

事例 A 2：事例の内容

●事例の概要と特徴

「事例 A 2」は、特別養護老人ホームでおきた介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）に該当する事例です。「利用者本位」の確認、職員間の関係調整、組織風土の改善、組織的に取り組まないことの弊害、管理運営側の責任などがポイントとなります。

●『事例シート』の内容

虐待防止事例演習：事例シート 事例 A 2

事例の概要

女性利用者 B から「職員 A は怖くてものを頼めない」という苦情が別の介護職員にあった。この介護職員 A は経験年数が長く、他の職員は意見しにくい関係にあった。苦情を受けた職員から相談された生活相談員は、介護主任に話し、職員 A の業務態度などを確認した。その結果、夜勤帯に水分摂取をさせない、おむつ交換・体位変換を意図的に怠るなどの行為が常態化していたことが判明した。

施設・事業所の概要

開設して25年が経過した80床の従来型の特別養護老人ホーム。主たる部屋は4床室で構成されており、中廊下で、ワンフロアの構造になっている。食堂は狭く全員が食事できるほどの空間はない。ユニットケア導入に向けて話し合いは行われているが、実現はされていない。夜勤者は3名配置。

関係者

- 職員：問題となる行為を行った職員 A は、40代の女性で、勤務して7年の介護職員（非常勤職員）であった。直接介護にあたる職員の中では常勤の職員を含めてもっとも勤続年数が長く、一日置かれ、他の介護職員は意見することができない。この特別養護老人ホームに勤務する以前は、療養型病床群の看護助手として働いていた。
- 利用者：利用者 B は、女性で79歳、脳梗塞による両上下肢機能の障害と、体幹機能障害による座位保持困難の要介護 5 で全介助をする。認知症はなく、気管切開をしたこともあり声が低く聞き取りにくいが意思疎通に問題はない。家族の面会も頻繁にあり、訴えもそれほどなく、精神的に安定している。水分摂取量は1,200cc 位で、玄米茶を好み、職員から勧められなくとも自分から進んで求め、介助されて飲んでいる。夜勤帯の水分摂取は、就寝前と起床時、及び夜間に目を覚ました際に行っていた。利尿の副作用がある内服薬を服用していたため、担当医からは脱水防止のため水分摂取状況に十分注意するよう指示が出ている。なお、利用者 B ほどではないものの、他の複数の利用者も被害を受けていたと推測される。

発見までの経過

●発生まで

職員 A は、日勤帯ではそれほど見られなかったが、人手の少ない夜勤帯に、水分補給やおむつ交換等の介護の回数を極端に減らしたり行わないことが度々あった。特に利用者 B さんへは、気管切開があり声が低く聞き取りにくかったためか、B さんからの水分摂取等の要求に対して苛立った様子で対応し、要求にこたえないことが多かった。

●問題の表面化

B さんから「お茶を飲みたいが、職員 A には怖くてものを頼めない」という苦情が20代の新任の介護職員にあった。この介護職員は、職員 A に対して意見が言いづらい職場の雰囲気に悩んだが、生活相談員に相談することにした。

生活相談員には、職員 A による利用者が怖がるような対応は日勤帯ではないように思えた。しかし、介護主任に職員 A の業務態度や状況を確認したところ、介護職員の中には、居室からコールがなっても積極的に対応せず、一緒に組んだ職員が忙しい思いをさせられるため、職員 A と夜勤を一緒に組むのが嫌だという声があるとのことであった。また、職員 A は、夜勤帯で介護計画上定められている水分補給やおむつ交換、体位変換等について、極端に回数を減らしたり行っていないことがわかった。他の職員もそのことを知りながら、経験の長い職員 A には言いづらく、どうにかしようとする動きはない様子であった。

※この事例は架空のものであり、事例中に登場するのは実在の人物・団体等ではありません。

SG-A2-S

スライドキット

事例の概要

女性利用者Bから「職員Aは怖くてものを頼めない」という苦情が別の介護職員にあった。この介護職員Aは経験年数が長く、他の職員は意見しにくい関係にあった。

苦情を受けた職員から相談された生活相談員は、介護主任に話し、職員Aの業務態度などを確認した。

その結果、夜勤帯に水分摂取をさせない、おむつ交換・体位変換を意図的に怠るなどの行為が常態化していたことが判明した。



その後、生活相談員は、介護主任とともに介護職員 A に対して直接事実確認を行った。職員 A は事実を認め、理由を聞いたところ、水分摂取については「トイレ介助やおむつ交換が多くなるから」ということを平然と話した。Bさんへの水分補給の重要性を話しても、「相談員は介護業務の大変さをわかってない」ということを強調するだけであった。介護主任が注意しても、のらりくらりとした態度で、改善する意思はない様子であった。

またさらに確認していくと、こうした行為は夜勤帯で多く行われ、他の利用者へも常態化していたことがわかった。しかし特に B さんへの影響が大きく、介護記録の精査や医師の定期診察時の確認などから、軽症ではあるが脱水症状が何度か起っていたことが疑われ、さらにおむつかぶれや、体位変換を怠ったためと思われる褥創が確認された。

【関連情報】

職員は、40代のベテラン層と20代の経験の浅い職員とに二極化しており、30代の中間層となる年代が少ない職員構成となっている。ベテランの介護職員がチームを仕切り、若手の職員がなかなか言いたいことを言えない環境にある。また非常に勤勉で採用された職員と常勤の職員との関係も、一線を画しており、積極的に交わっていくような様子は見られていない。介護保険制度施行後、業務量が増え、利用者の重度化が進み、非常勤職員の増員が図られた。職員数は増えたが、職員の離職は収まらず、サービスの質の向上はなかなか図れない状況にある。もっとも基本的な、報告・連絡・相談による利用者の情報の共有は、常勤職員と非常勤職員との関係の悪さや、年齢構成の二極化からくる世代間の連携の悪さにより、スムーズにはかれていない状況にある。

個人ワーク用スペース

事例 A 2 : 解説のポイント

●この事例で行われた行為について

「事例 A 2」は、必要な介護を意図的に行わないことが常態化し、利用者本人の苦情から表面化した事例です。この事例で職員 A は、必要な介護を怠っただけではなく、実際に利用者の健康を害する事態を引き起こしており、「**介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）**」に該当するものであったと考えられます。

ただし、こうした虐待行為を止めることができなかつた背景についても同時に考えて行く必要があります。

SG-A2-E1

解説：この事例で行われた行為について

- 必要な介護を怠っていただけでなく、実際に利用者の健康を害していた

↓

- 「**介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）**」に該当すると考えられる

※ただし、虐待行為を止められなかつた背景についても考える必要がある

(事例A2)

●防止のためのポイント

【ケアの内容や考え方を見直す】

“非”利用者本位になつてないか

安易な身体拘束や一斉介護・流れ作業などの、“非”利用者本位の、介護する側の都合を優先したサービスは、目にみえない「介護してあげる人、介護してもらう人」といった誤った力関係を生み出し、利用者の尊厳をかえりみない、高齢者虐待の温床となる可能性があります。

この事例で行われた行為についても、職員個人の都合が著しく優先された状態であるといえます。そのような職員側の都合を優先するようなケアの仕方があたりまえになつてしまつてないか、厳しく振り返る必要があるでしょう。

またこの事例では、職員の都合を優先したために、利用者にとって必要なケアがないがしろにされ、健康を害す事態に陥っていました。個々の利用者にどのような支援が必要であるのかを、またそれが職員間で充分に理解されているか、確認する必要があります。一斉介護や流れ作業といった状況があれば見直し、個別ケアを推進していくことが大切であり、これは職員 A だけではなく、職場全体の課題であるともいえます。

SG-A2-E2

解説：防止のためのポイント(1)

