令和５年１０月３１日作成

令和４・５年度　苦情受付内容及びその対応経過・結果についての一覧表
（期間：令和４年９月～令和５年９月）

サービス区分	苦情・要望・希望など	対応経過と結果	反省と今後の課題
特養 （入所）	① R4.10/21 施設へ届いたリハビリ計画書の宛名が担当の機能訓練指導員から事務職員宛に書き換えられている。宛名に記載されている事務職員も不在だったことから中身確認のために開封した所、リハビリ計画書が入っていた。確認すると苗字は同じだが名前が別利用者の物であった。署名はされていたが捺印が無い状態で 2 部とも返送となっている。	① 担当の機能訓練指導員が休みの為確認出来なかったが事務室へ確認すると、事務員で郵送業務を代行していた事が分かる。当日の内にご家族様（長女）へ連絡。ご本人のリハビリ計画書ではなく返送間違いであった事を説明、お詫びする。 「私も父の内容じゃないと思いまして。やはり他の方の物だったんですね。」と仰る。現時点までで確認、このような事案起きてしまった原因、状況を説明する。担当者で作成しているが郵送は事務員で行っていたことからくるミスで有り、通常あってはならない事であったことをお詫びし、正しい物を再度発送させて頂くことを伝え、了承を得る。	① 個人情報に関する事案であり担当の機能訓練指導員以外の事務職員がリハビリ計画書を封筒に入れ郵送した経緯があるので送付間違えを防ぐためには事務職員へ依頼せず。担当の機能訓練指導員でリハビリ計画書を作成、送付する際は、リハビリ計画書の氏名と封筒の氏名に相違がないか確認した上で封入、切手貼付と郵送のみ事務所へ依頼する事を取り決めとした。

	② R4.11/17 内海メンタルクリニック受診の際に担当医より「薬の間違いという事ですがどうしたらそういう事になるのですか。具体的に教えてもらっていいですか。」と話あり。内海先生から頂いた薬は医務室で保管し、定期で届く施設嘱託医からの処方と一緒にホチキスで止めセットしている事を説明する。今回連絡した 11/15 の時点で夕食薬だけが無く朝食薬が 7 日分、昼食薬が 14 日分の残薬となっているのを気づいた状況を説明する。考えられる事として、夕食薬を昼食薬として誤ってセットしてしまっていた期間があったようである事を伝える。「本人が管理していたなら仕方ないかと思いますが信じてお任せしているわけですよね。」と苦言受ける。起きてしまった事をお詫びする。「無いからと言って簡単に追加処方お願いしますと言っても精神科なので、薬事法で決められた日数しかお出しできないんです。それに向精神薬なので過剰に摂取も問題ですし、取り扱いには今後注意して下さい。今回に限ってはこちらで朝昼夕で処方日数を調整してお出ししますが。」と話受ける。医務室、施設長	② ご家族様（長女）へ連絡する。内海メンタルクリニックから、薬に関して、施設側で誤ってセットしてしまった事を説明しお詫びする。朝食薬は日数通りであったが、昼食薬が多く余り、夕食薬が不足してしまった形となった状況を説明する。直ぐに病院へ連絡し、相談した上で、11/22 に予定していた定期受診を早めてもらい本日受診してきた事を伝える。ご家族様より「そうだったんですね。間違えて飲んだって本人にとっては特に大きく変わらないとは思いますがね。でも、朝昼夕で錠剤も違いますし、精神科で厳しいので追加処方とか出来ないと言われたんじゃないですか？」と仰られる。苦言は受けており、担当医と相談し追加処方という事ではなく次回受診迄日数を調整した上での処方となった事を説明する。「そうでしたか。ならば薬がなくて困るという事はないわけですね。施設の方できちんと対策を立てられるのでしょうから、家族としてはそれ以上は特に有りませんので。返って色々手数を掛けてしまい、すみません。」と返答される。	② 定期薬のセット間違いに気づいた時は施設内でコロナ感染症対策の真っ只中であり医務室内でも慌ただしくしていた中で不十分な体制でのセットとなってしまい、結果として内服薬のセットミスに繋がってしまった。 慌ただしい中でも、集中して薬をセットする時間をしっかりと設けること、看護師同士で重複確認、相違がないかの確認体制を改めて確保して行くよう周知した。

