

介 護 保 険 施 設 等
実 地 指 導 マ ニ ュ ア ル

平成 2 2 年 3 月改訂版

介護保険施設等実地指導マニュアル

<目次>

はじめに

第1 指導監督の仕組み	1
第2 指導マニュアル	21
総論	23
運営指導マニュアル	33
1 運営指導の概要	35
2 運営指導Ⅰ (利用者の生活実態の確認)	39
3 運営指導Ⅱ (サービスの質に関する確認)	49
報酬請求指導マニュアル	103
○ 報酬請求指導マニュアル	105
第3 参考資料	113
1 ケアマネジメント導入の趣旨	115
2 高齢者虐待防止法の施行	119
3 身体拘束廃止の推進	131
4 認知症ケアの基本	145
5 地域密着型サービスについて	159

はじめに

社会全体で老後の安心を支える制度として、平成 12 年に創設された介護保険制度はまもなく 10 年を経過しようとしています。今後も高齢化が急速に進展し、認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加等が見込まれる中で、持続可能な制度としていくことが求められています。

介護保険における施設・事業所に対する指導監督は、適正な制度運用を確保する観点から極めて重要であり、その実施にあたっては、適切な事実確認を行った上で、統一された考え方に基づいて行われることが不可欠です。

最近、社会保障審議会等の公的な場等において、自治事務として自治体が行っている指導監督に少なからず、ばらつきや格差があると指摘され、標準化に向けた取り組みが求められています。

今回、標準化方策の一環として、より適正な指導監督業務に資する観点から、19 年 2 月にお示した「介護保険施設等実地指導マニュアル」について、その充実を目的とした改訂を行うこととしたものです。

介護保険は介護等が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することを基本理念としています。

特に、17 年の法改正により、高齢者の「尊厳の保持」が強く打ち出され、尊厳あるその人らしい生活を支援する新たな仕組みや、介護報酬においても一連のケアマネジメントプロセスをベースとした加算制度が多く導入され、それらが適切に介護保険サービスとして実施されることが求められました。

また、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成 17 年 11 月 9 日法律第 124 号）の成立を踏まえ、在宅や施設における高齢者への不適切な取り扱いによる虐待の防止についても十分に配慮するように求められ、改訂前のマニュアルは、こうした趣旨等を踏まえて、自治体の業務の参考として策定されていました。

しかし、自治体から現行のマニュアルは、地域密着型サービスの実地指導にそのまま適用できないとの指摘がなされたことを受け、グループホームや小規模多機能型居宅介護などの指導に関し、必要な認知症ケアにかかる共同生活の重要性や地域連携の視点を加えるなどの改訂を行っています。

このマニュアルの改訂に当たっては、現場の実情も反映させるため、現在、指導監督業務に携わっている都道府県や市の職員にもご参画いただき、「介護保険施設等における運営指導に関する意見交換会」の中でも検討し、貴重なご意見も取り入れています。

このマニュアルの本旨は、行政の支援方策として、指導監督担当職員が実地指導の際に、どのような方法で行ったらよいのかという見地から、業務遂行の一助となるよう、参考としてお示しするものです。

今後とも、介護保険制度において、真の意味で利用者の尊厳を守りつつ事業者支援のための行政指導が実現するかどうかは、地方自治体の指導にかかっていると云っても過言ではありません。

この実地指導マニュアル改訂版は、実地指導のための基本的な知識や、サービスの質の確保・向上につながる指導方法をまとめたものですので、今後の集団指導や各種研修の場を通じて、全ての介護サービスを提供する事業者等に対して、ケアマネジメントの重要性をはじめ、制度の趣旨目的や方向等についての理解の促進を図るため、幅広く活用されますことを期待します。

第 1 指導監督の仕組み

1 指導監督について

① 平成17年法改正により、指定及び監督等の事務について大幅に変更。

- ・ 新たに市町村が地域密着型サービス等の指定及び監督事務を実施
- ・ 市町村の介護サービス事業者等への立入権限の付与
- ・ 指定の欠格事由、指定の取消要件が追加
- ・ 指定の更新制の導入
- ・ 指導監督に関する勧告、改善命令等が追加

② サービスの質の確保と向上を担保する観点から、介護サービス事業者等に、介護サービス情報の報告を義務化。

③ 都道府県・市町村における指定事務、平成17年法改正後の監督規定に則した業務の適切な実施。

- ・ 適切な指定及び管理が行われる事務執行体制の確立
- ・ 指導・監査指針の改正に伴う、機動的な監督体制の確保
- ・ 不正請求の防止や悪質な運営基準違反を重点とした監督体制の強化

④ 高齢者虐待防止法が平成18年4月に施行されたことを踏まえ、介護サービス事業所等の業務に従事する者に対しても、高齢者への身体的、心理的、経済的等の虐待防止について適切な対応に向けた指導が不可欠。

⑤ 指導と監査の明確な区分

「介護保険施設等の指導監督について」

(平成18年10月23日付け 老健局長通知)の発出
「介護保険施設等指導指針」「介護保険施設等監査指針」の改正

<改正前>

- 第4章（保険給付）第23条、第24条により実地に行政指導を実施。
その際、不正又は著しい不当等が疑われる場合は、第5章事務規定（事業者及び施設）に基づき行政処分につながる監査に切り替える方法で実施。

<改正後>

- 第4章（保険給付）第23条、24条による行政指導を実施
介護サービス事業者等の育成・支援を目的とした指導。
- 第5章第70条（介護支援専門員並びに事業者及び施設）以降の各条文の規定に基づく監査。
利用者からの情報等に基づく介護保険法上の権限行使を適切に実施。

指導監督事務について、指導と監査を区分することにより

- 指導は制度管理の適正化とよりよいケアの実現
- 監査は不正請求や指定基準違反に対する機動的な実施

これにより適切な運営を行っている介護サービス事業者等を支援するとともに、介護保険給付の適正化に取り組む。

⑥ 「主眼事項・着眼点」の廃止

- ・ 項目に沿ったチェックと指摘型指導の原因となり形骸化。
17年法改正により指導監督事務が明確化されたこと等を踏まえ、「主眼事項・着眼点」は廃止。

⑦ 書面指導の廃止等

- ・ 取り組み実績が過少であり、当初の方針と異なり、集団指導、書面指導、実地指導との連続性が不十分なことから18年度からの指導・監査指針で廃止。
また、指導の実施回数の規定を設けず、各自治体において効率的かつ効果的に指導を実施。

2 指導関係について

① 集団指導

- 制度管理の適正化を図るため、介護サービス事業者等に対し、介護サービス種別、指導内容別など様々な実施方法を工夫して集団指導の強化・充実を図る。
- 制度理解に関する指導のほか、実地指導で把握された注意喚起が必要な事項や好事例等の紹介を行うなど、効果的な指導を行う。

