

富山県社会福祉協議会 主催

ソーシャルワーカーのための基本セミナー

利用者・家族との連携における トラブル解決力アップ 6つの重要ポイント



健康科学大学健康科学部

准教授 梅沢 佳裕

プロフィール

■健康科学大学健康科学部 准教授

【経歴】デイサービスやグループホームの立上げに関わり、自らも管理者となる。2008年に「福祉と介護研究所（個人事業）」を設立。2017年より社名を「福祉と介護研究会35」へと変更し、介護士・相談員・ケアマネジャーなど実務者へのスキルアップ研修を行うが2019年12月に閉鎖。2018年4月から日本福祉大学 助教。2019年4月から健康科学大学 准教授（現在）。

【資格】社会福祉士、介護支援専門員、福祉住環境コーディネーター、アンガーマネジメント・ファシリテーター

【論文】＊「養介護施設従事者における虐待加害者の怒り・苛立ち感情と虐待行為に及ぶ引き金に関する研究」（2021）、＊「生活相談員における煩雑化する多様な業務を自らの役割として意味づけていくプロセス」（2022）

【著書】＊「特養・デイサービスの生活相談員 仕事ハンドブック」（中央法規）、＊「施設職員のための介護記録の書き方」（雲母書房）、＊「生活相談員～その役割と仕事力」（雲母書房）、＊「生活リハビリ式記録のススメ」（筒井書房）、＊「よくわかる通所介護計画のつくりかた」（雲母書房）

【雑誌】＊「支援・生活相談員」季刊誌（日総研出版）、＊「おはよう21」月刊誌（中央法規出版）、＊「倫理的側面から見直す 不適切記録・記載表現」（日総研出版）など多数





今どきの苦情・トラブル事情

苦情解決の仕組みとは

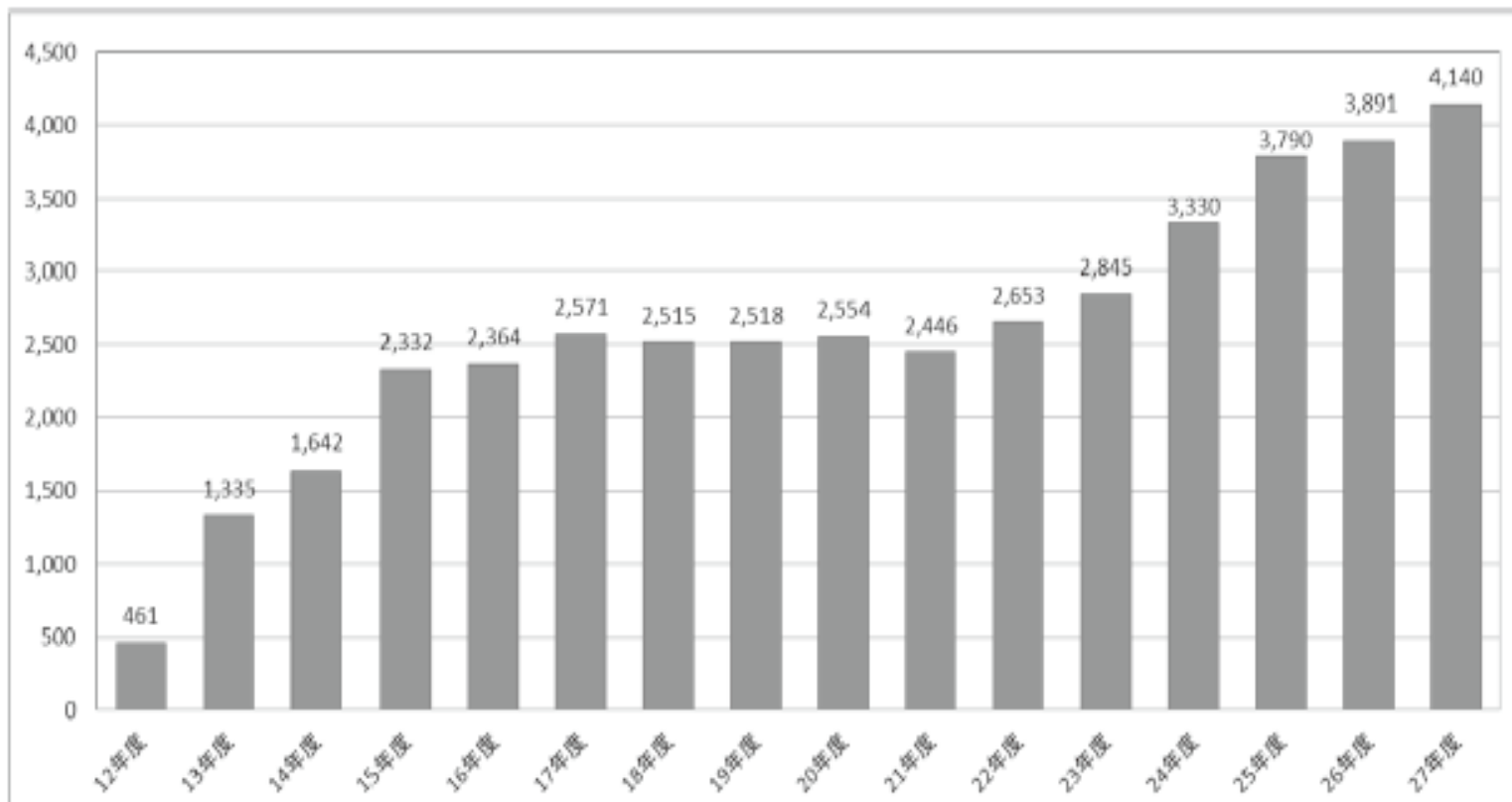
- ①社会福祉法の改正（2000年）により、創設された仕組み
- ②事業所内に「苦情受付担当者」ならびに「苦情解決責任者」を置き、サービス利用者や家族への苦情に事業所内で対応する仕組み
- ③さらに第三者委員を選任し、公平中立な立場で対応できるようにした
- ④都道府県には運営適正化委員会の中に苦情解決について対応する委員会組織が設置されている

介護施設に訴えられた苦情の概要①

☆全国の苦情受付件数の年次推移

- ①苦情の件数は増加傾向
- ②内容として「職員の接遇」に関するものが最も多い

【図表2】苦情受付件数の年次推移

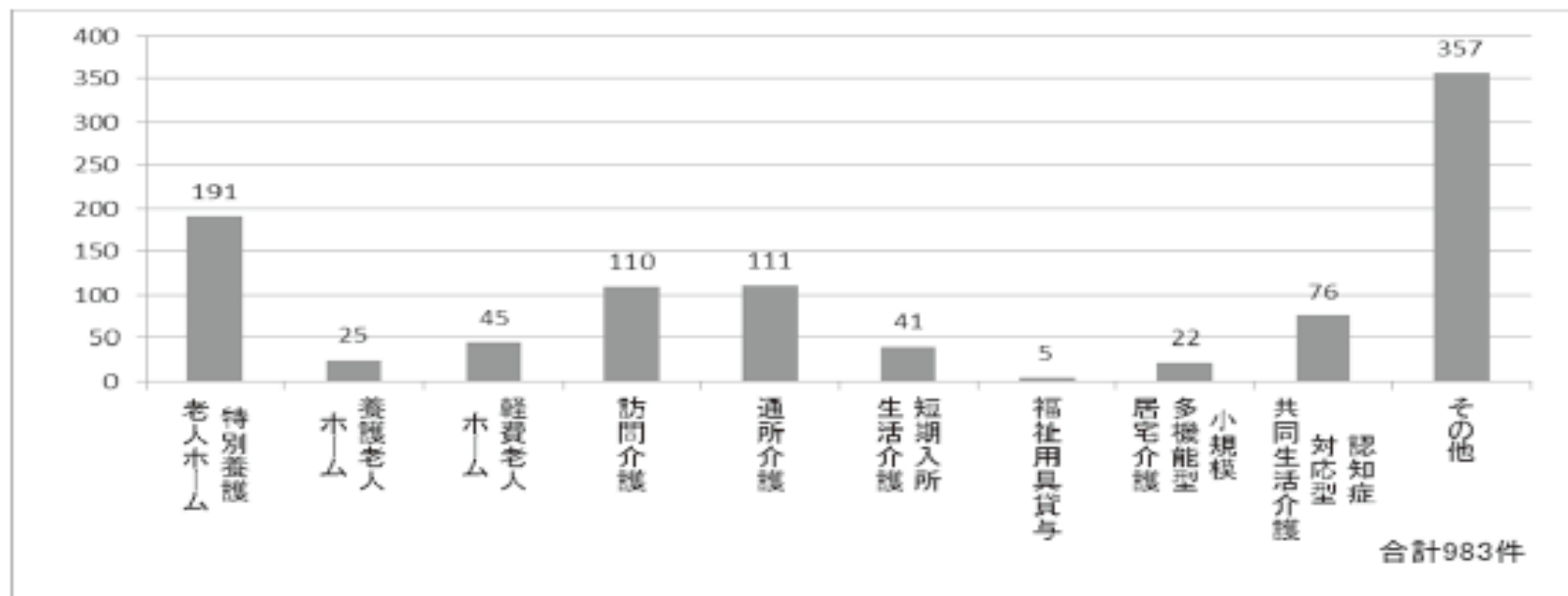


介護施設に訴えられた苦情の概要②

☆高齢者分野の施設・事業別受付件数の推移

- 「高齢者分野」(983件)の施設・事業別の件数は、「特別養護老人ホーム」191件(19.4%)、「通所介護」111件(11.3%)、「訪問介護」110件(11.2%)と続く。
→【図表5】
- 「その他」には「有料老人ホーム」が最も多く含まれており、「その他」の約4分の1を占めている。続いて、「介護老人保健施設」、「サービス付き高齢者向け住宅」、「居宅介護支援事業」、「地域包括支援センター」の占める割合が高くなっている。

