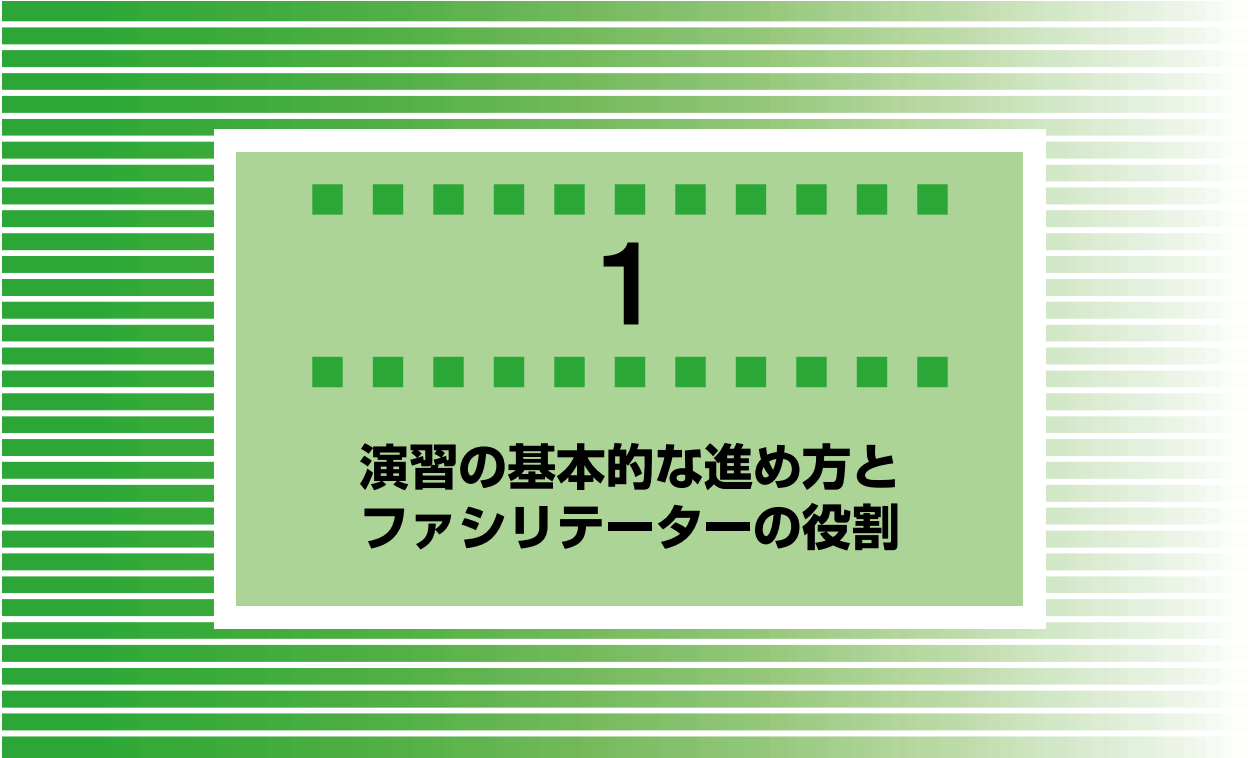




第Ⅲ部

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る**、④**自分の考えを客観視することができる**、⑤**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**、⑥**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**、⑦**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。

