

## 令和4年度

### 苦情申出のまとめ

(令和4年4月1日～令和5年3月31日)

施設名	R4年度	R3年度	R2年度	R1年度	H30年度
救護施設かしわ荘					
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	2	1	2	1
特別養護老人ホームしおかぜ荘	4	2	3	7	2
特別養護老人ホームなごみ荘	3		5	4	2
ケアハウスしおかぜ	3				
地域密着事業所まつみ					1
計	12	4	9	13	6

令和4年度  
福祉サービス事故の状況のまとめ  
(令和4年4月1日～令和5年3月31日)

1 年度別発生状況

施設名	R4年度	R3年度	R2年度	R1年度	H30年度
救護施設かしわ荘	19	14	22	26	35
救護施設おぐに荘	5	6	6	8	16
養護老人ホーム御山荘	17	12	7	19	13
特別養護老人ホームむつみ荘	11	14	7	11	13
特別養護老人ホームしおかぜ荘	13	7	19	10	15
特別養護老人ホームなごみ荘	7	13	17	15	12
ケアハウスしおかぜ	4	1	5	8	1
地域密着事業所まつみ	9	3	10	10	3
計	85	70	93	107	108

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	4	1		2		3	2	3	2		19
おぐに荘						2		1	1			1	5
御山荘	2		2	1	2	1	1		3	3	1	1	17
むつみ荘		1			2		1	2	1	3	1		11
しおかぜ荘	1	1	1		1	2	2	2		1	1	1	13
なごみ荘		1	1		1					1	1	2	7
ケアハウス		1								2		1	4
まつみ				1	3			3	1			1	9
計	3	6	8	3	9	7	4	11	8	13	6	7	85

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	12			2										5	19
おぐに荘	3			1										1	5
御山荘	15													2	17
むつみ荘	4			1						1				5	11
しおかぜ荘	2			3										8	13
なごみ荘	3			1						1				2	7
ケアハウス	3										1				4
まつみ	7			1										1	9
計	49			9						2	1			24	85

## 令和4年度

### 気付き件数(ヒヤリハット状況)のまとめ

(令和4年4月1日～令和5年3月31日)

#### 1 年度別発生状況

施設名	R4年度	R3年度	R2年度	R1年度	H30年度
救護施設かしわ荘	85	97	78	102	87
救護施設おぐに荘	42	39	83	110	73
養護老人ホーム御山荘	19	24	64	60	77
特別養護老人ホームむつみ荘	187	156	151	129	105
特別養護老人ホームしおかぜ荘	102	151	126	124	115
特別養護老人ホームなごみ荘	132	156	235	183	103
ケアハウスしおかぜ	3	7	3	3	3
地域密着事業所まつみ	19	28	46	23	36
計	589	658	786	734	599

#### 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	8	6	6	11	2	10	8	3	10	8	12	1	85
おぐに荘	4	5	5	5	3	3	3	6	3	2	1	2	42
御山荘		2	1	3	2		2	4	2	2		1	19
むつみ荘	13	8	19	17	17	23	20	9	13	15	11	22	187
しおかぜ荘	9	4	7	10	14	7	9	11	4	11	10	6	102
なごみ荘	12	7	14	8	13	10	11	8	9	9	13	18	132
ケアハウス						1						2	3
まつみ	4	1	2		1	2	2	1	2		4		19
計	50	33	54	54	52	56	55	42	43	47	51	52	589

#### 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	54		1	7			1	1		3	4	1	1	12	85
おぐに荘	28		1	6							1		1	5	42
御山荘	11		1		1					6					19
むつみ荘	76	1	30	8	7		1					7	7	50	187
しおかぜ荘	29		10	5		2		1		5		2	7	41	102
なごみ荘	69		8	6		8		1		3			2	35	132
ケアハウス	2									1					3
まつみ	10	1		5	1					1				1	19
計	279	2	51	37	9	10	2	3		19	5	10	18	144	589

## 令和4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4年度、苦情受付は無かった。引き続き、利用者の声に耳を傾け、思いに寄り添った支援を心がけていく。また、利用者の意見がスムーズに反映できるように、意見提案ができる場面を定期的に持つように進めていきたい。