	へ報告する。 ③ R5.7/4 ご家族(次男様)より連絡あり。今日、姉が面会をしたがその時の職員の対応について話があるとの事。面会中に排便があった様子であったため対応している職員へ声を掛けた所、「面会前に排便があったから臭いが残っているだけではないか。」と返答があり、確認してくれるような素振りが無かった。いつものように様子を聞いた際も「私は手伝いに来ているのでここの職員ではないのでよくわからない。」との返答であった。家族からすると施設の職員で有れば当たり前に聞いてしまうと思うため、確認してみるでもなくそのような返答はどうかとの事。次男様自身も面会に行った際にその職員に会っているが状態を聞いたりすると普段から睨んだような目つきで面倒くさそうな対応で有り、家族としては聞きにくい所があったとの事。	③ 該当ユニットが職員不足となっており、他ユニットから期間限定でユニット業務の手伝いを行っていたことをご家族へ説明、その中で至らない言動があった点についてお詫びする。ご家族から話があった事を該当職員へ伝え、ご家族からすれば手伝いに来ている職員との認識はないため、状態確認であれば、分からないなどの返答ではなく、確認してみますなどの返答をすべきであった。また、協力ユニットの職員へ聞いてから返答する、もしくは状態の分かる職員から返答してもらう様にする事、排泄に関してもご家族様からの訴えが聞かれており、一旦確認をする様に指導を行った。	③ 接遇の部分に欠けていた事で、ご家族へ不快感を感じさせてしまいました。 我々職員は、ご利用者様は勿論、ご家族から言葉遣いや態度、対応を見られている事を念頭に置かなければならないと思います。マスク着用で仕事をしていますので、表情も分かりにくい所もあるため、マスク着用でも口角を上げる事で表情も和らいで見えると思います。また、施設職員の接遇の研修等も実施し、ご利用者様、ご家族様に対しての質の良いサービスの提供を行えるようにする事が必要。
短期入所	① R4.11/24 ご家族様より電話あり。 本日までショート利用で送って来ても	① 最初に連絡頂いてからお待たせしてまった不備を謝罪。見つかり次第自宅	① 今回、忘れ物の有無自体よりも初期対応や判断の遅さが一番の問題であったと

	らったが荷物を確認したところエンシュアリキッド用のプラスチックのコップが入っていなかった。15 時過ぎにそのことを電話し、女性の方が応対、探しますとの返事であったが一向に連絡が無いと話を受ける。	に届けに伺うことを伝える。 その後確認したところキッチンに名前入りのコップがあるのを発見。 最初に連絡を受けた職員が袋とコップを聞き間違いしており探すのに時間を要したことが分かり、ご家族へ連絡。 「いかがなものかと思いますね。あっても無くても直ぐに連絡を頂けるべきではないかと思います。」と話あり再度謝罪。「もう暗くて運転も危ないと思いますので、明日以降で構わないですので」と話あり。今までの経過を施設長へ報告。施設長にて自宅へ届けに伺う。電話も説明していたように忘れ物をご認識していた経過を改めて説明。 家族より「そういうことでしたか。袋とコップを聞き間違えちゃうのはどうなんでしょうね。だから、こっちはすぐに見つかる物だと思って連絡がないなぁってなっちゃんたんですよね。」 と返答される。 本来返却するべき物が返却されなかったこととご家族への連絡が遅くなったことをお詫びする。	思います。 最初に連絡を頂いた時点で、電話対応者が内容を明確に把握し、周りに伝達するができていなかったことが原因であり情報が錯綜してしまっていたため、正確に聴き取り復唱することも必要となってきます。尚、慌ただしい中でも入所時の荷物チェック表と照らし合わせながら個人の忘れ物の防止に再度努めていきます。

