

第3章

評価記録に対する専門家指摘事項と OJT 活用に向けた示唆

本章では、介護技術評価基準を用いたOJTの実態として、介護キャリア段位制度のアセッサーから提出された、期末評価票（介護技術評価に対応した介護職員（被評価者）の介護行為、対応の記録）の記載内容につき、学識者・多職種専門家から構成されるレベル認定委員会委員による指摘事項を集約整理し、介護技術OJT指導の着眼点、思考を事例として示すこととする。

1. 調査概要

令和1年度～令和2年度に実施された、介護キャリア段位制度のレベル認定委員会に際して、認定申請事例に対する専門家委員指摘事項の中から、「記録確認」による技術評価項目としている事項の指摘を集約整理し、根拠記録（期末評価票）から伺える評価者の評価内容及び介護職員による介護対応内容について、以下の観点から整理を行った。

- ▶ 専門家の視点において、介護記録を通じてどのような介護の質向上に向けた指摘がされているか
- ▶ 介護現場におけるOJT指導着眼点への示唆
- ▶ 指摘事項からのOJT展開考察

分析の対象は、令和1年度～令和2年度介護キャリア段位制度レベル認定委員会に提出された認定申請案件のうち、評価の方法を「記録確認」とする介護技術評価について、専門家からの指摘事項を抽出、整理を行った。

対象とした評価項目は、介護キャリア段位制度 評価基準 評価方法を「記録確認」とするものの中から選定した（計42事例）。

- I-5 状況の変化に応じた対応 便・尿の異常への対応、皮膚の異常への対応
- I-5 状況の変化に応じた対応 認知症の方のいつもと違う行動への対応
- II-1-1 相談・苦情対応
- II-2 介護過程の展開
- II-4-1 ヒヤリハットの視点を持っている
- II-4-2 事故発生時の対応ができる
- II-5-1 身体拘束廃止に向けた対応

なお、専門家による指摘を受けた案件は、アセッサー/被評価者に差し戻しの上、内容確認、再評価の実施、再審議等の手順、手続を経ることとなり、第三者指摘を受け、事業所にてOJT・指導が展開するものと位置付けられる。

2. 記録確認を根拠とする介護技術に関する専門家指摘

以下、介護キャリア段位制度を用いた介護技術評価の期末評価票根拠記載に対して、専門家による指摘を受けた事例を抽出整理し、専門家による着眼視点とともに示す。参考として、当該介護行為、対応を実施した介護職員（＝被評価者）の所属事業所サービス種別と介護職員としての経験年数について付すこととする。

I. 基本介護技術の評価

I-5. 状況の変化に応じた対応

I-5-2 便・尿の異常（血便・血尿、バイタル、ショック状態など）に対応ができる	
①	本人の様子（バイタル、ショック状態等）や便、尿（色やにおい、血液が混入していないかどうか等）を観察・確認したか。
②	原因の探索と確認をしたか。
③	（血液の混入、悪臭、バイタル値の異常やショック状態が観察された場合等）医療職に連絡したか。
④	記録をしたか。

➤ 原因探索ができていたのかどうか、根拠が読み取れない事例。

属性	根拠記載	指摘内容
介護老人 福祉施設 経験年数 5年	① 熱発があり、尿臭が強く尿量が少ない。 ② <u>39度台の熱発。熱発前より尿臭が強く、尿量少ない。</u> ③ 看護職へ報告。上記の状態を説明、確認してもらう。 ④ 上記のことを生活記録に記入。	原因探索はできていたか？

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

I-5-3 皮膚の異常（炎症、表皮剥離、水泡、潰瘍等）に対応ができる	
①	皮膚の症状（大きさ、深さ、出血・浸出液・臭気の有無等）や本人の様子（痛みやかゆみの有無等）の観察をしたか。
②	原因の探索と確認をしたか。
③	（かゆがっていたり、炎症、表皮剥離、水泡、潰瘍が観察された場合等）医療職に連絡したか。
④	記録をしたか。

- 褥瘡ができるまで、皮膚異常を放置していたと読み取れる事例。利用者のわずかな変化に気づけておらず、本項目の評価は「できていない」と判断すべきと読み取れる事例。

属性	根拠記載	指摘内容
介護老人 福祉施設 経験年数 —	<p>① <u>右の踵に内出血がみられており、確認すると内出血中心部分が若干膿んでいる様子</u>がみられる。本人は患部に触れると「痛いよ」と痛訴あり</p> <p>② 臥床時、下肢挙上でクッションの位置は統一されていたが、原因を探索し考察した結果、健側の足で自己にてクッションを蹴って動かしてしまい挙上していたクッションがズレ踵に圧がかかりやすい状況だった可能性が考えられる。体位変換を行っていたが、<u>足先までに注意を向けていないこともあり、クッションのずれに気づかない職員もいた</u>と思われる。</p> <p>③ 入浴時に内出血斑付近より浸出液の確認をしたため、患部の確認を処置担当の看護師に報告。</p> <p>④ 入浴時の処置送りメモと介護日誌に掲載</p>	褥瘡ができるまで異常に気付かなかったと読み取れる。事故と考えられる。

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

I-5-4 認知症の方がいつもと違う行動（攻撃的行動、突発的行動、対応が困難な行動等）を行った場合に対応できる	
①	いつもと違う行動が見られた利用者を観察し、脅威や不安を感じない（利用者の表情・行動にネガティブな変化がない）よう近づき、声をかける等対応し、利用者の行動や表情から不安・不快感等を軽減させることができたか。
②	いつもと違う行動が見られた利用者の表情、感情表現、行動などいつもと違う様子について確認し、なぜそのような行動をしたか、職員対応や本人の生活環境の変化等を確認し、記録したか。
③	いつもと違う行動が見られた利用者がなぜそのような行動をしたかを、心身状況、生活歴、価値観・嗜好、家族・他者との関係、家族から収集した情報等を確認し、記録したか。

- いつもと違う行動が見られた原因を「認知症のため」としており、要因分析ができていない事例。解決に向けての検討を行っていることが、読み取れない事例。分析に必要な情報収集をしているかどうか、読み取れない事例。

属性	根拠記載	指摘内容
— 経験年数 7年	<p>① 帰宅願望が強く「外に出たい」と訴え、出入り口の前で待っておられる。「今日はバスがもうないので、今日はお部屋に戻って休みませんか？」とお声かけし、居室まで誘導すると、「今日はここに泊まるわね」と落ち着かれる。</p> <p>② 「居室内のカーテンはいつもしまっているが、この日は生活援助の際にカーテンを開けそのままになっていた。居室より外が見えるので、色々と思い出してしまったのか？と分析をし、<u>認知症なので環境の変化を作らないように徹底する必要がある</u>と思います。」と経過記録に記載していた。</p> <p>③ アセスメントシートには、環境の変化に非常に弱く、不穏になると記載されており、ご家族様からも「些細な変化でも、不安定になる」とお話しを伺ったことがある。今回も普段はカーテンが終日閉まっているので、開けっぱなしにしたことで帰宅願望が芽生えてしまったと考え、経過記録に記入していた。</p>	カーテンが締めっぱなしが不穏になる（帰宅願望となる）とあるが、他に原因はないか、追究したか。
通所リハビリテーション 経験年数 —	<p>① 普段探し物はしないが何かを探していて不安気な様子。どうしたのか声かけをしたところ、トイレに書類を置いてきたとおっしゃっていた。一緒にトイレを確認、書類は見当たらず、こちらでもう一度探してみます、見つかりましたら御連絡しますと伝え、納得され落ち着いた様子だった。</p> <p>② 他に特に変わったところは見られず様子観察とした。特記事項、個人間報告書に記載。</p> <p>③ <u>認知症の進行が見られ</u>普段見られない症状が見られるようになってきた。今後も様子観察が必要とのことを特記事項、個人間報告書に記載。</p>	②③「なぜそのような行動をしたのか」の分析が「認知症の進行」としかなされていない。原因分析が不十分。

