

令和6年度

苦情申出のまとめ

(令和6年4月1日～令和7年3月31日)

施 設 名	R6年度	R5年度	R4年度	R3年度	R2年度
本部事務局		1			
救護施設かしわ荘		3			
救護施設おぐに荘					
養護老人ホーム御山荘					
特別養護老人ホームむつみ荘	4	2	2	2	1
特別養護老人ホームしおかぜ荘	4	1	4	2	3
特別養護老人ホームなごみ荘		1	3		5
ケアハウスしおかぜ			3		
地域密着事業所まつみ					
計	8	8	12	4	9

令和6年度
福祉サービス事故の状況のまとめ
(令和6年4月1日～令和7年3月31日)

1 年度別発生状況

施設名	R6年度	R5年度	R4年度	R3年度	R2年度
救護施設かしわ荘	7	12	19	14	22
救護施設おぐに荘	6	5	5	6	6
養護老人ホーム御山荘	9	11	17	12	7
特別養護老人ホームむつみ荘	3	13	11	14	7
特別養護老人ホームしおかぜ荘	8	7	13	7	19
特別養護老人ホームなごみ荘	8	11	7	13	17
ケアハウスしおかぜ	0	3	4	1	5
地域密着事業所まつみ	7	9	9	3	10
計	48	71	85	70	93

2 月別発生状況

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
かしわ荘	1						1		3	1		1	7
おぐに荘	3		1	1	1								6
御山荘		1		1			4	2				1	9
むつみ荘			1	1			1						3
しおかぜ荘	3	1	1						2	1			8
なごみ荘		1	1					1	1	1	1	2	8
ケアハウス													0
まつみ			2			1		2			1	1	7
計	7	3	6	3	1	1		5					48

3 内容別発生状況

	転倒 転落	誤飲 誤嚥	食事	服薬	医療	経管	入浴	排泄	抑制	無外・ 外出	暴力・ 暴言	記録・ 伝達	設備・ 備品	その他	計
かしわ荘	4		1	2											7
おぐに荘	4			1										1	6
御山荘	5			2						1				1	9
むつみ荘				2										1	3
しおかぜ荘	4													4	8
なごみ荘	5			1										2	8
ケアハウス															0
まつみ	3			3	1										7
計	25			11						1				9	48

気付き件数(ヒヤリハット状況)のまとめ
(令和6年4月1日～令和7年3月31日)

1 年度別発生状況

施設名	R6年度	R5年度	R4年度	R3年度	R2年度
救護施設かしわ荘	73	66	85	97	78
救護施設おぐに荘	18	35	42	39	83
養護老人ホーム御山荘	20	25	19	24	64
特別養護老人ホームむつみ荘	174	178	187	156	151
特別養護老人ホームしおかぜ荘	94	86	102	151	126
特別養護老人ホームなごみ荘	129	172	132	156	235
ケアハウスしおかぜ	0	2	3	7	3
地域密着事業所まつみ	49	35	19	28	46
計	557	599	589	658	786

2 月別発生状況

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
かしわ荘	2	4	6	2	3	17	4	6	4	5	12	8	73
おぐに荘	2	4	3	6	3								18
御山荘		3	3	1	5			1	1	1	2	3	20
むつみ荘	18	12	17	9	15	9	17	14	18	13	17	15	174
しおかぜ荘	6	1	3	9	11	8	9	5	9	13	9	11	94
なごみ荘	7	3	14	9	18	10	13	15	8	12	7	13	129
ケアハウス													0
まつみ	1	5	6	10	3	9	5	5	2	2	1	0	49
計	36	32	52	46	58	53	48	46	42	46	48	50	557

