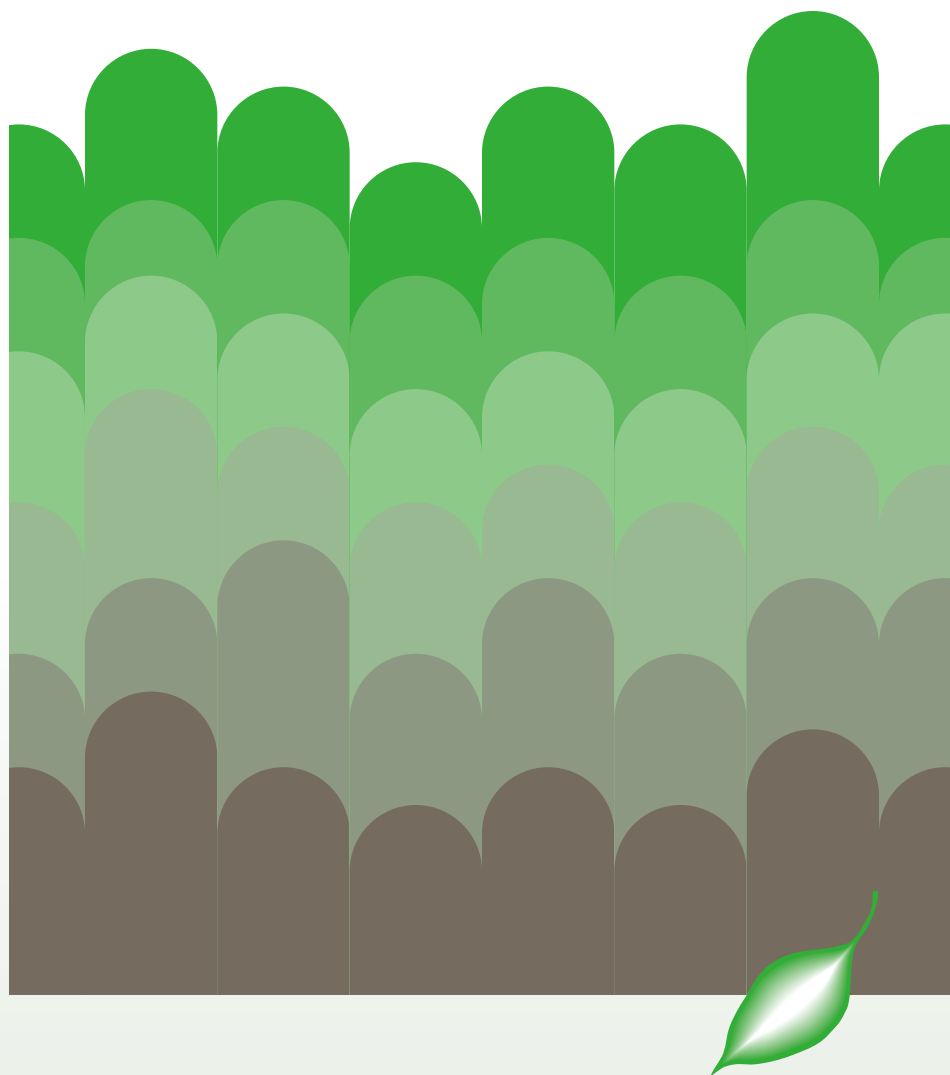


高齢者虐待を考える

養介護施設従事者等による高齢者虐待防止のための事例集



認知症介護研究・研修仙台センター

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修大府センター

(平成19年度 老人保健健康増進等事業補助金による助成事業)

はじめに

認知症介護研究・研修仙台センター

センター長 加藤伸司

平成3年（1991年）、国連総会において、「高齢者のための国連原則」が採択されました。ここでは、高齢者の人権保障の原則の1つとして、「高齢者は、尊厳及び保障を持って、肉体的・精神的虐待から解放された生活を送ることができる」べきであることが定められています。

わが国で平成18年4月より施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」も、この原則に則り、高齢者の尊厳を脅かす「虐待」という行為を防ぎ、尊厳の保持をはかることを目的としています。

高齢者虐待防止法の施行にともない、認知症介護研究・研修センターでは、平成19年度老人保健健康増進等事業補助金による研究事業として、「施設・事業所における高齢者虐待防止の支援に関する調査研究事業」を進めてきました。これは、平成18年度に行われた「施設・事業所における高齢者虐待防止に関する調査研究事業」に引き続き、認知症介護研究・研修仙台センターが中心となり、認知症介護研究・研修東京センター、認知症介護研究・研修大府センターを含めた三センター共同研究として行われたものです。本書は、この研究事業の成果の1つとして、高齢者虐待防止法に定められた「養介護施設従事者等による高齢者虐待」を防止するための資料として作成されたものです。特に本書では、高齢者が入所や入居といった「住まう」形でサービスを利用する施設・事業所に焦点をあてています。

高齢者虐待の問題は、表面化した虐待行為だけに対処するのでは、根本的な解決にはつながりません。虐待が表面化する以前には、「不適切なケア」の存在やそれを放置するような状況があったはずです。高齢者虐待の防止のためには、そうした段階で気づき、将来の虐待の芽を摘むような取組が求められます。そのため本書では、具体的な事例をとおして、高齢者虐待を含む、広い意味での「不適切なケア」の背景を捉え、対策を考えることを意図した構成になっています。またその前段階として、高齢者虐待防止法の理解や高齢者虐待に該当する行為の考え方、施設・事業所で行うべき取組の基本などについても説明しています。

本書を多くの方々に活用していただき、高齢者虐待の防止に、また養介護施設・事業を利用する方々やそのご家族の方々の安心に、少しでも役立つことができれば幸いです。

平成20年3月

目次

■ 本書のねらいと使い方	1
1. 本書のねらい	1
2. 本書の構成	2
3. 本書の使い方	3
■ 第1章 養介護施設従事者等による高齢者虐待の考え方	5
1. 高齢者虐待防止法の施行の経緯と概要	6
2. 「養介護施設従事者等」と施設・事業所の責務	8
3. 「高齢者虐待」の定義	9
4. 身体拘束禁止規定と高齢者虐待の関係	10
5. 通報の義務	11
6. 市町村・都道府県等の対応	12
7. 高齢者虐待の考え方	13
■ 第2章 養介護施設・事業所における高齢者虐待防止のための課題と対策	15
1. 養介護施設従事者等による高齢者虐待の特徴	16
2. 養介護施設従事者等による高齢者虐待の背景	17
3. 高齢者虐待・不適切なケアへの対策の基本	18
4. 高齢者虐待・不適切なケアの防止策	19
■ 第3章 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止・対応事例	24
1. 虐待事例	
①夜勤時におきた身体的虐待	26
②組織的な問題が考えられるネグレクト	30
③配慮に欠けた言動による心理的虐待	34
④組織改善につながった性的・心理的虐待への対応	38
⑤職員の都合を優先し「例外3原則」を守らない身体拘束	42
2. 不適切ケアの事例	
①ケアコールへの不適切な対応	46
②不適切な食事介助	50
③強い言葉による制止	54
3. 市町村の介入事例	
①退職した職員の通報から判明した身体的・心理的虐待	58
②見学者の通報から判明した不適切な身体拘束	62
■ 第4章 Q & A：高齢者虐待に該当する具体的な行為について	66
1. 「高齢者虐待に該当する行為」の考え方	67
2. Q & A：具体的な行為に対する考え方	68
■ 参考文献	74
■ 巻末資料：高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律全文	75
■ 委員一覧	80

本書のねらいと使い方

1. 本書のねらい

本書は、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）に定める養介護施設・事業所の従事者が、

- ①高齢者虐待の問題に関連する知識を得て、
- ②高齢者虐待に関する考え方を理解し、
- ③その防止策・対応策を考える力を身につける

ための一助となることを意図して作成されました。

そのため、本書は特に次の2点を強く意識した内容となっています。

1点目は、高齢者虐待の防止・対応には、組織運営上の大きな課題から、介護現場での職員個人の判断や姿勢の問題まで、さまざまな要因が含まれることです。そのため本書では、単純に「こうすれば問題は解決する」という形ではなく、問題を多角的に捉え、さまざまな立場の方々が同じ題材で学ぶことで、広い視野から高齢者虐待の問題を考えていただくことを期待しています。さらに、その意味を込めて、本書では行政が介入する場合の仕組みや考え方、介入の実際についても紹介しています。

2点目は、明らかに高齢者虐待と考えられる行為をあつかうだけでは、問題の本質的な理解につながらないと考えられることです。実際には、そのような行為だけでなく、明確に虐待であるとはいえないが将来的にそうなる可能性のある不適切な介護のしかたが存在しています。高齢者虐待の「防止」という高齢者虐待防止法の趣旨を考えれば、むしろこうした「不適切なケア」の段階を含めて検討していくことが必要となるでしょう。そのため本書では、明確な虐待行為だけでなく、「不適切なケア」を含めた考え方や防止・対応の実際が学べることを意図しています。

なお、本書で対象とする「養介護施設・事業所」は、入所（入居）が主たるサービス利用形態である施設・事業所を中心としています。具体的には、特別養護老人ホームや介護老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム等の特定施設といった施設・事業所を想定しています★。

★本書ではいわゆる「家庭内的高齢者虐待（養護者による高齢者虐待）」の問題はあつかっていません。また、訪問サービスや通所サービスなどにおける高齢者虐待の問題については、本書であつかう施設・事業所とは状況が大きく異なることが予想され、またその実態も明らかでない部分が多いことから、同様に本書ではあつかっていません。

2. 本書の構成

1) 本書全体の構成

本書は「養介護施設従事者等による高齢者虐待の考え方」「養介護施設・事業所における高齢者虐待防止のための課題と対策」「養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止・対応事例」「Q & A：高齢者虐待に該当する具体的な行為について」の4つの章から構成されています。各章は、以下に示すような位置づけになっています。

2) 各章の位置づけ

第1章「養介護施設従事者等による高齢者虐待の考え方」では、高齢者虐待防止法が成立・施行された経緯とその概要を理解し、同法に定められる対象者・対象行為と養介護施設従事者等に課される責務が何であるのかを学びます。その後、「高齢者虐待」と呼ばれる行為について、どのように捉えたらよいかを考えます。

第2章「養介護施設・事業所における高齢者虐待防止のための課題と対策」では、これまで行われてきたさまざまな調査研究などから、養介護施設従事者等による高齢者虐待の特徴と背景を理解します。またその上で、施設・事業所の中で考えられる、高齢者虐待の防止・対応にかかわる対策の基本を学びます。

第3章「養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止・対応事例」では、高齢者虐待の5事例、不適切なケアにあたる3事例、高齢者虐待に対して市町村が施設・事業所へ介入した2事例を題材に、高齢者虐待を防止するための取組や、高齢者虐待が発生した場合の対応のあり方を具体的に学んでいきます。

第4章「Q & A：高齢者虐待に該当する具体的な行為について」では、第1章や第3章では示されていない、その他の具体的な行為について、どのように捉えることができるかをQ & A方式で説明しています。

3) 第3章「養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止・対応事例」の構成

第3章では、高齢者虐待の5事例、不適切なケアにあたる3事例、高齢者虐待に対して市町村が施設・事業所へ介入した2事例の合計10事例が掲載されています。

各事例は『事例編』と『解説編』から構成されています。『事例編』と『解説編』はそれぞれ見開き2ページで示されています。使用されている事例は、架空の事例ではありますが、実際の事例を参考にし、現実的な問題を扱うよう心がけました。『事例編』では、施設・事業所と関係者の概要、事例発生から発見・対応・対応後までの経過、事例を考えるにあたっての関連情報を示しています。また『解説編』では、『事例編』で示された内容について、解説と防止・対応のヒントをまとめています。ここでは、改善が必要な状態が生じた直接的な理由だけでなく、その背景となる要因についての解説や、防止策・対応策を考える際の方向性を示しています。なお、事例ごとに施設・事業所の形態は異なっていますが、大部分の内容は共通して考えられるものとなっています。

3. 本書の使い方

1) 本書の基本的な使い方

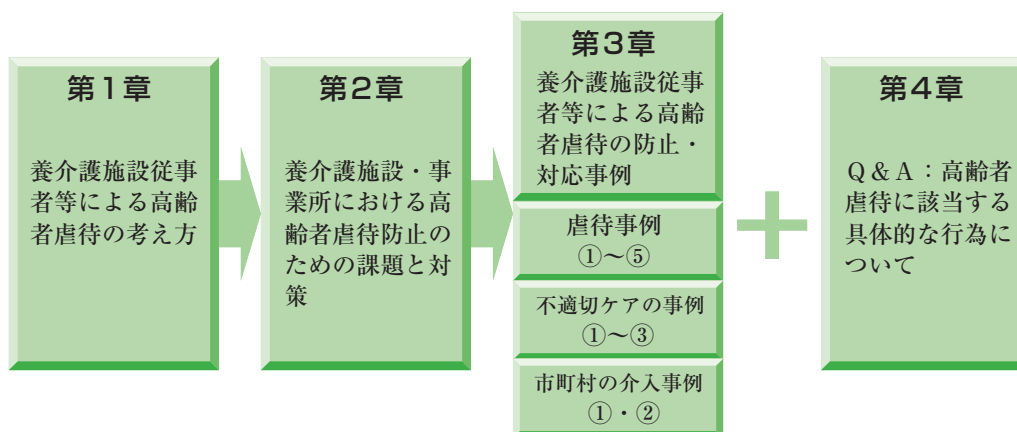
本書では、次のようなことを基本的な使い方として想定しています。個人での学習資料としての使用のほか、施設・事業所内や市町村・都道府県等での研修などの教材としての使用など、必要に応じて活用してください。

- ①第1章から始め、第2章、第3章まで進みます。
- ②第4章は補足的もしくは発展的に用います。
- ③各章の具体的な使用方法是、学習の形態に合わせて工夫します（以降に示す、学習形態ごとの使い方を参考にしてください）。

以降に、学習形態ごとの使い方を示していますが、これらはあくまで学習方法の例示です。実情に合わせて適宜使用方法を工夫してください。ただし、「本書のねらい」を踏まえ、単に「高齢者虐待に該当するかどうか」を調べるような使い方はしないでください。

本書は、認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）のホームページ「認知症介護情報ネットワーク（DCnet）」（<http://www.dcnet.gr.jp>）上でもPDFファイルで無償公開しています。営利目的での使用は禁止していますが、ダウンロード及び印刷・コピーには制限を設けていませんので、ご活用ください。ただし、部分的にコピー・配付等を行う場合を含めて、必ず出典を明記するようにしてください。

■本書の基本的な使い方



2) 個人で学習する場合

本書の構成を理解した上で、「基本的な使い方」に沿って読み進めてください。なお、第3章「養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止・対応事例」についてはどの事例から学習してもかまいませんが、なるべく『解説編』にはすぐに進まず、『事例編』を読んで防止策・対応策を考えてから進むようにしてください。

3) 施設・事業所内での研修に使用する場合

- ①第1章「養介護施設従事者等による高齢者虐待の考え方」は講義形式の学習に使用し、基本的な理解のために用いることが想定されています。
- ②第2章「養介護施設・事業所における高齢者虐待防止のための課題と対策」も、主に講義形式の学習に使用し、施設・事業所に存在する可能性がある課題とその対策を学ぶことができます。また、当該施設・事業所の体制が十分なものであるかを振り返る題材としても使用することができます。その際は、本章の内容を学んだ上で、それぞれの施設・事業所に存在する課題の検討や、実施されている対策・不足している対策の整理などを、グループ討議などの方法で行うとよいでしょう。
- ③第3章「養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止・対応事例」は、どの事例から学習してもかまいませんが、10事例全体の構成を確認してから事例を選択してください。またこの章を研修等で用いる場合は、なるべく職員自身が考える形式が望ましいと考えられます。例えば、『事例編』を読んだ後にその事例に対する防止策・対応策をグループで検討し、発表・意見交換等を行った後に『解説編』を全員で学ぶなどの演習形式での学習が考えられます。また、一度にすべての事例を使用する必要はありません。むしろ1、2事例ずつ継続的に学ぶことで参加する職員の考える力が養成され、学習効果は高まると思われます。
- ④第4章「Q & A：高齢者虐待に該当する具体的な行為について」は、第1章～第3章までを学習した後に、あるいは他の章を学習する際に、補足的に用いることが想定されます。もしくは、第3章を演習形式で学習した場合、さらなる演習の題材として使用することもできます。

4) 市町村・都道府県等が行う研修会で使用する場合

- ①使用方法の大筋は「施設・事業所内で研修に使用する場合」と同様です。
- ②事業形態の異なる施設・事業所の職員が集まるような場合には配慮が必要です。特に、第3章を学ぶ場合、施設での事例と事業所での事例を両方取り上げたり、演習の際に事業形態ごとにグルーピングを行うなどの工夫が必要です。またこれは、職位・職責・職種・経験年数等が異なる対象者の場合も同様です。
- ③本書の内容をすべて学習する場合は、数回に分けて実施する（例えば2回の場合は1回目が第1章と第2章、2回目が第3章と補足として第4章）ことが望ましいと考えられます。一度の研修で終える場合は、例えば終日の研修会等の場合は可能かもしれませんが、1時間半～3時間程度の場合は本書の内容をすべて学ぶことは難しいと思われますので、工夫が必要です。例えば、「研修会では第1章及び第2章を中心にして第3章を例示に用い、終了後に第3章及び第4章を用いて自主学習を促す」、「第1章及び第2章を簡便に説明した上で、第3章の学習を中心に行い、解説の中で第1章及び第2章の内容を振り返る」といった方法が考えられます。

第 1 章

養介護施設従事者等による 高齢者虐待の考え方

● 第1章の目的

高齢者虐待防止法が成立・施行された経緯とその概要を理解し、同法に定められる対象者・対象行為と養介護施設従事者等に課される責務が何であるのかを学びます。その後、「高齢者虐待」と呼ばれる行為について、どのように捉えたらよいかを考えます。

● 第1章の構成

1. 高齢者虐待防止法の施行の経緯と概要
2. 「養介護施設従事者等」と施設・事業所の責務
3. 「高齢者虐待」の定義
4. 身体拘束禁止規定と高齢者虐待の関係
5. 通報の義務
6. 市町村・都道府県等の対応
7. 高齢者虐待の考え方

1. 高齢者虐待防止法の施行の経緯と概要

1) 高齢者虐待防止法の施行まで

わが国では、近年急速に進む高齢化の中、介護保険制度を創設するなどしてその対策にあたってきました。平成12年度から始まった介護保険制度は、改正を行いながら、現在ではその普及、活用が進んでいます。

介護保険制度の目的は、支援が必要な高齢者の尊厳を保持し、有する能力に応じて自立した生活を営めるようにすることにあります。しかし一方では、高齢者に対して行うべき介護や世話が放棄・放任されたり、高齢者が身体的あるいは心理的な攻撃を受けたりするような事態が、家庭や介護施設などで表面化し、社会的な問題となってきました。

このような状況に対して、介護保険制度が施行される以前の1990年代から、高齢者虐待の実態を明らかにしようとする調査が複数の研究グループによって行われてきました。また、1990年代後半からは、日本高齢者虐待防止センターや老人虐待予防・支援センターといった、高齢者虐待に関する相談や啓発・教育活動を行う団体も設立され始めました。そうした中で介護保険制度が施行され、法律によって明確に高齢者虐待の防止をはかっていく必要性が指摘されるようになりました。平成15年度には、厚生労働省の委託による「家庭内における高齢者虐待に関する調査」やモデル事業が行われて広く実態が把握されたり、高齢者虐待防止学会や日本成年後見法学会が設立されるなどしました。この前後から、国会議員らによる立法化の検討も始まりました。その後、正式に法案が議員立法により国会に提出され、国会解散による廃案を経ながらも、平成17年11月に成立、平成18年4月から「**高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律**」（以下、「高齢者虐待防止法」と表記します）が施行されることとなりました。

このように、高齢者虐待防止法は、背景もなく急にできあがったわけではありません。法律の成立までには、それ以前からの社会情勢、制度や考え方の変化、実態調査、さまざまな立場の関係者の訴えなどがあったことを理解しましょう。

2) 高齢者虐待防止法の目的

高齢者虐待防止法の大きな目的は、その第一条に示されています。要約すれば、①「高齢者の尊厳の保持」という大きな理念があり、②それを実現するためには高齢者虐待を防止することが極めて重要であり、③そのために必要な措置を定める、ということです。

■ 高齢者虐待防止法第1条より

この法律は、高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ、

- ・ 高齢者虐待の防止等に関する国等の責務
- ・ 高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置
- ・ 養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置

等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

3) 高齢者虐待防止法の特徴

高齢者虐待防止法の特徴としては、下に示した7点があげられます。これらの特徴はこの法律の目的が具体化されたものであり、それぞれの内容を理解しておく必要があります。

■高齢者虐待防止法の特徴*

特徴①：高齢者虐待を初めて定義

高齢者虐待防止法では、法の対象となる「高齢者虐待」を、虐待を行う行為者と虐待にあたる行為の類型を示すことで高齢者虐待を定義しています（詳細は第2節・第3節で説明しています）。

