

# 苦情解決・ヒヤリハット・事故報告

## 1. 苦情解決報告

①保護者の方より、外出着を準備するが、その後の管理をきちんとしてもらえていないのではないか。

対応：タブレットを使用し、保護者が持参された衣類の画像を撮影後、ファイル管理し、全職員が情報を共有することとした。帰園後は、着用していた衣類をネットに入れ洗濯し保管することにした。

②保護者の方より、帰省時に腕に大きなひっかき傷があったが、その説明が無かった。

対応：入浴支援を利用して全身の確認をしているが見つけれなかった。異常が見られた時には、保護者の方に直ぐに報告し、気になる時には、直ぐに園にも伝えて欲しい旨お願いし、全職員にも周知した。

③保護者の方より、利用者の方の物品購入について電話で説明させて頂いたが、説明不足により、誤解が生じた。

対応：翌日の個別懇談会を利用し再度個々に合った必要備品等購入の説明を行った。

### 【3】障害福祉サービス事業所 よもやま

①地域住民の方より、缶回収場所と回収をしている事業所が分からないので、回収に協力したいが、できない。地域住民に知らせて欲しい。

対応：地域区長様に回収実施事業所・時間・場所・回収日等をお伝えし、チラシを配布し、協力依頼した。区長様立ち合いのもと、回収ボックスを設置させていただいた。

### 【4】共同生活援助事業所（グループホーム）

①業者と保護者より、利用者ご本人が持っている携帯電話を昼夜関係なく、1日数十回の着信があり困っている。

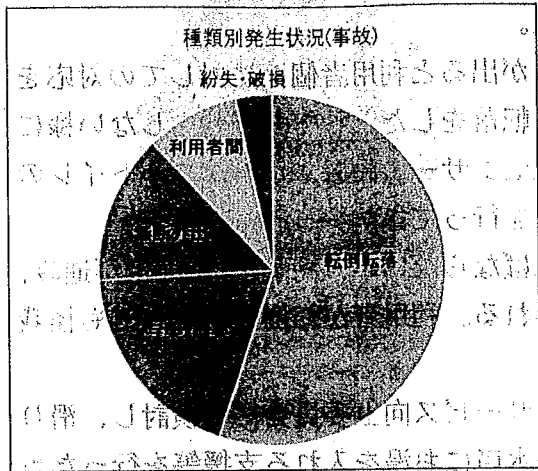
対応：業者と保護者には謝罪し、ご本人には、携帯電話の利用方法について時間帯等の説明を繰り返し行ったが、理解が得られなかった。今回ご本人の了解を得て、使用制限が出来る機種に変更した。保護者にも説明し、理解を得る。

### 〈考 察〉

事業者は、相手の方が理解されているだろうとの思い込みから生じたケースが殆どであった。電話だけの説明だけでなく、直接会って丁寧にお伝えしていくことが大切である。

## 2. ヒヤリハット・事故報告 (4月～9月)

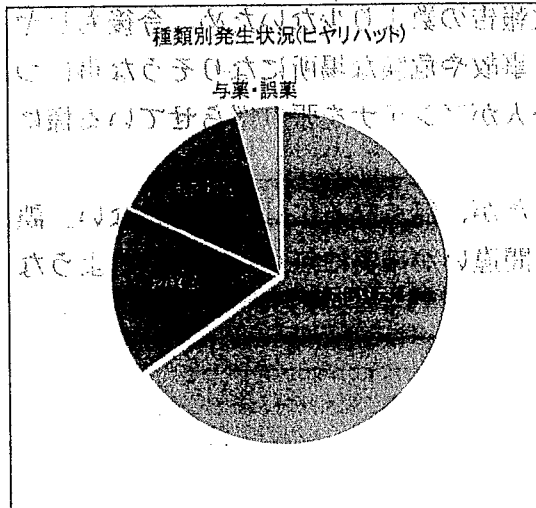
①4月～9月までの事故総数 : 60件 ②4月～9月までのヒヤリハット総数 : 79件  
 ③4月～9月までの事故報告発生状況 (種類別発生状況) ④4月～9月までのヒヤリハット発生状況 (種類別発生状況)