3 内容別発生状況

	転倒 転落	誤飲 誤嚥	食事	服薬	医療	経管	入浴	排泄	抑制	無外・ 外出	暴力・ 暴言	記録・ 伝達	設備・ 備品	その他	計
かしわ荘	51	1	1	6			1			2	4			7	73
おぐに荘	11			2										5	18
御山荘	10			5	1					2			1	1	20
むつみ荘	62	3	34	14	4	2		2		1	1	3	8	40	174
しおかぜ荘	52		8	3	1						1	3	4	22	94
なごみ荘	66		16	3				2		1		7	4	30	129
ケアハウス															0
まつみ	43		1	1										4	49
計	295	4	60	34	6	2	1	4		6	6	13	17	109	557

令和6年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	救護施設 かしわ荘
-----	-----------

1. 苦情受付の状況 【 0 件】

- ・令和6年度の苦情受付はなかった。
- ・利用者自治会（松の会）の全体会にて、利用者全員を対象に苦情解決体制について説明する機会を設けている。また、毎月の自治会の役員会や全体会にて、利用者からの意見・要望等の聞き取りの機会を設けている。いただいた意見・要望に対しては、その都度検討し、サービスの向上に繋げられるように努めている。

2. 事故の状況等 【 7 件】

- ・全体件数としては、過去5年間と比較すると最も少ない件数であった。救護施設おぐに荘との統廃合を実施した9月以降については6件発生した。利用者数の大幅な増加、職員の異動、業務内容の変更等も一つの要因と考えられる。
- ・転倒・転落・滑落事故は、4件発生した。そのうち骨折に至った事故が3件であった。なお、いずれも歩行器や車椅子を自操している利用者であった。
- ・服薬事故は、2件発生した。1件は人違いの誤薬、もう1件は臨時薬の飲ませ忘れであった。誤薬については、似た名前の利用者であったための思い込みと与薬マニュアルの手順を怠ったことが原因であった。飲ませ忘れは、与薬を開始する前と与薬後の際に与薬マニュアルの手順を怠ったことが原因であった。
- ・食事に関する事故は、1件発生した。食事中にパンを詰まらせた窒息事故であった。事故発生時は口腔内にできた口内炎による痛みがあったことで、普段より咀嚼機能が低下していたことも原因として考えられる。直ぐに除去できたため大事に至らなかった。

3. 事故防止のための対策

- ・転倒事故については、普段より日課の中に体操や歩行運動を取り入れ筋力低下防止に取り組んでいく。利用者自身で危険を予知することが難しい方が多いため、環境整備にも努めていきたい。
- ・服薬事故については、与薬業務に携わる職員を対象に与薬動作のチェックを行い、与薬マニュアルの手順の確認と徹底を図った。また、マニュアル「誤薬事故防止のための決めごと」の見直しを行い変更を行った。
- ・窒息事故については、利用者の健康状態の変化も重大な事故に繋がる可能性があるため、些細なことでも情報の共有を図っていくことが大切である。窒息時の緊急対応の研修として、ロールプレイを行い動作の確認を行った。
- ・救護施設おぐに荘との統廃合で利用者人数も増えたが、日々の利用者とのコミュニケーションを大切にしていきたい。また、施設内研修やKYT訓練を行いながら事故防止に努めていきたい。

令和6年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	救護施設 おぐに荘
-----	-----------

1. 苦情受付の状況 【 0 件】

- ・令和6年度苦情受付はなかった。
- ・自治会（なかまの会）の役員会や全体会、「ちょっと聞いてよ」の意見カード、利用者満足度調査での聞き取り、「意見箱」の設置等で利用者からの意見・要望・相談の機会を設けている。
- ・これらの取り組みにより、いただいた意見に対しては、その都度検討し、サービスの向上に繋げられるように努めている。

2. 事故の状況等 【 6 件】

- ・転倒・転落・滑落事故は、4件発生した。そのうち1件は新型コロナウイルス感染症により居室対応を行っており、居室環境の変化や使用する椅子も普段使用しているものと違い、椅子とともに転倒した。
- ・服薬事故は、1件発生した。薬を準備する際、内科薬1包、精神科薬1包を組み合わせ準備するところ、誤って精神科薬を2包組み合わせで準備してしまった。正しい組み合わせでは4錠の薬であるが、誤った組み合わせでは2錠しかなく、利用者からいつもと違うと話があったが、薬包が本人のものであり、薬箱に記載されている包数と同じであったため、合っていると思い込み服用させてしまった。
- ・その他の事故として、経緯不明の右肩の腫れと内出血が見られた。普段よりふらつきのある方であり、生活の中で体制を崩し、どこかにぶつけてしまった可能性がある。