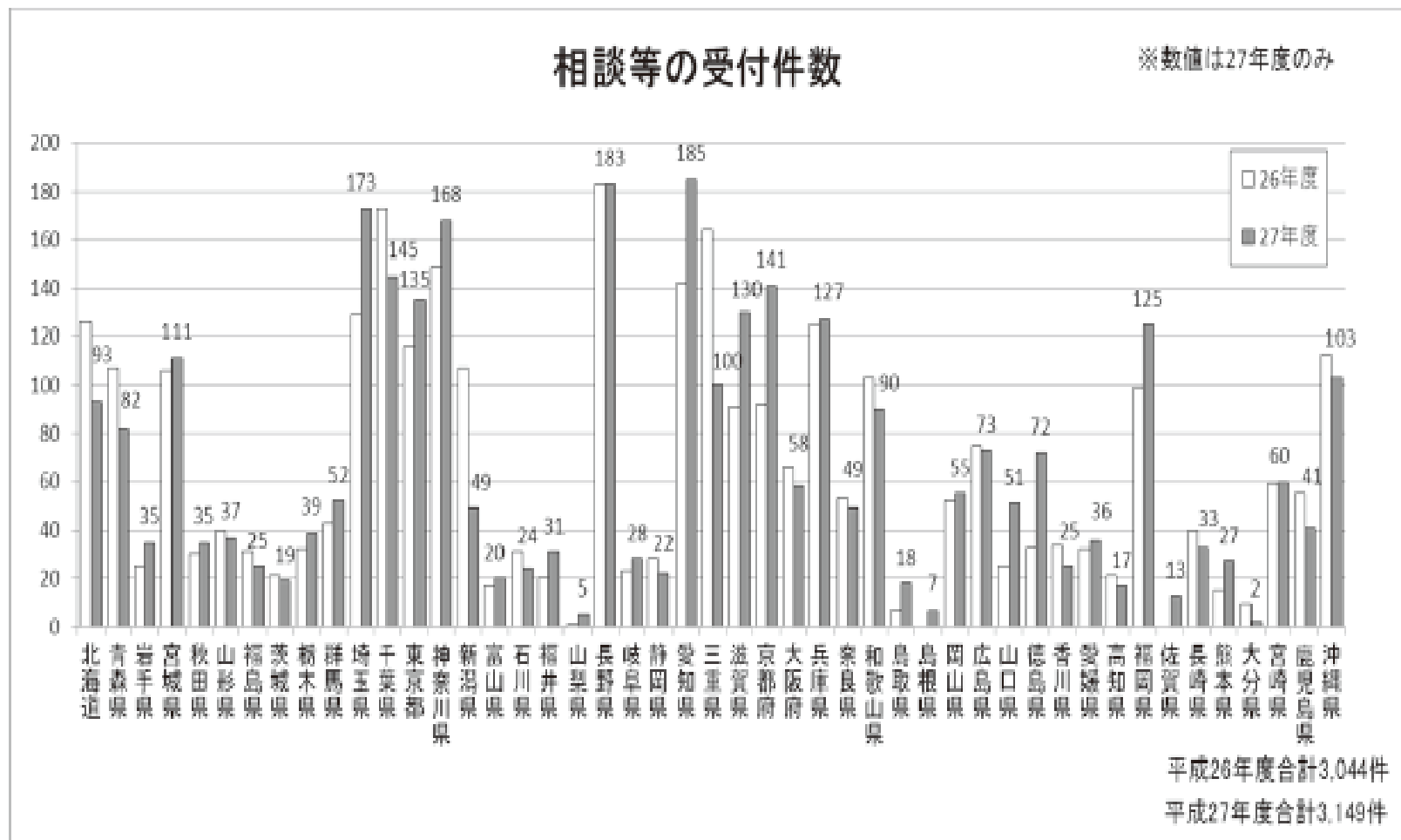
【図表5】 高齢者分野：サービス分野（施設・事業）別受付件数



介護施設に訴えられた苦情の概要③

☆相談の受付件数

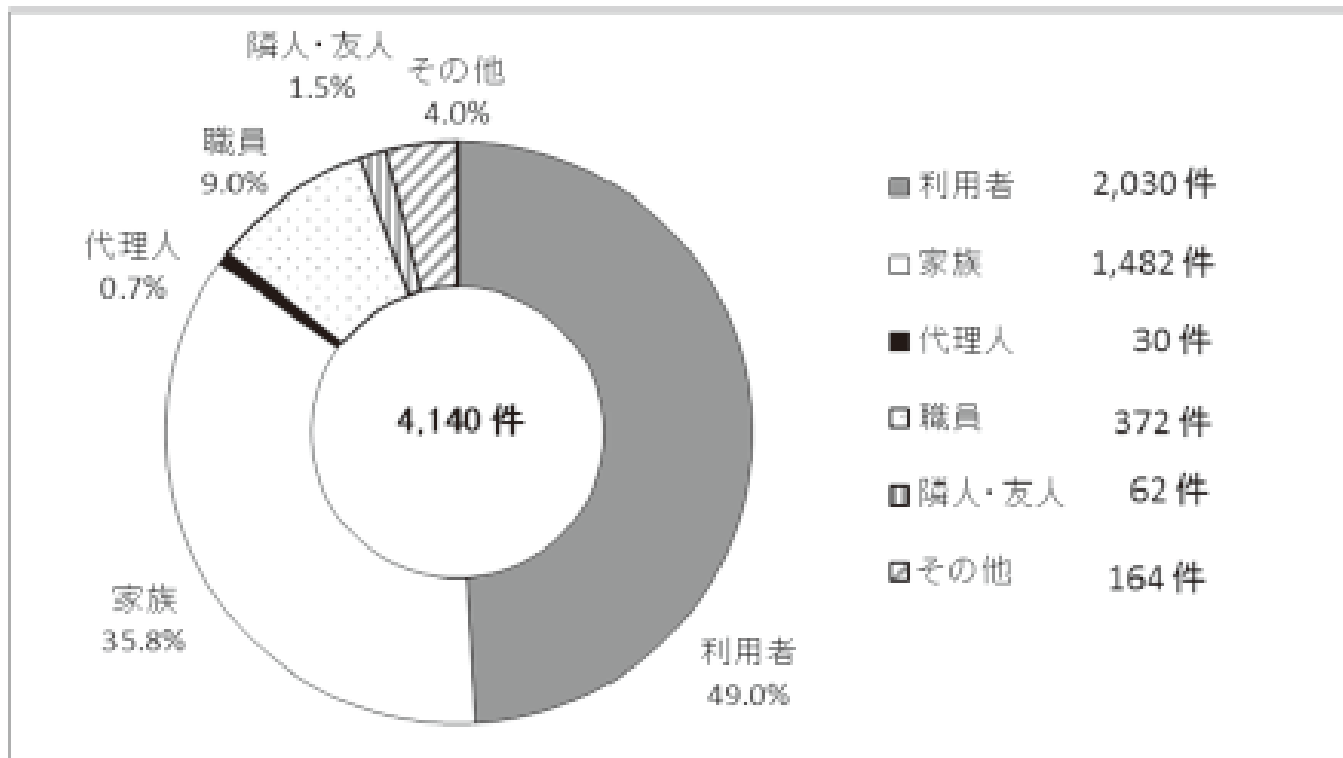
【図表19】 相談の受付件数



介護施設に訴えられた苦情の概要④

☆苦情申出人の属性

【図表11】 苦情申出人の属性



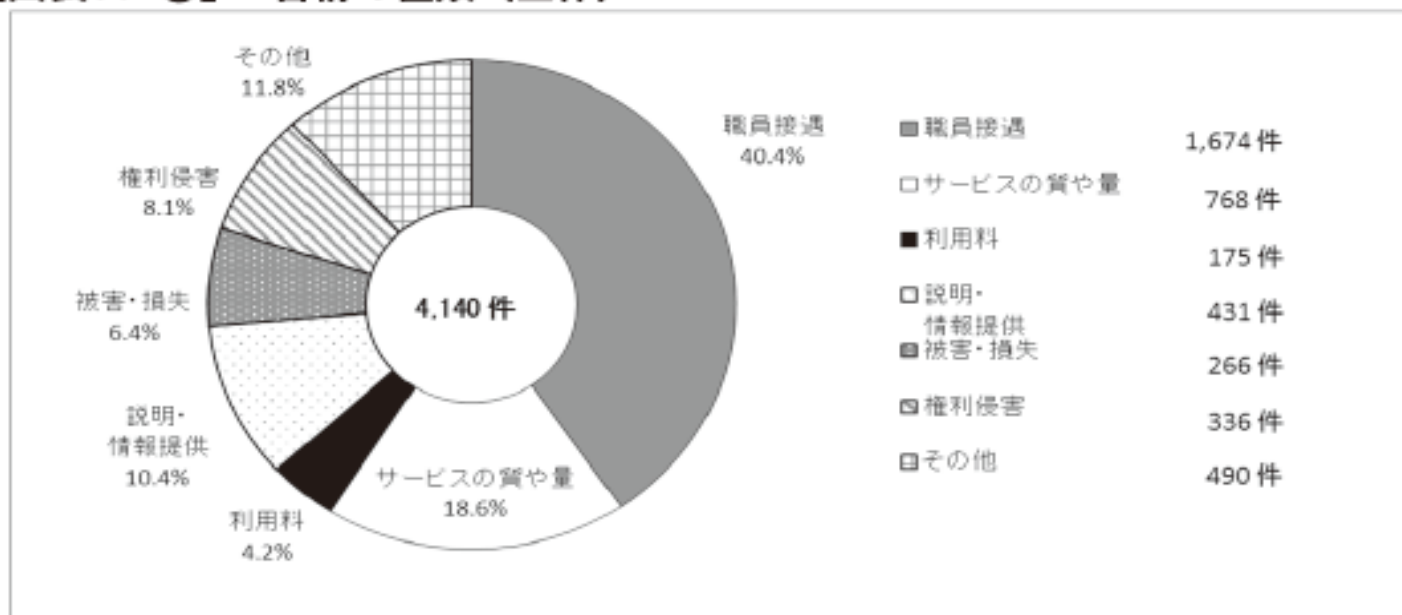
➤ 「利用者」からの申出が年々増加しており、平成23年度以降に「家族」を上まわって以降、最も割合が高く約半数を占めている。→【図表12】

寄せられる苦情として多い内容

☆苦情の種類

- 苦情の種類は、「職員の接遇」1,674件（40.4%）で最も多く、「サービスの質や量」768件（18.6%）、「説明・情報提供」431件（10.4%）、「権利侵害」336件（8.1%）、「被害・損失」266件（6.4%）、「利用料」175件（4.2%）であった。→【図表13-①】
- 年次推移をみると「職員の接遇」が一貫して最も多く、「職員接遇」と「サービスの質や量」で半数を超える状況が継続している。→【図表13-②、図表14】