特徴②：高齢者虐待の早期発見・早期対応を主眼としている

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ることが示されています。また、高齢者の速やかな安全確保のために、発見者の通報（努力）義務を定めています（通報義務については第5節で説明）。このように、高齢者虐待防止法の主眼は虐待の早期発見と早期対応にあり、虐待を行ってしまった人の処罰を目的とするものではありません。

特徴③：家庭内の虐待に止まらず、施設や在宅サービス事業の従事者等による虐待も対象としている

高齢者虐待防止法では、家庭内の虐待の問題だけではなく、施設や在宅サービスなど、高齢者へのサービスを行う施設・事業所の従事者が行う虐待も法の対象としています。そのため、それぞれについて、定義や通報の義務、行政の対応、防止のための責務等が定められています。

特徴④：高齢者を養護する者の支援も施策の柱の一つとしている

高齢者虐待の問題は、高齢者＝被害者、介護者＝加害者という、単純な構図では捉えきれません。特に家庭内においては、家庭全体が抱える問題を理解し、高齢者の保護をはかる一方で、家族・親族等の支援を行っていく必要があります。そのため、市町村等においては、家族等に対する相談、指導や助言、家族の負担軽減のためのショートステイ等の支援を行うことになっています。

特徴⑤：財産被害の防止も施策の一つに取り上げている

高齢者虐待防止法では、家族・親族等や施設・事業所の従事者以外の第三者による、財産上の不当取引による被害についても、市町村が対応を行う業務として位置づけています。また関連して、経済的虐待への対応を含めて、成年後見制度の利用促進も国・地方公共団体の責務とされています。

特徴⑥：住民に身近な市町村を虐待防止行政の主たる担い手として位置付けている

高齢者虐待防止法では、地域住民にとってもっとも身近な自治体である市町村に、高齢者虐待への対応の第一義的な責任を持たせています。これに伴い、市町村が果たすべき役割も定められています。また実際には、市町村の委託を受けた地域包括支援センターなどが対応の一翼を担う場合もあります。

特徴⑦：法施行後に検証を重ねることが予定されている

高齢者虐待防止法は新しい法律であり、虐待事例やその対応方法、防止のための施策などについて調査研究を進め、法の施行状況を把握し、検証を重ね必要な措置を講じることが定められています。

*上記の内容は、厚生労働省作成の資料をもとに構成しています。

*高齢者虐待防止法の全文を、本書巻末資料として掲載しています。

2. 「養介護施設従事者等」と施設・事業所の責務

1) 「養介護施設従事者等」とは

高齢者虐待防止法では、法の対象となる「高齢者虐待」を、①養護者によるものと、②養介護施設従事者等によるものという形で、行為者によって分けています。

このうち「養護者」とは、「高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外のもの」とされています。実際には、高齢者の世話を日常的に行っている家族や親族、同居人といった人があてはまると考えられます。

それでは、「養介護施設従事者等」とはどのような人を指すのでしょうか？

高齢者虐待防止法では、「養介護施設従事者等」とは、下に示したような、老人福祉法と介護保険法に規定される「養介護施設」もしくは「養介護事業」（以下これらを「養介護施設・事業所」と表記します）の業務に従事する人（直接介護に携わる職員とは限りません）のことを指します。

■高齢者虐待防止法に定める「養介護施設従事者等」の範囲

	養介護施設	養介護事業	養介護施設従事者等
老人福祉法による規定	・老人福祉施設・有料老人ホーム	・老人居宅生活支援事業	「養介護施設」 または 「養介護事業」 の業務に 従事する者
介護保険法による規定	・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設 ・地域密着型介護老人福祉施設 ・地域包括支援センター	・居宅サービス事業 ・地域密着型サービス事業 ・居宅介護支援事業 ・介護予防サービス事業 ・地域密着型介護予防サービス事業 ・介護予防支援事業	

出典：厚生労働省老健局『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』，2006

2) 養介護施設の設置者及び養介護事業者の責務

養介護施設・事業所において、養介護施設の設置者、及び養介護事業を行う者の責務として、高齢者虐待防止法では、次のような措置を行わなければならないことが示されています（第20条）。

- ①養介護施設従事者等へ研修を実施すること
- ②利用者や家族からの苦情処理体制を整備すること
- ③その他の養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止のための措置を講じること

したがって、養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止・発見・対応の責任は、従事者個々人の問題だけでなく、施設・事業所そのものにもあるといえます。

3. 「高齢者虐待」の定義

1) 高齢者虐待防止法に示される「養介護施設従事者等による高齢者虐待」

高齢者虐待防止法では、法の対象となる「養介護施設従事者等による高齢者虐待」について、前節で示した「養介護施設従事者等」の範囲と、下に示す5つの行為の類型をもって定義しています。したがって、「養介護施設従事者等による高齢者虐待」は、「養介護施設従事者等」が、その従事する施設・事業所のサービスを利用する高齢者に対して、下に示すような行為を行うことと定義することができます(具体的な行為の例や解釈の詳細については本書第4章などを参照してください)。

■ 「養介護施設従事者等による高齢者虐待」に該当する行為

身体的虐待	高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
介護・世話の放棄・放任 (ネグレクト)	高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
心理的虐待	高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
性的虐待	高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
経済的虐待	高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

高齢者虐待防止法第2条第5項より

なお、主に家庭内における「養護者による高齢者虐待」についてもほぼ同様の類型が示されています。「養介護施設従事者等による高齢者虐待」と大きく異なるのは、「介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）」の部分で、「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」ではなく「養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること」とされています。

また、介護保険サービスを行う施設等においては、指定基準等で禁止されている「『緊急やむを得ない』場合以外の身体拘束」も原則すべて高齢者虐待に該当すると考えられます（次節で詳細を説明しています）。

2) 「高齢者虐待」の捉え方と対応が必要な範囲

上記のように、高齢者虐待防止法では「養介護施設従事者等による高齢者虐待」を定義しています。

しかし、この定義は、定義に収まらない行為については防止・対応の必要がない、ということを示しているわけではありません。高齢者虐待は、広い意味では「高齢者が他者から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」と捉えることができます。高齢者虐待防止法における定義は、このように広い意味での高齢者虐待を捉えた上で、法の対象を規定したものということができます。したがって、**法の規定からは虐待にあたるかどうか判別しがたくとも、高齢者の権利・利益が侵害されたり、生命・健康・生活が損なわれることが考えられる場合は、同様に防止・対応をはかっていく必要があるといえます。**また、このような場合、市町村等においては、高齢者虐待防止法の取扱いに準じて対応・支援を行う必要があります（『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）。

4. 身体拘束禁止規定と高齢者虐待の関係

1) 身体拘束禁止規定と高齢者虐待

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。なお、身体拘束に該当する具体的な行為は、下に示す11種類のようものが考えられます。

身体拘束は入所者（利用者）に不安や怒り、屈辱、あきらめといった大きな精神的苦痛を与えると同時に、関節の拘縮や筋力低下など、身体機能を奪う可能性のある行為です。家族・親族にも精神的苦痛を与える可能性があり、ケアを行う側にとっても安易な拘束は士気の低下を招きかねません。したがって、「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）。

■身体拘束に該当する具体的な行為

- ・徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- ・転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- ・自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む
- ・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
- ・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
- ・車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
- ・立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- ・脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる
- ・他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
- ・行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
- ・自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

出典：『身体拘束ゼロへの手引き』 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」，2001

2) 「緊急やむを得ない」場合と「例外3原則」

身体拘束が例外的に許される「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・客観的に行之、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。

■「例外3原則」と求められる手続き

- 例外3原則：3つの要件をすべて満たすことが必要**
 - ①切迫性：本人や他の入所者等の生命・身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
 - ②非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代わりになる介護方法がないこと。
 - ③一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。
- 慎重な手続き：極めて慎重に手続きを踏むことが求められている**
 - ①例外3原則の確認等の手続きを、「身体拘束廃止委員会」等のチームで行い、記録する。
 - ②本人や家族に、目的・理由・時間（帯）・期間等をできる限り詳しく説明し、十分な理解を得る。
 - ③状況をよく観察・検討し、要件に該当しなくなった場合はすみやかに身体拘束を解除する。

出典：『身体拘束ゼロへの手引き』 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」，2001

5. 通報の義務

1) 「養介護施設従事者等による高齢者虐待」における通報の義務

高齢者虐待防止法では、養介護施設従事者等による虐待を受けたと「思われる」高齢者を発見した人は、その生命や身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに市町村へ通報する義務があるとされています（通報義務：第21条第2項）。また、重大な危険が生じている場合でなくとも、速やかに通報するよう努力する義務があります（通報努力義務：第21条第3項）。これらの通報（努力）義務は、「養介護施設従事者等」以外のすべての人を対象としています。

一方、「養介護施設従事者等」にはより重い義務が示されています。**養介護施設従事者等は、自分の働いている施設などで高齢者虐待を発見した場合、生命・身体への重大な危険が生じているか否かに関わらず、通報義務（努力義務ではない）が生じます（第21条第1項）。**

高齢者虐待防止法では、保健・福祉・医療関係者の責務として、高齢者福祉の仕事に関係する人は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、その早期発見に努めるべきことが示されています（第5条第1項）。通報義務に関する規定も、養介護施設従事者等の、高齢者虐待の発見・対応への責任の重さが表れているといえるでしょう。なお、第2節などで示した「苦情処理体制」を整備して施設・事業所内で対応をはかることをもって、ここに示した通報義務がなくなるわけではないことにも注意が必要です。

2) 守秘義務との関係

高齢者虐待防止法では、刑法の秘密漏示罪その他の守秘義務に関する法律の規定は、養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報を妨げるものと解釈してはならないこと（第21条第6項）が示されています。したがって、高齢者虐待について通報等を行うことは、養介護施設従事者等がする場合であっても、「守秘義務違反」にはなりません。これは養護者による高齢者虐待の場合でも同じです（第7条第3項）。

ただし、「虚偽であるもの」（高齢者虐待の事実がないのに事実であるように嘘の通報等を行うこと）と「過失によるもの」（一般的に考えて虐待があったと「思った」ことに合理性がない場合に通報を行うこと）は除かれます。

3) 不利益取扱いの禁止

養介護施設従事者等が、自分の働いている施設などで高齢者虐待を発見した場合、発見者が直接市町村に通報を行うことは、非常に勇気がいることかもしれません。しかし、高齢者虐待防止法では、通報したことによって、解雇その他の不利益な扱いを受けることを禁じています（第21条第7項）。この規定は、高齢者虐待を施設・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、従事者、あるいは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。なお、ここでいう「その他の不利益な扱い」とは、公益通報者保護法（平成18年4月施行）の運用に準じると、降格・減給・訓告・自宅待機命令・給与上の差別・退職の強要・専ら雑務に従事させる・退職金の減給・没収などが考えられます。

ただし、この不利益取扱いの禁止についても、守秘義務との関係と同じく、「虚偽であるもの」と「過失によるもの」の場合は除かれます。

6. 市町村・都道府県等の対応

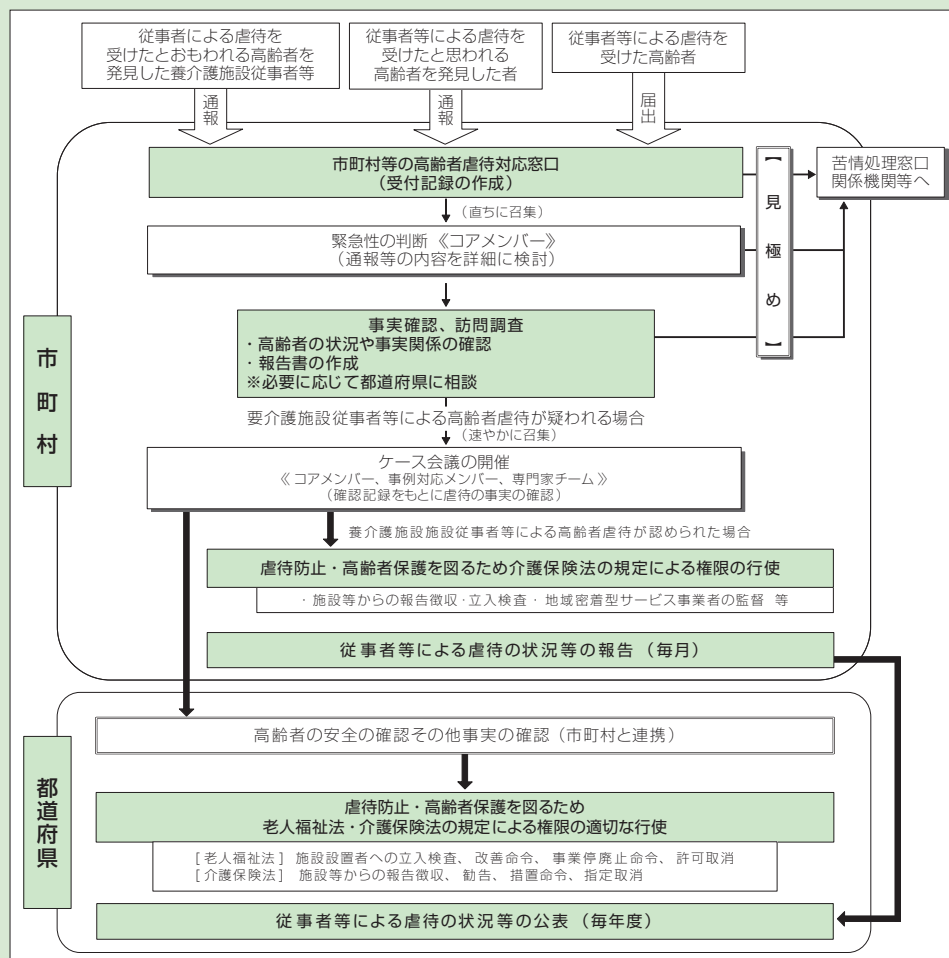
1) 窓口の設置

養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する通報や相談、虐待を受けた高齢者からの届出などを受け付け、その後の対応に結びつける窓口となる部局を定め、その周知を行うことになっています。これは養護者による高齢者虐待の場合でも同じです（第18条及び第21条第5項）。

2) 通報等を受けた後の対応

市町村に通報等があった場合、まず高齢者の安全確認・緊急性の判断、通報等の内容の事実確認が行われます。緊急性が非常に高い場合を除き、事実確認によって虐待の存在が疑われた場合、ケース会議を開催します。そこで虐待の存在が認められると、市町村にその権限があるケースでは、介護保険法の規定等による権限が行使されます。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ながら、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（下図参照。対応の具体的な内容については、本書第3章の「市町村の介入事例」①及び②を参照してください）。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（施設・事業所名や個人名は公表されません）。

■養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応



出典：厚生労働省老健局『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』, 2006, p.96.

7. 高齢者虐待の考え方

1) 高齢者虐待をどのように捉えるか

この章のまとめとして、ここでは、「養介護施設従事者等による高齢者虐待」をどのように捉えたらよいかについて考えます。

近年では、「養介護施設従事者等による高齢者虐待」が新聞報道などによって明るみにでることが増えてきました。報道される高齢者虐待は、高齢者の生命や身体、精神に重大な影響を及ぼすものや、家族などから訴えを起こされるようなものです。このようなことは、本来あってはならないことです。しかし、そのような形で顕在化するものだけが、「養介護施設従事者等による高齢者虐待」として捉えられるものなのでしょうか。

あるいは、高齢者虐待防止法では5つの類型などによって高齢者虐待に該当する行為を定義していますが、この類型にあてはまるものだけが「虐待」なのでしょうか（例えば、下の囲みに示すような行為はどうでしょうか?）。また、定義に明確にあてはまらなければ対応は必要ないのでしょうか。

これらの疑問に答え、「養介護施設従事者等による高齢者虐待」についてその全体像を的確に捉えていくためには、次に示すような2つの視点が必要です。

- ・利用者が同じことを繰り返し訴えたと、無視したり、「ちょっと待って」「さっきも言ったでしょ」などの強い口調でこたえたりする。
- ・自力で食事摂取が可能だが時間がかかる利用者に対して、時間の節約のため職員がすべて介助してしまう。
- ・一斉介護のスケジュールがあるからという理由で、利用者の臥床・離床・起床等を半強制的に行う。
- ・利用者に口頭で何度か入浴を促したが拒否されたので、その後は誘うことはまったくせず、1ヶ月ほど入浴していない。

2) 「養介護施設従事者等による高齢者虐待」を考えるための2つの視点

次ページに示した図をもとに考えてみましょう。

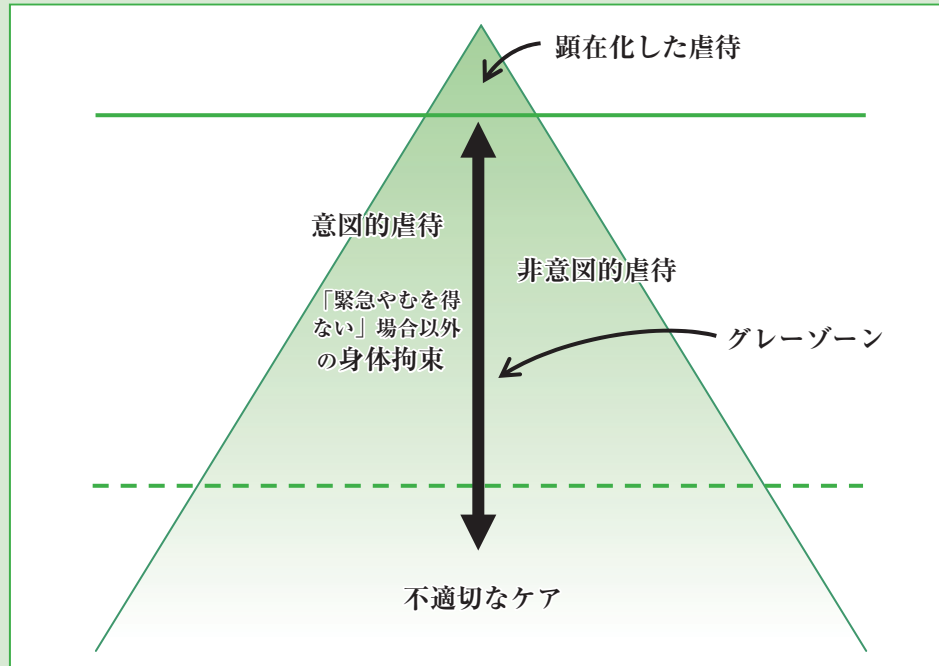
必要な視点の1つ目は、報道などで社会に明るみにでるような顕在化した高齢者虐待以外にも、**気付かれていない虐待がありうるという視点**です。顕在化した虐待の周辺には、意図的に行われた高齢者虐待にあたる行為であるが表面化していないもの（意図的虐待）や、介護者にそのつもりがなくとも結果的に虐待を行ってしまっているもの（非意図的虐待）が存在すると考えられます。それらの中には、「安全のため」などの理由を付けて、本人の意思に反して、必要な要件を満たしていないにもかかわらず行われる身体拘束なども含まれるでしょう。このとき、本章の第3節「『高齢者虐待』の定義」で学んだように、高齢者虐待防止法の対象規定に明確に合致するものにとどまらず、高齢者虐待はより広い概念（高齢者の権利・利益の侵害や生命・健康・生活の損害）として捉えられることにも注意する必要があります。

必要な視点の2つ目は、顕在化しているかどうかに関わらず、**明確に「虐待である」と判断できるような行為の周辺には、判断に迷うような「グレーゾーン」が存在する**ということです。ここに含まれる行為には、介護保険施設等の指定基準などに違反するようなものから、そこまでいかなくとも改善が必要な状態ではあるようなものまで、幅広いものが考えられます。しかしいずれにしても、これらの行為は、**明確に「虐待である」とは言い切れないものの、「不適切なケア」ではあります**。はじめに示した行為（「高齢者虐待をどのように捉えるか」の囲み参照）も、このグレーゾーンの中に入るものが多いと思われます。

さらにいうと、顕在化した虐待行為と顕在化していないが高齢者虐待であると考えられる行為の間、

そして虐待と考えられる行為と「不適切なケア」の間には、すべて明確な線引きができるものではありません。これらの行為は、全体として「不適切なケア」を底辺として連続しているもので、図に示したような裾野の広いピラミッド型を構成していると捉えることができます。

■「不適切なケア」を底辺とする「高齢者虐待」の概念図★



★柴尾慶次氏（特別養護老人ホーム フィオーレ南海施設長）が作成した資料（2003）をもとに作成

3) 「不適切なケア」から考える

このように考えると、「養介護施設従事者等による高齢者虐待」の問題は、「不適切なケア」の問題から積み上げて、連続的に考えていく必要があることがわかります。確かに、明らかに高齢者虐待に該当するような行為については、発生後に厳しい対応を行っていくことも必要かもしれません。しかし、上記のように考えた場合、普段は適切にケアを行っている施設・事業所で、急に深刻な高齢者虐待が顕在化することは考えにくいでしょう。虐待が顕在化する以前には、表面化していない虐待や、その周辺にあるグレーゾーンに含まれる行為があったはずです。さらにさかのほれば、些細な「不適切なケア」が存在し、それを放置することで「不適切なケア」が蓄積され、エスカレートしていくような状況があったはずです。このように「高齢者虐待」を捉えるならば、「不適切なケア」の段階で発見し、将来の「虐待の芽」を摘むような取組が、「高齢者虐待の防止」という法律の趣旨からは求められます。これは、養護者による高齢者虐待の場合でも同様です。