- ケアの内容や考え方を見直す
- “非”利用者本位になつてないか
 - ⇒職員側の都合が優先されていないか振り返る
 - ⇒個々の利用者に必要な支援が理解されているか確認する
 - ⇒一斉介護・流れ作業を見直し、個別ケアを推進する

(事例A2)

【ケアを行う体制を改善する(1)】

虐待を行つた職員だけの問題か

この事例で、直接虐待が疑われる行為を行つたのは職員 A です。この職員の行つたことは、「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠る」という「**介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）**」に該当する可能性が高いと思われます。したがつて、職員 A に必要な処分や指導を行うと同時に虐待を受けた B さんの健康を速やかに回復し、行うべき介護を徹底することは当然必要となります。

しかし、この事例でもう一つ大きな問題と考えられるのは、こうした**職員 A の行い**を他の職員が半ば放置してしまつたことです。虐待を行つた職員個人の問題にとどめず、このような組織風土が事態を悪化させてしまったことに注目しなければなりません。

職員間の関係の悪さが何をもたらすか

この事例では、年齢構成の二極化や常勤職員と非常勤職員の交流が少ないこともあります。情報の共有もスムーズに図れていません。さらにそのような状況のためか、ベテランの介護職員がチームを仕切り、若手の職員が言いたいことを言えない環境ができてしまつています。職員 A の行為を知りながら周囲の職員がこれを止めることができなかつたのも、こうした職員間の関係の悪さが大きな原因といえるでしょう。

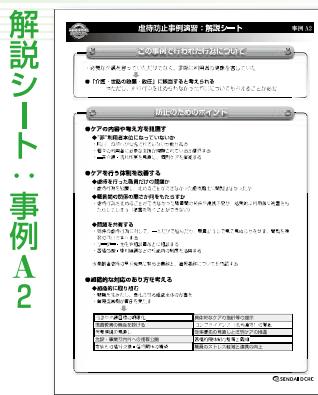
職場での人間関係の問題は大きなストレスとなります。虐待のような深刻な事態になつてはいなくとも、同様の問題で悩んでいる人もいることでしょう。しかしここでぜひ確認したいのは、職員間の関係の悪さや連携不足は、職員個々人の感情的な問題のみならず、この事例のように結果的に利用者に被害をもたらしてしまう（被害が起つることを防ぐことができない）可能性があるということです。また、同様の問題は異職種間でも起つります。

SG-A2-E3

解説：防止のためのポイント(2)

- ケアを行う体制を改善する(1)
 - 虐待を行つた職員だけの問題か
 - ⇒虐待行為を放置し、止めることができなかつた組織風土に問題はなかつたか
 - ⇒職員間の関係の悪さが何をもたらすか
 - ⇒虐待行為を止めることができなかつた職員間の関係や連携不足が、結果的に利用者に被害をもたらしてしまう（被害を防ぐことができない）

(事例A2)



解説シート…事例A2

【ケアを行う体制を改善する(2)】

問題を共有する

虐待にあたるような行為だけでなく、同僚職員が不適切な行為を行っていた場合に、それを発見した職員が個人でそれを指摘することには大きな困難がともない。多くの場合、同僚との協調関係と職業上の倫理との間で悩むことになるのではないかでしょうか。また自分一人では問題を解決しきれないと感じるかもしれません。このような場合、一人だけで悩んだり、職員どうしで見て見ぬふりをしあったりすることはやめ、なるべく問題を複数の職員で共有するよう努めましょう。この事例でも、問題に気付いていた職員は多くいたはずです。ただし、「あの職員は気に入らない」というような感情的な問題にはしないよう注意しましょう。また、同僚間で問題を指摘しにくい場合は、リーダー・主任などの職責の異なる職員や、相談員などの他職種の中で対応に関わるべき人に相談することも考えられます。さらに、苦情処理や権利擁護を担当する組織が施設・事業所内にある場合は、その組織を通すことで対応が望める場合があります。

ただし、これらの対応によって問題が明らかになったとしても、その後の解決のための取り組みには、組織的な動きが少なからず必要となります。また上記のような対応がすべて難しいような場合は、施設・事業所の管理運営自体に問題があるといわざるを得ません。

なお、高齢者虐待防止法では、高齢者の福祉に携わる団体や関係する職務にあたる人は、虐待の早期発見に努める責務があり（第5条）、特に養介護施設・事業所の従事者等が職務の中で虐待と思われる事態を発見した場合は、緊急性に問わらず速やかに市町村に通報する義務があります（第21条）。実際には通報がためらわれる場合があるかもしれません、このような義務があることをよく確認しておく必要があります（虐待が起った際に、施設・事業所内で解決が図られた場合であっても、上記の通報義務がなくなるわけではありません）。

SG-A2-E4

解説：防止のためのポイント③

- 問題を共有する
 - ⇒ 同僚の虐待行為に対して、一人だけ悩んだり、職員どうしで見て見ぬふりをせず、問題を複数の職員で共有する
 - ⇒ リーダー・主任や相談員などに相談する
 - ⇒ 苦情処理・権利擁護などの組織内の制度を活用する
- * 高齢者虐待の早期発見に努める責務と、通報義務についても確認する

【組織的な対応のあり方を考える】

組織的に取り組む

この事例のような事態が生じた場合、問題が起つたらその都度対症療法治にかかわるのではなく、次なる虐待を生み出しうる組織風土や体制は改善されません。問題を生み出し、悪化させる組織全体の改善に目を向けることが必要です。しかし、組織的な課題を、現場の職員だけで改善することには限界があります。またそれはリーダー・主任といった管理職でも同じで、現場の声と管理運営側の無理解との間で板挟みになっている場合もあります。組織的な問題であるということは、すなわち施設長・管理者をはじめとする管理運営側が最終的な責任を果たす必要があるということです。

高齢者虐待防止法では、施設・事業所の管理運営者が行うべき責務として、①従事者に対する研修の実施、②利用者・家族からの苦情処理体制の整備、③その他の虐待防止のための措置を行うことが示されています（第20条）。「法律や指定基準に定められているものを形だけは作る」といったことではなく、設置した組織が機能するように努め、法律や規定に明示されていなくとも、下記のように必要な取り組みを考え、実施すべきでしょう。

SG-A2-E5

解説：防止のためのポイント④

- 組織的な対応のあり方を考える
 - ⇒ 組織的に取り組む
 - ⇒ 問題を生みだし、悪化させる組織全体の改善を
 - ⇒ 管理運営側が責任を果たす
- 理念や介護目標の明確化
職員教育の機会を設ける
労働環境の見直し
施設・事業所内外への情報公開
家族との情報交換・信頼関係の構築
- 具体的なケアの指針等の提示
コンプライアンス（法令遵守）の徹底
効率優先の見直しと個別ケアの推進
苦情処理体制の整備と周知
職員のストレス軽減と連携の向上

【施設長・管理者に望まれる取り組みの例】

- 組織としての理念や介護目標の明確化
- 研修の実施など職員教育の機会の設定
- 職員の労働環境の見直し
- 施設・事業所内外への積極的な情報公開
- 家族との情報交換と信頼関係の構築
- 理念・目標を実現するためのケアの指針等の提示
- コンプライアンス（法令遵守）の徹底
- 効率優先の見直しと個別ケアの推進
- 苦情処理体制の整備と周知
- 職員のストレス軽減と連携の向上

事例 A 3：事例の内容

●事例の概要と特徴

「事例A 3」は、グループホームでおきた、配慮に著しく欠けた言動による心理的虐待の事例です。家庭環境・家族関係を含めた利用者理解、「利用者」という立場の心理、情報共有と対応の統一、虐待・不適切ケアへの早期の気づきなどがポイントとなります。