	② R5.1/19 ご家族へコロナ陽性職員が 1 名確認されたことを連絡。利用期間中の 1/17 の昼の食事介助を行っていたことを説明。その職員は元々ご家族のところで濃厚接触者扱いで 1/14 から 3 日間自宅待機で休んでいたが 1/17 のみ短時間勤務していた状況を説明。出勤前々日、前日、当日と抗原検査を実施し、いずれも陰性を確認の上でフェイスシールド、マスク着用であったことを伝え、健康観察を依頼。「こまめに検温してみます。」と返答受ける。 ご心配おかけしたことをお詫びし、何かあればこちらから連絡させて頂くこと、何かお変わりがあれば連絡頂きたいことを伝え、ご家族了解される。 保健所に確認し、昼食介助という 30 分以上の接触があったため本人は濃厚接触者扱いに該当するとの話を受け、ご家族へ再度連絡。 「それならばすぐに迎えに来てください。言わばあなた方加害者ですよね。」とお話あり。 「うちも私一人で面倒みてるんです。本	② ご心配、ご不安を与えてしまったことを詫びする。 利用調整については即答できず、調整の上で連絡することを説明し、一旦切らせて頂く。 施設長へ電話にて状況報告。 担当としてどう判断するかと話あり、旦那様の言う通りであり健康観察中に他サービス利用できない状況となるためショート利用を調整することを伝え ご家族へ連絡。保健所からも今週末までは経過観察するようにとの指示であったため、最低 23 日まで利用受け入れの居室調整させて頂いたこと、これから迎えに伺いたいが道路の込み具合もあるため予めご家族の都合を確認。 ご家族より「そうですか…ありがとうございます。これから薬の準備等もあるので 1 時間くらいみてもらえますか？」と返答あり 19：30～20：00 の間で伺うことを伝え、了解される。 お迎え時に改めて状況説明。遅い時間の訪問、ご不安を与えてしまったことを改めてお詫びする。	② 最初の状況説明でも説明不足や咄嗟の対応として至らない点もあった。 施設内でも職員は体調管理や体温チェック、マスク着用など感染対策を講じながら対応はしているが、在宅サービスを利用されている利用者様にとって、 他サービスへの影響、ご本人やご家族への心身的な不安を招いてしまった。 コロナ禍においてこのような状況になる可能性は考えられ、万が一居室調整が困難であった場合の在宅生活ご利用者の緊急的な受け入れ方法を施設としても検討していく必要がある。 また、利用中での発熱等の場合抗原検査を行い、ご家族の不安を払拭した上で退所して頂くような取り決めを行うなどサービス事業者として行うべき対応について協議検討していくようにします。

	人もですが自分が倒れたらどうなりますか？分かりますよね？私の方から他事業所へ連絡しておきますから。」と。 ③R5.4/29 ご家族送迎での退所の際、以下ご指摘受ける。 [1]リクライニング付属（別注品）の胸用ベルトはリクライニング左右後方で接続されているが絶対に外さない事。（透明テープに注意記載あり） [2]リクライニングへ移乗する際、介護員は両脇から手を抜かない内に左右後方からベルトを握り脇を通すことでしっかり腋窩からベルトが通りご本人様の苦痛を減らせる。 [3]左右後方の接続部位にゆるみが無いか必ず確認してから移乗すること。 [4]胸元ベルトがペグ部に絶対に触れない事。 ※胸元ベルトは胸元中央に分かりやすい着脱箇所ありますよね。左右後方の接	その後利用され、合間で状態の報告行い退所前に抗原検査実施させて頂くことを説明し了承頂く。 理事長と施設内で検討した結果居住費は頂かないこととなった旨を説明。 ③ その場でご心配、ご不快な思いを与えてしまったことについて謝罪する。 利用期間も空いてしまっていることもありご本人様の状態の認識や情報共有が不足していたことをお詫びし、普段から介護されているご家族様から直接 ご指南頂いた対応方法については口頭だけの伝達だけでなく、書面に記載し車椅子乗車の際に周知徹底していくことを説明。ご家族了承頂く。	③ 迎え時に口頭でも申し送りを受けていたが、情報の伝達ができていなかったことが原因。細かい指示内容については口頭だけでなく写真にも残すようにします。職員が代わることもあり誰しもが一目瞭然で明確に分かる仕組みを整えていきます。