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

<p>通所介護 経験年数 3年</p>	<p>① 利用時間終了一時間くらい前に「もう帰るんだろう？バスがないなら歩いて帰る」と出入り口から出ていこうとした。「15時に帰りの車が出ます。ご自宅までお送りするので、飲み物を飲んでお待ち下さい」と笑顔で声掛けをした。すると「そうかい？じゃ待とうかな」とほっとされた表情で椅子に腰掛け、落ち着いた。</p> <p>② いつもは穏やかな表情が切羽詰まった感じの表情で終了時間でもないのに出入り口の方へ向かっていた。そのため声掛けをした。<u>疾患により自分のいる場所がわからず、覚えている自宅へ帰ろうと考えたことによる行動であった。</u>個人記録ボードに帰宅願望があったため声掛けをしたと記録した。</p> <p>③ フロアで<u>時間が余ると落ち着きがなくなり帰宅願望がでる、ということ</u>を以前の申し送りノートと個人記録ボードにより情報を得ていた。今回も<u>帰宅願望が出た</u>と個人記録ボードに記録した。</p>	<p>②③何故、時間が余ると帰宅願望が出るのか、分析がなされていない</p>
<p>特定施設 入居者生活介護 経験年数 10年</p>	<p>① 夕食を配膳した時に、利用者より「食べたくない」「判らない」と繰り返し訴え強い拒否あり。朝食・昼食は全量召し上がっていたことを記録より確認し、「食べたくないんですね」と共感して、代わりのお菓子を提供して対応していた。その後、徐々に表情も和らぎ笑顔も見られた。</p> <p>② <u>表情陰しく、強い夕食摂取拒否あり。</u>食事の見ためも「キザミ食」で利用者も見ためで混乱していた。周りの利用者の食事形態よりも極キザミだったので、「私のご飯じゃないです。こんなのは食べられない」と言われた。介護記録</p> <p>③ 下の義歯がなく、咀嚼状態が悪いため、食事形態を「キザミ食」に変更していた。<u>過去にも刻み食の見ための為、拒否があったことを確認した。</u>ケアプラン・介護記録・他職員からの助言。</p>	<p>心身状態、生活歴、価値観、嗜好、家族・他者との関係、家族から収集した情報について読み取れない。</p> <p>拒否に対して必要な対応を行うことができたか？</p>

II. 利用者視点での評価

II-1. 利用者・家族とのコミュニケーション

II-1-1 相談・苦情対応ができる	
①	(自分で対応できない場合) 相談・苦情の内容について、上司に報告し、対応を依頼することができたか。
②	相談・苦情の内容及び関連情報を正確に把握・収集し、わかりやすく整理することができたか。
③	相談・苦情の要因を特定し、解決策または再発防止策を考えることができたか。
④	相談・苦情に対する解決策または再発防止策を利用者や家族に説明し、納得してもらえたか。
⑤	相談・苦情に対する解決策について、チームメンバーと共有し、解決策が継続的に実践されるよう働きかけを行ったか。

- 認知症ケアへの姿勢が疑われる表現を用いている事例。
- 対応策が解決策になっていないと読み取れる事例。
- 「認知症だから」として、要因分析、対応策の検討を十分に行っているとは読み取れない事例。

属性	根拠記載	指摘内容
通所リハビリテーション 経験年数 —	<p>① 利用者がリハビリマシンの順番の予約ができず苦情。予約が出来ないことを伝えたが「知らない帰るぞ」で以前も利用中に帰ってしまいそうになった問題行動もあり「勝手に帰ってしまったら利用できなくなりますよ」と発言してしまいさらに怒ってしまった。介護主任に報告、事態の收拾を依頼した。</p> <p>② 特記事項に記載。</p> <p>③ 順番の予約ができないことの説明不足、利用できなくなるとの発言が要因。再発防止策は順番の予約ができないことをまだわかってない方もいる可能性もあるので必要に応じてお伝えする。利用者様の話を傾聴し言葉使いにも気を付けていくと特記事項に記載していたものを確認した。</p> <p>④ 発言を謝罪し納得して頂いた。順番の予約ができないことを職員に周知し、同じことが起きないようにした。新入職員が入った際の指導内容にも含め継続的に実践されるようにした。</p> <p>⑤ 終礼にて他の職員に周知し、再発防止策を報告していた。特記事項と個人間報告書に記載。</p>	<p>①利用者の言動を「問題行動」と捉えることやスタッフの発言内容が、利用中断の原因と考えられる。</p> <p>認知症ケアへの姿勢。</p>

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

<p>特定施設 入居者生活介護</p> <p>経験年数 5年</p>	<p>① 利用者の家族より相談があったことをリーダーへ報告した。他入居者と上手くいってない（無視される）と本人より家族に話があった。（生活記録）</p> <p>② 相談内容を正確に把握する為に他の職員から収集をした。 職員からは、無視をされている様子はないが、本人様の気にされる性格や、耳が遠くて話に入れないなどがあるのではないかという話があった。現状では正しい情報が定かではないため、期間を決めて記録に残すことにした。</p> <p>③ リーダーにも相談し、相談内容に対して日々フロアの職員に記録を残すよう決めて様子を見ることにし、家族へ報告した。また、ケアマネジャーや相談員にも報告した。（生活記録）</p> <p>④ 上記のフロアでの対応を家族へも報告し、<u>2週間様子を見て報告すること</u>を家族へ伝えた→生活記録へ記載し相談員やケアマネにも報告</p> <p>⑤ 生活記録へ他入居者様との様子や本人からのヒアリングの内容などを擦り合わせて家族へは定期的に報告し、内容を記録した。</p>	<p>様子見は解決策とは読み取れない。</p> <p>どのような解決策を講じ、継続実践しているのか。</p>
--	---	--

II-2. 介護過程の展開

II-2-2 個別介護計画を立案できる	
①	得られた情報を整理、統合することができたか。
②	課題を明確にすることができたか。
③	個別介護計画において、利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標、心身の機能を維持・改善するとともに、自立的な生活を支援する目標を設定し、それを達成するための具体的な支援内容（担当者、頻度、期間を含む）を設定できたか。
④	個別介護計画を利用者や家族に説明し、同意が得られたか。

- 概要のみの記載であり、具体的な目標設定立案ができていないのかどうか、根拠記載からは、読み取れない事例。

属性	根拠記載	指摘内容
通所リハビリテーション 経験年数4年	① 本人の希望が「1人で買い物にいきたい」である事、現在はふらつく事があり、外出は控えており、家の庭に出る程度と情報整理をした。 ② ふらつき、下肢筋力の低下を課題としてあげた。 ③ 目標を「 <u>下肢筋力をつける</u> 」に設定し、平行棒体操、マシントレーニングへの促しを行う。 ④ ご本人に口頭で説明し同意を得ている。(被評価者カンファレンスに出席、カンファレンスシート確認)	介護課程の立案で、目標を下肢筋力をつけるとしているが、生活課題、QOLを上げる目標設定立案はできているのか。

II-2-3 個別介護計画に基づく支援の実践・モニタリングができる	
③	個別介護計画に基づく支援に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。

- 「できている」の根拠とは読み取れない事例。

介護老人福祉施設 経験年数10年	③ 個別介護計画に基づく支援に対する利用者・家族の満足度は面会時に意向を確認し、担当入居者家族から「こちらにお任せしているのでありません。」との意向をモニタリング表に記載する事で把握している。(モニタリング表)	意向や満足度を問いに、「ありません」「特別な」という答えは意向や満足度の確認といえるのか？
---------------------	---	---

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

II-2-2 個別介護計画を立案できる	
③	個別介護計画において、利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標、心身の機能を維持・改善するとともに、自立的な生活を支援する目標を設定し、それを達成するための具体的な支援内容（担当者、頻度、期間を含む）を設定できたか。

II-2-4 個別介護計画の評価ができる	
③	個別介護計画の見直しにあたっての代替案を設定したか。

- 個別介護計画の立案内容と評価結果の代替案の内容から、介護過程の展開が読み取れない事例。

介護老人福祉施設 経験年数	II-2-2③自身での食事摂取の継続を行い、残存機能を活用してもらいADLの低下予防を図る。エンシュアによる栄養補給は下痢を引き起こしてしまうため、代替え案検討し、エンシュアの使用は中止し、捕食としてカロリー高めの蛋白ムースを毎食1品追加し低栄養状態にアプローチをかける。	介護計画の評価が立案と同じである。
	II-2-4③プラン内容を実施してみた結果、エンシュア摂取すると、下痢を引き起こしてしまい臀部の皮膚状態が悪化してしまったため、代替え案として、たんぱく質の含有量の多いムースを追加でつけ総カロリーをアップし提供する。	

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

II-2-4 個別介護計画の評価ができる	
①	個別介護計画の目標に対する達成度を評価したか。
②	個別介護計画の内容に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。
③	個別介護計画の見直しにあたっての代替案を設定したか。

➤ 個別介護計画の評価を踏まえた代替案の提示が読み取れない事例。

<p>通所介護 経験年数 10 年</p>	<p>① 目標達成度を個別機能訓練計画書、通所介護記録、利用状況報告書から30%と評価した。</p> <p>② 満足度調査票・アンケート記入を依頼した。口頭にて確認した。本人からは、職員が丁寧に対応してくれていること、入浴や個別機能訓練、屋外活動等が良いので、満足していると回答を得た。家族からは、職員の対応が良いこと、本人の状態をよく観察して報告をしてくれること、送迎時にお願いしたことの結果を詳しく連絡帳及び口頭で説明してくれていることなど満足していることを把握した。記録名：満足度調査票・通所介護記録</p> <p>③ 3か月での個別介護計画を実施した結果、脳梗塞にて入院する前と比べ、<u>左手の拘縮が強くなり介助バーを掴んでの浴槽への跨ぎが出来なくなっている</u>為、入浴の形態を一般浴から機械浴へ変更。トイレでの排泄介助は職員1名で対応していたが<u>左手の拘縮と両下肢筋力低下にて立位保持が不安定</u>の為、2名での介助に変更する代替案を設定した。記録名：経過記録・利用状況報告書・モニタリング・個別介護計画書</p>	<p>拘縮が進み、機能低下をおこしており、介護計画の見直しが必要と思われる。</p>
-------------------------------	--	--

