

高齢者の尊厳を支えるケア研修

～「もしかして、うちも？」日常に潜む不適切ケアへの気づき～

この研修の背景

先日、当施設の職員が福岡県の公式研修『令和7年度福岡県高齢者権利擁護等推進研修』に参加し、出張報告書が提出されました。そこには、外部の視点から日々のケアを振り返った際の、率直な思いや「このままでよいのか？」という問いかけがありました。そして、その問いかけは、もしかしたら他の多くの職員の皆さんも心のどこかで感じていることなのかもしれません。

そういう日々の業務の中で感じる思いや状況について、本研修を通じて皆さんと一緒に考えていく機会としたいと思います。

なお、本研修資料は「尊厳を支えるケア研修」というテーマのもと、公式研修カリキュラム資料から、特に「身体拘束・虐待防止・不適切ケア」に焦点をあてたものとなっております。



1. はじめに：なぜ今、この研修が必要なのか？

▼ 本日の研修目的

はじめに、日々の多忙な業務の中、利用者の皆様のために真摯にケアに取り組んでくださっていることに、心から敬意を表します。この研修は、誰かの仕事ぶりを評価したり、間違いを指摘したりするためのものではありません。

目的は、私たち専門職がチームとしてさらに成長するために、**無意識に、あるいは「仕方ない」という理由で行われているかもしれない「^{※1}不適切ケアの芽」**に光を当て、全員でケアの質を振り返るきっかけを作ることです。※1:公益財団法人東京都福祉保健財団「虐待の芽」

人手不足といった厳しい環境下では、一つ一つのケアが本当に利用者本位であるかを深く考える余裕がなくなってしまうことがあります。**だからこそ、定期的に立ち止まり、自分たちのケアを客観視することが、利用者の尊厳を守り、ひいては私たち自身を守ることにも繋がります**



す。この研修を通じて、明日から実践できる、より良いケアへの第一歩を踏み出しましょう。この一歩は、最終的に「リスペクティング行動」（相手の尊厳と敬意を最優先するプロの態度）を私たち専門職がチーム全体で確立するための土台となります。

▼ 【課題 1：自己学習】皆さんに質問「これ、あなたの職場で起きていませんか？」

研修を始める前に、少しだけご自身の職場を思い返してみてください。

以下のような場面に、心当たりはありませんか？

- 食事に時間がかかる利用者に対し、業務の都合を優先して、つい全介助してしまう。
- 何度も同じ訴えをする利用者に対し、いら立ちから「さっきも言いましたよ」と少し強い口調で返してしまう。
- 他の利用者の対応に追われている時、「ちょっと待ってて」と言ったまま、長い時間待ってしまう。
- 「エッ？」と思うような場面に遭遇した時、「忙しいから」「自分一人が言っても変わらないから」と、見て見ぬふりをしてしまった経験がある。

「令和7年度福岡県高齢者権利擁護等推進研修」グループワーク課題より。

これらは多くの介護現場で「よくあること」かもしれません。

しかし、本当に「仕方ない」ことなのでしょうか？ この研修を通して、一緒に考えていきたいと思います。

2. 基本の確認：身体拘束と虐待

▼ 尊厳を支えるケアとは

私たちが目指すケアの原点は何でしょうか。それは、すべての人が持つ「**自分のことは自分で決める権利**」や「**個人が尊重され幸福を追求する権利**」といった、普遍的な尊厳を守り支えることです。

そして、私たち介護の専門職にとって、この理念は介護保険法第1条によって、社会的な使命として明確に定められています。この法律は、**高齢者が要介護状態となつても、その方が持つ能力に応じて「自立した日常生活」を営むことができるよう支援すること**、そしてそれを通じて国民全体の保健医療や福祉の向上を図ることを目的としています。

つまり、私たちの仕事の原点は、単なる身の回りのお手伝いではありません。 「人を大切にし、人の幸せを願う」という普遍的な理念を、「高齢者の自立支援」という法に基づいた専門的な実践を通して実現することなのです。

▼ 身体拘束とは何か？

「身体拘束」とは、ひもで縛るといった直接的な行為だけを指すのではありません。厚生労働省は、以下の 11 項目を具体的な身体拘束の行為として例示しています。
これらは全て、利用者の自由な行動を制限する行為です。

- 1.車いすやベッドに体幹や四肢をひもなどで縛る。
- 2.転落防止のため、ベッドに体幹や四肢をひもなどで縛る。
- 3.ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- 4.点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、ひもなどで縛る。
- 5.皮膚をかきむしらないように、ミトン型の手袋などを着ける。
- 6.車いすや椅子に Y 字型拘束帯や腰ベルト、テーブルに固定したり、取り付ける。
- 7.立ち上がりれないように設計された椅子（そういった別の目的で）を使用する。
- 8.脱衣やおむつ外しを防ぐため、つなぎ服（介護衣）を着せる。
- 9.他人への迷惑行為を防ぐため、ベッドなどに体幹や四肢をひもなどで縛る。
- 10.行動を落ち着かせるため、向精神薬を過剰に服用させる。
- 11.自分の意思で開けられない居室などに隔離する。

出典:厚生労働省「身体拘束零作戦推進会議」「身体拘束ゼロへの手引」2001

▼ なぜ、人は拘束してしまうのか？

身体拘束について考える時、私たちは現場が直面する厳しい現実から目を背けることはできません。なぜ、人は拘束という手段を選んでしまうのでしょうか。（トップ 3）

- 1.転倒・転落事故防止のため
- 2.チューブ類の自己抜去防止のため
- 3.家族からのクレームや責任追及を恐れて
(その他)
他居室に入る・持ち出す、おむつ外し、暴力、自傷行為、対応困難の先送り、業務目的の達成のため

