



第Ⅲ部

演習の準備と進め方





1

演習の基本的な進め方と ファシリテーターの役割

1) 演習を行う目的と効果

●本教育システムにおける「虐待防止事例演習」

本教育システムでは、『養介護施設・事業所における高齢者虐待防止学習テキスト』によって高齢者虐待の防止について学んだ後の学習メニューとして、「虐待防止事例演習」を用意しています。

この演習は、実践的な取り組みのあり方を体験的に学習するために設けられたものです。養介護施設従事者等による高齢者虐待、もしくは不適切なケアの事例を題材にグループワーク形式で演習を行うための、プログラムと教材が用意されています（教材の詳細については、「2. 「虐待防止事例演習」の進め方」(本書89ページ～) および「3. 各事例の内容と解説のポイント」(97ページ～) で説明しています)。

●講義と演習の違いからみた演習の目的と効果

本教育システムでは、講義と演習を組み合わせることで、学習効果が高まると考えています。

「講義」は、主に講師から受講者へと知識を伝達する教育方法です。講義による教育の長所（利点）は、受講者が共通して知るべきことや基本的な事項を確実に、しかも一度に大勢の人に伝達することができることです。そのため、本教育システムの中では、高齢者虐待防止法や高齢者虐待の捉え方、高齢者虐待防止の基本といった事項については、『高齢者虐待防止学習テキスト』を用いて講義によって学ぶ形式をとっています。

しかし、講義だけの研修には、受講者が受け身になりがちであるという短所もあります。また介護現場での研修のように、個別具体的な仕事の場面で学習した内容を役立ててほしいような場合には、講義で基本的な事項を知るだけでは実践につながりにくい可能性もあります。

もちろん、『高齢者虐待防止学習テキスト』では、受講者が主体的に考えたり、講師とやりとりをしながら学習を進められるように配慮していますが、やはりそれだけでは上記のような問題は残ってしまう可能性があります。

一方、「演習」は、受講者が主体的に参加し、アイデアを出し合うなどして体験的に学習を進める方法です。演習による教育方法には多種多様な方法がありますが、いずれの方法においても、講師が一方的に情報を伝達するのではなく、受講者が自ら考える過程が大切にされています。したがって、効果的な研修を行うためには、講義と演習を適切に組み合わせる実施することが必要となります。

本教育システムにおける「虐待防止事例演習」では、事例を題材として高齢者虐待や不適切なケアの原因や防止法をグループ討議の形で考えるという演習形式を採用しています。この方法の長所としては、①受講者の参画感が高まる、②グループで討議することで共通理解が得られる、③他者の多様な考え方を知ることができ、自分の考えを客観視することができる、④具体的な事例を題材にしているため実践に応用しやすい、⑤身近な題材でかつ特殊な演習技法ではないため導入しやすい、⑥グループやチームでの課題解決能力を養うことができる、といったことがあげられます。

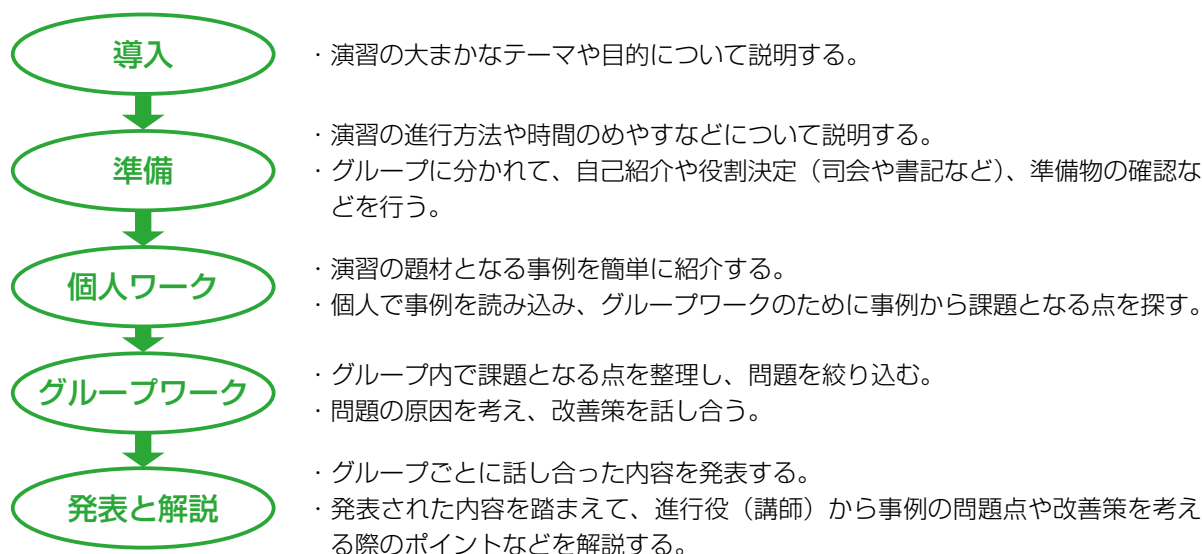
2) 演習の基本的な進め方と必要な人員

●事例を題材にしたグループ討議の基本的な進め方

「虐待防止事例演習」は、事例を題材として高齢者虐待や不適切なケアの原因や防止法をグループ討議の形で考えるという形式で行います。

題材となる事例は10事例ありますが、すべて養介護施設従事者等による高齢者虐待もしくは不適切なケアの事例です。それぞれの事例の中には、チームケアや職員教育、ケアの質、組織体制や倫理観といった、何らかの課題が含まれています。したがってこの演習は、一種の課題発見・解決型の演習であるということが出来ます。

このような形式で演習を行う場合、下に示すように、「導入」→「準備」→「個人ワーク」→「グループワーク」→「発表と解説」といった手順で進行することが基本的な形となります。それぞれの手順の位置づけと、行うべき内容を確認しましょう。



●演習の進行のために必要な人員

上記のような形で演習を進めていくためには、**全体の進行役**、**グループでの作業を調整・進行**する役割、**全体進行の補助**を行う役割、発表後に全体の**解説**やまとめを行う役割が必要です。

全体の進行役については、『高齢者虐待防止学習テキスト』を用いた講義に続けて行う場合は、講義を行った講師がその役割を継続して担うことが一般的です。また、全体の進行役と最後に解説やまとめを行う役割は、同じ人が担うことが望ましいでしょう。

グループでの作業を調整・進行する役割は、こうした形式での研修会に慣れている受講者が大半であれば、グループ内で任意に司会者を決め、その人に担ってもらうことができます。しかしそうではない場合は、調整・進行役がいないとグループごとの進行にバラツキが出てしまう可能性があります。そのような場合は、調整・進行役をあらかじめ決めておき、各グループに一人配置しておく必要があります。こうした役割を担う人を「**ファシリテーター**」といいます。

全体進行の補助を担う役割は、資料の配布やスライドの映写、照明の調整、発表時のマイク運び、タイムキーパー、途中退席・出席者への対応など、会場内の全体の進行を補助します。全体の司会を行う場合もあります。不測の事態に備え、できれば二人以上確保しておくとういでしょう。

解説を行う役割については、前述のように、講師や全体の進行役が担うことが望ましいでしょう。ただし、演習で扱う問題に詳しい人や、施設長など組織的な取り組みに責任をもつ立場の人が出席している場合は、解説の補足や全体の講評をしてもらうと、より理解が深まると考えられます。

●グループの大きさ

各グループの人数は、5～7人程度が望ましいと考えられます。これ以上の人数だと、発言できない人が出てきたり、グループ内でファシリテーターや司会者が進行を調整することが難しくなる場合が出てきやすくなります。

3) 全体の進行役とファシリテーターの役割

●全体の進行役（講師）

前ページでも述べたように、全体の進行役については、『高齢者虐待防止学習テキスト』を用いた講義を行った講師がその役割を継続して担うことが一般的です。また、全体の進行役と最後に解説を行う役割も、同じ人が担うことが望ましいでしょう。

これは、「虐待防止事例演習」が、『高齢者虐待防止学習テキスト』による学習と連動した一連のプログラムであることによります。したがって、研修会自体の準備を複数の人からなる実行チームで行い、講義や演習の内容について実行チーム内で共通理解が得られていれば、講義部分での講師とは別の人が全体の進行や解説を行う役割を担ってもよいでしょう。

全体の進行役は、事前の準備と自分自身での学習を充分に行っておく必要があります。ちょっとした説明不足や指示の遅れによってグループワークが滞ってしまったり、想定していた時間内に終わらなかつたりすることもあります。可能であれば、事前に一度実行チーム内で演習を行ってみるなどして、進行の実際を確かめておくことよいでしょう。

また、適切な解説やまとめを行うためには、『学習テキスト』の内容をよく把握した上で、演習で用いる事例についても十分に理解しておく必要があります。特に、この演習で用いる事例には、組織的な課題も含まれている場合があります。可能であれば上司や施設長などに、現時点で自分の施設・事業所で実際に行える対策の範囲について確認しておくことよいでしょう。

さらに、全体進行の補助役、およびファシリテーターとも具体的な進行内容に関する打ち合わせを行っておくと、当日不測の事態が生じる可能性を減らすことができます。

●ファシリテーター

ファシリテーターの役割は、グループに分かれて作業を行う際に、演習の目的や作業内容がグループの成員に理解されているか確認したり、グループ討議が円滑に行われるように促したりなどして、調整と進行をはかることにあります。前ページでも述べたように、こうした形式での研修会に慣れている受講者が大半であれば、グループ内で任意に司会者を決め、その人に担ってもらえる役割ではあります。しかしそうではない場合は、事前にファシリテーターの役割を担う人を決めておき、各グループに1名ずつ配置しておくこと、演習がスムーズに進行します。

ファシリテーターの具体的な役割としては、次のようなものがあげられます。

- ・全体の進行役の指示に合わせて、時間をみてグループ内の作業を進行させる。
- ・意見がたくさん出るように、グループの緊張をほぐし、盛りたてる。
- ・演習の目的を理解していない人や、作業内容を誤解している人がいた場合は確認して正しい内容を伝える。
- ・話しすぎる人がいる場合は他の人に発言を振り、意見を言わない人がいれば発言を促す。
- ・批判的な発言や偏った意見を言う人がいれば、発言を受け止めた上で別の視点を提供する。
- ・全体の発言が停滞している場合は、議論の呼び水となるようなコメントをする。
- ・進行に応じて議論の内容を整理する。

このような演習では、無理に結論をまとめようとするよりも、受講者が主体的に演習に参加したことを実感できることの方が大切です。皆で意見を出し合い、明確な結論が出なくとも、実践に活かせる具体的なヒントが少しでも得られるよう促していきましょう。

以上のような役割を果たすためには、またグループ間で進行内容や得られる成果のレベルが異なるようにするためには、ある程度事前に準備しておくことが必要です。全体の進行役の人とともに打ち合わせの機会をもち、演習の目的や内容、時間の流れや使用する資料などを確認しておくことよいでしょう。可能であれば一度練習しておくことをおすすめします。

なお、「ファシリテーター」という言葉になじみのない受講者がいる場合もありますので、グループごとの「司会者」や「進行役」などの名前を受講者には紹介するとよいでしょう。「虐待防止事例演習」の教材では、「司会者」と称しています。



2

「虐待防止事例演習」の進め方

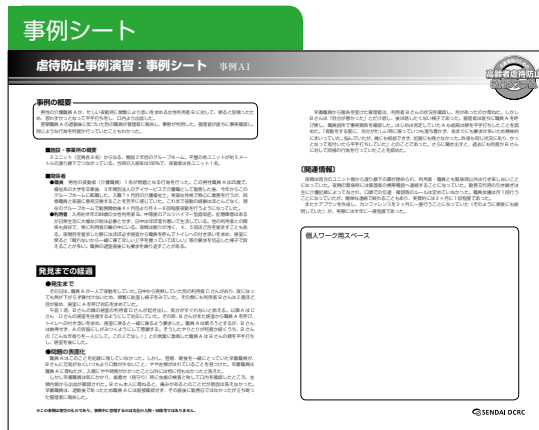
1) 教材の構成と使い方

● 『事例シート』『グループワークシート』『解説シート』

「虐待防止事例演習」では、事例を題材としたグループ討議を行います。

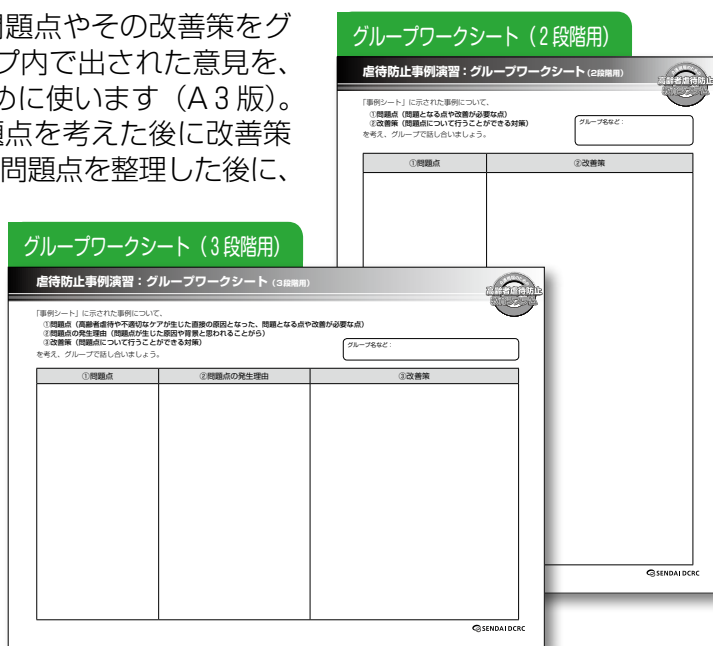
この演習のために受講者が使用する教材として『事例シート』と『グループワークシート』、および『解説シート』が用意されています。

『事例シート』には、A3版の用紙に演習の題材となる事例が示されています。はじめに事例の概要が簡単に示されており、次いで舞台となる施設・事業所の概要と関係者についての状況説明が示されています。以降、高齢者虐待もしくは不適切なケアの事例について、問題となる行為が発生するまでの経過、問題が表面化するまでの経緯、問題を考える際に関連する情報が示されています。『事例シート』は受講者一人ひとりに配布することを想定しており、個人ワークに使用するためのスペースも設けられています。



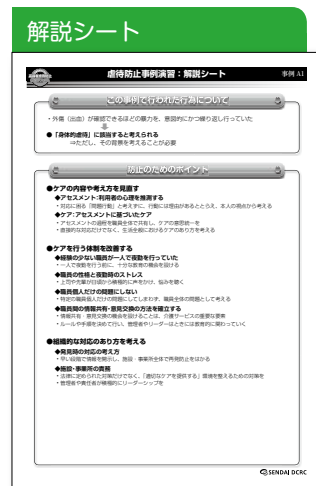
『グループワークシート』は、事例の問題点やその改善策をグループ討議する際に使用します。グループ内で出された意見を、演習の段階ごとに書きとめ、整理するために使います (A3版)。『グループワークシート』は、事例の問題点を考えた後に改善策を話し合う2段階でのグループ討議用と、問題点を整理した後に、問題点が生じた背景を探り、その後改善策を話し合う3段階での討議用の2種類が用意されています。演習に用いることができる時間の長さや受講者の経験や職責などに合わせていずれかを選んでください。このシートはグループに1枚ずつ配布します。『グループワークシート』には、グループの名前などを書き込める欄も設けています。

