

第3 参考資料

1 ケアマネジメント導入の趣旨

- ※ 「2015年の高齢者介護」～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～
(高齢者介護研究会報告書)

2 高齢者虐待防止法の施行

- ※ 「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
(平成18年4月厚生労働省老健局)」

3 身体拘束廃止の推進

- 1 身体拘束廃止に関する定義
- 2 身体拘束ゼロ作戦の推進

- ※ 「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～」

(参考) 平成17年度老人保健健康増進等事業による研究報告書
介護保険施設における身体拘束廃止の啓発・推進事業 報告書
(社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター)

4 認知症ケアの基本

- ※ 「2015年の高齢者介護」～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～
(高齢者介護研究会報告書)
- ※ 「認知症を理解する」(全国キャラバン・メイト連絡協議会)
- ※ 「認知症を学び 地域で支えよう」【認知症サポーター養成講座標準教材】
(全国キャラバン・メイト連絡協議会)

5 地域密着型サービスについて

- ※ 全国介護保険担当課長会議資料(平成17年10月31日)
- ※ 認知症グループホームにおける運営推進会議の実態調査・研究事業
(特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会作成資料)

本マニュアルへの掲載にあたっては、読みやすいよう、一部資料を編集の上、掲載している。

1 ケアマネジメント導入の趣旨

ケアマネジメント導入の趣旨

(ケアマネジメントの現状)

○ 介護保険制度の根底にある理念は自立支援及び利用者本位であり、それを具現化していくための手法として、新たに導入されたものにケアマネジメントがある。

これは、高齢者の状態像を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。

このケアマネジメントとは、個々の要介護者の心身の状況やおかれている環境や希望などを把握分析した上で、状態の悪化をできるだけ防止する視点に立って、適切なケアを総合的かつ効率的に提供するための仕組みであり、ケアマネジャーが中心となって、以下の手順により実施される。

- ① 要介護高齢者の状況を把握し、生活上の課題を分析（アセスメント）した上で、
- ② 総合的な援助方針、目標を設定するとともに、①に応じた介護サービス等を組み合わせる（プランニング）。
- ③ ①及び②について、ケアカンファレンス等により支援にかかわる専門職間で検証・調整し、認識を共有した上で（多職種協働）、ケアプランを策定し、
- ④ ケアプランに基づくサービスを実施するとともに、継続的にそれぞれのサービスの実施状況や要介護高齢者の状況の変化等を把握（モニタリング）し、ケアの内容等の再評価・改善を図る。

一連のケアマネジメントプロセスについては、運営指導マニュアルの概念説明を参照。（P80～P100 参照）

○ しかしながら、制度施行後の状況を見れば、このケアマネジメントは必ずしも十分にその効果が発揮されていない。十分な効果を得るためには、ケアマネジメントの各過程が着実に実施されることが最低限の条件となるが、ケアマネジャーの中には、これらの過程を適切に実施していない者も少なくなく、高齢者に内在している、真に解決すべき課題（ニーズ）を洞察できないまま、場当たりのサービスが提供されている事例も見受けられる。

例えば、アセスメントを十分に実施せず、高齢者の要望のみを聴取してサービスを組み立てる傾向、ケアカンファレンスを実施せず、サービス担当者がケアの総合的な方針の統一認識等がないまま各サービスが提供されている傾向、サービス提供期間中のモニタリングを実施せず、漫然とサービス利用を続けさせていく傾向も見られる。

また、特に初回時のケアマネジメント（アセスメント）は極めて重要であり、この段階で適切かつ十分なアセスメントが行われないと、それ以降のプロセス全体がうまく機能せず、利用者の心身状態に合致したケアを提供することができない。

○ したがって、このようなケアマネジメントに必要な視点・知識・力量がなければ、次項以降に記載されている高齢者虐待防止、身体拘束廃止、適切な認知症ケアの手がかりとなる情報収集及び分析が適切になされないということを認識しておく必要がある。

2 高齢者虐待防止法の施行

I 高齢者虐待防止の基本

1. 高齢者虐待防止法の成立

○ 近年、我が国においては、介護保険制度の普及、活用が進む中、一方では高齢者に対する身体的・心理的虐待、介護や世話の放棄・放任等が、家庭や介護施設などで表面化し、社会的な問題となっている。

平成 17 年 11 月 1 日に国会において「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下、「高齢者虐待防止法」という。）が議員立法で可決、成立し、平成 18 年 4 月 1 日から施行されている。

2. 「高齢者虐待」の捉え方

（1）高齢者虐待防止法による定義

○ 高齢者虐待防止法では、「高齢者」とは 65 歳以上の者と定義されている〔高齢者虐待防止法（以下特に法律名を明記しない限り同法を指す。）第 2 条 1 項〕。

また、高齢者虐待を①養護者による高齢者虐待、②養介護施設従事者等による高齢者虐待に分けて次のように定義している。

ア. 養護者による高齢者虐待

○ 養護者とは、「高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外のもの」とされており、高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等が該当すると考えられる。

養護者による高齢者虐待とは、養護者が養護する高齢者に対して行う次の行為とされている。

- i 身体的虐待：高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴力を加えること。
- ii 介護・世話の放棄・放任：高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること。
- iii 心理的虐待：高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- iv 性的虐待：高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること
- v 経済的虐待：養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

イ. 養介護施設従事者等による高齢者虐待

○ 高齢者虐待防止法に規定する「養介護施設」又は「養介護事業」の業務に従事する職員が行う上記 i ~ v の行為である。

「養介護施設」又は「養介護事業」に該当する施設・事業は以下のとおりである。

高齢者虐待防止法に定める「養介護施設従事者等」の範囲

区分	老人福祉法による規定	介護保険法による規定
養介護施設	<ul style="list-style-type: none"> ・ 老人福祉施設 ・ 有料老人ホーム 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 (平成 24 年 3 月 31 日まで。以下同じ。) ・ 地域密着型介護老人福祉施設 ・ 地域包括支援センター
養介護事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 老人居宅生活支援事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
養介護施設従事者等	「養介護施設」又は「養介護事業」の業務に従事する者	

(高齢者虐待防止法第 2 条)

(2) 「高齢者虐待」の捉え方と対応が必要な範囲について

- 高齢者虐待防止法では、高齢者虐待を前述のように定義しているが、これらは、広い意味での高齢者虐待を「高齢者が他者からの不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態におかれること」と捉えた上で、高齢者虐待防止法の対象を規定したものであることができる。

- また、介護保険制度の改正によって実施されている地域支援事業（包括的支援事業）のひとつとして、市町村に対し、「高齢者に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業その他の高齢者の権利擁護のための必要な援助を行う事業」（介護保険法第115条の44第1項第4号）の実施が義務づけられている。

- このため、市町村は、高齢者虐待防止法に規定する高齢者虐待かどうか判別しがたい事例であっても、高齢者の権利が侵害されていたり、生命や健康、生活が損なわれるような事態が予測されるなど支援が必要な場合には、高齢者虐待防止法の取扱いに準じて、必要な援助を行っていく必要がある。

高齢者虐待の例

区 分	内 容 と 具 体 例
身体的虐待	<p>暴力的行為などで、身体にあざ、痛みを与える行為や、外部との接触を意図的、継続的に遮断する行為。</p> <p>【具体的な例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平手打ちをする、つねる、殴る、蹴る、無理矢理食事を口に入れる、やけど・打撲させる ・ベッドに縛り付けたり、意図的に薬を過剰に服用させたりして、身体拘束、抑制をする／等
介護・世話の放棄・放任 (ネグレクト)	<p>意図的であるか、結果的であるかを問わず、介護や生活の世話をを行っている家族が、その提供を放棄または放任し、高齢者の生活環境や、高齢者自身の身体・精神的状態を悪化させていること。</p> <p>【具体的な例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴しておらず異臭がする、髪が伸び放題だったり、皮膚が汚れている ・水分や食事を十分に与えられていないことで、空腹状態が長時間にわたって続いたり、脱水症状や栄養失調の状態にある ・室内にごみを放置するなど、劣悪な住環境の中で生活させる ・高齢者本人が必要とする介護・医療サービスを、相応の理由なく制限したり使わせない ・同居人による高齢者虐待と同様の行為を放置すること／等
心理的虐待	<p>脅しや侮辱などの言語や威圧的な態度、無視、嫌がらせ等によって精神的、情緒的苦痛を与えること。</p> <p>【具体的な例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄の失敗を嘲笑したり、それを人前で話すなどにより高齢者に恥をかかせる ・怒鳴る、ののしる、悪口を言う ・侮辱を込めて、子供のように扱う ・高齢者が話しかけているのを意図的に無視する／等
性的虐待	<p>本人との間で合意が形成されていない、あらゆる形態の性的な行為またはその強要。</p> <p>【具体的な例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄の失敗に対して懲罰的に下半身を裸にして放置する ・キス、性器への接触、セックスを強要する／等
経済的虐待	<p>本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人の希望する金銭の使用を理由無く制限すること。</p> <p>【具体的な例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活に必要な金銭を渡さない／使わせない ・本人の自宅等を本人に無断で売却する ・年金や預貯金を本人の意思・利益に反して使用する／等

Ⅱ 養介護施設従事者等による虐待への対応

1 定義・概略

- 高齢者虐待防止法では、高齢者の福祉・介護サービス業務に従事する者による高齢者虐待の防止についても規定されている（第2条、第20～26条）。
- 養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応の概略は、「別表1」のとおりである。

2 老人福祉法及び介護保険法の規定による権限の行使

- 高齢者虐待防止法では、高齢者虐待の防止と虐待を受けた高齢者の保護を図るため、市町村又は都道府県は、老人福祉法及び介護保険法に規定された権限を適切に行使し、対応を図ることが明記されている（第24条）。

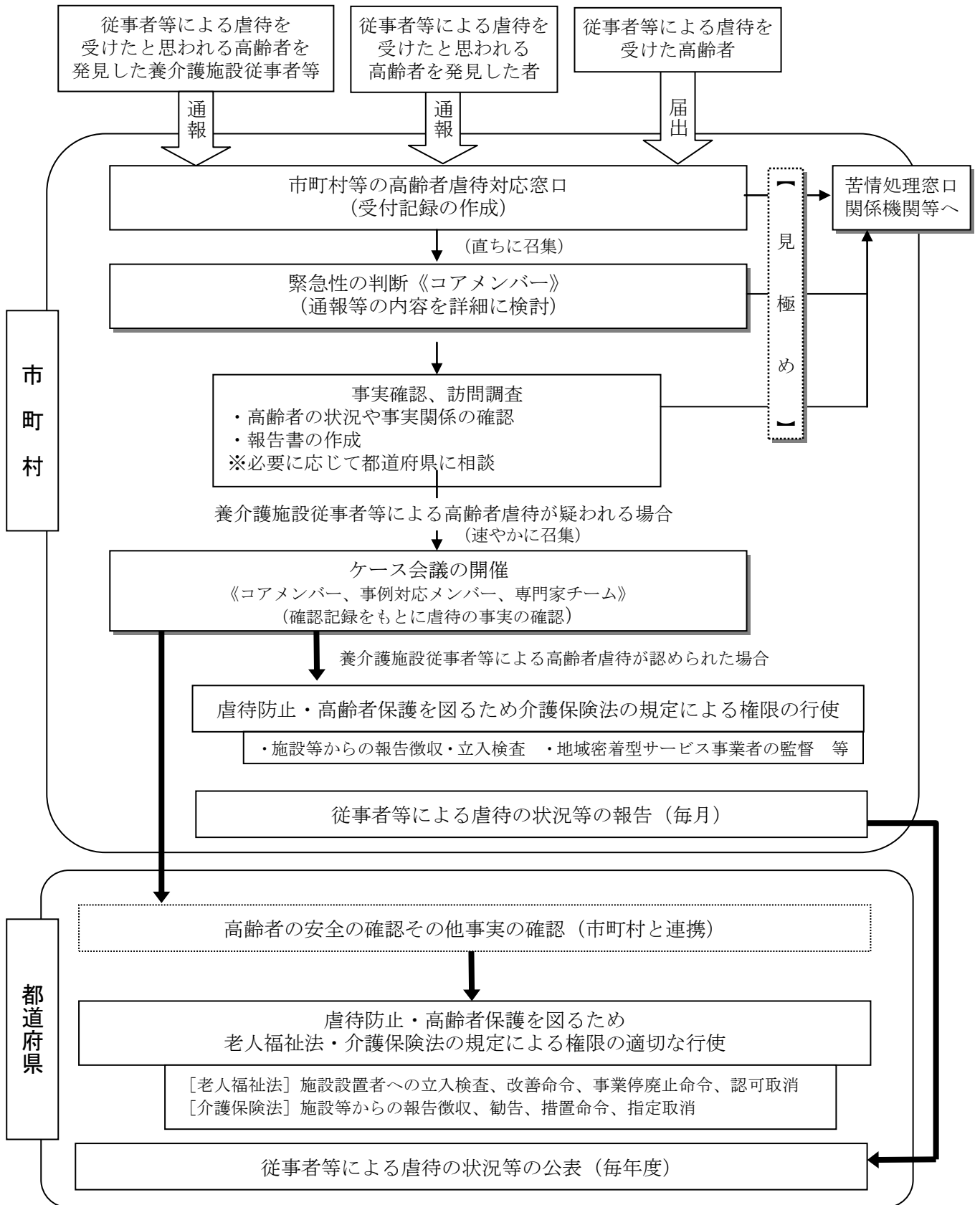
養介護施設従事者等による高齢者虐待が強く疑われる場合には、当該施設から報告徴収を受けて事実を確認し、高齢者虐待が認められた場合には、市町村又は都道府県は、指導を行い改善を図るようにする。

