

三センター共同事業

3 センター合同事業について

水野 裕（高齢者痴呆介護研究・研修大府センター）

平成 14 年度は、3 センター合同事業として、有識者による特別講演会を企画し、さまざまな立場から、「痴呆ケアにおけるリスク」とは何を示すか、また「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」とは、何をめざすべきか等について、6 回にわたって討論を行なった。その結果は、報告書だけでなく、3 センター合同のホームページである、DC ネット (<http://www.dcnnet.gr.jp/>) に記載され、アクセス件数も非常に多い。

それらの討論を踏まえ、今年度は、より実際的な試み、現場での工夫を日本全国いろいろな方たちにお聞きし、話し合うワークショップを企画した。3 センター合同事業というからには、3 センターの研究部長が一致協力すべきだという観点に立ち、毎回、それぞれの研究部長が内容、発表者、質疑を含め、コーディネートすることとした。取りまとめセンターの主任である、私の提案にご協力いただいた、東京センター、仙台センターの研究部長および、遠方から大府の地まで来ていただき、貴重なご発表を頂いた方々にこの場を借りて感謝したい。なお、ワークショップでの討議内容は、質問者・返答者の許可を得て、当方でワープロ打ちし、当日の座長にチェックしていただいた上で掲載している。

ワークショップ

～「痴呆ケアにおけるリスクマネージメントをめぐって」～

日 時 平成 16 年 1 月 21 日 (水) 14:00～16:00

場 所 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター研修室

(敬称略)

1 開会

2 ワークショップ

- ・ 痴呆性高齢者対応型グループホームにおいて試みたハード面からのリスク対策
神戸女子大学 横尾 英子
- ・ 新人教育、離設時対応、誤飲・異食への中毒マニュアルについて
むらさき野苑 杉浦 博子
- ・ 身体抑制解除後の見守り体制について
老人保健施設相生 金山まゆみ
- ・ 緊急時、誤飲、誤食、離設時の対応について
高浜安立荘 浅田 好恵

3 ディスカッション

4 閉会

痴呆高齢者対応型グループホームにおいて試みたハード面からのリスク対策

横尾能範（有・シニアケア） 横尾英子（神戸女子大学）

（発表の概要）

2001年春、市街地に位置する既存の木造二階建、個室約30の社員寮を改築して2ユニット、18名収容のグループホームを開所した。その2年後に、それに隣接するほぼ同条件の建物を同様に改築して、二棟目のグループホームを開所し、現在に至っている。

本発表は、その運営にあたり行った次の各4段階の対策について述べた。

- A. 第1棟目改築の設計段階で行った建築構造や設備面でのリスク対策。
- B. 第1棟目のホーム運営開始後に追加あるいは改善を行った対策。
- C. 第2棟目の改築計画に盛り込んだ建築構造と設備面のリスク対策。
- D. その後に追加した、あるいは追加したいと考えている設備面の対策。

はじめに（建物の概要と周辺環境）

第1棟、第2棟のグループホームとも、市街地に位置する木造2階建の社員寮を、それぞれ2ユニットのグループホームとして利用するため、建物の約半分を大々的に改築して共用部分とし、残りの半分約20室は最小限の改装で利用者の居室や職員の控室とした。

建物は、2棟とも敷地の南北が公共の道路に面している。また其処から約100m先には地域の幹線道路やコンビニなどの商店が並んでおり、さらに300m先には私鉄の主要駅に通じる道があり、人通りや自動車の往来もかなり多い。

A. 施設改築の設計段階で行った建物構造や施設設備面でのリスク対策、

＜改装前後の建物の様子＞

A-01 改築前の平面図（会社の社員寮目的の賃貸物件として建てられた）

A-02 改築計画の平面図と改築後の全景（）

＜リスクマネージとして、設計に折り込んだ事項＞

A-1 バルコニー：2階全居室の避難路を兼ねたバルコニーと非常階段（消防法）。

A-2 階段：日常生活を通じ適度な運動を負荷することを考慮して「傾斜の緩い階段」を敢えて設けた。階段の巾約140cm、蹴上げを約15cm、踏み代は約30cmと広くし、転落時の落差の縮小を意識して広い踊り場を設けた。（本措置に、利用者の居室2部屋分の空間を要する。エレベータ対応なら奥行き巾とも半分で済むため、その4分の1となる）

A-21 階段踏板のフェルト：転倒のショック緩和を意図して敷いた。

A-3 玄関ホール：一部屋分の広さ、特に靴脱ぎ場として床とタタキとの中間に、奥行き、巾ともに広くした「アプローチ・ステージ」を設け、利用者の散歩など、集団出入り時の転倒防止を謀った。（L字型3.6m+1.8m、ステージ奥行50cm）

A-4 炊事場の位置：日常生活の共用スペースをなるべく広く見渡せる位置に配した。（リビング、トイレ室口、風呂室口、居室と玄関へ通じる廊下、洗濯室口）。

対面式調理台も考慮したが、リビング面積を広くとることを優先して調理は背面式。

A-5 出先の事務テーブル：ユニット毎のリビングに居て、利用者を観察しながら簡単な事務やメモ類整理のための隅角コーナ。できるだけ利用者の傍で事務を執れる場所として設定し、見通し確保のため廊下側壁を打ち抜いた。

A-6 床暖房：開放型ストーブの転倒や燃料補給時の失火、燃焼ガス発生対策とした。

A-7 階段昇降口の扉：二階居住者の階段での転落予防のため「鍵付の引戸」を設けた。

A-8 事務室の配置と内窓：人の外出／外来の様子を把握できる位置に配し、かつ、（玄関、応接、リビング、階段昇降口）を一見して見通せる「二方向のガラス窓」を設けた。

A-9 廊下・階段の夜間照明：夜間自動点灯する「足元灯」（階段2箇所、廊下階共に4箇所）

A-10 覗き穴：常時は閉ざしているが、非常時に職員が廊下から居室内を観察可能。

A-11 リビングに置く玄関モニタ：各階ともリビングや炊事場で外玄関の様子を観る。

A-12 夜勤者が見る状況モニタ：夜勤詰所で1階、2階の各廊下、玄関扉、建物裏側を観る4分割モニタ。

A-13 夜間限定の玄関通過チャイム（常時のチャイムで注意麻痺を防止するため）、夜間だけ、人の出入りを感知して事務室と各リビングに音で知らせる「チャイム」装置。

A-13-2 見通しの効くエアカーテン：冷暖房暖房効率の点で、空気遮断カーテンが必要となるが、透明なアコーデオンカーテンを取り付けた。（A-4 写真参照）

B. 第1棟目の運営を開始してから追加した設備

上記の対策を施して運営を開始した後、改善すべき個所や不足がみられた。まず、玄関ゲートの施錠について、昼間は利用者に対しては見守りに頼り、自由に出入り出来るよう施錠はしなかった。しかし、その1ヶ月の間に利用者2名について3度、不覚の外出（徘徊）が起こり、利用者の身の危険、捜索や対策の心配や苦労、公共機関への迷惑をかける事態を起こした。

主因は、利用者の外出願望に加え、多くの眼が在りながら玄関ホール通過の見落としが原因と判断し、ホーム内の行動拘束は一切しないで、玄関ゲートの簡単で確実な自動施錠方法の考案と、利用者の玄関ホールへの接近および、利用者が夜間にトイレに向かう歩行を、眼の届かない場所に居る職員にも報知できる設備や機能を追加した。

B-14 玄関ゲート施錠の自動化：玄関ゲートの出入りを、見守りだけでは対応できないため、一時的に番号付チェーン錠を用いたが、雨天や夜間は大変不便で、施錠も疎かになった。そのために簡単な押しボタン操作で開錠でき、扉を閉めさえすれば確実に自動施錠で

きる電気錠を開発した。また、このゲートを開放したままで自動施錠できない状態が1分以上経過すると警報を発する。

B-15 玄関撮影モニタの機能追加：このモニタは外玄関の様子だけを常時放映していたが、利用者の一瞬の通過を見落とす場合が起こるので、人が内玄関ホールに差し掛かった場合、モニタを外の映像から内側の映像に切り替え、その切り替えを「鳥のさえずり」のような音で知らせる機能を追加した。

B-16 キッチンのバックミラー：リビングに背を向けての調理は、やはり不便でそれを補う必要があったので、それを補うために大き目のバックミラーを追加した。

B-17 廊下出入口の扉に開閉センサ：一階の扉や勝手口に音響警報の開放センサを取付

B-18 トイレ誘導報知センサー：廊下の個室エリアと共同エリアとの境界付近の人通過を、階毎に異なるメロディーで夜勤者に知らせる無線式チャイムの設置。

B-19 人感知センサー付の照明灯：玄関ホールと外玄関（夜間映像モニタの効果向上）

B-20 階段センサライトの増設：夜間の躓き防止と援助者の気付きを目的

B-21 防火用水タンク：消火器以外に、100リットル級バケツと小型バケツの常設

B-22 防火用水タンク近くの水道蛇口：防火用水の植物への利用と補給促進のため

<更に設けたい設備>

B-23 事務所出入り口ドアのガラス窓：事務機から玄関ホールを見渡せるようドアにガラス窓をつけること。

C. 第2棟目の改造計画に盛り込んだリスク対策

C-1 広いバルコニー：2階全居室の避難路を兼ねた更に広いバルコニーと非常階段。

C-2 キッチンから見渡す視野の拡大：各階ともキッチン（リビングと対面させ、風呂室口、トイレ室口、洗濯室口、廊下、バルコニー出入口、階段昇降口）を一見で見渡せる場所に設定した。さらに一階キッチンは（玄関ホール）を、2階キッチン（和室、多目的ホール）を、その場所から見通せる配置とした。

C-3 階段：第一期改築と同様、なるべく広いスペースをとり、採光を良くして明るく緩やかな階段を設けた。傾斜を緩やかにするため昇り口を廊下中央付近まで伸ばすことにしたが、そのために既成階段の昇降部を左右入れ替え、一階廊下中央まで突き出る廊下端詰めの昇り口、その天井高を確保するため2階廊下の突当りにベンチが出来た。

C-3b 階段昇降者を見通す切口：見通しを重視して階段の壁を出来るだけ切り通した。

* <階段のカーペット>：は段鼻に金物を取り付け無ければ返って滑ること、汚れを落としにくく不潔になることを考慮して、木製の単版仕上とし、カーペットで覆わなかった。

* <2階階段昇降口の扉>：2年間の実績で、その必要が認められなかったので省いた。

C-4 玄関ホールと靴脱ぎ場：基本的に第1期と同面積・構造とした。ただし、先の場合、靴箱を壁側のアプローチ・ステージに置いたため狭くなったので、その改善策として、靴箱はステージより奥の壁に埋め込んだ。

C-5 事務室の位置と内窓：事務机から（玄関ホール、応接、リビング、キッチン、階段昇降口）を一見して見通せる位置を選定し、大きなガラス窓をつけた。

C-6 柱回り壁の除去と出先事務テーブル：視野の拡大と映像モニタ棚と簡単な事務テーブル確保のため、突出部柱の回りの壁約90cmを落とし、45度の壁でつないだ。柱と新たな壁との間に出来た空間の上部は棚、中間を見通し部、下部は柱回りのテーブルとした。これにより、一階は「キッチン」⇔「映像モニタ」⇔「事務所」が、2階は「キッチン」⇔「映像モニタ」⇔「多目的ホール」が互いに見通せ、観察できるようになった。

C-7 出先事務テーブル：先の隅角部に設けた出先用のコーナーテーブルはリビングに背を向けて執務するが、今回の柱回りに作ったテーブルは、（廊下の全貌、リビング、炊事場など）広い視野に面して執務でき、複数が座れるので引継ぎなどの打ち合わせ場所に向いている。

C-8 洗面室とトイレ前室との連絡通路：必要に応じて一人の職員が双方の見守りと対応が出来るよう相互連絡出来る引き戸を設けた。

C-9 床暖房：直火式ストーブの転倒や燃え移り、燃料補給時の失火のリスク排除、快適さの実績から、同じ形式の床暖房を採用。

C-10 浴室脱衣場の作り付のベンチ：利用者の着衣の脱着を安定して行えるよう作り付。

C-11 夜間見守りモニタカメラ：夜間の手薄となる時間帯の対策として、1階廊下、2階廊下、外玄関ゲート、内玄関ホールの4箇所を同時に事務室で4分割で同時に観察でき、かつ、玄関ホールへの人接近を外玄関に優先して切り替える、カラーモニターの設置。

C-12 玄関ゲートの電気錠の設置：横引扉の電気錠の既製品探しは困難であったので、仕様を設計し特注した。

C-13 廊下の夜間照明：夜間に自動点灯の足元灯用電源（階段2箇所、廊下各階に4箇所）

C-14 トイレ内の非常警報スイッチ：利用者の非常時や援助者が他の助けを求めるため。

- * <居室内観察の覗き穴> : 2棟目では設置は行わなかった。
- * <廊下の透明エアーカーテン> : 2棟目では、廊下中央のみ採用した。

D. 2棟目の運用開始後に設けた設備

D-15 石段の段鼻塗装：玄関口のアプローチ階段は、前はタイル張りで、段鼻だけ少し色違いとなっていたが、今回コンクリート仕上げとなったため、夜間に段鼻の見分けがつきにくく危険なため、各踏み段の段鼻部約4cm巾に同系色やや濃い目のラッカー塗装。

D-16 消火器の増設：魚焼きグリルで10人分を連続で焼く業務中、オーバーヒートで、グリルに溜まった魚油が燃える事故が起こった。手持ちの粉末消火器を使ったが不慣れのため消火できず慌てた。その後必要性を認め、ホースを延長できる水放射の据え置き消火器を各階の炊事場近くの目立つ場所に設置した。

D-17 非常階段昇降口扉の増設：第1棟と同様、やむを得ず取り付けたが、その鍵は職員のわかりやすい現場に置いている。

D-18 勝手口開閉センサ

ワークショップ

新人職員をリスクと捉えたリスクマネジメント教育

高齢者総合福祉施設 むらさき野苑 杉浦博子
2004.01.21 (水)

新人職員をリスクと捉えたリスクマネジメント教育

高齢者総合福祉施設 むらさき野苑 杉浦博子

はじめに

私たちが日々提供しているサービスの質の保証は、リスクマネジメントから始まるといわれます。利用者にとって最も良いサービスの提供をめざし、予防対策の委員会等が設置され、それぞれの施設でさまざまな取り組みがなされています。これらの活動は全て顧客満足のため、質の高いサービスを提供することが目標にあります。

質の高いサービスは事故回避につながるといわれます。

職場内には潜在・顕在を含めれば実に多くのリスク要因があります。

新人職員として入職してくる介護士やヘルパーは、事故の発生を予測した適切な介護を実践できるだけの力量を備えて職場に配属されているのでしょうか。多くの新人職員は配属された職場で、組織・利用者とその家族・職員・職場環境等の中で、リアリティショックに見舞われることも少なくありません。この状況をうまくクリアできなかった場合、早期離職者を生む結果になり、燃えない前つまり介護の本質を知る前に離職に至っていると言えないでしょうか。不慣れな時期に即戦力として期待され、不確実な力量で介護にあたった場合、介護を受ける側にとって、それは大きなリスクとなりかねません。

全てに不慣れと不確実な力量を「リスク」、「人は間違いをおかすもの」、この2点を捉えて新人に対するアセスメント、個別対応を主体としたOJT（職場内教育訓練による人材育成）体制の基で、適切な教育を実施することはリスク回避の有効な手段であり、かつ不可欠であると考えました。

現在入職時に実施しているオリエンテーション・各所属部署内における職場内教育の取り組みを発表し、リスクマネジメント教育について皆様と一緒に検討したいと思います。

新人職員教育の具体的取り組み

1. 組織人・社会人として求められるもの

(1) 所属する組織を知る。〔資料1〕

それぞれの施設の理念や動向を知り、施設のもつ役割を理解する
組織の沿革・組織図・基本理念

(2) 組織の一員としての立場を理解する。

- ・社会人、組織人としての意識を身に付ける
- ・組織のしくみやルールを理解する
- ・職場生活の基本動作を習得する
- ・職場生活における基本的なけじめや常識を身につけること。例えば
仕事の始まり・工作中・仕事の終わりにどう行動すべきか
- ・社会人としてのマナーの意義と基本動作(接遇)
挨拶・言葉づかい・電話対応・訪問・来客対応マナー
- ・地域交流
地域住民・ボランティア

(3) サービスを提供する実践の基本を理解する

- ・ 利用者のことを理解する(高齢者・痴呆高齢者およびその家族)
- ・ 自分自身が援助者であるという理解
- ・ 地域や関係機関を理解する

2. サービスの実践にあたる職員として求められるもの

(1) 組織が新人職員に求める力量を明確にする〔資料 2・3〕

つまり目標の設定です。到達すべきゴールを明確にすることです。

・ 目標設定の 4 原則

- ①誰が ②何を ③いつまでに ④どのレベルまで

・ 行動習慣は 5W2H

- ①なぜ・何のために(目的) ②何を(内容) ③誰が(主体) ④どこで(場所) ⑤いつまでに(期限) ⑥どのように(方法) ⑦どのくらい(程度)

【教育の具体的方法】 実施期間(約 3 ヶ月間)

①新人職員に求める力量の明確化

②入職時の新人職員教育チェックリストによる個別能力の評価

③プリセプター(相談者)の人選

④新人教育マニュアルに沿った OJT の実施(先輩職員=介護職員力量チェックにより指導が可能な職員)

⑤プリセプターと新人職員間の情報交換

⑥力量チェックのテスト実施

⑦プリセプターと部署管理者による新人職員評価・効果確認

※効果確認で不十分とされた場合は再度④～⑥を繰り返し実施する

⑧第 2 ステップの教育へと進む

必要とする実践能力を具体的に示すものがあれば、新人職員にとっては目的がより明確化する。一方指導する立場(プリセプター)からもプログラムが明確であり、落としのしない指導が期待できる。

