

短期入所・通所介護事業所のリスクマネジメント —情報の少ない新規利用者をどうリスクから守るのか?—

(株)福祉リスクマネジメント研究所 所長

びわこ学院大学 准教授

烏野 猛

はじめに

「介護現場では必ず事故は起きる」というのが鉄則です。

「事故を起こさない」という目標や決意ではなく、「事故を起こさないようにする取り組み」と「事故が起きてからの対応」のこの二つがとりわけ重要な視点になります。

ではなぜ、通所介護事業や短期入所系事業が、事故多発地帯と言われるのでしょうか?

それは、利用者の顔ぶれが日によってまた週によって異なり、十分なアセスメントや介護スタッフ間での情報共有が難しい点が上げられます。またそのことによって、ケアプラン上と実際に提供した介護サービスとの乖離が生まれることから、リスクがリスクを生み出す構図が広がることになります。

一方、老人ホーム等の施設系介護事業では、利用者である高齢者の出入りが極めて少なく、十分なアセスメントが可能であることから、利用者の情報が他のスタッフに周知しやすく、また利用者の症状も大きくは変化しない分、事故の性格も「そんなはずではなかった…」というものではなく、「やっぱり起きたか…」という事故の傾向がうかがえます。

そういう意味では、デイやショートは、「まさか…」「聞いてなかったよ…」といった内容を含んだリスクが構造的に内在することになります。

1 なぜ、通所介護事業や短期入所事業に事故が多いのか…?

「なぜ、デイやショートに事故が多く、同じような事故が繰り返されるのか…?’それはサービス利用時において十分なアセスメントができていないということと、介護スタッフ同士の情報共有不足に起因しています。

では、なぜ十分なアセスメントができず、職員同士の情報が共有しにくいのか…?

通所介護でいえば、サービスの利用上ある程度ローテーションが固定化した利用者もいるものの、多くが新規の高齢者もしくは、月のうち数回だけ利用するような高齢者であったりする場合が考えられます。職員についても勤務のローテーション上、何度かサービスを利用している高齢者であったとしても、職員からすれば初対面ということも起こり得ます。

さらに短期入所でいうと、介護保険法という基準省令上、4日以上サービスを提供する

場合に限りケアプランの作成が義務づけられており、それ未満の日数ではケアプランに準ずるものを作ればよいという考え方です。

例をあげると今年の夏は異常ともいえる暑さの中、脱水症や食事が喉を通らず点滴で栄養を採っている高齢者が、緊急避難的に短期入所のサービスを利用するケースが非常に多くみられました。平均利用日数は1~3日なわけです。前述しましたが、十分なケアプランが作成されないままケアが提供され、ケアプラン上の目標と実際に提供した介護サービスとの整合性を検証できないまま、そして介護職員が利用者を理解し始めるころに彼らは退所し、また新しい利用者がやってくる…。

さらに、通所介護や短期入所は、介護保険法上の規定でいえば在宅サービスに該当し、同じ在宅サービスに含まれるグループホームや有料老人ホームとは異なり、あくまでも自宅での延長という性格が強いことから、「自宅では、どう過ごしていたのか？ 食事の好みは何なのか？」といった自宅環境に合わせる形で、デイやショートという介護サービスをオプションとして追加していくという流れがあります。

このように、デイやショートといった事業は、サービス利用の時間や期間の問題、そこからくるアセスメントの不十分さ、そのことによるケアプラン上の目標の立てにくさ。そして利用者情報をスタッフ間で共有しにくい環境から、実際に提供する介護サービスとケアプラン上の目標との乖離などが、とくに情報の少ない利用者を受け入れる大きなリスクとして考えられます。

次に、実際に通所介護や短期入所の事業所で起きた介護事故、またヒヤリ・ハッとから、利用者の情報を把握しにくい実情を改善するための工夫を「介護記録」から考えたいと思います。