しかし、実際に取組を進めるためには、養介護施設従事者等による高齢者虐待の特徴や、発生要因（あるいはさらにその背景となる要因）について理解することが必要です。またそれを理解した上で、施設・事業所において具体的にどのような取組ができるのかを考えていく必要があります。次の章では、これらのことについて解説していきます。

第 2 章

養介護施設・事業所における 高齢者虐待防止のための課題と対策

● 第2章の目的

これまで行われてきたさまざまな調査研究などから、養介護施設従事者等による高齢者虐待の特徴と背景を理解します。またその上で、施設・事業所の中で考えられる、高齢者虐待の防止・対応にかかわる対策の基本を学びます。

● 第2章の構成

1. 養介護施設従事者等による高齢者虐待の特徴
2. 養介護施設従事者等による高齢者虐待の背景
3. 高齢者虐待・不適切なケアへの対策の基本
4. 高齢者虐待・不適切なケアの防止策
 - 1) 組織運営の健全化
 - 2) 負担やストレス・組織風土の改善
 - 3) チームアプローチの充実
 - 4) 倫理観とコンプライアンスを高める教育の実施
 - 5) ケアの質の向上

1. 養介護施設従事者等による高齢者虐待の特徴

1) 養介護施設従事者等による高齢者虐待の実態把握

本書第1章の第6節（p.12）に示したように、市町村に通報・相談・届出等があった事例は、都道府県に報告され、都道府県はその情報をまとめて年度ごとに公表します。法施行初年度の平成18年度では、養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する行政への通報・相談・届出等（都道府県へ直接の場合を含む）は全国で合計303件あり、そのうち54件が高齢者虐待であると判断されました。また、虐待と判断された54件が生じた施設・事業所に対しては、「報告徴収・質問・立入検査・指導」が行われたのが48件と大半ですが、「改善勧告」が4件あり、さらに「改善命令」「指定の停止」がそれぞれ1件ありました（これらの結果は毎年厚生労働省のホームページ等で公開されます）。

また、このような国が直接行う調査の他にも、これまでにいくつかの調査が行われてきました。ここではそのうち、認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）が行った調査[★]の結果から、養介護施設従事者等による高齢者虐待の特徴を示します。

なお、認知症介護研究・研修センターが行った調査の結果は、ホームページ「認知症介護情報ネットワーク（DCnet）」（<http://www.dcnet.gr.jp>）上でも順次公開しています。

2) 高齢者虐待と思われる行為^{★★}の特徴

高齢者虐待と思われる行為としてもっとも多いと考えられるのは、心理的虐待です。ただし、心理的虐待は言葉や態度によるものも多いため、さかのぼって事実確認するのが難しかったり、虐待にあたるかどうか判断するのが難しいという声があり、通報等の対象となる場合は身体的虐待などの数が多くなることがあります。また、心理的虐待に次いで多いのが身体的虐待で、その次が介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）の順番になることが多いようです。さらに、第1章第4節（p.10）でも示しましたが、「緊急やむを得ない」場合以外の身体拘束を含めると、これも一定の割合でみられています。

3) 高齢者虐待と思われる行為を受けた利用者の特徴

高齢者虐待と思われる行為を受けた利用者の特徴としては、年齢が高く後期高齢者（75歳以上）が大半を占めることや、要介護度がやや高いことなどがあげられます。しかしもっとも大きな特徴は、認知症の人が多く、意思疎通の難しさなど関連する問題が指摘できることです。特に、認知症にともなう行動・心理症状（BPSD）がかなりの割合でみられ、その中でも攻撃的な言動や介護への強い抵抗がよくみられています。その他、徘徊や不安・焦燥、妄想や、昼夜逆転などの睡眠覚醒リズムの障害も比較的多くみられています。

なお、虐待を受けたと思われる利用者の大半は、怒りを示して反発したり、精神的に不安定になるなどして、何らかの形で明確に反応を示しています。

4) 高齢者虐待と思われる行為を行った職員の特徴

高齢者虐待と思われる行為を行った職員の年齢や性別、職種などの属性については、特筆すべきほどの特徴はみられていません。また、性格や態度などの個人的な特性も考えられますが、それ以上に指摘すべきなのは、組織的な問題に関わる、職務上の背景要因が考えられることです。この点については、次の節で詳しく説明します。

[★]平成18年度「施設・事業所における高齢者虐待防止に関する調査研究事業」、平成19年度「施設・事業所における高齢者虐待防止の支援に関する調査研究事業」（いずれも厚生労働省老人保健健康増進等事業の補助金による）

^{★★}調査では回答者が「高齢者虐待」であることを判断したため、ここでは「高齢者虐待と思われる行為」と表記します。

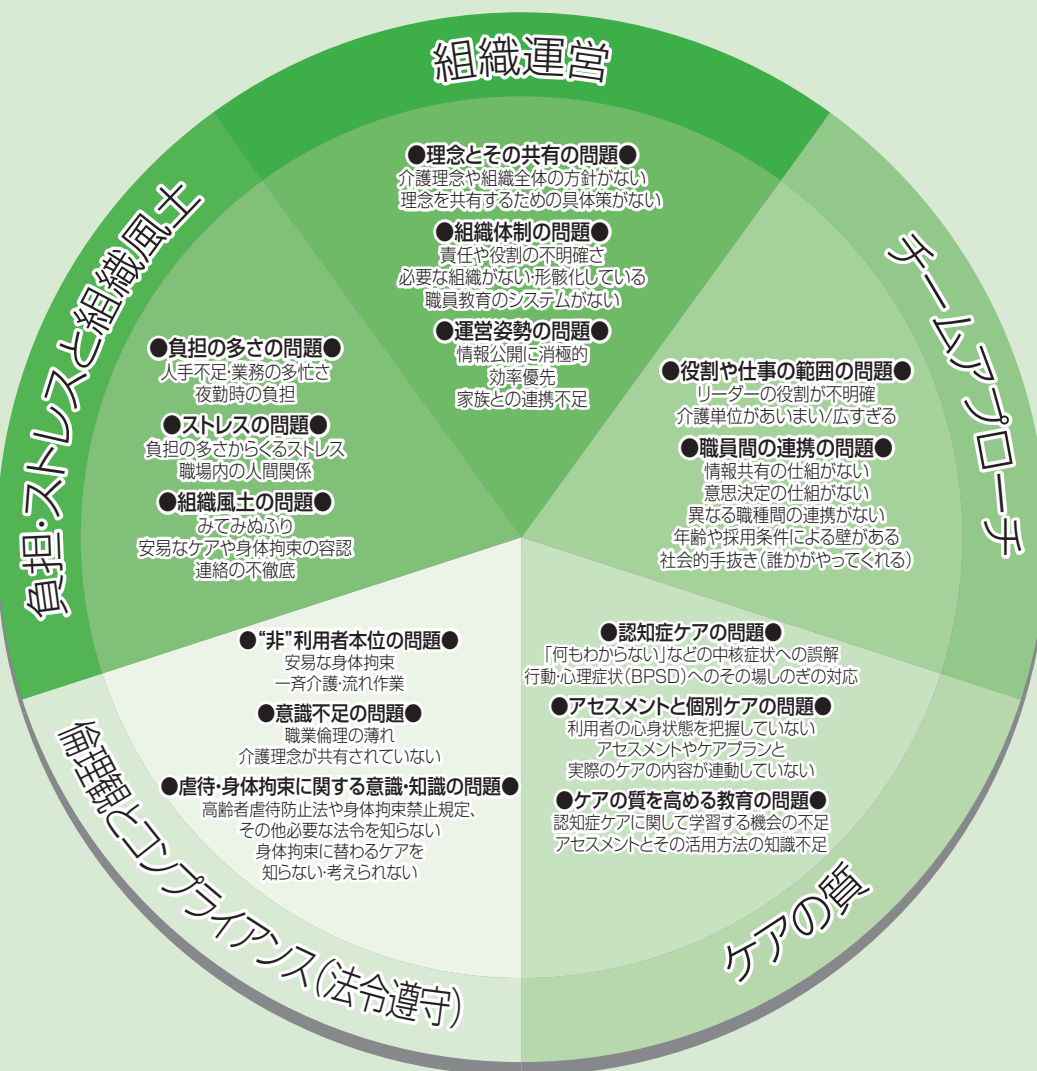
2. 養介護施設従事者等による高齢者虐待の背景

前節では、養介護施設従事者等による高齢者虐待の実態や特徴を簡単に示しました。しかし、高齢者虐待の問題への対策は、その特徴を捉えただけでは実行することが難しいと考えられます。養介護施設従事者等による高齢者虐待の発生には、下の図に示すような要因が背景として存在することが多いと考えられます。

ここでは、背景要因を「組織運営」「負担・ストレスと組織風土」「チームアプローチ」「倫理観とコンプライアンス」「ケアの質」の5つの次元に分けて示しています。しかしこれらは必ずしも独立した要因ではなく、相互に関係している場合が多くあります。また、これらの要因は、必ずしも直接的に虐待を生み出すわけではありませんが、放置されることでその温床となったり、いくつかの要因が作用することで虐待の発生が助長されたりすることもあります。その意味では、第1章第7節（p.13-14）でも示したように、これらの要因は高齢者虐待の問題のみならず、「不適切なケア」の背景としても捉えられるものです。

このように、養介護施設従事者等による高齢者虐待の問題は、単純に職員個人にだけ原因を求められるものではありませんし、ましてや利用者の属性に帰結されるものでもありません。

■養介護施設従事者等による高齢者虐待の背景要因*



*この図の作成にあたって、三瓶徹氏（北広島リハビリセンター特養部四恩園施設長）が作成した資料を参考にしました。

3. 高齢者虐待・不適切なケアへの対策の基本

1) 対策の基本的な考え方

前節で示した背景要因の考え方にしたがえば、**高齢者虐待や不適切なケアの問題への対策の基本は、背景となる要因を分析し、組織的な取組を行い、その中で職員個々人が必要な役割を果たすことにある**といえます。これは、高齢者虐待や不適切なケアが発生した後の対処の場合も、その防止のための取組を行う場合も、基本的には同じです。

ただし、実際に虐待や不適切なケアを発見した場合には、次に示すように迅速な初期対応を行った上で、再発の防止をはかっていくことになります。

2) 高齢者虐待・不適切なケアが起きたらどうするか

高齢者虐待に該当するような行為や、不適切なケアが発生した場合にもっとも大切なことは、**速やかな初期対応**を行うことです。特に、高齢者虐待に該当するような行為の場合は、まずは被害を受けた利用者の心身の状態を把握し、必要な手当などを速やかに行い**利用者の安全を確保**しなければいけません。利用者の安全を確保し、二次的な被害を防いだら、次に、**事実確認**をしっかりと行い、上司への報告など組織の中で**情報を共有**し、対策を迅速に検討します。また同時に、虐待などを行ってしまった職員への対処や管理監督者の責任の検討も行います。この時点での対応では、**情報を隠すようなことは避けるべき**です。速やかに情報を共有し、本人・家族への説明や謝罪、関係機関への報告を隠さず行う必要があります。ただし、正確な事実確認は不可欠です。

その後、原因を分析して再発防止のための取組を行うことになりますが、これは次に述べる虐待や不適切なケアの防止のための取組とほぼ共通しています。また、速やかに対応するためには、そのための体制が施設・事業所内で整備されていることが必要です。さらに、虐待や不適切なケアが早期に発見されるためにも体制の整備が必要です。これらについても、防止策と同様に考えることができます。

3) 高齢者虐待・不適切なケアを防ぐために何をすべきか

養介護施設従事者等による高齢者虐待を防ぐための基本は、前節で示したような背景要因を分析し、その解消をはかっていくことです。また、第1章第7節（p.13-14）でも示したように、高齢者虐待の問題は不適切なケアから連続的に考えていくことができます。すなわち、**高齢者虐待の防止は、背景要因を解消し、不適切なケアを減らして利用者の権利利益を護れる適切なケアを提供することによって、結果的に達成されると考えられます**。したがって、単純に「してはいけない」というだけであつたり、虐待事例が発生したらその都度対処したりするのでは効果はあまり望めないと考えられます。

このような考え方は、「予兆となるような出来事から危険を予測し、事故の可能性を極力少なくする」というリスクマネジメントの考え方と共通するものであり、高齢者虐待や不適切なケアの防止は、一種のリスクマネジメントであるとも考えることができます。

このような基本を押さえた上で、次の節では、前節で示した背景要因ごとに、高齢者虐待や不適切なケアを防止するために行うべき対策の概要を示しています。ただし、**それぞれの要因は独立しているのではなく、相互に強く関連しています**。部分的に取り上げて対策を行うのではなく、なるべく多角的に捉えるようにしてください。

4. 高齢者虐待・不適切なケアの防止策

1) 組織運営の健全化

組織運営上の問題には、大きく分けて「理念とその共有の問題」「組織体制の問題」「運営姿勢の問題」が指摘できます。それぞれの問題を解消し、組織運営の健全化をはかっていく必要があります。

●理念とその共有の問題への対策

まず①介護の理念や組織運営の方針を明確にすることがあげられます。ここには、権利擁護の考え方や接遇の基礎といったことも含まれるでしょう。また、この理念や方針は形だけあればよいわけではありませんし、言葉としては素晴らしいが具体的にどうすればよいのかわからない、というのでは意味がありません。したがって、理念や方針が明確にあることを前提として、②理念や方針を職員間で共有することと、③理念や方針を実現するための具体的な指針を提示することが必要となります。③については、行動指針や介護基準などの形で、かつ実際の職務の中で実行できる具体的な内容が求められます。ただし、これは単純なマニュアルという意味ではありません。

●組織体制の問題への対策

ここでは、まず①施設・事業所のトップをはじめとして、それぞれの職責・職種による責任や役割を明確にすることがあげられます。特に、組織のトップの意識は重要であり、施設・事業所全体のあり方を左右するため十分留意しましょう。その上で、②苦情処理体制をはじめとする必要な組織（委員会などの合議体制）を設置・運営することが必要です。ただし、ここでの組織は、ただ単に窓口があったり、委員会が設置されているということだけでは不十分です。それぞれの組織の目的や関わる人員とその役割をはっきりさせ、十分に機能し形骸化していないか確認することが大切です。また、これら必要な組織の多くは合議のための組織であり、利用者にもっとも近い現場の職員が意思決定に関われるようにしていく必要があります。また、こうした取組が十分に浸透するためには、特に③職員教育の体制を整えることが重要です。これについても、単に形式的に研修を行えばよいのではなく、OJT（On-the-Job Training）の仕組みを工夫し、得られた知識や考え方が実践に活かされるようにすることが大切です。

●運営姿勢の問題への対策

施設・事業所の運営にあたって、閉鎖的な姿勢は不適切なケアに気付きにくくさせ、結果として虐待や不適切なケアの発見・対応を遅らせる危険性があります。そのため、運営姿勢として①第三者の目を入れ、開かれた組織にすることを心がけることが大切です。オンブズマン組織や第三者評価、介護相談員派遣等事業^{*}などの導入・活用や地域との交流を積極的に考えましょう。同時に、開かれた組織の前提として、②利用者・家族との情報共有に努めることも大切です。これは日々行われているケアの根拠と結果を説明し、信頼関係を築く意味でも重要です。さらに、効率優先で個別ケアを顧みない組織の姿勢は、意識しないうちに、利用者にとって不適切なケアを誘発しがちです。そのため、③業務の目的や構造、具体的な流れを見直してみることも必要になります。

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

2) 負担やストレス・組織風土の改善

ここでの問題には、大きく分けて「負担の多さの問題」「ストレスの問題」「組織風土の問題」が指摘できます。ここに含まれる課題の中には、簡単には解決できないものも多く含まれていますが、できる限り工夫していくことが大切です。

●負担の多さの問題への対策

介護の現場では、配置されている人員に比べて行うべき仕事が多すぎる、という声がよく聞かれます。これに対して、限られた運営費用の中では職員の増員にも限界があるものと思われます。これらの問題は、すぐに解決することは難しいものでしょう。

しかし、単純に人を増やすこと以外にも、工夫できる余地は残されています。勤務時間帯の選択肢を増やしたり、複数のユニットにまたがって人員を調整するなど、①柔軟な人員配置を検討するのも1つの手段です。また、組織運営上の課題などとも関係しますが、②効率優先や一斉介護・流れ作業を見直し、個別ケアを推進することも考えたいことです。定時の一斉介助を止め、個別の排泄パターンを把握して排泄介助を行うなど、個別ケアの推進によって「必要なケアを必要なときに行える」という意味で効率的なケアを行うことができる場合もあります。さらに、③もっとも負担が高まると思われる夜勤時については特段の配慮を行うことが必要です。次に示すストレスの問題とも関連しますが、1人で夜勤を行うようになる前に十分な教育を行ったり、緊急時の対応手順や連絡・相談の方法などを明確に定めておくなどすることが必要です。

●ストレスの問題への対策

上記のような負担の多さがあつたり、職場の人間関係が良好でなかったりすると、職員は大きなストレスを抱えることになります。このときまず大切なのは、当然ですが①職員のストレスを把握することです。上司や先輩、同僚の無関心や無理解は、さらにストレスを助長します。職員全体、あるいは特定の職員に過度な負担がかかっていないか、常に気にかけることが大切です。また、職員の中には、周りに相談できずに1人で悩んだり負担を抱え込んでいる人がいる場合もあります。そのため、②上司や先輩にあたる職員が積極的に声をかけ、悩みを聴くように心がけることも必要です。

●組織風土の問題への対策

必要なケアの不足や不適切な対応にみてみぬふりをしたり、安易なケアの方法や身体拘束を容認したりするような組織風土は、不適切なケアの温床となり、やがては高齢者虐待を生み出す可能性さえあります。またこのような場合、職員間の連絡や意思決定が不徹底で、行うべき仕事もみえにくくなります。

いったん上記のような状態に陥ると、改善をはかることは非常に難しくなります。その理由は、本節の他の項で指摘しているように、組織風土の問題は単独で発生するのではなく、組織運営やチームアプローチ、意識や知識の問題が広く存在し、その結果として生じていることにあります。そのため、遠回りにみえますが、①組織運営の健全化、チームアプローチの充実、倫理観とコンプライアンスを高める教育の実施に1つずつ丁寧に取り組んでいくことが大切です。また②取組の過程を職員間で体験的に共有することで、責任感や意欲は高まっていき、組織風土の改善は進みます。また、この項で示した③負担の多さやストレスへの対策も十分にはかる必要があります。

3) チームアプローチの充実

チームアプローチの問題には、現場でケアを行っていく上での、職員の「役割や仕事の範囲の問題」と、「職員間の連携の問題」が存在すると考えられます。これらの問題を解消し、充実したチームアプローチを目指しましょう。

●役割や仕事の範囲の問題への対策

施設・事業所における高齢者介護の仕事は、ただ1人の職員によって行われるわけではありません。関係者が認識を共有し、力を合わせて、利用者に総合的な質の高いケアを提供することを目指していかなければなりません。またこの中には、同一の職種間の連携はもちろん、異なる職種・職責の人との間の連携も当然含まれます。チームアプローチの充実、サービス提供の要ともいえるものです。

しかしそのためには、①関係する職員がどのような役割をもつべきなのかを明確にすることが必要です。それぞれの職員が自分に与えられた仕事だけをこなすことを考えているだけでなく、チームとして連携して動いていく上での役割を認識する必要があります。またその中では、特に②リーダーの役割を明確にすることが大切です。リーダーがもつべき、意思決定のために必要な役割（権限）とその役割が及ぶ範囲が明確でないと、チームが力を発揮することはできません。その意味では、利用者へ具体的なケアを提供していく際の、③チームとして動く範囲を確認することも必要になるかもしれません。

●職員間の連携の問題への対策

チームアプローチの充実のためには、当然ですが関係する職員間の連携の充実が不可欠です。そのためには、以下の点に注意する必要があります。

まず、①情報を共有するための仕組みや手順を明確に定めることと、具体的なケアを提供するための、②チームでの意思決定の仕組みや手順を明確に定めることがあげられます。介護サービスにおいて、関係する職員が必要な情報を共有し、意見交換を行ってチームの総意としてケアを提供することは、重要な要素の1つです。個々の職員がばらばらに情報を得て共有されず、具体的なケアの内容をどうするのか個々の判断だけにまかされるような状況は、非常に危険であるといえます。なぜなら、そのような状況は不適切なケアに気づき改善する機会を奪い、高齢者虐待の早期発見・早期対応を困難にしてしまうからです。また、特定の職員が負担を抱え、追い込まれてしまうような状況にも気づきにくくなります。小さな情報であっても、関係者間で共有され、意思決定がはかられる組織、チームを目指しましょう。

さらに、情報共有や意思決定の仕組みがあっても、その形式が存在するだけでは充実した連携がはかれない場合もあります。異なる職種（介護職とそのほかの職種など）や職責（上司と部下など）の間、あるいは異なる年齢や採用条件（常勤と非常勤など）の間に「目にみえない壁」が存在し、連携を妨げているという話はよく聞かれるものです。このような状況が適切ではないことはいうまでもありません。それぞれの職員の立場は異なろうとも、利用者に「よりよいケアを提供する」という大きな目的は共通しているはずです。そのため、このような状況がみられる場合には、関係する職員（チーム）の中で、③よりよいケアを提供するためには立場を超えて協力することが必要不可欠であることを確認する作業が必要になるでしょう。

