

令和3年度

苦情申出のまとめ

(令和3年4月1日～令和4年3月31日)

施 設 名	令和 3年度	令和 2年度	令和 元年度	平成 30年度	平成 29年度	平成 28年度	備考
救護施設かしわ荘						1	
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	1	2	1	2	3	
特別養護老人ホームしおかぜ荘	2	3	7	2	1	3	
特別養護老人ホームなごみ荘		5	4	2	1		
ケアハウスしおかぜ				7		1	
地域密着事業所まつみ				1		1	
計	4	9	13	13	4	9	

令和3年度 福祉サービス事故の状況のまとめ

(令和3年4月1日～令和4年3月31日)

1 年度別発生状況

施設名	令和3年度	令和2年度	令和元年度	平成30年度	平成29年度	平成28年度
救護施設かしわ荘	14	22	26	35	37	29
救護施設おぐに荘	6	6	8	16	16	6
養護老人ホーム御山荘	12	7	19	13	7	17
特別養護老人ホームむつみ荘	14	7	11	13	14	10
特別養護老人ホームしおかぜ荘	7	19	10	15	11	15
特別養護老人ホームなごみ荘	13	17	15	12	12	21
ケアハウスしおかぜ	7	5	8	1	8	1
地域密着事業所まつみ	3	10	10	3	7	5
計	76	93	107	108	112	104

2 月別発生状況

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
かしわ荘	1	2	1	1		3	1	2			2	1	14
おぐに荘	1	3	1		1								6
御山荘		1	1	1	2		1	1		1	2	2	12
むつみ荘	3	1		1	1	2	1		1	1	1	2	14
しおかぜ荘				2			1			2		2	7
なごみ荘		2	3	1	3				2		2		13
ケアハウス									1				1
まつみ			1				1	1					3
計	5	9	7	6	7	5	5	4	4	4	7	7	70

3 内容別発生状況

	転倒 転落	誤飲 誤嚥	食事	服薬	医療	経管	入浴	排泄	抑制	無外・ 外出	暴力・ 暴言	記録・ 伝達	設備・ 備品	その他	計
かしわ荘	5									2	2			5	14
おぐに荘	3	1								1				1	6
御山荘	6			4										2	12
むつみ荘	4	1		5										4	14
しおかぜ荘	5			1										1	7
なごみ荘	9	2												2	13
ケアハウス	1														1
まつみ	2													1	3
計	35	4		10						3	2			16	70

令和3年度 ヒヤリ・ハット状況(気づき件数)のまとめ

(令和3年4月1日～令和4年3月31日)

1 年度別発生状況

施設名	令和3年度	令和2年度	令和元年	平成30年度	平成29年度	平成28年度
救護施設かしわ荘	97	78	102	87	101	111
救護施設おぐに荘	39	83	110	73	115	93
養護老人ホーム御山荘	24	64	60	77	86	80
特別養護老人ホームむつみ荘	156	151	129	105	110	100
特別養護老人ホームしおかぜ荘	151	126	124	115	168	124
特別養護老人ホームなごみ荘	156	235	183	103	101	129
ケアハウスしおかぜ	7	3	3	3		2
地域密着事業所まつみ	28	46	23	36	53	47
計	658	786	734	599	734	686

2 月別発生状況

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
かしわ荘	6	8	7	8	10	9	13	10	7	6	4	9	97
おぐに荘	7	4	4		2	6	3	4	5	1		3	39
御山荘	4	1	4	1	1		4	4		2	1	2	24
むつみ荘	10	11	18	16	16	12	13	6	16	12	13	13	156
しおかぜ荘	20	19	11	8	16	8	12	14	13	9	11	10	151
なごみ荘	13	19	11	9	13	14	8	7	21	17	9	15	156
ケアハウス						1	2	1				3	7
まつみ	4	3	1	4	4	2	1	2	2	3	2		28
計	64	65	56	46	62	52	56	48	64	50	40	55	658