II-4. 事故発生防止

II-4-1 ヒヤリハットの視点を持っている	
①	「事故には至らなかったがヒヤッとしたこと」「ハッとした気づき」を意識してとり上げ、記録に残すことができたか。
②	ヒヤリハットの対応策（予防策）を講じることができたか。
③	分析した情報について、事業所・施設内の会議で報告する等ケアチームで情報共有し、対応策を継続的に実践することができたか。

➤ 起こった事象を記載しているだけで、要因分析を行ったかどうか、読み取れない事例。

属性	根拠記載	指摘内容
特定施設 入居者生活介護 経験年数 17年	<p>① ヘルパーステーション前にインシュリン用の使用後の針（ケース入り）が落ちていたため、他の人が誤って触って感染の可能性や、ケガの可能性があったのでヒヤリハット報告書を作成</p> <p>② 看護師長へ報告し、対象の看護師への指導と、使用後の針を回収し忘れてフロアに置いておくことがないように健康管理室での回収時のチェック・記録の徹底による再発防止を依頼。</p>	②ヒヤリの原因分析はなされたのか？

➤ アセスメントが不十分であり、導いた策が対応策になっていないと読み取れる事例。

介護老人 保健施設 経験年数 8年	<p>① トイレ誘導し、リハビリパンツの下ろすとパッドの中に鉛筆を発見した。</p> <p>② トイレの前に、鉛筆を使って計算問題を行っていた。また、<u>収集癖があり、</u>リハビリパンツに鉛筆を入れた可能性があった。<u>対応策として、</u>計算問題を本人と一緒に<u>行い、使用後に鉛筆を回収する</u>と講じていた。</p> <p>③ 施設の朝礼で、リハビリパンツのパッドの中に鉛筆を発見した事や計算問題をする際に一緒に行い、使用後には回収するようにと情報伝達を行い、継続的に実践で行っていた。</p>	②対応策として鉛筆の回収だけをあげているが、収集癖の危険に対する対応がない。
----------------------------	---	--

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

➤ アセスメントが不十分であり、導いた策が対応策になっていないと読み取れる事例

<p>介護老人 福祉施設 経験年数 14年</p>	<p>① 構音障害の男性で訴えることが難しく、同じユニット内の利用者が<u>気に入らないことをするとわざと車椅子でぶつかろうとされ、両者ともにケガにつながる危険性があったが、職員が間に入り大事に至らなかった。特に収集癖の女性や男性であるというだけで敵対心を持たれている。攻撃的な性格だがお話をするとご理解はいただいていたが、今回は危険であることを伝えても全く聞く耳持っていない。職員は常に利用者の様子観察を行い早く気づき怪我がないように見守りを強化している。また奥様の面会時には実際に起こったことを伝えて、ご本人に危ないから止めてもらうよう伝えてもらっている。</u></p> <p>② <u>対応策としては、危険行為があればご本人に注意をしたり、介護記録に記載したりユニット会議でも取り上げて、常に情報の共有をしているのを確認した。</u></p>	<p>本人に注意したりとあるが、効果があるか？原因の細部の評価が必要。</p>
---------------------------------------	---	---

➤ 原因分析の視点がセンサーのみとなっており、利用者の状態や行動のアセスメントを行っていないものと読み取れる事例。

<p>介護老人 保健施設 経験年数 2年</p>	<p>① ステーションで作業をしていた所、廊下から足音がするので確認すると、普段、車椅子を使用している利用者が、車椅子を押して歩いている所を発見する。経過記録表に記載していた</p> <p>② <u>行動観察のためのセンサー（洗濯ばさみセンサー）が反応しなかった為、センサーの鳴らなかった原因を追究していた。輪ゴムで固定し入所時にセンサーが反応するか確認していくことを対応策として講じていた</u></p> <p>③ ひやりはっと報告書に記載し情報共有がなされていた。また、経過記録、ひやりはっと報告書にも対応策が記載され継続的に実践されるようにしていた</p>	<p>車椅子を押して歩いている利用者を見つけたヒヤリハットについて、センサーの利用以外に、利用者の状態や行動について対応策を講じていたのか。詳細要確認。</p>
--------------------------------------	---	--

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

- 利用者の状態や行動のアセスメントを行っておらず、導いた策が対応策になっていない、と読み取れる事例。

<p>介護老人 福祉施設 経験年数 18年</p>	<p>① 車椅子で移動する利用者だが、居室から歩行して廊下まで出てくる。廊下の手すりにつかまり歩行していた。車椅子は居室入り口に保管してあった。居室ベッドから廊下まで壁をつたい歩行した可能性あり。ベッド周りはずたい歩きできるが歩行不安定なため転倒する危険性がある。(生活記録、ヒヤリハット)</p> <p>② 原因は本人に聞くが、「出てみたかった」と話す。車椅子はベッド横にあると自分で移乗しようとし、転倒したことがある。また側から離して目の届く位置にあると、歩行し自分で移乗したことがあるため、普段はベッドの位置から目が届かない居室入り口に保管している。<u>コールを押してほしいと伝えるがその時はわかったと理解してくれるが忘れてしまう</u>。訪室するたびに、コールボタンを手元に置き、どこか行きたい時は呼んでほしいと伝える。ベッド足元にセンサーマットを検討。</p> <p>③ 会議や委員会で情報を共有する。申し送りやケアプランに盛り込む。利用者に訪室して離れるたびに<u>用事があつたらコールボタンを押して呼んでほしい旨を伝える</u>。</p>	<p>②ではセンサーマットを検討ともあるが③の共有内容ではコールボタンを押して呼んでほしいことのみとなっている。すぐに忘れてしまうご利用者への対応策となっていない。</p> <p>廃用への対応として、安全な移乗、移動環境という対応が考えられないか？</p>
---------------------------------------	---	--

- 原因分析を十分に行ったのかどうか読み取れない事例

<p>通所介護 経験年数 6年</p>	<p>① 2人介助のお客様をベッドから車椅子へ移乗させる際に、<u>介助者同士のタイミングが合わず、ベッドから転落しそうになったヒヤリハットをパソコン上のケース記録、共有ノートへと記録</u>。</p> <p>② 今後の方針として、介助を行うスタッフ同士が安全に移乗ができる状態か確認をとってから、<u>声に出して掛け声を行い息を合わせて移乗を行うという対応策</u>を講じている。</p> <p>③ 共有ノートへ記載することで全員で共有できる状態にし、スタッフ同士で意識しあうことで継続的に実践することができている。</p>	<p>タイミングが合わず、ベッドから転落しそうになった事例であるが、タイミングだけの問題か再確認。介護者の位置、持つ位置、動かす方向など技術的な面で要確認。介護者の体格、筋力などでも立つ位置、持つ位置などが変化する。スタッフの個別性も考慮して再検討する必要がある。</p>
-----------------------------	---	--

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

- 原因分析が不十分であり、導いた対応策は尊厳への配慮ができていないか、疑問が生じる事例

<p>介護老人福祉施設 経験年数 14年</p>	<p>① 歩行はふらつきがあり杖歩行をされるが転倒リスクが高い方。歩行介助時に突然膝に力が入らなくなり膝折れし転倒しかけた。もし転倒していたら骨折していたかもしれないと思いヒヤッとした。(歩行時の様子とヒヤリハット報告書)</p> <p>② その日の体調によって歩行距離の長さに気を付ける。また距離が長い場合は途中で休憩をする。歩行時に細目に声掛けし疲れていないかやふらついていないか等気をつける。歩行速度にも気を付け本人様の歩きやすい速度で歩行して頂く。</p> <p>③ ヒヤリハット報告書を各ユニットに配布し情報共有に努めている。又電子カルテに様子を残し口頭でも申し送りをした。歩行する前に体調の確認。歩行距離に留意する。また歩行距離の長い場合には途中で休憩する。歩行時は細目に声掛けしふらつき等の確認をする。ヒヤリハットの記事を申し送りノートに2週間程度保管し各スタッフに意識づけした。またヒヤリハットが発生した利用者を書き出したリストを作成し職員の目のつく所(冷蔵庫)に掲示し危険な方というのを周知した。</p>	<p>膝折れの原因を疲労として対応しているが、痛みなど他の要因も考慮すべき。</p> <p>ヒヤリハットが発生した利用者のリストを張り出すことに人権上の問題はないか？冷蔵庫は職員以外が入ることができない場所なのか？</p>
----------------------------------	---	---

