

平成26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 1件

・60代男性 理髪組合による理髪時、長髪であったが、終わって見たら坊主頭になっていた。家族からは「坊主頭にせず長髪のままでお願いします。」と話される。理容師に長髪であることを話さずに椅子に座らせ散髪してしまったことを話し謝罪した。理髪の際には理容師に長髪か坊主頭かをはっきり伝えるよう再度職員に徹底させ、組合に対しても髪型を認識していただくことを依頼した。

2 事故の報告 36件

- ・転倒 21件（25年度は16件）その内骨折による入院は3件（25年度は2件）その他3名の方が再度転倒し裂傷や骨折をしたが、実際の転倒場面に遭遇したり、ご本人からの訴えや報告がないのが現状である。26年度は2度のインフルエンザの集団感染によりフロアの隔離期間が長くなり、入所者の日常生活が制限されたことによるADLの低下が転倒に繋がった可能性があると考えられる。
- ・誤薬 2件（25年度は7件）名字による目視だけで確認した結果、誤って与薬した件。
一人の入所者に、別々の職員が病院で受領してきた継続処方薬の投与時間を間違え、昼食後に重複して投与した件
- ・無断外出 7件（いずれも2人の男性による）
 - ・34歳男性（H26, 3, 1入所）2回 6月9日に無断外出し10日に北海道千歳駅で保護された。
 - ・80歳男性（H26, 4, 1入所）5回 アルツハイマー型認知症による要介護1認定。施設の周辺地域で保護された。
(H26, 4, 1入所)
- ・その他 6件（暴力3件、誤嚥1件、火傷1件、裂傷1件）

3 事故防止のために行った対策及び実施状況

- ・転倒 入院となる転倒事故が発生した事を受けて、臨時のリスクマネジメント会議を行い転倒防止について検討した。①個人向けの対策 ②転倒要注意者リストの見直し③転倒防止月間を定め、継続的に入所者の歩行運動参加の働きかけを行った。
- ・誤薬 新任職員の場合、特に研修を行った後1ヶ月は他の職員から確認を受けるという方法で与薬を行っている。毎月全職員がマニュアル手順のシミュレーションを行いマニュアル通りの与薬が出来るよう指導を行った。
- ・無断外出
 - ・34歳男性の場合は、入所前の生活状況を踏まえ入所に当って実施機関、家族、施設で無断外出が発生した際の覚書を取り交していたが、公共交通機関を使った公域無外が重なった為関係者と協議の結果、入院退所となった。
 - ・80歳男性の場合は、頻繁に居室変更を行い、所在確認時は目視だけでなく声掛けを行い様子観察に努めたが、本人の了解を得て必要な場所に施錠する状況が続いている。

平成 26 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. 苦情受付の状況等

- ・ 苦情はなかった。
- ・ 今年度も、日常の入所者の声（楽しみ、希望、疑問、トラブル、困っていることなど）を聞き取り、苦情に繋がる内容のものはないかを確認した。“ちょっと聞いてよ～”という書式を使い全職員で取り組んだ。26年度は前期 44 件（54 件）、後期 56（40 件）、合計 100 件（94 件）の声を聞き取ることが出来た。入所者の声からは苦情・虐待に繋がるものはなかった。{()内は 25 年度}
- ・ 虐待防止委員会でも、入所者の声から虐待に繋がる事項はないかを検証している。また、職員の虐待に対する認識を高めるために、毎月 1 日に虐待防止マニュアルの復唱と、新たに虐待防止のディスカッションも行い虐待についての意見交換を行った。

2. 事故の状況等

- ・ 平成 26 年度は前期 4 件、後期 3 件、合計 7 件の事故報告が上がっている。25 年度に 16 件あった事故が 26 年度は 7 件と半数以下で抑えることが出来た。この結果は、常にリスクマネジメントの取り組み内容を精査し、地道に進めてきた成果と思われる。しかし、事故件数の減少はあったものの事故内容において、1 件の重大な無断外出事故が起きている。また、転倒転落事故が全体の 72 % を占めており、事故に至る前のヒヤリハットでの対策が活かされていなかったことや、入所者の急激な機能低下に対策が追いつかず、対策の立て直しが間に合わなかったことが原因と思われる。
- ・ 『誤薬事故 0』を目指して様々な取り組みを行ったが、1 月下旬に下剤の配薬ミスによる、未服薬があり達成することは出来なかった。
- ・ 事故の内訳

区 分	前期	後期	合計
転倒・転落	3 (4)	2 (3)	5 (7)
服薬に関すること	0 (1)	1 (1)	1 (2)
無外、外泊、外出に関すること	1 (2)	0 (0)	1 (2)
暴力、暴言に関すること	0 (0)	0 (1)	0 (1)
その他	0 (2)	0 (2)	0 (4)
合計	4 件(9)	3 件(7)	7 件(16)

