

介護サービス相談員におけるオンライン研修体制  
に関する調査研究事業  
報告書

特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構

介護サービス相談・地域づくり連絡会

令和3(2021)年3月



# 目 次

1 調査・研究の概要	3
1. 事業実施目的	4
2. 介護サービス相談員におけるオンライン研修体制研究会の設置	5
3. 研修用オンラインシステムの構築	6
4. オンライン用教材の作成	7
2 動画教材 <small>(頭出し画像)</small>	9
養成	10
現任Ⅰ	25
現任Ⅱ	29
3 編集素材 <small>(PPT教材)</small>	41
※各講義の PPT 教材の掲載頁は7頁を参照	
4 参考資料	231
研修案内	232
操作マニュアル	235



# 1. 調査研究の概要

# 介護サービス相談員におけるオンライン研修体制に関する 調査研究事業

## 1. 事業実施目的

### 【背景】

- 国より令和2年度からの介護相談員制度の充実策が示された。
- 名称を「介護サービス相談員」に改称するとし、派遣先として住宅型有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅が追加された。
- 介護サービス相談員の受入を促進する旨が、国から都道府県に通知され、保険者機能強化推進(インセンティブ)交付金の評価項目として追加されたところである。
- これらに伴う介護サービス相談員の量的拡大と質の確保の観点から、養成研修が2種類に整理された。従来あった40時間研修に加えて、「介護サービス相談員補」を設け、12時間の「標準的な研修カリキュラム」が示された。

### 【現状】

- 当団体では、介護サービス相談員の全国組織(介護サービス相談・地域づくり連絡会)として、介護サービス相談員養成研修(40時間)及び現任研修(10時間)を実施しているが、今春からの新型コロナウイルス感染症拡大による影響で、多数が集まっての対面式による研修が行えない状況となっている。
- そのため、介護サービス相談員の研修体系そのもののオンライン化が早急に求められる状況である。

### 【目的】

- こうした状況から本事業では、
  - ①介護サービス相談員(補を含む。以下同じ)の養成研修  
(相談員:40時間研修/相談員補:12時間研修)
  - ②現任者向け研修(国の通知では「更新研修」)  
(10時間研修。2コース(Ⅰ【現任初年対象】・Ⅱ【2年目以上】))のオンライン研修のあり方を検討し、オンラインによる研修を試行的に実施することを目的とした。

※事業は当初No.144と連携して行った。

## 2. 介護サービス相談員におけるオンライン研修体制研究会の設置

○既に介護サービス相談員に関しては、当初No.144において介護サービス相談員派遣等事業の効果的普及に関する検討委員会（「介護サービス相談員派遣等事業の効果的普及」研究会）を設けたところであったため、3次募集という時間的制約もあることから、新たにまったく異なる合議体を設置することはせず、上記研究会の委員に兼任してもらう形で、オンライン化の検討を行うための検討組織「介護サービス相談員におけるオンライン研修体制研究会」を設置、開催した。

○コロナ禍のため、開催はオンライン形式（Zoom）で行った。

### ◆名簿

◎=座長 ○=副座長

氏名	肩書
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○	岡山大学 客員教授／元厚生労働省老健局長
川島 進	社会福祉法人永寿会 特別養護老人ホームかりん（藤沢市）・かりん町田 理事長・総合施設長
篠田 浩	岐阜県大垣市 社会福祉課 課長
高村 浩	高村浩法律事務所 所長
鳥海 房枝	特定非営利活動法人メイアイヘルプユウ 事務局長
帖佐 徹	社会医療法人雪の聖母会 介護老人保健施設聖母の家 施設長
森 貞述	前愛知県高浜市長／元介護相談・地域づくり連絡会 代表
オブザーバー	
越田 拓	厚生労働省老健局 高齢者支援課 課長補佐
乙幡 美佐江	厚生労働省老健局 高齢者支援課 高齢者虐待防止専門官

### 第1回研究会

日 時	2020（令和2）年11月24日（火）15時～17時
開催形式	Zoomによるオンライン開催
委 員	丹羽座長、宮島副座長 川島、高村、鳥海、森
議 題	1. 「介護サービス相談員オンライン研修体制」について 2. 動画配信システムの構築について
配布資料	①研修カリキュラム（相談員、相談員補、現任Ⅰ、現任Ⅱ） ②動画配信システム図

○研究会にオンライン研修のカリキュラム、動画配信システムの概要を提示したところ、グループワークやコミュニケーション技法など、従来、受講者同士が対面で行っていた科目に関する「研修の質」の担保に関してや、対面的研修要素が廃された「介護サービス相談員補」研修カリキュラムに対する懸念などが意見として示された。

### 3. 研修用オンラインシステムの構築

○介護サービス相談員に係るオンライン研修のため、以下の研修に関して動画配信システムを構築した。

- ①介護サービス相談員 養成研修(40時間)
- ②介護相談員 現任研修 I (10時間)
- ③介護相談員 現任研修 II (10時間)

※当初予定していた「介護相談員補」の養成研修に関しては、受講希望者が少数のため取りやめた

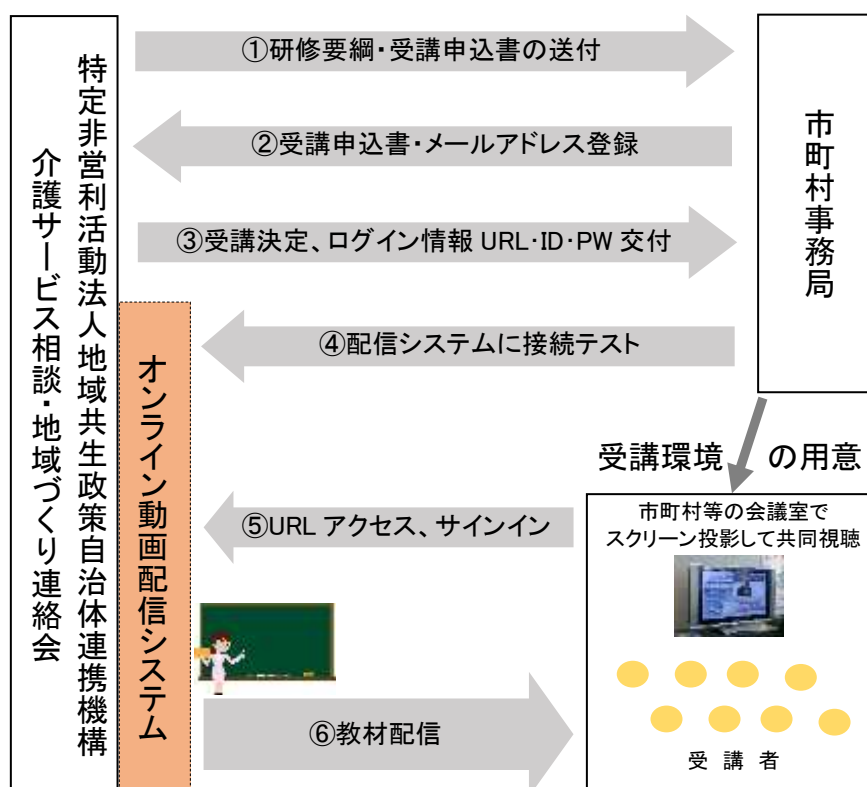
○作成にあたっては、単に研修動画教材を YouTube 等によって配信するだけでなく、

- ①研修の履修状況の管理を行うことができる仕組み
- ②勝手に誰もがオンライン教材を視聴して履修したことにならないよう、1D・パスワードを用いてログインする仕組み

を組み込む必要があったことから、研修動画教材の配信と履修管理等をセットにして作成した実績があり、それらをパッケージとしている商品から、最も当該研修のニーズに見合うものを選んだ。

○また、受講者のために、システムの操作マニュアルを作成した(後掲)。

○動画配信システムを、「介護サービス相談員オンライン研修の概要図」として、以下のよう





## 4. オンライン配信用動画教材の作成

- 研修のオンライン化に伴い、コンテンツとして各研修カリキュラムに沿った動画教材を作成。具体的には、介護サービス相談員の養成研修、現任研修Ⅰ、現任研修Ⅱについて、動画教材及び講義用テキスト、PPT教材(動画上に掲出する講義資料)等を作成した。
- 動画教材作成に伴い、編集素材として講義用テキストをベースにしたPPT教材を作成した。
- 成果物が動画であるため、本報告書には、各講義コマの冒頭画像等を掲載した。また動画以外のPPT教材(養成研修のみ)に関しては後掲した。
- 作成した動画教材については、以下の通り。

### 介護サービス相談員養成研修

No.	時間	内容	講師	PPT教材掲載頁
1	10分	前記研修オリエンテーション	当会事務局	—
2	90分	介護サービス相談員の意義と役割	当会事務局	36
3	60分	教養としての社会保障	香取照幸 上智大学教授	—
4	60分	介護保険制度(1)	香取照幸 上智大学教授	—
5	65分	介護保険制度(2)	厚生労働省	47
6	80分	施設サービスの理解(1)介護保険施設	当会事務局	78
7	40分	施設サービスの理解(2)個室・ユニットケア	当会事務局	—
8	80分	居宅介護とケアマネジメント	唐澤剛 慶應義塾大学特任教授	91
9	110分	利用者の権利擁護(1)権利擁護等	高村浩 弁護士	112
10	40分	利用者の権利擁護(2)市民後見	当会事務局	122
11	70分	高齢者の理解	高橋龍太郎 東京都健康長寿医療センター研究所前副所長	128
12	60分	認知症の正しい理解(1) 認知症の人とともに	当会事務局	—
13	90分	認知症の正しい理解(2) 認知症の基礎知識と対応	永島 徹 NPO法人風の詩理事長	137
14	70分	認知症の正しい理解(3) 認知症の症状と行動を理解する	永島徹 NPO法人風の詩理事長	168
15	110分	身体拘束・高齢者虐待への対応(1) 身体拘束ゼロに向けて	鳥海房枝 NPO法人メイアイヘルプユース事務局長	185
16	70分	身体拘束・高齢者虐待への対応(2) 高齢者虐待とは	柴尾慶次 介護老人保健施設大阪緑ヶ丘事務長	196
17	60分	コミュニケーション技法とトレーニング	大谷佳子 昭和大学講師	211
18	60分	相談活動から記録・報告まで(1)	当会事務局	223
19	120分	相談活動から記録・報告まで(2) 「相談記録票」と「活動報告書」の作成	田村満子 有限会社たむらソーシャルネット代表	229
20	10分	後期研修オリエンテーション	当会事務局	—
21	120分 ～150分	グループワーク 市町村事務局から(地域ケア体制ヒアリング) 現役介護サービス相談員からヒアリング	(市町村において実施)	—
22	20分	介護サービス相談員への期待	当会事務局	—

### 介護サービス相談員 現任研修 I

No.	時間	内容	講師
1	15分	オリエンテーション	当会事務局
2	65分	介護保険最新情報	厚生労働省
3	60分	介護サービス相談員の新たな展開	当会事務局
4	65分	聴く力・話す力	加藤昌男 NHK放送研修センター 日本語センター専門委員
5	95分	転倒予防のポイントを見る目を養う	鳥海房枝 NPO法人メイアイヘルプユー事務局長
6	85分	認知症の人の意思決定の支援とは	永島徹 NPO法人風の詩理事長
7	10分	情報交換のためのオリエンテーション	当会事務局
8	130分	情報・意見交換 相談員間での意見交換 ①介護保険サービス対象外への訪問時の課題 ②コロナ禍での派遣先事業所との連携や利用者への対応策	(市町村において実施)
9	10分	介護サービス相談員への期待	当会事務局

### 介護サービス相談員 現任研修 II

No.	時間	内容	講師
1	15分	オリエンテーション	当会事務局
2	65分	介護保険最新情報	厚生労働省
3	60分	介護サービス相談員の新たな展開	当会事務局
4	180分	不適切ケアを見る目を養う	鳥海房枝 NPO法人メイアイヘルプユー事務局長
5	40分	高齢者の感染症予防と熱中症予防	石原美和 神奈川県立保健福祉大学教授
6	15分	情報交換のためのオリエンテーション	当会事務局
7	130分	情報・意見交換 相談員間での意見交換 ①活動上の悩みと対応の工夫 ②介護保険サービス対象外への訪問時の課題	(市町村において実施)
8	25分	介護サービス相談員への期待	当会事務局

## 2. 動画教材

(頭出し画像)

## ■養成研修

介護サービス相談員正  
「養成研修」オンライン全国研修

# 「前期研修」 オリエンテーション



菅原 弘子

□ 介護サービス相談員 養成研修 カリキュラム 前期研修			
分※	章	内容	講師
10		●オリエンテーション ・研修趣旨とタイムテーブル	地域共生政策自治体連携機構 事務局長 菅原 弘子
90	第1章 p13～p32	●介護サービス相談員の意義と役割 ・介護サービス相談員派遣等事業の目的 等 ・介護サービス相談員の取り組み 等	
60	第2章 p33～P48	●教養としての社会保障	上智大学総合人間科学部 教授 香取 照幸
70	第3章 p49～p 152	●介護保険制度(1) ・介護保険制度の基礎知識	上智大学総合人間科学部 教授 香取 照幸
65	第3章 サブテキスト	●介護保険制度(2) ・介護保険制度最新情報 等	厚生労働省老健局老人保健課 山根 清
65	第4章 p 153～p 186	●施設サービスの理解(1) ・介護保険施設の比較、老人福祉施設の種類と 性格 等	地域共生政策自治体連携機構 事務局長代理 石黒 秀喜
65	第4章 p 187～p 220	●施設サービスの理解(2) ・個室・ユニットケアとは 「多床室と個室化・ユニットケア」	地域共生政策自治体連携機構 事務局長 菅原 弘子

「前期研修」  
オリエンテーション



「前期研修」  
オリエンテーション



分 派	章	内容	講師
80	第5章 p221～p246	●居宅介護とケアマネジメント ・居宅サービスの理解 ケアマネジメント	慶応義塾大学大学院政策・ メディア研究科 特任教授 唐澤 剛
110	第6章 p247～p322	●利用者の権利擁護(1) ・権利擁護 ・成年後見制度について	高村浩法律事務所 弁護士 高村 浩
40	第6章 p323～p337	●利用者の権利擁護(2) ・市民後見人について	地域共生政策自治体連携機構 研究主幹 北村 肇
70	第7章 p339～p378	●高齢者の理解 ・高齢者の身体的および精神的特性 ・高齢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
60	第8章 DVD	●認知症の人の正しい理解(1) ・認知症の人とともに	地域共生政策自治体連携機構 事務局長 菅原 弘子
90	第8章 p379～p410	●認知症の人の正しい理解(2) ・認知症の基礎知識と対応 ※認知症サポーター養成講座を兼ねる	NPO法人風の詩 理事長 永島 徹
70	第8章 p411～p485	●認知症の人の正しい理解(3) ○認知症の症状と行動を理解する ・認知症の種類と特徴 ・認知症の症状を理解するための脳機能の基礎知識	NPO法人風の詩 理事長 永島 徹

「前期研修」  
オリエンテーション



分	章	内容	講師
110	第9章 p487～p517	●身体拘束・高齢者虐待への対応 (1) ○身体拘束ゼロに向けて ・身体拘束とは ・身体拘束廃止に向けての取り組み	NPO法人メイアイヘルプユ 事務局長 島海 房江
70	第9章 p518～p569	●身体拘束・高齢者虐待への対応 (2) ○高齢者虐待とは ・高齢者虐待防止法 ・高齢者虐待の定義	介護老人保健施設大阪緑ヶ丘 事務局長 柴尾 慶次
60	第10章 p571～p577	●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技法・演習	昭和大学 保健医療学部 講師 大谷 佳子
60	第11章 p579～p608	●相談活動から記録・報告まで(1)	地域共生政策自治体連携機構 事務局長 菅原 弘子
120	第11章 p579～p608	●相談活動から記録・報告まで(2) ○相談記録票と「活動報告書」の作成 1・施設訪問活動映像視聴と内容の抽出、解説 ・施設訪問活動映像の視聴 ・個人ワーク「キーワード整理の洗い出し」(15分) ・事例から内容のキーワード整理 解答例と解説 2・相談活動における「記録」の書き方 3・個人ワーク「相談記録票の作成」(20分) ・「相談記録票」 解答例と解説 4・「活動報告書」と伝え方のポイント 5・個人ワーク「活動報告書の作成」(10分) ・「活動報告書」 解答例と解説	有限会社 たむらソーシャルネット 代表 田村 満子

## ■養成研修

		後期研修	
分	章	内容	講師
10		●オリエンテーション (後期研修カリキュラムの説明)	地域共生政策自治体連携機構 事務局長 菅原 弘子
120 ～ 150		●市町村事務局から (60分見当) 地域ケア体制(介護保険事業計画等)のヒアリング ・わがまちの介護保険の実態 ・わがまちの健康福祉の全施策 後日レポート提出  ●現役介護サービス相談員から (60分～90分程度) 介護サービス相談員活動の実際をヒアリング ・施設の状況を知るために何を観察するか ・利用者とのコミュニケーションをどうとるか ・今後の活動に向けての心構え 後日レポート提出	市町村事務局
20		●介護サービス相談員への期待	地域共生政策自治体連携機構 事務局長 菅原 弘子

※講義時間はおおよその時間で  
レポートは市町村事務局でとりまとめていただき、  
**2021年1月15日**までに介護サービス相談・地域づくり連絡会へ  
受講証明書と一緒に送付下さい。

「第1章」  
介護サービス相談員の  
意義と役割

# 介護サービス相談員の意義と役割



地域共生政策自治体連携機構

## 第2章

教養としての社会保障



2020年度 介護相談員養成研修  
全国研修

「教養としての社会保障制度」

上智大学総合人間科学部 教授  
一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事

香取 照幸

## 第3章(1)

介護保険制度①

基礎知識



2020年度 介護相談員養成研修  
全国研修

介護保険制度①

「介護保険制度の基礎知識」

上智大学総合人間科学部 教授  
一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事

香取 照幸

第3章(2)  
介護保険制度②  
最新情報



## 介護保険制度② (介護保険制度最新情報 等)

令和2年10月  
厚生労働省老健局

第4章(1)  
施設サービスの理解



## 第4章 施設サービスの理解

- ・ 老人福祉法による老人福祉施設
- ・ 介護保険法による介護保険施設
- ・ 介護保険法による居住系サービス
- ・ 高齢者の住まい

特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構  
介護サービス相談・地域づくり連絡会  
事務局長代理 石黒 秀喜

1



## 「第4章(2)」

# 個室・ユニットケアとは



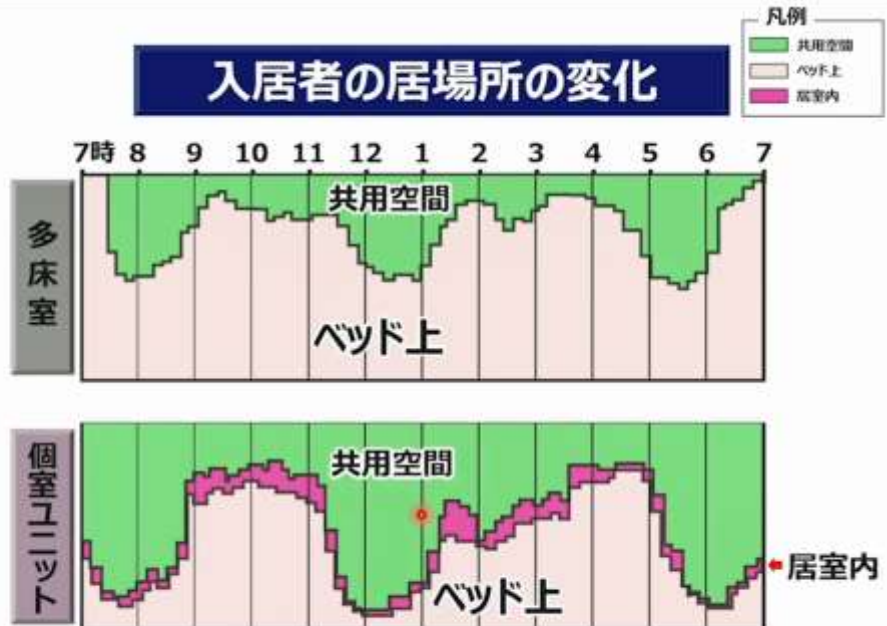
菅原 弘子

### 第4章(2)

個室・ユニットケアとは



### 入居者の居場所の変化



■ 養成研修



第5章  
居宅介護と  
ケアマネジメント

## 介護相談員研修 居宅介護とケアマネジメント

慶応義塾大学大学院政策・メディア研究科特任教授 佐久大学客員教授 静岡大学客員教授 唐澤 剛

超少子高齢社会を乗り切る方法は  
地域包括ケア以外にない！  
「ごちゃまぜ」で進める地域共生社会



### 今こそ地方創生！

— 戦略策定から実践へ —

今こそ  
地方  
創生！

「ごちゃまぜ」で進めていく

地方創生

地域経済の活性化

地域生活の確保

地域文化の振興

地域経済の活性化(農林水産業、地域中核企業、商売活性化、観光など)  
地域生活の確保(医療、介護、子育て支援、福祉、教育など)  
地域文化の振興(歴史、文化、自然、誇らし・郷土など)

広域連携、官民連携、政業間連携を進める

©KARASAWA

p247

「第6章(1)」  
利用者の権利譲渡

## 第6章(1) 利用者の権利擁護



高村治法律事務所  
弁護士 高村 浩

第6章(2)

市民後見人について



## 第6章-3 利用者の権利擁護

### 「市民後見」

地域共生政策自治体連携機構  
研究主幹 北村 肇

第7章  
高齢者の理解



## 第7章 高齢者の理解

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

## ■養成研修

介護サービス相談員正  
「養成研修」オンライン全国研修

# 「第8章(1)」 認知症の理解



菅原 弘子

## 第8章(1) 認知症の理解



第8章(2)

認知症の正しい理解



第8章

認知症の正しい理解

認知症の症状と行動を理解する

(認知症サポーター養成講座 含)

NPO法人 風の詩  
理事長 永島 徹



第8章(2)

認知症の正しい理解




皆さんで考えてみましょう。

「**認知症の人**」と聞くと、  
どんなイメージ？



**第8章(3)**  
認知症の症状と行動を理解する




## 第8章

# 認知症の正しい理解


## 認知症の症状と行動を理解する

(認知症サポーター養成講座 含)

**NPO法人 風の詩**  
**理事長 永島 徹**



**第8章(3)**  
認知症の症状と行動を理解する



### 3. 行動観察方式AOS(Action Observation Sheet)の概要

#### 1 認知症評価尺度

認知症評価尺度

- ① 認知症の診断やスクリーニングのための検査法**  
(診断やスクリーニングに有効・検査の負担が軽減)

  - 本人に対して医療従事者等が直接行う
  - 質問方式**
    - HDS - R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール)
    - MMSE (Mini-Mental State Examination)
    - WMS-R (ウェクスラー式記憶検査改訂版) (Wechsler Memory Scale-Revised)
  - 観察方式**
    - BFB (脳機能評価/バッテリー) (Brain Function Battery)
- スクリーニング検査法と重症度評価検査法の組み合わせ

  - GBS(Gottfries, Brane, Steen スケール)
- ② 認知症の重症度を評価するための検査法**  
(定性的に評価できるため認知症のプロフィールや経過を知るのに有効)

  - 本人に直接行う以外にも、家族や介護・医療従事者が本人の日常行動を観察して行う
  - 質問方式**
    - N式精神機能検査
    - CDR【観察方式と質問方式を併用】 (Clinical Dementia Rating・臨床的認知症尺度)
  - 観察方式**
    - FAST(Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)
    - 行動観察方式 AOS (Action Observation Sheet)**

※ ①②の評価スケールは相補うものであり、認知症の評価・診断にはどちらも欠かせない。  
 ※ 両者をうまく組み合わせたものは少ない。

第9章(1)

身体拘束  
ゼロに向けて



## 第9章(1) 身体拘束・虐待への対応

NPO法人 メイアイヘルプユー  
事務局長 鳥海 房江

1

第9章(2)  
高齢者虐待とは



## 2 高齢者虐待とは

p518

- 高齢者虐待と  
介護サービス相談員の関係
- 高齢者虐待の実状

2

## ■養成研修

第10章  
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技法と  
トレーニング



第11章(1)  
相談活動から  
記録・報告まで

相談活動から記録、報告まで

地域共生政策自治体連携機構  
事務局長 菅原弘子





## 第11章(2)

「相談記録票」と  
「活動報告書」の作成



### 「相談員記録票」と「活動報告書」の作成

#### 1. 介護サービス相談員施設訪問活動映像視聴と 内容の抽出、解説

- ① シーン1映像とシーン2映像の二つのシーンを視聴
- ② 【講師解説】シーン1観察内容と、シーン2相談内容のキーワードの整理

- ・シーン1 観察内容の解答例と解説
- ・シーン2 相談内容の解答例と解説

## 第11章(2)

「相談記録票」と  
「活動報告書」の作成



# 洗い出し 解答例

## シーン1

## ■養成研修



### 介護サービス相談員 養成研修

## 自治体での研修について



### 介護サービス相談員 養成研修

## 介護サービス相談員への期待



## ■ 現任研修 I



### □ 介護サービス相談員 現任研修 I カリキュラム

分※	章	内容	講師
10		●オリエンテーション 研修趣旨とタイムテーブル	地域共生政策自治体連携機構 事務局長 菅原 弘子
65	第1章 サブテキスト	●介護保険制度最新情報	厚生労働省老健局老人保健課 山根 清
60	第2章 p67～p95	●介護サービス相談員の新たな展開	地域共生政策自治体連携機構 事務局長代理 石黒 秀喜
180	第3章 p97～p119	●不適切ケアを見る目を養う ①不適切ケアとは ②ケア事例検討 個人ワーク	NPO法人メイアイヘルプユー 事務局長 鳥海 房江
80	第4章 p121～p153 サブテキスト	●高齢者の感染症予防と熱中症予防	神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター長 教授 石原 美和



分	章	内容	講師
130	第5章 p155～p158	●情報・意見交換（市町村研修） 相談員間での意見交換 ①活動上の悩みと対応の工夫 ②介護保険サービス対象外への訪問時の課題 ◆ 受講者が少数の場合は受講者以外の相談員も参加 ◆ 市町村事務局にレポート提出	市町村事務局
20		●介護サービス相談員への期待	地域共生政策自治体連携機構 事務局長 菅原 弘子

※ 講義時間はおおよその時間です

第5章 市町村研修での「情報・意見交換」は、各自自治体で終わり次第終了とし、「介護サービス相談員への期待」へ進めてください

- レポートは市町村事務局でとりまとめていただき、**2021年2月10日まで**に介護サービス相談・地域づくり連絡会へ受講証明書と一緒に送付下さい。

第1章

介護保険制度  
最新情報



介護保険制度②  
(介護保険制度最新情報 等)

令和2年10月  
厚生労働省老健局

第2章

介護サービス相談員の  
新たな展開



第2章

介護サービス相談員の新たな展開



特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構  
事務局長代理 石黒 秀喜

## 第3章

不適切ケアを  
見る目を養う



# 第3章

## 不適切ケアを見る目を養う

特定非営利活動法人メイアイヘルプユー

事務局長 鳥海 房枝

## 第4章

高齢者の  
感染症予防と熱中症予防



## 介護相談員現任研修 I

# 高齢者の感染症予防と熱中症予防

神奈川県立保健福祉大学  
実践教育センター 石原美和

## 第5章

情報交換のための  
オリエンテーション



### 1. 活動上の悩みと対応の工夫

活動上の悩み(事務局、利用者、事業者との関係づくり等)について、具体例をあげてください。また、その内容について、工夫、対応などを記入してください。

	悩みの具体的な内容 → 対応策、工夫
活動上の悩み (例)	・利用者で認知症の人、とくに重度の人が増えてきた。 ・相談者とのコミュニケーションが取りづらく、相談内容の把握ができない。
工夫・対応	
活動上の悩み	
工夫・対応	
活動上の悩み	
工夫・対応	
活動上の悩み	
工夫・対応	

介護サービス相談員  
「現任研修 I」オンライン全国研修

## 介護サービス相談員への期待



菅原 弘子

■ 現任研修Ⅱ

「後期研修」  
介護サービス  
相談員への期待



## 介護サービス相談員 養成研修

# 介護サービス相談員への期待



オリエンテーション



### □ 介護サービス相談員 現任研修Ⅱ カリキュラム

分※	章	内容	講師
10		●オリエンテーション 研修趣旨とタイムテーブル	地域共生政策自治体連携機構 事務局長 菅原 弘子
65	第1章 サブテキスト	●介護保険制度最新情報	厚生労働省老健局老人保健課 山根 清
60	第2章 p67～p95	●介護サービス相談員の新たな展開	地域共生政策自治体連携機構 事務局長代理 石黒 秀喜
60	第3章 p97～p109	●聴く力・話す力	NHK放送研修センター 日本語センター 専門委員 加藤 昌男
120	第4章 p111～p122	●転倒予防のポイントを見る目を養う ①介護事故の特徴 ②転倒を防ぐための環境整備 ③転倒予防のポイント	NPO法人メイアイヘルプユー 事務局長 島海 房江
80	第5章 p123～p133	●認知症の人の意思決定の支援とは	NPO法人 風の詩 理事長 永島 徹

## ■ 現任研修Ⅱ

分	章	内容	講師
130	第6章 p135～p138	<p>● 情報・意見交換（市町村研修） 相談活動のステップアップにむけて</p> <p>① 介護保険サービス対象外への訪問時の課題</p> <p>② インフルエンザや新型コロナ等感染症で派遣先への訪問が制限された場合の派遣先事業所との連携や利用者への対応策</p> <p>◆ 受講者以外の相談員及び派遣先事業所の参加</p> <p>○ 派遣先事業所の参加が困難な場合は事前アンケートにて対応も可</p> <p>◆ 市町村事務局にレポート提出</p>	市町村事務局
20		● 介護サービス相談員への期待	地域共生政策自治体連携機構 事務局長 菅原 弘子

※ 講義時間はおおよその時間です  
第6章 市町村研修での「情報・意見交換」は、各自治体で終わり次第終了とし、「介護サービス相談員への期待」へ進めてください

● レポートは市町村事務局でとりまとめていただき、**2021年3月10日までに**介護サービス相談・地域づくり連絡会へ受講証明書と一緒に送付下さい。

第1章  
介護保険制度  
最新情報

## 介護保険制度②

（介護保険制度最新情報 等）



令和2年10月  
厚生労働省老健局



## 第2章

介護サービス相談員の  
新たな展開



# 第2章

## 介護サービス相談員の新たな展開



特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構  
事務局長代理 石黒 秀喜

1

## 第3章

聴く力・話す力



## 第3章 聴く力・話す力

### 1 まず相手の話を 聴くことから

NHK放送研修センター 日本語センター 加藤 昌男

03/05/21

■ 現任研修Ⅱ

第4章  
転倒予防のポイントを見る目を養う

A portrait of Ritsuko Urumi, a woman with short dark hair and glasses, wearing a dark patterned jacket over a light-colored top. She is positioned in front of a light-colored brick wall.

第4章

転倒予防のポイントを見る目を養う

- 特定非営利活動法人メイアイヘルプユー  
事務局長 鳥海 房枝

第5章  
認知症の人の  
意思決定支援とは

A portrait of Takashi Nagasaki, a man with glasses, wearing a dark suit, white shirt, and patterned tie. He is positioned in front of a light-colored brick wall.

第5章

認知症の人の意思決定支援とは

NPO法人 風の詩  
理事長 永島 徹  
(認定社会福祉士)

A small, stylized illustration of a red hooded figure, possibly a character from a story, standing on a small patch of ground.

## 介護サービス相談員 現任研修Ⅱ

### 第6章

#### 第6章

情報交換のための  
オリエンテーション



#### ●情報・意見交換（市町村研修）

相談活動のステップアップにむけて

①介護保険サービス対象外への訪問時の課題

②インフルエンザや新型コロナ等感染症で派遣先への訪問が制限された場合の派遣先事業所との連携や利用者への対応策

#### ◆受講者以外の相談員及び派遣先事業所の参加

◎派遣先事業所の参加が困難な場合は事前アンケートにて対応も可

#### ◆市町村事務局にレポート提出

（市町村事務局は、2021年3月10日までに介護サービス相談・地域づくり連絡会へ送付）

（注）市町村研修での「情報・意見交換」は、各自治体で終わり次第終了とし、「介護サービス相談員への期待」へ進めてください

介護サービス相談員  
「現任研修Ⅱ」オンライン全国研修

## 介護サービス相談員への期待



菅原 弘子





# 3. 編集素材

(PPT 教材)

## 介護サービス相談員の意義と役割



地域共生政策自治体連携機構

## 介護サービス相談員の意義と役割

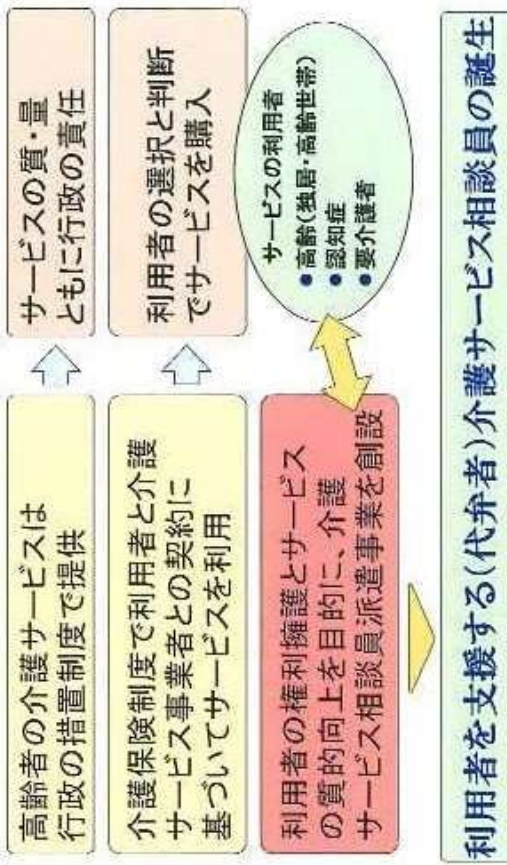
1. 介護サービス相談員派遣事業とは
2. 介護保険制度と介護サービス相談員
3. 介護サービス相談員派遣事業のしくみ
4. 介護サービス相談員の意義と役割
5. 相談活動のポイント

## 介護サービス相談員の意義と役割

### 1. 介護サービス相談員派遣事業とは

2. 介護保険制度と介護サービス相談員
3. 介護サービス相談員派遣事業のしくみ
4. 介護サービス相談員の意義と役割
5. 相談活動のポイント

### ① 介護サービス相談員派遣事業の必要性（平成12年創設）



### ② 介護サービス相談員派遣の目的



介護保険サービスに関する  
苦情窓口

市町村(介護保険課)

国民健康保険団体連合会  
(都道府県ごとに設置)

何らかのトラブルが起きた  
際の事後処理が中心

トラブルになる前、苦情  
申し立てに至るほど  
問題が大きくならない  
うちに解決を図る

介護サービス相談員

### ③ 市町村の責務



市町村(介護保険の保険者)は介護保険  
事業の機能を十分に監督し、  
利用者(被保険者)が適切にサービスを利用  
用できる権利を守る必要がある

介護サービス相談員派遣事業を実施  
＝  
介護サービス相談員の派遣

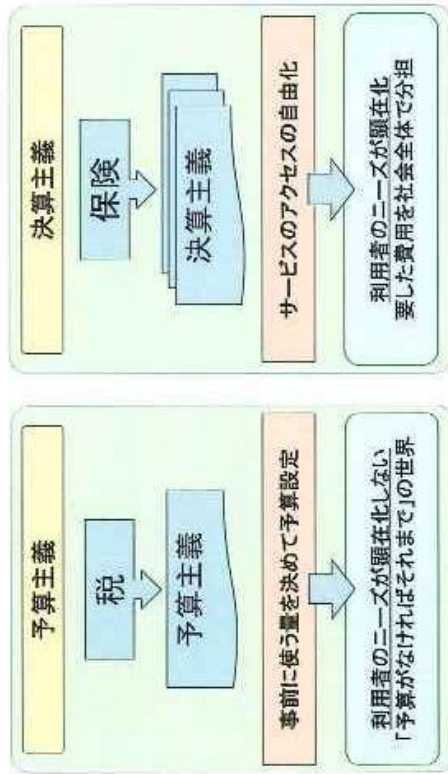
### ④ 介護サービス相談員受け入れの努力義務

厚生労働省令の指定基準において、介  
護保険施設、居宅サービス、地域密着  
型サービスでは、介護サービス相談員  
を積極的に受け入れるなど、市町村と  
の密接な連携に努めることが義務づけら  
れている

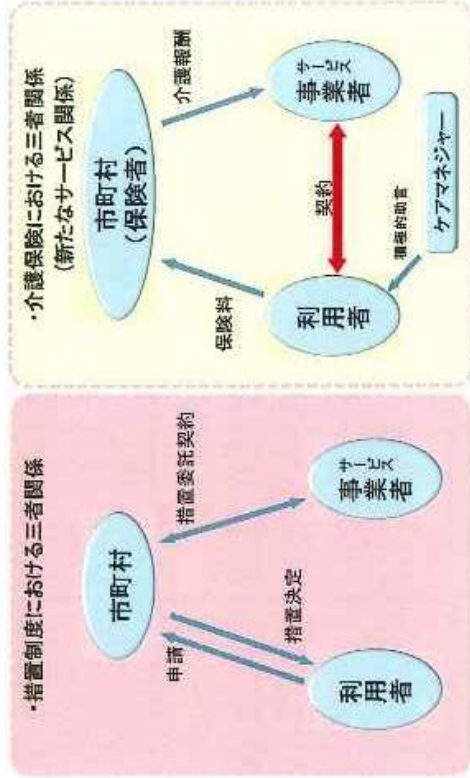
### 介護サービス相談員の意義と役割

1. 介護サービス相談員派遣事業とは
2. 介護保険制度と介護相談員
3. 介護サービス相談員派遣事業のしくみ
4. 介護サービス相談員の意義と役割
5. 相談活動のポイント

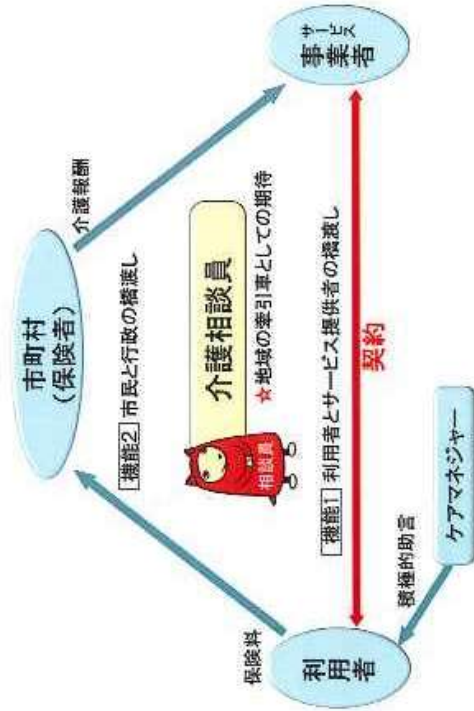
### ① 予算主義と決算主義



### ② 措置制度と介護保険制度における三者関係



### ③ 血液・神経細胞としての介護相談員

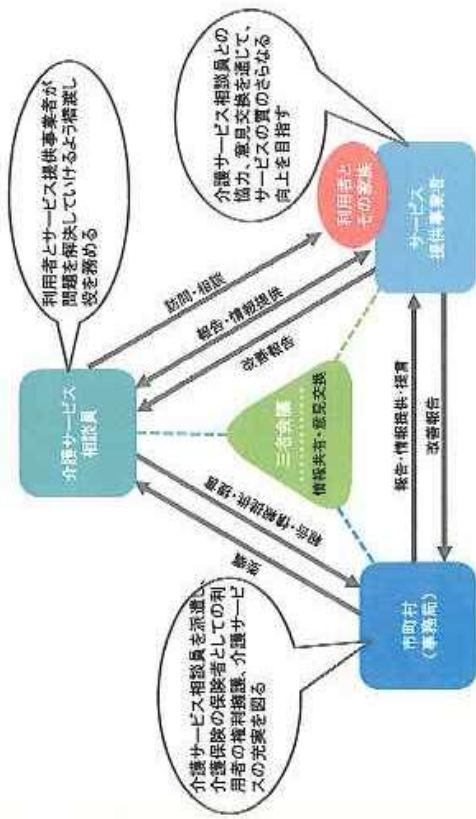


### 介護サービス相談員の意義と役割

1. 介護サービス相談員派遣事業とは
2. 介護保険制度と介護相談員
3. 介護サービス相談員派遣事業のしくみ
4. 介護サービス相談員の意義と役割
5. 相談活動のポイント



介護サービス相談員派遣事業のしくみ

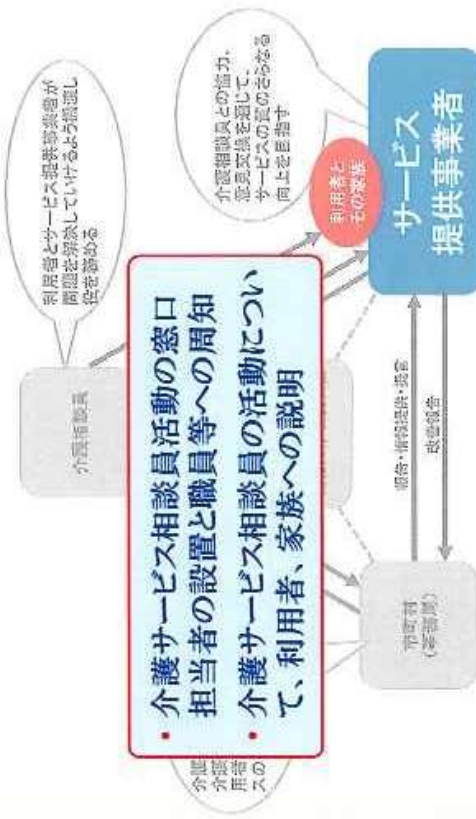


介護サービス相談員派遣事業のしくみ



- 介護サービス相談員の選定、派遣・調整、養成・研修
- 介護サービス相談員連絡会議の開催
- 相談活動で事前解決が困難な事項のとりまとめ、行政担当部署との連携
- 介護サービス相談員の活動に関する広報等

介護相談員派遣事業のしくみ



- 介護サービス相談員活動の窓口担当者の設置と職員等への周知
- 介護サービス相談員の活動について、利用者、家族への説明

介護サービス相談員の意義と役割

- 介護サービス相談員派遣事業とは
- 介護保険制度と介護相談員
- 介護サービス相談員派遣事業のしくみ
- 介護サービス相談員の意義と役割
- 相談活動のポイント

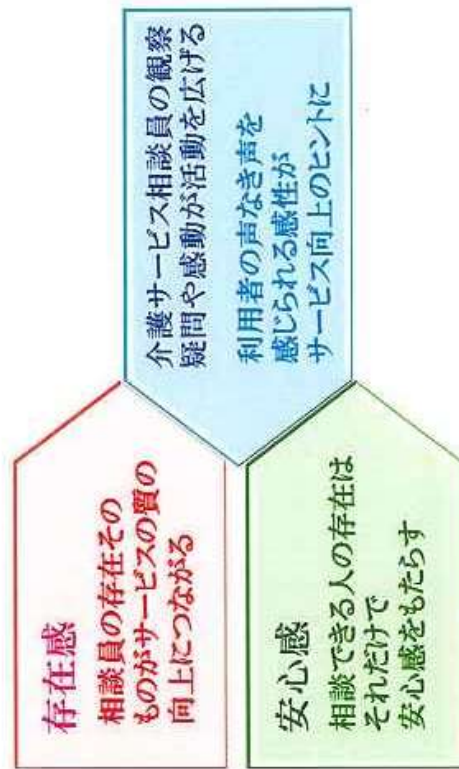
### ① 介護サービス相談員に求められる役割



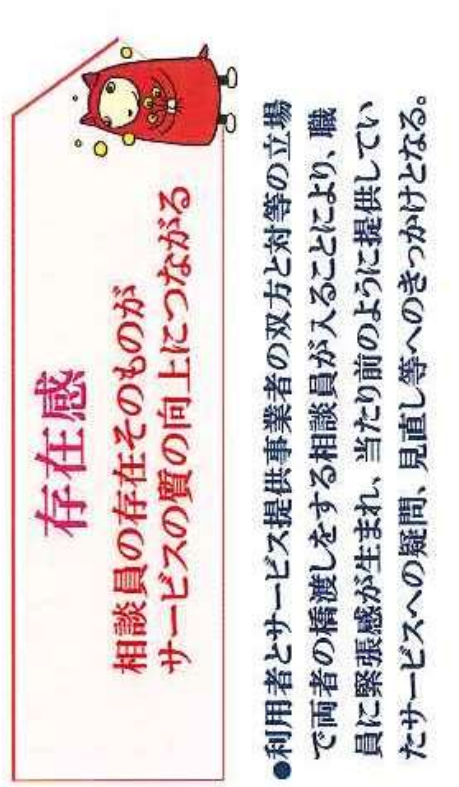
### ② 介護サービス相談員としての要件



### ③ 介護サービス相談員の意義



### ③ 介護サービス相談員の意義



### ③ 介護サービス相談員の意義

**安心感**

相談できる人の存在は  
それだけで安心感をもたらす



- 利用者との信頼関係を築くには、あせって相談者を探すようなことはせず、気負わずに訪問し続ける。
- 些細に思えることが、利用者にとっては大きな問題であることを認識する。
- 職員ともよく話し合い、利用者とサービス提供事業者の満足につながる方法をともに考える。サービス提供事業者との信頼関係を築くうえでも大切である。

### ③ 介護サービス相談員の意義

**介護サービス相談員の疑問や  
感動が活動を広げる**

利用者の声なき声を感じられる感性が  
サービス向上のヒントに



- 自分の感じた疑問や感動を大切にす。感じ取ったことの中にサービス向上のヒントやきっかけが隠されている。
- 利用者の声なき声を感じられる感性を磨く。

## 介護サービス相談員の意義と役割

1. 介護サービス相談員派遣事業とは
2. 介護保険制度と介護相談員
3. 介護サービス相談員派遣事業のしくみ
4. 介護サービス相談員の意義と役割

## 5. 相談活動のポイント

### ① 介護サービス相談員の仕事の流れ

#### 相談活動とは

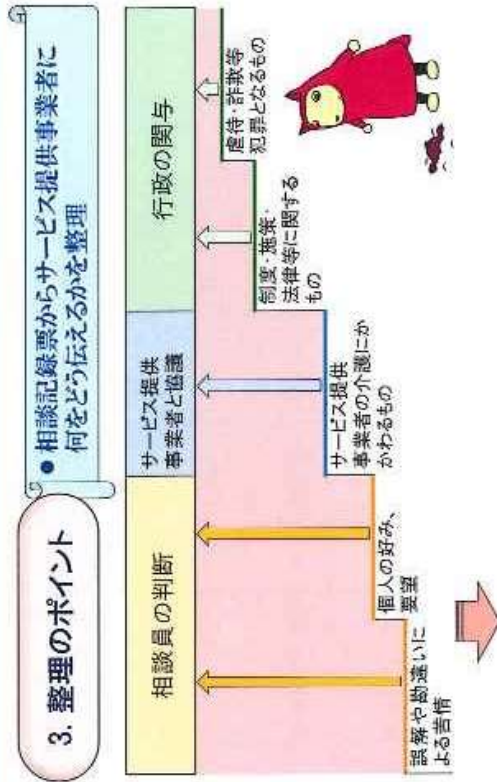
相談内容を記録し報告書に仕上げ、利用者・事業者に問題の在りかを提示し、サービス改善への取り組みが行われるところまで継続する



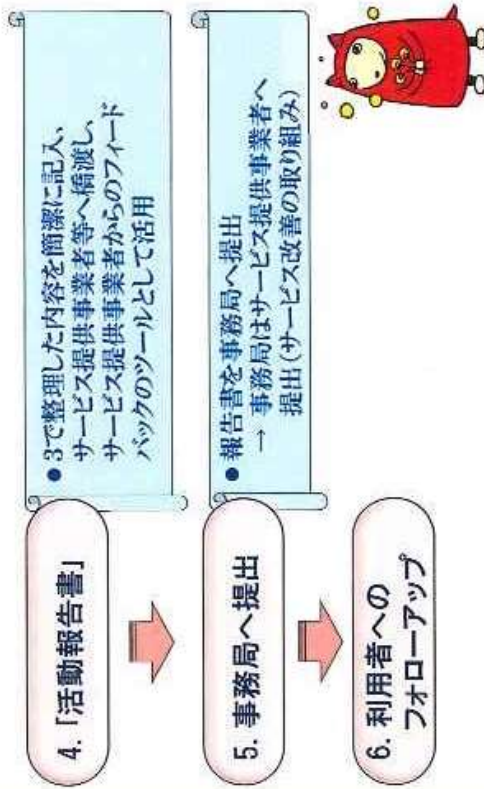
## ② 相談活動から記録、報告まで



## ② 相談活動から記録、報告まで



## ② 相談活動から記録、報告まで



## ③ 介護サービス相談員の主な活動



相談員は利用者からの解決の依頼を受けた場合でも、解決するのはサービス提供事業者または本人・家族であることを明確に示す

### ③ 介護サービス相談員の主な活動

介護サービス相談員がやってはいけない5つのこと

- ① 活動上知り得た秘密を他人にもさらさない(守秘義務の徹底)
- ② サービス提供事業者の評価をしない
- ③ 物品の修理、車いすへの移乗、食事の介助など、「介護」にあたる行為はしない
- ④ 利用者同士のトラブルの仲裁などはしない
- ⑤ 家族問題に関することへ介入をしない

### ④ 利用者との信頼関係を築くために

話題について



- 食べ物や趣味の話題など、利用者が気軽に話せる話題を選ぶ
- 利用者の施設への入居年数、出身地、家族、現役時代の職業などは、利用者自身が口にしていない限り、話題にしない

相談内容のメモ・記録について

相談内容のメモは本人の前でとらない

相談員手帳への記載メモ、場所を改めて行う

### ⑤ サービス提供事業者との信頼関係の構築

■ 介護の現場を訪問するのは、苦情や相談者を探ることが目的ではない

■ サービス提供事業者にも理解を得られるような活動を心がける



### ⑥ 訪問時の留意事項

- 訪問の頻度はおおむね1~2週間に1回程度が目安
- 1事業所あたり2名(男女各1名)での訪問が理想



## 話せる人がいる安心



## 介護サービス相談員の存在で サービスは変わっていく



介護サービス相談員の訪問日を楽しみにしている

入居者が多数いる。笑顔も多くなり、活気ができるようになった。



リハビリの希望がある方に対して、生活のなかでの立位訓練や平行棒訓練などを、一日のなかに取り入れることができました。

経口摂取が難しかった方が「口から食べられるようになりたい」と希望され、看護、介護スタッフが協力して少しずつ経口より食事摂取できるようになった。いまでは3食、経口より摂取している。

毎回介護相談員と話しをする

職員になかなか直接意見や希望を話せないでいる

介護相談員がじっくりお話ししてくれ、おかげで、

ミキサー食しか食べられなかった方が、

介護相談員の訪問日を楽しみにしている

以前に向東を行って、

他施設等でのコミュニケーションのとり方や、

介護相談員からさまざまな情報をもたせらる。

5年ほど前、介護相談員の受入開始

職員に対して利用者は遠慮されているのか、

利用者の訴えのなかでも、

介護相談員は、他の介護施設や、

職員へは語らない本心を、介護相談員に

ターミナルケアの入居者のせつなさ、

利用者さんの遊

間により、

「歩行訓練をして歩けるようになりたい」など、

介護相談員は職員でない立場から、利用者とは話しづらい

介護相談員さんの遊

間により、



ミキサー食しか食べられなかった方が、介護サービス相談員のアドバイスにより、本人が望んでいた回転寿司を食べに行けるようになった。



このことをきっかけに、入れ歯を新たにすることができた。



5年ほど前、介護サービス相談員の受入開始当初、(ペルト等による)身体拘束が目についた。

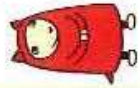


介護サービス相談員から毎回指摘を受け、施設内でもケアプランの見直し等を図り、目に見えるように身体拘束が減っていった。

外から指摘されることで、いま一度見直すことができました。



職員に対して利用者は遠慮されているのか、要望をきいても、「今のままで十分です」と返答されることも多い。



介護サービス相談員には気持ちを素直に話されることもあり、施設の個別サービスの改善につながった。

とくに排泄、リハビリの面では、要望をケアプランに結びつけられるようになりました。



ターミナルケアの入居者のせつなさ、それを目の前でみておられる他の入居者のせつなさを聞き取ってくださった。



ケアカンファレンスを開催し、サービス担当者会議において、再度、ケアプランの見直しを図り、新たな体制を整えることができた。

本人にはもちろんのこと、他の入居者にも安心、安楽な日々を提供することができた。



「歩行訓練をして歩けるようになりたい」など、リハビリの希望を介護相談員に訴える方がいた。

当法人は看護師が兼務で機能訓練を担当していたため、個別にリハビリを行うことができなかった。



利用者の希望をかたちにしたいたいと働きかけ、20年4月より理学療法士を常勤で迎え入れることができた。

10月より個別機能訓練を開始している。

介護サービス相談員は職員でない立場から、  
利用者が職員には話づらい  
内容等を収集できる。



アセスメント能力を高め、  
ケアプランに結びつけていくことが  
できた。



介護サービス相談員は、他の介護施設や、  
地域の情報を多くもっていて、  
ケア方法の内容等を収集できる。



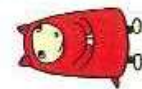
地域ともより深く交流がもてるように  
なった。



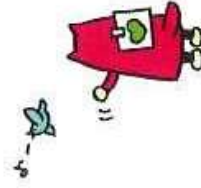
介護サービス相談員さんの訪問により、  
スタッフへのサービスの質への向上にも  
つながっている。入居者も来訪されるのを  
楽しみにしている。



スタッフにはいえない相談や悩みを  
聞いていただくことで精神面での  
安定にもつながった。  
また、他施設のケア内容等サービスの  
向上につながるようお話しも聞けるので、  
今後も良いアドバイザーとしても受け  
入れをしていきたい。



## 介護サービス相談員の意義と役割





## 介護保険制度② (介護保険制度最新情報 等)

令和2年10月  
厚生労働省老健局

- 介護保険制度をとりまく状況 ..... p.2
- 制度改正について ..... p.10
  - ・介護予防・地域づくりの推進 ..... p.17
  - ・認知症施策の総合的な推進 ..... p.29
  - ・地域包括ケアシステムの推進 ..... p.37
  - ・介護現場の革新(人材確保・生産性の向上) ..... p.51
  - ・データ活用のためのICT基盤整備 ..... p.78
- ・制度の持続可能性の確保 ..... p.85
- ・地域共生社会の実現に向けて ..... p.90
- 新型コロナウイルス感染症への対応について ..... p.97
- 次期介護報酬改定について ..... p.119

### これまでの20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20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倍に増加し、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。

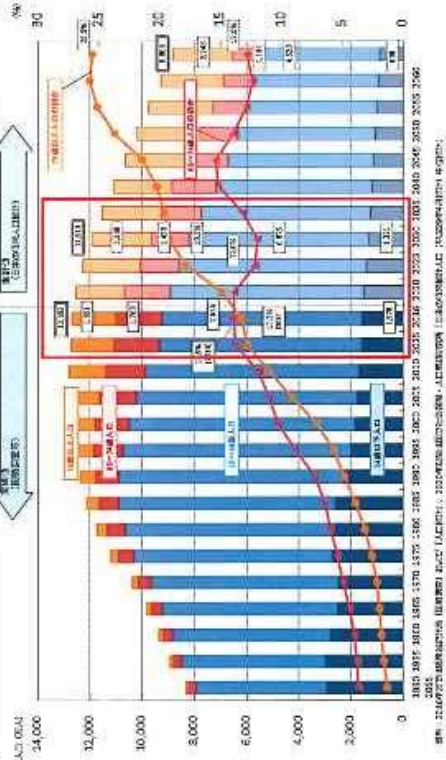
	2000年4月末	2019年4月末	2019年4月末
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,528万人
認定者数	2000年4月末	⇒	2019年4月末
サービス利用者の増加	2000年4月末	⇒	2019年4月末
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	378万人
施設サービス利用者数	52万人	⇒	95万人
地域密着型サービス利用者数	—	—	87万人
(居宅系)	—	—	61万人
(居宅系)	—	—	21万人
(施設系)	—	—	6万人
計	149万人	⇒	487万人
			3.3倍

※在宅サービス利用者数、施設サービス利用者数、地域密着型サービス利用者数は、介護保険制度創設以来、毎月発表されている。施設サービス利用者数は、2019年4月末時点の推定値である。また、施設サービス利用者数は、2019年4月末時点の推定値である。なお、施設サービス利用者数は、2019年4月末時点の推定値である。

### 介護保険制度をとりまく状況

### 総人口の推移

○今後、日本の総人口が減少に陥っていくのが、高齢者(特に75歳以上の高齢者)の占める割合が増加していくことが懸念される。

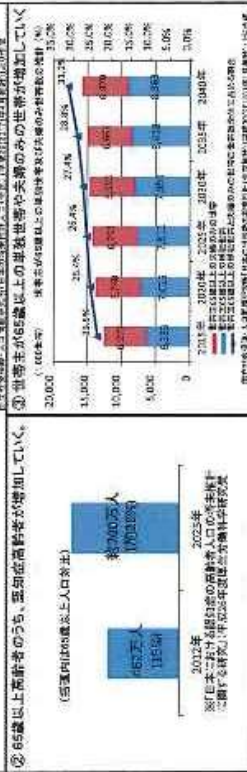


資料：総務省統計局「国勢調査」(1985～2015年)、国勢推計(2016～2046年) (注) 推計値

### 今後の介護保険をとりまく状況(1)

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には6,777万人となり、2042年にはピークを迎える予測(1,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していく。2065年には、26%を占める見込み。

	2015年	2025年	2035年	2045年	2055年
65歳以上高齢者人口(推計)	3,075万人(20%)	3,975万人(26%)	5,071万人(30%)	5,971万人(34%)	6,777万人(38%)
75歳以上高齢者人口(推計)	1,923万人(12%)	2,492万人(16%)	3,147万人(19%)	3,847万人(22%)	4,538万人(26%)



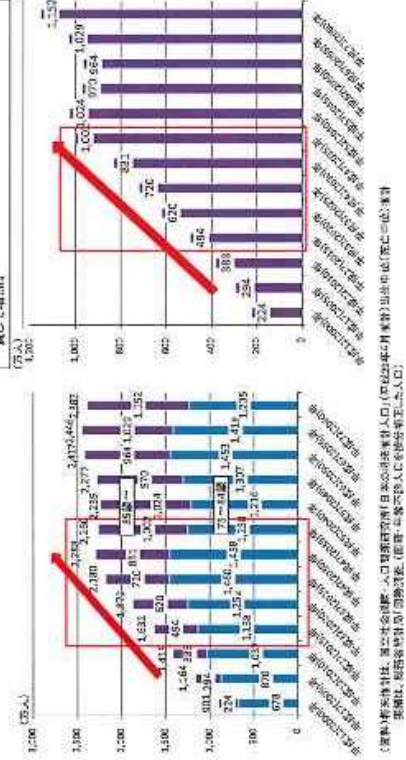
③ 75歳以上の人口は、前半部では急激に増加し、後半部では緩やかに増加する。各年度の高齢化の状況は表を参考に、各地域の特性に応じた対応が必要。

	2015年	2025年	2035年	2045年
75歳以上人口	1,923万人	2,492万人	3,147万人	3,847万人
65歳以上人口	3,075万人	3,975万人	5,071万人	5,971万人
高齢化率	12.1%	16.3%	19.1%	22.2%

資料：総務省統計局「国勢調査」(2015年)、国勢推計(2025～2045年) (注) 推計値

### 今後の介護保険をとりまく状況(2)

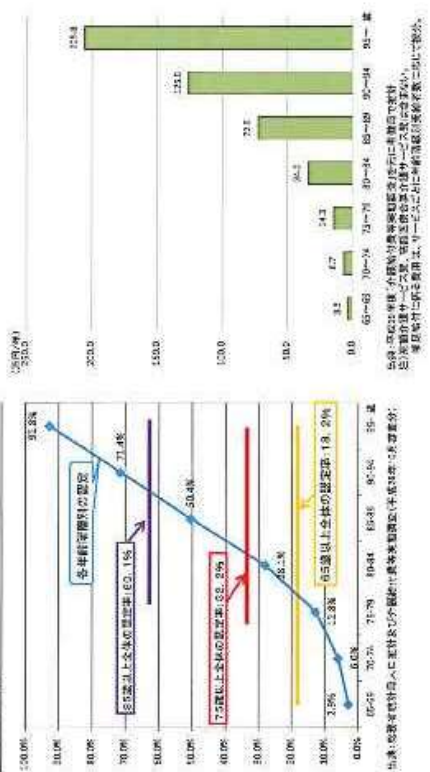
75歳以上の人口は、介護保険創設の2000年以降、急激に増加してきたが、2025年までの10年間で、急激に増加し、75歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回るペースで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



資料：総務省統計局「国勢調査」(2000～2015年)、国勢推計(2016～2046年) (注) 推計値

### 今後の介護保険をとりまく状況(3)

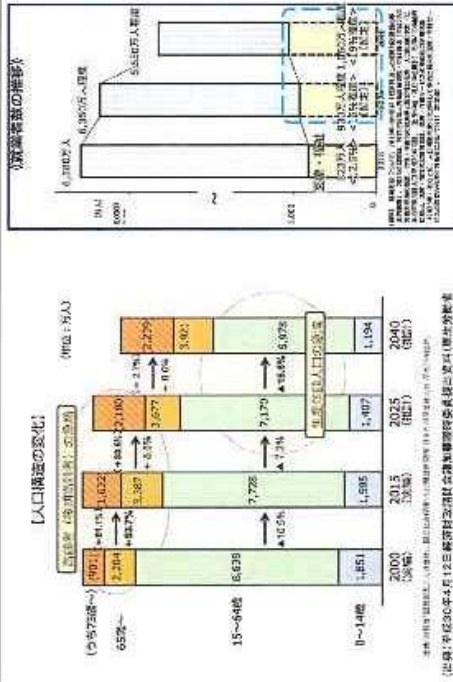
年齢階級別の要介護認定率の推移  
 ○要介護認定率は、年齢が上がるとともに上昇。特に、85歳以上で上昇。  
 ○一人当たり介護給付額は85歳以上の年齢階級で急増。



資料：厚生労働省「介護給付費調査」(2005～2015年)、国勢推計(2016～2046年) (注) 推計値

### 今後の介護保険をとりまく状況(4)

○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。



8

### 地域包括ケアシステムの構築について

- 回老の世代は75歳以上となる2025年を境に、重症な要介護状態ともなり得た状態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・生活支援が有機的に連携される体制(地域包括ケアシステム)の構築を要する。
- 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、地域包括ケアシステムの構築が必要。
- 人口が伸びて75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増減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相違点。
- 地域包括ケアシステムは、単独者である自治体や推進団体が、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。



9

### 介護保険制度の改正サイクル

- 介護保険制度は原則3年を1期とするサイクルで財政収支を再検討し、事業の適当を行っている。
- したがって、この間に保険料の大きな増減が生じると、市町村の事業運営に大きな悪影響が生じることから、制度改正は、2021年度からほぼ3年ごとの介護保険事業計画に原状を戻していくことを原則としている。

	2015年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
介護保険事業計画		第7期介護保険事業計画		第8期介護保険事業計画	
制度改正のスケジュール		制度改正の議論 12月10日 2月10日 4月15日 とりまとめ 5月15日 6月15日 実施		第8期介護保険料決定	制度改正の施行

※ 政府における制度改正の議論は、社会保障審議会介護保険部会で議論(2015年2月25日～12月27日)。(介護保険制度の議論は、今後、社会保障審議会、厚生労働省が中心となる)

10

### 制度改正について

## 介護保険制度の見直しに関する意見(概要)

令和の国づくりの方向性  
高齢者の暮らしを支える

〇はじめに  
 〇地域共生社会の実現  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

1. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

2. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

3. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

## V 持続可能な保険の構築・介護保険の再構築

1. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

2. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

3. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

4. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

## III 地域共生社会の実現(多様なニーズに対応した介護の提供・発展)

1. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

2. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

3. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

4. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

## IV 持続可能な保険の構築・介護保険の再構築

1. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

2. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

3. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)

