

## 身体拘束・行動制限廃止

～より良い福祉サービス提供のために～

宮城福祉オンブズネット「エール」  
副理事長・スーパーバイザー 小湊 純一。

社会福祉法

### (福祉サービスの基本的理念)

第三条 福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又は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支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない。

### (地域福祉の推進)

第四条 地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない。

### (福祉サービスの提供の原則)

第五条 社会福祉を目的とする事業を営む者は、その提供する多様な福祉サービスについて、利用者の意向を十分に尊重し、かつ、保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供することができるようにその事業の実施に努めなければならない。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

### (基本理念)

第一条の二 障害者及び障害児が日常生活又は社会生活を営むための支援は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保されることが及びどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のもの除去に資することを旨として、総合的かつ計画的に行わなければならない。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準

### **(指定障害者支援施設等の一般原則)**

第三条 指定障害者支援施設等は、利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえた計画(以下「個別支援計画」という。)を作成し、これに基づき利用者に対して施設障害福祉サービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施することその他の措置を講ずることにより利用者に対して適切かつ効果的に施設障害福祉サービスを提供しなければならない。

- 2 指定障害者支援施設等は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った施設障害福祉サービスの提供に努めなければならない。
- 3 指定障害者支援施設等は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めなければならない。

### **(心身の状況等の把握)**

第十四条 指定障害者支援施設等は、施設障害福祉サービスの提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

### **(施設障害福祉サービスの取扱方針)**

第二十二條 指定障害者支援施設等は、次条第一項に規定する施設障害福祉サービス計画に基づき、利用者の心身の状況等に応じて、その者の支援を適切に行うとともに、施設障害福祉サービスの提供が漫然かつ画一的なものとならないよう配慮しなければならない。

- 2 指定障害者支援施設等の従業者は、施設障害福祉サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、支援上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。
- 3 指定障害者支援施設等は、その提供する施設障害福祉サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

### **(施設障害福祉サービス計画の作成等)**

第二十三條 指定障害者支援施設等の管理者は、サービス管理責任者に施設障害福祉サービスに係る個別支援計画(以下「施設障害福祉サービス計画」という。)の作成に関する業務を担当させるものとする。

- 2 サービス管理責任者は、施設障害福祉サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活及び課題等の把握(以下「アセスメント」という。)を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容の検討をしなければならない。
- 3 アセスメントに当たっては、利用者面接して行わなければならない。この場合において、サービス管理責任者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- 4 サービス管理責任者は、アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための

課題、施設障害福祉サービスごとの目標及びその達成時期、施設障害福祉サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設障害福祉サービス計画の原案を作成しなければならない。この場合において、当該指定障害者支援施設等が提供する施設障害福祉サービス以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて施設障害福祉サービス計画の原案に位置付けるように努めなければならない。

- 5 サービス管理責任者は、施設障害福祉サービス計画の作成に係る会議(利用者に対する施設障害福祉サービス等の提供に当たる担当者等を招集して行う会議をいう。)を開催し、前項に規定する施設障害福祉サービス計画の原案の内容について意見を求めるものとする。
- 6 サービス管理責任者は、第四項に規定する施設障害福祉サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
- 7 サービス管理責任者は、施設障害福祉サービス計画を作成した際には、当該施設障害福祉サービス計画を利用者に交付しなければならない。
- 8 サービス管理責任者は、施設障害福祉サービス計画の作成後、施設障害福祉サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。)を行うとともに、少なくとも六月に一回以上(自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)又は就労移行支援を提供する場合にあっては、少なくとも三月に一回以上)、施設障害福祉サービス計画の見直しを行い、必要に応じて、施設障害福祉サービス計画の変更を行うものとする。
- 9 サービス管理責任者は、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
  - 一 定期的に利用者に面接すること。
  - 二 定期的にモニタリングの結果を記録すること。
- 10 第二項から第七項までの規定は、第八項に規定する施設障害福祉サービス計画の変更について準用する。

#### **(サービス管理責任者の責務)**

第二十四条 サービス管理責任者は、前条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 利用申込者の利用に際し、その者に係る指定障害福祉サービス事業者等に対する照会等により、その者の心身の状況、当該指定障害者支援施設等以外における指定障害福祉サービス等の利用状況等を把握すること。
- 二 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができること認められる利用者に対し、必要な援助を行うこと。
- 三 他の従業者に対する技術指導及び助言を行うこと。

#### **(相談等)**

第二十五条 指定障害者支援施設等は、常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるととも

に、必要な助言その他の援助を行わなければならない。

- 2 指定障害者支援施設等は、利用者が、当該指定障害者支援施設等以外において生活介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援 A 型(規則第六条の十第一号に規定する就労継続支援 A 型をいう。以下同じ。)又は就労継続支援 B 型の利用を希望する場合には、他の指定障害福祉サービス事業者等との利用調整等必要な支援を実施しなければならない。

### **(介護)**

第二十六条 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行われなければならない。

- 2 指定障害者支援施設等は、施設入所支援の提供に当たっては、適切な方法により、利用者を入浴させ、又は清しきししなければならない。
- 3 指定障害者支援施設等は、生活介護又は施設入所支援の提供に当たっては、利用者の心身の状況に応じ、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わなければならない。
- 4 指定障害者支援施設等は、生活介護又は施設入所支援の提供に当たっては、おむつを使用せざるを得ない利用者のおむつを適切に取り替えなければならない。
- 5 指定障害者支援施設等は、生活介護又は施設入所支援の提供に当たっては、利用者に対し、離床、着替え、整容等の介護その他日常生活上必要な支援を適切に行わなければならない。
- 6 指定障害者支援施設等は、常時一人以上の従業者を介護に従事させなければならない。
- 7 指定障害者支援施設等は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該指定障害者支援施設等の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

### **(訓練)**

第二十七条 指定障害者支援施設等は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって訓練を行わなければならない。

- 2 指定障害者支援施設等は、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援又は就労継続支援 B 型の提供に当たっては、利用者に対し、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の心身の特性に応じた必要な訓練を行わなければならない。
- 3 指定障害者支援施設等は、常時一人以上の従業者を訓練に従事させなければならない。
- 4 指定障害者支援施設等は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該指定障害者支援施設等の従業者以外の者による訓練を受けさせてはならない。

### **(身体拘束等の禁止)**

第四十八条 指定障害者支援施設等は、施設障害福祉サービスの提供に当たっては、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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体拘束等」という。)を行ってはならない。

- 2 指定障害者支援施設等は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時

間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならない。

### (秘密保持等)

第四十九条 指定障害者支援施設等の従業者及び管理者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 指定障害者支援施設等は、従業者及び管理者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければならない。

3 指定障害者支援施設等は、他の指定障害福祉サービス事業者等に対して、利用者又はその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により当該利用者又はその家族の同意を得ておかななければならない。

## ～障がい者虐待とは～

近年、障がい者の虐待について関心が高まっていますが、問題は十分に理解されているとは言えません。また、多様な状態を包括する定義は、障がい者の「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」により明文化され、市町村の責任が明確にされましたがすべてを包括するものではありません。

障がい者の虐待には遂行（虐待）または放置（無視）があり、故意に苦痛を与えようとした場合と、養護者あるいは虐待者の不十分な知識，燃え尽き，怠惰から無意識に苦痛を与えてしまう場合とがあります。

虐待防止法には明記されていない自己放棄「セルフネグレクト」は、他の虐待類型より解決が困難で支援の時間も労力も非常に多く必要とすることが知られています。

### 1 権利侵害の背景

- (1) 障がい等により自分の権利を自分で守れない。
- (2) 世話をする側とされる側の上下関係がある。
- (3) 生活支援の場が密室になる。
- (4) 知的，精神，認知等の障がいの理解が不足している場合がある。
- (5) 権利擁護・人権感覚の理解が不足している場合がある。
- (6) 自分で情報を集めて選び判断することが難しい。
- (7) 人には「相性」がある。
- (8) 後見のシステムがまだ一般化していない。

### 2 なぜ障がい者虐待？

- (1) 障がい者の身体，認知，知的，精神等の障害
- (2) 障がい者が虐待者へ依存（介護，生活援助など）
- (3) 虐待者が障がい者へ依存（特に経済的援助を受けるなど）
- (4) 虐待者の精神的障害（薬物乱用や精神疾患の既往など）
- (5) 家族の社会的孤立

### 3 障がい者虐待を把握する

- (1) 家族や現在介護をしてもらっている者に対して恐れをいんでいる
- (2) 説明がつかない怪我，骨折，火傷がある。
- (3) 放置，暴力等の虐待を受けている。
- (4) 身体抑制を受けている。
- (5) 財産が搾取されている。

### 4 障がい者・障がい者虐待とは

- (1) 身体的虐待
- (2) 介護放棄（ネグレクト）
- (3) 心理的虐待
- (4) 性的虐待
- (5) 経済的虐待 ※ 消費者被害

## ～身体拘束廃止～

<身体拘束禁止の対象となる具体的な行為>

- 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，立ち上がったりにしないように，Y字型拘束帯や腰ベルト，車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために，介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために，ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために，向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

また、例外的に身体拘束が認められる「緊急やむを得ない場合」とは、「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ています（身体拘束ゼロへの手引き）。

- <切迫性> 利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- <非代替性> 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと
- <一時性> 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

## 参考資料① コンプライアンスルールの例 ～待遇～

### 社会福祉法

#### (福祉サービスの基本的理念)

第三条 福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又は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支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない。

上記、社会福祉法の「福祉サービスの基本的理念」に基づき、利用者一人ひとりを“個人として尊厳”するため、次のとおり対応します。

- 1 呼ばれば反応し、できるだけすぐに対応します。
- 2 聞かれれば、わかるように答えます。
- 3 呼ばれたい名前呼びます。
- 4 普通に丁寧な言葉で話します。
- 5 経過・結果を報告します。
- 6 普通に見ていて気づきます。
- 7 「いいですよ」と言います。
- 8 明るく挨拶します。
- 9 こざれいにします。

私たちの姿勢で最も重要なことは、「相手のことを理解しようと努力すること」です。その想いは必ず通じるし、私たちにとって最も大切な「利用者からの信頼」につながります。

- 1 呼ばれば反応し、できるだけすぐに対応します。

#### (1) 呼ばれたら返事をする。

呼んだ時、すぐに反応してもらえると、聞いてもらっている、関心を持ってもらっていると感じることができます。逆に、何の反応もなければ、聞こえているのだろうか、聞こえていないのだろうか、自分のことを見てくれているのではないだろうかという不安な気持ちになります。

また、待っているということはとても長く感じるものです。できるだけすぐに対応してあげられることが、その人にとってはとても嬉しいことであり、満足できることだと思います。

でも、どうしてもすぐに対応できない場合もあると思います。その時には、すぐにできないからといって知らん振りするのではなく、返事をしてそのことを説明できればその人も“自分のことをわかってくれているんだ”“気にかけてくれているんだ”という気持ちになれるのではないのでしょうか。

(2) 側に行って話を聞く。

他の方を向いていたり、遠くの方で返事だけされても、聞いてもらっているという感覚にはなりません。側で顔を見て話してもらえれば、聞いてもらっていることが伝わり安心でき、話したいという気持ちになります。

(3) 話をされたら「そうですか」と聞く。

その人の想いをそのまま受け入れるということです。もし「痛い」と訴えた時「そんなに痛いはずないでしょ」などと否定されればいい気分にはなりません。そのまま受け入れて、話を聞くことが大切です。

(4) すぐに対応できない時も、理由を説明して理解してもらえたか確認する。

説明なしにただ待たされれば、“伝わっているのだろうか・・・”，“わかっているけど対応してもらえないのだろうか・・・”という不安な気持ちで待たなければなりません。同じ待つにしても、説明をしてもらえれば、自分のことをわかってもらっているという安心感が持てます。『不安』と『安心』では大きな違いです。

(5)・・・・・・・・

2 聞かれれば、わかるように答えます。

(1) スタッフ全員がその人の状況を把握している。

スタッフみんなが、常にその人の状況をわかるようにして、スタッフ誰に聞いてもすぐに答えられる状況にします。すぐに答えられるということは、その人に対していつも気配りしているということです。

(2)・・・・・・・・

参考資料② コンプライアンスルールの例 ～心得～

〇〇〇〇 主任職員の心得

- 1 偉そうでない
- 2 人の話を良く聞く
- 3 昔のやり方にこだわらない
- 4 自分の都合でものを考えない
- 5 勉強している
- 6 安心して任せられる
- 7 理由が説明できる

2015.09.02.文責：小湊純一。

# 障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律

## 第一章 総則

### (目的)

第一条 この法律は、障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、障害者虐待の予防及び早期発見その他の障害者虐待の防止等に関する国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による障害者虐待の防止に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

### (定義)

第二条 この法律において「障害者」とは、障害者基本法第二条第一号に規定する障害者をいう。

2 この法律において「障害者虐待」とは、養護者による障害者虐待、障害者福祉施設従事者等による障害者虐待及び使用者による障害者虐待をいう。

3 この法律において「養護者」とは、障害者を現に養護する者であつて障害者福祉施設従事者等及び使用者以外のものをいう。

4 この法律において「障害者福祉施設従事者等」とは、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第五条第十一項に規定する障害者支援施設（以下「障害者支援施設」という。）若しくは独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法第十一条第一号の規定により独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設（以下「障害者福祉施設」という。）又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第五条第一項に規定する障害福祉サービス事業、同条第十六項に規定する一般相談支援事業若しくは特定相談支援事業、同条第二十四項に規定する移動支援事業、同条第二十五項に規定する地域活動支援センターを経営する事業若しくは同条第二十六項に規定する福祉ホームを経営する事業その他厚生労働省令で定める事業（以下「障害福祉サービス事業等」という。）に係る業務に従事する者をいう。

5 この法律において「使用者」とは、障害者を雇用する事業主又は事業の経営担当者その他その事業の労働者に関する事項について事業主のために行為をする者をいう。

6 この法律において「養護者による障害者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。

一 養護者がその養護する障害者について行う次に掲げる行為

イ 障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、又は正当な理由なく障害者の身体を拘束すること。

ロ 障害者にわいせつな行為をすること又は障害者をしてわいせつな行為をさせること。

ハ 障害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障害者に著しい心理

的外傷を与える言動を行うこと。

ニ 障害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からハマで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。

二 養護者又は障害者の親族が当該障害者の財産を不当に処分することその他当該障害者から不当に財産上の利益を得ること。

7 この法律において「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待」とは、障害者福祉施設従事者等が、当該障害者福祉施設に入所し、その他当該障害者福祉施設を利用する障害者又は当該障害福祉サービス事業等に係るサービスの提供を受ける障害者について行う次のいずれかに該当する行為をいう。

一 障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、又は正当な理由なく障害者の身体を拘束すること。

二 障害者にわいせつな行為をすること又は障害者をしてわいせつな行為をさせること。

三 障害者に対する著しい暴言、著しく拒絶的な対応又は不当な差別的言動その他の障害者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

四 障害者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、当該障害者福祉施設に入所し、その他当該障害者福祉施設を利用する他の障害者又は当該障害福祉サービス事業等に係るサービスの提供を受ける他の障害者による前三号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の障害者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

五 障害者の財産を不当に処分することその他障害者から不当に財産上の利益を得ること。

8 この法律において「使用者による障害者虐待」とは、使用者が当該事業所に使用される障害者について行う次のいずれかに該当する行為をいう。

一 障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、又は正当な理由なく障害者の身体を拘束すること。

二 障害者にわいせつな行為をすること又は障害者をしてわいせつな行為をさせること。

三 障害者に対する著しい暴言、著しく拒絶的な対応又は不当な差別的言動その他の障害者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

四 障害者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、当該事業所に使用される他の労働者による前三号に掲げる行為と同様の行為の放置その他これらに準ずる行為を行うこと。

五 障害者の財産を不当に処分することその他障害者から不当に財産上の利益を得ること。

(障害者に対する虐待の禁止)

第三条 何人も、障害者に対し、虐待をしてはならない。

(国及び地方公共団体の責務等)

第四条 国及び地方公共団体は、障害者虐待の予防及び早期発見その他の障害者虐待の防止、障害者虐待を受けた障害者の迅速かつ適切な保護及び自立の支援並びに適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の

強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。

- 2 国及び地方公共団体は、障害者虐待の防止、障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援並びに養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう、これらの職務に携わる専門的知識及び技術を有する人材その他必要な人材の確保及び資質の向上を図るため、関係機関の職員の研修等必要な措置を講ずるよう努めなければならない。
- 3 国及び地方公共団体は、障害者虐待の防止、障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援並びに養護者に対する支援に資するため、障害者虐待に係る通報義務、人権侵犯事件に係る救済制度等について必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

(国民の責務)

第五条 国民は、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深めるとともに、国又は地方公共団体が講ずる障害者虐待の防止、養護者に対する支援等のための施策に協力するよう努めなければならない。

(障害者虐待の早期発見等)

- 第六条 国及び地方公共団体の障害者の福祉に関する事務を所掌する部局その他の関係機関は、障害者虐待を発見しやすい立場にあることに鑑み、相互に緊密な連携を図りつつ、障害者虐待の早期発見に努めなければならない。
- 2 障害者福祉施設、学校、医療機関、保健所その他障害者の福祉に業務上関係のある団体並びに障害者福祉施設従事者等、学校の教職員、医師、歯科医師、保健師、弁護士その他障害者の福祉に職務上関係のある者及び使用者は、障害者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、障害者虐待の早期発見に努めなければならない。
  - 3 前項に規定する者は、国及び地方公共団体が講ずる障害者虐待の防止のための啓発活動並びに障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援のための施策に協力するよう努めなければならない。

## 第二章 養護者による障害者虐待の防止、養護者に対する支援等

(養護者による障害者虐待に係る通報等)

第七条 養護者による障害者虐待（十八歳未満の障害者について行われるものを除く。以下この章において同じ。）を受けたと思われる障害者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

- 2 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前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っ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)

第九条 市町村は、第七条第一項の規定による通報又は障害者からの養護者による障害者

虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該障害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、第三十五条の規定により当該市町村と連携協力する者（以下「市町村障害者虐待対応協力者」という。）とその対応について協議を行うものとする。

- 2 市町村は、第七条第一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障害者に対する養護者による障害者虐待の防止及び当該障害者の保護が図られるよう、養護者による障害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障害者を一時的に保護するため迅速に当該市町村の設置する障害者支援施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第五条第六項の厚生労働省令で定める施設（以下「障害者支援施設等」という。）に入所させる等、適切に、身体障害者福祉法第十八条第一項若しくは第二項又は知的障害者福祉法第十五条の四若しくは第十六条第一項第二号の規定による措置を講ずるものとする。この場合において、当該障害者が身体障害者福祉法第四条に規定する身体障害者（以下「身体障害者」という。）及び知的障害者福祉法にいう知的障害者（以下「知的障害者」という。）以外の障害者であるときは、当該障害者を身体障害者又は知的障害者とみなして、身体障害者福祉法第十八条第一項若しくは第二項又は知的障害者福祉法第十五条の四若しくは第十六条第一項第二号の規定を適用する。
- 3 市町村長は、第七条第一項の規定による通報又は第一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障害者に対する養護者による障害者虐待の防止並びに当該障害者の保護及び自立の支援が図られるよう、適切に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五十一条の十一の二又は知的障害者福祉法第二十八条の規定により審判の請求をするものとする。

#### （居室の確保）

第十条市町村は、養護者による障害者虐待を受けた障害者について前条第二項の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。

#### （立入調査）

第十一条市町村長は、養護者による障害者虐待により障害者の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るときは、障害者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該障害者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

- 2 前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。
- 3 第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

#### （警察署長に対する援助要請等）

第十二条 市町村長は、前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとする場合において、これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは、当該障害者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。

- 2 市町村長は、障害者の生命又は身体の安全の確保に万全を期する観点から、必要に応じ適切に、前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。
- 3 警察署長は、第一項の規定による援助の求めを受けた場合において、障害者の生命又は身体の安全を確保するため必要と認めるときは、速やかに、所属の警察官に、同項の職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法その他の法令の定めるところによる措置を講じさせるよう努めなければならない。

(面会の制限)

第十三条 養護者による障害者虐待を受けた障害者について第九条第二項の措置が採られた場合においては、市町村長又は当該措置に係る障害者支援施設等若しくはのぞみの園の長若しくは当該措置に係る身体障害者福祉法第十八条第二項に規定する指定医療機関の管理者は、養護者による障害者虐待の防止及び当該障害者の保護の観点から、当該養護者による障害者虐待を行った養護者について当該障害者との面会を制限することができる。

(養護者の支援)

- 第十四条 市町村は、第三十二条第二項第二号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障害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。

### 第三章 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の防止等

(障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の防止等のための措置)

第十五条 障害者福祉施設の設置者又は障害福祉サービス事業等を行う者は、障害者福祉施設従事者等の研修の実施、当該障害者福祉施設に入所し、その他当該障害者福祉施設を利用し、又は当該障害福祉サービス事業等に係るサービスの提供を受ける障害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障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする。

(障害者福祉施設従事者等による障害者虐待に係る通報等)

- 第十六条 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待を受けたと思われる障害者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。
- 2 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待を受けた障害者は、その旨を市町村に届け出ることができる。
  - 3 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第一項の規定による通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈してはならない。
  - 4 障害者福祉施設従事者等は、第一項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。

第十七条 市町村は、前条第一項の規定による通報又は同条第二項の規定による届出を受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該通報又は届出に係る障害者福祉施設従事者等による障害者虐待に関する事項を、当該障害者福祉施設従事者等による障害者虐待に係る障害者福祉施設又は当該障害者福祉施設従事者等による障害者虐待に係る障害福祉サービス事業等の事業所の所在地の都道府県に報告しなければならない。

第十八条 市町村が第十六条第一項の規定による通報又は同条第二項の規定によ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っ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。都道府県が前条の規定による報告を受けた場合における当該報告を受けた都道府県の職員についても、同様とする。

(通報等を受けた場合の措置)

第十九条 市町村が第十六条第一項の規定による通報若しくは同条第二項の規定による届出を受け、又は都道府県が第十七条の規定による報告を受けたときは、市町村長又は都道府県知事は、障害者福祉施設の業務又は障害福祉サービス事業等の適正な運営を確保することにより、当該通報又は届出に係る障害者に対する障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の防止並びに当該障害者の保護及び自立の支援を図るため、社会福祉法、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律その他関係法律の規定による権限を適切に行使するものとする。

(公表)

第二十条 都道府県知事は、毎年度、障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の状況、障害者福祉施設従事者等による障害者虐待があった場合に採った措置その他厚生労働省令定める事項を公表するものとする。

#### 第四章 使用者による障害者虐待の防止等

(使用者による障害者虐待の防止等のための措置)

第二十一条 障害者を雇用する事業主は、労働者の研修の実施、当該事業所に使用される障害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使用者による障害者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする。

(使用者による障害者虐待に係る通報等)

第二十二条 使用者による障害者虐待を受けたと思われる障害者を発見した者は、速やかに、これを市町村又は都道府県に通報しなければならない。

- 2 使用者による障害者虐待を受けた障害者は、その旨を市町村又は都道府県に届け出ることができる。
- 3 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第一項の規定による通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを

妨げるものと解釈してはならない。

4 労働者は、第一項の規定による通報又は第二項の規定による届出（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。）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。

第二十三条 市町村は、前条第一項の規定による通報又は同条第二項の規定による届出を受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該通報又は届出に係る使用者による障害者虐待に関する事項を、当該使用者による障害者虐待に係る事業所の所在地の都道府県に通知しなければならない。

第二十四条 都道府県は、第二十二条第一項の規定による通報、同条第二項の規定による届出又は前条の規定による通知を受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該通報、届出又は通知に係る使用者による障害者虐待に関する事項を、当該使用者による障害者虐待に係る事業所の所在地を管轄する都道府県労働局に報告しなければならない。

第二十五条 市町村又は都道府県が第二十二条第一項の規定による通報又は同条第二項の規定によ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又は都道府県の職員は、その職務上知り得た事項であっ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。都道府県が第二十三条の規定による通知を受けた場合における当該通知を受けた都道府県の職員及び都道府県労働局が前条の規定による報告を受けた場合における当該報告を受けた都道府県労働局の職員についても、同様とする。

（報告を受けた場合の措置）

第二十六条 都道府県労働局が第二十四条の規定による報告を受けたときは、都道府県労働局長又は労働基準監督署長若しくは公共職業安定所長は、事業所における障害者の適正な労働条件及び雇用管理を確保することにより、当該報告に係る障害者に対する使用者による障害者虐待の防止並びに当該障害者の保護及び自立の支援を図るため、当該報告に係る都道府県との連携を図りつつ、労働基準法、障害者の雇用の促進等に関する法律、個別労働関係紛争の解決の促進に関する法律その他関係法律の規定による権限を適切に行使するものとする。

（船員に関する特例）

第二十七条 船員法の適用を受ける船員である障害者について行われる使用者による障害者虐待に係る前三条の規定の適用については、第二十四条中「厚生労働省令」とあるのは「国土交通省令又は厚生労働省令」と、「当該使用者による障害者虐待に係る事業所の所在地を管轄する都道府県労働局」とあるのは「地方運輸局その他の関係行政機関」と、第二十五条中「都道府県労働局」とあるのは「地方運輸局その他の関係行政機関」と、前条中「都道府県労働局が」とあるのは「地方運輸局その他の関係行政機関が」と、「都道府県労働局長又は労働基準監督署長若しくは公共職業安定所長」とあるのは「地方運輸局その他の関係行政機関の長」と、「労働基準法」とあるのは「船員法」とする。

（公表）

第二十八条 厚生労働大臣は、毎年度、使用者による障害者虐待の状況、使用者による障害

者虐待があった場合に採った措置その他厚生労働省令で定める事項を公表するものとする。

## 第五章 就学する障害者等に対する虐待の防止等

(就学する障害者に対する虐待の防止等)

第二十九条 学校の長は、教職員、児童、生徒、学生その他の関係者に対する障害及び障害者に関する理解を深めるための研修の実施及び普及啓発、就学する障害者に対する虐待に関する相談に係る体制の整備、就学する障害者に対する虐待に対処するための措置その他の当該学校に就学する障害者に対する虐待を防止するため必要な措置を講ずるものとする。

(保育所等に通う障害者に対する虐待の防止等)

第三十条 保育所等の長は、保育所等の職員その他の関係者に対する障害及び障害者に関する理解を深めるための研修の実施及び普及啓発、保育所等に通う障害者に対する虐待に関する相談に係る体制の整備、保育所等に通う障害者に対する虐待に対処するための措置その他の当該保育所等に通う障害者に対する虐待を防止するため必要な措置を講ずるものとする。

(医療機関を利用する障害者に対する虐待の防止等)

第三十一条 医療機関の管理者は、医療機関の職員その他の関係者に対する障害及び障害者に関する理解を深めるための研修の実施及び普及啓発、医療機関を利用する障害者に対する虐待に関する相談に係る体制の整備、医療機関を利用する障害者に対する虐待に対処するための措置その他の当該医療機関を利用する障害者に対する虐待を防止するため必要な措置を講ずるものとする。

## 第六章 市町村障害者虐待防止センター及び都道府県障害者権利擁護センター

(市町村障害者虐待防止センター)

第三十二条 市町村は、障害者の福祉に関する事務を所掌する部局又は当該市町村が設置する施設において、当該部局又は施設が市町村障害者虐待防止センターとしての機能を果たすようにするものとする。

2 市町村障害者虐待防止センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 第七条第一項、第十六条第一項若しくは第二十二条第一項の規定による通報又は第九条第一項に規定する届出若しくは第十六条第二項若しくは第二十二条第二項の規定による届出を受理すること。
- 二 養護者による障害者虐待の防止及び養護者による障害者虐待を受けた障害者の保護のため、障害者及び養護者に対して、相談、指導及び助言を行うこと。
- 三 障害者虐待の防止及び養護者に対する支援に関する広報その他の啓発活動を行うこと。

(市町村障害者虐待防止センターの業務の委託)

第三十三条 市町村は、市町村障害者虐待対応協力者のうち適当と認められるものに、前条第二項各号に掲げる業務の全部又は一部を委託することができる。

- 2 前項の規定による委託を受けた者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であった者は、正当な理由なしに、その委託を受けた業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。
- 3 第一項の規定により第七条第一項、第十六条第一項若しくは第二十二条第一項の規定による通報又は第九条第一項に規定する届出若しくは第十六条第二項若しくは第二十二条第二項の規定による届出の受理に関する業務の委託を受けた者が第七条第一項、第十六条第一項若しくは第二十二条第一項の規定による通報又は第九条第一項に規定する届出若しくは第十六条第二項若しくは第二十二条第二項の規定による届出を受けた場合には、当該通報若しくは届出を受けた者又はその役員若しくは職員は、その職務上知り得た事項であっ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。

(市町村等における専門的に従事する職員の確保)

第三十四条 市町村及び前条第一項の規定による委託を受けた者は、障害者虐待の防止、障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援並びに養護者に対する支援を適切に実施するために、障害者の福祉又は権利の擁護に関し専門的知識又は経験を有し、かつ、これらの事務に専門的に従事する職員を確保するよう努めなければならない。

(市町村における連携協力体制の整備)

第三十五条 市町村は、養護者による障害者虐待の防止、養護者による障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援並びに養護者に対する支援を適切に実施するため、社会福祉法に定める福祉に関する事務所（以下「福祉事務所」という。）その他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による障害者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

(都道府県障害者権利擁護センター)

第三十六条 都道府県は、障害者の福祉に関する事務を所掌する部局又は当該都道府県が設置する施設において、当該部局又は施設が都道府県障害者権利擁護センターとしての機能を果たすようにするものとする。

- 2 都道府県障害者権利擁護センターは、次に掲げる業務を行うものとする。
  - 一 第二十二条第一項の規定による通報又は同条第二項の規定による届出を受理すること。
  - 二 この法律の規定により市町村が行う措置の実施に関し、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供、助言その他必要な援助を行うこと。
  - 三 障害者虐待を受けた障害者に関する各般の問題及び養護者に対する支援に関し、相談に応ずること又は相談を行う機関を紹介すること。
  - 四 障害者虐待を受けた障害者の支援及び養護者に対する支援のため、情報の提供、助言、

関係機関との連絡調整その他の援助を行うこと。

五 障害者虐待の防止及び養護者に対する支援に関する情報を収集し、分析し、及び提供すること。

六 障害者虐待の防止及び養護者に対する支援に関する広報その他の啓発活動を行うこと。

七 その他障害者に対する虐待の防止等のために必要な支援を行うこと。

(都道府県障害者権利擁護センターの業務の委託)

第三十七条 都道府県は、第三十九条の規定により当該都道府県と連携協力する者（以下「都道府県障害者虐待対応協力者」という。）のうち適当と認められるものに、前条第二項第一号又は第三号から第七号までに掲げる業務の全部又は一部を委託することができる。

2 前項の規定による委託を受けた者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であった者は、正当な理由なしに、その委託を受けた業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

3 第一項の規定により第二十二条第一項の規定による通報又は同条第二項に規定する届出の受理に関する業務の委託を受けた者が同条第一項の規定による通報又は同条第二項に規定する届出を受けた場合には、当該通報若しくは届出を受けた者又はその役員若しくは職員は、その職務上知り得た事項であっ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。

(都道府県等における専門的に従事する職員の確保)

第三十八条 都道府県及び前条第一項の規定による委託を受けた者は、障害者虐待の防止、障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援並びに養護者に対する支援を適切に実施するために、障害者の福祉又は権利の擁護に関し専門的知識又は経験を有し、かつ、これらの事務に専門的に従事する職員を確保するよう努めなければならない。

(都道府県における連携協力体制の整備)

第三十九条 都道府県は、障害者虐待の防止、障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援並びに養護者に対する支援を適切に実施するため、福祉事務所その他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。

## 第七章 雑則

(周知)

第四十条 市町村又は都道府県は、市町村障害者虐待防止センター又は都道府県障害者権利擁護センターとしての機能を果たす部局又は施設及び市町村障害者虐待対応協力者又は都道府県障害者虐待対応協力者の名称を明示すること等により、当該部局又は施設及び市町村障害者虐待対応協力者又は都道府県障害者虐待対応協力者を周知させなければならない。

(障害者虐待を受けた障害者の自立の支援)

第四十一条 国及び地方公共団体は、障害者虐待を受けた障害者が地域において自立した生活を円滑に営むことができるよう、居住の場所の確保、就業の支援その他の必要な施策を講ずるものとする。

(調査研究)

第四十二条 国及び地方公共団体は、障害者虐待を受けた障害者がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行うとともに、障害者虐待の予防及び早期発見のための方策、障害者虐待があった場合の適切な対応方法、養護者に対する支援の在り方その他障害者虐待の防止、障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援並びに養護者に対する支援のために必要な事項についての調査及び研究を行うものとする。

(財産上の不当取引による被害の防止等)

第四十三条 市町村は、養護者、障害者の親族、障害者福祉施設従事者等及び使用者以外の者が不当に財産上の利益を得る目的で障害者を行う取引（以下「財産上の不当取引」という。）による障害者の被害について、相談に応じ、若しくは消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関を紹介し、又は市町村障害者虐待対応協力者に、財産上の不当取引による障害者の被害に係る相談若しくは関係機関の紹介の実施を委託するものとする。

2 市町村長は、財産上の不当取引の被害を受け、又は受けるおそれのある障害者について、適切に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五十一条の十一の二又は知的障害者福祉法第二十八条の規定により審判の請求をするものとする。

(成年後見制度の利用促進)

第四十四条 国及び地方公共団体は、障害者虐待の防止並びに障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援並びに財産上の不当取引による障害者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

## 第八章 罰則

第四十五条 第三十三条第二項又は第三十七条第二項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第四十六条 正当な理由がなく、第十一条第一項の規定による立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは障害者に答弁をさせず、若しくは虚偽の答弁をさせた者は、三十万円以下の罰金に処する。

2014. 11. 06. 文責：小湊 純一。

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

報告書



三菱UFJリサーチ&コンサルティング



## ◆◆目次◆◆

I はじめに	1
II 身体拘束に関する法、指定基準等の整理	2
III 調査研究事業の実施概要	3
IV 事例報告	5
A 特別養護老人ホーム（関東） ～安全ベルトの廃棄と職員研修の徹底～	5
B 特別養護老人ホーム（関東） ～手続きや文書の整備から始まった取組み～	8
C 特別養護老人ホーム（東北） ～ユニットケアへの移行と職員の連携～	10
D 特別養護老人ホーム（関東） ～施設長の宣言をきっかけとした取組み～	14
E 介護老人保健施設（関西） ～現場職員による車いすや器具の配置の工夫～	16
F 介護老人保健施設（関東） ～多職種の協働とシステムの活用～	20
G 介護老人保健施設（関西） ～管理者を中心とした取組みの開始～	24
H 介護老人保健施設（甲信越） ～拘束廃止チェックシートの作成～	26
I 介護老人保健施設（関西） ～組織や人員配置のあり方の検討～	28
J 病院（介護療養型医療施設）（甲信越） ～チェック体制の整備と記録様式の工夫～	32
K 診療所（介護療養型医療施設）（関西） ～系列診療所における経験の活用～	35
V 総括表	37
VI まとめ	40



# 1 はじめに

## 1. 調査研究事業の背景と目的

現在、高齢者介護施設や入居系サービス、短期入所系サービスにおける身体拘束は原則として禁止されており、各施設等では、身体拘束廃止のための取組みが進められている。

しかしながら、平成17年度に行われた全国調査<sup>1</sup>では、調査期間中に拘束が行われた17,676名のうち32.1%が、例外3原則<sup>2</sup>に該当しないものであったことが明らかになるなど、今なお、適切な取組みが進んでいない施設がある。すなわち不適切な身体拘束が行われている現状がみられる。

また、各施設において、身体拘束の取組みが推進できない理由としては、「スタッフ数の不足」が頻繁に挙げられるところである。しかし、その一方で、介護の工夫や適切な車椅子等の機器の選定によっては、介護者の負担を増やすことなく、身体拘束廃止を進めることができるという専門家の意見もある。

このような状況をふまえ、本調査研究事業は、高齢者介護施設の限られた人員配置（具体的には、「人員配置が、おおむね利用者2.75人に対して、看護・介護職員が1人以下の施設」）において、身体拘束を行うことなく適切な介護を提供するための全国的に汎用性のある方策について明らかにするとともに、全国的な普及をはかり、もって高齢介護施設入所者の尊厳の保持に資することを目的として行った。

## 2. 本書の使い方

本書は、現在、介護保険施設で、身体拘束廃止に向けてどのような取組みがなされているかをとりまとめたものである。必ずしも先進的な事例や手本となる事例だけをとりまとめたものではないが、介護の現場において前向きに、苦労されながら、身体拘束をせずに高齢者のケアに取り組む状況のあるがままの姿をとりまとめたものである。本書をご覧ください、他の施設が、それぞれの段階・取組み過程を経て、また多くの苦労、工夫をしながら、身体拘束廃止の取組みを進めている、といったことを知るための参考にしていただきたい。

本事業において、FAX調査を行った際には、例えば、「〇〇することは、身体拘束なのか」「〇〇の場合の身体拘束は行っていいのか」といった質問を調査対象施設の職員の方から受けた。本書ではその質問に対する回答は掲載していない。「これが身体拘束だからこのことだけやめよう」や「身体拘束を行う理由を探す」といったことではなく、身体拘束を行ってしまうような、高齢者の尊厳を省みないケアをやめることを出発点として、身体拘束をやめるためには、施設の考え方をどのように変え、日々のケアをどのようにしていただくことが適

---

<sup>1</sup> 老人保健健康増進等事業「介護保険施設における身体拘束廃止の啓発推進事業」  
[http://www.dcnnet.gr.jp/kaigokenkyu/kaigokenkyu\\_06\\_003a.html](http://www.dcnnet.gr.jp/kaigokenkyu/kaigokenkyu_06_003a.html)

<sup>2</sup> 緊急やむを得ない場合に例外的に身体拘束が認められる場合の要件：  
①切迫性、②非代替性、③一時性

当であるか、ということを考えていただくことが必要であり、そのきっかけに本書を活用していただきたいと考えている。

本書は、施設長と施設の職員、また職員同士で、意識を共有していく際の話し合いのきっかけとして、また、身体拘束廃止のための取組みを深堀していく際の教材として活用いただけることを期待している。