改善指導の例としては、虐待防止改善計画の作成や第三者による虐待防止委員会の設置を求め、改善計画に沿って事業が行われているかどうかを第三者委員が定期的にチェックし継続的に関与したり、当該事業所又は第三者委員から定期的に報告を受け、必要に応じて当該事業所に対する指導や助言を行う、などの対応が考えられる。

指導に従わない場合には、「別表2」に掲げる老人福祉法及び介護保険法に基づく勧告・命令、指定の取消し処分などの権限を適切に行使用することにより、高齢者の保護を図る。

【別表 1】

養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応



【別表 2】

老人福祉法・介護保険法による権限規定

老人福祉法	第18条	都道府県知事	老人居宅生活支援事業者、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人介護支援センター設置者、養護老人ホーム・特別養護老人ホームの施設長に対する報告徴収・立入検査等
	第18条の2	都道府県知事	認知症対応型老人共同生活援助事業者に対する改善命令 老人居宅生活支援事業者、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人介護支援センター設置者に対する事業制限・停止命令
	第19条	都道府県知事	養護老人ホーム・特別養護老人ホーム設置者に対する事業廃止命令、認可取消
	第29条	都道府県知事	有料老人ホーム設置者等に対する報告徴収・立入検査等 有料老人ホーム設置者に対する改善命令
介護保険法	第76条	都道府県知事・市町村長	指定居宅サービス事業者等（事業者であった者、従業者であった者）に対する報告徴収・立入検査等
	第76条の2	都道府県知事	指定居宅サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令
	第77条	都道府県知事	指定居宅サービス事業者の指定取消・指定の効力停止
	第78条の7	市町村長	指定地域密着型サービス事業者等（事業者であった者、従業者であった者）に対する報告徴収・立入検査等
	第78条の9	市町村長	指定地域密着型サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令
	第78条の10	市町村長	指定地域密着サービス事業者の指定取消・指定の効力停止
	第83条	都道府県知事・市町村長	指定居宅介護支援事業者等（事業者であった者、従業者であった者）に対する報告徴収・立入検査等
	第83条の2	都道府県知事	指定居宅介護支援事業者に対する勧告・公表・措置命令
	第84条	都道府県知事	指定居宅介護支援事業者の指定取消・指定の効力停止
	第90条	都道府県知事・市町村長	指定介護老人福祉施設開設者等（施設の長、従業者であった者）に対する報告徴収・立入検査等
	第91条の2	都道府県知事	指定介護老人福祉施設開設者に対する勧告・公表・措置命令
	第92条	都道府県知事	指定介護老人福祉施設の指定取消・指定の効力停止
	第100条	都道府県知事・市町村長	介護老人保健施設の開設者等（施設の長、従業者であった者）に対する報告徴収・立入検査等
	第103条	都道府県知事	介護老人保健施設の開設者に対する勧告・公表・措置命令
	第104条	都道府県知事	介護老人保健施設の許可取消・許可の効力停止
	第112条	都道府県知事・市町村長	指定介護療養型医療施設の開設者等（施設の長、従業者であった者）に対する報告徴収・立入検査等
	第113条の2	都道府県知事	指定介護療養型医療施設の開設者に対する勧告・公表・措置命令
	第114条	都道府県知事	指定介護療養型医療施設の指定取消・指定の効力停止
	第115条の7	都道府県知事・市町村長	指定介護予防サービス事業者等（事業者であった者、従業者であった者）に対する報告徴収・立入検査等
	第115条の8	都道府県知事	指定介護予防サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令
	第115条の9	都道府県知事	指定介護予防サービス事業者の指定取消・指定の効力停止
	第115条の17	市町村長	指定地域密着型介護予防サービス事業者等（事業者であった者、従業者であった者）に対する報告徴収・立入検査等
	第115条の18	市町村長	指定地域密着型介護サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令
第115条の19	市町村長	指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定取消・指定の効力停止	
第115条の27	市町村長	指定介護予防支援事業者等（事業者であった者、従業者であった者）に対する報告徴収・立入検査等	
第115条の28	市町村長	指定介護予防支援事業者に対する勧告・公表・措置命令	
第115条の29	市町村長	指定介護予防支援事業者の指定取消・指定の効力停止	

「高齢者虐待」の定義

誰が

- 家族、同居人等の**養護者**によるもの
- 老人福祉施設(※)等で働く**養介護施設従事者**等によるもの

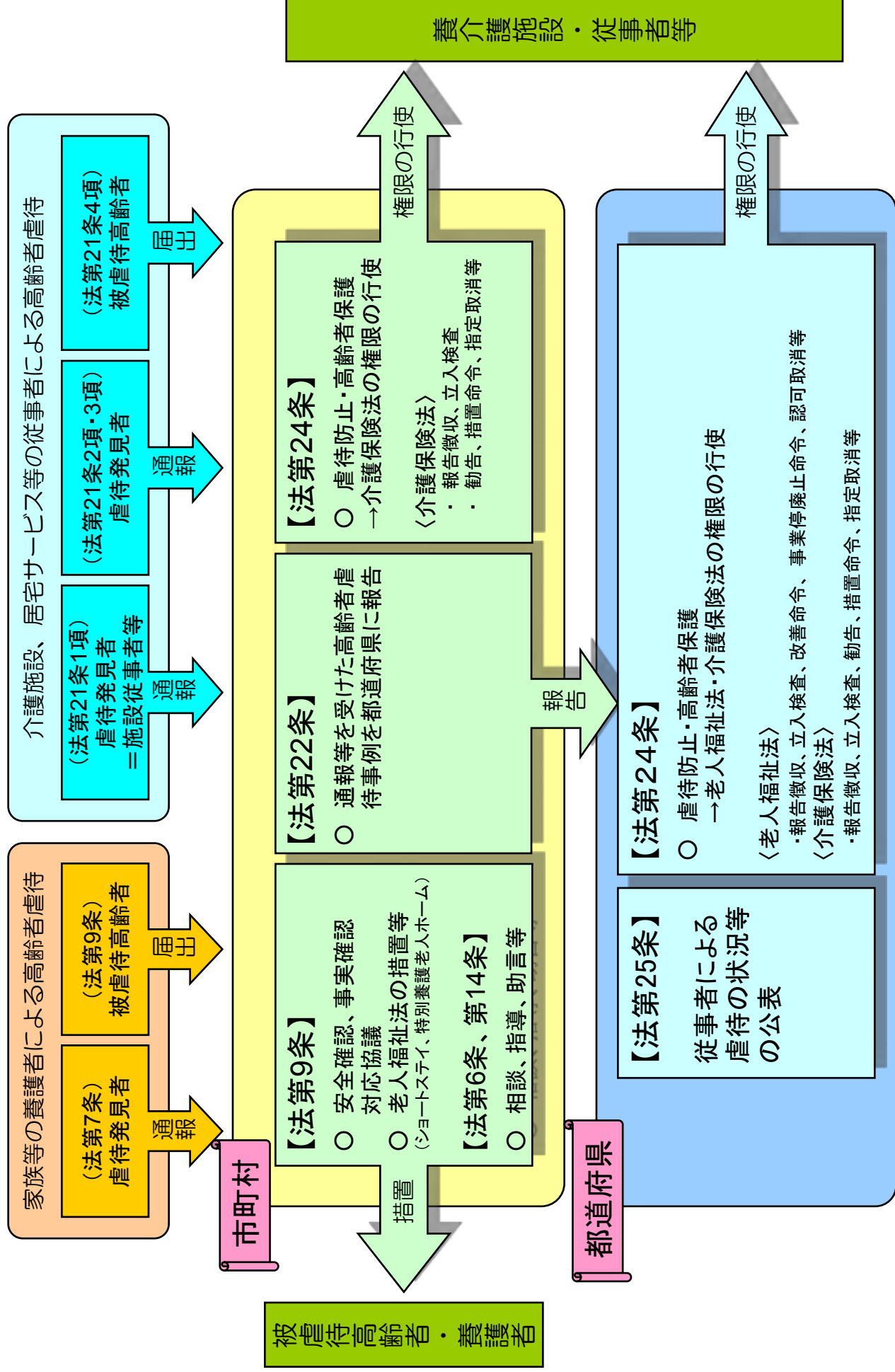
どんな

- 【**身体的虐待**】 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある**暴行を加えること**。
- 【**ネグレクト**】 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置等**養護を著しく怠ること**。
- 【**心理的虐待**】 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい**心理的外傷を与える言動を行うこと**。
- 【**性的虐待**】 高齢者に**わいせつな行為**をし、させること。
- 【**経済的虐待**】 高齢者の財産を不当に処分するなど高齢者から**不当に財産上の利益を得ること**。

* 老人福祉施設等

老人デイサービスセンター／老人短期入所施設／養護老人ホーム／特別養護老人ホーム／軽費老人ホーム／老人福祉センター／老人介護支援センター／有料老人ホーム／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／地域密着型介護老人福祉施設／地域包括支援センター／老人居宅介護等事業／老人デイサービス事業／老人短期入所事業／認知症対応型老人共同生活援助事業／訪問介護／訪問看護／訪問リハビリテーション／通所介護／通所リハビリテーション／短期入所生活介護／短期入所療養介護／認知症対応型共同生活介護／特定施設入居者生活介護／福祉用具貸与／特定福祉用具販売を行う事業／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

高齢者虐待防止法に基づく通報、対応等について



平成20年度における高齢者虐待防止法に基づく対応状況調査結果の概要
 【平成21年11月20日 厚生労働省発表】

	養介護施設従事者等によるもの		養護者によるもの	
	相談・通報件数	虐待判断件数	相談・通報件数	虐待判断件数
20年度	451件	70件	21,692件	14,889件
19年度	379件	62件	19,971件	13,273件
増減 (増減率)	72件 (19.0%)	8件 (12.9%)	1,721件 (8.6%)	1,616件 (12.2%)

○養護者による虐待の特徴

- ・虐待種別では、身体的虐待が63.6%、次いで心理的虐待が38.0%。
- ・性別、年齢では、女性が77.8%、80～89歳が41.7%。
- ・世帯構成では、子と同一世帯が、63.0%。虐待者は息子が40.2%、夫が17.3%の順。
- ・要介護認定を受けた者は、全体の68.2%。
- ・認知症日常生活自立度Ⅱ以上は、全体の45.1%。

3 身体拘束廃止の推進

1 身体拘束廃止に関する定義

(1) 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。

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

(2) 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。

(3) 身体拘束禁止規定

■ 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」

○ 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の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。

