

事例の概要

男性の介護職員 A が、忙しい夜勤時に頻繁により添いを求める女性利用者 B に対して、断ると怒鳴ったため、思わずかっとなって平手打ちをし、口内より出血した。

翌朝職員 A の退勤後に気づいた別の職員が管理者に報告し、事態が判明した。管理者が直ちに事実確認し、同じような行為を何度か行っていたこともわかった。

■施設・事業所の概要

2 ユニット（定員各 9 名）からなる、開設 2 年目のグループホーム。平屋の各ユニットが約 5 メートルの渡り廊下でつながっている。当時の入居率は 100% で、夜勤者は各ユニット 1 名。

■関係者

- 職員：男性の夜勤者（介護職員）1 名が問題となる行為を行った。この男性職員 A は 25 歳で、福祉系の大学を卒業後、3 年間別法人のデイサービスで介護職として勤務した後、今年からこのグループホームに転職した。入職 7 ヶ月目の介護福祉士。実直な性格で熱心に業務を行うが、同僚職員と率直に意見交換することを苦手と感じていた。これまで夜勤の経験はほとんどなく、現在のグループホームで勤務開始後 4 ヶ月目より月 4～6 回程度夜勤を行うようになっていた。
- 利用者：入所約半年の 84 歳の女性利用者 B。中等度のアルツハイマー型認知症。記憶障害はあるが日常生活に大幅な介助は必要とせず、日中はほぼ落ち着いて生活している。他の利用者との関係も良好で、常に利用者の輪の中にいる。夜間は眠りが浅く、4、5 回ほど目を覚ますこともある。夜間目を覚ました際にはほぼ必ず居室から職員を呼んでトイレへの付き添いを求め、居室に戻ると「眠れないから一緒に寝てほしい」「手を握っていてほしい」等の要求を切迫した様子で訴えることが多い。職員の退室直後にも要求を繰り返すことがある。

発見までの経過

●発生まで

その日は、職員 A が一人で夜勤をしていた。日中から発熱していた別の利用者 C さんがおり、夜になっても熱が下がらず寝付けないうえ、頻繁に訪室し様子をみていた。その間にも利用者 B さんは 2 度ほど目が覚め、居室に A を呼び対応を求めている。

午前 1 時、B さんの隣の居室の利用者 D さんが起き出し、気分がすぐれないと訴える。以降 A は C さん・D さんの居室を往復するようにして対応していた。その時、B さんがまた居室から職員 A を呼び、トイレへの付き添いを求め、居室に戻ると一緒に寝るよう要求した。職員 A は断ろうとするが、B さんは納得せず、A の衣服にしがみつこうようにして懇願する。そうしたやりとりが何度か続くうち、B さんの「こんな年寄りを一人にして。この人でなし！」との言葉に激昂した職員 A は B さんの頬を平手打ちし、居室を後にした。

●問題の表面化

職員 A はこのことを記録に残していなかった。しかし、翌朝、朝食を一緒にとっていた早番職員が、B さんに元気がなくいつもより口数が少ないこと、やや左頬がはれていることを見つけた。早番職員は職員 A に尋ねたが、入眠にやや時間がかかったこと以外には特に何もなかったと答えた。

しかし早番職員は気にかかり、歯磨き（見守り）時に虫歯の検査と称して口内を確認したところ、左頬内側から出血が確認された。B さん本人に尋ねると、痛みがあるとのことだが原因は答えなかった。早番職員は、退勤後であったため職員 A には直接確認せず、その直後に勤務日ではなかったが立ち寄った管理者に報告した。

