

15

○

苦情解決規定

○

11 苦情解決体制の整備状況 ※姫路市が施設監査を実施する法人にあっては、本票を省略することができる。

苦情解決窓口設置の有無	有	苦情解決体制に関する 規程作成の有無	有	左記規程の 制定年月日	平成21年5月1日	
苦情解決窓口を設置していない場合 苦情解決体制に関する規程を作成していない場合 今後の対応方針						
苦情解決窓口の設置形態	法人内一括設置	その他の具体的内容 ()				
第三者委員の氏名及び属性	(氏名・下記の属性 岩崎 一郎)		(氏名・下記の属性 位田 哲男)			
	属性: <input checked="" type="checkbox"/> 議員(理事は除く) <input type="checkbox"/> 監事 <input type="checkbox"/> 民生委員、児童委員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 大学教授 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> その他 ()					
苦情解決窓口等の周知方法 (該当するものに○をつける)	<input checked="" type="checkbox"/> 書面交付	<input checked="" type="checkbox"/> 掲示	その他 ()			
苦情内容及び解決結果の公表	公表の有無	公表している		公表していない 場合はその理由		
	公表方法 (○をつける)	<input checked="" type="checkbox"/> 園だより等の 配布物	<input checked="" type="checkbox"/> 掲示板	<input checked="" type="checkbox"/> ホームページ	<input checked="" type="checkbox"/> 事業報告書	その他 ()
	公表内容	(部屋の清掃について・食事時間について・トイレの匂いについて)				

※ 該当するものにプルダウンより選ぶ又は必要な事項を記入すること。

苦情解決体制に関する規程がある場合は、その規程を添付すること。

12 個人情報保護の状況

個人情報取扱事業者※の該当	該当しない
---------------	-------

※5,000件以上(顧客、従業員、取引業者などの合計)の個人情報で構成される情報データベースを事業として利用する事業者

以下、個人情報取扱事業者に該当する法人、または該当しないが以下の事項に取り組んでいる法人は記入して下さい。

個人情報保護に関する考え方や方針の策定と公表方法	策定	公表方法	ホームページ・重要事項説明書
個人情報の取扱いに関する規則の策定と公表方法	策定	公表方法	ホームページ・重要事項説明書
個人情報の利用目的を本人に認識させる方法	利用目的の公表方法	玄関掲示板に掲示・ホームページ	
	直接本人から書面に記載された個人情報 を取得する場合の明示方法	玄関掲示板に掲示・ホームページ	
判断能力が不十分な利用者から同意を得る場合の家族等の同意	家族等の同意を得ている		
個人情報の漏洩、滅失、毀損の防止のための安全管理措置の方法	職員教育を徹底している・鍵のかかる保管庫に保管している		
職員等に対して、安全管理措置を遵守させるための方法	全体職員会議で全職員と声を出して読み合わせして、教育を徹底している		
開示請求等に関する手続の策定	未策定		

※該当するものをプルダウンより選択又は必要な事項を記入すること。

苦情発生時の対応方法

① 苦情解決制度の周知・説明

苦情制度

パンフレットやホームページへの掲載により苦情解決制度を周知する。

② 日常的な苦情までには至らない意見、要望、疑問等の把握

苦情発生

日常的に寄せられる意見、要望、疑問等を「苦情または意見・要望等連絡票」により集約する。

③ 苦情の受付

受付

・苦情を受ける(利用者・家族・事業所・第三者等)
・苦情受付報告書(不適合・苦情報告/処置票)に内容を記入

④ 苦情内容の確認

苦情の対応
(生活相談員で対応)

・苦情の内容を把握
・状況等確認

⑤ 苦情の報告

管理責任者報告

⑥ 苦情受付の報告

※関係者に応じたメンバーにて打ち合わせを実施

⑦ 苦情解決案の検討

施設内にて打ち合わせ
対応方法検討

⑧ 解決策の提示

- ・品質管理委員会
- ・各部署会議
- ・各種関係者会議

・必要に応じて報告

第三者委員

苦情解決責任者(施設長)より
・第三者委員苦情受付報告書
・第三者委員苦情解決結果報告書を報告する。

⑨ 話し合いの実施

利用者・家族・事業所・第三者等との話し合いをもち、解決をはかる

⑩ 業務の改善

⑪ 解決結果(改善経過)の報告

先方の了承にて解決を導く

⑫ 解決が図れない場合の対応

必要に応じて正処置を行う・予防が必要な場合は予防処置を行う

⑬ 定期的な報告

1ヵ月後のフォローアップにて再発防止に努める

⑭ 結果の公表

⑮ 日常的な業務の改善、向上への反映

苦情解決結果報告書を作成

・必要に応じて

★ 年度末に第三者委員に年間に発生した苦情報告を施設長より行う

★ 必要に応じて市役所(行政)に報告。

不適合ならびに
是正及び予防処置規定

制定 平成16年2月1日
改定 平成21年5月1日
第4版

社会福祉法人敬寿会・しかまの里グループ

不適合ならびに是正及び予防処置規定・改訂履歴表

版数・発行・改訂年月日	改訂内容	承認	審査	作成
第1版 平成16年 2月1日		平成16年 1月27日 山野	平成16年 1月27日 山野	平成16年 1月27日 三木
第2版 平成16年 6月1日	1/4 組織名称の変更。 5/14 リスクマネジメント組織図よりリスクマネージャー削除 7/14 C) 苦情予防の内容変更。	平成16年 6月1日 山野	平成16年 6月1日 山野	平成16年 6月1日 三木
第3版 平成17年 4月1日	1/14 不適合の判断基準を追記。 4/14 不適合サービスの受付、識別、応急処置の追記。 表-2 不適合サービスの例について追記。	平成17年 3月25日 山野	平成17年 3月25日 山野 平成17年 3月25日 今井	平成17年 3月25日 三木
第4版 平成21年 5月1日	5/15 不適合サービス実施手順内容追記。			