4) 倫理観とコンプライアンスを高める教育の実施

倫理観とコンプライアンス（法令遵守）の問題には、「非」利用者本位の問題や「意識不足の問題」、「虐待・身体拘束に関する意識・知識の問題」が存在すると考えられます。これらの問題が考えられる場合は、これを解消するための組織的な教育活動が必要です。

● “非”利用者本位の問題への対策

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。施設・事業所の利用者の中には、遠慮や負い目といった気持ちや、職員が意図しないうちにつくり出した立場の弱さなどから、つらい思いをしていてもはっきりと表現できない方もいることを認識すべきです。また、認知症などの理由により、自らの思いを他者に的確に伝えにくい場合があることにも配慮する必要があります。①介護サービスにおける「利用者本位」という大原則をもう一度確認することと、②実際に提供しているケアの内容や方法がそれに基づいたものであるかをチェックすることが大切です。

●意識不足の問題への対策

高齢者虐待は、虐待を受けた高齢者の尊厳を脅かすものです。したがって、高齢者虐待が生じるということは、利用者の尊厳を護るべき養介護施設従事者等がそなえる必要がある、職業倫理や専門性が欠如している（薄れている）ことの表れであるともいえます。

そのため、職業倫理や専門性の薄れが疑われるような場合には、まず、人権擁護やコンプライアンス（法令遵守）の必要性や、専門的なサービスを提供する義務などの、①ごく基本的な職業倫理・専門性に関する学習を徹底することが必要です。その上で、②目指すべき介護の理念をつくり共有するための取組を行います。このとき、介護理念があまりに抽象的だったり、現実のケアと結びついていないように感じられる場合は、理念の再構築を行うことも1つの手段です。実際にケアを提供している現場の職員を交えて、①の基本事項から導かれる介護理念をグループワークなどによって考え、さらにその理念を具体的なケアの指針などに結びつけていきます。あるいは、「もし自分がサービスを受ける立場だったら」というような発問からスタートし、その答えを整理・統合していくことで理念をボトムアップ式に形成していく方法もあります。

前述の「“非”利用者本位の問題への対策」とあわせて、このような基本的な倫理観やそれに基づいた理念を持つことが、コンプライアンス（法令遵守）の土台となります。

●虐待・身体拘束に関する知識の問題への対策

これまで行われてきたいくつかの調査では、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①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、本書や巻末に示した参考文献などをもとに、②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。その際には、単に「覚える」だけでなく、本書の第3章などを用いて「考える」学習を心がけましょう。

5) ケアの質の向上

ケアの内容や方法の問題には、「認知症ケアの問題」や「アセスメントと個別ケアの問題」、「ケアの質を高める教育の問題」などが含まれると考えられます。よりよいケアへの質の向上を目指して、下記のような対策を考えてみましょう。

●認知症ケアの問題への対策

現在、介護保険施設に入所する高齢者の中で認知症の人は8割をこえるといわれています。また、平成18年度の介護保険法改正の際には、これまでの身体ケア中心のサービスから、「認知症ケア」を標準モデルとすることの必要性が示されています。高齢者虐待の問題においても、虐待を受けたと思われる高齢者の多くに認知症の影響がみられており、高齢者虐待や不適切なケアの防止のためには、認知症ケアの質の向上が不可欠であるといえます。

そのためには、①**認知症という病気について、正確に理解**することがまず必要です。認知症によって生じる記憶や見当識、実行機能などの認知機能の障害を「中核症状」といいますが、まずはこの中核症状がどのようなものであり、日常生活を送る上でどのような困難が生じやすいのかを理解する必要があります。また、認知症の原因となる疾患ごとの特徴や、中核症状がある一方で本人がもっている力なども併せて理解していくことが大切です。さらに、徘徊や異食、妄想といった、「認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）」に対する理解も欠かせません。行動・心理症状は、かつて介護を困難にさせるという意味で「問題行動」などと呼ばれていましたが、そうした考え方は改める必要があります。②**行動・心理症状には本人なりの理由があるという姿勢で原因を探っていく**ことが求められます。

●アセスメントと個別ケアの問題への対策

上記のように認知症ケアの質を向上させるためには、利用者に対するアセスメントをしっかりと行い、個別ケアを推進する必要があることはいうまでもありません。またこれは認知症の人に限りず、サービスを受ける利用者すべてにいえることです。

そのため、まずは①**利用者の心身状態を丁寧にアセスメント**することがスタートになります。このとき気をつけなければならないのは、単に検査（テスト）の結果が何点であったかということや、特定のツールの項目を埋めることがアセスメントではないということです。アセスメントは単なる作業ではなく、利用者の実生活の中での困難さや本人がもっている力を、具体的に把握・分析する過程であることを忘れてはいけません。また、アセスメントは、それが実際のケアの内容に活かされて初めて意味を持ちます。したがって②**アセスメントに基づいて個別の状況に即したケアを検討する**という手順をしっかりと踏んでいくことが大切です。丁寧なアセスメントと、それに基づいた個別ケアの徹底が、結果的に不適切なケアを減らし、高齢者虐待の防止につながります。

●ケアの質を高める教育の問題への対策

上記のような対策を行うためには、必要な知識・技術を学ぶ機会を設けなければなりません。その1つは、①**認知症ケアに関する知識を共有**することです。認知症ケアの知識は日々新しくなるものであり、経験の浅い職員だけが学ばばよいものではありません。認知症に関する正確な知識と、それに基づいたケアの方法を、皆で学び共有していく機会を設けましょう。もう1つは、②**アセスメントとその活用方法を具体的に学ぶ**ことです。OJTの方法を工夫し、座学だけではなく実践の中で学べるよう、職員1人ひとりに対する指導・支援が行える体制を考える必要があります。

第 3 章

養介護施設従事者等による 高齢者虐待の防止・対応事例

● 第3章の目的

高齢者虐待の5事例、不適切なケアにあたる3事例、高齢者虐待に対して市町村が施設・事業所へ介入した2事例を題材に、高齢者虐待を防止するための取組や、高齢者虐待が発生した場合の対応のあり方を具体的に学んでいきます。

● 第3章の構成

1. 虐待事例

- ①夜勤時におきた身体的虐待
- ②組織的な問題が考えられるネグレクト
- ③配慮に欠けた言動による心理的虐待
- ④組織改善につながった性的・心理的虐待への対応
- ⑤介護の都合を優先し「例外3原則」を守らない身体拘束

2. 不適切ケアの事例

- ①ケアコールへの不適切な対応
- ②不適切な食事介助
- ③強い言葉による制止

3. 市町村の介入事例

- ①退職した職員の通報から判明した身体的・心理的虐待
- ②見学者の通報から判明した不適切な身体拘束

● この章を使用するにあたって

★各事例は『事例編』と『解説編』から構成されています。『事例編』と『解説編』はそれぞれ見開き2ページで示されています。『事例編』では、施設・事業所と関係者の概要、事例発生から発見・対応・対応後までの経過、事例を考えるにあたっての関連情報を示しています。また『解説編』では、『事例編』で示された内容について、解説と防止・対応のヒントをまとめています。

この構成は、本書を使用されるみなさんが、単に「こうすればすべて解決する」という解答を得るのではなく、事例をもとに考えてからヒントとして『解説編』を読まれることで、実際に現場で抱えている事例に取り組む際の参考にしていただくことを意図しています。そのため、『事例編』を読まれた後は、すぐに『解説編』に進まずに、本書の第1章・第2章の内容なども振り返りながら、防止策・対応策を考えてみることをおすすめします。

★『解説編』では、改善が必要な状態が生じた直接的な理由だけでなく、その背景となる要因についての解説や、防止策・対応策を考える際の方向性を示しています。これらの内容については、本書の第2章では5つの次元に分けて説明していますが、これは背景要因や対策の基本をわかりやすく説明するためにあえて分けたものです。実際の事例では、相互に分かち難く背景要因が存在しています。そのため、『解説編』では5つの次元の区分をまたがって解説を行っています。

★事例ごとに施設・事業所の形態は異なっていますが、大部分の内容は共通して考えられるものとなっています。自施設・事業所と種別が異なるという理由で敬遠せずに読んでいただくことをおすすめします。

この章で用いた事例は、架空事例として作成されたものです。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。

虐待事例① 夜勤時におきた身体的虐待

★事例の概要

夜勤時に起きた身体的虐待の事例。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。翌朝の退勤後に気づいた別の職員が管理者に報告し、判明した。管理者が直ちに事実確認し虐待行為を何度か行っていたことも判明。職員Aに対しては嚴重注意を行いその後の虐待者へのフォローも行ったが、他の職員や家族への周知はしなかった。

■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。虐待発生時の入居率は100%で、夜勤者は各ユニット1名。

■関係者

●虐待を行った職員：男性の夜勤者（介護職員）1名が虐待行為を行った。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。

●虐待を受けた利用者：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

虐待が発生した日は、職員Aが一人で夜勤をしていた。その日は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る。午前1時、Bさんの隣の居室の利用者Dさんが起き出し、気分がすぐれないと訴える。以降AはCさん・Dさんの居室を往復するようにして対応していた。その時、Bさんがまた居室から職員Aを呼び、トイレへの付き添いを求め、居室に戻ると一緒に寝るよう要求した。職員Aは断ろうとするが、Bさんは納得せず、Aの衣服にしがみつくようにして懇願する。そうしたやりとりが何度か続くうち、Bさんの「こんな年寄りを一人にして。この人でなし！」との言葉に激高した職員AはBさんの頬を平手打ちし、居室を後にした。

●問題の表面化

職員Aはこのことを記録に残していなかった。しかし、翌朝、朝食を一緒にとっていた早番職員が、Bさんに元気がなくいつもより口数が少ないこと、やや左頬がはれていることを見つけた。早番職員は職員Aに尋ねたが、入眠にやや時間がかかったこと以外には特に何もなかったと答えた。しかし早番職員は気にかかり、歯磨き（見守り）時に虫歯の検査と称して口内を確認したところ、左頬内側から出血が確認された。Bさん本人に尋ねると、痛みがあるとのことだが原因は答えなかった。早番職員は、退勤後であったため職員Aには直接確認せず、その直後に勤務日ではなかったが立ち寄った管理者に報

告した。

〔関連情報〕

夜間は両方のユニット側から渡り廊下の扉が閉められ、利用者・職員とも緊急時以外は行き来しないことになっていた。夜間の緊急時には管理者の携帯電話へ連絡することになっていた。勤務交代時の引き継ぎは主に介護記録によってなされ、口頭での伝達・確認等のルールは定めていなかった。職員会議は月1回行うことになっていたが、簡単な連絡で終わることもあり、実質的には2ヶ月に1回程度であった。またケアプランを作成し、カンファレンスを2ヶ月に一度行うことになっていた（そのように家族にも説明していた）が、実際には半年に一度程度であった。

対応・取組

早番職員から報告を受けた管理者は、虐待を受けた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。

管理者はAに対しその場で厳重に注意したが、その後ホーム内や家族へは知らせなかった。Bさんには応急処置を施し経過観察するよう指示。また発見した早番職員にはしばらく口外しないよう指示した。翌日管理者は所在地の市の担当課へ虐待の事実を電話で伝えた。なお、後日職員Aを市が企画した高齢者虐待防止のための研修会に参加させ、レポートの提出を行わせた（同ホームの職員が虐待防止関連の研修に参加するのは初めてで、ホーム内での高齢者虐待防止法の周知は行っていなかった）。謹慎・減給その他の処分は行わず、職員配置にも余裕がないため勤務シフト等も変更していない。ただしその後も管理者がAに対して週1回・30分程度面接を行い、改善の様子を確認し、A自身の職務上の悩みについても聴くようにした。

取組後

Bさんへは、特に夜間の訪室・見守りを強化するようにした。ベッドには入るが身体を小さく丸めたままで独言を言い、臥床から入眠まで数時間を要する日が数日続いたが、徐々にそうした行動は消失した。職員Aにもかなり反省の色が見られ、虐待発生より約1ヶ月後、Bさんに謝罪した上で、自分の起こした出来事について同僚職員へ説明・謝罪したい旨の申し出があり、職員ミーティング時に実施した。以後、Aは同僚や管理者へ報告・相談を行うことが増え、また他の職員も互いに自発的に情報交換することが増えた。その後同種の出来事は起こっていない。

虐待事例①：解説と防止・対応のヒント

虐待事例①では、グループホームで夜勤時に起きた事例を示しました。以下に述べるような背景があるとはいえ、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。この事例のような出来事を防ぐために、あるいはこのような事例が発見された場合に、どのような対策を行ったらよいでしょうか。以下に示す点を中心に考えてみましょう。

職員が置かれた状況を考えてみよう

●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。事例で虐待発見後に管理者が行っていたように、**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、事例のように**特定の職員個人だけの問題にせず、施設・事業所の職員全体の問題として考えましょう。**

職員間の連携を充実させよう

●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。**

アセスメントとケアの内容を振り返ってみよう

●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**ととらえ、**本人の視点から考えましょう**。

●ケア：アセスメントに基づいたケア

上記のアセスメントと同様、Bさんへの対応について、職員全体の意思統一はなされていなかったと思われます。そうした中で、職員Aは自分なりにその都度懸命に対処しようとしたものの、対応しきれずに追い込まれてしまったのかもしれません。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、対処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はなく、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。

組織としての対応のあり方を考えよう

●発見時の対応の考え方

この事例では、管理者が事実確認を行った後の対応に考えるべき点が多くあります。特に、事業所内や家族に周知せず、発見した職員にも口止めするなど、隠蔽とも取られかねない行為があった点は問題です。管理者として「事を荒立てたくない」「公表して処分を受けたくない」といった気持ちがあるのはわかりますが、このような対応では第二、第三の虐待は防ぎがたいと思われます。むしろ**早い段階で情報を開示し、事業所全体で再発防止をはかった方が、長期的にみれば有効**です。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、管理者の虐待を行った職員への対応は丁寧であり、その点では評価できますが、組織として再発防止を考えた場合には就業規則等に基づいて懲戒処分をすべき場合もあります。

さらに、**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べきでした**。

●施設・事業所における責務

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。この事例では、防止法の周知や権利擁護に関連する体制づくりなどの直接的な対策はもとより、情報共有や職員間の連携、不慣れな職員への教育体制など、適切なケアを提供するための環境が整備されていないことがうかがわれます。こ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**。

虐待事例② 組織的な問題が考えられるネグレクト

★事例の概要

女性利用者Bから「お茶を飲みたいが、あの職員Aに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。苦情の対象となった女性の介護職員Aは経験年数が長く、他の介護職員は意見することができないような関係にあった。苦情を受けた介護職員から相談された生活相談員は、そのことを介護主任に話し、職員Aの業務態度などを他の職員からも確認した。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、介護放棄（ネグレクト）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

- 虐待を行った職員：虐待を行った職員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。
- 虐待を受けた利用者：虐待を受けた利用者Bは、女性で79歳、脳幹梗塞による両上下肢機能の障害と、体幹機能障害により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。利尿の副作用のある内服薬を服用していたため、担当医からは脱水防止のため水分摂取状況に十分注意するよう指示が出ている。なお、利用者Bほどではないものの、他の複数の利用者も被害を受けていたと推測される。

発見までの経過

●発生まで

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

●問題の表面化

Bさんから「お茶を飲みたいが、職員Aには怖くてものを頼めない」という苦情が20代の新任の介護職員にあった。この介護職員は、職員Aに対して意見がいい難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。生活相談員は、日勤帯では、職員Aによる利用者が怖がるような対応はないように思えたが、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、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。理由は、居室からコールがなくても職員Aは積極的に対応することがなく、一緒に組んだ介護職員が忙しい思いをさせられるというものであった。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他の介護職員からの聞き取りでわかった。他の職

員もそのことをうすうす知りながら、経験の長い職員Aに他の職員はなかなかものをいえず、どうにかしようとする動きはない様子であった。

なお、Bさんからはじめに苦情を受けた介護職員は、生活相談員へ相談すると同時に、業務規則を確認して、その内容にしたがって苦情処理報告書を提出した。

〔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、スムーズに図れない状況にある。

対応・取組

生活相談員は、介護主任及び他の職員からの聞き取りを行った後、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。

職員Aは自らが行った行為がネグレクトにあたるという認識はなかった。またさらに確認していくと、こうした行為は、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で多く行われ、Bさんに限らず他の利用者へも常態化していたことが認められた。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軽度の褥創が確認された。生活相談員・介護主任と職員Aとの面談では解決の糸口が見つからず、介護部長と面談し、職業上の適性も含めて厳しく注意されるも、反省するような素振りは見受けられなかった。

また、施設長を委員長とする苦情処理委員会はあるが、職員間の人間関係の悪さもあり、苦情報告書の提出や介護部長からの報告があっても、施設長が積極的に動くことはなかった。施設長は介護現場の動きはほとんど把握しておらず、具体的な運営は介護部長にまかされていた。結局、Bさんとその家族への謝罪は介護部長が行うこととなった。

生活相談員が新任の介護職員からBさんによる苦情を聞いてから、ここまでの対応を行うまでに約1ヵ月を要した。なお、所在地の行政への通報・報告等は施設としては一切行わなかった。

取組後

職員Aは、苦情があってから2ヶ月して依願退職した。介護部長が責任者としてBさんへ謝罪し、苦情はなくなった。しかし、水分摂取など手抜き業務がネグレクトにつながりうる行為であることを職員は未だ十分に理解していないようである。職員Aの退職により当面の問題は解決したかに見えるが、職員間の連携や利用者についての報告・連絡・相談の不徹底、利用者本位のケアの提供に向けた施設全体の取組は十分でなく、同様の事例が発生しうる土壌は改善されていない。

虐待事例②：解説と防止・対応のヒント

虐待事例②では、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を示しました。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。ここでは、この事例について組織的な問題を中心に背景を理解し、対策を考えてみましょう。

職員間の関係について考えよう

●職員間の関係の悪さが何をもたらすのか

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。しかしここで是非確認したいのは、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**結果的に利用者に実害をもたらしてしまう（実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、同様の問題は複数の職種間でも起こりうるものです。

●一人で抱え込まずに共有する

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、職員どうしで見てもめふりをしあったりすることはやめ、なるべく問題を複数の職員で共有するよう努めましょう**。この事例でも、問題に気付いていた職員は多くいたはずですが、ただし、「あの職員は気に入らない」というような感情的な問題にはしないよう注意しましょう。また、この事例では生活相談員に相談したことを契機に問題が表面化し、時間はかかったものの対応が進みました。同僚間でどうしても問題を指摘しにくい場合は、**相談員などの他職種や、リーダー・主任などの職責の異なる職員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**。またこの事例では形骸化していましたが、**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組には、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。

組織的な問題として捉えよう

●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、行うべき介護を徹底することは当然必要となります。

しかし、この事例でもう一つ大きな問題と考えられるのは、こうした職員Aの行いを他の職員が半ば放置し、対応するための組織体制も十分でなく、結果対応に時間がかかってしまったことです。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。特に、前述した職員間の関係の感情的な問題だけでなく、組織体制の問題としてもとらえることが必要となります。

●組織的に取り組まないことの弊害

職員Aが退職したことで、この事例では当面の問題は消失したかのようにみえます。しかし、事例中にも記載されているように、一つの問題がなくなっただけで、次なる虐待を生み出しうる組織風土や体制はなんら改善されていません。報告・連絡・相談の体制の不徹底や、苦情対応の仕組みが機能していないことなどにそれは現れています。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なく、**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**最終的な責任は施設長・管理者をはじめとする管理運営側にある**ということです。

施設長・管理者に望まれる役割を理解しよう

●施設長・管理者の責務

前項では、組織的な問題として考えることの必要性を示しました。

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）。この事例では、①については不明ですが、②の苦情処理体制については、施設長がその責任者であるにもかかわらず、ほとんど形骸化していたことがわかります。さらに、③のその他の措置はほとんど行われていなかったことが推察できます。少なくとも「法律や指定基準に定められているものを形だけは作る」といった考えは持たず、設置した組織が機能するように努め、明示されていなくとも、下記のように必要な取組を考え、実施すべきでしょう。

施設長・管理者に望まれる取組の例：

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

通報義務について知ろう

●法律に示される通報義務と施設・事業所内での対応との関係

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）。実際には通報が求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。

なお、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が必要です。

虐待事例③ 配慮に欠けた言動による心理的虐待

★事例の概要

利用者に対する配慮に欠けた言動による心理的虐待の事例。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。管理者・ユニットリーダーらが事実確認を行い、虐待を受けた利用者Bと虐待を行った職員Aへの対応を行うとともに、事業所全体での再発防止をはかった。

■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

- 虐待を行った職員：女性の介護職員1名が虐待行為を行った。この職員Aは50代で、勤続3年目の中堅職員であった。
- 虐待を受けた利用者：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はじめた。職員は家族に挨拶を交わした後、嬉しそうな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。どうにかならないのかしら」「息子さんはBさんのことなんて、どうでもいいのね」などと、周囲に聞こえるほどの声で、苛立ったように話した。Bさんはその後居室に引きこもり、買い物やお茶の誘いにも反応がなかった。

