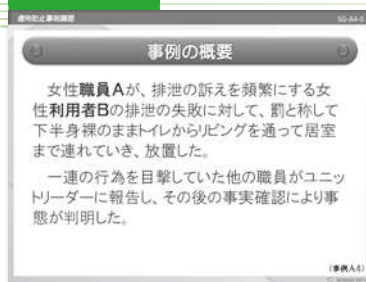


SG-A4-S

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。

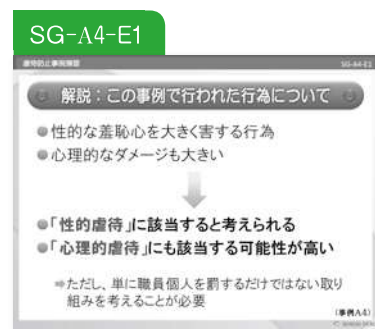
個人ワーク用スペース

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。

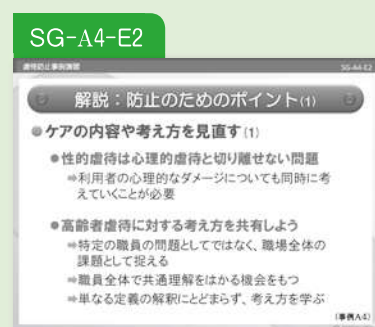


●防止のためのポイント

【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

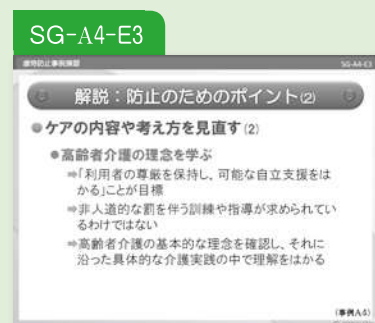
虐待を行った職員 A は、自らの行った行為が虐待にあたるとは考えていなかったようです。また、感情的に拒否している可能性もありますが、ユニットリーダーや看護・介護部長からの指摘に対して納得していない素振りもみせていました。このような場合、その場で諭してすぐに理解してもらうことは難しいかもしれません。また、この職員 A の他にも利用者を叱る職員がいたのですから、職員 A 個人の資質の問題だけではなく、複数の職員に関わる全体的な課題であるとも考えられます。したがって、職員全体で共通理解をはかるための機会をもつことが大切です。

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。

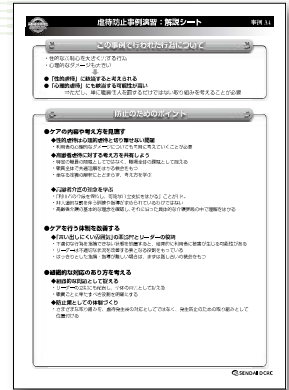
【ケアの内容や考え方を見直す(2)】

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



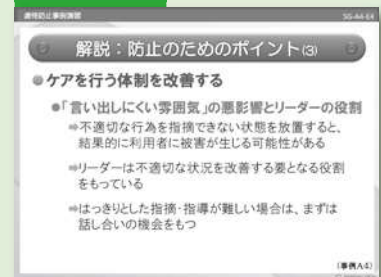
【ケアを行う体制を改善する】

「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は高まります。この事例でもユニットリーダーは不適切な状態には気付いていたものの、具体的な対処はしていませんでした。特にこの事例では、効率優先が暗黙の了解となっていた上に、ユニットリーダーの方が年下で指摘しにくい、という状況もあります。

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

SG-A4-E4



【組織的な対応のあり方を考える】

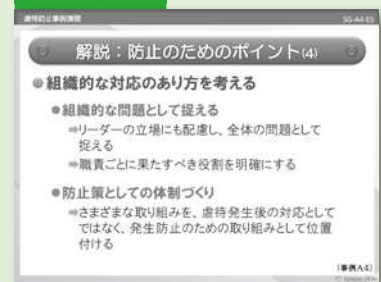
組織的な問題として捉える

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ものであり、結局虐待という形で利用者が被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

