**苦情解決体制を整備するにあたってのポイント**

　社会福祉基礎構造改革を支える仕組みとして新たに導入された苦情解決制度は、都道府県段階における対応（運営適正化委員会）と事業者による苦情解決という２つの流れがあります。事業者による苦情解決のあり方については、その具体的な仕組みが厚生労働省から「指針」として出されていますので詳細は通知をご参照ください。
　以下に、より効果的な苦情解決体制を構築するためのいくつかのポイントを整理します。

* 苦情を収集するチャンネルの多角化（苦情受付担当者や第三者委員以外にも、たとえば意見箱の設置や、利用者や家族との懇談会、匿名性を確保したアンケートの実施、など）
* 苦情情報の共有化を図る
* 「声なき声」を積極的に聞き出す

　また、苦情はサービスの質の向上に向けた取り組みを促進するための貴重な情報源となることから、その有効な活用を図る観点からもいくつかの留意点があります。その前提として、職員間における苦情解決の意義や重要性が共有化されていることが大切です。

* 苦情内容の十分な記録
* 苦情内容の分類や整理
* 苦情内容の詳細な検討（多角的な要因分析）
* 改善策や対応策の立案（職員の創意工夫や提案を大切に）
* その実施と検証

**苦情対応の基本原則**

○公平性

　事業者が設置する苦情解決の仕組みであっても、その基本は利用者の立場に立って対応することが基本となります。利用者が、情報の非対称性・交渉力の不均衡性・判断能力の不十分性等の面において、施設と完全に対等な関係となってはいないことがあることを認識する必要があります。

○公正性

　第三者委員という客観的かつ公正な存在が解決の方向性を正当化しうることになります。第三者委員の二重性、つまり、事業者から選任されているという側面と利用者の立場に立つことが期待されているという側面とが均衡していることによって、公正さを高めていこくとができます。

○迅速性

　苦情対応が迅速になされなければ、利用者の不満は高まるばかりでせっかくの苦情解決体制も意味のないものになってしまいます。苦情を受けた際に「後で調べます」「後で検討します」という対応によって、ますます利用者の感情を損ねたという例もあります。どの程度、迅速に対応したかによって、利用者との信頼関係形成には大きな差が生じることになります。より迅速な苦情対応は利用者との円滑なコミュニケーションを助長し、より一層の信頼関係の形成を促進します。

○透明性

　苦情を隠蔽することなく、苦情情報をプライバシーを侵害しない範囲内で公開するなど、組織として対応しているという姿勢を示すことが大切です。苦情を隠蔽したり、ましてや苦情の申立人を詮索するといった行為は厳に慎まなければなりません。

○応答性

　苦情は、「利用者の声」としてとらえて有効なコミュニケーションの手段だと考えることが重要です。苦情に対する応答がなされ、それに対する利用者からの反応があるといった双方向のやり取りが継続的に行われることによって、サービスの質の向上にもつながることとなります。

**苦情の傾向と対応策の一例**

　さて、一概に「苦情」といっても、その内容（レベル）については、「こうして欲しい」という要望的なものから、施設の責任を追及するといった内容のものまでいくつかのレベルがあると考えられます。「何が苦情か」といった疑問も一部には呈されていますが、苦情解決はリスクマネジメントの取り組みの一環として、福祉サービスの質の向上につなげるためにも、広く対応することが肝要です。
　全国社会福祉協議会の社会福祉制度・予算対策委員会施設部会が取りまとめた「福祉施設における苦情解決のあり方特別委員会」報告書では、要望レベルの苦情として最も多い内容は「職員の言葉遣い」であることを指摘しています。職員の言葉遣いの重要性を改めて認識しなければならないと思います。ここでは、利用者に対する言葉遣いのあり方について全職員に共通認識を形成することが苦情を少なくするための取り組みとして大切だということが言えます。
　また、広く職員の対応に関する苦情を少なくするという観点から、特に新人職員に対して独自の「若葉マーク」を活用しているユニークな例があります。出てきた苦情を十分に分析して、同様の苦情が出ないように何らかの創意工夫を講ずることが求められます。

