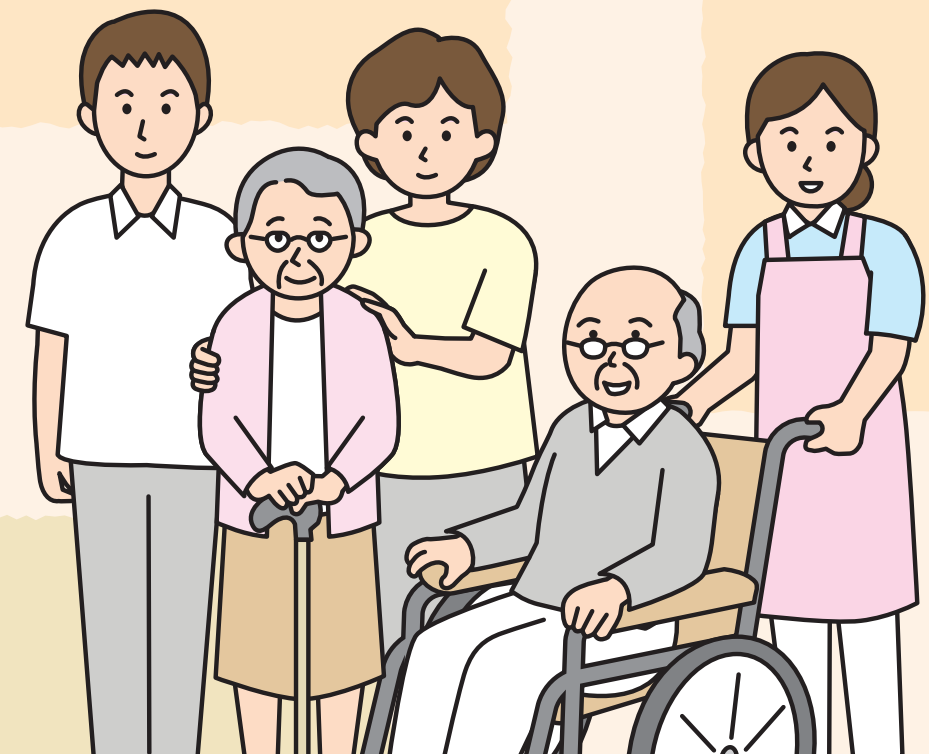


高齢者施設 介護職員のための 実践ガイド

～看取り・高齢者虐待防止・ハラスメント対応～

Care for Every Heart



この書籍の電子ブック版を
福岡県医師会ホームページでご覧になれます。



とびうめネット
マスコットキャラクター
うめこ先生

福岡県医師会ホームページアドレス https://www.fukuoka.med.or.jp/doctors/kaigo/_13069.html
発行: 令和8年3月 公益社団法人 福岡県医師会



公益社団法人 福岡県医師会

高齢者施設 介護職員のための 実践ガイド

～看取り・高齢者虐待防止・ハラスメント対応～

はじめに

今後、医療・福祉・介護を複合的に必要とする85歳以上人口の急増及び在宅医療の推進に伴い、人生の最終段階を高齢者施設で迎える方がますます増えていくことが見込まれています。

このような中、高齢者施設に従事する介護職が看取りの場面に関わる機会も多くなっていくことが予想され、人生の終末期にある利用者や家族が安心して過ごしてもらうためには、介護職は終末期の状態や医療の関わりについて正しく理解することが重要となります。

一方、介護現場では、利用者やご家族との関係性に悩むことや、暴力やハラスメントへの対応に苦慮する場面も少なくありません。さらに、近年は高齢者虐待の通報件数も増加しており、介護従事者が日々のケアの中で虐待を防ぐ視点や知識を持つことが、これまで以上に求められています。

そこで、福岡県医師会では、介護従事者の皆様に看取りを含む終末期医療に関する基礎的な知識の習得や、医療との連携のポイント、高齢者虐待防止、ハラスメント対策など、日々の業務の中で実践的に活用できる具体的な対応方法を分かりやすくまとめた『高齢者施設介護職員のための実践ガイド～看取り・高齢者虐待防止・ハラスメント対応～』を作成しました。

本冊子が、日々のケアの中で「迷ったとき」「困ったとき」の手引きとして、また医療職との円滑な連携を図るための一助として、現場で働く皆様のお役に立てば幸いです。

令和8年3月

公益社団法人福岡県医師会
会長 蓮澤浩明

目次

第1章 看取り

不安解消!“看取り”はこわくない

8 ● 看取りとは

- 8 ● そもそも「看取り」ってどういうこと？
- 8 ● 「死」は特別なことではありません
- 9 ● 尊厳とは

10 ● 看取り期の介護

- 10 ● 看取り期の介護に大切なこと
- 11 ● 適切な時期に適切なケアを
- 12 ● 緩和ケアとターミナルケア
- 12 ● 体と心は変化する
- 13 ● QOLのために
- 13 ● 医療者との連携
- 14 ● 看取り前(危篤時)の徴候と症状の変化
- 14 ● 死の定義
- 16 ● 臨終(心肺停止)からお見送りまでの流れ

17 ● 看取り介護フローと必要な書類の例

18 ● 生前の意思をどうかなえるか

- 18 ● 事前の意思確認が重要
- 18 ● 看取り期の介護に欠かせない家族の存在
- 19 ● 日常生活から気づくこと
- 19 ● 身寄りのない方の看取り
- 20 ● 宗教や信仰への配慮

21 ● いろんな看取りの形

- 21 ● 病院での看取り
- 21 ● 高齢者施設での看取り
- 21 ● ホスピスでの看取り
- 21 ● 自宅での看取り

22 ● ご遺体の変化とエンゼルケア・エンバーミング

- 22 ● ご遺体への接し方
- 22 ● ご遺体の変化
- 22 ● エンゼルケアとは
- 23 ● エンバーミングという選択肢

24 ● ご遺族の気持ちによりそう

- 24 ● 危篤時・臨終時の家族のケア
- 25 ● 家族へのグリーフケア
- 26 ● 医療機関によるグリーフケア
- 26 ● 遺族から怒りをぶつけられた時

看取り期において医療者が何をしているか

28 ● 医療者の行動の意味を知ろう

- 28 ● 「治療」を優先しない医療ヘシフト

29 ● いろんな苦痛を緩和する方法

- 29 ● 身体的な痛みを緩和する
- 30 ● 栄養を補給する

31 ● 医療者が知りたいからだの変化

第2章 高齢者虐待防止

介護現場における高齢者虐待

34 ● 介護現場における高齢者虐待

- 34 ● 通報件数や虐待判断件数が増加

35 ● 虐待の種類と具体例

- 35 ● 身体的虐待
- 35 ● 放棄・放任(ネグレクト)
- 35 ● 心理的虐待
- 36 ● 性的虐待
- 36 ● 経済的虐待
- 36 ● 介護現場で起こる「3ロック」

身体拘束について

38 ● 身体拘束の適正化の推進

- 38 ● 尊厳を守るため、適正な判断を

39 ● やむを得ず身体拘束を行う場合

- 39 ● 満たすべき3つの要件
- 39 ● 切迫性の判断の確認ポイント
- 40 ● 非代替性の判断の確認ポイント
- 40 ● 一時性の判断の確認ポイント

41 ● 身体拘束に関する「記録」が義務

41 ● 身体拘束を行う際の手順

42 ● 拘束をしないための工夫

- 42 ● 「なぜその行動をするのか」を考える
- 43 ● 身体拘束をしない介護の糸口

言葉による虐待

44 ● どんな言葉が虐待になるのか

- 44 ● 言葉の暴力が心を壊す
- 44 ● 忙しい時こそ気をつけよう「スピーチロック」

45 ● 日頃から気をつけること

- 45 ● 利用者の疾患を把握しよう
- 45 ● 認知症ケアのスキルを高めよう
- 46 ● ふとした言葉で傷つくことも
- 46 ● 敬う気持ちを忘れない
- 46 ● 聞こえないから大丈夫？

ネグレクトも虐待

48 ● 介護・世話の放棄

- 48 ● 身体的ネグレクト
- 48 ● 心理的ネグレクト
- 48 ● 医療的ネグレクト

あなたの心が疲れた時

49 ● 自分の心と体のメンテナンスを

- 49 ● 疲労や睡眠不足が心に及ぼす影響

50 ● 虐待をしてしまったら

- 50 ● 1人で抱え込まない

介護拒否と利用者による暴力行為

51 ● 介護拒否をされたら

- 51 ● なぜ介護拒否が起きるのか
- 52 ● 介護拒否の対応方法

53 ● 利用者による暴力行為

- 53 ● 自分の身を守ることが最優先
- 53 ● 精神科医のサポート

高齢者虐待防止法

54 ● 虐待行為を発見したら

- 54 ● 職員の通報が義務

54 ● 刑罰の対象になることも

第3章 介護職員への暴力・ハラスメント対策

ガマンしない、見過ごさないために

- 58 ● 暴力・ハラスメントとは
 - 59 ● 精神的暴力・身体的暴力
 - 59 ● セクシュアルハラスメント
 - 60 ● 利用者の家族からの暴力・ハラスメント
- 61 ● ハラスメントとしての対応ではなく、ケアが必要な場合
 - 61 ● 病気が原因で起こる不適切行為

安心して働くために

- 62 ● ハラスメント対策のポイント
 - 62 ● 初期対応が大切
 - 63 ● 施設の場合
 - 63 ● 訪問系サービスの場合
 - 64 ● 暴力行為に至る前のサインを察知する
- 65 ● 利用者とのちょうどいい距離って？
 - 65 ● 介護のプロとしてよりそう
 - 65 ● 「親しみ」と「なれなれしさ」の境界線

被害にあった時は

- 67 ● 自分の身を守る
 - 67 ● 身体的暴力があった場合
 - 68 ● 精神的暴力・セクシュアルハラスメントがあった場合
- 69 ● 被害にあったら必ず伝えよう
 - 69 ● 「嫌だ」「不快だ」と感じた気持ちを無視しない
 - 70 ● 心のケアをしよう
 - 70 ● 自分の気持ちを吐き出す
 - 70 ● 身体に不調が出たら必ず専門家に相談を

ハラスメントを乗り越える 介護現場のチーム力！

- 71 ● チームとしてハラスメントにどう向き合うか
 - 73 ● 個々の施設・事業所だけで抱え込まない

福岡県の取り組み

- 74 ● 活用しよう！
『在宅の医療及び介護事業所のための暴力・ハラスメント対策マニュアル』
 - 74 ● 「暴力・ハラスメント対策の指針」にはどんなことを書いたらいい？
 - 75 ● 「研修」ってどうやったらいいの？
 - 75 ● 契約時に説明して渡す資料はどんなものにしたらいい？
 - 76 ● この暴力やハラスメント、法律ではどう扱われる？
 - 78 ● 暴力・ハラスメントが原因で契約解除をする時の「正当な理由」って？
 - 78 ● 暴力・ハラスメント発生時の対応をフローチャートでまとめたい
 - 78 ● 暴力・ハラスメント発生時の記録はどうしたらいい？
 - 79 ● 相談連絡先一覧

付録

- 80 ● 外国人介護職員との異文化コミュニケーション

- 86 ● 索引

第1章 看取り

- 不安解消!“看取り”はこわくない
- 看取り期において医療者が何をしているか

不安解消!“看取り”はこわくない

看取りとは

そもそも「看取り」ってどういうこと?

人が亡くなる瞬間に立ち合うことを「看取る」といいますが、「看取り」には、その前の段階から看病し、よりそうという意味がこめられています。

介護における「看取り」は、ただ生命の終わりの瞬間を

見守るだけではありません。**日常的な生活のケア、身体や心の痛みをやわらげる緩和ケア**、そして本人の思いや人生観、価値観を尊重し、「**自分らしい最期**」を迎えられる**環境づくり**が求められます。

memo 看取り期 … 近い将来、死が避けられないと「医師に判断」された時から死亡までの期間。
看取り …… 看取り期の身体や心の苦痛をやわらげ、亡くなる瞬間まで「自分らしく」生活できるように支えること。

■入所から看取りまでにたどる一般的な経過



■看取り期に向けて大切なこと

- 本人がどう過ごしたいと思っているか、その意思や価値観を知ること。
- 家族はどう支えたいと思っているか、その思いを知ること。
- 不安や気がかりなことはないか、くりかえし納得のいく形で確認すること。

「死」は特別なことではありません

かつては、自宅で自然に死を迎えていましたが、今では病院や施設で亡くなることがあたりまえになりました。そのせいか、「死」が身近なものではなくなり、なにか特別なことだと感じられるかもしれません。

死はたしかに最も辛く、大きな悲しみを伴うものですが、**死は生や生活の延長線上にあるもの**です。

人は生まれた瞬間から死に向かって進んでおり、生ま

れてから死ぬまでの期間が「生活」によって彩られています。そしてその「生活」には「自分らしさ」が映し出されているのです。

看取り期のケアはデリケートなものではありますが、**その方の人生の最期の生活に自身が関わっている**という意識を持って、彩りのある充実した「日常的なケア」を心がけましょう。

尊厳とは

QOD(クオリティ・オブ・デス)という言葉を知ったことがあるでしょうか。日本語に訳すと「死の質」となります。介護において、QOL(クオリティ・オブ・ライフ)を高めるケアが大切なと同じように、死期が近づいてきた人が**尊厳ある死**を迎えられるように「死の質」を高めることが重要だという考えです。

また、看取りの定義である「近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに、人生の最期まで**尊厳ある生活**を支援すること」(全国老人福祉施設協議会『看取り介護指針・

説明支援ツール』)にも「尊厳」という言葉が使われています。

「尊厳」とは、その人が**人間らしく過ごせること、人格や人としての価値が害されないこと、自分らしく過ごすための自由が守られることを指します**。あなた個人の人格や価値が守られるべきであることと同様に、すべての人の尊厳は守られなければなりません。

普段の介護の場面でも大切な「尊厳」ですが、看取りの場面においても、最期までその方の尊厳が守られることが最も大切なことだと忘れないでおきましょう。

看取りに関する5つのケア

<h3>看取り介護</h3> <p>最期までその人らしい尊厳のある生活を送れるようにサポートする介護。食事や排泄の介助など、心地良く過ごせるための支援。</p>	<h3>緩和ケア</h3> <p>QOLの向上を目的とした、身体や心のさまざまな苦痛をやわらげるためのケア。治療と並行して行われる場合もある。</p>	<h3>ターミナルケア(終末期医療)</h3> <p>延命治療ではなく、身体や心の苦痛なく最期を迎えることを目的とした医療を中心とするケア。</p>
<h3>エンゼルケア</h3> <p>亡くなってから葬儀までの間、生前の姿を保てるように身体に行われる処置。腐敗防止の処置や、髪や寝衣を整え、エンゼルメイクなどを行う。</p>	<h3>グリーフケア</h3> <p>亡くなった方の家族の悲しみ(悲嘆:grief)によりそい、立ち直るのを支えるケア。</p>	<p>緩和ケアは「生き方」のため、ターミナルケアは「死の迎え方」のケアということがポイント!</p>

看取り期の介護

看取り期の介護に大切なこと

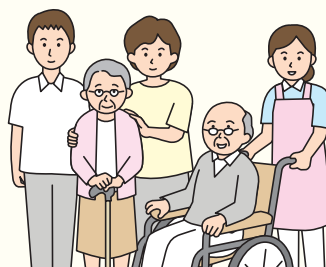
利用者の気持ちに思いをよせる

その人が大切に思っていることに思いをよせて、普段の生活によりそったサポートを意識しましょう。認知症などでうまく話せない方でも、表情や日常のケアから気づくこともあるものです。



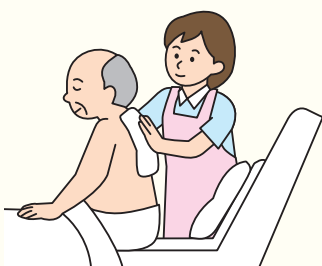
家族は看取り介護のパートナー

より良い看取りには、家族との連携が欠かせません。家族が面会に来た時には、利用者の小さな変化でもいいので家族に伝え、積極的に話をしましょう。家族の話には**日常のケアや看取りに役立つ情報**がたくさん含まれています。



安心・安全・安楽・清潔な環境づくり

部屋の明るさや温度や湿度がちょうど良いか、清掃は行き届いているか、ベッドや利用者本人の身体が清潔を保っているかなど、本人が**心地よく過ごせる環境**をつくりましょう。家族の写真などは、安全が保てる範囲を意識して置くことも大切です。



医療職との連携

身近で日々のケアを行う介護職員は、利用者の身体や気持ちの変化に気づきやすい立場にいます。それらを医療職へ積極的に伝えることが、医療職とのスムーズな連携につながります。小さな気づきでも**「ひと言添える」**ことが大切です。



column

家族の心をサポートする

がん患者の場合、その家族は**「第2の患者」**とされています。がん患者と同様に家族も心はゆれ動き、不安とこわさ、悲しみに苦しんでいるからです。

看取りの場ではがんに限らず、すべての家族がその思いを抱えています。家族の心によりそい、大切な人を失うこわさ、これから起こることへの不安を少し

でも軽くすることは、より良い看取りのために欠かせません。

利用者の今の状態や今後について正しく伝えることも大切ですが、家族の悲しみや不安、つらさ、迷いなど、その**思いを聴く時間こそが家族の支え**になります。

適切な時期に適切なケアを

看取りまでの主な流れを知っておくと、これからの介護に対する心がまえができ、落ち着いて行動できるようになります。また**本人や家族の意思は身体の状態によって変わる**ことも多いので、ステージごとに「今、どう思っているか」を大切にしましょう。



■入所から最期までのステージ

ステージ	特徴	アセスメントのポイント
入所・適応期	施設に入所してから新しい生活に慣れるまでの時期。ケアプランの策定などを行う。	<ul style="list-style-type: none"> ◎居心地の良さを感じているか、不満はないか。 ◎施設という制約はあっても、自分なりの生活ができているか。 ◎新しい環境で関わる人たちと良い関係が築けているか。 ◎本人やその家族、スタッフの間で、最期の迎え方に関する意向の共有ができていないか。
安定期	新しい生活に慣れ、身体や精神状態が安定していく時期。ケアプランのチェックや状況に応じたプランの見直しを行う。	<ul style="list-style-type: none"> ◎今の生活の中でできることや実現したいことはないか、また、それらを実現するために必要なものは何か。 ◎ステージが進んだときの希望・意向に変わりがないかを確認できているか。
不安定期	急性増悪期	<ul style="list-style-type: none"> ◎既往症の再発や原疾患の悪化があるものの、医療によって回復・改善が期待できる時期。 ◎急変時の対応や、これからの生活に対する本人の意向、希望を把握しているか。 ◎医療側の治療やアセスメントを踏まえた介護ケアができていないか。
	回復期	<ul style="list-style-type: none"> ◎今後身体の状態がどのように変化していくか、それに伴い生活がどう変わっていくかを予測する時期。 ◎医療側の判断に基づいたケアができていないか。 ◎回復期を経ないで衰弱期に移行したり、急性増悪と回復をくり返ししながら衰弱期に進んでいくこともある。
	衰弱期	<ul style="list-style-type: none"> ◎本人や家族に「死」への心の準備をしてもらう時期。 ◎緊急時の対応や看取りについての希望や意向を把握しているか。 ◎会いたい人はいないか、やり残したことはないか、そのためにできることは何か。 ◎本人や家族に不安や心配ごとはないか。
看取り期	終末期(死別期)	<ul style="list-style-type: none"> ◎命の終わりが近づいていると医師に判断され、死を迎える準備をする時期。 ◎本人や家族との間で納得を得たケアプランがちゃんと行われているか。 ◎本人や家族の苦痛をケアできているか。
看取り(死亡)	医師による死亡診断の後、エンゼルケア、遺族のグリーフケアを行う。	<ul style="list-style-type: none"> ◎ご遺体に生前と同じような接し方ができているか。 ◎遺族へねぎらいの言葉をかけているか。

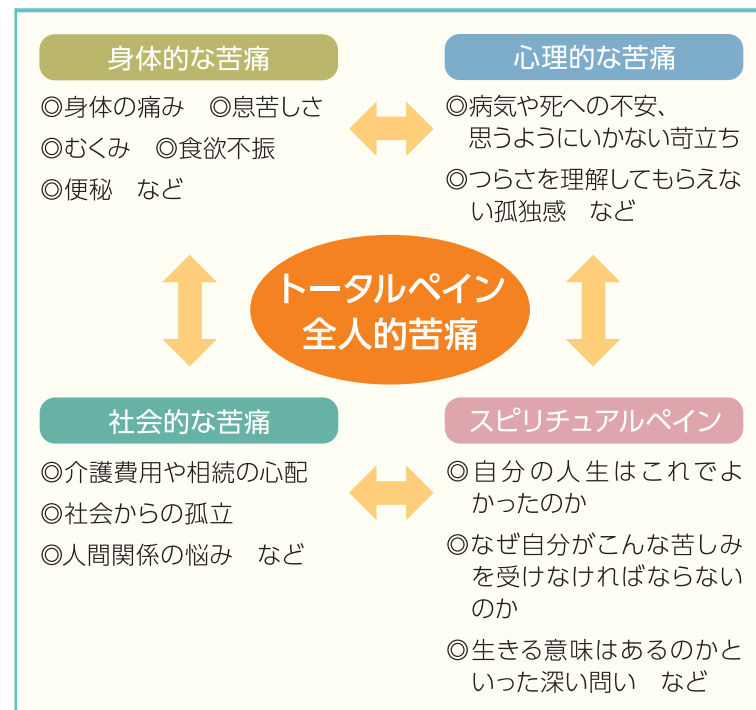
緩和ケアとターミナルケア

緩和ケアは、がんなどの病気に向き合う患者のさまざまな「痛みや苦しみ」をやわらげることで、ご本人やその家族のQOLを高めることを目的としています。

この「痛みや苦しみ」には、身体的なものだけでなく、

精神的苦痛や社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛も含まれます。この4つの苦痛がお互いに影響し合っており、さまざまな痛みを引き起こすという考え方を「トータルペイン（全人的苦痛）」と呼びます。

■緩和ケアにおける「痛みや苦しみ」



緩和ケアの中でも、特に終末期(死期が近い時期)に行うケアを、ターミナルケアと言います。

緩和ケアは全体を通して「どう生きるか」を大切にしますが、ターミナルケアでは特に、**最期の時を安心して、自分らしく迎えられるよう支える**ことを重視します。

ターミナルケアでは、医療的ケアと介護が一体となって行われますが、病気を治すための治療や無理な延命治療は行わず、苦痛をやわらげることが一番に考えます。息苦しさや不安感があればそれを抑える薬を使ったり、体の負担になるような検査や治療を減らしたりします。体を清潔にしたり、楽な姿勢に体位変換したりする通常のケアも含まれます。

これらのケアは、いずれも本人の意思や希望を確認しながら行われます。

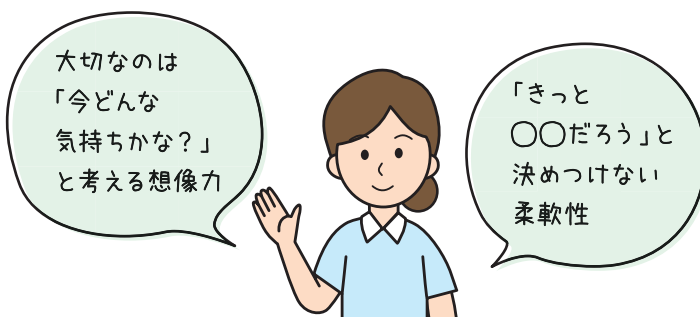
体と心は変化する

施設の利用者は、入所してから最期を迎えるまでの間、心身の状態が絶えず変化します。「安定期」には体調も比較的落ち着いており、気持ちも前向きでいられることが多いですが、「衰弱期」になると、食欲が減ったり、動きが鈍くなったりして、気持ちも不安定になります。

また、死に対する向き合い方でも、安定期では残された時間を「どう生きるか」に気持ちが向きやすいのに比べ、衰弱期では、「死ぬことへの恐怖や不安」を強く感じたり、苛立ちや悲しみを抱いたりしはじめます。

そのため介護をする際には、その時々の利用者の状態を観察し、「今一番つらいことは何か」「今どんなことをしてほしいのか」を本人にたずねたり、表情や様子から想像したりしながらケアを行うことがとても大切です。

なにより、**そうした変化にもっとも戸惑っているのは利用者本人**です。「以前〇〇と言っていたから今もそうだろう」と思い込んだり、逆に「どうして言うことがコロコロと変わるのか」と思ったりすることもあるでしょう。でも、体と心は常に変化するものと理解し、体の状態に合わせて、思いを確認しながらケアをしていきましょう。



QOLのために

看取り期の介護では、QOLの向上が一番大切だと言っても過言ではありません。治療のためにガマンしていた苦痛から解放され、おだやかな時間を過ごすための

大切なサポートです。やるべきこととしては日常の介護の仕事が基本ですが、**よりこまやかな気配り・目配り**を意識しましょう。

■QOLを高めるケアのポイント

①環境(安心感づくり)

本人の好みや習慣に合わせて、静かで快適な空間を整えましょう。特に食欲と睡眠には周囲の環境が大きく影響します。「入室した時の部屋の空気・雰囲気」にも意識を向けましょう。

- ポイント** 照明・温度・湿度・音・におい・日光・換気を適切に管理。
- NG** 大きな音や急な環境変化で驚かせない。ベッドサイドでの会話にも注意。

②清潔(快適さを守る)

清潔に保つことは皮膚トラブルを防ぐと同時に、不快感を軽減し安心感を与えることができます。「心地よさ」を重視して、本人の負担にならないように注意を払いながら、やさしく丁寧にいきましょう。

- ポイント** その日の状態に合わせて、全身清拭ではなく部分清拭にする、口腔ケアを重点的に行うなど、柔軟に対応する。
- NG** 寒さや痛みをガマンさせるような格好はとらせない。

③排せつケア(安心・尊厳を守る)

排せつケアは利用者の自尊心に深く関わると同時に、感染症予防のためにも特に配慮が求められます。快適な状態が「当たり前」とされるため、ケアの遅れは不満につながりやすいですが、逆に適切な排せつケアが行われると、利用者との信頼関係が築かれ、その後のケアがスムーズに進むようになります。

- ポイント** プライバシーの保持、快適さと清潔が最優先。
- NG** 汚れを長時間放置しない。不快感を与えるだけでなく褥瘡のリスクも高まる。

④栄養と水分(体力維持と脱水予防)

看取り期になると食欲が低下するのは自然なことです。無理に与えても体が受けつけず、かえって苦痛を与えてしまいます。本人の希望や体調に合わせて、量や形態を調整しましょう。

- ポイント** 好きなものを少しずつ、食べられる量だけ提供する。食べる量よりも、「心地良い食事の時間」を持つことが大切。
- NG** 利用者の食べるペースを無視して早く食べるようにせかさない。

⑤褥瘡予防(痛み・感染を防ぐ)

看取り期は体力が低下し、褥瘡のリスクが高まります。早期対応が重要になるので、皮膚に赤みや傷がないか、注意深くチェックしましょう。

- ポイント** 1日1回は全身の皮膚状態を観察し、2時間をめどに体位変換を行う。クッションや枕で圧迫を減らす工夫も。
- NG** 清拭の時にゴシゴシ強くこすらない。

医療者との連携

「近い将来、死が避けられない」と判断するのは医師であり、最期の瞬間に「死亡診断」を行うのも医師です。また、医療処置や医師の指示に基づく特別なケアは、主に看護師が担当します。

一方で、利用者にもっとも近い存在として日々の変化をいち早く察知できるのは介護職員です。体調や表情、食欲、排せつなどの小さな変化も、看取り期のケア方針

を左右する大切な情報となります。

入所から看取りまでの一連のケアでは、こうした**介護職員の観察力と、医療者の専門知識や技術を組み合わせることが**不可欠です。施設と医療者が情報と方針を共有し、ひとつのチームとして協力することが大切です。介護職員の気づきとよりよい、利用者の生活と医療をつなぎ、チームの質を高める大切な力なのです。

看取り前(危篤時)の徴候と症状の変化

人が亡くなる前(危篤時)には、さまざまな徴候が現れます。これらは、「多くの人に共通して現れるか」「どのくらい死に近い時期に現れるか」の2つの視点から、**早期死** **亡前徴候と晩期死亡前徴候**に分類されます。これらの徴候を理解しておく、緊急時の対応もスムーズに行うことができます。

■早期死亡前徴候 多くの人に現れるが、それが死亡直前かどうかは個人差があるサイン

- **嚥下**: 水分や薬を飲んだりするのが難しくなる ● **意識レベル**: 声かけに反応しない
- **全身の状態**: ほぼ寝たきりになる

■晩期死亡前徴候 すべての人に現れるわけではないが、現れた場合はかなり死が近いことを示すサイン

- **皮膚**: 手足の指先など、皮膚の末端部分が冷たく、青紫色になる
- **呼吸**: リズムが変化する(次ページ参照) ● **尿量**: かなり少ない ● **脈拍**: ほとんど触れなくなる

亡くなる前の徴候が現れてから実際に亡くなるまでの期間は、人によってさまざまです。家族にはそのことも伝えたくて、「どのタイミングで家族を呼んでほしいか」をあらかじめ相談しておきましょう。

また、死亡前徴候を確認した際、いつ、どのように**医師へ連絡するか**についても、各施設のマニュアルなどで事前に確認しておくことが大切です。

死の定義

どういう状態を「死」とするのか。医学的には、

① **心拍停止** ② **呼吸停止** ③ **瞳孔散大・対光反射消失**の3徴候がそろい、これらが回復不能だと医師によって診断された場合とされています。

一方で、「脳死」という状態もあります。脳のすべての機能が完全に停止し、回復の見込みがない状態をいいます。かつては、脳死になると自分で呼吸することができず、心臓の動きも止まり「死」を迎えていました。しかし医