●『事例シート』の内容

虐待防止事例演習：事例シート 事例 A 3

事例の概要

利用者に対する配慮に欠けた言動の事例。家族の面会が全くない女性利用者 B に対して、それをなじるような言動を女性の介護職員 A が繰り返した。利用者 B の様子の変化に気付いたユニットリーダーの指導により別の職員が事実確認を行い、事態が判明した。

■施設・事業所の概要

総定員18名、2ユニットからなる、開設7年目のグループホーム。2階建てで、階ごとにユニットを構成している。管理者のほか、各ユニットにユニットリーダーを配置している。

■関係者

- 職員**：女性の介護職員1名が問題となる行為を行った。この職員 A は50代で、勤続3年目の中堅職員であった。
- 利用者**：入居から約3ヶ月の78歳の女性利用者 B。ADL はほぼ自立で、軽度の認知症がある。精神的に不安定になりやすく、鬱状態になることがあるが、意思疎通は良好である。身元引受けである長男とは関係良好だが、疾病のため自宅療養中で、母親を気に掛けているが面会に来ることができない。以前は息子世帯と共に在宅生活を送っていたが、認知症の発症と息子の病気が重なり、やむを得ずホームの利用が決まった。親戚や友人などは近くにおらず、面会者は全くない。

発見までの経過

●発生まで

利用者 B さんは、昼食の後片付けを終え、数名の利用者と食堂でお茶を飲みながら団らんの時間を過ごしていた。いつものように職員と歌を歌うなどしておられ、特に変わった様子はなかった。

そこへ他利用者 C さんの家族が手土産を持って面会に来た。ホーム利用者に挨拶をした後、そのまま食堂で饅頭を食べながら楽しそうな雰囲気で会話が始まった。職員は家族と挨拶を交わした後、嬉しそうな C を見て「いい息子さんを持って幸せですね」など、声をかけて会話に加わった。B さんは間もなくその場を立ち去ったが職員は気にとめることはなかった。

C さんの家族が帰った後、職員 A は、B さんに対して「C さんみたいに、いつもご家族が来てくれるっていいですね」と声をかけた。B さんは聞こえないふりをしているようであった。職員 A は続けて、「B さんも家族が来なくても、お茶菓子ぐらい買ってきて皆に出したら?」「B さんの息子さんはホームに顔も見せないし、何も協力してくれない。どうにかならないのかしら」「息子さんは B さんのことなんて、どうでもいいのね」などと、周囲に聞こえるほどの声で、苛立ったように話した。B さんはその後居室に引きこもり、買い物やお茶の誘いにも反応がなかった。

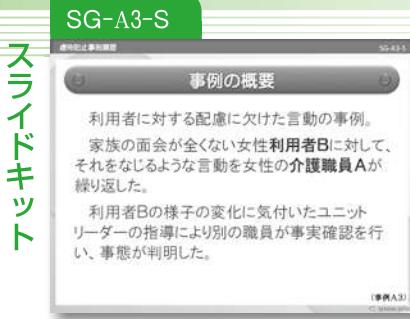
●問題の表面化

夜勤で出勤してきたユニットリーダーは申し送りの内容を確認したが、普段は食堂等の共用スペースで過ごすことが多い B さんが居室から出てこないという日中の様子が気にかかった。夕食の時間になつても B さんは居室に引きこもったまま出て来ることはなく、食事や水分も摂らずに早々にベッドに入ってしまったが、眠ってはいない様子であった。

翌日・翌々日も共用スペースに顔を出さずに、食事・水分もほとんど摂らず、職員の声掛けにも塞ぎ込んだ様子であったため、B さんが信頼を寄せる担当職員の出勤を待って経緯を説明し、コミュニケーションを図ってみるよう提案した。

すると、最初は口を開く様子はなかったが、担当職員の傾聴の姿勢に「私のところには誰も会いに来てくれない」「誰も私の気持ちや事情を察してくれない」「いてもたってもいられなかった」等、今回の C

※この事例は架空のものであり、事例中に登場するのは実在の人物・団体等ではありません。



さんの家族面会時だけではなくホーム利用者に面会者が来るたびに自身の家族に会えない寂しさや孤独感を感じていたこと、さらにそれを職員 A から度々なじられてつらい思いをしていたことを、涙ぐみ、やや錯乱した様子で話し始めた。担当職員はその場で B さんに謝罪した後、ユニットリーダー、管理者へと報告した。

【関連情報】

B さんの詳しい家族背景や本人の入居事情の受け止め方等の情報については、入居時にユニットリーダーと担当職員が整理し、書面で全職員へ確認するよう求めていた。しかしそれらの情報が職員間で共有されていたか等の確認はされておらず、職員 A も詳細は知らなかった。

ホーム内の面会スペースは構造上の理由で食堂等の共用スペースまたは各居室に限られていた。なお、食堂は日常的に交流スペースとして利用されており、面会者同士の交流や他の利用者を交えての交流を持つきっかけの場としても捉えられていた。

個人ワーク用スペース

事例 A 3 : 解説のポイント

●この事例で行われた行為について

「事例 A 3」は、利用者の家庭環境やそれに対する本人の心情への配慮に著しく欠けた言動があった事例です。利用者 B は部屋に引きこもり、栄養の摂取にも支障をきたすなどの大きな影響がみられました。さらに同様の言動は度々繰り返されており、これらの行為は「心理的虐待」にあたるものと思われます。

ただし、虐待行為を行った職員だけの問題として捉えずに、広く問題の全体像を考えて行く姿勢が求められます。

SG-A3-E1

解説: この事例で行われた行為について

- 居室に引きこもる、栄養摂取に支障をきたすなどの大きな影響
- 同様の言動が繰り返されていた

↓

● 「心理的虐待」に該当すると考えられる

⇒ただし、虐待行為を行った職員だけの問題として捉えない姿勢が必要

(事例A3)

●防止のためのポイント

【ケアの内容や考え方を見直す(1)】

間接的に利用者を傷つける場合がある

この事例では、結果的に利用者を心理的外傷が疑われるほどに傷つけてしまう言動がありました。

家族が頻回に面会に訪れ、事業所との関係が良好であることは望ましい状況ではありますが、それが実現できずに利用者・家族とも苦しんでいる場合があることを理解しましょう。このような状況に配慮できていないと、知らず知らずのうちに間接的に利用者を傷つけることになります。施設・事業所の利用者の中には、遠慮や負い目といった気持ちや、職員が意図しないうちにつくり出した立場の弱さなどから、つらい思いをしていてもはっきりと表現できない方もいることを認識すべきです。

これらのことを考えると、この事例のような事態に陥らなくとも、配慮に欠ける言動によって利用者を傷つけてしまう可能性はあります。例えばこの事例でも、利用者 C さんの家族が面会に来た際に B さんはその場を立ち去っており、この時点で B さんの心理は穏やかならざるものであったことが推察できます。同様のことは、これまでにもあった可能性があります。明らかな虐待ではない場合も含めて、早い段階で対応の不適切さに気づき、対策を行う姿勢が大切です。

高齢者虐待防止法では、高齢者虐待に該当する行為について 5 つの類型から示されています。しかしこれらは、広い意味での高齢者虐待を「高齢者が他者からの不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態に置かれること」と捉えた上での法の対象規定と考えられます。さらに、高齢者虐待、あるいは虐待かどうか判断に迷う行為にまで至らなくとも、改善が必要な不適切なケアを行っている場合は十分に考えられます。したがって、法律の類型にあてはまらないから対応が必要ないということにはなりません。むしろ、広い意味での虐待が疑われる段階、さらには不適切なケアを行っている段階で気付き、対策を行うことが有効です。特にこの事例のように、利用者を傷付ける言動が、徐々にエスカレートしてしまったと考えられるような場合はなおさらです。

SG-A3-E2

解説: 防止のためのポイント(1)

- ケアの内容や考え方を見直す(1)