早番職員から報告を受けた管理者は、利用者 B さんの状況を確認し、何があったのか尋ねた。しかし B さんは「自分が悪かった」とだけ話し、後は話したくない様子であった。管理者は直ちに職員 A を呼び戻し、職員詰所で事実関係を確認した。はじめは否定していた A も結局は頬を平手打ちしたことを認めた。「夜勤をする度に、自分が忙しい時に限っていつも落ち着かず、あまりにも要求が多いため精神的にまいっていた。悩んでいたが、誰にも相談できず、記録にも残さなかった。昨夜も同じ状況にあり、かっとなって気付いたら平手打ちしていた」とのことであった。さらに聞き出すと、過去にも何度か B さんに対して同様の行為を行っていたことを認めた。

【関連情報】

夜間は両方のユニット側から渡り廊下の扉が閉められ、利用者・職員とも緊急時以外は行き来しないことになっていた。夜間の緊急時には管理者の携帯電話へ連絡することになっていた。勤務交代時の引き継ぎは主に介護記録によってなされ、口頭での伝達・確認等のルールは定めていなかった。職員会議は月 1 回行うことになっていたが、簡単な連絡で終わることもあり、実質的には 2 ヶ月に 1 回程度であった。

またケアプランを作成し、カンファレンスを 2 ヶ月に一度行うことになっていた（そのように家族にも説明していた）が、実際には半年に一度程度であった。

個人ワーク用スペース

事例の概要

女性利用者 B から「職員 A は怖くてものを頼めない」という苦情が別の介護職員にあった。この介護職員 A は経験年数が長く、他の職員は意見しにくい関係にあった。苦情を受けた職員から相談された生活相談員は、介護主任に話し、職員 A の業務態度などを確認した。その結果、夜勤帯に水分摂取をさせない、おむつ交換・体位変換を意図的に怠るなどの行為が常態化していたことが判明した。

■施設・事業所の概要

開設して25年が経過した80床の従来型の特別養護老人ホーム。主たる部屋は4床室で構成されており、中廊下で、ワンフロアの構造になっている。食堂は狭く全員が食事できるほどの空間はない。ユニットケア導入に向けて話し合いは行われているが、実現はされていない。夜勤者は3名配置。

■関係者

- 職員：問題となる行為を行った職員 A は、40代の女性で、勤務して7年の介護職員（非常勤職員）であった。直接介護にあたる職員の中では常勤の職員を含めてもっとも勤続年数が長く、一目置かれ、他の介護職員は意見することができない。この特別養護老人ホームに勤務する以前は、療養型病床群の看護助手として働いていた。
- 利用者：利用者 B は、女性で79歳、脳幹梗塞による両上下肢機能の障害と、体幹機能障害による座位保持困難の要介護5で全介助を要する。認知症はなく、気管切開をしたこともあり声が低く聴き取りにくい意思疎通に問題はない。家族の面会も頻繁にあり、訴えもそれほどなく、精神的に安定している。水分摂取量は1,200cc位で、玄米茶を好み、職員から勧められなくとも自分から進んで求め、介助されて飲んでいる。夜勤帯の水分摂取は、就寝前と起床時、及び夜間に目を覚ました際に行っていた。利尿の副作用がある内服薬を服用していたため、担当医からは脱水防止のため水分摂取状況に十分注意するよう指示が出ている。なお、利用者 B ほどではないものの、他の複数の利用者も被害を受けていたと推測される。

発見までの経過

●発生まで

職員 A は、日勤帯ではそれほど見られなかったが、人手の少ない夜勤帯に、水分補給やおむつ交換等の介護の回数を極端に減らしたり行わないことが度々あった。特に利用者 B さんへは、気管切開があり声が低く聴き取りにくかったためか、B さんからの水分摂取等の要求に対して苛立った様子で対応し、要求にこたえないことが多かった。

●問題の表面化

B さんから「お茶を飲みたいが、職員 A には怖くてものを頼めない」という苦情が20代の新任の介護職員にあった。この介護職員は、職員 A に対して意見が言いづらい職場の雰囲気にも悩んだが、生活相談員に相談することにした。