	続部は一度外すとゆるみが出て必ずずり落ちに繋がります。ペク部に引っかかったら 1 時間で穴はふさがり死亡します。脳も身体も限界まで来ているのに分かってもらえないと困ります。 ④R5.5/17 5/17 ご家族へ入浴の際左肘に 5 cmくらいの打撲痕や赤みがみられたことを報告。ご自宅でそのような記憶があるか確認。「肘ですよね？膝はあったような覚えはありますが。」と明確には分からないとの返答受ける。施設利用中にできてしまった可能性が高いことを伝え、お詫びする。看護師で確認し保護剤で保護しており、このまま経過を見てもよいか確認し了解を得る。 改めて帰りの際に報告させて頂くことを説明。「そうですか…分かりました。」とのこと。 5/18 ご家族へ連絡。5/17 の夕食時に飲むべき薬残っており今朝になり内服していないことに気が付いたことを報告、謝罪する。朝夕に内服しているものであったことを説明。看護師に確認し朝にも	④ 連絡時に対策案を施設内で協議の上で改めて説明させて頂くことを伝える。 施設内で検証、カンファレンスを行い対策案を協議。 後日正処置をまとめた対策を持参の上で介護部長と自宅へ訪問させて頂く。 起きてしまった経過の説明、お詫びする。 既存の薬チェックに加え申し送り用紙にも朝昼夕就寝と内服すべき時間を明記し職員側でも把握、看護師でも内服薬管理表に記し管理側、内服介助側双方で共通認識する方法に変更したこと、打撲についてはご本人の身体状況を観察し身体の位置を変えたり、当て物をしながら対応することを説明。介助での具体的な方法の徹底は勿論であるが、入所時のボディチェック、介助に入る合間でも皮	④ 内容は異なものの１回の利用中に 2 回という事故報告となってしまい、ご本人だではなくご家族へもご不安、不快な思いをさせてしまいました。 薬の管理については確認の失念、薬についての認識の甘さが招いたものでありそれぞれ担当の責任の上で情報把握、目視、声出し確認、介助という当たり前の一連の対応を周知徹底するよう介護部長より指導して頂いています。 チェック表など書面だけに頼るのではなく職員が入れ替わる中でも口頭での申し送りを確実に行い確実な対応に努めていきます。 ボディチェックについては、ご本人全介助であるが故に職員主体の介助となってしまいがちであるが双方にとって安心、安全に繋がるよう介護部長より指導

	内服している物であり重複してしまうこともあり内服しないよう指示があったことを説明、お詫びする。配薬時の看護師でのチェック、内服前の介護員でのチェックのどちらも抜けてしまったことで起きてしまった状況を説明する。 ⑤R5.8/14 軟膏類の入ったビニール袋が入っていないとご家族より連絡あり事務員で受けたとのことで詳細確認のため再度連絡。帰宅後、荷物の中を全部ひっくり返して確認したが、プロペト軟膏、緑の蓋の軟膏等を入れたビニール袋が入っていなかったんですとのこと。 事務員からの申し送りを受け、私物を管理するBOXの中、居室内それぞれを介護員に確認してもらったが、現時点では無いこと、介護員からは荷物の中にしまったと思うという返答だったこと、こちらでも再度確認するが、自宅でも確認していただきたいこと、お時間をいただきたいことを伝え、「全部を床の上へひっく	膚状態を確認し身体確認表へ明記しお渡しすることを提案。 口頭説明だけではなく追加項目をまとめた文書をお渡しすることを説明し、了承頂く。 翌月の送迎の際にショート職員からも対策案を説明、謝罪し文書お渡しする。 ⑤ ご家族へ連絡。軟膏類の入ったビニール袋についてユニット内を再確認したところ、私物を管理するBOX内ではなく、施設備品と一緒にあるのを見つけたことを説明。原因としては処置後に看護師が本人持参の物でなく、施設備品と思い込んでしまったこと、介護員も確認不足で思い込みによる返答をしてしまったことを謝罪。 届けに伺いたいことを伝え、都合を確認。「私は構わないですが、先程の電話では荷物の中へしまった筈だとあなたは仰いましたが、実は違っていて、話が二転三転していますよね？以前に忘れ物があって連絡したときもそうでした	して頂いています。 ⑤ 忘れ物に関しては以前にも同様の事案があったにも関わらず、今回についても思い込みで返答してしまったことが間違いであり、しっかりとした確認、情報共有の徹底がなされていなかったことで更なるご不快を与えてしまうことに繋がってしまいました。 普段から関わる介護職員や看護師だけでなく、事務所の請求書関係やそれ以外の関係各種のそれぞれの対応など認識の甘さ、迅速な対応が欠けていることに対するご指摘も受けて、施設内の関連職員が専門職としての責任認識を持ち各々で対応していきます。

