

IX 苦情解決報告

【1】 救護施設 大野荘

受付年月	苦情の内容	苦情への具体的な対応
令和2年 12月	<p>福井県社会福祉協議会運営適正化委員会の担当者より、大野市自立相談支援センター「ふらっと」に対する苦情の電話があったと連絡がある。</p> <p>センターを利用しているA氏から、「相談員の言い方がきつい」「悩んでいる」といった内容であり、本人より事業所に話をしてほしいとのことであった。</p>	<p>センターの相談員Bに、内容確認をすると、A氏は3年程前より関わっている方で、精神面が不安定で就労や生活面の相談をしていた。最近は家計相談をうけており、お店への支払いの話をしたことが、本人の思いとは違い「きつく言われた」と感じてしまったのかなと話がある。</p> <p>運営適正化委員会担当者より上記の内容について、A氏に説明の連絡を入れるが繋がらない。そのため、センターより説明をすることになり、次の家計相談時に誤解のない十分な説明を行う。</p>

〈考 察〉

Aさんはこれまでも、他の事業所に対しても様々な訴えをする方ではあるが、不満や不快に感じたことは事実で、相談時の言動等については、苦情内容を真摯に受け止め考える必要がある。ただ、誤解されていること等は、十分説明をしていくことも大切なことであり、相手の立場に立ち相手への配慮を考えた、より丁寧な対応を心掛けることが求められる。今回のケースを、基本に立ち返るよい機会とも捉え、今後の事業に活かしていきたい。

【2】 障害者支援施設 むつみ園

苦情申し立て件数はなかった。

【3】 障害福祉サービス事業所 よもやま

受付年月	苦情の内容	苦情への具体的な対応
令和2年 4月	<p>作業の休憩時間中、利用者Tさんから叩かれたとの訴えがあり、謝罪を求め今後は暴力行為のないようにしてほしいとの申立て。</p>	<p>利用者Tさんに事実確認を行い、状況について把握する。暴力行為については認めため申立人に謝罪することになる。</p> <p>今後の対応としては、二人を同一の作業にしないこと、申立人には職員が見守り作業提供すること、休憩時間も二人の行動を見守ることとした。また、相手が不快にならないような関係づくりについて全利用者と話し合いを行った。</p>

<p>令和2年 6月</p>	<p>一部の職員の自分に対する対応が他の利用者と違っており冷たく感じる。わからない事など言っても聞いてくれない、無視されているように思う。</p>	<p>まずは本人の訴えを聴き、辛く寂しい思いをしたことを理解し受け止め、職員の対応について確認する旨を伝えた。</p> <p>次に作業所の職員全員から聞き取りを行い、訴えの内容について確認を行った。聞き取りは2度に渡って行い、全容を把握した。</p> <p>職員は、個々の能力や理解度に応じた言葉掛けや作業指導を行っており訴えの内容とは相違があった。本人と母親に来園して頂き、確認できた内容についての説明と、支援者側との話し合いの機会を設けた。</p>
--------------------	---	--

〈考察〉

利用者間のトラブル、そして職員の対応についての苦情が相次いだ。

まずは、利用者の思いを丁寧に聞き取りその思いを受け止めることに留意し、作業所の支援者側へは十分な聞き取りを行い状況を確認し、両者間での関係調整を図った。

今回、6月に訴えがあってから最終的には8月に一応の解決に至ったが、申立人と支援者側との相違があり真に理解を得られ納得されたかは定かではない感が拭えなかった。

申立内容について事実確認を進める中で、互いの言い分だけでは的確な判断が危ぶまれ、個別支援計画や支援記録が重要な手がかりとなり、また支援の証拠ともなり得ることを今回の事例により再認識することになった。

職員には、日々自らの支援を振り返り、一人ひとりの立場で考え、個別支援計画に沿った支援をしていく事、そして利用者の方の状態を記録し情報共有しながら支援を行うよう周知した。

【4】共同生活援助事業所（グループホーム）

苦情申し立て件数はなかった。

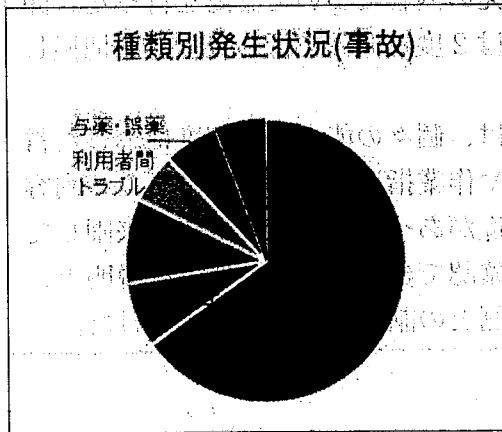
2022.01.01～2022.03.31	0件
2022.04.01～2022.06.30	0件
2022.07.01～2022.09.30	0件
2022.10.01～2022.12.31	0件

