

介護老人福祉施設①

母親が食事中に急変して救急搬送先の病院で亡くなった。死因は誤嚥性肺炎と診断された。急変した原因について、施設からの十分な説明がない。

申立者：子 サービス利用者：80代 要介護4

苦情理由

母親は施設で突然意識を失って救急搬送先の病院で亡くなった。食事中に意識を失っている母親を介護職員が発見し、医師や看護師による救急蘇生を試みたが回復せず、病院へ救急搬送したとのことであった。死因は誤嚥性肺炎と診断されたが、施設は、食物が詰まったとは言い難く、何らかの原因で心肺停止になったと言うだけで、施設の過失を否定している。母親への日常的なサービスや、急変時の対応が適切であったのか調査してほしい。

事業所調査後見えてきた問題点など

1 利用者の心身の状況について

入所者本人は、家族のレスパイト目的で病院に入院し、1年前に退院と同時に施設に入所した。糖尿病の内服治療中で、病院での食事は糖尿病の治療食であった。施設へ入所後も、内服治療は継続したが、食事は普通食であった。認知症があり、意思疎通は可能であるが、複雑な内容についての意思決定は困難で、食事をしたことを忘れるなどの短期記憶障害があった。日常生活動作は、ほぼ全介助を要し、移動は車いすを使用、車いすへの移乗は全介助であった。食事は、病院ではベッド上で、全介助であったが、施設に入所してからは、手にスプーンを持って自己摂取できるようになり、食事の後半は職員が介助して毎食ほぼ全量摂取していた。

2 施設サービス計画について

入所時（初回）の施設サービス計画については、生活相談員が本人及び家族へのインタビュー面接で得た情報からアセスメントを行い、それらの情報をもとに介護支援専門員が施設サービス計画を作成している。又、2回目以降の施設サービス計画については、フロアの担当介護職員が、定期的なモニタリングやアセスメントを行い、その情報をもとに介護支援専門員が施設サービス計画を作成している。モニタリングに当たって介護

支援専門員は、家族と直接面接や電話などはしていない。作成した施設サービス計画は、施設内のサービス担当者会議において意見交換した内容を追加修正した上で、正式な計画として、家族へ説明し同意を得て交付していた。入所者にとって担当介護職員は身近な存在であり、日常的な介護を通して入所者の情報を把握していることから、担当介護職員がモニタリングを行うことで日常生活に即したアセスメントができるという利点がある。但し、介護支援専門員の役割として、アセスメントに当たって、家族と面接を行って入所者の日常の生活状況等について情報を提供するとともに、家族の希望や意向の聞き取りを行うことが求められる。

栄養ケア・マネジメントについては、栄養スクリーニング、アセスメント、モニタリング、栄養ケア計画について、管理栄養士が1枚の書面で作成し、その内容を施設サービス計画書に記載して、家族への交付に代えているとしている。施設サービス計画書に記載されている栄養ケア計画については、初回分から、解決すべき課題、長期目標、短期目標には「現状維持」と記載があり、具体的な栄養ケアの記載はなかった。栄養ケア・マネジメントの内容については、定められた判断基準に基づいたリスク管理を行っておらず、「高リスク」と判断される条件がありながら、食事を全量摂取していたことなどの理由から栄養状態及び体重の管理ができておらず、「高リスク状態」を考慮した栄養ケア計画の作成や実施ができていなかった。高齢者の低栄養状態のリスクの判断については、基準に沿って正しく判断し、施設として相応のリスク管理を計画的に行うことが必要であるとともに、家族にも本人の栄養状態や栄養ケア計画について十分に説明することが求められた。栄養ケア・マネジメントは、施設長管理のもと、医師、管理栄養士、歯科医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア計画を作成することとなっている。本人は、糖尿病の内服治療中であり、普通食をほぼ全量摂取しているにも関わらず、血清アルブミン値の低下や顕著な体重減少がみられており、「高リスク」と判断される状況であったことから、医師への報告や相談が必要であったと考えられる。

3 急変時の対応と家族への説明について

施設は、急変前の心身の状況について、日ごろの体調と異なる点はなかったとしている。

当時、本人は食堂の定位置に車いすで着席し、介護職員が食事と共におやつを配膳した。配膳後に、通りがかりの介護職員が「がんばって食べてくださいね」と声掛けしたが、本人は、「いない」と言われ、この時、既におやつが無くなっていた。当時食堂には、入所者が20数名と介護職員7名、各フロアを巡回していた看護師が1名いた。

