

# 介護保険サービスにおける苦情事例研究（Ⅲ） 施設サービス（介護老人福祉施設）の事例から

倉田 康路

（西九州大学健康福祉学部社会福祉学科）

（平成24年10月23日受理）

## Case studies of complaints about Long-Term Care Insurance Service (Ⅲ) From case studies of Facility Service

Yasumichi KURATA

*Department of Social Welfare Science, Faculty of health and Social Welfare Sciences, Nishikyushu University*

（Accepted: October 23 , 2012）

### Abstract

This study is to analyze complaints made by users of Long-Term Care Insurance Service or their family about the services they receive. In this report, we take four case studies of Facility Services.

Each case study was sorted into:

- (1) contents of complaints,
- (2) results of surveys carried out by complaint processing organizations, and
- (3) advice provided by the complaint processing organizations to service providers, and
- (4) discussed the case based on the three items above.

The discussion was carried out from the viewpoints of complaint resolution and improvement of service quality as well as characteristics of the complaints.

キーワード：苦情、介護保険サービス、施設サービス（介護老人福祉施設）事例研究

Key words : complaints, long-term care insurance service, Facility Service, case study

## I . 研究目的

本報告は「介護保険サービスにおける苦情事例研究（Ⅰ）訪問系サービスの事例から」（2013）「介護保険サービスにおける苦情事例研究（Ⅱ）短期入所系サービスの事例から」（2013）に続く介護保険サービス苦情事例研究の第3報である。

高齢者介護の分野において2000年に導入された介護保険制度では利用者主体の理念が盛り込まれ、施策、システム、実践の各場面でその具現化にむけての取り組みが行われている。介護保険制度における利用者主体のシステムの一つにあげられる苦情解決については同制度上、市町村、国民健康保険団体連合会、居宅介護支援事業者ならびにサービス事業者それぞれに「利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応する」ことが要求されるものとなっている。

筆者は介護保険法施行以降、国民健康保険団体連合会（以下、国保連）に所属する苦情処理員としての業務を行ってきた。筆者のこれまでの業務を通して、苦情申立てのあったもののうち、サービス事業者への調査等に基づき同事業者に対して問題性が指摘されなかった例はほとんどなく、改善すべき事項を提示するものばかりであった。

本稿では、筆者がこれまでにかかわってきた介護保険サービスの苦情申立て事例のなかから施設サービスに該当するサービスを取り上げ、分析の対象とし、考察するものである。

## II . 研究方法

### 1 . 分析対象

介護保険法施行以降、介護保険サービス苦情処理機関である国保連Aに対して介護保険サービスにかかわる苦情申立てがあり、調査結果に基づき、介護保険事業者に対して指導・助言が行われた施設サービス（指定介護老人福祉施設）の事例（4事例）を分析の対象とした。

なお、分析対象とした介護保険法上に位置づけられている指定介護老人福祉施設の概要は次のとおりである。

老人福祉法上に位置づけられる特別養護老人ホームであって、寝たきりや認知症など要介護者に対して、施設サービス計画に基づいて入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話をを行うサービスである。

### 2 . データの収集

分析対象の事例の内容について記載されている記録物、サービス事業者に対して実施された調査記録を収集した。

### 3 . 分析の視点と方法

収集したデータのなかから、まず、①苦情申立ての内容、②苦情申立ての後、苦情処理機関（国保連A）により介護保険事業者に対して実施された調査結果、③調査結果に基づき介護保険事業者に対して示された指導・助言項目の3つに該当するものを抽出し、整理した。

次に、分析対象とした事例ごとに考察をしたうえで、すべての事例を対象に総合的な考察を行った。それぞれの考察においては、主に、①苦情申立ての要因、②サービス事業者としてサービス提供に際しての留意点の2つ視点を設定した。