(2) 仕事の手順を理解し、業務をマニュアルに沿って実践する〔資料 4〕

・ 業務管理サイクルを効果的に実践する

管理サイクルとは PDCA サイクルのこと

P①目標設定 ②計画立案

D①計画の徹底 ②実施

C①結果の確認 ②評価

A①応急処置 ②改善処置

・ SDCA サイクル

S は業務標準(スタンダード) →D→C→A

※ P の実施が困難な新人職員の場合は、SDCA サイクルの実践が必要です

S は業務標準(スタンダード)、まずは決められたやり方で実践すること。

そして計画作りには積極的に参加させた方がよい。なぜなら自分の仕事についての目標や具体的な計画を納得して設定することが大事な点を気づける

業務の一つ一つを効果的に管理していく上で、PDCA サイクルを徹底することが重要。日常業務の処理に追われ目標や計画を曖昧にしたままでは、効果的な成果は期待できないことになる。

P(プラン)は D(ドウ)が効果的、効率的に行なわれるための条件であり、D(実施)の良し悪しは、P(プラン)に基づいてプロセスと成果の両面で C(チェック)され、必要な A(アクション)がとられることとなります。PDCA サイクルで多くの業務が漏れなく回転していくことが可能となる。

(3)職場での問題解決

「職場は解決すべき問題の集合体」といわれる。日々の仕事や職場での活動は全て問題解決活動であると捉えられる。

- ・ 新人職員自身が問題解決の当事者である意識を身につける。
職場の問題は自分にも関係がある問題として捉えることで、主体的に問題に取り組む姿勢が生まれる。
- ・ ルーティン業務を手順通りの確に処理できることが、問題解決の第一歩である。
- ・ 何らかの理由(やるべき方法でやらなかった・時間に遅れた)で発生した問題への対応方法を理解する。例えば事故・トラブル・苦情など
対応は常に的確に・タイムリーに
- ・ 自律的に問題を発見し解決する。(資料5 ヒヤリ・ハット・きがかり報告書)

(4)コミュニケーションの基本

組織の一員として活動していくために必要な、コミュニケーションの基本的な考え方を理解し、その技術を習得する。

手段 ①口頭によるもの ②文書によるもの ③電子通信によるもの

※利用者との関わり(非言語によるコミュニケーション)

コミュニケーションは①口頭によるもの ②文書によるものに大別できるが、最近では電子メール・インターネットなど「電子通信によるもの」が急速に普及している。どの手段も重大であるが、どの手段を使っても自分の考えや気持ちを 100%正確に伝えることは難しい。職場内でのコミュニケーションの中心である口頭による場合では行き違いや誤解が生じやすい。効果的なコミュニケーションを行うためには、口頭による限界を知ることも必要となる。正確に事実を伝えるためには一方的に伝えるだけでなく、相手に正確に伝わったかどうかの確認をし、相手の理解力に合った伝え方をしなければならない。コミュニケーションは双方通行が原則であることを理解する

【事実を正確に伝えるポイント】

- ・ ノート・メモをとる
- ・ ゆっくり話す
- ・ 途中で確認をとる
- ・ 要点をつかんで話す
- ・ 色々な媒体(資料・図表など)を使う
- ・ 順序だてて詳細にはなす
- ・ 復唱する
- ・ 相手の能力やペースに合わせて話す
- ・ 時々質問する
- ・ ジェスチャーを入れる

(5)話しかた・聞き方の基本

より良いコミュニケーションをとるためには、話し方も重要だが聞き方もそれ以上に重要である。本当に話し上手な人はよく見ていると、聞き上手であることがわかつてきます。これが効果的なコミュニケーションにつながります。

【話しかたのポイント】

- ・ 何を伝えるかをしっかりつかむ
まず結論から話す。伝えるべきポイントを頭の中で整理しておく
- ・ 順序だてて話す
結論を先に話し、その後結論に至るまでの経過を伝え、最後に自分の意見や感想を話す
- ・ 相手の立場を考え、ゆっくり確認しながら話す
- ・ 重要な部分は繰り返す
- ・ 内容が長い場合は、途中で要約して話す
- ・ 情熱・熱意を持って話す
- ・ 言葉以外の手段を活用する(ジェスチャー・資料・図表など)
より正確に伝えることが出来る
- ・ 第三者を介して伝えることは極力避ける
直接伝えたい人には直接話す

【聞きかたのポイント】

- ・ 相手の言いたいことの意味全体を聞く
- ・ 言葉だけでなく、気持ちも汲みとる
- ・ 相手の言い分を最後まで聞く。
反論は途中でなく、全部聞いた上で行う
- ・ 相手に伝え返しながら確認する
- ・ 身ぶり、手ぶり、声などに注意する
聞かるときに、うなずく・眼をみる
- ・ 聞くことに集中する
相手の話を性格に理解するためには、話に集中するコツを身につける

(6)書作成の技術を習得する

職場内の公的な情報伝達は文書によって行なわれるのが一般的。業務遂行していく上では、文書作成の技術を身につけることは欠かせない。文書作成の技術は組織活動の基本である。

【文書作成の基本ポイント】

- ・ 正確な内容の文書を 5W2H に基づいて書く
- ・ 明確な文章にする
云わんとすることを単刀直入に書き、細かな説明は後につけることで内容のポイントがはっきりする
- ・ 簡潔に書く
1つの文は短く、40 から 50 字に押さえる。
1つの文に1つの結論を心がける。
内容が複雑であったり、多いものは箇条書きにする

(7)職場で必要な報告、連絡、相談(ホウレンソウ)の技術を身につける

仕事や組織活動を円滑に進めるために、報告・連絡・相談(ホウレンソウ)は欠かせない

報告

仕事は指示・命令によって発生し、それを上司に報告しはじめて完結するが、報告から新たな仕事がスタートすることもあり得る。報告は指示・命令に対してだけ行うのではなく、日常のルーティン業務にとっても大切

【報告時のポイント】

- ・ 仕事が終わったらすぐに
- ・ 報告方法は口頭か、文書かを考える
- ・ 長期的な仕事は中間報告を
- ・ トラブル・事故はすぐに

連絡

連絡は自分の仕事を完結させるだけのものではなく、他の人にとっても必要。自部署だけでなく他部署に必要なこともある

【連絡時のポイント】

- ・ どのルートで行うかを明確に
- ・ 適切な方法で(口頭か、文書か)
- ・ 相手にとって必要性の高いものはすぐ
- ・ 第三者を会して行う場合は、正確さを考えた方法で

相談

自分だけでは判断がつかない・やり方がわからない・情報がほしいときなど上司先輩から助言を得ること。一方的に意見をもらうだけでなく、予め自分の考えをまとめた上で相談した方が良い。

【相談時のポイント】

- ・ 相談内容を整理し、箇条書きにしておく
- ・ 誰に相談するかを、予め決めておく
- ・ 相談する目的を明確にしておく
情報をもらうのか・意見をもらうのか・決定や選択をなどの判断を求めるのか
など
- ・ 相談したいことはメモに残す。
必要に応じては定期的に相談する
- ・ 相談したことは結果を報告する

(8)会議参加時の心得を理解する

「会議は特定の問題や課題を解決するためにそれに関連する人が集まり、情報を交換し共通理解を図り、実行に移していくために開かれる会合である」まずはこのことを理解する。会議の参加者は結論を出す「目的達成の役割」と、参加者の意見をまとめる「会議運営に協力する」機能を果たさなければならない。
参加したらメンバーとしての責任を持ち積極的に発言し、進行に協力する

【目的達成のための役割】

- ・建設的で責任ある発言を心がける
- ・具体的積極的発言
- ・情報提供か、自分の意見かを明確にして発言する
- ・結論は先、状況説明は後にする
- ・発言する時は全員に話しかける
- ・1回の発言は1~2分で簡潔に
- ・思いつきやテーマに関連のない発言は避ける
- ・他人が発言している時は傾聴する
- ・少数意見となった場合は、ひとつの意見として見解を述べる
- ・感情的な発言はしない

【会議運営に協力する役割】

- ・進行状況や時間に注意し、司会者に協力する
- ・発言の量、タイミングを考える
- ・発言の少ない人に発言を促す
- ・脱線、感情的対立時は積極的に働きかけ収める
- ・準備や議事録の作成を頼まれた時は、積極的に協力する

(9)チームワークとメンバーシップ

職場は指導的立場の職員と何人かのメンバーで構成された集団である。その中の個人は個人プレーでは行動がとれなくなる。チームワークを進めることも重要な役割。また、チームメンバーとして自分の守備範囲の仕事を実際に処理することが大切。「責任性」と「規律性」もメンバーシップの基本的要因。他のメンバーや他チームの仕事にも関心を持ち、連携と協力の関係を築いていく「協調性」も必要である。

【チームワークがとれている状態とは】

- ・チームメンバーが共通の意識をもつ
- ・良いコミュニケーションがとれる
- ・全員が自己の仕事への明確な目標と責任感をもつ
- ・ルールを守りその決定にも参加できる
- ・相互援助の気持ちを持っている

【メンバーシップを発揮するには】

- ・仕事を期限までに完了、仕事の処理は迅速・丁寧に・気配りを
- ・ハウレンソウは積極的に
- ・不明な点は明らかにしていく
- ・優先すべき必要性を決定する
- ・協調・規律性に努める
- ・個人的感情を仕事に持ち込まない

これらのことは新人職員教育に必要と思われる項目。いずれの項目も認識や知識、技術が備わっていなかったり、備わっていても何らかの不適切な対応を行った場合は、事故やトラブル・クレームなどに発展する可能性がある

3. リスクマネジメント委員会の役割と活動

委員会活動の目的:

- ・利用者に安心と信頼のサービスを提供する
- ・全職員が危機管理に対する意識を高める
- ・ヒヤリ・ハット・きがり報告システムを有効に運用する
- ・不適切サービスの発生を予防する

委員会の役割

- ・不適切サービス報告書及びヒヤリ・ハット・きがり報告の集計・分析・評価と全部署へのフィードバック
- ・部課長会議・全体会議での報告
- ・事故予防の教育の実施
- ・施設内のリスク要因に対する問題提起・意識調査・改善提案・効果確認など
- ・安全ポスターと標語の掲示

※当施設ではさまざまな事故や・クレーム・トラブルなどを総称して「不適切サービス」とよぶ。

【気づき・予測・予防が先決】

- ① 施設の方針を明確にし、取り組みは施設全体で行う
リスクマネジメント委員会を設置
- ② まずはリスクを知ること
 - ・自分たちにはどんなことが起こりうるか
 - ・防御より予防
 - 起きてからでは遅い。是正処置と予防処置のちがい
 - ・仕組み（システム）がなければ、見ない・見つからない・バラつく
 - ・間接的なリスクにも着眼する
 - 例:感染症・食中毒発生 → 報道 → リスク大（信用喪失）
- ③ ヒヤリ・ハット・きがり報告は、自主的な現場からの改善提案
あくまでもボトムアップ。まず報告することに慣れるため無記名で、毎月部署毎に回収する

④ 安全ポスターと標語の掲示

職員から募集。各部署に掲示し意識づけ

⑤ 「ヒヤリ・ハット・きがかり報告」のデーターのフィードバックと活用

(資料 6・7・8・9)

職場内に潜在・顕在化するリスク要因の認識(情報共有)

データーは毎月報告。推移状況のデーターは半期と年度毎

⑥ 予防処置 (資料 10)

・まずは気づくこと

必要とされる観察力と洞察力・予測能力

・気づいたら放置しないこと・

積極的な処置。情報の共有。モニタリング(継続的な改善)

【不適切サービス発生時の対応】

① 不適切サービス報告書 (資料 11・12・13)

・発生後の適切な対応 ⇒ 適切な処置と迅速な誠意ある対応

・発生の報告

・報告書の記載・回覧(情報の共有)

② 適切な処置のための手順書

・救急搬送の依頼手順 ・気道内異物の除去手順 ・誤飲誤食対応手順 (資料 14)

・感染症対応マニュアル・車両事故対応マニュアルなど

いつでも使える身近なところに設置

③ 是正処置 (資料 15)

発生した不適切サービスに対する再発防止策

処置実施後、効果確認とモニタリング(継続的な改善)

⑤ 苦情対応第三者委員会

第三者を含めた苦情受付・対応・調整・最終確認

⑥ 情報公開 (季刊誌・年度業績集等)

・不適切サービスの発生状況と改善状況

・予防対策の取り組み状況など

4. おわりに

リスクマネジメント委員会を通して、これらの活動を実施しています。

気づき・積極的に対策をとり、不適切サービスの発生を予防する。そしてモニタリングによって継続的な改善を行う。この一連の流れが非常に重要に思います。

新人職員が自ら気づけなかった場合でも、これらの情報を現場にフィードバックさせることで、職場にどのようなリスク要因があるかに気づくこともあるはずです。

つまり新人職員教育を適切に実施することが、最初の予防対策になり得るのではないのでしょうか。それぞれの組織の信用やブランドを守ると云うことは顧客(利用者)を守るということ。利用者にとって最も安全で安心できるサービス・信頼できるサービスの提供が今私たちに求められています。

ワークショップ

新人職員をリスクと捉えたリスクマネジメント教育

高齢者総合福祉施設 むらさき野苑 杉浦博子

私たちが日々提供しているサービスの質の保証は、リスクマネジメントから始まるといわれます。利用者にとって最も良いサービスの提供をめざし、予防対策の委員会等が設置され、それぞれの施設でさまざまな取り組みがなされています。これらの活動は全て顧客満足のため、質の高いサービスを提供することが目標にあります。

質の高いサービスは事故回避につながるといわれます。

職場内には潜在・顕在を含めれば実に多くのリスク要因があります。

新人職員として入職してくる介護士やヘルパーは、事故の発生を予測した適切な介護を実践できるだけの力量を備えて職場に配属されているでしょうか。多くの新人職員は配属された職場で、組織・利用者とその家族・職員・職場環境等の中で、リアリティショックに見舞われることも少なくありません。この状況をうまくクリアできなかった場合、早期離職者を生む結果になり、燃えない前つまり介護の本質を知る前に離職に至っていると言えないでしょうか。

不慣れな時期に即戦力として期待され、不確実な力量で介護にあたった場合、介護を受ける側にとって、それは大きなリスクとなりかねません。

全てに不慣れと不確実な力量を「リスク」、「人は間違いをおかすもの」、この2点を捉えて新人に対するアセスメント、個別対応を主体としたOJT（職場内教育訓練による人材育成）体制の基で、適切な教育を実施することはリスク回避の有効な手段であり、かつ不可欠であると考えました。

新人職員教育の具体的取り組み

はじめに

1. 組織人・社会人として求められるもの

- (1) 所属する組織を知る。
- (2) 組織の一員としての立場を理解する。
- (3) サービスを提供する実践の基本を理解する

2. サービスの実践にあたる職員として求められるもの

- (1) 組織が新人職員に求める力量を明確にする
- (2) 仕事の手順を理解
- (3) 職場での問題解決
- (4) コミュニケーションの基本
- (5) 話しかた・聞き方の基本
- (6) 文書作成の技術を習得する
- (7) 職場で必要な報告、連絡、相談(ホウレンソウ)の技術を身につける
- (8) 会議参加時の心得を理解する
- (9) チームワークとメンバーシップ

3. リスクマネジメント委員会の役割と活動

- ① 気づき・予測・予防が先決
- ② 不適切サービス発生時の対応

おわりに

〈参考資料〉

身体抑制解除後の見守り体制について

社会福祉法人 愛光園
介護老人保健施設 相生
介護職長 金山 まゆみ

1、当施設の身体抑制の現状

2、身体抑制解除への取り組み(解除後の見守り体制)

- ・サイドレールによる囲みの解除(ベッドからの転落・転倒予防)
 - :低床ベッド(自作)
 - :厚みのあるマット(ベッド横に設置)
 - :センサーマット(自作)
 - :畳敷きの居室空間
- ・車椅子ベルト使用の解除(車椅子からの転落・転倒予防)
 - :車椅子の自動ブレーキの設置
 - :時間帯による職員配置の工夫
- ・居室見守り体制 ⇔⇔ ステーション近接見守り体制

3、身体抑制回避のための多様な対応を工夫した一事例

T・J氏(男性) 92歳
寝たきり度 C1 痴呆度 IV 要介護度 4
平成 10年 11月 当施設 痴呆専門棟入所
・統合失調症というより老年性痴呆という判断で病院より入所。

既往歴

統合失調症 (50歳頃診断 在宅で過ごす)
老年性精神障害 (H10年5月 診断 精神科病院に医療保護入院)
徘徊 易怒性 拒否 独語 空笑
失見当識から食事の記憶もない状態
前立腺肥大症 (H13)年

入所からの状態の変化と見守りの推移

- ①畳対応 (ホール畳スペース 見守り)
- ②ベッド対応 (ステーション近接見守り)
- ③ベッド対応 (居室)
- ④畳対応 (ホール畳スペース 見守り)
- ⑤ベッド対応 (ホール畳スペース 見守り)