## II 身体拘束に関する法、指定基準等の整理

介護保険施設（介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）、短期入所生活介護施設（含介護予防）、短期入所療養介護施設（含介護予防）、特定施設（含介護予防）、小規模多機能型居宅介護施設（含介護予防）、グループホーム（含介護予防）、地域密着型特定施設（含介護予防）及び地域密着型介護老人福祉施設（含介護予防）における入所者（利用者）に対する身体拘束は、平成12年4月の介護保険法施行に伴い、原則的に禁止された。

介護保険施設等の指定基準では、「サービスの提供にあたっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下、「身体的拘束等」という。）を行ってはならない」、「身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない」と定められている。

ここで「身体的拘束等」として具体的に禁止される行為は、厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」（平成11年3月）<sup>3</sup>に挙げられる以下の行為である。

### ＜身体拘束禁止の対象となる具体的な行為＞

- 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、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

<sup>3</sup>「身体拘束ゼロへの手引き 高齢者ケアに関わるすべての人に」：福祉自治体ユニット  
照会先：TEL 03-3266-9319 FAX 03-3266-0223<http://www.jichitai-unit.ne.jp/unit/aim.html>

また、例外的に身体拘束が認められる「緊急やむを得ない場合」とは、「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ている（身体拘束ゼロへの手引き）。

＜切迫性＞	利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
＜非代替性＞	身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと
＜一時性＞	身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

さらに、介護報酬の面では、平成18年度の改定において、介護保険施設及び地域密着型介護老人福祉施設について「身体拘束廃止未実施減算」が導入され、より一層の取組みが求められている。

「身体拘束廃止未実施減算」の内容は、介護保険施設において身体拘束等を行う場合の記録を行っていない場合に、入所者全員について1日につき5単位を所定単位数から減算するというものであり、「記録」の有無が重視された内容になっている。

### III 調査研究事業の実施概要

#### 1. 調査の実施方法

##### (1) 紙面調査

平成17年10月時点における介護保険3施設全数（12,212施設）に対して、人員配置や身体拘束の実施の有無等についてたずね、訪問調査の受け入れ可否についてたずねる紙面調査を実施した。4,515件（回収率36.9%）から回答を得た。

##### (2) 訪問調査

(1)の紙面調査より、訪問調査の受け入れ可としていただいた11施設に対して訪問調査を実施した。これらのうち9施設は、入所者数に対する看護・介護職員配置数が、ほぼ3：1のいわゆる最低基準に近い施設だった。

#### 2. 調査研究事業の実施体制

##### (1) 調査研究委員会の設置

調査内容や結果を検討するために、下記の委員からなる調査研究委員会を設置した。委員には施設への訪問調査にも同行いただいた。

<委員> ○：座長、五十音順

○加藤 伸司 認知症介護研究・研修仙台センター センター長  
小湊 純一 特定非営利活動法人ふくし@JMI 理事長  
柴尾 慶次 介護老人福祉施設フィオーレ南海 施設長  
田部井康夫 認知症の人と家族の会 常任理事  
鳥海 房枝 特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘  
総合ケアアドバイザー  
福本 京子 医療法人笠松会 有吉病院 ケア部長  
藤崎 陽子 社会福祉法人慈愛会 特別養護老人ホーム富の里

<オブザーバー>

厚生労働省老健局計画課認知症対策室 室長 井内雅明  
室長補佐 山本 亨

## (2) 事務局・実査担当者

本事業の事務局は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング 公共経営・公共政策部に設置した。訪問調査等の実査は以下の2名の研究員が担当した。

星芝 由美子 保健・医療・福祉グループ長 主任研究員  
小川 美帆 保健・医療・福祉グループ 研究員

## 3. 訪問調査の対象施設

A 特別養護老人ホーム	(関 東)	(社会福祉法人)
B 特別養護老人ホーム	(関 東)	(社会福祉法人)
C 特別養護老人ホーム	(東 北)	(社会福祉法人)
D 特別養護老人ホーム	(関 東)	(社会福祉法人)
E 介護老人保健施設	(関 西)	(医療法人)
F 介護老人保健施設	(関 東)	(医療法人)
G 介護老人保健施設	(関 西)	(社会福祉法人)
H 介護老人保健施設	(甲信越)	(厚生農業共同組合連合会)
I 介護老人保健施設	(関 西)	(医療法人)
J 病院 (介護療養型医療施設)	(甲信越)	(医療法人)
K 診療所 (介護療養型医療施設)	(関 西)	(医療法人)

## 4. 本書「IV 事例報告」(p5~p38)のまとめ方と読み方

「事例報告」は、訪問調査でお伺いした内容の要旨をできる限り忠実に再現したものである。「訪問者コメント」は、訪問調査に同行した委員の発言要旨をまとめた。

訪問調査時には、施設の特徴や身体拘束廃止の実態に応じて、質問を行ったが、各施設の事例報告の構成は、「1. 身体拘束に関する方針等」「2. 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状」「3. 身体拘束廃止への取組みの方法」「4. 身体拘束廃止とアウトカム」「5. 身体拘束廃止と職員配置との関連性」「6. 今後の課題」としてとりまとめた。

## IV 事例報告

### A特別養護老人ホーム(関東)～安全ベルトの廃棄と職員研修の徹底～

入所者定員 84 名（他ショートステイ定員 16 名）、  
看護職員 3.0 人・介護職員 31.1 人（職員配置 2.9 : 1）、社会福祉法人立

#### 1. 身体拘束に関する方針等

- 職員向けに作成された「身体拘束廃止への基本指針」には、身体拘束の定義、身体拘束を行う（行ってしまう）理由、身体拘束の弊害、身体拘束廃止に関する具体的な取組み、身体拘束実施の要件・手続きが示されている。
- 緊急やむを得ず拘束を実施する場合でも、可能な限り軽い拘束にとどめるため、身体拘束行為の段階的評価基準（第Ⅰ段階～第Ⅴ段階）を導入している。

第Ⅰ段階：建物・施設レベルでの拘束（動く能力はあるのに施錠された施設）

第Ⅱ段階：ベッド・車椅子への拘束（四肢・体幹への束縛はないが、ベッドへの寝かせきりや車椅子への座らせっぱなしなど：動く能力の少ない利用者対象、拘束の程度は軽い）

第Ⅲ段階：ベッド・車椅子での拘束（ベッドでの 3・4 点柵、車椅子のバー装着や滑り止めとしての Y 字体：動く能力の比較的高い利用者対象、拘束の程度高い）

第Ⅳ段階：手または 1 関節の拘束（ミトン手袋など身体の動きに部分的制限がある状態）

第Ⅴ段階：四肢または体幹の束縛（ひも・ベルト・介護衣などによる四肢・体幹の束縛：身体の動きに大幅な制限がある状態）

- 身体拘束を実施する際の具体的な手続きは、以下のとおりである。
  - ①要件を満たす場合でも、最終的には課長及び「身体拘束委員会」のメンバーによる複数スタッフでの実施判断を必要とする。

②利用者本人ならびに家族に対して、ケアマネジャー、担当スタッフから身体拘束の必要性（理由）、内容、拘束の時間帯・期間などについて十分な説明を行い、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明・同意書」を作成し、家族の捺印を頂く。

③身体拘束の内容（行為）に関しては、より低い段階のものを選択する。

④身体拘束の実施前後においては、その必要性等について、「緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録」に記載する。

- 身体拘束を廃止しようとした時に、安全ベルトを全て廃棄した。安全ベルトがなければ、拘束することも出来ないだろうという発想だった。また、「転倒してはいけない」のではなく、「たとえ転倒してもケガがないようにする」という考え方に改めた。

#### 2. 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状

- 現在の責任者が、介護職員として当施設に就職した平成 15 年末には、転倒・転落注意者について職員間で申し送りを行い、「安全ベルト」、「ベッドの 4 点柵」、「重い椅子」による拘束を行っていた。そのような状況を問題視していたので、平成 16 年 10 月、責任者になったことをきっかけに「よいケアとはどうあるべきか」について職員内で話し合うようになった。
- 平成 17 年 4 月、施設の改築（30 床増設）をきっかけとして、「当施設をどんな特別養護老人ホームにしたいのか」について職員内の話し合いの機会が増え、その結果のひとつとして、身体拘束廃止の機運が高まった。身体拘束廃止の他には、「入

所サービス部門の介護職の制服の廃止」等の取組みがあった。

- 平成 18 年に「3 か年事業計画」を策定するようになり、身体拘束について取組みが明確になっていった。
- 現在、車いすの利用者で、車いす上で、自分の足の位置が気になって直そうとして、顔面から倒れてしまう利用者（1 名）について、緊急やむを得ず拘束（安全ベルト）を行っている。利用者の安全を担保するため、家族の了承を得た上で、安全ベルトを使用しているが、身体拘束以外の方法がないかどうか検討中である。

### 3. 身体拘束廃止への取組みの方法

#### (1) ケアプランの工夫

- 「どのような場合に転倒してしまうのか」といったアセスメントを行い、対応策を決めるようにしている。
- 拘束を行わず、適切なケアを継続するためには、各利用者の状況をアセスメントし、その結果を職員に周知する必要がある。週 1 回（土曜日または日曜日の午後）、フロアごとにカンファレンスを必ず開催し、対応策として文書に残すことで、入所者の情報共有を徹底させている。その他、毎日 16 時から 30 分程度、各フロアの代表者と看護師によるカンファレンスを開催している。

#### (2) 効果的な機器等

##### ①コールマット

- 状態のよくない方、ショートステイの利用者で状態の分析が出来ない方には、ベッドの足元にコールマットを敷き、利用者が起き上がるとナースコールが鳴るようにしている。ナースコールがなってから、ベッドサイドに駆けつけたとしても、対応可能である。

##### ②マットレス、布団等の使用

- 転倒してもケガをしないよう、ベッドの

足元にマットレスを敷く場合もある。

#### <ベッドの足元に敷いたマットレス>



- ショートステイは、基本的に在宅に戻った時に生活が維持できるよう、在宅で布団を利用している場合は、布団を利用する。アセスメントにより、ベッドより布団の方が安全に過ごせるような場合も、布団を利用する。

#### ③車椅子のずり落ち防止

- 車椅子からのずり落ち防止のため、座面にクッションを敷いている。

#### (3) 家族への対応

- ショートステイの利用者について、家族から「在宅の状況と同じようにしてほしい」と要請され、断りきれず、拘束をすることがある。但し、マーゲンチューブを使用している利用者の家族から、チューブを抜いてしまわないように拘束してほしいと言われたが、抜けたらまた入れればよいと考え、家族の理解を求め、拘束は行わなかった。
- 入所サービスの利用者の家族については、入所の際に施設の方針を説明しているので、拘束を希望する家族はいない。

#### (4) 職員の反応、教育や意識付け

- 「よりよいケアとはどうあるべきか」について話し合う際、関連のグループホー

ムで職員研修を行い、他施設の取組みを学んだことが役立った。

- 身体拘束廃止の取組みを始めた頃は、各職員の拘束に対する考え方に相違があり、足並みが揃わなかった。職員から「身体拘束を廃止するのは危険である。業務量が増えて対応出来ない。」といった意見が出た場合、実際の状況を注意深く観察した上で、身体拘束廃止の必要性について、何度も話し合いを行った。中には、どうしても身体拘束廃止の方針に納得することが出来ず、退職する職員もいた。
- 現在は、身体拘束廃止の方針は、職員に十分浸透していると考える。ここ数年、中途採用が少ないため、「職員が以前在籍していた施設で身体拘束を行っており、当施設の方針と合わない」といった問題もみられない。
- 職員の研修の一環として、利用者や拘束についての理解を深めるため、車いすに1日座り、発語を一切禁止し、過ごすことを体験してもらうこともある。また、1日、おむつや安全ベルトをつけてもらうこともある。

#### 4. 身体拘束廃止とアウトカム

##### (1) 身体拘束と事故との関連性

- いつも事故が起こる危険性と隣り合わせの状況ではあるが、それは拘束によって解決される問題ではないと考える。
- 安全ベルトをつけた場合、利用者が嫌がって、立ち上がった時に転倒するなど、かえって危険なこともある。当施設の基本指針には、身体拘束の弊害として、「関節の拘縮、筋力低下、拘束部位の圧挫、褥瘡といった直接的障害だけでなく、拘束したために大きな身体的事故（転倒・

転落）が発生する危険がある。」と記載されている。

- 管理職が拘束を検討しようとしても、現場の職員から「拘束する方がかえって危ない」という意見が出ることもある。

##### (2) 身体拘束と介護の質との関連性

- 身体拘束を廃止したことによって、毎日のケアが、タイムスケジュールに従うだけの「日課をこなすだけの仕事」ではなく、利用者の立場にたった「個別的なケア」に変わった。
- 入院をすると「歩けなくなる」と心配する声や、下肢筋力をアップするためのスクワットなどが介護計画書に記載されるようになった。

#### 5. 身体拘束廃止と職員配置との関連性

- 介護という用語の理解が人によって違うため、やればやるほど業務は増加する。支援計画にて必要に応じた支援が大切である。身体拘束の有無の問題ではない。

#### 6. 今後の課題

- 出入口等に施錠することも、広い意味の拘束に該当するのではないかと考え、施設内の施錠を外していく取組みを進めている。

## B特別養護老人ホーム(関東)～手続きや文書の整備から始まった取組み～

利用者数 70 人 看護職員数 2.9 人・介護職員数 19.5 人 (職員配置 2.9 : 1)、社会福祉法人立

### 1. 身体拘束に関する方針等

- リスク管理委員会で作成された「緊急やむを得ない場合に於ける身体拘束の基準」には、「(身体拘束が認められるのは)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」と記載されている。
- 身体拘束を検討する場合は、まず「緊急やむを得ない場合に於ける身体拘束報告書」を記入し、1週間の観察を行う。その結果、やはり拘束が必要と判断された場合は、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」に家族の署名・捺印を頂く。その後、一定期間の経過観察を行った後、再度拘束の必要性の有無を検討し、解除することになった場合は「身体拘束解除に関する説明書」を家族に手渡している。このように、細かく文書規定を整備することによって、職員がむやみに身体拘束を行うことが出来ないようにした。
- 身体拘束を廃止するために、安全装置(コールマット、自動ブレーキの車椅子の使用等)を利用している。しかし、安全装置を使うこと自体、利用者に周囲から監視されているような不快感を与え、拘束(間接拘束)になるのではないかと考え、リスク管理委員会で「安全装置の取り付け基準」、「安全装置取り付け申請書」、「安全装置取り外し申請書」といった文書を整備し、職員が安易に安全装置に頼ることのないようにした。  
「安全装置の取り付け基準」では、安全装置を取り付けてよい理由について、以下のように定めている。

- ・ 車椅子チェアセンサー  
起立、歩行が不安定にもかかわらず、頻りに車椅子からの立ち上がりや、歩行をしようとし、転倒の危険が極めて高い場合
- ・ 離床センサー  
起立、歩行が不安定にもかかわらず、ベッドより起き上がり歩行しようとし、転倒の危険性が極めて高い場合
- ・ 車椅子自動ブレーキ  
トイレ、ベッドへ単独移動が可能であるが、ブレーキのかけ忘れが多く、転倒の危険性が極めて高い場合

### 2. 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状

- 特に施設として廃止宣言をしたことはないが、時代の流れで、身体拘束を廃止するようになってきていた。利用者の入所の際、家族に対する説明も行っていった。
- 取組みの直接のきっかけは、平成17年9月、リスク管理委員会において、文書を整備することを決めたことだった。「所定の手続きをとり、上司の了解を得なければならない」ということで、拘束がなくなった。また、いつ誰が拘束したか分からず、データも残っていないといった匿名性もなくなったことが効果的だった。
- 平成17年9月以前には、拘束を行っていたケースもみられたが、データが残っていないため、人数等の詳細は不明である。文書を整備した平成17年9月の段階で、拘束を行っていたのは、利用者70名中4名であったが、急遽見直しを行った(ベッドの4点柵の解除、安全柵の移動バーへの変更)。
- 平成17年9月以降、「緊急やむを得ないケース」として、身体拘束を行ったのは1例のみ。現在は、拘束している利用者はいない。

### 3. 取組みの方法

#### (1) 見守り、巡回

- 日頃の状況から、事故が起こりやすい時間帯について予測し、十分な見守りを行うよう努めている。
- 施設内で「巡回表」を作成し、こまめに巡回を実施するようにしている。

#### (2) 効果的な機器等

- ベッドから動くと、音がするマットや車椅子の座面に、立ち上がるとブザーがなるマットを敷いている。また、立ち上がると自動的にブレーキがかかる車椅子を使用している。ただし、このような機器（安全装置）に頼りすぎると、職員の質が低下するため、適宜指導していくことが重要と考えている。

#### (3) 家族への対応

- 入所の際に施設の方針を説明しているので、明確に拘束を希望する家族はいない。しかし、言葉には出さないが、複数回の骨折の経験がある利用者の家族等から、「利用者に（骨折のような）苦痛を与えたくない」、「骨折するくらいであれば、身体拘束をしてほしい」といった雰囲気を感じることはある。
- もし家族から拘束を要望されたとしても、応じない。あくまでも拘束を行うのは、緊急やむを得ない場合のみである。

#### (4) 職員へ教育、継続的な意識付け、日々の業務チェック

- 職員には、入職の際のオリエンテーションで、身体拘束廃止の方針について説明している。
- 職員には、外部の研修への参加や、他施設の見学を奨励している。

### 4. 身体拘束廃止とアウトカム

#### (1) 身体拘束と事故との関連性

- 身体拘束を廃止することによって、事故

が増える可能性はあるが、事故防止に対しては別のアプローチで取り組んでいる。職員の業務分担を見直し、転倒の危険性の高い利用者については、必ず誰かが見守るようにしている。

- リスク管理委員会の中で、身体拘束、安全管理、苦情処理を一緒に扱っている。委員会の参加メンバーは、一般職員の他、施設長、介護・看護主任、相談員、給食担当である。

#### (2) 身体拘束と介護の質との関連性

- 身体拘束を廃止したことによって、「介護の質」が変わったように思う。少ない職員数で効率的な介護を行うため、マニュアルを作成するなど、「考える仕事」をするようになった。

### 5. 身体拘束廃止と職員配置との関連性

- 身体拘束を廃止したからといって、職員の介護量、仕事量は変わらない。むしろ、介護保険制度施行以前には、現在より職員数が多かったのにもかかわらず、拘束を行っていた。

### 6. 今後の課題

- 職員が、利用者に「座っていて」と言うことも、利用者の行動制限につながるので、対応に悩んでいる。
- 朝食の時間帯は業務量が多く（食事介助、与薬）、かつ職員の人員が少ないことが多いので、転倒・転落が起こる可能性が高く、特に注意が必要で、なんらかの対応を図ることができたらと思う時間帯である。
- 精神科医師による薬の処方により、身体拘束をしないで済んでいるという面があるのではないかと思うこともある。ただ、いったん薬を処方すると、やめようと思ってもなかなかやめることが出来ない。また、介護職の立場では、医療内容にどこまで踏み込めるか葛藤もある。

## C特別養護老人ホーム(東北) ～ユニットケアへの移行と職員の連携～

利用者数 60 人、看護職員 3 人・介護職員 27 人 (職員配置 2.0 : 1)、ユニットケア型、社会福祉法人立

### 1. 身体拘束に関する方針等

- 拘束廃止への取組みは遅れていたが、このところ前向きに取組み、現状、拘束を行なっている人はいない。「身体拘束廃止宣言」は、まだ行っていない。
- 身体拘束を行う場合の手続きは、以下のとおり。アセスメント用紙等、必要な様式はまだ整備していない。なお、この手続きを職員間では共有しているが、文書化したマニュアルは作成していない。
  - ①入所の際のアセスメントにより、転倒・転落の危険性が高いと判断した利用者については、しばらく様子を観察する。
  - ②カンファレンスを開催して、拘束の要否を検討する。
  - ③緊急やむを得ず拘束が必要な場合には、「身体拘束の説明書及び承諾書」に家族の署名をもらう。
- 「身体拘束の説明書及び承諾書」は、以前は「拘束理由」を記入するだけのものだったが、平成 19 年 6 月に改訂し、「拘束手段」「拘束期間」の項目を加えた。また、「身体拘束の説明書及び承諾書」をもらうタイミングが統一されておらず、入所の際にももらったり、事後的に承諾をもらう場合もあった。

### 2. 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状

- ユニットケアに移行する前(平成 16 年以前)は、おむつ交換については 1 人の利用者に複数人の職員が関わるなど、集団処遇を行っており、利用者の個性や生活のリズムを尊重することがなかった。ユニットケアに移行してからは、利用者の心に寄り添うことを目的に、拘束をする時間をなるべく減らし、その時間を記録するようにはしていた。

#### <訪問者コメント>

拘束を外す時間を考えるのではなく、最初から、拘束という選択肢はないものとして考えた方がよい。

- 以前は、事故防止委員会の中で身体拘束の問題を扱うことになっていたが、実際に議論されることが少なかった。平成 19 年秋頃、県の指導をきっかけとして、改めて身体拘束廃止の取組みの重要性を考えるようになり、今年、身体拘束廃止委員会を立ち上げた。
- 県の指導後、指摘事項の拘束をひとつずつ外すことから取組みを始めた。平成 19 年 11 月の段階では、拘束をしている利用者は 7 名(実人数)で、種類は、ボディースーツの下着、つなぎの介護衣、車いすの安全ベルトだった。半年程度の間で、7 名の拘束を外すことが出来たが、そのうち 2 名は、利用者の入院・死亡のため、結果的に拘束が外れたというケースだった。その 2 名が特に程度が重く、職員が悩んでいた方であったため、まだ自分達の取組みによって拘束が外れたという実感が少ない。
- 職員にとっては、今は「たまたま拘束をしている方がいない」という認識で、なかなか「身体拘束をゼロにする」と言い切ることが出来ない。また、いきなり「身体拘束ゼロ宣言」をするより、まずは施設内の体制づくりや職員の意識付けが重要であるとも考えている。

<訪問者コメント>

当施設は、職員の身を守るために拘束を行っていることがなく、利用者一人ひとりのアセスメントをすることによって、拘束しないで済む環境が出来ている。このような状況においては、施設長が思い切って「身体拘束をゼロにする」と言ってしまった方がよい。→（施設長）今回のヒアリングで、職員の意識が想像以上に高まっていることが分かり、近々「身体拘束廃止ゼロ宣言」が出来ると考えるようになった。

<訪問者コメント>

それぞれの専門職プラン（個別プラン）が作成されずにケアマネジャーのみがケアプランを作成したり、ケアマネジャーの作成したプランと専門職プランの整合性が十分に取れていない場合や現場の介護職員はケアマネジャーの指示によって仕事をさせられているという状況の場合は、介護職員が利用者の変化に気付くこともなく、うまくいかないことが多い。当施設には、職種間の争いもなく、皆が周囲の人の意見を聞くことが出来る状態にあるのがよい。今後は、現在の取組みをもう少し具体的な手続きにしていけるとよい。

### 3. 身体拘束廃止への取組みの方法

#### (1) 職員間の連携、サポート

- ユニットケアの場合、利用者を担当する職員が固定しているのが強みである一方、自分が所属するユニット以外の利用者のことは、あまり気かけない時期もあった。しかし、県から、センサーも拘束に含まれるという情報を得たので、ある利用者の徘徊センサーを外してみようということになった時は、他のユニットも含め皆で声をかけ合い、利用者を見守ることが出来た。
- 毎朝のミーティングは、各ユニットから1名が参加することになっており、利用者全体の情報を共有し、特に注意が必要な方について細かい情報を提供し合う場となっている。
- ケアプランは、ケアマネジャーが作成した案に対して、介護職員が気付いた点（良いところ、悪いところ等）を挙げるという方法で、現場の意見を取り入れながら作成している。直接利用者に関わる介護職員が、利用者のアセスメントを出来るようになっている。

#### (2) 効果的な機器等

- 当施設には、低床ベッドがないため、家族から低床ベッドにしてほしいとの要望があった時には、ベッドのキャスターを外して高さを調節している。また、ベッドの使用をやめ、畳を用いることもある。

#### (3) 家族への対応

- 利用者の家族から、拘束をしてほしいと言われることはある。入所サービスの利用者の家族に、「病院でミトンをしていたので、当施設でも同じようにしてほしい」と言われたことがあった。担当のユニットのリーダーと生活相談員が、拘束をしない方向での対応策について家族に説明し、理解してもらった。
- 家族が拘束を希望する場合、心の中では、利用者が施設に面倒をかけていて申し訳ないと思い、ある程度仕方なく拘束を認めているところがある。施設としては、そのような家族の思いを汲み取る必要がある。

<訪問者コメント>

最初の段階で、当施設では拘束を行わないことを利用者に伝え、その方

針を理解した上で利用してもらえない。また、拘束を外しても問題ないことを説明して、納得してもらい必要がある。

#### (4) 職員の反応、教育

- 昨年度の県主催の身体拘束廃止推進員養成研修（平成19年12月から20年3月までの間で計4日間）には、2名の職員が参加した。また別途、看護職員向けの研修が開催されたので、1名の看護職員が参加した。
- 全職員を対象とした内部研修を1回開催した。その時点で拘束を行っていた利用者を事例として、話し合いを行った。
- 以前は、ケアマネジャーが介護職員に、ベッドの4点柵をしている理由について尋ねると、理由も分からず拘束をしている様子がみられた。また、とにかく柵を1本外してみようと提案すると、「拘束を外すのは危険ではないか」という意見が出る状況だった。そこで、「自分が拘束をされたらどう思うか」と問いかけるようにしたところ、いつの間にか、拘束をしてはいけないのだという意識が職員の間浸透していった。
- 身体拘束廃止委員会のメンバーが、拘束の体験学習を行った。「拘束されるのは苦痛である」ということを実感し、拘束の弊害を理解するよい体験になった。

## 4. 身体拘束廃止とアウトカム

### (1) 身体拘束廃止と事故との関連性

- 身体拘束廃止に取り組む前は、利用者の安全のためには拘束をすることがあっても仕方がないという意識があった。身体拘束と事故を結びつけて考えることが多かった。現在は、拘束を外した利用者については注意が必要だということが分かっており、見守りを強化しているので、拘束を外したから事故が増えたということはない。

- 当初、職員の中には、拘束を外したことによって事故が起こった場合、自分が責任を問われるのではないかという不安があった。しかし、施設長が「拘束を外したことによって事故が起こった場合の責任は自分にある。職員は、責任の問題について心配することなく、身体拘束廃止に取り組んでほしい。」と明言したので、職員は安心して取り組むことが出来た。

### (2) 身体拘束廃止と介護の質との関連性

- 拘束を外す取組みの中で、利用者のBPSD<sup>1</sup>に対する着眼点を変え、BPSD（例：夜、ベッド上で動き回る、下着に手を入れてかきむしる）の理由（例：排泄の希望がある）を考えた上で対応するようになった。夜、利用者がぐっすり眠るようになった。
- 利用者がベッド柵を外してしまった時には、起き上がりたいからそのような行為をしているのだと考え、例えば、お茶を飲んで頂くといった対応をするようになった。

### (3) 身体拘束廃止による利用者の変化

- ある利用者は、身体拘束を廃止したことによって、離床時間が増えた、夜間熟睡するようになった、表情が明るくなり、話をするようになった（以前はコミュニケーションが全く出来なかった）、一部介助で食事が出来るようになったという変化がみられた。
- 皮膚疾患のある利用者について、なるべく肌への負担が少なくなるよう、紙オムツをやめて、普通のパンツをはいてもらうようにした。また、病院でかゆみ止めを処方してもらったり、適切な頻度で清拭を行ったりすることによって、かなり症状が軽減された。

<sup>1</sup> Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：認知症の行動・心理症状

## 5. 身体拘束廃止と職員配置との関連性

- 身体拘束を廃止したために、職員が忙しくなったということはない。

## 6. 今後の課題等

### (1) 拘束の範囲の広がり

- どうしてもすぐに対応できない利用者に対して、「ちょっと待っていてね」と言ってしまうことがある。そうした言葉を使ってはいけないことは分かっているが、どのように対応したらよいのか分からず、悩んでいる。

#### <訪問者コメント>

色々な対応の仕方を考えたり、勉強したりすることによって、自分に余裕を持つことが必要である。大抵の問題は、職員に余裕がない時に起こるものである。悪い施設の例では、身体的な暴力、言葉による暴力が認められなくなったので、「目で威嚇する」というところがある。

- ある研修会で、徘徊のある方に「危ないので、側にいて一緒に歩きますよ」と言うのが、拘束にあたるということだったが、本当にそうなのか。

#### <訪問者コメント>

要するに、手で押さえつけて、利用者が行きたいところに行けないようにしているかどうかで判断すればよいのではないか。利用者が勝手に歩き回ると、職員が困るという発想が根底にあると、拘束になり得る。

### (2) 今後の活動予定

- 管理職が把握しきれていないところで拘束が行われていることのないよう、2

か月に1回、調査を実施することを考えている。

- 今後は、身体拘束廃止の指針づくりを進めていきたい。

#### <訪問者コメント>

施設では、在宅では出来ないケアをすることが出来る。施設であっても、精神的な部分にまで踏み込むのは難しいかもしれないが、在宅のように決められた時間に介護をするのではなく、その人の状態に合わせた決め細やかな介護をすることが出来る。また、施設には専門職が集まっているので、利用者ごとのアセスメントを行うことによって、手厚い介護が必要な方とそうでない方を判別し、それぞれ適切なケアを提供することが出来る。つまり、身体拘束が必要な程度に状態の悪い方がいる場合、十分に手厚い介護をすることが出来るというのも施設の特徴であることを理解しておくとうい。

## D特別養護老人ホーム(関東) ～施設長の宣言をきっかけとした取組み～

利用者数 82 人、平均要介護度 3.5、看護職員 4.5 人・介護職員 23.5 人（職員配置 2.9 : 1）、社会福祉法人立

### 1. 身体拘束に関する方針等

- 現在、身体拘束は全く行っていない。
- 入所の際に利用者と施設が締結する「介護老人福祉施設契約書」に、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行わないことを記載している。

#### <施設契約書：第4条3項>

事業者は、サービス提供にあたり、利用者または他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、車いすやベッドに胴や四肢を縛る、上肢を縛る、ミトン型の手袋をつける、腰ベルトやY字型抑制帯をつける、介護衣（つなぎ）を着せる、車いすテーブルをつける、居室の外から鍵を掛ける、向精神薬を過度に使用する等の方法による身体拘束を行いません。

- 重要事項説明書にも、「身体拘束を行わないこと」「ただし、介護老人福祉施設契約書第4条3項の規定に基づき、身体拘束を行う場合もあること」を記載している。

### 2. 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状

- 平成17年までは、家族の同意を得た上で、ベッドの4点柵、帯紐を用いた車いすの安全ベルト、タッチガードといった拘束を行っていた。予め同意書の期限は設定していたが、実際には期限を更新し、拘束を続けることが多かった。「緊急やむを得ない場合」という条件を「保険」のように捉え、同意書があれば拘束をしてもよいと解釈していたところがあった。
- 平成10年に現在の施設長が就任し、平成17年に「身体拘束をゼロにする」ことを宣言した。施設長の宣言の背景には、「抑制廃止福岡宣言」（平成10年）以降、県が通知の解釈を見直すようになったこと、施設の介護主任が県の身体拘束廃止推進

員として研修に参加したことがあった。

#### <抑制廃止福岡宣言（第6回介護療養型医療施設全国研究会で発表）>

- 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意し、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. 抑制廃止運動を、全国に広げていく

- 2か月に1回、身体拘束委員会を開催し、主任クラス以上の職員が参加している。平成17年以前は、拘束をしなければならぬ利用者を探すことが委員会の主な活動であったが、平成17年から趣旨が変わり、身体拘束をゼロにするためにはどうしたらよいか検討するようになった。
- 平成17年当時、拘束をしていた利用者の数は9人だった。現在は拘束をしている利用者はいない（0人）。

### 3. 身体拘束廃止への取組みの方法

#### (1) ケアの内容の変化

- ①排泄ケア：以前は「利用者がオムツを外してしまう」「オムツを引っ掻いてしまう」という理由で介護衣を着せていたが、ケアの方法を見直し、日中のトイレ誘導を増やした。
- ②スキンケア：皮膚科医師の往診時（月2回）に、スキンケアに関するアドバイスをもらう。以前より、ローションや保湿剤を使うことが頻繁になった。

#### <訪問者コメント>

入浴の際、身体を洗うタオルの素材に注意する必要がある。肌が弱い高齢者が使用するには、柔らかい素材のものがよい。高齢者の肌は洗い過ぎないことも大事である。

### ③居室の配置：

転倒・転落の危険性の高い方、入所したばかりの方など、見守りの強化が必要な利用者については、サービスステーションの前の居室を割り当てるなど、絶えずベッドコントロールに気を配っている。ベッドコントロールについては、ケアプランを作成する中で各利用者の居室担当から提案があり、その後、介護主任が中心となって調整を図っている。

## (2) 効果的な機器等

### ①車いす：

車いすは利用者の身体に合ったものを使用するようにしている。やせた方で、子供用の車いすを使用している方もいる。週1回、用具等を納入している会社の担当者に来てもらうことになっているので、車いすの点検、その他用具の工夫をお願いしている。

### ②その他：

身体拘束をゼロにする取組みを始めた時に、施設長の判断により、転落防止用の布団ベッド(埋め込み式)、リクライニング型の車いす、座位保持器、低反発の座布団等、多くの機器を導入した。

#### <転落防止用の布団ベッド(埋め込み式)>



## (3) 家族への対応

- 「拘束をしてほしい」という家族は多い。

特に病院から入所する方の場合、病院で「拘束しないと対応できない」と言われ続けているため、諦めの心境に達している。「拘束をしてほしい」というのも、家族の希望というより、これまでの経緯から、そう言わなければいけないと思っているに過ぎない。

- 拘束を希望する家族には、施設の方針(身体拘束ゼロ)を伝え、理解を得る。怪我の心配をする家族には、万一怪我をした場合の施設の対応方針を説明する。家族の理解を得るためには、細かく具体的に説明することが重要である。

## (4) 職員への教育

- 職員は、元々好んで拘束をしていた訳ではないので、施設長の身体拘束廃止の方針を素直に受け入れることが出来た。しかし最初のうちは、車いすからの立ち上がり、ベッドからの転落等による事故を心配する声が多かった。

## 4. 身体拘束廃止と事故との関連性

- 身体拘束を廃止してから、転倒・転落の件数が増えた。しかし、医師の診察を要するものは増えていない。以前は骨折も多かったが、平成18年度、19年度ともに骨折の件数は0件で、むしろ身体拘束廃止前の方が、件数が多かった。身体拘束委員会の活動は、(身体拘束委員会とは別の)事故委員会の活動と結びつけて行っている。

## 5. 今後の課題等

- 「じっとしていて」というような職員の言葉が、新たな拘束になるのではないかと気がなっている。

## E介護老人保健施設(関西)～現場職員による車いすや器具の配置の工夫～

定員 100 名、職員配置 3 : 1、医療法人立

### 1. 身体拘束に関する方針

- 「入所利用約款」及び「入所重要事項説明書」に「原則として利用者に対し、身体拘束を行わない。ただし、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがある。この場合には、当施設の医師がその様態及び期間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとする。」と記載されている。
- 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、当該利用者の家族から「身体拘束に関する同意書（緊急止むを得ない身体拘束に関する説明書）」に署名してもらい、施設内では「身体拘束実施表（身体拘束開始及び解除の記録）」の記録をつけている。
- 安全確保の手段として、身体拘束を行うことは一切考えず、他の手段を用いるようにしている（拘束をするのは、自傷他害の恐れがある時のみ）。場合によっては、医師に拘束を勧められても断ることもある。

### 2. 取組みの経緯

- 施設開設当初（平成 10 年）は、病院に比べて施設内の転倒・転落が多いように感じた。これは、病院の 6 人部屋と当施設の 4 人部屋では、空間の広がりイメージが異なり、また、病院とは利用者の性質が異なることが理由であると考えた。そこで事故防止のため、「安全ベルト」を使用することにした。また、ベッドからの転落を防ぐため、「鍵付きのサイドレール」を使用していた。
- しかし、平成 12 年 4 月、介護保険法の施

行に伴う身体拘束原則廃止の方針により、安全ベルトの使用・鍵付きサイドレールは身体拘束に該当するということが分かり、身体拘束廃止に取り組むようになった。

- 平成 12 年 4 月当時は、利用者の 61%に何らかの拘束を行っていたが、平成 13 年 1 月に「拘束に対する研究チーム」を立ち上げ、同年 4 月には 11%まで減らすことが出来た。しかし、現場の取組みだけではそれ以上減らすことが難しかったので、平成 13 年 4 月、トップ（理事長、医師）が「身体拘束廃止」を明確に宣言した。その結果、最後の一押しをすることができ、身体拘束は 0 件になった。
- 身体拘束を廃止した平成 14 年以降、緊急やむを得ず身体拘束を行ったのは、平成 18 年度に実施した 1 件のみである。現在は「緊急やむを得ないケース」がなく、身体拘束を行っている利用者はいない。

### 3. 身体拘束廃止への取組みの方法

#### (1) ケアプランの工夫

- 利用者ごとに、細かに気をつけるポイントを明確にしたケアプランを作成した。心配となる事故や感染症等の根本的な原因を排除するようなケアを行った。例えば、身体拘束につながりがちなスキントラブルのある利用者には、入浴回数を増やしたり（週 2 回→週 3 回）、皮膚科医師による適切なケアを行ったりすることで、ある程度症状を改善することによって、拘束しなくても済むようになった。
- 利用者のアセスメントは、基本的には、ケアワーカー（常勤 4～5 名）が行っている。家族の意向についても、通常はケアワーカーが確認し、必要な医療の度合いによって、看護職が適宜加わることに

なっている。

- ケアカンファレンスには、看護職、介護職、相談員、リハビリ職、ケアマネジャーが参加し、その都度利用者の状態の評価を行っている。
- 併設の病院の医師とは、大変協力的な関係を築いている。定期的な診察の他、業務の合間に利用者の様子を見に来てくれる医師も多く、相談がしやすい。
- ケアプランの作成に関して、リハビリ職の関わりがあった方がよい。ポータブルトイレの設置等、ケアワーカーがリハビリ職に相談の上、決めるケースもみられる。
- 取組みを始めた頃は、現場の職員が「どのような場合に立ち上がってしまうのか」といった点についてアセスメントを行い、各利用者に対する注意事項を紙に書いて、車椅子の後ろに下げていた。これにより全職員が、一目で利用者の状況を理解、共有できるようにしていた。