**転倒の分類について**

　「転倒」として寄せられた事例を、さらに次のように分類するとともに、それぞれの分類ごとの発生形態や、その要因を概観すると以下のとおりとなります。なお、ここで言う「転倒」には車いすからのずり落ち等も含めて整理しました。

**（１）移乗時の転倒**

**ア　ベッド⇔車いす間の移乗時における転倒**

ベッドから車いすに移乗する際に、利用者がバランスを崩してお尻から落ちたり、車いすのブレーキが不十分であったために車いすごと転倒するケースや、介助する職員が足を滑らせたために利用者の大腿骨が骨折したという事例が大変多く寄せられました。
　車いすからベッドへ移乗するときの事例では、利用者の衣服がハンドクリップにひっかかってあやうく転倒しかけたケースもいくつか見受けられています。
　要因としては、通常２人で介助するところを１人で行ったり、介助者や利用者が車いすの基本操作の確認を怠ったり、あるいは自力者に対する見守りや事故の予測が不十分だったり、職員が油断していたということが挙げられています。また、環境面では、車いすとベッドの配置方法や高さなどの点で改善すべき点があることが指摘されています。
　対応策としては、基本的な介護の徹底を促したり、事故に関する背景や自分の考えを述べ合って再発防止を確認しあったり、受傷した利用者の個別援助計画を作成する等が講じられています。また、トランスを職員１人で行うことを厳禁したり、業務終了後に必ず声だし確認を徹底する施設もありました。

**イ　ベッド⇔ポータブルトイレ間の移乗時における転倒**

ベッドからポータブルトイレへの移乗時における転倒は、利用者が職員に気をつかってコールを押さなかったために発生したり、ポータブルトイレへ座るときに目測を誤って転倒したり、利用者の体を支えきれずに介助者が利用者といっしょに転倒した事例が寄せられました。
　要因としては、職員の見守りや介助者の人員不足などと、利用者自身が高齢による身体機能低下や１人でも大丈夫だという判断の誤りなどが挙げられています。また、ベッドとポータブルトイレへに移乗するときの手摺りの不備や位置関係への配慮が欠けていたと指摘する施設もありました。
　対応策は、夜間の巡回をひんぱんに行ったり、ポータブルトイレを廃止して、トイレのときは職員が必ず介助して、あとはおむつで対応する、利用者の行動能力の再確認を行うなどが挙げられています。

**ウ　その他の移乗時における転倒**

この類型では、(1)利用者が自力で移乗しようとして転倒、(2)職員が移乗の援助をしていて利用者が転倒、(3)職員が移乗の援助をしていて転倒し、利用者も転倒、という形態に大きくは分類することができます。
　考えられる発生要因としては、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、介助にあたる人数の不備（本来は2名でやるべきところを1名でやってしまった）、車いすやストレッチャー・ベッドなどのブレーキやストッパーの掛け忘れ（基本的な動作の確認を怠った）が挙げられるとともに、車いすとベッドの配置（位置）関係や、車いすとベッドの高さ、あるいは、援助時の足元の不備（敷物、物がおいてあったために十分な足場の確保ができなかった）などを指摘している事例も見受けられます。その他にも「移乗時に利用者がベッド柵をつかんでしまった」「利用者の衣服が車いすに引っかかった」等の要因も挙げられています。
　事例発生後の対応策としては、利用者の状況の再確認とその徹底・周知、援助時の職員体制の徹底、援助時の環境整備、等が講じられています。

**（２）施設敷地内移動時の転倒**

**ア　歩行している際の転倒（杖使用を含む）**

この類型では、(1)段差や物品等、つまずきによる転倒、(2)廊下の水滴等、滑りによる転倒、(3)足のもつれ、ふら付きによる転倒、(4)てんかん等、発作による転倒、(5)その他（飲酒など）の転倒、という形態に分類することができます。
　考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、利用者の歩行ペース等に合わない援助の他、廊下等の段差や水滴、通路等に物が置いてあったというような環境的な要因も考えられています。また、「利用者本人の自助具が合っていない」「利用者が階段を移動する際に手すりを使用していない」等の要因も見られています。
　事例発生後の対応策としては、利用者の状況の再確認とその徹底・周知、移動距離を短くするための居室変更、通路等の環境整備（段差解消・整理整頓）、等がとられています。

