

(苦情申立事例1)「利用者間のトラブルに対する施設の対応について」

相談者	利用者	サービスの種類
家族	要介護1	介護老人福祉施設

【苦情申立内容】

施設内で利用者間のトラブルにより事故が発生した。

1 事故対応について

(1) 事故について

相談員から事故の連絡があり施設に行くと、「叔母が認知症のH氏に方向を示す感じで指を差したため、気分を害したH氏がテーブルと車椅子の肘掛を杖で叩き振り上げた。叔母は防御し、H氏がバランスを崩して転倒し緊急搬送された」と説明があった。しかし、後日「叔母が突き飛ばした。足で蹴った。暴言を吐いた」と内容が変わった。

(2) 施設の事故対応について

杖を振り上げられたら誰でも防御姿勢を取るはずである。職員はその場になかったのに、叔母は最初から悪者で加害者扱いされ、事故報告書には「利用者が突き飛ばした」としか記載はなかった。

話し合いの際、職員の見守り不足を問うと「お正月だったから」「定数は満たしているが職員不足」と返答し言い訳でしかない。利用者には責任はない、施設内で起きた事故なのに、なぜ施設はきちんと対応しないのか。

双方の家族に同時に説明がなく、どのような説明を受けているかわからない。保障については該当しないからお互いに話し合うよう言われ、十分な説明がなかった。

2 利用者への対応について

施設は事故の翌日、叔母の2年前からのトラブルを書いた用紙を渡し精神科受診を勧めた。これまで穏やかに過ごしていると思っていたため、初めて見る内容に言葉を失った。職員は「その都度対応してきた」と言い、悪者扱いである。叔母は、言語・聴覚障害のためコミュニケーション手段はジェスチャーや指差しなどである。威圧的と思われたらどう自己表現したら良いのか。尊厳はどうなのか。施設の対応に納得できない。施設から月末で退所を求められて退所した。

【調査結果】

第1 事故について

1 防犯カメラについて

施設より、事故の様子が防犯カメラの映像に残っている旨の回答があり、事故の状況を確認するため映像の提供を依頼した。施設は他利用者が映っているため個人情報に配慮し、防犯カメラの映像があることは、両家族には話していないと回答した。

2 苦情処理委員会における防犯カメラ映像の見分の結果

利用者は車椅子でフロアの定位置に座っている。H氏が杖を突きながら歩いていると、利用者がH氏に向かって腕で方向を指し示すような様子が見られ、これを見たH氏が勢いよく杖で床を叩き振りながら利用者のもとに足早に近づく。2人で争う様子が見られ、H氏が車椅子の左車輪を杖で叩く。利用者は車椅子を左に転回し、左手でH氏の左脇腹付近を叩こうとするのに対して、H氏は左手で利用者の頭から右耳あたりを叩き眼鏡が鼻の下にずり落ちる。さらに近づいたH氏の腹部に利用者が出した右手が当たり、よろめいたH氏はバランスを崩しお尻から倒れ床で後頭部を打つ。

利用者は倒れているH氏に近づきH氏の足を2回蹴る。次に、利用者がH氏の杖を取り上げようと掴み、お互いが引っ張り合いをしているところに、駆けつけた介護職員が両者の間に入り杖を取り上げようとしたが、両者がなかなか手を放さないため介護職員も手間取っているように見える。他介護職員と看護職員が駆けつけ、ようやく介護職員が両者から杖を取り上げどこかに持って行く。

看護職員はH氏の頭を膝にのせ、後頭部を触り確認している。しばらくして他介護職員が車椅子を持ってくるが、他利用者への対応でその場を離れる。

利用者は車椅子をバックさせ、職員が通るとジェスチャーで頭部を叩かれた様子を、興奮状態で何回も繰り返し訴えている様子だが、職員は誰も対応しない。再度、利用者は車椅子で近づいて H 氏の足を蹴るが、H 氏も蹴り返すように足を動かしている。介護職員 2 名が H 氏を抱え上げて車椅子に乗せ移動した。その際 H 氏は利用者を威嚇する様子があり、お互いに興奮状態が収まっていなかったように見える。