3. 事故防止のための対策

- ・転倒事故の要因として、利用者の高齢化に伴う下肢筋力の低下が挙げられる。この課題に対し、日課に体操や歩行運動を積極的に取り入れ、筋力低下の防止に努める。また、感染症による隔離対応時には、利用者様の精神的な負担軽減にも配慮した環境づくりを心掛け、危険予知の視点を持って安全なケアに努める。
- ・服薬事故に関しては、思い込みでの介助とならないように複数の職員で確認を行い、服薬マニュアルを再確認し、マニュアルに沿った対応を徹底する。
- ・利用者の中には、ご自身の状況を的確に伝えることが難しい方が多くいる。そのため、日頃より利用者一人ひとりと丁寧に向き合い、コミュニケーションを密に図るとともに、細やかな健康観察を行っていく。また、事故防止のためには、職員一人ひとりの気づきと、それを迅速かつ正確に共有する連携が不可欠である。施設内研修や危険予知訓練を実施し、職員全体の意識向上と事故防止体制の強化に努める。

令和6年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	特別養護老人ホーム むつみ荘
-----	----------------

1. 苦情受付の状況 【 4 件】

- ・特養にて1件の受付があった。ベッドから車椅子へ移る際、思うように動くことができない利用者に対して、不適切な言葉遣いをされた利用者本人より他介護員へ申し出があった。また、今回の申し出について、上司への報告までに時間を要するという課題も明確になった。当該職員に対してはこれまでも複数回指導を行ってきたが、改めて自身の言動を振り返るとともに、速やかな報告の重要性についても再認識するように指導を行った。
- ・デイサービスにて1件の受付があった。利用者をご自宅玄関まで送ったが、家族が出迎える前に利用者を玄関に残し、職員が帰ってしまった。このことに対し、ご家族より「いつどのように帰ってきたか不安になり、怪我でもしたら大変と思い、次回からこのようなことがないようにしてほしい」と申し出があった。また、ショートステイにて1件の受付があった。入浴時、職員の洗髪方法について、軽く撫でただけですぐ終わらせたという申し出があった。在宅サービス利用中の苦情2件については、いずれも職員個人の思い込み・洗髪介助方法で行っていたことが原因である。ミーティングでの共有不足や利用者に意向を聞かず介助を行っていない在宅サービスの職員で振り返りを行った。
- ・居宅にて1件の受付があった。担当利用者自宅訪問中、なにげない会話の中で、職員が発した「いやいや、そんなことないですよ」という言葉が、自分の大変さをわかってもらえず、否定されたと感じ「もう来なくて良い」と立腹されてしまう。普段、何気なく言っている言葉の使い方に注意していきたい。

2. 事故の状況等 【 3 件】

- ・服薬事故がデイサービス、ショートステイにて1件ずつ発生した。デイサービスで発生した事故は、昼食後、食前薬を服用忘れに介護員が気づき、看護師へ報告した。報告を受けた看護師が家族、かかりつけ医等へ確認を行わず、食前薬と食後薬を一緒にその場で飲ませてしまった。ショートステイで発生した事故は、服薬前のダブルチェック後、粉薬を水に溶くために一時的に内服薬のケースに戻す。戻した薬を服薬しようとした際に誤って他利用者の薬を内服薬ケースから取り出し服薬させてしまった。
- ・特養にてチルト式車椅子フットレストより右足が落ちてしまい、車椅子のフレームと床に足が巻き込まれてしまい捻挫をする事故が1件発生している。移動時フットレストに足が乗っていることは確認したが、フットレストベルトがきちんと装着されているか確認していなかった。

