**（事例２）「内出血について」**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談者 | 利用者 | サービスの種類 |
| 家族 | 要介護４ | 介護老人保健施設 |
| **【苦情申立内容】**父は体調不良で病院を受診し、心疾患の診断で入院した。その際医師より、時間が経過しているが右胸部に内出血痕と腫脹、両脇下にも内出血痕があると指摘があった。付き添った職員は「移乗の際などにできたのだろう」と答えていた。施設に原因究明を依頼し、提示された事故報告書の内容に納得できなかった。施設からは移乗介助を行っていた職員に聞き取りをした内容を渡されただけで、詳しい説明もなく「どうして内出血痕ができたのか分からない」と言うだけだった。職員から謝罪はあったが、医師の診察や職員もケアをするので、異常に気づかないのはおかしい。気づいていながら黙っていたのではないかと尋ねたが、明確な回答はなかった。事務長は、請求があれば誠意を持って対応すると言ったので、損害賠償を求めたが、施設は請求に応じられないとの返事だった。施設は、事故の検討や説明を十分行わないまま弁護士に対応を依頼し、今後は文書で質問するようにと言った。話し合いに応じない姿勢に納得できない。施設は、利用者や家族に誠意をもって説明するのが当たり前ではないか。分からないとか、気づかなかったでは済まされない。施設の怠慢ではないか。 |
| **【調査結果】**１　利用者の状態について（１）状態把握について利用者は脳梗塞による右片麻痺と失語症でコミュニケーションの制限と認知症あり。体調不良によりＡＤＬが低下しているため、状態把握と服薬管理、下肢リハビリ、日中はトイレを使用するため移乗と排泄の介助等行った。（２）介護方法についての検討及びサービス提供について* 意思の伝達能力は、手を挙げたり職員を呼んだりするが、排泄やお茶の催促が多い。職員もその都度確認していたが、訴えが分からないこともあった。
* 利用者が自力で移乗動作ができる時とできない時で移乗方法を変更した。できない時は、全身の緊張が強く痛みを伴うので、理学療法士と検討し少しでも軽減できるように声かけを行い、立ち上がりから方向転換、腰掛までの一連の動作をゆっくり行っていた。

（３）入院に至るまでの状態と施設の対応について* 入院３日前、食事は介助にて全量摂取。
* 右側臥位で苦痛表情が見られたため、右側臥位の時間を短くした。
* 入浴を行ったが異常なし。定期診察も特変なし。
* 入院前日、顔色がすぐれず両手の浮腫著明。食事は介助にて全量摂取。
* 入院当日、体動時に喘鳴あり。日中排尿なく浮腫も増大したため、医師に状態報告。病院受診の指示にて入院した。その際、病院の医師より右前胸部に内出血と腫脹を指摘され、出勤者に確認したが、入院２日前の入浴時及び入院前日の更衣時は気づかなかったとのことだった。
* 看護師長によると、家族に受診をする旨の連絡はしたが、入院３日前からの利用者の状態悪化について報告をしたか覚えていないと回答。記録にも報告した旨の記載はなかった。

２　内出血について・利用者はこれまで内出血はない。職員は、利用者がワーファリンを服用しており、血が止まりにくいことは知っていたが、検討はしていない。・医師から出血傾向についての意見はなかった。誤嚥の恐れがあるので注意することと水分制限があり過剰に飲ませないようにとの指示はあった。 |
| * + - * 介護職員は、週２回の入浴と朝夕の更衣を介助し、看護師も利用者は掻痒感があるため皮膚観察を行っていたが、内出血に気づかなかった。
			* 医師は入院２日前に定期診察を行ったが、異常に気づいていない。

３　苦情対応について* + - * 申立人から原因究明の要請があった。病院に搬送後、すぐに胸部の内出血の指摘を受けたため、施設で生じた事故と判断した。介護の状況について職員に聴取を行い、作成した事故報告書を基に状況説明を行った。直接的な原因は判らなかったが、想定される原因として、移乗時、体交時、更衣時に利用者に負荷がかかったのではないかと考えられることと、今後の予防策として、利用者の状態変化に気づくよう各自が自覚すること、職員間で情報を共有し身体介護に対しては細心の注意を払うよう指導していくことを申立人に伝えた。しかし、申立人は事故報告書の内容に納得せず、再度原因究明の調査を求めた。事故報告書は市に提出した。
			* 事故報告書提出後に、申立人より利用者がトイレでの移乗介助時に痛みがあったと訴えていたことも含め、再度原因究明のため、特に移乗介助を中心に注意していたことを職員に書き出してもらった。病院受診までの数日間は、利用者の緊張が強く移乗動作に協力できない状況にあり、介護量も増えていた。
* 調査後、原因が特定できなかったことを申立人に説明し、職員の記憶による聞き取りで時系列にまとめた文書と移乗方法を記載した文書を渡した。