出典:末安民生・南裕子・田中とも江(2000)、新春鼎談抑制廃止と看護介護保険施設での「縛らない看護」をめざして、週刊医学界新聞 2373、調査時点:1998 年 10 月「抑制廃止福岡宣言」

これらの理由は一見、利用者の「安全のため」「命を守るため」であり、正当な理由に聞こえるかもしれません。しかし、本当にそうでしょうか？これらの理由は、実は施設側の都合やリスク回避が優先されていないか、一度立ち止まって考える必要があります。

▼ 身体拘束がもたらす深刻な弊害

「安全のため」という名目で行われる身体拘束ですが、実際には利用者の心身に深刻なダメージを与え、かえって危険性を高めることが分かっています。

【3つの弊害と負のスパイラル】

また、身体拘束は、本人の身体的・精神的機能の低下や、家族・介護者の精神的苦痛、介護の質低下を招き、介護が必要な状況を悪化させる「負のスパイラル」に陥ります。

例えば、徘徊防止のために身体拘束をすると、身体機能がさらに低下し、認知症が悪化することで、より強い拘束が必要になるという悪循環を生み出します。



出典:「ワールドプランニング認知症介護実践者研修標準テキスト」「縛らない看護」より

弊害	具体的な内容
身体的弊害	関節の拘縮や筋力の低下、褥瘡の発生、食欲低下、心肺機能の低下、感染症への抵抗力低下など。拘束から逃れようと無理な動きをすることで、かえって重大な転倒・転落事故を引き起こす危険性もあります。
精神的弊害	不安、怒り、屈辱、諦めといった多大な精神的苦痛を与え、人間としての尊厳を著しく侵害します。認知症の症状を悪化させたり、せん妄を引き起こす原因にもなります。また、家族にも「親を縛られている」という罪悪感を与えます。
社会的弊害	施設や介護サービス全体への社会的な不信感を生み出します。結果的に利用者のQOLを低下させ、医療費の増大にも繋がります。

結論：身体拘束は「安全を守る行為」ではなく、利用者の心身を危険にさらし、尊厳を奪う行為です。

▼ 「虐待（養介護施設従事者等による高齢者虐待）」とは何か？

「高齢者虐待防止法」では、施設職員などによる虐待を5種類に分類しています。これらは単独ではなく、複合的に発生することも少なくありません。また、法律の定義だけでは分かりにくい部分もあります。現場では、具体例のような行為が虐待と判断される可能性があります。

種類	内容と具体例
1.身体的虐待	<p>高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じる恐れがある暴行を加えること。</p> <ul style="list-style-type: none">○利用者が指示に従わないので、平手打ちする。○意図的に怒らせて、その様子を他の職員を見る。○施設側の管理の都合で、睡眠薬を服用させる。
2.介護や世話の放棄や放任（ネグレクト）	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none">○利用者が何か訴えていても、よく分からないからと無視し続ける。○他の職員による虐待行為を見て見ぬふりをする。○衣服や身体が汚れていることに気づきながら、そのまま放置する。
3.心理的虐待	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none">○常に命令口調で話す、「バカ」「アホ」などの侮辱的な言葉を浴びせる。○利用者の身体に落書きをし、写真に撮る。○大声で怒鳴る、ののしる。
4.性的虐待	<p>高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者にわいせつな行為をさせること。</p> <ul style="list-style-type: none">○入浴介助やおむつ交換の際に必要なく性器に触れたり、からかったりする。○わいせつな映像や雑誌を見せる。
5.経済的虐待	<p>高齢者の財産を不当に処分することその他の当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。</p> <ul style="list-style-type: none">○本人の同意なく、年金や預貯金を管理・使用する。○日常生活に必要な金銭を渡さない。

出典：「高齢者虐待防止法」第2条第5項、例示：「令和7年度福岡県高齢者権利擁護等推進研修」より転載。

▼ なぜ、虐待は起きてしまうのか？

虐待の大きな特徴は、**虐待している側に「虐待している」という自覚がないケースが非常に多い**ことです。その背景には、様々な複合的な3つの要因が絡み合っています。これらの要因が重なったとき、虐待のリスクは一気に高まります。

要因	内容例
職員 施設側 の要因	<ul style="list-style-type: none">○ 介護に関する知識や技術の不足○ 介護ストレスや燃え尽き○ 職員間のコミュニケーション不足、閉鎖的な職場環境○ 「仕方ない」という倫理観の麻痺
利用者側 の要因	<ul style="list-style-type: none">○ 認知症による言動の混乱○ 意思疎通の困難さ
社会的 要因	<ul style="list-style-type: none">○ 介護人材の不足○ 社会的な孤立



▼ 私たちに課せられた義務と権利

私たち施設職員は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、その兆候を見逃さないよう努める**「早期発見の義務」**があります。

そして、自分が働く施設で虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに市町村（施設の場合）や地域包括支援センター（在宅者の場合）の担当窓口に通報する**「通報義務」**が法律で定められています。

【通報義務】

- 通報は守秘義務違反にはあたりません。
- 通報したことを理由に、解雇や降格、減給などの不利益な扱いを受けることは法律で強く禁止されています。これは、私たち職員を守るための重要な権利です。

▼ 当施設における各職種の役割と責任

さらに、法律で定められた義務に加え、当施設では各職種がそれぞれの専門性に基づいた重要な役割を担っています。

各職種	役割と責任
部署長 主任	部署全体の運営状況を常に把握し、職員が質の高いケアを提供できる労働環境を整え、不適切ケアの兆候を早期に発見・改善する責任があります。
ケアマネ	利用者の視点に立ち、常に中立的な立場からサービス提供状況を評価し、ケアが利用者本位で行われているかを確認する重要な役割を担います。
生活 相談員	介護保険法をはじめとする法令・運営基準を遵守し、各職種と連携し施設の運営とサービスが適正に行われるよう、中核的（ハブ）な役割を担います。
すべての 職員	自身の職業倫理（行動規範）に基づき、問題を個人で抱え込みず、チームとして協力し、より良いケア環境を築くため積極的に関わることが求められます。

参考資料: 大寿園「高齢者の権利擁護（虐待防止・身体的拘束等適正化）のための指針」(2023.10.01 改訂版).

