

主題	繰り返し起きる事故を減らそう！！		
副題	業務改善委員会ができるまで		
事故軽減			

研究期間	12 月	事業所	東京武蔵野ホーム
発表者：森 健一(もり けんいち)			アドバイザー：杉田美佐子（すぎた みさこ）
共同研究者：稲田寛美			

電 話	03-3959-7424	メール	short@komonenosato.com
FAX	03-3959-7438	URL	http://www.komonenosato.com

今回発表の 事業所や サービスの 紹介	社会福祉法人小茂根の郷の東京武蔵野ホームは、板橋区に平成 9 年に開設しました。特別養護老人ホーム 60 床に併設され 7 床のショートステイを受け入れております。利用者の特徴としては、医療依存度の高い方、認知症の方、ターミナルケアを希望される方が利用されております。職員一同、できるだけ利用者・家族の意向に添ってのケアを心がけております。
------------------------------	--

《1. 研究前の状況と課題》

昨年、当施設では、介護主任が産休で不在になり、主任補佐 8 名が各月交代で代役を任されることになった。初めての試みのため、主任補佐同士の報告ミスや伝達ミス、補佐とワーカー、ワーカーと他部署といった職種間の連携が上手く取れず業務に追われ、事故が多発していた。

事故報告書の見直しを行うと、同じ事故が繰り返されていることに気づいた。原因は、職員間の伝達方法・職種間連携などが考えられたため、「業務改善委員会」を立ち上げ、業務全般・職種間の連携を見直すこととした。

《2. 研究の目標と期待する成果・目的》

1. 職種間の情報の共有を図る

事故後、検討会を行い、原因・対応策を各職種間から提案し、1 週間後に再検討を行い、対応を統一する。

2. 事故原因を知り再発防止のシステム作り

事故後の申し送りで、原因・対応策を伝達し、対応した結果を記録に残す。

3. 各種マニュアルを見直し、すぐに利用できるマニュアルを作成し職員が同じサービスを提供できる環境作り

入浴事故が多発していたため、入浴マニュアルを第一に見直す。

《3. 具体的な取り組みの内容》

1. 事故報告書の件数・場所・要因・原因の分析を行い、職員会議の際、書面で配布した。
2. 業務改善委員会を発足し、各職種（相談・介護・看護・リハビリ）から、1名ずつ選出し、他の委員会を含めてマニュアルの見直しを行った。
3. 各職種が集まり、必ず事故直後に、事故の検討会を行った。
また、1週間後に検討会の見直しをする会議を実施する。
4. 個々の職員にアンケートを依頼し、業務上、困っていること、改善して欲しい点など記入してもらった。

《4. 取り組みの結果と考察》

1. 転倒・転落事故が減少した。
ベッドから布団に変更したり、福祉用具や環境整備の見直しを行う事により、転倒・転落事故まで至らなくなった。
2. 入浴マニュアル・転倒転落アセスメントシート・口腔ケアアセスメントシート・事故報告書の見直しなどリスクの高いものから、期日と担当者を割り振り、見直しを行った。
3. 1週間後の検討会を行う事により、対応を職員間で周知でき、各職種間で声を掛け合うようになった。
4. 口腔体操や車いす清掃など利用者に関わる事でのケアの見直しを行いたいと職員から業務改善委員へ意見が上がってくるようになった。

《5. まとめ、結論》

各専門職が、その専門性に加え、様々な場合にコミュニケーションを図り、利用者一人一人の生活に合わせたケアを行うと共に職員の仕事に対する意識の向上を図る事ができたと思う。今後は、職員の満足度アップにもつなげていきたい。

《6. 倫理的配慮に関する事項》

本研究発表以外では、使用しないこと、それにより、不利益を被る事はないことを説明し、回答をもって同意を得た事とした。

《7. 参考文献》

◆福祉施設におけるリスクマネジメント
ガイドライン

東京都福祉保健局 平成 21 年 3 月

◆特別養護老人ホームにおける
介護事故予防ガイドライン

株式会社 三菱総合研究所 2007 年 3 月

《8. 提案と発信》

各職種間で情報共有する事により、専門的な視点で利用者にとっての大事な根拠が見えてくる。そこから、実際、現場で使用できるマニュアルに変更することで、利用者にとっての適切な対応が出来ると考えられる。
その中で一定の水準を満たす技術力、能力アップに繋がり日々、変化する利用者の状況に合わせた支援が出来る。

【メモ欄】