3. 事故防止のための対策

- ・事故の件数は3件と少なかったが、服薬事故が在宅サービスで2件あった。そのうちデイサービスでの服薬事故は無事に服薬したと判断したため、家族への報告も当日行われなかった。当該職員は経験も浅く、安易に考えてしまったということであったため、改めて事故等が発生した場合の報告や対応方法の流れを確認した。在宅サービスでは、服薬状況が複雑で、チェック表・確認表が多くなっているが、職員間の連携を図り、再発防止に向けて取り組んでいきたい。
- ・繰り返し同じようなヒヤリハット報告書が提出されているため、事故防止委員会で分析や集計をもとに事故防止に努めていきたい。

施設名	特別養護老人ホーム しおかぜ荘
-----	-----------------

1. 苦情受付の状況 【 4 件】

- ・特養にて4件の受付があった。
- ・情報収集が不十分なまま、ご家族に利用者の状況報告を行ったことに対し、確実な情報を知らせてほしいという申し出があった。事前の情報収集を行い、明確な情報をお伝えしていくことを職員間で共有した。
- ・利用者の傷の状態についての経過報告がなく、悪化した状態で報告を受けたことに対し、改善の要望を受けた。利用者の状態変化に合わせ、速やかにご家族へ状態報告をすることを確認した。
- ・職員の対応に関する指摘を受けた。職員が家族の気持ちを汲み取らず、一方的に要件だけを伝えたことが原因であった。日頃の状態連絡等の関わりから家族との信頼関係を構築したうえで、専門用語等を使用せず一般的に理解しやすい言葉を選び、相手の理解度を確認しながら伝えることが重要だと再認識させられた。また、物品持参などの依頼であれば、見本等を提示して具体的に伝えることも有用であることを職員間で確認した。
- ・スマートフォンを使用している利用者の家族から申し出があった。利用者がスマートフォンから直接家族に連絡し、介護員の対応に関する不満を伝えていたことと、新潟県の感染症警報発令に伴い面会中止にした時期が重なり、家族が「施設側に本人と面会させられない何らかの事情があるのではないか」と不信感を抱いてしまった。家族からの連絡を受けて直ちに面会していただき不信感を払拭することができたが、感染症拡大防止のための面会制限について、家族は「仕方がない」と理解を示されつつも大きなストレスを感じていることがわかった。今後は、利用者と家族が直接連絡をとれるスマートフォン等を持参する利用者が多くなることが予想される。職員の接遇態度やマナー向上を図るとともに、個々の職員の心理的負担が過度にならないようハラスメント等の対応強化も必要である。

2. 事故の状況等 【 8 件】

- ・重度化が進む特養において、いわゆる寝たきりの入所者の骨折や打撲等が多い（8件中4件）ことが特徴的であった。骨粗鬆症の入所者が大半を占める現状において、安全な介護方法の更なる統一・周知が課題となった。また、重度化による運動量低下から体重が増加する入所者も複数いるが、介護員が一人で対応せざるを得ない場合もあり、力任せの介護により入所者の体に負荷がかかったことが原因と思われる骨折事故もあった。
- ・デイサービスにおいては、利用者の増加に伴って見守り体制の脆弱さが露呈した。デイサービスの1日平均利用者数は令和4年度と比較して1.5倍に増加しているにもかかわらず、介護員数は微減している。転倒リスクのある利用者の見守り体制が十分とは言えず、職員間で連携を図るも対応しきれなかった結果、転倒等の事故につながった。

3. 事故防止のための対策

- ・事故の防止策については、報告直後に状況の確認を行い、職員ミーティングで数日間周知している。必要であればイメージし易いように実際の事故現場で状況説明を行っている。ヒヤリハット報告書や事故報告書の原因分析、改善策についても、自分の事として考えてもらうように幅広く意見を求めて検討している。令和7年度も事故防止研修等で危険予知訓練を行い、事故防止の意識を高めていく。令和7年度の目標に掲げている「ノーリフト介護」が今後の事故防止における焦点となる。
- ・デイサービスでは、利用者数に応じた職員数を配置したうえで、業務内容の優先順位や担当者を職員間で共有するなど、安全なサービスを提供できる体制を整備する。