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB—83	頁	1/ 15
-----	------------------------	----------	-------	---	----------

1. 目的

本規定は、社会福祉法人敬寿会・しかまの里グループ（特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、ショートステイ、ケアプランセンター、在宅介護支援センターなど：以下「施設」という）が提供するサービスにおいて発生した不適合サービスについての管理の方法とその是正処置および予防処置の手順を定め、不適合サービスの提供の防止とサービスの継続的な改善に資することを目的とする。

2. 適用範囲

本規定は、当施設のサービス提供プロセス及びサービス提供後の「不適合」を明確にし、「不適合」の処置及び是正処置の活動、ならびにリスクマネジメントを軸とする予防処置までを適用範囲とする。

3. フロー図

不適合の発生から、処置までのフローの理解を容易にするため下記のフローを付図とする。

付図—1：不適合処理フロー

付図—2：事故と不適合のフロー

4. 用語の定義

(1) 不適合：

サービス提供のプロセス及びサービスの結果に対する法的要求事項を含む利用者の要求事項を満足していないか、不適合であることをいう。これには、介護・看護事故のうち、職員のサービス行為が影響を及ぼして発生につながったおそれのある不適合や、施設の設備・環境に起因する不適合を含む。

また、事故に至らない場合でも、サービス提供時の不適切なマナー、身だしなみ、購買（食事提供を含む）の不適合、サービス提供後の苦情も含まれる。

次に、不適合サービスの判断基準として、以下のように定める。

（軽度）ヒヤリ・ハット、不適合の事実を記録にとどめ、真の原因の追究のみ行う程度の不適合。

（中度）是正を必要とする不適合(事例により中度であるが傾向をみながら是正を行うこともある。)

（重度）是正とシステムの変更を必要とする不適合。

（最重度）起こってはならない不適合であって、可能な限り、その予防対策を採っておくべき不適合。

なお、不適合サービスには、表—2「不適合サービスの例」に示すようなサービスが含まれるが、それらに限らない。

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB—83	頁	2/ 15
-----	------------------------	----------	-------	---	----------

(2) 事故：

介護事故、看護事故と呼ばれるものであるが、広い意味で、原因は問わず、転倒、誤嚥、薬にかかわる事故、ベッドからの転倒、床ずれ、物の破損、無断外出などによって死亡、骨折、打撲・裂傷に至った事故が含まれる。なお、事故発生から、不適合、是正・予防の流れについて、付図—2「事故と不適合のフロー」に示す。

(3) リスク：

一般に危機や危険という意味であり、①事故発生の可能性、②事故それ自体、③事故発生の条件、事情、要因、環境をいう。

介護現場においては、利用者の転倒による骨折、誤飲による窒息死、MRSA等の院内感染、食中毒、与薬ミス、利用者同士の暴力事件、盗難、火災、地震等がある。また、ヒヤリハットもリスクに含め、予防処置において管理する。

(4) リスクマネジメント：

組織や施設に潜在するリスクを把握し、そのリスクに対して使用可能な資源を用いて、効果的な対処法を検討及び実施すること。

一般に、①リスク対応方針の設定→②リスクの特定→③リスクアセスメント（分析・評価）→④リスク対策のサイクルで行う。

(5) 修正

検出された不適合を除去するための処置をいい、手直し及び再格付けがある。

(6) 手直し：

不適合サービスの不適合を修正して、要求事項に適合させることをいう。不適合を除去する処置の方法の1つである。

(7) 修理

用途上の機能を満たせるように、不適合な購買品の処置、施設設備・環境の不適合の処置をいう。

(8) 特別採用

要求事項に適合していなくても、サービスの機能を満たしていることにより、特別に採用する場合をいうが、当施設では適用しない。

(9) 苦情

利用者へのサービス提供後、その原因が当施設のサービス提供における不適合に起因するものを言う。

(10) ヒヤリハット

傷害も損害もない事故で、下安全行動、下安全状態をいう。

(11) 損害賠償責任免責事項

当施設は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負わない。とりわけ、以下の各号については、利用者との契約により、損害賠償責任は免れる。

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB—83	頁	3/ 15
-----	------------------------	----------	-------	---	----------

①契約者（利用者、その家族、身元引受人も含む。以下「契約者」という。）が契約締結の際にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。

②契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。

③契約者の急激な体調の変化等、当施設の実施したサービスを起因としない事項に専ら起因して発生した場合。

④契約者が、当施設もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合。

5. 責任及び権限

不適合および苦情についての検出からは是正処置までの責任は表—1の通りである。

表—1

分類	検出・識別・報告（記録）	応急処置の決定と実施	是正処置方針決定（記録）	是正処置の実施（記録）	実施結果の確認、レビュー
不適合サービス（介護・看護事故以外）	フロア会議、部門会議（議事録）	主任、職員、事務員	品質管理委員会（議事録、不適合・苦情報告／処置票）	各部門主任（不適合・苦情報告／処置票）	管理責任者
介護・看護事故	各部主任（不適合・苦情報告／処置票）	各部主任	品質管理委員会（不適合・苦情報告／処置票）	管理責任者（不適合・苦情報告／処置票）	施設長
購買不適合（食事以外）	各部主任、事務員（不適合・苦情報告／処置票）	管理部主任	管理部主任（→品質管理委員会に報告、議事録、不適合・苦情報告／処置票）	管理部主任（供給者）	管理責任者
食事不適合・苦情	各部職員・主任（不適合・苦情報告／処置票）	管理栄養士	管理栄養士（→品質管理委員会に報告、議事録、不適合・苦情報告／処置票）	管理栄養士（供給者）	管理責任者
施設設備・環境不適合	各部職員・主任（不適合・苦情報告／処置票）	事務員	品質管理委員会（議事録、不適合・苦情報告／処置票）	管理部主任	管理責任者

