

事例の概要

男性職員 A の夜勤時に、ケアコール（ナースコール）を押したが30分近く待たされたという女性利用者 B からの苦情により、夜間のケアコールに対して、結果的に利用者の訴えを無視したり待たせたりする状況が多発していたことが判明した。これをきっかけに、夜間の利用者への対応方法等が統一されていない上、そうした状況に職員も強くストレスを感じていることがわかった。

■施設・事業所の概要

開設から10年になる従来型の特別養護老人ホーム。特別養護老人ホームの定員は50人で、定員10人の短期入所を併設している。個室は全体の3分の1で、中廊下で両側に居室が配置されている。特別養護老人ホームと短期入所は合わせて2フロアにわかれており、夜勤者は各フロアに1名ずつ配置している。

■関係者

- 職員：男性職員 A が夜勤時に行った対応から判明した。この職員 A は20歳代後半の介護福祉士で現場経験は7年目である。施設内の委員会やクラブ活動にも積極的に参加している。なお、事後の調査で、この職員 A のほか、複数の職員が同様の対応を行っていたことがわかった。
- 利用者：70歳の女性利用者 B が訴えたことで発覚した。利用者 B は慢性関節リウマチがあり、排泄は全面的に介助が必要で、移動や移乗、排泄後の処理なども手が届かないので全介助である。認知症はなく、障害高齢者日常生活自立度判定基準 C-1。手指はかなり変形しているが筋力はそれほど落ちておらず、ケアコールを押すなどの動作は可能である。なお、事後の調査で、この利用者 B のほか、複数の利用者が夜間に同様の対応を受けたことがわかった。

その後、介護主任の提案により、夜勤時の勤務内容について全介護職員に対してアンケートをとった。集計結果から、複数の介護職員が夜間のケアコールに対して同様の対応を行っており、中にはケアコールが鳴らなくなることを承知の上で行っている職員もいることがわかった。また、仮眠のとり方や訪室の頻度についても標準化されていないことがわかった。さらに、夜勤中に最もストレスを感じる状況についてたずねたところ、ケアコールが重なる場合を中心に、複数の利用者へ同時に対応の必要を迫られる場合という回答が非常に多かった。

〔関連情報〕

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。

使用していたのは旧型のケアコール盤で、居室にはコード付きのボタンスイッチ、対応するスピーカーが頭上についている。居室からボタンが押されると、居室の外部（廊下）の壁に赤色ランプが点灯し、どこで呼んでいるのかをケアコール盤に連動して表示する。他利用者の居室やトイレなど、ケアコール盤や廊下のランプがみえる場所以外にいる場合は、廊下に出て確認するか、ケアコール盤のところまで確認に来ないと、どこで押している（呼んでいる）のか特定できない構造になっている。一人が押すと、他の人は押しても鳴らない方式である。

発見までの経過

●発生まで

職員 A が夜勤を行っていたある夜、担当していたフロアでは、ケアコールが複数点灯し、一人の対応をしている間に次のコールが鳴るような状況で、せっかく寝付いた認知症の利用者が、次々起きて廊下に出てきたり、声を上げたりするような状況であった。そのような中、職員 A が他の利用者の排泄のケアコールに対応した際、コールボタンを押したまま（他の利用者が押しても鳴らない状態のまま）その利用者の居室に訪室したが、その間に利用者 B さんがケアコールを押していた。その結果、職員 A が詰め所にあるケアコール盤前に戻るまで気づかれず、30分以上が経過してしまった。

●問題の表面化

B さんは、翌朝介護主任に対し苦情を申し立てた。「以前も時々鳴らないことがあって、機械の調子が悪いのかと思っていたが、職員 A に問い詰めると、他の人の排泄でケアコールが鳴って、ボタンを押したままになっていたのでも申し訳なかったということを知っていた。こんなことが続かないように、対応して欲しい」という内容であった。その場で介護主任から B さんに謝罪した。介護主任からの報告を受け、施設長と介護主任とで、その日のうちに職員 A に対し事実確認をすることとした。職員 A は、前述（「発生まで」参照）のような対応を行ったことを認めた。また、「ケアコールは復旧させていたつもりだったがそうになっていなく、気付くのが遅れた。またその後 B さんの居室に駆けつけた。B さんからは、鳴らなかつたのはどうしてか、と詰問されたが、考えられるミスを伝え、その場で謝罪した」とのことであった。