療技術の進歩により、脳の機能が停止していても、人工呼吸器などで生命を維持することができるようになったことから生まれた考え方です。

日本では、**臓器提供の意思がある場合に限り**、脳死も「人の死」とみなされます。しかし、本人が生前に臓器提供の意思表示をしておらず、また家族の同意もない場合には、生命維持装置を停止することはできません。この場合、**脳死状態であっても「死」とはみなされません。**

■死の3徴候

- | | | |
|---|---|---|
| ① 不可逆的な心停止
心臓の拍動が完全に止まり、蘇生しても再び動き出さない状態 | ② 不可逆的な呼吸停止
呼吸運動が完全に止まり、蘇生しても再び動き出さない状態 | ③ 瞳孔散大・対光反射消失
光を当てても瞳孔が縮まらず、大きく開いたまま固定されている状態 |
|---|---|---|

これらの徴候を看護師や介護職員が確認することはできますが、死亡診断を行えるのは医師だけです。

医師の診断があるまでは、家族に「死亡」を伝えること

はできないので注意してください。
「こういう状態にあります」「医師による確認をお待ちください」と説明しましょう。

MORE TO KNOW

看取りの経過

医師から「もう回復の見込みはない」「近い将来、死が避けられない」と判断されると、介護職員や看護師などのチームと家族で話し合いのうえ、看取り期としての対応に移ります。

看取り期の長さは人によって様々ですが、介護の現場ではおおよそ1ヵ月程度を目安とすることがあります。

ただしこれはあくまでも目安で、実際には数日で亡くなる方もいれば、数週間から数ヵ月、または数年後に亡くなる方もいます。

ここでは、看取り期の中でも、亡くなるおよそ1週間前からの経過にしぼり、利用者の状態がどのように変化していくのかを説明します。

■亡くなるおよそ1週間前からの典型的な変化

およそ1週間前からの変化

●眠っていることが多くなる

夢と現実の境があいまいになり、幻覚や妄想がまじること。意識レベルが低下し、声をかけても反応が弱くなる。



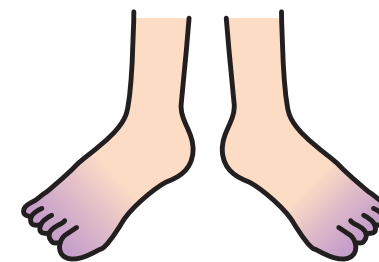
●飲食が難しくなる

食べたり飲んだりする量が減り(数口程度)、やがて水分や薬の摂取も難しくなる。

およそ2日前からの変化

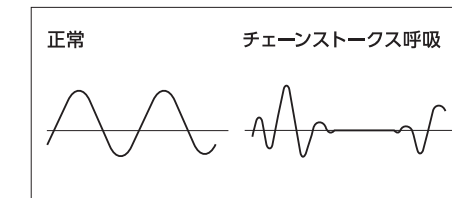
●手足が冷たくなり、青紫色に変わる(チアノーゼ)

血圧がとても低くなり、血液の循環が悪くなるため。やがて脈が触れなくなる。



●呼吸のしかたやリズムが変化する

呼吸をコントロールする脳の働きが弱ってきているために起こる。見た目は苦しそうだが、本人は苦痛を感じていない場合が多い。代表例にチェーンストークス呼吸や下顎呼吸がある。



チェーンストークス呼吸

呼吸がだんだん深くなっていき、しばらくすると浅くなり無呼吸に。そして少ししてから呼吸が再開する——というサイクルをくり返す。

下顎呼吸

口をパクパクしたり舌を出したり、あごを上下に動かす。息をしようとしているように見えるが、実際には空気を吸えていない。



その他のよくある変化

- じっとしていられなくなる(落ち着きがなくなる)
- 尿の量が減り、色も濃くなる
- 唾液や痰を飲み込む力がなくなり、のどにたまって呼吸のたびにゼーゼーやゴロゴロといった異音がまじりようになる(死前喘鳴)

臨終(心肺停止)からお見送りまでの流れ

家族にとって、亡くなる直前からお見送りまでの時間は大切な、繊細なひと時です。お見送りまでの大きな流れを把握し適切に対応することが、家族の心を乱さないようにし、状況に応じて順序が一部入れ替わることもあります。



1 心肺停止の確認

- ◎発見職員が確認後、看護師など複数職員で再確認
- 〔死亡診断は医師(条件により歯科医師)のみが行える〕
- 〔診断までは「死亡」という言葉を使わない〕



2 医師への連絡

- ◎日中/夜間、平日/休日ごとの連絡方法をあらかじめ決めておく



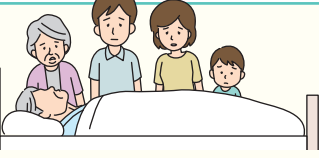
3 医師による死亡診断

- ◎医師が診断し、死亡診断書などを作成



4 家族への連絡・説明

- ◎原則は診断後、あらかじめ決めておいた家族代表へ連絡
- ◎診断前に連絡する場合は「心肺停止状態で、医師を呼んでいます」と伝える
- ◎危篤時に「最期に立ち会いたい」希望がある家族は事前に呼んでおく
- ◎死亡診断について医師が家族に説明
- ◎医師不在時は、医師の指示に基づき看護師が説明を行う



5 家族とのお別れ

- ◎家族だけの空間を設け、ゆっくりお別れできる時間をつくる
- ◎希望があり可能な場合は、家族が揃ってから死亡確認を行う



6 エンゼルケア(死後処置)

- ◎家族の意思を確認し、希望があれば一緒に行う



7 搬送までの打ち合わせ

- ◎葬儀社や搬送方法・経路を家族代表と相談



8 お見送り

看取り介護フローと必要な書類の例

1 事前意向確認

- ▶本人・家族に施設の指針を説明
 - ▶本人・家族の意向を確認
 - ▶状態変化時に再確認
- 〈必要な書類〉
看取り介護指針(以下「指針」)、事前意向確認書(以下「確認書」)

2 看取り介護準備

- ▶医師の判断・説明
 - ▶本人・家族の同意
 - ▶計画書の作成
- 〈必要な書類〉
指針、確認書、同意書、看取り介護計画書(以下「計画書」)

3 看取り介護開始

- ▶計画書の説明
 - ▶看取り介護開始
 - ▶観察・記録
- 〈必要な書類〉
指針、確認書、同意書、計画書、経過説明支援ツール、経過観察表(以下「観察表」)

4 危篤時対応(急変時)

- ▶今後の経過を説明
 - ▶観察・記録
- 〈必要な書類〉
指針、確認書、同意書、計画書、経過説明支援ツール、観察表

5 看取り

- ▶医師の診断
 - ▶家族への説明・対応
 - ▶エンゼルケア
 - ▶お見送り
- 〈必要な書類〉死亡診断書

6 看取り後

- ▶家族のケア
 - ▶家族の思いによりそった看取りの振り返り
- 〈必要な書類〉
指針、観察表、振り返り記録

Q&A 不安・困ったこと

Q 1人で夜勤の時に急変が起きたらどうしたらいい?

A. 利用者の名前を呼びかけて意識があるか確認。呼吸や顔色、バイタルのチェックを行い、異常があれば医療者にすぐに連絡、又は救急要請(119番)を。家族への連絡は事前の取り決めを確認。**施設の「緊急時の対応マニュアル」を日頃から確認し、流れを把握しておきましょう。**

Q 本人や家族と話し合って延命措置はしないと決めたのに、突然現れた親戚が「延命措置をしろ」と言ってきた。どうしたらいい?

A. 方針については、本人の意思や、事前に決めておいた「家族代表(キーパーソン)」を窓口として家族の意見をとりまとめたことを説明し、それでも納得しない時は家族カンファレンスの場を設けることを提案しましょう。

Q 死前喘鳴や下顎呼吸で苦しそうに見えるので、家族から「何とかしてほしい」と言われた。どうしたらいい?

A. 事前に経過を説明していても、目の前の様子に不安になる家族は多いものです。**亡くなる前に多くの方に見られる自然な変化**であることを説明し、「ご本人は意識が低下していて、苦しみを感じていないことが多いです。安心してそばにいてあげてください」と伝えましょう。もし、顔をしかめるなど苦しんでいる様子が見られたら、医療者に相談して体位調整などの指示をあおぎます。

Point!

看取りの場は、延命治療をめぐる混乱や説明不足、認識のちがいが起こる家族の不満など、トラブルが起こりやすい代表例です。ここでトラブルがあると、家族は**大きな後悔**を背負うこともあり、**深刻な対立や不信感**につながります。これを防ぐには「事前に十分に説明しておくこと」に尽きます。「前に伝えたからいいだろう」と思わず、状態が変わるごとにくり返し説明することが何よりも大切です。

生前の意思をどうかなえるか

事前の意思確認が重要

人生の最期をどう迎えるかは、本人にもその家族にも重要な問題です。施設での生活や身体の変化により「死」への考えは常に変化します。**看取り介護開始時ではなく入所時から意向を確認**し、ステージごとに見直して、その思いを家族やスタッフ間で共有・記録しましょう。

本人が生前の意思を示す方法として「リビング・ウィル」があります。これは、衰弱して自己判断ができなくなった時のために、終末期の希望を事前に書面で示すものです。日本では必ずしも法的拘束力はありませんが、

関係者が判断する際の重要な参考となります。

一方で、そうした希望や考えは、本人だけでなく、家族や医療者、介護職員と話し合いながら整理していくことが望まれます。**終末期の具体的なイメージは持ちにくく、「自分はどうしたいのか」をすぐに決めることは難しいものです。**からです。話し合いを通じて、少しずつ本人の意思が明確になっていきます。この話し合いは、「人生会議」や「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」と呼ばれ、状況に応じてくり返し行うことが重要です。



リビング・ウィル・・・本人の生前の意思を書面で残すもの
人生会議(ACP)・・・終末期のケアについて、本人と関係者で相談しながら整理していく過程
看取り介護計画書・・・本人の意思を含んだ、「看取り介護」全体の設計図

column

意思決定支援ガイドライン

リビング・ウィルや人生会議を進める際に、介護職員や家族・医療者が、**本人の意思をできるかぎり尊重し、その人らしい選択ができるように支えるための考え方と手順**の指針として「意思決定支援ガイドライン」があります。認知機能の低下などにより本人が決めら

れない場合でも、過去の発言や生活の様子、価値観などを手がかりに「本人ならどうするか(推定意思)」を考えることが大切です。言葉だけでなく、表情やしぐさ、拒否や安心した様子も「意思」として扱きましょう。

看取り期の介護に欠かせない家族の存在

家族は**ケアチームの大切な一員**です。家族だからこそ知っていることがケアのヒントになり、本人の言動の背景を理解できるのも家族ならではの強みです。

一方で、**家族はケアが必要な存在**でもあります。いざ看取り期に入ると、「できるだけ治療をして、少しでも長く生きてほしい」という思いと、「無理はさせずにおだやかに最期を迎えてほしい」という思いの間で苦しみます。

看取りの経過を説明しておくことはもちろん、家族のそんな思いによりそいましょう。

もう一つ大切なのは、**家族がケアチームの一員として力を発揮できるようにサポート**することです。

「〇〇さんの好きな食べ物を持ってこられませんか?」「〇〇さんが好きだったことは何ですか。お部屋でできることがあるかもしれませんよ」などの言葉がけをすることで、家族が自然とケアに参加しやすくなります。

ご本人が家族からの愛情を受け取り、家族も「最後にこれをしてあげられた」と思えることは、心の大きな支えになるのです。

日常生活から気づくこと

介護の現場においては、普段の何気ない会話の中にも、本人の意思や価値観についてのヒントがたくさんあります。たとえば「もう食べられない」という一言には、単なる体調不良だけでなく、食欲が低下していることへの不安や悲しみ、また「無理をせず自然に過ごしたい」という気持ちが隠れていることもあります。

また、実際に思っていることと、言葉になって出てきたものとの間に大きなズレがあることも少なくありません。本当に言いたいことをうまく言葉にできない時には、感情的な言葉や極端な表現になってしまうものです。実際の言葉だけから判断するのではなく、その背景にある思いや生活の流れに目を向けると見えてくるものがあります。

たとえばこんな時

●「家に帰りたい」と言われる

排せつケアに不満があるのでは?
 部屋やベッドの居心地が悪いのでは?

▶生活環境やケア内容を見直す。

「家族や昔の時間が懐かしい」「一人でさみしい」という気持ちなのでは?

▶「どんなお家ですか?」などと問いかけ、昔話を語ってもらう。

▶面会に来られた家族にスマホのビデオ通話などを提案する。

●「ほっといてくれ」「自分にかまうな」と言われる

本当はさみしくて、孤独を感じているのでは?

▶無理に話しかけたりせず、近くでできる作業があれば静かにそれを行い、「ただそばにいる」時間をつくる。

●「家族にも誰にも会いたくない」と言われる

本当は会いたいけれど、体力や気力が落ちて、面会が負担になっているのでは?

▶家族に「もしかしらたら」と負担について伝え、あまり話しかけず手を握るなどのスキンシップを提案する。

身寄りのない方の看取り

家族や身寄りのない方の場合、どのようにケアを計画・実行すればよいのでしょうか。

本人に十分な判断能力がある場合は、その意思にしたがってケアを計画します。また本人に延命治療の希望がなければ、法的効力のある**「尊厳死宣言公正証書」**をあらかじめ用意しておく方法があります。

一方で、判断能力やコミュニケーション能力が衰えてしまっている場合には、医師が本人にとって最もよい方

針を考え、それをもとにケアの計画を立てます。そして、医師が「もう回復は見込めない」と判断をすれば、看取り期のケアが始まります。

いずれにしても、家族が担うべきサポートや意思決定の役割を、介護職員と医療者で分担することになります。身寄りのない方の場合には、日頃からより積極的にコミュニケーションをとり、本人の意向を少しずつ探っていくきましょう。

column

成年後見制度とは

国には「成年後見制度」という意思決定支援の仕組みがあります。厚生労働省によれば、これは「認知症、知的障害、精神障害などにより物事を判断する能力が十分でない方について、本人の権利を守る援助者(『成年後見人』等)を選ぶことで、本人を法的に支援する

制度(厚生労働省「成年後見制度の概要」)です。介護の現場でも、成年後見人が財産管理や契約手続きを担い、本人の生活を支えることがありますが、**本人に代わって看取りケアの方針そのものに同意することはできない**ので注意しましょう。

宗教や信仰への配慮

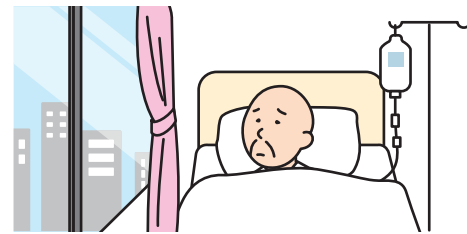
「自分らしい最期」をサポートするためには、宗教や信仰への配慮も大事なポイントです。日本でも、特定の宗教を信仰している人は3割程度いるとされており、そのような方たちにとっては、**アイデンティティに深く関わる大切なもの**です。

また日本人の多くは自覚がなくとも、人生観や価値観に宗教的な考え方の影響を受けています。元気なうちは宗教に興味がなかったのに、「死」が身近に迫ってくると、その不安から信仰心が芽生えたり、牧師や神父、僧侶の話を求めたりするケースもあります。

緩和ケアの考え方に基づく4つの苦痛のうち、宗教や信仰は特にスピリチュアルペインに深く関わっています。

とりわけ看取り期には、「死」や「死後の世界」に対する考え方の違いが、利用者や家族に大きな影響を及ぼすため、介護職員の理解と配慮が求められます。

とはいえ施設は中立的な立場をとるため、できることには限りがあります。入所時から本人の信仰について話を聞き、施設で可能な対応をすり合わせる事が大切です。



本人の希望と対応の例

●「宗教者(神父、牧師、僧侶など)と交流したい」

- ▶ 本人が所属する教会や寺院があれば、連絡をとり面会に来てもらう。
- ▶ 特に所属していない、あるいは希望する宗教者がいなければ、地域の宗教団体に連絡して紹介を受ける。

※来て下さった宗教者に謝礼が必要な場合もあるため、事前に家族と相談を。

●「信仰に関するものを身近に置きたい」

- ▶ 移動や清拭の際の動線に配慮しつつ、ベッドから見える場所に十字架やマリア像などを置くスペースを用意する。大きな仏壇は施設の判断が必要。ミニサイズの仏壇や仏像もあるので提案してみる。

※ろうそくや線香などの火気は厳禁。電気式のろうそくや線香があるので提案してみる。

Q&A 宗教別死生観のちがい

Q 死んだら「天国」や「地獄」に行くのでしょうか

A. キリスト教やイスラム教では、生前の行いに応じて、死後に「天国」あるいは「地獄」に行くと考えられています。また仏教でも、生前の行いに応じて「六道」という6つの世界(地獄はこの6つのうちの1つ)のいずれかに振り分けられるとされます。輪廻転生(生まれ変わり)は仏教の考え方で、キリスト教やイスラム教では生まれ変わることはありません。

Q 死んだら「肉体」や「魂」はどうなるのでしょうか

A. イスラム教では、死後、魂は肉体から離れ、終末の日に審判を受けるため肉体と再び結びついて復活すると考えられています。そのため、イスラム教では火葬が避けられ、土葬が基本とされています。また神道では、肉体は自然に還り、魂は祖先の「霊」となって家族や子孫を見守る存在になります。

Q 死んだら「家族」や「祖先」と会えるのでしょうか

A. キリスト教やイスラム教では、天国で祖先と再会できます。仏教なら生まれ変わったタイミングや場所が合えば再会できる可能性があります。神道では、魂が祖先の霊と一体化した存在になるので、そういう意味では「会える」と言えるのかもしれませんが。

いろんな看取りの形

病院での看取り

日本では、最期を病院で迎える人が最も多く、全体の7割以上を占めています。

病院では医療者が24時間体制で対応しており、必要な処置を受けやすく、急な変化にもすぐ対処できるのが大きなメリットです。

高齢者施設での看取り

2006年に「看取り介護加算」が導入されて以降、看取りに対応する施設が増えたこともあり、住み慣れた高齢者施設でそのまま最期を迎える人が増えてきました。

介護の知識とスキルを持つ専門スタッフが常に関わり、家族や周囲の人とも交流しながら、安心感のある環

境で過ごせるのが大きな特徴です。家族の負担が軽くなるのも利点であり、今後さらにこの形は広がっていくと考えられます。ただし、医療的な処置に限界があることは不安要素になりえるので、本人や家族の理解を深めることが大切です。

その一方で、病院は面会時間や環境に制約がある場合が多く、家族が思うようによりそえないこともあります。病院は医療が中心となるため、急変時の対応力が高いですが、「生活の場」としてのケアは、どうしても限定的になります。

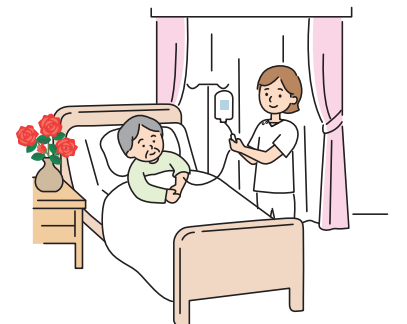
ホスピスでの看取り

ホスピスは延命治療を行わず、苦痛の緩和と心の安らぎを重視しているため、穏やかな環境で過ごせることが特徴です。緩和ケアの専門知識を持つスタッフによるケアを受けることができ、安心感があります。

僧侶や牧師などの宗教的ケアにも対応している施設が多く、また遺族のグリーフケアも充実しています。

ただ施設の数に限られており、なかなか見つからない

ことも。保険適用外のサービスや個室利用、看取り期間の長期化により、費用がかさむ可能性があります。



自宅での看取り

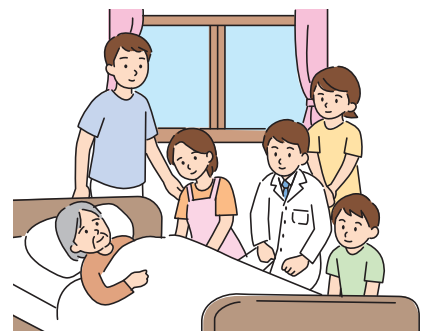
本人や家族が望む場所として最も多いのは「自宅」です。これまで暮らしてきた環境で気兼ねなく過ごし、家族に囲まれて旅立つことは、まさに理想的なカタチと言えます。

ただし、その分家族の負担は大きく、急な変化への対応が難しいという現実があります。本人だけでなく、家族にとっても不安が最も大きいのが自宅での看取りなのです。

この負担を軽くするためには、条件によって介護保険で利用できる訪問看護や通所介護(デイサービス)、短期入所(ショートステイ)などがあります。これらを組み合わせることでかなり負担は軽減されます。

また自宅なので、大きな音での音楽鑑賞や映画鑑賞など、施設ではできないことを楽しむことが可能です。

「最期くらいは好きなものを」ということで、医師の判断のもと、少量のお酒やタバコを楽しむ方もいらっしゃいます。



ご遺体の変化とエンゼルケア・エンバーミング

ご遺体への接し方

亡くなられた後も、ご遺体には「**生きている時と同じように**」接することが大切です。本人が聞いているとしたら言わないような言葉は、ご遺体の前でも口にしません。体を清めたり衣服を整えたりする時も、ねぎらいの言葉や「向きを変えますね」といった声かけを忘れず、丁寧に接しましょう。

臨終の場にはご遺族がそばにいることも多く、悲しみ

でより一層ナーバスになっています。言葉づかいや接し方は特に気をつけ、動作もあわただしくならず、落ち着いてゆっくり行うことを心がけましょう。

ただし、あまりに改まってよそよそしくすると、「亡くなった途端に距離を置かれた」とご遺族に感じさせ、不信感を招くこともあります。大切なのは、やはり「生きている時と同じように」という姿勢です。

ご遺体の変化

体の機能が停止すると、遺体には死亡直後からさまざまな変化が現れます。

比較的早い段階で現れる変化を「**早期死後変化**」と呼び、これは死後すぐに見られるものです。一方、死亡後6

時間ごろから始まり、数日後に現れる、主に腐敗に関する変化を「**晚期死後変化**」といいます。どの変化も、個人差やこれまでの病状によって現れ方が異なりますが、一般的にはつぎのようなものがあります。

早期死後変化と晚期死後変化

●早期死後変化

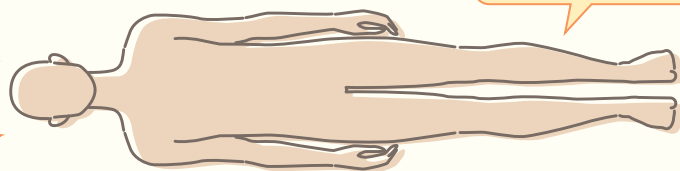
- ◎直後～体温の低下・皮膚が乾燥しもろくなる
- ◎約30分～顔が青ざめる
- ◎約1時間～死斑の出現・死後硬直(死体硬直)が始まる

●晚期死後変化

- ◎約6時間～腐敗の徴候(体の変色やにおいの変化)・死後硬直が強まる・死斑が広がる
- ◎約48時間～死後硬直が弛緩しはじめる

顔の扁平化・蒼白化・死斑・うっ血

体表面の乾燥



体温低下・止血しづらくなる

腐敗・体内ガスの増加

エンゼルケアとは

看取りの後に行う処置を、エンゼルケア(死後処置)と呼びます。人は亡くなった直後から体に変化が生じるため、衛生面・安全面に配慮した適切な処置が必要であり、とくに**乾燥と腐敗への対策**が重要です。死後の変化は家族にとってつらいものです。可能な限り生前の姿をとど

めて送り出してあげましょう。また、顔色や表情を「その人らしく」整え、化粧で見た目をきれいに仕上げるケアをエンゼルメイクと呼びます。これらのケアの一部は、家族の意向を確認し、**希望があれば家族と一緒に行う**こともあります。

エンゼルケアの基本的な手順と注意点

0 準備

- ◎清拭セット、着替え、化粧道具などを用意
- ◎ご家族に処置の内容を説明し、立ち会いや参加の希望を確認する
最期に着せてあげたい衣服があれば用意してもらう
- ◎感染対策は標準予防策(手袋、マスク、エプロンなど)を基本とする



1 口腔ケア

- ◎臭気発生予防のために、口腔内を清潔にする
- ◎義歯はこの段階(死後硬直が進む前)で入れておくこと(義歯は顔の形を保つ)
- ◎その後、体に取り付けられている医療器具(カテーテルやチューブなど)があれば取り外す

2 目と鼻・耳のケア

- ◎目やにを綿棒で拭きとる(拭いたあとはしっかり閉じる。濡れガーゼで湿らせると閉じやすい)
- ◎鼻や耳の中と周囲をガーゼや綿棒で拭い、分泌物をやさしく除去する(清潔に保ち、臭いを防ぐため)

3 清拭または入浴

- ◎全身をていねいに拭く(皮膚が弱くなっているため、そっと当てる程度で)
- ◎希望があれば、家族と一緒にいる
- ◎施設や家族の希望によっては洗髪や入浴(シャワー浴)を行うこともある



4 冷却

- ◎胸部・腹部を中心に保冷剤をあて、皮膚の変色や臭いの発生を抑える
- ◎夏場や葬儀までの安置に時間がかかる場合は十分に配慮する

5 着替え

- ◎衣服のボタンをかけたり、靴下を履かせたりするのはご家族も参加しやすいので声をかける
- ◎体位を整え、しわが出ないようにする

6 エンゼルメイク

- ◎普段の「その人らしい」姿に近づけるよう、髭を剃り、髪を整える
- ◎肌の乾燥を保湿剤で整え、必要に応じて化粧を施す(またはワセリンなどを塗る)
- ◎化粧はあまり濃くせず、自然な表情になるように配慮する

Q&A こんな時、どうしたらいい?

Q 口が閉じない。

A. 枕を高くしてタオルを顎の下に挟み、無理のない範囲でその状態を保つ(どうしても閉じない時は葬儀会社の方が処置してくれます)。

Q 服装選びが決まらない(遺族の希望があいまい)。

A. シックな色合いが好きだった、花がらが好きだったなどの生前の好みや思い出の服などを尋ねて提案する。

Q ご遺族が悲しみで感情的になりケアが進められない。

A. 無理に進めず、まずは気持ちが落ち着くまで待つ。また話を聞いたりして気持ちを受け止める。

エンバーミングという選択肢

遺体に適切な処置を行うことで、生前に近い姿をおおむね2週間程度保つことができる技術をエンバーミング(遺体衛生保全)と言います。具体的には、遺体を消毒・殺菌し、体内まで腐敗を防ぐ処置を施し、傷みのある部位を修復したり、化粧を施したりします。

通常、通夜や葬儀は亡くなってから2~5日以内に行わ

れますが、これは遺体の腐敗が考慮されるからです。しかしエンバーミングを行うことで、ご遺体をきれいな状態で保ち、ご遺族が落ち着いてお別れの時間を持てるようになります。ただし、こうした処理にはそれなりの費用と時間がかかります。また、専門の施設で行う必要があることも覚えておきましょう。

ご遺族の気持ちによりそう

危篤時・臨終時の家族のケア

バイタルサインが低下し、死期が切迫していると考えられる状態、いわゆる「危篤」の時に「連絡を受けたい」というご家族も多いため、あらかじめ**どの段階で連絡がほしいか**を確認しておき、行き違いがないようにしましょう。

家族が来られたら、危篤から臨終までの経過について説明しておく、「今起きていることは自然なことなんだ」と理解でき、動揺を減らすことができます。その後も変化のたびに説明し、「耳は聞こえているので話しかけてあげてください」などと声をかけましょう。

Point!