なお、ホワイトボードや模造紙などが用意できる場合は、同様の枠組みを大きく書いておき、グループ間で議論の内容を確認し合えるようにしてもよいでしょう。



『解説シート』は、グループワークと発表が終わった後に使います。全体の進行役 (講師) から解説やまとめを行う際に配布することを想定して作成されています。事例の中で行われていた行為やその問題点、問題点に対する改善策を考える上でポイントとなる点が簡単にまとめられています (A4版)。このシートは、受講者一人ひとりに配布します。

なお、題材として用意した事例は10種類ありますので、『事例シート』と『解説シート』はそれぞれ10種類あります (事例については92・93ページで説明しています)。すべてのシートは印刷されたもの (コピー原紙としても使用可) が本教育システムに含まれているほか、『全資料収録 CD-ROM』にも PDF 形式で収録されています。



● 『演習用スライドキット』

本教育システムでは、「虐待防止事例演習」を全体の進行役（講師）が説明するための教材として、『演習用スライドキット』を用意しています。『演習用スライドキット』の内容は、演習の進行に合わせて作成されており、上記の『事例シート』『グループワークシート』『解説シート』に対応しています。

『演習用スライドキット』は Microsoft® PowerPoint 2003形式（2007以降のバージョンでも使用可）で作成されており、説明内容に合わせてスライドとして提示することができます。それぞれのスライドには右上に番号が付いており、下の表のように『事例シート』などの受講者用の教材と対応しています。

『演習用スライドキット』は、『全資料収録 CD-ROM』に収録されています（『演習用スライドキット』フォルダ内に、演習の段階や事例ごとにフォルダに分かれています）。

なお、スライドキットの中には、背景とレイアウトのみのスライドも含まれています。講師が独自に内容を整理したり追加したりして説明する場合などに活用してください。

『演習用スライドキット』の具体的な構成は、下記のようになっています。なお、10種類の事例には、「A 1～A 5（高齢者虐待の事例）」、「I 1～I 3（不適切なケアの事例）」、「L 1・L 2（市町村が施設等に介入した事例）」という事例番号がそれぞれ付いています。

用途	スライド番号	『全資料収録 CD-ROM』のフォルダ名	各種シートとの対応
導入・目的説明	SG-T1（表紙） SG-T2（演習の目的）	「表紙」	—
進行内容の説明（全体の進行内容と個人ワーク・グループワーク・発表と解説の各段階での説明用）	SG2-1～6 （2段階での演習用）	「進行（2段階用）」	『事例シート』（個人ワーク用スペース） 『演習シート』（2段階用）
	SG3-1～7 （3段階での演習用）	「進行（3段階用）」	『事例シート』（個人ワーク用スペース） 『演習シート』（3段階用）
事例の概要（事例ごと）	SG- 事例番号 -S （“SG-A1-S”など10種類）	「事例概要」	『事例シート』
解説（事例ごと）	SG- 事例番号 -E1～E5 （“SG-A1-E1”～“SG-A1-E5” など10種類）	「事例解説」	『解説シート』

また、上記のスライドには、「進行内容の説明」に含まれる、所要時間を提示するスライドがあります（SG2-3～5, SG3-3～6）。これらのスライドについては、**時間部分のみ書き換えることができるようになって**います。演習に用いることができる時間に合わせて、適宜時間を変更してください。標準では、「2段階用」のスライドでは演習全体の時間を60分間程度、「3段階用」のスライドでは80分間程度を想定したものになっています（演習の進行方法については94・95ページ、講義部分を含めたタイムテーブルの例は第I部「研修会の企画と設計」(9～14ページ)に示しています）。

SG2-4

グループワーク 15分

- 問題点をグループ内で出し合い、重要度の高いものを選ぶ
- 問題点をグループ内で発表しあい、共有する
・書記は『グループワークシート』の「問題点」にメモする
- 出された問題点の中から、重要だと思うものを2つ選ぶ
・書記は選んだ問題点を丸で囲むなどして、分かるようにする

15分

時間の部分を
変更可能

2) 事例の種類と選び方

●事例の種類・概要と演習実施にあたっての選び方

本教育システムにおける「虐待防止事例演習」では、演習の題材として、10種類の事例を用意しています。10種類の事例の内訳は、高齢者虐待に該当する事例が5例、不適切なケアの事例が3例、高齢者虐待の事例であり、通報によって市町村が介入した事例が2例となっています。

すべての事例を学ぶことで、高齢者虐待や虐待につながりうる不適切なケアに対する防止・対応の考え方を総合的に学ぶことができると考えられます。

しかし、限られた時間や回数の中で研修会・勉強会を実施する場合には、実際にはすべての事例を学ぶのは難しいことも多いと考えられます。そのため、研修会等の時間や回数に応じて、10種類の事例は、どの事例を学習してもかまいませんし、いくつかの事例だけを取り上げる形で使用してもかまいません。ただし、事例にはそれぞれ特徴がありますので、演習を実施するにあたって、また研修会全体を企画するにあたって、まずは10事例全体の構成・内容を確認し、受講者の属性や主催者・企画者としての目的から必要と思われる事例を選択することをおすすめします。

例えば、初任者や経験の浅い職員が多く、「高齢者虐待」という表現に違和感がある場合や「不適切なケア」から考えていく防止策に重点を置く場合は、「不適切なケア」の事例を題材にすることが考えられます。また、実際に高齢者虐待にまで至ってしまった事例を題材に必要な対応や防止策等について具体的に学ぶことが重視されたり、リーダーなどの、実際の対応の中心となる立場の受講者が多いような場合は、「高齢者虐待」の事例を選ぶことが考えられます。さらに、施設長・管理者等の組織上の責任が重い立場の受講者が多い場合は、「市町村の介入事例」を選ぶことも考えられます。

次のページに、事例ごとの特徴を示しましたので、演習の題材として選ぶ際に参考にしてください。なお、10種類の事例には、「A1～A5（高齢者虐待の事例）」、「I1～I3（不適切なケアの事例）」、「L1・L2（市町村が介入した事例）」という事例番号がそれぞれ付いています。

●事例に関する留意点

事例はすべて架空のもので、実事例を参考にしたものもあり、現実的な内容となるよう心がけましたが、実事例をそのまま用いたものはなく、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。

また、事例ごとに舞台となる施設・事業所の種類や形態は異なっています。しかし、事例の中で課題となることについては、施設・事業所の種類や運営形態にかかわらず、共通して考えられるものをあげています。施設・事業所の種類などによって事例を選択する前に、次ページの表や『事例シート』の内容を参考に、研修会の目的や受講者に考えてほしい課題などを優先して事例を選択することをおすすめします。

●事例ごとの概要と特徴

事例区分	事例番号	事例の概要と特徴
高齢者虐待	A1	夜勤時におきた身体的虐待（暴力による外傷）の事例。夜勤時の負担、経験が浅い職員のストレス、職員間の連携、チームケア、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）の理解などがポイントとなる。舞台はグループホーム。
	A2	介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）に該当する事例。「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。舞台は特別養護老人ホーム。
	A3	配慮に著しく欠けた言動による心理的虐待の事例。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。舞台はグループホーム。
	A4	性的な虐待であり、心理的虐待も強く疑われる事例。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る。舞台は介護老人保健施設。
	A5	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。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。特別養護老人ホームが舞台。
不適切なケア	I1	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。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。特別養護老人ホームが舞台。
	I2	食事介助時に利用者の耳やアゴを引っ張って顔の向きを変えるなどした不適切なケアの事例。認知症の理解と学習の機会、介護の倫理、行動の原因から考えるケア、風通しのよいチームと組織などがポイント。舞台は特別養護老人ホーム。
	I3	強い言葉によって利用者の行動を制限した不適切なケアの事例。言葉による行動制限（スピーチ・ロック）、ストレスと不適切ケアの関係、リーダーの負担、職員のストレス把握と体制支援などがポイント。グループホームが舞台。
市町村介入	L1	退職した元職員の通報により、市が介入した身体的・心理的虐待の事例。組織体制の不備と責任者の姿勢、施設・事業所と従事者の責務、行政の対応の流れと指導監督姿勢の理解などがポイント。特別養護老人ホームが舞台。
	L2	見学者の通報により、市が介入した不適切な身体拘束（＝高齢者虐待）の事例。身体拘束に関する、考え方・法規定・責任者や組織のあり方・サービス評価や実地指導の観点の理解などがポイント。舞台はグループホーム。

3) 演習の進行方法

● 演習のステップ数を選択する

本教育システムにおける「虐待防止事例演習」では、事例の問題点を考えた後に改善策を話し合う**2段階でのグループ討議**と、問題点を整理した後に、問題点が生じた背景を探り、その後改善策を話し合う**3段階での討議**の2種類のステップ数で行う形式が用意されています。演習に用いることができる時間の長さや受講者の経験や職責などに合わせていずれかを選んでください。

● 共通する留意点

個人ワークの時間は、なるべく設けるようにしてください。個人ワークとして事例の読み込みや問題点の検討が行われない場合、グループワークの進行が滞る可能性があります。なお、『事例シート』には個人の考えを書きとめるためのスペース（個人ワーク用スペース）が設けてありますので、活用してください。

また、演習に不慣れな受講者が多かったり、問題をより身近に捉えて深めてほしいような場合には、問題点を探す前に、個人ワーク時に時間を設けて「**事例のような行為を自分が利用者の立場で受けたとしたらどう思うか**」といったような、**利用者本人の立場で事例を捉えなおすような補助的な問いかけを行うことも有効です**。その場合にも「個人ワーク用スペース」を用い、グループワークのはじめにも時間をとって、上記の補助的な問いかけについて自由に話し合っておくなどすると、その後の演習が深まります。

なお、「虐待防止事例演習」では、事例の問題点に対する改善策を検討します。しかし、ここで無理に結論をまとめることを優先する必要はありません。事例に含まれる問題の多くは多面的なものであり、「こうすればすべてうまくいく」という解決策を示すことは難しいと思われます。むしろ、さまざまな改善のためのアイデアを出し合い、その中から実践に活用できそうなものを少しでも見出していくことが大切です。この演習では、「高齢者虐待防止のHow To」を覚えることではなく、高齢者虐待や不適切なケアが生じる背景となる問題を捉え、それを改善するためのアイデアを受講者が自ら考え、主体的に共有し合うことこそが重要です。

『グループワークシート』には、グループの名前などを書き込める欄も設けています。あらかじめ順番に名前を付けておいてもよいですが（A、B、C・・・など）、時間的な余裕があれば、緊張をほぐすために、はじめにグループの名前をそれぞれ話し合っておくのもよいでしょう。

● 2段階でグループ討議を行う場合

2段階で「虐待防止事例演習」を行う場合は、導入と準備を行い、個人ワークをした後、グループワークを2段階に分けて行います（グループワーク①・②）。どちらの段階もグループ討議を行いますが、「グループワーク①」では事例から考えられる問題点をグループ内で出し合い、その中から重要度の高い問題点を2つに絞り込みます。「グループワーク②」では、絞り込んだ2つの問題点に対して、どのような改善策が考えられるかを討議します。その後、グループごとに発表を行い、全体の進行役（講師）などから解説とまとめを行います。

基本的な流れと使用する教材を次ページに示しましたので、参考にしてください。

● 3段階でグループ討議を行う場合

3段階で「虐待防止事例演習」を行う場合は、導入と準備を行い、個人ワークをした後、グループワークを3段階に分けて行います（グループワーク①・②・③）。どの段階でもグループ討議を行いますが、「グループワーク①」では事例から考えられる問題点をグループ内で出し合い、その中から重要度の高い問題点を2つに絞り込みます。「グループワーク②」では、選んだ2つの問題点について、「なぜそのような問題が発生したのか」という背景を掘り下げます。その上で、「グループワーク③」では、絞り込んだ2つの問題点に対して、どのような改善策が考えられるかを討議します。その後、グループごとに発表を行い、全体の進行役（講師）などから解説とまとめを行います。

基本的な流れと使用する教材を次ページに示しましたので、参考にしてください。

2段階でグループ討議を行う場合の全体の流れと使用教材（標準的な所要時間合計60分程度）

進行内容	使用教材（太字は指示）	
<p>導入</p> <ul style="list-style-type: none"> 演習のテーマや目的について説明する。 （「導入」と「準備」で標準所要時間5～10分） 	スライド SG-T1、SG-T2	
<p>準備</p> <ul style="list-style-type: none"> 進行方法や時間のめやす等を説明する。 グループに分かれ、自己紹介や役割決定（司会や書記等）、準備物の確認等を行う。 	スライド SG2-1 スライド SG2-2	
<p>個人ワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> 演習の題材となる事例を簡単に紹介する。 個人で事例を読み込み、問題となる点や改善が必要な点を探す。（標準所要時間10分） 	スライド SG- 事例番号-S スライド SG2-3 『事例シート』（問題点のチェック等に「個人ワーク用スペース」を使用）	
<p>グループワーク</p>	<p>【グループワーク①】（標準所要時間15分）</p> <ul style="list-style-type: none"> 問題点をグループ内で発表し合い共有する。 出された問題点の中から、話し合って重要だと思うものを2つ選ぶ。 	スライド SG2-4 『グループワークシート』（「問題点」欄にメモし、選択したものを○で囲む）
	<p>【グループワーク②】（標準所要時間15分）</p> <ul style="list-style-type: none"> 2つの問題点に対して、行いする改善策のアイデアをグループ内で出し合う。 	スライド SG2-5 『グループワークシート』（「改善策」欄にメモ）
<p>発表と解説</p> <ul style="list-style-type: none"> グループの代表者が、問題点と改善策について発表する。 全体の進行役（講師）などから解説とまとめを行う。（標準所要時間10～15分） 	スライド SG2-6 スライド SG- 事例番号-E1～E5 『解説シート』	

3段階でグループ討議を行う場合の全体の流れと使用教材（標準的な所要時間合計80分程度）

進行内容	使用教材（太字は指示）	
<p>導入</p> <p>（2段階の場合と同じ）</p>	スライド SG-T1、SG-T2	
<p>準備</p> <p>（2段階の場合と同じ）</p>	スライド SG3-1 スライド SG3-2	
<p>個人ワーク</p> <p>（2段階の場合と同じ）</p>	スライド SG- 事例番号-S スライド SG3-3 『事例シート』	
<p>グループワーク</p>	<p>【グループワーク①】（標準所要時間15分）</p> <ul style="list-style-type: none"> 問題点をグループ内で発表し合い共有する。 出された問題点の中から、話し合って重要だと思うものを2つ選ぶ。 	スライド SG3-4 『グループワークシート』（「問題点」欄にメモし、選択したものを○で囲む）
	<p>【グループワーク②】（標準所要時間15分）</p> <ul style="list-style-type: none"> 2つの問題点に対して、「なぜその問題が発生したのか」を話し合う。 	スライド SG3-5 『グループワークシート』（「問題点の発生理由」欄にメモ）
	<p>【グループワーク③】（標準所要時間15分）</p> <ul style="list-style-type: none"> 2つの問題点に対して、行いする改善策のアイデアをグループ内で出し合う。 	スライド SG3-6 『グループワークシート』（「改善策」欄にメモ）
<p>発表と解説</p> <ul style="list-style-type: none"> グループの代表者が、問題点とその発生理由、および改善策について発表する。 全体の進行役（講師）などから解説とまとめを行う。（標準所要時間15～20分） 	スライド SG3-7 スライド SG- 事例番号-E1～E5 『解説シート』	

