平成30年度

苦情申出のまとめ

(平成30年4月~平成31年3月)

施 設 名	30年度	29年度	28年度	27年度	26年度	備考
救護施設かしわ荘			1		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	1	2	3	4	2	
特別養護老人ホームしおかぜ荘	2	1	3	3		
特別養護老人ホームなごみ荘	2	1		3	1	
ケアハウスしおかぜ			1			
地域密着事業所まつみ	1		1			h27.3開所
計	6	4	9	10	4	

平成30年度 福祉サービス事故の状況のまとめ

(平成30年4月~平成31年3月発生分)

1 福祉サービス事故 年度別発生状況

施設名	30年度	29年度	28年度	27年度	26年度	25年度
救護施設かしわ荘	36	37	29	30	36	37
救護施設おぐに荘	16	16	6	12	7	16
養護老人ホーム御山荘	13	7	17	5	15	12
特別養護老人ホームむつみ荘	13	14	10	10	8	10
特別養護老人ホームしおかぜ荘	15	11	15	19	16	17
特別養護老人ホームなごみ荘	12	12	21	16	16	9
ケアハウスしおかぜ	1	8	1	1	3	3
地域密着事業所まつみ	4	7	5	7	1	
計	110	112	104	100	102	104

2 平成30年度 発生月別状況

		70-	- / J /J.j	D 1170									
	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	5	1	6	1	5	2	3	3	5	2	36
おぐに荘	2			1	2	1	3	4	2		1		16
御山荘	1	1	1		1		2	3	1	2	1		13
むつみ荘	1	1	3	1		1			1	3	1	1	13
しおかぜ荘	2	2	1		1	1	1	2	2	2	1		15
なごみ荘	1	1				1	1	1	2	2	1	2	12
ケアハウス				1									1
まつみ	1	1			1				1				4
計	9	8	10	4	11	5	12	12	12	12	10	5	110

3 平成30年度 内容別発生状況

	<u> </u>	. , ,	73370-												
	転倒 転落	誤飲 誤嚥	食事	服薬	医療	経管	入浴	排泄	抑制	無外•	暴力· 暴言	記録・ 伝達	設備• 備品	その 他	計
かしわ荘	15			5						3	2			11	36
おぐに荘	9	1		3										3	16
御山荘	8	1								2				2	13
むつみ荘	8	1		1	1			1						1	13
しおかぜ荘	6			2						1		2		4	15
なごみ荘	4			4		1								3	12
ケアハウス														1	1
まつみ	3			1											4
計	53	3		16	1	1		1		6	2	2		25	110

平成30年度 気付き件数(ヒヤリハット状況)のまとめ

(平成30年4月1日~平成31年3月31日発生分)

1 ヒヤリハット 年度別発生状況

施設名	30年度	29年度	28年度	27年度	26年度	25年度
救護施設かしわ荘	87	101	111	127	82	112
救護施設おぐに荘	73	115	93	92	110	90
養護老人ホーム御山荘	77	86	80	109	74	9
特別養護老人ホームむつみ荘	105	110	100	137	178	156
特別養護老人ホームしおかぜ荘	115	168	124	127	118	159
特別養護老人ホームなごみ荘	103	101	129	116	152	183
ケアハウスしおかぜ	3		2	2		
地域密着事業所まつみ	36	53	47	57		
計	599	734	686	767	714	709

2 平成30年度 発生月別状況

	1,200 1,2, 20=7,3,3,0,00												
	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	4	6	5	10	11	7	8	4	9	9	10	4	87
おぐに荘	7	5	4	7	11	5	3	4	7	5	8	7	73
御山荘	4	4	6	5	5	6	7	7	10	7	11	5	77
むつみ荘	10	11	7	9	4	10	8	8	11	7	11	9	105
しおかぜ荘	10	5	14	12	10	6	5	13	11	10	8	11	115
なごみ荘	10	4	10	11	5	11	8	9	11	6	10	8	103
ケアハウス			1			1	1						3
まつみ	9	5	4	3	2	4	2	2		2	2	1	36
計	54	40	51	57	48	50	42	47	59	46	60	45	599