	り返したけど、無かったんだから、うちには無いと思うんですが…、分かりました」とのこと。	が。誤った職員も連れてきてください。私が怒りますから」とお話あり。検討、一旦電話を切らせて頂く。 看護師、施設長へ報告しすぐに自宅へ看護師とともに訪問。 軟膏の入ったビニール袋を手渡し、改めて謝罪。原因として、介護員としては荷物チェックの際にしまったと思い込みによるしまい忘れ、看護師としては本人持参の軟膏類だったが、施設備品と勘違いというそれぞれの誤った対応だったことを伝え、今後、介護員側は思い込みでしまったではなく、間違いなくしまうという対応をすることを伝え、看護師側は軟膏類を持参した際は確認、退所日に確実に返却できるような対応を徹底させていただくことを看護師より説明し改めて謝罪。 ビニール袋一つの忘れ物の連絡をしただけなのに、介護員だけでなくて看護師も間違っていてこんなに発展して、お二人もわざわざ謝りに来る手間までできて。過去にもヒューマンエラーが起きて苦情に繋がっているようなのでまずいんではないですか？うちでも、	

		定款と異なる電話対応をされたり、施設長が変更になったのに変更されていないままの異なる請求書と領収書を私が指摘するまで気付かないで何ヶ月も発送され続けたり、指摘しても改まった請求書と領収書が発送されなかったり。軟膏類は記名が薄かったというこちらの事情もありますが、持参物には全てへ記名しないと駄目ですか？そちらでは入所の際に持参物の確認はしないんですか？」と話あり。 入所日に介護員、看護師ともに持参された荷物、薬等は必ず確認しているがそれ以降認識不足だったことを謝罪。 シフト制のため、毎日異なる職員が対応しているが、それでも統一した対応を今後は徹底するように努めること、処置についても看護師間で徹底させていただくことを看護師より説明。 「もう謝りへ来ることの無い様に」と話あり。 最後に、オムツの当て方に関する話があり、カバーが真ん中に来ていない状態であって、テープの当て方が左右均一された長さではなく、酷く雑でし	

		た。今日だけでなく、過去にも尿取りパットが陰部の真ん中に当たっていなかったり、後ろが長すぎて前が短すぎた当て方だったこともあった。私でもできているのにプロの皆さんはできないんですか？」と指摘あり。不快な思いをさせてしまったことを謝罪。 帰園後にユニット職員へ申し送る。	
	⑥R5.9/11 ご家族様より、本日持参したサービス計画書が違う方の物であると施設に連絡があった。	⑥ 報告を受け、確認してからお渡しできなかった事に対して謝罪し、間違えたサービス計画書を自宅まで取りに伺う事を伝える。ご自宅に伺い別の利用者様のサービス計画書で有る事を確認する。取り違えた可能性のあるご家族様へ連絡し、確認させて頂いたところ、本人様のサービス計画書が他利用者様のご家族様の手元に渡ってしまった事を説明。直ぐに回収させて頂いた事、お二人の方で入れ違ってしまっていた事を改めて謝罪する。「そうでしたか…気付いて連絡したのは私くらいですか。名前、生年月日、住所、介護度等、色々書いてありますもんね」と仰	⑥ 原因と考えられる事として、 [1]利用日が同じ方のサービス計画書を複数枚出しており、カルテに挟んだ際に間違えて他の方のサービス計画書を挟んでしまった [2]複数人の入所される方の食事箋をカルテに挟む際、外したサービス計画書を取り違えてしまった [3]入退所時の電話連絡の際、カルテの連絡先を見るため、サービス計画書を外して連絡をするが、戻す際に間違えた。 多数の職員がカルテを見ているのにも関わらず、サービス計画書の氏名確認をする意識が出来ていなかった事に因る