3 事故についての施設の回答

(1) 事故当日の職員体制

介護職員 4 名（風呂担当 2 名とフロア担当 2 名）。事故当時、一人は居室で介助中、もう一人は面会場所に他利用者を誘導中で、口論に気づいて駆けつけるまでフロアは職員が不在だった。看護師はナースステーションから異変に気づき駆けつけた。

(2) 最初に駆けつけた介護職員に事故の状況を確認

介護職員は、「他利用者の誘導中、大きい声が聞こえ走ってフロアに戻る際、利用者の手が H 氏を突き飛ばしたように見えた。H 氏は倒れており痛いと言っていたが、利用者が足で蹴るのは見ていない。職員 3 人で利用者を引き離してはいない。看護師に利用者が突き飛ばしたと思うと報告した。防犯カメラの映像は見ていない」と回答。

(3) 防犯カメラの映像について

① 文書調査の回答

利用者と H 氏がフロア食堂で口論となり、他利用者を誘導中の職員が気づき駆けつける途中、利用者が H 氏を手で突き飛ばし、H 氏は床へ転倒、後頭部を強打した。

事故発生については職員が口論から利用者が手で強く突き飛ばしたところも確認しており、その後も制止する職員を振り払い、倒れた H 氏を足で蹴るため、職員、看護師 3 人がかりで利用者を引き離した。

② 事故翌日、事故検討会で防犯カメラの映像を見た職員の回答。

職員ア 利用者が何か言う感じで指差している所へ、H 氏が移動し杖で車椅子の車輪を小突くような様子があり。利用者は車椅子から立ち上がり何か言う感じで H 氏と向かい合い、両手で H 氏の肩から胸にかけて突き飛ばすように見えた。車椅子で近づき転倒した H 氏を蹴る感じがあり、職員が止めても蹴っている感じだった。

職員イ 力加減はわからないが利用者が H 氏を突き飛ばしたように感じた。事故前に利用者は H 氏がウロウロしているのを目で追っている様子が映っていた。

職員ウ 利用者が H 氏を倒し、車椅子から立ち上がって倒れた H 氏を蹴っていた。

職員エ H 氏が利用者の側を通った際に、利用者が何かを言って H 氏が近寄っている。利用者はジェスチャーで何かを訴え口論となったようで、利用者が H 氏を突き飛ばし、H 氏は後ろにドンと倒れた。倒れている H 氏を足で蹴り、杖を引っ張り突いているのを職員 3 人位で利用者を離そうとしていた。それでも杖を放さない状況だった。

(4) 事故後の利用者への対応

介護職員は、「利用者は興奮状態でジェスチャーをして何回も訴えるのは見たが、何も聞かなかった。他の職員も確認していないと思う」と回答。

生活相談員は、「利用者は夕方落ち着いておらず、翌朝も凄い剣幕で話ができなかった。施設長が危険な行動を止めるよう話をすると、大声で出て行くようジェスチャーをした。その後も事故のことになると興奮するため聞いていない」と回答。

(5) 介護記録について

介護職員は、「10 時水分補給後、H 氏とトラブルあり」とだけ記載した。しかし、提出された記録には、「もみ合いになり H 氏が転倒。職員駆けつけるが倒れている H 氏を蹴り続けていたため職員が割って入る。その後も興奮が収まらず職員 3 人で利用者を引き離す。本人に状況を確認するが興奮し会話が困難な状況が続く」と書き加えられている。介護職員に記載内容について確認したが「誰が記載したのか分からない」と回答。

(6) 事故報告書について

事故報告書には、「利用者が口論から H 氏を突き飛ばし後方に転倒。床で後頭部を強打した」と記載し保険者に提出。防犯カメラの映像のことや事故を検証した結果については記載しなかった。

第 2 施設の対応について

1 事故対応について

(1) 文書調査の回答

- ① 事故当日、家族に、生活相談員、看護主任、ケアマネジャーが説明した。内容は口論から利用者がH氏を突き飛ばし、H氏は転倒し頭部強打で痙攣発作が出現し救急搬送されるまでの経過と様態について伝えた。

