

施設名称

法人全体

令和5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
特養	1008	1934	254	66	91	3353
短期入所	550	283	20	11	11	875
通所介護	150	92	12	9	3	266
GH	10	38	2	7	4	61
小規模多機能	2	30	2	3	4	41
訪問介護	0	3	0	0	1	4
訪問看護	1	1	0	0	0	2
サ高住	0	0	0	0	0	0
計	1721	2381	290	96	114	4598

*GHはグループホーム
*サ高住はサービス高齢者住宅

Cランク事故発生件数	210
Cランク事故の比率	4.57%

介護事故から苦情になった事例

有

無

介護事故レベル

ヒヤリハット	ヒヤリはった事例
Aランク事故	経過観察レベルで済んだ事故
Bランク事故	施設内処置で済んだ事故
C1ランク事故	通院検査のみ経過観察で済んだ事故
C2ランク事故	通院→処置→入院に至った事故

介護事故から苦情になった件数

4件

介護事故毎に是正処置（再発防止策）を講じていますが、類似事故が繰り返し発生した場合等、施設長から改めて是正処置（再発防止）の指示を出し、その効果確認を行っています。

是正処置（再発防止）への展開件数

98件

R4年度と比較して、全体報告数は、14.7%増加。その中でも、Hランクの報告が29.6%増加しており、介護事故に対する意識が上がっていると推測できる。

しかしながら、C2ランクの事故についても42.5%増加している。(特養事業でみると49.2%増加)

【事故に対する対応】 対策の使い分けと速やかな事故分析

- ①ヒヤリハット報告書の分析による未然防止策
- ②事故発生時の直前防止策
- ③Cランク事故等における再発防止策（是正）と効果測定の明確化

【未然防止策の対応】

- ①安全ルールの徹底確認（手順に沿った統一ケアの実施や情報共有）
- ②職員教育（新人職員、外国人職員、介護技術能力に合わせた技術指導並びに事故分析力の向上）
- ③設備や業務手順に関する危険（設備管理、ICT機器の導入等の検討）
- ④利用者個別の危険把握と対処（アセスメント、ケアプラン、ケア方法の見直し）

施設名称 法人全体

令和5年度苦情発生状況

令和5年度 苦情発生件数 74 件

要望件数 13

申し出内容の傾向

1.申し出区分	86	件
①サービスの未実施・間違い	7	件
②利用者請求間違い	2	件
③サービスの不良	25	件
④サービスの向上	7	件
⑤職員の態度不良	21	件
⑥その他	24	件

昨年度と比較すると、苦情件数は21件増加しました。
 ③29.0%、⑥27.9%、⑤24.4%、の順に多くなっています。
 昨年度からの傾向の違いは、⑥その他が3倍の増加傾向にありますが、申し出者の誤解なども生じていることから、増えている可能性があります。

*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ります。

2.要因区分	128	件
①利用者状況の把握不足	6	件
②内部情報共有及び連携不足	14	件
③外部情報共有及び連携不足	3	件
④-1職員技術の不足	9	件
④-2職員知識の不足	5	件
④-3職員の態度不良	7	件
④-4 職員の待遇不良	13	件
④-5 職員の対応のまずさ	27	件
⑤-1 職員の手順ミス	13	件
⑤-2 職員の不注意	11	件
⑥対応の遅れ	9	件
⑦その他	11	件

要因区分の傾向について

「④-5職員の対応のまずさ」21.0%
 「②内部情報共有及び連携不足」10.9%
 「④-4、⑤-1」同率10.1%
 昨年度比較では、大きな傾向の変化はなく、同じような傾向にあります。全体的に④⑤の要因が占める割合が66.4%に及びます。職員個人の意識や力量にかかわる苦情が多いことがわかり、いくつかの施設でもそのように分析されています。

*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ります。

苦情に関する課題と対応について

苦情の内容は以下のように読み取れます。

①車両にかかわる対応のまずさ
 その他不適合集計も同時に確認する必要がありますが車両にかかわる案件は法人内で多いと見受けられます。駐車場所、運転のあり方です。この点は道路交通法にも関係し「かも知れない運転」「配慮」の指導教育が充実することで改善することが可能かと考えます。「少しの時間だから大丈夫という駐車」「時間に追われた焦りある運転」「自分よがりな運転」が推察されますので、各施設の安全運転管理者、事業責任者からの日々の注意喚起で改善をはかります。

②タイムリーな報連相の実行
 苦情予防を考えると、「先方より先手を打つ」ことは重要です。つまり、折り返し電話の遅れ、報告の遅さ、お待たせする時間の長さは非常に重要で、傾向としてこの点のまずさも見受けられます。担当者の休暇なども含め、ある程度、対応に要する目安となる所要時間も先方にお伝えできることが苦情になるか、要望になるかの分岐点にもなります。タイムリーに連絡報告できれば、「きちんと取り組んでくれている」ということが相手に伝わり、ひいては一生懸命さや誠意が伝わっていきますので、礼儀、聞く姿勢、情報収集、伝え方のスキル向上と並行して「タイムリーさ」という点とともに学習を進めていく必要があります。

◆まとめ
 カスタマーハラスメントというワードが報告の中に見られたことが、昨年度報告との違いかと考えます。また、いくつかの施設では、職員個人のスキル、経験値に課題も大きいと分析しています。上記①②は、指導教育が比較的可能な点を挙げましたが苦情内容は多岐にわたりますので、一つ一つを品質管理責任者により把握と見極めを実施しながら指示をもって行動させることが重要かと考えます。「一生懸命行ったこと」が苦情になることもある中では、カスタマーハラスメントの考えが先行しないように、まずは事実、根拠をきちんと把握していくことが重要かと考えます。また、埋もれてしまっている苦情も一定数あると分析する施設もあります。管理者ミーティング等の場を活用し、施設長、マネジャーが発生する事象を日ごろから共有する仕組み作りも今一度再検討していく必要があると考えられます。

b. 褥瘡

施設内での発生と、入院先からの持ち込みがあると考えられます。褥瘡発生は予防手順の徹底が大きな鍵となりますが、職員の知識、技術の不足と情報の途切れを予防していくことで防いでいかななくてはならないと考えます。研修などの学習の機会と、「皮膚状態情報」が途切れのないような申し送りの仕組み・情報集約方法・情報収集方法の確立を推進していかなくてはなりません。

▼その他

拠点の中では「不適合情報の埋もれ、途切れ」に対する危機感も示唆しています。不適合品が不適合品であるという認識からの教育が改めて必要であると分析しているようです。この点、全拠点において共通認識を持って推進が必要かと考えられます。