## (2) 効果的な機器等

### ①車椅子

- 下肢筋力のない人には、ティルト機能を持った車椅子が大変効果的である。
- 車椅子からの転落防止のため、座面に滑り止めマットを敷いている。
- 高い機能を持った車椅子を使用することは、身体拘束廃止のためにとっても効果的であるが、そのような車椅子は値段が高めである。中には1台40～50万円の車椅子もある。

### ②ベッドや器具の配置

- 利用者が初めて入所した時に、身体機能、生活上の動線、生活スタイル等について、適切なアセスメントを行うようにしている。そして、アセスメントの結果に応じ、ベッドやポータブルトイレ等の位置を決め、適切な位置にテープを貼っている。
- 利用者の体調(とても元気、元気、傾く(具合が悪い))にあわせて、車椅子のリクラ

イニングの位置を決めるといった工夫をして、事故・拘束につながらない細やかな配慮をしている。

### <利用者の体調にあわせた車いすのリクライニング>



### ③その他

- 施設開設当初から、弾力性のある床材を使用している。
- 暴れてベッドから転落してしまう人については、畳に布団を敷いている。
- 当施設の療養棟は、1、2階部分で、1階(40名)は元々、痴呆性加算棟※としてつくられたことから、認知症の方が落ち着いて過ごせるような構造となっている。利用者の状態に応じて、1階と2階で居場所を使い分けることが出来るので、身体拘束を外しやすい環境にあると言えるかもしれない。

### (3) 家族への対応

- 身体拘束廃止の取組みを始めた頃は、元々、安全確保のために安全ベルト(拘

\* 当時の名称

束) をするという説明をしていたこともあり、拘束 (安全ベルト) を外すことに対して家族の抵抗がみられた。担当者が何度も、先方があきらめるまで説得し、理解してもらった。

- 現在は、入所の際に施設の方針を説明しているのですが、拘束を希望する家族はいない。
- ショートステイの利用者で、在宅で拘束をしている人についても、施設内では拘束を外している。例えば、自宅でつなぎ服を着ている利用者には、施設に来たら着替えをしてもらっている。
- 事故があった場合は、すぐに家族に連絡するようにしている。後になってもめるより、その場ですぐに対応した方がよい。
- 日頃から、家族とのコミュニケーションを重視している。3か月に1回、ケアプランの見直しのための面談を行う他、衣類は自宅から持参してもらったり、年2回の施設内の行事への参加を促したりしている。家族から何も連絡がない場合には、こちらから連絡をしている。このようなことの積み重ねが、施設の方針や日々の処遇についての理解につながる。

#### (4) 職員への教育、継続的な意識付け、日々の業務チェック

- 身体拘束廃止を一度宣言しただけで、職員に浸透させるのは難しい。定期的な研修、日々の意識付けなど「継続的な取り組み」が必要である。
- 管理職による定期的な見回りとチェックを行い、また、多動の人については事前に職員で話し合い、身体拘束につながらないように、特段の注意を払うように心がけている。
- 食事の際、車椅子をテーブルにつけるなど、現場には拘束につながりやすいことがたくさんある。拘束しないためにはどうしたらよいか、いつも意識している必

要がある。

- 新人研修の中に、身体拘束廃止のテーマを盛り込んでいる。
- 全職員を対象とした内部研修を毎年、行っている。その際、研修日を1日だけでなく3日くらい設定し、職員が参加日時を選択できるようにしておくことにより、全員が参加できるようにしている。

## 4. 身体拘束廃止とアウトカム

### (1) 身体拘束と事故との関連性

- 身体拘束と事故は関係ない。身体拘束をしないからといって、事故が増えることはないと考えている。
- 眠剤が入って、精神レベルを低く抑えるタイプの拘束の方が、ふらつき等の原因になりよほど危ない。当施設では、風邪薬を使用する場合でも、薬の種類、成分については慎重に選んでいる。

### (2) 身体拘束廃止による利用者の変化

- 認知症棟の利用者 13 名の状態について、身体拘束廃止前後 (平成 13 年 1 月と同年 10 月の比較) 変化をみると、拘束を外した事例のうち、84%に自力で歩くことが出来るようになる (下記 I 氏の例) 等の向上がみられた。
- 病院から当施設に入所した I 氏 (78 歳、女性) の場合、入所当時から認知症がみられ、ADL 全介助、無気力・無関心の状態で、転落防止のため、安全ベルトを使用していた。ところが、当施設で拘束を外し、適切なケアを行ったところ、自分で歩くことが出来るようになった。
- 要介護度、認知症の老人日常生活自立度、寝たきり度、BPSD の有無は、以下のとおりだった。
  - ・ 要介護度  
改善あり 3 名、変化なし 8 名、  
レベルダウン 2 名
  - ・ 認知症高齢者の日常生活自立度  
改善あり 7 名、変化なし 6 名

- ・寝たきり度  
改善あり8名、変化なし4名、  
レベルダウン1名
- ・BPSD  
改善あり8名、変化なし5名

## 5. 身体拘束廃止と職員配置との関連性

- 少ない人員配置だからといって、身体拘束をしなければならないというロジックは考えられない。少ない人数であっても、各職員が責任感を持ち、互いに声かけを行うことによって、適切に業務を行うことが出来る。
- 身体拘束を廃止しても、職員の残業時間は変わらない。

## F 介護老人保健施設(関東) ～多職種の協働とシステムの活用～

定員 150 名、職員配置 3 : 1、医療法人立

### 6. 身体拘束に関する方針等

- 開設当初からの理念は、
  - ①毎日の活性化とリハビリテーションを通じた自立へのサポート
  - ②入所者の人権の尊重と安全を第一に考えた介護サービス、
  - ③家庭的な日常生活の実現と生きがいの創出の 3 点であり、「身体拘束廃止」の方針は、②の「入所者の人権の尊重」の中に含まれている。職員への啓発のため、この理念を事務所内に掲示して、毎朝朝礼の際に唱和している。
- 身体拘束を行う場合の手続きは、以下のとおりである。
  - ①(カンファレンス、身体拘束廃止委員会(後述)における) 緊急やむを得ない状況であるかの判断
  - ②医師への相談、許可(ケアマネジャーが行う。)
  - ③本人・家族への説明
  - ④実施時の様態、時間、心身状況、実施内容等を記録する。身体拘束が不必要な時は直ちに解除する。
  - ⑤定期的な見直し、情報の共有(一定期間ごとに行う。)
- 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、当該利用者あるいは家族に説明を行い、「緊急止むを得ない身体拘束に関する説明書」に署名をしてもらうことになっている。説明書には、「拘束が必要な理由」、「身体拘束の方法」、「拘束の時間帯及び時間」、「拘束開始及び解除の予定日時」等の項目が設けられている。
- 施設内では「身体拘束経過観察表」、「身体拘束時間表」の記録をつけている。「身体拘束時間表」は、(身体拘束の予定時間ではなく) 実際に拘束した時間を記録している。拘束していない時間についても

「拘束していない」と記録することで、視覚的に分かりやすい記述に努めている。

- 身体拘束を解除する際は、フロアの担当者で話し合いを行った上で、医師の許可を得る。身体拘束の解除についても、拘束の際と同様、家族に報告している。

### 7. 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状

#### (1) 取組みの経緯

- 施設開設当初より、身体拘束廃止に取り組んでいたが、より具体的な活動を始めたのは、平成 18 年 4 月に「身体拘束廃止未実施減算」が創設されたのがきっかけだった。
- 平成 18 年 4 月、ケアマネジャー(委員長)、介護部長、看護部長、及び各フロアの担当者からなる「身体拘束廃止委員会」を立ち上げ、同年 6 月には「指針」を作成した。身体拘束廃止委員会には、医師が参加することもある。
- 今年度から、身体拘束廃止委員会と事故対策委員会(委員長: 介護部長)の間の結びつきを深め、情報の共有を図っている。各委員会の委員長(ケアマネジャー、介護部長)が「身体拘束とリスクマネジメントはリンクしている」と考えるようになり、委員長は両方の委員会に出席することになった。
- 施設を開設した平成 15 年以降、緊急やむを得ず身体拘束を行ったのは 10 件。内容は、ベッドの 4 点柵、つなぎ服、Y 字ベルトの着用等だった。現在は拘束を行っている利用者はいない。

#### (2) 緊急やむを得ず身体拘束を行ったケース

- 利用者の中には、もともと状態の悪い方がおり、また高齢化等の理由で状態は変化するので、身体拘束を完全に「ゼロ(手

続きに基づいた拘束もない状態)」にするのは、なかなか難しい。

- 施設のケアでは、職員が利用者にマンツーマンで対応することは出来ず、見守りの限度を超えた以下のようなケースでは、拘束せざるを得ない時があった。
  - ①車いす、ベッドから立ち上がってしまい、転倒が頻回なケース
  - ②胃ろうのカテーテルや点滴を抜いてしまうケース（いずれも認知症のある方）
- 医療依存度の高い利用者は、拘束を行わざるを得ない可能性が高く、対応が難しい。「拘束がなくなった」という場合、施設のケアにより拘束を行わなくなったケースと、利用者が病院に入院したため、結果的に拘束をしないで済んだというケースの両方がみられる。

### (3) 身体拘束に関わる現状

- 利用者の退所先を探す際に、拘束をしていることで、「手がかかる」「医療依存度が高い」等の理由で、なかなか受け入れてもらえず、大変な苦勞をする。既に身体拘束をしている利用者を受け入れた場合には、退所時の受け入れ先の確保という観点からも、改善しておく必要がある。

## 8. 身体拘束廃止への取組みの方法

### (1) 多職種間の連携、サポート

- 人員の手薄な時間帯などは、介護職員、看護職員だけでなく、リハビリスタッフや栄養士、ケアマネジャーも協力し、サポートするようにしている。現在の介護職員、看護職員の人数のみで、拘束を全くせずに、対応することは難しい。
- 施設の中で職種間の横のつながりがなく、いわゆる「縦割り社会」になっていると、それぞれの職種が持っている貴重な情報を活かすことができない。当施設では、ケアマネジャーが職員全体の意見をうまくまとめている。

### (2) IT の活用による（記録）業務の効率化

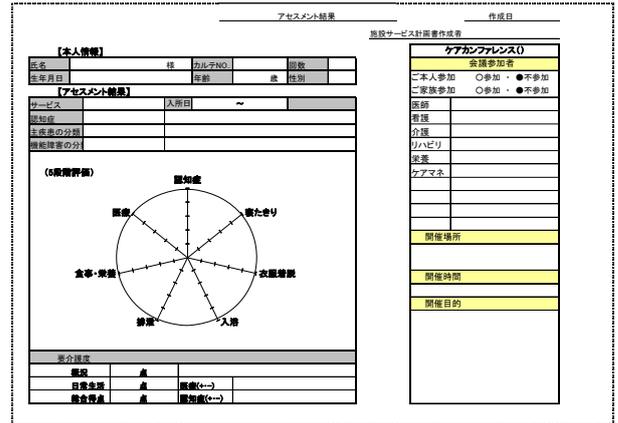
- 日々の利用者の状況、ケアプランの更新のスケジュール管理等を記録するソフトを独自に開発し、記録業務はほぼ全てパソコンを利用している。以前は市販のソフトを使用していたが、ケアマネジャーから「使い勝手が悪い」との意見が出たため、事務局長が、内部のSEの協力を得つつ、実際の業務に役立つものを開発した。
- 事務局長が開発したシステムは、業務の流れにあわせて、職員が入力しやすい画面構成となっており、入力内容を職員間・部署間で共有できるようになっている。また画面を印刷する場合、入力画面がそのまま出力されるのではなく、期間の限定や連絡事項のコメント・直近のバイタル利用等に応じて様々な出力がなされるような配慮もなされている。
- 記録業務を効率化しているため、直接処遇の時間、手間が確保できる。また、利用者の状態の共有等も進むことで、身体拘束廃止を含むケア向上につながっている。



- ・入所者に関する「看護・介護記録」「毎日の課題・連絡事項」「ケース記録」等のメニューが設けられている。(右側のボタン)
- ・「ケアプラン作成のサポート」「薬管理および投与記録」「リハの実績管理」「事故/ヒヤリハットの入力と表示」等に関する別システムもあり、直接つながるようになっている。(左側)

＜アセスメントの入力・出力画面＞

アセスメント表 (F施設式判定基準)								
この表はF施設式判定基準による5段階アセスメント表です。		作成日	記入					
		介護担当	リハ担当					
(1) 氏名		カルテNO	回数					
(2) 生年月		年齢	性別					
(3) 障害老人の日常生活自立度		介護度	身障手帳					
		認知症老人の日常生活自立度	主食					
認知症								
生活圏の分類								
機能障害の分類								
区分	区分内障	項目	1点	2点	3点	4点	5点	CP分類
0	特別な医療	褥瘡の程度	最重度	重度	中度	軽度	なし	医療
		IVH、酸素療法、点滴等	継続治療	定期健診	要通院	要内服	正常	医療
		麻痺	最重度	重度	中度	軽度	なし	寝たきり
1	麻痺拘縮	筋力低下	最重度	重度	中度	軽度	なし	寝たきり
		寝返り	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	寝たきり
		起き上がり	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	寝たきり
		坐位保持	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	寝たきり
		立位保持	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	寝たきり
2	移動	歩行	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	寝たきり
		移乗	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	寝たきり
		移動	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	寝たきり
3	複雑動作	立ち上がり	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	入浴
		洗身	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	入浴
4	特別介護	排尿	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	排泄
		排便	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	排泄
5	身の回り	上衣の着脱	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	衣服着脱
		下衣の着脱	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	衣服着脱
6	意思疎通	日常の意思決定	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	衣服着脱
		視力	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	認知症
7	問題行動	聴力	できない	全介助	一部介助	見守り	自立	認知症
		作話	常時	日々	週1,2程度	月1,2程度	なし	認知症
		幻視幻聴	常時	日々	週1,2程度	月1,2程度	なし	認知症
		不潔行為	常時	日々	週1,2程度	月1,2程度	なし	認知症
		昼夜逆転	常時	日々	週1,2程度	月1,2程度	なし	認知症
		暴言暴行	常時	日々	週1,2程度	月1,2程度	なし	認知症
		大声を出す	常時	日々	週1,2程度	月1,2程度	なし	認知症
		常時の徘徊	常時	日々	週1,2程度	月1,2程度	なし	認知症
		喫煙癖	常時	日々	週1,2程度	月1,2程度	なし	認知症
		ひよい物忘れ	常時	日々	週1,2程度	月1,2程度	なし	認知症
		記憶・理解	記憶・理解	できない	全介助	一部介助	見守り	自立
8	寝たきり度	認知ランク	ランクI	ランクII	ランクIII	ランクIV	ランクV	寝たきり
		認知ランク	ランクI	ランクII	ランクIII	ランクIV	ランクV	寝たきり
10	認知ランク	認知ランク	ランクI	ランクII	ランクIII	ランクIV	ランクV	寝たきり
		認知ランク	ランクI	ランクII	ランクIII	ランクIV	ランクV	寝たきり
11	栄養状態	体重	減重	減重	減重	減重	減重	減重
		体重変化	あり	あり	あり	あり	あり	あり



(3) 効果的な機器等

- 転倒、転落の危険性の高い利用者については、担当のリハビリ職員と連携をとりつつ、離床センサー、床センサー、ベッドの3点柵、(ベッドの代わりに) 畳を使用している。
- 入所したばかりで施設に不慣れな場合など、見守りの強化が必要な利用者については、ナースステーション近くの居室を割り当てるよう、ベッドコントロールを行っている。
- 身体拘束廃止の取組みを始めた時に、まとめてセンサーマットを購入したため、機器の数は充実している。なお、1枚あたりの価格は、離床センサーが35,000円、床センサーが30,000円程度である。
- 床に畳を敷く形式ではなく、畳専用の部屋を2部屋設けている。畳部屋への改装に要した費用は、1部屋あたり80万円、計160万円だった。
- 機器を使用することは必要ではあるが、職員が安易に機器に頼ることのないよう、意識付けをすることが重要と考えている。

(4) 家族への対応

- 家族の希望により拘束を行ったのは、これまで1件のみ。現在は、入所の際に相談員が施設の身体拘束廃止の方針を説明しているため、拘束を希望する家族はいない。また、家族には、「転倒リスク」に関する理解も得ている。

- ショートステイの利用者で、在宅で拘束をしている人についても、施設内では拘束を外している。
- 日頃から、利用者の家族と頻繁にコミュニケーションをとり、施設がどのようなケアを提供しているかをうまく伝え、また家族の要望を理解していれば、拘束をする際に家族の理解を得やすい。

#### (5) 職員への教育

- 全職員を対象とした内部研修を、年2回実施している。身体拘束、感染症、事故対策のテーマについては、職員全員が参加するまで、参加日時を1日だけでなく、何日も設定するようにしている。
- 新人研修の中に、身体拘束廃止のテーマを盛り込んでいる。
- 管理職、各フロアの主任、副主任クラスの職員は、2～3か月に1回の頻度で外部の研修に参加している。費用は、1日あたり上限3万円までの使用が認められている。但し、外部の研修に参加した場合、学んだことを必ず現場にフィードバックすることが求められている。
- 職員全員に、身体拘束廃止の考え方、適切な対応を浸透させていくのは根気よく伝えていくしかないと考える。特に、夜勤帯においては、担当の看護師だけで判断しなければならないため、対応が難しい。

#### (6) その他

- ぎりぎりの人員配置の下、効率的に業務を進めるため、居室の掃除、洗濯、シーツ交換等については内部のパートを雇用しその他を外部の事業者へ委託している。

### 9. 身体拘束廃止と事故との関連性

- 身体拘束と事故はリンクしていると考えられる。そのため、身体拘束廃止委員会と事故対策委員会の結びつきを深めることとした。

- 身体拘束を廃止することによって、事故が増える可能性はあるが、事故防止に対してはリスクマネジメントの観点から取り組んでいる。
- これまでに、Y字体ベルトをしていた利用者が、車いすごと転倒したケースが1件あった。家族は「拘束をすれば、転倒しない」と安心してしまう傾向にあるが、やむを得ず拘束をする場合には、「拘束をすることによって生じるリスク」についても説明する必要がある。

### 10. 身体拘束廃止と職員配置との関連性

- 必要最低限の人員がいるという前提の上で言えば、少ない人員配置だからといって、身体拘束をしなければならないという訳ではないと考える。
- 身体拘束と職員配置の関係は、各施設の利用者の状態によって異なると考える。一般的に、老健では、「今月は胃ろう・経管栄養の利用者は〇人」など、「各施設で提供しうる介護、看護の量・質」に応じた利用者の枠を決めていることが多いと思う。(身体拘束との関係では、医療依存度の高い利用者の人数を決めている。) そうした大まかな枠を決めた上で、相談員と現場の職員が日々連絡を取り合いながら、利用者の状態のバランスをとっているのが現状であろう。逆に、利用者の枠を設けず、無制限に利用者を受け入れていたら、いくら人員が多くても適切なケアを行うことは難しい。

## G介護老人保健施設(関西) ～管理者を中心とした取組みの開始～

利用者数 97 人、看護職員 10.3 人・介護職員 20.7 人（職員配置 3：1）、社会福祉法人立

### 1. 身体拘束に関する方針等

- 現在、身体拘束を廃止する方向で取り組んでいる。
- 施設の理念に、「人権」の文言は入れているが、「身体拘束の廃止」の文言は入っていない。施設の理念は、職員だけでなく一般の方にも知らせるものであるが、一般の方の中には「身体拘束の廃止」という文言の意味が分からない方もいるので、この文言をそのまま使った方がよいのかどうか分からない。
- 身体拘束を行う場合は、当該利用者の家族から「同意書」を頂いている。また、身体拘束を廃止するためにセンサーマットを使用しているが、センサーマットを使用すること自体、家族に不快感を与えてはいけないので、予め連絡し、「同意書」を頂いている。また、以前は身体拘束を行う時間や期間を記載していなかったが、昨年 12 月の監査で指摘を受け、それ以降は記載するようになった。「同意書」の期限を過ぎた場合は、その都度、家族からもらい直している。

### 2. 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状

- 平成 15 年 7 月 1 日、身体拘束廃止の目的、基準等を記載した文書を作成した。
- 毎月、「身体拘束廃止委員会」を開催している。参加者は、施設長、看護・介護担当部長、介護リーダー、担当ケアマネジャーの 4 名である。
- 身体拘束を行っているのは、昨年 12 月時点は 8 名、現在は 9 名となっている。  
＜昨年 12 月＞ ベッドの 4 点柵：4 名、車いすのセーフティベルト：1 名、ベッドの 4 点柵と車いすのセーフティベルトの併用：1 名、センサーマットの使用：

2 名

＜現在＞ 車いすのセーフティベルト（T字型）：2 名、ベッドの 3 点柵：3 名、ベッドの手前 2 点柵（ベッドの片側は壁についていて、利用者が降りてこられないようになっている）：2 名、ベッドの両側 2 点柵（ベッドは壁から離れており、両側に 1 点ずつの柵をしている）：2 名

- 昨年 12 月と現在で、拘束の人数が変わらない（むしろ現在の方が多い）のは、重症度が高い利用者が増えているためと考えている。最近、病院から移ってくる方が多いが、その場合、拘束衣を着ているケースがほとんどである。病院で長期間拘束されていると、施設でその拘束を見直すのに時間がかかるが、取り組んでいる。

### 3. 身体拘束廃止への取組みの方法

- (1) カンファレンスにおける成功事例の共有
  - カンファレンスを毎日開催し、利用者のケアについて気付いたこと、うまくいったことの情報を職員間で共有するようにしている。例えば、おむつを頻繁に外そうとする利用者について、生まれてからずっと「ふんどし」をしていたことが分かったので、おむつを外し、「ふんどし」に替えたところ、自分でトイレに行くようになった。このような情報を共有するうちに、拘束も早く外そうという雰囲気になってきた。
- (2) 職員への教育
  - 月 1 回のペースで、施設内の勉強会を開催している。そのうち、年 1 回は、全職員を対象とした身体拘束に関する勉強会を開催している。
  - 職員は、病院で拘束衣を着ていた方が入

所すると気の毒に思い、何とか早く拘束衣を外せるよう努力している。ただ、セーフティベルトやベッド柵については、本当は外してあげたいが、ある程度仕方がないと考えているようだ。

### (3) 薬剤の使用の見直し

- 精神科の病院から移ってくる方の中には、向精神薬を使用しているケースがみられるが、施設は、医師が、必要でない薬をなるべく飲ませない方針をとっているため、入所後の使用は非常に限定されている。BPSD がみられる方についても、薬で抑えることはしない。介護老人保健施設の介護報酬は定額制であるため、薬剤にかかるコストの点から考えても、過剰に投与することはない。
- 病院に勤務経験のある看護職員が、医師に、もう少し薬を処方してほしいと訴えることもある。しかし、施設は病院ではないため、薬剤には頼らず日々のケアで対応するよう、職員の意識変革を図っている。

## 4. 身体拘束廃止と職員配置との関連性

- 業務が忙しく、またちょうど職員が何人か辞めた時期と重なっていたので、身体拘束を（完全に）廃止するのは不可能だと考えていた時期もあった。しかし、最近では、人数は以前と変わらないものの、介護とのチームケアや施設看護の視点をもつ看護師を採用することが出来たため、利用者の状況の変化に早めに気づき、対応することが出来るようになった。その結果、休日や夜中に利用者の状態が急変して、病院に搬送することがなくなり、職員全体の雰囲気も穏やかになってきた。現在の状況であれば、何らかの工夫によって身体拘束を完全に廃止することも可能であると考えている。

## 5. 今後の課題等

### (1) 車いすのシーティング

- 車いすについては、在宅で使っていたものをそのまま持ち込む方もいるが、ほとんどの方は施設のものを使っている。施設の車いすは大変古いもので、一人一人の身体に合っていない。「ひやり・はっと」の件数を見ても、車いすに関係したものの（ベッドから車いすへの移乗、車いすの移動、車いすからトイレへ移る際など）が多い。

#### <訪問者コメント>

車いすを「移動用の道具」として使う場合と、「生活の道具」として使う場合がある。後者の場合、シーティングは非常に重要である。

### (2) 職員による見張り

- 身体拘束は、職員が転倒の危険がある利用者を常時見守っていれば、必ず廃止できる。しかし、職員が絶えず見ているということが、今度は利用者の「心を縛る」ことになるのではないかと考え、悩んでいる。転倒の危険性が高く、職員が対応に苦慮している利用者には、日中、自分の部屋で一緒にいてもらうことがあるが、ある時、そのうちの1人が「(看護・介護担当部長に) 気を遣う」と言い出したので、自分が「拘束ベルト」になっているかもしれないと考えることもある。

## H 介護老人保健施設(甲信越) ～拘束廃止チェックシートの作成～

利用者数 80 名 (うち認知症専門 15 名)、

看護職員 9.5 人・介護職員 17 人(職員配置 3 : 1)、厚生農業共同組合連合会立

### 1. 身体拘束に関する方針等

- とにかく「身体拘束はしない」という方針を徹底するようにしている。

### 2. 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状

- 平成 15 年の施設開設当初から、「身体拘束委員会」は立ち上げていた。拘束が必要な利用者に関するカンファレンスや勉強会を行っていたが、職員に対する身体拘束廃止の意義の周知徹底ができておらず、いつの間にかベッドの 4 点柵をしていることがあった。
- 拘束をする際、家族からの「同意書があれば、拘束しても構わない。」とやや安易な考えもあったと思われる。病院には「同意書さえあれば、拘束しても構わない」という風潮があるので、病院勤務経験のあるスタッフが多い当施設の場合、どうしてもそのように考えてしまうところがあったと考えられる。
- 平成 20 年 3 月、県の集団指導に参加したことをきっかけに、現状のままではいけないと考えた。
- 現在、拘束をしている利用者はいない。

### 3. 身体拘束廃止への取組みの方法

#### (1) 手続きの整備

- 平成 19 年秋頃、「拘束廃止チェックシート」を作成した。このチェックシートは、①ケアの課題、②状態の評価、③ケアの工夫、④工夫後の状況、⑤身体拘束(実施時間)の項目に分かれている。具体的な使い方は、まず、ケアの課題と状態を明らかにし(①、②)、その状態を改善するためにケアを工夫する。工夫の内容については、予めチェックシートに記載されている(③)。しばらく時間が経ったところで、工夫した後の状況を検討し(④)、

緊急やむを得ない状態と思われる場合のみ身体拘束を行うことになっている(⑤)。

- 「拘束廃止チェックシート」という手続きを明確化したことで、職員に対する拘束廃止の周知徹底と、拘束の歯止めの効果が生じた。チェックリスト作成以降は、拘束がなくなり、チェックリストを使うこと自体もほとんどなくなった。

#### (2) 効果的な機器等

##### ①センサーマット

- 転倒事故を極力減らすため、センサーマット(ベッドの足下に設置するタイプ)を多く利用している。センサーマットを使用する利用者は、認知症の方が多く、その他は自力で立ち上がり可能であるがふらつきのある方である。
- センサーマットは、購入したもの他、当施設で作成したものもある。以前はセンサーマットの価格が 1 枚あたり 10 万円以上と大変高かった(現在は 1 枚あたり 3～4 万円)、自分たちで作成している(費用は 1 枚 600 円程度)。
- センサーマットを設置したとしても、利用者が、センサーマットが鳴ると職員が来ることを学習して、自分で除けてしまうこともある。

##### ②車いす

- 以前は、車いすの座布団の下にゴムの滑り止めをつけていることもあった(現在使っている人はいない)。
- フットレストの上に立ってしまう方については、フットレストを外している。

##### ③その他

- ベッドから転落する危険性の高い利用者には、畳を使っている。現在、畳を使っている方は 1 名である。

### (3) 家族への対応

- 病院から入所する利用者の家族に「病院で拘束をしていたので、当施設でも同じようにしてほしい」と言われることがあるが、当施設では身体拘束はしない方針であることを家族に説明し、何とか理解してもらうようにしている。
- 家族は、施設に利用者の介護をしてもらうという遠慮から、職員が拘束はしないと強く言えば、同意はするが、やはり転倒については非常に心配している。そのため、職員は拘束廃止の方針について説明しながらも、実際に転倒してしまった時の対応の難しさを感じている。
- 利用者の衣服の洗濯は、原則として家族にお願いしている。そのため、利用者が衣服を汚すと洗濯に手間がかかるので、介護衣を着せてほしいという家族もある。

### (4) 職員への教育

- 1か月に1回、全職種を対象としたスタッフ会議を開催している。チェックリストについては、スタッフ会議で説明することで、職員に周知徹底した。
- チェックリストを作成する前に何度か身体拘束に関する勉強会を開催した。その際テストを行うこともあった。そのため、職員の意識が高まり、チェックリストに対して反対意見が出ることはなかった。

## 4. 身体拘束廃止と事故との関連性

- 身体拘束を廃止したから転倒が増えたということはない。

## 5. 身体拘束廃止と職員配置との関連性

- 人員が不足しているから、身体拘束が廃止できないと考えたことはない。また人件費を考えると、厚生労働省の基準以上の人員を配置することは考えられない。

## 6. 今後の課題等

### (1) 拘束の範囲について

- 車いすを動かして立ち上がろうとする方

には、重厚な肘掛付きの椅子に座ってもらうことがあるが、それが拘束に該当してしまうのではないかと気になっている。

### (2) トラブル対策としての記録の重視

- 職員は業務基準に則った巡回をしており、かつセンサーマットを置いていたにもかかわらず、利用者が転倒し、骨折してしまった場合、施設としてどこまで対応していれば、訴訟等の場面において責任を問われないで済むのかということが、最近気になっている。

#### <訪問者コメント>

転倒の危険性が高い利用者については、家族に利用者の状況を詳細に説明し、ケアプランの中で、日常生活におけるサービス内容についての明確な同意(印鑑等)をもらっておく。また、そのことについて記録を残しておくことが利用者と職員の両方を守ることにつながる。一般的に、入浴と食事中の事故は施設側の責任と言われているが、あらかじめ家族と十分にコミュニケーションが取れていれば、もし事故がおきた場合でも、それほど大きな問題にならないと考える。記録の方法については、時間の流れに沿った経過記録に加え、支援経過記録の中にケアプランがどのように実行されているかについて明確に記録しておく必要がある。

- 現在は、事故が起きた時に責任が問われないようにするため、職員に対して、記録は具体的に行うことを求めている。例えば「平穩に過ごされていた」という記録は、第三者が見た時に「平穩」とはどのような状態を表すのか分からないので、「新聞を読んでいた」など、具体的な内容を書かせるようにしている。

## I介護老人保健施設(関西) ～組織や人員配置のあり方の検討～

定員 115 人・利用者数 107 人、看護職員 7.45 人・介護職員 30.7 人（職員配置 3 : 1）、  
医療法人立

### 1. 身体拘束に関する方針等

- 今年から、「身体拘束廃止のための基本方針」を作成し、玄関に掲示している。

#### 「身体拘束廃止のための基本方針」

- 1) 専門的な知識や技術だけでなく、人権擁護に裏打ちされた専門的な介護サービスを行います。
- 2) ご利用者様の自由と尊厳とやすらぎを守ります。
- 3) 身体の抑制をゼロに近づけるように努力いたします。
- 4) 不必要な向精神薬の投与は致しません。
- 5) 利用者様お一人お一人の声を大切にし、個別性を重視した介護を提供します。

- 身体拘束は「原則禁止」の方針であるが、緊急やむを得ず拘束を行う場合については、その都度、フロアの職員が相談して決めている。  
緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、当該利用者または家族に現在の状況、身体拘束の方法や時間について説明をし、「緊急やむを得ない身体拘束に関する同意書」に署名をしてもらうことになっている。同意書には、「個別の状況による拘束の必要な理由」、「身体拘束の方法（場所・方法）」、「拘束の時間帯及び時間」、「特記すべき心身の状況」、「拘束開始日」「終了日」を記入する欄が設けられている。身体拘束の開始から、一定期間経過後、拘束の要否を見直すことにしている。見直しの結果、拘束の延長が必要と判断された場合は、施設側で更新手続きを行うため、家族から「同意書」をもらうのは最初の1回のみである。

#### <訪問者コメント>

介護保険法の解釈論からいうと、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の3要件を満たす状況であると施設が判断すれば、家族の同意がなくても拘束をすることが出来る（したがって、家族の「同意書」は、「アリバイ」程度の意味しか持っていない）。そこで、施設の職員に求められているのは、家族や職員の都合ではなく、高齢者の立場を考えたケアを提供すること、及びそのケアについて、利用者や家族が納得出来るような説明をすることである。事故等が起こり、責任が問われる時には、事前にどの程度の説明をしていたかということが問題になる。また、そもそも明確な根拠を持って、利用者や家族が納得できるような説明が出来ない場合は、本当に高齢者の立場から物事を考えているとは言えず、職員の保身のため、口実を述べているに過ぎないと言えよう。

### 2. 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状

- 平成 14 年 11 月、リスクマネジメント委員会が、身体拘束廃止のマニュアルを作成した。また、拘束の時間や部位を記録するスコアシートも作成したが、あまり機能していなかった。
- 平成 18 年 2 月、現在の副施設長が当施設に着任した。着任前は「当施設では身体拘束を行っていない」と聞いていたが、実際には、ベッドの柵上げ（4点柵と同じ状態）がかなりの頻度で行われていた。
- 平成 19 年に身体拘束廃止委員会を設立したが、本格的な取組みを始めたのは、平

成 20 年 1 月からだった。取組みを始めたきっかけは、平成 19 年の夏頃、副施設長が、県老健協会の講演会や市老健協会の勉強会に参加した際に、市の担当者から「平成 18 年の介護報酬見直しにより、身体拘束廃止に取り組んでいない施設は減算の対象となる。監査の際には、フロアの担当者に直接質問をし、明確な回答がなかった場合には、施設の体制が整っていないとみなす。」と厳しく言われたことだった。

- 平成 20 年初めの段階では、拘束をしている利用者の人数は 10 名程度だった。身体拘束廃止の取組みの中で、利用者ごとに拘束の必要性を再検討し、必要性がないと判断した場合は、拘束を外していった。
- 現在拘束しているのは 4 名。拘束の種類は、車いすの安全ベルトが 2 名、ベッドの柵上げが 2 名となっている。ベッドの柵上げは、手足の拘縮があり、かつ寝返りをうつ方に対して行っている。
- 「身体拘束 0 件、骨折 0 件」という施設があるというので、副施設長とフロア主任が視察にいった。何か新しい機器を導入しているのではないかと期待していたが、ベッドの周辺にマットを敷く、センサーを導入しているなど、特に目新しいものはみられなかった。先方の説明によれば、やはり職員一人ひとりの意識を高めることが重要で、骨折事故を 0 件にするまでには 7 年かかったということだった。当施設としては、もっと短期間で効果を上げなければならないと考えている。

<訪問者コメント>

今までやってきたことを一朝一夕に変えることは出来ず、現場の納得を得ながら体制づくりを進めるのは、時間を要することである。

### 3. 身体拘束廃止への取組みの方法

#### (1) 効果的な機器等

- 車いすからずり落ちてしまう方については、座面に滑り止めのシートを入れている。また、足で車いすをこぐように動かす方について、太ももの位置があがるような三角形のクッションを入れることを検討したが、そうすると車いすを足でこぐことが出来なくなってしまうので、とりやめた。このような工夫については、介護職員だけでなく、OT・PT も交えて検討している。
- 床センサーをつけると、どうしてもそのセンサーに頼ってしまい、利用者から目を離してしまいがちだった。気がつくと、利用者がセンサーを除けてしまい、当初設置した場所とは別のところでセンサーが鳴っていることがあった。

<訪問者コメント>

センサーを置くと、職員はセンサーが鳴らない限り、その利用者のところに行かなくなってしまい、むしろリスクが大きい。つまり、気持ちがその利用者から離れてしまい、個別ケアの視点を失ってしまうことになる。

#### (2) 家族への対応

- 長期間入所している利用者については、以前拘束をしていた（ベッド柵を上げていた）ので、家族に今後は拘束をしないと伝えても、「事故が怖いので、拘束をしておいてほしい」と言われてしまう。そうすると、職員としても、全く事故のリスクがないとは言い切れないので、家族を説得出来ず、拘束の要望に応じてしまう。このような家族に対する説得の仕方を教えてほしい。

<訪問者コメント>

施設が「生活の場」としてサービスを提供している以上、職員が最善の努力をしても、事故が起きる可能性はゼロではない、つまり事故は起きるものだということを、家族にはっきりと説明し、理解してもらう必要がある。

家族は、在宅と異なり、施設での事故はゼロであるべきと考えがちであるが、むしろ転倒の確率は、施設の方が2倍から2.5倍程度高くなっている。一般的に、施設の空間は、広すぎる、つかまる所がないという点で、構造的に高齢者の生活空間にふさわしくないのが、在宅から入所したばかりの高齢者が転倒しやすいということを十分説明すべきである。

(3) 職員の反応、教育

- 月1回あるいは2回の頻度で、研修委員会を開催し、職員研修の内容等を検討している。今年度は、平成20年1月及び6月の2回にわたり、身体拘束に関する勉強会を開催した。
- 正直なところ、職員には、ベッド柵を上げているのが最も楽である、ベッド柵を上げる以外の対応をするのは面倒だという意識がある。そのため、フロア主任が注意しても、誰も見ていないところではベッド柵を上げてしまう。このような職員の意識を変えていくにはどうすればよいか、悩んでいる。

#### 4. 身体拘束廃止と事故との関連性

- 職員は、認知症で徘徊のある方、足腰の弱っている方、眠剤を服用してふらつきのある方が、転倒し、骨折した時の大変さを考えると、なかなかベッド柵を下ろ

すことが出来ない。(事故は起きるものということだが)現場の職員には、利用者を転倒させてはいけないという恐怖感がある。

<訪問者コメント>

頻繁に転倒する利用者というのは、「これから状態が悪くなる」というサインを送っており、転倒する時期を経た後、急激に具合が悪くなる方が多い。利用者一人ひとりのアセスメントをしっかり行い、転倒というサインを受け止めることが出来るようになれば、事故を防ぐことができるようになる。