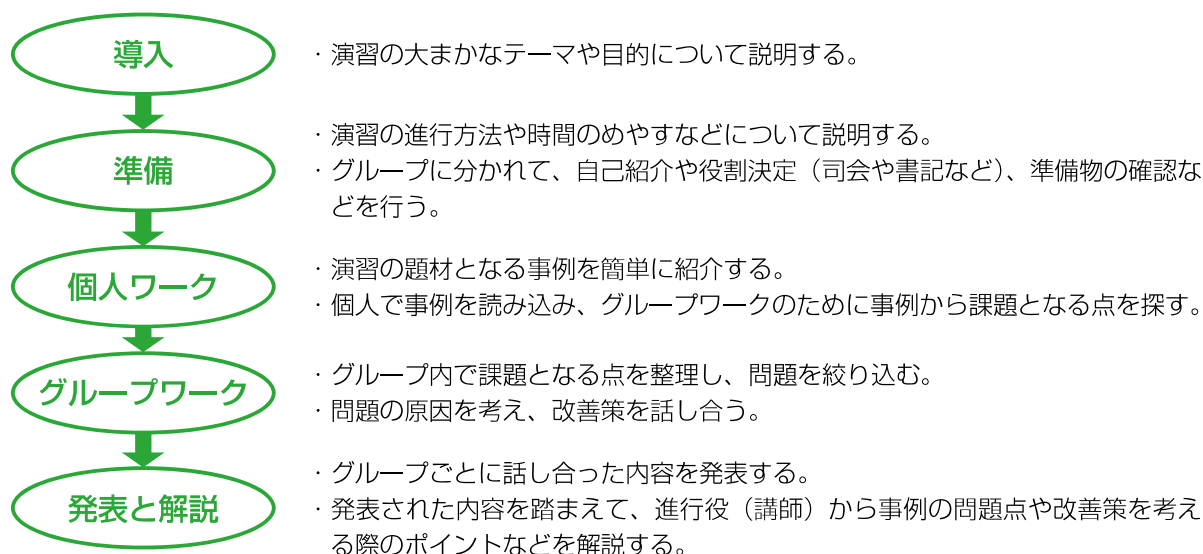
2) 演習の基本的な進め方と必要な人員

●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っ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といよいでしょう。

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充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といよいでしょう。