- 実行可能な策か、疑問が生じる事例。出来ない策は、事故に繋がる可能性。

<p>介護老人保健施設 経験年数 15年</p>	<p>① いつも車いす対応の利用者にソファへ座ってもらっていた時、急に立ち上がろうとし、ふらつき転倒の危険性が高いため声掛け、介助した。ヒヤリハット報告書・療養記録に記録していた。</p> <p>② 立位が不安定な利用者なので見守りを充分に行い、<u>ソファに座る際はスタッフが傍にるように周知した。</u></p> <p>③ ヒヤリハット報告書の内容をその日のうちに、カンファレンスを行い対策を立て職員が必ず目を通す伝達ノートに記載し、周知を図った。また申し送りノートにも記載し、毎日申し送りを行い、スタッフ間で情報を共有し、再発防止に努めた。</p>	<p>利用者がソファに座る際に常時職員がつくことは物理的に可能なのか？他に対策は考えられないのか？</p>
----------------------------------	---	---

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

➤ 導かれた方策が利用者の尊厳に配慮できていないと読み取れる事例。

<p>介護老人 福祉施設 経験年数 9年</p>	<p>① 下肢筋力の低下で一人で歩行が困難な認知症の利用者がホールテーブルの椅子に座っていた時に、椅子より立ち上がり歩こうとされ転倒しそうになったことをヒヤリハットに記録できていた。(ヒヤリハット、介護記録日誌)。</p> <p>② 転倒リスクのある利用者がホールテーブルの椅子に座っている時は、<u>椅子に鈴を付けて椅子が動いたら気付くようにして</u>予防策として講じていた。(ヒヤリハット、介護記録日誌)。</p> <p>③ ユニット会議にて、下肢筋力の低下で歩行が一人では困難な利用者がホールテーブルの椅子に座っていた時に立ち上がり歩こうとされ、転倒しそうになった事を報告し、ケアチームで情報を共有した。転倒リスクがある利用者がホールテーブルの椅子に座る時は椅子に鈴等を付けて動いたらすぐに気付けるようにして、転倒リスクがないように継続的に実践していった。(介護記録日誌、ユニット会議議事録)。</p>	<p>他の方法を検討すべき。</p>
--------------------------------------	---	--------------------

➤ 導いた対応策が、利用者の尊厳への配慮ができていないと読み取れる事例

<p>介護老人 保健施設 経験年数 25年</p>	<p>① 転倒歴があり車椅子の利用者が1人で居室に行き、車椅子からベッドに移乗しようとしていた。車椅子のストッパーのかけ忘れもありそのまま見過ごせば、膝折れから移乗に失敗して転倒する危険性があると看護記録に記載していた。</p> <p>② 常に目の届く位置で見守りを行うようにスタッフに指示し、<u>ベッド柵にタンバリンをつけた</u>。利用者がベッド柵を外して自力でベッド上に移乗しようとした時にタンバリンの音で気づけるようにしていた。「看護記録」「チームワークシート」</p> <p>③ 朝礼の申し送り、夜勤者への申し送りで伝達していた。チームで対応策の 情報共有を行い、利用者の姿があるか確認し、互いに声を掛け合い、所在の確認を行っていた。チームワークシートに評価日を設定して対応策が有効かどうか評価していた。評価の結果、その後も自力移乗しようとする事が あり対策は継続すると伝達していた。</p>	<p>ベッド柵にタンバリンをつけることは望ましくないと思うが、他に方法は検討できないのか。</p>
---------------------------------------	--	---

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

➤ 導いた対応策が、利用者の尊厳を配慮できていないと読み取れる事例

<p>小規模多機能型居宅介護 経験年数 8年</p>	<p>① 「車椅子で居室から出られた後、ホール内のテレビ前にて過ごしておられたが、前傾姿勢になっておられ、車椅子から転落する事故につながる可能性がある。」と、ヒヤリハット報告書に記録していた。</p> <p>② <u>ホールで過ごされる時には車椅子をテーブルにつける事とし、転落防止の対応策とする。</u></p> <p>③ ヒヤリハット報告書の一時対策にルールとして記録すると共に、申し送りノートに記入し情報共有した。その後一時対策の効果の有無を確認し、効果があったので対応策を継続する事とした。</p>	<p>「車いすをテーブルにつける」ことは拘束になっていないか？ホールでは車いすから椅子に移乗することが適切ではないか？</p>
------------------------------------	---	---

➤ 記載文面から、「利用者視点」に立った対応であるとは読み取れず、事業所の姿勢に疑問が生じる事例。要因分析が不十分なため、導かれた策が解決に繋がらないと読み取れる。ヒヤリハットではなく、事故と読み取れる事例。

<p>介護老人保健施設 経験年数 9年</p>	<p>① 被評価者が居室の巡視をしていた際、利用者の左手背と右前腕に皮下出血があるのを発見。皮下出血がいつから出来ていたものか、原因は何かを他職員と情報共有を図っていた。皮下出血の発見が遅れていけば重度化し感染症に繋がっていた恐れがある事、職員が発見する前に面会に来た<u>ご家族が先に皮下出血を発見していればご家族からの苦情に繋がっていた恐れがある事を「ハッとしました気付き」としてヒヤリハット報告書に記録をしていた。</u></p> <p>② 原因を探った結果、利用者がベッド柵を叩いている可能性が高いと考え、<u>ベッド柵にカバーを掛ける対応策を立て、他職員へ情報共有を行っていた。「現認」「カンファレンス議事録」</u></p> <p>③ 情報共有方法として申し送りとヒヤリハット報告書を回覧していた。「現認」「施設内ヒヤリハット報告書」「介護記録」</p>	<p>①「家族が先に発見していたら苦情につながっていた恐れがある」からヒヤリハットとの根拠文は、「利用者視点」とは言えない。</p> <p>②対策は適しているのか？（ベッド柵を叩き皮下出血したことにに対してカバーをするのみ） また、これはヒヤリハットか？</p>
---------------------------------	---	---

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

▶ ヒヤリハットではなく、事故と読み取れる事例

<p>介護老人 福祉施設 経験年数 10年</p>	<p>① 嚥下機能の低下があり自身の唾液でも咽やすく、窒息防止の為臥床時は頭部のギャッジを指定の位置まで上げる事になっていた(施設内の予防事故対策マニュアルに記載されている対応事項)利用者について、夜間の見廻り時に<u>頭部のギャッジがフラットになり上がっていなかったのを</u>発見している。利用者は眠っており状態変化はなかった。そのことについてケース記録及び予防処置報告書に記載していた。(ケース記録及び予防処置報告書)</p>	<p>①この法人の基準なのでしようがないが、窒息防止のための施策を実施していなかったことは明らかかな事故ではないか。</p>
---------------------------------------	--	--

▶ 介助方法が適切かどうか、疑義が生じる事例。なぜその対応策を導いたのか、疑義が生じる事例。

<p>訪問介護 経験年数 19年</p>	<p>① 手順では利用者が<u>トイレへ歩行するときズボンの後ろを持って支えることになっていたが、利用者が持たないで強く要望したため支えず歩行させ、ふらつきがあり、あわてて支えたという事例があった。</u>ヒヤリハット記録に記録した。</p> <p>② 手順書に「利用者のズボンを持って支え歩行介助する」と明記していなかった。ヘルパーへの申し送りもその点があいまいであったことが分かり、手順書に明記し、ヘルパーに利用者の要望に関わらず手順を守るように申し送りした。</p> <p>③ 部内研修で当該ヒヤリハットをとりあげ、このケースの居宅プランと訪問介護計画書を全員で点検し、手順書の不備を指摘しあい、情報共有した。他メンバーもヘルパーに同行し、当該手順が守られているか確認した。</p>	<p>歩行時にズボンの後ろを持って支えるという介助の手順は適切か？ ましてやご本人が嫌がっている。それ以外の方法は検討しているのか？</p>
------------------------------	--	--

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

➤ 介助の仕方について検証したかどうか、読み取れない事例。

<p>通所介護 経験年数 9年</p>	<p>① トイレ内で、便器と車椅子の間に挟まれている状態であった。排泄時は近くに居られることを嫌がるため、カーテンの外側で待機していた。普段は排泄後、ナースコールを押してくださるが、コールは無く、自己にて移乗行おうとしたため便器と車椅子の間に挟まれ動けなくなっていたと思われる、などと概要や根拠が記録されていた。</p> <p>② 予防策：今後は排泄中ではあるが、こまめに声かけを行う。他職員へもA様が排泄中だと報告しておくなどと記録あり。</p> <p>③ カンファレンスを開催し、ヒヤリハットの内容を職員間で情報共有していた。 発見が遅れた場合や車椅子のブレーキが外れていた場合など、事故に発展しそうな予測なども話し合っていた。排泄の定時誘導時は、見守り・声かけを強化するように対応策を実践継続していた。発生日から5日後も排泄時は対応策を実践していた。</p>	<p>車椅子の位置がおかしいのではないかと。</p>
-----------------------------	--	----------------------------