共同生活援助事業所（グループホーム）の苦情申し立て件数はなかった。

【5】 ヒヤリハット・事故報告

令和2年4月～令和2年9月までの事故・ひやりはつと報告まとめ 大野荘
 ○4月～9月までの事故総数：175件 ○4月～9月までのひやりはつと総数：61件

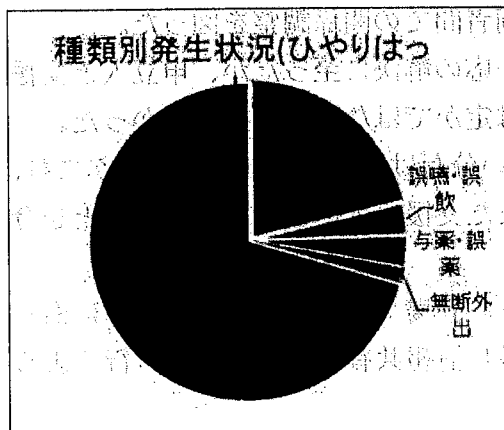
〈事故報告の種類別内容状況〉



種類	件数 (合計175件)
転倒・転落	114件
無断外出	13件
その他	17件
利用者間トラブル	10件
与薬・誤薬	11件
誤嚥・誤飲	10件

総件数の半分が転倒報告であり、居室での転倒が殆どである。与薬・誤薬は11件発生している。

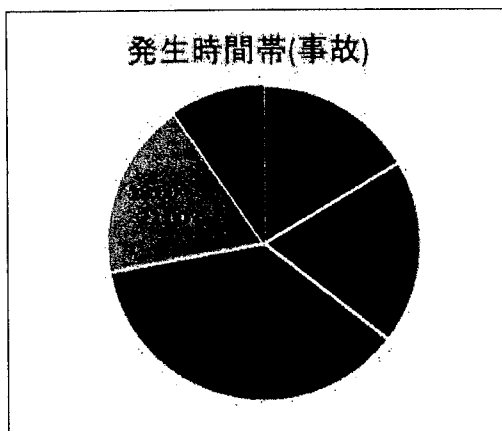
〈ひやりはつとの種類別内容状況〉



種類	件数 (総数61件)
転倒転落の危険性	13件
与薬・誤薬	2件
誤嚥・誤飲	2件
無断外出	1件
その他	43件

今回はひやりとした事(その他)が多く提出されている。転倒転落の危険性が多いのは変わらない。

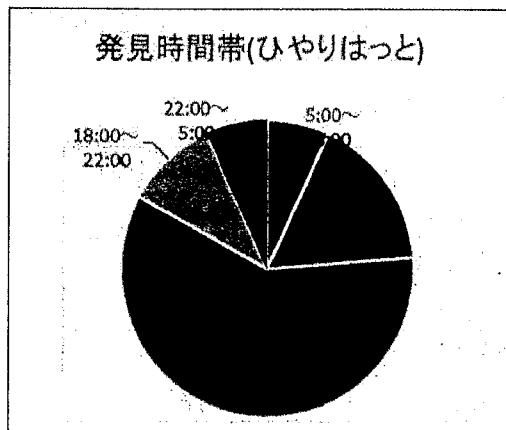
〈事故報告発生時間帯〉



発生時間帯	件数 (総数175件)
5:00～8:00	29件
8:00～12:00	33件
12:00～18:00	64件
18:00～22:00	32件
22:00～5:00	17件

圧倒的に発生時間が多いのは、12時～18時であった。利用者の活動的になる時間帯でもある為、事故件数が多くなる傾向である。

〈ひやりはっと発見時間帯〉



発見時間帯	件数 (総数61件)
5:00~8:00	4件
8:00~12:00	11件
12:00~18:00	37件
18:00~22:00	6件
22:00~5:00	3件