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、演習がスムーズに進行します。

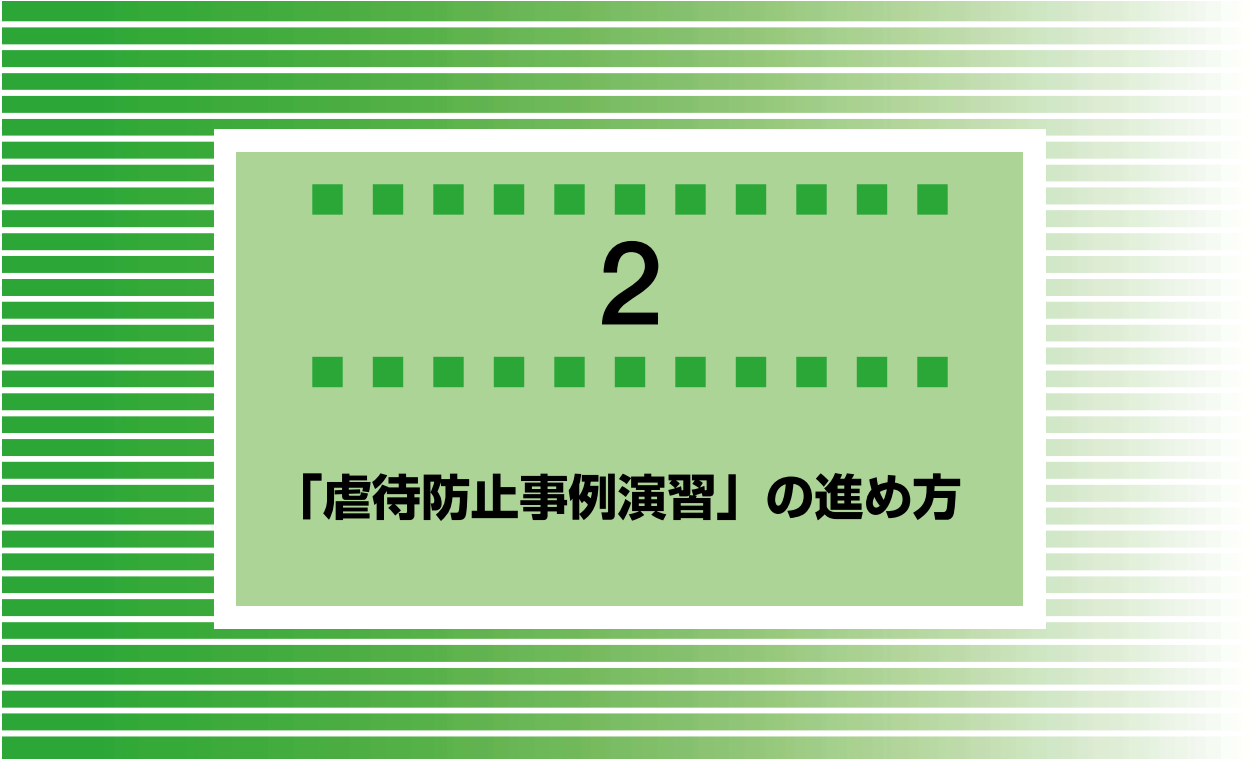
ファシリテーターの具体的な役割としては、次のようなものがあげられます。

- ・ 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といよいでしょう。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」などの名前で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。

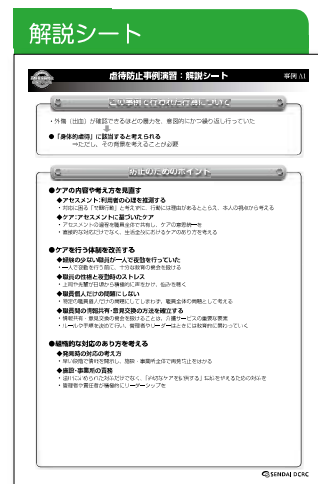
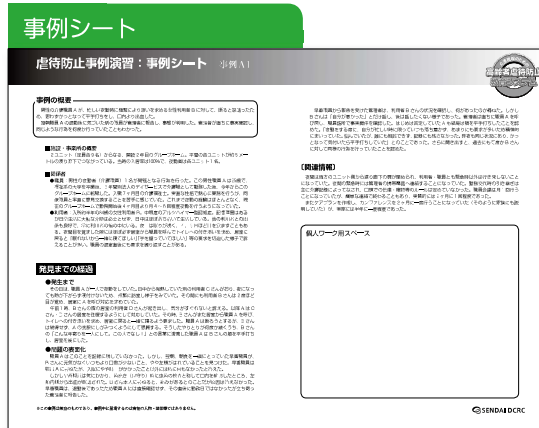
『事例シート』には、A3版の用紙に演習の題材となる事例が示されています。はじめに事例の概要が簡単に示されており、次いで舞台となる施設・事業所の概要と関係者についての状況説明が示されています。以降、高齢者虐待もしくは不適切なケアの事例について、問題となる行為が発生するまでの経過、問題が表面化するまでの経緯、問題を考える際に関連する情報が示されています。『事例シート』は受講者一人ひとりに配布することを想定しており、個人ワークに使用するためのスペースも設けられています。

『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）。



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す。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ではなく、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から決めてもよいでしょう。

●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。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。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）
導入 ・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
準備 ・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
個人ワーク ・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）
グループワーク 【グループワーク①】（標準所要時間15分） ・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。 【グループワーク②】（標準所要時間15分） ・2つの問題点に対して、行いうる改善策のアイデアをグループ内で出し合う。	スライド SG2-4 『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） スライド SG2-5 『グループワークシート』（「改善策」欄にメモ）
発表と解説 ・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）
導入 （2 段階の場合と同じ）	スライド SG-T1、SG-T2
準備 （2 段階の場合と同じ）	スライド SG3-1 スライド SG3-2
個人ワーク （2 段階の場合と同じ）	スライド SG- 事例番号-S スライド SG3-3 『事例シート』
グループワーク 【グループワーク①】（標準所要時間15分） ・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。 【グループワーク②】（標準所要時間15分） ・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。 【グループワーク③】（標準所要時間15分） ・2つの問題点に対して、行いうる改善策のアイデアをグループ内で出し合う。	スライド SG3-4 『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） 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） スライド SG3-6 『グループワークシート』（「改善策」欄にメモ）
発表と解説 ・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、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点をみつけて讃えることや、他のグループとの共通点をみ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。入職 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と、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。