文書回答によると、緊張が強い時は力を抜くよう声かけし、利用者の両脇に腕を入れて介助していた。車椅子では左側に姿勢が崩れるため、車椅子の後方から利用者の両脇に手を入れ姿勢を直していたとのことだった。* 申立人に謝罪をし、介助の際に十分な対応ができなかった事が原因と考えられる旨返答した。損害賠償については、弁護士に委任した。
* 苦情相談担当の支援相談員が不在で他職員が対応した場合、支援相談員に口頭で報告するだけで記録していない。

４　記録について* 介護記録は、職員間で記載内容が統一されておらず、利用者の状態や対応について把握できない。
* 夜勤の記録は、申し送り用の記録に記入し、個々の介護記録には記載していない。
* 看護記録は、数カ月あるいは１年以上記載がない時期があった。
* 看護・介護記録の訂正に修正液を使用していた。
* 施設は、忙しいことを理由に職員研修等を行っていない。
 |
| **【指導及び助言】**１　内出血について施設サービス計画書に状態観察と明記しているが、受診時に医師より指摘されるまで内出血に気づいていない。また、関係職員は、ワーファリンを服用していると血が止まりにくいということは知っていたが、介助方法の検討に反映していなかった。今後は、利用者の身体状況を十分に把握し介助方法の検討を行い、適切な介護サービスの提供に努めること。２　苦情対応について施設は、申立人から内出血の原因究明を求められた際に、記録がなかったため職員に聴き取りをもとに文書を作成し、申立人には「わからない」「気づかなかった」という説明を繰り返していた。また、調査の段階においても、何故気づかなかったのか十分な検討がなされていない状況だった。事故の状況が不明な場合でも原因究明を十分に行い、介助方法や手順など具体的な改善策を検討することが必要である。これらの結果を説明しないと家族には納得してもらえず、改善にも繋がらない。今後は、記録をもとに懇切丁寧に説明を行い、利用者及び家族に理解を得られるように努めること。苦情は、サービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、サービスの質の向上に向けた取組みを自ら行うこと。３　記録について　　　　記録の不備により、利用者の状態や職員の対応状況が分かりにくく、職員間の連携についても見えてこない。記録は施設が利用者に提供したサービスの具体的な内容や |
| 状態悪化時の対応を検証する際や、利用者及び家族等から説明を求められた時の説明資料となる。　　　　今後は、利用者の状態やサービスの提供状況を把握し、職員間で情報を共有できるように施設全体で記録の改善・整備に取り組むこと。４　職員の研修等について　　　運営に関する基準第２６条に、施設は、職員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならないとなっている。今後は、計画的に職員の研修や技術指導等の勉強会を開催し、職員への周知徹底を図るなど、利用者・家族が安心して介護サービスを利用できるようにサービスの質の向上に努めること。 |
| **【改善状況報告】**１　内出血について（１）施設サービス計画書に基づいて、記録の統一を図るように改善する。（２）ワーファリン等の特殊な薬を服用している利用者については、施設サービス計画書の作成に当たって、医師・介護支援専門員・看護職員・介護職員・管理栄養士が協働で原案を作成し、利用者の情報を共有して個々の介護方針を決定するように改善する。２　苦情対応について（１）懇切丁寧に説明し申立人の不信感を募らせないような対応に心がける。（２）事故の原因究明は、「事故発生防止に関する指針」に基づき事故発生防止対策委員会において十分な検討を行うこととする。（３）再発防止策は、事故発生防止対策委員会において具体的な改善策を検討し、全職員に周知徹底を図る。（４）職員の質の向上を図るために、苦情処理に関する職場外研修に積極的に参加させる。３　記録について（１）記録は、職員間で統一が図られていないため、職場研修を徹底し、誰が見ても状態把握ができるよう改善を図る。（２）電算記録管理システムの導入も検討する。４　職員の研修等について（１）外部研修に積極的に参加させる。（２）看護・介護職員は、月１回のケース検討会を開催し、適切な介護方法を検討するとともに職員の資質の向上を図る。 |