4、まとめ

身体拘束解除後の 見守り体制について

社会福祉法人 愛光園
介護老人保健施設 相生

介護職長 金山まゆみ

1. 当施設における身体拘束の現状

2004年1月16日現在
在所者94名のうち

- | | |
|----------|----|
| ◎ つなぎ服着衣 | 2名 |
| ◎ 車椅子ベルト | 1名 |
| ◎ ミトン使用 | 2名 |

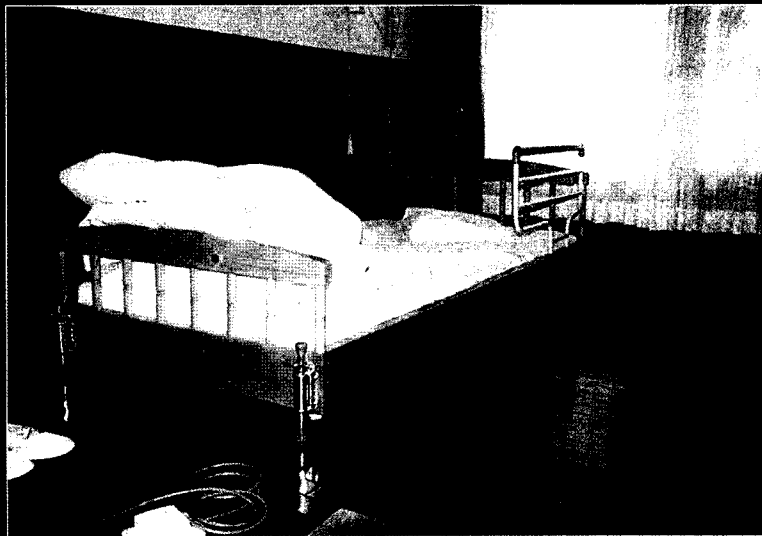
2. 身体拘束解除への取り組み (解除後の見守り体制)その1

「サイドレールによる囲みの解除」

～ベッドからの転落・転倒予防～

- ◎ 低床ベッド(施設内自作)
- ◎ 厚みのあるマットをベッド横に設置
- ◎ センサーマット(施設内自作)
 - ◎ 床マット式
 - ◎ 車椅子アームレストタッチ式
 - ◎ ベッド端座位感知式
- ◎ 畳敷きの居室空間

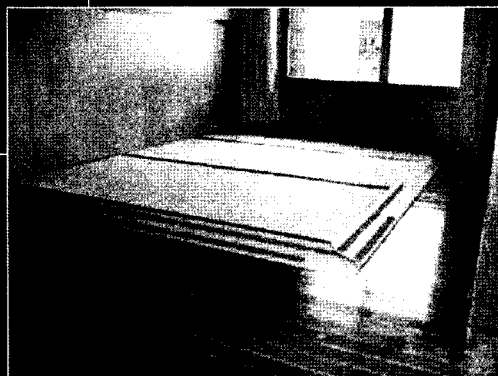
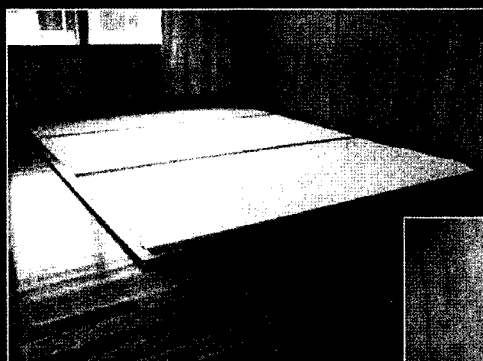
低床ベッド



センサーマット、タッチセンサー



畳敷きの居室

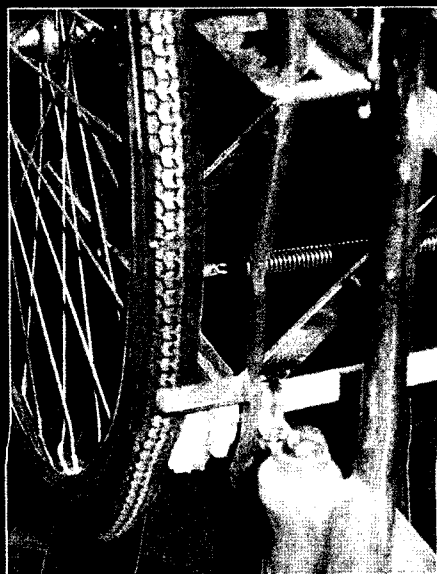


2. 身体拘束解除への取り組み (解除後の見守り体制)その2

「車椅子ベルト使用の解除」

～車椅子からの転落転倒予防～

- ① 車椅子に自動ブレーキを装着
- ② 時間帯ごとの職員配置の工夫
 - ③ 事故報告書の分析
 - ④ 事故多発時間帯に見守り職員を配置
- ⑤ 居室見守り ⇄ ステーション近接見守り



車椅子の自動ブレーキ



3. 身体拘束回避のための 多様な工夫の一例

- ◎ T. J氏 / 男性 / 92歳 (1911年=明治44年生まれ)
1998年11月より当施設痴呆性老人専門棟へ入所
- ◎ 寝たきり度C1
- ◎ 痴呆度IV
- ◎ 要介護度4
- ◎ 診断：① 老年性精神障害
② 老年性痴呆

◎ T. J氏の既往歴

- 統合失調症：50歳頃に診断され自宅で過ごす
- 老年性精神障害：1998年5月に診断され
精神科病院に医療保護入院
 - 徘徊、易怒性、拒否、独語、空笑
 - 失見当識から食事の記憶もない状態

⇒入院6ヵ月後、老年性痴呆への対応が
より必要であるとの判断で退院し
当施設への入所となる

入所からの状態の変化と見守りの推移

独歩

怒りやすく介助に対する拒否
および抵抗が強い

入所からの状態の変化と見守りの推移

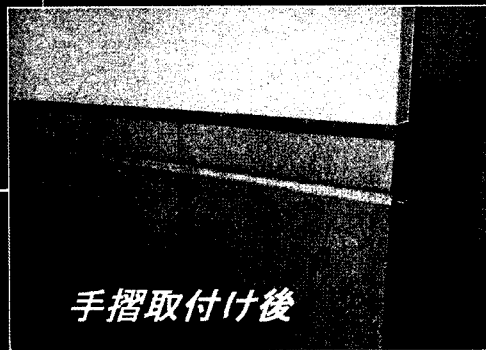
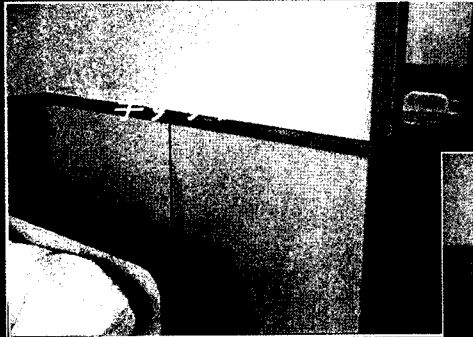
- ◎ 体調の変化があり入退院を繰り返す
- ◎ 体調を崩すたびに見守りを強化するために
⇒ステーション近くにベッドを置く
(ポータブルトイレの設置、
ベッド横に転落防止用マットを使用)
- ◎ 思うように動こうとする意志が強く、
ベッドや車椅子からの立ち上がりが多い

- ◎ 排尿障害、頻尿
(2002年2月前立腺肥大症手術)
- ◎ 歩行不安定でふらつきがあるが
居室やトイレへ歩いて向かおうとする
⇒ 動きたいとの意思を尊重して
歩行器を使用(付き添い)
- ◎ 次第に穏やかな精神状態になる
食事時「おかわり」の要求もでる

入所からの状態の変化と見守りの推移

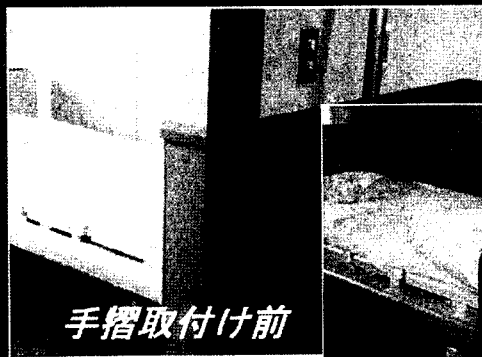
- ◎ ベッド横にセンサーマットの設置
- ◎ 居室からトイレまで連続した
手すりの増設
- ◎ トイレ内に手すりの増設
(見守り・声掛け体制)

居室からトイレまで連続した
手すりの増設

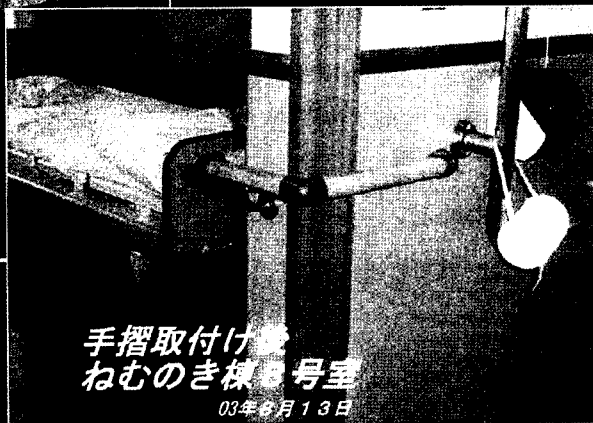


手摺取付け後

居室からトイレまで連続した
手すりの増設

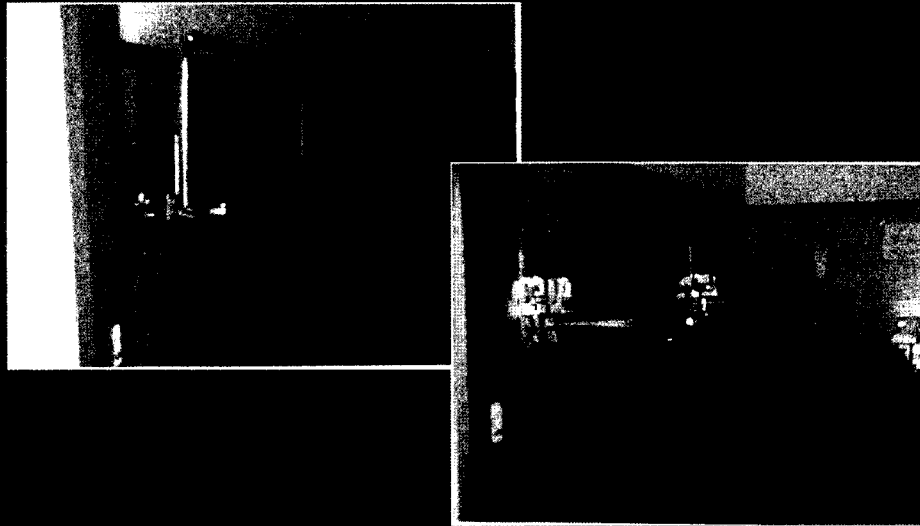


手摺取付け前



手摺取付け後
ねむのき棟3号室
03年6月13日

トイレ内に手すりの増設



⇒ベッドからトイレの移動が手すりの使用で自由に行えるようになる

(センサーマットの音で動きを把握し見守る)

- ◎ 2003年6月肺炎にて17日間入院し
退院後再入所
- ◎ 廃用性症候群によりふらつき多いが
ベッドからの立ち上がりは頻回

入所からの状態の変化と見守りの推移

- ◎ 日中の大半を布団にて臥床
- ◎ 車椅子・椅子から立ち上がる
- ◎ 日中はトイレへ誘導
- ◎ 夜間はポータブルトイレを使用

入所からの状態の変化と見守りの推移

- ◎ ベッド上での動きは減少
- ◎ 日中は車椅子にてトイレへ誘導
- ◎ 夜間はポータブルトイレを使用

4. まとめ

◎ T. J氏のケース

危険回避のための抑制

特性を知り可能な限り自分の意思で
自由に動くことができるよう様々な取り組み

= 生活環境の整備と確保、見守り体制

◎ 完全な事故防止には至らず
転倒・転落等の事故報告は重なったが
大きな受傷は無かった

◎ 肺炎、皮膚疾患、前立腺肥大症等での
度重なる入院

⇒ 廃用性の進行

⇒ 身体機能、移動機能の低下

現在も、精神的な安定につながるよう
アプローチを継続中



誤飲時の対応

平成16年1月21日

特別養護老人ホーム高浜安立荘 業務課副主任 浅田好恵

○特別養護老人ホーム高浜安立荘概要

平成5年4月開所 定員100名 入所者の平均要介護度 3.4
併設事業：短期入所生活介護 定員20名 通所介護事業 定員 35名
居宅介護支援事業 在宅介護支援センター
平成14年5月から入所者のレベルに合わせた4つのグループと短期入所生活介護を1つのグループとし、5つのグループでグループケアを開始する。

○誤飲事故事例

《インフルエンザで隔離対応中》

中度の痴呆症状のある女性 89歳 要介護度 3
移動：自立(歩行) 食事：自立 排泄：一部介助 入浴：見守り

※事故3日前に「隔離部屋に設置する消毒液の入ったスプレーボトルは各居室の枕頭台の中に入れる」よう申し送りノートに記入される。

19:10 タンスの上に放置したままであった手指消毒液(ハンドクリーン)の入ったスプレーボトルのふたを開け、飲んでいるのを発見する。

すぐに介護員がボトルを預かる。

19:12 夜勤者とグループリーダーに報告し、うがいをしよう指示を受ける。

うがいを促すため訪室すると床にコップ1杯程度の夕食の残渣物混じりのものを嘔吐していた。

うがいを促そうとコップを渡すが、痴呆があるためかコップの水を半分ほど飲んでしまう。もう一度うがいを促すと、ガーグルベースに半分ほど液状のものを嘔吐する。

19:20 夜勤者が看護員に連絡する。

水分多めで対応し、様子観察の指示が出る。

コップ1杯のポカリスエットを摂取させる。

翌日9:00 看護員が出勤後状態観察し、口唇・舌に腫れを認めたため受診する。

胃カメラ検査を行ない、胃炎がひどいため、入院となる。

○事故後の対応

介護員全体で SHEL モデルを用いて、この事故の要因分析を行なう。

※SHEL モデルとは

アクシデントやインシデントの要因や対策を分析する代表的な手法。アクシデントやインシデントを S (ソフトウェア)、H (ハードウェア)、E (環境: Environment)、L (人: Liveware) の各側面から多角的に分析する手法。

※SHEL モデルの 5 つの要因

S (ソフトウェア)	マニュアル、規程などシステムの運用に関わる形にならないもの
H (ハードウェア)	機器、器具、設備、施設の構造
E (環境)	物理的環境 (照明、騒音、空調) だけでなく、仕事や行動に影響を与える全ての環境
L (他人)	当事者以外の人々
L (当事者)	事故・インシデントに関わった本人 (職員)

「組織で取り組む医療事故防止 看護管理職のためのリスクマネジメントガイドライン」参照

要因分析の結果

- S
 - ・読みにくい申し送りの記入方法
 - ・隔離対応時のマニュアルの不備
 - ・事故後の対応のマニュアルの不備

- H
 - ・個室の不足
 - ・消毒液を居室内に設置するための設備がない

- E
 - ・「隔離」という環境の変化
 - ・消毒液が手の届くところに置いてあった
 - ・居室に消毒液を設置した
 - ・居室が乾燥していた
 - ・職員の人員不足

- L1(本人)
 - ・痴呆が重度であった(判断能力の欠如)
 - ・のどが渴いていた。

- L2(職員)
 - ・その利用者(痴呆高齢者)の特性(誤飲、誤食等)の理解不足
 - ・申し送りの理解不足、不徹底
 - ・隔離者に対する観察不足
 - ・当日の消毒液の設置位置にどの職員も危険を感じなかった
 - ・看護員の判断ミス
 - ・隔離者への対応(精神安定に努める等)を認識していなかった。

以上のように要因が挙げられた。

ここから、皆が重要だと感じたもの、すぐに改善が必要なものを抽出し、改善策を立てていく。
今回は以下の3点が取り上げられた。

①申し送り事項の記入方法に問題があった

個人の状態報告と業務連絡を同時に記入しており、文章の羅列で大変読みづらいものであった。そのため、流れがつかみにくく、重要な業務連絡も見落としがちになっていた。

②危険物の認識不足(まる1日タンクの上に放置したままでいた)

消毒液を飲んでしまうかどうかを考え、設置位置を考慮することができなかった。危険回避能力の欠如。

③対応方法のマニュアルの不備

事故後の対応が曖昧であった。看護員が帰宅後の時間帯に起きた事故であり、状態を確認しないままの指示となった。直後の対応が重要であるため、対応をマニュアル化しておく必要があるのではないか。

改善策

① 申し送りを項目別に分ける。

読みやすく、流れが分かりやすく、現状を把握しやすいものにする。

②グループの空間内にあるもので危険物になり得るものをリストアップする。

日常的に使用しているものでも危険物になり得る事を周知し、把握する。

③リストアップされた危険物の対応方法を一覧にし、周知徹底する。また、いつでも見られるようにする。

○その後のリスクマネジメント委員会での協議内容

1. 事故の要因分析手法を SHEL モデルで統一し、ヒヤリハット報告書(別紙)・事故報告書(別紙)ともに要因分析の欄をもうけ、多角的に事故の分析が行なえるよう日常から訓練していく体制を整えた。
2. 年間を通して件数の多い事故や生命の危険を伴うようなリスクの高い事故5例(誤食、誤嚥、転倒、離設、車輛)を減少させるために、各事故における【事故防止5カ条】(別紙)をまとめ、全職員に周知徹底を図る。
また、グループ全体の事故防止の意識を高めるために、【5カ条】遂行状況を抜き打ちにてチェックし、グループへ結果を提示していくこととした。

以上

庄 長	課長心得	主任(相)	生活相談員	主任(看)	栄養士	主任(介)	副主任(介)	副主任(介)

事故報告および改善計画書

報告年月日 年 月 日 時 分頃

提出年月日 年 月 日

記載者氏名 _____ 印

所属責任者氏名 _____ 印

入所者氏名	男・女	グループ名	
発生日時	年 月 日 ()	時 分	
発生場所	・居室 (自室 号室・他室 号室)・廊下 (具体的に) ・浴室 (具体的に)・デイルーム (具体的に) ・階段 (具体的に) ・その他 (具体的に)		
内 容	具体的に事実を記載	発生理由 コード	
経 過	時間経過が分かるように	救急車要請の有無	有・無
各責任者への報告日時	月 日 ()	時 分頃	誰に報告
統括責任者への報告日時	月 日 ()	時 分頃	誰が報告
庄長への報告日時	月 日 ()	時 分頃	誰が報告
家族への説明日時	月 日 ()	時 分頃	誰に説明
医師の診察日時	月 日 ()	時 分頃	