### 4 . 倫理的配慮

データとして収集した事例の内容やサービス事業者に対して実施された調査記録について、分析の結果、本文中の標記において事業所や個人が特定できないよう配慮した。また、データ収集の目的や分析方法などについては国保連Aに説明し、承諾をとるものとした。

## III . 結果および考察

### 1 . 結果

#### (1) 事例1

##### 【申立内容】

入浴する際、シャワーチェア共々転倒し、けがを負ったことに対して納得いく謝罪がない。また、そのことに対して納得のいく賠償がなされていない。

##### 【調査結果】

- (1) 保険者への事故報告は行われていなかった（事業者は、連合会から調査の文書がきてから保険者へ報告を行っている）。また、家族に対しての報告は口頭のみで行われており、書面等によるものはなかった。
- (2) 事故発生後、施設側から直接利用者の家族側に出向いての謝罪等は、一度も行われておらず、受け身的な対応であった。
- (3) 保険医療機関受診に係る費用については、利用者の家族が支払っていた。
- (4) 施設側は「この事故に関しては、本来、施設側が行うべき行為を怠った為、100%過失を認めるが、以前から利用者が訴えていた疾病との因果関係は認めない」との言い分、施設側と家族との間で見解に違いがあり、話し合いが非常に困難な状況になっていた。
- (5) 施設側は、家族との信頼関係が維持できないことを理由に今後の契約更改を行わないかもしれないという考え方を持っているようであった。

## 【指導・助言】

- (1) 事故が発生したら、速やかに介護保険者へ報告を行うこと。また、利用者の家族に対しても、速やかに口頭で報告を行い、必要に応じて書面での報告や説明を行うこと。
- (2) 事故についての説明や謝罪については、積極的に利用者の家族の所へ出向き、行うこと。また、今後の対応について、早急に賠償を行う等、和解（示談）に向けて努力され、円満に解決されたい。
- (3) 応急手当等のマニュアルだけでなく、連絡体制、報告体制などの手順を示した事故対応マニュアル等を定めておくことが望ましい。
- (4) サービスの提供により事故が発生し、利用者がけがを負った場合の保険医療機関受診に際しての費用については、お互い十分に話し合いを行うこと。
- (5) 第三者委員（当該施設では弁護士）を施設に対する苦情や賠償等の速やかな解決に積極的に活用すること。
- (6) 今回の事故に関する話し合いの過程で家族と施設との間で感情的な問題が生じているが、そのことで信頼関係が維持できないとして契約更改を拒むことのないようにすること。

## (2) 事例 2

### 【申立内容】

認知症が進行して、夜間の徘徊や大声を出すことへの対応として長椅子に座らせられていて、長椅子より転落して骨折したにもかかわらず、その後の対応も廊下でベッドごと出したり、ホールで寝かせられていた。

また、頭に瘤、顔に青あざの怪我に関しては、事業所側からの納得のいく説明がなく、その怪我をきっかけに強制的に退所させられた。

### 【調査結果】

- (1) 事業所としては入所前の心身の状況を把握しており、事故（肩の骨折）が起きるまでは認知症の進行を含めて利用者の状況に特別な変化は感じられなかったため、利用者側に対する接遇態度が変わったということもないと思うとのことであった。
- (2) 事故、怪我後の当該利用者へ対応は、施設内で応急処置を行い、翌日まで経過観察を行っていたとのことであり、更に医療機関への受診、家族への報告も翌日となっていた。
- (3) 事故が起きてから、事故の原因説明、再発防止対策、職員への周知徹底に至る過程については、月一回の定例会議で報告を行っているとのことであり、事故後の特別会議などは開催されていなかった。
- (4) 当該利用者に限らず転倒、転落が考えられる利用者には、「24時間見守りを行うわけではないので、事故

はどうしても起きてしまうと話している」とのことであり、事故の原因説明や再発防止対策について詳細な説明を求めても施設側の反応は総じて鈍く、事故が起きることは仕方ないと捉えているようであった。