▼ 身体拘束と虐待の関係

介護保険法では、身体拘束について明確に定められています。

原則として、「緊急やむを得ない場合」を除き、**身体拘束はすべて「高齢者虐待」に該当します**。さらに、本人の同意なく行動の自由を奪う行為は、刑法第220条の「逮捕・監禁罪」に問われる可能性があり、事業所は、指定権者（県市町村等）からの「行政処分」のある、極めて重い違法行為であることを認識しなければなりません。

▼ 例外的に許される「緊急やむを得ない場合」の3原則【絶対条件】

法律で原則禁止とされている身体拘束ですが、例外的に許容される場合があります。ただし、それは以下の3つの要件を「**全て（絶対条件）**」満たす場合に限られます。

切迫性	利用者本人または他の利用者等の生命・身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
非代替性	身体拘束を行う以外に、代替する介護方法がないこと。
一時性	身体拘束が一時的（緊急避難措置）なものであること。

出典: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」2001

注：この3原則を満たすだけでなく、組織としての慎重な手続き（委員会での検討・承認、本人・家族への十分な説明と同意、詳細な記録）が必須となります。

※組織としての意思決定：個人的判断を禁止しており、安易な判断で行うことは許されません。

※例外措置：3原則を満たし、緊急時ですぐに書面同意が不可能な場合は、電話による口頭での同意は許容。

注：感染症対策のために居室を施錠する行為も、身体拘束にあたり、禁止されています。

【参考】居室の施錠（感染者隔離と陰性者保護隔離）が例外的に認められる場合がある。

切迫性	<p>本人や他利用者等の生命・身体が危険にさらされる可能性が「著しく高い」状態。</p> <p>感染症の種類や感染力、施設内の構造によっては、この要件を満たすと判断される可能性があります。</p>
非代替性	<p>施錠する以外に、感染拡大を防ぐ方法が他に一切ないという状態。【最も重要な】</p> <p>現場にとって、非常に難しい状況下での判断となります。施錠を検討する前に、以下のような<u>考えるすべての代替策を実施し、それでもなお危険が回避できないことを「証明する」</u>必要があります。</p> <ul style="list-style-type: none">・人的対応：見守りの人員を一時的な増員やマンツーマンに近い形で付き添う。・環境的対応：居室から出てくる理由を探り、居室でも安心して過ごせる環境を整える。・理解を求める対応：居室にいる必要性を根気強く説明（張り紙など）と説得を試みる。 <p>利用者の特徴からみて、実施する前から「非代替性」という結果は明白かもしれません。が、<u>これらの代替策を尽くす前に施錠という手段に至ることは、この要件を「満たさない」と判断</u>されてしまいます。</p>
一時性	<p>拘束はあくまで一時的なものでなければならない。</p> <p>24時間施錠は監禁にあたり認められません。仮に行うとしても、例えば「他利用者との接触が最も増える時間帯のみ」など、必要最小限の時間に限定し、常に状態を観察し、解除の可能性を探る必要があります。</p>

※感染症という特殊性（施設内の公衆衛生）を伴う状況での身体拘束は、保険者へ報告と助言を求める。

3. 本題：虐待の芽に気づく～不適切ケアというグレーゾーン～

【課題1の振り返り】

- 研修の冒頭で皆さんに質問した「**これ、あなたの職場で起きていませんか？**」で挙げたすべての場面（業務都合による全介助、強い口調での対応、見て見ぬふりなど）は、「虐待」とまでは断定できないものの、利用者にとって不快感や精神的苦痛を与える可

