

令和2年度

苦情申出のまとめ

(令和2年4月1日～令和3年3月31日)

施設名	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	1	2	1	2	3	
特別養護老人ホームしおかぜ荘	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					1	
地域密着事業所まつみ			1		1	
計	9	13	6	4	9	

令和2年度 福祉サービス事故の状況のまとめ

(令和2年4月1日～令和3年3月31日)

1 年度別発生状況

施設名	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	平成27年度
救護施設かしわ荘	22	26	35	37	29	30
救護施設おぐに荘	6	8	16	16	6	12
養護老人ホーム御山荘	7	19	13	7	17	5
特別養護老人ホームむつみ荘	7	11	13	14	10	10
特別養護老人ホームしおかぜ荘	19	10	15	11	15	19
特別養護老人ホームなごみ荘	17	15	12	12	21	16
ケアハウスしおかぜ	5	8	1	8	1	1
地域密着事業所まつみ	10	10	3	7	5	7
計	93	107	108	112	104	100

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	2	3	1	2	1	1	4		2	1	4	1	22
おぐに荘		1	1	1		1		1		1			6
御山荘	1	2			1	1	1		1				7
むつみ荘	1			2		1			1		1	1	7
しおかぜ荘	2	2	1		1	1	3		2	2	1	4	19
なごみ荘	1	1	3	1	1	2	4		1	2	1		17
ケアハウス	1	1		1				1			1		5
まつみ	1	2			2	2			1	1	1		10
計	9	12	6	7	6	9	12	2	8	7	9	6	93

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・ 外泊	暴力・ 暴言	記録・ 伝達	設備・ 備品	その他	計
かしわ荘	7			1							3			11	22
おぐに荘	6														6
御山荘	6			1											7
むつみ荘	2	1		1						1				2	7
しおかぜ荘	6			7				1				1		4	19
なごみ荘	8	1		5		1								2	17
ケアハウス	5														5
まつみ	7			3											10
計	47	2		18		1		1		1	3	1		19	93

令和2年度 気付き件数(ヒヤリハット状況)のまとめ

(令和2年4月1日～令和3年3月31日)

1 年度別発生状況

施設名	令和2年度	令和元年	平成30年度	平成29年度	平成28年度	平成27年度
救護施設かしわ荘	78	102	87	101	111	127
救護施設おぐに荘	83	110	73	115	93	92
養護老人ホーム御山荘	64	60	77	86	80	109
特別養護老人ホームむつみ荘	151	129	105	110	100	137
特別養護老人ホームしおかぜ荘	126	124	115	168	124	127
特別養護老人ホームなごみ荘	235	183	103	101	129	116
ケアハウスしおかぜ	3	3	3		2	2
地域密着事業所まつみ	46	23	36	53	47	57
計	786	734	599	734	686	767

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	7	5	5	8	3	4	5	11	7	8	7	8	78
おぐに荘	5	13	6	6	6	5	3	5	11	9	6	8	83
御山荘	8	7	2	6	5	2	10	7	5	6	2	4	64
むつみ荘	9	9	12	16	14	12	15	10	12	20	14	8	151
しおかぜ荘	11	15	9	6	12	6	14	9	14	9	10	11	126
なごみ荘	25	23	31	26	15	20	9	15	20	21	15	15	235
ケアハウス					1		1		1				3
まつみ	3	3	4	6	4	3	2	3	6	4	6	2	46
計	68	75	69	74	60	52	59	60	76	77	60	56	786

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・ 外泊	暴力・ 暴言	記録・ 伝達	設備・ 備品	その他	計
かしわ荘	38			9						5	7			19	78
おぐに荘	49	3	3	2	3			1	1	1	3			17	83
御山荘	49	5	1	2						4				3	64
むつみ荘	52	1	18	10	4		2					5	3	56	151
しおかぜ荘	37	2	8							1		5	5	68	126
なごみ荘	89	6	15	11	1	9	3	1		5	1	4	6	84	235
ケアハウス	1		1											1	3
まつみ	27	3	1	9			1							5	46
計	342	20	47	43	8	9	6	2	1	16	11	14	14	253	786