＜三つの要件をすべて満たすことが必要＞

- ◆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
- ◆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
- ◆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

※3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

■ 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、その際の入所者（利用者）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」（2年間保存）

○ 身体拘束に関する記録の義務づけ

- ・ 具体的な記録は「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」（P74～P75）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・事業所全体、家族等関係者間で直近の情報を共有する。

2 身体拘束ゼロ作戦の推進

(1) 趣旨

○ 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、また、ゴールドプラン21においても、これを踏まえた質の高い介護サービスを実現することとされたが、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。

○ このため、身体拘束廃止を実現するための幅広い取組みを「身体拘束ゼロ作戦」としてとりまとめ、関係者の協力の下でこれを推進。

(2) 国の主な取組み

① 推進会議の開催

○ 身体拘束ゼロ作戦を推進していくために、関係者をメンバーとする推進会議を開催し、身体拘束廃止に向けた幅広い意見・情報交換を行うとともに、種々の取組みを推進。

(平成12年6月、平成13年3月、12月の3回開催)

② 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成と普及

○ 身体拘束廃止の趣旨、具体的なケアの工夫や実例などを盛り込んだ、介護現場用の手引きを作成し、その普及を促進。

(平成13年3月末より配布)

また、認知症介護研究・研修東京センターにおいて、「手引き」に基づいた啓発用のビデオを作成し、配布。(平成14年7月)

③ 身体拘束廃止を支えるハード面の改善

○ 身体拘束廃止の実現を支えるためのハード面の改善を目的として、介護分野や福祉機器分野などの専門家からなる研究委員会を設置し、開発・普及に取り組んでいる。

(平成13年8月に「報告書」をとりまとめ配布)

④ 高齢者介護施設において身体拘束を廃止するために必要な方策に関する調査研究

○ 平成19年度老人保健健康増進等事業により、全国の介護保険施設における身体拘束廃止の状況について調査を実施。

(調査実施：三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

(3) 都道府県の主な取組み

※ 各都道府県の身体拘束廃止の取組を支援するため、国庫補助制度を創設。(平成13年度～)

① 身体拘束ゼロ作戦推進協議会の開催

○ 身体拘束に関する相談を行うに当たり、関係機関との連絡調整及び相談機能の強化を図るため、関係者をメンバーとする推進協議会を開催。(平成13年度～)

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

② 身体拘束相談窓口の設置

○ 都道府県の推進会議などに、介護の専門家が、介護担当者や利用者の相談に応じ、身体拘束を廃止していくためのケアの工夫等について具体的な助言・指導を行う、身体拘束相談窓口を設置。

(平成13年度～平成17年度)

※ 平成18年度以降は「地域支援事業」に移行。

③ 相談員養成研修事業の実施

○ 介護相談員や在宅介護支援センターの職員などを対象として、身体拘束に関する基礎知識等の研修を行い、身体拘束廃止の助言・指導ができるような人材を養成。

(平成13年度～平成17年度)

※ 平成18年度以降は「地域支援事業」に移行。

④ 家族支援事業の実施

○ 家族に対し、身体拘束の意義を理解させるための講習会を実施するとともに、住民の身体拘束に対する理解を深めるための説明会等を開催。

(平成14年度～平成17年度)

※ 平成18年度以降は「地域支援事業」に移行。

⑤ 権利擁護推進員養成研修事業の実施

○ 施設長、介護主任等、身体拘束廃止含めた権利擁護の取組を施設内で指導的立場から推進することができる職員に対して、講義・演習・自施設実習を通じて、身体拘束廃止に関する実践的手法を習得し、現場レベルで取組みを行う人材を養成。

(平成17年度～)

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

⑥ 看護職員研修事業の実施

○ 看護指導者養成研修

- ・ 各都道府県において看護の指導的立場にある者を対象に、医療的な観点から身体拘束廃止を含めた権利擁護の取組を行うことができるよう、専門的な知識・技術を修得し、各都道府県で実施される研修の企画・立案への参画、又は講師となる人材の養成。（平成17年度～）

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

○ 看護実務者研修

- ・ 施設等の現場において、実際に身体拘束廃止を含めた権利擁護の取組を推進することができる看護職員（看護主任等の責任者クラス）を対象に、医療的な観点から身体拘束廃止の取組みを行うための実践的な知識・技術を修得。（平成17年度～）

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

⑦ 身体拘束廃止事例等報告検討会

- 身体拘束廃止の取組が更に充実するよう、各都道府県内において、身体拘束廃止に向けた取組事例等に関する報告検討の場を設置。（平成18年度～）

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

3 身体拘束廃止に向けた取組みに係る運営基準等の改正

（1）運営基準等の改正

- 平成12年の介護保険法の施行当初より、介護保険施設等の運営基準において、入所者の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならない旨を規定していたところ。

身体拘束廃止に向けて更なる取組を促すため、以下のように運営基準等を改正。（平成15年4月1日より施行）

- 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の義務を、運営基準上に明記。

- ・ 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。
- ・ 当該記録を2年間保存。

- 解釈通知上に、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の手続きについて、運営規程に記載することが望ましい旨を、新たに規定。

(2) 介護保険施設等の指導監査

- 施設等の指導監査における着眼点において、身体拘束に係る事項を明記し、都道府県の指導監査を通じ、身体拘束の廃止に努めている。

(3) 身体拘束廃止未実施減算の新設（介護報酬上の取組み）

- 身体拘束については、現行基準上、原則としては行ってはならず、例外的に行う場合においても理由等の記録を行うことが義務付けられているが、こうした基準を満たしていない場合に減算（5単位/日）を行う。（平成18年度～）

4 介護保険施設における身体拘束の状況

(1) 調査の対象・内容等

- 平成16年12月1日現在において開設済みの全国の全ての介護保険施設を対象に、身体拘束の実態や廃止に向けた取組状況等について調査（介護保険施設における身体拘束状況調査〔認知症介護研究・研修仙台センター〕）を実施。

（参考）調査対象施設数 12,366か所

〔	（内訳）	介護老人福祉施設	5,366か所	〕
		介護老人保健施設	3,167か所	
		介護療養型医療施設	3,833か所	

(2) 身体拘束の現状等（調査結果より）

- 調査結果によると、施設における身体拘束の現状は、以下のとおり。
- 施設における拘束率（身体拘束の実施率）
 - 1人も身体拘束を行っていないとする施設は、全体の35.7%
 - 1人でも身体拘束を行っている施設は、全体の64.3%
- 例外3原則との関係
 - ・ 例外3原則に該当するもの 67.9%
 - ・ 例外3原則に該当しないもの 32.1%

※「生命等が危険で他に方策がなかった」以外の理由により身体拘束を行ったという施設が約5割に認められた。

(参考) 例外3原則の定義

- ・ 緊急やむを得ない場合に例外的に身体拘束を行う場合の要件であり、「①緊迫性」「②非代替性」「③一時性」からなり、かつそれらの要件の確認等が極めて慎重に実施されているケースに限られる。

○ 身体拘束廃止への取組状況

- ・ 身体拘束廃止に関する勉強にどのように取り組んでいるか。
 - ・ ほとんど行っていない 29.9%
 - ・ その他 26.2%
 - ・ 管理者等が率先して行っている 26.0%
 - ・ 職員だけで毎月行っている 17.9%

※「その他」の内訳：「不定期・必要に応じて・限定的に」
「外部研修等の利用」
「毎月ではないが定期的に実施」等。

○ 認知症のケア

- ・ 被拘束者の認知症高齢者の日常生活自立度別人数の割合は、認知症が重症である人の割合が高い。身体拘束を誘発する要因として認知症があること、もしくは認知症の行動・心理症状を示していることがよく指摘される。
 - ・ ランクⅢ 41.5%
 - ・ ランクⅣ 39.3%
 - ・ ランクM 9.5%

○ 身体拘束廃止に向けた取り組みの前後での拘束の変化

- ・ 身体拘束廃止に向けて取り組んできた現在と取り組み以前とでは、どのような変化があるか。
 - ・ 身体拘束が減少した 55.6%
 - ・ 身体拘束を一切行わないこととした 31.9%

全ての施設の8割以上で身体拘束廃止の取り組みによる効果が生まれている。

(参考) 「介護保険施設における身体拘束廃止の啓発・推進事業報告書」より抜粋

(1) 身体拘束の現状

○ 本調査の結果をこれまで行われてきた各都道府県の身体拘束に関する調査の結果と比較すると、都道府県ごとに違いはあるものの、また対象とした施設種別や算出方法の違いはあるものの、それらを勘案しても全体的に見れば拘束率は下がっているものと考えられる。

また、各都道府県で継続的に調査を行っている場合、拘束率は低下傾向が示されており、今回の結果を合わせると全国的にも身体拘束廃止に向けた取り組みの成果が年々顕在化していきているものと思われる。

また、本調査では施設内拘束率の分布をはじめて示したが、これを見ると拘束率が5%未満の施設が目立って多く、身体拘束の実施を完全に廃止するには至らないものの、それに近い状態に達している施設が相当数に上るものと考えられる。

身体拘束が実施された場合の被拘束者の属性としては、①年齢が高く、②男性で、③要介護が高いほど、④認知症が重症なほど、⑤寝たきり度が高いほど身体拘束を受けるリスクは高まることが予想される。

また、身体拘束の行為種別を見ると、ベッド柵やY字型拘束帯・腰ベルト等などの特定の行為が多く、被拘束者の属性と関連が見られた。これらの被拘束者属性や行為種別については、これまで具体事例も含めて改善策が多々示されているため、それらを参考に取り組みが可能なものと思われる。

一方、主たる身体拘束の実施状況を見ると、「緊急やむを得ない」もので他に方策のない状況であることが多いことが示されている。これに伴い家族への説明等も高い割合で実施されており、身体拘束を実施する際の判断や手続きについては浸透しつつあるものと思われる。

しかし、「緊急やむを得ない」場合に該当しない身体拘束が約3割あり、「生命等が危険で他に方策がなかった」以外の理由による実施が約5割に認められた点については、施設種別による違いも含めて今後の改善課題といえよう。

(2) 身体拘束の廃止に向けた取組状況

○ 多くの施設において、身体拘束廃止委員会等の組織の設置や、家族への説明方法の整備、対応方針や手続きの策定といった身体拘束の廃止に向けた取り組みが行われていた。これらのことが、前述のように具体的に身体拘束が減少もしくははなくなるという形で結実しつつあることがうかがえる。

これに伴う介護事故なども全体としては特に増加はしておらず、研修外の研修等の受講なども含めたさまざまな取り組みが功を奏していると思われる。さらに、過半数の施設で身体拘束の廃止に向けて3年以上の取り組みがなされており、継続的な取り組みの効果が見られていると考えられる。

その中で具体的な手続きや判断方法の策定、施設内での学習体制については未整備な施設がやや認められたため、今後これからの実践を一段と推進するために取り組みが行われることが望まれる。

また、このことを確かにするためにも、都道府県における実地指導時の調査・指導内容の一層の充実が期待されよう。

(3) 身体拘束廃止への取組等と拘束率との関係

○ 施設内拘束率の分布状況は、施設の対応方針や身体拘束を行う際の手続き、講習・研修等の受講状況や学習状況といった、身体拘束の廃止に向けた取り組みの状況と関連しており、これらの取り組みが十分に実施されている場合ほど、施設内拘束率の低い施設の割合が高いことが示された。

これらの傾向は、身体拘束廃止の阻害要因として指摘されやすい、人員配置状況との関連よりも強い傾向であると考えられる。結果を総合すると、その中でも特に、身体拘束を一切行わない、あるいは行わざるを得ない場合でも一定の手続きを課すといった方針と手続きの策定、管理者やリーダーなどの業務に関する決定権者の学習状況と施設内での学習の実践といった、トップが決意し、施設全体へ浸透させるような取り組みが効果をもたらしているものと考えられる。