家族から、施設の保険の有無を聞かれ、保険会社に問い合わせた。今回の事故のケースでは該当しないと返答があり、家族に伝えると承諾された。

- ② 翌日、事故検討会を開催。施設長、副施設長、事務長、看護主任、介護主任、ケアマネジャー、生活相談員が参加し、駆けつけた介護職員に再度聞き取りを行い、防犯カメラの映像を皆で検証した。

施設長より、利用者は急に怒り大声を出したり、感情が抑えられない精神状態が見られたりするため、嘱託医に相談するよう指示あり。事故検討会の内容は、各フロア、看介護職員、機能訓練士等に周知する。

(2) 訪問調査の回答

- ① 事故当日は、看護主任とケアマネジャーは休みで勤務していなかったとのこと。

- ② 保険会社への報告は電話で伝え、「フロアに誰もいなかったわけでもなく、職員が絡んでいない入所者間のトラブルなので対象外かもしれない」と言われたとのこと。

- ③ 「トラブルノート」は、家族に利用者の状況を知らせるため、介護記録からトラブルの記載を抜粋した。話し合いの時に家族から「今になって前のトラブルを見せるのか」と言われたとのこと。

- ④ 看護師によると、利用者が興奮し精神的に落ち着かないので内服コントロールのため精神科に入院できないかと嘱託医の指示があったとのこと。

精神科の医師は、「空気がなく入院できない、精神を落ち着かせる薬を一週間出すので様子を見てベッドが空いたら入院」と言った。

2 利用者家族との話し合いについて

(1) 文書調査の回答

利用者家族と4回面談し、毎事故状況と損害保険のこと、入院費の負担について説明を求められた。また、H氏の様態や家族とも話がしたい、施設に間に入ってもらいたいとの意向があった。H氏の家族に伝えると、施設を借り両者で話し合うというため、利用者家族に伝えると承諾した。

(2) ケース記録・事故対応記録より

施設は、数回にわたり事故当時の状況や、H氏の経過、入院費の支払いの件、精神科受診と入院の件、退所の件について利用者家族に話をしてきた。日が経つにつれキーパーソン以外の家族より、入院費は全額自分たちが払うのか、利用者側が一方的に悪いとなっており、その結果、精神科受診や退所も言われているなど被害的な苦情的な意見に変わってきた。

(3) 訪問調査の回答

- ① 事故の説明内容が変わったことについて確認すると、防犯カメラを見て利用者がH氏を蹴っていたので追加して話をし、H氏家族にも同様の説明をしたと回答した。

- ② 生活相談員は、利用者家族から毎事故の経緯から説明を求められ4～5回は説明したとのこと。また、利用者家族は話し合いに施設の立ち合いを要望されたが、H氏家族の意向もありその旨を伝えると了承されたため、施設としては場所の提供を行ったと回答した。

看護主任によると、家族は杖を振り上げられれば、防御するのが当たり前と言い、納得しなかったが、相手が怪我をしたのは事実であると回答したとのことだった。

3 退所について

- ① 事故翌日、施設長より家族に退所の可能性を伝える。後日、施設長が家族に退所の話をすると、家族は病院受診後そのまま退所すると言い承諾した。

- ② 退所について職員間で検討したが、今回は怪我をしており、今後もこのようなことが絶対ないとは言えず、契約事項に則って周囲の安全も考えて施設長が決断した。しかし、退所について検討した記録はなかった。

施設長は、元気な人と過ごせば利用者も良いのではないかと思い、有料老人ホームを紹介した。職員は、利用者は施設で対応困難というまではなかったと回答した。

4 利用者への施設の対応について

- ① 利用者は、行動範囲が広く他利用者と口論や危ない行動を見かける時もあり、利用者に伝えるが、毎回自分は何も悪くないと大声や身振り手振りで訴える。できるだけトラブルを防ぐよう行動には注意しながら支援していた。
- ② ケアマネジャーは、利用者は状態に変化はなく、家族には特に変わりはないと伝えていた。職員は利用者への対応について申し合わせは特にしていなかった。職員の介入でトラブルは収まっていたため、家族へは報告していなかった。
- ③ H氏は、要介護3で認知症のため場所が分からず杖で歩いていた。普段は黙っているが、怒ると杖を振り上げるようなことはあった。H氏が動くと、利用者はいつも世話をやいていた。何も問題ない時もあった。