➤ 福祉用具の整備不良と読み取れる事例。原因分析が不十分と読み取れる事例

<p>介護老人保健施設 経験年数 12年</p>	<p>① <u>居室より車椅子を押して廊下まで出てくる所を発見している。車椅子はブレーキがかかった状態のままであった事からつまずき転倒の危険が予測される。</u>ヒヤリハット報告書、電カルテ記録</p> <p>② トイレに行きたいとのことで車椅子を押して出てきた。以前は歩行器使用にて歩行されていたが、体調を崩し、また視力も低下してきた経緯もあり転倒の危険が予測された為、クリップセンサーを使用していた。それだけでは外す恐れがあり、移動してきたことに気付かない為、フットコールセンサーも併用で設置して対応する事とする。また、ご本人の訴え時以外にも定時で排泄の声掛けを行っていき、行動を予測した対応をしていく。</p> <p>③ ヒヤリハット報告書、電カルテに、発生時の状況、利用者の訴え、対応処置、現在の状況、今後の対策を記載し、翌日の申し送りでも報告、施設内の各部署にコピーで回覧、またいつでも確認出来るように連絡帳に綴り、情報共有している。</p>	<p>車椅子のブレーキがかかった状態で、車椅子が動くのは整備不十分ではないのか。</p>
----------------------------------	--	--

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

II-4-2 事故発生時の対応ができる	
①	事故発生時の事業所・施設内のルールに従って報告すべき者に対して、事故発生時の状況について、いつ、どこで、誰が、どのように、どうしたかを明瞭に伝えることができたか。
②	事故の再発予防策を講じることができたか。
③	家族に連絡し、発生原因、再発予防策を利用者・家族が理解できるように説明できたか。
④	事故の発生から再発予防策までを事業所・施設内外の関係者と共有し、再発防止策を継続的に実践することができたか。

- ▶ 予測可能であった場合、リスクマネジメントができていない、かつ具体的な対応策が示されていないと読み取れる事例。

属性	根拠記載	指摘内容
通所介護 経験年数 15年	<p>① 昼食後、利用者様が自身の席からソファへ移動する際ふらついてしりもち転倒した。痛みの確認をしたが、痛みはなし。トイレにて臀部を確認したが、外傷はなしと管理者へ報告できていた。</p> <p>② 昼食後、他の利用者様への対応中に起こった事故で、職員同士の連携がとれておらず見守りが行き届いていなかった。昼食後は職員が手薄のため、<u>ホールに一人は必ず見守りを行う様にし、職員同士で声を掛け合い対応することを対応策として講じていた。</u></p> <p>③ 利用者様の状態が落ち着いていたので、帰りの送迎時に、ご家族へ、歩行時にふらついてしまいしりもちをつかれた。再発防止策として、ホールへの見守りを職員間で徹底し、移動の際は必ず付き添うことを説明し、理解を得られていた。</p> <p>④ 事故報告書を作成。<u>見守りを強化し、歩行時には職員が付き添うと申し送り等で情報を共有し、リスクマネジメント会議等で事故発生時から、歩行時の付き添いを継続的に実践していることを確認できていた。</u></p>	<p>元々、見守り等の介助が必要な方か。予見可能であったのではないか。</p> <p>事故防止につながる対応策か。</p>

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

▶ 予測可能といえ、リスクマネジメントができていないと読み取れる事例

<p>介護老人 保健施設 経験年数 15年</p>	<p>① 全介助の方の朝、居室のベッドから車椅子に移る際、職員が全介助で移乗介助するとき、<u>フットレストに足があたり皮膚剥離してしまった</u>と自己報告に記載あり。看護師報告し処置、所属長に報告。家族に連絡状況を報告していた。</p> <p>② 足の拘縮もすすんでいる為、皮膚が弱い為レッグウォーマーを使用し移乗時にはフットレスを外し移乗すると事故報告書の対策に記載されていた。</p> <p>③ 事故後すぐにキーパーソンの方に連絡し、状況、怪我の具合等分かりやすく説明し今後の対策も伝え理解して頂いていた。</p> <p>④ 事故後、その日の出勤者で対策を話し合いを行った。申し送り、事故報告書にて情報を共有。1週間後、さらに1週間後、1ヶ月後のカンファレンスを実施し対策に対しての状況、有効性の確認を記載。また安全対策、身体拘束廃止委員会にて事故報告書を共有していた。</p>	<p>ベッドから車椅子へ全介助で移乗のとき、フットレストに足があたり皮膚剥離してしまった事故は、予測できた事故である。</p>
---------------------------------------	---	---

▶ アセスメント不足で事故に繋がったと読み取れる事例

<p>定期巡回・ 随時対応 訪問介護 看護 経験年数 13年</p>	<p>① シルバーカー利用の方、リビングの椅子に座る際に方向転換によりバランスをくずし転倒される。訪問看護師に状況報告を行い手足が動かせること痛み外傷がないことを確認し、上長、家族、利用予定のあるサービス事業所への報告を行っていた。事業所内のルールに従って報告、連絡ができていた。</p> <p>② <u>右手に疼痛がありプロテクター着用されていたため動作に影響する可能性があることから左手をテーブルについて移乗しやすいように椅子の位置をセットする</u>という対策を事故当日より実施していた。事故報告書にて確認する。</p> <p>③ <u>右手に疼痛があり動作に影響するかもしれないということについてアセスメント不足であったこと</u>家族に説明謝罪、右手が不自由であるということを確認し椅子に座りやすいように位置を変更するという対策を実施して転倒予防に努めることを説明し理解を得ることができていた。事故報告書に記載があることを確認する。</p> <p>④ 事故発生当日にカンファレンス実施し再発防止策を実施し、事業所内に事故報告書回覧し情報の周知が図られていた。職員の確認印を確認する。その後も1か月の間に2回カンファレンスが開かれており対策の有効性を継続して確認できていた。事故報告書に有効性の確認が記載されていることを確認する。</p>	<p>実際の動作で確認が出来ていないことが露呈した事例。アセスメント不足とあるが、どのようなアセスメントが不足していたのか明確にして下さい。</p> <p>対策に椅子に座りやすいように位置を変更するとあるが、どのように変更するのか？</p>
--	---	--

➤ 認知症ケアのアセスメントができていない、不十分と読み取れる事例。

<p>認知症対応型共同生活介護 経験年数 13年</p>	<p>① おやつ前の15時頃食堂で利用者がカレンダーに色塗りをしている際に、色鉛筆を口に入れてしまう事故があり。すぐに色鉛筆を口から出し、口腔内を確認し、残渣物を除去し、うがいをを行った。その後、バイタル測定し、訪問看護師に連絡し、事故の報告をする。その後、所長に連絡・報告し、主治医に連絡・報告し様子観察の指示があり、色鉛筆の製造元に連絡し、口に含んで危ないものを使用はしていないことを確認することを不適合報告書で確認する。</p> <p>② (カンファレンス議事録) 事故カンファレンスにて色鉛筆の使用は禁止する。他にも食べ物と勘違いをして口に入れる可能性がある為、<u>手が届く距離には食べ物以外置かない</u>ことが書かれていた。</p> <p>③ 長女様に直接事故の報告を行う。発生要因として<u>認知症の症状が進んでおり、全て食べられるものに見えてしまっている可能性があること</u>、再発予防として、とりあえず色鉛筆は使用しない。ちぎり絵等手を動かす行為は継続したいので職員がマンツーマンで付き添いのもとのみで実施させていただくことを伝え、了承していただいたことが介護記録表に記載されている。</p> <p>④ 職場会議で事故カンファレンスを実施し、発生状況・対応方法・家族様への対応・理解度を共有し、実践の記録を介護記録表に記載していた。</p>	<p>食べ物と勘違いをして口に入れたのか。すべて食べ物に見えてしまっている可能性とあるが、認知症が進んだから「すべて食べ物に見える」ということはないのではないか。</p> <p>手が届く距離には食べ物以外置かないという対応策としているが、考察が足りないのではないか。</p>
--------------------------------------	---	---

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

➤ 原因分析と対応策が対応していないと読み取れる事例。

<p>認知症対応型共同生活介護 経験年数 10年</p>	<p>① 昼寝をしていた入居者の居室よりドンという物音が聞こえ訪室すると、入居者がベッドの足元の側で両膝をついている状態だったのを発見。声かけし立ってもらおうとしたが一人では立てなかったため、スタッフ二人対応で立ってもらい、椅子に座ってもらった。</p> <p>② 事故発生時に作成した事故報告書をもとにスタッフミーティングで予防策を話し合い情報を共有。外出後はその疲れが原因で転倒の事故につながることも考えられる。特に休んでいる入居者は寝起きでふらつきやすい。予防策としては、居室内で過ごしていたり休んでいる入居者がいる場合はこまめに居室を訪室し様子を伺うようにする。</p> <p>③ 居室内でお昼寝の後に転倒したこと、外傷はなくバイタルも異常がなかったことをご家族にリーダーより連絡してもらい、午前中に美容院に行き少し疲れがあり昼寝をしていたため寝起きでふらつきがあったこと、<u>靴がうまく履けず左の靴だけ履いていたこと、靴を履こうとして滑ったのが原因</u>と考えられることも説明し、<u>予防策としては居室にいる際にはまめに訪室し様子を伺うこと、休んでいる時は様子を見ながら見守り対応</u>が出来るようにすることも説明し理解を得た。</p>	<p>くつを履きやすくするためにどのような環境整備を行ったのか。</p>
--------------------------------------	---	--------------------------------------