能性があり、放置すれば虐待に繋がりかねない「不適切ケア（グレーゾーン）」そのもののです。

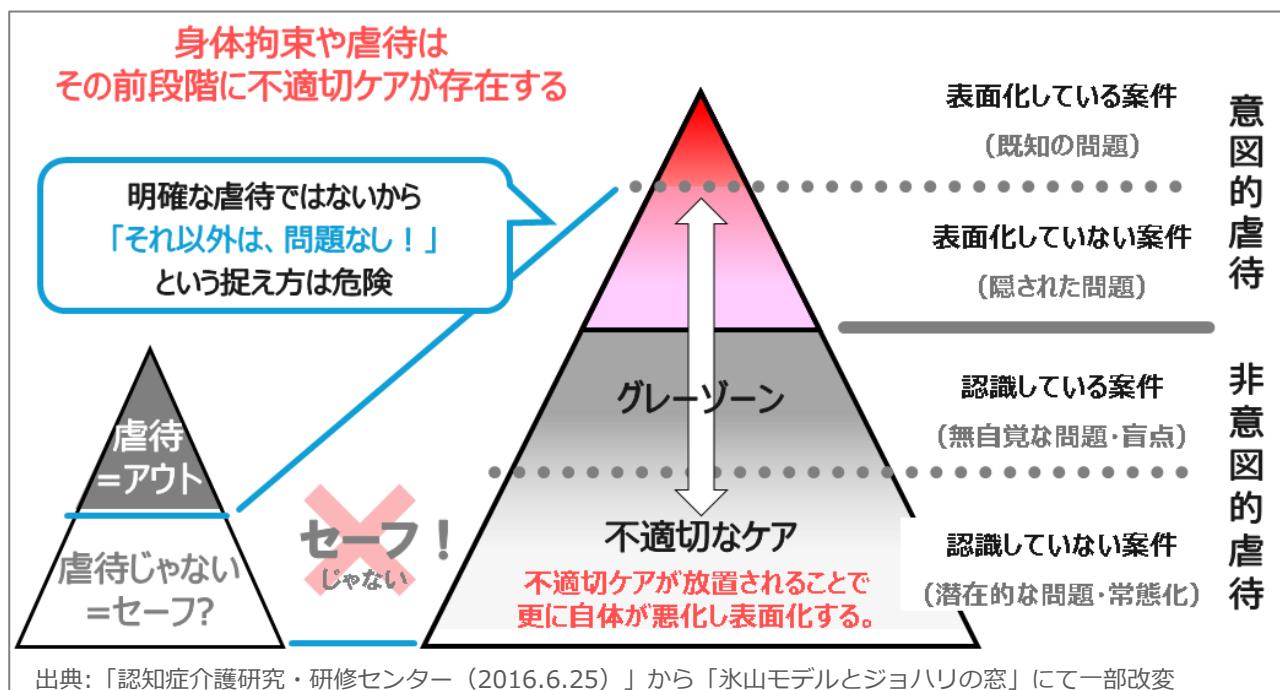
- これらの「よくあること」を「仕方ない」と放置する自己判断こそが、**実は重大な虐待事案**という「氷山の一角」を支える土台となっています。
- プロとして問われているのは、「虐待か否か」という境界線上にあるのではあります。その危険な境界線から、私たちはどれだけ安全な距離を保てているかなのです。

この章では、なぜ日常の「当たり前」が危険なのか、その構造を深掘りします。

▼ 虐待は突然生まれない

重大な虐待事案は、ある日突然発生するわけではありません。多くの場合、「虐待か、そうでないか」という白黒の判断だけでは、物事の本質を見誤ります。なぜなら、**その間には非常に幅広い「グレーゾーン」が広がっている**からです。

[不適切なケアを底辺とする虐待の概念図]



これは、多くの職場で事故防止の考え方として馴染み深い「ハイインリッヒの法則」で説明することができます。

1件の重大事故の背後には29件の軽微な事故と、300件のヒヤリハット（事故には至らなかつた危険な状態）が隠れている、という法則です。

◎1件の重大な虐待が、氷山の一角として社会の目に触れるとします。

◎その水面下には、29件の「不適切ケア・グレーゾーン」が隠れています。

◎さらにその下には、300件の「グレーゾーンを含む、ケアにおけるヒヤリハット」（乱暴な言葉遣い、無視など、見過ごされがちな小さなほころび）が、巨大な氷の塊のように存在しているのです。



つまり、「これは虐待ではないから大丈夫」という自己判断こそが、氷山そのものを育て、氷山の一角を支える巨大な問題を放置することに他なりません。

問題は「虐待か否か」の境界線上にあるのではありません。プロとして問われているのは、その危険な境界線から、私たちはどれだけ安全な距離を保てているかなのです。

上の概念図が示す『虐待の根底には、この「グレーゾーン・不適切ケア」という土壤が広がっている』という考え方は、まさにこのことを示しています。

【参考】潜在的な問題の捉え方について「ジョハリの窓」

状態		具体的な説明と事例
意図的	既知の問題（開放の窓） 自分たちも、周りも知っている問題	すでに報道されたり、行政指導が入ったりして、施設も組織として対応している公の問題。チーム全員が課題として認識し、改善に取り組んでいる状態。 例：ニュースになった施設での拘束事案。
	隠された問題（秘密の窓） 自分たちは知っているが、周りは知らない問題	一部の職員が「これはまずい」と認識しているが、組織内で問題が共有されず、外部には漏れていない状態。見て見ぬふりや内々で隠蔽された状態。 例：特定の職員による乱暴な言葉遣いを、数人の同僚が問題だと感じているが、誰にも報告していない。
非意図的	無自覚な問題（盲点の窓） 自分たちは気づいていないが、周りからは見えている問題	外部（家族など）から見れば「おかしい」とわかるが、施設内の職員は「いつものこと」「当たり前」と思い、問題だと認識していない状態。 例：外部の人は眉をひそめるが、職員は悪気なく日常の光景だと思っている。
	潜在的な問題（未知の窓） 自分たちも周りも、誰も気づいていない問題	施設全体又は部署独自の文化や慣習として定着してしまい、職員も外部の誰もそれを「問題」と気づいていないからこそ、指摘できず最も危険な状態。結果、不適切ケアが常態化・巧妙化している。 例：職員の都合を優先し利用者のペースを無視したり後回しが、「当たり前」となってしまっている。

▼ 「不適切ケア」とは何か？

「不適切ケア」とは、虐待とまでは断定できないものの、**利用者に不快感や精神的・身体的苦痛を与える可能性があり、放置すれば虐待に繋がりかねない行為全般**を指します。

重要なのは、私たちの思考を転換することです。「これは虐待か否か？」という二元論で判断するのではなく、「このケアは、利用者にとって本当に適切だろうか？」と、その妥当性や質を常に問い合わせ続ける視点で、すべての日々のケアを見直すことが求められます。