3 平成30年度 内容別発生状況

			73370-												
	転倒 転落	誤飲 誤嚥	食事	服薬	医療	経管	入浴	排泄	抑制	無外• 外泊	暴力· 暴言	記録・ 伝達	設備• 備品	その 他	計
かしわ荘	52	1		12						1	6			15	87
おぐに荘	44	3	3	7						2	4	1	1	8	73
御山荘	67	1		2					2	3			1	1	77
むつみ荘	63		1	5	1		1	1		2			4	27	105
しおかぜ荘	48	2	3	6			1				1		1	53	115
なごみ荘	51	1	15	1		4	2	2		2		5	2	18	103
ケアハウス			1							1				1	3
まつみ	24	1		7						1				3	36
計	349	9	23	40	1	4	4	3	2	12	11	6	9	126	599

救護施設 かしわ荘

1. 苦情受付の状況 【 0 件】

今年度の苦情受付はなかった。毎月の自治会全体集会にて利用者からの意見を聞き取る機会を設けているが、日常業務中での利用者との関わりの中でも、意見、要望を傾聴の姿勢で聞き取るよう努めている。今年度、第三者評価自己評価にて利用者調査を実施し、利用者からも貴重な意見を伺うことができたので、今後支援に反映させていきたい。

2. 事故の状況等【 36 件】

全体件数としては、昨年度とほぼ同数である。(昨年37件) 転倒転落滑落事故は 15件であるが、骨折により2名の方が手術入院となった。女性1階フロアでの発生が多く、時間帯では夜間帯での発生が多かった。服薬事故は5件発生しており、3件は思い込み、確認不足による人違いの誤薬であり、2件は、職員間の情報共有不足による頓服薬の過剰与薬であった。無断外出事故は3件発生しており、それぞれ異なる方である。2件はそれぞれ入所して間もない方によるもので、他1件は緊急入所の利用の方で、実施機関と協議の上利用中止となった。暴力暴言事故は2件発生しており、1件は異例となるが、加害者の利用者の保佐人の意向により、被害者の利用者へ慰謝料を支払い、示談の対応を行った。その他の事故として11件あるが、内8件は目撃者がおらず当該利用者も疎通困難なことから事故原因を特定できず、経緯不明の怪我としているものである。他2件は不慮の怪我、1件は介護員が利用者の耳垢清掃を行った際の介護事故である。

3. 事故防止のための対策

6月に発生した転倒事故を受けて、全フロアを点検し、出入り口(トイレ、洗面所、汚物処理 室、中央洗濯場)の段差解消の為コンクリートにて傾斜をつけた。また、段差の注意喚起のテープ の張り替えを行った。

服薬事故については、マニュアル手順の再確認を行い与薬動作の定着を図る目的で、昼食後の与薬の際、職員2名でペアとなり、1名分の与薬動作を相互に行い確認してから他の方の与薬業務に入る取り組みを行った。(11月12日~11月30日)

また、誤薬時の対応マニュアルの見直し、再確認を行い、『誤薬した方の薬はトレイから外す(二重与薬防止)』を追加した。

耳垢掃除の際の介護事故については、整容マニュアルの変更を行った。

次年度も利用者の安心安全な生活の場の提供に努めていきたい。

救護施設 おぐに荘

1. 苦情受付の状況 【 0件】

平成30年度は、苦情としての受付はなかったが、利用されている皆様からの相談、意見、希望・要望を、大切にするための取り組みとして、利用者に苦情解決体制について説明する機会を設けた。 利用者からは具体的な質問等はなかったが、これからもより良い方法を模索していきたい。

また、従来の「ちょっと聞いてよ」や個別支援計画作成時の「希望要望」の聞き取り、毎月のモニタリング等により、利用者本人の意思が的確に把握され、職員及び関係者すべてに共有されることにより、意思決定支援の充実を図っていく。

<u>2. 事故の状況等</u>【16件】

平成30年度は、件数としては昨年度と同じ16件の事故であった。年度推移では、平成25年度の16件から、平成26年度、平成27年度、平成28年度と一桁台で推移していたが、再び16件に戻ってしまっている。

特徴として、区分別では転倒、転落、滑落が多く、(事故53%、ヒヤリハット60%)、時間帯別では、「7時15分~8時30分」「10時から16時15分」、「19時~7時15分」が多く見られる。 今年度の転倒事故のうち2件については、骨折により人工骨頭置換術を行い、車いす、ベッド使用となり、介護負担も大きくなってきていることから、あらためて転倒事故の予防対策の充実が課題となっている。

