

平成29年度苦情受付並びに事故の状況について

施設名	救護施設	かしわ荘
-----	------	------

1. 苦情受付の状況 【0件】

今年度、苦情受付はなかった。障害により意思表示の難しい利用者が多く生活する福祉施設の中で、職員側から積極的に施設、職員へのご意見、要望をうかがう働き掛けが必要である。支援の指針となる個別支援計画書の作成過程の中で、利用者の希望要望を伺う機会はあるが、この他にも日々の支援の中で、『気づき』を大切に、利用者、ご家族のご意見を頂く取り組みを行っていききたい。

2. 事故の状況等 【37件】

全体件数としては、昨年度より8件増加した。転倒転落、経緯不明(転倒と考えられる)の怪我が増加している。転倒転落事故は17件であるが、大腿骨頸部骨折により1名の方が手術入院となった。又、事故発生場所は、居室(4件)、廊下(4件)が多いが、階段での発生が5件あったのが例年と比べて特徴的である。服薬事故は4件発生しており、1件は職員間の連絡ミスによる過剰与薬。他3件は思い込みによる人違いの誤薬事故。背景要因として、職員の焦りという事はあるが、マニュアル通りの与薬手順を怠ったことが最も大きな原因と考えられる。窒息事故1件の発生は、荘内で対応し、復調されたが大事をとって通院を行った。この他、暴力事故が4件発生した。それぞれ通院を要する受傷者があり、内1件は、右大腿骨転子部骨折による手術入院。又、2件については、暴力行為に及んだ利用者の精神科通院を行い、医師に相談の上、入院、或いは内服処方による対応となった。

3. 事故防止のための対策

転倒事故では、階段での事故が5件発生しており、階段の段差にテープを貼り、視覚的に注意が向くように対処した。11月にはドアクローザーの不具合により、ドアに指を挟んで怪我(右第二指末端骨骨折)をする事故が発生した。この事故以前に荘内の危険箇所調べを行っていたが、ドアクローザーの危険性については、把握していなかった。当日中に、荘内の該当箇所を点検し、器具の調整、交換を行った。又、ドア付近に、『指挟み注意』のポスターを掲示し、注意喚起を行った。

誤薬事故については、職員の思い込みが最たる事故原因であるが、過去の事故事例から特に夕食時の与薬で誤薬が多く発生していることが分かり、業務手順の見直しを行ない、集中して与薬業務が行なえる体制にした。又、マニュアルの見直しを随時行ない、与薬動作の定着を目的として、与薬業務を行う前、必ず与薬マニュアルの唱和を行う事を追加した。

無断外出については、平成29年3月より防犯カメラを設置し、初動対応として、行き先、時間帯の確認を行う事をマニュアルに追加した。

ヒヤリハット報告が、毎年100件程度報告されている。単なる報告制度に止まらず、施設、或いはフロア、利用者個人の傾向を把握し、活用していく仕組み作りが必要である。又、今後もマニュアルの順守、危険発見活動を継続し、利用者にとって安全安心な生活の場を提供していけるように取り組んでいきたい。

平成29年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	救護施設 おぐに荘
-----	-----------

1. 苦情受付の状況 【 0件】

平成29年度は、苦情としての受付はなかった。

今後も、昨年度から実施している。毎月のモニタリングの更なる充実を図るとともに、今までの「ちょっと聞いてよ」等の取り組みを含めて、利用者からの相談、意見、希望・要望を職員全体に周知、共有化を図りたい。

2. 事故の状況等【16件】

平成29年度は、16件の事故があった。平成27年度の12件から、平成28年度には6件に、件数を減らすことができたが、昨年度は大きく増加してしまった。

特徴として、区分別では転倒、転落、滑落が多く、(事故の30%、ヒヤリハットの54%)、時間帯別では、「10時～16時」「17時30分から19時」が多く見られた。

現在、利用者の平均年齢は、68.8歳であり、「65歳から74歳」が36%、「75歳以上」が31%と、全体の67%を占めていることを考えると、今後も転倒・転落・滑落のリスクは大きくなることが想定されるため、健康管理や日課・活動等の充実を図っていく。