		る。個人情報の取扱いについて行き届いていなかった事をお詫びする。 担当者だけでなくお渡しする時に確認できる仕組みや認識を協議した上で策を講じていく事を説明する。「そうですね。お願いします。」と返答頂く。 退所時に改めて介護支援専門員よりご家族様へお詫びと今後の対策と説明する	確認不足が原因だったと思います。 防止対策として、 [1]サービス計画書を印刷し、カルテに挟んだら相談部、ショートステイ職員へ依頼し、カルテ氏名とサービス計画書の氏名を確認する。 [2]入退時の電話連絡後に、カルテ氏名とサービス計画書の氏名を確認する。 [3]送迎担当者は送迎に向かう前にカルテ氏名とサービス計画書の氏名を確認してから送迎に行く。入退所のかごの所にカルテ氏名とサービス計画書の氏名を確認してから送迎に向かう様張り紙を貼り周知を行っています。
通所介護	R4/9/1　帰りの送迎について １６：２０いつもの様に送迎車へ１台ずつ安全に乗り込む。その日の送迎車は５台。１号車に乗って待機している利用者が添乗職員に出発の時間を確認する。添乗職員は４６分くらいに出発だと返答したが利用者は聞こえなかった。４６分過ぎ２号車、３号車発車するが１号車はドライバーが５台目送迎車の乗車介助を行っていたため出発が出来ず。５０分	報告を受けた所長が担当したドライバー職員・添乗した職員へその旨確認する。２人の職員はきちんと挨拶も、遅れて発車した理由も説明をしたとの事だったが利用者へ伝わってなかった事と説明し、今後このような事が無い様に注意をする。利用者帰宅後、謝罪の電話を入れるが入浴中との事。ご家族様へも説明をし謝罪をする。ご家族より「以前から今日の職員の方に対して不満を持っ	職員会議で職員に内容を報告し、利用者様への説明を疎かにならない様にきちんと目を見て丁寧に行う事。一度悪い印象を持たれると払拭するのに時間がかかる為、日頃の接し方に注意をし細やかな配慮を継続して行う事が大切ではないか？と話し合いを行った。

	が過ぎ１号車のドライバーが乗り込み出発。添乗員は遅れて出発した理由を説明したがその利用者には伝わっていなかった。１７：１０過ぎにいつも最後に降車しているのにも関わらず添乗員が手違いがあり先に送ると説明するが口うるさいから最後にせず先に降車させたと思い込み、説明に対しても理解が出来なかった。いつもなら最後にならない利用者が自分の為に最後にさせられ申し訳ないが自宅に到着し降車後振り返るとキャラバンのドアを閉め発車しようとしていた。見ていた家族にも挨拶なく発車して行った。以前も同じ添乗職員できちんと挨拶をされなかった事があった。次の参加時に職員へ不満を話し所長へ報告。	ていた様だ。今日は辞める決心をして参加したが本人辞めると言ってこなかった様です。職員のどんな対応でも相手に伝わらなければ駄目ではないか？」と、指摘をされる。職員の指導不足で申し訳ないと再度謝罪する。次の参加日がお休みと連絡あり、後日担当ケアマネより利用終了と連絡が入る。	
	R4/12/3　10・29 デイ利用しコロナに感染をしてしまった利用者家族が来所し、コロナ感染症を持ち込まれて家族が次々と感染し大変苦しい思いをした。本当につらかった。どこから持ち込まれたものなのか説明もないのか？どこが、誰が発生源なのかなぜ追求しないのか？と、激怒し上靴を持ち帰り、終了となる。	謝罪をする、コロナ感染症の発生源はどこなのか追及できず申し訳ないと再度謝罪を行うも、怒りは治まらず。 担当ケアマネに内容を報告し謝罪をする。コロナ感染症疑いがあればデイサービスの方で抗原検査等の対応は出来ないのか？と意見があり。その旨を施設長へ報告する。デイサービスは基本在宅部	コロナ感染症のクラスター発生については職員からコロナ陽性者が出た時点で毎日、出勤職員が抗原検査を特養職員の様に出来れば良かったのではないか？今後、又、職員から陽性者が出た場合、あるいは不安な場合は積極的に抗原検査を行う事が必要。保健所の指導だけではなく当事業所独自の対応も必要だ