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB—83	頁	4/ 15
-----	--------------------------------	----------	-------	---	----------

苦情（要望も含む） （食事以外）	各部職員・主任、生活相談員、事務員 （不適合・苦情報告／処置票）	管理責任者	品質管理委員会 （議事録、不適合・苦情報告／処置票）	管理責任者 （第三者委員への報告書）	施設長
---------------------	-------------------------------------	-------	-------------------------------	-----------------------	-----

ヒヤリハットから予防処置までは、リスクマネジメント委員会が責任を有する。

6. 不適合サービスの受付・識別・応急処置

- (1) サービス提供を担当する各施設の各部署の主任は、サービス提供の結果のチェック、日常の設備運転巡視結果、ヒヤリハットなどを管理日誌および各種会議の記録、利用者・家族の苦情から不適合サービスを検出する。これには、サービス提供時の不適切なマナー、身だしなみも含まれる。

各施設の介護部主任・看護部主任は、検出された介護・看護の不適合、ヒヤリハットについて、「不適合・苦情報告／処置票」（様式 83-01）に記入し、管理責任者、副施設長（副センター長）、施設長（センター長）に報告する。

介護・看護事故である場合についても、「不適合・苦情報告／処置票」に記入して、同様に報告する。

施設は、サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じる。

その他管理部、ケアプランセンター、在介支援センター担当の業務において検出された不適合は、それぞれの定められた記録を採り、同様に報告する。

- (2) 利用者・家族の苦情は、生活相談員およびその他受付者は誰でも「不適合・苦情報告／処置票」に記入して、自部署の主任（責任者）に報告する。

報告を受けた部署の責任者は、利用者・家族の苦情を、管理責任者に提出する。管理責任者は、関係職員と共に早急に検討し、利用者・家族との話し合いもち、解決をはかる。その結果は、「不適合・苦情報告／処置票」に記録し、施設長（センター長）に提出する。

施設長（センター長）は、利用者・家族からの苦情の受付の報告があったとき、および苦情の解決をしたときは、利用者との契約に従い、「苦情解決責任者」として、施設長（センター長）の判断により、第三者委員に対して、それぞれ「第三者委員苦情（要望）受付報告書」および「第三者委員苦情解決結果報告書」により報告を行う。

- (3) 購入品、外注委託業務において検出された不適合品および不適合サービスは、受入検査をした者が、購買担当者に連絡する。購買担当者は、その内容を「不適合・苦情報告／処置票」に記録し、購買先に連絡の

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB—83	頁	5/ 15
-----	------------------------	----------	-------	---	----------

上、応急処置をさせ、再発防止のために原因究明、是正処置を含む報告書を提出させる。同時に、「不適合・苦情報告／処置票」に記録する。

- (4) 食事提供における不適合（食中毒、苦情等）の検出、処置については、「食事提供管理マニュアル」（QB-75-F01）に定める。
- (5) 上記の全ての不適合・事故・苦情等については、その性質・緊急度に応じて、関係する部署の担当者、責任者は応急処置・現品処置を実施し、その結果を「不適合・苦情報告／処置票」に記入して、管理責任者に報告を行う。

7. 不適合サービスの是正処置の実施手順

- (1) 応急処置を終えた全ての不適合・事故・苦情等は、各担当部署から、管理責任者に報告され、管理責任者は不適合の判断基準に従いランク付けをする。そのうち必要と判断する場合は品質管理委員会に報告し、原因究明、是正処置の方針を審議する。処置方針は
- ① 軽度の不適合は是正処置をしない。
 - ② 軽度でも複数回発生した場合は中度とし、是正処置を行う。
 - ③ 中、重度の不適合については、決定された是正処置を実施すべき部署が指示され、実施する。

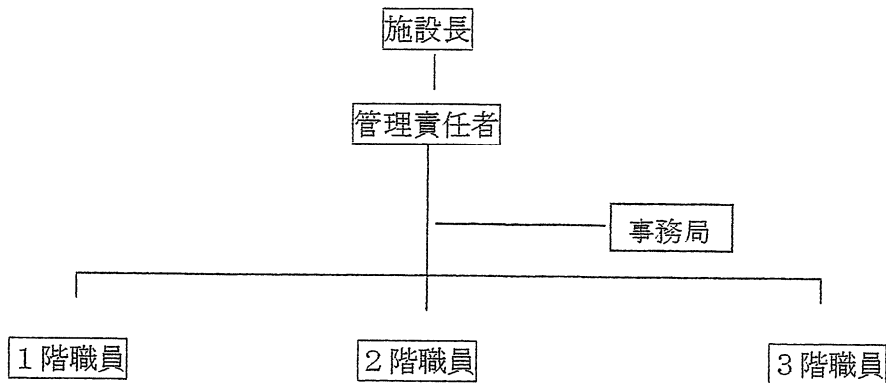
管理責任者は「不適合・苦情報告／処置票」の不適合の内容・評価欄に記入し、その内容により、応急処置、原因究明、是正処置等を行うことが適切な部署に回示し、実施を指示し、その実施結果について必要事項の記入・報告を依頼する。

- (2) 管理責任者は、上記の原因分析・是正処置などの結果を確認し、さらに品質管理委員会への報告が必要と判断する場合は、実施部署の責任者に報告を指示する。
- また、予防処置が必要と判断する場合は、リスクマネジメント委員会に報告し、その結果を「予防処置要求書／報告書」（様式 83-02）に記入し、関係者に周知徹底する。
- (3) 管理責任者は、是正処置のフォローアップが必要な場合は、適切な者あるいは自分自身がフォローアップを行い、完了を確認する。