3. 事故防止のための対策

- ・事故予防、再発防止に向けての「評価・見直し・改善」の取り組み（PDCAサイクルの実施）
リスクマネジメント委員会を中心に、事故の検証と再発防止に向けての対策を実施した。
また、具体的対策と改善計画が実践され、機能しているのか定期的に評価・見直し・改善を行なった。
- ・また、新しい試みとして、利用者のリスクマネジメント個人票を作成し、2か月に1回ケース記録に添付した。また、個人の年間集計を行い、今後の課題の確認を行うこととした。
- ・事故概要の検討で、改めて「現場検証」の重要性を再認識・再確認したので、第一発見者と「リスクマネジメント・マニュアル・虐待防止委員会」の担当で現場確認と併せ、デジカメでの再現・撮影を行い、内容の共有化を図っていく。
- ・その他、新採用職員を対象としたマニュアル講習会やKYT訓練、気づきの日、ヒヤッと体験メモ、危険個所アンケート実施等を継続し、事故防止に努めていく。

平成29年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	養護老人ホーム 御山荘
-----	-------------

1. 苦情受付の状況 【0件】

- ・平成29年度、苦情の申し出は、昨年度に続き本年度もなかった。生活の場面において、個々の意見を聞く為に活用している既存の意見ボックスについては、再度入所者の方に周知すると共に、活用し易いようにメモとペンの設置、返答用のボードを用意したことで細やかな意見、提案があがるようになった。さらに「入所者満足度調査」をアンケート形式で行った。その結果をふまえて今後の対応に繋げていきたい。

2. 事故の状況等 【7件】

- ・内訳としては、転倒・滑落6件、無断外出1件であった。
- ・転倒事故の状況としては、食堂1件、居室2件、廊下2件、不明1件であった。不明の1件に関しては、ご本人からの痛みの訴えがあったことから受診につなげ、骨折が判明したものであり、聞き取りを行っても、転倒場所、時間などは不明であった。
- ・無断外出については、認知症により時折、帰宅願望が見られる方であり、自分で非常口のドアを解錠して施設外に出たが、施設周辺の路上で発見された。

3. 事故防止のための対策

- ・入所者のわずかな変化への対応や環境の整備等、より良い支援や安全な生活につなげるための気づきメモは、職種にかかわらず「いつでも直ぐに」をモットーに173件の意見提案が上がり直ぐに検討、改善を行った。
- ・2年目となった危険箇所アンケートでは、施設内外の安全対策を出来る所から行き、正面玄関スロープの入れ替えや、注意喚起のポスターによる廊下のコーナーでの接触防止、家具の配置を変える等環境を整えた。ただ、施設の老朽化や構造上の問題等改善が難しい所も多く、意見提案にとどまるものも多かった。
- ・無断外出に関しては、人感センサーの範囲外にある非常口から出られたため直ぐに無断外出したことに気付かなかったが、防犯カメラに映像が映っていたため、外出した時間、場所、服装を特定することができ、捜索するうえで有効であった。
対策としてドアノブに安全カバーを設置し、引き続き所在確認の継続を行っている。
- ・身体機能の維持、転倒防止の対策として、29年度も1日2回の体操や足踏み運動、月一回の外部講師による運動レクリエーションを全員対象に行った。
- ・事故報告は、PDCAサイクルにより3ヶ月毎に対応の確認、見直しを行い再発防止に努めた。
- ・嚥下機能の低下による食事時の誤嚥の予防の知識を得るために外部講師を迎え施設内研修を実施した。
- ・誤薬防止については、常に緊張感を持続するために週1回カンファレンス時にマニュアルを読み合わせし、事故防止に努めた。今後も緊張感を持って予防に努めたい。

平成29年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	特別養護老人ホーム むつみ荘
-----	----------------

1. 苦情受付の状況 【2件】

- ・ ショートステイ終了時の持参サングラスの紛失については、開始および終了時の持参品チェックの徹底と置き忘れのないよう十分に注意を払う。
- ・ 特養における不適切な介護においては、易怒性やBPSDに対する介護（対処）方法について指導すると共に一人介護による不安を抱え込まない同僚に支援を求める等について職員に周知徹底を図った。柏崎市への事故報告のさい速やかな報告と事故発生時における写真等の記録保持について指導いただいた。不適切介護の再発防止に向け取り組んでいく。

2. 事故の状況等 【14件】

- ・ 認知症状が重く歩行状態の危ういご利用者の転倒事故が度重なった。 4件
- ・ 要介護高齢者の特徴として皮膚や血管がもろく内出血や起きやすい。また骨粗鬆症により骨折も起きやすく事故につながった。 3件
- ・ 車椅子から自ら転落してしまった。 2件
- ・ 服薬忘れと1剤の重複服薬。 2件
- ・ 脱衣介護に伴っての胃ろうチューブの抜去。 1件
- ・ ショートステイ送りのさい、ご自宅前で車椅子操作の誤りから転落してしまった。 1件
- ・ ムカデに噛まれたためのけが。 1件