		門の為、デイサービスで抗原検査は行わず、疑わしい利用者は自宅で抗原検査をしてもらう様に、保健所からもそのような指導があったとの事。	と思う。
	R5/5/2 コロナ感染し入院していた利用者が退院をし利用再開となった。その際主治医から身体機能維持の為デイサービスに参加した方が良いと言われ、以前週１回の参加だったが週２回の参加で利用再開する。再開後様子を見ながら運動には週１回で様子を見ていると、「体調がいいから 2 回参加しているのに何故運動に 2 回参加出来ないのか？」と言われ所長から「疾患の事を考慮し様子を見させていただきました」と説明する。本人様「筋が通っていない事は嫌だ」と自分の携帯からご主人へ連絡するもつながらずタクシーを呼び早退したいとの事だった為、こちらで送り自宅へ戻られる。6 日（土）変わりなく参加をしたが 8 日（月）包括担当から連絡があり運動について説明し納得されていましたが運動に呼ばれた時間が遅く他の利用者に大きな声で不満的な話をしていた為、相談員が説明するが解釈の仕方が違	6 日（土）9 日（火）両日、所長公休で不在 10 日（水）相談員より報告があり直ぐ包括担当へ連絡し 15 時に面会お願いし直接話を伺う。相談員の説明不足を謝罪する。「本人様、ご家族様も週 1 回の利用でお願いしたいとお話しされている。リハビリ専門の事業所や他の通所サービスの話をしても信夫の里のデイサービスが良いと希望しているので、このままでお願いしたい」との事。	① 耳が遠い利用者で補聴器も使用されており、参加時の運動の時間を来所後メモをして何時から行うか早めにお知らせする様に担当職員と決める。何時から運動だと分かっていると落ち着いて過ごす事が出来る。 ② 契約から関わっている所長が対応窓口と固定する

	った様で「料金の話が出た」とご主人へ話をした様で新しい料金表が欲しいと申し出があったとの事。9日（火）包括担当から、「今週から週1回の利用でお願いしたい」と連絡あり、本人様は未だ納得はされて無い様子が参加中見られ昼休みのベットの位置が悪いと他の利用者へ大きな声で話をしていた。		
訪問介護	なし		
居宅介護支援	なし		

特別養護老人ホーム　３件
ショートステイ　６件
デイサービス　３件
ヘルパーステーション　０件
居宅介護支援事業所　０件　　合計１２件

～苦情解決第三者委員のご意見・総評～

【八巻正苦情解決第三者委員より】
　色々な問題に対しての対応の仕方がそれぞれ違うので大変だと思いますが、丁寧な対応をされている。
　情報の共有の仕組みをしっかりとして、個人情報はファイリングしておく。薬も同様。

【國井輝夫苦情解決第三者委員より】
　ちょっとした事が大きな問題に繋がってしまう。思い込み、感情がかみ合わないとダメ。研修・反省会をしながら共有する。
　身体に痣が有る件に関しては暴力などでできた物ではないかと、トラブルになる事もあり得るため、気が付いたら複数人で共有する。事件に発展しないように、状態に注意しながら対応を行う事が望ましい。

～黒島施設長より～

　ヒューマンエラー、人的ミス、基本的な動作が疎かになっているのでしっかりして行きたい。個人情報や薬のセットミスに注意して行く。ネットに流されたりすると施設にとって大きな損失となり、重大な事に繋がるという事を認識しなければならない。
上司に相談し施設としてもどのような対応をするか、初動対応、スピードが大事である。