() は 25 年度

3. 事故防止のために行った対策及びその実施状況等

① 事故予防、事故の再発防止に向けての評価・見直し・改善

- ・ リスクマネジメント係を中心に、事故の検証と再発防止に向けての対策を検討した。立てた対策が実践され、機能しているのかを定期的に評価し、見直しが必要なものについて改善し新たな対策を実践した。事故原因を掘り下げていき、根底にある原因に対しての対策を立て、見直し・改善を行ってきた。(PDCAサイクルの展開)

② 事故防止に向けての講習会及び気づきの訓練

- ・ 新任職員研修として、危機管理マニュアルを中心にマニュアル講習会を行った。
- ・ KYT（危険予知訓練）では、各部署ごとに 2 回づつ実施した。その職種にあったシートを使って「気づきの訓練」を行った。身近に潜む様々なリスクに気づくことが出来た。
- ・ 「不適切対応」をテーマにしたロールプレイを実施。全部署から参加してもらい、介護職だけでなく、他の部署からの視線は新鮮で大変参考になった。

③ ヒヤットと体験メモ

- ・ ヒヤットと体験メモは、ヒヤリハットに至る前の気づきを挙げ、職員間で情報を共有することで事故防止に繋がった。26 年度は前期 98 件、後期 116 件、合計 214 件の「気づき」が各部署から挙げられた。リスクを未然に回避し、職員の「気づき」を磨くためのものとして役立っている。

平成26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 苦情受付等の状況 受付総数 0件

- ・平成26年度、苦情としての受付はなかった。日々の生活の中で、不満や困りごとなどを相談される方は多く、職種にかかわらず入所者の話に耳を傾け、できる限りの対応を行ってきた。今後も丁寧な対応に努めていきたい。

2 事故の状況等 事故報告総数 15件

- ・内訳としては、転倒・転落7件、服薬1件、無断外出5件、その他2件であった。
- ・重大な事故としては、転倒等による骨折事故が4件、裂傷が2件、また、補聴器のボタン電池を飲み込む事故が1件あった。
骨折事故の中には、介護サービス事業所から帰荘後変調に気が付き、介護サービス事業所も含めてご家族の対応を行ったケースもあった。
- ・無断外出は、アルコール依存症による精神的なケアを必要とされている方が、アルコールを購入するために無断で出かけたり、認知症により特に目的もなく居室のベランダから出るなど、同じ方が繰り返されることが多かった。
- ・服薬事故に関しては、服薬前、服薬時、服薬後のダブルチェックの徹底がなされず、1月に1件発生した。

3 事故防止のために行った対策及びその実施状況等

- ・気づきメモにより処遇や、環境等の改善に努めた。また、事故後の改善にむけては PDCA サイクルにより、経過を追って対応する取り組みを始めた。
- ・身体機能の維持、転倒防止の対策として、1日2回の体操や足踏み運動に加え、月に1回、外部講師による運動レクリエーションを全員対象に行った。その他、年4回、地域のコミデイに出向いて、町内の方と一緒に楽しみながら体操を行った。
また、昨年度課題となっていた入所者個々の状態に合わせたリハビリ運動や、それに対する評価、歩行補助具の選定等、柏崎市役所介護高齢課の理学療法士に依頼し、年4回、職員研修とあわせてアドバイスをいただいた。
- ・認知症のある入所者によるボタン電池を飲み込むという異食行為により、重大事故が発生した。認知症の方の対応について改めて職員間で認識、検討をおこなった。
- ・無断外出に関しては、定時の所在確認の徹底、職員間の繋ぎを徹底するよう心がけたが、早朝など職員の手薄な時間帯に自室ベランダから出られるケースも多く、防止に苦慮した。また精神的な安定を図る上でも、早め早めにご家族や医療機関等と連携をとり対応した。
- ・服薬事故に関しては、マニュアル通り、服薬までの3回のダブルチェックを徹底することで防止できたと思われる。思い込みによる事故を防止するためにも、マニュアルの読み合わせ等でダブルチェックの徹底と、改善に向けてのカンファレンスにより、職員全員、再度緊張感を持って、服薬対応の徹底を図りたい。

平成26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 苦情受付の状況等 受付総数 2件

- ・ご利用者の家族から、職員の接遇・言葉遣いについて2件の苦情を受け付けた。
そのうち1件はご家族が面会に来荘した際に相談を受け、虐待の疑いと捉え柏崎市へ報告し、直ちにご本人・職員への事実確認の聴取を実施した。結果、虐待の事実は認められず対応は今まで通りとした。5分おきに訴えがあるトイレ誘導を職員はその都度対応しており、被害妄想や職員に対する暴言等にも、職員間で連携しながら対応していることが明らかになった。ご家族にも結果について説明しご理解を頂いた。今後も丁寧な対応を行い、何でも相談頂ける雰囲気作りに努めていきたい。