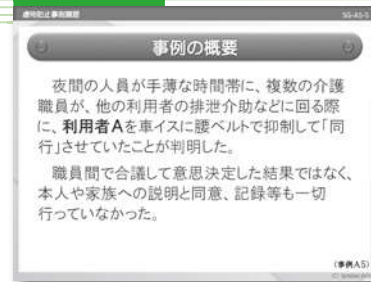
利用者 A さんが夜間に起き出すことが多い場合は、夜勤者はできるだけ A さんの居室の近くで待機しながら記録、ケアコール（ナースコール）の対応を行っていた。そうした夜勤時に他の利用者の排泄介助やおむつ交換に回る際、あるいは巡回、訪室する際に A さんの状態が落ち着かない時には、A さんを車イスに乗せて腰ベルトで固定した状態で押し、排泄介助等に「同行」させていた。昼夜逆転のリズムがうまくかみ合わないや夜間多動で、一晩中眠らないこともあり、そのようなときに車イスで同行させることをしていたようである。

●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感じ」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しなかった。

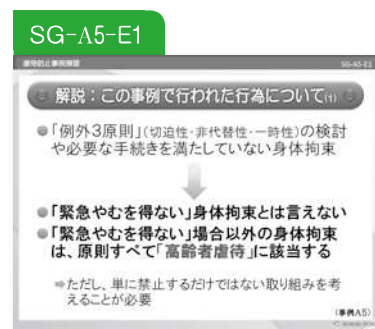
個人ワーク用スペース

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

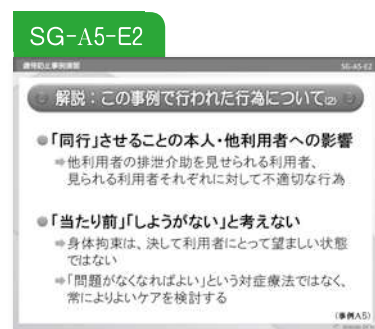
「事例 A 5」は、夜勤時に手が足りないという理由で、身体拘束（車イスへの抑制）を行った上で、他の利用者の排泄介助を含む対応に「同行」させていた事例です。このような身体拘束は、必要な要件や手続きを満たしていたとはいえず、**「緊急やむを得ない」身体拘束には相当しないものと考えられます。**また**「緊急やむを得ない」場合以外の身体拘束は、原則すべて「高齢者虐待」にも該当します。**

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



「同行」させることの本人・他利用者への影響

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

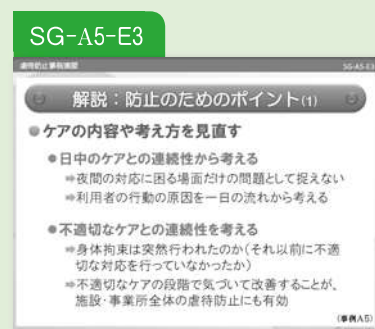
【ケアの内容や考え方を見直す】

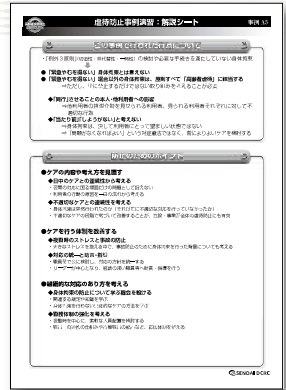
日中のケアとの連続性から考える

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。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。



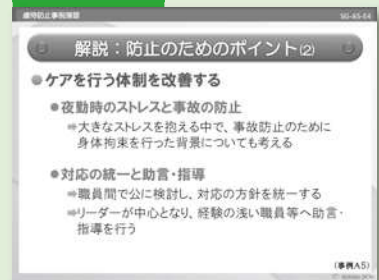


【ケアを行う体制を改善する】

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

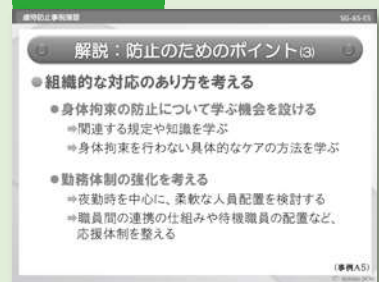
この事例では、Aさんへの対応について職員間で正式に検討する機会はなく、上司や先輩職員が助言することもありませんでした。このような状況で、職員の中には、なぜ自分のときばかり落ち着いてくれないのだろうか、という気持ちが強く湧いてきた人もいたでしょう。もしかすると、それぞれの職員が同じように思っている中で、誰かが考えたAさんへの抑制と「同行」という対応が深く検討されないまま広まっていたのかもしれない。このような場合、やはり**職員皆で公に検討し、対応の方針を統一する必要がある**と思われます。またその際には、**統一された対応が実施できるように、リーダーが中心となって、経験の浅い職員等へ助言・指導を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