(指導内容例)

- ・ 介護保険法の趣旨・目的の周知及び理解の促進
- ・ 指定・更新事務などの制度説明
- ・ 実地指導における指導結果の説明や介護サービスの質の向上に取り組んでいる好事例等の紹介
- ・ 非常災害対策、労働基準法令遵守、衛生管理等、事故防止対策などの周知
- ・ 介護報酬請求に係る過誤・不正防止の観点から適正な請求事務指導など

② 実地指導

- 介護サービス事業者の事業所において実地指導を実施。

国及び都道府県においては、法第24条「帳簿書類の提示等」、市町村においては、法第23条「文書の提示等」の規定により報告徴収を行うことができる。

- 政策上の重要課題である、「高齢者虐待防止」、「身体拘束廃止」等に基づく運営上の指導。
- 不適切な報酬請求防止のため、報酬請求上において、特に加算・減算について重点的に指導。

※ 著しい運営基準違反が認められ、利用者の生命等に危険がある場合、又は、報酬請求指導の際に不正が確認され、著しく悪質な請求と認められる場合には監査へ変更。

○ 実地指導の主な内容

運営指導

- ・ 高齢者虐待防止、身体拘束禁止等の観点から、虐待や身体拘束に係る行為及びそれらが与える影響についての理解、防止のための取り組みの促進について指導。
- ・ 利用者毎のニーズに応じたケアプランの作成からケアプランに基づくサービス提供、計画の見直しまでを含む一連のケアマネジメントプロセス（以下、「一連のケアマネジメントプロセス」という。）の重要性について理解を求めるためのヒアリングを行い、生活支援のためのアセスメントとケアプランの作成等が適切に行われ、個別ケアの推進について、「運営指導マニュアル」を用いて運営上の指導を実施。

報酬請求指導

各種加算等について、

- ・ 報酬基準に基づいた実施体制の確保
- ・ 一連のケアマネジメントプロセスに基づいたサービス提供
- ・ 多職種との協働によるサービス提供の実施 等

の基本的な考え方や基準に定められた算定条件に基づいた運営及び請求が適切に実施されているか、ヒアリングにより確認し、不適正な請求の防止とよりよいケアへの質の向上を目的とする指導を「報酬請求指導マニュアル」を用いて実施。

※ 各種加算等の報酬請求指導の実施に当たっては、別冊の自己点検シートを事前に事業者等に送付し、事業者等が自己点検を行うことにより、加算等に必要とされる報酬基準上の体制や実施内容が十分理解されるとともに、適切なサービスが確保されるよう指導。

◆ 監査

○ 「監査」は、入手した各種情報により人員、設備及び運営基準等の指定基準違反や不正請求が認められる場合、又はその疑いがあると認められる場合に実施。

- ・ 通報・苦情・相談等に基づく情報
- ・ 国保連、地域包括支援センター等へ寄せられる苦情
- ・ 国保連・保険者からの通報情報
- ・ 介護給付費適正化システムの分析から特異傾向を示す事業者
- ・ 介護サービス情報の公表制度に係る報告の拒否等に関する情報

・ 上記の情報等から指定基準違反や不正請求が認められる（疑いがある）場合には、関係市町村や関係機関とも十分な連携を図り、不適正な運営や介護報酬の不適正な支払を早期に停止させるための機動的な対応が不可欠。

○ 報告等

・ 介護サービス事業者等に対し、報告もしくは帳簿書類の提出等を命じ、又は事業所への立入検査を行うことができる。

※ 17年法改正で都道府県に指定権限がある介護サービス事業者についても、市町村にも「報告等」の監督権限が付与された。

「報告等」の規定による立入検査等において、改善勧告に至らない軽微な改善を要すると認められた事項については、文書によってその旨の通知を行うものとし、文書により改善状況の報告を求めるものとする。

○ 改善勧告（行政指導）

・ 介護サービス事業者等に対し、期限を定めて基準等を遵守すべきことを勧告することができる。（改善事項の報告徴収）

○ 改善命令（行政処分）

- ・ 改善勧告によっても正当な理由なく、勧告に係る措置をとらなかつたときは、期限を定めてその勧告に係る措置をとるべきことを命じることができる。

また、改善命令をした場合は、公示しなければならない。

○ 指定の効力の全部又は一部停止（行政処分）

サービス種類	全部又は一部停止の内容(例)
全サービス共通	新規利用者・入所者へのサービス提供に対する指定の効力の停止
通所・訪問サービス系	代替サービスを確保した上での一定期間に限った指定の効力の停止（全部停止）
居宅介護支援系	不適切なケアプランを作成しているケアマネジャーのみに対する指定の効力の停止

※ 現にサービス提供を受けている利用者について、指定の効力の停止により不利益を被ることとならないよう十分な配慮が必要。

○ 指定の取消し（行政処分）

- ・ 改善勧告・改善命令や指定の効力の停止の措置を行っても是正されない場合で、介護保険給付上、引き続き指定を行うことが制度上看過出来ない場合に行う。

※ 不正な手段により指定を受けたときや悪質な不正請求等の場合は、改善勧告、改善命令を経ずに、指定の効力の停止や指定取消処分を行うことも可。

[参考]

1 介護保険施設等の指導監督について

(平成十八年十月二十三日老発第一〇二三〇〇一号)

老発第1023001号
平成18年10月23日

都道府県知事
各 市町村長 殿
特別区区長

厚生労働省老健局長

介護保険施設等の指導監督について（通知）

介護保険法に基づく介護保険施設及び事業者に対する指導監督については、介護保険制度の健全かつ適正な運営の確保を図るため、法令等に基づく適正な事業実施に努めさせるとともに、別添1「介護保険施設等指導指針」及び別添2「介護保険施設等監査指針」を参考に指導監督に当たられるようお願いしたい。

なお、指定都市及び中核市は、老人福祉法上、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに対する指導監督の権限を有していることから、老人福祉法による権限行使に当たっては、特定施設入居者生活介護の指定を受けている養護老人ホーム及び指定介護老人福祉施設に対する都道府県の指導監督と十分な連携を図って実施に努められたい。

また、本通知による指導監督の実施に関しては、医療保険各法及び老人保健法に基づき地方社会保険事務局及び都道府県が行う指導監査の担当部署や、医療法に基づき都道府県、保健所設置市及び特別区が行う医療監視の担当部署とも連携の上、その円滑かつ効率的な実施に努められたい。