4) 発表と解説・まとめの方法

●発表

グループワークを行った後は、すぐに解説やまとめに入るのではなく、なるべく各グループで出た意見を発表してもらいましょう。受講者は、他のグループの発表を聴くことでさらに視野を広げることができますし、それを踏まえて解説やまとめを行えば、より共通理解を深めやすくなります。

発表は、すべてのグループから行ってもらうことが理想的です。しかし、時間や回数の制限が現実にはあり、難しい場合も多いでしょう。そのような場合は、2、3のグループから代表して発表してもらいましょう。ただし、発表するグループは、演習を行う前にあらかじめ指定しない方がよいと思われます。また、発表の際にグループをランダムに指名してもよいですが、演習中に全体の進行役（講師）と進行の補助役が会場をラウンドし、それぞれのグループでの議論の内容を大まかにでも把握しておくこと、指名しやすくなる場合があります。あるいは、各グループにファシリテーターを置く場合は事前に打ち合わせをしておき、議論が充実したグループのファシリテーターに手を挙げてもらうようにしておくという方法なども考えられます。

なお、複数のグループから発表してもらう場合は、発表が終わる度に、全体の進行役（講師）は短いコメントをするとよいでしょう。詳しい解説は必要ありませんが、注意すべき点としては、否定的なコメントをせずによりよい点を見つけ、讃えることや、他のグループとの共通点を見つけることなどがあげられます。

●解説・まとめ

発表が終われば、全体の進行役（講師）から事例に対する解説を行い、全体のまとめを簡単にして終了となります。

次ページからの「3. 各事例の内容と解説のポイント」では、事例ごとに、事例の中で行われていた行為やその問題点、問題点に対する改善策を考える上でポイントとなる点について、解説の観点を詳しく述べています。この内容は受講者に配布する『解説シート』および『演習用スライドキット』に対応していますので、事前によく読んでおき、スムーズに解説できるようにしておきましょう。なお、『解説シート』は、なるべく発表が終わってから配布するようにしてください。

適切な解説やまとめを行うためには、本書の内容をただ読み上げるだけでは不十分な場合があります。本書の内容は解説のめやすとなる事項を示しているものであり、演習によって出た意見や、施設・事業所ごとの状況、受講者の経験や職責などによって解説の内容を考慮する必要があります。上記のような要因により、強調すべき内容は変わる可能性がありますし、本書の内容以外に付け加えるべき事項が生じるかもしれません。事前によく吟味しておきましょう。また、『学習テキスト』の内容をよく把握した上で、演習で用いる事例についても十分に理解しておく必要があります。特に、この演習で用いる事例には組織的な課題も含まれていますので、可能であれば、上司や施設長などに現時点で自分の施設・事業所で実際に行える対策の範囲について確認しておくといよいでしょう。

最後に行うまとめでは、簡単に全体を振り返り、特に強調したい点などを要約して述べます。義務的に淡々と述べるよりは、講師自身の言葉で積極的に述べた方がよいでしょう。演習の終了をもって研修会全体を閉じる場合は、『高齢者虐待防止学習テキスト』で学んだ内容にも簡単に触れるといよいでしょう。また、受講者やファシリテーター、準備や進行の補助役にあった人などへの感謝とねぎらいの言葉も述べるとよいでしょう。さらに、今後の実践を促すような一言をそえてまとめを終えると、受講者の意欲も高まります。

なお、高齢者虐待の問題に詳しい人や、施設長などの組織的な取り組みに責任をもつ立場の人が出席している場合は、その人にまとめとして解説の補足や全体の講評をしてもらうことも考えられます。

3

各事例の内容と解説のポイント

この章では、演習の題材となる事例ごとに、『事例シート』に対応する事例の内容と、『解説シート』に対応する解説の観点の詳細が示されています。また、対応する『演習用スライドキット』もあわせて示しています。

解説のポイントは、基本的に、はじめに「事例で行われた行為について」、次に「防止のためのポイント」として、「ケアの内容や考え方を見直す」「ケアを行う体制を改善する」「組織的な対応のあり方を考える」の順番に示されています（事例 L1・L2以外）。

事例は、以下の順番で掲載しています。

事例区分	事例番号	事例の概要	掲載ページ
高齢者虐待	A1	夜勤時におきた身体的虐待（暴力による外傷）の事例	98
	A2	介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）に該当する事例	102
	A3	配慮に著しく欠けた言動による心理的虐待の事例	106
	A4	性的な虐待であり、心理的虐待も強く疑われる事例	110
	A5	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	114
不適切なケア	I1	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	118
	I2	食事介助時に利用者の耳やアゴを引っ張って顔の向きを変えるなどした不適切なケアの事例	122
	I3	強い言葉によって利用者の行動を制限した不適切なケアの事例	126
市町村介入	L1	退職した元職員の通報により市が介入した身体的・心理的虐待の事例	130
	L2	見学者の通報により市が介入した不適切な身体拘束（＝高齢者虐待）の事例	134

事例 A 1 : 事例の内容

●事例の概要と特徴

「事例 A 1」は、グループホームで夜勤時におきた身体的虐待（暴力による外傷）の事例です。夜勤時の負担、経験が浅い職員のストレス、職員間の連携、チームケア、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）の理解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 A1

事例の概要

男性の介護職員 A が、忙しい夜勤時に頻繁により添いを求める女性利用者 B に対して、断ると怒鳴ったため、思わずかっとなって平手打ちをし、口内より出血した。
翌朝職員 A の退勤後に気づいた別の職員が管理者に報告し、事態が判明した。管理者が直ちに事実確認し、同じような行為を何度か行っていたこともわかった。

■施設・事業所の概要

2 ユニット（定員各 9 名）からなる、開設 2 年目のグループホーム。平屋の各ユニットが約 5 メートルの渡り廊下でつながっている。当時の入居率は 100% で、夜勤者は各ユニット 1 名。

■関係者

- 職員：男性の夜勤者（介護職員）1 名が問題となる行為を行った。この男性職員 A は 25 歳で、福祉系の大学を卒業後、3 年間別法人のデイサービスで介護職として勤務した後、今年からこのグループホームに転職した。入社 7 ヶ月目の介護福祉士。実直な性格で熱心に業務を行うが、同僚職員と率直に意見交換することを苦手に感じていた。これまで夜勤の経験はほとんどなく、現在のグループホームで勤務開始後 4 ヶ月目より月 4～6 回程度夜勤を行うようになっていた。
- 利用者：入所約半年の 84 歳の女性利用者 B。中等度のアルツハイマー型認知症。記憶障害はあるが日常生活に大幅な介助は必要とせず、日中はほぼ落ち着いて生活している。他の利用者との関係も良好で、常に利用者の輪の中にいる。夜間は眠りが浅く、4、5 回ほど目を覚ますこともある。夜間目を覚ました際にはほぼ必ず居室から職員を呼んでトイレへの付き添いを求め、居室に戻ると「眠れないから一緒に寝てほしい」「手を握っていてほしい」等の要求を切迫した様子で訴えることが多い。職員の退室直後にも要求を繰り返すことがある。

発見までの経過

●発生まで

その日は、職員 A が一人で夜勤をしていた。日中から発熱していた別の利用者 C さんがおり、夜になっても熱が下がらず寝付けないため、頻繁に訪室し様子をみていた。その間にも利用者 B さんは 2 度ほど目が覚め、居室に A を呼び対応を求めていた。

午前 1 時、B さんの隣の居室の利用者 D さんが起き出し、気分がすぐれないと訴える。以降 A は C さん・D さんの居室を往復するようにして対応していた。その時、B さんがまた居室から職員 A を呼び、トイレへの付き添いを求め、居室に戻ると一緒に寝るよう要求した。職員 A は断ろうとするが、B さんは納得せず、A の衣服にしがみつこうようにして懇願する。そうしたやりとりが何度か続こうち、B さんの「こんな年寄りを一人にして。この人でなし！」との言葉に激高した職員 A は B さんの頬を平手打ちし、居室を後にした。

●問題の表面化

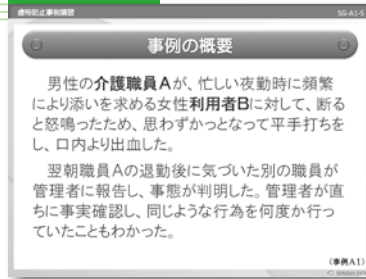
職員 A はこのことを記録に残していなかった。しかし、翌朝、朝食を一緒にとっていた早番職員が、B さんに元気がなくいつもより口数が少ないこと、やや左頬がはれていることを見つけた。早番職員は職員 A に尋ねたが、入眠にやや時間がかかったこと以外には特に何もなかったと答えた。

しかし早番職員は気にかかり、歯磨き（見守り）時に虫歯の検査と称して口内を確認したところ、左頬内側から出血が確認された。B さん本人に尋ねると、痛みがあるとのことだが原因は答えなかった。早番職員は、退勤後であったため職員 A には直接確認せず、その直後に勤務日ではなかったが立ち寄った管理者に報告した。

※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。

SG-A1-S

スライドキット



早番職員から報告を受けた管理者は、利用者Bさんの状況を確認し、何があったのか尋ねた。しかしBさんは「自分が悪かった」とだけ話し、後は話したくない様子であった。管理者は直ちに職員Aを呼び戻し、職員詰所で事実関係を確認した。はじめは否定していたAも結局は頬を平手打ちしたことを認めた。「夜勤をする度に、自分が忙しい時に限っていつも落ち着かず、あまりにも要求が多いため精神的にまいっていた。悩んでいたが、誰にも相談できず、記録にも残さなかった。昨夜も同じ状況にあり、かっとなって気付いたら平手打ちしていた」とのことであった。さらに聞き出すと、過去にも何度かBさんに対して同様の行為を行っていたことを認めた。

〔関連情報〕

夜間は両方のユニット側から渡り廊下の扉が閉められ、利用者・職員とも緊急時以外は行き来しないことになっていた。夜間の緊急時には管理者の携帯電話へ連絡することになっていた。勤務交代時の引き継ぎは主に介護記録によってなされ、口頭での伝達・確認等のルールは定めていなかった。職員会議は月1回行うことになっていたが、簡単な連絡で終わることもあり、実質的には2ヶ月に1回程度であった。

またケアプランを作成し、カンファレンスを2ヶ月に一度行うことになっていた（そのように家族にも説明していた）が、実際には半年に一度程度であった。

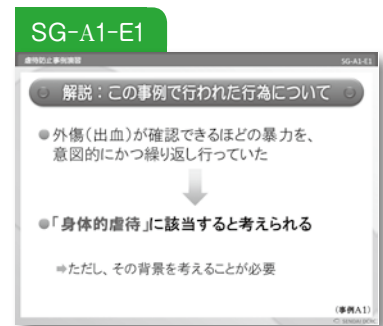
個人ワーク用スペース

事例 A1：解説のポイント

●この事例で行われた行為について

「事例 A1」は、グループホームで夜勤時におきた身体的虐待（暴力による外傷）の事例です。職員 A は利用者 B に対して、外傷（出血）が確認できるほどの暴力を、意図的にかつ繰り返し行っており、このような行為は「**身体的虐待**」に該当するものと考えられます。

ただし、こうした行為が行われた背景について考えることが、防止のためには重要です。



●防止のためのポイント

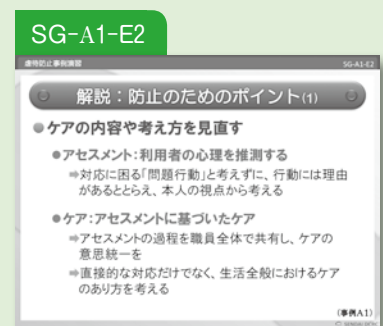
【ケアの内容や考え方を見直す】

アセスメント：利用者の心理を推測する

前述のように職員間の連携がはかられていない状況では、虐待を受けた利用者 B さんの心身の状態が適切に把握されていなかった可能性が考えられます。夜間の B さんの行動は、おそらく職員 A の夜勤時だけに起こっていたわけではありません。そのため、関わる職員全員が B さんの心身の状態を把握し、付き添いや添い寝を要求する B さんの心理を考えることが必要です。対応に困る「**問題行動**」などと考えず、B さんの行動には理由があるとらえ、本人の視点から考えましょう。

ケア：アセスメントに基づいたケア

上記のアセスメントと同様、B さんへの対応について、職員全体の意思統一はなされていなかったと思われます。そうした中で、職員 A は自分なりにその都度懸命に対処しようとしたものの、対応しきれずに追い込まれてしまったのかもしれない。B さんの夜間の行動には、夜間せん妄や寂しさなどいくつかの理由が考えられますが、適切にアセスメントし行動の理由を推測することで、行うべき対応を考えることができるのではないのでしょうか。この過程を職員全体で共有し、どのようなケアをすべきか意思統一をはかりましょう。またこの場合、「夜間の B さんの BPSD（認知症に伴う行動・心理症状）がどうしたらなくなるか」という視点だけで検討すると、対症療法的になってしまう恐れがあります。また、B さんのような行動が介護者に対してみられる場合、熱心に対応したつもりが、かえって利用者の依存度を過度に高めてしまうことがあります。そのような意味でも、例えば「要求されたら可能な限り添い寝をする」というような直接的な対応だけでなく、日中を含めた B さんの生活全般におけるケアのあり方を考え、さまざまなアプローチのしかたを検討した方がよいでしょう。



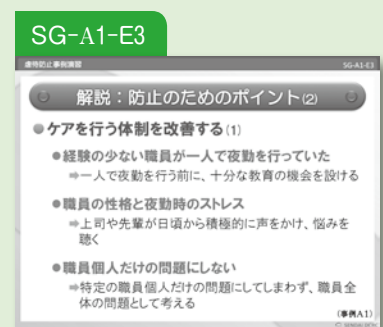
【ケアを行う体制を改善する(1)】

経験の少ない職員が一人で夜勤を行っていた

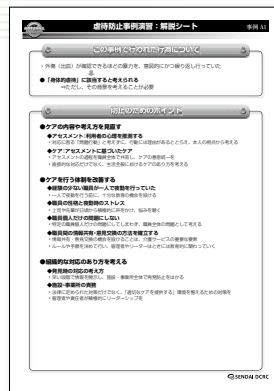
この事例では、虐待を行ってしまった職員 A は、それまでほとんど夜勤の経験がありませんでした。介護職としての経験がなかったわけではありませんが、次の項目で述べるように本人の性格もあり、職員 A は夜勤時に物理的にも精神的にも追い詰められていたことがうかがわれます。このようなことが想定される場合、夜勤を行う前に研修を行ったり、慣れるまではベテランの職員と二人一組で夜勤をするなど、一人で夜勤を行うようにする前に、十分な教育の機会を設けることが必要です。

職員の性格と夜勤時のストレス

グループホームに限らず、夜勤時に職員一人だけで大勢の利用者をケアしなければならないのが多くの施設・事業所の現状です。しかもこの職員 A は、もともと実直な性格で、業務にも熱心でしたが、同僚職員とのコミュニケーションは得意ではありませんでした。このような性格もあって、夜勤時には相当ストレスが多い状況にあったものの、自ら同僚などには相談していなかったと考えられます。上司や先輩にあたる職員が積極的に声をかけ、悩みを聴くような機会を日頃から持っていれば、職員 A がここまで追い込まれるような状況は避けられたかもしれません。また後述するように、職員間の連携を高める手だても必要です。

