である。私たちの名刺にコンサルタントと付いている理由は、単に訪問し、セミナーを実施するというだけではなく、医療・介護施設の中の人間として1年から1年半、長い場合2年、3年程度その施設全体の事故防止体制を整備することを通常業務にしている。毎月受託をしている法人に行き、コンサルティング業務をしながら、その合間にこのような研修会であったり、研究会であったり、学会の仕事をしてもらうのが通常の業務である（資料2）。

現在、医療機関向けのコンサルティング業務はあまり行っていない。保険会社の関連会社であるため、その保険関連の顧客を対象とすることが多い。自治体病院や医師会病院などが主であるが、医療機関には年に2回の医療安全研修会が法的に義務化されており、医療安全に使用できる予算はその研修会実施にかかわるものしかないのが現状である。したがって安全体制整備のコンサルティングも1年に数回行って研修会をするのがやまやまである。

医療機関に対して20年近く事故防止の教育をしているが、年に数回の研修実施では、体制整備ができたというには程遠い感触である。

介護福祉のほうは、社会福祉法人などは、教育に対する企業の補助金などの予算を職員教育に充てることが比較的可能なため、数回の研修ではなく、コンサルティングで体制全体を整備したいという顧客がある。最長6年間継続的にコンサルティングを実施しているところがある。長期にコンサル実施できると、施設の中で利用者が転倒し骨折や、高齢による死亡をゼロにすることはできないが、介護施設として一番厳しい「訴訟」になることがなくなってきた。事故は起こっても施設の過失となることが減るということである。専門的なコンサルティングを入れることにより、安全体制整備が1年～1年半で整うことを理解してもらいたいと思う。

私は、35年前に看護学校を卒業しているが、当時は、リスクマネジメントの教育は1度も受けたことがない。「医療や介護の現場で事故などはあってはならないのだ」という時代であった。数年前の調査では、医療・福祉の資格教育において、リスクマネジメントの教育を受けるのは、医師が2日間程度のことらしいが、他の職種も数時間程度しか行われていないようである。

日本では、医療や介護の専門職は、そのスキルにリスクマネジメントがすでに入っていると考えられている節がある。専門職ならできて当然ということからスタートしている。しかし、リスクマネジメントは、そもそも個人のスキルではなく、マネジメントの分野である。医療・福祉の専門分野ではなく、いわゆる管理学の分野であると考えている。ひとつの学問を数時間で学べというのが現状で、基礎知識がない状態で事故防止の体制設備をしなくてはならないのが日本の医療福祉業界である。

日本で初めて医療事故が認知されたのは、1999年に横浜の大学で起きた事故である。その1カ月後に都立の病院でも患者が亡くなる医療事故が起きた。大きな事故が2つ続けて起きたことで、医療事故というものにスポットライトが当たるとともに、医療訴訟が増加した。医療機関は、社会から厳しくたたかれ、法整備他、体制整備を余儀なくされるようになったが、現在は、院内事故調査委員会の設置が義務付けられ、調査の中で過失があるということであれば、それを認め示談となることが多い。

介護や福祉業界の事故が増えるにつれ介護福祉施設を対象とした裁判が増えてきた。施設の労務管理をしていた弁護士が介護事故の裁判をやるようになってきている。医療機関は、医療知識を持った弁護士が増え、裁判対応ができるようになってきたが、介護施設はまだ裁判に対応する力がない。それは、介護福祉の知識がある弁護士が少ないことと、介護施設側は医療機関と比べてカルテのような記録体制がないからである。介護施設は介護保険に準じた記録がベースになる。その介護保険の要件にリスクマネジメントはない。事故予防の何とかとか、事故が起きたときの何とかという要件がないため、その記録が残っていない。介護保険を使って提供するケアの記録しか残らない。しかも、施設で発生した事故報告書は、本来は内部文書であるが、それを自治体に提出する義務が課せられている。自治体の決めた書式で事故報告書を出さないといけないので、それを施設の報告書として使用している。そうすると、自治体の要件で書かれた事故報告書であるから、施設側の本来的なリスクマネジメントのための情報が圧倒的に足りない。その記録で数年後に裁判になったときに、施設側がプロとして業務をしていたことを証明することが非常に難しく、結局裁判に勝てない状態が続いている。コンサルティングに入らせてもらおうと、その一つ一つ報告書を含めた記録体制から整備をする。