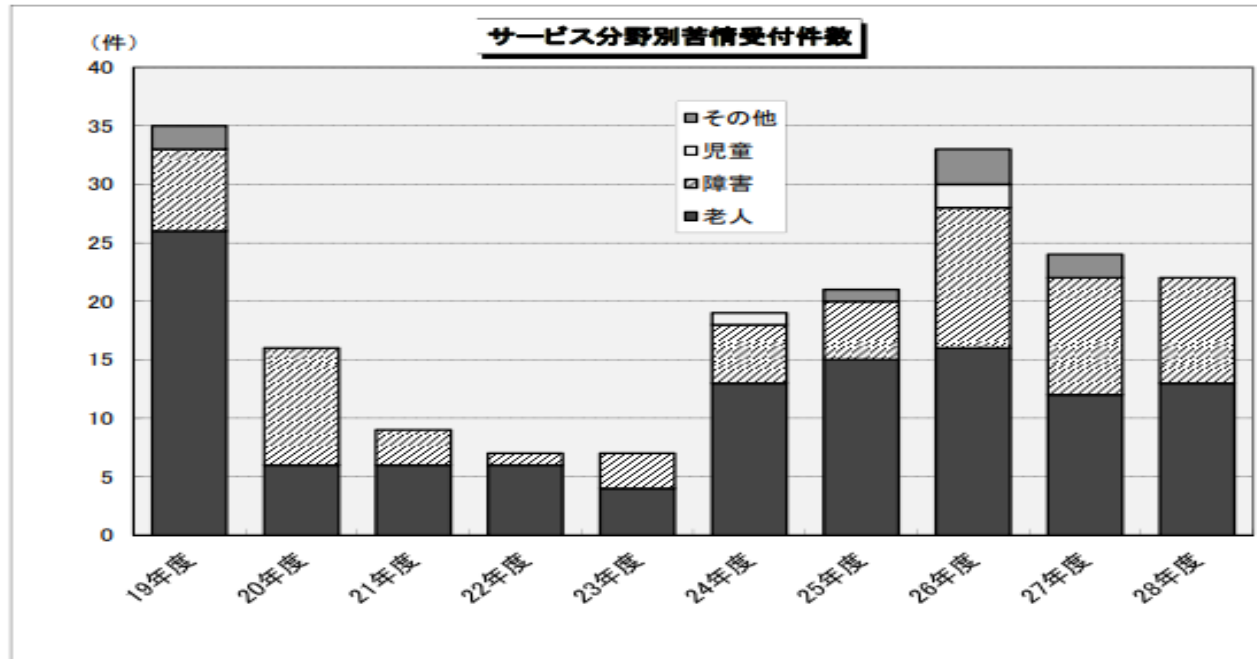
【図表13-①】 苦情の種類（全体）



富山県内の苦情の受付け状況①

(3) サービス分野別苦情受付件数

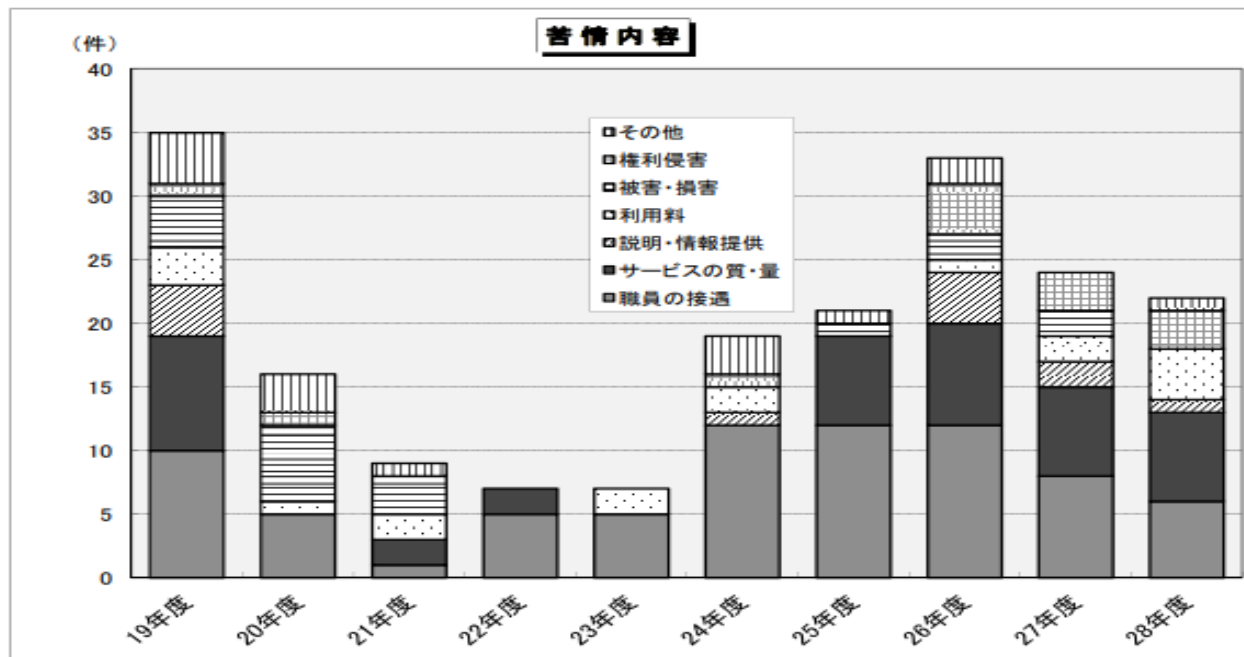
	老人	障害	児童	その他	合計
19年度	26	7	0	2	35
20年度	6	10	0	0	16
21年度	6	3	0	0	9
22年度	6	1	0	0	7
23年度	4	3	0	0	7
24年度	13	5	1	0	19
25年度	15	5	0	1	21
26年度	16	12	2	3	33
27年度	12	10	0	2	24
28年度	13	9	0	0	22



富山県内の苦情の受付け状況②

(4) 苦情内容

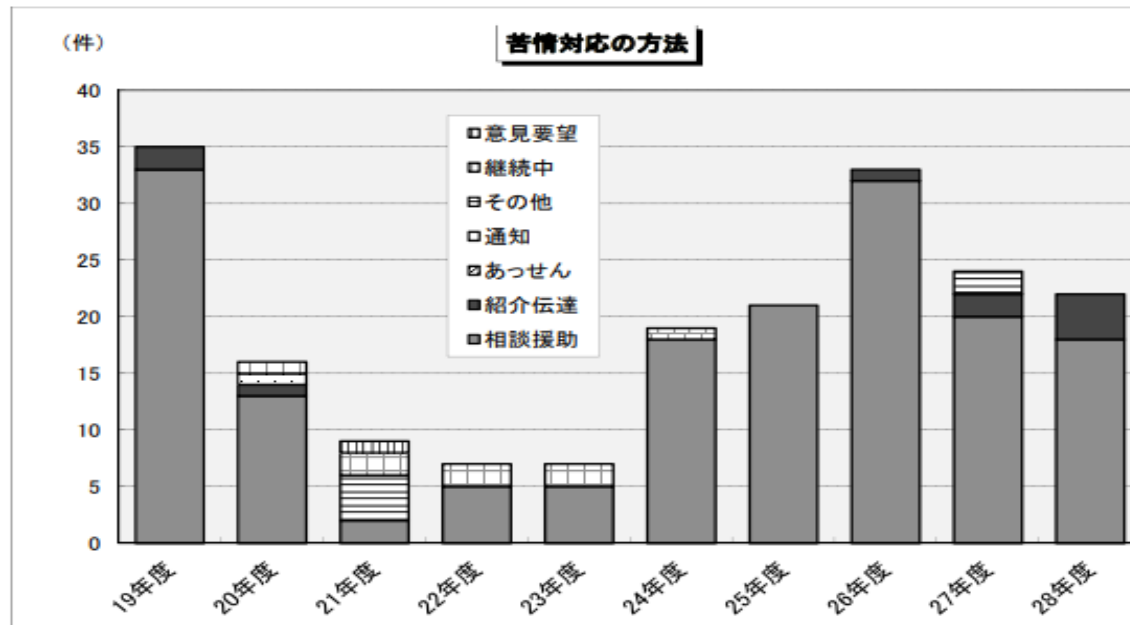
	職員の接遇	サービスの質・量	説明・情報提供	利用料	被害・損害	権利侵害	その他	合計
19年度	10	9	4	3	4	1	4	35
20年度	5	0	0	1	6	1	3	16
21年度	1	2	0	2	3	0	1	9
22年度	5	2	0	0	0	0	0	7
23年度	5	0	0	2	0	0	0	7
24年度	12	0	1	2	0	1	3	19
25年度	12	7	0	0	1	0	1	21
26年度	12	8	4	1	2	4	2	33
27年度	8	7	2	2	2	3	0	24
28年度	6	7	1	4	0	3	1	22



富山県内の苦情の受付け状況③

(5) 苦情対応の方法

	相談援助	紹介伝達	あっせん	通知	その他	継続中	意見要望	合計
19年度	33	2	0	0	0	0	0	35
20年度	13	1	0	1	0	1	0	16
21年度	2	0	0	0	4	2	1	9
22年度	5	0	0	0	0	2	0	7
23年度	5	0	0	0	0	2	0	7
24年度	18	0	0	0	0	1	0	19
25年度	21	0	0	0	0	0	0	21
26年度	32	1	0	0	0	0	0	33
27年度	20	2	0	0	2	0	0	24
28年度	18	4	0	0	0	0	0	22



近年の施設・事業所内の苦情内容の傾向

☆苦情の傾向

- ①「職員の接遇」(40.4%)、「サービスの質や量」(18.6%)に関する割合が高い
- ②「サービスの質や量」・「権利侵害」に関する申出が増加している
 - *「サービスの質や量」H26:564件(14.5%)⇒H27:768件(18.6%)
 - *「権利侵害」 H26:220件(5.7%)⇒H27:336件(8.1%)
- ③「サービスの質や量」の詳細を見ると「退去・サービス中止」が倍増している
 - *「退去・サービス中止」H26:92件(2.2%)⇒H27:193件(4.3%)
- ④「権利侵害」の詳細を見ると「虐待」が倍増している
 - *「虐待」H26:68件(1.6%)⇒H27:145件(3.2%)

あらためて苦情をどう捉え 活かすか

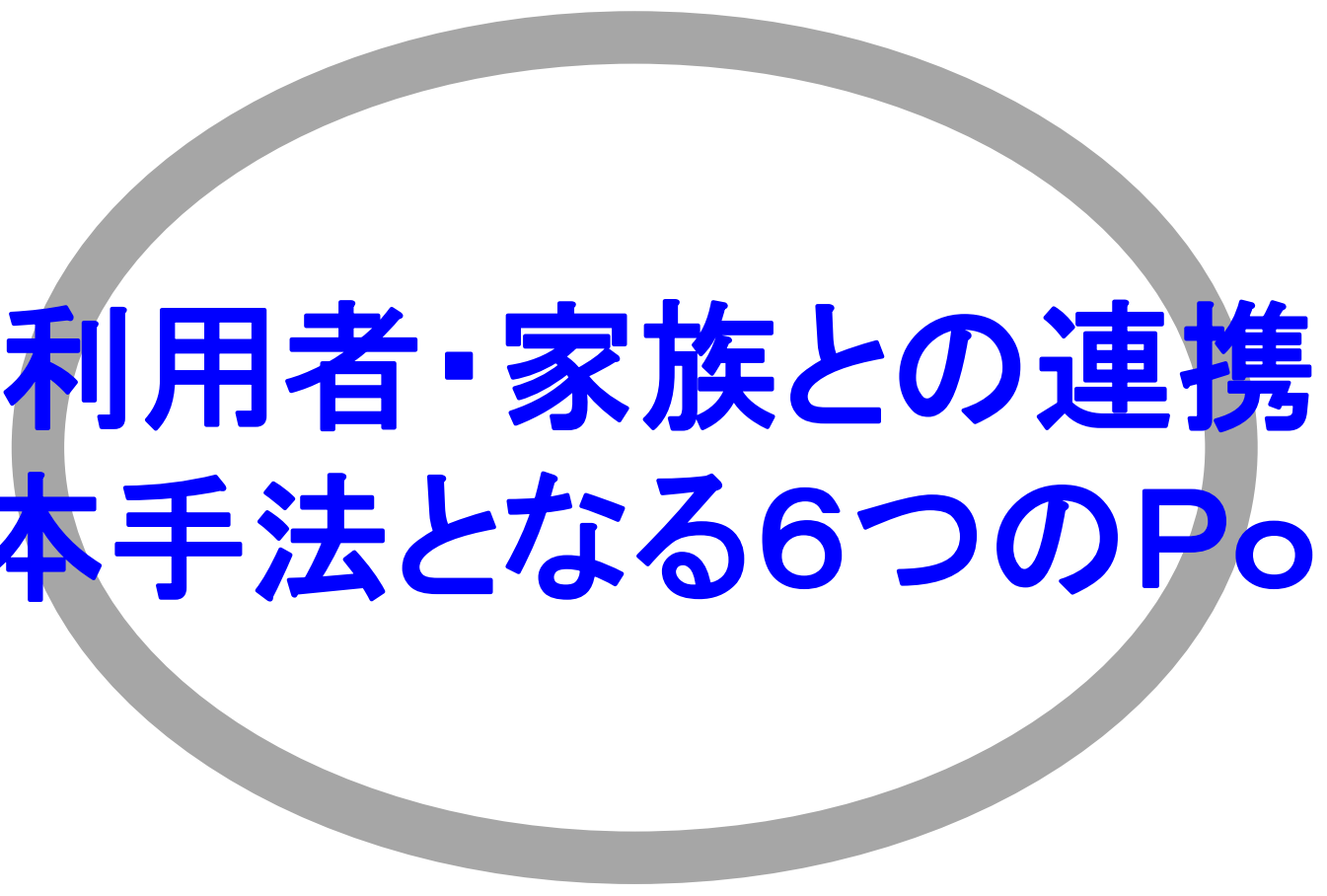
私たちの支援の在り方を見つめなおすチャンス

日頃の業務の「馴れ合い」・「当たり前」という感覚を疑う

利用者家族との意思疎通は
さまざまな方法を使ってできているか

信頼関係はできているか
(小さな不満のサインを見逃さない)

