

介護事故発生状況について

施設名称 法人全体

1. 令和3年度介護事故発生状況について

	Hランク ヒヤリハット	Aランク 事故	Bランク 事故	C1ランク 事故	C2ランク 事故	計	比率
特養	802	1793	283	57	68	3003	82.45%
短期入所	87	254	34	6	9	390	10.71%
通所介護	38	73	9	6	8	134	3.68%
グループホーム	13	25	4	3	2	47	1.29%
サ高住 (JKK・こまえ)	2	6	0	3	1	12	0.33%
(看護) 小規模多機能	9	39	2	1	0	51	1.40%
訪問介護	1	3	0	0	0	4	0.11%
訪問看護	1	0	0	0	0	1	0.03%
計	953	2193	332	76	88	3642	100.0%
Cランク合計 →				164		Cランク比率→	4.50%

介護事故レベル

ヒヤリハット	ヒヤリはっとした事例
Aランク事故	経過観察レベル
Bランク事故	施設内処置
C1ランク事故	通院検査のみ経過観察
C2ランク事故	通院→処置→入院

介護事故から苦情になった事例

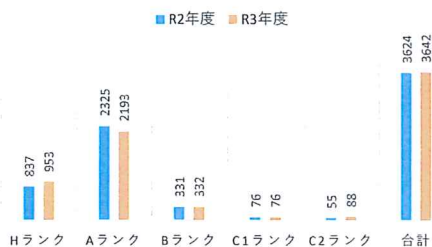
有	無
↓	
介護事故から苦情になった件数	
2 件	

是正処置への展開件数	53 件
------------	------

介護事故ごとに再発防止策を講じていますが、「是正処置」とは、その中でも施設長の判断で、更に深掘した処置を指示した件数を指しています。

◆前年度比較

	R2年度	R3年度	差
Hランク	837	953	116
Aランク	2325	2193	-132
Bランク	331	332	1
C1ランク	76	76	0
C2ランク	55	88	33
合計	3624	3642	18



苦情発展	3	2	-1
是正処置展開	49	53	4

◆課題と対応

1. 機器を使用した安全対策

離床センサー、見守りカメラ等、機器導入が推進される中で、使用方法ミス報告が多く挙がっている。この使用方法誤りはほとんどが人的要因によるものと考えられ、ご利用者のアセスメント評価と共に機器の操作及び、使用目的の理解を深めたOJTが不可欠であると考えられる。

2. ヒヤリハット事例の積み上げとその活用によるKYT推進

Cランク事故1件に対して300倍のヒヤリハット事例が存在するという「ハイインリッヒ」の理論上、法人では6倍程の情報量となっている。各施設は委員会、現場OJT、研修、会議による教育推進を掲げており、課題として認識が強いと見て取れる。R3年度は2年度と比べC2ランクが33件（1.6倍）増加しているが、ヒヤリハット事例数の最も多い施設ではCランク事故の減少が見られていることから、ヒヤリハットを元にした情報共有と危険予知の視点、及び「考える力」の向上が大きな要素であることがわかる。

3. 職員間の情報の受け渡し方法

「人の集合」が縮小されてきた昨今、ICT化も並行して進められる中で、「人から人へ」「人の言葉で、声で」情報を受け渡す機会も減少している。「対面での情報伝達」は教科書、マニュアルにはない指導者の経験やノウハウ、感覚も詰まっていることが多いが、現状「情報を受け取る側の努力」の面が大きく、抜けが生じてしまう可能性がある。「情報を渡す側」と「受け取る側」双方が無駄なく情報交換するための技術を「機器活用」と「人の対面」という両側面から再構築する必要がある。

4. 教育の実感と連鎖

「自己研鑽」「情報・意見の交換」「対話」等、法人職員としての基本動作を再構築する必要がある。ICT活用による業務整理、情報整理を進めながら、改めて「職員同士の時間の共有」を（※）組織的活動を通じて推進していく。これにより「教えてもらった」「一緒に仕事をした」実感を獲得し、その方法、手順が受け継がれ連鎖が生まれると考える。（※）組織的活動：委員会活動、施設内研修、各種会議、行事等、チーム・事業の垣根を超えた施設の全体的活動