生活相談員には、職員 A による利用者が怖がるような対応は日勤帯ではないように思えた。しかし、介護主任に職員 A の業務態度や状況を確認したところ、介護職員の中には、居室からコールがなっても積極的に対応せず、一緒に組んだ職員が忙しい思いをさせられるため、職員 A と夜勤を一緒に組むのが嫌だという声があるとのことであった。また、職員 A は、夜勤帯で介護計画上定められている水分補給やおむつ交換、体位変換等について、極端に回数を減らしたり行っていないことがわかった。他の職員もそのことを知りながら、経験の長い職員 A には言いづらく、どうにかしようとする動きはない様子であった。

その後、生活相談員は、介護主任とともに介護職員 A に対して直接事実確認を行った。職員 A は事実を認め、理由を聞いたところ、水分摂取については「トイレ介助やおむつ交換が多くなるから」ということを平然と話した。B さんへの水分補給の重要性を話しても、「相談員は介護業務の大変さをわかっていない」ということを強調するだけであった。介護主任が注意しても、のりくりにした態度で、改善する意思はない様子であった。

またさらに確認していくと、こうした行為は夜勤帯で多く行われ、他の利用者へも常態化していたことがわかった。しかし特に B さんへの影響が大きく、介護記録の精査や医師の定期診察時の確認などから、軽症ではあるが脱水症状が何度か起こっていたことが疑われ、さらにおむつかぶれや、体位変換を怠ったためと思われる褥創が確認された。

〔関連情報〕

職員は、40代のベテラン層と20代の経験の浅い職員とに二極化しており、30代の中間層となる年代が少ない職員構成となっている。ベテランの介護職員がチームを仕切り、若手の職員がなかなか言いたいことを言えない環境にある。また非常勤で採用された職員と常勤の職員との関係も、一線を画しており、積極的に交わっていくような様子は見られていない。介護保険制度施行後、業務量が増え、利用者の重度化が進み、非常勤職員の増員が図られた。職員数は増えたが、職員の離職は収まらず、サービスの質の向上はなかなか図れない状況にある。もっとも基本的な、報告・連絡・相談による利用者の情報の共有は、常勤職員と非常勤職員との関係の悪さや、年齢構成の二極化からくる世代間の連携の悪さにより、スムーズにはかかれていない状況にある。

個人ワーク用スペース

事例の概要

利用者に対する配慮に欠けた言動の事例。家族の面会が全くない女性利用者 B に対して、それをなじるような言動を女性の介護職員 A が繰り返した。利用者 B の様子の変化に気付いたユニットリーダーの指導により別の職員が事実確認を行い、事態が判明した。

■施設・事業所の概要

総定員18名、2ユニットからなる、開設7年目のグループホーム。2階建てで、階ごとにユニットを構成している。管理者のほか、各ユニットにユニットリーダーを配置している。

■関係者

- 職員：女性の介護職員1名が問題となる行為を行った。この職員 A は50代で、勤続3年目の中堅職員であった。
- 利用者：入居から約3ヶ月の78歳の女性利用者 B。ADL はほぼ自立で、軽度の認知症がある。精神的に不安定になりやすく、鬱状態になることがあるが、意思疎通は良好である。身元引受人である長男とは関係良好だが、疾病のため自宅療養中で、母親を気に掛けているが面会に来ることができない。以前は息子世帯と共に在宅生活を送っていたが、認知症の発症と息子の病気が重なり、やむを得ずホームの利用が決まった。親戚や友人などは近くにおらず、面会者は全くない。

発見までの経過

●発生まで

利用者 B さんは、昼食の後片付けを終え、数名の利用者と食堂でお茶を飲みながら団らんの時間を過ごしていた。いつものように職員と歌を歌うなどしており、特に変わった様子はなかった。

そこへ他利用者 C さんの家族が手土産を持って面会に来た。ホーム利用者に挨拶をした後、そのまま食堂で饅頭を食べながら楽しそうな雰囲気でお茶が飲まれた。職員は家族と挨拶を交わした後、嬉しそうな C さんを見て「いい息子さんを持って幸せですね」など、声をかけて会話に加わった。B さんは間もなくその場を立ち去ったが職員は気にとめることはなかった。

