

施設名	救護施設	かしわ荘
-----	------	------

1 苦情受付の状況

平成27年度、苦情としての受付はなかった。利用者の苦情は、日常的な細かな不平や不満の気持ちが前提に起きる為、全職員が傾聴の姿勢で対応するよう努めていきたい。

2 事故の報告

・転倒 13件

同じ方が繰り返す傾向があり、毎年転倒事故を繰り返す方もいる。元々の歩行の不安定さと危険行為に対する理解力が乏しいことが考えられる。

・誤薬 4件

いずれも職員の思い込があったこと、マニュアル通りの与薬を行わなかったことが原因であるが、利用者の病弱化や複数科の受診者の増加、漢方薬の処方の増加によって1日当たりの服薬対象者が150人、包数850と配薬数が増加している。

・誤飲、誤嚥 2件

同じ方の異食行為。同室者のポリデント溶液を飲んでしまう行為とポータブルトイレの消臭剤を口にする行為であった。職員が使用後、所定の場所に片づけなかったことが原因である。

・無断外出 4件

4人の方により4件の無断外出事故があった。

① 認知症のある方で、職員非常呼集、消防署、警察署に協力依頼する大規模な無断外出となった。h26年度この方は5回の無断外出事故があった。

② 無断外出を繰り返している方であるが、最重度の方であり最も注意を要する方である。この度は幸い施設に出入りしている業者の方が施設付近の道で偶然見つけてくれたことにより大事にいたらなかった。

③ 8月1日に入所して10月9日に無断外出。3～4日前から退所の申し出があった為、当日は福祉事務所と協議の予定となっていた。

④ 一時入所中の無断外出。一時入所直後から入所への拒絶反応と強い帰宅願望があった。

夕食後無断外出し職員、警察で捜索の結果、午後9時刈羽村で警察により保護され同日午後11時一時利用中止し帰宅された。

3 事故防止のために行った対策及び実施状況

・リスクマネジメント委員会を中心に3ヶ月ごとに改善計画及び、具体策について実施状況評価を行った。

・誤薬については、4月15日から5月31日まで「服薬ゼロ運動」を実施した。

①与薬マニュアルの復唱 ②「服薬事故ゼロ運動」のポスターの掲示 ③マニュアルの見直し
「与薬事故の決め事」について見直しを行い一覧表にまとめてフロアに報告した。9月15日に事故が1件発生したが、その後はゼロである。

・KYT(危険予知訓練)を6月、12月の2回、施設内の写真を基に潜んでいる危険に対しグループ討議を行った。利用者が安心して生活できるよう安全なサービス提供をしていくうえにも、どんな小さな異変でも放置せず、重大化や再発の防止に努めた。

・無断外出については、認知症や最重度の方は、自分で危険を予知したり自分の身を守ることが難しいため、所在確認の見直しを行い、職員数の少ない時間帯の午後1時、午後5時30分、午後7時を新たに追加した。(1日の所在確認16回)

・一時入所、体験入所の場合は実施機関と取り決めを行った上で受け入れを行う等、マニュアルの見直しを行った。

平成27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。
- ・27年度も『利用者の声は施設の宝』であることを職員全体で周知し、“ちょっと聞いてよ〜”という書式を使って利用者の声（楽しみ、希望、疑問、トラブル、困っていることなど）を聞き取った。大きな声だけでなく、小さな声も拾うように心掛けたが利用者の声からは苦情・虐待に繋がるものは無かった。
- ・虐待防止委員会では、毎月1日を虐待防止の日として、虐待防止マニュアルの復唱を継続して行っている。また、虐待防止のディスカッションや、職員の不適切行為をテーマにしたロールプレイも実施し気づきの共有や意見交換を行った。

2. 事故の状況等

- ・平成27年度は前期7件、後期5件、合計12件の事故があった。12件中、服薬事故が3件と『誤薬事故0』を目指して取り組んだが達成することは出来なかった。事故の原因としては、職員間の引継ぎの不徹底と思い込みによるものであった。ダブルチェックの徹底と服薬マニュアルの改訂を行い、再発防止に努めている。
- ・転倒転落においても2件の事故があった。2件とも女性利用者で、女性が男性より平均年齢が5歳高く高齢化が進んでいること、精神面での不穏が激しい方がいることや、認知症状が顕著になっている方が増えたことが原因の一つと思われる。また、利用者のADLの低下に職員の見守り体制が追い付かなかったことも挙げられる。
- ・無断外出のうち1件は、26年度と同一利用者によるものであった。前回は、実家（柏崎市）に戻る事を目的とし、市内での発見であった。今回は地区内の交番（住宅）にいるところを発見している。本人は「頭が痛かったから、お巡りさんから病院に連れて行ってもらおうと思った」と話していたが、無断外出の原因としての信憑性に欠けている。頭痛については脳外科にて検査をしたが、異常はなかった。