苦情発生状況について

施設名称

法人全体

1. 令和3年度苦情発生状況

令和3年度 苦情発生件数 54 件

1. 申し出区分	0 件
①サービスの未実施・間違い	8 件
②利用者請求間違い	0 件
③サービスの不良	18 件
④サービスの向上	5 件
⑤職員の態度不良	15 件
⑥その他	19 件

申し出内容の傾向

全体件数はR2年度から3件増加。
中でも⑤職員の態度不良が増加傾向にあり、運転業務におけるトラブルによるものが多い。車内からの所作、運転マナーに起因すると考えられる。
③サービスの不良は前年度からは減少傾向にあるが、件数としては多い。

*複数の区分を選択する場合もあることから、合計数は報告書枚数とは一致しない場合がある。

2. 要因区分

①利用者状況の把握不足	5 件
②内部情報共有及び連携不足	12 件
③外部情報共有及び連携不足	2 件
④-1職員技術の不足	4 件
④-2職員知識の不足	2 件
④-3職員の態度不良	8 件
④-4 職員の接遇不良	11 件
④-5 職員の対応のまずさ	17 件
⑤-1 職員の手順ミス	7 件
⑤-2 職員の不注意	12 件
⑥対応の遅れ	6 件
⑦その他	9 件

要因区分の傾向について

④-5職員の対応のまずさ
R2年度からは減少しているものの、R3年度も最も多い。
④-4職員の接遇不良、⑤-2職員の不注意
前年度から増加が見られている。

知識技術の不足から発生するものと並行して、職員の「職務職責理解」「目的理解」「目標の曖昧さ」に原因がある可能性がある。

*複数の区分を選択する場合もあることから、合計数は報告書枚数とは一致しない場合がある。

3. 苦情に関する課題と対応について

苦情の要因、傾向は上記の通りであった。運転業務中の苦情は全体的に多かった。

・運転業務基本的あり方、マナーの教育

ほとんどの施設で「安全運転管理者」が置かれており、リスクマネジメント委員会の中で検討がされている。各社用車には社名が明らかで、職種も特定されてしまう。法定速度遵守は当たり前の中で煽られたり、車の大きさに対して道路の狭さにより焦ってしまう、申し立て者の「イライラ感」によっても発生してしまう。よって、あくまでも法人職員は「交通ルールの遵守」「譲り合いの心」「かもしれない運転」と「職務上、住民の生活活動に影響を与えない配慮」を加えて、毎朝の朝礼、職員会議等で呼びかけ、教育を推進する。

・職員の態度不良を原因とする苦情

苦情の原因には上記「2要因区分」が複雑に重なり発生していることも多い。知識、技術、情報の不足という「職務」による物はもちろん「④-5対応のまずさ」には大きく着目する必要がある。これは「法人理念」「役割理解」が十分でないことから発生すると思われ「愛社精神」「帰属意識」にも関連すると言える。つまり、自分の対応・行動・発言が利用者・家族・地域の皆様・法人・施設・同僚にどのように影響を与え及ぼすかという視点に弱さがある可能性がある。

この点に対しては「組織的施設活動への積極的関与」による仲間意識の向上と、就業規則に則り「公平平等」を前提とした「ルールを外れた行動への牽制」と教育指導が必要であると認識する。

・法人理念、自己の目標、それに向けた自分の行動

ご利用者個人個人は必ず「誰かの大切な人」である。だからご家族は心配もするし、同じように痛みを受ける。「では、職員から見たご利用者は」が、どのように見えているかを点検する必要がある。「大勢の中の一人」になっていないか、「数ある事故（事象）のうちの一つ」という捉え方になっていないか。この認識にズレが生じると「誠意」「やさしさ」は不足し「業務的」な取り扱いになり、ご家族や関係各所との温度差が生じてしまう。

この部分に対しても法人職員としての基本行動の再学習と「自己実現支援」という法人理念とともに、「自分が目標とする介護」その理念・目標に対して「自分がやるべきこと」を明確にさせ、自覚させることが必要である。