4. 介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)  
 〇介護予防・継続づくりの推進(介護予防の強化)







第2回「小樽市下町集会所等の推進」第二回市民説明会(令和5年7月3日) 発表資料(熊本市 資料)

地域のあらゆる資源を活用した「通いの場」



無料送迎バスで天然温泉が湧く場所の盛りだより(瀬ナガシロ)



高齢者が毎日通う喫茶店での早送り市内70店以上の喫茶店



お寺のお堂で、男性が多く参加する健康麻雀(聖賢寺)



自転車販売店の商談スペースで毎日体操(名古屋トイザンズ津島店)

介護保険保険者努力支援交付金・保険者機能強化推進交付金

令和5年度実施要領(令和5年度定額) 1,400億円(200億円)  
 〇行政は事業者が実施に必要としている適切な支援の提供を推進し、事業者が実施に必要とするサービスを提供することにより、高齢者の生活の質を向上させることを目指す。  
 〇事業者が実施に必要とする適切な支援の提供を推進し、事業者が実施に必要とするサービスを提供することにより、高齢者の生活の質を向上させることを目指す。  
 〇事業者が実施に必要とする適切な支援の提供を推進し、事業者が実施に必要とするサービスを提供することにより、高齢者の生活の質を向上させることを目指す。

事業の推進

〇事業者が実施に必要とする適切な支援の提供を推進し、事業者が実施に必要とするサービスを提供することにより、高齢者の生活の質を向上させることを目指す。

〇事業者が実施に必要とする適切な支援の提供を推進し、事業者が実施に必要とするサービスを提供することにより、高齢者の生活の質を向上させることを目指す。

〇事業者が実施に必要とする適切な支援の提供を推進し、事業者が実施に必要とするサービスを提供することにより、高齢者の生活の質を向上させることを目指す。



医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律(令和5年法律第9号、R1.5.22公布)

**改正の趣旨**  
 高齢者の生活の質を向上させることを目指す。高齢者が実施に必要とする適切な支援の提供を推進し、事業者が実施に必要とするサービスを提供することにより、高齢者の生活の質を向上させることを目指す。

**改正の概要**

1. オンライン請求書の提出(請求書の提出を電子で行うこと)。
2. オンライン請求書の提出(請求書の提出を電子で行うこと)。
3. ONLINE請求書の提出(請求書の提出を電子で行うこと)。
4. オンライン請求書の提出(請求書の提出を電子で行うこと)。
5. オンライン請求書の提出(請求書の提出を電子で行うこと)。
6. オンライン請求書の提出(請求書の提出を電子で行うこと)。
7. オンライン請求書の提出(請求書の提出を電子で行うこと)。

地域のあらゆる資源を活用した「通いの場」



無料送迎バスで天然温泉が湧く場所の盛りだより(瀬ナガシロ)



高齢者が毎日通う喫茶店での早送り市内70店以上の喫茶店



お寺のお堂で、男性が多く参加する健康麻雀(聖賢寺)



自転車販売店の商談スペースで毎日体操(名古屋トイザンズ津島店)

介護人材確保のためのボランティアポイントの活用(札幌市福祉推進委員会(介護と福祉))

**ボランティアポイント**  
 〇ボランティアポイントとは、高齢者の生活の質を向上させることを目指す。高齢者が実施に必要とする適切な支援の提供を推進し、事業者が実施に必要とするサービスを提供することにより、高齢者の生活の質を向上させることを目指す。

**取組のイメージ**  
 〇ボランティアポイントの活用(札幌市福祉推進委員会(介護と福祉))

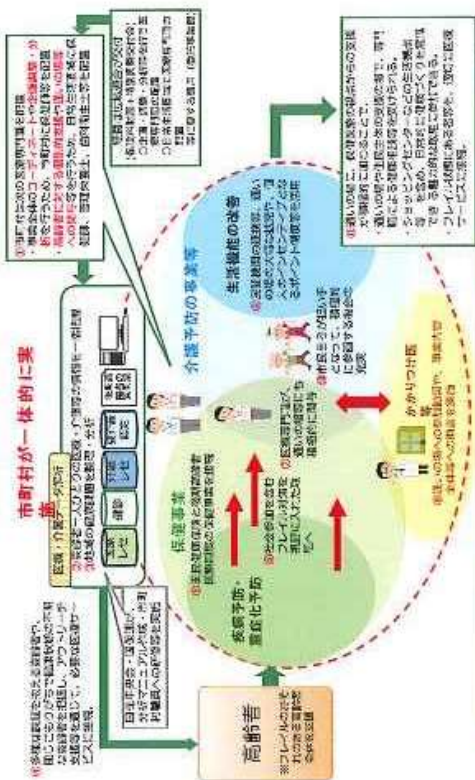
**介護と福祉の連携**

〇ボランティアポイントの活用(札幌市福祉推進委員会(介護と福祉))

〇ボランティアポイントの活用(札幌市福祉推進委員会(介護と福祉))

〇ボランティアポイントの活用(札幌市福祉推進委員会(介護と福祉))

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(市町村における実施のイメージ図)



認知症施策の総合的な推進

【参考】認知症の人の将来推計について

○ 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている福岡県久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。  
 ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合: 19%。  
 ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合: 20.6%。  
 ※ 久山町研究から推定した数値です。年齢、性別、生活習慣(喫煙)が、各年齢層層の有病率に影響することがわかっています。本報告では2025年までは糖尿病有病率の増加を仮定して仮定しました。  
 ○ 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめられた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

年	2010年 (推定)	2012年 (推定)	2014年 (推定)	2016年 (推定)	2018年 (推定)	2020年 (推定)	2022年 (推定)	2024年 (推定)	2025年 (推定)
認知症の有病者数(万人)	462	517	602	675	744	809	877	947	1,017
総人口(万人)	11,900	12,000	12,100	12,200	12,300	12,400	12,500	12,600	12,700
認知症の有病率(%)	3.9%	4.3%	5.0%	5.6%	6.0%	6.5%	7.0%	7.5%	8.0%

これまでの主な取組

- ① 平成12年に介護保険法を施行。認知症ケアに多大な貢献。  
 ・認知症に特化したサービスとして、認知症ケアグループホームを創設。  
 ・介護保険の膨れ(型変更) (型変更) 型変更実施。  
 ・介護保険当初1219万人→2018年4月末644万人と約半減。  
 ・型変更となった介護の第1志に認知症。
- ② 平成16年に「痴呆」→「認知症」へ用語を変更。
- ③ 平成17年に「認知症サポーター(※)」の養成開始。  
 ※90分程度の講習を受けて、市民の認知症への理解を深める。
- ④ 平成26年に認知症サミット日本総連イベントの開催。  
 ※総連が9年連続開催の歴史について報告。
- ⑤ 平成27年に関係12省庁で「認知症サポーター」を策定。(平成29年7月改正)
- ⑥ 平成29年に介護保険法の改正。  
 ※認知症ケアグループホームの創設を促すこと、介護施設法上、以下の記載が新たに盛り込まれた。  
 ・認知症ケアグループホームの創設を促すこと、介護施設法上、介護支援連携の創設を促すこと。  
 ・認知症ケアグループホームの創設を促すこと、介護施設法上、介護支援連携の創設を促すこと。  
 ・認知症ケアグループホームの創設を促すこと、介護施設法上、介護支援連携の創設を促すこと。
- ⑦ 平成30年12月に認知症施策推進関係閣僚会議を設置。
- ⑧ 令和元年6月に認知症施策推進大綱が関係閣僚会議にて決定。



## 認知症施策の総合的な推進について

平成27年7月閣議決定の「認知症施策推進ロードマップ」(以下「ロードマップ」と称す)を策定し、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。

認知症施策推進大綱(平成27年6月)の目的は、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。



## 認知症施策一歩進歩の養成

『認知症サポーター』  
 ○ 認知症に関する正しい知識と理解をもち、地域や職場で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

【目次】  
 2020年度末、1200万人、2020(令和2年)3月末実績、264万人、20  
 25(令和7)年度末、1500万人、認知症の認知症サポーター養成数400万人

○ サポーター養成活動  
 1. 認知症サポーター養成講座  
 2. 認知症サポーター養成講座  
 3. 認知症サポーター養成講座  
 4. 認知症サポーター養成講座

【認知症サポーター養成講座】  
 認知症サポーター養成講座は、認知症に関する正しい知識と理解をもち、地域や職場で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人を養成するための講座です。

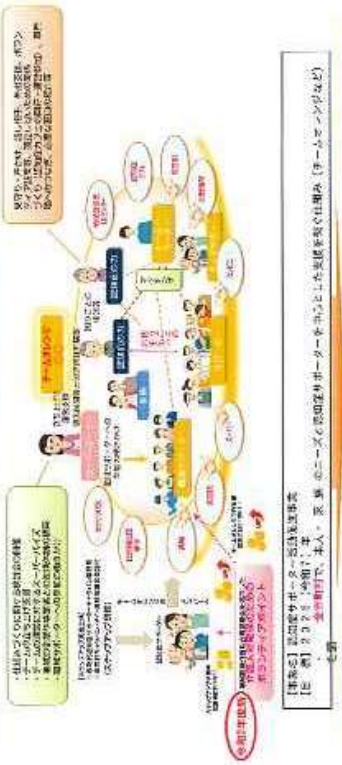
## 認知症施策の総合的な推進 (令和2年法改正内容)

○ 認知症施策推進大綱(平成27年6月)の目的は、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。

改正内容	改正の趣旨
1. 認知症施策推進大綱(平成27年6月)の目的は、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。	認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。
2. 認知症施策推進大綱(平成27年6月)の目的は、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。	認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。

## チームオレージの取組の推進

○ 認知症施策推進大綱(平成27年6月)の目的は、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。また、認知症の人の生活の質(ＱOL)向上に向けた取り組みとして、認知症施策を推進することを目指す。



これらの取組を通じて、認知症当事者や家族を支える一環として活動し、社会参加することを支援し、認知症サポーターのさらなる活躍の場を創出する。1千人が参加している認知症サポーターのさらなる活躍の場を創出する。





## 令和2年度からの地域医療介護総合確保基金（介護施設等の整備分）のメニューの充実

<p>介護施設等の整備にあわせて行う広域型施設の大規模修繕・耐震化整備（新規）</p> <p>介護施設等50万人受け皿整備と老朽化対策等の広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護施設等の整備（創設）を行う際にあわせて行う、定員30名以上の広域型施設の大規模修繕・耐震化について補助する。</p>	<p>介護施設等の整備にあわせて行う広域型施設の大規模修繕・耐震化整備（新規）</p> <p>介護施設等50万人受け皿整備と老朽化対策等の広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護施設等の整備（創設）を行う際にあわせて行う、定員30名以上の広域型施設の大規模修繕・耐震化について補助する。</p>
<p>介護施設等の整備にあわせて行う広域型施設の大規模修繕・耐震化整備（新規）</p> <p>介護施設等50万人受け皿整備と老朽化対策等の広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護施設等の整備（創設）を行う際にあわせて行う、定員30名以上の広域型施設の大規模修繕・耐震化について補助する。</p>	<p>介護施設等の整備にあわせて行う広域型施設の大規模修繕・耐震化整備（新規）</p> <p>介護施設等50万人受け皿整備と老朽化対策等の広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護施設等の整備（創設）を行う際にあわせて行う、定員30名以上の広域型施設の大規模修繕・耐震化について補助する。</p>
<p>介護施設等の整備にあわせて行う広域型施設の大規模修繕・耐震化整備（新規）</p> <p>介護施設等50万人受け皿整備と老朽化対策等の広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護施設等の整備（創設）を行う際にあわせて行う、定員30名以上の広域型施設の大規模修繕・耐震化について補助する。</p>	<p>介護施設等の整備にあわせて行う広域型施設の大規模修繕・耐震化整備（新規）</p> <p>介護施設等50万人受け皿整備と老朽化対策等の広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護施設等の整備（創設）を行う際にあわせて行う、定員30名以上の広域型施設の大規模修繕・耐震化について補助する。</p>
<p>介護施設等の整備にあわせて行う広域型施設の大規模修繕・耐震化整備（新規）</p> <p>介護施設等50万人受け皿整備と老朽化対策等の広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護施設等の整備（創設）を行う際にあわせて行う、定員30名以上の広域型施設の大規模修繕・耐震化について補助する。</p>	<p>介護施設等の整備にあわせて行う広域型施設の大規模修繕・耐震化整備（新規）</p> <p>介護施設等50万人受け皿整備と老朽化対策等の広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護施設等の整備（創設）を行う際にあわせて行う、定員30名以上の広域型施設の大規模修繕・耐震化について補助する。</p>

44

## 介護付きホームの整備促進（拡充）

高齢者向け住居は都市部を中心に多様な介護ニーズの受け皿となっている状況が踏まえ、「介護福祉ゼロ」に向け、介護サービス基盤として介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）も含めて、その整備促進していくことが期待であることから、特定施設入居者生活介護の指定を受ける介護付きホームも補助対象に追加する。

<p>（拡充後の補助対象施設）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別養護老人ホーム</li> <li>● 介護老人保健施設</li> <li>● 介護医療院</li> <li>● 特定施設入居者生活介護の指定を受けるケアハウス</li> <li>● 認知症高齢者グループホーム</li> <li>● 小規模多機能型居宅介護事業所</li> <li>● 定常巡回・随時対応型訪問介護拠点</li> <li>● 看護小規模多機能型居宅介護事業所</li> <li>● 特定施設入居者生活介護の指定を受ける介護付きホーム</li> </ul>	<p>（補助率）</p> <p>1 割合あたり</p> <p>1 / 3</p>
<p>（補助要件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護施設1人あたり33㎡を基準とする。</li> <li>○ 整備した居宅の家賃水準は、近等類似の家賃と比較して低減をものとする。</li> <li>○ 令和5年度までの実施。</li> </ul>	<p>45</p>

<p>（整備（創設）を行う介護施設等）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別養護老人ホーム</li> <li>● 介護老人保健施設</li> <li>● 介護医療院</li> <li>● 特定施設入居者生活介護の指定を受けるケアハウス</li> <li>● 認知症高齢者グループホーム</li> <li>● 小規模多機能型居宅介護</li> <li>● 定常巡回・随時対応型訪問介護事業所</li> <li>● 看護小規模多機能型居宅介護</li> <li>● 特定施設入居者生活介護の指定を受ける介護付きホーム</li> </ul> <p>※ いずれも定員規模及び完成を要しているものは除く。</p>	<p>（大規模修繕・耐震化を行う広域型施設）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別養護老人ホーム</li> <li>● 介護老人保健施設</li> <li>● 介護医療院</li> <li>● 介護医療院</li> <li>● ケアハウス</li> </ul>
<p>（最大補助額）</p> <p>1 定員あたり</p> <p>：12.8万円</p>	<p>（最大補助率）</p> <p>1 割合あたり</p> <p>1 / 3</p>
<p>（補助要件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護施設等の整備（創設）上広域型施設の大規模修繕等に際し、年々4年程度を期間とする整備計画を定めること。</li> <li>○ 令和5年度までの実施。</li> </ul>	<p>45</p>

45

## 介護職員等の宿舎施設整備（新規）

介護人対策を確保するため、介護施設等の事業者が介護職員等の宿舎を整備する費用の一部を補助することにより、介護職員が働きやすい職場を整備する。

<p>（補助対象施設）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別養護老人ホーム</li> <li>● 介護老人保健施設</li> <li>● 介護医療院</li> <li>● 特定施設入居者生活介護の指定を受けるケアハウス</li> <li>● 認知症高齢者グループホーム</li> <li>● 小規模多機能型居宅介護事業所</li> <li>● 定常巡回・随時対応型訪問介護拠点</li> <li>● 看護小規模多機能型居宅介護事業所</li> <li>● 特定施設入居者生活介護の指定を受ける介護付きホーム</li> </ul>	<p>（補助率）</p> <p>1 割合あたり</p> <p>1 / 3</p>
<p>（補助要件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護施設1人あたり33㎡を基準とする。</li> <li>○ 整備した居宅の家賃水準は、近等類似の家賃と比較して低減をものとする。</li> <li>○ 令和5年度までの実施。</li> </ul>	<p>47</p>

**看護病棟等の概要**

- 看護病棟は、病院又は診療所の病室のうち、主として長期にわたる看護を必要とする患者を入院させるもの。
- 看護病棟の「医療従事者(医療技術職員)」と、看護病棟の「介護職員(介護技術職員)」がある。
- 要介護高齢者の生活支援・生活改善である新たな介護技術職員(介護医療院)を創設。(平成29年4月施行)

看護病棟	看護病棟		介護職員		介護職員	
	看護病棟	介護職員	看護病棟	介護職員	看護病棟	介護職員
看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟
看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟
看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟
看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟	看護病棟

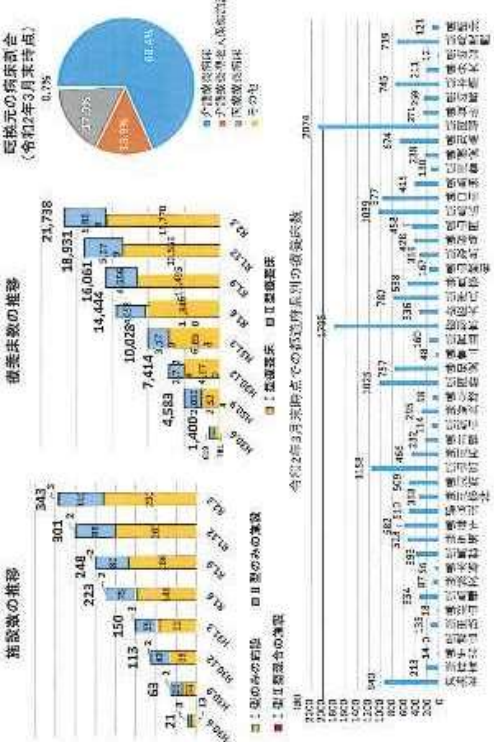
**在宅医療・介護連携推進事業**

- 在宅医療・介護の連携強化については、このほかに「在宅医療・介護連携推進事業」(平成23～24年度)、在宅医療推進事業(平成25年度～27年度)、在宅医療推進事業、平成28年度以降は、在宅医療推進事業により実施。
- 介護職員等の在宅勤務に配慮する、在宅勤務の推進、在宅勤務の推進、在宅勤務の推進、在宅勤務の推進。
- 在宅勤務(17)～(21)の事業内容については、平成28年度以降は、在宅勤務の推進、在宅勤務の推進、在宅勤務の推進、在宅勤務の推進。
- 在宅勤務推進は、在宅勤務の推進、在宅勤務の推進、在宅勤務の推進、在宅勤務の推進。

**事業目録と主要の活動のイメージ**

**介護医療院等(開設状況)について**

○ 令和2年3月末時点での介護医療院開設数は、343施設・21,738看護床であった。



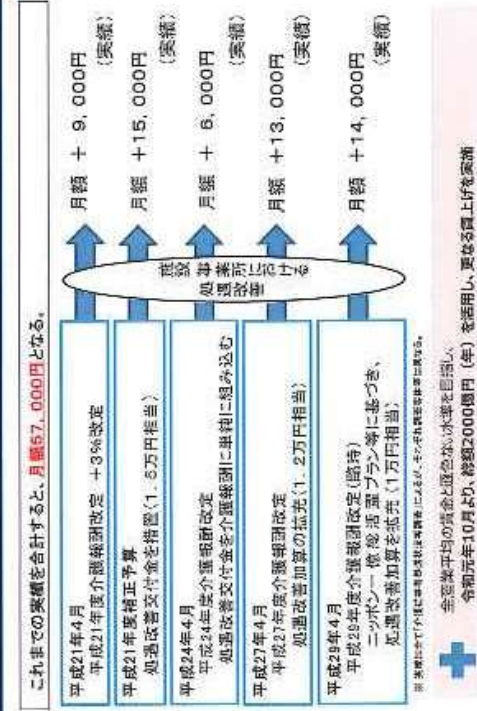
**介護現場の革新(人材確保・生産性の向上)**



## 総合的な介護人材確保対策（主な取組）



## 介護職員の処遇改善についての取組



## 新しい経済政策パッケージに基づく介護職員の更なる処遇改善



## 介護に関する入門的研修の実施からマッチングまでの一體的支援事業の創設



## 三重県の介護老人保健施設における「介護助手」導入の取組

(資料提供) 三重県福祉福祉課



### 目的

- 地域の元安が高齢者を「介護助手」化して育成し、介護現場への就職支援
- 介護人材の「すそ野の拡大」「人手不足の解消」「介護職の「専門化」

### 成果・実績 (平成29年度)

～現場の声～  
介護現場での活躍が喜ばれています。

1施設  
20名  
20名  
18名  
47%

● 介護職員の「定員」

● 介護職員の「定員」

● 介護職員の「定員」

● 介護職員の「定員」

● 介護職員の「定員」

● 介護職員の「定員」

### 波及効果

- 他種施設への広がり  
H29年度からは特別養護老人ホームでも事業展開
- 全国的な広がりに  
25都道府県で実施  
(トピックス) 介護現場での活躍が喜ばれています。

## 介護現場革新会議 基本方針 (概要)

項目	内容
目的	介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
対象	介護現場の革新を推進する関係者。
開催日時	平成29年10月10日(水) 13:00～15:00
開催場所	三重県庁 3階 会議室
出席者	関係者約100名
進行役	三重県福祉福祉課 課長 佐藤 隆
事務局	三重県福祉福祉課 介護現場革新会議事務局

**介護サービス利用者と介護現場のための「介護現場革新会議の基本方針」**

本会議は、介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。を目的として、関係者(以下本会議)を開催する。本会議は、介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。を目的として、関係者(以下本会議)を開催する。

**介護現場の革新を推進する関係者**

- 介護現場の革新を推進する関係者
- 介護現場の革新を推進する関係者
- 介護現場の革新を推進する関係者

**介護現場の革新を推進する関係者**

- 介護現場の革新を推進する関係者
- 介護現場の革新を推進する関係者
- 介護現場の革新を推進する関係者

## 介護現場革新会議「パイロット事業」各自治体の取組

自治体	宮城県	福島県	神奈川県	三重県	熊本県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	東京都	東京都
実施内容	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
実施状況	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
実施効果	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
実施課題	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
実施成果	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
実施課題	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。	● 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。

## 介護現場の革新に向けて ～令和元年度介護現場革新会議「パイロット事業」の総括～

**介護現場革新会議**

令和元年度介護現場革新会議「パイロット事業」の総括について、各自治体の取組をまとめます。

**宮城県**

- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。

**福島県**

- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。

**神奈川県**

- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。

**三重県**

- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。

**熊本県**

- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。

**埼玉県**

- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。

**千葉県**

- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。

**東京都**

- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。
- 介護現場の革新を推進し、介護現場の質を向上させること。



介護ロボットの開発支援の重点6分野

<p><b>開発支援</b></p> <p>○ 高齢者への利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>導入支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>普及支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>活用支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>導入支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>普及支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>活用支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>
---	--	--	--	--	--	--

介護ロボットの開発支援の重点6分野

<p><b>開発支援</b></p> <p>○ 高齢者への利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>導入支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>普及支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>活用支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>導入支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>普及支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>	<p><b>活用支援</b></p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p> <p>○ 高齢者の利用促進</p>
---	--	--	--	--	--	--

介護ロボットの開発支援の重点6分野

**介護ロボットの開発支援の重点6分野**

○ 高齢者への利用促進

○ 高齢者の利用促進

○ 高齢者の利用促進

○ 高齢者の利用促進

○ 高齢者の利用促進

○ 高齢者の利用促進

○ 高齢者の利用促進

介護ロボットの開発支援の重点6分野

**介護ロボットの開発支援の重点6分野**

○ 高齢者への利用促進

○ 高齢者の利用促進

○ 高齢者の利用促進

○ 高齢者の利用促進

○ 高齢者の利用促進

○ 高齢者の利用促進

○ 高齢者の利用促進

### 【補助事業】 地域医療推進基金を活用した介護ロボットの導入支援

※拡充分は令和5年度までの実施



**対象となる介護ロボット**

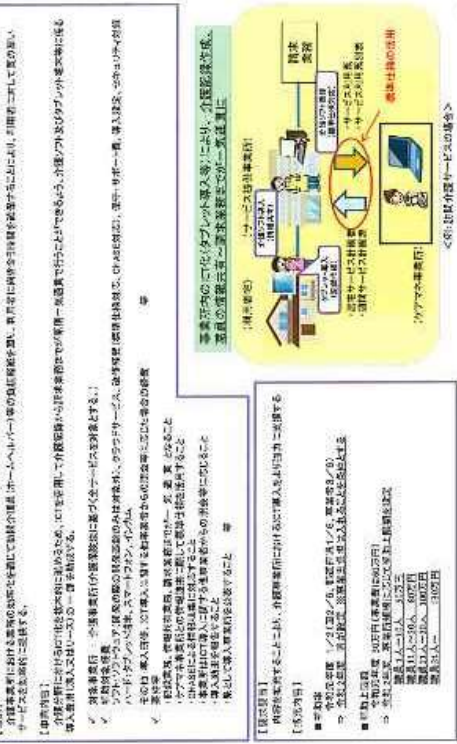
1. 介護ロボット  
 2. 介護支援ロボット  
 3. 介護支援ロボット  
 4. 介護支援ロボット  
 5. 介護支援ロボット

**実施(参考)**

1. 介護ロボットの導入  
 2. 介護支援ロボットの導入  
 3. 介護支援ロボットの導入  
 4. 介護支援ロボットの導入  
 5. 介護支援ロボットの導入

### 【補助事業】 ICT導入支援事業【地域医療推進基金(介護支援推進部分)】

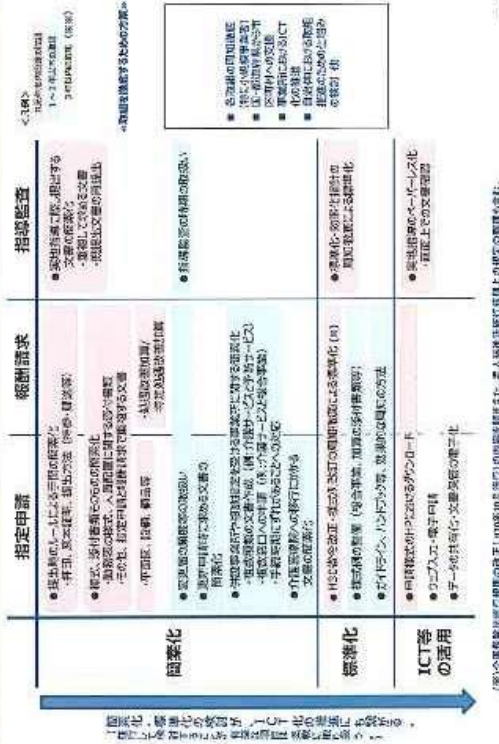
※拡充分は令和5年度までの実施

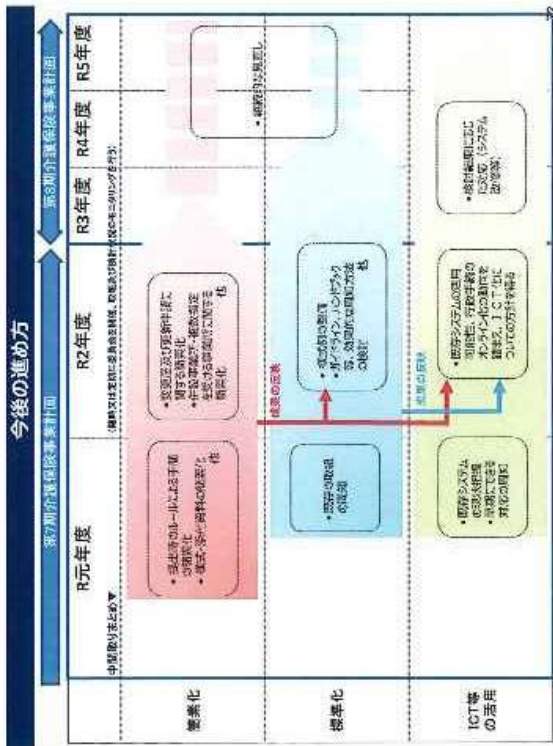


### 介護分野における文書量半減の取組

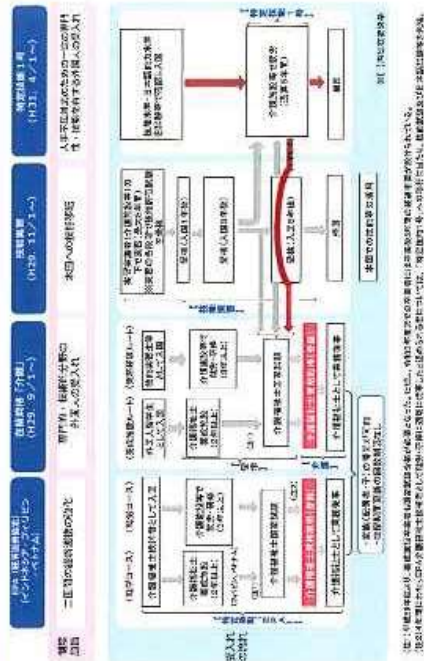


### 介護分野の文書に係る主な負担軽減策





### 外国人介護人材入れの仕組み



### 地域医療介護総合確保基金（介護人材分）

**令和2年度重点**

令和2年度重点  
重点の活用と連携（注）

都道府県における総合的な方針のもと、介護現場により身近な市区町村が介護人材提供の基盤（プラットフォーム）を構築しながら、地域の課題に応じた効果的な施策が展開できるよう新規メニューの創設や内容を拡充。

#### 参入促進

- ①介護分野への新規参入者数増進  
新規参入者数増進
- ②介護人材の確保  
介護人材の確保
- ③介護人材の確保  
介護人材の確保
- ④介護人材の確保  
介護人材の確保

#### 労働環境等の改善

- ①労働環境等の改善  
労働環境等の改善
- ②労働環境等の改善  
労働環境等の改善
- ③労働環境等の改善  
労働環境等の改善
- ④労働環境等の改善  
労働環境等の改善

#### 質の向上

- ①サービスの質の向上  
サービスの質の向上
- ②サービスの質の向上  
サービスの質の向上
- ③サービスの質の向上  
サービスの質の向上
- ④サービスの質の向上  
サービスの質の向上

**新** ⑤市区町村介護人材確保プラットフォーム構築事業

市区町村において、関係機関・団体との連携を深め、総合的な介護人材確保を推進するための基盤を構築。（人材確保に向けた人材確保や研修等の実施）

※事業の計画等については、関係機関・団体との連携を深め、総合的な介護人材確保を推進するための基盤を構築。（人材確保に向けた人材確保や研修等の実施）

※事業の実施については、関係機関・団体との連携を深め、総合的な介護人材確保を推進するための基盤を構築。（人材確保に向けた人材確保や研修等の実施）

### 外国人介護人材受け入れ施設等環境整備事業

**令和2年度重点**

令和2年度重点  
重点の活用と連携（注）

外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

①外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

②外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

③外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

④外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑤外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑥外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑦外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑧外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑨外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑩外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑪外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑫外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑬外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑭外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑮外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑯外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑰外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑱外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑲外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

⑳外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉑外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉒外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉓外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉔外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉕外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉖外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉗外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉘外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉙外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉚外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉛外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉜外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉝外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉞外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㉟外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊱外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊲外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊳外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊴外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊵外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊶外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊷外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊸外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊹外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊺外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊻外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊼外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊽外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊾外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

㊿外国人介護人材の受け入れ施設等環境整備事業は、外国人介護人材に学

### 介護人材確保・業務効率化の取組の強化（令和2年度改正内容）

○現在の介護分野における人材不足は深刻であり、また、2025年以降、若い世代を介護世代の減少が必要となる中で、地域の高齢者介護者介護を支える人的基盤の脆弱化を懸念するため、介護人材の確保・充実の向上に関する取組を強化する。  
※介護関係職員の有効求人倍率（平成24年度）3.05倍、（令和2年度）1.45倍

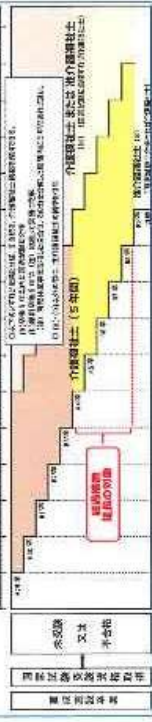
（一）介護人材の確保に関する取組・事業者の負担軽減

○介護保険事業（支援計画）に基づく取組・事業者の負担軽減  
○地域の事情に応じて、介護保険事業市町村の連携した取組が更に進むよう、介護保険事業・支援計画の取組事項として、介護人材の確保・充実の向上に関する事項を追加する。  
（一）併せて、各自治体の介護保険事業（支援計画）における取組の進捗を把握する。

○有料老人ホームの設置・拡充の取組の進捗を把握する。  
（一）併せて、各自治体の介護保険事業（支援計画）における取組の進捗を把握する。

○介護保険事業（支援計画）に基づく取組・事業者の負担軽減  
○地域の事情に応じて、介護保険事業市町村の連携した取組が更に進むよう、介護保険事業・支援計画の取組事項として、介護人材の確保・充実の向上に関する事項を追加する。

○有料老人ホームの設置・拡充の取組の進捗を把握する。  
（一）併せて、各自治体の介護保険事業（支援計画）における取組の進捗を把握する。



### 介護人材確保・業務効率化の取組の強化（令和2年度改正内容）

○介護保険事業（支援計画）に基づく取組・事業者の負担軽減  
○地域の事情に応じて、介護保険事業市町村の連携した取組が更に進むよう、介護保険事業・支援計画の取組事項として、介護人材の確保・充実の向上に関する事項を追加する。  
（一）併せて、各自治体の介護保険事業（支援計画）における取組の進捗を把握する。

○有料老人ホームの設置・拡充の取組の進捗を把握する。  
（一）併せて、各自治体の介護保険事業（支援計画）における取組の進捗を把握する。

○介護保険事業（支援計画）に基づく取組・事業者の負担軽減  
○地域の事情に応じて、介護保険事業市町村の連携した取組が更に進むよう、介護保険事業・支援計画の取組事項として、介護人材の確保・充実の向上に関する事項を追加する。  
（一）併せて、各自治体の介護保険事業（支援計画）における取組の進捗を把握する。

○有料老人ホームの設置・拡充の取組の進捗を把握する。  
（一）併せて、各自治体の介護保険事業（支援計画）における取組の進捗を把握する。

○介護保険事業（支援計画）に基づく取組・事業者の負担軽減  
○地域の事情に応じて、介護保険事業市町村の連携した取組が更に進むよう、介護保険事業・支援計画の取組事項として、介護人材の確保・充実の向上に関する事項を追加する。  
（一）併せて、各自治体の介護保険事業（支援計画）における取組の進捗を把握する。



### 介護関連データベースの構築

#### 介護保険総合データベース（介護DB）

- 市町村から介護保険情報（2009年度～）、介護給付レポート情報（2012年度～）を収集。
- 2018年度介護保険情報に基づきデータ連携の構築。
- 2018年度介護保険情報・介護レポート等情報の連携に関するガイドラインを策出し、データの第三者提供を決定。
- 各地域で活用可能なシステムに活用。



#### 通所・訪問リハビリテーションの評価データ収集等事業のデータ

- 通所・訪問リハビリテーションの評価データ収集等事業のデータ（介護DB）
- 通所・訪問リハビリテーションの情報から、リハビリテーションの評価データ（2017年度～）、2018年度介護保険情報・介護レポート等情報を活用してデータ連携の構築。
- 2019年3月実施のデータ連携の構築。
- 利用開始のデータ連携の構築。

#### 上記を統合する高齢者の状態・ケアの内容等のデータ

- 通所・訪問リハビリテーションの情報から、リハビリテーションの評価データ（2017年度～）、2018年度介護保険情報・介護レポート等情報を活用してデータ連携の構築。
- 2019年7月に実施のデータ連携の構築。
- 2019年度にデータ連携の構築。
- 2020年度にデータ連携の構築。

## データ活用のためのICT基盤整備



医療・介護のデータ基盤の整備の進捗(令和7年法改正内容)

○ 相対的医療・介護の状況把握に把握し、医療・介護分野の政策分析、研究を進捗することは、特に高い関心・サービス... 運用の状況... 等... 等...

介護分野のデータ活用の現況整理

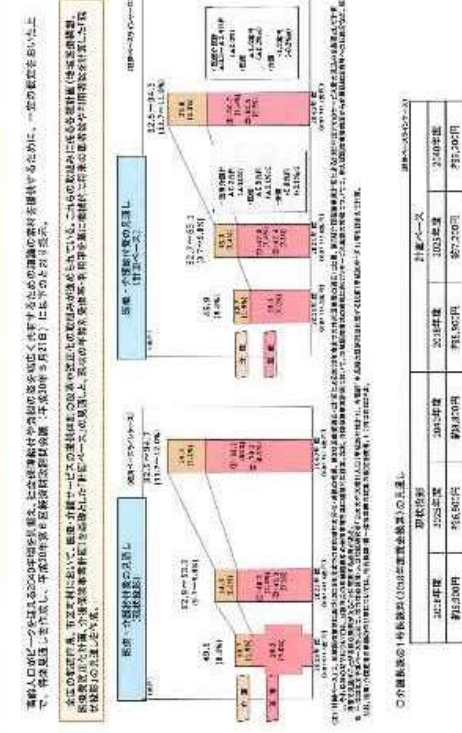
○ 介護分野におけるデータ活用を進めるための取組... 介護分野のデータ基盤の整備... 等の取組... 等...

医療・介護分野のデータの匿名化・連結精度の向上等

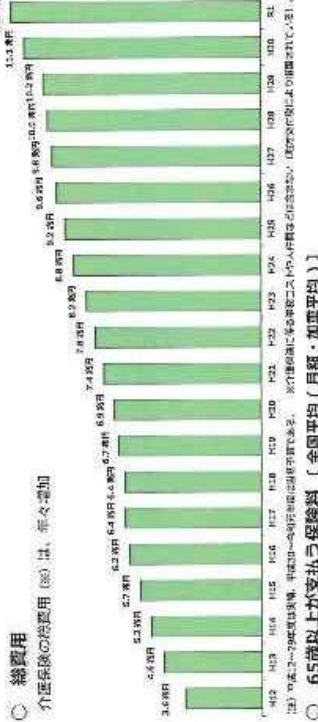
○ 政府のNDI等の医療・介護データの匿名化・連結精度の向上に向けて、社会保険診療報酬支払基金等が、匿名化後のオンライン... 等の取組... 等...

制度の持続可能性の確保

介護給付費等の将来見通し (平成30年第6回厚生労働省政策委員会(平成30年5月21日)資料より)



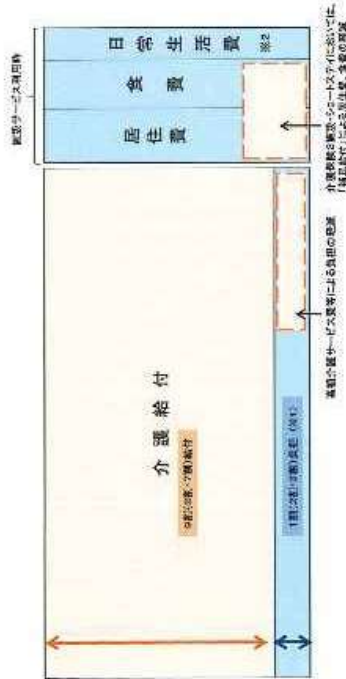
介護費用と保険料の推移



○ 65歳以上が支払う保険料(全国平均)(月額・加重平均)

年齢	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	削減率(2016年度比)
65歳以上	2,911円 (+4.9%)	3,293円 (+13.1%)	4,090円 (+24.4%)	5,114円 (+25.0%)	-5,869円 (-6.4%)

介護保険給付における利用者負担 ※青色の部分為自己負担



※1 障害介護保険は全額が保険給付となる。  
 ※2 食費は介護保険の給付対象とならず、自己負担となる。  
 ※3 食費は介護保険の給付対象とならず、自己負担となる。  
 ※4 食費は介護保険の給付対象とならず、自己負担となる。  
 ※5 食費は介護保険の給付対象とならず、自己負担となる。

給付と負担

※1 介護保険給付の範囲に付する負担 ※2 介護保険給付の範囲に付する負担

- (1) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (2) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (3) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (4) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (5) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (6) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (7) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (8) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (9) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (10) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (11) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (12) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (13) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (14) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (15) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (16) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (17) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (18) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (19) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1
- (20) 介護保険給付 介護保険給付の範囲に付する負担 ※1

地域共生社会とは

子ども、高齢者、障害者など全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会（ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定））



地域共生社会の実現に向けて

地域住民の権威化・尊厳化した支援ニーズに対応する市町村の重層的な支援体制の構築の支援(令和2年法改正)

○地域生活が抱える課題が複雑化・顕在化しつつある。従来の支援体制では対応が難しく、新たな支援体制の構築が必要となる。地域生活が抱える課題が複雑化・顕在化しつつある。従来の支援体制では対応が難しく、新たな支援体制の構築が必要となる。

○市町村において、異なる組織等との連携を促しつつ、地域生活の課題・福祉ニーズに合わせた支援体制の構築を支援する。また、地域生活が抱える課題が複雑化・顕在化しつつある。従来の支援体制では対応が難しく、新たな支援体制の構築が必要となる。



図1 新たな公営の全体像

社会福祉推進者法人制度の創設(令和2年法改正)

○人口動態の激変や福祉ニーズの複雑化・顕在化の中で、社会福祉法人は、社会福祉法人の経営基盤の強化を図るとともに、こうした福祉ニーズに対応することが求められている。

○このため、社会福祉法人の推進策として、「社会福祉協議会や法人間の横や縦連携」、「合併・事業譲渡」、「社会福祉法人の再編」に加え、新たな組織の一つとして、社会福祉法人を主体とする非営利組織法人である「社会福祉推進者法人」の創設を図る。



図2 社会福祉推進者法人(一般社団法人)の位置づけ

地域生活の多様化・顕在化した支援ニーズに対応する市町村の重層的な支援体制の構築の支援(令和2年法改正)

○地域生活が抱える課題が複雑化・顕在化しつつある。従来の支援体制では対応が難しく、新たな支援体制の構築が必要となる。地域生活が抱える課題が複雑化・顕在化しつつある。従来の支援体制では対応が難しく、新たな支援体制の構築が必要となる。

○市町村において、異なる組織等との連携を促しつつ、地域生活の課題・福祉ニーズに合わせた支援体制の構築を支援する。また、地域生活が抱える課題が複雑化・顕在化しつつある。従来の支援体制では対応が難しく、新たな支援体制の構築が必要となる。

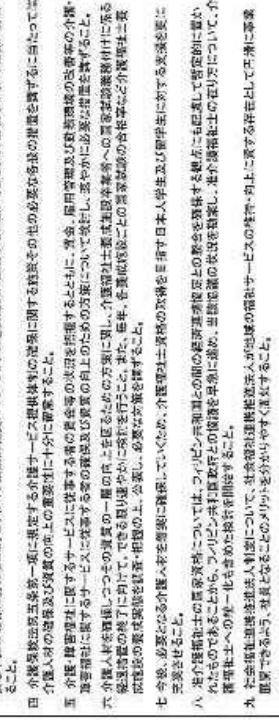


図1 新たな公営の全体像

地域生活の多様化・顕在化した支援ニーズに対応する市町村の重層的な支援体制の構築の支援(令和2年法改正)

○地域生活が抱える課題が複雑化・顕在化しつつある。従来の支援体制では対応が難しく、新たな支援体制の構築が必要となる。地域生活が抱える課題が複雑化・顕在化しつつある。従来の支援体制では対応が難しく、新たな支援体制の構築が必要となる。

○市町村において、異なる組織等との連携を促しつつ、地域生活の課題・福祉ニーズに合わせた支援体制の構築を支援する。また、地域生活が抱える課題が複雑化・顕在化しつつある。従来の支援体制では対応が難しく、新たな支援体制の構築が必要となる。



図1 新たな公営の全体像



○ 今後のスケジュールについて

92年度	林産部直し	令和3年度予算	介護保険事業計画	介護報酬改定
6月	法案成立			
7月			基本料料案の提示	
8月	施行に向けた作業 ・政令等の公布 ・施行規則の発出等			
9月		補償要求 （選挙の1ヶ月程度延長を願う）		
10月				介護報酬改定案の提示
11月				介護報酬改定案の提示
12月				介護報酬改定案の提示
1月				介護報酬改定案の提示
2月				介護報酬改定案の提示
3月				介護報酬改定案の提示
4月～			第8期介護保険事業計画 スタート	

新新型コロナウイルス感染症に係る

介護サービス事業者の人員基準等の臨時的な取扱いについて①

○要項の対応を基本としつつ、今後の新型コロナウイルス感染症の対応等にあたっては、介護報酬、人員、施設、感染及び労働基準などについては、状況に鑑みてさらに柔軟な取扱いを可能としており、主な取扱いの概要とあり、

- 基本的事項
  - 新型コロナウイルス感染症の影響により、一時的に人員基準等を満たせなくなる場合、介護報酬の改定を行わない等の柔軟な取扱いが可能
  - 従前の介護報酬改定に準ずる取扱いとする場合、介護報酬の改定については、介護報酬、人員、施設、感染及び労働基準などにより、柔軟に対応可
- 特別サービスに関する事項
  - 特別サービスの適用については、新型コロナウイルスの影響により、算定の標準を他で公表がある場合、従前の算定方法と異なる算定方法となる場合がある。その旨を所管官庁等に照会し、算定方法を照会する。従前の算定方法と異なる算定方法となる場合、生活支援センター等の施設を算定可（介護報酬改定時、施設が20分未満の場合、生活支援センター等の施設を算定可（介護報酬改定時、施設が20分未満の場合、生活支援センター等の施設を算定可））
  - 身体介護サービスの算定については、施設スタッフを算定するため算定時間を短縮する二式を行うが、特別介護計画に適用された場合は、算定の時間を短縮可
  - 新型コロナウイルス感染症の影響により、一時的に特別介護の資格を有する者を確保できない場合は、特別介護員の資格のない者であっても、特別介護員のサービスに準じて算定した取扱いとする。特別介護員の資格を有する者である場合は、特別介護員として算定可
  - 外出作業業務の算定で、当該業務の時間（20分以上45分未満）が、45分を大きく超えた場合は、特別介護員が1人当たり1時間以上稼働した場合、ケアマネが算定と認めるときは、45分以上の取扱いを算定可

新型コロナウイルス感染症への対応について

新新型コロナウイルス感染症に係る  
介護サービス事業者の人員基準等の臨時的な取扱いについて②

- 特別サービスに関する事項
  - 特別サービスの適用については、新型コロナウイルスの影響により、算定の標準を他で公表がある場合、従前の算定方法と異なる算定方法となる場合がある。その旨を所管官庁等に照会し、算定方法を照会する。従前の算定方法と異なる算定方法となる場合、生活支援センター等の施設を算定可（介護報酬改定時、施設が20分未満の場合、生活支援センター等の施設を算定可（介護報酬改定時、施設が20分未満の場合、生活支援センター等の施設を算定可））
  - 身体介護サービスの算定については、施設スタッフを算定するため算定時間を短縮する二式を行うが、特別介護計画に適用された場合は、算定の時間を短縮可
  - 新型コロナウイルス感染症の影響により、一時的に特別介護の資格を有する者を確保できない場合は、特別介護員の資格のない者であっても、特別介護員のサービスに準じて算定した取扱いとする。特別介護員の資格を有する者である場合は、特別介護員として算定可
  - 外出作業業務の算定で、当該業務の時間（20分以上45分未満）が、45分を大きく超えた場合は、特別介護員が1人当たり1時間以上稼働した場合、ケアマネが算定と認めるときは、45分以上の取扱いを算定可

新型コロナウイルス感染症に係る  
介護サービス事業者の人員募集等の臨時的な取扱いについて③  
4. 居室対応支援等に因する事項

- 居室対応支援等の影響により、ケアプランで定まれているサービス利用がなくなったり、場合によっては必要ケアマネジメント業務を行い、請求にあたって必要な書類の整備を待つというは、居室介護支援の普及を必要とする。新型コロナウイルス感染症対応として、対応を促している。通所サービスの提供、施設内サービスをサービスに転換する等、サービス提供等の要請は不要とするが、居室対応サービス計画に係るサービス提供の対応の要請は、サービス提供でも差し支えない。
- 居宅介護支援のモニタリングについては、感染拡大防止の観点からやむを得ない理由があり、月に3回の実施がでない場合においても、柔軟な取扱い可。
- 新型コロナウイルス感染症の対応を踏まえ、介護支援専門員実務研修の実態については、具体的な実務研修については、研修所長と相談して判断可。
- 特定介護支援（ ）を算定している事業者が新型コロナウイルス感染症の影響で臨時小密を行った場合の取扱いが異なる場合、当該利用者は当該要件の適用対象の除外外として。

5. 介護サービスに関する事項

- 施設内感染対策について
  - 感染対策が、公費負担事業の拠点から入居又は退所の一時的に、半室サービスの提供の全館又は一部の内外等を要請した場合は、当該施設サービス提供の取扱いに異なる対応が求められる。
  - 当該利用者は当該要件の適用対象の除外外として。

6. その他の事項

- 施設内感染対策について
  - 介護サービス事業者において、新型コロナウイルス感染症への対応により、サービス提供が減少した場合、小規模な事業者が、減額しないこととする。
  - 介護サービス事業者が、感染対策を講じているにもかかわらず、感染拡大防止の観点から、サービス提供が減少した場合、当該施設サービス提供の取扱いに異なる対応が求められる。
  - 介護サービス事業者が、感染対策を講じているにもかかわらず、感染拡大防止の観点から、サービス提供が減少した場合、当該施設サービス提供の取扱いに異なる対応が求められる。

＜介護職員（業務）の処遇改善に関する事項＞

- 介護職員（業務）の処遇改善に関する事項
  - 介護職員（業務）の処遇改善に関する事項
    - 介護職員（業務）の処遇改善に関する事項

国庫書一介護施設等への布用マスクの配布事業  
令和2年度一次補正予算 390億円

① 事業の目的

国において布用マスクを個人、介護施設等に配布することで、介護施設等での感染症の拡大防止を図る。

② 事業の概要

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、国がマスクを購入するとともに、介護施設等（介護施設、障害者施設、保育園、高齢者福祉クラブ、妊産婦等）に布用マスクを配布する。

③ 対象のサービス形態、対象施設等、補助対象等



介護施設等における感染拡大防止対策に係る支援 I

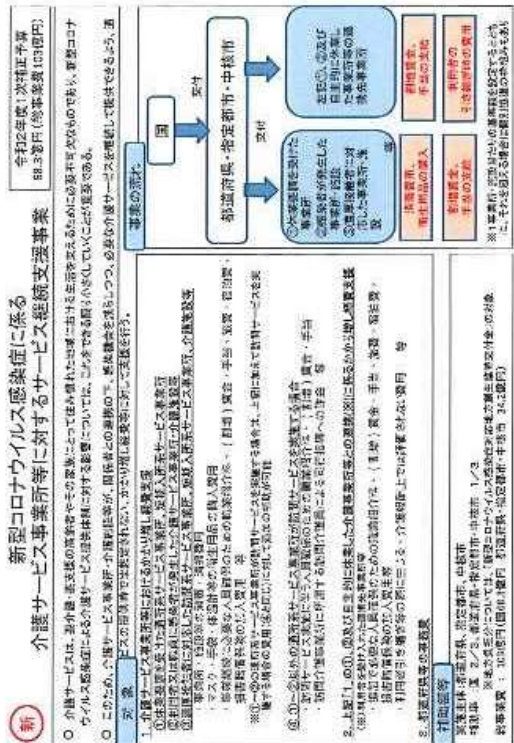
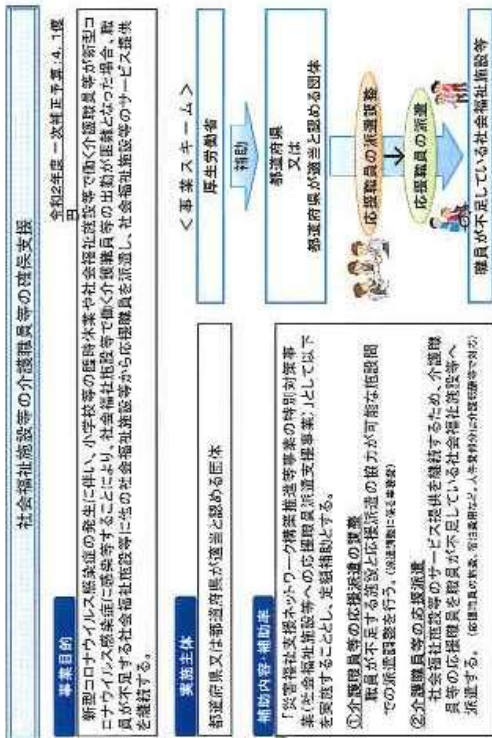
介護施設等において、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。本支援策は、介護施設等における感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。本支援策は、介護施設等における感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。

- 支援内容
  - 介護施設等における感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。本支援策は、介護施設等における感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。
- 実施期間
  - 令和2年度一次補正予算 390億円
- 実施対象
  - 介護施設等
- 実施内容
  - 介護施設等における感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。本支援策は、介護施設等における感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。

介護施設等における感染拡大防止対策に係る支援 II

介護施設等において、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。本支援策は、介護施設等における感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。

支援内容	実施期間	実施対象	実施内容
介護施設等における感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。本支援策は、介護施設等における感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。	令和2年度一次補正予算 390億円	介護施設等	介護施設等における感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。本支援策は、介護施設等における感染拡大防止を図る観点から、多岐にわたる支援策を講ずる必要がある。



**重点** 明確な感染予防対策を講じた介護サービスの取組支援

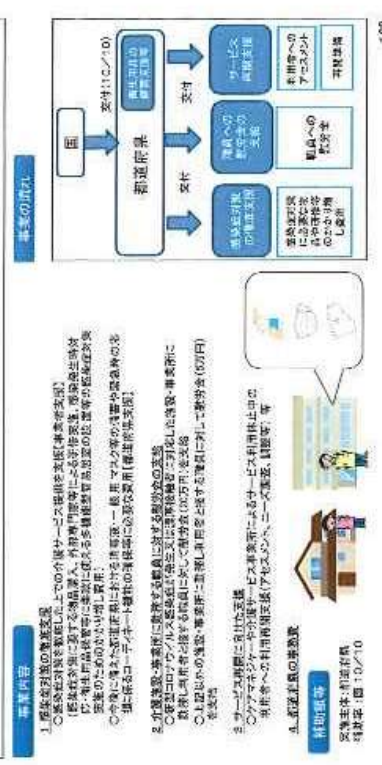
介護サービスにおいては、多岐にわたる感染予防対策を徹底し、介護現場に感染予防対策を徹底させることが、感染予防の重要なポイントです。また、感染予防対策の徹底を図るためには、介護現場に感染予防対策の取組を徹底させることが、感染予防の重要なポイントです。また、感染予防対策の徹底を図るためには、介護現場に感染予防対策の取組を徹底させることが、感染予防の重要なポイントです。

介護サービスの導入 （1）導入の時期	上程30万円	上程100万円
感染予防対策の導入 （1）導入の時期	上程10万円	上程30万円
感染予防対策の導入 （1）導入の時期	上程10万円	上程30万円
感染予防対策の導入 （1）導入の時期	上程10万円	上程30万円



**重点** 新型コロナウイルス感染症緊急支援交付金(介護分)

介護サービス事業者等が、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のために、必要となる経費を支援する。また、感染拡大防止のために、必要となる経費を支援する。また、感染拡大防止のために、必要となる経費を支援する。また、感染拡大防止のために、必要となる経費を支援する。



**介護分野における効果的な感染防止等の取組支援事業**

- ① 目的  
介護サービスは、感染予防、家族の生活を支える上で欠かせないものであり、新型コロナウイルス感染症、緊急事態宣言下等であっても、適切な感染防止対策が求められる。また、介護現場においては、感染拡大防止のための感染予防対策を徹底させることが、感染予防の重要なポイントです。
- ② 事業内容  
(1) 介護事業者の感染防止対策のための相談・支援事業  
(2) 介護事業者の感染防止対策のための相談・支援事業  
(3) 介護事業者の感染防止対策のための相談・支援事業



**重点** 医師・福祉事業に対する無利子・無担保等の危機対応融資の拡充

医師・福祉事業者が、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のために、必要となる経費を支援する。また、感染拡大防止のために、必要となる経費を支援する。また、感染拡大防止のために、必要となる経費を支援する。また、感染拡大防止のために、必要となる経費を支援する。

事業内容	医師・福祉事業者に対する無利子・無担保等の危機対応融資の拡充
事業内容	医師・福祉事業者に対する無利子・無担保等の危機対応融資の拡充
事業内容	医師・福祉事業者に対する無利子・無担保等の危機対応融資の拡充
事業内容	医師・福祉事業者に対する無利子・無担保等の危機対応融資の拡充



## 高齢者施設における新型コロナウイルス感染症発生に備えた対応等について (令和2年6月30日付事務連絡)

- 高齢者施設における平等の対応等
- 高齢者施設の管理者等は、感染者や濃厚接触者が発生した場合等に備え、衛生管理や生活空間等の区分けに係るシミュレーションや、人員体制に関する施設内・法人内等の関係者との相談、物資の状況の把握を行うとともに、感染者等が発生した場合の対応方針について、入所者や家族と共有しておくこと等が考えられること。
- 特に介護老人保健施設等においては、生活空間等の区分けについては、5月4日付事務連絡第2(2)⑤(1)、下記の動画等参照しつつ、多機能型簡易居室の整備等も含め、各施設の構造・設備を踏まえる必要があること。(多機能型簡易居室の設置にあたっては【別添3】の事業が活用可能である。)  
[https://www.nhk.go.jp/stf/seisakunituite/bunys/0000121431\\_00094.html#ynbou](https://www.nhk.go.jp/stf/seisakunituite/bunys/0000121431_00094.html#ynbou)  
<https://www.youtube.com/watch?v=dZjVxMNA>
- また、感染症対応に係る基本的な考え方や、防護具の装着方法等については、上記や下記URLの動画等も参考に施設内や法人内で意識付けや研修(実地研修を含む)を行い、平時より施設の感染能対応力を向上させることが望ましいこと。(外部専門家等による研修実施にあたっては【別添3】の事業が活用可能である。)  
[https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKi5NMI\\_HIGFEBEIVWioHZGHKc](https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKi5NMI_HIGFEBEIVWioHZGHKc)
- マスク、消毒剤等の物資に関しては、平時より、在庫量と使用量・必要量を整理し、不足した場合には必要量を速やかに都道府県等に要望できるように備えておくことが望ましいこと。

116

## 特別養護老人ホームのための感染防止対策動画

〇特別養護老人ホームの職員向けに、新型コロナウイルス感染症の対応を分かりやすくまとめた動画を作成し、厚生労働省の「JLabel」公表。

**介護老人福祉施設（特養）のための感染防止対策動画**

〇外からウイルスを運ばないために（1）（6月30日公開）



「動画の内容」  
 ① なるべく遠ざかる  
 ② 感染予防マスクを着用する  
 ③ 手洗いを徹底する  
 ④ 人と人との距離を確保する  
 ⑤ 人と人との距離を確保する

〇外からウイルスを運ばないために（2）（6月30日公開）



「動画の内容」  
 ① なるべく遠ざかる  
 ② 感染予防マスクを着用する  
 ③ 手洗いを徹底する  
 ④ 人と人との距離を確保する  
 ⑤ 人と人との距離を確保する

〇施設内でウイルスを拡めないために（1）（6月30日公開）



「動画の内容」  
 ① なるべく遠ざかる  
 ② 感染予防マスクを着用する  
 ③ 手洗いを徹底する  
 ④ 人と人との距離を確保する  
 ⑤ 人と人との距離を確保する

〇施設内でウイルスを拡めないために（2）（6月30日公開）



「動画の内容」  
 ① なるべく遠ざかる  
 ② 感染予防マスクを着用する  
 ③ 手洗いを徹底する  
 ④ 人と人との距離を確保する  
 ⑤ 人と人との距離を確保する

**巡回の時の感染防止対策動画**

〇ウイルスをもち回さない、わたさないために（6月30日公開）



「動画の内容」  
 ① ウイルスをどこにも運ばない  
 ② ウイルスをどこでも運ばない  
 ③ 巡回のとき  
 ④ 巡回のとき  
 ⑤ 巡回のとき  
 ⑥ 巡回のとき  
 ⑦ 巡回のとき  
 ⑧ 巡回のとき

117

## 訪問介護職員等のための感染防止対策動画

〇訪問介護職員と委託サービス利用者向けに、新型コロナウイルス感染症の対応を分かりやすくまとめた動画を制作し、厚生労働省の「JLabel」公表。

**訪問介護職員等のための感染防止対策動画**

〇あなただけがウイルスを運ばないために（1）（5月13日公開）



「動画の内容」  
 ① なるべく遠ざかる  
 ② 感染予防マスクを着用する  
 ③ 手洗いを徹底する  
 ④ 人と人との距離を確保する  
 ⑤ 人と人との距離を確保する

〇あなただけがウイルスを運ばないために（2）（5月13日公開）



「動画の内容」  
 ① なるべく遠ざかる  
 ② 感染予防マスクを着用する  
 ③ 手洗いを徹底する  
 ④ 人と人との距離を確保する  
 ⑤ 人と人との距離を確保する

〇あなただけがウイルスを運ばないために（3）（5月28日公開）



「動画の内容」  
 ① なるべく遠ざかる  
 ② 感染予防マスクを着用する  
 ③ 手洗いを徹底する  
 ④ 人と人との距離を確保する  
 ⑤ 人と人との距離を確保する

QRコード

このQRコードから動画をダウンロードいただけます。

118

## 次期介護報酬改定について

119

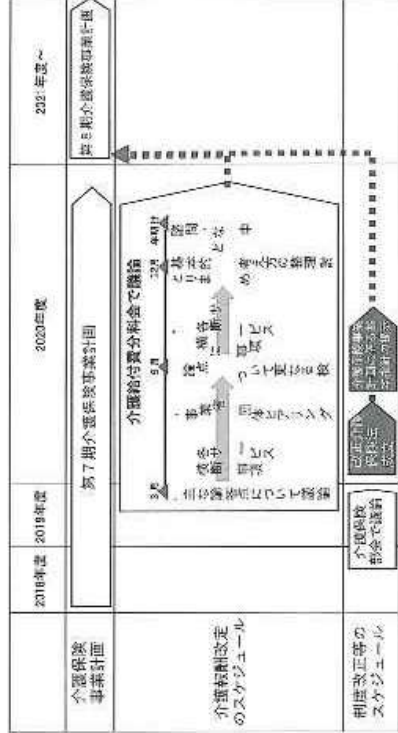
# 令和3年度介護報酬改定における主な論点(案)について

社団法人介護サービス研究会  
新年会(12.18.4) 資料1

- 今年3年連続報酬改定に向けては、本分科会において、今年2年3月以降、平成30年度介護報酬改定に関する各議案(平成28年12月18日社会政策推進委員会分科会資料)を踏まえ、以下の論点を整理し、今後の議論を進めることとする。
  - 1. 介護報酬改定に関する論点(案)の整理  
2. 介護報酬改定に関する論点(案)の整理
- 今回の新型コロナウイルス感染症や今後の災害の発生、対応の状況、これまでの本分科会による議論を踏まえ、分野横断的なテーマに「感染症や災害への対応の強化」を掲げ、本来の通り【分野横断的テーマ】
  - 1. 感染症や災害への対応の強化
  - 2. 地域包括ケアシステムの推進
  - 3. 自立支援・重化に対する推進
  - 4. 介護人材の確保・介護現場の改善
  - 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

# 令和3年度介護報酬改定に向けた今後のスケジュール(案)

社団法人介護サービス研究会  
新年会(12.18.4) 資料1



# 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、国は1人1人が快楽に依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、質が高く効率的介護の提供体制の確立を推進する。

- 平成30年度介護報酬改定 改定率: +0.54%
- 介護報酬改定(案)における主な論点(案)の整理
- 【主な事項】
  - 地域包括ケアシステムの推進
  - 自立支援・重化に対する推進
  - 介護人材の確保・介護現場の改善
  - 制度の安定性・持続可能性の確保
- 介護報酬改定(案)における主な論点(案)の整理
- 【主な事項】
  - 地域包括ケアシステムの推進
  - 自立支援・重化に対する推進
  - 介護人材の確保・介護現場の改善
  - 制度の安定性・持続可能性の確保