3. 事故防止のための対策

ヒューマンエラーの大きなひとつ「思い込み」について引継ぎを行った職員、あるいは御家族の申入れを受けた職員は、更に連携を保ちながら「ひと手間を省かない確実な確認」を行う。

掴む介護から掌をあてがう優しく丁寧な「掌介護の実践」をしていく。

また、ヒヤリハット（インシデントリポート）の類型的な分析とその検証により「予見する力」と「考える介護」を養う。

ショートステイやデイサービスの送迎を通じ、むつみ荘の「より安全でより安心のできる介護」を地域にアピールしていく。

平成29年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	施設名 特別養護老人ホーム しおかぜ荘
-----	---------------------

1. 苦情受付の状況 【1件】

本年度の苦情（相談）受付件数は1件。内容は「個人用のおやつ消費が早すぎる。きちんと管理できているのか」といった内容であった。

問題点は、私物管理の仕方。今回のケースでは、職員は毎日入れ替わり在庫数の変化に疑問が持てていなかった、といった部分である。

私物の管理は、衣類・腕時計・指輪・お守りなど幅が広く、ひとり一人の管理能力にも違いがあり一律で管理しにくく課題が残る。職員側目線では1対大勢であるが、利用者個人に立ち返り個人のものに対する捉え方考え方を改めて考える良い機会であった。

普段からのご家族との会話から苦情・相談・意見に上げるか上げないかはその時の判断で左右される懸念もあるがアンテナを張り、より多くの声に耳が傾けられ検討につなげていくよう努めたい。

2. 事故の状況等 【11件】

・服薬に関する事故報告が3件。

① 服薬介助の途中で近くに転倒しそうな利用者を発見。慌てて他者に服薬させてしまった。

（マニュアルには、「与薬中は他の一切の介助を挟まない」、とあった。H28年度追加）

② マニュアル化できていない部分で服薬忘れがあった。

（朝・昼・夕薬のWチェックのマニュアル記載はあったが、消灯薬での記載が抜けていた。）

マニュアルに沿って介助を行うことで誤薬は必ず防げると伝えているが、他の動きがあった場合冷静に優先順位を組みなおす能力が必要となる。

・その他、ヒヤリハットから感じることで、利用者の状態が緩やかに変化していく中で、危険予測をしつつも対応方法を変えていくタイミングが難しいと感じる。ヒヤリハットや事故報告に繋がってから対応が変更されるケースも多いようである。

3. 事故防止のための対策

- ・フロア会議においてヒヤリハット及び事故報告についての検討を行っている。事故防止リスク検討委員会においても改善内容についてモニタリング評価を行っている。
- ・マニュアルは必要に応じ随時検討し改定を行った。決められたルールを守ることで安全網が機能的に働き利用者を守ると共に職員も守られていることを訴えた。
- ・窒息や誤嚥の防止策として、「利用者の食事いらないサイン」を6項目挙げ昼のミーティング時に週1回、唱和をして意識付けを行う試みを始めた。
- ・事故防止のための職員研修ではH29年度も例年どおり言語聴覚士による嚥下研修を開催して適切なケアのアドバイスを頂き事故の防止に繋げている。

平成29年度苦情受付並びに事故の状況について

施設名	ケアハウスしおかぜ
-----	-----------

1. 苦情受付の状況 【0件】

今年度は、受付がなかった。

2. 事故の状況等 【8件】

転倒事故が8件発生した。

発生場所は、居室内での転倒が6件・食堂が1件・廊下が1件だった。

受診の結果、7件が骨折、1件が打撲疑いであった。

発生が、ほぼ居室内であったため、状況確認は入居者からの聞き取りに頼らざるを得ないため、詳細な状況が判らない場合が多かった。

その中で、居室内の整理整頓を含めた環境が不十分な事から発生したと思われるケースが3件・福祉用具等の使用方法が不適切だったと思われるケースが2件・歩行能力の低下が要因と思われるケースが2件・眠剤の服用方法が要因と思われるケースが1件見られた。