反省点及び今後の改善策（事故に係わった職員記載）

①事故要因分析（SHELLモデル）

S：

H：

E：

L：

L1：

L2：

②改善策

責任者としての今後の改善策（各責任者記載）

③管理指導面でどのような対処をしたか。

④どのような改善策があるか。

その他（診察結果・家族の反応など）

警察への届出	届出の有無	有・無	届出日時	月	日（ ）	時	分
生命の危険度評価 (統括責任者の評価)	<input type="checkbox"/> 極めて高い <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 可能性有り <input type="checkbox"/> 可能性低い <input type="checkbox"/> ない (特記事項：)						

その後の状況

誤嚥・窒息事故防止5カ条

- 正しい姿勢をとる。
－姿勢が良くないと食べられない！－
- 利用者のペースに合わせた介助をする。
－飲み込みを確認していますか？－
- 食事形態が合っているかを確認する。
－その方にあっていますか？－
- その時々健康状態を把握する。
－いつもと違う状態には、要注意！－
- 常に全体の観察を怠らない。
－誰でも誤嚥の可能性あり！－

高浜安立荘リハビリ科 外委員会 (15.11.1作成
- 1)

誤飲・異食事故防止5カ条

- 危険物の理解・認識を！
－すべての物は、時としてすべて危険物と化す－
- 危険物は手の届く場所には置かない。
－あなたの不注意が事故をまねく－
- まずはグループ内空間の整理・整頓を！
－使用したものは所定の場所に必ず戻す－
- 誤飲・誤食歴のある入所者は要把握・見守りを！
－事故は再発するという意識を常に持つ－
- 配薬・配膳・服薬介助時は、声だし確認を忘れずに！
－それは、本人の薬、食事ですか？－

高浜安立荘リハビリ科 外委員会 (15.12.22更新-2)

車輛事故防止5カ条

- 道幅の狭い道路は、極力、通行を避ける。
－道幅の狭い道路は、前方確認、徐行運転を！－
- シートベルト等の固定は確実にを行う。
－あなたの油断、未確認が重大な事故をまねく－
- ドア開閉の際は、特に前方・後方確認を！
－ちょっとした未確認、重大な事故に－
- 車輛の異常発見時は、速やかに報告を！
－おかしいな？と思ったら、迷わず報告－
- 燃料計が半分以下になったら必ず給油を！
－緊急時のガス欠は、致命的な結果をまねく－

高浜安立荘リハビリ科 外委員会 (15.11.1作成
- 1)

転倒・転落事故防止5カ条

- 立位・座位・歩行・精神状態は常に把握する。
－いつもと違う状態は、危険シグナル－
- 利用者ペースに合わせた介護をする。
－焦るあなたのその気持ちが事故の引き金に－
- 利用者から目を離す時は、必ず他職員へ声かけを！
－ちょっと目を離した隙に事故は起きる－
- 居室・デイルーム環境は本人状況を配慮し整備する。
－早めの危険予測、早めの対応－
- ヒヤリハット報告段階で即対応策を検討する。
－転倒・転落は、致命的な事故への誘い－

高浜安立荘リハビリ科 外委員会 (15.11.1作成
- 1)

無断外出防止5カ条

- 徘徊する理由を探る。
 - －理由に合わせた対応で危険回避－
- 環境の変化には、要注意！
 - －環境変化を見落とすな－
- 職員の連携で所在確認！
 - －見ているだろうではなく、確実な声掛け－
- センサーの動作確認は月1回必ず実施！
 - －機械は絶対ではない－
- 利用者の行動パターンを把握せよ。
 - －玄関以外にも外出できる箇所がある－

高浜安立荘（仮称）外出委員会（15.11.1作成

- 1)

ヒヤリハット報告書	課長心得	生活相談員	所属責任者	利用者担当

記載者氏名; _____ 印

利用者氏名		男・女	所属グループ	
発生日時	年 月 日 () 時 分 *24時間表記			
勤務形態	01:夜勤 02:早出 () 03:日勤 () 04:遅出 () 05:時間外 06:その他			
発生状況 <small>利用者が何をしていたか</small>	01:食事 02:入浴 03:排泄 04:着脱 05:移動・移乗・移行 06:服薬 07:水分補給 08:外出 10:臥床時 11:その他 ()			
発生場所	01:自室 (号室) 02:他室 (号室) 03:廊下 () 04:浴室(1F) 05:浴室(2F) 06:デイルーム兼食堂 () 07:階段 () 08:トイレ () 09:ベランダ () 10:デイB型 11:デイE型 12:玄関 13:屋外 14:その他 ()			
予想される内容	01:転倒 02:転落 03:誤薬 04:窒息・誤燕・誤飲食・他食 05:盗難・紛失 06:破損・破壊 07:トラブル 08:無断外出 09:外傷 10:その他 ()			

発見前の経緯・発見時の状況・発見後の対応

状況図 (必要に応じて記入)

発生要因

- S ; 業務上の要因 _____
- H ; 備品・車椅子等の不備 _____
- E ; 建築物の環境や設備の不備 _____
- L ; 本人の行動等に関する要因 _____
- 痴呆の程度; NM式 点 / _____
- 発生に至る身体状態; _____
- L1 ; 職員の対応 (介護技術不足) _____
- L2 ; 職員の対応 (安全配慮不足) _____

総合的な予防策 () () () *最大3つ選択

〔ヒヤリハット報告書〕裏面)

総合的な予防策の記入について

総合的な予防策の記入については、下記の事故分析モデルを参考にしていますので、記載者自身が感じたそれぞれの要因について記入し、総合的な予防策を記入して下さい。

SHELLモデル —リスクの要因と対策を各側面から多角的に分析する手法—

SHELLモデル5つの要因

S (ソフトウェア)	マニュアル、規定などシステムの運用に関する形にならないもの
	例；職場の習慣、読みづらい手順書、職場の教育体制、マニュアルの有無
H (ハードウェア)	機器、器具、設備、施設の構造
	例；原因器材、作業台、寝衣、履物、補助具
E (環境)	物理的環境（照明、騒音、空調）だけでなく、仕事や行動に影響を与える全ての環境
	例；原因器材の保管場所、業務範囲、労働条件、勤務時間、作業件数、仕事の困難さ、職場の発言しやすい雰囲気
L (本人)	利用者自身に関するもの
	例；心身の状態や年齢、安静度、ADL、内服中の薬剤、疾患、身体状態、心理）など
L1 (職員)	職員の介護技術に関すること
	例；経験、知識、技術的な問題、心理的要因など
L2 (職員)	職員の安全配慮に関すること
	例；経験、知識、心理的要因など

総合的予防策 記入コードについて

総合的な予防策で記載内容に該当する今後の対策について、下記の記入コードを参考の上、() 内に番号を記入して下さい。

今後の対策 記入コード

S	01	申し送りの徹底、情報の共有化	L1	15	利用者の不満の解消（傾聴、安心感を与えるなど）
	02	援助内容の見直し・徹底		16	介護技術能力の向上・勉強会の実施
	03	マニュアルの作成		17	正しい整容方法の習得と実施
	04	業務内容の見直し、業務の軽減及び分担		18	見守り・声掛け・誘導
	05	職員の対応の見直し・勉強会の実施		19	頻回訪室、巡視の強化、観察
	06	新人教育の実施		20	複数介護の実施・徹底
H	07	設備改善・改修（手すりの設置、付け替えなど）	L2	21	利用者のADL状態の把握
	08	設備・物品の点検		22	安全配慮能力の向上
E	09	環境改善・変更	L2	23	職員の意識・知識の向上
	10	入所者のグループ移動		24	緊張感の維持
	11	介護物品・保管場所の見直し		25	連携強化
	12	食品管理、所持品の見直し・確認		26	その他
	13	職員配置の見直し（人員補強など）			
	14	待機体制の見直し			

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年1月21日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 高齢者痴呆介護研究・研修
仙台センター 研究・研修部長

氏名：加藤 伸司

(横尾氏に)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

ハード面を工夫することによって
リスクが回避された事例があったら教えていただきたい。

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

ハード面での工夫によってリスクが回避されているので
特に目立った問題は出てこない
ただし、夜勤者の仕事が楽になったという反応があった。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年1月21日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 社会福祉法人 浴風会病院

氏名：石垣 恵子

(杉浦氏に)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

- Q1 新入オリエンテーションの日程は？
- Q2 OTT→プリセプターの実状、教育のすすめ方は？
- Q3 テストの方法（評価方法）
- Q4 中途採用者の教育

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

- A1 1日
- A2 オリエンテーション後
- A3 夜勤あけに行う
- A4 施設長が行う

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年1月21日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 老人保健施設 相生

氏名： 宮池 英夫

(浅田氏に)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

5か条遂行状況の抜き打ちチェックの具体的方法について

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

担当を専任し、随時 所内の状況をチェックしている

ワークショップ～「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」～
—痴呆介護現場での利用者の苦情と適切な対策を考える—

日 時 平成 16 年 2 月 18 日(水)14:00～16:30
場 所 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター研修室

(敬称略)

1 開会

2 ワークショップ

- ・ 痴呆介護現場での苦情をどう考えるか。司会者からの問題提起

高齢者痴呆介護研究・研修東京センター 須 貝 佑一

- ・ 在宅ケアのサポートで生じる苦情

中野区「ゆりの木」 右馬埜 節子

- ・ 痴呆介護施設で生じる苦情

浴風会 第3南陽園 町田 沢子

3 ディスカッション

4 閉会

痴呆介護、福祉の分野 で今なぜリスクマネジメ ントを問われるのか

クレーム処理を通して考えるワーク
ショップ

社会福祉法の抜粋

- 第3条(福祉サービスの基本理念)
- 第5条(福祉サービスの提供の原則)
- 第6条(福祉サービスの提供体制の確保に
関する責務)
- 第75条(情報の提供)
- 第76条(利用契約申し込み時の説明)
- 第80条(福祉サービス利用援助事業の実
施にあたっての配慮)
- 第82条(苦情解決)

社会福祉法と介護保険法の趣旨

福祉はサービス業である

福祉サービス提供者と利用者との契約

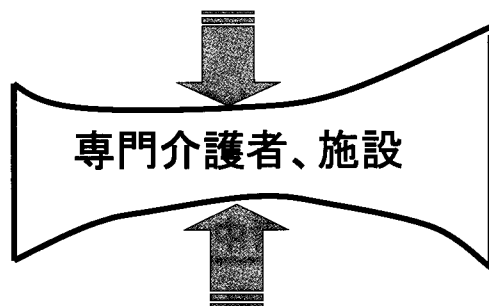
福祉サービスの利用者は消費者

利用者の意向の尊重、利用者中心

業者と国、自治体に体制の確保と質の確保の義務

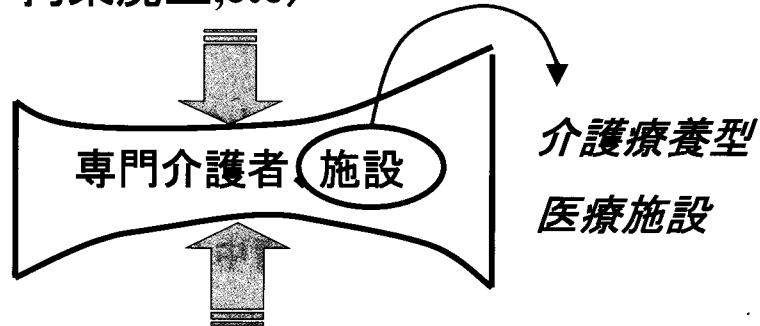
情報公開と苦情解決の義務

サービスの質向上義務(法、
拘束廃止,etc)



クレームの増加
消費者の権利意識

サービスの質向上義務(法、拘束廃止,etc)

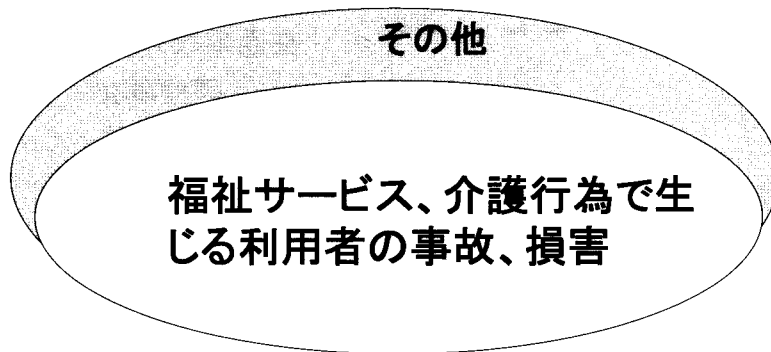


クレームの増加
消費者の権利意識

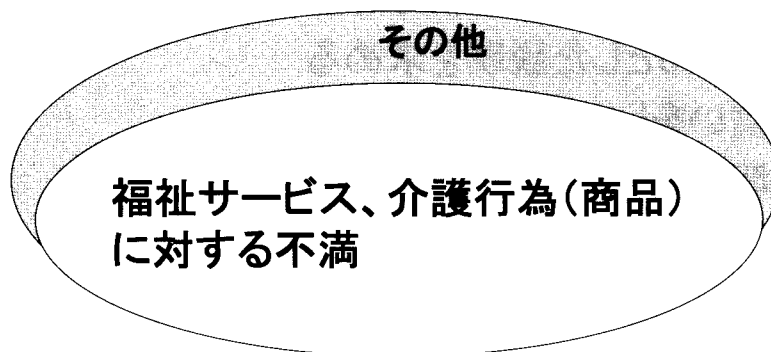
社会福祉法と介護保険法の趣旨

福祉はサービス業である いくらで何が出来る
福祉サービス提供者と利用者との契約 ↙
福祉サービスの利用者は消費者 契約の範囲で
利用者の意向の尊重、利用者中心 ↙
業者と国、自治体に体制の確保と質の確保の義務
情報公開と苦情解決の義務

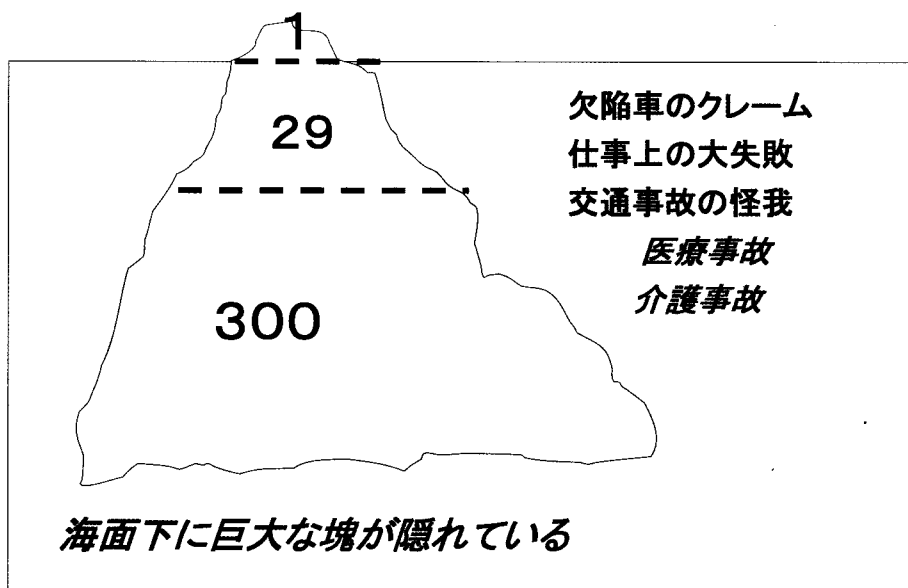
痴呆介護福祉分野における リスクマネジメント



痴呆介護福祉分野における リスクマネジメント



ハインリッヒの法則



患者はなぜ訴えるか

- ①二度とそのような過ちを起こしてほしくない
- ②きちんとした説明を求める
- ③償いをしてほしい
- ④明確な責任と謝罪

LANCET, 1994

患者はなぜ訴えるか

- ① 予期せぬ出来事だった
- ② 期待を裏切られた思い
- ③ 損害の大きさ
- ④ 説明が曖昧で誠意がない

ある医療訴訟弁護士のHPより

患者はなぜ訴えるか

- ① 予期せぬ出来事だった
- ② 期待を裏切られた思い
- ③ 損害の大きさが小さい
- ④ 説明が曖昧で誠意がない



クレームとなって噴出す

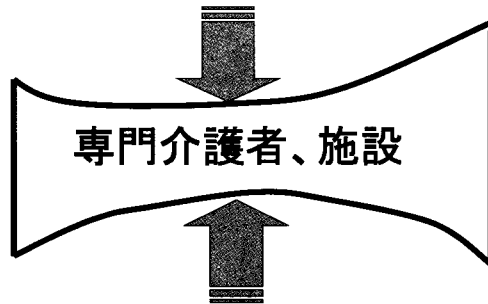
利用者は何を責めているか(苦情の段階)

- 事例: 第3南陽園にいた84歳女性が不食、栄養状態低下で入院。
- 悪性腫瘍の進展でIVHとなり、最終的に死亡
- 家族の言い分
- ナースコールが手の届かないところに結ばれていた
- 本人に検査の説明をしていない
- 食事介助に手抜き
- 汚れたシーツを交換していない
- MRSAに感染した。対策不十分

家族の言い分、まとめ

- 特養から来た患者は、特養以上のケアを必要としている (特別な商品)
- 高齢の患者は通常以上の感染症やじょくそう対策が必要
- 病院で治療し、元に帰れる、帰りたい
- 治療の第一歩は信頼と安心感。ナースコールはその絆