# 令和3年度介護報酬改定に向けた基本的な視点(案)概要

社団法人介護サービス研究会  
新年会(12.18.4) 資料2

- 改定に当たっては、以下の観点から、介護報酬改定(案)の整理を進めることとする。
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国は1人1人が快楽に依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、質が高く効率的介護の提供体制の確立を推進する。
- 今回の新型コロナウイルス感染症や今後の災害の発生、対応の状況、これまでの本分科会による議論を踏まえ、分野横断的なテーマに「感染症や災害への対応の強化」を掲げ、本来の通り【分野横断的テーマ】
  - 1. 感染症や災害への対応の強化
  - 2. 地域包括ケアシステムの推進
  - 3. 自立支援・重化に対する推進
  - 4. 介護人材の確保・介護現場の改善
  - 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

## 第4章 施設サービスの理解

- ・ 老人福祉法による老人福祉施設
- ・ 介護保険法による介護保険施設
- ・ 介護保険法による居住系サービス
- ・ 高齢者の住まい

特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構

介護サービス相談・地域づくり連絡会  
事務局長代理 石黒 秀喜

1

■表1 老人福祉法による措置と介護保険サービスの種類

老人福祉法に基づく措置の例	左に対応する介護保険サービスの種類
老人居宅介護等事業	訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護、夜間対応型訪問介護
老人デイサービス事業	通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護
短期入所事業	短期入所生活介護
小規模多機能型居宅介護事業	小規模多機能型居宅介護
認知症対応型老人共同生活施設助事業	認知症対応型共同生活介護
複合型サービス	複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）
養護老人ホーム	—
特別養護老人ホーム	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設

※ 居宅等のやむを得ない事情により要介護者等が契約に基づく介護保険サービスを主体的に利用できない場合を想定して、老人福祉法による措置によって救済ができるように、措置の仕組みを継続させている。

3

## 第4章 施設サービスの理解

### 1 老人福祉法による老人福祉施設

#### ① 老人福祉法による措置と介護保険サービス

○ 介護保険制度が施行される以前は、老人福祉法による市町村の「措置」により老人福祉サービスが提供されていた。

※措置：市町村がサービス内容を決定し、サービス事業者・施設に対して、その利用者への介護等の提供を委託するという措置を講ずる行政処分

○ 介護保険制度の福祉系サービスは、老人福祉法で行っていた老人福祉サービスを引き継いだ形でスタートした。

○ 介護保険制度施行後に創設されたサービスについても、やむを得ない措置に必要と思われるものは、老人福祉法に追加している。

2

#### ② 老人福祉施設等の概要

老人福祉法第5条の3では、**老人福祉施設**として、**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**及び**老人介護支援センター**の7種類を規定している。

また、老人福祉施設とは別に公的・社会的役割や義務が課せられていない施設として有料老人ホームにも関する規定も設けられている。

##### 1 老人デイサービスセンター

老人デイサービスセンターは、**老人デイサービス事業を行う施設として位置づけられている**が、実際には介護保険法の指定を受けて**通所介護**、**地域密着型通所介護**、**認知症対応型通所介護を提供する施設**として機能している。  
なお、通所介護等を提供できる施設には、老人デイサービスセンターの他に、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人福祉センターも位置づけられている。

4



## 2 老人短期入所施設

老人短期入所施設は、老人短期入所事業を行う施設として位置づけられているが、実際には介護保険法の指定を受けて**短期入所生活介護を提供する施設**として機能している。

**独立型は少なく、ほとんどは特養併設型**  
なお、短期入所生活介護を提供できる施設には、老人短期入所施設の他に、**特別養護老人ホーム**、養護老人ホームも位置づけられている。

## 3 養護老人ホーム

養護老人ホームは、65歳以上の高齢者であって、**環境上の理由及び経済的理由により自宅において養護をうけることが困難なものの入所措置をする施設**であり、その高齢者が自立した日常生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とする施設である。

なお、養護老人ホームは、介護保険法の特定施設入居者生活介護の指定を受けることができる施設としても位置づけられている。

5

**③ケアハウス：食事サービス付きで、要介護状態になっても生活しやすい施設基準が設定されており、地域の在宅サービスを利用しながら自立的な生活が継続できるように配慮された介護対応型施設である。**

**バリアフリー**

なお、軽費老人ホームは、介護保険法の特定施設入居者生活介護の指定を受けることができる施設としても位置づけられている。

## 6 老人福祉センター

老人福祉センターは、無料又は低額な料金で、高齢者に関する各種の相談に応じるとともに、高齢者に対して、健康の増進、教養の向上及びレクリエーションのための便宜を総合的に提供することを目的とする施設である。

**囲碁、将棋、サロン、デイリーサービスなどの場**

7

## 4 特別養護老人ホーム

特別養護老人ホームは、常時介護を必要とする高齢者を入所措置する施設であるが、実際には介護保険法の指定を受けて**介護老人福祉施設、地域型介護老人福祉施設**として機能している。

## 5 軽費老人ホーム

軽費老人ホームは、養護老人ホームや特別養護老人ホームのような措置施設ではなく、**契約に基づく利用施設**である。後述する有料老人ホームとの違いは、**入居費用が無料又は低額な料金と規定されているため**に社会福祉事業に位置づけられていることである。

**軽費老人ホームの類型**には、次の3つがある。**主流は次ページのケアハウス**

① A型：自らの居宅で生活することが困難な高齢者のための施設で、食料の提供や日常生活上の必要な便宜を提供する。

② B型：自炊のできる程度の高齢者が生活する賃貸住居型の施設である。

6

## 7 老人介護支援センター（旧在宅介護支援センター）

老人介護支援センターは、地域の高齢者の福祉に関する**各種の相談に応じ、必要な助言を行うとともに、高齢者を取り巻く関係機関との連絡調整やその他の援助を総合的に行うことを目的とする施設**である。多くの老人介護支援センターは、介護保険法の**地域包括支援センターやそのフラッグ**として機能しているものが多い現状にある。

## 8 有料老人ホーム

有料老人ホームは、老人福祉施設とは別に老人福祉法第29条第1項に規定されている居宅施設で、老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供又はその他の日常生活上必要な便宜（洗濯、掃除等の家事又は財産管理）の供与を行う施設である。

詳細は、後述する**高齢者の住まいの前で説明**する。

8

## 2 介護保険法による介護保険施設

介護保険施設とは、介護保険法に規定されている次の3種類の施設の総称である。

	施設の名称	根拠法
介護保険施設	指定介護老人福祉施設 老人ホームを指定	老人福祉法に規定する特別介護老人ホームを指定
	介護老人保健施設	介護保険法に基づく開設許可
	介護医療院	介護保険法に基づく開設許可

〔注〕指定介護療養型医療施設に係る経過措置

指定介護療養型医療施設	医療法に規定する病院・診療所を指定
-------------	-------------------

2007年の法改正により廃止されたが、2024年3月までは存続が認められている。

9

**入所者の居室の定員が1人とされていること**も特徴である。ただし、都道府県・指定都市・中核市の条例で居室定員を2人～4人に定めることは可能である。

指定介護老人福祉施設は、実態としては生活の場の性格が強いことにかんがみ、国としては2003（平成15）年以降は、「**個室化・ユニットケア**」による個別ケアの取り組みを推進してきている。

施設運営の主要な財源となる**介護報酬**については、入所定員の規模、居室の形態（個室、多床室）、ユニット型構造の有無の状況に応じて、要介護度別に1日あたりの基本報酬として設定されている単位数と、各種の政策的観点から設定されている多様な加算・減算で構成されている。

11

## 1 指定介護老人福祉施設

指定介護老人福祉施設とは、老人福祉法第20条の5に規定する**特別介護老人ホームとして認可を受けている施設**を、介護保険法第86条第1項の規定に基づき指定したものをいう。

ただし、入所定員が30人以上の施設に限られており、入所定員が**29人以下**の施設は、別に地域密着型サービスの「**地域密着型介護老人福祉施設**」として位置づけられている。

施設サービスの内容は、入所者の状態に応じて、**起床から就寝までの日常生活に必要な介護**（起居・移乗・排泄・洗浄・整容・更衣・食事・服薬・口腔清潔・入浴等清潔保持・入所者間交流・リクリエーション・体位変換など）及び夜間の見守りと、機能訓練、健康管理及び療養上の世話等、計画担当介護支援専門員が多職種と協働して作成した「**施設サービス計画**」に基づき提供する。

**入所対象者は**、居室での生活がより困難な中重度者を対象に、**原則として要介護3以上**に限定されていることが特徴である。要介護1・2であっても特例的に入所が認められているのは、認知症等や家族の事情により居室で日常生活が著しく困難であると、施設の入所判定委員会が認めた場合である。

10

■表1 政策点図と算定項目の例示

区分	政策的意図	算定項目の例示
加算	職員体制の強化	看護体制加算、夜勤職員配置加算、サービス提供体制加算、介護職員処遇改善加算
	介護等の質の向上への取り組み	生活機能向上加算、個別機能訓練加算、初期加算、再入所時栄養連携加算、栄養マネジメント加算、感染リスク改善加算、経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算、見取り加算、看護マネジメント加算、排せつ支援加算
	介護等の困難者の受入	日常生活継続支援加算、若年性認知症入所者認知加算、障害者生活支援加算、初期加算、認知症専門ケア加算、認知症行動・心理症状ケア対応加算
	在宅復帰等の支援推進	外泊滞在者サービス利用加算、退所時等相談援助加算、在宅復帰支援機能加算、在宅・入所相互加算
	職員不足等の抑止	人員基準欠如による減算、定員超過利用の減算、夜勤体制未整備減算、ユニットケアにおける体制未整備減算
減算	不適切ケアを抑制	<b>身体拘束禁止未実施減算</b>

12

指定介護老人福祉施設の指定を受け、運営するにあたって遵守すべき基準として、「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11.3.31厚生省令31)が定められている。

(1) 基本方針(基準第1条の2)

① 指定介護老人福祉施設は施設サービス計画に基づき、可能な限り、居室における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入居者がその有する能力に依り自立した日常生活を営むことができるようにすることを旨とする。

② 指定介護老人福祉施設は入居者の意思及び人格を尊重し、常にその人の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努めること。

③ 指定介護老人福祉施設は明るく家庭的な雰囲気を持ち、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市区町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めること

(3) 介護等に関する事項

また「運営基準」としては、本人・家族に重要事項説明書を交付して説明すること、正当な理由のないリハビリサービス提供の拒否は認められないこと、受給資格等の確認や要介護認定の申請を援助すること、提供したサービスを提供していただくこと、施設サービス計画を作成すること、非常災害対策を講じること、適切な衛生管理を行うこと、本人・家族の秘密を漏らしてはならないこと、苦情に対して適切に対応すること等多くのことを定めているほか、介護等の最終的処遇についても以下のように具体的に規定している(基準第13条～第18条)。

介護は「施設サービス計画」(ケアプラン)に基づき行われるものであるが、そのためのケアマネジメントについては、別の科目で説明がなされる。

(2) 身体拘束の禁止(基準第11条:指定介護福祉施設サービスの取扱方針)

① 指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、入居者又は他の入居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、**身体的拘束その他の入居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。**注:注を伴うサービスには、全て身体拘束禁止規定がある**

② 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、その際の入居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。

③ 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。

④ 介護

・介護は、入居者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入居者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行うこと。

・1週間に2回以上、適切な方法により、入居者を入浴させ、又は清拭すること。

・入居者に対し、その心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行うこと。

・オムツを使用せざるを得ない入居者については、**オムツを適切に取り替えること。**

・褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備すること。

・指定介護老人福祉施設は、上記のほか、入居者の離床、着替え、整容等の介護を適切に行うこと。

⑤ 食事

・栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供する。

・入居者が**可能な限り離床して**、食堂で食事を摂ることを支援すること

### ⑧ 相談・援助

- ・指定介護老人福祉施設は、常に入居者の心身の状況、そのほかかれている薬物等の的確な把握に努め、入居者やその家族に対し、その相談に適切に対応するとともに、必要な援助を行うこと。

### ④ 社会生活上の便宜の提供

- ・指定介護老人福祉施設は、教養娯楽設備等を備えるほか、遠隔入居者のための **レクリエーション行事** を行うこと。
- ・入居者が日常生活を営むのに必要な **行政機関等に対する手続き** について、本人や家族がそれを行うことが困難な時には、本人や家族の同意を得た上で代わって行うこと。
- ・指定介護老人福祉施設は、常に入居者の **家族との連絡** を図るとともに、入居者とその家族との交流の機会を確保するように努めること。
- ・指定介護老人福祉施設は、 **入居者の外出の機会** を確保するように努めること。

17

## 2 介護老人保健施設

介護老人保健施設とは、療養が安定期にあり、入浴治療の必要はないが、**リハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他必要医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設**である。

指定介護老人福祉施設が、老人福祉法による特別養護老人ホームが都道府県知事の指定を受けて介護保険施設として位置付けられているのに対して、介護老人保健施設は介護保険法第94条によって都道府県知事から施設許可を得て介護保険施設になっているために、「指定」とは付かない。

指定介護老人保健施設と同様に、最近では介護老人保健施設においてもユニットケアが広がっており、介護報酬も従来型の多床室、ユニット型の個室（半個室）などごとに1日単位で算定される。

介護報酬の減算・加算もかなり多くの項目があるが、多くは指定介護老人福祉施設と同様である。ただし、それとは異なる **介護老人保健施設の独自の加算**としては、主に次のような加算がある。

19

### ⑤ 機能訓練

- ・指定介護老人福祉施設は、入居者に対し、その心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な **機能** を改善し、又はその **機能** を向上させるための訓練を行うこと。

### ⑥ 健康管理

- ・指定介護老人福祉施設の医師又は看護師は、常に入居者の健康の状況に注意し、必要に応じて **健康維持** のための適切な措置を採ること。

### (4) 介護サービス相談員派遣等事業への協力（基準第34条）

指定介護老人福祉施設は、その運営に当たっては、提供した指定介護福祉施設サービスに照する入居者からの苦情に因りて、**市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業**その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

18

- ① 短期集中リハビリテーション実施加算
- ② 認知症予防集中リハビリテーション実施加算
- ③ 入所前後訪問指導加算
- ④ 緊急訪問診療加算
- ⑤ 指定介護施設改善費
- ⑥ 地域連携診療計画情報提供加算

介護老人保健施設も、その運営にあたっては「**介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準**」（平成11.3.31厚生労働省令40）を遵守しなければならぬ。

介護老人保健施設の **基本方針**は、指定介護老人福祉施設のそれとほぼ同じであるが、老人保健施設の性格を反映して、居宅への復帰を目指すことが特徴である。（基準第1条の2）。

20

○ 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療、並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るようにするとともに、**その人の居室における生活への復帰を目指すこと。**

「運営基準」でも、**各項目はほぼ指定介護老人福祉施設と同様だが、その他にはやはり老人保健施設の性格・特徴を反映して、診療や医療の提供に関して、次の事項が規定されている（基準第15条、第16条）。**

- ① 診療の方針
- ② 必要な医療の提供が困難な場合等の措置等

介護老人保健施設は病院・診療所ではないが、医療法に基づく医療提供機関でもある。

#### 4 介護医療院

介護医療院は、**介護療養型医療施設の受け皿となり得る施設**として、介護保険法に設置類型を設け、平成30年4月から開設が認められた新しい施設類型である。

介護医療院とは、**主として長期にわたり療養が必要である要介護者（病状が比較的安定期にあるが、重篤な身体疾患を有する者、身体合併症を有する認知症高齢者等又はこれら以外の者）に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要を療養並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設である。**

**（1）運営の基準**  
 介護老人保健施設は病院・診療所ではないが、医療法に基づく医療提供機関でもある。

介護医療院の運営にあたっては、「介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（平成30年厚生労働省令第5号）を遵守しなければならない。この運営基準の内容は、他の介護保険施設と同様であるが、介護医療院の特徴は次のとおりである。

#### 3 指定介護療養型医療施設

介護療養型医療施設とは、**療養病床等を有する病院又は診療所**であって、それらの療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話、及び機能訓練、その他必要な医療を行うことを目的とする施設である。

「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11.3.31厚生労働省令41）に規定する基本方針は次のように規定されている。

指定介護療養型医療施設は、**長期にわたる療養を必要とする要介護者**に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことにより、その者が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にするものでなければならない。

なお、**指定介護療養型医療施設は、2007年の法改正により廃止され、設置期限が2024年3月までとなっている。**

#### ①介護医療院の類型

介護医療院は、入居者の態様に応じて次のように2類型となっている。

I 療養床のうち、主として長期にわたり療養が必要である者であって、重篤な身体疾患を有する者、身体合併症を有する認知症高齢者等を入院させるためのものをいう。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養機能強化型介護療養型医療施設に相当するリハビリ</li> <li>・医師の配置48:1</li> <li>・看護職員6:1 介護職員5:1</li> </ul>
II 療養床のうち、I型療養床以外のものをいう。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・I型入所者に比べて、容態は比較的安定した者</li> <li>・老人保健施設相当以上</li> <li>・医師の配置100:1</li> <li>・看護職員6:1 介護職員6:1</li> </ul>

#### ②療養室面積

- ・療養室については、定員4名以下、1人あたり床面積を8㎡以上
  - ・他の介護保険施設と同様に、個室ユニット型の場合は、10.65㎡以上
- ③医療機関に併設される場合の基準緩和  
 病院や診療所に併設される「医療機関併設型介護医療院」の場合は、職員の数や設備の共用について弾力的な措置が講じられている。

### ③宿直

介護医療院に原則として医師を宿直させなければならないが、入所者に対するサービス提供に支障がない場合にあっては、この限りではない。

### (2) 介護報酬

#### ①基本報酬

介護医療院の基本報酬は、施設の種類、療養室の形態、看護職員の配置、介護職員の配置、入所者の状態（重篤な身体疾病を有する者、身体合併症を有する認知症高齢者、呼吸吸引等の医療的ケアを必要とする者、ターミナル期にある者の入所割合）、生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること、地域に貢献する活動を行っていることを勘案して設定された区分に応じて、要介護度別に設定されている。

#### ②加算・減算

介護医療院に固有の加算は、「移行定額支援加算」である。療養病棟等を有する医療機関が、病床数を減らして介護医療院に転換した場合には加算する。

25

### 3 介護保険法による居住系サービスの概要

#### ④居住系サービスの概要

本節では、介護保険施設の定義には含まれていないが、居宅サービスや地域密着型サービスのなかで、利用者が施設・事業所の居室を生活の本拠として介護サービス利用する形態と、自宅を生活の本拠としているが訪問・通所に加えて宿泊もできるサービスを、便宜的に居住系サービスと称している。

「居住系サービス」という用語は、法令では用いてない。通称である。

- 特定施設入居者生活介護 ○地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型老人福祉施設入居者生活介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 小規模多機能型居宅介護 ○看護小規模多機能型居宅介護

26

#### 1 特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護とは、入居定員が30人以上で、指定を受けた有料老人ホームや有料老人ホームなどが、入居中の高齢者に対してこの特定施設が提供するサービスの内容、その担当者などを定めた計画に基づいて行う入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練、及び療養上の世話を行う。

特定施設とは、

- ① 介護付き有料老人ホーム
- ② ケアハウス（有料老人ホーム）
- ③ 看護老人ホーム

の3種類の施設である。

サービスの提供は、従来は特定施設の職員に限られていたが、2006（平成18）年以降は外部サービス利用型特定施設が新設され、外部の訪問介護事業者や通所介護事業者にサービス提供を委託できるようになった。

27

配置すべき職員は、生活相談員、看護職員、介護職員、介護職員、機能訓練指導員

（他の職種との兼務可）、介護支援専門員、常勤管理者である。

介護専用の居室は、次の要件を満たしていることが必要である。

- ① 原則、個室（夫婦の場合には2人部屋）であること。
- ② 介護付きの表示をすること。
- ③ プライバシーが保護され、適度な広さが確保されていること。
- ④ 廊下ではないこと。
- ⑤ 緊急連絡ができる出入り口があること。

運営基準については、指定介護老人福祉施設に準じている。

#### 2 地域密着型特定施設入居者生活介護

前述した特定施設入居者生活介護と同様のサービス形態であるが、入居定員が29人以下の施設を、市町村が指定する地域密着型サービスを位置付けたものである。

28

### 3 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護

指定地域密着型介護老人福祉施設は、前述した**介護老人福祉施設**と同様の施設であるが、**入所定員が29人以下の施設**を、市町村長が指定する地域密着型サービスに位置付けたものである。

指定地域密着型介護老人福祉施設の形態には、次のようなものがある。

- 単独の小規模の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
  - 本体施設のあるサテライト型居住施設
  - 居宅サービス事業所（通所介護事業所、短期入居生活介護事業所等）や地域密着型サービス事業所（小規模多機能型居宅介護事業所等）と併設された小規模の介護老人福祉施設
- サテライト型居住施設とは、本体施設と密接な連携を確保しつつ、本体施設とは別の場所で運営される指定地域密着型介護老人福祉施設をいう。
- また本体施設とは、サテライト型居住施設と同じ法人により設置され、サテライト施設に対する支援機能を有する指定介護老人福祉施設をいう。

29

### 4 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症対応型共同生活介護は、要介護者であって**認知症である高齢者**（急性期の状態にある者を除く）について、共同生活を営む住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、食事、洗濯などの介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者が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にするものである。

設備・運営については、「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18.3.14厚生労働省令34）に次のように定められている。

**1ユニットの定員。原則として2ユニットまで。主視度に意味がある。**

- 共同生活住居の**入居定員は5人以上9人以下**とし、居室、居間、食堂、台所、浴室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を他の利用者が日常生活を営む上で必要な設備を認める。
- 一つの**居室の定員は1人**。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合には2人まで。

31

人員配置については、**サテライト型**居住施設は、本体施設との密接な連携が図られるものであることを前提として**人員基準の緩和**が認められており、本体施設の職員によりサテライト型居住施設の入居者に対する処遇等が適切に行われることを要件として、医師、栄養士、機能訓練指導員、介護支援専門員をサテライト型居住施設には置かないことができる。

また、指定地域密着型介護老人福祉施設に指定短期入居生活介護事業所、指定通所介護事業所、併設型指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所等が**併設される場合**については、処遇等が適切に行われる場合に限り、**人員基準の緩和**も認められている。

運営については、「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18.3.14厚生労働省令34により遵守すべき基準が示されているが、その内容は**指定介護老人福祉施設に準じたもの**となっている。

30

**小規模であればこそ、目の中に立地できる**

- 一つの**居室の床面積は7.34㎡以上**とする。
- 居間と食堂は同一の場所でも良い。
- 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の家族との交流の場の確保や地域住民との交流を図る観点から、**住宅地**又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流が確保される地域にあるようにしなければならない。
- 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況をふまえ、**要当適切**に行う。
- 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者一人ひとりの人権を尊重し、利用者がそれぞれの役割をもって家庭的な環境の下で日常生活を送るよう配慮して行う。
- 指定認知症対応型共同生活介護は、指定認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないよう配慮して行う。

32

**5 小規模多機能型居宅介護**

自宅に生活の本拠を置いて、介護に求ももらったり、通ったり、泊ったり、柔軟な対応が可能

小規模多機能型居宅介護とは、介護保険法第8条第19項では次のように定義している。

小規模多機能型居宅介護とは、居宅要介護高齢者について、その者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その者の選択に基づき、その者の居宅において、又は厚生労働省令で定めるサービスの拠点に通わせ、もしくは短期間宿泊させ、当該拠点において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うことをいう。

つまり、これまで継続りに提供され、提供する場も担当者も別々であった訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の壁をなくし、小さな規模の馴染みの空間と馴染みの人間関係の中でこれらのサービスを提供することによって、要介護高齢者が、安心できるサービスマチの中で暮らし、安心してサービス利用ができることを目指しているものである。

● 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供等について、理解しやすくするように説明を行う。

● 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、その利用者又は他の利用者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、**身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行ってはならない。**

● 指定認知症対応型共同生活介護は、身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに**緊急やむを得ない理由を記録し**なければならぬ。

小規模多機能型居宅介護の登録定員は**29人**（サテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所では18人）以下とし、**通いサービスの利用定員は、登録定員の2分の1から15人**（サテライト型は12人）まで、**宿泊サービスの利用定員は、通いサービスの利用定員の3分の1から9人**（サテライト型は6人）までとされている。

運営については、指定小規模多機能型居宅介護の具体的取組方針として、次のように定められている（「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」第73条、平成18.3.14厚生労働省令34）。

● 指定小規模多機能型居宅介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている状況をふまえて、**通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、要**当適切に行う。

● 指定小規模多機能型居宅介護は、利用者一人ひとりの**人格を尊重し**、利用者がそれぞれの役割をもって家庭的な環境の下で日常生活を送るよう配慮して行う。

● 指定小規模多機能型居宅介護の提供にあたっては、小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漠然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその要介護高齢者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。

● 小規模多機能型居宅介護事業者は、指定小規模多機能型居宅介護の提供にあたっては、**懇切丁寧**に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供等について、理解しやすくするように説明を行う。

● 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、指定小規模多機能型居宅介護の提供にあたっては、その利用者又は他の利用者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、**身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行ってはならない。**

● 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、緊急やむを得ない身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに**緊急やむを得ない理由**を記録しなければならぬ。



- 指定小規模多機能型居宅介護は、通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続くものであってはならない。
- 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、登録者が通いサービスを利用していない日においては、可能を限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行うなど、登録者の居宅における生活を支えるために通いサービスを提供しなければならぬ。

介護報酬は、それぞれの利用回数に応じた出来高払いではなく、1月当たりの定額で設定。そのため、意図的にサービスを絞りすぎるのは厳禁。

### 6 看護小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護は、法律に規定している名称は「複合型サービス」であるが、訪問看護と小規模多機能型居宅介護を組み合わせて提供されるサービスである。

介護保険法施行規則第17条において、看護小規模多機能型居宅介護と規定されており、医療ニーズの高い要介護者への対応を目的としている。

## 3 高齢者の住まい

### ① 有料老人ホームの概要

- 1 有料老人ホームの政策的位置づけ (略)
- 2 有料老人ホームの定義

有料老人ホームは、老人福祉法第29条第1項の規定に基づき高齢者を対象とした居住施設であり、次のいずれかの償金を提供し提供する施設をいう。

- (1) 入浴、排せつ又は食事の介護
- (2) 食事の提供
- (3) 洗濯、掃除等の家事の供与
- (4) 健康管理の供与

### 3 届出等

#### (1) 設置の事前の届出

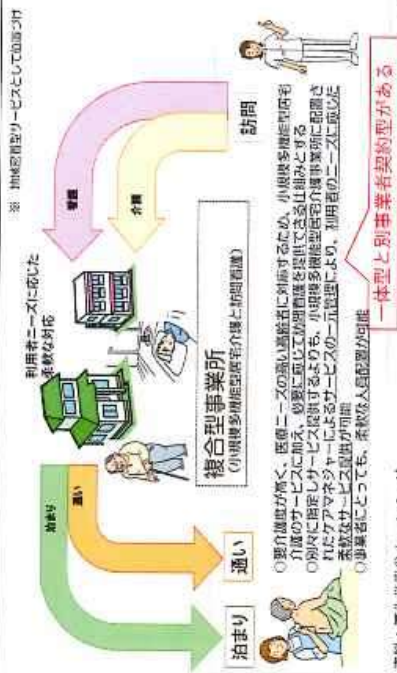
あらかじめ都道府県知事等に所定の届出が必要

#### (2) 情報開示

入居希望者に対して、サービスの内容や費用負担等の情報開示が必要

## 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスを組み合わせた複合型事業の形態。
- 看護と介護サービスの一体的な提供により、医療ニーズの高い要介護者への支援の充実に図る。



### (3) 入居契約等

設置者が受領できる金額は、敷金、家賃およびサービスの対価のみ（権利金は徴収不可）とし、家賃やサービスの対価の前払金を受領する場合は、その算定基礎および返還金の算定方法が明確であること。さらに、前払金に対し、設置者が必要な保全措置を講じていること。

### (4) 監督等

都道府県知事等は、設置者等に報告を求め、立ち入り検査をすることができ、入居者の保護のため必要があるときは、改善、制限または停止を命ずることができ、その旨を公示する。

### 4. 有料老人ホーム設置運営標準指針のポイント

#### (1) 設備構造

- ① 建物の設計にあたっては、「高齢者が居住する住宅の設計に係る指針」

(平成13年国土交通省告示第1301号)を踏まえて、入居者の身体機能の低下や障害が生じた場合にも対応できるように配慮すること。

② 居室の床面積は13㎡以上とする。

③～④ 略

## (2) 職員の配置、研修および衛生管理

### ① 職員の配置

- 一 入居者の数及び提供するサービス内容に応じ、次の職員を配置する。  
管理員、生活相談員、栄養士、調理員
- 二 **介護サービスを提供する有料老人ホームの場合**は、上記の他、提供する介護サービスの内容に応じ、次によること。  
介護職員及び看護職員、機能訓練指導員、管理者その他の介護サービスの責任者の地位にある者は、高齢者の介護について知識、経験を有する者を配置すること。
- 三 夜間の介護、緊急時に対応できる数の職員を配置すること。

### ② 職員の研修

### ③ 職員の衛生管理

41

## (6) 運営懇談会の設置等

有料老人ホーム事業の運営について、管理者、職員および入居者並びに外部の有識者等により構成される運営懇談会を設置し、**透明性を確保**すること。

### (7) サービス等

① 設置者は、入居者に対して、契約内容に基づき、次に掲げるサービス等自ら提供する場合には、それぞれ、その小身の状況に成じた適切なサービスを提供すること。

- 一 食事サービス
- 二 生活相談・助言等
- 三 健康管理と介護への協力
- 四 介護サービス
- 五 安否確認又は状況把握
- 六 機能訓練
- 七 レクリエーション
- 八 身元引受人への連絡等

43

## (4) 医療機関等との連携

- 一 入居者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、医療機関と協力を旨及びその協力内容を取り決めておくこと。

### 二～四 略

五 入居者が、医療機関を自由に選択することを妨げないこと。協力医療機関及び協力歯科医療機関は、あくまでも、入居者の選択肢として設置者が提示するものであって、当該医療機関における**診療に誘引**するためのものではない。

六 医療機関から入居者を患者として紹介する対価として金品を受領することにより、入居者が当該医療機関において**診療を受け**るように誘引してはならないこと。

事業者と医療機関との連携により、入居者が不本意に囲みこまれることの防止。

## (5) 介護サービス事業所との関係

### 一～二 略

三 入居者が希望する介護サービスの利用を妨げないこと。

42

② 設置者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づき、次の事項を実施すること。

一 同法第5条の規定に基づき、**高齢者虐待を要した入居者の保護**のための施策に協力すること。

二 同法第20条の規定に基づき、研修の実施、苦情の処理の体制の整備その他の高齢者虐待の防止等のための措置を講ずること。

③～⑤ **身体的拘束等の禁止** ※介護老人福祉施設の基準第11条と同じ。

(8) 重要事項の説明

(9) 苦情解決の方法

入居者の苦情に対し迅速かつ円滑な解決を図るため、設置者において苦情処理体制を整備するとともに、外部の苦情処理機関について入居者に周知すること。

(10) 有料老人ホーム類型の表示

44

表1 有料老人ホームの類型

類型	類型の説明
介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)	・介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設。 ・介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら当該有料老人ホームの居室で生活を継続することが可能(介護サービスは有料老人ホームの職員が提供)。 ・特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームについては介護付と表示することはできない。
介護付有料老人ホーム (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)	・介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設。 ・介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら当該有料老人ホームの居室で生活を継続することが可能(有料老人ホームの職員が介護確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の介護サービス事業者が提供)。 ・特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームについては介護付と表示することはできない。
住宅型有料老人ホーム (注)	・生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設。 ・介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、地域の訪問介護等の居宅介護サービス等を利用しながら当該有料老人ホームの居室での生活を継続することが可能。
健康型有料老人ホーム (注)	・有事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設であるが、介護が必要となった場合には、契約を解除し退去しなければならぬ。

(注) 特定施設入居者生活介護の指定を受けていないホームにあっては、仮若、マンション等において、「介護付き」「ケア付き」等の表示を行ってはならない。なお、特定施設入居者生活介護とは、介護保険法第115条の規定に基づくサービス種類の一つである。

表2 有料老人ホームの表示事項

表示事項	表示事項の説明
居住の形態(右のいずれかを表示)	建物賃貸借契約及び終身建物賃貸借契約以外の契約の形態で、居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっているもの。 賃貸住宅における居住の契約形態であり、居住部分と介護等のサービス部分の契約が別々になっているもの。入居者の死亡をもって契約を終了するといふ内容は有効にならない。 建物賃貸借契約の特別な類型で、都道府県知事から高齢者の居住の安定確保に関する法律の規程に基づく終身建物賃貸借事業の認可を受けたもの。入居者の死亡をもって契約を終了するという内容が有効である。
利用方式	終身建物賃貸借方式 終身建物賃貸借方式 全額前払い方式 一部前払い・一部月払い方式 前払金として一括して受領する方式 前払金として一括受領し、その他は月払いする方式 前払金を受領せず、家賃又はサービス費用を月払いする方式 入居者により、全額前払い方式、一部前払い・一部月払い方式、月払い方式のいずれかを選択できる。どの方式を選択できるのかが併せて明示する必要がある。
利用料の支払い方式	選択方式

## ② サービス付き高齢者向け住宅

### 1 サービス付き高齢者向け住宅事業の意義

- ・この事業は、2011(平成23)年4月の「高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律」により創設された。
- ・サービス付き高齢者向け住宅事業は、高齢者が安心して住める住まいとして、ハードとソフトを兼ね備えたものである。
- ・その登録制度を準備することにより質の確保と、サービス付き高齢者住宅整備に対する支援措置を講じ、その供給促進を図り高齢者の居住の安定確保を図るものである。

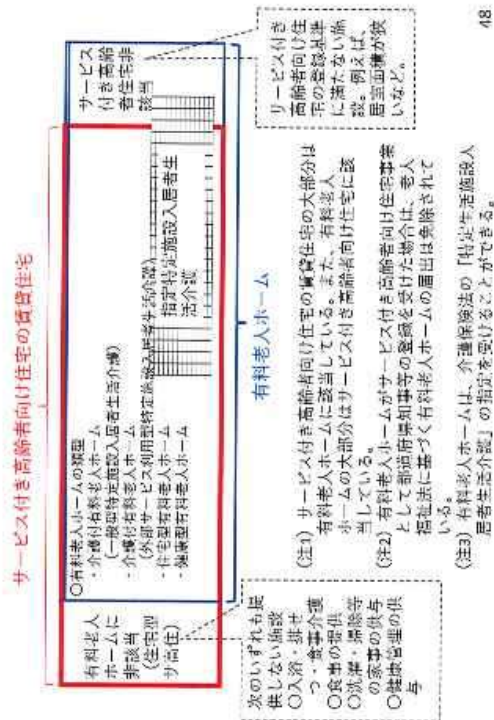
国土交通省の助成制度がある

### 2 定義

- ・高齢者向けの賃貸住宅または有料老人ホームに、原則として60歳以上の者を入居させ、状況把握サービスと生活相談サービス、その他の高齢者が日常生活を営むために必要な福祉サービスを提供する施設を「サービス付き高齢者住宅」という。

大部分は、リハビリと有料老人ホームの2段階

図 サービス付き高齢者向け住宅の「賃貸住宅」と「有料老人ホーム」の関係性



### 3 登録

この事業を行う者は、当該事業に使用するサービス付き高齢者向け住宅を構成する建物ごとに、都道府県知事、指定都市市長または中核市長（以下「都道府県知事等」）の登録を受けることができる。なお、登録の有効期間は5年とされているので、5年ごとに登録の更新を受けなければ効力を失う仕組みになっている。

#### 4 登録の申請内容

サービス付き高齢者向け住宅事業の登録または登録の更新を受けようとする者は、生活支援サービスの内容を記載した申請書を都道府県知事等に提出しなければならない。

なお、生活支援サービスとは、①状況把握サービス、②生活相談サービス、③入浴、排せつ、食事等の介護に関するサービス、④食事の提供に関するサービス、⑤調理、洗濯、掃除等の家事に関するサービス、⑥心身の健康の維持および増進に関するサービスをいう。

49

### 6 監督

都道府県知事等は、登録事業者等に報告を求め、立ち入り検査をすることができ、遵守すべき事項に抵触している場合は、その是正のために必要な措置をとるよう指示することができる。登録事業者が是正指示に従わないときは登録を取り消すことができる。

また、登録事業者等が暴力団員又は暴力団員等がその事業活動を支配する者であるときは、登録を取り消さなければならない。

### 7 サービス付き高齢者向け住宅情報公表システム

サービス付き高齢者向け住宅の料金やサービス内容については、インターネット（URL：<https://www.satsuki-jutaku.jp/index.php>）で一覧できるように情報提供されている。

### 8 サービス付き高齢者向け住宅整備事業

サービス付き高齢者向け住宅の供給促進のため、建設・改修費に対して、国が事業者に直接 都補助を行う制度が設けられている。

51

### 5 登録の基準等

都道府県知事等は、登録の申請が基準に適合していると認められる場合は、登録をしなければならない。主な登録基準は次のとおりである。

- ① 居住部分の床面積が25㎡以上（ただし、回廊、食堂、台所等の共同利用部分の面積が十分な場合、18㎡以上）であること。
- ② 各居住部分に、原則として、台所、水洗便所、収納設備、洗面設備および浴室を備えたものであること。
- ③ バリアフリー構造であること。
- ④ 入居者に対して、医療、介護又は福祉に関する専門職による状況把握サービスおよび生活相談サービスを提供すること。
- ⑤ 入居契約にあたって、次に掲げる内容に抵触しないこと。  
他利金やその他の金銭を受領しないこと、工事完了前に前払金を受領しないこと、費用の算定基礎および返還金の算定方法が明確であること、入居者の入居や心身の状況の変化などを理由に、事業者が一方的に解約できないこと。
- ⑥ 入居者の前払金に対し、事業者が必要な保全措置を講じていること。

50

利用者  
株主  
の  
短点

## 介護相談員研修 居宅介護とケアマネジメント

慶応義塾大学大学院政策・メディア研究科特任教授 佐々木孝幸員教授 前橋大学常任教授 橋本 剛

超少子高齢社会を乗り切る方法は  
地域包括ケア以外にない！  
「ごちゃまぜ」で進める地域共生社会



今こそ  
地方  
創生！  
— 一層町単位から実践へ —

「ごちゃまぜ」で進めていく



地域経済の活性化(観光水産業、地産中核企業、商店街活性化、集客など)  
地域生活の潤滑(医療、介護、子育て支援、福祉、防災など)  
地域文化の展開(歴史、文化、自然、誇らし、習いごと)  
気候温暖、自然環境、食域地産物を活かす

©KARASAWA 0

## 《本日の内容》

- 第I部 超少子高齢社会における医療介護の課題
- 第II部 地域包括ケアと居宅介護サービス
- 第III部 地域包括ケアとケアマネジメント
- 第IV部 ごちゃまぜで進める  
地域包括ケア・地域共生社会

©KARASAWA 1

## 超少子高齢社会における医療介護の課題

- 1 急速すぎる人口減少
- 2 大都市の高齢者人口爆発
- 3 東京一極集中の是正と地方創生
- 4 大人手不足時代
- 5 AI・ICT・情報化への対応

©KARASAWA 3

## 第I部 超少子高齢社会における医療介護の課題

### 第II部 地域包括ケアと居宅介護サービス

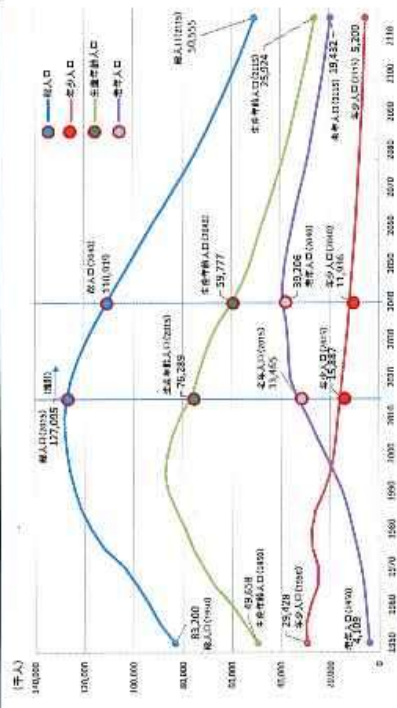
### 第III部 地域包括ケアとケアマネジメント

### 第IV部 ごちゃまぜで進める 地域包括ケア・地域共生社会

©KARASAWA 2

### 日本の総人口と年齢3区分別人口の推移

- 日本は、2008年をピークに人口減少時代に入ります。
- 生産年齢人口、年少人口は減少、老年人口は増加し、その後、減少に転じる。

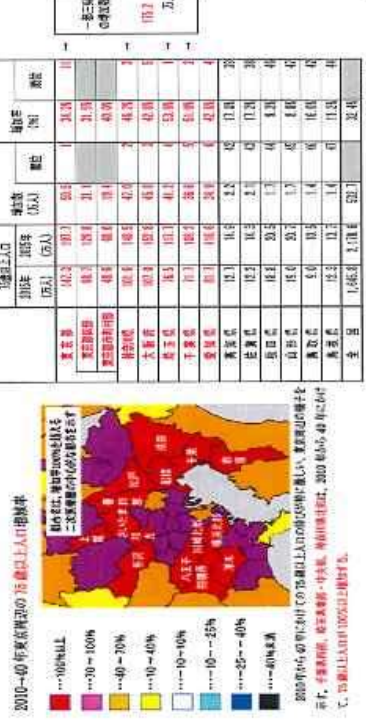


資料：総務省「国勢調査」(1950～2018年) 内閣府「高齢化率」(1950～2018年) ©KARASAWA

### 大都市の高齢者人口爆発

- 今後、三大都市圏の高齢化が急速に進む。
- 特に東京の近郊市の高齢化が顕著。高齢者人口爆発が起こる。

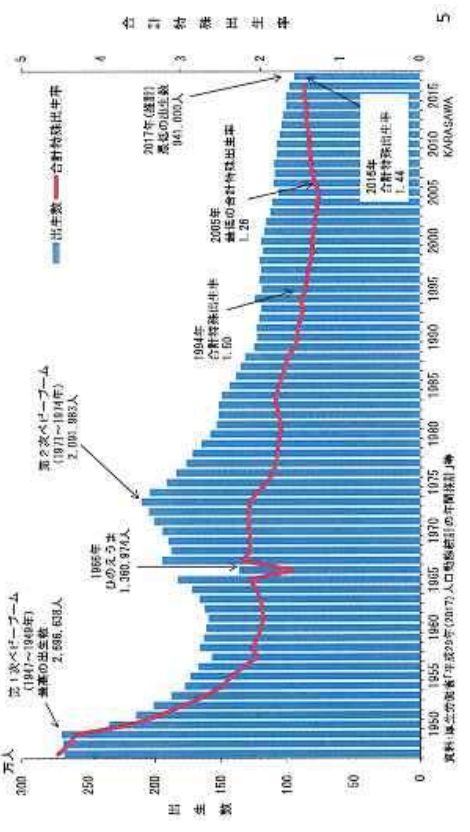
資料：総務省「国勢調査」(2018年)



資料：総務省「国勢調査」(2018年) ©KARASAWA

### 第3次ベビーブームが起きなかったのは日本社会の責任

- 出生数・出生率は、1970年代半ばから長期的に減少傾向。
- 2016年は出生数が100万人を切り、昨年は約94万人。

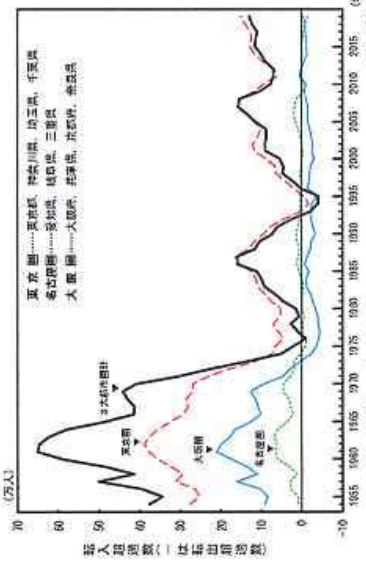


資料：厚生労働省「出生数」(1950～2016年) 人口動態統計の年間概況 ©KARASAWA

### 東京圏は14万8783人の転入超過、前年に比べ8915人の拡大 (総務省「住民基本台帳人口移動報告」(2019年))

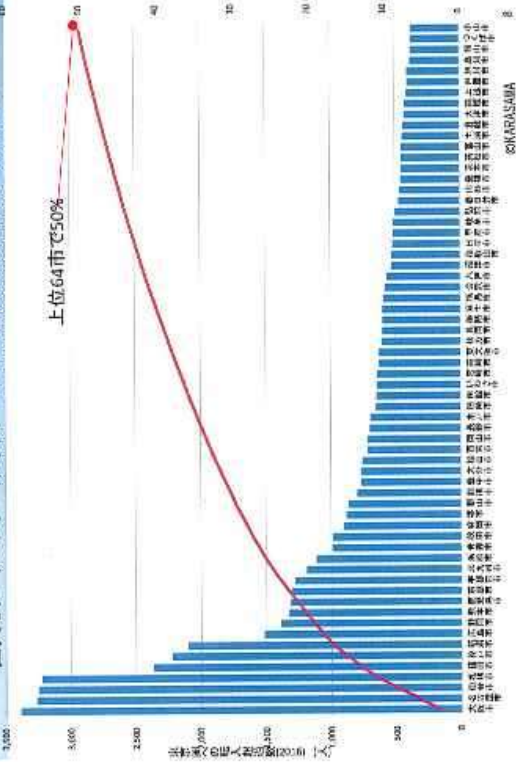
3大都市圏(東京圏・名古屋圏・大阪圏)の転入超過数をみると3大都市圏全体では12万9669人の転入超過、前年に比べ6615人の拡大、女性の転入超過が男性より2万3381人多い。  
 東京圏は14万8783人の転入超過、前年に比べ8915人の拡大。  
 名古屋圏は1万9017人の転入超過、前年に比べ7641人の拡大、大阪圏は4097人の転入超過、前年に比べ5341人の縮小

図3 3大都市圏の転入超過数の推移 (1954年～2018年)



注：1954年から2018年までは、日本人のみ。 ©KARASAWA

### 巨大ターナメント 東京圏への市町村別転入超過数（2016年）



### 産業別就業者数（平成30年「労働力調査」）

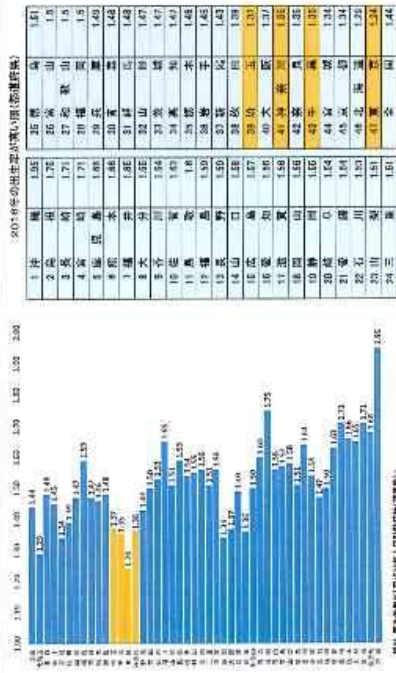
産業	就業者数 (単位：万人)	構成比（%）
総数 ※	6,064	100.0
非農業、小売業	1,072	17.7
製造業	1,000	16.5
建設業、福祉	631	10.4
運輸業	503	8.3
サービス業（他に分類されないもの）	446	7.3
宿泊業、飲食サービス業	416	6.8
運輸業、郵便業	341	5.6
電気、ガス、熱供給、水道業	321	5.3
学業、教育、保健業	298	4.9
生活関連サービス業、娯楽業	259	4.3
公務（他に分類されるものを除く）	232	3.8
情報通信業	229	3.8
農業、林業	219	3.6
金融業、保険業	183	3.0
不動産業、物品賃貸業	130	2.1
建設サービス業	67	1.1
電気、ガス、熱供給、水道業	26	0.4
漁業	16	0.3
鉱業、採石業、砂利採取業	3	0.0

出所：「労働力調査結果」（総務省発表）※分類は本邦を総じて示す。

©KARASIMA

### 出生率の地域差

○ 合計特殊出生率の最低が1.24（東京都）、最高が1.95（沖縄県）。その他、埼玉が1.37、神奈川が1.36、千葉が1.35と東京圏が全体の出生率の値を押し下げている。



### 大人手不足時代の医療介護サービス

- ① 地方の主要産業はサービス業。そのサービス業の大半は医療介護福祉。
  - ② サービス業の付加価値と生産性を向上させ、賃金を上げる。
  - ③ 医療介護サービスの生産性向上は、地域経済の振興と地方創生に不可欠。
- サービスの提供の多岐にわたるため、もはや安い賃金で大量の職員を雇うことはできない。職員を大切にすることで質が向上し、良質な雇用（賃金水準、働きやすさ、安定性）を目指す。



## 私が考えるAI・ICTの活用と情報化の方向

情報化の活用

- 医療や介護は、生活と融合する。
- 診療やサービスの場所の中心は、自宅になる。  
自宅は、サテライト病院・サテライト施設になる。
- 在宅医療は、医療の主流になる。
- オンラインサービスは日常的になる。  
外来通所・オンライン・訪問を組み合わせたサービス。
- 自宅を中心に、地域のサービスチームが活動する。

©KARASAWA

12

## 地域包括ケアと遠隔医療

- 遠隔医療は、すでに離島医療や僻地医療のためだけのものではない。
- 遠隔医療は、厳しい高齢化の進展の中で、
  - ① 都市部で孤立しがちな高齢虚弱者
  - ② 地方で交通手段の確保が困難な高齢虚弱者
  - ③ 都市部、地方の両方を通じ、若年障害者、難病患者、小児など多くの人々の医療と生活を支える重要なツールとなる。
- また、医療情報ネットワークの構築を通じ、再診患者の逆紹介など病院と診療所の機能分化を推進する手段となる。
- 遠隔医療は、今後の少子高齢社会における我が国医療の中で、重要な位置を占めることになる。

©KARASAWA

11

## 日本の医療介護システム



©KARASAWA

14

第I部 超少子高齢社会における医療介護の課題

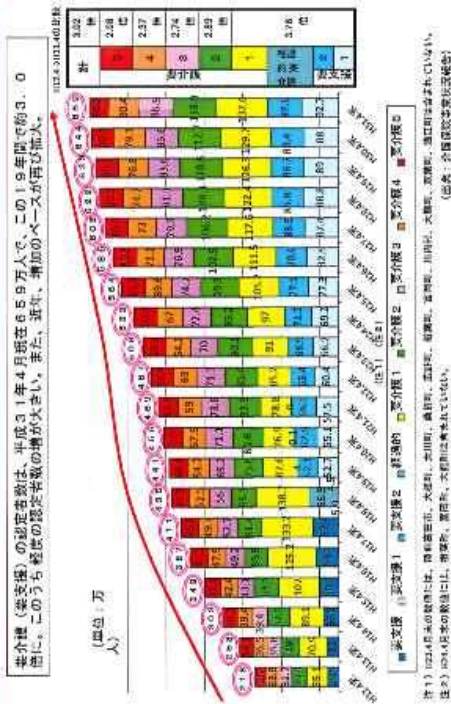
第II部 地域包括ケアと居宅介護サービス

第III部 地域包括ケアとケアマネジメント

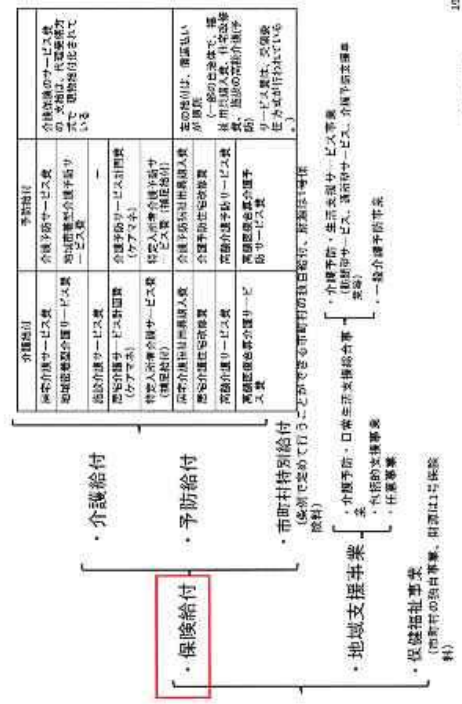
第IV部 ごちゃまぜで進める  
地域包括ケア・地域共生社会



要介護度別認定者数の推移



介護保険の保険給付等の全体像（保険給付）



これまでの20年間の対象者、利用者の増加

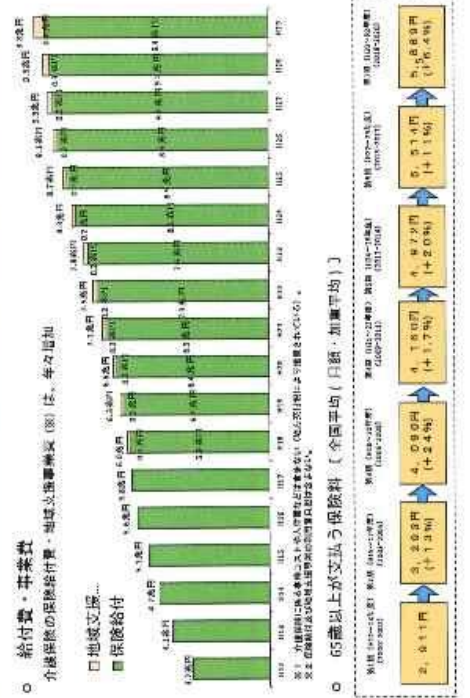
介護保険制度は、制度創設以来20年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.8倍に増加、高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

項目	2000年4月末	2019年4月末
① 65歳以上被保険者の増加	218万人	659万人
② 要介護（要支援）認定者の増加	218万人	659万人
③ サービス利用者の増加	149万人	487万人

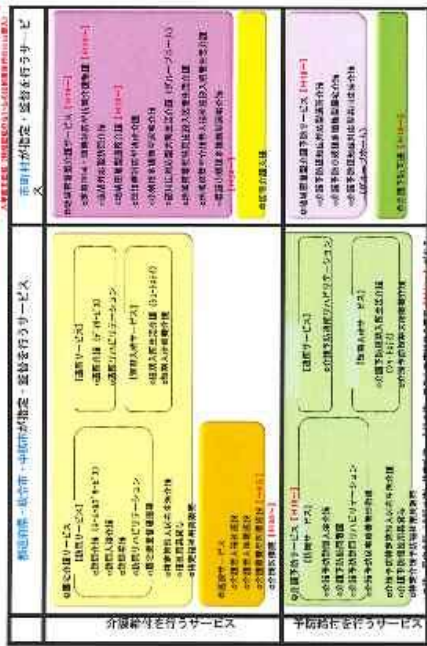
項目	2000年4月	2019年4月
在宅サービス利用者数	97万人	378万人
施設サービス利用者数	52万人	95万人
地域密着型サービス利用者数	-	87万人
(居宅系)	-	61万人
(居住系)	-	21万人
(施設系)	-	57万人
計	149万人	487万人

※ 施設サービス利用者数は、介護施設利用者数と介護施設利用者数（施設系）を合計したものである。また、介護施設利用者数は、介護施設利用者数（施設系）と介護施設利用者数（居宅系）を合計したものである。

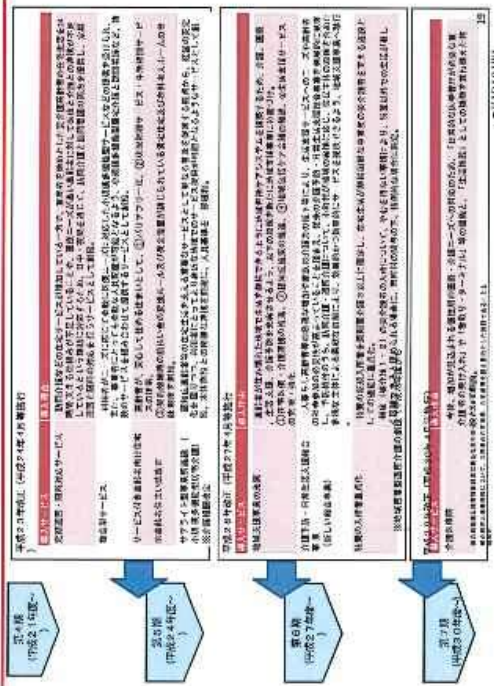
介護費用と保険料の推移



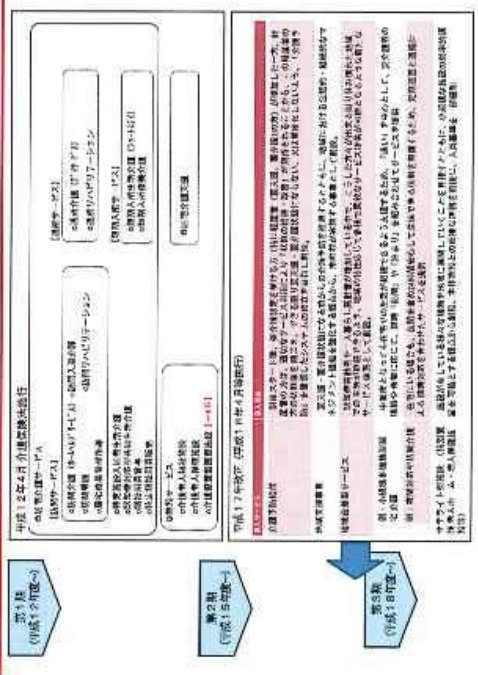
介護サービスの種類



介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯②



介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯①



居宅介護・介護予防サービスの概要

- (1)訪問介護
 

居宅介護者について、居宅において介護福祉士等により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるもの(定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス又は夜間対応型訪問介護に該当するものを除く)
- (2)訪問入浴介護
 

居宅介護者について、所定を訪問し、浴槽を準備して行われる入浴の介護
- (3)訪問看護
 

居宅介護者について、居宅において看護師等の適任者労働者等が定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助
- (4)訪問リハビリテーション
 

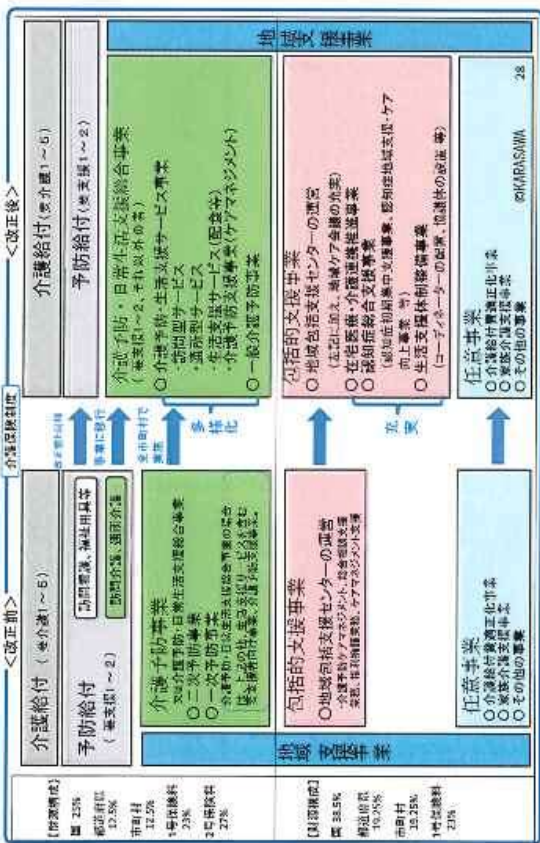
居宅介護者について、居宅において、その心身の機能の維持増進を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他の必要なりハビリテーション
- (5)居宅介護管理指導
 

居宅介護者について、訪問、診療所又は療養の医師、歯科医師、薬剤師その他の厚生労働省令で定める者により行われる療養上の管理及び指導であって、厚生労働省令で定めるもの
- (6)通所介護
 

居宅介護者について、老人福祉法第五十六条の二第三項の厚生労働省令で定める施設又は同法第六十條の二に規定する老人デイサービスセンターに預けられ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと(利用人員が厚生労働省令で定める数以上であるものに限り、認知症対応型通所介護に該当するものを除く)

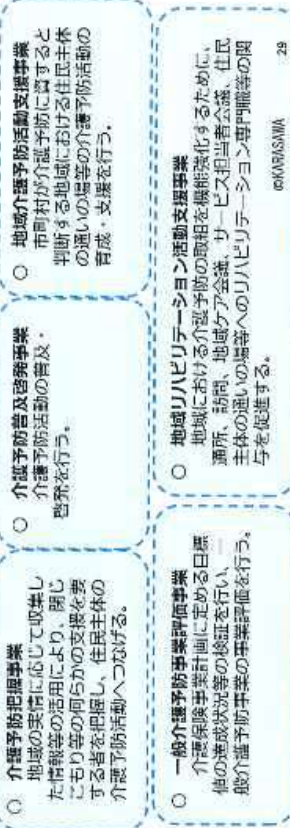


新しい地域支援事業の全体像(平成28年改正前後)

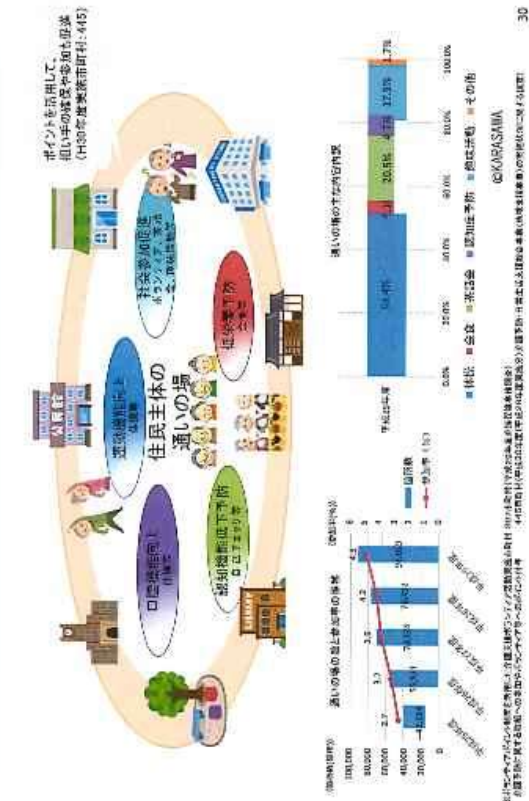


一般介護予防事業

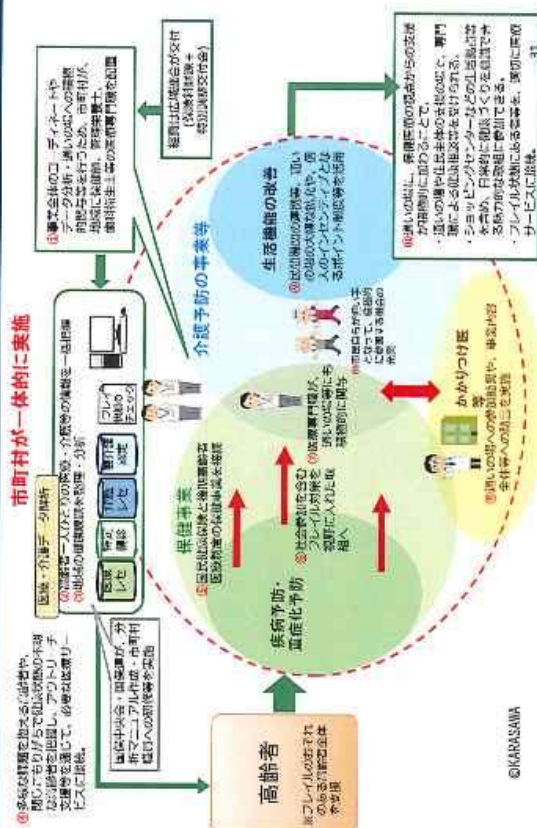
- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。
- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行う。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。
- 市町村が主体となり、一般介護予防事業を構成する以下5つの事業のうち必要な事業を組み合わせて地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施する。



地域介護予防活動支援事業(住民主体の通いの場等)



高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(市町村における実施のイメージ図)





## 2つの大きな目標



©KARASAWA

36

## 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、自立した生活を送ることができるよう、医療介護、介護予防、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



©KARASAWA

38

## 定義 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、自立した生活を送ることができるよう、医療介護、介護予防、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