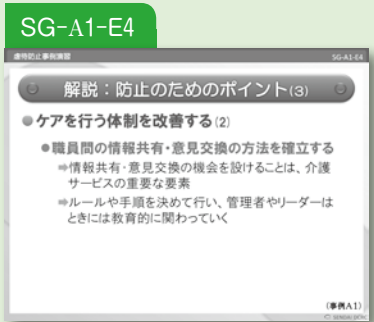


解説シート：事例A1



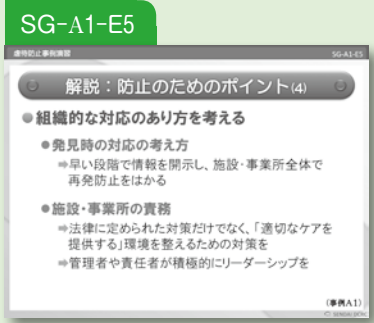
職員個人だけの問題にしない
 以上のような虐待を行ってしまった職員が置かれた状況は、ほかの職員にも生じうるものです。したがってこれらの問題は、**特定の職員個人だけの問題にしてしまわず、施設・事業所の職員全体の問題として考えましょう。**

【ケアを行う体制を改善する(2)】
職員間の情報共有・意見交換の方法を確立する
 「関連情報」や、職員 A が虐待発見以前から何度か同様の行為を行っていたにも関わらず発見できなかったことなどからは、利用者の日々の状況や介護の内容といった情報を共有する方法が確立していなかったことがわかります。職員会議やカンファレンスといった合議の機会も、予定されたペースではこなせていません。日々の申し送りやミーティングを手抜きせずに行い、**情報共有や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。**職員間の連携を高めて日々介護の知恵を出し合うことで、チームとしての介護力は高まり、結果的に虐待を行ってしまうような状況が生じる可能性は低くなっていきます。また虐待を行った職員 A のように追い込まれる状況も少なくなるでしょう。ただし、職員の自主性に任せるだけでは徹底しない可能性もあるため、**ルールや手順を決めて行い、管理者やリーダーはときには教育的に関わっていく必要があります。**



【組織的な対応のあり方を考える】
発見時の対応の考え方
 この事例のような行為が発生した場合、**早い段階で情報を開示し、事業所全体で再発防止をはかることが、長期的にみれば有効です。**「事を荒立てたくない」「公表して処分を受けたくない」といった姿勢での対応では、第二、第三の虐待は防ぎがたいと思われます。なお、高齢者虐待防止法では、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、緊急性に関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）。また、家族に対しても、事後の経過を含めて十分に説明し、謝罪を行い善後策を協議するなど、必要な対応を速やかに行う必要があります。

施設・事業所の責務
 高齢者虐待防止法では、施設・事業所は虐待防止のための対策を行う責務があるとされています。しかし、「法律に示されている対策を行っているから大丈夫」というだけでなく、より積極的に、「適切なケアを提供する」ための環境を整えるべく対策を考えた方がよいでしょう。
 それらの対策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。**



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、一目置かれ、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、脳幹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で全介助を要する。認知症はなく、気管切開をしたこともあり声が低く聴き取りにくい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聴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く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、夜勤帯で介護計画に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。

(事例A2)



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いない」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こ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】

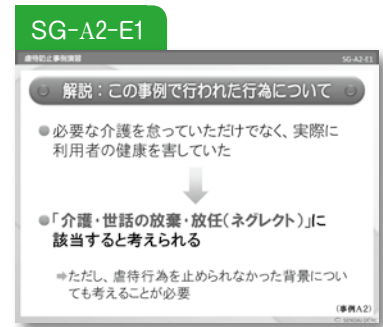
職員は、40代のベテラン層と20代の経験の浅い職員とに二極化しており、30代の中間層となる年代が少ない職員構成となっている。ベテランの介護職員がチームを仕切り、若手の職員がなかなか言いたいことを言えない環境にある。また非常勤で採用された職員と常勤の職員との関係も、一線を画しており、積極的に交わっていくような様子は見られていない。介護保険制度施行後、業務量が増え、利用者の重度化が進み、非常勤職員の増員が図られた。職員数は増えたが、職員の離職は収まらず、サービスの質の向上はなかなか図れない状況にある。もっとも基本的な、報告・連絡・相談による利用者の情報の共有は、常勤職員と非常勤職員との関係の悪さや、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った背景についても同時に考えて行く必要があります。



●防止のためのポイント

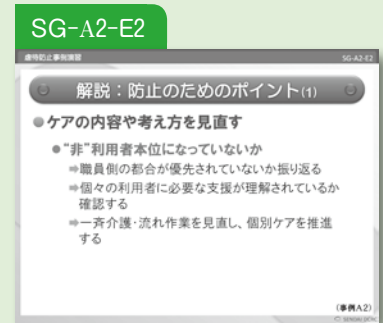
【ケアの内容や考え方を見直す】

“非”利用者本位になっていないか

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ってしまっていないか、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。個々の利用者には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十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 だけでなく、職場全体の課題であるともいえます。



【ケアを行う体制を改善する(1)】

虐待を行った職員だけの問題か

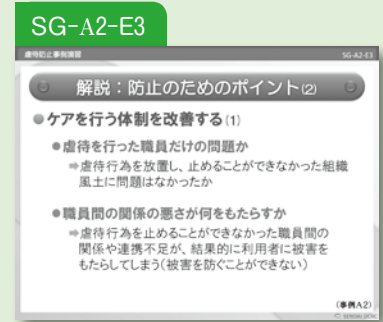
この事例で、直接虐待が疑われる行為を行ったのは職員 A です。この職員が行っていたことは、「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠る」という「介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）」に該当する可能性が高いと思われます。したがって、職員 A に必要な処分や指導を行うと同時に虐待を受けた B さんの健康を速やかに回復し、行うべき介護を徹底することは当然必要となります。

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っていたことです。虐待を行っ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。

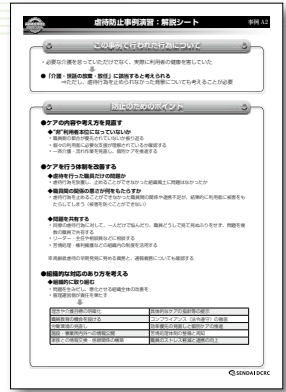
職員間の関係の悪さが何をもたらすか

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、職員どうしの関係が必ずしも良好ではないことがうかがわれます。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っています。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ったのも、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ってはいなくとも、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被害をもたらしてしまう（被害が起こるの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こりうるものです。



解説シート…事例A2



【ケアを行う体制を改善する(2)】

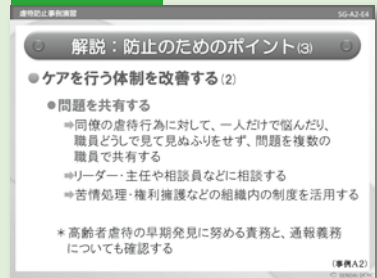
問題を共有する

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ます。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のでしょうか。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、職員どうして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が、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、緊急性に関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れる場合があるかもしれませんが、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（虐待が起こった際に、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ないことには留意してください）。

SG-A2-E4



【組織的な対応のあり方を考える】

組織的に取り組む

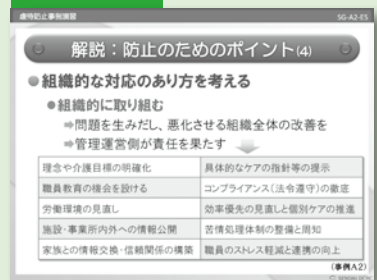
この事例のような事態が生じた場合、問題が起こったらその都度対症療法的にかかわるのでは、次なる虐待を生み出さうる組織風土や体制は改善されません。問題を生み出し、悪化させる組織全体の改善に目を向けることが必要です。しかし、組織的な課題を、現場の職員だけで改善することには限界があります。またそれはリーダー・主任といった管理職でも同じで、現場の声と管理運営側の無理解との間で板挟みになっている場合もあります。組織的な問題であるということは、すなわち施設長・管理者をはじめとする管理運営側が最終的な責任を果たす必要があるということです。

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。

【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
- 職員のストレスの軽減と連携の向上

SG-A2-E5



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。身元引受人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り、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お茶を飲んでいた。職員は家族と挨拶を交わした後、嬉しそうに C さんを見て「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。どうにかならぬのかしら」「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の多い 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。夕食の時間になっても 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。

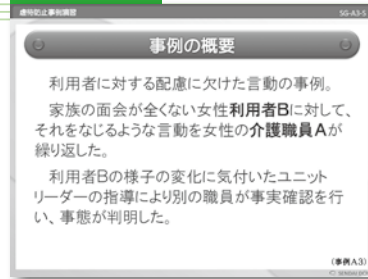
翌日・翌々日も共用スペースに顔を出さずに、食事・水分もほとんど摂らず、職員の声掛けにも塞ぎ込んだ様子であったため、B さんが信頼を寄せる担当職員の出勤を待って経緯を説明し、コミュニケーションを図ってみよう提案した。

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。

SG-A3-S

スライドキット



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。

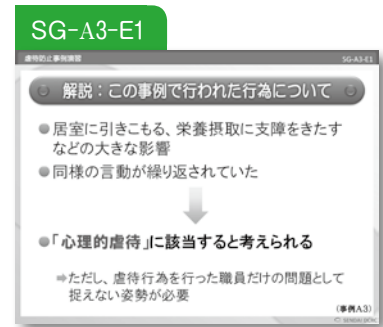
ホーム内の面会スペースは構造上の理由で食堂等の共用スペースまたは各居室に限られていた。なお、食堂は日常的に交流スペースとして利用されており、面会者同士の交流や他の利用者を交えての交流を持つきっかけの場としても捉えられていた。

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。



●防止のためのポイント

【ケアの内容や考え方を見直す(1)】

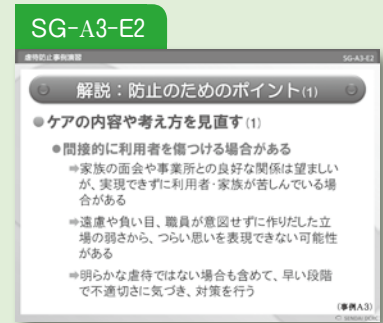
間接的に利用者を傷つける場合がある

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。

家族が頻りに面会に訪れ、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かねません。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作り出した立場の弱さなどから、つらい思いをしていますが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づき、対策を行うことが有効です。特にこの事例のように、利用者を傷つける言動が、徐々にエスカレートしていったと考えられるような場合はなおさらです。

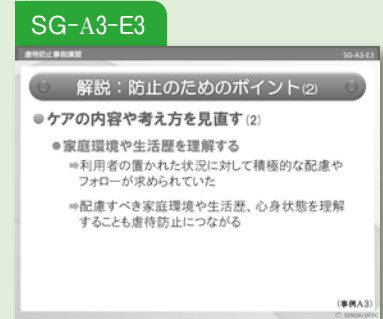


【ケアの内容や考え方を見直す(2)】

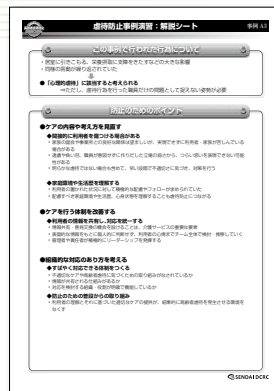
家庭環境や生活歴を理解する

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たら、このような言動はなされていたでしょうか。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必要があります。虐待を行った職員 A は誤解していたようですが、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。



解説シート：事例A3

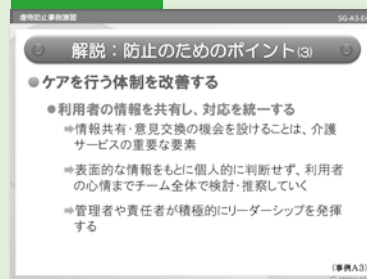


【ケアを行う体制を改善する】

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



【組織的な対応のあり方を考える】

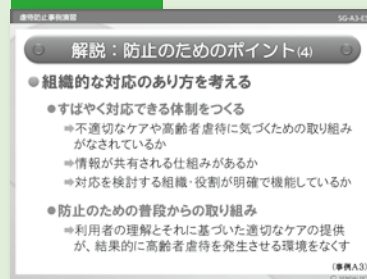
すばやく対応できる体制をつくる

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。****

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なく、事業所全体の問題として考える必要があります。

SG-A3-E5



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して居室まで連れていき、放置した。一連の行為を目撃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。当方で約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「おしっこを失敗した罰だ」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。

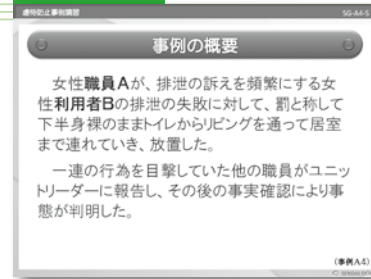
発見した職員 C から報告を受けたユニットリーダーは直ちに看護・介護部長へ報告・相談し、この2人で同日中に事実確認を行った。まず、利用者 B さんの居室へ行き、話を聴こうとすると、「もう私はオムツにしてください」と懇願された。

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、よかれと思っ

※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-A4-S

スライドキット



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、具体的な手だてを検討するまでには至っていなかった。

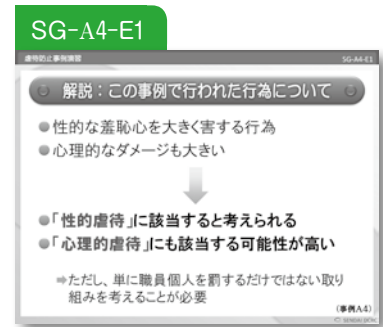
個人ワーク用スペース

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。

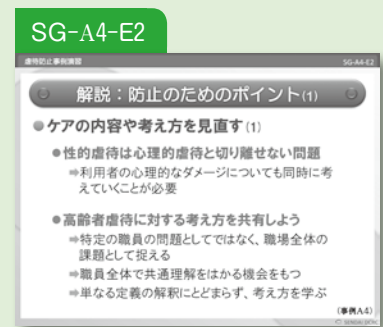


●防止のためのポイント

【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なされ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。



高齢者虐待に対する考え方を共有しよう

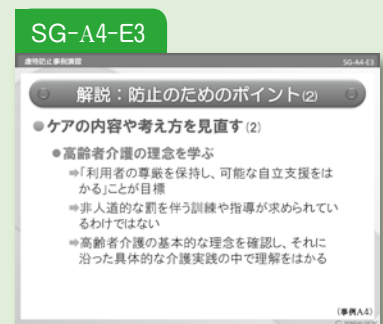
虐待を行った職員 A は、自らの行った行為が虐待にあたるとは考えていなかったようです。また、感情的に拒否している可能性もありますが、ユニットリーダーや看護・介護部長からの指摘に対して納得していない素振りもみせていました。このような場合、その場で諭してすぐに理解してもらうことは難しいかもしれません。また、この職員 A の他にも利用者を叱る職員がいたのですから、職員 A 個人の資質の問題だけではなく、複数の職員に関わる全体的な課題であるとも考えられます。したがって、職員全体で共通理解をはかるための機会をもつことが大切です。

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げられます。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。