8. 予防処置の実施手順

8. 1 本施設の予防処置は、リスクマネジメント組織（委員会）の運営を中心にして実施する。
8. 2 リスクマネジメント組織図は、下記の通りとする。

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB—83	頁	6/ 15
-----	--------------------------------	----------	-------	---	----------



8.3 リスクマネジメント組織の運営要領

- (1) リスクマネジメント委員会の開催により運営を行う。
- (2) リスクマネジメント委員会は、管理責任者の指示により、事務局が月1回を目処に開催する。

8.4 リスクマネジメントの手順

- (1) リスク対応方針は、下記の通りとする。

介護サービスは、利用者が人として持っている尊厳、及び人格権としての自分で決める権利を保障することをはじめ、「身体拘束の禁止」の原則を維持しながら、利用者の残存機能を活用した自立生活を支援することである。この中には、当施設の利用者の安全配慮義務も含まれる。

介護保険制度において、介護サービスに伴う事故等については、問題の重要性が特に指摘されており、当施設の管理者や職員、および関係機関の適切な対応と具体的案件における継続的な学習などの努力を行うこととする。

リスク対応方針として、下記の事項を定める。

第一には、“事故に関する正しい認識と対応方法を確立する。このために重要なことは、

- ① 当施設の管理者および職員などの全関係者が事故を直視。
- ② 事故発生の原因や経過に関する正しい認識を共有。
- ③ 発生原因の究明等。
- ④ 利用者・家族に誠意ある態度で接する。
- ⑤ 説明責任を丁寧に果たす。
- ⑥ 事後の具体的な対応方法の提示。
- ⑦ 問題解決に向けて適切で継続した対応を確保。
- ⑧ 利用者の人格と人権を尊重する基本姿勢を一貫することである。

第二には、医療サービスや教育の分野、類似の福祉サービスなど、介護サービスに隣接・関連する対人サービスにおける事故等をめぐる動向を教訓としつつ、対人サービスの意味を真剣に踏まえる。

例えば、事故の内容や事後の経過によっては、生命に係わる深刻な事態を招いてしまい、責任追及を免れない場合がある。一方、比較的軽微とみられ

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB—83	頁	7/ 15
-----	------------------------	----------	-------	---	----------

る案件に対して、適切な態度と方法を十分確保できなかったために、利用者・家族との間で対立的状況が作り出されることによって、介護サービスへの信頼が損なわれ、当施設に対する社会的信用が失墜するといった場合も散見される。深刻な場合は、訴訟に至る場合もある。

第三に、事故をめぐる当施設の組織的対応が不可欠なことである。事故の発生原因・経過によっては、問題が一人の担当者に絞り込まれてしまい、「犯人探し」のような単純なアプローチにならないよう注意する。

第四に、事故等をめぐる予防的対応の組織化の重要性であり、リスクマネジメント委員会の活動を通じて、「ヒヤリ・ハット」の取組みの推進を行う。「ヒヤリ・ハット」の要因分析においては、下記の要因について、分析を行う。

- ① 介護・看護職員の技術・習熟等サービス提供側の主体的要因
- ② 施設の管理者等による技術指導・業務管理などの組織的要因
- ③ ふらつき・転倒など、利用者側の体調・身体的要因
- ④ 施設の構造や設備などの環境的要因
- ⑤ 上記のうちの複数の要因が絡み合う構造的要因

(2) リスクの特定

本施設で想定されるリスクと評価の例は、表—3の通りである。

「不適合・苦情報告／処置票」において、ヒヤリハットとして報告されたものはリスクとして、リスクマネジメント委員会にて審議の対象とする。

(3) リスク評価

一般に、 $\text{リスク} = (\text{リスクの発生確率}) \times (\text{被害の大きさ})$

リスクの発生確率は、下表により1～5の5段階により数値化する。

発生確率	確率レベル
日常的に起こる。絶えず経験する。	10,000
頻繁に起こる。3ヶ月に1回程度	1,000
たまに起こる。年に1～3回程度	100
ありそうにもないが、起こりうる。	10
まず、ありえない。	1

また、被害の大きさは、下表のように数値化する。

損害の大きさ		数値化レベル
最重度	多数の死亡、重大な社会的信用の崩壊、または重大な環境破壊	4
重度	死亡または重症、重度の後遺症、重大な業務障害、社会的信用の喪失等	3
中度	軽症、軽傷、信頼関係の喪失	2
軽度	上記に至らないもの	1

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB—83	頁	8/ 15
-----	------------------------	----------	-------	---	----------

(4) リスク対策：

予防処置は、つぎの3段階の分類によって行う。

(A) 事故予防（ヒヤリハット）——下記以外すべて。

(B) 緊急時対応——熱発や受診等看護師等に連絡を要する様な事項

(C) 苦情予防——苦情につながるような事項

リスクマネジメント委員会において予防処置として実施することが決められたリスクは「予防処置要求書／報告書」（様式 83-02）として、実施を命ぜられた部署が記入し、リスクマネジメント委員会の承認を経て、全員に連絡する。