➤ 原因分析が不十分であり、導いた対応策が見守りのみであり、対策にならないことが予測される事例。

<p>特定施設 入居者生活介護 経験年数 15年</p>	<p>① 昼食後スタッフが利用者の居室へご案内し、車椅子からベッドへ利用者自身で移乗される際にベッドに両手を付き、右膝を乗せたが、バランスを崩し、膝を滑らせ、右側に転倒し、頭をベッド横のテーブルにぶつけられた。</p> <p>② 事故発生後、会議を開き、原因の追究(車椅子からベッド移乗時に、利用者自身で行われているが、介助、見守りが不足していたことにより、利用者自身での移乗時にバランスを崩された)再発予防策等について協議し、<u>予防策として移乗する際、利用者自身で行うことも必要ではあるが、その際には見守りを行い、何があってもすぐに介助に入ることを徹底し、介護記録に記録を残している。</u></p> <p>③ 家族に連絡し、業務日誌や記録内容を基に、発生原因、再発予防を、時系列に沿って適切に分かりやすく説明し、理解をしてもらっている。</p> <p>④ 事故の発生から再発予防策までを、業務日誌の内容を</p>	<p>②事故発生の今後の対策が見守り。ご利用者の残存機能を活かした移乗方法になっていないのではないか。原因の分析が不足していると思われる。</p>
--	--	---

	<p>基に、事業所内外の関係者と共有・提議し、再発予防策を継続的に実践している。</p>	
--	--	--

▶ 原因分析ができておらず、誤った対応策を導いていると読み取れる事例。

<p>介護老人 福祉施設 経験年数 12年</p>	<p>[利用者の状態] 多発性脳梗塞の既往歴あり。混合型認知症。両下肢に筋力低下あり、立位はとれず、車椅子を使用し移動している。介護に対する指示は理解できる時とできない時がある。言っている事はつじつまが合わず、自分の意思を伝える事はできない。ベッドは低床ベッドを使用しており、ベッド横には緩衝マットを敷いている。</p> <p>① ●時: 利用者の部屋を訪室した時に利用者がベッド横に敷いてある緩衝マットに長座位の状態ですわっている所を発見していた。意識はしっかりとしており、声掛けには、はっきりと返答があり、少し興奮している事を確認していた。外傷や痛みはない事を確認していた。職員2名にてベッドへ移乗し、バイタル測定を行っていた。看護職員に連絡し、利用者の状態や状況について明瞭に説明していた。看護職員が利用者の状態を確認し様子観察を行うよう指示を受けていた。横臥後も少し興奮しており、体動も少し見られる為、車椅子に離床し過ごしていただいていた。30分程するとお茶を飲み落ち着かれ、声掛けに対して穏やかに返答している事を確認していた。介護職員、相談員、所属長に事故発生時の状況について、いつ、どこで、誰が、どのように、どうしたかを明瞭に伝えていた。</p> <p>② (発生原因) <u>ベッド上で体動が見られる時があり、少し興奮もしていた為、少しずつ動きベッドから緩衝マットにずり落ちてしまった可能性がある。</u></p> <p>③ 今後も体動によりずり落ちてしまう可能性が考えられるため、<u>引き続き定期的に巡視をしていき早期発見に努め、興奮している時は車椅子に離床して職員の側で過ごしていただく</u>と(再発予防策)を講じて「アクシデント報告書」に記録していた。</p> <p>④ 被評価者は家族に連絡し、利用者の状態、発生原因、再発予防策を説明し、家族は理解されていた。</p> <p>⑤ 「アクシデント報告書」は施設内で共有され、申し送りや朝礼にて周知され、再発防止策は継続して実践されていた。</p>	<p>体動の原因の再評価が必要。なぜ興奮しているのかわからないと質の高い介護ができないのではないか。</p>
---------------------------------------	--	--

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

➤ 対応策が利用者の尊厳に配慮出来ておらず、身体拘束にあたる読み取れる事例

<p>認知症対応型共同生活介護 経験年数 6年</p>	<p>① 利用者就寝時、ドンと音がした為、訪室。独歩の難しい利用者がベッドから降りベッド脇に設置されていたナイトテーブルの角で頭を打ち、血をながしてベッド脇に倒れられていた。他の夜勤スタッフに応援を要請し所長に報告する事が出来ていた。</p> <p>② 夜勤者の他の利用者の鈴の音だという思い込みにより訪室が遅れてしまった。事故前は利用者の同意のもとスリッパに鈴を付け見守りを行っていた。事故後の再発予防策として家具の配置の変更、<u>鈴の位置と鈴の種類の見直しを行った。</u>いずれも利用者の睡眠の妨げに為らない様に配慮し、<u>掛け布団の右側の端に1点、ベッドのボトム下のフレーム中央に1点付け、身体を起し足を下ろされた際に鈴が足に当たり音になる様にし、見守りを行う事にした。</u>鈴の音が鳴った場合は1番に訪室する、転倒のリスクを小限に抑える為ベッドの高さを低の高さにし、車椅子をベッド柵付近にセットし、座って頂ける様にした。その際車椅子にも鈴を付け、様子を見ていく事とした。</p> <p>③ 事故発生報告書、経過記録を基に利用者のキーパーソンである孫に電話にて謝罪をし、事故の状況説明と再発予防策として、夜間では本人の睡眠の妨げにならないように配慮し鈴を用いての見守りの提案と、家具の配置の変更等の説明を行い家族に理解を得る事が出来ていた。利用者へは認知症の進行により事故の状況説明、状態の把握が困難な為に謝罪を行った。</p> <p>④ 施設でのミーティングにて独歩の難しい利用者が就寝後に起き上がり転倒。救急搬送され頭部を縫うといった事故発生の報告を行った。ミーティングにて利用者の現在のADLの分析をし、居室の家具の配置の変更、鈴の位置や鈴の種類の変更、車椅子の配置等の説明をし介護職員と情報共有を行った。変更後は、毎朝の申し送りの際に利用者の日中・夜間帯の様子観察、報告を行い、経過記録に記載する事が出来ていた。</p>	<p>利用者のスリッパに鈴をつけている事は身体拘束にあたるのではないかと思われる。 再発防止策も不適切であると考ええる。 鈴の種類の変更と位置を変えているが、他の利用者との混在は防げるのか。他にベターな方法がないのか検討が必要と思われる。</p>
-------------------------------------	---	---

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

- 原因分析が不十分であり、導いた対応策が見守りのみであり、対策にならないことが予測される事例。

<p>通所介護 経験年数 11年</p>	<p>① 利用者を車椅子からベッドに移乗するとき、靴を脱がせようとして車椅子のフットレストが邪魔であったことに気づき、車椅子を移動させようとした。手を放してしまつた間に利用者がバランスを崩し臀部から前方に滑り落ちた。事業所内のルールに沿って、まず周囲の職員を呼び当該利用者の安全を確保する。その後、現場のリーダー職員に報告する。また、利用者の外傷や身体的異常の有無を確認するため看護師に連絡。リーダー職員は、生活相談員と管理者に報告した。</p> <p>② 該当利用者を含めベッドサイドに座るときは、不安定要素の有無に関わらずその場をはなれない。また、離れなければいけない場面があった場合は、周囲の職員と連携する。(介護記録・事故報告書)</p> <p>③ 即座に電話連絡し謝罪し再発防止策を説明した。</p> <p>④ ベッドサイドで座位の場合は、介助者がどの場を離れる際、協力者を呼び連携を図ることで<u>利用者から離れないことを徹底する。</u></p>	<p>事故発生要因の追究が不十分。詳細要確認。離れない事だけが再発防止策では不十分である。</p>
------------------------------	--	---

