平成 30 年度　老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

介護施設等における介護の透明化と質の適正化についての調査研究事業
報告書

特定非営利活動法人 地域ケア政策ネットワーク
介護相談・地域づくり連絡会
平成 31（2019）年 3 月

目　　次

１　「身体拘束ゼロ」推進 研究会 ····· 3

Ⅰ.　研究会設置の目的 ····· 4
Ⅱ.　研究会　委員 ····· 4
Ⅲ.　研究会　開催 ····· 5
報　告 ····· 7

２　「介護相談員派遣等事業」今後のあり方 研究会 ····· 67

Ⅰ.　研究会設置の目的 ····· 68
Ⅱ.　研究会　委員 ····· 68
Ⅲ.　研究会　開催 ····· 69
報　告 ····· 71

３　介護相談員派遣等事業実態調査 ····· 87

Ⅰ.　調査の目的 ····· 88
Ⅱ.　調査実施の概要 ····· 88
Ⅲ.　事業実施状況について ····· 89
Ⅳ.　現状について ····· 92

４　全国介護相談活動事例報告会 ····· 113

５　介護相談・地域づくり連絡会 世話人会 ····· 125

６　介護相談員派遣等事業　事務局担当者研修 ····· 129

７　都道府県・市町村・介護相談員に対する取組促進の支援 ····· 143

【参考資料】平成 30 年度介護相談員研修（全国研修）実施結果 ····· 147
１.介護相談員養成研修 ····· 148
２.介護相談員現任研修 ····· 151

1

「身体拘束ゼロ」推進研究会

「身体拘束ゼロ」推進研究会

Ⅰ　研究会設置の目的

平成 27 年度当会調査により、介護相談員と市町村事務局が身体拘束・虐待と捉えている行為の認識に違いがあること、また市町村事務局、介護現場の認識不足が一因で、介護相談員の報告が活かされていない実態が浮き彫りとなった。

これら認識の相違により看過されている行為を探るため、平成 28 年度調査では、介護相談員が観察した身体拘束・虐待とその底辺に潜むグレーゾーン・不適切ケアまで広げその具体的行為の実態について調査し、7,800 実例を得た。

平成 29 年度は介護相談員から報告された膨大な実例を活かし、三者間（介護相談員・事業実施市町村事務局・受入事業所）の共通認識化を図り、共に同じ方向を向きながら虐待・身体拘束防止に取り組む方策を指向する。

Ⅱ　研究会　委員

（五十音順　敬称略）

◎は座長　○は副座長　※はワーキンググループ構成員

氏　名	肩　書
井部　俊子 ○※	株式会社井部看護管理研究所 代表取締役
大森　彌 ◎	東京大学名誉教授 ／ 地域ケア政策ネットワーク代表理事
髙村　浩 ※	髙村浩法律事務所 所長
鳥海　房枝 ※	特定非営利活動法人メイアイヘルプユー 事務局長
有吉　通泰 ※	医療法人笠松会 有吉病院 院長
田口　将人 欠席	公益社団法人岐阜県看護協会 理事(公益社団法人日本看護協会 推薦)
及川　ゆりこ 欠席	公益社団法人日本介護福祉士会 生涯研修制度委員会 委員
濵田　和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
杉山　孝博 欠席	公益社団法人認知症の人と家族の会 副代表理事
山本　正昭	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 指導監査対応室 副室長
櫛橋　弘喜	公益社団法人全国老人保健施設協会 理事
橋本　康子	一般社団法人日本慢性期医療協会 副会長
老松　　孝晃	一般社団法人全国介護付きホーム協会 副代表理事
佐々木　薫	公益社団法人日本認知症グループホーム協会 副会長
髙橋　邦典	静岡県 健康福祉部 理事／静岡県社会福祉協議会 事務局長

ワーキンググループ

田中　とも江	社会福祉法人こうほうえん ケアホーム西大井こうほうえん 施設長

◎オブザーバー　厚生労働省老健局高齢者支援課

Ⅲ　研究会　開催

○第 1 回研究会

日　時	平成 30 年 10 月 4 日（木）15:30～17:30
会　場	アルカディア市ヶ谷（私学会館）7 階「妙高」
議　題	1. 委員紹介 2. 概要説明 3. 「身体拘束ゼロへの手引き」の検討すべき内容について

○第 1 回研究会WG

日　時	平成 30 年 11 月 5 日（月）15:00～17:00
会　場	アルカディア市ヶ谷（私学会館）7 階「雲取」
議　題	1. 「身体拘束ゼロへの手引き」新版の構成立てについて 2. 「身体拘束ゼロへの手引き」新版に向けての内容検討

○第 2 回研究会WG

日　時	平成 30 年 11 月 30 日（金）13:00～15:00
会　場	アルカディア市ヶ谷（私学会館）7 階「鳥海」
議　題	1. 「身体拘束ゼロへの手引き」新版に掲載すべき構成要素について

○第 3 回研究会WG

日　時	平成 30 年 12 月 13 日（木）15:00～17:00
会　場	アルカディア市ヶ谷（私学会館）7 階「鳥海」
議　題	1. 「身体拘束ゼロへの手引き」新版に掲載すべき構成要素について

○第 4 回研究会WG

日　時	平成 30 年 12 月 25 日（火）15:00～17:00
会　場	アルカディア市ヶ谷（私学会館）7 階「鳥海」
議　題	1. 「身体拘束ゼロへの手引き」新版 構成案について

○第 2 回研究会

日　時	平成 31 年 3 月 8 日（金）10:00～12:00
会　場	アルカディア市ヶ谷（私学会館）7 階「妙高」
議　題	1. 「身体拘束ゼロへの手引き」改定及び改正案について

「身体拘束ゼロ」推進研究会　報告

「身体拘束ゼロ」推進研究会

研究会・ワーキンググループでの ご意見を踏まえた改訂点等についての整理 - 委員の意見・検討等

■ 全般にかかる事項 ■

1 （将来的な改訂まで耐えうるよう）（『身体拘束ゼロへの手引き』の）「思想」「理念部分」は残す・「細部」は直す

【委員の意見・検討等（以下同）】

○今回『手引き』が改訂されれば、今後 10 年、20 年はこれでいくことになる。

○**思想は残す**。まずは尊厳。…… 一方、世の中のニーズは変わってきている。そこに合わせて改訂はしていくことが重要である。。

○『手引き』に示された**理念部分は残していただきたい**。ただ、当時の状況を反映して、チャレンジ目標として頑張ろうという、遠慮しながらの記述になっている。発行から 18 年を経て、理念は浸透してきていると思うので、チャレンジではなく具体的な達成目標として「ゼロにします」ということを打ち出すべき。

○（優生保護法の問題を見るまでもなく、）**将来的に裁かれる可能性があることを念頭**に置いたほうがいい。拘束されている本人は声を出せない。**10 年後、20 年後、30 年後に、未来の基準で過去のことを裁かれることがある**。過去の時点で少数者の声が出ていなければ、それは過去の基準が通用していただけであって、その時に少数者の声を聞いていれば、過去の時点でもおかしかったと言われる可能性もある。

2 （介護保険制度施行、サービス提供をめぐる状況も変化）（思想・理念ばかりでなく）介護現場の現状にも配慮した記述とする

○介護保険施設のなかには**「野戦病院の一歩手前」的状態のところも**。1年間に職員の3分の1が変わり、3年経つと職員のほとんどが変わる。指導に訪れた施設へ1年後に行っても、当時指導した職員はもうその施設にいない。1年前に起きた事件に対する検証などまったくない。「その日暮らし」で施設としてやっと存続している状況。当時の状況を知らない職員を前にして…指導をしたとしても、おそらく改善などできない。「最低限ここはこうしてください」と、少しずつやっていくしかない。その職員だって1年後にはいない。指導、助言のために調査している間にも、対応する職員が変わる。**利用者・家族の方が、最も長く施設と関わっている状況**。そのような施設だと、落ち着いて事故を検証する余裕はない。

○職員が固定しない分、非常勤を充てることになる。**常勤率をみるだけでは不十分**。たとえ週1回夜勤の**非常勤勤務であっても定着すればいい**。非常勤でも定着していれば利用者と馴染みの関係をつくれる。

○「介護現場の現状を踏まえた記述」と、「踏まえた記述」とすると、現場では理念だけでは通用しないという含意を強く汲み取る人もいる。そうした余地を残さない表現をすべき。

○東京の特養などでは、**「日本語が通じる職員をお願いします」という状態も**。… 『手引き』も**英語版を作成**したらいい。外国人に対して日本語を学べというのは一方的。日本人も介護の基礎英語くらいは話せるようにしないと。外国人の方は、会話はできても記録が難しい。日本人側も歩み寄る必要。

○外国人技能実習生は、日本語の**平仮名は勉強している(読める)場合**が多い。**送り出し国**(たとえばベトナム)**の公用語に、必ずしも英語があるとは限らない**。日本語版のように詳細でなくともよいので、**各国語版を作成するという発想の方が現実的**。

☞各国語版『手引き』の作成の必要性
(概略版でもよいので)

3 「家族」に関する記述を入れる

○**介護現場が非常に困惑するのは、家族の非常に強い要望で押し切られてしまうケース**。「病院では(拘束を)してくれたのに、なぜここではしてくれないのか(病院ではいいのに、老人ホームではなぜ駄目なんだ)」「転倒したら誰が責任を取るのか」「(転倒した場合)入院費は誰が持つのか」といった調子で、(運営会社の)本部にまで連絡がくるケースが非常に多い。**家族に対する啓蒙という側面も重要なのでは**ないか。

○家族からの「安全を優先してくれ」という(拘束の)依頼は根強い。

○あくまでも家族は説明する相手であって、いっしょにケアをする仲間という意識が施設側にはないのではないかと思う。**家族を巻き込んで適切なケアをするように**したらどうか。**スタンスを変えてもいいのではないか**。……「家族の参加」とか。私たちは抑制帯やセンサーなどを使用するが、そうした道具の名称も家族と共有したらいい。「センサーは嫌です」と家族がいえるようにすればよいのではないか。

○転倒事故は起こり得るもの。事前に、**施設が家族に対してしっかり説明責任を果たして、関係性を構築**していたら、仮に転倒事故が起きたとしても、大問題にはなりづらい。そこがないから問題となる。

○**「共に考える」ということ**。

○家族の位置みたいなものを、もう少しはっきりさせたほうが。一方的に説明して、「何かご意見はありますか」みたいな現場が多すぎる。「本人にとって」という部分をちゃんと説明し、「共に考える」という姿勢がないなかで、ひたすら説明して同意してもらおうというのは、根本的に「違うだろ」と思う。「あっち側」なんだよね。「こっち側」にもってこないと。家族も介護を共有する**同志になっていただかないと**。

○**アセスメント**、少なくともサマリー**を家族に渡した方がいい**。…**ケアプランといっしょに説明**して、転倒リスクはあるのだけれど、だからといって縛ったらこうなりますから、こういうプランでやりますというように、**介護保険の手続きの説明全体のなかで、身体拘束の説明も**しないと。

○同意書などにもかかわってくる。いまはただ判を押すだけが家族の同意になってしまっている。

○**まず「身体拘束をしない」という思いを共有する必要**。

○**家族が身体拘束をすることによってどういう弊害があるのかを知らない**。

○「身体拘束をするとこうなりますよ」という**ビデオの作成は有効**。

☛ （入所時等に使用する）**家族向けビデオ作成の必要性**
（身体拘束の弊害を訴求する）

○施設が拘束について説明する際は口答で話しているだけ。説明資料等を渡したりする現場はあるのか。たとえば「拘束にはこういう弊害があります」といったことが書かれたものなど。……家族も理解できるような説明資料を渡してもよいと思う。

○重要事項説明書を渡して説明したら 1 時間以上かかるが、ほとんど理解されていない。

○身体拘束に関しては、「しない」ということを口答でいうだけではなくて、「身体拘束の弊害」についてわかりやすい簡単な 1 枚ものの**説明リーフレットを作ったほうがよい**。

○家族のなかには「拘束」という言葉を初めて聞く人も多い。

☛（介護計画説明時に使用する）**リーフレットの作成の必要性**
（身体拘束の弊害を訴求する）

○**身体拘束するとどういう事態が起こるのか。端的にいえば、寿命が縮まるとか、尊厳が損なわれる**とか…。そういうことを**家族に理解してもらい、共有していくことが必要では**。

○**家族にもできることはある。そこは積極的に教える**。お見舞いにきた時には、こういう風に働きかけたらいいとか。それこそ同志ですから、巻き込んでやっていく。

○施設は、**家族が**利用者と**時間を共有するのが役割**だと思っている。いっしょに散歩に出るとか、食事をいっしょに摂るとか、積極的にやってもらう。もうひとつは「お願いします」「わかりました」「ありがとう」「承知しました」ということを言葉にする。本人が「帰りたい」といったときに、介護職は「夕ご飯だからお茶を飲みましょう」とかいって騙す。でもそれでは解決しない。そういう時に家族に電話をして、話をしていただくと、本人は落ち着く。

○家族がしょっちゅう顔を出すだけというだけでも大きいということ。

○**縛らないケアの最大のリスクマネジメントは「家族とのコミュニケーション」**。

○結構大きな事故を起こしても、家族は何にもいわないで、「ありがとうございました」で終わることもある。当然その反対もある。

■現行版にかかる事項■

P４～P５ はじめに

◆当該箇所についての特段の意見はなし。
◆（新版でも「はじめに」として掲載する場合に修正箇所の指示があったが）**初版「はじめに」は**、歴史的経緯を伝えるものとして**そのまま残してはどうか**。
◆**新たに新版向け「はじめに」**（なぜいま改訂をおこなうのかなどの改訂経緯等を説明）**を加える**。

【委員の意見・検討等（以下同）】

〇『手引き』5頁の「人員不足」云々の件は「甘い書きぶり」。現在の現場を踏まえた応答の書きぶりが必要。

〇初版「はじめに」の文章を残すのはよいとしても、「はじめに」というタイトルは不用。「高齢者ケアに関わるすべての人に」というサブタイトルで、すでに表現されている。

〇身体拘束は介護・福祉の問題で、「医療は関係がない」と思っているふしがある。実際には医療のほうが遅れている。もともとサブタイトルは「高齢者ケアに関わるすべての人に」。**介護・福祉の世界だけではないという書きぶりを、ぜひお願い**したい。

〇身体拘束をするということは、ケアの質が足りないということ。身体拘束ゼロを行おうということは、ケアの質を高めようということ。よいケアをしていくことが、最終的には身体拘束ゼロにつながる。手引きの冒頭で言及していただきたい。

P６ 身体拘束はなぜ問題なのか
①身体拘束がもたらす多くの弊害 ②拘束が拘束が生む「悪循環」

◆基本的に現行版に記載する情報は「思想・理念部分」としてそのまま継承。
◆より直接的な表現で「弊害」を書き足す。**「尊厳の保持」とセット**で出す。
☛端的に拘束は **①「命を縮める」行為 ②人間の尊厳を損なうもの であると明記**
◆**身体拘束は虐待であると明記**
◆（現行版にある）事業者に向けた書きぶりと、家族に向けたメッセージとを書き分ける。
☛（家族に対しては）自分も縛られたい（命を縮めるような行為を自ら望んでしてほしい）かを訴求
☛（事業者に対しては）「家族の同意」と安易な例外３要件の容認を行ってもいいものかを訴

（①身体拘束がもたらす多くの弊害）

〇**こうした問題と、介護保険法が掲げる「尊厳の保持」とが結びついていない**。尊厳保持の観点からすれば、身体拘束にせよ虐待にせよ不適切ケアにせよ、権利擁護の問題。利用者の権利を擁護する上では、いずれも許されるものではないという論調で望むことが必要。

〇「提供側の論理」ではなく、「（拘束を）受ける側の論理」で『手引き』は記述していく必要。非人道的な行為は言語道断。**医療法第１条の2「（生命の尊重と）個人の尊厳の保持」といった視点から紐解いていってもいい**。

〇誰も「死のう」と思って生きているわけではない。死ぬまで**人間の尊厳は、いったいどこで保障されるのか**。

○医療、介護の現場では、いろいろなことが起こる。そこを曖昧にしてしまうと、人間としての尊厳が保障されない。病気になった方や、寝たきりになった方が悪いとなってしまう。「尊厳」というのであれば何を柱にするか。頑張っている現場は方法論を持っている。方法論を持っている現場と、仕方ないからそれでよしとする現場がある。どちらもよしとしたら、尊厳が保障されていることにならない。
○「せざるを得ない(やむを得ない)」という綺麗な言葉が使われるが、その「せざるを得ない」というのは誰の判断なのか。組織の問題。現場の介護職や看護職だけに責任を帰する結果となる。組織としての目標があれば、みんなで考えなくてはいけない。**スタッフ間で「尊厳」を議論していくことが基本ではないか**。

○(尊厳の問題であるとともに)そもそも身体拘束は虐待にあたる。**「身体拘束は虐待である」ということを、しっかりと盛り込むべき**。
○**家族が身体拘束をすることによってどういう弊害があるのかを知らない**。**弊害を示す必要がある**。
○**身体拘束行為とそこから生まれる弊害との因果関係を家族が分かっていない**。抑制によって生まれる身体的な障害は目で見て感覚的に分かる。たとえば、**参考資料として身体的な弊害の写真をみせてはどうか**。いずれにしても弊害だけを書かれても家族はぴんとこないので、因果関係を書き込む必要。
○**身体拘束の弊害は説明せず、書式だけをみせて同意のサインをもらうなど事務的**にやっている。転倒骨折して、入院して、やっと退院して再入所した際には、家族が「もう転倒骨折はこりごりだ」と思っているケースがある。転倒骨折するくらいならば「拘束して欲しい」という家族に対して、施設側で説明し切れるか。施設側も、「この間は大変だったから、拘束しなくちゃならないかな…」と思ってしまう。「それでも駄目」と説明し切れるかにかかっている。説明する職員が実感を持っていないと駄目。職員も内心「ならないかな…」と思っていて、「指定基準ではこうなっているから…」との説明だけでは無理。家族は納得しない現実がある。
○いま身体拘束は(施設側が行うというより)家族の希望で行われている場合が多い。家族の意見が強くて、介護現場の職員も、**口では「本人ため」といいながら、結果として「家族のため」になっている**ことが非常に多い。身体拘束は尊厳の問題。本人視点が一番大事。この部分を強く打ち出さないと。
○**職員が悩んでいる姿があれば、家族にも通じるところはある**かと思う。たしかに安全は確保したい。しかし身体拘束すると弊害がでる。そこを真剣に考え悩んで、職員が身体拘束の問題に突き当たった結果として、「できません」という言葉が出るから、家族に「通じる」。事務的にやられたら何も通じない。
○**できるだけ医療のことも書いていただきたい**。廃用性症候群だと肺炎を起こしやすいとか、誤嚥性肺炎を起こしやすいとか、筋・骨格系が弱まるので寝たきりになって褥瘡をつくりやすいとか、御飯も食べられないとか。**介護に偏らないように**お願いしたい。

(②拘束が拘束が生む「悪循環」)

○施設の方の話を聞くと、**ある人に身体拘束すると**、「結局ほかの利用者も身体拘束することになってしまう」という。Aさんを身体拘束すると、Bさんもだいたい同じ状態像だから、Bさんも身体拘束しないといけない。そうするとCさんも…と、みんなに広がっていってしまう。そして**結局、施設全体に身体拘束が広がってしまう**。
○不安心理。Aさんが転倒しやすいから、施設側で身体拘束しているとする。でも、同じ施設にいるBさん、Cさんもだいたい似たような状況だと。Aさんは身体拘束をしているのに、Bさんが身体拘束していないときに転倒、骨折してしまったとすると、家族から「何でうち(Bさん)はやらなかったのか」と責められると困る。そうすると、Aさんと同じような状態像のBさん、Cさんも拘束しようとなる。結局、施設全体で身体拘束が広がることになる。
○身体拘束をすることによって間違いなく要介護度は悪化。つまり社会的経費が増える。

P７　参考　身体拘束禁止の対象となる具体的な行為（いわゆる『11 項目』）

◆堅持するが、各項目とも**書きぶりを見直し**（新１１項目＋α）。
◆（現行版では項目の列記という形でしかないので）　「参考」ではなく**本編化**。各項目の**意図も解説**する。
◆その際、①『（旧）11 項目』は**例示列挙であり限定列挙ではない**（当時多かった具体的行為を例示として挙げたもの）旨、②新 11 項目についても同様である**旨を明記**。

（堅持・見直し・本編化）

○11 項目に拘る必要があるか…。

○11 項目・例外 3 要件が提示されたことにより身体拘束は圧倒的に減少。それまで現場では何も考えないで拘束。この約 20 年間で、11 項目を逃れようとする身体拘束も生まれたが、**11 項目**・例外 3 要件**は堅持してそこに付け加える形が現実的**。

○「11 項目」へのこだわり。11 項目に抵触するのかどうかに神経を尖らせている現場が少なくない。いかに 11 項目に当たらない方法を探すかといった実態。手段と目的を間違えている。**項目を増やすだけでは限界**。何も変わらないだろう。

○必要のないものは取って、新たに例題として分かりやすいものを入れるという手もある。その時に入れ方を、**言葉を厳密に入れていかないと語弊**を生む。

（例示列挙・限定列挙）

○『手引き』には**「介護保険指定基準において禁止の対象になっている行為は、『身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為』である」**と書かれている。この括弧（『　』）書き部分を飛ばして、禁止されているのは 11 項目であるという風に、読む側がいいように解釈してしまった。介護保険が始まって約 20 年の間に、その解釈が定着…。

○**どこにも 11 項目が「限定列挙」だとは書かれていない**。『手引き』に**例示としてこの 11 項目が書かれている**ので、誤解される恐れがあるということ。

○『手引き』に掲載された **11 項目は、例示列挙であり限定列挙ではない**。通常、例示列挙の場合は 12 項目めに「以上と同等の行為」や「…準ずる行為」などの文言を入れる。『手引き』ではそうなっていない（ので誤解を生む）。

○当時この 11 項目が挙がったのは、**単純に事例が多かったから。例示として出したに過ぎない**。

○**11 項目だけが身体拘束であるという前提にしてしまうと、それ以外は自由にできるという発想**になる。たとえば3項目めに4本柵（ベッドを柵(サイドレール)で囲む）があるが、現場でよく行われているのが柵のひとつを外して、代わりに車いすやタンスを置いたり、壁を設置したりするケース。3本柵だから身体拘束ではないという発想。たしかに 11 項目の記述にはあたってないかも知れないが、結果的には3項目めに書かれていることと同じ。

○平成 21 年度の全国抑制廃止研究会の報告では 11 項目以外の身体拘束「その他」が 11.2%。ただ「その他」の内容が何かは明らかになっていない。**11 項目以外の身体拘束も実際には行われているというのが実態**。

○刊行当時の委員会では、単純にそういう事例が多いから挙げられているという認識。**介護側は、「11 項目以外は許される」という認識が強い**。「例示以外は許される」という、12、13、14 項目めの身体拘束が生まれる事態が生じた。記述、表現の仕方として甘い。改訂ではそこを直さないと。

（本人の視点　等）

○「提供側の論理」ではなく、**「（拘束を）受ける側の論理」で『手引き』は記述していく必要**。

○11 項目をみていると、共通するのは**本人の何かをしたいという意思があって、それを抑止する行為と読める。**

○11 項目をどう使うのか、いろいろな意見があると思う。各項目記述の前半部分、たとえば①は「徘徊しないように…ひも等で縛る」。本人からすれば自由に歩きたい、行きたい場所に行きたいとする意図、理由がある。そこを考えるのがアセスメントだと思う。②は「転落しないように…ひも等でしばる」。自分でベッドから降りようと動くことに

も理由がある。11 項目の**各項目前半のフレーズを、アセスメントの枠組みとして考えるてみる**ことが大切だと思う。

P７ 参考 身体拘束についての家族の声

◆当該箇所についての特に意見はなし。
◆（参考例示として適正化を判断のうえ）新たに設ける**「家族」に関する記述の中に含める**。

P８ 身体拘束は本当になくせないのか

①身体拘束は安全確保のために本当に必要なのか ②身体拘束の廃止は不可能なのか

◆基本的に現行版に記載する情報は「思想・理念部分」としてそのまま継承。
◆当該箇所についての具体的な修正意見などは特になし。

（8頁 身体拘束による事故防止の効果は必ずしも明らかでなく…）

○**「抑制」をしたからといって事故が減少しているわけではないのは統計的な事実**。裁判判例を調べてみると、裁判所が何を求めているかというと「安全配慮義務」。安全配慮とは何かと調べてみると、「事故を予測し、それを防ぐ手段」。事故を予測するというのは、**結局はアセスメント。それを防ぐ手段というのはケアプラン**。徹底的に予測しプランを立てて、その上でも事故が起きた以上はよしとする。行われている介護に、毅然とした自信をもつことだと思う。

P９ 参考 身体拘束をめぐる各国の努力

◆当該箇所についての特に意見はなし。
◆その後の海外各国の取り組みなどを考慮して「参考」としての掲出を判断。

P10
・P12

身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと～五つの方針

①トップが決断し、施設や病院が一丸となって取り組む
②みんなで議論し、共通の意識をもつ
③まず、身体拘束を必要としない状態の実現をめざす
④事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する
⑤常に代替的な方法を考え、身体拘束するケースは極めて限定的に

◆基本的に現行版に記載する情報はそのまま継承。
◆「介護現場の現状」をにも配慮し書きぶりは見直す。

○「せざるを得ない」というのは誰の判断なのか。**組織の問題**。**現場の介護職や看護職だけに責任を帰する結果**となる。組織としての目標があれば、みんなで考えなくてはいけない。スタッフ間で「尊厳」を議論していかないと。
○…**組織として「考える」という部分**がない。現場だけの問題ではなく組織の問題。組織が人を育て、組織が人を崩す。
○やはり**組織としてどうあるべきか**。利用者の状態像から**常々学ぶ姿勢のある組織であれば**、職員は説明まではできないかも知れないが、その姿勢が頭のなかにあるから**身体拘束をしない**。
○…**経営者・管理者などトップに立つ人たちの仕組みを一緒に考えるという部分を、いちばん先に出したほうがよい**。次に家族に向けた記述。
○「身体介護」といいながら、時間で区切られた業務で終わらせようとすると心がついていかない。統一してきちんと成り立つようにする**仕組、組織、教育をやっていかないと、目の前の現実は変わらない**。それと働き方改革。
○**職員が定着していないと話にならない**。
○管理者すら変わってしまう現実…。
○「身体拘束廃止に向けて…」といわれると、身体拘束を行っていることが前提だから、「廃止」という表現になるなのだなというイメージ。医療とは異なり、**介護の現場では**基本的に身体拘束を行っていない。**身体拘束はしないという前提**がある。**「身体拘束禁止」という言葉の方が、よりいまの現実にあっている**。
○「②みんなで議論し、共通の意識をもつ」の**「みんな」のなかに、家族も含まれているという部分をぜひ入れていただきたい**。

P11

参考 身体拘束をめぐる看護・介護職員の声

◆当該箇所についての特段の意見はなし。
◆「看護・介護職員の声」の参考例示として適正か、他に相応しいものや加除があるかを考慮して掲出を判断。

P１２
～P１３

参考 介護保険指定基準の身体拘束禁止規定 ／身体拘束廃止未実施減算の適用について

◆平成 30 年 4 月改正（適正化委員会、指針、１割減算）内容に差し替える。
◆（「参考」扱いではなく）制度説明に関する記述で本編としてまとめる。
☞都道府県研修（高齢者権利擁護等推進事業）／管理者研修（神戸市）など。
◆障害、医療分野との違いにも触れる。
　☞障害者虐待防止法との違い（身体拘束を規定。第２条の６・７・８）
☞精神医療との違い（医師の監督のもと拘束を精神保健福祉法に規定）
☞一般病院への規定はない（療担規則違反）

（適正化委員会・指針）

○（今次の改正で入った）**「適正化委員会」「指針」等を記載する必要がある**。
○「適正化委員会」は、拘束のありなしではなく、そういう（「3要件」が必要とされるような状態が生じないような）現場の構造にしていくために機能しないといけないと書く必要がある。

○「指針案」については、掲載しないほうがよいのではないか。
○通知レベルの記載内容まで。フォーマット的なものは…施設全体が考える機会を失うので掲載しないほうがよい…。

○今回の改正は間違ってはいないが、結局**書類等ばかりに目がいっていて、現場が振り回されている**。ある特定施設の集まりで側聞するには、（1割減算を避けるために）委員会も指針も「みんなやっている」という。行政の担当者は「いろいろ散見しています」という。家族や施設で働いている方たちから「連絡がきています」と。委員会といっても「ある」か「ない」かの会議をしている。そんなことしても役に立たない。

○現場にとっては**「グレーゾーン」のどこまでが“減算”なのかが最大の関心事**。どこまで載せるべきなのか。
○現場が**一番気にしているのは1割減算がどこまであたるか**。お金に直接絡むので。……そういうことをしないと認められませんと踏み込んだ表現を入れたほうが抑止力になる。
○**保険者は改正前の減算もきちんとはやっていない**。身体拘束があったケースで、施設所在地と保険者が違うと。施設所在地の保険者から相談を受けて、「これは減算だから、一方の保険者に連絡して、減算扱いしてもらわないと駄目ですよ」といったら、施設所在地の保険者はそんなことはまったく考えていなかったようで、「いやそれはちょっとやりづらいです」という反応。改正前でそのような状態。**1割減算となってどこまで保険者がやるのか疑問**が残る。その点もしっかり押さえる必要がある。
○そもそも**役所の担当者が1割減算を知っているのかどうか**。／**「初めて聞きました」という自治体も**ある。

（高齢者権利擁護等推進事業などの研修）

○都道府県の研修（**高齢者権利擁護等推進事業**）の問題。／…「権利擁護」のための研修で、「身体拘束」に限ったものではない。
○神戸市の運営基準で、虐待に関しての（管理者研修の）義務づけはある。条例で規定。神戸市以外に聞いたことはない。

（障害、医療などとの違い）

○障害者虐待の場合、**障害者虐待防止法に身体拘束に関する記述（第2条の6・7・8）があるが、高齢者虐待防止法には記載がない**。その意味では、『手引き』で障害者虐待防止法にふれる意味はある。
○**精神保健福祉法第36条**では「できる」規定。（第三十六条　精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。）
○**管理者側の裁量の側面**。
○精神病院の身体拘束と比較すると、規定上は精神病院よりも甘い手続きぶり。精神病院の場合は、指定医が

必ず診断しないといけない。介護の場合、例外3要件にしても**医師の認定は要件になっていない**。実際には精神病院の拘束のほうがひどい状況ではあるが、精神病院よりも緩やかな身体拘束の手続きとなっている。
○**一般病院への規定はない**。手引きの「理念」部分は使えるが、規定の適用はない。／(医療の世界では)療担規則違反。
○規定の適用はないが、理念部分を医療現場に応用する分には構わないのではないか。

P14 ～P15 身体拘束をせずに行うケア～三つの原則

①身体拘束を誘発する原因を探り、除去する
②五つの基本的ケアを徹底する
③身体拘束廃止をきっかけ「よりよいケア」の実現を

◆当該箇所についての特段の意見はなし。
◆基本的に現行版に記載する情報はそのまま継承。
◆「介護現場の現状」を踏まえ書きぶりは見直す。

○『手引き』15 頁のスピーチロックの話は、身体拘束以上に駄目という書きぶりは、見直す必要があるのではないか。

P15 参考 ５つの基本ケア

◆内容を追補して本編化する。

○施設のケアのあり方やサービスの作り方、**ケアの引き出しの成功事例を『手引き』に盛り込んでは**どうか。
○「5つの基本ケア」に知的所有権というか、誰が作ったというのはあるのか。『手引き』のなかで作れるのであれば、「基本」となる考え方に、**新たに「6つ」「7つ」目のものを提示しても**いいのか…。
○5つの基本ケアのなかでやってきて、なかでも**排せつケアと摂食ケアがまずいと身体拘束・虐待につながる例が多い**。……原点はケアの質の向上。
○**要は**「縛らない介護」。**介護の質の向上**が重要。病院であろうと施設であろうと、**特に重要なのは摂食ケアと排泄ケア**。この 2 つは人間が生きている限り必須のこと。

P16 ～P21 身体拘束をせずに行うケア～三つの原則 具体的な行為ごとの工夫のポイント

◆当該箇所についての具体的な修正意見などは特になし。
◆（現行版では 11 項目に沿って整理されているので）それ以外の行為や事例を含め整理の仕方を見直す。

○身体拘束は目的ではなく手段だということ。より適切なケアを行うために**縛らない工夫**をする。**それがケアの 向上につながってくる**。
○場面によっては「身体拘束せざるを得ない」という現実はある。**「どうやったらいいか」という工夫を書く必要**。

P17　参考　身体拘束をなくすためのベッド（低床ベッド）

◆（低床ベッドだけがでてくるのも唐突なので）特になくてもよいか。（入れるのであれば）リスク面での記述も。

○低床ベッドの扱い。宣伝もされているので利用者や家族もよくご存じで、転倒して骨折したりすることがないように「低床ベッドにして」といわれることがある。ただ、患者はリハビリして動けるようになると、ベッドから立ち上がろうとする。この時、低床であればあるほどまた転んでしまうという**リスクが分かっていない**。「リハビリして元気になろうと思ったのに、骨折させるとは何事だ」ということはよくある。リスクを説明しても分かってもらえないことがある。

P22～P23　緊急やむを得ない場合の対応

①三つの要件をすべて満たすことが必要
②手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる
③身体拘束に関する記録が義務づけられている

◆例外３要件については堅持。
◆「例外だったはずが拡大解釈して野放図状態」であることを踏まえ大幅に補記。

（例外3要件）

○「緊急やむを得ない場合」の 3 要件を、実に簡単にクリアしている印象。**「3要件」がひとり歩き**してしまっている。
○例外３要件は極めて例外的であったはず。だが**拡大解釈して野放図状態**。……高齢者を漫然と縛っていいわけではない。
○緊急やむを得ない場合ではなくて、車いすのT字帯を2年間もやっているような事例がある。やむを得ないという手続きだけが2年間続いている。事後の検証があったら2年も続かないはず。いまは**例外3要件が形骸化**している。
○3要件（切迫性・非代替性・一時性）が必要とされる状態に至らないようにするために何をすればいいかが本旨。
○「3要件」が必要とされるような状態が生じないような、現場の構造にしていかないといけない。
○例外 3 要件を外してもらいたい。
○11 項目・例外 3 要件が提示されたことにより身体拘束は圧倒的に減少。それまで現場では何も考えないで拘束。この約 20 年間で、11 項目を逃れようとする身体拘束も生まれたが、11 項目・**例外３要件は堅持**してそこに付け加える形が現実的。
○医療、しかも急性期分野で拘束を無くそうという動きが出ている。**例外 3 要件は残したほうが**よい。
○約 20 年前と比較して圧倒的に職員が集まらない現実。そのなかで「身体拘束は絶対にしてはならない」という論調では反感も生む。せっかく急性期医療や精神科分野で身体拘束廃止の流れがきている。当時では考えられなかったこと。
○いま「3要件」の記載を外したら、現場はえらいことになる。「3要件」は急性期でも使われている。
○**「3要件」は残す方向**。その前段の原稿が必要。
○例外要件の書き方の問題。**例外要件は、『手引き』にあえて書かなくても、民法や刑法という一般的な法律で出てきてしまう話**。一宮事件の**最高裁判決でも**、『手引き』を前提とせず、**一般論で身体拘束が許される場合（例外3要件）を認めている**。『手引き』に書く場合、あまり例外要件に焦点を当てて「こういうことがあります」という書きぶりにすると、そこが抜け道になってしまう。例外はあったとしても、例外要件を満たすことはないといった書きぶり

をする必要。

○**例外３要件は、身体拘束を許しているという側面はあるが、他面で医療機関や介護保険施設の裁量を認めないという側面**がある。それまでは医療機関や介護保険施設の裁量で決めるという判例の流れだった。（「絶対禁止」ではないが）「原則駄目」という歯止めがかかっているという意味では裁量論より厳しい。

○スピーチロックが例外的に許される状況というのはあるのか……「ベッドから降りないでください」という状況で、例外3要件に当てはまる場合などあるのか。考えにくい。

P24 ～P25 身体拘束に関する説明書・経過観察記録

◆**「同意」ではなく「説明」**である旨をより鮮明となるよう解説を付す。
◆書式も改編。

（記録）

○行政も社協も、**「確認」を「同意」にして、意図的に掛け違えている**。この書式をそのまま使って、「同意」という言葉に書き換えて流布してしまっている。**もっとはっきりと「同意ではない」と書かないと駄目**。

○「家族同意」の問題。『手引き』では「同意」という言葉を使っていない。「（できる限り詳細な）説明」し、「（利用者本人や家族に対し…十分な）理解」を得るという表現を用いている。これが**いつの間にか「同意」にすり替わってしまっている**。

○家族に「（拘束を）やってくれ」と言われてやっている側面もたしかにある。そういった**施設に対するメッセージも必要**。

○「記録」が義務づけられているが、その記録を読むと、**緊急やむを得ない拘束に対する経過観察の記録にまったくなっていない**。

○記録の問題。「寝返りするから」等々の理由で、ベッドから降りられないよう柵をつける。4 本柵をつけておいて、「動かずに寝ておられました」という記録の現実。寝返りもしないでどうするのだという話。動けるようにしてあげたほうがいいのに、**「動かない」ということを一生懸命記録**している。**それが「ちゃんと記録をしていた」ということになり、「身体拘束の記録」となってしまう**。

○「説明」とあるが普通は「同意」。**「説明」を受けて、「確認」しましたと家族がサインをし判を押していれば、それは既に「同意」ではないか**。インフォームドコンセントは「説明」と「同意」。これらを一体として考える。

○「同意」という言葉を避けるのであれば「説明書兼確認書」。

○このような認識にいたったのは、本来、緊急やむを得ない場合だけに身体拘束が許されるというルールであったのに、「同意」という言葉を使うことによって、同意を得られているから身体拘束することができるととられてしまって、現在では「同意（書）」に依存してしまっている現実に対して、**「同意」という言葉に対する反対意思**があるから。

○**『手引き』では「同意」という言葉の使用を慎重に避けている**。それは前述の反省があるから。書式のについても同様で、「説明」であって「同意」ではないというスタンス。あくまでも緊急やむを得ない客観的な条件が揃った場合に限って、身体拘束が許されるということを、家族に理解していただくという書式の趣旨。

○現状はむしろ逆。家族に同意を得て身体拘束をするのではなくて、家族が身体拘束を希望される。こうした書式のやり取りを契機に、家族から身体拘束をしないですむ機械になればよい。施設側も別の方法に取り組むモチベーションにもなる。ただ同意されてしまうと、施設側でも身体拘束を見直す機械を失うことになる。家族への牽制という意味で、この書式の存在効果というものもあるのでは。

○記録をとるということが、**家族に対して一定の抑止力**になっている。

○あと、説明をして家族からの確認を経たのちに、**家族からいただいた意見を記載する欄があるといい**。現在は、

ケア日誌(介護記録)に別記している。

○実際に現場で身体拘束した場合、**「記録」がすごく大変**。記録、観察、カンファレンス等を、施設全体として対策をたててやっていかなくてはというのは、施設側としては「早いとこ身体拘束をゼロにしないといけない」というモチベーションにはなっている。

○管理者すら変わってしまう現実。**記録することに膨大な労力を割いているのに、その記録が何の役にも立っていない**。記録を書いても、あとで読める状態ではない。使える資料とするためには、**検索できるように**しなくては駄目。

○施設に 3 年間入所している利用者の記録を抜き出して読むとなったら大変な労力。検索で利用者の状況変化がつかめたら、いまよりも記録が役に立つ。書き方も変わってくる。

○いまだに手書きというのがおかしい。

○説明書の四角囲み A・B・Cに3要件が掲出されているが、ここに**「どの要件に該当しているか」の根拠・理由を書かせるほうがいい**。この書面に書かれていれば、家族もそれをみた時に理解できる。

○説明書にA・B・Cとある3要件も、施設側からすれば通行手形化していることも事実。**本来であれば、身体拘束の届出を行い、要件がなくなれば解除する外部の届出組織があって、そこで判定を行う形が望ましい**。

○本例、この説明書だけで説明するのではない。アセスメント表やケアプラン、サービス提供経過などの説明の過程で(この説明書が)でてくるもの。この説明書だけですべてを説明するという前提ではない。(説明書とは別に)これまでの**経過についてサマリー的なものを用いて、家族に分かりやすく説明するという方法はあり得る**。

(記録)

○監督・指導を行う立場からすると、**経過記録は解除を検討する根拠として必要**。

(両書式全般)

○これまでの議論を聞いていると、『手引き』中に1枚書式だけを載せるというのは無理がある。簡単な解説だけでも足りない。別に解説書が必要。

○ただ、別冊にすると誰も読まなくなる。本編に入れたほうがよいと思う。

P22
P23

参考 介護保険指定基準の身体拘束禁止規定
参考 介護保険指定基準に関する通知

◆(制度説明に関する記述に既に含まれている(再掲)のため)掲載は不要。

P26
～P28

転倒事故などの法的責任についての考え方

①身体拘束をしなかったことを理由に自己責任を問われるのか
②ケアのマネジメント過程においてどのような点に注意すべきか
③事故が発生した場合、どのような対応が必要か

P29

参考 身体拘束と自己責任の関係を考えるうえで参考になる裁判例

（東京地裁平成８年４月１５日判決）

◆現行版に記載している本文そのものについては修正意見なし。
◆基本的情報は継承のうえ加減修正。
◆「マネジメント過程」「アセスメント」に関しては本箇所とは別にあらためて立項（本箇所では基本を述べるのみとする）。
◆掲載判例（東京地裁平成８年４月１５日判決）以降の判例などをフォローし掲載。

○裁判判例を調べてみると、裁判所が何を求めているかというと**「安全配慮義務」**。安全配慮とは何かと調べてみると、「事故を予測し、それを防ぐ手段」。事故を予測するというのは、**結局はアセスメント**。**それを防ぐ手段というのはケアプラン**。徹底的に予測しプランを立てて、その上でも事故が起きた以上はよしとする。行われている介護に、毅然とした自信をもつことだと思う。（再掲）

○**「一宮裁判」**の扱い。『手引き』では言及、**掲載すべき**。（最高裁第三小法廷 平成 22 年 1 月 26 日判決）

※身体拘束（抑制行為）により怪我。二審（高裁）の病院側の過失を認める判決を覆し、「転倒、転落の危険を防止する適切な代替方法はなかったというべき」「本件抑制行為は、…（中略）…転倒、転落の危険を防止するため必要最小限度のものであった」と、病院側の「抑制行為」を、「療養看護に当たっていた看護師らが、転倒、転落によりAが重大な傷害を負う危険を避けるために緊急やむを得ず行った行為であって」と、3要件などを挙げつつ、「診療契約上の義務に違反するものではなく、不法行為法上違法であるということもできない」とした最高裁判決。

○20 年以上前の裁判例で、ベッド柵をつけていなくて敗訴した病院のケースがある。でもそれは両手両足がない患者で、自分で何でもやろうというタイプの人だった。看護師がベッドサイドに食事を持ってきて、その看護師が他の作業に移っている間に、自分でどうにかしようとしてベッドから転落。それは「柵をしておくべきだった」という判決。しかも、事故から 15 年後に裁判となった特殊なケース。

○**大阪地裁平成 29 年 2 月 2 日判決**では、離床センサー等の設置義務違反が争点となった。概要を説明すると、ナースコールをせずにトイレに行ってしまう利用者が転倒事故を起こした。施設側は、利用者に心理的な拘束感を与えるため、離床センサーを置かなかったという。判決のなかで、離床センサーやポータブルトイレの設置の適否等々の対策について検討がなされた。その結果、このケースでは離床センサーを設置しておくべきだったとなった。本人の状況を鑑みると、対策として離床センサーしかなかったのではないかと。しかも施設内に離床センサー1台が保管されていた。使おうと思えばすぐ使える状況であった。利用者に心理的拘束感が仮にあるとしても、転倒を防ぐうえではこれしか方法がなかったのではないかという判決。

P27

参考 転倒を未然に防ぐためのアセスメント例

◆（法的責任部分ではなく）新たに立項する「アセスメント」箇所に吸収。再掲の是非含め検討。

新設　「アセスメント」について（アセスメント方法、家族との関係・ラウンドテーブル方式）

◆GW 議論の多くが「アセスメント」に集中。新たに項を設けることでどうか。
◆または提言として掲載。
◆挿入箇所は検討。

（アセスメント）

○裁判判例を調べてみると、裁判所が何を求めているかというと「安全配慮義務」。安全配慮とは何かと調べてみると、「事故を予測し、それを防ぐ手段」。**事故を予測するというのは、結局はアセスメント**。**それを防ぐ手段というのはケアプラン**。徹底的に予測しプランを立てて、その上でも事故が起きた以上はよしとする。行われている介護に、毅然とした自信をもつことだと思う。（再掲）

○**アセスメントが大事だとずっといわれ続けている**。……おおかたの介護現場はアセスメントの意味がわかっていない。

○「車いすやいすからずり落ちないように…」何々をするではなくて、ここからアセスメントができてくるわけだから、ケア方法がでてくるわけですよ。ところが**アセスメント力**がない。動けることはよいことという前提の視点がない。

○根本はそこ。**「動けることはよいことだ」が根本**。安全のために動けなくする、歩けなくするというのは、**基本的に間違っているということを、明確に出さないといけない**。寝返りできることはいいことです。

○ベッドからワンパターンに車いす移乗している。それはアセスメントの問題。車いすでなく、低いベッドとかソファとかに座らせればいいとか、そもそも車いすに乗せる必要があるのかというアセスメントがなされていない。

○拘束を外したけど「転んだよ」「拘束しなかったせいだ」と言われた。**出発点がまったく違うと話にならない**。

○コンピュータが施設サービス計画書をつくるから、**結局アセスメントを誰もやっていない**。

○施設サービス計画だけでなく、請求事務も一連のものとして出てくる。

○……そもそも**アセスメントされていないわけだから、リスクが浮かび上がることはない**。極端に書くのであれば、それぐらいのことを書いてもいい。

○いろいろな施設をみせてもらうと、改善に向けてのポイントが次第にずれてきていると思う。「リスクマネジメントとして何を話したのですか」と思わざるを得ないような稚拙な内容が散見。……施設としてきっちりとした**アセスメントの仕組みがない**からだと思う。

○**誰のアセスメントであるかもわからない**。名前と生年月日を消したら、みんな同じアセスメントだったなんて笑えない話も。「黒く塗り潰したら誰だかわからないよね」ということは、今も昔もある。要はアセスメントに個別の特徴がない。

○**実際のアセスメント表をみていると、アンケート調査のような**レベルの**感じ**。「歩けています」「歩けていません」みたいなところに○をつけるという類が非常に多い。

○基本的に ADL については、「自立」「一部介助」「全介助」の3つ。なぜ一部介助なのか、なぜ全介助なのかと、**考えてやろうという思想がない**。だから**何年間も同じアセスメント結果**になる。「なぜ」という部分がないと、実は用具ひとつを選ぶこともできない。

○だいたいどのアセスメントも……**問題指向型ではない**。「歩けますか」「座れますか」みたいな項目に丸をしているだけ。どういうデータを集めて、どういうふうに原因を考えていけばいいかという風には考えられていない。**事故後に、転倒のアセスメントをどうしていたのかを調べてみると、非常に薄っぺらなアセスメント**になってしまっていることがある。

○ときどきアセスメント表がどれだかわからないときがある。事業者の方に聞いて「これがアセスメント表です」と出されたものが、「これは何ですか？」というときがある。内容がすごく大雑把で、この書類はいったい何なのかと思う。……**アセスメントをしてどう対策をとるのかは、絶対にやらなくてはいけないことです**。

○新規入院・入所時と部屋替え、それとショートステイはものすごく注意を払う。この時がいちばん事故が起こりや

すい。
○11 項目をどう使うのか、いろいろな意見があると思う。各項目記述の前半部分、たとえば①は「徘徊しないように…ひも等で縛る」。本人からすれば自由に歩きたい、行きたい場所に行きたいとする意図、理由がある。そこを考えるのがアセスメントだと思う。②は「転落しないように…ひも等でしばる」。自分でベッドから降りようと動くことにも理由がある。**11 項目の各項目前半のフレーズを、アセスメントの枠組みとして考えるてみることが大切**だと思う。（再掲）

（家族との関係）

○施設サービス計画は家族に説明するわけですが、**説明の仕方に問題**がある。「これこれこうさせていただきます」「何かその他にご意向はございませんか」的な言い方をするから駄目。「リスクはあるが、ご本人さんにとってはこうしたほうがよいと思います」けど、「ご家族さんはどう思いますか」と、対等に聞けばよい。……**コミュニケーション能力の欠如**。
○サービスが儀式的というか、商売的になっているのではないか。
○身体拘束の弊害は説明せず、書式だけをみせて同意のサインをもらうなど事務的にやっている。
○転倒リスクのアセスメントを共有し、家族にもきちんと説明していれば、小さな問題として済む場合も多い。**家族だって「骨折=悪」だとは思っていない**。

（ラウンドテーブル方式）

○ターミナル期だと、今年3月に改訂したガイドライン。あと報酬に関する通知等を読むと、**イメージとしてラウンドテーブル方式**。医師や看護職や介護職や家族が、本人にとっての最大の利益は何かを共同して話し合って、合意していくイメージ。**四角い机に相対で話すイメージではない**。東京地方裁判所では、医療事故の裁判を行う時にラウンドテーブル方式を採用していて、円卓に裁判官や当事者たちが集まる。そこでどういう経緯で、どういう事故になったのかを話し合って解決をはかる。効果を出しているという話は聞いたことがある。**ラウンドテーブルのようなところに関係者が集まって、それぞれの意見を出し合うというのが、ひとつの方法**だと思う。
○おたがいに話し合ってというのはよい方法だと思う。その時にお茶やコーヒーの一杯でもあれば、気持ちが楽になる。ただ**対面に対峙して座っているだけだと、言いづらいし気持も和まない**。
○**説明と同意だとどうしても対面式**になってしまう。**ラウンドテーブルにならない**。
○**なぜラウンドテーブルなのかというと、リスクも含めて「共に考える」ということ**。共に考えることで、よりよい暮らしを描くプランを作っていく。そこを強調するといままでにない本になる。
○**アセスメント**、少なくともサマリー**を家族に渡した方がいい**。……**ケアプランといっしょに説明**して、転倒リスクはあるのだけれど、だからといって縛ったらこうなりますから、こういうプランでやりますというように、**介護保険の手続きの説明全体のなかで、身体拘束の説明**もしないと。
○家族がいない人も多い。**アセスメントの一連の流れのなかでやれるようにしたほうがいい**。第3者の目も入る。
○介護福祉士からすれば、ケアマネジャーが作成したケアプランでは「現場は回らない」。自分たちで「考えながらやっている」という。**ケアプランなど現場はみていない**。／作成しなくてはいけないから作成しているけれども、ケアマネジャー以外は誰も読んでいない。**ケアマネジャーすら読んでいるかどうかあやしい**。
○いまでは AI でケアプランを作成しようとまでなっている。それでリスクが読み取れるのか……。
○**本来、アセスメントがしっかりしていれば、自然とケアプランがでてくるはず**。でも入力しても出てこない。
○制度改正時に 23 あるアセスメント項目（**課題分析標準 23 項目**）**に足せばいい**。
○…手続き的なところからいうと、**ケアプランは本人の意向も含めたもののはず。だとすれば「身体拘束のリスク」という欄を作り、ラウンドテーブルで話し合うようにしたらどうか**と思う。そうすれば、「リスクあり」となれば、他職種で話し合いをしなければならなくなる。
○**そういう提言はしてもいいのでは**。今回、身体拘束の『手引き』を改訂するだけでは、とてもじゃないが効果は薄い。