※社会保険制度改革国民会議報告書(2013年)に記載され、社会保険制度改革プログラム法(2013年)で規定。医療介護総合確保推進法(2014年)に引き継がれる。

©KARASAWA

37

## 地域包括ケアを分けて考える

地域包括ケアには、いろいろな要素が含まれている。そこで、地域包括ケアを分けて考える。

縦軸の地域包括ケアは「医療介護連携」  
医療介護連携ができれば、利用者は安心してサービスを利用できる。医療従事者、介護職員にならざるにすむ。  
医療介護連携とは「地域における総合的なチーム医療介護」

横軸の地域包括ケアは「生活支援とまちづくり」  
生活支援は、買ってもらい、買い物支援、通院の付き添いなど。これがないと生活は送れない。  
地方では「小さな拠点」を促進する。大都市でどうするかが大課題。コミュニティビジネスやシェアリングエコノミーも活用。

©KARASAWA

39



### 縦軸の地域包括ケア(医療介護連携)

地域に根ざし、それぞれの人の物語を尊重しながら、医療と介護を一体的に提供する。

- 1 地域における**  
Community-based  
人のつながりがあること  
顔の見える関係
- 2 総合的な**  
物語とは  
Narrative-based  
その人の暮らし方を継続  
物語を尊重  
個々人に寄り添う歩み
- 3 チーム医療介護**  
多職種ネットワークの構築  
包括とは  
Integrated Care  
生活者の視点で  
医療介護を一体的に提供

地域とは  
Community-based  
人のつながりがあること  
顔の見える関係

物語とは  
Narrative-based  
その人の暮らし方を継続  
物語を尊重  
個々人に寄り添う歩み

包括とは  
Integrated Care  
生活者の視点で  
医療介護を一体的に提供

地域に根ざし、それぞれの人の物語を尊重しながら、医療と介護を一体的に提供する。

**地域**  
Community-based

- ・人のつながりがあること
- ・顔の見える関係

**物語**  
Narrative-based

- ・一人一人に寄り添う
- ・その人らしい物語を尊重する

**包括**  
Integrated Care

- ・生活者の視点で一体的に提供する
- ・医療介護の連携は先進国共通課題
- ・我が国は、高齢化のフロントランナーとして、世界にモデルを発信していく

## ① 地域包括ケア(医療介護連携)はなぜ難しいのか①

### ① 相互理解

- ・急性期医療の基本は「救命と治癒」。  
在宅医療、介護などの医療介護の基本は「治し生活を支える」。  
今までの暮らし方を継続できるようにするため、  
当人や家族の生活を支えることに重点。  
急性期の入院期間は極めて短いため、急性期病院のスタッフに  
は、退院患者の予後や生活を知らない人も多い。  
急性期医療と回復期以降のスタッフの相互理解が重要。  
・医療と介護の両サイドの相互理解も重要。  
介護サイドは医療の視点が弱く、医療サイドは生活の視点が  
薄い傾向がある。

©KARASAWA

14

## ② 地域包括ケア(医療介護連携)はなぜ難しいのか②

### ② チームのメンバーは別々の組織、団体の職員

- ・域包括ケアにおける総合的な医療介護連携は、  
「地域における総合的なチーム医療・チーム介護」の実施。  
同じ病院内でチーム医療を行う場合でも、経験と訓練を積んだ  
医師、看護師、薬剤師、栄養士などが求められる。  
・それを地域でどのように実施するか。  
場所は、患者の「自宅」である。  
チームのメンバーは、別々の組織、団体に属する。  
・「保健・医療・福祉複合体(二本立先生)」も普及すると考えられる。  
他方、多くの地域では、多数の組織、団体によって、  
ネットワークが構築され、地域包括ケアが担われると思われる。

©KARASAWA

15

KARASAWA

## 顔の見える関係づくり

医療介護連携には、顔の見える関係は必須。  
顔の見える関係ができれば、医療介護連携できたも同然。  
患者が来てから連携を始めるのではなく、連携はネット  
ワークとして先に出来上がっていて、電話も不要なくらいに  
なっていることが望ましい。  
連携には、医師のリーダーシップが重要。  
次に重要なのは飲み会。

©KARASAWA

47

地域包括ケアの「縦軸」は「医療介護連携」、  
「横軸」は「生活支援とまちづくり」。

- 急性期医療とその後の医療介護は自動的ににはつながらない。  
急性期医療の原理は「救命、治療」。  
その後の医療介護は「治し生活を支える」。当人や家族の生活を支えることに重点。  
急性期病院スタッフが利用者の退院後に関心を持つことが重要。退院調整も重要。  
医療と介護は別制度。医療計画は2次医療圏域、介護計画は市町村圏域。  
急性期医療は、地域包括ケアの重要な一部である。  
急性期病院とそれ以降のサービスの連携が重要。急性期病院のスタッフの考え方が重要。  
□超高齢社会を考えれば、医療介護連携は不可欠。  
医療介護連携(Integrated Healthcare)は、先進国共通の課題。  
しかし、どの国も確立した方法論を持っていない。  
我が国は、高齢化のトップランナー。世界中の国が日本の対応を注視している。  
世界にモデルを示していく。そのモデルが地域包括ケアシステム。  
□我が国では入院がフリーアクセスのため、地域包括ケアが不可欠である。  
□各地域の質に合った地域医療介護ビジョンをつくる。  
□各地域の個性的な方法で作っていく。地域の状況は様々。  
高齢化の坂を上る市町村もあれば下るところもある。  
地域の数だけスタイルがあっただけよい。

©KARASAWA

46



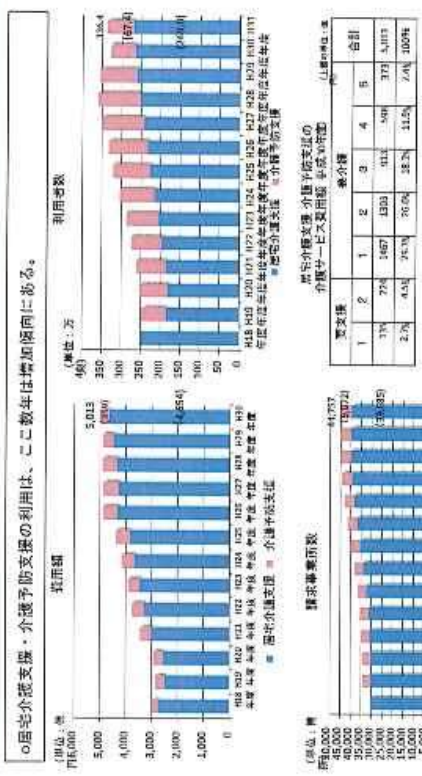
# 顔の見える関係とは



# 顔の見える関係を築く 医師のリーダーシップと責任が重要

- 地域包括ケアとは、サービスが連携して、利用者の視点から一体的に提供される。
- 連携とは、サービス提供者間の顔の見える関係
- 顔の見える関係とは、多職種協働による地域における総合的なチーム医療・チーム介護
- 利用者が次のサービスステーションの見通しがたつことにより、安心と信頼の基盤ができる。医療難民・介護難民の発生を防ぐ。
- そのためには、継続的なケア会議が重要。しかし、会議の場でケアマネジャーなどはなかなか医師(主治医)に意見は言いえない
- 医師が公平な参加と意見表明の機会を保障するリーダーシップを発揮する必要がある。機深く全体をウォッチし、参加を勧める。目標を共有し、ビジョンを示し、対等な関係を保障する。

## 居宅介護支援の事業所数・利用者数等

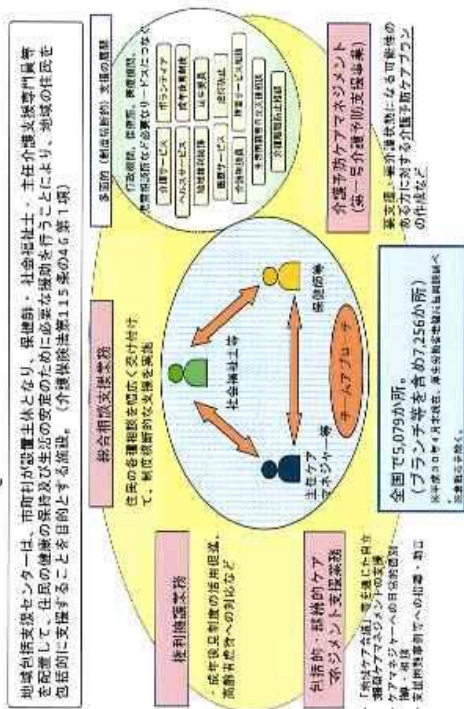


【出典】平成30年度介護給付費概況報告書(注：介護予防支援等は別表)の2頁で発表。  
 (注1) 原簿の値は、10月発表(4月～7月)、11月発表(8月～10月)、12月発表(10月～12月)の平均値。  
 (注2) 10月発表、11月発表の値は、4月発表のみ。

- 第I部 超少子高齢社会における医療介護の課題
- 第II部 地域包括ケアと居宅介護サービス
- 第III部 地域包括ケアとケアマネジメント
- 第IV部 ごちやまぜで進める地域包括ケア・地域共生社会



地域包括支援センターについて



孤立を防ぐ

- 人口減少の中で、高齢者だけでなく、様々な人が人の繋がりを失い、孤立するおそれがある。
- 特に、大都市では地縁が薄く、孤立しやすい。
- この問題に対処することも、地域包括ケアと地方創生の重要な課題。

- 第I部 超少子高齢社会における医療介護の課題
- 第II部 地域包括ケアと居宅介護サービス
- 第III部 地域包括ケアとケアマネジメント
- 第IV部 ごちゃまぜを進める地域包括ケア・地域共生社会

吉田・澁谷・竹林の「地域包括ケアとごちゃまぜ」の法則

- 20世紀 同質性と効率化の時代 工業化と大量生産、大規模施設
- 21世紀 多様性と高付加価値化の時代 フラント化、多世代交流

**多様性 × 交流・相互作用 = ごちゃまぜ**  
Diversity × Interaction = Gochiyamaze

いろいろなものをかき混ぜる。相互作用により新たな化学反応を生み出す。いろいろな人を認知症の人も、障がいのある人もない人も、高齢者も子どもも若者も

- ①ごちゃまぜは自然 ②ごちゃまぜは楽しい ③ごちゃまぜはイノベーションを生む

「ごちゃまぜ」は、株式会社、社会福祉法人母子医療財団による。「ごちゃまぜ」の訳語は、大谷千由(吉田・平井)による「社会福祉法人(大谷)の社一(ゴチヤマゼ)」(Interaction)は、竹林孝一(特別文字敬語)による。

## 「ごちゃまぜ」による地域共生社会づくり

認知症の人も障がいのある人ない人も、

高齢者も子どもも若者も、

二一も引きこもりの人も、

あらゆる人たちを「ごちゃまぜ」にして、

自然に楽しく、その力を引き出し、

元氣と活気のある地域、あらゆる人に開かれた地域を作っていく。

開放されたごちゃまぜにより、私たちは新しい協力者に出会うことができる。その協力者との相互作用により、化学反応が生まれ、新しい価値と新しい社会を創造する。

※新たな競争と価値創造の源泉は、競争ではなく、相互作用と協力にある。生命の進歩は、競争の中の強者生存ではなく、相縁のような協力関係の中にあるという説がある。

©KARASAWA

60

## 第1回地域共生社会推進全国サミットinながくて

平成30年10月18日(木)、19日(金)に開催した第1回地域共生社会推進全国サミットinながくてには、2日間で全国の保健・医療・福祉・まちづくり等様々な関係機関から約1,900人が参加し、会場となった梁知県立大学、梁・地球博記念公園は多くの方々にぎわいました。

今回のサミットは、「介護保険」からテーマを「地域共生社会」へ移行した第1回目という点もあり、テーマやプログラム等を決めるのに大変苦慮しました。

『地域共生社会って？』

まざって暮らす わずらわしいまちづくり』

をメインテーマに掲げ、地域共生社会の実現に向けた理解を深めるとともに、本市が進める「市民主体のまちづくり」の考え方を全国の方々に発信することができました。

梁知県立大学 一人ペー ジから資料 ©KARASAWA 67

## 1 吉田一平 長久手市長 長久手市と社会福祉法人愛知たいようの社



(写真 長久手市HPより)

○吉田一平 1946年生、長久手市長、元学校法人吉田学園理事長、元社会福祉法人愛知たいようの社理事長、福祉マンとして16年間勤務。1981年何も教えない幼稚園「愛知たいようの幼稚園」を始める。1986年元社会福祉法人「愛知たいようの社(ゴジカワ村)」を設立、2011年から長久手市長、2018年10月「第1回地域共生社会推進全国サミットinながくて」を開催。『地域共生社会って？』まざって暮らす わずらわしいまちづくりがメインテーマ

○ゴジカワ村の理念 「遊びをせんとや生まれけむ、遊ばせんとや生まれけむ。」 ※遊びをせんとや生まれけむ、遊ばせんとや生まれけむ。遊ぶ子供の声きけば、我が身古えこそ動くがれ(源頼朝抄) 「できる人だけがもてはやされる5時までのわずらい」流れではなく、子どもやお年寄りのように自由にゆったりと過ごせる5時から」の流れを大切にしたい。」

○樹木林の彫刻 「いつも未完成、まざって暮らしている、少しずつみんな手離して、取りあっている。」 ※同じものばかり集めると、物は壊れる(宮田隆 建築博士、横浜国立大学名誉教授。) 「自然も樹木林も子どももお年寄りも生けるものがなつて暮らす」(吉田一平)

○共生のキーワード 「だいたい、まあまあ、できとつ」 ※ゴジカワ村には、だいたい村(小規模特養)、ぼちぼち居屋(多世代共同住宅)などがある。 『還まわりするほどおおぜいが集いあ、うまいくかないことがあるほど、いろんな人に役割がうまれる』(吉田一平)

©KARASAWA 61

## 2 雄谷良成理事長 シェア金沢と社会福祉法人佛子園

○雄谷良成 1961年生、社会福祉法人「佛子園」理事長、公益社団法人青年海外協力協会理事、一般社団法人生涯活躍のまち推進協議会会長。

雄谷 良成 (おおよ りょうせい)

○理念 「ごちゃまぜ」と開放」 すべての人は役割を持っている 役割 = Role 役割 = Function すべての人が備わっている

社会福祉法人 佛子園 理事長  
金沢大学卒業後、青年海外協力隊 (ドミニカ共和国、障害福祉指導者養成) 財団法人フジダシオン、オーリカ (ドミニカ共和国、障害福祉指導者養成) ターキー、北野新聞社、金城大学非常勤講師を経て、現在は、社会福祉法人佛子園理事長、管仲山理国寺 (ぶつざん ぜんじょうじ) 住職を務める。公財・公益社団法人 青年海外協力協会 理事長、一般社団法人 生涯活躍のまち推進協議会 会長、日本知的障害者福祉協会 社会福祉法人の経営に関する特別委員長、愛知・金沢大学 非常勤講師 など

○西園寺 2009年～ 廃寺を運営し、地域コミュニティセンターとして復興。  
○シェア金沢 2014年～ 多世代ごちゃまぜの新しいまちづくり。  
○Bs行善寺 2015年～ 住人と住民による地域密着型の生活テーマパーク(借澤) 多機能医療連携の住居自治モデル  
○輪島KARUBULET 2015年～ 連携とともに成長するまち・ひと・ことづくり

©KARASAWA 63



〈志村フロイデグループの目標〉

“中小病院は地域と運命共同体”

- ①地域に密着した医療の充実
- ②地域包括ケアシステムの確立 ⇒ **超高齢化対策**
- ③介護サービス比率の増加
- ④サービス提供エリアの都市部への拡大
- ⑤高齢者の雇用推進 ⇒ **自立高齢者の増加 ⇒ 超高齢化対策**
- ⑥出産・子育て支援 ⇒ **女性就労の継続・増加 ⇒ 少子化対策・人口減少対策**
- ⑦看護学校の運営 ⇒ **地域の人材育成**
- ⑧医商連携 ⇒ **中心商店街の活性化**
- ⑨医療機関を中心としたまちづくり ⇒ **高齢者が安心して過ごせるまちづくり**  
・**地域活性化対策**
- ⑩首都圏の超高齢化の受け皿づくり ⇒ **共生型CCRC**

©KORASAWA

68

これからの病院機能分化の方向(唐澤作成)



(参考1)「地域多機能病院と高度急性期病院」の区分は、日本慢性期医療協会の武久洋三会長による。  
(参考2) 二木立宛生(日本福祉大学名誉教授)は、「地域密着型の病院」という指摘をされている。  
(参考3) 神野正伸先生(石川県立五箇総合病院理事長)は、「地域医療と地域振興、地域活性化が私のミッション」と述べている。

©KORASAWA

地域医療構想について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。

○「医療介護総合適宜推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。  
※「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。全国で341の「構想区域」。



病床機能報告(毎年10月)  
医療機能の現状と今後の方向を報告  
医療機能の要件等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を進む  
(資料)厚生労働省  
都道府県  
○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。  
©KORASAWA

空き店舗を改装。2012年2月6日オープン

フロイデDANとカフェテリアエルマウ、フロイデリハビリ公園

ひたちのおみやげ市  
 まちうち1回、ちよっと楽しい事を♪「誰でも気軽に集まれる場所」



ネットワークが広がって出来た事①  
 常陸大宮駅前イルミネーション点灯式  
 常陸大宮駅前を賑やかに



74

フロイデDANとカフェテリアエルマウ、フロイデリハビリ公園

コミュニティスペースの活用  
 子供たちが安心して集まれる場をつくるために



75

- ◎誰が来てもよい場所がある(開放)
- ◎その場所は無料である(開放)
- ◎いろいろな人が集まる(ごちゃやませ)
- ◎高齢者や障がいのある人も集まる(ごちゃやませ)
- ◎お母さんと小さな子どもが集まる(ごちゃやませ)
- ◎小中高生が集まる(ごちゃやませ)
- ◎交流する(相互作用による化学反応が起こる)

76

## 新型コロナウイルス対策について、医療、介護、福祉など現場の皆様へ感謝

- 日本の感染者数、死亡者数は非常に少ない。
- 国民皆保険による医療へのアクセスのしやすさ、地方でも医療水準が高いこと、国民の衛生的な習慣や意識の高さなどがあげられている。
- しかし、物資の不足や人員の確保など厳しい環境の中で、医療、介護、福祉など現場の職員のみなさんの献身的な努力に負うところが大きい。
- 特に、アメリカやヨーロッパなどでは、高齢者施設への感染拡大による死亡者が多いとも伝えられている。
- 我が国では、高齢者施設などの感染者は欧米に比べて極めて少ない。
- 医療、介護、福祉など現場の職員の皆様へ深く感謝。

©KARASAWA 75

## 新型コロナウイルス後というよりも もともと21世紀の世界は

20世紀	21世紀
工業化・大量生産	リービシ化・情報化・少量生産
同じ作業の反復・集積	異なる作業の融合・相互作用
同質化	ごちゃ混ぜ・多様性
効率	付加価値の創出
密集・人口稠密	分散・適度な人口
都市化・高層ビル	地方創生・サテライトオフィス
通勤民のような通勤者	テレワーク
災害の危険	安全への配慮

- 1 本欄にあるものは事例が尽きませんが、作品数の少ないものは例が想像が深い。
- 2 オフラインやテレワークが普及すれば、その分距離の価値は上がる。

©KARASAWA 76

## 新型コロナウイルスについて、私たちは「中間の時期」にいる

- いろいろな人がいろいろなことを言っているが。
- 私たちは、この感染症が流行り始めて収束するまでの中間の時期にいますので、実態がよくわからなければならないのが本当のところ。
- たとえば、この感染症は、感染者の8割近くが無症状や軽症なのに、なぜ2割は重症化するのか。
- なぜ、こんなに症状の幅が広いのか。
- なぜ、感染初期の方が感染力が強いのか。
- なぜ、日本や東アジアには死者が少ないのか。
- ファクターXは本当にあるのか。
- 免疫を獲得したら、その免疫はどのくらい持続するのかなどなど。
- いろいろな説が提唱されているが、確たるものはまだない。

©KARASAWA 77

□新型コロナウイルス後の世界について、いろいろな人がいろいろなことを発言している。「ニューノーマル」とか「新しい日常」と呼ぶ人もいる。

□もちろん、今は感染回避の工夫が必要だ。したがって、私たちはしばらく緊急避難の措置を続けなければならない。

□しかし、3密回避などできるだけ人と接触しないことを推奨するスタイルは続かないと思う。

□今言われているのは、人と人が親しくなるのと正反対のことをしなさいということだ。それでは、心のこもったケアにならない。よそよそしいケアになってしまう。

□21世紀は、寄り添い型、伴走型支援、ごちゃ混ぜだ。よそよそしい離れ離れの関係では、人に寄り添う地域包括ケアにたどり着けないと思う。

©KARASAWA 78



## 21世紀に求められるものは

### 地域と一体となった

### 新しい総合的なヘルスケアであろう

唐澤剛

©KARASAMA

80

- ①超少子高齢社会を乗り切る方法は地域包括ケア以外にない。
- ②我々は地域包括ケアしか選ぶことができない。
- ③「あらゆる政策の柱」に「地域包括ケアの推進」を置く。



地域包括ケア専用印

©KARASAMA

81

ご清聴ありがとうございました

# 第6章(1) 利用者の権利擁護

高村治法律事務所  
弁護士 高村 浩

## 1 介護サービス利用者の権利擁護

### ① 権利擁護

「権利擁護」という言葉は、国の高齢者分野の施策について見ると、「ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）」（平成元年12月の大蔵・厚生・自治3大臣合意）ではまだ見られなかった。

しかし、「新ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略の見直しについて）」（平成5年12月の大蔵・厚生・自治3大臣合意）においては、「痴呆性老人の権利擁護」が施策の目標のひとつとして掲げられ、「法制度での対応を含め、痴呆性老人の権利擁護のためのシステムを構築する」と定められるに至った。

また、「ゴールドプラン21（今後5か年の高齢者保健福祉施策の方向）」（平成11年12月の大蔵・厚生・自治3大臣合意）でも認知症高齢者についての権利擁護のしくみを充実することが施策の方向として示されている。

これらのプランのうえでは、権利擁護の意味は必ずしも明らかではないが、**①成年後見制度の必要性、②身体拘束その他の行動制限、③契約形式でのサービス利用（消費者保護）、④身近な人間による権利保護**の意味で用いられている。

「新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）」（平成27年1月27日厚生労働省）においても、「権利擁護」として、成年後見制度の利用促進等が取りあげられ、また、「虐待防止」では、身体拘束の原則禁止の推進等が今後の施策とされている。

### ●資料1 ○○○苑（介護老人福祉施設）の利用契約書

【○○○苑（介護老人福祉施設）の利用契約書について次のとおり契約をします。】

【**利用サービスの目的**】  
（1）施設は、できる限り利用者が居宅に復帰して、自立した日常生活を送ることができるよう、介護サービスを提供します。

【**利用サービスの範囲**】  
（1）入居、排せつ、食事などの介護  
（2）相談と指導などの援助  
（3）日常生活上の便宜をはかるなどの世話  
（4）精神医療  
（5）医療管理および療養上の世話

【**介護報酬の支払方法**】  
（1）施設は、この規約とは別に、利用者ごとの希望にもとづいて、次のようなサービスや物品を提供します。具体的な内容は、施設説明書に開示してあります。

（2）施設は、この規約には、介護保険がききません。利用者は、別紙の利用料金表にしたがって、料金を支払います。

- （3）食事の提供
- （4）居住
- （5）特別介護士の提供
- （6）特別な食事の提供
- （7）理学療法サービス
- （8）入居者の希望によって身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合は、施設管理（インフルエンザ予防接種等）
- （9）預り金の出納管理
- （10）私物の管理

### ●資料2 介護保険法

#### 介護保険法

第四十八條 市町村は、要介護被保険者が、次に掲げる施設サービス（以下「指定施設サービス等」という。）を受けたときは、当該要介護被保険者に対し、当該指定施設サービス等に要した費用（食事の提供に要する費用、居住に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除く。以下この条において同じ。）について、施設介護サービス費を支給する。ただし、当該要介護被保険者が、第三十七條第一項の規定による指定を受けている場合において、当該指定に係る種類以外の施設サービスを受けたときは、この限りでない。

一 都道府県知事が指定する介護老人福祉施設（以下「指定介護老人福祉施設」という。）  
二 介護保健施設サービス

2（以下略）

●資料3 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

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 (抄)
(平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号)
最終改正：平成三〇年一月一八日厚生省令第四四号

介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八十八條第一項及び第二項の規定に基づき、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を次のように定める。
第一章 趣旨及び基本方針（第一条、第二章の二）
第二章 人員に関する基準（第二章）
第三章 設備に関する基準（第三章）
第四章 運営に関する基準（第四章、第三十七條）
第五節 ネット型指定介護老人福祉施設の基本方針並びに設備及び運営に関する基準

第 一 節 この章の趣旨及び基本方針（第三十八條、第三十九條）
第 二 節 設備に関する基準（第四十條）
第 三 節 運営に関する基準（第四十一條、第四十九條）
附 則

第一章 趣旨及び基本方針

(基本方針)
第一条の二 指定介護老人福祉施設は、高齢サービス計画に基づき、可能な限り、居室に於ける生活への備蓄を意図して、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び訓練、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者が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を目指すことを旨とするものでなければならない。
2 指定介護老人福祉施設は、入所者の意思及び入格を尊重し、常にその自立の場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するよう努めなければならない。
3 指定介護老人福祉施設は、明るく家庭的な雰囲気を持ち、地域や家族との結び付きを重視した運営を行い、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、居宅サービス事業者（居宅サービス事業を行う者をいう。以下同じ。）、居宅サービス事業者（居宅サービス事業を行う者をいう。以下同じ。）、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を努めなければならない。

第二章 人員に関する基準

(従業者の員数)
第二条 法第八十八條第一項の規定による指定介護老人福祉施設に置く従業者の員数は、次のとおりとする。ただし、入所者が四十人を超えない指定介護老人福祉施設にあっては、他の社会福祉施設等の従業者との通称を図ることにより当該指定介護老人福祉施設の効率的な運営を期待することができる場合であつて、入所者の処遇に支障がないときは、第四号の従業者を置かないことができる。
一 医師、入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要と認められる者、生活相談員、入所者の数が百又はその端数を増すごとに二以上
二 介護相談員又は看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）
三 イ 介護職員及び看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）の数が三又はその端数を増すごとに二以上とする。
四 看護職員以外の従業者の数は、次のとおりとする。
（一）入所者の数が三十を超えない指定介護老人福祉施設にあっては、常勤換算方法で、一以上
（二）入所者の数が三十を超えて五十を超えない指定介護老人福祉施設にあっては、常勤換算方法で、二以上
（三）入所者の数が五十を超えて百を超えない指定介護老人福祉施設にあっては、常勤換算方法で、三以上
（四）入所者の数が百を超えて五十又はその端数を増すごとに二以上
方法で、三に、入所者の数が百三十を超えて五十又はその端数を増すごとに二以上を加えて得た数以上
四 栄養士 一以上
五 機能訓練指導員 一以上
六 介護支援専門員 一以上（入所者の数が百又はその端数を増すごとに一を標準とする。）

第三章 設備に関する基準

(設備)
第三条 指定介護老人福祉施設の設備の基準は、次のとおりとする。
一 居室
イ 一の居室の定員は、一人とする。ただし、入所者への指定介護福祉施設サービスの提供に必要と認められる場合は、二人とすることができる。
ロ 入所者一人当たりの床面積は、十・六五平方メートル以上とすること。
ハ プラザ又はこれに代わる設備を設けること。
二 静養室
介護職員又は看護職員等に選抜して設けること。
三 浴室
要介護者が入浴するために適したものとすること。
四～六 (略)
七 食卓及び機能訓練室
イ それぞれ必要とすべきを有するものとし、その合計した面積は、三平方メートル以上を有し、当該食卓の提供又は機能訓練に支障がない広さを確保することができる。
ロ 必要とすべきを有するものとし、同一の場所とすることができる。
八 廊下幅
九 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。

(利用料等の要領)

- 第九條 (略)
- 3 指定介護老人福祉施設は、前二項の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を受けることができる。
- 一 食事の提供に要する費用 (略)
  - 二 居住に要する費用 (略)
  - 三 厚生労働大臣の定める基準に基づき入所者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用
  - 四 厚生労働大臣の定める基準に基づき入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用
- 五 理美容代
- 六 前各号に掲げるもののほか、指定介護福祉施設サービスにおいて提供される療養のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であつて、その入所者に負担させることが適当と認められるもの

第四章 運営に関する基準

(内容及び手続の説明及び同意)

- 第四條 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービス提供の開始に際しては、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、第二十三条に規定する運営規程の概要、従業員の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について入所申込者の同意を得なければならない。
- (運営規程)
- 第二十三條 指定介護老人福祉施設は、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程 (以下「運営規程」という。) を定めておかなければならない。
- 一 施設の目的及び運営の方針
  - 二 従業員の職種、員数及び職務の内容
  - 三 入所定員
  - 四 入所者に対する指定介護福祉施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額
  - 五 施設の利用に当たつての留意事項
  - 六 緊急時等における対応方法
  - 七 非常災害対策
  - 八 その他施設の運営に関する重要事項

(別紙)

各サービス種類ごとの「その他の日常生活費」の具体的な範囲について

- (7) 留意事項
- ① (1) から (6) の①に掲げる「身の回り品として日常生活に必要なもの」とは、一般的に要介護者等の日常生活に最低限度必要と考えられる物品 (例えば、歯ブラシや化粧品等の個人用の日用品等) であつて、利用者等の希望を確認した上で提供されるものをいう。
- したがつて、こうした物品を事業者又は施設がすべての利用者等に対して一律に提供し、すべての利用者等からその費用を画一的に徴収することは認められないものである。
- ② (1)、(2)、(4) 及び (5) の②に掲げる「教養娯楽として日常生活に必要なもの」とは、例えば、事業者又は施設がサービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等が想定されるものであり、すべての利用者等に一律に提供される教養娯楽に係る費用 (共用の談話室等に備ふるテレビやカクオケ設備の使用料等) について、「その他の日常生活費」として徴収することは認められないものである。

●資料4 介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて

日常生活に要する費用の取扱いについて  
平成12年3月30日老全第54号 (抄)

通所介護、(略)、介護福祉施設サービス、(略) (以下「通所介護等」という。) の提供において利用者、入所者、入居者又は入所者から受け取ることが認められる日常生活に要する費用の取扱いについては、指定居宅サービス等の事業者の人員、設備及び運営に関する基準 (平成11年厚生省令第37号。以下「居宅サービス基準」という。)、指定介護老人福祉施設設置の人員、設備及び運営に関する基準 (平成11年厚生省令第39号。以下「福祉施設基準」という。)、(略) をもつてお示ししているところであるが、通所介護等の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であつて、その利用者等に負担させることが適当と認められるもの(以下「その他の日常生活費」という。)の取扱いについては別途通知することとされたところ。今般、その基本的な取扱いについて左記のとおり定めることとし、その他の日常生活費の対象となる便宜の範囲について、別紙にサービス種類ごとに参考例を示しするので、御了知の上、皆下市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

資料5 「その他の日常生活費」に係るQ&Aについて

○「その他の日常生活費」に係るQ&Aについて  
平成12年3月31日

各都道府県介護保険担当課（受）宛  
厚生労働省介護保険制度実施推進室

別添  
「その他の日常生活費」に係るQ&A

問6 事業者等が実施するクラブ活動や行事における材料費等は、「その他の日常生活費」に該当するか。事業者等が、サービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事のうち、一般的に想定されるもの（例えば、作業療法等機能訓練の一環として行われるクラブ活動や入所者等が全員参加する定例行事）における材料費等は保険給付の対象に含まれることから別途徴収することはできないが、サービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事のために別途、提供される材料等であって、利用者に負担させることが適当であると認められるもの（例えば、習字、お花、絵画、刺繍等のクラブ活動等の材料費）に係る費用は、敷居調整等に要する費用として「その他の日常生活費」に該当する。

なお、事業者等が実施するクラブ活動や行事であっても、一般的に想定されるサービスの提供の範囲を超えるもの（例えば、利用者の趣味的活動に際し事業者等提供する材料等や、希望者を募り実施する旅行等）に係る費用については、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

資料1 ○○○有（介護老人福祉施設）の利用契約書

【介護保険のきかない物品、サービス】

[3] 施設は、この契約書とは別に、利用者の個別の希望にもとづいて、次のようなサービスや物品を提供します。具体的な内容は、変更事項説明書に例示してあります。

次のようなサービスや物品は、介護保険がききません。利用者は、別紙の利用料請求にしたがって、料金を支払います。

- (1) 食卓の提供
- (2) 居住
- (3) 特別な居室の提供
- (4) 特別な食事の提供
- (5) 迎送サービス
- (6) 入所者の希望によって身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合
- (7) 入所者の希望によって敷居調整として日常生活に必要なものを施設が提供する場合

(8) 健康管理（インフルエンザ予防接種等）  
(9) 預り金の出納管理  
(10) 私物の洗濯

p265

資料4 介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて

通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて  
平成12年3月30日老企第54号（抄）

通所介護、（略）、介護福祉施設サービス、（略）（以下「通所介護等」という。）の提供において利用者、入居者又は入所者から受け取ることが認められる日常生活に要する費用の取扱いについては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「居宅サービス基準」という。）、指定介護老人福祉施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号。以下「福祉施設基準」という。）、（略）をもってお示ししているところであるが、通所介護等の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるもの（以下「その他の日常生活費」という。）の取扱いについては別添通知のとおりである。今般、その趣旨を把握し、別添通知に基づいて左記のとおり定めることとされたい。その他の日常生活費の対象となる便宜の範囲については、別添通知に基づいて、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に滞りがないようにされたい。

資料4 介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて

通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて  
平成12年3月30日老企第54号（抄）

- 1 「その他の日常生活費」の趣旨（略）
- 2 「その他の日常生活費」の要額に係る基準（略）

⑤ 「その他の日常生活費」の対象となる便宜及びその額は、当該事業者又は施設の運営規程において定められなければならない。また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示されなければならないこと。ただし、「その他の日常生活費」の額については、その都度変動する性質のものである場合には、「実費」という形の定め方が許されるものであること。

(別紙)  
各サービス種類ごとの「その他の日常生活費」の具体的な範囲について

(7) 留意事項

② (1)、(2)、(4)及び(5)の②に掲げる「教養娯楽」として日常生活に必要なものとは、例えば、事業者又は施設がサービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等が想定されるものであり、すべて利用者に二重に提供される教養娯楽に係る費用(共用の談話室等に有るテレビやカラオケ設備の使用料等)について、「その他の日常生活費」として徴収することは認められないものである。

③ (4)の④にいう預り金の出納管理に係る費用を入所者等から徴収する場合には、  
**イ** 責任者及び補助者が選定され、印鑑と通帳が別々に保管されていること、  
**ロ** 適切な管理が行われていること、の承認が厳格の者により常に与える体制で出納事務が行われること、  
**ハ** 入所者等との貸借対照表(取引書)、個人別出納帳等、必要な書類を備えていること等が満たされ、適正な出納管理が行われることが要件となる。  
 また、入所者等から出納管理に係る費用を徴収する場合には、その根拠根拠を明確にし、適切な額を定めることとし、例えば、預り金の領に對し、月当り一定割合とするような取扱いには認められないものである。

【施設サービスの種類(一)種類の把握】  
 [4] 施設は、利用者や家族の希望を確かめるとともに、適切な方法により、利用者の能力や環境などを詳細に、利用者が自立した日常生活を送るうえでの課題を把握します。

【施設サービスの種類(二)施設サービス計画の作成】  
 [5] 施設は、利用者や家族の希望、利用者についての課題の把握にもとづいて、次のことを定めた施設サービス計画をつくります。そして、利用者に説明して、その同意を得ます。  
 (1) 具体的な施設サービスの目標と達成時期  
 (2) 具体的な施設サービスの内容  
 (3) 施設サービスを提供するうえでの注意すべき事項など

【施設サービスの種類(三)施設サービスの提供】  
 [6] 施設は、利用者の同意を得た施設サービス計画にもとづいて、次のように、施設サービスを提供します。  
 (1) 利用者の健康と入居を尊重して、常に利用者の立場に立って、施設サービスを提供します。  
 (2) 深刻としたサービスや同一的ならサービスにならないように配慮して、施設サービスを提供します。  
 (3) 利用者や家族に対して、施設サービスについて、わかりやすく説明します。  
 (4) 適切な介護状態で、施設サービスを提供します。

【入居に関する解除】  
 [13] 施設は、利用者が続けて3か月を超えて入居した場合には、この契約を解除することができます。ただし、施設は、契約を終了させる日の○日前に利用者に解除の意思を伝えま

【施設サービスの種類(四)施設サービス計画の変更】  
 [7] 施設は、施設サービス計画の実施状況を把握し、必要に応じて、利用者の同意をえたうえで、計画を変更します。  
 利用者は、いつでも施設サービス計画の変更を求めることができます。

【身体的拘束の禁止】  
 [8] 施設は、利用者または他の入居者の生命、身体を守るため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対して身体的拘束などの行動の制限を行いません。  
 【要介護認定の申請の補助】  
 [9] 施設は、利用者に対して、要介護認定の申請または要介護認定の更新の申請について、必要を補助をします。  
 要介護認定の更新の申請については、要介護認定の有効期間の満了日の30日前に行えるように、必要な補助をします。

【入居】  
 [10] 利用者が入居した場合、施設は、利用者や家族の希望などを踏まえて、必要に応じて、入居者の手続や家族との連絡調整などについて必要を補助をします。また、施設は、退院後、ふたたび利用者が施設に円滑に入居することができるようにします。  
 ただし、利用者が入院した場合、施設は、「13」にもとづき、この契約を解除することがあります。

【入居に関する解除】  
 [13] 施設は、利用者が続けて3か月を超えて入居した場合には、この契約を解除することができます。ただし、施設は、契約を終了させる日の○日前に利用者に解除の意思を伝えま

【施設サービスの種類(四)施設サービス計画の変更】  
 [7] 施設は、施設サービス計画の実施状況を把握し、必要に応じて、利用者の同意をえたうえで、計画を変更します。  
 利用者は、いつでも施設サービス計画の変更を求めることができます。

【身体的拘束の禁止】  
 [8] 施設は、利用者または他の入居者の生命、身体を守るため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対して身体的拘束などの行動の制限を行いません。  
 【要介護認定の申請の補助】  
 [9] 施設は、利用者に対して、要介護認定の申請または要介護認定の更新の申請について、必要を補助をします。  
 要介護認定の更新の申請については、要介護認定の有効期間の満了日の30日前に行えるように、必要な補助をします。

【入居】  
 [10] 利用者が入居した場合、施設は、利用者や家族の希望などを踏まえて、必要に応じて、入居者の手続や家族との連絡調整などについて必要を補助をします。また、施設は、退院後、ふたたび利用者が施設に円滑に入居することができるようにします。  
 ただし、利用者が入院した場合、施設は、「13」にもとづき、この契約を解除することがあります。

●資料1 ○○○○元(介護老人福祉施設)の利用契約書

**【契約の終了】**  
 [14] この契約は、利用者または施設による解除の場合のほか、次の場合に終了します。  
 (1) 利用者が、要介護認定において、要介護3から要介護5の状態に該当しなくなった場合。ただし、要介護1又は要介護2の状態に該当する場合であって、利用者の心身の状態、その置かれていた環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことに ついて、やむを得ない事由があると認められるときを除く。  
 (2) 利用者が死亡した場合

**【退居の後の援助】**  
 [15] 施設は、利用者の退居に際しては、利用者と家族の意思を確かめながら、居宅介護支援事業者などと密接に連携して、その円滑な退居のために必要な援助をします。

**【守秘義務】**  
 [16] 施設は、利用者とその家族の秘密を守ります。この契約が終わった後も同じです。  
 施設は、急病などの緊急やむを得ない場合を除いて、病院や居宅介護支援事業者などの第三者に利用者の情報を伝えるときは、文書により利用者の同意を得ます。家族の情報を伝えるときも同じです。

**【損害賠償】**  
 [17] 施設は、その不注意で、利用者に損害を与えたときは、利用者に対して、その損害を賠償します。  
 施設は、損害金の支払いに備えて、損害保険に加入します。

**【記録】**  
 [18] 施設は、利用者のために、施設サービスに関する利用者の記録を整理、この契約が終わった後も2年間保管します。  
 施設は、利用者の求めがあったときは、その記録を見せ、またコピーを複写します。

**【相談 苦情の受付】**  
 [19] 事業者は、訪問介護についての利用者の相談や苦情を受け付けるため専用の窓口を設けます。そして、利用者の希望や苦情に迅速に対応します。

**【法令を守る】**  
 [20] 以上のほか、施設は介護保険についての法令を守って、利用者に対し施設サービスを提供します。

平成 年 月 日  
 (利用者)  
 (施設)

# 「第6章(1)」 成年後見制度

成年後見制度は、判断能力が不十分な人を保護するために、次の二つの制度で対応している。

1. 法定後見制度
2. 任意後見制度

## 1 成年後見制度とは

成年後見制度は、認知症、知的障害、精神障害などのため判断能力が不十分な人を対象に、不動産、預貯金、家賃・公共料金の支払いなどの財産管理、医療・介護サービスの利用や施設入所などに関する契約、遺産分割の協議などについて本人の権利を擁護し、支援するための民法上で規定されたしくみである。

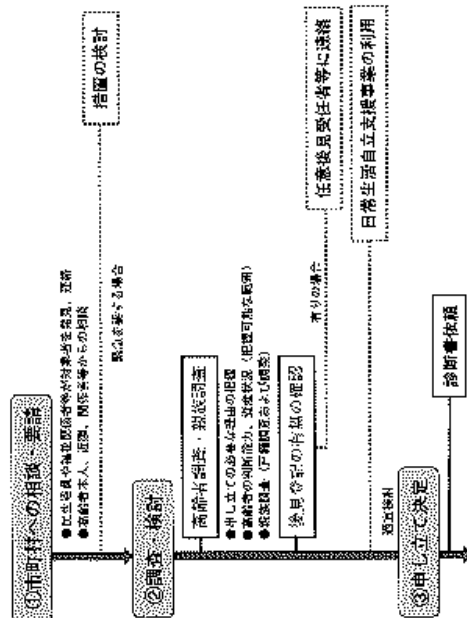
新しい成年後見制度は従来の「禁治産」「準禁治産」の2類型を時代の変遷を受け、より本人の自己決定を尊重し、「後見」(禁治産を改正)「保佐」(準禁治産を改正)「補助」の3類型からなる「法定成年後見制度」となった。

これは、本人の判断能力の段階的な低下およびそれぞれの程度に応じた弾力的な対応を想定しており、申し立てにより、家庭裁判所が関与した後見の在り方を決定することとなっている。これを補足するかたちで民法の特例法である「任意後見契約に関する法律」が創設され、本人が自己決定能力のある間に、将来の判断能力の低下に備える「任意後見制度」が導入された。

■表1 法定後見制度の概要

対象者の判断能力 申し立てができる 人	後見 常に欠けている 本人、配偶者、親族(4親等以内)、被検言など、 任意後見人、任意後見監督人	保佐 著しく不十分	補助 不十分
医師による鑑定 本人の同意	必要	必要	不要
申し立てに対する 成年後見人等(成年後見人・保佐人・補助人)の同意 を必要とする行為	不要	不要	本人以外が申し立てる 場合は必要
取り消しが可能な 行為	日常生活に関する行為 以外 日常生活に関する行為 以外 日常生活に関する行為 以外 日常生活に関する行為 以外	民法13条1項で定められた法律行為および本人の希望に基き配偶者(「同意が必要」との判断所が審判により追加を認められた行為)	民法13条1項で定められた法律行為のうちから 選択
成年後見人等に与えられる代理権の範囲	財産に関するすべての法律行為	申し立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(民法13条1項で定められた法律行為のうちから選択)	同上
身上監護義務	本人の意思を尊重し、その心身の状態および生活の状況に配慮する		

■図1 市町村長申し立てフローチャート





審判前の保全処分等の活用

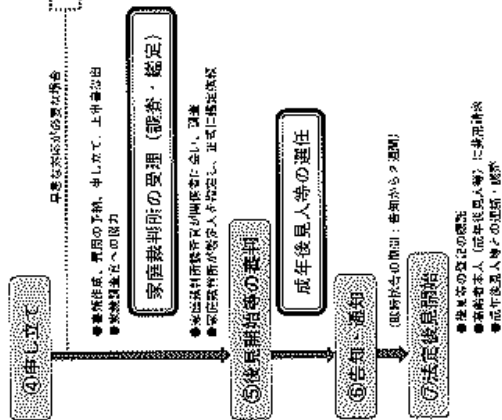


表1 法定後見制度の概要

対象者の判断能力	保 居	保 佐	補 助
申し立てができる人	本人、配偶者、親族(4親等以内)、検察官など、市町村長、任意後見受任者、任意後見人、任意後見監督人	著しく不十分	不十分
選任による選定	必要	必要	不要
本人の同意	不要	不要	本人以外が申し立てる場合は必要
成年後見人等(成年後見人・保佐・補助人)の同意	必要	必要	申し立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(民法13条1項)で定められた法律行為の中から
取り消しが可能な行為	日常生活に関する行為以外	同上	同上
成年後見人等に与えられる代理権の範囲	日常生活に関する行為以外	申し立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(民法13条1項)で定められた法律行為の中から	同上
身上監護義務	本人の高齢を尊重し、その心身の状態および生活の状況に配慮する		

だれが成年後見人等に選任されるか

成年後見人等は、本人にどのような保護・支援が必要かなどの事情を踏まえて、家庭裁判所が選任する。現状では、成年後見人等の約2割が本人の親族から選任され、残りが司法書士、弁護士、社会福祉士の順になっている。第三者後見人の割合は増える傾向にあり、親族以外の第三者の選任が約8割となっている。

成年後見人等には、権利擁護および成年後見制度についての十分な理解と高い倫理性が求められる。第三者の選任については、不動産等の財産処分など法律行為が重要であったり本人の財産を巡って親族間で紛争がある場合には弁護士・司法書士などが、身寄りがないかたり資力が乏しいことなどによりケースワークがより重要な対象者には社会福祉士などが選任とされることが多い。

また成年後見人の職務を分担して「財産管理」については法律の専門家が、「身上監護」に関しては親族が行うなど、複数の成年後見人等が選任される場合、社会福祉協議会などの法人が成年後見人等となり、法律や福祉など多職種の専門家がチーム制で支援にあたることも可能である。さらに必要に応じて、成年後見人等を監督する成年後見監督人が選任される場合もある。

なお、成年後見人等はその事務について家庭裁判所に報告を行い、監督を受ける。

表1 法定後見制度の概要

対象者の判断能力	後 見	保 佐	補 助
申し立てができる人	本人、配偶者、親族(4親等以内)、検察官など、市町村長、任意後見受任者、任意後見人、任意後見監督人	著しく不十分	不十分
選任による選定	必要	必要	不要
本人の同意	不要	不要	本人以外が申し立てる場合は必要
成年後見人等(成年後見人・保佐・補助人)の同意	必要	必要	申し立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(民法13条1項)で定められた法律行為の中から
取り消しが可能な行為	日常生活に関する行為以外	同上	同上
成年後見人等に与えられる代理権の範囲	日常生活に関する行為以外	申し立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(民法13条1項)で定められた法律行為の中から	同上
身上監護義務	本人の意思を尊重し、その心身の状態および生活の状況に配慮する		

### ※民法第13条1項で定められた法律行為

1. 貸金の元本を領収し、元本を利用すること（預貯金の出し入れ、利息を得ることを目的に金を貸すことなど）。
2. 借財または保証をすること。
3. 不動産その他重要な財産に関する権利の得喪を目的とする行為をすること（不動産の売買や抵当権の設定など）。
4. 訴訟行為をすること（被告として訴えられる場合は含まない）。
5. 贈与、和解または仲親契約をすること。
6. 相続の承認もしくは放棄または遺産の分割をすること。
7. 贈与もしくは遺贈を拒絶し、または負担付き贈与もしくは遺贈を受諾すること。
8. 建物の新築、改築、増築、または大修繕をすること。
9. 民法第502条に定めた期間を超える賃貸借をすること（建物は3年超、土地は5年超）。

### 介護保険制度利用と成年後見人の役割（例）

- （本人に代わって成年後見人のできること）
- ・認定申請書の提出、認定通知書の受領
  - ・重要事項説明書の説明を受け、利用契約
  - ・アセスメント・ケアプランの説明を受け、サービス計画書に同意、署名
  - ・サービスの実施状況を確認し、介護記録の閲覧、コピーを求めることが可能
  - ・サービスに不満があれば、苦情申し立てが可能
  - ・契約を解除して、他の事業所・施設に変更することが可能
  - ・本人の資産から一部負担金、日常生活費用を支払う

### ■表1 法定後見制度の概要

対象者の判断能力 申し立てができる 医師による鑑定	後見 常に次いでいる 本人、配偶者、親族（4親等以内）、後援者など、市町村長、任意後見受託人、任意後見監督人	保外 審しく不十分	補助 不十分
医師による鑑定	本人の同意	必要	不要
成年後見人等（成年後見人、保佐人、補助人）の同意を必要とする行為	日常生活に関する行為 （「附帯が必要」との考え方はとっていない）	不要	本人以外が申し立てる場合は必要
取り消しが可能な行為	日常生活に関する行為 以外の行為すべて	同上	同上
成年後見人等に与えられる代理権の範囲	申し立ての範囲内で後見料所が審判で定める「特定の法律行為」 （民法13条1項で定められた法律行為の中から選択）	同上	同上
併上前遺贈義務	本人の意思を尊重し、その心身の状況および生活の状況に配慮する		

### 成年後見登記制度

旧法では「禁治産宣言」「禁治産宣言」の官報への掲載と家庭裁判所での掲示による公示のほか戸籍への記載があり、これらが制度の利用が抑制される一因と考えられた。改正によって公示および戸籍記載は廃止され、新たに設けられたのが、成年後見人等の権限や任意後見契約の内容などを登記し、登記事項証明書によって後見内容等の確認が行える成年後見登記制度である。

この制度では、登記事項証明書の交付を請求できる者を、本人と近親者、成年後見人等に限定することによってプライバシーの保護に配慮している。併せて、成年後見人等や任意後見人が財産の売買や介護サービスの利用契約などを行うにあたり、登記事項証明書を取引相手に提示し、後見等の資格の有無や権限の範囲などを明らかにすることで、取引の安全との調和が図られるようにしている。

また、登記されたくない（法定後見・任意後見を受けていない）ことの証明書の交付も請求できる（後見開始の審判の申し立ての際などには必要）。

## 2 任意後見制度

「法定後見制度」は現時点で判断能力に衰えがあり、すぐに成年後見を必要とする人のための制度である。それに対し、「任意後見制度」は、あらかじめ自ら「だれ（任意後見人）」に「何（代理権を与える契約の内容）」を頼むかを定めるため、本人の自己決定がより重視されるしくみといえる。平成12年に成年後見制度が整備されたのに伴い、新たに民法の特別法に位置づけられた。

利用にあたっては、財産管理、身上監護に関する事務について、任意後見を引き受けてくれる人（受任者）と公証人の作成する公正証書で契約を交わし、もし実際に判断能力が低下してしまったら、親族や任意後見受任者等が家庭裁判所に**監受人選任の申し立て**をし、選任された時点で、後見が開始する。

任意後見契約は代理権を与える契約で、同意権・取消権は付与されない。そのため悪徳商法の被害に切迫しているなど同意権・取消権を必要とする場合には、任意後見人等が法定後見開始の審判を申し立てることにより、法定後見制度の利用へと移行することになる。

# 第6章-3 利用者の権利擁護

## 「市民後見」

地域共生政策自治体連携機構  
研究主幹 北村 肇

### 1 市民後見の誕生

### 2 市民後見のあり方検討

2011.03 介護と連動する市民後見研究会

『市町村の後見申立と市民後見人～後見実施機関の創設』

“市民後見実施機関を推進する5本の柱”

2011.06 平成23年介護保険法等改正(介護サービス提供体制の整備に関する法律)

老人福祉法第32条の2

「後見等に係る体制の整備等」を新設



平成2011(2000)年度～2015(2004)年度  
市民後見推進事業  
(市町村モデル事業)

### 1 市民後見の誕生

### 1 市民後見が生まれた背景

①人口減少社会の到来

／高齢化の進行

②認知症者数の増大

③家族構造の変化

／高齢者単身・夫婦のみ世帯の増加

④地域コミュニティの喪失

後見的支援  
を必要とする人  
の増大

支え手の減少

2005年、東京都「社会高齢型後見人養成事業」などが始まり

世田谷区、品川区、大阪市など市町村から取組が始まる

参考① 市民後見実施機関を推進する5本の柱

①市町村における後見実施機関の設置・運営

②老人福祉法32条の改正

③市民後見人の養成

④市民後見人の活用・支援

⑤行政の責任の明確化

参考② 老人福祉法第32条の2

(後見等に係る扶助の措置等)

第三十二条の二 市町村は、前条の規定による審判の請求の旨が法面に資するよう、民法に規定する後見、保佐及び補助(以下「後見等」という。))の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、研修の実施、後見等の実施を適正に行うことができる者の家庭裁判所への推薦その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 都道府県は、市町村と協力して後見等の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、前項に規定する措置の実施に關し、助言その他の援助を行ふに努めなければならない。

知的障害者福祉法

(後見等を行う者の選定)

第二十一条 都道府県は、前条の規定による審判の請求の旨が法面に資するよう、民法に規定する後見、保佐及び補助(以下「後見等」という。))の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、研修の実施、後見等の実施を適正に行うことができる者の家庭裁判所への推薦その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 都道府県は、市町村と協力して後見等の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、前項に規定する措置の実施に關し、助言その他の援助を行ふに努めなければならない。

精神障害者福祉法

(審判の請求)

第二十八条 市町村長は、知的障害者につき、その福祉を図るため特に必要があると認めるときは、民法(明治二十九年法律第八十九号)第七條、第十一條、第十三條第二項、第十五條第二項、第十七條第一項、第十八條第一項又は第八十七條第六款の九第一項に規定する審判の請求をすることができる。

参考③ 市町村長申立の決定

老人福祉法

(審判の請求)

第三十二条 市町村長は、六十五歳以上の者につき、その福祉を図るため特に必要があると認めるときは、民法第七條、第十條、第十三條第二項、第十五條第一項、第十七條第一項、第十八條第一項、第八十七條第六款の九第一項又は第八十七條第六款の九第一項に規定する審判の請求をすることができる。

知的障害者福祉法

(審判の請求)

第二十八条 市町村長は、知的障害者につき、その福祉を図るため特に必要があると認めるときは、民法第七條、第十一條、第十三條第二項、第十五條第一項、第十七條第一項、第十八條第一項、第八十七條第六款の九第一項に規定する審判の請求をすることができる。

精神障害者福祉法(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)

(審判の請求)

第五十一条の二 市町村長は、精神障害者につき、その福祉を図るため特に必要があると認めるときは、民法(明治二十九年法律第八十九号)第七條、第十一條、第十三條第二項、第十五條第二項、第十七條第一項、第十八條第一項又は第八十七條第六款の九第一項に規定する審判の請求をすることができる。

表① 市町村長申立件数の推移

年度	市町村長申立件数	市町村長申立率	申請件数(件)	申請率(%)	申請率(%)	申請率(%)
平成12年度	23	0.5	-	-	-	-
平成13年度	115	1.1	-	-	-	400.0
平成14年度	258	1.9	-	-	-	324.3
平成15年度	487	2.5	37,046	37.483	69.4	16.5
平成16年度	500	3.0	16,794	16.794	30.8	30.8
平成17年度	666	3.4	18,941	18.707	35.1	55.1
平成18年度	1,033	3.1	32,079	32.117	6.3	51.4
平成19年度	1,564	6.3	38,877	38.941	7.0	19.9
平成20年	1,876	7.0	24,840	26.716	9.0	31.7
平成21年	2,471	9.0	25,027	27.488	10.3	25.8
平成22年	3,108	10.3	27,011	30.721	11.7	18.4
平成23年	3,680	11.7	27,880	31.800	11.7	23.5
平成24年	4,543	14.7	28,789	34.843	14.7	11.1
平成25年	5,046	16.4	28,169	34.215	16.4	10.8
平成26年	5,592	17.3	28,583	34.174	17.3	7.2
平成27年	5,993	18.8	29,630	36.021	18.8	7.9
平成28年	6,466	19.8	27,963	34.429	19.8	8.8
平成29年	7,037	21.3	28,449	35.486	21.3	9.5
平成30年	7,705	22.0	29,401	36.186	22.0	1.7
令和元年	7,837	22.0	27,083	35.640		

出典:市町村長申立件数推移(令和元年) 市町村長申立件数推移(令和元年)

2 市民後見のしくみ

1 基本スキーム

市民後見の基本フアクター

- ①市町村
- ②後見実施機関
- ③家庭裁判所
- ④市民(後見人)

## 2 市民後見のしくみ

### 1 基本スキーム

#### それぞれの役割

	主な役割
市町村	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 市民後見人の推薦責任</li> <li>2 後見実施機関の委託責任</li> </ul>
後見実施機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 市民後見人の養成</li> <li>2 市町村への名簿登録・管理</li> <li>3 市民後見人への支援</li> </ul>
家庭裁判所	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 市民後見人の選任責任</li> <li>1 市民後見人として実質的な後見等業務の役割</li> </ul>
市民(後見人)	

## 2 市民後見のしくみ

### 2 市町村／後見実施機関の役割

#### (1) 後見実施機関の創設

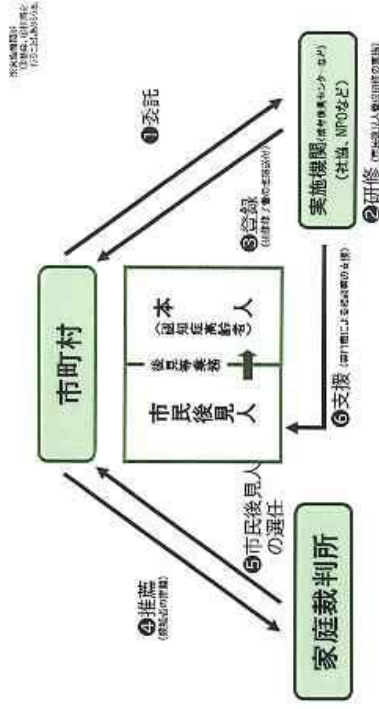
##### 後見実施機関

- 地域の後見ニーズの受皿としてセンター機能が必要。
- 後見実施機関創設の役割を担えるのは市町村。

##### 創設にあたっての視点

- ① 地域にどれだけの成年後見制度を必要とする人がいるか(後見ニーズ)の把握
- ② F-記把握をふまえた権利擁護システムの再構築

図① 市民後見人を活用した取組例のイメージ



## 2 市民後見のしくみ

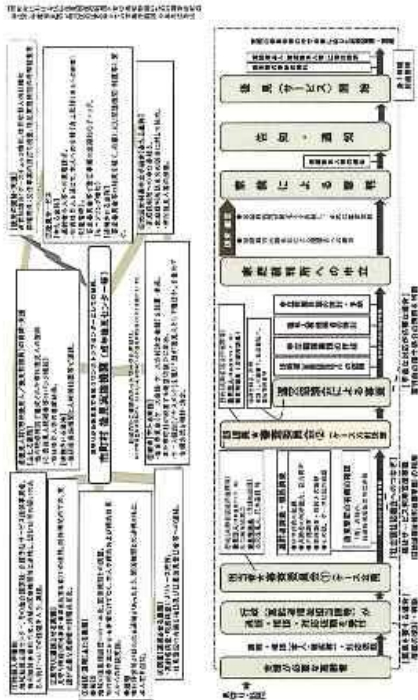
### 2 市町村／後見実施機関の役割

#### (2) 後見実施機関の役割

「見守りから後見までを担うワンストップセンター」としての役割



図2 市町村長申立の流れと市町村後見実施機関の関係



## 2 市民後見のしくみ

## 2 市町村／後見実施機関の役割

### (4) 個人情報の活用と保護

個人情報の活用と保護の両輪を図ることは、市町村の重要な役割のひとつ

〔市町村・後見実施機関〕

- ① 市町村と後見実施機関の間で、個人情報の活用・保護に関する協定

〔市民後見人〕

- ② 市民後見活動上知り得た個人情報について、不当に開示・漏えいしないという誓約書

個人情報保護法（個人情報の取扱いに関する法律）第23条第3項  
 ① 個人情報保護法第23条第3項は、事業者が個人情報を取り扱うに当たっては、個人情報の取扱いが適法に求められた範囲を超えて、個人情報を開示しないこととすることを義務づけている。市町村及び後見実施機関は、この規定に基づき、個人情報の取扱いに関する協定を締結する必要がある。また、個人情報を取り扱うに当たっては、個人情報の取扱いが適法に求められた範囲を超えて、個人情報を開示しないこととすることを誓約する必要がある。市町村及び後見実施機関は、この規定に基づき、個人情報の取扱いに関する協定を締結する必要がある。また、個人情報を取り扱うに当たっては、個人情報の取扱いが適法に求められた範囲を超えて、個人情報を開示しないこととすることを誓約する必要がある。

## 2 市民後見の誕生

## 2 市町村／後見実施機関の役割

### (3) 市民後見人への支援

市民後見人の不安

“自分が後見人としての責任を果たせるのか”  
(法的な側面も含め)

その不安を解消するために、後見実施機関は…

- ① 市民後見人がきめ細やかな後見サービスを提供できるように、どのような体制が組まれているか。
- ② 市民後見人の支援・監督をどのように行うか。

…の2点が必要。

## 3 市民後見人の役割

## 1 求められる市民後見人像

市民後見人における「市民」とは

「地域社会で生活する住民であり、その生活の中から物事を考え、地域の人たちと関係を築き、共に地域で暮らしていく人たちのこと。」  
全国に活動する市民後見人協会（全国市民後見人養成研修センター）及び資料に基づき作成

市民後見人の資質

- ① 地域社会での生活の延長線上であること
- ② 成年後見制度を必要としている人の立場に立つこと
- ③ その人の生活を支援するために何が最善なのかを考えることができること

### 3 市民後見人の役割

## 2 市民後見人の業務類型

市民後見人だからこそ可能な活動

- ☞ 地域の一員として行ききめ細やかな身上への配慮
- ☞ 伴走型支援(定期的な訪問など)

市民後見人としての役割と、  
市民後見人が担う可能性

日本成年後見法学会による整理

- ① 日常の金銭管理が中心
- ② 軽度認知症者で見守りが中心
- ③ 身上監護上の困難性がない

17

### 3 市民後見人の役割

## 3 成年後見人の業務

市民後見人であって専門職後見人であっても、  
民法上、成年後見人等として行う業務と責任に変わりはない

民法の規定  
 就任後1か月以内の業務  
 ①財産目録の作成  
 ②(年間)収支予定の作成  
 日務的業務  
 ③財産の管理  
 ④身上への配慮(身上監護)  
 ⑤後見事務報告書の作成  
 ⑥収支状況報告と財産目録の作成  
 後見終了後の業務  
 ⑦後見終了の登記申請  
 ⑧財産の引き渡し

本人の意思を尊重し、心身の状態、生活  
 の状況に配慮しながら(身上配慮業務)、  
 財産管理や契約などの法律行為を本人  
 の代わりに行った(代理権)、  
 本人が自分で法律行為を行うときに同意  
 を与えたり(同意権)、  
 本人が同意を得ないで行った不利益な  
 行為をあとから取り消したりする(取消  
 権)。

18

表② 市民後見人と専門職後見人の業務の類型

市民後見人	専門職後見人
<ul style="list-style-type: none"> <li>○財産は高額ではなく、管理しやすいもの。</li> <li>○定期的な見守り、ケアチェックが中心の事例。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○軽度の認知症・知的障害者であって、財産は高額でなく日常の金銭管理や中心で、身上監護に困難性がない事例。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○障害が重篤あるいは重症などにより、加齢ケアやケアマネージャーによる専門的支援が必要となる事例。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本人が重篤の認知症・精神障害・重症障害者である事例。</li> <li>○親族・近隣との関係調整が困難な事例。</li> <li>○保健福祉サービスが未導入の事例。</li> <li>○本人の意思確認が困難な事例。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○特に状況が多様で、その管理に専門性が必要な事例。</li> <li>○新・中任を有する事例。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○相成田の財産等の訴訟を含む争い、債権・債務整理がある事例。</li> </ul>

引用: 日本成年後見法学会(以下)において行われる研修等に関する資料(以下)を参照し、市民後見人と専門職後見人の業務の類型を整理した。

18

表③ 後見人の業務

業務	条文
<ul style="list-style-type: none"> <li>①財産目録及び財産目録の作成(財産の調査及び目録の作成)</li> <li>②収入・支出の作成(支出差額の予定及び発見の事務の適用)</li> <li>③財産の管理(財産の管理及び代表)</li> <li>④身上監護(成年後見人の意思の尊重及び身上の配慮)</li> <li>⑤後見事務報告書の提出(後見の事務の記録)</li> <li>⑥収支状況報告と財産目録の作成(後見の記録)</li> <li>⑦後見終了の登記(終了の登記)</li> <li>⑧後見終了後の業務(財産管理の引渡し)</li> <li>⑨同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>⑩同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>⑪同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>⑫同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>⑬同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>⑭同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>⑮同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>⑯同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>⑰同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>⑱同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>⑲同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>⑳同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉑同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉒同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉓同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉔同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉕同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉖同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉗同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉘同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉙同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉚同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉛同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉜同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉝同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉞同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㉟同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊱同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊲同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊳同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊴同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊵同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊶同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊷同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊸同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊹同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊺同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊻同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊼同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊽同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊾同意書の作成(同意の引渡し)</li> <li>㊿同意書の作成(同意の引渡し)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>第952条 第1項・第2項</li> <li>第961条</li> <li>第959条</li> <li>第968条</li> <li>第953条 第1項・第2項</li> <li>第967条、第969条</li> <li>第959条</li> <li>第1040条</li> <li>第961条</li> <li>第952条</li> <li>第953条</li> <li>第968条</li> <li>第959条の3</li> </ul>

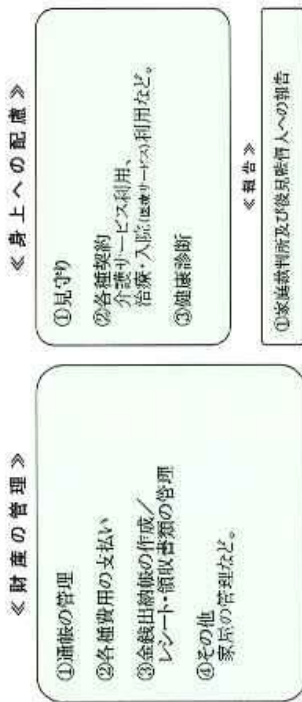
20



3 市民後見人の役割

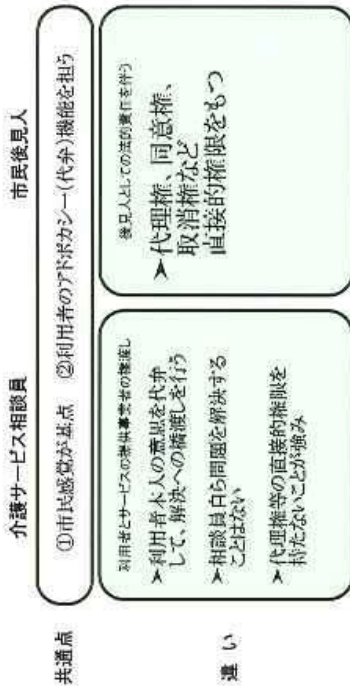
4 市民後見人としての活動

市民後見人の活動内容例



3 市民後見人の役割

5 介護サービス相談員との違い



# 第7章 高齢者の理解

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

## 1 高齢者の生活と心身に現れる変化

### ① 老いるということ

#### 1 老いに気づく

##### (1) ライフイベントの経験

人生において社会的にもっとも活動的な中年の時期、たいていの人は同時に自ら老いにも気づくものである。白髪が目立ちはじめ、しみやしわが増えてくる。このような外見上の老化は日常生活には支障をきたさないが、50歳前後になると老眼(老視)が現れ、進行すると読書がしにくくなり老眼鏡を必要とする。続いて、ライフイベント\*1と呼ばれるさまざまな出来事を経験することになる。

ライフイベントの多くは喪失体験を伴い、老いを生きていくうえで試練の時である。そのなかでも代表的なものは、子どもが成長して家を離れ親としての役割が終了すること、定年を迎えて仕事から離れること、慢性の病気を抱えること、配偶者や親しい友人との死別、そして老人ホームへの入所などである。このような喪失体験が、前期高齢期から後期高齢期にかけてやってくる。そのたびに心身機能が弱かされる。

その後の人生に大きな影響を与える出来事のことである。若いときには人それぞれパラエティに富んだ体験をもつが、高齢期には個人差はあるものの、共通したライフイベントが存在する。その代表が死別の終了、定年、慢性の病気や障害、配偶者や親しい友人との死別、老人ホーム入所などである。

\*1 ライフイベント...