ひやりはっとは8時~18時の時間帯が全体の7割強を占めている。利用者が活動している時間帯である。

〈事故報告発見場所〉

発見場所	件数
居室	77件
トイレ	16件
食堂	17件
廊下	21件
施設外	16件
その他	7件
ホール	15件

発見場所	件数
脱衣室	2件
談話室	0件
洗面所	1件
玄関	1件
階段	2件

総数175件

事故発生場所は居室、廊下の順に多く転倒・転落が殆どである。

〈ひやりはっと発見場所〉

発見場所	件数
居室	18件
廊下	9件
食堂	9件
トイレ	5件
ホール	8件

発見場所	件数
浴室	2件
階段	0件
談話室	1件
その他	9件

総数61件

事故報告・ひやりはっと共に居室での発見が一番多い。その次に廊下・食堂の共用部分となっている。場所を離れる際の職員間での声掛けや、見守りを強化して対応する。

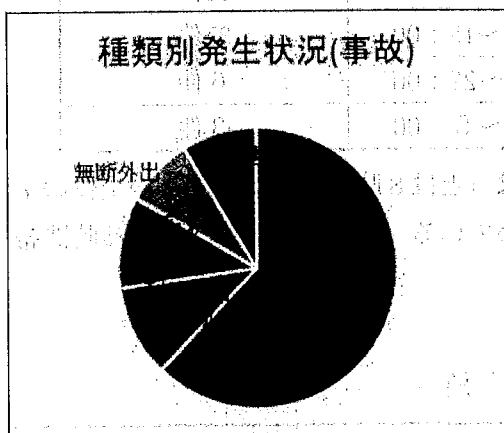
《考察》

今回は、ヒヤリハットの中でその他が多い事が、ヒヤッとし、事故を未然に防いでいる要因が大きいと思われる。しかし、転倒・転落の事故報告の1番多いのが、利用者自身の移動時の転倒であり、利用者の行動制限をかけずに、見守りを実施している中で起きている。離床センサーの活用などで大怪我までは至っていない。また、コロナウィルス感染予防で利用者の行動や範囲が前年度より少ない点からか、居室での転倒が多く見られた。

あと、誤薬が前年度より多く、10月からは月・金で声だし確認を朝礼時に実施し、下半期は誤薬が1つも出ない事を願う。

令和2年10月～令和3年3月までの事故・ひやりはつと報告まとめ 大野荘
 ○10月～3月までの事故総数：114件 ○10月～3月までのひやりはつと総数：64件

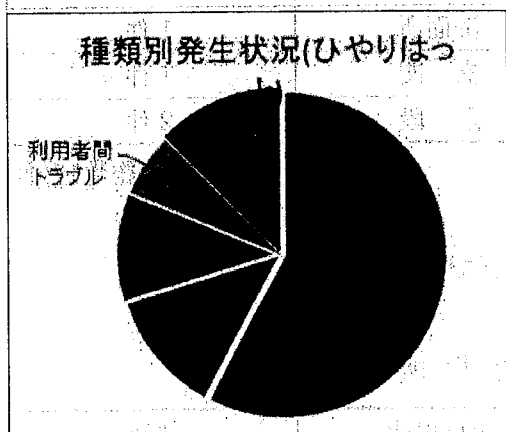
〈事故報告の種類別内容状況〉



種類	件数 (合計114件)
転倒・転落	71件
利用者間トラブル	12件
与薬・誤薬	12件
無断外出	9件
その他	10件

総件数の半分が転倒報告であり、居室での転倒が多い。与薬・誤薬が上半期より割合が増加している。

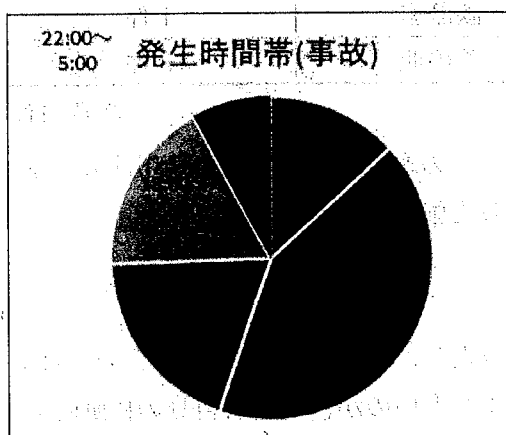
〈ひやりはつとの種類別内容状況〉



種類	件数 (総数64件)
転倒転落の危険性	37件
誤嚥・誤飲	8件
無断外出	7件
利用者間トラブル	4件
その他	8件

総件数の半数以上が、転倒の危険性であった。次いで、誤嚥・誤飲が多い。

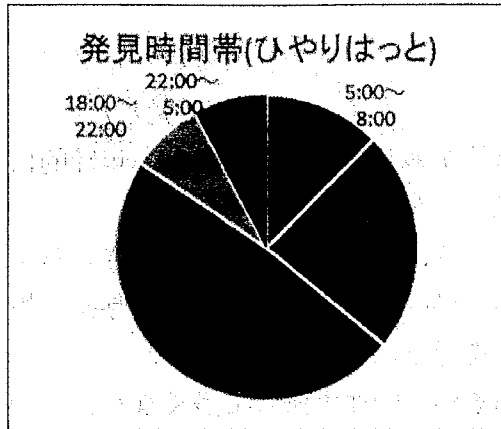
〈事故報告発生時間帯〉



発生時間帯	件数 (総数114件)
5:00～8:00	15件
8:00～12:00	48件
12:00～18:00	22件
18:00～22:00	20件
22:00～5:00	9件