- アセスメントが不十分であり、対応策が不十分と読み取れる事例

<p>介護老人 保健施設 経験年数 10年</p>	<p>① <u>車椅子を使用している利用者がトイレに座り込んで</u>いるのを発見した。場所はトイレ手すり前、時刻確認、看護師へ報告、全身観察、バイタル測定。異常なし、外傷なし、疼痛なし。看護師より 医師へ報告、診察後、様子観察の指示がでる。以上を施設のルールに従って5W1Hの手順で明瞭に伝える事ができていた。</p> <p>② 事故分析の結果、<u>対応策は事故時間と同じ時間くらいに</u>トイレ誘導時間を追加すると再発予防策を講じ実践できていた。</p> <p>③ 家族に電話した際にトイレに行きたかった様子だったと原因を説明し<u>トイレ誘導時間を追加した事</u>を再発予防策だと説明し家族が「わかりました。よろしくお願ひします」と了承を頂けたので理解できるように説明できたと評価した。</p> <p>④ 事故の内容から再発予防策まで事故報告書に記載し施設のルールに沿って上司や他部署に報告を行って情報を共有できていた。再発防止策は排泄表に追加した事を記載したので継続的に実践できていると評価した。</p>	<p>事故発生時と同じ時間にトイレ誘導を行うとあるが、日ごろの排泄のパターン、水分摂取量などの評価に基づいた対応なのかご確認下さい。</p>
---------------------------------------	---	--

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

➤ 導いた策が適切とは読み取れない事例

<p>介護老人 福祉施設 経験年数 9年</p>	<p>① 昼食前、食堂へお連れしようと訪室したが居室に姿が見えず、リビングにもいなかった為、フロアを探すと居室トイレの中で便座に座っているのを発見した。<u>夜勤者が朝食後のトイレ介助をしたことを忘れ、他の職員に引継ぎをせずに業務を終了してしまった</u>為、当該時間までトイレに座ったままだった。以上をサービス課長、フロアリーダー、看護師へ報告した。</p> <p>② 他の職員に<u>トイレ介助をした事を必ず報告し情報を共有する。また、トイレが使用中である目印として、椅子または車椅子を置く。</u>以上をケア記録へ記録し事故報告書を作成した。</p> <p>③ ご家族に当日電話にて報告し、謝罪した。</p> <p>④ 事故の経緯と対策を事故報告書として作成した。また、振り返りの事故カンファレンス一ヶ月後と三ヶ月後に開催し、再発防止に努めることとした。</p>	<p>朝食後にトイレ介助後に、夜勤者が引継ぎを忘れ昼食前までトイレに座ったままの事故について、再発防止策について適切であると確認できない。</p>
--------------------------------------	--	---

II-5. 身体拘束廃止に向けた対応ができる

II-5-1 身体拘束廃止に向けた対応ができる	
①	身体拘束に至る背景や原因について、情報を収集・整理し、問題点を明確にすることができたか。
②	身体拘束をなくしていくための対応策を提示できたか。
③	ケアカンファレンス等を開催し、身体拘束をなくしていくための対応策についてチームメンバーと共有し、対応策が継続的に行われるよう働きかけを行ったか。

➤ 身体拘束廃止に向けて家族の同意が得られずに拘束を続けていると読み取れる事例

介護老人 福祉施設 経験年数 13年	<p>① 全盲で認知症があり、ご自分で排泄される。ベッドサイドにポータブルトイレを置き、ベッド柵からポータブルトイレ間にタッチアップを2台設置。タッチアップを辿ってポータブルトイレに座るかたちとなる。ベッド柵1本、タッチアップ2台、ポータブルトイレを設置することで、ベッド入り口を覆ってしまっている為、居室内を自由に動く事を妨げてしまっている。ご家族は、「医師より転倒したら寝たきりになると言われたので、拘束してでも転倒は避けたい。自宅でも拘束をしていたので、自宅にいる時と、同じように拘束してほしい。100%転倒しないと言う 対策がない限り、拘束してほしい。」と言われた。全盲の為、転倒リスク、転落リスクが高い事が問題視された。</p> <p>② フロアから見える居室にし、センサーマット使用、日頃の様子等から転倒、転落のリスクの可能性が低い事から、<u>身体拘束を外していけないかご家族に提案、相談したが、「転倒しないという100%の対策でない限り無理です」と言われた。施設側は拘束を外せるよう本人の生活状況を定期的に報告していたが、家族の身体拘束への思いが強く変わらなかった。</u></p> <p>③ 毎月1回カンファレンスを行い、身体拘束中の本人の様子、今後の対応等話し合い、その都度家族に、状況、提案を行うが、<u>家族の納得は得られず、</u>身体拘束への強い希望は変わらず。</p>	<p>③ 対応策の継続性は、提案だけで良いのか</p>
-----------------------------	---	-----------------------------

第3章 評価記録に対する専門家指摘事項とOJT活用に向けた示唆

➤ アセスメントが不十分と読み取れる事例

<p>介護老人 福祉施設 経験年数 4年</p>	<p>① <u>全身に痒みがあり、上半身、手の届く箇所を血が出るほど搔かれる。</u>（血が止まらないことで難病指定【突発性血小板減少性紫斑病】を受けている。）また、胃瘻を増設しているが、認知症状もあるため、胃瘻を抜いてしまったこともある。常時見守りをする事ができないため、24H（胃瘻の食事注入時、外して見守りできる時間帯以外）、<u>やむを得ず両手にミトンを着用する身体拘束</u>をすることになった。（身体拘束記録、毎月のユニット会議録）</p> <p>② 毎日、ケース記録に【日中拘束状況】【夜間拘束状況】欄を設け、拘束している間の状態、実施した職員の名前を記録するチェック表を作成し記入している。拘束時間を短くできるように検討する資料としている。日中の胃瘻食事注入の時間、手浴の時間、見守りできる時間には拘束解除ができるように口頭や会議録の書面で働きかけをしている。（身体拘束記録、チェック表、毎月の会議録）</p> <p>③ 毎月のユニット会議で検討している。また、その際に拘束の時間を少しでも短くできるように看護師を含め検討している。自らも、<u>日中の把握できる時間帯にはミトンを外し見守りを行う</u>等の実践、他職員にもできるように確認、看護師への声掛け、会議録の報告をして呼びかけてきている。（毎月のユニット会議録、【拘束状況】のケース記録）</p>	<p>原因に対しての対応策なのか。詳細要確認。</p> <p>かゆみの原因は何か。ミトンを着用してもかゆみは軽減できない。</p>
--------------------------------------	--	---

➤ 実行可能な対応策なのかどうか、読み取れない事例

<p>認知症対応型共同生活介護 経験年数 16年</p>	<p>① 車イスからの立ち上がりがあり転倒された。以前は歩行可能だったが、突然歩行困難になり、腰の圧迫骨折より車椅子使用になる。利用者は、歩けると思い車イスより立ち上がろうとされる。家族よりホームに迷惑をかけたくないと車イスから落ちないように身体拘束を希望された。会議記録や申し送りノートに記載。</p> <p>② <u>利用者が車イスから立ち上がろうとされる時は、すぐに職員が行き、利用者の意向の確認を行い対応する。</u>また気分転換を図るためにソファへなどに座り、他利用者の方とコミュニケーションを取れるように支援するように会議記録や申し送りノートに記載していた。</p> <p>③ ケア会議で話し合い職員で情報共有し家族にも相談する。会議記録や申し送りノートに記載しいつでも確認出来るようにした。</p>	<p>対応策を継続できているか？</p>
--------------------------------------	--	----------------------

3. 専門家指摘 抽出事例整理

過去2年のレベル認定委員会審議において記録確認による評価に関する評価根拠についての委員指摘事項（計42事例）を抽出した。

根拠記載事項への指摘は、被評価者（介護者）の対応への疑義、指摘であると同時に、これらの事項を実践スキルの根拠として提示した指導・評価者側（アセッサー）の視点への疑問、指摘でもある。

介護キャリア段位制度では、介護スキルの測定指標を用いた評価であることと、スキルの証明として介護者の対応を記録化し根拠を示していることから、介護技術に関する検証を可能にしている。またアセッサーによる評価結果に対し、専門家による審議の機会（レベル認定委員会）を設けており、第三者指摘について、現場へのフィードバック⇒現場での検証（再評価を含む）へと繋げることができる構図となっている。

I-5 状況の変化に応じた対応：便・尿の異常への対応、皮膚の異常への対応

当該評価項目は、利用者の異変、異常の兆候に気づき、早期対応に繋がっているかについて、専門家指摘からは、利用者の置かれている状況を察知、観察することができるのかどうかの観点、置かれている状況を観察できていなかった結果として、状態悪化を招いている可能性の指摘事例や、置かれている状況を受けて対応しているのみで、原因探索のプロセスを省き、アセスメントにつなげる視点を持てているのかどうか、といった観点から指摘が挙げられている。

I-5 状況の変化に応じた対応：認知症の方のいつもと違う行動への対応

認知症の方の攻撃的行動、突発的行動、対応が困難な行動等が見られた時への対応について、なぜそのような行動がみられたかを、「認知症なので」「認知症のため」としており、なぜ不穏や不安につながったのか、アセスメントを省いていると読み取れる事例につき、専門家指摘を受けている。