C さんの家族が帰った後、職員 A は、B さんに対して「C さんみたいに、いつもご家族が来てくれるっていいですね」と声をかけた。B さんは聞こえないふりをしているようであった。職員 A は続けて、「B さんも家族が来なくても、お茶菓子ぐらい買ってきて皆に出したら?」「B さんの息子さんはホームに顔も見せないし、何も協力してくれない。どうにかならないのかしら」「息子さんは B さんのことなんて、どうでもいいのね」などと、周囲に聞こえるほどの声で、苛立ったように話した。B さんはその後居室に引きこもり、買い物やお茶の誘いにも反応がなかった。

●問題の表面化

夜勤で出勤してきたユニットリーダーは申し送りの内容を確認したが、普段は食堂等の共用スペースで過ごすことの多い B さんが居室から出てこないという日中の様子が気にかかった。夕食の時間になっても B さんは居室に引きこもったまま出て来ることはなく、食事や水分も摂らずに早々にベッドに入ってしまったが、眠ってはいない様子であった。

翌日・翌々日も共用スペースに顔を出さずに、食事・水分もほとんど摂らず、職員の声掛けにも塞ぎ込んだ様子であったため、B さんが信頼を寄せる担当職員の出勤を待って経緯を説明し、コミュニケーションを図ってみよう提案した。

すると、最初は口を開く様子はなかったが、担当職員の傾聴の姿勢に「私のところには誰も会いに来てくれない」「誰も私の気持ちや事情を察してくれない」「いてもたってもいられなかった」等、今回の C

さんの家族面会時だけではなくホーム利用者に面会者が来るたびに自身の家族に会えない寂しさや孤独感を感じていたこと、さらにそれを職員 A から度々なじられてつらい思いをしていたことを、涙ぐみややや錯乱した様子で話し始めた。担当職員はその場で B さんに謝罪した後、ユニットリーダー、管理者へと報告した。

【関連情報】

B さんの詳しい家族背景や本人の入居事情の受け止め方等の情報については、入居時にユニットリーダーと担当職員が整理し、書面で全職員へ確認するよう求めていた。しかしそれらの情報が職員間で共有されていたか等の確認はされておらず、職員 A も詳細は知らなかった。

ホーム内の面会スペースは構造上の理由で食堂等の共用スペースまたは各居室に限られていた。なお、食堂は日常的に交流スペースとして利用されており、面会者同士の交流や他の利用者を交えての交流を持つきっかけの場としても捉えられていた。

個人ワーク用スペース

事例の概要

女性職員 A が、排泄の訴えを頻繁にする女性利用者 B の排泄の失敗に対して、罰と称して下半身裸のままトイレからリビングを通して居室まで連れていき、放置した。一連の行為を目撃していた他の職員がユニットリーダーに報告し、その後の事実確認により事態が判明した。

■施設・事業所の概要

定員100名の介護老人保健施設。4階建てで、2階～4階を介護老人保健施設として使用し、1フロア30名強の定員を半分に区切り、ユニット化している。1ユニットあたりの定員は15～17名。夜勤者は1ユニットに1名（1フロアに2名）。

■関係者

- 職員：介護職員 A が問題となる行為を行った。この職員 A は、40歳代半ばの女性で、ホームヘルパー2級の資格を取得し、この介護老人保健施設へ非常勤（パート）職員として就職した。以前は事務職をしており、介護職の経験はこれまでなかった。当時で約1年の勤務経験があった。
- 利用者：入所後約2ヶ月の78歳の女性利用者 B。脳梗塞の後遺症により、右半身の麻痺と記憶障害を中心とする軽度の認知症がある。歩行時はふらつきがあり、介助が必要。以前、トイレまで自力で行こうとしたが、歩行に時間がかかり、間に合わず失禁したことを強く覚えており、そのことを不安がって排泄の訴えを頻繁にすることがある。