新設　「要介護認定」の矛盾について

◆GW 議論のなかで「要介護認定」の矛盾に関する言及。新たに項を設けることでどうか。
◆または提言として掲載。

○本来、介護に手間のかかる人に対して報酬が支払われるようになっている。重度で寝たきりでチューブに繋がれた人は、介護の手間はかからない。でも要介護度＝報酬は一番高い。下手に歩き回られる方は、転倒すると危ないからついて歩かなければいけない。でも、そんなことはできないから拘束してしまう。**要介護認定と報酬の関係は非常に疑問**。
○ある有料老人ホームでは「要介護 3 以上で動けない人はいませんか」と**高齢者狩り状態**。
○要介護 4・5 を狩り集めている状態。
○**要介護認定を変えないと駄目**。

○要介護度の改善を目指し現に改善したとする。今年4月から、要介護認定の更新は 3 年(36か月)延長できるようになった。約 2 割が 36 か月。2 年(24 か月)まで入れたら約4割。結局、認定審査会の負担(回数)を減らすことが目的。そうすると、**現に改善したとしても更新認定はまず絶対にしない。改善されると報酬が減る。成功報酬的なものを考えることが必要ではないか**。
○ただ、『手引き』で書く範疇を超えている。重要な問題ではあるが、他所で議論すべき。

新設　「福祉機器」（見守り支援機器）等の考え方について

◆研究会･GW での議論のなかで、センサー・カメラ等に関する言及が多数。**新たに項を設ける**ことでどうか。

（センサー・カメラ）
○**センサーの扱いは議論を要する**。

○センサーマットは抑制ではない。**抑制の代替として使用することも**多い。
○センサーの問題をどうするか。**全日本病院協会の調査**(平成 28 年 3 月)**では**、11 項目のほかに「動静把握等 6 行為」を掲示。ひとつが 3 点柵。センサー2 項目とそれから監視カメラ。あと「鈴などの音の出る装置を体に装着」「自分の意思で出ることのできない病棟・フロアに滞在させる」。その回答結果は、**センサーは仕方がないという傾向**。**監視カメラや鈴は**やはり**よくないのではないかという結果**。いずれも、多少はあっても、センサー以外の監視カメラなども使われている実態。現場の人たちから、フロアの鍵を閉める等の行為が拘束にあたるのかという疑問が出ている。**そこに踏み込むことができるか**。
○全日本病院協会の報告書中にあるインタビューをみると、匿名で誰かはわからないが、ある病院の先生が質問を受けて、**「デンマークではセンサーも心理的拘束の一種ではないかとの問題提起がなされている」が、少なくとも「日本においてはそれが議論できるのはまだ先のことだと考える」という記述**がある。そこで話が終わっている。

○…アメリカで開発されたという機器をみた。患者のいる場所を映してはいるけれど、ふだんは真っ暗な画面。患者がふだんと違う動きをすると、急に映像が画面に浮かび上がってくる。そこに端末をもった職員が駆けつける。ふだんは真っ暗な画面なので、職員は利用者が何をしているのかわからない。ある大学の先生とドクターと話をし

ていたら、アメリカではプライバシーが非常に尊重されるので、こうした機器は「アメリカでは絶対流行らない」と教えてくれた。しかし、**日本ではどうも状況が違う**。

○**日本では使用に関して規制がない**。実際に本当に真っ暗であるかどうかもわからない。

○仮に機器を設置するとなれば、**本人の承諾を得ることが条件ではないのか**。

○おそらく**条件はつけてない**。

○**センサーと言っているが実際にはカメラ**。シルエット投影とはいえ、これを厚生労働省の補助金で推進している。使われる側の身にしてみればどうなのか。本人同意も完全にとれるものではない。**「告げ口マット」と評する利用者**もいる。**利用者にとってどうなのかという点を軸に議論すべき**。

○利用者の状況をアセスメントするために、**最初の1週間とか 10 日間の状況をそうした機器を使って調査して、その結果をケアプランに織り込んでいくならまだわかる**。**ただ使用が常態化**しているのでは、まったくプライバシーがなくなる。**使用を規制する法律もない**。

○センサーが初期のアセスメントに必要だというところまでは分かるが、どうしてカメラまで入ってくるのか。

○介護報酬改定で夜勤の緩和が入った。介護報酬の加算で、**職員不足対策のひとつとして介護ロボットの活用**が入っている。**そこに「見守り支援機器」としてカメラやセンサー。本当に置かなくてはならないのか**。

○今次の改正で、夜勤職員の配置加算がセンサー等を使用した場合には緩和されるようになっている。AI の利用について、**整合性が取れる形での記載が求められる**。

○特に問題は夜間。本当に職員不足の解消・夜勤を 1 人でも減らすにつながるのであれば、現場としてはやりたい。ただセンサーはOKで、カメラは駄目なのは何故だという議論もある。抑制の定義がないと、やみくもに導入にも踏み切れない。「常勤換算 0.1」の範囲を含めた議論が必要。

○県の身体拘束廃止推進の研修でも、毎年議論がでてくるのがセンサーの問題。見極めの視点として、「(センサーを用いることが)行動制限になっているか否か」と答えてはいるが、言葉でどう明記するのかは難しい問題。

○カメラも全体を映すものから、通常はモザイクがかかっているもの、介護記録の電子化と連動して自動的に記録がとられるものもある。あとベッドに組み込まれたセンサーが、生体反応や生活反応を記録するものもある。介護・看護の効率化と、どこまでが身体拘束にあたるのかについては、どこかでルールを決めないと大変なことになる。

○**大阪地裁平成29年2月2日判決では、離床センサー等の設置義務違反が争点**となった。概要を説明すると、ナースコールをせずにトイレに行ってしまう利用者が転倒事故を起こした。施設側は、利用者に心理的な拘束感を与えるため、離床センサーを置かなかったという。判決のなかで、離床センサーやポータブルトイレの設置の適否等々の対策について検討がなされた。その結果、このケースでは**離床センサーを設置しておくべきだったとなった**。本人の状況を鑑みると、対策として離床センサーしかなかったのではないかと。しかも施設内に離床センサー1台が保管されていた。使おうと思えばすぐ使える状況であった。利用者に心理的拘束感が仮にあるとしても、転倒を防ぐうえではこれしか方法がなかったのではないかという判決。

○弁護士に相談すると、「センサー類をつけていないと、施設・病院の怠慢を問われることがある」と言われる。身体拘束をしたくはないが、あらゆる想定をして、そのアセスメント(予測)をして、その予測に対して対応していたかどうかが問われる。そのあたりをどう整理したらよいか。

○(施設や・利用者家族が)カメラを設置するということは、そこには職員も映りこむことになる。実は職員のプライバシーの問題もある。信頼ではなく監視。相互不信のうえに成り立つサービスということでよいのか。施設には(個人情報保護法の)安全管理措置の義務があるが、家族には個人情報保護法の適用はない。

○**いまセンサー禁止とすると、現場に大変な混乱が起こる**。

○**センサーはアセスメントのために使うべき**。どういう状況なのかを確認する目的で利用する。そのうえでセンサーを外すのか、まだ継続するのかということをきちんとやっていけば、私も問題はないと思う。ただ、ベッド脇に置いて、部屋の出入口にもセンサーを置いていたら、その都度センサーが鳴る。スタッフが部屋に入室するときにだって鳴る。

○そのうちスタッフが転んで骨折する。

○「面倒くさいから」といってプラグを外してしまったことがある。

○「プラグを外す」ということは昔からあった。「（電源がついているかどうか）夜勤帯で確認せよ」という話をしている事業所があった。何でもかんでも「センサーを使うな」といっているわけではない。状況によりけりで、利用者の動きや排せつの時間・パターンを知るために、**初期段階で使用するのは意味がある。その見きわめが大事**。
○第三者評価で現場に行き、「センサーをどのぐらい使っていますか」とは必ず聞く。センサーについては使用する目的と何台使っているか。あと**「『外す時』を決めているか」を聞く**ようにしている。
○**「外す時」を決めないまま使用していることが大部分**。
○**そういうことは、きちっと『手引き』でも書いたらいい**。

○現在、介護医療院が約 5 万 6,000 床。医療療養や一般病床からの転換とかいわれていて、介護医療院は、そういうことも踏まえて考えれば、**センサーマットはやはり禁止はしてもらいたくない。いわゆる適切なアセスメントに基づく使用ということを提示していただいたほうがよい**。

○施設には、センサーをつけていることによる安心と、鳴り続けるセンサーの音を消す（電源を抜く）ことによる安心の、両方の安心が存在する。「センサーを入れています」という施設としての売りと、センサーを導入したら音がうるさ過ぎて止めてしまうという矛盾。センサーを入れても、ただの形式だけになっている施設がある。
○経験でも、センサーをつける時間は決まっていても、終了する時間が決まっている事例は皆無。職員の判断で切ってしまっている。職員が多くなってきたら電源を切るのだけれど、その時間が決められていないがために問題が起きたケースがある。少なくとも**センサー使用をするのであれば、使用目的が正しいのか、必要な使用なのかという点と、使い方に問題がないかという点、あとやはり副次的な効果を考えるべき。**
　センサーがあること自体は拘束ではなかったとしても、継続的な使用が拘束につながらないかという視点。**センサーが鳴るたびにいちいち職員がやってくることも、結局、拘束と同じような効果**が出てきてしまう。
○その裏返しで、**センサーが鳴らないと、今度は職員が行かなくなるという事態**が起こる。

○**そこまでセンサーに頼ることができるのか**。センサーをまたいだり、センサーの脇を通るのではないかという問題もあるが、それは設置の方法を工夫すればいいと判例には出ている。しかし、利用者は意外な動きだってする。実証実験を数年かけてやって、センサーを使用することでどういう効果があって、どういう問題があるのかを検証しないといけない。
○**本来、センサーを適正に使用していれば抑制件数は減るはず**。それがセンサーが鳴り続く状況が続いて、挙げ句の果てにセンサーの電源を切って、訪室の回数だけが減る。職員が載ってもセンサーは鳴るので、「やかましくて仕方がない」ということになる。
○センサーを使用している事業所に聞くと、「音が鳴って大変です」といっている。**ある事業所は、「自分たちが拘束されている」「拘束されているのは自分たちだ」**といっていた。だから、結局、そういうところの多くはセンサーの電源を抜くことになる。
○職員が「センサーマットに拘束されています」というのはよく聞く話。
○**結局センサーは、利用者さんと職員を同時に拘束するもの**となる。

（ナースコール）

○「ナースコールをしない」というケースの多くは、（「ナースコールをしない」という）判断能力がある人だということ。なのに、いきなりセンサーマットになったりしている現実。**利用者の根底には、トイレに行くだけのことに職員を呼ぶことに関して**、やはり**抵抗感**がある。
○利用者さんに聞くと「ものすごく躊躇する」という。「職員が忙しいのはわかっている」「**いちいちトイレのために、孫のような年の子を呼ぶのはかわいそうだ**」と。それと**もうひとつの理由は、やはり「ひとりで清々としたい」ということ**。

○「転倒」云々というが、加齢とともに足腰も弱る。どんなに手を尽くしたとしても転ぶものは転ぶ。家族が脇にいたって転倒するときはある。**何で施設では転倒が悪で、絶対ゼロにしなければならないということが前提なのか。絶対転ばせてはならないというほうが不自然**。
○**転倒ゼロにしようなどと思うから、施設で働く者も精神的に苦痛になってくる**。発想を変えないと。いくら隣にいても転ぶことはあるわけだから、そんなことをいっていたらみんなを拘束して、寝かせきりにしておかなくてはなら

ないことになる。
○人間が生きていくうえで、「絶対にけがをさせない」とか、**何があっても「安全と安心」なんてことはない**。あなたは転倒しないために縛られたいかと、家族とも話し合いができるような状況になりたい。本当に国民に問いたい。

新設　「不適切ケア」について

◆研究会・GW での議論のなかで、「不適切ケア」に関する言及が多数。**新たに項を設ける**ことでどうか。
◆**福祉機器の（不適切な）使用とセット**。編集の仕方、挿入個所は検討。

○**身体拘束の根底には「不適切ケア」がある**ということを、どうやって説得するかが課題。**不適切ケアの延長線上に身体拘束が存在しているということは強調すべき**。
○不適切ケアが原因で拘束・虐待を生むのではという調査をいままで行ったことがない。経験的にはそうではないかと思うのだけれど具体的な調査はない。
○「拘束したくなる」「（現に）拘束がおきる」現場というのはある。感覚として分かる。介護スタッフのおしゃべりの多い現場とか。本人を囲んでスタッフが対応を喋っているとか。**「不適切ケア」の問題**。人としての関わり方の問題。／「不適切ケア」**は入れる**。

（介護相談員調査による「不適切ケア」）

○NPO 法人地域ケア政策ネットワークの調査で、自治体事務局と介護相談員に「身体拘束・虐待はありますか」と聞いた。介護相談員は「（身体拘束が）あります」と答えても、自治体事務局が「ない」との回答。同じ自治体のなかでまったく異なる回答。いったい自治体事務局と介護相談員は何を身体拘束・虐待とみているのか。調査翌年、介護相談員だけに何をみてそういっているのかを調査した。ただ身体拘束・虐待であるかわからないというものもあるので、**「不適切ケア」として具体例**を聞いた。そうしたら**約 3800 人近い介護相談員から 7847 事例**が集まった。不適切ケアといっても限りなく拘束に近い。例えば利用者の足に鈴をつける、ミトン替わりにペットボトルを手に被せその上に靴下をはめるなど。これらは**11 項目に挙がっていないため、介護相談員でも判断をくだせなくて「不適切ケア」欄に記載**してくるが、実際は拘束事例。ただ現在までのところ、何をもって**「不適切ケア」かの定義はない**。
○不適切ケアとは限りなく身体拘束と同義語ということか。
○**不適切ケアを言葉だけで書いてもなかなかイメージできない**。やはり例示になるのか。
○同義語とまでいわないが、これを拘束としてみてもいいのか、身体拘束とみてしまったら厳しいのか、でもこの先には身体拘束があるというレベルで分類。ペットボトルなどは明らかな拘束だが、たとえば**その人の行動パターンを知るために最初の１週間センサーを使うといった事例は、身体拘束とみるべきなのか、不適切ケアとみるべきなのか**…わからない。そうした事例も「不適切ケア」として回答されている。おむつにしても、「トイレに行きたい」というのに「そこ（おむつ）にして」という事例が多数報告されている。しかし、そもそも**尿意のある利用者になぜおむつを使用しているのか。それは身体拘束とも虐待ともいえない。でも明らかに不適切**。
○ある施設に行ったら 80 歳代の女性利用者が「お尻が痛い。お尻が痛い。寝かせてくれ」という。そうしたら介護職が「あと 10 分したらご飯だから」「待っててください」という声が聞こえた。私は「何で」「ちょっと待って」と。この利用者は少し姿勢を直してあげればいい話。そのまま放置するから、本人は「痛い」となる。それが「寝かせて」「いや寝かせない」という話になっている…。**介護職の都合のために、お尻の痛い利用者をそのまま座らせておくのか**ということ。**こんなことが不適切ケアの根底**にある。

○7847 事例のなかには、そうした事例が多数。「ちょっと待ってね」「ちょっと待ってね」で、「一生待ってね」という事例の典型。**本人がそこに存在していることが無視されている**。

○それらをどう表現するか。

（スピーチロック、職員の言葉遣い）

○**言葉はかなり利用者が傷ついている**。

○「～様」とかいわなくていいから。普通に話せばよいということ。

○…介護職員の問題としては**「スピーチロック」の問題**が非常に多い。虐待ではないかと思うが、**不適切ケアとして『手引き』にも内容を盛り込んでは**。こうした問題と、介護保険法が掲げる**「尊厳の保持」とが結びついていない**。尊厳保持の観点からすれば、身体拘束にせよ虐待にせよ不適切ケアにせよ、権利擁護の問題。利用者の権利を擁護する上では、いずれも許されるものではないという論調で望まないと。（再掲）

（ナースコール）

○コールしてすぐ職員は来てくれますかという、第三者評価のインタビュー項目がある。**第三者評価で**行くと**「すぐ来てくれない」とは利用者からいわれる**。でもその時、「どのくらい待ってくれるか」「目安みたいなことをいわれますか」と聞く。当然、いう職員もいるし、「ちょっと待ってね」だけでいわない職員もいる。「いわれると心配にならないで待てますか」というと、なんとなく「待てる」と答える。「10 分かかるから」といわれると、利用者は自分だけではないから待てるという。だから、「ちょっと待って」といってはいけないということもあるけど、**「これだけ待ってください」と具体的に伝えることもありだと思う**。

○ながら仕事をしている職員。「はぁ～い。いま行きます」。といって名前を名乗らない。これはいわれた相手にとっては一番危ない。「○○さんですね」と**確認したうえで仕事をしないと。相手は不安**。

○**ナースコール**を切る事例。**電源を切るとか、手の届かないところに置く**。**それは不適切ケアになるのでは**ないかと思う。ある意味、**その人の行動の自由を制限**している、支援していないということ。

○あまり**利用者が頻回に押すと、職員にストレス**。逆の害になる場合もある。

○利用者がナースコールを**頻回に押すにも理由**がある。

○ちゃんと寂しかったり、不安だったりする様子を推して、「本当にこれで来る（通じる）のだろうか」と思って、確認の意味に押す利用者は多い。**新規の利用者だったら、鳴ったら即飛んでいくということをしないといけない**。転倒が一番心配されるこの時期に、集中的に飛んでいくのを3日間覚悟する。押せばきてくれるということがわかれば押さなくなる。

（サービスのミスマッチング）

○もうひとつ感じているのは、事業所や**サービスの選択のミスマッチングが身体拘束につながっている事例**。本来Aサービスを使っていれば、本人も落ち着いて、身体拘束をする必要もないはずなのに、ミスマッチのBサービスを使っているから、身体拘束が必要になってしまっているのではないか。私が最近経験したのは小規模多機能。職員はここまでやるかというくらい少人数でよくやっていたのに、事故が発生した事例。記録をよく読むと、そもそも小規模多機能では無理な方がサービスを利用……前頭側頭葉型認知症で行動が荒い方だった。家庭的な雰囲気でいっしょにと思っても、他の利用者や職員が大変。職員2人しかいないのに、1人が専属でその人につきっきりの状態にはそもそも無理がある。

P30～P35 参考 身体拘束をなくすための「車いす」や「いす」

◆新版には掲載不要か。あるいはポイントを絞って記述。

○車椅子の説明が掲載されているが、ここまで紙面を割く必要があるか。／必要なし。

○「五つの基本的ケア」にある「①起きる」に関係。起きるためにシーティングポジションがとても重要。「身体拘束をしないためのシーティングポジション」というのは、現場であまり勉強されていない。視点は残したほうがよい。

P36 参考文献

◆初版以降に出された参考文献・資料を博捜、厳選し１ページに掲載。

○最近の研究動向などは入れたほうがいい。

P37～P53 事例編 身体拘束に取り組んだ個別事例

◆現行版に記載している個々の個別事例そのものについては特段の意見なし。
◆現行版は「11 項目」に沿って「個別（取組）事例」として挙げているが、**組織の取り組みとして改編**してはどうか。
☛身体拘束・身体抑制廃止に向けた組織的取組（研究会、GW で言及のあったもの）
急性期：金沢大学医学部病院　慢性期：内田病院　介護保険施設：
☛現在掲載されている個別事例の分類
ベッド柵（医療施設）／ミトン（医療施設）／腰ベルト（福祉施設）／Ｙ字型拘束帯①（福祉施設）／Ｙ字型拘束帯②(医療施設)／つなぎ服（医療施設）／向精神薬①(福祉施設)／向精神薬②（医療施設）／居室隔離（医療施設）

○施設のケアのあり方やサービスの作り方、ケアの引き出しの**成功事例を『手引き』に盛り込んでは**どうか。

○今回**『手引き』に事例集は載せないのか**。38 ページ以降の個別事例。16 ページの「ケアの工夫」でも、少し事例のような話は出てくる。ここで事例を挙げてしまうのか、前のように事例集を挙げるのかということ。**親委員会などで事例を提供してもらっては**。

○事例部分は随時更新が利くように、インターネット上で公開した方がよいのでは。

○現実問題として、入居したての利用者が、夜中に騒ぎ出すということはよくある。その時は、やむを得ず拘束したとしても、次の日にはそれをちゃんと報告して、何故その利用者が騒ぎ出したのか、どうすれば拘束を続けないで済むかという方法を考えることが大事。**その時にどうするのかを事例集に書かないと**。

○（**事例のまとめ方に関しては**）**個々の行為に即して記述していくというより、しっかりやっている施設の事例を掲載していくということか**。たとえばミトン使用について、あまりテクニック的なことを書き連ねても、「いまだにそんなことを言っている」となってしまう。利用者の尊厳、自由は奪わない。事故のリスクは極力回避する。そのための組織的ケアをどうしていくか。それとも、徘徊する夜の対応とか、他人の迷惑を防ぐためにとか、ある行為に対して縛らざるを得なかったというような類例を集めてもよいのか。個々に書いていくと拡散してしまう。あまり重複しても紙面がもったいない。**見せ**

方の工夫をしたい。後掲の事例集部分はもう一度新規取材してまとめる感じか。

○たとえば、高齢者施設ではないが、**金沢大学病院の急性期医療**などは、抑制廃止の事例として掲載したほうがよいのかどうか。あと最近の『Expert Nurse』では、慢性期医療の取組として、群馬の田中志子先生のところの**大誠会内田病院の事例**が掲載されている。

○施設・病院のトップが、組織としてどうしただけではなくて、たとえば勤務表の工夫などをどう行ったかなど具体的な記載があると、より記述がふくらみをもち、介護人材の人手不足解消の一助ともなるのでは。

○組織としての対応という形でまとめるのはいいが、そういったところで例外的に身体拘束を行った場合の、**身体拘束を解除するまでのフローを示してほしい**。

○医療系、特に急性期では身体拘束に対する意識はほとんどない。金沢大学のように急性期で身体拘束ゼロを達成すれば、「奇跡的」ということでニュースになるほど事例は稀。医者や看護師には、「介護系には身体拘束廃止規程があるけど、医療系にはない」という頭がある。

○**身体拘束の根底には「不適切ケア」**があるということを、どうやって説得するかが課題。不適切ケアの延長線上に身体拘束が存在しているということは強調すべき。**この部分をどうやって書くかがポイント**。**事例編と関係**してくる。

その他　エピソード的事例

◆（本書の理解を深めるための）エピソード的な事例・文章等を挿入する。

（４本柵のなかに１年半…）

○ある病院で **4 本柵のなかに 1 年半**。食事のたびにギャッジアップ。仙骨周辺に「巨大な祠」のような床ズレのある女性。入所の際、「こんなものはいらない」と柵をとった。チルトリクライニングの車いすに座らせた。その時本人は、4 本柵のなかにいたせいか「杭を打てっ！」といった。「どうする？」と他のスタッフに聞くと、「ああ不安なんだね」といって、目に見える範囲で頭のところにだけ 2 本のベッド柵をつけた。チルトリクライニングで、ほとんど起こす生活に切り替え、散歩などもした。そうしたら 1 か月半で、大腿骨に筋肉がついてきた。車いすに乗れるようになった。そうして今度は「もう柵は1本でいいだろう」となった。**柵を外したら、予想以上に機能がよくなっていた**。**本人が起き上がって、柵を外して**別のところにつけようと思ったのか、**床に落としてしまった。本人は、その床の上に落ちた柵の上に落ちて上腕骨を骨折**。この事故報告書がとてもよくできていた。きちんと記録として絵を描いて残していた。だから柵は怖い。**柵のない状態で落ちてくれれば、怪我をしなかったのに**というオチ。報告書の書き方と要因分析の仕方は非常に大事。

○**転倒事故の記録として、どういうところで転倒したのか、靴がどこにあったとか、頭がどっちにあったかなどの情報は大事**。

○転倒したときの姿勢や状況がわかれば、なぜその転倒事故が起きたのかがわかる。

（最後に残された期間…）

○ある小規模特養（30 床。ショート 10 床）で、「原則要介護3以上」を励行していったら、入所期間が平均 2 年ぐらいになり、入所の回転が早くなってきた。そこで看護職が、露骨ではあるけれども、**「（入居者に）最後に残された期間がこのぐらいなのですね」と、入所時に家族へまず話をすることを始めた**。人によって違うけれど、この期間をどう過ごしていただくのが、本人にとって望ましいことなのか、「一緒に考えましょう」と。「何でもやっていい」し、「やっていけないことは何にもないですから」と。「あとは冥途の土産だけですから」と。看取りについても、いきなり「どこで死にますか」ではなくて、**残された時間は決して長くないということ伝えると、家族との距離が非常に近くなる**といっていた。一緒に考える側になるとはこういうことなのだと思う。

○そういうエピソードも掲載できるといい。

（ある嫁の言葉…）

○縛らないケアの最大のリスクマネジメントは「家族とのコミュニケーション」。

○ある家族（嫁）に言われたことがある。その家族の利用者さんが、家のなかではいずり回っていたのに、施設に入ったら歩けるようになった。**歩けるようになっちゃったから、今度は「転ぶかもしれない」**となった。でも、**転んで骨を折るということは、歩くことができるという証拠**。はって歩いていたら、そもそも転倒できないわけだから。**その時に嫁にいわれた（たとえ転倒があったとしても）「安心だ」「歩かせてくれ」**と言われた。

○そういう方向に話がくるようになれば。／そういう話は前面に出したらいい。

その他　医療（現場）を視野に入れた言及

◆（医療現場でも『手引き』が使われている現状もあることから）記述のメーンは介護現場だが、極力、医療現場も視野に入れた言及を行う。

○**医療系、特に急性期では身体拘束に対する意識はほとんどない**。金沢大学のように急性期で身体拘束ゼロを達成すれば、「奇跡的」ということでニュースになるほど事例は稀。医者や看護師には、「介護系には身体拘束廃止規程があるけど、医療系にはない」という頭がある。（再掲）

○**医療上の課題も**絶対に**書き込んでもらいたい**。

○**できるだけ医療のことも書いていただきたい**。廃用性症候群だと肺炎を起こしやすいとか、誤嚥性肺炎を起こしやすいとか、筋・骨格系が弱まるので寝たきりになって褥瘡をつくりやすいとか、御飯も食べられないとか。**医療の現場も視野に入れて、介護に偏らないようにお願い**したい。（再掲）

○**介護を対象に書いていき、最後に「医療も同様」といった書きぶり**がよいかと。

○『手引き』の中で、**わざわざ医療を排除する必要はない**。

○人間の尊厳という視点から考えれば、介護施設だろうが病院だろうが、どこにいてもいっしょ。（「はじめに」にあるように）「（高齢者ケアに関わる）すべての人に」というのが正しい方向性。

○過去に急性期では抑制は必要と論陣……抑制はムーブメントでなくサイエンス。「これをやらないと生命に関わる」という場面。脳外科手術後の脳室ドレーンを抜かれるのは最大の危険。誰がいたとしても少しの隙に抜かれることがある。「生命」と「尊厳」をはかると、一時的に「生命」が上回る場面もあるのではないか。抑制はムーブメントではなくサイエンスとして確立する必要があると過去に言及。まったく抑制が必要ないかというと、医療行為のひとつスキルとして必要とされるのではないか。「生命」を犠牲にしてまで、「尊厳」を守るべきかという思いはある。

○『手引き』への入れ方。囲み記事でもよいので、**急性期における「生命」と「尊厳」の問題などを掲載していくという方法しかないのでは**。そうした問題は入れておいた方がいい。

○**慢性期は、急性期と異なり、例外要件を施設側が作りやすい**。

○急性期は即生命に関わる。介護の場合はそこまでではない。

○いまは急性期と慢性期は連続している。

○介護施設では身体拘束をしないことが前提でも、病院では逆。いちいち「身体拘束はしません」ということを説明していかないと、「どうして柵がないのですか」「どうして低いベッドで寝ているの」「どうしてミトンをしないの」と頻繁に聞かれる。入院とセットで「やむを得ない場合は抑制することに同意します」という文言が入っている。病院では「身体拘束をしない」という前提がない。意識レベルから変えないと。

○日本医療評価機構が審査するときに「安全」という項目がある。……安全への配慮という項目のなかで、

抑制を勧めてはいないと思うが、書き方がどうなっていたか調べる必要はないか。

その他　居宅サービス事業所等を視野に入れた言及

◆（介護保険施設を想定した記述となっているが）居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所、（必ずしも介護保険適用ではない）サ高住なども視野に入れた言及を行う。

○（『手引き』では）介護保険施設などの施設・居住系サービスを前提とした書きぶりとなっているが、コラムでもよいので、居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所に対しても、身体拘束をしない取組に向けてのメッセージがあればよいと思う。

○同様に、必ずしも介護保険適用ではなくとも、サービス付高齢者住宅など高齢者向け住まいについてもメッセージが必要だと思う。事例を掲載することができれば、それも必要。

資料

身体拘束ゼロへの手引き
●高齢者ケアに関わるすべての人に●
2015.9

発行
厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」
厚生労働省老健局高齢者支援課内
〒100-8916　東京都千代田区霞ヶ関1-2-2
TEL 03(5253)1111(代)　FAX 03(3595)3670

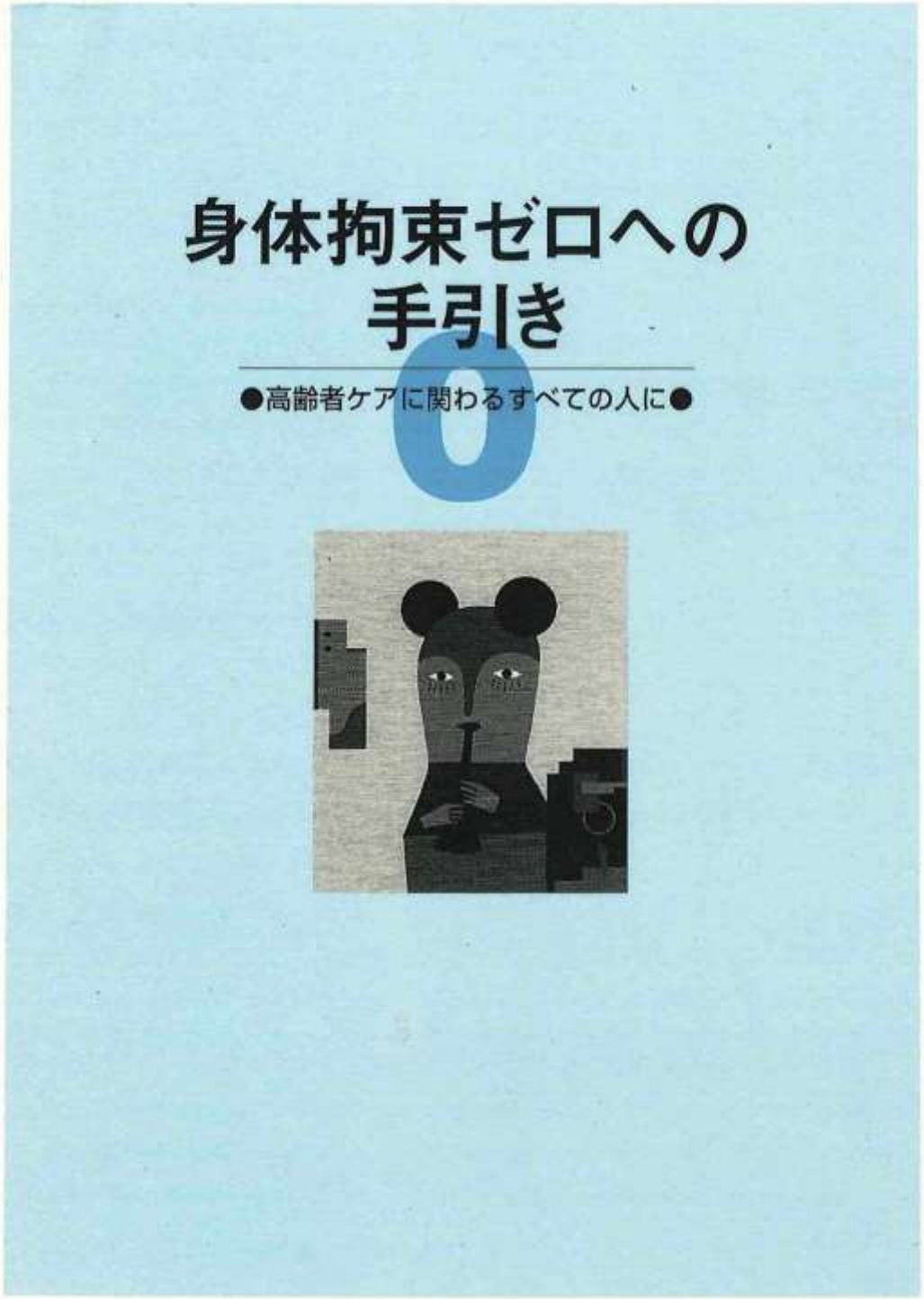
（改訂した場合の）
発行者・編集者の確認。
（どのような形式で公表するか）

編集：環境自治体ユニット　TEL 03(3266)9319　FAX 03(3266)0223　〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2-7-15 近代科学社ビル4階

身体拘束ゼロへの手引き

●高齢者ケアに関わるすべての人に●

厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」



■　全般にかかる事項　■

1

（将来的な改訂まで耐えうるよう）
（『身体拘束ゼロへの手引き』の）「思想」「理念部分」は残す・「細部」は直す

【研究会・WGの意見・検討等】
○思想は残す。
○理念部分は残していただきたい。
○10 年後、20 年後、30 年後に、未来の基準で過去のことが裁かれる可能性があることを念頭。

2

（介護保険制度施行、サービス提供をめぐる状況も変化）
（思想・理念ばかりでなく）介護現場の現状にも配慮した記述とする

【研究会・WGの意見・検討等】
○施設のなかには「野戦病院の一歩手前」的状態のところも。
○利用者や家族のほうが、施設と長く関わっているような状況も。
○非常勤であっても定着して利用者と馴染みの関係が築けているかが重要。常勤率をみるだけでは不十分。
○また施設によっては、外国人スタッフのほうが多く「日本語が通じる職員をお願いします」というような状況も。各国語版『手引き』も必要。

3

「家族」に関する記述を入れる

【研究会・WGの意見・検討等】
○介護現場が困惑するのは、家族の強い要望で身体拘束をしてしまうケース。家族に対する啓蒙も重要。
○「共に考える」関係性の構築。（お客様ではなく）家族を巻き込んで、適切なケアを「共に」行っていく関係性の構築へとスタンスを移す。
○介護保険手続きの説明のなかで、身体拘束についてもしっかりと説明。その過程のなかでアセスメントを家族に提示し、「身体拘束をしない」という思いを共有する必要。
○家族に「身体拘束することによってどういう弊害があるのか」知ってもらう。
（一目で分かってもらうための）映像教材（ビデオ・DVD）、リーフレットの必要性。

【目次】

新版改訂後に新たに作成

身体拘束ゼロへの手引き

はじめに　高齢者ケアに関わるすべての人に …… 4

身体拘束はなぜ問題なのか …… 6

身体拘束は本当になくせないのか …… 8

身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと── 五つの方針 …… 10

身体拘束をせずに行うケア── 三つの原則 …… 14

緊急やむを得ない場合の対応 …… 22

転倒事故などの法的責任についての考え方 …… 26

(参考) 身体拘束をなくすための「車いす」や「いす」 …… 30

参考文献 …… 36

●身体拘束廃止に取り組んだ個別事例●

1．ベッドからの転落防止のベッド柵等について［医療施設］ …… 38

2．カテーテル抜去防止のミトン型手袋について［医療施設］ …… 40

3．車いすの腰ベルトについて［福祉施設］ …… 42

4．車いすのY字型拘束帯について①［福祉施設］ …… 43

5．車いすのY字型拘束帯について②［医療施設］ …… 44

6．弄便行為等防止の介護衣（つなぎ服）等について［医療施設］ …… 46

7．向精神薬の使用について①［医療施設］ …… 48

8．向精神薬の使用について②［医療施設］ …… 50

9．居室等への隔離について［医療施設］ …… 52

参考資料1「身体拘束ゼロ作戦推進会議」の開催について …… 54

参考資料2 日本看護協会「介護保険施設で身体拘束をしないために」(抜粋) … 56

（本書の初志を提示したものであり）
①歴史的経緯を伝えるものとしてそのまま残してはどうか。
（ただし、副題にすべてが含意されており「はじめに」という文言は不用）

（そのうえで改定経緯等を説明した）
②新たに新版「はじめに」を加える。

~~はじめに~~

高齢者ケアに関わるすべての人に

身体拘束ゼロの時代へ

老後生活の最大の不安である介護を社会全体で支え、高齢者の自立を支援することを目的とした介護保険制度が、平成12年4月にスタートした。それに伴い高齢者が利用する介護保険施設等では身体拘束が禁止され、介護の現場では、「身体拘束ゼロ作戦」として身体拘束のないケアの実現に向け、さまざまな取り組みが進められている。

身体拘束は、人権擁護の観点から問題があるだけでなく、高齢者のQOL（生活の質）を根本から損なう危険性を有している。身体拘束によって、高齢者の身体機能は低下し、寝たきりにつながるおそれがある。さらに、人間としての尊厳も侵され、ときには死期を早めるケースも生じかねない。

それ故に、身体拘束の問題は高齢者ケアの基本的なあり方に関わるものであり、関係者が一致協力して身体拘束を廃止しようとする取り組みは、我が国の高齢者ケアの転換を象徴する画期的なできごとであるといえよう。

身体拘束は「やむを得ない」のだろうか

そもそも身体拘束は、医療や看護の現場では、援助技術の一つとして、手術後の患者や知的能力に障害がある患者の治療において、安全を確保する観点からやむを得ないものとして行われてきている。高齢者ケアの現場でも、その影響を受ける形で、高齢者の転倒・転落防止などを理由に身体拘束が行われてきた。そして、現場のスタッフは、身体拘束の弊害を意識しながらもなかなか廃止できないジレンマの中で、「縛らなければ安全を確保できない」と自らを納得させることにより、身体拘束への抵抗感を次第に低下させているのではなかろうか。

実態を見るならば、介護保険施設等では真に「緊急やむを得ない場合」として身体拘束を行っているケースは少なく、むしろ身体拘束に代わる方法を十分に検討することなく、「やむを得ない」と安易に身体拘束を行っているケースも多いのではないだろうか。

身体拘束を許容する考え方を問い直そう

身体拘束を行う理由として、高齢者の家族の同意により許容されるという意見がある。確かに、家族が施設や病院側の説明を聞き、身体拘束に同意する場合もあるだろう。しかし、その同意は家族にとって、他に方法のないやむを得ない選択であったこと、そして縛られている親や配偶者を見て、家族が混乱し、苦悩し、後悔している姿を、私たちは真剣に受け止めなければならない。

また、身体拘束が廃止できない理由として、「スタッフの人数不足」をあげる意見もある。明らかな人員不足は解消しなければならないが、現実には現行の介護体制で、さまざまな工夫をしながら身体拘束を廃止している施設や病院がある一方で、それを上回る体制にありながら身体拘束が行われている施設や病院も少なくない。スタッフの人数をめぐる議論はかつて故栗でもあったと聞く。「身体拘束をすることによって高齢者の状態がより悪化し、人手がより多くかかる」という識者の意見も傾聴に値するのではなかろうか。

全員の強い意志で「チャレンジ」を

もちろん身体拘束の廃止は容易なことではない。

身体拘束廃止の取り組みは、職種を問わず保健医療福祉分野に関わるすべての人々に対して、「ケアの本質とは何か」を問いかけ、発想の転換を迫る。現場のスタッフのみならず、施設や病院の責任者や職員全体が強い意志をもって、今までのケアのあり方を見直し、これまでの考え方を根本から変えなければならないこともあり得る。まさしく「チャレンジ」といって過言でない。身体拘束を「事故防止対策」として安易に正当化することなく、高齢者の立場に立って、その人権を保障しつつケアを行うという基本姿勢が求められるのである。

身体拘束をしないケアの実現にチャレンジしている看護・介護の現場を見ると、スタッフ自身が自由さをもち、誇りとやりがいをもってケアに取り組んでいる姿に出会う。身体拘束をしないことにより「自由」になるのは高齢者だけではない。家族も、そして、現場のスタッフ自身も解放されるのである。

「身体拘束ゼロ」を現実のものに

この手引きは、身体拘束のないケアの実現を支援していくために、介護保険施設等の現場で直接ケアに携わる担当者や研究者などが共同で作成した。実際のケアに役立つよう、身体拘束をせずにケアを行うための基本的な考え方を紹介するとともに、廃止を実現した具体的な事例を数多く盛り込んでいる。

この手引きは、介護の現場に関わるすべての人たちに向けたものである。さまざまなケアの現場で本冊子が活用され、全国の介護現場から一日も早く身体拘束がなくなることを心から望むものである。

平成13年3月　　厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」

○「思想・理念部分」として承継。
○「（身体拘束の）弊害」を追記。
○「尊厳の保持」とセットで記載。
○「（身体拘束は）虐待」と明記。

【研究会・WGの意見・検討等】
○（身体拘束と）介護保険法・医療法が掲げる「尊厳の保持」とが結びついていない。「尊厳の保持」の視点から紐解くべき。
○身体拘束が人間の尊厳を損なうものであると明記。
○スタッフ間で「尊厳」を議論していくことが基本。
○家族は「身体拘束をすることによってどういう弊害があるのか」を知らない。弊害を明示する。

○（11 項目は）堅持。
○本編化し、意図も解説
○例示列挙であり限定列挙ではない旨を明記。
○本人（拘束される側）の視点を併記。

身体拘束はなぜ問題なのか

身体拘束廃止を実現していく第一歩は、ケアにあたるスタッフのみならず施設・病院等の責任者・職員全体や利用者の家族が、身体拘束の弊害を正確に認識することである。

① 身体拘束がもたらす多くの弊害

身体的弊害 身体拘束は、まず次のような身体的弊害をもたらす。

(1) 本人の関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位のじょく創の発生などの外的弊害をもたらす。
(2) 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害をもたらす。
(3) 車いすに拘束しているケースでは無理な立ち上がりによる転倒事故、ベッド柵のケースでは乗り越えによる転落事故、さらには拘束具による窒息等の大事故を発生させる危険性すらある。このように本来のケアにおいて追求されるべき「高齢者の機能回復」という目標とまさに正反対の結果を招くおそれがある。

精神的弊害 身体拘束は精神的にも大きな弊害をもたらす。

(1) 本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった多大な精神的苦痛を与えるばかりか人間としての尊厳をも侵す。
(2) 身体拘束によって、さらに認知症が進行し、せん妄の頻発をもたらすおそれもある。
(3) また、家族にも大きな精神的苦痛を与える。自らの親や配偶者が拘束されている姿を見たとき、混乱し、後悔し、そして罪悪感にさいなまれる家族は多い。
(4) さらに、看護・介護するスタッフも、自らが行うケアに対して誇りをもてなくなり、安易な拘束が士気の低下を招く。

社会的弊害 こうした身体拘束の弊害は、社会的にも大きな問題を含んでいる。

身体拘束は、看護・介護スタッフ自身の士気の低下を招くばかりか、介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こすおそれがある。また、身体拘束による高齢者の心身機能の低下は、その人のQOLを低下させるだけでなく、さらなる医療的処置を生じさせ、経済的にも少なからぬ影響をもたらす。

② 拘束が拘束を生む「悪循環」

身体拘束による「悪循環」を認識する必要がある。認知症があり体力も弱っている高齢者を拘束すれば、ますます体力は衰え、認知症が進む。その結果、せん妄や転倒などの二次的・三次的な障害が生じ、その対応のためにさらに拘束を必要とする状況が生み出されるのである。

最初は「一時的」として始めた身体拘束が、時間の経過とともに、「常時」の拘束となってしまい、そして、場合によっては身体機能の低下とともに高齢者の死期を早める結果にもつながりかねない。

身体拘束の廃止は、この「悪循環」を、高齢者の自立促進を図る「よい循環」に変えることを意味しているのである。

【研究会・WGの意見・検討等】
○11 項目は堅持してそこに付け加える形が現実的。
○項目を増やすだけでは限界。
○言葉を厳密にしないと（新たな）語弊を生む。
○「（拘束を）受ける側の論理」で『手引き』を記述していく必要。

参考

■身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」である。具体的には次のような行為があげられる。

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

■身体拘束についての家族の声（「認知症の人と家族の会」アンケート調査より抜粋）

○アルツハイマーの夫について『点滴をはずしたら困るから両手を縛ってもいいでしょうか』と医師にいわれ、そうした。「かわいそうだ」といってナースの一人が自由にしたとき、重ねて縛られていた両手をさすっている夫の姿を見て、思わず泣いてしまった。
○私の父は、夫婦部屋に入ったにもかかわらず、4年前に徘徊したばかりに別々にさせられ、何もない4人部屋で立ち上がり防止の車いすの腰ベルトをさせられた。家族が訪ねても職員が「いいですよ」といわない限り、母のところへ連れていくこともできず、泣く泣く帰ったことがある。
○つなぎ服については、私も同じようなことをした経験があり、介護の一つの手段として選ばざるを得なかったが、亡くなった今は窮屈だったろうと自責の念が残っている。
○入院当初、家に帰りたがるために、入り口に施錠し、薬でおとなしくさせることがあった。病院に入れて病人をひどくさせたようで後悔したが、こちらから入院を頼んだという事情もあり、病院のやり方が不満でも致し方なかった。
○「治療のため」というが、そればかりとは思えない。病院の職員はそれが当然のごとく振る舞い、できれば取りはずしてあげようという態度は見られない。また、点滴なども取りはずせないような位置を真剣に考えれば、工夫できると思う。
○人権尊重を考えれば、身体拘束禁止は当然と思うが、働く方々の意識を変えていかなければ、たとえ禁止令が出たとしても、なくなることはないと思う。

（適正を判断のうえ新たに設ける）
○「家族」に関する記述の中に含める。

○「思想・理念部分」として承継。

【研究会・WGの意見・検討等】
○「抑制」をしたからといって事故が減少しているわけではないのは統計的な事実。
○結局はアセスメント。それを防ぐ手段はケアプラン。

身体拘束は本当になくせないのか

身体拘束については介護現場を含めてさまざまな固定観念があり、それが廃止への取り組みを阻害してはいないだろうか。その代表的なものは「身体拘束は本人の安全確保のために必要である」「スタッフ不足などから身体拘束廃止は不可能である」といった考え方である。しかし、こうした考え方は、介護現場での実践の積み重ねにより、多くは誤解を含んだものであることが明らかになってきている。

❶ 身体拘束は安全確保のために本当に必要なのか

身体拘束を廃止できない理由として、しばしばあげられる「本人の転倒・転落事故を防ぐ必要がある」ということを考えてみよう。

身体拘束による事故防止の効果は必ずしも明らかでなく、逆に、身体拘束によって無理に立ち上がろうとして車いすごと転倒したり、ベッド柵を乗り越え転落するなど事故の危険性が高まることが報告されている。そして、何よりも問題なのは、身体拘束によって本人の筋力は確実に低下し、その結果、体を動かすことすらできない寝たきり状態になってしまうことである。つまり、仮に身体拘束によって転倒が減ったとしても、それは転倒を防止しているのではなく、本人を転倒すらできない状態にまで追い込んでいるということではないだろうか。

事故は防ぐ必要がある。しかし、その方法は身体拘束しかないのだろうか。

まず第一は、転倒や転落を引き起こす原因を分析し、それを未然に防止するように努めることである。例えば、夜間徘徊による転倒の危険性のある場合には、適度な運動によって昼夜逆転の生活リズムを改善することで夜間徘徊そのものが減少する場合も多い。

第二は、事故を防止する環境づくりである。例えば、入所者の動線にそって手すりをつける、足元に物を置かない、車いすを改善する、ベッドを低くするなどの工夫によって、転倒・転落の危険性は相当程度低下することが明らかになっている。

❷ 身体拘束の廃止は不可能なのか

また、身体拘束を廃止できない理由として「スタッフの不足」をあげる意見もよく聞く。しかし、現実には現行の介護体制で身体拘束を廃止している施設や病院も多い。そうした介護現場では、食事の時間帯を長くすることで各人のペースで食べられるようにして自力で食べられる人を増やす、トイレ誘導を行いオムツを減らす、シーツ交換作業に時間がかからないようなシーツの改善などさまざまな工夫によってケアの方法を改善し、身体拘束廃止を実現しているのである。逆に、基準を上回る介護体制にありながら、身体拘束を行っているところが少なくないのも事実である。

確かに介護現場からいえば、人手は多ければ多い方がよい。しかし、まず何よりも重要なことは、「人手不足」を身体拘束を廃止できない理由とする前にどのような介護をめざすのかを具体的に明らかにし、身体拘束廃止に果敢に立ち向かう決意を施設の責任者・職員全体で行うことである。

（適正を判断のうえ新たに設ける）
○「参考」としての掲出を判断。

参考

■身体拘束をめぐる各国の努力

身体拘束が問題となっているのは日本だけではない。

米国においても身体拘束は大きな問題であった。1991年には米国における195のナーシングホームに入所している患者の32.8%が身体拘束を経験していると報告されているが、1980年代から1990年代にかけて、JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) や HCFA (Health Care Financing Administration) などが規制を実施してから、事態が改善されつつある。

また、英国ではこの20年間近く身体拘束は規制され、ほとんど行われていない。

身体拘束の「脱神話化」に貢献したのは、ペンシルベニア大学の Evans 博士、Strumpf 博士らであり「老人抑制の神話（Myths about elderly restraint image）」(1990) という文献研究が火付け役になった。博士らは、この文献では、身体拘束に対する以下の一般的な神話に対して、研究文献を用いて反証している。

神話Ⅰ　老人は転倒しやすく転倒すると大きなけがになってしまうので、拘束するべきである。

ここでは、身体拘束によって転倒事故が逆に死亡事故などに重大化したことを報告した文献をあげている。

さらに、看護者の「身体拘束は効果的である」という考え方が、身体拘束という行為に直結する。例えば、身体拘束しない方法を教育されているスコットランドの看護者はほとんど身体拘束はしない。身体拘束に対する考え方は、その看護者の経験、価値観、高齢者に対する姿勢及び受けた教育により形成される。ちなみに、身体拘束が効果的であるという科学的な裏づけはまったくない。