2 事故の状況等 事故報告総数 8件 (特養5件・通所1件・短期2件)

- ・転倒・転落による事故が3件。そのうち2件が骨折、1件が裂傷であった。
入所間もないご利用者が歩行不可との情報であったが、認知症による昼夜逆転状態で立ち上がり転倒し右手関節骨折した。デイサービスでは自立されたご利用者が、入浴直後に意識消失により椅子から転落し左大腿骨骨折した。いずれも職員の思い込みによる見守り不足や情報だけに頼り過ぎたことが原因であった。今後も起こりうるリスクについてご家族に丁寧に説明を行うとともに、状態の変化等についても随時連絡を行うことが必要であるとする。
その他、側臥位による巻き込みが原因で、拘縮した上肢の骨折事故が2件発生した。オムツ交換や体位交換時は上肢の位置を確認し、腰痛予防の観点からも二人介助で行うこととした。
- ・服薬に関する事故は2件発生。(特養1件・短期1件)
短期入所のご利用者が2種類の吸入薬を持参され、吸入時間を間違えて実施してしまった。特養では利用者が発熱のため頓服薬が処方となったが、職員の伝達ミスにより与薬しなかった。人物誤認による服薬事故の発生はなかった。
- ・短期入所のご利用者が胃瘻チューブを自己抜去し、再挿入のため通院した。

3 事故防止のために行った対策及びその実施状況等

- ・苦情や虐待防止の取り組みとして、外部講師による接遇研修他、メンタルヘルス研修を実施。また、園長による事故防止や虐待防止について職員全体研修を実施し、介護の現場の関係性の固定化が、常に虐待のリスクと隣り合わせの状態であることと、改めて専門職としての倫理について学び各自が振り返る契機とした。
- ・事故防止については、リスク検討委員会を中心にヒヤリハットや事故の原因分析並びに改善について検討を行うとともに、各部署ごとに発生場所や時間等について集計・分析し、改善策についてモニタリングを実施した。介護時の骨折事故の対策としては、改めてご利用者のアセスメントを実施し、個別の注意点について情報の共有を図った。
- ・服薬事故の防止対策としては、前年度に行った業務改善や服薬介助のマニュアル変更実践により人物誤認による服薬事故を防止することが出来、一定の成果が得られたと考える。人為的ミスから発生する服薬事故について引き続き職員の意識を高める働きかけを継続し、服薬事故防止に努めていきたい。

平成26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 受付総数 0件

- ・平成26年度は苦情としての受付はなかった。
- ・今後も何でも相談しやすい、話しやすい雰囲気を作り説明責任を果たす必要性がある。

2 事故の状況等 事故報告総数 16件

事故の内容別発生状況・・・昨年とほぼ同数だった。(17件⇒16件)

区 分	件 数
転倒・転落	8
誤嚥	1
服薬	1
経管栄養	1
その他	5
合 計	16

- ・転倒・転落が全体の50%を占めた。骨折に至る事故は6件発生しているが、転倒によるものが2件であとは介助中、特に移乗介助の際に発生したと思われる事故が多かった。明確にこの時のこの介助に原因があったと特定が難しい事例もあった。
- ・服薬について1件発生したが、ご利用者が前の席の食事トレイを引き寄せて食事と共にスプーンに用意してあった他者(前席)の薬を飲んでしまったという事例だった。予測の難しいことだったが、あらためて薬の取り扱いをについて考える機会となった。職員が関わった誤薬の発生はなかったので評価できると考える。
- ・ヒヤリハット報告は118件で昨年より39件減少した。転倒・転落が全体の約70%を占めた。ご利用者の状態により一概には比較できないが、年々ヒヤリハットの件数が減少している。今後も迅速な検証を行い事故防止につなげたい。

3 事故防止のために行った対策及びその実施状況等

- ・事故防止リスク検討委員会において事故及びヒヤリハットの改善内容についてのモニタリングや評価を行っている。さらにフロア会議においても評価を行うことにより改善策の周知に努めた。
- ・マニュアルの見直しが課題だったが、今年度県の実地指導を受けたことによりマニュアル反映への意識が高まり、常に改善策とマニュアルを比較しながら進めることができた。実地指導で短期間に同様の事故ヒヤリハット事例がみられたと指摘があった。今後も発生後の再発防止策の実施、検証を速やかに行いたい。
- ・事故防止のための職員研修では、外部講師として言語聴覚士による安全な食事介助のポイントという内容で実施した。今後も現場の介護職が食事介助に不安を感じないよう専門職の適切なアドバイスを活用していきたい。また、より現場に即したKYT訓練を実施した。