令和6年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	軽費老人ホーム ケアハウスしおかぜ
-----	-------------------

1. 苦情受付の状況【 0 件】

- ・令和6年度の苦情受付はなかったが、いずれも同じ入居者から「こんなに節電をしているのに何故前月より今月は電気料金が高いのか。」また「生活は何も変わっていないのに前月に比べ今月の生活費が高いのか。」とのご質問をいただいた。その都度、根拠をお示し説明をすることで、ご納得をいただいている。

2. 事故の状況等【 0 件】

- ・ケアハウスでの生活は自由度が高く、自ずと自己責任の比率も高くなっている。このため施設においては「コツコツ貯筋体操」の開催あるいは、入居者自らが機能訓練型のデイサービスを利用することで自助により事故防止に努めていただいている。
- ・施設職員による安全管理に加え、入居者からの雑巾設置の要望を受け、共有スペースに雑巾を設置したことで、入居者が自ら清掃に協力し、転倒事故の防止が図られている。

3. 事故防止のための対策

- ・施設内外の環境整備に努め、特に居室内の環境整備はご家族の訪問時、公的介護サービス提供時に依頼する。
- ・外出時の屋外での脱水や転倒を防止するため、外出する際に声をかけ注意していただくよう伝えていく。また、定期的に啓発活動を行っていく。
- ・転倒防止のための機能訓練への取り組みとして、ラジオ体操やコツコツ貯金体操への積極的な参加を促し、身体機能を維持し、転倒事故、怪我の予防に努める。
- ・入居者からの要望、意見を取り入れ反映させながら、入居者自身の主体的な行動と自助・共助による安全管理の意識を高めていく。

令和6年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	特別養護老人ホーム なごみ荘
-----	----------------

1. 苦情受付の状況 【 0 件】

- 令和6年度苦情申し立てはなかったが、介護サービスにおける相談や意見等が複数件あったことから、それぞれご家族に対して詳細な状況説明によりご理解をいただくとともに、職員間で情報共有し、接遇改善に努めた。

2. 事故の状況等 【 8 件】

- 特養にて服薬事故が1件発生した。他利用者の薬を服用させてしまう「薬の取り違い」でご利用者の指摘によって職員が誤薬したことに気づいた。服薬マニュアル通りに実施できていなかったことが原因であった。
- 居室にて転倒され骨折に至ってしまった事故が特養で2件、ショートステイで1件発生した。いずれも認知機能の低下がみられ、居室内の環境整備や行動観察を行っていた方であった。

3. 事故防止のための対策

- 服薬事故については、事故防止委員会において検証会議を実施した。業務による「焦り」もあるが「服薬に対する意識の薄さ」が感じられる結果であった。その時に発生した誤薬に対する対策の検討だけでなく、マニュアルを十分に理解し活用できるよう個人だけで意識するのではなく組織的に意識を高め、誤薬のリスクを共有できるように、引き続き定期的な研修を実施し、再発防止に努めていく。
- 骨折は利用者のADL低下にもつながる。介護現場において転倒を完全に防ぐことは難しいが、日々のヒヤリハット、事故の事例を多職種間で原因を分析し情報の共有を図り「防ぐことのできる事故」は確実に防止できるよう引き続き取り組んでいく。
- 感染対策において面会制限を行っているため、介護職員によるご家族への対応、連絡等コミュニケーションをとる機会が少ない状況が続いている。引き続きコミュニケーションに関する研修を実施し「伝える」力を高め積極的にご家族と関わっていけるようにしたい。

令和6年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	養護老人ホーム 御山荘
-----	-------------