発見までの経過

●発生まで

その日は、利用者 B さんは昼食後の午後1時頃排尿があったが、その後もトイレの訴えを頻回にしていた。しかし訴えに応じて一度トイレに連れていっても排泄する様子がなかったため、職員 A はその後は訴えがあっても「さっき行ったばかりだから出るわけないでしょ」と強い口調でこたえていた。

その後 B さんがおとなしくなり訴えなくなったのでそのまま何も対処せず、約40分後、定時にトイレ誘導すると、既に排尿済みであった。簡易なパッドしかしていなかったため、下着・ズボンとも汚れていた。職員 A はトイレ内で排泄の失敗を強く叱責したが、B さんは「あんたのせいだ」と反発。その後職員 A は B さんを、下半身を露出させたまま、かつ「おしっこを失敗した罰だ」と大声で言いながらリビング中央を横切って居室まで無理矢理連れて行った。また居室に着いてもドアを開け放したまま B さんを放置した。

●問題の表面化

他職員 C がその場を見ていたが、直接注意はせず、職員 A が別の利用者の居室へ向かった後に B さんの居室へ行き、新しい下着・ズボンをはかせた。その際、B さんは「こんな仕打ちを受けるなんて、恥ずかしくてもう死にたい」と涙ながらに訴えた。職員 C は問題となる行為を行った職員 A の態度は以前から気になっており、以前からの様子も含めて翌日ユニットリーダーに報告した。

発見した職員 C から報告を受けたユニットリーダーは直ちに看護・介護部長へ報告・相談し、この2人で同日中に事実確認を行った。まず、利用者 B さんの居室へ行き、話を聴こうとすると、「もう私はオムツにしてください」と懇願された。

次に、問題となる行為を行った職員 A を呼び出し、事実かどうか聞くと「事実であるが、虐待しようという気持ちはなく、罰として行った。本当に必要な時だけトイレの要求をするように指導したかった」とこたえた。職員 A が行った行為が虐待にあたる可能性があることを指摘すると、「そんなことは誰も今まで教えてくれなかった。自分としては、少し感情的になってしまった部分はあるが、よかれと思っ

てやった」とこたえ、虐待の可能性を指摘されたことには不満げであった。

〔関連情報〕

この施設では「介護業務の効率化」がスローガンとして掲げられていた。職員間には、決められた定時の業務スケジュールを遅れなくこなすことが暗黙の了解として広まっていた。新規採用の職員に対して行われる研修は、身体介護の手順確認のみであった。

また、トイレの訴えに対して、職員 A の他数名の職員が強い口調で叱る様子は以前からみられており、ユニットリーダーも気付いていたが、自分よりも年上の職員ばかりで指導しづらく、特に具体的な対処はしていなかった。このような状況は看護・介護部長及び施設長も感じており、改善の必要性があることだけは話に上っていたが、具体的な手だてを検討するまでには至っていなかった。

個人ワーク用スペース

事例の概要

夜間の人員が手薄な時間帯に、複数の介護職員が、他の利用者の排泄介助などに回る際に、利用者 A を車イスに腰ベルトで抑制して「同行」させていたことが判明した。職員間で合議して意思決定した結果ではなく、本人や家族への説明と同意、記録等も一切行っていなかった。

■施設・事業所の概要

開設から15年になる従来型の特別養護老人ホーム。50名の定員で短期入所（20名定員）を併設。1階が管理棟と通所・在宅部門の詰所等で、2・3階が長期入所と短期入所の居室になっている。中廊下で両側に居室が配置されている。4人部屋が14室、個室が14室、及び静養室がある。

勤務形態は、早出、遅出、日勤、夜勤の変則2交代勤務。職員は最低基準より多めに配置している。夜勤者は各フロア1名。

■関係者

●職員：夜勤をする複数の介護職員が、同様の対応をしていたと思われる。平均年齢は35歳。意図的か、非意図的か、虐待や不適切な行為であるという認識があったものかは特定が難しい。