種類	件数(合計60件)
転倒・転落	32
与薬・誤薬	1
無断外出	8
利用者間	5
紛失・破損	2
その他	2

※その他の内容：誤嚥・誤飲1件、異食1件  
 ・種類別では全体の53%が転倒であった。次いで18%が与薬・誤薬、13%が無断外出であった。

### < ヒヤリハットの種類別発生状況 >

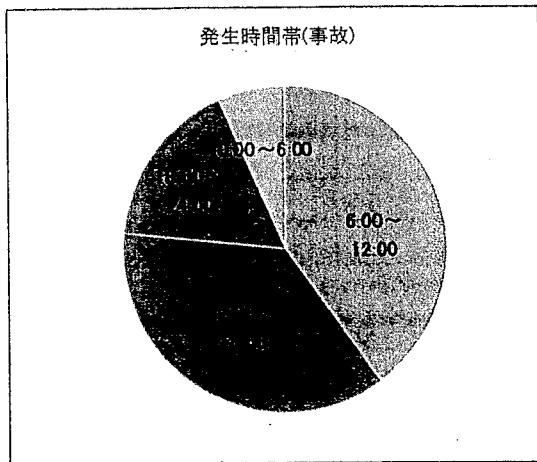


種類	件数(総数79件)
転倒・転落の危険性	47
その他	12
無断外出の可能性	10
与薬・誤薬の可能性	3
その他	7

※その他の内容：誤嚥・誤飲2件、外傷2件、利用者間1件、火傷1件、破損1件 その他、利用者が車いすや台車を押して危険を感じたとの報告があった。

・事故報告と同様、転倒・転落の危険性が全体の59%が多かった。

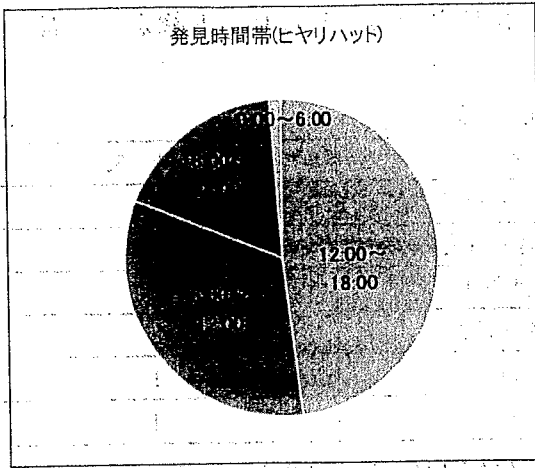
### < 事故報告発生時間帯 >



発生時間帯	件数(総数 60件)
6:00～12:00	24
12:00～18:00	22
18:00～24:00	10
00:00～6:00	4

・6:00～12:00まで、次いで12:00～18:00までの時間帯の事故報告が多い結果となった。利用者の方が訓練棟や居室から食堂への往来や日課等での居室と訓練棟への往来が多い時間帯と思われる。この時間帯に動きがありその危険性が高いと予測される方の見守りや観察を強化している

< ヒヤリハット 発見時間帯 >



発見時間帯	件数(総数 79件)
12:00~18:00	38
6:00~12:00	26
18:00~24:00	14
00:00~6:00	1

・12:00~18:00まで、次いで6:00~12:00までの時間帯でのひやり・はつと報告が多い結果となった。事故報告とほぼ同様の時間帯であった。

< 事故報告発見場所 >

発見場所	件数
居室	13
施設外	8
食堂	8
訓練棟	7
その他	6
廊下	6
トイレ	3

発見場所	件数
浴室	3
台所	3
玄関	1
あかね多目的室	1
洗面所	1

総数 60件

・居室での転倒や施設外への無断外出が多かった。廊下での転倒は昨年の同時期より半数以下に減っている。これは設置可能な場所には手摺りを付けた事や事故に至る危険性のある方の行動を把握し付き添うよう対応している事での成果と考えられる。