令和2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。コロナ禍の折、サービス提供に変更や自粛が必要となり、施設の恒例行事の他、柏崎市内の地域イベント、買い物等、外出活動の殆どを見送りとした。その中でも、施設内で過ごす時間が多くなり単調な生活になりがちなところ、年間計画にある行事については、感染症対策(消毒、換気、人数制限)を盛り込み、利用者の希望要望を聞き取りながら企画、実施した。又、面会等、ご家族との交流についても制限を行ったが、利用者も含めご理解、協力を頂いた。

2. 事故の状況等 【 22 件】

全体件数としては、昨年度の26件よりも4件減少となった。転倒転落滑落事故は、昨年度と同数(7件)であった。男女の内訳は、男性4件、女性3件であり、男性の方がやや多い。男性4件については、介護度が高く1階フロアで生活している方達であった。女性3件の内、2件の方達は、自立度の高い2階フロアで生活していたが、転倒による骨折(左大腿骨転子部骨折)、或いは打撲をきっかけに1階フロアへ居室移動を行い、生活環境(車椅子、ベッド使用)を変更する対応となった。服薬事故は1件発生した。ベテラン職員が関係する利用者の取り違え事故であった。事故検証を行う中で、当時、焦りを自覚していたことに加え、与薬マニュアル動作の一部を怠っていたことが分かった。前年度、無断外出事故は7件発生したが、令和2年度の発生は無かった。暴力暴言に関する事故が3件発生した。何れも男性棟2階フロアの利用者間のトラブルによる受傷事故である。精神科主治医への相談、居室変更で対応した。その他に区分した事故は11件であるが、前年度より多くなっている。その内9件は経緯不明の怪我としているが、普段の生活の様子やADL状況から職員の見守りが行き届かない場所や時間帯で転倒したことによる受傷と考えられる。その点から、今年度の転倒事故は7件としたが、経緯不明の怪我を加えると実際には転倒による受傷事故が最も多いという状況になっている。

3. 事故防止のための対策

誤薬事故が発生した際、関係した職員への聞き取りを行うとともに、マニュアル動作の実施状況について、与薬手順行動振り返りシートを用いて事故検証を行った。又、リスクマネジメント委員会では、与薬マニュアルが適正であるか再検討を行った。その結果、特に変更は不要と判断し、マニュアル動作の定着に向けた取り組みを行った。又、リスクマネジメント研修として、5月にKYT訓練を行った。荘内のベッド居室を事例に取り上げることで具体的な行動目標を立てることが出来た。6月には、荘内の危険箇所調べを行った。設備改修が必要な場所もあったが、リスクマネジメント委員会にてそれぞれの対策をまとめることが出来た。この他、マニュアル検討委員会にて、事故防止マニュアルの見直しを行い、現況と乖離した部分について変更を行った。また、新型コロナウイルス対策について、通常対応の他、発生時のゾーニング方法等を定めたマニュアルを作成し、毎月のリスクマネジメント委員会では、併せて感染症対策委員会を開催し、現況と対策状況の確認を行っている。

令和2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】

今年度、苦情の受付はなかった。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。また、なかまの会全体会、「ちょっと聞いてよ」、毎月のモニタリング等で利用者からの意見・要望・相談の機会を設けた。利用者からの意見・要望・相談は、今後の支援に反映するように取り組み、利用者満足度の向上を図っていききたい。

2. 事故の状況等 【 6 件】

全体件数としては、昨年度より2件減少し6件であった。昨年度に引き続き1桁台であった。区分としては、6件とも転倒・転落・滑落の事故であった。職員介助時の事故が3件発生しており、2件は車椅子移動介助時、1件は車椅子への移乗介助時の事故であった。事故の振り返りを行う中で、職員への注意喚起と介護技術や業務など多方面からの見直し改善を図った。他3件は、普段から杖や歩行器等を使用している利用者、歩行不安定者の転倒事故である。うち1件は、大腿部頸部骨折にて手術・リハビリ必要にて入院を要した。発生場所としては、施設屋内だけでなく、利用者玄関付近の戸外での事故が2件であった。年々、高齢化、重度化にともない下肢筋力低下がみられてきており、転倒事故のリスクが高くなっている。

3. 事故防止のための対策

5月に発生した車椅子移動介助時の転落事故を受けて、全介護職員を対象に事故事例研修として介護技術研修（車椅子操作の基本と車椅子体験）を実施した。敷地内の危険箇所の確認、安全な車椅子操作の確認を行った。11月に発生した車椅子への移乗介助事故を受けて、個々に合った移乗介助の確認を行い、職員間で情報共有し周知を図った。