●利用者：84歳の女性利用者 A。認知症の程度は中度から重度に該当。認知症高齢者日常生活自立度はⅢ-a、要介護4である。障害高齢者日常生活自立度 B-1。自宅でもよく転倒していた様子で、顔や体幹部のあざが絶えなかった。左大腿部頸部骨折で人工骨頭置換術をしていて、股関節の可動域制限がある。向精神薬を服用していたが、服用するとふらつきが強くなり、より転倒しやすくなる。とくに、昼夜逆転になりやすく、不眠が続くと転倒が増える傾向が顕著である。この施設に入所する以前に、別の特別養護老人ホームで長期間短期入所を利用していた。

この施設に入所後は、介護職員の工夫もあり、睡眠覚醒のリズムがうまく合うと、短い時間添い寝をするくらいで朝まで良眠することもあった。しかし、リズムが合わないとき、あるいは他利用者の家族面会が複数あった日などは興奮してなかなか眠らず、ベッドに誘導してもすぐに起き出し、ふらふらした状態で廊下に出てきていた。意思疎通はかなり難しいが、言葉にならない表現で訴えようとしている様子が伺える。介護職員の誘導には気分の良いときは応じるが、興奮が始まると車イスから不意に立ち上がりふらついて転倒しそうになったり、後ろに足でけて急に車イスを動かそうとして他の利用者との接触事故も心配されていた。

施設長は、介護主任に対し確認調査を指示した。その結果、記録に残したり介護主任等へ報告したりすることをせずに、複数の夜勤者で同様の行為を行っていたことが、介護主任の聞き取りで判明した。特に、Aさんが落ち着かず、添い寝等の対応をしても効果がないときには、夜勤者が巡回時に居室に一人でいると転倒のリスクが高いため、どうしても一人にできないと判断し、車イスに腰ベルトで身体拘束を行って同行させていたとのことであった。しかし、職員間で合議して意思決定した結果ではなく、本人や家族への説明と同意、記録等も一切行っていなかった。

【関連情報】

Aさんが以前に別の特別養護老人ホームで長期に短期入所を利用していたときは、車イスへの抑制が行われていた。

立ち上がろうとする本人の意思を尊重して、歩行介助を行うことがあったが、職員2人がかりで両脇を支えるようにしないと、引きずられて介助者とともに転倒したことがあった。

短期入所と特別養護老人ホームを合わせた前年利用実績が1日60人に満たないため、2人夜勤体制（各フロア1名）でそれぞれのフロアで20~30人の利用者に対応しており、他の夜勤者が手助けするのは難しい状況であった。Aさんへの対応について職員間で正式に検討する機会はなく、上司や先輩職員が助言することもなかった。

個人ワーク用スペース

発見までの経過

●発生まで

利用者 Aさんが夜間に起き出すことが多い場合は、夜勤者はできるだけ Aさんの居室の近くで待機しながら記録、ケアコール（ナースコール）の対応を行っていた。そうした夜勤時に他の利用者の排泄介助やおむつ交換に回る際、あるいは巡回、訪室する際に Aさんの状態が落ち着かない時には、Aさんを車イスに乗せて腰ベルトで固定した状態で押し、排泄介助等に「同行」させていた。昼夜逆転のリズムがうまくかみ合わないと夜間多動で、一晩中眠らないこともあり、そのようなときに車イスで同行させることをしていたようである。

●問題の表面化

当該施設では、主に在宅サービス担当の男性職員と事務職員、施設長が交代で管理当直をしていた。ある当直者が、夜間巡回時に Aさんを車イスで同行させながら巡回している夜勤者に会ったことを、休憩時間中の会話のなかで、「まるで市中引き回しのようなだった」とふと漏らした言葉が施設長へ伝わったことから発覚した。