【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段です。

事例 I 1 : 事例の内容

●事例の概要と特徴

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

●『事例シート』の内容

虐待防止事例演習：事例シート 事例 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歳代後半の介護福祉士で現場経験は7年目である。施設内の委員会やクラブ活動にも積極的に参加している。なお、事後の調査で、この職員 A のほか、複数の職員が同様の対応を行っていたことがわかった。
- 利用者：70歳の女性利用者 B が訴えたことで発覚した。利用者 B は慢性関節リウマチがあり、排泄は全面的に介助が必要で、移動や移乗、排泄後の処理なども手が届かないので全介助である。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、せっ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（他の利用者が押しても鳴らない状態のまま）その利用者の居室に訪室したが、その間に利用者 B さんがケアコールを押していた。その結果、職員 A が詰め所にあるケアコール盤に戻るまで気づかれず、30分以上が経過してしまった。

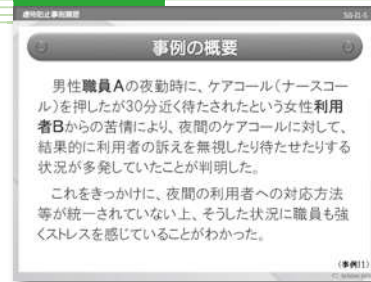
●問題の表面化

B さんは、翌朝介護主任に対し苦情を申し立てた。「以前も時々鳴らないことがあって、機械の調子が悪いのかと思っていたが、職員 A に問い詰めると、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 いた。こんなことが続かないように、対応して欲しい」という内容であった。その場で介護主任から B さんに謝罪した。介護主任からの報告を受け、施設長と介護主任とで、その日のうちに職員 A に対し事実確認をすることとした。職員 A は、前述（「発生まで」参照）のような対応を行ったことを認めた。また、「ケアコールは復旧させていたつもりだったがそうになっていなく、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、鳴らなかったのはどうしてか、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-I1-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、居室にはコード付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ったり、コールボタンを手の届かないところに置いたりするような行為が起これ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、虐待といっているほどの介護・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、行う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
 - ⇒わかっていながらあえてしていた職員もいた
 - ⇒状況を放置して常態化することで、不適切な対応がエスカレートしていく可能性がある
 - ⇒不適切な状態を発見した時点で早急な対策を

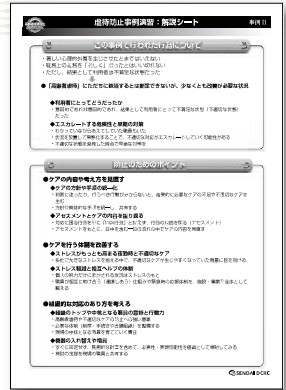
SG-I1-E3

解説：防止のためのポイント①

●ケアの内容や考え方を見直す

- ケアの方針や手順の統一化
 - ⇒判断に迷ったり、行うべき行動が分からないと、結果的に必要なケアの不足や不適切なケアを生む
 - ⇒方針や具体的な手順を統一し、共有する

- アセスメントとケアの内容を振り返る
 - ⇒対応に困る行動を単に「問題行動」と捉えず、行動の原因を探る（アセスメント）
 - ⇒アセスメントをもとに、日中を含む一日の流れの中でケアの内容を見直す

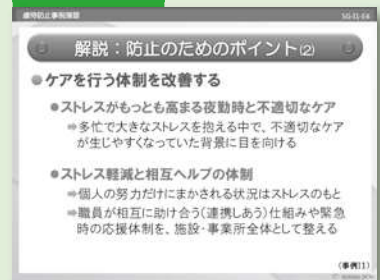


【ケアを行う体制を改善する】

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、一人に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、職員個々人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。