3 内容別発生状況

	転倒 転落	誤飲 誤嚥	食事	服薬	医療	経管	入浴	排泄	抑制	無外・ 外出	暴力・ 暴言	記録・ 伝達	設備・ 備品	その他	計
かしわ荘	57			13						1	4			22	97
おぐに荘	25		1	2			1						2	8	39
御山荘	20			2	1					1					24
むつみ荘	61	1	16	14	2					1		2	6	53	156
しおかぜ荘	39	3	19	15	1							1	2	71	151
なごみ荘	73		20	8	4	5		1				4	3	38	156
ケアハウス	2									1			1	3	7
まつみ	12	1	1	7	1							1		5	28
計	289	5	57	61	9	5	1	1		4	4	8	14	200	658

令和3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】

- ・令和3年度、苦情の受付はなかった。

2. 事故の状況等 【 14 件】

・全体件数としては、令和2年度の22件よりも8件減少となった。そのうち無断外出が2件発生し、過去に無断外出のあった方2名によるもので定時の所在確認等、気にかけて対応していたが、異変に気づいて早期に対処することが出来なかった。

・転倒事故は減ったが、区分「その他」としている事故の中には、目撃者がおらず怪我の経緯が分からないとする内容が含まれている。普段の行動から察する所では単独で無理に行動し転倒したと考えられるケースもある為、転倒による受傷事故は件数以上に発生していることになる。

3. 事故防止のための対策

・事故発生減少の要因として、ヒヤリハットの件数が令和2年度よりも多くなっており、このことが事故の未然防止に繋がり、件数減少の一因となっていると考えられる。事故防止のもっとも重要な対策として「ヒヤリハット報告提出(気づき)→対策の周知・実施」が挙げられる。基本パターンでありながら、件数が多く対応も多岐にわたり実践していく難しさもある。令和3年度は、ヒヤリハット報告が令和2年度よりも多く、なおかつ事故件数が少なくなったということでヒヤリハット報告制度が功を成していると考えられる。引き続き、「自主的な提出」を促すことが重要な対策と思われる。

・服薬事故は令和3年度0件となっている。これもヒヤリハット報告が13件あり、そのケースごとに現状の確認、改善策を講じることで注意喚起が進められ、事故防止につながったと考えられる。

・無断外出については、コロナ禍の制限のある中でストレス発散できない方もおり、令和4年度以降も注意が必要である。また、日常生活の中での不安、不満といった部分が突発的な行動に繋がる場合があるため、利用者の声を傾聴し、その内容について職員間で情報共有し、対策を講じていくことで事故の未然防止に努めたい。

・令和3年度発生した事故の特徴として「経緯不明」が多いことが挙げられる。経緯不明の場合、原因特定が困難であるため改善計画も立てにくい。この他、救護施設では介護度が高くなっている方が増えている為、移動及び移乗介助をはじめとした「介助中の怪我」という部分に注意を払う必要も出てきた。今後、専門職から助言を得られるような場を設ける事で介護技術のスキルアップを図りたい。

・毎年、KYTを年1回、施設内研修として実施している。令和3年度は「ミスト浴介助中における場面」を想定し実施した。

・マニュアルの見直しを計画的に実施している。前回の更新より年数経過したもの、または改訂が必要と判断されるものについて検討、改訂を実施した。

・研修委員会主催で服薬事故防止研修を実施した。令和3年度はコロナ禍というところで、看護師がパワーポイントで動画を作成し、各自で視聴研修を行った。

令和3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】

・令和3年度、苦情受付はなかった。年度初めに利用者の自治会（なかまの会）にて、苦情解決体制について説明する機会を設けた。なかまの会の役員会や全体会、利用者からの意見カード「ちょっと聞いてよ」、利用者満足度の聞き取り等で、利用者からの意見・要望・相談の機会を設けるとともに、意向に添えるよう努めている。また、コロナ禍において外出や交流の機会を制限させていただいている中、利用者・ご家族・地域の方からのご理解・ご協力をいただいた。