神話Ⅱ　傷害から患者を守るのは看護者の道徳的な義務である。

これに対しては、身体拘束によって生じる弊害を多くの文献を用いて述べている。弊害が大きいと知りながら身体拘束する、という看護者の道徳とは何であろうか？　そのような疑問がここで投げかけられている。

神話Ⅲ　拘束しないと、転倒などでけがをしたときには看護者や施設の法的責任問題になる。

逆に、身体拘束を行ったことによって生じた事故の医療訴訟で看護者が敗訴した例をここでは述べている。

神話Ⅳ　拘束しても老人にはそんなに苦痛ではない。

Evans 博士、Strumpf 博士が1998年に行った、拘束された経験のある高齢者へのインタビューがある。「私は自分が犬になったように感じ、夜中、泣き明かしました。この経験を話すだけで泣けてきます（涙）。病院は牢獄よりもひどいところです」。

神話Ⅴ　拘束しなければいけないのは、スタッフが不足しているからである。

スコットランドの看護者の人員配置は米国と同じであるにもかかわらず、米国と比較して拘束を行っている割合が低い。さらに、ケアスタッフを増やすことなく拘束を減らした例も多くの文献で示されている。また、拘束された患者のほうが観察の時間が増えて、結果的に看護の必要度が増加し、ケアの費用も多くなるという研究結果もある。このように、スタッフが足りないから拘束するというのは、逆に人員不足に拍車をかけることになる。

○「思想・理念部分」として承継。
○（介護現場の現状を踏まえ）書きぶりは見直し。

身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと――五つの方針

身体拘束を廃止することは決して容易ではない。看護・介護スタッフだけでなく、施設や病院全体が、そして本人やその家族も含め全員が強い意志をもって取り組むことが何よりも大事である。身体拘束廃止に向けて重要なのは、まず以下の五つの方針を確かなものにすることである。

① トップが決意し、施設や病院が一丸となって取り組む

組織のトップである施設長や病院長、そして看護・介護部長等の責任者が「身体拘束廃止」を決意し、現場をバックアップする方針を徹底することがまず重要である。それによって現場のスタッフは不安が解消され、安心して取り組むことが可能となる。さらに、事故やトラブルが生じた際にトップが責任を引き受ける姿勢も必要である。一部のスタッフや病棟が廃止に向けて一生懸命取り組んでも、他の人や病棟が身体拘束をするのでは、現場は混乱し、効果はあがらない。施設や病院の全員が一丸となって取り組むことが大切である。このため、例えば、施設長をトップとして、医師、看護・介護職員、事務職員など全部門をカバーする「身体拘束廃止委員会」を設置するなど、施設・病院全体で身体拘束廃止に向けて現場をバックアップする態勢を整えることが考えられる。

【研究会・WGの意見・検討等】
○「みんな」のなかには、家族も含まれているということを強調。

② みんなで議論し、共通の意識をもつ

この問題は、個人それぞれの意識の問題でもある。身体拘束の弊害をしっかり認識し、どうすれば廃止できるかを、トップも含めてスタッフ間で十分に議論し、みんなで問題意識を共有していく努力が求められる。その際に最も大事なのは「入所者（利用者）中心」という考え方である。中には消極的になっている人もいるかもしれないが、そうした人も一緒に実践することによって理解が進むのが常である。本人や家族の理解も不可欠である。特に家族に対しては、ミーティングの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や転倒等事故の防止策や対応方針を十分説明し、理解と協力を得なければならない。

③ まず、身体拘束を必要としない状態の実現をめざす

まず、個々の高齢者についてもう一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としない状態をつくり出す方向を追求していくことが重要である。行動障害がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り、取り除くことが大切である。行動障害の原因は、本人の過去の生活歴等にも関係するが、通常次のようなことが想定される。

(1) スタッフの行為や言葉かけが不適当か、またはその意味が理解できない場合
(2) 自分の意思にそぐわないと感じている場合
(3) 不安や孤独を感じている場合
(4) 身体的な不快や苦痛を感じている場合

【研究会・WGの意見・検討等】
○組織としてどうあるべきか。組織として「考える」という部分、トップに立つ人たちの仕組みをいっしょに考えるという部分を打ち出す必要。
○「学ぶ姿勢」のある組織であれば身体拘束をしない。
○（そうしたことがないと）現場の介護職、看護職に責任を帰する結果に。
○「身体拘束廃止」は、身体拘束をしている前提の表現。「身体拘束禁止」のほうが現実とあっている。

参考

■ 身体拘束をめぐる看護・介護職員の声

○Aさんは車いすから滑り落ちないようにいつも安全ベルトをされたまま、会話もなくぼんやりと毎日をすごされていました。あるとき隣の幼稚園の園児の声が聞こえると、立ち上がろうとするような動きがあったので、何とか幼稚園の近くまで行けるようにとケア目標をたてました。最初は立てなかったAさんがリハビリをして、今では、幼稚園の垣根際まで杖で歩いて行けるようになりました。ときどき笑顔で子どもたちに声をかけながら目を細めている姿が、私たちのケアに対する大きな自信と励みになっています。

○身体拘束をしないケアを心がけていますが、スタッフによってどこまでが身体拘束なのか、とらえ方はまちまちです。多くのスタッフは、車いすのテーブルや安全ベルトが身体拘束になるとは思っていません。お年寄りは急に立ち上がろうとすることがあるので、ちょっとその場を離れるといったやむを得ない場合には拘束します。骨折などの事故が起こって、お年寄りに痛い思いをさせるよりは安全ベルトをする方がベターだと皆がいっています。私は、拘束するとき、いつも一人で悩んでいます。

○安全優先で、危機回避の方法として、不本意ながら拘束を行っていました。ご家族からも「転倒させないでほしい」ときつくいわれていたからです。どう対応したらよいかスタッフ間で何回も話し合いを行ったのですが、「はずして転倒した場合に責任を誰がとるのか」と反対意見も多くて、なかなかはずすことができませんでした。
だんだん無表情になっていくお年寄りを見ていると、私自身もとてもつらいです。

○夜間徘徊があるため睡眠剤を服用している患者さんが入所されました。歩行が不安定で転倒の危険があるため、当初は拘束せざるを得ませんでしたが、何か方策があるはずだと考え、また、自分がその立場だったらどんなに屈辱的なことかと思いました。そこで、患者さんもまじえて、看護・介護スタッフ、医師及び理学療法士でケアカンファレンスをもちました。どんな治療とケアを行うかを話し合い、ケアプランを作成してその方針のもとにケアを行いました。何度か転倒もありましたが、患者さんの状態も1カ月半をすぎると安定してきて成功を確信。失敗もありますが、チームケアの成果は私たちの財産だと思っています。

○身体拘束をゼロにしようと、身体拘束を行っていない施設の見学に行きました。施設職員が、なんと明るく生き生きしていることか。また、お年寄りがなんと穏やかで個性的なことか。施設全体の雰囲気から質の高いケア（縛るという発想のないケア）が提供されていると実感しました。

○「看護・介護職員の声」の参考例示として適正か、他に相応しいものや加除はあるかを考慮して掲出を判断。

○「思想・理念部分」として承継。
○（介護現場の現状を踏まえ）書きぶりは見直し。

(5) 身の危険を感じている場合
(6) 何らかの意思表示をしようとしている場合

したがって、こうした原因を除去するなどの状況改善に努めることにより、行動障害は解消する方向に向かう。

4 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する

前に述べたように、身体拘束の廃止を組織面から支援する観点から、転倒等の事故防止対策を併せて講じる必要がある。

その第一は、転倒や転落などの事故が起きにくい環境づくりである。手すりをつける、足元に物を置かない、ベッドの高さを低くするなどの工夫によって、事故は相当程度防ぐことが可能となる。

第二は、スタッフ全員で助け合える態勢づくりである。落ち着かない状態にあるなど対応が困難な場合については、日中・夜間・休日を含め施設・病院等のすべてのスタッフが随時応援に入れるような、柔軟性のある態勢を確保することが重要である。

5 常に代替的な方法を考え、身体拘束するケースは極めて限定的に

身体拘束せざるを得ない場合についても、本当に代替する方法はないのかを真剣に検討することが求められる。「仕方がない」「どうしようもない」とみなされて拘束されている人はいないか、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、まず、いかに拘束を解除するかを検討することから始める必要がある。

問題の検討もなく「漫然」と拘束している場合は、直ちに拘束を解除する。また、困難が伴う場合であっても、ケア方法の改善や環境の整備など創意工夫を重ね、解除を実行する。解決方法が得られない場合には、外部の研究会に参加したり、相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にする。

介護保険指定基準上「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであり（22 頁参照）、すべての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要である。

参考

■介護保険指定基準の身体拘束禁止規定

「サービスの提供にあたっては、当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為を行ってはならない」

【対象事業】

○（介護予防）短期入所生活介護
○（介護予防）短期入所療養介護
○介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）

○（「参考」扱いではなく）制度説明に関する記述で本編としてまとめる。
☛平成 30 年 4 月改正（適正化委員会、指針、1割減算）内容に差し替え。
☛研修（高齢者権利擁護等推進事業）などに言及。
☛障害、医療分野との違い（障害者虐待防止法、精神保健福祉法等）にも言及。

○（介護予防）小規模多機能型居宅介護
○（介護予防）特定施設入居者生活介護
○（介護予防）認知症対応型共同生活介護
○地域密着型特定施設入居者生活介護
○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

■身体拘束廃止未実施減算の適用について
・身体拘束廃止未実施減算の基準・解釈通知等

（以下、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護についての基準・解釈通知等を記載しているが、介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設についても同様の内容である。）

① 基準（平成 18 年厚労省告示 126 号）

別に厚生労働大臣が定める基準＊を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、1 日につき 5 単位を所定単位数から減算する。

＊厚生労働大臣が定める基準（平成 12 年厚生省告示 25 号）
指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号／最終改正：平成 24 年 1 月 30 日厚生労働省令第十一号）第 137 条第 5 項、第 162 条第 7 項（＝身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記載しなければならない。）に規定する基準に適合していないこと。

【減算対象事業】

○介護老人福祉施設
○介護老人保健施設
○介護療養型医療施設
○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

② 解釈通知（平成 18 年老計発 0331005・老振発 0331005・老老発 0331018）第二の 7(7)

身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定基準第 118 条第 5 項又は 161 条第 5 項の記録（指定基準 118 条第 4 項又は第 161 条第 5 項に規定する身体拘束を行う場合の記録）を行っていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。

具体的には、記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出＊した後、事実が生じた月から 3 月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

※「記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出」の"速やか"とは？
・・・改善計画の提出日は記録を行っていない事実が生じた日（記録を行っていなかったことを発見した日）から概ね 1～2 週間程度と考える。

○「思想・理念部分」として承継。
○（介護現場の現状を踏まえ）書きぶりは見直し。

身体拘束をせずに行うケア―三つの原則

身体拘束をせずにケアを行うためには、身体拘束を行わざるを得なくなる原因を特定し、その原因を除去するためにケアを見直すことが求められる。そのための三つの原則と、「介護保険指定基準」で禁止されている身体拘束の具体的な行為ごとに配慮すべきポイントを紹介する。

こうした取り組みによって、介護保険施設等のケア全体の向上や生活環境の改善が図られていくことが期待される。

○内容を追補して本編化する。

① 身体拘束を誘発する原因を探り、除去する

身体拘束をやむを得ず行う理由として、次のような状況を防止するために「必要」だといわれることがある。

・徘徊や興奮状態での周囲への迷惑行為
・転倒のおそれのある不安定な歩行や、点滴の抜去などの危険な行動
・かきむしりや体をたたき続けるなどの自傷行為
・姿勢が崩れ、体位保持が困難であること

しかし、それらの状況には必ずその人なりの理由や原因があり、ケアする側の関わり方や環境に問題があることも少なくない。したがって、その人なりの理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが必要であり、そうすれば身体拘束を行う必要もなくなるのである。

② 五つの基本的ケアを徹底する

そのためには、まず、基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整えることが重要である。①起きる、②食べる、③排せつする、④清潔にする、⑤活動する（アクティビティ）という五つの基本的事項について、その人に合った十分なケアを徹底することである。

例えば、「③排せつする」ことについては、ア．自分で排せつできる、イ．声かけ、見守りがあれば排せつできる、ウ．尿意、便意はあるが、部分的に介助が必要、エ．ほとんど自分で排せつできないといった基本的な状態と、その他の状態のアセスメントを行いつつ、それを基に個人ごとの適切なケアを検討する。

こうした基本的事項について、入所者一人ひとりの状態に合わせた適切なケアを行うことが重要である。また、これらのケアを行う場合には、一人ひとりを見守り、接し、触れ合う機会を増やし、伝えたくてもうまく伝えられない気持ちやサインを受け止め、不安や不快、孤独を少しでも緩和していくことが求められる。

③ 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現を

このように身体拘束の廃止を実現していく取り組みは、介護保険施設等におけるケア全体の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束廃止」を最終ゴールとせず、身体拘束を廃止していく過程で提起されたさまざまな課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいくことが期待される。また、身体拘束禁止規定の対象になっていない行為でも、例えば「言葉による拘束」など、虐待的な行為があってはならないことはいうまでもない。

【研究会・WGの意見・検討等】
○（『手引き』15 頁の）スピーチロックの話は、身体拘束以上に駄目という書きぶりは、見直す必要があるのではないか。

参考

■ 五つの基本的ケア

以下の五つの基本的なケアを実行することにより、点滴をしなければならない状況や、転倒しやすい状況をつくらないようにすることが重要である。

① 起きる

人間は座っているとき、重力が上からかかることにより覚醒する。目が開き、耳が聞こえ、自分の周囲で起こっていることがわかるようになる。これは仰臥して天井を見ていたのではわからない。起きるのを助けることは人間らしさを追求する第一歩である。

② 食べる

人にとって食べることは楽しみや生きがいであり、脱水予防、感染予防にもなり、点滴や経管栄養が不要になる。食べることはケアの基本である。

③ 排せつする

なるべくトイレで排せつしてもらうことを基本に考える。おむつを使用している人については、随時交換が重要である。おむつに排せつ物が付いたままになっていると気持ち悪く、「おむついじり」などの行為につながることになる。

④ 清潔にする

きちんと風呂に入ることが基本である。皮膚が不潔なことがかゆみの原因になり、そのために大声を出したり、夜眠れずに不穏になったりすることになる。皮膚をきれいにしておけば、本人も快適になり、また、周囲も世話をしやすくなり、人間関係も良好になる（入浴する際の留意点については、18 頁の例などを参照）。

⑤ 活動する（アクティビティ）

その人の状態や生活歴に合ったよい刺激を提供することが重要である。具体的には、音楽、工芸、園芸、ゲーム、体操、家事、ペット、テレビなどが考えられる。言葉によるよい刺激もあれば、言葉以外の刺激もあるが、いずれにせよ、その人らしさを追求するうえで、心地よい刺激が必要である。

【研究会・WGの意見・検討等】
○ケアの引き出しの成功事例を『手引き』に盛り込んではどうか。
○要は介護の質の向上が重要。特に重要なのか「②たべる」と「③排せつする」。

○(11 項目に沿って整理されているので)それ以外の行為や事例を含め整理の仕方を見直し。
○現行版の記載情報は書きぶりを見直しのうえ継承。

具体的な行為ごとの工夫のポイント

①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

<身体拘束をしない工夫のポイント>

- 徘徊そのものを問題と考えるのではなく、そのような行動をする原因・理由を究明し、対応策をとる。
  (例) ・例えば、心の中で描いている家に帰らなくてはと思い、夕方になると出かけようとする場合は、夕方寂しい思いをさせないよう、一緒になじみの家具などの手入れをしたり、語りかけたりする。
  ・歩き回っている高齢者の気持ちになって、一緒に歩いたり、疲れる前にお茶に誘うなどして本人を納得させる工夫をする。
- 転倒しても骨折やけがをしないような環境を整える。
  (例) ・敷物、カーペット類を固定したり、コード類などの障害物をできる限り居室や廊下などから移動させるなどしておく。
  ・手すりなどのきめ細かな設置や、トイレなどの必要箇所の常時点灯など、転倒しにくい環境を整える。
  ・弾力(クッション性)のある床材やカーペットを使用する。
- スキンシップを図る、見守りを強化・工夫するなど、常に高齢者に関心を寄せておく。
  (例) ・目を見て話しかける、手を握るなどスキンシップを図り、情緒的な安定を図る。
  ・不安や転倒の危険性があるときは付き添い、時折声をかける(遠いところや後方から声をかけると驚いて転倒したり、振り向き時に転倒したりするおそれがあるので、必ずそばで声をかけるようにする)。
  ・目の届きやすいところにベッドを移動するなど、見守りができやすいように工夫する(ただし、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する)。
  ・ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。
  ・夜間の観察や巡回の回数を増やす。そのために夜間のスタッフを増やすなどの応援態勢を組む。

○特になくてもよいか。(もし入れるのであれば)リスク面の記述も。
○他の機器についても言及が必要ではないか。

【研究会・WGの意見・検討等】
○身体拘束は目的ではなく手段。適切なケアのため縛らない工夫をすることが、ケアの向上へとつながる。
○(そうはいいながらも)場面により「身体拘束せざるを得ない」現実。その際、「どうやったらいいか」という工夫を書く必要。

②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
③自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。

<身体拘束をしない工夫のポイント>

- 自分で動くことの多い時間帯やその理由を究明し、対応策をとる。
  (例) ・例えば、昼夜逆転が起こり、夜中に起き出そうとする場合は、日中はベッドから離床するよう促すなど、一日の生活リズムを整える。
  ・昼夜逆転が起こらないよう、適切なケアと日中の適度な活動による刺激を増やしていく(老年期は夜間排尿回数が多いため、夜中に目が覚めて不眠となり、昼夜逆転が起こる場合や、向精神薬などにより睡眠時間が日中にずれ込む場合などがある)。
- バランス感覚の向上や筋力アップのための段階的なリハビリプログラムを組んだり、また栄養状態の改善を図ることなどにより、全体的な自立支援を図る。
- ベッドから転落しても骨折やけがをしないような環境を整える。
  (例) ・ベッドの高さを調節し、低くする。
  ・ベッド脇に床マットを敷く。
  ・ベッドの高さや幅を認識できない場合、清潔さに配慮したうえで、床に直接マットレスを敷き、その上で休んでもらう。
  ・弾力(クッション性)のある床材やカーペットを使用する。

【研究会・WGの意見・検討等】
○低床ベッドにも転倒リスク。
○リスクを説明してもわかってもらえないことがある。

参考

■身体拘束をなくすためのベッド

身体拘束をなくすためには、ハード面での工夫がなされたベッドを導入することも考えられる。
最近では、ベッドの高さを従来のものより著しく低くし、万が一転落した場合の衝撃を軽減することができるタイプのものが出てきている。また、介護の際に上半身を起こす等の高さ調節を行う機能や、背上げの繰り返しによる体のずれを低減して介護者の負担を軽減するような機能をもつベッドも開発されている。

- 見守りを強化・工夫するなど、常に高齢者に関心を寄せておく。
  (例) ・ナースステーションの近くなど、目の届きやすいところにベッドを移動するなど見守りやすいように工夫する(ただし、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する)。
  ・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。
  ・夜間の観察や巡回の回数を増やし、そのために夜間のスタッフを増やすなどの応援態勢を組む。

○(11 項目に沿って整理されているので)それ以外の行為や事例を含め整理の仕方を見直し。
○現行版の記載情報は書きぶりを見直しのうえ継承。

④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。

<身体拘束をしない工夫のポイント>

- 点滴、経管栄養等に頼らず、口から食べることができるかどうか十分に検討する。
  (例) ・嚥下訓練を行いながら、1回に少しずつ口からの摂取を行い、徐々に回数を増やしていく(誤嚥しやすい場合は食後に喀払いをさせたり、食物を吐かないように注意して吸引を行う)。
  ・食物にとろみをつける、柔らかく煮るなど、飲み込みやすい工夫をする。
  ・生活リズムを整えたり、食堂に連れ出したりすることで、本人の「食べたい」という意欲を引き出す。

- 点滴、経管栄養等を行う場合、時間や場所、環境を選び、適切な設定をする。
  (例) ・点滴や経管栄養をスタッフの目の届く場所で行う。
  ・処置中は会話やゲームなどをして患者の気を紛らわす。
  ・点滴を入眠時間に行う。
  ・点滴台を利用し、一緒に手をつないで歩くなど、利用者の行動に付き添う。

- 管やルートが利用者に見えないようにする。
  (例) ・ルートを襟から袖の中に通す。
  ・下肢を刺入部として、ルートをズボンの中に通す。
  ・経管栄養のチューブが視野に入らないようにするため、鼻柱にそって額にテープで固定する、または横から出して耳にかける。

- 皮膚をかきむしらないよう、常に清潔にし、かゆみや不快感を取り除く。
  (例) ・内服薬、塗り薬の使用などにより、かゆみを取り除く。
  ・入浴の際は、皮脂を不必要に落とさないよう、石けんをつけすぎたり、皮膚をこすりすぎたりしないように注意する。
  ・入浴後は保湿クリームを用いる。
  ・かゆみを忘れるような活動(アクティビティ)で気分転換を図る。

⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。

<身体拘束をしない工夫のポイント>

- 車いすに長時間座らせたままにしないよう、アクティビティを工夫する。

- バランス感覚の向上や筋力アップのための段階的なリハビリプログラムを組んだり、栄養状態の改善を図ることなどにより、全体的な自立支援を図る。

- 立ち上がる原因や目的を究明し、それを除くようにする。
  (例) ・不安、不快症状を解消するため、排せつパターンを把握するなど、さまざまな観点から評価し、原因(車いすに長時間同じ姿勢で座っているため臀部が圧迫されている場合、車いすの座り心地が悪い場合、おむつが濡れたままになり不快なため何とかしようとする場合など)を発見する。
  ・昼夜逆転が起こらないよう、適切なケアと日中の適度な活動による刺激を増やしていく(老年期は夜間排尿回数が多いため、夜中に目が覚めて不眠となり、昼夜逆転が起こる場合や、向精神薬などにより睡眠時間が日中にずれこむ場合などがある)。

- 体にあった車いすやいすを使用する。
  (例) ・床に足がしっかりつくよう、体にあった高さに調整する。
  ・安定のよい車いすを使用する。
  ・ずり落ちないように、滑りにくいメッシュマットを使用する。
  ・適当なクッションを使用したり、クッションのあて方を工夫したりする。
  ※ 車いすの工夫については、30 頁～35 頁までを参照。

- 職員が見守りやすい場所ですごしてもらう。
  (例) ・日中は極力ホールや食堂ですごしてもらうなど、見守りやすいように工夫する。
  ・「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。

【研究会・WGの意見・検討等】
○身体拘束は目的ではなく手段。適切なケアのため縛らない工夫をすることが、ケアの向上へとつながる。
○(そうはいいながらも)場面により「身体拘束せざるを得ない」現実。その際、「どうやったらいいか」という工夫を書く必要。

○(11 項目に沿って整理されているので)それ以外の行為や事例を含め整理の仕方を見直し。
○現行版の記載情報は書きぶりを見直しのうえ継承。

⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。

<身体拘束をしない工夫のポイント>

- おむつに頼らない排せつをめざす。
  （例）・尿意のサインの有無、排尿回数、排尿間隔、失禁の状態などのチェックにより、排せつパターンを把握したうえで、適時のトイレ誘導を行う。
  ・おむつをはずし、尿取りパットのみにするなど、個人にあった排せつ方法を検討する。
  ・失禁があった場合は、簡単なシャワー浴などで清潔を保つ。

- 脱衣やおむつはずし行為の原因や目的を究明し、それを除くようにする。
  （例）・肌着がごわごわしていないか、おむつの素材に問題はないか、排せつ物による不快感はないかなど、原因を究明する。
  ・失禁の状態などから判断して、おむつからの離脱が困難な場合、排せつパターンに合わせた適時のおむつ交換を行う。

- かゆみや不快感を取り除く。
  （例）・内服薬、塗り薬の使用などにより、かゆみを取り除く。
  ・入浴の際は、皮脂を不必要に落とさないよう、石けんをつけすぎたり、皮膚をこすりすぎたりしないように注意する。
  ・入浴後は保湿クリームを用いる。
  ・かゆみを忘れるような活動（アクティビティ）で気分転換を図る。

- 見守りを強化するとともに、他に関心を向けるようにする。
  （例）・看護・介護職員室の近くなど、目の届きやすいところにベッドを移動するなど、見守りやすいように工夫する（ただし、脱衣が始まったときや、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する）。
  「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。
  ・夜間の観察や巡回の回数を増やす。
  ・会話や散歩などの活動を通して、他に関心を向ける。

⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

<身体拘束をしない工夫のポイント>

- 迷惑行為や徘徊そのものを問題と考えるのではなく、原因や目的を究明し、それを取り除くようにする。
  （例）・本人の状況や生活のリズムを把握する。
  ・迷惑行為や徘徊につながるストレスはなかったか（スタッフの関わり方、態度や言葉づかいなど）を検証し、不安、不快症状を解消する。
  ・落ち着ける環境を整える。

- 見守りを強化・工夫するとともに、他に関心を向けるようにする。
  （例）・看護・介護職員室の近くなど、目の届きやすいところにベッドを移動するなど見守りやすいように工夫する（ただし、排せつや更衣を行うときは別室に移動するなど、場所によってはプライバシーの保護に十分留意することが求められる。また、場所を移動することで不安や混乱を招かないよう、説明と安心できる環境づくりを工夫する）。
  「ユニットケア」のように一定の場所で常時見守りと生活支援が行えるスタッフを要所要所に配置する。
  ・夜間の観察や巡回の回数を増やす。
  ・会話や散歩などの活動を通して、他に関心を向ける。

【研究会・WGの意見・検討等】
○身体拘束は目的ではなく手段。適切なケアのため縛らない工夫をすることが、ケアの向上へとつながる。
○(そうはいいながらも)場面により「身体拘束せざるを得ない」現実。その際、「どうやったらいいか」という工夫を書く必要。

○例外3要件は堅持。
○（例外3要件が形骸化していることを踏まえ）大幅に補記。

【研究会・WGの意見・検討等】
○例外3要件を実に簡単にクリアしている。／例外3要件がひとり歩き。／（現場が）拡大解釈して野放図状態。／例外3要件が形骸化。
○例外3要件は堅持。／例外3要件は残したほうがよい。
○例外3要件は、身体拘束を許しているという側面はあるが、他面で医療機関や介護保険施設の裁量を認めないという側面がある。

緊急やむを得ない場合の対応

介護保険指定基準上、「当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」には身体拘束が認められているが、これは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる。

＊「緊急やむを得ない場合」の対応とは、これまでにおいて述べたケアの工夫のみでは十分に対処できないような、「一時的に発生する突発事態」のみに限定される。当然のことながら、安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束を行うことのないよう、次の要件・手続に沿って慎重な判断を行うことが求められる。

（制度説明のなかに含まれるため）
○掲載は不要。

参考

■介護保険指定基準の身体拘束禁止規定

「サービスの提供にあたっては、当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為を行ってはならない」

1 三つの要件をすべて満たすことが必要

以下の三つの要件をすべて満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し記録しておく。

切迫性 利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

＊「切迫性」の判断を行う場合には、身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要となる程度まで利用者本人等の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いことを、確認する必要がある。

非代替性 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと

＊「非代替性」の判断を行う場合には、いかなるときでも、まずは身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を検討し、利用者本人等の生命または身体を保護するという観点から、他に代替手法が存在しないことを複数のスタッフで確認する必要がある。

また、拘束の方法自体も、本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならない。

一時性 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

＊「一時性」の判断を行う場合には、本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要がある。

2 手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる

仮に三つの要件を満たす場合にも、以下の点に留意すべきである。

(1)「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当のスタッフ個人（または数名）では行わず、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。特に、10頁の❶で述べたような、施設内の「身体拘束廃止委員会」といった組織において事前に手続き等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する態勢を原則とする。

(2) 利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。その際には、施設長や医師、その他現場の責任者から説明を行うなど、説明手続きや説明者について事前に明文化しておく。

仮に、事前に身体拘束について施設としての考え方を利用者や家族に説明し、理解を得ている場合であっても、実際に身体拘束を行う時点で、必ず個別に説明を行う。

(3) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合についても、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除すること。この場合には、実際に身体拘束を一時的に解除して状態を観察するなどの対応をとることが重要である。

3 身体拘束に関する記録が義務づけられている

(1) 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない。

（制度説明のなかに含まれるため）
○掲載は不要。

参考

■介護保険指定基準に関する通知

「緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない」

(2) 具体的な記録は、24、25頁のような「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」を用いるものとし、日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に関わる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、ケアスタッフ間、施設全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有する。

この「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」は、施設において保存し、行政担当部局の指導監査が行われる際に提示できるようにしておく必要がある。

身体拘束に関する説明書・経過観察記録（参考例）

○「同意」ではなく「説明」であると明記。
（書式掲載だけでなく）解説を付す。
○書式も改編。

【記録１】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

○○○○ 様

1　あなたの状態が下記のＡＢＣをすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において最小限度の身体拘束を行います。
2　ただし、解除することを目標に就意検討を行うことを約束いたします。

記

A　入所者（利用者）本人又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い B　身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない C　身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による拘束の必要な理由	
身体拘束の方法〈場所、行為（部位・内容）〉	
拘束の時間帯及び時間	
特記すべき心身の状況	
拘束開始及び解除の予定	月　日　時から 月　日　時まで

上記のとおり実施いたします。

平成　年　月　日

施設名　代表者　印
記録者　印

（利用者・家族の記入欄）

上記の件について説明を受け、確認いたしました。

平成　年　月　日

氏名　印
（本人との続柄　）

【記録２】

緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録

○○○○ 様

月日時	日々の心身の状態等の観察・再検討結果	カンファレンス参加者名	記録者サイン

【研究会・WGの意見・検討等】

○「確認」を「同意」にして意図的に掛け違えている。／いつの間にか「同意」にすり替わっている。／もっとはっきり「同意ではない」と書かないと駄目。
○施設に対するメッセージも必要。
○記録に膨大な労力を割いているのに、その記録が何の役にもたっていない。
○緊急やむを得ない拘束に対する経過観察の記録になっていない。
○A・B・C 欄に、「どの要件に該当しているか」の根拠・理由を書かせるほうがいい。
○（氏名・押印だけでなく）家族の意見の記載欄があるといい。
○監督・指導を行う立場からすると、経過記録は解除を検討する根拠として必要。
○『手引き』中に書式や簡単な解説を載せるだけでは無理がある。別に解説書が必要か／別冊にすると誰も読まなくなる。本編に入れたほうがよい。

〇現行版記載の基本的情報は承継のうえ加減修正。
〇「マネジメント（の過程）」「アセスメント」に関しては新たに立項。

転倒事故などの法的責任についての考え方

介護保険施設等の中には「理念としては身体拘束廃止に賛成だが、現実の問題として、もし、転倒事故などが発生すれば、『身体拘束をしなかったこと』を理由として、損害賠償等の事故責任を問われるのではないか」という不安をもつ施設もあるが、事故の法的責任については、次のような考え方を基本とすべきである。

① 身体拘束をしなかったことを理由に事故責任を問われるのか

(1) 介護保険制度においては、介護サービスを提供する際の基本的な手順として、アセスメントの実施から施設サービス計画等の作成、サービスの提供、評価までの一貫したマネジメントの手続きを新たに導入するとともに、他方では、身体拘束を原則禁止している。これは、基本的に身体拘束によって事故防止を図るのではなく、ケアのマネジメント過程において事故発生の防止対策を尽くすことにより、事故防止を図ろうとする考え方である。

(2) したがって、こうした新たな制度の下で運営されている施設等においては、仮に転倒事故などが発生した場合でも、「身体拘束」をしなかったことのみを理由として法的責任を問うことは通常は想定されていない。むしろ、施設等として、利用者のアセスメントに始まるケアのマネジメント過程において身体拘束以外の事故発生防止のための対策を尽くしたか否かが重要な判断基準となると考えられる。

(3) 具体的には、身体拘束は、他の事故防止の対策を尽くしたうえでなお必要となるような場合、すなわち 22 頁で述べた三つの要件（①切迫性②非代替性③一時性）を満たす「緊急やむを得ない場合」にのみ許容されるものであり、また、そのようなごく限定された場合にのみ身体拘束をすべき義務が施設等に生ずることがあると解される。

なお、身体拘束そのものによって利用者に精神的苦痛を与えたり、身体機能を低下させた結果、転倒、転落等の事故などを招いた場合には、「身体拘束をしたことを理由に、損害賠償等の責任を問われることもある」ことに留意したうえで、身体拘束を行う場合には必要最小限度とする配慮も必要である。

② ケアのマネジメント過程においてどのような点に注意すべきか

(1) ケアのマネジメント過程で注意すべき点は何か。まずは、利用者それぞれに、転倒事故などの可能性や要因をアセスメントする必要がある。そのうえで、事故の要因が把握された場合には、ケアプランの内容を工夫することとなるが、その際には、利用者の尊厳の保持を基本に、生活や行動の自由、自立の促進といった価値と、身体の安全という価値のバランスをきめ細かくとるという観点が重要である。また、必要に応じて再アセスメントを行い、新たな事故発生要因の発見に常に努めることも重要である。

〇新たに立項する「アセスメント」箇所に吸収。
掲載の是非含め検討。

参考

■転倒を未然に防ぐためのアセスメント例

〇視覚（視力、視野など）、聴覚、バランス感覚などの低下はどの程度か
〇拘縮、麻痺などによる運動機能の低下はどの程度か
〇起居・移動動作はどのように行っているか
〇体調（低血圧、めまい、発熱など）、パーキンソン病や認知症などの疾病の状況はどうか
〇転倒を起こすような薬（催眠剤、降圧剤、抗うつ剤、狭心症治療剤など）は使用していないか
〇生活環境（床、照明、段差、手すりなどの施設・設備環境や、介護用具、衣服、履き物など）はどうか
〇転倒したことがある場合、いつ、どのような状況で、何が原因で転倒を起こしたのか

(2) 事故の可能性や要因をアセスメントする際には、利用者の状況だけでなく、居室の床や廊下の凹凸、照明の配置や明るさなど施設の設備・構造面のアセスメントも不可欠である。

(3) 利用者や家族は、ケアを提供するうえでのマネジメントの目的や意義、重要性を十分に理解していないこともあるので、施設等において説明を十分に行い、アセスメントの実施から施設サービス計画等の作成までの一連の過程に利用者や家族の参加を促すことが必要である。サービス提供に至るまでの過程と根拠が不明確ならば、利用者や家族としては、事故という結果をもってサービスを評価せざるを得ないのである。

(4) したがって、アセスメントの実施から施設サービス計画等の作成までの一連の過程やそれに基づくサービス提供についての記録を整え、サービス提供の過程と根拠を常に確認できるようにしておくことも必要である。

(5) 上記のような利用者それぞれに対する対応のほか、施設全体として、①どのような場合に、どのような事故が起きやすいのか、そのパターンの把握に努め、事故防止を図る、②緊急時の対応マニュアルを作成し、かつ、実際に対応できるよう訓練しておく、③損害保険に加入し、その内容を十分確認しておくなどの事前の対策を講じておくことが最低限必要である。

○現行版記載の基本的情報は承継のうえ加減修正。
○「マネジメント（の過程）」「アセスメント」に関しては新たに立項。

③ 事故が発生した場合、どのような対応が必要か

事故の内容により対応も異なるが、事故責任が施設等にあるか否かに関わらず、サービス提供者として、一般的には次のような対応が必要と考えられる。

(1) 事故発生（発見）直後は、救急搬送の要諾など、利用者の生命・身体の安全を最優先に対応する必要がある。

(2) 利用者の生命・身体の安全を確保したうえで、速やかに家族に連絡をとり、その時点で明らかになっている範囲で事故の状況を説明し、当面の対応を協議する。なお、事故の内容によっては、事故現場等を保存する必要もある。さらに、市町村等への連絡を行うことが必要な場合もありうる。

(3) 事故に至る経緯、事故の態様、事故後の経過、事故の原因等を整理・分析する。その際には、アセスメントの実施から施設サービス計画等の作成までの一連の過程や、それに基づくサービス提供に関する記録等に基づいて行うことが必要である。

(4) 利用者や家族に対し、(3) の結果に基づいて、事故に至る経緯その他の事情を説明する。

(5) 事故の原因に応じて、将来の事故防止対策を検討する。また、事故責任が当該施設等にあることが判明している場合には、損害賠償を速やかに行う。

○掲載判例（東京地裁平成8年4月 15 日判決）以降の判例をフォローし掲載。

参考

■身体拘束と事故責任の関係を考えるうえで参考になる裁判例
（東京地裁平成8年4月15日判決・判例時報1588号117～123頁）

心筋便塞の疑いで入院した78歳の女性が入院19日目にベッドから転落し、右側頭部を打撲し、さらに、入院28日目にベッドから転落し、側頭部を強打して死亡した事案。

この女性には軽度の痴呆（認知症）があり、また、パーキンソン病による体幹四肢機能障害及び上肢から手指にかけて振戦が見られ、さらに視力も低下していた。

これらの事実、そして看護計画に「夜間ベッドから落ちる」という問題点に対し、「頻回に訪室する」などと記載されていたことから、裁判所は、病院側は2回目の転落事故を予見できたとした。

そのうえで、裁判所は、この予見に基づいてどのような措置をとるべきかは、①予測される結果の重大性、②結果発生の蓋然性、③結果発生を防止する措置の容易性、④有効性、⑤その措置を講ずることによる医療上・看護上の弊害等を総合的に考慮して判断するべきとした。

そして、この判断基準に照らして、抑制帯を使用すべきであったか否かを検討し、抑制帯は患者の身体の自由を拘束し、精神的苦痛が大きく、リハビリの妨げになることなどを指摘し、病院側に抑制帯を使用すべき法的義務はないと判示した。

他方で、裁判所は、1回目の転落の後、看護方針として頻回な訪室を決めておきながらそれを実施していなかった点をとらえ、適切な看護を受ける期待を侵害したとして、結局病院の責任を認めている。（本件は、控訴審で和解したという。）

上記の例は、下級審の一判決にすぎず、介護保険施設の事案でもない。また、息子が女性に付き添っていたなど個別的な要因もある。しかし、転落の危険性が予測される場合であっても、裁判所は、患者の安全だけに偏るのではなく、身体の自由やリハビリの促進と安全のバランスがとれた看護計画の作成とその確実な実施を求めており、安易に身体拘束を肯定していない点に注意する必要がある。このような裁判例の存在からも、ケアのマネジメントの必要性が法律で明確に定められた介護保険法の下では、アセスメントや施設サービス計画等の内容の充実とその実施こそが一層求められるものと思われる。

介護保険法及び関係法令において、『身体拘束原則禁止』と「施設サービス計画等の作成などのマネジメント」が明確化されたことにより、今後は、この裁判例のような判断が下される可能性が高まったと考えられる。そして、「身体拘束をしなかったことを理由にして施設等が責任を問われることは原則としてないこと」や、「むしろケアのマネジメントをどのように行ったかという点が重要であること」が、施設等のケアを提供する者の間でも、利用者本人や家族などサービスを受ける者の間でも、共通の理解となっていくことが期待される。

【研究会・WGの意見・検討等】
○一宮裁判（最高裁第3小法廷 平成22年1月26日判決）について掲載すべき。
／大阪地裁平成29年2月2日判決など。

新設 「アセスメント」について（アセスメント方法、家族との関係、ラウンドテーブル方式）

【研究会・WGの意見・検討等】

○アセスメントが大事だと言われ続けている。／アセスメント力がない。／結局アセスメントを誰もやっていない。／アセスメントされていないわけだから、リスクが浮かび上がることもない。／アセスメントを行い対策をとることは、絶対にやらなくてはならないこと。

○「動けることはよいことだ」が基本。安全のために拘束して歩けなくすることは間違っていると明確に出さなくてはいけない。

○家族とのコミュニケーション能力の欠如。／家族も「骨折＝悪」だとは思っていない。

○ラウンドテーブルのようなところに関係者が集まり、それぞれの意見を出し合うのがひとつの方法。

新設 「福祉機器」（見守り支援機器）等の考え方について

◆研究会・WG のなかで、センサー・カメラ等に関する議論が多数。新たに項を設けることでどうか。

【研究会・WGの意見・検討等】

○センサーの扱いは議論を要する。／抑制の代替として使用することも多い。

○いまセンサー禁止とすると、現場に大変な混乱が起こる。

○（海外と）日本ではどうも状況が違う（利用促進の方向）。日本は使用に関して規制がない。

○「告げロマット」と評する利用者も。利用者にとってどうかという点を軸に議論すべき。

○介護ロボット活用などのなかに「見守り支援機器」としてセンサーやカメラ。本当に置かなくてはならないのか。／そこまでセンサーに頼ることができるのか。

○カメラもモザイクがかかるものから、電子記録と連動しているものまでさまざま。ベッド組み込みのセンサーには生体反応・生活反応の検知・記録と結びついたものも。介護・看護の効率化と、身体拘束か否かという判断の狭間で、どこかでルールを決めないと大変なことになる。

○定義がないとやみくもに導入に踏み込めない。夜勤時「常勤換算 0.1」の範囲を含めた議論が必要。

○センサーはアセスメントのためだけに使うべき。

○本来、センサーを適正に使用していれば抑制件数は減少するはず（でもそうなっていない）。

○ある事業所は「自分たちが拘束されている」「拘束されているのは自分たちだ」。結局、センサーは利用者と職員を同時に拘束するもの。

○何で転倒が悪で、絶対にゼロにしなければならないということが前提なのか。その方が不自然。／転倒ゼロにしようなどと思うから、施設で働く者も精神的に苦痛になってくる。／何があっても「安全と安心」なんてことはない。

新設 「要介護認定」の矛盾について

◆研究会・WG のなかで、「要介護認定」の矛盾に関する議論。新たに項を設けることでどうか。

◆（新たに項を設けることが難しければ）提言としての掲載ではどうか。

【研究会・WGの意見・検討等】

○要介護認定と報酬の関係は非常に疑問。／高齢者狩り状態。

○要介護度が改善しても更新認定はまず絶対にしない。改善されると報酬が減る。成功報酬的なものを考えることが必要。／ただ、『手引き』の範疇を超えている。

新設 「不適切ケア」について

◆研究会・WG のなかで、「不適切ケア」に関する議論が多数。新たに項を設けることでどうか。

◆「福祉機器」の（不適切な）使用とセット。編集の仕方は検討。

【研究会・WGの意見・検討等】

○身体拘束の根底には「不適切ケア」がある。不適切ケアの延長線上に身体拘束が存在しているということは強調すべき。

○不適切ケアを言葉だけで書（描）いてもなかなかイメージできない。／たとえば、アセスメントのためにセンサーを1週間したら身体拘束とみるべきなのか。不適切ケアとみるべきなのか。／尿意のある利用者におむつ使用。身体拘束とも虐待ともいえないが、明らかに不適切。

○介護職の都合で、利用者がそこに存在しているということを無視してもいいのか。

○（介護職の）言葉にはかなり利用者が傷ついている。

○「スピーチロック」の問題は、不適切ケアとして『手引き』にも盛り込んでは。／「尊厳の保持」と結びついていないことが問題。

○ナースコールの電源を切る、手の届かないところに置くのは不適切ケアになるのでは。その人の行動の自由を制限している。

○（ナースコールが鳴ってもすぐに対応できないこともある）「これだけ待ってください」と具体的に（利用者に）伝えることもありだと思う。

○利用者が頻回に押すと職員にもストレス。／頻回に押すにも理由がある。／（いつでも誰でもではなく）新規の利用者だったら、鳴ったら即飛んでいくということも。押せば来てくれることが分かれば押さなくなる。

○サービスの選択のミスマッチが身体拘束等を生むこともある。

○新版には掲載不要か。あるいはポイントを絞って記述。

【研究会・WGの意見・検討等】
○ここまで紙面を割く必要があるか。 ／不要。
○「身体拘束をしないためのシーティングポジション」という視点は残したほうがよい。

参考 身体拘束をなくすための「車いす」や「いす」

寝たきり老人ゼロ作戦の推進などにより、日中ベッドで寝たきりになっている高齢者は激減したが、一方で、車いすに座っている高齢者を多く見かけるようになった。

ところが、介護保険施設等で使用されている車いすの多くは、座面と背面が2枚のシートで構成された簡単な折たたみ式のもので、短距離の「移動」には便利だが、「座る」ための用具としては十分な機能をもつものではない。30分以上同じ姿勢で座り続けることは困難であり、人によっては苦痛を伴う場合もある。

そのため、立てる人は立ち上がってその車いすから離れようとし、自力での立位が困難な人は滑り出してその状況から逃れようとする。それを防止するために、ベルトや拘束帯が使われる例が少なくない。

うまく座れないのは本人の能力というよりは、車いすに原因がある場合が多い。うまく座れないからといって、車いすに拘束すべきではない。ある一定時間以上座るのであれば、「座位保持機能」の高い車いすやいすを用いるべきである。

1 あなたは「車いす」に、一日中座れるだろうか

(1)「車いす」は、歩行が困難な人の移動手段として発達し、自動車などに積み込むために軽量になり、さらに折りたたんで運べるようにもなった。折りたためることは非常に便利なことから、歩行が難しくなると、車いす、しかも折りたたみ式のものを用いることが多くなった。

しかし、こうした車いすは、座面と背面に簡易な2枚のスリングシート（布、ビニール、革などでできている）を張ったもので、短距離の「移動」には便利だが、長く「座る」ような構造にはなっていない。スリングシートの車いすに座っている高齢者によく見られるのは「滑りすわり」や「斜めすわり」と呼ばれるものである。こうした姿勢を長時間続けると、じょく創が生じたり、車いすから転落する危険性が高まり、身体拘束につながることとなる。身体拘束が行われるのは、このように本来一定時間以上「座る」ことに向いていない車いすを使用しているケースが多いのである。

(2) 歩行が困難な高齢者にふさわしい車いすとはどのようなものだろうか。車いすといえば、これまでは「車」の部分が強調されてきたが、一日の大半を座って生活するような高齢者にとっては「いす」という部分が非常に重要な意味をもっている。

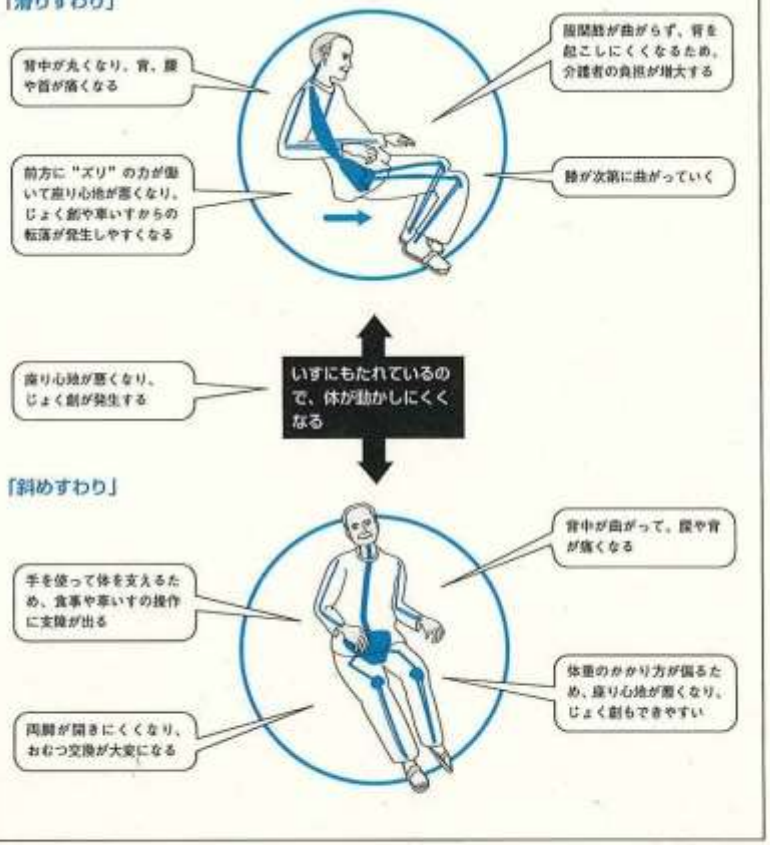
したがって、「移動能力（移動が容易である）」ということ以上に、「座り心地（長く快適に座れる）」や「機能性（手や足の操作を妨げない）」、さらに「生理的安全性（じょく創や脊椎の変形を生じさせない）」「介護のしやすさ」などが重要な条件となってくる。

残念ながら、現在の車いすの多くは、こうした条件を満たしていない。したがって、高齢者の身体機能の状況に応じて車いすといすを使い分け、例えば、移動は「車いす」で行い、食事などはしっかりした「いす」に座って行うことを考えるべきである。食事をしっかりした「いす」に座って行うことにより、食事動作の自立度が高まることも多い。

●「滑りすわり」と「斜めすわり」

介護保険施設等でよく見かける姿勢は、「滑りすわり」と「斜めすわり」である。人間が座るときに重要なのは、骨盤の位置である。「滑りすわり」は骨盤が後方に傾斜した姿勢、「斜めすわり」は骨盤が横に傾斜した姿勢である。アームレスト（肘掛け）をしっかり握っているような場合は「斜めすわり」になっている。

こうした姿勢を長時間続けると、高齢者にとって苦痛であるだけでなく、じょく創や拘縮の原因となったり、いすから転落する危険性が高い。



○新版には掲載不要か。あるいはポイントを絞って記述。

【研究会・WGの意見・検討等】
○ここまで紙面を割く必要があるか。 ／不要。
○「身体拘束をしないためのシーティングポジション」という視点は残したほうがよい。

2「座位保持」の重要性

(1) 長時間座るような車いすやいすに求められるのは、高齢者が座ったときの姿勢をしっかりと保持する（座位保持）機能である。

座位保持では、まず「バックレスト」が重要となる。これは、我が国では「背もたれ」と訳されているが、本来の意味は「背やすめ」であり、機能的なバックレストは後傾しがちな骨盤を一定の位置に保持する重要な役割を担っている。さらに、「座面」の工夫も重要である。硬い座面は座骨部に負担が集中し、長時間の使用に適さない。

最近では、臀部のみならず大腿部でも適度の支持ができるように設計段階から座圧分布を考慮した立体的な形状に進化しており、しかもクッションの硬さも十分吟味されるようになってきている。こうした「バックレスト」や「座面」の工夫により、「滑りすわり」や「斜めすわり」のような骨盤の滑り出しや異常な傾きを防ぎ、長時間安定した快適な座位の保持が可能となる。

「基本姿勢」と「基本いす」

●基本姿勢：めざすべき基本的な姿勢

部位	肢位
骨盤	わずかな前方傾斜、回旋はない
股	屈曲約90度、わずかな外転・外旋
膝	屈曲約90度
足	屈曲約90度
脊椎	腰椎軽度前わん、胸椎軽度後わん、頸椎軽度前わんでの垂直姿勢
肩甲帯	中間位
頭部	中間、垂直位、眼水平
上肢	アームレストまたは大腿の上でリラックス