### 2. 事故の状況等 【 19 件】

- ・転倒・転落による事故報告が最多の12件となった。そのうちの骨折にまで及ぶ事故となったのは7件であり、3名が車椅子利用者、1名が歩行器利用者であった。
- ・6月に転倒事故が4件発生した。施設内で感染症が蔓延した時期と重なっており、感染によって長期的な隔離対応が必要となり、活動量が減少して下肢筋力も低下してしまったと考えられる。さらには、隔離に伴う環境面の変化も原因の一つと考えられる。
- ・服薬事故が2件発生している。1件は服薬忘れ、もう1件は臨時薬を医師が指示した時間と違う時間に投薬した事故である。服薬忘れについては職員間の情報伝達方法が不確かな点もあった。
- ・その他に関する事故は5件発生しており、そのうち2件が原因不明の骨折と外傷となっている。利用者には自身の状況を伝えることが難しい方も多く、丁寧な観察を進めながら早期発見につなげていく。

### 3. 事故防止のための対策

- ・転倒・転落による事故については、感染症による隔離や環境の変化に伴う状態変化に合わせ、個々に再アセスメントして、移動手段や見守り方法を見直した。また環境面（ポータブルトイレの配置場所、身の回りの所持品置き場等）への配慮も随時、検討した。
- ・服薬事故については、伝達方法をより具体的な方法にルール化するようにした。また、臨時薬については、配薬ケースに薬を準備する手順について見直しを行い、正しい手順で行うことを徹底している。服薬事故は職員の不注意や思い込みが原因となるので、マニュアル遵守を徹底していく。服薬前のマニュアル唱和も継続して行い、意識を持って進めていくようにする。
- ・事故発生時の原因分析、改善策においては、多くの意見を持ち寄って、幅広い視点で捉えることができるようする。
- ・ヒヤリハット・事故報告書の具体的対策及び改善計画の実施状況について、リスクマネジメント委員会で3ヶ月評価を取りまとめ、フロア職員で振り返りを丁寧に進めていくことで再発防止につなげていく。
- ・日頃より、利用者の細かな異変に気付く観察力が大切であり、そのためにも、利用者との日頃の会話(コミュニケーション)を大切にしていく。また、職員間で情報共有できる仕組みもより体系化するようにして、円滑に進められるようにする

## 令和4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4年度、苦情の受付はなかった。
- ・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、なかまの会役員会や全体会、「意見箱」の設置、「ちょっと聞いてよ」の意見カード等で利用者からの意見・要望・相談の機会を設けている。また、定期的に利用者満足度の聞き取りを行う機会を設けている。
- ・これらの取り組みにより、いただいた意見に対しては、その都度検討し、サービスの向上に繋げられるように努めている。

### 2. 事故の状況等 【 5 件】

- ・転倒・転落・滑落事故は、3件発生し、そのうち1件は、転倒による大腿骨頸部骨折で手術・リハビリが必要であり入院を要した。
- ・服薬事故は、1件発生し、人違いによる誤薬事故であった。口の中に薬を入れた後、すぐに気づき飲み込むまでには至らず、口の中に入れた錠剤（5錠）はすべて口の中から出していただいた。
- ・その他の事故として火傷の報告が1件あった。喫煙所でタバコを吸おうとした利用者がライターの火をつけた際、手指に火傷を負った。検証の結果、感染症予防対策として喫煙室に入る前にアルコール手指消毒を行うことになっており、手指消毒後、消毒剤がよく乾いていなかったことから、ライターの火が手指に引火したものと考えられる。

### 3. 事故防止のための対策

- ・転倒事故については、利用者の高齢化、重度化に伴い下肢筋力低下がみられており、転倒のリスクは高い状況である。日課の中に体操や歩行運動を取り入れ筋力低下防止の取り組みを行っている。また、環境面での配慮も心掛け、危険予知に努めている。
- ・誤薬事故を受けて、原因分析を行う中で、焦りと思い込みに加え、与薬マニュアルの実施を一部怠っていたことが分かった。焦りを解消するために服薬介助にあたる時間に余裕を持たせられるよう、職員の引継ぎ方法の見直し・時間短縮する等、業務の見直しを行った。また、マニュアル通りの実施ができていなかったため、改めてマニュアルの確認を行い、週1回行っている与薬マニュアルの読み合わせの際に、「落ち着いて与薬する事」、「確実にマニュアル通りの与薬を行う事」という内容を追加し、実施の徹底を図っている。
- ・火傷事故を受けて、使用していたジェルタイプのアルコール消毒剤の使用上の注意を確認した。手指消毒用ではあるが、火気厳禁であり、火の近くは危険であることを利用者と職員に周知した。また、喫煙室前のアルコール消毒剤は撤去し、喫煙室には手洗いをしてから入室するよう対応を変更した。
- ・今年度、施設の事故防止の取り組みとして、その場で利用者と職員の目に入ることで危険認識を持ってもらうことを目的として、危険個所に沿ったポスターを掲示して注意喚起を行った。