一人の介護職員が、閉眼して脱力している本人を発見し、声掛けをしたが反応がなく、施設内巡回中の看護職員を呼んだ。食事中であったことから、誤嚥の可能性を考えてすぐに吸引器を準備して口腔内の吸引を試みたが、誤嚥したと思われるような食物残渣の

吸引物はなかったとしている。施設内にいた医師が駆けつけて、心肺蘇生を試みたが反応はなく、すぐに家族に連絡し状況の説明と救急搬送の同意を得て救急要請を行い、意識消失発見から約 30 分後に救急車が到着し搬送された。連絡を受けた家族も病院に駆け付けたが、本人は病院到着後に亡くなった。

後日、施設との話し合いで、家族は施設に対して死因が誤嚥性肺炎と診断されたことについて説明を求めたが、施設としては食物が詰まったかどうかは明確ではないと返答した。食事摂取の状況については、施設に入所してからは、食事の途中まで本人がスプーンを持って摂取していたことを施設が説明すると、家族はそのような状況であることを認識していなかったと憤慨され、話し合いは平行線に終わった。施設は、病院に入院中は、ベッド上で全介助していたと聞いていたが、入所後には日常生活において手を動かすことが可能であり、嚥下もスムーズであることが確認できたことから、スプーンを使用して途中まで自力で摂取してもらうようにしたとしている。本人の心身の状況や施設で行われている具体的なサービス内容について、家族と十分に情報共有できておらず理解を得られていなかったことが不信感に繋がる一因となったことも考えられる。施設において、入所者の自立性の支援を尊重した介助方法で対応することや、入所後にアセスメントして介助方法を変更した場合などには、家族に対して理解しやすいように説明を行うことが求められた。又、入所者の自立性を高めることは、同時にリスクが伴う場合もあることから、安全対策についても家族に説明しておくことが必要であったと考えられる。

指導及び助言

1 施設サービス計画について

(厚生省令第 39 号第 11 条の 3 「指定介護福祉施設サービスの取扱方針」、第 12 条「施設サービス計画の作成」参照)

(1) 計画担当介護支援専門員は、アセスメントに当たって、家族と面接を行って入所者の日常の生活状況等について情報を提供するとともに、家族の希望や意向の聞き取りを行うこと。

(2) 施設において、入所者の自立性の支援を尊重した介助方法で対応することや、入所後にアセスメントして介助方法を変更した場合などには、家族に対して理解しやすいように説明すること。又、入所者の自立性を高めることは、同時にリスクが伴う場合もあることから、安全対策についても家族に説明すること。

2 栄養ケア・マネジメントについて

(平成 17 年 9 月 7 日老老発第 0907002 号「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」参照)

(1) 栄養ケア・マネジメントにおける高齢者の低栄養状態のリスクの判断については、基準に沿って正しく判断し、施設として相応のリスク管理を計画的に行うことが必要であるとともに、家族にも本人の栄養状態や栄養ケア計画について十分に説明すること。

(2) 栄養ケア・マネジメントは、栄養アセスメントを踏まえ、施設長管理のもと、医師、管理栄養士、歯科医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア計画を作成することとなっていることから、入所者の現病歴や治療状況などを考慮したアセスメントをもとに、チームメンバーである医師への報告を行い、必要によっては指示を求めること。

調査を終えて

疾患を持つ要介護高齢者の状態の急変は予測できないことも多い。しかしご家族にとっては大事な妻であり、夫であり、母であり、父である。望まない結果が生じた場合、どうしてそうなったかについて、納得できる説明が欲しいと思うのは、家族の心情を察すれば当然のことである。施設には、その入所者がどのような最期を迎えたかについて、対応が不足した部分も含めて、誠実な説明が求められる。入所者ご家族が「自分の家族はよいケアを受け、よい最期を迎えた」と思える環境をつくることは、日ごろのケアとも深く関わっているように思われる。

さて入所時に作成される施設サービス計画は、入所者の施設での生活の質がよくなるように、入所者本人の思いを一番に、施設側の専門職（計画担当介護支援専門員）、家族との共同作業で作成される必要がある。施設での生活が始まってからも、専門職は入所者の生活をみながら、その様子を家族に伝え、介助や介護の方法を変更する場合などは、家族と情報と理解を共有する必要がある。しかし残念ながら、今回の場合、それらが専門職主導で行われてしまった感があり、日頃から家族との関わりが不足していたものと思われる。関係者間の信頼関係をつくるには時間がかかり、手間暇もかかるが、施設にとっても、家族にとっても大切なことである。