< ヒヤリハット 発見場所 >

発見場所	件数
居室	21
廊下	20
訓練棟	10
食堂	7
玄関	5

発見場所	件数
トイレ	3
浴室	3
洗面所	3
その他	3
施設外	2

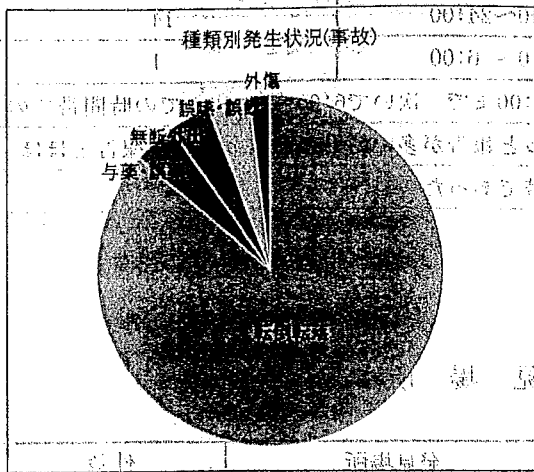
総数 79件

・今後もひやり・はつと報告での「気づき」を皆で共有し、重大な事故に至らないよう工夫や改善を行う事で事故の減少に繋げていけるようひやり・はつと報告の提出に取り組んでいく必要がある。

### 3. ヒヤリハット・事故報告 (10月～3月)

○10月～3月までの事故総数：55件 ○10月～3月までのヒヤリハット総数：46件

#### < 事故報告の種類別発生状況 >

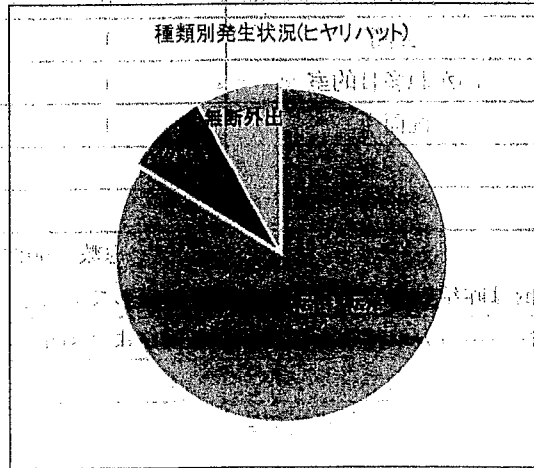


種類	件数(合計 55件)
転倒・転落	44
与薬・誤薬	2
無断外出	2
誤嚥・誤飲	2
外傷	1
その他	4

※その他：停電の際に不穩になり、非常ベルを鳴らしてしまう。  
リサイクル室の飲料水をQHに持ち帰る等。

・種類別では全体の80%が転倒・転落であった。

#### < ヒヤリハットの種類別発生状況 >



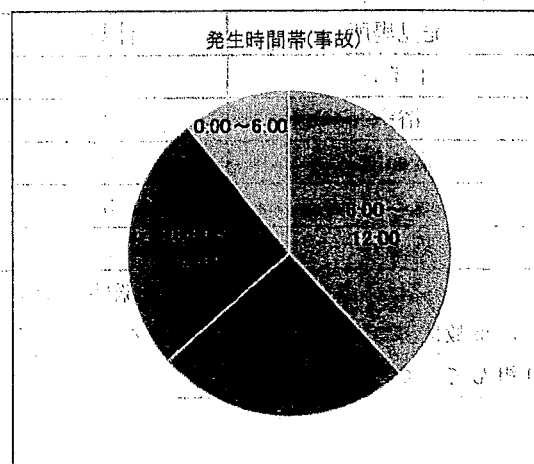
種類	件数(総数 46件)
転倒・転落の危険性	31
外傷の危険性	3
無断外出の危険性	3
その他	9

