

介護保険サービスにおける苦情事例研究 () —認知症対応型共同生活介護等の事例から—

Case Studies of Complaints about Long-Term Care Insurance Service ()
—From Case Studies of Group Home 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（ ） —認知症対応型共同生活介護等の事例から—

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（ ） —From Case Studies of Group Home 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 Group home 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、認知症対応型共同生活介護、事例研究

Key words：complaints, long-term care insurance service, group home for the elderly, case study

．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（ ）—訪問系サービスの事例から—」（2013）¹⁾、「介護保険サービスにおける苦情事例研究（ ）—短期入所系サービスの事例から—」（2013）²⁾、「介護保険サービスにおける苦情事例研究（ ）—施設サービス（介護老人福祉施設）の事例から—」（2013）³⁾、「介護保険サービスにおける苦情事例研究（ ）—施設サービス（介護老人保健施設）の事例から—」（2014）⁴⁾に続く介護保険サービス苦情事例研究の第5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」⁵⁾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委員としての業務を行ってきた⁶⁾。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。

．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・助言が行われた認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）の事例（2事例）および通所リハビリテーション（1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認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）および通所リハビリテーションの概要は次のとおりである。

グループホームは、要介護者であって認知症である者（認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者）について、その共同生活を営むべき住居において入浴、排せ

つ、食事等の介護その他日常生活上の世話および機能訓練を行うものである⁷⁾。また、通所リハビリテーションは、居宅要介護者について介護老人保健施設、病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設においてその心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他の必要なりハビリテーションを行うものである⁸⁾。

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、苦情申立ての内容、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、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、苦情申立ての要因、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。

．結果および考察

1．結果

(1) 事例1（グループホーム）

【申立内容】

グループホーム管理者から、利用者の家族に対して介護サービス提供にかんして嫌がらせ的な不穏当な発言があった。また、同じくグループホーム管理者から、介護サービス提供を拒否すると受け取れるような発言があった。

【調査結果】

- (1) 一方的な同意書（利用者、扶養者の署名・押印のみ）を使用しており、重要事項についての説明も不十分であった。
- (2) 嫌がらせの発言については申立者側、施設側の両方で言い分が食い違い、事実は確認できなかった。

(3) 介護サービスの提供を拒否すると受け止められるような発言については、事業者側としては冗談で穏やかな口調で言ったことを認めたものの、申立者側の施設を追い出されるのではと思えるほど、強い口調で言われたという言い分とは食い違った。

(4) 事業者側は申立者と感情的な行き違いがあったことは認めたが、その原因は申立者側にあると主張して譲らなかった。

【指導・助言】

(1) サービス提供の同意を得る場合は、利用者及び事業者双方の立場から利用者及び事業者双方署名・押印した同意書又は契約書によって確認すること。

(2) たとえ冗談のつもりであってもサービス提供拒否と受けとめられるような発言は慎むこと。運営基準に規定する「提供拒否の禁止」に接触することにもなり兼ねない。

(3) コミュニケーションを図るための日常の言葉は、何気ない言葉一つで相手を傷つけたり、恐怖を与えることになり、その結果、お互いの信頼関係を損なうことになる。懇切丁寧な対応や発言を心掛けること。

(4) 苦情を言いやすい環境を作ることが求められる。苦情が示された場合は、素早い対応が極めて重要であり、それに対する十分な説明や必要な場合には改善が必要である。

(2) 事例2（グループホーム）

【申立内容】

入居に際して、ベッドを低いベッドに換えてもらう約束をしていたが、実際は換わっていなかった。このことが、ベッドからの転落事故時の怪我にも影響している。

事故後、利用者が痛みを訴えている状況を認知症の進行と捉えて、再診察は行われず、処置もずさんであった。

【調査結果】

(1) 通常、当該事業者は、共同生活住居において共同生活を送ることに支障がない利用者（要介護2ないし3程度）を対象としているが、当該利用者は要介護4であることから、利用者側の強い希望もあって、体験入居となった。

(2) 体験入居ということであったため、口頭での簡単な説明が行われていただけで、契約書・重要事項説明書等の提示及び説明も行われておらず、契約書を取り交わすということはなされていなかった。