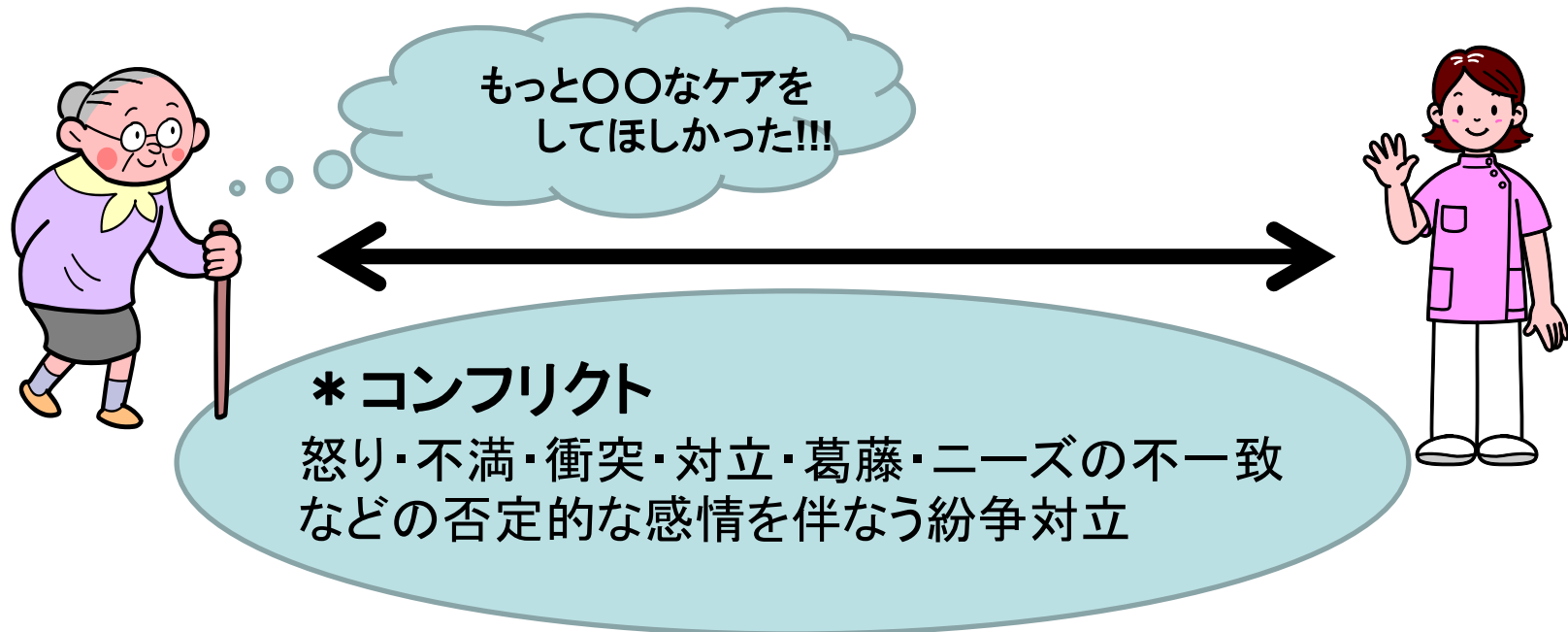
説明責任を果たしているか
(利用者・家族の立場から何を知りたいのか・・・)



**利用者・家族との連携
基本手法となる6つのPoint**

Point 1

コンフリクト-マネジメント



◎コンフリクトマネジメントとは・・・

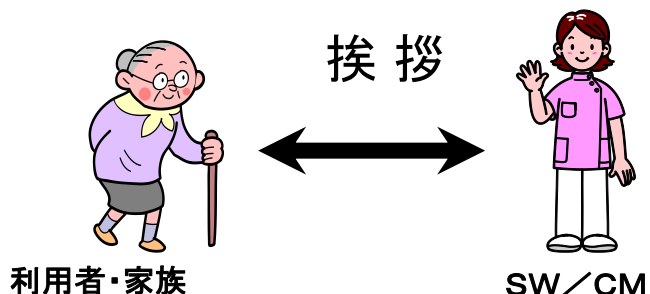
介護現場で発生する利用者・家族とスタッフ間の利害関係の衝突や対立・不満が原因で発生するクレームなどに対して、問題解決につなげるための取組み手法のこと

相談職の協調的交渉のあり方

相談職の役割は、利用者・家族と正面から対峙し、コミュニケーションを積極的に行ないながら、コンフリクト発生時には利害衝突の状態を受け入れ（現実の受容）、コンフリクトの解消に向けた調整（協調的交渉）を行っていくこと。

協調的交渉の段階的流れ（1）

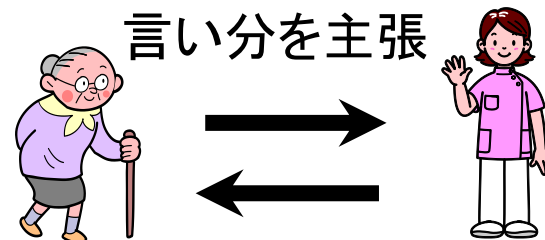
【ステップⅠ】挨拶による互いの存在の確認、友好関係の築き



「共通の基盤づくり」
雰囲気づくりのため両者が
あいさつをする

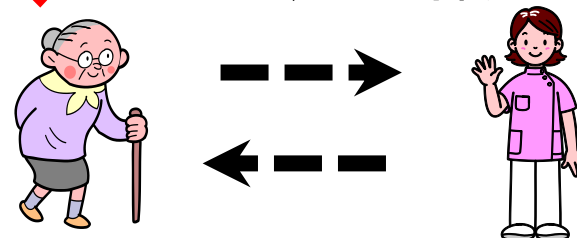
【ステップⅡ】情報交換による問題提示

言い分を主張



「情報伝達」
互いの言い分の主張で、
対立点がはっきりする

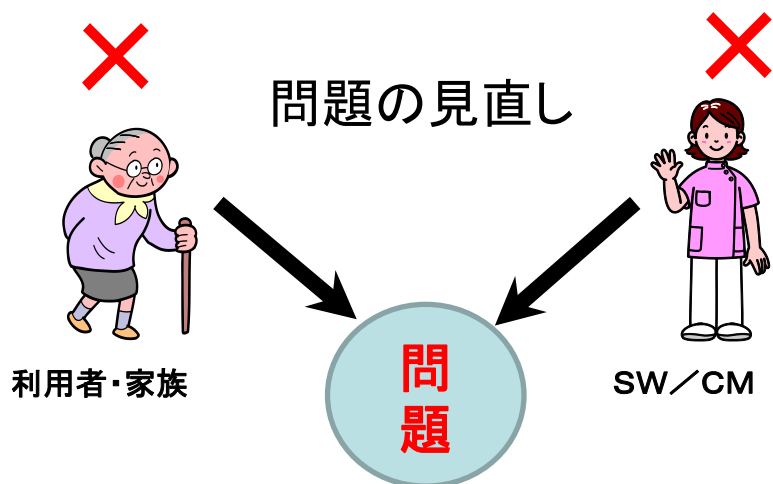
✗ ホンネ・欲求の探索 ✗



「情報収集」「情報伝達」
互いに相手の本音・欲求を
探っている

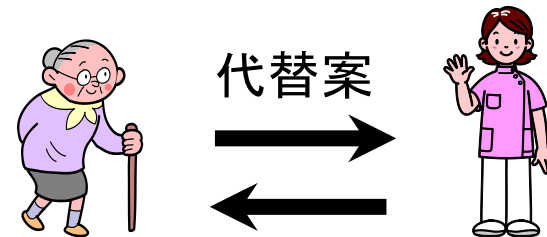
協調的交渉の段階的流れ（２）

【ステップⅢ】最優先事項の見極め

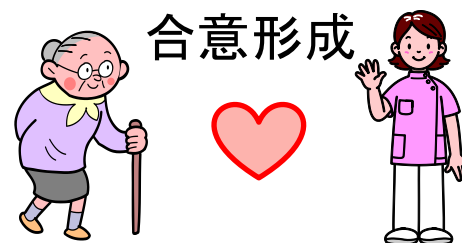


「共通の基盤づくり」
両者のどちらか一方、あるいは双方で「問題の見直し」を行う

【ステップⅣ】代替案を提示し、問題解決へ、妨害案の想定



「共通の基盤づくり」
双方が代替案を出し合う



「共通の基盤づくり」
両者が満足する解決策で、互いに合意する

◎なぜ家族への説明が必要なのか

①利用者支援＝家族の生活も支えるため

主体者である利用者本人はもちろん、利用者を通して家族も支えるために、本人をめぐって双方にとって良好な関係を築くための支援（説明）が必要

②サービスの状況報告・選択機会を作り出すため

⇒サービス提供の内容や効果だけではなく、リスクやデメリットについても説明することが必要
（良いことだけではなく、ありのままに）

家族への説明を行うタイミング

- ①入所前相談・説明
- ②入所時の契約・重要説明
- ③ケアプランの説明
- ④支援内容の変更・その他
- ⑤生活の様子を伝える近況報告
- ⑥疾病の悪化・急変
- ⑦介護事故の発生・経過・結果
- ⑧苦情に対する経過・検討結果
- ⑨施設退所時の説明
- ⑩施設行事・お知らせが必要な際