現在、利用者の平均年齢は、68.2歳と前年度より6か月ほど下がったが、「65歳から74歳」が33%、「75歳以上」が30%と、全体の63%を占めていることを考えると、今後も転倒・転落・滑落や誤嚥・誤飲のリスクは大きくなることが想定される。

今後も、健康管理や日課・活動等の充実により、事故防止を図っていくことにしている。

3. 事故防止のための対策

①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・マニュアル・虐待防止委員会を中心に、事故の検証と再発防止に向けての対策を実施した。

今年度は、担当職員との連携の確認等を行うなど、連携体制の強化を図っていきたいと考えている。

②その他、新任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て行うことにより、事故防止に努めていきたい。

養護老人ホーム 御山荘

1. 苦情受付の状況 【 0 件】

平成30年度、苦情の申し出は、昨年度に続きなかった。

平成29年度に実施した「入所者満足度調査」において、利用者からの意見が多かった入浴や食事など日常生活に関する要望について、委員会などで改善を重ねた。利用者個々の意見や提案を聞くために設置された「意見ボックス」において、要望・意見に迅速に対応しながら、サービスの向上に努めている。

2. 事故の状況等【 13 件】

内訳としては、区分別で転倒・滑落8件、無断外出2件、誤嚥・誤飲1件・その他2件であった。 廊下や静養室などで転倒事故が発生している傾向が見られた。無断外出については、それぞれ認知症 により時折、帰宅願望が見られる方であり、1件は、何処から出たか不明で施設付近で仕事をしていた 方が発見した。もう1件は職員玄関の施錠が開錠されていて施設付近で施設職員に発見された。幸いに も2件とも外傷はなかった。

3. 事故防止のための対策

利用者の高齢化による下肢機能の低下、転倒のリスクが高まっていることが伺えるも、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」をモットーに今年度も217件の意見提案が上がり直ぐに検討を行った。

- ・無断外出に関しては、安全安心管理システムの人感センサーの設置が無い箇所の職員の出入り口から出られ、直ぐに無断外出したことに気付かなかったが、センサーだけでなく時間毎の巡回対応で見守りを継続している。
- ・身体機能の維持、転倒防止の対策として、30年度も1日2回の体操や足踏み運動、月1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呼びかけて参加者を募り行った。
- ・事故報告に関しては、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。
- ・誤薬防止については、常に緊張感を持続するためにカンファレンス時にマニュアルの読み合わせを行った結果、職員の意識が変わり、服薬介助については、1つひとつの動きを流れで行なうのではなく、丁寧に確認するようになるなどの変化が見られた。今後も継続して事故防止に努めたい。

特別養護老人ホーム むつみ荘

1. 苦情受付の状況 【 1件】

・3ヶ月に1度、理髪を受けていたが誤って2ヶ月続けて実施してしまう。請求が2ヶ月続いた ため、家族より苦情の申し立てがあった。面会により実施を確認し、ご納得いただいた。 情報の共有化とともに連携の不足により生じてしまった。

2. 事故の状況等【13件】

・転倒・転落が最多であり9件。うち移乗にかかわる介護事故が、3件発生した。

また、体位やオムツ交換の際、過度な負荷を掛けてしまい骨折に至ってしまった介護事故が、2件発生した。

「無理をしない」「無理をさせない」介護。なぜ、このような介護・動作・行為が必要なのかを知り理解、検証する事で介護事故を減少させる。

・誤薬事故が、1件発生した。重大な介護事故と捉えている。タブルチェックが形骸化され、ダブルチェックをした事で安心してしまい安全な服薬に至らなかった。早急に服薬マニュアルの見直しを行い、マニュアルの変更を実施した。

3. 事故防止のための対策

・ヒヤリ・ハット(インシデントリポート)の分析により改善計画を立て事故防止に努めていると ころである。改善計画は、原則、実施1週間後に効果について検証し更に精度を高める、あるいは 効果の上がる別な手技手法はないか検討している。

事故や苦情を未然に防ぐには、職員が利用者へ寄り添い気づき、また、多職種協働で関わる事で事故防止につながるとともに、利用者のより質の高い生活やご家族との信頼関係に結びつく。