今年度より福祉サービス事故・ヒヤリハット報告の改善計画の周知の取り組みとして、「事故防止対応（改善計画）一覧表」と「利用者別改善計画・具体的対策表」を作成し「具体的対策・改善計画」の周知徹底を図った。また、施設内外の事故現場を危険箇所として、「危険箇所マップ」を作成し掲示することで、利用者・職員に周知を図った。

服薬事故防止として、4月から6月の3ヶ月間は服薬事故強化月間として、服薬事故が起きやすい場面を周知するとともに、ポスターを掲示して取り組みを行った。また、毎週月曜日と薬マニュアルの唱和を継続して取り組んでいる。法人主催の服薬事故防止研修を受け、新たに月1回服薬動作の実演を取り入れ、服薬時のチェックマンの導入の検討など服薬事故防止に取り組んでいる。

リスクマネジメント委員会での活動の中で、各部署で危険予知訓練(KYT訓練)を行い、事故防止に取り組んでいる。

令和2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2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」や、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る「気づきメモ」の取り組みを行っている。気づきメモについては、年間で221件があがり、処遇や環境整備、業務改善につなげることができた。今後も入所者の声や日常の小さな気づきを大切にしていきたい。

2. 事故の状況等 【 7 件】

7件の内訳は転倒6件、誤薬1件であった。

転倒報告については、車椅子からの転落報告はなく、全て歩行自立もしくは歩行器使用で見守りなしの入所者であった。下肢筋力低下等により歩行状態が低下した結果の転倒であった。

誤薬事故については、職員の確認不足による服薬間違いであった。マニュアル通りに介助を行うこと、声出しによる氏名確認を確実にを行うことを徹底し、再発防止に努めた。

3. 事故防止のための対策

入所者の高齢化、状態低下が顕著になってきている。要介護認定を受けている入所者は68名中41名、そのうち要介護4が3名、要介護3が11名と、特養に入所申請をしている方も多くなってきている。また、入院により状態低下し、要介護認定の区分変更申請を行う方も多くいる。また、今まで介助や見守りが不要であった入所者に転倒のヒヤリハットが多くあがっているというのも実情である。

介護サービスを受けている入所者に関しては、担当ケアマネジャーや利用事業所と密に連絡を取りながら、サービス調整や福祉用具の検討を行っている。新入所の段階で要介護認定を受け、介護サービスの利用が必要な方が多くなっているため、入所前からサービス調整を行い、スムーズな介護施設への移行を進めている。

入所者への対応や環境は「気づきメモ」を活用し、事故やヒヤリハットの芽を小さなうちに摘む取り組みを行っている。対応の変更については、居室担当職員がミーティングや申し送りファイルを活用して周知を図っている。環境整備では畳部屋や居室内に段差のある居室もあるため、状態に応じて居住階の移動やベッドの居室への変更を随時行っている。

誤薬事故防止については、引き続き、マニュアルを職員間で再確認し、確実にを行うことを徹底していく。精神科薬を服用している方も多くいるため、誤薬によるリスクを十分認識し、声出し確認等が単なる流れ作業にならないよう、職員相互に事故を防ぐ目配りも行っていきたい。

令和2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 【 1 件】

入所申込書変更届と合わせて介護支援専門員等意見書を家族に郵送したケースについて、本来、入所申込書変更届のみコピーし受理確認のために、家族に返送するところを介護支援専門員等意見書のコピーも同封、郵送してしまった。「郵送の必要性和介護支援専門員等意見書は、家族が見るべき物ではないのではないか。」との苦情であった。

郵送については、そもそも介護支援専門員が郵送して来ており遠方の高齢者を考慮し受理確認のため郵送している必要性については、ご了解をいただいたが、介護支援専門員等意見書については、誤って郵送してしまった点について、謝罪しご了解いただいた。

2. 事故の状況等 【 7 件】

- ・夜間の無断外出が発生、職員呼集による捜索に合わせて県警からもご協力をいただいた結果、早朝近隣住民より通報があり無事保護することができた。
- ・転倒事故は、排泄介護の際に、その場を離れ転倒した事による骨折事故並びに重篤な怪我までは、至らなかったが、4人掛ソファから立ち上がろうとしての転倒事故の2件発生。
- ・家族持参のバームクーヘンをお茶と一緒に喫食中、窒息入院に至った。
- ・車椅子への移乗中、フットボードに足を接触させ表皮剥離をしてしまった。
- ・深夜、弄便行為のためオムツ交換をした際に、清拭布が高温だったため下げるべく清拭布を振ったところ右大腿部に触れ火傷を負わせた。
- ・毎晩、下剤を服用されている利用者が午後に反応便があったにもかかわらず情報が共有化できず下剤を増量し服用させてしまった。