利用者・家族への説明の仕方の基本ポイント

◆プレゼンテーションスキルを生じた説明

話しの内容だけでなく、図表、資料作成の技法など、伝達の仕方、視覚、聴覚に訴える表現方法、態度も身につける必要がある

重要Point①…「いかに説明するか」ではなく、「何を理解してもらうか」
→相手の立場にたって説明し理解を得ようと試みること

◆「相互理解」「共有」を意識したコミュニケーション

「説明」とは、利用者家族と職員間の互いの役割、責任所在、ルールを共有し合うことが目的

重要Point②…曖昧な表現ではなく家族(専門用語が分からない方)に理解しやすい言葉で丁寧に伝える

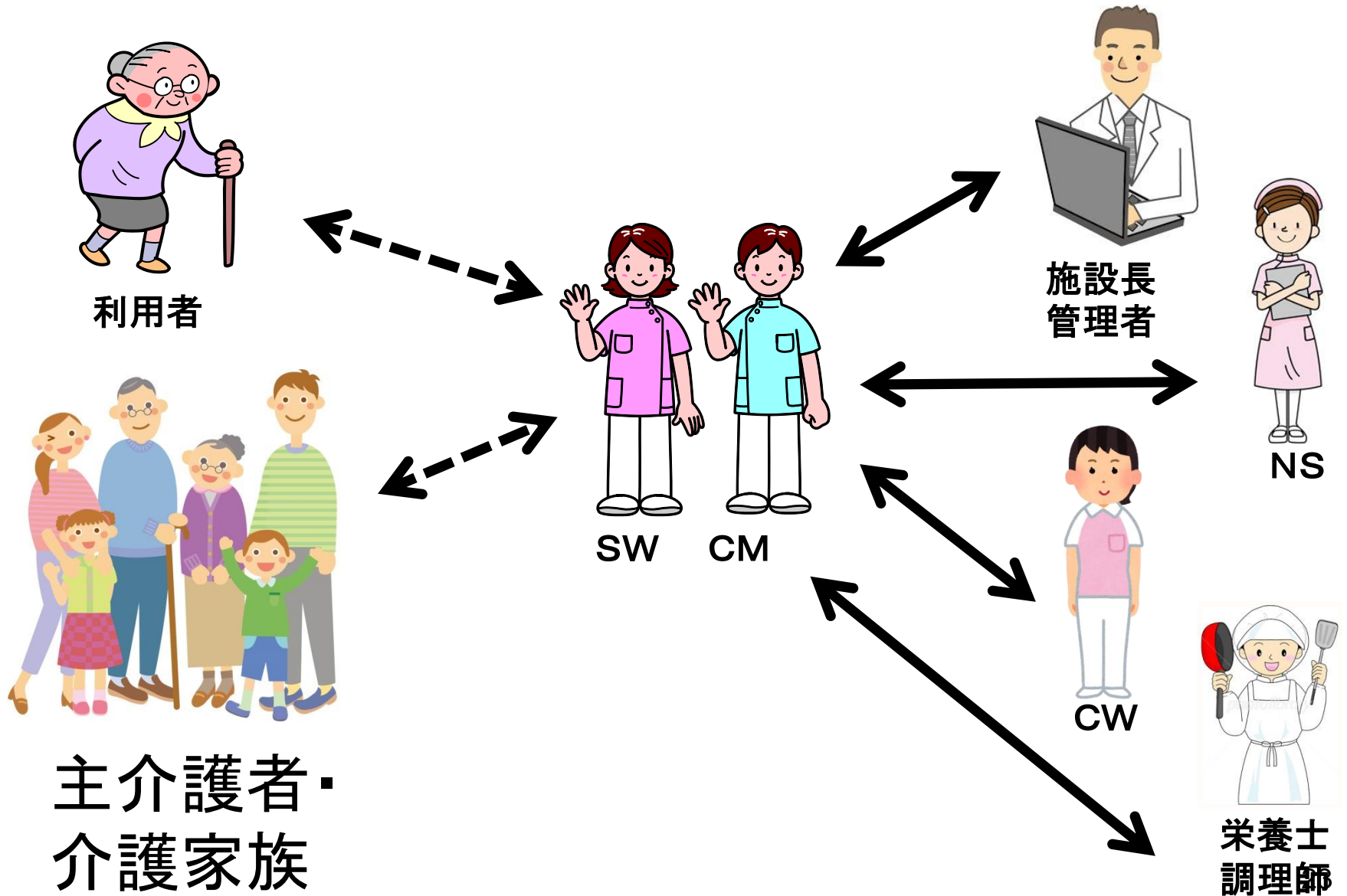
◆利用者(家族)の「知る権利」を守る“権利擁護”

利用者や家族ご自身の状況を「言葉」として伝えていくことは利用者家族と同じ情報を共有し本質的な連携を図るうえでとても重要なプロセス

重要Point③…一方通行のやり取りではなく双方向のやり取りができるよう、相手の様子(表情・言葉の抑揚トーンなど)をよく観察しながら話し、安心を与えるつもりで話す

Point 3

コーディネータースキルの活かし方



相談職に求められるコーディネートスキルとは？

●根回し力

施設全体、多職種間連携には重要なスキル。
様々な考えを持つ多職種が協働するための緩衝剤、
同じベクトルで支援展開するための流れの形成

●コミュニケーション(意思伝達機能)

理解の仕方の統一化・価値観の相違や情報不足による
行き違いの防止

●協調的交渉力

相手との信頼形成を図り、互いにプラスとなる交渉。
利用者の現場受入れの交渉(合意形成)、介護リーダー
他職種との交渉、利用者・家族との交渉、組織内での交
渉(上司への報連相・進言)、外部関係者・組織との交渉
など多様性

Point 4

クレームの受付（聴取）は丁寧な対応で



スタッフ



利用者



主介護者・
介護家族

クレーム（トラブル）の初期対応の手順・要点

1. クレーム受付は全職員がその場で対応できるように

- * 事例を用いたOJT研修の実施
- * 苦情受付担当(生活相談員)の前に、申し立てられたスタッフ自らが、きちんとクレーム受付対応を行う
- * 苦情担当者は、クレーム・トラブルの旗振り役。

2. クレーム受付は、できるだけ「No」を返答しない

- * クレーム、トラブルの受付の役割は、申立者の主訴の全容を把握すること
- * 受付時は、すべてを吐露しやすい全力の傾聴姿勢で。

3. クレームは一旦、すべてを引き取る覚悟で対応すること

- * 対応窓口のたらいまわしは一番イライラさせるので、対応したスタッフが、ある程度の全容をお聞きする。
- * 受付後に担当者へ繋ぎ、ワンクッション置いた後に折り返し生活相談員から対応を行う。

クレーム（トラブル）の初期対応の手順・要点

4. まずはお礼とお詫びを

*「いつもご利用いただきありがとうございます。それにも関わらず、このたびはご不快な思いをさせて誠に申し訳ございません。もう少し詳しくお話をお聞かせいただけますか?」といった具合に…、

①お礼、②お詫び、③質問…の順番で話を切り出す。

5. 質問を上手に使う

*「質問に質問で返す」のは基本テクニックの一つ。例えば「どんな教育をしているのか?」と怒る利用者「どんな点がご不満でしたか?」など質問を返し、真意を引き出す。

6. 相づちにも「種類」と「目的」がある

*「それは大変でしたね」という「慰労」や「そこまでお母様を大切に思っているのですね」という「賞賛」などを、「心理的な距離を縮める」といった目的に応じて使い分ける。

7. 最後は提案で締める

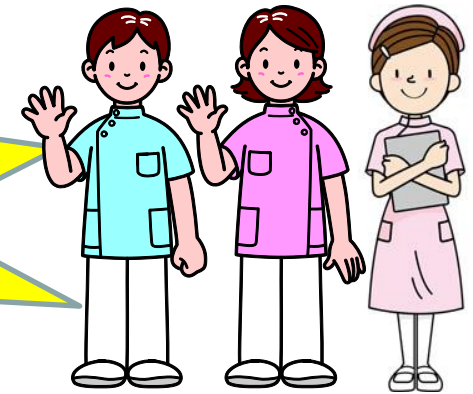
*トラブル対策は、「お詫び」で始まり、「提案」で終わるのがセオリー。相手のために尽力したという誠意を見せる。

コツ5

クレームを申し立てた動機に沿った対応



利用者



現場



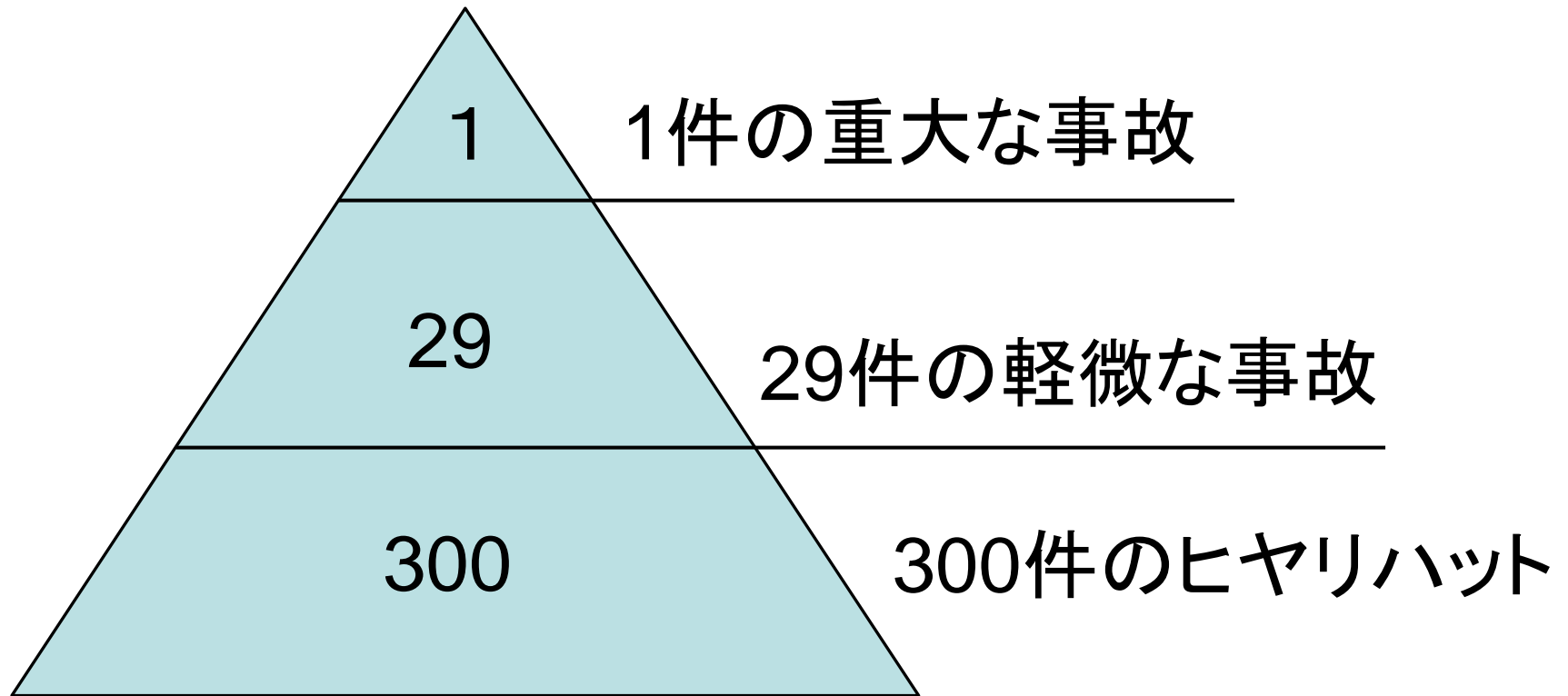
主介護者・
介護家族

なぜクレームやトラブルになるのか？

- ◆クレームを申し立てるといふ行動を起こした動機
- ◆クレームを訴えるといふのは、それ自体が大きなハードルを越えてきたといふこと
- ◆それでも、クレームを訴えるといふことは…