※誤嚥・誤飲の可能性：1件、利用者間のトラブル：1件

※その他の内容：留置カテーテルの詰まりを抜けてしまう危険性、支援員室の鍵の掛け忘れで冷蔵庫を物色していた。

・事故報告と同様転倒・転落の危険性が全体の67%以上と高かった。

#### < 事故報告発生時間帯 >

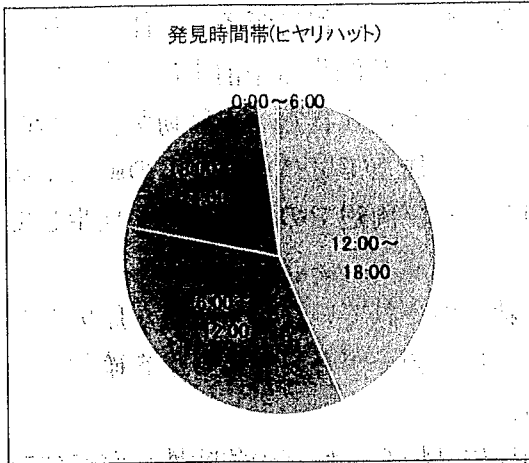


発生時間帯	件数(総数 55件)
06:00～12:00	21
12:00～18:00	14
18:00～24:00	14
00:00～6:00	6

・6:00～12:00まで、次いで12:00～18:00、18:00～24:00までの時間帯の事故報告が多い結果となった。利用者の方が訓練棟や居室から食堂への往来や日課等で居室と訓練棟への往来が多い時間帯と思われる。

・時間帯ごとに移動時の危険性の高い方の見守りや観察を強化している。

< ひやりはつと発見時間帯 >



発見時間帯	件数(総数 46件)
12:00~18:00	20
6:00~12:00	16
18:00~24:00	9
00:00~ 6:00	1

・12:00~18:00まで、次いで6:00~12:00までの時間帯のひやり・はつと報告が多い結果となった。事故報告とほぼ同様の時間帯であった。特に朝夕の職員数の少ない時間帯での報告の冲から大きな事故に至らないよう毎月、各寮で話し合いを行い対応策を検討した。

< 事故報告発見場所 >

発見場所	件数	発見場所	件数
居室	18	トイレ	1
廊下	12	浴室	1
食堂	8	その他	1
訓練棟	7	よもやま	3
施設外	3	グループホーム	1
		総数55件	

・特に居室、廊下、訓練棟での転倒事故が多かった。高齢の同じ方の転倒が続いたため、日中は医務とも連携し見守りの強化に努めた。各場所での利用者の方の行動特性・事故の危険性・その日の歩行状態・精神状態等、必要な情報を共有し事故を未然に防げるよう心がけた。

< ひやりはつと発見場所 >

発見場所	件数	発見場所	件数
居室	17	施設外	2
訓練棟	11	その他	2
廊下	7	浴室	1
トイレ	4	食堂	2

・「事故報告:55件」に対して「ひやりはつと報告:46件」の提出が少ないのが現状である。「ひやりはつと報告」は、支援や介助をする上でのヒントや対策等を考える機会として捉え、その提出の大切さを再認識する必要がある。

・危険回避を優先するあまり、その方の人権を損なう事の無いよう配慮する必要がある。

・忙しさや慣れから「気づき」を得る機会を疎かにしていないか、この「まとめ」を機会に振り返りたい。

## 〈考 察〉

前期においては、事故報告の総数は60件で「転倒・転落」の報告が多く32件で全体の53%であった。次いで「与薬・誤薬」「無断外出」だった。時間帯は午前中に、次いで午後に多く発生しており、中でも利用者の方が訓練棟や居室から食堂への移動が多い時間帯に多く発生している。発生場所は居室や廊下が多く、居室ではベッドからの転落や居室内を歩いている転倒が多かった。廊下ではやはりスロープ周辺での転倒が多く発生している。