●基本いす：座位保持に基本的に必要な機能を備えた「いす」

（必要な機能）
・しっかりと安定した背と座面
・必要であれば腰あて（ランバーサポート）も使用
・背や座面のクッション性に配慮

(2) 高齢者の「座る能力」は心身の状態や機能によって大きく異なるため、座位保持の方法も個々の高齢者で異なってくる。また、ある時点では適合していたとしても、高齢者の状態が変化した場合には、その変化に応じた修正が必要となる。したがって、高齢者に適合した座位保持を行うためには、その本人の「座る能力」を適切にアセスメントしたうえで、その状態に応じた個別的な対応を行うことが重要となる。

最近では、アームレストや座面の高さ、背の角度などが調節できたり、部品の組み替えができたりする「モジュール型車いす」も開発されており、使う人の能力や状態、体格などに適合した対応が容易になってきている。

●「座位保持」において留意すべきこと

<車いすの寸法>

標準型の車いすの多くは、旧JIS規格大型が使われており、座幅と奥行きがともに40cm以上となっていることから、高齢者の体型に適合しないケースが多い。座幅、奥行きが合わない車いすは座位姿勢の崩れを引き起こし、車いす駆動をはじめとするすべての動作を阻害することになるので注意する必要がある。

<ベッドのギャッジアップと座位の関係>

車いすでの食事等に困難がある場合、ベッド上で食事や排せつを行うことがある。こうした場合には、ベッドのギャッジアップを利用して座位を保とうとすることが見受けられる。

しかし、ギャッジアップ姿勢は骨盤の後傾が大きく、「滑りすわり」になりがちであり、運動学的には「いす座位」の分類には入らない。また、ベッドのマットレスは寝るためのクッション性が高く、ベッドの端で座位能力の低下した高齢者に端座位をとらせるのは無理がある。食事や排せつは座位姿勢で行うのが合理的であり、ベッドをいかに離れて座位を確保するかが重要である。

<ティルト機能について>

ある肢位を維持したまま、全体として角度を変えることができる機能。全体の角度が変わると、①臀部にかかっていた力を背中で受けるなど、あたる位置が変わる、②姿勢が重力でつぶれない、③身体を戻したとき、身体のずれが少ないなどの利点がある。

この機能は、姿勢を垂直に保持できない人に有効であるが、頭を支持するためにヘッドレストが必要である。

<リクライニング機能について>

背面（バックレスト）が後方へ傾き、座面との間の角度を変えることができる機能。これにより食事をとるときやテーブルで作業を行うときは、背を起こして使い、休養するときには背面を倒すことができる。

また、移動時に安定した座位を確保する必要がある場合などにも役立つ機能である。股関節の可動域制限がある場合には不可欠な機能といえるが、背面だけを傾ける機能なので、角度によっては滑り出しの姿勢となることが多く、注意が必要である。

なお、ティルト機能も併用できるようになっていれば適切な座位姿勢を保持しやすい。

○新版には掲載不要か。あるいはポイントを絞って記述。

参考 身体拘束をなくすための「車いす」や「いす」

「座る能力」に応じた座位保持の方法

高齢者の「座る能力」を次のような三つのケースに分けて、座位保持の具体的な方法を紹介する。

(1) 座位に問題がないケース

(例)・特に姿勢が崩れたりせずに座ることができる
・座り心地をよくするために姿勢を変えることができる

○ 基本姿勢を目標に、しかし無理のない姿勢ですごせることが重要である。

○ 車いすは、「基本いす」の条件を満たすこと。車いすの走行能力の維持も重要である。車いすからいすに移れるのなら、いすに移ることを検討する。

<基本いす>
・しっかりと安定した背と座面
・必要であれば腰あて（ランバーサポート）も使用
・背や座面のクッション性に配慮

(2) 座位に問題があるケース（「滑りすわり」や「斜めすわり」）

(例)・だんだん姿勢が崩れたり、手で身体を支えている
・自分で姿勢を変えることができない

○ 自立を可能とするための座位保持と安楽性が重要である。

「滑りすわり」が見られる場合

・原因としては、バックレストにもたれかかっていることがあげられる。
・これを防ぐためには、「基本いす」による座と背のしっかりした支持に加えて、滑りを弱めるための座角度の設定（わずかなティルト→33頁参照）や骨盤の後傾を防ぐための腰椎支持などが必要となる。

滑りすわり ― 1．基本いす 2．わずかなティルト

「斜めすわり」が見られる場合

「基本いす」による座と背のしっかりした支持に加えて、体幹を左右から支えるパッド等が有効である。

斜めすわり ― 1．基本いす 2．左右からの体幹の支え

【研究会・WGの意見・検討等】
○ここまで紙面を割く必要があるか。 ／不要。
○「身体拘束をしないためのシーティングポジション」という視点は残したほうがよい。

変形がある場合

「基本いす」をめざすが、安楽性を第一に考える。
背や膝の曲がりに合わせた調整を行う。

(3) 座位がとれないケース

(例)・座ると頭や体がすぐに倒れる
・リクライニング機能のある車いすを使用したり、ベッドで横になっている時間が長い

○ じょく創や褥下などの生理機能の維持を第一に、クッションの選択やティルト機能の選択を行う。
・じょく創が起こる原因は、①身体にあたる圧力、②圧力がかかる時間、③あたっている身体組織の耐久性などである。寝ていて起こることは、座っていても起こるということに留意する必要がある。
また、車いすやいすのクッションの選択にあたっては、厚めで減圧できるものが必要となるが、「円座」は滑りすわりやじょく創発生の原因にもなり、使用するべきではない。

参考

○削除。新版には掲載不要。

■車いすの調整を行い、拘束を解除した例

・利 用 者：78歳、女性（施設入所者）
・診 断 名：脳梗塞
・ＡＤＬ状況：車いすへの乗り移りは介助が必要。
施設内は車いすでの移動可能。

○車いす調整前の状態
施設の車いすの奥行き・幅が不適合であったため、ずり下がった姿勢になり、アームレストの高さが合わず、車いすの操作も困難であった。日によって、車いすからのずり落ちがひどい場合には、拘束帯を用いる必要があった。

○車いすの調整とその効果
使用している車いすに座シートの車いすクッション、バックレスト専用のクッションを用いて対応。座面の奥行き調整として、バックレストに6cm厚のクッションを固定。座面には板と車いす専用クッションをのせた。これらの対応により車いす座位姿勢は安定し、拘束帯の必要性はなくなった。

○生活内容の変化
座位時間が1時間以上となり、施設内の趣味活動への参加も多くなり、離床時間が延長した。食事も前かがみの姿勢がとれるようになり、こぼすことがなくなった。

○初版以降に出された参考文献・資料を博捜、厳選し1ページに掲載。

参考文献

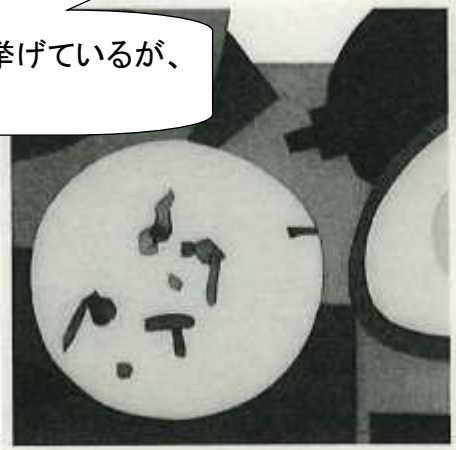
【研究会・WGの意見・検討等】
○最近の研究などは入れた方がいい。

1.『縛らない看護』吉岡充、田中とも江 編　医学書院　1999 年
2.『痴呆の人の医療・福祉のサービスにおける拘束の実態～介護家族の立場から～』
　三宅貴夫　社団法人呆け老人をかかえる家族の会　1999 年
3.『老人虐待の予防と支援』高崎絹子、佐々木明子　他　日本看護協会出版会　1999 年
4.『医療は「生活」に出会えるか』竹内孝仁　医歯薬出版　1996 年
5.「特別企画－抑制をしないケアは可能か－」臨床老年看護 6(6)　1999 年
6.「『抑制廃止』をめぐる神話と真実」かんご 11（臨時増刊号）1999 年
7.「特集－何が"縛らない"看護を支える」看護学雑誌 9　1999 年
8.「特集－抑制をしない看護」看護管理 8　1996 年
9.『身体抑制回避を目指して－意識調査と現状分析からの検討－』
　木村ゆかり 他　第 7 回介護療養型医療施設全国研究会抄録集 206　1999 年
10.「抑制をしない看護・介護の実際」竹内スエ子　痴呆介護 1(2)　2000 年
11.『痴呆の治療ガイドライン　痴呆老人の介護　治療における身体拘束と隔離』
　小澤勲　精神科治療学 14（増刊）1999 年
12.「実践へのアドバイス　看護事故を防ぐ　身体拘束中の事故を防ぐ(1)」
　富永利夫　看護実践の科学 24(4)　1999 年
13.「実践へのアドバイス　看護事故を防ぐ　身体拘束中の事故を防ぐ(2)」
　富永利夫　看護実践の科学 24(5)　1999 年
14.「質を問われる医療・看護　たとえば患者を『抑制』することは？」からだの科学 195　1997 年
15.「抑制は、ほんとうに人権侵害か。」日総研グループ　高齢者ケア 2000　別冊
16.「抑制への道のり①・②」看護学雑誌 62(6・7)　1998 年
17.「拘束を減らすための環境改善」看護研究 24(5)　1991 年
18.「海外の文献に見る抑制をしない方法」看護 49(6)　1997 年
19.「高齢者虐待防止マニュアル早期発見・早期対処」高齢者処遇研究会　1997 年
20.「在宅老人看護ケアのマニュアル作成事業報告書」日本訪問看護振興財団編　2000 年
21.「実務座談会・身体拘束ゼロをめざして（上・下）」月刊介護保険　2000 年 11 月号、12 月号
22.『介護保険施設で身体拘束をしないために』日本看護協会　1999 年
23.『かながわ拘束のない施設づくりのガイドライン（試案）』
　拘束なき介護検討プロジェクトチーム、神奈川県福祉部高齢者施設課　2000 年 3 月
24.『抑制（身体拘束）除去困難事例集』北海道抑制廃止研究会編　2000 年
25.『第 17 回シンポジウム抑制を考える（Part Ⅰ）』老人の専門医療を考える会　1999 年
26.『第 18 回シンポジウム抑制を考える（Part Ⅱ）』老人の専門医療を考える会　1999 年
27.『第 20 回シンポジウム抑制を考える（Part Ⅲ）』老人の専門医療を考える会　1999 年
28.「英国の高齢者虐待のためのガイドライン」現代のエスプリ（ファミリーバイオレンス）6　1999 年
29. Myths about elderly restraint image
　Evans L. K. & Strumpf N. E.　The journal of nursing scholarship 22　1990
30. Towards a Restraint-Free Environment
　Judith V. Braun & Steven Lipson　Health Professions Press, USA　1993
31.『車「いす」について考えてみましょう』
　広瀬秀行，木之瀬隆、清宮清美、佐藤真理子（財）テクノエイド協会　1999 年
32.『高齢者の車いす座位能力分類と座位保持機能』
　木之瀬隆，広瀬秀行　Rehabilitation Engineering 13(2) 4-12　1998 年
33.『車いすの選び方・使い方』日本リハビリテーション工学協会編　2000 年
34.『車いす使用高齢者の移動能力向上と生活展開に関する事例考察』斎藤芳徳、外山義、宮本晃、田中理、
　今吉晃、野島由紀、佐鹿博信　第 15 回リハ工学カンファレンス　2000 年

事例編

身体拘束廃止に取り組んだ個別事例

○現行版は 11 項目に沿って個別事例として挙げているが、
組織の取り組みとして改編してはどうか。



○現行版は 11 項目に沿って個別事例として挙げているが、
組織の取り組みとして改編してはどうか。

【研究会・WGの意見・検討等】
○成功事例を『手引き』に盛り込んでは。
○しっかりやっている施設の事例を掲載していくということか。
○やむを得ず拘束したとしても、どうすれば拘束を続けないで済むかを考えることが大事。
「その時」にどうするのかを事例集に書かないと。
○身体拘束の根底には「不適切ケア」。この部分をどうやって書くかがポイント

身体拘束廃止に取り組んだ個別事例　1

ベッドからの転落防止のベッド柵等について

医療施設

患　　者	80歳　女性
診 断 名	アルツハイマー型認知症
既 往 歴	狭心症、高血圧症、肺炎
ＡＤＬ状況	つかまり立ちは可能だが、ふらつきが著明。下肢に不随意運動があり、小刻み歩行で後戻りしやすく不安定であるため、常に介助が必要。食事は、かき込みや食べこぼしが多く、部分介助。排せつは、尿意がはっきりせず失禁が多いため紙おむつ使用。会話は成立するが、言葉に詰まることが多い
医療処置	薬物療法として降圧剤、向精神薬を投与

■ 入院時の状態と拘束に至った経過

夫と死別後、娘への依存傾向が強くなった。物とられ妄想があり、自分の思い通りにならないと暴力・暴言が出ることがしばしばあった。1998 年より認知症の診断を受ける。療養目的で入院中、スタッフへのまとわりつき・暴言・他患者への干渉が頻回に見られた。2000 年に肺炎を起こし、ベッド上での生活が続いて自立歩行ができなくなった。

ベッドからの転落・不意の立ち上がり防止のために、ベッド上拘束と車いす拘束を受けた。そのころより活気がなくなり、子どもたちのこともわからなくなってきた。拘束された姿を見るたびにつらく思っていた家族が、身体拘束のない環境で生活させたいと希望し、2000 年、車いすで入院してきた。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

問題を分析し、ケアの方針を立て具体的ケアに取り組む。

問題点は、ベッド上での生活や拘束による廃用性症候群および不意の立ち上がりによる転倒・転落の危険の２点である。

ケアの方針は、１：自立歩行をめざした筋力の強化、２：転倒・転落予防、３：排せつの自立、とした。

① リハビリスタッフと協力し歩行訓練を開始する

入院当初は介助なしでは歩行が困難だったが、筋力強化・歩行訓練により、歩行時の後戻りは減少し、立

また歩行が安定してからは本人の行く場所を確認し、見守りを徹底した。

③ 夜間は床ベッドとし、ベッドからの転落を防止する

床ベッドからの転落は見られなかったが、覚醒時にマットの上に立ち上がることがあり、ベッド上での転倒の危険性があるため、ベッドからの立ち上がりの訓練を行い、日中・夜間とも見守りをした。

④ 日中２時間ごとのトイレ誘導で排尿パターンの確立をめざした

時間を決めてトイレ誘導することで、尿意もはっきりし、日中は失禁することがなくなり、布パンツに変更した。夜間は、熟睡しているときは失禁することもあるため、紙パンツを着用しているが、誘導により失禁の回数は減少した。

結果的には、入院時より立ち上がりが頻回であったため、自立歩行の確立で転倒の危険を少なくし、自由に動ける環境を作っていくことでＡＤＬは向上し、表情にも活気が見られるようになった。子どもたちのこともわかるようになり、家族も喜んでいる。

一方で、活動範囲が広がったことで従来からの自己中心的な性格が目立ってきた。空腹感の訴えが強く、やたらに人のものに手を出したり、ナースステーションの冷蔵庫を開けるなどの行動が多くなってきた。他の患者への干渉も多く、食事介助しようとすることもある。また、夜間覚醒し、暴力・暴言が見られることもあった。担当者を決めて、落ち着きがないときは散歩に行くなど気分転換をしたり、他の患者とトラブルにならないよう行動を常に見守り、すぐに対応できるようにしている。また、精神状態を細かく観察し、医師と連絡を取り、その日の状態に応じて日替わりメニューで向精神薬を使用している。

■ その後の経過

拘束されたことで活気がなくなり、家族の顔もわからなくなるという精神機能の低下を来したが、活動の増加に伴い回復した。

しかし、この患者の場合、本来もっていた性格も影響し、新たな問題が出ている。他の患者への干渉や、スタッフへのまとわりつき・暴言・暴力などは、拘束をされていれば起こらないものである。しかし、看護する側の都合で安易に拘束することは、人としての尊厳を無視することになるのではないか。私たちは、患者がその人らしく生活できるように環境を整え、周囲と本人への危険を予測し、日々のケアを工夫すべきだと考えている。

○現行版は 11 項目に沿って個別事例として挙げているが、
組織の取り組みとして改編してはどうか。

【研究会・WGの意見・検討等】
○成功事例を『手引き』に盛り込んでは。
○しっかりやっている施設の事例を掲載していくということか。
○やむを得ず拘束したとしても、どうすれば拘束を続けないで済むかを考えることが大事。
「その時」にどうするのかを事例集に書かないと。
○身体拘束の根底には「不適切ケア」。この部分をどうやって書くかがポイント

身体拘束廃止に取り組んだ個別事例　2

カテーテル抜去防止のミトン型手袋について

医療施設

患　　者	80歳　男性
診 断 名	脳梗塞、慢性腎不全、高血圧、慢性皮膚炎、不整脈、神経因性膀胱
既 往 歴	1991年に脳梗塞、1992年に左腎を腫瘍のため全摘出
ＡＤＬ状況	脳梗塞後遺症による左不全麻痺。起居、移動、更衣、整容、食事、入浴などすべて全介助。寝たきり度Ｃ２。要介護５。座っているときは体幹の保持ができないため背もたれが必要である。排せつはおむつを使用。膀胱ろうを設置し留置カテーテルを挿入している。単純な会話によるコミュニケーションはできるが、記憶力、理解力に問題があり、視覚や聴覚機能の障害もあるため認知機能の低下が見られる
医療処置	内服薬の服用、慢性皮膚炎のため軟膏を塗布している。３週間ごとに膀胱ろうのカテーテルを交換している

■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1997年、当病院に３度目の入院。慢性腎不全により透析の対象ではあるが、体動が激しいため透析時の安定が保てず、内服薬のみで対応している。慢性皮膚炎による全身掻痒感があり、特に臀部には絶えず掻き傷ができて処置をしている。

1999年、神経因性膀胱による排尿困難及び留置カテーテル挿入困難となり、膀胱ろうが設置された。尿路感染と思われる発熱が時折あり、ベッド上での生活が多い。

また、おむつカバーの中に手を入れ、膀胱ろう部の留置カテーテルを頻繁にひっぱる動作も見られた。そのため、膀胱ろう部の安全確保のために健側にミトンを着用することとした。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

院内では、身体拘束廃止の取り組みの最中であり、胃カテーテル挿入患者のミトン除去、車いす乗車時の安全帯除去など、身体拘束「ゼロ」へ向けて試行錯誤を繰り返しながらも順調に成果をあげているところであった。しかし、この事例に関してはカテーテル抜去が生命の危険性を伴うことであり、当初ミトンをはずすこ

① かゆみの問題を解決
毎日の入浴で皮膚の清潔を保ち、入浴後に軟膏を塗り、抗ヒスタミン剤を内服した。むれることがかゆみをより強くすると考えられるため、ラバーシーツとおむつカバーを取りはずした。おむつカバーの代わりにさらしを使用し、排便のときのみおむつカバーを用いた。

② 膀胱ろうの留置カテーテルは、直接手に触れないように固定位置を大腿部の内側とした。股引きの着用により股引きのすそからカテーテルに連結したチューブを出すことができた。

③ 着用していたミトンは、まず、看護婦が病室にいる間だけはずすことから始め、次に日中だけ除去と段階的に進めて、トラブルがない日が続いたため、夜間の除去になった。除去後、特にトラブルはない。

■ その後の経過

慢性皮膚炎は徐々に改善されて、皮膚損傷も以前に比べ少なくなっている。かゆみの問題は、慢性腎不全とその治療のための内服薬による副作用との関連もあり、今後も継続して対策を考えなければならない。

カテーテル抜去による危険性の問題を含め、患者の状況とミトン着用の必要性を家族に説明したときの「いって聞かせてもわからないですものね」の言葉から、納得せざるを得ない状況にあったとうかがえる。拘束除去のために、おむつカバーからさらし使用への変更を説明をしたときは、家族は積極的に準備をしていた。妻にとってかけがえのない夫であり、今、元気でいてくれることを望んでいると感じられた。

身体拘束廃止の機運が高まり、介護保険施設では、さまざまな工夫や努力がなされている現在、今まで「安全確保」の意味で行われていた拘束を除去するということは、ある意味では勇気のいることである。拘束しないで患者に事故が起きたらどうしようという不安がある。しかし、拘束には身体的、精神的機能の低下を含め「人権侵害」という大きな問題を伴うことも承知している。

拘束の必要性に出くわしたとき、まず考えなければならないことは「危険があるから拘束」という考えの前に、「なぜこうなるのか」と原因をアセスメントし、「どうしたら危険を回避することができるか」を検討することである。

拘束のないケアによって患者が生き生きとして見え、ケア提供者も暗い気分にならず明るい気持ちで患者に接することができると考える。

○現行版は 11 項目に沿って個別事例として挙げているが、
組織の取り組みとして改編してはどうか。

身体拘束廃止に取り組んだ個別事例　3

車いすの腰ベルトについて

福祉施設

入居者	80歳　男性
診断名	アルツハイマー型認知症
既往歴	特になし
ADL状況	身体状況は問題なし。更衣・整容・排せつ・入浴動作時は介助が必要。認知症自立度Ⅳ
医療処置	向精神薬の服用

■ 入居時までの状態

特別養護老人ホーム入居前は老人保健施設に6カ月入所。昼は徘徊防止のため車いすにベルトで固定。夜間はサイドレール4本を使用したベッドをステーションの前に移動。

車いすに座らされている本人の表情は硬く、目を閉じ眉間にたてじわを寄せている。目を開けるのは食事とタバコを吸うときのみであった。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

ホームに入ってきたときは、生活保護担当のケースワーカーと老人福祉担当の福祉事務所職員に両側から支えられ、おぼつかない歩行でボーッとした表情をしていた。

①嘱託医（内科）と精神科医もまじえたカンファレンスを行い、入居2週間目で向精神薬を中止する。表情が生き生きすることから本人の好きなものはタバコと甘い菓子であることがわかり、これらを刺激にするプランを立てる。

②向精神薬の中止で表情が出てきた。入所から3週間ほどはベルトなしで車いすを移動手段にしていたものの、その後は歩行にふらつきはなく、応答も問題なくなってきたため、車いすは不要となった。

③食事の途中で突然箸をおき排便を伝えることもあるが、排せつパターンが見えてきた。トイレの位置や自分の部屋がわからず、誘導のタイミングを失敗すると放尿をしたり、他人のベッドで寝てしまうことがときどきあるものの、それをとりたてて問題にはしていない。

■ その後の経過

自分から人に話しかけることはない。ただし、ベッドにいるよりも談話コーナーの決まったいすに座ってすごす方が落ちつく様子である。スタッフは入居直後から「タバコはどうですか」と言葉がけをしていたが、なかなか応答しようとしなかった。ところが、4～5カ月すぎたころから、「いらねえ」と答えるようになっていった。話しかけるとムッとしたり、笑顔で返事が返ってきたりと、表情が入居時とは大きく変わり、コミュニケーションも成立する。

車いすも入居前はむしろ本人を固定して動けないようにするための手段として用いられ、本来は、車いすは不必要だったケースと判断する。

身体拘束廃止に取り組んだ個別事例　4

車いすのY字型拘束帯について①

福祉施設

【研究会・WGの意見・検討等】
○成功事例を『手引き』に盛り込んでは。
○しっかりやっている施設の事例を掲載していくということか。
○やむを得ず拘束したとしても、どうすれば拘束を続けないで済むかを考えることが大事。
「その時」にどうするのかを事例集に書かないと。
○身体拘束の根底には「不適切ケア」。この部分をどうやって書くかがポイント

■ 入居時までの状態

特別養護老人ホーム入居までは老人保健施設に約1年半入所。立ち上がり、歩行の危険が大きいという理由で、日中は車いすでY字型拘束帯を使用。おむつはずしや弄便行為防止のためにつなぎ服を着用していた。

つなぎ服で入居。入居時の会議の席上、名前を呼びかけると「ハイヨ」と大声で応じる。施設では拘束を一切しない方針を娘に伝えたところ、「たとえ勝手に動いて骨折しても、縛られるよりずっとよい。今までそれがいえなかった」という反応。入居後、縛らない介護を望んでいたと手紙が届く。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

アセスメントの結果、ケアの方針にそって次のような取り組みを行った。

①入居と同時に車いすでのY字型拘束帯使用とつなぎ服着用を中止する。両眼の視力は明暗程度がわかる状況。部屋にいることを好まず、日中のほとんどを談話ロビーの長台（高さ40cm・6畳大）に端座位ですごす。姿勢保持もしっかりしている。近くに人がいることがわかると、大声で話しかけるが、内容はつじつまが合わない。

②入居時におむつをはずして失禁パンツに変え、2～3時間ごとの職員の手引き誘導でトイレですませる。

③食事は主食をおにぎりにして副食はスプーンに乗せると、自分で食べられる。副食の種類を説明すると「うれしいね。うまそうだね。あんた食べたのか」と、かみ合う反応を示すこともある。

■ その後の経過

歩行については、一人で立ち上がって歩き出すことは決してない。入居1カ月をすぎるころには、入居者の一人に手を引かれて二人で歩くようになる。入居時には車いすを移動の手段として使うつもりだったが、結果的には手引き誘導、その後、気の合う入居者と歩くように変わった。

この場合はもともと歩行能力もあり、車いすは不要だった事例と考えられる。

○現行版は 11 項目に沿って個別事例として挙げているが、
組織の取り組みとして改編してはどうか。

身体拘束廃止に取り組んだ個別事例　5

車いすの Y字型拘束帯について②

医療施設

患　　者	56歳　男性
診 断 名	蘇生後低酸素脳症
既 往 歴	1994年急性心筋梗塞で冠動脈バイパス手術を受ける。1996年地下鉄ホームで心臓発作を起こし、心停止。心肺蘇生が行われたが蘇生後低酸素脳症で重度障害となる
ADL状況	高次脳機能障害重度。注意散漫で認知・理解不能、発語なし、不随意運動が激しく、四肢麻痺、右上肢は伸展し下肢は屈曲状態であった。骨盤右回旋のため臥床時は右側臥位でいることが多い。寝返り・立ち上がりは不可。食事は全介助、排せつはおむつを使用。異食行動があり、すぐに物を口に入れてしまう
医療処置	利尿剤や向精神薬などの服用

■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1997年、長期療養を目的に当病院に入院し、1999年に当病棟に受け入れる。

異食行動があり、眼めるものはすべて口に入れるため、常時フェイスタオルをもたせていた。車いす（本人用）乗車時は、四肢麻痺と痙縮があり、常に体を左右に動かすため、上半身の安定が悪く、Y字型拘束帯、腰ベルト、胸ベルトで固定していた。また向精神薬を内服していた。就寝時は手から物がはずれるとおむつをいじり、食べようとするため、ズボンの上にTシャツ、さらにズボンと重ねていた。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

身体拘束を行わないケアをめざして、患者の状態を逐次アセスメントし、次のような工夫を重ねた。

① 転棟21日目

不穏状態や興奮が見られないため、医師に報告して向精神薬が中止となった。Y字型拘束帯、腰ベルト、胸ベルトの3カ所の固定が苦しそうなため、拘束の除去を検討したが、家族は除去することに不安が強くて拒否された。ただ、右にねじり滑り、右にずれるため、車いす乗車時は右脇に枕を使用した。

【研究会・WGの意見・検討等】
○成功事例を『手引き』に盛り込んでは。
○しっかりやっている施設の事例を掲載していくということか。
○やむを得ず拘束したとしても、どうすれば拘束を続けないで済むかを考えることが大事。
「その時」にどうするのかを事例集に書かないと。
○身体拘束の根底には「不適切ケア」。この部分をどうやって書くかがポイント

ンマットを使用）。しかし、座位時にも、頭の動きが激しかったので、スタッフ側が締めた胸ベルトを緩んだ家族が締りなおすこともあった。体動により安定性の悪い両下肢の安定性を保つため、足元に一般に使用される体位変換用の枕（足の形に合わせることができ、それによって体の安定を保つことができる）を置き、さらに見守りを強化した。

③ 1カ月と25日目

1週間前よりY字型拘束帯を時間を決めて除去し、観察した結果、Y字型拘束帯ではなく、車いすテーブルに変えた方が安定するのではないかと考えられたので、家族にも詳しく説明して了解を得た。Y字型拘束帯をはずし、車いすテーブルと腰ベルトに変更した。

また座位時、エアクッションの空気を調整し、30分ごとに臀部に合っているかを確認し、骨盤部が安定するようにした。右手はテーブルの端をつかむことが多くなった。

④ 2カ月と12日目

院内の研修会に抑制除去に関する事例として報告した。リハビリテーション科医師より、「エアクッションはない方が座位は安定するであろう。座位保持装置によるシーティングを応用した車いすを作成することで、ずり落ちは改善し、リクライニングにより腰ベルトは除去できるのではないか」との意見が出た。クッションははずし、車いすを改善することを家族へ説明して了解を得た。このころより本人は人の動きに目を向けるようになった。

⑤ 2カ月と27日目

車いす担当のリハビリテーション・エンジニアが来院。骨盤の位置をまっすぐにすることで、上半身をかなり支持、安定化できることがわかった。座位保持装置を備えた車いすの作成が始まった。

⑥ 7カ月と2日目

型合わせ、仮合わせで調整を行いながら、座位保持装置のついた車いすが完成。これを利用することで腰ベルトをはずすことができた。また、最後に残った車いすテーブルも右肘のみの小さな肘掛けテーブルを作成することではずすことができた。さらに、フットレストを右側に広げることで患者の右足がフットレストから落ちないようにした。

■ その後の経過

この事例では、拘束を除去することは困難のように思えた。また、家族も拘束除去には強い拒否反応を示していた。しかし、一つひとつ拘束がはずれていく過程で家族の了解が得られるようになった。座位保持装置付きの車いすができた時点では、肘掛けテーブルを小さくしてほしいと希望するまでに家族も変化した。

拘束除去の取り組み開始から完全に拘束がはずれるまで約6カ月を要したが、拘束をはずす段階で患者の表情は驚くほど変化した。患者は日ごとに人の動きに合わせるような動きを見せるようになり、「おはよう」と声をかけると「おは」と声を出す日も見られるようになった。また、激しく体をねじる動きも減少した。

その後、リハビリテーション・エンジニアも含め、月に1回、院内でシーティング委員会を開き、座位保持装置の必要な人を中心に事例検討を行っている。

○現行版は 11 項目に沿って個別事例として挙げているが、
組織の取り組みとして改編してはどうか。

身体拘束廃止に取り組んだ個別事例　6

弄便行為等防止の介護衣（つなぎ服）等について

医療施設

患　　者	79歳　女性
診 断 名	脳梗塞後遺症（左片麻痺、下肢筋力低下）、うっ血性心不全
既 往 歴	1981年（60歳）、両股関節変形症にて人工骨頭置換（身体障害者2級受給）
	1991年、脳梗塞を発症し入退院を繰り返していたが、1997年、再発し、
	四肢麻痺、失語症となった
ＡＤＬ状況	寝たきり度Ｃ1
	ほぼ寝たきりの状態で全介助。排せつはおむつ使用。尿意・便意ともにない
	胃ろうからの経管栄養の他、昼食のみ時間をかけて口からペースト状の食事
	をとる
	全身の掻痒感が強く、常に皮膚を掻く動作が見られる。前胸部、臀部、
	および大腿部に掻き傷があり、特に左臀部の皮膚は剥離している
	認知症自立度Ⅳ。失語症と短期記憶障害が認められるが、簡単な受け答えは
	できる
	快、不快については、顔や身体の表現で判断することが多い
医療処置	服薬処方と皮膚掻痒及び掻き傷に対し、軟膏を塗布
	胃ろうからは濃厚流動食3回を注入
	理学療法士による筋力増強等のリハビリテーション、作業療法士による
	嚥下訓練等を実施

■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1997年、リハビリを継続する目的で当院に入院。入院当初より、排便後自らおむつをはずしたり、弄便行為がたびたび認められた。さらに、皮膚掻痒感が強く、全身に掻き傷が絶えない、胃ろう装着部位を触るなど、最も手のかかる患者というらく印を押されていた。検討の結果、患者の清潔保持・安全確保の目的で、前ファスナー付きの介護衣（つなぎ服）を着用することとなった。

入院時に家族へ状態説明した際に拘束の必要性を説明し、場合によっては拘束することがあると伝えた。家族は遠方で面会が少ないことから、大きな変化があるときのみ電話連絡をしていた。

【研究会・WGの意見・検討等】

○成功事例を『手引き』に盛り込んでは。
○しっかりやっている施設の事例を掲載していくということか。
○やむを得ず拘束したとしても、どうすれば拘束を続けないで済むかを考えることが大事。
「その時」にどうするのかを事例集に書かないと。
○身体拘束の根底には「不適切ケア」。この部分をどうやって書くかがポイント

こと、胃ろうボタンのふたを開けることなどがあげられ、次の通り取り組みを行った。

①「介護衣（つなぎ服）を脱がせる」ことを前提としたスタッフ間の話し合いの結果、ていねいな観察を行い、特におむつの汚れ具合や排便の間隔などの把握に努める、部屋を訪れるたびに声をかける、看護スタッフ間（介護福祉士、介護助手、看護婦）の情報交換を密に行うなどの対策を立てて実施した。その結果、排せつ回数や間隔が予測できるようになった。訪室回数が多くなると排せつ、特に排便の徴候も早期に気づき、おむつ交換が適時に行われて弄便行為は減少した。

②掻痒のため「掻き動作」が頻回に見られ、表皮剥離や出血が認められるようになった。さらに、胃ろうボタンのふたを開ける、胃ろう周辺のガーゼをはずすなど、胃ろうを破損する危険性があった。スタッフ間のカンファレンスで介護衣よりは体の自由がきくミトンを使用することにし、その必要性について本人に何回も説明した。皮膚掻痒に対しては、皮膚科受診により処方された軟膏の塗布と同時に皮膚の清潔保持に留意した。それらの対策により、胃ろうボタンに触ることはなくなったが、ミトンの先で皮膚を掻き、傷がついた。スタッフからは「ミトンも拘束に変わりはない」などの意見が出され、ミトンをはずすことにする。

③ミトンをはずしたために胃ろうからの栄養注入の際、「管に触れる」「管を抜こうとする」などの問題が再燃した。対策としては、栄養注入中は胃ろうから気をそらせるために話しかける、バスタオルで腹部を覆うなどを試みる。その結果、そばに付き添っていられる場合には上記行為を回避できたが、人員の都合で付き添えない場合には、十分説明したうえで、栄養注入中はミトンをつけることを受け入れてもらった。そこで「うん、うん」と笑顔でうなずくなどの反応を確かめながらミトンを装着し、注入後は速やかにミトンをはずした。さらに、夜間、胃ろうボタンに触れることが多く、これらに対しては枕を抱かせる、大判のバスタオルで腹部全体を覆うなど胃ろう部位が目に入らないような工夫をした。

■ その後の経過

試行錯誤の結果、現在では認知障害は認められるものの、問いかけに対しては笑顔が見られ、小声ではあるが返答やうなずきが得られるなど、心の平安が感じられる。軟膏塗布の効果も大きいが、皮膚トラブルが改善され掻痒も減少している。胃ろう造設によって体力もつき、食欲が出てきた。昼食のみではあるが、スムーズに嚥下できるよう作業療法士が食事摂取の支援と見守りを行う中、楽しそうにゆったりと食事する姿が見られる。弄便行為は、2週間に1回程度夜間に見られることもあるが「汚れたら取り替えればよい。看護上、事前に察知できるように努力しよう」とスタッフの意識が変化してきている。

「弄便行為は問題行動であり、拘束が必要な患者である」とらく印を押す前に、なぜその行為があるのか、どのような工夫によって防げるのかについて、十分な観察とスタッフ間の討議が必要だということがわかった。職員の意識の変化が大きな成果につながっている。

○現行版は 11 項目に沿って個別事例として挙げているが、組織の取り組みとして改編してはどうか。

身体拘束廃止に取り組んだ個別事例　7

向精神薬の使用について①

医療施設

患　　者	90 歳　女性
診 断 名	認知症、変形性膝関節症
既 往 歴	十二指腸潰瘍
ＡＤＬ状況	つかまれば寝返りは可能だが、起き上がり・移乗動作は全介助。食事は、セッティングすればスプーンを使って自力摂取。排せつ・入浴・着衣は全介助
	車いすを自力駆動し、終日離床
医療処置	向精神薬を投与

■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1998 年 6 月、十二指腸潰瘍にて入院。内服治療の結果、1999 年 2 月に治癒したが、認知症があるため在宅は困難であるという家族の意向で入院生活が継続されることになった。

3 月末より、行動障害が始まった。怒りっぽくなり、看護婦がもって行った盆をひっくり返す、「食わんぞ、食わんぞ」と叫びながら車いすでウロウロする、コップを投げたり、急に泣いたり、おとなしくなったり等、不安定な状態が頻回に見られた。診察を拒否し、「私の悪口をいっていると思う」と、関係妄想もあった。

4 月 21 日、物を投げる、介護に抵抗する、車いすで他の患者にぶつかる、他の患者につばをかける、なぐるなどの行為が始まった。家族（娘）を呼び、医師が現在の状況を説明したうえで、向精神薬（安定剤）を使用することの許可を得、4 月 27 日からの投与となる。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

与薬開始と同時に、ケアプランの修正を行った。副作用を早期発見するために表情、行動、会話などを観察し、興奮時は否定的な会話は避ける、命令的な口調でいわない、独り言をよく聞き、興奮を助長するようなことはいわないなどの精神の安定を図るケアを重視した。また、寝たきり予防として、日ごろの生活パターンにそったケアを行った。医師、看護婦、ケアワーカー間で情報の共有化を図り、ケアの検討を重ねて実施した。

5 月 17 日ごろから、介護に対する抵抗が徐々におさまり、食事も全量摂取することが多くなった。

【研究会・WGの意見・検討等】

○成功事例を『手引き』に盛り込んでは。
○しっかりやっている施設の事例を掲載していくということか。
○やむを得ず拘束したとしても、どうすれば拘束を続けないで済むかを考えることが大事。「その時」にどうするのかを事例集に書かないと。
○身体拘束の根底には「不適切ケア」。この部分をどうやって書くかがポイント

4 日に 1 回程度の使用となった。

6 月 29 日、それまでリハビリテーションを拒否していたが、地区対抗ゲームに参加し、終了後おやつを食べた。

6 月 30 日、おむつ交換時に「気持ちいいですか」と介護者が聞くと、穏やかにうなずく。

7 月 13 日、便意があるとの訴えを受けてトイレ誘導を行う。排便は見られなかったが、これを機会に排せつ時トイレ誘導を実施することになった。これには表情に応じる。

7 月 14 日、トイレでの排便に成功。本人も大喜びした。

7 月 25 日、自傷・他傷行為が見られず、穏和にすごす日々が多くなったとの判断から、医師より安定剤中止の指示が出される。

■ その後の経過

安定剤中止後も、医師、看護婦、ケアワーカー間で表情・行動・会話の観察をして情報の共有化を図り、患者のニーズに合ったケアの提供を継続している。認知症がありながらも、病院という環境の中で生活を送ることができている。

このケースに対し、医師は次のように述べている。

自傷、他傷行為が出現した場合は、状態観察を十分に行い、安定剤の使用を行う。過剰に使用すると、老人は元気がなくなるためである。また、薬を使用してから 1 週間は、異常行動があっても増量せず、ケアでカバーしながら薬の蓄積効果を待つ。表情・行動が落ち着いてきたら減量を始めて、中止に至る。異常行動がなくなる、顔つきがよくなる、話ができる、などが中止する際のポイントとなる。

看護する者も、認知症の高齢者を理解することなく「大変だ」が先立って、患者の意味ある行動を行動障害としてとらえ、医師に報告していた。その結果、睡眠剤・安定剤を増量することになったとも考えられる。認知症の高齢者を理解し、十分なアセスメントを行うことで、行動障害が問題とならず、客観的な見方ができ、よりよいケアに結びつけることが可能となる。

※なお、この事例は、退院の受け皿がないために入院の継続を余儀なくされた状況の中で不適応を起こしたものと考えられる。このようなケースにおいては一般的に、適切な退院先の確保に取り組むこと、限られた病院環境の中でもできるだけ安心と楽しみをもってすごせるよう、環境と生活全般の見直しを行うことが必要となる。

○現行版は 11 項目に沿って個別事例として挙げているが、
組織の取り組みとして改編してはどうか。

身体拘束廃止に取り組んだ個別事例　8

向精神薬の使用について②

医療施設

患　　者	100 歳　女性
診 断 名	左大腿骨頚部骨折、左上腕骨骨折、認知症、脳梗塞後遺症、慢性心不全
既 往 歴	特になし
ＡＤＬ状況	寝返り・起き上がりは要介助。座位保持は、つかまり自立。立ち上がりと立
	位保持は、手すりにつかまって短時間可能。移動はすべて要介助。車いす座
	位から立ち上がり歩こうとするが、実際には歩行できない。食事のセッティ
	ングは必要だが、スプーンを口までもっていける。嚥下障害があるため、見
	守りが必要。排せつは介助にてポータブルトイレの使用が可能だが、動作に
	時間がかかるため、おむつを使用。長谷川式スケール２点
医 療 処 置	薬物療法として利尿剤、脳循環改善剤、抗うつ剤、睡眠導入剤、便秘薬、
	向精神薬を投与

■ 入院時・転棟時の状態と拘束に至った経過

1995 年５月、骨折部位の骨接合術を受け、1996 年８月 27 日、リハビリ目的にて入院。入院時より意味不明な言動、徘徊、おむつ除去、ベッドでの立ち上がり動作が見られるため、ベッド柵４本をベッドに固定。つなぎ服を着用し、夜間は睡眠導入剤（眠剤）を使用する。行動障害が起こるたびに眠剤、向精神薬（安定剤）を増量して２年半を経過。そのころ、入院当初は残存していた尿意・便意がなくなり、完全におむつ使用となる。発語はときどきあるが、一日中無気力な状態ですごしていた。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

行動障害に対し眠剤・安定剤を必要とすることについてアセスメントを行う。1999 年１月 29 日、ケアプランを作成。本人にとって不快となることを取り除こうと、失禁に取り組むことになる。まず排せつパターンを把握し、おむつを紙パンツに変更、排せつ誘導を行う。

①４月７日、紙パンツ内への排せつがなくなり、確実にポータブルトイレへの誘導ができる。紙パンツを布おむつに変更し、下肢筋力のアップも見られたので、トイレ誘導となる。同時に、ベッドにいる時間を短くす

【研究会・WGの意見・検討等】
○成功事例を『手引き』に盛り込んでは。
○しっかりやっている施設の事例を掲載していくということか。
○やむを得ず拘束したとしても、どうすれば拘束を続けないで済むかを考えることが大事。
「その時」にどうするのかを事例集に書かないと。
○身体拘束の根底には「不適切ケア」。この部分をどうやって書くかがポイント

自分の残された機能を使い、浴槽のふちをつかんで自分で入ろうとする動作が見られる。

③次の段階では生活の活性化をめざし、「起床後に更衣、洗面、朝食。日中をすごして、夜は寝間着に着替える」と、入院前の本人の生活パターンに合わせたケアの実施を行った。間もなく落ち着きが出てきて、眠剤を使わずに睡眠がとれるようになる。ときどき不眠があっても、ナースステーションでお茶を飲みながら会話をすれば気持ちが落ち着き、居室に戻っていく。また、場合によっては添い寝をするというように、眠剤を服用する代わりに、関わりを多くもつようにした。

ＡＤＬが安定すれば自力で動こうという意欲が生まれ、さらにＡＤＬの質が高まる。そうした過程を経て、日ごとに動きが活発になってきた。主治医も朝の申し送りに参加し、表情・行動の検討分析を看護婦、介護職とともに常時行い、ケアプランを修正。チーム間で調整をとりながら眠剤・安定剤を止めるタイミングを計って本人のニーズに合ったケアを提供し続けた結果、８月３日、眠剤・安定剤の処方が中止となった。

■ その後の経過

現在はパンツを使用しており、排せつについては、伝い歩きでトイレへ行っている。食事は、食堂で普通食を自力摂取している。ときどき活発な発言があるが、その内容も意味のあるものとなっており、認知症がありながらも病院という一つの環境の中で、当たり前に生活を送ることができている。また、状態が安定し、すべての服薬管理がなくなってきたことから、在宅も可能ではないかと家族から申し出があり、現在調整中である。

○現行版は 11 項目に沿って個別事例として挙げているが、
組織の取り組みとして改編してはどうか。

身体拘束廃止に取り組んだ個別事例　9

居室等への隔離について

医療施設

患　　者	73歳　男性
診 断 名	認知症、マロリーワイス症候群
既 往 歴	特になし
ＡＤＬ状況	見守り・促しが必要であるが、自立している。短期の記憶障害がある
医療処置	薬物療法として、冠拡張剤、睡眠導入剤（２種類）、胃薬（３種類）、向精神薬（２種類）を投与

■ 入院時の状態と拘束に至った経過

1997 年 4 月 24 日、入院。入院当日は笑顔であいさつを交わすほどだったが、翌日の夜から、大声を出すようになり、不眠状態が続く。尿失禁・便失禁・不潔行為が現れたため、おむつとつなぎ服を着用させた。意味不明な言動、暴言が多くなり、徐倒が始まった。入院時の与薬は、抗狭心症薬、胃薬（２種）であったが、5 月 29 日に睡眠導入剤（眠剤）が追加される。

このころ、動きを観察する意味で首に鈴がつけられたり、徘徊時は常に居室に誘導し、看護婦が威圧的な言葉を投げかけている。さらに昼夜を問わず不穏状態が続き、暴力的で、興奮が見られるようになったため、居室への施錠が開始されたが、部屋のドアをドンドンとたたき、自傷行為・他傷行為が見られるようになり、常時居室内に隔離状態となる。7 月 3 日、抗不安薬投与の指示が出され、内服薬にも安定剤（睡眠導入剤、鎮静剤）が追加処方される。この状態が 1998 年 12 月まで続いた。ＡＤＬは、自立から要介護状態となったが、人が近づくことを拒否し、ケアに対して強い拒否が見られるようになった。

■ 身体拘束廃止への取り組みと効果

1999 年 1 月より、身体拘束廃止への取り組みを開始。まず、行動障害のアセスメントを行い、①コミュニケーションを図り、安心感をもたせる、②トイレでの自立した排せつをめざす、③適切な服薬管理をする、という方針でケアを行った。恐怖感が強く、人が近づくと暴言・暴力行為があることから、安心感をもたせるために施錠を解き、動きを見守ることにした。部屋から出るときはスタッフが一緒に歩き、常時周囲に人がいる状態にしてコミュニケーションを図った。例えば、おむつ交換時、与薬時、看護・介護職が一緒に参

【研究会・WGの意見・検討等】
○成功事例を『手引き』に盛り込んでは。
○しっかりやっている施設の事例を掲載していくということか。
○やむを得ず拘束したとしても、どうすれば拘束を続けないで済むかを考えることが大事。
「その時」にどうするのかを事例集に書かないと。
○身体拘束の根底には「不適切ケア」。この部分をどうやって書くかがポイント

暴言は、気のすむまで発してもらった。

2 カ月後、安定剤の使用を中止。ときどき激しく動き回るが、ケアスタッフは変化のない関わりを継続した。

4 カ月後、表情に落ち着きが出てきて、スタッフの促しにも応じる反応が出てきたので、失禁についてのケアプランを作成、実施する。おむつをパンツに変え、トイレまで排せつ誘導を行った。当初スタッフも不安であったが、興奮状態、暴力行為は見られなかった。

2 週間で排せつが確立され、5 カ月目に眠剤の種類を変更してみる。施錠を解除したときに比べ運動量も多くなり、ときどきは不眠状態もあるが、自分で眠れる日もあるようになった。不眠時は、ナースステーションでお茶とお菓子を前にスタッフと談話をした。話の内容は、生活歴の中からその人に興味があることでコミュニケーションをとり、気持ちが落ち着くと居室に戻り、必要時はスタッフが添い寝を行った。

■ その後の経過

身体拘束による安全確保から見守りによる安全確保に変わり、穏やかな生活が続いている。病室から出て歩くが、絶えずどこかで誰かが見守りを行っており、また患者本人もスタッフの存在が気にならなくなっている。見守り、促しは必要であるが、ＡＤＬの再構築がなされ、自力による生活が多くなってきた。身体拘束廃止の取り組みから 1 年が経過した。

○削除。新版には掲載不要か。

「身体拘束ゼロ作戦推進会議」の開催について

１．趣旨

(1) 介護保険法の施行に伴い、身体拘束が原則として禁止されたが、その趣旨を徹底し実効をあげていくためには、現場において身体拘束を廃止するための努力を重ねるとともに、それを関係者が支援していくことが重要である。このため、身体拘束の廃止に向けての幅広い取り組みを「身体拘束ゼロ作戦」として取りまとめ、関係者の協力の下でその推進を図ることとしたところである。

(2) こうした趣旨を踏まえ、「身体拘束ゼロ作戦」を推進していくために、関係者において種々の取り組みを進めるための協議を行うことを目的として、「身体拘束ゼロ作戦推進会議（以下、「推進会議」という）」を開催するものである。

２．協議事項等

(1) 推進会議は、「身体拘束ゼロ作戦」を踏まえ、次のような取り組みについて協議を行うものとする。

○ 都道府県等における推進体制の整備
○ 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成・普及
○ 「身体拘束ゼロシンポジウム」の開催
○ 身体拘束廃止を支えるハード面の改善 など

(2) この他に、「身体拘束ゼロ作戦」を推進する観点から、身体拘束に関する意見・情報の交換などを行うものとする。

３．その他

(1) 推進会議は、必要に応じ分科会を置くことができるものとする。

(2) 推進会議の庶務は、厚生労働省老健局において処理する。

厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」メンバー

名　前	所　属
青柳　俊	日本医師会常任理事
○井形　昭弘	愛知県健康科学総合センター長
市原　俊男	全国有料老人ホーム協会理事長
加藤　隆正	介護療養型医療施設連絡協議会会長
北　良治	北海道奈井江町町長
見坊　和雄	全国老人クラブ連合会副会長
斎藤　正男	東京電機大学工学部教授（テクノエイド協会福祉用具開発研究委員会委員長）
笹森　貞子	呆け老人をかかえる家族の会理事
高崎　絹子	東京医科歯科大学医学部教授
田中　雅子	日本介護福祉士会会長
島海　房枝	特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘副施設長
外山　義	京都大学大学院教授
中村　博彦	全国老人福祉施設協議会会長
橋本　泰子	大正大学人間学部教授
福島　弘毅	全国痴呆性高齢者グループホーム協会代表理事
堀田　力	さわやか福祉財団理事長
毛利　義臣	北海道保健福祉部部長
山口　昇	全国老人保健施設協会会長
山崎　摩耶	日本看護協会常任理事
吉岡　充	上川病院理事長・全国抑制廃止研究会会長
若林　統治	東京都保健福祉部部長