2. 事故の状況等 【 6 件】

・全体件数としては、令和2年度と同じ6件であった。区分としては、転倒・転落・滑落事故3件、無断外出事故1件、誤嚥による窒息事故1件、その他（尿道カテーテル抜去事故）1件であった。転倒・転落・滑落事故は、3件とも普段より歩行不安定がみられている方であり、2件は歩行中の転倒事故、1件は押し入れからの転落事故であった。無断外出事故は、朝食前の時間帯に発生し、夜勤者と朝パート職員は朝食の準備等をしていた為気づかずにいた。地域住民からの通報により施設近くで無事保護することができた。誤嚥による窒息事故は、夕食時に食堂にて発生した。職員が見守りを行い、声掛けを行いながら食事を小分けにして提供していた。食事途中、ご本人の異変に気づき、救命処置を行い、病院へ救急搬送するが、心肺機能回復せず死亡が確認された。以前より、食べ方に注意が必要な方であり、食事形態の検討や見守りを行っていたが、未然に事故を防ぐことができなかった。

3. 事故防止のための対策

・高齢化・重度化に伴い、転倒事故が継続してみられている為、日課の中に歩行運動の時間を設け、下肢筋力の低下防止の取り組みを行っている。

・無断外出事故を受けて、定期の巡回・所在確認の徹底と利用者の気持ちに対する対応について、職員間で情報共有を図っている。

・誤嚥による窒息事故を受けて、臨時の会議を開催した。利用者全員の食事状況、食事形態の見直しを行い、毎月のケース会議の協議事項として見直しを定期的に行うこととした。その他、全介護職員対象として緊急時における対応研修を行った。研修後、職員で意見を出し合い、緊急時対応（誤飲・誤嚥）マニュアルの改訂を行い、新たにフローチャートを作成し分かりやすく見える化を図った。また、毎日昼食前に口腔体操を取り入れ、嚥下機能低下防止に取り組んでいる。

・服薬事故防止として、4月から6月の3ヶ月間は、服薬事故防止強化月間としてポスターの掲示と事故リスクを明確にするなどの取り組みを行った。毎週火曜日に与薬マニュアルの唱和、月1回の服薬動作の実技を継続して行い、事故防止に努めている。

令和3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】

- ・令和3年度、苦情の受付はなかった。
- ・御山荘では入所者からの意見を聞く「意見ボックス」、日常業務の中で職員が気付いたことをカンファレンスにあげて検討・改善につなげる「気づきメモ」を活用している。令和3年度は意見ボックス7件、気づきメモ196件があげられ、処遇や環境、業務内容の改善につなげることができた。今後も入所者の声、職員の小さな気づきを大切にして、日々の業務にあたっていきたい。

2. 事故の状況等 【 12 件】

- ・転倒・転落が6件と半数を占め、服薬に関わる事故が4件、その他が2件であった。転倒・転落事故については6件中3件が同一の入所者による報告であり、転倒による2度の骨折と頭部裂傷であった。事故によりADLが低下し、職員介助にて移動や排泄を行っていたが、状態が改善傾向になってくると職員を呼ばずご自分で行動されて事故が起きるというパターンになっている。
- ・誤薬事故については名前間違いによるものであるが、呼名確認などのマニュアル通りの介助がなされていなかったことが原因である。また、御山荘では食事トレーに職員が配薬し、トレーを運んだ際に服薬介助を行う方法になっている為、配膳間違いが服薬間違いにつながりやすい方法になっている。

3. 事故防止のための対策

- ・転倒・転落事故については、ナースコール活用の声掛け、転倒時のリスクを最小限にする環境整備を継続すると共に、ご家族への状態報告及びリスクの説明も継続して行っていく。
- ・誤薬事故については、配膳と服薬介助を分けて行う方法を改善策として検討している。配薬から服薬までの一連の介助方法の見直しを図り、呼名確認などマニュアルに沿った対応を確実に行うことを再徹底していく。
- ・令和3年度はヒヤリハット報告書の裏面を活用し、発生時の状況をより明確に記載することで原因や改善策をより具体的に検討できるよう改善を行った。書式使用から間もないため、今後、より有効活用できるような記載方法の検討なども行っていきたい。
- ・入所者の高齢化、状態低下が年々進んできており、状態に応じて要介護認定申請や福祉サービスの利用調整も進めている。3月末までの入所者65名中、要介護認定を受けている方は39名、そのうち要介護3以上の方は14名となっている。状態低下、特に下肢筋力低下により転倒リスクが高くなってきている入所者が多いため、本人の状態に合った歩行器や車椅子をはじめとした福祉用具の活用を担当ケアマネジャーとの情報共有により進めている。
- ・「気づきメモ」を活用することで、事故やヒヤリハットにつながりかねない処遇、環境面の事柄に早期に対応することができている。