実人数7名の内、事故発生後6名が退居された。

3. 事故防止のために行った対策

- ・職員間で、事故状況の把握を行った。
- ・居室内の整理整頓を含めた環境について、入居者のほか、家族、担当介護支援専門員に依頼した。ケアハウスしおかぜの居室管理は入居者となっている為、職員による居室の整理などを行うには限界があった。
- ・福祉用具等の使用方法について、適宜、入居者に説明を実施した。ケアハウスしおかぜは見守りが出来ない施設でもあり、入居者本人の意識付けに頼っているのが現状である。特に一番発生場所として多い居室内で適正に使用出来ているかの確認は出来ていない。
- ・歩行能力については、デイケア利用時並びに入院時に歩行状態の評価を受けた。結果、自力歩行は困難との評価により、ケアハウスしおかぜを退居となった。
- ・眠剤の管理について、入居者管理となるため対策が取れなかった。結果、常時介護が必要との判断により、ケアハウスしおかぜを退居となった。
- ・事故防止の研修について、特別養護老人ホームしおかぜ荘の研修に参加した。

平成29年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	特別養護老人ホームなごみ荘
-----	---------------

1. 苦情受付の状況 【1件】

短期入所の迎え時間確認に関する苦情・要望を、訪問介護事業所から受け付けた。利用者が独居で電話対応が困難な方であったことから、訪問介護事業所からなごみ荘に電話をいただくという連絡体制の取り決めがなされていたが、連絡を受けた際に事務所と短期入所での電話の取次ぎがうまくいかず、「連絡が取れない」という印象を与えてしまった結果と思われる。電話対応は直接相手の表情をうかがえない分、不信感を招く原因になりやすいため、しっかりと聞く・つなぐ・伝える意識をもって日々対応していきたい。

今後も、利用者、家族との日常的な会話の中にある小さな要望を早い段階でとらえ、迅速に対応を行うことで、サービス向上につなげていきたい。

2. 事故の状況等 【12件】

平成28年度の約半分に減少した。平成29年2月～3月にかけて転倒等により5件続けて事故が発生した際に緊急会議を開催し、作成したPDCAサイクルに基づく検証・改善内容を事故発生部署・ユニット以外にも情報提供を実施し、職員全体に意識付けを行ったことが発生件数の減少につながったと思われる。

平成29年度は服薬事故が12件中5件と多くなっている。服薬介助は毎日同じ作業の繰り返しではあるが、だからこそ、慣れからの事故を防ぐためにマニュアル通りに介助することを徹底していきたい。また、6月にショートステイ利用者の無外事故があった。職員1名の時間帯のご利用者対応の在り方や施設外搜索態勢について課題が明確になり、改善につなげることができた。

ヒヤリハット報告は前年度より減少し、101件であった。例年同様、転倒・転落が約半数を占めている。利用者の状態に応じたケア内容・環境整備の検討を多職種によって様々な視点から行い、安全に配慮したサービス提供を継続して行っていきたい。

3. 事故防止のための対策

日常のケアの中に潜むリスクを早い段階で把握することができるよう、職員個々の「気づき」を高めていきたい。そのために、積極的に利用者、家族の話を伺い、その声をユニット会議等で共有し、多職種での関わりをより深めていく。あわせて、ヒヤリハット報告の段階でより具体的な改善策を作成し、ケアプランと連動させることで日常のケアの中で事故防止対策を図っていきたい。

また、発生した事故の対策については、事故の発生後、迅速に対応会議を開催することで改善の方向性を明確にし、そこで決まった内容をより具体化する場として事故発生部署・ユニットで開催する検討会議を行っている。PDCAサイクルによる改善の取り組みがなごみ荘全体で定着してきているため、引き続き事故対策の中心軸として実施していきたい。

平成29年度苦情受付並びに事故の状況について

施設名	地域密着事業所 まつみ
-----	-------------

1. 苦情受付の状況等 【0件】

- ・29年度には苦情としての受付はなかった。利用者本人や家族に対して連絡や報告を密に行い、必要に応じ面談や相談を受け付けるなどの対応を行ったことで、苦情になる前に解決・改善できたと考える。今後も利用者や家族との信頼関係構築に努め様々な意見を集めてサービスに反映していきたい。

2. 事故の状況等 【7件（GH2件、小規模5件）】

- ・服薬に関する事故（4件）

服薬に関する事故のうち、服薬忘れが3件、睡眠導入剤の重複が1件であった。服薬忘れの原因について、服薬行為までの人物確認や日付等確認のダブルチェック体制が形骸化しており、正確に内容を確認できていなかったことが原因であった。また、睡眠導入剤の重複については、服薬後の薬包処理についてのマニュアルが遵守されていなかったことが原因であった。
- ・転倒に関する事故（3件）