なお、平成12年5月12日老発第479号「介護保険施設等の指導監査について」は廃止する。

介護保険施設等指導指針

第1 目的

この指導指針は、市町村（特別区を含む。以下同じ。）が介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第23条の規定による居宅サービス等（居宅サービス（これに相当するサービスを含む。）、地域密着型サービス（これに相当するサービスを含む。）、居宅介護支援（これに相当するサービスを含む。）、施設サービス、介護予防サービス（これに相当するサービスを含む。）、地域密着型介護予防サービス（これに相当するサービスを含む。）若しくは介護予防支援（これに相当するサービスを含む。）をいう。以下同じ）を担当する者若しくは保険給付に係る法第45条第1項に規定する住宅改修を行う者又はこれらの者であった者（以下「居宅サービス実施者等」という。）に対して行う保険給付に関する文書の提出など及び厚生労働大臣又は都道府県知事が法第24条の規定による質問など及びそれに基づく措置として、居宅サービス等を行った者又はこれを使用する者に対して行う保険給付及び予防給付（以下「介護給付等」という。）に係る居宅サービス等（以下「介護給付等対象サービス」という。）の内容並びに介護給付等に係る費用（以下「介護報酬」という。）の請求に関する指導について、基本的事項を定めることにより、利用者の自立支援及び尊厳の保持を念頭において、介護保険施設及び事業者の支援を基本とし介護給付等対象サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図ることを目的とする。

第2 指導方針

指導は、居宅サービス実施者等、指定居宅サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者、指定地域密着型介護サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者、指定居宅介護支援事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者、指定介護老人福祉施設若しくは指定介護老人福祉施設の開設者若しくはその長その他の従業者、介護老人保健施設の開設者、介護老人保健施設の管理者若しくは医師その他の従業者、指定介護療養型医療施設若しくは指定介護療養型医療施設の開設者若しくは管理者、医師その他の従業者、指定介護予防サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者及び指定介護予防支援事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者（以下「サービス事業者等」という。）に対し「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月厚生省令第37号）、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（平成11年3月厚生省令第38号）、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月厚生省令第39号）、「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（平成11年3月厚生省令第40号）、「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月厚生省令第41号）、「指定地域密着型介護サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省令第35号）、「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密

着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省令第36号）、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省令第37号）、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年2月厚生省告示第19号）、「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年2月厚生省告示第20号）、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年2月厚生省告示第21号）、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年3月厚生労働省告示第126号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年3月厚生労働省告示第127号）、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年3月厚生労働省告示第128号）、「指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年3月厚生労働省告示第129号）、「厚生労働大臣が定める一単位の単価」（平成12年2月厚生省告示第22号）等に定める介護給付等対象サービスの取扱い、介護報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを方針とする。

第3 指導形態等

指導の形態は、次のとおりとする。

1 集団指導

集団指導は、都道府県又は市町村が指定、許可の権限を持つサービス事業者等に対し必要な指導の内容に応じ、一定の場所に集めて講習等の方法により行う。

都道府県が集団指導を実施した場合には、管内の保険者に対し、当日使用した資料を送付する等、その内容等について周知する。

また、市町村が集団指導を実施した場合には、都道府県に対し、当日使用した資料を送付する等、情報提供を行う。

2 実地指導

実地指導は、厚生労働省、都道府県又は市町村が次の形態により、指導の対象となるサービス事業者等の事業所において実地に行う。

(1) 都道府県又は市町村が単独で行うもの（以下「一般指導」という。）

(2) 厚生労働省及び都道府県又は市町村が合同で行うもの（以下「合同指導」という。）

第4 指導対象の選定

指導は全てのサービス事業者等を対象とするが、重点的かつ効率的な指導を行う観点から、選定については一定の計画に基づいて実施する。

(1) 集団指導の選定基準

集団指導の選定については、介護給付等対象サービスの取扱い、介護報酬請求の内容、制度改正内容及び過去の指導事例等に基づく指導内容に応じて選定する。

(2) 実地指導の選定基準

ア 一般指導

(ア) 一般指導は、毎年度、国の示す指導重点事項に基づき、都道府県及び市町村がサ

サービス事業者等を選定する。

(イ) その他、都道府県及び市町村が特に一般指導を要すると認めるサービス事業者等を対象に実施する。

イ 合同指導

合同指導は、一般指導の対象としたサービス事業者等の中から選定する。

(3) 都道府県及び市町村との連携

都道府県及び市町村は互いに連携を図り、必要な情報交換を行うことで適切な集団指導及び実地指導の実施に努めるものとする。

第5 指導方法等

1 集団指導

(1) 指導通知

都道府県及び市町村は、指導対象となるサービス事業者等を決定したときは、あらかじめ集団指導の日時、場所、出席者、指導内容等を文書により当該サービス事業者等に通知する。

(2) 指導方法

集団指導は、介護給付等対象サービスの取扱い、介護報酬請求の内容、制度改正内容及び過去の指導事例等について講習等の方式で行う。

なお、集団指導に欠席したサービス事業者等には、当日使用した必要書類を送付する等、必要な情報提供に努めるものとする。

2 実地指導

(1) 指導通知

都道府県及び市町村は、指導対象となるサービス事業者等を決定したときは、あらかじめ次に掲げる事項を文書により当該サービス事業者等に通知する。

- ① 実地指導の根拠規定及び目的
- ② 実地指導の日時及び場所
- ③ 指導担当者
- ④ 出席者
- ⑤ 準備すべき書類等

(2) 指導方法

実地指導は、別に定める実地指導に関するマニュアルに基づき、関係者から関係書類等を基に説明を求め面談方式で行う。

(3) 指導結果の通知等

実地指導の結果、改善を要すると認められた事項及び介護報酬について過誤による調整を要すると認められた場合には、後日文書によってその旨の通知を行うものとする。

(4) 報告書の提出

都道府県又は市町村は、当該サービス事業者等に対して、文書で通知した事項について、文書により報告を求めるものとする。

第6 監査への変更

実地指導中に以下に該当する状況を確認した場合は、実地指導を中止し、直ちに「介護保険施設等監査指針」に定めるところにより監査を行うことができる。

- (1) 著しい運営基準違反が確認され、利用者及び入所者等の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあると判断した場合
- (2) 報酬請求に誤りが確認され、その内容が、著しく不正な請求と認められる場合