介護の裁判では、ケアマネが立てたプランの状態で施設の過失の可否を判断されることが多い。しかし、ケアマネが施設外職員である場合が多く、ケアマネのプランが施設内の利用者状況を正確に表していないことがある。施設もケアマネとの利用者情報の共有がされていないこともある。そもそも介護保険による情報共有にリスクマネジメントの視点が

ないので、介護を実施する、提供するという情報しか共有されない。実施してどうだったか等の視点で情報共有できないため、「予見可能性」「結果回避」の視点で、介護の裁判は本当に苦しいなと思っている。

医療事故の場合は、手術中に血管を切ってしまった、神経に針を刺してしまったという事故をゼロにすることは難しく、一定程度はそこで保険会社による補償によるということはあると思う。介護福祉というのは利用者の日常生活の支援である。日常生活の支援の経過で事故が起こった場合、それを支援する側の責任にしてしまうと、非常に大変なことになるのではないかと。現在は、転倒したら施設の責任といわれるように、施設内で何が起っても施設の責任といわれる。一番厳しいのは日本人の死生観である。多くの方が、死ぬときは病院に入って医師に、「余命」を告げられて死ぬと思っている。家族として、自分が介護しなければならないのだが、やむにやまれずの選択として施設に入れる。そうしたところ施設で親が死んでしまった、死に目に間に合わなかった。突然死亡するのは、介護に何かミスがあったのではないかという感覚になってしまう。それが介護施設を利用するといふときに悪しき印象としてとらえられる要因ではないかと思う。

介護施設は介護のプロ集団であり非常に良いケアをしていると思う。良いケアをすればするほど、どうなるかという、利用者は最後まで自立できるようになるので、元気な状態からいきなり、亡くなることになる。それは本来的には何十年も前から日本の介護でいわれていた「ピンピンころり」と言って、「元気に死のう」と目指していたことである。

しかし、実際にいきなり死亡した場合「昨日私が見舞いに行ってお父さんとご飯を食べて帰ってきてすごく元気だったのに、いきなり夜中に呼吸が止まっていたと連絡がきた。何をしたのか」、「風呂に入っている最中に呼吸が止まった、溺死させたのか」と訴えてきてトラブルになる。施設に預けその死に際に間に合わなかった責任を、全部施設側に押し付けることが多い。施設側は疲弊し常に何か事故が起こらないかとびくびくしている。もう一つ厳しいのは、弁護士が介護保険や介護施設の知識が不十分なまま、施設は一定程度安全配慮義務があるので、転倒等のときには一定割合で施設責任があるということが多いことである。施設内で起こったことを何でも責任を取るなどということは絶対あり得ないが、弁護士もそのような状況で施設側を助けようとしてくれないことがある。

最近の裁判事例では、デイサービスでの宿泊時に夜間、体重 90 kg 近くある利用者のトイレ介助の際に、転倒し骨折させたとして 5,000 万円の賠償請求をされた施設がある。デイサービスでのお泊りの宿泊は、介護保険外のサービスである。自宅に一人では、何かあったときに危険であるから、施設サービスの一つとして 1,000 円から 2,000 円程度の安価で、一晩宿泊するというものである。その利用者は夜間に 12 回もトイレに行かれる方であった。その事故の裁判で言われたのは、畳の部屋で、夜間だけ簡易ベッドを広げてそこで休んでもらうのに、「畳の部屋を歩く際に、畳の目に逆らって歩かせなかったことによって転倒したのだ」と。そうすると、畳の目がそのベッドに向かっていないといつまでたってもベッドにいきつかないことになるが、そういうことを裁判官が真面目に言う。