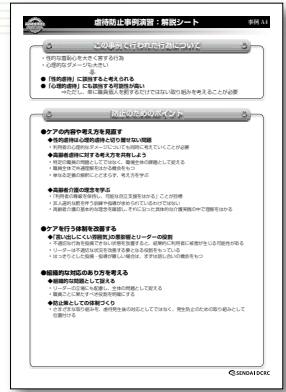
【ケアの内容や考え方を見直す(2)】

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つ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。



解説シート..事例A4



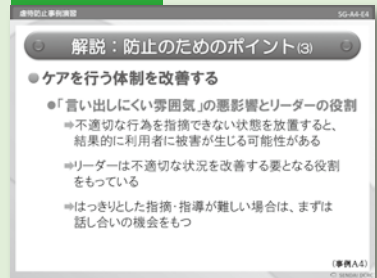
【ケアを行う体制を改善する】

「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なく、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が高まります。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



【組織的な対応のあり方を考える】

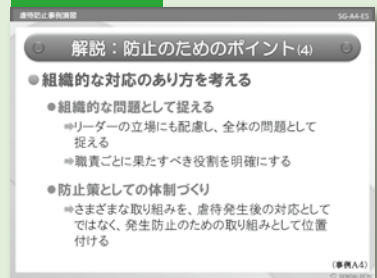
組織的な問題として捉える

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。

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だ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。

SG-A4-E5



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ったものかは特定が難しい。

●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き、あるいは他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て転倒しそうになったり、後ろに足で付け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

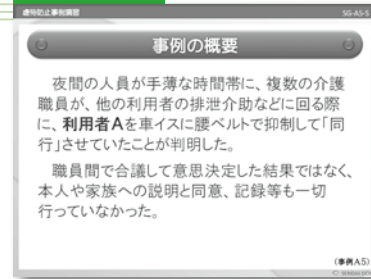
利用者 A さんが夜間に起き出すことが多い場合は、夜勤者はできるだけ A さんの居室の近くで待機しながら記録、ケアコール（ナースコール）の対応を行っていた。そうした夜勤時に他の利用者の排泄介助やおむつ交換に回る際、あるいは巡回、訪室する際に A さんの状態が落ち着かない時には、A さんを車イスに乗せて腰ベルトで固定した状態で押し、排泄介助等に「同行」させていた。昼夜逆転のリズムがうまくかみ合わないや夜間多動で、一晩中眠らないこともあり、そのようなときに車イスで同行させることをしていたようである。

●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なだった」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。

SG-A5-S

ス
ラ
イ
ド
キ
ット

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。

立ち上がろ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え、**「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。

「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のでしょうか。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、他の利用者に対して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。

「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りないように感じ、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」とあるとか「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】

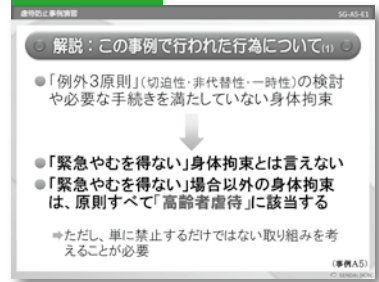
日中のケアとの連続性から考える

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。

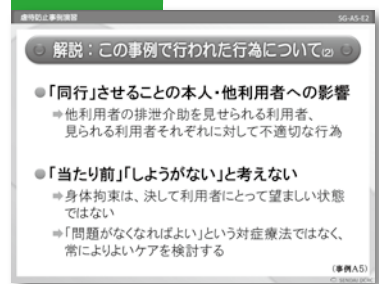
不適切なケアとの連続性を考える

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可以考虑することができます。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もしれませんが。またこうした状態を容認することは、いずれ別な形で、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づき、改善をはかることが、一人の利用者だけでなく、施設・事業所全体の虐待防止にも有効であると考えましょう。

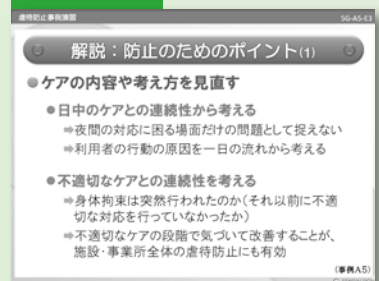
SG-A5-E1



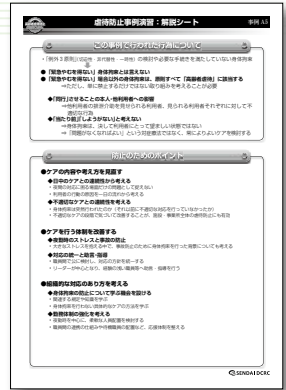
SG-A5-E2



SG-A5-E3



解説シート…事例A5

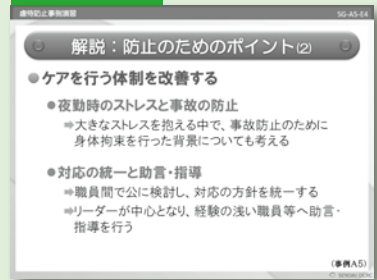


【ケアを行う体制を改善する】

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っ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。

SG-A5-E4



対応の統一と助言・指導

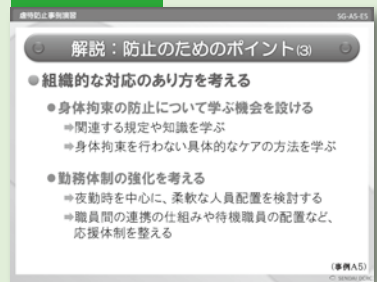
この事例では、Aさんへの対応について職員間で正式に検討する機会はなく、上司や先輩職員が助言することもありませんでした。このような状況で、職員の中には、なぜ自分のときばかり落ち着いてくれないのだろうか、という気持ちが強くなっていった人もいたでしょう。もしかすると、それぞれの職員が同じように思っている中で、誰かが考えたAさんへの抑制と「同行」という対応が深く検討されないまま広まっていたのかもしれないです。このような場合、やはり**職員皆で公に検討し、対応の方針を統一する必要がある**と思われる。またその際には、**統一された対応が実施できるように、リーダーが中心となって、経験の浅い職員等へ助言・指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

【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 I1

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。

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、せつ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（他の利用者が押しで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に戻るまで気づかれず、30分以上が経過してしまっ

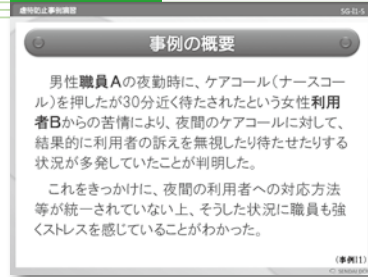
●問題の表面化

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申し訳なかったということ saying 言った。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。

※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-11-S

ス
ラ
イ
ド
キ
ット

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す。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ても、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が考えられます。しかし、そのままにしておいてもよい「しょうがない」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と、中にはそうした状況をわかって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うたり、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。そ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、行すべき行動がわからなかったりして、**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でもあります。そうならないためには、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が、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」など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が、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」にただ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

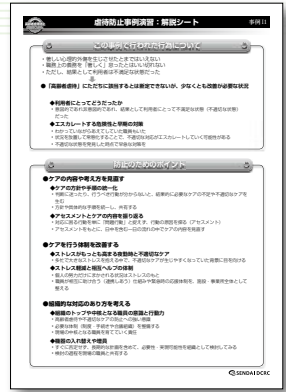
- 利用者にとってどうだったか
 - ⇒ 意図的であれ非意図的であれ、結果として利用者にとって不満足な状態（不適切な状態）だった
- エスカレートする危険性と早期の対策
 - ⇒ わかっているからあえてしていた職員もいた
 - ⇒ 状況を放置して常態化することで、不適切な対応がエスカレートしていく可能性がある
 - ⇒ 不適切な状態を発見した時点で早急な対策を

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、行すべき行動が分らないと、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

解説シート：事例イー

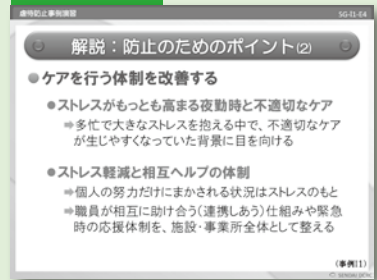


【ケアを行う体制を改善する】

ストレスがもっとも高まる夜勤時と不適切なケア

ケアコールが同時に鳴る、一人の利用者の対応をしている間に別のコールが鳴る。そんな中、せっかく寝付いたと思った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…。この事例で職員が置かれていたような状況は、多くの施設・事業所で経験することではないでしょうか。このような状況は非常にストレスフルなものであり、一人で対応することに限界を感じ、本当はしたくはなくても、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」をしてしまったりすることは、解決の糸口がみえない問題にみえます。このような状況がある場合、不適切な対応を行った職員個人の問題にしてしまったり、ただ単に「そのような行為は止めよう」と言うだけでは、根本的な解決にはつながりにくいと考えられます。多忙で大きなストレスを抱える中で、不適切なケアが生じやすくなっていた背景に目を向ける必要があるでしょう。

SG-I1-E4



ストレスの軽減と相互ヘルプの体制

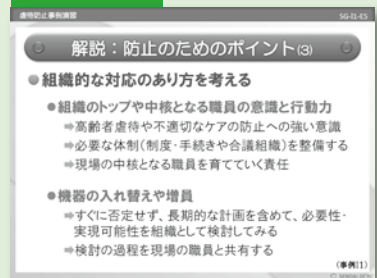
一人の夜勤者で、20～30人近くの利用者へ対応せざるを得ない状況は、かなりの緊張を求められる、ストレスフルな状況です。職員がこのような状況に置かれている場合に、職員個人の人々の努力のみを頼りにすることは適切ではありません。個人の努力にのみまかされる状況は、新たなストレスを生じさせます。職員が相互に助け合う（連携し合う）ことができる仕組みや、緊急時の応援体制などを、施設・事業所全体の体制として整えることを考えましょう。実際に使うことのできるケースが限られているとしても、いざというときに連絡をとりあえる、駆けつけてもらえる環境が準備されているだけでも、心理的な負担は軽減されます。また職員どうしが互いの目があることを意識できる環境は、よい意味で不適切なケアを防ぐ相互チェックの機能を果たすことができます。

【組織的な対応のあり方を考える】

組織のトップや中核となる職員の意識と行動力

不適切なケアに対してすばやい対応ができるためには、現場の職員だけでなく、管理運営側を含めた職場全体で、日頃から高齢者虐待や不適切なケアの防止に強い意識をもつことが大切です。またそれとともに、組織内の制度・手続きや会議・委員会などの必要な検討体制を整備しておくことも求められます。施設・事業所のトップがリーダーシップと行動力を発揮し最終的な責任をとることで、職員の積極的な取り組みも促されます。また、現場で中核となる職員を育てていくことも組織の責任者の役割であり、中核となる職員が育つことで現場の職員の成長も促されていきます。

SG-I1-E5



機器の入れ替えや増員

さまざまな対策をはかっても、物理的な課題が残る場合があります。この事例でも、旧式のケアコール盤の入れ替えや職員の増員の可能性といった課題がありました。これらの課題は、声を上げることはできるかもしれませんが、現場レベルでは変更していくのが難しいものです。「予算的な余裕がないから」とすぐに否定してしまわず、長期的な展望も含めて、必要性や実現の可能性等の詳細な検討を組織として行ってみてはどうでしょうか。たとえ実現できる幅が実際には狭くとも、検討の過程を現場と共有する中で、職員の納得を得られ、実現可能な範囲の中でさらなる工夫が生まれてくるかもしれません。

ただし、機器を最新のものにしたり、職員を増員したりすることは、それだけで不適切なケアの解消という結果をもたらすわけではありません。不適切なケアを防ぐための理念や基本的なケアのあり方を整理し、さらに具体的なケアの内容に落とし込んで職員間で共有するといった組織的な取り組みがあつてこそ、こうした試みが意味をもちます。

事例 I 2 : 事例の内容

●事例の概要と特徴

「事例 I 2」は、特別養護老人ホームでおきた、食事介助時に利用者の耳やアゴを引っ張って顔の向きを変えるなどした不適切なケアの事例です。認知症の理解と学習の機会、介護の倫理、行動の原因から考えるケア、風通しのよいチームと組織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 I2

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う度かたずねたが、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は支えれば移動がかる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

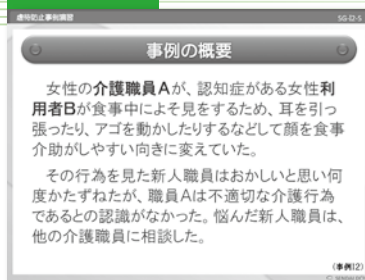
新人職員 C は、採用されて1カ月を経過したばかりで、まだまだ他の職員のやり方をみながら、利用者の状況を把握しなければならない時期にあった。新人研修では、講師や介護課長から、おかしいと思ったことは何でも質問するようにと話されていた。そのため、職員 A の B さんの方法を見た職員 C は、「そのように無理やり顔の向きを変え、食事介助するのはおかしいのでは」とたずねた。しかし職員 A は、「この方がこっちを向いてくれるので」と介助を続けた。

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。

※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-12-S

スライドキット



【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ももっていなかった。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 I 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 I 2」は、食事介助中の不適切なケアが新人職員によって発見され、対策につなげた事例を紹介しました。この事例で行われた行為は、利用者に外傷を負わせる行為もしくはその危険性が高い行為とはいええないため、身体的虐待などに直ちに該当するものではありません。しかし、**心理的な影響を与え、倫理的にみても不適切な方法であり、改善の必要性があります。**

利用者にとってどうだったか

この事例で行われた、利用者の耳を引っ張ったり、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て食事介助を行うという行為について考えてみましょう。職員 A はそれほど重大な行為であるとは考えずに、何気なく行っていた様子が見てとれます。しかし、はたして本当にそうでしょうか。このような行為の不適切さは、本人の立場に立って考えると容易に理解することができます。「もし自分がこのような対応をされたら…」と立ち止まって考えてみるのが大切です。しかし、こうした視点は、決められた仕事（食事介助）を支障なくすませることだけを考えていると、いつしか忘れがちになるため注意が必要です。

「認知症があって理解力が低下している」ことは理由にならない

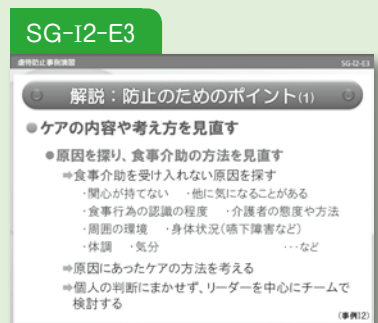
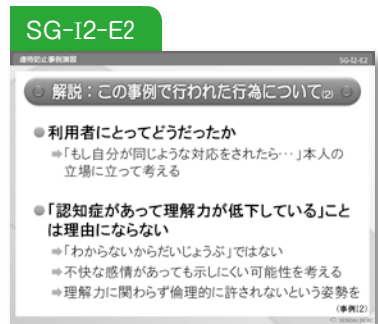
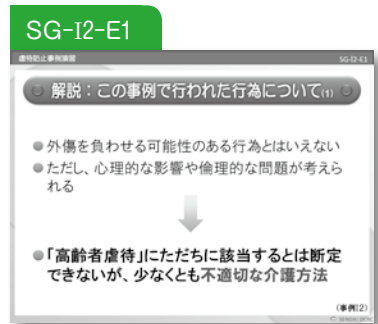
利用者 B さんは、認知症が重度で意思疎通が難しい状態でした。また、B さんに限らず、認知症がある利用者の中には、食事介助をなかなか受け入れてくれない方がいます。しかし、だからといって、「認知症がある」ということをもってこの事例のような行為が正当化されるわけではありません。「わからないからだいじょうぶ」ではないのです。職員の中に少しでもそうした気持ちが見受けられるようであれば、厳しく正していく必要があります。認知症があり言葉の理解ができないから心理的な影響は生じないという考え方ではなく、不快な感情があっても示すことができない、あるいは理解力に関わらず、そうした行為があったことそのものが倫理的に許容されないという立場で考えるのが大切です。