⇒間接的に利用者を傷つける場合がある

⇒家族の面会や事業所との良好な関係は望ましいが、実現できずに利用者・家族が苦しんでいる場合がある

⇒遠慮や負い目、職員が意図せずに作りだした立場の弱さから、つらい思いを表現できない可能性がある

⇒明らかな虐待ではない場合も含めて、早い段階で不適切さに気づき、対策を行う

(事例A3)

【ケアの内容や考え方を見直す(2)】

家庭環境や生活歴を理解する

職員 A は、入居から 3 ヶ月がたち、孤独感が鬱積していたであろう利用者 B さんに対し、家庭環境や生活歴、及び B さんの心理を正確には把握していなかったことがうかがわれます。家庭の事情からやむを得ず入所となったこと、息子は面会を拒否したり怠っていたりしたわけではないことを理解していくと、このような言動はなされていたのでしょうか。むしろ職員側の積極的な配慮やフォローが求められていたにもかかわらず、置かれている状況を察する配慮に欠けていたといわざるをえません。この事例で行われた対策のように、利用者の家庭環境や生活歴、心身状態を理解することも虐待防止につながるという意識を持つべきです。

これらのことを考えると、利用者 B さんへは、家族とのつながりを感じることで精神的な安定をはかれるような支援を考えることが必要です。虐待を行った職員 A は誤解していたようでしたが、この事例で利用者 B さんとその息子の関係は、決して悪くはありませんでした（事例シート「関係者」の項を参照）。したがって、面会は物理的に難しくとも、電話や手紙などの通信手段を活用して定期的に連絡を取れるようにする、といった支援は十分に可能性があると考えられます。

SG-A3-E3

解説: 防止のためのポイント(2)

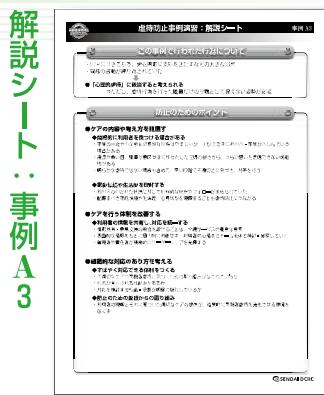
- ケアの内容や考え方を見直す(2)

⇒家庭環境や生活歴を理解する

⇒利用者の置かれた状況に対して積極的な配慮やフォローが求められている

⇒配慮すべき家庭環境や生活歴、心身状態を理解することも虐待防止につながる

(事例A3)



【ケアを行う体制を改善する】

利用者の情報を共有し、対応を統一する

この事例では、利用者の状況を把握する取り組みが徹底していない部分がありました。利用者に関する情報共有やケアの内容に対する意見交換の機会を設けることは、介護サービスの重要な要素の一つです。前述のように、「利用者の家庭環境や生活歴、心身状態に配慮しない言動が時に利用者を傷つける」ということを十分認識し、職員間での情報の共有と対応の統一をはかることが必要です。特に、利用者が置かれた状況の表面的な部分だけを見て個々人で判断せず、利用者の心情を職員全員で検討・推察していくことが重要です。ただし、こうした取り組みは職員個人の努力ではまかなえないものも多いため、管理者・責任者が積極的にリーダーシップを発揮することが求められます。

SG-A3-E4

- ④ケアを行う体制を改善する
- ⑤情報共有・意見交換の機会を設けることは、介護サービスの重要な要素
- ⑥表面的な情報をもとに個人的に判断せず、利用者の心情までチーム全体で検討・推察していく
- ⑦管理者や責任者が積極的にリーダーシップを発揮する

【組織的な対応のあり方を考える】

すばやく対応できる体制をつくる

この事例に限らず、高齢者虐待、もしくは不適切なケアへの対策としては、問題となる行為を早期に発見し、すばやく対応をはかることができる体制を整えておくことが必要です。不適切なケアや高齢者虐待について考え、気づくための理念や介護指針の作成やその徹底といった取り組みがなされているか、現場の職員からリーダー・責任者へと情報が共有される手続きや報告様式等が準備されているか、情報が共有された後に対応を検討する組織や役割が明確になっているか、またそうした体制が存在するだけでなく十分に機能しているか、確認してみましょう。

SG-A3-E5

- ⑧組織的な対応のあり方を考える
 - ⑨すばやく対応できる体制をつくる
 - ⇒不適切なケアや高齢者虐待に気づくための取り組みがなされているか
 - ⇒情報が共有される仕組みがあるか
 - ⇒対応を検討する組織・役割が明確で機能しているか
 - ⑩防止のための普段からの取り組み
 - ⇒利用者の理解とそれに基づいた適切なケアの提供が、結果的に高齢者虐待を発生させる環境をなくす

防止のための普段からの取り組み

上記のような体制づくりは、虐待発生時の対応としてではなく、普段からの備えとして捉えた方がよいと思われます。また、普段からの備えという意味では、「高齢者虐待の防止」という以前に、「適切なケアの提供」という姿勢をもつことが重要です。利用者の家庭環境や生活歴、心身状態を理解すること、またそれをもとに適切なケアを提供することが、結果的に虐待を引き起こすような環境をなくしていくことにつながります。これらの取り組みは、虐待を受けた一人の利用者の問題としてだけではなく、事業所全体の問題として考える必要があります。

事例 A 4：事例の内容

●事例の概要と特徴

「事例 A 4」は、介護老人保健施設でおこった、性的な虐待であり、心理的虐待も強く疑われる事例です。定義解釈にとどまらない虐待行為の認識（特に性的虐待と心理的虐待の関係）、介護の理念、リーダーの立場と役割などがポイントとなります。

●『事例シート』の内容

虐待防止事例演習：事例シート 事例 A 4

事例の概要

女性職員 A が、排泄の訴えを頻繁にする女性利用者 B の排泄の失敗に対して、罰と称して下半身裸のままトイレからリビングを通って居室まで連れていき、放置した。一連の行為を目撲していた他の職員がユニットリーダーに報告し、その後の事実確認により事態が判明した。

■施設・事業所の概要

定員100名の介護老人保健施設。4階建てで、2階～4階を介護老人保健施設として使用し、1フロア30名強の定員を半分に区切り、ユニット化している。1ユニットあたりの定員は15～17名。夜勤者は1ユニットに1名（1フロアに2名）。

■関係者

- 職員：介護職員 A が問題となる行為を行った。この職員 A は、40歳代半ばの女性で、ホームヘルパー2級の資格を取得し、この介護老人保健施設へ非常勤（パート）職員として就職した。以前は事務職をしており、介護職の経験はこれまでなかった。当時で約1年の勤務経験があった。
- 利用者：入所後約2ヶ月の78歳の女性利用者 B。脳梗塞の後遺症により、右半身の麻痺と記憶障害を中心とする軽度の認知症がある。歩行時はふらつきがあり、介助が必要。以前、トイレまで自力で行こうとしたが、歩行に時間がかかり、間に合わず失禁したことを強く覚えており、そのことを不安がって排泄の訴えを頻繁にすることがある。

発見までの経過

●発生まで

その日は、利用者 Bさんは昼食後の午後1時頃排尿があったが、その後もトイレの訴えを頻回にしていた。しかし訴えに応じて一度トイレに連れていっても排泄する様子がなかったため、職員 A はその後は訴えがあっても「さっき行ったばかりだから出るわけないでしょ」と強い口調でこたえていた。

その後 Bさんがおとなしくなり訴えなくなったのでそのまま何も対処せず、約40分後、定時にトイレ誘導すると、既に排尿済みであった。簡易なパッドしかしていなかったため、下着・ズボンとも汚れていた。職員 A はトイレ内で排泄の失敗を強く叱責したが、Bさんは「あんたのせいだ」と反発。その後職員 A は Bさんを、下半身を露出させたまま、かつ「おしつこを失敗した罰だ」と大声で言いながらリビング中央を横切って居室まで無理矢理連れて行った。また居室に着いてもドアを開け放したまま Bさんを放置した。