### (2) 高齢者と生活空間 (略)

### (3) 老年症候群に着目する

高齢者に現れやすく、心身の機能低下と深く関係する一連の症状や病態を、欧米ではしばしば“geriatric syndrome”と呼ぶ。老年症候群はその訳語である。代表的なものに、失禁、転倒、嚥下障害群(記憶力障害)、寝たきり(服用剤併用)、せん妄、褥瘡、嚥下障害、尿路感染(多剤併用など)がある。そのほかに、栄養障害やうつ状態、かゆみなどを含むことがある。

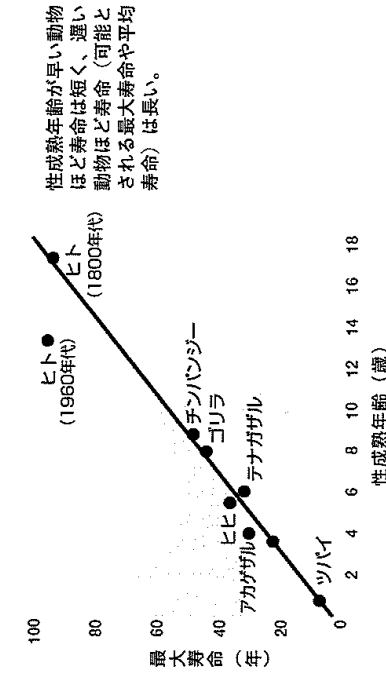
### ② 老化はなぜ起こるのか

#### 1 寿命の長い生物は性成熟が遅い

人間の場合、人生の目的はさまざまであるが、人間以外の生物にとっては子孫の保存が優先される。もちろん、人間にとっても重要なことではあるが、若干異なる特徴をもっている。

霊長類の性成熟年齢と最大寿命との関係を示したのが図1である。寿命が短い生物は性成熟も早く、寿命の長い生物は性成熟が遅いことがわかる。子孫保存のためには当然といえるだろう。しかし人間は性成熟年齢にくらべて最大寿命が大きく延びている。その分、老いという時期を過ごす寿命が待ち受けていたのである。

■ 図1 性成熟年齢と最大寿命



## 2 生殖行動をとる生物が老化する

生物が本来予定してないなかっただ生後期以降の長い年月、これが老化を生み出す時間的基礎である。人間を含め、オーストメスが生殖行動をとる生物は多少なりとも老化を経験する。逆にインゲンチャクのような無性生殖で増える生物には老化現象が起こりにくいようである。

強い個体を残すための自然淘汰力は性成熟年齢に入るとすぐに衰えはじめるので、子孫の保存以外をつかさどる遺伝子は淘汰されずに受け継がれていくことになる。老化を促進する傾向をもっているも、排除されにくいことになる。

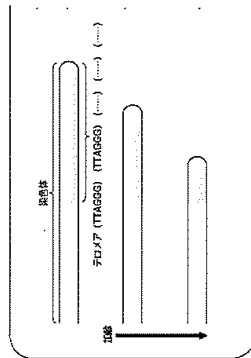
ハンチントン舞踏病という疾患は遺伝子の突然変異によって中年以降に発症する進行性の病気であるが、生殖期にはまだ発症していないため子孫に遺伝する確率が比較的高くなる。一方、老化現象が子どものときに現れるプロジェリア（早老症）という疾患では、性成熟期を迎えずに死亡してしまうことが多いので、子孫に遺伝する確率は極めて低くなり、まれにしか見られないこととなる。

## 3 老化を制御する遺伝子 (略)

## 5 テロメア

この細胞分裂の回数を記録しているのが、染色体の端にあるテロメアというDNAのかたまりであることがわかってきた。テロメアは細胞が分裂するたびに短くなっていき、ある限度以下になるとそれ以上分裂が起こらなくなってしまうのである。このテロメアという細胞分裂の記録時計が、ドリーにも伝わって、ふつうより早い寿命が決定づけられたと説明されている (図2)。

■ 図2 加齢に伴うテロメアの短縮 (老化テロメア学説)



- 細胞が分裂するとき染色体 (DNA の集合) が複製される。
- 複製のため染色体の末端部分に「掛け金」が掛けられ、次いで複製が行われるが、この「掛け金」部分は複製できない。
- そのため細胞分裂を繰り返す (加齢) うちに、末端の「掛け金」部分 (テロメアと呼ばれる、TTAGGG という塩基が繰り返される構造をもつ) が短縮する。
- 短縮した染色体は結合したり、異常を起こしやすくなる。

## 4 限られている細胞分裂の回数

また、生物の基本的構成要素である細胞の分裂という面から新しい知見が得られている。生物の細胞はがん細胞などを除けば永遠に分裂を続けるわけではなく、一定の回数 (人間の細胞では約50回) 分裂すると限界に達し、これを発見者の名をとって「ヘイフリックの限界」と呼んでいる。

例えば、体細胞からとった核を卵細胞に入れてつくったクローン羊ドリーなどはほかの羊より早く死ぬが、それは、もとの体細胞がすでに何回か分裂しており、生まれた時点で細胞はある程度老化しているためと考えられている。

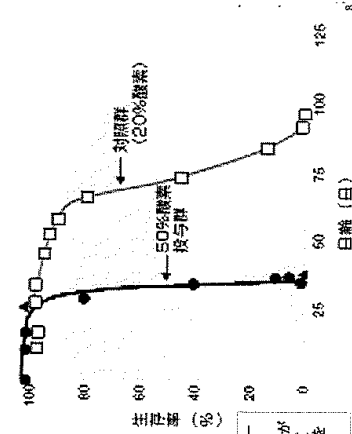
## 6 老化を促進する活性酸素

人間の老化は、遺伝子ばかりでなく、栄養や環境の影響も強く受ける。

そのなかでも、酸素と栄養をもとにエネルギーが産生されるとき、副産物としてできるフリーラジカルや活性酸素と呼ばれる物質が有害作用を及ぼしているという考えが有力である。

活性酸素が生ずるのは、生物が栄養と酸素をもとに生きていくかぎり避けられない現象であり、DNA やたんぱく質が活性酸素で傷つけられると、エネルギー産生も落ちていって細胞の死を招く結果となる (図3)。

■ 図3 酸素過剰による早期死亡 (シヨウジヨウバハエの例)



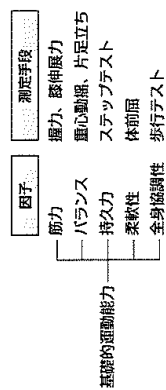
呼吸によって体内に取り込まれた酸素の一部は、活性酸素と見られる形に変化する。過剰な酸素が供給されると、活性酸素が多くつくられ、DNA の損傷、タンパク質の変化など生体に害を及ぼし、早期死亡を引き起こす。

### ③からだの変化

#### 2 体力—運動能力

運動能力という言葉は、単純な身体の動きからオリンピック競技のレベルまでを含んでいる。しかしもちろん、高齢者の身体機能として重要なのは、日常生活で基礎的な身体活動を遂行することのできる能力、いわゆる「体力（身体フィットネス）」である。ただ、「体力」という日本語はあいまいなので、ここでは「基礎的運動能力」と解しておく。

■ 図4 基礎的運動能力(身体フィットネス)の要素

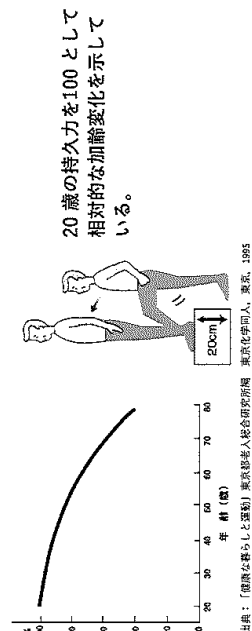


#### (2) バランス (略)

#### (3) 持久力

年をとれば激しい運動を長く続けることはできなくなる。これは、運動するためのエネルギー供給能力が低下するためと考えられ、この能力を持久力（スタミナ）と呼ぶ。最大限の努力で自転車などをこぎ続けたときの最大酸素消費量を測定することで、筋肉が動くために必要なエネルギーの最大容量が推定できる

■ 図7 ステップテストによる持久力の加齢変化



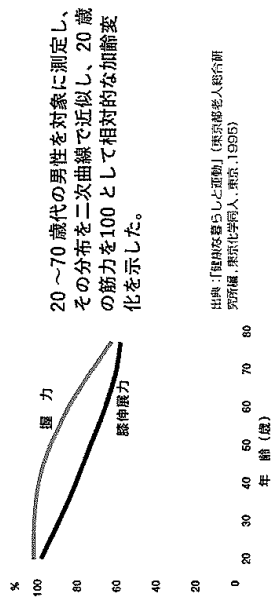
出典：「健康な暮らしと運動」東京老人総合研究所編 東京化学同人、東京、1995

### 3 加齢による基礎的運動能力の低下

#### (1) 筋力

図5は握力と膝伸展力の加齢変化である。これを見ると、握力は50歳を超えると低下が加速するが、膝の力は若いうちから衰えはじめることがわかる。いずれも80歳では、20歳時の60%程度に筋力が低下する。歩行などの全身運動に必要な下肢の筋力は若いうちから低下するが、上肢の筋力は中年まで保たれるようである。

■ 図5 握力と膝伸展力の加齢変化

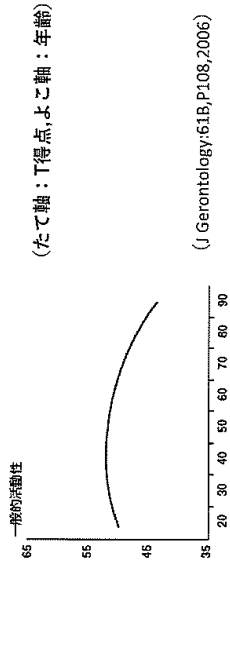


出典：「健康な暮らしと運動」(東京老人総合研究所編、東京化学同人、東京、1995)

### ④ ころの変化 — 生活面

#### 1 個性、心理面 (略)

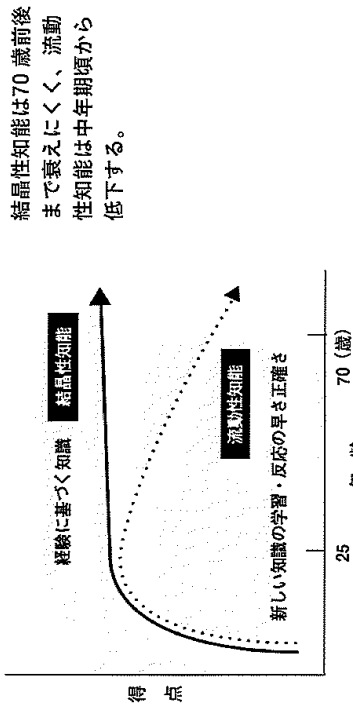
さて、年齢とともにこのような個性、傾向は変化するのだろうか。高齢者の性格特徴として、頑固になる、保守的になる、円熟する、などといわれることがしばしばある。気質のようなものが大きく変化することはなさそうであるが、さまざまな出来事を体験することの多い高齢期には、我慢強くなる、などの特性が現れてくるのも当然のように思われる。最近、5因子モデルの提唱者であるCostaらが50年にもおよぶ長期研究の結果を発表した。これは17歳から98歳までの2,000人以上の人々を調査しながら追跡したものである(図8)。



(J Gerontology 61B, P108, 2006)

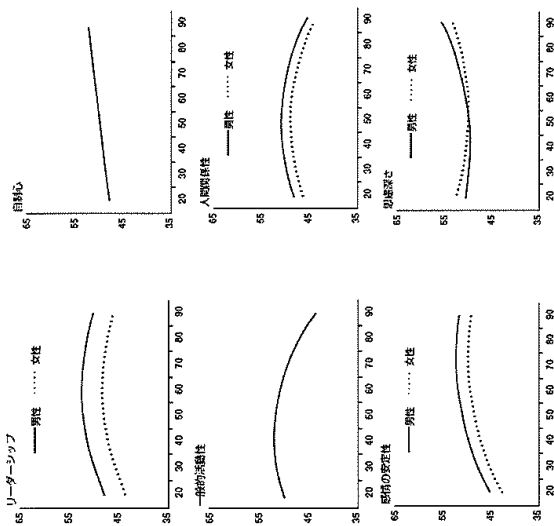
## 2 認知面

■ 図9 結晶性・流動性知能の加齢パターン

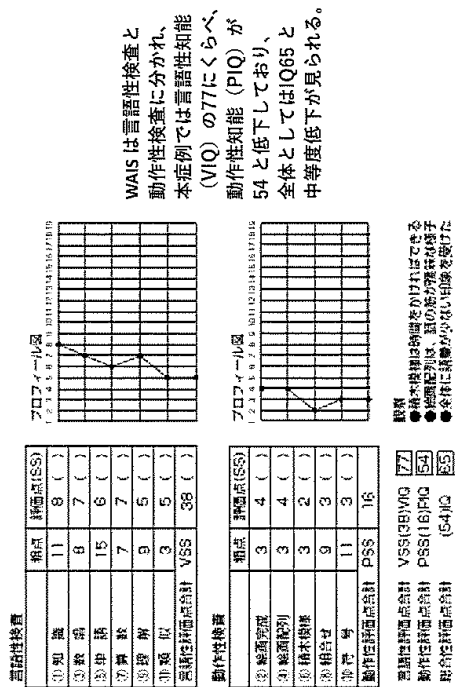


結晶性知能は70歳前後まで衰えにくく、流動性知能は中年期頃から低下する。

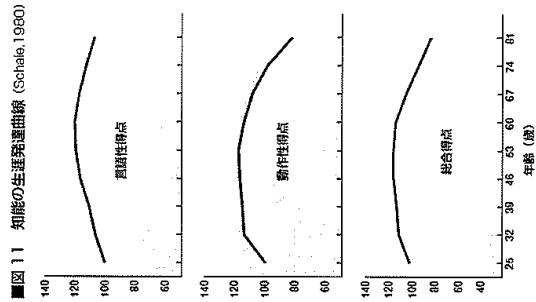
(Baites PB, Reese HW and Lipsitt LP :  
Life-span developmental psychology.  
Annual Review of Psychology 31:65-110, 1980.)



■ 図10 ウェクスラー成人知能検査 (改訂版: WAIS-R) の検査結果の例



WAIS は言語性検査と動作性検査に分かれ、本症例では言語性知能 (VIQ) の77に比べ、動作性知能 (PIQ) が54と低下しており、全体としてはIQ65と中等度低下が見られる。



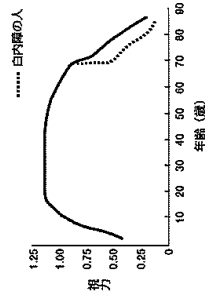
■ 図11 知能の生涯発達曲線 (Schale, 1960)

## ⑤五感・知覚の変化

### 1 加齢に伴う視覚の変化

視覚の代表は視力である。視力とは物の存在や形状を認識する眼の能力を指し、日々の生活のなかで新聞やテレビ、会話時の相手の表情など、生活上の多くの情報を得ているが、加齢とともに視力は低下する。健康な日本人の視力は1.2前後とされ、高齢者の裸眼視力の平均は、60歳代で0.51、70歳代で0.39、80歳代で0.31、90歳代で0.26と低下する(図12)。眼鏡などによって矯正すると、ある程度改善し、白内障の手術を行ったあとでは最高で0.90～0.98まで改善が期待される。

■ 図 12 視力の加齢変化

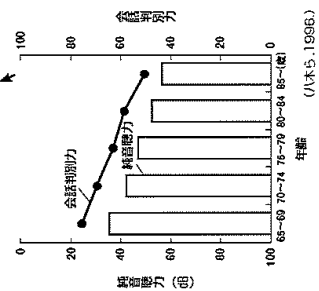


高齢者の視覚障害の原因疾患として、老眼(視)、白内障、緑内障、黄斑変性症、糖尿病性網膜症などがある。加齢に伴う視力低下の原因は、このような疾病によるものを除けば、脳や視覚神経系の問題ではなく、眼球や眼球の周囲の組織変化にあると考えられている。

### 2 加齢に伴う聴覚の変化

聴覚機能の代表は純音によって測定する聴力で、そのほか、雑音の中から興味のある話を聞き分けるカクテルパーティー効果なども聴覚の大切な働きである。聴力も高齢になると徐々に低下するが、**個人差の大きい**ことも特徴である

■ 図 13 聴力の加齢変化



(八木ら, 1996)

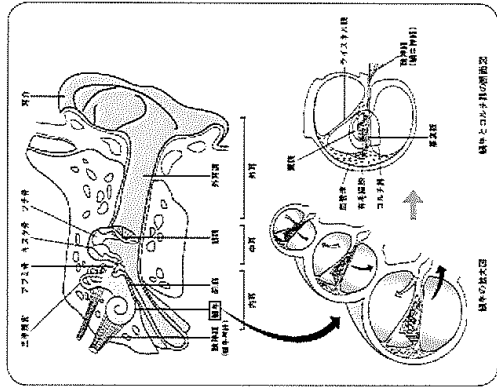
### (1) 老眼 (視)

老眼(視)は40歳代から50歳前後にかけて男女差も個人差も少なく現れにくくなる視覚障害で、その主因は、水晶体(レンズ)内の蛋白質成分の変性による**水晶体の弾力性低下と水晶体の曲率を変化させる筋肉の萎縮にある**とされている。そのため水晶体の曲率を上げて近くの対象に焦点を合わせることがむずかしくなる。最初の徴候としては、いつもの距離で新聞を広げたときに細かい字が読みづらく、新聞を目から離して読んでいることに自分で気がついたり、電話帳や時刻表が見つげなくなったりする。老眼鏡によってある程度の矯正が可能である。また、動いていない対象を見る能力(静止視力)よりも動いている対象を見極める能力(動体視力)のほうが早くから低下する。

### (2) 黄斑変性症

黄斑部は、網膜のなかで物を見るときに焦点を結ぶ領域で、視力に直接大きな影響を及ぼす。この黄斑部に出血、浮腫、白斑、線維増殖が起き、視力低下をきたす疾患が黄斑変性症である。60歳以上の男性に多く、有効な治療法がないため視力を保持するのは困難で、**高齢者の失明原因の上位を占めつつある。わが国で最近増加しているが、その理由は明らかでない。**

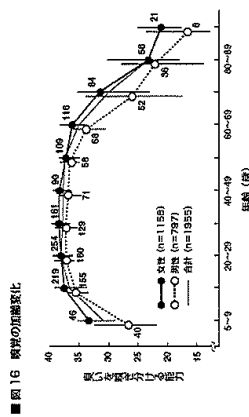
■ 図 14 眼の構造と瞳孔、コルチ器



### 3 そのほかの知覚機能の加齢変化

嗅覚は30～50歳代でピークを迎え80歳代では半減する。この臭いを感じずる能力の減退はそのほかの知覚低下よりもかなり早く20歳代はじめにははじまるとの説もある。

UPSIT という検査手法を用いて嗅覚の測定を行った米国の調査によると、すべての年齢で女性のほうが嗅覚に優れていた (図16)



■ 図16 嗅覚の加齢変化  
41 嗅覚の加齢変化に関する研究はUPSIT検査 (ケンブリッジ大学医学部) を用いて行われ、その結果は「オlfaction」(嗅覚) という用語で示されています。(Richard et al., 1994)

## 2 高齢期に多く見られる疾患と障害

### ①生活機能とは何か

- 1 生活の不自由さ (略)
- 2 生活機能に影響する要因
  - 表1 生活障害に関する心身の動きの低下とその代表的な原因疾患

心身の機能	代表的疾患
日常生活の活動力の低下	脳卒中、骨折
コミュニケーション力の低下	難聴、白内障
知的機能の低下	認知症
心理・感情の変化	うつ病、うつ状態

- 表2 社会・家庭的要因  
 家族構成や援助してくれる人の有無収入や年金などの経済状態住まいの構造や交通機関への利便性

## ② 老年症候群

### 1 転倒、歩行障害

#### (1) 主な原因

久しぶりに会った友人や親族が歩き方の変化に気づく、という場合がよくある。本人に尋ねてみると、たいがい自分でも歩行の変化に気づいているが、ゆっくり進行する機会が多く、初期の段階で自分から病院を受診することはあまりない。

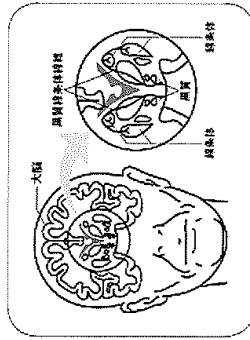
歩行は筋肉・骨・関節などの運動器系と末梢運動神経、小脳、錐体外路などの神経系が巧みに協調しながら制御されており、その障害の発生原因も遺伝性の神経疾患を含めさまざまである。

## (2) パーキンソン病

パーキンソン病は、その発見者である英国の医師ジェームズ・パーキンソンの名前をとった疾患で、中脳のドパミン産生神経細胞の変性によって運動障害をきたす。

座って安静にしているときに手足がふるえたり(振戦)、立ち上がりや物を拾うときの動作が緩慢で(徐動)、前かがみの姿勢でゆっくりとした歩行になる。筋肉が固まって(固縮)いくら力を抜いても手足をぶらぶらさせることがむずかしく、患者の手首を曲げたり伸ばしたりしてみると独特の抵抗が見られる(これを歯車現象という)

■ 図3 パーキンソン病患者の脳の病変図 (黒質の位置を示した)



## 2 不眠

### (1) 不眠のきっかけ

不眠（睡眠障害）には、「なかなか寝つけけない」「いったん眠っても目が覚めてしまう」「朝早く目が覚めてしまう」のようないくつかの種類がある。高齢になるにつれて後二者のタイプが増えるようである。生活をともにする人から「夜寝られなくても昼寝をよくしていますよ」「寝られないといってもよく寝てましたよ」という言葉を聞くことがある。しかし、たとえ不眠の解消が困難であっても本人の訴えは訴えとして受け止めるべきである。

### (2) 不眠とうつ病

不眠を訴える人のなかには、うつ病やうつ状態に陥っている人がいる。高齢期とはさまざまな喪失を体験する時期でもある。退職による仕事の喪失、性機能の減退、家族との不和や別れ、親しい人々との別れといった体験をきっかけにうつ病になってしまうのも無理ないことかもしれない。高齢期うつ病の原因の多くはこのようなライフイベントが背景にある。そして、孤立し絶望したときには、ためらいのない自殺に追い込まれてしまうのである。

25

26

### (3) パーキンソン症候群

パーキンソン症候群（パーキンソニズム）とは、このパーキンソン病を含め、さまざまな原因でパーキンソン病に類似した症状、徴候を呈するものを一括して呼びとむに使う名称である。パーキンソン病以外の原因としては、両側大脳の脳血管障害によるものと同精神障害によるものが重要である。両側の脳血管障害といっても、完全な片麻痺をきたすような大きな病変ではなく、ラクナ梗塞のような小さな脳梗塞が一般的である。これらはパーキンソン病と違って抗パーキンソン病薬が効きにくいようである。

### (3) 高齢者のうつ病の特徴

高齢者のうつ病には顕著な特徴がある。一見してそれを疑わせる抑うつ表情が見られる場合もあるが、むしろ**焦燥感、気だれしさ、意欲を前面に出した訴え**が多いのである。大きな問題はないから、と説得しようとしても聞き入れられることはまずない。

第二の特徴は、**心気症的傾向**である。心気症とは原因が精神・心理の問題であるのに、身体症状を訴える状態をいう。訴えとしては**食欲不振、頭痛、倦怠感、めまい、吐き気**といったものである。

第三の特徴は、**認知症を思わせる変動が見られ、認知症と間違われることがある**点である。意欲が低下しているので記憶力も落ち、知的機能の検査を受けても低得点にとどまる。

むしろかしいのは最後の点で、具体的には認知症にうつ病が合併した場合と認知症のうつ病とを区別することである。区別する基本は、本人や親しい人から話をよく聞いて症状の出現してきた過程を再現することである。2つの病気が同時に発病することはめったにない。また、専門家の意見を聞いて必要ならうつ病の治療を受けてみることである。抗うつ剤は効果がある

27

## 3 体重減少、食欲不振

### (1) 高齢前期の場合

高齢者といえども感染症などに罹患することなく食欲が低下するのは普通は見られないことである。食欲が低下し、体重が1カ月で2 kg以上減少したとしたら、なんらかの身体疾患を疑うべきである。

とくに、高齢前期までであれば悪性腫瘍の可能性がある。そのような場合、たいていそれを疑わせるようなそのほかの症状を伴う。**消化器症状**や**呼吸器症状**を伴う消化器がんや肺がんが代表的であるが、本人が年のせいであるなどと思っていることが多く、直接聞いてみないとその症状ははつきりしないものである。

### (2) 高齢後期の場合

高齢後期では食欲低下が単独で現れることも多く、その場合、悪性腫瘍以外にうつ病やうつ状態、**慢性疼痛の悪化**（心不全、呼吸不全、腎不全などの慢性臓器不全の増悪）、誤嚥性肺炎を念頭に置く。

28



## 4 失禁

- (1) 失禁とは (略)
- (2) 切迫性尿失禁 (略)
- (3) 腹圧性尿失禁

腹圧性尿失禁は笑ったり咳をしたとき、階段の昇り降りなど**嚙圧が上昇したときに生じる尿失禁のこと**である。比較的小量の尿を失禁し、安静時や睡眠中など腹圧の上昇がない状態では見られない。女性は男性より尿道が短いため、出産経験の多い中年以降の女性で頻度が高い尿失禁である。

原因は骨盤底を構成する筋肉群の損傷、脆弱化によるとされているが、下部尿路の神経系の問題も原因として指摘されている。これには骨盤底筋訓練法(ケーゲル法)や手術療法、薬物療法などの治療がある。

- (4) ~ (7) (略)

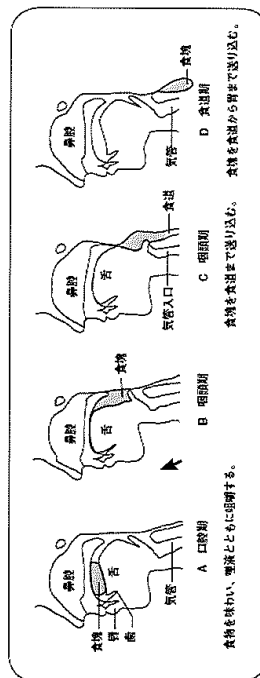
## 5 咀嚼障害(略)

### 6 誤嚥、嚥下障害

- (1) 嚥下のしくみ

嚥下とは食べ物の塊を口腔から胃まで送り込む運動をいう。嚥下障害は、この嚥下運動が何らかの原因で妨げられている状態をいい、障害の起こっている部位により口腔から咽頭までの「口腔期」、咽頭から食道入り口までの「咽頭期」、食道入り口から胃の入り口(噴門)までの「食道期」の3つに分けられる(図8)。

■ 図8 摂食・嚥下の過程



### (3) 消化器疾患 (略)

#### (4) 環境の変化が重要

高齢になるにつれ栄養障害をきたす危険性が著しく高まる。高齢後期ともなるとそれまで肥満だった人でも徐々に体重が減ってくるものであるが、その進行度は年単位であって数カ月の間に何kgも減ってしまうのは普通ではない。

高齢期に栄養を維持できなくなる原因としては、前項で述べた精神・身体疾患以外に、環境の変化が重要である。配偶者と死別して単身生活になったり、親しい友人や家族との別れ、転居、退職、思いがけない入院などがきっかけで、知らず知らず適切な栄養をとれなくなってしまうことも多い。その背景には孤独、喪失体験がある。たとえ2世代、3世代家族で生活していても、高齢者の食事は別につくられ、淡泊な嗜好に合わせるうちに栄養のバランスが崩れていることも少なくない。

### (8) ケーゲル法

**骨盤底筋強化訓練**は創始者の名前をとってケーゲル法と呼ばれることもあり、便通にも効果がある。骨盤底筋とは膀胱、尿道、大腸、膈などを支えている肛門挙筋、肛門括約筋、尿道括約筋、球海綿体筋などの筋群の総称で、その筋肉で支持組織の強化を図る訓練法である。骨盤底筋の筋力低下は子宮脱や膀胱脱の原因ともなる。患者自身が肛門や膈を繰り返し収縮させたり、排尿を意識的に中断する訓練でこれらの筋力を強くするが、この訓練法だけで尿失禁を完全に改善・防止することは容易でなく、**バイオフィードバックの技法**(リラクゼーション技法のひとつで、筋電図や脳波、体温などで生体情報の変化を見ながら心身をリラックスさせるコツを覚える技法)を取り入れられたり薬物療法との併用や手術を考慮することも必要になる。

排尿習慣化訓練は知的機能低下や身体機能障害によって排尿行動をうまくできない場合に、介護者や看護者、リハビリテーションスタッフの積極的介入によって排尿動作を再度習慣として獲得しようというものである。

## 7 かゆみ、掻痒感（略）

## 8 せん妄

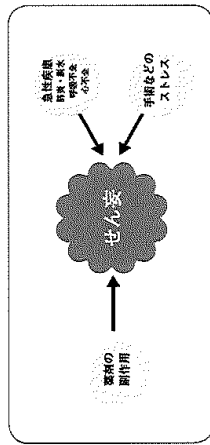
### (1) せん妄とは

せん妄とは、軽度の意識障害で、注意力、集中力、記憶力、判断力などが障害された状態をいう。しばしば、興奮、幻覚、妄想などを伴うが、逆に寡黙となる場合もある。

せん妄は、急に発症し、症状は動揺する。典型的なものとして夜間だけに発症するせん妄を「夜間せん妄」、術後に発症したせん妄を「術後せん妄」と呼ぶ。

高齢者、とくに認知症のある高齢者にせん妄は発症しやすく、入院など環境が変わると夜間せん妄がよく起こる。しかし、認知症がなくても高齢者では、高熱などの疾患あるいは薬の副作用が原因でせん妄が発症することも多いものである

■ 図10 せん妄の原因



## 第8章

# 認知症の正しい理解 認知症の症状と行動を理解する

(認知症サポーター養成講座 含)

NPO法人 風の詩  
理事長 永島 徹



皆さんで考えてみましょう。

「**認知症の人**」と聞くと、  
どんなイメージ？



## ポイント

「**認知症の人**」

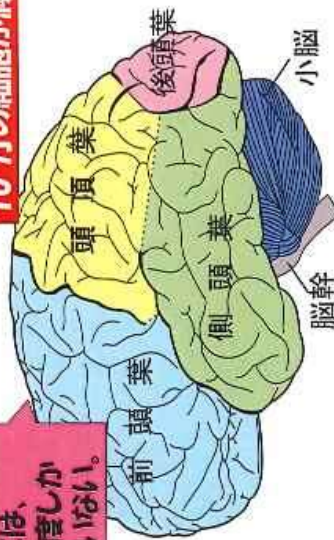
→「**認知症**」と「**人**」を  
区別して理解しましょう！



人間は**140億個**の神経細胞

実際には、  
1割程度しか  
使っていない。

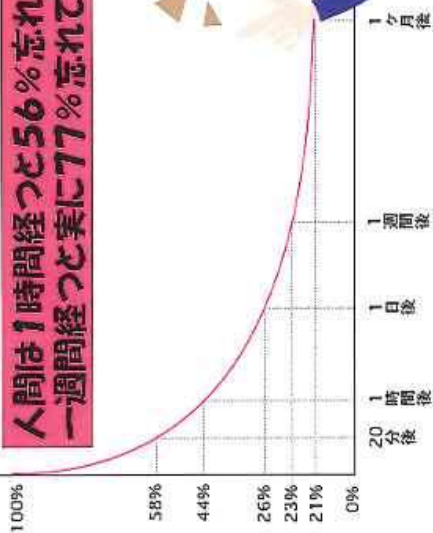
**1日に**  
**10万の細胞が減る**



男性 **1350~1400g** 女性 **1200~1250g**

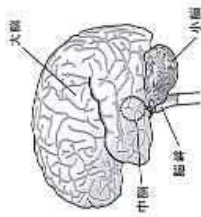
## エビングハウス忘却曲線

人間は1時間経つと56%忘れ、  
一週間経つと実に77%忘れてしまう



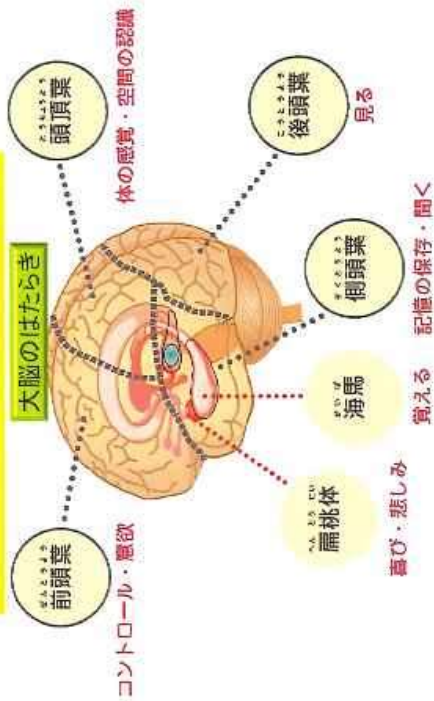
## 1 脳は部位ごとに役割を担う

ヒトの脳は大きく分けると、大脳、小脳、脳幹の3つから成り立っている。脳はさらに細かな部位に分かれ、それぞれに役割をもって働いている。



- ▶ **大脳** 脳の重量の8割を占め、記憶や思考、意欲、想像力など人間らしい活動の司令塔のはたらきを担う。
- ▶ **小脳** 大脳の下方にあり、運動機能や平衡感覚の調整役であり、ダンスやピアノなどの技能、自動車の運転技術など「身体で覚える」記憶を担う。
- ▶ **脳幹** 呼吸や血液循環、睡眠など生命維持に欠かせない自律神経系やホルモン系のはたらきを司る、生命維持の中枢ともいえる部分である。
- ▶ **中脳** 脳幹の上の部分にあり、身体のスムーズな動きや眼球運動などにかかわっている。

## 認知症とは？

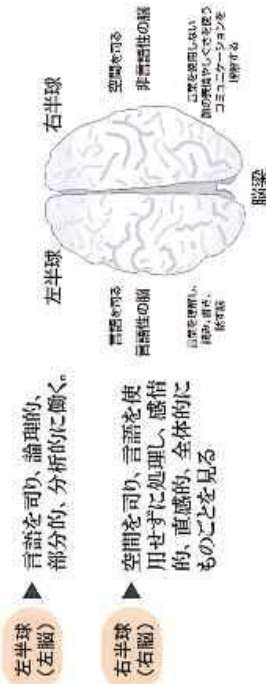


## 2 大脳のしくみとはたらき

異なる働きをする左半球と右半球は、脳梁という神経繊維で連絡を取り、情報交換をしている。

### 左半球と右半球

大脳は中央にある深い溝によって左右の半球に分かれている。



## 前方脳と後方脳

大脳は中央にある深い溝によって左右の半球に分かれている。

認知症の人の理解がむずかしいといわれる行動の背景には、後方脳による入力に問題がある場合もあり、前方脳による出力に問題がある場合もある。表面に現れた行動だけを抑え込もうとしても、適正な対応にはなれない。



後方脳 ▶ 眼からの情報を入力する。

前方脳 ▶ 後方脳から情報を受け取り、行動や言葉として出力するはたらきを担う。

○ **さまざまな行動は、後方脳で入力した情報を、前方脳で出力した結果を表すものである。**

## 後方脳の機能

後方脳は大きく後頭葉、頭頂葉、側頭葉の3つの部分からなり、各感覚器官から送られてくる情報を受け取り、前方に送って処理している。

後頭葉から側頭葉への経路が障害されると、色が分からなくなったり、物が見えていても、何を意味するものかが分からなくなったりする。後頭葉から頭頂葉までの経路が障害されると、自分と対象物の位置関係が分からなくなる。

視覚情報 ▶ 後頭葉の一次視覚野から単純な角度や色などの情報が送られ、前方に送られるにつれ、聴覚や記憶などほかの情報と融合し、「どんなものか」「どんな意味をもつものか」が分かるようになる。

形や色など単純な情報 ▶ 後頭葉の一次視覚野から、側頭葉に送られる。

動きや視空間の情報 ▶ 頭頂葉に送られて、前頭葉が必要な行動を身体に命令する。

## 前方脳(前頭葉)の機能

前方脳を構成しているのは前頭葉で、動物の脳に比べて最も大きく発達した部分である。

アルツハイマー病はじめ、さまざまなタイプの認知症で侵されやすい部分である。

目標を設定して計画を立て実行する(実行機能)。

その場で必要な記憶を取り出す(作動記憶)など。

状況に応じて判断し行動する、何かを創造する、感情をコントロールするなど、抽象的な思考や活動を司っている。

### 【前頭葉の障害と関連する認知症の症状】

- 取扱いよく物事が進められない
- ちよつとしたことでイライラする
- 状況に応じた行動ができない、フンパタンになる
- 毎日同じ時間と同じ行動をとる
- 身だしなみを気にしない
- 話がぐどく、同じことを何度も繰り返す
- 忍耐力がなく、集中力が低下している、仕事(作業)が長続きしない
- 一つの用事をしている間にほかの用事を忘れる
- ちよつとしたことで泣いたり、激怒したりする
- 意欲がなく、新しいことへの関心がない
- 自分でしようせず、人に頼りがちである
- ゴミや紙などを収集する
- 言葉がうまく話せないが、意味は理解できている
- 不潔、清潔の区別がつかない
- 尿や便をもらす
- 作り話をよくする
- 暴力を振ることがある
- いつもより機嫌がよくしゃべる
- 時々死にたいと思う

## 後頭葉のはたらき

後頭葉には一次視覚野があり、眼からの情報を受け取っている。

### 【後頭葉の障害と関連する認知症の症状】

- よく知った人の顔を見ても分からない、または眼を
- 「声がか聞こえる」「虫が耳に入る」などの幻覚が伴う

## 頭頂葉のはたらき

アルツハイマー病、脳血管障害や頭部外傷などがあると障害されることが多い。

針や刃など他の動作や行為、空間の位置や場所の認識、読み書き、計算にかかわっている部分である。

### 頭頂葉の前方

▶ 聴覚などの情報を受け取り、視覚情報やその他の感覚、記憶などを束ねて前方に送る部分、文章や文字の読み書き能力にかかわる部分がある。

### 【頭頂葉の障害と関連する認知症の症状】

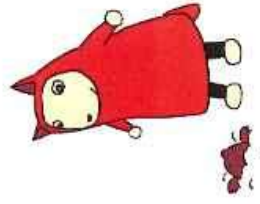
- やさしい計算でも間違える
- よく知っている場所でも、道に迷うことがある
- 針や刃など他の動作や行為、空間の位置や場所を認識
- 季節外れのものを着たり、着衣の順を誤ったりする
- 椅子にうまく座れない

### 側頭葉のはたらき

大脳の左右の側面であり、耳から入ってきた情報を取り取るほか、言語理解、記憶などを制御する働きを司っている。

#### 【側頭葉の障害と関連する認知症の症状】

- 会話中に「あれ」「それ」などの代名詞をよく使う
- 昨日の出来事をほとんど忘れてしまう
- 今言ったことでも、すぐに忘れてしまう
- よく知っている場所でも、道に迷うことがある
- 自宅でも部屋やトイレの場所を誤る
- 家族の名前を間違えたり、忘れたりする
- よく知った人の顔を見ても分からず、または誤る
- 食べ物でないものでも食べようとする
- 作り話をよくする
- 食事をしたことを忘れ、何度も食事を要求する
- ごく簡単な言葉でも理解できない
- 声が聞こえる「虫が見える」などの幻覚がある



### 指の組み方 思考のインプットを司る後頭葉の働き 腕の組み方 思考のアウトプットを司る前頭葉の働き

- ▶ **指→左下、腕→左下の人「ささ脳」**  
(論理的にとらえ、論理的に分析処理)
- ▶ **指→右下、腕→右下の人「うう脳」**  
(直感的にとらえ、感覚的に処理)
- ▶ **指→左下、腕→右下の人「さう脳」**  
(論理的に考えはじめも、感覚で処理)
- ▶ **指→右下、腕→左下の人「うさ脳」**  
(直感的にとらえたものを、論理的に分析して処理)



### 3 大脳辺縁系の機能とはたらき

大脳皮質の内側、脳幹の近くにある領域で、新しく進化した新皮質ではなく、古い皮質に属している。

記憶に關与する海馬と感情をコントロールする扁桃核など、いずれも生物が生きていくために不可欠の機能を担っている。



#### 海馬のはたらき

海馬は左右1対あり、側頭葉の内側に包み込まれている。

記憶に關与する海馬は、アルツハイマー病で障害されやすい部分の一つである。

記憶の保存 ▶ 今いる場所の認識や記憶、その日に受け取ったさまざまな情報を一時保存し、一時保存された記憶は、レム睡眠時に、仕分けや整理が行われ、主に側頭葉に運ばれ、保存される。

▶ 歳や風景などの視覚情報は右脳へ、言語的情報は左脳に記憶される。

▶ 海馬が障害されると、その時点以降の新しい記憶が保存されなくなる。アルツハイマー病の人が年齢を尋ねると、答えた年齢は記憶障害が始まった年齢である場合が多い。

▶ 海馬が障害される前ことは既に保存され覚えていた。しかし、次第にこの記憶も失われていく。

▶ 逆行性健忘 ▶ 海馬が障害されていなければ、以前に獲得したダンスやピアノ、将棋、自動車の運転などの技能は健忘は起こらない(干渉記憶)。

#### 【海馬の障害と関連する認知症の症状】

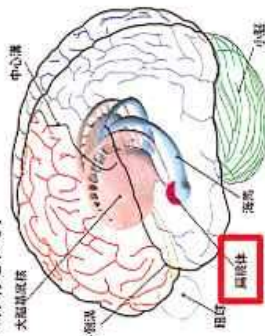
- 新しいことを覚えられない
- つい先ほどのことが覚えられない
- 昔のことも現在から過去に向かって覚えていく

## 扁桃体のばたらき

扁桃体は舌の奥の奥にあり、さまざまな情報が海馬に入る際の好む悪いセンサーとして脳内にはたらき。

アルツハイマー病の記憶障害では、体験した内容は忘れていくが、感情だけは残っていることがある。叱られて嫌な思いをすることが忘れられ、あの人の叱られた、あの人は悪い人だということだけを覚えているのは扁桃体のばたらきによる。

- 悪い体験、嫌な記憶は、海馬を興奮させ、通常の記憶よりも強く脳に保存される。
- 同様に楽しいこと、嬉しいことも増強されて保存される。
- 好きなこと、楽しいこと、嫌なことなどが記憶されやすいのは、扁桃体のばたらきによる。
- 危険を回避するなど生命維持のために備わっている能力ともいえる



## 認知症高齢者の現状 (平成24年)

○ 全国65歳以上の高齢者について、認知症有病率は15%、認知症有病者数は462万人と推計 (平成24年)。また、全国MCI (正常でない、認知症でもない (正常と認知症の間)) 状態の者は有病率約13%、MCI有病者数は約400万人と推計 (平成24年)。



参考: 厚生労働省「認知症高齢者の日本生活白皮書」以上の認知症高齢者割合を推計

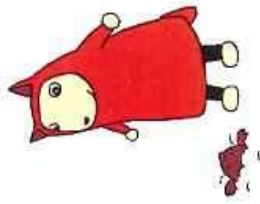
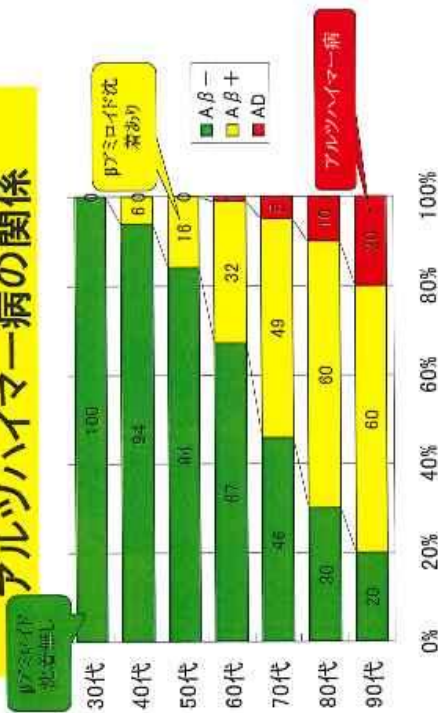
初推計 (年)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (推定)	平成26年 (推定)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	305	345	410	470
	9.5%	9.9%	10.2%	11.3%	12.0%

※ 平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授による速報値



※ 出所: 厚生労働省「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授) による速報値」  
※ 各年齢の認知症有病率が上昇する場合は推計

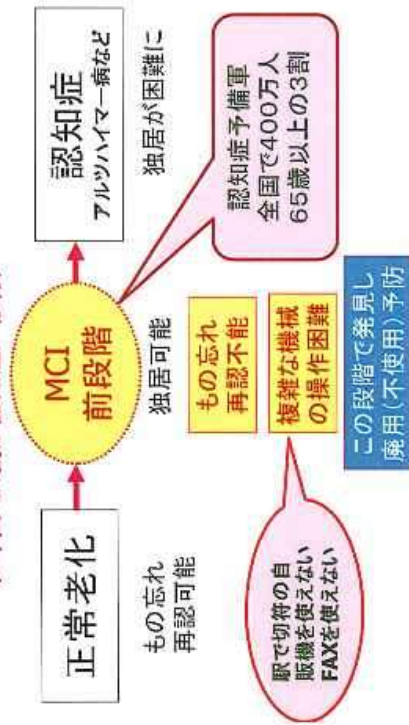
## 加齢と脳βアミロイド沈着・アルツハイマー病の関係



18ページ

## 軽度認知障害で発見

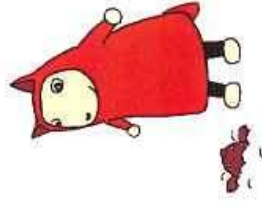
(5年間で4割が認知症に移行)



山口晴保編著: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント, 協同医学2005



## MCIは4つのタイプに分けられる



## 若年性認知症の理解と支援

1. 若年性認知症
  - (1) 若年性認知症とは、64歳以下で発症する認知症の総称
  - (2) 原因疾患は多様
  - (3) 若年性認知症と診断されるまでに時間を要する

## 若年性認知症の人がかかえる問題

- 働き盛り・就学期の子どもがいる場合が多い  
退職を余儀なくされると、**経済的困難**に
- 高齢の認知症の人と比べ、  
病気を理解し受け入れるのが困難(家族・周囲の人)  
→ **職場、地域**でどんな手助けができるかがカギに

P20

## わが国の若年性認知症の有病率と有病者数

若年性認知症者の総数は**3.57**万人と推計

若年性認知症有病率は人口10万人あたり**50.9**人

### 【原因疾患別】

アルツハイマー型認知症(52.6%)

血管性認知症(17.1%)

前頭側頭型認知症(9.4%)

頭部外傷による認知症(4.2%)

レビー小体型認知症／パーキンソン病による認知症(4.1%)

アルコール関連障害による認知症(2.8%)

出典：2020/7/27 東京都健康長寿医療センター 発表

## 若年性認知症の理解と支援

### 1. 若年性認知症

- (1) 若年性認知症とは、64歳以下で発症する認知症の総称
- (2) 原因疾患は多様
- (3) 若年性認知症と診断されるまでに時間を要する

### 2. 若年性認知症の人へ支援

- (1) 異変に気づくのは職場→早期受診につなげる
- (2) 診断後の対応
- (3) 就労の継続と管理者への啓発
- (4) 理解ある職場風土の醸成
- (5) 経済支援と制度の活用
- (6) 家族へのサポート

## わが国の若年性認知症の有病率と有病者数

### 【生活実態調査】

最初に気づいた症状は「もの忘れ」(66.6%)  
「職場や家事などでのミス」(38.8%)が多い

- ・約6割が世帯収入の減少を感じている
- ・主たる収入源は約4割が障害年金
- ・約1割が生活保護
- ・約3割は介護保険の申請をしていない

出典：2020/7/27 東京都健康長寿医療センター 発表

## 若年性認知症の理解と支援

### 4. 子どもへの影響と対策

- (1) 病気の説明と子どもの理解
- (2) 子どもへの支援

### 5. 若年性認知症の人が利用できるサービスや制度

- (1) 就労中に受けられるサービスや制度
- (2) 退職後に受けられるサービスや制度
- (3) 復職、再就職にあたり受けられるサービスや制度
- (4) 理解ある職場風土の醸成
- (5) 経済支援と制度の活用
- (6) 家族へのサポート

## 若年性認知症支援相談窓口


 若年性認知症  
 コールセンター  
 TEL: 03-3526-5111, FAX: 03-3526-5112  
 0800-100-2707  
 受付時間: 10:00~18:00  
 年中無休・休日無休  
 相談料: なし

65歳以上の認知症高齢者に対する  
**0800-100-2707**  
 認知症高齢者に対する家族が、最初に気づいた症状

認知症高齢者に対する家族が、最初に気づいた症状

認知症高齢者に対する家族が、最初に気づいた症状

# 認知症の理解

## 認知症による症状かもしれません

認知症高齢者を介護する家族が、最初に気づいた症状

同じことを書いたり  
 聞いたりする

置き忘れや  
 しまい忘れが  
 目立った

物の名前が  
 出てこなくなった

以前はあった関心や  
 興味が失われた

日常での  
 ちよつとした  
 変化に気づいて  
 ください

時間や場所の感覚が  
 不確かになった

日課をしなくなった

0800-100-2707  
 (出典) 本間 和子、春日ライオン、認知症第1号、2008年(一部改定)

**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、動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**  
**が出ている状態を指します**  
**(おおよそ6か月以上継続)。**



## 認知症とは？

いろいろな原因で→病気  
 脳の細胞がダウン→病変がある  
 ささまざまな障害が起こり→認知障害  
 生活するうえで支障が出ている状態→生活障害  
 6か月以上継続→徐々に進行

アルツハイマー病	レビー	脳血管性	その他
50%	15%	15%	20%

脳にゴミが蓄積→変性 脳虚血

初期に障害されるIADLは、買い物、服薬管理、家計

## 認知症の原因となる病気

- 変性疾患：アルツハイマー病、前頭側頭型認知症・レビー小体病  
(脳の神経細胞が死んで脳が萎縮)
- 脳血管性認知症：脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化など(のために脳の神経細胞に栄養や酸素が行き渡らなくなり、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る)
- その他：ウイルス感染症、AIDS、などの感染症やアルコール中毒
- 認知症の症状を示す疾患：脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、中状腺疾患 ●治療可能な疾患

認知症サポーター養成講座標準教材 認知症を学び地域で支えよう、全国キャラバンチーム推進協議会

## 認知症を引き起こす代表的な病気



## 認知症の症状

6ページ



## 中核症状 記憶障害 (記憶の分類)



B 時間による分類

神経心理学的分類	期間	神経心理学的検査法 (例)	認知心理学的分類
即時記憶	数十秒以内	反えたる前直ぐに再生する即時再生	短期記憶 (作動記憶)
近時記憶	数分～数日	覚えた名前を5分間の別の作業後に再生する近時再生	長期記憶
遠隔記憶	数週～数十年	昔その人の体験した出来事を再生する	

\*山口順徳・編著: 『認知症の正しい理解と包括的ケア』 協同出版, 2015, p.55

## 中核症状: 記憶障害

**即時記憶** -60秒まで

…17894

…17898

さっきの電話は誰から?

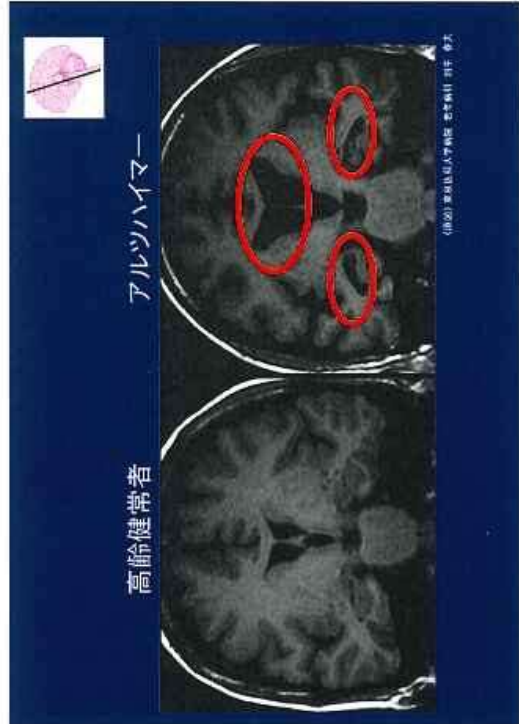
電話?