#### 5. 身体拘束廃止と職員配置との関連性

- 特に、身体拘束廃止と職員配置との関連性は結び付けては考えていない。
- あるフロアは、利用者54名に対して、介護職員が15名程度、看護職員が2～3名という配置であり、日勤帯は5～6名の体制で業務を行っている。このような状況で、職員一人ひとりが利用者54人分のデータを把握するのは難しい。

<訪問者コメント>

当施設の場合、職員の意識を変えるには、利用者の単位が大きすぎるので、例えば、54名の利用者を10名程度ずつ5つのユニットに分け、職員の体制をチーム担当制に変えるなど、ユニットケアのような考え方を取り入れるとよい。

- 看護職員は、2～3名で利用者全員を担当するという体制になっているので、どうしても業務優先になってしまう。

<訪問者コメント>

施設では、看護職員に介護職員と同じ仕事をさせると、看護職員が辞めてしまうと考えるところが多いが、看護職員、介護職員が共に「3：1」のうちの一人であるという意識で働かないといけない。

- 利用者は女性が圧倒的に多いのに対して、職員は男女比が半々程度である。

<訪問者コメント>

利用者の男女比に合わせた職員配置をしていない場合、「同性介助」の問題で、職員の基本的な体制が崩れる場面がある。例えば、女性の利用者で、ADLは低下しているが意識ははっきりしている方の場合、男性職員が排泄介助をすることを嫌がることある。その時に、職員は「他の女性職員を呼びにいく間に、誰かが転倒すると困る」と考え、「そんなこと（男性職員の排泄介助を嫌がること）言わないで」と言って、利用者の要望を抑えつけてしまいがちである。

## J病院(甲信越)～チェック体制の整備と記録様式の工夫～

病床数 180 床 (医療 120 床、介護 60 床)

看護職員数 8 名、介護職員数 14.5 名 (職員配置 2.7 : 1)、全室個室・ユニット型、医療法人立

### 1. 身体拘束に関する方針等

- 「身体拘束廃止」を前面に出すのではなく、利用者の QOL 向上のために総合的な治療やケアを提供し、その結果として、身体拘束が減っていくのが理想であると考えている。しかし、現時点ではこれを実行するための方法論が確立されていないため、身体拘束をなくすことは出来ないと考える。
- 身体拘束を行う場合は、看護職員、介護職員が「身体拘束報告書」(次頁)を作成し、主治医に提出する。主治医は、拘束を行うことが妥当だと判断したら、サインをして、看護師長に報告書を回覧する。その後、看護師長が、病院の管理職、医師、コメディカルが集まる全体会議において、説明を行う。したがって、主治医、看護師長、全体会議の 3 段階のチェック体制となっている。
- 「身体拘束報告書」の書式の「評価」の項目には、「切迫性」「非代替性」「一時性」という言葉が予め印刷されており、この 3 項目を常に意識しながら、報告書を作成するようになっている。また、各ユニットには、「切迫性」「非代替性」「一時性」の意味や、評価の際の注意事項が記載された「雛型」が配付されている。
- 「身体拘束報告書」においては、身体拘束する「理由・目的」について、看護職員と介護職員が、それぞれ記入する。看護職員から見た拘束の必要性と、介護職員から見た拘束の必要性には、多少異なる部分があるので、特にその部分を記載するよう指導している。
- 現在の報告書の書式は、『拘束の解除に向けて努力している途中の状況』を記入することが出来ない。そのため、現場の取

組みが文書化されていない状況になっているので、身体拘束委員会で検討し、報告書の「一時性」のところに記入することにした。

- 拘束をすることが決定した場合、家族に説明し、「同意書」にサインをしてもらっている。
- 身体拘束を解除する際は、フロアの担当者で話し合いを行った上で、拘束を外した日にち、理由を記載した報告書を主治医に提出する。主治医は、拘束を外すことが妥当であると判断したらサインをし、報告書を看護師長に回覧する。報告書の書式は、身体拘束を開始する時と同じものを使用している。

### 2. 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状

- 身体拘束廃止委員会は、病院開設後、すぐに設立された。参加メンバーは、病院長、看護師長、看護師、各ユニットの担当者であり、全体のとりまとめは看護師長が行っている。
- 身体拘束委員会では、職員に対する啓発活動を行っている。例えば、厚生労働省「身体拘束ゼロの手引き」を各ユニットに配付し、職員がいつでも見ることが出来る状態にした。また当初は、身体拘束とは何か、どのような行為が身体拘束にあたるのかということが、なかなか理解されなかったので、毎月 1 回、身体拘束委員がフロアを巡回した。
- 平成 19 年末頃まで、「身体拘束報告書」と実際に拘束されている利用者の状況を見比べ、本当に「緊急やむを得ない」状況であるかどうか、拘束を外すことはできないかどうかの検討を行った。

身体拘束報告書 ID				
氏名	イニシャル	歳	階	カルテ番号 承諾書 有 無
病名				
日常生活自立度	J (1・2) A (1・2) B (1・2) C (1・2)	日常生活痴呆度	I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
J:生活自立	1.交通機関を利用して外出できる 2.隣近所なら外出できる	I	痴呆はあるがほぼ自立	
A:半寝たきり	1.介助により外出し、日中殆んどベッドから離れて生活 2.外出頻度が少なく日中も寝たり起きたりの生活	IIa	家庭外では見守り	
B:寝たきり	1.車椅子に移乗し食事・排泄はベッドから離れて行う 2.介助により車椅子に移乗する	IIb	家庭内でも見守り	
C:寝たきり	1.自力で寝返りをうつ 2.自力で寝返りもたない	IIIa	昼間の介護	
		IIIb	夜間の介護	
		IV	24時間の介護	
		M	重症(せん妄・妄想・興奮・等の精神症状)	
理由的	看護職(具体的に記入) 下記の評価基準(切迫性・非代替性・一時性)に照らし合わせて拘束の必要があるのか、検討する。 やむを得ず拘束をする場合は、具体的に理由を記入する。 拘束を行う理由を記入する。例 セーフティベルトを使用する事で、 食堂で他利用者と一緒に自力で食事ができる。ADL・QOLの向上つながる。			
理由的	介護職(具体的に記入) 下記の評価基準(切迫性・非代替性・一時性)に照らし合わせて拘束の必要があるのか、検討する。 やむを得ず拘束をする場合は、具体的に理由を記入する。 拘束を行う理由を記入する。例 セーフティベルトを使用する事で、 食堂で他利用者と一緒に過ごし、楽しそうである。笑顔が見られる。			
部位	方法	時間帯		
期間	年 月 日 ~ 年 月 日(予定日)	終了日	年 月 日	
評価	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「身体拘束委員会」等のチームで検討、確認し記録しておく。 切迫性 利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。 「切迫性」の判断を行う場合には、身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、 それでもなお身体拘束を行うことが必要となる程度まで利用者本人等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が高いことを、 確認する必要がある。 非代替性 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。 「非代替性」の判断を行う場合には、いかなる場合でも、まずは身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を検討し、 利用者本人等の生命又は身体を保護するという観点から他に代替手法が存在しないことを複数のスタッフで確認する。 拘束の方法自体も、本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならない。 一時性 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。 「一時性」の判断を行う場合には、本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要がある。 以上のポイントで評価する。 拘束委員 サイン ( )			

- 平成 20 年 5 月現在、介護療養病床 (60 床) で拘束をしている利用者数は、16 名。拘束の種類は、ベッドの 4 点柵、ミトン、安全ベルトである。

### 3. 身体拘束廃止への取組みの方法

#### (1) 効果的な治療法・機器等

- 当院では、利用者本人の苦痛の軽減、外見のイメージの改善等、QOL 向上の目的から、経鼻栄養から胃ろうに切り替えることを勧めている (現在、胃ろうと経鼻栄養の割合は「10:1」程度)。経管栄養は、どうしても必要な場合には胃ろうにすることで、経鼻チューブのような抜去予防のためのミトン型手袋などの抑制を考えなくてもよい場合も多い。
- 皮膚を引っ掻く利用者については、適切

な軟膏処置を行ったことにより、現在ではほとんどいなくなっている。毎月、皮膚科の医師に来てもらうなど、皮膚疾患の治療には熱心に取り組んでいる。

- 徘徊は、リハビリテーションの点から見るとよい運動になる場合もあるくらいの気持ちで、自由にさせている。
- 超低床ベッドを導入する、転落時の衝撃吸収マットをベッド周りに設置するなど、コストをかけることができれば、4 点柵は半減すると思う。

#### (2) アセスメントの重視

- 今秋の安全委員会で、転倒に関するデータを発表することになっている。当院開設以来のデータをみると、夏期と冬期では転倒する時間が異なる。また、利用者には転ぶ時期というものがある。

<訪問者コメント>

転倒する危険性が高い利用者を特定できるようになると、ケアが随分楽になると考える。

(3) 家族への対応

- 拘束の廃止に取り組む当院の立場と、安全を重視する家族の間にギャップがあり、対応に苦慮している。以前、ある利用者のベッドの4点柵を外したところ、転落、打撲してしまい、家族からクレームを受けたことがあった。その際、拘束廃止の方針を家族に説明したが、「拘束廃止の理念は理解できるが、安全の方が重要である」と言われてしまい、それ以上反論することが出来なかった。
- 家族の中には、ベッドの4点柵が拘束に該当することを理解していない方も多い。同意書にサインをお願いすると、「なぜこのような書類にサインをしなければならないのか」という反応をする方もいる。
- 看護師をしている利用者の家族に、ベッドの4点柵をすることを説明したところ、「どんどんやっていますよ」と言われ、驚いたことがあった。看護師であるがゆえに、利用者の状態を把握した上で、病院側の負担を慮ったのだろうか。
- 当院に入院する前に入所していた施設で、介護衣（つなぎ服）を着るように言われていた利用者の家族が、何着も介護衣を用意してきたことがあった。利用者は拘束の必要性は全くない様子だったので、介護衣は拘束に該当すること、介護衣でなく普通のパジャマを持ってきてほしいことを伝えたとところ、「せっかく買ったのにもったいない。パジャマ代わりに介護衣を着せておいてほしい。」と言われ、結局、納得してもらえなかった。

(4) 職員への教育

- 介護職員の中には、無資格・未経験で当院に就職した職員もあり、「身体拘束」という言葉の意味すら分からないことがあ

る。そのため、平成20年3月頃、職員を対象とした研修会を行い、実際に安全ベルトとミトンをつける体験をさせて、感想を話し合った。このような研修を秋にも開催することを計画している。

(5) 組織体制の見直し

- 現在の病院長が着任した当初は、看護職員が介護職員を、完全に手足のように使っていた。病院長は、介護職員にも責任ある仕事をさせたいと考え、1年半かけて組織体制の見直しを行った。具体的には、介護職員の中から、幹部職員を養成する方針を打ち出した。
- 介護職員をひとつのラインとして独立させることも検討しているが、介護職員は、医療や組織運営の考え方に関する教育を受けていないので、なかなか難しい。介護職員の教育、質の向上の問題は、非常に重要である。
- 介護福祉士が病院に就職すると、どんなに優秀な方でも「看護補助」という位置づけで呼ばれてしまう。このような呼び方は、本人のモチベーションを下げるので、よくないと思う。

4. 身体拘束廃止と事故との関連性

- 拘束を完全になくす（ゼロにする）というのを最初から前面に出すのではなく、身の丈にあった医療を提供する中で、利用者のQOLに配慮した拘束廃止が望まれるべきであると考えます。

5. 身体拘束廃止と職員配置との関連性

- 拘束をゼロにすることによって、かえって利用者の安全を保つことが出来なくなることの背景には、どうしても人手不足があると考えます。

6. 今後の課題等

- 身体拘束廃止にはリハビリ職員の力量が重要であると考えます。当院は経験の少ない職員が多くマンパワー不足でもあるので、今後は人材養成に注力していきたい。

## K診療所(関西)～系列診療所における経験の活用～

病床数：介護療養 15 床、医療療養 3 床、合計 18 床、  
看護職員 3.0 人・介護職員 3.0 人（職員配置 3:1）、医療法人立

### 1. 身体拘束に関する方針等

- 4 年前の施設の開設当初から、身体拘束を廃止しており、その根底には「利用者の自由を奪うことはしない」という考え方があり、ただし、施設の理念などの形で明文化することはしていない。
- 入所前に、「入所中の皆様の処遇についての確認事項」という文書を用いながら、家族に身体拘束廃止の方針について説明している。  
どうしても施設の方針に納得頂けず、拘束を希望する方については、適切な方法で他施設の紹介等を行っている。

<入所中の皆様の処遇についての確認事項抜粋>

- (1) 人の意思と行動の自由を保障することを尊重しようとする、転倒などの事故の危険性は増えることを承知の上で、最大限の注意を払うことで事故が起こらないように努めながら、できる限り本人の意思と自由を尊重して欲しい。
- (2) 人の行動や自由を制限してでも転倒などの事故で怪我などさせないようにして欲しい。  
→(2)を選ばれた場合には、入所を断る。

- 拘束をする際は、口頭で説明の上、「身体拘束に関する説明・同意書」に家族の署名を頂いている。

### 2. 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状

#### (1) 病院、診療所における拘束

- 一般論として、急性期の治療の場合、安静が必要なため、拘束せざるを得ないこともあると考える。ただ、もしかしたら医療機関は拘束することに慣れてしまい、必要のない時にまで拘束をしてしまうと

ころがあるのかもしれない。

- 身体拘束の問題は、認知症の問題と深い関わりがあると考えられる。病院や診療所の場合、看護師がどれだけ認知症について理解しているかによって、身体拘束の状況も変わってくる。

#### (2) 取組みの経緯

- 「入所中の皆様の処遇についての確認事項」の文書など、身体拘束の取組みについては、法人の別の診療所での取組みをそのまま引き継いだ。

### 3. 取組みの方法

#### (1) 在宅に近い環境づくり

- 在宅に近い環境やサービスを整え、利用者に落ち着いて過ごしてもらうことを重視している。昼夜逆転の人なども安易に眠剤を使うことはせず、例えば、落ち着ける場所は利用者によって異なるので、必ずしも居室内で眠ることを強要せず、ホールの一角にある畳スペース、ソファなど、その方の好きな場所で過ごしてもらっている。
- 利用者は、自宅で暮らしていた時と同様に、何か役割が見つかる落ち着くことがある。そのため、例えば几帳面なタイプの方のために、洗濯物をわざと残しておき、一緒にたたんでもらうことがある。

#### (2) ケアの工夫

- 以前入院・入所していた施設で拘束していたという理由で、そのまま拘束を続けることはない。ある時、病院で車いすに拘束されていた方が当施設に入所したところ、トイレに行きたくて車いすから立ち上がろうとしていたことが分かり、適切なトイレ誘導により、拘束を外すこと

が出来たということがあった。

- 入浴は、日曜日を除く毎日行っている。入所棟の職員だけでは人手が足りないので、入浴の際は、デイの職員も手伝うことになっている。毎日入浴させると、利用者が元気になり、皮膚の状態もよくなることを実感している。
- 介護衣は、利用者のためではなく、職員の業務の都合で使用するものであるため、一切使用していない。

### (3) アセスメントの重視

- 利用者に対して適切なサポートをするため、入所棟の利用者のみならず、外来患者も含め、その人の家庭環境（3親等程度の親戚まで）、背景、嗜好等の基本情報を詳しく把握している。当施設の周辺には他の医療機関がないため、外来患者は「次の利用者」であると考えている。
- 入所棟の担当職員のミーティングを週2回開催し、利用者の情報を共有する他、何か問題が起きた場合は直ちに緊急のミーティングを開催している。また、週1回、利用者3～4人についてカンファレンスを開催し、利用者の状態や課題について全職種に対して職種別のカンファレンスも開催している。

### (4) 効果的な機器等

- 利用者のADL向上のため、車いすが必要な方も、なるべく通常の椅子に座ってもらうようにしている。その際用いる椅子は、職員が利用者の身体にあったものを探し、都度購入しているため、同じものではなく、皆バラバラの椅子に座っている。
- ベッドから転落する危険性の高い方については、看護師の判断により、ダブルベッドを使用したり、ベッドの周りにマットレスを敷き詰める等の工夫をしている。廃校になった学校に行き、体育用のマットレスをもらってくることもある。

### (5) 家族への対応

- 転倒のリスクの高い方については、そのリスクを家族に理解してもらう必要があると考える。そのため、カンファレンスを開催し、家族に説明を行っている。
- 家族とのコミュニケーションがどうしてもうまくいかず、入所を断ったことがある。その方は身体にあざが絶えずみられ、家族による虐待が疑われるケースだった。（この方の対応は役所に引き継いだ。）

### (6) 職員への教育

- 施設開設の際、職員の採用は基本的に地元で行うこととした。当初は（開設主体の医療法人がある）施設の職員と比べて、介護に対する意識の低さがみられた。身体拘束廃止の方針について伝えたところ、利用者をベッドや車いすに縛りつけてはいけないことは比較的容易に受け止められたが、ベッドの4点柵やミトンの使用、テーブルに椅子をつけて動けなくすることが拘束にあたることは、なかなか理解できないようだった。
- 職員は「利用者を寝かせたままにしておけば安心だ」という業務優先の考え方を持っていたため、利用者を食事の時以外に居室の外に連れ出すことが理解できず、とまどっていた。
- 職員の業務優先の考え方を変えるまでには、約1年の教育期間が必要だった。拘束については、自分が同じことをされたらどう思うかということを考えてほしいと繰り返し伝えた。
- 最近では、胃ろうの方にはチューブが抜けないような工夫をする、転倒の危険性の高い方には、職員の作業中、側にいてもらうなど、利用者の行動を事前に予測して対応することが出来るようになり、拘束をしなくて済むようになった。
- 年4回、外部講師を招き、認知症に関する職員の勉強会を開催している。

V 総括表

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム(ユニットケア)	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	介護老人保健施設	介護老人保健施設	介護老人保健施設	介護老人保健施設	病院(介護療養型医療施設)(全室個室)	診療所(介護療養型医療施設)
人員配置	2.9:1	2.9:1	2:1	2.9:1	3:1	3:1	3:1	3:1	3:1	2.7:1	3:1
地域	関東	関東	東北	関東	関西	関東	関西	甲信越	関西	甲信越	近畿
1 方針等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、拘束廃止、手続きに則り拘束。可能な限り軽い拘束とする。</li> <li>・拘束できない環境とするため安全ベルトは全て廃棄</li> <li>・「転倒してはいけない」から「転倒しても怪我をしないようにする」に発想を転換</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、拘束廃止、手続きに則り拘束。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、前向きに取組み中</li> <li>・現時点では、たまたま拘束をしている人がいない、という認識で自分たちの取組みの成果という実感は少ない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 17 年に施設長が「身体拘束をゼロにする」ことを宣言した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束廃止を宣言。自傷他害の恐れがある等の場合のみ、手続きに則り拘束。</li> <li>・安全確保の手段として、拘束は一切考えない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、拘束廃止、手続きに則り拘束。</li> <li>・利用者の中には、もともと状態が悪い方等いるので、完全にゼロにするのは難しい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束を廃止する方向で取組み中</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・とにかく「拘束はしない」という方針を徹底</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「身体拘束廃止のための基本方針」を作成し、玄関に掲示している。</li> <li>・原則廃止ではあるものの、さらに廃止の水準をあげるべく取組み中である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のQOL向上のために総合的な治療やケアを提供する結果として拘束が減っていくことが理想</li> <li>・現時点では、この方法論が確立されておらず、拘束をなくすことはできない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設開設当初から拘束廃止</li> <li>・拘束を希望する人は、適切な方法で他施設の紹介等を行っている</li> </ul>
2 身体拘束廃止の取組みの経緯と現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の改築をきっかけに、よいケアを追求する職員の機運</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時代の流れ</li> <li>・リスク管理委員会での文書整備の決定がきっかけ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 16 年のユニットケアへの移行をきっかけに、拘束をする時間をなるべく減らそうとはしていた</li> <li>・平成 19 年秋の県の指導をきっかけに拘束廃止委員会を立ち上げた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 10 年「抑制廃止福岡宣言」以降、県が通知の解釈を見直すようになったこと、施設の介護主任が県の身体拘束廃止推進員として研修に参加したことなどがきっかけ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険法の拘束廃止の方針を知ったことがきっかけ</li> <li>・現場の取組みが先行したが、トップの宣言により後押しされ、拘束が0件になった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設開設当初から取り組んでいたが、平成 18 年4月に介護報酬「身体拘束廃止未実施減算」が創設されたのがきっかけ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 15 年7月に拘束廃止の目的、基準等を記載した文書を作成した</li> <li>・重症度が高い利用者の増、長期間拘束されている病院から入所する人が多く、拘束減とできない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 20 年3月、県の集団指導に参加したことをきっかけに、現状の取組みのままではいけない、と考えているところである</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 19 年夏、市の担当者から介護報酬の『身体拘束廃止未実施減算』のことを聞き、また、監査が行われることを厳しく言われたことがきっかけ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院開設後すぐに拘束廃止委員会は設立</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同一法人の別の診療所での取組みをそのまま引継ぎ、開設当初から拘束廃止</li> </ul>
拘束人数	1人	0人	0人	0人	0人	0人	9人	0人	4人	16人	—
3 身体拘束廃止への取組み方法	<p>(1)ケアの改善・工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・どのようなときに転倒するか。アセスメントの重視</li> <li>・十分な見守り</li> <li>・巡回表を作成して、こまめな巡回</li> <li>・各ユニットの状況だけでなく、他のユニットの利用者も含めて見守りを行う</li> <li>・日中のトイレ誘導を増やすことで、オムツ関連の問題をなくし、介護衣が不要になった</li> <li>・皮膚科医師からスキンケアのアドバイスをもらう</li> <li>・見守りやすいよう居室の配置の工夫</li> <li>・利用者ごとに細かなケアプランを作成し、根本的な原因が排除できるようなケアを実施</li> <li>・ケアプランの作成にリハビリ職も関与</li> <li>・利用者のアセスメント内容を各自の車椅子に下げ、全職員の理解、共有を図った</li> <li>・IT活用により、記録業務を効率化することで、直接処遇時間の確保</li> <li>・食事介助時には、リハビリスタッフや栄養士、ケアマネジャー等の多職種によるサポートを行っている。</li> <li>・業務の効率化のために外部委託の活用</li> <li>・見守り強化のためにはナースステーション近く居室割当</li> <li>・カンファレンスにおいて成功事例を共有することで、取組みを強化</li> <li>・「拘束廃止チェックシート」を作成し、手続きを明確化したことで、職員に対する周知徹底と、歯止め</li> <li>・皮膚疾患の適切な治療</li> <li>・徘徊はリハビリの観点からも抑制はしない</li> <li>・アセスメントの重視、利用者の身体機能の衰えに伴う転倒頻発時期の見極め</li> <li>・在宅に近い環境を整えることで利用者に落ち着いて過ごしてもらうことを重視</li> <li>・必ずしも居室内で眠ることを強要せず、ホールにある畳スペースやソファ等好きな場所で過ごしてもらう</li> <li>・自宅で暮らしていたときと同様に利用者に何か役割をつくる場合もある</li> <li>・適切なトイレ誘導</li> <li>・毎日入浴させる。利用者が元気になり、皮膚の状態もよくなる</li> <li>・アセスメントを重視</li> </ul>										

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	介護老人保健施設	介護老人保健施設	介護老人保健施設	介護老人保健施設	病院(介護療養型医療施設)(全室個室)	診療所(介護療養型医療施設)	
(2)効果的な機器等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コールマットの活用</li> <li>・ベッドの足元にマットレス</li> <li>・布団の活用</li> <li>・ずり落ち防止のため車いす座面のクッション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・センサーマット(ただし、頼りすぎもよくないという認識)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドの高さを低くしたり、畳を利用することもある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体にあった車いすの使用</li> <li>・施設長主導で、その他、多くの機器を導入(転落防止用の埋め込み式布団ベッド、リクライニング車いす、座位保持器、低反発座布団等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ティルト機能付車いす</li> <li>・車いすの座面に滑り止めマット</li> <li>・ベッドや器具の配置自体にも工夫</li> <li>・利用者の体調にあわせてリクライニング位置</li> <li>・弾力性のある床材</li> <li>・畳の活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・離床センサー</li> <li>・床センサー</li> <li>・畳</li> <li>・職員が安易に機器に頼り過ぎないような意識づけは必要</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・センサーマットの利用</li> <li>・車いすの座面の滑り止め</li> <li>・(床に直接足が着くように)フットレストを外す</li> <li>・畳の利用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリ職員も交えて検討中である</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・車いすではなく、なるべく通常の椅子に座ってもらう。利用者の身体にあう椅子を探す</li> <li>・転落防止のため、ダブルベッドを使ったり、ベッドの周囲にマットレスを敷き詰めたりする</li> </ul>	
(3)家族への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ショートステイの場合、家族の要請に断りきれない場合もある</li> <li>・入所の場合は、入所時の説明で家族の理解を得られる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の中には、「本人に骨折の苦痛を与えたくない」「骨折よりは拘束」という雰囲気もある</li> <li>・家族からの要望があっても応じない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族が拘束を要望する場合、ユニットのリーダーと生活相談員が説明、理解を得た</li> <li>・家族が拘束を希望する場合は、「施設に迷惑をかけて申し訳ない」という気持ちを持っていることもあり、その思いを汲み取る必要がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族が要望する場合、「希望」ではなく、これまでの経緯からそう言わなければならない、と思っているに過ぎない</li> <li>・拘束を希望する家族には施設の方針を、また、怪我の心配をする家族には、万が一、怪我をした場合の施設の対応方針を「細かく、具体的に」説明することが重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以前は、ひたすら説得。</li> <li>・現在は、入所前に理解してもらうので、拘束を希望する家族はいない</li> <li>・日ごろからのコミュニケーションが重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束を希望する家族はほとんどいない</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族には説明により、何とか理解してもらう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故が怖いので、拘束して欲しいという家族をどのように説得すればよいか分からない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束廃止した利用者が転落・打撲した際、家族に「拘束廃止より安全のほうが重要である」と言われ、反論できなかった。</li> <li>・パジャマ代わり(比較的新しい)つなぎ服を持ってきた家族に普通のパジャマを持ってくることを説得できなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスにより家族に説明</li> </ul>	
(4)職員の反応、教育や意識づけ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホームでの研修が効果的</li> <li>・職員自身による車いす、おむつ、安全ベルト体験</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入職時のオリエンテーション</li> <li>・外部の研修や他施設見学の奨励</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県の身体拘束廃止推進養成研修に参加</li> <li>・施設内での研修</li> <li>・職員に対して「自分が拘束をされたらどう思うか」という問いかけを行うことで、意識が浸透</li> <li>・拘束の体験学習も効果的</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束廃止を一度宣言しただけでは浸透は難しい。継続的な取り組みが必要</li> <li>・管理職による定期的な見回りとチェック</li> <li>・新人研修、内部研修のテーマとしている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束は新人研修・内部研修のテーマとしている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内で勉強会を実施</li> <li>・職員は拘束(セーフティベルトやベッド柵)をある程度、仕方がないと考えている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内で勉強会を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内での勉強会の実施</li> <li>・現場の職員には、利用者を転倒させてはいけない、という恐怖感がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内での研修会、安全ベルトとミットの体験実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の業務優先の考え方を考えるまで、1年間の教育期間が必要だった</li> <li>・自分が同じことをされたらどう思うかということを考えてほしい、と繰り返し伝えた</li> </ul>	
4 身体拘束とアウトカム												
(1)事故との関連	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故は拘束によって解決される問題ではない</li> <li>・拘束するほうがかえって危ないとの声も職員からあがる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故が増える可能性はあるが、見守りにより防止</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以前は拘束と安全を結びつけて考えていた</li> <li>・現在は拘束を廃止した利用者の見守りを強化し、拘束を外して事故が増えたということはない</li> <li>・事故がおこった場合の責任は施設長にある、と明言されたことで職員は安心した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束廃止により転倒・転落の件数は増えた。しかし骨折の件数は減った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束と事故は関係ない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束と事故はリンクしていると考えますが、事故の防止に拘束を行なうのではなく、リスクマネジメントを行う</li> <li>・拘束をすることによって生じるリスクもあり、これを家族に説明する必要もある</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・拘束と事故との関連はない</li> </ul>			

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	介護老人保健施設	介護老人保健施設	介護老人保健施設	介護老人保健施設	病院(介護療養型医療施設)(全室個室)	診療所(介護療養型医療施設)
(2)介護の質との関連	・拘束廃止により、「日課をこなすケア」から、利用者の立場にたった「個別的なケア」に変わった	・拘束廃止により介護の質に変化。職員が「考える仕事」をするようになった	・拘束廃止により、利用者のBPSDの理由を考えての対応するようになり、その結果、利用者の熟睡、といった効果も得た		・拘束を廃止すると、利用者の要介護度、日常生活自立度、BPSD等に改善がみられた。						
5 身体拘束と職員配置との関連	・特に関連はない	・拘束廃止により職員の介護量・仕事量に変化はない	・拘束廃止により、職員が忙しくなったということはない		・特に関連はない ・拘束を廃止しても職員の残業時間は変わらない	・配置基準以上に配置している状況では、少ない人数だから拘束をしなければならぬとは考えていない	・人数は以前と変わらなくても、質が高い看護師を採用することができたことで廃止も可能と見込むことができたようになった	・人員が不足しているから、拘束廃止できないと考えたことはない	・特に関連については考えていない。ただ、多人数の職員で多人数の利用者をケアするという方法では利用者に見えにくいと考えていたが、職員のチーム担当制などの工夫ができそうである	・拘束廃止により利用者の安全を保てなくなる背景には人手不足がある	・身体拘束を行わないことは当然のこと、職員配置との関連づけて捉えるようなことはしていない
6 今後の課題	・広い意味の拘束に該当すると考え、施設内の施設を外していくことを取組中	・「座っていて」という言葉による行動制限の対応 ・薬の過剰と思える処方への介護職の立場からの踏み込んだ対応	・「ちょっと待っていてね」といった言葉を使うことについて	・「じっとして」というような言葉が、新たな拘束になるのではないかと			・利用者にあつた車いすの入手における経済負担 ・職員による「見張り」	・重い、肘掛付のいすに座ってもらうことが拘束に該当するか ・万が一、転倒により骨折してしまった場合、訴訟等で責任を問われたいためにはどのような対応が必要か		・拘束廃止にはリハビリ職員の力量が重要	

## VI まとめ

### 1 身体拘束に関する方針について

今回訪問したほとんど施設では、原則、身体拘束は廃止しており、場合により、手続きに則って身体拘束をする、という立場だった。「拘束廃止ゼロ」を宣言していたのは、11施設中2施設（E施設、D施設）だった。また、訪問時点の身体拘束人数を把握できた10施設のうち、実際に身体拘束が「0人」だった施設が6施設だった。

しかし、J施設（病院）では、「方法論が確立できておらず拘束をなくすことができない」と16人に対して身体拘束を行っており、また、「拘束を廃止する方向で取組み中」というG施設（老人保健施設）では、重症度が高い利用者が増えていること、また、病院で長期間の拘束後に入所される方が多いことを理由に9人に対して身体拘束を行っていた。

#### 柴尾委員コメント

身体拘束に関する方針は、施設全体の方向付けをする上で、トップの決断が重要です。また、一度抑制ゼロを宣言しても、時間の経過により、身体拘束を廃止する過程で苦勞をした職員と、実際に拘束がゼロの状態を採用した職員には、抑制や拘束自体に対する考え方に温度差ができてしまっています。その意味でも、継続的にその方針に則り、施設や事業所内での研修、及び日常のOJTで周知徹底を図り、常に現場の職員が同じ気持ち、温度で抑制をなくす決意を持ち続けることが重要です。

また、方針と具体的取組みに関する技術的問題を混同しないことが大切です。方針を示し、日常的にその取組に関する技術的、環境的課題を見直すことが、求められる視点です。方針を明確にしなければ、現場の工夫や取組の意欲を引き出すことができません。特にこの点を強調する必要があります。

### 2 身体拘束廃止の取組みの経緯、きっかけ

身体拘束廃止の取組みの経緯、きっかけは様々であった。現場レベルの取組み、委員会主導での体制整備、トップの明確な方針といったことが重要であり、また、並行して、時代の流れといった意見、国の方針、介護報酬での身体拘束廃止未実施減算の創設、それに伴う監査の強化、県の研修等の成果といったことがきっかけになっていることが分かった。

#### ①現場の職員を中心としたよいケアへの取組み

- ・ 施設の改築をきっかけに、「よいケアとはどうあるべきか」について職員内で話し合う機会が増えた。（A施設）
- ・ ユニットケアの移行をきっかけに拘束時間を減らそうとした（C施設）

#### ②リスク管理委員会での話し合い

- ・ 時代の流れで廃止するようになってはきていた。リスク管理委員会の中で文書化したことが直接のきっかけだった。「所定の手続きをとり、上司の了解を得る」ということで、拘束がなくなり、また、誰が拘束をしたか分からないといった匿名性もなくなったことが効果的だった。（B施設）

### ③ トップの方針

- ・ 現場での取組みが先行して、ある程度の水準まで、身体拘束率を減少させたものの、トップ（理事長、医師）が「身体拘束廃止」を明確に宣言したことで、最後の一押しができた。（E施設）

### ④ 国の方針・介護報酬改定、県・市の指導

- ・ 事故防止のため、安全ベルトを使用していたが、国の方針により（平成12年4月の介護保険法の施行に伴い、身体拘束原則廃止）、身体拘束廃止に取り組むようになった。（E施設）
- ・ 介護報酬上、「身体拘束廃止未実施減算」が創設されたことがきっかけ（F施設、I施設）
- ・ 県の指導をきっかけに考えなおしている。（H施設、C施設）
- ・ 施設の介護主任が県の身体拘束廃止推進員として研修に参加したことがきっかけ（D施設）

#### 柴尾委員コメント

取組の経緯やきっかけは、それぞれの施設、事業所によって異なりますが、内部だけの問題として捉えている限り解決しない問題であるということは事実です。つまり、どの施設、事業所も外部の研修や情報によって、基本的な身体拘束のあり方を見直しており、そういった情報に触れる機会を作る、また、その機会に中心的な職員を派遣する、その職員を中心に施設や事業所内の身体拘束廃止やケアのあり方を見直しにつながるような委員会組織を、組織責任において設置することが重要です。

きっかけ作りは、外部の情報や取組に接する機会を作ること、それを継続させるためには組織責任として、委員会、中心的メンバーの選任を行い、継続的に取り組む体制を整備することが求められる視点です。

## 3 身体拘束廃止への取組みの方法

### （1）ケアの改善・工夫

利用者に対するアセスメントを重視し、予防的な対応をとったり、見守り・見回りの強化といったことが基本となっている。具体的な予防措置としては、胃ろうの造設による経鼻栄養の中止（ただし、胃ろうの造設が、経口摂取を安易に否定されて実施されるなら適切ではない）、皮膚疾患の適切な治療、入浴回数の増（ただし、入浴回数を増やすことは、皮膚の弱い、乾燥肌の人にとっては、むしろ掻痒感を増悪させることもあるため、注意が必要である）、トイレ誘導の増、利用者の安心が確保できるように居室配置の工夫を行う、といったことが挙げられた。

身体拘束を行う場合の手続きを厳格化することで、安易な身体拘束に対する歯止めをしているとする施設もあった。

F施設では、IT活用により業務効率化で直接処遇時間の確保や食事介助時には看護・介護職員だけでなく、リハビリスタッフや栄養士、ケアマネジャー等の多職種がサポートを行なうことにより人手を確保していた。

#### 柴尾委員コメント

ケアの改善や工夫で大切なことは、個別ケアの視点です。一律ケアや集団処遇を中心とした日課業務の意識から、よりよい個別ケアを目指して仕事の仕方自体を見直すことが出発点です。

そのためには、多くの施設や事業所では、個別のアセスメントを重視していることが共通点として浮かび上がってきます。つまり、集団や全体としてみていると見えない個別の課題にきっちり対応することができるようになるためには、その視点、つまりアセスメントの軸がぶれずに共有されていることが重要です。そのためにも、ケアマネジャーの立てるケアプランや、個別援助計画が、利用者のリスクや可能性を評価し、適切に共有されることが大切です。

#### ■小湊委員コメント:「個別ケアの重要性」

「身体拘束を廃止する」ということはもちろん重要なことですが、職員や他利用者の困りごとだけに囚われるのではなく、行動障害のある入所者個人の生活全体を把握することがもっと重要です。病気、症状、痛み、転倒、ADL、IADL、認知、コミュニケーション、関わり、失禁、口腔衛生、食事摂取、気分等です。

入所者個別の生活支障の具体的状況と原因を明らかにした上で課題分析し可能性・危険性を把握します。その結果に基づいて生活課題とケアの方向性を設定すると「個別ケア」が可能になります。しかし、実施する際には、施設ごとのケアの方針やケアの質によって介護サービス、ケアプランが違ってきますので、場合によっては「施設の課題分析」も必要になるかもしれません。

下記に「高齢者ケアの指針の一部」(「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」宮城県ケアマネジャー協会)を紹介します。職員全員が一人ひとり高齢者ケアの専門性を持って、入所者に個別的に関わることができる、結果的に“身体拘束をしなくて済む”ということになるでしょう。

#### 問題行動(行動障害)

\* 認知症の行動・心理症状「BPSD(behavical and psychological symptoms of dementia)」

#### 1 行動障害

行動障害は、入所者本人、他の入所者、さらにスタッフにとっての悩みや問題になる場合があります。行動障害のある入所者との関わりは難しいため、過剰な抑制や向精神薬が使われることがあります。しかし、行動障害に対して、それ以外の介護や対応に取り組む傾向が高まっています。