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（PDCAサイクルの実施）
 - ・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。
- ②事故防止に向けての講習会及び気づきの訓練
 - ・新採用職員研修として、マニュアル講習会を行った。危機管理マニュアルを中心に行い、見近に潜む様々なリスクに気づいてもらい、起きてしまった場合の対応も含めて講習を行った。
 - ・KYT（危険予知訓練）では、各部署で2回実施した。その職種にあったシートを使って「気づく訓練」を行った。
 - ・「虐待」をテーマにしたロールプレイ及びディスカッションを実施。日常支援における、職員個々の振り返りから「気づき」を挙げてもらい話し合いを行った。27年度も参加者から多くの「気づき」を得ることが出来た。
- 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。27年度は、前期107件、後期90件、合計197件の「気づき」が各部署から挙がった。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27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 4件 (デイサービス3件 ・ショートステイ1件)
 - ・デイサービスご利用者(介護予防)のご家族からの、サービス提供時間の途中で予防接種のため通院し、その後戻って利用を継続したいとの申し出に対し、制度上サービス提供中に受診等の外出はできないため、終了となることを相談員が説明したが納得されず苦情に至った。法令を順守することは重要である反面、このような場合「機転がきかない」状態を引き起こし、トラブルを生む引き金になりやすい。今後ご利用者やご家族の思いを瞬時にくみ取る「機転がきく」対応を心掛けたい。ちなみに、この日は午後から「忘年会」があり、ご本人はとても楽しみにされていた。
 - ・デイサービスの迎えの際、ご利用者が外で一人で待っていたため、ご家族が不在と思い込み確認しないでお連れしてしまった。ご家族からは施設に間違いなく到着しているかの確認の電話であったが、職員の対応に配慮が足りなかったことを謝罪し苦情として受け付けた。
 - ・迎えの際にご家族から利用料金を渡され、職員がそのまま持参したため、送りの際に現金をお返しした。その後、ご家族が利用料金は自動振り込みなのに、請求書を送ってくることに立腹され苦情となった。担当ケアマネージャーの説明で納得いただき、職員には現金の受け取りはできないことを周知した。
 - ・訪問看護から、ショートステイ終了の翌日に訪問した際、ご利用者の目尻に傷があったため、利用中の様子について照会があった。終了時に傷は無かったが、直ちに相談員と看護師が確認に自宅訪問を行う。結果、自宅でも動きがあり自分でぶつけたものとご家族も納得された。迅速で誠意ある対応を行い、苦情としても受け付けた。
- 2 事故の状況等 事故報告総数 10件 (特養10件)

今年度は10件の事故報告があり、全て特養で発生した。内訳は、転倒・転落による事故が7件、服薬事故が2件、その他(介助によると思われる骨折)が1件であった。

 - ・転倒・転落事故の発生場所としては居室・廊下が5件、トイレ内が3件であり、発生状況を考察すると認知症等で見守りが必要な状態であるが、職員の過信によりその場を離れた間に転倒・転落するケースが多かった。職員は専門職として予見する力を養っていくことが重要であるが常時の見守りは困難なため、今後ご家族へは事故発生リスクについて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。
 - ・服薬に関する事故は上半期に2件発生した。マニュアルの不徹底による人物誤認であり、職員の思い込みが原因であった。
- 3 事故防止のために行った対策及びその実施状況等
 - ・事故防止については、リスク検討委員会を中心に、毎月ヒヤリハットや事故の原因分析並びに改善策について検討を行い、各部署ごとの発生場所や時間等について集計・分析し、注意喚起を行った。ヒヤリハットは137件報告があり、転倒・転落が74件で全体の54%を占めた。また、認知症のため危険に対する認知力低下による異食のヒヤリハットが多く報告されたが、その都度適切な対応により誤嚥窒息事故を防止することができた。
 - ・服薬事故の防止対策として、視覚に訴える各階用の服薬フローチャートを作成し、これを周知徹底することで下半期は服薬事故の発生がなかった。引き続き人為的ミスから発生する服薬事故防止に努めていきたい。

