

令和元年度

苦情申出のまとめ

(平成31年4月1日～令和2年3月31日)

施設名	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	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	3	5	
特別養護老人ホームしおかぜ荘	7	2	1	3	3	
特別養護老人ホームなごみ荘	4	2	1		3	
ケアハウスしおかぜ				1		
地域密着事業所まつみ		1		1		
計	13	6	4	9	11	

令和元年度 福祉サービス事故の状況のまとめ

(平成31年4月1日～令和2年3月31日)

1 年度別発生状況

施設名	R1年度	h30年度	h29年度	h28年度	h27年度	h26年度
救護施設かしわ荘	26	35	37	29	30	36
救護施設おぐに荘	8	16	16	6	12	7
養護老人ホーム御山荘	19	13	7	17	5	15
特別養護老人ホームむつみ荘	11	13	14	10	10	8
特別養護老人ホームしおかぜ荘	10	15	11	15	19	16
特別養護老人ホームなごみ荘	15	12	12	21	16	16
ケアハウスしおかぜ	8	1	8	1	1	3
地域密着事業所まつみ	10	3	7	5	7	1
計	107	108	112	104	100	102

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	5		3	4	1	2	4	2	3		1	26
おぐに荘	1					1		1	2	1		2	8
御山荘	1	1	1	1	6	2	3	2				2	19
むつみ荘	2	2		1	1				1	2		2	11
しおかぜ荘	3		2			2	2		1				10
なごみ荘	3	1	1	2	1	1	1			1	3	1	15
ケアハウス				1		2	3	1			1		8
まつみ	1		4	1	1	1	1		1				10
計	12	9	8	9	13	10	12	8	7	7	4	8	107

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			4						7	1			7	26
おぐに荘	2	1									1			4	8
御山荘	15									3				1	19
むつみ荘	4			2						1				4	11
しおかぜ荘	3			2							1			4	10
なごみ荘	9	1		2			1							2	15
ケアハウス	6													2	8
まつみ	5			3								1		1	10
計	51	2		13			1			11	3			25	107

令和元年度 気付き件数(ヒヤリハット状況)のまとめ

(平成31年4月1日～令和2年3月31日)

1 年度別発生状況

施設名	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	平成26年度
救護施設かしわ荘	102	87	101	111	127	82
救護施設おぐに荘	110	73	115	93	92	110
養護老人ホーム御山荘	60	77	86	80	109	74
特別養護老人ホームむつみ荘	129	105	110	100	137	178
特別養護老人ホームしおかぜ荘	124	115	168	124	127	118
特別養護老人ホームなごみ荘	183	103	101	129	116	152
ケアハウスしおかぜ	3	3		2	2	
地域密着事業所まつみ	23	36	53	47	57	
計	734	599	734	686	767	714

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	9	8	6	9	9	3	7	11	11	12	6	11	102
おぐに荘	13	10	10	12	10	7	10	6	10	8	6	8	110
御山荘	11	7	6	1	5	4	8	3	6	3	3	3	60
むつみ荘	9	10	8	8	15	12	18	4	10	13	10	12	129
しおかぜ荘	20	15	6	11	3	9	19	9	9	11	6	6	124
なごみ荘	7	11	10	15	16	9	21	18	19	27	19	11	183
ケアハウス	1					1					1		3
まつみ	3	1	2	1	3	2	2		3	4		2	23
計	73	62	48	57	61	47	85	51	68	78	51	53	734

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	48	4		24							10			16	102
おぐに荘	70	3	1	9	1					2	7		3	14	110
御山荘	53			1										6	60
むつみ荘	76	3	1	8	3		1			1		3	4	29	129
しおかぜ荘	27		16	7	1		2			1		2	3	65	124
なごみ荘	73	3	10	11	1	9	7	1		1	1	6	7	53	183
ケアハウス	2									1					3
まつみ	11		1	5						2			1	3	23
計	360	13	29	65	6	9	10	1		8	18	11	18	186	734