（五十音順、○は座長、所属は当時）

○削除。新版には掲載不要か。

「介護保険施設で身体拘束をしないために」（抜粋）

1999 年 4 月
社団法人　日本看護協会

平成 11 年 3 月 31 日付厚生省令で、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設等の運営基準に身体拘束の禁止規定がもりこまれた。これまでの医療・福祉現場の実態から見て画期的なことと評価できる。

身体拘束が禁止されることは、利用者の人権擁護の観点のみならず、拘束が身体機能や心理状態を悪化させかねないことから当然のことである。しかし現場では、この基本は理解していてもなかなか実践が難しく、ケアの提供者の間のジレンマでもあった。

そこで、まず身体拘束をしないための基本的事項として、以下の 3 点を確認したい。

① 十分なマンパワーを確保する

身体拘束をしないためには、十分な数のスタッフを確保しなければならない。特に病棟・施設の特性に合わせた配置、夜間の手厚い配置が必要であり、政府はそれに見合う報酬や基準を担保するべきである。

② 責任者が決意し、全員で実行する

施設の責任者とケアの責任者が確固たる姿勢で「身体拘束をしない」ことを決意し、実行を推進する。責任者のゆるぎない態度が「そんなことできるのかしら」というスタッフの疑念と不安を解消する。

③ 拘束が必要な状態かどうかを再検討する

スタッフ全員でもう一度、身体拘束をすべき理由が本当にあるのか、身体拘束が入所者を苦しめていないか、アセスメントは正しいか、他に工夫はないかなどを再確認し、専門職にふさわしい知識と技術と倫理をもって身体拘束のない状況に向けての解決策を検討する。

身体拘束をしない取り組みは容易なことではない。サービス提供者ひとりひとりが強い意志をもって、今までのケアのあり方を見直し、場合によっては考え方を変えなければならない。まさしく“挑戦”といって過言でない。

その努力の結果、入所者の状態は改善し、彼らは笑顔を頻繁に見せるようになる。私たちは、ケアする喜びを実感できるようになる。

以下の資料に、どのようにすればこの「身体拘束の禁止規定」が実現できるのか具体的な事例等を示す。運営基準の規定が世の中の理解を得て、実践されることを望みたい。

身体拘束をなくした事例集

認知症疾患療養病棟　　K病院　35＋36 床：看護職員 20 名　看護助手 22 名

78 歳　女性　病名：パーキンソン病、脳血管性認知症（長谷川式スケール 15 点）　K 病院へ転院する前には、不安感が強くせん妄を頻回に起こしていた。突然立ち上がったり徘徊したりするため、日中車いすに抑制されていた。関節に廃用性の拘縮が見られた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

まずは、転倒に関する適切な評価を行い、スタッフ全員が共通の事故防止の認識をもつように話し合いを繰り返した。その結果、日中の覚醒の低下→昼夜逆転→覚醒不良→せん妄→突然の立ち上がりや徘徊という悪循環が考えられた。また、左股関節痛のためリハビリテーションを拒否していた。

そこで、まず左股関節の痛みが軽くなるよう体位を工夫しながら、歩行練習を実施した。また日中の活動として、本人の好みである編み物を導入した。その結果、昼夜逆転の状況が改善し、不安も減少。衝動的な立ち上がりや徘徊が減少した。

精神的に安定したこともあって、歩行訓練も積極的になり、現在は一本杖歩行ができる。

87 歳　女性　病名：慢性心不全、高血圧症、アルツハイマー型認知症（長谷川式スケール 11 点）　K 病院へ転院する前には、上記身体症状のほか、頻回でしつこい訴えがあった。一般病棟で向精神薬の投与を受けており、食欲低下、歩行困難な状態であった。やがて誤嚥性肺炎を起こし、ＩＶＨ管理となり、手首を拘束される。褥そうもでき、ＭＲＳＡも検出される。主治医より気管切開と胃ろうが必要といわれたが、家族が疑問を持ち転院となる。

【拘束はずしのための対応とその効果】

まずは、向精神薬による医原性の弊害を排除するため、その使用を中止し、日中は起こすようにする。家族の情報から経口摂取のアセスメントを行い、その結果、食事を時間にこだわらず分けて経口摂取を試みる。あるいは屋外など食事場所の雰囲気を変える等の工夫を行う。しばらくして十分な量の食事を経口から確保できるようになりＩＶＨをはずす。

しつこい訴えに関しては、尿意に関する訴えが中心であったため、おむつをはずしてトイレ誘導する。その他の訴えも多かったが、スタッフが順番を決めて対応するようにした。

やがて栄養状態も改善し、１日４回の褥そう処置により、褥そうもＭＲＳＡも消失する。ホールなどに常時出られるようになり、そこで好きな絵を描いたりするようになる。

現在は、訴えの多さはやや残るものの安定し、車いすを自走させ自分の関心のあることをすることができる。

○削除。新版には掲載不要か。

療養型病床群

N病院　56床：看護職員12名　看護助手18名

83歳　女性　転入前の病院で癌による幽門狭窄のため手術をし、栄養状態の改善のため、ＩＶＨを行っていた。しかし重度の認知症の症状があり、ＩＶＨを再々自己抜去したため常時拘束されていた。転入当初、両手首は拘束のため皮膚が変色していた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

病院の方針のもとで転入当日より拘束をはずした。医師、看護職員、介護職員のカンファレンスの結果、常にチューブを患者の視界の中に入れないようにすること、日中は患者に和式カーディガンを着てもらうこと、そして腕時計をしてチューブへの注意をそらすことなどを行った。また補液中は看護職員がそばで見守るようにした。

この方法により患者は補液ルートを抜去しなくなり、また家族も患者とゆっくり対話する時間が増えたと喜んでいる。

83歳　女性　長男夫婦と同居していた。認知症による徘徊行動がある。入院時より廊下、エレベーターなど、どこにいくか目が離せない状態であった。またナースの休憩室にも入り込み、コーヒーに入れるクリープを薬だといって自分の頭からかぶって飲んだりするようなさまざまな行動がみられた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

本人が理解できる字で書いて説明し、ケアをスムーズに受け入れるよう配慮した。職員は患者が気分転換できるよう、できるだけ多くコミュニケーションをとるよう心がけた。

具体的には、エレベーターの前に“通行は危険なので注意”などの紙を貼り、患者が理解できるようにした。また危険性のない病棟内では自由に行動してもらい、時間毎に交代で担当者が責任をもって見守るように努力した。

実行して3日ほどで効果があり、本人の目線で貼ってあった紙を理解し、危険な場所に入ることがなくなり精神的にも落ち着いた。

老人保健施設

A施設　120床：看護職員12名　介護職員32名

93歳　女性　五男夫婦と同居、長谷川式スケール10点。自内障のため全盲となる。前院の老人保健施設では全盲歩行が危険であるため転倒防止ということで、日中は車いすでベルト拘束され、夜間はベッド柵を張りめぐらされベッドから降りないようにされていた。またおむつをあてられていた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

転入にあたって、改めてＡＤＬを徹底して評価した。まず歩行能力をアセスメント。この入所者は立位や介助歩行が可能であったので、視力障害があっても歩行器があれば安全に歩けると判断し実施した。その結果、行動範囲が広がり、他の入所者との交流を持つこともでき、明るさと笑顔を取り戻した。また排泄について、おむつに頼らず、排尿・排便時の誘導、失禁パンツや尿取りパットの使用で対応が可能であることがわかった。

現在では、他の入所者に付き添われて歩く様子も見られ、日中の運動量も増え、生活のリズムもきちんとつくられている。また、おむつの常時使用にともなう不快感も消失し、夜間も不穏になることなく過ごしている。

72歳　男性　知的障害および認知症の症状がある。認知症の症状があり入退院を繰り返していたが、入院中に肺炎を合併し長期臥床となった。ベッド柵を乗り越え転倒したため、夜間は体をベルトで拘束され、日中は車椅子に固定されていた。また弄便をし、おむつをはずすということで拘束着（つなぎ）も着用していた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

夜間のベッドからの転落には床にマットを敷いて対応。弄便行為については、その都度対応するとともに、排泄パターンをチェック。朝食前に排便するという傾向が見られたので、その時刻になるべく早く対応することを開始した。また歩行能力をチェックしたところ、比較的安定していたので、積極的にトイレ歩行を促した。

抑制されることについてのストレスが消失したこともあり、2カ月過ぎたころより精神的に落ち着きを見せ、施設内で心地よさそうに過ごしていることが多くなった。

90歳　女性　独居。認知症、腰痛。孫の結婚に納得できず、以来家族関係が損なわれてきた。認知症の症状である妄想と攻撃的な態度がエスカレートし、自殺企図、暴力などが激しかった。家族は認知症を認めながらも長年の精神的な葛藤により容認できない様子であった。家族のストレスを軽減させ、本人の精神面の安静を図るためのショートステイを行った。

【拘束はずしのための対応とその効果】

入所当初は、不機嫌で暴力行為が見られた。アセスメントの結果、第一に薬の正しい内服をすること、第二に十分な睡眠をとってもらうこと、第三に本人が嫌がることは無理強いしないということを実行することにした。

入浴拒否があったが無理せず、本人の好きな「美容室に行っては？」との声かけにより実行できた。入所時は夜中に起きて悲いなどと訴えたが、サービスステーションに自宅で飼っていたペットを連れてくるとゆっくり休むことができた。

しばらくして落ち着きを取り戻し、またスタッフとも信頼関係ができた。入所の後半は機嫌よく過ごせたようである。

特別養護老人ホーム

Ｈホーム　利用者50名：看護・介護職員21名

88歳　女性　認知症自立度Ⅲ。転入前の病院では弄便やおむつはずしが見られていたため拘束着（つなぎ）を1日中着用していた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

入所時点では抑制着を着用していたが、抑制をしないという施設の方針に基づき普通の洋服に着替える。

○削除。新版には掲載不要か。

この方針は家族の希望とも一致し、家族も協力的になった。

排便やおむつはずしに関しては、再アセスメントを行い、おむつをしている違和感が原因と判明。紙おむつを吸収性のよい薄手のものに変えてみた。またかゆみにより皮膚を掻きむしることがあるため薬を頻繁に塗布し、かゆみを軽減するようにした。

現在でもおむつをはずす行為等はあるが頻度はかなり減り、十分対応できる。本人は不快感が減り満足している様子である。

73歳　男性　次男と同居。認知症自立度Ⅳ。転入前の病院で徘徊が激しく暴力行為がみられたため職員が患者に対応しきれず、昼夜を問わず、拘制が激しい時は拘束されていた。また夜間はベッド上で体幹拘束および両前腕を拘束帯で固定され、日中は車いすに固定されていた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

入所時のアセスメントの結果、すべての拘束を取りはずし本人が自由に動けるよう精神的安定を図ることを目標とした。

まず本人が車好きであることから、スタッフとの外出のたびに本人が心ゆくまで車を見られるよう車内で過ごすことにした。また書くことに興味を持っているようなので、ペンと用紙を渡したところ、文字を書くことに熱中し、1～2時間は座って過ごすようになった。

家族に対しスタッフより、拘束をはずすことに伴う事故について、万全の努力をするが可能性があることと、ホームが生活の場である以上本人の自由が優先されることを伝え、家族の理解を得た。

約2カ月するころには本人も施設内での生活にも慣れ、暴力行為もなくなり、笑顔が見られるようになった。また、入所当初のように外に出ようとすることもなくなり、施設内で落ち着いている。

102歳　女性　長男夫婦と同居していた。認知症自立度Ⅱ。入居前は自宅で家族に世話をしてもらっており、家族が拘束をするようなことはなかった。しかし、自宅では家族とは別の個室でひとりで生活しており、ほとんどの時間をベッドで寝て過ごし、時々ベッドから転落していた。

【拘束はずしのための対応とその効果】

ベッドからの転倒、転落によるけがを防止するという目標を立てた。

そこで畳ベッド（高さ10cm程度の畳がはめ込めるベッド）を使用することにした。また誰かを呼びたい時故意にベッドより転落していたことがあったようなので、常に周囲に誰かがいるようにし、スタッフの声かけを増やし、安心感を持たせるようにした。また臥床時間は夜間と日中の本人が希望する時のみにし、なるべく車いすでいられるよう援助した。

自宅でよく転倒していたので家族はあまり心配をしていない様子であったが、拘束を行わないために生じる事故の可能性について説明すると、理解していただけた。

半月後には本人の状態は落ち着き、通常のベッドで対応することができるようになった。

２

「介護相談員派遣等事業」今後のあり方 研究会

「介護相談員派遣等事業」今後のあり方 研究会

Ⅰ　研究会設置の目的

介護相談員派遣等事業は、これまで大きな事業スキームの変更はなく実施されてきている。しかしながら、制度施行から 19 年が経過し、同事業をめぐる周辺状況は制度的にも社会的にも大きく変貌しつつある。国では地域包括ケア、地域共生社会が標榜され、2040 年、「団塊世代をいかに看取るか」ということを念頭においた、市町村による地域マネジメントへの議論が展開されている。

この変化に対応するべく、現況をいまいちど再確認し、介護相談員派遣等事業そして介護相談員の今後のあり方についての検討を行うことを目的とする。

Ⅱ　研究会　委員

（五十音順　敬称略）

◎は座長　○は副座長

氏　名	肩　　書
髙村　浩	髙村浩法律事務所 所長
鳥海　房枝	特定非営利活動法人メイアイヘルプユー 事務局長
丹羽　雄哉 ◎	常磐大学 客員教授 ／元衆議院議員・厚生大臣
宮島　俊彦 ○	兵庫県立大学大学院経営研究科 客員教授 ／元厚生労働省老健局長
森　貞述	前愛知県高浜市 市長 ／元介護相談・地域づくり連絡会 代表
五十嵐　多喜	千葉県千葉市 介護相談員
篠田　浩	岐阜県大垣市 社会福祉課 課長
渡邊　利恵	島根県 健康福祉部 高齢者福祉課 調整監

◎オブザーバー　厚生労働省老健局高齢者支援課

Ⅲ　研究会　開催

○第 1 回研究会

日　時	平成 30 年 10 月 11 日（木）15:00～17:00
会　場	アルカディア市ヶ谷（私学会館）7 階「白銀」
議　題	1. 委員紹介 2. 概要説明 3. 事業の実施市町村の拡大方策 4. 事業をめぐる議論と対応について

○第 2 回研究会

日　時	平成 31 年 1 月 24 日（木）10:00～12:00
会　場	アルカディア市ヶ谷（私学会館）7 階「鳥海」
議　題	1. 報告書(案) 検討 ①全市町村が取り組みやすい方法の検討 ②介護相談員の呼称　変更について ③介護相談員への権限付与について

「介護相談員派遣等事業」今後のあり方 研究会　報告

介護相談員派遣等事業の見直し
３本柱

1

人生 100 年時代のシニアの互助制度として、
介護相談員派遣等事業を再構築。

2

５年の施行期間を目途に全市町村実施を
目指す。

（2019 年度からと仮定して 2023 年度〔介護保険事業計画第 8 期末〕まで）

3

「介護相談員」「介護相談員派遣等事業」
という、呼称・事業名の名称変更を行う。

Ⅰ 介護相談員派遣等事業をめぐる現況

介護相談員派遣等事業の構成アクターである、「介護相談員」「(事業実施)市町村※」「(受入)事業所」について、現況についての整理を行う。

※「市町村」表記には特別区も含む。以下同じ。

Ⅰ－1 介護相談員

(介護相談員数)

○「平成 30 年度介護相談員派遣等事業実態調査」によると、全国で活動する介護相談員の数は、4,410 人である。

○また、介護相談員としての任期を終えて、地域で生活する介護相談員の退役者が、全国で約 4.5 千人程度いると思われる。

○介護相談員派遣等事業を通じて、介護相談による地域づくりを実践した社会資源が、全国に約 0.9 万人いることとなる。

(平均年齢・性差／平均活動期間)

○「平成 29 年度 第 6 回 介護相談員活動調査」によると、介護相談員の平均年齢は 67.3 歳である。第 1 回調査(2003 年)では 60.4 歳、第 3 回調査(2008)では 63.1 歳と、年々高くなってきている傾向である。介護相談員の活動期間の長期化が、要因としてあると思われる。

○同上調査によると、介護相談員の平均活動期間は 5.6 年である。活動期間は長期化傾向にあり、10 年以上活動経験者は約 2 割(5 人に 1 人)に及ぶ。これには、2012 年度より、介護相談・地域づくり連絡会で永年活動(10 年以上活動者)表彰を行っていることも、要因の 1 つかと思われる。

○また、介護相談員の男女の別をみると、女性 84.2%・男性 15.3%と、近年男性が就く例が増えてきてはいるが、女性の活躍が目立つ。

（介護相談員活動に対する評価）

○受入事業所による介護相談員活動に対する評価は、「緊張感からよりよいケアができるようになった（70.3％）」「個別の要望にも丁寧に対応できるようになった（53.5％）」「改善への取組姿勢が強くなった(50.0％)」「職員がケアに対して自覚と自信を持つようになった(49.0％)」「事業所が開放的で明るくなった(44.8％)」「他の施設や地域の情報を取得できるようになった(36.6％)」という評価が得られている。

○その結果として、「利用者が介護相談員の訪問を期待している（4 割）」「利用者と事業者のコミュニケーションが増えた（3 割）」という実感が寄せられ、利用者に対して好影響を与えていることがわかる。

○過去に国民生活センターが行った調査によると、介護保険施設等を訪問する第3者的立場の人材のなかで、「改善提案をホームに伝えている」のは介護相談員が半数以上（54.1％）ともっとも多く、「ホームに伝えた結果、対応された」との回答も介護相談員がもっとも多かった（43.6％）という調査結果をはじめ、他分野からも高い評価を得ている（国民生活センター『第3者がとらえた高齢者ホームから入居者が快適に暮らせるために』2007.3）。

○また、市町村事務局の 86.4％、介護相談員の 83.5％が、「介護相談員が身体拘束・虐待の抑止効果を果たしている」と回答している。実際の身体拘束・虐待を相談・観察した経験、さらに改善につながったケースを通して、市町村事務局、介護相談員ともに現場を訪問することによる高い抑止効果を実感している。効果への実感は年々高まってきている。

○身体拘束・虐待の抑止効果に加えて、介護相談員が訪問することにより、その前段階ともいえる「不適切ケア」の抑止効果も大きいことが指摘される。

○介護相談員の直近（2017 年度）領域別相談・観察件数と改善件数との比較をみると、すべての領域で半数（5 割）以上が改善との結果が得られている。問題の深刻化の未然防止と問題解決に寄与していることの証左である。

Ⅰ－2　市町村

（実施市町村数・実施率）

○「平成 30 年度介護相談員派遣等事業実態調査」によると、全国で介護相談員派遣等事業を実施する市町村数は 454 市町村である。

○実施率にすると 26.1％（全国自治体の 4 分の 1 強）となる。

○都道府県別実施率をみると、実施率 100%の富山県、実施率 80%以上の佐賀県・神奈川県・愛媛県から、10%以下の沖縄県・高知県・和歌山県・宮城県・北海道・秋田県・徳島県まで、都道府県による実施率較差がみられる。

（実施市町村による事業評価）

○事業実施市町村の 7 割半が「疑問・不安解消などの支援(74.9%)」「孤独感の解消など精神的なサポート」に、7 割弱が「サービスの質的向上」に、4 割半弱が「介護サービスの適正化の推進(44.2%)」「サービス利用者の権利擁護支援(42．7%)」に、いずれも「効果あり」と評価している。サービスの適正化や権利擁護支援への効果が増加傾向にある。

○とりわけ 7 割以上の市町村事務局が、介護相談員が現場を訪問すること自体が、仮に何ら問題が存在していなかったとしても、施設等で生活する利用者の不安や孤独感の解消に大きく貢献していると感じていることは、事務局だけでなく利用者にとっても安心感の担保がとられているということになる。

○また、約 6 割の事業実施市町村が「財源分もしくは財源以上の効果あり」と回答している。

Ⅰ－3 事業所

（受入事業所総数・受入率）

○事業実施市町村内にある介護保険事業所等の数は 236，917 事業所である。そのうち介護相談員の受入を行っている事業所は 23,854 事業所。受入率にして 10.1%※である。

※介護給付サービス 16,834／130,559 事業所（12.9%）、介護予防給付サービス 6,169／80,041 事業所（7.7%）、総合事業サービスと 851／26,317 事業所（3.2%）の総計。多くの介護事業所は予防サービスも行っていることから、実質的には介護給付サービスの値が実勢に近いと思われる。

（受入の特徴）

○サービス種別ごとの受入事業所数・受入率をみると、介護老人福祉施設（特養）が 2,830／3,522 事業所（80.4%）、介護老人保健施設（老健）が 1,384／1,884 事業所（73.5%）、介護療養型医療施設が 124／430 事業所（28.8%）、地域密着型共同生活介護（グループホーム）が 3,313／6,245 事業所（53.1%）、有料老人ホームが 461／2,235 事業所（20.6%）、サービス付高齢者向け住宅が 159／789 事業所（20.2%）である。居宅サービスに比して、施設・入所系サービスの介護相談員受入の親和性が高い特徴が伺える。

○いずれのサービスも総受入率に比して高値ではあるが、とりわけ特養で 8 割、老健で 7 割、グループホームで 5 割と高い受入率となっている。近年、有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅の受入が増加傾向であり、事業者からの新規受入ニーズもあるにもかかわらず、特養・老健といった従前からあるサービス種別への介護相談員派遣に手一杯で、

事務局側の供給が追いついていない状況がみられる。

○高齢者の住まいのあり方は多様化してきており、介護相談員が従来派遣されていた介護保険の入所・入居系サービスだけでなく、介護保険の適用を受けない高齢者住宅などにも派遣を行うべきではないかという、事業実施市町村事務局からの声もある。

（受入事業所による評価）

○1－1で述べた事業者から介護相談員への評価に加え、「ケアの向上につながる助言・提案者」は誰か問うた設問には、第三者評価（30.7％）、介護サービス情報の公表調査員（12.7％）といった者を押さえて、介護相談員（59.0％）が圧倒的な支持を得ている。

○介護相談員は、利用者の諸問題の改善のみならず、事業所のサービス向上の役割を果たし、この傾向はさらに高まっている。介護相談員の助言により、利用者の状態が改善したケースを、2 割強の事業所で経験している。

Ⅱ 現況を踏まえた分析

～強みと課題～

Ⅰで行った現況認識をもとに、研究会での議論なども踏まえ、介護相談員派遣等事業の未来を見据えた分析。

Ⅱ－１ 介護相談員活動の可能性と今後の方向性

（現況の分析）

○Ⅰでみたように、事業実施市町村においては、介護相談員活動は介護現場や地域に根付いた取組として定着している。

○介護相談員活動がもつ、身体拘束・虐待、不適切ケアへの高い抑止効果を指摘したところだが、この19年間の間に、介護相談員の介護の質を見定める目は確実に向上しており、第3者の立場で身体拘束・虐待、不適切ケアなど介護現場の実態を確実につかんでいる、わが国唯一といえる存在となっている。

○それが、事業実施市町村の6割が「財源分もしくは財源以上の効果あり」との評価を生む要因ともなっている。

○また、事業実施市町村の7割半が利用者の不安や孤独感の解消に役立っていると感じ、利用者の安心感の担保となっていることからも、これまでの介護相談員活動の積み重ねが信頼感を生み、事業への評価とつながっている。「介護相談員が(訪問して)いないところはどうなんでしょうね」という、利用者からの声も得られている。

（介護相談員に対する権限付与について）

○本来、介護相談員は利用者と事業者・行政との「橋渡し」が役割で、「権限はもたない」ということに特色がある。

○ただ、無権限のままに活動を行うことには限界がある。介護相談員活動に対する信頼、身体拘束・虐待や不適切ケアの抑止効果や介護相談員の役割強化のために、本来「橋渡し」としていた介護相談員の役割を一歩踏み込んで、「権限を持たせてはどうか」という研究会での意見交換もあった。

○たとえば、ケアプランや介護記録等の閲覧権限はもたせることはどうか。現在の介護相談員活動のなかでは、身体拘束・虐待等の事実の確認は、現場の目視によるか、状況証拠の積み重ねによる推定であった。介護相談員がケアプラン・介護記録等の閲覧権限をもつことによって、客観的な物証に基づいて事実の確認を行うことができ、利用者や家族へのフィードバックを行うことができる。また、行政が実際に現場に指導等に入るとしても、ケアプランや介護記録までを逐一チェックするということは希である。介護相談員がその役割を担うことで、サービスの適正な実施に資するのではないかといった意見である。

○一方で慎重意見もあった。これまで権限がないなかで醸成されてきた、介護相談員と受入事業所、利用者、家族等との関係性が、権限をもつことによって変質してしまうというのが、その要諦である。

○また平成 30 年度より事業所に対して義務づけされた、身体拘束適正化検討委員会（身体体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会）の構成員として、指定基準等のなかに例示として介護相談員を盛り込むことで、事業所に対する意識づけを行ってはどうかという意見もあった。

（今後の方向性）

○介護相談員はその名が示す通り、介護保険サービスが提供される現場、とりわけ入所・入居系サービスで活動が展開されてきた。しかし、一定程度の受入を果たしているこれらサービス種類以外の（必ずしも介護保険サービスではない）高齢者の住まい、たとえばサービス付高齢者向け住宅や高齢者マンションなどにいる利用者の生活の方がブラックボックスであり、介護相談員活動の浸透を図るべきであるとの意見があった。

○介護相談員は、入所・入居系サービスほどではないにしても、居宅サービス事業所や利用者の居宅訪問などの事業も行っており、同様の役割を果たしている。介護相談員は事業所に「地域の風」をもたらす機能も果たしており、その存在は地域共生社会の主要構成員として、地域での活動の場をさらに広げる可能性を秘めている。

○また介護相談員は、地域に帰れば 1 人の住民として、認知症サポーターやキャラバン・メイトとしての活動を行ったり、介護・生活支援ボランティアを行ったりするなど、地域貢献活動に参加している方々が多数いる。今後は、介護相談員を地域の人材として捉え、活動のフィールドを介護分野だけに限らない発想が必要となる。

Ⅱ－２　事業としての展開

○制度発足以降、実施市町村数は、平成大合併を経ても大幅な増減をみることもなく推移してきている。また、実施市町村、受入事業所いずれにおいても高評価を得ていることは、先述の通りである。

○裏を返せば、既に事業実施ノウハウのある市町村にとっては、高い事業効果と評価が得られているものの、新たに事業を行おうとする市町村にとっては、実際にはそうではないわけだが、実施への障壁が高く難易度が高いと思われている節がある。

○当会の調査によると、自治体規模にもよるが、介護相談員派遣等事業の事業費（研修費を除く）は平均 207 万円と、介護保険制度に付随する他事業と比べれば、事業費として決して大きくはない。人口 2 万人未満で平均 89.3 万円、人口 2 万人～5 万人で平均 107 万円、人口 10 万人以上で 200 万円～300 万円、20 万人以上で 400 万円～500 万円である。

○介護相談員派遣等事業の財源である地域支援事業の事業メニューの使途が多様化してきていることから、他事業との競合という側面はあるかも知れないが、事業費だけがネックとなっているとは言い難い。

○実施市町村事務局の担当職員数の多くは 1～2 人で、平均 2.1 人である。職員 1 人あたりの年間活動時間は 124.8 時間である。行政の事務負担としてみても、過大な負担がのしかかるというわけではない。

○Ⅰでみた通り、介護相談員派遣等事業を実際に行っている事務局担当職員は、「サービスの適正化」や「権利擁護支援」についての効果を実感し、利用者の不安や孤独感の解消に役立っていると感じている。しかしその実感をそのままに、未実施市町村に分かってもらい、事業実施のインセンティブにまで感じてもらうことは難しい。

○介護保険制度創設から 19 年の間に、介護保険に関する仕事が給付管理や計画策定などの事務にルーティン化し、総合事業の必須化に向けた他業務などに忙殺されるなかで、任意事業としての介護相談員派遣等事業は、事業実施の優先順位が低い（任意＝やらなくてもよいという判断）というのが実態である。

○研究会では、より多くの市町村に事業実施を図ってもらうために、「地域包括ケア推進交付金（保険者機能強化推進交付金）の項目（評価指標）に入れてはどうか」「（項目に入ることで）事業を行うインセンティブとなる」という意見が出された。

○また、実施率に都道府県間の地域較差があることを先に述べたが、これは「介護相談員派遣等事業」が、介護サービス適正実施指導事業の名の下に都道府県事業として行われきた経緯があり、その後、民主党政権下の事業仕分けによって国から都道府県への介護サービス適正実施指導事業の補助金が廃止(「地方に移管」と判定)されたことなどによる影響があると思われる。

Ⅱ－３　「介護相談員」の呼称と活動の乖離

○「介護相談員」という呼称には、「介護」という言葉から想起されるイメージから、介護保険サービスに関する相談を受ける人だという先入観がある。また、名称が類似していることから、介護老人福祉施設等の生活相談員と混同される嫌いがあった。介護相談員という呼称自体は、必ずしもこの呼称を使わなくてはならないものではない。一部実施市町村のなかには他の名称を用いているところもある。

○介護相談員の派遣ニーズ、そして現に派遣される現場は、サービス付高齢者向け住宅等のブラックボックスに浸透を図るべきとの意見にもあるように、かならずしも介護保険サービスの事業所とは限らなくなってきている。

○実際に介護相談員が現場において利用者や家族から受けている相談は、何も介護だけに限らず生活全般にわたる。介護相談員によっては、矩を踰えない範囲で、事業所職員からの相談も受ける者もいる。まさに「橋渡し」、潤滑油的な役割を果たしている。それほどに介護相談員が信頼を得ている。

○また介護相談員の記録・報告内容にも変化がみえる。制度発足当初、介護相談員の受ける問題の多くは、利用者からの“相談”によるものであった。しかし、利用者(とりわけ施設入所者)の重度化や認知症者の増大により、いまや介護相談員の記録・報告の内容は、介護相談員による“観察”によるものが主となっている。特に特養の入所条件が「原則要介護３以上」となってからは、その傾向に拍車がかかっている。

○これらを鑑みると、「介護相談員」という呼称は、現実の活動を表象したものとはなり得ていない。将来的には、地域共生社会の主要構成員としての、地域での活動イメージを内包する呼称表現とする必要がある。

○また「介護相談員派遣等事業」という名称は、介護サービス適正実施指導事業の局長通知(平成12年５月１日　老発第473号)のなかで使用された表現である。すでに同事業は廃止されていることからも、新たな事業名称とする必要がある。

Ⅱ－４　研修体系の担保

○介護相談員活動への評価を支えているのは、介護相談員人材の質を担保するための研修である。介護相談員の養成のためには、40 時間の研修を受講することとされている。養成研修は当会が行う全国研修のほかに、都道府県研修、市町村研修がある。

○その実際をみてみると、当会が行う全国研修の受講は全体の 7 割強（72.9％）を占め、都道府県研修が 2 割半（24.6％）、市町村研修が 2 割弱（17.4％）である。

○全国研修により養成された介護相談員の多くが、研修の受講がその後の活動のモチベーションとなったと答えている。こうした評価を得ているのは、全国研修がただ 40 時間のコマ数をこなし知識を植えつけるものでなく、介護相談員としての事業理解や覚知を促し、身体拘束に関する知見（3 要件・記録義務）など実際の介護相談員活動に必須の知識や正確な理解を得られる研修体系となっているからである。

○都道府県、市町村が行う研修に関しても、これらが担保される必要があるが、当会の調査によると、実際には、40 時間の研修時間が担保されていない、短時間の研修を受け介護相談員として現場に出されるといったケースがかなりある。極端なものでは 2 時間の養成研修や、そもそも「研修カリキュラムがない」という研修まで存在している。

○個人情報の扱いに関する講義も受けないまま現場に出されて、事業者と齟齬をきたす。身体拘束の講義も受けることなく、施設等で利用者に対し身体拘束が行われている現場をみて、「介護のスタッフは忙しいので（身体拘束が行われも）仕方ない」という。結局、介護相談員としての役割を果たしていないといった問題が、当会にも寄せられている。

○こうしたことがないように、いずれの実施主体が研修を行うにしても、研究体系の担保は必須である。研修体系が担保されないと、介護相談員の質が担保されない。介護相談員派遣等事業の根幹が揺らぐことになる。

○また、事業実施市町村の約 8 割が現任研修を実施しており、介護相談員としての質の維持向上に欠かせないものとなっている。当会が行う現任向け全国研修の受講は全体の 7 割（68.5％）を占め、都道府県研修が 3 割（29.1％）、市町村研修が 2 割弱（16.6％）という実勢である。全国研修では 10 時間の研修を実施している。各地の介護相談員が集まるため、研修内容そのものもさることながら、互いの介護相談員活動について情報交換したり、とりわけ同期に養成研修を受講した者同士の横のつながりができ、お互いの活動を支え合うモチベーションとなる副次的効果がある。研修体験の担保には、こうした効果にも留意が必要である。

Ⅲ 今後に向けての３本柱

3つの事項に絞り込んだ形で、介護相談員及び介護相談員派遣等事業の今後のあり方への提言を行う。

1

介護相談員を「人生 100 年時代のシニアの互助制度」として再構築する

○介護相談員活動の現況を踏まえ、今後は介護相談員を「人生 100 年時代のシニアの互助制度」として再構築してはどうか。

○わが国では人口減少社会に突入し、少子化高齢化が進んで高齢者割合が増えている地方が大半である。ところによっては高齢者すらいなくなりつつある現実がある。研究会では、介護支援専門員がいない地域が出始めている（＝地域にケアプランを作成する人がいない）といった発言もあった。

○そのような状況が進むなかで、介護相談員人材の確保も困難となることが予測される。

○介護相談員の平均年齢は 67.3 歳である。年代別内訳でみると 60 歳以上が 8 割半（85.2%）を占める。その内訳は、60 歳代が 5 割弱（47.5%）、70 歳代が 3 割半(35.0%)で、80 歳代も 2.7%存在している。

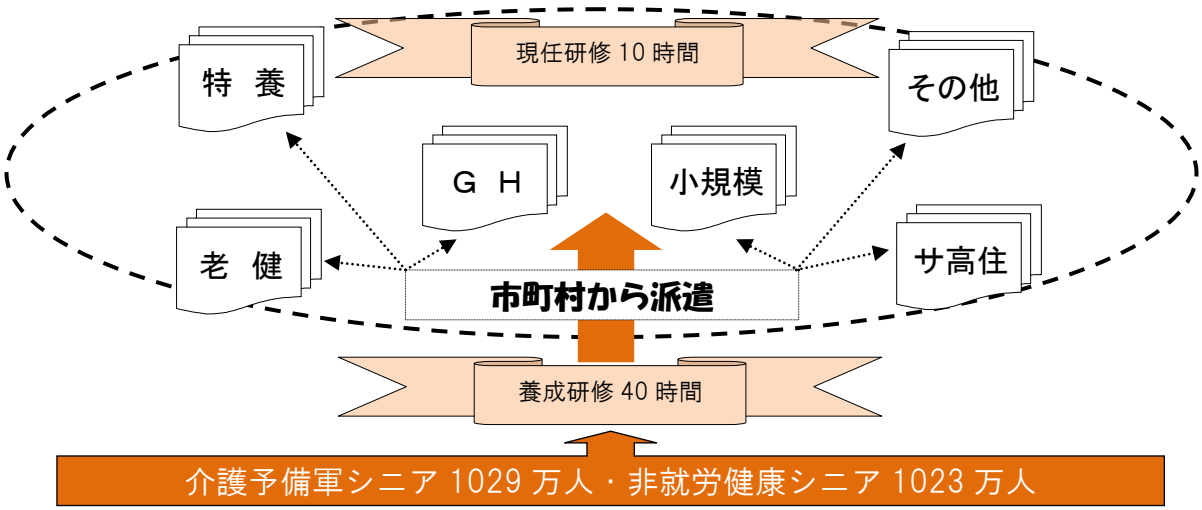
○こうしてみると、すでに「シニアの互助制度」としての祖型は整っているともいえる。「互助」という形で介護相談員の位置づけを見直し明確化することで、人口減少社会において地域共生社会を実現する人材としての、新たな介護相談員像及び事業像が提示できる。

○現在の介護相談員は、同世代の施設入所者から話を聞いたり（話し相手）、観察することで、入居者の代弁者として、サービスの改善向上や利用者の権利擁護へと結びつける活動であることから、事業内容や研修内容を変えることなく互助制度への移行が可能である。

【参考】シニア層の人材活用

高齢者人口 3,619 万人
うち 要介護人口 678 万人（ケアシニア）
介護予備軍※人口 1,029 万人（ギャップシニア） 非就労健康人口 1,023 万人（ディフェンシブシニア）
就労健康人口 889 万人（アクティブシニア）
※介護予備軍とは、できること、やりたいことをあきらめている層。そのままでは要介護に。

介護予備軍人口と非就労健康人口で、高齢者人口の 6 割を占める。
この層を互助活動要因として養成し、入所・入居系施設等へ派遣。



○人生 100 年時代を充実させるために、健康寿命の延伸は喫緊の課題である。人生 80 年時代には、60 歳ないし 65 歳で定年後、残された時間は 15 年～20 年であった。退職後は若干のボランティアや社会参加を行うことはあっても、健康寿命は 70 歳代で、老後は主に年金生活である。

○これが人生 100 年時代になると、残された時間は単純計算でも 35 年～40 年に伸びる。職業生活を過ごして定年にいたるまでの歳月と、ほぼ匹敵するだけの時間が現出するのである。

○それだけの時間をいかに生きるかは、個々に課せられた課題でもあるが、第一に健康寿命を延ばす必要がある。そのためには介護予防は重要であり、介護予防に効果があるものとして、食生活や運動といったものはもちろんであるが、とりわけ社会参加が重要とされている。

○上記シニアの互助制度を導入によるシニアの人材活用は、シニアの社会参加が促進され、活動するシニアにとっても予防効果は大きい。

2

５年の施行期間を目途に
全市町村実施を目指す

（2019 年度からと仮定して 2023 年度〔介護保険事業計画第８期末〕まで）

○先述の通り、介護相談派遣等事業に対する評価は高い。

○現在、介護相談員派遣等事業の実施率は全市町村の 26.1％であるが、これを 5 年の施行期間を目途に、全市町村実施を目指すことを提言したい。来年度から取組を行うと仮定して、介護保険事業計画第 8 期末となる 2023 年度までが、ひとつの目途となる。

○なお、新たな介護相談員及び介護相談員派遣等事業の見直しを行うに際して、研修体系の担保は必須である。

3

「介護相談員」「介護相談員派遣等事業」
という、呼称・事業名の名称変更を行う

○こうした見直しを契機に、これまで使用されてきた「介護相談員」「介護相談員派遣等事業」という、呼称・事業名の名称変更を行うことを提言したい。

○先述の通り、「介護相談員」という呼称と実際の介護相談員活動との間には乖離が生まれている。「介護相談員派遣等事業」という事業名も、すでに廃止された通知に基づくものである。

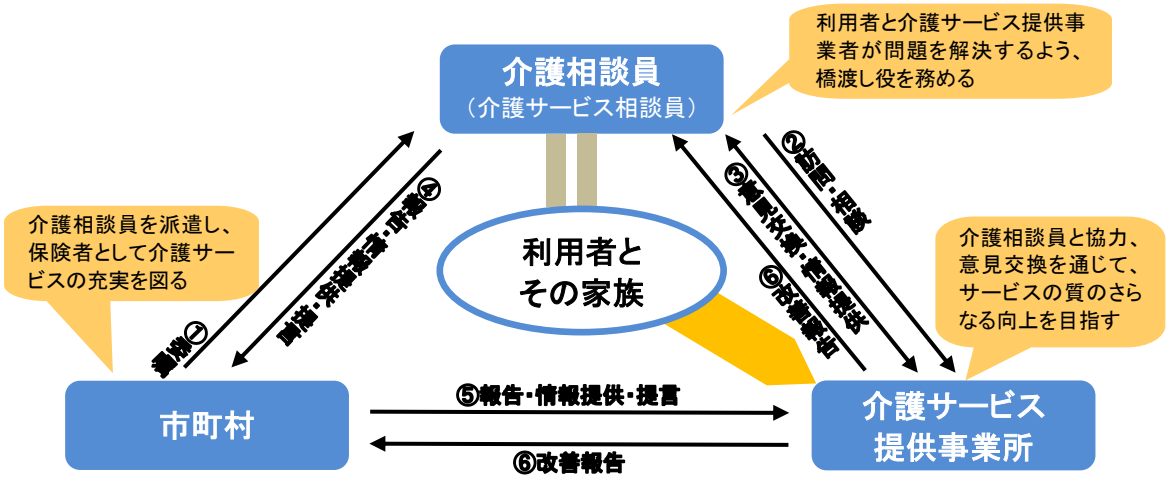
○ただし、「介護相談員」という名称自体はかなり定着しており、愛着ももたれている。研究会においても名称変更には慎重な意見もあった。

○来る20年余に備え、「人生100年時代のシニアの互助制度」として相応しい名称に改める方向でみると、たとえば互助を主眼として、①互助委員、②シニア互助員、③シニアサポート員、④アクティブシニア互助員などが考えられた。また、現行名称を極力とどめる方向でみると、⑤介護サービス相談員と、現行名称に「サービス」を入れる案が考えられた。

【参考】互助を育む「介護相談員」（「介護サービス相談員」に改称予定）

市町村に登録された介護相談員※が、介護サービス施設・事業所に出向いて、利用者の疑問や不満、不安を受け付ける。介護サービス提供事業者及び行政との橋渡しをしながら、問題の改善や介護サービスの質の向上につなげる。自治体によって、有償ボランティア的な報償を行う場合や、雇用形態にして賃金程度を支払う場合がある。

※事業の実施に相応しい人格と熱意を有し、一定水準以上の研修を修了した者（市町村が委嘱）



【概要版】

介護相談員派遣等事業をめぐる現況

●現役介護相談員数
4,410 人
※OB・OGを含めた地域人材として約 0.9 万人

●介護相談員の平均年齢
67.3 歳
※参考：2003 年 60.4 歳→2008 年 63.1 歳

●介護相談員の平均活動期間
5.6 年
※参考：2011 年 4.6 年→2014 年 5.1 年

●実施市町村数
454 市区町村／1,741 市区町村
※うち広域連合、一部事務組合による実施が 16 団体５３市町村
※横浜市は区長委任（１８区）による実施。

●実施率
26.1%

●受入事業所総数・受入率
23,854 事業所／236,917 事業所（10.1%）
介護給付サービス 16,834／130,559 事業所（12.9%）
介護予防給付サービス 6,169／ 80,041 事業所（7.7%）
総合事業サービス 851／ 26,317 事業所（3.2%）

●施設サービス等受入事業所数・受入率
介護老人福祉施設 2,830／3,522 事業所（80.4%）
介護老人保健施設 1,384／1,884 事業所（73.5%）
介護療養型医療施設 124／ 430 事業所（28.8%）
グループホーム 3,313／6,245 事業所（53.1%）
有料老人ホーム 461／2,235 事業所（20.6%）
サービス付高齢者向け住宅 159／ 789 事業所（20.2%）

現況を踏まえた分析（強みと課題）

○（事業実施市町村では）介護相談員は、地域に根付いた取組として定着。
○介護相談員の介護の質を見定める目は確実に向上。第３者の立場で身体拘束･虐待、不適切ケアの現場の実態をつかんでいるわが国唯一といえる存在。
○地域共生社会の主役として活動の場を広げる可能性

・制度発足以降、実施市町村数は平成大合併を経ても大幅には変わらず。
・実施市町村、受入事業所いずれにおいても高評価。

・事業実施市町村における、対事業所総数受入率は１割強だが、特養では８割、老健では７割、グループホームでは５割と高い受入率。
・有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅は増加傾向だが２割。
・施設等（入所・入居系）サービスに強み。
・利用者の重度化、認知症者の増大

解決策（３本柱）

1 介護相談員を「人生 100 年時代のシニアの互助制度」として再構築

2 ５年の施行期間を目途に全市町村実施を目指す
（2019 年度からと仮定して 2023 年度〔介護保険事業計画第８期末〕まで）

3 「介護相談員」「介護相談員派遣等事業」という、呼称・事業名の名称変更を行う

3

介護相談員派遣等事業実態調査

介護相談員派遣等事業実態調査　（平成 31 年 2 月 28 日現在）

Ⅰ　調査の目的

介護相談員派遣等事業の全国的な実施状況の把握を目的として、平成 15 年度より実施している。
事業実施市町村（広域連合等を含む）の事務局を対象に、調査。介護相談員数、研修受講状況、受入施設・事業者数、派遣頻度、事業開始年度などの基礎データを収集し、市町村ごとの実施状況をまとめる。また、都道府県ごとの事業実施率から全国的な事業実施状況を明確にする。

Ⅱ　調査実施の概要

１．平成 30 年度の調査対象

平成 30 年度調査対象は介護相談員派遣事業実施 465 市町村事務局（神奈川県横浜市は行政区 18、広域組合等は 1 で数える）である。

２．調査時期（専用 Web サイトにおける市町村入力・登録期間）

平成 30 年 8 月 27 日～平成 31 年 2 月 28 日

３．調査方法

専用 Web サイト「実態調査　入力・登録」（ログイン情報（ID･PW）が必要）より、市町村事務局ごとに入力（データ登録）

４．集計結果について

回答結果を基に事業実施市町村の介護相談員数や派遣受け入れ事業所の状況を介護相談・地域づくり連絡会のホームページ「実施市町村・受入れ事業者のご紹介」（http://www.kaigosodan.com/map.html）に掲載する。

Ⅲ　事業実施状況について

平成 30 年度の調査対象とした 465 市町村事務局（下記２.３.４.５の合計数）の回答結果は次のとおり。（横浜市は行政区 18 で数える）

●平成 30 年度実態調査実施事務局数 433

- 市町村 401
- 横浜市行政区（横浜市は行政区 18 で数える） 16
- 広域組合等（広域組合等は１と数える） 16

●平成 30 年度以降に事業実施を予定している市町村 2

●事業を実施していない市町村 10

過去実施していたが現在中止･休止、未実施

●調査未回答市町村 20

市町村事務局の事業実施状況

事業実施市町村数 455 （広域組合構成市町村 53 を含む、横浜市 1）

事業実施保険者 418 （広域組合等 1、横浜市 1）

（広域組合等 16 の構成市町村）

	広域組合等名称	構成数	構成市町村一覧
1	一関地区広域行政組合	2	一関市　平泉町
2	砺波地方介護保険組合	3	砺波市　小矢部市　南砺市
3	中新川広域行政組合	3	上市町　立山町　舟橋村
4	新川地域介護保険組合	3	黒部市　入善町　朝日町
5	上田地域広域連合	4	上田市　東御市　青木村　長和町
6	北アルプス広域連合	5	大町市　池田町　松川村　白馬村　小谷村
7	もとす広域連合	3	瑞穂市　本巣市　北方町
8	安八郡広域連合	3	安八町　神戸町　輪之内町
9	揖斐広域連合	1	揖斐川町
10	鈴鹿亀山地区広域連合	2	亀山市　鈴鹿市
11	南部箕蚊屋広域連合	3	南部町　伯耆町　日吉津村
12	浜田地区広域市町村圏組合	2	浜田市　江津市
13	杵藤地区広域市町村圏組合	7	武雄市　鹿島市　嬉野市　大町町　江北町 白石町　太良町
14	佐賀中部広域連合	5	佐賀市　多久市　小城市　神埼市　吉野ヶ里町
15	鳥栖地区広域市町村圏組合	4	基山町　鳥栖市　みやき町　上峰町
16	島原地域広域市町村圏組合	3	島原市　雲仙市　南島原市
	合　　計	53	

都道府県別にみた平成 30 年度の事業実施状況

●都道府県別事業実施状況及び介護保険 3 施設での派遣受入状況

（平成 31 年 2 月 28 日現在）

都道府県No.	都道府県名	介護相談員数	事業実施市町村数	都道府県内全市町村数	実施率(%)	【介護老人福祉施設】		【介護老人保健施設】		【介護療養型医療施設】		広域・組合等あり
						派遣受入施設数	施設数	派遣受入施設数	施設数	派遣受入施設数	施設数	
1	北海道	48	12	179	6.7	15	363	11	196	1	55	
2	青森県	12	3	40	7.5	15	95	18	65	0	16	
3	岩手県	15	6	33	18.2	32	116	18	69	1	13	○
4	宮城県	20	2	35	5.7	14	152	6	89	0	9	
5	秋田県	11	2	25	8.0	23	120	4	59	0	7	
6	山形県	63	8	35	22.9	34	104	16	47	0	7	
7	福島県	106	9	59	15.3	71	151	40	89	0	16	
8	茨城県	55	9	44	20.5	83	240	45	132	2	20	
9	栃木県	42	4	25	16.0	145	134	68	66	8	7	
10	群馬県	64	5	35	14.3	17	169	10	98	1	11	
11	埼玉県	195	19	63	30.2	136	387	42	176	2	17	
12	千葉県	284	25	54	46.3	191	360	98	167	0	20	
13	東京都	284	13	62	21.0	144	516	37	206	5	56	
14	神奈川県	381	20	33	60.6	246	404	92	197	0	25	
15	新潟県	62	5	30	16.7	76	205	37	108	3	21	
16	富山県	98	15	15	100.0	81	83	46	48	3	34	○
17	石川県	80	4	19	21.1	36	76	17	48	1	15	
18	福井県	49	10	17	58.8	28	70	13	35	4	17	
19	山梨県	11	4	27	14.8	5	59	5	32	0	7	
20	長野県	185	28	77	36.4	122	160	78	97	11	35	○
21	岐阜県	138	19	42	45.2	86	135	39	83	4	20	○
22	静岡県	144	17	35	48.6	109	250	62	129	3	22	
23	愛知県	157	21	54	38.9	76	265	52	192	6	35	
24	三重県	85	12	29	41.4	74	154	30	77	1	13	○
25	滋賀県	94	9	19	47.4	55	86	25	35	2	5	
26	京都府	136	15	26	57.7	56	158	17	76	0	26	
27	大阪府	417	29	43	67.4	148	414	78	224	0	34	
28	兵庫県	168	11	41	26.8	75	337	31	176	0	33	
29	奈良県	16	2	39	5.1	9	105	2	54	0	7	
30	和歌山県	8	1	30	3.3	4	92	2	42	1	15	
31	鳥取県	34	8	19	42.1	23	44	21	59	2	6	○
32	島根県	69	8	19	42.1	34	93	14	39	0	13	○
33	岡山県	68	9	27	33.3	45	154	19	88	0	21	
34	広島県	28	4	23	17.4	80	181	54	115	20	56	
35	山口県	51	5	19	26.3	30	105	19	66	2	28	
36	徳島県	31	2	24	8.3	7	66	7	52	0	36	
37	香川県	39	4	17	23.5	19	88	13	53	0	24	
38	愛媛県	218	16	20	80.0	52	106	29	69	4	26	
39	高知県	5	1	34	2.9	1	58	1	34	2	42	
40	福岡県	159	9	60	15.0	87	319	32	179	12	74	
41	佐賀県	51	18	20	90.0	33	57	20	41	0	21	○
42	長崎県	64	7	21	33.3	61	117	28	65	4	43	○
43	熊本県	72	10	45	22.2	60	137	31	99	8	67	
44	大分県	29	2	18	11.1	24	85	22	72	0	39	
45	宮崎県	21	5	26	19.2	12	95	7	45	1	32	
46	鹿児島県	36	7	43	16.3	56	164	28	90	10	38	
47	沖縄県	7	1	41	2.4	0	62	0	44	0	12	
計		4,410	455	1,741	26.1	2,830	7,891	1,384	4,322	124	1,196	