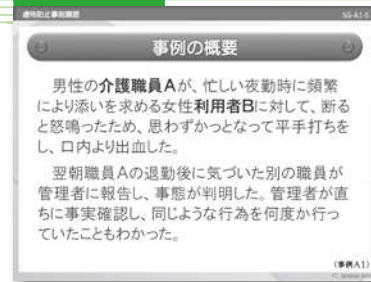
●問題の表面化

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開められ、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。

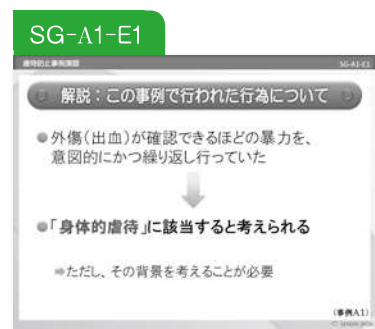
個人ワーク用スペース

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

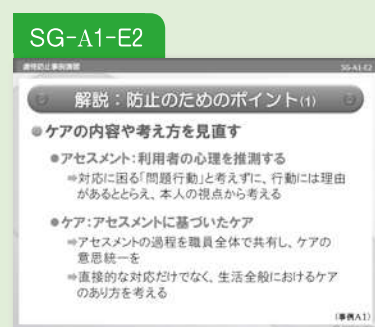
【ケアの内容や考え方を見直す】

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考え、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ません。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。



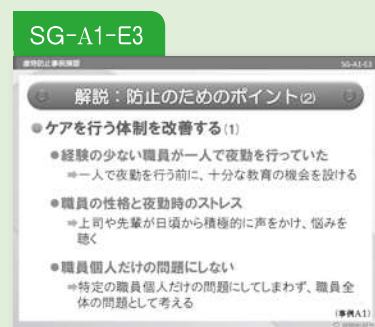
【ケアを行う体制を改善する(1)】

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。

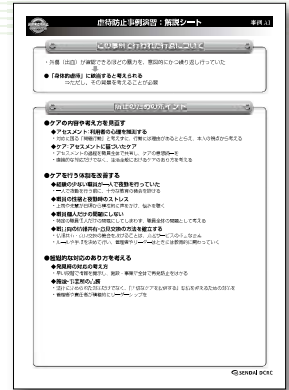
職員の性格と夜勤時のストレス

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。



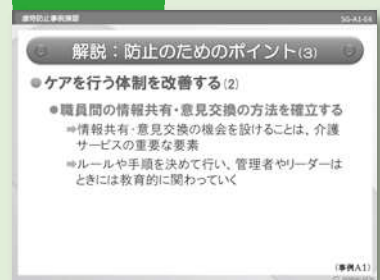
職員個人だけの問題にしない

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。**

SG-A1-E4

**【組織的な対応のあり方を考える】****発見時の対応の考え方**

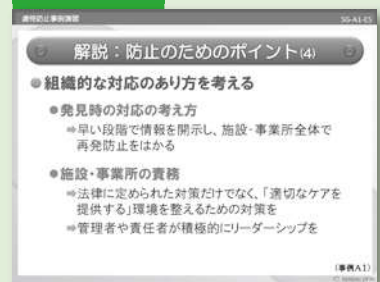
この事例のような行為が発生した場合、**早い段階で情報を開示し、事業所全体で再発防止をはかることが、長期的にみれば有効です。**「事を荒立てたくない」「公表して処分を受けたくない」といった姿勢での対応では、第二、第三の虐待は防ぎがたいと思われます。なお、高齢者虐待防止法では、養介護施設・事業所の従事者等が職務の中で虐待と思われる事態を発見した場合は、緊急性に関わらず速やかに市町村に通報する義務があります（第21条）。また、家族に対しても、事後の経過を含めて十分に説明し、謝罪を行い善後策を協議するなど、必要な対応を速やかに行う必要があります。

