

# 介護保険サービスにおける苦情事例研究(Ⅳ) 施設サービス(介護老人保健施設)の事例から

Case Studies of Complaints about Long-Term Care Insurance Service(Ⅳ)  
From Case Studies of Facility of Health Care Service for the Elderly

倉田 康路

Yasumichi KURATA

# 介護保険サービスにおける苦情事例研究 (Ⅳ) 施設サービス (介護老人保健施設) 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25年8月19日受理)

## Case Studies of Complaints about Long-Term Care Insurance Service(Ⅳ) From Case Studies of Facility of Health Care Service for the Elderly

Yasumichi KURATA

*Department of Social Welfare Science , Faculty of Health and Social Welfare Science, Nishikyushu University*

( Accepted: August 19 , 2013 )

### 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 of health care Service for the elderly.

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 (介護老人保健施設) 事例研究

Key words : complaints, long-term care insurance service, facility of health care service for the elderly, 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）<sup>1)</sup>、「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）<sup>2)</sup>、「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」（2013）<sup>3)</sup>に続く介護保険サービス苦情事例研究の第4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」<sup>4)</sup>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に所属する苦情処理委員としての業務を行ってきた<sup>5)</sup>。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（介護老人保健施設）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（介護老人保健施設）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介護老人保健施設の概要は次のとおりである。

要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設である<sup>6)</sup>。

### 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】

「他の医療機関を受診する利用者は、退所してもらおう」と事業者に言われたが、このことに対して納得いく説明がない。

また、次の受入れ先（施設等）も決まらないまま退所させられたことに対しても納得いく説明がない。

##### 【調査内容】

(1) 重要事項の説明及び同意を得たということであったが、事業者側からの一方的な同意書（利用者、扶養者の署名・押印のみ）であり、文章を交付して行うというものではなかった。

(2) 利用者には以前から、脱水症状からくる被害妄想、認知症が見られた。その後、被害妄想、認知症が進行し、施設入所となった。

精神科受診については考えたが、他の医療機関を受診していることからその医療機関に判断を任せることにしたとのことであった。

(3) 精神科の医療機関を受診させるために退所させたとのこと。

(4) 以前に施設と家族との間に金銭的なトラブルがあったこともあり、事業者も感情的になっていた。

##### 【指導・助言】

(1) 説明及び同意を得る場合には、「重要事項」を記した説明書やパンフレット等の文書を交付して説明を行い、利用者及び事業者双方の立場から書面（契約書等）

によって確認を行うこと。

- (2) 入所者が他の医療機関に通院する際の付添いにかかる費用（人件費、車両の使用に係る費用等）については、施設側が負担することが望ましい。
- (3) サービスを提供することが困難な場合は、利用者及び家族に対する十分な説明、他の機関を紹介する等の措置を講じること。また、次の受入れ先が決まらないままでの退所を求めることがないようにすること。

## (2) 事例 2

### 【申立内容】

施設に入所していた妻が、施設内の事故で骨折したことに對して十分納得いく説明がない。また、施設内の事故にもかかわらず、すべて本人（妻）の責任にされた。

施設内の事故にもかかわらず、損害賠償や医療機関受診に関する個人負担等に対して納得のいく説明もなく、施設側に落度はないということで補償、補填がされない。

### 【調査結果】

- (1) 事故報告書は（介護）保険者から施設側に提出を求められてから提出されている。また、保険者へ提出している報告書と施設内部で供覧している報告書で事故発生時間、原因及び事故の区分（転倒や転落など）等について記載の違いが認められた。施設側は、正確な発生時間や原因は分からないとのことであった。
- (2) 原因が特定できないことと、利用者の家族が当初から施設側の賠償責任を強く主張されたこともあり、なかなか文書では報告を行うことができなかった（利用者側の当初からの損害賠償責任という言葉に身構えてしまったとのこと）。しかし、利用者側に対しては、誠意を持って誠実に対応したと考えているとのことであった。
- (2) 施設側としては、一切補償には応じないという姿勢ではない。骨折の原因が不明であることもあり、損害賠償の適用ではなく、傷害保険で対応を考えているとのことであった。
- (3) 利用者の家族間で意見の食い違い（損害賠償に関すること）が見られたので、家族としての統一された見解を出してもらうように伝えており、それに対して利用者側から回答がない状況であり、放置したままではないとの施設側の見解であった。
- (4) 施設側は、利用者側に対して、利用者が医療機関に入院した際にかかった治療費については検討すると伝え、請求書を預かっただけで、全額支払うとは言っていないとのことであった。
- (5) 安全委員会という機関を設置しているが、実際には全く機能していない。今後、機能するように検討していきたいと考えているとのことであった。

