

6-3					
主題	利用者様の事故予防とケアの質向上				
副題	その人を「気づこう」「知ろう」「話そう」				
キーワード 1	事故予防	キーワード 2	ケアの質向上	研究(実践)期間	18ヶ月
法人名・事業所名	社福) 府中西和会 特別養護老人ホーム鳳仙寮				
発表者(職種)	福田進(介護職員)、阿部義征(介護職員)				
共同研究(実践)者	森田恭平(介護副主任)				
電話	042-360-1353	FAX	042-360-1325		
事業所紹介	定員 50 名の小規模な施設の特徴を活かし、どなたでも安心して生活して頂けるよう楽しく明るく家庭的な雰囲気の中でサービスを提供しています。個室、2 人室、4 人室があり本人の意向や健康状態、ご家族の要望などを鑑み最良の介護を行うように努めています。				
<p>《1. 研究(実践)前の状況と課題》</p> <p>当施設における事故発生は「転倒」、「外傷」(内出血・皮膚剥離)が多く、日中の活動時間に集中している。対応策を考えるも、職員で周知が出来ず事故が繰り返しおこっていた。今回は事故件数の多い O さんと I さんを対象とする。</p> <p>O さん(男性)は時折大きな声を出され立ち上がる。また廊下の扉を気にして開けようとして歩かれることがある。歩行中に転倒や原因不明の内出血が発見されていた。</p> <p>I さん(女性)は言葉を発することは無いが職員の声かけに反応は示される。車椅子を使用することもあるが、短距離の歩行は可能で二人介助で行っている。歩行中に膝折れがあり転倒のリスクがあり両手足の不明の内出血も発見されていた。</p> <p>《2. 研究(実践)の目的ならびに仮説》</p> <p>O さんが大声を上げたり、廊下の扉を気にされたりなどの行動には理由があり、職員が利用者の声に気づかず、対応ができていないのではないかと考えた。I さんの歩行や車椅子からの移乗動作は、職員の介助方法に統一性がない為に、テーブルやベッドに腕や足をぶつけてしまい、内出血となってしまうのではないかと考えた。そこで、O さんと I さんのことを改めて知り、気づきを増やし、職員の介助方法を統一することで事故件数の減少を目指した。</p> <p>《3. 具体的な取り組みの内容》</p> <p>① O さん I さんの「その人らしさ」「尊厳」を改めて知り職員間で周知する。 フェイスシート、御家族への聞き取りで「その人」を知る事から始め、二人が今どんな状況に置かれているのか把握する。</p> <p>② O さんの行動に対して職員の気づきを集約したツールを作成し、どの程度の声掛けやケアが有効なのかを可視化する。聞き取りから難聴に対する O さんへの声掛け専用シートを作成し、コミ</p>					

コミュニケーションから来る状況がどう変化するかを記録して行く。記録を評価する専用シートも作成し気づきを収集する。

③Iさんへ職員の思い（ベクトル）を統一する為に介助方法の動画を作成すると共に職員同士コミュニケーションする場を作り、事故と関係があると思われる、歩行、移乗などの介助中に注意すべき点を職員に見てもらい方向性を決める。その時にあった歩行や移乗動作を行う。また、取り組みに対し、職員で実施前と後の個別アンケートを独自に作成、介助方法がどのように変化したかを聞き取りする。

《4. 取り組みの結果》

Oさんは職員の気づきシートからコミュにケーションを行ない、「扉を気にしている」の項目に対し何故気にしているのか、扉を開ければいいのかと考えながら実行に移す事で大声を出されず歩かれる機会が増えて行き、職員も行動に対してOさんの思いを知る為の姿勢が増え、対応だけでは無く個々にケース記録へ実行前と後の内容を記入され、次に活かす為の変化が生まれた。結果的に事故の減少が見られました。

Iさんは個人の思いを知ると共に、職員が行う介助の方向性の統一が徐々に生まれて行き、動画通りの動きだけでなく職員がIさんの状態を見て、対応方法を変更しても情報の周知が職員間で周知徹底が出来るようになる。方向性が統一する事により職員間でのコミュニケーションも多くなり対応方法にも幅が広がった結果、事故の減少に繋がった。

《5. 考察、まとめ》

事故を「起きてしまったから仕方がない」「次は気をつけましょう」ではなく、起きる前から課題点を探し出し、減少を目的に取り組んでいった。表や動画を作成したりすることで、職員が同じように取り組めるようになった。また、職員からも積極的な意見や提案が出てくるようになった。それらを取り入れていったことで、より事故予防を考えて動けるようになったと考える。二名の取り組みを行っていき、経過や気づきをケースに記録する。また、日勤帯の終わりにミーティングを行い、職員の対応の何が良かったか、気づいた点はないかなど話し合っていく。それを集計していき、改善点を出して行って、職員へ更に周知していく事が出来た。

今後はヒヤリに対しても対応策を検討し、少しでも事故に繋がる危険性を減らせる業務体制を作っていく。

《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)・職員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する。

《7. 参考文献》

「完全図解 介護リスクマネジメント 事故防止編」(2018) 山田滋 著

《8. 提案と発信》

今までは事故が起り、対応策を検討しても、そこからの経過、結果が把握しきれていなかった。今回の取り組みで、事故前での課題点を抽出、事故予防へ体制の構築を行い、事故への対応を少しずつ変えていくことができた。