行動障害の原因はすべて認知障害とは限りません。その他の病気や障害、心理的なこと、ケアスタッフの対応、環境や生活習慣など様々です。

#### (1)ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

行動障害のある入所者を把握し、原因とその解決策を検討します。

また、行動障害は改善されたとしても、行動を制限してしまっている可能性のあるケアを受けている入所者を把握して対応します。

#### (2)行動障害把握のポイント

- ① 徘徊がある。
- ② 暴言がある。
- ③ 暴行がある。

- ④ 社会的不適当な行為がある。
- ⑤ ケアに対する抵抗がある。
- ⑥ 行動障害が改善した。

### (3)行動障害対応の指針

行動障害を、重度のものと比較的容易に対処できるものとに区別することから始めます。次に、行動障害が起こる原因とその解決策に進みます。

#### 重症度を把握します

何らかの行動障害があり、新たなケアや変更を検討する必要性のある入所者を特定しますが、行動障害のあるすべての入所者が特別なケアを必要としているわけではありません。

行動障害の中には本人や周囲にとって、危険にも悩みの種にもならないものもあります。たとえば、幻覚と妄想(精神疾患や、せん妄のような急性症状でないもの)は問題にならないことが多く、そのままの環境で対処できるかもしれません(たとえば、周りが認める、受け入れられるなど)。このため、入所者個々の行動障害が「問題」かどうかを把握することが重要になります。行動の性質と重症度、その影響を把握する必要があるということです。

#### ① 問題行動を観察します。

ア 一定期間、行動障害の重症度と持続する時間、その頻度と変化を把握します。

イ 行動障害に規則性があったかを把握します。(1日のうちの時間帯、周囲の環境、本人と周囲がしていたことに関連など)

#### 行動障害の規則性を明らかにします

行動障害の規則性を把握することは、行動障害の原因を解明する手がかりになります。

長期的に観察することで、入所者の行動障害は、例えば、歌の時間であれば集団の中にいられるけれど、食事の時は耐えられないといった場合や、行動障害がある出来事と関連していること(たとえば、好きなテレビ番組を変えられると大声で叫んだり、トイレに行きたくなると徘徊するなど)が理解できる場合があります。

規則性を把握して、問題の原因に取り組むことで行動障害は軽減したり、消失する可能性があります。

ウ 行動障害はいつごろからどのように現れてきたかを把握します。

エ 最近変わったことはなかったかを把握します。(たとえば、新しい棟、新しいスタッフ、薬の変更、治療の中止、認知状態の悪化など)

#### 行動障害の影響を把握します

オ 行動障害は入所者本人にとって危険なものか、どのように危険なのかを把握します。

カ 周囲にとって危険なものか、どのように危険なのかを把握します。

キ 1日の中での心身の状態が変わることに行動障害は関係しているのか、いないのか、関係しているなら、どのように関係しているかを把握します。

ク ケアへの抵抗は行動障害が原因なのかを把握します。

ケ 対人関係の問題や適応の問題は、行動障害が原因なのかを把握します。

#### 潜在的な原因を確認します

行動障害は、急性病気、精神病的な状態と関連することがあります。

向精神薬と身体抑制、環境ストレス(たとえば、騒音、慣れ親しんだ日常生活の変化など)のような反応が原因となっている行動障害の原因を探っているうちに、回復可能な対応が見つかり、行動障害が落ち着く場合があります。

#### 認知障害との関係を把握します

認知症の場合の行動障害は治療やケアをしても継続する場合があります。この場合の行動障害は悩みの種になりますが、多くは対応が可能です。たとえば、危険のない環境であれば徘徊する入所者を抑制せずに対応できます。同様に、手がかかる入所者や、叫び声をあげている入所者のニーズや行動のパターンを知れば、ある程度の予測ができ、対応が可能になることがあります。

#### 気分の問題との関係を把握します

気分や対人関係の問題は、行動障害の原因になる場合がありますが、原因となる問題が解決されれば、行動障害が落ち着く場合もあります。

- コ 行動障害の原因となる、不安障害と攻撃性、うつや孤立と暴言など、気分の問題がないか把握します。

#### 行動障害に影響する対人関係を把握します

サ 対人関係(入所者、職員、家族など)、誰かがいることによって、あるいはいないことによって問題行動が起きていることはないか把握します。

シ 他者の考えや行動に対しての妄想があり、攻撃的な行為につながっていないか把握します。

ス 最近の身近な人の死亡、スタッフの交替、あるいはコミュニケーションのとれない同室者と一緒になったこと等が行動障害の原因になっていないか把握します。

#### 環境の問題を把握します

周囲の環境は入所者の行動に深く影響することが多いため、慎重に検討します。

セ スタッフは十分に対応し、入所者のストレスの原因と早期に表れる兆候に気付くことができるようになっているか確認します。

ソ スタッフは入所者の慣れ親しんだ日課を尊重しているか確認します。

タ 騒音や混雑、あるいは部屋の暗さは行動に影響していないか確認します。

チ 他の入所者の中に攻撃的な人はいないか把握します。

#### 病気と症状を把握します

急性の病気や慢性疾患の悪化が行動に影響することがあり、病気の診断と治療が問題行動を解決することがあります。慢性的な症状があるが、自分のことを十分に伝えられなかったり、周りを十分に理解することができない場合、行動障害が起きる場合があります。その場合には、スタッフや家族が効果的なコミュニケーション方法をとることで行動が落ち着く場合があります。

感覚障害(視覚、聴覚など)も行動障害の原因となることがあるため、感覚障害への対応が解決につながる場合があります。

- ツ 行動障害と同時に、慢性的な身体症状があるか把握します。(関節炎や便秘、頭痛などの疼痛や不快感など)
- テ 行動障害が急性疾患と関係があるか把握します。(尿路感染症、その他の感染症、発熱、幻覚や妄想、睡眠障害、身体的外傷を伴った転倒、栄養障害、体重減少、脱水や水分の不足、電解質の異常、急性低血圧など)
- ト 行動障害は慢性疾患の悪化と関係があるか把握します。(心不全、糖尿病、精神病、アルツハイマー病、他の認知症、脳血管障害、糖尿病の低血糖発作など)
- ナ 聴覚や視覚、コミュニケーション能力の障害はどのように影響しているか把握します。

#### 現在行っているケアや治療の影響を把握します

行動障害に対応するためのケアは、行動障害を改善することもあれば逆に悪化させたり、別の行動障害を引き起こすこともあります。これらはどのような結果であっても重要な情報です。(入所者の興味、利用、参加意欲など。)

行動障害への対応を継続して実施することが重要な場合があります。しかし、その対応がQOLの低下につながっている場合には、別の方法を検討します。(薬や身体抑制による対応は、ADLや気分、全体のQOLを低下させている可能性がある。…ということや、反対に、入所者が理解できるように日課を分割し自分でできるようにしていくというケアは、入所者のストレスを減らし、問題行動を防ぐことになる。…など。)

- ニ 精神科医を受診したことがあるかどうか確認します。
- ヌ 行動障害への対応が効果的だったことがあるかどうか、その内容も確認します。
- ネ 行動が軽減した場合、薬剤やその他の行っているケアや治療を止めることができるか把握します。
- ノ 薬剤の開始(または処方の変更)と行動障害の始まりや変化に関係はあるか把握します。
- ハ 身体抑制と行動障害は関係があるか把握します。(興奮や怒りが増したなど。)
- ヒ 専門的な治療棟でケアを受けたことがあるか確認します。
- フ 行動障害への対応についてのスタッフ教育の状況・効果を把握します。
- ヘ スタッフの教育にはどのような職種が関わっているか、また、どのくらいの頻度で行われているか、継続して行われているか把握します。
- ホ 入所者の自立度を拡大するために動作分割をしているかどうか把握します。

※ 宮城県ケアマネジャー協会では、上記の指針の他、包括的な施設ケアの指針を作成活用し、ケアマネジャーだけでなく介護職員他すべての職種を対象とした施設ケアプラン研修を継続実施しています。

## (2) 効果的な機器等

身体拘束廃止のための取組みとして、効果的な機器をインタビュー時に紹介してもらったことができたが、一方でコールマット等の機器に頼りすぎることが、利用者への関心、見守りが低下することにつながるなどの懸念も示された。このような機器は、新たな抑制の道具になりかねない、業務の視点から見た道具であり、利用者のQOLから考えると生活の道具とは異なる。一時的に身体拘束を廃止する過程では使用することもやむを得ないかもしれない。しかし、その使用の必要性は常に見直すことが条件

であろう。

また、ベッドやポータブルトイレの配置の際に、利用者の身体機能、生活上の動線、生活スタイル等を注意深くアセスメント、考慮しておくことで、リスクを回避するという意見もあった。

具体的な機器の例は以下のとおり。

- ①コールマット、センサーマット：ベッドや車いすから動くと音がし、職員がかけつける
- ②畳と布団、低床ベッド・埋め込み式の布団ベッド：高いところからの転倒・転落の防止
- ③弾力性のある床材、ベッド回りにマットレスの配置：転倒しても怪我をしない素材の利用
- ④車いすのずり落ち等の防止策
  - ・ 体にあった車いすの使用
  - ・ 座面に滑り止めマット
  - ・ ティルト機能を持った車いす
  - ・ 立ち上がるとブレーキがかかる車いす
  - ・ フットレストの上に立ち上がる人の車いすからフットレストを外した

#### 柴尾委員コメント

効果的な機器の使用は、利用者にとっての QOL の視点を忘れず、日常的にそのような監視の道具（センサー等）をおかれている側の身になってみれば、だれしも束縛感を感じるものです。一次的に、時間や場面を限って使用するという事は可能かもしれませんが、十分に利用者、家族の説明と同意を得るということも必要です。

さらに、使用方法によっては、新たな抑制につながりそうな使用方法も「工夫」されていますが、あくまでも利用者の視点に立って、つまり、その機器を使用する側の立場に立って、その利便性や快適性を工夫すべきでしょう。

また、胃ろうは、機器の工夫というよりも医療上の必要性和、本人の QOL との関係で、食べ続けることを支援する中で、どうしても経管栄養でなければ、誤嚥や誤飲のリスクが高い状態の場合に、選択肢として経鼻チューブと、胃ろう造設という中では、チューブ抜去のリスクが低いのが胃ろう造設ということがいえるかもしれません。しかし、胃ろうも異物感があり、ペグ(栓)を抜いてしまう人もいますので、完璧というわけにはいきません。

### (3) 家族への対応

家族への要請に説得しきれない場合があるとした施設が2施設あったものの、ほとんどの施設では家族が要望しても説明、説得して身体拘束を行っていなかった。

最近では、家族から身体拘束の要望がないという施設もあったが、利用者に対して施設が身体拘束をすることを要望する家族については以下の捉え方が示された。

- ・ 家でも行っているので、ショートステイの場面等では家と同様にして欲しいという希望がある。
- ・ 家族の中には拘束することの苦痛を考えずに、骨折予防のための拘束と考えるようだ

- ・ 家族が拘束を希望する場合には、「施設に迷惑をかけて申し訳ない」という気持ちからのことがあり、その思いを汲み取る必要がある。
- ・ 家族が要望していても、それは希望・本心ではなく、これまでの経緯からそう言わなければならないと思っているに過ぎない場合がある。

#### 柴尾委員コメント

いずれの施設も、方針として明確に抑制、拘束をしないと決めている施設は、家族が納得するまで説明し、了解を得ています。

家族への説明では、家族が利用している施設に対しては、本人に対する罪責感(施設を利用していることへの家族としての気持ち)と、施設に対する思い入れの入り混じった葛藤を常に抱いているものです。その理解の下に、一方的に身体拘束をしないという宣言だけを押し付けるような対応、結果として利用者を排除するようなことが本来の目的ではないことは当然です。

利用者、家族と共に作る施設介護という趣旨では、十分に理解と協力を求めることが必要です。介護現場におけるさまざまな介助、介護の際の声かけが、医療現場のインフォームド・コンセントのように重要であることは、身体拘束をしない場合にも理解を求めることが基本で、そのためには十分に説明をする必要があります。

その際には、身体拘束をすることのリスクとQOLの低下などとともに、身体拘束をしないことのリスク、たとえば転倒というものも、生活の場面では存在することも共通の理解の下に進めていく必要があります。施設だから事故が絶対起こらない、ということもありえませんし、十分な配慮を行なっても事故が起きてしまうことがあることも説明しましょう。こういったリスクコミュニケーションを十分行った上で、それでも家族の納得だけのための身体拘束をあえてしてください、という家族は少ないものと思われま

#### 鳥海委員コメント

##### 身体拘束と家族への説明義務

特別養護老人ホームにおける身体拘束は、その入居者への対応が困難を極め・切迫性・非代替性・一次性の3条件がそろった時、やむを得ずに行う方法です。その際この方法をとらざるを得ない状況を、書面にして家族に説明する義務が施設側にあります。これはあくまでも説明義務であり、家族の同意を得ることではありません。なぜなら同意を必要とすると、3条件が当てはまる例でも同意がなければ逆に身体拘束ができないこととなります。家族は常に入居者側に立って、それを代弁するとは限りません。施設は家族の意向を尊重する姿勢は持つべきですが、あくまでも主体は入居者です。身体拘束に家族同意が必要といった誤解が、家族が望めば身体拘束もやむなしにまで繋がりがねない状況は間違っています。とはいえ実際に家族がそれを希望する時に、介護保険という法律を振りかざして身体拘束はできないというのも、施設が入居者への介護を放棄する姿勢であり、家族と良好な関係は構築できません。では家族とどのように向き合えばよいのでしょうか。

##### 家族が身体拘束を望む理由を考える

まず、家族が身体拘束を望む意向を示す場合その理由を聞く必要があります。これは入所時に行うべきです。そのためには入所前の状況を把握しておくことも重要です。例えば、それまで病院などで点滴やチューブなどの抜去対策としてミトン手袋、転落・転倒予防のベッド柵や車いすベルト、弄便やおむつはずしにはつなぎ服などの身体拘束の経験が長いと、それに違和感を持たなくなることもあります。ただし、違和感を持ち続けながらも、それを言い出せずに我慢していたという家族もいます。

そして、施設側がその対応に困惑するのは「骨折などの危険を避けるためにベッド柵や車いすベルトを使ってほしい」などの、危険回避を言われた時です。確かに骨折などのけがを100%防ぐことは不可能です。身体拘束はしない、そして家族が心配する骨折もさせませんとは言えないからです。ただし、多くの家族は身体拘束の弊害を十分認識したうえでそれを望んでいるわけではありません。ですから家族の希望を次のような順序で聞くようにします。

#### 家族に尋ねるポイント

##### ■すでに入所前から身体拘束をされている場合

- ・どのような理由で何時から始められたのか
- ・利用者本人はそれに抵抗しなかったか

##### ■骨折などのけがを予防するためにと身体拘束を望むすべての家族に聞くこと

・骨折すると何が困ることになるのか ⇒すると寝たきりになるなどの機能低下が心配と言います。あるいは、入院すると費用や家族の見舞いなど物心両面の負担を言う家族もいるかもしれません。

#### 施設側の説明のポイント

■法律で出来ないは禁句です。その理由は施設としての判断をしないで身体拘束ができないという姿勢は、入居者を守る立場を放棄し自らを被害者に行っているからです。あくまでも身体拘束がどのような結果をもたらすか、入所者本人を主語にして説明することが重要です。

・確かに身体拘束をせず自由に動けることによって、転倒・転落があるかもしれないこと。また、それが骨折などのけがになることもあること。しかし、これらは必ず起きることではないこと。また、例え骨折しても適切な治療をすれば寝たきり状態に必ずしもなるわけではないこと。その一方で、身体拘束は確実に身体機能の低下と認知症症状を進行させるということを説明します。家族は身体拘束の弊害を理解したうえで身体拘束を望んでいるのではないのです。

#### 家族とリスクを共有する

施設における介護事故の多くは骨折などの外傷です。そしてこれらは在宅生活でも起こっています。つまり暮らしそのものにリスクがあるということなのです。外傷を完全に予防することはできませんが、福祉用具(車いす・ベッド・テーブルなど)やトイレなどの環境と介護方法の見直しによって、それらを最小限にする取組みは必要です。これらの対応策を具体的に家族に説明することで家族の理解は深まり、それでもなお存在するリスクを共有できることこそが重要なのです。

#### (4) 職員の反応、教育や意識付け

多くの施設では、職員の採用時や毎年定期的に、職員の研修、勉強会を実施していた。他のグループホームでの研修や他施設の見学を行っているところもあった。

特に効果的なこととしては、「自分が拘束されたらどうか」という問いかけを行うこと、実際に拘束を体験してみることが複数の施設で指摘された。

また、一気に、廃止することは難しく、継続的な取組み、定期的な見回り・チェックが必要という点が指摘された。

#### 柴尾委員コメント

よりよいケアへの気付きと、OJT を中心とした日常的な研修、教育、訓練による意識付けが、抑制、拘

束に逆戻りしない取組みとしては重要です。また、OFF-JTなど外部の取組や工夫を知る機会を設けるなど、管理者(責任者)の役割も重要です。

また、実際に身体拘束や抑制を経験するロールプレイを取り入れ、それを受ける高齢者の気持ちを理解することも、廃止につながり、その状態を維持する上での研修に取り入れるべき内容と思われます。

ともすれば業務優先の考え方に引きずられ、利用者の生活を支援する介護の原点を忘れがちになります。常にその姿勢を見直し、利用者の生活を中心に据えた業務のあり方を職員が意識できるような研修体系が望まれます。

#### 4 身体拘束とアウトカムについて

##### (1) 事故との関連性

おおむね、拘束と事故は関係ないという立場にたっており、事故は拘束によって解決される問題ではない、という考え方が示され、また、身体拘束の廃止により事故が増える可能性があったとしても、それは拘束によって防止されるべきものではなく、見守り等他の手段で防止すべき(だし、可能である)という意見が中心であった。また、身体拘束の廃止により、転倒・転落の件数は増えるものの、骨折という怪我までには至る件数はむしろ減っているという報告もあった。

身体拘束を廃止すると、即事故・怪我の発生につながるわけではなく、また、怪我の予防に身体拘束が唯一役立つ手段ではない、という認識がある程度共通のものとなっているように考えられた。

さらに、身体拘束するほうがかえって危ない、別のリスクが出てくるという認識を有している施設もあった。(A、F施設)

ただし、J施設のみは、拘束を完全になくすと利用者の安全を保つことができず、骨折が増加し、利用者のQOLが低下する、という立場にたっていた。

##### 柴尾委員コメント

多くの施設、事業所は身体拘束廃止が、事故の増加に直接関連しているとは考えていません。つまり、施設、事業所が適切なリスクマネジメントなり、個別のアセスメントをきっちり行なうことで、抑制なくし、なおかつ事故対策を採ることで事故を減らすこともできると考えています。このことは、従来、安易な抑制や拘束が、事故予防を名目に行なわれてきたことを考えますと、実際には抑制や拘束をすることでリスクが高まることを現場においては経験してきていることです。そのことが改めて表明されているので、拘束や抑制をなくすことと、リスクに対する取組を強調することが、事故対策と身体拘束を混同しないことにつながるともいえます。

むしろ、安易な抑制や拘束の方が、事故率が高くなり、余計に拘束や抑制を生むという悪循環に陥りがちであることへの警鐘とも受け取れます。

明確なリスクへの対策と取組によって事故を減らす努力をすることと、利用者のQOLに配慮した抑制廃止は、決して矛盾するものではありません。

##### (2) 介護の質との関連性

A施設では、身体拘束を廃止したことによって、毎日のケアが、タイムスケジュールに従うだけの「日課をこなすだけの仕事」ではなく、利用者の立場にたった「個別的なケア」に変わった。また、B施設でも職員が「考える仕事」をするようになった。

結果として、E施設では、利用者の自立度やBPSDに改善がみられ、C施設でも認知症の利用者の昼夜逆転から夜間の睡眠確保へといった効果が得られた。

#### 柴尾委員コメント

抑制をなくすことで、介護の質が向上した、あるいはよくなった、と評価する施設、事業所がほとんどです。それは、抑制廃止が、とりもなおさず現場のスタッフが介護に対する誇りを取り戻し、仕事への意欲を維持し、よりよいケアに向けた視点を共有する結果ではないかと思われます。

また、ほとんどの施設、事業所において抑制廃止のための研修をプログラム化しており、定着化のための努力も払われていることから、抑制に逆戻りすることも考えない、あるいはあきらめない取組につながっているものと思われます。

組織として、このような抑制廃止の取組が、現場のケアの質の向上を支えています。

## 5 身体拘束と職員配置

今回の訪問対象の施設ではユニットケアの2施設以外は、利用者対看護職員・介護職員の配置数がいわゆる最低基準の3：1に近い状況であった。これらの施設において、現在の基準以上であれば、人員配置と身体拘束廃止には特に関連がないという意見が大方をしめた。身体拘束廃止により、職員が忙しくなったり、残業が増えたりといったこともないということであった。さらに、身体拘束廃止により、利用者の心身の状態が改善し、その結果、業務量が減少する場合もあることが示唆された。

#### 柴尾委員コメント

ほとんどの施設、事業所は、抑制廃止を行なったことでの、業務量は変わらないとしています。

つまり、従来の身体拘束をしている理由に、業務負担がBPSDの利用者などの増加に対して言われてきました。しかし、実際に身体拘束を廃止している施設では、廃止に向けた取組みの中で業務量が増大し、あるいは負担感が増えたというようには捉えていないというのは、十分再認識する必要があります。

#### 藤崎委員コメント

今回の訪問対象の施設ではユニットケアの2施設以外は、利用者対看護職員・介護職員がほぼ基準どおりの3：1であった。これらの施設において、現在の基準以上であれば身体拘束がなくなるということではなく、人員配置と身体拘束廃止には特に関連がないという意見が大方を占めた。身体拘束を廃止することにより職員が忙しくなったり残業が増えたりといったこともないとの事であった。

また、基準どおりの3：1体制で、一人ひとりにあったケアの工夫を行っている施設、身体拘束廃止チェックシートを作成し手続きを明確にし、職員間で周知し身体拘束をしないケアを徹底する取組みを実践している施設もあった。

職員数が多いと身体拘束がなくなり、職員数が少ないから身体拘束が廃止できないという理由付けにはならないことは明らかである。職員が多くても利用者一人ひとりを正しくアセスメントしケアの工夫をすることや職員が利用者とのかわりを大切にすることが出来ていなければ安易に身体拘束をしてしまうことになるかも知れない。

限られた人数でも職種間での連携や・業務中心のケアではなく利用者を中心にしたケアの実践を業務内容の見直しと共に行うことにより、身体拘束廃止に向けた取組みが出来ている施設もある。人さえ増やせば身体拘束をなくせるということではないし、身体拘束をすることにより観察や手続き上の煩雑さ

から人手がかかり人手不足を助長することになってしまうことも考えられる。

## 6 今後の課題

明確に禁止されている行為以外にも、身体拘束に相当するのではないかと、という意識の高まりが見られ、その対応をどのように進めていけばよいか、という点にいくつかの施設が共通に課題を有していた。多く挙げられたのは「座っていて」「じっとして」という言葉による行動制限、また、見守りも行き過ぎると「見張り」になるのではないかと、という捉え方もあった。

薬による抑制、施設内の施設への対応を今後の課題と考えている施設もあった。

### 柴尾委員コメント

A 施設の、鍵の見直し

B 施設の、座っておいてという言葉の抑制、精神科医師による薬の見直し

C 施設の、チョット待ってという言葉、徘徊の監視

D 施設の、じっとしてという言葉の抑制

G 施設の、車椅子のシーティングの見直し、職員による見張り

H 施設の、肘付の椅子

J 施設の、人材育成への視点

というように、抑制や拘束の枠組みについての見直しがなされており、取組をすればするほど、課題が見えてくるようです。つまり、日常的な業務改善の視点と同様に、身体拘束廃止を推進することで、より良いケアのための新たな課題や気づきが得られることが分かります。

当然のことながら、このような身体拘束廃止に向けた取組を積極的に推進しなければ、新たな課題に気づくこともなく、より良いケアを進めていく上で抑制廃止がかげになるということも、また理解されません。継続することのためにも、日常業務や個別ケアのあり方、あるいは環境の見直しという視点が重要です。

### 藤崎委員コメント

身体拘束禁止の対象となる具体的な行為以外にも、身体拘束をしないために工夫しているケアの方法で身体拘束に相当するケアではないかと考えられる工夫をしていることに気づき、その対応方法をどのように捉え改善していけばよいかという課題が挙げられていた。その内容は、「座っていて」「じっとして」という言葉による行動制限や見守りをするという行為も行き過ぎると「見張り」になりこれも行動制限と考えられるのではないかと捉え方であった。また、薬による抑制、施設内の施設への対応を今後の課題と考えている施設もあった。

具体的な言葉かけを通して行動制限になっていないかと投げかけることで、職員の意識も高まりを感じることができた。このことがケアの改善の一步ではないかと考える。

身体拘束がなければ良いのではなく、今、行っている援助の方法がその方の身体や精神に制限を与えていないか、声かけの方法は適切であるか、日常中でのアクティビティや見守りの体制が行動制限となっていないか、圧迫感を与えていないか等、いつもの何気ない生活の中にその人を中心にしたケアができていのでしょうか？忙しい業務をこなすことで精いっぱい、いつの間にか一日が終わっていたということがないようにしっかりとひとり一人と向き合っていくためにもケアの方法を問い返すことが必要だと考えている。そしてその方にあった方法で、よりよいケアができるように検討し実践することが身体拘束廃止に向けての取組みといえるのではないのでしょうか。

# 「福祉のコンプライアンスルール」



より良い福祉サービス提供のために

宮城福祉オンブズネット「エール」

10周年記念 2013.03.02.(SAT)

## 目次

<b>福祉のコンプライアンスルールって何？</b> . . . . .	<b>1</b>
・期待される役割 / 1	
・高齢者・障害者にサービスを提供する事業者におけるコンプライアンスの展開について / 2	
・コンプライアンスルール策定の効果 / 3	
・作成されるべきコンプライアンスルールの参考例 / 4	
例えば① 通所介護コンプラ作成のワークシート / 6	
例えば② 社会福祉法人施設 / 10	
・主任職員心得 / 11	
・職員心得 / 12	
・介護 / 16	
・ケアプラン / 32	
・感染症予防 / 39	
・自己評価シート (心得) / 40	
<b>高齢者虐待予防及び虐待対応アセスメントの実際</b> . . . . .	<b>47</b>
・ケアスタッフの役割, 高齢者虐待把握のポイント, 高齢者虐待とは / 48	
・高齢者虐待問題の背景, 高齢者虐待対応の指針 / 49	
・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 / 52	
<b>グループホームにおける権利擁護・虐待防止に関する啓発</b> . . . . .	<b>57</b>
・背景と目的 / 57	
・利用者本位・権利擁護 / 59	
・運営基準 / 59	
・高齢者虐待防止法の概要 (施設) / 62	
・権利侵害の背景 / 64	
・権利侵害の事例 / 65	
・コンプライアンスルール作成ワークシート / 66	
・権利擁護・虐待防止に関する啓発セミナー『気づきシート』 / 67	
・セミナーシラバス / 68	
・権利擁護・虐待防止コンプライアンスルール / 69	
<b>「セルフネグレクト」～要援護者の自己決定をどう考える～</b> . . . . .	<b>71</b>
・判断能力 (認知障害, 精神障害, 人格障害) / 71	
・セルフネグレクトへの対応指針ワークシート / 80	
・高齢者虐待防止法 (抜粋) / 82	
・地域包括支援センターの役割 / 86	
・やむを得ない措置 / 87	
<b>「セルフネグレクト」を定義する</b> . . . . .	<b>91</b>
・セルフネグレクト 判断と対応の指針 / 92	
<b>宮城福祉オンズネット「エール」の活動理念</b> . . . . .	<b>96</b>
・目的, 対象, 活動方針 / 96	
<b>宮城福祉オンズネット「エール」のコンプライアンスルール</b> . . . . .	<b>97</b>
・行動規範, 緊急介入の定義, 相談者との契約 / 97	

# 福祉のコンプライアンスルールって何？

～事前的・予防的権利擁護の実践～

～コンプライアンスルール策定型サービス評価～

宮城福祉オンブズネット「エール」

社会福祉士 小湊 純一。

社会福祉法、介護保険法、運営基準、障害者基本法、労働基準法、労働安全衛生法、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、成年後見制度…

## 1 期待される役割

ここ数十年の間、高齢者・障害者福祉サービスの質を確保するための方法として、国からの通達による“指導監査”が行なわれていた。現在も社会福祉法人においては実施されているが、福祉から保険に移行した介護保険のサービスにおいては“実地指導”という形式に変化している。一定の基準を満たせば、保険事業者として都道府県が指定を行なうシステムになっているために、指定した都道府県が事業所を“運営基準”に基づいて指導している。もちろん基準違反や不正請求を行なっていれば指定を取り消す権限を持っている。

しかし、この実地指導は、サービスの実態と費用請求の照合、人員や勤務実態の把握、書類の整備状況を確認して不備があれば指摘するに留まっている。都道府県の“指導監査”の対象である社会福祉法人も、支援費制度、保険制度に移行し、契約によってサービスを利用する時代となり、行政責任から自己責任に移行せざるを得ないようにルールが引かれている。

### (1) 措置の福祉社会から契約型福祉社会へ

福祉の措置は本来申請主義ではなく、地域で保護が必要な人を民生委員などの協力によって発見し、入所などの保護措置をするものであり、現在でも、高齢者等が居宅等において虐待を受けている場合等に適応されている。措置による保護の実施（福祉サービス提供）については国、県の責務であるが、すべてを行政が行うことは難しい。

国は、行政に代わって社会福祉法人に行わせるため、認可制（後に県知事）とし、定款準則、経理規定の準則（今では「社会福祉法人会計基準」）を作って、法人設立から運営、財産の管理に至るまで行政が管理していた。その内容はサービスの回数や提供方法にまで及んでいた。対価を“保護措置費”と称し、その処遇（サービス）の内容は、通知と指導監査により最低限の質を確保していたという時代の流れがある。

措置から介護保険、支援費に移行した、これからの契約型福祉社会に必要なのは、サービス提供者の自己責任による良質なサービスと、利用者の権利が擁護されるシステムである。これは、社会福祉法などにある「個人として尊厳された、良質で適切なサービスを実現すること」に他ならない。

福祉のコンプライアンスルールは、単なる法令の遵守と最低基準を守るためのルールではなく、高齢者・障害者の基本的人権にやさしい福祉サービスを提供する事業者とそのスタッフの行動指針として、その専門性を高めるために必要なシステムである。

しかし、システム自体も重要だが、福祉のコンプライアンスルールを作り、実施し、管理する“人”が最も重要である。

## (2) 自己評価が実地指導・指導監査を超える

最低基準である運営基準に基づいてサービスを提供するのは当然の責務である。最低基準なのだから、実地指導で指摘されるのはしょうがない。しかし、よくよく考えてみると変だということがわかる。

福祉・介護のプロ、専門家は誰かというところ、実地指導の事務担当者や保健師ではなく、福祉・介護の施設・事業所であり、その職員である。最低基準をクリアした上で、自分たちの理念を持ち、理念に沿った質の良いケアを提供し、自己評価することが専門性を持ったプロの仕事である。

## 2 高齢者・障害者にサービスを提供する事業者におけるコンプライアンスの展開について

未だに福祉サービスの内容は、運営基準による最低基準から脱却していない。国等の取り組んでいるような第三者評価、サービス情報開示の標準化についても、行政による指導監査・実地指導の域を出ない。最低基準や守るべき法令を乗り越え、サービス事業者自らが「個人を尊厳した良質で適切なサービス」を考えることにまだ慣れていないというのが現実である。

筆者を含め、福祉関係者の自己研鑽の努力はまだまだ不十分である。福祉施設に勤務している人は、“指導員”“相談員”“ケアワーカー”等と称され、児童や知的障害の施設などでは“先生”と呼ばせ、ただそこに勤務しているだけで専門性を持っていると錯覚している人が沢山いると感じている。施設・事業者の社会的役割、自分の職責を理解し、専門性を伸ばす努力をすることから始める必要がある。

### (1) 自らのサービス基準を作る

とりあえず、運営基準からでも良い。明確な行動基準と責任において仕事をすることの良さを体験してほしい。

## (2) サービス基準を公開する

「やる！」と決めたサービスを公開し、お知らせする。サービスを提供する方も、サービスを受ける方も、透明性があってわかり易い。

## (3) 自己評価し、さらに良くする

自己評価は、自らの意思で行う。実施するサービスの内容を公開し、確実に実施することを約束すると、評価し易い。

計画も約束もしていない状況での評価はどのようにすれば良いのか判断に迷う。介護保険制度の満足度調査で、「概ね満足」という答えが返って来たということは、なにをしてくれるのかが分からないにも関わらず、満足していますか？と聞かれたからである。

### 3 コンプライアンスルール策定の効果

運営から経営へと変化し、様々な事業形態がサービスに参画することが出来るようになった今、スタッフ待遇の低下が顕著である。民間法人だけでなく、社会福祉法人に至るまで、職員の移動・退職が激しい。経営側は経験・実績より、未経験・低年齢の、安く雇用出来る人を選び、常勤（俗にいう正職員）ではなく臨時的雇用を増やしている。例えば、福祉系の大学で勉強し資格を取得して卒業したとしても、常勤で雇用されることは稀になっている。さらに、「辞められても換えはいくらでもいる」と考える経営者の元で、個人も全体も意識を高めるということは大変難しいことである。

#### (1) コンプライアンスルールは職員に優しい

理念と方向性を明確にし、行動の理由を明確にして説明できるようにし、常に話し合い考える時間を作り、責任をもって仕事をし、達成感を持ってもらうことが重要である。

自己責任と満足は相反するようで、一体である。

具体的にどのようにすることが“利用者個人の尊厳”につながるのか、どのようにすると“良質”なサービスなのか、どうすることが“適切”なサービスと言えるのかが明確になる。

やるべきケア、方法、考え方、自分の責任が理解できると、充実した仕事ができる。

具体性の無い管理者の“叱咤激励”の言葉を集めたので、一部紹介する。

- ① 頑張りなさい。きちんと対応しなさい。
- ② 信頼されるような職員になりなさい。
- ③ 福祉施設職員としての自覚を持ちなさい。

- ④ 責任のある仕事をしなさい。
- ⑤ 評判が良くなるようにしなさい。

よく聞く言葉だが、抽象的で、どのように行動すれば良いのか判断できず、不安が増すだけである。

#### (2) コンプライアンスルールは事業所の信頼に貢献する

利用者個人の尊厳、良質で適切なサービスが具体化され、スタッフ個人の努力により実施され、施設や事業所の社会的信頼が得られるようになるということは、利用者を含めたすべてに満足を与える。

### 4 作成されるべきコンプライアンスルールの参考例

コンプライアンスルールには、そのルール策定だけでなく、実行するためのルール策定、人材の養成が重要になる。社会的役割、方向性等全体を理解してコーディネートし、スーパーバイズ出来る人材が必要である。規則、マニュアルの類はすべて揃っているが、誰が見ても明らかにサービスの質が良くないという事例はいくらでもある。

コンプライアンスルール策定は、最低基準をクリアすることが前提であるが、事業所によっては最低基準をクリアすることが目標になる場合も想定される。

#### (1) コンプライアンスルールの構成

- ① 経営方針
- ② 法令の遵守
- ③ 経営者・管理者の役割
- ④ 職員の役割
- ⑤ 公益通報の方法
- ⑥ 会計経理の方法
- ⑦ プライバシー保護
- ⑧ 事故への対応
- ⑨ 苦情への対応
- ⑩ 専門的ケアの内容
- ⑪ 自己評価の方法
- ⑫ 情報開示の方法
- ⑬ 実行のための方法

#### (2) コンプライアンスルールの導入

当初からすべてにわたって策定されるのが望ましいが、現実的には的をしぼって段

階的に作成することになるだろう。その例を整理して記載した。

① 法令遵守型

関係法令・通知に基づいたもの。

② 理念実行型

ア 法人や施設の経営理念を具体的に実行するもの。

イ 関係法令の上位理念を具体化するもの。

③ 運営基準プラス $\alpha$ 型

最低基準である運営基準に基づくサービスに、事業所独自のサービスを上乘せするもの。

④ 専門性追求型

福祉・介護の専門性の高いサービスを提供するもの。

⑤ 対象限定型

経営者、管理者、職員等が、誰に対してどうするかを定めるもの。

5 コンプライアンスルール実行の方法

(1) コンプライアンスルールの目的

- ① 事業の正常経営
- ② 利用者の権利擁護
- ③ 職員の権利擁護

(2) コンプライアンスルールの実行

- ① 実行のための教育
- ② コンプライアンスルールブックの携帯

(3) コンプライアンスルールの改定

- ① 改正の方法

(4) スーパーバイザー

- ① 実行責任者
- ② 実行管理者

## 例えば①

### 通所介護

国が定めている運営基準	運営基準へ対応するサービス
<p>(基本方針)</p> <p>第九十二条 指定居宅サービスに該当する通所介護の事業は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。</p> <p>(指定通所介護の基本取扱方針)</p> <p>第九十七条 指定通所介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。</p> <p>2 指定通所介護事業者は、自らその提供する指定通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。</p> <p>(指定通所介護の具体的取扱方針)</p> <p>第九十八条 指定通所介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 指定通所介護の提供に当たっては、次条第一項に規定する通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を</p>	

<p>行う。</p> <p>二 通所介護従業者は、指定通所介護の提供に当たっては、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、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。</p> <p>三 指定通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。</p> <p>四 指定通所介護は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症(法第七条第十五項に規定する認知症をいう。以下同じ。)である要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。</p> <p>(衛生管理等)</p> <p>第百四条 指定通所介護事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。</p> <p>2 指定通所介護事業者は、当該指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。</p> <p>(心身の状況等の把握)</p> <p>第十三条 指定事業者は、指定介護の提供</p>	
--	--

に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

(居宅介護支援事業者等との連携)

第十四条 指定事業者は、指定介護を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他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なければならない。

2 指定事業者は、指定介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び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なければならない。

(秘密保持等)

第三十三条 指定事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 指定事業者は、当該指定事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければならない。

3 指定事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合

<p>は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。</p> <p>(広告)</p> <p>第三十四条 指定事業者は、指定事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。</p> <p>(居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止)</p> <p>第三十五条 指定事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。</p>	
--	--

例えば②

## 〇〇ハウス コンプライアンスルール

社会福祉法人〇〇の会

特別養護老人ホーム . . . .  
短期入所生活介護 . . . .  
通所介護 . . . .  
居宅介護支援事業所 . . . .