【調査所見】

- 1 調査の結果、事故についての施設の回答と防犯カメラの映像には齟齬が見られた。事故検討会で防犯カメラの映像を見た職員にどのように映っていたのか確認したところ、個々の回答にも違いがあった。
本会が防犯カメラの映像を確認したところ、施設が主張されている利用者だけが一方的に突き飛ばし怪我をさせた状況とは異なっており、適切な事故の検証が行われたとは判断できない。また、防犯カメラに映る利用者とH氏の行動について記録したものは確認できなかった。
- 2 施設で検証を行ったと回答しているが、最初に駆けつけた介護職員に聞き取りを行っただけで防犯カメラの映像を見せていないため、事故について検証を行ったとは判断できない。また、今回の事故について職員に周知すると回答されているが、調査において職員個々の回答には相違点が見られ、研修も行っていなかったことから、職員全員で今回の事故が何故起こったのか、情報を共有しサービスの見直しを図られたとは言い難い。
- 3 文書回答や記録等に家族との話し合いの経過や施設が説明した内容の記載がない。訪問調査で確認したが、明確な回答はなく詳細は不明であった。
- 4 施設は何回も同じことを聞かれその都度説明をしたと回答しているにもかかわらず、苦情として受け止めていなかった。さらに、訪問調査において、職員は何故家族が苦情を言われるのか理解しておらず、施設内で苦情について検討されたのか疑問があった。
- 5 文書調査の回答や施設サービス計画書・担当者会議録等に、施設は利用者の特性を理解し、利用者間のトラブルを防ぐため利用者だけの空間を作らないよう配慮する必要があるとしている。しかし、訪問調査の回答から、利用者間でトラブルがあることは把握していたが、特に対策を検討している状況は見られなかった。
- 6 介護記録は、職員によっては「トラブルあり」としか記載されておらず、トラブルの内容や職員の対応など詳細が不明な記録もあった。訪問調査で職員に確認してもトラブルについて具体的に説明できない状況が見られた。

【指導及び助言】

1 事故対応について

調査の結果、施設では事故の翌日に映像を確認し検証を行っていたが、双方の家族にこのことは伝えず、当該利用者が利用者H氏を突き飛ばし怪我をさせたことと倒れているH氏を蹴ったとの説明に終始していた。また、説明の際に今回の事故は当該利用者のコミュニケーションが困難なことや以前からの言動やトラブルが原因で発生したと受け取れるような記録をもとに精神科受診を勧めていた。事故報告書にも検証の結果は記載せず市に相談し、利用者間の問題であるという結論に至っていた。

本会が映像を見て確認したところ、文書回答の事故状況と相違しており、提出記録等に事故当時の利用者双方の行動や様子について記載は見られず、訪問調査で職員から個別に聞き取りをしたところ相違点が見られ、施設で事故について適正な検証を行ったとは言えない。

今回の事故対応については、当該利用者だけに問題があるような説明をしたこと、一方的に加害者扱いされ退所を求められた利用者の尊厳が軽視されていると思われるもやむを得ないばかりか、利用者の家族までも精神的、経済的に大きな不利益を負わされたと言わざるを得ない。

仮に今回の事故が利用者同士のトラブルが原因であったとしても、施設側としては重大な事故が発生したとの認識を持った上で、今後の運営に心がけることが重要である。予測できるトラブルに対する職員の見守りや対応に問題があり事故に発展した事案においては、当該職員及び施設の注意義務違反として法的賠償責任問題に発展する可能性がある。