### 【指導・助言】

- (1) 事故発生時の対応については、運営基準に規定されているので、事故が発生したら速やかに利用者側（家族等）への連絡及び保険者への報告を行うこと。  
また、利用者側に対して口頭での説明が難しい場合は、文書等を用いて状況等の説明を行う必要がある。
- (2) 第三者委員会を定期的（少なくとも1年に1回程度）に開催し、サービス事業所側あるいはサービス利用者側の問題点等を提案し、第三者委員との意見交換を行うなど利用者のオンブズマン的役割でもある第三者委員をもっと活用すること。  
なお、定期的な第三者委員会の開催が困難な場合は、事業所の状況報告などを第三者委員に送付し、第三者委員からの意見を聴取することも併せて検討すること。
- (3) 入所者の状態の記録が不十分な部分が見受けられるので、運営基準上の施設サービスの提供に関する諸記録を整備するという観点から利用者がけがを負ったことなどの重要な事項は必ず記載すること。
- (4) 調査の結果、今回の事故に対する認識が希薄であったと考えられ、高齢者（認知症のある入所者）のベッドからの転落、転倒が疑われるような事故について、たとえ事故原因が不明であっても、施設として重大な事態が発生したとの認識を持ち、今後の施設運営に心掛けること。

## (3) 事例 3

### 【申立内容】

施設職員に不適切な発言を受けたこと及びその際に周りにいた他の職員に大声で笑われたことで精神的に大きなショックを受けた。その他にも介護に携わる者として、あるまじき言動があった。

また、施設側の衛生面での配慮が行き届いていない。

### 【調査結果】

- (1) 不適切な発言については、何気ない発言であって、相手を侮辱するつもりはなかったが、結果的に相手を傷つけたことは反省し、翌日、謝罪に出向いたとのことであった。
- (2) 度重なる暴言等に関しては、利用者側と施設側の言い分が食い違い、事実を確認することはできなかった。
- (3) シーツの交換は基本的に1週間に1回で、汚れを確認した際はその都度交換しているとのことであった。
- (4) 今回の苦情への対応は主に事務長、支援相談員が行い、毎回同様の苦情に繰り返し時間を割いていたとのことであった。
- (5) 施設内での苦情処理にかかわる委員会は、毎月開催されていて、今回の苦情にかんしては、施設職員に感想

文を書かせて反省を促した。

- (6) 第三者委員会は、今まで一度も開催されていないが、今後は積極的に活用していきたい(民生委員、区長等を構成委員として考えている)とのことであった。
- (7) サービス提供実施にかんする記録の時刻、担当者名の記載漏れが数箇所見受けられた。
- (8) 施設利用同意書は利用者側の押印のみで、施設側の押印したものは利用者側には渡していないとのことで、利用に際しての利用者側への説明も不十分であった。

#### 【指導・助言】

- (1) 今回の苦情の原因となった不適切な発言を「何気ない発言」という軽い認識で捉えられているようであるが、今後は、「決してあってはならない発言」という認識のうえで、常に利用者側の立場に立ったサービス提供を考えること。
- (2) 利用者の呼び方については、援助者と利用者との関係を認識したうえで、人格を尊重した呼び方を検討するなど、特に利用者への言葉遣いについて研修を実施すること。
- (3) 今後とも衛生管理については、常に気を配り、速やかに対応すること。
- (4) 利用者のみならず、その家族に対しても誠意をもって接し、相互のコミュニケーションを図るなかで連携を深めるように努めること。
- (5) 利用者のオンブズマン的役割でもある第三者委員との意見交換を行える貴重な場である第三者委員会は、苦情発生時だけではなく苦情を未然に防ぐ意味でも定期的に開催すること。
- (6) 介護サービスの提供開始に際しては、利用者側と十分に話し合いを行い、双方納得したかたち(利用者側及び事業者側双方署名・押印した同意書又は契約書)で行うこと。
- (7) サービス提供の記録は、いつ、誰が、どのようなサービスや対応を行い、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整備し、記載漏れが無いよう留意すること。