「予防処置要求書／報告書」には、下記の事項について明確にする。

- a) 起こりうる不適合とその原因
- b) 予防処置の必要性
- c) 必要な処置
- d) とった処置の結果
- e) 予防処置の結果のレビュー

9. 記録

この規定で管理する記録は次のとおりとする。

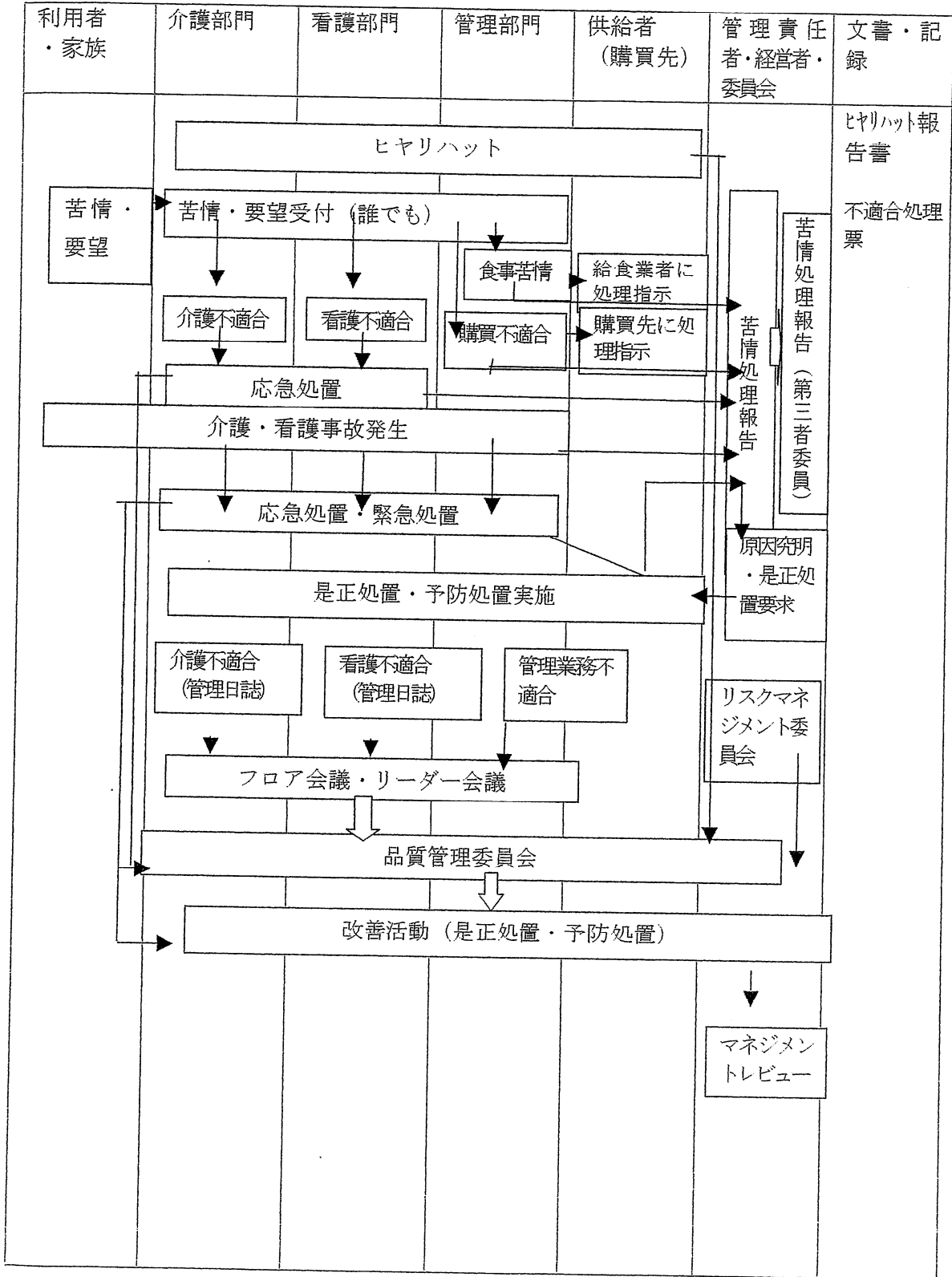
- ① 不適合・苦情報告／処置票（様式 83-01）
- ② 第三者委員・苦情（要望）受付報告書
- ③ 第三者委員・苦情解決結果報告書
- ④ リスクマネジメント委員会議事録
- ⑤ 予防処置要求書／報告書（様式 83-02）

関連文書

- ・ 顧客関連管理規定（文書番号 QB-72）
- ・ サービス企画管理規定（文書番号 QB-73）
- ・ 購買管理規定（文書番号 QB-74）
- ・ サービス提供管理規定（文書番号 QB-75）