- (5) 事故後に利用者が痛み等で昼夜問わず排泄の訴えや大声で叫ばれることへの対応として、個室利用も試みたが効果はなく、職員の目の届くところで見守りを行っていたとのことであった。そのことについては、契約者の方へは何度も説明を行い了解を得ていたとのことであったが、面会に来られた利用者家族の方へ説明を行ったところ不満そうであったが反論はなかったとのことであり再度の説明は行われていなかった。
- (6) 利用者家族が職員から叩かれたのではないかと疑念を抱いている利用者の顔のあざに関しては、頭部の怪我による影響で内出血が広がったのではないかとのことであった。
- (7) 医療機関へ入院後、利用者家族が施設へ説明を求めに行かれた際、怪我の原因の推測を基に話をしたとのことであるが、その際、利用者家族の理解が得られていないことを認識しているにもかかわらず再度の説明などは行われていなかった。
- (8) 施設職員の発言については、回答が曖昧で事実を確認することができなかった。
- (9) 当該利用者に転倒の危険性があることや、事故等における状態の変化があることを認識されていることにもかかわらず、介護計画の変更が行われていなかった。
- (10) 事故後、当該利用者の不穏状態が続き、契約者の方と話し合いを持ち、かかりつけの医師に相談され入院の運びとなったとのことであり、頭部の怪我との因果関係はないとのことであった。
- (11) 当該施設では当該利用者に限らず、相談及び決定などについては契約者の方に報告を入れているとのことであった。
- (12) 事業所では、苦情があっっていなかったため「苦情解決システム要綱」は活用されておらず、今回の件に関しても苦情対応委員会の開催、第三者委員会への報告など行われていなかった。

## 【指導・助言】

- (1) 利用者の状況から事故の可能性や要因をアセスメントした場合には、その結果を介護サービス計画に反映し、計画に基づいた適切なサービスを提供すること。
- (2) 事故が起きる可能性について利用者側へ説明を行うにあたっては、誤解を招かないよう利用者側の立場に立った上で懇切丁寧に説明し、事故が発生した際は、速やかに必要な処置及び家族への連絡が重要である。
- (3) 事故を未然に防ぐ対策から事故が起きた際の対応及び原因説明、再発防止対策、更に職員への周知徹底に

至るまでのプロセス及び方法について施設内での会議の在り方、事故時の対応に関する研修会開催等を含めて検討すること。

- (4) 事故後の状況説明で利用者側が理解されていないことに関しては、再度説明を行う等、事業所全体で解決を検討し、誠意ある対応を行うこと。
- (5) 介護日誌等のサービス提供の記録は、利用者の状況の変化を把握し、その変化に応じたサービス提供に資するだけでなく、事故等が発生した際に利用者側に対して状況を説明する根拠となるため、いつ、誰が、どのようなサービスを行い、その時利用者がどのような状態であったか等が明確に理解できるように整備すること。
- (6) 事故後の利用者家族への発言に関しては、家族の気持ちに配慮し、十分注意した発言を行うよう心掛けること。
- (7) 苦情は、サービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情が発生した場合には施設全体で苦情を解決するという意志を強く持つとともに「苦情解決システム管理要綱」の活用等を含めて、苦情解決の体制の見直しを行うこと。

### (3) 事例3

#### 【申立内容】

不随運動による足の打撲による医療機関への入院、左耳からの出血と二度に亘るけがにおいて、職員の見守りがなされておらず、謝罪の言葉もなかった。

また、退所したところ全身に赤いブツブツができており、皮膚科受診で「疥癬」と診断されたが、このことを職員に尋ねても納得のいく説明がなく、事業所側の対応に誠意が感じられず、納得いかない。