●問題の表面化

夜勤で出勤してきたユニットリーダーは申し送りの内容を確認したが、普段は食堂等の共用スペースで過ごすことの多い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交流を持つきっかけの場としても捉えられていた。

対応・取組

担当職員から伝達があった後、ユニットリーダー・管理者が共同で他の職員に聞き取りをしたところ、職員Aの言動は少なくとも約1ヶ月間は繰り返されていたことが確認された。その言動は徐々に強まり、特にこの2週間ほどは、強く利用者Bをなじるような言動が多かったという。管理者は事実確認が済んだ後所在地の行政担当窓口で電話で報告し、併せて全職員へユニットリーダーとともに経過を説明し、Bさんへも謝罪した。職員Aは自身の行為が虐待にあたるとは考えていなかったが、事実確認した後に職務規則に則り嚴重注意（訓戒）の上始末書を提出させた。また管理者・ユニットリーダーが息子宅へ訪問して経過を説明して謝罪し、再発防止を誓った。

その後、管理者とユニットリーダーの双方が、それぞれの立場から再発防止に向けた取組を行った。ユニットリーダーからは、認知症高齢者を対象とした集団生活の場において、それぞれの事情や背景があって入居されていることを配慮した対応をするために、早急な情報共有の徹底を指示した。また、今回の事例のように利用者の家庭環境や生活歴、心身状態を把握することも虐待防止につながるということを職員が認識できるよう意識の向上を呼びかけた。

管理者からは、利用者家族をはじめとする面会者に事前に事情を説明し、一時的に面会の際に自室に移っていただくよう理解を得るなどの働きかけを行った。また全職員へ虐待に該当する行為に対する認識を尋ねたところ、「心理的虐待にあたる判断基準が難しい」という職員が大半であったほか、関連する知識や認識の不足が認められたため、ユニットリーダーを高齢者虐待防止に関する外部研修に参加させ、その後事業所内で学習会を開いた。

取組後

虐待を受けたBさんはその後徐々に落ち着きを取り戻した。また早期に情報共有を徹底したことで、Bさんだけでなく、全利用者の家族背景や気持ちを配慮した対応の統一作業が進んでいる。さらに、この事例を契機に利用者家族や関係者との関係の構築を進めたことで、幅広い意味での虐待に対する理解を得られるようになった。研修等で得た知識から組織全体で高齢者虐待防止について考える機会を持つようになり、利用者に配慮した慎重な言動を心掛けるようになってきている。職員Aは反省を深めている様子で、これらの活動に積極的に参加している。

一方で、面会の際に居室に移っていただくよう依頼したところ、一時的に面会者同士の交流や他利用者を交えての交流の機会が減った。しかし、Bさんの精神状態の安定とともに、再び交流スペースとして活用できるようになっていった。

虐待事例③：解説と防止・対応のヒント

虐待事例③では、利用者の家庭環境やそれに対する本人の心情への配慮がない言動があった事例を示しました。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。以下に示す点を参考に、この事例の背景を理解し、防止・対応のためになすべきことを考えてみましょう。

利用者が置かれた状況を考えてみよう

●家庭環境や生活歴を把握する

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

●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。しかし、こ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。**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つく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、利用者Bさんへは、家族とのつながりを感じることで精神的な安定をはかれるような支援を考えることが必要です。虐待を行った職員Aは誤解していたようでしたが、この事例で利用者Bさんとその息子の関係は、決して悪くはありませんでした（事例編「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。

職員間で情報を共有しよう

●利用者の情報を共有し、対応を統一する

虐待が発覚した後に積極的な対策がはかられていますが、この事例では、利用者の状況を把握する取組が徹底していない部分がありました。虐待事例①の解説でも示しましたが、**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。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、

こうした取組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。**

組織としての対応のあり方を考えよう

●初期対応の迅速さ

この事例では、虐待の疑いに気付いてからの初期対応が、素早くなされています。組織が大きくなればなるほど、このような迅速な対応は難しくなるかもしれません。しかしこの事例での対応を、グループホームでかつユニットリーダーが最初に気付いたからできたことと捉えず、どのような施設・事業所の形態であっても素早く対応できるような体制を整えることが必要です。**不適切なケアについて考えるための理念や介護指針等があるか、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組

上記のように、この事例では素早い初期対応がなされています。しかし、再発防止のために行われた取組は、むしろ普段からの備えとして捉えた方がよいと思われます。**利用者の家庭環境や生活歴、心身状態を把握すること、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。**その意味では、この事例のように、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。

●家族・利用者・職員の交流

この事例では、面会を居室で行うようにするという対策を行いましたが、一方で、一時的ではありますが家族・利用者・職員の交流の機会は減少してしまいました。しかし、家族・利用者・職員の交流をはかることは、大切な取組です。やむを得ず一時的に使用を止めても、この事例のように、利用者の落ち着きをみながら徐々に再開し、交流の機能を失わないようにできるとよいでしょう。ただし、この事例を教訓に、「利用者が置かれた状況を考えてみよう」で示したような配慮すべきことについては徹底していく必要があります。

「高齢者虐待に該当する行為」に対する考え方を共有しよう

●法律に示される行為と「不適切なケア」との関係

職員Aは、自身の行った行為が高齢者虐待に該当するとは思っていなかったようです。また、事後の事業所内の調査では、主に心理的虐待について判断が難しいことが職員から示されています。本書などを参考に、高齢者虐待に該当する行為について職員全体で学んでいきましょう。

ただし、法に示される行為を考えるだけでは不十分な側面もあります。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**（詳しくは本書p.13～14「高齢者虐待の考え方」などを参照してください）。特にこの事例のように、利用者を傷付ける言動が、徐々にエスカレートしてしまったと考えられるような場合はなおさらです。

虐待事例④ 組織改善につながった性的・心理的虐待への対応

★事例の概要

性的虐待であり、心理的虐待も疑われる事例。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。虐待の発見をきっかけに、一律に行われる定時介護の見直しなどの組織的な業務改善につなげ、その作業に職員Aも参加させた。

■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

- 虐待を行った職員：介護職員Aが虐待を行った。この職員Aは、40歳代半ばの女性で、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。虐待発生時で約1年の勤務経験があった。
- 虐待を受けた利用者：入所後約2ヶ月の78歳の女性利用者B。脳梗塞の後遺症により、右半身の麻痺と記憶障害を中心とする軽度の認知症がある。歩行時はふらつきがあり、介助が必要。以前、トイレまで自力で行こうとしたが、歩行に時間がかかり、間に合わず失禁したことを強く覚えており、そのことを不安がって排泄の訴えを頻繁にすることがある。

発見までの経過

●発生まで

その日は、利用者Bさんは昼食後の午後1時頃排尿があったが、その後もトイレの訴えを頻回にしていた。しかし訴えに応じて一度トイレに連れていっても排泄する様子がなかったため、職員Aはその後は訴えがあっても「さっき行ったばかりだから出るわけないでしょ」と強い口調でこたえていた。その後Bさんがおとなしくなり訴えなくなったのでそのまま何も対処せず、約40分後、定時にトイレ誘導すると、既に排尿済みであった。簡易なパッドしかしていなかったため、下着・ズボンとも汚れていた。職員Aはトイレ内で排泄の失敗を強く叱責したが、Bさんは「あんたのせいだ」と反発。その後職員AはBさんを、下半身を露出しさせたまま、かつ排泄失敗の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は虐待を行った職員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。

〔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。

対応・取組

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、虐待を受けた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、虐待を行った職員Aを呼び出し、事実かどうか聞くと「事実であるが、虐待しようという気持ちはなく、罰として行った。本当に必要な時だけトイレの要求をするように指導したかった」とこたえた。職員Aが行った行為が虐待にあたる可能性があることを指摘すると、「そんなことは誰も今まで教えてくれなかった。自分としては、少し感情的になってしまった部分はあるが、よかれと思ってやった」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。看護・介護部長は、後日また話をするが、ひとまず2度とこのようなことをしないように強く申し渡した。

看護・介護部長はそのまま施設長へ報告した。施設長は、同日中に身元引受人であるBさんの息子宅へ電話を入れ、経過説明と謝罪を行った。またここまでの経過を所在地の市の担当課へ電話で報告した。翌日、施設長は看護・介護部長とともに息子宅を訪れ謝罪した。息子ははじめ立腹していたが、施設長が素早く対応したことには理解を示し、今後このようなことがないよう厳しく職員を指導してほしいと希望したが、訴訟等を行わないとのことであった。職員Aについては、就業規則に則り虐待が発覚した翌日より1週間の出勤停止とした。この間に看護・介護部長が中心となって施設内に利用者の権利擁護・介護業務改善のための委員会を設置し、資料を作成して、出勤停止明けに合わせて職員全員を対象とする経過説明及び研修会を2回に分けて実施した。また同委員会で、一律な定時介護の見直しを開始した。

なお、この時点で市の担当者が施設を訪問し、事実確認と改善状況の調査が行われた。

取組後

定時介護の見直しを、虐待を受けたBさんを含む数名の利用者を対象に開始し、虐待を行った職員Aもその検討・実施に関わらせた。Bさんは徐々に落ち着きを見せ、排泄パターンを掴んで介護するようになったため、頻繁な排泄の要求や排泄の失敗は減少した。職員Aは、はじめはこれらの取り組みに懐疑的であったが、Bさんに徐々にみられた変化に反省を深め、虐待発生2ヶ月後の現在では、委員会の活動に率先して取り組んでいる。また、職員Aと同様に利用者を叱る様子がみられた他の職員の介護方法にも徐々に改善が認められた。

虐待事例④：解説と防止・対応のヒント

虐待事例④では、高齢者虐待への対応を契機に、虐待を防止するための組織体制の整備につなげた事例を示しました。この事例で行われた行為は、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。なお、この事例には、虐待事例②と共通する組織的な課題が含まれていますので、虐待事例②とあわせて下記の解説と防止・対策のヒントを確認してください。

学習の機会をもとう

●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課題であるとも考えられます。したがって、この事例での経過にもあるように、**職員全体で共通理解をはかる**ための取組を行うことが期待されます。

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す。**虐待事例②**の解説編（p.32～33）でも示しましたが、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（本書p.13～14「高齢者虐待の考え方」参照）。

●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。この事例でも、実際にBさんの排泄介助の改善に取り組む中で、職員Aは考えを改めています。虐待かどうかの線引きに力を注ぐよりも、前述のように高齢者虐待に対する考え方を理解した上で、効率優先主義を改め、利用者本位の視点に立ってケアの質を高めていく実践の中で理解していくことが求められます。

虐待や不適切なケアが表面化しにくい組織風土を改善しよう

●「言い出しにくい雰囲気」がもつ悪影響とリーダーの役割

この事例は、虐待を目の当たりにした職員Cが報告したことで発覚したものです。しかし実際には、このように報告がなされる場合だけではありません。ましてや、不適切ではあるが虐待とまでは判断しがたい状況であれば、報告がためらわれるのはなおさらです。そのような状態では、虐待や不

適切なケアが表面化しにくくなる可能性は高まります。この事例でもユニットリーダーは不適切な状態には気付いていたものの、具体的な対処はしていませんでした。特にこの事例では、効率優先が暗黙の了解となっていた上に、ユニットリーダーの方が年下で指摘しにくい、という状況もあります。しかし、**虐待事例②**の解説編でも指摘しましたが、**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、結果的に利用者に実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、まずは話し合いをもつことが必要です。

●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。この事例で行われた取組のように、**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。

組織体制の改善に取り組もう

●防止策としての体制作り

この事例では、虐待の報告を受けてからの対応が非常に素早くなされています。しかも対処療法的ではなく、組織全体の改善につなげています。これは看護・介護部長と施設長が事前にある程度の危機感を感じていたことによるのかもしれませんが、しかし、「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。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実害を被ってしまったわけですから、遅きに失したという感は否めません。むしろこの事例で行われた取組は、**高齢者虐待を防止するための取組として行われるべきです**。

性的虐待と心理的虐待の関係について考えよう

●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に検討するのではなく、**虐待を受けた利用者の精神的な被害がどのようなものであるかについて、同時に確認していく**必要があります。このような視点がないと、利用者が納得する・安心するという意味では適切なフォローを行っていくことが難しくなる場合があります。

虐待事例⑤ 職員の都合を優先し「例外3原則」を守らない身体拘束

★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ため、組織的に対応を行った。

■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

- 虐待を行った職員：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、虐待という認識があったものかは特定が難しい。
- 虐待を受けた利用者：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、よけい転倒しやすくなる。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に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、後ろに足でけっていきなり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、主に在宅サービス担当の男性職員と事務職員、施設長が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。

〔関連情報〕

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

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

短期入所と特別養護老人ホームを合わせた前年利用実績が1日60人に満たないため、2人夜勤体制(各フロア1名)でそれぞれのフロアで20~30人の利用者に対応しており、他の夜勤者が手助けするのは難しい状況であった。Aさんへの対応について職員間で正式に検討する機会はなく、上司や先輩職員が助言することもなかった。

対応・取組

虐待の疑いがある行為の存在を耳にした施設長が、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。

数日後、介護主任、計画担当介護支援専門員、生活相談員、介護職員、看護職員、作業療法士、主治医、利用者家族(長男夫婦)でカンファレンスを持った。介護主任から家族へ直裁に事実を報告し、謝罪した。その上で、現状と課題、解決への方策等について話し合い、今後の方針を確認した。

家族からは、「以前の短期入所を利用していた別の施設とは違い、こちらでは自由にさせていただき、本当に感謝しています。歳も歳ですし、家でもしょっちゅう転倒していましたから、施設で転倒するのもやむを得ないと思っています。また、どんな小さなことでも報告してくださるので、状態も良くわかっていますし、安心していられます。」との話があった。

計画担当介護支援専門員は、昼夜のリズムを優先的に課題に組み込んだ内容にケアプランを見直して家族へ提示し了解を得た。また介護主任からは、施設長の指示で複数の選択肢から夜勤体制を見直しており、相互チェック、相互ヘルプのできる体制を検討中であることを説明し、了解が得られた。

また、昼間の活動を優先し、2人介助での歩行や活動性を維持するための働きかけなどを、作業療法士等の協力で行うこととした。職員間では、昼夜のリズムをつけるような日中のケアと夜間の対応を検討することにした。またそれでもなお同様な状態がみられる場合の夜勤時の見守りについては、無理にベッドに誘導せずにテレビの前のソファ等のくつろげる場所で眠くなるまで見守りを行い、必要に応じて話し相手になり、お茶などでリラックスできるように配慮することにし、車イスに腰ベルトで身体拘束を行っての同行はしないことを申し合わせた。

取組後

その後、Aさんの夜間不眠に関する夜勤者の報告が減ってきた。また、職員全体に対して、高齢者虐待や身体拘束に関する研修を開催し、取組の定着化を図っている。研修内容は、報告書を必ず作成し、個人の研修ファイルに綴じて提出することとしているので、その結果を確認すると、徐々にその効果が現れているような記述になっている。また、施設長や介護主任の印象では、夜勤体制の見直しを検討するという施設の方針で、現場の空気も少し良くなっているように感じられる。

Aさんは、未だ夜間活動的なときがあるが、その都度、夜勤者はまずAさんに対応してから他の利用者の対応をする等、対応を工夫しているようである。

虐待事例⑤：解説と防止・対応のヒント

虐待事例⑤では、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」させていた事例を取り上げました。この事例で行われた身体拘束は、後述のように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。ここでは、このような行為に対する考え方について整理した上で、行うべき取組について考えていきましょう。

この事例で行われた行為について考えてみよう

●身体拘束に対する考え方

介護保険施設の指定基準等では、「緊急やむを得ない」場合を除いて、原則として身体拘束その他の行動制限を行うことは禁止されています。また、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合でも、それが「切迫性・非代替性・一時性」といういわゆる「例外3原則」にすべて合致し、しかも判断や説明について極めて慎重な手続きを行うこと、またその記録を明確に残し保存することが求められています。この事例ではそうした対応は行われていません。危険が切迫しており、現場では他の対応が考えられなかったかもしれませんが、例外的に許される身体拘束であるとは言い難いと考えられます。このように「緊急やむを得ない」場合以外に行われる身体拘束は、原則すべて高齢者虐待に該当するものと考えられ、高齢者虐待防止法に基づく通報義務も生じると考えられます（本書p.10～11及び市町村の介入事例②の内容も確認しましょう）。

●「同行」させることの本人や他の利用者への心理的影響

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、それらは決して利用者にとってみれば望ましい状態ではありません。少なくとも、「現場ではこれが当たり前」とか「しょうがない」としてあきらめてしまわずに、常によりよいケアの提供を模索しましょう。その際には、「この問題がなくなればとりあえずそれでよい」というような対処療法的なものではなく、利用者の行動の原因や、後述のように日中のケアとの連続性を捉えて検討することが重要です。

職員の夜勤時のストレスに配慮しよう

●夜勤時の職員のストレスと事故の防止

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

●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はありませんでした。このような状況で、職員の中には、なぜ自分のときばかり落ち着いてくれないのだろうか、という気持ちが強く湧いてきた人もいたでしょう。もしかすると、それぞれの職員が同じように思っている中で、誰かが考えたAさんへの抑制と「同行」という対応が深く検討されないまま広まっていたのかもしれません。この事例では事後に取組が行われて一定の効果をあげたようですが、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。

●勤務体制の変更も選択肢の一つに

上記のような工夫が考えられる一方で、現実問題として、いかに努力してもどうしても人手が足りない、という場合があるかもしれません。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。この事例でも、夜勤体制の見直しははかられています。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、待機職員を設けるなど、いくつかの選択肢が考えられます。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。

ケアの内容や考え方を見直そう

●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。この事例のように工夫をしてもかなり対応に苦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

介護行為中での高齢者虐待は、あるとき突然発生するのではなく、それまでにあった不適切なケアの連続線上に起こるべくして起こると考えることができます。そのような意味では、この事例でAさんに対して行われていた行為がある以前にも、改善が必要な状況があったのかもしれません。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。**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・事業所全体での虐待防止にも有効である**と考えましょう。

家族との情報共有について考えよう

●日頃のケアの内容を知ってもらう

日頃のケアの様子がみえない状態で虐待が疑われる行為や不適切なケアが発見されると、家族にとってみれば突然のことで、その他のケアの内容にも不安を抱かせてしまう可能性があります。そのような気持ちが家族に生じると、疑心暗鬼が疑心暗鬼を生み、施設との関係を悪くさせて事態の収束を難しくしてしまう原因にもなりかねません。Aさんの家族の言葉からは、この施設では利用者の日頃の様子が家族へよく伝えられていたことがわかります。**日々行われているケアの根拠と結果を説明し信頼関係を築く**という意味でも、こうした取組は有効です。この事例では、そうした日頃からの情報伝達によって家族との関係を築いていたことが、事後の対応をスムーズに進行させた大きな要因の一つとなったと考えられます。

不適切ケアの事例① ケアコールへの不適切な対応

★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り、体制の整備をはかった。

■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

- 不適切なケアを行った職員：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。
- 不適切なケアを受けた利用者：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A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。結果職員Aが詰め所にあるケアコール盤前に戻るまで気づかれず、30分以上が経過してしまった。

●問題の表面化

Bさんは、翌朝介護主任に対し苦情を申し立てた。「以前も時々鳴らないことがあって、機械の調子が悪いのかと思っていたが、職員Aに問い詰めると、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 it. 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。

〔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。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。

対応・取組

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。

その後、介護主任の提案により、質問項目を施設長と検討した上で、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。これらの結果を踏まえて、リーダー会議で夜勤業務のあり方について検討することとした。

数日後にリーダー会議を開催した。そこで多く出された意見は、「夜勤者を1人増やして欲しい」、「ケアコール盤を最新機種に変え、携帯できるコール端末に情報が転送され、誰が、どこで呼んでいるのがすぐ分かるようなシステムに変更して欲しい」、「仮眠が取れる体制を作って欲しい」というような内容であった。また夜勤帯の勤務方法について詳しく確認したところ、夜勤者によって、仮眠を取る職員からまったく取らない職員まで分かれているとのことであった。また、巡回・訪室の頻度も、決められたことしかしていない職員から、定期的な巡回・訪室に加えてその日の様子に合わせて増やしたり、いつでも対応できるように待機している職員までまちまちであった。

夜勤時の勤務方法を見直して標準的な内容を明文化した上で、必要に応じてそれ以上の対応を行い、仮眠は2人の夜勤者が相互に確認した上で可能な時間帯にとるようにした。加えて、併設デイサービスで送迎時に使用している3台のPHSを夜勤時に携行（うち1台は管理当直の職員が携行）することで、短縮電話で夜勤時に相互ヘルプできる体制をつくった。ケアコール盤については、入れ替えには多額の費用がかかることがわかったため、ひとまず現行の機種でケアコールが保留状態にならないよう、即座に復旧することを徹底することにした。夜勤者の増員については、人件費等の問題があるため、複数の案を試算した上で法人の幹部会議で検討することとした。