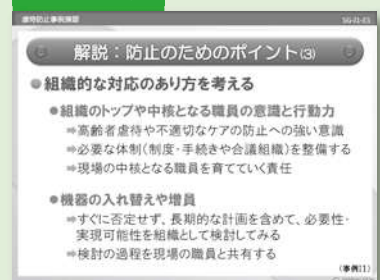
【組織的な対応のあり方を考える】

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、現場の職員だけではなく、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目であり、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ってこそ、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い何度かたずねたが、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

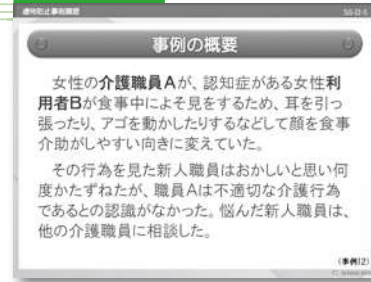
新人職員 C は、採用されて1カ月を経過したばかりで、まだまだ他の職員のやり方をみながら、利用者の状況を把握しなければならない時期にあった。新人研修では、講師や介護課長から、おかしいと思ったことは何でも質問するようにと話されていた。そのため、職員 A の B さんの方法を見た職員 C は、「そのように無理やり顔の向きを変え、食事介助するのはおかしいのでは」とたずねた。しかし職員 A は、「この方がこっちを向いてくれるので」と介助を続けた。

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-I2-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うる、倫理的にみても不適切な方法であり、改善の必要性はあります。**

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みてとれます。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。**

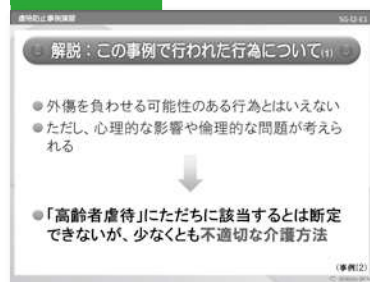
●防止のためのポイント

【ケアの内容や考え方を見直す】

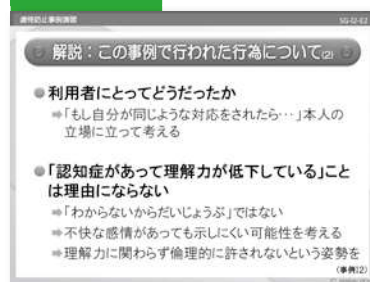
原因を探り、食事介助の方法を見直す

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、食事を摂るという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。**

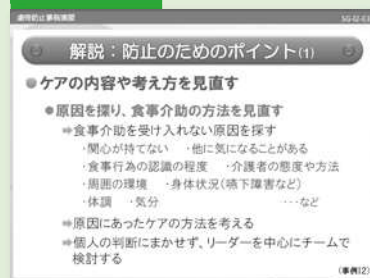
SG-I2-E1



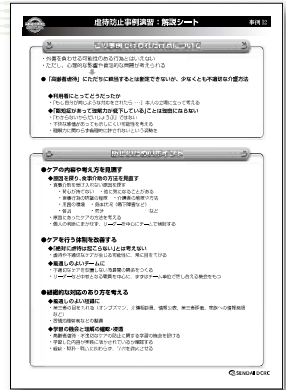
SG-I2-E2



SG-I2-E3



★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。



【ケアを行う体制を改善する】

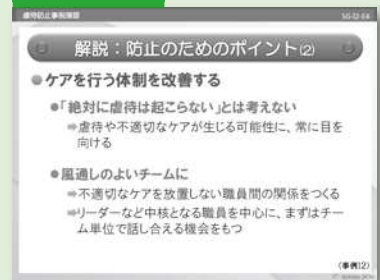
「絶対に虐待は起こらない」とは考えない

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るのです。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、身体的虐待などとは異なり、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