**イ　車いす等にて移動している際の転倒（歩行器使用を含む）**

この類型では、(1)段差や側溝による転倒、(2)スロープ移動時の転倒、(3)ベルトの閉め忘れ等による転倒（ずり落ち）、(4)利用者本人あるいは職員等、介助者の車いす等、操作ミスによる転倒、という形態に大きく分類することができます。
　考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、職員の手技の未熟の他、廊下の段差等、歩行車や車いすを利用する者に向いた環境になっていない、スロープの角度等、環境によるものも大きいとされている。また、「車いすの点検・整備不良」「利用者の飲酒」等の要因も見られています。
　事例発生後の対応策としては、環境の改良（傾斜の解消等）、等が図られています。

**（３）施設敷地外移動時の転倒**

**ア　歩行している際の転倒（杖使用を含む）**

この類型では（２）アと同じように、(1)段差や物品等、つまずきによる転倒、(2)足のもつれ、ふら付きによる転倒、(3)てんかん等、発作による転倒、という形態に分類することができます。
　考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、利用者の歩行ペース等に合わない援助、利用者と職員の体格の差、安全確認の怠りといった人的要因の他、歩道の段差や側溝、慣れない場所での状況の把握、危険箇所の把握が不十分などが、挙げられています。また、「外出時の履物が不適当」「利用者が突然走り出した」「てんかん等の発作」といった要因も見られています。
　事例発生後の対応策としては、外出先の状況を事前に把握する、介助を必要とする利用者の的確な把握と、その援助に必要な人員確保、道路等の環境整備（段差解消）について行政に要望する、等がとられています。

**イ　車いす等にて移動している際の転倒（歩行器使用を含む）**

この類型では、(1)段差や側溝による転倒、(2)スロープ・傾斜地等移動時の転倒、(3)ベルトの閉め忘れ等による転倒（ずり落ち）、(4)利用者本人あるいは職員等、介助者の車いす等、操作ミスによる転倒、という形態に大きく分類することができます。　考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、職員の手技の未熟、ブレーキの掛け忘れや不備（片方しかかけていなかった）、職員の気のあせりの他、環境に関する要因として一般道路、歩道が歩行車や車いすを利用する者に向いた環境になっていないといったことが挙げられています。また、「車いすの点検・整備不良」、「利用者の運転技術の未熟」等の要因も散見されます。
　事例発生後の対応策としては、車いす操作の技術向上を図る、環境の改良（段差の解消等）の緊急対応を要望、外出先の事前調査の実施、等が図られています。

**（４）入浴時の転倒**

　入浴時の転倒は、「衣類着脱時」「浴室内等の移動時」「洗体時」「浴槽内」の場面に細分化することができ、それぞれに形態が異なっています。大きくは(1)利用者自身のふらつきによる転倒、(2)利用者自身が足を滑らせて転倒、(3)介護職員のふらつきや転倒による利用者の転倒、(4)不適切な座位・立位による転倒、(5)利用者の発作による転倒、(6)その他の転倒（機器の取扱い不備など）に分類することができます。
　考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、入浴介助の手順が守られていない、介助にあたる職員の人数の不備、機械操作の不備といった要因分析の他、手すりの不備、床の滑りやすさ、移動距離が長くなってしまう構造的な問題といったことが挙げられています。また、「入浴介護の慌ただしさ（職員数が足りない）」「タオル等の置き場に問題があった」等の要因分析も見られています。
　事例発生後の対応策としては、入浴介護時に職員のゆとりが出るような工夫、環境の改良（滑らないような敷物の使用）、利用者の入浴方法（一般浴か機械浴か）の見直しを行い、障害の進行にあわせた入浴方法を利用者とともに検討した、等がとられています。