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。**

SG-A1-E5



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

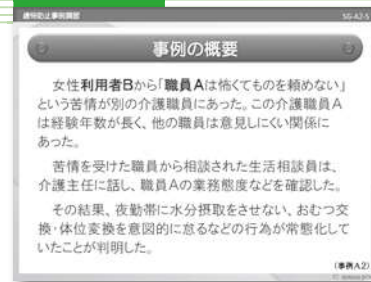
B さんから「お茶を飲みたいが、職員 A には怖くてものを頼めない」という苦情が20代の新任の介護職員にあった。この介護職員は、職員 A に対して意見が言いづらい職場の雰囲気悩んだが、生活相談員に相談することにした。

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



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、のりくくりとした態度で、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。

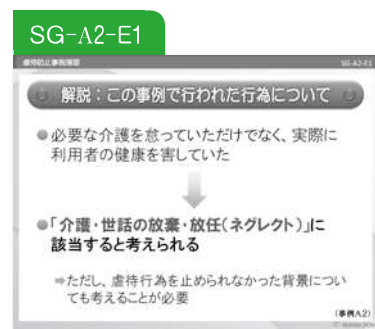
個人ワーク用スペース

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

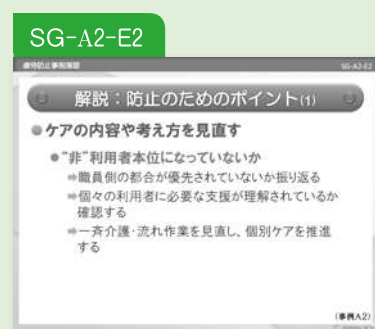
【ケアの内容や考え方を見直す】

“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

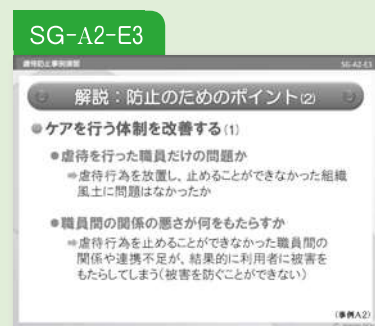
この事例で、直接虐待が疑われる行為を行ったのは職員 A です。この職員の行っていたことは、「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠る」という「介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）」に該当する可能性が高いと思われます。したがって、職員 A に必要な処分や指導を行うと同時に虐待を受けた B さんの健康を速やかに回復し、行すべき介護を徹底することは当然必要となります。

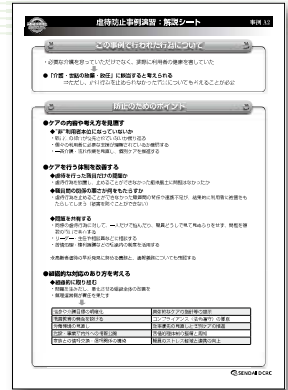
しかし、この事例でもう一つ大きな問題と考えられるのは、こうした職員 A の行いを他の職員が半ば放置してしまっていたことです。虐待を行った職員個人の問題にとどめず、このような組織風土が事態を悪化させてしまったことに注目しなければなりません。

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に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。





【ケアを行う体制を改善する(2)】

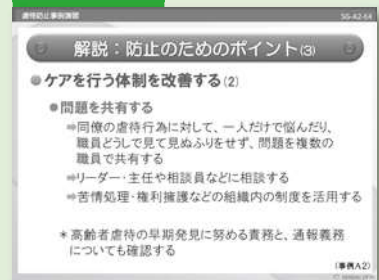
問題を共有する

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、「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しまう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。

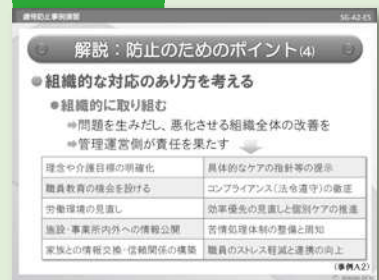
高齢者虐待防止法では、施設・事業所の管理運営者が行うべき責務として、①従事者に対する研修の実施、②利用者・家族からの苦情処理体制の整備、③その他の虐待防止のための措置を行うことが示されています（第20条）。「法律や指定基準に定められているものを形だけ作る」といったことではなく、設置した組織が機能するように努め、法律や規定に明示されていなくとも、下記のように必要な取り組みを考え、実施すべきでしょう。