2020 年春からの新型コロナウイルスの感染拡大で、クラスターを防ぐため、多くの施設は面会を制限してきた。そのなかで、施設と入所者家族の間に連絡がとりにくく、疎遠になりがちな状況が続く。入所者の安全や生活の質を守るために、関係者間のつながりを維持し、信頼関係を築くための工夫が一層求められている。

介護老人福祉施設②

特養に入所していた妻が、夜間に救急搬送された。
その際に、救急車に同乗した施設の職員の対応や施設から
病院への引継ぎが不十分であった。

申立者：夫 サービス利用者：70代 要介護3

苦情理由

特養に入所していた妻が夜間に急変して病院に救急搬送された。連絡を受けた夫が搬送先の病院に駆けつけたところ、救急車に同乗して付き添ってきた施設の職員がいた。施設の職員に妻の状態を尋ねたが、自分は付き添ってきただけなのでわからないと無愛想な口ぶりで返答された。施設から搬送先の病院への情報提供がなく、病院の職員が戸惑っていたことから、治療が遅れてしまったのではないかと。

事業所調査後見えてきた問題点など

1 施設サービス計画書の交付について

施設サービス計画書は2回作成されていた。施設は、施設サービス計画書を請求書と共に家族へ郵送しているため、1回目の計画書は作成日から2か月遅れて交付していた。2回目の施設サービス計画書については、入所者が亡くなる前に郵送していたが、亡くなった後の話し合いの際に、家族が署名せずに施設に返却していた。施設サービス計画について、入所者や家族に説明し、同意を得て遅滞なく交付することが求められる。

2 入所者の急変時の状況と対応について

夜中にナースコールがあり介護職員が訪室すると、入所者は吐き気を訴え、トイレに行きたいと言われたので介護職員が排泄介助を行いベッドで休んでもらった。約1時間後に再度ナースコールがあり、訪室すると嘔吐していたため、車いすに移乗して

もらったが、嘔吐物の片付けで席を外し戻ってきたときには、車いすで仰け反るよう
に意識を失っていた。担当の職員は他の職員を呼び、救急車の要請を行い、救急車が
到着するまでの間に職員二人で心肺蘇生を行った。施設の夜間の職員体制は、各フロ
アに一名ずつであるため、救急搬送時は宿直者（夜間の電話交換等を担当する職員）
が付き添うことになっており、フロア担当の介護職員は宿直者に入所者のカルテ（施
設と同一建物内の診療所の診療録）を病院に提示するように指示して救急車に同乗さ
せた。

3 救急搬送について

搬送先の病院は、施設の協力病院ではなく、入所時に家族から指定のあった総合病
院であった。病院に到着して看護師から入所者の状態を問われたが、宿直者は答える
ことができず、カルテを提示したが、看護師は、入所者が嘔吐した以降の状況が聞き
たいとして、施設に直接電話をして入所者の既往歴や急変した状況を確認した。入所
者は、病院到着時には既に心肺停止の状態で、病院到着後に亡くなった。

施設は、宿直者が搬送先病院への情報提供の手段として、宿直者がカルテを持参し
て提示するとしているが、救急搬送時には急変時の状況を正確に伝えることが救命の
要となることから、施設からの的確に入所者の情報提供を行うための手順を明確に作
成しておくことが求められる。また、夜間の救急搬送時に、担当の夜勤者ではなく宿直
者が付き添うことから、搬送先病院での宿直者の対応を含めて、夜間の救急搬送時の
マニュアルを整備することが求められた。

指導及び助言

1 施設サービス計画の交付について

（厚生省令第 39 号第 12 条「施設サービス計画の作成」参照）

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画について、入所者や家族に説明
し、同意を得て遅滞なく交付すること。

2 夜間の救急搬送時の対応について

夜間救急搬送時の搬送先病院での宿直者の対応を含めて、夜間の救急搬送時の
マニュアルを整備すること。

調査を終えて

利用者の救急搬送は予測できない状況で起きることが多い。搬送先の医療関係者への情報提供はその後の経過を左右する重要な活動である。混乱している状況の中で、誰がどのように緊急時の情報を伝えるか、体制整備と工夫が必要である。