裂傷が1件、頭部打撲が1件、腰椎圧迫骨折が1件。
裂傷については、外出介助をした際に外出先施設の段差につまづき転倒したもの。利用者8名に対し職員3名で外出し、歩行不安定な利用者への付き添い見守りが不十分だったことが原因と思われる。頭部打撲については、ベッドから降りようとして頭部から落ちてしまい打撲したもの。皮下出血と腫脹認められたものの意識清明で全身状態も安定しており、ご家族も受診を望まれてはいなかったが、頭部を強打していることから念のため受診した。受診の結果、異常は認められず、その後も変わらず利用を継続されている。圧迫骨折については、利用者が自室内で一人で着替えを準備しようとしてつまづき、転倒したもの。4日後に痛みが出現し整形外科受診、第1腰椎圧迫骨折と診断される。
- ・ヒヤリハット報告について、29年度報告件数は53件であり前年度に比べて微増している。原因としては、些細な事でも報告する意識が醸成されてきたためではないかと考えている。
- ・「転倒」が53件中43件（81%）を占めた。他の高齢者施設に比べて利用者の身体的な自立度は高く歩行状態も安定している方が多いが、認知症のために危険に対する認知が障害されている方が多い。日常のケアの中から危険予測を行い環境等を整備していきたい。

3. 事故防止のために行った対策及びその実施状況等

- ・接遇委員会にてヒヤリハット報告、事故報告の集計・分析を行った。分析結果を受けて利用者の再アセスメントを行い、個別の留意点を確認、情報共有を行った。
- ・一連の服薬に関する事故発生後、服薬マニュアルの内容が実施可能なものか検討・修正を行い、マニュアル内容を理解し実施できるようにするため、週1回、ミーティング時にマニュアルの読み合わせを実施した。
- ・外出介助の人数について、職員が見守りできる範囲内（職員1名に利用者2名を目安）とするようマニュアルを変更した。
- ・グループホームでは、利用者一人ひとりの「残された能力」に着目してできることはなるべく自分でしていただき、役割を持って生活することを支援しているが、利用者の平均年齢が89歳と超高齢になっており、利用者のアセスメントを今以上に精緻に行いどこまで直接介護を行うべきか再検討する必要があると感じている。
- ・今後、認知症の進行も考えられ、異食や無断外出等のリスクも高くなる。どのような場面が想定されるのか、危険予知訓練の研修を行うとともに生活空間の安全な環境を整備していきたい。

平成 2 9 年 度 「 苦 情 申 出 報 告 」

(件数)

施設名	2 9 年 度	2 8 年 度	2 7 年 度	2 6 年 度	2 5 年 度	備 考
救護施設かしわ荘		1		1	4	
救護施設おぐに荘						
養護老人ホーム御山荘						
特別養護老人ホームむつみ荘	2	3	4	2		
特別養護老人ホームしおかぜ荘	1	3	3		4	
特別養護老人ホームなごみ荘	1		3	1	3	
ケアハウスしおかぜ		1				
地域密着事業所まつみ		1				H 2 7 . 3 開 所
計	4	9	1 0	4	1 1	

※詳細は法人本部事務局及び各施設で閲覧に供していますのでご利用ください。

社会福祉法人 柏崎刈羽福祉事業協会

平成29年度 「 福祉サービス事故報告 」

(件数)

施設名	29年度	28年度	27年度	26年度	25年度	備考
救護施設かしわ荘	37	29	30	36	37	
救護施設おぐに荘	16	6	12	7	16	
養護老人ホーム御山荘	7	17	5	15	12	
特別養護老人ホームむつみ荘	14	10	10	8	10	
特別養護老人ホームしおかぜ荘	11	15	19	16	17	
特別養護老人ホームなごみ荘	12	21	16	16	9	
ケアハウスしおかぜ	8	1	1	3	3	
地域密着事業所まつみ	7	5	7	1		H27.3開所
計	112	104	100	102	104	

※報告の全ては法人本部事務局及び各施設で閲覧に供していますのでご利用ください。

社会福祉法人 柏崎刈羽福祉事業協会

平成29年度 「ヒヤリ・ハット報告」

(件数)

施設名	29年度	28年度	27年度	26年度	25年度	備考
救護施設かしわ荘	101	111	127	82	112	
救護施設おぐに荘	115	93	92	110	90	
養護老人ホーム御山荘	86	80	109	74	9	
特別養護老人ホームむつみ荘	110	100	137	178	156	
特別養護老人ホームしおかぜ荘	168	124	127	118	159	
特別養護老人ホームなごみ荘	101	129	116	152	183	
ケアハウスしおかぜ		2	2			
地域密着事業所まつみ	53	47	57			H27.3開所
計	734	686	767	714	709	

※報告の全ては法人本部事務局及び各施設で閲覧に供していますのでご利用ください。

社会福祉法人 柏崎刈羽福祉事業協会