3 アセスメント不足による介護計画の不十分さ、そして実施される介護サービスの不整合さ

通所介護や短期入所の事業所では、前述しました通り利用者である高齢者のアセスメント不足と、ケアプランが作成されるものの、介護スタッフ同士での情報伝達の不備から、とくに新規の利用者に対するリスクヘッジが図りにくくなる点を強調しました。

しかしそれだけではなく、デイとショートにおける数百例の介護記録を精査すると、アセスメントからケアプランへの落とし込み、そして長期・短期目標を記載したプランから実際に提供された介護記録への落とし込みへの不備が非常に多いことがあげられます。

つまり「何を書くのか…」が肝心であって、記録上の文言の誤字・脱字などにナーバスになることなど、情報の少ない利用者に対するリスクヘッジには大きく影響しないということです。

情報の少ない新規の利用者にこそ、メリハリのある記録とケアプランが必要であり、次の二点の視点が非常に大切であるということです。

- ① 記録を読んで、ケアプランの全体像が想像できるか?
- ② ケアプランをみて、どんなアセスメント票なのかが想像できるか? つまり、利用者像がイメージできるか否か。

この二点の問いかけを繰り返していくことで、情報の少ない利用者に対するリスクは大幅に回避することができます。

通所介護や短期入所の事業所で多発するいくつかのトラブル、また在宅での介護サービスで注意しなければならない点について、アセスメント、長期・短期目標を掲げたケアプラン、そして実際に遂行することが求められるサービス内容、そして実施した介護サービス記録との関係を書き出すと、次のようになります。

—アセスメント、ケアプラン(長期・短期目標)、サービス内容、実施記録との整合性—

アセスメント(ニーズ)	長期目標	短期目標・(サービス内容…記録が必要な事項)
上肢の動きが拙劣なため食事を自分でとれない	上肢のリハビリにより食事摂取の自立を目指す。	通所リハビリにて理学療法・作業療法をおこなう (効果は…) 自助具を使用する (何を…、その効果予測は…、効果測定は…)
自分で嚥下がうまくできず、むせることが時々ある	嚥下機能の保持と誤嚥性肺炎の防止。	嚥下障害の原因検索のための受診 (受信結果を必ず記録、咀嚼状況も含めて…) 食事時の見守りと声掛け (頻度は…、介助中の立ち位置は…) 食事内容の検討 (献立は…、常食・刻み・流動食、組み合わせは…)
移乗ができずベッドに寝たきりの状態である	移行訓練によりベッド以外で座位保持の時間を確保できるようにする。	ギャジベッドを導入し座位保持訓練 訪問リハビリにより座位保持・移乗訓練 (どのように…、誰が…、頻度は…) ベッド柵を工夫する (どう工夫する…、その根拠は…)
室内でよく転倒する	歩行訓練と室内の環境整備により転倒の危険を減らす。	歩行障害の原因検索・治療のための受診 (受診結果を必ず記録、疾患的な要因は…) 通所リハビリテーション 手すりをつける (どこに…、誰の判断で…)