特に、夜間帯は職員数も充分でない中での、緊急時の対応や救急搬送には混乱が予想される。直接その緊急場面を把握していない、ケアを担当していない宿直者が的確に状況を伝えることは難しい。そのため、夜間も想定した救急搬送マニュアルの整備と関係者への周知徹底を図る必要がある。緊急時を想定した学習、訓練を繰り返し備えることも重要である。

介護老人福祉施設③

利用者（父親）は、母親から虐待行為を受けて避難的に施設へ入所したのに、同じ施設へ母親を入所させた。

申立人：子（長男） サービス利用者：80代 要介護 3

苦情理由

父親は、母親から虐待行為を受けて避難的に施設へ入所したのに、同じ施設へ母親を入所させた。母親の施設入所を明確に拒否していたのに強引に入所させた。

事業所調査後見えてきた問題点など

1 入所の経緯について

父親は、母親と在宅で生活をし、居宅介護支援を受けていたが、徘徊や暴言がだんだん多くなり、夜間に徘徊して国道に出るなど、危険な状態となったため、2年前に緊急一時的にショートステイを3週間利用後に介護老人保健施設へ入所した。介護老人保健施設を3か月で退所した後、それまでサービス提供を受けていた居宅介護支援事業所と併設の今回苦情申立のあった介護老人福祉施設に入所した。

居宅介護支援事業所は、2年前の初回面談時に、母親から父親への虐待があったとの話を長男から聞いていたが、はっきりとした内容ではなく、過去のこととして認識していた。また居宅介護支援の提供期間中には、母親から父親への暴力や暴言はなく、夫婦喧嘩として理解できる程度であったとしている。居宅介護支援の提供開始時より父親のキーパーソンは長男、母親のキーパーソンは次男で、母親の居宅介護支援事業所は別の事業所であった。

本施設は、父親が虐待を受けて避難するために入所した状況ではないとしている。施設の入所申込理由欄には、「介護する者が、『高齢』、『障害』、『疾病等』により十分な介護が困難なため」と「介護する者が、身体的な・精神的負担が大きく十分な介護ができないため」にチェックがあった。面会記録には、母親が家族と一緒に父親に面会に来ている記録が複数回あり、うれしそうに母親と会話している等の記録があった。また、昨年、母親が骨折して入院した際に、長男から退院後の生活について、施設のショートステイの利用等を希望する相談を受けていた。長男からの相談については、メモに残していたが相談記録には記録していなかった。

施設は、母親の入所を拒否するという意向を長男から確認しておらず、次男の意向のもとに通常の手続きで母親は入所したとしている。

2 苦情の対応について

施設は、家族から電話と文書で苦情があり、施設として苦情の対応をしたとしているが、苦情受付記録には記録していなかった。

指導及び助言

1 記録について

利用者の家族から相談があった場合には、家族とのやりとりを相談記録に記録すること。

(厚生省令第 39 号第 37 条「記録の整備」参照)

2 苦情処理について

利用者の家族から苦情があった場合には、苦情対応マニュアルに沿って、苦情受付記録に記録すること。

(厚生省令第 39 号第 33 条「苦情処理」、第 37 条「記録の整備」参照)

調査を終えて

居宅介護支援事業所の記録(「母親からの父親への暴力や暴言はなく」)、介護老人福祉施設の入所申込理由欄(「介護する者が『高齢』、『障害』、『疾病』等により十分な介護が困難なため」及び面会記録(「母親が父親に面会にきている記録が複数回あり、うれしそうに母親と会話している」)等と、父親が母親から「虐待を受けて避難的に施設に入所した」という「苦情理由」には大きな隔たりがみられた。本会の調査結果と申立人である長男の「苦情理由」とのこの食い違いは、介護老人福祉施設に先に入所した父親のキーパーソンである長男と、後に同じ施設に入所した母親のキーパーソンである次男との間にある何らかの事情が関係しているのではないかとと思われる。

苦情受付記録は「2 苦情の対応について」に記載のとおり作成されていなかった。加えて、マニュアルに「保存しておくこと」とされている苦情報告書も保存(作成)されていなかった。これらの記録は、苦情責任者(事業者)が利用者等からの苦情を的確に把握し、適切に対応するのに欠かせないものであることを認識することが肝要である。