#### (4) 事例4

##### 【申立内容】

介護老人保健施設に入所中の母が入浴介助を受けているときに指を切断する事故が発生した。この事故発生の原因及び事故後の対応、事故当初の説明が不十分であり、事故後の利用者並びにその家族に対する思いやりが感じられない。

##### 【調査結果】

- (1) 通常(現在も)、浴室での直接介助者は2人であっ

た。浴室へは2人の利用者が同時に入り、介助については、1人の利用者に対して1人の介助者で対応しているとのことであった。

- (2) シャワーチェアで洗身介助を行った後、チェアを浴槽内に移動させる際、端座位の姿勢から長座位の状態にする必要があったため、介助者が手動で膝受け部分を上げる操作をした場面で、当該利用者の左手第二指が座面と膝受け部分の隙間にあったため座面を支える棒によって切断されてしまった。
- (3) リフトの操作を行う際、その直前に利用者の手足の位置確認は行っていたが、介助者は下を向いて操作を手動で行わなければならないため、一瞬利用者から目が離れてしまうとのことであった。
- (4) 介助する際、上半身に2箇所、下半身に1箇所の安全ベルトが装着されるようになっていた。両手部分は手すりをしっかり握っておく必要があるため、手すりに腕を固定するマジックベルトを使用する場合もあるが、当該利用者は左半身に不全麻痺があるとはいえ、リフト浴には慣れておられ、職員の話も理解されていたため、使用していなかった。
- (5) 通常、入浴介助の際には、プライバシーの確保のため下半身にタオルを掛けている。事故時は洗身介助も終わり、浴槽に入れる段階であったため、そのタオルは外していたとのこと。機械を操作する際、利用者の下半身が介助者の目の位置にあたるので、思わず当該利用者が手を下ろして隠そうとされた可能性もある。
- (6) 事故について職員に対しての周知は、事故の説明と対応策の説明を当日と翌日の2回に分けて事故現場において職員全員に行った。
- (7) 入浴マニュアルと施設介護計画書の変更日が事故当日となっていたため、事故の分析等は行われたか確認すると、介護計画書については治療を早急に組み入れる必要があると考え、当日作成したとのこと。マニュアルについては、事故発生後から改訂されたという意味で実際は分析が行われた後で完成させたとのこと。
- (8) 職員研修は定期研修を年3回行われており、新人職員が入った場合は、1ヵ月間は指導者が付いて教育を行い、入浴介助も共に行っているとのことであった。
- (9) 事故後は、毎日始業前に入浴器具の点検は行うように取り決め、実行しているとのことであった。
- (10) 新しい機器を導入する毎にマニュアルの改正等を行い、当初1ヵ月は操作方法等の研修も行っていたが、定期的にマニュアルの整備、それにとりなう研修は行っていなかった。なお、入浴リフトを購入した当初作成したマニュアルは事故が起きるまで変更等は行われていなかった。
- (11) 苦情取扱規定は実際には活用されておらず、職員への周知も十分に行われていなかった。苦情解決のシス

テムが確立されているとは言い難い状況であった。

- (12) 事故当日、当該利用者が運ばれた病院で家族（申立人の弟）に、職員が謝罪した。その後、正式な謝罪は行わなかったが、受診の度に治療経過の説明を行っていた。苦情として認識したのは、約5ヶ月後、弟が施設に来られた際に兄（申立人）が不満に思っていることを話されてからとのことであった。

その後、申立人側から誠意を見せてほしいとの要望を受けて、遠方の申立人の住所地近くまで、現場の責任者が出向き、示談金を支払った。

- (13) 提出された記録以外に毎日の利用者の状況が分かる記録がないかと尋ねたところ、ケース記録として手書きのものが別にあるとのこと。

#### 【指導・助言】

- (1) 今回の申立てに至った大きな要因の一つに、管理者を含めた施設側の事故後の対応の遅れがあげられ、組織内における連絡・報告機能が果たされていないことが影響していると考えられる。