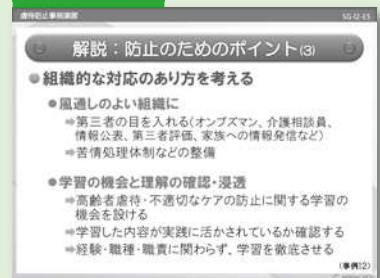
現場のチームに加えて、風通しのよい組織をつくるためには、オンブズマンなどの第三者の目が常にある環境をつくることも有効な手段です。オンブズマン組織の他にも、介護相談員派遣等事業[★]や、情報公表制度、第三者評価の利用、家族会の設置と情報交換など、活用できる組織や制度は多くあります。また高齢者虐待防止法では、特に施設・事業所の義務として、苦情処理体制の整備があげられています。利用者やその家族からの意見を受け入れやすい体制を、積極的に考えましょう。もちろん、これらの取り組みは現場の職員が個人的にできるものではありません。施設・事業所の責任者は、謙虚に考え、組織の自浄作用を高めるためにもこうした取り組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、職種や職責にかかわらず、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）への教育が徹底されない場合が多くあります。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 I3

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、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。

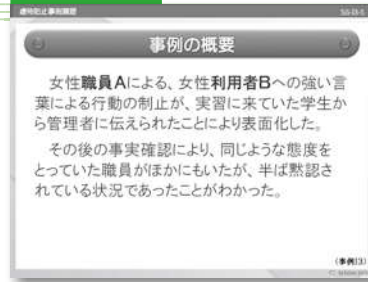
●問題の表面化

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-I3-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が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】

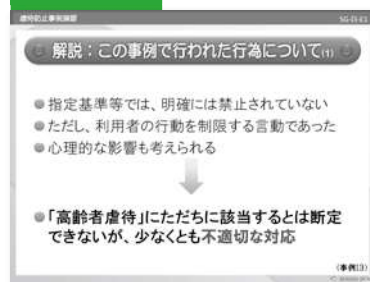
不適切な対応が生じた背景を理解する

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と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。

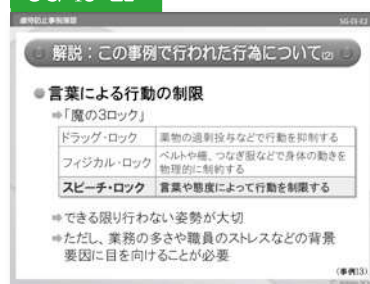
このような状況に職員が置かれ続けると、職員にかかる精神的負担は大きく、その**ストレスが大きくなるにつれ自分の感情を抑えることが難しくなっていくことが考えられます。**また、場合によってはそうしたストレスを感じている自分自身を肯定できなくなったり、負担が許容量を超えると、必要最低限の仕事だけを果たすような形で、熱心に業務に取り組むことをやめてしまうということも起こる可能性があります（これらの反応を「バーンアウト（燃えつき症候群）」と呼ぶことがあります）。こうした状況は、対人サービスを提供する組織として危険な状況であることを認識する必要があります。特に、利用者のことを常に考え、仕事に熱心に取り組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

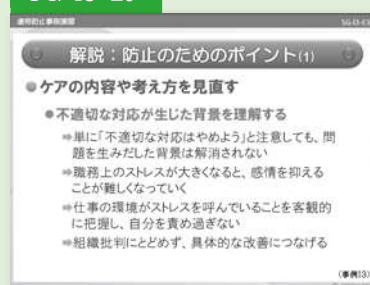
SG-I3-E1



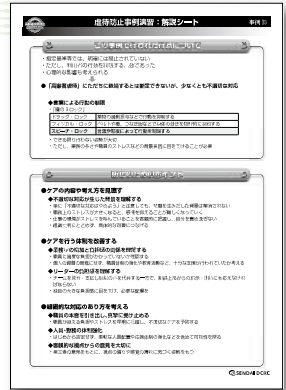
SG-I3-E2



SG-I3-E3



解説シート…事例Ⅰ3



【ケアを行う体制を改善する】

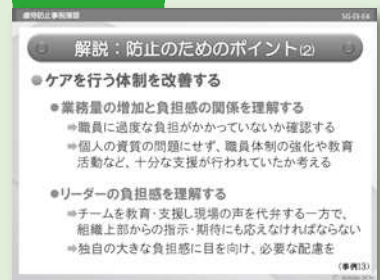
業務量の増加と負担感の関係を理解する

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でしまわないよう、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