## 〇〇ハウス 主任職員の心得

1 偉そうでない

2 人の話を良く聞く

3 昔のやり方にこだわらない

4 自分の都合でものを考えない

5 勉強している

6 安心して任せられる

7 理由が説明できる

## 〇〇ハウス 職員の心得

### 1 あいさつ

(1) 明るく挨拶をします。

声はあまり小さすぎず、大きすぎない位の大ききで、相手に感じ良く受け入れてもらえるように明るく挨拶します。

(2) いつも挨拶をします。

人に会ったら、いつでもはっきりと挨拶をします。その日やその時の気分によって、挨拶をしたり、しなかったり・・・ということのないように、いつでも同じようにします。

(3) 気づいたらすぐに挨拶をします。

人に会った時は、相手が言ってからではなく、相手より先に挨拶をするように心がけます。先に挨拶されると気分がいいものです。

(4) その人の目を見て挨拶をします。

相手の目を見て挨拶をするように心がけます。目を合わせないで挨拶されても誰に對して挨拶しているのかわかりません。相手に伝わるように挨拶をします。

(5) 立ち止まって挨拶をします。

職員同士ではそこまで余裕はないと思いますが、利用者さんの家族や来客の場合は立ち止まって挨拶するくらいの余裕を持ちます。

#### \* あいさつの例

- ・朝は「おはようございます」
- ・日中は「こんにちは」
- ・夜は「こんばんは」
- ・日中、職員同士では「お疲れ様です」
- ・帰る時は「お疲れ様でした」
- ・利用者さんには「〇〇さん、(挨拶)」
- ・来客・面会者が帰る時は「ありがとうございました」
- ・居室に入る時は、ノックをして「〇〇さん。〇〇です。入っていいですか？」で、了解を得てから。

## 2 言葉づかい

(1) はっきりと話します。

歯切れよくはっきりと発音し、あまり大きすぎず、小さすぎない適当な大きさの声で話します。

(2) 丁寧に話します。

相手を敬う気持ちを持ち、普通の敬語を使います。友達言葉にならないように注意します。

また、小さい子どもと話すような言葉遣いをしません。

### \* 不適切な例

・散歩に行こう！ ご飯だよ～ どこが痛いのか？

(3) わかりやすく話します。

専門用語ではなく、誰にでもわかりやすい普通の言葉で話します。

- ・ADL→日常生活の動作（入浴・排泄・食事・着脱・整容・移動）
- ・側臥位、仰臥位→横向き、仰向け

(4) 気にするようなことを口にしません。

言われると不快なこと、気になることを口にしないように気をつけます。いくら丁寧な言葉で話してもダメです。

### \* 不適切な例

・顔色が悪いですよ。太っているから歩くのが大変なんですよ。重いから介助が大変です。最近急に痩せて、悪い病気じゃないでしょうね。食べるのが遅いですね。臭いですね。やる気がないですからね。・・・

(5) 誰にでも〇〇さんと呼びます。

利用者さんに対しても、職員同士（上司、部下、年齢、経験年数に関係なく）でもすべて「〇〇さん」と、普通に丁寧に名前を呼び、名前を言います。

〇〇ちゃんとも、〇〇様とも言いません。

## 3 身だしなみ

(1) 清潔にします。

清潔にするということは、相手に良い印象を持たれるだけでなく、感染症予防のためにも重要なことです。常に清潔な状態を心がけます。

- ・爪は短く切る。
- ・服が汚れたら交換する。
- ・介護の都度手を洗う。

(2) 印象に気をつけます。

髪を整え、アクセサリーや髪の色などが派手にならないようにします。いつも清潔にし、誰からみても好感を持たれるように気をつけます。

- ・長い髪は結ぶ。
- ・髪の色は黒を基本とし、派手にならないようにする。
- ・化粧は控えめにする。
- ・服装を整える。
- ・香水やアクセサリーは控える。
- ・無精ひげははやさない。

## 4 整理整頓

(1) いつもきれいにします。

汚れやほこりのないように気を配り、汚れたところを見つけたらすぐにきれいにします。気持ちよく暮らせるように、常に意識し、気づき、行動します。

- ・ごみが落ちていない。
- ・ほこりがない。
- ・水滴が落ちていない。
- ・汚れたままになっていない。

(2) 常に整えます。

周りに不必要な物や障害になるような物を置かないように配慮し、乱雑にならないように気を配り、整えます。

- ・必要な物、不必要な物を整理する。
- ・使った後は、元の場所に片付ける。
- ・何がどこにあるのか誰がみてもわかるようにする。

(3) 気配りをします。

過度にならず、ちょっとした気配りをこころがけます。

- ・花や小物・装飾品など、利用者さんの好みの飾り付けをする。
- ・むやみに飾り過ぎない。

**職員一人ひとりが“〇〇ハウスの顔”です**

**どのようにすると相手に好印象を持たれるか**

**常に考えて仕事をしましょう**

# 〇〇ハウスの介護

## I 介護の基本的な考え方

### 1 状態を把握します。

利用者の状態は一人ひとり違います。その日、その時でも違うことがあります。一人ひとりの状態を把握し、よくみた上で介護にあたります。

### 2 介護の前には言葉かけをして了解を得てから行います。

これから何の為に何を行うのかを説明します。そして本人の了解を得てから介護を行い、不安感や恐怖感を持たれないようにします。

### 3 事前に確認や準備をします。

介護にあたる前に必要な準備物などを用意してから介護を行い、途中で困ることのないようにします。また、指輪や腕時計などははずします。

### 4 プライバシーを守ります。

利用者のことを必要以上に聞き出さないようにします。また、色々知ったことを他の人に口外しないようにします。他の利用者の前で話題にしません。

### 5 羞恥心への配慮をします。

羞恥心に配慮した言葉遣い、タオルやカーテンを使う、扉を閉めるなど、十分に気配りをします。

### 6 変化に気づきます。

普段の様子を知り、変化があった時に気づけるように気配り目配りをします。身体の異常があれば、看護師や嘱託医に連絡して対処します。

### 7 必要なところを援助します。

こちらの都合で介助せず、できること、できないことを把握し必要な援助を行います。

### 8 生活習慣を尊重します。

今まで生活してきた環境は一人ひとり違います。決して押し付けることなく、一人ひとりに合った対応をします。

## 9 安全を守ります。

急いだり、無理したりなどの不注意やミスで事故が起きないように、ゆとりを持って接するように心がけます。

## 10 一人ひとりの身体の状態の合わせた介護をします。

誰にでも同じ介護を行うのではなく、利用者一人ひとりの身体の状態や希望に沿った、食事・入浴・排泄・移動等の介助を行います。

# II 介護の方針・手順・留意点

## 1 入浴

(方針)

- ① 身体を清潔にする。
- ② 心と身体の疲れを癒す。

(手順)

- ① お湯の温度を確認する。
- ② 入浴の前後にかけ湯をする。
- ③ 洗髪、洗身（上下肢→体幹→背部→陰部）介助をする。
- ④ 浴槽の出入りの介助を行う。
- ⑤ 体を拭く介助をする。
- ⑥ 整容の介助をする。（髪を乾かす、爪を切る、耳そうじ）

(留意点)

- ① 介護の都度言葉かけを行い、確認しながら介護を行う。
- ② 皮膚の状態や身体状態を観察する。
- ⑤ 羞恥心に配慮し入浴中はタオルをかける。
- ⑥ 入浴後には水分補給をする。
- ⑧ かけ湯は足元から行う。
- ⑨ タオルやバスタオルは、一人ひとり別の物を使用する。
- ⑩ 食前、食後の入浴は避ける。
- ⑫ 適切な温度と入浴時間にする。
- ⑬ 浴槽・用具の事後処理を適切に行う。（消毒など）

(その他の留意点)

### (1) 特別浴、リフト浴

- ① 常時目を離さず、ストッパーの確認や安全ベルトを使用し事故が起きないように注意する。
- ② 移乗の際、介護者の手が滑って転落すなどの事故が起きないように注意する。
- ③ ストレッチャーなどに移乗の際、冷たくないようにお湯をかけてから移乗介助を行う。
- ④ 定期的に機器や安全装置の確認を行う。

### (2) 一般浴、個浴

- ① 足元が滑らないように、石鹸や泡が残っていないか確認し安全面に配慮する。

### (3) 身体清拭

#### (手順)

- ① タオルケットなどをかける。
- ② 腕・胸部・腹部・脇の下・背部・足・陰部・臀部を拭く。
- ③ 衣類やシーツのしわを整える。

#### (留意点)

- ① 顔色や表情をみて体調を観察する。
- ② 食前、食後の清拭は避ける。
- ③ 湯温は55℃位にする。
- ④ 身体状態や痛みなどに注意し、言葉かけをしながら状態観察をする。
- ⑤ 清拭していないところはタオルケットなどをかけて、できるだけ露出部分を少なくする。
- ⑥ 特に汚れやすい脇の下や陰部、指の間などは丁寧にゆっくり拭く。
- ⑦ 清拭後は水分補給する。
- ⑧ クッションなどを適宜利用して安全・安楽に心がける。
- ⑨ タオルの縁が皮膚に触れないように注意する。

## 2 食 事

#### (方針)

- ① 今までの食事習慣（内容、時間など）にできるだけ合わせる。
- ② 環境を整える。（部屋の換気や片付け、食卓をきれいになど）
- ③ 本人の希望やペースを尊重する。
- ④ できるだけベッドから離れて食事をする。

#### (手順)

- ① 手を洗う。
- ② おしぼりを準備する。
- ③ 配膳する。
- ④ 介助の必要な利用者に介助する。
- ⑤ 服薬介助及び確認をする。
- ⑥ 下膳する。
- ⑦ 口の中をきれいにする。
- ⑧ 手を洗う。

(留意点)

- ① 姿勢を整える。
- ② 食事の並べ方はいつも同じにする。
- ③ 食食用エプロンは必要な人に使用する。
- ④ 一人ひとりの身体状況に合わせた食器や自助具を使用する。
- ⑤ 汁物、お粥などで火傷をしないように気を配る。
- ⑥ 椅子に腰掛けて介助する。
- ⑦ 水分を補給する。
- ⑧ 利用者のペースに合わせて、飲み込んだことを確認してから介助する。
- ⑨ 食事中は、職員が離れることがないようにして、見逃しや注意不足、観察不足による事故が起こらないようにする。
- ⑩ 常時、嚥下の状態や摂取状況を確認し、必要な人には食事量のチェックを行う。

### 3 排泄

(方針)

- ① 可能な限り自立できるようにする。
- ② できるだけ不快感なく過ごせるようにする。
- ③ いつも清潔にする。

(1) おむつ

(手順)

- ① 準備物を揃える。
- ② ベッドサイドレールをベッドの足元に差し入れる。
- ③ 掛け物を足元に置き、新しいおむつを広げる。
- ④ ズボンを下げ、おむつのテープを外し、手袋をする。
- ⑤ おむつを開け、陰部とそけい部を清拭する。(便の時はちり紙で拭いてから清拭する)

- ⑥ 利用者を手前に体位を変え、臀部と肛門部を清拭する。
- ⑦ 汚れたおむつを巻き込む。
- ⑧ 新しいおむつを敷く。
- ⑨ 体位を元に戻し汚れたおむつを外し、新しいおむつを引き出し陰部を隠し、汚れたおむつは汚物入れに入れ手袋を外す。
- ⑩ おむつをあて、ズボンを上げ、着衣の乱れを整える。
- ⑪ 掛け物をかけ、ベッドサイドレールをする。

(留意点)

- ① 一人ひとりに合わせたおむつの使用方法を決める。(尿量や身体状態に合わせたおむつのあて方など)
- ② 換気・臭気に配慮する。
- ③ 羞恥心に配慮し、不必要な露出は避ける。
- ④ 必要物品は事前に揃え、ベッドサイドレールを外した状態で側から離れないようにする。
- ⑤ 利用者の状態の把握不足による転落などの事故が起きないようにする。
- ⑥ 一人ひとりの排泄間隔を把握し排泄介助を行う。
- ⑦ 尿・便の状態を観察する。

(2) トイレ (ポータブルトイレ)

(手順)

- ① 端座位になるよう介助する。
- ② 立ち上がりの介助をする。
- ③ 利用者の身体を支えながら、片方の手でズボンを下ろす。
- ④ 腰掛けの介助をする。
- ⑤ バスタオルをかける。
- ⑥ 陰部洗浄または清拭をする。
- ⑦ 立ち上がりの介助をする。
- ⑧ ズボンを上げ、衣服を整える。
- ⑨ 端座位になるよう介助する。

(留意点)

- ① 換気・臭気に配慮する。
- ② 羞恥心に配慮し、不必要な露出は避ける。
- ③ ポータブルトイレの高さや位置・手すりの設置などを一人ひとりに合わせる。
- ④ 移乗時の転倒事故などが起きないように、一人ひとりの身体の状態に合わせた介助を行う。
- ⑤ 一人ひとりの排泄間隔を把握し排泄介助を行う。

- ⑥ 尿・便の状態を観察する。

### (3) 尿 器

#### (手順)

- ① ズボンを下げる。(片方は全部脱ぐ)
- ② 尿器をあてる。(男性は側臥位、女性は仰臥位)
- ③ 女性は陰部にちり紙をあてる。
- ④ バスタオルなどをかける。
- ⑤ 尿器をはずす。
- ⑥ 清拭をする。
- ⑦ ズボンを上げ、衣服を整える。

#### (留意点)

- ① 換気・臭気に配慮する。
- ② 羞恥心に配慮し、不必要な露出は避ける。
- ③ 尿器の下に防水布を敷く。
- ④ 排尿時は、可能な限り上体を起こし腹圧をかける。
- ⑤ 一人ひとりの排泄間隔を把握し排泄介助を行う。
- ⑥ 尿の状態を観察する。

### (4) 便 器

#### (手順)

- ① ズボンを下げる。(片方は全部脱ぐ)
- ② 便器をあてる。(男性は尿器と組み合わせる。女性は陰部にちり紙をあてる。)
- ③ バスタオルなどをかける。
- ④ 便器をはずす。
- ⑤ 清拭をする。
- ⑥ ズボンを上げ、衣服を整える。

#### (留意点)

- ① 換気・臭気に配慮する。
- ② 羞恥心に配慮し、不必要な露出は避ける。
- ③ 尿器の下に防水布を敷く。
- ④ 便器の中におとし紙を敷く。
- ⑤ 便器を温めるか、肌のあたる部分に布(タオル)をあてる。
- ⑥ 自分で腰をあげられる場合は腰をあげてもらおうなど、できるところはやってもらう。
- ⑦ 側臥位になる時は、臀部にバスタオルなどをあてて便器との段差をなくす。

- ⑧ 尿・便の状態を観察する。

## 4 移動・移乗

### (1) ベッド上の移動

#### (方針)

- ① 同じ姿勢でいる苦痛を取り除く。
- ② 身体を動かすことにより、血行を良くし床ずれを予防する。
- ③ 拘縮や浮腫を予防する。
- ④ 安楽な体位をとることでリラックスする。

#### (手順)

##### ～上部への移動（全介助の場合）～

- ① 枕を取りはずし、ベッドの頭部に立てかける。
- ② 利用者の両手を腹部の上で組んでもらう。（自分でできない時は介助する。）
- ③ 介護者は、一方の腕は首の下から反対側の肩に向かって入れ、他方の腕は大腿部に深く入れる。

\*二人介助の場合は、一人が一方の腕を首の下から反対側の肩に入れ、他方の腕は腰に深く入れる。もう一人の人が一方の腕を大腿部に入れ、他方の腕は膝の下を支える。

- ④ 言葉かけをし、上部へ移動する。

##### ～上部への移動（片麻痺の場合）～

- ① 麻痺側に立つ。
- ② 枕を取りはずし、ベッドの頭部に立てかける。
- ③ 利用者の両手を腹部の上で組んでもらい、健足を立ててもらおう。
- ④ 介護者は、一方の腕を首の下から反対側の肩に向かって入れ、他方の腕は腰に深く入れる。
- ⑤ 言葉かけをし、上部へ移動すると同時に、利用者には立てていた健足で布団をけっぱってもらおう。

##### ～片側への移動（通常の場合）～

- ① 介護者は移動する側に立つ。
- ② 枕を移動する側に寄せる。
- ③ 利用者の両手を腹部の上で組んでもらう。
- ④ 介護者の一方の腕を首から反対側の肩に向かって入れ、他方の腕は腰に深く入れ、上半身を引き寄せる。
- ⑤ 腰部と膝下を支え、下半身を引き寄せる。

##### ～片側への移動（体格の良い人の場合）～

- ①～③は通常の場合と同様。

- ④ 介護者の一方の腕を首から反対側の肩に向かって入れ、他方の腕は反対側の腕を支え、引き寄せる。
- ⑤ 両手でのあたりを支え、引き寄せる。(この時あまり手前に引き寄せすぎないように注意する)
- ⑥ 片方の腕は腰、他方の腕は大腿部を支え、引き寄せる。

～仰臥位から側臥位（１）～

- ① 介護者は、利用者が向く反対側に立ち利用者を寄せる。
- ② 介護者は、利用者が向く側に移動して枕を手前に引く。
- ③ 一方の手で利用者の肩関節部を覆い、他方の手で大転子部と臀部を覆うようにあて、深く手前側に回転する。
- ④ 下側の肩と下側の大転子部を少し後ろに移動し、上側の下肢を前方に出し、膝関節を曲げる。
- ⑤ 枕などをあて、安楽な体位をとる。

～仰臥位から側臥位（２）～

- ①～③は（１）と同様。
- ④ 下になっている肩を少し前に出す。
- ⑤ 背中にクッションや座布団をあてる。
- ⑥ 上側の足を前に出し、膝を曲げてあて物をする。

～仰臥位から端座位～

- ① 利用者の両手を腹部の上で組んでもらう。
- ② 利用者を介護者の方へ引き寄せる。
- ③ 介護者の一方の腕を首の下から反対側の肩に向かって入れ、他方の腕は利用者の両膝の上を支える（膝を立てられる場合は立ててもらおう）。
- ④ 上半身を円を描くように起き上がるのと同時に、臀部を中心に下肢全体を 90 度回転し、ベッドサイドに腰掛ける。
- ⑤ 臀部を左右に動かし、利用者の足が床につくようにする。
- ⑥ 履物を履き、少し足を開き安定させる。

(留意点)

- ① 自分でできることはできるだけ自力でやってもらう。
- ② 一動作ごとに言葉かけをする。
- ③ 利用者の身体の状態（麻痺の程度や痛みなど）を理解して安全に十分配慮する。
- ④ クッションやビーズマットを使用する時は、胸や腹を圧迫しないように正しくあてる。
- ⑤ 利用者に不安や苦痛を伴わないように工夫する。

(2) 車椅子での移動

(方針)

- ① 生活の拡大と社会参加。
- ② 自力歩行が困難な場合の移動手段。

(手順)

～平坦地の場合～

- ① 行き先を説明する。
- ② ゆっくり移動する。

～段差がある場合（上がる時）

- ① 段差に対し車椅子を正面に向ける。
- ② ティッピングレバーを踏み込み、ハンドグリップを押し下げてキャスターを上げる。
- ③ キャスターを段差に乗せ、後輪を引き上げる。
- ④ ゆっくり前進し段を乗り越える。

\*下りる時は逆の順で行う。

～スロープの場合～

- ① 肘を曲げてゆっくり進む。

(留意点)

- ① スロープを下りる時は後ろ向きで降りる。（ゆるいスロープの場合は前向きで降りる）
- ② 振動を少なくするよう配慮する。
- ③ 停止したら必ずブレーキをかける。
- ④ 自分で操作ができる利用者には、できないところを介助する。
- ⑤ 車椅子を使用する前に安全点検を行う。
- ⑥ 利用者の状態を把握し、見守り不足や油断をしない。（車椅子からのずり落ち、転倒などに注意する）
- ⑦ 急がない。
- ⑧ 利用者に合った車椅子を使用する。
- ⑨ 不安定な姿勢にならないように安定した姿勢で座位を保つ。

(3) ストレッチャーでの移動

(方針)

- ① 生活の拡大と社会参加。
- ② 車椅子での離床が困難な場合の移動手段。

(手順)

- ① 行き先を説明する。
- ② 二人で頭部と足元からゆっくりと進む。

(留意点)

- ① 進む時は、足元から進む。
- ② 常に状態を確認する。
- ③ 停止したら必ずブレーキをかける。
- ④ できるだけ振動を少なくするよう配慮する。
- ⑤ 急がない。
- ⑥ 使用前に安全点検を行う。

(4) 移 乗

(方針)

- ① 寝たきりを防ぐ。
- ② 生活の拡大、社会参加。
- ③ 生活にリズムをつける。

(手順)

～ベッドから車椅子～

- ① 車椅子は、ベッドに対して 30～45 度に止める。
- ② 端座位になる。
- ③ できる時は手を介護者の首に回してもらい、介護者は両手で腰を支える。
- ④ 利用者の足の間に介護者の足を入れ、それを軸足にし、腰を支えたまま身体を車椅子の方へ向けて腰を下ろす。
- ⑤ 車椅子の後ろから身体を引き、深く腰掛ける。
- ⑥ フットレストに足を乗せる。

～ベッドからストレッチャー (1) ～

- ① 二人で上半身と下半身を抱える。
- ② 声を掛けて移乗する。

～ベッドからストレッチャー (2) ～

- ① ストレッチャーをベッドの高さと同じにし、ベッドに平行につけ、ストッパーをかける。
- ② 利用者の枕をはずし、体幹部に大きめのバスタオルを敷く。
- ③ 介護者は各々利用者の頭の方と臀部の方をもち (体幹を支える 2 点)、呼吸を合わせて移動する。

～車椅子から乗用車～

- ① 自動車のドアを全開にする。
- ② 車椅子は自動車のドアの正面に移動させる。
- ③ 自動車のドアの手すりにつかまりながら、立ってもらう。
- ④ シートの方へ向きを変えて座る。

- ⑤ 足を自動車に乗せながら、正面に身体の向きを変える。
- ⑥ 姿勢を正す。

(留意点)

- ① 車椅子やストレッチャーは、ブレーキがかかっていることを確認する。
- ② 自分でできるところはできるだけ自力でやってもらう。
- ③ 身体状況を把握し、一人ひとりの移乗方法を確認する。(二人介助が必要な利用者には必ず二人介助するなど、絶対に無理はしない。)
- ④ 一人ひとりに合った用具を使用する。
- ⑤ 二人で介助する際は、手順を確認し合図をしながら介助する。
- ⑥ 二人で抱える際、介護者は大きい人の方が上半身を抱えるようにする。
- ⑦ 言葉かけをしながら行い、利用者が不安や恐怖感を持たないように配慮する。
- ⑧ 移乗時に、利用者の衣服が引っかかることのないように注意する。
- ⑨ 配置方法や高さなど、適した環境を整える。

## 5 更衣

(方針)

- ① 生活にメリハリをつける。
- ② いつも清潔にする。
- ③ 精神的に自立できる。
- ④ 身だしなみを整える。

(手順)

～丸首の上着の交換（臥位による方法）～

- ① 裾を胸まで引き上げ、片側に側臥位をとり、背中側も同様に引き上げてから仰臥位になる。
  - ② 片方の肘を抜き、袖を脱ぐ。
  - ③ 片手で脱いだ袖の部分を持ち、もう一方の手で頭を浮かせながら、首の後ろから上着を脱ぐ。
  - ④ 反対側の肩、腕の順番に脱ぐ。
  - ⑤ 新しい上着の袖の片側を通す。
  - ⑥ もう片方の腕に袖を通す。
  - ⑦ 片手で上着の背中側と首の部分と一緒に持ち、もう一方の手で頭を浮かせながら頭を通す。
  - ⑧ 側臥位をとり、背中側の裾を下ろす。
  - ⑨ 仰臥位に戻って、前の裾、肩、袖を整えて着心地を確認する。
- \*⑥、⑦については、頭を先に通してからもう片方の腕を通して良い。

～前開きの上着の交換（座位による方法）～

- ① ボタンを外し、片方の肩の部分を少し下ろす。
- ② 反対側の袖を脱ぐ。
- ③ もう片方の袖を脱ぐ。
- ④ 新しい上着の袖の片方を通す。
- ⑤ 肩の上までしっかり引き上げる。
- ⑥ 上着を背中にまわす。
- ⑦ 袖を反対側の腕に通す。
- ⑧ 襟元と肩の位置を整え、ボタンを留る。

～ズボンの交換（臥位による方法）～

- ① 腰が動かせる場合は、両膝を立てて腰を上げてもらい、ズボンを下ろす。腰が上げることができない場合は、片手を腰の下に入れ、他方の手で膝下まで下げる。不可能な場合は、側臥位にて行う。
- ② 新しいズボンを一方の手で持ち、もう一方の手で足首を支え、新しいズボンをはく。
- ③ 腰を持って、大腿部まで引き上げる。腰を動かせる場合は、両膝を立てて腰を上げてもらい、ズボンを腰まで上げる。腰を上げることができない場合は、側臥位をとりズボンを上げる。
- ④ 下着をズボンの中に入れ、上位を整える。しわがない、はき心地を確認する。

(留意点)

- ① 患側を十分保護して介助する。
- ② 利用者に負担をかけないように、無理のない動きで着替えられるようにする。
- ③ 羞恥心に配慮し、露出を最小限にする。
- ④ 自分でできることはできるだけ自力で行ってもらおう。
- ⑤ 着る時は患側（麻痺側）から、脱ぐ時は健側（麻痺のない側）から介助する。
- ⑥ 利用者の好みの服を選んでもらう。
- ⑦ 着やすい形や収縮性のあるものを選ぶ。
- ⑧ 肌触りが良く、吸湿性があり皮膚を刺激しないものを選ぶ。
- ⑨ しわは床ずれの原因になるので、しわにならないように注意する。

## 6 整容

(1) 口腔ケア

(方針)

- ① 口腔内の痛みやトラブルを防ぐ。
- ② 感染症を予防する。

- ③ 生活にメリハリをつける。
- ④ 清潔にする。
- ⑤ 食欲増進を図る。
- ⑥ 健康の保持。

(手順)

～歯磨き～

- ① 食物残渣がある時は取り除く。
- ② 歯磨きをする。
- ③ うがいをする。

～入れ歯の手入れ～

- ① 毎食後、入れ歯を外し、水を流しながら歯ブラシでやさしく磨く。
- ② 義歯保管器に水と洗浄剤を入れておく。

～口腔粘膜ケア～

- ① ガーゼを指に巻きつけて、唇・頬と歯肉の間や頬粘膜・口蓋・舌・歯肉の裏側など口全体を拭き取る。

(留意点)

- ① 利用者の状態に合わせて歯磨き剤や洗口剤を使用し、飲み込む恐れのある人には何も使わない。
- ② うがいは口の中に水が十分まわるように促す。
- ③ 入れ歯を洗浄する時は熱湯を避ける。
- ④ 言葉かけをしながら介助する。
- ⑤ うがいが困難な利用者は、吸い飲みでぬるま湯を口に注ぎ、そのまま流すようにする。
- ⑥ 器具は清潔にする。
- ⑦ 体位や水を含ませるタイミング、水の量に注意する。
- ⑧ 介護の前に介護者は手を洗い清潔にする。
- ⑨ 使用する器具は清潔にする。
- ⑩ 口腔内を傷つけないように注意する。
- ⑪ 口腔内を観察する。
- ⑫ 用具は、疾病や障害の程度、口腔状態等に応じて適切なものを使用する。
- ⑬ 誤嚥しないように、体位や水を口に含むタイミングや水の量に注意する。

(2) 洗 顔

(方針)

- ① 身だしなみを整える。
- ② 清潔にする。

③ 生活にメリハリをつける。

(手順)

① お湯で絞ったタオルを手に巻く。

② 目頭→額→頬→鼻→口のまわり→顎→耳→耳のまわりの順に拭く。

(留意点)

① 目を拭く時は、目頭から目尻に向かって拭く。

目やにがひどい時は、湯で絞ったタオルをあて、目やにを軟らかくして拭き取る。

(3) 爪の清潔

(方針)

① 身だしなみを整える。

② 清潔にする。

(手順)

① 入浴後、爪が軟らかくなったところで注意しながら切る。

② 切った後は、ヤスリをかけ、コールドクリームなどで指先をマッサージする。

(留意点)

① 深爪しないようにする。

② 麻痺のある人は爪が曲がりやすく、くい込むことがあるので、水平に切りカドを残す。

(4) 耳の清潔

(方針)

① 清潔にする。

② 難聴を予防する。

③ 中耳炎などの病気を予防する。

(手順)

① 蒸しタオルでよく拭く。

② 綿棒を使用して定期的に掃除をする。

(留意点)

① 固まって取れない時は、温めたオリーブ油を綿棒にたっぷりをつけ、耳の中を湿らせておき、1～2日後に掃除する。

② 無理をせずに耳鼻科を受診する。

### Ⅲ 介護の姿勢

## 1 介護姿勢の安定性

- ① 重心の高さは低いほど安定する。
- ② 両足を前後・左右に開き、支持基底面積を広くとる。
- ③ 重心は身体の中心に近いほど安定する。
- ④ 利用者の身体をできるだけまとめる。
- ⑤ 床との摩擦が大きいほど安定する。

## 2 腰痛予防のポイント

- ① 利用者にはできるだけ近づいて介助する。
- ② 手先や腕だけの力では行わず、身体全体で支える。
- ③ 身体を抱える場合は、上体をなるべく垂直にする。
- ④ 身体はねじらないようにする。
- ⑤ 膝を曲げ、腰を落として重心を低くする。
- ⑥ 起こす際は、テコの原理を活かす。
- ⑦ 利用者の協力が得られるように言葉かけをする。
- ⑧ 無理に一人で行わないようにする。

### \*テコの原理

テコとは小さい力を大きい力に変えることである。

支点で支えられた棒の端（力点）の力を、もう一方の端（作用点）に伝える仕掛けで、小さい力で重いものを動かすことができる。

例えば、つま先を伸ばす、肘関節を曲げるときなどに使われる。

## IV 感染予防

※ 介護者自身が感染しないことと、さらに介護者が病原菌の媒介者とならないように注意する。

※ 高齢者や抵抗力の弱い人が感染すると、危険な状態となることがある。

### 1 予防の方法

- ① 特に血液・尿・便・唾液を扱う場合は注意する。
- ② 排泄物には直接触れないようにする。
- ③ うがい、手洗いをする。
- ④ 専用エプロン、カミソリ、歯ブラシなどは個人のものを使用する。
- ⑤ 手指に傷のある場合は手袋をする。
- ⑥ 健康に気を付けて、介護者自身の抵抗力を高めておく。

- ⑦ 寝具や衣類は清潔・乾燥を心がける。
- ⑧ 普段と違う症状が現れたら早めに診察を受ける。

## 2 手洗い

※ 手洗いは、汚染された手を介して他の人に移る感染症や汚染された手から食べ物などを介して口から入る食中毒などの感染症を予防する。

～石鹸と流水による手洗い（日常手洗い）～

- ① 食事の前、トイレの後、見た目に汚れているとき、掃除の後、手袋をはずした時などに行う。
- ② 手首から先的手指がまんべんなくこすり合わされているか考えながら行う。
- ③ 手指に付着している微生物を十分に除去するためには、30秒以上の時間が必要である。

～消毒剤と流水による手洗い（衛生的手洗い）～

- ① 医療環境などで感染発生時、感染症のある人と接触する可能性がある場合、感染リスクの高い人と接する場合に手指消毒を目的として行う。
- ② 有機物が付着した状態での消毒剤の使用は効果が低いため、まず洗浄してから消毒する。

～手を乾かす～

- ① 手洗いの後は十分に乾かすことが大事である。
- ② 清潔なタオルやペーパータオルなどで拭く。
- ③ ぬれたままでは感染の機会が増す。また、手荒れの原因になる。

# 〇〇ハウスのケアプラン

## I 高齢者ケアの基本理念

### 1 残存能力の活用

### 2 自己決定

### 3 サービスの継続性

\*社会福祉法（抜粋）

（福祉サービスの基本的理念）

第三条 福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又は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支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない。

（地域福祉の推進）

第四条 地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない。

（福祉サービスの提供の原則）

第五条 社会福祉を目的とする事業を営む者は、その提供する多様な福祉サービスについて、利用者の意向を十分に尊重し、かつ、保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供することができるようにその事業の実施に努めなければならない。

#### ① 介護老人福祉施設（運営規準抜粋）

（基本方針）

第一条 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、居宅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にする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、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者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有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、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なければならない。

(施設サービス計画の作成)

## 第十二条

2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

4 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、指定介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、指定介護福祉施設サービスの内容、指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。

8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。

9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

10 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握「モニタリング」に当

たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

一 定期的に入所者に面接すること。

二 定期的にモニタリングの結果を記録すること。

1 1 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

一 入所者が要介護更新認定を受けた場合

二 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

1 2 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

## II 施設ケアプラン策定の基本

### 1 ADL

- ① 自立度を最大限にするように、機能を回復すること。
- ② 身体的な援助の代りに、動作分割と言葉による誘導をすること。
- ③ より少ない援助でできるように能力を回復すること
- ④ 自分でできることを実践する場面を増やすこと。
- ⑤ 自立度の低下を防いだり、遅らせること。
- ⑥ 状態が悪化する可能性を把握し、防止すること。
- ⑦ ADLが改善する、維持できる、もしくは悪化を遅らすことのできる利用者を把握する。
- ⑧ また、その可能性が無い場合には補うケアを検討する。

### 2 IADL

- ① 出来なくなった機能を改善するケア、また、障害されたことを補うケアを把握し検討する。
- ② 出来なくなった原因を理解して、IADLが自立する可能性を探る。

### 3 健康状態

#### (1) 痛みの管理

- ① 痛みが原因で機能が制限されている利用者を把握する。
- ② 痛みの直接的影響だけでなく、痛みへの恐れ、痛みによる対人関係の妨げ、鎮痛薬の副作用などといった間接的影響についても検討する。

## (2) 転倒

- ① 最近転倒した、あるいは転倒の危険性のある利用者を特定し、転倒の危険性と転倒による障害を最小限にする。

## (3) 健康

- ① 体力の向上と健康増進により、幸福感と自立性を高める。
- ② 健康増進のプログラム、疾病予防の方法を検討する。

## (4) 服薬管理

- ① 服用している薬剤を把握し、その薬剤が最大の効果を最小限の副作用であげられるようする。

## 4 コミュニケーション

### (1) コミュニケーション

- ① コミュニケーションの障害・問題を明らかにし、専門的な検査や対処をおこなう。
- ② 利用者と家族・介護者間の効果的なコミュニケーションの方法について検討する。

### (2) 視覚・聴覚

- ① 最近視力・聴力が低下した利用者、長期にわたり回復不可能に視力・聴力を失った利用者、眼鏡・補聴器などを適切に使用していなかった利用者を把握し検討する。

## 5 認知

- ① 認知障害があるかどうか、急性か慢性か、慢性ならその障害を補うために何をすればいいか検討する。
- ② 利用者の負担やストレスとならない肯定的な経験を提供する。
- ③ 関わるスタッフそれぞれの適切な支援的役割が明らかにする。
- ④ スタッフや家族が、利用者の能力に対する現実的な期待感を持てるような基礎づくりをする。

## 6 行動障害

- ① 自分や他者に対して問題となる行動障害のある利用者を把握して、それに対するケアを提示する。
- ② 行動障害が起こる潜在的な原因を把握し、その解決策を検討する。

## 7 社会との関わり

### (1) 社会的機能

- ① 利用者が満足のいく役割や対人関係、楽しめる活動を続けたり、新たに見つけ出すよう支援する。
- ② 社会的機能の低下を最小限に抑え、社会的活動の機会を最大限にするため、社会的活動（交流）を妨げる原因となる問題を見つけ、可能であれば改善し、出来ない場合は代償する方法を検討する。

### (2) うつと不安

- ① 不安やうつ状態にある利用者を把握し、治療やケアの可能性を検討する。

### (3) アクティビティ（日課活動）

- ① 生活する上で、日課活動は不可欠である。日課活動プランが利用者に適切でない、もしくは役立っていない場合に検討する。

## 8 排尿・排便

### (1) 尿失禁・留置カテーテル

- ① 回復可能な失禁の原因を分析し、可能な対処方法を検討する。

### (2) 排便の管理

- ① 腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し、関心を高める。

## 9 じょく創と皮膚の問題

### (1) じょく創

- ① 皮膚損傷の危険のある利用者を把握し、その予防と治療のためのケアを確実に提供する。

### (2) 皮膚と足

- ① 皮膚や足に問題があったり、問題が発生する危険性のある利用者を把握し、予防と治療のためのケアを検討する。

## 10 口腔衛生・食事摂取

(口腔ケア)

- ① 痛みがあったり、食事摂取や発声の障害、栄養不良、自尊心や食事の楽しみを阻害する口腔問題を把握する。
- ② 歯や義歯を清潔で見た目よく保つことにより社会交流をより豊かにする。
- ③ 口腔内を健康に保つことにより口腔の不快感や感染症に危険性から守る。

(栄養)

- ② 栄養不良や、栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握する。

## 11 居住環境

- ① 利用者の健康状態、障害の状況から見ての危険な環境状態、自立生活を阻害する環境状態を把握する。

## 12 特別な状況・その他

(1) 身体抑制

- ① 転倒の危険、徘徊、興奮などの原因を、医療的、機能的 または心理的な側面から把握し、対処する。
- ② 抑制をしないケアの方法を工夫する。環境を安全に整える、個人に合った日課を維持する、服薬や栄養の方法をより自然な方法にする、利用者の心理的な支援の欲求に気づき対応する、状態に対応した医療を提供する、意義ある日課活動や定期的な運動を提供するなどを検討する。

(2) 脱水

- ① 脱水が生じる危険性を最小限にする。
- ② 家族やケアスタッフに脱水の要因や脱水の危険性に結びつく要因に注意を促す。

(3) 心肺

- ① 心肺の症状を老化現象としてとらえ、適切なケアを受けていない利用者を把握する。
- ② 心不全や結核など、医学的管理を必要とする心肺の問題への注意を促す。

(4) 向精神薬

- ① 向精神薬を服用している利用者のなかで、処方内容の医学的な見直しが必要な人、あるいは向精神薬の作用をより厳密に様子観察する必要がある人を把握する。
- ② 副作用による危険性を最小限にする。