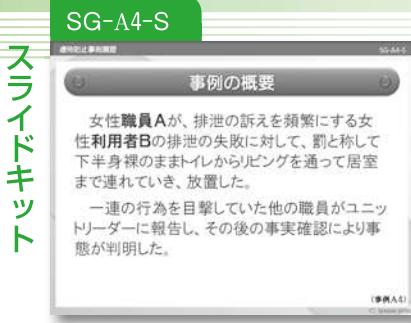
●問題の表面化

他職員 C がその場を見ていたが、直接注意はせず、職員 A が別の利用者の居室へ向かった後に Bさんの居室へ行き、新しい下着・ズボンをはかせた。その際、Bさんは「こんな仕打ちを受けるなんて、恥ずかしくてもう死にたい」と涙ながらに訴えた。職員 C は問題となる行為を行った職員 A の態度は以前から気になっており、以前からの様子も含めて翌日ユニットリーダーに報告した。

発見した職員 C から報告を受けたユニットリーダーは直ちに看護・介護部長へ報告・相談し、この2人で同日中に事実確認を行った。まず、利用者 Bさんの居室へ行き、話を聴こうとすると、「もう私はオムツにしてください」と懇願された。

次に、問題となる行為を行った職員 A を呼び出し、事実かどうか聞くと「事実であるが、虐待しようという気持ちはなく、罰として行った。本当に必要な時だけトイレの要求をするように指導したかった」とこたえた。職員 A が行った行為が虐待にあたる可能性があることを指摘すると、「そんなことは誰も今まで教えてくれなかった。自分としては、少し感情的になってしまった部分はあるが、よかれと思つ

※この事例は架空のものであり、事例中に登場するのは実在の人物・団体等ではありません。



てやった」とこたえ、虐待の可能性を指摘されたことには不満げであった。

【関連情報】

この施設では「介護業務の効率化」がスローガンとして掲げられていた。職員間には、決められた定時の業務スケジュールを遅れなくこなすことが暗黙の了解として広まっていた。新規採用の職員に対して行われる研修は、身体介護の手順確認のみであった。

また、トイレの訴えに対して、職員 A の他数名の職員が強い口調で叱る様子は以前からみられており、ユニットリーダーも気付いていたが、自分よりも年上の職員ばかりで指導しづらく、特に具体的な対処はしていなかった。このような状況は看護・介護部長及び施設長も感じており、改善の必要性があることだけは話に上っていたが、具体的な手立てを検討するまでには至っていなかった。

個人ワーク用スペース

事例 A 4 : 解説のポイント

●この事例で行われた行為について

「事例 A 4」で行われた行為は、性的な羞恥心を大きく害するものであり、「性的虐待」に該当すると考えられます。さらに、虐待を受けた利用者 B はそのことにより大きく精神的なダメージを受けていたため、「心理的虐待」にも該当する可能性があります。

ただし、単に虐待を行った職員個人を罰するだけではない取り組みを考えて行くことが必要になる事例です。

SG-A4-E1

解説：この事例で行われた行為について

- 性的な羞恥心を大きく害する行為
- 心理的なダメージも大きい

「性的虐待」に該当すると考えられる
「心理的虐待」にも該当する可能性が高い

⇒ただし、単に職員個人を罰するだけではない取り組みを考えることが必要

●防止のためのポイント

【ケアの内容や考え方を見直す(1)】

性的虐待は心理的虐待と切り離せない問題

この事例でもみられていたように、性的な虐待が行われたとき、虐待を受けた利用者は多くの場合心理的に大きなダメージを負います。また、暴言や拒絶的な態度など、心理的虐待に含まれる言動が同時に生じる可能性もあります。そのため、性的虐待の問題は、多くの場合心理的虐待とは切り離せない問題として捉える必要があります。したがって、**性的虐待の問題について考える際には、性的虐待に該当する行為についてのみ検討するのではなく、虐待を受けた利用者の精神的な被害がどのようなものであるかについて、同時に確認していく必要があります**。このような視点がないと、利用者が納得する・安心するという意味では適切なフォローを行っていくことが難しくなる場合があります。

SG-A4-E2

解説：防止のためのポイント(1)

- ケアの内容や考え方を見直す(1)
- 性的虐待は心理的虐待と切り離せない問題
- 利用者の心理的なダメージについても同時に考えていくことが必要

高齢者虐待に対する考え方を共有しよう

- 高齢者虐待に対する考え方を共有しよう
- 特定の職員の問題としてではなく、職場全体の課題として捉える
- 職員全体で共通理解をはかる機会をもつ
- 単なる定義の解釈にとどまらず、考え方を学ぶ

高齢者虐待に対する考え方を共有しよう

虐待を行った職員 A は、自ら行った行為が虐待にあたるとは考えていないようですが、感情的に拒否している可能性もありますが、ユニットリーダーや看護・介護部長からの指摘に対して納得していない素振りもみせていました。このような場合、その場で諭してすぐに理解してもらうことは難しいかもしれません。また、この職員 A の他にも利用者を叱る職員がいたのですから、**職員 A 個人の資質の問題だけではなく、複数の職員に関わる全体的な課題であるとも考えられます**。したがって、**職員全体で共通理解をはかるための機会をもつことが大切です**。

その第一歩として、高齢者虐待に対する考え方を理解する学習の機会を設けることがあります。ただしこのとき、**高齢者虐待防止法の条文解釈にとどまらないことが肝心であり、広い意味での高齢者虐待を「高齢者が他者からの不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態に置かれること」と捉え、不適切なケアとの連続性の中で考えることが必要です**。

SG-A4-E3

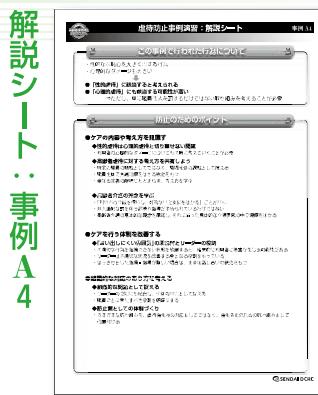
解説：防止のためのポイント(2)

- ケアの内容や考え方を見直す(2)
- 高齢者介護の理念を学ぶ
- 利用者の尊厳を保持し、可能な自立支援をはかることが目標
- 非人道的な罰を伴う訓練や指導が求められないわけではない
- 高齢者介護の基本的な理念を確認し、それに沿った具体的な介護実践の中で理解をはかる

【ケアの内容や考え方を見直す(2)】

高齢者介護の理念を学ぶ

この事例では、本心であったかどうかはわかりませんが、職員 A は、「感情的にはなっていたものの、指導しようとして行った」とこたえています。もしこのような考え方があるのであれば、まずそれを改める必要があります。養介護施設・事業所の利用者の多くは、さまざまな理由により生活していく上での障害をかかえ、支援を必要としています。そのような人に対して、「**利用者の尊厳を保持し、可能な自立支援をはかる**」ことがケアの目標になります。その中では、よりよい生活状態をもたらすためのトレーニングを行う場合もときにはあるかもしれません。しかし、決して**非人道的な罰が課される訓練や指導を求めているわけではありません**。ただし、この場合職員 A の言動を直接的に否定するだけでは、理解が得られず、感情的な部分で拒否されてしまう可能性があります。むしろ、「利用者の尊厳を保持し可能な自立支援をはかる」という、**高齢者介護の基本的な理念を確認し、それに沿った具体的な介護を実践する中で理解を促した方が効果を見込めます**。例えばこの事例であれば、実際に B さんの排泄介助の改善に取り組む中で、職員 A 自身が考え方を見つめ直すような機会を設けるような取り組みが必要になるでしょう。虐待かどうかの線引きに力を注ぐよりも、前述のように高齢者虐待に対する考え方を理解した上で、効率優先主義を改め、利用者本位の視点に立ってケアの質を高めていく実践の中で理解していくことが求められます。