取組後

ケアコールへの不適切な対応については、毎朝のミーティングでも周知を図り、再発しないよう伝えた。Bさんからは、その後夜勤時の対応について苦情は上がっていない。

また、ケアコール盤の入れ替えについては、法人内で継続して検討し、数年計画で予算化することとした。

不適切ケアの事例①：解説と防止・対応のヒント

不適切ケアの事例①では、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、夜勤体制の改善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、利用者に重い心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が、改善が必要な状況ではあります。このような事例が発見された場合に行うべき対策について、以下に示す点を中心に考えてみましょう。

この事例で行われた行為について整理してみよう

●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写ります。しかし、だからといって、そのままにしてもよい「しょうがない」問題とってしまってもよいのでしょうか？ **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らないとも限りません。さらに最終的に、利用者の心身を大きく害するような、虐待といっていけないほどの介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）や心理的虐待につながる可能性さえあります。そうした可能性を見据えた上で、**不適切なケアが発見された時点で早急に対策を講ずることが必要です。**

夜勤時のケアのあり方を考えよう

●職員のストレス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。上記の「ストレスがもっとも高まる夜勤時と不適切なケア」では、そのような状況であっても、結果として不適切な対応となっていることに注意すべきことを示しました。しかし一方で、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も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。**この事例で行われた対策のように、**職員が相互に助け合うことを、施設・事業所全体の体制として整えることもまた必要です。**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

絡をとりあえる環境が準備されているだけでも、職員への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。

●ケアの方針や手順の統一化

この事例での夜勤時のケアのもう一つの問題は、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、ということです。このような状況では、職員は判断に迷ったり、行すべき行動がわからなかったりして、結果として不適切なケアを行ってしまったり、必要なケアが不足してしまう可能性があります。自分で考えて懸命に対応している職員にとっては不公平感を生む状況でもあります。そうならないためには、やはり、**方針や具体的な手順を統一し、その実施が徹底されるように職員間で共有する**必要があります。

また、あたりまえのことかもしれませんが、利用者一人ひとり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の原因を考え、日中のケアを含めて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組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。

改善をはかることができる組織のあり方を考えよう

●機器の入れ替えや増員

上記「夜勤時のケアのあり方を考えよう」で示したよう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、現場レベルでは改變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組があってこそ、こうした試みが意味をもちます。

●組織のトップや中核となる職員の意識と行動力

この事例では、施設長が非常に積極的に対応を行っていました。機器の入れ替えや増員の検討もそうですが、不適切なケアが発見されてからの素早い対応にも注目すべきです。このように対応できるためには、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とともに、会議・委員会などの必要な検討体制を整備しておくことや、組織全体を動かす行動力をもつことが求められます。**施設・事業所のトップがリーダーシップを発揮し最終的な責任をとることで、職員の積極的な取組も促されます。

また、介護主任も自ら調査を提案するなど、意欲的に取り組む姿勢がみられています。このような**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。

不適切ケアの事例② 不適切な食事介助

★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

施設は、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

●**不適切なケアを行った職員**：対象となる行為を行ったA職員は、20代の女性で、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。

●**不適切なケアを受けた利用者**：不適切なケアを受けた利用者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（認知症によるBPSD（行動・心理症状）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は移動が支えればかろ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、二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が利用者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の食事介助の方法を見た職員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り、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。

〔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。

対応・取組

新人職員Cから相談を受けた職員は、介護職のリーダーである係長にそのことを報告した。係長は介護課長に報告し、施設長も交えて対応策を検討した。介護課長が職員Aと面談し、その事実を確認し、職員Aも特に否定はしなかった。介護課長は、職員Aに対し、その行為が高齢者虐待にもつながりうるとの説明をし、厳しく注意した。その時点で、職員Aは、行為の重大性に気付かされ、反省をしているようであった。その後、職員Aは施設長と面談し、自らの行った行為を悔いており、かつ、この仕事が好きだということと、高齢者も好きだという話をした。施設長は、面談による態度如何によって懲戒処分も考えていたが、深く反省している様子がみられたため、今後どのように業務に取り組むかについてレポートを提出させ、様子をみることにした。職員Cが、不適切な行為を目撃してから、施設長との面談までおよそ1週間を要した。

その後、一連の経過を会議の場で報告し、このようなことのないように職員に周知徹底した。

また、施設理念の周知徹底、権利擁護のための研修、オンブズマンによるサービスチェック、スーパービジョン[★]など、このような行為が起きる以前からの取組を一層徹底させるため、担当する職員を中心に取組の計画を見直させ、施設長が確認することとした。

取組後

職員Aが作成したレポートは十分な内容であり、その後の処置は、改めて施設長から今後十分注意するよう諭すにとどめた。

それ以降、職員Aは以前にも増して職務に熱心に取り組むようになり、他の職員や上司からの信頼も得られるようになってきた。

職員全体でみても、非常勤職員を含めて知識・技術の一定の向上がはかられているようである。

[★]スーパービジョン：スーパーバイザー（指導・支援する人）とスーパーバイジー（指導・支援を受ける人）との関係により、援助方法等についてサポートを受ける教育方法。

不適切ケアの事例②：解説と防止・対応のヒント

不適切ケアの事例②では、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、心理的な影響を与うる不適切な方法であり、改善の必要性はあります。このような事例が発見された場合に行うべき対策について、以下に示す点を中心に考えてみましょう。

この事例で行われた行為について整理してみよう

●不適切な行為がもつ意味を本人の立場から考える

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まず考えてみましょう。この事例では、職員Aは当初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ると、いつしか忘れがちになるものでもあ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。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、あるいはそうした行為があったことそのものが許容されないという立場で考える**ことが大切です。

●原因を探り、食事介助の方法を再考する

それでは、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、このような取組は職員個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。

早期発見・早期対応に向けてできることを考えよう

●「絶対に虐待は起こらない」とは考えない

この事例があった施設では、事後に体制を強化したとはいえ、不適切な行為が発見される以前から、様々な取組を行っていたことがうかがわれます。それにもかかわらず、不適切な行為が起こってしまいました。この施設での取組に不備があったわけではないでしょうが、**どのような取組を行っていても、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。

また一方では、そうした取組を行っていたからこそ、この事例のような段階で気付くことができ、対策がはかれたともいえます。その意味では、この施設での職員教育をはじめとする様々な取組が、高齢者虐待の防止に寄与したと考えられます。

●風通しのよい組織に

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。このような形で職員が気づき、それを伝えることができたことは、それ自体この施設の環境が整っていることを示しています。資質の要因もあるでしょうが、職員教育の成果が大きいと考えられます。職員間で意見をいいにくい、風通しの悪い職場では、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。

また、この事例でも取り組まれていたように、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、サービスの第三者評価の利用、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、これらの取組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組の導入を検討することが求められます。

教育体制を充実させよう

●学習の機会とともに、理解の確認と浸透をはかる

他の事例での解説編でも度々指摘しましたが、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（本書第1章や第2章を参考にしてください）。ただしその際、以下のように、この事例の内容を教訓に考えておきたいことがあります。

第一に、高齢者虐待について学んだ内容が理解されているかどうかを確認する機会をもつ必要性が挙げられます。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にかかわらず、最低限必要な内容は理解してもらう**必要性があります。この事例もそうですが、正規採用の常勤職員と比較すると、どうしても臨時採用の職員（非常勤やパートなど）への教育が徹底しきれない場合は多くあります。また、管理職や中核となる職員は高齢者虐待について熟知していても、経験年数の浅い職員を中心に、現場の職員には浸透しきれていないことも考えられます。利用者にとって、援助者であることは経験年数や雇用形態にかかわらずいものであることを忘れてはいけません。

^{*}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。

不適切ケアの事例③ 強い言葉による制止

★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。職員間でカンファレンスを行い利用者への接しかたや発見に至った背景を振り返り、不適切な介護行為の一環として考える機会をもった。

■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

- 不適切なケアを行った職員**：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。
- 不適切なケアを受けた利用者**：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（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

不適切なケアがあった当日の出勤者は、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「ほら危ないですから！やめてください！」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るように聞こえ、Bさんを気の毒に思ったという。

〔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。

対応・取組

管理者は実習生の声を一種の苦情という形で受け止めることとし、事実確認の内容によっては虐待に該当する可能性も含めて、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。

数日後、主任は現場職員のストレスや負担を含めて詳細を把握するため、職員が管理者を除いて職場外に集まって、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作った。

そこでは、「重度化していく利用者に対して介護量に応じたマンパワーが不足している」「Bさんの対応に気を取られてしまい気持ちに余裕を持って介護にあたることができない」「いけないとわかっていながら感情を抑えることができない」「事故を防いでいるつもりが行動制限になってしまっているような気がしてならない」といった声が多数あがり、職員が精神的に追い詰められ、過度のストレスを抱え込んでいるという現状がわかった。

主任は職員の声を受け止め、現場が抱える精神的負担やストレスが利用者への悪影響を及ぼしており、不適切なケアに至る要因になっている現状と、早急に対応する必要がある旨を管理者に伝えた。

管理者は、実際に取組を続けてもなお事故に至る可能性があるという背景を含めて、一連の経過と現状を法人本部の担当者に説明し、人員配置や雇用形態の見直しと、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の、職員支援体制の整備を働きかけた。

その間、職員には働きかけの内容と根拠を具体的に報告した。

取組後

法人本部との協議の結果、3ヶ月程してから、非常勤職員を常勤採用に繰り上げるという形で人員配置の強化がなされた。マンパワーがある程度確保されたことでBさんへのマンツーマン対応にも余裕が生まれ、事故防止の取り組みも進んだ。実際に事故の件数や危険な場面が減ったことで職員の精神的負担も軽減し、Bさんにゆとりを持って接する様子もみられ始めている。

職員支援体制の整備についてはまだ検討段階であるが、継続して必要性を呼びかけている。また現場の職員が気兼ねなく話をする機会はこれ以後定期的に持つようにしている。

不適切ケアの事例③：解説と防止・対応のヒント

不適切ケアの事例③では、実習生からの指摘をもとに、不適切な言動について、職員の負担感やマンパワーの不足といった要因にまで遡って組織的に検討した事例を示しました。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、改善が必要な状況であることは確かです。このような事例が発見された場合に行うべき対策について、以下に示す点を中心に考えてみましょう。

この事例で行われた行為について整理してみよう

●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、つながり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。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必要があります。

ただし、後述のように職員のストレスが非常に高まっていたという状況には十分注意する必要があります。単に「不適切な言動はやめよう」と指示しても、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。次の項を参考に、問題の背景を構造的に把握した上で対策を考えましょう。

職員にかかっている負担について構造的に把握しよう

●業務量の増加と負担感

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を出かけるなどの活動は極力減らさないように努力していました。このような状況である上に、利用者Bさんに対しては、可能な限りの配慮や見守りを行いながら事故防止を試みていました。

これらの対応は、すべて必要性が高いものですが、限られた職員配置の中で実現することには非常に大きな困難が伴うことは容易に推察できます。この事例のように、事前に業務量の調整や日課の改善をある程度試み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すぎてしまわないよう、管理者は十分に注意すべきです。またその際、管理者は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。

●ストレスと利用者への影響

この事例でもそうですが、上記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できな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。

●リーダーの負担感

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。**部下を教育・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ます。**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。

現場の声に組織として応えよう

●職員の本音を引き出し、真摯に受け止める

この事例では、職員が事業所外で集まって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作っています。**このような機会を定期的にもつことは、職員が抱える負担やストレスを早期に把握することができる上、虐待防止を含めて問題に早期に気づき、対応できる体制を構築するきっかけにもなります。**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、この事例でも検討されているように、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。

●マンパワーの不足と非常勤職員の問題

上記のような職員の声を受け止め、この事例の事業所では最終的に臨時採用の非常勤職員を常勤職員として正規採用することとしました。現在、多くの介護現場では人員の不足や雇用条件の不安定さの存在が認識されています。現実的には、介護報酬上の制限などもあって増員や雇用条件の改善は難しく、この事例のような対策を行えたのは、母体となる法人に体力があったからというのも一つの理由かもしれません。しかしこれは、可能であれば積極的に考えていきたい重要な課題です。

第三者の意見を積極的に受け入れよう

●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、同じ職種で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、感覚がマヒしてしまう可能性**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（不適切ケアの事例②の解説編「風通しのよい組織に」も参照してください）。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はいけません。

市町村の介入事例① 退職した職員の通報から判明した身体的・心理的虐待

★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身体的虐待、心理的虐待などを行っていた事例。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。個人の責任追及にとどめず、施設全体で高齢者虐待防止に関する認識を持ち、介護の質向上の取組をしてもらうため、改善計画を求め、さらにその3ヶ月後に改善報告書の提出を求めた。

■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つのフロアに別れており、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

- 虐待を行った職員：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。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。
- 虐待を受けた利用者：確認できた範囲で要介護度4ないし5の5人の利用者が被害にあっていた。全員が認知症で、攻撃的な言動があったり、意思疎通が非常に困難であったり、ね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元施設職員から、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。

対応・取組

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、身体拘束同意書などの書類の確認調査を行った。施設長は調査より前に独自に職員から聞き取り調査を行っていたようであった。調査時にその報告書が提出され、施設長は、事故報告と職員Bの関係は確認しており、関係性が明確になったと話した。しかし、それまで施設長は現場の状況についてはほとんど知らなかったようであった。

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

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

ユニットリーダーはBが夜勤のときに確かに事故が多くなっているとは思っていたが、意図的に行っているとは思っていなかったと話した。なお、利用者の多くは意思疎通が難しく、利用者自身からの事実確認は十分に行えなかった。

これらの調査の中から、介護の質にかかわる研修については毎年受講させていると施設長はいうものの、職員Bの介護の質や態度の問題が明らかになった。また、そのことを施設でどのように対処するか組織的な対応が決められていなかった。事故報告についても、なぜ事故が起きたのかが明確にされておらず再発防止につながっていなかった。

訪問調査後、その後の対応についてC市とD県で協議し、D県庁舎に施設長ほか責任者を呼び出すことにした。そこでは、個人の責任追及にとどまらず、施設もしくは法人全体で高齢者虐待防止に関する認識を新たにし、介護の質の向上を目指して取組をしてもらうため、改善計画を立てて提出するように求めた。また、その3ヶ月後に改善報告書の提出を求めた。さらに、改善内容によっては、指導から監査に切り替え、より厳しい対応を行うことになることを伝え、一層の注意を促した。

取組後

調査の直後には、職員の緊張が非常に高まった状態となった。施設側でも再度職員の聞き取り調査を行って事実確認をしたようであり、それを踏まえた改善計画に基づいたという改善報告書が期限内に提出された。しかし、その内容は抽象的なものが多く、実際の改善につながるか、また改善策が職員一人ひとりに具体的に浸透するかには大きな疑問が残った。そのため、D県ではより厳しい対応を行うべく協議を始めた。

市町村の介入事例①：解説と防止・対応のヒント

市町村の介入事例①では、当該施設を退職した職員からの通報から虐待が判明し、市や県が公的に対応を行った上で、施設全体での改善の取組を促した事例を示しました。なお、この事例で職員Bが行っていた行為は、利用者に外傷を負わせる身体的虐待と、不穏や逃げ惑うなどの強い精神的な影響を与える心理的虐待に該当すると考えられます。以下に示す点を参考に、問題点を把握して対策としてなすべきことを考え、このような場合の公的な対応の流れとその趣旨を理解しましょう。

問題の全体像を捉えよう

●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、職員からの通報と市からの介入という事態に至った**といえます。

●組織体制の不備

組織全体の課題として指摘できるのは、多くの職員が気付いていながら、指摘できずに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・検討を行っていなかった点などです。本書でも度々指摘していますが、このような状況を放置することは、換言すれば虐待が起こりうる、あるいは現に起こっている状況に組織として目をつぶっていることに他なりません。事例中でも指摘されているように、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

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。

市町村・都道府県による対応の流れを理解しよう

●対応の流れを知る必要性

施設・事業所内の虐待については、施設内外の様々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。下記を参照し、その際の対応の流れを知っておきましょう。

●具体的な流れ

市町村においては、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。そのような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が行われます。なお、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が、通報者がそれにより解雇等の不利益をこうむることも許されません。

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（その意味では、この事例のような行為においても、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、これら一連の流れの全体像については、本書第1章に図示しています（p.12参照）ので、参考にしてください。

市町村・都道府県による指導監督の姿勢を理解しよう

●指導監督体制の改正とその趣旨

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・事業所の取組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。

市町村の介入事例② 見学者の通報から判明した不適切な身体拘束

★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・指導を行い、改善報告書の提出を求めた。

■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

- 虐待を行った職員：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。
- 虐待を受けた利用者：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1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。

対応・取組

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」「一時性」「非代替性」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組をすべきと指摘した。

日程を調整し、Aグループホームの実態調査・指導を行うこととした。

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。

一時的に拘束せざるを得なくても、なぜ問題となる行動を起こすのかを検討し、拘束以外の対応方法を見出す必要があるという意識に欠けていた。ケアプランは2ヶ月前に切れたままとなっており、利用者の現状に即したケアプランになっていなかった。以前に立てられたケアプランの内容は、入居当時にみられた不穏等については触れられておらず、主治医との連携と口腔ケア以外の記載がなされていなかった。

Bさんについては、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、その記録は事故の事実のみで、なぜそのような事故が起きたのかは検討されておらず、再発防止につながる内容ではなかった。

調査時に一人ひとりの利用者への対応が悪いという印象はなかったが、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ず、管理者をはじめそれらの行為を防止するための認識に欠けていると判断された。

支援計画を見直し、高齢者の状態に見合ったケアプランを立てるよう指導した。また今後の状況改善に向けた取り組み計画について検討し、報告書を提出するよう求めた。

取組後

指定期日までに改善報告書が提出された。しかし報告書の内容には高齢者虐待防止や身体拘束の改善にむけた具体的な取り組み内容が記載されておらず、再度提出を求めた。C市では次回の実地指導の際に厳しく確認することにした。

市町村の介入事例②：解説と防止・対応のヒント

市町村の介入事例②では、当該事業所を見学した民生委員の通報から不適切な身体拘束が発覚し、市が公的に対応を行った事例を示しました。なお、この事例で行われていたような行為は、後述のように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。以下に示す点を参考に、問題点を把握して対策としてなすべきことを考えると同時に、身体拘束の廃止に向けた考え方を改めて学びましょう。

身体拘束の問題に対する事業者のあり方を確認しよう

●身体拘束に対する考え方

虐待事例⑤でも指摘しましたが、介護保険施設の指定基準等では、「**緊急やむを得ない**」場合を除いて、**原則として身体拘束その他の行動制限を行うことは禁止**されています。また、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合でも、それが「切迫性・非代替性・一時性」といういわゆる「例外3原則」にすべて合致し、しかも判断や説明について極めて慎重な手続きを行うこと、またその記録を明確に残し保存することが求められています。この事例ではそうした対応をせず安易に身体拘束を行っていることがうかがわれるため、例外的に許される身体拘束であるとは言い難いと考えられます。なお、このような「**緊急やむを得ない**」場合以外の身体拘束は、**原則すべて高齢者虐待に該当するもの**と考えられます（本書p.10をもう一度よく確認しましょう）。後述しますが、それほど身体拘束がもたらす弊害は大きく、この事例でも、市は身体拘束そのものの指導というよりは、高齢者虐待への対応として動いていると考えられます。

●身体拘束・高齢者虐待に対する認識不足

この事業所では、上記のような身体拘束に対する考え方などの知識があまりない職員が多く、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。そのような状況であるため、この事業所の職員は、原則禁止されており弊害も大きいものであることを知りながらあえてしていたというわけではないでしょう。あるいは、「やむを得ない」「しょうがない」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

市町村の介入事例①と同じく、この事例においても**管理者の姿勢**には疑問が残ります。上記のような職員の認識不足の問題以前に、**管理者の認識不足がまず問題**となります。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。

身体拘束がもたらす弊害を認識しよう

●『身体拘束ゼロへの手引き』に示される弊害

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。

身体拘束がもたらす多くの弊害

- 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。
- 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。
- 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）

サービス評価や実地指導における身体拘束に対する視点

●サービス評価の項目から

グループホームを含む地域密着型サービスでは、サービス評価を受けることが義務化されています。このサービス評価の中では、「運営者及び全ての職員が『介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為』を正しく理解しており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる」等の項目があります。同様に、他の施設・事業所についても、福祉サービス第三者評価等において身体拘束廃止・虐待防止の取組が重視されています。したがって、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。

●実地指導における身体拘束廃止・虐待防止対策の重視

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組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（市町村の介入事例①の解説編もよく参照してください）。

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組
- 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」

身体拘束の廃止をめぐる誤解を解こう

●事故は必ずしも増えず、取組は多くの場合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、取組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。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、取組は着実に効果をもたらすことがわかります。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。

第 4 章

Q & A : 高齢者虐待に該当する 具体的な行為について

● 第4章の目的

本書の第1章や第3章では示されていない、高齢者虐待に該当するかどうか判断に迷うような、その他の具体的な行為について、どのように捉えることができるかをQ & A方式で説明しています。

● 第4章の構成

1. 「高齢者虐待に該当する行為」の考え方
2. Q & A : 具体的な行為についての考え方
 - 1) 身体的虐待に関連する行為
 - 2) 介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）に関連する行為
 - 3) 心理的虐待に関連する行為
 - 4) 性的虐待に関連する行為
 - 5) 経済的虐待に関連する行為
 - 6) 「緊急やむを得ない」場合以外の身体拘束に関連する行為