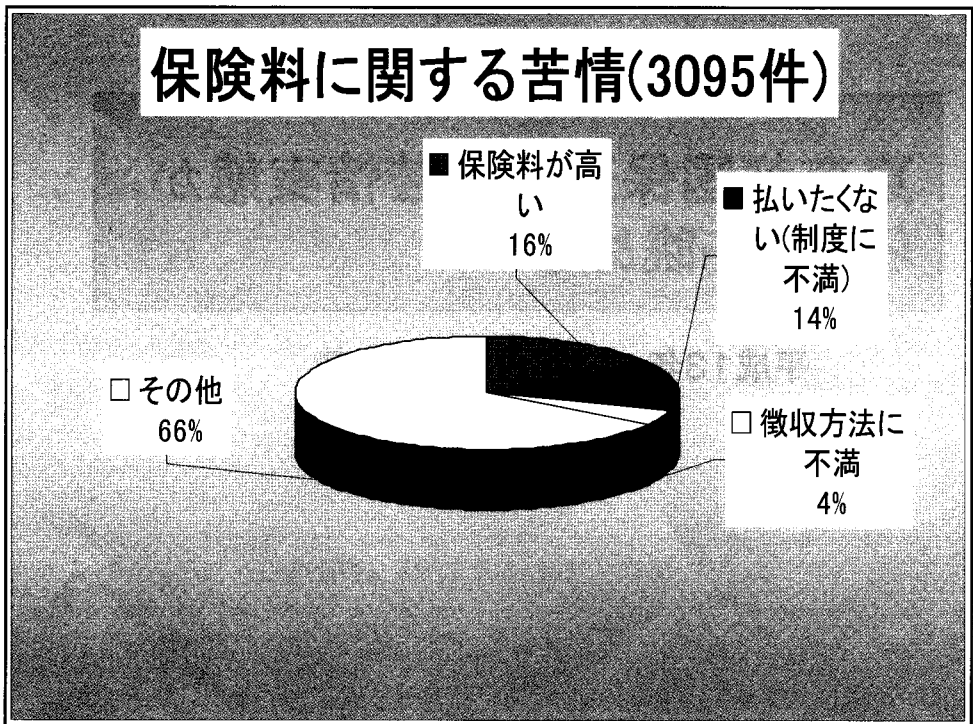
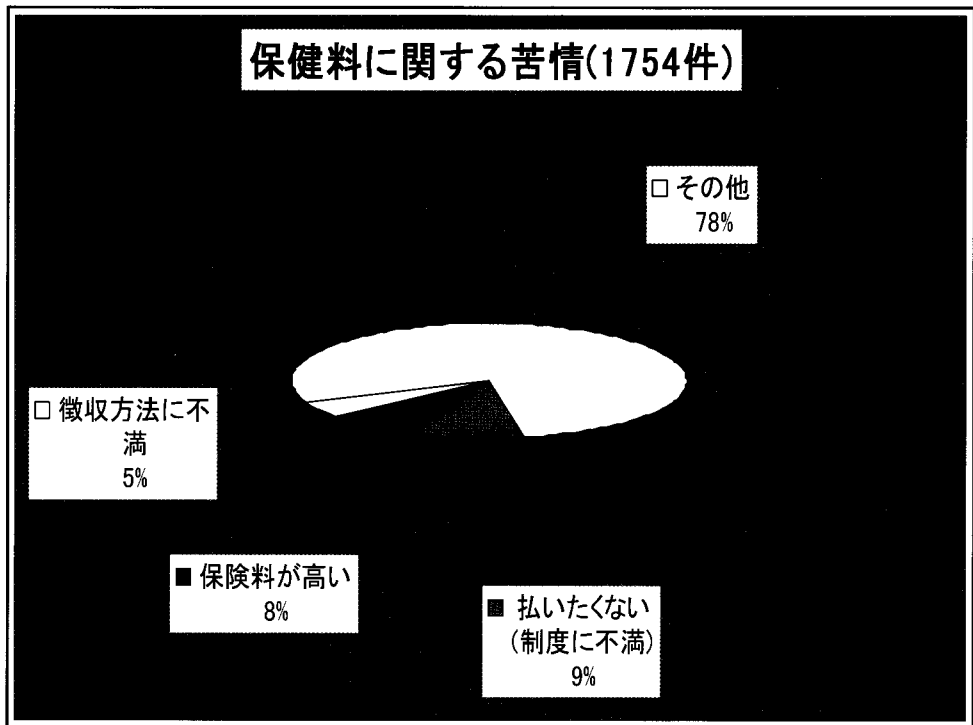
サービスの質向上義務(法、
拘束廃止,etc)



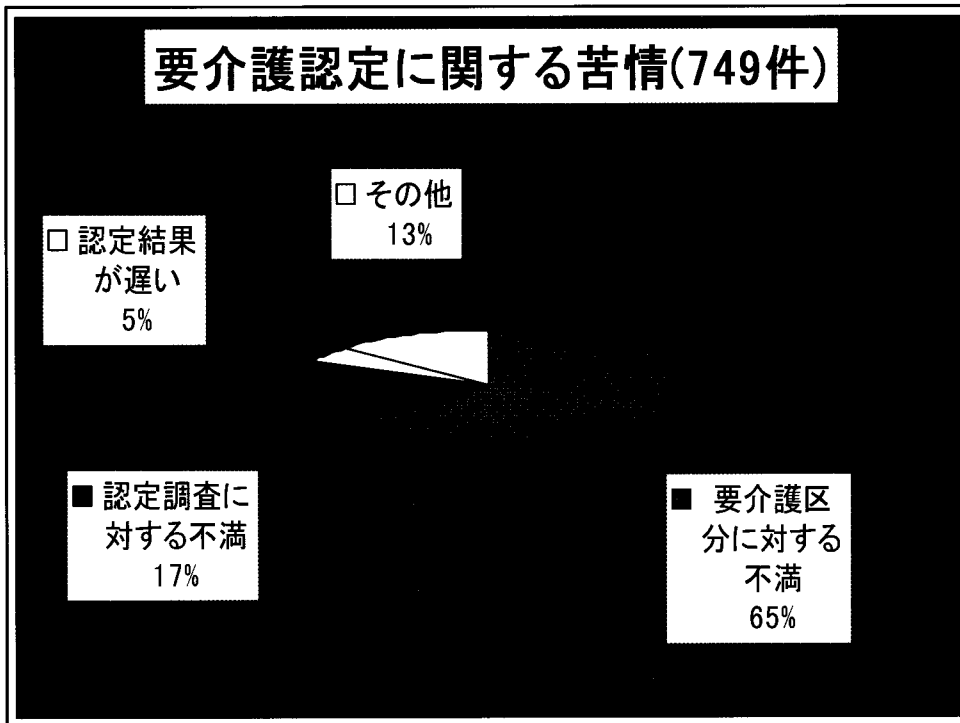
クレームの増加
消費者の権利意識

東京都国保連への苦情実態か
ら全貌を眺める

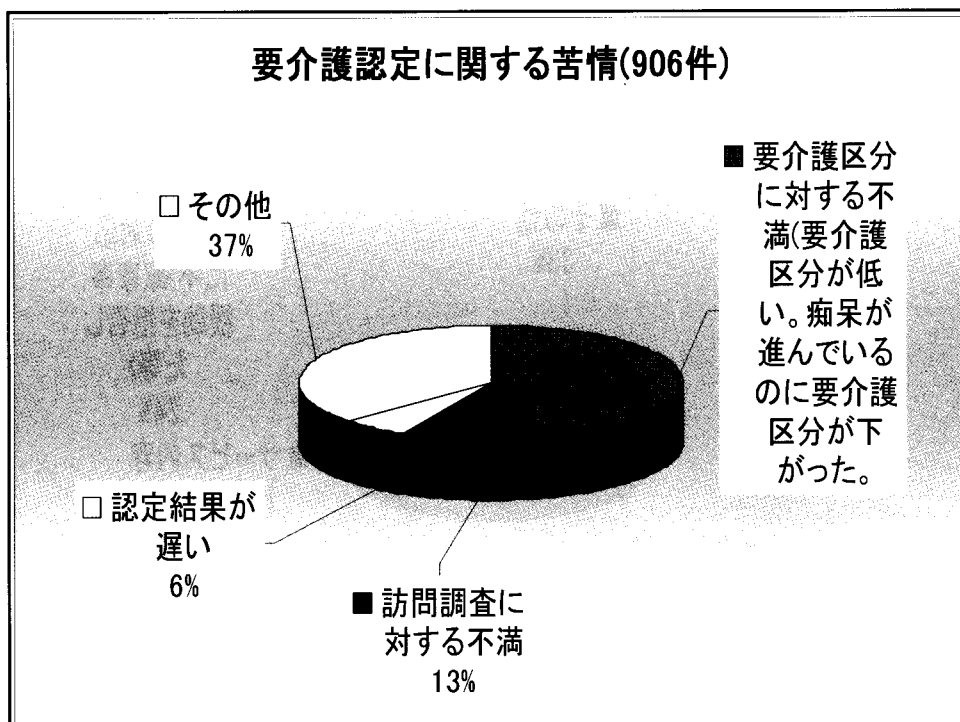
平成13年、14年白書から抜粋

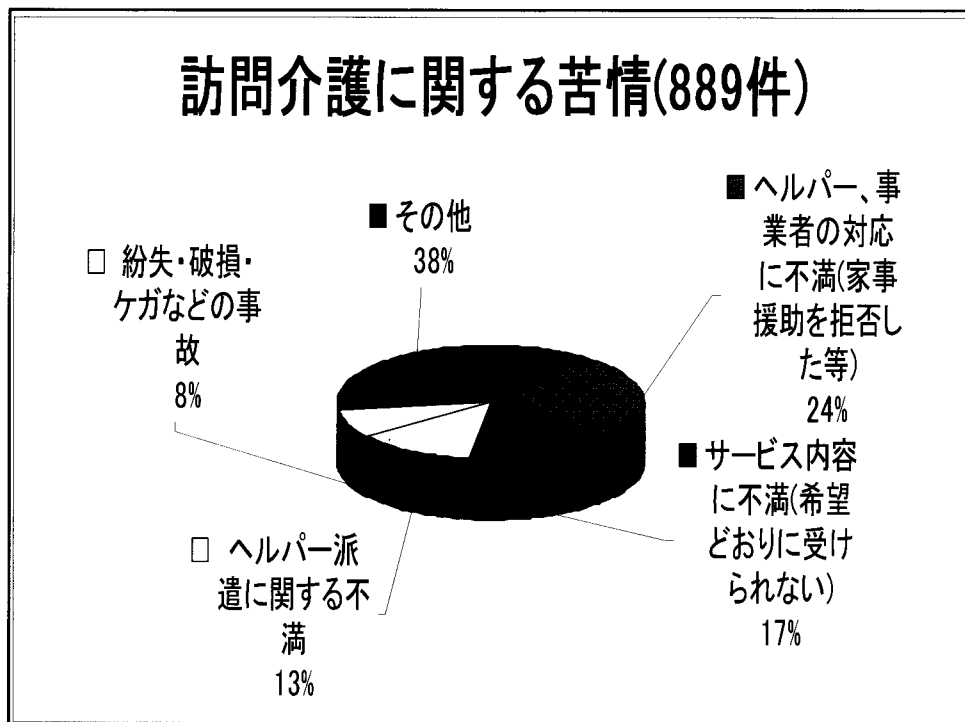
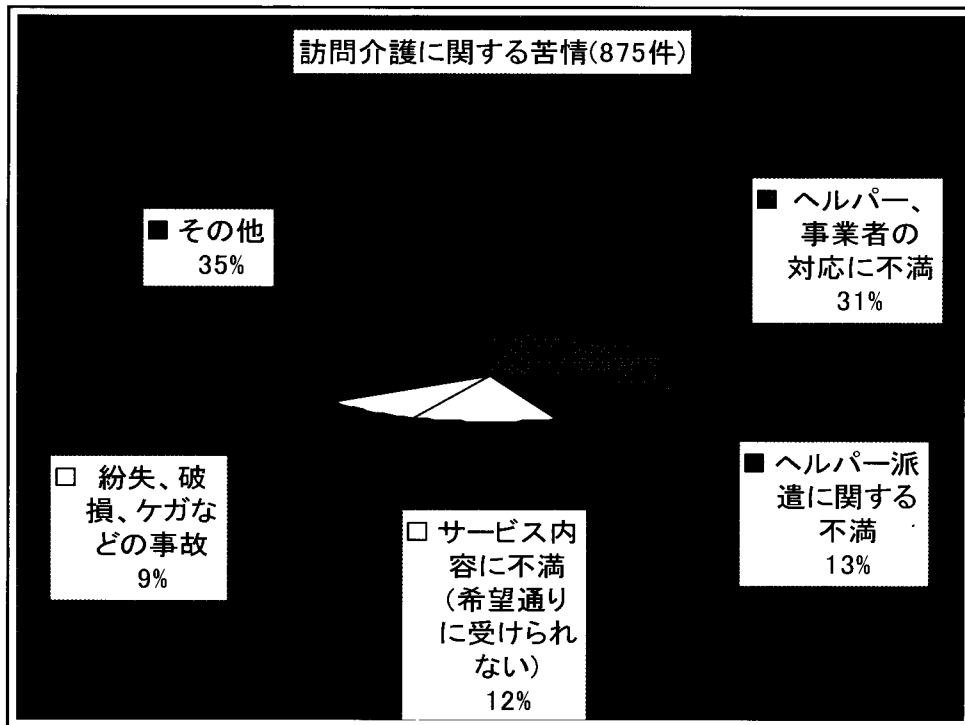


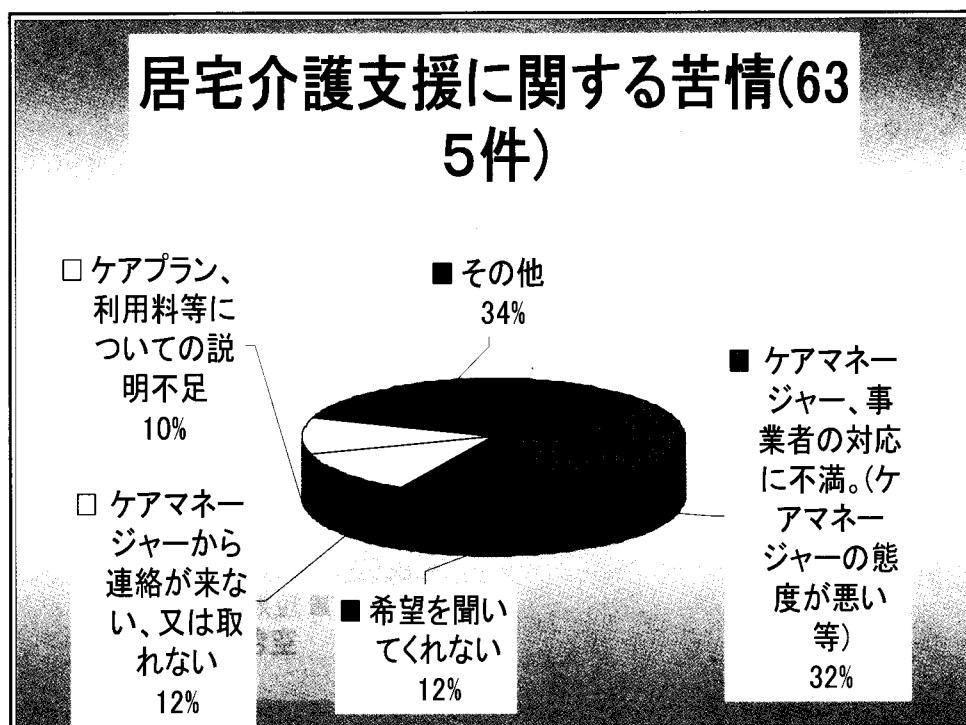
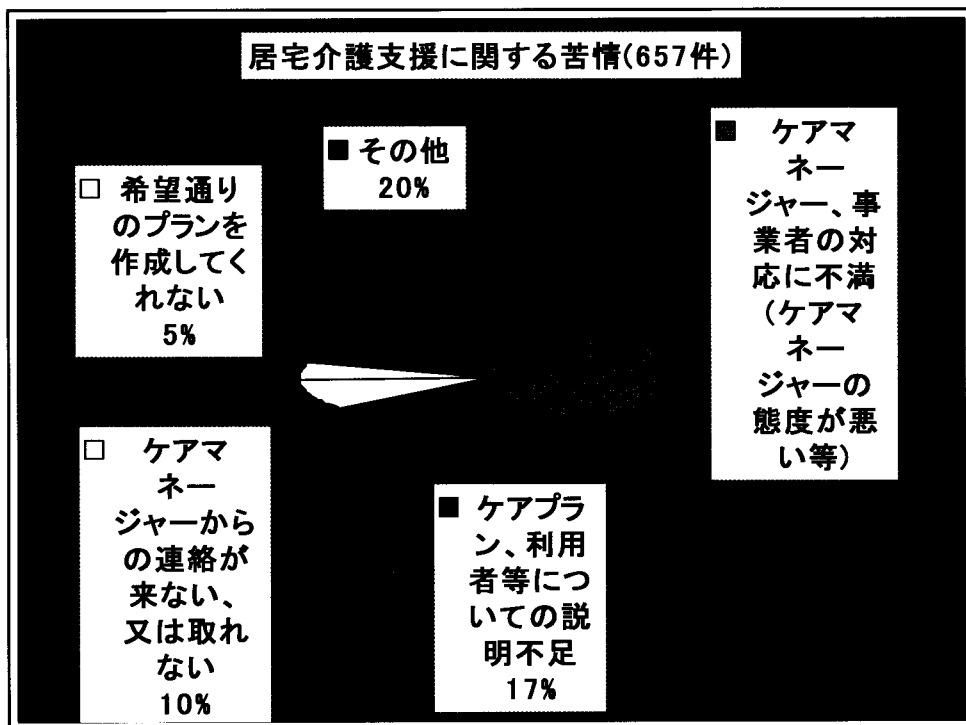
要介護認定に関する苦情(749件)