**(5) 緩和ケア**

- ① 施設で緩和ケア、ターミナルケアを受けたいと希望する利用者に対して、包括的なケアの必要性を評価・検討する。

# 〇〇ハウスの感染症予防

## I. 感染対策の考え方

感染対策は、介護者が利用者及び家族をはじめ、他の人への伝播をしない為に必要な対策である。

- 感染は ① 感染源（病原微生物の存在）  
② 感染経路（侵入経路の存在）  
③ 感受性宿主（人体の抵抗力低下）

の3つの因子により成立し、このなかでも②の感染経路を遮断することが最も効率的な対策とされている。

感染経路には空気感染、飛沫感染、接触感染があり感染症の種類（病原微生物）によって経路別の対策をとることが必要である。

基本概念としては、全ての患者の汗を除く①血液②体液③粘膜④損傷した皮膚を、感染の可能性のある対象として対応することで、利用者には一律に基本的な感染対策（標準予防策）を実施し、介護者の手による直接的なケアや、使用する物品、着用する衣類が、伝播の原因とならないよう注意することが大切である。

## II. 感染予防の基本

### （1）病原微生物の除去

- ① 医療器具の滅菌、消毒を・十分に行う
- ② 手洗い、含敬を日常的に徹底する

### （2）進入経路の遮断

- ① 清潔、不潔の区別をする
- ② 医療処置時の滅菌操作を守る

### （3）抵抗力の増強

- ① 予防接種による免疫をつける
- ② 規則的な生活（食生活、睡眠、休息、運動）
- ③ 精神的ストレスへの対処

自己評価シート(心得)	職 名	
	氏 名	

1:十分にできた 2:まあまあできた 3:不十分だった (該当する番号に○を付ける)

項 目	評価時期	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
	自己評価			
<b>1 あいさつ</b> (1)明るく挨拶をします。  声はあまり小さすぎず、大きすぎない位の大きさで、相手に感じ良く受け入れてもらえるように明るく挨拶します。	現状と問題点			
	自己評価			
(2)いつも挨拶をします。  人に会ったら、いつでもはっきりと挨拶をします。その日やその時の気分によって、挨拶をしたり、しなかったり・・・ということのないように、いつでも同じようにします。	現状と問題点			
	自己評価			
(3)気づいたらすぐに挨拶をします。  人に会った時は、相手が言う前からではなく、相手より先に挨拶をするように心がけます。先に挨拶されると気分がいいものです。	現状と問題点			
	自己評価			

<p>(4)その人の目を見て挨拶します。</p> <p>相手の目を見て挨拶をするように心がけます。目を合わせないで挨拶されても誰に対して挨拶しているのかわかりません。相手に伝わるように挨拶をします。</p>	<p>自己評価</p> <p>現状と問題点</p>			
<p>(5)立ち止まって挨拶をします。</p> <p>職員同士ではそこまで余裕はないと思いますが、利用者さんの家族や来客の場合は立ち止まって挨拶するくらいの余裕を持ちます。</p>	<p>自己評価</p> <p>現状と問題点</p>			

**\* あいさつの例**

- ・朝は「おはようございます」
- ・日中は「こんにちは」
- ・夜は「こんばんは」
- ・日中、職員同士では「お疲れ様です」
- ・帰る時は「お疲れ様でした」
- ・利用者さんには「〇〇さん、(挨拶)」
- ・来客・面会者が帰る時は「ありがとうございました」
- ・居室に入る時は、ノックをして「〇〇さん。〇〇です。入っていいですか?」と聞き、了解を得てから。

<b>2 言葉づかい</b> <b>(1)はっきりと話します。</b>  歯切れよくはっきり発音し、あまり大きすぎず、小さすぎない適当な大きさの声で話します。	自己評価			
	現状と問題点			
<b>(2)丁寧に話します。</b>  相手を敬う気持ちを持ち、普通の敬語を使います。友達言葉にならないように注意します。また、小さい子どもと話すような言葉遣いをしません。 * 不適切な例 ・散歩に行こう！ご飯だよ～どこが痛いのか？	自己評価			
	現状と問題点			
<b>(3)わかりやすく話します。</b>  専門用語ではなく、誰にでもわかりやすい普通の言葉で話します。 ・ADL→日常生活の動作(入浴・排泄・食事・着脱・整容・移動) ・側臥位、仰臥位→横向き、仰向け	自己評価			
	現状と問題点			

<p><b>(4) 気にするようなことを口にしません。</b></p> <p>言われると不快なこと、気になることを口にしないように気をつけます。いくら丁寧な言葉で話してもダメです。</p> <p>* 不適切な例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・顔色が悪いですよ。太っているから歩くのが大変なんですよ。重いから介助が大変です。最近急に痩せて、悪い病気じゃないでしょうね。食べるのが遅いですね。臭いですね。やる気がないのでからね...</li> </ul>	<p>自己評価</p> <p>現状と問題点</p>			
<p><b>(5) 誰にでも〇〇さんと呼びます。</b></p> <p>利用者さんに対しても、職員同士(上司、部下、年齢、経験年数に関係なく)でもすべて「〇〇さん」と、普通に丁寧に名前を呼び、名前を言います。〇〇ちゃんとも、〇〇様とも言いません。</p>	<p>自己評価</p> <p>現状と問題点</p>			
<p><b>3 身だしなみ</b></p> <p><b>(1) 清潔にします。</b></p> <p>清潔にするということとは、相手に良い印象を持たれるだけではなく、感染症予防のためにも重要なことです。常に清潔な状態を心がけます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・爪は短く切る。</li> <li>・服が汚れたら交換する。</li> <li>・介護の都度手を洗う。</li> </ul>	<p>自己評価</p> <p>現状と問題点</p>			

<p>(2)印象に気をつけます。</p> <p>髪を整え、アクセサリや髪の色などが派手にならないようにします。いつも清潔にし、誰からみても好感を持たれるように気をつけます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長い髪は結ぶ。</li> <li>・髪の色は黒を基本とし、派手にならないようにする。</li> <li>・化粧は控えめにする。</li> <li>・服装を整える。</li> <li>・香水やアクセサリは控える。</li> <li>・無精ひげははやさない。</li> </ul>	<p>自己評価</p> <p>現状と問題点</p>			
<p><b>4 整理整頓</b></p> <p>(1)いつもきれいにします。</p> <p>汚れやほこりのないように気を配り、汚れたところを見つけたらすぐにきれいにします。気持ちよく暮らせるように、常に意識し、気づき、行動します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ごみが落ちていない。</li> <li>・ほこりがない。</li> <li>・水滴が落ちていない。</li> <li>・汚れたままになっていない。</li> </ul>	<p>自己評価</p> <p>現状と問題点</p>			

(2)常に整えます。	自己評価			
	現状と 問題点			
<p>周りに不必要な物や障害になるような物を置かないように配慮し、乱雑にならないように気を配り、整えます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>必要な物、不必要な物を整理する。</li> <li>使った後は、元の場所に片付ける。</li> <li>何がどこにあるのか誰がみてもわかるようにする。</li> </ul>	自己評価			
	現状と 問題点			
(3)気配りをします。	自己評価			
	現状と 問題点			
その他	自己評価			
	現状と 問題点			

総合評価	自己評価			
	現状と 問題点			
次回までの目標				

## 高齢者虐待予防及び虐待対応アセスメントの実際

～高齢者虐待に関するアセスメントとケア関係者の役割～

宮城福祉オンブズネット「エール」

社会福祉士／介護支援専門員 小湊 純一。

## 権利侵害の背景

- 1 障がい等により自分の権利を自分で守れない。
- 2 世話をする側とされる側の上下関係がある。
- 3 生活支援の場が密室になる。
- 4 認知症・高齢障害者の理解が不足している場合がある。
- 5 権利擁護・人権感覚の理解が不足している場合がある。
- 6 自分で情報を集めて選び判断することが難しい。
- 7 人には「相性」がある。
- 8 後見のシステムがまだ一般化していない。

### 1 ケアマネジャー・ケアスタッフの役割

虐待や放置を受けている高齢者、または虐待の危険性を把握し、即時の対応が必要かどうかの状況を判断する。虐待を発見した場合には市町村・地域包括支援センターに報告する。

### 2 高齢者虐待をみる時のポイント

- (1) 家族や現在介護をしてもらっている者に対して恐れをいんでいる
- (2) 説明がつかない怪我、骨折、火傷がある
- (3) 放置、暴力等の虐待を受けている
- (4) 身体抑制を受けている
- (5) 財産が搾取されている

### 3 高齢者虐待とは

近年、高齢者の虐待について関心が高まっていますが、問題は十分に理解されているとは言えません。多様な状態を包括する定義は「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」により明文化されましたが、すべてを包括するものではありません。高齢者の虐待には遂行（虐待）または放置（無視）があり、故意に苦痛を与えようとした場合と介護者あるいは虐待者の不十分な知識、燃え尽き、怠惰から無意識に苦痛を与えてしまう場合とがあります。

高齢者に対する不当な扱いは以下に分類されます。

- (1) 身体的虐待  
身体的苦痛や障害（性的な虐待を含む）を与える。
- (2) 心理的（精神的）虐待  
ひどい精神的苦痛（恥をかかせる、おびえさせることを含む）を与える。

(3) 放置（ネグレクト）

介護の義務の拒否や失敗（放置するのみならず、必要な食べ物や医療等のサービス、眼鏡などを与えないことを含む）。

(4) 経済的虐待

所持金や財産の不法、または不適切な搾取または使用。

## 4 高齢者虐待問題の背景

虐待が起こりやすい状況は以下のとおりです。

(1) 高齢者の身体、認知障害

(2) 高齢者の虐待者への依存

(3) 虐待の高齢者への依存（特に経済的援助を受けるなど）

(4) 虐待者の精神的状況（薬物乱用や精神疾患の既往など）

(5) 家族の社会的孤立

「新たな適応力を必要とする新たな生活様式の変化（ストレスとなる生活上の出来事）」と「暴力の既往」の2つの要因は子供や夫婦間の虐待に関連することわかっていますが、高齢者の虐待との関連は今のところ明らかではありません。しかし、このことはケアプランを作成するときに考慮する必要があります。

## 5 高齢者虐待対応の指針

(1) 虐待の判断

- ① 虐待や放置、搾取を判断するためには、その頻度、継続時間、激しさ、重大性、結果を把握し検討します。
- ② 虐待を見分けるには、利用者自身の認識、つまり本人がその行動を虐待としてとらえているか、それを改めるための対応を受け入れる用意があるか、によって左右されることが多い。
- ③ 虐待と放置を確認するには以下を確認する必要があります。

ア 現時点での問題は何か。

イ 虐待、放置、搾取の危険性があるか。

ウ 問題の性質として激しいか、頻回に起こるか。

エ 危険性の緊急度はどうか。

オ 介護者が虐待者となりうるか。

カ 家族のケアは一貫性があるか。

キ 過去に介護者が暴力をふるったり、虐待や放置、搾取しているか。介護者は本人以外の他者に暴力をふるったことがあるか。

- ク 在宅サービス（フォーマルサービス）は信頼できるか。
- ケ 在宅サービスの機関のスタッフは、根底にある問題に対応する姿勢をとっているか。
- コ 家族は問題を改めようとする用意があるか。
- サ 虐待を行なっている者、または利用者に薬物依存はあるか。
- シ 状況は緊急を要するか。

④ アセスメントの目標は、以下を把握することです。

- ア 虐待、放置、搾取が起きているか。
- イ 本人が自己の利益にそって意思を決定し、同時に自分で決定したことのもたらす影響について理解する能力があるか。
- ウ 本人の危険性はどのようなレベルか。
- エ 福祉、医療、裁判所による法的仲裁、保護等の緊急介入の必要性はあるか。

⑤ アセスメントの最初の段階は、虐待が本当にあるのかを確かめることです。介護者が善意を持っているにもかかわらず、迫害されている錯覚苦しんでいる高齢者もいます。このような高齢者は専門家による精神科的治療を受ける必要があります。

## （２）分析の方法

- ① 利用者との面接
- ② 利用者に脅迫的と受け止められない方法で面接し、虐待の訴えやアセスメント項目によって虐待を確認します。
- ③ 当初はできないかもしれないが、虐待しているかもしれない者は同席せず、本人と２人だけで話を聞くことが重要です。
- ④ 本人が不当な扱いを受けていると明確に言う（助けを求める。）ことが、介入するかどうかの決め手となります。
- ⑤ 本人が訴えを取り消す場合には、訴えの妥当性を判断します。
- ⑥ 利用者の意思決定能力を見極めます。
  - ア 記憶障害や機能の問題があっても、自分の安全性に関して適切に意思決定することが可能である。ある一定期間ありのままの状態を観察し、高齢者の意思決定能力を評価すること。
  - イ そのうえで、現在の環境に利用者があることの危険性について判断します。危険であれば、裁判所が後見人をたてたり、精神科の措置入院を検討しなければならない場合もあります。
- ⑦ 利用者の訴えや、示唆された虐待を調査します。
  - ア 利用者からの訴えや虐待の可能性が観察されたら、できるだけ早く、医師、被害者の親戚、在宅サービス提供者に紹介し、面接して情報を得ます。
  - イ 虐待をしていることが疑われる者との面接も、ケアの方向性を探るために有効

である場合もあります。介護者に面接は通常高齢者と別々に行なうことになっていると伝え、評価者と2人で面接し、介護者の善意や健康状態、能力について評価します。

ウ 利用者は、評価者が虐待者と2人きりで面接することを嫌がる場合があります。本人の訴えが間違っているとされる、仕返しされる、施設に入所させられる、家族の支えをなくす、家族問題が露呈する、といったことを恐れるためです。

エ 経済的な虐待は露骨な場合把握は難しいですが、介護者が利用者に金銭を強要している場合は、同時に身体的心理的虐待も引き起こす可能性があります。

### (3) ケアの方向

#### ① 要因を取り除く

ア 虐待や放置、搾取への適切な対応は、個々のケースにより大きく異なります。

イ ソーシャルワーカーは、家族とともに起こる可能性のある虐待や放置に結びつく要因を取り除いて、状況を静めさせることができる場合があります。

#### ② 介護者から利用者を引き離す

ア 訪問介護や短期入所、通所サービス、虐待をしている可能性のある、あるいは怠惰な介護者から本人を引き離す時間的余裕をつくるために導入する。

### (4) ケアを決定するための意思確認

#### ① すべての利用者に対し、以下を確認します。

ア 緊急の身体的危険にさらされているが、そうであれば、評価者は直ちに高齢者を現在の環境から移す(離す)手段をとります。

イ 利用者は介入を受け入れるか。

ウ 在宅サービスの導入や増加は、虐待の状況を改善できるか。

エ 介護者が現在の介護負担に耐えられるよう、介護者に対するカウンセリングや支援または医学的治療が必要か。

オ 利用者の訴えに根拠がないようならば、精神科的診断や治療が必要か。

### (5) 再アセスメント

#### ① 定期的な再アセスメントは、虐待の証拠が決定的でない場合も含めてすべての利用者が必要です。

### (6) 緊急体制を整える

#### ① 利用者は援助を断ることもあります。断られた場合は、緊急の援助(電話番号、適切な通報・相談先)について情報を書面で知らせ、適切な相談受付と対応の体制をとる必要があります。

## 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律

### (目的)

第一条 この法律は、高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ、高齢者虐待の防止等に関する国等の責務、高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

### (定義)

第二条 この法律において「高齢者」とは、六十五歳以上の者をいう。

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、次のいずれかに該当する行為をいう。

一 養護者がある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。

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。

二 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。

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、次のいずれかに該当する行為をいう。

一 老人福祉法に規定する老人福祉施設若しくは有料老人ホーム又は介護保険法に規定する地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは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。

二 老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業又は介護保険法に規定する居宅サービス事業、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若しくは介護予防支援事業（以下「養介護事業」という。）において業務に従事する者が、当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者について行う前号イからホまでに掲げる行為

### (国及び地方公共団体の責務等)

第三条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。

2 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう、これらの職務に携わる専門的な人材の確保及び資質の向上を図るため、関係機関の職員の研修等必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

3 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護に資するため、高齢者虐待に係る通報義務、人権侵害事件に係る救済制度等について必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

### (国民の責務)

第四条 国民は、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深めるとともに、国又は地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための施策に協力するよう努めなければならない。

### (高齢者虐待の早期発見等)

第五条 養介護施設、病院、保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介護施設従事者等、医師、保健師、弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。  
2 前項に規定する者は、国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めなければならない。

## 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。

### (養護者による高齢者虐待に係る通報等)

第七条 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、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。  
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ない。  
3 刑法の秘密漏示罪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)

第九条 市町村は、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、当該市町村と連携協力する者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、通報又は届出があつた場合には、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が図られるよう、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に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に措置を講じ、又は、適切に審判の請求をするものとする。

### (居室の確保)

第十条 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。

### (立入調査)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の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るときは、介護保険法の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。  
2 前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。  
3 第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

### (警察署長に対する援助要請等)

第十二条 市町村長は、前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとする場合において、これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは、当該高齢者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。  
2 市町村長は、高齢者の生命又は身体に安全の確保に万全を期する観点から、必要に応じ適切に、前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。  
3 警察署長は、第一項の規定による援助の求めを受けた場合において、高齢者の生命又は身体に安全を確保するため必要と認めるときは、速やかに、所属の警察官に、同項の職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法その他の法令の定めるところによる措置を講じさせるよう努めなければならない。

### (面会の制限)

第十三条 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の措置が採られた場合においては、市町村長又は当該措置に係る養介護施設の長は、養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護の観点から、当該養護者による高齢者虐待を行った養護者について当該高齢者との面会を制限することができる。

**(養護者の支援)**

第十四条 市町村は、第六条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。

**(専門的に従事する職員の確保)**

第十五条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するために、これらの事務に専門的に従事する職員を確保するよう努めなければならない。

**(連携協力体制)**

第十六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法に規定する老人介護支援センター、介護保険法項の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

**(事務の委託)**

第十七条 市町村は、高齢者虐待対応協力者のうち適当と認められるものに、相談、指導及び助言、通報又は届出の受理、高齢者の安全の確認その他通報又は届出に係る事実の確認のための措置並びに養護者の負担の軽減のための措置に関する事務の全部又は一部を委託することができる。

2 前項の規定による委託を受けた高齢者虐待対応協力者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であった者は、正当な理由なしに、その委託を受けた事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

3 通報又は届出の受理に関する事務の委託を受けた高齢者虐待対応協力者が通報又は届出を受けた場合には、当該通報又は届出を受けた高齢者虐待対応協力者又はその役員若しくは職員は、その職務上知り得た事項であっ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。

**(周知)**

第十八条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、通報又は届出の受理、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称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)**

第十九条 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関し、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。

**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)**

第二十条 養介護施設の設置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)**

第二十一条 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は、速やかに、これを市町村に通報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。

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 刑法の秘密漏示罪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。次項において同じ。）をすることを妨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。

第二十二條 市町村は、通報又は届出を受けたときは、当該通報又は届出に係る養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する事項を、当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護施設又は当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護事業の事業所の所在地の都道府県に報告しなければならない。

2 前項の規定は、地方自治法の指定都市及び中核市については、厚生労働省令で定める場合を除き、適用しない。

第二十三條 市町村が通報又は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っ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。都道府県が報告を受けた場合における当該報告を受けた都道府県の職員についても、同様とする。

#### （通報等を受けた場合の措置）

第二十四條 市町村が通報若しくは届出を受け、又は都道府県が報告を受けたときは、市町村長又は都道府県知事は、養介護施設の業務又は養介護事業の適正な運営を確保することにより、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護を図るため、老人福祉法又は介護保険法の規定による権限を適切に行使するものとする。

#### （財産上の不当取引による被害の防止等）

第二十七條 市町村は、養護者、高齢者の親族又は養介護施設従事者等以外の者が不当に財産上の利益を得る目的で高齢者で行う取引による高齢者の被害について、相談に応じ、若しくは消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関を紹介し、又は高齢者虐待対応協力者に、財産上の不当取引による高齢者の被害に係る相談若しくは関係機関の紹介の実施を委託するものとする。

2 市町村長は、財産上の不当取引の被害を受け、又は受けるおそれのある高齢者について、適切に、老人福祉法第三十二条の規定により審判の請求をするものとする。

#### （成年後見制度の利用促進）

第二十八條 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに財産上の不当取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

### 第五章 罰則

第二十九條 第十七条第二項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第三十條 正当な理由がなく、立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは高齢者に答弁をさせず、若しくは虚偽の答弁をさせた者は、三十万円以下の罰金に処する。

#### （検討）

2 高齢者以外の者であって精神上又は身体上の理由により養護を必要とするものに対する虐待の防止等のための制度については、速やかに検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。

3 高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための制度については、この法律の施行後三年を目途として、この法律の施行状況等を勘案し、検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。



## グループホームにおける権利擁護・虐待防止に関する啓発セミナー

～グループホームのコンプライアンスルール～

認知症グループホームでの権利侵害を予防し、利用者への適切かつ良質なサービス提供ができるスタッフの養成をねらいとして、研修会を開催します。実施にあたっては、わかりやすい解説とグループによる話し合いを中心に受講者の参加型で行い、日常のケアの具体的な場面を振り返りながら一人ひとりの気づきを高める手法により実施する。

### 背景と目的

2006年4月、家庭や施設で介護を受けている高齢者を虐待から守るための初めての法律として、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」が施行された。しかし、メディアや事例報告会などを通じた高齢者の権利侵害や虐待などの報道、報告は後を絶たず、実践現場への早急な理解浸透と徹底した対応を促していくことが必要である。

また、小規模で限られた人材により認知症のお年寄りに向き合い支援するグループホーム・ケアの質を保証し、運営リスクの継続的な点検を行うことは、グループホーム・サービスの社会的な信頼獲得や利用者・家族への安心を提供する上で、重要な取り組みとなる。「普通の暮らし」「一人ひとりの尊重」「尊厳の保持」といった理念が、日常ケア場面で生きた言葉として活かされるための啓発活動を実施するものである。

宮城福祉オンブズネット「エール」

- 内容
  - ①グループホームの法的根拠と役割
  - ②権利擁護の必要性と権利侵害の背景
  - ③利用者の権利を守るための基本ルールづくり（コンプライアンスルール）



## グループホームにおける権利擁護・虐待防止に関する啓発セミナー

宮城福祉オンブズネット「エール」 小 湊 純 一（社会福祉士）

### 1 利用者本位・権利擁護

利用者にはどのような権利があるのでしょうか。

福祉サービスの基本法である「社会福祉法」には、次のように福祉サービスの理念が規定されています。

#### ※ 社会福祉法（福祉サービスの基本的理念）

「第3条 福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され又は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支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない。」となっています。

### 2 運営基準（抜粋）

#### 認知症対応型共同生活介護

#### (1) 基本方針

共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等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なければならない。

#### (2) 人員基準

① 保健医療サービス又は福祉サービスの利用に係る計画の作成に関し知識及び経験を有する者であって介護計画の作成を担当させるのに適当と認められるものを専らその職務に従事する計画作成担当者としなければならない。別に厚生労働大臣が定める研修を修了している者であって、一以上の者は、介護支援専門員をもって充てなければならない。

② 共同生活住居の管理者は、適切なサービスを提供するために必要な知識及び経験を有し、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者又は訪問介護員等として、三年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者であって、別に厚生労働大臣が定める研修を修了しているものでなければならない。

③ 代表者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、

指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者若しくは訪問介護員等として、認知症である者の介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者であって、別に厚生労働大臣が定める研修を修了しているものでなければならない。

### (3) 運営

- ① サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、介護従事者の勤務の体制その他の利用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利用申込者の同意を得なければならない。
- ② 正当な理由なくサービスの提供を拒んではならない。

### (4) 取扱方針

- ① 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踏まえ、妥当適切に行われなければならない。
- ② 利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行われなければならない。
- ③ サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。
- ④ 共同生活住居における介護従業者は、サービスの提供に当たっては、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、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行わなければならない。
- ⑤ サービス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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。

### (5) 介護計画

- ① サービス計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならない。
- ② 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載したサービス計画を作成しなければならない。

- ③ 計画作成担当者は、サービス計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
- ④ 計画作成担当者は、サービス計画を作成した際には、当該サービス計画を利用者に交付しなければならない。
- ⑤ 計画作成担当者は、サービス計画の作成後においても、他の介護従業者及び利用者がサービス計画に基づき利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じてサービス計画の変更を行うものとする。

#### (6) 介護

- ① 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行われなければならない。
- ② その利用者に対して、利用者の負担により、当該共同生活住居における介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。
- ③ 利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うよう努めるものとする。

#### (7) 便宜の提供

- ① 利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めなければならない。
- ② 利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行わなければならない。
- ③ 常に利用者の家族との連携を図るとともに利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

#### (8) 緊急時

- ① 介護従業者は、現にサービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

#### (9) 勤務体制の確保

- ① 利用者に対し、適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めておかななければならない。
- ② 前項の介護従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならない。

- ③ 介護従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

### 3 高齢者の虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（施設関係概要）

#### （1）目的

- ① 高齢者の尊厳の保持にとっての高齢者に対する虐待防止の重要性
- ② 高齢者の権利利益の擁護

#### （2）定義

- ① 「高齢者」 六十五歳以上の者
- ② 「養護者」 高齢者を現に養護する者
- ③ 「高齢者虐待」 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
- ④ 「養護者による高齢者虐待」
  - ア 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。
  - イ 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ア、ウ又はエ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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
- ④-1 養護者又は高齢者の親族が高齢者の財産を不当に処分すること。高齢者から不当に財産上の利益を得ること。
- ⑤ 「養介護施設従事者等による高齢者虐待」
  - 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：地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、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、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、
  - ア 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。
  - イ 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。
  - ウ 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。
  - エ 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。
  - オ 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。

(3) 高齢者虐待の防止等のための措置

- ① 設置者又は事業者の責務
  - ア 職員研修の実施
  - イ 苦情の処理の体制の整備
  - ウ 職員による高齢者虐待の防止等のための対応

(4) 高齢者虐待の通報

- ① 職員は、職員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は、速やかに市町村に通報しなければならない。
- ② 職員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、生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに市町村に通報しなければならない。
- ③ 職員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、速やかに市町村に通報するよう努めなければならない。
- ④ 職員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 守秘義務に関する法律は、通報（虚偽や過失を除く。）をすることを妨げない。
- ⑥ 職員は、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。

(5) 通報等を受けた場合の対応

- ① 養介護施設の業務又は養介護事業の適正な運営を確保する。
- ② 老人福祉法又は介護保険法の規定による権限を適切に行使する。

(6) 公表

- ① 都道府県知事が公表する。
  - ア 養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況
  - イ 養介護施設従事者等による高齢者虐待があった場合にとった措置

(7) 財産上の不当取引による被害の防止

- ① 市町村は、高齢者の被害についての相談に応じる。または関係機関を紹介する。

(8) 成年後見制度の利用促進

国・県市町村は、高齢者虐待の防止、保護、被害の防止、救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等により、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

(9) その他（緊急性の判断）

緊急性があると判断した場合は、直ちに保護を行う必要があります。

生命の危険性、医療の必要性、加害者との分離の必要性、虐待の程度と高齢者の健康状態、介護者の心身の状態等から総合的に判断します。

- ① 本人が保護救済を強く求めている。
- ② 生命に危険な状態。（重度の火傷や外傷・褥そう，栄養失調，衰弱，脱水症状，肺炎等）→ 医師に判断を依頼することが有効
- ③ 生命に危険な行為が行われている。（頭部打撃，顔面打撃，首締め・揺さぶり，戸外放置，溺れさせる等）
- ④ 確認できないが，上記に該当する可能性が高い。

#### 4 権利侵害の背景

- (1) 障がい等により自分の権利を自分で守れない。
- (2) 世話をする側とされる側の上下関係がある。
- (3) 生活支援の場が密室になる。
- (4) 認知症・高齢障害者の理解が不足している場合がある。
- (5) 権利擁護・人権感覚の理解が不足している場合がある。
- (6) 自分で情報を集めて選び判断することが難しい。
- (7) 人には「相性」がある。
- (8) 後見のシステムがまだ一般化していない。

## 資料 権利侵害の事例

とある入居施設（氏名、名称はすべて仮名です。）

～その1～

登場人物：利用者佐藤さんに会いに来た安田さん（知人）と、職員A

あらすじ：認知症のある佐藤さんに、知り合いの安田さんが面会に来ました。

職員Aに、面会に来た事を告げ、佐藤さんがどちらにいるか尋ねます。

安田さん：「こんにちは。」

職員A：「こんにちは、面会ですか？」

安田さん：「はい。佐藤さんに会いに来たのですがお部屋はどちらでしょうか？」

職員A：「佐藤さまですね。さっきまでそのあたりに・・・」（と、ホールを見渡すが姿が見えない。）

職員A：「佐藤さまはその先のトイレあたりを徘徊されていると思います。」

\*言葉の虐待、マニュアル、放置、理解不足

～その2～

登場人物：職員Bと認知症のある利用者日下さん

あらすじ：施設では身体拘束廃止に向けて検討中

日下さんは、アルツハイマー病があり、理解力・判断力が著しく低下してきています。さらに、嚥下性肺炎で寝込んでから足腰が弱くなり、一人で歩くことが難しくなりました。しかし、自分では歩けると思っているため、車椅子に座っていてもすぐ立ち上がろうとします。説明しても話が伝わらず、職員は、転ばないように見守りするのが大変になってきました。そんなある日のこと・・・

職員B：「日下さん危ないから立たないでください。座ってってば一、ほんとにも一い  
いかげんにしてください！」（と肩を手で押さえて座らせています。）

日下さん：「何でしょう！いったい・・・」（と、ぶつぶつ言いながら、また何度も、立  
ち上がろうとします。）

職員B：「日下さん、日下さん！座っていてくださいと何回言えばわかるんですか！」（と、  
声を荒げています。）

\*介護放棄、言葉の虐待、抑制、理解不足

## コンプライアンスルール作成のテーマ

利用者権利に関する、以下の3つの項目ごとにコンプライアンスルールを作ってみます。

具体的で実行可能なルール（行動の基準）を作ります。

権利擁護にも配慮された良質なサービスが実際に提供できると、スタッフ一人の責任感、満足感が得られるだけでなく、事業者として最も重要な、利用者や家族からの信頼を得ることにつながります。

項目	対応のルール	具体的な実施方法
普通の生活支援 (人格の尊重)		
丁寧な話し方・聞き方		
丁寧な対応		

(運営基準からの抜粋)

- ① 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踏まえ、**妥当適切**に行われなければならない。
- ② 利用者一人一人の**人格を尊重**し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行われなければならない。
- ③ サービス計画に基づき、**漫然かつ画一的なものとならないよう**配慮して行われなければならない。
- ④ 共同生活住居における介護従業者は、サービスの提供に当たっては、**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、サービスの提供方法等について、**理解しやすい**ように説明を行わなければならない。

--	--

グループホームにおける権利擁護・虐待防止に関する啓発セミナー 『気づきシート』

項 目		自己評価	研修によって気づいたこと等
法的根拠 と役割	社会福祉法の理念	1 : 2 : 3	
	運営基準の理解	1 : 2 : 3	
	高齢者虐待防止法	1 : 2 : 3	
権利擁護 の必要性	権利侵害の背景	1 : 2 : 3	
	無意識の権利侵害	1 : 2 : 3	
権利擁護 の基本 ルール作 り	普通の生活支援	1 : 2 : 3	
	丁寧な話し方・聞き方	1 : 2 : 3	
	丁寧な対応	1 : 2 : 3	
	コンプライアンスル ール	1 : 2 : 3	
その他			

1:理解できた 2:まあまあ理解できた 3:不十分だった (該当する番号に○を付ける)

2月20日	10:00~16:00
-------	-------------

研修名	認知症グループホーム「権利擁護・虐待防止セミナー」		形式	講義・グループ演習	時間	300分
目的	・認知症グループホームでの権利侵害を予防し、利用者の権利にやさしいサービスが提供できるスタッフを養成することで、良質なサービス提供ができるようにする。		研修概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ミニ講義とグループでの話し合いを繰り返す。</li> <li>・実際のケアの現場・場面をイメージして理解する。</li> <li>・具体的で実行可能な方法を考える。</li> <li>・実行する方法を考える。</li> </ul> (資料) 啓発パンフレット、法例資料、ワークシート		
テーマ(細目)	内容	指導ポイント(または、指導の手法)				
1. グループホームの法的根拠と役割	社会福祉法の理念	➤ 知っていたか。どのように実践していたか。				
	運営基準の理解	➤ 知っていたか。どのように実践していたか。				
	高齢者虐待防止法	➤ 知っていたか。どのように実践していたか。				
2. 権利擁護の必要性と権利侵害の背景	権利侵害の背景	➤ ケアの場面をイメージして考える。				
3. 利用者の権利を守るための基本ルールづくり (コンプライアンスルール)	認知症のある利用者の人権を尊重した、具体的行動規範を作る	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 基本的対人援助の理解を得る。</li> <li>➤ どのような行動、対応が利用者個人を尊重し、権利にやさしい対応なのかを考える。</li> <li>➤ 具体的に実行するための方法を考える。</li> <li>➤ 個人演習、グループ演習、グループ発表</li> <li>➤ まとめ</li> </ul>				
4. 今後の展開	研修のすすめ、動機付け	➤ スタッフ及び取り組み施設の募集				
		➤				
		➤				
		➤				
		➤				
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 研修の目的・目標を理解している</li> <li><input type="checkbox"/> 権利侵害の内容・背景について理解している</li> <li><input type="checkbox"/> 権利擁護の具体は普通の生活の支援にあることを理解している</li> <li><input type="checkbox"/> 権利擁護、虐待防止に関する知識、技術を他のスタッフに指導することができる</li> <li><input type="checkbox"/> 対応の基本を理解している</li> <li><input type="checkbox"/> 高齢者の虐待防止法を理解している</li> </ul>					

文責：小湊純一 2008.1.4

## わたしたち職員は

利用者一人ひとりの  
普通の生活(権利)を  
守ります

- 夜間等の防犯目的以外に“鍵”をかけず、自由に出入りできるようにし、見守ります
- 一人ひとりの心身の状態や希望に沿った支援を行います
- 認知症があっても子ども扱いせず、一人ひとりを尊重した対応をします
- 自分で決めることができるように、お手伝いします
- 金銭の取り扱いを明らかにします

人が  
・  
見ている時も  
見っていない時も  
・  
いつも  
変わらない  
対応

認知症GHにおける権利擁護の指針

コンプライアンスルール

権利擁護  
虐待防止

認知症グループホームサービスの

## 普通の生活支援

- 一人の人として尊重し、敬います
- 一人ひとりに合った楽しみを持って生活できるようにします
- お風呂やトイレ等、普通の生活が安心してできるようにします
- 外出したり、会いたい人に会えるように調整する等、想いや希望を尊重します
- 地域の住民としての活動に参加できるようにします

## 丁寧な話し方・聞き方

- 誰に対しても、普通に「〇〇さん」と呼びます
- 小さな子どもに使うような言葉を使わず、普通の丁寧な言葉を使います
- 専門用語は使わず、その人に分かりやすい平易な言葉を使います
- 足を止めて、顔を見て話しを聞きます
- 想い、心配、嬉しい…等を受け止めて共感します

## 丁寧な対応

- ★ 常に所在と安全に気を配ります
- ★ 常に様子と体調に変わりがないか気かけます
- ★ 一人ひとりに対して挨拶します
- ★ 必ず、説明し、了解を得ます
- ★ 行動や決めることを押し付けず、提案し、決めたことを尊重します
- ★ より良いサービスができるように常に勉強します。

認知症で判断が難しい、介護してあげている、誰も見ていない…、いつの間にか権利侵害になっていませんか？ **例えば…**

### ～身体への虐待～

- 排泄や食事で失敗した時に、子どもをしつけるようにたたく。
- 部屋や玄関等にカギをかけて閉じ込める。
- 立ち上がろうとするのを肩を抑えて座らせる。
- 介護服を着用させる。

### ～言葉・心理的虐待～

- 「何やってるの!」、「くさい!」、「きたない!」と怒る。

- その日の気分で対応を変える。
- 目でにらんだり、大声を出したりして威嚇する、怯えさせる。
- 返事もせず、無視する。

### ～性的な虐待～

- 下着姿のままベッドに寝かしておく。
- 排泄等のことを回りに聞こえるように話す「〇〇さんおしっこ漏らしてるよ～」
- ワイセツな言葉を使って侮辱する。
- 性的な行為を強要する。

### ～介護放棄(ネグレクト)～

- オムツ、下着を濡れたまま放置する。
- 具合が悪いのに病院に連れて行かない。
- 十分な食事を出さない。食欲がない、食べられない状態を放置する。
- 安全に過ごしているか把握していない。
- 掃除をしない、汚れを放置する。

### ～経済的な虐待～

- 買い物頼まれ、お釣りを渡さない。
- 通帳を預かり、勝手に使う。
- 財産を勝手に処分する…など。

## 「セルフネグレクト」 ～要援護者の自己決定をどう考える～

宮城福祉オンブズネット「エール」 小湊 純一。

### 1 判断能力

判断能力をどのように評価して判断するか

- (1) 知的障害
- (2) 精神障害
- (3) 認知障害
- (4) 偏った性格
- (5) その他

#### ～認知障害～

##### (1) 認知障害把握のポイント

- ① 短期記憶に問題があるか。
- ② 日常の判断力が弱く、支援が必要だったり、判断ができないか。

##### (2) 認知障害

認知障害は、最近や昔の出来事を忘れる、錯乱する、言葉を探したり、話を理解するのが困難になる、社会生活に適応できなくなるなど、生活のほとんどすべてに影響します。

#### ～認知症～

後天的な脳の器質的障害により、いったん正常に発達した知能が低下した状態をいい、「知能」の他に「記憶」「見当識」の障害や人格障害を伴った症候群として定義されます。

以前、治らない場合に使用されていましたが、近年、正常圧水頭症など治療により改善する疾患に対しても認知症の用語を用いることがあります。

単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や、統合失調症などによる判断力の低下は、認知症には含まれません。頭部の外傷により知能が低下した場合等にも認知症（高次脳機能障害）と呼ばれます。

## ～認知症の分類～

### 1 血管性認知症

脳血管性認知症では、障害された部位によって症状は異なり、めまい、しびれ、言語障害、知的能力の低下等にはむらがあります。

症状が突然出現したり、階段状に悪化したり、変動したりすることがしばしばみられます。また、脳血管障害にかかった経験があったり、高血圧、糖尿病、心疾患など脳血管障害の危険因子を持っていることが多いことも特徴です。更に、歩行障害、手足の麻痺、呂律が回りにくい、パーキンソン症状、転びやすい、排尿障害（頻尿、尿失禁など）、抑うつ、感情失禁（感情をコントロールできず、ちょっとしたことで泣いたり、怒ったりする）、夜間せん妄（夜になると意識レベルが低下して別人のような言動をする）などの症状が早期からみられることもしばしばあります。