- 状態の変化やケアの内容をわかりやすく伝える
- 気持ちを否定せず、よりそい、受け止める
- 静かに過ごせる環境を整える

亡くなられたあともケアは続きます。必要な処置が多く、時間的な制約もあるため、つい事務的にテキパキ動いてしまいがちですが、そうすると、ご家族には「急に冷たくなった」と受け止められてしまうことがあります。

逆に、あまりに改まってよそよそしく接すると、「本当に亡くなったのだ」と強く突きつけられたように感じる場合もあります。

ご遺体には、生前と同じように声をかけながら丁寧に

ご家族が不在の間に関わった変化や、行ったケアを伝えることも大切です。「よいケアを受けられたんだな」と感じられることは、死別後の家族の支えにもなります。

ただし、頭では理解できていても心が穏やかでいられないのが家族の心情です。家族の言葉を否定せず、気持ちを受け止める姿勢が大切です。また、**危篤から臨終までの時間は人によって大きく異なり、その間の家族の負担は少なくありません**。本人と静かに過ごせる時間や、家族が休める環境を可能な範囲で整えることも、重要なケアの一つです。

接することが大切です。緊張しすぎず、落ち着いた自然なふるまいで、心を込めて接することを心がけましょう。



言葉かけの例

●ご遺体へ

「〇〇さん、たくさん頑張られましたね」
「これからご家族がおそばにいらっしゃいますからね」

●ご家族へ

「大変なことも多かったと思いますが、おだやかに旅立たれましたね」
「どうぞご無理なさらず、ゆっくりお過ごしください」

お別れの時間が済み、エンゼルケアへ移る際には、ご家族へもねぎらいの言葉をかけるようにしましょう。

また、**死別後の対応は、看取り介護全体の印象に大きく影響**します。これまで「とてもよくしていただいた」と感じていても、看取り後の印象がよくないと、その思いが

薄れてしまうことがあります。「終わりまでしっかり支えてもらえた」とご家族に思っただけですが、ご家族の悲しみの負担を減らすことにもなるのです。

心のコもったケアは本人の尊厳を守るだけでなく、その後の**家族をも支えていく力**になります。

家族へのグリーフケア

死別後の家族は、さまざまな思いを抱きます。たとえば「きちんと最期を迎えられた」という安堵感(ホッとする気持ち)や、「もっと何かできたのでは」という後悔。「大変だったけど、いざ亡くなるとやっぱり寂しい」「でも、前を向いて生活を続けなくては」という気持ちもあります。こうした思いは、「**悲しい**」という一言では済ませられな

い、**複雑に揺れ動く感情**です。

こうした感情によりそい、看取り後の家族を支えるのも、介護職員にとって大切な役割です。これを「グリーフケア」と呼びます。「グリーフ」は「悲嘆」と訳されますが、実際には、「**喪失によって心が揺れる状態**」と捉えるとわかりやすいでしょう。

喪失によって現れる家族への影響

- ①**精神的** 悲しみ、怒り、後悔・自責の念(「もっと〇〇すればよかった」という思い)、不安、無気力
- ②**身体的** 眠れない、食欲がない、めまい・頭痛、倦怠感(体が重い、疲れやすい)、胸の痛み・動悸
- ③**社会的** 人と会うのを避ける、こもりがちになる、仕事や家事が手につかない、孤立感が強まる

「**故人との思い出や自分の思いを話す**」ことは、家族自身が心を整理する第一歩になります。話すことで心が軽くなる経験は、多くの人に共通しています。こうした家族の思いを受け止める存在として、**ともに介護の日々を過ごしてきた介護職員ほど心強いものはありません**。

「もっと〇〇すればよかった」などの後悔の言葉に対して、「そんなことないですよ」と言ってしまうようになり

ますが、「そう思っている家族の気持ち」を受け止めて見守ったり、「そう思っただけですよね」というような共感の言葉をかけたりしましょう。

「時間が経てば忘れられますよ」や「天国で見守ってくれています」などの安易な慰めの言葉も不要です。わかったふうな言葉かけや、上から目線のアドバイスはしないように注意しましょう。

グリーフケアの心構え

- 家族の思いを評価したり否定したりせず、ただ聴く(傾聴)
- 同じ話がくり返されても静かに受け止める
- 無理に話を引き出さず、話したい時に話してもらう
- 介護の日々を振り返り、思いを共有する
- 沈黙も大切な時間

亡くなった後も、さまざまな手続きや葬儀の準備など、家族には負担が続きます。身体的にも疲労がたまっている場合も多く、まだ心の

整理もつかない状態で、頭がうまく動きません。こうした場面で相談に応じたり、必要な情報を提供したりすることもグリーフケアの一つです。

伝えておきたい「その後」について

- 葬儀会社の案内や死亡診断書の取り扱いなど(死亡診断書は複数枚コピーをとっておいた方がいい)
- 死亡届、火葬許可証、年金や保険の停止など、行政手続きに関する情報を提供
- 施設内で「お別れ会」や「思い出を語る会」などを開催していれば案内する

医療機関によるグリーフケア

がん拠点病院や大学病院などでは「グリーフケア外来（遺族ケア外来）」が設置されている場合があります。

ここでは専門外来としてグリーフケアを受けることができ、来院だけでなく、電話での相談やフォローアップを受けつけている施設もあります。

一般病院や地域医療機関では、外来として設置していることはまだ少ないですが、このような選択肢があることを知っておきましょう。

遺族から怒りをぶつけられた時

大切な人を亡くした時、多くの人は頭が真っ白になったり、気が抜けてぼんやりする状態になったりします。その後、悲しみが押し寄せ、後悔や罪悪感がわき、やがて怒りにつながることがあります。ときには医療者や介護職員に「あの治療がよくなかった」「施設の対応が悪かったせいだ」といった感情が向けられることもあります。

しかしこうした感情は、悲しみを乗り越える過程で誰にでも自然に起こるものであり、決して医療者や介護職員を嫌っていたり、個人的に敵対視しているわけではありません。悲しみからくる強いストレスが「怒り」の形になって現れているのだと受け止めましょう。

また施設によっては、亡くなった利用者の家族を招いて、思い出を語り合う会や追悼会を開いていることもありますので、自身が働く施設ではどのようなことが行われているか、把握しておきましょう。

遺族の方の様子や状況に応じて、こうした情報を伝えることも、介護職員にできる大切な役割です。

悲しみと怒りで攻撃的になっている方に対して、自分や施設の正当性を主張すると、遺族の怒りがさらに強くなる場合があります。事実がどうだったかは別にして、まずは聴く姿勢を大切にしましょう。

今は冷静になれない時期だと知ることで、向けられた怒りにも落ち着いて対応できるようになります。

今は冷静になれない時期だと知ることで、向けられた怒りにも落ち着いて対応できるようになります。



「怒り」の受け止め方

①「怒り」の正体を知っておく

- ◎怒りは悲嘆の過程で自然に生じる感情であると理解しておく
- ◎激しい怒りも長くは続かず、攻撃されているわけではないことを知っておく
- ◎「この方は怒っているのではない。心が泣いているのだ」と受け止める



②できる範囲でよりそい、受け止める

- ◎事実と異なる内容でも、すぐに否定したり反論したりせず、まずは話を聴く
- ◎「うなずく」「相手の言葉をくり返す」など、共感を示す態度をとる
- ◎タイミングや内容によっては、「お気持ち、よくわかります」と、相手の感情を言葉で認める
- ◎感情が落ち着いたタイミングで、記録や経過をもとに正しいに事実を共有する

③一人で抱え込まない、ときには自分の感情も伝える

- ◎強い怒りや攻撃性が続く場合は、必ずチームで共有し対応する
- ◎あまりに不条理な怒りに対しては、「○○と言われて悲しかった」と、自分の感情を落ち着いて伝える



MORE TO KNOW

他の利用者へのグリーフケア

施設の中で誰かが亡くなった時、必ずしも他の利用者に隠す必要はありません。死は自然なものであり、「おだやかな最期を迎えられた」という事実を共有することは、周囲の利用者に安心感を与えます。

また、利用者にとって死は、遠ざけたい現実でもあります。そうした中で、介護職員が最期までよりそい、大切に送り出している様子が伝われば、他の利用者も「自分も安心して任せられる」と感じ、死を受け入れる準備につながります。

そのためにも、同室の方や特に親しかった方とは、故人について話をする時間を持ちましょう。「おだやかに旅立たれましたよ」「最期にこんなことをしてあげられましたよ」「でも、さみしいですね」などと話すことも、他の利用者へのグリーフケアになります。

一方で、亡くなった方との関わり方や死の感じ方は人それぞれです。不安を強めそうな方には無理に話を求めず、そっと見守り、普段の生活を保つことも大切なグリーフケアです。

介護職員へのグリーフケア

グリーフケアの中でも見過ごされがちなのは、介護職員自身に対するグリーフケアです。仕事とはいえ、長くよりそいケアをしてきた方を亡くすことは、大きな喪失感をもたらします。

毎日忙しい介護の中で、思うようにいかず苛立ちを覚えることもあります。亡くなると、「自分は介護職員失格なのではないか」「もっとやれることがあったのではないか」といった自責の念や無力感にとられることも少なくありません。精一杯やってきた

人であればあるほど、いわゆる「燃え尽き症候群」に陥り、仕事を辞めてしまう場合もあります。

介護職員自身が心につらさを抱えたままでは、誰かによりそうことはできません。自分のためにも、利用者のためにも、自分の心をケアしていきましょう。そのためには、介護職員同士のグリーフケアも欠かすことのできないものです。こういった思いを共有し、お互いが頼り合えるチームを作ることが、さらなるケアの質向上につながります。

介護職員へのグリーフケアの例

①チームで振り返りを行う

- ◎看取り介護全体を振り返る「デスカンファレンス」を行う
- ◎後悔する点があれば改善点を話し合い、次のケアに前向きにつなげる
- ◎「できてよかったこと」も必ず同時に話し合う
- ◎「さみしいね」「笑顔がかわいらしかったよね」「あの時こんなことがあったよね」など、悲しみや思い出を分かち合う

②グリーフケア研修を実施する

- ◎悲しみを乗り越えるための「心の変化」を学ぶことで、自分の気持ちを客観視できる

③セルフケア

- ◎日記やメモに、感情を言葉で書き出して整理する
- ◎信頼できる人に話を聞いてもらい、泣きたい時は泣く
- ◎睡眠や休息をしっかりとる。3分程度の深呼吸や瞑想も効果あり
- ◎意識的に「自分の癒やしの時間」を確保する
- ◎カウンセリングやメンタルヘルスクリニックを積極的に受診する。不眠など身体に不調が出たら必ず相談を



医療者の行動の意味を知ろう

「治療」を優先しない医療ヘシフト

施設に入所したあとも、回復の見込みがあるうちは、基本的には「治すこと」を目的とした治療を行います。しかし、医師が「もう回復は見込めない」と判断し看取り期に入ると、方針は変わります。看取り期には、緩和ケアの考えに基づき、延命や積極的な治療よりも、苦痛を和ら

げ、穏やかに過ごせる時間を大切にす医療へと移行していきます。

医療者がどんな目的で何を行っているのかを知ること、本人や家族に安心感を与えられるだけでなく、介護職員としてのサポート内容も自然と見えてきます。

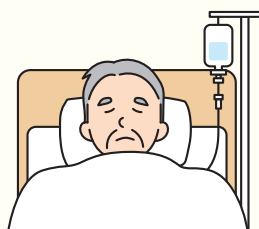
■看取り期の医療の具体例

1 投薬の停止や減少

- ◎すでに行っている医療行為が苦痛をもたらしている場合、それを停止したり減少したりする
- ◎長期的な効果を目的とした投薬は中止されることがある

2 点滴の回数が減る

- ◎投薬のための点滴が中止されたり減少したりする
- ◎「水分を足す」医療よりも「口を潤す」などの苦痛を軽減するケアへ重点を移す
- ◎少量をゆっくり投与するなど方法が変わる



3 負担の大きい検査が減る

- ◎レントゲン撮影や採血の回数が減る
- ◎検査によって苦痛が増す場合には中止になる
- ◎新しい異常を見つけても治療につながらない場合は、検査そのものを行わない

4 疼痛緩和のための投薬

- ◎痛みを和らげるための薬剤が使われる
- ◎神経ブロック(注射)や硬膜外鎮痛法(カテーテル挿入)など、身体に直接的な刺激を与える方法より、負担の少ない投薬方法が選ばれる



5 呼吸困難や不安への対応

- ◎モルヒネなどを用いて呼吸の苦しさを和らげることがある
- ◎不安や不眠に対して、安定剤や睡眠薬を使うこともある
- ◎環境を静かに整える、姿勢を工夫するなど、薬剤に頼らない方法も重視される

治療とケアのあいだ

入所から看取りまでの全体を見ると、「治すための医療」と「看取りのための医療」がはっきりと線引きされているわけではありません。「QOLの向上」という緩和ケアの考え方は、今ではどの段階においても常に意識されるようになってきました。

また、看取り期に入ったからといって、延命や積極的な治療をすべてやめるわけではありません。しかし、医療者からの説明は受けていても、実際に治療が停止し

たり、点滴の回数が減ったりすると、本人や家族は「苦痛が増えるのでは」「症状がひどくなるのでは」と不安になります。そんな時は、身体に負担の少ない治療法に変わったことや、治療の比重を少しずつ減らしながら、本人が穏やかに過ごせるような医療へと移行していることを説明しましょう。

痛みを完全にとりのぞくために時間を費やすよりも、「穏やかに過ごす時間」を確保するためなのです。

いろんな苦痛を緩和する方法

身体的な痛みを緩和する

身体の痛みを和らげる方法や考え方には、さまざまなものがあります。中でも「がんの痛み」に対しては、長い間、WHO式「3段階除痛ラダー」という考え方が世界的に使われてきました。これは「ラダー(梯子)」という名前のおと、非オピオイド(麻薬ではない痛み止め)から始め、次に弱オピオイド、さらに強オピオイドへと、段階を上げていく方法です。

ただし実際には、「必ずこの順番で」というわけではなく、痛みの強さや状況に応じて、最初から強オピオイドを

使うこともあります。また、オピオイドの種類や剤型が増えたことで、より柔軟な選択が可能になったことから、2018年のガイドライン改定では「3段階除痛ラダー」という表現自体が削除され、現在は「痛みに合わせて適切な薬を選ぶ」という考え方になりました。

また、WHOは痛みを和らげる際の基本原則として、「口から薬を飲む」「時間を決めて規則正しく薬を飲む」「個人に合わせて薬の量を決める」「患者の状態や希望にも配慮して」といった点も提唱しています。

memo オピオイド… 痛みを緩和する際に使用され、その多くは医療用麻薬(医師の管理下で使われる合法的な鎮痛薬)です。体の中のオピオイド受容体と結合して痛みの信号を和らげ、痛みを感じにくくするもので、代表的なものにモルヒネがあります。

オピオイド鎮痛薬

オピオイド鎮痛薬には、内服薬・坐薬・点滴・経皮(貼付薬)があり、それらは徐放性製剤と速報性製剤に分けられます。がんによる痛みには、「長く続く痛み」と「突然感じる痛み」の2種類があるので、痛みのタイプによって使い分けます。

徐放性製剤は薬の成分がゆっくり時間をかけて放出されるので、効果が長時間持続し、投与回数が少なく済み

ます。速報性製剤は薬の成分がすぐに放出されるので、効果が早く現れることから、急な痛みに対応できます(しかし効果は短時間)。

徐放性製剤を定期的に使うことで基本的な痛みを抑え、急な痛みが起きた時に速報性製剤を使うイメージです。

貼付薬は徐放性で、皮膚から薬の成分を吸収するので、内服できない方に適しています。

- 強オピオイド鎮痛薬 ◎モルヒネ ◎オキシコドン ◎フェンタニル ◎ヒドロモルフォン ◎メサドン
- 弱オピオイド鎮痛薬 ◎コデイン ◎トラマドール

非オピオイド鎮痛薬

●アセトアミノフェン

- ◎一般的な解熱鎮痛剤で、パファリンやカロナールなど、薬局でもよく見かける比較的なじみのある薬
- ◎炎症を抑える作用はない
- ◎胃腸への負担は少ないが、肝機能には注意が必要

●NSAIDs(エヌセイズ)

- ◎非ステロイド性抗炎症薬(ロキソニンなど)のこと
- ◎炎症や腫れを抑える作用がある
- ◎胃腸や腎臓への負担に注意が必要(必要に応じて胃腸薬を併用することもある)

memo 痛みの中には、神経が傷つけられたことによる痛みや、胃腸・筋肉の痛みなど、オピオイドや非オピオイド鎮痛薬が効きにくいものもあります。その場合は、鎮痛を補助する薬を使います。たとえば神経痛や慢性痛には、抗てんかん薬や抗うつ薬などが使われることがあります。

放射線療法

がんの治療に放射線療法というものがあります。これは、がん細胞が正常な細胞よりも放射線に弱いことを利用したもので、体の特定の部位に放射線を当てて、がん細胞を小さくしたり殺したりする治療です。

がんの骨転移による痛みの緩和や、脳転移による頭痛・吐き気などの症状を軽減するためにも行われます。

手術に比べて身体の負担が少なく、高齢者でも受けやすいのが特徴です。

副作用としては、個人差がありますが、皮膚の炎症、口の中やのどの渇き、全身のだるさなどがあります。口やのどの粘膜が傷つきやすくなるため、口腔内を清潔に保ち、水分や栄養の摂取を助けることも大切です。

神経ブロック

神経ブロックは、痛みのもとになる刺激が脳に伝わらないよう、その神経の伝達を一時的にブロックすることで、痛みを感じにくくすることができます。

また、痛みを感じると神経が興奮し血行が悪くなり、新たな痛みの原因になることがあります。そうした痛みの

悪循環を断ち切る役割もあります。

神経ブロックは、痛みの部位に合わせて、麻酔薬を神経の近くに注射して行います。肩や腰の慢性的な痛み、がんによる強い痛みなど、薬だけでは十分に痛みが取れない場合などに用いられます。

栄養を補給する

高齢者(介護)施設を利用する約7割の人が低栄養状態にあるというデータがあります。認知症による食欲不振や嚥下機能の低下によって、口から飲食できなくなると、必要な栄養が不足しがちです。その結果、感染症にかかりやすくなったり、病気から回復しづらくなったり、褥瘡のリスクが高まったりすることにも注意が必要です。

飲食が難しくなった場合には、胃や腸の機能が正常であれば、鼻や造設した「胃ろう」「腸ろう」からチューブを通して栄養を補給する「経管栄養法」があります。

それでも十分でない場合は、静脈から注射によって栄養を補給する「経静脈栄養法」をとることがあります。

経管栄養の3つの方法

① 経鼻経管栄養法

鼻からチューブを挿入し、食道を通して胃まで送って、直接胃に栄養を補給する方法。一般的な方法で、まずこの方法がとられることが多い。短期使用に向いている。

② 胃ろうからの経管栄養法

おなかに小さな口(胃ろう)をつくり、そこからチューブ(胃ろうカテーテル)を挿入して直接胃に栄養を補給する方法。長期使用に向いている。

③ 腸ろうからの経管栄養法

胃に問題がある場合に、腸ろうをつくり、直接腸に栄養を補給する方法。胃ろうから挿入したチューブを腸まで伸ばす方法など、いくつかの種類がある。

Point!

胃ろうは「延命措置」ととらえられることもあるので、利用者や家族の死生観に大きく関わります。口からの栄養補給が難しくなった場合について、あらかじめ利用者や家族と相談し、方法を決めておくことが大切です。

経鼻経管は鼻から喉にかけてチューブが通るため違和感が強く、また誤って気管に入る可能性があり、誤嚥性肺炎などのリスクがあります。また胃ろうや腸ろうは、設置した部分からの細菌感染や皮膚トラブルのリスクもあるので、ケアの際にはこれらに注意しましょう。

医療者が知りたいからだの変化

■チェックポイントと報告の仕方



または



いつもは〇〇なのに、
△△になった



● 排尿や排便

- ◎量、回数、性状(色・形・血の有無)
- ◎尿量が極端に少ない/ほとんど出ない、血便・血尿がある、下痢や便秘が続く場合は特に注意

● 嚥下困難

- ◎食べ物や水分を口に入れたときのむせ、咳、飲み込みにくさ、食事の時間や量
- ◎むせが増えた、飲み込めずに口に残る、痰が増えて苦しそうな場合は特に注意

● 腹部膨満感

- ◎お腹の張り、硬さ、痛みの有無、食事や排便の状況
- ◎強い痛みがある、嘔吐を伴う、排便・排ガスが極端に減っている場合は特に注意

● 血圧

- ◎定期測定の値が急に上下した
- ◎急激な低下(最高値100mmHg以下)や上昇、測定できない場合は特に注意

● 発熱や四肢冷感

- ◎体温や手足の温かさ・冷たさ
- ◎急な高熱や高熱が続く、悪寒やふるえが見られる、急に四肢が冷たくなっている場合は特に注意

● 呼吸

- ◎呼吸の速さや深さ、リズム、息苦しさの有無
- ◎ゼーゼー音やゴロゴロ音が增える、呼吸数が少ない(1分間に10回以下)場合は特に注意

● 意識の混濁やせん妄

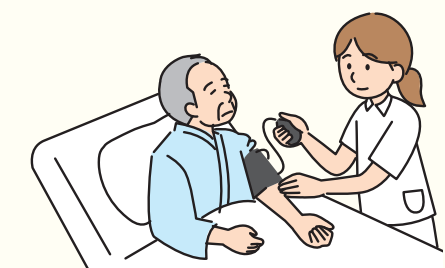
- ◎声かけへの反応、見当識(いつ・どこ・だれの理解)の有無
- ◎呼びかけに反応しない、強い混乱や幻覚がある場合は特に注意

● 皮膚の色

- ◎顔や手足の皮膚の色、赤っぽい/青っぽい斑の有無
- ◎手足の先が青紫色になる(末梢チアノーゼ)、全身が急に蒼白になる場合は特に注意

● 脈拍

- ◎脈の速さ、リズム、強さ
- ◎1分間に100回以上/50回未満、不整脈が続く、脈が触れない場合は特に注意



Point!

「いつもと何か違う」と思ったら報告を

食事、清拭(入浴)、排せつなど、もっとも身近な場面で利用者を支え、**変化に気づきやすいのが介護職員です**。普段から接しているからこそ、「いつもと何か違う」と直感的に感じ取ることができます。数値の変化はもちろんですが、「ちょっと気になる」と思ったことも、ひと言そえて報告しましょう。このような小さな気づきこそが医療者にとってはありがたいものです。「**報告すべきか迷う時は、報告する**」を心がけてください。

看取りの場でよく使われる医療用語の解説

■生命兆候

- 【意識レベル】目を開けたり反応したりできるかの程度
- 【下顎呼吸(かがくこきゅう)】死の直前に見られる大きな口の動きの呼吸
- 【呼吸数】1分間に何回呼吸しているか
- 【死前喘鳴(しぜんぜいめい)】のどの奥でゴロゴロと音がする呼吸
- 【徐脈(じょみやく)】脈が遅いこと
- 【チアノーゼ】唇や爪が青紫になること
- 【バイタルサイン】体の基本的な状態(体温・脈拍・血圧・呼吸など)
- 【頻脈(ひんみやく)】脈が速いこと
- 【末梢冷感(まっしょうれいかん)】手足などが冷たくなること
- 【SpO₂】血液中の酸素の量を示す数値

■症状・病態

- 【嘔気・嘔吐(おうき・おうと)】吐き気・吐くこと
- 【肝不全(かんふぜん)】肝臓の機能が低下している状態
- 【経口摂取困難(けいこうせつしゅこんなん)】口から食べたり飲んだりできない状態
- 【CO₂ナルコーシス】体の中に二酸化炭素(CO₂)がたまりすぎることによる意識障害。呼吸がうまくできない状態で起こり、眠気・ぼんやり・意識低下などがみられる
- 【呼吸不全(こきゅうふぜん)】呼吸機能が十分に働かない状態
- 【循環不全(じゅんかんふぜん)】血液が十分に全身に行き届かない状態
- 【心不全(しんふぜん)】心臓が血液を送り出せない状態
- 【腎不全(じんふぜん)】腎臓の動きが悪くなり、老廃物を出せない状態
- 【せん妄(せんもう)】意識が混乱し、時間や場所がわからなくなる
- 【代謝低下】身体の動きが全体的に弱まること
- 【多臓器不全(たぞうきふぜん)】複数の臓器が同時に働かなくなる状態
- 【低酸素血症(ていさんそけっしょう)】血液中の酸素が足りない状態
- 【疼痛(とうつう)】強い痛み
- 【不穏(ふおん)】落ち着かず興奮する状態
- 【浮腫(ふしゅ)】むくみ

【末梢循環障害(まっしょうじゅんかんしょうがい)】手足の血流が悪くなる状態

【無尿(むにょう)】尿が出ない状態

■医療方針・死後対応

- 【医療同意】治療を受けることへの同意
- 【検死(けんし)】医師や警察による死因の確認
- 【死後硬直(しごこうちよく)】亡くなった後に体が硬くなる現象
- 【死亡確認】医師が正式に死亡を確認すること
- 【CPR(心肺蘇生)】心臓マッサージや人工呼吸を施すこと
- 【DNAR】蘇生措置を行わない指示

■検査・薬・処置

- 【血球検査】血液の中の赤血球・白血球・血小板の量などを調べる検査。赤血球に含まれるヘモグロビンの値を見ることで、貧血の有無や程度も確認する
- 【クレアチニン】腎機能を示す値
- 【BUN】腎臓の働きを見る検査項目
- 【電解質】体内のミネラル(Na・Kなど)
- 【白血球数】炎症や感染の有無を示す数値
- 【CRP】体の炎症の程度を見る血液検査
- 【ECG(心電図)】心臓の電気の流れから脈のリズムや異常を見る検査
- 【心拍モニター】心拍数などを画面で見守る装置
- 【ABG(動脈血ガス分析)】血液中の酸素や二酸化炭素の量を測る検査
- 【オピオイド】モルヒネなどを含む強い痛み止めの総称
- 【抗コリン薬】唾液や痰を減らす薬
- 【抗不安薬(こうふあんやく)】不安を軽くする薬
- 【ステロイド】炎症を抑える薬
- 【鎮静薬(ちんせいやく)】意識や興奮を抑える薬
- 【吸引】口や鼻の中のたんを吸い取ること
- 【酸素投与】マスクなどで酸素を与えること
- 【持続点滴】長時間続ける点滴
- 【皮下点滴(ひかてんてき)】皮膚の下にゆっくり点滴する方法
- 【輸液ルート】点滴の管や経路
- 【PCAポンプ】自分で操作できる鎮痛装置

第2章 高齢者虐待防止

- 介護現場における高齢者虐待
- 身体拘束について
- 言葉による虐待
- ネグレクトも虐待
- あなたの心が疲れた時
- 介護拒否と利用者による暴力行為
- 高齢者虐待防止法

介護現場における高齢者虐待

通報件数や虐待判断件数が増加

厚生労働省は毎年、高齢者虐待の実態について調査を行っています。2023年度の調査結果によると、介護施設従事者等(介護老人福祉施設、居宅サービス事業などの業務に従事する者)による高齢者虐待の「相談・通報件数」「虐待判断件数」はいずれも増加してきており、2023年度で過去最高となっています。

施設の数もゆるやかに増加していますが、相談・通報件数や虐待判断件数の増加ペースの方がはるかに速いことに注意が必要です。つまり、一施設あたりの虐待が増えて

いると考えるべきでしょう。

施設における高齢者虐待の大きな要因として、職員の知識・意識不足が指摘されています。ケアについての知識・技術とともに、高齢者虐待についても**正しい知識を持つことが、虐待防止につながります。**

介護の現場では思うようにいかないことも多く、職員の負担は大きなものがあります。そうした状況では、知識だけではなく、**チームでの支え合いや職員自身の心身のケア**も大切になってきます。

■「高齢者虐待防止の推進」が義務化

2024年4月から、すべての介護サービス事業者において「**高齢者虐待防止の推進**」が**完全に義務化**されました。その具体的な内容は以下になります。

- 1 虐待の発生またはその再発を防止するための委員会を定期的に開催
- 2 虐待防止に関する指針の整備
- 3 虐待防止に関する研修の実施
- 4 虐待防止に関する担当者を選任

また、上の4つの取り組みのうち1つでも実施していない項目があれば、**基本報酬が減算される「高齢者虐待防止措置未実施減算」も新設**されました。

虐待が発生していなくても、この4つの取り組みを行っていないければ、その時点で減算の適用対象になります。

減算は事業所の収入減につながるため、**経営悪化や人員削減などの可能性**も出てきます。

「よけいな仕事が増えるのでは」と思うかもしれませんが、環境が整うことで、**職員のストレスや利用者との関係が改善**され、満足度が向上することが期待されます。

「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」)では、養介護施設従事者等における高齢者虐待を5つに分類していますが、2023年度の調査によれば、このうち約半数が「身体的虐待」で、最も多いことがわかりました。

■高齢者虐待の5つの類型:高齢者虐待防止法における定義

身体的虐待	放棄・放任(ネグレクト)	心理的虐待	性的虐待	経済的虐待
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	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	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	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	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

虐待の種類と具体例

身体的虐待

ケガをさせたり、ケガをさせるおそれのある暴行を加えることを身体的虐待と呼びます。一般に虐待と聞くと、この身体的虐待を思い浮かべる人が多いでしょう。

直接的・意図的にケガをさせた場合はもちろんですが、たとえば利用者に向かって物を投げた場合、それが利用者に当たっていなくても身体的虐待にあたります。

具体例

1 暴力的行為

- ◎叩く ◎殴る ◎平手打ち
- ◎蹴る ◎つねる
- ◎やけどさせる ◎転ばせる

2 本人が嫌がっているのに、無理やり何かをやらせる

- ◎口に食べ物を押し込む
- ◎リハビリを強要する

3 不適切な身体拘束

- ◎ベッドに縛りつける
- ◎車いすから立ち上がらないように押さえつける

放棄・放任(ネグレクト)

飲食物を与えず衰弱させたり、長時間放置したり、介護職員として行うべき仕事をしっかりと行わないことを放棄・放任(ネグレクト)と呼びます。子どもに対するネグレクト(育児放棄)がよく知られていますが、高齢者介護

の現場でも起こることです。

おむつを交換しなかったり、汚れた衣服をそのままにするなど、必要なケアを怠ることもネグレクトです。

具体例

1 必要な介護をしていない

- ◎長期間入浴させず、清拭も行わない
- ◎食事や水分を与えない
- ◎おむつを交換しない

2 本人の希望を無視して行動を妨げる

- ◎トイレに行きたいのに連れていかない
- ◎ナースコールを手の届かないところに置いて呼べないようにする

3 健康や安全に関わる異常を放置する

- ◎発熱や褥瘡を見ても報告しない
- ◎他の利用者への暴行を止めない

心理的虐待

はげしい暴言や、一方的で拒絶的な対応、また心を傷つけるような言動を行うことを心理的虐待と呼びます。いわゆる「言葉の暴力」が代表例です。その他、嫌な思い

や恥ずかしい思いをさせる、こわがらせるなど、利用者の感情を無視し、心を傷つけるような虐待全般が含まれます。

具体例

1 嫌がらせをする

- ◎悪口を言う ◎無視する
- ◎からかう ◎子ども扱いする
- ◎大切な人との面会を不当に妨げる

2 こわがらせる

- ◎怒鳴る ◎ののしる
- ◎「追い出すぞ」「ここにいらなくなるぞ」などと言って脅す

3 自尊心を傷つける

- ◎食事をこぼしたのを笑う
- ◎着替えに時間がかかるのを馬鹿にする
- ◎失敗を人前で話す

性的虐待

利用者にわいせつな行為をしたり、利用者自身にわいせつな行為をさせることを性的虐待と呼びます。高齢者とわいせつ行為が結びつきにくいかもしれませんが、実際に被害にあう事件も起きています。本人が嫌がっているにもかかわらず、性的に恥ずかしい思いや不快な思いをさせる行為もすべて性的虐待です。