介護保険施設等監査指針

第1 目的

この監査指針は、都道府県知事又は市町村長（特別区にあつては、区長。以下同じ。）が、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第76条、第76条の2、第77条、第78条の7、第78条の9、第78条の10、第83条、第83条の2、第84条、第90条、第91条の2、第92条、第100条、第103条、第104条、第112条、第113条の2、第114条、第115条の7、第115条の8、第115条の9、第115条の17、第115条の18、第115条の19、第115条の27、第115条の28及び第115条の29の規定に基づき、指定居宅サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者又は指定居宅サービス事業者であつた者若しくは当該指定に係る事業所の従業者であつた者（以下「指定居宅サービス事業者等」という。）、指定地域密着型サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者又は指定地域密着型サービス事業者であつた者若しくは当該指定に係る事業所の従業者であつた者（以下「指定地域密着型サービス事業者等」という。）、指定居宅介護支援事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者又は指定居宅介護支援事業者であつた者若しくは当該指定に係る事業所の従業者であつた者（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）、指定介護老人福祉施設若しくは指定介護老人福祉施設の開設者若しくはその長その他の従業者又は指定介護老人福祉施設の開設者若しくはその長その他の従業者であつた者（以下「指定介護老人福祉施設開設者等」という。）、介護老人保健施設の開設者、介護老人保健施設の管理者又は医師その他の従業者（以下「介護老人保健施設開設者等」という。）、指定介護療養型医療施設若しくは指定介護療養型医療施設の開設者若しくは管理者、医師その他の従業者又は指定介護療養型医療施設の開設者若しくは管理者、医師その他の従事者であつた者（以下「指定介護療養型医療施設開設者等」という。）、指定介護予防サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者又は指定介護予防サービス事業者であつた者若しくは当該指定に係る事業所の従業者であつた者（以下「指定介護予防サービス事業者等」という。）、指定地域密着型介護予防サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者又は指定地域密着型介護予防サービス事業者であつた者若しくは当該指定に係る事業所の従業者であつた者（以下「指定地域密着型介護予防サービス事業者等」という。）及び指定介護予防支援事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者又は指定介護予防支援事業者であつた者若しくは当該指定に係る事業所の従業者であつた者（以下「指定介護予防支援事業者等」という。）に対して行う介護給付若しくは予防給付（以下「介護給付等」という。）に係る居宅サービス等（以下「介護給付等対象サービス」という。）の内容並びに介護給付等に係る費用（以下「介護報酬」という。）の請求に関して行う監査に関する基本的事項を定めることにより、介護給付等対象サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図ることを目的とする。

第2 監査方針

監査は、指定居宅サービス事業者等、指定地域密着型サービス事業者等、指定居宅介護支援事業者等、指定介護老人福祉施設開設者等、介護老人保健施設開設者等、指定介護療養型

医療施設開設者等、指定介護予防サービス事業者等、指定地域密着型介護予防サービス事業者等及び指定介護予防支援事業者等（以下「サービス事業者等」という。）の介護給付等対象サービスの内容について、第4の3に規定する行政上の措置に該当する内容であると認められる場合若しくはその疑いがあると認められる場合、又は介護報酬の請求について、不正若しくは著しい不当が疑われる場合（以下「指定基準違反等」という。）において、事実関係を的確に把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする。

第3 監査対象となるサービス事業者等の選定基準

監査は、下記に示す情報を踏まえて、指定基準違反等の確認について必要があると認める場合に行うものとする。

1 要確認情報

- (1) 通報・苦情・相談等に基づく情報
- (2) 国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）、地域包括支援センター等へ寄せられる苦情
- (3) 連合会・保険者からの通報情報
- (4) 介護給付費適正化システムの分析から特異傾向を示す事業者
- (5) 介護保険法第115条の3第4項の規定に該当する報告の拒否等に関する情報

2 実地指導において確認した情報

法第23条及び第24条により指導を行った市町村（特別区を含む。以下同じ。）又は都道府県がサービス事業者等について確認した指定基準違反等

第4 監査方法等

1 報告等

都道府県知事又は市町村長は、指定基準違反等の確認について必要があると認めるときは、サービス事業者等に対し、報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは当該サービス事業者等の当該指定に係る事業所に立ち入り、その設備若しくは帳簿書類その他の物件の検査（以下「実地検査等」という。）を行うものとする。

(1) 市町村長による実地検査等

市町村長は、指定権限が都道府県にある指定居宅サービス事業者等、指定居宅介護支援事業者等、指定介護老人福祉施設開設者等、介護老人保健施設開設者等、指定介護療養型医療施設開設者及び指定介護予防サービス事業者等（以下「都道府県指定サービス事業者」という。）について、実地検査等を行う場合、事前に実施する旨の情報提供を都道府県知事に対し行うものとする。

なお、都道府県指定サービス事業者の介護給付対象サービスに関して、複数の市町村に関係がある場合には、都道府県が総合的な調整を行うものとする。

- (2) 市町村長は、指定基準違反と認めるときは、文書によって都道府県に通知を行うものとする。なお、都道府県と市町村が同時に実地検査等を行っている場合には、省略することができるものとする。

(3) 都道府県知事は前項の通知があったときは、すみやかに以下の3～5に定める措置を取るものとする。

2 監査結果の通知等

(1) 監査の結果、改善勧告にいたらない軽微な改善を要すると認められた事項については、後日文書によってその旨の通知を行うものとする。

(2) 報告書の提出

都道府県又は市町村は、当該サービス事業者等に対して、文書で通知した事項について、文書により報告を求めるものとする。

3 行政上の措置

指定基準違反等が認められた場合には、法第5章に掲げる「勧告、命令等」、「指定の取消し等」、「業務運営の勧告、命令等」、「許可の取消し等」の規定に基づき行政上の措置を機動的に行うものとする。

(1) 勧告

サービス事業者等に指定基準違反の事実が確認された場合、当該サービス事業者等に対し、期限を定めて、文書により基準を遵守すべきことを勧告することができる。

これに従わなかったときは、その旨を公表することができる。

勧告を受けた場合において当該サービス事業者等は、期限内に文書により報告を行うものとする。

(2) 命令

サービス事業者等が正当な理由がなくその勧告に係る措置をとらなかったときは、当該サービス事業者等に対し、期限を定めて、その勧告に係る措置をとるべきことを命令することができる。

なお、命令をした場合には、その旨を公示しなければならない。

命令を受けた場合において、当該サービス事業者等は、期限内に文書により報告を行うものとする。

(3) 指定の取消等

都道府県知事又は市町村長は、指定基準違反等の内容等が、法第77条各号、第78条の10各号、第84条各号、第92条第1項各号、第104条第1項各号、第114条第1項各号、第115条の9第1項各号、第115条の19各号及び第115条の29各号のいずれかに該当する場合においては、当該サービス事業者等に係る指定・許可を取り消し、又は期間を定めてその指定・許可の全部若しくは一部の効力の停止をすること（以下の「指定の取消等」という。）ができる。

4 聴聞等

監査の結果、当該サービス事業者等が命令又は指定の取消等の処分（以下「取消処分等」という。）に該当すると認められる場合は、監査後、取消処分等の予定者に対して、行政手続法（平成5年法律第88号）第13条第1項各号の規定に基づき聴聞又は弁明の機会の付与を行わなければならない。