平成26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【1件】 ※「意見・要望」として受付

ご家族より「ケアプランの評価等について説明を受けていない。記載されていることが行なわれていない。日頃、面会に行っても職員が忙しそうにしている、挨拶も他施設に比べて笑顔がない、本人の能力を活かした介助を行なってほしい」というものであった。ユニットにおいて、ご本人が出来ることに改めてスポットをあて関わりの見直しを行なった。同時に日常的な挨拶や説明、コミュニケーション不足から信頼関係が築くことが出来なかったことが一番の問題であると捉え、なごみ荘全体でもう一度、自分たちの“接遇”について振り返ろうという自発的な声があった。平成27年度の事業計画におけるテーマに「接遇」を掲げ基本に立ち返るべく施設全体で取り組み、万全なサービスの提供に努めていきたい。

2. 事故の状況等【16件】

事故件数のおよそ7割が「転倒・転落」による事故で、結果的に骨折などご本人には辛い思いをさせてしまった。ユニットという構造やケア形態もあり、当然目が行き届かないことがあるが、事故になるといくらそれを説明しても受け入れられ難い。日常的に職員間の伝達を行ない、思い込みによる対応を防止し、状態変化にあわせた環境や関わりの見直しを行なっていかなければならない。そしてやはり大事なことはご家族との信頼関係の構築にあり、そのために丁寧、適切な説明が必要であると感じた。

そのような中、ショートステイのご利用者（要介護Ⅱ・自分で歩行器で自由に歩く方）が、転倒され受診をしたところ腰椎圧迫骨折の診断を受ける事故があった。内容として、一方的な施設側の過失はないが、ご家族から「こうなったのは施設の責任で、元の状態に戻すのが当たり前ではないか」という話があり、現在も話し合いを重ね、保険対応による見舞金やコルセット、入院費用等の施設負担など退院後のサービスの利用調整を行なっている。

3. ヒヤリハット報告【152件】

件数そのものは前年同様にあがっている。「転倒・転落」のヒヤリハットが半数を占める。

過去5年間をみると、4月・7月・12月が多い傾向がある。中でも7月～8月にかけて、事故報告も多いため、その時期については特に注意喚起をするなどしていきたいと思う。

また、給食からのヒヤリハットが挙がってきたのが今年度の大きな特徴でもある。今までがなかったということでは表に出てきたことで、関わるすべての職員に共通認識や危機意識が出てくるのはとても良いことだと思う。給食委員会などで取り上げながら、サービス向上、事故防止につなげていきたい。

4. 事故防止のための対策

以前から、リスクマネジメント体制が定まらず、管理職でヒヤリハットの集計や分析を行なっていたが、昨年からは委員会自らが集計・分析を行なうような体制となった。サービスに近い職員が行なうことでよりヒヤリ経験が事故軽減につながるものと思っている。今後も継続していきたい。

平成26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 受付総数 0件

- 平成26年度は苦情としての受付はなかった。しかし、開所して1カ月の間にもサービスに関する要望や意見を頂くことができた。新規開設であり、職員のサービスの質に向上の余地が大いにある。利用者様並びにご家族の方から頂いた声を、サービスの向上に繋げていきたい。

2. 事故の状況等 事故報告総数 1件

- 誤嚥事故が1件発生した。グループホームの利用者様で入居後、5日目に発生した事故であった。発生時は看護師不在という状況での誤嚥対応となった。当事業所では、看護師が1名の配置であり、看護師が不在時の対応に課題が残った。看護師不在時の連絡体制やマニュアルの整備及び徹底を対策として掲げたが、今後の利用増加に伴い見直しを図っていきたい。
- 事故報告が1件に対し、ヒヤリハット報告が0件であった。ヒヤリハット報告が無いことは、危険を察知することができていないことであり、新年度に向けての課題となった。事故を防止するために、多くのヒヤリハット報告を上げる体制、環境づくりを目指したい。
- 服薬事故は0件であったが、利用者の増加に伴いリスクも増してくる。マニュアルの徹底とともに、常に緊張感を持って、重大な事故に繋がりを業務と認識して取り組んでいきたい。

3. 事故防止のために行った対策及びその実施状況等

- 接遇委員会においてリスクマネジメントに取り組む体制を取ることとしたが、実際の活動は新年度に入ってからとなる。事業の開始とともに、事前に準備したマニュアルと実態が伴っていない場面が出てくると思われる。事故防止に向けて、2つの事業の実態に即したマニュアルの整備と改定作業を進めるとともに、全職員がマニュアルを周知徹底できるようにしたい。