更に職員には、「考える介護」「予見する力」が必要であり、これを培う事でより安心で安全な介護の実践につなげている。

特別養護老人ホーム しおかぜ荘

1. 苦情受付の状況 【2件】

- ・(調理へ対する内容) ミキサー粥の固さが日によって違うのはなぜか。特別な食事形態にするのには 意味があるはず。危険ではないのかとの指摘を頂く。原因として調理員の作業スピードと加水量の加減 で固さに違いが出ることから、その後調理員で研修を行い、統一された固さに近づけるよう改善を図っ た。
- ・(デイサービスの夕の送迎時)家に到着後呼び出しても家人が出て来られず(チャイムに気付かなかった)利用者に了解を得て鍵を開けて家の中に入り、臥床介助後、施錠し介護員は施設に戻った。その後、家に居た家人から連絡が入り本人が家に戻ってきていることに驚いたとの連絡を受けた。マニュアルでは、その場で判断せずに施設に連絡を入れて動きの指示をもらうこととなっていた。再度、周知を図った。

2. 事故の状況等 【15件】

・転倒が全体の40%を占めた。骨折に至る事故は無かったが、ベッドからの転落による外傷性硬膜下血腫が1件と、椅子と車椅子からの転落で頭部縫合となったケースが2件あった。

完全なユニット型ではないため職員の配置が固定されておらず、日々変化する利用者の個別情報の周知に苦慮するが情報の伝達方法を工夫しながら事故防止の対する意識を高めていきたい。

・服薬に関する事故については、起床時薬の服薬忘れ、服薬準備でミスが発生し服薬できなかったケースがそれぞれ1件ずつ発生した。服薬の準備ミスで未然に防げたものが3月に3件ヒヤリハットで上がっているが何れも服薬直前に発見。薬詰めの作業から要所ごとにチェックを行っているが間違いに気が付かずに見逃されているケースがるので、今後大きな事故につながらないよう早急なシステム改善が必要とされる。

3. 事故防止のための対策

- ・事故防止リスク検討委員会にて、改善策の検討やモニタリングの評価を行っている。フロア会議においても個別の状態に合わせて対応の検討を行い改善策の周知を図っている。
- ・内出血・表皮隔離の件数が28件あった。内出血・表皮剥離の報告からの予防策と改善策の検討は大きな事故の防止につながるものと考え、2月の事故防止研修では年間の件数報告と内訳の振り返りから現状の把握を行い再発防止に努めた。
- ・利用者の状態変化が徐々に進むことから、車椅子が不適合となっているのに気付かないケースがあった。ケース担当の方で毎月(1ヶ月評価時)に確認を行うこととした。
- ・外部講師による事故防止研修「安全な食事ケアの基礎知識」では、専門的な知識を学べると共に適切なアドバイスを頂くことで新たな視点に立ち考えるよい機会となった。

特別養護老人ホームなごみ荘

1. 苦情受付の状況 【2件】

・職員の接遇に関する意見・要望という形で2件報告があがった。該当職員は意見として挙がった 接遇を不適切ケアと認識していなかったが、「介護を受ける側がどのように受け取るか」という点にお いての配慮不足があった。

日々の業務において、頻回なコール対応や転倒等のリスクがある方の動きへの対応等は精神的な負担につながり、職員自身の感情のコントロールが必要になる場合もある。一職員に負担が大きくなり過ぎないよう各職種の連携を図り、チームとして利用者に関わっていくことで接遇の向上を図ると共に不適切ケアを未然に防ぐ声かけが職員同士で行えるよう今後も努めていきたい。

2. 事故の状況等 【12件】

- ・事故件数としては昨年度と同様で、4件の服薬事故が報告に挙がった。そのうち1件は誤薬事故であったため、早急にPDCAサイクルによる検討・対策会議を開催し対応にあたった。なごみ荘の特色であるユニットケアでは、「10名の利用者に1名の職員が対応する」という時間帯が多く、服薬介助においても同様の状況にあるため、思い込みの防止のためにもマニュアルの徹底が必須である。介助前の一呼吸を置くための対策を手間ととらえるのではなく、事故防止のための重要な関りととらえ、今後も事故防止に努めていきたい。
- ・ヒヤリハットの状況も昨年度とほぼ同数で、転倒・転落報告が約半数を占めている。同じ利用者から何度も報告があがるという状況がデイサービスやショートステイの在宅、特養両部署においてみられた。環境整備やケア内容の検証と合わせて、利用者本人のADL状況を家族と十分共有し、リスク管理を行っていくことが重要と考えられるため、状態に応じて関係職種による丁寧な説明に努めていきたい。