平成27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 3件

・今年度は3件の受付があった。施設の設定不良による近隣住民からの苦情が1件。また、サービスの質や量に関する事、説明不足や情報提供に関する事が2件だった。特に行政から虐待対応事例への迅速かつ徹底を求める要望があり、行政職員から虐待の基本的対応について研修の機会を得た。施設長以下在宅サービス職員を中心として通報義務やチームで関わることの重要性を再確認した。

2 事故の状況等 事故報告総数 19件

事故の内容別発生状況・・・昨年17件⇒19件

区 分	件 数
転倒・転落	12
誤嚥	1
服薬	4
その他	2
合 計	19

・転倒・転落が全体の63%を占め、骨折に至る事故は5件発生している。同一ご利用者が続けて同じような転倒があったり、浴室での転落事故が続いたりと連続する事故が多かった。特に浴室での事故は1件発生後、速やかに原因分析や具体的な対策を周知していれば2件目は防ぐことができたのではないかと反省があった。2件目発生後には同日に全体ミーティングを行い、注意喚起を図った。

・服薬に関する事故について、人物間違いによる事故はなかった。いずれも情報伝達、確認不足などが原因と思われる。インスリン注射が施行されなかった事故についてはご家族の信頼を損ねることになりかねなかった。

・ヒヤリハット報告は127件で昨年より9件増加した。転倒・転落が全体の約30%を占めた。内出血や擦り傷など、原因の特定ができないこともあり普段からご利用者の動き等を観察し、未然に防止できる対策を考えていきたい。

3 事故防止のために行った対策及びその実施状況等

・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。浴室での事故を受け入浴前に入浴介助職員が集まり、留意事項を唱和する対策を行った。このことにより、入浴介助時に職員同士の声かけが蜜になりよい効果が生まれた。

・事故、ヒヤリハット検討後のマニュアルへの反映は、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。

・事故防止のための職員研修では、今年度も外部の言語聴覚士による「安全な食事介助のポイント」を学んだ。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訓練の研修を実施した。

平成27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】

- ①特養ご利用者が利用している銀行口座の更新手続きを本人に代わって施設職員が代行した際の連絡漏れから発生、大きな問題にはならなかったが、ミスが重なりご本人、ご家族にご迷惑をお掛けした。
- ②居宅介護支援事業所の集中減算調整のために、2カ月間、使い慣れた当法人のショートから他のショートへ変更して利用いただいた。ショートのご利用はできたが、予約していたのにとご家族の声があった。
- ③特養に入所しているご利用者より特定の職員の言動に対して強いストレスを抱えているとご家族を経由して話がある。特定の職員がご本人の自立支援に対する考えを持っていたが、説明不足で正しく伝わらなかった。
いずれも苦情として扱ってほしいという要望ではなかったが、苦情として受付けた。丁寧な説明や適切な振る舞いにより回避できるものが多くあったと考える。

2. 事故の状況等 【16件】

転倒・転落（8件）・・・一番多い報告であり、骨折を伴うものが多くあった。本人の状態変化が変わったにも関わらず対応が以前と変わらず、特に認知症を抱えた方への対応に対する配慮不足が目立った。

服薬（3件）・移動移乗時のミス（2件）・・・どれも結果としては大事に至らなかったが、職員の過失によるものであり、職員間で相互に意識してゼロとしないといけない事故である。

FAX誤送信（1件）・介護支援専門員証紛失（1件）・・・ともに個人情報にも関わる問題であり、日常の取扱いそのものを検証して変えて、流されないようにしなければならない。

誤嚥（1件）・・・義歯を飲み込んだという非常に大きな事故。死亡事故に発展しかねない事故であり、ご利用者個々の問題としてではなく、ケアそのものを見直して検証しなければならない。

全体としてPDCAサイクルに基づいて検証することが定着している。検証結果を個々の事故対応として終始するのではなく、教訓として捉えていくことが求められる。日々通り過ぎる日常ケアの中で、流されることなく、ちょっと待てよと立ち止まり、それが行動に反映されていくようにしたい。

3. ヒヤリハット報告 【116件】

件数は少なくなっている。直接介護をする介護員だけでなく、事務所や厨房、ケアマネジャーなどからもあがるようになってきている。ヒヤリハットに対して、一定期間後にも振り返りを行ない次につなげているため、取り組みが活きているように感じられる。

4. 事故防止のための対策

リスクマネジメントとして、事故や苦情に対してPDCAサイクルをもって組織的に関わっている。ただ、それにかかる時間も多く、職員の負担感につながっている実情もある。リスクマネジメントだけが目的とならないよう施設内で使用している書式の見直しや記録の書き方などの研修を通じて、負担を軽減することで取り組みがサービス向上へつながるようにしていきたい。