今後は、異職種間（事務所等）でも情報の共有化、一本化を進めることが重要であり、連絡体制の強化を図る必要がある。そのためには、管理者側と現場側とのミーティングの場を日常的に設け、報告書等は、最初から書式自体に管理者側、事務所側が行った指示や対応を記入する欄を整備すること。

多数の職種が存在する老人保健施設内の管理には、指揮命令系統を一本化していくことが重要である。事務所内での業務内容をすべて見直し、各自の役割分担、責任の所在をはっきりさせることが必要である。

- (2) 記録は、きちんと時系で整理し、誰がいつ読んでも理解できるような様式で整備し、利用者家族や第三者が閲覧、謄写を求めた場合、迅速に対応できるよう保存する必要がある。

事故の状況及び事故に際して採った処置や苦情の内容等の記録についても同様であり、ケース毎にまとめ、整備してほしい。

- (3) マニュアルの作成にあたっては、専門的意見の聴取も必要である。改めて利用者個々の身体的状況のアセスメントや入浴方法の検討を多職種間で行うこと。また、マニュアルは、詳細に介助動作を分析して作成し、新人職員が初めてその書類を見るだけで介助を行うことが可能とする必要がある。

以上を踏まえ、業務マニュアルのチェック及び変更の検討を定期的に行うと同時に、変化していく利用者の身体状況等の情報のフィードバックを常に行っていくこと。これは、すべての介護サービスについても当てはまり、作成されたマニュアルは個々人のケアプランとつぎ合わせて吟味していく必要もある。職員一人ひとりが事故防止に向けての認識を深めていくことが

重要であり、日常的にそのような取り組みを続けていくことが必要である。

機器の整備点検等においても、詳細に取り扱い説明書を見直し、不明な点のないようにすること。必要とされる点検は確実に実行される体制をつくり、その責任の所在をはっきりさせること。整備内容の記録等残しておく必要もある。

- (4) 当該施設では「苦情処理取扱規程」が適用されている。この規程を機能させるために、重要事項説明書等に明記し、利用者や家族に認知してもらい、職員全てが苦情解決システムを理解する必要がある。

取扱規程以外にも幾つか苦情解決のシステムが設けられているので、それぞれの機能を明確にし、そのうえで苦情処理の仕組みを図式化するなど利用者にも理解できるように示して交付及び説明する、または、施設内に大きく掲示すること等が必要である。

苦情や事故は、その判断や対応策を施設側だけで考えるのではなく、第三者委員等のより積極的な参加を求め、外部からの意見を取り入れることが望ましい。

- (5) 「市町村が実施する事業」の一つとして、苦情を未然に防止すること及び利用者の日常的な不平、不満及び疑問に対応してサービスの改善を目指す介護相談員等派遣事業がある。より積極的に介護相談員を受け入れ、連携を深めること。また、事業所内での苦情解決のしくみのなかにも取り入れて、その位置づけをはっきりさせてほしい。

## 2. 考 察

### (1) 事例 1

本事例は、納得のいかない理由にて退所を要求されたことに対する苦情である。施設側が退所を要求した理由は、利用者の精神機能（認知症）低下にともない精神科医療機関への入院が適切であると判断されたためであるとのことであった。

介護老人保健施設における利用者の退所にかんして「介護老人保健施設の人員、施設及び運営に関する基準」（厚生労働省令、以下「運営基準」）では、提供拒否の禁止（第5条の2）の規定が「介護老人保健施設は、正当な理由なく介護保健施設サービスの提供を拒んではならない」として定められている。ここでいう「正当な理由」とは、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することを禁止するものであり、入院治療の必要がある場合、その他入所者に対して自ら適切な介護保健施設サービスを提供することが困難な場合が想定されている。

本事例の場合、利用者の心身状況などからして退所の理由が正当な理由に該当しないと判断できるものではなく、そのことを施設側の問題点として指摘しているわけ

ではない。運営基準に基づき適切でなかったことは、正当な理由でのサービス提供拒否であっても、当該施設においては病状などを勘案し、他の病院や診療所を紹介するなど適切な措置を速やかに講じなければならなかったにもかかわらず、そのことが行われなかったことである。