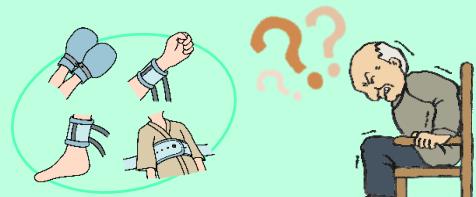
▼ 無意識の拘束「魔の三大ロック」

不適切ケアの中でも、特に現場で無意識に行われがちなのが「ロック（拘束）」です。

職員のペースで、ケアが行われ、利用者の行動をコントロールしようとするには、安易な身体拘束に繋がる可能性があります。

◎ フィジカル ロック（身体拘束）

身体拘束を加えて、心身の動きを制限し、
そのために様々な弊害を生じさせてしまうこと。



◎ ドラッグ ロック（薬物拘束）

睡眠導入剤や向精神薬などの薬物を過剰または
不適切に投与し、行動を制限すること。



◎ スピーチ ロック（言葉の拘束）

叱責や命令、威圧的な言葉を用いて、相手の行動や精神を
抑制（封じ込める）することです。



▼ 特に注意したい「スピーチロック」

この中で最も日常的に、そして無意識に行われがちなのが「スピーチロック」です。

- ◎ 「危ないから、早くして」
- ◎ 「勝手に立ったら、ダメでしょ」
- ◎ 「転ぶから、座ってて」
- ◎ 「さっきも、言ったじゃない」



これらの言葉の最大の特徴は、言っている本人に「拘束している」「相手を傷つけている」という自覚が一切ないケースが多いことです。

多くは、利用者の安全を思う善意や、日々の忙しさから、つい口に出てしまします。しかし、言わされた側は行動を制限され、心を閉ざし、意欲を失っていくのです。

▼ 言い換えだけでは解決しない

スピーチロックに対して、「こういう風に言い換えましょう」という研修はよく行われます。



例：「ダメでしょーが！」
→「どうされましたか？」など

しかし、口先だけで言葉を単純に言い換えるだけでは、根本的な解決にはなりません（表情や態度も）。

重要なのは、「なぜ、自分はその言葉を使ってしまうのか？」という背景を考えることです。業務の都合、人員不足、知識や技術の不足、コミュニケーションへの苦手意識など、その根本的な原因に向き合わない限り、不適切ケアはなくなりません。

▼ 【課題 2：自己学習】これって不適切ケア？

受講者の皆さん、少し時間をとって、以下の事例がなぜ不適切ケアに繋がる可能性があるのか、考えてみてください。



事例 1	自力で食事摂取が可能だが、時間がかかる利用者に対し、時間の節約のため職員がすべて介助してしまう。 例：利用者の「自分で食べる」能力や意欲を奪っていないか？ 尊厳を傷つけていないか？
事例 2	一斉の施設スケジュールがあるからという理由で、利用者の臥床や離床・起床等を本人の希望を聞かずに半強制的に行う。 例：施設の都合を、利用者の生活リズムや自己決定権より優先していないか？
事例 3	利用者が同じことを繰り返し訴えると、無視したり、「ちょっと待って」「さっきも言ったでしょ」などの強い口調で応えたりする。 例：利用者の不安な気持ちに寄り添えているか？ 心理的な苦痛を与えていないか？

事例：「令和7年度福岡県高齢者権利擁護等推進研修」グループワーク課題より転載。

4. 他施設の事例から学ぶ：「当たり前」を変える挑戦

ここでは、福岡県田川郡にある特別養護老人ホーム長寿園（S45 開設/多床室/定員 120 名）の介護主任が、身体拘束防止委員会と協働で施設の「不適切ケア」に本気で向き合った実践事例をご紹介します。この事例から、私たちの職場でも活かせるヒントを探してみましょう。

[図表：長寿園の改善プロセス]

「やらされ仕事」から「自分ごと」へ。不適切ケア改善への道のり



▼ ステップ 1：最初の挑戦と失敗

長寿園ではまず、最も身近な「スピーチロック」をなくすことから始めました。

● **課題設定**：「ちょっと待って」「危ないから座って」の2つの言葉を言わないようとする。

● **結果**：2ヶ月後、ほとんど変化は見られず、**失敗**。

● **失敗の要因**：職員の中に「だって忙しいんだもん」「だって本当に危ないじゃない」という強い思い込みがあった。彼らには円滑な業務と時間内にサービス提供を行わなければならないという日々の課題があり、「**利用者の尊厳を守る**」という本来の目的が後回しにされてしまった。



そのため、この取り組みが本来の目的を達成するための重要な業務の一環ではなく、単なる「現場への押し付け」と捉えられてしまい

「**だって だって 問題**」となって、職員の主体的な協力が得られなかつた。

▼ ステップ 2：発想の転換

介護主任は、直接言葉を禁止するのではなく、職員の意識、つまり施設の「当たり前」を変える必要があると考えました。

● 対 策：「利用者に敬語を使おう（接遇）」という、全く違う角度からのアプローチを試みた。

● 職員の反応：最初は「タメ口の方が親しみがあって喜ばれる」などの反発や「声かけしなくなる（黙って働くようになる）」といった一部の職員勢力が見受けられたが、次第に敬語が浸透した。

● 結 果：最初は戸惑いながらも敬語を使い始めると、「ちょっと待ってくださいね」「危ないから座りましょうか」と、自然と言葉遣いが丁寧になり、命令的な印象が和らぐという思わぬ効果が生まれた。