したがってこれらの取り組みが既に行われている施設ではこれをさらに推進し、十分でない施設では今後早急に取り組むことが望まれる。

(4) 身体拘束廃止を推進するための提言

① 「身体拘束を一切行わない」方針を明確にする

○ 身体拘束の廃止に最も効果的と考えられるのは、施設内で「身体拘束を一切行わない」という方針を選択し、それを明確にすることである。特にこのことは、調査の結果では、身体拘束の実施率を低くするというよりも、身体拘束を「行わない」ことにより強く関係していた。また、こうした方針を施設全体に浸透させることも効果的であると考えられる。

② 「緊急やむを得ない」場合について厳密に検討する

○ 調査の結果から、「緊急やむを得ない」場合に例外的に身体拘束を行う場合の要件である「例外3原則」（①切迫性、②非代替性、③一時性からなり、かつそれらの要件の確認等が極めて慎重に実施されているケースに限られる）は、現在のところ、必ずしも要件のとおりには運用されていないことが示された。

この「例外3原則」に真に該当するケースは、身体拘束の理由も含めて厳密に考えると、多く見積もっても被拘束者全体の約4割であり、残りの6割については身体拘束を行わずにすむ可能性が見出されている。さらに、「例外3原則」の要件について施設管理者が厳しいと感じている場合、身体拘束を行いやすいことも示唆されている。「緊急やむを得ない」場合にあてはまるケースかどうか、厳密に検討していくことでなくすことができる身体拘束は多いと考えられる。

③ 利用者の状態を把握し、身体拘束の危険性を検討するための仕組みをつくる

○ 調査の中で、施設内の身体拘束の実施率が低いこととの関連が認められたのは、施設サービス計画の作成時に身体拘束を誘発するリスクを検討する仕組み、身体拘束に陥る危険性の高い入所者（利用者）を把握する仕組み、身体拘束に陥る危険性の高い入所者（利用者）への介護へのあり方を検討する仕組みなどであった。こうした取組を実践することが、身体拘束を未然に防ぐために有効と考えられる。

④ 身体拘束に関わる手続きを定め、実行する

○ 身体拘束を行う場合の手続きを定めることは、施設内の身体拘束の実施率が低いことと関係していた。特に、身体拘束をする（した）場合に身体拘束廃止委員会などに「すべて諮る」場合にこの傾向は強かった。

また、調査の結果全体からは、身体拘束を行う場合に必要な手続きや記録が、必ずしも多くの施設では実行されていない可能性が示され

た。介護保険の指定基準や「身体拘束ゼロへの手引き」に示されているような、必要十分な手続きを定め、それを厳に実行することが、身体拘束廃止の推進につながると考えられる。

⑤ 認知症のケアに習熟する

- 被拘束者の多くは、調査対象施設全体の入所者（利用者）と比較して、認知症が重度であり、要介護度が高く、自立度も低い人が多かった。

身体拘束を誘発する要因として認知症があること、もしくは認知症の行動・心理症状（BPSD）を示していることはよく指摘されることだが、同時に近年では、認知症のケアの方法を学び実践することで、認知症を理由とする身体拘束は解消されることが多くの事例とともに示されている。

身体拘束に限らず、さまざまな機会を利用して認知症の理解とケアについて学び、それを実践できるようにすることが効果的であると考えられる。

⑥ 施設内外で学習活動を行い、施設全体に浸透させる

- 調査の結果から、施設管理者や看護・介護のリーダーが講習や研修を受講し、施設管理者などが率先して身体拘束の廃止に向けて学習を行っていることが、身体拘束を行わないことに関係していた。

また、このような学習の取り組みを、「身体拘束ゼロへの手引き」などの資料を活用しながら組織的に行い、施設全体の知識・技能の水準の向上に結びつけていくと、身体拘束廃止がより推進されると考えられる。

⑦ 家族の理解に努める

- これまで、身体拘束を行う理由、あるいは廃止できない理由のひとつとして、「家族からの要望」があげられることがしばしばあり、調査の中でもその傾向が認められた。しかし、調査の結果からは、家族からの身体拘束実施の申し出がない（少ない）場合は、身体拘束を行っていない施設がより多いことが示されている。

身体拘束の実施に際する家族への説明や、家族側から身体拘束実施の申し出があった際の必要な説明の取り組みを行っている施設では、身体拘束の実施率の低い施設が多く、家族の理解を得るための取り組み

みが有効であることが分かる。

また、身体拘束を行う場合、あるいは家族から身体拘束実施の申し出がある場合に、十分なインフォームド・コンセント（説明と同意）を行える体制にあること、つまり家族へ妥当な説明を行い、十分に納得を得るという手順に耐えられるほどの手続きや説明方法を策定し、それを実践していることが、結果的に身体拘束を安易に行うことを抑制すると考えられる。

⑧ 廃止のための取り組みを継続する

○ これまでの先進事例の取り組みから、身体拘束の廃止は、取り組みを開始してからすぐに達成できるものではないことが分かる。調査の結果からも、継続して身体拘束の廃止に取り組んでいるほど、施設内の身体拘束の実施率が低い施設が多かった。

身体拘束の廃止のための取り組みは一過性のものではなく、常に関係者の認識を新たにし、継続して取り組むことで効果が得られるものと考えられる。

4 認知症ケアの基本

(参考)「2015年の高齢者介護」報告書より抜粋

(認知症高齢者の特性とケアの基本)

- 認知症高齢者は、記憶障害が進行していく一方で、感情やプライドは残存しているため、外界に対して強い不安を抱くと同時に、周りの対応によっては、焦燥感、喪失感、怒り等を覚えることもある。

徘徊、せん妄、攻撃的言動など認知症の行動・心理症状の多くは、こうした不安、失望、怒り等から惹き起こされるものであり、また、自分の人格が周囲から認められなくなっていくという最もつらい思いをしているのは、本人自身である。

こうしたことを踏まえれば、むしろ認知症高齢者こそ、本人なりの生活の仕方や潜在する力を周囲が大切にし、その人の人格を尊重してその人らしさを支えることが必要であり、「尊厳の保持」をケアの基本としなければならない。

- 認知症高齢者ケアは、高齢者のそれまでの生活や個性を尊重しつつ、高齢者自身のペースでゆったりと安心して過ごしながら、心身の力を最大限に発揮した充実した暮らしを送ってもらうことができるよう、生活そのものをケアとして組み立てていくものである。

いわゆるリロケーションダメージ(転院などで生活の場が変わることによる悪影響)など環境の変化に適応することがことさら難しい認知症高齢者に配慮し、生活の継続性が尊重されるよう、日常の生活圏域を基本とした介護サービスの体系整備を進める必要がある。

さらに、認知症の症状や進行に対応できる個別の介護サービスのあり方や安心感を与えるような周囲のかかわり方を明らかにして、本人の不安を取り除き、生活の安定と家族の負担の軽減を図っていかなければならない。

(認知症高齢者のケアの普遍化)

- コミュニケーションが困難で、環境の影響を受けやすい認知症高齢者

のケアにおいては、環境を重視しながら、徹底して本人主体のアプローチを追求することが求められる。

このことは、本来、認知症高齢者のみならず、すべての高齢者のケアに通じるものである。認知症高齢者グループホームが近年実践してきている、「小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を継続しながら、一人一人の生活のあり方を支援していく」という方法論は、グループホーム以外でも展開されるべきである。

- 要介護高齢者の中で、今後、認知症高齢者がますます多数を占めることも合わせて考えれば、これからの高齢者介護においては、身体ケアのみではなく、認知症高齢者に対応したケアを標準として位置付けていくことが必要である。
- 2.（生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系）で述べた「小規模・多機能サービス拠点」、「施設機能の地域展開」、「ユニットケアの普及」といった動きは、まさに認知症高齢者に対応したケアを求めるという観点から産み出されてきた方法論であり、これらの方策の前進がさらに求められるゆえんは、このように認知症高齢者対応のケアの確立が必要であるからである。
- また、介護サービスを担うすべての事業者及びその従業者に対し、研修等を通じて認知症に関する十分な知識と理解の習得を促し、専門性と資質の確保・向上を図ることが必要である。

※ 「痴呆」から「認知症」へ

本資料は平成15年6月に取りまとめられた資料を抜粋したものであるが、「痴呆」という言葉について、「認知症」を使用する旨の老健局長通知が平成16年12月24日付で発出されているため、「痴呆」という言葉を「認知症」に変更している。

○認知症ケアの基本

認知症高齢者ケアの基本 ～ 高齢者の尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

- ・ 記憶障害の進行と感情等の残存
- ・ 不安・焦燥感
- ・ 環境適応能力の低下（環境変化に脆弱）

生活そのものを ケアとして組み立てる

- ・ 環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- ・ 高齢者のペースでゆっくりと安心感を大事に
- ・ 心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築

生命力を萎ませないケア → 地域での暮らしがキーワード

日常の生活圏域を基本とした サービス体系

- ・ 小規模な居住空間
- ・ 家庭的な雰囲気
- ・ なじみのある安定的な人間関係
- ・ 住み慣れた地域での生活の継続

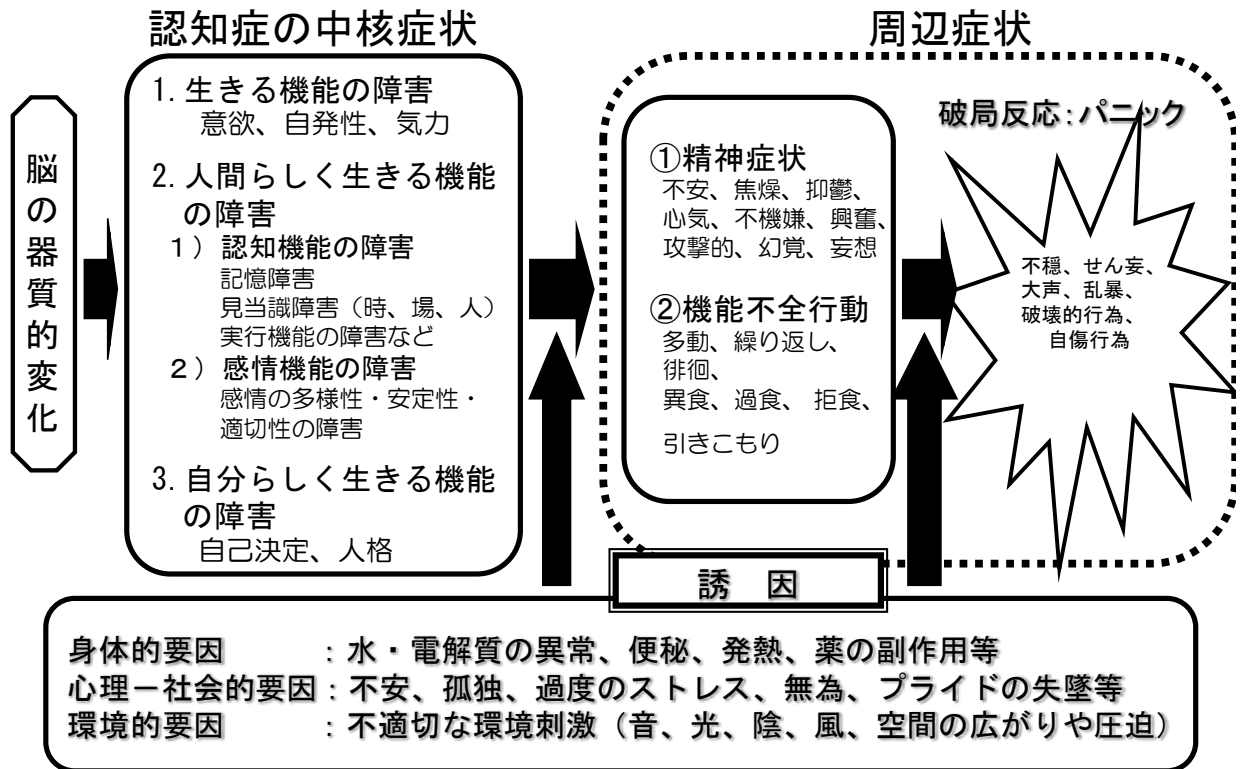
- ・ グループホーム
- ・ 小規模多機能型居宅介護
- ・ 施設機能の地域展開
- ・ ユニットケアの普及（認知症対応型ケアの普遍化）
- ☆ 事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

ターミナルを視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

(参考)