具体例

- ① 性的に恥ずかしい思いをさせる
 - ◎人前でおむつや衣服を脱がせる
 - ◎下半身を裸にしたまま放置する
- ② 見たくないものを見せる
 - ◎自慰行為やわいせつな動画を見せる
- ③ やりたくないことを強制する
 - ◎性的接触を求める
 - ◎キスを迫る
 - ◎性的な話を聞かせる

経済的虐待

利用者の財産を勝手に処分したり、不正や強要をして利用者の金銭を得たり、利用者がお金を使うことを制限したりすることを経済的虐待と呼びます。利用者の認知能力が衰えたり、体を思うように動かさなかつたりする状況につけこみ、財産を奪ったり、お金の使い方をコントロールしようとする虐待です。「介護している」という立場を使った暴力でもあります。

具体例

- ① 財産や金銭の提供を強要する
 - ◎施設への寄付や贈与を強要する
 - ◎「お金を貸して」と迫る
- ② 財産や金銭を不当に使う
 - ◎利用者のお金を勝手に使う
 - ◎おつりを渡さない
- ③ 生活に必要なお金の使用を制限する
 - ◎買い物や必要な支払いをさせない

介護現場で起こる「3ロック」

高齢者虐待の中でも、とくに身体的・心理的虐待と密接にかかわるのが「身体拘束」です。これは利用者の「身体自由を制限する行為」であり、例外的な場合を除き、虐待となりうる行為です。介護の現場では、不適切な身体拘束が起きないように、身体拘束を3種類に分類し、「3ロック(スリーロック)」という言葉を使って説明されます。

① フィジカルロック (物理的な拘束)

一番イメージしやすいのがフィジカルロックです。ベッドの周囲を柵で囲む、体をベッドにくくりつける、車いすに固定する、手足を押さえるといった、直接的に身体を動けなくする行為です。

② ドラッグロック (薬による拘束)

薬を使って心身の動きを抑えることで、自由を制限します。おとなしくしてほしいからといって、本来必要のない薬を多く投与して眠らせたり、逆に薬を減らして動けない状態にさせたりする行為も含まれます。

③ スピーチロック (言葉による拘束)

言葉によって行動の自由を奪うものです。「食べちゃだめ」「眠ってなさい」などの声かけで、利用者の行動を無理に制限する行為があてはまります。身体に触れていなくても「拘束」になるのがポイントです。

Q&A これって虐待になりますか？

Q 利用者をニックネームで呼ぶのも虐待だと言われましたが、そうなのですか？

A. 本人が望んでいて、信頼関係のもとでニックネームを使っているのであれば問題ありません。ただし、その「信頼関係」が職員側の思い込みである場合や、**本当は嫌なのに言い出せない**場合もあります。もし本人が不快に感じていいるなら、それは心理的虐待になります。たとえば、愛着や親しみを込めて「よっちゃん」と呼んでいた場合、それを喜ぶ方もいれば、「年寄り子ども扱いか。バカにしてる」と感じる方もいます。

Q 職員の中に、利用者の写真を勝手に撮ってSNSにアップしたり、加工した写真を見て笑ったりしている人がいます。虐待に当たるんじゃないかと思ってヒヤヒヤするのですが。

A. 本人の了承なしに写真を撮ったり、SNSにアップしたりすること自体が許されることではなく、虐待以前の問題です。肖像権の侵害や個人情報保護法違反などにより**損害賠償を請求されたり刑事責任が問われたりする**可能性があります。このような行為をする人の多くは「バレなければいい」と思っているものですが、いずれ必ずバレます。虐待かどうかの判断の目安はシンプルで、「**本人が知らず嫌な思いをするかどうか**」です。仮に本人の了承を得たとしても、認知症だったりSNSのことをよく理解していなかったりする場合もあります。職員同士で見ただけでも、撮影は原則的に禁止です。このような行為を発見した場合は、必ず報告しましょう。

Q 仕事が忙しくて、利用者の食事が遅かったり、入浴をモタモタされたりすると、つい急かしてしまいます。これが虐待だと言われたら、どうやって仕事をしたらいいのかわかりません。

A. 介護の現場が大変なのはよくわかります。利用者ひとりひとりとは違って、同じようには対応できない難しさもあります。ですが、本人の意思に反して強制したり、不快な思いをさせてしまうことは、虐待とみなされます。そこで大切なのは「**早くして**」から「**どうしてかな**」ということに意識を切り替えることです。「入れ歯が合っていないのかな?」「入浴で以前に嫌なことがあったのでは?」と、原因を探ることや、対処法が見つかることがあります。施設はしつけをする場でも、高齢者を押し込めて管理する場でもありません。かと言って、すべて利用者のペースに合わせていると業務が遅れる一方です。「ここはゆっくり待とう」「その代わりにあの業務は多少遅れても問題ないな」などと頭の中で優先順位をつけ、間に合わないと思ったら、他のスタッフに声をかけて連携をお願いしましょう。

Q 「あとでやりますね、と言ったのに、やってくれなかった」と利用者に言われてしまいました。うっかりしていた自分が悪いのですが、本当にやるつもりだったのに、虐待と言われると納得できません。

A. いろいろな利用者の対応に追われ、つい「やるべきこと」が抜け落ちてしまうことは、誰にでもあります。ですが、利用者には「やってくれなかった」「無視された」「自分は大切にされていない」と受け止められてしまうのです。こうした場合は、どうして後回しになったのかを説明したり、次からは同じことがないように謝ったり、**しっかりコミュニケーションをとることが大切**です。ただし、何度も続くようであれば虐待と思われても仕方がないのです。利用者の「大切にされていない」という気持ちは、自尊心を傷つけ、施設やケア全体への不信感にもつながります。業務が多すぎて対応が追いつかない時は1人で抱え込まず、**チームに相談して対策を考えたり、施設全体での改善を求めましょう。**

身体拘束の適正化の推進

尊厳を守るため、適正な判断を

介護の現場で「身体拘束を一律に禁止する法律」は今のところありません。しかし、身体拘束は利用者の尊厳を大きく損なう行為であり、身体拘束ゼロを目指す動きは年々強まっています。

厚生労働省による制度としては、2024年度の介護報

酬改定で、**身体拘束を減らす努力をしていない施設は介護報酬が減らされるペナルティ**制度（「身体拘束廃止未実施減算」）の対象が拡大されたほか、その対象外であっても、**身体拘束の原則廃止や記録義務**が明確に定められました。

■2024年度介護報酬改定のポイント

以下の3項目について、従来からあったものは○、今回の改定で加わったものは○(新設)とする

	施設サービス	短期入所系サービス	多機能系サービス	訪問系サービス	通所系サービス	福祉用具貸与など
①身体拘束の原則廃止	○	○	○	○(新設)	○(新設)	○(新設)
②拘束時の記録義務	○	○	○	○(新設)	○(新設)	○(新設)
③身体拘束廃止未実施減算	○	○(新設)	○(新設)	×	×	×

①身体拘束の原則廃止

利用者本人や他の利用者の生命・身体を守るための「緊急やむを得ない」場合を除き、身体拘束(身体をしばる、ベッドの周囲に柵をつけて動けなくする、行動を制限する行為など)を行ってはならない。

②拘束時の記録義務

やむを得ず身体拘束を行った場合には、適正な拘束であったか検証し、再発を防止するため、次の内容を必ず記録する。

- ◎どんな拘束を行ったか(様態)
- ◎いつ、どれくらいの時間行ったか(時間)
- ◎その時の利用者の心身の状況
- ◎「緊急やむを得ない」と判断した理由

③身体拘束廃止未実施減算

身体拘束をできるだけゼロに近づけるために、次のような取り組みが義務づけられている。

- ◎3ヵ月に1回以上の委員会の実施と、その結果の周知
- ◎身体拘束を減らすための指針の整備
- ◎職員への定期的な研修

※これらの措置が1つでもとられていない場合、基本報酬が減算される。

「実際に身体拘束が行われたかどうか」ではなく、「**身体拘束ゼロに向けた取り組みをしていたかどうか**」が判断の基準になることに注意!



やむを得ず身体拘束を行う場合

満たすべき3つの要件

厚生労働省老健局の「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き」(令和6年3月)では、身体拘束が例外的に認められる「緊急やむを得ない」場合について、**切迫性・非代替性・一時性**の3つの要件で説明しています。

身体拘束を行う時は、この3つの要件をすべて満たしているかどうかを慎重に確認することが欠かせません。実際にすべての要件が当てはまることは少なく、ほとんどの場合は**ケアの工夫や対応の見直し**によって身体拘束

を避けることができます。

だからこそ、担当者数人の判断に任せるのではなく、組織的に検討・判断できるようルールを整えておくことが大切です。そのうえで、本人やご家族への説明、記録の徹底など、適正な手続きをとることが求められます。

また、この3つの要件を満たしていても、あくまでも必要最小限かつ一時的な措置にとどめ、実施後は記録をもとに「本当に適切だったか」を施設全体で振り返ることが大切です。

①切迫性

本人や他の利用者、家族や職員などの生命や身体が危険にさらされる可能性がきわめて高いこと

②非代替性

安全を守るために、身体拘束以外にとれる方法が見つからないこと

③一時性

身体拘束はあくまで一時的な対応であり、必要がなくなればすぐに解除すること

切迫性の判断の確認ポイント

本人や他の利用者、家族や職員などが、**ケガをしたり命にかかわったりするような危険が、すぐに起こりそうな状態かどうか**を確認します。

たとえば、ベッドから何度も転落しそうになっている、自分でチューブを抜こうとする、周囲に暴力をふるうおそれがある、などです。

ただし、「切迫性がある=すぐに身体拘束してよい」ということではありません。「身体拘束をしなければ生命や身体の安全が守れない状況なのか」を冷静に見極めることが必要です。

危険の内容を整理し、その判断に十分な理由があるかどうかを確認しましょう。

■この3点をチェック

●危険の具体的な内容

どのような危険にさらされる可能性が高いのか

●根拠となる情報

その判断はどのような情報にもとづいているのか

●医師の見解

医師や医療機関はその危険性をどのように評価しているのか



非代替性の判断の確認ポイント

本人や他の利用者、家族や職員の安全のためには、**身体拘束以外にとれる方法が本当にないのか**、確認します。危険なので身体拘束をするしかないと思われても、「その危険は、何か他の手段で避けることはできないか」という視点が欠かせません。

たとえば、ベッドからくり返し転落しそうな場合は、ベッドの高さを床に近づけて周囲に厚手のマットをしき。自分でチューブを抜こうとする場合は、チューブによる不快感を減らすため直接肌に触れないように固定する。このような代替手段について検討・実行したうえで、

それでも十分でなければ、身体拘束の必要性を慎重に考えます。

すべての行動には「原因」があります。その原因をできるだけ正確に把握し、対処することが大切です。本人の行動そのものは変えられなくても、**行動がもたらす危険性を下げる工夫**を行えば、身体拘束を避けられる場合はたくさんあります。

それでも身体拘束が避けられないと判断した場合には、できる限り制限の少ない方法で行い、継続的に様子を確認しながら見直しましょう。

この3点をチェック

●代替手段の網羅性

身体拘束以外の解決策は本当に1つもないか、あらゆる代替手段を考えたか

●多職種・外部との連携

施設内の多職種で検討し、必要なら外部の専門機関に相談したか

●代替手段の有効性

代替手段を使った結果について、十分に検証されているか

一時性の判断の確認ポイント

身体拘束はずっと続けるものではなく、必要がなくなったらすぐにやめなくてはなりません。

あらゆる方法を検討・実行しても、どうしても目の前の危険が避けられない場合に、初めて身体拘束を考えます。その場合でも、**身体拘束は応急的な対応であり、常に他の方法を検討**することが大切です。また、経過をこまかく観察し、必要がなくなればすみやかに拘束を解除するよう

にしましょう。

たとえば、ベッドからくり返し転落しそうで、どうしてもベッドの周囲に柵をつける必要がある場合でも、夜に眠る時だけ、環境整備が完了するまでの3日間といったように、1日のどの時間帯に使うか、何日間必要かなどを、十分に検討してください。どうしても必要な場面や時間に限って、やむを得ず行うものと心得ておくことが重要です。

この3点をチェック

●必要最低限の拘束時間

必要最低限の拘束時間を想定したか、身体拘束まかせになっていないか

●具体的な拘束時間

具体的な日数や時間を決められたか、経過次第で減らすことはできないか

●十分な検討

拘束時間の妥当性について本人や家族、関係者とよく検討したか

身体拘束に関する「記録」が義務

忙しい介護の現場では、どんなに工夫していても、「もう拘束するしかない」という瞬間が出てくる場合があります。たとえば、深夜に利用者がベッドから何度も立ち上がり、転倒の危険が迫っているような場面です。

そうした状況を理解してもらい、正しい対応だったことを証明するためにも、記録を残しておくことが重要です。その際、状況をリアルに再現できるよう、具体的にこまかく書いておきましょう。

記録の内容

●3要件(切迫性・非代替性・一時性)をすべて満たしているか

●どんな拘束を行ったか

◎拘束場所 ◎拘束する部位 ◎方法 など

●その時の利用者の心身の状況

◎表情や言葉の様子 ◎興奮・混乱・不安の有無 ◎身体の動きや体調の変化 など

●いつ、どれくらいの時間行ったか

◎1日の中でいつからいつまでか ◎何日間か など

●緊急やむを得ないと判断した理由

◎転倒や転落のおそれ ◎他の利用者への危険 ◎命に関わるリスク など

こうした記録が揃っていれば、利用者やご家族に説明する時の根拠となり、施設や職員を守ることにもつながります。外部から指摘を受けたとしても、「**当時どういう状況で、どう対応したのか**」を示すものがあれば、一方的に責められるのを防ぐことができます。保存して、いつで

も提示できるようにしておきましょう。

また、記録を残すことは「振り返り」の材料にもなります。「なぜ拘束したのか」「ほかに方法はなかったのか」を客観的に見直すことができ、次に同じような状況になった時の再発防止に役立ちます。

身体拘束を行う際の手順

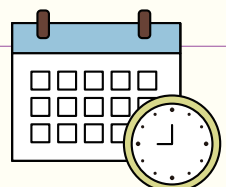
1 緊急やむを得ない場合に当てはまるか検討

◎3要件(切迫性・非代替性・一時性)すべてを満たしているかチェックする
◎担当者や少数のチームだけでなく、施設全体で検討する



2 本人、家族への詳しい説明

◎検討は本人、家族もまじえて行い、緊急やむを得ないということを理解してもらう
◎記録には、「本人、家族と一緒に検討した」「本人、家族に十分説明した」、さらに「本人、家族が同意した」という3点を残しておくことが大切



3 身体拘束の実施

◎必要最小限の方法で、できるだけ短い時間にとどめる
◎実施中は、利用者の安全や体調の変化などを継続的に観察し、記録する

4 再検討・解除

◎拘束をしている間も、利用者の状態を観察し、拘束が必要か常に再検討する
◎不要になった時点ですぐに拘束を解除する



拘束をしないための工夫

「なぜその行動をするのか」を考える

身体拘束廃止に向けた日本で最初の声明は、1998年の「抑止廃止福岡宣言」でした。マスコミの反響も大きく、その1年半後に発足した介護保健制度には「身体拘束禁止規定」が盛り込まれ、厚生省(当時)の「身体拘束ゼロ作戦推進会議」へとつながります。

このように、福岡県では率先して取り組みを行ってききましたが、現場レベルでは徹底が難しいという現状があります。利用者の様子や職員の負担を考えると事情もよくわかるのですが、身体拘束には多くのリスクがあり、結

果、職員がさらに働きにくくなる可能性があります。身体拘束を避けるための工夫は、**利用者だけでなく、職員自身のためでもある**のです。

「どうしたら身体拘束を避けられるか」を考える時には、利用者が「なぜそのような行動をするのか」に注目することが突破口になります。その行動の理由や目的を見つけれれば、対処法がわかるからです。

また、「**その行動をしても安全を確保できる状況をつくる**」という解決策もあることを意識しておきましょう。

■身体拘束のリスク

- | | |
|---|---|
| <p>①動きが制限されることで、身体的な悪影響が出る
筋力や心肺機能、感染症への抵抗力の低下、褥瘡などのリスクが高まる。</p> | <p>②本人や他の利用者の施設に対する信頼感が低下し介護が難しくなる
「また縛られるのでは」と疑いの目を向けられ、落ち着いてもらうのに余計な時間がかかる。</p> |
| <p>③本人の意思を尊重したケアを考える習慣が失われ、利用者や家族の不満が増える
利用者から「ここにいたくない」と言われたり、身体拘束以外のことで家族からクレームが入ったりすることも。</p> | <p>④3つの要件を満たさずに身体拘束を行った場合、利用者全員分の介護報酬が減算される
施設全体の評価に影響するので、職員が不公平に感じやすく、職場の雰囲気が悪くなる。</p> |

ある夜勤の日……

夜になると何度もベッドから立ち上がろうとする、足の弱い方がいる。ある晩、夜勤がひとりの時、ほかの利用者の対応に追われていると、その方がヨロヨロと廊下を歩いているのを発見。すぐにつきそってトイレへ誘導。その日は事故もなく過ごせたが、「また同じようなことがあったら、転倒するかも」「夜間は人手も少ないし危険では」と、職員間でケアの方法を話し合うことになった。



- ①ケアの課題**
夜間にくり返し立ち上がろうとする。転倒の危険がある。
- ②状態・状況の確認**
尿意がある？ 部屋が暗くて不安？ 昼寝が長くて夜眠れない？ など、環境や生活リズムを確認。
- ③本人の動機の確認**
「トイレに行きたい」「いつもこの時間は起きていた」など、本人なりの理由を把握する。ただし必ずしも本人が自覚していて言葉にできるとは限らないので、状況なども踏まえて推測する。
- ④本人の意思を尊重**
家族の話や話を聞くと、家では常夜灯をつけていたとのこと。そこで本人にも確認し、常夜灯をつけることにしたら、安心して眠れるようになった。目覚めても立ち上がろうとすることはなくなった。

身体拘束をしない介護の糸口

身体拘束をしないための工夫や事例集を読むと、「そんなにうまくいかなら苦労はないのに」と思うこともあるかもしれません。その工夫が誰にでも当てはまるわけではありませんが、ベテランの職員に話を聞いてみると、「ちょっとした工夫でうまくいった」という、びっくりするようなエピソードが出てくるのも事実です。そんな時は、

職員にとっても大きなよるこびになります。ケアの工夫は、利用者の状態やケースごとに毎回考えなくてははいませんが、ここではいくつかの例を紹介します。こうした工夫がうまくいくと利用者が落ち着きやすくなり、職員にとっても緊張や疲労を減らすことができます。

■状況別の工夫例

<p>①チューブをはずす</p>	<p>●チューブが視界に入って気になる ▶見えないようにすることで意識をそらす</p>	<p>●チューブがあたっているところが痛い ▶「Q固定」やクッション材を挟むなど、チューブが直接肌に触れないようにする</p>	<p>●固定しているテープの部分がかゆい ▶テープの素材を変えたり、部分的に清拭の回数を増やしたりして清潔な状態を保つ</p>
<p>②おむつを取る</p>	<p>●おむつが濡れている ▶排泄パターンを再確認し、早く気づけるようにする</p>	<p>●かゆい、かぶれている ▶おむつの種類を替える、ポータブルトイレや尿取りパッドなど、おむつを使わない方法も検討する</p>	
<p>③徘徊する</p>	<p>●行きたい場所がある(例:トイレ) ▶トイレへの動線をわかりやすくする、声かけを増やす</p>	<p>●体を動かしたい、落ち着かない ▶日中に軽い運動や散歩を取り入れ、心地良い程度の疲労感を与える</p>	
<p>④異食する</p>	<p>●食品とそれ以外の区別がつかない ▶部屋に食べ物以外の小物を置かない、誤飲しにくい環境を整える</p>	<p>●お腹がずいている ▶1回の食事量を減らし、食事の回数を増やす(空腹を感じる時間を減らす)</p>	
<p>⑤大声を出す</p>	<p>●うまく感情表現ができない ▶不安や寂しさによりそい、安心できるように「大丈夫ですよ」と声をかけながら背中をさする</p>	<p>●体調の不快感(痛み、かゆみ、暑さなど) ▶体の状態を観察し、痛みやかゆみの原因があれば医療者に報告する。部屋の温度や寝具、寝間着を調節してみる</p>	

Q&A 実際の工夫例

Q 食事の際、食べるのを嫌がったり、何度も席から離れたりしてしまう利用者がいます。いすに固定すると身体拘束になってしまうと聞きました。どうしたらいいですか。

A. 食事がとれないと、必要な栄養や水分が不足してしまうので心配になりますが、食べるのを嫌がるのには必ず何か理由があります。「うまく飲み込めなくて苦痛に感じている」かもしれないので、食べやすい形態(やわらかくしたり細かく刻んだり)に変えてみて、様子を見ましょう。

また、「もっと食べて」「こぼさないで」といった声かけがストレスになり、食事の時間を「嫌な時間」と感じている場合もあります。どんな声かけをしていたかを振り返ったり、1回の食事の量を減らして完食しやすくしたりして、食事の時間を「楽しい時間」に変えていきましょう。

どんな言葉が虐待になるのか

言葉の暴力が心を壊す

思わず口にした一言が、実は「言葉の虐待」になってしまふことがあります。介護の現場は思うようにいかない場面も多く、アレもコレもやらなければならない中で、トイレに時間がかかる利用者に「早くして」と言ってしまうたり、食事を嫌がる利用者に「みんなはちゃんと食べてるよ」と声をかけてしまったり――。

そのひと言で「自分はみんなと違ってダメなんだ」と落

ち込んでしまったり、「トイレに行きたくない」と拒むようになつたりする利用者もいます。気づかないうちに利用者の心を傷つけ、結果的に大声を出す、徘徊するといった、対応の難しい行動につながることもあります。

言葉の使い方に注意することは、**利用者の心を守る**だけではありません。**職員自身**にとっても、トラブルが減って**働きやすさ**につながるのです。

■「言葉の暴力」たとえばこんな時

- **おむつ交換** ▶ また汚したの？/なんでもう少しガマンできないの/いつまで迷惑かけるの
- **トイレ** ▶ 急いで/まだ終わらないの？/自分でできないなら行かなくてもいいでしょ
- **食事** ▶ まだ食べ終わらないの？/子どもみたいにこぼして/食べないならもういらねえよ
- **ナースコール** ▶ これくらいのことで呼んだの？/(不快な声で)なに？/あとで行くって言ったでしょ

- **入浴** ▶ 自分で体も洗えないの？/早くして、待ってる人がいるんだから/面倒くさいなあ
- **着替え** ▶ まだ終わらないの？/そんなこともできないの/いつまで人に頼るの
- **移動(歩行・車いす)** ▶ どうせ歩けないんだから/遅いなあ、早くして/もう歩かなくていいんじゃない?
- **居室での声かけ** ▶ まだ寝てるの？/何度も同じこと言わせないで/もう何をしても無駄でしょ

忙しい時こそ気をつけよう「スピーチロック」

言葉によって利用者の行動の自由を奪うことを「スピーチロック(口で縛る)」と言います。

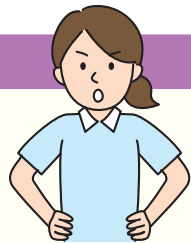
たとえば、足の弱い利用者が立ち上がろうとしているけれど今は手がはなせない……そんな時に思わず「座ってて!」と強い口調で言うことがあります。こんな言葉は利用者の行動を制限するだけでなく、「怒られ

た」と心を縮こまらせることがあります。結果として、信頼関係が崩れてしまうことさえあるのです。

つい強い口調で言うってしまった時は、「ごめんなさい。危なかったから、つい言ってしまいました」「すみません、大丈夫でしたか?」と一言フォローするだけで、利用者の安心感は大きく変わります。

スピーチロックの例

- **利用者が自分で歩こうとした時** ▶ 「勝手に立たないで」
- **食事中に箸を落として、利用者が自分で拾おうとした時** ▶ 「やめて!」
- **利用者が食事中に手で食べようとした時** ▶ 「なんでそんなことするの?」



日頃から気をつけること

利用者の疾患を把握しよう

たとえば認知症のある方は、突然大声で暴言を吐くことがあります。これは**脳の機能の低下によって起こる症状**のひとつですが、それを知らずに必死になだめようとすると、かえって興奮を強めてしまうことも少なくありません。まして「いいかげんにしろ!」などと返してしまつては、状況はさらに悪化してしまいます。

暴言を吐かれてもすぐ反応せず、少し距離をとって見

守つたことで、数分後には落ち着きを取り戻す例もあります。**疾患の影響を理解**していれば、「今は様子を見よう」と冷静に行動できるようになります。

たしかに何度も暴言を浴びせられると、職員の心も削られていきます。しかし「これは認知症のせい」と知っていれば真正面から受け止めずに済み、効果的なケアだけでなく、**自分自身の心を守る**ことにもつながります。

認知症ケアのスキルを高めよう



2024年に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(通称「認知症基本法」)の基本計画において、「**新しい認知症観**」が示されました。今までの「認知症になると何もできなくなる」という考え方ではなく、「認知症の方にもできる事・やりたい事がある」という点に軸を置いた取り組みです。認知症の症状には、大きく分けて「中核症状」と「行動・心理症状(BPSD)」(左図参照)の2つがありますが、これらを正しく理解すると同時に、**認知症になっても失われない個性や、能力を活かす事**を考えていきましょう。

また、認知症にも原因などの違いによって種類があり、以下の5つに分類することができます。

■認知症5つの特徴と対応

- | | |
|--|--|
| <p>1 アルツハイマー型認知症
 特徴: 軽いもの忘れから始まり、徐々に記憶や判断力が低下していく/徘徊が見られることも多い
 対応: 言ってくることを全部を頭ごなしに否定しない/相手が納得できるように言葉やそれ以外の方法を用いて説明する/行動をよく見守る</p> | <p>2 血管性認知症
 特徴: 脳血管の障害によって起こり、正常な部分とそうでない部分がはっきりしている
 対応: 本人にできることは任せる/苦手な部分だけをさりげなく補う</p> |
| <p>3 レビー小体型認知症
 特徴: 幻視や幻覚が出やすく、パーキンソン症状(体の動きが不安定になるなど)が見られる
 対応: 部屋を明るく保ち不安を減らす/段差をなくして転倒を防ぐ/否定せず安心できる声かけをする</p> | <p>4 前頭側頭型認知症
 特徴: 感情を抑えたりルールを守ったりすることが難しくなり、自分本位な行動が目立つ
 対応: 注意や説得は逆効果になることが多い/本人のこだわりを活かした役割や日課を取り入れる</p> |
| <p>5 その他の認知症(アルコール関連、外傷性など)
 特徴: 原因によって症状がさまざま、進行の仕方も異なる
 対応: 本人の背景(生活歴)や病歴をふまえ、医療者と情報共有・連携しながら対応を工夫する</p> | |

ふとした言葉で傷つくことも

日頃の介護では、とくに利用者の安全・安心に心を配っていることと思います。それは本人はもちろん、ご家族にとっても大きな安心につながっています。その一方で、利用者の行動は予想がつかない場面も多く、気持ちに余裕がない時もあるでしょう。

そんな時、「利用者のためを思って」とっさに出た言葉が利用者の心を傷つけ、自信をなくさせたりすることがあります。

また、「優しさ」のつもりでかけた「しっかり食べられた

ね」「上手にできたね」という言葉でも、「バカにされた」と受け止められることがあり、こうした小さなすれ違いが積み重なると、利用者は心を閉ざしてしまいます。

しかし、逆に「安心できる」「信頼できる」と感じてもらえれば、利用者にとっても職員にとっても、負担の少ないスムーズなケアにつながります。



■こんな時は注意!

①職員が少ない、対応することが多いなど忙しい時

やるべき業務が多く時間に追われたり、1人で見なければならぬ利用者が多いと、つい「早くして」「いま忙しいから」と強い口調になる。

②同じ行動がくり返される時

何回も同じことを聞かれたり、部屋に戻しても戻してもまた徘徊されたりすると、「さっきも言ったよね」「何回言ったらわかるの」とイライラが言葉に出てしまう。

③介助がうまく進まない時

食べ物を口に入れても飲み込んでもらえない、立ち上がりを拒まれるなど、思うように進まない、「どうしてできないの?」「もう手伝わないよ」と、つい投げやりな言葉が出る。

敬う気持ちを忘れない

どんな人にも、子どもの頃の思い出があり、これまで過ごしてきた人生の歴史があります。

楽しいこと、つらいこと、家族との時間や、仕事に打ち込んだ日々。目の前の利用者も、あなたと同じように笑い、悲しみ、歩んできたひとりの人間です。

そのことに思いをめぐらせると、自然と敬う気持ちが言葉に表れるはずで

「自分や、自分の家族がこんなことを言われていたら

と想像してみたり、利用者がかつてどんな仕事していたのか、どんな家庭だったのか、どんな思い出があるのかなどのお話を聴いて利用者のパーソナリティを知ったりすると、言葉づか



聞こえないから大丈夫?