別の裁判では、薄皮チョコパンを誤嚥して窒息された事故であるが、そのとき裁判官は、「パンを出すに当たっては、嚥下障害の可能性のある人には一口ずつちぎって渡すこと、またはパンがゆにすること。今回はパンがゆにしなかったことが施設側の責任である」と言うわけである。この現状に本当にへこたれてしまった。では、嚥下能力が落ちた高齢者には、パンを出したら駄目と言うのであれば、生涯、ご飯とおかゆだけの生活となるということがどういうものであるか、それを裁判官に説明しなければならない。90kgの体重ある人を保安要員が夜12回もトイレ介助することがどれほど大変なことか、そのことを想像すらしないで施設側の責任と論じられるのが今の裁判である。

介護福祉施設が絶対に裁判では負けない、きちんとプロとして仕事をしてきたことを証明することはできるはずである。家族介護が大変なところを施設の入居で、最後まで入浴できた・ご飯が食べられた、最後まで頑張ったよねと言える、大好きだった風呂に入って逝けてよかったねと言えるような関係を作っていく。仕事をしてる家族が心おきなく施設に家族をゆだねられる。施設を終の棲家として、「この施設にいて良かったね」と家族も納得し、介護福祉施設に対して裁判が起こらないような、利用者側と介護福祉施設を作るのが、多分私の残りの人生の仕事かと思って、このリスクマネジメントの業務をしている。それが主たる、私の日常的に一番多い仕事である（資料4）。

資料5に「Zero Resign」と書いてあるが、仕事と介護の両立お助けサービス「Zero Resign」の説明をさせてもらう。これは医療・介護リスクマネジメントという性質上、種々の業務をする中で、介護離職のリスクというような話がでてきたときに、介護施設をもつ会社であるから、やはり離職というようなところで、教育することが必要なのではないかということがあった。私どもがそれを受け「Zero Resign」という「離職ゼロ」のコンサルティングのパッケージサービスを発売した。

この「Zero Resign」のパッケージを作る前、基本的に我々は離職防止のセミナーだけを実施するつもりであったが、周りを見てみると離職防止のセミナーは幾らでもあり、どこも同じような話だった。我々が特にやる必要はないと考えたが、違和感があったのが、多くのパンフレットや冊子などに介護保険サービス利用の流れとか、申請のためには書類があり、手続きはこのようにすると書いてはあるが、どこにも電話一本で介護保険申請ができると書いていない。例えば、離れて暮らしている両親に介護の可能性があるというとき、その地域の地域包括支援センターに電話して介護保険を申請したいのだがという相談をすれば、その手続きを取ってもらえるなど一言も書いていない。いろいろな地域包括支援センターと連絡させてもらうが、その担当地域の地域包括支援センターに電話一本だけで介護保険申請までできるはずである。だが、どこにも書いていなくて、セミナー受講生である一般の方は、介護保険申請をこのとおり全部自分でやらないといけないと思っている。離職防止を考えると、病院でこのまま家に帰るのは難しい、介護の手が必要である、介護保険を通してほしいと言われた時点で、介護保険申請の手続に入らないといけないが、病状によってはなかなか職場を離れられなかったり、仕事の合間を縫いながら介護してい

ば、介護保険申請に手が出せないということが当然あるはずである。そのときにとりあえず電話をすれば済むという話の一つもない。以前、村田委員がプレゼンされたときに医師の意見書が非常に効果があると仰っていた。そのとおりであるが、主治医の意見書がなくても介護保険申請は通してもらえる。全然申請者とは関係ない医師でも平気で意見書を書いたりしている。本人の状態に応じた意見書が書かれていなくてもそれが通ってしまう。どう見ても 2 段階程度は介護度が違うであろうという状況がある。なぜ主治医の意見書が重要なのかという話がどこにも書いていない。それを知っていたら、高齢者であれば主治医を確保しておくのが当然という教育にもなり、介護予防や病気の早期発見にもつながるのである。そういう介護保険の具体的教育がないと本当の離職防止にならないのではないかと考えて、離職防止のセミナーを実施するようになった。通常実施しているリスクマネジメントセミナーは、質問時間にそのセミナー内容以外の質問が来ることは少ない。また、数分で終了する質問がほとんどである。しかし、この離職防止のセミナーは、30 分も 40 分も質問が続き、質問のほとんどが、自分はこういう介護をしていて、ケアマネにこう言われて、このようなのだが、これはどうしたらよいかというような自身の介護の質問が大変多い。研修が終了できないぐらい出てくる。このような状況は、個別の介護の悩み・質問に正確に回答できる場所がないと認識した次第である。そこで、基礎知識をセミナーで教育し、介護に備える準備をして生活設計をする、そして、もし介護状態になったらこれからの自分の生活や状態に合わせた介護をするための相談に乗れるような体制が必要なのではないかということでパッケージを組んだのがこれである（資料 6）。