【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 A3

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お茶が飲まれた。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

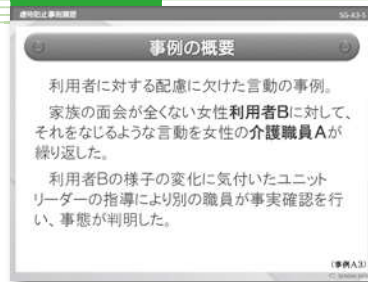
夜勤で出勤してきたユニットリーダーは申し送りの内容を確認したが、普段は食堂等の共用スペースで過ごすことの多い B さんが居室から出てこないという日中の様子が気にかかった。夕食の時間になっても B さんは居室に引きこもったまま出て来ることはなく、食事や水分も摂らずに早々にベッドに入ってしまったが、眠ってはいない様子であった。

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。

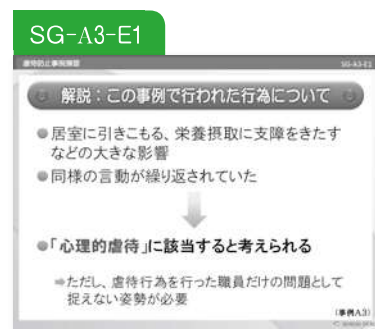
個人ワーク用スペース

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)】

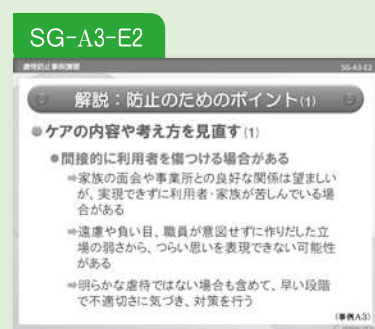
間接的に利用者を傷つける場合がある

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しまったと考えられるような場合はなおさらです。

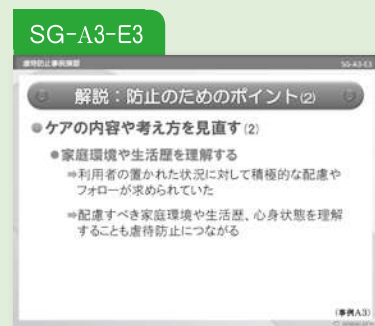


【ケアの内容や考え方を見直す(2)】

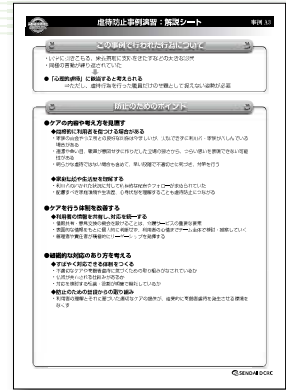
家庭環境や生活歴を理解する

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だいでしょうか。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。



解説シート…事例A3

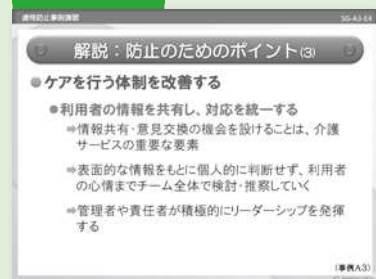


【ケアを行う体制を改善する】

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】

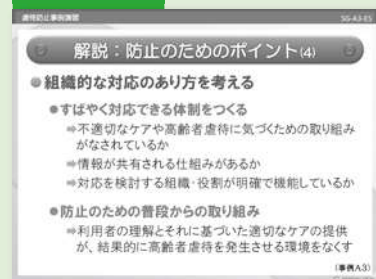
すばやく対応できる体制をつくる

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。