**近時記憶** -数分後まで覚えていた

**遠隔記憶** -昔のこと

記憶の種類を時間でわけた場合アルツハイマー病では、おもに近時記憶が失われやすくなります。

山口順徳 監修 京都大学医学部 山本 昌弘



7ページ

**記憶障害**

● 大のし情報  
○ 聞けぬ情報  
○ 無駄な情報

**記憶の分類**  
出来事記憶 (生活)  
意味記憶 (辞書)  
手続き記憶 (動作)

インギンヤクニ海馬と側頭葉

若いとき

正常な老化 (覚えるのに手間がかかる)

進行すると (覚えていたことを忘れる)

認知症 (覚えていない)

メモリー

ハードディスク

## 記憶の再認不能

メモをとっておくが、メモを見て……「何のこと？」

冷蔵庫の古くなった肉を見て、

……「困ったわね、誰が買ったの？」

伝言の伝え忘れを指摘されて、

……「そんな話は聞いていない！」

## 見当識障害

何が何だか分からない

見当識とは  
時間の経過・場所を  
認識する能力

時間の経過がわからない、季節がわからない

### 1. 時間の見当識障害

方向音痴、迷子、トイレの場所がわからない

### 2. 場所の見当識障害

娘が姉さんに、息子が知らない人に

### 3. 人物の見当識障害

## 理解・判断力の障害

自動販売機や銀行のATM、ファックス、全自動洗濯機やIHクッカーなどが使えなくなる

### 1. 考えるスピードが遅くなる

↑  
急かせない

### 2. 二つのことが重なると処理不能

↑  
一つずつゆっくりと

### 3. 些細なことに対応できず、混乱

↑  
変化には支援で対応

### 4. 目に見えないしくみを理解できない

↑  
自動販売機や銀行のATMを使えない

## 実行機能障害

前頭前野の統合機能の障害

○計画立案、案配・遂行の困難

○家事ができない→日常生活が困難になり、独り暮らしは困難

ちよっとした手助けで生活は維持

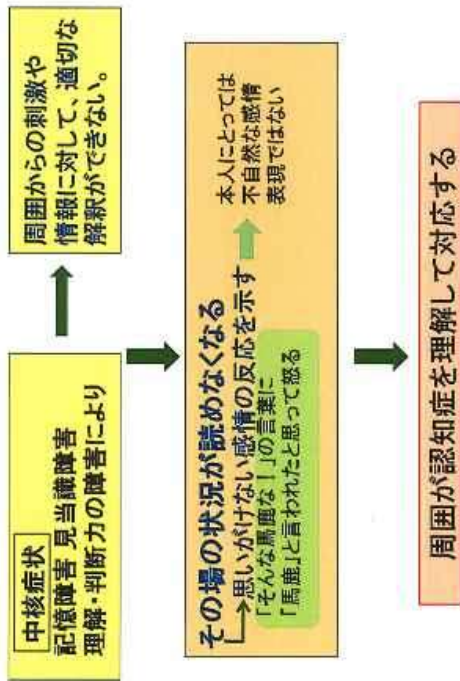
できることを活かす支援を

料理一つとっても、企画し、実行に移すのは大変な作業

みそ汁の具にと、冷蔵庫にある油揚げを忘れて油揚げを買い、いざ作るときには目に入った別の食材でみそ汁を作り、冷蔵庫は油揚げだらけ

# 感情表現の変化など

11 ページ



## (1) ゴミのたまる認知症

- 脳に、アミロイドβとタウというタンパク質(ゴミ)が大量にたまって神経細胞がダメージを受け、神経細胞を死滅させ、脳が萎縮して起こる病気。
- 加齢とともにゴミを分解する能力が低下、ゴミが異常蓄積すると認知症の発症に至る。

### ① アルツハイマー病

アミロイドβタンパク質というゴミが溜まって発症する。

#### 症状

- ➡ **海馬にたまる** → 新しいことを覚えられない、少し前の体験をすっかり忘れる。
- ➡ **頭頂葉にたまる** → 道具が使えない。道に迷う。
- ➡ **前頭葉にたまる** → 解決能力が低下する。家事が段取りよくできない。

・ **運動領野、視覚野、聴覚野は障害されない。**

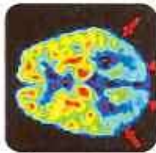


## ② レビー小体病

「ロンスクレイタンタンバウ」というゴミが神経細胞に蓄積した「レビー小体」が、大量にたまって発症する。

- 症状**
- ・ 症状の良い時と悪い時の変化が大きい
  - ・ 人や動物、虫などがリアルに見える (特に小さく見えることが多い)

→ 幻視



- ・ 幻聴
- ・ 身近な人を別人と誤認

レビー小体が脳幹にたまるとパーキンソン病を発症する。

### パーキンソン病症状

- ・ 筋肉がたたくようになる。
- ・ 手足が震える。
- ・ 動きが遅くなる。
- ・ 転倒しやすくなる。
- ・ 青色が見にくい。

### その他の症状

- ・ 夜中に大声を出す、動き回るなど
- ・ 錯綜したものが見えにくくなる
- ・ 匂いがわからなくなるなど

→ レム睡眠異常行動

→ 視覚覚の異常

## (2) 血管障害の認知症

血管の動脈硬化から、脳梗塞や脳出血、くも膜下出血、脳塞栓症などを起こして発症する認知症

### 発作を繰り返すたびに症状が進む

- ・ 脳梗塞などの発作を繰り返すたびに階段状に認知機能が落ちる。
- ・ 細い血管で起こる小さい脳梗塞を何度も起こし、気がつかないまままっつくり進行するタイプ。

### 症状

- ・ やる気がなくなる
- ・ 感情を抑えられない
- ・ 段取りが悪くなり、料理がうまく作れない
- ・ 無表情
- ・ 感情失禁
- ・ 実行機能障害

→ 意欲低下

→ 感情失禁

→ 実行機能障害

## ③ 前頭側頭葉変性症

前頭葉と側頭葉に「タウタンパク」や「TDP-43」などがたまって脳が萎縮して発症する。

※ 発症される場所により、いくつかのタイプがある。

### タイプ1 ● 前頭側頭型認知症(ピック病)

→ 前頭葉の下部の障害

### 症状

- ・ 性格変化が現れる。
- ・ 怒りっぽくなる。
- ・ 同じ行動や言葉を繰り返す、時刻表的な生活をおくるなど。

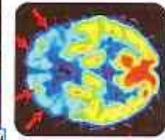


### タイプ2 ● 意味性認知症

進行性非流暢性失語症

### 症状

- ・ 言葉や物の意味がわからなくなる、コミュニケーションがとりにくくなる。



### タイプ3 ● 進行性非流暢性失語症

### 症状

- ・ 言葉の意味は理解できるが、言葉がスムーズに出なくなる。

## (3) 間接的に脳が障害される認知症

他の病気や薬の影響で認知症の症状を呈する場合。適切な治療により改善できる病気もある、早めの受診が重要。

### ① 内科的な病気

**甲状腺機能低下症**：甲状腺ホルモンの働きが低下する病気。

### 症状

倦怠感、記憶力低下、低体温、むくみ、体重増加など。

**糖尿病**：脳にゴミがたまりやすくなる。

生活習慣病の中で、最も認知機能に影響を及ぼす疾患。



## ② 頭部の病気

**正常圧水頭症**：脳脊髄液が脳室にたまる病気。

- 症状** 歩行障害、尿失禁、認知症の症状（もの忘れなど）が特徴。
- 手術で症状が改善する可能性がある。

**慢性硬膜下血腫**：頭を強打した後、脳の内側にできた血腫が徐々に大きくなって症状が現れる。

- 症状** 認知症症状、意識障害、手足の運動障害などが特徴。
- 手術で症状の改善が期待できる。

## 2 認知症の進行と症状

### (1) 認知症の種類によって異なる進行と症状

認知症の進行や症状は人により大きく異なる。  
原因疾患の種類や脳の障害部位によっても特徴的な症状が現れる。

#### アルツハイマー病の場合

- ・ 病変が海馬、頭頂葉、前頭葉に現れる。
- ・ とくに記憶の障害は初期から現れることが多い。

#### レビー小体病の場合

- ・ 記憶障害は軽度だが、前頭葉底面や扁桃体、後頭葉や中脳に関わる機能に障害が現れやすい。
- ・ 最も特徴的 ▶ 症状が急激に変動して一定しない

↑ 図1(アルツハイマー病の症状(イメージ))参照

↑ 図2(レビー小体病の症状(イメージ))参照

## ③ 薬の影響

高齢者は、薬物の排泄機能が衰えており、常用量の薬でも症状が現れる場合がある。  
多種類の薬を併用している場合は特に注意が必要。

### 注意したい薬

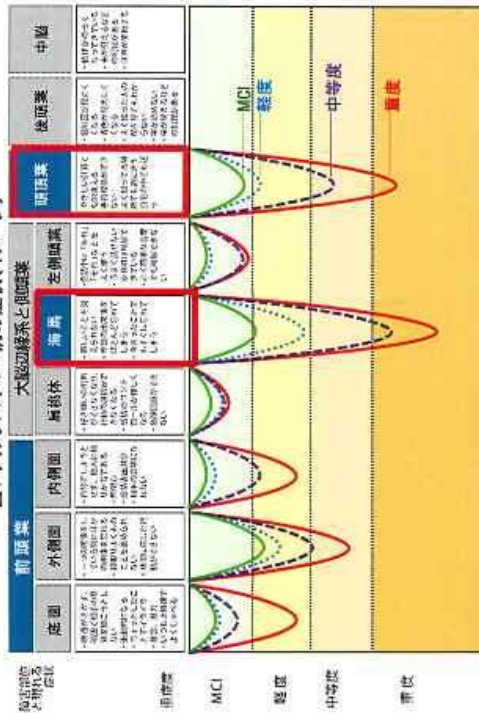
**向精神薬**：  
睡眠薬、抗精神障害薬、抗うつ薬、抗不安薬

### その他の薬

抗パーキンソン病薬、抗てんかん薬、降圧薬、利尿薬、鎮痛薬やアレルギーの薬、風邪薬や胃腸薬など。

**ごく一般的な薬でも認知症状を起こす場合がある。  
高齢者の薬の服薬には特に注意が必要。**

図1 アルツハイマー病の症状(イメージ)



98

97

(2) 環境や対応によって変わる重症度  
認知症の進行や症状は、周囲の対応によっても大きな違いが出る。  
正しい対応を行うことで、症状の改善が期待できる。

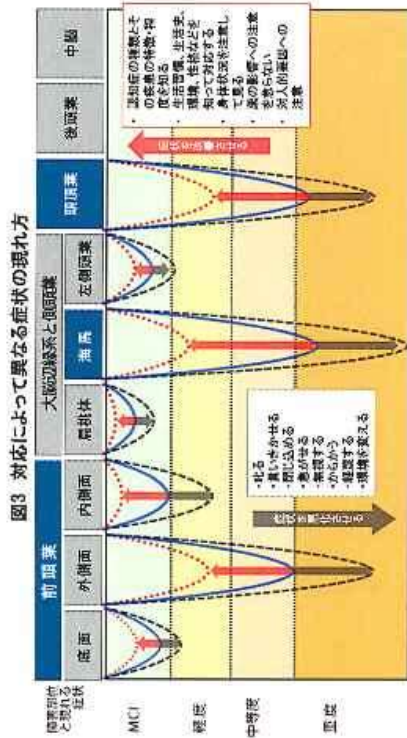


図2 レビー小体病の症状(イメージ)



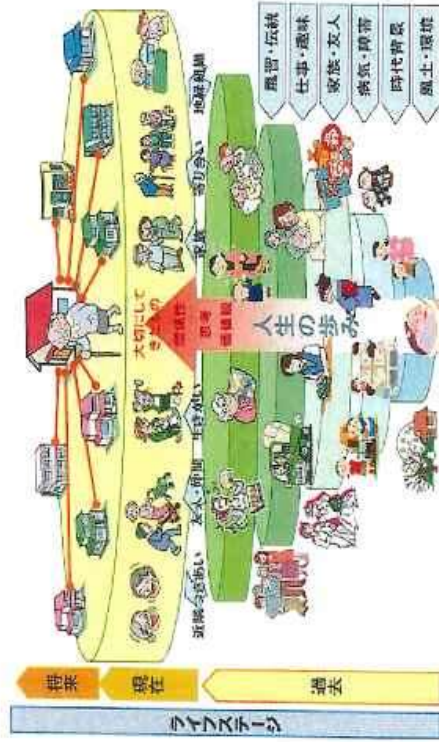
## 質問

皆さんが、翌朝目覚めたら、知らない場所が目覚めました。さて、皆さんはどんな行動をとるでしょうか？

- ①ここは、どこなのか確かめて見て回る。
- ②何が起こるか分からないので、じっとしている。
- ③「おっ〜いッ」と声などを出してみる。

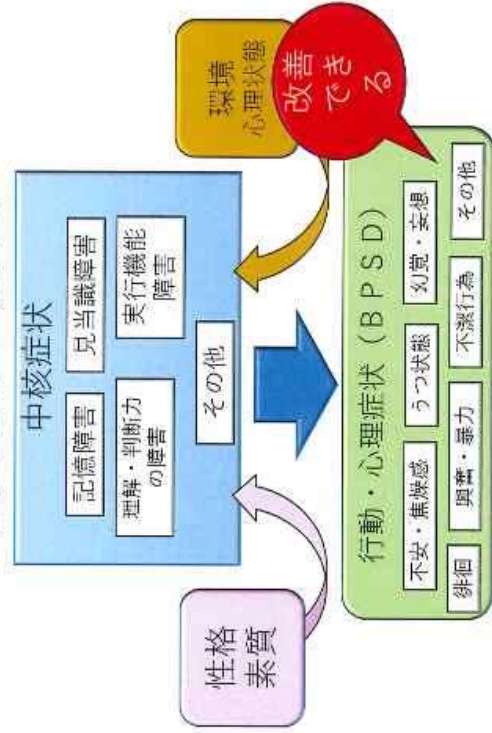


人生の歩みから築かれた「その人らしさ」の関係の広がり



## 認知症の症状

6ページ



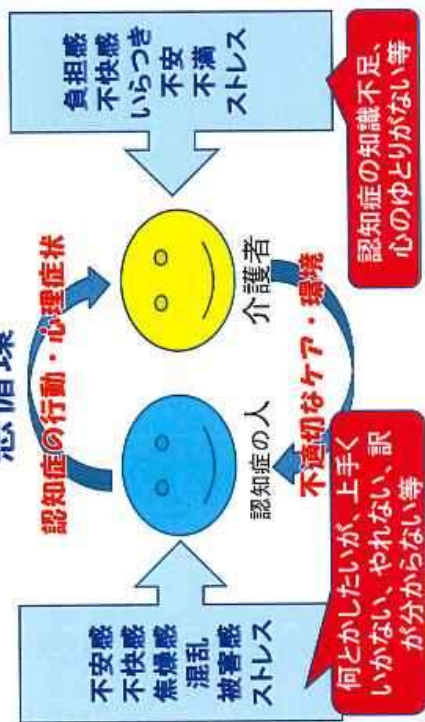
## BPSDの定義

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

行動障害という用語の代わりに**認知症の行動・心理症状 (BPSD)** という用語を用いる。これは、認知症の人に頻繁にみられる知覚・思考内容、気分または行動の障害による症状と定義される

認知症の人と介護者との間に起こる

**悪循環**



**身の回りの支障**

原因を考えて対応を

いきなりオムツではない！

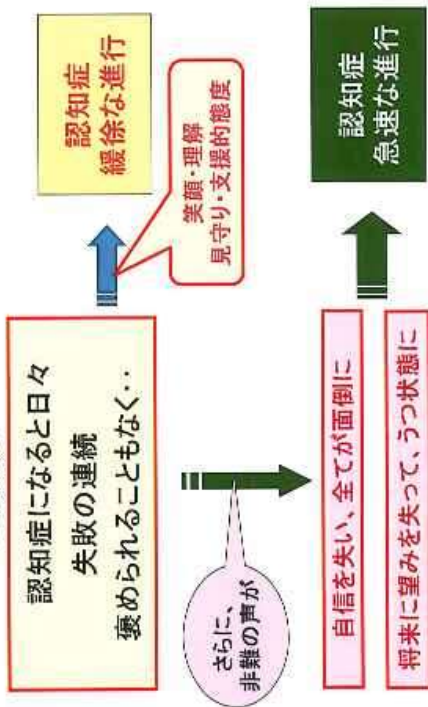
<排泄の失敗例>

1. トイレの場所がわからない  
⇒ 「便所」表示、夜の照明や通路
2. 衣類の着脱に手間取る  
⇒ 着慣れた衣服
3. 尿意・便意を感じない  
⇒ トイレ誘導やオムツ

13ページ

**行動・心理症状(BPSD)とその支援**

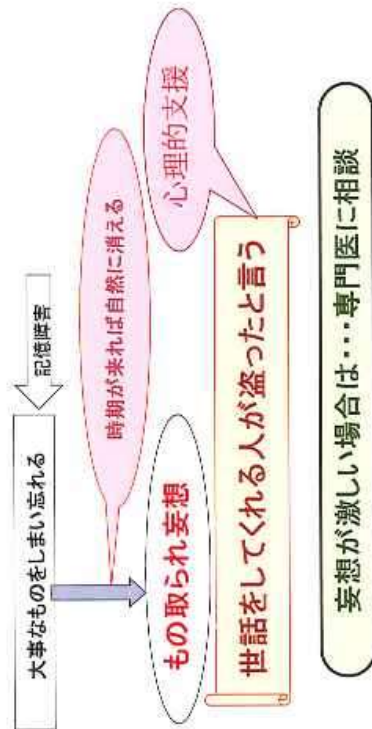
12ページ



**周囲の人が疲弊するもの盗られ妄想**

14ページ

しまい忘れをきっかけに妄想がおきます  
7割がもの盗られなど被害妄想



### 行動障害への理解

ちぐはぐな行動

見当識障害 → 自分のことや周囲の状況が把握できない

(徘徊を例に) 徘徊といわず原因を探り対策を考ええる

- ①暗くなって道に迷う → (見当識障害) 明るいうちに帰れるように工夫すれば1人で大丈夫
- ②目的地への道がわからなくなった → (見当識障害) 送り迎えの人が必要
- ③夕方になると「故郷に帰る」と出ていく → (脳血管性認知症・脳の活性が下がる夕方) 場所や時間の見当識障害が起きる(タイムアプ) 星野などで夕方方の意識をはっきりさせる。 場合によっては薬を使用
- ④はぐれて遠くの町まで行ってしまった → ④⑤認知症が進行、常時介護者の支援が支援
- ⑤家の中でもじっとできずに歩き続ける

安心できる居場所ができれば、徘徊は減る

### 認知症状に影響する種々の要因

身体的要因

身体疾患、合併症の治療薬



心理的要因

家族との情緒的関係 生来の人格・性格

環境要因

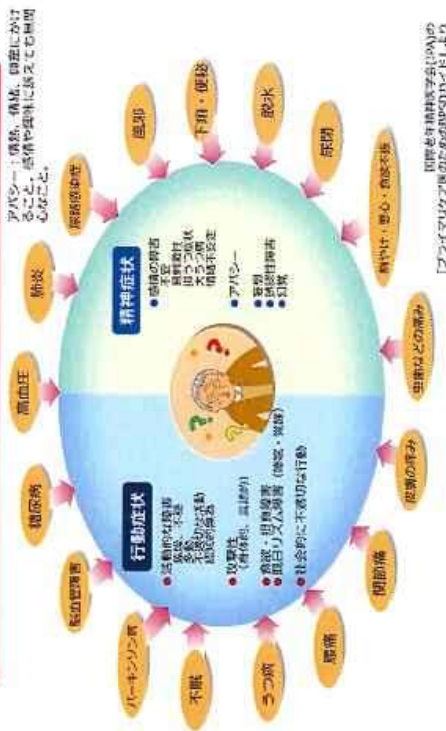
地域社会の老人観 単身・同居の差、居住空間



図1 認知症状は中核症状に比べて環境因子や個人因子の影響が大きい。

図1 認知症状と脳病変の関係

### BPSDに関する主な疾患・症状



## 相手の声なき声にある思いを察する



何を言ったのか

何を伝えたかったのか

表面にみえる事実だけにとわられないで、真実をみていこうとする姿勢の大切さ

16ページ

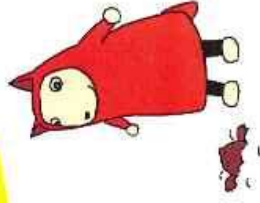
### 認知症の診断・治療

#### 早期診断、早期治療が大事なわけ

- ・ 治る病気や一時的な症状の場合がある
- ・ 早い時期に受診することのメリット
- ・ 初期は専門の医療機関の受診が不可欠



## 認知症の予防と治療



16・17ページ

### 早期診断・早期治療が大切

アルツハイマー病 : 薬で中核症状の進行を遅らせることができる。

脳血管性認知症 : 治療可能。  
(再発防止で進行させない)

治る病気や一時的な症状の場合 →  
放置すると回復不可能で認知症に

正常圧水頭症 脳腫瘍 慢性硬膜下血腫 → 脳外科的処置  
甲状腺ホルモン異常 → 内科的治療  
不適切な薬の使用 → 薬の調整

精神症状には原因や状況に応じた療法を

認知症の診断・治療

早期診断、早期治療が大事なわけ

- ・治る病気や一時的な症状の場合がある
- ・早い時期に受診することのメリット
- ・初期は専門の医療機関の受診が不可欠

認知症の治療

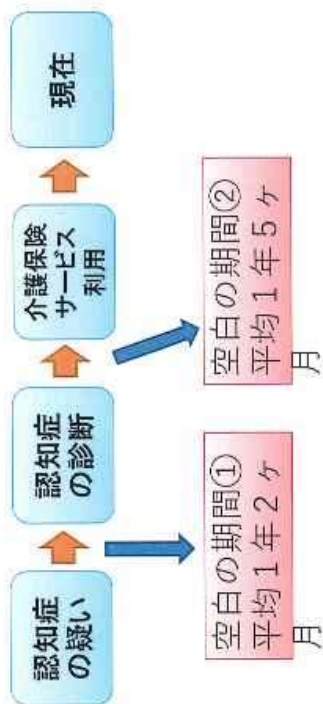
アルツハイマー型

薬で中核症状の進行を遅らせる  
 血管性認知症  
 進行を止められることもある

精神症状には原因や状況に応じた薬法を



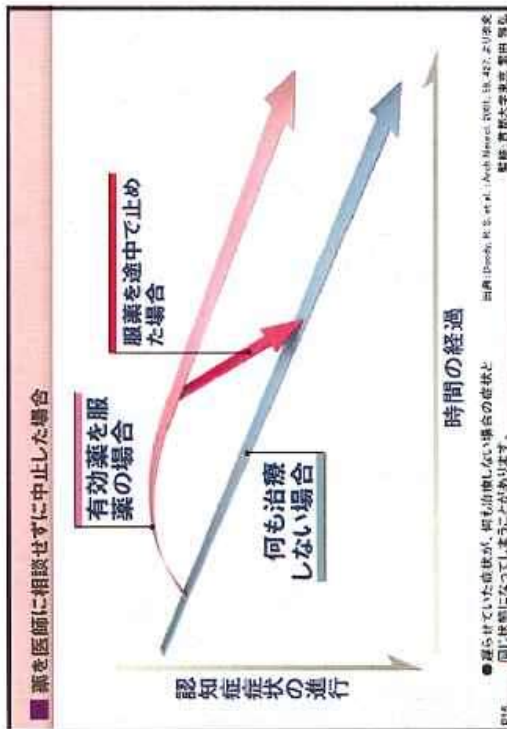
認知症の家族等介護者の  
空白の期間



認知症介護情報ネットワーク「認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業」より

アルツハイマー病の治療薬

一般名 (製品名)	リバスチグミン (イクセロンパッチ、 リバスチグミンパッチ)	メマンチン (ママン)
作用機序	アセチルコリンエステラーゼ阻害剤 アセチルコリンエステラーゼ阻害剤 アセチルコリンエステラーゼ阻害剤	NMDA 受容体アンタゴニスト
アルツハイマー型認知症の適応症	軽度から中等度 軽度および中等度 軽度および中等度	中等度から高度
剤型	錠剤、口腔内崩壊錠、経口液剤	錠剤
投与回数	1日1回 1日2回 1日1回	1日1回
<b>コリンエステラーゼ阻害薬</b>		
<b>神経保護薬</b>		



## 認知症の予防

・ 認知症の予防とは→発症のリスクを減らす  
 ※これをすれば「認知症にならない」予防法はない  
 脳血管性認知症の予防: 高血圧症、高脂血症、肥満対策  
 アルツハイマー病の予防: 生活習慣病対策(運動、食事)  
 老化による脳の病気の加速因子を防ぐ

・ 脳の活性化を図る→楽しく行う

- ① 快刺激で笑顔に
- ② コミュニケーションで安心
- ③ 役割・日課をもとに
- ④ ほめる、ほめられる

「何をするか」ではなく、どんな刺激ある日常を送るかが重要

## 非薬物療法

### ① Reality Orientation (RO)

現実見当識を標的とする治療法

目的

- 現実見当識の強化
- 活動性の向上
- 今と過去の違いを明確にする

## 非薬物療法

- ② 回想法  
回想を通して自信獲得や心理的安定を計る
- ③ 音楽療法  
内容は多岐にわたる  
音楽を媒介に、行動、態度、構えを望ましいものへ
- ④ その他  
絵画療法、園芸療法、ペット療法  
治療的レクリエーション

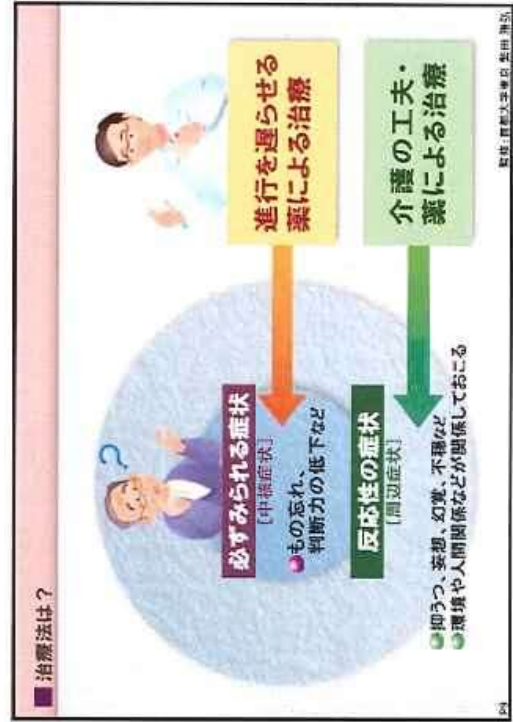
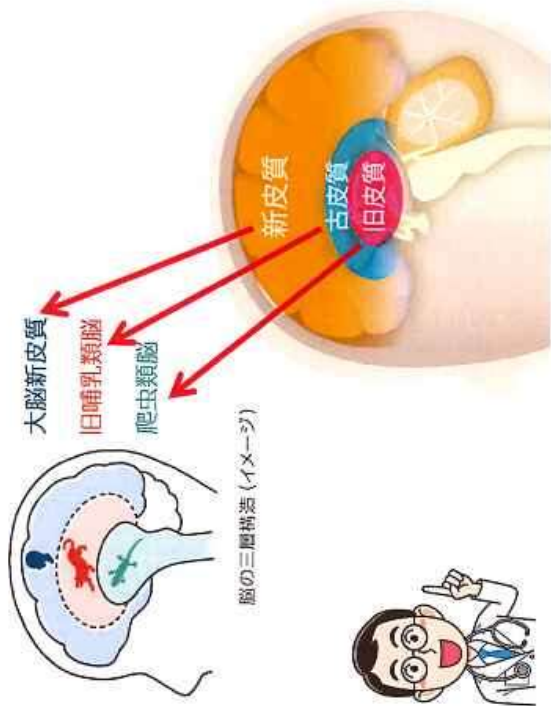
扁桃体は情動・感情の処理(好悪、快不快の判断)、直観力、恐怖記憶形成に重要な役割を担っている。





# 皆さん！ 最近、笑っていますか？

笑うと身体の免疫力がアップ！笑うとNK細胞の活性化につながるからです。



■ ADの場合、有効とされている薬の根拠とみられる改善症状

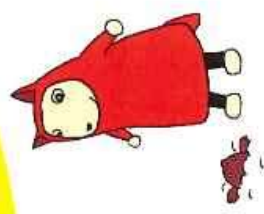
意欲がみられるようになった  
～趣味を持つようになった～

忘れて聞き返す頻度が  
減少した



EP13 川崎 康正医師、神谷 麻里子先生 © 2009 監修：筑波大学附属医 薬田 真佐

# 認知症の人の家族を 理解する



22-23  
ページ

## 認知症の人を介護している 家族の気持ちを理解する

- 第1ステップ:とまどい・否定
- \* 異常な言動にとまどい、否定
  - \* 他の家族にも打ち明けられない悩み
- 第2ステップ:混乱・怒り・拒絶ー理解の不十分から
- \* 疲労困憊・絶望 つらい時期
- 第3ステップ:割り切り
- \* 徐々に理解し、支援を受け、怒ってもしょうがない
- 第4ステップ:受容
- \* 理解できるようになる あるがままを受け入れる

# 家族の理解

認知症介護をしている  
家族の気持ちを理解する



### 介護者の理解 「介護体験を通して分かる思い」

- ① 認知症の人を介護する家族の思い
- (1) 認知症についての知識・情報不足
- (2) 介護サービスについての知識・理解不足
- (3) 認知症の対応方法不足
- (4) 認知症についての理解不足
- (5) 現状を受け止められない心境
- (6) 世間の理解不足



「認知症者の生活支援に向けたソーシャルワーク実践介入研究」筆者永島徹 より抜粋

## 家族の2つの心



- ・目を離せない
- ・何度も同じことをきく
- ・理不尽に責められる
- ・怒らせないように
- ・傷つけないように

- ・どうしてこんな病気に
- ・なぜ自分の家族が
- ・もとのような暮らしが懐かしい
- ・なんでもできた人が
- ・元気に活躍していた人が

※引用: 早稲田大学 北村博樹



### 老老介護 ひとつの事実

『病気を悪化させないよう、  
楽しく介護しよう』と決めたが...

兄弟には『迷惑をかけたくない』

下野新聞 平成26年5月20日

認知症介護をしている  
家族の気持ちを理解する



「SOSを出していれば...」  
では、すまされない現実

サービスは  
提供していたが...

気持ちを理解することの大  
切さ  
(ライフレビューの活用)



## 介護者の理解 「介護体験を通して分かる思い」

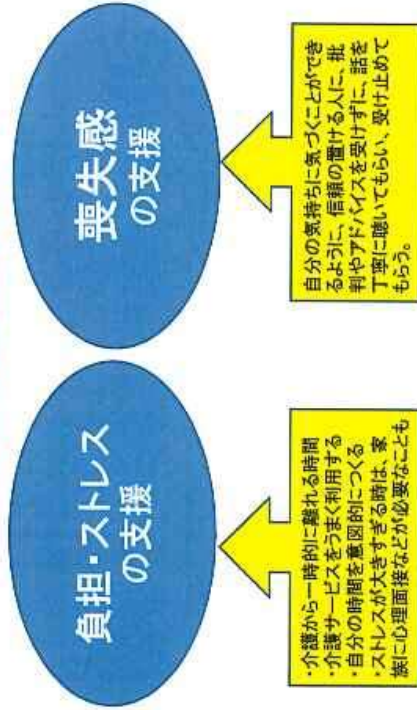
② 介護する際に役だったこと

- (1) 学べる場
- (2) 話せる場
- (3) 身近な理解
- (4) 気持ちを分かち合える場
- (5) 家族の理解
- (6) 専門職のサポート



「認知症者の生活支援に向けたソーシャルワーク実践介入研究」 筆者永島徹 より抜粋

## 家族支援は2つの面から



・介護から一時的に離れる時間  
・介護サービスをうまく利用する  
・自分の時間を意図的につくる  
・ストレスがたまるときは、家  
族に心理面などが必要なことも

自分の気持ちに気づくことができ  
るように、信頼の置ける人に、批  
判やアドバイスを受けずに、話を  
丁寧に聞いてもらい、受け止めて  
もらう。

※引用： 聖徳大学 北村昌雄



認知症サポーターとしてできること



19・20ページ

### 認知症の人と接するときの心がまえ

「認知症の本人には自覚がない」は大きな誤り

漠然と気づいている 不安→妄想(自己防衛)

「誰よりも苦しいのも悲しいのも本人」

「私は忘れていない！」病気の否認→自己防衛

隠された悲しみの表現

こころのバリアフリーを → 人間杖が必要  
かかわる人の心がまえ → さりげなく、自然に

誰でもいずれば  
認知症になる可能性有り

私たちに  
できること

### 私たちにできるステップ3

- ▶ **ステップ1** 見守り・声かけ
- ▶ **ステップ2** 話し相手
- ▶ **ステップ3** 何か簡単にできることを試みる

タイミングによっては、

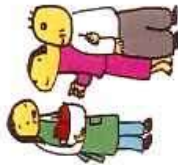
知り合い(専門職)につなぐ

情報提供を試みる



## 認知症サポーターとしてできること

認知症について正しく理解し、→自分たちの問題  
偏見を持たず、→誰もが認知症になり得る  
認知症の人や家族に対して温かい目で見守り  
どんなことでも良いからそっと手を差しのべよう



## 認知症サポーターができること

\* 働く場面で...

地域で働く人の理解があれば買物や食事にてかけるこ  
とが可能になります。

色々な困難はあっても安心して暮らす事ができます。

日常生活に直接係わる業種に従事している人々の理解  
と協力は、地域での生活の継続にとって大きな支えとな  
ります。

## 認知症サポーターができること

\* 地域で.....

困っている様子が見えたら、「何かお手伝いすること  
がありますか」と一声かけてみます。

具体的な援助はできなくても、理解者であることを示  
すことができます。

介護家族には、ねぎらいの言葉をかけることで、家族  
の気持ちはぐっと楽になります。

## 対応に困った時は、

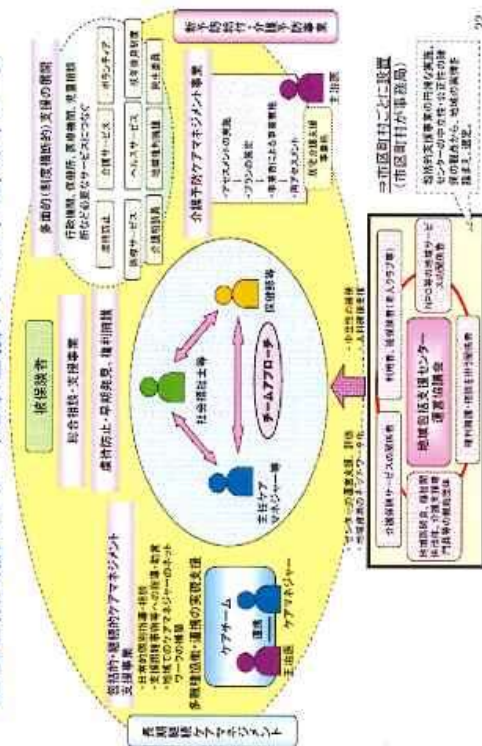
◆ 困った時には地域包括支援センターへ

「認知症」の方への対応に困った時には、  
地域包括支援センターの相談窓口连接到  
⇒ 専門職が対応、しかるべき専門機関に引継ぎ  
をしてくれる

◆ 相談方法

「現段階でわかっている情報」「困っている事柄」  
だけで相談に乗ってくれる

## 地域包括支援センター(地域包括ケアシステム)のイメージ



## 地域包括支援センターとは

平成18年度から各市町村に専門職を配置した「地域包括支援センター」を設置(ほぼ中学校区域程度)

総合相談支援事業	・認知症の相談対応 ・専門的・継続的な相談支援等
権利擁護事業	・成年後見制度の活用推進
包括的支援事業	・高齢者虐待への対応 ・困難事例への対応等
介護予防事業	

## 地域包括支援センターの調べ方

### 1) インターネットで

## 地域包括支援センターの調べ方

### 2) 自治体の役場で

- ・お住まいの自治体(介護保険課、高齢者支援課など)にお問い合わせください。
- ・地域包括支援センターの情報を提供いただけます。





### (1) 地域における認知症の理解

認知症の人が直面する問題を、できるだけ多くの人が理解していくこと。さらにその家族の抱えている問題が理解されることなどの普及啓発が果たす役割は大きい

▶ **地域そのものが認知症の理解を深めることから始まります**

### (2) 住み慣れたなじみを活かす

認知症になると、日常生活や社会的活動が制限されやすくなるため、自宅や地域のグループホームで生活していても、生活や活動が「隔離」された状況に陥る可能性

▶ **認知症の人が生活の中で積極的に地域と関わっていただけるように、活動に工夫が必要です。**

### (3) 資源を開発し、つなげていく

認知症の介護家族にとって、利用できる資源として必要なのは介護保険サービスだけではありません。商店街等の情報や見守りをしてくれる人や家族会の存在が支えになります。

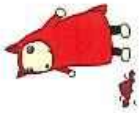
地域で安心して暮らして行けるということは、様々な人々や組織による見守りをしていくためのネットワークや利用できる社会資源が形成されることが必要

▶ **それらは専門職だけに共有される情報ではなく、本人や家族にとってもわかりやすい情報であることが必要といえます。**

## 第8章

# 認知症の正しい理解 認知症の症状と行動を理解する

NPO法人 風の詩  
理事長 永島 徹



## 3. 行動観察方式AOS(Action Observation Sheet)の概要

### 1 認知症評価尺度



## IV. 行動観察方式AOS (Action Observation Sheet) の構成

### 1 日常の生活動作(A)と日常生活行動(B)で構成

#### A. 設問A: 日常生活動作5項目

日常生活における5つの基本動作について、回答者から見た本人の自立度を回答。

1)歩行、2)食事、3)排泄、4)更衣、5)入浴 各20点(%), 合計点数(100点(%))満点が、ADLの値(%とする。

A. 日常生活動作について、当てはまるところを●印にしてください。

全く自分でできない	半分できる	自立している	
0%	50%	100%	
1) 歩行	○	○	○
2) 食事	○	○	○
3) 排泄	○	○	○
4) 更衣	○	○	○
5) 入浴	○	○	○

ADL

#### B.

1. 歩行が困難である。
2. 歩行のペースが速い。
3. 歩行のペースが遅い。
4. 歩行のペースが速い。
5. 歩行のペースが遅い。
6. 歩行のペースが速い。
7. 歩行のペースが遅い。
8. 歩行のペースが速い。
9. 歩行のペースが遅い。
10. 歩行のペースが速い。
11. 歩行のペースが遅い。
12. 歩行のペースが速い。
13. 歩行のペースが遅い。
14. 歩行のペースが速い。
15. 歩行のペースが遅い。
16. 歩行のペースが速い。
17. 歩行のペースが遅い。
18. 歩行のペースが速い。
19. 歩行のペースが遅い。
20. 歩行のペースが速い。
21. 歩行のペースが遅い。
22. 歩行のペースが速い。
23. 歩行のペースが遅い。
24. 歩行のペースが速い。
25. 歩行のペースが遅い。
26. 歩行のペースが速い。
27. 歩行のペースが遅い。
28. 歩行のペースが速い。
29. 歩行のペースが遅い。
30. 歩行のペースが速い。
31. 歩行のペースが遅い。
32. 歩行のペースが速い。
33. 歩行のペースが遅い。
34. 歩行のペースが速い。
35. 歩行のペースが遅い。
36. 歩行のペースが速い。
37. 歩行のペースが遅い。
38. 歩行のペースが速い。
39. 歩行のペースが遅い。
40. 歩行のペースが速い。
41. 歩行のペースが遅い。
42. 歩行のペースが速い。
43. 歩行のペースが遅い。
44. 歩行のペースが速い。
45. 歩行のペースが遅い。
46. 歩行のペースが速い。
47. 歩行のペースが遅い。
48. 歩行のペースが速い。

## 2. 日常生活行動、48症状のポイントと解説

1. 認知症の危険因子及び危険因子の存在を示唆する症状
2. 健忘症レベル以上の物忘れはあるが、日常生活は保たれている境界徴候 段階で観察されやすい症状 (MCI段階)
3. 脳の病変によって直接的に起こる 中核症状で記憶障害・見当識障害に関連する症状
4. 行動・心理症状 (BPSD)に関連する症状

## 2. 日常生活行動、48症状のポイントと解説

1. 認知症の危険因子及び危険因子の存在を示唆する症状
2. 健忘症レベル以上の物忘れはあるが、日常生活は保たれている境界徴候 段階で観察されやすい症状 (MCI段階)
3. 脳の病変によって直接的に起こる 中核症状で記憶障害・見当識障害に関連する症状
4. 行動・心理症状 (BPSD)に関連する症状

P65～P66「症状別対応の目安一覧」

## 2 日常生活行動、48症状のポイントと解説

### 1. 認知症の危険因子及び危険因子の存在を示唆する症状

該当したとしても認知症であるかには直接するわけではない。

No.	行動・症状	障害部位等	症状等
症状 2	融通がきかず、頑固で相手の意見を聞こうとしない		性格変化
症状 18	過去に意機を失うほど、頭を強く打ったことがある		頭部外傷歴
症状 30	人付き合いが苦手になり、閉じこもりがちである		意欲低下
症状 45	高血圧と診断されている		
症状 46	糖尿病と診断されている		
症状 47	脂質異常症と診断されている		

### 症状 2

融通がきかず、頑固で相手の意見を聞こうとしない ⇒ 性格変化

### 頑迷な気質や性格が認知症を直接的に引き起こす原因とはいえない。

しかし、脳の機能の不活性化を招き、認知症の発症や症状の進行の助長につながるおそれがある。

### 融通性の欠如や固執傾向が目立って感じられるような場合には、本人に何らかの変化が起こり始めた可能性もある。

・ 認知症を発症していて、小さなもの忘れの繰り返しや意思疎通の失敗経験によって焦燥や不安が募り、そのことで態度がより頑固になっているなどの場合もある。

### 認知症の進行に伴い、怒りっぽい人がより怒りっぽく、頑固な人がより頑固になる。

・ もとどの性格がエスカレートする ▶ 病前性格の先鋭化  
 ・ 以前には考えられないような態度を示す ▶ 性格変化  
 ・ 「お前道を行く」的な行動がみられることがある ▶ 前頭側頭葉認知症

症状  
18

過去に意識を失うほど、頭を強く打ったことがある ⇒ 頭部外傷歴

頭部外傷とアルツハイマー病の発症との関連は病理学的には明らかにはされていない。

・しかし、頭部への強い打撲や衝撃を経験しやすいスポーツの選手を対象にした疫学的な調査では、一般の人と比べてアルツハイマー病の発症率が高いとの報告がある。

脳震とうを起すような頭部へのショックは危険因子の一つと考えられている。

症状  
45

高血圧と診断されている

症状  
46

糖尿病と診断されている

症状  
47

脂質異常症と診断されている

➡ 医師による診断が必要

脳血管性認知症の発症に間接的に影響する危険因子

・全身の動脈硬化が進んで脳血管障害をもたらす。  
・脳血管障害(脳梗塞、脳出血など)によって脳血管性認知症を発症する。

脳血管障害などの血管性病変がアルツハイマー病を発症させやすくするとの報告がみられる。

生活習慣の改善が脳血管性認知症だけでなく、アルツハイマー病の予防にもつながると考えられる。

症状  
30

人付き合いが苦手になり、閉じこもりがちである ⇒ 意欲低下

病理学的には未解明ながら、危険因子の存在が示唆されている。

・外出や人との交流に消極的で家族・友人等との接触機会が少ない人はアルツハイマー病の発症率が高いなどの疫学的な報告がある。

○ 個々の予防メニューの効果の確かなエビデンスは得られていないが、グループで楽しみながら行うことが脳を活性化させ、アルツハイマー病の予防(発症遅延)や進行抑制にプラスにはたらく可能性は高いと考えられる。

## 2. 日常生活行動、48症状のポイントと解説

1. 認知症の危険因子及び危険因子の存在を示唆する症状

2. 健忘レベル以上の物忘れはあるが、日常生活は保たれている境界徴候 段階で観察されやすい症状 (MCI段階)

3. 脳の病変によって直接的に起こる 中核症状で記憶障害・見当識障害に関連する症状

4. 行動・心理症状 (BPSD)に関連する症状

## 2. 日常生活行動、48症状のポイントと解説

1. 認知症の危険因子及び危険因子の存在を示唆する症状
2. 健忘レベル以上の物忘れはあるが、日常生活は保たれている境界徴候段階で観察されやすい症状 (MCI段階)
3. 脳の病変によって直接的に起こる 中核症状で記憶障害・見当識障害に関連する症状
4. 行動・心理症状 (BPSD)に関連する症状

P65～P66「症状別対応の目安一覧」

症状 8

状況に応じた行動ができない ⇒ 判断力低下、流暢性障害

自発性・発動性、状況に応じた発想やもの見方の転換、感情・感情・気分・気分のコントロールなどの障害は前頭葉の障害が関係する。

料理がワンパターン化する。

随機応変に問題解決ができなくなる。

何を食べるか、何を着るか、どこに出かけるかといった生活場面で発想の乏しさが見られるようになる。

▶ 判断力の低下

分かっていた動物の名前や果物の名前が流暢にでない。

▶ 流暢性の障害の症状

## 2 健忘レベル以上の物忘れはあるが、日常生活は保たれている境界徴候段階で観察されやすい症状(MCI段階)

これらの症状がみられるからといってただちに認知症とはいえないが、受診のタイミングを告げる徴候ではある。

No.	行動・症状	障害部位等	症状等
症状 8	状況に応じた行動ができない	前頭葉	判断力低下、流暢性障害
症状 11	身だしなみを気にしない	前頭葉	異認性
症状 16	ちよつとよこでイライラする	前頭葉	迂曲
症状 28	話ぐどく、同じことを何度も繰り返す	前頭葉	同向処理困難
症状 36	一つの用事をしていてる間にほかの用事を忘れる	前頭葉	注意障害
症状 39	忍耐力がなく、集中力が低下している	前頭葉	意欲低下
症状 6	意欲がなく、新しいことへの関心が低い	前頭葉	自発性の低下、依存
症状 40	自分でしようとする、他人に頼りがちである	前頭葉	実行機能障害
症状 44	取扱いよく物事を進められない	前頭葉外側面	
症状 43	取り漏し、滑り合わせする	後方側	
症状 22	やさしい言葉でも間違える	左前頭葉、前頭葉	計算障害、注意障害
症状 3	会話中にあれ「それ」などの代名語をよく使う	左前頭葉	言語障害
症状 38	新しいことを覚えられない	海馬	前向き健忘
症状 13	動作がのろくなってきている	中脳	パーキンソン症状

症状 11 身だしなみを気にしない

身体的外観(化粧をしなくなる、身なりを気にしない)への無頓着

社会的な情勢や人間関係に対し無関心になる。

▶ 注意機能の減退、自発性・意欲の欠如、あるいはうつ状態などに起因する。

- ・病的に現れる場合には前頭葉機能の障害
- ▶ 「社会障害」(境界徴候症状39)や「感情障害」
- ・衛生・清潔に関する意識が欠如する
- ▶ 「不潔行為」(BPSD症状20)や「後遺現象」

ミスマッチな服装

▶ 時間・場所の「見当識障害」(中核症状 1、17、26、42)でも起こることがある。

症状  
36

ちょっとしたことでもイライラする ⇒ 易怒性

衝動・感情を抑制する前頭葉機能の病変により、ささいなことでもイライラついたり激怒したり、攻撃的な言動(易怒性)をはじめ、さまざまな「感情障害」が見られるケースが多い。

最近半年くらいの変化としてイライラ傾向が目立つようになった。  
➡ 本人に何らかの変化が起きていることが疑われる。  
程度が病的なまでに著しい。

もの忘れの経緯の繰り返しによる焦燥感や、不安が本人をイライラさせている可能性も考えられる。

日常の対人関係の中で明らかになる症状

- ・ 理山もなく泣き笑う ➡ 感情失禁
- ・ 病気の進行に伴いイライラがますます強く出る ➡ 病前性格の先鋭化
- ・ 穏やかだった人がすぐにイライラする性格が変わる ➡ 人格変化

症状  
36

一つの用事をしている間にほかの用事を忘れる ⇒ 同時処理困難

作動記憶

- ・ 何かを実行するために必要な複数の情報をキープしながら、状況に応じてコントロールする統合的な高次のほたらき
- ・ 仕事や家事をはじめ日常生活上の多くの作業がこの機能によって可能となる。

洗濯をしている間に鍋を火にかけていることを忘れる。  
買い物をしている間に銀行に寄ることを忘れる

➡ 同時処理の失敗頻度が高くなる。

- ▶ 前頭葉の病変が「作動記憶」の障害に關係し、「実行機能障害」の原因となる。
- ▶ 「注意障害」(境界機能障害39)により複数の事柄に気を配れない「注意配分の障害」が生じる。

症状  
38

話がくどく、同じことを何度も繰り返す ⇒ 迂遠

最近半年くらいの間に話がまわりくどい、同じことを何回も繰り返すといった、変化の程度が著しい場合には、認知症の発症が疑われる。

・ 認知症を発症していて、小さなもの忘れの繰り返しや意識疎鈍の失敗経験によって焦燥や不安が募り、そのことで態度がより頑固になっているなどの場合もある。

会話したと自分を忘れて短時間の間に同じ話や質問を繰り返す。

▶ 海馬の障害等による「近時記憶障害」(4) (4) (4)

話が回りくどい、繰り返しが際立つ、趣旨があやふやになり何を言いたかったのかが分からなくなる ➡ 「迂遠」症状

▶ 統合機能や注意・集中の衰微を担う前頭葉の病変による

症状  
38

忍耐力がなくなり、集中力が低下している ⇒ 注意障害

物事に注意して行う機能は脳の広範囲な領域が関与し、日常生活の維持に欠かせない統合的な能力で、機能をまとめているのは前頭葉のはたらきによる。

【注意障害が疑われる症状】

多くの物事の中から必要なものを取捨選択することができない

会話や議論についていけない

気が散って作業を中断してしまう

状況に応じて注意すべき範囲や対象の切り替えができない

複数の物事に注意を配れない

反応や判断が遅れる

境界的な段階では日常生活に支障をきたすところまでとはいかない。  
症状が進むと、心理的テスト実施自体が困難となり、認知機能の障害の有無を本人に確認しにくくなる。

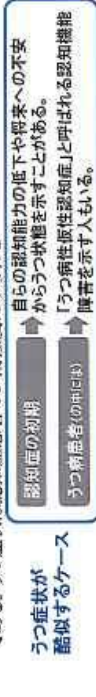
**症状 6** 意欲がなく、新しいことへの関心がない ⇒ 意欲低下

**症状 40** 自分でしようとしてせず、他人に頼りがちである ⇒ 自発性の低下、依存

【自発性の低下により現れる症状】

- 動作や会話が遅くなった
- 感情や興味の対象になる刺激や環境に対しても反応が鈍い
- 何事も自分からやらせようとせず無気力で他人任せにするなどの消極的な態度
- 「感情障害」としてうつ症状を呈することもある
- うつ症状は、脳血管性認知症ではとくに自発性の低下がみられる。

うつ状態は施用による心身全般の機能低下のリスクともなるので、適切な対応が必要である。うつ症状は認知症患者の3割程度にみられる。



アルツハイマー病では病状が進行した後もしばしば抑うつ状態を伴うため、認知症とうつ病の見分けには「**専門医の診断**」が求められる。

**症状 43** 取り繕い、場合わけをする

アルツハイマー病などで、後方脳が障害されたときに、前頭葉がその障害をカバーしてごまかすような対応をする症状。

【注意障害が疑われる症状】

記憶にないものや理解していないことでも上手にその場を取り繕う。

- 「最近、何か面白いニュースはありませんか？」  
⇒「今日は早く家を出たので、新聞を読んできませんでした」など
- 「今朝は何を食べたか思い出せませんか？」  
⇒「いつも食べるもので食べていますし…同じです」など
- 「お年はいくつですか？」 ⇒ 「女性に年は聞かないで」など

取り繕いは、認知症がなくてもすることがあるが、認知症の場合には自分で取り繕い、場合わけをしているという認識がない。

**症状 24** 段取りよく物事を進められない ⇒ 実行機能障害

【アルツハイマー病や血管性認知症に初期の段階からみられる症状】

効率よく物事の段取りができなくなる。

- 料理の用意が手順よく進まず時間がかかる
- 米客数の飲み物などの用意ができない
- 旅行の準備などができない

日常生活でのワンパターンな作業や行動の場合には、目立つような症状を感じない。

非日常的な物事(正月、法事などの行事)を計画し準備し実行することができなくなる。

**症状 22** やさしい計算でも間違える ⇒ 計算障害、注意障害

加齢によってうっかりミスが増えるのは健忘の範囲であるが、それが常態になると認知機能の何らかの障害が疑われる。

【頭頂葉の病変が疑われる症状】

買い物で小銭を使った支払いがむずかしくなり、単純な計算が正確にできない

- ▶ 左頭頂葉の障害。

繰上げなどを伴うより複雑な計算や連続的な計算が困難になる。

- ▶ 前頭葉の障害による「注意障害」(認知症診断基準99)、「作動記憶障害」が関係する。

会話中に「あれ」「それ」などの代名詞をよく使う ⇒ 言語障害

必要な物事を指す具体名が思い浮かばずに、指示代名詞で代用する

⇒ 「喚語困難」

物事の名前が出てこない ⇒ 「呼称困難」

- ・ 初期的な「健忘失語」は側頭葉の障害による症状である。

【側頭葉の病変が疑われる症状】

「あれ」「それ」の使用がとくに目立って感じられたり、その頻度が半年程度の期間内に著しく多くなった場合には、認知症の症状としての失語による言語障害が疑われる。

- ・ 流暢に話すなどの機能 ▶ 主に前頭葉の「ブローカー野」領域が担う。
- ・ 話を聞いて意味を理解するなどの機能 ▶ 主に側頭葉の「ウエルニッケ野」領域が担う。

動作がのろくなってきている ⇒ パーキンソン症状

【中脳の病変が疑われる症状】

動こうとする意思にかかわらず、筋肉が固くこわばり(固縮)、動きが鈍く(動作緩慢)、動作が小さく(小幅度歩行等)、ぎこちなくなってしまうなどの運動障害を伴うパーキンソン症状。

意欲低下・無気力といった「感情障害」などでも動作が緩慢になることはある。

アルツハイマー病でも中～重度段階で現れることがある。

レビー小体病では初期から、あるいは他の症状に先行して見られやすい。

新しいことを覚えられない ⇒ 前向き健忘

記憶の種類

- 手続き記憶 ▶ 言葉で表現できない記憶、身体がおぼえている、無意識にできる
- 意味記憶 ▶ 言葉で表現できる記憶、知識的なことを記憶する
- エピソード記憶 ▶ 言葉で表現できる記憶、いろいろな出来事を記憶する

道具を使ったり、童謡などの歌が歌えたりするのは、「手続き記憶」が保たれていることによる。

- ・ 「エピソード記憶」や「意味記憶」が失われていても、「手続き記憶」は比較的保たれやすい。⇒自動車に乗れる。車の運転ができる。

海馬の病変により新しいことがストックされなくなると、新たな道具の操作などがスムーズにできず習得がむずかしくなる。

ただし、全てのことができるようになるわけではない。

- ・ 運動視野、視覚野、聴覚野などアミロイドβタンパクの沈着しない領域を使う分野のことはできる。
- ・ 「注意障害」(境界葉病変(BS))による注意・集中の持続困難が影響することもある。

## 2. 日常生活行動、48症状のポイントと解説

1. 認知症の危険因子及び危険因子の存在を示唆する症状

2. 健忘レベル以上の物忘れはあるが、日常生活は保たれている境界徴候 段階で観察されやすい症状 (MCI段階)

3. 脳の病変によって直接的に起こる 中核症状で記憶障害・見当識障害に関連する症状

4. 行動・心理症状 (BPSD)に関連する症状



## 2. 日常生活行動、48症状のポイントと解説

1. 認知症の危険因子及び危険因子の存在を示唆する症状
2. 健忘症レベル以上の物忘れはあるが、日常生活は保たれている境界徴候 段階で観察されやすい症状 (MCI段階)
3. 脳の病変によって直接的に起こる 中核症状で記憶障害・見当識障害に関連する症状
4. 行動・心理症状 (BPSD)に関連する症状

P65～P66「症状別対応の目安一覧」

症状<sub>12</sub> (軽度)昨日の出来事をほとんど忘れてしまう ⇒ 近時記憶障害

症状<sub>4</sub> (重度)今言ったことでも、すぐに忘れてしまう ⇒ 近時記憶障害

【記憶障害】

【近時記憶障害に関連する症状】

【記憶障害】は認知症全般に広く認められる典型的な症状である。

短期記憶を想起可能なものとしてストックできるようにはたらく海馬の障害から始まり、長期的に記憶を格納する大脳皮質の障害へと進行するケースが多い。



### 3. 脳の病変によって直接的に起こる 中核症状で、記憶障害・見当識障害に関連する症状

脳の病変によって直接的に起こる症状が中核症状であるが、同種の障害について軽度・重度の症状を取り上げた。

No.	行動・症状	障害部位等	症状等
症状12	昨日の出来事をほとんど忘れてしまう	側頭葉内側等	近時記憶障害
症状4	今言ったことでも、すぐに忘れてしまう	側頭葉内側等	近時記憶障害
症状26	今日が何日か、何曜日がわからなくなる		時間的失見当
症状17	今が何年、何月であるかわからない		時間的失見当
症状1	よく知っている場所でも、道に迷うことがある	側頭葉内側、頭頂葉	場所的失見当
症状42	自宅でも朝服やトイレの場所を忘れる	側頭葉内側、頭頂葉	場所的失見当
症状26	家族の名前を間違えたり、忘れたりする	側頭葉	人物の見当識障害
症状36	よく知っている顔を見ても分からなくなり、声には答える	右後頭葉、側頭葉内側	相識失認、人物認識

症状<sub>2</sub> (軽度)昨日の出来事をほとんど忘れてしまう ⇒ 近時記憶障害

症状<sub>4</sub> (重度)今言ったことでも、すぐに忘れてしまう ⇒ 近時記憶障害

【「エピソード記憶」の障害が特徴的で初期から現れやすい。

重度化すると、数分前に見聞きしたことも忘れる。

置いたばかりの財布や眼鏡の在り処が分からなくなる。

同じものを何回も買い込むなどの症状を示すようになる。

新しい出来事よりも古い出来事のほうをより覚えていて「逆行健忘」があっても、しだいに古い出来事まで思い出せなくなっていく。

アルツハイマー病では「エピソード記憶」から始まりやすく、「意味記憶」は病状進行後もある程度保たれ、その場限りの会話なら成立させることができる。

前頭側頭型認知症では、初期より「意味記憶」障害が現れ、「手続き記憶」は長く維持されるケースが多い。

## 【見当識障害】

- ・ 見当識障害は記憶障害(中核症状4、12)と密接にかかわる。
- ・ 脳の部位ではとくに帯状回後部のブドウ糖代謝機能の低下との関連が指摘される。

### 中核症状として見当識が障害される場合

1. 時間的失見当識に関連する症状  
→ 病気の進行に伴い
2. 場所的失見当識に関連する症状当 (中核症状1、42)
3. 人物の見当識障害に関連する症状  
(相親失認・人物認識)(中核症状5、8)が現れるケースが多い

夜間せん妄(BPSD 症状34)では時間・場所・人物の「見当識障害」が同時に出現しやすい。

33

症状 26 (軽度) 今日が何日か、何曜日が正確に言えない ⇒ 時間的失見当

症状 17 (重度) 今が何年、何月であるかわからない ⇒ 時間的失見当

### 1. 時間的失見当に関連する症状

最初は、時間を見計らって準備する、待つといった行動ができなくなる。

重度化するにしたがって、日から月、季節、年次へとより大きな単位で誤りや不明が目立つようになる。

月や年が分からなくなっただけでも、時刻の見当識は比較的保たれているケースがある。

障害が進むと、深夜に朝食の支度を始めたり、昼間にパジャマに着替えようとする症状が現れる。

時刻や季節に対する「見当識障害」は、時間の把握や更新だけでなく、自分が置かれている状況自体が分からなくなっていることの現れともいえる。

34

症状 1 (軽度) よく知っている場所でも、道に迷うことがある ⇒ 場所的失見当

症状 42 (重度) 自宅でも部屋やトイレの場所を誤る ⇒ 場所的失見当

### 2. 場所的失見当に関連する症状 側頭葉内側、頭頂葉の病変が考えられる。

#### 場所についての見当識障害

- ・ 地理的な誤り
  - ▶ 自分がいる場所の位置関係が分からずに迷子になる、部屋を間違えるなど。
- ・ 環境認知の誤り
  - ▶ 自分がいるのがどのような場所なのか分からずに自宅を職場と間違える
  - ▶ 他人の住居だと思ってしまう。
  - ▶ 近隣の風景を見ても初めて来た場所だと思ってしまう。

病状が重度化するにしたがって、住みなれた自宅内でもトイレの場所が分からずに混乱するなどの行動が現れる。

35

症状 25 (軽度) 家族の名前を間違えたり、忘れたりする ⇒ 人物の見当識障害

症状 35 (重度) よく知った人の顔を見ても分からず、または誤る ⇒ 相親失認・人物認識

### 3. 人物の見当識障害に関連する症状 右半球の後頭葉、側頭葉内側の病変が相関される。

見当識障害は対人関係にも現れ、目の前にいるよく知っている人が誰であるかを認識できなくなる。

重度化すると、配偶者に「あなたは、どなた様ですか」などと同ようになる。

子どもを配偶者や親、兄弟だと思ひ込むといった「人物認識」の症状も現れる。

鏡に映る顔が自分であると認識できず、鏡の中の自分に話しかけるなどの「鏡現象」が出現することがあるが、自分であること自体が分からなくなっているわけではないと考えられる。

他人の表情から喜怒哀楽を感じ取ることも困難になる。

重度の場合では男女の別も分からなくなったりする「相貌失認」が出現する場がある。

\*「相貌失認」は性別は正しく見えて、自分の見ている顔の顔の表情が相違なく見えない状態。

36

## 2. 日常生活行動、48症状のポイントと解説

1. 認知症の危険因子及び危険因子の存在を示唆する症状
2. 健忘症レベル以上の物忘れはあるが、日常生活は保たれている境界徴候 段階で観察されやすい症状 (MCI段階)
3. 脳の病変によって直接的に起こる 中核症状で記憶障害・見当識障害に関連する症状
4. 行動・心理症状 (BPSD)に関連する症状

## 2. 日常生活行動、48症状のポイントと解説

1. 認知症の危険因子及び危険因子の存在を示唆する症状
2. 健忘症レベル以上の物忘れはあるが、日常生活は保たれている境界徴候 段階で観察されやすい症状 (MCI段階)
3. 脳の病変によって直接的に起こる 中核症状で記憶障害・見当識障害に関連する症状
4. 行動・心理症状 (BPSD)に関連する症状

### 4. 行動・心理症状 (BPSD)に関連する症状

認知症の行動・心理症状は多様であるが、家族介護者の訴えや記録を取り入れた時点の症状をピックアップした。

行動障害に関連する症状			
No.	行動・症状	障害部位等	症状等
症状9	ゴミや紙などを収集する	前頭葉	収集癖
症状10	言葉がうまく話せないが、意味は理解できている	左前頭葉	運動失語
症状15	食べ物でないものでも食べようとする	両側側頭葉	異食
症状19	手荷物以外のものを着たり、着衣の順を踏ったりする	前頭葉、右頭頂葉	時間的失見当 / 着衣失行
症状20	不潔、清潔の区別がつかない	前頭葉	不潔行為
症状21	強い言を言う		強語
症状23	ちよつとしたことでも泣いたり、怒ったりする	前頭葉	感情失禁
症状24	作り話をよくする	前頭葉、側頭葉	作話
症状27	食事したことを忘れ、何度も食事を要求する	前頭葉	多食、記憶障害
症状29	外に出て行きたがりたり、出て行ったりする	前頭葉、側頭葉	徘徊、周回
症状34	夜中になると起きて騒ぐ		不眠 / 夜間せん妄
症状37	暴力を振るうことがある	前頭葉、右半球	暴力行為
症状38	尿や便を漏らす	前頭葉	尿・便失禁

### 心理症状

No.	行動・症状	障害部位等	症状等
症状5	夕方になると、時間や場所が分からなくなったり、寝なことを書いたりする		夕暮れ症候群
症状7	ごく簡単な言葉でも理解できない	左側頭葉	感覚失語
症状14	お茶や物を溶かしたと書く		妄想
症状31	いつも上機嫌でしゃべる	右半球、前頭葉	多幸症
症状32	時々、死ごたいと言う	左半球、前頭葉	希死念慮
症状41	「声が聞こえる」「虫が見える」などの幻覚がある	側頭葉、後頭葉、中脳	幻視、幻聴

### せん妄に関連する症状

No.	行動・症状	障害部位等	症状等
症状48	症状が短時間ある、は数日の間だけわかる		せん妄

行動障害に関連する症状

症状 9 コミや紙などを収集する ⇒ 収集癖

ゴミやガラクタ類や残飯などを拾い集めてくる。

チラシやトレットペーパーなどを細かくちぎって引き出しにため込む。

本人にとってはそれが貴重品あるいは必需品と思えるがゆえの行為の場合もある。

- ・「記憶障害」「場所的失見当」及び統合的な機能を担う前頭葉の障害等による常同行為、理解力・判断力の障害が元たらず症状とも考えられる。
- ・集めておかないと大変なことになるなどの強迫的な妄想や空虚感・孤独感が関係するとの指摘もある。

症状 15 食べ物でないものでも食べようとする ⇒ 異食

- ・「異食」は両側前頭葉の障害によって起こると考えられる。

石けん、ティッシュペーパー、乾燥剤など日常生活の中にある多様な品々を食べようとする。

食品ではあるが、加熱調理を要する肉類や魚類などをそのまま食べようとすケースもある。

重度者の場合、便を口に運ぶといった退行現象がみられることもある。

症状 10 言葉がうまく話せないが、意味は理解できている ⇒ 運動失語

- ・「失語症」は脳の左半球の障害に関係して現れる。

発語はたどたどしいが本人の言語理解は比較的良好的である。

- ▶ 左前頭葉のブローカ野という領域を中心とする障害によって起こる「運動失語（ブローカ失語）」

発語は流暢ながら言語理解は悪い。

- ▶ 左側頭葉のウェルニッケ野の領域を中心とする障害による「感覚失語（ウェルニッケ失語）」(WPSD 症候群)

障害が双方の領域を含む広い範囲にわたる場合には、発語も言語理解も困難な重度の失語症で全失語になる。

症状 19 季節外れのものを着たり、着衣の順を誤ったりする ⇒ 時間的失見当、着衣失行

- ・自身の身体部位と衣服の各部分との空間的な関連付けに基づく動作が、身体及び空間認識に関係する右頭頂葉の障害により困難になると考えられる。

運動障害や感覚障害はないのに、意図した通りの動作ができない。

目的に沿った一連の動作を順序よくできない。

アルツハイマー病では、重ね着をすることが多く見られる。

季節感が失われた時に出現しやすい。

衣服の上下、左右、表裏を間違えるなど着衣がうまくできない。

- ▶ 「着衣失行」

参考 失行(中核症状の一つ)

物を使わない単純な動作(舌をぬぐうなど)や習慣的な動作ができない	⇒ 概念運動失行
物を使った一連の動作(タンスを服うなど)ができない	⇒ 運動失行
物の形や図形をうまく描けない、文字を書くとき形が乱れてしまうなど	⇒ 構成型失行
衣服の上下、左右、表裏を間違える等、着衣がうまくできない	⇒ 着衣失行

症状  
20

不潔、清潔の区別がつかない ⇒ 不潔行為

・不潔・清潔を区別した行動を制御するのは前頭葉のはたらきであり、その障害が「不潔行為」の出現に関係する。

弄便など排泄に伴う行為、入浴・着替え・洗面・手洗いの拒否。

入浴拒否は裸になることへの反発や浴槽に入ることへの恐怖によることもある。

介護の実際においては清潔感や衛生管理以外の視点も含めた柔軟な解決が求められるケースが多い。

症状  
24

作り話をよくする ⇒ 作話

・短期の「記憶障害」に起因する認知症の典型的な症状、いくら説得しても本人は納得できない。

記憶障害のために欠落した記憶を創作してその場を取り繕う。

ありもしないことを言いふらしたりする。  
「作話」の内容は誰が聞いても明らかにも現実と矛盾するものが多い。

質問をはぐらかす、とぼけてまともにも答えない。

非現実的な話は「妄想」(BPSD 症状14)による訴えでもみられる。

「妄想」と「作話」の違い

「妄想」▶ 内容を指摘されても認め認めず、同じ内容を何日間も繰り返し話す。  
「作話」▶ 一時しのぎの行為であり、話すたびにストーリーが変わるなど内容への執着は強くない。

症状  
21

独り言を言う ⇒ 独語

行動・心理症状(BPSD)の「独語」は、抑うつ等の「感情障害」により自発性が乏しくなり、意欲低下・無気力・自閉的な状況の中で独り言を続ける、同じ言葉を繰り返し言うといった現れ方をする。

・抑うつ症状や自発性の低下は前方脳、左脳の障害が関係して起こると考えられる。  
・妄想、幻聴による場合もある。

症状  
23

ちょっとしたことで泣いたり、激怒したりする ⇒ 感情失禁

・感情の抑制がなくなるとは、前頭葉の障害による。

場違いな状況で笑ったり泣いたり怒ったりする ▶ 「感情失禁」

脳血管性認知症では、感情の不安定さが顕著になりやすい。

症状  
27

食事をしたことを忘れ、何度も食事を要求する ⇒ 多食、記憶障害

短期の「記憶障害」に起因する認知症の典型的な症状。いくら説得しても本人は納得できない。

・短期記憶に「いつ・どこで・何を」という記憶再生に必要な土掛かりを付けるはたらきを行っている側頭葉の病変が原因である。

・多食の原因の一つとして、エピソード記憶の障害がある。

・視床下部(食欲中枢)の障害からの場合もある。

食事をした記憶そのものがない本人に、否定、叱責、命令調の物言いは困惑、興奮、怒りといった感情的な混乱を呼び起こす。

▶ いったんは本人の要求を肯定するなどの柔軟な対応が必要となる。

物忘れなどに対する不安感や恐怖感が多食、過食をさらにエスカレートさせている場合もある。

▶ 声かけや会話などのはたらきかけが重要になる。

**症状 26** 外に出て行きたがったり、出て行ったりする ⇒ 徘徊、居間

・前頭葉、頭頂葉の障害が原因している。  
 アルツハイマー病の徘徊  
 ・高い率で現れる  
 ・迷子になる  
 ・行く場所が分からない  
 ・緊急を要するケアが必要

外へ出て行きたがったりする場合には、役割を作ったり、居心地の良い関係や環境を心がけるなど、それぞれのタイプで対応の仕方が異なる。  
 ▶ タイプごとの臨機応変なケアによって改善や緩和が可能なケースも多い。

本人から目が離せないことから介護者の負担が過重になる。  
 ▶ 地域ぐるみの見守り体制によって行方不明者をさない対策が重要である。

**症状 34** 夜中になると起きて騒ぐ ⇒ 不眠、夜間せん妄

・「せん妄」では、意識混濁、興奮や「見当識障害」の時間的失見当、場所的失見当、人物の見当識障害、相貌失認、人物誤認等がみられる。

急激に発症するが、発症時の記憶は残りにくい。

幻視、視覚的な異常を伴うケースもある。

「夜間せん妄」はとくに脳血管性認知症の症状として現れることが多い。  
 ・昼間の過剰な睡眠、夜間の覚醒など、睡眠障害と関係することもある。

深夜に覚醒して叫ぶ、暴れるといった症状は、近隣への気遣いを含めて介護負担を倍加させる。

「せん妄」及び「夜間せん妄」は、認知症以外の疾患や薬物の影響、環境変化などによるストレス、認知症によらない睡眠障害等によっても起こることがあり、鑑別には「**専門医の診断**」を要する。