言葉の暴力は、直接本人に向けられたものだけではありません。もどかしさからつい漏れた「あーあ」という独り言、利用者がいないと思って同僚にこぼした「マジでやってらんない……」、ドアを閉めたから聞こえないと思って言った「これくらい自分でやれよ」——こうした言葉も、実は耳に届いていることがあります。

また、ほかの利用者がそれを耳にして「自分もあんなふうに言われているのか」と思ってしまいます。

認知症でも、負の感情は伝わります。「認知症だからわからないだろう」「独り言だから大丈夫」と思っていると、思わぬところで利用者を深く傷つけてしまうのです。どんな場面でも言葉には注意しましょう。

MORE TO KNOW

こんなふう言い換えよう!

忙しい時こそ、ついついきつい言い方になることがあります。そうならないためには、「言い換え」表現を知っておくと安心です。無理に覚える必要はありません。「これはいいな」「なるほど」と思えるものを少しずつ取り入れ、自分なりに使える表現を増やしていきましょう。

状況 今はちょっと手が離せない……

- きつい言い方
「ちょっと待ってて!」
- 言い換え例
「〇〇さんの次に行きますね」
「あと〇分くらいしたら行きますね」

ポイント ただ待たされるのではなく、「順番が来る」とわかれば安心できる。落ち着いて待ってもらうことができ、その後の対応もしやすくなる。

状況 ごはんを食べてくれない/食事が遅い

- きつい言い方
「早く食べて」
- 言い換え例
「ゆっくり食べてくださいね」
「今日のメニュー、〇〇さんのお口に合うかな」

ポイント 急かされるとますます進まない。安心して食べられると結果的に食事がスムーズに進み、誤嚥のリスクも減る。味の感想を聞いたり、少しおしゃべりをして「楽しい時間」と思ってもらうのも効果的。

状況 またベッドから立ち上がろうとしている……

- きつい言い方
「ダメだってば!」「さっきも言いましたよね?」
- 言い換え例
「どうされましたか」
「どこか行きたいところがありますか」

ポイント 同じ行動でも理由はさまざま(部屋が暗くて不安、トイレに行きたいなど)。頭ごなしに否定せず、本人の思いを確認することで信頼関係が深まる。結果的に危険行動も減っていく。

状況 「ご飯はまだ?」「〇〇さんは今日はいないの?」など同じ質問を繰り返す

- きつい言い方
「さっきも言ったでしょ」「〇〇さんは休み!」
- 言い換え例
「ご飯は〇時からだから、もう少し後ですね。時間があるのでテレビでもつけましょうか」
「〇〇さんは、〇曜に来ますよ。安心してください」

ポイント くり返しは「不安のサイン」。ご飯も〇〇さんも「また来る」ということをていねいに説明すると、安心して落ち着きやすくなる。テレビの話や、「〇〇さんは先日××に旅行に行ったそうですよ」など違う話題を振って意識をそらすのも有効。また、職員とコミュニケーションをとりたくて質問を重ねている場合も。

忙しい時こそ「急がばまわれ」。あえてゆっくりと、ていねいに説明するのがポイント!



ていねいに話しても、実際には30秒もかからないことも多いのでは? その後の介護がスムーズになるのなら、この30秒はかける価値アリ!

介護・世話の放棄

「虐待」と聞くと、多くの人がまず思い浮かべるのは、身体拘束や言葉による虐待など、相手に「何かをして」傷つける行為かもしれませんが、しかし、「ナースコールで呼ばれたのに行かない」や「おむつが汚れているのに取り替えない」といった、「何かをしない」ことも、虐待になります。

こうした、必要な介護や世話を行わず放置することをネグレクト(放棄・放任)と呼びます。「何も危害を加えていないから虐待ではない」と思っていると、思わぬところで「そ

れはネグレクトだ」と指摘され、トラブルに発展することもあります。

また、そうした「ほったらかし」の状態は、利用者に「自分の存在が無視されている」「自分は価値のない人間なんだ」という気持ちを抱かせ、心を、尊厳を深く傷つけます。そんなつもりはなく「**ついうっかり**」だったとしても、それが**何度**も**続くとネグレクトと判断**され、職員や施設への信頼は失われてしまうので、改善策を見つけることが必要です。

身体的ネグレクト

●必要な介護や環境整備をしないことで、身体的な苦痛を与えること

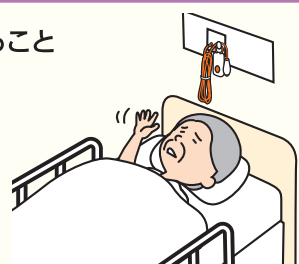
- ◎栄養や水分を十分に与えない/適切な栄養管理を怠る
- ◎おむつや衣服が汚れているのを放置する/入浴・清拭を行わない/必要な体位変換をしない
- ◎部屋を暑すぎる、寒すぎるという状態のままにする/室内のゴミや悪臭をそのままにする



心理的ネグレクト

●無視や放置などによって、利用者に不安感や孤立感を与えたり、心を傷つけたりすること

- ◎ナースコールを手の届かないところに置く/声をかけずに長時間放置する/話しかけても返事をしない
- ◎理由なく外出させない/必要なメガネや義歯、補聴器などを使わせない
- ◎利用者の暴力行為を放置し、他の利用者を不安にさせる
- ◎他の職員の虐待行為を放置し、利用者を不安にさせる



医療的ネグレクト

●必要な医療的対応や観察・報告を怠ることで、健康状態の悪化を招くこと

- ◎医療が必要な状況なのに受診させない/救急対応を行わない
- ◎処方された薬を服用させない/薬による副作用を放置する/処方どおりの治療食をとらせない
- ◎褥瘡や発熱などの症状を報告せず、医療者との連携を取らない



Point!

特に注意が必要なのは「**おむつ交換の放置**」と「**入浴・清拭ケアの放置**」です。この2つは忙しさや人員不足の影響を受けやすい上に、利用者の尊厳に特に深く関わることです。また身体的にも、褥瘡や感染症のリスクが高まります。もし、忙しさや人員不足の影響でこれらのケアが追いつかない場合は、施設としても大きな問題なので、管理者を含め、施設全体の問題として改善策を講じることを求めましょう。

自分の心と体のメンテナンスを

疲労や睡眠不足が心に及ぼす影響

いつもはちゃんとできるのに、今日はつい「さっきも言ったでしょ!」「いいから待ってて!」と強く言ってしまった——。あとで思い返して、罪悪感や自己嫌悪にとらわれることもあるでしょう。それは決して、あなただけではありません。

この背景には、多くの場合、たまった疲れや睡眠不足、さまざまなストレスが関係しています。これらは、集中力や判断力を低下させるだけでなく、心にも大きな影響を与えるのです。

相手の気持ちによりそう余裕がなくなり、「面倒くさい」「何もしたくない」「さっさと済ませたい」という思いが先に立ってしまいます。また、考え方も**マイナス思考**になり、いつもなら気にならないことに**落ち込んだり、イライラし**

たり、被害者意識が強くなったりします。

徘徊していても「大丈夫だろう」と勝手に判断して見て見ぬふりをしたり、清拭を雑に終わらせたり、うっかりミス素直に謝ることができなかつたり……。そんな「いつもならしない」対応をしてしまう引き金になるのです。

疲れや睡眠不足は、あなたの心を弱くします。だからこそ大切なのは、まずあなたの身体が元気であること、そして心が健康であることです。自分の身体と心は、自分でメンテナンスするしかありません。

自分をケアすることは、虐待を防ぐためだけでなく、「また明日も、利用者さんにしっかり向き合おう」と思える力を取り戻すことにもつながります。

■ストレスマネジメント

①身体的ストレス 最近なんだかイライラする/疲れている/朝からずっと眠い

- ◎とにかく寝る(仮眠がとれるなら短時間でもとる)
- ◎休みをとる(休みをとらなくても、「自己管理」は業務上も必要なこと。それが利用者や同僚のためにもなるとわりきる)
- ◎シャワーではなく湯船につかる(睡眠時間を多少削ってでも入浴した方が、質の高い睡眠を得られる)

②精神的ストレス またあの職員と一緒にだ/この利用者ちょっと苦手なんだよな/相談できない

- ◎紙にその気持ちや理由を書き出す(言葉にすることで問題点が客観的に見えてくる)
- ◎信頼できる人に話す(話すことで気持ちが整理される)
- ◎「自分で変えられること」「変えられないこと」を書き出し、変えられることは実践する。変えられないことは「仕方がない」と腹をくくる。または視点を変えて自分なりに受け流す方法がないか、書き出してみる。

■イライラが爆発しそう! そんな時の対処法

1 深呼吸する・その場から少し離れる

まずは「反射的に反応しない」ための時間をつくります。

2 自分の感情に意識を向ける

感情を「客観的に見る」ことで、感情に流されず冷静なれます。「怒ってはいけない」と抑え込むのではなく、自分の感情や状況をそのまま認めることがポイント。

3 その感情がなぜ起きたのかを考える

原因がわかると、誰かが悪いのではなく「状況のせいだ」など、その背景を整理できます。

4 あとで文字に書き出す

「自分はなぜそう感じたのか」を言葉にすることで、対処の方向性も見えてきます。同時に、がんばっている自分を褒めたり慰めたりして、今の自分を認めてあげましょう。

5 解決できる場合は原因を取り除く・誰かに相談する・うまく付き合う方法を考える

原因に合った対処ができれば、同じようなことがあった時にも、落ち着いて対処できるようになります。

虐待をしてしまったら

1人で抱え込まない

人手不足で夜勤が増え、疲れきった毎日。出勤すると利用者の家族からクレームを受けた。前に伝えていたことなのに……とモヤモヤしていると、認知症の利用者が「財布を盗られた」と騒ぎ出す。またか……と、いつもの場所から財布を出して「ここにありますよ」と手渡すと、「お前が盗ったんだろう!」と財布を顔に投げつけられた。思わずカッとなり、気づけば利用者を突き飛ばしていた……。転倒した利用者を抱え起こしてその場を離れたが、後で冷静になると「ケガしてなかった?」「自分は虐待をしたのでは?」と不安と罪悪感に襲われる――。

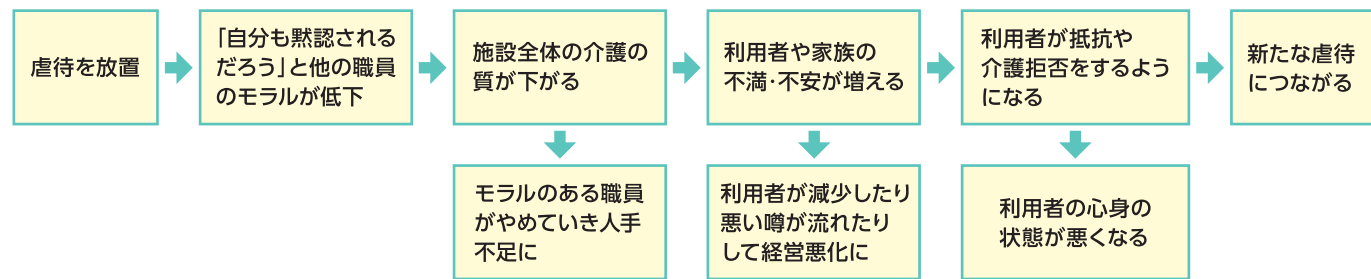
こんな時、「自分で何とかしなきゃ」「バレないようにしなければ」と、1人で抱え込んではいけません。

虐待が起こるのは、必ずしも職員1人のせいではないのです。施設全体で工夫・改善しなくてはならないことはたくさんあります。環境や体制に原因があるなら、それを見直すことが必要です。それもなるべく早く。

小さな虐待でも、日常化すると次第に大きな問題へと発展します。職員のモラルの低下を招き、施設全体の介

護の質が下がり、利用者や家族の信頼を失います。介護はより難しいものになり、さらに虐待が増えるという悪循環に陥ります。そうなると、「次は絶対にしない」と決意しても、個人の努力だけでは止められなくなるのです。

また、**相談は「自分を守るための行動」**でもあります。利用者や家族のためだけでなく、自分のため、そして安心して働ける職場のためにも、必ず上司や同僚、医療者などに相談してください。



■カウンセリングや精神科・心療内科のサポートを

介護職員はみな、「虐待をしてはいけない」ということは十分に知っています。だからこそ、思いがけず虐待をしてしまった時や、自分が虐待の指摘を受けた時には、大きなショックを受けます。自分で冷静に振り返って「あれってもしかして虐待だった?」と気づいた時も、**認めたくない**気持ちと同時に、**不安と恐怖**の思いがわき起こります。

そんな時は、上司や医療者に相談することに加えて、カウンセリングや精神科・心療内科のサポートを受けましょう。これは**「自分を守るために必要な行動」**です。

心が不安定な時には、自分を必要以上に責めてしまったり、「自分はダメな人間だ」と深く落ち込んで抑うつになったりしてしまいます。

介護の現場では、心や身体の負担が大きく、誰もが限界を感じる瞬間があります。「虐待をしてしまったあなた」の心も傷ついているのはたしかなのです。

一方で、「虐待」という言葉に何も感じなくなっている場合も危険です。過酷な現場環境に慣れすぎて、冷静な判断ができなくなっている可能性があります。小さな不適切な対応を「仕方ない」と受け流すようになると、それが日常化し、気づかないうちにエスカレートしてしまうこともあります。

「感じすぎる」時も「感じなくなる」時も、心が壊れかけているサインです。早めに専門家の助けを借りることが、次の虐待を防ぎ、**自分の心を取り戻す**一歩になります。

介護拒否をされたら

なぜ介護拒否が起きるのか

介護拒否は、利用者本人にとってリスクがあるだけでなく、**対応を誤ると虐待につながる可能性**があり、現場にとって深刻な問題です。たとえば入浴介助で嫌がられてつい「いい加減にしてよ!」と言ってしまったり、腕を無理に引っばってしまったり――。

拒否が続くと、自分の努力が否定されたような無力感

や、やるせなさを感じるでしょう。しかし、介護拒否には必ず「理由」と「背景」があります。「拒否」は明確な意思表示です。利用者の背景に思いをめぐらせ、理由を探り、思いを知ることが解決の手がかりです。

客観的に受け止めて対処法を探ることで、職員の心の負担も軽くなります。

介護拒否のさまざまな理由と対処の例

①セルフネグレクト

身の周りのことを自ら行おうとしない状態。生きる気力の低下や「どうでもいいや」といった無気力感が背景にあることが多い。



②認知機能の低下

状況が理解できず、介護の必要性がわからないことによる拒否。「知らない人に突然触られた」と感じ、不安や恐怖から抵抗することもある。



③羞恥心

入浴・着替え・排せつなどの場面では、「見られたくない」「触られたくない」という恥ずかしさが強く出ることがある。



④自立心やプライド

「自分でできる」という思いが強く、人の手を借りることに抵抗感を持つケース。長年の生活習慣や自負が影響していることも多い。



⑤体調や薬の影響

体調不良や薬の副作用による「食欲がない」「体がだるい」といった状態が背景にあり、それを言葉で伝えられず拒否につながることもある。



⑥その他

職員の交代など、「いつもと違う」環境の変化がストレスとなり、拒否行動として表れることがある。

■認知症の方の介護拒否

介護拒否の中でも、認知症の方への対応には特に注意が必要です。認知機能の低下により「なぜ介護が必要なのか」を理解できず、状況を飲み込めない場面が多くあります。

また、自分の思いや状況を言葉でうまく伝えられず、結果として「拒否」という形で表れることもあります。

一見、おかしい行動に見える場面でも、**本人には本人なりの「見えている世界」と「強い思い」**があり、そうした状況で無理に介護を進めると、「無理じいされた」と否定的

な感情を抱かせ、拒否が強まることもあります。

一方、介護の必要性は理解していても、**過去のマイナス体験**が影響して拒否につながるケースもあります。たとえば「食事でもせて苦しい思いをした」などの記憶が残っていると、食事そのものに恐怖心が生まれ、介助に抵抗を示すようになります。



介護拒否の対応方法

実際に介護拒否が起きてしまった時には、「なぜ嫌がるのだろう」「これまでと違うところはないだろうか」と考え、理由や背景、変化を探るところから始めましょう。そのうえで、利用者の気持ちによりそい、ていねいにコミュニ

ケーションをとることが、スムーズな介護につながります。理由を理解した上での対策がとれば、「この人なら安心して任せられる」「この施設でよかった」と感じてもらえるようにもなります。

体調や環境の変化を確認する

- ◎「具合は悪くないですか」「どこか痛いところがありますか」など、本人が自覚していることをまず聞く。
- ◎薬が変わった、いつもと音楽が違うなど、これまでと違う点がないかを確認する。
- ◎ほかの職員が変化やきっかけを知っている場合もあるので、情報を共有する。

▶ 体調や環境の変化が原因であれば、根本的な解決につながり、再発も防ぎやすくなる。

介護の必要性や、何を行うのかを、具体的にわかりやすく説明する

- ◎事情を聞いたうえで、なぜ介護が必要なのかをていねいに伝える。
- ◎「自分は今、何をされようとしているのか」がわかっていない場合もあるので、たとえば食事なら箸を握ってもらい、状況を理解してもらう。
- ◎名前を呼びかけたり、声の大きさやトーンを変えたりして、反応を見ながら話しかける。
- ◎「今日のおかずは〇〇さんの好きな××ですよ」といったように、具体的な表現に変えてみる。

▶ 何をされるのかがわかると、不安が減って「受け入れてみよう」と思える可能性が高まる。

無理強いせず、本人の意思を尊重する

- ◎「いつもやってるでしょ!」のように高圧的になったり、「もう時間ないよ」と急かしたりせず、本人のペースに合わせる。
- ◎「前の入浴の時にイヤな思いをした」など拒否の理由や背景がわかっている場合には、「部分的に洗いましょうか」「今日は清拭だけにしておきましょうか」などと提案してみる。

▶ 本人の意思が尊重されると、「自分の思いが通じている」という安心感につながり、信頼関係も深まる。

タイミングを見て、何度かに分けて声かけをする

- ◎拒否されたら、しつこくしないようにする。
- ◎1回は拒否されても、タイミングを見て再び声をかけると、すんなり受け入れられることもある。
- ◎1回の拒否で焦らず、「タイミングが悪かっただけかも」と考えると、気持ちが少し楽になり、その間に「次はこうしてみよう」と工夫ができる。

▶ 職員が焦らず対応できるようになると、利用者との関係もこじれず、次のステップへ進みやすくなる。

「1人の人間対人間のコミュニケーション」だと思って接する

- ◎利用者に対して、「言うことを聞かせよう」「動かそう」として、強要したり脅したりすると逆効果になる。
- ◎理由や背景に注目し、「こういう言葉をかけたら状況が伝わりやすいのでは」「このタイミングなら行動しやすいのでは」と考え、声かけを工夫する。
- ◎本人の発言や行動の裏には、「言いたいけれどもうまく表現できない本音」が隠れていることも多いので、やりとりの中で「本当にイヤなことは何なのか」「本当はどうしたいと思っているのか」を引き出す。

▶ 「介護する側」と「される側」という関係ではなく、対等な人と人として向き合う姿勢が、信頼関係の土台になる。



利用者による暴力行為

自分の身を守ることが最優先

職員による利用者への虐待が問題になる一方で、職員が利用者や家族から受ける暴力やハラスメントも、現場では深刻な問題になっています。

「〇〇しろって言うてるだろ」「さっさとしてよ」といった暴言にはじまり、物を投げつける、叩く・蹴るといった身体的な暴力や、身体を触るといったセクシュアルハラスメントまで、その形はさまざまです。

本書では繰り返し「利用者やその家族の意思を尊重する」と述べてきましたが、こうした暴力やハラスメントに対しては、**プロの介護職員として、きっぱりとNOを示す**ことが重要です。

被害にあった時には、なによりもまず、自分の身を守ることを最優先してください。そして、すぐに上司へ報告し、組織全体で対応・対策をとるようにしましょう。

もし被害にあったら

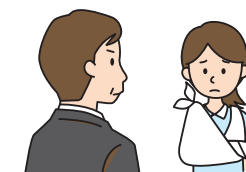
1 その場での対応

- ◎やめるようにはっきりと伝える
- ◎声を低くし、冷静に話ができるように誘導する
- ◎暴言を録音できそうな時は録音する
- ◎身に危険がおよびそうな時は、介護中でも中断し、すぐにその場を離れる／助けを呼ぶ



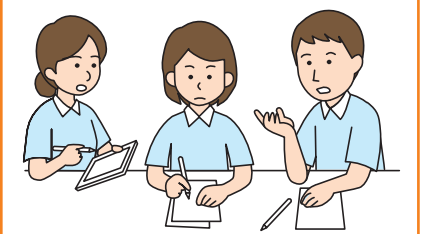
2 報告とその後の対応

- ◎上司へ、状況(場所、時間、誰に何をされたか)を報告する
- ◎外傷がある場合は写真を撮る
- ◎上司の指示のもと、状況によっては警察に通報する
- ◎必要に応じて医療機関を受診する(労災がおりる可能性があるため、健康保険証は使わず、診断書の原本をもらう)
- ◎ここまでの一連の出来事と結果を記録しておく



3 対策

- ◎同様の暴力やハラスメントが起きないように、職員間で情報を共有する
- ◎ケアの方法や声かけ、環境の工夫など、再発防止策をチームで話し合う
- ◎本人の認知症の有無や行動の背景をふまえ、医療者と連携して対応策を検討する



精神科医のサポート

暴力やハラスメントを行った本人の認知症の有無や、意識障害などの状況によっては、警告よりもむしろ**治療が必要な場合**があります。

「認知症だから仕方ない」「ガマンするしかない」と受け止めるのではなく、医療者と連携し、暴力行為を抑えるための薬物療法などを検討することが重要です。

一方で、**被害を受けた職員自身の心身の状態も大切**

です。暴力行為やセクハラを受けること自体が恐怖であり、精神的にショックを受けます。PTSD(心的外傷ストレス障害)になる可能性もあり、また「自分のケアが力不足だからだ」などと自分を責めてしまうこともあります。

被害にあったら決して1人で抱え込まず、上司や同僚に相談しながら、必要に応じてカウンセリングや精神科・心療内科を受診するようにしてください。

虐待行為を発見したら

職員の通報が義務

利用者への虐待行為を発見した場合、職員には、市町村に通報する義務があります。これは「高齢者虐待防止法」という法律の定めるもので、くり返し殴る・蹴るなど明らかに虐待と思えるものはもちろん、威圧的な声かけ（「早くしろって!」「なんでできないの!」）などの「これって虐待?」と思うようなことでも通報することが求められています。

通報によって「**通報者に不利益があってはいけない**」「**通報者の個人情報を守られる**」ということも定められていますので、ためらわず通報してください。逆に、虐待を見て見ぬふりをしたり、通報しなかったりすると、「通報義務

違反」で職員自身が責任を問われる可能性があります。「**確認がないから**」「**たまたまイライラしていただけだろう**」「**コミュニケーションの一環かもしれない**」とためらう必要はありません。あくまで「**疑いのある段階**」で**通報**すればよく、実際に虐待であるかどうかの判断や調査は、市町村や地域包括支援センターなどの外部機関が行います。

利用者に一番近いところで日々接しているからこそ、職員はいち早く気づける立場にあります。その気づきを行動につなげることこそが、利用者の生命や尊厳を守るために求められている大切な役割です。

■高齢者虐待に関する通報・相談窓口

①**各市町村の担当課**：各市町村にある高齢者福祉を担当している課で、虐待対応の中心的な窓口です。「地域保健福祉課」など名称は自治体によって異なります。「〇〇市 **高齢者虐待通報**」などで検索しましょう。

②**担当の地域包括支援センター**：現場に最も身近な相談先で、県内各地に212カ所（2025年4月1日現在）があります。担当するセンターはエリアごとに決まっているため、**施設所在地を管轄するセンター**に相談しましょう。

③**警察(110番・最寄りの警察署)**：生命や身体への危険が切迫している場合（暴力が続いている、命に関わるおそれがあるなど）は、ためらわず警察に通報します。

④**福岡市限定、休日・夜間の窓口**：
【福岡市】**休日・夜間** 高齢者虐待通報ダイヤル
0800-123-9563
平日 17:00～翌朝9:00
土日祝・年末年始 9:00～翌朝9:00

刑罰の対象になることも

■刑法に触れれば犯罪

利用者への虐待は、「介護の問題」や「職場の指導だけで済む話」とは限りません。行為の内容によっては、刑法に触れる「犯罪」として扱われ、**逮捕・起訴される可能性**

があります。たとえ介護の現場で起きたことであっても、利用者の身体や尊厳を傷つける行為は、一般社会と同じく刑事責任を問われます。

■罪に問われうる状況の例

(例1) 利用者の腹や背中などをくり返し殴った ▶ 暴行罪

(例2) 利用者の足を踏みつけるなどして全治2週間のけがを負わせた ▶ 傷害罪

(例3) 衰弱している利用者に診察を受けさせず放置した ▶ 保護責任者遺棄罪

(例4) 居室で自分の性器を触らせたり、同意や必要性もなく性器を触った ▶ 強制わいせつ罪



MORE TO KNOW

つらい時はSOS!

●相談する

- ◎同僚や上司など、信頼できる人に早めに相談しよう
- ◎ささいなことでも大丈夫。話してみよう
- ◎あっさり解決することもあるし、そうでなくても、1人で抱えるよりずっと気が楽になる
- ◎「相談できる人がいない」という時は、まず信頼できる人を見つけよう。相談ではなく「質問」の形から始めると、その回答の仕方から見えてくることもある
- ◎「相談したくない」時は、何がブレーキになっているのか、自分の心を見つめてみよう

●相談を受け止める

- ◎相手の話を否定せず、まずは受け止めよう。アドバイスは話を最後まで聴いてから
- ◎「忙しいからあとにして」ではなく、「〇時以降だったら時間とれるよ」と具体的に伝えよう
- ◎話しやすいように、日ごろから声をかけてコミュニケーションをとろう
- ◎誰にも相談できない時、人は孤独になる。解決できなくても「話を聴いてくれる人がいる」というだけで救いになることも

赤の他人だからこそ話せることも

「ただ話を聴いてほしい」「こんなこと誰にも言えない」……という時はカウンセリングがオススメです。

ストレスは溜めない!

●ストレス解消法

- ◎一緒にいて「楽しい」「気がラク」と思える人とお喋りする
- ◎押し活や没頭できる趣味など、頭の中を「楽しい」でいっぱいにする
- ◎ひとりカラオケ（歌ったり大声を出したりするのは効果的）
- ◎スポーツや筋トレなど、汗をかくまで身体を動かす
- ◎日帰り旅行や知らない町を散歩するなど、「いつもと違う風景」を見に行く
- ◎好きなアーティストのライブ映像や映画をひたすら観まくる



メンタルクリニック(精神科・心療内科)受診のタイミング

●こんな時は必ず専門家に相談を!