無断外出も8件の報告があった。職員の支援の統一がされていなかった事が原因であった事から、再度、利用者の方の特性にあわせた支援の統一が必要である事を確認しあった。それ以降には同じ方の無断外出は無くなった。

ヒヤリハット報告の総数は79件で事故報告と同様に「転倒・転落の危険性」が47件で全体の59%と高かった。時間帯は事故報告とほぼ同様であった。発生場所は居室、訓練棟、廊下が多かった。利用者の方の行動特性や行動パターンを把握し見守りや付添いを心がけた。

後期においては、事故報告の総数は55件、全体の総数は前期に比べ若干減少しているが、前期と同様に「転倒・転落」の報告が多く44件で全体の80%を占めている。居室での転倒が18件、次いで廊下が12件であった。後期、高齢で歩行状態にかなり不安のある方や認知症で自身の身体状況を考える事が困難な同じ利用者の方の転倒が多かった。自分で歩こうとされるため、なるべく付き添うように努めたが、職員数の少ない時間帯の居室でのポータブル使用時やタンスを利用する際の転倒が増えてしまった。対策として、ベッド下に離床センサーを使用するようになった方やベッド柵を使用するようになった方もいる。また、訓練棟では自分の好きな利用者の方を追いかけて転倒して骨折してしまったという事故が発生した。骨折していて痛みがあっても歩いてしまう事がある方である。

安静への理解を求める事が難しく対応に苦慮する事が多かった。利用者の方、一人ひとりの障害特性や理解力等を把握して日頃から支援や見守りにあたり、事故防止に努めたい。

ヒヤリハット報告の総数は46件で、事故報告より少ない報告となってしまった。ヒヤリハット報告での「転倒・転落の危険性」が31件で全体の67%を占めた。次いで「外傷の危険性」が3件、「無断外出の危険性」が3件であった。ヒヤリハット報告が少ないという事は本来あり得ない。ヒヤリハット報告が少なかった事やヒヤリハット報告から対策を行う事が十分に出来なかった事が反省点であると思われる。

今後は事故後の対策はもちろん、事故に繋がる可能性があるヒヤリハット報告から対策を講じる事で事故防止に努めたい。また、危険回避を重点的に考えるあまり、利用者の方の人権を損なわないよう、職員間で迅速に且つ丁寧に話し合いを行い決定していく必要がある。

## 4. 第三者委員の所見

### (1) 古屋雅章委員（寺院住職）

17ページにもわたる資料には、事故報告やヒヤリハットの内容が詳細にまとめられており、第三者委員としてもかんしん（関心と感心）を持って読ませていただきました。施設利用者の事故防止のために、物理的環境や人的環境にも大変配慮され、個々の利用者の支援をされている努力を感じました。今後ともどもその姿勢を維持し、事故防止対策に最善をつくされることを期待しています。

### (2) 高橋寛行委員（税理士）

事後報告・ヒヤリハットの件数573件は、前期の495件と比べて大幅に増加しています。主にむつみ園で増加したものです。ヒヤリハットの増加は望ましいですが、事故件数の増加は望ましくありません。高齢化等の影響もあると思われませんが、普段の「慣れ」は怖いものです。重大事故に繋がらないように気を付けるべきです。

誰しも自分の話を親身に聞いてくれる人を求めています。それには、日々の生活の中で安心して自分の苦悩や弱さを打ち明けられる人間関係・環境が重要になってきています。自分と他人を強者・弱者の優劣をつけず、他人の気持ちに寄り添って、それぞれの立場を理解して耳を傾けましょう。

### (3) 安間敏昭委員（医師）

転倒・転落事例が増えるのは身体的機能障害などが高いことから、ある程度避けられないと思われる。

また、予薬・誤薬などは少件数ながら問題発生にもなりうる。

日々ご多忙の上心身ともに御苦勞様ですが、宜しく申し上げます。