上半期は12:00～18:00が多かったが、今回は8:00～12:00が多くを占めた。利用者が活動している時間であり、日中(8:00～18:00)の件数が多い。

〈ひやりはっと発見時間帯〉



発見時間帯	件数 (総数64件)
5:00~8:00	8件
8:00~12:00	15件
12:00~18:00	31件
18:00~22:00	5件
22:00~5:00	5件

12:00~18:00が半数を占めている。

事故報告同様に利用者が活動している時間帯の発見が多い。

〈事故報告発見場所〉

発見場所	件数
居室	39件
トイレ	11件
食堂	10件
廊下	25件
施設外	6件
グラウンド	1件
ホール	8件

発見場所	件数
脱衣室	1件
浴室	1件
洗面所	1件
談話室	2件
階段	1件
体育館	4件
その他	4件

事故発生場所は居室について廊下が半数以上を占めている。

総数114件

〈ひやりはっと発見場所〉

発見場所	件数
居室	24件
廊下	13件
食堂	11件
玄関	2件
トイレ	1件
ホール	2件

発見場所	件数
洗面所	1件
階段	1件
体育館	1件
施設外	3件
その他	5件

総数64件

事故報告・ひやりはっと共に居室での発見が一番多く、次いで廊下が多い。生活の中で一番長い時間を過ごす場所での事故・ひやりはっと報告が多く、見守りをする職員を配置する等対応を講じる。しかしすべての時間での対応は難しい面がある。

《考察》

事故が起きないように、事前の対策や支援方法がなされているためか、上半期と比べて事故報告件数55件減少、ヒヤリハット報告件数5件増加している。

上記のまとめにもあるように、事故報告の半数が転倒・転落である。その中でも、利用者が移乗、移動時の転倒が多い。また、転倒により利用者が骨折したケースもあり、少しの不注意で大きなけがに繋がる恐れがある。

今後、利用者の高齢化に伴い、転倒・誤嚥などのリスクが高まることが予想される。「未然に防げる事故を起こさない」意識を職員間で持ち、ヒヤッとしたことがあれば一つでも多く報告できるようにしたい。

〈考 察〉

「前期」

事故件数175件のうち転倒・転落が114件と半数を超えている。新型コロナウイルス感染症対策のため、日課が殆ど出来ない期間が2か月間ほどある等、全体として活動量が減り、行動範囲なども限定されたことから、居室での転倒事故が多くみられた。また、年齢的にも運動量が減ったことが、転倒事故に繋がったのではないかと考えられる。

その他では、利用者間でのトラブルも10件発生しており、これは外出等も制限される生活が続くストレスが原因と思われ、各寮で利用者への声掛けを強化した。また、与薬・投薬に関わる報告もあり、誤薬防止について各寮で確認を行う。

ひやりはっと報告件数は前年度後半より増加しているが、59件と決して多くなく、ひやりはっと報告が事故報告を上回ること、事故前に対策が講じれるのであるが、転倒をはじめとする事故報告が多くなっている。

事故が多く発生する時間帯は、12時から18時が最も多く、利用者が昼食時間から午後の個別支援の時間に、それぞれ行動することが多くなるためと思われ、ひやりはっとも午後の時間帯に多く報告されており、職員が利用者に関わりを持つ時間帯であることから報告も多く寄せられたと考えられる。

「後期」

事故件数は114件と前期よりも減少しているが、転倒については、加齢による身体機能や認知機能の衰えが原因と考えられ、その中で骨折事故が4件発生した。何れも職員がいない時間帯であったことから、転倒の可能性のある利用者の見守り体制を強化する等の対策を講じたが、夜間や早朝など人材不足等から対応が難しい時間帯もあり課題は多い。また、与薬・誤薬が12件報告されており、今年度は今までになく増加している。誤薬の原因は職員のヒューマンエラーが殆どであり、新型コロナウイルス感染症対策により、投薬方法が何度も変わったことと無関係ではないと思われるが、誤薬は重大な事故であり、投薬前に利用者の名前を声を出して確認する等、全職員へ投薬時の確認事項の徹底を図った。