ただし、同条第2項各号のいずれかに該当するときは、これらの規定は、適用しない。

5 経済上の措置

- (1) 勧告、命令、指定の取消等を行った場合に、保険給付の全部又は一部について当該保険給付に係る保険者に対し、法第22条第3項に基づく不正利得の徴収等（返還金）として徴収を行うよう指導するものとする。
- (2) 命令又は指定の取消等を行った場合には、当該サービス事業者等に対し、原則として、法第22条第3項の規定により返還額に100分の40を乗じて得た額を支払わせるよう指導するものとする。

第5 その他

都道府県又は市町村は、法第197条第1項の規定に基づき、監査及び行政措置の実施状況について、別に定めるところにより、厚生労働省老健局総務課介護保険指導室に報告を行う。

(注) 事業所に対する処分を行う場合の情報提供

(全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料より一部抜粋：平22.3.5)

事業所の監査に基づき、指定（許可）の効力停止又は取消の行政処分を行う際には、「介護保険法197条第2項に基づく介護保険施設等に対する介護保険法第5章の規定により行う行政処分等に関する報告について」（平成19年8月20日介護保険指導室長通知）にあるとおり、必ず聴聞等の行政処分にかかる手続きを行う前に、老健局総務課介護保険指導室へ情報提供をしていただくよう引き続きお願いする。

なお、改善勧告・命令についても、引き続き、勧告・命令を行った都度、当室あて情報提供をいただくようお願いする。

また、都道府県におかれては、地域密着型サービス事業所の行政処分等に関する情報提供に遺漏のないよう、管内市町村にも周知を図られたい。

老指発第0820001号
平成19年8月20日

都道府県
各 指定都市 介護保険施設等指導監査担当課長 殿
中 核 市

厚生労働省老健局介護保険指導室長

介護保険法197条第2項に基づく介護保険施設等に対する介護保険法
第5章の規程により行う行政処分等に関する報告について

平素より、改正介護保険法の施行にあたって、多大なご尽力を賜り、御礼を申し上げます。

介護保険制度では、各自治体において、介護保険施設等の指導監査を実施しているところですが、指定取消又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力停止処分相当の事案が確認された場合、全国的な適用の整合性を図る観点から、行政処分にかかる手続きを行う前に、別紙様式及びその詳細がわかる資料を添付のうえ、当室あて情報提供頂きますようお願いするとともに、管内市町村についても周知徹底をお願いします。

また、改善勧告又は改善命令を行った事案については、各人員・設備・運営基準上の適用について参考としたいので、当分の間、改善勧告書又は改善命令書の写しについて、発出後速やかに情報提供頂きますようお願いいたします。

都道府県・市町村が実施する指導・監査について

指導にあたっての基本的方針

制度管理の適正化のための指導は、都道府県及び市町村が下記の重点事項を踏まえて実施。

- ① 指定事務の制度説明
→ 「指定及び指定の更新に係る欠格事由、指定の更新制の説明」
- ② 改正介護保険法の趣旨・目的の周知及び理解の促進
→ 「監査指導の権限行使の考え方、事業規制、情報の公表制度の仕組み等の説明」
- ③ 介護報酬請求に係る過誤・不正防止
→ 「都道府県国保連と連携した介護報酬請求事務の講習」

効果
制度管理の
適正化

制度の理解
不正の防止

指導

実地指導は、施設・居宅サービス等を行う事業所に対し、原則、都道府県及び市町村が実施。
必要に応じ厚生労働省（本省及び地方厚生局）との合同により実施。

- 高齢者虐待防止、身体拘束禁止等の観点から、虐待や身体拘束のそれぞれについての理解の促進、防止のための取組みの促進を行うとともに、高齢者虐待防止等については、一連のケアマネジメントプロセスの重要性の理解を求めるためのヒアリングを行い、生活支援のためのアセスメント等が適切に行われ、個別ケアの推進によって、尊厳のある生活支援の実現に向けたサービスの質の確保・向上が図られるよう運営上の指導を実施。
- 各種加算等に基づき必要な体制が確保されているか、一連のケアマネジメントプロセスに基づきサービス提供がされているか、他職種との協働が行われているかなど届け出た加算等に基づいた運営が適切に実施されているかをヒアリングし、請求の不適正な取扱いについて是正を指導。

ケアの実現
よりよい

高齢者虐待防止
身体拘束禁止
不適正な請求の防止

※ 運営基準違反又は不適切な請求等が確認された場合 → 一般行政指導（必要に応じ過誤調整） → 監査への変更（利用者の生命等に危険がある場合など）

集団指導

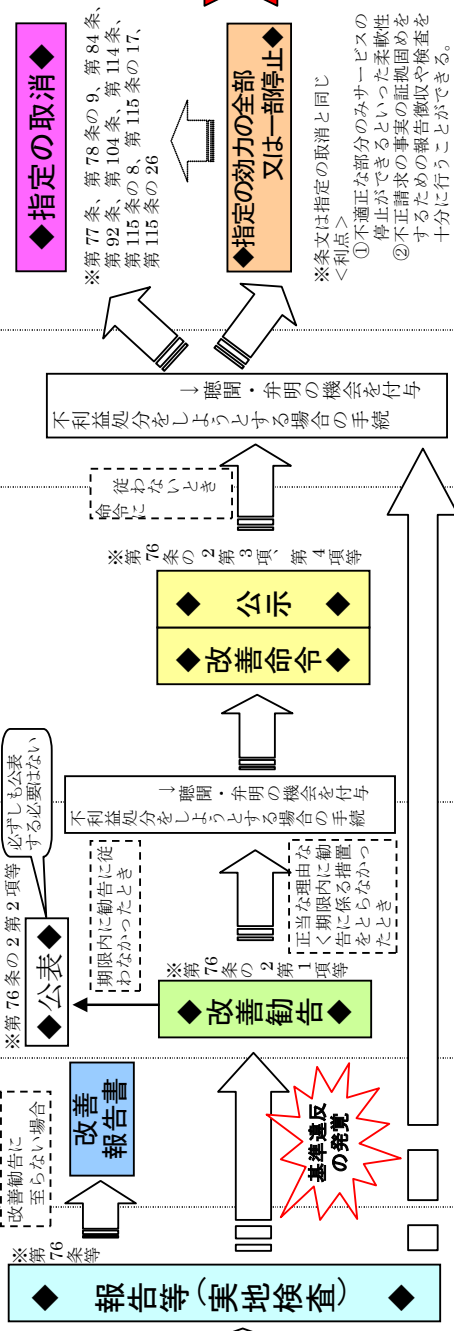
運営指導
報酬請求指導

情報

- 通報・苦情に基づく情報
- 国保連、地域包括支援センター等へ寄せられる苦情
- 国保連・保険者からの通報情報
- 介護給付費適正化システムの分析から特異傾向を示す事業者
- 介護サービス情報公表制度に係る報告の拒否等に関する情報