職員 A に事実確認した施設長は、意図的でなくとも、A の対応は結果として B さんに対して不適切であったことを伝え、今後、手順を十分再確認した上で職務につくように口頭で注意した。

個人ワーク用スペース

事例の概要

女性の介護職員 A が、認知症がある女性利用者 B が食事中によそ見をすることから、耳を引っ張ったり、アゴを動かしたりするなどして顔を食事介助がしやすい向きに変えていた。その行為を見た新人職員はおかしいと思い何度かたずねたが、職員 A は不適切な介護行為であるとの認識がなかった。悩んだ新人職員は、他の介護職員に相談した。

■施設・事業所の概要

開設して15年を経過した、定員80名の特別養護老人ホーム。他に定員15名の短期入所、デイサービス、ホームヘルプサービス、居宅介護支援事業所の経営と、地域包括支援センターを受託している。介護職員の常勤職員と非常勤職員の割合はほぼ1対1である。現場を統括しているのは、生活相談員を兼ねた介護課長である。施設の構造は、回廊型で個室が3割を占めるが、制度上では多床室の扱いとなっている。利用者に認知症高齢者の占める割合は9割である。

■関係者

- 職員：問題となる行為を行った職員 A は、20代の女性で、ホームヘルパー2級の資格を持ち、採用されて1年が経過した非常勤職員である。介護業務への態度は、利用者や家族から苦情となるようなこともなく、職員間の人間関係も良好であり、むしろ一生懸命であるという印象である。
- 利用者：利用者 B は、85歳の女性でアルツハイマー型認知症がある。認知症自立度はMで重度である認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）はみられないが、認知機能の障害は重く、意思疎通は相当困難な状況にある。ADLは支えれば移動がcaろうじてできる程度で、座位保持が難しくなっており、食事・排泄などは全て介助を要する状態である。食事は、まれに口を開かないときや、口の中に食べ物を溜め込むこともあるが、時間をかければ全量摂取する。表情は穏やかで、気分がよい時には話をすることもある。

発見までの経過

●発生まで

食堂で昼食をとっている時に、不適切な行為が行われた。その食卓には、食事介助を必要とする比較的重度の利用者が複数おり、2人の介護職員により介助を行っていた。どちらの職員も非常勤職員で、新人の職員 C が、先輩の職員 A の食事介助を観察し、その方法を学ぼうとしていた。その食事介助をしている時に、利用者 B さんがよそ見すると、職員 A が B さんの耳を軽く引っ張ったり、アゴに手をかけたりして、介助しやすい方に利用者の顔の向きを変え食事介助をしていたことが目撃された。

●問題の表面化

新人職員 C は、採用されて1カ月を経過したばかりで、まだまだ他の職員のやり方をみながら、利用者の状況を把握しなければならない時期にあった。新人研修では、講師や介護課長から、おかしいと思ったことは何でも質問するようにと話されていた。そのため、職員 A の B さんの方法を見た職員 C は、「そのように無理やり顔の向きを変え、食事介助するのはおかしいのでは」とたずねた。しかし職員 A は、「この方がこっちを向いてくれるので」と介助を続けた。

その後も、食事の度にそのようなことがあったが、職員 A は、職員 C に「耳やアゴに手をかけ顔の向きをかえても、お客様はニコニコしているし特に問題ないよ」と話しており、その行為に疑問を持っていない様子であった。納得できない職員 C は、他の職員に相談した。

〔関連情報〕

先輩とはいえ、職員 A も勤めて1年を経過したばかりであり、新人に近い職員といえる。そのためか、新人職員 C が質問しても、その行為に対し明快な回答ができるだけの知識や技術はないようであった。また、職員 A の行為は嫌がる利用者を力づくでというほど強引ではなく、利用者も怒って声を出したり、拒否したりという目立った行動をとらなかったこともあり、他に気付いた職員はいなかったようである。

なお、施設内では高齢者虐待防止などの研修を行っていたが、高齢者虐待の定義や内容についてどの程度理解されていたか確認する機会はもっていなかった。また、正規採用の常勤職員ほどには、非常勤職員の研修への参加が徹底されていなかった。