【ケアを行う体制を改善する】

「言い出しにくい雰囲気」の悪影響とリーダーの役割

この事例は、虐待を目の当たりにした職員 C が報告したことで発覚したものです。しかし実際には、このように報告がなされる場合だけではありません。ましてや、不適切ではあるが虐待とまでは判断しがたい状況であれば、報告がためらわれるのはなおさらです。そのような状態では、虐待や不適切なケアが表面化しにくくなる可能性は高まります。この事例でもユニットリーダーは不適切な状態には気付いていたものの、具体的な対処はしていませんでした。特にこの事例では、効率優先が暗黙の了解となっていた上に、ユニットリーダーの方が年下で指摘しにくい、という状況もあります。

しかし、不適切なケアが行われ、それを指摘できない状態を放置することには、結果的に利用者に被害をもたらしてしまう可能性があるということを忘れてはいけません。特に、ここでのユニットリーダーは、現場の状況に即応して不適切な状況を改善する要となる役割をもっています。そうした役割を自覚し、虐待という深刻な事態に陥る前に、職員 A をはじめ不適切なケアを行っていた職員への介入を行うべきでした。ただし、上述のように指摘しにくい関係にある場合、無理に指導しようとせず、まずは話し合いの機会をもつことが必要です。

SG-A4-E4

解説：防止のためのポイント③

- ケアを行う体制を改善する
 - 「言い出しにくい雰囲気」の悪影響とリーダーの役割
 - ⇒ 不適切な行為を指摘できない状態を放置すると、結果的に利用者に被害が生じる可能性がある
 - ⇒ リーダーは不適切な状況を改善する要となる役割をもっている
 - ⇒ はつきりとした指導・指導が難しい場合は、まずは話し合いの機会をもつ

【組織的な対応のあり方を考える】

組織的な問題として捉える

虐待や不適切なケアを助長しやすく、また指摘しあうのが難しいことでその表面化も遅らせてしまう可能性のある環境は、早急に改善しなければなりません。しかし、この事例の責任を、ユニットリーダーを頂点とする 1 つの介護単位にのみ負わせるのは適切ではありません。またリーダーや主任といった立場の職員は、現場の声と管理運営側との間で板挟みになっている場合もあります。そのようなリーダーの立場にも配慮した上で、組織全体の問題として捉えて取り組んでいくことが必要です。またその際には、職責ごとに果たすべき役割を明確にする必要があります。

SG-A4-E5

解説：防止のためのポイント④

- 組織的な対応のあり方を考える
 - 組織的な問題として捉える
 - ⇒ リーダーの立場にも配慮し、全体の問題として捉える
 - ⇒ 職責ごとに果たすべき役割を明確にする
 - 防止策としての体制づくり
 - ⇒ さまざまな取り組みを。虐待発生後の対応としてではなく、発生防止のための取り組みとして位置付ける

防止策としての体制づくり

ここまで述べてきたような改善策は、虐待発生時の対応としてではなく、普段からの防止策としての体制づくりとして捉えた方がよいと思われます。看護・介護部長と施設長は事前に改善の必要性を感じていながら具体的な手立てを検討するまでには至っていなかったのであり、結局虐待という形で利用者が実害を被ってしまったわけですから、「虐待がむしろ組織改善のきっかけになってよかった」と考えるわけにはいきません。

事例 A 5：事例の内容

●事例の概要と特徴

「事例 A 5」は、特別養護老人ホームでおきた、必要な要件を満たさない、夜間の不適切な身体拘束（＝高齢者虐待）の事例です。身体拘束の考え方、他利用者への二次的影響、ケアの見直しと対応の統一、夜勤時のストレスと事故防止、職員支援の体制などがポイントとなります。

●『事例シート』の内容

虐待防止事例演習：事例シート 事例 A5

事例の概要

夜間の人員が手薄な時間帯に、複数の介護職員が、他の利用者の排泄介助などに回る際に、利用者 A を車イスに腰ベルトで抑制して「同行」させていたことが判明した。職員間で合議して意思決定した結果ではなく、本人や家族への説明と同意、記録等も一切行っていなかった。

■施設・事業所の概要

開設から15年になる従来型の特別養護老人ホーム。50名の定員で短期入所（20名定員）を併設。1階が管理棟と通所・在宅部門の詰所等で、2・3階が長期入所と短期入所の居室になっている。中廊下で両側に居室が配置されている。4人部屋が14室、個室が14室、及び静養室がある。

勤務形態は、早出、遅出、日勤、夜勤の変則 2交代勤務。職員は最低基準より多めに配置している。夜勤者は各フロア 1名。

■関係者

●**職員**：夜勤をする複数の介護職員が、同様の対応をしていましたと思われる。平均年齢は35歳。意図的か、非意図的か、虐待や不適切な行為であるという認識があつたものは特定が難しい。

●**利用者**：84歳の女性利用者 A。認知症の程度は中度から重度に該当。認知症高齢者日常生活自立度はⅢ-a、要介護 4 である。障害高齢者日常生活自立度 B-1。自宅でもよく転倒していた様子で、顔や体幹部のあざが絶えなかった。左大腿部頸部骨折で人工骨頭置換術をしていて、股関節の可動域制限がある。向精神薬を服用していたが、服用するとふらつきが強くなり、より転倒しやすくなる。とくに、昼夜逆転になりやすく、不眠が続くと転倒が増える傾向が顕著である。この施設に入所する以前に、別の特別養護老人ホームで長期間短期入所を利用していた。

この施設に入所後は、介護職員の工夫もあり、睡眠覚醒のリズムがうまく合うと、短い時間添い寝をするくらいで朝まで良眠することもあった。しかし、リズムが合わないと、あるいは他の利用者の家族面会が複数あった日などは興奮してなかなか眠らず、ベッドに誘導してもすぐに起き出し、ふらふらした状態で廊下に出てきていた。意思疎通はかなり難しいが、言葉にならない表現で訴えようとしている様子が伺える。介護職員の誘導には気分の良いときは応じるが、興奮が始まると車イスから不意に立ち上がりふらついで転倒しそうになったり、後ろに足でけって急に車イスを動かそうとして他の利用者との接触事故も心配されていた。

発見までの経過

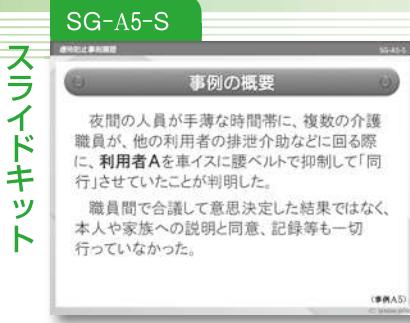
●発生まで

利用者 A さんが夜間に起き出すことが多い場合は、夜勤者はできるだけ A さんの居室の近くで待機しながら記録、ケアコール（ナースコール）の対応を行っていた。そうした夜勤時に他の利用者の排泄介助やおむつ交換に回る際、あるいは巡回、訪室する際に A さんの状態が落ち着かない時には、A さんを車イスに乗せて腰ベルトで固定した状態で押し、排泄介助等に「同行」させていた。昼夜逆転のリズムがうまくかみ合わないと夜間多動で、一晩中眠らないこともあります、そのようなときに車イスで同行させることをしていたようである。

●問題の表面化

当該施設では、主に在宅サービス担当の男性職員と事務職員、施設長が交代で管理当直をしていた。ある当直者が、夜間巡回時に A さんを車イスで同行させながら巡回している夜勤者に出会ったことを、休憩時間中の会話のなかで、「まるで市中引き回しのようだった」とふと漏らした言葉が施設長へ伝わったことから発覚した。