認知症の中核症状と周辺症状

—増悪をまねく多様な要因の関与—



(参考) 2015年の高齢者介護より抜粋

認知症を理解する

1 認知症とはどういうものか？

脳は、私たちのほとんどあらゆる活動をコントロールしている司令塔です。それがうまく働かなければ、精神活動も身体活動もスムーズに運ばなくなります。

認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヵ月以上継続）を指します。

認知症を引き起こす病気のうち、もっとも多いのは、脳の神経細胞がゆっくりと死んでいく「変性疾患」と呼ばれる病気です。アルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体型認知症などがこの「変性疾患」にあたります。

続いて多いのが、脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化などのために、神経の細胞に栄養や酸素が行き渡らなくなり、その結果その部分の神経細胞が死んだり、神経のネットワークが壊れてしまう血管性認知症です。



健康な脳



脳の細胞がびまん性に死んで脳が萎縮する（アルツハイマー病などの変性疾患）



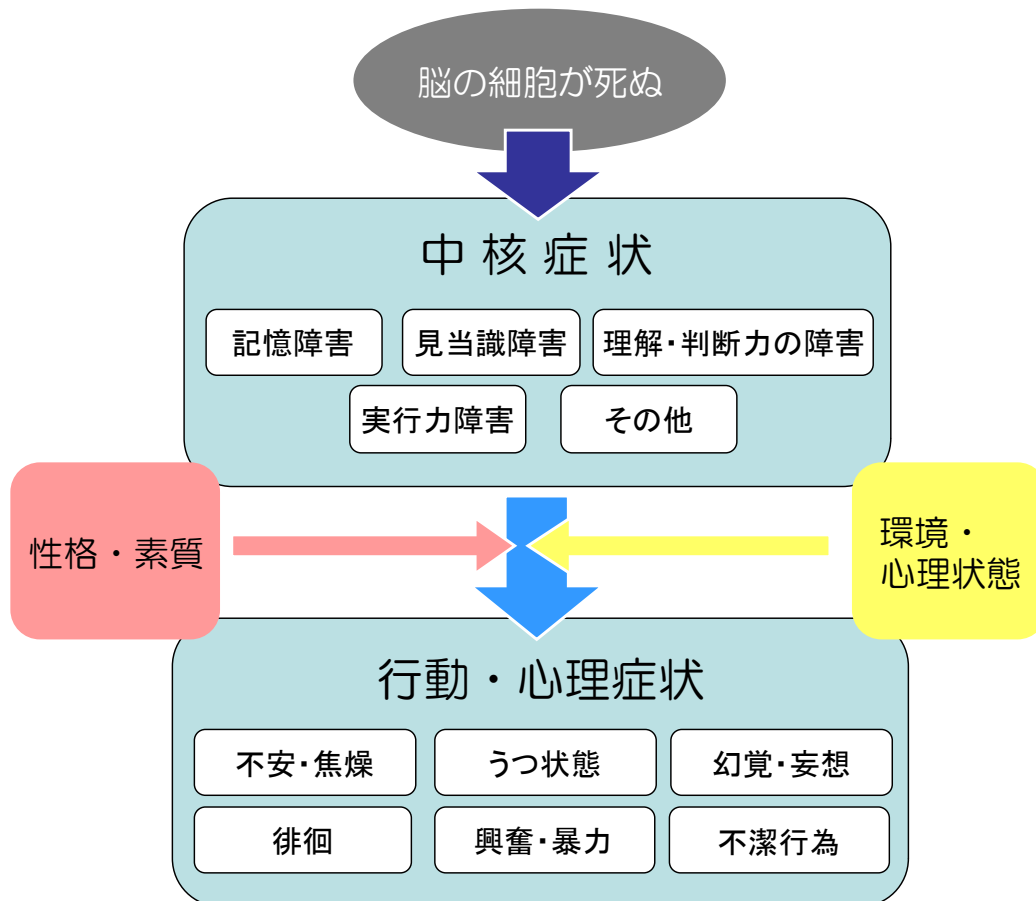
血管が詰まって一部の細胞が死ぬ（血管性認知症）

2 認知症の症状—中核症状と行動・心理症状

脳の細胞が壊れることによって直接起こる症状が記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行機能の低下など中核症状と呼ばれるものです。これらの中核症状のため周囲で起こっている現実を正しく認識できなくなります。

本人がもともと持っている性格、環境、人間関係などさまざまな要因がからみ合っ、うつ状態や妄想のような精神症状や、日常生活への適応を困難にする行動上の問題が起こってきます。これらを行動・心理症状と呼ぶことがあります。

このほか、認知症にはその原因となる病気によって多少の違いはあるものの、さまざまな身体的な症状もでてきます。とくに血管性認知症の一部では、早い時期から麻痺などの身体症状が合併することもあります。アルツハイマー病でも、進行すると歩行が拙くなり、終末期まで進行すれば寝たきりになってしまう人も少なくありません。



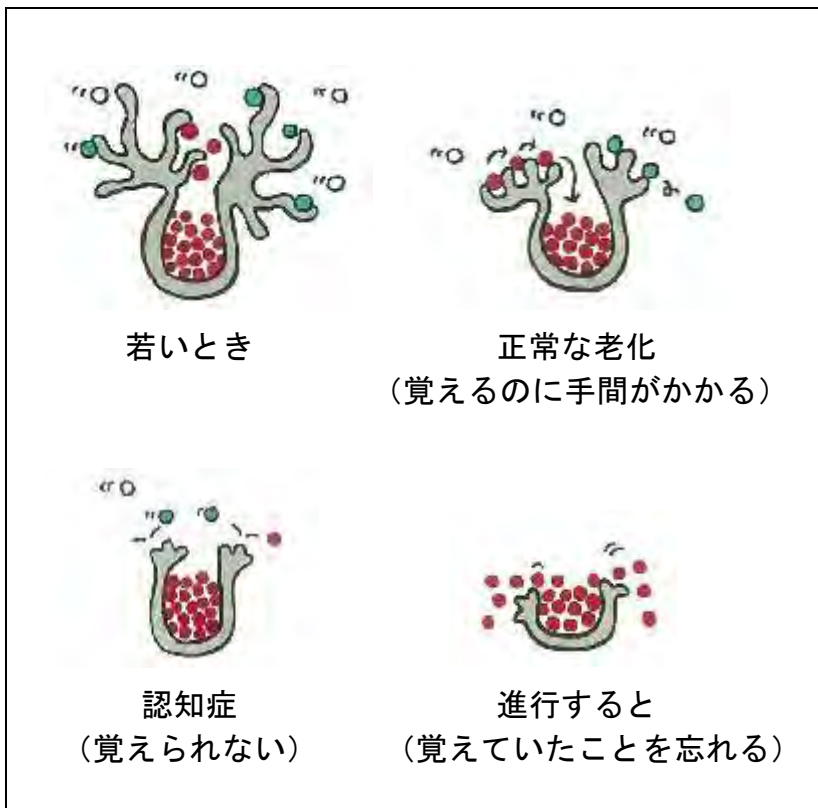
○ 中核症状

症状1 記憶障害

人間には、目や耳が捕らえたたくさんの情報の中から、関心のあるものを一時的に捕らえておく器官（海馬、仮にイソギンチャクと呼ぶ）と、重要な情報を頭の中に長期に保存する「記憶の壺」が脳の中にあると考えてください。いったん「記憶の壺」に入れば、普段は思い出さなくても、必要なときに必要な情報を取り出すことができます。

しかし、年をとるとイソギンチャクの力が衰え、一度にたくさんの情報を捕まえておくことができなくなり、捕まえても、「壺」に移すのに手間取るようになります。「壺」の中から必要な情報を探し出すことも、ときどき失敗します。年をとってものの覚えが悪くなったり、ど忘れが増えるのはこのためです。それでもイソギンチャクの足はそれなりに機能しているので、二度三度と繰り返しているうち、大事な情報は「壺」に納まります。

ところが、認知症になると、イソギンチャクの足が病的に衰えてしまうため「壺」に納めることができなくなります。新しいことを記憶できずに、さきほど聞いたことさえ思い出せないのです。さらに、病気が進行すれば、「壺」が溶け始め、覚えていたはずの記憶も失われていきます。



- 大切な情報
- 関心のある情報
- 無駄な情報

症状2 見当識障害

見当識障害は、記憶障害と並んで早くから現われる障害です。

※ 見当識（けんとうしき）とは、現在の年月や時刻、自分がどこにいるかなど基本的な状況を把握することをいいます。

まず、時間や季節感の感覚が薄れることから

時間に関する見当識が薄らぐと、長時間待つとか、予定に合わせて準備することができなくなります。何回も念を押しておいた外出の時刻に準備ができなかったりします。

もう少し進むと、時間感覚だけでなく日付や季節、年次におよび、何回も今日は何日かと質問する、季節感のない服を着る、自分の年がわからないなどが起こります。

進行すると迷子になったり、遠くに歩いて行こうとする

初めは方向感覚が薄らいでも、周囲の景色をヒントに道を間違えないで歩くことができますが、暗くてヒントがなくなると迷子になります。

進行すると、近所で迷子になったり、夜、自宅のお手洗いの場所がわからなくなったりします。また、とうてい歩いて行けそうにない距離を歩いて出かけようとしています。

人間関係の見当識障害はかなり進行してから

過去に獲得した記憶を失うという症状まで進行すると、自分の年齢や人の生死に関する記憶がなくなり周囲の人との関係がわからなくなります。80歳の人、30歳代以降の記憶が薄れてしまい、50歳の娘に対し、姉さん、叔母さんと呼んで家族を混乱させます。

また、とっくに亡くなった母親が心配しているからと、遠く離れた郷里の実家に歩いて帰ろうとすることもあります。

症状3 理解・判断力の障害

認知症になると、ものを考えることにも障害が起こります。具体的な現象では次の変化が起こります。

①考えるスピードが遅くなる

逆の見方をするなら、時間をかければ自分なりの結論に至ることができます。急がせないことが大切です。

②二つ以上のことが重なるとうまく処理できなくなる

一度に処理できる情報の量が減ります。念を押そうと思って長々と説明すると、ますます混乱します。必要な話はシンプルに表現することが重要です。

③些細な変化、いつもと違うできごとで混乱を来しやすくなる

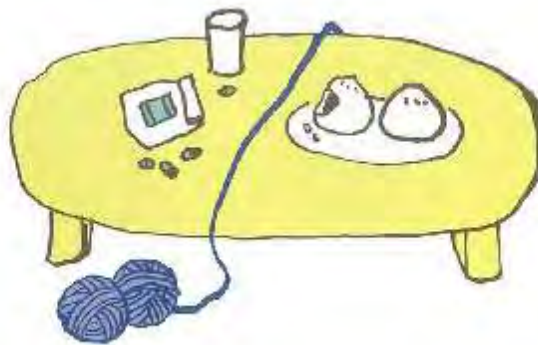
お葬式での不自然な行動や、夫の入院で混乱してしまったことをきっかけに認知症が発覚する場合があります。

予想外のことが起こったとき、補い守ってくれる人がいれば日常生活は継続できます。

④観念的な事柄と、現実的、具体的なことがらが結びつかなくなる

「糖尿病だから食べ過ぎはいけない」ということはわかっているのに、目の前のおまんじゅうを食べてよいのかどうか判断できない。「節約は大切」と言いながらセールスマンの口車にのって高価な羽布団を何組も買ってしまうということが起こります。

また、目に見えないメカニズムが理解できなくなるので、自動販売機や交通機関の自動改札、銀行のATMなどの前ではまごまごしてしまいます。全自動の洗濯機、火が目に見えないIHクッカーなどもうまく使えなくなります。



症状4 実行機能障害

計画を立て按配することができなくなる

スーパーマーケットで大根を見て、健康な人は冷蔵庫にあった油揚げと一緒にみそ汁を作ろうと考えます。認知症になると冷蔵庫の油揚げのことはすっかり忘れて、大根といっしょに油揚げを買ってしまいます。