(3) 利用者入居予定の部屋のベッドが高いとの利用者側のからの指摘があった際、その場で、そのベッドを一番低い状態にして、利用者側からも了承を得た。なお、ベッドの交換は依頼されていないとのことであり、利用者側と事業所側とで言い分が全く食い違っており、事実は確認できなかった。

(4) 利用者のずり落ちの傾向はアセスメントされておらず、「転落防止」にかんしてはケアプランにも反映されていなかった。また、事故後にケアプランの変更も行われていないばかりか、事故の原因についても解明されていなかった。

(5) 利用者側への事故の報告も伝達で終わっていた。

(6) 事故後、利用者の痛みの訴えが、事業所責任者、看護師に伝わっていないなど申送り等が徹底されていなかった。

(7) 退居に際しては、体験入居の期間が過ぎたこと及び当該利用者の認知症の進行により他の利用者に悪影響を及ぼしていること等を説明し、利用者側も納得されたとのことであったが、他事業所の紹介等は行われていなかった。

【指導・助言】

(1) たとえ体験入居であっても、介護保険制度に基づいたサービス提供を行うのであれば、重要事項について記した文書を交付し、懇切丁寧に説明を行ったうえで契約を取り交わすこと。

(2) 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者一人ひとりの状況に応じ、即時性を持って介護サービスを提供するよう心掛けること。

(3) 事故を未然に防ぐためには、アセスメントは極めて重要であるため、アセスメントを行う際は、利用者の家族からも利用者にかんする情報を十分に得たうえで行い、その結果を反映した内容でケアプランを作成し、適切に介護サービスを実施することが必要である。

(4) 事故後の対応としては、事故対応マニュアル等を活用しながら、速やかに利用者の家族へ直接報告・説明し、また、事業所内でのカンファレンス等で事故の背景の明確化・原因の解明・再発防止対策の検討を行うこと。

(5) 利用者の権利擁護を基本理念として、事業所内での研修会の活性化及び外部での研修、講演会等への積極的な参加が望まれる。

(6) 日々変化する利用者の状態を把握し、継続した介護サービスの提供が行われるためにも、諸記録は記載漏れ等無いよう整備し、供覧及び申送りの徹底を図り、責任者を含めた全ての職員が周知する体制を整えること。

(7) 退去に際しては、居宅介護支援事業者等との連携を密にし、利用者側の希望を踏まえたうえで、利用者の状況及び退居後の生活環境に配慮し、他事務所等を紹介するなど退居に必要な援助を行うこと。

(3) 事例3（通所リハビリテーション）

【申立内容】

通所リハビリテーション利用時に誤嚥により妻が亡くなった。その時間帯に医師が不在であり、十分な処置がされていたか疑問である。医師の勤務体制についての施設側の説明も内容が変わり信頼できない。

また、介護支援専門員の訪問も一切なく、介護計画等についても説明を聞いたことがない。事故後、事業者側から訪問があった際に居宅介護支援費の保険請求のことを尋ねたところ、こころない発言があり、誠意が感じられない。

【調査結果】

- (1) 当該利用者には持病があったが、自分で水分摂取も積極的に行われていた。そのため、事故当日も介護者は水分摂取の声掛けをすることもなく、むせる様子や音もしなかったため、片付けの終わる頃まで、当該利用者の異変に気付かなかった。その後、看護職員を呼び、応急処置を行った。救急車搬送時にも、食物残渣物は残っていた。心電図は動いていなかったが、到着まで脈は確認できていたとのことであった。
- (2) 利用者の家族からのむせやすいとの情報により声掛け等の配慮は行っていた。事故前は食事を急がれることもあり、少々むせられることはあったが、ひどいむせはなかった。献立についても汁物にはとろみをつけ、食材に切れ目や細かく刻むなどの配慮を行っていたとのことであった。
- (3) 介護支援専門員の月一回の訪問がなされていなかったことにかんしては、通所に来られているからという安心感から怠ってしまったとのことであり、利用票のサインについては、直接通所利用時に当該利用者にいただいていたとのことであった。
- (4) 医師の勤務体制については、運営基準は満たしており、事故当日は非常勤医師の午前中のみ勤務であり、勤務終了後の事故であった。
- (5) 事故後、当該利用者の家族から出向いていくまで説明がなかったことにかんしては、後日、しっかりとした内部調査を行ったうえで行うつもりであったとのこと。要請後は相手の意向に合わせ、何度も説明を行い、当該利用者の記録等の開示も行ったが、理解してもらえなかったとのことであった。
- (6) 通常の苦情処理に対しては、苦情相談窓口は設置されており、マニュアルに沿った処理は行われているとのこと。今後の事故防止のため、ヒヤリ・ハット等の事故報告書を整備し、参考にしているとのことであった。