#### 【調査結果】

- (1) 短期入所生活介護計画書については、約2ヶ月遅れて作成がされており、作成されるまでの間はケア提供表を基にケアを行っていたとのことであった。施設サービス計画書については利用者家族に同意を得たうえで交付がされていたが、後日捺印してもらう予定になっていたとのことであり、捺印がされていなかった。
- (2) 不随運動による打撲の事実はなく、危険を及ぼすあらゆるところは保護をしていたので打撲は考え難いとのことであった。
- (3) 医療機関への入院以前に、右大腿部に腫脹があり受診した結果、異常はなかったとのことであるが、施設内でこの腫脹の原因説明がなされていなかった。
- (4) 医療機関への入院の診断名が理解されておらず、施設側から利用者家族への説明については十分であったとは言い難く、前回の腫脹の延長として、今回の入院

に至ったと誤解されている可能性もある。

- (5) けが等の説明については、利用者家族の方から「いいです。わかりました」との返答があったので理解していただいていたと思っていたし、利用者家族との関わりは深く、入所中は不満や苦情は言われることがなかったもので、施設側の認識不足でしたとのことであった。
- (6) 当該利用者が以前にも疥癬の既往歴があり、腹部にも湿疹が出られていることは認識されていたが、出たり消えたり状況であったので、特に介護計画には取り込んでいなかったとのことであった。
- (7) 湿疹が酷くなり、医療機関への再受診も予定していたが、急に退所されたので受診できなかったとのことであり、利用者家族に受診を勧めたとのことであった。
- (8) 利用者家族から「疥癬」の報告を受けて、自宅を2回訪問し、短期入所生活介護利用の方向で話を勧めたとのことであったが、「まだ、利用しない」とのことであった。
- (9) 事業所としては、当該利用者が利用されているサービス事業者との連携を図り、疥癬の治療に向けて協力していきたいとのことであった。
- (10) 利用者家族からの退所の申出には、施設職員が驚いたとのことであり、入所の必要性を説明しても納得していただかず、「一人でいるのが寂しい」というのが一番の理由であったとのことであった。
- (11) 今回の苦情に関して、利用者家族にご理解と謝罪を再度していきたいとのことであり、地域の保険者とも協力して苦情解決に向けて取り組んでいきたいとのことであった。

#### 【指導・助言】

- (1) 短期入所生活介護計画書については、概ね4日以上利用される場合には、速やかに計画書作成を行い、その計画に基づいたサービス提供を実施すること。
- (2) 施設サービス計画書については、アセスメントの段階で、利用者に起こりうるあらゆることを想定し、利用者側の意向も反映したうえで、より具体的な内容を計画に盛り込み、サービスの提供を実施すること。また、利用者側への確認についても署名、捺印、交付年月日等の漏れのないよう留意すること。
- (3) 医療機関への入院が、打撲によるものだと誤解を招かないためにも、その原因説明及び再発防止に向けたより入念な検討を施設全体で図る必要があったと考える。
- (4) けがを未然に防ぐ対策からけがが起きた際の原因説明、再発防止対策、更に職員への周知徹底に至るまでのプロセス及び方法について施設全体で検討すること。また、利用者家族に対しては、より具体的に説明

を行い、納得してもらう必要がある。

- (5) 二度に亘るけがの発見が、施設職員ではなく利用者家族が発見されていることから、施設に対する不信感を強めるものとなっている。また、皮膚科受診も「受診を勧める」のではなく、施設側も同行して受診すべきであったと考えられる。
- (6) 施設サービスの「質」の向上に繋がるよう利用者の状態の変化に留意し、職員が統一した意識を持って介護サービスを提供し、家族への信頼関係を構築すること。
- (7) 苦情に関しては、施設内で実際に共有できているか再確認し、再度、職員への周知徹底を図ること。

#### (4) 事例 4

##### 【申立内容】

妻が、介護老人福祉施設に入所しているが、十分な介護を受けていない。介護について苦情をいうと、退所を促される。どのような介護を受けているか心配で、毎日、施設に出向き、自分自身で介護を行っているため、負担になっている。