起きている状況自体を問題と捉え、その背景要因を整理していない事例、情報収集をしたことが読み取れない事例、その場の対処、対応で「できている」と評価しており、今後のケアにおいて、利用者の不穏や不安を招く状況が繰り返されるのでは、と読み取れるものについて、専門家指摘を受けている。

II-1-1 相談・苦情対応

相談・苦情対応においては、利用者の言動を「問題行動」と捉える事業所、指導者、職員の認知症ケアに対する姿勢への指摘、相談苦情に対し、具体的な対応策を見出さずに、苦情の報告と状況の様子見で、「できている」とのスキル評価を行っている事例等、根拠記載の

対応では、相談苦情の解決策が導かれなかったことが読み取れる事例についての指摘となっている。

II-2 介護過程の展開

介護過程の展開については、根拠記載からは、積極的なモニタリングを実施した根拠とは読み取れないもの、個別介護計画の内容と評価を受けての代替案が同じ内容であり、どのように介護過程を展開させたのか、記載からは読み取れないものなど、利用者個別のニーズをくみ取り、アセスメントを行い、モニタリングを実施し、利用者ニーズをくみ取った個別ケアの実践に繋がっている形跡が根拠記載からは読み取れないものにつき、指摘をうけている。

掲載事例の他、介護過程（プロセス）の関連性が読み取れず「展開」とは読み取れないもの、大雑把なプラン内容であり、記載からは、利用者の意向をくみ取った、個別ケアにつながるとは読み取れないもの、評価期間を6か月、1年、2年等、相当期間評価がされていないことが読み取れる事例等、介護職員が利用者に向き合い、アセスメントを行っている形跡が読み取れないものについて、指摘がされている。

II-4-1 ヒヤリハットの視点を持っている

「事故に至らなかったがヒヤとした」「ハッとした気づき」を意識的に記録化し、原因分析を行い、対応策（予防策）を講じる取組を評価する項目に対して、そもそもヒヤリハットとして取り扱うことに疑問である事例（事故事例）、行っている対応、行っている行為、ケア自体が不適切ゆえに、事象を引き起こしたと読み取れる事例が第三者指摘を受けている。

ヒヤリハットへの対応プロセスとして、要因分析自体を省略して対応策を導いているもの、多角的な方面からの要因分析（利用者要因によるもの、介護者要因によるもの、環境要因によるもの、それ以外の要因によるもの）を行っておらず、よって不十分な分析により、不十分な対応策を導いている中で、ヒヤリハットに対する対応の「実践スキルあり」と指導者、評価者が評価していると読み取れる。アセスメントには、多職種との協働で導く視点も含まれ、現場には知見の蓄積が求められる。

また、具体的な対応策が示されずに、この先の事故を予測させる事例も散見される。

さらに、導いている対応策自体が、利用者の尊厳に配慮できておらず、身体拘束と読み取れる事例を、実践スキルの根拠として提示してきているケースも見受けられる。

要因分析ができておらず、よって適切な対応策が導いていない事例につき、介護者の経験年数をみると、10年以上の者が連ねており、経験を積めばアセスメントスキルが身につくとはいえない実態が読み取れる。利用者の尊厳に配慮できていない対応策を導いている事例についても、介護者の経験年数は8年、10年以上となっており、事業所の中のケアの標準形と、原理原則である遵守事項との乖離がある可能性が危惧される。

II-4-2 事故発生時の対応ができる

事故対応については、予測可能な事故と読み取れ、リスクマネジメント自体ができていないと読み取れるもの、認知症ケアのアセスメントができておらず、誤った対応策を導いているもの、対応策自体が利用者の尊厳に配慮できておらず、不適切な策に帰結しているもの、原因分析自体を省き、起こった事実と対応策を結び付けているもの、具体的な対応策が導けておらず、事故防止に繋がらないことが予測されるものなどが、指摘されている。

起きている状況を客観的事実として整理し、それに対して多角的にアセスメントを行うこと、実施可能な対応策を導き、展開できていることが求められる中で、第三者指摘が得られない場合は、誤った評価、指導でも是とされ、結果事故回避につながっていかない可能性がこれらの指摘から示唆される。

今回抽出の事例を介護者の経験年数をみると、5年以上の者であり、10年以上の者が散見される。アセスメント、対応策を現場任せにし、検証を行わない場合、指摘のような事例が事業所において「是」として扱われ、事故は繰り返される可能性もある。これらの事例からは、現在事業所で通用している対応が、介護の実践スキルには至っていない可能性が示唆される。

II-5-1 身体拘束廃止に向けた対応

身体拘束廃止に向けた取組が「できている」と指導者・評価者が提出してきた事例についても、根拠記載からは、十分なアセスメントが実施されたことが読み取れず、根本的な解決に向けたアセスメントができていないために、導く対応策が不適切であるもの、実行可能な対応策と読み取れないものなど、アセスメントスキルが備わっていない場合に、どのようなケアが導かれるかのリスクを示しているものといえる。

4. 専門家委員指摘からの示唆

現場のOJT内容、ケアの実態

OJTを行うにあたっては、指導者（評価者）は、介護専門職としての知識と技術に基づいて実施することが前提となる。しかしながら委員指摘事例の中には、そもそも介護者の基本的なケアの仕方に問題があると読み取れるものも確認でき、「尊厳のある介護」が実践されているとは読み取れない記録や、利用者のQOL向上につながる方策とは読み取れないものについての指摘がなされている。

これらの介護提供者の経験年数をみると、むしろベテランと位置付けられる職員の実践結果となっている。このことは、介護現場の実態として、介護の基本理念、原理原則である利用者の尊厳を踏まえたケアとなっていない場面であっても、是認している現場の実態を反映しているのではないかと、との疑念を生じさせる。

アセスメントスキルをどのように身に付けていくか

また委員指摘では、評価項目の各場面において、利用者の置かれている状況の観察視点、課題分析の視点、課題解決につながる対応策といった観点から、多くの指摘が挙げられている。

指導者（評価者、アセッサー）が「実践スキルあり」との根拠として提示してきた内容自体に、そもそも是正すべきケアや、利用者の尊厳に配慮できていない表現や対応が含まれるもの、起こった事象を受けてアセスメントを省略し、対応策を提示しているもの、問題解決に繋がらない対応策で、一連のケア対応を指導者（評価者）が「できている」と整理しているものが散見される。

専門家指摘からは、ケア実践者には、利用者の心身の状況等に係る観察力、利用者の状態に応じて適切な対応ができる判断力、認知症の症状や病状等に応じた介護等を提供できる業務遂行力、様々な職種と連携しながら業務を遂行できる多職種連携力といった能力が求められることが示されており、知見に基づく丁寧なアセスメントなくして、尊厳保持に向けたケアは提供できないことを指摘している。

ケアの場面において、どのような着眼点を持ち、分析・対応していくべきか、道筋の指南役は、OJT指導者（評価者）の役割となるが、介護現場の実践の過程で指導者が「適切さ」を教えられていない可能性が読み取れる中で、指導者自身のスキルの向上を図る仕組みがない場合、ケアの現場で誤った展開を招き、リスクを誘発しかねない。専門家指摘は、提供された行為は、果たして尊厳あるケアといえるのか、どのような検証を行い、知見が生まれているのか、介護専門職の思考プロセスへの問いかけとなっている。OJT実践には、指導者側に実践スキルが備わっていることが前提条件となり、ここにも介護の現場でのOJTを複

雑にしている要因が潜んでおり、指導者（評価者）側にも、学び直しの機会、教育が求められる。

今回取り上げた事例は、レベル認定委員会にて専門家指摘により、是正・確認の機会が与えられ、事業所内、指導者（評価者）、介護者間での検証の機会へと振り分けられているものである。また、これらは、意図的OJT・評価で実施されていることから、介護技術の評価基準に照らして、評価根拠として示された記録を用い、事業所内での振り返り、検証を可能とするものとなっている。

すなわち、仮に意図的なOJTを行わず、行為についての検証の機会がない場合は、誤った対応を先例としてケアが続けられていくこととなる。

このため、OJT指導者（評価者）の実践スキルの確認・是正につなげる学び直しの機会を設けるとともに、OJT基盤の上に、日々の介護業務において、職員の対応・行為を記録化し、根拠に基づくケアを意識的に実践し、多角的な視点からの丁寧なアセスメントを行うこと、検討検証を行っていくことが重要といえる。検証を通じて、職員自身、チーム、多職種によるスキルの共有を図りつつ、アセスメント知見として蓄積していくためには、行為・対応の記録化のプロセスが不可欠となる。介護者の行為・対応の記録を通じたケア検証を通じて、実践スキルを身に付けていくという構図は、介護OJTの仕方を示している。

実践スキルを有する指導者（評価者）のもと、介護者の行為・対応の記録化をはかることにより、職員のスキル把握、職員スキルの情報共有が可能となり、また介護技術評価基準に照らして、振り返り、検証を通じた実践を組織として共有していくことで、実践スキル、専門性の深化に繋げていくことが可能になるものといえる。