令和元年度 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。年度初めに利用者の自治会(松の会)にて苦情受付の仕組みを説明させて頂き、毎月の役員会、全体集会にて施設への意見や希望を伺っているが、日課に対する要望、行事の希望など、概ね直ぐに対応出来るご意見を頂いた。また、後期には松の会役員を中心に利用者調査を実施した。施設への不満等の意見はなく、食事や外出を充実して欲しいという希望が多く聞かれており、次年度の活動に取り入れたい。

2. 事故の状況等 【 26 件】

全体件数としては、昨年度の35件よりも9件減少している。特に転倒転落滑落事故では、昨年度の半数以下(15件→7件)となった。男女の内訳は、男性5件、女性2件であり、男性の方が多い。7件の内2件は、大腿骨頸部骨折で手術、リハビリ及び疼痛緩和を目的とした入院を要した。服薬事故が4件あり、何れも男性寮棟で発生した。事故後の振り返りを行う中で、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。無断外出事故は、7件発生した。その内、2名の方がそれぞれ3度、複数回繰り返した。他者とのトラブル、不穏等の予兆が無く、突発的に発生し、予見出来なかった。暴力暴言に関する事故(通院に及ぶ受傷ケース)は1件発生した。無断外出を繰り返した方の関連する暴力行為であるが、主治医(精神科)への相談を行い、入院対応となった。

その他の事故は7件であるが、その内4件は経緯不明の怪我としている。普段の生活の様子から歩行不安定ながら無理に行動し、転倒したことによる受傷と考えられるが、目撃者はおらず、ご本人の意思表示も曖昧である為、経緯が明確ではない。この他、介助中の怪我(表皮剥離)、針刺し事故(採血時)も発生したが、職員への注意喚起と業務手順の見直しを要する事故であった。

3. 事故防止のための対策

転倒転落滑落事故の対策としては、ADL低下の自覚がない中で無理な行動に及んでしまう方もおり、ナースコールの使用方法を改めて説明させて頂き、何かあれば職員に対応させて頂くようお願いした。又、ご本人がよく使用する物品等は手の届きやすい場所に置くことを職員間で周知し対応した。誤薬事故対策として、一定期間、マニュアル動作の定着を目的とした取り組み(与薬前、与薬動作のチェックを受ける)を行った。又、与薬トレイからの薬袋の取り間違いを防ぐために個別表示の一部を分かりやすく色付けした。この他、与薬マニュアルの一部変更を行った。

無断外出が毎年発生している中、例年5月に無断外出対応訓練を行っている。ある利用者の所在がないと想定し、マニュアルの手順に沿って荘内を探索し、必要書類等の準備を実際に行う中でマニュアルに不備な点はないか確認した。この度、マニュアルの一部修正(職員招集場所の変更)を行った。

リスクマネジメント活動の中でKYT(危険予知トレーニング)訓練を行っている。荘内にある危険な場면을写真で撮影し題材とすることで、身近にある危険に気付かされる良い研修機会となっている。

令和元年度 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】

令和元年度、苦情としての受付はなかったが、これからも、苦情解決体制の説明会や「ちょっと聞いてよ」、毎月のモニタリング等、利用者からの意見や希望、要望、相談等の取り組みを大切にしていきたい。

また、昨年度からの新たな取り組みとして、個別支援計画に関する利用者の満足度調査を実施した。来年度以降も、調査結果と実施方法等の見直しを行いながら継続していく。

2. 事故の状況等 【 8 件】

令和元年度は、ヒヤリハット報告の活用等により、リスク要因の把握と原因分析を行うなど事故防止対策の推進を図った結果、件数については8件と、過去2年間それぞれ16件の事故件数を、1桁台にすることができた。

特徴については、時間帯別では、事故報告、ヒヤリハット報告とも、「10時～16時15分」が最も多く（事故50%、ヒヤリハット34%）なっていたが、「17時30分～19時」の時間帯も増加（事故13%、ヒヤリハット33%）する傾向が見られた。区分別では転倒、転落、滑落が多く（事故25%、ヒヤリハット62%）、場所別としては、「食堂」が（事故25%、ヒヤリハット62%）多くの割合を占めている。