⇒大きな**不満** or **状況回復**の要求！

ハインリッヒの法則



クレームの際に施設側の対応姿勢を観察している

◆受付スタッフのとした行動の第一印象に敏感

【申し立てをした利用者・家族の心理】

- * 現在トラブルに直面しており、それを直ぐにでも解決してほしい
- * 自分は苦情ではなく、正当なことを話しているのだから、早くこの主張を受け入れてほしい

家族という当事者性を理解した関わり方が重要

(原文)

介護支援専門員の仕事には、多種多様な介護保険制度サービスや他の福祉サービスの利用を調整するという側面だけではなく、その**支援活動のなかで、当事者に接することを通じてその感情を支え、当事者のもつストレスを共に見出していく**という側面がある。**当事者とは利用者のみではなく、家族も指す。**

出所：廣橋容子「介護支援専門員によるケアマネジメントの課題」～家族支援の必要性について～，聖泉論叢，2005，p130

Point 6

直面しているトラブルの解決を最優先に！

目の前の問題解決を最優先に！



トラブル

原因究明・
再発防止の検討は
後から



クレーム・トラブルの元を絶つ

申立者が、いま直面しているトラブルとは何か？

⇒第一に目の前のトラブルの解決に全力を注ぐ。
原因究明・再発防止の検討は後からでよい。
(なぜ～起きたか、これから～どうするか)

直面するトラブル解決のフロー

〈第1ステージ〉

クレーム受付け



報告・対応方針決定



初期対応動作

〈第2ステージ〉

事実関係調査・原因究明



責任判断と謝罪



再発防止
(業務改善の説明)



業務改善実施・御礼



直面するトラブル解決の対応手順

1. クレーム受付

- * 自分の気持ちに同調してほしい
- * 自分の言い分を聞いてほしい

2. 解決への努力の約束

- * 解決に向けて尽力すると約束してほしい
- * 具体的な解決方法を示してほしい
- * 申立者を特別扱いする

3. 解決への手配の確認

- * 実際に解決に向けて対応しているか知りたい

4. 解決の確認

- * どのように解決してくれたか合意形成を図りたい

5. 迷惑をかけたことへのお詫び

- * 終結した際に、改めてきちんと謝罪する

トラブル解決後の対応

1. 事実関係を調査し、トラブルの原因を究明する

- * トラブル発生時の状況、それ以前の状況を究明

2. 責任判断と謝罪

- * 施設側の過失を調査する
- * 事故の場合等は賠償請求が発生する可能性がある場合は、専門家を介す
- * 施設に非がない場合は、より丁寧な説明が必要となる
⇒ 申立者が振り上げた手の下ろし場所をつくる配慮も必要となる

3. 再発防止の説明

- * 改善策のビフォー&アフターを見える化する

4. 業務改善と御礼

- * 関係スタッフへの業務改善の徹底
- * 申し立てをした利用者・家族に対し、業務改善につながったことの御礼

**第三者評価の内容評価項目から
専門職(職員間)に求められる
利用者・家族への対峙姿勢と留意点**

利用者の家族等との連携と支援を適切に実施しているか

◎家族との連携の着眼点

- ①家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している
- ②利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるように伝達方法を工夫している
- ③家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている
- ④家族との相談を定期的及び必要時に行なっている。またその内容を記録している。
- ⑤(特養・養護・軽費)利用者^と家族が^{つな}がりをもてるよう、取組みを工夫している
- ⑥(通所介護)家族が必要とする情報提供を行ない、必要に応じて、介護支援専門員など専門職、関係機関につないでいる
- ⑦(通所介護)家族(介護者)に対し、必要に応じ介護に関する助言や介護研修を行っている
- ⑧(通所介護)家族(主たる介護者)の心身の状況や家族による介護・介助方法にも気を配り、必要に応じて介護支援専門員に報告している

第三者評価—基準の考え方と評価の留意事項

◎趣旨・解説・・・その1

- ・家族は、利用者にとって介護者であり、利用者本人の代理人や後見人となる場合があります。利用者本人の支援にあたり、利用者等とかぞくのそれぞれの立場を理解して、適切に連携と支援をすることが必要です
- ・家族との関係は単に支援をする側とされる側ではなく、利用者とともに支えるパートナーとして、日頃から連携・協力して利用者を支えることが大切です
- ・利用者の意向や家族関係に十分に配慮しながら、定期的及び利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールを事業所として明確にし、あらかじめ定めた家族等へのほうこく・連絡や情報提供を行ないます

第三者評価—基準の考え方と評価の留意事項

◎趣旨・解説・・・その2

- ・利用者の状況などを報告すべき事項については、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫します

- ・家族のサービス・施設(事業所)運営等に対する要望を聞き取り、利用者の意向を踏まえたうえで、サービス内容・施設(事業所)運営に活かしていきます

- ・家族支援に観点から、家族との相談を定期的及び必要時に行ないます。また、その内容を記録し、事業所の取組みに活かすようにします。

第三者評価—基準の考え方と評価の留意事項

◎趣旨・解説・・・その3 （特養・養護・軽費など）

・利用者と家族がつながりをもてるよう、暮らしや介護に家族も関われる場面や機会の提供、面接しやすい環境をつくることが大切です

・行事等について家族に日程等を案内するなど、家族が参加できるようにするとともに、家族面会時などには、利用者の近況を報告します

第三者評価—基準の考え方と評価の留意事項

◎趣旨・解説・・・その4（通所介護・訪問介護など）

・家族の介護方法や価値観を受け入れながら、家族が必要とする情報提供（福祉サービス、介護に関するテキスト・資料・地域の家族会など）を行い、介護支援専門員など専門職、地域包括支援センターなどの関係機関に必要な応じてつなぐ取組みも必要です。また家族（介護者）に対して介護に関する助言や介護研修を必要に応じて行います。

・家族（主たる介護者）の心身の状況にも気を配り、家族の介護負担が過重にならないよう、家族がどのような方法で介護・介助しているかを把握し拝領することが重要です。家族（介護者）の提起定期的な健康チェックや介護要望活動についても、必要に応じて助言します。また介護支援専門員への報告についても必要に応じて実施します



インシデント・アクシデントの報連相

リスクマネジメントと報連相の重要性

「報連相」の意義(重要性)は、ケアチームの意思疎通を図り、情報共有を促進するとともに、チームメンバー間の連携を強めるというところにある

介護スタッフは、利用者に介助を行う際はマンツーマンで利用者と向き合って業務を行っており、それぞれが、互いの業務を逐一確認し合えない

職員間で情報共有を図っておかないと、次に利用者に関わった際に、戸惑ったり介護方針に沿わないケアを行ってしまう危険性が出てくる ⇒ **ケアの連続性・継続性**

チームケアをお互いに不安なく行っていくために「報連相」は必須の行為

報告とは何か

「報告」⇒報告とは、介護現場の上司からの指示や命令について、部下である介護職が実施経過やその結果を適宜、即時的に且つ正確に伝えるということ

介護職からリーダーへ、また介護職・リーダーから施設長・管理者などに知らせる行為のこと

⇒ex. 上司からの記録物の入力に依頼について、進捗を報告する

連絡とは何か

「連絡」⇒連絡とは、利用者の情報や実施した業務内容などをチームメンバーや関係者に申し送る行為のこと

申し送り事項には自分の私情や所感、憶測などは交えずに、できるだけ事実を伝える

上司から部下へまた部下から上司へ、関係者同士など双方向に相手とやり取りするもの

⇒ex.A様のケアカンファレンスの時間と場所を連絡する

相談とは何か

「相談」⇒相談とは、判断に迷う場面や、業務中の“気づき”など自分の考えを伝え、相手から助言を得たい時に行う行為のこと

⇒ex.家族懇談会の準備が思うように進んでいないので、どうしたらいいかを介護部長に相談する

インシデントやアクシデント場面で いつ、誰に、何を、どの様に報連相するの？

◎報連相のタイミング

報連相は、伝えるべき時に行うからこそ生かされるもの・・・
タイミングを誤るとその先に大きなミスやトラブルが待ち構えている
ことも有りえるので、心して取り組むことが大切

上司はスムーズな報告を受けることで、再び責任ある適切な判断
を行ない、介護職に新たな指示・助言を出すことができる

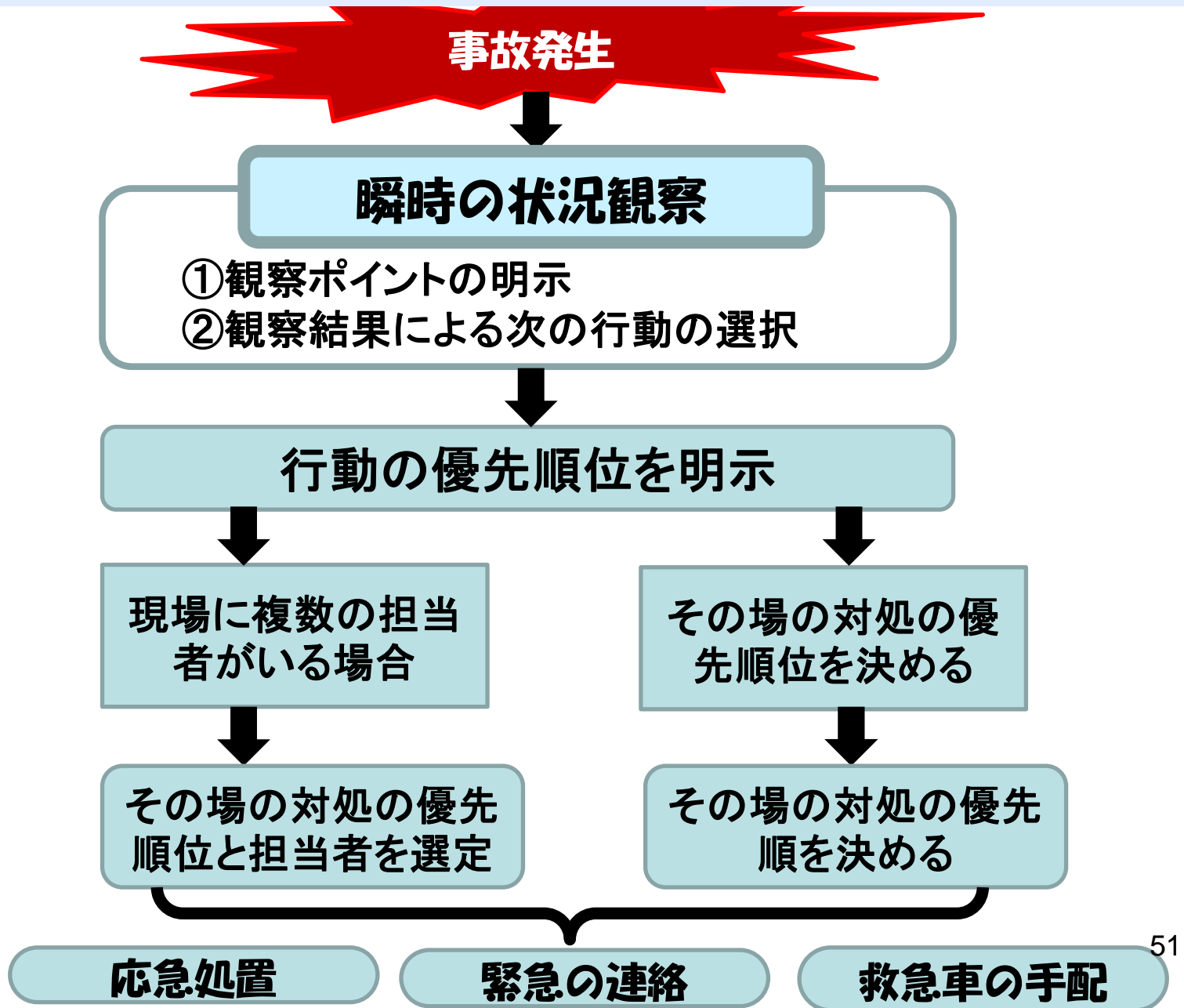
利用者の支援は常に動き続けているため、その場での利用者対
応を臨機応変に対処できるように、介護職同士、あるいは他職種
間での情報交換を即時的に行うことで、未然にトラブル防止に備
えることが大切

