

【ケアを行う体制を改善する】

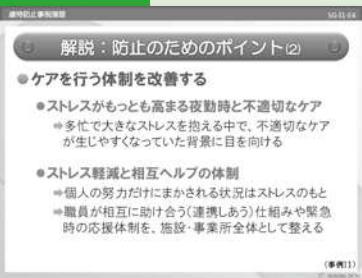
ストレスがもっとも高まる夜勤時と不適切なケア

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、せっかく対応し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とも、結果的に利用者の訴えを無視してしまったり、あるいはやむを得ず「手抜き」をしてしまったりすることは、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。

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る状況です。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。

SG-I1-E4



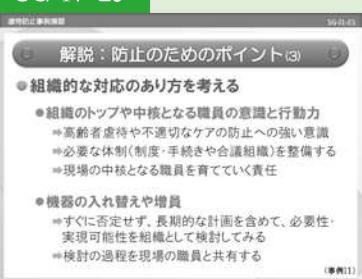
【組織的な対応のあり方を考える】

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らっても、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、現場レベルでは改変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る。その行為を見た新人職員はおかしいと思い何度もたずねたが、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ろうじてできる程度で、座位保持が難しくなってきており、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、時間に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ヶ月を経過したばかりで、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

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ため、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。



【関連情報】

先輩とはいって、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強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はもっていなかった。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。**

SG-I2-E1

- 外傷を負わせる可能性のある行為とはいえない
- ただし、心理的な影響や倫理的な問題が考えられる

● 「高齢者虐待」に直ちに該当するとは断定できないが、少なくとも不適切な介護方法

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ことが大切です。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。

SG-I2-E2

- 利用者にとってどうだったか
 - ※「もし自分が同じような対応をされたら…」本人の立場に立って考える
- 「認知症があつて理解力が低下している」ことは理由にならない
 - ※「わからないからだいじょうぶ」ではない
 - ※不快な感情があつても示しにくい可能性を考える
 - ※理解力に関わらず倫理的に許されないという姿勢を

「認知症があつ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る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、不快な感情があつても示すことができない、あるいは理解力に関わらず、こ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ことが大切です。

●防止のためのポイント

【ケアの内容や考え方を見直す】

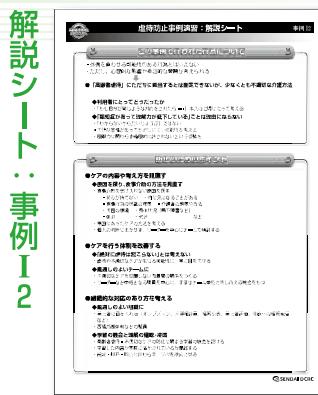
原因を探り、食事介助の方法を見直す

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。食事に关心がもてないのか、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くのではないでしょうか。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-E3

- 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
 - ※食事介助を受け入れない原因を探す
 - ・関心が持てない・他に気になることがある
 - ・食事行為の認識の程度・介護者の態度や方法
 - ・周囲の環境・身体状況(嚥下障害など)
 - ・体調・気分
 - ※原因にあつたケアの方法を考える
 - ※個人の判断にまかせず、リーダーを中心としたチームで検討する

★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】

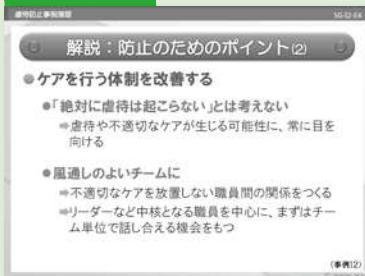
「絶対に虐待は起こらない」とは考えない

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つても遡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ならう。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-I2-E4

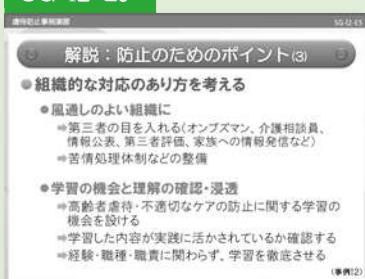


【組織的な対応のあり方を考える】

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け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。

SG-I2-E5



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ないものであることを忘れてはいけません。

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・誘導する必要があり、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（認知症に併う行動・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となど、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 名の利用者は一時に遅番職員 A ひとりで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、何度も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。当日の夕方も、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はじめ、職員の言葉が高圧的で命令している

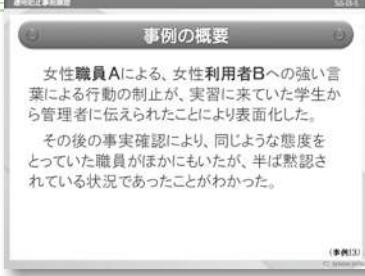
※この事例は架空のものであり、事例中に登場するのは実在の人物・団体等ではありません。

126

SENDAI DCRC

SG-I3-S

スライドキット



るよう聞こえ、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と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。しかし、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。

SG-I3-E1

解説：この事例で行われた行為について(1)