【指導・助言】

- (1) 今回のような不測の事態を予測し、適切な対応を可能とする人員を確保して、食事時の介助に当たり、そ

の体制を維持することが必要である。事故防止に向けて、医師や看護師不在時でも対応できる緊急マニュアルの作成、継続した全職員参加の勉強会、非常時を想定した訓練等の実施等が必要である。

また、嚥下・咀嚼の確認をより一層入念に行い、口腔ケアを充実させることも危険防止につながるものと考えられる。食材の提供に関しても、利用者一人ひとりの特性や心身の状況に合わせた献立の工夫が求められ、食事を提供する側（管理栄養士等）が食事時の見守りの際に利用者の状態を観察し、介護者の意見を取り入れるなど多面的なアプローチも必要である。

- (2) 介護計画作成においては、利用者・家族とのコミュニケーションを十分に図るなかで、利用者ニーズを正確に把握し反映させることが求められる。居宅への訪問はもちろんのこと、利用者や家族とのコミュニケーションを図り、積極的にアセスメントすることが必要である。
- (3) 医師の勤務体制等を含めたサービス利用にかかる重要事項は、利用申込者に分かりやすい丁寧な説明を行い十分に納得してもらったうえで、サービス提供に努める必要である。
- (4) 早期の事業者側からの説明がなかったことが、その後いろいろな誤解を招いているように思われる。今一度、申立人に対して分かりやすい言葉で丁寧に説明を行うなど、誠意を持って円満解決に向けて努力することが望まれる。

2. 考 察

(1) 事例1（グループホーム）

本事例は、事業者の管理者による発言に対しての苦情である。事業者のなかで管理者という立場にいる者の家族にむけての発言は、一職員の発言より重く、事業者全体からの発言を意味する。

管理者から発せられた発言の内容は、家族の役割についての管理者独自の価値観であったが、その価値観を押し付けるような言い方があったことに家族として不快感を抱いている。

家族として親の介護を自分たちで行っていききたい気持ちを持ちながらもグループホームに預けざるを得なかったこと、グループホームに頻繁に来て親と会いたい仕事などから容易ではないことなど家族側の事情があるなかで、グループホームへの来所頻度などを通してかわり方の消極性を指摘され、さらには、退所を迫られる発言があったことが不満を倍化させている。

度重なる不適切な発言を受けた家族は、管理者を代表とするグループホームにむけての不快感とともに恐怖感を覚え、グループホームへの訪問が一層、遠のいていった。そして、苦情申立て機関への申立てを決断すること

になった。

不適切な発言を発した管理者からして、発言の事実を認めたとうえで「冗談のつもりであった」としているが、冗談で通用する内容ではなかった。

介護保険の理念にかなう範囲で事業者の介護に対する思いや理想を抱くことは大切であるが、それを家族に押し付ける行為は、誤解や不満を生じさせる可能性が高いといえる。日頃より、利用者や家族に対する発言には十分に注意し、懇切丁寧な対応を心がける必要がある。

(2) 事例2（グループホーム）

本事例は、グループホームへの仮入居中の事故およびその後の対応に対する苦情である。正式な契約を結んでの入居ではなく、体験入居での事故ではあるが、グループホーム内での事故であり、転倒する可能性が予測でき、しかも、家族としてそのことへの注意を促していた後での事故発生であることに当該事業所の責任が問われることとなる。

事故の背景には、仮入居という手続きにより利用者のアセスメントを十分に行っていなかったことが多分に影響していると考えられる。転落が予測されたにもかかわらず、そのことがアセスメントされておらず、ケアプランには反映されていなかった。グループホーム利用者の特性である認知症から、利用者からの意思伝達、情報収集に限界が認められるなかで、家族から利用者にかんする情報を十分に得てアセスメントを行う必要があった。