令和3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】

- ・ショートステイ利用者の呼称を姓名で呼ばず、本来あってはならない下の名前で呼んでいた事から、ショートステイが中止となっていた利用者の名前と勘違いし迎えに行ってしまった。その際に家人のいないご自宅に勝手に入り施設へお連れした事もあり不信感を抱かせてしまった。
- ・ショートステイの利用開始時、持参された衣類等に記名があるか確認している。記名の確認を利用者に説明した上で男性介護員が、女性利用者のズボンを下げ下着の記名を確認してしまい、利用者より「いきなり確認されて怖い思いをした。」と訴えがあった。着用枚数の確認や記名の確認については、入浴時の着替えの際に行う等、利用者の心情に十分配慮し、同性介護の意識を更に高めていきたい。

2. 事故の状況等 【 14 件】

- ・全体の件数としては令和2年度に比べ7件増加している。件数が1番多いものとしては服薬に関する報告で、5件挙げられている。特養で誤って下剤を過剰に服薬させてしまったものが3件、在宅サービスでの服薬間違いが2件発生している。特養に関しては、排泄チェック表に誤って記入してしまった、チェックの記入を失念し、後に記入したが夜勤者にその内容を申し送らなかった、入浴介護時に排便があったにもかかわらず夜勤者への申し送を行わなかった、ことであった。職員同士の連携や声をかけ合い確認することで防げる内容であった。在宅サービスにおいては、ショートステイ、デイサービスとそれぞれ1件ずつ発生しており、いずれも利用者を取り違えてしまい、誤って服薬してしまったというものであった。この他には、移乗介助や移動介助中、ベッド上での介助中等、職員の介護に起因する骨折が4件発生している。

3. 事故防止のための対策

- ・下剤を誤って服用させてしまった特養の事故3件については、その都度マニュアルの確認と排泄チェック表に排便のなかった利用者氏名にアンダーラインを引き視認性を高めるなど修正を行って。ショートステイとデイサービスにおいては、服薬介助の際のダブルチェックが形骸化してしまっていた為、ダブルチェックの方法を見直し、フローチャートで確認を行っている。
- ・職員の介護に起因した骨折事故については、当事者からの状況を聴取し、実際に介護場面を再現し、どの部分に原因があったのか、確認を行い事故の再発防止に努めている。また職員が「無理をしない。」ご利用者に対して「無理をさせない。」介護の実践を進めている。
- ・事故防止に対する改善策については、フロア会議や事故防止・安全対策管理委員会において検証し評価している。また「ヒヤリ・ハット（インシデントリポート）」の分析から介護事故を予見、これを実践するための「考える介護」を押し進めている。

令和3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 しおかぜ荘
-----	-----------------

1. 苦情受付の状況 【 2 件】

・2件の苦情を受け付けた。1件はデイサービス利用のご家族がデイサービス利用中の様子を電話で問い合わせをした際の職員の電話対応に納得がいかず不信感を持たれたとの事であった。もう1件は特養利用者で夜間、排泄が間に合わず失禁してしまい切ない思いをしているご利用者に心無い声を掛けて辛い思いをさせてしまった。夜間は職員数も少なく介助が重なると余裕が無くなるが、身体が不自由で思い通りに行かない利用者の気持ちを理解して寄り添った対応を見直しする良い機会となった。日常生活の中で発生する苦情や要望は、積極的に吸い上げる姿勢を大切にしていきたい。