※上記の情報に基づき機動的な監査の実施

行政処分



の適正化
介護保険給付

指定の取消
指定の効力の全部
又は一部停止

報告等(実地検査)

改善報告書

公表

改善勧告

改善命令

指定の取消
又は一部停止

指定の取消

第2 指導マニュアル

総論

1. 介護サービスに求められるケアの質の向上

○ 老後生活の最大の不安である介護を社会全体で支え、高齢者の自立を支援することを目的とした介護保険制度が平成12年4月から始まり、その中で高齢者が利用する施設・事業所では身体拘束等が禁止され、介護の現場では身体拘束等のない、よりよいケアの実現に向け、様々な取り組みがなされている。

○ しかしながら、利用者の安全、安心の確保という観点からのみの方針がとられ、施設・事業所において身体拘束等の高齢者の尊厳をおびやかすケアが未だに見受けられている。

また、利用者毎のニーズに応じたケアプランとなっていなかったり、多職種によるチームケアができていないなど、身体拘束等につながるサービスの質を伴わない不適切な介護サービス提供も見受けられている。

○ 17年法改正前までの指導は、指定の要件となる人員、設備及び運営に関する基準の遵守及び不正請求に対する適切な介護報酬の請求事務についてのみ重点がおかれ、ケアの質の向上の視点からみて不十分であった。

○ また、近年、特に高齢者に対する虐待が大きな問題になっているが調査結果によれば、虐待を受けている高齢者の多くが認知症の症状を呈しているなど、今後、これまでのケアのあり方そのものを認知症の特性に適した形に改めていく必要がある。

○ このため、身体拘束等のない「高齢者の尊厳」を支えるケアを確立していくためには、現状を踏まえ、そこから導かれる身体拘束等に結びつく課題を明らかにした上で、高齢者介護のあるべき姿の実現に向けて、施設・事業所と行政が一体となって、その課題を解決するための具体的な方策を講じていかなければならない。

これらの課題への対応については、ケアのあり方の転換が必要であり、特に個別ケアへの取り組みが重要となる。

- 施設・事業所においては、
 - ① 認知症を含む基本的なケアの知識
 - ② 利用者本人等の状況を十分にアセスメント（利用者の機能状態などの把握）
 - ③ 利用者本位のケアプランの作成
 - ④ 職員一人一人が専門家としてアプローチすることの重要性
 - ⑤ チームとして個別ケアに取り組む姿勢や体制づくり
 - ⑥ 一連のケアマネジメントプロセスの理解と実行
 - ⑦ 施設・事業所が一体となって取り組める体制づくりが求められる。

- また、行政側には、よりよいケアの実現に向けた、高齢者虐待防止、身体拘束禁止等の観点に重点をおいた運営指導が求められる。

- 施設・事業所全体で個々の利用者の課題に取り組む体制をつくり、実績を積重ねていくことにより、利用者と職員との間の大きな意識の差をなくしていくことが必要となるが、施設・事業所自らの力だけでは限界があるため、監督権限を持つ行政が施設・事業所の取り組みを支援する形で標準的なプロセス指導（どのようにすれば利用者に対する適切なケアになるか、サービス提供側が利用者の行動要因に目を向ける援助的な指導）を実施することが重要となる。

* ケアへのアプローチの基本概念 *

- 生活は個性の発現の場であり個々人により千差万別で、そこにこそ価値があり、同時にサービス提供側にも個別の価値観があることから、ケアは言い換えると、個別性と個別性の調整の場。

- 「ケア」は、生活という個別性の高い複雑な生活者の日常的な営みを、より客観的、専門的な立場から評価しながら問題に介入するという手法のため一定の限界があるものの、日常的な個人への生活援助をとおして、自立支援という共通目標を達成するのに必要かつ実現可能な「ケア」を、複数の職種が協働して公正に提供できる枠組の構築と考えることが重要。

2. 実地指導について

(1) 指導方法

「実地指導」については、17年法改正の大きな柱で政策上の重要な課題である「サービスの質の確保と向上」、「高齢者の尊厳の保持」及び「高齢者虐待防止法の趣旨」、適正な介護報酬請求等を踏まえ、施設又は事業所において関係書類を基に、運営指導マニュアル及び報酬請求指導マニュアルを活用しながら実地に指導を行う。

(2) 事前準備

① 指導担当者が確認するもの

実地指導を実施するにあたり、指導担当者はホームページやパンフレット及び情報の公表制度等を利用するなど、施設・事業所における以下の情報を理解しておくことが重要。事前に入手することにより、実地指導をより適正かつスムーズに進めることが可能となる。

- 事業規模（入所者数、居室数、居室配置 等）
- 併設事業所
- 運営方針
- 介護サービスの従事者に関する事項
- 介護サービスの内容に関する事項 等

各種加算等の報酬請求指導を実施するに当たっては、「各種加算等自己点検シート」を事前に施設・事業所に送付し、自己点検を求める。

② 施設・事業所において用意するもの

ア. 運営指導

限られた時間内で施設・事業所内の実地指導を行うことから、行動・心理症状のある利用者の氏名及び居室を施設・事業所側で事前に確認してもらい、把握・確認が行いやすいリストの作成を求める。

また、運営指導Ⅱ（サービスの質に関する確認）でこれらの利用者の全ての関係書類を説明資料として準備する。

なお、実地指導の際に、指導指針に基づく資料以外に、人員、設備及び運営基準の状況を確認するための事前提出資料の作成を求めている場合等については、介護保険施設等指導指針の

見直しの趣旨を理解の上、指導監督業務に係る介護サービス事業者の事務負担軽減を図ること。

イ. 報酬請求指導

施設・事業所は、「各種加算等自己点検シート」を基に、各種加算等の届出状況について、内容が十分確認できる既存書類を必要な関係資料として準備する。

ウ. 施設・事業所の対応者

対応者は原則、その事業の実施内容を説明できる者とする。

(3) 留意事項

指導担当者は、実地指導を実施するにあたり、以下の点に留意して臨むことが重要である。

○ 実地指導に臨む姿勢

- ・ 実地指導は、不適正なサービスを取り締まることを目的として行うものではないため、摘発と認められるような言動・行為は厳に慎むこと。

○ 介護についての理解

- ・ 指導監督事務を専管とする部署が実地指導を実施する場合には、介護に関係する知識が不可欠であるため、介護保険の担当課と十分に連携をとり、実地指導にあたること。