※この事例は架空のものであり、事例中に登場するのは実在の人物・団体等ではありません。



施設長は、介護主任に対し確認調査を指示した。その結果、記録に残したり介護主任等へ報告したりすることをせずに、複数の夜勤者で同様の行為を行っていたことが、介護主任の聞き取りで判明した。特に、Aさんが落ち着かず、添い寝等の対応をしても効果がないときには、夜勤者が巡回時に居室に一人でいると転倒のリスクが高いため、どうしても一人にできないと判断し、車イスに腰ベルトで身体拘束を行って同行させていたとのことであった。しかし、職員間で合議して意思決定した結果ではなく、本人や家族への説明と同意、記録等も一切行っていなかった。

【関連情報】

Aさんが以前に別の特別養護老人ホームで長期に短期入所を利用していたときは、車イスへの抑制が行われていた。

立ち上がりうとする本人の意思を尊重して、歩行介助を行うことがあったが、職員2人がかりで両脇を支えるようにしないと、引きずられて介助者とともに転倒したことがあった。

短期入所と特別養護老人ホームを合わせた前年利用実績が1日60人に満たないため、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。Aさんへの対応について職員間で正式に検討する機会はなく、上司や先輩職員が助言することもなかった。

個人ワーク用スペース

事例 A 5 : 解説のポイント

●この事例で行われた行為について

「事例 A 5」は、夜勤時に手が足りないという理由で、身体拘束（車イスへの抑制）を行った上で、他の利用者の排泄介助を含む対応に「同行」させていた事例です。このような身体拘束は、必要な要件や手続きを満たしていたとはいはず、「緊急やむを得ない」身体拘束には相当しないものと考えられます。また「緊急やむを得ない」場合以外の身体拘束は、原則すべて「高齢者虐待」にも該当します。

ただし、単にこのような行為を禁止するだけではなく、問題発生の背景を踏まえた取り組みを考えることが必要です。

SG-A5-E1

解説：この事例で行われた行為について(1)

- 「例外3原則」(切迫性・非代替性・一時性)の検討や必要な手続きを満たしていない身体拘束
- 「緊急やむを得ない」身体拘束とは言えない
- 「緊急やむを得ない」場合以外の身体拘束は、原則すべて「高齢者虐待」に該当する

※ただし、単に禁止するだけではない取り組みを考えることが必要

(事例A5)

「同行」させることの本人・他利用者への影響

この事例で行われていた行為の問題点は、身体拘束そのものの問題だけではありません。この事例では、車イスへの抑制を行ったまま、他の利用者への介助に「同行」させていました。その中には、排泄介助やおむつ交換も含まれていました。そのとき、他の利用者の排泄介助をみせられる Aさんの気持ちはどうだったのでしょうか。またおむつ交換をみられる他の利用者は不快ではなかったでしょうか。この事例で行われた行為については、こういった点についても考えなければなりません。すなわち、この事例は単に Aさんへの不適切な行為であるだけでなく、他の利用者に対しも不適切な行為であることを認識しなければなりません。

SG-A5-E2

解説：この事例で行われた行為について(2)

- 「同行」させることの本人・他利用者への影響
 - ⇒他利用者の排泄介助を見せられる利用者、見られる利用者それぞれに対して不適切な行為
- 「当たり前」「しようがない」と考えない
 - ⇒身体拘束は、決して利用者にとって望ましい状態ではない
 - ⇒「問題がなくなればよい」という対症療法ではなく、常によりよいケアを検討する

(事例A5)

「当たり前」「しようがない」と考えない

この事例のように、ある時点でどうしても人手が足らないように感じ、結果として介護者側の都合を優先させてしまいたくなることは多いかもしれません。しかし、そのような理由によって身体拘束などを安易に行なうことは、利用者にとってみれば決して望ましい状態ではありません。少なくとも、「現場ではこれが当たり前」であるとか「しようがない」としてあきらめてしまわずに、また「この問題がなくなればとりあえずそれでよい」というような対症療法的なものではなく、常によりよいケアのあり方を検討することが重要です。

●防止のためのポイント

【ケアの内容や考え方を見直す】

日中のケアとの連続性から考える

Aさんへの対応としてまず検討すべきことは、日中のケアの様子です。いろいろと工夫をしても対応に苦しむ場合もありますが、多くの場合、夜間の様子には日中の出来事やケアの内容が反映されます。対応に苦しむ夜間の様子だけを分断して取り上げるのではなく、利用者の行動の原因を一日の流れの中から考えてみましょう。そうした検討をもとにした日中のケアがうまく行くことで、夜間の安定が得られる場合は多くあります。

不適切なケアとの連続性を考える

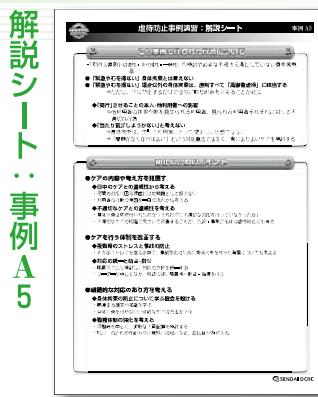
介護行為の中での高齢者虐待は、あるとき突然発生するのではなく、それまでにあった不適切なケアの連続線上に起こるべくして起こると考えることができます。そのような意味では、この事例で Aさんに対して行われていた行為がある以前にも、改善が必要な状況があったのかかもしれません。またこうした状態を容認することは、いすれ別な形で、別な利用者への虐待を生む温床となってしまうかもしれません。したがってこの事例では、身体拘束が突然行われたものなのか（=それ以前に不適切な対応を行っていなかったか）を探ることが必要です。不適切なケアの段階で気付き、改善をはかることが、一人の利用者だけでなく、施設・事業所全体での虐待防止にも有効であると考えましょう。

SG-A5-E3

解説：防止のためのポイント(1)

- ケアの内容や考え方を見直す
 - ⇒日中のケアとの連続性から考える
 - ⇒夜間の対応に困る場合だけの問題として捉えない
 - ⇒利用者の行動の原因を一日の流れから考える
- 不適切なケアとの連続性を考える
 - ⇒身体拘束は突然行われたのか（それ以前に不適切な対応を行っていなかったか）
 - ⇒不適切なケアの段階で気づいて改善することが、施設・事業所全体の虐待防止にも有効

(事例A5)



解説シート…事例A5

【ケアを行う体制を改善する】

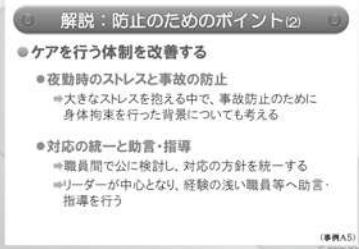
夜勤時のストレスと事故の防止

多くの施設で行われていることですが、一人の夜勤者で、20～30人近くの利用者へ対応している状況は、かなりの緊張を求められるものです。この事例での職員の弁にもあったように、そのような状況で、利用者の安全を第一に考えるのは当然のことかもしれません。この事例のような高齢者虐待と解釈される不適切な対応を行ったことはもちろん問題です。しかし同時に、**大きなストレスを抱えながら仕事を行う中で、事故を防ぐために職員がそうせざるをえなかつた環境についても考える必要があります。**不適切な対応を行った職員のみを責めるのだけでは、根本的な解決にはならない可能性があります。

対応の統一と助言・指導

この事例では、Aさんへの対応について職員間で正式に検討する機会はなく、上司や先輩職員が助言することもありませんでした。このような状況で、職員の中には、なぜ自分のときばかり落ち着いてくれないのだろうか、という気持ちが強く湧いてきた人もいたでしょう。もしかすると、それぞれの職員が同じように思っている中で、誰かが考えたAさんへの抑制と「同行」という対応が深く検討されないまま広まっていたのかもしれません。このような場合、やはり職員皆で公に検討し、**対応の方針を統一する必要がある**と思われます。またその際には、**統一された対応が実施できるように、リーダーが中心となって、経験の浅い職員等へ助言・指導を行うことも必要になります。**