2. 事故の状況等 【 7 件】

・転倒事故が7件中5件を占めた。人員の少ない時間帯の転倒や車椅子からの転落が多く、互いに声を掛け合いながら連携を図ることの重要性を感じた。センサーマットの設置については、センサー音に慣れが生じることで対応が遅れることもあった。

・食堂にて車椅子ごと右側に転倒する事故が発生した。介護員も近くに居たが防ぐことができなかった。完全なユニット体制ではないため不特定多数の職員が関わることが多く、普段の様子が把握しきれず、利用者の変化や異変に気づけず事故を防ぎきれないこともあった。

・服薬介助での人違いが1件発生した。一連の流れは、マニュアル通りであったが、細かな部分での意識が欠落しており人違いに至った。

3. 事故防止のための対策

・事故防止については、毎月事故防止委員会を中心に上がったヒヤリハットや事故報告書の内容を確認し、原因分析及び改善策の検討、センサーマット設置の必要性・意味合い等、個々の経験を踏まえ当事者意識を持ちながら検討を行っている。また、改善策についてもモニタリングを実施して評価し、利用者の特徴を掴むためのより細かな情報収集や申し送りの重要性について確認し、再発の防止に努めている。研修においても危険予知訓練を繰り返し行うことで危険察知の能力を高めるよう努力したい。

・服薬事故については、人違いによる人為的ミスでの発生であり、マニュアル通りに遂行することが、ご利用者と自らを守ることに繋がることを繰り返し職員に伝えたい。また、服薬に関する業務について、令和4年度、看護師と介護員で課題を洗い出し、検討したい。

・令和2年度のヒヤリハット件数は126件であり、令和3年度は151件と増加した結果となったが、「身体拘束」を行わない現場の姿勢を大切に今後発生した事象に対しきちんと報告が上がり改善策を検討することで繰り返される事故を防いでいけるよう努力したい。

・ヒヤリハットの集計では、内出血や表皮隔離の項目がなく「その他」となっているが意識を向けるためにも項目を設けることを検討したい。

令和3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 【 0 件】

- ・令和3年度、苦情の受付はなかった。

2. 事故の状況等 【 13 件】

- ・転倒・転落が最多であり9件であった。うち6件は特養新入所の利用者の方で、ショートステイ利用時から歩行をされ、環境が変わることでふらつき、転倒につながった。転倒の危険が予め想定できたため、居室内の環境整備、排泄ケアのタイミングデーターを取る等して対策していたが転倒されてしまった。
- ・デイサービス利用者が両耳に補聴器をつけたまま、入浴し右耳用補聴器が故障した。（右耳用補聴器は、法人加入の保険で対応）本来、入浴担当職員2名が補聴器を外したかどうか確認することになっていたが、時間内に業務が終わらないのではないかと職員が焦り、補聴器は外しているものと思い込み確認を怠ってしまった。

3. 事故防止のための対策

- ・令和3年度は、転倒の危険が予め想定できたにもかかわらず、入所間もない段階での転倒事故が特養の新入所利用者で多く発生した。事故や苦情等を未然に防ぐには、多職種で関わり情報を共有することが重要であり、防げる事故を起こさないことは、利用者のより質の高い生活や家族との信頼関係に結びつく。新入所利用者については、契約説明時に想定されるリスクについて予め説明し、家族の理解を得ることで事故発生時のトラブル防止につなげていく。新入所以外の利用者については、施設サービス計画書を定期的に評価し、状態に合わせた必要なサービスを提供できるよう努め、事故や怪我につながらないようにしていく。
- ・福祉用具を使用されている利用者については、小さな不具合や定期点検を怠ると、重大な事故につながるおそれがあるため、日頃から些細なことでもご家族へ報告し、情報の共有することを徹底している。保管場所、チェック表の見直しと同時に、業務の見直し等違う側面からの見直しを行った。
- ・事故発生後すぐに検証会議を開催し、PDCAサイクルに沿った改善を行っているため、今後も継続していく。家族への初期対応・初期説明がとても重要となり、報告する前には十分に情報を集め事故状況等、誠意ある説明ができるよう心掛けていきたい。
- ・令和3年度、マニュアルを遵守することを徹底した結果、服薬事故はなかった。令和4年度も「服薬事故ゼロ」を目指し、取り組んでいきたい。

