

# 4-12

## なぜから始まるリスクコミュニケーション

なぜを考える風土作り

リスクマネジメント

意識向上

社会福祉法人 芳洋会 日の出ホーム

ケアワーカー・小市晋平

共同研究者 遠藤 中島 菊地

東京都西多摩郡

山崎 和田 森谷

TEL 042-597-2021

E-mail home103@hinode-home.or.jp

FAX 042-597-1973

URL www.hinode-home.or.jp/

介護老人福祉施設 200 床、併設の在宅サービスセンターひので理想郷の園定員 40 名、デイサービスセンターサンライズ平井っ原定員 15 名、SS15 床、居宅介護支援事業所、訪問介護、訪問介護員養成研修事業の 7 事業を経営。法人理念「安心と充実の人生を一緒に」を掲げ、サービスの提供を目指している。

### <取組んだ課題>

課題 「なぜを自発的に考え、介護事故を防止・軽減すること」

#### 問題意識

○H18 年度よりインシデントレポートシステムを導入し、データから分析を行い、介護事故予防のためのルール作りを実施。

○ルール化し毎年の目標を設定、ルールの周知などの取り組みを行い、介護事故数は減少した。しかし同じような事故・同じ入居者の事故が繰り返し起こるといった問題があった。考えられる仮説として

- ・事故後、フロアでの防止策が不十分。
- ・ルールがただ守るだけのものになっている。
- ・ルールがなぜあるのかを考えていない。
- ・個々で事故防止策を考える習慣がない。

ということがあった。

### <具体的な取り組み>

○ アンケートの実施（周知度・なぜ理解度調査）

①ルール「車椅子の 2 台押しはしない」

周知度 100% 実施度 98%

ルール理解度 ほとんどの職員がルールの意味を理解している。→事故数少ない

②ルール「配薬をする際、名前を読み上げる。①名前②朝/昼/夕・就前/食前の確認を行う」

周知度 97% 実施度 90%

ルール理解度 ルールがなぜあるのかを理解していない職員が多数→事故多い

③ルール 「トイレ介助中、すぐに対応できる範囲から離れない」

周知度 96% 実施度 69%

ルール理解度 トイレ介助中に離れてはいけない事を理解している。→事故が多い。

結果：①なぜを知っているルールは事故が少ない。

②なぜを知らないルールは事故が多い。

③なぜを知っていても事故が多い。

↓

③なぜを知っているのは、教えられたもので自ら考えたものではないのではないか。

対策として行ったこと

○勉強会の実施

・危険予知トレーニングから事故防止策を考える。（SHELL 要因分析を使用して）

・ヒヤリハット実事例トレーニング

（当施設であったインシデントを基に原因追求をする。）

○ミーティングノート、朝・昼礼、リスクマネジメントタイムスでの呼びかけ。

### <活動の成果と評価>

H20 年度上半期時点での達成報告

○誤薬 H19 年度 10 件。H20 年度 4 件

○トイレでの転倒・転落 H19 年度 7 件。H20 年度 2 件

### <今後の課題>

○「なぜ」を考える風土は短期間では定着していかない為、今後、長期的な計画で風土が根付くよう実施していく。

○リスクだけでなく、ケアの実践、入居者の理解に「なぜ」を考える風土を広げていく。

○職員のモチベーション向上