- ◎眠れない、寝ても何度も目が覚める
- ◎理由もなく涙が出てくる
- ◎何をしてもイライラや不安が治まらない
- ◎感情のコントロールが効かず自虐的・暴力的になる
- ◎出勤しようとするとうずくまる、体が動かなくなる
- ◎「好きだから・おいしいから」お酒を飲むのではなく「気が紛れるから」という理由でお酒を飲み続けてしまう
- ◎極端に食べ過ぎる、何も食べたくない日が続く

こんな症状が2週間～1ヵ月以上続いたら、早めに精神科や心療内科を受診しましょう。心が「助けて」と危険信号を出しているサインです。2週間以上続いていなくても、人間関係や日中の生活に支障が出ていたら、必ず受診してください。

まずは、自分が通いやすい範囲にあるクリニックを検索してみましょう。



高齢者虐待防止に関する用語の解説

■基本概念・定義

【虐待通報義務】虐待を発見した場合、市町村への通報が義務付けられている

【高齢者虐待】高齢者に対する不適切な扱い全般。身体的虐待、心理的虐待、介護・世話の放棄、経済的虐待、性的虐待の5類型に区分される

【身体拘束】行動を制限するために身体を拘束する行為。原則禁止

【セルフネグレクト】本人が自己管理できず、生活が破綻する状態

【ハイリスク家庭】虐待発生の可能性が高い家庭環境

【リスクアセスメント】虐待リスクを評価・予測する手法

■法律・制度

【運営基準違反】虐待行為や不適切ケアが法令違反と判断される状態

【介護保険法】介護サービス提供のルールを定める法律

【家族支援施策】養護者の負担軽減を目的とした施策

【緊急保護】生命に危険がある場合、即座に避難・入院手配を行う

【高齢者虐待防止法】高齢者への虐待を防ぐための法律。通報義務や市町村の対応を定める

【資格停止・取消】介護福祉士が虐待を行った場合の行政処分

【成年後見制度】判断能力が低下した人の権利と財産を守る仕組み

【第三者評価】外部機関による施設運営の評価

【内部通報制度】施設内の不正行為や虐待を匿名で通報できる仕組み

【任意後見制度】将来の判断能力低下に備え事前に後見人を選ぶ制度

【防止指導(行政指導)】虐待が疑われる施設への改善勧告

■介護現場・予防の仕組み

【アセスメントシート】生活状況を評価する記録。虐待リスクの把握に有効

【インシデント報告】事故に至らないヒヤリ・ハットの記録

【感情労働】感情のコントロールや忍耐などが求められる労働

【クライシスマネジメント】緊急的な危機場面への対応

【ケアカンファレンス】多職種が集まり利用者支援を検討する会議

【ケースレビュー】過去事例を分析し改善すること

【人員配置基準】人手不足が虐待リスクにならないよう定められた枠組み

【タイムプレッシャー】時間に追われること

【バーンアウト(燃え尽き症候群)】長期間のストレスで心身のエネルギーが尽き、やる気を失ってしまう状態

【ヒヤリハット分析】事故予兆から虐待リスクを検証する

【不適切ケア】虐待には至らないが、望ましくないケア全般

【ミスコミュニケーション】意思疎通のズレ

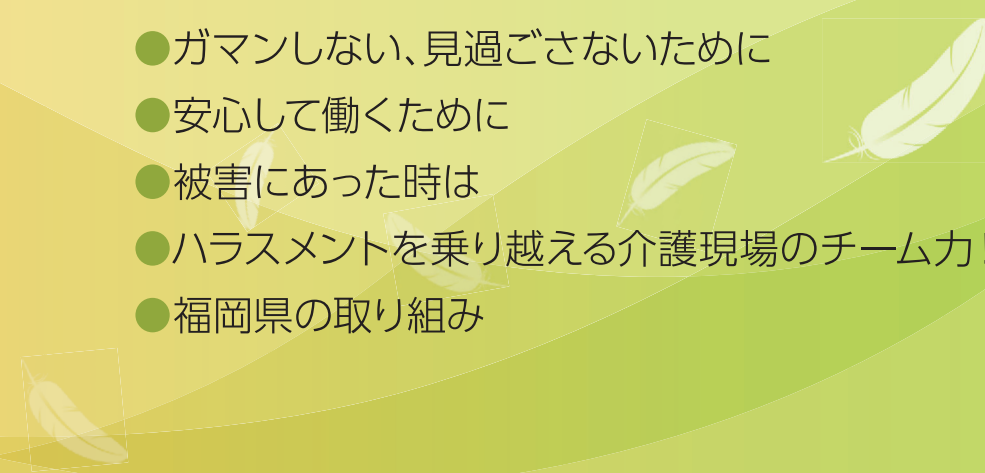
【モニタリング】支援内容の継続チェック

【リスクマネジメント】トラブル予防の策を講じること

【レジリエンス】ストレスに直面しても乗り越える力

【KYT(危険予知トレーニング)】危険を事前に予測する訓練

第3章 介護職員への 暴力・ハラスメント対策

- ガマンしない、見過ごさないために
 - 安心して働くために
 - 被害にあった時は
 - ハラスメントを乗り越える介護現場のチーム力!
 - 福岡県の取り組み
- 

暴力・ハラスメントとは

■こんな行為はすべて暴力・ハラスメントです

精神的暴力



● 暴言・人格を否定する言葉を吐く



● 嫌がらせをする(無視をする、根拠のない噂を流すなど)



● 脅して強要する(「契約を切るぞ」と脅して無理な要求をするなど)

身体的暴力



● 暴力をふるう(叩く、蹴る、唾をかけるなど)



● 物にあたる(机や壁を叩いて威圧するなど)



● 物を使って威嚇・攻撃する(コップやはさみを投げつけるなど)

セクシュアルハラスメント



● 不必要に体に触る(胸や尻を触る、腹や腕の筋肉を触るなど)



● 見せつける(性器を出す、性的な動画を見せるなど)



● 性的な言葉をかける(入浴や排泄時にわいせつな話をするなど)

管理者のみなさまへ 》 暴力・ハラスメントから職員を守ることは管理者の責務です ▶P.69参照

相談を受けた時や被害を確認した時には、すみやかに対策を講じなければなりません。
また、小さなことでも職員が安心して相談できる環境を整え、問題を未然に防ぐ取り組みを行ってください。

精神的暴力・身体的暴力

介護の現場では、利用者やその家族から職員への暴力・ハラスメントが深刻な問題になっています。

ただでさえ人手不足や過酷な労働環境が問題視されているのに、こうしたハラスメントが加われば、介護職員の心身の負担はさらに大きくなります。

厚生労働省の『介護現場におけるハラスメント対策マニュアル』(以下、「対策マニュアル」)では、「個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為」を「精神的暴力」、「身体的な力を使って危害を及

ぼす行為」を「身体的暴力」と説明しています。なかでも精神的暴力は、いわゆる「モラハラ(モラルハラスメント)」として耳にすることも多いでしょう。

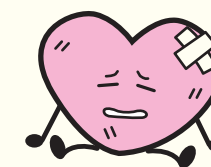
また、こうしたハラスメントには、利用者が「客」という立場を利用して過剰な要求をしたり、職員が強く言い返せないのをいいことに暴力をふるったりする「カスハラ(カスタマーハラスメント)」の側面もあります。

こうした暴力やハラスメントは、たとえ相手が利用者であっても断じて許されるものではありません。

■精神的暴力の具体例

- ◎「下手くそ」「常識がない」「バカなのか?」などの暴言を吐く/差別的な発言をする/怒鳴りつける
- ◎特定の職員に対して、無視をする/嘘をふれまわるなどの嫌がらせをする
- ◎(とくに訪問系で)水やり・ゴミ出し・支払いなど、契約に含まれないことまでやらせようとする

- ◎「仕事なんだからやれ」「言いつけるぞ」などと脅したり罵倒したりして、要求を無理に通そうとする
- ◎SNSなどに職員の写真や個人情報などを無断で載せる/誹謗中傷や偏見をあおる発言をする



■身体的暴力の具体例

- ◎コップなどの物を投げつける/食事をぶちまける/椅子を蹴る・机を叩くなど物にあたる
- ◎叩く/手を振り払う/突き飛ばす/蹴る

- ◎はさみやフォークなどを振りかざす
- ◎つねる/ひっかく/髪の毛を引っばる
- ◎唾を吐く/かみつく

セクシュアルハラスメント

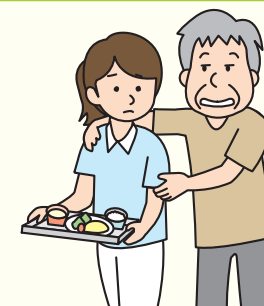
「意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為」(「対策マニュアル」)のことを「セクシュアルハラスメント(セクハラ)」と呼びます。

介護の現場では身体的な接触も多く、とくに利用者と職員が2人きりになる場面で起こりやすいハラスメントです。

■セクシュアルハラスメントの具体例

- ◎不必要に手を握る/腕や尻など体を触る/なめる/抱きつく
- ◎ヌード写真やわいせつな本、性的な動画などを見せる/自慰行為を見せつける
- ◎「(性器を)見せてやろうか」「触るか」など性的な言葉をかける/性的な冗談を言う

- ◎入浴や排泄の介助中に、あからさまに性的な話をしたり、自分でできることも職員にさせたりしようとする
- ◎「入浴介助は女性にやってほしい」「若い男性職員じゃないとイヤ」など、利用者の性的な好みによって、特定の性別や年齢の職員を要求する



利用者の家族からの暴力・ハラスメント

介護職員への暴力やハラスメントは、利用者からのものだけではなくありません。「利用者の家族」からの暴力やハラスメントの事例も少なくないのです。

とくに家族の場合、「お金を払っているんだから」「介護するのが仕事でしょ」といった態度で、**過剰なサービス**を求めてきたり、さりげなく**特別扱いを指示**してきたりすることがあります。

また、自分たち(家族)が利用者に対して、してあげられることの少なさから不安やもどかしさを感じ、その**行き場**

のないストレスが怒りとなって介護職員に向けられることもあります。さらに、「これくらいやって当然」「普通はこうするでしょ」といった**生活習慣への考え方のズレ**から、威圧的な言葉や態度が向けられることもあります。

このように、利用者の家族からのハラスメントは、言葉や態度による「精神的暴力」が中心となるのが特徴です。しかし、なかには「身体的暴力」や「セクシュアルハラスメント」を受けたという声もあり、いずれも見過ごすことのできない問題で、適切な対策が必要です。

精神的暴力の具体例

- ◎他の施設や職員、サービスを引き合いに出して、「なんでできないんだ」と過度な要求をしてくる
- ◎電話番号や家族構成など、本来伝える必要のない個人情報をしつこく聞いてくる
- ◎介護保険で対応できない範囲のサービスを、「それが仕事じゃないの?」と当然のように求めてくる
- ◎「下手くそで見ててイライラする」「こんな簡単なこともできないのか」などと、職員の能力や人格を否定する言葉を吐く
- ◎利用者の言い分だけをもとに、謝罪や土下座などの理不尽な対応を迫る



身体的暴力の具体例

- ◎「こうしてって何度も言ったでしょ!」と怒りのままに、そばにあった物を投げつける
- ◎「邪魔になっているのがわからないのか!」などと言って、杖で叩いてくる
- ◎「ふざけるな」などと怒鳴りながら、机や壁を叩いたり、ドアを乱暴に閉めたりして威圧する
- ◎介助の時に「この下手くそ!」などと言って顔に唾を吐きかける
- ◎「言うこときけよ」と怒りのままに胸ぐらをつかんだり、職員の体を揺さぶったりする



セクシュアルハラスメントの具体例

- ◎作業や介助をしている時に、胸や腰、尻などを観察するようにじろじろ見てくる
- ◎(訪問系で)「利用者の見守りのため」などと言ってカメラを設置し、職員の胸や尻などを隠し撮りしている
- ◎「1回だけ」などと言って、しつこく食事やデートに誘ってくる
- ◎世間話のように装って、「恋人はいるの?」「好みのタイプは?」など、恋愛や性的な話題をしつこく聞き出そうとする
- ◎「家族として親しみを込めているだけ」「感謝のつもり」などと言いながら、必要のない接触をしてくる



ハラスメントとしての対応ではなく、ケアが必要な場合

病気が原因で起こる不適切行為

一見すると暴力やハラスメントに見えても、実は病気が原因で起こっている不適切な行動、というケースがあります。認知症の方に見られる行動・心理症状(BPSD)は、その代表的な例でしょう。

とはいえ、「認知症だから仕方ない」「病気のだからガマンするしかない」ということではありません。職員の心身が傷つくという点では、暴力やハラスメントとなんら

変わりはないのです。

一方で、病気や障がいがある不適切な行動に対しては、暴力やハラスメントと同じような対応をとるべきではありません。このような場合は、むしろ**利用者へのケア**が必要です。

医療者ともよく相談し、治療や支援を通じて、こうした行動が落ち着くよう取り組むことが大切です。

認知症の行動・心理症状(BPSD)として起こりがちなこと

- 抵抗・拒否**
入浴介助しようとするのを振り払い、職員の手をつねったり叩いたりする
▶暴力をふるおうとしているのではなく、不安や混乱から「抵抗・拒否」の症状が表れている
- 被害妄想や過敏反応**
夜、「パジャマに着替えましょうね」と言いながら近づくと、「バカにするな!」と大声を出される
▶職員を攻撃しようとしているのではなく、相手の言葉を否定的に受け取りやすくなる「被害妄想」や「過敏反応」の症状が出ている
- 易怒性や感情失禁**
食事中、急に怒り出して大声で怒鳴ったり、食器を投げつけたりする
▶職員を威圧しようとしているのではなく、感情のコントロールが難しくなる「易怒性」や「感情失禁」の症状が出ている
- 脱抑制**
職員の体を触ろうとしたり、「好きだよ」「さわって」などくり返し言ったりする
▶性的な嫌がらせをしようとしているのではなく、前頭葉の機能低下などによって感情や衝動を抑えられなくなる「脱抑制」の症状が出ている
- もの盗られ妄想**
「職員の〇〇さんに物を取られた」と周囲の利用者や職員に言ってしまう
▶嘘をつこうとしているのではなく、記憶の混乱などから「もの盗られ妄想」の症状が出ている
- 自閉的**
声をかけても返事をしない
▶意図的に無視しているのではなく、刺激に対応しきれず自分を守ろうとして「自閉的」になっている

「暴力やハラスメント」なのか、「認知症などの病気や、障がいの症状として表れた不適切な言動」なのかを、その場でとっさに判断するのは簡単ではありません。

医療者と連携しながら、職員からの情報を集め、介護にかかわるチーム全体で話し合い、経過を見守ることが必要です。そのうえで、治療やケアが必要なのか、それとも暴力やハラスメントとして対応すべきなのかを判断し、今後の方針を決めていきます。

そのため、**暴言や暴力を受けた場合には、自己判断したりせず、すぐに上司や施設へ報告・共有**することが大切です。



ハラスメント対策のポイント

職員への暴力やハラスメントはなぜ起きるのか。さまざまな要因がありますが、「環境」「利用者(家族)側」「サービス提供側」の3つに分けて考えることができます。

たとえば、夜勤や訪問介護などで職員と利用者が2人きりになる、あるいは家族が複数人同席している場で職員が1人で対応するといった**1対1**や**1対多数**の状況は、ハラスメントが起きやすい「環境」です。第三者の目がないことや、力関係のバランスが崩れることで、暴言や不当な要求といった言動が出やすくなります。

そのうえで、「利用者(家族)側」と「サービス提供側」の双方に要因があります。サービス内容をよく理解していない、もともと攻撃的な言動があるといったことは「利用者(家族)側」の要因です。

初期対応が大切

実際に暴力やハラスメントを受けた場合は、とくに最初の対応が大切です。「今はガマンしておこう」「今度言おう」と思って対応をあいまいにしていると、徐々にエスカレートし、さらに大きな問題へと発展することがあります。職員自身の心身の安全・安心を守るためにも、**最初の段階で「アウト」の線引きを明確に伝える**ようにしましょう。

現場でのポイントは「**離れる**」「**伝える**」「**感情的にならない**」の3つです。まず、身に危険がおよんでいる場合は、ためらわず介護を中断して、すぐにその場を離れてく

一方で、職員の言葉が利用者の尊厳を損なってしまったり、正当な苦情や要望を無視するような対応をしたりしてしまったりした結果、利用者の不満がハラスメントにつながるという「サービス提供側」の要因もあります。

このように、ハラスメントは**複数の要因が重なって起きている**ケースがほとんどです。この3つのポイントを確認し、ハラスメントの芽を摘んでおきましょう。

暴力やハラスメントを受けることは、決して**職員個人の問題ではありません**。施設全体の問題としてとらえ、チームで対応することが必要です。そうすることで、さらなるハラスメントの防止につなげることができます。

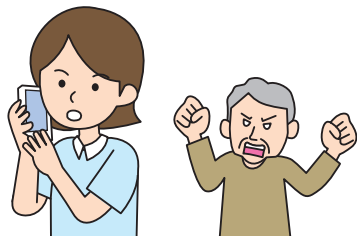
対応が難しい場合には、地域包括支援センター(P.79参照)など、**外部機関と連携しながら解決**していきましょう。

ください。自分の安全を守ることが最優先です。

また、暴力やハラスメントに対しては、きっぱりと「やめてください」と伝えることが大切です。「やめて」と言われていないのをいいことに、相手がさらにエスカレートする場合もあり、セクハラなどでは「拒否しないということは、喜んでいるのだろう」と勝手な解釈で自分を正当化するケースもあります。

そして、感情的にならないこと。声のトーンを落とし、冷静に話ができる状態に持っていくことが、初期対応の場面では特に効果的です。

① 離れる



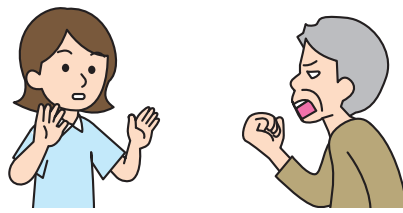
身の安全が最優先！危険な場合は介護を中断してすぐにその場を離れ、通報するなどして助けを求め

② 伝える



「やめてください」とはっきり伝える。それでもやめない場合は、介護を中断してその場を離れる

③ 感情的にならない



声を低くして、相手との距離をとり、冷静に話ができる状態に持っていく。必要に応じて、録音する

施設の場合

施設で起こる暴力やハラスメントの中には、「事前に**情報共有**ができていれば防げた」ものも少なくありません。「この利用者は攻撃的な言動が出やすい」「こう接すれば落ち着きやすい」といった情報を職員間で共有して

■対策の具体例

① 暴力やハラスメントを防ぐために

リスクのある利用者の心身状態を丁寧に申し送りする

▶「この時間は興奮しやすい」「この言葉を嫌がる」などの情報は、共有しておくだけで被害を防げることがある。小さな情報でも積極的に伝える。

2人体制で対応する

▶危険が想定される場面では、できるだけ複数人で対応する。職員が2人いるだけで攻撃的な言動が出にくくなり、万が一の時にも助け合える。

訪問系サービスの場合

訪問系サービスは、とくに**1対1**や**1対多数**の状況が生まれやすい環境です。また、**すぐに誰かが助けに来られる状況でもない**ため、そうした弱みにつけこまれるおそれもあります。

ハラスメントが起きないような対策はもちろん、万が

■対策の具体例

① 暴力やハラスメントを防ぐために

提供された飲食物は口にしない

▶「消費期限切れのものを無理やり食べさせる」といったハラスメントのほか、体調をこわす、眠らされるなどの危険もある。恩着せがましく過剰な要求につながる場合も。

危険な物や放し飼いのペットの有無を確認する

▶「刃物をつきつける」「犬をけしかける」などの行為を防ぎ、安全な環境を確保する。

おくことで、うっかり対応を誤って被害を受けることを防げます。

また、夜間などの例外を除けば、訪問系サービスに比べて**複数人で対応**しやすい点も、施設ならではの強みです。

② 暴力やハラスメントが起きてしまった時のために

すぐに応援を呼べる体制を確認する

▶ナースコールやインカムなどで、すぐに助けを呼べるようにしておく。対応が早ければ、被害の拡大を防ぎやすい。



一、起きてしまった時のことをあらかじめ想定し、備えておくことがより重要になります。

必要以上に長居しないことや、初回は複数人で訪問して、家族や室内の様子をスタッフ間で共有しておくことも大切です。

② 暴力やハラスメントが起きてしまった時のために

退路を確認・確保しておく

▶出口側に利用者らがいると逃げ場がなくなる。出口に近い位置をとり、危険を感じたらすぐ離れられるようにする。

防犯ブザーを携帯する

▶外部への連絡を遮られたり、声が出せなかったりする場合にも助けを呼ぶ手段になる。

暴力行為に至る前のサインを察知する

ふだんは怒ったりしない人なのに、突然の暴力行為に驚く――。これは、介護の現場だけで起こる特別なことではありません。たとえば、「不満やストレスが少しずつたまって、ある日それが一気に爆発した」というのは、どんな場面でも起こりうることです。

ただし、介護の現場には、高齢者特有の心身の変化や病気の症状、そして介護を受けることへの不安やとまどいなど、特有の事情もあります。

いずれにしても、暴力やハラスメントには、その予兆

やサインがあるものです。「**ふだんと何か違うな**」と感じた時に、「なにか不満があるのか」「体調が悪いのではないか」と立ち止まって考え、声をかけたり、職員同士で情報を共有したりすることが大切です。

そして、そうしたサインの背後には、必ず利用者の「気持ち」があります。たとえそれが認知症による症状であっても同じです。その気持ちによりそい、**不安や不満を少しでも軽く**することが、暴力やハラスメントを未然に防ぐ第一歩になります。

■たとえばこんな時

① 普段より口数が多い

◎「誰かと話したい」「誰も相手にしてくれない」と感じ、人とのつながりを求めている。

▶ 職員の対応が冷たくなると、孤独感や不安感から怒りにつながることもある。短くてもよいのでひとり返す、目を合わせるなど、関心を示す対応を心がける。

◎ 本当の不満や悩みをうまく伝えられず、「いま何時?」「ご飯はいつ?」などの形で現れている。

▶ 「ボタンを自分で外せなくなってショックを受けた」など、本当に言いたいことが隠れている場合も。聞かれたことに答えるだけでなく、「どうかしましたか?」と話を聴く姿勢を見せる。

② 普段より口数が少ない

◎ 「トイレはまだ大丈夫ですか」「コップはここですよ」など、職員からの指示や説明が多く、うんざりしている。

▶ 職員側からは問題がないように見えても、不満やストレスがたまっていることがある。一方的な指示が続いていないかを振り返り、本人の意見を聴く時間をつくる。

◎ 体調不良や気分の落ち込み、あるいは認知症による集中力の低下などが原因で、話す意欲が下がっている。

▶ 無理に話を引き出そうとせず、「よく眠れましたか」「体調はどうですか」など、「普段と様子が違うことに気づいていますよ」というメッセージを込めて声をかけ、静かに様子を探る。

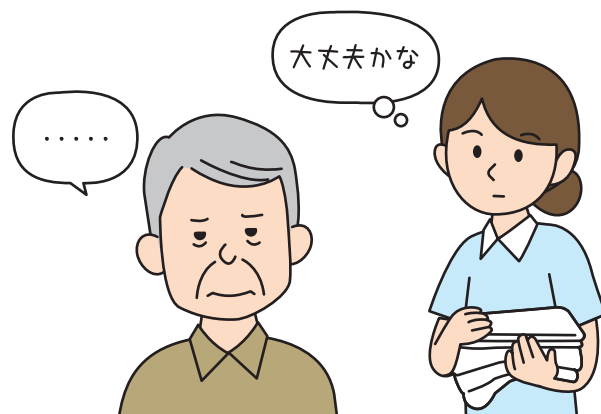
ほかにも、「いつもと違う」こんなサイン

◎ よく目が合う ◎ 目が合わない ◎ そわそわしている ◎ 体がこわばっている ◎ 「帰りたい」「もういい」をくり返す ◎ 周囲のものに触っている ◎ 頻繁に「ごめんなさい」と言う ◎ 食べるのが遅い など

こうした変化は「たまたま」起こっているというよりも、なんらかの**気持ちの変化の表れ**と考える方が、暴力やハラスメントの防止につながります。

日ごろから、こうした小さな変化の情報を職員同士で共有し、「どうしたのかな」「何かあったのかな」と意識を向けましょう。

それが、回り回って、ハラスメントから自分を守ることもつながります。



利用者とのちょうどいい距離って?

介護のプロとしてよりそう

日々の介護においては、利用者とのコミュニケーションが大切です。積極的に関わることで、体調や気分の変化に気づきやすくなり、適切なケアにつながります。ちょっとした会話から、本人の好みや性格、生活のこだわりが見えてくることもあり、適度に自分の話をする事で、相手の心が開ききっかけにもなります。

ただし、「**コミュニケーションをとる**」ことと「**仲良くなる**」ことは、似ているようで違います。友達や家族のような距離でかかわると、「あなただからお願いするのよ」と過度な要求をされたり、些細な行き違いから「裏切られた」と受け取られ、信頼を失ったりすることもあります。

大切なのは、**介護のプロ**として自信を持ち、**相手への敬意**を忘れずに接することです。適切な距離を保つことで、利用者にとって「安心して頼れる存在」になり、信頼関係を長く保つことができます。

また、できないことは「できない」とハッキリ伝えることも重要です。施設の方針や介護保険のルールには、「**できること**」と「**できないこと**」の**線引き**があります。

その場を早く収めたいからとこっそり応じると、「○○さんはやってくれたのに」と他の職員への不満につながったり、要求がエスカレートしたりすることもあります。

介護士は「何でもしてくれる便利屋さん」ではありません。その姿勢を日々の対応で示していきましょう。施設全体、職員同士で「介護のプロ」として知識を深め、スキルをみがきながら、ひとりひとりの「**介護力**」を高めることが大切です。

そうすることで、**個人的な「仲の良さ」に頼らない介護**を実現できます。それが利用者の満足感や安心感につながり、職員にとっても安心して働ける環境づくりになるのです。

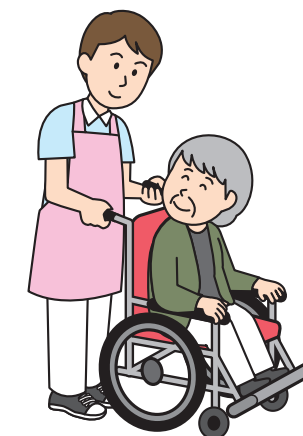
「親しみ」と「なれなれしさ」の境界線

「コミュニケーションをとる」ことと「仲良くなる」ことが別物であるのと同様に、「親しみやすさ」と「なれなれしさ」も違います。

利用者と職員が互いに適切な距離を保ち、自立した大人同士としての信頼関係を築くことが大切です。それは相手が高齢でも認知症でも変わりません。

たとえば、スキンシップの多い職員に対して、利用者が「自分は特別だ」と思い込み、セクシュアルハラスメント

につながってしまうケースもありますし、友達感覚で敬語を使わずにいたら「バカにされた」と怒りを買うこともあります。日頃の関わり方を見直すことで未然に防げるハラスメントがあることを知っておきましょう。



こんなことに気をつけよう

① 言葉遣い

利用者を子ども扱いはない敬意をもって話す

③ スキンシップや触れる時の声かけ

介助などで必要な時以外は、利用者にもやみに触れない。触る前には必ず「ちょっと足を触りますね」などと声をかける

② プライベートな話題

年齢・家族・住んでいる場所など、職員自身のプライベートな情報は必要以上に話さない

④ 「特別扱い」を求められたら

「それはできないというルールなんです」「ほかの方に申し訳ないのでできません」とハッキリ伝える

Q&A こんな時どうする?

Q 普段はおだやかな方なのですが、時々ささいなことで激しく怒ることがあります。こだわりが強い性格だからと受け流していたのですが、だんだんつらくなってきました。口調が強くなり声が高いというだけで、言っている内容はわりと筋が通っているのですが、これもハラスメントになりますか?