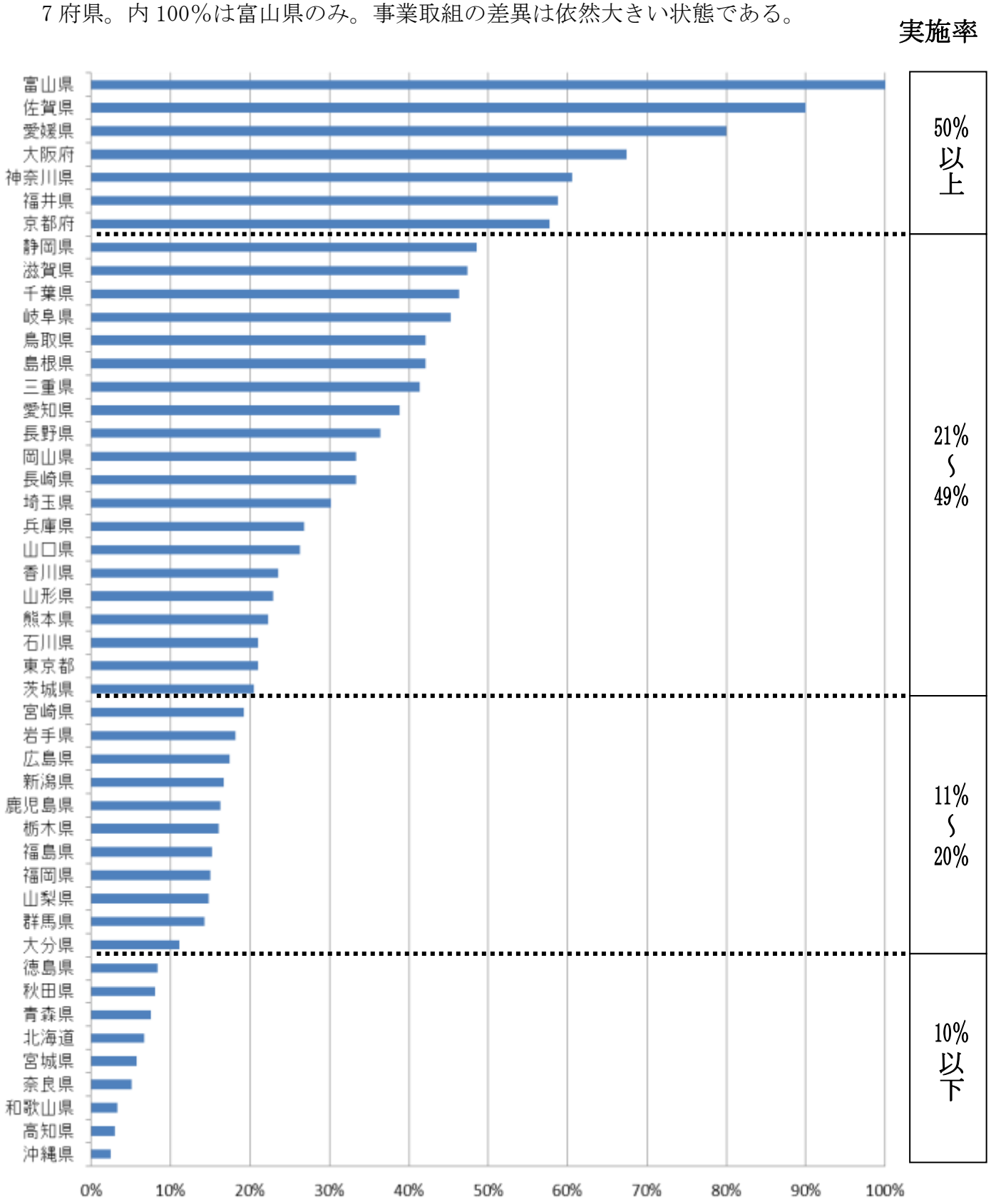
1. 神奈川県横浜市は横浜市で 1 と数える。行政区数(18)は含まない。
2. 岩手県、富山県、長野県、岐阜県、三重県、鳥取県、島根県、佐賀県、長崎県は、広域連合・組合等の構成市町村数を事業実施市町村に含む。

※ 介護相談員数、事業実施率、事業実施市町村数、派遣受入施設数「平成 30 年度介護相談員派遣等事業実態調査」による

※ 都道府県ごとの施設数（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）は、平成 29 年度介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省 2018.9.20 公表）による

●都道府県別事業実施率（平成 31 年 2 月 28 日現在）

都道府県ごとの事業実施率で地域としての取り組み状況を把握した。
実施率 50%以上は 富山県, 佐賀県、愛媛県、大阪府、神奈川県、福井県、京都府の 7 府県。内 100%は富山県のみ。事業取組の差異は依然大きい状態である。



1．神奈川県横浜市は横浜市で 1 と数える。行政区数(18)は含まない。
2．岩手県、富山県、長野県、岐阜県、三重県、鳥取県、島根県、佐賀県、長崎県は、広域連合・組合等の構成市町村数を事業実施市町村に含む

(4)　現状について

① 平成 30 年度において活動する介護相談員数：**4,410 人**

② 平成 30 年度　介護相談員派遣事業研修状況

	全国研修	独自研修	合　計
養成研修（人）	247	141	388
現任研修（人）	448	201	649
事務局担当者研修（人）	都道府県 3　市町村事務局 74		84

③ 独自研修の内容　（市町村、都道府県が実施する研修）

平成 30 年度の独自研修実施した市町村事務局

養成研修
- 独自研修実施　有　51／433　（実施市町村数）
- カリキュラム　有　22／ 51

現任研修
- 独自研修実施　有　37／433　（実施市町村数）
- カリキュラム　有　12／ 37

厚生労働省では、養成研修は座学研修・市町村での実施研修を合わせて 40 時間のカリキュラムを、また、現任研修でも 10 時間のカリキュラムが示されています（全国研修のカリキュラムは、養成 40 時間、現任 10.5 時間）。

事業実施市町村の中で、平成 30 年度に全国研修受講事務局数は、養成研修 35 都道府県 134 市区町村、現任研修 42 都道府県 140 市区町村。

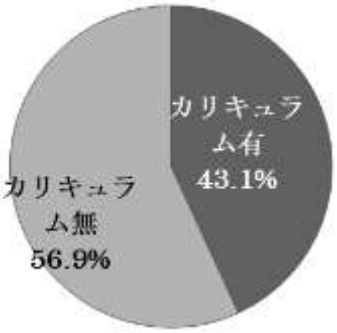
独自研修を実施した事務局は、養成研修 51 市町村、11.7%、現任研修 37 市町村、8.5%。

また、独自研修を実施している事務局でカリキュラム有と答えた事務局は養成研修 43.1%、現任研修では 32.4%。

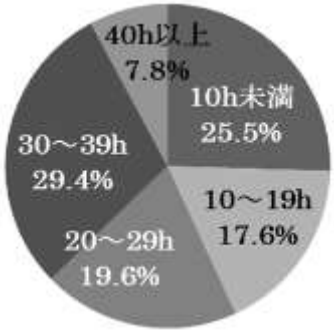
研修時間は、養成研修で 40 時間以上の設定は 7.8%、現任研修で 10 時間以上の設定は 21.6%であった。厚生労働省が提示している時間の 50%にも達していない割合が養成で 43.1%、現任は 54.1%を占めている。

◆　研修カリキュラム内容および研修時間は介護相談員活動の質に影響を及ぼすため、相談員の養成および現任研修を独自に行う自治体においては十分な検討が求められる。

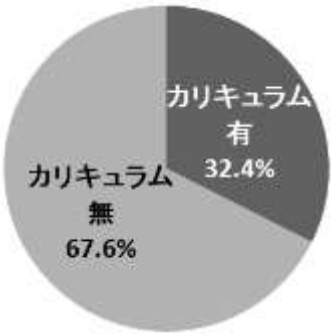
独自養成研修ｶﾘｷｭﾗﾑの有無



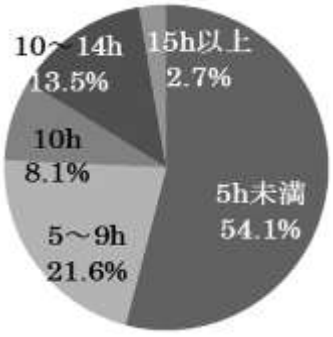
独自養成研修時間数



独自現任研修ｶﾘｷｭﾗﾑの有無



独自現任研修時間



④ 受入施設・事業所数

平成 30 年度での介護相談員派遣受入について、下記のサービスを対象に集計した。

受入事業所総数： 23,854 ヵ所 / 236,917 ヵ所
・介護給付サービス： 16,834 ヵ所 / 130,559 ヵ所
・介護予防給付サービス： 6,169 ヵ所 / 80,041 ヵ所
・総合事業サービス： 851 ヵ所 / 26,317 ヵ所

◆ 介護給付サービス

サービスの種類			受入事業所数合計	市町村内事業所総数(※)
施設サービス		介護老人福祉施設	2,830	3,522
		介護老人保健施設	1,384	1,884
		介護療養型医療施設	124	430
	訪問サービス	訪問介護	201	13,698
		訪問入浴介護	10	764
		訪問看護	33	13,582
		訪問リハビリテーション	7	9,158
		居宅療養管理指導	35	28,028
	通所サービス	通所介護	2,797	11,009
		通所リハビリテーション	725	6,717
	短期入所サービス	短期入所生活介護	1,203	4,601
		短期入所療養介護	438	1,953
	特定施設入居者生活介護	軽費老人ホーム	77	382
		養護老人ホーム	45	226
		有料老人ホーム	461	2,235
		サービス付き高齢者向け住宅	159	789
	福祉用具貸与		0	0
	特定福祉用具販売		0	0
居宅介護支援			699	16,598
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		11	420
	夜間対応型訪問介護		458	1,746
	認知症対応型通所介護		968	2,550
	小規模多機能型居宅介護		4	112
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)		3,313	6,245
	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型・軽費老人ホーム	10	36
		地域密着型・養護老人ホーム	3	10
		地域密着型・有料老人ホーム	70	188
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		604	987
	複合型サービス		3	61
住宅型有料老人ホーム			162	2,628
		合計	16,834	130,559

◆ 予防給付サービス

サービスの種類			受入事業所数合計	市町村内事業所総数(※)
	訪問サービス	介護予防訪問入浴介護	2	748
		介護予防訪問看護	4	12,792
		介護予防訪問リハビリテーション	1	9,323
		介護予防居宅療養管理指導	0	28,541
	通所サービス	介護予防通所リハビリテーション	681	6,666
	短期入所サービス	介護予防短期入所生活介護	995	4,292
		介護予防短期入所療養介護	377	1,918
		介護予防特定施設入居者生活介護	414	1,967
		介護予防福祉用具貸与	0	0
		特定介護予防福祉用具販売	0	0
介護予防支援			98	2,728
地域密着型介護予防サービス		介護予防小規模多機能型居宅介護	664	2,171
		介護予防認知症対応型通所介護	400	1,593
		介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	2,387	5,400
軽費老人ホーム（特定外ケアハウス等）			43	455
その他（特定外サービス付き高齢者向け住宅等）			103	1,447
		合計	6,169	80,041

◆ 総合事業サービス

サービスの種類		受入事業所数合計	市町村内事業所総数(※)
介護予防・生活支援事業	訪問型サービス	67	11,764
	通所型サービス	784	14,553
	合計	851	26,317

※介護相談員派遣等事業実施市町村内事業所把握件数(平成30年度実態調査による)

⑤ 派遣状況（各サービスの派遣率）

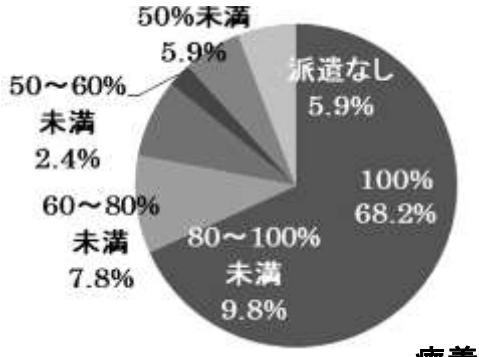
事業実施市町村事務局 432 についてサービス別介護相談員派遣率を算出し、派遣率ごとの市町村事務局数から全体の派遣状況をだした。
・派遣率（%）＝市町村内の派遣受入事業所数÷市町村内事業所総数×100
・「施設数 0」は、対象サービス事業所なしと回答した市町村事務局数。

i 介護給付サービスにおける派遣状況

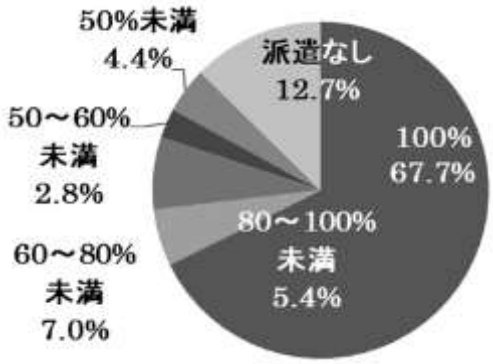
✧ 施設サービス

派遣率	特養		老健		療養型	
	市町村数	%	市町村数	%	市町村数	%
100%	279	68.2	262	67.7	42	24.0
80～100%未満	40	9.8	21	5.4	0	0.0
60～80%未満	32	7.8	27	7.0	1	0.6
50～60%未満	10	2.4	11	2.8	1	0.6
50%未満	24	5.9	17	4.4	6	3.4
派遣なし	24	5.9	49	12.7	125	71.4
小　計	409	100.0	387	100.0	175	100.0
施設数 0、調査中等	23	5.5	45	10.6	257	59.6
合　計	432		432		432	

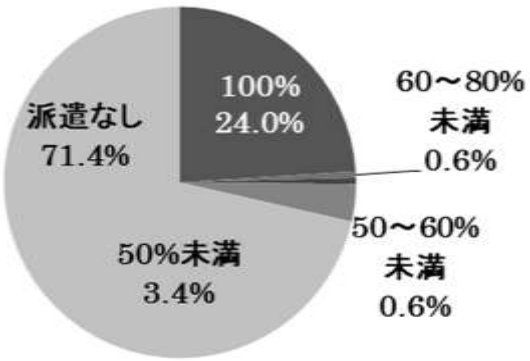
特養派遣率



老健派遣率



療養型派遣率

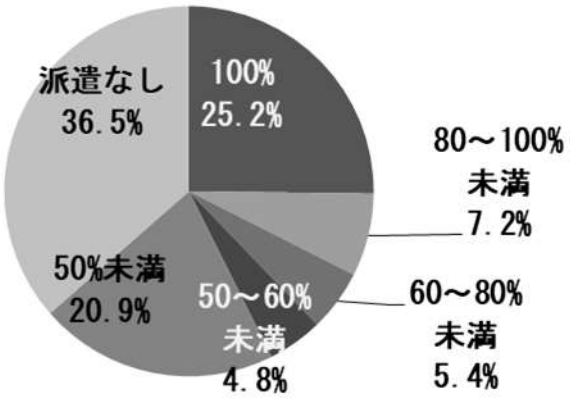


◆　全体の派遣率は、介護老人福祉施設（特養）が 80.3%（2,830/3,522）、介護老人保健施設（老健）が 73.5%（1,384/1,884）、介護療養型医療施設（療養型）が 28.3%（124/430）。

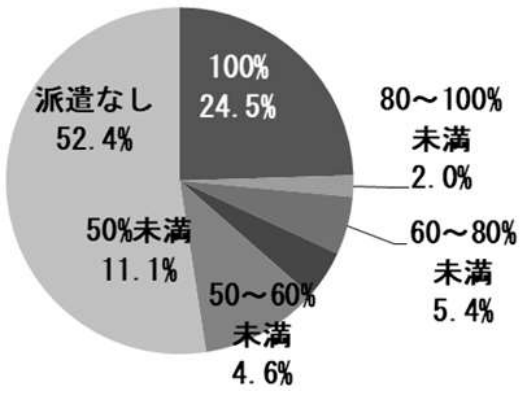
✧ 居宅サービス

派遣率	通所サービス				短期入所サービス			
	デイサービス		デイケア		短期入所生活介護		短期入所療養介護	
	市町村数	%	市町村数	%	市町村数	%	市町村数	%
100%	94	25.2	86	24.5	93	26.0	88	27.3
80～100%未満	27	7.2	7	2.0	26	7.3	8	2.5
60～80%未満	20	5.4	19	5.4	19	5.3	18	5.6
50～60%未満	18	4.8	16	4.6	8	2.2	9	2.8
50%未満	78	20.9	39	11.1	27	7.5	5	1.6
派遣なし	136	36.5	184	52.4	185	51.7	194	60.2
小　計	373	100.0	351	100.0	358	100.0	322	100.0
施設数 0､調査中等	59	13.9	81	18.9	74	17.3	110	25.6
合　計	432		432		432		432	

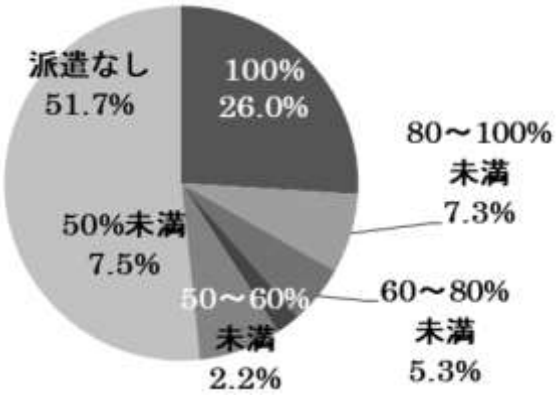
デイサービス派遣率



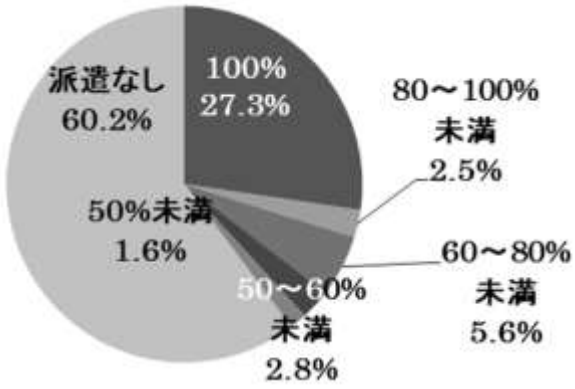
デイケア派遣率



短期入所生活介護派遣率



短期入所療養介護派遣率



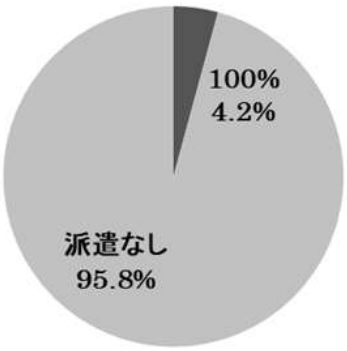
◆　全体の派遣率は、デイサービス 25.4%（2,797/11,707)、デイケア 10.8%（725/6,717)、短期入所生活介護 26.1%（1,203/4,601)、短期入所療養介護 22.4%（438/1,953)。

平成 24 年度から、居宅サービスにも介護相談員派遣が努力義務とされた。今後は居宅への介護相談員の派遣拡大の推進が必要である。

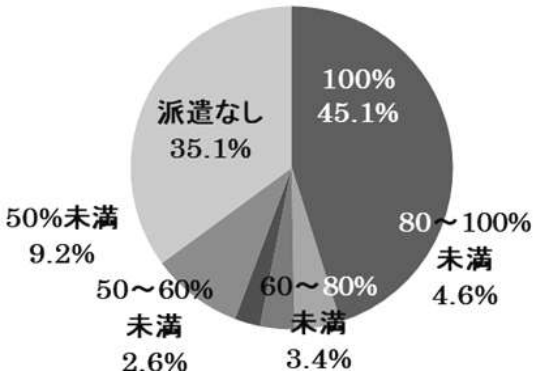
✧　地域密着型サービス

派遣率	小規模多機能型 居宅介護		認知症対応型 通所介護		グループホーム	
	市町村数	%	市町村数	%	市町村数	%
100%	3	4.2	157	45.1	200	50.0
80～100%未満	0	0.0	16	4.6	49	12.3
60～80%未満	0	0.0	12	3.4	29	7.3
50～60%未満	0	0.0	9	2.6	12	3.0
50%未満	0	0.0	32	9.2	52	13.0
派遣なし	68	95.8	122	35.1	58	14.5
小　計	71	100.0	348	100.0	400	100.0
施設数 0、調査中等	361	83.6	84	19.6	32	7.6
合　計	432		432		432	

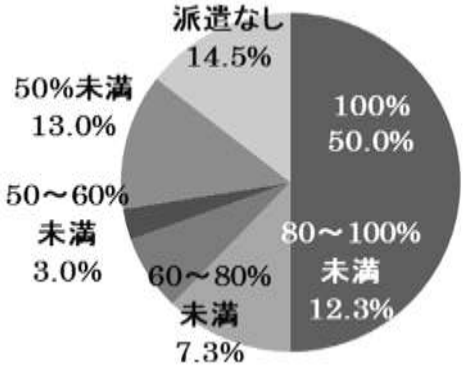
小規模多機能型居宅介護派遣率



認知症対応型通所介護派遣率



グループホーム派遣率



◆　全体の派遣率は、小規模多機能型居宅介護 3.6%（4/112）、認知症対応型通所介護 38.0%（968/2,550）、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）53.1%（3,313/6,245）。

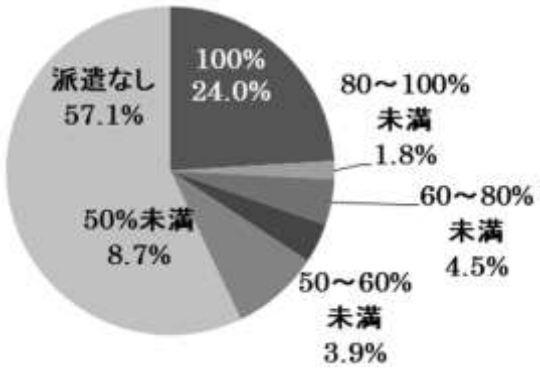
　認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくサービスとして、地域密着型サービスは質・量の強化が求められており、介護相談員の受入は今後進むものと予想される。

ii　予防給付サービスにおける派遣状況

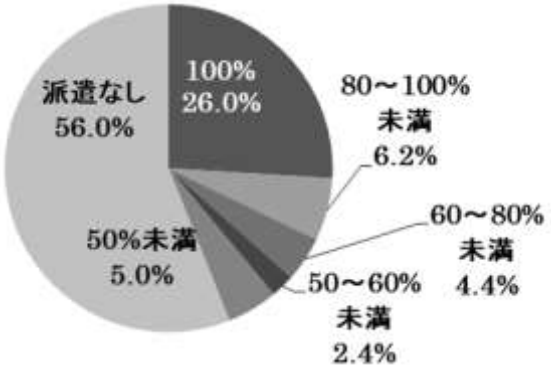
✧　介護予防サービス

派遣率	通所サービス		短期入所サービス			
	デイケア		短期入所生活介護		短期入所療養介護	
	市町村数	%	市町村数	%	市町村数	%
100%	80	24.0	88	26.0	83	26.9
80～100%未満	6	1.8	21	6.2	6	1.9
60～80%未満	15	4.5	15	4.4	7	2.3
50～60%未満	13	3.9	8	2.4	11	3.6
50%未満	29	8.7	17	5.0	4	1.3
派遣なし	190	57.1	190	56.0	198	64.1
小　計	333	100.0	339	100.0	309	100.0
施設数 0、調査中等	99	23.1	93	21.7	123	28.6
合　計	432		432		432	

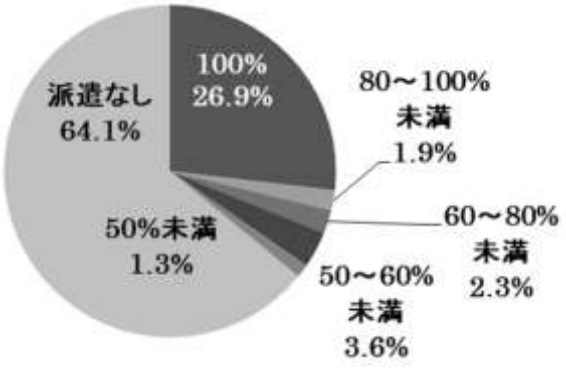
介護予防デイケア派遣率



介護予防短期入所生活介護派遣率



介護予防短期入所療養介護派遣率

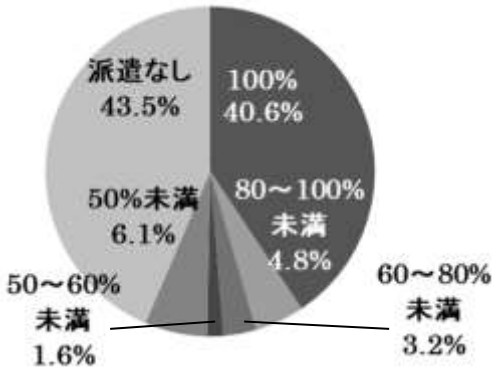


◆　全体の派遣率は、介護予防デイケア 10.2%（681/6,666）、介護予防短期入所生活介護 23.2%（995/4,292）、介護予防短期入所療養介護 19.7%（377/1,918）。

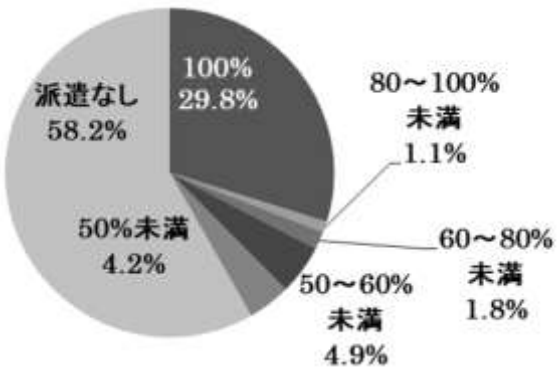
✧ 地域密着型介護予防サービス

派遣率	小規模多機能型居宅介護		認知症対応型通所介護		グループホーム	
	市町村数	%	市町村数	%	市町村数	%
100%	126	40.6	85	29.8	161	46.1
80～100%未満	15	4.8	3	1.1	38	10.9
60～80%未満	10	3.2	5	1.8	18	5.2
50～60%未満	5	1.6	14	4.9	8	2.3
50%未満	19	6.1	12	4.2	24	6.9
派遣なし	135	43.5	166	58.2	100	28.7
小　計	310	100.0	285	100.0	349	100.0
施設数 0、調査中等	122	28.4	147	34.2	83	19.4
合　計	432		432		432	

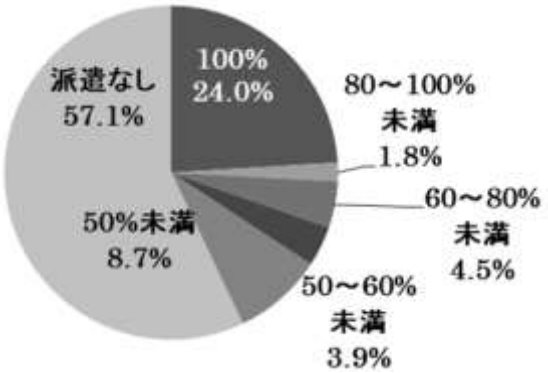
介護予防小規模多機能居宅介護派遣率



介護予防認知症対応型通所介護派遣率



介護予防グループホーム派遣率



◆　全体の派遣率は、介護予防小規模多機能居宅介護 30.6%（664/2,171）、介護予防認知症対応型通所介護 25.1%（400/1,593）、介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）44.2%（2,387/5,400）。

⑥ 居宅訪問の実施

平成 30 年度介護相談員派遣等事業を実施の市町村事務局 433 のうち、居宅訪問実施市町村は 39、訪問受け入れ居宅数は 6,601 件、訪問回数は 8,708 件。

居宅訪問新規実施事務局（平成 29 年度未実施）は、5 事務局。

- **居宅訪問実施：39/ 432（平成 30 年度事業実施市町村事務局）**
- **介護相談員の訪問を受けている居宅数：6,601 件**
- **訪問回数（延べ回数）：8,708 件**

介護相談員が居宅訪問を行っている市町村

No.	都道府県名	市町村名
1	北海道	石狩市
2		浦河町
3		音更町
4		本別町
5		厚岸町
6	岩手県	紫波町
7		金ケ崎町
8		一関地区広域行政組合
9	宮城県	大崎市
10	福島県	石川町
11	茨城県	水戸市
12		日立市
13		東海村
14	栃木県	那須塩原市
15	埼玉県	春日部市
16		久喜市
17		幸手市
18	千葉県	木更津市
19		袖ケ浦市
20	東京都	八王子市
21		青梅市

No.	都道府県名	市町村名
22	神奈川県	茅ヶ崎市
23	岐阜県	安八郡広域連合
24	静岡県	島田市
25		袋井市
26		裾野市
27	愛知県	津島市
28		西尾市
29		高浜市
30	鳥取県	鳥取市
31	島根県	浜田地区広域行政組合
32	香川県	小豆島町
33	佐賀県	佐賀中部広域連合
34	長崎県	長崎市
35	宮崎県	諸塚村
36		椎葉村
37	鹿児島県	さつま町
38		肝付町
39		屋久島町

1. 事業実施事務局（実態調査実施事務局）

No.	都道府県名	市町村名
1	北海道	士別市
2		名寄市
3		深川市
4		石狩市
5		妹背牛町
6		苫前町
7		浦河町
8		音更町
9		幕別町
10		本別町
11		厚岸町
12		別海町
13	青森県	弘前市
14		七戸町
15		東北町
16	岩手県	奥州市
17		滝沢市
18		紫波町
19		金ケ崎町
20		一関地区広域行政組合
21	宮城県	仙台市
22		大崎市
23	秋田県	横手市
24		湯沢市
25	山形県	山形市
26		米沢市
27		鶴岡市
28		酒田市
29		長井市
30		天童市
31		尾花沢市
32		山辺町
33	福島県	福島市
34		郡山市
35		いわき市
36		白河市
37		喜多方市
38		二本松市
39		田村市
40		伊達市
41		石川町
42	茨城県	水戸市

No.	都道府県名	市町村名
43	茨城県	日立市
44		土浦市
45		北茨城市
46		牛久市
47		つくば市
48		ひたちなか市
49		かすみがうら市
50		東海村
51	栃木県	宇都宮市
52		真岡市
53		大田原市
54		那須塩原市
55	群馬県	太田市
56		藤岡市
57		安中市
58		みどり市
59		吉岡町
60	埼玉県	さいたま市
61		川越市
62		川口市
63		所沢市
64		春日部市
65		上尾市
66		越谷市
67		蕨市
68		戸田市
69		入間市
70		久喜市
71		八潮市
72		蓮田市
73		幸手市
74		吉川市
75		ふじみ野市
76		三芳町
77		宮代町
78		杉戸町
79	千葉県	千葉市
80		市川市
81		船橋市
82		館山市
83		木更津市
84		松戸市

No.	都道府県名	市町村名
85	千葉県	野田市
86		茂原市
87		成田市
88		佐倉市
89		旭市
90		習志野市
91		市原市
92		流山市
93		八千代市
94		我孫子市
95		鴨川市
96		鎌ケ谷市
97		浦安市
98		袖ケ浦市
99		印西市
100		白井市
101		富里市
102		大網白里市
103		栄町
104	東京都	中央区
105		港区
106		台東区
107		墨田区
108		豊島区
109		葛飾区
110		八王子市
111		青梅市
112		府中市
113		町田市
114		小平市
115		国分寺市
116		稲城市
	神奈川県	横浜市
117		横浜市鶴見区
118		横浜市神奈川区
119		横浜市西区
120		横浜市中区
121		横浜市南区
122		横浜市磯子区
123		横浜市金沢区
124		横浜市港北区
125		横浜市戸塚区
126		横浜市港南区

No.	都道府県名	市町村名
127	神奈川県	横浜市旭区
128		横浜市緑区
129		横浜市瀬谷区
130		横浜市栄区
131		横浜市青葉区
132		横浜市都筑区
133		川崎市
134		相模原市
135		平塚市
136		藤沢市
137		小田原市
138		茅ヶ崎市
139		秦野市
140		厚木市
141		大和市
142		伊勢原市
143		綾瀬市
144		葉山町
145		寒川町
146		大磯町
147		二宮町
148		大井町
149		松田町
150		開成町
151		愛川町
152	新潟県	新潟市
153		長岡市
154		新発田市
155		上越市
156		胎内市
157	富山県	富山市
158		高岡市
159		魚津市
160		氷見市
161		滑川市
162		射水市
163		砺波地方介護保険組合
164		中新川広域行政事務組合
165		新川地域介護保険組合
166	石川県	金沢市
167		小松市
168		羽咋市
169		白山市

No.	都道府県名	市町村名
170	福井県	福井市
171		敦賀市
172		小浜市
173		大野市
174		勝山市
175		鯖江市
176		あわら市
177		越前市
178		永平寺町
179		美浜町
180	山梨県	甲府市
181		韮崎市
182		甲斐市
183		笛吹市
184	長野県	長野市
185		松本市
186		岡谷市
187		飯田市
188		諏訪市
189		須坂市
190		小諸市
191		伊那市
192		駒ヶ根市
193		中野市
194		茅野市
195		塩尻市
196		佐久市
197		千曲市
198		下諏訪町
199		富士見町
200		原村
201		阿南町
202		坂城町
203		上田地域広域連合
204		北アルプス広域連合
205	岐阜県	岐阜市
206		大垣市
207		多治見市
208		関市
209		中津川市
210		羽島市
211		恵那市
212		土岐市

No.	都道府県名	市町村名
213	岐阜県	可児市
214		山県市
215		郡上市
216		岐南町
217		もとす広域連合
218		安八郡広域連合
219		揖斐広域連合
220	静岡県	静岡市
221		沼津市
222		三島市
223		富士宮市
224		島田市
225		富士市
226		磐田市
227		焼津市
228		掛川市
229		藤枝市
230		御殿場市
231		袋井市
232		裾野市
233		湖西市
234		牧之原市
235		吉田町
236		森町
237	愛知県	岡崎市
238		一宮市
239		瀬戸市
240		春日井市
241		津島市
242		刈谷市
243		豊田市
244		安城市
245		西尾市
246		犬山市
247		江南市
248		小牧市
249		知立市
250		尾張旭市
251		高浜市
252		岩倉市
253		日進市
254		清須市
255		みよし市

No.	都道府県名	市町村名
256	愛知県	長久手市
257		東郷町
258	三重県	四日市市
259		伊勢市
260		松阪市
261		名張市
262		鳥羽市
263		伊賀市
264		菰野町
265		朝日町
266		川越町
267		鈴鹿亀山地区広域連合
268	滋賀県	大津市
269		長浜市
270		近江八幡市
271		守山市
272		栗東市
273		野洲市
274		湖南市
275		高島市
276		米原市
277		玉城町
278	京都府	京都市
279		福知山市
280		舞鶴市
281		綾部市
282		宇治市
283		宮津市
284		亀岡市
285		城陽市
286		向日市
287		長岡京市
288		京田辺市
289		南丹市
290		久御山町
291		京丹波町
292		与謝野町
293	大阪府	堺市
294		岸和田市
295		豊中市
296		池田市
297		吹田市
298		泉大津市

No.	都道府県名	市町村名
299	大阪府	高槻市
300		貝塚市
301		枚方市
302		茨木市
303		泉佐野市
304		富田林市
305		河内長野市
306		和泉市
307		羽曳野市
308		摂津市
309		高石市
310		藤井寺市
311		東大阪市
312		泉南市
313		交野市
314		大阪狭山市
315		阪南市
316		豊能町
317		忠岡町
318		熊取町
319		田尻町
320		太子町
321		河南町
322	兵庫県	尼崎市
323		明石市
324		西宮市
325		芦屋市
326		伊丹市
327		豊岡市
328		赤穂市
329		宝塚市
330		三田市
331		加西市
332		猪名川町
333	奈良県	大和郡山市
334		宇陀市
335	和歌山県	白浜町
336	鳥取県	鳥取市
337		倉吉市
338		境港市
339		岩美町
340		智頭町
341		南部箕蚊屋広域連合

No.	都道府県名	市町村名
342	島根県	松江市
343		出雲市
344		益田市
345		大田市
346		安来市
347		邑南町
348		浜田地区広域行政組合
349	岡山県	岡山市
350		倉敷市
351		津山市
352		玉野市
353		笠岡市
354		井原市
355		総社市
356		高梁市
357		瀬戸内市
358	広島県	広島市
359		呉市
360		福山市
361		廿日市市
362	山口県	山口市
363		萩市
364		下松市
365		長門市
366		周南市
367	徳島県	鳴門市
368		小松島市
369	香川県	高松市
370		坂出市
371		東かがわ市
372		小豆島町
373	愛媛県	松山市
374		宇和島市
375		八幡浜市
376		新居浜市
377		西条市
378		大洲市
379		伊予市
380		四国中央市
381		西予市
382		東温市
383		久万高原町
384		松前町

No.	都道府県名	市町村名
385		砥部町
386		内子町
387		伊方町
388		愛南町
389	高知県	須崎市
390	福岡県	北九州市
391		福岡市
392		大牟田市
393		久留米市
394		飯塚市
395		大川市
396		筑紫野市
397		大野城市
398		みやこ町
399	佐賀県	唐津市
400		有田町
401		杵藤地区広域市町村圏組合
402		佐賀中部広域連合
403		鳥栖地区広域市町村圏組合
404	長崎県	長崎市
405		佐世保市
406		諫早市
407		大村市
408		島原地域広域市町村圏組合
409	熊本県	熊本市
410		人吉市
411		宇土市
412		天草市
413		合志市
414		大津町
415		御船町
416		山都町
417		錦町
418		あさぎり町
419	大分県	大分市
420		日田市
421	宮崎県	小林市
422		日向市
423		川南町
424		諸塚村
425		椎葉村
426	鹿児島県	鹿児島市
427		日置市

No.	都道府県名	市町村名
428	鹿児島県	いちき串木野市
429		さつま町
430		長島町
431		肝付町
432		屋久島町
433	沖縄県	沖縄市

2. 次年度以降事業実施を予定している市町村

No.	都道府県名	市町村名
1	神奈川県	山北町
2	宮崎県	門川町

3. 事業を実施していない市町村

（過去実施していたが現在中止・休止、未実施）

No.	都道府県名	市町村名
1	北海道	余市町
2	青森県	藤崎町
3	群馬県	伊勢崎市
4	埼玉県	秩父市
5	愛知県	豊川市
6		蒲郡市
7		新城市
8	滋賀県	彦根市
9	兵庫県	丹波市
10		福崎町

4. 調査未回答市町村

No.	都道府県名	市町村名
1	千葉県	四街道市
2	神奈川県	横浜市保土ヶ谷区
3		横浜市泉区
4		鎌倉市
5		南足柄市
6		湯河原町
7	愛知県	碧南市
8		豊明市
9	兵庫県	篠山市
10	奈良県	橿原市
11		曽爾村
12	広島県	竹原市
13	山口県	光市
14	福岡県	行橋市
15	佐賀県	玄海町
16	熊本県	菊池市
17		阿蘇市
18		玉東町
19		南関町
20		高森町

介護相談員派遣等事業実態調査　調査票

1. 介護相談員派遣事業の実施について

実施状況	○ 1. 実施している　　事業開始年度 ＿＿＿＿（例: 平成 15 年度） 市町村合併があった場合は、最初に事業に取り組んだ市町村の開始年度を入力してください） 「2. 連絡先」～「13. 事業を行う上での取り組み」の項目をご入力ください ○ 2. 今後実施の予定 ＿＿＿＿より実施（例: 平成 28 年度） 「2. 連絡先」の項目をご入力ください ○ 3. 実施していない（過去実施、現在休止）　＿＿＿＿より休止（例: 平成 29 年度）

2. 事務局連絡先

(1) 市町村名	**都道府県名**	
	市町村名	
	ふりがな	
	市町村コード	
(2) 市町村連絡先	**郵便番号**	（例: 123-4567）
	住所	
	担当部署	
	担当者名	（HP には公開されません）
	E-MAIL	
	E-MAIL アドレス HP 掲載可否	○ 1. 掲載可 ○ 2. 掲載不可 （上記の E-MAIL アドレスの HP 掲載可否について選択してください）
	電話	内線
	FAX	
(3) 委託先の連絡先	**委託先の有無**	○ 1. 無 ○ 2. 有 （派遣事業を委託している場合は「2. 有」を選択して、(3) を入力してください）
	委託先団体名	
	郵便番号	
	住所	
	担当部署	（HP には公開されません）
	担当者名	（HP には公開されません）
	E-MAIL	
	E-MAIL アドレス HP 掲載可否	○ 1. 掲載可 ○ 2. 掲載不可 （上記の E-MAIL アドレスの HP 掲載可否について選択してください）
	電話	内線
	FAX	
(4) 合併について	**現在の市町村合併の予定**	○ 1. ある ○ 2. ない（「1. ある」を選択の場合、以下の内容を記入してください）
	日程	（例: 平成 25 年 10 月頃）
	新市町村名	

3. 現在の相談員数（活動人数）

相談員数（30 年度末見込みを含む）	人

4. 研修修了者数

		全国研修のみ	独自研修のみ	全国独自併用	合計
(1) 養成研修 ※介護相談員になるための新人養成研修。 介護相談員派遣等事業実施要綱に準ずる。	①29 年度までの修了者数				
	②30 年度の修了者数				
	③修了者数合計				
	④未修了者数 (次年度受講予定者含む)				
(2) 30 年度までの退任者数					
(3) 実際に活動している介護相談員数 ※上記設問「3. 現在の相談員数（活動人数）と相違がないか、ご確認ください。					
(4) 現任研修 ※活動中の現任者を対象としたスキルアップ研修。 介護相談員派遣等実施要項に準ずる。	①29 年度までの修了者数				
	②今年度（30 年度）の修了者数				
	③30 年度までの修了者数合計 現任研修受講履歴が（1 度でも）ある 現在活動中の介護相談員数				
(5) 事務局研修受講状況 ※委託先含む介護相談員担当者全国研修	30 年度 事務局担当者研修受講の有無	○ 1. 有 ○ 2. 無			

5. 研修について

※研修の実施について、30 年度の状況を回答してください。(1) 研修実施の有無	①養成研修	○ 1. 有 ○ 2. 無
	②現任研修	○ 1. 有 ○ 2. 無
(2) 研修実施機関	①養成研修	○ 全国研修 主催 介護相談・地域づくり連絡会 ○ 独自（全国研修以外）研修 主催（県・市・委託先）
	②現任研修	○ 全国研修 主催 介護相談・地域づくり連絡会 ○ 独自（全国研修以外）研修 主催（県・市・委託先）
(3) 独自研修時間数	①養成研修	時間（小数点第 1 位以下切り捨て）
	②現任研修	時間（小数点第 1 位以下切り捨て）
(4) 独自研修カリキュラムの有無	①養成研修	○ 1. 有 ○ 2. 無 (「1. 有」を選択の場合、下記 (5) ①にカリキュラム内容のファイルを添付してください))
	②現任研修	○ 1. 有 ○ 2. 無 (「1. 有」を選択の場合、下記 (5) ②にカリキュラム内容のファイルを添付してください))
(5) 独自研修の内容	①養成研修	最大ファイルサイズ: 20MB (カリキュラムを新規に登録、又は登録済みカリキュラムを変更する場合には、「参照」ボタンを押して登録するカリキュラムを入力してください)
	②現任研修	最大ファイルサイズ: 20MB (カリキュラムを新規に登録、又は登録済みカリキュラムを変更する場合には、「参照」ボタンを押して登録するカリキュラムを入力してください)

6. 居宅訪問について

居宅訪問の実施	(1) 居宅訪問による相談活動を行っているか	○ 1. 有 ○ 2. 無
	(2) 訪問回数（30 年度ののべ数）	件
	(3) 訪問居宅数 (30 年度において、相談員が訪問する居宅数)	件

7. 現在の受入施設･事業所数（30 年度末の見込み数を含む。）

【介護給付サービス】			市町村内全施設･事業所数	受入施設･事業所数		
				総数	市内	市外
施設サービス		介護老人福祉施設				
		介護老人保健施設				
		介護療養型医療施設				
		介護医療院				
居宅サービス	訪問サービス	訪問介護※				
		訪問入浴介護※				
		訪問看護※				
		訪問リハビリテーション※				
		居宅療養管理指導※				
	通所サービス	通所介護				
		通所リハビリテーション				
	短期通所サービス	短期入所生活介護				
		短期入所療養介護				
	特定施設入居者生活介護	軽費老人ホーム				
		養護老人ホーム				
		有料老人ホーム				
		サービス付き高齢者向け住宅（有料老人ホームの定義に該当するもの）				
居宅介護支援						
地域密着型サービス	定期巡回･随時対応型訪問介護看護					
	夜間対応型訪問介護※					
	認知症対策型通所介護					
	小規模多機能型居宅介護					
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）					
	地域密着型特定施設入居者生活介護	軽費老人ホーム				
		養護老人ホーム				
		有料老人ホーム				
	地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護					
	地域密着型通所介護					
	複合型サービス					
	看護小規模多機能型居宅介護					
住宅型有料老人ホーム						

【予防給付サービス】			市町村内全施設･事業所数	受入施設･事業所数		
				総数	市内	市外
介護予防サービス	訪問サービス	介護予防訪問入浴介護※				
		介護予防訪問看護※				
		介護予防訪問リハビリテーション※				
		介護予防居宅療養管理指導※				
	通所サービス	介護予防通所リハビリテーション				
	短期入所サービス	介護予防短期入所生活介護				
	介護予防短期入所療養介護					
	介護予防特定施設入居者生活介護					
介護予防支援※						
地域密着型介護予防サービス		介護予防小規模多機能型居宅介護				
		介護予防認知症対応型通所介護				
		介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）				
軽費老人ホーム（特定外ケアハウス等）						
その他（特定外サービス付き高齢者向け住宅等）						

【総合事業サービス】		市町村内全施設･事業所数	受入施設･事業所数		
			総数	市内	市外
介護予防･生活支援事業	訪問型サービス				
	通所型サービス				

8. 介護相談員派遣受入先

法人名	サービスの種類	施設名	URL
	選択してください		
	+ サービスを追加する		

+ 法人名を追加する

9. 施設･事業所への相談員派遣頻度（1 施設･事業所あたりの 1 ヶ月平均訪問回数）

相談員派遣頻度	回（小数点第 1 位以下切り捨て） （例: 同じ施設へ月 2 回派遣している場合･･･2 回。2 人ペアで 1 回派遣している場合･･･1 回。）

10. 協議会の設置（事務局・派遣先・相談員の三者会議等）

協議会の設置有無		○ 1. 有 ○ 2. 無 （次の（1)～(3）で、どれか一つでも「1. 有」の場合は、「有」を選択してください。）
(1) 相談員間の連絡会議	**設置しているか**	○ 1. 有 ○ 2. 無 （「1. 有」を選択の場合、開催頻度を下記に入力してください）
	1 年あたりの開催回数	[　　]回　　小数点第 1 位以下切り捨て
(2) 相談員と事務局との連絡会議	**設置しているか**	○ 1. 有 ○ 2. 無 （「1. 有」を選択の場合、開催頻度を下記に入力してください）
	1 年あたりの開催回数	[　　]回　　小数点第 1 位以下切り捨て
(3) 相談員、事務局、サービス提供事業者三者間の連絡会議	**設置しているか**	○ 1. 有 ○ 2. 無 （「1. 有」を選択の場合、開催頻度を下記に入力してください）
	1 年あたりの開催回数	[　　]回　　小数点第 1 位以下切り捨て

11. 市町村の事業 PR。300 字まで。

12. 地域包括支援センターとの連携

13. 派遣事業運営を行う上での取り組み

4

全国介護相談活動事例報告会

平成 30 年度全国介護相談活動事例報告会の開催

(1) **日時**　平成 30 年 12 月 3 日（月）　13 時～17 時 30 分

(2) **会場**　砂防会館　別館 1 階　シェーンバッハ・サボー

(3) **内容**　（次ページのプログラムを参照）

① 介護相談員永年活動功労者表彰

・平成 12 年度介護相談員派遣事業の取り組みが始まって以来、長年(5 期 10 年以上) にわたって、介護相談員活動に取り組んできた介護相談員を市町村事務局の推薦により表彰。これまでの活動を称え、今後もサービスの質の向上を支える活動を期待し、賞状が贈られた。

・表彰者は 162 人（32 都道府県・84 市町村）

平成 12 年度活動開始	1 名
平成 13 年度活動開始	0 名
平成 14 年度活動開始	0 名
平成 15 年度活動開始	0 名
平成 16 年度活動開始	0 名
平成 17 年度活動開始	2 名
平成 18 年度活動開始	6 名
平成 19 年度活動開始	25 名
平成 20 年度活動開始	128 名

② 「上手に老いるための自己点検ノート」活用の意義

・石黒　秀喜（特定非営利活動法人 地域ケア政策ネットワーク　事務局長代理）

③ 「生涯現役で活動できるということ」

・堀田　力氏（公益財団法人 さわやか福祉財団　会長）.