ところが、あとになっていざ夕食の準備にとりかかると、さっき買ってきた大根も油揚げも頭から消えています。冷蔵庫を開けて目に入った別の野菜でみそ汁を作り、冷蔵庫に油揚げが二つと大根が残ります。こういうことが幾度となく起こり冷蔵庫には同じ食材が並びます。認知症の人にとっては、ご飯を炊き、同時進行でおかずを作るのは至難の業です。

健康な人は頭の中で計画を立て、予想外の変化にも適切に按配してスムーズに進めることができます。認知症になると計画を立てたり按配をしたりできなくなり、日常生活がうまく進まなくなります。

保たれている能力を活用する支援

でも、認知症の人は「なにもできない」わけではありません。献立を考えたり、料理を平行して進めることはうまくできませんが、だれかが、全体に目を配りつつ、按配をすれば一つひとつの調理の作業は上手にできます。「今日のみそ汁は、大根と油揚げだよ」の一言で油揚げが冷蔵庫にたまることはありません。「炊飯器のスイッチはそろそろ入れた方が良いかな？」ときいてくれる人がいれば、今までどおり、食事の準備ができます。こういう援助は根気がいるし疲れますが、認知症の人にとっては必要な支援です。

こうした手助けをしてくれる人がいれば、その先は自分でできるということがたくさんあります。

症状5 感情表現の変化

認知症になるとその場の状況が読めない

通常、自分の感情を表現した場合の周囲のリアクションは想像がつきます。私たちが育ってきた文化や環境、周囲の個性を学習して記憶しているからです。さらに、相手が知っている人なら、かなり確実に予測できます。

認知症の人は、ときとして周囲の人が予測しない、思いがけない感情の反応を示します。それは認知症による記憶障害や、見当識障害、理解・判断の障害のため、周囲からの刺激や情報に対して正しい解釈ができなくなっているからです。

たとえば「そんな馬鹿な！」という言葉、認知症の人は、その場の状況を読めずに自分が「馬鹿」と言われたと解釈して、相手に対し怒りの感情をぶつけてしまいます。怒られた人はびっくりしてしまいますが、認知症の人の行動がわかっているならば、少なくとも本人にとっては不自然な感情表現ではないことが理解できます。

【参考】認知症の人への対応 ガイドライン

基本姿勢

認知症の人と対応する際には、認知症に伴う認知機能低下があることを正しく理解していることが必要です。そして、偏見をもたず、認知症は自分たちの問題であるという認識をもち、認知症の人やその家族が、認知症という困難を抱えて困っている人であるということに思いをはせること。認知症を抱える人が安心して生活ができるように支援するという姿勢が重要になります。

認知症の人でも一般の人とのつきあいと、基本的には変わることはありません。そのうえで、認知症の人には、認知症への正しい理解に基づく対応が必要になるということです。

記憶力や判断能力の衰えから、社会的ルールに反する行為などのトラブルが生じた場合には、家族と連絡をとり、相手の尊厳を守りながら事情を把握して冷静な対応策を探ります。

なお、ふだんから住民同士が挨拶や声かけにつとめることも大切です。日常的にさりげない言葉かけを心がけることは、いざというときの的確な対応に役立つでしょう。

認知症の人への対応の心得“3つの「ない」”

- 1 驚かせない
- 2 急がせない
- 3 自尊心を傷つけない

具体的な対応の7つのポイント

●まずは見守る

認知症と思われる人に気づいたら、本人やほかの人に気づかれないように、一定の距離を保ち、さりげなく様子を見守ります。近づきすぎたり、ジロジロ見たりするのは禁物です。

●余裕をもって対応する

こちらが困惑や焦りを感じていると、相手にも伝わって動揺させてしまいます。自然な笑顔で応じましょう。

●声をかけるときは1人で

複数で取り囲むと恐怖心をあおりやすいので、できるだけ1人で声をかけます。

●後ろから声をかけない

一定の距離で相手の視野に入ったところで声をかけます。唐突な声かけは禁物。「何かお困りですか」「お手伝いしましょうか」「どうなさいました?」「こちらでゆっくりどうぞ」など。

●相手に目線を合わせてやさしい口調で

小柄な方の場合は、体を低くして目線を同じ高さにして対応します。

●おだやかに、はっきりした滑舌で

高齢者は耳が聞こえにくい人が多いのでゆっくりとはっきりした滑舌を心がけます。早口、大声、甲高い声でまくしたてないこと。その土地の方言でコミュニケーションをとることも大切です。

●相手の言葉に耳を傾けてゆっくり対応する

認知症の人は急かされるのが苦手です。同時に複数の問いに答えることも苦手です。相手の反応を伺いながら会話をしましょう。たどたどしい言葉でも、相手の言葉をゆっくり聴き、何をしたいのかを相手の言葉を使って推測・確認していきます。

5 地域密着型サービスについて

地域密着型サービスの概要

(全国介護保険担当課長会議資料 平 17. 10. 31)

- 「地域密着型サービス」は、認知症高齢者や独居高齢者の増加等を踏まえ、高齢者が要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにする観点から、原則として日常生活圏域内でサービスの利用及び提供が完結するサービスを、新たに類型化し、市町村が事業者の指定及び指導・監督を行うこととしたものである。
- 地域密着型サービスの対象となるのは、以下の6種類のサービスである。
 - ① 小規模多機能型居宅介護
 - ② 夜間対応型訪問介護
 - ③ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（小規模（定員29人以下）の特別養護老人ホーム）
 - ④ 地域密着型特定施設入居者生活介護（小規模（定員29人以下）の介護専用型特定施設）
 - ⑤ 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）
 - ⑥ 認知症対応型通所介護

地域密着型サービスの創設

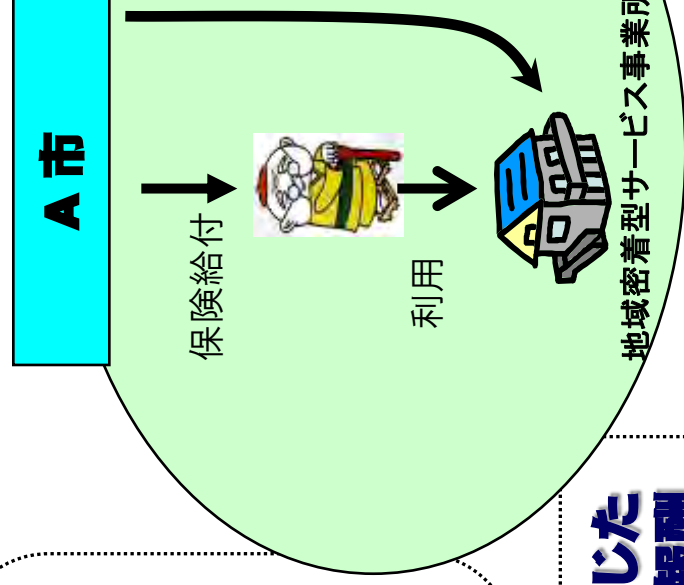
要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供される
ことが適当なサービス類型（**二地域密着型サービス**）を創設。

1: A市の住民のみが 利用可能

- 指定権限を市町村に移譲
- その市町村の住民のみがサービス利用可能(A市の同意を得た上で他の市町村が指定すれば、他の市町村の住民が利用することも可能)

2: 地域単位で適正な サービス基盤整備

市町村(それをさらに細かく分けた圏域)単位で必要整備量を定めることで、地域のニーズに応じたバランスの取れた整備を促進

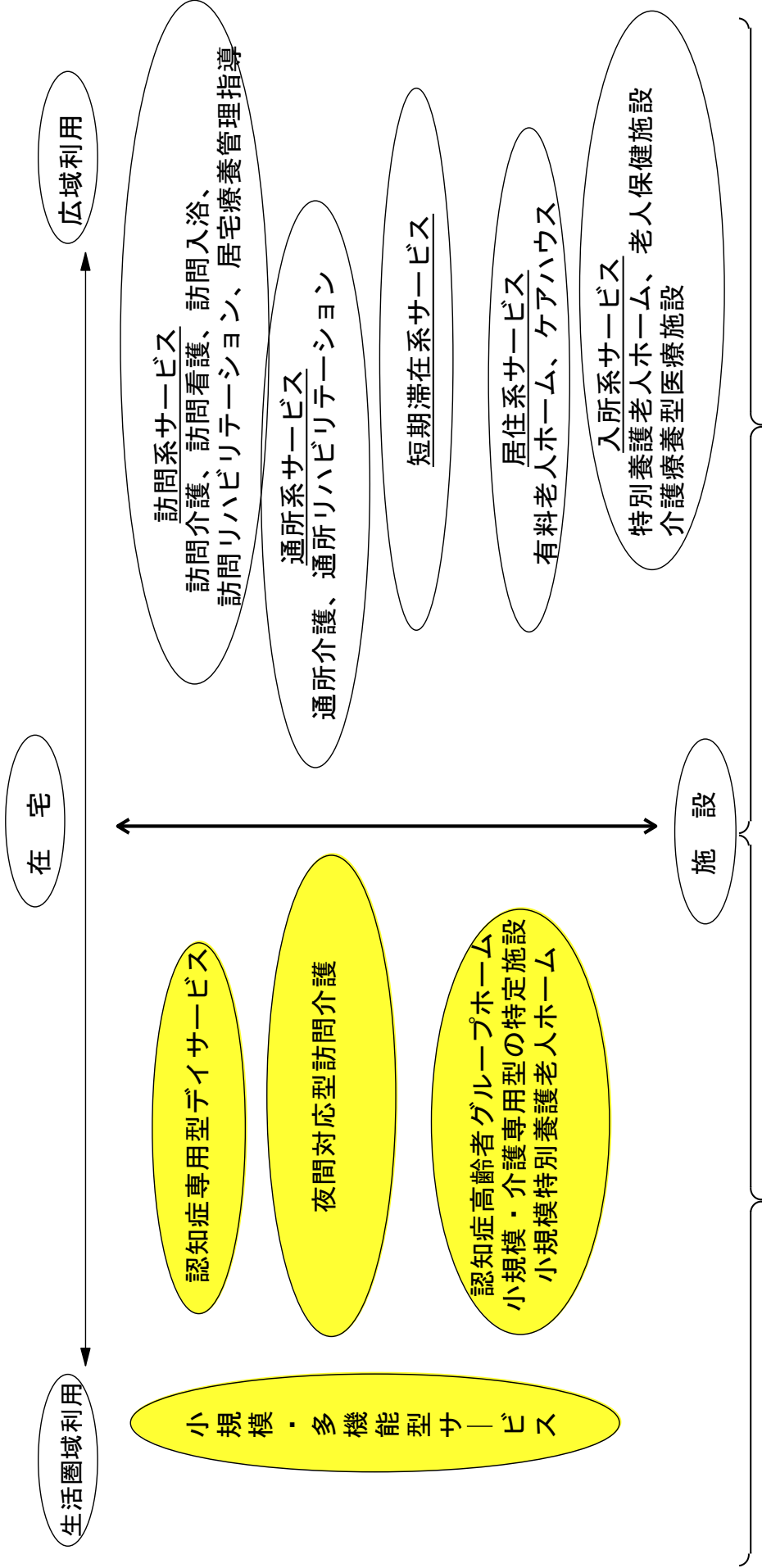


3: 地域の実情に応じた 指定基準、介護報酬 の設定

4: 公平・公正透明な仕組み

指定(拒否)、指定基準、報酬設定には、
地域住民、高齢者、経営者、保健・医療・福祉関係者等が関与

新たなサービス体系の確立 (地域密着型サービスの創設)



地域密着型のサービス

(事業者指定
・指導監督等)

市町村長

一般的なサービス

都道府県知事

小規模多機能型居宅介護の概要(平成18年4月から開始)