今後も利用者の高齢化、重度化によりリスクが増大することが想定されることから、リスク情報の把握と原因分析を確実かつ適切に行い、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

- ・ヒヤリハット・事故報告の集計結果（毎月の他に前期、後期、年間で集計を実施）を踏まえて、職員間でのリスク要因の周知・把握の徹底を図るための取り組みを行う。具体的には、リスクが高い時間、場所、高リスク者のリストアップ等を行い、職員間で周知を図るとともに、当日出勤の職員間で業務に入る前に確認してから入るようにするなどの取り組みを実施することとしている。
- ・ヒヤリハット・事故報告で作成した具体的対策・改善計画の内容についての検証を行う「評価・見直し・改善」の実施方法等の見直しを行い、事故防止の取り組みを進めていく。

令和元年度 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】

令和元年度、苦情の受付はなかった。

御山荘では利用者からの意見や提案を聞く「意見ボックス」を設置しており、昨年度は16件の意見や提案をいただいた。それらの対応策については、毎日のカンファレンスの中で、その都度検討し、施設内の環境や処遇の見直しにつなげた。また、職員の気づきを「気づきメモ」として挙げ、同様に検討することでサービスの向上につなげていくことができた（年間172件）。今後も利用者の声や日々の細かな気づきを大切にしていきたい。

2. 事故の状況等 【 19 件】

内訳としては、区分別で転倒・滑落15件、無断外出3件、その他1件であった。

転倒・滑落については、歩行状態の低下から歩行器や車椅子を日常的に使用されている方が多くを占めており、居室内もしくは居室周辺のトイレ等が発生場所になっている。

無断外出の3件については、8月5日、25日、27日に続けて発生したという状況である。3件とも夕方から深夜帯にかけて発生しており、施錠管理方法が課題として挙がり、対応策を検討した。

3. 事故防止のための対策

利用者の高齢化や状態低下が顕著になってきており、合わせて新入所の段階で精神疾患がある、何らかの身体介助が必要であるという状態の方が多くなってきている。その結果、事故発生リスクが高い方が多くなってきているという状況がある。

機能維持や転倒予防対策として1日2回の体操や足踏み運動の実施、月1回の外部講師による運動レクレーションを開催しており、今後も継続して行っていきたい。4月1日現在、要介護認定を受けている方が43名、そのうち要介護3～5の方が10名ほどいることから、ケアマネジャーやサービス事業所とこまめな情報交換を図っている。

利用者の日々の小さな変化には「気づきメモ」を有効活用し、事故に繋がりにくい処遇や環境を見直すことで事故を防ぐ取り組みを行っており、今後も継続してしていきたい。また、発生した事故については3か月ごとにPDCAサイクルに基づいた対応の確認、見直しを行っており再発防止に努めた。

無断外出への対応については、無断外出のリスクのある方個々の所在確認や夜間帯の2時間ごとの巡回を継続して行い、利用者の安全確保に努めていく。

誤薬事故防止の取り組みについては、職員朝礼時にマニュアルの読み合わせを行っており、意識づけができていて事故0につなげることができた。今後も継続していくことで事故防止に努めていきたい。

令和元年度 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】

- ・大声や危険な動作及び行為が度重なり向精神薬が処方となった。家族が面会に来られた際、傾眠傾向と表情の欠乏が見られ心配になった。他の利用者に影響が大きいとの事から向精神薬の服用は致し方ないが、事前に服薬の開始やこれに伴う副作用について、医師から十分な説明が欲しかった。
- ・介護支援専門員が担当する利用者の家族が、新型コロナウイルスが流行する中、韓国へ旅行する事を知り帰国後の感染防止のための対応を十分な説明のもと取っていたが、その後、韓国旅行の情報が漏洩したのは、担当介護支援専門員からではないかと不信感を持った。