- 指定基準等では、明確には禁止されていない
- ただし、利用者の行動を制限する言動であった
- 心理的な影響も考えられる

↓

● 「高齢者虐待」に直ちに該当するとは断定できないが、少なくとも不適切な対応

(事例I3)

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。

SG-I3-E2

解説：この事例で行われた行為について(2)

● 言葉による行動の制限

- 「魔の3ロック」

ドラッグ・ロック	薬物の過剰投与などで行動を抑制する
フィジカル・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
スピーチ・ロック	言葉や態度によって行動を制限する

● できる限り行わない姿勢が大切

● ただし、業務の多さや職員のストレスなどの背景要因に目を向けることが必要

(事例I3)

●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なながら事故防止を試していました。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に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ィアを出していけるとよいでしょう。

SG-I3-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

- 不適切な対応が生じた背景を理解する

● 単に「不適切な対応はやめよう」と注意しても、問題を生みだした背景は解消されない

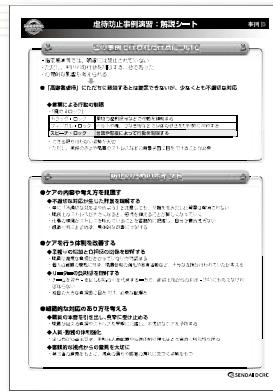
● 職務上のストレスが大きくなると、感情を抑えることが難しくなっていく

● 仕事の環境がストレスを呼んでいることを客観的に把握し、自分を責め過ぎない

● 組織批判にどめず、具体的な改善につなげる

(事例I3)

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していました。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、必要な業務を次々と並べて職員が過度に負担を抱えすぎてしまわないよう、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かゆえに、職員 A には他の介護職員とはやや異なる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とこにも注意が必要です。

SG-I3-E4

解説：防止のためのポイント②

- ケアを行う体制を改善する
 - 業務量の増加と負担感の関係を理解する
 - ⇒ 職員に過度な負担がかかつてないか確認する
 - ⇒ 個人の資質の問題にせず、職員体制の強化や教育活動など、十分な支援が行われていたか考える
 - リーダーの負担感を理解する
 - ⇒ 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
 - ⇒ 独自の大きな負担感に目を向け、必要な配慮を

【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付き、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があ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。

SG-I3-E5

解説：防止のためのポイント③

- 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
 - ⇒ 職員が抱える負担やストレスを早期に把握し、不適切なケアを予防する
 - 人員・勤務の体制強化
 - ⇒ はじめから否定せず、柔軟な人員配置や応援体制の強化などを含めて可能性を探る
 - 客観的な視点からの意見を大切に
 - ⇒ 第三者の意見をもとに、視点の偏りや感覚の薄れに気づく姿勢をもつ

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」「しようがない」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しとしてはいけません。

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った。全員が認知症で、攻撃的な言動があつたり、意思疎通が非常に困難であつたり、寝たきりの状態で反抗もできないなどの特徴があつた。

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つ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つたようである。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つた。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。

130

SENDAI DCRC

SG-L1-S

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。



●問題の表面化

通報に基づき、C市指導監査担当課、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、どうしたらし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いるなどの結果につながっていたことが確認された。

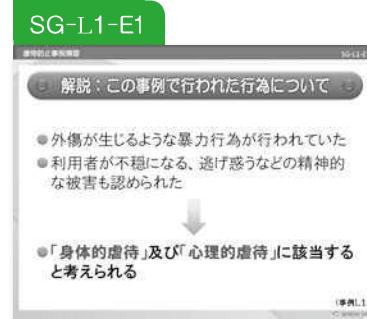
個人ワーク用スペース

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。

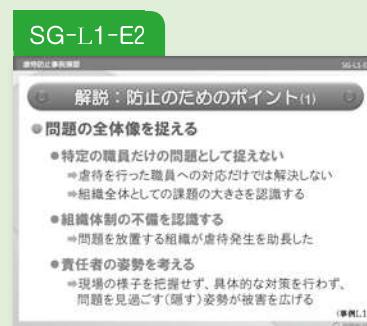
しかし、これを特定の職員が起こしたこととしてのみ捉え、その職員の行いを正せば問題がすべて解決するわけではありません。むしろこの事例では施設全体としての課題が大きかったために、退職した職員からの通報と市からの介入という事態に至ったといえ、そのことをよく認識する必要があります。

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たり、指摘できずに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必要な分析・検討を行っていないかった点などです。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つたようであり、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、職員に箇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】