報連相はタイミングが大切

◎報連相が必要な場面

- ①上司から指示・命令を受けた業務の進捗状況を伝える時（報告・連絡）
- ②上司から指示・命令を受けた業務を終了した時（報告）
- ③介護方針や方法等に変更や改善が必要ではないかと思った時（相談）
- ④業務中に何か新しい動きや情報が得られた時（報告・連絡）
- ⑤業務中に何かミスをした時、ミスに気づいた時（報告）
- ⑥利用者に介護事故やヒヤリハットが発生した時（報告）

報連相の方法（フローチャート）



介護保険事業者 事故報告書

市(町・村)提出用

平成 年 月 日

1 事業所の 概要	法人名													
	事業所番号													
	事業所(施設)名													
	所在地													
	電話番号							FAX番号						
2 対象者 (利用者)	記載者職氏名													
	サービス種類 (該当するサービス に)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護									
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ									
		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護										
		<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設										
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	その他()												
2 対象者 (利用者)	氏名							被保険者番号						
	住所							要介護度						
3 事故 の 概 要	①日時	平成 年 月 日()												
	②場所													
	③事故の種別 (該当するものに)	<input type="checkbox"/> 利用者の死亡	<input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事										
		<input type="checkbox"/> 利用者のケガ	<input type="checkbox"/> 感染症、結核	<input type="checkbox"/> その他()										
④事故の内容 (経緯を記載)														
4 事故 時 の 対 応	①対処の仕方													
	②治療した医療 機関名・所在地													
	③治療の概要													
	④連絡した関係 機関名・所在地													
5 事故 後 の 対 応	①利用者の状況(病状、入 院の有無等)													
	②家族への報告・説明													
	③損害賠償等の状況(損 害保険利用の有無等)													
6	再発防止に向 けての今後の対応													

注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、添付すること。

これは、2001年6月の開始当時のもの。現在改良中である。

申送りなど口述での伝え方

口述での伝達は、急を要する「報告」や「相談」などの際に行なう方法

- ①内容はできるだけ簡潔に結論から相手に伝える
- ②業務の進捗状況や介護事故・ヒヤリハットの原因と今の状況(結論)を相手が理解しやすいように整理しながら話す
- ③「報告」・「連絡」を行う際には、できるだけ私情や所感など私的な感情を交えず、事実のみを伝える

⇒私情や所感を交えた報告・連絡とは「～だと思いました」「～だと感じました」というような表現のこと

⇒報告を受けた上司や相手が判断に迷う信ぴょう性を欠いた伝え方ですので、注意が必要

⇒もしこのような自分の気づきや考え方を相手に伝える際は、「これは私の意見ですが・・・」や「これは私論ですが・・・」と一言付け加えることも忘れない

記録物など記述での伝え方

- ①記述での伝達には、法令で定められている記録物とチームメンバー間での情報共有のために書かれている記録物がある
- ②いずれも報告や連絡事項が記録として残されますので、後々に改めて読み返すことができ、専門職として実施した責任ある業務の根拠ともなり得る重要な記録と位置づけられている
- ③口述での伝達法に比べると、やや時間を要するため、全ての事柄を記録として残すことは、限られた介護業務時間では困難なため、要点を押さえた報連相が求められる
- ④報告者の文章力によっても相手に誤解を与えかねないので、口述での伝達法と同様に私情や所感を交えず、TPO【時(time)、所(place)、場合(occasion)】を踏まえた記録を日頃から練習しておくことも大切

◆記述による伝達法が必要な場面は次のとおり

⇒①コンプライアンス(法令の順守)に関わる業務を行った時、②時間や数字(データなど)を伴う複雑な報告・連絡事項、③報告が義務化され、所定の様式の定めが有る事態となった時(介護事故や苦情対応など)、④口述による申し送りと合わせて、記録によってスタッフに周知徹底を図るべき重要事項がある時

優先して伝えるべき内容

インシデント・アクシデントについて、事業所のトップや上司が迅速かつ正確に状況を把握することが最も重要

⇒例えば利用者が転倒などをした場合に、その場で直ぐに様子を伺い、バイタルチェック等を実施すると思いますが、ご本人の体調に特に変化などが確認できない場合でも、後から痛みが発生したり、恐怖感などをずっと引きずることも考えられるので、うやむやにせず必ず報連相を欠かさずに行います。

*** 優先して伝えるべき情報は次のとおりです。**

- ①利用者氏名
- ②担当者とインシデント・アクシデント発生時の発見者
- ③発生日時
- ④事故の発生場所と周囲の状況
- ⑤事故発生時の具体的な状況(経過)
- ⑥スタッフの対処状況
- ⑦利用者の体調やケガなどの状況(リスク)

口述による伝達では、重要な事を簡潔に報告する必要があるため、利用者名の他に事故状況と体調異変の有無など結果を優先的に述べる必要があります。また記録を書く場合は、上記①から⑦について整理して時系列に順を追って報告していきます。

伝えるべき相手

利用者支援はチームケアで行なっており、チームメンバーは互いの信頼関係のもとで自らの専門性を発揮し、役割を果たしている

①伝えるべき相手とはその状況に応じて変わってくるもので、専門職としての報連相とは、いつ誰に「報告」「連絡」「相談」するべきか適切に判断する力を付けておくことも求められてくる

②主に「報告」は上司にするものです、例えば施設長(管理者)や介護リーダー(主任など中堅者)といった皆さんからみた**直属の上司**に対して報告を行います。また「連絡」は上司や同僚など目上の人、チームメンバー間で伝達を行う相手、また利用者のご家族などを指します。

③相談も同じく上司やチームメンバーに対して行うものですが、同僚への相談は雑談などとは内容が違いますので、しっかりとした有機的な意見交換を図ることができる関係者へ行うことも大切です。



ひやりはっと記録の記載例

インシデントレポートの具体的な書き方

- ・インシデントレポートは、自分だけではなく様々な介護関係者が目にする
- ・第三者が読んでも状況が把握できるように分かりやすく簡潔に報告する
- ・報告は即時性が求められますので、できるだけインシデント事案が発生した時点で速やかに口述による報告を上司に行ない、当日のうちにレポートを提出する

インシデントレポートを作成するにあたっては、まず事態がどのような状況であったのか思い出し、頭を整理しながら正確に記録する

◆5W1Hを基本として漏れなく記す

When	いつ	利用者の入浴時、夕食の配膳の際に、今日の17時
Where	どこで	南棟の居室で、ホールで
Who	誰が	A様が、ご本人が、主が、介護職が、他利用者が、息子が
Why	なぜ	確認不足だったため、誤った判断をしたため
What	何を	服薬を、利用者を、手すりを
How	どのように	渡し間違えた、取り間違えた、スヤスヤと(寝息をたてて) 58

インシデントレポート作成～その他のポイント

◎**利用者の状態・状況**：できるだけ詳細に事実を書きましょう。

⇒ex.『〇月〇日21時、西棟の夜間巡視で、〇〇様の居室に伺った際にベッド一人でポータブルトイレに移動しようとして、途中で尻もちをつき、立ち上がれずに床に座っているのを発見する。』

◎**対応・介護内容**：利用者の状態・状況に対して、自分は何をすべきと判断し、実際に何を行ったのか要点を時系列で書きましょう。

⇒ex.『B様が脱衣場で、意識喪失し転倒する。冷や汗を確認したため、気道確保し両手首、両側をまくり仰臥位にする。至急看護師に状況を伝え、10:30分、ご家族に連絡の必要があると思い、朝食を召し上がったかなど改めて連絡をとる。』

◎**推測される原因**：何が要因となり、インシデントにつながったのか発生状況から考察しましょう。

⇒ex.『主治医から服薬が変更になったと連絡帳に記載があったが、スタッフ間での連絡が不十分なまま支援を行っていた。』

◎**今後の対応策**：インシデントにつながった原因の芽を摘むために、組織的な取り組みに繋げていくことが大切です。

⇒ex.『口頭での連絡だけではなく、時間を見つけてステーションの申送りノートにも記録を残し、周知徹底を図る。』

【記載例】 ベッドからの転落

事例1 インシデント内容【夜間のベッドからの転落】

インシデントレポート				
平成〇年〇月〇日				
発生場所	年齢	性別	介護度	疾病など
居室	90歳	女性	要介護4	認知症 移動車椅子全介助
◆利用者の状態・状況 夜間、就寝できず頻回にコールあり。尿意・便意の訴えあり対応するも排尿排便とも確認できず。深夜2時過ぎからコールなく就寝していたが、未明4時過ぎに訪室すると、ベッド下方の柵の隙間からずり落ちて尻もちをついている。タオルケットと一緒にずり落ちたため、布団がクッションとなり、打撲など外傷はなかった。 歩くことはできないが、自分でトイレに行こうとしベッドから降りようとした模様。				
◆対応・介護内容 痛みの訴えがないか本人に確認を行ったが特に大丈夫と話す。念のためバイタルチェックを行ったが普段の値と変化認めず。翌日も再度本人に確認を行いバイタル計測するが体調は良好。数日の経過観察となる。				
◆推測される原因 夜間 多動傾向が見られ、尿意の訴えが頻回にある。その都度介護職が対応するが、時々自分一人で動こうとしていることが数回あったが、気づいていても長時間そのまま黙認してしまった。				
◆今後の対応策 利用者が多動の利用者は、夜間の見まわり回数を増やし、訴えを傾聴するなど事故を防ぐようスタッフ間で徹底する。誤って床に転落しても痛くないように、ベッドは低い位置に設定し、周りにマットを敷き詰めるなど対策する。入眠できず多動の時は特に注意して観察が必要。				