## 令和4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4年度の苦情受付は無かった。入所者からの意見や申し出には、その都度話しを傾聴し対応すると共に、ご意見ボックスへの投稿にも返答を行った。

### 2. 事故の状況等 【 17 件】

- 転倒・転落が最多であり15件、他2件は無断外出、経緯不明の骨折であった。状況では自らの転倒が多く、発生場所・時間が分からない事例や転倒後は特変なかったが通院にて骨折が判明した事例もあった。
- 施設内はバリアフリーではあるが絨毯・畳・硬質面と場所によっては滑りやすかったり、躓きやすいところもあるため、通常の歩行時での転倒も多くあった。また、転倒防止に福祉用具（歩行器等）を使用しているにもかかわらず転倒することもあり、歩行状態についての見極めが難しい状況がうかがえる。

### 3. 事故防止のための対策

- 転倒・転落事故を未然に防ぐ対策として、ベッド脇の足元にセンサーマットの設置を行い、センサー感知にて駆けつけ早目の対応に努めている。また、巡回時や廊下でのすれ違い時に声掛けを行い、歩行器使用を促し、認知症などの状態に応じては、見守りや付き添いを行っている。
- ADL低下の利用者への対応としては、居室変更及び要介護認定申請、介護サービスの利用開始を行っている。
- 業務中に気付いて変更したいことがあった時には気付きメモを活用し、カンファレンスにて対応の検討を行っている。
- 令和3年度に誤薬事故が4件発生したことから、服薬方法を検討し、原因として挙げられていた焦りや思い込みが改善できるよう、令和4年度は服薬方法を変更した。変更内容としては、これまで介護職員が配膳から配薬までを行っていたが、配膳は厨房調理員、配薬は介護員とし、役割分担をしたことで限られた人数で配膳から配薬まで行わなければならないという焦りの解消につなげた。また、思い込みによる服薬間違いなどを解消するために配膳後に介護職員が2名のダブルチェック体制で配薬、服薬介助を行うこととした。変更後は誤薬なく配薬が行えている為、今後も継続とする。

令和4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】

- ・ 3時過ぎに居室にて、朝に向けてパジャマを着替えている途中で職員が訪室してくれたため、トイレ誘導を依頼したところ上半身下着のままトイレ誘導を受け、嫌な思いをしたという申し出があった。当該職員が謝罪し納得していただけた。プライバシーへの配慮に欠けた対応であり、職員全体に対し利用者の方に安心していただける介護の提供について再確認した。
- ・ 新型コロナウイルス感染症に伴い、週1回の入浴と1回の清拭対応であること、またミストシャワーによるチェアインバスではなく湯に浸かれるチェアインバスを使用しての入浴実現が遅れていたことに対する改善の要望があった。入浴回数については改めて新型コロナウイルス感染症の状況に伴う対応であることを説明し、了承された。また入浴形態については、希望される浴槽での入浴を試行することで納得していただけている。

2. 事故の状況等 【 11 件】

- ・ 服薬に関する事故が1件発生している。夜間、排便があったにもかかわらず朝食後に下剤を服用させてしまった。その後は特に体調を崩されることはなかった。
- ・ 骨折に至ってしまった事故は7件発生しており、そのうち介助方法が起因となり骨折に至ってしまったと思われる報告が1件あった。
- ・ その他の事故として、特養において朝食後、自ら下義歯を触ってしまい舌先上部から下部に義歯のブリッジが貫通し1針縫合するという報告、デイサービスにおいて、おやつ提供後所在が確認できず無断外出してしまったという事故が1件ずつあった。

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については、排泄チェック表及びタブレットへの排便について入力があったが、早番の確認ミスまた夜勤の引継ぎが行われなかった。改めて申し送りを確実に行う事を周知し、臨時で服薬が必要な場合には服薬前に排便の有無をチェックするようになった。
- ・ 介護方法に起因した事故については、当事者からの状況を聴取し実際に介護場面を再現、事故防止に努めている。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4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 【 4 件】

- この度頂いた苦情全体から、相手の気持ちをくみ取ったきめ細やかな対応の必要性が学べた。苦情内容に対して、謝罪と共に迅速な対応が求められたにもかかわらず、次の送迎に間に合わなくなるなどの理由から対応を後回しにその場を去ったことにより、問題がより大きく発展してしまった事例もあった。その場で対処できない場合は相談員に連絡をして直ちに対応することがマニュアル化されているが遵守されなかったことが原因であった。適切な判断や対応を誤らない為にも、マニュアルに従い当該職員がその場で自己判断せずに冷静な判断ができる職員（その場にはいない職員）に判断を委ねる必要がある。時間が経過してからの対応では、相手方の立場になると放置された気持ちになることがくみ取れる。この経験を今後活かしていきたい。