従業員実態調査は、離職をすることによって課題を持つのは、従業員だけではなく企業側にもあると考え、企業の方に実態調査をしてもらい自分たちにどの程度介護離職のリスクがある人がいるかを把握してもらうことを目的としている。そのうえで従業員にセミナーによる教育を受けてもらい、介護のリスクを把握したうえで、個別の相談を受けるようなパッケージを作ることになった。

相談窓口は 2 つあり、じっくり相談窓口とクイック相談窓口である。クイック相談窓口は、24 時間看護師が相談に簡単に答えるものである。これは当社は外注している。もう一つのじっくり相談窓口が、我々が必要と考えるスキルと資格をもつ相談対応者で作った相談窓口である。

当初、大きな企業であれば、このような相談やセミナーは内製化されるであろうと考えていた。しかし、介護離職防止の話を聞きたいと言われるのは大体大企業からであった。だが、話をさせてもらおうと、「非常に大事なものはよく分かった、では、セミナーだけやってほしい」ということで相談窓口を必要とされることが少ない。その理由は、「まだ介護のために離職した職員はいない」、「従業員の家族にまで会社が手当てしなくてはならないのか」、「そのうちにやらないといけなと思うが、今は政府の施策の女性活躍推進をやらないといけな」、「必要と思うが予算がない」、「介護は何をすべきか全然分からない」、「離職防止のためにいろいろな手当を考えると当社は成り立たなくなる」というようなことで、総

じて考えられるのは、まず離職リスクということに会社自体の認識がないところ、認識はあり必要性は感じている、だが、予算その他で手を付けられないところ、そしてあえて手を出さない、組合とかそういうところの仕事ではないかと介護離職防止はとりあえずセミナーをしておけばいいのではと考える企業が多いと思う。セミナー依頼はたくさんのおファーがあり、一つの企業で年10~20回やってほしいというものはあるが、簡単な相談窓口があるから、個別の窓口までは不要。ということが多い。(資料7)。

だが、従業員の実態調査はしてほしいということをお願いしている。せめて把握してほしい、そのことによって介護離職防止に何が必要か分かるということで、厚労省の要件プラス本当に離職のために必要な情報を入れた実態調査をお願いしている。どのような介護状態の人がいるか分かるのでやってほしいと言っているが、これをやることすら拒否する企業が多い。寝た子を起こすなという考えをもつ企業もある。(資料8)。

このような実態調査をした企業は、出てきたデータに驚くことがある。介護をする可能性のある人がかなりいるということが判明して、このデータが出た途端に、もうこれは見ないことにしたいというような感じである。そこに対して手当てをしないといけな、資金の準備もないし、ここまでで話はやめてほしいという状況に遭遇することもある。(資料9)。

セミナーについてである(資料10.11.12)。この内容は、介護のセミナーではない。離職防止に特化したセミナーであると説明している。だが、企業は介護のセミナーと言ってアナウンスするので、なかなか受講生を増やすことが難しい。それでもセミナーをやると、自分の介護の可能性に非常に驚いたり、介護については介護になる前に考えようというところが認知され、アンケート内容などでも、現代の介護について理解が深まったという人が多い。何よりも企業の人事に離職のリスクの説明をすると「当社は介護離職などはない」と言われたのに、セミナー後のアンケートに「離職した人がいる」、「1週間前に辞めた」という意見がでてくる。また上司が「介護になったら辞めたほうがよい」と言ったという現実が見えてくる。企業の人事や管理側が現場の状況を把握していないというのが、セミナーだけでも把握できる。