3. 事故防止のための対策

- ・無断外出防止のためベランダに人感センサーを設置し、併せて館外に監視カメラを増設した。本人に対しては、定時の所在確認回数を増やした。着替えの際には、着衣の特徴を記録。また要望をお聴きし散歩やドライブにお誘いする事とした。
- ・排泄介護でその場を離れる時には、他の職員に声を掛け協働して取り組む。また4人掛けソファから密着した状態から立ち上がるリスク解消のため1人掛け椅子を併用していただく。
- ・バームクーヘン等、咀嚼して嚥下する時に再びひとつの大きな食塊になってしまう、あるいは粘性の高い食べ物を提供したさいには、自立者であっても食べ終わりを速やかに確認する。
- ・車椅子より立位を取っていただくさいは、フットボードの跳ね上げが確実に行われたか、また車椅子整備として跳ね上げられたフットボードが緩みで下がりはないか確実な確認が必要である。
- ・清拭布の温度管理としてホットウォーマーは確実に弱に設定する。また湿度を保つために高温、多量のお湯を掛けたりしない。
- ・反応便の情報伝達については、口頭の他にメモの手渡しにより情報の共有を図る事とした。

令和2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 【 3 件】

- ・利用者からの職員の対応についての苦情を頂いた。身体が不自由な利用者の気持ちに寄り添った対応の重要性を全体で確認周知する大切な機会を得ることができた。変則勤務でストレスコントロールが難しい中、全員で連携を図る体制の必要さを感じた。
- ・家族から、通院時に季節にそぐわない衣類の指摘があった。外出時だけではなく季節に合った着衣においては全体の目で注意を払っていききたい。
- ・事故報告から、その後の対応についての不十分さと不備の指摘を頂いた。日頃からの状態報告の重要性と事故発生時の対応の仕方について考える良い機会となった。今回の経験を活かし今後はマニュアルに沿った冷静な対応を行っていき、利用者や家族とのコミュニケーションを大切に、相談や意見の上がりやすい事業所づくりに努めたい。

2. 事故の状況等 【 19 件】

区分	件数
転倒・転落	6件
服薬	8件
記録	1件
その他	4件
合計	19件

- ・服薬が全体の42%を占める結果となった。記録の記入ミス、報告や確認不足から発生したミスが多発した。改善策が重なったことでの業務の圧迫があるのか、次年度も課題として考えていくと共にマニュアルの点検と見直しを行っていききたい。マニュアル通りに対応できておらずに発生した服薬事故報告も上がった。引き続きマニュアルに沿った対応が主軸として意識付けられるよう対策を事故防止委員会で考えていききたい。
- ・ヒヤリハット報告は126件で件数は例年と大差はなかった。転倒・転落の件数は全体の23%であった。重度化に伴い寝たきりの方が増える一方、皮膚の表皮剥離や内出血等のヒヤリハットも増加傾向にある。歩行から車椅子に変更になるケースもある。利用者の状態変化に伴い見守りの体制の変更が重要である。

3. 事故防止のための対策

- ・事故の発生後、昼のミーティング時に現場実証を行い早い段階で原因分析につなげるよう努めている。また、全体においては月に一度行われる事故防止委員会においての事故内容、改善策についてのモニタリングや評価を行っている。
- ・服薬に関しては特に職員の入れ替わり時、一人立ち後に高まる一定期間のリスクが一人の責任にならないようにシステムの見直しを考えていききたい。

令和2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 【5件】

特養から1件、施設内定期清掃の予定が利用者へ連絡なく、「勝手に居室に入ってきた」と苦情あり。昨年度も同じような内容の苦情があがっていた。職員間で統一した対応を決めていきたい。

ショートステイ1件、ショートステイより帰られた後、本人より無理な介護をされたと話があり、家族から相談を受けた。環境の変化や本人の状態により、介助方法に違いが生じ、不快な思いをさせてしまった。毎回、同じ体調・状態ではない利用者に対応するため、施設職員とケアマネジャー、家族と情報共有し今後も取り組んでいきたい。