(4) **参加人数**　450 人

平成 30 年度 全国介護相談活動事例報告会

プログラム （案）

［日時］平成 30 年 12 月 3 日（月）13：00～17：00
［会場］砂防会館 別館１階　シェーンバッハ・サボー
東京都千代田区平河町２－７－４　（TEL　03-3261-8386）

13:00～13:20　■ **開会挨拶／介護相談･地域づくり連絡会　代表世話人　満保さとみ**

■ **主催者挨拶／介護相談･地域づくり連絡会　代表　菅原弘子**

13:20～13:40　■ **介護相談員永年活動功労者表彰式**
功労者表彰お祝いのことば／審査委員長　丹羽雄哉
（元厚生大臣）

10 年以上活動の介護相談員表彰

1.平成 17 年活動開始	表彰状授与
2.平成 18 年活動開始	表彰状授与
3.平成 19 年活動開始	表彰状授与
4.平成 20 年活動開始	表彰状授与

13:40～13:50　■ **来賓挨拶／大島　一博**（厚生労働省老健局長）

13:50～14:00　休憩

14:00～14:30　■ **介護相談員派遣等事業の現状報告**
菅原　弘子（介護相談・地域づくり連絡会　代表）

14:30～14:40　休憩

14:40～15:40　■**『上手に老いるための自己点検ノート』 活用の意義**
石黒　秀喜（NPO 法人 地域ケア政策ネットワーク 事務局長代理）

15:40～15:50　休憩

15:50～16:50　■ **生涯現役で活動できるということ（仮）**
堀田　力（公益財団法人 さわやか福祉財団　会長）

17:00　閉会

永年(10 年以上)活動功労者表彰

平成 12 年度活動開始　　1 名

兵庫県	篠山市	1 名

平成 17 年度活動開始　　2 名

神奈川県	藤沢市	1 名
大阪府	池田市	1 名

H17 活動開始

平成 18 年度活動開始　　6 名

滋賀県	湖南市	4 名
	米原市	1 名
和歌山県	白浜町	1 名

H18 活動開始

平成 19 年度活動開始　　25 名

山形県	酒田市	2 名
群馬県	安中市	1 名
千葉県	佐倉市	2 名
	市原市	1 名
東京都	国分寺市	1 名
神奈川県	横浜市都筑区	1 名
	藤沢市	3 名
岐阜県	土岐市	2 名
三重県	松阪市	1 名
滋賀県	湖南市	1 名
大阪府	交野市	1 名
福岡県	北九州市	3 名
	大牟田市	4 名
鹿児島県	いちき串木野市	1 名
沖縄県	沖縄市	1 名

H19 活動開始

平成 20 年度活動開始　　128 名

青森県	七戸町	1 名
岩手県	紫波町	1 名
福島県	郡山市	2 名
	いわき市	2 名
	二本松市	1 名
茨城県	土浦市	1 名
栃木県	宇都宮市	1 名
群馬県	安中市	3 名
埼玉県	さいたま市	2 名
	蕨市	1 名
	吉川市	1 名
千葉県	市川市	2 名
	船橋市	3 名
	松戸市	2 名
	八千代市	1 名

H20 活動開始（岩手県・福島県・埼玉県・千葉県 ）

東京都	葛飾区	1名
	町田市	4名
	小平市	1名
	国分寺市	1名
神奈川県	横浜市	7名
	南区	1名
	保土ヶ谷区	1名
	金沢区	1名
	戸塚区	1名
	旭区	1名
	瀬谷区	2名
	小田原市	2名

H20 活動開始（東京都・神奈川県）

新潟県	新発田市	1名
富山県	高岡市	1名
	砺波地方介護保険組合	1名
福井県	大野市	1名
	越前市	1名
長野県	駒ヶ根市	2名
	上田地域広域連合	1名
岐阜県	大垣市	3名
	羽島市	1名
	可児市	2名
静岡県	静岡市	1名
	富士市	1名
	藤枝市	2名
愛知県	安城市	1名
	知立市	1名
滋賀県	大津市	3名
	守山市	1名
	栗東市	1名
	米原市	1名
京都府	福知山市	2名
	向日市	1名
	南丹市	1名

H20 活動開始（福井県･長野県･岐阜県･静岡県･愛知県･滋賀県･京都府）

大阪市	岸和田市	1名
	豊中市	2名
	池田市	1名
	高槻市	2名
	交野市	1名
	河南町	2名
兵庫県	宝塚市	2名
	加西市	3名
	猪名川町	1名
和歌山県	白浜町	2名
岡山県	倉敷市	4名
	井原市	2名
	高梁市	1名
山口県	萩市	1名
	下松市	1名
	周南市	1名
徳島県	鳴門市	1名
福岡県	北九州市	20名
	久留米市	1名
	飯塚市	1名
大分県	大分市	2名
宮崎県	小林市	2名
鹿児島県	日置市	1名
	肝付町	2名
沖縄県	沖縄市	1名

全国介護相談活動事例報告会

『上手に老いるための自己点検ノート』～作成の意義／活用の効果～

Ⅰ. 健康寿命に向けた点検

長生きすれば、誰でも認知症になり得る。

Ⅱ. 自分が認知症になった時を想定した点検

認知症になっても、「顔を立ててもらう」ために、生活歴等のメモを作成。

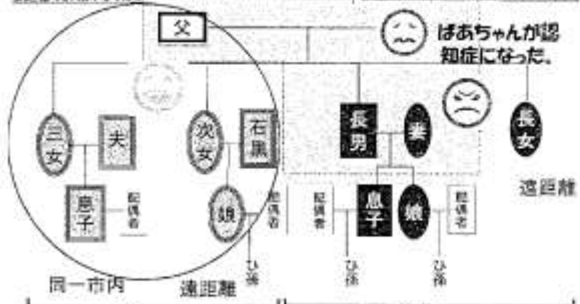
Ⅲ. 人生の最終段階に備えた点検

認知症が進行して、判断能力が低下した場合の「事前指示書」の作成

第1部 自己紹介

自己点検ノートを作成したきっかけ

ある家族状況　　自己点検ノート作成の動機



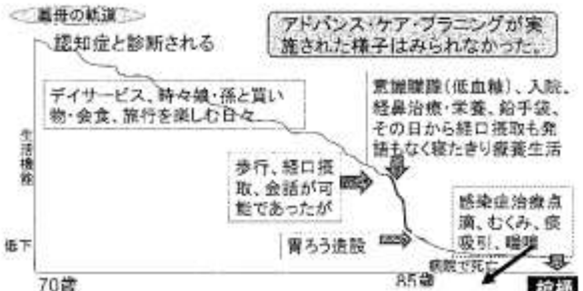
ばあちゃんが(嬉)組と一緒のときは、リラックスして自己表現する。

ばあちゃんが(怒)組と一緒のときは、緊張して自分の殻に閉じこもる。

ばあちゃんの人生歴・性格、気持ちを汲んで、顔を立てる演技

知識も感性もないので、間違い指摘、指示・命令をして、顔をつぶす

義母の認知症と人生の最終段階・延命処置との遭遇



本人はとても苦しそうな症状。見ている家族も辛い。医師は「頑張ってもあと2週間程度か」⇒娘「先生、母はもう輸液に対応できなくて苦しんでいるように見えますが？」⇒医師「ご家族がわかっているなら自然体に切り替えます」

自分の老・病・死を考えるきっかけとなった

●ライフサイクルと自己点検

（出生）（40歳～）（65歳～）（75歳～）（100歳）

■人生の土台形成

■親の認知症が心配なので認知症サポーター講座受講

○認知症の人の気持ちを理解

■自分の**認知症予防**（**生活習慣病予防**）に取り組む

○健康寿命日記の記録

■自分の認知症対策／**介護され上手準備**

○人生申告書の作成

○介護相談員活動

■閉じこもらない暮らしの継続 廃用症候群の防止／社会参加

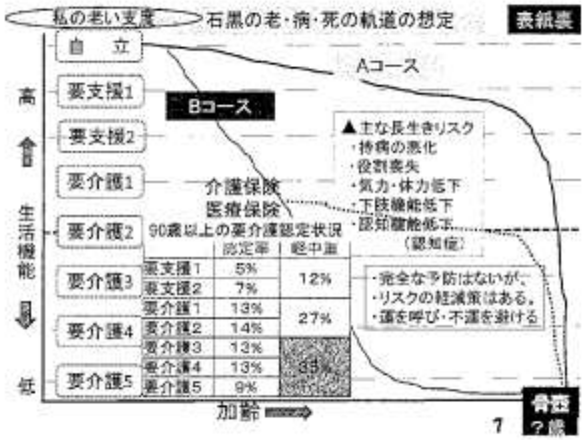
○事前指示書の作成

■平穏死

第2部 健康寿命を目指して

人生100年
自分の長生きリスクを考える

私の老い支度　石黒の老・病・死の軌道の想定　表紙裏



90歳以上の要介護認定状況

	認定率	総中重
要支援1	5%	12%
要支援2	7%	
要介護1	13%	27%
要介護2	14%	
要介護3	13%	35%
要介護4	13%	
要介護5	9%	

Aコースでも*B*でも「社会性の維持と普段の体調管理」が基本　P4・35・48

社会性＝張り合い・自己肯定感＝他者から認められているという実感

【フレイル（虚弱）予防の考え方】　P48

Aコース

健康長寿に関する柏市調査（2,000人）の結果

①社会性があって、
②毎日よく動き、
③よく肉料理を食べる

健康長寿な人に共通する要素

（東京大学 高齢社会総合研究機構「柏市調査」2012年）

■高齢になると、筋力は努力して維持しなければ、年間数%ずつ筋力や筋肉量が減っていく。

■ 筋肉量の減少の原因の最上流に「社会性」が位置づけられる。栄養状態が衰えて、血液中の各因子の値が落ちてから社会性が落ちるのではなく、社会性が衰えるところから負の連鎖が始まる。

■ 近所での集い、カラオケ、ゲートボール、散歩といった日常的な娯楽も十分「社会性」維持に役立つ し、それが筋肉量の維持、フレイル予防につながる。　集い・交流の場が必要

出典：文藝春秋2015年7月号p344～p355「2025年『老人大国』への警告」

Bコース フレイル突入の悪循環の構造 P48

▼ 配偶者、友人やペットが亡くなったショック、病気の悪化などで、意欲減退、人と交流する機会が減少する。
⬇
▼ 出かける用事もなくなり、暮らしの意欲が薄れ、無関心になり、無頓着、食事もいい加減になる。

要介護状態
寝たきり
認知症

▼ 活動性、意欲が低下する。
⬇
▼ 頭を使う機会が減り、判断能力などの認知機能が低下する。

▲ 閉じこもりになり、意欲、体力の低下に拍車がかかる。
⬆
▲買い物など外出が億劫になる。動かなくなるので、筋肉量が減少する。

健康寿命のための観察記録 P46

普段の体調管理と社会性の点検

月日	生活リズム						
月日	前夜の快眠度	起床時刻	昼食内容	間食	最終飲食時刻	水分量(cc)	排便時刻
12/2	◎	5:20	弁当	−	不明	1,500	7:30
曜日	前夜の飲酒量	朝食時刻	夕食の量	帰宅時刻	夜の歯磨	体操運動	就寝時刻
土	記憶喪失	7:10	食べ過ぎ	不明	×	△	不明

P46

測って記録						当日の出来事
総歩行数	最高血圧	体重測定時刻	肥満度(BMI)	体水分率	喫煙の量	(きょういく・きょうよう)今日行く・今日用/閉じこもり、ストレスの負荷・発散／体調等
10,935	125	6:10	23.6	56.0	−	社会性
血圧測定時刻	最低血圧	体重(kg)	対前日増減	内臓脂肪率	服薬管理	講演前夜の緊張で不眠。睡眠導入で飲み過ぎてアルチューハイマー、妻不機嫌
8:00	81	65.70	−0.55	13.5	◎−◎	

※あらかじめ何かすること、出かける予定を作っておかないと、閉じこもりになる。 集い・交流の場が必要

第3部 長生きすれば誰でも認知症になる

自分が認知症になった時への備え

参照：認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン(厚生労働省 平成30年6月)

年齢階層別の認知症の有病率 P2

自分の置かれている状況を適切に	認識できなくなり	理解が不十分で	判断がズレしてまい	行動・言動が変だと言われ	日常生活に困難が生じてしまう

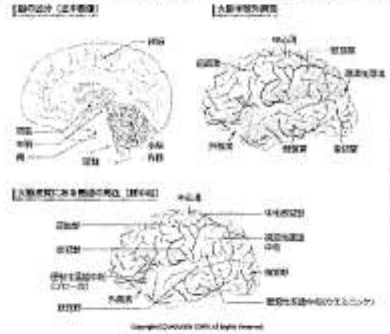
(遂行性の認知症に起因して)

周りの人からあれこれ指摘され、不安と混乱でプライドは壊れ、寄る辺ない日々の悪循環

認知の構造とその機能が低下した人の気持ちの理解が不可欠

資料：厚生労働科学研究費補助金「認知症対策総合研究」(研究代表 朝田隆) 平成23年度〜24年度

認知症は脳機能の一部の故障に過ぎない



脳のどの部位が故障したかによって、行動特徴が異なる。

これまでの人生歴が全て消えるわけではない。これまでの人生の延長線である。扁桃体のはたらきにより、特に感情記憶機能は壊れない。

P6

状況を「認識」し、「理解」し、「判断」して、「行動」する構造の理解

■『認知症になった人々の行動や状態は、**認知症の原因となった疾患のみに影響されているのではなく、その他の要因との相互作用**である。』(イギリスの心理学者トム・キッドウッド教授(1937〜1998))
⇒ **「パーソン・センタード・ケア」の考え方**

1 脳の機能(認知症はアルツハイマー病等が原因で、一部機能不全)
2 健康状態、感覚機能(既往歴、現在の体調、視力・聴力など)
3 個人史(成育歴、職歴、趣味など)
4 性格(性格傾向、対処スタイルなど)
5 社会心理(周囲の人との人間関係のパターンなど環境の影響)

プライド

これらの相互作用の結果、感情が発生し、その人の行動に影響を与える。

参考：映画「毎日がアルツハイマー2」(関口祐加)

認知症の人の心理的欲求(トム・キッドウッド教授)

■認知症の人は往々にして、これらの心理的ニーズが満たされず、自ら抜け出すことができない「深い霧の中」でさまよっているようだ。

■「今、どんなニーズが満たされていないのだろう？」と考えることが重要。

くつろぎ	身体的苦痛がない。他者から承認されリラックスできる。
自分が自分であること	時間軸が崩れ、記憶の連続性が途切れ、自分が誰だか分からないという不安、がないこと。
結びつき(愛着・こだわり)	過去と現在のつながり、周りの人とのつながりがある。
たずさわること	役割感、自己承認感がある。
共にあること	無視されない、存在が認められている、と思えること。

介護され上手の準備 ①時間軸で人生歴を作成 個人史の自己申告 P16

◆自分の光り輝いていた誇りに思うことを書いてみましょう。

時代	家族構成など	人物像、印象に残る出来事
就学前まで		おどおどした暗い子ども
小学校時代		内弁慶で、外ではしゃべることが少ない子ども
中学校時代		バレー部所属、少ししゃべるようになる。家業の養豚、養豚の手伝いをする大人しい中学生
10歳代後半		高校へ汽車通。ブロイラーを飲食店に納品、代金回収。高卒後福祉施設へ就職。生家を離れ社宅に転居。
20歳代前半	23歳で結婚	二十歳の時に東京に転勤。夜学に通い卒業後本省に転勤
20歳代後半		毎日残業の日々。たまに時間が空くと同僚と赤ちょうちんへ
30歳代	長女誕生	毎朝の娘の保育園の送りを担当。一人2交代制勤務が多々軽度のアルコール依存症であることを自覚する。
40歳代		課長補佐になり上と下との板挟み。50手前で介護準備室。
50歳代	義母が認知症	介護保険関係の仕事一筋。59歳で天下り。降圧剤服薬開始
60歳代	孫誕生	天下り先の仕事になじめず適応障害、退職して治る。
70歳代(見込)	独り暮らし	認知症になったが、老い支度をしていたので、顔を立ててもらい、進行は緩やか、78歳手遅れのがんで逝く。

②自分の性格傾向等のメモ作成

P21

◆介護者へのお願い：私のクセを紹介しますので、私の誇を立てる演技にご活用ください。

	住まい	生家はなく、今の家は8軒目。現住居に愛着。
性格	自律度（自分に対する厳しさ、甘さなど）	自分に甘く、他人にも甘い。三日坊主。
	他人に対しての対応	相手の顔色をみて発言。慎的に気弱。皮肉に悩む
	行動（積極性、活動性、慎重性など）	積極性、リーダーシップに欠ける。協調性には自信がある。身の丈人生をモットー。
逝き方・暮らし方	終末期の対応 葬儀、墓、遺言	人生の最終段階の「事前指示書」を作成して、娘の署名捺印をもらい、主治医に登録済。 娘孝行のための終活準備中。
	趣味嗜好、生きがい 好みの音楽、歌手、役者	誇れる特技なし。グループホーム入居の際のCDは娘に指示済み。サスペンス番組は嫌い。
	好きな食べ物、飲み物	刺身、お饂飩、ビール、麦茶。
	着る物、住まい方	こだわりがない、センスがない。
	その他	介護負担の軽減のため、朝食簡単、日中シャワー浴で可。

19

補足：人生申告の効果の紹介

P35
P36

（ヘルプマン25号参照）

「認知症重度化予防実践塾」という認知症ケア事例検討において、利用者の「顔を立てる」ヒントを得ることを目的に、個人史・性格シートを渡し、その人のことをよく知るという宿題を課した。

感情記憶を刺激し、味方と認められ、強制しないケアのコツを掴めた

【人生歴等をよく知った介護職員の感想】

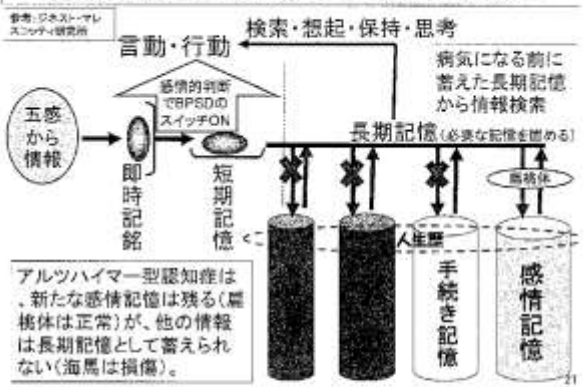
◆本人の好む会話の材料が把握でき、褒めるところがわかった
◆水分を摂取せず困っていたが、好みの飲み物がよくわかった
◆癖が理解できたので、異常視せずに平常視できるようになった
◆本人が存在感を自己覚知できるような役割が見つかった
◆早起きや夜更かしの生活スタイルが理解できた
◆つらさを聞き、共感することにより、信頼関係を形成できた
◆宗教や趣味などの理解できた

◆パーソン・センタード・ケアの5つの要因の相互作用を実感した
◆ユマニチュードにも有効な情報であると思った

20

記憶の構造（ユマニチュード理論の前提）

参考：ジネスト・マレスコッティ研究所



アルツハイマー型認知症は、新たな感情記憶は残る（扁桃体は正常）が、他の情報は長期記憶として蓄えられない（海馬は損傷）。

21

長期記憶4類型の内容と特徴＆認知症

参考：ジネスト・マレスコッティ研究所

知識、ことば、概念	体験した出来事	振る舞い、しぐさ	愛情・怒り・不愉快
◎日本の首都は東京 ◎50音の順使	◎昨日●●で食事した ◎初デートの思い出	◎身体が覚えている ◎食事の方法など	◎優しい人・嫌な人 ◎美しい・辛い感覚
最も早く忘れる	2番目に早く忘れる	忘れにくい	最後まで残る

◆長期記憶4類型の連鎖

■「ユマニチュード」の技法は、感情記憶に働きかけることが基本。
■感情記憶は他の記憶と結びついており、感情記憶を刺激すると意味記憶やエピソード記憶が蘇ることがある
■古き良き時代の写真をみて、潜在記憶が刺激され、その当時の背景を語りだす。⇒回想法の原理

22

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

（厚生労働省 平成30年6月）

■意思決定支援の前提（人的・物的環境の整備）

意思決定支援者の態度	本人意思の尊重、安心感ある丁寧な態度、家族関係・生活史の理解 など
意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮	本人との信頼関係の構築、本人の心情、遠慮などへの心配り など
意思決定支援と環境	緊張・混乱の排除、時間的ゆとりの確保 など

■意思決定支援のプロセス

プロセス

意思形成支援：適切な情報、経験、環境の下で意思が形成されることへの支援

＋

意思表明支援：形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

＋

意思実現支援：本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

23

認知症の人の行動・心理症状の「からくり」図

24

第4部 娘孝行への備え

ACPに役立つ「事前指示書」の紹介

参照：人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省改訂 平成30年3月 ）

25

認知症になった石黒の人生の最終段階に備えた事前指示書

P41

- 事前指示書とはいっても、遺言のような法律的な裏付けがあるわけではなく、あくまでも任意のものであり、標準的な書式や方式があるわけではありません。
- しかし、事前に本人の意思を明らかにして書面に表しておくことは、生命倫理上は意味がある と思っています。
- 尊厳ある生き方・逝き方を実現するための貴重な根拠になり、家族 や医療・介護関係者にとっても有用な情報になると考えています。
- 最近では、国が「アドバンス・ケア・プラニング」（今後の治療・療養について患者・家族と医療・介護従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス ）を推奨しており、それを実践する上でも、極めて有効です。

26

石黒の娘が遭遇する三つの段階に備えた子ども孝行

【第1段階】

P39

石黒の人生の最終段階	子ども孝行の準備
①何の予兆もないまま突然死。	・寿命と割り切るよう事前教育
②事故または脳血管疾患などにより、意識が回復しない状態に陥り、延命医療について本人の意思確認ができない。	・不測の事態に備え、終末医療に関する**事前指示書の作成**およびかかりつけ医・歯科・薬局情報も用意しておく。 ・認知症が進行して、自己決定が困難になった場合に備え、アドバンス・ケア・プラニングに有効な**事前指示書を作成**しておく。
③認知症の進行により、コミュニケーション能力や判断能力が喪失した状況下で、口から食べることが難しくなったり、誤嚥性肺炎を繰り返す。	・医師の所見を聞き、緩和ケアを選択し、生き方・逝き方を自己決定する。
④末期ガンの告知を受け、医師から治療方針の意向を質問される。	

27

「人生最終段階」に関する法律の紹介

【持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律】(通称「社会保障プログラム法」)平成25年12月

高齢者ケアの基本方針

第4条

4 (略)**地域包括ケアシステム**(地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、**医療、介護、介護予防**(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、**住まい**及び**自立した日常生活の支援**が包括的に確保される体制をいう。) (略)

P42

5 政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んじられ、**患者の意思がより尊重**され、**人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備**を行うよう努めるものとする。

法律のキーワード	認知症でない人	認知症が進んだ人
尊厳(プライドの保持)	自分の想いを言語で主張	周囲の人の気配りに依存
患者の意思	状況を認識・理解・判断して、言語で意思表明	事前指示書がなければ、周囲の人は、本人の意思が分からなく、対応に苦慮
	アドバンス・ケア・プランニング(ACP:本人&家族&専門職の間で治療方針の話合い)を実施しやすい。	認知症の初期ならばACPが可能であるが、切り出しにくい。進行してしまうと、本人の意思の確認が困難。
穏やかに(苦痛の緩和)	苦痛の除去を言語で訴える	本人の表情を周りの人が忖度
両者の違い	自分の価値観を表明できる	周囲の人の価値感が逝き方に大きく影響

判断能力喪失後の生き方・逝き方の代弁依頼書が必要

②脳血管疾患、事故等で突然意識不明に陥り、意思決定能力の回復の可能性が低い状態
③認知症が著しく進行し、経口摂取不能になった状態

石黒 — 医師 — どうしますか？ → 娘
意思が不明で医師困る

■本人から次のように言われているので、事前指示書に従う

P41

・俺の寿命操作を勝手にするな／延命措置不開始は当然／救急医療を拒否するものではない。しかし、延命措置に状況変化したら中止

→ 主体性の確保 自己決定・責任、尊厳の保持 → 自分の生死を他の人に丸投げしない

■私が冷たいのではなく、世話になった父から頼まれた「生き方と逝き方」を、代弁をしている親孝行娘としてご理解ください。

石黒が娘に代弁を依頼している「事前指示書」の書式・記入例を、資料に掲載していますので、参考にしてください。

P42

I 作成・確認時期(自筆)	作成:2015年3月30日(65歳)
II 死生観など	【○で囲んでいる項目が私の想いです。】 ① 老衰期になって口から食べられなくなったら、自然の摂理にしたがって、穏やかに人生の最期を迎えることを当然のことと受け止めている。 ② 老衰で亡くなるときには、口から食べられなくなり、栄養不良、脱水状態になって息を引き取ることを知っている。 ③ 死期が迫っているときに、生理的処理能力を超えた輸液をすることは、むくみや喀痰過多による吸引など苦痛の原因となることを知っている。 ④ 1～3の覚悟ができているので、「家や介護施設など生活の場での看取り」を希望する。 ⑤ 少しでも長生きすることが自分の価値観であるので、最大限の延命処置を講ずることを希望する。 事由記載欄 人生90歳以上が普通になりました。健康寿命に努力はしていますが、必ず人生の卒業時期は来ます。身内の亡くなり方を振り返り、参考図書も読んで、人生を卒業するときの覚悟を決めました。

P42

III 痛みや苦痛への対処の希望	【○で囲んでいる項目が私の想いです。】 ① 後期高齢期になってから、ガンなどにより強い痛みや苦痛を伴う病気になった場合、手術や副作用の強い治療は避け、痛みや苦痛を取り除いてくれるだけでよい。 ② 痛みや苦痛を取り除くために、鎮静剤を使ってもよい。 ③ 痛みや苦痛を取り除くのは当然として、年齢がいくつであっても、最大限の積極的治療を行ってほしい。 事由記載欄 尊厳ある人生の卒業は、冒頭に紹介した法律の規定も踏まえ、医療を受ける側の自分が自己決定しておくべきものと考えるに至りました。

P43

IV 死期が迫っており回復困難な状態になったと思われるときの希望	【○で囲んでいる項目が私の想いです。】 1－A 人工透析の開始を希望する。 1－Ⓑ 〃 希望しない。 2－A 人工呼吸器装着を希望する。 2－Ⓑ 人工呼吸器の装着希望しない。 3－A 気管切開を希望する。 3－Ⓑ 希望しない。 4－A 心臓マッサージなどの心肺蘇生を希望する。 4－Ⓑ 心臓マッサージなどの心肺蘇生を希望しない 5－A 胃ろうによる人工的栄養補給を希望する 5－Ⓑ を胃ろうによる人工的栄養補給希望しない 6－A 鼻チューブによる人工的栄養補給を希望する。 6－Ⓑ 鼻チューブによる人工的栄養補給 希望しない。 7－A 点滴による人工的水分補給を希望する 7－Ⓑ 点滴による人工的水分補給を希望しない。 事由記載欄 死期が迫っているか否かの判断は難しいとは思いますが、私の尊厳を考慮していただき、延命のみに価値をおいた医療を私が望んでいないことをご理解ください。

P43

V 代理人＝代弁者(続柄)	○○○○(○○) (石黒本人からのメッセージ) 私の自然の摂理にしたがって人生を卒業するという考え方は、意思表明能力がなくなっても変わらないと思っています。 私の担当医師になった方は、私の意思を上記の代理人に確認してください。私の想いを代弁するように依頼していますので、その代弁を尊重してください。

本人自筆捺印 住所 ・・・・・・・・・・・・
氏名 石黒 秀喜 印 (2017年○月○○日署名)

代理人自筆捺印 住所 ・・・・・・・・・・・・
氏名 ○○ ○○ 印(続柄:○○) (2017年○月○○日署名)

⑥ その後の更新状況
上記の事前指示内容に変更がないことを再確認した年月日は以下のとおりです。
▲年△月▼日 確認
▲年△月▼日 確認

P39

【第2段階】

石黒が逝ったときに(遺体)	子ども孝行の準備
A 死亡診断書入手	・死体検案事項にしないため、主治医と懇意にしておく。
B 関係者連絡	・死亡緊急連絡先リストを作成しておく。
C 家の中の片付け	・断捨離、老前整理をしておく。(突然死の場合、家の中が散乱状態では娘は困ってしまう。)
D 葬儀社と通夜・告別式の打合せ、契約	・葬儀に関する意向書を作成しておく。(祭壇ランク/戒名ランク)
E 遺影写真、旅立ち衣装・装飾品・放映用DVD等用意	・「旅立ちグッズ一式」を箱詰めしておく。
F お布施の支払い(口座振込ではなく、通夜・告別式に現金払) G 葬儀社への支払い(遺産相続が終わるまで待ってくれない。)	・葬儀費用に備えて、娘名義の預金通帳を作り、お通夜の前に娘が現金化できるように秘かに用意しておく。

P40

【第3段階】

石黒がお骨になった後に	子ども孝行の準備
ア 相続手続き イ 生命保険手続き ウ 保険証等の返還 エ 遺品処分	・財産目録、遺言を作成しておく。 ・不動産権利証、預金通帳など重要書類および貸金庫の鍵、パソコンのパスワードの所在などを明確にしておく。 ・携帯・スマホの不適切メールを削除しておく。
オ 遺骨の処理	・墓に関する意向書を作成しておく。
カ 早期の家の処分指示	・空き家は固定資産税が高くなるので、すぐ処分する。
キ 関係者への挨拶状	・挨拶状送付の住所録を作成しておく。
ク 各種会の退会、携帯・インターネット等の解約手続き	・加入ネットワークリストなどを作成しておく。

おわり

終活の心得"かるた"

あ あの世へは簡単に逝かせてくれない現代医療
⇒臓器の修理技術は日進月歩で世界一の長寿国

い 逝き方は、今の生き方・活き方の延長線
⇒生活習慣病とフレイルの予防が大事

う 憂いに備えて、老いの自己点検ノート作成
⇒認知症予防とパーソン・センタード・ケアに有効
（認知症ケアの基本理論）

え 延命措置は遠慮します。寿命の操作はお断り
⇒認知症になる前に、事前指示書を作り、子ども孝行

お 老い支度。大往生。終わりよければすべてよし
⇒天寿を全うし、遺族・弔問客が笑顔で通夜・告別式

おまけ

健康長寿な暮らしの"かるた"

あ 会いたい仲間と交流がある暮らし
⇒社会性維持の絶対要件（フレイルの防止）

い 生き甲斐をもって趣味を活かす暮らし
⇒今日用・今日行く（役割・居場所がある）

う ウォーキングとウオーターで"快腸"な暮らし⇒身体・認知機能の維持／脱水・便秘防止

え 栄養、エネルギー、笑顔で活動的な暮らし
⇒免疫力が上がり、さまざまな病気のリスクが低下

お おおらかな気持ちで怒らない暮らし
⇒仲間が増える（怒れば仲間が逃げる⇒孤立化）

生涯現役で活動できるということ

平成３０年１２月３日
公益財団法人 さわやか福祉財団会長
堀　田　　力

１．介護相談員活動が相談員自身の人生において持つ意義

（１）介護サービスの実態に関する得難い知識の集積と評価力の獲得

（２）利用者の心情とサービス提供者の心情を理解する能力の獲得

（３）問題の解決策を考案する能力の獲得

（４）説得力の獲得

質問：①もしあなたが介護相談員をしていなければ、あなたはどんな人生を送っていたと思いますか。

②いい人生を送るためにもっとも必要なものは何だと思われますか。

２．介護相談員を辞めた後の人生

質問：あなたは何をして生きていきますか。

５

介護相談・地域づくり連絡会
世話人会

平成 30 年度世話人会について

(1) 日　時　（全国介護相談活動事例報告会に合わせて実施）

平成 30 年 12 月 3 日（月）11 時 30 分～12 時 30 分

(2) 会　場

砂防会館　別館 3 階「六甲」

(3) 議事次第

1. 開会
2. 議事

報告

・平成 30 年度事業報告(中間報告)

・平成 31 年度事業計画予定

意見聴取

「介護相談員の今後のあり方について」

3. 世話人情報交換
4. 閉会

(4) 配布資料

報告会配布資料

「平成 30 年度全国介護相談活動事例報告会」

「永年活動表彰者　名簿」(別冊)

世話人会概要

① 世話人の構成

・ 全国ブロックより事務局員 7 名、相談員 7 名を世話人として選出する。

・ 世話人の互選により、事務局 1 名、相談員 1 名の計 2 名を代表世話人とする。

② 任期

世話人の任期は 2 年

③ ブロック

・ 北海道

・ 東　北（青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島）

・ 関　東（茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、山梨）

・ 中　部（新潟、富山、石川、福井、長野、岐阜、静岡、愛知）

・ 関　西（三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山）

・ 中四国（鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知）

・ 九　州（福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄）

④ 活動内容

1. 介護相談・地域づくり連絡会の目的達成及び推進にかかわる活動
2. 介護相談・地域づくり連絡会の運営参加
3. 年 1 回定期情報交換会及び必要時の臨時情報交換会の開催
4. 各ブロック単位の行事等のとりまとめ

介護相談・地域づくり連絡会　世話人

■世話人（平成 30 年まで）

ブロック	都道府県	市町村	世話人	所属
北海道	北海道	本別町	飯山　　明美	事務局
	北海道	石狩市　◎	満保　　さとみ	相談員
東北	秋田県	横手市	藤原　　功雄	事務局
	宮城県	仙台市	高橋　　露乃	相談員
関東	東京都	稲城市　◎	内島　　剛	事務局
	埼玉県	上尾市	宇佐美　まさゑ	相談員
中部	富山県	富山市	高森　　祐衣　（新）	事務局
			中川　　有美　（旧）	
	愛知県	安城市	金子　　有里子	相談員
関西	兵庫県	宝塚市	酒井　　康雄	事務局
	滋賀県	野洲市	齋木　　久子	相談員
中四国	愛媛県	久万高原町	畝本　　幸男	事務局
	岡山県	岡山市	山下　　光利	相談員
九州	鹿児島県	鹿児島市	二俣　　智美	事務局
	長崎県	佐世保市	萩原　　保代	相談員

◎は相談員代表世話人、事務局代表世話人

６

介護相談員派遣等事業 事務局担当者研修

平成30年度 都道府県介護相談員養成研修等事業担当者研修
平成30年度 市町村介護相談員派遣等事業事務局担当者研修

(1) 研修目的

介護相談員養成研修事業、介護相談員派遣等事業について今後の方向性等に関する最新の情報提供を行い、都道府県、市町村における円滑な取り組みを支援する。

(2) 対象

・都道府県の介護相談員養成研修等事業担当者
・介護相談員派遣等事業を実施または事業実施予定の市町村の事務局担当者等

(3) 実施内容

プログラムのとおり

(4) 開催日時

平成30年6月18日（月）13：00～17：00

(5) 場所

私学会館（アルカディア市ヶ谷）

(6) 受講状況

・参加自治体数　：　77（都道府県3、市町村事務局74）
・受 講 者 数　：　85（都道府県3人、市町村事務局82人）

講義時間	内容	講師（敬称略）
12:30～13:00	(受付)	
13:00～13:05	オリエンテーション	介護相談・地域づくり連絡会 事務局
13:05～14:05	●介護保険最新情報 介護報酬改定について	厚生労働省　老健局　総務課 課長　北波　孝
14:05～14:35	●介護相談員派遣等事業について ① 今後の展開 ② 身体拘束、虐待への取組	厚生労働省　老健局　高齢者支援課 課長補佐　畑　憲一郎
14:35～14:45	休憩	
14:45～15:30	●平成29年度「身体拘束及び高齢者虐待の未然防止に向けた介護相談員の活用に関する調査研究」事業報告 平成30年度「調査研究事業」について	介護相談・地域づくり連絡会 事務局 事務局長　菅原　弘子
15:30～15:40	休憩	
15:40～16:50	●虐待･身体拘束未然防止に向けた介護相談員の役割 不適切ケアを見分ける介護相談員の育成	NPO法人　メイアイヘルプユー 事務局長　鳥海　房枝
16:50～17:00	●質疑応答	介護相談・地域づくり連絡会 事務局
17:00	閉会	

事務局担当者研修の受講状況

平成 30 年度「都道府県事務局担当者研修・市町村事務局担当者研修」（全国研修）を受講した派遣事業実施市町村（広域連合等含む）、および都道府県は次のとおりである。

（１）事務局担当者研修受講市町村：７４ / ４３３（平成 30 年度事業実施市町村事務局）

（２）都道府県の受講・・・３（富山県、島根県、長崎県）

No.	都道府県	自治体	参加者数	
			市町村	都道府県
1	北海道	石狩市	1	
2	秋田県	湯沢市	1	
3	山形県	天童市	1	
4	福島県	郡山市	1	
5		いわき市	1	
6		白河市	1	
7		田村市	1	
8	茨城県	日立市	1	
9	栃木県	宇都宮市	1	
10		大田原市	1	
11		那須塩原市	1	
12	埼玉県	さいたま市	1	
13		川越市	1	
14		川口市	1	
15		上尾市	1	
16		越谷市	1	
17		久喜市	1	
18		八潮市	1	
19		幸手市	1	
20		吉川市	1	
21		杉戸町	1	
22	千葉県	千葉市	1	
23		船橋市	1	
24		松戸市	1	
25		習志野市	2	
26		市原市	1	
27		八千代市	1	
28		鴨川市	1	
29		浦安市	2	
30		袖ケ浦市	1	
31		印西市	1	
32		白井市	1	
33		栄町	1	
34	東京都	中央区	1	
35		港区	1	
36		葛飾区	1	
37		八王子市	3	
38		青梅市	2	
39		町田市	2	
40		国分寺市	1	

No.	都道府県	自治体	参加者数	
			市町村	都道府県
41	神奈川県	川崎市	2	
42		相模原市	1	
43		秦野市	1	
44	新潟県	新潟市	1	
45		長岡市	1	
46	富山県			1
47		富山市	1	
48		砺波地方介護保険組合	1	
49	山梨県	甲斐市	1	
50	長野県	長野市	1	
51		岡谷市	1	
52		諏訪市	1	
53		塩尻市	1	
54		佐久市	1	
55		上田地域広域連合	1	
56	静岡県	静岡市	1	
57		富士市	1	
58		磐田市	1	
59		掛川市	1	
60		藤枝市	1	
61		袋井市	1	
62		吉田町	1	
63	愛知県	岡崎市	1	
64		安城市	1	
65		小牧市	1	
66		高浜市	1	
67		東郷町	1	
68	三重県	松阪市	1	
69	鳥取県	岩美町	1	
70	島根県			1
71		浜田地区広域行政組合	1	
72	岡山県	倉敷市	1	
73		井原市	1	
74	徳島県	鳴門市	1	
75	福岡県	北九州市社会福祉協議会	1	
76		大野城市	2	
77	長崎県			1
合　　計			82	3

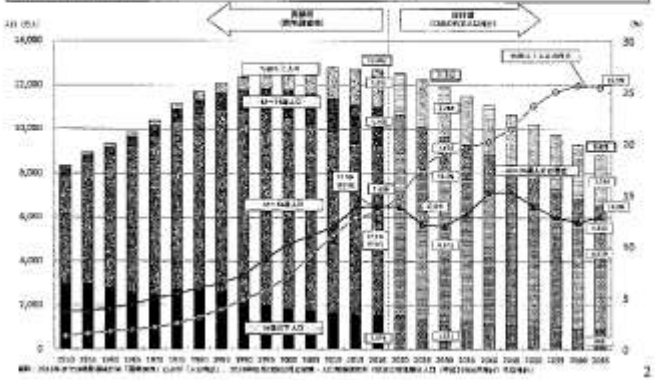
介護報酬改定について

平成30年6月18日
厚生労働省老健局

介護保険を取り巻く状況

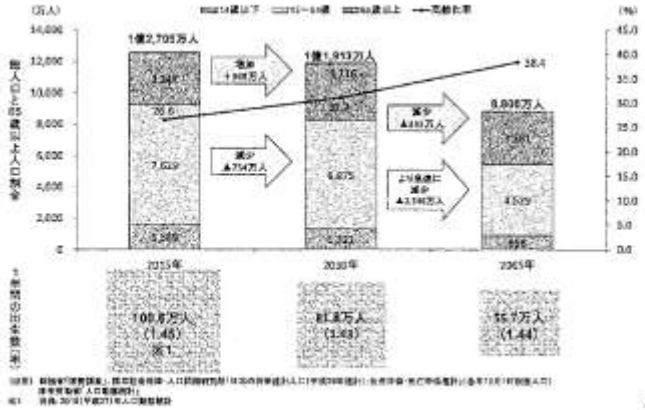
75歳以上の高齢者数の急速な増加

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者1人当たりに70歳以上の高齢者1の占める割合は増加していくことが想定される。



2

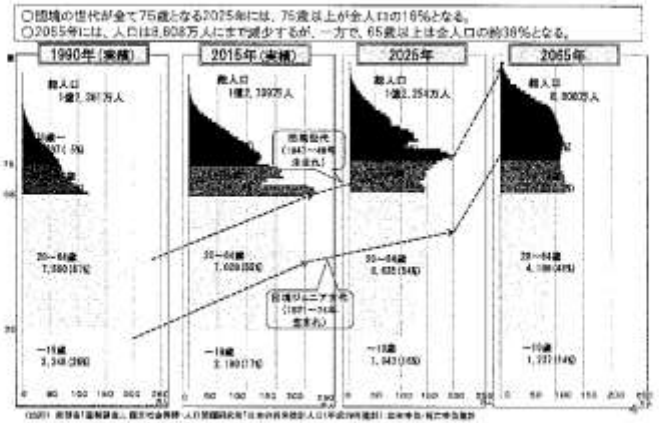
今後の人口構造の急速な変化



3

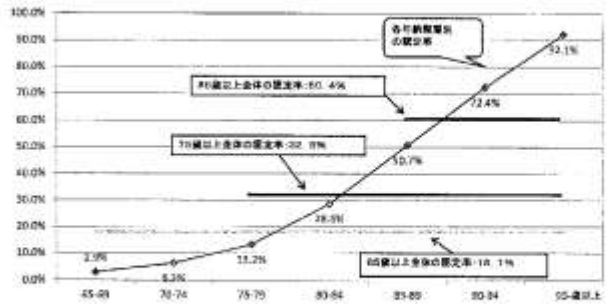
日本の人口ピラミッドの変化

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の16%となる。
○2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



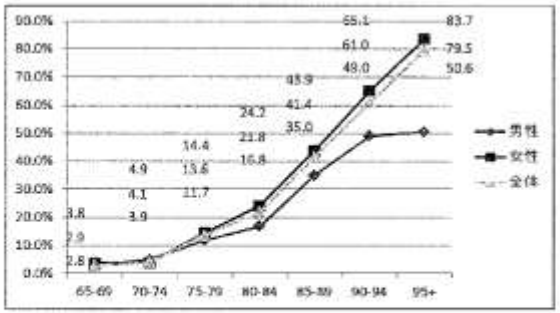
4

年齢階級別の要介護認定率の推移



5

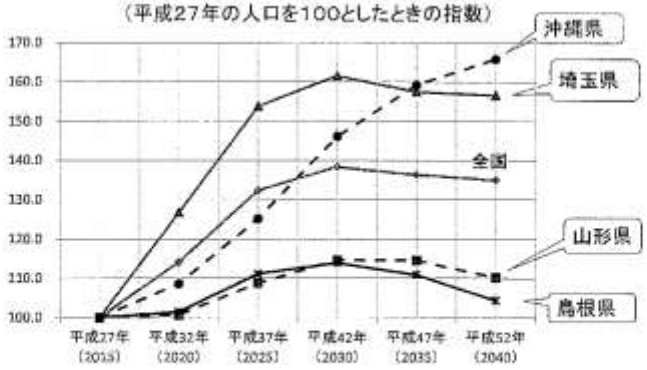
年齢階級別の認知症有病率



6

75歳以上人口の将来推計

（平成27年の人口を100としたときの指数）

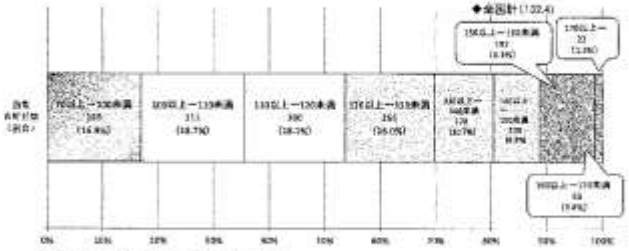


7

75歳以上人口の伸びの市町村間の差

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。

75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数



8

これまでの17年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来17年を経過し、65歳以上被保険者数が約1．6倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3．3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2017年4月末	
第1号被保険者数	2，165万人	⇒	3，446万人	1．6倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2017年4月末	
認定者数	218万人	⇒	633万人	2．9倍

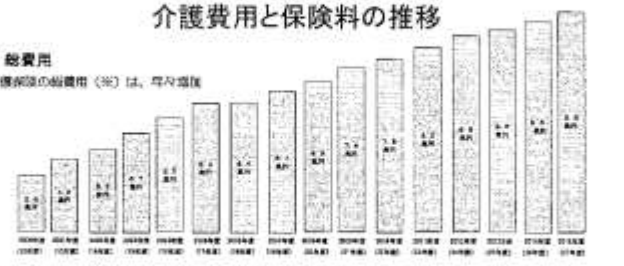
③サービス利用者の増加

	2000年4月		2017年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	381万人	3．9倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	93万人	1．8倍
地域密着型サービス利用者数	－		80万人	
計	149万人	⇒	488万人※	3．3倍

介護費用と保険料の推移

○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



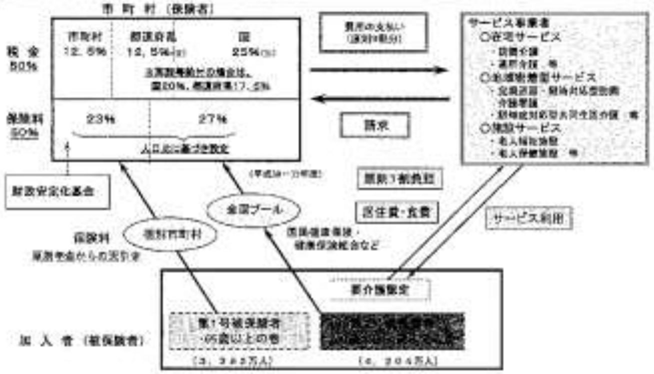
※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕

2，911円 ⇒ 3，293円（＋13%） ⇒ 4，090円（＋24%） ⇒ 4，160円（＋1.7%） ⇒ 4，972円（＋20%） ⇒ 5，514円（＋11%） ⇒ 5，869円（＋6%）

介護保険制度の基本的な仕組み

介護保険制度の仕組み



介護保険制度の被保険者（加入者）

○ 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。

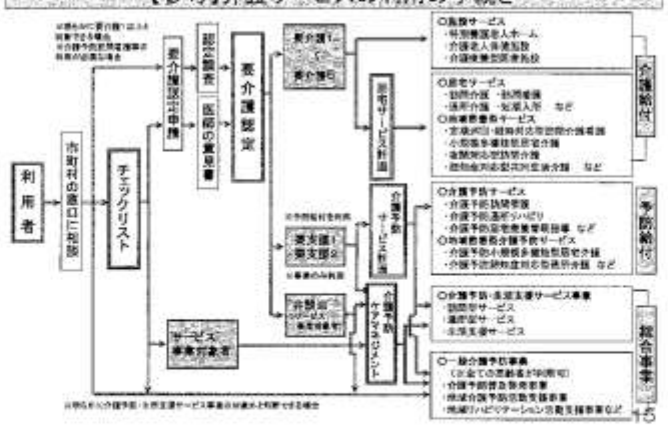
○ 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	3,382万人（65～74歳：1,745万人 75歳以上：1,637万人）	4,204万人
受給要件	・要介護状態（寝たきり、認知症等で介護が必要な状態） ・要支援状態（日常生活に支援が必要な状態）	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定
要介護（要支援）認定者数と被保険者に占める割合	607万人（17.9%）［65～74歳：76万人（2.2%） 75歳以上：532万人（15.7%）］	14万人（0.3%）
保険料負担	市町村が徴収（原則、年金から天引き）	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

（注）第1号被保険者及び要介護（要支援）認定者の数は、「平成27年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成27年度末現在の数である。第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成27年度内の月平均値である。

介護保険の保険給付等

【参考】介護サービスの利用の手続き



介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	◎居宅介護サービス 【訪問サービス】○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 【通所サービス】○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション 【短期入所サービス】○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ◎居宅介護支援 ◎施設サービス ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設	◎地域密着型介護サービス ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）
予防給付を行うサービス	◎介護予防サービス 【訪問サービス】○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 【通所サービス】○介護予防通所リハビリテーション 【短期入所サービス】○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与	◎地域密着型介護予防サービス ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ◎介護予防支援

利用者の自己負担

※1 在宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額（保険対象費用の上限）が設定されている。
※2 居宅介護支援は全額が保険給付される。平成27年8月以降、一定以上の所得者については2割負担。
※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。（例：理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など）

（参考）区分支給限度基準額について

○ 在宅サービスについて、利用者の状況に応じた適正なサービスを提供する観点から、必要な居宅介護サービスのモデルを用いて、要介護度毎に区分支給限度基準額を設定。
→ 支給限度を超えるサービスを受けた場合、超える分の費用は全額利用者負担。

介護保険給付の対象（1割自己負担）　対象外（全額自己負担）
支給限度額

○ 要介護度別の支給限度額と平均的な利用率

	支給限度額（円）	受給者1人当たり平均費用額（円）	支給限度額に占める割合（%）	支給限度額を超えている者（人）	利用者に占める支給限度額を超えている者の割合（%）
要支援1	50,030	19,891	39.4	1,537	0.3
要支援2	104,730	35,934	34.3	887	0.1
要介護1	166,920	73,893	44.3	14,408	1.8
要介護2	196,160	103,111	52.6	27,161	3.4
要介護3	269,310	154,453	57.4	13,280	2.8
要介護4	308,060	188,057	61	11,917	3.8
要介護5	360,650	233,018	64.6	8,541	4.7
合計				78,576	2.1

18

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

○ 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定
○ 標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下	
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外	
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者	

			基準費用額（日額（月額））	負担限度額（日額（月額））第1段階	第2段階	第3段階
食費			1,380円（4.2万円）	300円（0.9万円）	390円（1.2万円）	650円（2.0万円）
居住費	多床室	特養等	840円（2.5万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
		老健・療養等	370円（1.1万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
	従来型個室	特養等	1,150円（3.5万円）	320円（1.0万円）	420円（1.3万円）	820円（2.5万円）
		老健・療養等	1,640円（5.0万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型準個室		1,640円（5.0万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型個室		1,970円（6.0万円）	820円（2.5万円）	820円（2.5万円）	1,310円（4.0万円）

19

要介護認定制度について

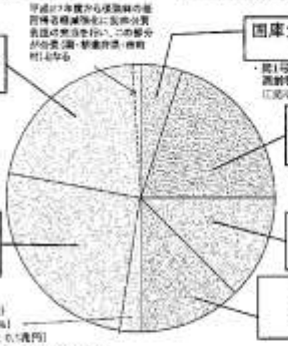
要介護認定の仕組み
○ 要介護認定（要支援認定を含む。）は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。
①一次判定… 市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。
②二次判定… 保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。

20

介護保険の財源構成と規模

（30年度予算　介護給付費：10.3兆円）
総費用ベース：11.1兆円

保険料 50%　　公費 50%



21

介護保険制度の改正の経緯

第1期（平成12年度～）
第2期（平成15年度～）
第3期（平成18年度～）
第4期（平成21年度～）
第5期（平成24年度～）
第6期（平成27年度～）
第7期（平成30年度～）

平成12年4月 介護保険法施行
平成17年改正（平成18年4月等施行）
平成20年改正（平成21年5月施行）
平成23年改正（平成24年4月等施行）
平成26年改正（平成27年4月等施行）
平成29年改正（平成30年4月等施行）