##### 【調査結果】

- (1) 申立人が、当該利用者が当該施設の主治医が診察することを拒んだため、薬剤がなくなり、どうしたらよいか尋ねたところ、「自分が 病院から薬をもらってくる」と言い、家族で管理するようになった。何度も話し合いの機会を持つが、施設側には、その内容等も教えてくれないとのことであった。

申立人からの苦情後、口腔ケア、食物残渣物を二重・三重と確認し、責任者が最終確認していた。
- (2) 当該利用者についての心身の状況の把握、情報の共有については、各ユニット毎に月2回の定例会議、申し送りノート、毎日の朝・夕礼等で情報の共有化を図っている。
- (3) 面会時間は、当初から、6時半までであった。隣り合う施設を夜8時半まで開放していたため、当該利用者の息子は、そこを通過して、面会を続けていた。本年度よりその開放を取りやめたため、以前のように出入りが簡単でなくなった。

申立人及び息子へも説明を行い、納得されていると思っていたとのことであった。
- (4) 「うちの看護・介護で満足できないのであれば、他のよいところを探されたほうがいいんじゃないですか」と話されたことがあるとのことであった。
- (5) 当該利用者は夜間になると特に不安定になられ、一晩に何十回とナースコールを押される。ナースコールは携帯電話で受け取られ、確実に介助者が対応している。それでも、夜勤帯の時間は、このように頻回なコール全てに、すぐに駆けつけることは難しくお待たせす

ることあるとのこと。

- (6) 4月、5月はどうしても、新人が多く入り不慣れな点があった。おむつ交換が40分かかった介助者については、あとで特別に指導を行ったとのことであった。現在、施設内の取り組みとして週に1回、他施設に新人を研修に行かせている。そのほか新人のための研修会も考えているとのことであった。
- (7) 苦情処理マニュアルは作成されていたが、苦情については各主任者等を集め、その都度話し合いをすることはあってもこのシステムに添って苦情解決が図られた事はないとのことであった。第三者委員も選任されていなかった。

##### 【指導及び助言】

- (1) 面会時間の変更や薬剤等、何度も説明し、話し合いも行ったとのことであるが、申立人は納得されていない。

今後は、コミュニケーションの重要性を強く認識するとともに施設側から利用者及びその家族に対し、積極的にコミュニケーションを図り、迅速かつ頻回に連絡をとることが求められる。
- (2) 苦情解決マニュアル等を見直し、全ての職員が共通理解のもとに対応できるようにするとともに事業所内部だけでなく、苦情解決に客観性、社会性を保つためにも第三者委員会を設置することも必要である。
- (3) 当該利用者へのサービスの提供に当たって、新人職員が行ったおむつ交換に40分かかったように、利用者への心身の状況に応じた適切な技術による均質なサービスが提供されていない。

サービスの「質」の向上を念頭において、研修の機会をより一層確保するとともに、職員間での情報の共有化を（職員一人ひとりが均質的で継続的な対応が図られるように）一層徹底するとともに、適切なサービスを提供することができるよう従業者の勤務体制を整備すること。
- (4) 当該利用者は、「ナースコールに職員が応じてくれないことがある」と訴えている。「そのようなことはないはず」と回答されたが、提出された「施設介護経過」には、夜間の、精神的に不安定な状態であったときの数十分間応じなかったとの記載がある。
- (5) 当該利用者が夜間、精神的に不安定な状態になぜなるのか、その原因を探るとともに、その原因の解決に努め、夜間、そのような状態にならないような環境を設定し、対応を図ることが望まれる。
- (6) 「誠意」は、言語を通じて、あるいは言語には示されない「ものごし」「態度」「姿勢」など体全体で表せるものである。常日頃から職員全体が誠意を持ってサービスの提供に努めて欲しい。