これが、不適切ケア防止の「きっかけ（カンフル剤）」となった。

▼ ステップ 3：新たな課題の発生

敬語への取り組みをきっかけに、施設は本格的な不適切ケア防止リストの運用を開始しました。

● 課 題：12 項目の不適切ケア防止リストに一斉に取り組む

● 結 果：項目が多すぎて意識が分散し、失敗。

● 対 策：項目をプライバシーに関する 4 項目に絞り込み、「守れなかつた職員がいたら、気づいた人が注意し、その回数を記録する」という手法を導入。
→ ある程度の効果はあった。

● 新たな課題：「自分だってできていないくせに」と、本題から逸れて相手の他の部分を指摘し返すような、揚げ足取りが生まれるなど、注意した側が逆に指摘されることで職員間の対立が発生。

An illustration showing two groups of four stylized human figures each. The figures are arranged in a line, with a jagged, zigzagging line separating the two groups. This visual metaphor represents the division and conflict between different groups of staff members.

そして、「なんで自分が（しなければならないのか）？」

という、なんでなんで問題「他人事現象」が起きました。

▼ ステップ4：「他人事」から「自分ごと」と本質的な改善へ

「ルールだから」「注意されるから」という動機では、人の行動は本質的に変わりません。そこで、施設は「当事者意識」を育むためのアプローチに切り替えました。

● 対 策：職員に対し、**15分間のケースディスカッション**を定期的に実施。

特定の事例について「なぜそうなったのか」「どうすればよかったです」を全員で話し合う場を設けた。

● 結 果：話し合いに参加し、自分の意見を述べることで、不適切ケアが

「他人事」から「自分ごと」へと変わっていった。



ルールを守る意識ではなく、**接遇の大切さ、利用者のためにどうすべきか**を主体的に考える職員が増え、行動の改善が大きく進んだ。

▼ ステップ5：不適切ケア防止に対する取り組みリスト30項目

参考として、この施設が現在取り組んでいるリストを提示します。

※下線は、「ステップ3」にて、プライバシーに関する4項目として取り組んだ項目



- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| ① 安易に「ちょっと待って」を使わない。 | ⑯ 衣類の汚れを放置しない。 |
| ② 利用者を抑止するような声かけをしない。 | ⑰ トイレ後、手洗いせずに誘導しない。 |
| ③ 車いすで後ろに下がる前に声をかける。 | ⑯ 靴下を脱がずに寝ない。 |
| ④ リクライニング車いすの背もたれを倒す前に声をかける。 | ⑮ 長袖の肌着は袖口までひっぱる。 |
| ⑤ <u>トイレのドアをあける前にノック(声かけ)をする。</u> | ⑯ 利用者を下の名前で呼ばない。 |
| ⑥ 手招きのような失礼な言動をしない。 | ⑰ 食事が自力摂取できる方に全介助しない。 |
| ⑦ <u>利用者が入浴中の浴室に安易に入らない。</u> | ⑱ 車いすの2台押しをしない。 |
| ⑧ <u>利用者の臥床時はカーテンを閉める。</u> | ⑲ 理由もなく、主食と副食を混ぜない。 |
| ⑨ <u>居室に入る際は黙って入らない。</u> | ⑳ 配膳時に、お善を2つ持たない。 |
| ⑩ 私語をしない。 | ㉑ 利用者に汚いトイレを使用させない。 |
| ⑪ 黙って下膳をしない。 | ㉒ 他の方と比較をしてはいけない。 |
| ⑫ ひげ剃りを毎日おこなう。 | ㉓ 季節・気温に合わない衣服を着用させない。 |
| ⑬ シャツをズボンにしっかり入れる。 | ㉔ 利用者の前では職員間の呼び名は敬称をつける。 |
| ⑭ 薬を食事に混ぜない。 | ㉕ 意味もなく3本柵にしない。 |
| | ㉖ 利用者の生活空間に業務上の張り紙をしない。 |
| | ㉗ 敬語の未使用、ダメ、ゼッタイに。 |

リストの項目は、言われてみれば「当たり前のこと」ばかりかもしれません。

しかし、これらを「忙しいから無理」「人手が足りないから仕方ない」と環境のせいにするか、「環境は変えられなくても、これなら自分たちの意識で変えられるかもしれない」と捉えるかで、未来は大きく変わります。

長寿園にも、私たちと同じように忙しさや様々な事情があったはずです。その中でも、リストの大半が**専門職としての「私たち自身の受け止め方と行動」で変えられるものである**ことに気づき、取り組んだのです。そして、その一つひとつの実践が、利用者の安心だけでなく、**私たち自身の仕事への満足感やチームの一体感にも繋がっていく**ことを、この事例は示しています。また、長寿園では、さらに「接遇研修」にも力をいれています。

▼ 事例から学ぶこと

この長寿園の事例は、私たちに多くの教訓を与えてくれます。

- 「**当たり前**」を疑うことが改革の第一歩。
- 最初から完璧を目指さず、**小さな成功体験（スマールステップ）**を重ねることが重要。
- 「～してはダメ」という禁止や注意だけでは、**人は本質的には変わらない**。
- まずは、仲間と話し合い、「**自分ごと**」として考える。そして、組織文化や仕組みを作ることが、最も効果的である。

5. まとめ：私たちの職場のこれから

▼ なぜ「グレーゾーン」が問題なのか

この研修では「身体拘束・虐待・不適切ケア」に焦点を当ててきましたが、その根底には、より本質的な課題が横たわっています。重大な虐待事案は突然生まれるのではなく、**その根底には非常に幅広い「グレーゾーン・不適切ケア」という土壤**が広がっています。