基本的な考え方:「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援する。

利用者の自宅



在宅生活の支援

地域に開かれた透明な運営
サービス水準・職員の資質の確保

「運営推進会議」の設置

地域の関係者が運営状況を協議、評価する場を設ける

管理者等の研修
外部評価・情報開示

小規模多機能型居宅介護事業所

様態や希望により、「訪問」



「訪問」

人員配置は固定にせず、柔軟な業務遂行が可能に。
どのサービスを利用して、なじみの職員によるサービスが受けられる。

「通い」を中心とした利用

様態や希望により、「泊まり」

《利用者》

- 1事業所の登録定員は25名以下
- 「通い」の利用定員は登録定員の2分の1～15名の範囲内
- 「泊まり」の利用定員は通いの利用定員の3分の1～9名の範囲内

《人員配置》

- 介護・看護職員
日中:通いの利用者3人に1人
+訪問対応1人
- 夜間:泊まりと訪問対応で2人(1人は宿直可)
- 介護支援専門員1人

《設備》

- 居間及びび食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さ
- 泊まりは4.5畳程度でプライバシーが確保できるしつらえ

○要介護度別の月単位の定額報酬

併設事業所で「居住」

+ (併設)

「居住」

- グループホーム
- 小規模な介護専用型の特設施設
- 小規模介護老人福祉施設(サテライト特養等)
- 有床診療所による介護療養型医療施設 等

- 小規模多機能型居宅介護と連続的、一体的なサービス提供
- 職員の兼務を可能に。

認知症対応型共同生活介護の概要

(基本的な考え方)

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。

《利用者》

- 1事業所あたり1又は2の共同生活住居(ユニット)を運営
- 1ユニットの定員は、5人以上9人以下

《人員配置》

- 介護従業者
 - 日中:利用者3人に1人(常勤換算) 夜間:夜勤1人
 - 計画作成担当者
 - ユニットごとに1人
 - (最低1人は介護支援専門員)
 - 管理者
- 3年以上認知症の介護従事経験のある者が常勤専従

《設備》

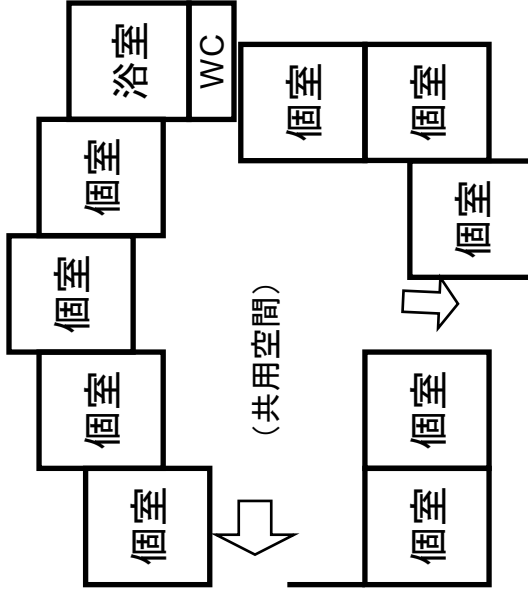
- 住宅地等に立地
- 居室は、7.43㎡(和室4.5畳)以上で原則個室
- その他居間・食堂・台所・浴室等日常生活に必要な設備

《運営》

- 運営推進会議の設置
- ・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成
- ・外部の視点で運営を評価

共同生活住居

(ユニット)のイメージ



介護報酬

介護報酬	(1日につき)
要介護1	831単位
要介護2	848単位
要介護3	865単位
要介護4	882単位
要介護5	900単位
要介護1	861単位
要介護2	878単位
要介護3	895単位
要介護4	912単位
要介護5	930単位

※短期利用サービスを提供できるのは、開設後3年以上経過し、かつ空いている居室を利用する等の基準を満たした事業所のみ。

初期加算 1日につき30単位を加算

※入居日から30日間に限定。

医療連携体制加算 1日につき39単位を加算

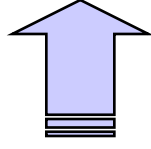
※職員又は病院等との連携により看護師を1名以上確保し、かつ看護師により24時間の連絡体制を確保している等の基準を満たした事業所のみ。

施設数(H20.10)
9,393施設

ユニットケアとは

個別ケアを実現するための手法

具体的には・・・



利用者一人ひとりの個性や
生活のリズムを尊重したケア

在宅に近い居住環境で、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿い、他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるように介護を行う。

その実現のためには

個性や生活のリズムを保つための個室と、ほかの利用者や地域との関係を築くためのリビングやパブリックスペース、などのハード



小グループごとに配置された職員による、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿ったケアの提供、というソフト

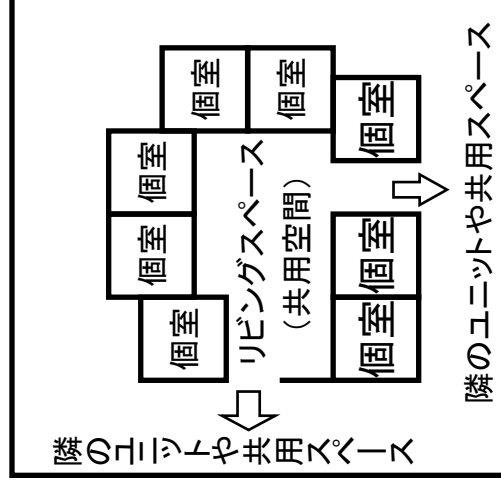
ユニット型施設の例

ハードウェアとソフトウェア

- 〇在宅に近い居住環境（個室と共用空間）
- 〇ユニットごとに職員を配置（生活単位と介護単位の一一致）

認知症高齢者ケアにも有効

- 〇小規模な居住空間
- 〇家庭的な雰囲気
- 〇なじみの人間関係
- 〇在宅に近い居住環境
- 〇入居者一人一人の個性や生活のリズムに沿う
- 〇他人との人間関係を築く



隣のユニットや共用スペース

第4章 提言

1. 運営推進会議の社会的価値

① 地域づくり

運営推進会議がグループホームと地域の交流の場になっているだけでなく、地域住民や市町村職員などの地域関係者の認知症高齢者に対する理解を深めることが可能な場である。そのためには、運営推進会議において、グループホームの活動報告により、グループホームの情報を提供するという基本的課題を実践することである。そのことにより、グループホームにとっても、グループホームの活動の振り返りと利用者や家族のニーズの再発見、地域からのグループホームの活動への理解の促進と、地域との協働が促進され、認知症に対する知識の普及啓発が期待できる。

また、グループホームと地域との情報交換や交流を深める中で、地域全体の高齢者の問題や社会福祉的な課題を議論できる。グループホームが地域の中に受け入れられるだけでなく、ともに地域を創造する担い手として、「地域づくり」の拠点的な役割を果たしていくことになる。まさに、運営推進会議が地域とのパイプ役とし、そのことが、地域の中におけるグループホームの存在価値を高めることにつながり、利用者の「生活支援」から「認知症になっても安心して暮らせる街づくり」となるような、地域を新しく創造する存在としての転換の可能性を示唆している。

そして、グループホームと地域関係者の「地域づくり」のパートナーシップとしての関係が強化され、地域の中にあるグループホームとしての位置づけが明確になるとともに、地域全体の高齢者問題の課題を話し合う中で、新しい社会資源の開発が具体的に取り組みられることになる。そして、新しい社会資源の開発により、必要な認知症高齢者支援の施設の拡充も求められる。さらに、既存の老人クラブや子ども会活動などの町内会活動や学童保育などとの連携をしているグループホームも多く見られる。

認知症高齢者に対するサポーターの養成やボランティアの育成なども必要になるであろうし、地域全体を対象にした「認知症ケアのコミュニティづくりの対策」を市町村とともに策定することも今後の喫緊の課題である。

② 認知症ケアの理解

運営推進会議において、認知症の人たちに対する理解を深めるための役割を果たすことが求められる。運営推進会議の参加者は、グループホームの活動について知らなかった人や、認知症の人とのかかわりもはじめての人もある。さらに、認知症に対する理解がほとんどなく、誤解している人も多い。それゆえ職員はグループホームの中での利用者の生活や活動を紹介し、利用者と共に過ごしにかかわりの機会を持てるように、会議の

前に案内するなどの意図的な場の設定をすることが望ましい。特に、利用者との生活場面を通しての適切なかわりがあれば、認知症の人達がごく普通の生活が可能な人達であること、地域社会と連携しながら生活することの有効性が理解できる。そして、認知症の人たちが抱えている課題が運営推進会議の委員の人自身の問題であり、地域全体の取り組む課題であることが理解できる。

また、運営推進会議の参加者にとって、グループホームの支援が、小規模であり、なじみの人や場所、住みなれた地域を持つがゆえに、認知症ケアには有効であることや、本来、認知症の人自身が持っていた生活スタイルや習慣、地域の風習などを重視する視点が、認知症ケアにとっては不可欠であることなどを知る貴重な機会となっている。

さらに、運営推進会議には認知症の人自身も参加するため、職員の関わり方を通して当事者性を尊重することも理解する機会となる。特に、認知症の一見理解しがたい行動にも意味があって、症状としてとらえるだけでなく、認知症の人達とのかかわりを十分時間をかけることや、寄り添うことによって、どう暮らしたいか、どのように不安や混乱しているのかのシグナルとして捉えることが必要である。

さらに、運営推進会議に地域の人や行政の参画を促すことは、認知症ケアの質的な向上と新たな認知症ケアの方向性を示すことになる。運営推進会議の多様な機能の一つに認知症に対する理解を深めるという機能がある。地域や行政の人が運営推進会議に参加することによって、認知症の理解を深めていけば、運営推進会議自体がキャラバンメイトやサポーター養成機能も果たすことが可能である。認知症ケアの普及啓発の手段として運営推進会議を活用するという視点が求められる。

③ 行政との連携を問う

運営推進会議は、「グループホームを利用する認知症の人が、住み慣れた地域で、その人らしく暮らし続けること」を支えるための取り組みである。それゆえ、利用者の生活支援に主眼を置いて考えるならば、住み慣れた地域に点在する社会資源の活用・新たな社会資源の創出・それらのネットワークづくりなど「地域との協働」が不可欠となる。この協働には、当事者である利用者、利用者家族、グループホーム職員、地域住民、行政職員等との連携が求められることはいうまでもない。

本調査結果からは、行政職員も運営推進会議に参加する必要性を強く感じており、会議に参加することにより、①認知症の人とのかかわりが生まれ、②認知症の理解、③グループホームにおける生活や生活支援の実際の理解、④グループホームの持つ「力」や「利用者や家族のニーズ」の理解などの促進が図られることが期待される。

さらに、運営推進会議は、⑤地域住民との意見交換の場ともなっており、⑥地域や地域住民が持つ「力」や「ニーズ」を把握する場としても機能している。

一方、グループホームにとっても、行政職員との連携によって、①相談・連携等がスムーズに行える、②行政職員が持っている制度・地域状況・各種資源などの情報の活用

や、③他のグループホームにおける取り組み事例などのアイデアや、④他部署や他機関、地域住民などの調整を行う機能の活用によって、⑤生活支援の幅がひろがり、⑥利用者に対する生活支援のさらなる充実を目指すことが可能となる。

いずれにしても会議における定期的な話し合いから、行政職員と事業者が互いに、できること、できないことを確認し合い、理解を深めていくことで、「指導や処分をする、される関係」から、「認知症の人が地域で暮らすための取り組みを行う協働者としての関係」になることが可能である。さらに、担当課職員の参画のみならず、他課職員（税務課・まちづくり課等）の参画について積極的に働きかけることにより、認知症の人たちを、多面的に、「住み慣れた地域で、その人らしく暮らし続けること」を支えていくうえで有効である。

④ 評価・権利擁護

運営推進会議によって、グループホームの活動内容や利用者の状況や職員の体制と研修などについて、具体的に情報の提供を行うことが必要である。その際に、グループホームの活動について会議の議事録の公開などによって、地域住民や行政から社会的な評価を受けることに、この運営推進会議の一つの必要性がある。

また、社会的な評価だけでなく、利用者や家族からグループホームの活動の評価を当事者の立場から受けることになり、運営推進会議での話し合いによって、利用者や利用者家族のニーズの評価もすることになる。そして現状のサービスのあり方のモニタリングを行い、利用計画内容を検討して再プランニングを行うことが求められるのである。さらに、グループホームと地域住民や行政が地域全体の高齢者問題や福祉的な課題を話し合うことによって、地域の抱えている福祉ニーズについても検討が可能になってくる。