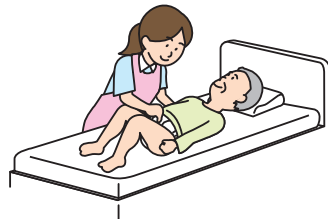
A. 「だんだんつらくなってきた」というのが大切なサインです。たとえ内容が正当であっても、大声や威圧的な言い方で心が傷ついたら、それは精神的暴力と考えられます。ただ、突然の激しい怒りは、認知症などが背景にないか、医療者につなぐことも大切です。また、「〇〇さんの怒り方、どうにかできないだろうか。ほかの利用者も落ち着かなくなる」と、状況を上司やチームで共有し、今後のかわり方を検討しましょう。

Q 利用者から「彼氏はいるのか」「誰か紹介してあげようか」と言われるので、上司に相談しました。ところが、「心配して言ってくれてるんだよ」「好かれてるんだからいいじゃないか」と言われ、改善してもらえません。これからずっと言われ続けると思うと、嫌でたまりません。どうしたらいいですか。

A. たとえ心配や愛情からくる言葉であっても、本人が「嫌でたまらない」と感じるなら、それはハラスメントです。この場合は「交際相手」に関する発言なので、セクシュアルハラスメントにあたる考えられます。相談を受けた上司の対応は不適切です。まずは利用者に落ち着いた口調で「そういう話はやめてください」「それはセクハラになるんですよ」と伝えましょう。一方で、利用者がコミュニケーションを求めているものの、共通の話題が見つからずこのような話をしている場合もあります。この話が出たら回答はせず、「〇〇さんの若い頃ってどんな歌が流行っていましたか?」など違う話を振ってみるのも一案です。

Q おむつを交換する際、こちらの両手がふさがっているタイミングで胸をさわってくる利用者があります。何度も注意したのですが効果がなく、この方の介助は男性の介護士に頼むようにしているのですが、人手の関係もあり、やむなく女性が担当するとまた被害にあいます。どうすればいいですか。

A. 介護職員の両手がふさがっている状況を理解した上での行動ですね。注意しても聞き入れてもらえない時は、利用者に介助の手伝いをお願いしてみましょう。「下着が巻き込まれないように、シャツを押さえてくれませんか」「おむつのここを押さえてください」など、手伝わってもらっている風によそおって、利用者の両手をふさいでしまうのです。終わったら「助かりました」「ありがとうございます」との言葉を忘れずに。厳しく注意するより、「お願い」や「感謝」の方が効果がある場合があります。



Q 在宅の訪問介護の際に、「ついでに牛乳買ってきて」など、同居する家族に買物代行を頼まれます。「ルールでできない」といねいに断るのですが、「どうせバレないんだから」と言って追いつめてきます。上司などを連れていったら「チクったな」と逆恨みされそうで、相談しづらい状況です。どうしたらいいですか。

A. 介護保険の制度について説明しても納得していただけない場合は、「私の立場ではどうしても決まりに従うことしかできなくて……」「以前、それをやって問題になったところがあるらしくて、厳しく言われているんです」と、自分の立場を強調しましょう。また、説明してもまだ強要してくるということは、介護士の仕事を軽く見ている可能性があります。介護のプロとして「自分と組織を守るために」上司や管理者に報告しましょう。組織として家族へ正式に説明したりと、1人ではできない対応が可能になります。

被害にあった時は

自分の身を守る

身体的暴力があった場合

叩く、蹴るといった身体的暴力を受けた時は、まずは**自分の身を守ることを最優先**にし、きっぱりと「やめてください」と伝えることが大切です。暴力を受けてショックを感じたり、カッとなったりすることもあると思いますが、**ひと呼吸おいてまずは冷静になる**ことを意識しましょう。こちらが興奮したり動揺したりすると、相手がさらに攻撃的になるおそれがあります。声のトーンは低く、落ち着いた口調で話しかけましょう。

それでもなお暴力が続き、自分に危険が及びそうな場合は、迷わずその場を離れます。介護を中断して構いません。その場を離れるのが難しい時は、大声で助けを求

める、防犯ブザーを鳴らすなど、周囲に支援を求めてください。状況によっては、警察への通報が必要になる場合もあります。

一方で、つねる、引っ掻く、唾をかける、杖を振りまわすなど、身体的なダメージが小さい場合は、「助けを求めたり、その場を離れたりするほどではない」と感じるかもしれませんが、そうした時も、一度介護を中断し、上司に報告・相談してください。すぐに大きなケガにつながらなくても、これも暴力・ハラスメントです。

「今回はガマンしよう」「一時的なものかもしれない」と自己判断でうやむやにしないことが大切です。

■その後の対応のポイント

①くわしく記録・報告する

- ◎「誰が、いつ、どこで、どのような状況で、何をしたか」(予兆や事前情報もあればそれも含める)
- ◎その結果、「誰が、どのような被害を受けたか」(ケガをしたら写真も残しておく)
- ◎発生時からその後まで、「誰がどのような対応をしたか」を時系列で整理しておく

②ケガなどの外傷がある場合

- ◎医療機関を受診し、適切な処置を受ける
- ◎労災として認定される可能性があるため、健康保険証は使わず、診断書の原本を受け取る
- ◎状況によっては、警察に通報することも検討する

③精神的なダメージ、ショックやこわさがある場合

- ◎上司や信頼できる人に相談する
- ◎担当する業務や仕事の体制、休暇などについて相談する
- ◎カウンセリングを受け、場合によっては精神科を受診する

column

ささいなことでも報告・相談を

「今日は機嫌が悪そうだった」「虫の居所が悪かったかな」といったことは、誰にでもあります。だからこそ、「報告するほどのことではない」「上司も忙しそうだし、相談は今度にしよう」と、つい後回しにしてしまいがちです。ですが、ほんのささいなことが、**暴力やハラスメントの前ぶれ**であることも少なくありません。また、**事前情報として共有**されていれば、他の職員や医療者、警

察などと連携して対応することも可能になります。一方で、一見すると単なる「不機嫌」や「無気力」に見えることでも、実は認知症のサインだったり、その他の病気や障がいによるものだったりすることがあります。症状だとわかれば、医療者につなぎ、適切な治療を受けてもらうこともできます。「なんかいつもと違うな」という感覚が、大事な情報になることもあるのです。

精神的暴力・セクシュアルハラスメントがあった場合

精神的暴力やセクシュアルハラスメントは、殴る・蹴るといった目に見える暴力とは異なり、現場では「これはハラスメントなのか」と判断に迷うことも少なくありません。ですが、「嫌だった」「こわい思いをした」と感じたなら、それはハラスメントの可能性があると考えて、必ず上司や同僚に報告・相談しましょう。

たとえば、話しかけても無視されたり、身に覚えのない文句を言われたりする一方で、別の日にはとても優しく接してくる……そんな状況に「これはハラスメントなの

か」と悩むこともあるでしょう。また、「ありがとう」と言いながら近づいてきて、腰や背中をさすられた時にゾッとしたり、「感謝の気持ちを示しただけだろう」と自分に言い聞かせてしまうこともあります。

さらに、その場では忙しさのあまり意識しなかったけれど、あとになって「あれはハラスメントだったのでは」とじわじわ感じてくることもあります。そんな時も、「今さら言っても仕方がない」などと思わず、**どんなに些細に思えても、誰かに相談**することが大切です。

■その場の対応の仕方

①「やめてください」「それはできません」とハッキリ伝える

◎「それセクハラですよ」「やめてくださいよ～」などと笑いながら冗談ぽく言うのは、かえって深刻化させるおそれがあるので、毅然とした態度で伝える

②やめない場合など、必要に応じて録音する

◎正当な目的の録音なので、原則断りは不要
◎ただし信頼関係に影響する可能性があるため、冷静に話せる時は「記録のために録音しますがいいですか」などと伝えると安心

③身の危険を感じた場合は、すぐにその場を離れる

◎大声で強くおどしてくる場合など、それ以上聞いているのがつらい時は、すぐにその場を離れる
◎力づくで抱き寄せるなど身動きがとれない時は、大声を出すなどして助けを求め

■報告や記録のポイント

◎その場の状況や被害の内容、対応の経過がわかるよう、できるだけ具体的に記録・報告する
◎精神的なダメージが大きく本人が記録しづらい時は、上司や相談を受けた人が代わりに記入してもよい

◎暴言やセクハラにあたる発言の内容は、要約したり省略したりせず、「 」書きなどで、言われた言葉のままに記録する

column

相談できない・したくない時

精神的暴力やセクシュアルハラスメントの被害は、職員の内面やセクシュアリティにかかわるため、相談しにくい場合があります。また、「**そのくらいでハラスメントと言うなら、私たちの頃はもっとひどかった**」と言われて、まったく取り合ってもらえなかったり、「**男のくせにセクハラを受けただなんて**」と理解してもらえなかったりと、**相談した相手から二次的な被害**を受けた経験があ

り、相談をためらうことも多いようです。ですが、被害を1人で抱え込めば、自分の心はどんどん傷ついていきます。暴力やハラスメントが発覚しないまま、さらなる被害を生んでしまう可能性もあります。信頼できる同僚や友人、公的な外部機関など、上司でなくても構いません。「この人なら話せそう」と感じられる相手に、まずは話してみましょう。

被害にあったら必ず伝えよう

「嫌だ」「不快だ」と感じた気持ちを無視しない

実際に利用者や家族から暴力やハラスメントを受けた時は、1人で抱え込まないことが大切です。

「これはハラスメントにあたるのだろうか」「これくらいで報告したら大げさだと思われないだろうか」と迷う気持ちもわかります。ですが、ガマンしてしまうと、自分の

心がどんどん傷つくだけでなく、相手のハラスメントがさらにエスカレートするおそれもあります。

「暴力やハラスメントにあたるかどうか」で悩む前に、「ささいなことでも報告する」「少しでも嫌だ、不快だと感じたなら相談する」とっておきましょう。

■報告・相談は「誰にとっても」よいこと

①利用者や家族にとって

暴力やハラスメントは、本人が自覚しないまま小さなことから始まることも多いものです。「ちょっとした冗談」だったはずの言葉が、「**これくらいなら言っても大丈夫**」という感覚につながり、次第にエスカレートしてしまうこともあります。

そうなる前に、「これは少し気になるな」と感じた段階で報告することが、**利用者や家族が「加害者」になってしまうのを防ぎ、結果的に未来の自分や同僚を守る**ことにもつながります。

②自分にとって

「嫌だ」「不快だ」と感じた気持ちは、たとえ**小さなことであっても、トゲのように心に残り続けます**。

最初は「これくらい平気」と思っても、ガマンが積み重なると、ある日ふと「もう耐えられない」と限界を迎えてしまうことがあります。その結果、自分が誰かを傷つけてしまったり、自分の心が壊れてしまったりするかもしれません。そうなる前に、早めに報告・相談することは、**自分の心を守るために必要な行動**です。

③施設やチームにとって

暴力やハラスメントは、問題が大きくなってからでは、さまざまな要因が複雑に絡み、対処が難しくなりがちです。

一方で、「これはハラスメントと言えるのか?」という段階なら、早めに共有することで、比較的スムーズに対応できます。**小さなうちに「芽」を摘むことが、職場全体の安心と安全を守る**ことにつながります。

そして、それは当然、**自分自身の「働きやすさ」**にもつながります。

管理者のみなさまへ 》 管理者が職員を守ることが大前提

職員が利用者や家族からのハラスメントを受けたときは、管理者の対応がとても重要です。せっかく勇気を出して相談しても、「それはハラスメントじゃない」と突き返したり、「そんな程度のことで相談しないで」と言ったりしてしまえば、もう誰も相談しなくなってしまいます。

どんなことでも安心して相談・報告できるように、日頃

から「相談していい」「報告していい」という姿勢を伝え、職員が声を上げやすい環境を整えましょう。

職員を守ることは、管理者の責務です。利用者や家族と職員との間に入り、これ以上職員が傷つかないように対応し、職員の心のケアにも気を配りましょう。小さな声を受け止め、支える姿勢が、職場全体の信頼と安心を育てます。

暴力・ハラスメントに関する管理者の5つの責務

- ①「利用者や家族からの暴力・ハラスメントは許さない」という方針を明確にする
- ②職員が安心して相談・報告ができる体制を整える
- ③相談があった場合、事実確認と初期対応を行う
- ④再発防止を講じる
- ⑤必要に応じて外部機関と連携し、研修・教育を行う

心のケアをしよう

暴力やハラスメントの被害にあった時は、利用者や家族のこと、職場のことなど、さまざまなことが頭をよぎると思います。ですが、まずは何よりも、**自分の身の安全と心のケアを優先**しましょう。

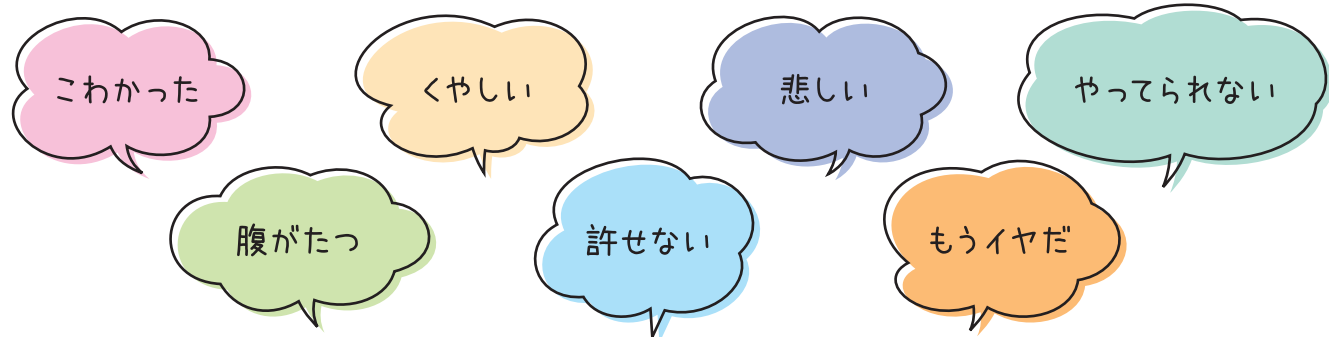
利用者や家族からのハラスメントは仕事上の出来事であるため、どうしても「職員である自分」として対応しようとしがちです。それ自体は大切なことですが、そのせいで

自分の心のケアが後回しになってしまうのは避けなければなりません。

気持ちを吐き出し、必要に応じて適切なカウンセリングや治療を受けるようにしましょう。

同僚や上司に相談・報告したあとは、必要なこと以外はある程度まかせてよいでしょう。身体と心を休め、ケアに専念する時間も必要です。

自分の気持ちを吐き出す



暴力やハラスメントを受けると、「自分は被害を受けた」という事実が、心に強いショックを与えます。**人から明確な悪意を向けられると、それだけで心は削られる**ものです。そのため、自分の心を守るために「大したことじゃない」「被害というほどじゃない」と、被害者という立場から目をそらそうとすることがあります。

しかし、そのままにしておくと、実際に受けた心の傷は

癒えることがなく、いつまでもつらい気持ちが続き、心の負担がさらに大きくなってしまいかねません。

「こう言われてショックだった」「こんなことをされて、こわかった」と、まずは起きた出来事や自分の感情をベースにして話したり、言葉にして書き出したりしましょう。

「被害者」「暴力・ハラスメント」という意識にとらわれず、**今の自分の気持ちを素直に認める**ことが大切です。

身体に不調が出たら必ず専門家に相談を

心に強いストレスがあると「**眠れない**」「**拒食や過食**」「**不意に涙が止まらなくなる**」など、身体的な症状が表れることがあります。身体に異変が表れたり、日常生活に影響が出てきたりしたら、**心がSOSを出しているサイン**です。早めにメンタルクリニックなどの心療内科、精神科を受診しましょう。

一方で、仕事への責任感が強い人の場合、「仕事」と思って対処しているうちは平気だったけれど、休みの日や、ふと気がゆるんだ時などに、時間差でどっと心身の不調が表れることがあります。平気だと思っていても、心

や身体は確実に消耗しているものです。

「ちょっとした遅刻が増えた」「以前ならなかったミスが増えた」「言葉数が減った」など、小さな変化に目を向け、早めに心身を整えることが大切です。

周囲の人も、こうした小さな変化に気づいた時には、受診をすすめてあげてください。



チームとしてハラスメントにどう向き合うか

暴力やハラスメントへの対策をとることは管理者の責務であると同時に、チーム全体で力を合わせて向き合うことでもあります。

日頃からの備えとしてまず重要なのは、**「暴力やハラスメント対策の指針」**を定め、**あらかじめ利用者や家族に説明しておく**ことです。

これは、「暴力やハラスメントはどんな場合であっても許されない」という姿勢を示すとともに、理解や協力をお願いするための基本的な説明です。実際に暴力やハラスメントが起きた際にも、この「指針」をもとに利用者や家族へ説明ができ、職員にとっても「守られている」という安心感につながります。

契約時などに「指針」を説明する際は、伝え方にも配慮

が必要です。まだ関係が浅い段階で事務的に伝えてしまうと、「**私たちが疑っているのか**」「**信頼されていない**」といった不信感を抱かせてしまうおそれがあります。やわらかい表現で、「よりよい介護のためにお願いしています」という姿勢を伝えるとよいでしょう。

一方で、介護に関する困りごとや職員の不適切な対応など、正当な相談・苦情については、むしろ積極的に話してもらおうよう伝えることも大切です。相談や苦情を放置することが、結果的に暴力やハラスメントにつながることもあります。

「介護のことで困ったら、相談してくださいね」「○○さんの介護について、一緒に考えるのが私たちの仕事です」と伝えることで、相手との信頼関係を築きましょう。

■利用者や家族に「はじめに」伝えておくこと

- ① **暴力やハラスメント対策の指針**
 ◎暴力やハラスメントは許さない
 ◎どんな行為が暴力やハラスメントにあたるか
 ◎施設としてどう対応するか
 ◎場合によっては契約を解除することも
 ◎正当な相談・苦情はいつでも言ってほしい。
職員の心身を守り、よりよい介護サービスを提供するため。
- ② **利用者が受けられるサービスの範囲**
 ◎どんなことができ、どんなことができないのかを明確に。
これにより、過度な要求などに対して冷静に対応できる。職員にもこの「範囲」を周知し、チーム全体で共通認識を持つ。
- ③ **高齢者虐待防止と介護の質の向上への取り組み**
 ◎高齢者虐待の防止に努め、介護の技術や知識の向上に常に取り組む姿勢を伝える。
「職員も日々学び、より安全で安心できる介護を目指しています」といった言葉を添えることで、信頼感にもつながる。

column

相談されるのを待つだけでなく「声かけ」を

ハラスメントなどの被害にあっても、忙しい介護の現場では、「このくらいで相談するのは迷惑かも」「自分でなんとか解決しよう」と職員が1人で抱えこんでしまうことがあります。

管理者をはじめ、相談を「受ける立場」の職員は特に、「最近困っていることはない?」「○○(利用者)さ

ん、ちょっと言い方が強い時があるけれど大丈夫?」などと、積極的にスタッフに声をかけることが大切です。

そのひと言がきっかけになり、「実は……」と相談してもらえることもあり、「気にかけてもらっている」という職員の安心感にもつながります。

■ハラスメントが発覚したら

実際に暴力やハラスメントが起こり、職員から通報や相談があった場合は、最初のすみやかな対応が重要です。

まず、いつ・誰が・どこで・どんな被害を受けたのかを、状況も含めて時系列に沿って整理し、記録する必要があります。できるだけ早いうちに、職員と利用者・家族の双方から聞き取りを行い、事実を確認しましょう。

その際は、被害を受けた職員への配慮が欠かせません。被害そのものによる心身の傷だけでなく、「自分だから被害を受けた」「自分はだめなんだ」「職場に迷惑をか

けた」といった自責の念に苦しんでいる場合もあります。

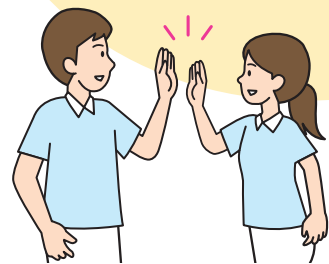
「その対応はちょっと問題があったね」などの指摘は後にして、まずは話を受け止め、「つらかったね」「大丈夫だよ」とよりそい言葉をかけましょう。話せる状態にない時は、心身の回復を最優先にします。

双方への聞き取りの結果、被害が確定した場合は、利用者や家族に対して、直接または文書などで説明し、警告を行います。病気や障がいによるものとわかった場合には、医療者と連携し、治療へとつなげましょう。

■その後の対応例

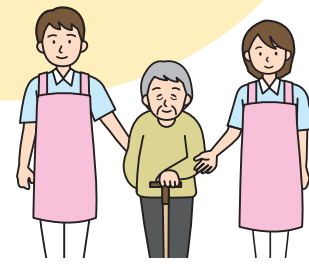
担当職員の性別を変更する

- ◎セクシュアルハラスメントは、「異性間だから」起こる場合が多い
- ◎「男性には威圧的だが女性には消極的」「女性には威圧的だが男性には消極的」など利用者との関係性や状況を見て、担当職員の性別を変更することで落ち着く場合もある



2人体制で対応する

- ◎職員と利用者(または家族)が「1対1」や「1対多数」になる場面では、暴力やハラスメントが起こりやすい
- ◎人員に余裕があれば、2人体制にするだけでトラブルを防げることもある
- ◎複数名で担当したり、関わる職員を交代制にしたりすることで、特定の職員に被害が集中するのを防ぐ



警察や行政と連携する

- ◎反社会的・危険行為につながるおそれのある言動がある場合、警察や地域包括支援センターなどの関係機関へ相談しておく
- ◎いざという時、すぐに協力・連携できる体制があることで、被害を最小限に抑えられる
- ◎このことをスタッフ間で共有しておくことで、担当職員が安心して介護に取り組めるようになる



memo

契約解除はあくまで最終手段です。まずは、あらゆる手立てを検討し、今後も継続して介護ができるように話し合いと対応を粘り強く重ねることが必要です。契約解除における「正当な理由」の要件は想像以上に厳しく評価されることが多く、判断には慎重さが求め

られます。その後の経過の記録(利用者・家族への警告・説明の内容、改善に向けた話し合いやケア方法の見直し、関係機関への報告・相談など)を残し、必要に応じて関係機関と連携しながら、暴力やハラスメントが生じにくい環境づくりを優先しましょう。

■個々の施設・事業所だけで抱え込まない

利用者や家族による暴力・ハラスメントには、さまざまな要因が絡み合っています。

利用者への対応、家族への対応、職員への対応、そしてその後の再発防止策など、考えなければならないことがたくさんあります。問題を解決するだけでなく、「その対応は適切か」「法令に則っているか」など、注意すべきポイントも少なくありません。

それらをすべて、1つの施設の中だけで対応するのは難しいケースもあります。そうした時には、地域包括支援センターなどの外部機関に相談し、連携しながら問題を解決していくことが大切です。

また、同じような事例を経験し、うまく乗り越えたケースがあるかもしれません。そうした知見を共有し合うことで、互いに学び合うことができます。

■頼れるところに相談・連携を

1 利用者に関わる人みんなで協力

まずは、利用者に関わっている医療者や、他の介護サービス事業所と連絡を取り合い、サービス担当者会議などで対応を検討しましょう。把握しきれていなかった情報(利用者の特性や過去の言動など)が得られることもあり、それが解決の糸口になる場合もあります。

また、人によっては、介護士や看護師の話は聞いてくれなくても、「医師」が出てくると話を聞いてくれる場合もあります。



2 地域の外部機関・多職種へ相談

それでも対応が難しい場合は、市町村の担当窓口や保健所、地域包括支援センターへ相談します。必要に応じて、さまざまな職種が参加する地域ケア会議(地域包括支援センターなどが主催)を活用するのもよい方法です。



3 県の相談窓口も活用しよう

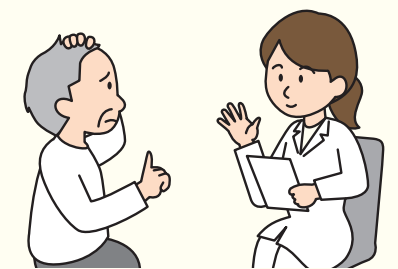
県が設置している「福岡県在宅医療・介護職員カスハラ相談センター」を利用するのも1つの方法です。これは、利用者や家族からの暴力・ハラスメントへの対応について相談を受ける専用の窓口で、専門的な知識を持っています。法律相談に応じているほか、警察との連携体制も整えています。

また、「安全対策費用の補助」「複数名訪問費用の補助」など、県の支援制度を活用することも検討してみてください。



4 BPSDに関しては医療者に相談

認知症のBPSD(行動・心理症状)など、病気や障がいによる不適切な行動については、暴力・ハラスメントとして対応するのではなく、医療者に相談し、適切な治療やケアへ結びつけることが大切です。この場合も、医療者や他の介護サービス事業者と連携しながら対応を進めていきましょう。薬の調整を行ったり、環境を整えたりすることで落ち着いた例もあります。



活用しよう！ 『在宅の医療及び介護事業所のための 暴力・ハラスメント対策マニュアル』

福岡県が作成した『在宅の医療及び介護事業所のための暴力・ハラスメント対策マニュアル』(2024年、以下『マニュアル』)があります。これは、「在宅の医療」や「在宅の介護」に関わる事業所を対象にまとめられた、暴力・ハラスメント対策のマニュアルです。

介護の現場における暴力・ハラスメントは、訪問系でも施設系でも共通して大きな課題となっています。とくに在宅の介護では、職員が1人で訪問することも多く、職員と利用者・家族が「1対1」または「1対多数」の関係になりやすいため、暴力やハラスメントが起こりやすい環境と言えます。

また、被害にあっても助けを求めづらく、誰にも相談できずに抱え込んでしまう職員が少なくないという現状もあります。そうした状況の中で、このマニュアルは「在宅」に焦点を当てて作成されています。

しかし、その内容には、介護施設で働く職員にも共通して活かせる考え方や、現場で役立つ資料が多く含まれています。また、施設で働く職員の中には、同じ法人内の訪問介護など在宅サービスに関わる方もいるでしょう。

そうした方にとっても、この『マニュアル』は非常に有効です。

近年は、「地域包括ケアシステム」という考え方のもと、在宅・施設・医療機関・地域包括支援センターなどが連携し、地域全体で高齢者を支えていくことが求められています。そうした時代の中で、在宅分野のマニュアルを学ぶことは、施設職員が地域とのつながりを意識し、暴力やハラスメントの起こりにくい環境づくりを進めるうえでも、大きな意味を持つと言えるでしょう。

ここでは、この『マニュアル』をどのように活用できるかを紹介します。



『在宅の医療及び介護事業所のための暴力・ハラスメント対策マニュアル』は
福岡県のホームページからPDFをダウンロードできます。

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/ztiryokaigo-bouhara.html#manyuaru>

『暴力・ハラスメント対策の指針』にはどんなことを書いたらいい? ▶『マニュアル』P.9

暴力やハラスメントは、いかなるものであっても決して許されない——その姿勢を内外に明確に示すことが、対策の第一歩です。施設としての方針を示すことで、職員にとっては安心感や相談のしやすさにつながり、利用者や家族への説明にも活用できます。

『マニュアル』のP.9には「暴力・ハラスメントに対する基本方針」の例が掲載されています。これを参考に、施設

の状況や方針も踏まえて「暴力・ハラスメント対策の指針」を作成し、研修などで共有したり、契約時の説明に使用したりするとよいでしょう。

さらに、実際に起きた暴力・ハラスメントの事例を踏まえて、定期的に内容を見直し、よりよい指針へと更新していくことも大切です。

『研修』ってどうやったらいいの? ▶『マニュアル』P.10

暴力・ハラスメント対策では、管理者を含めた職員全体がチームとして一丸となって取り組むことが大切です。そのためには、

- 暴力やハラスメントとはどんな行為を指すのか
- 暴力やハラスメントを防ぐためにどんな工夫ができるのか
- 被害を受けてしまった時、どう対応すればよいのか

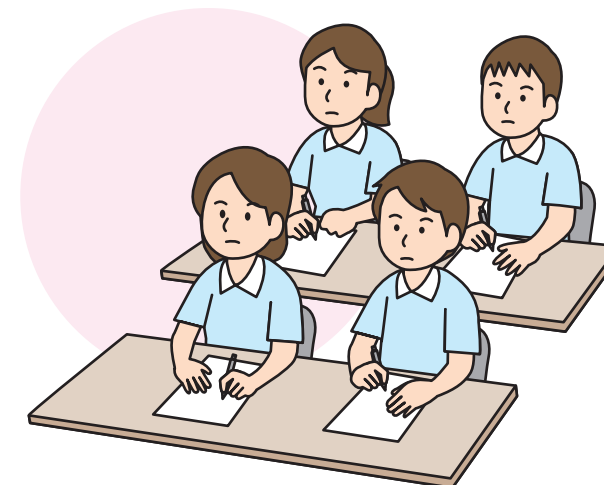
といった点を、すべての職員が共通認識として持つておく必要があります。定期的な研修を行うことは、そのためにも有効です。

とはいえ、「研修って具体的にどうすればいいの?」と思われる方も多いかもしれません。『マニュアル』のP.10には「職員向け研修について」がまとめられていますので、ここを参考にするとよいでしょう。

- たとえば研修では、
- どんなことが暴力やハラスメントを引き起こす要因となるのか

- それらに対してどんな対策ができるのか
- 一見すると暴力やハラスメントに見える、病気や障がいによる不適切な行動にはどんなものがあるか
- 正当な「苦情」や「要求」と、暴力やハラスメントとをどう区別するか

といったことを、具体的な事例を通して考えることが大切です。



契約時に説明して渡す資料はどんなものにしたらいい? ▶『マニュアル』P.14、P.16

契約時は、施設として「暴力・ハラスメントを許さない」という姿勢を、利用者や家族にしっかりと伝える大切な機会です。最初の段階で明確に説明しておくことで、後のトラブルを防ぎ、職員が安心して働ける環境づくりにもつながります。

説明の際には、各施設で作成した「暴力・ハラスメント対策の指針」を用いるとよいでしょう。さらに、『マニュアル』P.14にある「お願い文」を参考に、利用者・家族へ配布できる簡潔な文書を準備しておくのも有効です。たとえば、「暴力・ハラスメントを一緒に防ぐことが、よりよい介護にもつながります」といったように、**介護のパートナーとして協力を求める**内容にすると、より伝わりやすくなります。

また、『マニュアル』のP.16には、契約書や重要事項説

明書に盛り込むことのできる文言の例が紹介されています。これを参考に、**「暴力・ハラスメント防止に関する取り組み」**や**「不当な要求があった場合の対応」**などを明記しておくことで、トラブルが起きた際にも話し合いがスムーズになります。

こうした書類を作成するのは事務担当や管理者であっても、**現場職員がその内容を理解しておく**ことが大切です。なぜその文言が入っているのか、どんな場面で説明するのかを知っておくことで、実際に暴力・ハラスメントが起こりそうな場面や、起こってしまった場面でも、落ち着いて対応できるようになります。

「こういう時には、この書類のここを使って説明しよう」といった対応方法を、日頃から職員同士で共有しておくのもよいでしょう。

この暴力やハラスメント、法律ではどう扱われる？

暴力・ハラスメントの中には、刑法上の罪にあたる行為も少なくありません。

万一のときにどんな法律が関係してくるのかを理解しておくことは、自分自身や他の職員を守る上でも、利用者や家族に説明を行う際にも役立ちます。

『マニュアル』には「該当しうる罪とその罰条」が記載されていますが、2025年6月に改正刑法が施行され、刑罰や罰条(条文)が一部変更されました。ここでは『マニュアル』をもとに【改正後】の罰条を紹介します。

※『マニュアル』改訂版は2026年3月に公開予定。

【該当しうる罪とその罰条】(2025年11月時点の法律を参考に作成)

建造物侵入罪	刑法第130条 正当な理由がないのに、人の住居若しくは人の看守する邸宅、建造物若しくは艦船に侵入し、又は要求を受けたにもかかわらずこれらの場所から退去しなかった者は、3年以下の拘禁刑又は10万円以下の罰金に処する。
不退去罪	刑法第130条 正当な理由がないのに、人の住居若しくは人の看守する邸宅、建造物若しくは艦船に侵入し、又は要求を受けたにもかかわらずこれらの場所から退去しなかった者は、3年以下の拘禁刑又は10万円以下の罰金に処する。
不同意わいせつ罪	刑法第176条(一部) 1. 次に掲げる行為又は事由その他これらに類する行為又は事由により、同意しない意思を形成し、表明し若しくは全うすることが困難な状態にさせ又はその状態にあることに乗じて、わいせつな行為をした者は、婚姻関係の有無にかかわらず、6月以上10年以下の拘禁刑に処する。 1. 暴行若しくは脅迫を用いること又はそれらを受けたこと。 2. 心身の障害を生じさせること又はそれがあつること。 3. アルコール若しくは薬物を摂取させること又はそれらの影響があつること。 4. 睡眠その他の意識が明瞭でない状態にさせること又はその状態にあること。 5. 同意しない意思を形成し、表明し又は全うするいとまがないこと。 6. 予想と異なる事態に直面させて恐怖させ、若しくは驚愕させること又はその事態に直面して恐怖し、若しくは驚愕していること。 7. 虐待に起因する心理的反応を生じさせること又はそれがあつること。 8. 経済的又は社会的関係上の地位に基づく影響力によって受ける不利益を憂慮させること又はそれを憂慮していること。 2. 行為がわいせつなものではないとの誤信をさせ、若しくは行為をする者について人違いをさせ、又はそれらの誤信若しくは人違いをしていることに乗じて、わいせつな行為をした者も、前項と同様とする。
傷害罪	刑法第204条 人の身体を傷害した者は、15年以下の拘禁刑又は50万円以下の罰金に処する。