令和3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】

- ・令和3年度は、受付がなかった。入居者の方々に分かり易いよう、丁寧に説明を行っている。

2. 事故の状況等 【 1 件】

- ・転倒による骨折が1件発生した。高齢で慢性的な足の痛みがあり、歩行が不安定でイレクター型歩行器を使用していた。居室の固定電話が鳴り急いで電話に出ようとしたところ、体勢を崩し転倒してしまった。

3. 事故防止のための対策

- ・転倒事故に関しては、相談員からご本人に対し、現在の身体状況や歩行が不安定であること、それに伴う転倒の危険性などについて確認をする時間を設けた。併せて歩行時は急がずに歩くよう説明を行った。ケアマネジャーには、居室内の環境等の改善と身体状況に合った介護サービスを検討・提供してもらえるように依頼した。
- ・危険と感じたことをヒヤリハット報告書に記入して職員間で周知を行っている。入居者の方々に対しては、入居者懇談会時に事故や大怪我に繋がるような危険な事例の説明を行ったり、掲示物を貼り注意喚起を促している。定期的に注意喚起を促すことで、大きな事故につながらないような対策を講じている。加齢による身体機能が低下している入居者が増えてきている。転倒・骨折の事故を未然に防ぐため、歩行不安定な方については、ゆっくり慎重に歩くように職員は声がけを行っている。体調不良時にも転倒をしないように職員は声がけ・見守りなど配慮していく。ホームヘルパー等からの情報も収集しながら居室内の環境等にも気を配り、家族やケアマネジャー等に随時状態報告を行い、介護サービス利用等の検討をしてもらいながら大きな事故や怪我につながらないように支援していく。

令和3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 【 0 件】

・令和3年度の苦情受付はなかった。利用者の様子や介護方法の変更などについて、介護職員や看護職員が普段から家族へ細かく報告・相談をしていることが理由と思われる。コロナ禍で家族や地域住民との交流事業が実施できない一年であったが、施設内の様子を写真に撮って度々家族へ郵送したり、今冬の大雪では近隣住民と一緒に除雪をするなどして信頼関係の構築に努めている。

2. 事故の状況等 【 3 件】

・転倒に関する事故が2件発生した。眉間から左まぶた間の打撲、左大腿骨頸部骨折が1件ずつあり、どちらも夜間居室内で起きたものであった。

・表皮剥離による事故が1件発生した。風船バレー中に手がぶつかり、もともと皮膚が弱い方であった為、表皮剥離となってしまった。

3. 事故防止のための対策

・転倒に関する打撲の件に関しては、転倒の際に家具の角にぶつけてしまったものであり、保護カバーを設置し対策を行った。現在グループホーム、小規模ホーム利用者共、独歩が可能な方が多くおられるため転倒の危険があるが、中でも危険性が高い方はセンサーマットを使用している。転倒事故発生件数は令和2年度に比べ減少したが、依然危険性は高い状態にある為、下肢の筋力低下防止を継続していく。

・令和2年度に起きた誤薬事故を受け、服薬マニュアルを改定し、配薬時に利用者より名前を言うことで誤薬事故が防止できている。ただし、薬に関するヒヤリハット報告が数件出ている為、定期的なマニュアルの確認、職員間の情報共有の方法について検討していく。

・事故発生についてご家族とのトラブルは起きていないが、引き続き密に連絡を行い、施設生活に対する理解を得られるよう努めていく。

・ヒヤリハット報告について、令和3年度報告件数は28件と令和2年度に比べて約半数であった。「転倒」が12件（42%）と全体の約半数となっており、例年同様多い傾向にある。服薬事故は0件であったがヒヤリハット報告では今年度7件（25%）あり、薬の変更があった際のセッティングを間違えるケースが全ユニットであった。誤薬事故につながる危険もある為、確実に申し送りを実施し、判断に迷うときには看護師等へ確認することを徹底している。