**（５）排泄時の転倒**

　排泄時の転倒も、トイレ使用時と居室等においてポータブルトイレを使用する時では若干異なりますが、「便所内の移動時」「衣類着脱時」「排泄時」「排泄後の清拭時」の場面に細分化することができ、大きくは(1)利用者自身のふらつきによる転倒、(2)利用者自身が足を滑らせて転倒、(3)介護職員のふらつきや転倒による利用者の転倒、(4)不適切な座位・立位による転倒、(5)利用者の発作による転倒、に分類することができます。
　発生要因としては、利用者の状態把握が不十分であり、危険予測ができていない、見守りが不十分だった、介助ベルトの固定確認が十分ではなかったといった要因（ベルトは虐待認定に触れない様、同意書を前提とするべき）の他、トイレ箇所数の不足、手すりの形態や設置数の不備、床のすべりやすさといったことが挙げられています。また、「職員数が足りない」「トイレ介助の順番が徹底していない」「本人のてんかん発作や付き添いの拒否」等の要因も見られています。
　事例発生後の対応策としては、確実な介助方法の徹底、環境の改良（段差解消、滑り止め）等がとられています。

**（６）レクリエーション・クラブ活動時等の転倒**

　サービス種別によってその形態が異なるものの、特別養護老人ホームやデイサービスセンターからの事例を見ると、風船バレーやボールを使った活動中に起こった事例が多く報告されています。レクリエーションやクラブ活動の実施時には、多数の利用者が一同に会することから、複数の職員の目が行き届いているようでいても、実際には行き届いていなかったということが要因として挙げられているようです。また、障害の差が大きい利用者同士をペアにしたために事故につながったものと分析している事例もありました。
　対応策としては、「ゲーム内容の見直し」や「ルールの徹底」、あるいは万が一、転倒した場合であっても大きなケガにつながらないような配慮をとった施設もありました。

**（７）食事時の転倒**

　食事時間中の転倒は、(1)食事中、いすからのずり落ち等の転倒、(2)配膳・下膳にかかる歩行中の転倒、(3)てんかん発作による転倒、に分けることができます。

考えられる発生要因を見ると、職員の目配りの不足や食堂や席の狭さ、等があげられており、いすからのずり落ちを防ぐ観点から、車いすのまま食事をとるようにしたり、転倒しやすい利用者については職員が配・下膳する等の対応策をとっていると回答した施設が多くありました。

**（８）自由遊び時間中の転倒**

　保育所等における保育時間中に子どもが遊んでいて転倒して受傷した事例については、これを「事故」としてとらえるべきか否かについて、各事業所や職員の間でもその認識が一様ではありません。
　発生要因については、職員の目配りや気配りの不足や子どもの発達に応じた保育内容であったか否かの検証が必要であった、等の分析がなされている他、例えば、追いかけっこをするにはスペースが狭いといった施設環境の部分、あるいは多動や落ち着きがない等といった子ども本人の特性を指摘する事例もありました。
　対応策については、転倒を事前に防止するという観点よりも、転倒した場合の受傷を最小限に食い止めるといった視点からの対策が比較的多く見られています。

**（9）その他の転倒**

　「その他の転倒」は、「更衣（靴の着脱を含む）時の転倒」「物を拾う・取る時の転倒」「車いすやベッドにおける急な立ち上がりによる転倒」等が代表的な事例となっています。
　考えられる発生要因を整理すると、本来は付いているべき職員が離れてしまった、マニュアルが守られていない、利用者の状況観察や危険性の予知の認識不足といった主に人的な要因の他、業務に適したスペースが確保できていない、廊下等のすべりやすさ、ベッドや車いす使用の適否分析の不足といったことが挙げられています。また、「利用者本人の体調」「使用していた車いすの重心バランスの不適」等の要因も見られます。
　事例発生後の対応策としては、職員の目が届く居室への変更、環境の改良、車いすの介助方法に関する勉強会の実施、等がとられています。

平成27年8月31日

行政委員会　松岡　記