私たちが目指すのは、「虐待か否か」という危険な境界線から、常に安全な距離を保つことです。私たちが目指すケアの原点は、利用者が持つ「自分のことは自分で決める権利」「個人が尊重され幸福を追求する権利」を支えることです。年齢や介護が必要な状態になつても、その方らしい質の高い生活を支えるという重要な役割を担う私たち専門職にとって、この利用者の

尊厳ある生活を支えるケアの重要性は常に最優先される課題です。

そのためにも「不適切ケア」というグレーゾーンへの対応は見過ごせません。不適切ケアとは、虐待とまでは断定できないものの、利用者に不快感や精神的・身体的苦痛を与える可能性があり、放置すれば虐待に繋がりかねない行為全般を指します。プロとして問われているのは、「これは虐待か否か」という二元論で判断するのではなく、「**このケアは、利用者にとって本当に適切だろうか？**」と、その妥当性や質を常に問い合わせる視点なのです。

▼ 「接遇」と「介護の倫理」という抑止力

不適切ケアを予防するための最も確実な策は、すべての土台となる「接遇」の基本を徹底することです。接遇の乱れは、いわば「割れ窓理論」における最初のひび割れです。

それは、日々の業務の中で私たちが「当たり前」にしてしまった「**小さなほころび**」は、「このくらいなら大丈夫」という甘えを生み、やがて不適切ケアや虐待といった深刻な事態を招く**危険性**をはらんでいます。長寿園の事例でも、彼らはまず「敬語を使おう」という接遇の基本に立ち返ったことで、命令的な印象が和らぎ、不適切ケア防止の「きっかけ（カンフル剤）」を得ました。

私たちが専門職として、質の高いケアを継続するためには、**この「最初のひび割れ」を見過ごさず、速やかに修復する意識**が不可欠です。



【参考】問題が深刻化していく連鎖「割れ窓理論」

状態		具体的な要素
意図的	深刻な自体 建物全体の荒廃（自体の誘発） →重大な虐待	身体拘束（原則として虐待に該当）、心理的虐待（命令口調、侮辱）、介護放棄（長時間の放置、無視） →重大な事故と同じ（不可抗力は存在せず言い逃れできない）
	甘えと常態化 放置された荒廃（倫理観の麻痺） →不適切ケア（グレーゾーン）	職業倫理の欠如、「このくらいなら大丈夫」という甘え、スピーチロック、業務都合を優先し質を落とす・全介助てしまう、見て見ぬふり →表面化された事故と同じ（改善措置・倫理の根本指導）
	小さなほころび 最初のひび割れ（割れた窓） →不適切ケア～ヒヤリハット	接遇の乱れ（ホスピタリティが低い）、挨拶がない、職員同士の私語、失礼な言動、作業的・画一的なサービス →ヒヤリハット（情報共有と予防措置・接遇の根本指導）

参考資料:・ ジェームズ・Q・ウィルソン、ジョージ・ケリング（1982）「割れた窓ガラス—警察と近隣の安全—」。

・ 日本介護福祉士会（1995.11.17）「倫理綱領、倫理基準（行動規範）」。

また、この接遇という基本は、**利用者に対してだけではなく、共に働く職員同士に対しても同様に重要です**。互いを尊重し合う言葉遣いや態度は、円滑なチームワークを育み、それが施設の良好な風土となり、結果として質の高いケアという相乗効果を生み出します。

▼ 目指したい姿「リスペクティング行動」と「組織市民行動」

私たちは、とかく業務の進め方や手順といった「業務の中身」の改善に目を向けがちですが、環境の困難さや忙しさを「**環境問題を免罪符**（例：「環境はすぐには変わらないから」「人手がないから仕方ない」）」とするのか、プロとしての「**真価の問い合わせ**」と捉えるのか、選択を迫られています。

その真価を發揮し、質の高いケアを実現するための**原動力の核となるのが、「リスペクティング行動（respect を進行形にしたもの）」**です。そして、その実践は、個人の倫理観に留まらず、**より良い組織を築く「組織市民行動」**へと繋がっていきます。

◎ リスペクティング行動 とは

単なる表面的な接遇の技術を超えて、いかなる状況であっても相手の尊厳を最優先し、敬意を持って、**チーム全体のために「自発的に考え、行動し、貢献」する**。プロフェッショナルとしての態度を指します。



◎ 組織市民行動 とは

町内会活動のような話ではありません。これは、「組織の一員としての、責任ある自発的な貢献」を意味します。つまり、決められた役割や自分の権利だけを主張するのではなく、**この職種を選んだ専門職として「チームや施設全体のために何ができるか」**を常に考え、行動することです。

仲間が困っていれば自発的に手助けし、施設の評判を守るために誠実な態度に務める。

そうした一人ひとりのリスペクティング行動の積み重ねこそが、多忙な中でも互いに支え合い、質の高いケアを実現する組織の原動力となるのです。どのような状況であれ、利用者や仲間に對して敬意のこもった態度を貫くことこそが、専門職としての存在価値そのものを支える絶対的な土台なのです。

そして、私たちの行動が独りよがりになっていないかを確認し、継続的に改善していくための具体的な手法が、長寿園で使用された「不適切ケア防止リストの活用」や介護業界でも一般的な「CS活動（顧客満足度を上げる取り組み）」などです。これらのツールを用いて**自らのケア**

を客観的に評価し、チームで共有することで、私たちは真に利用者や社会から信頼されるプロフェッショナル集団へと成長していくことができるはずです。

参考資料

- ・沢渡 あまね (2023)『悪気のないその一言が、職場の一体感を奪っている 心地よく仕事するための真・常識「リスペクティング行動」』日本能率協会マネジメントセンター。
- ・中川 裕美子 (2017)「介護職員における組織心理と行動に関する一考察－職務満足とソーシャル・サポートが組織コミットメントと組織市民行動に与える影響についての実証研究－」『生涯学習とキャリア教育』。
- ・大寿園 (2025)「『気づき』と『実践』でもっと笑顔に・接遇マニュアル」(2025.03.01 改訂版)。