### 2. 事故の状況等 【 13 件】

- 令和4年度は誤薬事故が3件（9月1件・10月2件）発生した。誤薬の内容としては、マニュアルを守らない理由から起こる人物誤認であった。短期間で集中して発生したため、マニュアルを検証した結果、複雑化したマニュアル内容と実際のルーティンが乖離していたことが結論としてあがった。
- 目立った事故内容としては、移乗介助時の骨折と思われる事故が4件発生したことである。全介助が必要な方に対する骨折事故であることから、状態に合った移乗介助方法の見直し、移乗介助補助具の使用などを含めた検討が早急の課題として取り組んだ。利用者の重度化と共に、介護技術の向上とリスク管理が重要となる。ご家族には事故直後の説明、謝罪はもとより途中経過、事故後の対応とその後の様子についての丁寧な報告に努めた。
- ヒヤリハットの総数が102件と例年に比べて減少傾向にあった。理由として、予測不能で危険な動きが見られる利用者が比較的少なく、利用者の体調急変や職員の離職もなかったことから施設全体が安定していたためと思われる。

### 3. 事故防止のための対策

- 服薬事故に関しては、服薬を行う職員の確認作業（3点チェック＝薬袋名・食事札・ご本人）を重点的に繰り返し周知しており、令和4年10月から現在まで服薬事故は防止できている。
- 利用者の重度化により身体機能の低下が顕著である。それと同時に介護技術研修を行いながらリスク低減の確認を共有していくことが重要である。ヒヤリハットの陰に潜む大きな事故を予測する気付きの訓練も大切である。
- 毎月事故防止検討委員会にて原因分析や改善策の検討を実施しているが、概ね同じ内容の繰り返しであることが分かる。人員も入れ替わる為、過去の事故報告書やヒヤリハット内容を例に取り上げた介助方法の研修を行っていきたい。

令和4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 【 3 件】

- ・北地域包括支援センターにしやまにて2件受付があった。1件は、包括の公用車が、駐車場境界の白線に寄せて停められているため、包括事務所上階住人の車が停めづらい、何年も前からそういった嫌がらせを受けてきたと話がある。現場を確認すると、白線内ではあるが少し寄った止め方をしていたため謝罪し他職員へ周知した。もう1件は、担当利用者ご家族より「デイサービス利用日に迎えが来ないからデイサービス事業所へ連絡してみたら、ケアマネジャーより休みの連絡が来ていると言われた。たまたま家に私たちが居たからよかったが、出かけていたら大変なことになっていた。」と連絡がある。管理者とともに訪問し謝罪した。サービス提供票を確認すると、本来利用される予定であったが、その利用依頼がなされていなかった。ケアマネジャーは毎月利用票を確実に確認すること、デイサービスにも定期利用している利用依頼が外れている際は、改めて確認するよう依頼した。
- ・ショートステイにて1件受付があった。他事業所ケアマネジャーより、「ショートステイ利用中、酸素飽和度数値の不安定と発熱があり、自宅へ送り届け終了となったが、ご家族が県外、市内の親戚の体調が良くないことで調整を決めかねていたところ、相談する間もなく帰るよう看護師から話をされた。もう少し相談してほしい。」とご家族より話があったと連絡があった。緊急時対応において、感染症対応と在宅サービス提供にあたっての判断は難しいが、在宅サービスの継続にあたってはよく話し合い、本人の症状、ご家族の状況を総合的に見て調整や対応できるよう努めていきたい。

2. 事故の状況等 【 7 件】

- ・転倒・転落が最多であり3件発生した。いずれも普段からヒヤリハット報告が繰り返していたため、居室内の環境整備、排泄ケアのタイミングのデータを取る等、日頃より検討していた方であった。想定されるリスクについて予め説明し、家族の理解を得ていたため、トラブル等はなかった。
- ・介助中に過度な負荷をか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。

3. 事故防止のための対策

- ・サービス提供時、移乗などで過度な負荷をかけてしまい骨折に至ってしまった介護事故が発生したことから、事故直後すぐに検証会議を開催し、PDCAサイクルに沿って検証を行った。会議を行うと実際に思っていた状況と異なる点が多くあり、原因分析、一連のサイクルで対策を導きだすことができた。ご家族への初期対応・初期説明がすぐに行えることができ、再発防止に努めることができていることを改めて確認する事ができた。
- ・日常のケアに潜むリスクを早い段階で把握できるよう、職員個々の気づく力を高めていきたい。