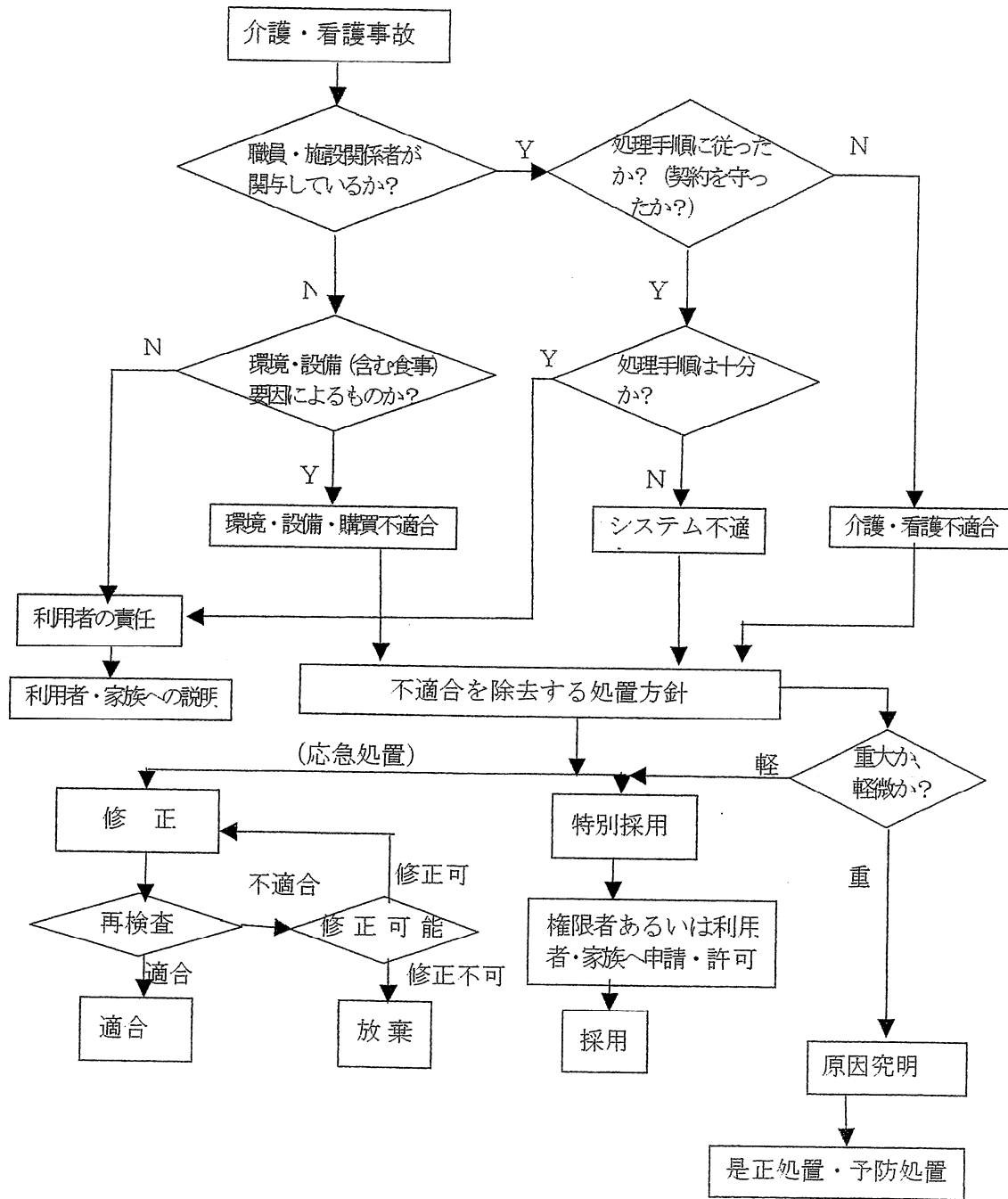
文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB-83	頁	9/ 15
-----	------------------------	----------	-------	---	----------

付図一 1 不適合処理フロー



文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB-83	頁	10/ 15
-----	--------------------------------	----------	-------	---	-----------

付図-2 事故と不適合のフロー



文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB-83	頁	11/ 15
-----	--------------------------------	----------	-------	---	-----------

表一2 不適合サービスの例

分類	項目	不適合サービスの例
日常生活 生活援助 サービス	食事	<ul style="list-style-type: none"> ・雰囲気作りの工夫をしていない。 ・適温で提供する工夫はしていない。 ・食事介助は、必ずしも利用者のペースに合わせていない。 ・健康状態の変化に対しての食事の変更・配慮はしていない。 ・食事の中に異物が混入していた。 ・食事形態が間違っ提供していた。 ・食事介助を実施し誤嚥事故が発生した。 ・食事提供時、魚禁止の利用者に魚を提供してしまった。
	入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・身体状況の変化に応じた工夫はしていない。 ・入浴時、プライバシー保護の工夫はしていない。 ・タオルは個別に準備していない。 ・入浴援助時、浴室内で溺れる。
	排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄自立の働きかけはしていない。 ・深夜・早朝のおむつ交換は実施していない。 ・排泄時、プライバシーを守る工夫はしていない。 ・排泄記録表の作成・活用はしていない。 ・排泄用介護用品の個別化の配慮はしていない。
	寝たきり防 止	<ul style="list-style-type: none"> ・寝・食分離の徹底されていない。 ・一日の総臥床時間の減少のための努力をしていない。 ・寝間着と日常着の着替えはしていない。
	自立援助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者ができるだけ自分で取り組むような配慮はしていない。 ・個々にあった自助具や補装具の準備はしていない。
	外出・外泊 への援助	<ul style="list-style-type: none"> ・一人で外出することが困難な利用者の外出の機会の確保はできていない。 ・外出・外泊について家族への積極的な働きかけは見られない。
	会話	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者への言葉づかいに注意・検討はみられない。 ・日常会話が不足している利用者への配慮がみられない。
	レクリエー ション等	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の積極的な参加への工夫がない。 ・メニューや選択に対する工夫は見られない。 ・家族やボランティア参加の配慮がない。
	痴呆性老人	<ul style="list-style-type: none"> ・問題行動についての対策はない。 ・痴呆性老人に対する特別な配慮はしていない。 ・日中の活動的な生活への工夫は見られない。 ・痴呆性老人のための環境整備に工夫はない。
	利用者の自 由選択	<ul style="list-style-type: none"> ・タバコが、楽しめるような配慮は見られない。 ・テレビ、新聞、図書、ビデオが自由に利用できるような工夫は見られない。 ・髪形や服装は、利用者の好みで自由に選べる配慮がない。 ・外部と自由に通信できるような配慮がない。 ・金銭を自己管理することができる人が自己管理できるような配慮がない。

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB—83	頁	12/ 15
-----	--------------------------------	----------	-------	---	-----------