2つの相談窓口というところで(資料13)、先ほど話したように、少し特別な相談員を作った。社内の相談窓口を置いているところが多いが、これは人事労務担当者、ダイバーシティ担当の人がほとんどである。従業員にとって人事は敷居が高く、行きにくいというイメージがあるところである。社内の相談窓口に相談するにはハードルが高いと思われる。特にひどい認知症で困っていますというような話は社内で話すのは難しいと思う。社外の相談窓口で一番多いのは、看護師、ケアマネ、介護コンシェルジュに相談できるという窓口が多い。介護はケアマネや看護師がすべて解決できると考える人が多いが、ケアマネや看護師は、介護保険申請後に介護を具体的にどうするかレベルになってきたら相談はできるが、一番離職の危険が生じる時期は、介護になるかならないか分からない状態、例えば病気やけがで病院に入院し、認知症などが疑われ、病院の治療が終わった後を考えなけ

ればならないとき、これからどうして一定いいか白紙の時である。介護の知識が全くないため、地震がどうしていいかわからないというとき、また、すでに障害があるお子さんを抱えているとか、両親や配偶者ががんで自宅療養しているような方などが介護を抱えた場合である。このような状況は、ケアマネだけの相談では非常に難しい（資料 14）。私どもはそのいろいろな個別事情を踏まえての支援は、介護保険の範疇だけではできないと判断し、産業ソーシャルワーカーという資格を考えた（資料 15）。ベースは社会福祉士である。産業ソーシャルワーカー、オフィスソーシャルワーカーOSW というような略称で作らせてもらった。我々の相談窓口を担当してもらえる方は、ソーシャルワーカーとしての資格を持っていて、あらゆる相談をしながら、その当該企業の人事制度や支援制度についての理解を持ってもらう OSW を任命させてもらっている。基本的には契約企業から、人事制度・従業員の福利厚生制度を頂いて、その会社の職員から相談があった場合は、介護の話だけではなく、従業員の生活支障全般を把握し、縦割り行政の中から使える公的制度を駆使して相談にのるとともに、企業の種々の制度利用について指導をし、離職防止につなげるものである。

また、この相談体制は、電話相談にこだわっている（資料 17）。企業はメンタルヘルスの相談制度を整え、面談して相談する体制となっているはずである。離職予防もメンタルヘルスのように面談で相談をするほうがよいのではないかとされるが、離職のリスクがある方はやはり自身が動けないわけではないので、働いておられる方である。仕事と介護をしている方は自由な時間が取れないということで、できる限り夜間でも相談ができるようにすべきと考える。しかし、女性が多い OSW は、遅い時間の面談は厳しい。そこで電話相談にしている。夜中でもスケジュールを合わせれば相談が可能である。また、全国各地の相談に対応する。例えば東京の会社で働いている人が地方に住む家族の相談をするのに、その地方のデータを全部調べて回答することができる。介護のサービスは市町村の自治体によって全く異なることがある。これは電話相談だからできることであるためこだわっている。しかも、生活支障の課題解決は公的制度への申請する行動などが必要なため、1回の相談で解決できることは難しいと考え、3回を一人の相談とすることにこだわっている。相談するに当たって、各種調査票の記載からカルテ作成し、一番ふさわしい回答を、毎回課題を洗い出しながら提供し、最終的な解決まで行けるような形で支援している。

その 3 回の相談コストは企業に負担してもらうが、電話相談であるから、その時間帯だけのコストである。これが面談になってくると、交通費等も入ってくるので、電話相談によるコスト感なども割高ではないかと思っている。ただし、ここで問題になるのが、OSW の質をどうやって担保していくかである。経験値によってだいたいの質が変わってくるというのがあり、そこは我々が苦勞しているところである。

相談体制は、基本的にまず 1 回目、相談したいと申請があれば、受け付け担当に電話をして日程調整をする。介護の相談であるから、当然いろいろな情報を取らないと時間の無駄になってしまうので、調査票を本人に送って、その調査票を事前にもらいながら、必要