## 令和4年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	軽費老人ホーム ケアハウスしおかぜ
-----	-------------------

### 1. 苦情受付の状況 【 3 件】

- ・ 職員の接遇に関する内容の意見要望が2件あった。職員から挨拶が返ってこない、職員の言葉が強い等の申し出があり、サービス提供者としての基本的な利用者、家族への接遇を改めて振り返るとともに、自分の接遇、挨拶や言葉を相手がどのように受け取るかを考えていく必要がある。いずれも申出人に対し施設から丁寧な説明、対応を行ったことでその後大きなトラブルには至っていない。社会人としての基本的なマナーであり、改めて、自身の挨拶や言葉遣いについて振り返りを行うよう指導した。また、自分は挨拶をしているつもりであっても相手にその事が伝わらなければ、「挨拶をしていない」という捉え方をされてしまうことも伝え、相手に伝わる挨拶、相手が嫌な気分にならない言葉遣いを意識してもらう必要性についても再認識し、今後の接遇に活かしていきたい。

### 2. 事故の状況等 【 4 件】

- ・ 転倒・転落による事故が3件で最多であった。身体的機能の低下により居室内でつまづくことや床に垂れた水により滑って転倒し、骨折や打撲をしてしまった。
- ・ 入居者が精神的不安により職員を威嚇する行為が1件あった。統合失調症を患っており、定期的に通院をしていた。以前より幻聴などの症状があり精神的に不安定な様子がある方であった。身元引受人や主治医、ケアマネジャー、市の担当者との協議を行い、入院治療が必要であることから退所となった。

### 3. 事故防止のための対策

- ・ 入居者の平均年齢が85歳を超え身体的機能の低下が見られる。毎朝のラジオ体操や2回/週 コツコツ貯筋体操への参加を促し、身体機能の維持に努め、転倒予防に繋げていく。また、ご家族やケアマネジャーやホームヘルパーに身体的機能の低下の状態、転倒のリスクが高くなっていること等を説明し、居室内の環境整備に努めていく。
- ・ 冬期間に転倒することが多かったため、入居者懇談会などで寒い時期は身体の動きが鈍くなるため居室内で転倒することが多いことを伝え、移動する際は焦らず慎重に足元に注意して歩くようお願いしていく。
- ・ 入居者の障害や疾病の知識を深めるために、ケアハウスの職員会議内で研修を行ない、今後の支援に繋げていく。同じ様な障害を持った入居者もいるため、障害と特性を学び今後の支援につなげていく。

## 令和4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4年度の苦情受付は無かった。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家族へ郵送したり、今冬の大雪では地域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ることができた。

### 2. 事故の状況等 【 9 件】

- 転倒に関する事故が7件発生した。転倒による事故が前年度の2件から増加しており、骨折に至ってしまった件数も3件あった。レクリエーション中に発生したものもあるが、要因としてコロナ禍による外出機会の減少により、歩行する機会が少なくなり、下肢筋力の低下に繋がったと考えられる。毎日、下肢筋力の低下防止のための体操も行っているが、歩行状態が不安定な利用者が増加してしまっように思われる。
- 服薬に関する事故が1件発生した。昼食後に服薬していただく薬を飲み忘れた件に関しては、毎食後、薬箱の中を職員2人で確認することになっていたが、確認が徹底出来ておらず、飲ませ忘れに繋がってしまった。薬箱の中の確認はマニュアルにも記載してある為、再度マニュアルの確認、徹底を行っている。
- その他の事故として、義歯の紛失が1件あった。普段は使用していない部分義歯を夜間預かる義歯と一緒に義肢ケースに入れて保管していたが、使用していない義歯を紛失してしまった。

### 3. 事故防止のための対策

- 歩行される利用者が多く、転倒の危険性は全員にあるが、中でも危険性が高い方には、常時の付き添いや、ベッド脇にセンサーマットを設置し対応している。令和4年度においては、転倒を機に歩行器を使用しなければいけない歩行状態となったケースがあった。普段の歩行状態から歩行器等の使用について検討しておく必要性を改めて実感し、環境整備や歩行状態に合った介護用品等の準備について、事故防止策の1つとして取り組んでいく必要がある。
- 誤薬事故は発生していないが、前述のほかにも床に落ちている薬を発見する等のヒヤリハット報告が数件発生している為、マニュアルの再確認、徹底を図っている。
- ヒヤリハット報告に関しては報告後の具体的対策や改善計画が実際に行なわれているか、評価、確認が不十分であった為、各ユニット会議にて、モニタリングを実施している。