専門的 サービス	看護・介護	<ul style="list-style-type: none"> ・健康チェック（診査）が不十分である。 ・その記録が不十分である。 ・健康状態の説明の機会をもっていない。 ・重篤な状態や終末期に入った場合、家族との連携は特にしていない。 ・感染症に対する対策は、全く配慮されていない。 ・時間を決めた体位変換は実施していない。 ・服薬者に対する与薬管理はしていない。 ・内服薬について誤って服薬援助を行った。
	リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ・課題や方法に基づいて個々に意図的なリハビリテーションを行っているが、不十分である。 ・自助具や介助用品を工夫し、改造や開発する工夫が見られない。 ・ケースごとにリハビリテーションの立案（評価・目標設定・実施計画）を定期的にケース会議を行い、計画の見直しすることはやっていない。 ・集団訓練のみで、個別指導は取り入れていない。
	S.S サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・S.S 利用者の持ち物を、S.S 利用中に紛失してしまった。 ・S.S 利用者の内服薬を配薬することを忘れていた。
その他のサービス	社会サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・人間関係のトラブルや職員、サービスに対する不満等の話や訴えを聞く体制が不十分である。 ・一定期間のうちに、利用者全員に個別の話し合いを持ち、相談を十分には行っていない。 ・利用者の状況や変化について、家族に対して必要に応じた情報提供を行っていない。 ・家族関係についての相談に応じて、適切な調整は、あまり積極的には行っていない。 ・入所者や家族からの経済的・社会的な相談に、あまり十分には応じていない。
	入退所に関する項目	<ul style="list-style-type: none"> ・施設概要のパンフレットが準備され、入所前の施設見学ができる配慮がない。 ・入所にあたって、①施設の利用方法、②利用者や職員の状況、③サービスの内容等、生活上必要な事項について必ず説明する配慮がない。 ・入退所にあたり、利用者の状態などの説明を本人・家族にわかりやすく行い、同意を得る配慮はしていない。 ・退所にあたり、その退所先への利用者の状態に関する情報提供を適切に行う配慮はしていない。 ・待機待ちの利用者に連絡を入れる際に、ご家族の携帯電話に連絡してほしいと依頼されていたのに誤って自宅へ連絡してしまい、本人さんにつたえてしまった。

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB—83	頁	13/ 15
-----	--------------------------------	----------	-------	---	-----------

	地域福祉	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアや実習生の受入や育成は積極的には、働きかけていない。 ・ボランティアや実習生の受入について、担当者を置き、継続的・計画的な対応をする配慮はしていない。 ・施設の行事に地域住民が参加したり、周辺地域の行事に利用者が参加するといった地域との交流について全く配慮がない。
	他機関・他施設との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村・保健所・福祉事務所等の機関との連携や協力に全く配慮していない。 ・必要な場合には、病院・診療所・老人福祉施設・老人保健施設・在宅介護支援センター・訪問看護ステーション・老人性痴呆疾患センター等、各種施設との連携は、全く配慮していない。
施設設備環境	広報活動	<ul style="list-style-type: none"> ・広報誌を定期的に発行していない。 ・広報誌の発行以外に、他のサービス機関との連携の促進や地域住民へのPRはしていない。
	施設設備	<ul style="list-style-type: none"> ・施設全体の雰囲気は、利用者の快適性に全く配慮していない。 ・自助員や車椅子を使用することを前提に、施設設備の配慮がなされていない。 ・車椅子、杖、歩行器、自助具等、利用者が自立のために必要な設備・器具を利用できるようには、全く配慮していない。 ・私物収納スペースは、十分確保されていない。 ・各ベッドおよびトイレや浴室のナースコールを円滑に作動することに配慮していない。 ・施設のP.H.Sを排泄介助中に便器の中に落としてしまい、使用出来なくなった。 ・家族が宿泊したり、利用できる部屋がない。 ・居室のコールマットの電源がオフになっており、利用者がベッドより転落されたのに気づけなかった。
運営管理	施設内環境衛生	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の清潔には全く配慮していない。 ・施設の大部分に異臭が認められる。 ・事故防止のために、常に床や段差、照明などの環境の安全性には全く配慮がない。
	職員への教育・研修	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の趣旨および運営理念を職員に徹底させていない。 ・体位変換、起立、移動や車椅子操作をはじめ福祉機器など、基本的な日常生活における動作介助技術の訓練を職員にしている。 ・新任職員のための系統的なプログラムがない。 ・職員研修や勉強会が企画され、計画的に行われていない。 ・職員の専門資格取得を積極的に勧める配慮をしない。
	記録・調査	<ul style="list-style-type: none"> ・各種の記録は適切に記入され、管理され、活用されていない。 ・利用者からの生活援助全般にわたる意見や評価について調査・アンケートは実施していない。

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB-83	頁	14/ 15
-----	------------------------	----------	-------	---	-----------

プライバシー	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の人権やプライバシー保護に、最大限の配慮していない。 ・利用者の情報については、外部に流出しないように配慮していない。
処遇計画	<ul style="list-style-type: none"> ・個別のケア目標・計画が利用者の意見を取り入れて作成されていない。
カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> ・ケース会議、事例研究会等を定期的には実施されていない。
事故発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・不測の事故に備えて、各種の訓練および各種保険制度の活用などの配慮がなされているとはいえない。

文書名	不適合ならびに 是正および予防処置規定	文書 番号	QB-83	頁	15/ 15
-----	------------------------	----------	-------	---	-----------

表-3 リスクとリスク評価の例

損害の大きさ 発生確率	最重度	重度	中度	軽度
起こりえない				
起こりそうにない	食中毒による 死亡	誤飲による死 亡		
起こりうる	・事故等によ る死亡 ・天災による 被害	・転倒による 骨折、 ・与薬ミス ・施設内感染 ・利用者・家 族の強い苦情	介護上のミス	・ずり落ち ・転倒 ・誤薬 ・異食
頻発する			利用者の物品紛 失	・誤飲、誤嚥