な情報を準備して1回目の相談をする。そして、必要な情報の聴取と次回相談までにどのような行動が必要なのかなどを指導し2回、3回の相談となる。3回目は、最終的にどの程度解決したのか、介護保険につなげられたのか、満足いく介護サービスが受けられるようになったのかというようなところを確認して終わる。

相談について会社には一切個人情報に戻さず、どういう相談があって、どういう解決の方向に行ったのかという概要のみフィードバックするというシステムになっている。個人の情報を企業にフィードバックしてほしいと言われることがあるが、それでは個別相談に支障をきたすと考えている。しかし、全相談内容から企業フィードバック時に、どのような支援方法があるとよいのか、人事や福利厚生制度の改善などいつながる情報を提供している。(資料 18.19.20)。

OSW は、全部の記録を残すということで、医療記録ぐらいの記録が残るようにしている。この記録用紙に各回の到達目標を入れて、どこまで相談情報を取ってくるのか、自分は企業の情報をどこまで提供していくのか、きちんと解決に導いてきたのかというようなところを自己チェックし、それをスーパーバイザーが再確認するとして OSW の質をできる限り担保するようにしている。

相談の中で時々、明日にでも辞めてしまいそうだという相談がある。その場合には、緊急に企業担当者に連絡をし、相談者についてどこまで対応するかという連携をする。企業から相談者にプラスアルファで支援してほしいというようなことがあったら、それを助言したりすることもある。

この OSW の指導内容を蓄積することによって、企業側として離職防止だけではなく、人事制度としてどういう制度を作っていけばよいのかを把握することもできると思う。

現在の企業の離職防止の制度を聞くと介護休業の日数を増やす、300日、400日にするといわれるところがある。介護の平均期間は4年7か月といわれている。300日あっても全く足りない。何年か介護をして戻ってきたら元の職場に戻すと言われるが、これだけ変化の激しい社会の中で、長期に業務を離れて、元に戻って仕事ができるのかというと、難しいと思われる。また、長く社会生活から離れて介護に専念してしまうと、仕事に対するモチベーションが下がり、休業日数が少なくなる時期になると離職をする従業員が多いのである。企業の離職防止の施策というのは、ただ休ませ介護に専念させるのではなく、働きながら介護をする支援をしていくには何が必要かというようなところを考えてほしい。

パッケージの課題であるが、やはり有料で高い。にもかかわらず相談が半年全くないという場合もある。半年相談がないところに金を払い続ける。相談がないということは、きちんと上司が会社の制度に結び付けるということができていて、そこで解決できているか、このような相談体制の教育や離職防止の教育がいきわたっていないということである。それでも常に OSW をスタンバイさせておくコストがかかる。相談がないことによって「窓口を設置しておく必要がない」と言われると非常に苦しい。

企業は実態調査すら不要、「そのような介護離職防止は当社の仕事ではない」と言われる

までになると、社会的に介護の課題はまだ認知ができていないのだなと感じざるを得ない。

何よりもこの課題を解決するためには、やはり会社が個々の職員のために個別の相談体制がないと離職防止ができないのだということを知ってもらうことが大事だと思うが、いまだ本当に大企業の人事部の方と話をして、その認知度の低さというところで苦労しているのが実情である（資料 21）。

先日の相談内容は、ケアマネに対しての不信感を強く持った相談であった。これを解決するために、そのケアマネが所属する市の高齢者福祉課へ連絡をした。その高齢者福祉課から複数部署を回されながら、最終的にはそのケアマネが所属する事業所管轄の地域包括支援室というところまで行ったが、事情を理解してもらうところまで行くのに OSW でも 2 日かかった。一般の方でここにたどり着くのは非常に厳しいなと思った。こういう相談を企業のトップは全く知らない。ここに支援が必要なことを理解してもらうためにも、我々はこういう相談を積み重ねながら情報を集めて、離職防止には個別相談の必要性があることを訴えていくしかないのかなと思っている。

離職防止支援サービス「Zero Resign」のことと我々の会社のことで話をさせてもらった。以上で、私の話を終わらせてもらう。