平成27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27年度、入所される方同士のトラブルや不満等、人間関係での相談事は日々聞かれたが、ご家族や外部も含め苦情等はなかった。

2 事故の状況等 事故報告総数 5件

- ・内訳としては、転倒・転落2件、服薬1件、無断外出2件であった。
- ・転倒等に関しては、1件は廊下を曲がりきれずに歩行器と共に転倒、もう1件は、食堂にてバランスを崩して転倒され、いずれも骨折を伴う重大事故であった。
- ・服薬事故に関しては、服薬前のダブルチェックは行っていたが、服薬時のダブルチェックがなされずに、隣の席の入所者に予薬してしまう事故が発生した。
- ・無断外出に関しては、重度の認知症のある入所者2名によるものであり、1件は夕食後にベランダから出られ、全職員に非常呼集をかけて3時間後に無事発見された。もう1件は、退院後間もなく無断外出され、出勤途中の夜勤職員により発見された。

3 事故防止のために行った対策及びその実施状況等

- ・気づきメモの定着に努めた結果、年間132件の気づきがあがり、日々の処遇や環境等の改善を図ることができた。また、ヒヤリハットの提出も年々増加傾向にあり、平成27年度は109件のヒヤリハットがあがった。検討、改善を繰り返すことで、事故報告は平成26年度と比較して10件減少、重大事故を未然に防ぐことができた。
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の見直しを行い、再発防止に努めている。
- ・年々高齢化、重度化傾向にある入所者に対して、身体機能の維持、転倒防止の対策として、例年同様、1日2回の体操や足踏み運動に加え、全員を対象に、月に1回、外部講師による運動レクリエーションを行った。また、年4回、地域のコミデイに出向いて、町内の方と一緒に運動をおこない、入所者の方々も楽しみながら健康維持に取り組むことができた。
ただ、入所者個々の状態に合わせたリハビリ運動や、それに対する評価等、専門的な立場からアドバイスをいただくための機会を設けることが難しく、平成27年度は、柏崎市役所介護高齢課の理学療法士を講師とした、年2回の職員研修とあわせてアドバイスをいただくのみにとどまった。
- ・服薬事故に関しては、マニュアルを徹底することができず、服薬時のダブルチェックがなされなかったことで1件発生したが、事故後の対策では経過を追って振り返りを行うこと、マニュアルの読み合わせによる意識づけを行い、マニュアルに沿った3回のダブルチェックの徹底と緊張感を持った服薬対応の徹底に今後も努めていきたい。
- ・無断外出に関しては、定時の所在確認等を行っても、施設内から自由に鍵を開閉できる環境であることから未然に防ぐことが難しかったが、「安心安全管理システム」(防犯カメラ、モニター)を導入し、無断外出を察知することで、早期に保護することができた。

平成27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27年度は苦情としての受付はなかった。開所して1年が経ち、サービスに関する要望や意見を頂くことができたが、今年度は頂いた意見を改善するための研修の実施が不十分であった。利用者様並びにご家族の方から頂いた声を大切にし、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 7件 (小規模ホーム5件、グループホーム2件)

- ・事故の内訳 転倒・転落 2件 誤薬 2件 医療に関する事 1件
排泄に関する事 1件 その他 1件
- ・転倒は全体の総数の約3割発生しており、骨折に至る事故はなかった。一方で、ヒヤリハット報告では、転倒が57件中の40件と全体の70%を占めている。重大な事故には繋がらなかったが、多くの転倒リスクを常に抱えている状況である。ヒヤリハット報告における改善策や、日々の業務における職員の気づき、ミーティングでの情報共有を大切にして事故防止に努めていきたい。
- ・誤薬事故が2件発生した。誤薬については職員のマニュアルに沿った業務の徹底にて防ぐことのできる事故であり、マニュアル及び実際の業務の再確認を行った。開所後1年が経過し、利用者の増加等により業務の改善も必要になってきており、実際に即したマニュアルであるよう見直していく必要がある。

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の取り組みを行った。ヒヤリハット報告、事故報告の集計、分析を行ってきた。また、改めてアセスメントを行い、個別の留意点の確認を行い、職員間の情報共有を行った。
- ・職員の「気づき」を共有する「気づき共有シート」の取り組みを試行した。危険な気づき以外にも、うまくいった支援などを職員間で共有を目指した。報告はまだ少数であるが、効果的に機能するよう継続して実施したい。
- ・接遇委員会にてマニュアルの見直しを行ってきたが、すべてのマニュアルを見直し改定することはできなかった。新年度に、計画的に見直しを実施していく必要がある。