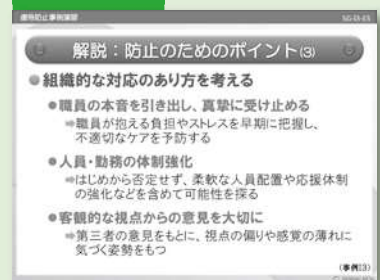
現実の問題として、いかに努力してもどうしても人手が足りない、という場合もあるかもしれません。これに対して、人手を増やすだけで問題が解決できるわけではありませんが、勤務体制を工夫することで、ケアに少しでも余裕ができることもあるでしょう。

「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そうです。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、話を引き出してい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がもっと大変になる』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。

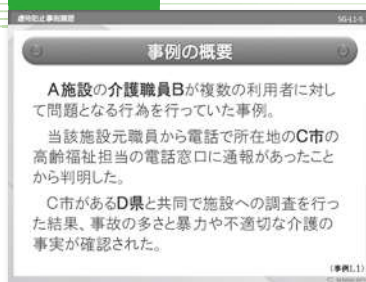
〔関連情報〕

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と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っても知れないが、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、いつもベ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。

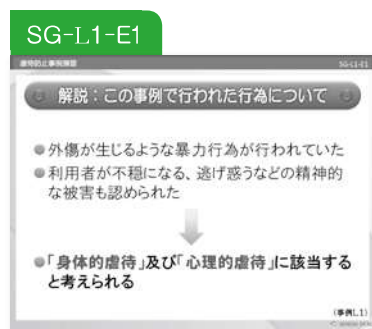
個人ワーク用スペース

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。

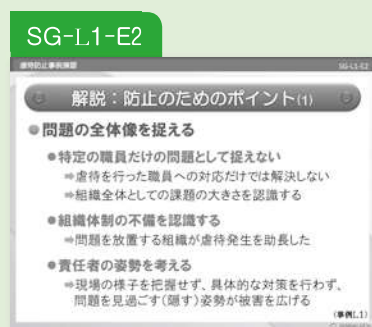
しかし、これを特定の職員が起こしたこととしてのみ捉え、その職員の行いを正せば問題がすべて解決するわけではありません。むしろこの事例では施設全体としての課題が大きかったために、退職した職員からの通報と市からの介入という事態に至ったといえ、そのことをよく認識する必要があります。

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、指摘できずじまい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必要な分析・検討を行っていなかった点などです。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づり、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、職員に箝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な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】

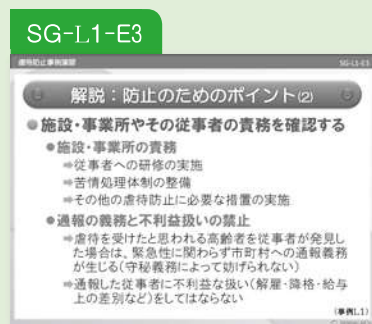
施設・事業所の責務

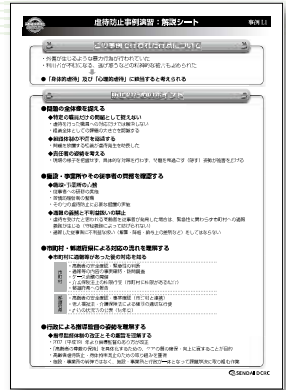
高齢者虐待防止法では、施設・事業所の管理運営者が行うべき責務として、①従事者に対する研修の実施、②利用者・家族からの苦情処理体制の整備、③その他の虐待防止のための措置を行うことが示されています（第20条）。また、「法律や指定基準に定められているものを形だけは作る」といったことではなく、設置した組織が機能するように努め、法律や規定に明示されていなくとも、必要な取り組みを考え、実施すべきでしょう。

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。





【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。

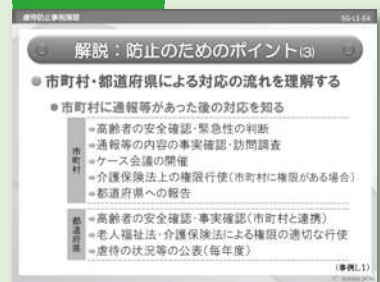
これらの事実確認によって虐待の存在が疑われた場合、市町村は**ケース会議を開催**することになります。この会議では、事実を再度確認した上で、行政としての対応の方針を考えていきます。

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といったことが考えられます。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