**症状 29** 外に出て行きたがったり、出て行ったりする ⇒ 徘徊、居間

認知症別の徘徊の特徴と対応  
 血管性認知症の徘徊  
 ・徘徊は少ない  
 ・迷子にならない  
 ・交通事故等の心附はあるものの、構ってこられる  
 前頭側頭型認知症の徘徊  
 ・高い率で現れる  
 ・迷子になる  
 ・行く場所が分からない  
 ・緊急を要するケアが必要

今いる場所が分からなくなることによる迷子状態 ▶ 見当識障害

出勤、買い物、帰宅・帰省など、目的や願望があつての外出行動  
 ▶ 「夕暮れ症候群」(DPSD)症候群の行動

無目的で漠然と歩き回る

「せん妄」など意識障害により歩き回る

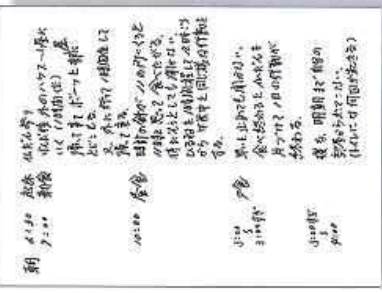
数キロメートルから数十キロメートルの長距離の同じコースを毎日歩き通す  
 ▶ 徘徊。前頭側頭型認知症の常同行動。この症状は歩きまわることが戻ってこられる

**症状 33** 暴力を振るうことがある ⇒ 暴力行為

・暴力・暴言及び自暴行為などの攻撃的行為は、前頭葉の障害により自分の行動に対してコントロールが効かなくなる「抑制障害」の一種。

周囲から受ける否定、禁止、叱責、叱責、命令、強制等が引き金になることも多く、環境要因の影響も大きい。

前頭側頭型認知症の決まった時間と同じ行動をとる「時刻表的生活」を強引に制止しようとする時に、興奮、暴力が出現しやすい。  
 ・本人の攻撃的な反応と介護者のストレスの抱え込みが表裏の関係にある場合も考えられる。



毎日の時刻表的生活の実例

尿や便を漏らす ⇒ 尿、便失禁

- ・排泄をコントロールする大脳皮質の排尿中枢神経やその他の神経系統の障害などが考えられる。

「失禁」の原因

- ・トイレの位置が分からずに漏らしてしまう ▶ 「場所的失見当」(omniplace失禁)
- ・場所が分かっていても尿を留められない ▶ 「膀胱失禁」
- ・衣服をうまく留げないなど ▶ 「着衣失行」
- ・歩行障害からの尿失禁 ▶ 正常圧水頭症の場合、脳外科によるVPシャント手術で改善
- ・前立腺肥大、膀胱炎から失禁 ▶ 治療で改善

アルツハイマー病で尿失禁がみられるのは末期になってからが多い。

塩酸ドネペジルの投与が尿失禁に影響する場合もある。

「失禁」には着替えや掃除等の物理的な処理に加えて、本人のプライドにも配慮した柔軟な対応が求められるため、介護者の負担も重くなりやすい。

心理症状

夕方になると、時間や場所が分からなくなったり、変なことを言ったりする ⇒ タンブル症候群

アルツハイマー病で起こりやすい。

- ・アルツハイマー病では生体リズムが時間的に遅れがもたれる
- ・視力障害を伴う場合は日没時の光量減少が心理的に影響する
- ・睡眠障害を起しやすくなるなどが考えられる

場所的失見当により「ここはどこ？家に帰る」と言ったりする。

夕方から夜間にかけて、落ちつかない、混乱する、興奮する、暴れる、徘徊するなどのさまざまな症状が目立って現れる。

薬物投与による意識水準の変動も関係する場合がある。

認知症の人の心理

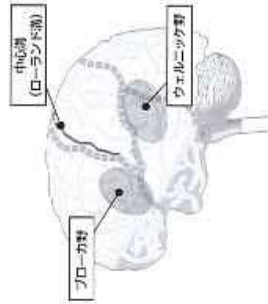
- ① 記憶障害  
認知症の人の基本的な障害は記憶障害です。
- ② 判断の障害  
記憶障害の伴った「判断」の能力も障害される。  
○ 時系列的判断の障害  
時系列的判断とは時間の流れのなかで物事を判断すること。  
○ 抽象的判断の障害  
抽象的判断とは、通院の目的、介護施設への入所の理由、人間関係など抽象的な事柄に関する判断のこと。  
○ 総合的判断の障害  
総合的判断とは、置かれている状況を総合的に且つ的確に判断すること
- ③ 過去に生きる  
認知症の人、特にアルツハイマー病の人で発病以降の記憶がないだけで、発病時から古いことへと遡って記憶が薄れたり失われることがある。  
④ 感情、思い、プライド、性格は残る  
認知症はあくまでも認知機能の低下する状態であって、人の精神活動の

ごく簡単な言葉でも理解できない ⇒ 感覚失語

- ・左側頭葉のウェルニッケ野を中心とする障害に起因する。

発話は流暢なのに言語理解が困難なことが特徴である。

発話はたどたどしく非流暢でも本人の言語理解は比較的良好的な「運動失語(ブローカー失語)」(BPSD 症状10)とは対照的である。



### 症状 31

#### お金や物を盗られたと言う ⇒ 妄想

- ・「妄想」は脳の障害が原因で発生しているが、現実的な認識を担う「半球」の各領域、現象との整合を制御する前頭葉の障害が関係すると考えられる。
- ・「記憶障害」によって物の置き場所を忘れてしまったことが「妄想」形成の契機と考えられる。

「妄想」が現れやすいのは、アルツハイマー病、レビー小体病である。

レビー小体病では初期から「幻視」ともに出現することが多い。

#### 被害的な妄想

- ・財布を盗られたなど ▶ 「もの盗られ妄想」
- ・警戒感・不安感から、配偶者が浮気をしているといった ▶ 「嫉妬妄想」
- ・家族に裏切られていると思ってしまう ▶ 「不実妄想」
- ・他人が家に入り込んでいて、といった ▶ 「侵入妄想」
- ・家族が迫害を受けているといった ▶ 「家族迫害妄想」など

#### 被害的な妄想以外

- ・介助者等の身近な人物が他人と入れ替わっているなど人物認識などの ▶ 「カプグラ妄想」
- ・同じ人物が複数いると思ってしまう ▶ 「フロロリ妄想」
- ・別の場所にもう一つの自宅があるといった ▶ 「家の承認症候群」
- ・テレビの中の人物が部屋の中にいるなどの ▶ 「テレビ監視症候群」
- ・「幻視」を伴って、人物、場所、状態を認識する ▶ 「妄想的幻視症候群」

### 症状 41

#### 「声が聞こえる」「虫が見える」などの幻覚がある ⇒ 幻視、幻聴

幻覚症状が現れやすいのは、アルツハイマー病、レビー小体病である。

レビー小体病では幻視症状が多く、「せん妄」に伴う場合もある。

- ・レビー小体病では後頭葉の血流低下や中脳障害などの関連が指摘されている。
- ・「幻聴」では前頭葉障害による「聴覚失認」との関係も考えられる。

#### 幻覚症状の中でもっとも多々みられる「幻視」

- ・人物、動物、虫など、いないはずのものが見える。
- ・家具や道具などが人物に見えるといった錯視の場合もあり、しばしば恐怖の訴えがある。
- ・意識水準の低下で、物が見えているのにそれが何であるかが認識できない「視覚失認」がみられる。

#### 幻覚症状で二番目に多いのは「幻聴」

- ・話し声、物音、雑音、音楽が聞こえる。

#### 幻聴、幻触、幻味等もまれにみられる。

### 参考

#### レビー小体病の特徴

- ・パーキンソン病状
- ・原因は後頭葉の代謝が低下
- ・幻視、錯視、記憶、妄想
- ・転機はアルツハイマー病の10倍
- ・注意・認知機能の変動
- ・初期は幻聴では聴かぬものが見えにくい
- ・レム睡眠異常行動
- ・青色系の弁別障害(微笑顔顔系の顔色)・錯視等の障害

### 症状 31

#### いつも上機嫌でよくしゃべる ⇒ 多幸症

- ・脳の空気を察して情動を抑制するはたらきを担う前頭葉の障害や右半脳障害などが考えられる。

状況にかかわらず高揚した状態が続き、嬉舌・笑い等の過剰なまでの表出がみられる。▶「多幸症」

### 症状 32

#### 時々、死にたいと言う ⇒ 希死念慮

アルツハイマー病、脳血管性認知症とも約1割が希死念慮を示す。

- ・抑うつや意欲低下・無気力といった気分は、器質的な自己評価が加わり、死への願望を口にする。
- ・抑うつの出現は、感情・思考の統合や調整にかかわる前頭葉の障害のほか、大脳皮質の代謝機能や神経伝達物質の異常などの関連が指摘されている。

自殺をほのめかず、食事を拒む、自暴自棄になる等の行動がみられる。

「感情障害」として抑うつ状態が現れると、病状自体の進行段階よりも症状の現れ方が深刻化しかねないので、早急な対策が必要。

- ・認知症を併発したことにより、二次的にうつ状態が生じる場合もあると考えられる。

### 症状 48

#### 症状が短時間あるいは数日の間で変わる ⇒ せん妄

- ・症状は、せん妄を見出すためのものである。
- ・精神症状がある場合は、せん妄を合併していることが多いので、認知症と鑑別するために48の症状を設けている。

せん妄は、意識障害をベースとしているために、症状は短時間、あるいは数日のうちに変動する。

せん妄の原因には、身体状況の悪化や薬剤によるなどさまざまな原因がある



「認知症の人」ではなく、

「**普通の人**」として理解

認知症の**人**を理解する

**認知症**の人を理解する

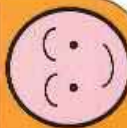


おわりに...

おわりに...  
次の方の「思い」をご紹介します。

年齢・性別	82歳 女性
家族	長男親子と同居
要介護度	要介護4
病名	アルツハイマー型認知症
性格など	発症から8年目 長谷川式 9点 穏やかで、子煩悩
住環境	新興住宅地が立ち並ぶ

花子さん





## 第8章

# 認知症の正しい理解 認知症の症状と行動を理解する

(認知症サポーター養成講座 含)

お疲れ様でした



NPO法人 風の詩  
理事長 永島 徹

# 第9章(1) 身体拘束・虐待への対応

## 1 身体拘束 ゼロに向けて

(テキスト p488～)

### ① 高齢者ケアにかかわるすべての人に

#### 1 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。

それゆえに、身体拘束の問題は高齢者ケアの基本的な在り方にかかわるものであり、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、わが国の高齢者ケアの転換を象徴する画期的な出来事であるといえよう。

2

### 2 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、援助技術のひとつとして、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、その影響を受けるかたちで、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なかで、「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。

実態を見れば、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。

3

### 3 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つて、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、わたしたちは真剣に受け止めなければならぬ。

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」を挙げる意見もある。明らかな人員不足は解消しなければならぬが、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。

スタッフの人数を巡る議論はかつて欧米でもあったと聞く。「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」という職員の意見も傾聴に値するのではなかろうか。

4

## 4 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かか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、今までのケアの在り方を見直し、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」といって過言ではない。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。

## ② 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

#### (1) 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褥瘡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。

## 5 「身体拘束ゼロ」を現実のものに

平成13年3月、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による厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」は、共同で『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への—』を作成した。そこには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。

本テキストでは、同書の身体拘束ゼロに関する理念部分を抜粋し掲載した。

## (2) 精神的弊害

身体拘束は精神的にも次のような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。

## (3) 社会的弊害

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2次的・3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」としてはじめて身体拘束が、時間の経過とともに、「常時」の拘束となってしまう、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。

### ■身体拘束についての家族の声 (「呆け老人をかかえる家族の会」(当時) アンケート調査より抜粋)

- アルツハイマーの夫について「点滴を外したら困るから両手を縛ってもいいしよいか」と医師にいわれ、そうした。「かわいそうだ」というてナーズのひとりが自由にしたりと、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」といわないかぎり、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、介護のひと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、家に帰るために、入り口に施設し、薬でおとさ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。病棟の職員はそれが当然のごとくふるまい、できれば取り外してあげようという態度は見られない。また、点滴なども取り外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、身体拘束廃止は当然と思うが、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。

### ■身体拘束禁止の対象となる具体的な行為 (例)

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挙げられる。

- 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、車いすテーパーをつける。
- 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 脱衣やおむつ外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。

## ③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に固定観念があり、それが廃止への取り組みを阻害してはならないだろうか。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。

## 1 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、しばしば挙げられる「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りとして車いすごと転倒したり、ベッド欄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ありません。本人を転倒させない状態にまで追い込んでいく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、**寝間徘徊による転倒の危険性のある場合には、速度や運動によって寝着逆転の生活リズムを改善することで寝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、入所者の動線に沿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。

## 参 考

### ■ 身体拘束禁止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32.6%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、(略) 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。(略)

拘束するべきである。(略)

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。(略)

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。(略)

神話Ⅳ：拘束しても老人にはそんなに苦痛ではない。(略)

神話Ⅴ：拘束しな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。(略)

## 2 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」を挙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、トイレ誘導を行いおむつを減らす、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ほうがよい。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ぬ理由とする考えにどのようか介償を指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。**

## ④ 身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと

―― 5つの方針

### 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た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。**

### 3 まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す

まず、**個々の高齢者についても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。**利用者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
- 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、行動は解消する方向に向かう。

17

### 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固執の克服でもある。身体拘束の弊害をしっかりと認識し、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、みんなが同意意識を共有していく努力が求められる。**その際にもっとも大事なものは「入所者（利用者）中心」という考えである。なか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。とくに家族に対しては、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ぬ。

### 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」と見做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「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はじめなければならない。**

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、必要な情報を入力し参考にする。

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（各サービス指定基準におけるサービスの「取扱方針」を参照）、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。

20

### 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、身体拘束の廃止を側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工夫によって、事故は相当程度防くことが可能となる。

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。

19

参 考

■身体拘束禁止を巡る看護・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過ごされています。あるとき隣の幼稚園の園児の声が聞こえたと、立ち上がろうとするとケア目線を立てたので、何とか幼稚園の近くまで行けるようにとケア目線を立てました。最初は立てなかったAさんが行けなくなり、いままでは、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、捉え方はまちまちです。多くのスタッフは、車いすのチ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、ちよっとその場を離れるといた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とは安全ベルトをするほうがベターだと皆が言っています。私は、拘束するとき、いつもひとりで悩んでいます。

○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す。ご家族からも「転倒させないでほしい」ときつく言われていたからです。どう対応したからよいかスタッフ間で何回も話し合いを行いました。「外して転倒した場合は責任がたれるのか」と反対意見も多くて、なかなか外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していると、私自身もとてつもないです。

○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。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われました。そこで、患者さん交えて、看護・介護スタッフ、医師およ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。失敗もありましたが、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（縛るといふ発想のないケア）が提供されていると実感しました。

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)
- 指定介護老人福祉施設（地域密着型含む） 介護老人保健施設 指定介護療養型医療施設 介護医療院
- 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 特定施設入所者生活介護（地域密着型含む） 小規模多機能型居宅介護

■身体拘束廃止に向けて動く現場と行政

1986年12月 上川病院で抑制剤問題に取り組みはじめる  
98年10月 抑制剤廃止福岡宣言

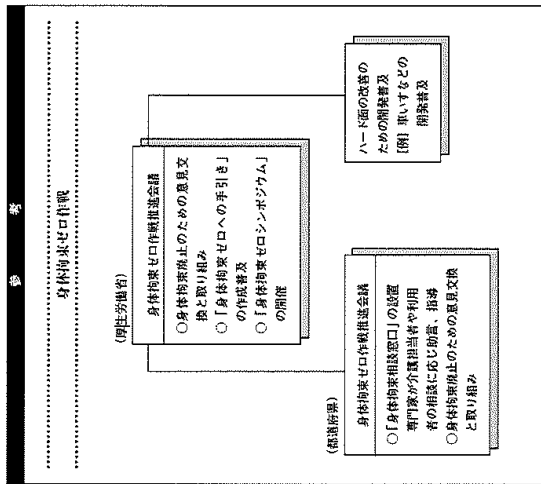
～老人に、自由と誇りと安らぎを～

- ① 縛る、抑制をやめることを決断し、実行する。
- ② 抑制とは何かを考える。
- ③ 継続するために、院内を公開する。
- ④ 抑制を限りなくゼロに近づける。
- ⑤ 抑制剤廃止運動を、全国に広げていく。

99年3月 厚生省令において身体拘束禁止を規定  
5月 熊本抑制剤廃止宣言  
6月 九州、山口、沖縄抑制剤廃止宣言  
福岡で抑制剤廃止継続のため、オンズズマン発足  
老人の専門医職を考える会シンポジウム「抑制を考える」開催<札幌>  
老人の専門医職を考える会シンポジウム「抑制を考える」開催<東京>  
北海道における抑制剤廃止宣言  
10月 北海道抑制剤廃止研究会設立  
12月 老人の専門医職を考える会シンポジウム「抑制を考える」開催<東京>  
特別養護老人ホームによる抑制剤廃止宣言<大阪>

2000年3月 「全国抑制剤廃止研究会」発足  
4月 介護保険法（身体拘束禁止規定）施行  
6月 身体拘束ゼロ作戦推進会議（厚生省：第1回）





25

## 2 5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排泄する、④清潔にする、⑤活動する（アクティビティ）という5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排泄する」ことについては、ア、自分で排泄できる、イ、声かけ、見守りがあれば排泄できる、ウ、尿意、便意はあるが、部分的に介助が必要、エ、ほとんど自分で排泄できない、といった基本的な状態と、その他の状態の**アセスメントをいっつ、それをとも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、ふれあう機会を増やし、伝えたくてもうまし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。

27

## ⑤ 身体拘束をせずに行うケア——3つの原則

### 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
- ・かきむしりやからだ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、ケアする側のかか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。

26

### 3 身体拘束廃止をきっかけに「より良いケア」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、より良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まやでもない。

28

### ■ 5つの基本的ケア

以下5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ぬ状況や、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**  
人間は起っているとき、重力が上からかかることにより寝落ちる。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聞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 **排泄する**  
おむつをトイレで排泄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、随時交換が必要である。おむつに排泄物が付いたままになっていると気持ちが悪く、「おむついじり」などの行為につながるようになる。
- 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、寝転がらずに不眠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。
- ⑤ **活動する(リハビリ)**  
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、ゲーム、体操、読書、ペット、テレビなどが考えられる。言葉によるよい刺激があれば、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。

29

### (1) 身体拘束をしない工夫

次のように身体拘束をなくすためには、さまざまな工夫が考えられる。

#### ● 徘徊しないように、車いすやベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

#### ① 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。

- 心のなかで描いている家に帰らなくてはと悪い、夕方になると出かけようとする場合は、夕方さみしい思いをさせないよう、一緒になじみの家真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つて、一緒に歩いたり、疲れるまえにお茶に誘うなどして本人を納得させる工夫をする。

#### ② 転倒しても骨折やけがをしないような環境を整える。

- 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かぎ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。

(以下略)

30

## ⑥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3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。

### 1 3つの要件をすべて満たすことが必要

以下の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。

#### (1)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可能性が著しく高いこと

#### (2)非代替性

身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと

#### (3)一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

## 2 手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる

仮に3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。とくに、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。

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の義務づけ（略）

### ■身体拘束廃止未実施減算の適用について

#### 1 身体拘束禁止規定（略）

#### 2 身体拘束廃止未実施減算の基準等

[ 以下、認知症対応型共同生活介護についての基準・解釈通知等を記載しているが、他の介護保険施設等についても同様の規定がなされている。]

① 基準（平成18年厚労省告示126号、平成30年3月22日改正）

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、**所定単位数1.0分の10に相当する単位数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事業の事業の人員、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30年1月18日厚生労働省令第4号）第97条第6項及び第7項に規定する基準に適合していないこと。

[指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針] ※ 下欄部分が新たに追加された基準

#### 第97条（1～4略）

5 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の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、**身体的拘束等を行ってはならない。**

6 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、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。

7 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、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の3月に1回以上の開催することともに、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。

#### 4 身体拘束廃止を法で縛ることの限界

平成13年に身体拘束ゼロに向けての取り組みが始まった。介護保険指定基準において「緊急やむを得ない場合」の対応について明文化され、平成18年には罰則規定も設けられた。

しかし、介護相談員の実態調査からみる現状は惨憺たるもので、身体拘束が常態化、悪質化している実態が浮かび上がっている。「11項目に当たらなければ拘束ではない」と考える施設や行政、「減算されても加算をとればいい」と拘束をやめる努力をしない施設、「書類を作ってさえおけば問題ない」と2年間同じ拘束を繰り返している施設など、身体拘束禁止規定は形骸化しているといわざるを得ない。

平成30年度から規定が厳格化されたが、その効果は未知数である。身体拘束を法的に縛ることの限界がみえてきたいま、新たな取り組みが求められている。

5

#### ①家族と共に良いケアを

- ・ 家族に、身体拘束の基本的な考え方や転倒などの事故防止対策や対応方針などを説明します。その上で利用者にとってどのような暮らし方が望ましいのかを十分に話し合う必要があります。重要なことは常に利用者主体で考えることです。
- ・ 施設に入居したからと言ってリスクがゼロになるわけではなく、暮らしそのものが持つリスクは、どこで暮らしていてもあります。
- ・ その中で、ともすれば『安全』を求めて「身体拘束」を希望する家族もいるかもしれません。そのような時には、「身体拘束」を希望することによるデメリットを具体的に説明する必要があります。
- ・ 「身体拘束」が（介護保険の指定基準で禁じられているからだけの理由ではなく）目の前にいる○○さん（利用者）にとってどのようなデメリットがあるのかを具体的に示すことが重要なことです。
- ・ これは、禁止規定を前面に出すのではなく、一人ひとりの利用者にとってどのような支援の方法があるのかを考えること、これが個別のケアプラン作成内容にも通じます。
- ・ 利用者家族はケアを受ける対象者側ではなく、利用者のより良い暮らしを職員と共に考えるケアパートナーとしての役割を果たしてもらうことが重要です。

7

#### 家族は職員の「ケアパートナー」の役割を

身体拘束禁止のためには、家族の理解も不可欠です。家族との話し合いの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や転倒などの事故防止策や対応方針を説明するとともに、家族の理解と協力のもと、家族には利用者の良い暮らしを職員と共に考えるケアパートナーとしての役割を果たしてもらうことが重要なことです。

6

#### ②「縛ってほしい」にひそむ家族の思い

- ・ 身体拘束の理由の50%は「家族の強い要望」と言われています。「絶対に骨折させないで」「自由に動いて人権に迷惑をかけないように」等と、厳しく身体拘束を要求する家族に、困惑、混乱する現場は少なくありません。
- ・ これは一見、家族の安全への要望の強さのように見えます。しかし、本当は何がそう言わせているかをまず「聞く」ことが必要です。
- ・ まして、家族希望と称する身体拘束に関する「同意書」を作成して、事故防止やクレーム対策として身体拘束をすべきではありません。

8

### ③身体拘束の弊害を説明

- ・ 家族には、施設の身体拘束に関する指針や考え方を伝えます。また、拘束した場合のデメリットについて丁寧に説明します。口頭での説明だけでなく、分かりやすく解説した文書や、拘束により起こるであろう具体的な弊害のビデオなどを使って理解を得ることでです。
- ・ さらに、拘束に代わるケアの方法、拘束しない場合の事故を起こす可能性やその防止策を含め、施設の考えを伝え共有します。

p518

## 第9章(2) 身体拘束・虐待への対応(2)

p518

## 2 高齢者虐待とは

● 高齢者虐待と  
介護サービス相談員の関係

介護老人保健施設 大阪緑ヶ丘  
事務長 柴尾 慶次

p531

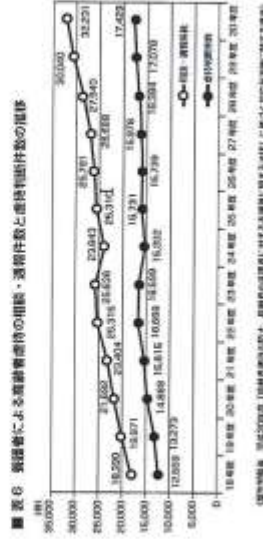
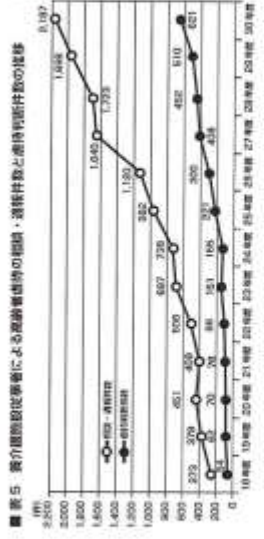
■表4 高齢者虐待の相談件数、相談通報件数(平成29年度対比)

	養介護施設従事者等(e1)によるもの		黄旗者(e2)によるもの	
	虐待判断件数(e3)	相談・通報件数(e4)	虐待判断件数(e3)	相談・通報件数(e4)
30年度	621件	2,187件	17,249件	32,231件
29年度	510件	1,898件	17,078件	30,040件
増減(増減率)	111件(21.8%)	289件(15.2%)	171件(1.0%)	2,191件(7.3%)

※1 介護老人福祉施設などでの虐待相談又は虐待サービス事業などでの虐待相談の発生に関する  
 ※2 高齢者の世帯を指している受給者、親族、同居人等  
 ※3 調査対象年度(平成30年4月1日から平成31年3月31日)に虐待判断が虐待と判断した件数(施設従事者等による割合)においては、前年度同様の判断が共通で調査・判断した事例数の超過超過し判断した事例数を示す。  
 ※4 調査対象年度(同上)に虐待判断が相談・通報を受理した件数

2

p531



資料提供元 平成29年度「虐待相談件数等」に関する調査結果(厚生労働省)に基き、施設から報告された虐待相談件数を加算した数値を示す。

●資料 1

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律  
(平成十七年十一月九日) (法律第百二十四号)

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をここに公布する。

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律

目次

- 第一章 総則 (第一条-第五条)
- 第二章 養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等 (第六条-第十九条)
- 第三章 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等 (第二十条-第二十五条)
- 第四章 雑則 (第二十六条-第二十八条)
- 第五章 罰則 (第二十九条・第三十条)

附則

●資料 1

(定義)

- 2 この法律において「養護者」とは、高齢者を現に養護する者であつて養介護施設従事者等 (第五項第一号の施設の業務に従事する者及び同項第二号の事業において業務に従事する者)をいう。以下同じ。) 以外のものをいう。
- 3 この法律において「高齢者虐待」とは、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。
- 4 この法律において「**養護者による高齢者虐待**」とは、次のいずれかにかに該当する行為をいう。
  - 一 養護者がその養護する高齢者について行う次に掲げる行為
    - イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
    - ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人によるイ、ハ又はニに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。
    - ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
  - 二 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。
  - 三 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。

●資料 1

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

- 一 老人福祉法 (昭和三十八年法律第百三十三号) 第五条の三に規定する老人福祉施設若しくは同法第二十九条第一項に規定する有料老人ホーム又は介護保険法 (平成九年法律第百二十三号) 第八條第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設、同法第二十七項に規定する介護老人福祉施設、同法第二十八項に規定する介護老人保健施設、若しくは同法第百十五條の四十六第一項に規定する地域包括支援センター (以下「**養介護施設**」) という。) の業務に従事する者が、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用する高齢者について行う次に掲げる行為
  - イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
  - ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
  - ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
  - ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
- ホ 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

第二章 養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等  
(相談、指導及び助言)

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

第七条 養護者による高齢者虐待に係る通報等

当該高齢者の生命又は身体に**重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならぬ。**

2 前項に定める場合のほか、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に**通報するよう努めなければならぬ。**

3 刑法 (明治四十年法律第四十五号) の秘密漏洩罪の規定その他の**守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定による通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。**

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

**(通報等を受けた場合の措置)**

第九條 市町村は、第七條第一項若しくは第二項の規定による通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、第十六條の規定により当該市町村と連携協力する者（以下「**高齢者虐待対応協力者**」という。）とその対応について協議を行うものとする。

2 市町村又は市町村長は、第七條第一項若しくは第二項の規定による通報又は前項に規定する届出があった場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護を図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を**一時的に保護する**ため迅速に老人福祉法第二十條の三に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に、同法第二十條の四第一項若しくは第十一條第一項の規定による措置を講じ、又は、適切に、同法第十二條の規定により審判の請求をするものとする。

9

**(居室の確保)**

第十條 市町村は、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法第十條の四第一項第三号又は第十一條第一項第一号若しくは第二号の規定による措置を採るために必要な**居室を確保するための措置**を講ずるものとする。

**(養護者の支援)**

第十四條 市町村は、第六條に規定するもののほか、養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。

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

10

**(周知)**

第十八條 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、第七條第一項若しくは第二項の規定による通報又は第九條第一項に規定する届出の受理、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護、養護者に対する支援等に関する事務についての窓口となる部局及び**高齢者虐待対応協力者の名簿を明示すること等により、当該部局及び高齢者虐待対応協力者を周知させなければならない。**

**(都道府県の援助等)**

第十九條 都道府県は、この章の規定により市町村が行う措置の実施に關し、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。

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

11

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

第二十條 養介護施設を設置する者又は養介護事業を行う者は、養介護施設従事者等の**研修の実施**、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用し、又は当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者及びその家族からの**苦情の処理の体制の整備**その他の養介護施設従事者等による**高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする。**

**(養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る通報等)**

第二十一條 養介護施設従事者等は、当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業（当該養介護施設を設置若しくは当該養介護事業を行う者が設置する養介護施設又はこれらの者が行う養介護事業を含む。）において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合、速やかに、これを市町村に**通知しなければならない。**

2 前項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に**通報しなければならない。**

12



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

(調査研究)

第二十六条（略）

(財産上の不当取引による被害の防止等)

第二十七条（略）

(成年後見制度の利用促進)

第二十八条（略）

第五章 罰則

第二十九条（略）

第三十条（略）

13

### ③ 市区町村は養護者支援の窓口を留意

p519

わが国では高齢者虐待防止法施行後、多くの市区町村などで養護者を支援するためのさまざまな取り組みがはじまっている。重要なことは、虐待を受けた高齢者の安全の確認と確保を第一に行うことはもちろん、次の虐待をどのように防止していくかである。そのためには、高齢者と養護者（介護者）の関係、高齢者と養護者のそれぞれの特別な事情や周辺の状況をできるかぎり客観的に把握することが大切である。

一方、養護者の立場からは、介護について相談をしたり、指導や助言を受けられる専門家が必要になる。こうした専門家は、市区町村の**①地域包括支援センター、②介護保険担当、③高齢者福祉担当の機関、**部署の窓口で業務にあたっている。

15

p519

### ② 高齢者虐待防止法は養護者の支援も盛り込む

高齢者を介護する家族など養護者の支援は、高齢者虐待の防止および被虐待者の保護とともに、「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）の目的（第1条）のひとつである。**単に高齢者虐待を防止するだけでなく、養護者の支援という「福祉的法律」としての性格をもっている。**

養護者の負担の軽減を図る規定として高齢者虐待防止法では、例えば、「養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置」（第14条）を市区町村に義務づけている。さらに、「養護者の心身の状態に照らしその養護の負担の軽減を図るための緊急の必要があると認められる場合に高齢者が短期間養護を受けるために必要となる居室を確保するための措置」（第14条第2項）も、市区町村が講じなければならぬと定めている。養護者への支援をこれほど明確に定めた高齢者虐待防止法はおそらく世界でも稀といえる。

14

### ④ 虐待者が問題を抱える場合 治療やカウンセリングも必要

p520

高齢者虐待防止法が規定する養護者の支援は、介護に関する身体的負担、疲労、ストレスなどを軽減することにある。しかし、虐待は、単に身体的負担やストレスだけで起こっているわけではない。高齢者と介護者の間での個々の事情、特別な背景、要因なども関係していると言われている。

例えば、虐待者に精神的な問題があったり、アルコール依存、薬物依存が疑われたりすることがある。またギャンブルへの依存から、経済的虐待に及ぶことも十分考えられ、さらには虐待者の身体的障害や慢性的な疾病が虐待の原因であったケースも報告されている。このような問題を抱えた虐待者に対しては、前述の地域包括支援センターや、市区町村の介護保険担当、高齢者福祉担当などの専門家に協力を求めるようにアドバイスすることが状況を改善する第一歩となる。場合によっては、保健所の精神保健担当に相談し、治療やカウンセリングが必要になることもある。高齢者虐待の問題は、たやすく解決できるものではない。地域で身近に暮らす人々が隔った価値観で養護者を批判することのないように、高齢者とともに養護者への支援も考慮するという視点をもつことが大切である。

16

## ⑤ 高齢者虐待の定義

■表1 高齢者虐待の定義（高齢者虐待防止法）上の定義

種別	誰が	誰に対し	いかなる行為をすることが	種別
親族等による高齢者虐待	(虐待防止法)	(虐待防止法)	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為を加えること（第2条第1項第1号）	身体的虐待
	親族等（高齢者を看養する者であつて親族以外の人）	高齢者（65歳以上の者）	高齢者を虐待せしめるよう著しい義務違反行為を怠る行為、親族等以外の親族等による身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待を犯すこと（第2条第4項第1号）	「介護・世話の放棄・放任」又は「ネグレクト」
	親族等又は高齢者（虐待防止法）	親族等（65歳以上の者）	高齢者に対する著しい義務違反行為、又は著しく親族等がその他の高齢者に対し、いかなる権利侵害を及ぼす行為を行うこと（第2条第4項第1号）	心理的虐待
	親族等又は高齢者（虐待防止法）	親族等（65歳以上の者）	高齢者に対する著しい義務違反行為、又は著しく親族等がその他の高齢者に対し、いかなる権利侵害を及ぼす行為を行うこと（第2条第4項第1号）	性的虐待
	親族等又は高齢者（虐待防止法）	親族等（65歳以上の者）	高齢者の財産を不当に処分すること、その処置者から不当に財産上の利益を得ること（第2条第4項第2号）	経済的虐待

17

p522

高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	身体的虐待
高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	「介護・世話の放棄・放任」又は「ネグレクト」
高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	心理的虐待
高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	性的虐待
高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	高齢者の権利に侵害が生じ、又は生ずるおそれがある行為	経済的虐待

18

p523

■表2 高齢者虐待の主な内容と具体例

分類	内容と具体例
身体的虐待	<p>暴力的行為などで、身体に傷やアザ、痛みを与える行為や、外傷との疑いを指摘し、精神的に虐待する行為</p> <p>【具体的事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 甲子打ちをする、つねる、殴る、蹴る、無理やり食事や口に入れる、やけど・打撲させる</li> <li>● ベッドに感電しけたり、器物的に重たいものに頭をぶつけたりして、身体を傷め、押さえる、等</li> </ul>
心理的虐待	<p>侮辱や侮辱などの言語や威圧的な態度、誹謗、誹りがせ等によって精神的、情緒的に苦痛を与えること</p> <p>【具体的事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 苦痛の矢取手を嘲笑したり、それを人前で話すなどにより高齢者に恥をかかせる</li> <li>● 罵詈雑言、ののしる、悪口を言う</li> <li>● 同意を求めず、子どものように扱う</li> <li>● 高齢者が話しかけたい内容を意図的に無視する、等</li> </ul>
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行為又はその強要</p> <p>【具体的事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 服薬の処方等に対して強制的に下着を著にして脱着する</li> <li>● ナズ、背骨への指輪、セックスを強要する、等</li> </ul>

19

p523

経済的虐待	介護・世話の放棄・放任
<p>本人の言語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なく制限すること</p> <p>【具体的事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 日常生活に必要な金銭を返さない／使わせない</li> <li>● 本人の自宅等を本人に無断で売却する</li> <li>● 年金や預貯金を本人の意思・利益に反して使用する、等</li> </ul>	<p>介護や生活の世話を行っている家族が、その提供を放棄又は放任し、結果として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>【具体的事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 入院しておらず買置放置する、転がけやけいけなど、介護が先行している</li> <li>● 水分や食事を十分に与えられていないこと、空室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</li> <li>● 室内にゴミを放置するなど、劣悪な住環境の中で生活をさせる</li> <li>● 高齢者本人が必要とする介護・医療サービスは、相応の理由なく制限したり使わせない、等</li> </ul>

（例示は人権保障法第2条、社会的福祉法第1条（強制的に下着を著し脱着する事項））



### 3. 養介護施設従事者等による高齢者虐待

#### ① 養介護施設・事業等の範囲

根拠法	養介護施設	養介護事業	養介護施設従事者等
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（特設） 介護老人保健施設（老健） 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	「養介護施設」又は「養介護事業」の業務に従事する者

（市町村、都道府県における高齢者虐待への対応と要介護支援について 平成18年4月 厚労省老健局ホームページ）

#### ③ 養介護施設従事者等による高齢者虐待の現状

入所系（24時間のサービスが提供される施設）、通所系（デイサービスやデイケア）、訪問系（訪問介護、看護、リハビリ等）の場合で、利用者との接点を表す時間量や関わりの密度により、虐待の発生頻度の違いがあり、入所系での虐待が約8〜9割を占めています。通報者も、職員ないしは元職員が約5割を占めていて、なかなか現場の実態が、外部には伝わっていない、閉鎖空間になっているのではと思われれます。ここに介護サービス相談員の方の重要な役割があるものと思います。

昨今の介護人材不足も背景要因としては存在しています。採用募集をかけても、なかなか介護人材が集まりません。介護現場で退職者が出て、なかなか補充ができず、残った職員への負担が増えます。介護職員の処遇改善のために、介護報酬での配慮もされるようになりましたが、まだまだ十分とはいえないのが現実です。

#### ② 高齢者虐待の捉え方

「高齢者が他者からの不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態に置かれること」と捉える必要があります。（厚労省、上記資料より）虐待だけではなく突然発生するのではなく、不適切な状態を放置していることで、ある時重大な人権侵害につながっていても気づかず、虐待につながるようなことです。たとえば、溷然と身体拘束を続けていると、重大な人権侵害であるという意識がもてなくなりますが、また、不適切ケアを放置していると、おむつ交換・排せつ介助を個別に対応せずに、定時におむつ交換していたり、食事介助を複数の利用者に同時にしている、誤飲の事故につながることがあるようなことでも、そのことを当然のようにしてしまいがちです。言葉遣いやマナーなどが十分守られず、友達扱いや子ども扱い、上目線の言葉遣いを認めてしまうと、高齢者の尊厳を損なうことに気づかなくなります。

#### ④ 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止

- 1 管理者責任  
虐待防止法の第20条で、管理者責任を謳っています。管理者は、予防のための体制づくり、職員の資質向上のための研修等を実施することが求められています。
- 2 不適切ケアの予防  
日常的なケアの見直しを行うことしか、虐待や不適切ケアの防止には有効ではありません。そのケアが果たして適切なのかを、常に考えながらチームケアを実践することです。基本は、個別ケアです。一人ひとりの状態に適切なケアが提供できるように、流れ作業のような業務を中心としたケアのあり方を、利用者中心に見直すことです。

### 3 職員のアセスメント

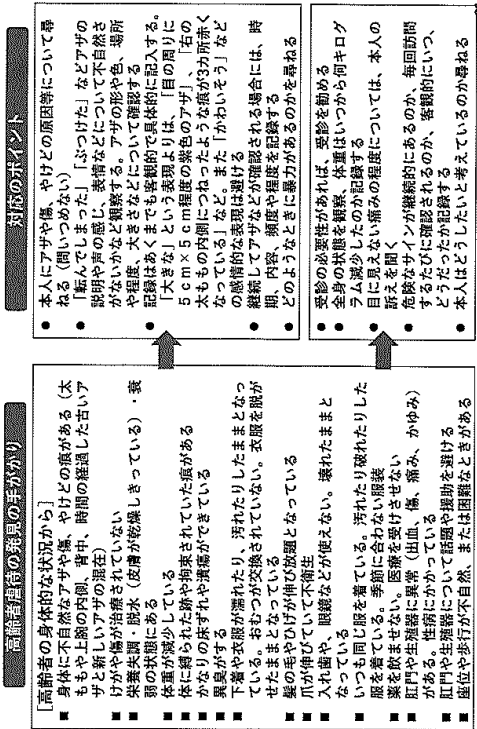
組織責任として、職員のかかえるストレスを、どのような形でフォローするのかが職員と、施設・事業者間が話し合い、組織として対応する方針を明確にし、具体的な休暇、休憩の取り方に始まり、働きやすい環境づくりを進めていく必要があります。

### 4 情報開示・利用者参加

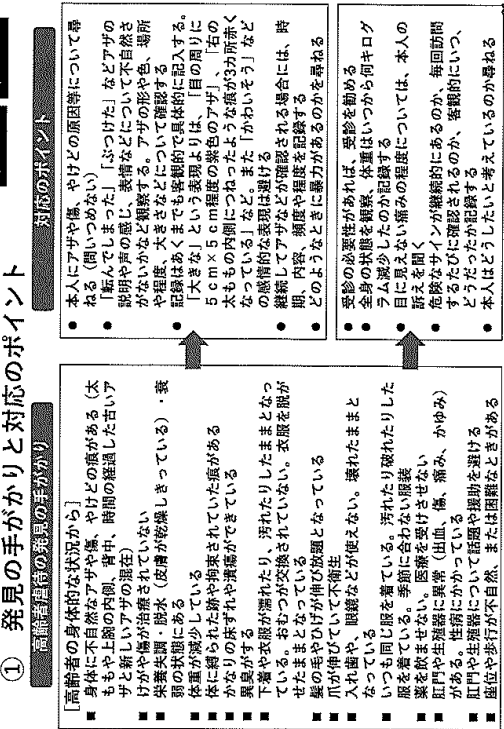
事業所としてのサービスの自主点検、自己評価は実地指導や監査項目にも挙げられているので当然ですが、介護サービス相談員、第三者評価等の第三者によるサービス評価、利用者や家族当事者によるサービス評価であるアンケートやご意見箱、苦情対応の体制作りなども、不適切事案を早期に発見するうえでは重要です。多面的評価を実施し、常にサービスの質の向上につなげる努力が、結果として虐待防止の体制作りにつながります。

## 4 発見の手がかり

### ① 発見の手がかりと対応のポイント



### ② 発見の手がかりと対応のポイント



### 3 職員のアセスメント

心理的な虐待はアザなどのように確認することはできないため、本人の言葉を細やかに観察する

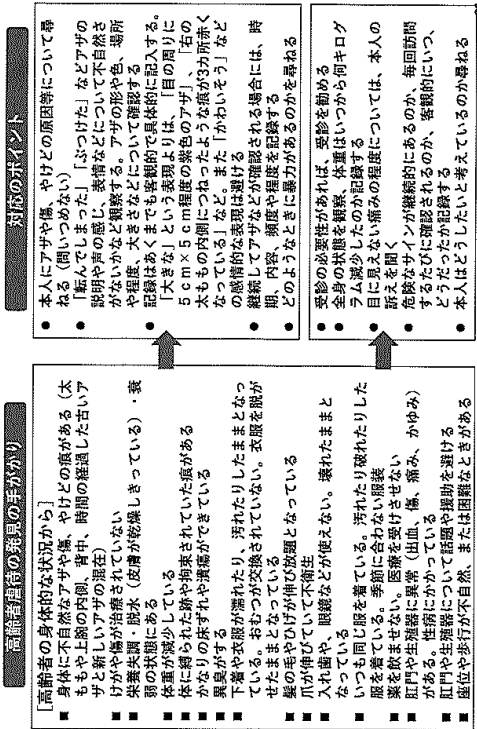
- 虐待者と虐待者の過去からの人間関係の歴史を含め現状を理解する
- 訴えの多い少ないに左右されない
- うつ傾向など精神症状がある場合、単に傾聴するだけでなく、病状によって医療的な対応が必要だと認識し、症状を観察する
- 虐待者がいないときに改めて事実を聞いてみる。虐待者の前で無理に聞かない
- 食べ物や、飲み物の摂取状況を観察する
- 信頼関係を築き、話しやすい状況を設定して事実を確認する
- 高齢者の今後に対する意向を確認する
- 本人が現状をどのように受け止めているのか尋ねる
- 事実関係の行き違いがあつても、当事者間で訂正するのは困難である
- 家族の問題だからとあきらめない
- 高齢者や虐待者に精神的な疾患があるか、症状を観察する。認知症があれば、問題行動により、困っていることを尋ねる

### 4 情報開示・利用者参加

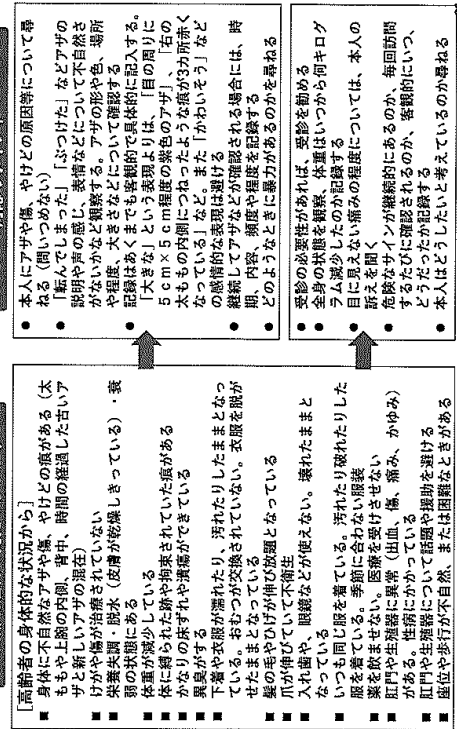
事業所としてのサービスの自主点検、自己評価は実地指導や監査項目にも挙げられているので当然ですが、介護サービス相談員、第三者評価等の第三者によるサービス評価、利用者や家族当事者によるサービス評価であるアンケートやご意見箱、苦情対応の体制作りなども、不適切事案を早期に発見するうえでは重要です。多面的評価を実施し、常にサービスの質の向上につなげる努力が、結果として虐待防止の体制作りにつながります。

## 4 発見の手がかり

### ① 発見の手がかりと対応のポイント



### ② 発見の手がかりと対応のポイント



p535 p536

**[介護者などの言動から]**

- 世話や介護に拒否的な発言がある
- 介護者が介護している様子が乱暴だと感じる（冷淡、無関心を含む）
- 他人の助言を聞き入れず、不適切な介護方法へのこだわりがみられる
- 福祉・保健・介護関係の担当者や会場の嫌がる。健康に関心がなく、病状が明らかでも受診させない
- 訪問しても家族の留守が多い
- 高齢者への質問にすべて介護者が答える
- 高齢者に面談させない
- 援助者に対して非協力的である
- 介護疲れや疾病等つらい様子がうかがえる

- 虐待者も支援が必要だと認識する
- 高齢者と虐待者と双方の話を別々に聞く機会をつくる
- 虐待者の介護方法を否定せずに提案する
- 共感的に接触し、介護の大変さをねぎらう
- 虐待者に焦点を当てて支援する。複数による役割分担が必要
- 介護保険制度等の利用により介護負担を軽減する
- 一方的に虐待者を批判しない

33

p536

**[高齢者の居住環境から]**

- 部屋の中に、衣類、おむつ、食べかけの食事、食べ残しが散乱して非衛生的、異臭・悪臭が漂っている
- 排泄物が処理されていない
- 季節に関係なく暖房や冷房などされなままになっている
- 外から鍵がかけられている
- 壁紙や衣類が濡れたままとまっている
- サービスを提供しようと思っても、食材の買い置きや洗濯した衣服などの準備がされていない
- 害虫やねずみがいる

**[地域での様子から]**

- 近所つきあいがいい
- 窓越しやドアの外側にも怒鳴り声やうめき声が聞こえる

- 食事、排泄、入浴、寝る場所についてとはとくに具体的に観察し、記録する
- 不衛生な状況が高齢者のスペースだけなのか、家族の部屋すべてがそうなのかを確認する
- 認知症による行動異常や、精神症状の有無について情報を得る
- 本人の意思、希望を確認する
- 気になった事項について、介護者に尋ねてみる

- いろいろな時間に訪問してみる
- いつどんな様子なのか、情報を提供した人に詳しく聞いてみる
- 認知症等の行動異常により困っていないか確認する

34

● かわり方りのポイント

高齢者と別れたあとになって、本人や介護者の様子や言葉が妙に気になってきたことはないだろうか。時間が経過してからは、そのときのことを聞くのもむずかしくなる。**氣になっただけのときに、適切な質問や対応を心がけたい。**

虐待の危険サインと感じた内容について尋ねたり、本人や家族の様子を見守ることが大切である。

**対応の基本**

- **香煙の喫煙率について確認する**（いつ、いつから、何が、だが、どこが、どのような状況、どの程度だったのか）
- 言葉以外の、声の感じや表情を観察する。高齢者の様子を合わせて、虐待者の様子も観察する
- 高齢者と虐待者だけの関係が悪いのか
- 当事者以外の家族はどのようなにかかわりがあるのか
- 生活環境の観察により価値観などを知る

36

p537

**暴行被害者がかわるべき対応**

- 高齢者の感情を尊重する
- 虐待という言葉は安易に使わない
- 無罪な精神取崩れは、信頼関係を壊す。本人が話しやすい雰囲気をつくる
- 虐待者を正そうとしたり、説明しようとしたりしない
- 虐待者も支援が必要な場合があることを認識する
- 仕方ないとか、どうしようもないと関係者があきらまぬ
- 緊急性や重症度は、変化することを認識する
- ひとりでは抱え込まず、チームで対応する。合わないと感じたときには対応者を代えてみる
- 自分の価値観や思い込みで対応しない
- できること、できないことを分けて考える
- けがの程度や、疾病の悪化など自身の状態を観察し、医師が優先すると判断したときには、主治医に連絡して状況を伝え、指示を聞く
- プライバシーを守る
- 介護負担の軽減を図る
- 長期間のこじれた家族関係は、たやすく修復できないことを頭に入れる
- 「虐待だ」と決めずしない
- 「不衛生だ」として、他人が勝手に片づけるとトラブルになる。生活の価値観を押し付けない

36

### 5 高齢者虐待の兆候を示すサイン

高齢者虐待は、深刻な状態に至るまでに何らかのサインを周囲に発している。また、高齢者虐待は、単一の行為によって起こるのではなく、複数の行為が積み重なって起こることもよくある。しかし、注意したいのは、サインはあくまでも虐待の疑い、可能性を示すもので、サインに気づいただけでは必ずしも虐待が行われているとは断定できないことだ。

以下に高齢者虐待の兆候を示すサインを分類別にとめる。

### 虐待の兆候サイン一覧表

<p><b>【身体的虐待】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 身体に不自然な傷やアザがある</li> <li><input type="checkbox"/> 傷やアザに対する説明のつじつまが合わない</li> <li><input type="checkbox"/> 回復状態がさまざまな段階の傷、アザがある</li> <li><input type="checkbox"/> 頭、顔、頸部などに傷がある</li> <li><input type="checkbox"/> 腕部や手のひら、背中などにやけどの跡がある</li> <li><input type="checkbox"/> わずかなことにおびえやすい(情緒不安定)</li> <li><input type="checkbox"/> 「家にいたくない」、「隠られる」などの訴えがある</li> <li><input type="checkbox"/> 家族がそばにいるときと、いないときでは、態度や表情がはっきり違う</li> <li><input type="checkbox"/> 何かを聞かれて、答えるたびごとに、家族の顔色をうかがう</li> <li><input type="checkbox"/> 家族が福祉、保健、介護関係の担当者に接触することをためらう</li> <li><input type="checkbox"/> 脱水状態にある</li> <li><input type="checkbox"/> 身体に縛られた跡や拘束された記録がある</li> </ul>
--

<p><b>【世話の放棄・放任】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 部屋、住居が極めて非衛生的、異臭を放っている</li> <li><input type="checkbox"/> 部屋のなかに衣類やおむつなどが散乱している</li> <li><input type="checkbox"/> 髪、ひげ、爪が伸び放題で汚れている</li> <li><input type="checkbox"/> 下着や靴が濡れたり、汚れたりしたままとなっている</li> <li><input type="checkbox"/> 身体にかなりの異臭がする</li> <li><input type="checkbox"/> かなりの程度の清潔や掃除ができていない</li> <li><input type="checkbox"/> 家族から世話や介護に拒否的な発言がある</li> <li><input type="checkbox"/> ティーサービスなど利用後に「綺麗に掃除してくれない」などの言葉が聞かれる</li> <li><input type="checkbox"/> 外での食事のときに一気に食べたり、飲んだりする</li> <li><input type="checkbox"/> 食事をつくらうとしても、冷蔵庫に材料が用意されていない</li> <li><input type="checkbox"/> 介護者が介護している様子が乱暴だと感じる(冷淡、無関心を含む)</li> <li><input type="checkbox"/> 家族が他人の助言を聞き入れず、不適切な介護方法にこだわる</li> <li><input type="checkbox"/> 家族が福祉、保健、介護関係の担当者と接触することをためらう</li> <li><input type="checkbox"/> 健康に関心がなく、病状が明らかでも受診させない</li> <li><input type="checkbox"/> 必要を察せ取っていない、介助していない</li> <li><input type="checkbox"/> 電気、ガス、水道が止められたり、家賃を滞納している</li> <li><input type="checkbox"/> 鍵のかかった部屋に入れられている</li> </ul>
---

<p><b>【心理的虐待】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 強い無力感、抑うつや、あきらめ、投げやりな態度がみられる</li> <li><input type="checkbox"/> 意気消沈して、よく泣いたり、涙ぐんだりする</li> <li><input type="checkbox"/> 落ちつきがなく、動き回ったり、異常によくおしゃべりする</li> <li><input type="checkbox"/> 自傷行為、身体への置きり、指しやぶり、かみつきなどがみられる</li> <li><input type="checkbox"/> 過度の恐怖心、脅えを示す</li> <li><input type="checkbox"/> 恐怖、苦痛、不満などを、いかにもオーバーに表現する</li> <li><input type="checkbox"/> 睡眠障害(不眠、過眠、悪夢)などがある</li> <li><input type="checkbox"/> 食欲不振、過食、拒食などがみられる</li> <li><input type="checkbox"/> 不自然な体重の増減がある</li> </ul>	<p><b>【性的虐待】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 肛門や生殖器に異常(出血、傷、痛み、痒みなど)がある</li> <li><input type="checkbox"/> 肛門や生殖器についての話や援助を避けたがる</li> <li><input type="checkbox"/> 座位や歩行が不自然であったり、困窮などがある</li> <li><input type="checkbox"/> 理由を明確にしないで、入浴やトイレなどの介助を突然拒否する</li> </ul>
--	---

- 【養護者(介助者)からのサイン】
- 高齢者を介護している様子が周囲に見える
  - 高齢者に対して周囲に乱暴な口のきき方をする
  - 家族が福祉、保健、介護関係の担当者と接触することをためらう
  - 高齢者に対して、希少な態度や無関心さが窺われる
  - 高齢者への質問に家族がすべて答えてしまう
  - 高齢者の世話や介護に対する否定的な発言をしはしぼする
  - 家族が高齢者に面会させない
  - 訪ねても高齢者が家にいない

- 【地域からのサイン】
- 家の中から、家族の怒鳴り声や、高齢者の悲鳴が聞こえる
  - 家の中から、物を投げつける音や、物が壊れる音がする
  - 天気が悪くても、高齢者が長時間、外にたたずんでいる
  - 屋外でも、閉戸が閉まったままになっている
  - 家族と同居する高齢者が、コンビニやスーパーで、1人分のお弁当を頻りに買う
  - 配達サービスなどで開けられた食事がとられていない
  - 道端にじっと座り込んでいたり、徘徊している

- 【経済的虐待】
- 「年金を取り上げられた」と訴える
  - 「税金通帳がない」、「お金を盗られた」などと言う
  - 介護サービスの利用料や生活費の支払いなどに滞りがある
  - 必要と思われる受診や介護サービスが、家族の理由で受けられない
  - 衣食住にお金がかかっている
  - 身に覚えのない借金の取立人が訪れる
  - 本人が急に現金を持たなくなる
  - 高価な所有物が知らぬ間になくなっている

身体に不自然な傷やアザがあり、説明もしどろもどろ

【身体的虐待】

- 定義  
高齢者の腕や手、背中や顔などに、転んだり、ぶつけたりしたとも思えるアザや、すり傷のような新しいアザに気づくことがある。高齢者自身にアザや傷について質問してみると、説明がしどろもどろで、アザの理由や部位、時間的な経過のつじつまが合わない場合もある。このような場合には身体的虐待の可能性があると見える。
  - 解説  
通常の生活を送っているかぎりは、複数のアザが離れた部位にはできにくいものである。アザの色は一般的に、紫→褐色→緑→黄色と、それぞれ4、5日くらいずつ変化していくため、アザの部位と色に着目することで、身体的虐待の有無を判断する際のひとつの目安になる。例えば、同じ部位に、色の異なる複数のアザがある場合、何層も同じ箇所に打撃を受けた可能性がある。
- アザや傷のできた理由を、高齢者本人や介護者に質問してみると、話しぶりが不自然なことがよくある。多くのケースでは、高齢者自身が、家族など介護者をかばって事実を話さない。しかし、疑われているために事実を話さないでいることも考えられる。高齢者の身体に外傷が生じ、また生じるおそれのある異行を加えることは身体的虐待にあたり、市区町村（地域包括支援センター）に通報することが法律で義務づけられている。
- アザや傷以外にも、骨折、内出血、やけどなど、治療が必要で、生命にかかわるような外傷がある場合には、すぐに救急車を呼ぶなどの対応が必要である。また、身体的虐待については、最寄りの警察署でも相談に応じてもらえる。

6 早期発見に役立つ  
12のサイン



### 部屋の中に衣類、おむつ、食べかけの食事、食べ残しが散乱

[世話の放棄・放任] [心理的虐待]

3

- 定義 家の中で高齢者の部屋だけ、衣類、おむつ、食べかけの食事、食べ残しなどが散乱して、不衛生、異臭が漂うという場合は、高齢者が家族に無視されたり、放置され、必要な介護を受けていないかあったりする可能性がある。関心を向けられずに、物置きや雑居のような場所に生活していることもある。
- 解説 不衛生な環境は世話の放棄・放任のサインとして受け止める。食事の用意がなかったり、寝具や衣類が濡れたり汚れたままであつたり、暖房や冷房がないまま放置されている可能性もある。高齢者本人は世話をしてもらっているつもりでいるが、何も言えない状態で、あきらめて生活している様子が想像できる。高齢者が関心を寄せられずに、継続的に無視され続けることは心理的虐待にあたる。また、このような状況を知られたいために、家族は第三者が家に入るのを拒否する場合があります。

環境の改善だけに目が向けられがちだが、高齢者の生活状況について具体的に確認し、栄養状態や皮膚の状態、発熱の有無など身体状況についても観察することが大切になる。

高齢者本人に食事の内容や家族のかかわり方について確認しても、家族の前ではなかなか本音を語ることができない。

不衛生な環境が高齢者自身の精神衛生のために、片づけられなければならない状態となつていて、症状により、症状によっては診察、治療を家族に勧められることも必要になってくる。

### 必要な薬を飲んでいない 服薬の介助をしていない

[世話の放棄・放任]

5

- 定義 高齢者のなかには、持病があつて常に薬を服用しなければいけない人も少なくない。しかし、家族など介護者が高齢者の服薬に関心がなく、必要な薬が切れのまま放置して薬の服用を中止してしまうことがある。これは、病気の悪化を招き、人命にかかわりかねない虐待のひとつであり、世話の放棄・放任にあたる。
- 解説 高齢者は、高血圧症や糖尿病、心不全や脳卒中など、いくつもの病気を患っていることが多く、常時、随時薬を服用してはじめていた薬の服用が必要となる。高齢者が認知症の場合は、本人だけでは服薬ができていないため、介護者に対する服薬指導も大切である。

日頃から主治医や医療機関だけでなく、サービス提供事業者や介護支援専門員（ケアマネジャー）をはじめとする関係者などが、高齢者が服用している薬を把握し、気を配っておくことが重要になる。

介護者が面倒だとして医療機関を受診させていなくなつたり、「少しくらい薬を飲まなくても大丈夫だろう」と高をくくって、薬を処方されていても服用させないことがある。

このような場合には、薬を飲んでいない理由についてよく確かめながら対応を考へなければならぬ。薬を飲まないことで体調や精神状態などの変化や気になる症状はないかどうかを観察したりうえで、受診を勧めたり、必要な薬を飲ませるよう働きかけが必要がある。それによって改善されない場合には、市区町村に相談する。

### 脱水症を甘く見ることが禁物 十分な水分補給が必要

[身体的虐待] [世話の放棄・放任]

2

- 定義 家族が意図的に、高齢者の水分補給を制限している場合がある。人間の身体組織では、60%程度が水分といわれているが、高齢者は加齢によって身体の機能が低下し、脱水症になりやすい傾向がある。
- 解説 高齢者の皮膚やくちびる、舌が乾燥していると感じたり、皮膚の弾力性が低下しているように見えたりした場合には、脱水症を起こしていることが予測される。

脱水症は、夏場によくかかると思われがちだが、一年を通じて起こる。一般に、成人が1日に必要とする水分摂取量は、約2.5リットルとされている。この量には、三度の食事から摂取する水分も含まれているので、**食事以外に、水やお茶、コーヒートなどの飲料水として、1～1.5リットル程度(コップ約5～6杯分)の水分補給が欠かせない。**

尿失禁を気にして高齢者自身が水分の摂取を控えることもあるが、高齢者を介護する家族が水分の摂取をあえて制限することは、身体的虐待や世話の放棄・放任にあたる。水分の補給が十分でない、高齢者はたまたま脱水症に陥りやすい状態にある。脱水症の初期の場合には、便秘や体重減少、痙攣のやせが自立つこともあるが、重症化すると食事とれなくなり、症状がさらに悪化すると、ぼんやりとして反応が鈍くなるせん妄や意識障害、幻覚が起きることもある。人命にかかわることにもあり、脱水症を甘く見ることが禁物である。毎日の水分摂取量や尿の色や量などを客観的に確認したり、意識して声をかけて水分摂取を促すように心がける。

家族に何回か注意しても改善がみられない場合には、虐待の疑いとして最寄りの市区町村に通報することも必要である。

### 外で食事するときに、一気に食べてしまう

[世話の放棄・放任]

4

- 定義 食事は栄養を摂取するためだけでなく、高齢者にとっては楽しみひとつでもある。日頃のやりとりでは気づかなくても、敬老会や食事会、デイサービスなど、高齢者が外へ出かけるときに、ごはんのおかわりをしたり、他の人の分まで食べようとするのに気づくことがある。このような外で一気に食べる様子は、家庭で十分な食事が用意されていない可能性があり、世話の放棄・放任が疑われる。
- 解説 自分で食事を準備したり食べたりできない高齢者に、食の確保がされない状況は、介護の放棄として認識される。このような介護の放棄が長期に及ぶと、本人の体調や病気が悪化し、生命の危険性も懸念される。ホームヘルパーが訪問するまで何も食べないままに、食事をつくらうと思つて冷蔵庫を開けると食材が入っていないか。わざわざ手の届かない所に食事が置いてあるということもある。

このようなときには、具体的に、高齢者にどのような食事をどれくらい食べているのか聞いてみる。介護者から、「本人が食べたくないと断つたから無理に食べさせない」と言われる場合や、高齢者が「何も食べさせなくてもいいから無理に食べさせない」と言われる場合、高齢者の訴えは認知症の症状によるものと考えられるが、介護者ともあるだろう。高齢者の訴えは認知症の症状によるものも必要である。以前に比べてやせてきたと感じたときには、デイサービスなどを活用しているかと併せて、顔の表情や皮膚の乾燥、尿の出る回数や排便の様子などについても聞く必要がある。