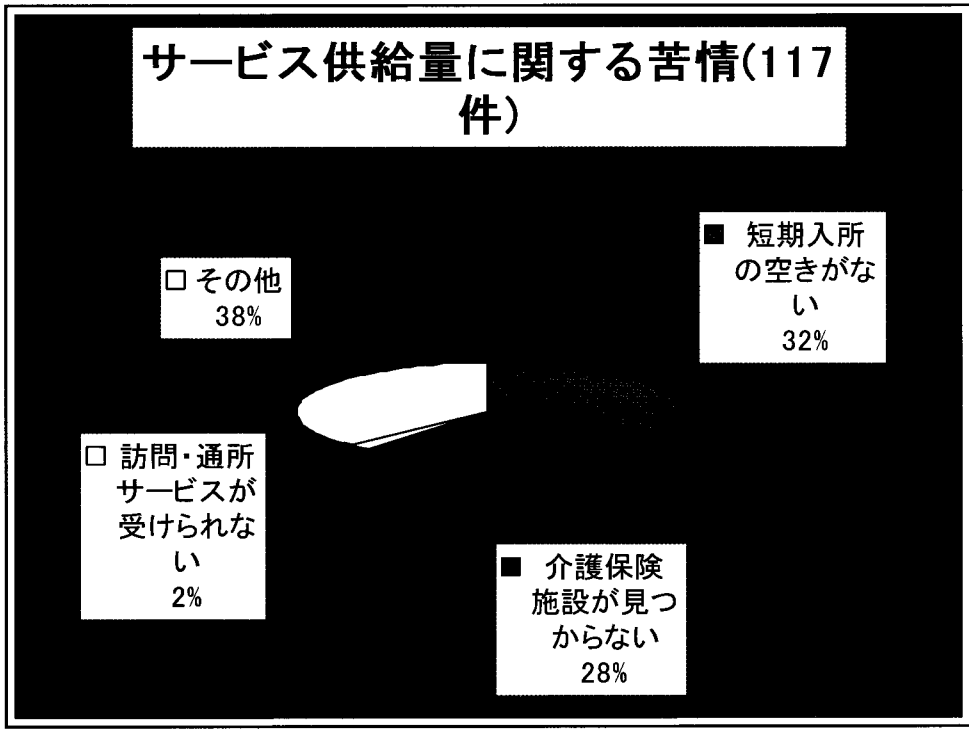
要介護認定に関する苦情(906件)



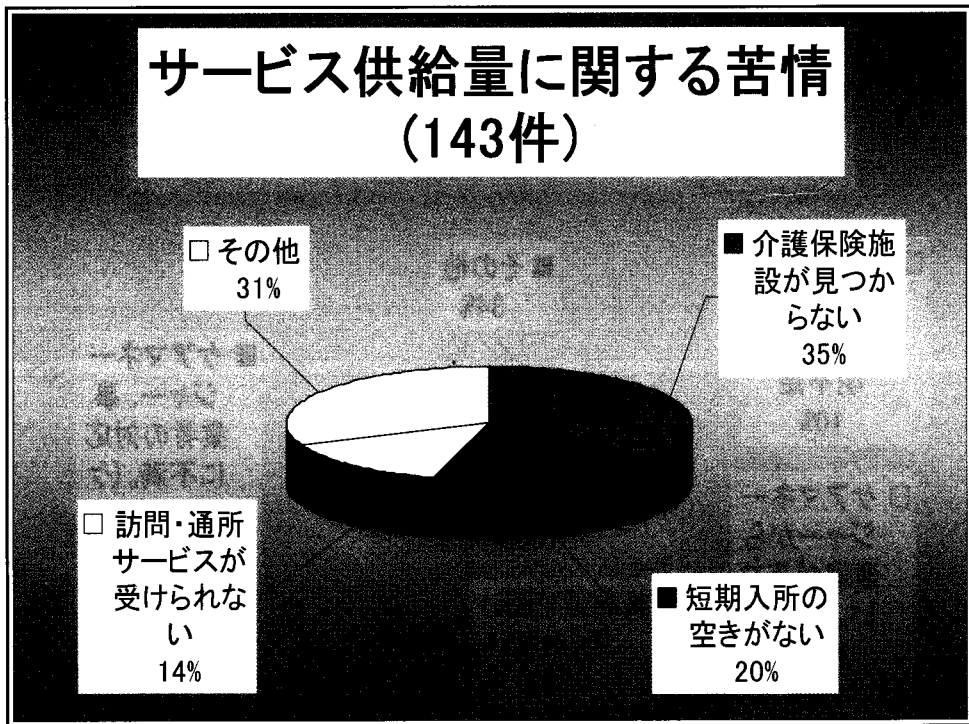




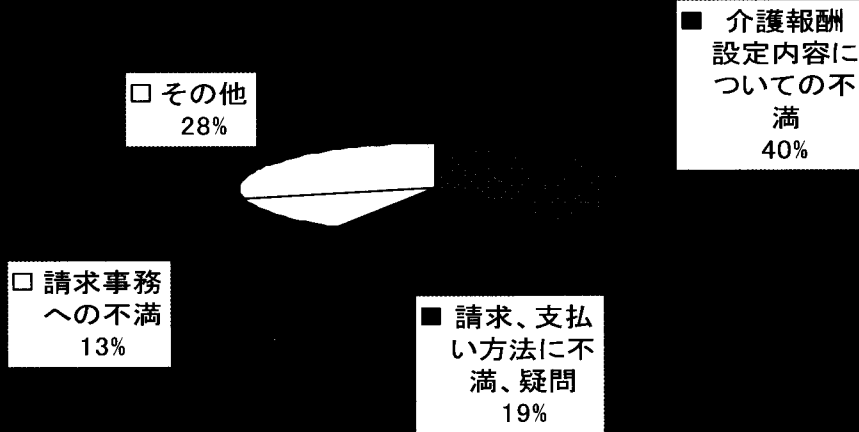
サービス供給量に関する苦情(117件)



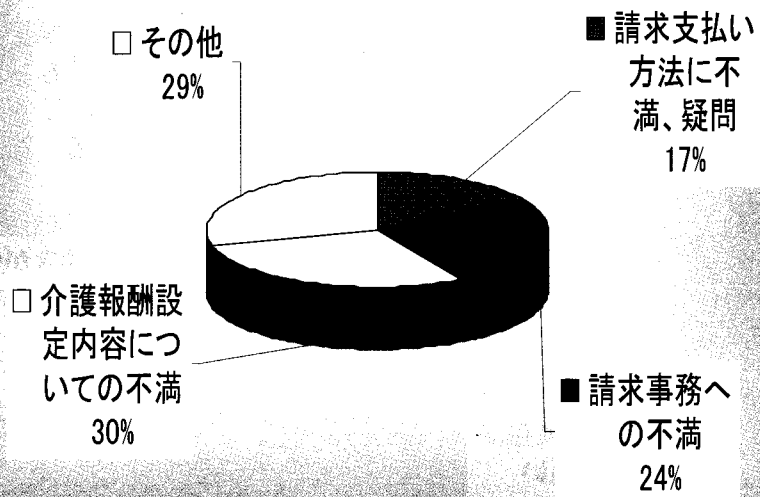
サービス供給量に関する苦情(143件)

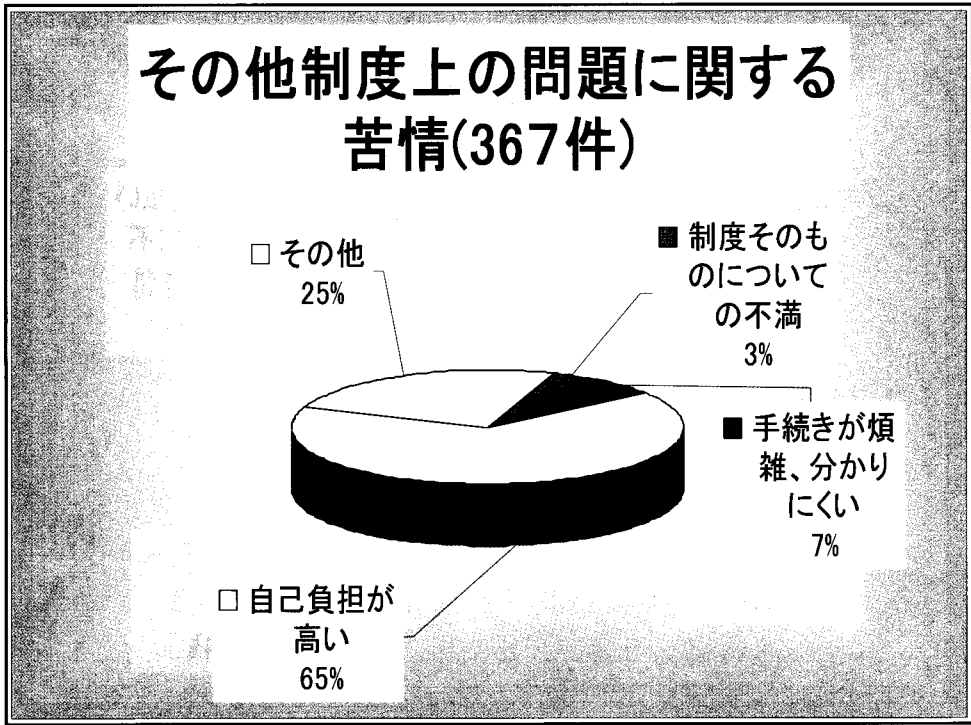
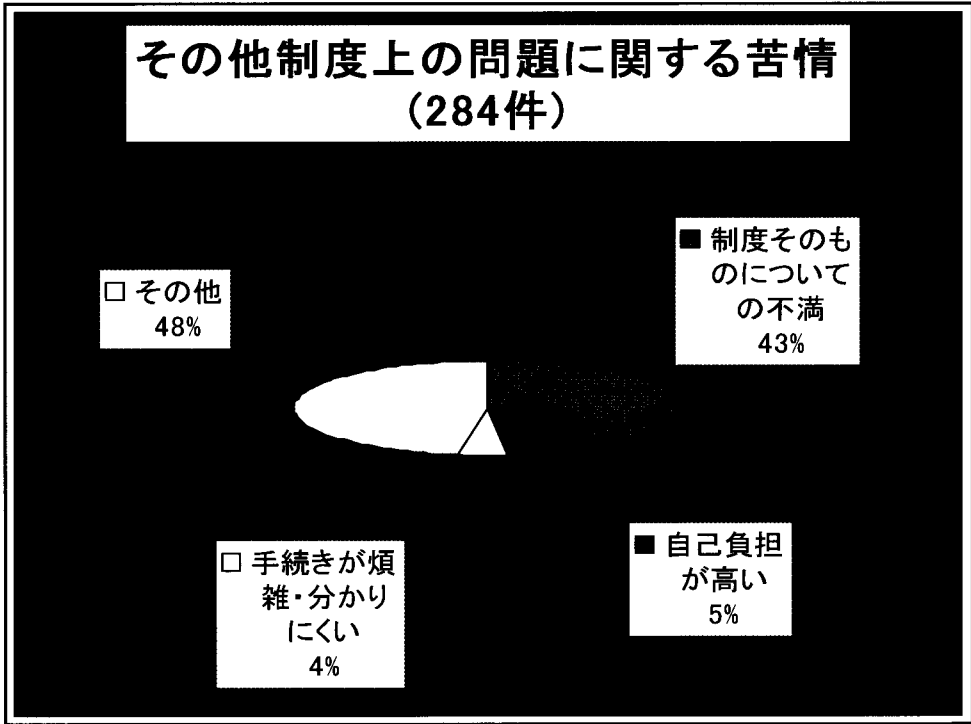


介護報酬に関する苦情(67件)

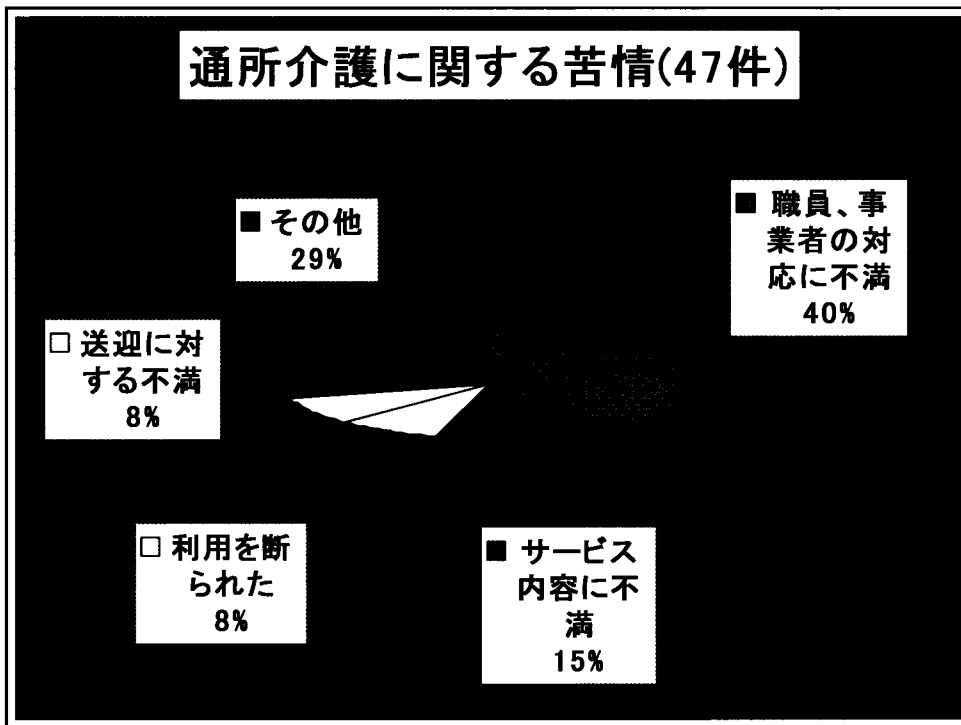


介護報酬に関する苦情(86件)

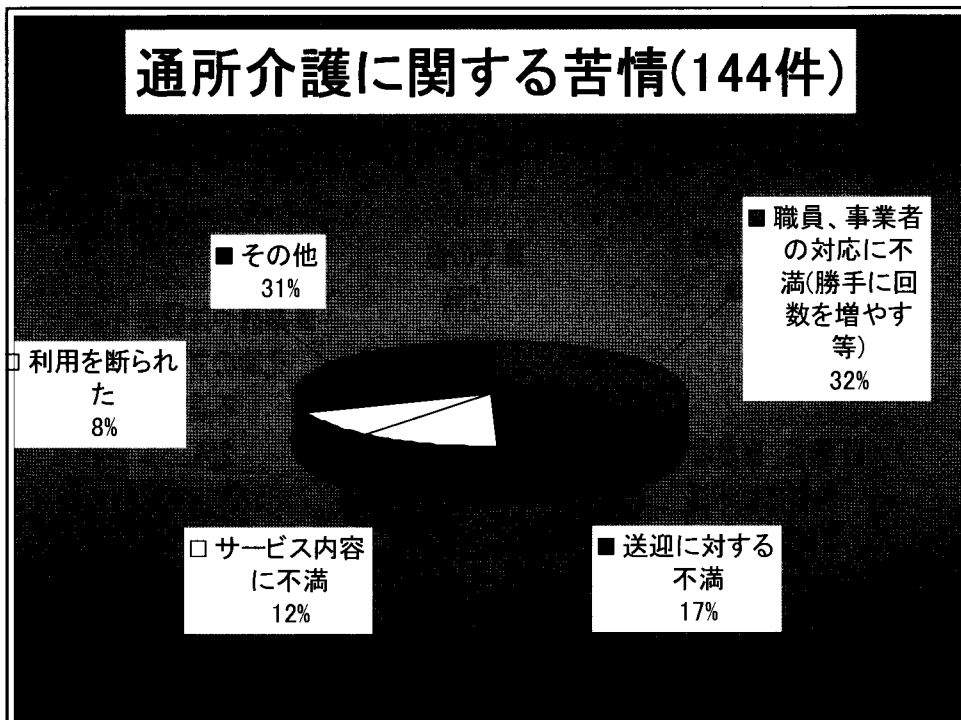




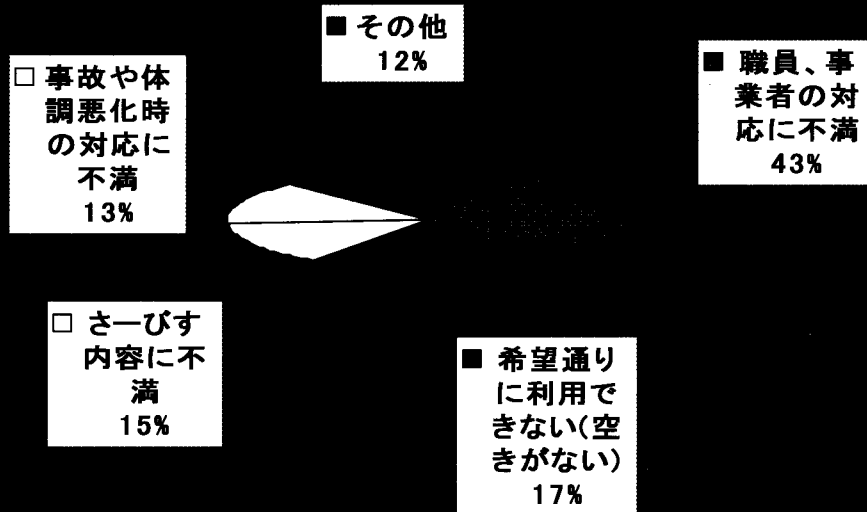
通所介護に関する苦情(47件)