★この章で示すそれぞれの行為に対する考え方は、現在の法規定に対する本書における解釈であり、法解釈上の正しさを厳密に保証するものではありません。

1. 「高齢者虐待に該当する行為」の考え方

1) 「高齢者虐待」の捉え方と具体的な行為の考え方

すでに本書の第1章などで述べたように、介護サービスの質の向上を図る観点からは、本来は、「高齢者虐待」だけでなく、「高齢者虐待」をも含む「不適切なケア」も取り上げて検討する必要があります。また、「不適切なケア」の中にも、法令または介護契約に違反するレベルのものから、法令や介護契約には違反しないものの、当該時点での介護技術の水準に照らしてより一層の改善が求められるレベルのものがあります。したがって実際の介護サービスの中で高齢者虐待に類する行為について検討する場合は、こうした連続的な概念の中から考えていく必要があります。

しかし、高齢者虐待防止法は、高齢者虐待に該当すると思われる行為については、発見の努力義務や通報義務（もしくは通報努力義務）を規定しています。そのため、法の運用という側面からは、「高齢者虐待」の具体的な意味と範囲を考える必要性が生じます。

ただし、これらの義務違反について、同法は制裁等の法的効果を定めていないため、「高齢者虐待」の解釈は、刑罰法規における犯罪の解釈とはその性格を異にしており、刑罰法規ほど厳格な解釈が必要なものではありません。また、通報を受けた市町村や都道府県は、「老人福祉法または介護保険法による権限を適切に行使する」こととされており、しかもその「権限」は「高齢者虐待」に限られるものではありませんから、市町村または都道府県は、「高齢者虐待」に該当するかどうかにとらわれずに、「権限を適切に行使する」ことになります。さらに、介護サービス利用者は、「高齢者虐待」に該当しない不適切なケアやサービスについて、従来どおり、国保連（国民健康保険団体連合会）、市町村等に対し苦情を申し出ることができることに注意が必要です。

なお、高齢者虐待防止法では、養介護施設従事者等が「高齢者虐待」の通報をした場合に、それを理由として雇用関係の上で不利益扱いを受けないことが定められていますが、「高齢者虐待」以外の「不適切なケア」等に関して通報を行った場合も、公益通報者保護法、労働基準法などに照らして考えれば、それを理由に不利益扱いが直ちに許容されるわけではありません。

2) この章の内容

以上のようなことを踏まえた上で、認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）が平成18年度に行った「施設・事業所における高齢者虐待防止に関する調査研究事業」（老人保健健康増進等事業補助金による助成事業）では、有識者によるワーキンググループを設置し、「高齢者虐待」の具体的な意味を検討する作業を行いました（ただし、この章での「回答」は、必ずしも「虐待かどうか」の明確な線引きを意図したものではありません）。次ページからの内容は、その結果をQ & A形式に直し、その形式に合わせて加筆・修正を行ったものです。

注意！

以降の記述の中で、「高齢者虐待には（直ちに）該当しない」というような表現がありますが、これは現行法に関する本書での解釈であり、法解釈上の正しさを厳密に保証するものではありません。また、高齢者虐待に該当しないと解釈されることが、改善の必要がないことを示しているものではありません。多くの行為は少なくとも「不適切なケア」には該当するのであり、その意味で適切に防止・改善策がはかれること、また必要に応じて市町村・都道府県等の指導・監督権限が行使されることは当然必要となります。

2. Q & A : 具体的な行為に対する考え方

1) 身体的虐待に関連する行為

高齢者虐待防止法では、養介護施設従事者等による身体的虐待を、「高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること」と定義しています。

具体的には、平手打ちをする、つねる、殴る、蹴る、やけどや打撲を負わせるといった行為によって、外傷が生じるか、そのおそれのあるものが該当すると考えられます。

なお、ここでいう「暴行」は、外傷が生じることの認識、もしくは外傷が生じるおそれのあることの認識(予測)があって行われる行為を指すと考えられます。したがって、養介護施設従事者等が、介護サービス提供中に不注意(過失)で利用者に怪我をさせた場合には、「不適切な介護サービス(不適切なケア)」に該当することはありますが、それだけをもって「暴行」に該当することはないと考えられます。

Q. 1

養介護施設従事者等が、特定の介護サービス利用者について、その身体状況や周囲の環境等を把握した上で、自力での歩行が可能であり、自立支援の観点からも自力での歩行が適切と判断していたが、その利用者が自力歩行中に転倒骨折したという場合、「暴行」に該当するか？

A. 1

この場合については、利用者の身体状況や環境等の把握が不十分であれば、「不適切なケア」に該当することはありますが、直ちに「暴行」に該当するわけではありません。ただし、その利用者の身体状況や環境等からみて、転倒骨折が十分予期できたにもかかわらず、「転倒骨折が生じても構わない」と考えて介助しなかったような場合には、外傷が生じることを認識していたことになり、「暴行」に該当します。

Q. 2

利用者に顔の向きを変えてもらうために軽く頬を叩く、あるいは排泄介助の際に臀部を軽く叩くということがあがあるが、「暴行」に該当するか？

A. 2

「叩く」ことが、「暴行」に該当するかどうかは、外傷が生じる、もしくは生じるおそれがあるかどうかを具体的、個別的に判断することになります。したがって「叩く＝虐待」と単純に考えることはできません。しかし、「暴行」には該当しなくても、利用者に精神的なダメージを与えていたり、利用者の尊厳を傷つけているような場合は、心理的虐待に該当することはあります。また、「高齢者虐待」にあたらなくとも、「不適切なケア」には該当するものと考えられます。

Q. 3

利用者の同意を得ずに髪を切ることは、「外傷」に該当するか？

A. 3

「外傷」の意味を、「人間の生理的機能を害すること」と解釈するならば、「髪を切ること」は「外傷」には直接には該当しないと考えられます。しかし、利用者の同意を得ずにこうした行為を行うことは、心理的虐待に該当する可能性があるため注意が必要です。

2) 介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）に関連する行為

養介護施設従事者等による介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）は、高齢者虐待防止法では、「高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」と定義されています。

ここでいう「高齢者を衰弱させるような著しい減食」と「長時間の放置」は、「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」の例示です。したがって、介護・世話の放棄・放任に含まれる行為はこの2つに限られるものではありません。

養介護施設従事者等による介護・世話の放棄・放任の定義では、「養護者による高齢者虐待」と比較した場合、「職務上の義務」の存在を前提にして、それを「著しく怠ること」を「高齢者虐待」としているところに特徴があると考えられます。そのため、以下のQ & Aは「職務上の義務を著しく怠る」ということに関連するものを中心としています。

Q.4

減食ではないが、利用者の嗜好を無視した食事を提供した場合も、「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」に該当するか？

A.4

例えば、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年厚令第39号）第14条第1項では、「指定介護老人福祉施設は、栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時期に提供しなければならない」と規定しています。これにしたがえば、利用者の嗜好を無視した食事は、この基準に違反した「不適切な介護サービス」に該当することがあります（介護老人保健施設の指定基準等でも同様。以下同じ）。さらに、「嗜好を考慮」することは、指定介護老人福祉施設の従事者の「職務上の義務」であると考えられますので、これを「著しく怠ること」になれば、嗜好を無視した食事の提供が「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」に該当することもあります。しかし、どのような食事の提供が、上記の指定基準に違反し、また「職務上の義務を著しく怠ること」になるのか、その判断や区別の基準を一般的な形で示すことは困難です。

「減食」については、「衰弱させるような」著しい減食を「職務上の義務を著しく怠ること」の例としていることから、嗜好を無視した食事の提供についても、生命又は身体に危険が生じているものに限られるという考え方もできます。しかし、高齢者虐待防止法は、「生命又は身体に重大な危険が生じている場合」（第21条第2項）以外の場合にも、通報義務（第21条第1項）もしくは通報努力義務（第21条第3項）を課していますから、「生命又は身体に重大な危険が生じている」かどうかを「職務上の義務を著しく怠ること」の判断基準とすることはできないと思われます。

以上のことに対し、指定基準の違反自体が問題なのであるから、防止や改善という観点からは、指定基準違反と「職務上の義務を著しく怠ること」をあえて区別することに意味があるのかという意見もあります。

なお、食事の内容は、入所者の心身の状況等も考慮して決定されなければなりません。そのため、心身状態を考慮した食事を提供している場合、嗜好に沿わないということだけを理由として、指定基準違反や「職務上の義務を著しく怠ること」に該当すると判断してしまうのはやや乱暴です。それぞれの「職務上の義務」は「利用者への適切な支援」という大きな共通した目的をもっているものであり、個々の側面だけを偏ってとりあげてしまうのは適切ではありません。

Q. 5	普通食を提供すべきであるのに、キザミ食やトロミ付の食事を提供した場合は、「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」に該当するか？
A. 5	摂食・嚥下障害がないにもかかわらず、キザミ食やトロミ付の食事を提供することは、Q 4 で示した指定基準の「入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事」とはいえませんが、そのため、指定基準違反になりうる、不適切なケアであると考えられます。また、同様に考えて、「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」に該当することもありえます。 しかし、Q 4 の場合と同様、どのような食事の提供が指定基準に違反し、また「職務上の義務を著しく怠ること」になるのか、その判断や区別の基準を一般的な表現で示すことはやはり困難です。利用者の食事に関する諸機能の状況がどうであるか、認知機能の状況はどうか、介護の都合を優先させていないかなど、総合的に判断していく必要があります。

Q. 6	「長時間の放置」とは具体的にどの程度の放置か？
A. 6	このことについて、一般的な基準を示すことは非常に困難です。なぜなら、利用者一人ひとりの心身の状況、その置かれた環境、「放置」の具体的な内容（時間、期間、場所、様態等）等によって、放置しておくべきではない間隔などが決まってくるからです。その意味では、例えば、これを「生命又は身体に危険を生じさせる程度」の放置かどうかということに限って考えるとしても、個別・具体的に判断する必要があります。

Q. 7	入浴や清拭を怠った場合は、「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」に該当するか？
A. 7	介護保険施設等の指定基準では、「1 週間に 2 回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清拭しなければならない」と規定されています（例えば、指定介護老人福祉施設の場合は第 13 条第 2 項）。そのため、他に合理的な理由もないのに、「1 週間に 2 回以上」の入浴又は清拭をしなかった場合は、同基準違反にあたる不適切なケアであると考えられます。さらに「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」に該当することもありえますが、一概にはいえませんが、ただし、身体（健康）に被害を生じさせる程度に入浴や清拭を怠ったような場合は、当然高齢者虐待に該当する可能性が強く考えられます。一方で、利用者の病気やケガなど、入浴を避けたほうがよい合理的な理由がある場合などは、単に「1 週間に 2 回以上の入浴や清拭をしていない」ことをもって、指定基準違反や虐待であるということにはなりません。

Q. 8	ケアプラン等に応示された必要な介護・医療サービス等を行わないことは、「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」に該当するか？
A. 8	例えば、介護老人福祉施設の指定基準などでは、その第 1 条で、施設サービス計画に基づいてサービスを提供することを基本方針としてあげています。そのため、施設サービス計画に応示された介護サービスを合理的な理由なく行わない場合は、当然、同基準違反になります。また、これは「職務上の義務」でもありますから、計画されたサービスと実際に行われている内容が著しく異なっている場合は、「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」に該当することも当然あります。ここでも、判断や区別の基準を一般的に示すことは難しいのですが、少なくとも、生命や身体に危険を生じさせる状況に陥らせたような場合は高齢者虐待と判断されることになるでしょう。ただし、生命や身体に明らかな危険が生じていないからといって、計画されたサービスを行わなくてよいということではありません。

Q.9	「高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること」に該当するためには、このことを認識していることが必要か？
A.9	「職務上の義務を著しく怠ること」に該当するには、その程度は別にしても、少なくとも、職務上自分が行うべき義務を「怠る」ことについての認識が必要であると思われます。したがって、まったくの不注意（過失）で職務上の義務を怠った場合は、それを認識していたとはいえないため、該当しないと思われます。ただし、このような認識が必要だとしても、客観的・一般的に見て職務上の義務を「著しく」怠っているながら、養介護施設従事者等自身がそれを認識していなかった、という事態は考え難いという意見もあります。逆にいえば、養介護施設従事者等は、自らが行うべき職務上の義務を、「当然知っているもの」と推定またはみなされるということです。その意味では、当然知っていなければならない職務上の義務について「知らなかった」ということは理由にはならないと考えられます。この点をよく踏まえておくべきでしょう。

3) 心理的虐待に関連する行為

心理的虐待は、高齢者虐待防止法では、「高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと」と定義されています。「心理的外傷」とは、一般に「トラウマ」などと呼ばれるもので、個人で処理することが困難な強い衝撃によって長い間の深い心の傷を負ってしまうことを指します。また、「高齢者に対する著しい暴言」と「著しく拒絶的な対応」は、「高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと」の例示と考えられますので、対象となる行為はこの2種類に限られるわけではありません。養介護施設従事者等が心理的外傷を負わせる可能性のある言動には、「排泄の失敗を嘲笑したり、それを人前で話すなどにより高齢者に恥をかかせる」「怒鳴る、ののしる、悪口を言う」「侮辱を込めて、子どものように扱う」「高齢者が話しかけているのを意図的に無視する」「排泄介助を他者に意図的に見せる／他者から容易に見られる場所・形態で排泄介助を行う」といったものが考えられます。

Q.10	「高齢者に著しい心理的外傷を与える言動」が行われたかどうかを判断する上で、その高齢者自身の訴えや意思表示をどのように位置づけたらよいか？
A.10	身体の外傷とは異なり、「心理的外傷」は、高齢者本人の心理が対象となる問題です。そのため、高齢者自身が苦痛と感ずるのであれば、基本的にはその心理を基準にして、心的外傷を認定すべきだと考えられます。しかし、この考え方には、次のような異論があります。すなわち、一般的には「著しい心理的外傷を与える言動」とまではいえない言動であったが、たまたまある特定の高齢者には「著しい心理的外傷」を与えてしまった場合も、その高齢者の心理を基準に、「心理的外傷」を認定することになると、養介護施設従事者等にとっては、心理的外傷の範囲が不明確になるのではないかというものです。この点については、心理的虐待においても、虐待を行った人に「高齢者に著しい心理的外傷を与える」ことの認識が必要であると解釈すれば、上記のような場合は、「著しい心理的外傷」を与えたという認識がないため、心理的虐待には該当しない可能性も考えられます。 しかしながら、このような考え方を過度に一般化すると、逆に、一般的には「著しい心理的外傷を与える言動」といえる言動であるにもかかわらず、その言動を受けた特定の高齢者がたまたま苦痛を訴えない場合に、問題にされにくいということもあります。このような場合、高齢者は心身の状況や置かれた環境等から苦痛を訴えにくいこともあるのですから、高齢者自身の訴えがなくとも、一般的な観点からも「著しい心理的外傷を与える言動」かどうかを検討する必要があると思われます。

Q.11

認知症のある高齢者について、「著しい心理的外傷を与える言動」かどうかはどのように判断すべきか？

A.11

本書の他の章でも何度か述べましたが、認知症を理由に心理的外傷の可能性を否定することはできません。認知症があっても、心理的外傷を受けることは当然あると考えましょう。またその際には、認知症があるために苦痛を訴えにくいことも十分考えられるため注意が必要です。このような場合は、Q10の場合と同様に、高齢者自身の訴えがなくても、一般的な観点からみて「著しい心理的外傷を与える言動」かどうかを検討する必要があると思われます。また同様に、認知症のために言葉の理解ができないという場合であっても、一般的な観点からみて「著しい心理的外傷を与える言動」は許容されないと考えましょう。

4) 性的虐待に関連する行為

高齢者虐待防止法では、性的虐待は「高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること」と定められています。「わいせつな行為」とは、一般に、性的欲求を喚起したり羞恥心を害したりするような性的な道義観念に反する行為を指します。具体的には、「排泄の失敗に対して懲罰的に下半身を裸にして放置する」「キス、性器への必要のない接触、セックスを強要する」などの、本人との合意が形成されていない性的な行為や、その強要が該当すると考えられます。

（“性的虐待に関連する行為”についてはQ&Aはありません）

5) 経済的虐待に関連する行為

高齢者虐待防止法では、経済的虐待は「高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること」と定義されています。「高齢者の財産を不当に処分すること」と「高齢者から不当に財産上の利益を得ること」は並列関係にあります。したがって「財産を不当に処分」すれば、「不当に財産上の利益」を得なくても経済的虐待に該当すると考えられます。逆もまた同じです。

Q.12

施設・事業所が、利用者等からの預かり金の出納管理を行う場合には、利用者等との間で保管依頼書（契約書）を交わし、安全管理体制を整備することが求められる（「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」平成12年3月30日老企54号参照）が、保管依頼書（契約書）を交わさないなど安全管理体制が不十分な場合、「経済的虐待」に該当するか？

A.12

「財産を不当に処分」したり、「不当に財産上の利益を得」たりしていなければ、安全管理体制が不十分ということから直ちに経済的虐待に該当するわけではありません。しかし、保管依頼書（契約書）を交わさないなど安全管理体制が不十分な場合は、「不適切な介護サービス」には該当しますし、サービス契約上の問題も生じる可能性があるため、早急に対処しなければなりません。

Q.13

保管依頼書（契約書）を交わす場合でも、利用者本人に認知症があり、財産管理についての判断能力が不十分な場合は、實際上、家族が本人に代わって保管依頼書（契約書）を交わし、施設・事業所は、その後の出納管理を家族の同意を得て行っている場合が少なくないと思われるが、このような管理の方法は「財産を不当に処分」したことになるのか？

A.13

このような場合、本来であれば、成年後見制度の利用を促し、施設・事業所は、成年後見人等との間で必要な契約を締結し、その契約に基づいて管理すべきではあります。しかし、認知症があっても成年後見制度を利用せず、家族が、事実上本人の利益のために日常の金銭管理を行っていることが少なくないのが現状と思われます。こうした現状に照らすと、實際上、家族が本人に代わって施設・事業所と保管依頼書（契約書）を交わし、施設・事業所が、家族の同意を得て本人の利益のために出納管理を行っている場合には、本人の有効な同意があるか疑わしいからといって、「財産を不当に処分」したことに該当するとはいいい難い側面があります。ただし一方では、家族だからといって当然に本人を代理する権限があるわけではなく、また家族が経済的虐待を加えていることも可能性としてはありますから、家族の意向に沿っているというだけで、施設・事業所による出納管理を正当化することは難しい、という側面もあります。

このように、実際の運用状況を踏まえると結論を出すのが難しい問題です。ただし、高齢者虐待防止法では、国や地方公共団体の責務として、成年後見制度の利用促進をはかることをあげています。家族に成年後見制度の説明をしてその利用を促したり、所在地の自治体と相談されるのも1つの手段です。

なお、施設・事業所やその従事者が、本人や後見人等の意思や利益に反して、財産を処分したり、年金や預貯金を使用したりする行為は、経済的虐待に該当する可能性が高いと思われます。

6) 「緊急やむを得ない」場合以外の身体拘束に関連する行為

介護保険施設等の指定基準などに示される「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と考えられます（本書第1章p.10等を参照してください）。ここでは、その「緊急やむを得ない」場合の判断に関する事項を掲載しています。

Q.14

身体拘束を行う場合の例外要件（いわゆる「例外3原則」と呼ばれるもので、切迫性・非代替性・一時性の3要件からなり、この全てに該当するとともに、要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる）を充足すると判断して身体拘束を実施したが、後日、市町村又は都道府県などから例外要件を満たしていないと評価された場合は、指定基準違反や高齢者虐待になるのか？

A.14

このような場合は、例外要件を充足すると判断した過程と根拠が重要です。施設・事業所内部で委員会を設置するなどして慎重に合議・検討を重ねた上で身体拘束を実施したが、後日、例外要件を満たしていないと評価された場合は、少なくとも高齢者虐待には該当しないと考えられます。しかし、例外要件の判断が職員個人に委ねられるなどその判断の過程と根拠が不十分な場合は、指定基準違反になると同時に、高齢者虐待にも該当すると思われます。