今後のグループホームの活動評価については、行政が行う実地指導や外部評価の機能も運営推進会議で補っていくことも実践的に実現可能な課題である。運営推進会議を定期的実施している場合には、外部評価が2年に一回とされているが、評価の対象を回数だけでなく、会議録の公開、地域との連携内容の評価、利用者や家族の参加の頻度、人権の擁護に関する取り組みなどについても詳細に検証する必要がある。行政からの適切な活動の評価を期待したい。

以上の機能を各々のグループホームが果たしていく努力を重ねることによって、利用者にとっては、もう一つ加わる権利擁護の機能を満たしていくことが可能になる。

利用者や家族の個別性や自己決定の尊重がなされているのか、金銭の管理や身体の拘束などをどのように検討されているのかといったことの内容についても、当然運営推進会議で触れることになる。グループホームの情報を公開することは、日常の利用者に対する支援のあり方を見直すことであり、このことが利用者の権利を擁護する機能を実現することである。利用者や家族の立場からの満足度を調査する方法の検討が急がれる。

2. 運営推進会議の意義

① 開催の工夫

運営推進会議の開催が事業者や参加者にとって、負担感をもたせず、参加意識を高めるためには、運営推進会議の意義を良く理解した上で、創造的かつ想像的な開催の知恵・工夫が重要である。

構成メンバーについては、利用者、家族、市町村職員、町内会の役員や民生委員などの地域の代表者、事業者のみならず、老人クラブ、かかりつけ医、消防団員、交番、学童保育の先生、地域の商店など、地域全体に拡がりを持った方々の参加していただくことが認知症の理解が深まるうえで大切である。特に、利用者自身が毎回参加することが重要であり、参加にあたっては家族と一緒に参加し、自分たちの暮らしをスライドなどで見ることにより主人公感・当事者感を持つことに繋がる。そして、利用者の想いを会議で伝えるなどにより、利用者自身の存在を構成メンバー全体が尊重することこそが、「尊厳」を守り続けることにつながっていくと思われる。また、構成メンバーはグループホームの最強の応援団であり、地域とのパイプ役でもあるとの意識づけが大切である。

運営については、各々の地域性の特徴を考慮してさまざまな試みが必要となってくる。例えば、①同じ地域に所在するグループホーム同士が相互に運営推進会議に参加し合う組織づくり、②お酒を酌み交わしながらの交流会の形式の開催方法の工夫、③生活風景などを伝える手段としてビデオやスライドの活用、④会議のテーブルおこし・報告書の作成を通じて職員全員がかかわるなど、前向きでユニークな取り組みが既に全国で実践されている。

会議の議題(テーマ)設定の考え方としては、生活支援の視点と地域との関係性を重視する視点が求められる。利用者の生活に関するあらゆる事柄が地域・生活と関連していることから、テーマは尽きることなく存在すると考えられる。例えば、防災訓練、年間行事、地域の祭りや行事への参加、回覧板、町内会費、昔からなじんでいる料理など、地域で生活する視点からとらえると「何でもあり」と柔軟性をもって臨むことが大切である。その際、認知症の人やグループホームにおける暮らしを深く理解するという目的を常に意識することが必要となる。

② スタッフのスキルアップ(職員教育・研修機能)

運営推進会議がより有効に機能するためには、グループホーム内で運営推進会議の開催意義を明確にし、職員全員がその意義を共有し準備できる体制整備が求められる。そのためにはさまざまな工夫が考えられるが、基本的には管理者が中心になって企画・運営を行うのではなく、全職員が諸過程(委員選定・開催日程調整・議題選定・開催案内・会議資料作成・会場準備・取組状況等の説明や意見交換・進行・記録・議事録作成・議事録公表・議事録配布等)のいずれかに携われる体制を整えることが望ましい。

確かに、議事録の作成・公表等の事務量も少なくなく、負担感や義務感が先行しがちである。しかし、グループホームの存在意義の一つである利用者の「生活支援」を重視する視点に立ったとき、会議に無関係な職員など一人もいない。職員全体で運営推進会議の開催意義が理解されれば、会議の場でありのままの日常実践を言語化して伝えることや、資料や議事録の作成によって文書化して伝えるといった過程そのものが職員自身のかかわりを振り返る場にもなり得る。

さらに、意見交換の場では、地域住民や行政職員も交えながら、利用者家族や地域住民のニーズを直接聴ける機会にもなる。互いのニーズを持ちより、それぞれが出来ることを出し合い、今後の支援の方向性をともに見出していくことは、職員の実践力を高める教育研修機能の発揮へと結びつく。日常実践が可視化され、自分達の取り組みの課題や価値が実感でき、さらなる意欲や使命の発揮へとつながることが期待される。

また、運営推進会議への一連の取り組みは、グループホーム職員のみならず、地域住民や行政職員等の研修の機会にもなる。認知症の人が住み慣れた地域で望む暮らしを送り続けることを支えるために、グループホームにかかわる全てのひとたちが、ともにスキルアップを図れる場として運営推進会議の場を活用することが求められる。

③ グループホームのあり方の方向づけ

認知症ケアのフロントランナーとして、介護保険制度における唯一の認知症ケアに特化したサービス体系であるグループホームがスタートして10年が経過した。これからのグループホームの方向性を考慮するにあたって、地域密着型サービスの多様な事業所の誕生や多機能化になどへの対応という課題がある。グループホームケアは、密室性が高く何が行われているかわからないといった批判や、誰でも参画できるということから質のばらつきがあるなど多くの批判を受けるなど順調に進歩してきたわけではない。それらに対応するために、グループホーム自ら自己評価や外部評価などの取り組みを行った結果、現在では制度化されたものもある。そして、地域密着型サービス体系として認知症対応型の通所介護や短期利用など多機能化にも対応してきた。

そのような状況にあって、密室性が高いという批判に対応するものとして運営推進会議は有効に機能している。運営推進会議では、グループホームと地域関係者の連携が大切であることが周知の事実であり、地域のかや当事者・スタッフの関係力を活用した実践報告も数多く見られるようになった。運営推進会議の有効性として、認知症に対する理解を深めるということがいわれ、その効果と同様に認知症の人たちが地域に出掛けることが、地域の理解を深める役割を持つということがある。さらに、運営推進会議により地域住民や市町村職員のグループホームの活動や認知症に対する理解が深まったと考える。私たちは、このことから「認知症の人とグループホームが地域を作る」、「地域の中で認知症の人が認知症の理解を深める」、さらに支援の仕方によっては「認知症の人が認知症の人を支えることが可能」と考えるに至った。

一方で、今後のグループホームケアのあり方として、「グループホームがホーム内だけの世話機能でよいのか」、「重度化する高齢者ケアに対応できるのか」、「地域と共にあるグループホームケアのあり方をどうしていくのか」という検討課題がある。この検討課題を具体的に深化させていくためには、グループホーム当事者だけでなく幅広い領域からの意見に耳を傾け、認知症の理解やケアのあり方、生活を支援することの意味、介護保険制度との整合性、計画作成のあり方などを明確にする必要がある。

運営推進会議は専門家やまったくの素人、当事者など多様な参加者で成り立っている。そこでの多様な意見を、今後のグループホームのあり方の参考にし、改革の中にも生かすべきである。グループホームの事業者は行政の実地指導や制度さえ守っていれば良いと考えるのではなく、認知症の人達の生活を支援するという本来のあり方を基調にして、利用者や家族、地域の人たちの生きた意見に学ぶ必要がある。運営推進会議を今後のグループホームのあり方を問う場として活用しながら、認知症の人のためのグループホームの方向性を検討していきたい。

④ 目的意識・当事者意識をもつことの重要性

運営推進会議の成否の重要な要素の一つとして、その構成メンバーが認知症の人たちへの「生活支援」と「地域づくり」に対する明確な目的意識をもち、自分自身の課題として取り組むという当事者意識をもって実践する姿勢・態度が求められる。

「自分がホーム長(職員)だったら、こんなことをやってみたい！ 試してみたい！」、「自分がグループホームで生活するとしたら、どんな暮らしをしたいのか？」「どんなことを希望するのか？」、「この地域でこんな活動がやってみたい！」など、当事者意識をもって話し合うこと、かかわることが大切である。会議の構成メンバーの一人一人が自分のこととして捉えることにより、真実さ・切実さ・積極性が高まり、自由なアイデアを引き出すこととなる。構成メンバーがこれは「おもしろいアイデア」だと共通認識をもつことで、そのアイデアの実現のためのさまざまな工夫が始まり実効性も高まっていく。また、当事者意識をもつことで、利用者ともっとかかわろう、グループホームとかかわろう、という普段からの付き合いの大切さにも気づかされることとなる。

運営推進会議で取り上げるテーマに関して、単発的なテーマはその場限りの類が少なく、参加メンバーの目指すべきものが見えにくい現状がある。その都度、グループホームにとって、または地域にとっても重要なテーマを選択して取り上げていく方法もあるが、年間を通じてのストーリー性を持ったテーマを取り上げることも必要である。ストーリーを創ることで、参加メンバーも見通しができやすくなり、メンバーのやりがい感も高まる。

例えば5月には会議の年間計画を立て交流会を実施し、7月には年間をかけて創りあげていくテーマの企画・立案を行い、8～10月はその実践活動を展開し、11月にはその評価を行う。そして、1月は新年会や交流会にして、3月には一年間の総括と反省

会を行い次年度の年間計画を検討する、という流れである。ここで大切なことは、例えば、学童保育の子どもたちが来てくれて楽しかったので、来年度はキッズヘルパーの養成事業を一年間かけて運営推進会議が母体となって実践する、などの達成目標を設定しながら会議を進めることによって、プロダクト（成果、結果）を出していくことである。その積み重ねが達成感につながり、本来の目的の一つである「地域づくり」に発展していくものと思われる。

改訂マニュアル策定構成員

【介護保険施設等における運営指導に関する意見交換会】（五十音順・敬称略）

《自治体職員》

石坂 知之	調布市福祉健康部高齢者支援室主任
乾 万里子	鳴門市健康福祉部介護保険課地域支援担当係長
奥村 浩治	神戸市保健福祉局高齢福祉部高齢福祉課調整指導係長
下浦 健	川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課主査
高橋 洋子	仙台市健康福祉局保険高齢部介護保険課指導係長
永田 勉	福岡県保健医療介護部介護保険課参事
舟部 亮一	横須賀市健康福祉部指導監査課主任
松村 聡	東京都福祉保健局指導監査部指導第一課課長補佐 (施設サービス検査係長)

《厚生労働省》

田仲 教泰	老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室室長補佐
菱川 隆夫	老健局総務課介護保険指導室長
藤谷 正	老健局総務課介護保険指導室室長補佐

(参考) 当初マニュアル策定委員名簿

【介護保険施設等における運営指導に関する検討会】（五十音順・敬称略）

《行政関係者》

荒川 英雄	厚生労働省老健局総務課介護保険指導室室長補佐
池田 武俊	厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室室長補佐
岩田 晋一	京都府保健福祉部高齢・保険総括室介護保険事業室審査担当係長
荻原 久男	調布市福祉部高齢者支援室室長
神田 典治	神戸市保健福祉局高齢福祉部高齢福祉課調整指導係長
谷口 絹子	東京都福祉保健局板橋ナーシングホーム介護第二課相談係長
中井 孝之	厚生労働省老健局総務課介護保険指導室室長
山中 理	横須賀市健康福祉部指導監査課事務吏員

《オブザーバー》

岩間 伸之	大阪市立大学大学院生活科学研究科助教授
渡辺 裕美	東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科教授

《ヒアリング施設等》

- 介護老人福祉施設
大平 信子 魚沼地域特別養護老人ホーム八色園施設長
村田麻起子 社会福祉法人健光園特別養護老人ホームももやまマネージャー
- 介護老人保健施設
加藤 綾子 財団法人脳血管研究所介護老人保健施設アルボース看護介護師長
松浦美知代 医療法人財団青山会介護老人保健施設なのはな苑看護部長
- 介護療養型医療施設
井口 昭子 上川病院総師長
- 認知症対応型共同生活介護事業所
佐々木勝則 社会福祉法人桜井の里福祉会グループホームこいて法人事務局長