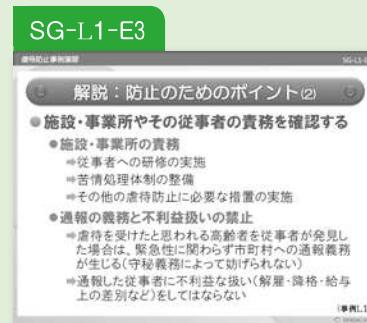
施設・事業所の責務

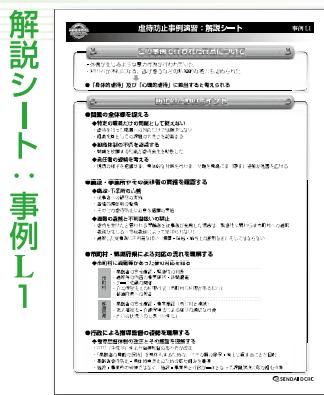
高齢者虐待防止法では、施設・事業所の管理運営者が行うべき責務として、①従事者に対する研修の実施、②利用者・家族からの苦情処理体制の整備、③その他の虐待防止のための措置を行うことが示されています（第20条）。また、「法律や指定基準に定められているものを形だけは作る」といったことではなく、設置した組織が機能するように努め、法律や規定に明示されていくとともに、必要な取り組みを考え、実施すべきでしょう。

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。窓口に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。

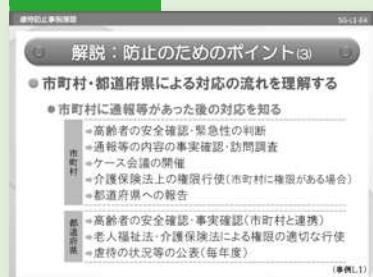
これらの事実確認によって虐待の存在が疑われた場合、市町村は**ケース会議を開催**することになります。この会議では、事実を再度確認した上で、行政としての対応の方針を考えていきます。

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なながら、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

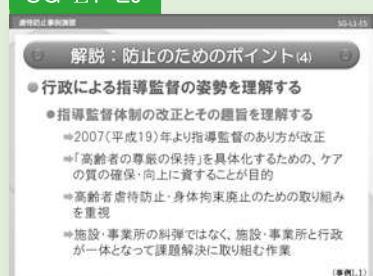
平成18年10月23日付の厚生労働省老健局長通知（老発第1023001号）により、平成19年度から介護保険施設・事業所に対する指導監督のあり方が変わることになりました。「介護保険施設等指導指針」と「介護保険施設等監査指針」も新たに示されています。

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 L 2 : 事例の内容

● 事例の概要と特徴

「事例 L 2」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する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に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に訪れた。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。

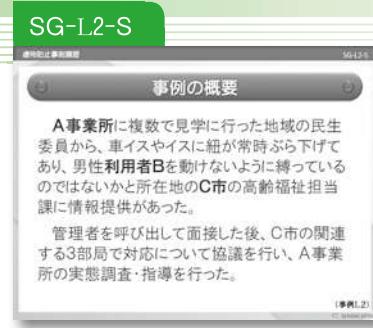
〔関連情報〕

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てしまったことがあった。

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。

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つの用件の確認を行い、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つた。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つた。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つた。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つた。

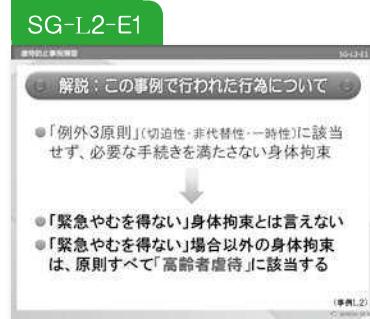
個人ワーク用スペース

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。



●防止のためのポイント

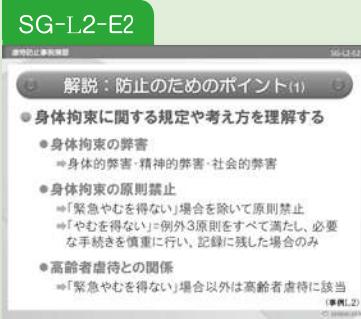
【身体拘束に関する規定や考え方を理解する】

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）



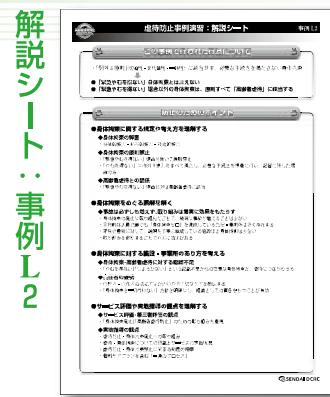
身体拘束の原則禁止

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）。



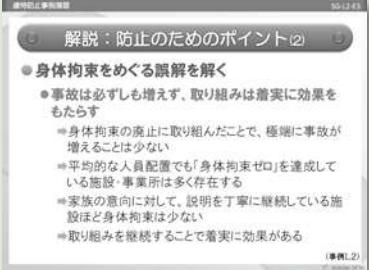
【身体拘束をめぐる誤解を解く】

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つ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思われます。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たからなく」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】

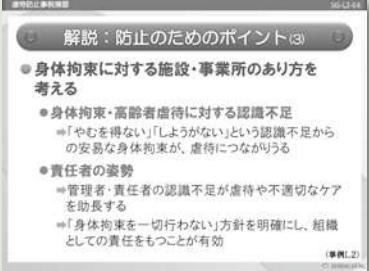
身体拘束・高齢者虐待に対する認識不足

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」「しようがない」といった気持ちがあったのかもしれません。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になります。

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観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