- (1) 多発梗塞性認知症広範虚血型
- (2) 多発脳梗塞型
- (3) 限局性脳梗塞型
- (4) 遺伝性血管性認知症

### 2 変性性認知症

#### (1) アルツハイマー型認知症

症状は、徐々に進行する認知障害（記憶障害、見当識障害、学習の障害、注意の障害、空間認知機能、問題解決能力の障害など）であり、社会的に適応できなくなる。重度になると摂食や着替え、意思疎通などもできなくなり最終的には寝たきりになる。

階段状に進行する（ある時点を境にはっきりと症状が悪化する）脳血管性認知症と異なり、徐々に進行する点が特徴的。症状経過の途中で、被害妄想や幻覚（とくに幻視）が出現する場合もある。暴言・暴力・徘徊・不潔行為などの問題行動（周辺症状）が見られることもあり、介護上大きな困難を伴う。

#### (2) 前頭側頭型認知症（ピック病）

これらは前頭葉機能の障害による反社会的行動（不作為の法規違反など）、常同行動（同じ行動を繰り返す）、時刻表的生活、食嗜好の変化などがみられる。

#### (3) レビー小体病

認知機能障害を必須に、具体的な幻視（子供が周りを走っている、小動物が走り

回っているなど)、パーキンソン症状、変動する認知機能障害などの症状が見られる。

(4) パーキンソン病

(5) ハンチントン病

### 3 感染

(1) クロイツフェルト・ヤコブ病

(2) HIV関連認知症

### 4 治療可能なもの

(1) 慢性硬膜下血腫

(2) 正常圧水頭症

(3) 甲状腺機能低下症

### ～せん妄～

急性の錯乱状態は、急激に（数時間から数日の間に）意識や行動が不安定になる状態であり、支離滅裂な思考や短期記憶の障害、睡眠覚醒周期の乱れや知覚障害を伴います。原因は通常、感染症、薬剤の副作用、脱水その他の急性期の症状です。

※ 早急に専門医に紹介する必要があります。

① 人の名前、出来事などを思い出せないといったことは、どの年齢層の人にもあって、特に問題はありません。しかし、認知症の初期の変化に気づくのは難しく、後になってから「あれが認知症の始まりだった。」と思い起こすことが多いのが実情です。

② 認知症の初めの時期、多くの家族は対象者の認知能力の変化を認めがらなかったり、気がつかないことがあります。そのため、生活に支障をきたす状況になって初めて、家族は認知障害に向き合うことになります。

この時期には、専門医の診察を受けるための紹介手続き、具体的な対応方法を示すことが重要になります。

③ まずは、以下を把握します。

認知障害の程度や原因を決定することまでは、ケアマネジャーやケアスタッフが

できることではありません。

ア 認知障害があるか。

イ それはいつ頃からなのか。

ウ 日常生活のどのようなところに支障がでてきているのか。

- ④ 認知障害を把握した場合は、まず、原因を把握するために専門医の診察を受けたかを確認します。

ア 認知障害が長期（何カ月、何年）にわたり安定、あるいは徐々に進行している場合でも、最近診察を受けたか確認する。

イ 受けていなければ、悪化を防いだり、改善可能なこと（薬剤量の変更など）を把握するため、受診を勧めます。

### （3）認知障害対応の指針

#### 障害の確認

認知障害があれば、以下を順に確認します。

- ① せん妄ではないか確認し、せん妄の可能性が高い場合は専門医の受診を勧めます。
- ア 普段と比べて急激な精神状態の変化・変動、異常な行動があったか。
- イ すぐ気が散るなど集中力の問題があったか。
- ウ とりとめのない話をするがあったか。
- エ ぼーっとしている、うつらうつらしている、過敏になっている、など意識に問題があったか。
- オ 失見当識があったか。自宅以外にいると思っている、時間や曜日を間違える、などの混乱があったか。
- カ 最近のことを思い出せなかったり、言われたことを覚えられない、などの記憶障害があったか。
- キ 実際にはないものが、いたり動いていると思う、などの幻覚か錯覚、思い違いがあったか。
- ク 落ち着きがない、何かをつかむ、指を鳴らす、急に動く、などの異常に活発な状態や、のろのろしている、一点を見続けている、ずっと同じ姿勢でいる、などの異常に緩慢な状態があったか。
- ケ 昼間眠りすぎて夜間不眠症になるなどの睡眠リズムの障害があったか。
- ② せん妄ではないと判断した場合、最近、認知障害について医師の診察を受けているかどうか確認します。受けていなければ、専門医の受診を勧め、その必要性を説明します。
- ③ 認知障害による生活上の支障や危険性・可能性の把握し、本人や家族の負担を減

らすようなケアサービスを検討して対応します。

ア 認知障害が影響しているADLなどについて把握します。表6

イ 「電話をかけること」など、もっと上手く行いたいと思っている活動を特定し、その方法を検討します。(短縮ダイヤルにする、よくかける電話番号を大きな字で書いて電話機のそばに貼っておくなど。)

ウ 利用者の動作・活動をできるだけ改善することと、介護者の身体的・精神的負担を軽くする方法を検討し対応します。

### ～認知症の基礎知識～

#### 1 中心となる症状

認知症の症状は中心となる症状と、それに伴って起こる周辺の症状に分けられます。

中心となる症状とは「記憶障害」や「判断力の低下」などで、必ずみられる症状です。

- (1) 記憶障害：直近のことを忘れてしまう。同じことを繰り返す。
- (2) 見当識障害：今がいつなのか、ここはどこなのか、わからなくなる状態。
- (3) 知能（理解・判断）障害：寒くても薄着のまま外に出る。真夏でもセーターを着ている。考えるスピードが遅くなる。失行・失認・失語
- (4) 実行機能障害：段取りが立てられない。調理の動は出来ても食べるための調理ができない。失敗したとわかっていても修正できない。

#### 2 周辺症状

周辺の症状は人によって差があり、怒りっぽくなったり、不安になったり、異常な行動がみられたりすることがあります。

##### (1) 妄想

しまい忘れたり、置き忘れたりした財布や通帳を誰かが盗んだ、自分に嫌がらせをするために隠したという「もの盗られ妄想」の形をとることが多い。このような妄想は、最も身近な家族が対象になることが多い。この他に「嫁がごはんに毒を入れている」という被害妄想や、「主人の所に女が来ている」といった嫉妬妄想などということもあります。

##### (2) 幻覚

認知症では幻聴よりも幻視が多い。「ほら、そこに子供たちが来ているじゃないか。」「今、男の人たちが何人か入ってきたのよ」などといったことがしばしば見られることもあります。

(3) 不安

自分がアルツハイマー病であるという完全な病識を持つことはないが、今までできたことができなくなる、今までよりもの忘れがひどくなってきているという病感があることは珍しくなく、不安や焦燥などの症状が出現します。また、不安や焦燥に対して防衛的な反応として妄想がみられることもあります。

(4) 依存

不安や焦燥のために、逆に依存的な傾向が強まることがあります。一時間でも一人になると落ち着かなくなり、常に家族の後ろをついて回るといった行動があらわれることがあります。

(5) 徘徊

認知症の初期には、新たに通い始めた所への道順を覚えられない程度ですが、認知症の進行に伴い、自分の家への道など熟知しているはずの場所で迷い、行方不明になったりします。重症になると、全く無目的であったり、常同的な歩行としか思えない徘徊が多くなります。アルツハイマー病に多く、脳血管障害による認知症では多くはありません。

(6) 攻撃的行動

特に、行動を注意・制止する時や、着衣や入浴の介助の際におきやすい。型にはめようとすることで不満が爆発するということが少なくない。また、幻覚や妄想から二次的に生じる場合もあります。

(7) 睡眠障害

認知症の進行とともに、夜間の不眠、日中のうたた寝が増加する傾向にあります。

(8) 介護への抵抗

理由はわかりませんが、認知症の高齢者の多くは入浴を嫌がるようになります。「明日はいる」「風邪をひいている」などと口実をつけ、介護に抵抗したり、衣服の着脱が苦手であること、浴室の床でころぶかもしれないことなど、運動機能や条件反射が鈍くなっているための不安、水への潜在的な恐怖感などから生じると考えられます。

(9) 異食・過食

食事をしても「お腹がすいた」と訴える過食がみられたり、食べられないものを口に入れる、異食がみられることがあります。口に入れるのは、ティッシュペーパー、石けん、アイスノンの中身までさまざまです。

(10) 抑うつ状態

意欲の低下（何もしたくなくなる）や、思考の障害（思考が遅くなる）といった、うつ病と似た症状があらわれることがあります。うつ病では、「気分や感情の障害（悲しさや寂しさ、自責感といったもの）を訴えることがあるが、認知症では訴えることは少ないです。

## ～統合失調症～

- A 以下のうち2つ（またはそれ以上）、おのおのは1ヶ月の期間ほとんどいつも存在。  
①妄想 ②幻覚 ③まとまりのない会話 ④ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動 ⑤陰性症状（感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如）
- B 障害の始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で1つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している。
- C 障害の持続的な徴候が少なくとも6ヶ月間存在する。
- D うつ病または躁病の合併がない。
- E 物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。
- F 自閉性障害や他の広汎性発達障害の既往歴があれば、統合失調症の追加診断は、顕著な幻覚や妄想が少なくとも1ヶ月存在する場合にのみ与えられる。

### （陽性症状）

幻聴や妄想、滅裂思考、緊張病症状、奇異な行動など、一見して異常と分かる派手な症状。

### （陰性症状）

感情鈍麻や無気力、自発性の低下、自閉など、精神機能の減退を反映する症状。

## ～躁病～

- A 発症は急激で4～10日位で多弁、多動になり、睡眠時間も短縮し、遅くまで働き、朝早く目覚めて動き回る。
- B 気分は爽快で自信にあふれ、つぎからつぎへと考えが浮かんでくる（観念奔逸）。しかし、着想は単なる思いつきのことが多く、しかも途中でまた新しいことに手を出すため中途半端で終わってしまう。
- C 高価なものをたくさん買いこんで家計に破綻をきたすこともある。
- D 人によっては不機嫌で興奮しやすく、刺激的で怒りっぽく乱暴をすることもある。
- E 妄想が出現することもあるが内容は誇大的で超能力者、大学者、発明家であったりする。

## ～うつ病～

- A 発病は緩徐で2～4週間かけて進み、次第に元気がなくなり抑うつ、悲哀感に包まれる。
- B 思考は抑制され、興味関心が失われ活力が感じられなくなる。行動抑制も顕著で意欲

も失われる。

C 一般的にはつぎのような症状が見られる。

① 集中力と注意力の減退 ② 自己評価と自信の低下 ③ 罪責感と無価値感 ④ 将来に対する希望のない悲観的な見方 ⑤ 自傷あるいは自殺の観念や行為 ⑥ 睡眠障害 ⑦ 食欲低下

D なかには焦燥感がきわめて強く、希死念慮で片時も目の離せない「激越うつ病」と呼ばれるものもある。

## ～人格障害～

### (人格障害の種類)

人格障害には3つのグループ10種類に分けられています。

クラスターA、B、Cという風にグループ分けられます。

その特徴は、

A 遺伝的に分裂病気質を持っていることが多く、自閉的で妄想を持ちやすく、奇妙で風変わりな傾向があり、対人関係がうまくいかないことがあります。ストレスが重大に関係することは少ないですが、対人関係のストレスには影響を受けます。

このグループに含まれるのは「妄想性人格障害」「分裂病質人格障害」「分裂病型人格障害」の3つです。

B 感情的な混乱の激しい人格障害です。演劇的で、情緒的で、うつり気に見えることが多いです。ストレスにかなり弱い傾向があります。

このグループに含まれるのは「反社会性人格障害」「境界性人格障害」「演技性人格障害」「自己愛性人格障害」の4つです。

C 不安や恐怖感が非常に強い人格障害です。まわりに対する評価や視線などが非常にストレスになる傾向があります。

このグループに含まれるのは「回避性人格障害」「依存性人格障害」「強迫性人格障害」の3つです。

### (全般的診断基準)

上にあげた人格障害には、それぞれに診断基準というものが存在しますが、これらの各類型ごとの診断基準にくわえて「全般的診断基準」というものを満たさないと、人格障害があるとは言えません。

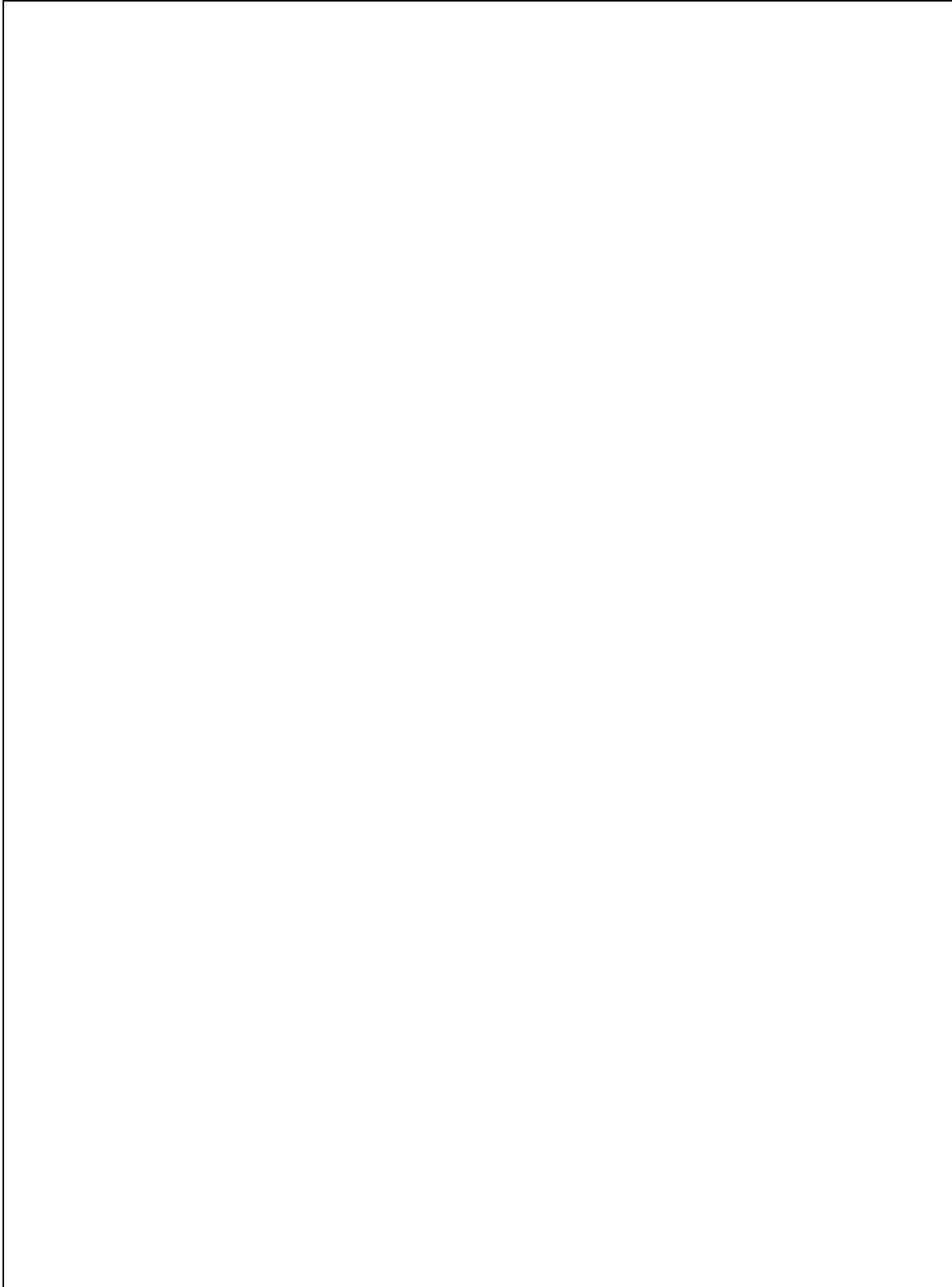
つまり、この人は人格障害があるな(全般的診断)と感じると、次にどんなタイプの人格障害だろう(類型ごとの診断基準)を見ていくのです。

全般的診断基準は以下の6項目からなります。

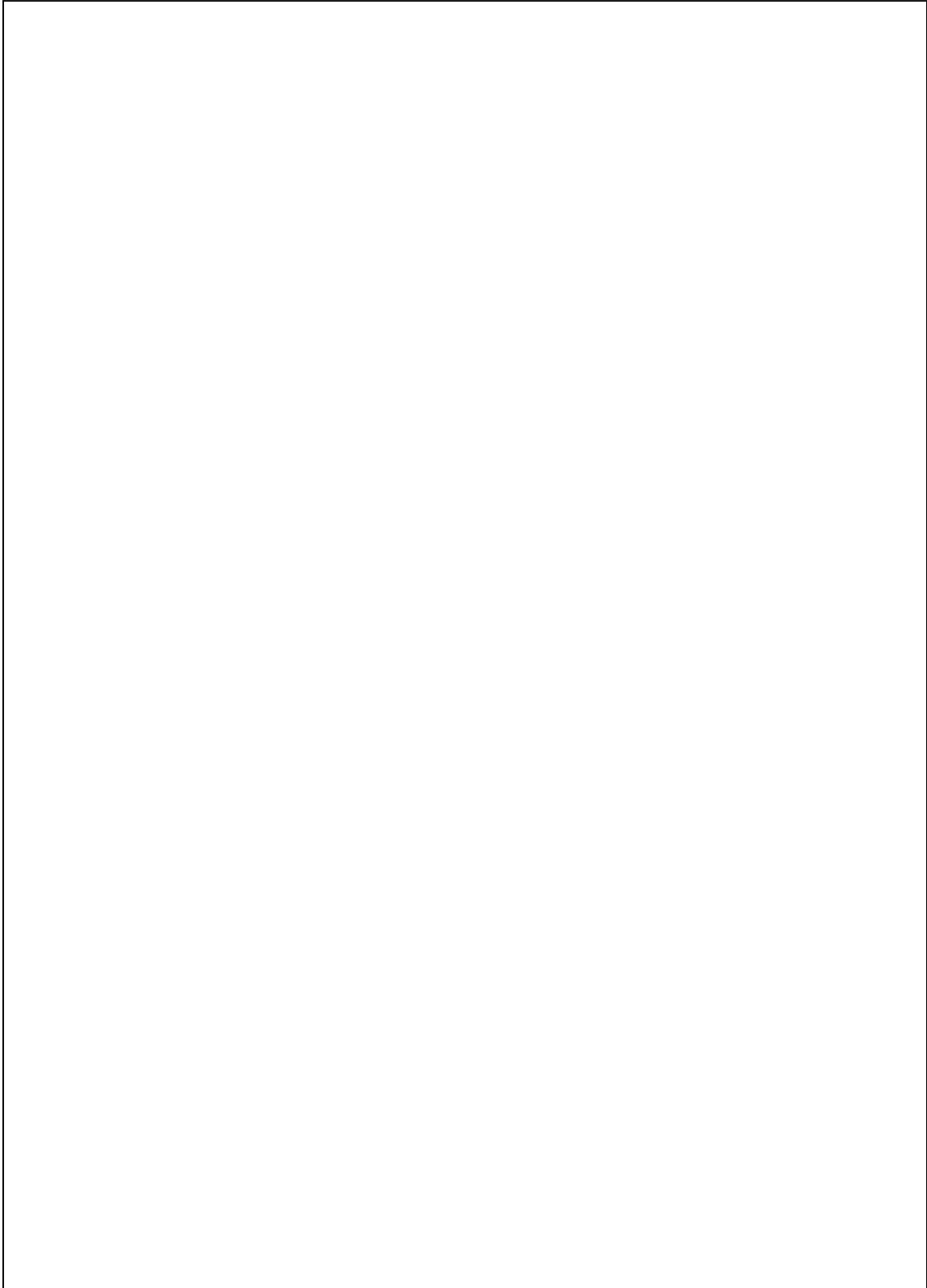
- A 次のうち二つ以上が障害されている。  
認知（自分や他人、出来事を理解し、考えたりすること）  
感情（感情の反応の広さ、強さ、不安定さ、適切さ）  
対人関係  
衝動のコントロール
- B その人格には柔軟性がなく、広範囲に見られる。
- C その人格によって自分が悩むか社会を悩ませている。
- D 小児期、青年期から長期間続いている
- E 精神疾患（精神分裂症、感情障害など）の症状でもない。
- F 薬物や一般的身体疾患（脳器質性障害）によるものではない。

## 2 セルフネグレクトへの対応指針

### (1) 加害者が自分の場合の対応



(2) 加害者が他者の場合の対応



## 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（抜粋）

### （目的）

第一条 この法律は、高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ、高齢者虐待の防止等に関する国等の責務、高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援のための措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

### （国及び地方公共団体の責務等）

2 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう、これらの職務に携わる専門的な人材の確保及び資質の向上を図るため、関係機関の職員の研修等必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

### （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。

### （養護者による高齢者虐待に係る通報等）

3 刑法の秘密漏示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）

第九条 市町村は、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、当該市町村と連携協力する者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、通報又は届出があつた場合には、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が図られるよう、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に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に措置を講じ、又は、適切に審判の請求をするものとする。

(居室の確保)

第十条 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。

(立入調査)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の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るときは、介護保険法の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

2 前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(警察署長に対する援助要請等)

第十二条 市町村長は、前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとする場合において、これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは、当該高齢者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。

2 市町村長は、高齢者の生命又は身体の安全の確保に万全を期する観点から、必要に応じ適切に、前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。

3 警察署長は、第一項の規定による援助の求めを受けた場合において、高齢者の生命又は身体の安全を確保するため必要と認めるときは、速やかに、所属の警察官に、同項の職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法その他の法令の定めるところによる措置を講じさせるよう努めなければならない。

(養護者の支援)

第十四条 市町村は、第六条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。

(専門的に従事する職員の確保)

第十五条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するために、これらの事務に専門的に従事する職員を確保するよう努めなければならない。

(連携協力体制)

第十六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法に規定する老人介護支援センター、介護保険法項の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

(事務の委託)

第十七条 市町村は、高齢者虐待対応協力者のうち適当と認められるものに、相談、指導及び助言、通報又は届出の受理、高齢者の安全の確認その他通報又は届出に係る事実の確認のための措置並びに養護者の負担の軽減のための措置に関する事務の全部又は一部を委託することができる。

2 前項の規定による委託を受けた高齢者虐待対応協力者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であった者は、正当な理由なしに、その委託を受けた事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

3 通報又は届出の受理に関する事務の委託を受けた高齢者虐待対応協力者が通報又は届出を受けた場合には、当該通報又は届出を受けた高齢者虐待対応協力者又はその役員若しくは職員は、その職務上知り得た事項であっ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。

(財産上の不当取引による被害の防止等)

第二十七条 市町村は、養護者、高齢者の親族又は養介護施設従事者等以外の者が不当に財産上の利益を得る目的で高齢者を行う取引による高齢者の被害について、相談に応じ、若しくは消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関を紹介し、又は高齢者虐待対応協力者に、財産上の不当取引による高齢者の被害に係る相談若しくは関係機関の紹介の実施を委託するものとする。

2 市町村長は、財産上の不当取引の被害を受け、又は受けるおそれのある高齢者について、適切に、老人福祉法第三十二条の規定により審判の請求をするものとする。

(成年後見制度の利用促進)

第二十八条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の

保護並びに財産上の不当取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

## 地域包括支援センター

### 地域包括支援センター運営の基本方針

#### 1 地域包括支援センター設置の目的

- (1) 高齢者が、住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにするためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から高齢者の状態に応じた介護サービスや医療サービスまで、様々なサービスを、高齢者の状態の変化に応じ切れ目なく提供することが必要となる。
- (2) このため、地域の高齢者の心身の健康の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行う中核機関として、地域包括支援センターを設置する。

#### 2 地域包括支援センターの基本機能

- (1) 地域包括支援センターは次の基本機能を担うものとする。
  - ① 介護予防事業及び改正後の介護保険法に基づく新たな予防給付（以下「新予防給付」という。）に関する介護予防ケアマネジメント業務
  - ② 多様なネットワークを活用した地域の高齢者の実態把握や虐待への対応などを含む総合的な相談支援業務及び権利擁護業務
  - ③ 高齢者の状態の変化に対応した長期継続的なケアマネジメントの後方支援を行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

#### 3 運営に当たっての留意事項

##### (1) チームアプローチによる運営

地域包括支援センターの業務は、上記①については保健師等、②については社会福祉士等、③については主任ケアマネジャー等が主として担当することになるが、いずれの業務についても、主たる担当職種のみで行うのではなく、各職種が地土或包括支援センターの業務全体を十分に理解し、相互に連携・協働しながら、チームとして実施できるよう、情報の共有や業務の実施体制に特に配慮するものとする。

### 総合相談支援及び権利擁護業務の内容と流れ

#### 1 基本的な視点

- (1) 総合相談・支援及び権利擁護の業務（以下「総合相談支援等業務」という。）は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことが

できるようにするために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うものである。

- (2) 本業務は、社会福祉士が中心となって実施することとなるが、地域包括支援センターの他の職種をはじめ、地域の関係機関等との連携にも留意しなければならない。

## 2 業務内容

### (1) 地域におけるネットワーク構築業務

- ① 効率的・効果的に実態把握業務を行い、支援を必要とする高齢者を見出し、総合相談につなげるとともに、適切な支援、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図る。そのため、サービス提供機関や専門相談機関等のマップの作成等により活用可能な機関、団体等の把握などを行う。地域に必要な社会資源がない場合は、その開発に取り組む。
- ② 地域の様々なニーズに応じ、これらのネットワークを有効活用していくこととなるが、特に、高齢者の虐待防止については、「高齢者虐待防止ネットワーク」を早急に構築することが必要である。

### (2) 実態把握業務

- ① 総合相談支援業務を適切に行う前提として、(1)のネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者の心身の状況や家族の状況等についての実態把握を行う。

### (3) 総合相談業務

総合相談業務として、次の業務を行う。

- ① 初期段階での相談対応
  - ア 本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的又は緊急の対応が必要かどうかを判断する。
  - イ 適切な情報提供を行えば相談者自身により解決が可能と判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。
- ② 継続的・専門的な相談支援
  - ア 初期段階の相談対応で、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、当事者への訪問、当事者に関わる様々な関係者からのより詳細な情報収集を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別の支援計画を策定する。
  - イ 支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、当事者や当該関係機関から、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

### (4) 権利擁護業務

実態把握や総合相談の過程で、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場

合には、次のような諸制度を活用する。

① 成年後見制度の活用

高齢者の判断能力の状況等を把握し、成年後見制度の利用が必要なケースであれば、以下の業務を行う。

ア 高齢者に親族がいる場合には、当該親族に成年後見制度を説明し、親族からの申立てが行われるよう支援する。

イ 申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげる。

② 成年後見制度の円滑な利用

ア 市町村や地方法務局と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。

イ 鑑定又は診断書の作成手続きに速やかに取り組めるよう、地域の医療機関との連携を確保する。

ウ 高齢者にとって適切な成年後見人を選任できるよう、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等を、高齢者又はその親族に対して紹介する。なお、地域包括支援センターの業務として、担当職員自身が成年後見人となることは想定していない。

③ 老人福祉施設等への措置

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求める。また、措置入所後も当該高齢者の状況を把握し、できる限り速やかに、成年後見制度の利用など必要なサービス等の利用を支援する。

④ 虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとる。

⑤ 困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、他の職種と連携し、地域包括支援センター全体で対応を検討する。

⑥ 消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費生活センター（又は市町村の消費者行政担当部局）と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に情報提供を行う。

## 地域包括支援センター3職種の責務（地域包括支援センター業務マニュアル）

### 1 保健師 『介護予防ケアマネジメント』

- (1) 予防ケアマネジメントの実施

### 2 主任ケアマネジャー 『包括的・継続的ケアマネジメント支援』

- (1) ケアマネジャーの相談窓口設置
  - ① ケアプラン作成技術指導の相談・助言
  - ② 支援困難事例等への指導・助言
- (2) ケアマネジメントのネットワークづくり
  - ① ケアマネジャーのネットワーク化実践及び指導・助言
  - ② 医療との連携実践
  - ③ 専門職との連携実践
  - ④ サービス事業所との連携実践
  - ⑤ ボランティア等との連携実践
  - ⑥ その他関係機関との連携実践
  - ⑦ 総合的な連携実践

### 3 社会福祉士 『総合相談・支援』『権利擁護』

- (1) 地域の総合的な福祉相談窓口設置
- (2) 地域生活支援のための関係者ネットワーク化実践
- (3) ネットワークを通じた高齢者の心身状況や家庭環境等の実態把握
- (4) 高齢者虐待・権利侵害への対応
  - ① 成年後見制度の活用
    - ア 利用アドバイス
    - イ 市町村長申立
    - ウ 成年後見推薦団体との調整・紹介
  - ② 老人福祉施設等への措置
  - ③ 虐待への対応
  - ④ 対応拒否者等への対応
  - ⑤ 立ち入り調査
  - ⑥ 加害養護者への対応
  - ⑦ 消費者被害への対応

## やむを得ない事由による措置

### 「やむを得ない事由による措置」

介護保険により介護サービスの提供の仕組みが措置から契約に変更となりました。しかし、高齢者虐待への対応など、適切な公的サービスが提供される必要がある場合があります。老人福祉法に規定されている「やむを得ない事由による措置」は、そういった状況に対応するために設けられました。

サービス利用契約を結ぶ能力のない認知症の方の権利擁護を図るためには、区市町村がその方の状況を適切に見極め、措置を適用していくことが求められます。

やむを得ない事由による措置とは、虐待等の理由により契約によって必要な介護サービスの提供を受けることが著しく困難な65歳以上の高齢者について、区市町村長が職権をもって介護サービスの利用に結びつけるものをいいます。(老人福祉法第10条の4、第11条)。

### 「やむを得ない事由」

- 1 本人が家族等の虐待又は無視を受けている場合、
- 2 認知症その他の理由により意思能力が乏しく、かつ、本人を代理する家族等がない場合
- 3 その他市町村長が必要と認める場合

やむを得ない事由による措置については、緊急の対応が必要となる場合が想定されることから、施設において措置を受け入れることにより、定員を超過する場合には、介護報酬において減算の適用除外を受けることが可能です。

なお、この規定は一時的なものであり、できるだけ速やかに超過の状態を解消するほか、措置後は成年後見制度の活用や家族支援等の必要な働きかけを続け、契約への切り替えを進めていく必要があります。

2011.03.03. 文責：小湊 純一。

# セルフネグレクトを定義する

宮城福祉オンブズネット「エール」 小 湊 純 一。

## セルフネグレクト(自分自身への虐待)

病気・障害による判断力の低下や不足により、自身の健康や安全を損なう行為をしてしまうこと。(自分で自分を守れない、構うことができない。) また、その行為が他人に迷惑をかけてしまう状態。

2012.03.09. 宮城福祉オンブズネット「エール」

※ 精神的に健全で正常な判断力を有する者が、行為の結果を分かっただけで自身の健康や安全を損なう行為をすることはセルフネグレクトではない。

## セルフネグレクト 判断と対応の指針

### 1 精神的に健全でなく、正常な判断ができない状態かどうかを評価する

#### (1) 要因

- ① 精神疾患
  - ア 統合失調症
  - イ うつ病
  - ウ 依存症（アルコール，薬物等）
  - エ 人格障害等
- ② 認知障害
  - ア 血管性認知症
  - イ 変性性認知症
    - ・アルツハイマー型認知症
    - ・前頭側頭型認知症
    - ・レビー小体病，その他
- ③ 軽度の知的障害

### 2 自身の健康や安全を損なう行為かどうか評価する

#### (1) 不健康

- ① 治療が必要であっても受診しない。
- ② 介護が必要であっても介護を受けない。
- ③ 食事，水分を摂らない。

#### (2) 不衛生

- ① 身体
  - ア 風呂に入らない。
  - イ 散髪しない。髭を剃らない。
  - ウ 汚れた服を着ている。着替えない。
  - エ 悪くなったものを食べている。
  - オ 極度な無関心
- ② 環境
  - ア 使った食器，ゴミ，残飯等を放置している。
  - イ 自分や猫等の汚物の始末ができない。

- ウ 害虫，ネズミ等が発生している。
- エ 寒暖のコントロールができていない。
- オ ライフラインが途絶えている。
- カ ゴミ等，不要なものを捨てずに大量に放置している。

### (3) 孤立

- ① 近隣，親戚，支援者等との関わりを拒む。
- ② 閉じこもる。

## 3 他人に迷惑をかけてしまう行為かどうかを評価する

- (1) 腐敗物による異臭・悪臭
- (2) ゴミの放置による火災の危険
- (3) その他，他人に迷惑をかけてしまう行為

## 4 判断能力を評価する（正常な判断ができないという判断）

### (1) 認知，知能等の状態

- ① 記憶（短期・長期）障害
- ② 実行機能障害
- ③ 見当識障害
- ④ 計算力障害
- ⑤ 判断力障害
- ⑥ 注意力障害
- ⑦ 抑うつ状態
- ⑧ 問題解決能力障害
- ⑨ コミュニケーション能力（運動性失語）
- ⑩ 障害の時期

### (2) 精神の状態

- ① うつ
  - ・ 集中力と注意力の減退
  - ・ 自己評価と自信の低下
  - ・ 罪責感と無価値感

- ・将来に対する希望のない悲観的な見方
  - ・自傷あるいは自殺の観念や行為
  - ・睡眠障害
  - ・食欲低下
- ② 統合失調
- ・幻覚（幻聴）
  - ・妄想
  - ・思考障害（滅裂思考など）
  - ・著しく奇異な行為
  - ・感情の鈍麻、平板化
  - ・意欲の喪失
  - ・注意の障害
  - ・思考の貧困
  - ・爽快感の消失
  - ・非社交性
- ③ 人格
- ・認知（自分や他人、出来事を理解し、考えたりすること）に問題がある。
  - ・感情（感情の反応の広さ、強さ、不安定さ、適切さ）に問題がある。
  - ・対人関係に問題がある。
  - ・衝動のコントロールに問題がある。
  - ・人格には柔軟性がなく、広範囲に見られる。
  - ・人格によって自分が悩むか社会を悩ませている。
  - ・小児期、青年期から長期間続いている。
  - ・精神疾患（精神分裂業、感情障害など）の症状でもない。
  - ・薬物や一般的身体疾患（脳器質性障害）によるものではない。
- ④ 依存
- ・アルコール依存
  - ・薬物依存
  - ・その他の依存
- ⑤ 障害の時期

### （3）知的能力の状態

- ① 療育手帳（A, B），IQ等
- ② 生活歴
- ③ 生活能力，その他

## 5 セルフネグレクトかどうかを判断する

障害による判断力の評価と時期等の関連性を探り、セルフネグレクトなのかどうかを判断します。

## 6 今後の危険性を予測する

セルフネグレクトの状況を整理し、今後の危険性の判断と支援の方向性を決めます。

## 7 介入の判断をする

- (1) セルフネグレクトの事実があり、緊急性・切迫性がある。
- (2) セルフネグレクトの事実があり、緊急性・切迫性は低いですが、悪化の危険性がある。

行政が、『住民を守る』という責任と使命感を持って対応します。

## 宮城福祉オンブズネット「エール」の活動理念

施設・在宅に関わらず、宮城県内の高齢者・障がい児者の不利益を排除し、事件・事故の原因を究明し、幸せな生活を送ることができるように応援します。

宮城県内の高齢者・障がい児者を支える家族や職員の権利を守り、応援します。

**「エール」の相談受付対象者は、  
宮城県内の高齢者、障がい児者、及びその家族・職員です。**

### 活動方針

- 1 対象者の権利侵害について、電話で相談を受け付けます。対象者の権利侵害については、面接・調査・介入・法的手段での対応を含めて解決します。**(問題解決機能)**
- 2 事件・事故を防止するだけでなく、より良い福祉サービスを目指します。福祉サービス倫理と、事業者及び職員の行動規範を確立し公表します。この倫理と規範を「コンプライアンスルール」といいます。福祉コンプライアンスルール策定を支援し、権利侵害の予防、早期発見、問題解決及び、良質の福祉サービスを提案します。**(権利侵害予防機能)**
- 3 福祉行政や公的相談機関が機能しない場合に指摘し、解決の提案をします。**(オンブズマン機能)**
- 4 問題解決のためのネットワークをもち、相談に応じて連携して解決します。**(ネットワーク機能)**

## 「エール」の行動規範

高齢者・障がい児者の権利を守るため、以下の行動規範を定めます。

キーワード ①目的の正当性 ②手段の相当性 ③適正な手続き

- 1 役割・立場をわきまえて行動します
- 2 正当な目的を持って行動します
- 3 法令を遵守して行動します
- 4 手続きのルールに基づいて行動します
- 5 客観性と判断の根拠を持って行動します
- 6 リスクとその対応策を持って行動します
- 7 自己のモニタリングと評価の仕組みを持って行動します

その他

### 緊急介入の定義

緊急介入とは、緊急性が非常に高いため、「エール」の行動規範の手続きを満たさないで介入せざるを得ない場合をいう。

- ① 生命が奪われる恐れがある時
- ② 身体が傷つけられている、もしくは傷つけられる恐れがある時
- ③ 名誉・プライバシーが侵害されている、もしくは侵害される恐れがある時
- ④ 自由が奪われている時・もしくは奪われる恐れのある時
- ⑤ 財産が奪われている時・もしくは奪われる恐れのある時

### 相談者との契約

「エール」は、相談者からの依頼があったことを明らかにした上で行動します。

特定非営利活動法人

## **宮城福祉オンブズネット「エール」**

〒980-0812

宮城県仙台市青葉区大町二丁目 3-12 大町マンション 301 号

TEL : 022-722-7225 FAX : 022-722-7199

E-mail : lastword@alto.ocn.ne.jp

URL : <http://www7.ocn.ne.jp/~lastword/>

平日 : 10:00~15:00 (土・日・祝祭日は除く)

お問い合わせ : 電話 / FAX / Eメール / 手紙