受け入れ先が決まらないままでの退所の要求は、利用者、家族にとって多大な不安をもたらす、負担感を負わせることになることは容易に想像できる。しかも、退所が要求される背景として、施設と家族との金銭的なトラブル（通院にかかわる利用者側の費用負担に対する不満）があったことは否定できず、両者が感情的になってしまっていたものと考えられる。

指導助言の内容のとおり、金銭的なトラブルの非として施設側に問われるものがあったなかでの退所の要求については、家族側の受け止め方として、心身的な理由での退所というより、金銭的なトラブルがあったことからの退所という受け止め方になってしまう。

## (2) 事例 2

本事例は、施設内での事故にかかわる苦情である。その内容は、事故発生に対する不満とともに、事故発生後の対応に対する不満が重積したものとなっている。主に次のことが施設側の対応の問題点として指摘できる。

まずは、事故発生についての問題点として、利用者の心身状況から、認知症の症状などからして転倒、転落のリスクは予測されたにもかかわらず、その対策が不十分であったということがあげられる。予測できるリスクについては、そのリスクを回避、軽減するための最大限の対策を講じておかなければならない。

次に事故発生後の対応についての問題点であるが、本事例の場合、事故発生についての問題点より事故発生後の対応にかかわる問題点が重大であり、家族の不満をもたらす結果となっている。

施設内で発生した事故により骨折という状態をもたらすにもかかわらず、次のことなどから、施設側にその重大性が認識されていなかったと判断できる。

①なぜ、当該事故が発生したのか、事故原因の分析が十分に行われておらず、原因が特定できないとして処理され、再発防止にむけての対策も考えられていない。

②事故報告書の記載内容について、内部のものと、介護保険者へのものとに明らかな差が認められ、事実確認が曖昧になっている。また、日常のサービス提供記録など記録物についてもその内容は具体性に欠けており、利用者の状態やサービス提供内容など把握することに支障をもたらしている。

③家族への、事故報告をはじめ、原因説明、改善計画、保証などの対応が遅く、時間の遅滞が新たな不満を招いている。

事故防止の基本として、どのような場面においても事故が発生する可能性を認識したうえで、特に当該利用者のようにリスクの高い利用者においてはケアプランにそのことを反映させ、担当者間で情報共有しておくことが求められる。

また、事故発生後の対応についても、組織として対応できる体制を整え、マニュアルを整備し、事故原因分析を徹底的に行い、事故再発防止にむけての取り組みを行わなければならない。

当該施設においてはこのようなことが実施されていなかったなかでの必然的な事故発生であり、苦情申立てといえよう。

## (3) 事例 3

本事例も事例 2 に同じく事故発生とそれにもなう事故対応に対する苦情である。

介護老人保健施設など介護事業所で発生する事故の場面として、入浴場面はリスクの高い場面の一つである。本事例の場合、車いすを活用しての上下する移動式浴槽を使用した入浴であったため、機器の使い方しだいで大事故につながる危険性を有するものといえる。また、当該利用者のように自らの意思伝達に障害のある者の割合は特に介護保険施設利用者の場合に多く、このような利用者にむけの入浴サービスなどリスクの高い場面でのサービス提供に際しては細心の注意が払わなければならない。

入浴サービスについては、リスクの高い場面であるとともに、日常的に提供される頻度の高いサービスともいえる。提供される頻度の高いサービスにおいては一般的にマンネリ化する傾向が指摘される。一般的に入所者50名規模の介護老人保健施設のように大人数の利用者を限定された職員によって、定期的に入浴させるなどの場面においては、サービスの形態、環境、方法、時間帯などマンネリ化する傾向がうかがわれる。

事故が起こりやすい場面や利用者、そして、マンネリ化する傾向のあるサービス提供場面という二重、三重のリスクがあったなかで入浴介助中の指切断という事故が発生している。リスクの高い場面でのサービス提供については、事故防止を念頭においたサービス提供場面ごとのマニュアルの整備と研修の定期的な開催が必要であるといえよう。

また、本事例において苦情申立てに至る背景として、事業者側が家族側の不満を十分に把握できないまま長期間放置されていたことがあげられる。介護保険者への事故報告については比較的早期に対応されていたにもかかわらず、施設内での連絡、報告体制が機能していなかったことから、家族の不満を認識できたのは事故発生後5カ月が経過してからであった。