認知症高齢者の行動特性は一人ひとり大きく異なり、独自性が認められる。しかも、仮入居という場面は、それまで生活していた居宅での環境とはまったく違うものであり、戸惑い、不安感情が増幅し、負担感をともなうこととなる。したがって、生活環境に慣れない場面での事故のリスクは高くなる。

事業者においては家族を含めてケアプラン策定を行い、家族にもリスクへの理解を図っておくことが大切であり、入居間もない認知症高齢者においては特に見守りをもって事故防止への配慮が要求される。

また、当該事業者においては事故が発生したにもかかわらず、事故原因の分析がなされず、当該利用者のケアプランの見直しも行われていなかったことは、同じ事故を繰り返す要因となり、事業者の怠慢といえた。

(3) 事例3（通所リハビリテーション）

本事例は、サービス利用中における利用者の誤嚥などにより死亡したことに対する苦情である。利用者死亡という深刻な状況から、家族としての不満は極めて強いものであった。

当該利用者の嚥下能力の低下や嚥下の際にむせやすいことなどについて、事業者側はあらかじめ把握できてい

たため、献立については汁物にとろみをつけたり、食材を細かく刻んだりの配慮がなされていた。ただし、このような配慮は当初から行われていたものではなく、家族側からの指摘や要望に基づくものであり、家族側からして、事業者側の主体性や積極性に疑問を抱くものであった。その後に誤嚥事故が発生している。

昼食の食事中に誤嚥があり、その直後ではなく、しばらくの時間の経過があった食事の片付けの際にそのことが発見されている。このことから家族としては「事業者は何をやっていたのか」という疑問と不満が生じることとなる。食事介助の際の職員体制、見守りが十分であったといえるのかというサービス提供上の問題が疑われるものであった。

職員体制においては医師の勤務時間を含めて明らかな不備は認められなかったものの、誤嚥リスクの高い当該利用者に対する食事介助や見守りについての配慮が十分であったとは認められなかった。

また、死亡事故という重大な事故に対するその後の事業者側の対応に家族側として大きな不信感を抱くことになっている。事故についての説明が家族から事業所に出向くまでは行われておらず、十分ではなかったことが最大の不信感の要因といえた。重大な事故にもかかわらず迅速性に欠けた誠意の感じられない事業者側の対応として受け止められることとなる。事故発生に対する事業者としての認識とともに、苦情対応に対する事業者の認識が希薄であったものといえよう。

(4) 総合的考察

3つの事例のなかの2つの事例はグループホームでの事例であるが、グループホーム利用者である認知症高齢者に対するサービス提供においては、自らの権利やニーズを表明することに限界が認められるなどの心身的特性からして、アドボカシー（権利擁護、代弁）の視点からのアプローチが重要になる。したがって、サービス利用者のなかでも特に認知症高齢者においては、入念に、気を配りながら、かわりや観察、家族等からの情報収集などをもって心身状況やニーズを把握する必要がある。

事例2においては事故のリスクを含めてのニーズの把握が十分でなかったなかでの事故発生にともなう苦情申立てとなっている。また、事例3のように認知症ではないものの、意思疎通に障害のある高齢者は介護保険サービス利用者には多く存在する。食事や入浴などのサービスにおいては、特に事故発生のリスクの高い場面といえ、リスクマネジメントの視点からのサービス提供場面ごとのマニュアルの作成、研修の実施、人的配置など環境整備を行うことが大切になる。

事例1においては、認知症高齢者とともに家族にむけてのアドボカシーの視点が欠如した対応が苦情申立ての

要因となっている。認知症高齢者をかかえる家族においては、身体的、精神的、社会的な負担がより大きく負荷され、周囲から発せられる言葉や態度などに敏感になっているといえよう。事業者においてはこのような家族の特性を理解したうえで、要介護高齢者とともに家族を含めたサービス提供を心がける必要がある。

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()—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.1-8.
- 2) 倉田康路(2013)「介護保険サービスにおける苦情事例研究()—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()—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) 倉田康路(2014)「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—」『西九州大学健康福祉学部紀要(第44巻)』西九州大学、pp.17-24
- 5) 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。
- 6) 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。
- 7) 介護保険法第8条第19項に規定。
- 8) 介護保険法第8条第8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。