なお、担当者カンファレンスなどで家族に高齢者の食事の様子を伝えるときは、高齢者本人に批判が向かないように配慮することが必要である。

### 落ち着きがなく、動き回ったり異常によくおしゃべりする

171  
7

【心理的虐待】

- 定義  
高齢者本人に落ち着きがなく、しまりに何かを訴えようとしていたり、多動であるような状況は、認知症の人に陥らず心理的な訴えとして表現しているものと思われる。家族など介護者に不適切な言動や対応によって、心理的に不安定になっているような場合も多く見られること、心理的虐待、あるいは言葉による暴力などを受けている可能性があると考えられる必要がある。
- 解説  
高齢者自身が心理的に落ち着かない状態は、客観的に外部的要因なのか、内部的要因なのかを見極めなければならない。なかには、便秘や痛みなど身体的な不調を訴えている場合もあり、状態を観察して医療につなぐ必要がある場合もある。しかし、明らかに言葉による暴力、態度による無視など、何らかの虐待や人権侵害の事象により、不安定になっているような場合には、積極的な支援が必要になる。心理的虐待の特徴と思われる兆候は、自傷行為や身体への指しやぶり、かみつき、いわゆる不定愁訴のような何回も同じ訴えを繰り返す、言葉の連続などの落ち着きのない状態として現れる。オーバーな表現なども該当することがある。認知症の高齢者などにこの兆候が見られる場合は、具体的にどのような個別に検討することが必要である。もし個別の検討が不十分だと心理的虐待を防ぐことができなくなる。また、原因を解るだけでなく、日常の状態の観察が大切であり、着ていた状態で日常生活を送れるように支援を考えていく。サインがすべてを物語っているわけではないため、情報を広く集めることが重要になる。

### 高齢者を介護している様子が乱暴に見える

171  
9

【心理的虐待】 【身体的虐待】 【介護者のサイン】

- 定義  
介護者が高齢者を介護しているとき、無理に起こそうとして手を引く張ったり、乱暴におむつを引抜いたりするなど、不適切と思われる対応をすることがある。また、高齢者に対して大声を出したり、乱暴な言葉遣いをしたりすることもある。乱暴な介護は心理的虐待であり、身体的虐待や事故にもつながるサインとして注意が必要である。
- 解説  
乱暴な扱いであっても介護度の重い高齢者は介護されるままに介護者に身を預け、無抵抗にならざるを得ない。  
一方、部外者がいる前やわきまを乱暴に扱うのは、介護者自身がその状況を見せられることにより、介護負担やいらぬ気持ちは懸命にアピールしているという捉え方もできる。すなわち、介護負担やいらぬ気持ちは懸命にアピールしているという捉え方もできる。介護者自身が発する「SOS」でもある。介護を受ける側は、無理にやらせられない使命感や責任感も強く、実際には介護に疲れ、ストレスを抱えながら介護している場合も多く、介護者自身の心のケアが必要である。  
「毎日の介護で大変ですね」と、介護者に聞こえて話しかけ、介護負担を減らす方法を提示したり、ねぎらいの言葉をかけた後などして信頼関係を築くようにする。高齢者と介護者のどちらか一方の語だけでは実際は実情がわからず、できれば別々に面接の機会をつくって心情を聞くことが必要である。このようなケースでは、高齢者の身体に傷やアザがあることもしばしば見受けられる。介護者の行為に振り返りがあつたが、介護者の乱暴な扱いによって事故が起こらないとも限らない。高齢者の感情や身体的な状態はどうかどうかを観察すると、高齢者の保護・安全については十分な注意が必要である。

### 強い無力感、抑うつ、あきらめ、投げやりな態度が見られる

171  
6

【心理的虐待】

- 定義  
高齢者の気持ちや無力感を解きほぐそうとして話しかけても、表情が乏しく、強い無力感やあきらめ、投げやりな態度などが見られる場合は、家族から悪言、罵倒など、言葉による暴力を受けたたり、存在を無視されたりして、高齢者の心が傷ついている心理的虐待のサインとして受け止める。
- 解説  
介護を要する高齢者は、いろいろな人の力を借りて生活せざるを得ないため、家のなかでも介護する立場と介護される立場との関係になりがちである。介護期間が長くなり、介護者の疲労やストレスが蓄積すると、立場の弱い高齢者に攻撃が向けられる可能性が出てくる。言葉で表現できない状況下で示される高齢者の態度を察する表現・心の叫びとしてキャッチアップすることが必要である。こうしたケースでは、高齢者の性格や、家族の関係、感情や態度が変化し原因やきをつけられる有無、ほかに虐待行為がないかどうかなどについて、本人から事実を聞き取るようにする。

### 「年金を取り上げられた」と高齢者が訴える

171  
8

【経済的虐待】

- 定義  
高齢者本人が「家族に年金を取り上げられた」と訴えることがある。事実関係は外部からでは計り知れないことが多い。経済的な虐待であるかどうかの見極めは大変むずかしい。しかし、生活に困らない程度の年金が支払われているにもかかわらず、本人は着の身着のままというようになり、実際に現金をほとんど持っていない、あるいは管理する能力がないからという理由で一方的に家族が通帳を管理したり、勝手に財産を処分したりする場合には、経済的虐待の可能性が高いといえる。
- 解説  
経済的虐待は、外部の人には大変見えにくい構造をもっている。とくに、本人の年金を家族の生活費として使っているような場合、即座に経済的虐待とは決めつけられない。明らかに、本人の意思を無視した現金の取り扱いや、通帳の管理、財産の処分などは経済的虐待にあたり、生活費の一部として年金を使っているような場合は判断に困ることが多い。ただし、十分な年金があるにもかかわらず具体的な介護サービスの利用を拒否したり使わせないような場合には、経済的虐待の疑いが強い。





## コミュニケーション技法と トレーニング

# 1 コミュニケーションとは

2

- コミュニケーションの語源は「共有する」
- コミュニケーションの本来の意味は、メッセージを相互に伝達して共有すること。



- 相談援助において自分と相手との間で共有するメッセージには、**情報**だけでなく、相手の**感情**も含まれる。
- いかにもメッセージを**正確に共有する**かが、相談援助における重要な課題の1つである。

正確に共有するためには、どのようなコミュニケーションが必要でしょうか？

単方向の  
コミュニケーション

双方向の  
コミュニケーション



- 単方向のコミュニケーションでは一方通行になり、メッセージの共有ができない。
- 双方向のコミュニケーションによって、相互にやりとりすることでメッセージを正確に共有することが大切である。

## 2 メッセージを共有しようと する意欲

- コミュニケーションでは**メッセージを共有しようとする意欲**が、何よりも大切である。
- 援助の対象者のなかには、コミュニケーションの機能に障害のある人もいる。そのため、メッセージを共有しようと**する意欲**がなければ、コミュニケーションは成立しなくなる。

援助の対象者のなかには、このような  
コミュニケーションをとる人もいます！

### 演習 ア行トーク

### 演習：ア行トーク

- 構音障害(言語の障害)のある人と  
のコミュニケーションを疑似体験
- 発話が不明瞭でも、何を伝えたいの  
か**感覚的に理解**することが大切。

9

援助の対象者のなかには、このような  
コミュニケーションをとる人もいます！

### 演習 サイレント・トーク

### 演習：サイレント・トーク

- 発声できない状態の人とのコミュ  
ニケーションを疑似体験
- 相手の**唇の動き**を見て、何を伝え  
ようとしているのか**感覚的に理解**  
することが大切。

11

### 3 コミュニケーション効果

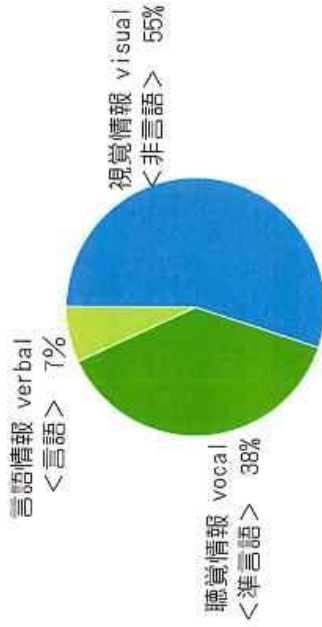
#### 【挨拶】

- 「おはようございます」「こんにちは」という出会いの挨拶から、相手とのコミュニケーションが始まる。
- 挨拶は相手の**存在**を認めて、**好意的にかかわろうとする意思**を伝える。
- アメリカの心理学者、アルバート・メラビアン(Mehrabian, A.)は、対人場面において相手に対する好意を決める要因を研究した結果、図のような法則を見出した。
- メラビアンの法則によると、相手に対する好意度は、話す内容にかかわらず、**表情やしぐさ、話し方などによって9割**が決まることとなる。

- 挨拶するときには、声のトーンや、表情、目線・視線、動作なども意識することが大切である。なぜなら、**言語**(「おはようございます」などの言葉)に伴う**準言語**(声のトーンや言い方など)や**非言語**(表情や身振りなど)が、相手に対する関心の程度を伝えるからである。



## メラビアンの(Mehrabian, A.)の法則



## 【自己紹介】

- 会話の始まりは、相手だけでなく、自分も緊張して防衛的になりがちである。
- 自分の氏名、所属、役割などを正確に伝えることで、相手の警戒心を解き、**相手に安心してもら**うことに役立つ。

## 【雑談】

- 自己紹介の後の雑談は、互いの**緊張を緩和**して、**リラックス**することに役立つ。
- 雑談では、天気・天候、季節などに関する話題や、相手を気遣う言葉、簡単な質問をする**とよい**。

- 雑談での質問は、深く考えなくても答えられる**クローズド・クエスチョン(閉ざされた質問)**が適している。

- クローズド・クエスチョンとは、「寒くないですか？」のように「はい」か「いいえ」で答える質問や、「ご出身は？」のように求められている**答えが決まっている質問のこと**。

## 【本題】

- 答えやすい質問で会話の流れがよくなってきたら、オープン・クエスチョン(開かれた質問)を使って会話を広げる。
- オープン・クエスチョンとは、答え方が決まっておらず、自分なりの言葉で考えて、自由に答えることのできる質問のこと。

22

## 4 コミュニケーション技法

- 相談援助におけるコミュニケーションでは、メッセージを共有しようとする**意欲**と、メッセージを上手く共有するための**技法**(テクニック)が必要である。
- コミュニケーション技法にはさまざまなものがあるが、相手の話を聴く**傾聴**は相談援助の基本である。

自分の「聴き方」をチェックしてみよう！

聴き方チェックリスト

24

## 聴き方チェックリスト

1. 言いたいことや、訊きたいことがあると、相手の話に割り込む。
2. すぐに、「実は私もね」、「私だったら、」と自分の話を持ち出す。
3. 「あっそう」「ふーん」などのあいづちが癖になっている。
4. 作業をしながらの“ながら聞き”をよくしている。
5. 「でも」「だけど」が多い。
6. 話に同意できないとき、自分の感情が表情にあらわれやすい。
7. 「それで」「だから」「結局、何？」と相手の話を急かしてしまう。
8. 相手が考えたり、言葉を選んでいるとき、「○○ですね」と先回りする。
9. 話をしている人の気持ちより、話の内容のほうに気がなる。
10. 話に共感したとき、「わかる、わかる」とよく言っている。

### 1や2に✓・・・

- 1. 言いたいことや、訊きたいことがあると、相手の話に割り込む。
- 2. すぐに、「実は私もね」、「私だったら、」と自分の話を持ち出す。

### 相手の話をとってしまいう聞き方

### 3や4に✓・・・

- 3. 「あっそう」「ふーん」などのあいづちが癖になっている。
- 4. 作業をしながらの“ながら聞き”をよくしている。

### 話をする意欲を低下させてしまいう聞き方

### 5や6に✓・・・

- 5. 「でも」「だけど」が多い。
- 6. 話に同意できないとき、自分の感情が表情にあらわれやすい。

### 相手との間に壁を作ってしまう聞き方

最後まで聞き、一度受け止めてから、自分の考えや意見を伝えることが大切。

## 7や8に✓・・・

- 7. 「それで」「だから」「結局、何？」と相手の話を急かしてしまう。
- 8. 相手が考えたり、言葉を選んでいるとき、「○○ですね」と先回りする。

➡ **聞き手主導の聞き方**

## 9に✓・・・

- 9. 話をしている人の気持ちより、話の内容のほうに気がなる。

➡ **感情を見過ごしてしまいう聞き方**

## 話の構成要素



## 10に✓・・・

- 10. 話に共感したとき、「わかる、わかる！」とよく言っている。

➡ **共感が伝わらない聞き方**

## (1) 「うなずき」「あいづち」

- 無反応で相手の話を聴くと、相手は「聴いていないのかな」「私の話には関心がないのかな」と不安になり、話じづらさを感じて、話す意欲を低下させてしまう。
- うなずきやあいづちを示しながら聴くと、相手は安心して話をすることができる。

- うなずきとは、首を縦に振る非言語的な反応のこと。相手の話す速度に合わせて、**同じ呼吸のリズム**になるよううなずくと、相手と波長を合わせることができる。

- あいづちとは、「うん、うん」「そうですね」などの短い言語的な反応のこと。話をさらにすすめていくうえで、流れに**リズムをつける**意味をもつ。

- ただし、あいづちが多くなると、相手の話の腰を折る危険性があるため、**うなずきを基本**にして、その合間にあいづちを打つと効果的に聴くことができる。

- ときどき、「それから、どうしたのですか？」「その後、どうなったのですか？」のような**オープン・クエスチョン**で質問すると、相手の話を促すことができる。

## (2) 「繰り返し」「言い換え」

- うなずきとあいづちを示しながら、さらに繰り返しや言い換えの技法を使うと、**メッセージを正確に共有**することができる。

■ 繰り返しとは、相手が話す言葉の一部を短く、**そのままの言葉で返す**技法のこと。話し手の言葉を聴き手が繰り返すことで、メッセージを否定したり、批判したりすることなく、そのまま共有することができる。

■ 言い換えとは、相手の話から感じ取ったことや、理解したことを、**聴き手の言葉で返す**技法のことである。

「繰り返し」と「言い換え」を使ってみましょう！

Aさんは、家族が面会に来ることをいつも楽しみにしています。この日は面会がなかったため、Aさんは寂しそうに「誰も会いに来ないので残念です」と、あなたに言いました。

Aさんの**メッセージを共有する**ためには、どのような言葉を返しますか。

誰も会いに来ないので残念です

皆さん、忙しいからね。仕方ないですよ。

共有していることが相手に伝わりにくい

誰も会いに来ないので残念です



残念に思っているのですね<繰り返し>

もっと会う機会を増やしたいと思っていますのですね。<言い換え>



### (3) 「要約」

- 話を一通り聴いた後に、要約の技法を使って確認するとより**正確なメッセージの共有**になる。

- 要約とは、相手の話の要旨を整理して返す技法のこと。

- 「そうでしたか」「それはお困りですね」などと聞き放しで終わるのではなく、「〇〇だったのですね」「××のことで困っているのですね」などと**相手が最も伝えたいことを確認**する。

### (4) 「共感」

- 会話のなかで相手が感情を表出したときには**共感の技法**を使って、その**気持ちに寄り添う**ことで相手との信頼関係が深まる。



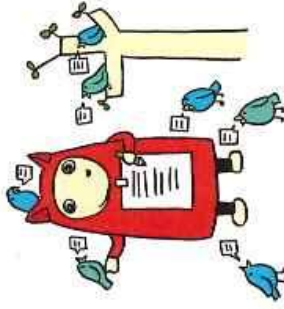
## 話の構成要素

- 共感とは、相手の気持ちをどのように理解したのかを言葉で伝える技法のことである。
- 「○○な気持ちだったのですね」「○○と感じたのですね」などと、相手の気持ちを言葉で確認しながら、相手の感情を理解しようとすることが大切である。



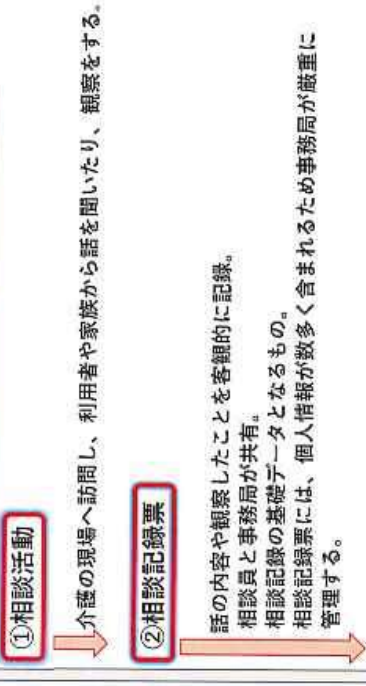


## 相談活動から記録、報告まで



地域共生政策自治体連携機構  
事務局長 菅原弘子

## 相談活動から記録、報告、改善まで



## ③相談記録票からサービス提供事業者になにをどう報告するかを整理

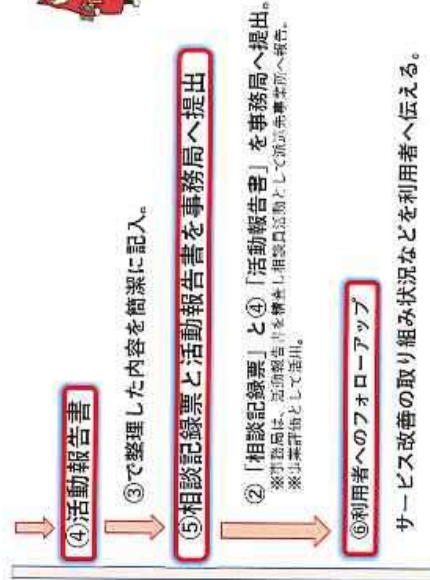
サービス提供事業者へ速やかに伝えるべき内容や、伝えるタイミングの整理。  
事業種別が必要な内容の整理。  
経過観察が必要な内容の整理 などをを行う。

### 〈整理のポイント1〉

- ①相談員の判断で整理できるもの
  - ・利用者の話辭や動違い
  - ・個人の好みや要望など
- ②派遣先事業者との協議が必要なもの
  - ・介護サービスに関わること
  - （風呂の順番や部屋差入など）
- ③行政(事務局)の関与が必要なもの
  - ・虐待、身体拘束
  - ・制度、施設、法律等に関すること
  - ・契約、搾取等犯罪となること

### 〈整理のポイント2〉

- ①利用者の声・相談内容の分類
  - 1 要望 2 不満 3 苦情 4 葛見
  - 5 身体拘束・虐待 6 その他
- ②観察・気づいたことの分類
  - 1 環境 2 利用者の状況
  - 3 職員の状態
  - 4 身体拘束・虐待
  - 5 その他



## 相談活動の基本

- ・ 介護サービス相談員は関係者等の主観、偏見に左右されない。
- ・ 相談者の物の見方、視点を理解しても相談者の主観に振り回されない
- ・ 問題の背景要因は何かを見える姿勢が重要
- ・ 苦情を通して現れてくるサービスや利用者の生活の実態を明らかにしていく

### 1. 苦情の背景や要因を探る



なぜ苦情が出ないのかを明らかにする

## 話しの内容を的確に把握するために1

話しを聞く時間、場所などの詳細な点まで心を配る	部屋に入るときは挨拶をする 自己紹介をする
話しの内容性を守る(秘密保持の安心感)	「私を覚えていただけますか?」は禁句
対応の融通性をもつ 利用者の変化に対応して聞く方法を考える	「こう呼んでください」といわれない限り、利用者に対しては敬称をつけて呼ぶ
再度話しを聞く時の準備を的確に行う(記録の再検討)	プライバシーや名譽を尊重する

## 話しの内容を的確に把握するために2

先入観をもって聞かない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 偏見や先入観を持たない</li> <li>・ 利用者が話す言葉や態度を尊重</li> <li>・ 「認知症だから」「私が嫌だから」と心身の状態で予断を持たない</li> <li>・ 利用者の発言や行動を判定しない</li> </ul>
傾聴は問題の手がかりになる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の訴えを受け止める姿勢を示す傾聴は訴えの背景を知ることがりとなる</li> </ul>
利用者の「声調」で話を聞く	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早く言葉を知りたいたいと焦ったり、発言を促さない</li> <li>・ 第三者の視点からの考え、物の見方ができる能力が必要</li> </ul>

## 1. 話しの間き方と内容のとらえ方



### ① 聞き方の方法

- ・ 全員から話を聞くように務める
- ・ 希望者から話を聞く
- ・ 利用者を選んで話を聞く
- ・ 訪問時の「世間話」等のなかから問題を見つける

### ② 話し（苦情・不満）の内容のとらえ方

- ・ 何についての苦情・不満なのか確認する
- ・ どのような人がかかわっているのか
- ・ 相談者が求めているのはどのようなことか
- ・ これまで同様の申し立てはあったか
- ・ 相談者は苦情・不満解決のために何らかの対応をしていたか
- ・ 苦情・不満に対応する法的規制はないか

## 2. 苦情・不満と問題の把握

### ① 情報の収集と問題の把握

- なぜ、どうして困っているのか
- 支援の必要性があるのか
- 利用者の希望は何なのか

- ・相談者自身の視点から意見・要望や希望が出ているか
- ・相談者は現状を的確に把握しているとはいえないことがある
- ・相談者の権利を把握することに困難がある場合がある
- ・相談者の情報不足とステイタムはないか
- ・サービス提供者についての情報のなから問題の要因を把握
- ・サービス提供者内に「苦情解決」のしくみが構築されているか確認
- ・サービス提供上の責任が明確にされているか確認

#### 留意点

### ② 観察

- 施設の雰囲気や職員、利用者の動きなどに着目する洞察力
- 施設内の臭い、室温や清潔等の環境への観察眼



## 3. 情報の収集

### ① 問題はどこにあるのか

なぜ問題(不満・苦情)が起きたのか、状況から類推する

- スタッフに異変としいがあったのか
- 相談者自身の過失があったのか
- スタッフが情報提供を適切にしていなかったのか
- 相談者が情報について勘違い、誤解していたのか
- 相談者に対する故意の虐待等があったのか
- 施設・事業者の方針などに関係するものか
- 相談者の身体・精神状態に関係するものか

どんなことにより「不満・苦情」を立証できるか

- 面接と観察、記録から背景要因を探す
- 専門家による点検や報告

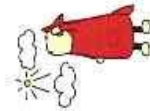
## ② 不満・苦情の背景となった生活の全体を把握

### 生活の全体を把握するための背景

- (1) 心身の健康上に関する問題
- (2) 生活介助や生活リズムに関する問題
- (3) 環境やサービス内容に関する問題

#### 苦情の要因

- サービス利用にあたっての目標や条件を示していない
- スタッフの都合や価値基準で行動している
- スタッフの行動を利用者に説明していない
- 事前に了解した時間にサービスを提供していない
- 利用者の意見を聞いていない
- スタッフの意見を強押ししている
- サービスの情報を伝えていない
- 不正確な情報をそのまま伝えていない
- 利用者からの質問に答えていない
- 利用者の話を聞き流している



## ① 相談記録票と活動報告書の意味と役割

自らは声を出しづらい状況の利用者の貴重な声を外部から見ると見る居住環境や介護の実態を

見える化する

相談活動とは



利用者の話を聴いたり観察したことを記録し、活動報告にまとめ、事業者に問題のありかを提示し、改善に結びつけるまでが相談活動。

## ② 記録の作成

### 記録と報告

相談や観察したことを必ず相談記録票に記録。基礎データとして事務局と共有。  
相談記録票を活動報告書にまとめ事務局から事業者へ提出。

### 相談記録票

利用者からの相談や観察等を事案に基づき客観的に記録。  
相談内容の背景、問題点等を判断する基礎データ。

### 活動報告書

相談記録票を整理し、報告書にまとめ事務局へ提出。

事務局は活動報告書を精査して派遣先事業所へ搬送しのツールとして報告

## 記録することの意味

- 
- ①内容相談の、経過の確認
  - ②物事の見方、判断等の確認
  - ③振り返り(評価・反省)
  - ④相談の背景の把握
  - ⑤利用者等の状況把握
  - ⑥サービス提供者の状況把握
  - ⑦問題を時系列的に確認できる
  - ⑧書くことによる相談援助の技能の向上
  - ⑨記録の蓄積により事例検討等の対応力の向上

## 記録の書き方

分かりやすい表現を心がける

長文は避け短い文章にする

主語を明確にして書く

真実が伝わる表現で書く

相談員の主観と客観的事実を混同させない書き方

記録されたシートは相談員の手を離れ、保管され活用される。  
説明を加えることなく見た人が理解できるように記載することが重要。

## 「客観的事実」の記録とは

○利用者の話した「声」をそのまま記載  
・感じたことや気づいたことの前に、利用者の話した言葉を正確に「」付きで記録する。  
・記載内容に主観と客観が混ざらないように記録する。

○利用者の「思い込み」や「勘違い」かもしれない場合  
・自分なりの判断で記録しなかったり、利用者の話した内容ではない私見を記載することがないようにする。

○認知症高齢者の話した内容が必ずしも事実でない場合  
・なぜそのようなように感じているかを知ること、抱えている問題が明らかになることがある。

### 所感、気づいたことの取り扱い

- 相談員が気づいたり、感じたことの中には利用者が生活していくうえで重要な指摘が多いことを自覚しおろそかにしない。
- 所感の記載について、報告書に直ちに記載することの判断を要する場合
  - ・継続的な観察が必要な事例、報告するタイミング(信頼関係構築後)や有効な補償方法の検討などが必要。

### 記録をまとめるうえでの留意点

- (1) 不満等の表面的事実だけでなくその背景を観察し、整理する中で明らかになったことをまとめる。
- (2) 話し相手だけで終わった場合は、話しの中身を簡潔に記録
- (3) 匿名希望や話しの内容を口外しないよう依頼された場合
  - ・申し出の旨を記載。
  - ・一般化した問題として提起し、相談を埋もれさせないようにする。

### ③相談記録票から活動報告書への整理方法

#### 相談記録票から活動報告書へ即座に記載できないもの

- ① 名前を特定できないようにする必要があるもの
- ② 1人の利用者からの相談では書表確認ができず、時間をかけて事実確認が必要なもの
- ③ 経過観察が必要な場合

#### 留意点

話し(相談)の内容によって

- ① 施設からの回答が必要なものについては、回答を求めていることが施設に伝わるように記載
- ② 施設への報告のみですむもの
- ③ 活動当日後の意見交換で施設との一定の結論を得ることができたものについても、結論までを含めて報告書に記載

### 伝え方(報告)のポイント

- 利用者の声、声なき声に耳を傾げる意味や、より良い介護サービスを目指す共有の理解のもとに伝える。

#### 伝えるタイミング

1. 訪問活動後の意見交換で伝えたい場合
  - 利用者「理解や勘違い」「情報不足」
  - 施設へ伝えることで解決に結びつくような内容の場合、
2. 即伝えることがふさわしくない場合

- ① 事実確認をしてから伝える
  - 食事時間など施設全体にかかわることなどは、他の利用者ほどのように感じているかを聞き取ってから伝える。
- ② 時間をかけて伝える
  - 気づいたこと感じたことなどは、施設との信頼関係ができてから伝えることが有効。
- ③ 三者会議などを利用して伝える
  - 利用者を特定しにくい内容や、どの施設でも起こりえる普遍的な内容は、三者会議などで一般化した問題として話し合うことが効果的。



## 記録整理のポイント

相談の問題を整理するときに必要な「6W2H」

### ① What(いつ)

① 時系列的に問題を見ていく場合や緊急性等がわかる

- ・ 相談の連絡があった日時
- ・ 実際に相談を行った日時
- ・ 相談者が答えている事象が勃つた日時
- ・ 介護相談員が事務局へ報告した日時
- ・ 介護相談員がサービス提供者と連絡、提案、調整した日時

### ② Where(どこ)

② 場面や状況を知ることが必要となる

- ・ 相談者(利用者)が相談の連絡や申し出た場所
- ・ 相談者の所在地(利用している施設の名前・所在地等)
- ・ 相談者と相談面接を行った場所
- ・ 相談者が問題にしている場所(問題としていた事象が勃つた場所)
- ・ サービス提供者の責任者、職員等と連絡、提案、調整した場所

### ③ Who(誰が)

「なぜなのか」という訳的な疑問がもつ意味が強い。相談者の生活や状況を把握し、困っていることを明らかにすることができると、整理にあたってはよく言葉となる。理解や協働により問題が解決できれば、相談者が問題を生じないようサービス提供者へ提案することができる。  
「目える、問題」とは、見えない問題にも注意を向けなければならない。

### ④ Why(なぜか)

- ・ 身体状況を理由に好きなものを食べさせてもらえない
- ・ まわりの人と違う服はいいだ
- ・ 自分で食べたいが時間がかかるといってスタッフが食べさせてくれない

- ・ なぜ、相談者は相談してきたのだろうか
- ・ なぜ、その事象が起きたのだろうか
- ・ なぜ、問題にしているのだろうか
- ・ なぜ、当事者間で解決できないのだろうか

### ④ Who(誰が)

④ 関係する人の人間性と解決への道筋の提案や調整する相手が変わる

- ・ だれが相談したのか
- ・ だれが行った行為を問題にしているのか
- ・ だれがその事象を問題にしているのか
- ・ だれが相談を受けたのか
- ・ だれからの情報なのか

### ⑤ What(何)

⑤ 問題の所在や状況、解決に向けての提案等が変わる

- ・ だれにとつての問題なのか
- ・ だれに対して行われた行為等なのか
- ・ だれに対して苦情、不満があるのか
- ・ だれに話したいのか、聞いてもらいたいのか

### ⑥ What(何)

⑥ 問題にしている事象や行為の内容等が変わる

- ・ どのようなneeds(ニーズ・解決課題)なのか、demands(ディマnds・要望)なのか
- ・ 何を問題にしているのか

### ⑦ How(どのように)

相談者が思っている方向を知ることができ、望ましい解決への道筋を見つけていくことができる。相談者なりの考えを察し、受け止めることが大切。そのためには、現状を明確に問題し、相談者自身の視点から主張や希望が出ていくことが重要。

- ・ 相談者自身は困っている問題をどのように理解しているのか
- ・ 相談者はどのようにしたいと聞いているのか
- ・ 相談者は自分自身の生活がどのように変わったか考えているのか
- ・ サービス提供者はどのようにしたい、どのようになれよと考えているのか
- ・ 介護相談員はどのようにしようと考えているのか

### ⑧ How(いつまで)

相談の内容によっては緊急性のある問題が勃つれば、話を制断することで相談者が納得することも。それらを合わせて、整理することが必要である。

## 第11章 (2)

### 「相談記録票」と「活動報告書」の 作成

(有)たむらソーシャルネット  
代表 田村 満子

#### 2.【講義】記録の書き方

#### 3.「相談記録票」の作成

##### ①【個人ワーク 20分】

- ・シーン1 観察内容を「相談記録票」に記録 (シートNO.3)に記入)
- ・シーン2 相談内容を「相談記録票」に記録 (シートNO.4)に記入)

##### ②【講師解説】 シーン1 観察内容と、シーン2相談内容のキーワードの整理

- ・シーン1 観察内容の「相談記録票」解答例と解説
- ・シーン2 相談内容の「相談記録票」解答例と解説

3

### 「相談員記録票」と「活動報告書」の作成

#### 1. 介護サービス相談員施設訪問活動映像視聴と 内容の抽出、解説

##### ① シーン1 映像とシーン2映像の二つのシーンを視聴

##### ② 【講師解説】シーン1観察内容と、シーン2相談内容のキーワードの整理

- ・シーン1 観察内容の解答例と解説
- ・シーン2 相談内容の解答例と解説

1

2

#### 4.【講義】「活動報告書」と伝え方のポイント

#### 5.「活動報告書」の作成

##### ①【個人ワーク 10分】

- ・シーン1「相談記録票」を「活動報告書」に整理して記載 (シート5)に記入)
- ・シーン2「相談記録票」を「活動報告書」に整理して記載 (シート6)に記入)

##### ②【講師解説】

- ・シーン1 「活動報告書」解答例と解説
- ・シーン2 「活動報告書」解答例と解説

4

## 記録の書き方

### 相談内容の抽出

#### ③【個人ワーク 15分】

- ・シーン1 観察内容のキーワードの洗い出し  
(シートNO.1に記入)
- ・シーン2 相談内容のキーワードの洗い出し  
(シートNO.2に記入)

分かりやすい表現を心がける

長文は避け短い文章にする

主語を明確にして書く

真実が伝わる表現で書く

相談員の主観と客観的事実を混同させない書き方



記録されたシートは相談員の手を離れ、保管され活用される。説明を加えることなく見た人が理解できるように記載することが重要。

## 秘密保持について

利用者が介護サービス相談員等を信頼し相談するには、介護サービス相談員等の個人情報取り扱い、秘密保持がもっとも重要な前提である。また、サービス提供者から見ても、自分の施設等の問題を介護サービス相談員等が口外するのではないかという不安をもつようであれば、当事者間の調整等の役割を果たすことができる。

事業者の目にふれる活動報告書の内容においても同様で、(相談者の要望に応じて)相談者を特定できないように記載にあたっては十分注意しなければならぬ。個人情報保護法は、介護サービス相談員等の共通認識としてもっていただく必要はない。このことは、介護相談を進めるうえでも、介護サービス相談員等と介護相談のしくみに対する利用者の信頼の要となるものである。

したがって、活動報告書を作成するときには、細心の注意を払う必要がある。活動報告書を作成するためには、相談者との相談面談時の状況等を記した相談記録票をきちんと作成し、そこから活動報告書に記載する事柄を検討する。

調整や調整にあたっては、利用者が明らかにしてほしいという場合を除いては、サービス提供者に対して相談者を特定できるような内容を説明しないよう配慮する。また、相談者が同席したうえでサービス提供者と調整したりする場合でも、相談者が直接自分でいわない内容やいえない内容については、本人の同意を得ながら進めていくことが重要である。



## **4. 参考資料**

(研修案内、操作マニュアル)

## 「2020年度 介護サービス相談員 オンライン研修」のご案内

謹啓 平素は介護サービス相談・地域づくり連絡会へ格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和2年8月6日付で2020年度 介護サービス相談員全国研修（養成・現任Ⅰ・現任Ⅱ）について、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、対面研修からオンラインによる研修へ開催方法変更のお知らせをいたしました。

この度、研修教材の配信日程等、詳細が決まりましたのでご案内申し上げます。研修の詳細についてご連絡が遅くなり、誠に申し訳ございません。

敬具

### 研修日程（研修教材の視聴が可能な日程）

養成研修：令和2年12月1日（火）～12月21日（月） ※前期・後期

現任研修Ⅰ：令和3年1月14日（木）～1月20日（水）

現任研修Ⅱ：令和3年2月9日（火）～2月17日（水）

◇ 上記の期間内に受講できます。

市町村事務局で自由に日程の設定ができます。

当初、養成研修は5日間、現任研修は2日間、日付を決めて一斉に研修を行う予定でしたが、会議室や通信機器の確保等、事務局の方が大変ご苦勞をされておられるという情報を頂きました。

上記の研修期間（土日祝日を除く）であれば、市町村事務局において独自に日程を設定いただくことが可能となるよう変更させていただきました。

### 開催方法

市町村事務局の定める場所にて、動画配信サイト接続によるオンライン研修

◇ 介護サービス相談員が個別に自宅等での受講はできません

2020年度の研修において個別で自宅にて受講できない理由は、以下の通りです。

- 長時間の研修であり、PCで動画を流したことの確認は可能ですが、実際に長時間受講されたか否か確認できず修了証を発行するための研修の質の担保ができないため

### オンライン研修について

- 当法人にて動画配信システムを構築し、その動画配信サイトに市町村事務局のパソコンからアクセスしていただきます。
- 動画配信サイトへアクセスするためのURL、ログインするためのID、パスワードを送信する必要がありますので、令和2年10月30日（金）までにメールアドレスのご

連絡（登録）をお願いします。

- 登録いただいたメールアドレスへ接続テスト用の URL、ログイン ID、パスワードを後日送信いたしますので、必ず接続テストをお願いいたします。
- 研修受講用の URL、ID 及びパスワードは、改めてメールに送信いたします。
- 研修動画は、研修日程（土日祝日を除く）に配信いたしますので、市町村事務局の定める場所において、受講をお願いします。
- パソコンやタブレットの小さい画面で視聴されるのは疲れやすいため、プロジェクターや大型テレビ画面を活用して視聴されることをお勧めします。  
(このような視聴環境であれば、複数の受講者が 1 台のパソコンで受講できます)  
(受講者が 1 名の場合は、必ずしもスクリーン等をご用意いただくなくても大丈夫です。)
- 双方向の研修ではないため、カメラ・マイクは必要ありません。

### 通信環境について

- インターネットに接続できれば、動画配信システムにログインできます。
- 市町村によってセキュリティ確保のため、市町村システムに接続しているパソコンを外部システムに繋げることを禁止している場合も多々ありますので、必ず事前に接続テストを行い、接続の可否を確認してください。

### その他

- 動画配信システムに接続するため、アプリケーションをダウンロードする必要はありません。
- 配信する動画を、視聴する側のパソコンにダウンロードすることはできません。

### 動画配信操作について

- 操作マニュアルは配信環境が整い次第、登録いただいたメールアドレスに PDF データにて送信します。



# 動画配信システム

## 操作マニュアル

## 2.目次

1. ログイン方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・P 3
2. 動画再生方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・P 6
3. 1 日の研修終了と次の日の再開について・・・・・・・・P 7
4. 困った時は・・・・・・・・・・・・・・・・・・P 7

## 1. ログイン方法

はじめに、動画配信システムのログイン方法を説明します。

STEP 1 パスワードを設定する(初回ログイン時のみ) 以下の手順で最初にパスワードの設定を行います。

養成研修の受講に伴い、既にパスワードを取得している市町村は、パスワードの設定は必要ありません。

STEP 2 の 2 回目以降のログイン時の案内から参照してください。

### ① 配信サイトへアクセス

配信サイト <https://sodanin.uishare.co/> にアクセスしてください。

### ② 入力項目には何も入力せず、「パスワードを設定(新規・変更)するをクリックしてください。



### ③ 登録したメールアドレスを入力し、「提出」を押します。



事前に登録したメールアドレス以外を入力すると「メールアドレスが見つかりません。」と表示されます。メールアドレスを確認し、再入力を行ってください。

以下の画面が表示されたら成功です。



④ パスワード設定のメールが届きます。



「Ushare パスワード設定のお知らせ」をクリックしてください。

⑤ パスワードを設定します。



パスワードは、6 文字～12 文字までで設定します。



## STEP 2 サイトにログイン

上記 STEP 1 のパスワード設定が完了するとログイン完了です。以下の画面が表示されます。

<ログイン後の画面>



2 回目以降のログイン時は、サイトにアクセスした際に表示されるログイン画面でメールアドレスと設定したパスワードを入力し「ログイン」ボタンを押してください。



### 【設定したパスワードを忘れてしまった場合】

STEP 1 のパスワード設定するを①からやり直してください。  
再設定が可能です。

ログイン後の画面「マイページ」が表示されましたらログイン完了です。  
研修実施前に、パスワードの設定とログインができることを確認しておいてください。

### 3.2. 研修動画再生方法

次に、研修動画再生方法についてご説明します。

#### 【再生までの手順】

- ①ログイン後の画面にある研修カードの「詳細」を押す。
- ②詳細説明ページが表示されますので、「再生」ボタンを押します。
- ③研修動画講座再生ページが表示されます。

\*2 日目以降のアクセスする場合、①のカードに「再生」ボタンが表示されます。

①→③の画面遷移で再生が可能です。

①



②



③



### 【研修動画再生方法】

再生画面左に研修メニューが順番に並んでいます。  
受講をするメニューを押すと、その右に該当研修動画が表示されます。  
画面内にある「再生ボタン▶」を押すと、研修がスタートします。

次の講座をスタートする場合、右上の▶▶ボタンを押すと次の講座に切り替わります。こちらのボタンを使うことで、順番通り研修を実施することができます。

\*左のメニューからの該当講座の選択も可能です。誤動作をしてしまった場合などは、このメニューを使って、該当講座を選択して進めてください。

### <研修実施における注意事項>

- ・必ず、順番通りに研修を進めてください。

## 4.3.1 日の研修終了と次の日の再開について

- 1 日の研修の終了方法と翌日の再開方法について説明します。

### 【研修終了の方法】

システムで、視聴ログを記録しております。

(履修が完了した章には、マークが入ります。)

- 1 日の研修終了時に実施する作業は特にございませぬ。

### 【翌日以降の再開方法について】

ログイン後、該当講座のメニューを選択し、研修を開始してください。

選択の際は、マークが参考になります。

## 5.4.困った時は…

配信システム運営会社 株式会社ユイコモンズ までお問い合わせください。

メール：[support@uishare.co](mailto:support@uishare.co) 電話：03-6822-8021 対応時間：平日 10:00～17:00

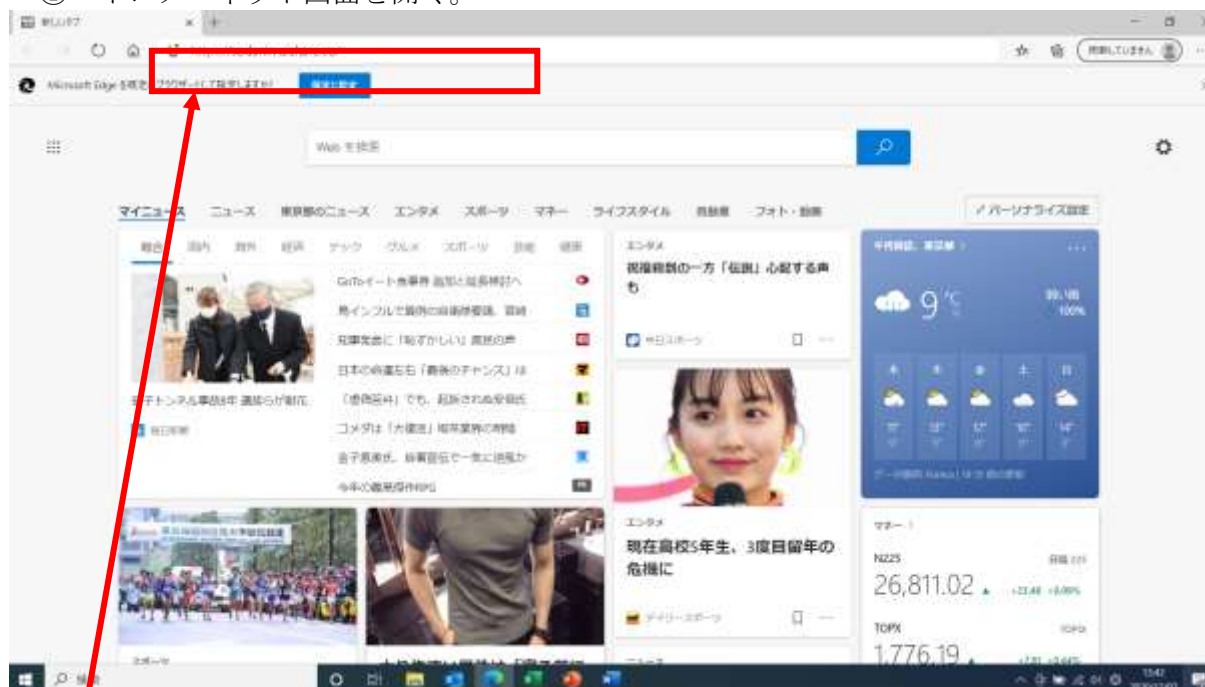
\*弊社は、複数の法人・団体様に配信システムを提供しております。

お問い合わせの際は、はじめに「**介護サービス相談員の研修の件で**」とお伝えください。

## 介護サービスオンライン研修 動画配信システムの視聴手順（市町村事務局用）

### 1 ログイン

- ① インターネット画面を開く。



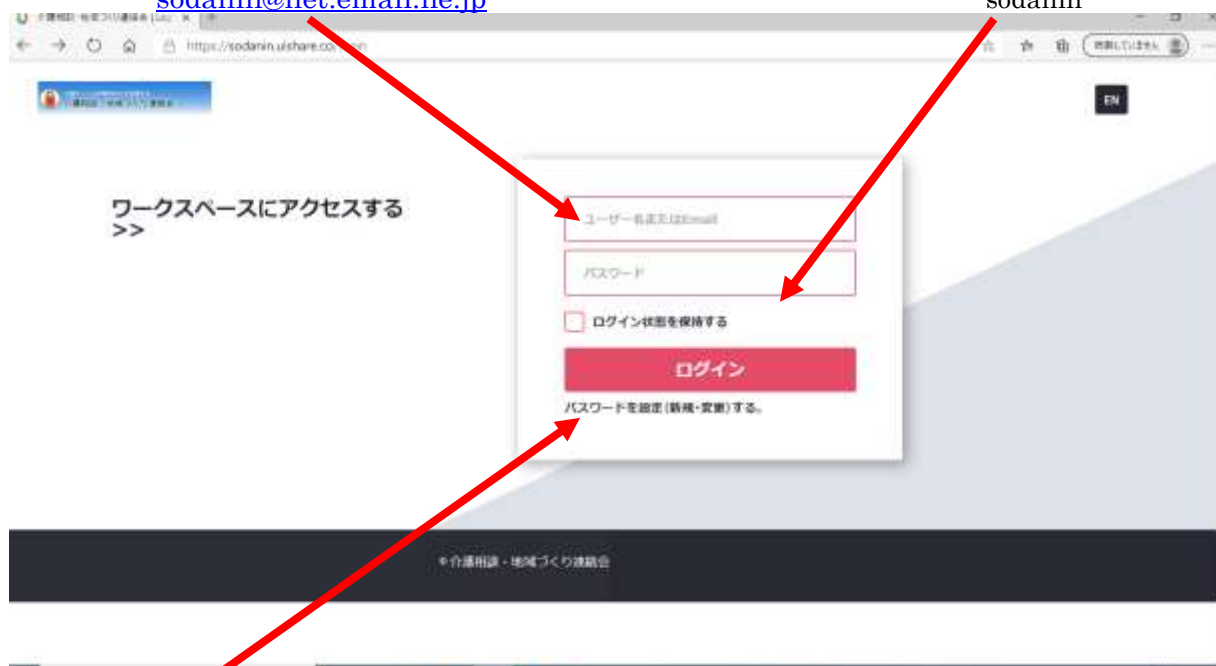
- ② URL 入力欄に下記の URL をコピーして貼り付けて、Enter クリックする。

<https://sodanin.uishare.co/>

- ③ ユーザー名とパスワードを下記からコピーして貼り付ける。  
(ユーザー名)

[sodanin@net.email.ne.jp](mailto:sodanin@net.email.ne.jp)

(パスワード)  
sodanin



- ④ 「ログイン」をクリックする

### 2 配信動画を視聴する

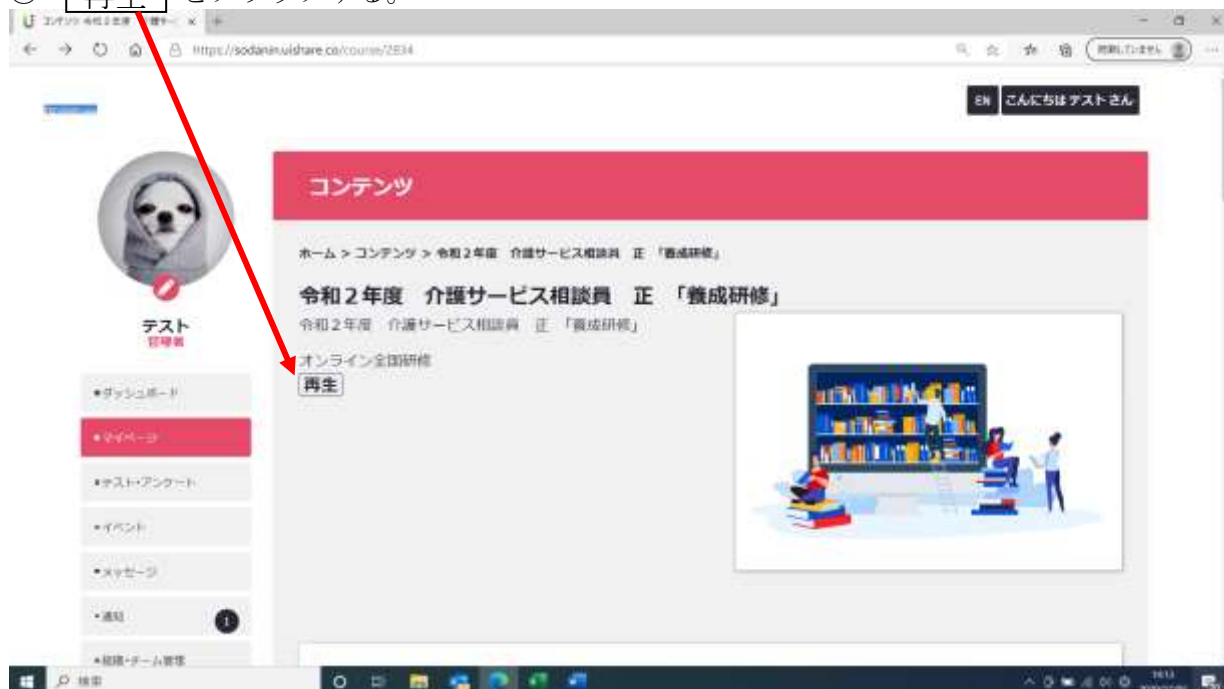
① 「マイページ」をクリックする




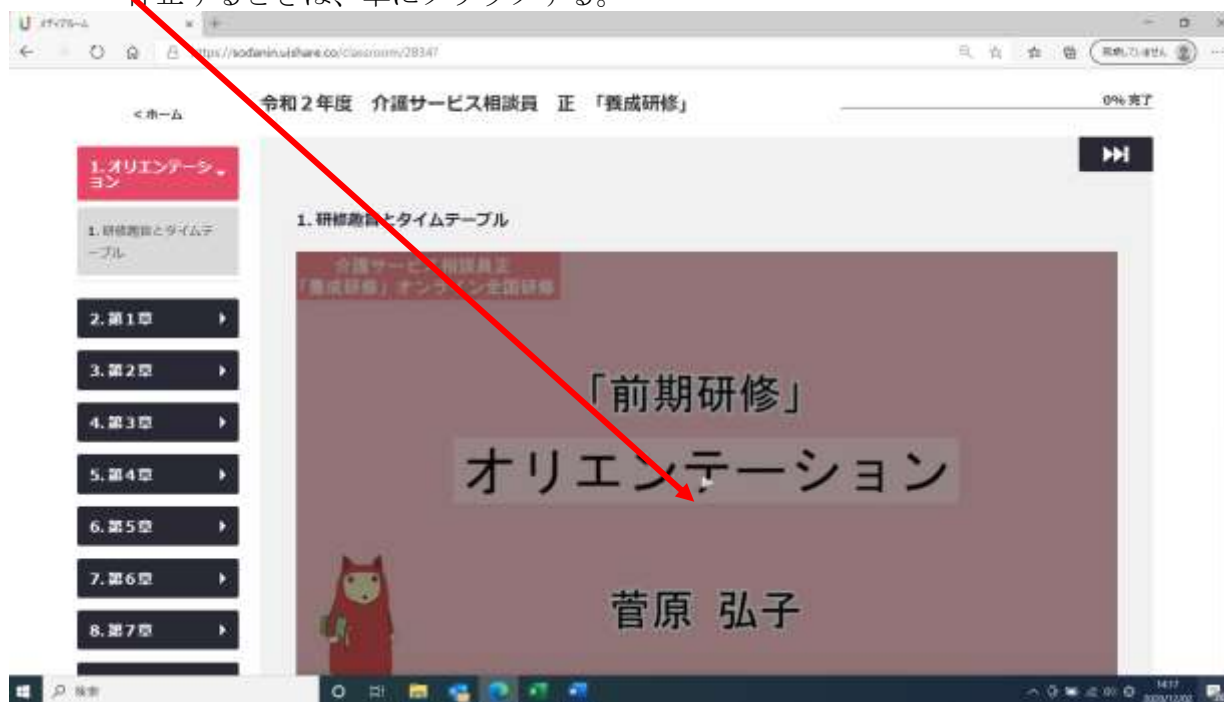
② 令和2年度介護サービス相談員 正 「養成研修」 **詳細** をクリックする。



③ **再生** をクリックする。

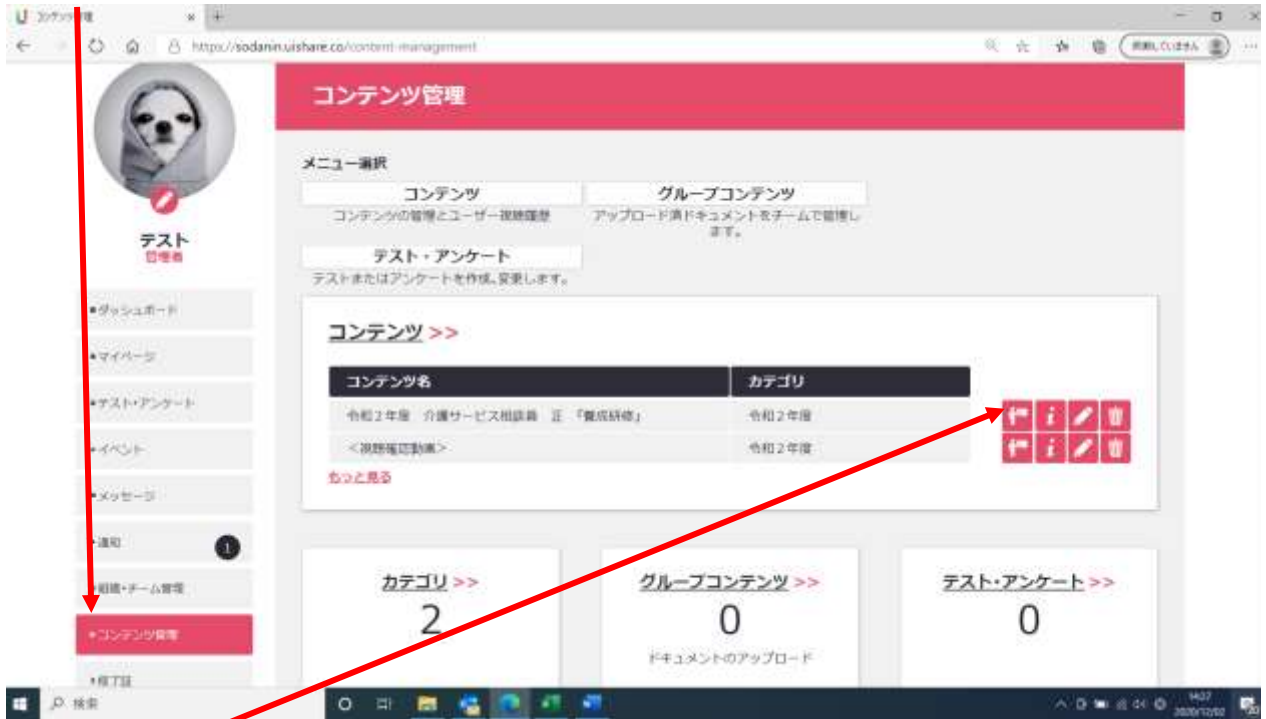


④  をクリックすると視聴できる。  
停止するときは、単にクリックする。



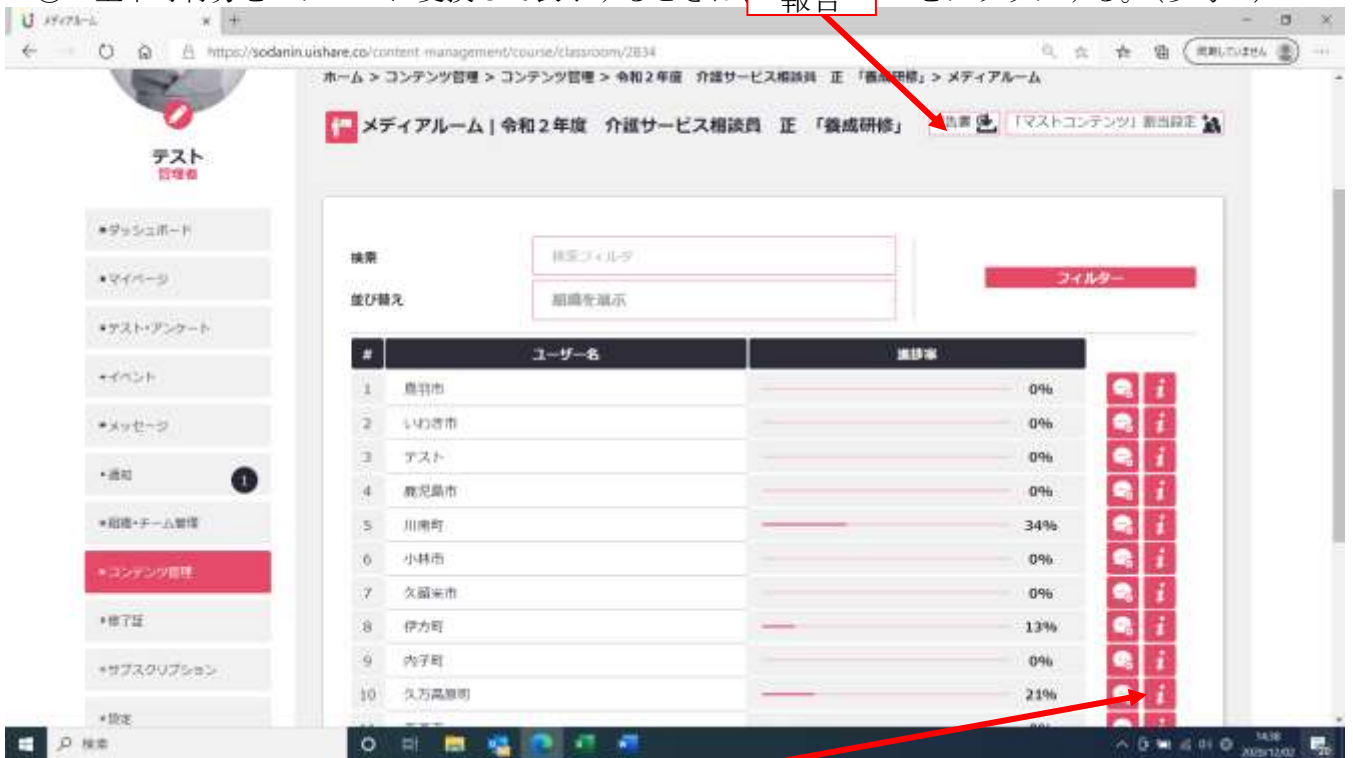
3 市町村の受講状況を確認する

① 「コンテンツ管理」を選択する。



② マークをクリックする。

③ 全市町村分をエクセルに変換して表示するときは、**報告** をクリックする。(参考2)

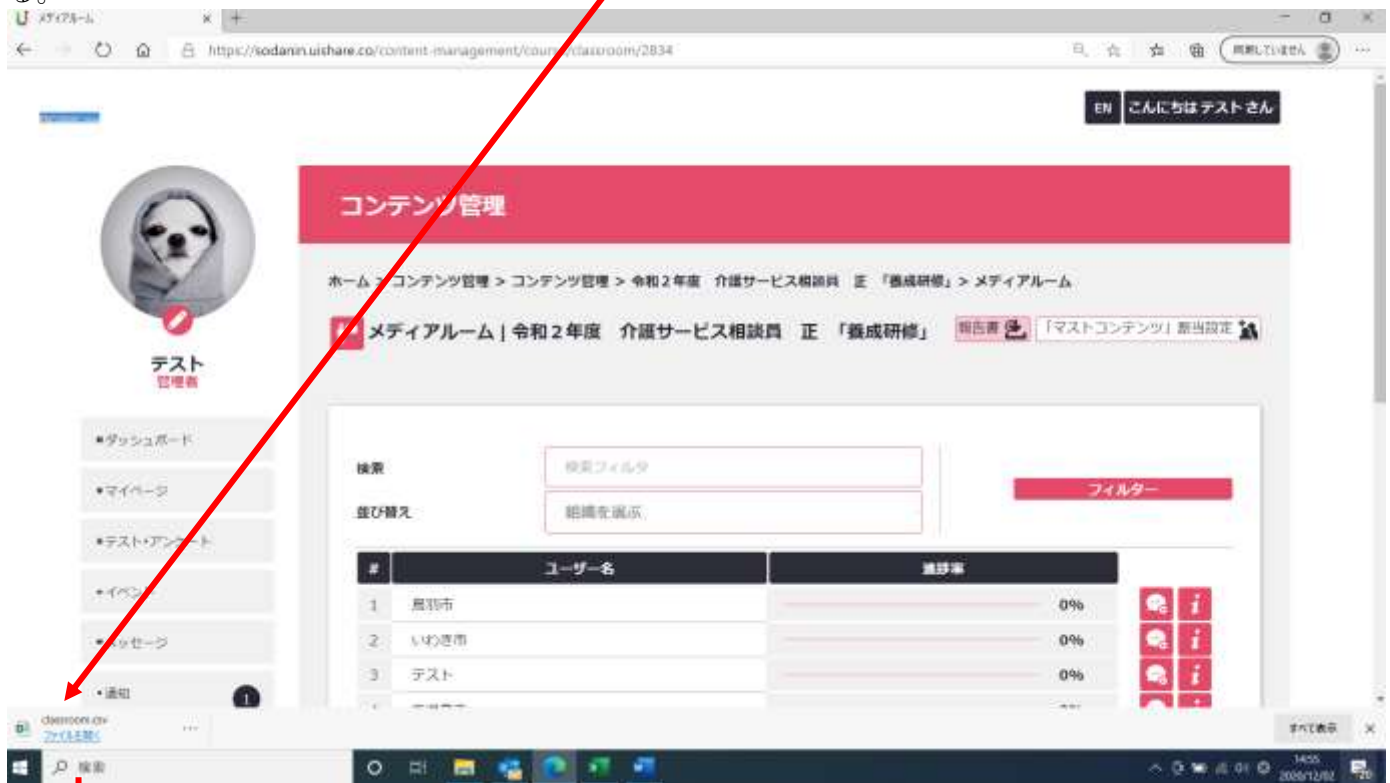


④ 個別の市町村の受講状況を確認するときは、**マーク** をクリックする。(参考1)

(参考1) **マーク** をクリックした場合の画面表示



(参考2) **報告** をクリックすると、「ファイルを開く」が表示されるので、それをクリックする。



エクセル形式で、市町村別、科目別受講状況が表示される。



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
1	#	コンテンツユーザー名	コンテンツ	Chapter	Chapter	Section	Section	Section	Section	Section	Section	Section	Section	Section	Section	Section	Section	Section	Section	Section	Section
2	1	令和2年度●●市	8%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
3	2	令和2年度●●市	8%	オリエンター	研修動画と	100%	第1章	-	介護サービ	100%	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
4	3	令和2年度介護相談員	23%	オリエンター	研修動画と	100%	第1章	-	介護サービ	100%	第2章	-	授業として	100%	第3章	-	介護保険料	-	100%	介護保険料	-
5	4	令和2年度ピコオササ	13%	オリエンター	研修動画と	100%	第1章	-	介護サービ	100%	第2章	-	授業として	100%	第3章	-	介護保険料	-	100%	介護保険料	-
6	5	令和2年度一関地区直	21%	オリエンター	研修動画と	100%	第1章	-	介護サービ	100%	第2章	-	授業として	100%	第3章	-	介護保険料	-	100%	介護保険料	-
7	6	令和2年度仙台市特選	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
8	7	令和2年度濱川市	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
9	8	令和2年度山形市	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
10	9	令和2年度福島市	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
11	10	令和2年度田村市	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
12	11	令和2年度水戸市	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
13	12	令和2年度日立市社選	17%	オリエンター	研修動画と	100%	第1章	-	介護サービ	100%	第2章	-	授業として	100%	第3章	-	介護保険料	-	100%	介護保険料	-
14	13	令和2年度上野市社選	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
15	14	令和2年度大田原市	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
16	15	令和2年度鹿沼市選	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
17	16	令和2年度さいたま市	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
18	17	令和2年度川口市	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
19	18	令和2年度所沢市	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
20	19	令和2年度春日部市	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-
21	20	令和2年度戸田市	0%	オリエンター	研修動画と	第1章	-	介護サービ	第2章	-	授業として	第3章	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-	介護保険料	-

#### 4 ログアウトする

こんにちはテストさ をクリックすると「ログアウト」が表示されるので、それをクリッ

コンテンツ管理

ホーム > コンテンツ管理 > コンテンツ管理 > 令和2年度 介護サービス相談員 正「養成研修」 > メディアルーム

メディアルーム | 令和2年度 介護サービス相談員 正「養成研修」

検索

並び替え

#	ユーザー名	進捗率
1	真田市	0%
2	いづせ市	0%
3	テスト	0%
4	鹿沼市	0%
5	川口市	0%

ログアウト



令和2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）

介護サービス相談員におけるオンライン研修体制に関する調査研究事業 報告書

---

令和3（2021）年3月

特定非営利活動法人地域共生政策自治体連携機構

介護サービス相談・地域づくり連絡会

〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2-7-15 市ヶ谷クロスプレイス4階

TEL：03-3266-9340、FAX：03-3266-0233

e-Mail：sodanin@net.email.ne.jp

URL：https://kaigosodan.com