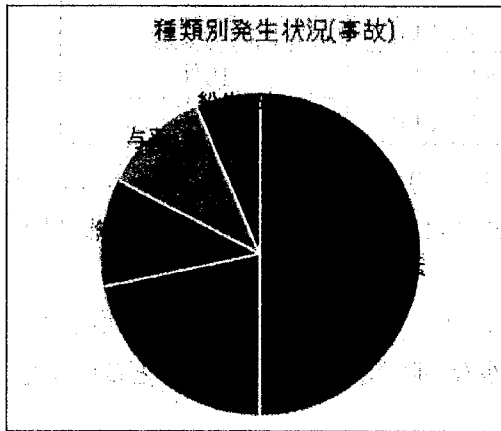
ひやりはっと報告は事故に至らないための気付きであり、ひやりはっと報告が多く提出できるよう、今まで以上に利用者の動向を注視し、改善できる事を早期に発見することで、事故を未然に防ぐことを全職員で周知徹底したい。また、全体を通して事故報告は多くあり、利用者個々の人権を守りながら（プライバシーに配慮しながら）、どのようにして事故を未然に防ぐ対応をとるか、集団生活であるがために相反することもあるが、安全・安心な生活が送れるよう、今後も一層の事故防止に努めていきたい。

令和2年4月～9月までの事故・ひやりはっと報告まとめ（むつみ園・よもやま・GH）

○4月～9月までの事故総数：49件

○4月～9月までのひやりはっと総数：85件

〈事故報告の種類別発生状況〉

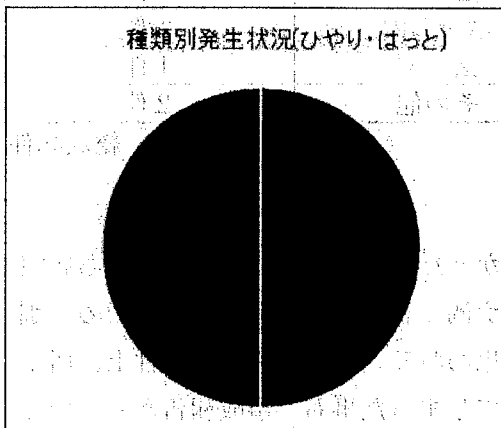


種類	件数 (合計 49件)
転倒・転落	25件
利用者間	11件
無断外出	5件
与薬・誤薬	5件
紛失・破損	3件

※外傷：1件 利用者と職員間：1件

・種類別では全体の47%が転倒・転落であった。
次いで利用者間のトラブルが全体の22%、無断外出と与薬・誤薬も全体の10%と多かった。

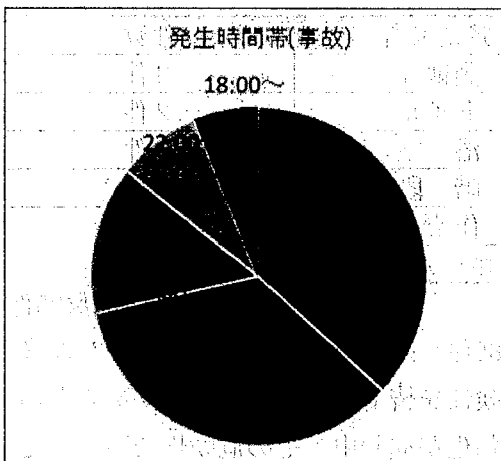
〈ひやりはっとの種類別発生状況〉



種類	件数 (総数 85件)
転倒・転落の危険性	54件
無断外出の危険性	16件
その他	15件

※外傷：9件 利用者間：7件・与薬・誤薬3件
紛失・破損：2件 誤嚥・誤飲：1件 異食：1件
・事故報告と同様、転倒・転落の危険性が全体の49%と多かった。次いで無断外出の危険性が全体の11%と多かった。

〈事故報告発生時間帯〉

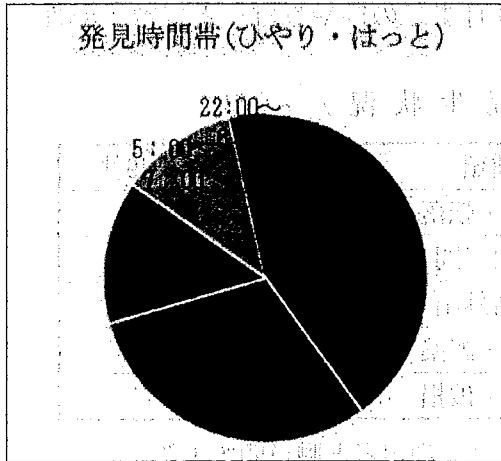


発生時間帯	件数 (総数 49件)
07:00～12:00	18件
12:00～18:00	17件
05:00～07:00	7件
22:00～06:00	4件
18:00～22:00	3件

