

3-3					
主題	ヒヤリハットとは、「気づく力、それぞれの職員の視点、強みを活かす」こと				
副題	日々の変化や小さな気づきを大切にする				
キーワード1	ヒヤリハット	キーワード2	気づき	研究(実践)期間	12ヶ月

法人名	社会福祉法人 桐仁会
事業所名	特別養護老人ホーム ちょうふ花園
発表者(職種)	中村勇介(ユニットリーダー)
共同研究(実践)者	新井馨(介護主任)

電話	042-484-2002	FAX	042-484-2286
----	--------------	-----	--------------

今回発表の事業所やサービスの紹介	調布駅から徒歩 10 分の住宅街にあります。都内初のユニット型特別養護老人ホームとして開設し、現在、国が義務付けているユニットリーダー研修の都内で 2 ヶ所しかない実地研修施設(もう 1 ヶ所も同法人のかしわ園)として、個別ケアを実践及び啓蒙しています。
------------------	---

《1. 研究(実践)前の状況と課題》

ハインリッヒの法則によると、防ぐべき重大事故(骨折等)1 件に対して、軽微な事故(転倒など)29 件、ヒヤリハットが 300 件存在すると云われている。したがってリスクマネジメントにおいては、ヒヤリハットを多く挙げる事が重大事故の予防に大きく関与することは明確である。しかしながら多くの施設において、ヒヤリハットの件数がさほど多くは、上がっていない現状があると想定する。このことに対して、ちょうふ花園では、ヒヤリハットの書式の工夫(簡易に書ける様式)や意味づけを「気づき」に変える試みを通して、一つのユニット(入居者 10 名)で 1 か月間に 119~282 件のヒヤリハットが上がり、1 年間を通して、2,272 件(施設全体では 9,596 件)になる。続いてこの貴重なヒヤリハットを活用しなければ意味が無い。そこで職員間で、対策及び情報共有を確実に実施する方法を工夫したので報告する。

《2. 研究(実践)の目的ならびに仮説》

先に述べたハインリッヒの法則に習うとヒヤリハットを数多く挙げ、その対策と情報共有を行うシステムを構築する事で、骨折等の重大事故を無くすことが可能になると仮説する。その為には次のステップを踏む必要がある。①ヒヤリハットの数を増やす工夫 ②ヒヤリハットを職員間でリアルタイムに情報共有する工夫 ③対策をたてる仕組みの工夫がある。ヒヤリハットの定義は、「普段の入居者の生活の中で、危険でヒヤリとした事、はっとした事、重大な事故に発展したかもしれない一歩手前の事例」である。この定義は間違いではないが、一見するとネガティブな捉え方が先行してしまう。そこで当事業所では、ヒヤリハットとは、「気づく力、それぞれの個性ある職員の視点、強みを活かすもの」と捉えなおし、職員個性(強み)を発信するツールとして、ヒヤリのルールを定めていないことでリスクマネジメントに活かした。

《3. 具体的な取り組みの内容》

①ヒヤリハットの数を増やす工夫

書式を手のひらサイズに変更し、記入者名、日時及び気づいた内容（特にルールは定めず、いつもと違う事、等）のみを記載する。この際に、リスクマネジメント委員会や勉強会を通して、ヒヤリハットの意味づけを「気づく力、それぞれの個性ある職員の視点、強みを活かすもの」と発信する作業を繰り返した。

②ヒヤリハットを職員間で情報共有する工夫

ヒヤリハットを速やかに情報共有する為に、記入した用紙を一元化・一覧化した介護記録に添付する作業を実施。勤務者は、勤務開始時に必ず確認した上、以前の書式では、印刷の無い状態であった欄に、ユニットに固定配置された職員名を入れ、職員各々が見たことをチェックできるように変更し、確認漏れを防いだ。

③対策をたてる仕組みの工夫

ヒヤリハットの中で、早急に対策が必要な件は、その日に勤務しているユニット職員 3 人以上で、話し合い対応策を検討し、赤ペンで記入している。尚、ユニット職員が 3 名いない場合は、上司又は看護職員が加わっての検討として、緊急対応が可能な仕組みとした。またこの赤ペンに関しては、後のアセスメントに繋がる意味も含まれている。

《4. 取り組みの結果》

事例：T 氏 85 歳(女性)介護度 3 疾患：統合失調症。車椅子自操可能だが、半年前よりブレーキのかけ忘れが目立つ。そこでどの場面で忘れるのか、ヒヤリハットを活用し、情報を集めた。結果、ブレーキをかけ忘れる時間帯、場所、暮らしの場面が明確となり、その都度声掛けや、ブレーキの工夫を実施しブレーキのかけ忘れが減り、転倒等も防いだ。このような取組から当ユニットでは、1 年間骨折等の重大事故が発生せず、また施設全体でも行政報告が必要な骨折事故は年間 3 件に留める事ができた。

《5. 考察、まとめ》

事故を未然に防ぐには、十分な見守りが必要とされる。しかし実際の現場では、1 名の職員でユニットを見る時間帯が存在する。その際にユニット職員全員で情報共有をした上、同じレベルで入居者を見守り、安全を守る為には、その場面毎に注意点を明確にしていくことが重要である。一見、ヒヤリハットが多い程、リスクの高い入居者がいる印象があるが、その捉え方は間違っている。ヒヤリハットは事故ではない為、むしろたくさん発見した方が、その先の防ぐべき事故に繋がる情報を得る事ができる。つまり観察力が鋭く、様々な強みを持った職員により広い視野からの気づきを増やし、それを活用する仕組みが重要と云える。

《6. 倫理的配慮に関する事項》

なお、本研究（実践）発表を行うにあたり、ご本人（ご家族）に口頭にて確認をし、本発表以外では使用しないこと、それにより不利益を被ることはないことを説明し、回答をもって同意を得たこととした。

《7. 参考文献》

- 「介護人材 Q & A」(2013 年 2 月) 産労総合研究所
- 「24H シートの作り方・使い方」(2013 年 4 月) 秋葉都子、中央法規
- 「ユニットリーダーの教科書」(2013 年 2 月) 高頭晃紀、MC メディカ出版

《8. 提案と発信》

このようなヒヤリハットに対しての、考え方や情報共有の方法に加えて、月 1 回のリスクマネジメント委員会において、各ユニットから 3 件ほど、施設全体で情報共有すべきヒヤリハットを挙げ、リスク予防に活用している。さらにこの場では、月毎のヒヤリハットの件数を報告しているが、100 件以上挙がるユニットは、それだけ気づきの力が強いという共通認識がある。また新人職員への指導においても経験豊富な職員の気づく視点を活用できるので、職員間の能力の差や気づく視点の違いを活かし合うことが可能となる。