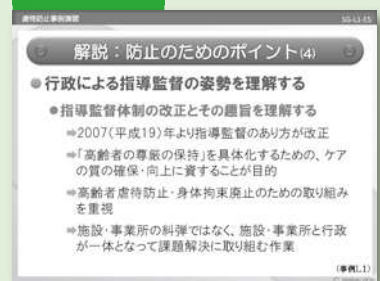
平成18年10月23日付の厚生労働省老健局長通知（老発第1023001号）により、平成19年度から介護保険施設・事業所に対する指導監督のあり方が変わることになりました。「介護保険施設等指導指針」及び「介護保険施設等監査指針」も新たに示されています。

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になります。そのために、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 部局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、車イスからずり落ちる、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。

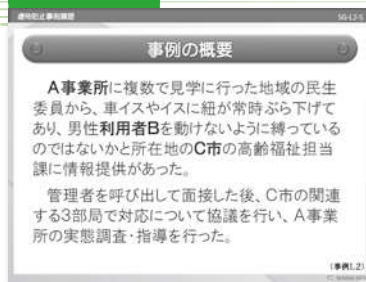
〔関連情報〕

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、世話をお願いする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-I.2-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等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。

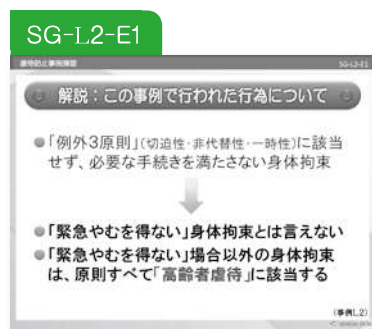
個人ワーク用スペース

事例 L 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 L 2」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ことが求められます。

- 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）

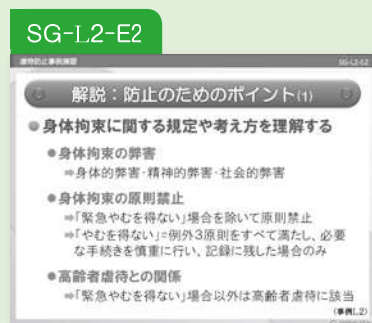
身体拘束の原則禁止

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。

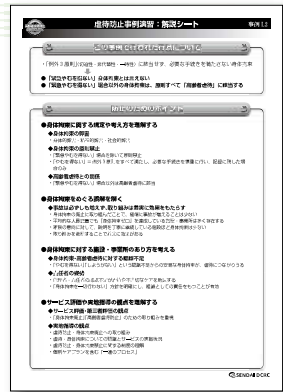
ここでいう「緊急やむを得ない」場合とは、「例外 3 原則」と呼ばれる 3 つの要件、「切迫性」「非代替性」「一時性」をすべて満たし、しかも、身体拘束廃止委員会等を設けて要件の確認や判断を組織的・客観的に行い、本人・家族等への十分な説明をし、必要がなければすみやかに解除するという極めて慎重な手続きのもとでなされる場合に限られます。さらに、そうした手続きに関する記録を残すことも必要です（記録を行っていない場合は「身体拘束廃止未実施減算」が適用されます）。また適宜再検討して記録を加えるとともに、情報の開示と関係者間での共有が求められています。

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L2



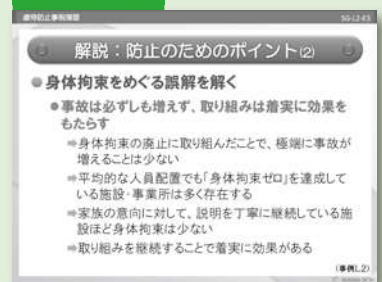
【身体拘束をめぐる誤解を解く】

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、禁止規定だけではなく、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】

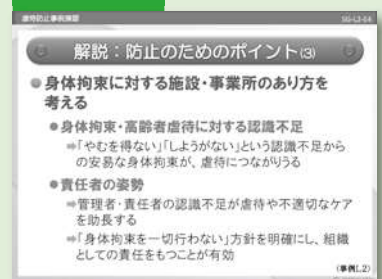
身体拘束・高齢者虐待に対する認識不足

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」「しょうがない」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になります。

- 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