・07:00～12:00まで、次いで12:00～18:00までの時間帯での事故報告が多い結果となった。

・利用者の方が食事や入浴、その他の活動等で移動する際の時間帯と思われる。また、職員退勤後～夜間～起床時までの職員数の少ない時間帯の事故も14件と多かった。

〈ひやりはっと発見時間帯〉



発見時間帯	件数 (総数 85件)
07:00~12:00	34件
12:00~18:00	26件
18:00~22:00	12件
05:00~07:00	10件
22:00~06:00	3件

・07:00~12:00まで、次いで12:00~18:00までの時間帯でのひやり・はっと報告が多い結果となった。

・事故報告同様、職員退勤後～夜間～起床時までの職員数が少ない時間帯での報告が25件と多かった。

〈事故報告発見場所〉

発見場所	件数
廊下	17件
居室	11件
訓練棟	4件
施設外	5件
トイレ	2件
脱衣室	2件
食堂・台所	2件

発見場所	件数
作業室	1件
浴室	1件
ホーム内	1件
玄関	1件
その他	2件

総数49件

・事故報告の発見場所は廊下、次いで居室での事故が多かった。ひやり・はっと報告でも居室が半数近くを占め、次いで廊下が多かった。これはコロナ渦で利用者間の蜜を避けるため、訓練棟を閉鎖して居室で過ごす事が多くなった事が一因と思われる。また、障害の特性上、居室で過ごす事が難しい方が多く廊下で過ごす事が多くなってしまった事も、事故報告が多くなった一因と思われる。

〈ひやりはっと発見場所〉

発見場所	件数
居室	42件
廊下	13件
その他	7件
食堂	5件
施設外	5件
玄関	4件

発見場所	件数
訓練棟	3件
トイレ	2件
浴室	1件
階段	1件
作業室	1件
ホーム内	1件

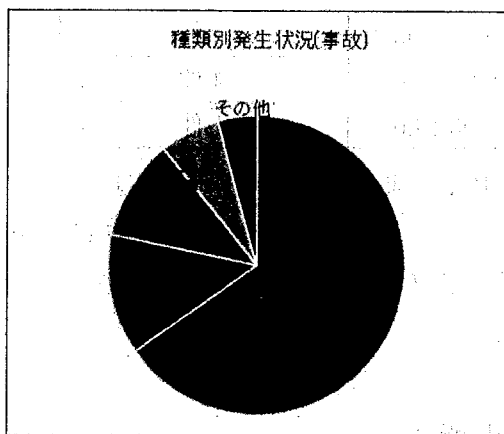
総数85件

・「事故報告：49件」に対して「ひやり・はっと報告：85件」と「ひやり・はっと」が36件多く提出されている。これは職員が感じた事故に繋がる危険性を皆で共有する必要があるという「気づき」があり、提出されたと思われる。重度・高齢化が進む中、その危険性を察知して対応策を検討・実施していく必要がある。

・事故及びひやり・はっと報告の提出後、支援員室で報告書を回覧し、その危険性や対応策を共有している。

令和2年10月～令和3年3月までの事故・ひやりはっと報告まとめ（むつみ園・よもやま・GH）
 ○10月～3月までの事故総数：51件 ○10月～3月までのひやりはっと総数：66件