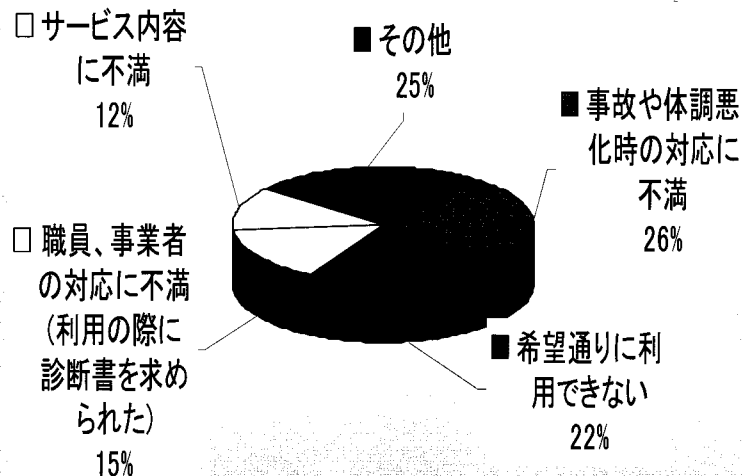
通所介護に関する苦情(144件)



短期入所生活介護に関する苦情 (171件)



短期入所生活介護に関する苦情(221件)



短期入所療養介護に関する苦情(56件)

□ その他
32%

■ 職員、事業者の対応に不満
38%

□ 希望通りに利用できない(空きがない)
14%

■ 事故や体調悪化時の対応に不満
16%



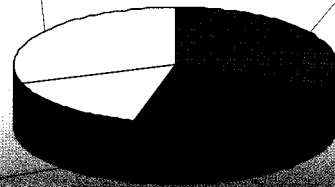
短期入所療養介護に関する苦情(83件)

□ その他
30%

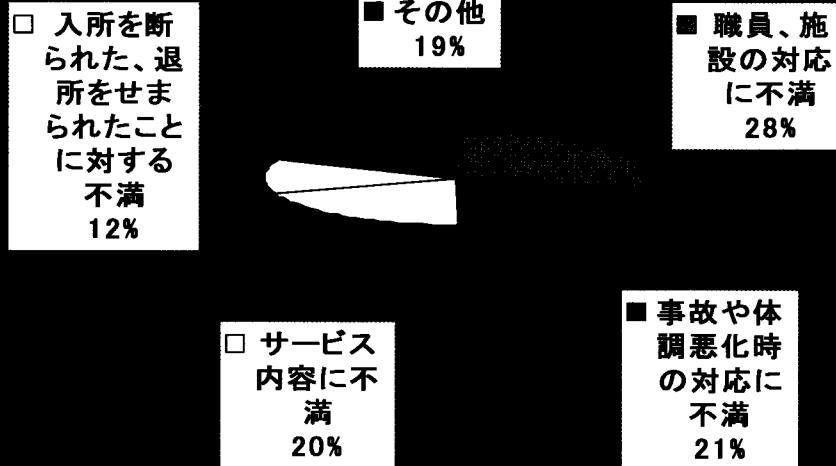
■ 職員、事業者の対応に不満(説明が職員によって違う等)
31%

□ 希望通りに利用できない
16%

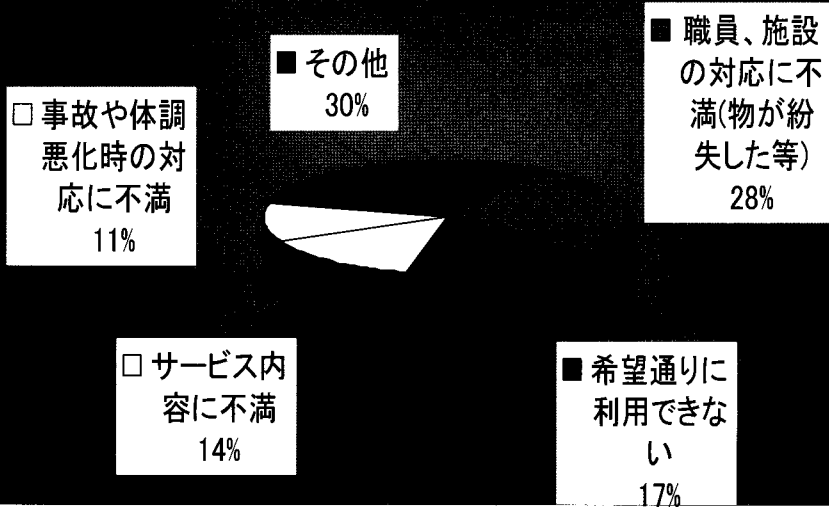
■ 事故や体調悪化時の対応に不満
23%



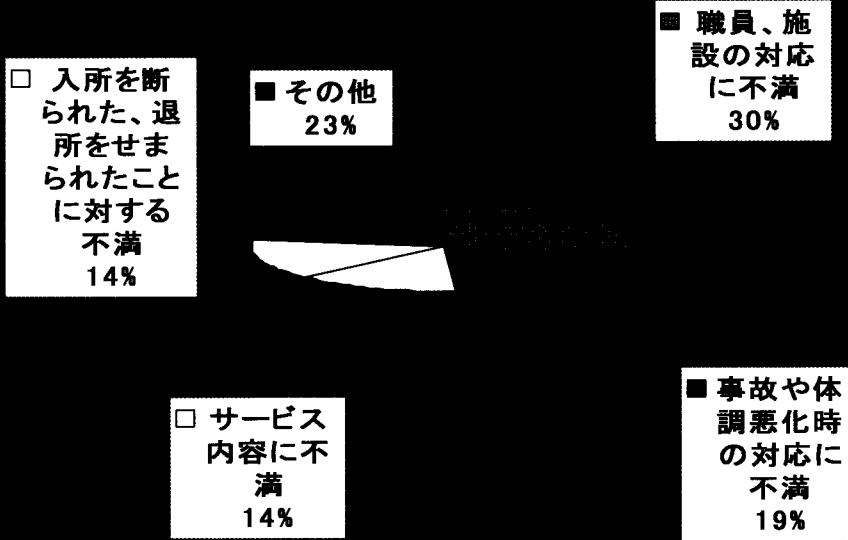
介護老人福祉施設に関する苦情 (251件)



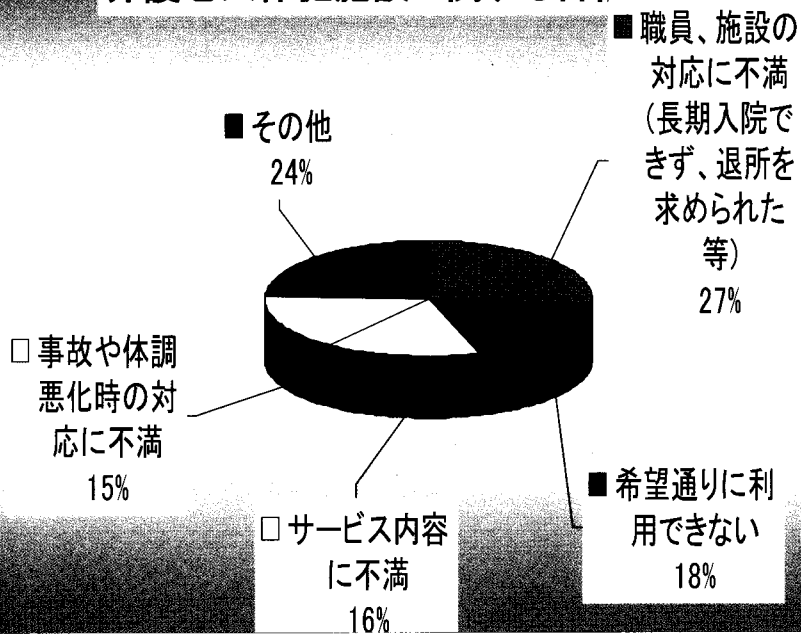
介護老人福祉施設に関する苦情(223件)



介護老人保健施設に関する苦情 (233件)



介護老人保健施設に関する苦情(245件)



クレームの共通項

- 職員の態度、対応が悪い
- 期待していたことと違う
- 事業者の事前の説明不足
- 利用者の情報不足

痴呆介護におけるリスクマネジメント クレーム処理について

痴呆介護の殆どに、物盗られ、破損などの妄想による逆被害がついて廻る。

*事例

- ・ 本人による訴え
 1. ヘルパーに自作のアクセサリーを盗られた。
 2. ヘルパーに金と着物を盗られた。
- ・ 本人と家族による訴え
 1. デイサービス中に侵入者から暴行を受けた。
- ・ 家族による訴え
 1. デイサービスで仕事をさせられる。

*対策のポイント

- ・ 本人に対して
 1. ヘルパーを換える。
 2. 忘れることを利用する。
 3. 生活歴、特性を把握する。
 4. 警察、役所、銀行など老人が信頼を置く機関、人を利用する。
- ・ 家族に対して
 1. 信頼関係を築く。
 2. 痴呆症状が有ることを認識してもらう。
 3. 「痴呆」を理解してもらう。

*課題

本人および家族の妄想を修正できないときどうするか。

在宅介護支援事業所 おおきなき中野 ケアマネージャー
痴呆性デイホーム ゆりの木 中野 生活相談員
兼務 右馬埜 節子

痴呆ケアにおけるリスクマネジメント

痴呆介護施設で生じる苦情

社会福祉法人 浴風会

特別養護老人ホーム
第三南陽園

町 田 沢 子

第三南 5階 痴呆棟

回廊式 廊下 全長 約830m

40床 居室数 14室

入居利用者 35名 女性 29名
男性 6名

4人居室 8部屋
2人居室 1部屋
個室 1部屋

シヨウト利用居室 5床 個室

(シヨウト稼働率ほぼ100%、空きベット利用率ほぼ100%)

利用者介護度内訳

5 8名
4 14名
3 8名
2 3名
1 2名

シヨウト利用者介護度 3～5

アルツハイマー病 18名

老人性痴呆 15名
(脳血管性痴呆)

硬膜下水腫による痴呆 2名

センサーマット使用 20枚

排泄関係

昼間	布パンツ	11名
	紙パンツ	22名
	おむつ	2名

夜間	布パンツ	11名
	紙パンツ	18名
	おむつ	6名

歩行関係

自力歩行	10名(徘徊者0)
見守り、半介助歩行	14名(徘徊者5名)
全介助歩行	8名
車椅子	3名

ヒヤリ・ハット関係

- 1 口論、拒否、暴力
- 2 転倒
- 3 他の方の食べ物を食べる

拘束関係

拘束なし

全ベット 低床ベット

職員人数 18名 病欠1名 欠員1名

実際職員人数 16名

勤務時間、シフト

早番 7:30~16:00 2名

日勤 9:00~17:30 2名

遅番 10:30~19:00 2名

準夜勤 12:00~21:00 1名

夜勤 17:00~9:30 2名

(将来早番3名に増やし1名を7:00~15:30勤務を予定)

事例：S, K氏の場合

大正生まれ 女性

介護度 入所時3 現在介護度4

既病歴 新規入所診断書
(他病院)

老年期うつ
アルツハイマー型痴呆(疑)
パーキンソニズム

精神面 痴呆ありアルツハイマー型痴呆(疑)

新規入所面接表 老年性うつ病
骨粗しょう症
備考 長期うつのため廃用性変化が
著しくADL全般に要介助
平成9年発病

新規入所面接表 老年性うつ
骨粗しょう症

家族の病識がない為におこるケース

○ 苦情、要望件数 24件

氏のケアプラン

家族意向楽しく暮らして欲しい。また、体力をつけ、以前のように歩いて欲しい。

総合的な援助の方転倒防止とADLの低下予防。安定した精神状態で楽しく生活して頂けるよう援助して欲しい。

解決すべきニーズ 水分を自ら摂ろうとしないため、脱水の可能性がある。
歩行に右傾斜、ふらつきがあり、時折転倒がある。
薬の拒否があるため、処方された薬の量をすべて与薬
出来ない時がある。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 特別養護老人ホーム
むらさき野苑

氏名： 榊原 秀和

(町田氏に)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

要求の強いご家族の関わり方はどの程度なのか教えてください。

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

週3回来ていて、自分の納得いく返答をすればよいが
それ以外の返答は聞き入れない。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 特別養護老人ホーム
むらさき野苑

氏名：杉浦 博子

(町田氏に)

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

ワークショップ

痴呆介護施設で生じる苦情について

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

- ・ 第三者を含めた苦情対応委員会の設置
- ・ 関連部署職員やご家族との（合同）ケースカンファレンスやケアプランの作成などを実施されては。
- ・ Dr による確実な診断とインフォームドコンセント
セカンド・オピニオンの形を勧められては。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日
DC ネットに掲載予定です。

(町田氏に)

所属： 老人保健施設 相生

氏名：宮池 英夫

質問（ご自身の質問内容を簡潔にお書きください）

討論内容（返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください）

- ①医師の診断に対する不信感が根本にあるのではないか
- ②現在の心身の状態に対する中立的な専門医による再診断が必要なのではないか。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日

DC ネットに掲載予定です。

(右馬埜氏に)

所属： シニア部グループ

氏名：横尾 英子

~~質問~~ (ご自身の質問内容を簡潔にお書きください)

意見

様々な周辺症状への対応は現状にのみ対応しておれば、その時は落ち着くかもしれないが繰り返し起きる可能性が高い。周辺症状への対応は不安を取り除く事により落ち着くので不安の要因追求をし、その原因に対応することが大切である。

その～は～人との信頼関係づくりが基本となる。

討論内容 (返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください)

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日
DC ネットに掲載予定です。

所属： 特別養護老人ホーム
むらさき野苑

氏名： 杉浦 博子

(右馬埜氏に)

質問 (ご自身の質問内容を簡潔にお書きください)

公共の機関、人を利用する場合に「痴呆性高齢者の利用施設である」事を説明されることがあると思われる。利用の場合本人が「痴呆であることのプライバシー保護」に関しての配慮はどのようにされているか。

討論内容 (返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください)

実際は警察に成りすまして対応することが殆どである。
在宅での生活上、非常に危険度が高い場合はそれを優先し、東京ガス等に特別に連絡をした。後見人に説明するなどしている。

「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」ワークショップ

平成16年2月18日

DC ネットに掲載予定です。

所属： 高齢者痴呆介護研究・研修
仙台センター 研究・研修部長

氏名：加藤 伸司

(右馬埜氏に)

質問 (ご自身の質問内容を簡潔にお書きください)

物盗られ妄想でヘルパーに盗られたとの独居の利用者が言ってきた
場合、同居していない事情をよく知らない家族などから事実関係を明
らかにするように求められる場合はないか。
また、そのような場合はどう対処しているのか。

討論内容 (返答または、討論となった内容を簡潔にお書きください)

家族に利用者のいつもの様子を聞いたりして、色々な行動などが痴呆による
影響である事を理解してもらう。
またこちらの方から色々な出来事や様子などを家族に伝え痴呆の症状として起
こっていることを理解してもらう。

ワークショップ～「痴呆ケアにおけるリスクマネジメント」～
ーグループホームにおけるリスクマネジメントの取り組みー

日 時 平成 16 年 2 月 26 日 (木) 14:00～16:00
場 所 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター研修室

(敬称略)

1 開会

2 ワークショップ

- ・ グループホームに於ける予測されるヒヤリ・ハットへの対応

特別養護老人ホーム幸豊ハイツ

大久保 幸積

- ・ 転倒ゼロをめざした取り組み

グループホーム アウル

宮崎 直人

- ・ グループホームにおける生活リスクに対する対策

グループホーム 福寿荘

三好 久子

3 ディスカッション

4 閉会

報告会場： 痴呆介護研究・研修大府センター 研修室	発表内容： グループホームに於ける予測されるヒヤリ・ハットへの対応
安心・安全 リヤリ・ハット リスクマネージャー	ワークショップ「痴呆ケアにおけるリスクマネージメント」
報告日：2004. 2. 26	グループホームにおけるリスクマネージメントの取り組み
報告者 職 種： 総合施設長 氏 名： 大 久 保 幸 積	名称：特養・デイ・グループホーム幸豊ハイツ 事業所所在地：北海道虻田郡豊浦町字大岸151-2
Tel：0142-84-1124 fax：84-1125 e-mail：kkskohoh@pop17.odn.ne.jp	

施設の概要	グループホーム幸豊ハイツ「ほのぼの」は、特別養護老人ホーム(1985年)及び併設するデイサービスセンター(1991年)と同じ敷地内に、定員9名で1997年に開設する。職員数7名(有資格者：介護支援専門員1、介護福祉士3、栄養士1、その他2)。男性1名、女性8名。	
<取り組んだ課題>	<活動の成果と評価>	<今後の課題>
<p>痴呆を持つ入居者の健康な能力を引き出し、自由に生き生きとした安全な生活を送ることができるよう支援することがグループホームのケアの基本になる。</p> <p>グループホーム幸豊ハイツ・ほのぼのでは、1997年に開設して以来、入居者の骨折などの事故は起こっていない。しかし、入院に至るような事故ではないが、転倒、転落、誤嚥、暴力行為などのヒヤリ・ハットする事項は毎月報告されている。</p> <p>それぞれのヒヤリ・ハット報告の内容について検討し、事故を未然に防ぐための原因を探り、具体的な対応策がケアプランに明記されるにもかかわらず、相変わらず同じようなヒヤリ・ハット報告が減少しない。</p> <p>このままでは大きな事故に結びつく可能性が高いため、平成15年度は、過去のヒヤリ・ハット報告に対する原因に着目し、事前にヒヤリ・ハットするリスクを把握し、日々のケアの場面でリスクに配慮した行動をすることでヒヤリ・ハットそのものが減少できるのではないかと考えた。</p>	<p>「ヒヤリ・ハットするかも知れないシート」を作成するときに、先ず個々のスタッフが「かも知れない」項目を考え、それを全員で検討し共有することで、多くの気づきと、事故防止に対するチームアプローチが実践できた。</p> <p>「すぐやらなきシート」により事故予防のためにすぐに対応すべきことが明確化され、実行しやすくなった。また、「でもねシート」により実施するのに時間を要する項目が継続検討できるようになった。今までは、後者の項目があると、すぐできることまで先送りになっていたことに気づいた。</p> <p>平成15年度は、取り組みの意義や目的、必要性についての意識改革に多くの時間を費やし、また、各種シートを作成するための討議に重点を置いた取り組みだったので、ヒヤリ・ハット報告の件数に大きな変化は見られなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネージメントを通して、サービスの質の管理改善に取り組む。 ・ 失敗の予防策を講じるとともに、早期発見のシステムをつくる。 <p>リスクマネージメントによって、グループホームのシステムの欠陥やケアのミスによる入居者への危険を最小限にとどめることができる。また、人間は過ちを犯すものだという前提のもとに危険の早期発見と適切な対応が重大な問題を解消することにつながる。リスクマネージャーの役割の明確化と人材育成が課題。</p>
<具体的な取り組み>		
<p>ヒヤリ・ハット報告の内容を分析し、どんな時に、どんな場所で、どんな内容のヒヤリ・ハットするのかをまとめた「ヒヤリ・ハットするかも知れないシート」を作成する。また、想定される項目に対する「すぐやらなきシート」と「でもねシート」から「そして確認表」を作成する。この表を使用し、スタッフが仕事を始める前に予測されるヒヤリ・ハット項目に対する確認をして、予防するようにした。</p>		

