

事例の概要

A 施設の介護職員 B が複数の利用者に対して問題となる行為を行っていた事例。当該施設元職員から電話で所在地の C 市の高齢福祉担当の電話窓口に通報があったことから判明した。C 市がある D 県と共同で施設への調査を行った結果、事故の多さと暴力や不適切な介護の事実が確認された。

■施設・事業所の概要

入所定員80名の特別養護老人ホーム A。短期入所、デイサービスセンターも併設している。特別養護老人ホームは2つのフロアに分かれており、今回通報があったのは、主に認知症が重度な高齢者が入所しているフロアに対してであった。このフロアは15名ずつのユニットとなっており、夜勤者はユニットごとに1名配置されていた。

■関係者

- 職員：30歳代後半の女性の介護職員 B。A 施設で勤務する以前は、別の特別養護老人ホームや有料老人ホームでの勤務経験があった。ホームヘルパー2級の資格を有している。現在の施設での勤務は3年目。
- 利用者：確認できた範囲で要介護度4ないし5の5人の利用者が被害にあっていた。全員が認知症で、攻撃的な言動があったり、意思疎通が非常に困難であったり、寝たきりの状態で反抗もできないなどの特徴があった。

発見までの経過

●通報の内容

3ヶ月前に退職したという当該施設元職員から、電話で C 市高齢福祉担当の窓口に通報があったことにより把握された。通報の内容は、職員 B の利用者に対する介護や言葉づかいが乱暴であること、利用者の体に不自然なアザができることが度々あったということだった。職員の間では、この職員 B の不適切な介護について話題になっており、通報者がこのことに気がついたのは1年以上前からであった。退職の理由は職員 B と同じ施設で働いていることに不安を感じたからだった。『このままでいいのだろうか。こんな介護でよいわけがない』と思うが、職場の先輩に相談したところ、『あの人は仕方ない、自分たちがちゃんとしていけばいい』といわれた』とのこと。また『職員が退職すると自分たちがもっと大変になる』ともいわれ、それ以上相談できなくなったようである。また施設長をはじめ他の職員はある程度の状況を知りながら黙認して働いていると思われ、A 施設で勤務している間は、通報できないと感じていたとのことであった。なお、自分が通報したということは秘密にしてほしい旨の要請があった。

〔関連情報〕

通報者が退職したという時期の3ヶ月前ほど前には、要介護5の寝たきりの女性高齢者が左下肢を骨折したという内容の事故報告が提出されていた。これまで A 施設での介護事故はたびたび C 市の介護保険課に報告されていたが、不自然な内容が多く、事実が隠された虚偽の報告と考えられるものも複数あった。後の調査では、これらはすべてではないにしても、職員 B が夜勤明けの日の日勤職員が発見していたことがわかった。また、前年には、国保連（国民健康保険団体連合会）に、苦情として、利用者の家族から職員の対応の悪さが指摘されていた。しかし、苦情の内容がかなり詳しく介護の実情を捉えていたため、匿名で職員が家族を装い、苦情として申し出たとも考えられた。

●問題の表面化

通報に基づき、C 市の指導監査担当課、介護保険担当課、高齢者福祉担当課で、通報の内容について、苦情や事故報告の有無なども照らし合わせて確認を行った。また、C 市がある D 県の福祉事務所にも加わってもらい、対応について協議した。その結果、介護保険法もしくは老人福祉法の権限による調査も検討されたが、第一段階として、高齢者虐待防止法の趣旨を説明し、A 施設に協力を求めて任意の調査を行うことになった。また法人の監督権限が D 県にあることから、C 市と D 県の合同調査とした。

施設長、関係するユニットの職員と利用者全員に対して聞き取り調査を行った。また勤務表、苦情対応、事故報告、支援計画、支援経過表、身体拘束説明書などの書類の確認調査を行った。施設長は調査より前に独自に職員から聞き取り調査を行っていたようであった。調査時にその報告書が提出され、施設長は、事故報告と職員 B の関係は確認しており、関係性が明確になったと話した。しかし、それまで施設長は現場の状況についてはほとんど知らなかったようであった。

職員 B は「誰がそんなことを言っているのか。自分はそんなことはしていない。疲れていて乱暴になるときはあるかも知れないが、事故は事故で気を付けていても起きることだ」と憤慨した様子で話した。各職員への聞き取り調査では、「B の介護が乱暴であるということは漠然とは聞いたことがあったが、いつもペアで仕事をするわけではないのでわからない」とまったく同じように答える職員が多かった。唯一、最近就職した職員が、「B の乱暴な様子を目の当たりにしてびっくりした、どうしたらいいのかわからなかった」と話した。

これをきっかけに再度複数の職員に聞き取りしたところ、職員 B が利用者に対して暴力行為や暴言を繰り返していたことがわかった。行われていた行為はオムツを変えるときに文句を言いながら尻を叩く、入浴時に噛み付き行為のある利用者の手をタオルでしばり、口をタオルで覆い、顔にシャワーをかけたりする、寝たきりの利用者無理に手を引っ張って起こそうとしたり、体位を変えようとする、不穏な利用者に対して叩くなどの暴力を振るうというものだった。このことにより、不自然なアザができたり、利用者の不穏が増強し、職員 B が来ると逃げ惑う利用者があるなどの結果につながっていたことが確認された。