2. 事故の状況等【11件】

- ・ベッド移乗時に発生した骨折事故 1件 ・便座移乗時に発生した骨折事故 1件
- ・ベッド上で両膝関節の間にクッションを挟む際、発生した骨折事故 1件
- ・ベッドから車椅子へ移乗時に発生した裂傷事故 1件
- ・ベッド左側下に横になっているところを発見する。滑落したか不明であった打撲事故 1件
- ・本人がうたた寝しており離れた際、自ら歩き車椅子の後ろで転倒した骨折事故 1件
- ・身障トイレで職員 1名で便座へ移乗中にバランスを崩し後頭部を打撲した事故 1件
- ・すでに服用を終えた利用者に、臨席利用者に配薬したものを再び服薬させた誤薬事故 1件
- ・すでに服薬を終えソファに座られた、ご利用者に再び別な利用者の消灯薬の誤薬事故 1件
- ・夜間、確認のため訪室した。ベランダ出入口の施錠が開いており2階ベランダから無断外出 1件
- ・自宅での転倒情報があったが、車椅子使用を進めるも拒否あり。居室に向かう途中の転倒 1件

3. 事故防止のための対策

- ・介護の基本ともいえる移動方向へつま先を向ける。移動バーを握る箇所、また車椅子設置の位置確認などといった介護動作・行為が不完全であった、また実行されなかったことに起因する。
『職員は、無理をしない』、『ご利用者に無理をさせない』を徹底すると共に2名介護の場合は、行為・動作に合わせ声出しにより、『今、注意すべき点は何か』、『今、何を支援しなければならないか』
『自らの習熟度、理解度はどうか』、『協働する介護員に注意、指導はできるのか』を職員相互に牽制しあうことにより『安心・安全な介護』を実践していく。
- ・移乗の際の裂傷事故については、当施設が取り組んでいる『持ち上げない介護』として本来、トランスボード（持ち上げず摩擦係数の少ない板の上を滑らせ移乗するための補助具）を使い移乗するが、これを実施しなかった。そこで、トランスボードを使用した安心・安全な介護を実践すべく介護技術の内部研修を重ねている。
- ・ヒヤリハット（インシデントリポート）を類型化し分析することにより、再発や重大なアクシデントの発生を予防している。また、対応策の定期的な評価と見直しを行うことにより『考える介護』、『予見する力』を培っている。

令和元年度 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 【7件】

- ・特養においては、利用者、利用者家族の要望や意見などに積極的に耳を傾け、声を拾ったことから受付件数が多くなった。次年度は苦情の内容を共有しながら全体で意識の統一を図っていきたいと思う。今後も、ご家族と信頼関係を築き、意見が上げやすい雰囲気づくりと、介護現場に活かしていく姿勢を大切にしたい。
デイサービスと居宅については、ご家族とのコミュニケーションの中で、納得が得られる十分な説明を行うことが求められており、面接技術の基本を踏まえた対応が必要であると感じた。

2. 事故の状況等 【10件】

- ・服薬事故は2件の報告が挙げられた。その内1件は職員の思い込みによる利用者の間違いであった。同じ動作の繰り返しによる緊張感の欠如が招いたものと思われる。毎週月曜日にマニュアルの唱和を行っているが、唱和と実際の行動にずれが生じていることがあるため、ロールプレイを取り入れるなどの変化を加えることになった。その後、利用者の間違いの事故は挙げっていない。
- ・追加になった内服薬のセット忘れ（15日分）については、医務室の薬の管理の方法（棚の順序を替える。見やすい入れ物に替えるなど）を見直すことにより改善が図れた。その他、転倒事故が3件あった。普段からの様子の違いに気づくことで未然に防ぐことができ事故もある。事故の検証をしっかり行うことで、経験を共有して考え方の統一につなげたい。研修などを行い、介護技術力を向上させ、気づきが増えるよう改善したい。