		<p>室内の段差を解消する</p> <p>(どうやって…、効果予測は…、効果測定は…)</p> <p>歩行器の使用を考慮する</p> <p>(タイミングとその種類は…)</p>
両膝の痛みのため屋外での歩行ができず通院のための外出ができない	車椅子貸与により外出を可能にする。	<p>転倒に配慮、車椅子貸与</p> <p>(どう配慮するのか…、どんなものを使うのか…)</p> <p>通院時にヘルパーが送迎を行う</p> <p>(気をつけることは…)</p>
夜間尿意を催したとき、トイレに間に合わず、失禁がある	<p>環境調整が可能であれば、手すりの設置、部屋移動などでトイレでの排尿を図る。</p> <p>夜間のみポータブルトイレか尿器を使用する。</p>	<p>住宅改修</p> <p>(手すりの設置…、適切な場所に家族の合意まで得ているか…)</p> <p>ポータブルトイレの購入</p> <p>(移乗時の転倒リスクは…、ポータブルを使用する妥当性は…)</p>
腰痛のため、自宅での入浴が困難	住宅改修により自宅での入浴が可能か検討、無理ならばデイサービスあるいは訪問入浴を検討する。	<p>住宅改修(風呂場のてすり)、シャワーチェア購入の検討</p> <p>(タイミングは…、その利用・購入が妥当か…)</p> <p>訪問介護による入浴の介助</p> <p>デイサービスでの入浴</p> <p>(腰痛の周知を…)</p>
独居であるため内服薬の管理ができていない	複数の医療機関を受診している場合、内服薬の整理が可能かどうか検討。内服薬一包化の検討。	<p>医師・薬剤師による療養管理指導</p> <p>薬剤の整理・一包化</p> <p>訪問看護時の服薬確認と指導</p> <p>家族訪問時の服薬確認を指導</p> <p>(服薬管理についての回数、間違いがないか、記録は…)</p>
家計管理ができない	認知進行が高度でなければ、お小遣いの管理は自分できるようにする	<p>家族によるお小遣い管理</p> <p>(小遣帳の作成・指導は…)</p> <p>ヘルパー付き添いにより買い物の機会を増やす</p>
パーキンソン病があり、歩行が不安定である	ADL 訓練を行うとともに、環境改善により転倒の危険を減らす。	<p>神経内科受診</p> <p>(受診結果を記録…、とくに要因を…)</p> <p>ADL 訓練</p> <p>通所リハビリテーション</p>

		住宅改修による段差の解消、手すり設置 (改善の見込みは…、効果測定…)
脳梗塞後遺症で左片麻痺があり、歩行が不安定である	ADL 訓練を行うとともに、環境改善により転倒の危険を減らす。左半側失認がある場合はリハビリプログラムにより転倒の危険を減らす。	ADL 訓練 通所リハビリテーション 住宅改修による段差の解消、手すり設置 (どこに…効果は…) 室内での歩行器使用 (効果予測は…、効果測定は…) 車椅子貸与 (効果予測は…、効果測定は…)

おわりに

情報の少ない新規利用者に対して、どうリスクヘッジを図るのか?

これについては、実際に発生した介護事故やヒヤリ・ハッと報告書を手がかりに分析を行うことが有効です。つまり、アセスメントからケアプランへの落とし込み、そして長期・短期目標を記載した介護計画から実際に提供された介護記録への落とし込みへの振り返りを行うことで、新規の利用者に対して「何を情報として聞いておかなければならないのか」「どこまでが在宅との延長線上で可能な介護サービスなのか」そして「記録として何を書く必要があり、どんな文言が不要なのか」といった考察が、必要とされる情報収集の項目を明らかにする上で有効になります。

具体的な例をあげると、「転倒に注意しながら安定した歩行」とケアプラン上に長期・短期目標としてあげながら、歩行・補助具の活用等の記録がまったくなく、転倒に配慮した記録が一切なかったり、またケアプランの長期・短期目標に「違和感なく食べるものの、今後、咀嚼しやすい献立」としながら、実際の実施記録には「食事の際のむせ込みが多く続く」というような、逆のことが記録化されているなど、矛盾する整合性のない記載がある記録を多く目にします。つまり、転倒や誤嚥については、長期・短期目標にそれらの注意事項があげられていながら、実施記録の方では些細な表現のなかにプランや目標とまったく逆のことが記載されたような記録が目につくということです。

「記録を読んで、どんなケアプランなのかが想像できるか?」、「ケアプランをみて、どんなアセスメントなのかが想像できるか? つまり、利用者像がイメージできるか?」といった逆の視点から、「限られた時間や交渉のなかで何を聞いておかなければいけないのか」「何をケアプラン上の目標としてあげるべきなのか」。そして「実際の介護サービスを提供していくうえで、現実可能なものであるのか」という視点を養うことで、情報の少ない新規の

利用者のリスクヘッジを図ることが可能になります。

以上