個人ワーク用スペース

事例の概要

A 事業所に複数で見学に行った地域の民生委員から、車イスやイスに紐が常時ぶら下げてあり、男性利用者 B を動けないように縛っているのではないかと所在地の C 市の高齢福祉担当課に情報提供があった。管理者を呼び出して面接した後、C 市の関連する 3 部局で対応について協議を行い、A 事業所の実態調査・指導を行った。

■施設・事業所の概要

開設後約 10 ヶ月の定員 9 名（1 ユニット）のグループホーム。現在は男性 2 名、女性 6 名が入居。夜勤は 1 名。日勤帯は管理者を含め 2 名の職員を配置。計画作成担当者はほかのホームと兼務で 1 名配置されている。精神科を含む契約病院の定期的な往診がある。

■関係者

- 職員：A グループホームの職員全員が意識せずに身体拘束を行っていた。
- 利用者：入居後 8 ヶ月になる要介護 4 の 80 歳代の男性利用者 B。入居前は高齢の妻が一人で介護していたが、不穏や攻撃的な言動により介護しきれないということで A 事業所とは別のグループホームに入居。一時体調が悪化して市内の病院に入院し、退院と同時に現在の A グループホームに入居となる。入居当時は、不穏により、イスに座っていても急に立ち上がる、車イスからずり落ちる、足をばたばたさせるなどの行為があった。会話のやりとりは難しく、言葉を発することが少ない。機嫌が良いときには、話しかけると笑顔をみせることがある。

発見までの経過

●通報の内容

A グループホームに見学を訪れた民生委員の一人が所在地の C 市の高齢福祉担当課に伝えたことで発覚した。

A グループホームが新しいこともあり、地域の民生委員、ボランティアが複数で見学を訪れた。その際、置かれていた車イスやイスに紐がぶら下がっており、手薄なときや暴れるときには縛るのではないかと容易に想像できた。見学中に説明をしていた管理者に紐のことを指摘したところ、家族の申し出もあり利用者 B さんに限っては状況により紐で縛ることもあると説明したそうである。紐で縛ることは良くないのではないかと、暴力などはないのだろうか心配になった民生委員の一人が高齢福祉担当課に相談を持ちかけたことにより表面化した。通報者については、複数で見学したこともあり、匿名であればその中の一人が通報したことにしてかまわないということだった。

〔関連情報〕

以前にも同様の指摘があり、C 市から確認を行ったが、身体拘束はしていないと報告をしていた。また開設当初には、A グループホームの職員が入居者の金銭の管理をあいまいに行っていたことで親族とトラブルになったことがあった。

在宅介護時は、高齢の妻は動き回る B さんの行動に疲れて危険のないように紐で縛るなどしていた。「自分が面倒を見ることはできないし、世話をお願いするのだから施設の人が困ったら紐で縛ってもかまわない」と妻が申し出たことを受けて、最初に入居したグループホームでも身体拘束を行っていたようである。

●問題の表面化

通報を受けて、C 市の高齢福祉担当課と、介護保険担当課、指導監査担当課の 3 者で対応について協議を行い、まず管理者を呼び出し、面接を行った。身体拘束や高齢者虐待の認識に欠けるとされる管理者は「あえていつものグループホームの姿を見せたほうがよいかと思ってそのままとした」と話した。このとき、身体拘束が例外的に認められる「切迫性」「非代替性」「一時性」の 3 つの要件の確認を行い、家族が申し出たのは「縛ってほしい」ということではなく、自分が介護できないため、職員に迷惑をかけてはいけないという思いで提案しているのであって、妻の心情を汲み取り改善に向けた取り組みをすべきと指摘した。

後日、3 部門合同で A グループホームを訪問し、管理者、ケアマネジャーから聞き取り調査と書類の確認を行った。その結果、入院中は比較的落ち着いていると思われた B さんだったが、退院後、A グループホーム入居と同時に不穏な行動が見られたことに対して身体拘束が行われたことが最初であることがわかった。B さんの妻が入居時に持参した腰紐を、車イスやイスに常時結び、足をばたばたさせて危険なときや、イスからずり落ちそうな場合に縛っていたようであった。アザ等はないもののこのような身体拘束は常時行われていたことがわかった。なお、他に暴力等の行為は認められなかった。

B さんは入居当時には不穏な状況が強くあり、精神科医より精神安定剤を処方され、服用していた。しかし、その後は支援経過表においては不穏な状況は認められず、あえて紐で縛る行為をする必要性は感じられなかった。紐はすずにはずしたというものの、いつはずしたのか尋ねると明確に回答することができなかった。少なくとも半年以上にわたって拘束が日常的に行われていたことがわかった。管理者は、「往診する主治医から“介護を良くやっているから本人の状態が良くなった”といわれている」と繰り返し説明するのみであった。ケアプランは 2 ヶ月前に切れたままとなっており、B さんに関する転倒による怪我等 3 回の事故報告が提出されていたが、事故の事実のみが記載されていた。

高齢者虐待防止法や身体拘束の禁止規定の知識がある職員はほとんど見受けられなかった。

個人ワーク用スペース