●防止のためのポイント

【ケアの内容や考え方を見直す】

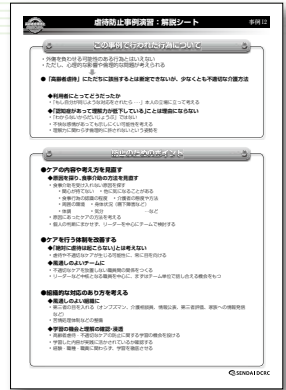
原因を探り、食事介助の方法を見直す

この事例を含めて、食事介助を受け入れてくれない認知症高齢者へはどのように対応したらよいでしょうか。それを検討する第一歩は、**食事介助を受け入れない原因・理由を探ること**です。食事に関心がもてないのか、他に気になることがあるのか、食事を摂るといふ行為を認識していないのか、利用者によって様々な原因が考えられるため、個別に考えていく必要があります。またその際には、介護者の態度や騒がしい雰囲気などの本人を不安にさせる環境や、嚥下障害などの身体的な問題や体調不良、気分といった要因も含めて、幅広く検討することが必要です。**原因がある程度推察できれば、そこから介助のしかたも考えていけるのではないのでしょうか。ただし、このような取り組みは職員個々人がそれぞれに考えて実行するのでは意味がありません。それぞれの利用者に関わる介護単位ごとに、リーダーが中心となって検討していくことが必要です。**



★介護相談員派遣等事業：介護サービスの提供の場を訪ね、利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う人（介護相談員）の登録を行い、申出のあったサービス事業所等に派遣する事業。利用者の疑問や不満、不安の解消や、派遣を受けた事業所における介護サービスの質の向上を図ることを目的とする。各市町村が実施主体であり、その判断により導入される。

解説シート…事例I2



【ケアを行う体制を改善する】

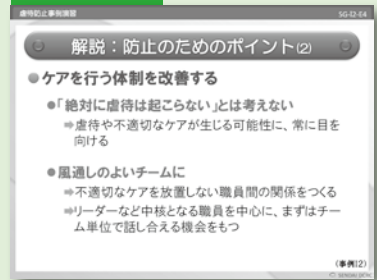
「絶対に虐待は起こらない」とは考えない

高齢者虐待、あるいは不適切なケアの防止にあたっては、どのような取り組みを行っていても、高齢者虐待や不適切なケアが生じる「可能性」はゼロにはできない、という姿勢をもつことが大切です。「ここまでやったのだから、うちの施設はだいじょうぶ」という認識が、いつしか気の緩みを生みだす可能性もあります。虐待や不適切なケアが生じる可能性に、常に目を向けておく必要があります。

風通しのよいチームに

この事例では、新人職員Cが声を上げたことで不適切な行為の発見につながりました。職員間で意見をいいにくい、風通しの悪いチームでは、不適切な行為は結果として放置され、いつしかそれがエスカレートして高齢者虐待へつながる可能性もあります。さらに、身体的虐待などは異なり、こうした行為は物理的な証拠が残らないことが多いものです。閉鎖的な環境では疑いがあっても遑って検討するのが難しい場合もあり、なおさら職員の気づきと、それを伝え合える「不適切なケアを放置しない」職員間の関係の大切さは高まります。リーダー・主任といった中核となる職員を中心に、まずはチーム単位で話し合える機会をもてるようにしましょう。また、風通しのよい職場の実現には、責任者や上司の態度も大きく影響します。指示的で話を聞かないような態度は職員を萎縮させ、伝えるべきことも伝えにくくなります。部下をもつ立場にある職員は、自分の姿勢を振り返ってみるとよいかもしれません。

SG-12-E4



【組織的な対応のあり方を考える】

風通しのよい組織に

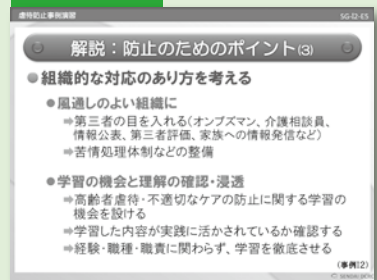
現場のチームに加えて、風通しのよい組織をつくるためには、オンブズマンなどの第三者の目が常にある環境をつくることも有効な手段です。オンブズマン組織の他にも、介護相談員派遣等事業*や、情報公表制度、第三者評価の利用、家族会の設置と情報交換など、活用できる組織や制度は多くあります。また高齢者虐待防止法では、特に施設・事業所の義務として、苦情処理体制の整備があげられています。利用者やその家族からの意見を受け入れやすい体制を、積極的に考えましょう。もちろん、これらの取り組みは現場の職員が個人的にできるものではありません。施設・事業所の責任者は、謙虚に考え、組織の自浄作用を高めるためにもこうした取り組みの導入を検討することが求められます。

学習の機会と理解の確認・浸透

高齢者虐待防止法と、高齢者虐待に対する考え方、さらには高齢者介護の理念と基本的な介護のあり方を学ぶ機会をつくりましょう。ただしその際、以下のような点に注意しましょう。

第一に、高齢者虐待について学んだ内容が理解され、実践に活用されているかどうかを確認することです。学習の機会をもつことはそれ自体重要ですが、もっとも大切なのは、学習した内容が、個々の職員において、あるいは具体的なケアの場面と関連させて理解されることです。単に形式上の研修を行えばそれでよいということではなく、実践的に理解されているか、日々の仕事の中で確認するようにしましょう。第二に、職員の経験年数や雇用形態や職種にかかわらず、最低限必要な内容は理解してもらうよう徹底することです。この事例もそうですが、正規採用の常勤職員と比較すると、どうしても臨時採用の職員（非常勤やパートなど）への教育が徹底しきれない場合は多くあります。また、管理職や中核となる職員は高齢者虐待について熟知していても、経験年数の浅い職員を中心に、現場の職員には浸透しきれていないことも考えられます。利用者にとって、援助者であることは経験年数や雇用形態にかかわらずのものであることを忘れてはいけません。

SG-12-E5



事例 I 3 : 事例の内容

●事例の概要と特徴

「事例 I 3」は、グループホームでおこった、強い言葉によって利用者の行動を制限した不適切なケアの事例です。言葉による行動制限（スピーチ・ロック）、ストレスと不適切ケアの関係、リーダーの負担、職員のストレス把握と体制支援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 I 3

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が、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力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。

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 ひとりに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

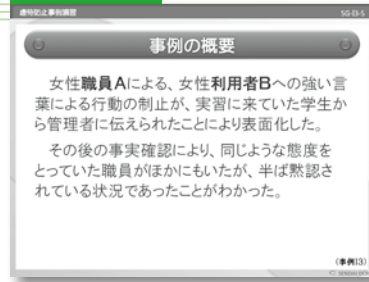
この事業所では、実習受け入れを担当する職員の勤務日には、毎日実習生との短時間の反省会を行うことにしている。当日の夕方、担当である管理者と実習生とで反省会が開かれ、その場で担当である管理者に「職員 A の B さんに対する言動に疑問を持った」という声が寄せられた。

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、職員の言葉が高圧的で命令してい

※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-13-S

スライドキット



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を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

事例 I 3 : 解説のポイント

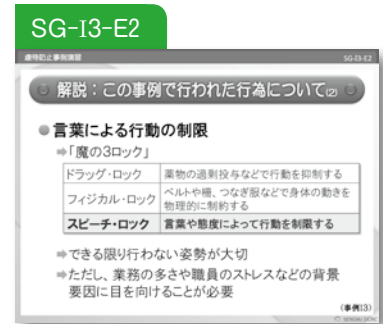
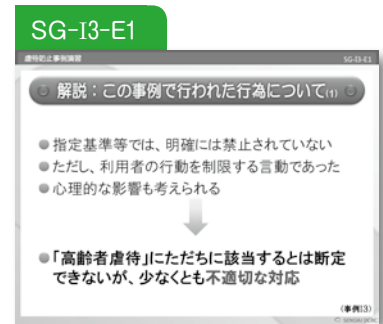
●この事例で行われた行為について

「事例 I 3」は、実習生からの指摘をもとに、不適切な言動に気づくことができた事例です。この事例で行われた行為は、利用者の行動を制限する言動ではあるものの、介護保険施設・事業所の指定基準等で明確に禁止されているわけではありません。そのため、直ちに高齢者虐待に該当するものではないかもしれませんが、利用者の行動を制限する言動であったことは確かであり、その際の利用者への心理的な影響も考えられるため、**改善が必要な不適切な対応**として捉える必要があります。

言葉による行動の制限

この事例では、強い口調で利用者の行動を制限することが行われていました。このような言動は、望ましい対応であったとは考えにくいものです。こうした強い禁止や命令の言葉による行動の制限は、介護保険施設・事業所の指定基準等で明確に禁止されているわけではありません。しかし、このような言動は、向精神薬等の薬物を過剰投与することによる「ドラッグロック」、ベルトや柵、つなぎ服などで身体の動きを物理的に制約する「フィジカルロック」と並んで、「スピーチロック」という**第三の拘束・行動制限として捉えることができます**。これらの3つの「ロック」を「魔の3ロック」と呼ぶことがあります。その意味では、**身体拘束などと同じく、できるかぎり行わないようにする姿勢が大切です**。

ただし、**業務の多さや、職員のストレスが非常に高まっていたという背景要因には十分注意する必要があります**。



●防止のためのポイント

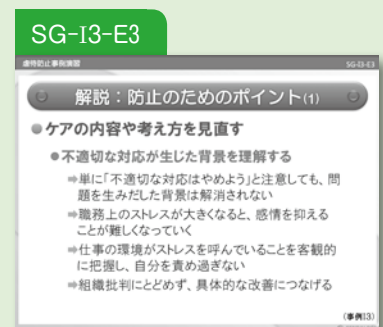
【ケアの内容や考え方を見直す】

不適切な対応が生じた背景を理解する

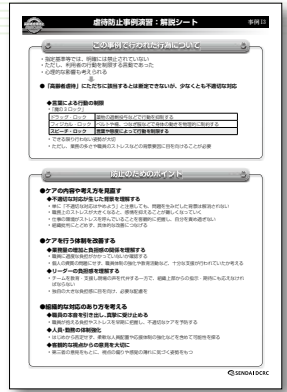
この事例のような状況に対しては、単に「不適切な言動はやめよう」と注意しても、**問題を生み出す環境それ自体が改善するわけではありません**。この事業所では、開設当初に比べて利用者の重度化が進んでおり、職員が受診の付添いに出かけることが日常的になっていましたが、食材の買出しに利用者が出かけるなどの活動は極力減らさないように努力していました。このような状況である上に、利用者 B さんに対しては、可能な限りの配慮や見守りを行いながら事故防止を試みていました。これらの対応は、すべて必要性が高いものですが、限られた職員配置の中で実現することには非常に大きな困難が伴うことは容易に推察できます。

このような状況に職員が置かれ続けると、職員にかかる精神的負担は大きく、**そのストレスが大きくなるにつれ自分の感情を抑えることが難しくなっていくことが考えられます**。また、場合によってはそうしたストレスを感じている自分自身を肯定できなくなったり、負担が許容量を超えると、必要最低限の仕事だけを果たすような形で、熱心に業務に取り組むことをやめてしまうということも起こる可能性があります（これらの反応を「バーンアウト（燃えつき症候群）」と呼ぶことがあります）。こうした状況は、対人サービスを提供する組織として危険な状況であることを認識する必要があります。特に、利用者のことを常に考え、仕事に熱心に取り組むような職員は、志が高いゆえにかえってそうした危険性は高まります。

仕事の環境がストレスを呼んでおり、それが不適切な対応につながっていることをなるべく客観的に把握し、自分を責め過ぎないようにしましょう。しかし逆に、「責任はすべて組織にある」というような組織批判に終始するだけでは、状況は改善しません。**客観的に状況を把握した上で、具体的にどのような改善が必要なのかというアイデアを出していけるとよいでしょう**。



解説シート：事例Ⅰ-3



【ケアを行う体制を改善する】

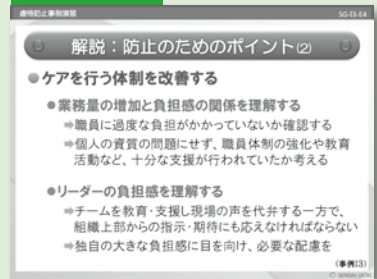
業務量の増加と負担感の関係を理解する

この事例では、利用者の支援や生活の充実にに向けた取り組みに努力する一方で、事前に業務量の調整や日課の改善をある程度試みていました。しかし、そのような取り組みを行っていても、不適切なケアが生じる可能性があるのですから、必要な業務を次々と並べて職員が過度に負担を抱えずに済まないよう、管理者は十分に確認すべきです。またその際、必要な対応が実現できないことの理由を職員の資質や能力だけの問題とせず、十分な職員教育を行っていたかなど、組織としての課題の有無にも目を向ける必要があります。

リーダーの負担感を理解する

他の複数の職員も同様の言動をとっていましたが、この事例で直接発見のきっかけとなったのは、リーダーである職員 A の言動です。この場合、リーダーという職責にある職員の責務として、不適切なケアを行わず、むしろ他の職員の教育・支援にあたるべき立場であったことを指摘すべきなのはもちろんです。しかし同時に考えたいのは、リーダーという職責にあったがゆえに、職員 A には他の介護職員とはやや異なった負担感があったと思われることです。チームを教育・支援し現場の声を代弁する一方で、組織上部からの指示・期待にも応えなければならない状況は、独自の大きな負担感を生じさせるため、組織として必要な配慮を考えましょう。ましてや A はリーダーになってから日が浅かったのですから、なおさら管理者や主任からの支援の重要性は高まります。さらに、グループホームのような比較的小規模な事業所の場合、同一事業所の中に同じ立場の職員がほとんどおらず、その立場のつらさを分かち合える存在が少ないことにも注意が必要です。

SG-I3-E4



【組織的な対応のあり方を考える】

職員の本音を引き出し、真摯に受け止める

この事例のような背景要因がある不適切ケアを防止するためには、職員が抱える負担やストレスを早期に把握し、問題の存在になるべく早く気づき、対応できる体制を構築することが大切です。職員が日頃から感じていることや悩みなどを自由に言い合う機会を設けるなどして、職員の本音を真摯に受け止め、事業所の運営に活かしていきましょう。ただし、個人が特定されることを危惧する職員がいる場合もあるため、管理者は同席せずに、リーダーなどが意見を総意としてとりまとめた上で報告するなどの工夫も必要です。さらにその上で、事業所外からのスーパーバイザー（職員に対して教育・支援を行う熟達した指導者）の導入や役割・方法を明確にした職員教育システムの構築など、具体的な職員支援の体制を検討できるとよいでしょう。