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い事故防止に努めている。フロア会議では、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・表皮剥離のヒヤリハット件数が41件あった。利用者の重度化による皮膚状態の変化も増加の原因であると感じる。力の加え方や触れ方など細やかな情報共有が欠かせないため、繰り返し、フロア会議やミーティングで伝えていきたい。
- ・転倒は、利用者が不安な気持ちから行動に移り発生する。利用者の気持ちを理解して寄り添い信頼感を持って頂けるよう日頃から関わりたい。
- ・特に注意したいのが現場業務に対する「慣れ」である。職員の緊張感が緩むと同時に事故へつながってしまう。慣れが出てくるタイミングを狙い、介護事故や移乗介助の研修を行うなど、事故防止に努めたい。

令和元年度 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 【4件】

特養から3件、「行事や日々の集団リハビリの中止や変更報告」が職員間だけで行われており、本人や家族に連絡がされなかった件、寒がりですべての室温が低かった件、居室の臭いへの配慮や清潔管理に欠けていた件、が内容として挙げられた。包括から1件、初対面の利用者に対して丁寧な説明もなく福祉用具、介護サービスの導入調整を行おうとした事で、利用者から苦情が挙げられた。4件はいずれも職員の配慮不足や、利用者・家族への説明不足が招いた内容であり、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ことを痛感した。

2. 事故の状況等 【15件】

事故件数は昨年度より3件増加した。その中でも、1件は食事時の誤嚥が窒息死亡事故に繋がった。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、新任職員から経験年数の多い職員の1人1人の介助方法に相違が生まれ、どのような介助方法で対応していたかを具体的に把握しきれていなかった。無理のない食事介助を前提に関わってきたが、再度見直す良い機会となった。

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。
- ・内出血を発見したらヒヤリ・ハットで報告する事を積極的に行うように努めた。その理由として、骨折事故の検証を進めるにあたり、介助方法に負荷がかかっているのではないかとこの観点から取り組んだ。
- ・日頃からの気づき・観察が事故を未然に防ぐという事が重要である為、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。

令和元年度 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、丁寧に説明を行っている。

2. 事故の状況等 【 8 件】

- ・転倒による事故が6件発生した。その内、2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のかは入居者からの聞き取りのみで判断しており、詳細は不明である。
- ・自傷行為が1件発生した。以前から介護付き施設への移行を家人に依頼していたが、施設申し込みをしないままケアハウスで生活していた。自分の体調を悲観しての行動だった様子。
- ・請求書の取り違えが1件発生した。しおかぜ荘ディサービス利用の方への請求書をケアハウス入居者分は職員が配布している。その際、個人名を間違えて配布してしまった。

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、ご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、受入れを行っていく。
- ・請求書の配布時は、複数名で確認して配布する様に対策を講じた。
- ・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。

令和元年度 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】

令和元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。また、地域行事に参加したり運営推進会議等で施設に対する意見を聞く機会を設けるなどして、地域との繋がりを重視した運営に努めている。

2. 事故の状況等 【 10 件】

・転倒に関する事故（5件）

胸椎圧迫骨折、恥骨骨折、左大腿骨頸部骨折が1件ずつ、その他の2件は打撲。移乗介助中の転倒が1件あり、事故後に家族を交えて介護方法を見直した。えんま市外出中の転倒があり、外出行事時の活動内容を無理のないように変更した。その他3件は普段は一人で行動することが多い利用者であり、自室または食堂で転倒していたケースである。小規模ホーム・グループホームともに比較的自立度が高い利用者が多く普段の生活動作も自分で行う機会が多いため、転倒のリスクは自ずと高い。残存能力の活用と転倒事故の予防に十分配慮して介護を行いたい。

・服薬に関する事故（4件）

利用者誤認による誤薬が2件、施設到着後に内服することになっている朝食後薬の服薬忘れが1件。服薬介助時は職員2名で利用者氏名・日付・朝昼夕の区別を確認しているが、確認動作が形骸化していたことが原因。事故後、定期的に職員同士でロールプレイを行い服薬介助への緊張感を高めている。

・ヒヤリハット報告について、元年度報告件数は23件であり前年度に比べて約4割減少している。グループホーム・小規模ホームともに比較的状態の安定した利用者が多いことが要因か。区分別では「転倒」が11件（48%）、「服薬」が5件（22%）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。