○ 施設・事業所との信頼関係

- ・ 実地指導は、行政と施設・事業所相互間の信頼関係なくして実効ある指導ができないため、行政職員としても信頼関係を構築するためのコミュニケーション技術や対人援助技術等の基本的な考え方の理解が必要不可欠であること。

○ 市町村による地域密着型サービスの実地指導

- ・ 市町村が行う地域密着型サービスのうち、特に認知症対応型共同生活介護及び小規模多機能型居宅介護については、おおむね2ヶ月に1回以上開催される運営推進会議に出席すること

により、事業者に対してケアの質の向上や利用者に対するサービス提供について、必要な助言等を行うこと。

(4) 標準的なスケジュール

	実地指導の流れ等	備考
事前	1. 施設・事業所へ通知	(記載項目) ① 実地指導の根拠規定及び目的 ② 実地指導の日時及び場所 ③ 指導担当者、④ 出席者 ⑤ 準備すべき書類等
9:00	<p>2. 実地指導</p> <p>【運営指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 運営指導Ⅰ（利用者の生活実態の確認） <ul style="list-style-type: none"> ・ 行動・心理症状のある利用者（※事前に確認し、リストアップ） ・ その他の虐待や身体拘束が疑われる利用者 ○ 運営指導Ⅱ（サービスの質に関する確認） <ol style="list-style-type: none"> ① 認知症ケアの理解 ↓ ② 虐待防止・身体拘束廃止 <ul style="list-style-type: none"> ・ 虐待防止・身体拘束廃止への取り組み ・ 虐待・身体拘束についての認識とサービスの実施状況 ・ 高齢者虐待防止・身体拘束禁止に関する制度の理解 ↓ ③ 「一連のケアマネジメントプロセス」の理解 ↓ ④ 地域との連携 	<p>※「運営指導マニュアル」に基づきヒアリング及び指導</p> <p>※ 良い事例があれば聴取</p> <p>※ ヒアリングの具体的事例 → 参考（P54～P102）</p>
	<p>【報酬請求指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 報酬基準に基づいた実施の確認 <ol style="list-style-type: none"> ① 加算及び減算に係る考え方 → 加算等の請求に当たっての基本的な考え方を確認する。 ② 加算及び減算の実施状況 → 加算等の請求の種類等の状況を確認する。 ③ 加算及び減算の請求の内容 → 各種加算等の請求を行っているものについて、関係書類等により施設・事業所側から説明を受ける。 ④ 効果 → 加算を実施したことによる効果について説明を受ける。 	<p>※「報酬請求指導マニュアル」に基づきヒアリング及び指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 加算算定基準と異なる誤った解釈の是正 ○ 過誤調整による返還の指導 <p>※ 各種加算等についてヒアリングの具体的事例 → 参考（P103～P111）</p>
17:00	<p>【講評】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実地指導の結果について 	

事後	3. 指導結果の整理・復命	
	4. 指導結果の通知等 ○ 改善を要すると認められた場合 ○ 介護報酬について過誤調整を要すると認められた場合	※（記載項目） ① 自主点検等の内容 ② 文書による報告の要請
	5. 施設・事業所からの報告書の提出・審査	

（５） 実地指導結果の報告について

都道府県・市町村の指導担当者が施設・事業所に対して行った実地指導について、以下の「実地指導結果報告書」（例）を作成する。

実地指導結果報告書（例）

法人名	
施設・事業所名	
サービス種別	
住 所	
施設・事業所側出席者	
日 時	平成 年 月 日（ ） : ~ :
指導担当者	

<報告内容>

◆指導前確認事項◆
施設・事業所に関する情報収集に基づく高齢者虐待や身体拘束に関する運営上の留意点。
① パンフレット
② ホームページ
③ 開示情報
④ 前回指導時の内容等

◆運営指導事項◆

運営指導Ⅰ（利用者の生活実態の確認）

- ① 行動・心理症状のある利用者
- ② その他の虐待や身体拘束が疑われる利用者

運営指導Ⅱ（サービスの質に関する確認）

- ① 認知症ケアの理解
- ② 虐待防止・身体拘束廃止について
- ③ 一連のケアマネジメントプロセスの理解
- ④ 地域との連携
- ⑤ その他（職員の資質向上、事故の対応、苦情処理等）

<好事例>

「高齢者虐待防止」「身体拘束廃止」等に向けて積極的に取り組んでいる施設・事業所の工夫や取り組みの事例。

◆報酬請求指導事項◆

各種加算等についてヒアリング

- ・ 加算及び減算の考え方等についての理解普及
- ・ 過誤調整による返還の指導

（注1）この報告書を整理・分析することにより、各自治体において実施される今後の集団指導・実地指導の参考とする。

（注2）必要に応じて報告内容を追加するなど、各自治体の実情に応じた報告書を作成する。

運営指導マニュアル

1 運営指導の概要

1. 運営指導の目的

- 高齢者虐待防止、身体拘束禁止等の観点から、虐待や身体拘束に係る行為及びそれらが与える影響についての理解、防止のための取り組みの促進について指導を行うとともに、一連のケアマネジメントプロセスの重要性について、理解を求めるためのヒアリングを行い、生活支援のためのアセスメント等が適切に行え、個別ケアを推進し、尊厳のある生活支援の実現に向けたサービスの質の確保・向上が図られるよう運営上の指導を実施する。

2. 具体的な運営指導の方法

(1) 運営指導Ⅰ（利用者の生活実態の確認）

- ・ 運営指導に当たる指導担当者が、施設・事業所における利用者の生活実態を確認するため、「標準的なスケジュール」（P30 参照）に沿って、施設・事業所内を確認。

その際、施設・事業所の職員等に同行を求める。

- ・ 行動・心理症状（P152 参照）のある利用者の氏名及び居室を施設・事業所側から事前に提示してもらい、該当する利用者の生活実態の把握を行う。
- ・ また、その他の利用者については、「利用者の生活実態を確認するためのポイント（例示）」（P43～P48 参照）を参考にしながら、虐待や身体拘束が疑われる利用者の把握を行う。

(2) 運営指導Ⅱ（サービスの質に関する確認）

- ・ 施設・事業所内の会議室などにおいて、運営指導Ⅰで確認したことをもとに、「サービスの質に関するヒアリングの手引」（P54～P102 参照）を参考にしながら、以下の項目を中心にヒアリング及び説明を行う。