## 2. 考 察

### (1) 事例 1

本事例の苦情の直接的な要因は施設内で発生した事故である。しかし、苦情申立てに至った最大の理由は、事故発生に対する苦情に増して、事故が発生した後の家族に対する施設側の誠意のない対応であるといえる。

調査結果にも指摘されているように、事故発生後、施設側から直接に家族側に出向いての謝罪は一度も行われておらず、事故にともなう賠償もなされていない。施設内においてサービス提供時に発生した事故である限り、施設側の過失を免れることはできない。

事故が発生した場合、被害者の心身上の処置とともに、速やかに家族に連絡をとることが不可欠である。家族への対応については、事故発生時の連絡のみならず、事故原因についての説明および謝罪を必要とする。

どのような状況において、何が原因で事故が発生したのか、その時に施設側はどのような対応をしたのかについて家族に対して説明することが求められる。仮に、事故原因が究明できなかった場合においても、想定される原因についての説明や、原因究明にむけてどのような手続きをもって行われたのかについての説明が必要である。本事例の場合、そのような説明が行われていない。

説明や謝罪がなされないなかで、家族側が施設側に対してネガティブな感情を増幅させることとなり、さらには、施設側の契約更新拒否をちらつかせた対応が、苦情申立てに至った。

### (2) 事例 2

本事例の場合も、事例 1 と同じような施設側の問題を指摘することができる。

①利用者の心身状況からして、事故（転倒）発生の予測ができたにもかかわらず、そのことがケアプランに反映されていなかった。

このことは、「起こるべくして起こった事故」ということとなり、施設側の怠慢という評価になってしまう。施設側のリスクマネジメントについての認識の甘さや体制の不備が、事故を拡大させることとなった。

②事故発生直後に家族などに連絡されていなかった。また、施設全体（職員間）で事故発生の情報が共有されていなかった。

利用者の事故は家族側からして重大なことであり、施設側からの速やかな連絡があっべきである。さらに、事故発生について施設全体（職員間）の情報共有がなされなかったことは、事故の再発を招くことにつながる。

③事故原因の分析が十分行われておらず、家族にも説明がなされていなかった。

事故原因の分析については組織として取り組むことが大

切であり、分析するプロセスが重要である。事故の状況、原因、謝罪を含めての説明が曖昧で不十分であることは家族側からして施設側に対する印象をネガティブなものへと変容させた。事故にかかわる説明は特に懇切丁寧に行うことが大切である。

### (3) 事例 3

本事例も事例 1、事例 2 に同じく、事故対応の不適切性を訴える苦情であり、①利用者のニーズに即したケアプランが策定されていなかったこと、②事故の原因究明や家族に対する説明が不十分であったこと、③施設全体での情報共有や再発防止の取り組みに消極的であったことなどが問題のポイントといえよう。

ケアプランについては、少なくとも 2 ケ月間は策定されないままであったことから、その間は、職員の経験と勘に頼る主観的なサービスであったことになる。策定されたケアプランの内容についても利用者の状況が把握されたものとはなっていない。ニーズに即して策定されたケアプランであること、また、利用者の心身状況は日々変化していることから、ケアプランの見直しを随時行っていくことが大切である。

本事例において被害者の怪我は二度にわたり繰り返されており、しかも、その発見が二度ともに家族であることが、家族側からして不信感を強めることとなっている。高齢者においては心身上の変化を自覚することには限界が認められる。殊に認知症や重度の障害を有する場合など当事者として主張することは難しい。常に利用者を観察し、確認し、推察していくことが求められる。

### (4) 事例 4

本事例は、家族側の要望と施設側の対応の不一致がもたらす苦情、さらには、サービスの質を指摘する苦情といえる。家族側の要望に対する施設側の対応としては、何度かの話し合いの場を設定しているものの、家族側の納得が得られない結果となっている。