個人ワーク用スペース

事例の概要

女性職員 A による、女性利用者 B への強い言葉による行動の制止が、実習に来ていた学生から管理者に伝えられたことにより表面化した。その後の事実確認により、同じような態度をとっていた職員がほかにもいたが、半ば黙認されている状況であったことがわかった。

■施設・事業所の概要

開設 5 年目のグループホーム（定員 9 名、1 ユニット）。組織体制は管理者のほか計画作成担当者と兼務の主任、介護職のリーダー、介護職員で合計 7 名。うち 4 名の職員は臨時採用の非常勤職員である。地域のボランティアや福祉系専門学校生の実習を積極的に受け入れている。このグループホームの母体となる社会福祉法人では、他に複数の施設・事業所を運営している。

■関係者

- 職員：40代の女性の介護職員 A の行った行為から発覚した。この職員 A は介護職のリーダーとして主任に次ぐ職責にあるが、リーダーとなってからは半年であった。責任感が強く、勤務態度は良好。また、事後の事実確認により、他の職員複数名も同様の言動を行っていたことが判明した。
- 利用者：85歳の女性利用者 B。重度のアルツハイマー型認知症があり、ADL は行動を一段階ずつ指示・誘導する必要がある、一部介助も必要である。記憶障害・注意力の低下・言語機能障害・視空間失認などがあり、認知機能は全般的に低下しており意思疎通は困難である。多動、異食、不安、幻視、被害妄想などの BPSD（認知症に伴う行動・心理症状）がみられる。不安が強くなるとじっとしていることができず、テレビやテーブルなどをカづくで動かそうとするほか、場所や状況を問わない排泄行為などがみられる。職員が常時マンツーマンで対応をしていないと、事故や他利用者との間にトラブルが起こる危険性がある。ごく稀に短い単語が通じる程度で言語による意思疎通は困難であるが、あいさつや話しかけには何らかの反応をするなど、コミュニケーションの表面的な体裁は保たれている。周囲の言動の感情的な部分から状況を察することもあり、大きな声や強めの口調に反応することが多い。

るように聞こえ、B さんを気の毒に思ったという。

管理者は主任に経過を説明し、職員に伝えた上で事実確認を行うように指示した。2 日間をかけて、職員 A をはじめ全介護職員に個別に事実確認したところ、B さんに対して感情を抑えきれずに高圧的な態度をとっていたのは職員 A 以外にも複数おり、職員全員がその状況を知っていたものの、半ば黙認している状態であったことがわかった。

〔関連情報〕

開設当初に比べて利用者の重度化が進んでおり、日勤帯は早番職員が受診の付添いに出かけることが日常的になっていたが、食材の買出しに利用者と出かけるなどの活動は極力減らさないようにしていた。B さんに対しては、主任を中心に職員間で業務量の調整や日課の改善を試行し、その時点で考えられた可能な範囲の配慮や見守りを行いながら事故防止を試みていた。

個人ワーク用スペース

発見までの経過

●発生まで

当日の出勤者は、早番の職員と遅番の職員 A の 2 名。午前 9 時より福祉系専門学校の学生が 1 名施設実習に来ていた。早番職員は午前中から利用者への受診への付添いが決まっており、利用者 B さんを含む 8 名の利用者は一時的に遅番職員 A ひとりで対応することになった。受診は昼食の時間と重なり、職員 A は利用者対応をしながら調理と配膳をし、実習生は居間で他利用者と洗濯物たたみをしていた。すると、突然 B さんが自分のお膳を持ち上げようとした。気づいた職員はすぐに手が離せる状況になく、離れた場所から「B さん！危ないからやめて！」と大声の強い口調で声をかけた。しかし B さんは理解できない様子でそのまま動作を続け、職員 A は再度「ほら危ないから！やめて！」等、何度か強い口調で声を掛け、直後に駆け寄ると B さんはようやく気づいて手を止めた。

●問題の表面化

この事業所では、実習受け入れを担当する職員の勤務日には、毎日実習生との短時間の反省会を行うことにしている。当日の夕方、担当である管理者と実習生とで反省会が開かれ、その場で担当である管理者に「職員 A の B さんに対する言動に疑問を持った」という声が寄せられた。

詳しく事情を聞いたところ、昼食前の出来事について話しはじめ、職員 A の言葉が高圧的で命令してい