〈事故報告の種類別発生状況〉

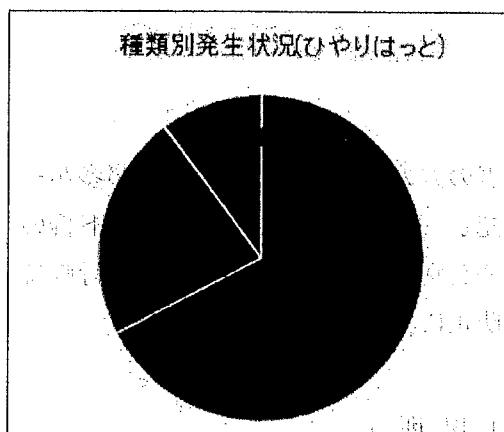


種類	件数（合計 51件）
転倒・転落	33件
利用者間	8件
与薬・誤薬	5件
異食	3件
その他	2件

※外傷：1件 よもやま食堂：1件 無し：1件
 GHホーム内：2件

・種類別では全体の59%が転倒・転落であった。
 次いで利用者間のトラブルが全体の12%、与薬・誤薬が5件で全体の10%と多かった。

〈ひやりはっとの種類別発生状況〉

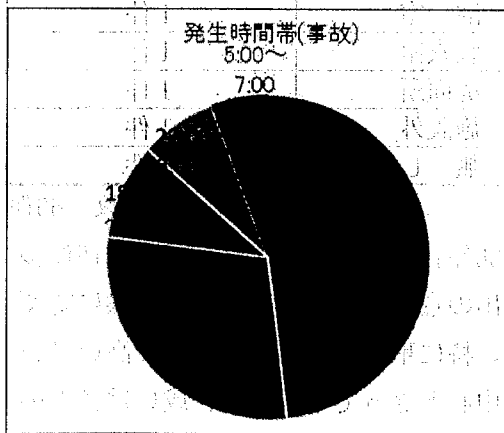


種類	件数（総数 66件）
転倒・転落	43件
利用者間	7件
その他	16件

※無断外出：4件 与薬・誤薬：4件 誤嚥・誤飲：3件

紛失破損：3件 異食：2件 外傷：1件
 ・事故報告と同様、転倒・転落の危険性が全体の50%と多かった。

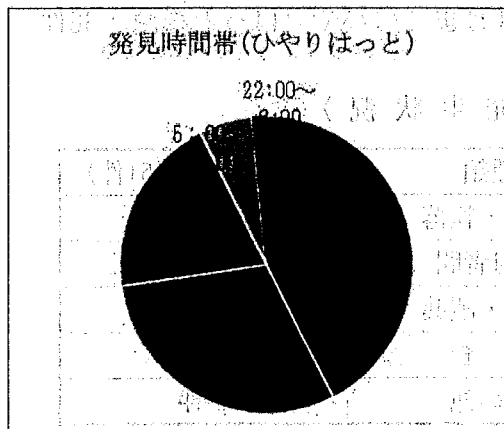
〈事故報告発生時間帯〉



発生時間帯	件数（総数 51件）
07:00～12:00	25件
12:00～18:00	14件
18:00～22:00	5件
22:00～06:00	4件
05:00～07:00	3件

・7:00～12:00まで、次いで12:00～18:00までの時間帯の事故報告が多かった。利用者の方が居室や訓練棟で過ごしている際や食事や入浴で移動する際の時間帯と思われる。時間帯毎で危険性の高い方の行動特性や行動パターンを把握し見守りや対応を心がけている。

〈ひやりはっと発見時間帯〉



発見時間帯	件数 (総数 66件)
12:00~18:00	28件
07:00~12:00	20件
18:00~22:00	13件
05:00~07:00	4件
22:00~06:00	1件

・12:00~18:00まで、次いで7:00~12:00までの時間帯が多かったが、18:00~22:00にも報告数が多く、事故に繋がるような危険性がある事が分かった。

〈事故報告発見場所〉

発見場所	件数
居室	15件
廊下	14件
食堂	10件
訓練棟	5件
施設外	2件
ホーム内	2件
トイレ	1件

発見場所	件数
浴室	1件
無し	1件

総数 51件

・特に居室、廊下、食堂での事故報告が多かった。高齢者の方の居室や廊下での転倒が多かった。特に居室の転倒が多かった事から居室の環境を再確認し、安全に過ごせるようベッド柵の設置やベッド柵の位置を変える等の対策を講じた。廊下や食堂に関しても利用者の方の行動特性や行動パターンを考慮し見守りを強化することで事故防止に努めた。

〈ひやりはっと発見場所〉

発見場所	件数
廊下	19件
居室	15件
訓練棟	8件
食堂	7件
トイレ	5件
玄関	4件

発見場所	件数
その他	3件
浴室	1件
脱衣室	1件
洗面所	1件
施設外	1件
無し	1件

総数 66件

・「事故報告:51件」に対して「ひやり・はっと報告:66件」と「ひやり・はっと」が15件多く提出されている。これは職員が「ひやり・はっと」提出の意味を理解し、事故を未然に防ぐ気づきを職員間で共有しようとしている結果と思われる。特に事故に繋がる危険性の高い「ひやり・はっと」については委員会や利用者の担当職員が中心となってその都度、或いは各寮のミーティングで話し合い、対策を講じた。

〈考 察〉

前期においては、事故報告の総数は49件で「転倒・転落」の報告が多く25件で全体の47%であった。次いで「利用者間のトラブル」の報告が11件、「無断外出」が5件、「与薬・誤薬」が5件だった。

「転倒」は居室、廊下での事故が多かった。4月には転倒したことで手術及び入院治療の必要な大きな事故が発生している。本人の生活の質の低下にも繋がる重大事故である事を重く受け止める必要がある。同様の事故が起きないように、本人の行動特性や転倒時の危険性についての再確認を行った。