包括から3件、職員の異動もあり育成・業務の内容・対応方法の遅れ等うまく連携がとれなかったことで苦情としてあがった。地域の方の相談窓口として、普段から利用者主体の関わり方を前提として、業務に当たらなければならない。

2. 事故の状況等 【17件】

事故件数は昨年度より増加。今年度は服薬事故が6件もあり、そのうちショートステイにて、ひと間違いの誤薬が発生。食事時、服薬介助を職員2人で確認ができる体制だったが、全くマニュアル通り行えてなく起こった事故。服薬を職員2で行うことで責任の所在がはっきりしなかったため、職員1人が責任を持って行うことに変更した。今後も定期的に評価を行い、処方された薬を処方通りに正しく予薬できる習慣を身につけていきたい。

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によって自ユニット・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。

今年度は、ショートステイ利用者で歩行してトイレに行かれる方の骨折事故が続いた。家族も含め利用前に環境が変わる中での転倒リスクを十分に説明するとともに、利用者ができるADLを続けて生活が送れるよう支援していく。

服薬事故については、法人で実施した服薬事故防止研修をもとに「服薬事故ゼロ」を目指し、取り組んでいきたい。

日頃からの気づき・観察が事故を未然に防ぐということが重要であるため、その気づきを職員間で共有し、多職種協働で関わり、安全・安心なサービスを今後も提供していきたい。

令和2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。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 【 5 件】

転倒による事故が5件発生した。その内、3件が骨折を伴う事故であった。

転倒に関する事故の全てが、居室内、廊下、外出先等で発生しており、いつ・どの状況で発生したかは入居者からの聞き取りによるが、原因、経緯が分かりにくいものがあった。

外出中に転倒、裂傷を負った事故が発生した。介助が必要な状態にも拘らず、ご本人の拒否が強く、介助出来ずに事故につながった。

3. 事故防止のための対策

- ・ケアハウスしおかぜの利用は、自立した生活を送れることを原則としており、事故防止策は、入居者本人の意識付けに頼っている。事故については、本人の居室や廊下等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、ケアハウスの原則を丁寧に説明した上で、受入れを行なっていく。
- ・外出に転倒等の危険性が伴う入居者が在籍しており、本人様へ適切な移動手段を提案するとともに身元保証人との連絡を密に行い情報共有していきたい。
- ・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。

令和2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2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奏功したと思われる。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 【 10件】

・転倒に関する事故（7件）

大腿骨頸部骨折、脆弱性骨盤輪骨折、左大腿骨転子部骨折、脊椎圧迫骨折が1件ずつ、その他の3件は打撲。事故発生時、職員が近くにいたが防ぐことができなかった内容のものが6件あり、それぞれ見守り、付き添い方法について見直しを行った。小規模ホーム、グループホームともに自立度が高い利用者が多いことから、転倒のリスクが高く、今年度は外出機会の減少に伴い、下肢筋力の低下が懸念される利用者の増加もあり、よりリスクが高まっている状態である。歩行訓練や下肢筋力の低下防止を実施し、転倒事故の予防に努めていきたい。

・服薬に関する事故（3件）

人物誤認による誤薬が2件、持参薬の未確認によるものが1件あった。人物誤認による誤薬が続いた為、服薬マニュアルの見直し、変更を行い、マニュアルに沿った介助の徹底を再三職員間での共有を行った。今後も、実施状況を委員会にて確認していく。

・ヒヤリハット報告について、令和2年度報告件数は46件と前年度に比べて2倍となっている。「転倒」が27件（58%）と全体の半数以上となっており、前年度からみても16件増となった。「服薬」が9件（20%）と落薬、薬のセット忘れが見られた。

3. 事故防止のための対策

前年度に続き、誤薬事故が発生した為、服薬マニュアルの見直しを行い、一部変更し、マニュアル通りの介助が行われているか、委員会にてモニタリングを実施した。今後も継続していく。また、法人主催の研修に主任、リーダーが参加し、職員への復命を行った。

下肢筋力の低下防止の為の体操を各ユニットにて行っているが、外出や歩行機会の減少もあり、転倒のリスクは依然と高い状態にある。引き続き利用者家族との連絡を密に行い、施設の特長や生活に潜むリスクについて理解、協力をいただけるよう努めていく。