参 考 文 献

- 1) 本間郁子著『特養ホームが変わる、特養ホームを変える（第2版）』岩波書店（2005）
- 2) 池田直樹・谷村慎介・佐々木育子『Q & A 高齢者虐待対応の法律と実務』学陽書房（2007）
- 3) いのうえせつこ著『高齢者虐待』新評論（1999）
- 4) 介護保険指導監督の手引編集委員会編『介護保険指導監督の手引－介護保険施設等実地指導マニュアル』中央法規（2007）
- 5) 小林篤子著『高齢者虐待－実態と防止策』中公新書（2004）
- 6) 高齢者処遇研究会（代表：田中荘司）『在宅・施設における高齢者及び障害者の虐待に関する意識と実態調査』（1998）
- 7) 高齢者処遇研究会（代表：田中荘司）『特別養護老人ホームにおける高齢者虐待に関する実態と意識調査』（2000）
- 8) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」『身体拘束ゼロへの手引き－高齢者ケアに関わる全ての人に－』福祉自治体ユニット（2001）
- 9) 厚生労働省老健局『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（2006）
- 10) 日本弁護士連合会高齢者・障害者の権利に関する委員会編『高齢者虐待防止法活用ハンドブック』民事法研究会（2006）
- 11) 日本弁護士連合会高齢者・障害者の権利に関する委員会編『Q & A 高齢者・障害者の法律問題（第2版）』民事法研究会（2007）
- 12) 日本看護協会編『身体拘束廃止取り組み事例集－私たちのゼロ作戦－』日本看護協会出版会（2003）
- 13) 日本高齢者虐待防止センター『高齢者虐待防止トレーニングブック 発見・援助から予防まで』中央法規（2006）
- 14) 認知症介護研究・研修仙台センター『平成17年度老人保健健康増進等事業による研究報告書 介護保険施設における身体拘束廃止の啓発・推進事業』認知症介護研究・研修仙台センター（2006）
- 15) 認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）『平成18年度老人保健事業報告書 施設・事業所における高齢者虐待防止に関する調査研究事業』認知症介護研究・研修仙台センター（2007）
- 16) 認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）編『図表で学ぶ 認知症の基礎知識』認知症介護研究・研修東京センター（2008）
- 17) 大國美智子『絵でみる認知症』ワールドプランニング（2007）
- 18) 大國美智子・川並利治編著『権利擁護相談事例集 財産侵害・借金・虐待への対応』中央法規（2008）
- 19) 老人虐待・不適切処遇研究プロジェクト（代表：高崎絹子）『老人保健施設における不適切処遇に関する研究報告書（第1報）』（2001）
- 20) 志田民吉編『臨床に必要な人権と権利擁護－人権・権利擁護論』弘文堂（2006）
- 21) 高崎絹子編著『「身体拘束ゼロ」を創る：患者・利用者のアドボカシー確立のための知識と技術.』中央法規（2004）
- 22) 多々良紀夫編著『高齢者虐待－日本の現状と課題』中央法規（2001）
- 23) 津村智恵子・大谷昭編『高齢者虐待に挑む（増補版）－発見、介入、予防の視点』中央法規（2006）
- 24) 角田幸代著『高齢者虐待を防ぐ地域のネットワーク～横須賀市高齢者虐待防止事業から』ぎょうせい（2006）
- 25) 全国認知症グループホーム協会『平成18年度老人保健健康増進等事業（厚生労働省補助事業） 認知症グループホームにおける虐待防止・権利擁護研究事業調査研究報告書』全国認知症グループホーム協会（2007）

巻 末 資 料

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律

(平成十七年十一月九日法律第百二十四号)

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ、高齢者虐待の防止等に関する国等の責務、高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「高齢者」とは、六十五歳以上の者をいう。

2 この法律において「養護者」とは、高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等（第五項第一号の施設の業務に従事する者及び同項第二号の事業において業務に従事する者をいう。以下同じ。）以外のものをいう。

3 この法律において「高齢者虐待」とは、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。

4 この法律において「養護者による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。

一 養護者がその養護する高齢者について行う次に掲げる行為

イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。

ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人によるイ、ハ又はニに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。

ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

二 養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

5 この法律において「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。

一 老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第五条の三に規定する老人福祉施設若しくは同法第二十九条第一項に規定する有料老人ホーム又は介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第

二十項に規定する地域密着型介護老人福祉施設、同条第二十四項に規定する介護老人福祉施設、同条第二十五項に規定する介護老人保健施設、同条第二十六項に規定する介護療養型医療施設若しくは同法第一百五十五条の三十九第一項に規定する地域包括支援センター（以下「養介護施設」という。）の業務に従事する者が、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用する高齢者について行う次に掲げる行為

イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。

ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

ホ 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

二 老人福祉法第五条の二第一項に規定する老人居宅生活支援事業又は介護保険法第八条第一項に規定する居宅サービス事業、同条第十四項に規定する地域密着型サービス事業、同条第二十一項に規定する居宅介護支援事業、同法第八条の二第一項に規定する介護予防サービス事業、同条第十四項に規定する地域密着型介護予防サービス事業若しくは同条第十八項に規定する介護予防支援事業（以下「養介護事業」という。）において業務に従事する者が、当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者について行う前号イからホまでに掲げる行為

(国及び地方公共団体の責務等)

第三条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。

2 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう、これらの職務に携わる専門的な人材の確保及び資質の向上を図るため、関係機関の職員の研修等必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

3 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護に資するため、高齢者虐待に係る通報義務、人権侵犯事件に係る救済制度等について必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

(国民の責務)

第四条 国民は、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深めるとともに、国又は地方

公共団体が講ずる高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための施策に協力するよう努めなければならない。

(高齢者虐待の早期発見等)

第五条 養介護施設、病院、保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介護施設従事者等、医師、保健師、弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。

- 2 前項に規定する者は、国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めなければならない。

第二章 養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等

(相談、指導及び助言)

第六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止及び養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護のため、高齢者及び養護者に対して、相談、指導及び助言を行うものとする。

(養護者による高齢者虐待に係る通報等)

第七条 養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

- 2 前項に定める場合のほか、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。
- 3 刑法（明治四十年法律第四十五号）の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定による通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。

第八条 市町村が前条第一項若しくは第二項の規定による通報又は次条第一項に規定する届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(通報等を受けた場合の措置)

第九条 市町村は、第七条第一項若しくは第二項の規定による通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、第十六条の規定により当該市町村と連携協力する者（以下「高齢者虐待対応協力者」という。）とその対応について協議を行うものとする。

- 2 市町村又は市町村長は、第七条第一項若しくは第二項の規定による通報又は前項に規定する届出があった場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法第二十条の三

に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に、同法第十条の四第一項 若しくは第十一条第一項 の規定による措置を講じ、又は、適切に、同法第三十二条 の規定により審判の請求をするものとする。

(居室の確保)

第十条 市町村は、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法第十条の四第一項第三号 又は第十一条第一項第一号 若しくは第二号 の規定による措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(立入調査)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは、介護保険法第百十五条の三十九第二項 の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

- 2 前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

- 3 第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(警察署長に対する援助要請等)

第十二条 市町村長は、前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとする場合において、これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは、当該高齢者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。

- 2 市町村長は、高齢者の生命又は身体の安全の確保に万全を期する観点から、必要に応じ適切に、前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。

- 3 警察署長は、第一項の規定による援助の求めを受けた場合において、高齢者の生命又は身体の安全を確保するため必要と認めるときは、速やかに、所属の警察官に、同項の職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法（昭和二十三年法律第百三十六号）その他の法令の定めるところによる措置を講じさせるよう努めなければならない。

(面会の制限)

第十三条 養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法第十一条第一項第二号 又は第三号 の措置が採られた場合においては、市町村長又は当該措置に係る養介護施設の長は、養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護の観点から、当該養護者による高齢者虐待を行った養護者について当該高齢者との面会を制限することができる。

(養護者の支援)

第十四条 市町村は、第六条に規定するもののほか、養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。

- 2 市町村は、前項の措置として、養護者の心身の状態に照らしその養護の負担の軽減を図るため緊急の必要があると認める場合に高齢者が短期間養護を受けるために必要となる居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(専門的に従事する職員の確保)

第十五条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するために、これらの事務に専門的に従事する職員を確保するよう努めなければならない。

(連携協力体制)

第十六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法第二十条の七の二第一項に規定する老人介護支援センター、介護保険法第百十五条の三十九第三項の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

(事務の委託)

第十七条 市町村は、高齢者虐待対応協力者のうち適当と認められるものに、第六条の規定による相談、指導及び助言、第七条第一項若しくは第二項の規定による通報又は第九条第一項に規定する届出の受理、同項の規定による高齢者の安全の確認その他通報又は届出に係る事実の確認のための措置並びに第十四条第一項の規定による養護者の負担の軽減のための措置に関する事務の全部又は一部を委託することができる。

- 2 前項の規定による委託を受けた高齢者虐待対応協力者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であった者は、正当な理由なしに、その委託を受けた事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。
- 3 第一項の規定により第七条第一項若しくは第二項の規定による通報又は第九条第一項に規定する届出の受理に関する事務の委託を受けた高齢者虐待対応協力者が第七条第一項若しくは第二項の規定による通報又は第九条第一項に規定する届出を受けた場合には、当該通報又は届出を受けた高齢者虐待対応協力者又はその役員若しくは職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(周知)

第十八条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、第七条第一項若しくは第二項の規定による通報又は第九条第一項に規定する届出の受理、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護、養護者に対する支援等に関する事務についての窓口となる部局及び高齢者虐待対応協力者の名称を明示すること等により、当該部局及び高齢者虐待対応協力者を周知させなければならない。

(都道府県の援助等)

第十九条 都道府県は、この章の規定により市町村が行う

措置の実施に関し、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。

- 2 都道府県は、この章の規定により市町村が行う措置の適切な実施を確保するため必要があると認めるときは、市町村に対し、必要な助言を行うことができる。

**第三章 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等
(養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置)**

第二十条 養介護施設の設置者又は養介護事業を行う者は、養介護施設従事者等の研修の実施、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用し、又は当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備その他の養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする。

(養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る通報等)

第二十一条 養介護施設従事者等は、当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業（当該養介護施設の設置者若しくは当該養介護事業を行う者が設置する養介護施設又はこれらの者が行う養介護事業を含む。）において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

- 2 前項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。
- 3 前二項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。
- 4 養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた高齢者は、その旨を市町村に届け出ることができる。
- 5 第十八条の規定は、第一項から第三項までの規定による通報又は前項の規定による届出の受理に関する事務を担当する部局の周知について準用する。
- 6 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第一項から第三項までの規定による通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈してはならない。
- 7 養介護施設従事者等は、第一項から第三項までの規定による通報をしたことを理由として、解雇その他不利益な取扱いを受けない。

第二十二条 市町村は、前条第一項から第三項までの規定による通報又は同条第四項の規定による届出を受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該通報又は届出に係る養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する事項を、当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護施設又は当該養介護施設従事者等による高

高齢者虐待に係る養介護事業の事業所の所在地の都道府県に報告しなければならない。

- 2 前項の規定は、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項の指定都市及び同法第二百五十二条の二十二第一項の中核市については、厚生労働省令で定める場合を除き、適用しない。

第二十三条 市町村が第二十一条第一項から第三項までの規定による通報又は同条第四項の規定による届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。都道府県が前条第一項の規定による報告を受けた場合における当該報告を受けた都道府県の職員についても、同様とする。

（通報等を受けた場合の措置）

第二十四条 市町村が第二十一条第一項から第三項までの規定による通報若しくは同条第四項の規定による届出を受け、又は都道府県が第二十二条第一項の規定による報告を受けたときは、市町村長又は都道府県知事は、養介護施設の業務又は養介護事業の適正な運営を確保することにより、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護を図るため、老人福祉法又は介護保険法の規定による権限を適切に行使するものとする。

（公表）

第二十五条 都道府県知事は、毎年度、養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況、養介護施設従事者等による高齢者虐待があった場合にとった措置その他厚生労働省令で定める事項を公表するものとする。

第四章 雑則

（調査研究）

第二十六条 国は、高齢者虐待の事例の分析を行うとともに、高齢者虐待があった場合の適切な対応方法、高齢者に対する適切な養護の方法その他の高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援に資する事項について調査及び研究を行うものとする。

（財産上の不当取引による被害の防止等）

第二十七条 市町村は、養護者、高齢者の親族又は養介護施設従事者等以外の者が不当に財産上の利益を得る目的で高齢者を行う取引（以下「財産上の不当取引」という。）による高齢者の被害について、相談に応じ、若しくは消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関を紹介し、又は高齢者虐待対応協力者に、財産上の不当取引による高齢者の被害に係る相談若しくは関係機関の紹介の実施を委託するものとする。

- 2 市町村長は、財産上の不当取引の被害を受け、又は受けるおそれのある高齢者について、適切に、老人福祉法第三十二条の規定により審判の請求をするものとする。

（成年後見制度の利用促進）

第二十八条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに財産上の不当

取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

第五章 罰則

第二十九条 第十七条第二項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第三十条 正当な理由がなく、第十一条第一項の規定による立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは高齢者に答弁をさせず、若しくは虚偽の答弁をさせた者は、三十万円以下の罰金に処する。

附 則

（施行期日）

- 1 この法律は、平成十八年四月一日から施行する。

（検討）

- 2 高齢者以外の者であって精神上又は身体上の理由により養護を必要とするものに対する虐待の防止等のための制度については、速やかに検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。
- 3 高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための制度については、この法律の施行後三年を目途として、この法律の施行状況等を勘案し、検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。

附 則（平成一八年六月二日法律第八三号）抄

（施行期日）

第一条 この法律は、平成十八年十月一日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、それぞれ当該各号に定める日から施行する。

- 一 第十条並びに附則第四条、第三十三條から第三十六條まで、第五十二條第一項及び第二項、第百五條、第二百二十四條並びに第百三十一條から第百三十三條までの規定 公布の日

- 二 第二十二條及び附則第五十二條第三項の規定 平成十九年三月一日

- 三 第二條、第十二條及び第十八條並びに附則第七條から第十一條まで、第四十八條から第五十一條まで、第五十四條、第五十六條、第六十二條、第六十三條、第六十五條、第七十一條、第七十二條、第七十四條及び第八十六條の規定 平成十九年四月一日

- 四 第三條、第七條、第十三條、第十六條、第十九條及び第二十四條並びに附則第二條第二項、第三十七條から第三十九條まで、第四十一條、第四十二條、第四十四條、第五十七條、第六十六條、第七十五條、第七十六條、第七十八條、第七十九條、第八十一條、第八十四條、第八十五條、第八十七條、第八十九條、第九十三條から第九十五條まで、第九十七條から第百條まで、第百三條、第百九條、第百十四條、第

百十七条、第二百二十条、第二百二十三条、第二百二十六条、第二百二十八条及び第三百三十条の規定 平成二十年四月一日

五 第四条、第八条及び第二十五条並びに附則第十六条、第十七条、第十八条第一項及び第二項、第十九条から第三十一条まで、第八十条、第八十二条、第八十八条、第九十二条、第一百一条、第一百四十四条、第一百七条、第一百八条、第一百五十五条、第一百六条、第一百八条、第二百二十一条並びに第二百二十九条の規定 平成二十年十月一日

六 第五条、第九条、第十四条、第二十条及び第二十六条並びに附則第五十三条、第五十八条、第六十七条、第九十条、第九十一条、第九十六条及び第一百十一条の規定 平成二十四年四月一日

(罰則に関する経過措置)

第三百三十一条 この法律（附則第一条各号に掲げる規定については、当該各規定。以下同じ。）の施行前にした行為並びにこの附則の規定によりなお従前の例によることとされる場合及びこの附則の規定によりなおその効力を有することとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(処分、手続等に関する経過措置)

第三百三十二条 この法律の施行前に改正前のそれぞれの法律（これに基づく命令を含む。以下この条において同じ。）の規定によってした処分、手続その他の行為であって、改正後のそれぞれの法律の規定に相当の規定があるものは、この附則に別段の定めがあるものを除き、改正後のそれぞれの法律の相当の規定によってしたものとする。

2 この法律の施行前に改正前のそれぞれの法律の規定により届出その他の手続をしなければならない事項で、この法律の施行の日前にその手続がされていないものについては、この法律及びこれに基づく命令に別段の定めがあるものを除き、これを、改正後のそれぞれの法律中の相当の規定により手続がされていないものとみなして、改正後のそれぞれの法律の規定を適用する。

(その他の経過措置の政令への委任)

第三百三十三条 附則第三条から前条までに規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律施行規則 (平成十八年三月三十一日厚生労働省令第九十四号)

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成十七年法律第二百二十四号）第二十二条の規定に基づき、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律施行規則を次のように定める。

(市町村からの報告)

第一条 市町村は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成十七年法律第二百二十四号。以下「法」という。）第二十一条第一項 から第三項までの規定による通報又は同条第四項 の規定による届出を受け、当該通報又は届出に係る事実の確認を行った結果、養介護施設従事者等による高齢者虐待（以下「虐待」という。）の事実が認められた場合、又は更に都道府県と共同して事実の確認を行う必要が生じた場合には、次に掲げる事項を当該虐待に係る法第二条第五項第一号に規定する養介護施設又は同項第二号 に規定する養介護事業の事業所（以下「養介護施設等」という。）の所在地の都道府県に報告しなければならない。

一 養介護施設等の名称、所在地及び種別

二 虐待を受けた又は受けたと思われる高齢者の性別、年齢及び要介護状態区分（介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第七条第一項 に規定する要介護状態区分をいう。）又は要支援状態区分（同条第二項 に規定する要支援状態区分をいう。）その他の心身の状況

三 虐待の種別、内容及び発生要因

四 虐待を行った養介護施設従事者等（法第二条第二項 に規定する養介護施設従事者等をいう。以下同じ。）の氏名、生年月日及び職種

五 市町村が行った対応

六 虐待が行われた養介護施設等において改善措置が採られている場合にはその内容

(指定都市及び中核市の例外)

第二条 法第二十二條第二項 の厚生労働省令で定める場合は、養介護施設等について法第二十一条第一項 から第三項 までの規定による通報又は同条第四項 の規定による届出があった場合とする。

(都道府県知事による公表事項)

第三条 法第二十五条 の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 虐待があった養介護施設等の種別

二 虐待を行った養介護施設従事者等の職種

附 則

この省令は、平成十八年四月一日から施行する。

附 則 （平成一八年五月九日厚生労働省令第一一九号）

この省令は、公布の日から施行する。

委員一覧（敬称略・順不同。所属・役職は平成19年度のもの）

本書は、下記の委員によって行われた「施設・事業所における高齢者虐待防止の支援に関する調査研究事業」の成果物として作成されました。なお、本書第2章「養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止・対応事例」の内容については、事例検討ワーキンググループが中心となって検討を行いました。

【プロジェクト委員会】

氏 名	所 属 ・ 役 職
長 嶋 紀 一*	日本大学文理学部心理学科 教授
高 崎 絹 子**	放送大学教養学部生活と福祉専攻 教授
大 國 美智子	大阪後見支援センター 所長
高 村 浩	高村浩法律事務所 所長
大久保 幸 積	北海道デイサービスセンター協議会 会長 社会福祉法人幸清会・大滝福祉会 理事長
佐々木 勝 則	特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会 理事・事務局長 特別養護老人ホーム桜井の里 園長
妻 井 令 三	認知症の人と家族の会岡山県支部 代表
梶 川 義 人	日本高齢者虐待防止センター 事務局長
小野寺 敦 志	認知症介護研究・研修東京センター 研究企画主幹
小長谷 陽 子	認知症介護研究・研修大府センター 研究部長
加 藤 伸 司	認知症介護研究・研修仙台センター センター長

*委員長 **副委員長

【事例検討ワーキンググループ】

三 瓶 徹	社会福祉法人北海長正会 北広島リハビリセンター 特養部四恩園 施設長
柴 尾 慶 次	社会福祉法人南海福祉事業会 特別養護老人ホーム フィオーレ南海 施設長
角 田 幸 代	横須賀市健康福祉部長寿社会課 横須賀市高齢者虐待防止センター 主査
井 上 スエ子	千葉県松戸市健康福祉本部介護支援課 保健師長
間 瀬 智 子	社会福祉法人愛宕福祉会 認知症高齢者グループホームこもれび ユニット長・計画作成担当
喜 井 茂 雅	有限会社スローライフ 代表取締役
高 崎 絹 子	放送大学教養学部生活と福祉専攻 教授
志 田 民 吉	東北福祉大学大学院社会福祉学専攻 主任／教授

【事務局】 認知症介護研究・研修仙台センター

浅 野 弘 毅	仙台センター 副センター長
阿 部 哲 也	仙台センター 研究・研修部長
矢 吹 知 之	仙台センター 主任研修研究員
吉 川 悠 貴	仙台センター 専任研究員

【オブザーバー】

中井川 誠	厚生労働省老健局計画課 認知症・虐待防止対策推進室 室長
井 内 雅 明	厚生労働省老健局計画課 認知症・虐待防止対策推進室 室長
佐々木 健	厚生労働省老健局計画課 認知症・虐待防止対策推進室 専門官
中 西 三 春	財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部研究員
中 島 民恵子	財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部研究員

高齢者虐待を考える

養介護施設従事者等による高齢者虐待防止のための事例集

平成20年 3 月

発行所

認知症介護研究・研修仙台センター
〒989-3201 仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目149-1
TEL 022-303-7550 FAX 022-303-7570

発行者

認知症介護研究・研修仙台センター
センター長 加藤伸司

印刷

株式会社 ホクトコーポレーション
〒989-3124 仙台市青葉区上愛子字堀切 1-13
TEL 022-391-5661(代) FAX 022-391-5664

本書は、認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）のホームページ「認知症介護情報ネットワーク（DCnet）」（<http://www.dcnet.gr.jp>）上でも PDF ファイルで無償公開しています。営利目的での使用は禁止していますが、ダウンロード及び印刷・コピーには制限を設けていませんので、ご活用ください。ただし、部分的にコピー・配付等を行う場合を含めて、必ず出典を明記するようにしてください。



高齢者虐待を考える

養介護施設従事者等による高齢者虐待防止のための事例集

認知症介護研究・研修仙台センター
認知症介護研究・研修東京センター
認知症介護研究・研修大府センター