22

地域包括ケアシステムの構築について

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。
○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
○ 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。

23

平成30年度介護報酬改定

24

平成30年度介護報酬改定に係る基本的な考え方

【介護保険を取り巻く主な課題】
- 世界でも類を見ない少子高齢化
  - 団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年を見据えた対応
  - 自治体間に差がある高齢化
  - 高齢化等に伴い増加する要支援・要介護認定者、認知症者
- 増大する社会保障費・介護費用への対応
- 介護事業者の経営への配慮
- 平成29年の制度改正への対応（自立支援・重度化防止、医療・介護連携、地域共生社会の実現 等）
- 医療・介護連携の推進（地域医療構想・介護保険事業（支援）計画の同時策定、診療報酬・介護報酬の同時改定）
- その他の指摘事項
  - 経済・財政再生計画 改革工程表（経済財政諮問会議）
  - ニッポン一億総活躍プラン（H28.6.2：閣議決定）
  - 未来投資戦略2017（H29.6.9：閣議決定）

地域包括ケアシステムの推進
自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現
多様な人材の確保と生産性の向上
介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

25

介護報酬改定の改定率について

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化	▲2.3%
平成17年10月改定	○ 居住費（滞在費）に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費（滞在費）及び食費に関連する運営基準等の見直し	
平成18年度改定	○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分化・連携の強化	▲0.5% ［▲2.4%］ ※［ ］は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	3.0%
平成24年度改定	○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価	1.2%
平成26年度改定	○ 消費税の引き上げ（8%）への対応 ・基本単位数等の引き上げ ・区分支給限度基準額の引き上げ	0.63%
平成27年度改定	○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進 ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築	▲2.27%
平成29年度改定	○ 介護人材の処遇改善	1.14%
平成30年度改定	○地域包括ケアシステムの推進 ○自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○多様な人材の確保と生産性の向上 ○介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保	0.54%

26

平成30年度介護報酬改定の概要

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定　　改定率：+0.54%

Ⅰ 地域包括ケアシステムの推進

Ⅱ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上

Ⅳ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

29

Ⅰ 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応

② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

③ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

⑤ 認知症の人への対応の強化

⑥ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

30

Ⅱ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

① リハビリテーションに関する医師の関与の強化

② リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充

③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進

④ 通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入

⑤ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設

⑥ 身体的拘束等の適正化の推進

28

Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上

人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

① 生活援助の担い手の拡大

② 介護ロボットの活用の促進

③ 定期巡回型サービスのオペレーターの兼任要件等の緩和

④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

⑤ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

Ⅳ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

① 福祉用具貸与の価格の上限設定等

② 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等

③ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し

④ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等

⑤ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

31

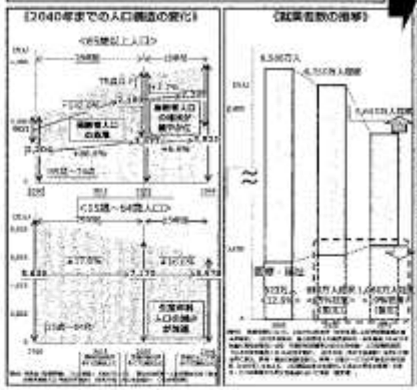
2040年を見据えた社会保障改革の課題

32

2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

2025年以降の現役世代の人口の急減という新たな局面における課題への対応が必要。



国民的な議論の下、

■ これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、

■ 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

→ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

→ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性*の向上を目指す。

33

健康寿命延伸に向けた取組

○ 健康格差の解消により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。

○ 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

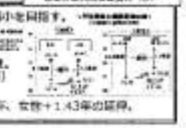
①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。（日本健康会議等）

②地域間の格差の解消

・健康寿命には、大きな地域格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。

※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、男性+1.07年、女性+1.43年の延伸。



① 健康無関心層を含めた予防・健康づくりの推進　　② 地域間の格差の解消

データヘルス

34

医療・介護・福祉サービスの生産性向上に向けて

○ 引き続き需要が増加する医療・介護等のサービスを安定的に提供するため、マンパワーの確保が課題。

○ 一方、生産年齢人口の急速な減少により労働力制約が強まる中で、他の成長分野への人材輩出も考慮すれば、医療・介護・福祉の専門人材が機能を最大限発揮することが不可欠。また、2040年まで展望すれば、AI・ロボット・ICTといったテクノロジーが急速に発展。

○ このため、健康寿命の延伸に向けた取組に加えて、医療・介護・福祉サービスの生産性改革を進める。

従事者の業務分担の見直し・効率的な配置の推進

● 医師の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進（モデル事業の実施と全国展開）

● 介護ロボット活用による特養での効率的な配置の推進（モデル事業の実施と全国展開）

● 保育補助者など多様な人材活用による保育業務の効率化

テクノロジーの最大活用

● 医療機関におけるAI・ICT等の活用推進、診断等の質の向上や効率化に資する医療機器等の開発支援

● 介護サービス事業所間の連携等に係るICT標準仕様の策定・普及

● 保育所等におけるICT化の推進

● 病院長研修など医療機関のマネジメント改革への支援推進

● 介護分野、障害福祉分野における生産性向上ガイドラインの作成・普及

● 保育業務に関するタイムスタディ調査の実施、好事例の収集・横展開

マネジメント改革の支援

35

厚生労働省

介護相談員派遣等事業の現状と関連施策の動向について

平成30年6月18日

厚生労働省 老健局 高齢者支援課

介護相談員派遣等事業の概要

○市町村に登録された介護相談員(※)が、介護サービス施設・事業所に出向いて、利用者の疑問や不満、不安を受け付け、介護サービス提供事業者及び行政との橋渡しをしながら、問題の改善や介護サービスの質の向上につなげる取組

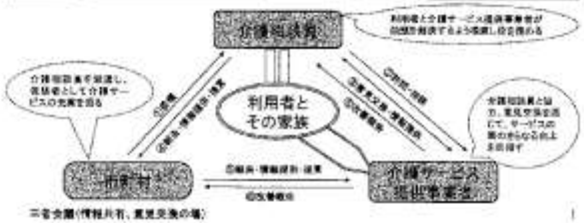
(※)事業の実施に相応しい人格と熱意を有し、一定水準以上の研修を修了した者(市町村が登録)

○介護保険制度における位置付け

・地域支援事業の任意事業(介護サービスの質の向上に資する事業)として実施(国の負担割合 38.5%)

・介護サービス提供事業者は、市町村が実施する本事業に協力するよう努める義務(努力義務)を規定

[illegible]



三者会議(情報共有、意見交換の場)

1

介護相談員派遣等事業の位置付け

○ 地域支援事業の実施について(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)

別紙 地域支援事業実施要綱

別記4 任意事業 3 事業内容 (3)その他の事業 カ 地域自立生活支援事業

② 介護サービスの質の向上に資する事業

地域で活躍している高齢者や民生委員等が、介護サービス利用者のための相談等に応じるボランティア(介護相談員)として、利用者の疑問や不満、不安の解消を図るとともに、サービス担当者と意見交換等(介護相談員派遣等事業)を行う。

○ 介護相談員派遣等事業の実施について

(平成18年5月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局計画課長通知)

申出のあったサービス事業所等に介護相談員(介護サービスの提供の場を訪ね、サービスを利用する者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者)を派遣

⇩

利用者の疑問や不満、不安の解消

事業所の介護サービスの質の向上

問題提起・提案解決型の事業

2

介護相談員の活動状況①

実施状況

介護相談員数	4,[illegible]人	実施市町村数(実施率)	433市区町村(24.9%)	受入事業所数	約9,700ヶ所

受入状況

サービスの種類			受入事業所数	実施市町村の事業所数	受入割合
施設サービス		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
居宅サービス	訪問サービス	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	通所サービス	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	短期入所サービス	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	特定施設入居者生活介護	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
地域密着型サービス		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

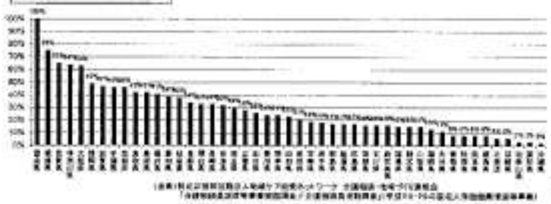
3

介護相談員の活動状況②

相談・観察件数

相談・観察件数(うち改善件数)	平成26年度		平成28年度		平成33年度		平成20年度	
①[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
②[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
③[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
④[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
⑤[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
⑥[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
⑦人間関係・プライバシー関係	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

都道府県別市町村事業実施率

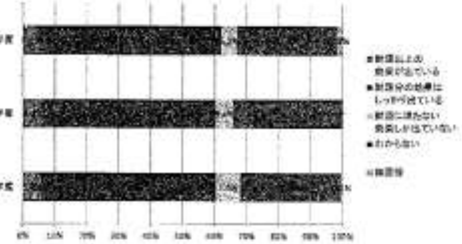


4

介護相談員派遣等事業の事業効果①(自治体から見た効果)

費用対効果

○ 介護相談員派遣等事業の費用対効果について、「効果が出ている」(=「財源以上の効果が出ている」+「財源分の効果はしっかり出ている」)が[illegible]割強を占めており、事業実施自治体の多くが肯定的に評価している。

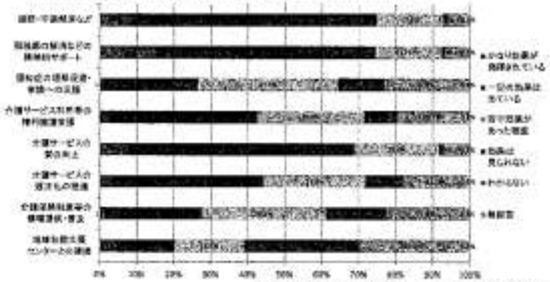


5

介護相談員派遣等事業の事業効果②(自治体から見た効果)

事業効果

○ 介護相談員派遣等事業の事業効果について、「疑問・不満解消など」「苦情等の解消などの提供的サポート」「介護サービスの質の向上」で約7割の自治体が「効果が出ている」(=「かなり効果が発揮されている」+「一定の効果はでている」)と評価しており、事業実施自治体の多くが効果を実感している。

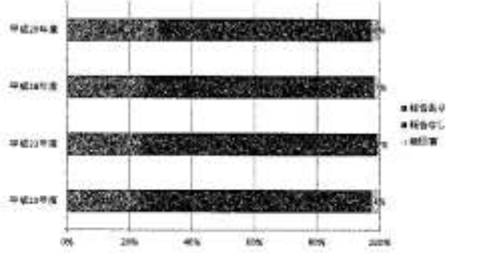


6

介護相談員派遣等事業の事業効果③(自治体から見た効果)

身体拘束報告件数

○ 1年間の介護相談員からの身体拘束に関する報告の有無について、約[illegible]割の事業実施自治体で報告を受けており、報告件数は増加傾向。

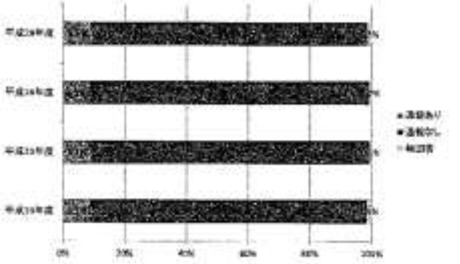


7

介護相談員派遣等事業の事業効果④(自治体から見た効果)

虐待通報件数

○ 1年間の介護相談員からの虐待に関する通報の有無について、約1割の事業実施自治体で通報を受けている。

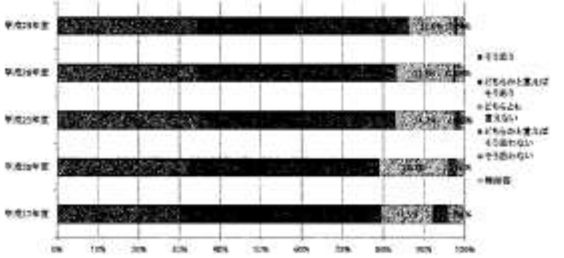


8

介護相談員派遣等事業の事業効果⑤(自治体から見た効果)

身体拘束・虐待抑止効果

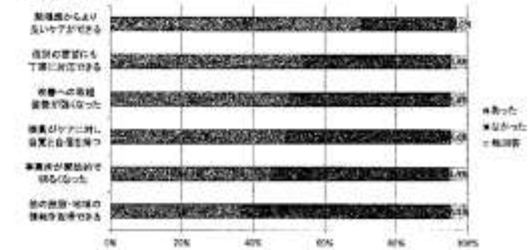
○ 介護相談員の訪問が身体拘束・虐待を抑制しているかについて、約9割の事業実施自治体が抑止効果を実感しており、抑止効果を実感する事業実施自治体は増加傾向。



9

介護相談員派遣等事業の事業効果⑥(事業者から見た効果)

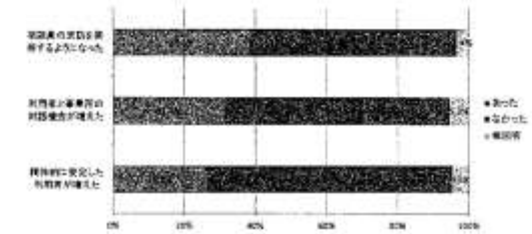
職員・事業所の変化



10

介護相談員派遣等事業の事業効果⑦(事業者から見た効果)

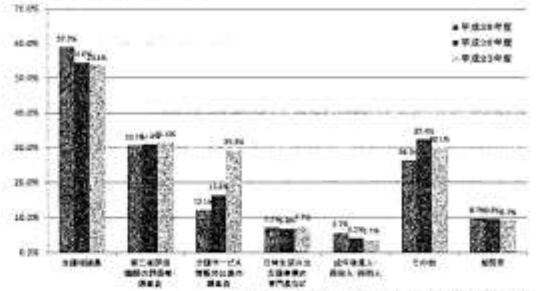
利用者の変化



11

介護相談員派遣等事業の事業効果⑧(事業者から見た効果)

役立つ助言・提案等



12

高齢者虐待の現状と課題

13

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の概要

目的(法第1条)

定義(法第2条)

国・地方公共団体の責務等(法第3条)

虐待防止等

養護者による高齢者虐待(法第6～19条)	養介護施設従事者等による高齢者虐待(法第20～25条)
[スキーム] 通報 → 市町村	[スキーム] 通報 → 市町村 → 報告 → 都道府県

調査研究(法第26条)

14

《補足》高齢者虐待の類型

身体的虐待	[illegible]	[illegible]
介護・世話の放棄・放任	[illegible]	[illegible]
心理的虐待	[illegible]	[illegible]
性的虐待	[illegible]	[illegible]
経済的虐待	[illegible]	[illegible]

《補足》高齢者虐待防止法上の「養介護施設」「養介護事業」の定義

老人福祉法	・老人福祉施設 ・有料老人ホーム	・老人居宅生活支援事業
介護保険法	・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設 ・介護医療院 ・地域密着型介護老人福祉施設 ・地域包括支援センター	・居宅サービス事業 ・地域密着型サービス事業 ・居宅介護支援事業 ・介護予防サービス事業 ・地域密着型介護予防サービス事業 ・介護予防支援事業

15

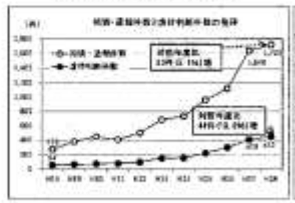
高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査結果の概要(平成28年度)

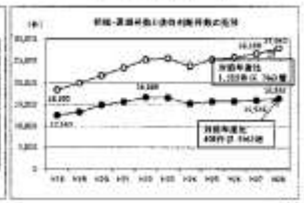
○養介護施設従事者等による虐待(※1)
相談・通報件数は1,723件、虐待判断件数は452件といずれも過去最高。

○養護者による虐待(※2)
相談・通報件数は27,940件、虐待判断件数は16,384件。相談・通報件数は過去最高。

養介護施設従事者等による虐待

養護者による虐待





16

高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査結果のポイント(平成28年度)

	養介護施設従事者等による虐待	養護者による虐待
虐待者	・男性 57.1%、女性 41.4% (参考)介護従事者全体 21.4%	・息子 40.5%、夫 21.5%、娘 17.0%
通報者	・当該施設職員が23.4%で最多	・介護支援専門員が29.5%で最多
主な発生要因	・教育・知識・介護技術等に関する問題 65.9% ・職員のストレスや感情コントロールの問題 24.1%	・虐待者の介護疲れ・介護ストレス 27.4% ・虐待者の障害・疾病 21.3%
虐待種別(複数回答)	・身体的虐待 65.5% ・心理的虐待 27.5% ・介護等放棄 27.0% ・経済的虐待 9.1% ・性的虐待 2.8%	・身体的虐待 67.9% ・心理的虐待 41.3% ・介護等放棄 19.6% ・経済的虐待 18.1% ・性的虐待 0.6%
虐待等による死亡事例	・0件	・24件、25人(対前年度比 4件、5人増)

17

ー養介護施設従事者等による虐待と対応ー①

○相談・通報者の内訳　（割合：%）

本人	家族・親族	当該施設職員	当該施設元職員	当該施設管理者等	医療機関従事者（医師含む）	介護支援専門員	介護相談員
1.8	17.6	23.4	8.3	12.3	3.2	4.0	1.5
地域包括支援センター職員	社会福祉協議会職員	国保連	都道府県	警察	その他	不明（匿名含む）	
3.2	0.5	0.4	2.6	1.7	12.9	6.7	

○被虐待高齢者の性別　（割合：%）

男性	女性
29.4	70.6

○養介護施設従事者等（虐待者・従事者全体）の性別　（割合：%）

虐待者		介護従事者	
男性	女性	男性	女性
57.1	41.4	21.4	76.2

○被虐待高齢者の年齢　（割合：%）

65歳未満障害者	65〜69歳	70〜74歳	75〜79歳	80〜84歳	85〜89歳	90〜94歳	95歳以上	不明
2.5	3.1	5.1	8.2	20.1	23.9	18.8	10.8	6.6

ー養介護施設従事者等による虐待と対応ー②

○虐待の種別　（複数回答）（割合：%）

身体的虐待			介護等放棄	心理的虐待	性的虐待	経済的虐待
	身体拘束あり	身体拘束なし				
65.5	38.3	61.7	27.0	27.5	2.8	9.1

○虐待の発生要因　（複数回答）

養介護施設従事者等による虐待	件数	割合（%）
教育・知識・介護技術等に関する問題	289	66.9
職員のストレスや感情コントロールの問題	104	24.1
倫理観や理念の欠如	54	12.5
虐待を行った職員の性格や資質の問題	52	12.0
人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ	38	8.8
虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ	25	5.8

○相談・通報の受理から事実確認開始までの期間（中央値：4日）

	0日	1日	2日	3〜6日	7〜13日	14〜20日	21〜27日	28日以上
件数	345	159	75	270	248	162	88	246

○相談・通報の受理から虐待確認までの期間（中央値：14日）

	0日	1日	2日	3〜6日	7〜13日	14〜20日	21〜27日	28日以上
件数	62	23	11	50	50	45	29	180

ー養介護施設従事者等による虐待と対応ー③

○被虐待高齢者の要介護度　（割合：%）

自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明	（再掲）要介護3以上
0.0	0.8	0.5	3.5	11.7	30.6	28.0	24.6	8.3	73.2

○被虐待高齢者の認知症日常生活自立度　（割合：%）

自立・認知症なし	自立度Ⅰ	自立度Ⅱ	自立度Ⅲ	自立度Ⅳ	自立度M	自立度不明※1	認知症不明	（再掲）自立度Ⅱ以上※2
2.0	4.3	16.7	31.7	15.7	2.4	12.0	15.3	78.5

※1 認知症はあるが自立度不明の割合を意味するため、「自立度Ⅱ以上」の中に「自立度」が含まれている可能性がある。
※2 自立度Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・M・自立度不明の割合

○被虐待高齢者の寝たきり度（日常生活自立度）　（割合：%）

自立	寝たきり度J	寝たきり度A	寝たきり度B	寝たきり度C	不明	（再掲）寝たきり度A以上
2.2	2.2	21.0	32.2	11.7	30.7	64.9

ー養介護施設従事者等による虐待と対応ー④

○虐待の事実が認められた施設・事業所の種別　（割合：%）

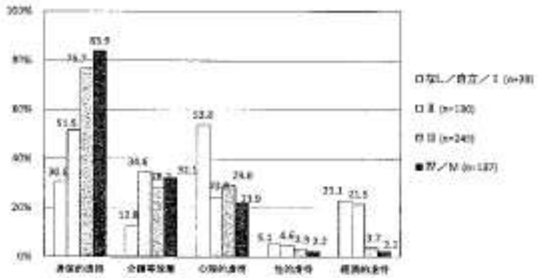
特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	有料老人ホーム	小規模多機能型居宅介護等	軽費老人ホーム
27.4	11.5	0.0	14.6	26.5	2.4	0.4
養護老人ホーム	短期入所施設	訪問介護等	通所介護等	居宅介護支援等	その他	
0.2	1.5	5.1	7.3	0.7	2.2	

○虐待を行った養介護施設従事者等（虐待者）の職種　（割合：%）

介護職	看護職	管理職	施設長	経営者・開設者	その他	不明
81.0	4.4	4.4	4.4	2.1	3.1	0.4

入所系施設における被虐待高齢者の認知症の程度と虐待種別との相関関係

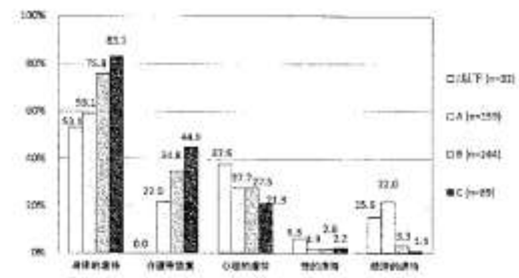
○入所系施設において、被虐待高齢者に認知症がある場合、重度（認知症日常生活自立度が高い）ほど「身体的虐待」を受ける割合が高くなる。



※入所系施設は介護保険3施設、グループホーム、小規模多機能、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、短期入所施設を指す。虐待種別は複数回答形式で集計。認知症の有無・程度が不明のケースや施設種別が「その他」のケースを除く。

入所系施設における被虐待高齢者の寝たきり度と虐待種別との相関関係

○入所系施設において、被虐待高齢者の寝たきり度（日常生活自立度）が高いほど身体的虐待、介護等放棄を受ける割合が高くなる。



※入所系施設は介護保険3施設、グループホーム、小規模多機能、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、短期入所施設を指す。虐待種別は複数回答形式で集計。寝たきり度が不明のケースを除く。

ー市町村における体制整備等ー

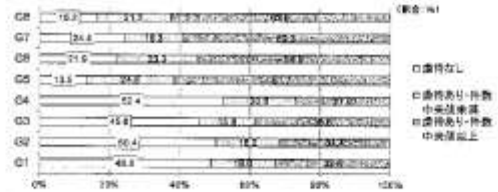
（割合：%）

	項目	28実施済	27実施済
体制・施策強化	高齢者虐待対応窓口の住民への周知	82.6	80.6
	地域包括支援センター等関係者への研修	76.0	75.1
	講演会・広報誌等による住民への啓発活動	65.0	64.4
	独自の高齢者虐待対応マニュアル・業務指針等の作成	65.1	64.7
	虐待を行った養護者に対する相談・指導・助言	83.6	82.9
	セルフネグレクトの早期発見の取組や相談等	83.5	82.3
	成年後見制度の市区町村長申立ての庁内体制の強化	80.2	80.7
	警察署長への援助要請等での警察署担当者との協議	59.4	57.4
	居室確保のための関係機関との調整	69.7	69.8
ネットワーク構築	「早期発見・見守りネットワーク（民生委員・社会福祉協議会等）」構築	73.8	73.9
	「保健医療福祉サービス介入支援ネットワーク（介護保険事業者・医療機関等）」構築	49.1	49.7
	「関係専門機関介入支援ネットワーク（警察・弁護士等）」構築	48.4	49.1
法の周知	居宅介護サービス事業者への法の周知	65.2	64.9
	介護保険施設への法の周知	60.3	58.9

市町村における体制整備等と養護者虐待の虐待判断件数との相関関係

○体制整備等が進んでいる市町村ほど、進んでいない市町村よりも養護者による高齢者虐待の高齢者人口当たりの虐待判断件数が多い。

※市町村における体制整備等と養護者虐待の相談・通報件数との相関関係も同様の傾向



※市町村における体制整備等の取組を「体制・施策強化等」「ネットワーク構築」「法の周知」の関連性の高い3グループに分類し（因子分析）、グループごとに取組が行われている個数が平均以上か平均以下かにより、市町村を8グループに分類。

G8	△	△	△	20.2	G4	▼	△	△	[illegible]
G7	△	△	▼	7.1	G3	▼	△	▼	[illegible]
G6	△	▼	△	12.1	G2	▼	▼	△	7.2
G5	△	▼	▼	7.8	G1	▼	▼	▼	21.8

高齢者虐待調査の結果を踏まえた地方公共団体での対応の強化

基本的事項

○市町村等の体制整備　相談・通報受付窓口の設置・周知、関係機関の連携協力体制、[illegible]について、幅広くかつ定期的に検討することが必要

未然防止

○施設職員等への研修
○地域住民への啓発
○介護保険サービスの適切な活用
○認知症への理解促進のための普及啓発等

早期発見

○虐待防止対応の体制整備
○相談・通報制度の周知
○虐待事案の分析
　[illegible]

初期段階での迅速かつ適切な対応

○密室性や感情が入りやすいという特質を踏まえた虐待につながる情報の察知
○相談・通報受理から事実確認開始までの期間等の短縮

高齢者虐待は依然として増加傾向

体制整備の一層の充実・再発防止に向けた取組強化

○実態把握（早期発見）への更なる取組
　・ホームページ・リーフレットの活用等通報窓口の周知徹底　→　[illegible]
　・介護相談員の活用等施設での外部の目の導入　→　[illegible]
○対応力の強化
　[illegible]
○対応・支援の適切な実施
　[illegible]
○重篤事案の事後検証・再発防止
　[illegible]

高齢者権利擁護等推進事業（平成30年度予算額 94,062千円）

1 目的
「高齢者の尊厳の保持」の視点に立って、虐待防止及び虐待を受けた高齢者の被害の防止や救済を図り、高齢者の権利擁護を推進
2 根拠規定　高齢者虐待防止法第3条
3 実施主体　都道府県
4 負担割合　国 1／2　都道府県 1／2
5 事業内容
(1)介護施設・サービス事業者への支援
①身体拘束ゼロ作戦推進会議
②権利擁護推進員養成研修
③看護職員研修
(2)市町村への支援
①権利擁護相談窓口の設置
②市町村職員等の対応力強化研修
③ネットワーク構築等支援
(3)地域住民への普及啓発
①地域住民向けのシンポジウム等の開催
②地域住民向けリーフレット等の作成
6 創設年度　平成19年度（※平成29年度より内容見直し）

27

高齢者権利擁護等推進事業の見直し

～平成28年度

(1)身体拘束ゼロ作戦推進会議
(2)介護施設・サービス事業従事者の権利擁護推進事業
ア 権利擁護推進員養成研修
イ 看護職員研修
(3)権利擁護相談支援事業
ア 権利擁護相談窓口の設置
イ 権利擁護に関する普及啓発
ウ その他
(4)権利擁護強化事業
(5)高齢者虐待防止シェルター確保事業

行政事業レビューの所見や福祉行政の意見を踏まえた見直し方針

◆事業の再構築
◆成果目標の見直し

平成29年度～

(1)介護施設・サービス事業者への支援
①身体拘束ゼロ作戦推進会議【継続】
②権利擁護推進員養成研修【拡充】
③看護職員研修【継続】
(2)市町村への支援
①権利擁護相談窓口の設置【継続】
②市町村職員等の対応力強化研修【新規】
③ネットワーク構築等支援【新規】
(3)地域住民への普及啓発
①地域住民向けのシンポジウム等の開催【継続】
②地域住民向けリーフレット等の作成【新規】

28

当該事業と市町村の積極的な取組みが望まれる体制整備の関係について

29

高齢者虐待対応マニュアル(※)の改訂（平成30年3月）

(※)「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」

30

身体拘束の廃止

31

身体拘束ゼロへの取組

国
■身体拘束ゼロ作戦推進会議の開催（平成12年6月、平成13年3月・12月）
■「身体拘束ゼロへの手引き」の作成・普及（平成13年度）

都道府県
■身体拘束ゼロ作戦推進協議会の開催（平成13年度～）
■身体拘束相談窓口の設置（平成13年度～平成17年度）
■相談員養成研修の実施（平成13年度～平成17年度）
■身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催（平成14年度～平成17年度）
■権利擁護推進員養成研修・看護職員研修の実施（平成17年度～）
■身体拘束廃止事例等報告検討会の開催（平成18年度～）

市町村
■身体拘束相談窓口の設置（平成18年度～）
■相談員養成研修の実施（平成18年度～）
■身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催（平成18年度～）

施設
■介護保険指定基準上、原則身体拘束禁止を規定（平成12年度）
■介護報酬上、身体拘束廃止未実施減算を新設（平成18年度）

32

現行法令における身体的拘束禁止の規定（介護保険施設等）

施設・居住サービス系について、介護保険法で委任規定を設けたうえで、厚生労働省令に以下の事項を規定

○介護保険法
（指定介護老人福祉施設の基準）
第88条 第2項
前項に規定するもののほか、指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準は、厚生労働大臣が定める。

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号）
（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）
第11条 第4項
指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

第5項
指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

第6項
指定介護老人福祉施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。
一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
三 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

33

「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件

3つの要件を全て満たし、要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されていることが必要

1. 切迫性
利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

2. 非代替性
身体拘束以外に代替する介護方法がないこと

3. 一時性
身体拘束が一時的なものであること

※留意事項
・「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、施設全体で判断することが必要である。
・身体拘束の内容、目的、時間、期間などを高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることが必要である。
・介護保険サービス提供者には、身体拘束に関する記録の作成等が義務づけられている。

34

身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」で、具体的には次のような行為を指す。

① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

「身体拘束ゼロへの手引き」（平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）35

身体拘束がもたらす多くの弊害

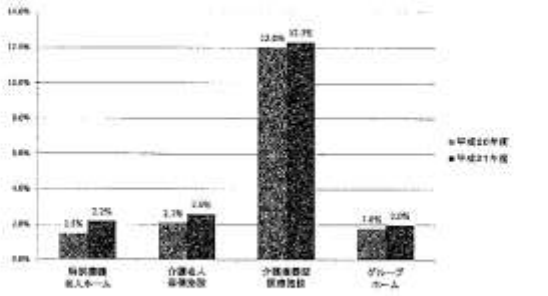
○身体的弊害
- 関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡の発生などの外的弊害
- 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害
- 転倒や転落事故、窒息などの大事故を発生させる危険性

○精神的弊害
- 不安、怒り、屈辱、あきらめなどの精神的苦痛、認知症の進行やせん妄の頻発
- 家族に与える精神的苦痛、罪悪感や後悔
- 看護・介護スタッフが誇りを失い、士気が低下する。

○社会的弊害
- 看護・介護スタッフ自身の士気の低下を招くこと。また、介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こすおそれがあること。
- 身体拘束による高齢者の心身機能の低下は、その人のQOLを低下させるだけでなく、さらなる医療的処置を生じさせ、経済的にも影響をもたらす。

介護保険関連施設での身体拘束における拘束率

○入所者に占める身体拘束されている者の割合は、いずれも減少傾向



虐待・身体拘束未然防止に向けた介護相談員の役割

～不適切ケアを見分ける介護相談員の育成～

ＮＰＯ法人　メイアイヘルプユー事務局長
（特別養老人ホーム　清水坂あじさい荘　元副施設長）　鳥海　房枝

1．高齢者施設における身体拘束廃止への取り組み

・平成12年4月　介護保険下における３施設での身体拘束を原則禁止とし、身体拘束に該当する事項として11項目を定め翌年の３月に公表（身体拘束ゼロ推進会議、マニュアル作成部会、ハード部会で論議・・身体拘束ゼロへの手引き作成）

・各都道府県は身体拘束ゼロ推進会議を発足させ、各種研修などを開催

2．平成18年高齢者虐待防止法施行

・高齢者虐待防止法の施行（身体的・心理的・性的・経済的・介護放棄）

・介護保険法の一部改正・・・安易な身体拘束に対する介護報酬の減額

これにより身体拘束に該当するか否かに、一部の施設の関心が高くなった。また11項目以外の拘束が見られる現状もある。

・単に身体拘束を禁止するだけでは、それ以外の手段を使った拘束を生み出す現象は、他の国でも見られる。

・身体拘束は、切迫性・非代替性・一時性の要件が求められ、手続きと記録を必要とする。また、身体拘束をした場合は、その解除を目標に日々の状態を観察し、介護方法を検討している記録も必要になる。

3．利用者の安全を名目にして行われてきた身体拘束

・危険回避できない利用者を守る手段として

・家族が危険回避を求める

・職員の人手不足・・見守りにより危険を回避するという考え方

4．高齢者施設のあり方

① 医療施設との違いは何か

・医療モデルから生活モデルへの転換

治療中心から生活優先へ　→　将来より現在

医療は明日や将来にむけて受けるもの

老いの暮らしとは今日できることが明日も可能かが不確か

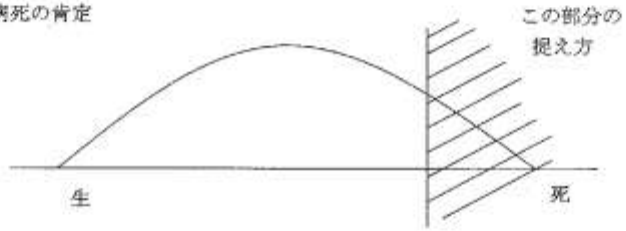
② 暮らしの場に管理は不要

・一律の日課の押しつけは管理の象徴

・QOLの尊重とは徹底的な生活習慣の保証と個別ケアの実践

③ 老いの見方

・生老病死の肯定



5．身体拘束ゼロが問うていること

① 医療現場から始まっている身体拘束（身体抑制）

・手術を伴う外科、小児科・精神科領域では治療上、身体抑制が必要とされてきた。しかし現在は、身体拘束が及ぼす患者への影響を考慮し、それを最小限にすべく、精神科や一般病院（急性期）でも取り組まれ始めている。①身体拘束をしない入院治療は、在院期間を短縮させる、②身体拘束をやめるとインシデントは増えるがアクシデント件数は増えない、という調査結果報告がある。（金沢大学付属病院、都立松澤病院などでの取り組みより）

② 介護現場で身体拘束が起こったきっかけ

・日課に沿った一律ケア

目的をまちがえた離床運動と車椅子ベルト

定時おむつ交換と介護服使用

一律の着替えによる不穏状態

・医療現場で使われている用具（ベッド・車いす等）を、高齢者の暮らしの場に再検討せずに導入

③ 作業から介護へ

・身体拘束ゼロをケアの目標にしない（身体拘束11項目の廃止を目標にすると、新たな身体拘束が生まれる危険がある）

・身体拘束、虐待と称されることがなぜ必要になっているのか、その理由

を振り返る機会にする。特に認知症の利用者の行動障害は、現状の対応へのイエローカードと受け止める（例、異食、オムツ外しや便いじりの受け止め方とその対応）

・看護と介護の見直しと環境整備により、結果的に身体拘束不要の現場をつくり出す

・利用者のできることを見出して役割を持ってもらう。できることを奪わない。見る側と見られる側に固定することは利用者を受け身にし、生活者であることから遠ざける。（利用者それぞれの居場所づくり）

6、人権を守るケアとは

不穏状態を起こしやすい関わり方を振り返る

最後まで人として関われたかを評価する・・・遺体はケアの通信簿

3大介護の中から

食事→「365日　1日3食、食べなければならないのが辛い」の利用者の言葉の受け止め方

入浴→齢を重ねるにつれ入浴が面倒になることもあるのではないか？

排泄→齢を重ねても、どのような身体状況であっても「排泄」は待ったなし、我慢することはできない。ここが食事・入浴と異なる

終末期のケアから

遺体から介護を検証する（人らしい姿のご遺体か）

口の閉じない姿・・・顎関節の拘縮、口腔内の汚れ

棺桶のふたの閉じない関節拘縮・・・肩関節、股関節、膝関節の強度拘縮

おむつかぶれ、床ずれ、皮膚の汚れと損傷

7、介護相談員の役割と存在意義

①介護相談員へのアンケートにより、現場の虐待・身体拘束・不適切ケアの実態が明らかになった

②介護相談員と行政監査、第三者評価の違い

・行政監査は、必要事項を短時間でチェックして、必要事項を指摘する。なぜそのような手法を取っているのかといったサービスそのものについてやりとりする場ではない。そのため「官に施策あれば民に対策あり」になりがちで、身体拘束11項目に焦点が行き、いわゆる『民の対策』の内容に気付きにくい。

・第三者評価は、事前に現場から必要な資料を提出してもらい、ヒアリングの当日は現場も見せてもらいながら、職員からケアの根拠等を尋ねる。（受審が義務になっている自治体もある）ただし現状では第三者評価の受審率は圧倒的に低い。さらに、現場視察といっても1～2日現場を見て課題認識や不適切ケアに気づけることは少ない。

・介護相談員の役割

研修の受講により一定程度の知識を持つ。

社会経験がある。

自ら望んで引き受けている役割であるため自発的である。

同じ相談員が、同じ事業所を定期的に訪れている。

事業所訪問日は決まっており、抜き打ちではない。

利用者、職員の双方を理解しようとする姿勢を持ち、そのうえで「より良いケア」を考える。事業所を理解しようとする姿勢がある。

③まとめ

対立、摘発から得られるものは少ない。

不適切ケアに鈍感になった先に身体拘束や虐待が生まれる。

自分が受けるケアとしてどうか（？）と感じた時が気づきの第一歩になる。

要は、「良いケア」とは何か、それを問い続けること。

確かな視点を持ち、継続的に同じ現場を第三者としてみているのは、介護相談員以外にいない。

６

都道府県・市町村・介護相談員に対する取組促進の支援

自治体主催の勉強会の開催支援

介護相談員派遣等事業について市町村における取り組み推進を図るため、事業周知の説明会及び介護相談員の資質向上の勉強会の開催支援を行った。

(1) 大阪府

① 日時

平成 30 年 8 月 27 日（月）13 時 15 分～17 時

② 会場

大阪赤十字会館　4 階 401 会議室

③ 受講者数

40 名　（市町村事務局）

④ 内容

・介護相談員派遣等事業について

・ｸﾞﾙｰﾌﾟﾜｰｸ（テーマ）

- 介護相談員の人材確保について
- 介護相談員の資質の確保について
- 介護相談員派遣先への広報及び派遣先事業者の選定について
- 介護相談員派遣等事業事務局の実施体制について　他

(2) 北海道

① 日時

平成 30 年 10 月 25 日（木）～10 月 26 日（金）

② 会場

本別温泉グランドホテル

③ 受講者数

58 名　（受入事業者　4、介護相談員　36、市町村事務局　18）

④ 内容

・介護相談員派遣等事業について

・ｸﾞﾙｰﾌﾟﾜｰｸ（テーマ）

介護相談員とは（本来の役割について）

・介護相談員派遣事業における事務局の役割について

(3) 金沢市

① 日時

平成 30 年 12 月 19 日（水）14 時～16 時

② 会場

金沢市松ヶ枝福祉館　4 階　集会室

③ 受講者数

74 名　（受入事業者　15、介護相談員　56、事務局　3）

④ 内容

・介護相談員派遣等事業の評価・介護相談員の意義と役割

(4) 高島市

① 日時

平成 31 年 2 月 27 日（水）13 時 30 分～15 時 30 分

② 会場

高島市観光物産プラザ

③ 受講者数

28 名　（受入事業者　11、介護相談員　14、事務局　3）

④ 内容

・介護相談員が介護の現場で見るもの
～利用者の「声なき声」を聴く～

・今後の介護相談員派遣事業のために
～高島市介護相談員の事例報告を通して～

参考資料

その他　平成 30 年度研修実施状況（補助金対象外）

介護相談員全国研修

平成 30 年度に実施した介護相談員全国研修について
養成研修、現任研修Ⅰ・Ⅱ、事務局担当者研修は下記の通り実施。

（１）介護相談員養成研修

①受講対象者
市町村から派遣される新任の介護相談員、市町村等の事務局担当者

②日程・会場

会場名	前　　期	後　　期
大阪	平成 30 年 7 月 10 日（火）～7 月 13 日（金）	9 月　7 日（金）
東京	平成 30 年 7 月 31 日（火）～8 月　3　日（金）	9 月 14 日（金）

大阪会場：ＡＰ大阪駅前　梅田 1 丁目
東京会場：ＫＦＣホール

③修了者数

257 人－35 都道府県、134 市区町村（広域連合等を含む）

		大阪	東京	合計
内訳	介護相談員	105	142	247
	事務局担当者	3	7	10
修了人数		108	149	257

④研修内容　平成 30 年度介護相談員養成研修カリキュラム

前期研修

	講義時間	(分)	内　　容	大阪	東京
1日目	12:15～13:00		（受付）	7 月 10 日（火）	7 月 31 日（火）
	13:00～13:10	10	●オリエンテーション ・研修留意事項　　・研修内容説明	介護相談・地域づくり連絡会	
	13:10～14:40	90	●介護相談員の意義と役割 ・介護相談員派遣等事業の目的等 ・介護保険と介護相談員	介護相談・地域づくり連絡会 事務局長　菅原 弘子	
	14:50～16:00	70	●介護保険制度① ・介護保険の基礎知識	介護相談・地域づくり連絡会 事務局長代理　石黒　秀喜	
	16:10～17:30	80	●介護保険制度② ・介護保険最新情報　等	厚生労働省 老健局 老人保健課企画法令係 山口　真由	振興課 法令係 小磯　卓也

	講義時間	(分)	内　　容	7 月 11 日(水)	8 月 1 日(水)
2日目	9:30～10:50	80	●施設の居住環境とケアの質 ・施設サービスの理解 介護保険 3 施設の比較、老人福祉施設の種類と性格　等 ・居宅サービスの理解　ーケアマネジメント	NPO 法人　日本地域福祉研究所 主任研究員　高橋　信幸	
	11:00～12:00	60	・個室・ユニットケアとは ビデオ「多床室と個室化・ユニットケア」	介護相談・地域づくり連絡会 事務局長　菅原 弘子	
	13:00～15:10	130	●利用者の権利擁護 ・権利擁護 ・成年後見制度、市民後見人について	髙村浩法律事務所 弁護士　髙村　浩	
	15:20～16:20	60	●高齢者の理解 ・高齢者の身体的および精神的特性 ・高齢者になると現れる変化	東京都健康長寿医療センター研究所 前副所長　高橋　龍太郎	
	16:30～17:30	50	●虐待への対応 ・高齢者虐待防止法 ・高齢者虐待の定義	社会医療法人　慈薫会 介護老人保健施設　大阪緑ヶ丘 事務長　柴尾　慶次	

	講義時間	(分)	内　　容	7 月 12 日（木）	8 月 2 日（木）
3日目	9:30～11:00	90	●身体拘束への対応 ・身体拘束禁止の対象となる具体的な行為 ・身体拘束廃止に向けての取組み	NPO 法人　メイアイヘルプユー 事務局長　鳥海　房江	
	11:10～12:00	50	●認知症の人といかに向き合うか ・ビデオ「お山のおうち」	介護相談・地域づくり連絡会 事務局長　菅原 弘子	
	13:00～14:30	90	●認知症の正しい理解 ・認知症の基礎知識 ※認知症サポーター講座を兼ねる	群馬大学大学院 名誉教授　山口　晴保	
	14:40～15:50	70	●ケアを見る目を養う ・自立支援　ケアとは、その考え方と方法　等	佐賀大学大学院医学系研究科 准教授　松尾　清美	
	16:00～18:00	120	●コミュニケーション技法とトレーニング ・コミュニケーションの技法と演習	昭和大学　保健医療学部 講師　大谷　佳子	

	講義時間	(分)	内　　容	7月13日(金)	8月3日(金)
4日目	9:30～15:30	300	●相談活動から記録・報告まで ①相談活動における「記録」のあり方、実技演習 ・相談事例ＤＶＤ視聴 ・事例から相談内容の抽出・キーワード整理 ・ｸﾞﾙｰﾌﾟﾜｰｸ「相談記録票の作成」 ・発表／講評 ②相談活動における「報告」のあり方、実技演習 ・ｸﾞﾙｰﾌﾟﾜｰｸ「活動報告書の作成」 ・発表／講評 ③ﾛｰﾙﾌﾟﾚｲ：相談活動と報告･伝え方のﾎﾟｲﾝﾄ ・実技演習/講評	福祉と介護のマネジメント研究会 代表　見平　隆 介護相談・地域づくり連絡会 事務局長代理　石黒　秀喜	
	15:40～16:00	20	●施設訪問・自治体ヒアリングについて	介護相談・地域づくり連絡会 事務局長　菅原 弘子	

フィールドワーク実習（９時間）　　前期研修修了後１ヶ月以内に実施

●介護施設等訪問実習　（７時間）
下記の①～③のうち２カ所以上を訪問
①介護保険施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設等)、
その他、有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）
地域密着型サービス（グループホーム・小規模多機能居宅介護等）から１カ所
②通所サービス（(デイサービス・デイケア)、短期入所サービス（ショートステイ）から１カ所
③訪問サービス（訪問介護、訪問リハ等）利用者の居宅　（居宅訪問を行った場合）
※各自治体で受け入れ事業所を選定・調整

●地域ケア体制(介護保険事業計画等)のﾋｱﾘﾝｸﾞ（２時間）
※各自治体で対応　　レポート提出〆切

大阪	東京
8月30日（木）	9月6日(木)

後期研修（フォローアップ）

	講義時間	(分)	内　　容	大阪	東京
フォローアップ	9:20～10:00		（受付）	9月7日（金）	9月14日（金）
	10:00～10:10	10	●オリエンテーション	介護相談・地域づくり連絡会	
	10:10～15:10	240	●フィールドワーク活動報告と検討 ・ｸﾞﾙｰﾌﾟﾜｰｸ（活動レポートの発表と意見交換） ・ｸﾞﾙｰﾌﾟ発表とフォローアップ ・実践活動にむけて	介護相談・地域づくり連絡会 事務局長　菅原 弘子	
	15:20～16:00	40	●介護相談員への期待・修了証授与	介護相談・地域づくり連絡会 事務局長　菅原 弘子	

（２）介護相談員現任研修

現任研修Ⅰ

①受講対象者

・平成 12 年度～平成 29 年度に介護相談員養成研修を修了し、1 年以上の活動実績がある介護相談員

・市区町村の事務局担当者（養成研修を修了していなくても受講可能）

②日程・会場

会場名	日　　程
東京	平成 30 年 5 月 24 日（木）　～　5 月 25 日（金）
大阪	平成 30 年 6 月 26 日（火）　～　6 月 27 日（水）

東京会場：ＫＦＣホール
大阪会場：ＡＰ大阪駅前　梅田 1 丁目

③修了者数

294 人－42 都道府県、140 市区町村（広域連合等を含む）

		大阪	東京	合計
内訳	介護相談員	108	174	282
	事務局担当者	5	7	12
修了人数		113	181	294

④研修内容　平成 30 年度介護相談員現任研修Ⅰカリキュラム

	講義時間(分)		内　　容	東京	大阪
1日目	12:15～13:00		（受付）	5 月 24 日（木）	6 月 26 日（火）
	13:00～13:05	5	●オリエンテーション	介護相談・地域づくり連絡会	
	13:05～14:05	60	●介護保険最新情報	厚生労働省　老健局 介護保険計画課企画法令係　平山祐暉	総務課企画 法令係　入澤　優
	14:15～15:05	50	●不適切ケアを見る目を養うⅠ	NPO 法人　メイアイヘルプユー 事務局長　鳥海　房江	
	15:10～16:20	70	●不適切ケアを見る目を養うⅡ（GW） ①ケア事例検討　②発表　③講評		

	講義時間(分)		内　　容	5 月 25 日（金）	6 月 27 日（水）
2日目	9:30～12:00	150	●自立支援につながる福祉用具(演習)正しい使い方のポイント ①車いす　②歩行補助用具　③トイレ用具 ④入浴用具　⑤食事　⑥更衣　⑦その他	社団法人日本作業療法士協会 船谷　俊彰 小林　毅	船谷　俊彰 大庭　潤平
	12:00～13:00	60	昼食休憩		
	13:00～15:30	150	●市町村での実施状況、情報・意見交換等(GW) ①情報・意見交換　②発表　③講評	介護相談・地域づくり連絡会	
	15:40～16:00	20	●修了証・バッジ授与	介護相談・地域づくり連絡会	

現任研修Ⅱ

①受講対象者

・介護相談員現任研修修了者、2 年以上の活動実績がある介護相談員
・市区町村の事務局担当者（現任研修を修了していなくても受講可能）

②日程・会場

会場名	日　程
東京	平成 30 年 5 月 31 日（木）　～　6 月　1 日（金）
大阪	平成 30 年 6 月 28 日（木）　～　6 月 29 日（金）

東京会場：ＫＦＣホール
大阪会場：ＡＰ大阪駅前　梅田 1 丁目

③修了者数

170 人－30 都道府県、85 市区町村（広域連合等を含む）

		大阪	東京	合計
内訳	介護相談員	56	110	166
	事務局担当者	3	1	4
修了人数		59	111	170

④研修内容　　平成 30 年度介護相談員現任研修Ⅱカリキュラム

	講義時間	（分）	内　　容	東京	大阪
1日目	12:15～13:00		（受付）	5 月 31 日(木)	6 月 28 日（木）
	13:00～13:05	5	●オリエンテーション		
	13:05～14:05	60	●介護保険最新情報	厚生労働省 老健局 総務課 認知症施策推進室 室長補佐 余語 卓人	企画調整官 林 幸徳
	14:45～17:30	165	●認知症の人の行動を理解する ①認知症の種類と特徴 ②認知症の進行と症状 ③行動観察方式ＡＯＳの特徴、構成、ポイント	ＮＰＯ法人風の詩 理事長　永島　徹	

	講義時間	（分）	内　　容	6 月 1 日(金)	6 月 29 日（金）
2日目	9:30～12:00	150	●行動観察評価による情報整理と支援のあり方 ・グループワーク	介護相談・地域づくり連絡会	
	12:00～13:00	60	昼食休憩		
	13:00～15:30	150	●介護相談員活動の充実とその在り方について ・グループワーク ・発表／講評	介護相談・地域づくり連絡会	
	15:40～16:00	20	●修了証授与	介護相談・地域づくり連絡会	

平成30度　老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

介護施設等における介護の透明化と質の適正化についての調査研究事業　報告書

平成 31（2019）年 3 月
特定非営利活動法人　地域ケア政策ネットワーク
介護相談・地域づくり連絡会
〒162-0843　東京都新宿区市谷田町 2 - 7 - 15　近代科学社ビル 4 階
TEL：03 - 3266 - 9340、FAX：03 - 3266 - 0233
e-Mail： sodanin@net.email.ne.jp
URL： http://www.kaigosodan.com