当該施設での苦情解決システムが機能し、早期の対応がなされていれば家族側の施設側に対する受け止め方や態度も違ったものになったともいえよう。

#### (4) 事例4

本事例は、職員の利用者や家族に発せられた言葉に対する苦情である。ひとりの職員の何気ない言葉が、利用者や家族の気持ちを大きく傷つけ、その職員のみならず、組織全体に対する信頼感を喪失させてしまう結果となっている。利用者や家族にむけて発せられた言葉の不適切性が確認され、また、組織としての利用者やサービス提供に対する認識が適切ではなく、対応に問題があったことからの指導助言となっている。

すなわち、当該職員による不適切な言葉が発せられたこと自体に問題があるとともに、不適切な言葉が発したことに對しての不適切性が認識できない組織全体に問題が指摘できる。

当該職員から発せられた不適切な言葉は、たまたま、何気なく発せられた言葉だったのか、また、その職員だけがそのような不適切な言葉が発していたのか。それまでも同類の言葉が使われていたことから偶発的に発せられた言葉とは考えられなかった。また、不適切な言葉が発せられた直後、周囲にいた複数の職員もその言葉に乗じてみんなで笑ったことから、限定された職員だけが発していた言葉とも考えられなかった。

言葉は、発する人間の発せられる相手にむけての対象者観が反映される。サービス提供者である場合、提供するサービスに込められる理念、価値観が、利用者に対する言葉、態度、表情、姿勢に表出され、サービスの内容に反映される。

当該職員から発せられた不適切な言葉は、日常に抱いている利用者に対するネガティブ（否定的）な対象者観や、介護サービスに対するマイナスに作用する理念や価値観が必然的に表出されたものと考えられる。また、シーツ交換など衛生上への配慮不足もこのことが影響していたとも考えられる。

事業者として、また、同組織に所属する職員一人ひとりの、サービス、対象者に対する「思い」がポジティブ（肯定的）なものであることが、サービスの質の向上にむけての基盤となる。利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを心がけることが重要である。

また、苦情発生から解決策が見つけれず、長期間経過しているなかで、このような場合であるとき、第三者に意見を聴き、問題解決につなげる第三者委員会など開催することも有効であるといえよう。

#### (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2件、サービス提供拒否が1件、サービスの質(職員の言葉)が1件である。

介護老人保健施設の場合も介護老人福祉施設と同様に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、事故対応を要因とする苦情申立ての割合は高い傾向がうかがわれる。したがって、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。

施設利用者の重度化の傾向は、施設利用者に対するサービス提供にも影響をもたらす、職員の負担をとまなうことにつながる場合がある。また、多数の施設利用待機者の存在を背景として、これらの要因が施設退所(サービス提供拒否)をうながすことに作用する危険性を孕む。多数の施設利用待機者の存在は、サービスの質的低下をもたらす要因の一つともあげられよう。

介護老人保健施設など介護保険施設利用の場合、その多くが家庭での介護に限界があるなかでの選択であること、退所先として再び家庭という選択肢の可能性は低いこと、そのなかで重度の高齢者を施設に預けている家族の苦しい心理状況を察したサービスの提供が求められる。

#### 注

- 1) 倉田康路(2013)「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」『西九州大学健康福祉学部紀要(第43巻)』西九州大学・PP.18.
- 2) 倉田康路(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(短期入所生活介護)の事例から」『西九州大学健康福祉学部紀要(第43巻)』西九州大学・PP.9-14.
- 3) 倉田康路(2013)「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」『西九州大学健康福祉学部紀要(第43巻)』西九州大学・PP.15-22.
- 4) 介護保険法第23条等の規定により、市町村、国保連、居宅介護支援事業者、サービス事業者においては苦情解決の役割が課せられている。
- 5) 佐賀県国保連苦情処理員として介護保険制度施行以降、こんにちまでに当該団体において受け付けたすべての介護保険サービスにかかわる苦情処理業務を担当してきた。
- 6) 介護保険法第8条第27項に規定。

## 参考文献

- 1) 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.
- 2) 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
- 3) 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.
- 4) 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(第37号)』西九州大学社会福祉学科.
- 5) 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.
- 6) 大国美智子編集代表(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.