人員・勤務の体制強化

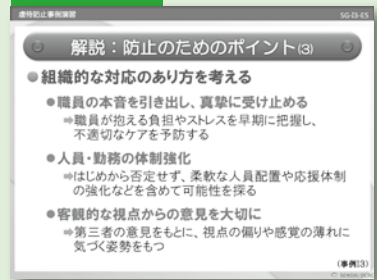
現実の問題として、いかに努力してもどうしても人手が足りない、という場合もあるかもしれません。これに対して、人手を増やすだけで問題が解決できるわけではありませんが、勤務体制を工夫することで、ケアに少しでも余裕が得られることもあるでしょう。

「増員」と考えると予算的な問題から否定しがちになりますが、必要に応じて勤務時間帯や配置人数を変更するなど、柔軟な人員配置を行う手段も考えられます。また、各ユニットの間での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。はじめから否定せずに、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。

客観的な視点からの意見を大切に

この事例では、実習生の指摘が問題を考えるきっかけになっています。このような、素朴な疑問を率直に伝えてくれる存在は、施設・事業所にとってはとても貴重なものです。どの職業でもそうですが、同じ職種の職員だけで長く仕事をしていると、どうしても視点が片寄りがちになったり、感覚が薄れてしまう可能性が生じてきます。例えば、不適切なケアが「当たり前」「しょうがない」という組織風土が定着すると、徐々にそうした状況に疑問をもつ感覚は薄れていきます。この事例の事業所はそのような状況にまではなっていませんでしたが、多くの職員が気付いていたにも関わらず指摘できない状態ではありました。客観的な視点からの第三者の意見を拒まず大切にすることで、不適切なケアを見直すよいきっかけとすることができます。ただしこの事例では、管理者が積極的に実習生と関係をつくり、話を引き出し続けてきたからこそ指摘があったのですから、単に外部の目を入れることでよいとはいいけません。

SG-I3-E5



事例 L1 : 事例の内容

●事例の概要と特徴

「事例 L1」は、特別養護老人ホームでおきた身体的・心理的虐待の事例で、退職した元職員の通報があり、市が介入したことにより判明したものです。組織体制の不備と責任者の姿勢、施設・事業所と従事者の責務、行政の対応の流れと指導監督姿勢の理解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 L1

事例の概要

A 施設の介護職員 B が複数の利用者に対して問題となる行為を行っていた事例。当該施設元職員から電話で所在地の C 市の高齢福祉担当の電話窓口にて通報があったことから判明した。C 市がある D 県と共同で施設への調査を行った結果、事故の多さと暴力や不適切な介護の事実が確認された。

■施設・事業所の概要

入所定員80名の特別養護老人ホーム A。短期入所、デイサービスセンターも併設している。特別養護老人ホームは2つのフロアに分かれており、今回通報があったのは、主に認知症が重度な高齢者が入所しているフロアに対してであった。このフロアは15名ずつのユニットとなっており、夜勤者はユニットごとに1名配置されていた。

■関係者

- 職員：30歳代後半の女性の介護職員 B。A 施設で勤務する以前は、別の特別養護老人ホームや有料老人ホームでの勤務経験があった。ホームヘルパー2級の資格を有している。現在の施設での勤務は3年目。
- 利用者：確認できた範囲で要介護度4ないし5の5人の利用者が被害にあっていた。全員が認知症で、攻撃的な言動があったり、意思疎通が非常に困難であったり、寝たきりの状態で反抗もできないなどの特徴があった。

発見までの経過

●通報の内容

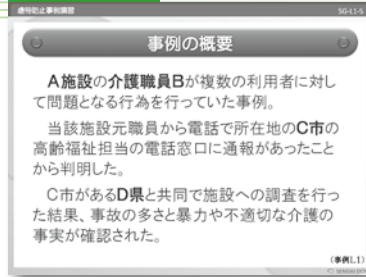
3ヶ月前に退職したという当該施設の元職員から、電話で C 市高齢福祉担当の窓口にて通報があったことにより把握された。通報の内容は、職員 B の利用者に対する介護や言葉づかいが乱暴であること、利用者の体に不自然なアザができることが度々あったということだった。職員の間では、この職員 B の不適切な介護について話題になっており、通報者がこのことに気がついたのは1年以上前からであった。退職の理由は職員 B と同じ施設で働いていることに不安を感じたからだった。「このままでいいのだろうか。こんな介護でよいわけがない」と思うが、職場の先輩に相談したところ、「あの人は仕方ない、自分たちがちゃんとしていればいい」といわれた」とのこと。また「職員が退職すると自分たちももっと大変になる」ともいわれ、それ以上相談できなくなったようである。また施設長をはじめ他の職員はある程度の状況を知りながら黙認して働いていると思われ、A 施設で勤務している間は、通報できないと感じていたとのことであった。なお、自分が通報したということは秘密にしてほしい旨の要請があった。

〔関連情報〕

通報者が退職したという時期の3ヶ月ほど前には、要介護5の寝たきりの女性高齢者が左下肢を骨折したという内容の事故報告が提出されていた。これまで A 施設での介護事故はたびたび C 市の介護保険課に報告されていたが、不自然な内容が多く、事実が隠された虚偽の報告と考えられるものも複数あった。後の調査では、これらはすべてではないにしても、職員 B が夜勤明けの日の日勤職員が発見していたことがわかった。また、前年には、国保連（国民健康保険団体連合会）に、苦情として、利用者の家族から職員の対応の悪さが指摘されていた。しかし、苦情の内容がかなり詳しく介護の実情を捉えていたため、匿名で職員が家族を装い、苦情として申し出たとも考えられた。

※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-L1-S

ス
ラ
イ
ド
キ
ット

●問題の表面化

通報に基づき、C市の指導監査担当課、介護保険担当課、高齢者福祉担当課で、通報の内容について、苦情や事故報告の有無なども照らし合わせて確認を行った。また、C市があるD県の福祉事務所にも加わってもらい、対応について協議した。その結果、介護保険法もしくは老人福祉法の権限による調査も検討されたが、第一段階として、高齢者虐待防止法の趣旨を説明し、A施設に協力を求めて任意の調査を行うことになった。また法人の監督権限がD県にあることから、C市とD県の合同調査とした。

施設長、関係するユニットの職員と利用者全員に対して聞き取り調査を行った。また勤務表、苦情対応、事故報告、支援計画、支援経過表、身体拘束説明書などの書類の確認調査を行った。施設長は調査より前に独自に職員から聞き取り調査を行っていたようであった。調査時にその報告書が提出され、施設長は、事故報告と職員Bの関係は確認しており、関係性が明確になったと話した。しかし、それまで施設長は現場の状況についてはほとんど知らなかったようであった。

職員Bは「誰がそんなことを言っているのか。自分はそんなことはしていない。疲れていて乱暴になるときはあるかも知れないが、事故は事故で気を付けていても起きることだ」と憤慨した様子で話した。各職員への聞き取り調査では、「Bの介護が乱暴であるということは漠然とは聞いたことがあったが、いつもペアで仕事をするわけではないのでわからない」とまったく同じように答える職員が多かった。唯一、最近就職した職員が、「Bの乱暴な様子を目の当たりにしてびっくりした、どうしたらいいのかわからなかった」と話した。

これをきっかけに再度複数の職員に聞き取りしたところ、職員Bが利用者に対して暴力行為や暴言を繰り返していたことがわかった。行われていた行為はオムツを変えるときに文句を言いながら尻を叩く、入浴時に噛み付き行為のある利用者の手をタオルでしばり、口をタオルで覆い、顔にシャワーをかけたりする、寝たきりの利用者に無理に手を引っ張って起こそうとしたり、体位を変えようとする、不穏な利用者に対して叩くなどの暴力を振るうというものだった。このことにより、不自然なアザができたり、利用者の不穏が増強し、職員Bが来ると逃げ惑う利用者があるなどの結果につながっていたことが確認された。

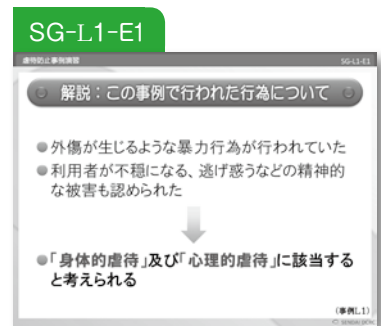
個人ワーク用スペース

事例 L1 : 解説のポイント

●この事例で行われた行為について

「事例 L1」は、当該施設を退職した職員からの通報によって、市や県が公的に対応を行ったことで虐待が判明した事例です。

この事例で、職員は、利用者に外傷を負わせるような暴力行為と、不穏や逃げ惑うなどの強い精神的な被害を与える暴言などを行っており、**身体的虐待および心理的虐待に該当すると考えられます。**



●防止のためのポイント

【問題の全体像を捉える】

特定の職員だけの問題として捉えない

この事例において、職員 B の行っていた行為は到底許されるものではありません。

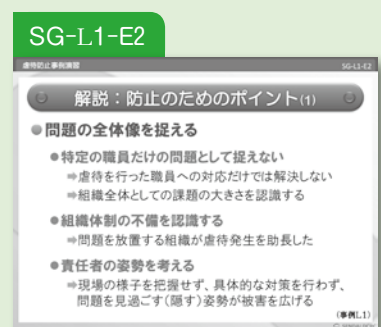
しかし、これを特定の職員が起こしたこととしてのみ捉え、その職員の行いを正せば問題がすべて解決するわけではありません。むしろこの事例では施設全体としての課題が大きかったために、退職した職員からの通報と市からの介入という事態に至ったといえ、そのことをよく認識する必要があります。

組織体制の不備を認識する

組織全体の課題として指摘できるのは、多くの職員が気付いていながら、指摘できずにはいたばかりか半ば容認する態度を取っていた可能性があることや、不自然な事故報告が度々あったにもかかわらず分析・検討を行っていない点などです。このような状況を放置することは、換言すれば虐待が起こりうる、あるいは現に起こっている状況に組織として目をつぶり、助長していることに他なりません。施設全体で高齢者虐待防止に関する認識を持ち、介護の質を向上させるために取り組む必要があります。

責任者の姿勢を考える

施設全体で取り組む必要性を考えたとき、この事例でもっとも注意しなければならない点の一つに、施設長の姿勢があげられます。この事例の施設長は、市からの調査が入る直前まで介護現場の様子や事故報告の内容は知らなかったようであり、上記の組織的な課題について具体的な対策を行っていませんでした。さらに、確実ではありませんが、市や県の調査前に、職員に箱口令を敷いていたことさえ疑われます。このような姿勢が被害を広げたともいえます。こうした状況では、施設内部だけで問題の解決をはかることは、その必要性を訴えることさえ難しく、市や県の介入という公的対応がはかられたのもやむを得ないといえます。



【施設・事業所やその従事者の責務を確認する】

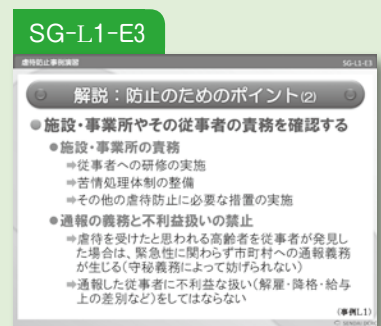
施設・事業所の責務

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）。また、「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、必要な取り組みを考え、実施すべきでしょう。

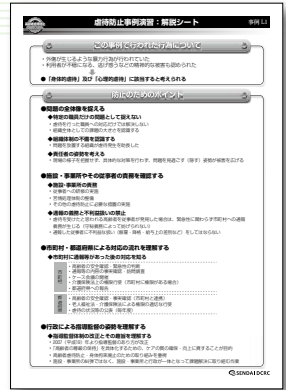
通報の義務と不利益扱いの禁止

高齢者虐待防止法では、虐待を受けたと思われる高齢者を養介護施設従事者等が発見した場合は、緊急性に関わらず、市町村に設置されている窓口へ通報を行う義務が生じます（第21条）。この通報を行うことは、虚偽であるものや過失によるものを除いて、職務上の守秘義務等には妨げられません。

この通報義務に対して、**通報した従事者等へ解雇や降格、給与や仕事上の差別といった不利益な取扱いをすることは禁じられています**（第21条）。この規定は、高齢者虐待の問題を施設・事業所の中だけで抱え込まずに、早期に発見し対応をはかるために設けられたものです。このことを、施設の設置者や事業者は重く受け止めなければなりません。



解説シート：事例①



【市町村・都道府県による対応の流れを理解する】

市町村に通報等があった後の対応を知る

施設・事業所内の虐待については、施設内外のさまざまな立場の人から通報があり、市町村・都道府県により公に介入が行われることがあります。誤解のないよう、対応の流れをよく理解しておきましょう。

市町村には、高齢者虐待に関する対応の窓口となる部局を設置することが義務づけられています。窓口で高齢者虐待に関する通報等があった場合、まず通報等の内容の事実確認や**高齢者の安全確認**、**緊急性の判断**が行われます。

事実確認は、緊急性が非常に高い場合を除いて、市町村が施設・事業所に対して報告を求め、**立入調査も含めて必要な調査**を行います。この際、市町村長もしくは都道府県知事には、介護保険法及び老人福祉法による調査権限がありますが、その権限を行使せず、まずは施設・事業所の任意の協力の下に**訪問調査**を行う場合もあります。

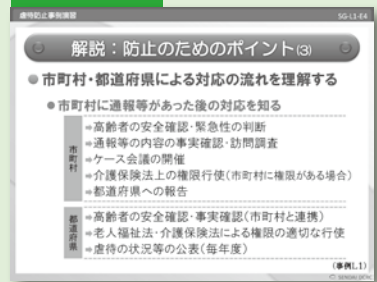
これらの事実確認によって虐待の存在が疑われた場合、市町村は**ケース会議**を開催することになります。この会議では、事実を再度確認した上で、行政としての対応の方針を考えていきます。

ケース会議において虐待の存在が認められると、地域密着型サービスなどの、市町村に介護保険法の規定による権限が行使可能な範囲では、市町村がその**権限を行使**することになります。またそれ以外の場合は**都道府県へ報告**され、必要に応じて協力して事実確認などを行いながら、やはり都道府県が**介護保険法及び老人福祉法の規定による権限を行使**することになります。

「権限の行使」により、当初任意調査によって事実確認をしていた場合は、この時点で改めて介護保険法や老人福祉法に基づく報告徴収や立入検査を行う場合があります。また、事実確認が十分であれば、施設・事業所に必要な内容を指導して改善計画の作成を求め、それに沿った事業が実施されているか再調査をすることを考えられます。さらに、施設・事業所がこうした指導を無視したり、事実確認の時点で極めて深刻な虐待が行われていたような場合には、高齢者の保護をはかるため、勧告・命令・指定取消処分などの権限行使に至ることも考えられます（このような事例においても、初回調査後などのより早い時期に強い権限行使がなされる可能性があります）。

なお、養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況・措置等の内容は、各都道府県で集約され、年度ごとに公表されます。

SG-L1-E4



【行政による指導監督の姿勢を理解する】

指導監督体制の改正とその趣旨を理解する

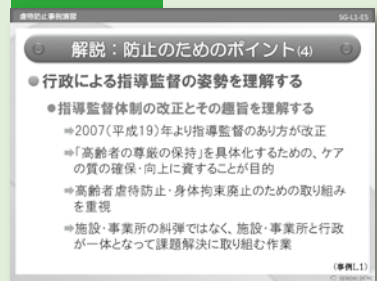
平成18年10月23日付の厚生労働省老健局長通知（老発第1023001号）により、平成19年度から介護保険施設・事業所に対する指導監督のあり方が変わることになりました。「介護保険施設等指導指針」及び「介護保険施設等監査指針」も新たに示されています。