【記載例】 食事中の誤嚥

事例2 インシデント内容【昼食中の誤嚥】

インシデントレポート				
平成〇年〇月〇日				
発生場所	年齢	性別	介護度	疾病など
食堂	85歳	女性	要介護3	パーキンソン
◆利用者の状態・状況 嚥下障害のある女性。昼食介助をしていたところ、ゼリーが勢いよく口腔内に入り込み、むせ込む。咳をしようとするが、誤嚥物が軌道につまり、数秒ほど無呼吸となる。その後強く咳き込み、大事には至らなかった。				
◆対応・介護内容 咳を何度も繰り返していたが、途中むせなくなり、顔色が変色し始める。上体を前屈させ、タッピングを行うと、間もなくまた強く咳をし始める。誤嚥物を口から排出したため、むせ込みは治まる。				
◆推測される原因 食事形態と食事姿勢について、毎日の食事介助にて、少し馴れ合いになってしまい、確認が疎かになってしまったため、誤嚥に繋がった。一回に口に入れる量が大きすぎたため、十分に咀嚼できずに飲み込んだことも要因と考えられる。				
◆今後の対応策 利用者の食事ペースをしっかりと確認しながら、介助を行う。ご利用者が咀嚼できる適量で介助を行う。				



事故報告書の記載例

【記載例】ポータブルトイレ乗降時の転倒

1) 転倒・転落 【ポータブルトイレ使用中に座位保持できず転倒】

事故報告書	
平成〇年〇月〇日	
事業所の概要	◆事業所名・所在地・連絡先・報告者（記録者）・サービス種類 特別養護老人ホーム 〇〇荘
対象者 (利用者)	◆氏名・年齢・性別・介護度・主な疾病など A様 85歳 女性 要介護4 筋力低下 全介助
事故の概要	◆日時・場所・事故種類・経緯内容 5月14日 6:15 居室でポータブルトイレにて排便中に上体のバランスを崩し落ちるように転落している。頭部と臀部を打撲。介護職が排便介助の途中で、備品を取るため物品庫に向かい居室を離れ、戻ってみるとポータブルの前に転落していた。
事故時の対応	◆事故時の状況・容態・対処法・受診医療機関・受診概要・連絡先 介助を行っていた介護職が転落事故を発見する。後頭部並びに臀部を打撲するが、外傷は確認できず。すぐに看護師にご連絡し、状態観察・バイタル計測を行う。提携医に連絡を取り、指示に沿って〇〇病院受診し、頭部CT撮影後に打撲による内出血等の処置を受けた。医師よりCTの結果、頭部に異常は認められなかったが、体調の急変や嘔吐などあれば至急連絡するようにとの指示があった。
事故後の対応	◆事故後の状況・容態・利用者家族への対応・損保利用 病院受診後、一日経過するも特に体調の急変等なく、バイタル計測の結果、容態は安定している。臀部に薄青の打撲痕を確認するも本人からの傷みの訴えはない。本日も病院受診を行い、主治医からかぶれに注意しながら湿布を貼るようにとの指示を受ける。相談員が随時家族への連絡を行っており、合意を得ている。
推測される原因	座位保持は保てる方だったが、機能低下によって座位バランスも徐々に悪くなっていた。介助中に目を離したことで、アンバランスになった状況を察知できず、転落を未然に防ぐことができなかった。
再発防止 今後の対応	◆組織的対応法・リスクマネジメント 排泄介助の際には、必ず側で見守りを徹底する。場所を離れる際は利用者が安全な体勢になっていることを確認してから離れる。座位保持の保てる利用者なのか、チーム内でアセスメントを行う。ポータブルトイレの見直しを行い、手すり・すべり止めを取り付ける。

◎ このレポートの注意点

利用者の介助を行うときは、座位保持が可能な利用者であっても頭部を支える事ができずバランスを崩し、転倒・転落することが考えられるため、見守りはもちろんのことですが、安全な姿勢を保てるように工夫が必要

利用者をポータブルトイレに座らせた時に、十分に安全が保てる姿勢にあると介護職が確認していたか否か、転落の危険が予測できなかったかなどなどがこの報告を行う際に重要なポイントになってくる
⇒ 職員の過失責任を問われる

事故に至る前の介助内容も重要ですが、発見後にどのような対処を行ったのか、これは対応の得手不得手などで体調やケガの悪化に繋がる二次的な事故を防いだのか記録として残すためにも、詳細を記す

⇒ 危機管理の徹底が図られているか
施設の信用と評価に繋がるポイント

【記載例】 余暇時間の容態の急変

2)容態の急変【デイサービス余暇時間に脳梗塞による容態急変】

事故報告書	
平成〇年〇月〇日	
事業所の概要	◆事業所名・所在地・連絡先・報告者（記録者）・サービス種類 〇〇苑 デイサービス
対象者 (利用者)	◆氏名・年齢・性別・介護度・主な疾病など B様 81歳 男性 要介護3 筋力低下 アルツハイマー型認知症
事故の概要	◆日時・場所・事故種類・経緯内容 5月14日 9:40 居間で他利用者と談笑していたところ、座位姿勢のまま脱力状態となり、椅子の背もたれに寄りかかるようにして意識不明となっていた。容態を観察し最寄りの〇〇総合病院へ救急搬送となる。その後、脳梗塞と診断され集中治療により意識回復するも治療のため入院となる。
事故時の対応	◆事故時の状況・容態・対処法・受診医療機関・受診概要・連絡先 午前 9 時に来所されバイタル計測など体調の観察を行う。その後発見時まで 25 分程度の時間を他利用者と談笑しながら過ごしているのをスタッフが確認している。B様は両手で新聞を広げ、読みながら周囲の他利用者の受け答えに応じていたが、職員が気づいた時には、新聞が膝上に落ち、両手は肘掛外にダラリと脱力し、頭部は前方にうなだれていた。9時30頃に談笑している様子を確認しているが、その後発見時間までの状況は不明であった。利用者を仰臥位にし、気道確保。声かけにも呼名反応なし、チアノーゼを確認したため、アンビューにて蘇生行う。相談員が救急車を手配し、至急家族への連絡を行う。救急隊到着後、看護師1名同乗し救急搬送となる。
事故後の対応	◆事故後の状況・容態・利用者家族への対応・損保利用 B様は救急搬送後、入院となりデイサービスを当面の間、休みとなる。その間も生活相談員が担当の介護支援専門員と連絡をとり状況把握を行った。
推測される原因	様態の急変・異変に敏感に気づき、対応できなかった。介護職が全員目先の業務に意識が集中しすぎており、利用者全体（ホール）の観察が疎かになっていた。
再発防止 今後の対応	◆組織的対応法・リスクマネジメント 周囲にも目配りを忘れず、時々職員間でも声をかけ合って、複数の目で観察を行っていくように業務改善を心がける。

◎ このレポートの注意点

◆容態の急変のアクシデントレポートで重要なのは、容態急変に気づいた時の職員の対処のしかた

◆容態が急変したことは職員のミスではありませんが、その後の処置をどのように施したのかによって利用者の状況は変わってくる

報告書には、発見時の利用者の状態だけではなく、周囲の利用者やスタッフの状況、発見前までの様子もできるだけ詳しく書く

⇒ 事故発生の際の経緯

容態急変を発見した際に職員はその状態をどのように把握(分析)し、どのような対応(処置や介護)をすべきと判断したのか。実際に行った行為だけではなく、専門職として考えたこと(思考プロセス)を具体的に書く

⇒ 職員の対処の適性さの証明

「B様が～な状態だったため、～すべきと考え、～のような介助を行った」という順序で整理して報告する

⇒ 対処手順の明確化

【記載例】 浴槽内での転倒や溺れかけ

3)入浴介助中の事故【上体が浮き上がり溺れかける】

事故報告書	
平成〇年〇月〇日	
事業所の概要	◆事業所名・所在地・連絡先・報告者（記録者）・サービス種類 〇〇苑 デイサービス
対象者 (利用者)	◆氏名・年齢・性別・介護度・主な疾病など C様 76歳 男性 要介護2 筋力低下 両手引きすり足歩行
事故の概要	◆日時・場所・事故種類・経緯内容 5月14日 10:30 リフトによる入浴をしていたところ、介護職が他利用者に気を取られている間に、浴槽内で利用者のシャワーチェアの安全バー外れ、上体が浮きあがり、顔が水中に浸かっていた。すぐに利用者を支えたため、大事に泣いたらなかったが、体調不良を訴え病院受診となる。特に異常は認められなかったか、要観察となる。
事故時の対応	◆事故時の状況・容態・対処法・受診医療機関・受診概要・連絡先 溺れている利用者に介護職が気づき、急いで支えた。もう一人の介護職と二人で両側から体幹を抱え、浴槽外へ出して床に長座位で座らせる。意識はしっかりしているが、肩で荒い呼吸をしている。体調を確認し、脱衣場まで職員が支えて移動する。三度ほど少量の水を嘔吐する。徐々に呼吸が落ち着くも、体調不良を訴えたため、息子に連絡して△△内科医院受診となる。
事故後の対応	◆事故後の状況・容態・利用者家族への対応・損保利用 △△内科医院の受診時に息子も駆けつけ、医師からの診断結果を受ける。受診後も2日ほどご本が体調不良を訴え、食欲も低下するも、3日目ころから徐々に体力が回復傾向で、バイタルも正常値を示す。ご家族への謝罪と経緯の説明を行うが理解を得られず、引き続きの謝罪となる。提携の〇〇損保(株)の担当者との連絡を取りながら、事故対応を行う。
推測される原因	シャワーチェアの安全バーの装着点検が流れ作業となり、曖昧に行うことが習慣化されていた。入浴介助で使用する福祉用具類の劣化防止の安全点検も疎かになっていた。
再発防止 今後の対応	◆組織的対応法・リスクマネジメント 入浴介助の際には、安全バーがしっかり固定されているか、何度も手で動かし入念な確認を行う。

◎ このレポートの注意点

入浴介助中のアクシデントは、水回りという点・衣類を身につけていないという点からも重篤な事故や大けがに繋がる危険性がある

⇒利用者は広範囲で移動することもなく、浴槽内では動きが少なくジッとしていることから、他に意識が向いてしまうことも…⇒ **職員の意識**

入浴の際には、介護職がどれだけ危険を予測して安全対策を施したか、また声かけを励行していたのかなど安全責任を果たしたか否かを必ず書く

このアクシデントでは、安全バーが確実に固定されていたのか確認を十分に行っていなかったところ、目を離したすきに事故が発生しました。複数の利用者を同時に入浴介助する際の盲点ともいえる複合的要因による介護事故

⇒ **要因分析**

安全バーが固定されていれば、また目配りを行っていれば、などどちらかが行なわれていれば重篤な事故を未然に回避できた

⇒ **回避策**

インシデント・アクシデントレポート（まとめ）

インシデント・アクシデントレポートの書き方について事例を基に見てきました。本来、このような報告をしなくても済むように日頃の介護業務を注意深く実施するのが理想かもしれませんが、ヒヤリハットや介護事故などが全くないという頭で展開するのではなく、有りえるかもしれないという意識から、未然の防止策を講じていくことが大切です。些細な事故やトラブルであっても如何に上司まで報連相するのかということが、大きなカギといえるでしょう。介護現場の中には、これらの報告書がいわゆる犯人探しのような目的となってしまう、敬遠されることでコンスタントに報告されないという所もあります。

インシデント・アクシデントレポートがどれだけ重要な書類で、その書類の活かし方によって、その後の現場のアクシデントの再発を防ぐ重要な記録物であるということを、今一度職員間で確認し合い、報告・連絡・相談の徹底を図って頂きたいと思います。