暴行罪	刑法第208条 暴行を加えたものが人を傷害するに至らなかったときは、2年以下の拘禁刑若しくは30万円以下の罰金又は拘留若しくは科料に処する。
逮捕・監禁罪	刑法第220条 不法に人を逮捕し、又は監禁した者は、3月以上7年以下の拘禁刑に処する。
脅迫罪	刑法第222条(一部) 1. 生命、身体、自由、名誉又は財産に対し害を加える旨を告知して人を脅迫した者は、2年以下の拘禁刑又は30万円以下の罰金に処する。
強要罪	刑法第223条(一部) 1. 生命、身体、自由、名誉又は財産に対し害を加える旨を告知して人を脅迫した者は、2年以下の拘禁刑又は30万円以下の罰金に処する。
名誉毀損罪	刑法第230条(一部) 1. 公然と事実を摘示し、人の名誉を毀損した者は、その事実の有無にかかわらず、3年以下の拘禁刑又は50万円以下の罰金に処する。
侮辱罪	刑法第231条 事実を摘示しなくても、公然と人を侮辱した者は、1年以下の拘禁刑若しくは30万円以下の罰金又は拘留若しくは科料に処する。
信用毀損罪	刑法第233条 虚偽の風説を流布し、又は偽計を用いて、人の信用を毀損し、又はその業務を妨害した者は、3年以下の拘禁刑又は50万円以下の罰金に処する。
偽計業務妨害罪	刑法第233条 虚偽の風説を流布し、又は偽計を用いて、人の信用を毀損し、又はその業務を妨害した者は、3年以下の拘禁刑又は50万円以下の罰金に処する。
威力業務妨害罪	刑法第234条 威力を用いて人の業務を妨害した者も、前条(注:上記233条)の例による。
恐喝罪	刑法第249条 1. 人を恐喝して財物を交付させた者は、10年以下の拘禁刑に処する。 2. 前項の方法により、財産上不法の利益を得、又は他人にこれを得させた者も、同項と同様にする。

(福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課『在宅の医療及び介護事業所のための暴力・ハラスメント対策マニュアル』2024年をもとに一部改変)

暴力・ハラスメントが原因で契約解除をする時の「正当な理由」って？

▶『マニュアル』P.19

暴力・ハラスメントが原因で契約を解除するには、「正当な理由」が必要です。施設の方針やサービスの説明を行い理解していただくことや、契約解除にならないような努力や取り組みを行うことが大前提ですが、やむを得ず契約解除を検討する場合は、その暴力・ハラスメントが「正当な理由」に該当するかどうかを考慮する必要があります。

あります。『マニュアル』P.19では、暴力・ハラスメントによる結果の重大性、再発可能性、契約解除以外の被害防止方法の有無・可否、契約解除による利用者の不利益の程度などが挙げられています。

「正当な理由」が肯定される可能性、否定される可能性の条件も載っているので参考にしてください。

暴力・ハラスメント発生時の対応をフローチャートでまとめたい

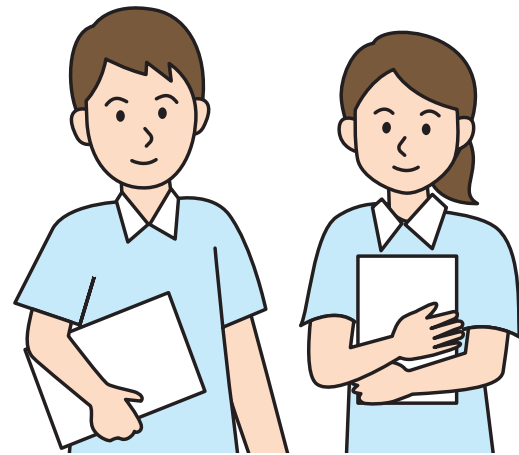
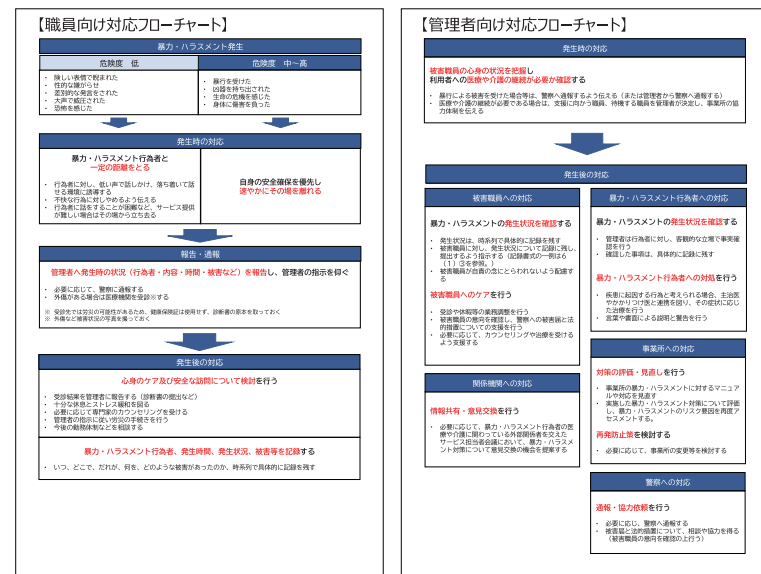
▶『マニュアル』P.25・26

いざ暴力やハラスメントが発生すると、被害を受けた職員は動揺して「どうしたらいいんだっけ」となりがちです。また報告を受けた側の職員も「大変なことになった」とパニックになることがあります。

そこで、あらかじめフローチャート形式で対応の流れをまとめておき、よく見える場所に掲示したり、研修の際

にそれを使って手順を確認したりしましょう。

『マニュアル』のP.25には「職員向け」、P.26には「管理者向け」の暴力・ハラスメント対応フローチャートが掲載されています。これを参考にして、施設の実状に合わせたより具体的なもの（連絡先や担当者名を記入するなど）を作成しておくことで安心です。



暴力・ハラスメント発生時の記録はどうしたらいい？ ▶『マニュアル』P.27

暴力やハラスメントが発生したときは、「いつ」「誰が」「どこで」「どんな状況で」「どんな被害を受けたか」をできるだけ正確に記録することが大切です。

被害を受けた本人が冷静に報告できる場合は、本人が記録します。それが難しい場合は、話を聞き取った職員

が代わりに記録しても構いません。

『マニュアル』のP.27にひな形がありますので、これを参考にして、施設内でも報告書のフォーマットを整えておくとういでしょう。

相談連絡先一覧

『マニュアル』P.49に掲載されている「相談連絡先一覧」です。福岡県のホームページからPDFをプリントアウトしたり、このページをコピーしたりして事務所のよく見える場所に貼っておきましょう。

(2024年10月時点)

相談連絡先	連絡先
福岡県在宅医療・介護職員カスハラ相談センター 無料の法律相談も可能です。	☎0120-111-309
地域包括支援センター 利用者が介護保険対象者の場合に相談ができます。	☎ - - (利用者の居住地によって異なります。)
障がい者基幹相談支援センター 利用者が障がい者の場合に相談ができます。	☎ - - (利用者の居住地によって異なります。)
警察署 お近くの警察署に相談ができます。	☎ - - (利用者の居住地や事業所の所在地によって異なります。)
警察安全相談コーナー 犯罪や事故に当たるか分からないなど、緊急の対応を必要としない警察への相談の際、利用できます。	☎#9110 (092-641-9110)
犯罪被害相談「心のリリーフ・ライフ」 犯罪の被害にあわれた方々の心のケアを行う専用の相談窓口です。	☎092-632-7830
性犯罪被害相談電話 性犯罪被害に関する相談窓口です。	☎#8103 (ハートさん)
福岡労働局総合労働相談コーナー あらゆる労働問題について相談ができます。	☎092-411-4764
心の健康相談電話 こころの不安や悩みを相談できます。	☎092-582-7400
違法・有害情報相談センター インターネット上の違法・有害情報について相談できます。	https://ihaho.jp/ (ホームページから相談できます。)
誹謗中傷ホットライン インターネット上の誹謗中傷について相談できます。	https://www.saferinternet.or.jp/ (ホームページから相談できます。)

※危険が迫っている緊急の場合や暴行による被害を受けた場合などは、直ちに110番に連絡しましょう。
(福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課「在宅の医療及び介護事業所のための暴力・ハラスメント対策マニュアル」2024年より転載)

外国人介護職員との異文化コミュニケーション

厚生労働省の『外国人雇用状況』の届出状況まとめによると、2024年10月末時点における医療・福祉分野で働く外国人労働者の出身国は、1位ベトナム、2位フィリピン、3位インドネシア、4位ミャンマー、5位中国の順となっています。

このように多様な国籍の方々と共に働く現場では、お互いの文化を理解し合うことが欠かせません。

各国の文化的背景や価値観の違いを知ることが、円滑なコミュニケーションを築くための第一歩になります。



ベトナム

言語: ベトナム語
宗教: 大乘仏教、カトリック、道教など

家族を中心とした価値観。勤勉で日本語習得に積極的。文化的にも日本との親和性が高い



フィリピン

言語: フィリピン語(タガログ語)、英語(公用語)
宗教: カトリックが多い

家族を大切にする。英語力が高く、社会的でコミュニケーション能力に優れる。ホスピタリティ精神が強い



インドネシア

言語: インドネシア語
宗教: イスラム教が多い

礼儀正しく穏やかな性格。イスラム教徒が多いため祈りの時間や食事制限(ハラル)に配慮が必要な場合も。集団行動を重視



ミャンマー

言語: 主にミャンマー(ビルマ)語(ほか地域によって多数)
宗教: 仏教が多い(上座部仏教)

勤勉でまじめ、穏やかな性格。優しさを重視し「相手を傷つけない」文化。家族を大切に、宗教心が強い。時間の感覚がおおらか



中国

言語: 主に標準中国語(地域によって上海語、広東語、閩南語など)
宗教: 大乘仏教、道教、無宗教など

漢字文化圏のため日本語習得が比較的スムーズ。上下関係を重視し、現実的・合理的な考え方を好む傾向

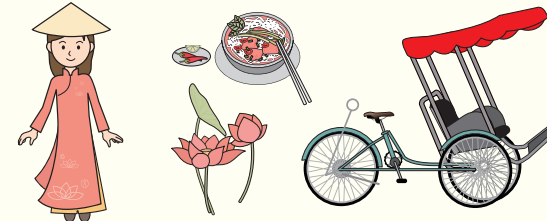
もちろんこれらは、「**一般的な特徴**」というだけで、すべてが当てはまるわけではありません。コミュニケーションにおいては、**国民性・個人の個性・言語能力**など、さまざまな要素が絡み合います。

ちなみに日本は「礼儀や敬語、集団行動や協調性を重視し、時間に厳しく衛生意識が高い。内向的で本音を言わない。曖昧な表現が多い。英語力が低くコミュニケーションが苦手、働き過ぎ」と見られているようです。

それぞれの国の介護観

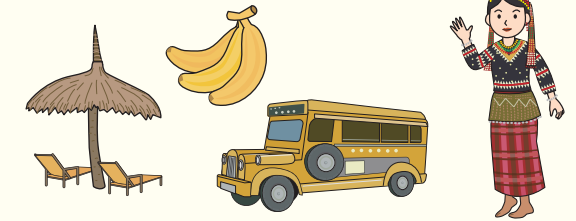
ベトナム

儒教的な価値観が強く、「努力・学び・上下関係」を重んじる。「孝(親孝行)」の価値観が根づいており、高齢者を自然に敬うことができる。チームワークや協調性を重んじる。家族を大切に、仕事のために家族を犠牲にすることは基本的にない。



フィリピン

明るくフレンドリーで、家族的な温かいホスピタリティを持つ。敬虔なクリスチャンが多いため、思いやりや奉仕の精神が強い。感情表現が豊かすぎて誤解を招くことも。家族を大切に、日本で介護職につくのも家族のためである場合が多い。



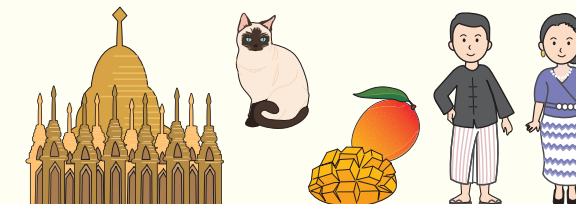
インドネシア

親を敬う意識や年長者への敬意が深い。チームワークを重視し、人間関係を円滑に築きやすい。家族のつながりが強く、帰国を重視する。感情表現が豊かでスキンシップが多い。女性は男性入浴介助に抵抗がある場合があるので配慮を。



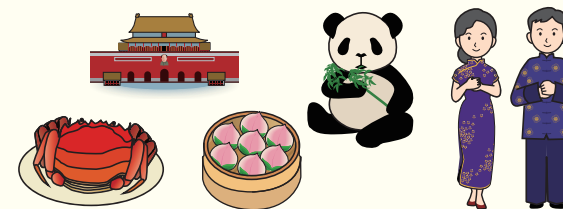
ミャンマー

親の面倒をみるのは子どもの「当然の務め」という意識が強く、日本の介護観に驚くことがある。年長者を強く敬い、仏教的価値観から介護は「尊い行為」とされる。やさしさと穏やかさを重視するため、強い言い方には敏感。男性は女性の身体介助に慎重。



中国

儒教の「孝」の考え方が根づいており、高齢者を敬う意識が強い。スキルアップして将来に活かしたいなど、目的意識が明確なので学習意欲が高い。介護では「家族的な愛情」を重視する傾向があるため、日本式の「適度な距離感」にとまどうことも。



仏教? 道教? 儒教?

中国やベトナム、そして日本などでは、**仏教・道教・儒教**は生活の中で自然に混ざり合って共存しています。

家族や社会では「儒教」の徳心や死生観では「仏教」健康や祈願では「道教」

「道教」の身近な例としては、気功や太極拳、風水、漢方などがあります。

日本の場合はこれに「神道」が加わります。

文化の壁

▶ 時間的感覚

日本では「時間を守る」ことがあたりまえであり、時間を守らないと倫理観を疑われます。でも、外国では数十分程度の遅刻は問題がないこともあります。時間を守るように伝えることは大前提ですが、**慣れるのにも時間がかかる**と思っておきましょう。

▶ 具体的な指示と理解度チェックを

「与えられた仕事さえできていればよい」と考える人が多いので、一見、サボっているように見えることがあります。本人のやる気の問題ではないので、「これが終わったら、〇〇をしてください」など、手があいた時の動きもあらかじめ伝えておきましょう。

また、「わかりました」と言われても、うのみにしてはいけ

▶ 「暗黙の了解」は通じない

暗黙の了解や気配り、遠回しな表現は通用しません。なぜならこれらは、その国が持つ文化や礼儀、また職場の空気などによってつくられるものだからです。

日本では「あたりまえ」だから言わなくても通じますが、日本以外では「あたりまえではない」ため、通じなくて当然

また、1つの作業にかかる時間も、日本とは感覚が違います。日本は**安全と質を重視**するため時間をかける傾向がありますが、国によっては**コミュニケーションを重視**し、楽しくお喋りしながら、作業としてはスピーディに進める傾向があります。

ません。嘘をつこうとしているのではなく、「わかりません」と言いづらくてわかった振りをしていたり、**理解できていないこと自体、本人が気づいていなかったりする場合**もあります。理解度を確認するために、「では、この後なにをするか、言ってみてください」と、自分の言葉で復唱してもらいましょう。

なのです。

「マニュアルに書いていないルールが多い」「怒られた理由がわからない」などは、日本で働く外国人からよく聞かれる言葉です。これらは「暗黙の了解」という、文化の壁が大きく影響しています。

日本では、足や腕を組んだまま人の話を聞くのは失礼になりますが、特に気にしない国もあります。本人に悪気はないことを認識した上で、「日本では失礼になるんだよ」と伝えましょう。



衛生・感染対策の認識の違い

日本の衛生管理は、世界的に見ても非常に高い水準にあります。これは日本の自然環境——**高い湿度と豊富な水資源**——の影響が大きいと言われています。湿度が高いと細菌が繁殖しやすく、また水が豊富なため、入浴や手洗いなどの習慣が発達しました。

一方で、乾燥した地域や水が貴重な国では、細菌の繁殖が比較的少なく、**水は「本当に必要な時だけ使**

う]ものとして大切にされてきました。水を無駄にする生活が成り立たない地域もあります。

現代では衛生環境が世界的に改善していますが、長い歴史の中で培われた生活習慣は、それぞれの国の文化として今も残っています。日本の衛生ルールを説明する時は、そうした背景を理解し、「なぜ必要なのか」をていねいに伝えることが大切です。

言葉の壁

外国人介護職員とのコミュニケーションにおいてまず理解しておかなくてはならないのが、「日本語は難しい」ということです。

文字だけでも漢字・ひらがな・カタカナが混在しており、日常会話においても、「1個」だったり「1匹」だったり、「箸」^{はし}「端」^{はし}の同音異義語、「ドタバタ」「さっさと」などの擬音語・擬態語、さらに敬語に方言と、いくら勉強しても

▶ 伝える情報を整理する

外国人にも伝わりやすい「やさしい日本語」のポイントとしては、「**ゆっくり話す**」「**長く話さない(短く区切って話す)**」ことが挙げられます。1つの文で1つのことだけを伝

「雨が降りそうだから、午後から行く予定だった散歩は中止にして、談話室でレクをするから、手があいたら教えて」

追いつきません。

日本人介護職員はそのことをよく理解し、「やさしい日本語」を意識しましょう。

たとえば、「申請書」は「申し込みの紙」などに言い換え、「～していただけますか」などややこしい敬語(謙譲語+丁寧語)は使わず、「～してください」と、シンプルに伝えましょう。

えるようにしましょう。**箇条書きをイメージ**するとわかりやすいと思います。また、**最初に「結論」「行動の指示」を持って**くると、より理解しやすくなります。

- 今日の/散歩は/中止に/します
 - 雨が/降りそうです
 - 〇時から/談話室で/レクを/します
 - 昼食の/介助が/終わったら/教えて/ください
- ※「/」で区切るように話すと、より伝わりやすいです

▶ 外国語に直訳しても通じる言い方を

「手があいたら」「手を貸して」などの慣用句は難しい日本語です。「(身体的に)手を? 貸す(レンタル)?」となり、意味がわからなくなります。

「この仕事が終わったら」「手伝って」など、直訳しても通じる言い方を心がけましょう。

同様に、**ピカピカ・ハラハラなどの擬態語**も日本独自の表現なので、「ピカピカにして」→「とてもきれいにして」、

「ハラハラするからやめて」→「あぶないです。やめてください」など言い換える必要があります。

また、「ちゃんとやって」「きちんとやって」なども「ちゃんと/きちんと」の意味があいまいです。「ここが、汚れています。きれいに、拭いて、ください」など言い換えましょう。



▶ あいまいな表現は通じない

日本語はとにかくあいまいな表現が多く、外国人は、「何を言いたいのだろう」と混乱することも多いようです。

「もう少し気をつけてね」などは、「気をつければいいだけで、やり方は間違っていない」と受け止められたり、注意する際に「**〇〇してって言ったはずだけど……**」など濁すと、何を注意されているのかわからなかったり。

「〇〇してと、頼みました。でも、できていません。なぜですか」とダイレクトに伝えましょう。

「それはできません」「これはダメです」などの言い回しは、ぶっきらぼうに感じるかもしれませんが、その方が相手に伝わるのです。

また、注意事項は「〇〇してください」よりも「××しないでください」の方がうまく伝わります。



■そのほか、気をつけたい日本語表現

主語などの省略	主語や目的語がない表現。 (洗濯したタオルを目の前にして)「これ、やっといて」 「暗黙の了解」も影響しているが、何を、どうすればいいのかが分からない。 「このタオルを、たたんでください」など指示内容を具体的に伝える。
「はい」と「いいえ」	質問の形によって答えの意味が逆に聞こえることがある。 日本人:「外に行きませんか」 外国人:「はい=行きません」 日本人:「はい=行きます」 「行きませんか」という否定の言葉が入っているので、外国人は「はい(あなたの言うとおり、行きません)」と答える形になる。 「外に行きますか?」「お茶を飲みますか?」など、肯定の言葉が入った尋ね方をすれば、適切な回答を得られる。
あいまいな表現	単純に意味が通じない表現。 「遠慮してください」→禁止されているわけではないと受け止める。 「できなくもないけど……」→できるの? できないの? どっち? 「やめてください」「今はできない。○時頃ならできると」などハッキリと。
遠回しな依頼・指示	遠回しだったり、気を遣ったりしたせいで指示内容が不明になる表現。 「やってもらえる?」「できたらお願い」 「やる/やらない」の判断を本人にゆだねてしまう。 「これをやってください」「お願いします」と明確に。
「すみません」	謝罪(ごめんなさい)、呼びかけ(すみませーん!)、感謝(すみません、助かりました)など、意味が多すぎる万能語。 英語だと“sorry” “excuse me” “thank you” と分かれるが、日本語では「すみません」で全部言える。日本の生活に慣れるまでは、「ごめんなさい」「○○さん(呼びかけ)」「ありがとう」などと言い換える。
あいづち(うなずき言葉)	日本語の会話では、「うん」「へえ〜」などのあいづちは「話を聞いています」のサイン。でも国によっては、相手が話し終わるまで黙ってきくのが礼儀で、あいづちは「話を遮っている」「退屈している」のサインになることも。 「はい」「そうなんです」など明確な言葉だと誤解を避けられる。
職場内の敬語	敬語の意図や関係性が理解しにくい。 「おっしゃってました」「うかがいました」「申しあげました」 尊敬語や謙譲語が出てくると、その意味をくみとることに意識が集中してしまう。 「言っていました」「聞きました」などのシンプルな敬語の方がスムーズに伝わる。



日本以外の国では、自分の意思をハッキリと伝えることがあたりまえです。「言いにくい」と思うかもしれませんが、外国人にとってはその方が助かるんですよ。

■各宗教の年間行事&日常儀式一覧

宗教	主な年間行事	日常・定期的な儀式	配慮すべき項目
仏教	●花祭り 4月8日: 釈迦の生誕祭 ●お盆(盂蘭盆会) 8月13~16日: 先祖の霊を迎える(地域によっては7月) ●彼岸 春・秋: 墓参り	◎朝夕の読経や瞑想 ◎在家信者は仏壇への供養 ◎坐禅(禅宗)・念仏(浄土宗)など	◎休憩中の瞑想・マントラ唱念を許可 ◎お盆や先祖供養の時期に帰省希望あり
上座部仏教	●新年祭 4月: 新年(太陽暦)を祝う ●入安居供養 7月: 僧侶が雨季の修行(雨安居)に入る供養 ●カティナ 10~11月頃: 雨安居明けの僧侶に衣をお布施する ●出家式 子どもや親戚が短期出家する時	◎朝夕の読経 ◎寺院での読経や瞑想(特に新月・満月などの仏日)	◎ミャンマーでは4月の新年祭(ティジャン)が最大の行事で帰省を強く希望 ◎牛肉を避ける ◎宗教的なものを足元より高く扱う
※仏教は大きく「大乘仏教」と「上座部仏教」に分けられます。上座部仏教では僧侶は「もっとも清らかな存在」として尊敬され、瞑想やお布施、戒律を重視しますが、先祖供養は控えめです。同じ仏教でも、戒律や儀式、宗教観に違いがあるので注意。			
道教	●春節 元日: 天地・祖先に祈る ※道教色が濃い民俗行事 ●清明節 4月頃: 墓参り ●中元節 8月下旬~9月上旬頃: 死者供養	◎朝夕の拝礼(香・供物) ◎家庭の神棚(灶神・財神)への供養 ◎気功・太極拳など身体修養	◎特定日(節日)に菜食希望も ◎春節前後の帰国を希望
イスラム教	●ラマダン イスラム暦9月: 夜明けから日没まで断食 ●イード・アル=フィトル 断食明けの祭 ●イード・アル=アドハー イスラム暦12月: 犠牲祭 ●ハッジ イスラム暦12月: メッカへの巡礼	◎1日5回の礼拝(サラート) ◎コーランの朗読、清め(ウドゥー)、施し(ザカート)	◎女性のヒジャブ着用を許可 ◎ハラル食対応(豚肉・アルコール禁止) ◎短時間(1回5分程度)の祈りの場所・時間を認める ◎ラマダンやイード祭の時期に代休調整
※イスラム暦(ヒジュラ暦)は1年が約354日と短いため、グレゴリオ暦より毎年10~11日早まります。その結果、同じ月でも少しずつ季節がずれていき、約11年で一周します。			
カトリック(キリスト教)	●クリスマス 12月25日: キリストの生誕祭 ●イースター 3月下旬~4月中旬頃: 復活を祝う ●四旬節 イースターの準備期間 ●受難週 イースター直前の1週間 ●聖母被昇天祭 8月15日: 聖母マリアの昇天祭	◎ミサ(日曜礼拝) ◎祈り、食前の祈り ◎告解(懺悔)	◎個人の祈り時間を妨げない ◎クリスマスや復活祭に特別休暇を認める

あ

アセスメント … 11, 17, 56
 アセトアミノフェン … 29
 アルツハイマー型認知症 … 45
 安定期 … 8
 言い換え例 … 47, 83, 84
 一時性(身体拘束の3要件) … 39, 40, 41
 意識レベル … 14, 15, 31, 32
 胃ろう … 30
 異文化コミュニケーション … 80, 81
 威力業務妨害 … 77
 遺族への対応・ケア … 11, 16, 24, 25, 26
 インシデント報告 … 56
 運営基準違反 … 56
 衛生・感染対策 … 82
 エンゼルケア … 9, 11, 16, 17, 22, 23, 24
 エンゼルメイク … 22, 23
 エンバーミング … 23
 延命治療・措置 … 9, 12, 14, 17, 28, 30

か

下顎(かがく)呼吸 … 15, 17, 32
 カスタマーハラスメント(カスハラ) … 59
 カトリック … 80, 81, 85
 ガンの痛み・緩和 … 29, 30
 感情労働 … 56
 肝不全 … 32
 緩和ケア … 8, 9, 12, 21, 28, 29
 急性増悪期 … 11
 恐喝 … 77
 強制 … 77
 拒絶・拒否(介護拒否) … 51, 52, 61
 経管栄養 … 30
 経済的虐待 … 34, 36
 刑事罰 … 54, 76, 77
 経過観察表 … 17

血管性認知症 … 45
 血圧の低下 … 15, 31
 減算 … 34, 38
 不法侵入 … 76
 口腔ケア … 13, 23, 30
 高齢者虐待防止法 … 34, 54, 56

さ

再発防止策 … 53, 62, 72, 73
 自衛(防犯・安全確保) … 53, 63, 67, 68
 死後硬直 … 22, 23, 32
 死後の変化 … 22
 事前意向確認 … 17, 18
 死の3徴候 … 14
 指針の整備 … 34, 38, 71, 74, 75
 死亡診断(書) … 11, 14, 16, 17, 25, 32
 儒教 … 81
 上座部仏教 … 80, 81, 85
 神道 … 81
 暴行 … 54, 76
 褥瘡予防 … 13, 30
 徐脈・頻脈 … 32
 神経ブロック … 30
 心不全 … 32
 腎不全 … 32
 人生会議(ACP) … 18
 身体拘束 … 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 56
 身体的虐待 … 34, 35
 身体的暴力 … 58, 59, 60, 67
 心療内科・精神科の受診 … 50, 53, 55, 70
 心理的虐待 … 34, 35
 信用情報違反犯罪 … 77
 ステロイド … 32
 スピーチロック … 36, 44, 47
 スピリチュアルペイン … 9, 12, 20
 成年後見制度 … 19, 56

性的虐待 … 34, 36
 セクシュアルハラスメント(セクハラ) … 53, 58, 59, 60, 65, 68
 切迫性(身体拘束の3要件) … 39
 セルフネグレクト … 51, 56
 全人的苦痛 … 12
 尊厳 … 9, 13, 38, 41

た

ターミナルケア … 9, 12
 大乘仏教 … 80, 81, 85
 体位変換 … 13, 28
 逮捕と投獄 … 77
 脱水予防 … 13
 脱抑制 … 61
 チアノーゼ … 15, 31, 32
 中心性血小板減少症の症状 … 45
 低栄養状態 … 30
 鎮静薬 … 32
 疼痛緩和・鎮静薬 … 29, 30, 32
 道教 … 80, 81, 85
 ドラッグロック … 36

な

認知症の理解と対応 … 45, 51, 61, 73
 ネグレクト … 34, 35, 48

は

徘徊 … 43
 ハラル(ハラール)食 … 80, 85
 ハラスメント対策マニュアル … 59, 74, 76, 78, 79
 非オピオイド鎮痛薬 … 29
 フィジカルロック … 36
 仏教 … 80, 81, 85
 不穏 … 32
 浮腫(むくみ) … 32
 福岡県在宅医療・介護職員カスハラ相談センター … 73, 79

不同意わいせつ罪 … 54, 76
 暴力行為 … 53, 58, 59, 60, 67
 放射線療法 … 30

ま

水・栄養の補給 … 13, 15, 30
 脈拍の変化 … 14, 15, 32
 メンタルヘルス・ケア … 27, 49, 50, 55, 69, 70, 72
 モルヒネ … 29, 32
 燃え尽き症候群 … 27, 56

や

やさしい日本語 … 83, 84

ら

リビング・ウィル … 18
 レビー小体型認知症 … 45
 労災(労働災害) … 53, 67

A-Z

ABG … 32
 ACP … 18
 BPSD … 4
 BUN … 32
 CPR … 32
 CRP … 32
 DNR/DNAR … 32
 ECG … 32
 KYT … 56
 NSAIDs … 29
 PCAポンプ … 32
 PTSD … 53
 QOD … 9
 SpO2 … 32
 WHO3段階除痛ラダー … 29

発行者 公益社団法人 福岡県医師会

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号 4F

TEL 092-431-4564

制作 有限会社海鳥社

発行 令和8年3月