この指導監督体制の改正は、共に平成18年度より施行された、改正介護保険法と高齢者虐待防止法の趣旨に沿う内容となっています。改正介護保険法と高齢者虐待防止法は、両者とも「**高齢者の尊厳の保持**」を大きな目的として謳っています。これに合わせ、指導監督体制の改正も、**高齢者の尊厳の保持という理念を具体化するためのケアの質の確保・向上に資することを目的**としています。

新しい指導監督体制の実現のために、実地指導を行うためのマニュアルも示されています。この中では、**特に高齢者虐待の防止・身体拘束の廃止を中心に**、上記の目的が達成されるように、細やかな指導の視点が説明されています。

したがって、指定基準の遵守状況のチェックや不正請求の防止に重点が置かれた従来の指導監督とは異なり、今後の指導監督は「**ケアの質の確保・向上**」を大きな目標として行われることとなります。そのため、行政自らが、具体的なプロセスを示し、施設・事業所の取り組みに対して信頼関係を構築しながら支援していくことが重要とされています。高齢者虐待の防止・身体拘束の廃止に関する指導は、そうしたよりよいケアの実現に向けたものであり、**単に施設・事業所を糾弾するためのものではないことを施設・事業所側も行政側もよく理解しておく必要があります**。施設・事業所と行政が一体となって課題解決に取り組む作業であると捉えるべきです。

SG-L1-E5



事例 L2 : 事例の内容

●事例の概要と特徴

「事例 L2」は、グループホームでおこった不適切な身体拘束（＝高齢者虐待）の事例であり、見学者の通報に基づいて市が介入したことで事態が判明したものです。身体拘束に関する、考え方・法規定・責任者や組織のあり方・サービス評価や実地指導の観点の理解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 L2

事例の概要

A 事業所に複数で見学に行った地域の民生委員から、車イスやイスに紐が常時ぶら下げてあり、男性利用者 B を動けないように縛っているのではないかと所在地の C 市の高齢福祉担当課に情報提供があった。管理者を呼び出して面接した後、C 市の関連する 3 部署で対応について協議を行い、A 事業所の実態調査・指導を行った。

■施設・事業所の概要

開設後約10ヶ月の定員9名（1ユニット）のグループホーム。現在は男性2名、女性6名が入居。夜勤は1名。日勤帯は管理者を含め2名の職員を配置。計画作成担当者はほかのホームと兼務で1名配置されている。精神科を含む契約病院の定期的な往診がある。

■関係者

- 職員：A グループホームの職員全員が意識せずに身体拘束を行っていた。
- 利用者：入居後8ヶ月になる要介護4の80歳代の男性利用者 B。入居前は高齢の妻が一人で介護していたが、不穏や攻撃的な言動により介護しきれないということで A 事業所とは別のグループホームに入居。一時体調が悪化して市内の病院に入院し、退院と同時に現在の A グループホームに入居となる。入居当時は、不穏により、イスに座っていても急に立ち上がる、車イスからすり落ちる、足をばたばたさせるなどの行為があった。会話のやりとりは難しく、言葉を発することが少ない。機嫌が良いときには、話しかけると笑顔をみせることがある。

発見までの経過

●通報の内容

A グループホームに見学を訪れた民生委員の一人が所在地の C 市の高齢福祉担当課に伝えたことで発覚した。

A グループホームが新しいこともあり、地域の民生委員、ボランティアが複数で見学を訪れた。その際、置かれていた車イスやイスに紐がぶら下がっており、手薄なときや暴れるときには縛るのではないかと容易に想像できた。見学中に説明をしていた管理者に紐のことを指摘したところ、家族の申し出もあり利用者 B さんに限っては状況により紐で縛ることもあると説明したそうである。紐で縛ることは良くないのではないか、暴力などはないのだろうかと心配になった民生委員の一人が高齢福祉担当課に相談を持ちかけたことにより表面化した。通報者については、複数で見学したこともあり、匿名であればその中の一人が通報したことにしてかまわないということだった。

〔関連情報〕

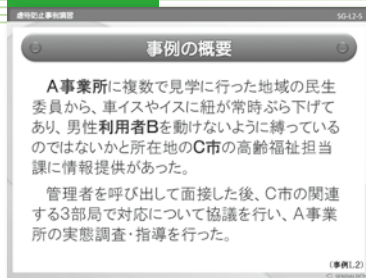
以前にも同様の指摘があり、C 市から確認を行ったが、身体拘束はしていないと報告をしていた。また開設当初には、A グループホームの職員が入居者の金銭の管理をあいまいに行っていたことで親族とトラブルになったことがあった。

在宅介護時は、高齢の妻は動き回る B さんの行動に疲れて危険のないように紐で縛るなどしていた。「自分が面倒を見ることはできないし、世話を願うのだから施設の人が困ったら紐で縛ってもかまわない」と妻が申し出たことを受けて、最初に入居したグループホームでも身体拘束を行っていたようである。

※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-L2-S

スライドキット



●問題の表面化

通報を受けて、C市の高齢福祉担当課と、介護保険担当課、指導監査担当課の3者で対応について協議を行い、まず管理者を呼び出し、面接を行った。身体拘束や高齢者虐待の認識に欠けると思われる管理者は「あえていつものグループホームの姿を見せたほうがよいかと思ってそのままとした」と話した。このとき、身体拘束が例外的に認められる「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの要件の確認を行い、家族が申し出たのは「縛ってほしい」ということではなく、自分が介護できないため、職員に迷惑をかけてはいけないという思いで提案しているのであって、妻の心情を汲み取り改善に向けた取り組みをすべきと指摘した。

後日、3部門合同でAグループホームを訪問し、管理者、ケアマネジャーから聞き取り調査と書類の確認を行った。その結果、入院中は比較的落ち着いていると思われたBさんだったが、退院後、Aグループホーム入居と同時に不穏な行動が見られたことに対して身体拘束が行われたことが最初であることがわかった。Bさんの妻が入居時に持参した腰紐を、車イスやイスに常時結び、足をばたばたさせて危険なときや、イスからずり落ちそうな場合に縛っていたようであった。アザ等はないもののこのような身体拘束は常時行われていたことがわかった。なお、他に暴力等の行為は認められなかった。

Bさんは入居当時には不穏な状況が強くあり、精神科医より精神安定剤を処方され、服用していた。しかし、その後は支援経過表においては不穏な状況は認められず、あえて紐で縛る行為をする必要性は感じられなかった。紐はすでにはずしたというものの、いつはずしたのか尋ねると明確に回答することができなかった。少なくとも半年以上にわたって拘束が日常的に行われていたことがわかった。管理者は、「往診する主治医から“介護を良くやっているから本人の状態が良くなった”といわれている」と繰り返し説明するのみであった。ケアプランは2ヶ月前に切れたままとなっており、Bさんに関する転倒による怪我など3回の事故報告が提出されていたが、事故の事実のみが記載されていた。

高齢者虐待防止法や身体拘束の禁止規定の知識がある職員はほとんど見受けられなかった。

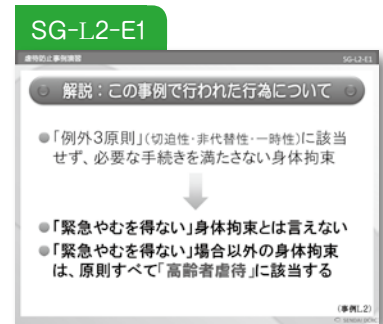
個人ワーク用スペース

事例 L2 : 解説のポイント

●この事例で行われた行為について

「事例 L2」は、当該事業所を見学した民生委員の通報からの通報によって、市が公的に対応を行ったことで不適切な身体拘束が判明した事例です。

この事例で、このような身体拘束は、例外 3 原則（切迫性・非代替性・一時性）などの必要な要件や手続きを満たしていたとはいえ、「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。



●防止のためのポイント

【身体拘束に関する規定や考え方を理解する】

身体拘束の弊害

平成13年3月に、厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」より、『身体拘束ゼロへの手引き：高齢者ケアに関わるすべての人に』が出されています（当時開設されていた介護保険施設等に配付。現在は「福祉自治体ユニット」より1部600円で購入可能）。この『手引き』には身体拘束の廃止に向けた具体的な考え方や事例等が掲載されており、この活用を考えるのも一策です。また『手引き』の中では、冒頭で以下のように身体拘束の弊害が示されています。高齢者介護のサービスを提供する事業者は、こうした弊害を認識した上で業務にあたるのが求められます。

- ①身体的弊害：関節の拘縮や筋力の低下、褥創の発生等の外的弊害、それに伴う機能低下等の内的弊害、さらに拘束に抵抗すること等によって起こるより重大な事故の危険等、「高齢者の機能回復」と正反対の結果を招く恐れがある。
- ②精神的弊害：不安・怒り・屈辱・あきらめ等の多大な精神的苦痛を与えて尊厳を脅かし、認知症の進行や精神症状の頻発をもたらすおそれもある。家族にも精神的苦痛を与え、看護・介護スタッフの誇りや士気にも影響する。
- ③社会的弊害：施設・事業所に対する社会的な不信、偏見を引き起こす恐れがある。また身体的・精神的弊害によりさらなる医療的処置を生じさせ、社会的なコストも増大させる。

（『身体拘束ゼロへの手引き：高齢者ケアに関わるすべての人に』 p. 6 の記述を要約）

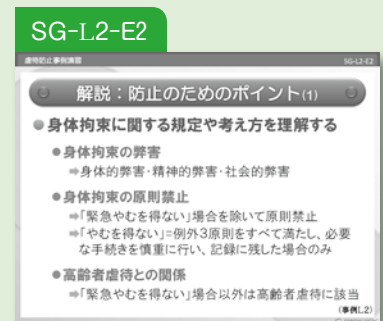
身体拘束の原則禁止

上記のような弊害のある身体拘束に対して、介護保険制度の開始にあわせて、介護保険施設等では、利用者本人や他の入所者等の生命や身体を保護するために「緊急やむを得ない」場合を除いて、身体拘束その他の入所者の行動を制限する行為は、指定基準等で原則禁止されています。

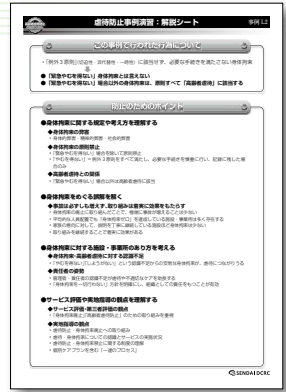
ここでいう「緊急やむを得ない」場合とは、「例外 3 原則」と呼ばれる 3 つの要件、「切迫性」「非代替性」「一時性」をすべて満たし、しかも、身体拘束廃止委員会等を設けて要件の確認や判断を組織的・客観的に行い、本人・家族等への十分な説明をし、必要がなければすみやかに解除するという極めて慎重な手続きのもとでなされる場合に限られます。さらに、そうした手続きに関する記録を残すことも必要です（記録を行っていない場合は「身体拘束廃止未実施減算」が適用されます）。また適宜再検討して記録を加えるとともに、情報の開示と関係者間での共有が求められています。

高齢者虐待との関係

上記のようなことから、「緊急やむを得ない」場合を除いて、身体拘束は原則すべて高齢者虐待に該当する行為であると考えられます（『市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について』厚生労働省老健局、2006）。



解説シート…事例12



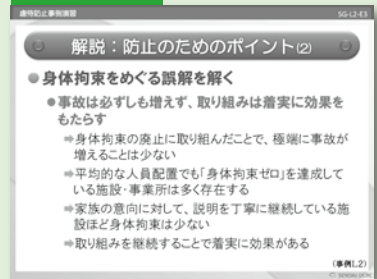
【身体拘束をめぐる誤解を解く】

事故は必ずしも増えず、取り組みは着実に効果をもたらす

身体拘束の廃止に踏み切れない理由として、「事故の不安がある」という声は多く聞かれます。しかし、認知症介護研究・研修仙台センターが中心となって行った全国の介護保険施設を対象とした調査（「介護保険施設における身体拘束廃止の啓発・推進事業」報告書）では、異なった結果が得られています。調査の結果からは、事故の種類によって幅はありますが、身体拘束の廃止に取り組んだ施設の中で、取り組み後に介護事故が増加したと回答したのは1～2割に過ぎませんでした。適切なケアを提供することで、大部分の施設では事故を特に増加させずに身体拘束の廃止に取り組むことができると考えられます。また、「人手不足」も理由として多くあげられますが、組織体制の改善を含めたケアの工夫により、平均程度の人員配置で身体拘束ゼロを実現している施設も多くあります。「家族の強い意向があつてしかたなく」という声も聞かれますが、禁止規定だけでなく、身体拘束を行うことで生じる将来の弊害などを含めて説明を丁寧に、継続して行っている施設ほど身体拘束は少ない傾向にあります。

さらに、拘束廃止に取り組んでからの年月が長いほど廃止を実現している施設の割合は高くなり、取り組みは着実に効果をもたらすことがわかります。

SG-L2-E3



【身体拘束に対する施設・事業所のあり方を考える】

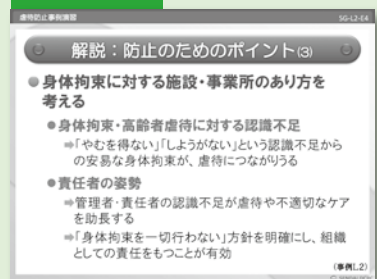
身体拘束・高齢者虐待に対する認識不足

この事業所では、身体拘束に対する考え方などの知識が乏しく、そのことが結果として身体拘束が安易に行われ続けることにつながった可能性があります。「やむを得ない」「しよがない」といった気持ちがあつたのかもしれない。しかし、そうした認識の不足そのものが、結果として利用者への虐待として現れていることに対しては、強く反省する必要があります。

責任者の姿勢

上記のような認識不足は、管理者の認識不足から来ていることが考えられます。こうした管理者・責任者の認識不足が、不適切な身体拘束を含めた高齢者虐待や不適切なケアの発生を助長する可能性があることに、十分注意しなければなりません。身体拘束の原則禁止は介護保険法の施行と同時に始まったものであり、同法と理念を一にしているものです。高齢者介護のサービスを提供する事業者としての社会的責任を認識すべきです。「身体拘束を一切行わない」という方針を管理者・責任者が明確にし、組織としての責任をもつことが有効です。

SG-L2-E4



【サービス評価や実地指導の観点を理解する】

サービス評価・第三者評価の観点

グループホームを含む地域密着型サービスへのサービス評価や福祉サービス第三者評価等においては、「身体拘束廃止」や「高齢者虐待防止」の取り組みが重視されています。つまり、身体拘束に対する考え方を理解しその廃止に努めることは、サービスの質を振り返る観点としても重要視されていることとなります。

実地指導の観点

平成19年度より介護保険施設・事業所への指導監督の内容が変更され、実地指導時には身体拘束廃止や高齢者虐待防止への取り組みの内容が重視されるようになりました。この指導監督においても、サービスの質を確保するという視点が強く導入されています。

具体的には、下記の観点を中心に実地指導が行われることとなります。

- ①虐待防止・身体拘束廃止への取り組み
- ②虐待・身体拘束についての認識とサービスの実施状況
- ③高齢者虐待防止・身体拘束禁止に関する制度の理解
- ④個別ケアプランを含む「一連のプロセス」

SG-L2-E5