転倒ゼロを目指して

～失敗と成功の狭間で～

グループホーム アウル
施設長 宮崎直人

1) Mさんの様子

・Mさんのグループホーム入居時の状況

ケアハウスに入居されていたが、痴呆による中核症状が顕著に現れ、ケアハウスでの生活が困難との理由により当グループホームに入居となる。入居時の主な状況を挙げてみた。

- 小刻み歩行で、若干前のめり歩行
- 一人で階段の昇り降りは可能
- さほど転倒の危険性は感じられないというスタッフの意識
- 耳が不自由な為、補聴器を使用
- コミュニケーションがうまくとれない為、スタッフに苦手意識も芽生えていた
- ほとんど一匹狼状態であった
- 本人としては、他の男性入居者と仲良くなろうという言動はみられる

・Mさんの生活の様子（入院前までの）

- 日中は一人で過ごすことが多い
- 他の男性入居者に敵対心を抱いている（心は裏腹？）
- 食事は皆さんと一緒に食べるが、ほとんど会話がな
- 預金通帳、保険証、印鑑、タバコ、ライターは自分で管理している
- 一人のスタッフのみ受け入れている
- 歌が好き（軍歌、童謡、演歌などなど）

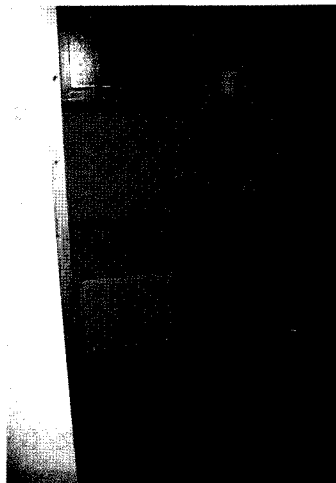
・事故の状況と経過

- 数ヶ月前、左尿管腫瘍摘出手術の為、入院、加療
- 退院後、術後の傷跡を痛がり、歩く場合は、ほとんど支えがないと歩けない状態
- 移動の際は、車椅子を使用し、スタッフが介助
- 順調に回復していったが、自分で歩行ができるようになりだしてから、転倒が目立つようになる
- 他の入居者やスタッフに乱暴な言動があったり、精神的にもかなり不安定な状態であった
- 自分で何でもしたい気持と、できない身体に苛立ちを覚えているようにも感じられる
- 転倒は多いときで、1日10回以上もしていた

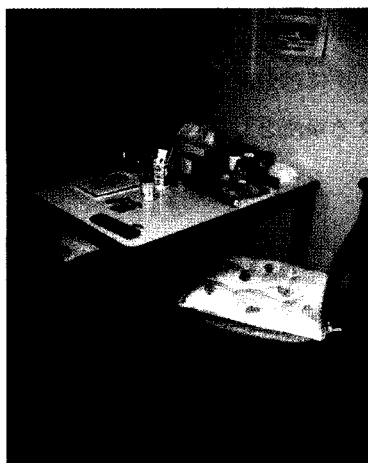
2) Mさんがよく転倒していた場所



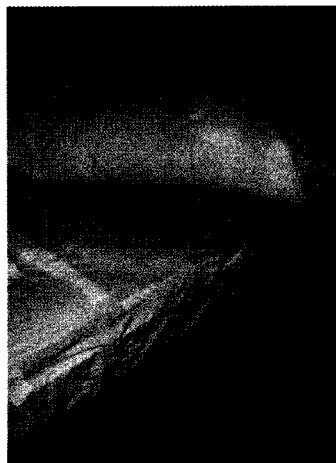
(2F 自室前の喫煙する所)



(2F 自室に近いトイレ)



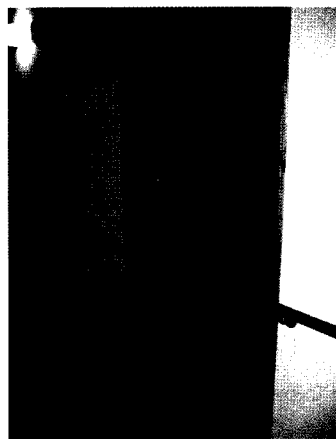
(2F 居室内の椅子とテーブル)



(居室ベッド)



(2F トイレ前)



(2F 居室前)

3) Mさんの転倒はどのような状況の時に起こるのか？ Mさんにとって何が困っているのか？

推測してみた

- 椅子や便器などのMさんの目的物の前に来た時、もれる、急ぐ、焦り等の気持が先に働き、歩行が小刻みになってしまうのかもしれない
- 例え目的を達したとしても、座り方が浅かったり、立ち位置が悪かったり、微調整ができない状況かもしれない
- 介助時、術後の傷跡の痛みを感じたり、乱暴にされると、言動で感情を訴えるのかもしれない
- 可能な限り、自分でやりたいという気持と、できれば誰かに関わって欲しいという気持が入り乱れて、感情と行動のバランスがうまく図れないのかもしれない

4) Mさんの視線を追ってみた (いつもいる場所から)



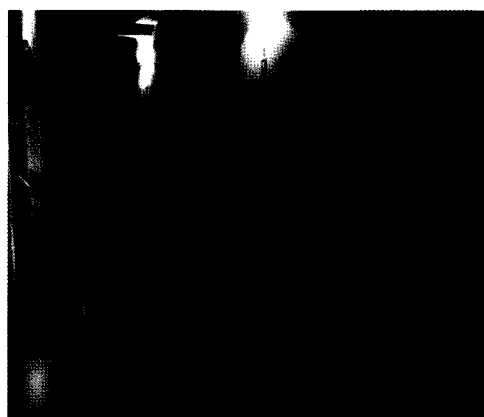
(1) いつもタバコを吸う場所から見える風景。皆とは一緒にいたくないけど、人の気配を感じていると安心できる人の為の空間として作りました。

Mさんは、食事以外のほとんどの時間をこの空間で過していました。下には台所やリビングなど、人の動きはぼんやり見える場所として居心地が良かったのではと思う。



(2) いつもいる2階の喫煙所から見える階段。Mさんにとって、「待ち人を待つ」思いの場所ではなかったかと振りかえる。一人ぼっちの空間（環境）になっていたのではという思いにかられる。

(3) いつもいる2階の喫煙所から見える居室や廊下。トイレはMさんの後方にある為、視界に入らない。Mさんはいつもこの場所から見えるこの風景に何を感じ、何を考えていたのであろう。丁度、隣が犬猿の仲であるKさんの部屋なのである。



(4)

Mさんがいつも食事をする場所からの風景。同じ目線で、台所方面を見ているスナップです。いつもMさんは、ここから私達の食事作りや配膳、片付けを見ているんです。



(5)

これも、食事場所からのスナップです。右奥には、ケアが必要なおばあさんが数名、スタッフと楽しく食べている場面が見えます。Mさんにとって、その光景はどのように映っていたのでしょうか？



(6)

これも同じく食事場所からのスナップです。テレビの方向にあるソファにはいつも座っているおばあさんが一人います。彼女もケアが必要な方です。時折、スタッフがケアに入ります。



(7)

これもまた同じ状況からのものです。左隅にある椅子には、彼の天敵でもあるKさんが座って食事をしたり、新聞を読んだりする場所です。時折、ふたりで睨み合っています。



5) じゃあどうする身体面？

- 歩行状態を把握しよう！
- Mさんを気にしよう！ 見極めよう！ 見守ろう！
- 小さなカンファレンスをあちこち繰り返そう！
- 普通のトーンで落ち着いた声で話そう！
- 苦痛を感じさせない介助の工夫をしよう！
- 排泄の状況も常に確認し合おう！

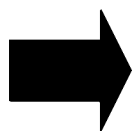
6) じゃあどうする心理面？

- 苦手意識をなくそう！ びびっては何も始まらない
- 真剣に向き合おう！相手の雰囲気をつかみ、あわせよう！
- 一緒に食事しよう！
- 一緒に楽しもう！
- ご家族にも協力してもらおう！
- 自分でできることはやってもらおう！ させてみよう！ 試してみよう！
- 何度も視線を送ろう！

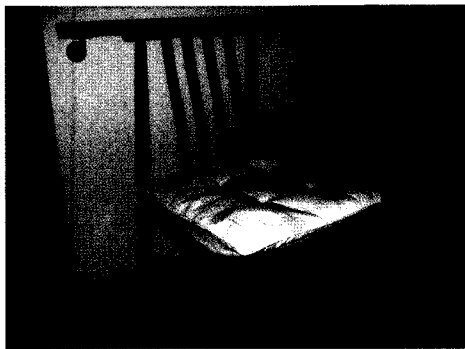
7) じゃあどうする環境面？

- どのような場所で、どのような状態になるのかを日常的にアセスメントしよう！
- Mさんの好きな事やできる環境を整えてみよう！
- 座位の安定を図る為、肘付回転椅子とその椅子の高さにあったテーブルなど身の回りの環境を整えよう！
- 音のアセスメントをしよう！
- 時間を見て何度も訪室しよう！

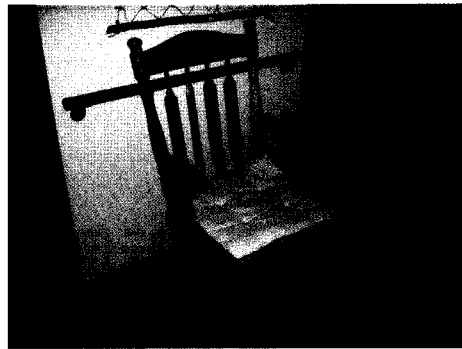
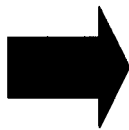
8) 例えばこうしてみましたの例（ほんの一例）



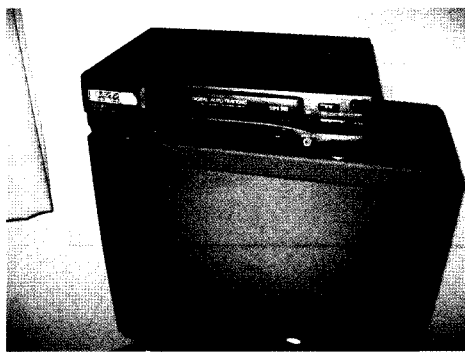
(アフター)



(ビフォー)



(アフター)



(アフター)

9) 現場で学んだ教訓

- チーム間での意識統一
- 日々のアセスメント
- 普段の状態の把握
- 五感のアセスメント (感覚の磨き)
- 関係への問いかけ
- 机上からアクションへ
- 気にすること 見極めること 見守ること
- 「心 技 知」 (心とスキルと知恵)
- 「因は我にあり」

10) おわりに

- スタッフひとりひとりの素直な取り組みとそのチームケアに感謝致します

『ありがとう』

転倒ゼロを目指して

～失敗と成功の狭間で～

グループホーム アウル
施設長 宮崎直人

Mさんの様子

・ Mさんのグループホーム入居時の状況

ケアハウスに入居されていたが、痴呆による中核症状が顕著に現れ、ケアハウスでの生活が困難との理由により、当グループホームに入居となる。入居時の主な状況を挙げてみた。

- ・若干前のめり歩行
- ・小刻み歩行
- ・一人で階段の昇り降りは可能
- ・さほど転倒の危険性は感じられないというスタッフの意識
- ・コミュニケーションがうまくとれない為、スタッフに苦手意識も芽生える
- ・ほとんど一匹狼状態であった
- ・本人としては、他の男性入居者と仲良くなろうという言動はみられる

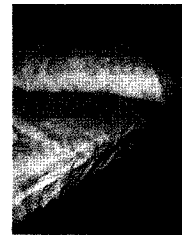
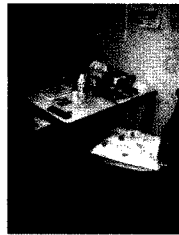
・ Mさんの生活の様子

- ・ 日中は一人で過ごすことが多い
- ・ 他の男性入居者に敵対心を抱いている(心が裏腹?)
- ・ 食事は皆さんと一緒に食べるが、ほとんど会話がな
- ・ 耳が不自由な為、補聴器を使用している
- ・ 預金通帳、保険証、印鑑、タバコ、ライターは本人管理
- ・ 一人のスタッフのみ受け入れている
- ・ 歌が好き(軍歌、童謡、演歌などなど)

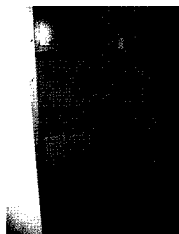
・ 事故の状況と経過

- ・ 数ヶ月前、左尿管腫瘍摘出手術の為、入院、加療
- ・ 退院後、術後の傷跡を痛がり、歩く場合は、ほとんど支えがないと歩けない状態
- ・ 移動の際は、車椅子を使用し、スタッフが介助
- ・ 順調に回復していましたが、自分で歩行ができるようになりだしてから、転倒が目立つようになりました
- ・ 他の入居者やスタッフに乱暴な言動があったり、精神的にもかなり不安定な状態であったと思います
- ・ 自分で何でもしたい気持と、できない身体に苛立ちを覚えているようにも感じられました。
- ・ 転倒は多いときに、1日10回以上もしていました。

Mさんがよく転倒していた場所



Mさんがよく転倒していた場所2

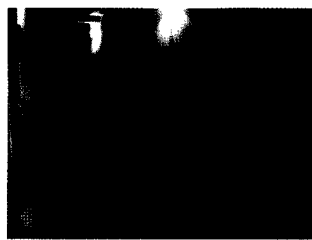
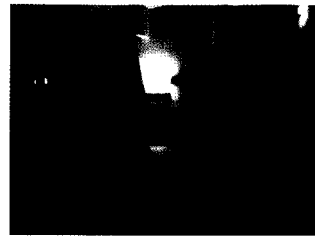
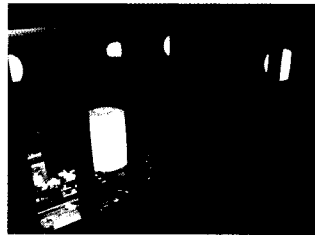


Mさんの転倒はどのような状況の時に起こるのか？彼にとって何が困っているのかを推測してみた

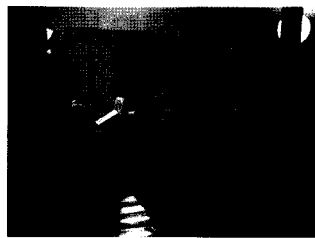


- 椅子や便器などの目的物の前に来た時、もれる、急ぐ等の気持が先に働き、歩行が小刻みになってしまうのかもしれない。
- 例え目的を達したとしても、座り方が浅かったり、立ち位置が悪かったり、微調整ができない状況かもしれない。
- 介助時、術後の傷跡の痛みを感じたり、乱暴にされると言動で感情を訴えるのかもしれない。
- 可能な限り、自分でやりたいという気持と、できれば誰かに関わって欲しいという気持が入り乱れて、感情と行動のバランスがうまく図れないのかもしれない。

Mさんの視点1



Mさんの視点2

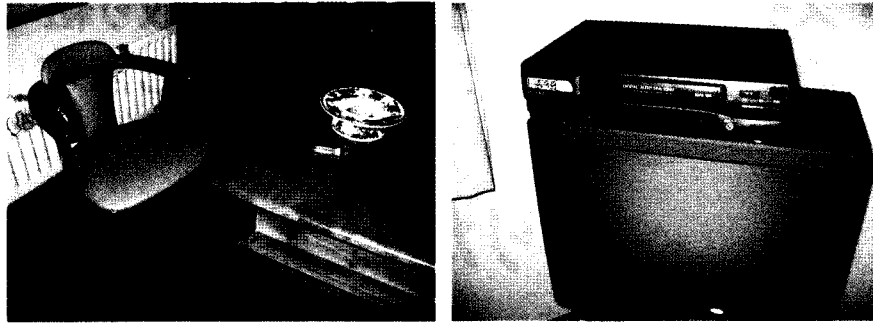


じゃあどうする身体面？

- 歩行状態を把握しよう
- Mさんを気にしよう、見極めよう、見守ろう
- 小さなカンファレンスをあちこちで繰り返そう
- 普通のトーンで落ち着いた声で話そう
- 苦痛を感じさせないケアの工夫をしよう
- 排泄の状況も常に確認し合おう

じゃあどうする心理面？

- 苦手意識をなくそう。びびっては何も始まらない。
- 真剣に向き合おう。相手の雰囲気をつかみ、あわせよう。
- 一緒に食事をしよう。
- 一緒に楽しもう。
- ご家族にも協力してもらおう。
- 自分でできることはやってもらおう。
- 何度もMさんに視線を送ろう。



現場で学んだ教訓

- チーム間での意識統一
- 日々のアセスメント
- 普段の状態の把握
- 五感のアセスメント(感覚の磨き)
- 関係への問いかけ
- 机上からアクションへ
- 気にすること 見極めること 見守ること
- 「心 技 知」(こころとスキルと知恵)
- 「因は我にあり」

おわりに

- スタッフひとりひとりの素直な取り組みとそのチームケアに感謝致します

ありがとう