不適合・苦情報告／処置票		記録番号		分類1	分類2
		記録番号			
利用者名	様	発信部署	部署	不適合の種類	業務・行為の種類
発生・受付年月日時間	H 年 月 日 時 分		氏名		
不適合サービス・事故・苦情・ヒヤリハットなどの状況：なるべく詳しく書く。必要に応じて、時刻の経過なども書く。					
				・提案 ・ヒヤリハット	事務手続 接遇 その他 ()
応急処置・現品処置			評価・処置方針 応・是・予 軽・中・重・最重		
部署責任者コメント(必要に応じて記入) ・注意点など		施設長	管理責任者	管理責任者	責任者
<input type="checkbox"/> 様子観察する					
原因分析：真の原因・推測される事故などの原因		管理責任者コメント(必要に応じて記入)		是正処置後の改善状況の報告 (月 日に記入する予定)	
				管理責任者	管理責任者
				管理責任者	責任者
是正処置(委託業者などには是正させた内容の詳細があれば添付のこと)		予防処置の必要性(ある場合のみ記入する)			
				管理責任者	管理責任者
				管理責任者	責任者
				完了確認(3月までを5月に 9月までを11月に押印する)	
		管理責任者	管理責任者	責任者	記入者
				管理責任者	管理責任者
				管理責任者	責任者

文書の回し方:

(発生・受付・応急現品処置)発生・受付部署→管理責任者→施設長

(原因分析)実施者→実施部署長→管理責任者→(是正処置)処理者→処理部署長→管理責任者

(予防処置)処置者→(リスクマネジメント委員会)→管理責任者

★不適合管理表の日付欄(月日)は、不適合の発生日を記入してください。

★事前提出資料の集計の月間期限は、この用紙の1. 欄の「施設長欄」の日付を基準に〇月分として提出してください。

★是正処置後のフォローアップ期間を1ヶ月取って、改善の実践状況を把握します。日付けを決めて、有効性の点検をしてください。

★実施者の欄を【記入者】に名称変更しましたので注意してください。

(あて先) 姫路市介護保険課長

事業所・施設名

報告者 職・氏名

印

第三者委員苦情受付報告書

当事業所・施設で発生した苦情について、下記のとおり報告いたします。

記

苦情発生日時	平成 年 月 日 (日) 午前・午後 時 分頃
担当者	職・氏名

当事者氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S 年 月 日 (歳)
被保険者番号		利用サービス種別	
要介護度		認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有(認知症レベル) ・ <input type="checkbox"/> 無
既往症・身体機能状況			

苦情申し出者	<input type="checkbox"/> 利用者本人 <input type="checkbox"/> 利用者家族 <input type="checkbox"/> 他利用者 <input type="checkbox"/> 他利用者家族 <input type="checkbox"/> 地域住民
苦情発生場所	<input type="checkbox"/> 居室内 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> リハビリ場所 <input type="checkbox"/> ベランダ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他(利用に関する家族様からの苦情)
苦情の内容	
苦情に至る状況	

苦情発生時の状況	
苦情処置の内容(経過観察の場合は理由)	

苦情原因	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 介護者・職員 <input type="checkbox"/> 設備・用具 <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> その他()
本人・家族への面接	平成 23年 4月 1日 (金) 午前・午後 時 分～ 時 分頃
	家族氏名・本人との続柄
	説明者:
	<input type="checkbox"/> 電話で口頭説明 <input type="checkbox"/> 電話で口頭説明し後日書面を送付 <input type="checkbox"/> 面会し書面で説明 <input type="checkbox"/> 面会し口頭で説明 <input type="checkbox"/> していない
面接の内容	
経過	<input type="checkbox"/> 本人・家族の了解が得られた。 <input type="checkbox"/> 本人・家族との了解が得られていない。(現在話し合い継続中) <input type="checkbox"/> 見舞金等が保険会社から支払われる。(責任の所在は問わない。) <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の適用について話し合いをしている。 <input type="checkbox"/> その他()

今後の対策	協議日時 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃
	参加者 名

(あて先)姫路市介護保険課長

事業所・施設名

報告者 職・氏名

印

第三者委員苦情解決結果報告書

当事業所・施設で発生した苦情について、下記のとおり報告いたします。

記

苦情発生日時	平成 年 月 日 (日) 午前・午後 時 分頃
担当者	職・氏名

当事者氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S 年 月 日 (歳)
被保険者番号		利用サービス種別	
要介護度		認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有(認知症レベル) ・ <input type="checkbox"/> 無
既往症・身体機能状況			

苦情申し出者	<input type="checkbox"/> 利用者本人 <input type="checkbox"/> 利用者家族 <input type="checkbox"/> 他利用者 <input type="checkbox"/> 他利用者家族 <input type="checkbox"/> 地域住民
苦情発生場所	<input type="checkbox"/> 居室内 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> リハビリ場所 <input type="checkbox"/> ベランダ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他(利用に関する家族様からの苦情)
苦情の内容	
苦情に至る状況	

苦情発生時の状況	
苦情処置の内容(経過観察の場合は理由)	

苦情原因	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 介護者・職員 <input type="checkbox"/> 設備・用具 <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> その他()
本人・家族への面接	平成 23年 4月 1日 (金) 午前・午後 時 分～ 時 分頃
	家族氏名・本人との続柄
	説明者:
	<input type="checkbox"/> 電話で口頭説明 <input type="checkbox"/> 電話で口頭説明し後日書面を送付 <input type="checkbox"/> 面会し書面で説明 <input type="checkbox"/> 面会し口頭で説明 <input type="checkbox"/> していない
面接の内容	
経過	<input type="checkbox"/> 本人・家族の了解が得られた。 <input type="checkbox"/> 本人・家族との了解が得られていない。(現在話し合い継続中) <input type="checkbox"/> 見舞金等が保険会社から支払われる。(責任の所在は問わない。) <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の適用について話し合いをしている。 <input type="checkbox"/> その他()

今後の対策	協議日時 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃
	参加者 名