話し合いを重ねても家族側が納得してくれない理由としては、施設側が説明する内容そのものに対する疑問とともに、その背景には当該施設で日常に提供しているサービスの質が作用しているものと考えられる。具体的には、苦情申立てにあげられている長時間をかけてのおむつ交換や、ナースコールに応じてくれない対応である。これらのサービス内容に対する不満が、家族側の要望に対する施設側の説明について納得が図られないことにつながっているといえよう。

日常に提供しているサービスの質の向上を図っていくこととともに、家族とのコミュニケーションを図り、信頼関係を築いていくことが、施設側の説明や対応に対する家族側の理解につながるものとなるはずである。

## (5) 総合的考察

分析の対象とした4件の事例について苦情申立てに至った直接的な要因は、事故対応が3件、苦情処理等が1件である。介護老人福祉施設利用者の重度化がすすむなかで事故のリスクも高まるものといえ、在宅サービスにかかわる苦情申立てに比べて施設サービスの場合、事故対応を要因とする割合は高い傾向がうかがわれる。また、苦情申立人の立場においてサービスの特性やサービス整備状況などから施設サービスのケースが在宅サービスのケースより苦情申立てにむけて消極的となる傾向が指摘されているなかで、事故発生は利用者・家族からして施設側の過失を問いやすい苦情申立て要因ともいえよう。これらのことから、施設サービスにかかわる事故発生防止対策や事故発生後の対応などリスクマネジメントの視点からのサービス提供が重要となってくる。

事故を未然に防ぐためには事故を予見する情報を収集することが大切であり、そのためには、まずは利用者ひとり一人の心身上のより客観的なアセスメントが必要である。また、ヒヤリハット報告や事故原因解明の情報を収集し、組織間で共有することも必要となろう。「小さな失敗を不用意に避けることは、将来起こりうる大きな失敗の準備をしているようだ」(畑村 2008)と指摘されるように、事故に至らなかったケースを含めて多くの情報を収集したうえで事故を予見することが大切であるといえよう。

さて、事故対応にかかわる3件の苦情を含めて4件の苦情申立てにはほぼ共通して指摘されている指導事項として、①ニーズに即したケアプランの策定とそれに基づくサービスの提供、②家族との意思疎通、③組織間の情報共有、④記録の整備、⑤苦情処理体制の整備があげられる。これらは苦情申立てに至る間接的な要因として作用しているものといえよう。すなわち、日常に提供されているサービスにおいてこれらの要因が潜在している状況で、苦情申立ての直接的要因に該当する事故等を誘発し、発生させてしまうことにつながる。共通してあげられている指導事項については、サービスの質に作用する要因ともいえるものであり、サービスの質が苦情申立てに作用しているものと考えられる。

## 参考文献

- 1) 畑村陽太郎 (2008) 『失敗学のすすめ』, 講談社 .
- 2) 井田圭亮・倉田康路 「高齢者福祉サービスにおける事故防止に関する一考察 苦情処理事例の分析を通して」 (2011)西九州大学健康福祉学部紀要(第41巻), 西九州大学 .
- 3) 国民健康保険中央会 (2007) 『介護保険にかかわる苦情処理の手引き(第5版)』国民健康保険中央会 .

介護保険部・介護保険課

- 4) 倉田康路 (2006) 「苦情から学ぶ事故防止と介護の質の向上」 『介護サービスのリスクマネジメント』財団法人介護労働安定センター .
- 5) 倉田康路 (2012) 「介護保険制度下の苦情解決システム」 『九州社会福祉研究』西九州大学社会福祉学科 .
- 6) 中井健一 (2006) 『福祉施設改革にいかす苦情解決と評価システム』明石書店 .
- 7) 小笠原祐次・若穂井透監修・奈良高志・是枝祥子・高砂裕子編集 (2000) 『実践Q & A介護保険の苦情対応』東京法令出版 .
- 8) 大國美智子編集代表 (2001) 『福祉サービスにおける第三者苦情解決ハンドブック』中央法規 .