SG-A5-E4

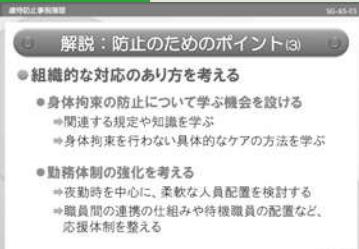


【組織的な対応のあり方を考える】

身体拘束の防止について学ぶ機会を設ける

これまで行われてきたいいくつかの全国的な調査では、高齢者虐待防止法や身体拘束禁止規定の内容などが、必ずしも現場の職員まで浸透しきっていないことが示されています。そのような状態で、「虐待防止」「身体拘束廃止」を進めることが困難なことは明らかです。まずは**関連する法律や規定の内容を知識として学ぶことが必要です**。しかし、法律や規定の内容は、単に知識として学ぶだけでは意味を持ちません。したがって、さらにその上で、**身体拘束を行わないケアや虐待を未然に防ぐ方法を具体的に学ぶことが大切です**。

SG-A5-E5



勤務体制の強化を考える

現実の問題として、いかに努力してもどうしても人手が足りない、という場合もあるかもしれません。これに対して、人手を増やすだけで問題が解決できるわけではありませんが、勤務体制を工夫することで、夜間のケアに余裕ができることもあるでしょう。

限られた運営資金の中で増員をはかることは難しい問題です。しかし、夜勤体制の見直しには、夜勤職員を単純に増やすことのほか、3交代制勤務を導入する、早出の人員を増やしたり準夜勤などの勤務帯をあらたにつくるなど、柔軟な人員配置を行う手段も考えられます。また、各ユニットの間で夜勤時の職員間の連携体制を構築したり、待機職員を設けるなど、応援体制を整えることで安心感につながる場合もあります。施設・事業所の運営上可能な範囲で検討してみるのも一つの手段です。

事例 I 1：事例の内容

●事例の概要と特徴

「事例 I 1」は、特別養護老人ホームでおきた、ケアコール（ナースコール）対応の遅れに関する不適切なケアの事例です。早期対応の重要性、夜勤時のストレスと相互ヘルプ、ケアの方針や手順の統一、状況改善のための組織的検討などがポイントとなります。

●『事例シート』の内容

虐待防止事例演習：事例シート 事例 II

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が全介助である。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。

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、せっかく寢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 に問い合わせると、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申し訳なかったということを言っていた。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なっていない、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。

※この事例は架空のものであり、事例中に登場するのは実在の人物・団体等ではありません。

118

 SENDAI DCRC

SG-I1-S

スライドキット

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、その状況に職員も強くストレスを感じていることがわかつた。



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なっており、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つた。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つた。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、居室にはコードつ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。

個人ワーク用スペース

事例 I 1 : 解説のポイント

●この事例で行われた行為について

「事例 I 1」は、ケアコールへの対応の不備という不適切なケアのあり方が発見された事例です。この事例で行われた行為は、利用者に重い心理的外傷を生じさせるほどではありませんし、職務上の義務を「著しく」怠ったとは必ずしもいえないため、高齢者虐待に直ちに該当するものではありません。しかし、結果として利用者が不満足な状態であったことは確かであり、改善が必要な状況ではあります。

利用者にとってどうだったか

この事例で職員が置かれていた状況は非常にストレスフルなもので、後述するように、一人で対応することに限界を感じ、本当はしたくはなくとも、結果的に利用者の訴えを無視してしまったり、あるいはやむを得ず「手抜き」をしてしまったという背景を考えられます。しかし、そのままにしておいてもよい「しようがない」問題ではなく、まずは利用者にとって適切な行為であったかを考える姿勢が必要です。**意図的であれば非意図的であれ、少なくとも、結果として利用者にとって不満足な状態であったことを忘れてはいけません。**

エスカレートする危険性と早期の対策

この事例で職員が行っていた対応は、結果的にコールボタンを押しても鳴らない状況になっていたこと、中にはそうした状況をわかっていないながらあえてしていた職員もいた、というものです。これらの行為は、もちろんそれ自体改善されるべきものです。しかし同時に考えたいのは、このような**状況を放置して常態化することで、不適切な対応がエスカレートしていく可能性がある**ということです。この事例で行われていたような行為は、直ちに高齢者虐待防止法が示す高齢者虐待に該当するわけではありません。ただし、このような状態が放置される中では、それが高じてケアコールで職員を呼べる利用者のコールボタンの電源を切ってしまったり、コールボタンを手の届かないところに置いたりするような行為が起こらないとも限りません。さらに最終的に、利用者の心身を大きく害するような、虐待といつてもいいほどの介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）や心理的虐待につながる可能性さえあります。こうした可能性を見据えた上で、**不適切なケアが発見された時点で早急に対策をはかる**ことが必要です。

●防止のためのポイント

【ケアの内容や考え方を見直す】

ケアの方針や手順の統一化

この事例での夜勤時におけるケアの問題の一つに、ケアコールへの対応方法を含め、巡回・訪室の頻度や仮眠のとり方など、夜勤時のケアの手順や勤務方法が標準化されていない、もしくは手順が守られていない、ということがあげられます。このような状況では、職員は判断に迷ったり、行うべき行動がわからなくなったりして、結果として不適切なケアを行ってしまったり、必要なケアが不足してしまう可能性があります。自分で考えて懸命に対応している職員にとっては不公平感を生む状況もあります。そうならないためにには、やはり、**方針や具体的な手順を統一し、その実施が徹底されるように職員間で共有する**必要があります。

アセスメントとケアの内容を振り返る

この事例において適切な対応を考える際には、あたりまえのことかもしれません、アセスメントとケアの内容を一度振り返ってみる必要があるでしょう。まず、利用者へのアセスメントをしっかりとを行い、夜間に対応に困るような行動がみられるのであれば、それを単に「問題行動」と捉えてしまわずに、その行動の原因を考えることが必要です。次に、アセスメントをもとに、日中のケアを含めて一日の生活の流れの中からケアのあり方を再検討することも重要です。夜間以外でも忙しい状況に変わりはないかもしれません、そのような地道な取り組みが結果として不適切なケアを防いでいくことを忘れてはいけません。

SG-I1-E1

解説：この事例で行われた行為について(1)

- 著しい心理的外傷を生じさせたとまではいえない
- 職務上の義務を「著しく」怠ったとはいえない
- ただし、結果として利用者は不満足な状態だった

「高齢者虐待」に直ちに該当するとは断定できないが、少なくとも改善が必要な状況

SG-I1-E2

解説：この事例で行われた行為について(2)

- 利用者にとってどうだったか
 - 意図的であれば非意図的であれ、結果として利用者にとって不満足な状態(不適切な状態)だった
- エスカレートする危険性と早期の対策
 - わかつていながらあえてしていた職員もいた
 - 状況を放置して常態化することで、不適切な対応がエスカレートしていく可能性がある
 - 不適切な状態を発見した時点で早急な対策を

SG-I1-E3

解説：防止のためのポイント(1)

- ケアの内容や考え方を見直す
 - ケアの方針や手順の統一化
 - 判断に迷ったり、行うべき行動が分からないと、結果的に必要なケアの不足や不適切なケアを生む
 - 方針や具体的な手順を統一し、共有する
 - アセスメントとケアの内容を振り返る
 - 対応に困る行動を単に「問題行動」と捉えず、行動の原因を探る(アセスメント)
 - アセスメントをもとに、日中を含む一日の流れの中でケアの内容を見直す