「利用者間のトラブル」は特定の利用者の方（2名）が不穏状態になり側にいる利用者の方を叩く等の暴力行為であった。その方の障害や病気（認知症）に応じた対応を検討した。障害特性等からの不穏に対しても、穏やかな気持ちで過ごせるように本人の気持ちを受け止め、コミュニケーションを図るよう心掛けた。

「与薬・誤薬」については基本に忠実に「声出し確認」「3回確認する」事を徹底し、事故防止に努めた。

ひやり・はっと報告の総数は85件で事故報告と同様に「転倒・転落の危険性」42件で全体の49%と多かった。発生場所も廊下、居室、訓練棟が多かった。ひやり・はっと報告から利用者の方の行動特性やその特性が故の危険性を知り、職員間で共有することで、事故を未然に防ぐ事ができるよう対応した。

後期においては、事故報告の総数51件で前期とほぼ同数であった。また、同様に「転倒・転落」の報告が多く33件で全体の58%を占めている。その他、「利用者間のトラブル」が6件、「与薬・誤薬」が5件であった。

「転倒」が居室、廊下、食堂での転倒が多く、高齢で歩行状態が悪化した方や多飲水が原因での転倒が多かった。ベッドや車椅子からの転落が多かったため、危険度が高い方にはベッドでの静養時は勿論、車椅子使用時にも直ぐに気付き対応できるように足元にセンサーマットを設置した。また、必要に応じてベッド柵の位置の変更や椅子を袖付きの椅子に変更する等した。ベッドからの転落の危険性が高い方は、ベッドを中止しマットレス対応とした。また、不穏になると不意に立ちあがり転倒する危険性がある方のため、3人部屋から刺激の少ない個室に変更する事で落ち着いて過ごせるよう対応した。

ひやり・はっと報告の総数は66件で、「転倒・転落の危険性」が43件で全体の50%と多かった。転倒・転落の危険性を察知し、報告書を提出する事で、職員間で共有できた情報があったと思われる。後期において、前期の課題を改善できるよう努めたが、前期とあまり差が無い結果となってしまう。職員数の少ない時間帯の事故があった事や、利用者の方の高齢化や重度化がその一因と思われる。

今後も利用者の方が安全かつ快適に過ごせるよう、日頃から利用者の方や取り巻く環境をよく観察する事で、危険性を察知し事故を未然に防ぐ事ができるよう努めたい。また、安全性を優先するあまり利用者の方が不快に感じたり、過ごしにくくなる事の無いよう、権利擁護の意識を持って支援をしていく必要がある。

【6】第三者委員の所見

(1) 古屋 雅章 委員

利用者の高齢化が進み、転倒による事故が一番問題となっている中、両施設とも、「ヒヤリハット」の報告段階で、その危険性を回避するための改善策の姿勢が見られます。また、利用者のトラブルについても「よろず相談」の活用によって、問題行動を未然に防いでいることも評価できます。この発生の人本型事故の発生を減らすためには、利用者や施設関係者の健康維持に最大限の努力を図って下さい。

(2) 伊藤 博司委員

利用者からの苦情やサービスの提供現場での事故は事業者が個々の事例に基づいて適正な処理がなされることが必要であるとともに、苦情や事故を通じて、サービスの改善・向上を図っていくことが重要であると思います。

令和2年度の報告では速やかに管理者への報告がなされ、組織的な対応がなされており、また、苦情や事故が発生しないようにどの改善策が検討なされ、組織全体で実践されているように思います。また、苦情や事故が発生しないようにどの改善策が検討なされ、組織全体で実践されているように思います。令和2年度の報告では速やかに管理者への報告がなされ、組織的な対応がなされており、また、苦情や事故が発生しないようにどの改善策が検討なされ、組織全体で実践されているように思います。令和2年度の報告では速やかに管理者への報告がなされ、組織的な対応がなされており、また、苦情や事故が発生しないようにどの改善策が検討なされ、組織全体で実践されているように思います。

(3) 金森 洋委員

令和2年4月から令和2年9月までを前期、令和2年10月から令和3年3月までを後期として報告させていただきます。令和2年4月から令和2年9月までを前期、令和2年10月から令和3年3月までを後期として報告させていただきます。令和2年4月から令和2年9月までを前期、令和2年10月から令和3年3月までを後期として報告させていただきます。令和2年4月から令和2年9月までを前期、令和2年10月から令和3年3月までを後期として報告させていただきます。

(4) 大野 荘委員

令和2年4月から令和2年9月までを前期、令和2年10月から令和3年3月までを後期として報告させていただきます。令和2年4月から令和2年9月までを前期、令和2年10月から令和3年3月までを後期として報告させていただきます。