1. 苦情受付の状況 【 0 件】

- ・令和6年度の苦情受付はなかった。
- ・施設内に設置している意見箱への投函は、利用者からの食事の感想が多く、管理栄養士等担当職員で対応した。

2. 事故の状況等 【 9 件】

- ・事故の内訳としては、転倒が5件と一番多かった。下肢筋力の低下によるものも多く、今後も入所者の状態観察に努め注意していきたい。
- ・服薬事故が2件あり、水溶液下剤が入ったカップを利用者の手が届く場所に置いたことで、他利用者が誤ってその水溶液下剤を服薬してしまった。また、利用者を間違え水溶液下剤を誤って服薬させてしまうという事故であった。
- ・無断外出が1件あった。認知機能低下、帰宅要求があり、季節の変わり目などに外に出たいと訴えられる方も多いため注意していきたい。
- ・痛みの訴えが続くため、通院した結果、骨折が判明したという事例もあった。ご本人も転倒や負荷のかかることはしていないという話があり、いつそのような状態になったか経緯不明のものであった。

3. 事故防止のための対策

- ・事故発生後はミーティングにて対策を検討し、検討した対策を回覧することで職員への周知を行った。
- ・転倒についての対策として、センサーマットの設置と、2階居室から1階居室への変更を行い、転倒防止と利用者の体動や状態観察を行っている。
- ・服薬事故に対しては、薬は利用者の手の届く場所に置かず、服薬する際に利用者の所へ持って行きお渡しすることを確認した。また、下剤などの水溶液はカップに記名と印をつけて間違いのないよう対応した。感染症対応等で普段と違う対応を行う際は、些細な事でも職員同士で声をかけ合い安全な服薬介助を行う事を確認した。
- ・通院し骨折が判明した事案について、歩行は自立している利用者であり、いつどこで骨折に繋がったのかは本人も分からないとのことであった。日々の会話、身体状況、歩行状態を観察していくことで予防に努めていきたい。

令和6年度 苦情受付並びに事故の状況について

施設名	地域密着事業所 まつみ
-----	-------------

1. 苦情受付の状況 【 0 件】

- ・令和6年度の苦情受付はなかった。
- ・日頃より、利用者への相談や意見を傾聴することと併せて、ご家族に対して報告を密に行うことを心がけている。

2. 事故の状況等 【 7 件】

- ・転倒事故が3件、服薬事故が3件、服薬以外の医療に関する事故が1件、計7件発生している。
- ・転倒事故については、同じ利用者で2件起きている。日頃より衝動的な行動が出る方であり、突発な動きに職員の対応が間に合わなかった。また、3件の事故に共通することとして、危険が想定される方であったため、職員による見守りを頻回に行いながらも、職員が本人の傍から離れてしまうことがあり、すぐに対応ができず転倒に繋がっている。
- ・服薬事故は3件で、内訳は小規模ホームで2件、グループホームで1件となっている。いずれも職員の思い込みによる間違いやマニュアルどおりの確認工程が不確実であったことが原因で服薬事故に繋がってしまった。
- ・服薬以外の医療に関する事故については、送迎中に利用者の指がドアに挟まる事故が発生した。本人の動きを十分確認していなかったことが事故に繋がっている。

3. 事故防止のための対策

- ・利用者の中には、危険の予知が難しくなっている方だけでなく、職員の声掛けや助言が理解しにくくなっている方や衝動的な動きをされる方もいる。センサーマットを活用しながら、個々にあった介助方法や言葉がけを検討して実践している。併せて、居室や共同スペースの環境整備に努めている。
- ・下肢機能の低下防止に向けて、楽しみを加えた体操や散歩を積極的に取り入れていく。
- ・服薬事故については、職員が注意することで防げることであるため、再度、服薬マニュアルの周知徹底を図った。また、ご自宅で服薬介助を行う場合には、服薬忘れや間違いを無くすため、ホワイトボードやカードを活用し、服薬したことを確実に確認できる方法を実施しながら、薬のダブルチェックの体制を強化している。
- ・車の送迎においては、職員が一人で対応することとなる。安全を最優先して、車の運転、利用者の車の乗り降りに対応する。
- ・事故防止には、日頃からの職員による気づき、情報共有が重要となる。施設内研修やK Y T訓練を重ね、再発防止に努めていく。