今後は、現実が生じた結果を踏まえてより良い改善策や対応策を検討することや、道義的観点から利用者家族の心情を踏まえて真摯に対応すること。

2 利用者への対応について

貴施設では、当該利用者に長期にわたり施設サービスを提供しており、利用者が本来の世話好きから他利用者との関係を悪化させることがあり得ることを把握していた。しかし、調査において利用者の状況に特別の変化はなかったと回答しており、介護記録にも「トラブル」の記載があるだけで原因を確認するなど職員が対応したことの記載が少なく、当該利用者の言動に対応が困難であったとは思われない。今回の事故を理由に申立人に渡されたトラブルノートといわれる記録に記載されている行動記録は、利用者だけに問題があるという視点で抜粋されたものには見え、利用者の性格を理解して対応してもらっていなかったと主張される申立人の心情は理解に難くない。

施設は受け入れた利用者について、利用者各人の能力や個性に対応した安全配慮の措置をとる必要がある。高齢者は、自ら危険に接近する場合もあり、自己決定による行動だからといって放っておくわけにはいかない。どの時点で介入して、身体・生命の保護をしなければならないか、その現場において瞬時に判断し、適切な措置を講じなければならない。

貴施設が利用者の行動を以前から問題視し、退所に至る要因の一つとしたのであれば、利用者家族との間で当該利用者の行動を踏まえてどのような対応が必要且つ可能であるかについて家族の理解及び協力を得るべきであったと思われる。しかし、調査の結果からは実施していたとは言えない。

今後はサービス提供上の課題が生じた際には、サービス担当者会議等で対応策を検討するなど適切なサービスの提供に努めること。

3 利用者への契約の解除について

貴施設は事実を正確に把握することなく利用者に対して退所を求めたと思われ、このことは利用者及び家族の尊厳を損なうばかりか、施設側の都合を最優先させた一方的な契約解除と言わざるを得ず、運営基準に基づく「正当な理由」と判断することは困難である。

今後は、利用契約の契約解除及び退所という事態は、利用者及び家族にとって影響を及ぼすものであることに鑑み、契約解除及び退所の前提として、施設ではなぜ利用継続が困難なのかを利用者及び家族に十分説明し納得を得るように努めること。

4 苦情対応について

貴施設は事故について家族と話し合いを行っているが、家族の申し出を苦情とは捉えず、退所についても了解したと理解していた。また、本会の調査に対して、事実を確認したうえで回答したのか疑問があったことから、今回の苦情について職員間で検討したとは思われない。

今後は、利用者及び家族からの苦情を組織として真摯に受け止め、事実関係の確認を行い、対応策を協議し、家族への説明を適切かつ懇切丁寧に行うことと、苦情対応については経過を適切に記録し保管するとともに、サービスの改善及び質の向上に反映させるよう努めること。

【改善状況報告】

1 事故対応について

これまでの利用者の日常生活における他利用者とのトラブルや危険行動に対して、検討や改善を行ってきた。しかし、家族へその都度報告していなかったため、今回のような大きな問題が起こってしまった時、家族に状況を理解し納得してもらうことが難しかったのではと考える。

今後は、緊急度に応じ家族に説明し、理解や協力を得るように努め、利用者及び家族の心情を踏まえ納得してもらえるような結論を出す対応を行うよう努める。

2 利用者への対応について

記録については、日常生活の経過、様態については当然の事、日常のトラブルなどについても細かく記録をとる。

利用者の日頃の行動や、個々の問題行動の把握に各フロアで責任者を中心に話し合い、危険行為などを予測しながら見守る。利用者だけになる空間をつくらない。その場を離れる時は、他職員を呼び交代する。

サービス提供上の課題や困難事例が生じた場合は、サービス担当者会議で、対応策を検討し、利用者及び家族へ説明し了解を得ながら、適切なサービスの提供ができるよう努める。

3 利用者への契約の解除について

契約解除及び退所の手続きについては、理事長、施設長を含め各職種間で十分に検証・検討し、施設の利用継続がなぜ困難なのかを利用者及び家族と話し合いをもち、そのような手続きをとらなければならない趣旨を十分に説明し承諾していただくよう慎重にすすめる。

4 苦情対応について

利用者及び家族からの苦情を組織として真摯に受け止め、家族への説明を適切かつ親切丁寧に行い納得を得て相違がないようにする。またサービスの改善及び質の向上に反映できるように努める。