3. 事故防止のための対策

- ・リスクマネジメント委員会が中心となり、毎月のヒヤリハット報告の検証を行っている。検証内容についても全部署に配布し、他ユニット・部署で発生した報告について知ることで自ユニット・部署の事故防止につなげている。事故報告については、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、今後も継続していきたい。
- ・ヒヤリハットや事故の内容説明にあたっては、生活相談員だけでなく、その発生状況や今後の対策についてより専門的な立場・視点から具体的に説明ができる職員と共同して行う必要性があると思われる。今後のなごみ荘での対応をしっかりと丁寧に説明することで、家族に不安感を与えず、安心して利用していただけるよう、今後も自分たちが提供するサービスについての説明責任を十分果たしていきたい。

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。入居者の方々が分かり易いよう、丁寧に説明を行なっている。

2. 事故の状況等【 1件】

転倒による事故が1件発生した。

入居者からの申し出により発覚しており、いつ・どの状況で発生したのか不明である。特に動きにも変化無く、職員も気づかなかった。本人、整形外科受診し、「上から12番目の腰骨が折れていた」との報告あるも、職員は受診に同行しておらず、本人の理解力も低下しており、詳細については不明である。

3. 事故防止のための対策

- ・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ている。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状況がある。事故については、ご本人の居室で多く発生しているため、入居者個々の状況を見ながら適切な時期に、介護付き施設等への移行を働きかけるなど個別に対応していきたい。
- ・入居者の確保にあたっては、ケアハウスは見守りができない施設であることを踏まえた上で、受入 れを行なっていく。
- ・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。

地域密着事業所まつみ

1. 苦情受付の状況 【 1件】

他事業所ケアマネジャーを通じて利用者家族より苦情が1件あった。「小規模ホームの新規利用を依頼したところ、定員に余裕があり利用は可能と言われていた。後日、まつみ職員が本人や利用中のサービス事業者と面接をした結果、今すぐの利用はできないと言われた。納得がいかない、新規利用依頼は取り下げる」との苦情があった。新規の利用を受け付けるか否かは面接後に利用判定会議に諮った後に決定することになっているが、その説明が利用者家族及び他事業所ケアマネジャーに対して不足しており、初めから利用が可能であるような印象を与えてしまったことが原因。改善策として利用依頼の時点で安易に利用可能かどうかを返答せず、あくまで利用判定会議に諮ったうえで利用の可否を伝えるように徹底することとした。管理者が当該ケアマネジャーとご家族へ経緯と改善策を説明し謝罪した。

2. 事故の状況等【 4件】

転倒に関する事故(3件)

腰椎圧迫骨折が2件、右肋骨骨折が1件。いずれも普段は一人で行動することが多い利用者であり、 自室またはトイレで転倒していたケースである。圧迫骨折のケースでは居室やトイレで転倒後に痛み が強いため受診したもの。肋骨骨折については本人から「2、3日前に転んで脇腹が痛い」と訴えがあ って受診したもの。3件の利用者とも痛みは長く続かず日常生活動作への影響も少なく、現在は事故前 と同じ状態で生活されている。

・服薬に関する事故(1件)

眠前薬を誤って他のご利用者へ服薬介助したもの。夜間帯のダブルチェック体制に無理が生じていること、マニュアル遵守の意識について職員間で温度差があることが原因として考えられたため、ダブルチェックの時間帯を変更し、マニュアル遵守について職員と個別に話をして注意を喚起した。

・ヒヤリハット報告について、30年度報告件数は36件であり前年度に比べて約3割減少している。 利用者の入れ替わりが多く、比較的状態の安定した方が多くなったことが要因か。区分別では「転倒」 が24件(67%)、「服薬」が7件(19%)を占めた。「服薬」については、服薬動作を自分で行う 利用者の落薬が多い。

3. 事故防止のための対策

小規模ホーム、グループホームともに要介護1から3の利用者が多く、見守りや助言が必要ながらも日常生活動作は直接的な介助を要しない方が多い。特にグループホーム利用者については、主体的に生活していけるように日常生活の家事を利用者自身で行うよう援助している。重大事故につながらないように環境を整備することはもちろんだが、そのようなグループホームの特性や生活に潜むリスクを利用者家族に十分に説明し、リスクがありながらも利用者ができることを続けて主体的に生活する場であることに理解と協力をいただくことに努めている。そのため、些細なことでも介護員が直接、家族へ報告し事業所と情報やリスクを共有することを徹底している。