▼ 本日のまとめ

□ **身体拘束は原則虐待であり、利用者の尊厳を著しく侵害します。**

3原則（切迫性・非代替性・一時性）を満たし、慎重な手続きを踏んだ場合を除き、いかなる理由があつても正当化されません。それは介護ではなく、人の尊厳を内側から破壊する行為です。

□ 「虐待」や「不適切ケア」の根底には、常に **「接遇」の問題** があります。基本を徹底することが、最も確実な予防策です。

「割れ窓理論」が示すように、挨拶や言葉遣いといった小さなほころびの放置が、組織全体の倫理観を麻痺させます。日々の丁寧な関わりこそが、虐待を防ぐ最も強力なワクチンとなります。

□ 施設の**「当たり前」を疑い**、職員全員が普段から話し合い、「**他人事**」から**「自分ごと」**としてケアを考える文化を作ることが、何よりも大切です。

長寿園の事例が示すように、本当の変化は「ルール」からではなく「対話」から生まれます。「これって、本当にこれで良いんだっけ？」とチームで考える文化そのものが、組織の自浄作用となります。

□ この研修はゴールではありません。私たち一人ひとりが**「リスペクティング行動」を核として**、より良いケアを目指し続ける取り組みを再確認し、チーム一丸となって次の一步を踏み出すための、大切な機会です。

感謝や評価のためではなく、専門職としての内なる誇りに基づいて行動すること。その「リスペクティング行動」の積み重ねが、個人の成長とチームの一体感、そして質の高いケアへと繋がっていきます。

□ 社会からの信頼に応え、専門職としての誇りを持って質の高いケアを提供するためにも、最悪の事態を想定したリスク管理（予防）に、職員一人ひとりが取り組んでいきましょう。

介護保険法に定められた私たちの専門性は、社会との「約束事」です。日々のヒヤリハットに真摯に向き合うことこそが、最悪の事態を防ぎ、社会からの信頼を守る唯一の道です。

▼ 【課題 3：自己学習】私たちの職場をより良くするための振り返り

この研修の最後に、最も大切な時間です。プロフェッショナルとしての成長は、日々の実践を真摯に「振り返る」ことから始まります。ここでの内省は、誰かを責めるためでも、自分を追い詰めるためでもありません。より良いケアを提供するために、そして何より、私たち自身が仕事への誇りを持ち続けるために、自分と向き合ってみましょう。

課題 1	私たちの職場で「当たり前」になっているが、今日の研修内容に照らすと、 実は「不適切ケア」かもしれない、と思うことはありますか？ 例：おむつ交換時の声かけ不足、利用者さんの陰口、職員同士の私語など
課題 2	なぜ、それが起きてしまうのだと思いますか？ 例：慢性的な人手不足、昔からの慣習、知識不足、コミュニケーション不足など、正直な 気持ちで考えてみましょう
課題 3	その状況を少しでも良くするために、 明日からあなたにできる「はじめの一歩」は何だと思いますか？ 例：まずは自分から挨拶や声かけを丁寧にする、利用者の話を 5 分だけ聞く時間を作る、 同僚のケアで良い点を見つけて褒めるなど、どんなに小さなことでも構いません

その「はじめの一歩」こそが

あなたが実践する最初の「リスペクティング行動」です



【チームでの対話へ】

個人での振り返り、お疲れ様でした。長寿園の成功の鍵は、課題を「自分ごと」として捉



え、チームで対話したことでした。ぜひ、その振り返りを持ち寄って、皆様のチームで話し合ってみてください。一人の気づきをチームの力に変えることが、私たちの職場をより良くする最も確実な一步です。

▼ 社会とのつながりと、私たちの責任

介護保険法や運営基準は、なぜ存在するのでしょうか。それは、利用者一人ひとりの権利と安全な生活を守るための、社会に対する最低限の「約束事」だからです。したがって、これらの

法令を遵守し、常に適正なサービスを提供し続けることは、特定の役職の役割に留まらず、利用者に関わる私たち全員に課せられた最も重要な使命と言えます。

介護業界における身体拘束や虐待に関するニュースが、報道されることがあります。それは、この「約束事」が破られた結果に他なりません。私たちはそれらを「よその施設の話」と切り離すのではなく、**私たちの職場でも起こりうるリスクとして捉え、常に自らのケアを振り返る視点を持つ**ことが、専門職としての責任です。

社会からの信頼に応え、専門職としての誇りを持って質の高いケアを提供するためにも、最悪の事態を想定したリスク管理（予防）に、職員一人ひとりが取り組んでいきましょう。



▼ 最後に

利用者の「幸せに生きたい」という根源的な願いに応えること。それが私たちの仕事の核心です。そのために、私たち一人ひとりが現場で何ができるのかを、これからも一緒に考え続けていきましょう。

受講したら最後に下記の『受講完了の報告』をクリック（タップ）して
アンケートフォームから必要事項を入力して、受講を完了してください。

【受講完了の報告】

研修のご受講、誠にお疲れ様でした。
最後までお読みいただき、ありがとうございました。



本講義資料は、Teams 研修委員会にアップしております。必要な方は印刷し使用ください。

本資料中のイラストは、以下のサイトの素材を利用しています。

イラスト AC : <https://www.ac-illust.com>