① 認知症ケアの理解（P54～P59 参照）

② 虐待防止・身体拘束廃止（P60～P79 参照）

- ・ 虐待防止・身体拘束廃止への取り組み
- ・ 虐待・身体拘束についての認識とサービスの実施状況
- ・ 高齢者虐待防止・身体拘束禁止に関する制度の理解

③ 「一連のケアマネジメントプロセス」の理解（P80～P100 参照）

④ 地域との連携（P101～P102 参照）

2 運営指導 I（利用者の生活実態の確認）

運営指導Ⅰ（利用者の生活実態の確認）

1. 実施方法

○ 行動・心理症状のある利用者について

介護サービス従事者から、「事前準備」で確認した行動・心理症状のある利用者について、説明を受けながら生活実態を確認する。

なお、事実確認にあたっては、その利用者と介護サービス従事者との間で、相互に認識を共有することが極めて重要である。

※ 介護サービス従事者が介護経過等の説明を十分行いたいような場合には、運営指導Ⅱで説明を受けることとする。

○ その他の利用者について

上記以外の利用者については、介護サービス従事者から生活実態の説明を受けながら、特に虐待や身体拘束が疑われる介護サービスが行われていないか確認する。

なお、虐待や身体拘束が疑われる場合は、その利用者の氏名を把握し、運営指導Ⅱで具体的な介護サービスの提供状況等の説明を求める。

2. 留意事項

○ 指導の効率性

指導担当者が2人以上の場合には別々に行動する等、限られた時間内で、効率よく施設・事業所内の利用者の様々な生活実態を具体的に確認することが必要であること。

○ 利用者への配慮

利用者の日常生活を妨げることのないよう、十分に配慮するよう心がけること。

利用者の生活実態を確認するためのポイント
(例示)

利用者の生活実態を確認するためのポイントとして例示的に記載

* 介護サービス従事者にヒアリングし、虐待や身体拘束が疑われる利用者を確認する。

生活状況

- 日中はどのように過ごされていますか？
- 利用者が興味をもたれているものは何かありますか？
(利用者の望むことを聞かずに、椅子や車いすに座らせたままに
していませんか？)
- 個々の利用者の排せつパターンやサインを把握していますか？
- 入浴等の介護拒否があった場合は、どのように対応されていますか？
- 最近、ヒヤリハットしたことはありますか？
- 夜間、眠れない方はいますか？
(いる場合は) どのような理由で眠れないと思いますか？
- 利用者が外出を希望した場合はどのように対応されていますか？
- 食事の時間・内容についてはどのように決めていますか？
- 起床時の利用者へのケアはどのように行っていますか？
- 毎日利用者が着用する服はどのように選んでいますか？
(利用者の好みですか？施設側で判断していますか？)
- 利用者がかゆみ等を訴えた場合どのように対応していますか？
- 利用者のそりが合わない又は攻撃的になったりすることのある
利用者に対しては、それぞれ対人関係においてどのような工夫を
していますか？
- 見当識障害(時、場、人)が著しい利用者について、どのような
工夫をされていますか？ (なじみの空間づくりの工夫等)

など

* 施設・事業所内を見て、虐待や身体拘束が疑われる利用者について確認をする *

身体 の 状況

生活実態

- 四肢をひも等で縛られている
- 自傷行為がみられる
- 異臭がする
- 髪型が乱れている など

態度 の 状況

生活実態

- 急におびえたり、恐ろしがったりしている
- 話しのつじつまがあわない
- 無力感、あきらめ、投げやりの様子がある
- ひと目を避け一人で過ごしている
- 大声を発する など

職員 の 状況

生活実態

- 職員が慌ただしくしている
- 利用者に対して冷淡な態度・無関心な態度がみられる
- 利用者に対して乱暴な口の利き方をしている
- 利用者の前で不適切な発言をしている など

居室内 の 状況

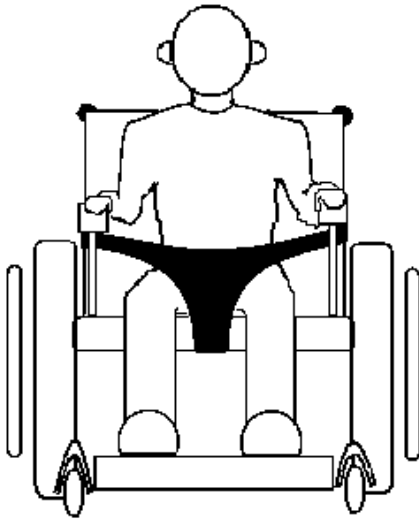
生活実態

- 居室等に隔離されている
- 外側からのみの鍵・ストッパーが設置されている
- 室内が非衛生的である
- 利用者の部屋に個人の荷物や生活装飾などが何もない
- 異臭がする
- 窓が自由に開閉できない など

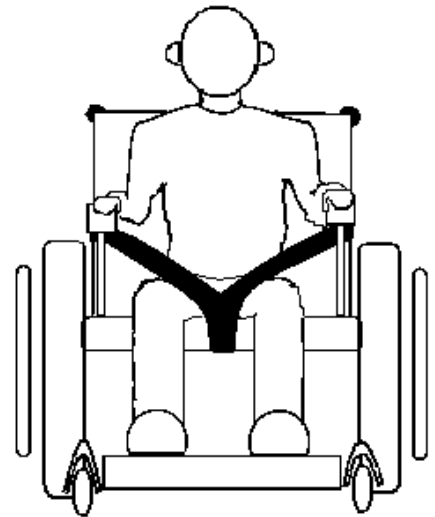
□ 移動の状況

生活実態

- 椅子や車いすにひも等で体幹や四肢を縛られている
 - Y字型拘束帯や腰ベルトが装着されている
 - 椅子や車いすから立ち上がれないようになっている
 - 椅子や車いすに落ち着いて座っていない
 - 椅子や車いすからずり落ちる
 - 座っている姿勢が悪い
- など



Y字型ベルトで車いすから動けない、立ち上がれないようになっている。

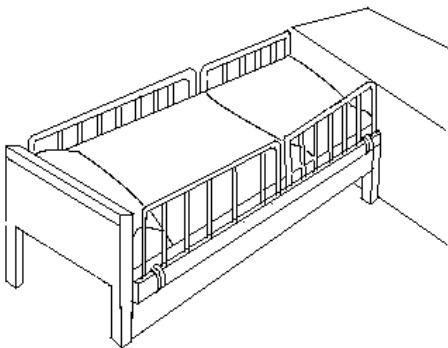


ひもを使い、車いすから動けない、立てないようになっている

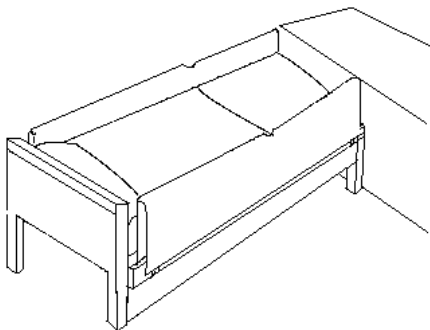
□ ベッドの状況

生活実態

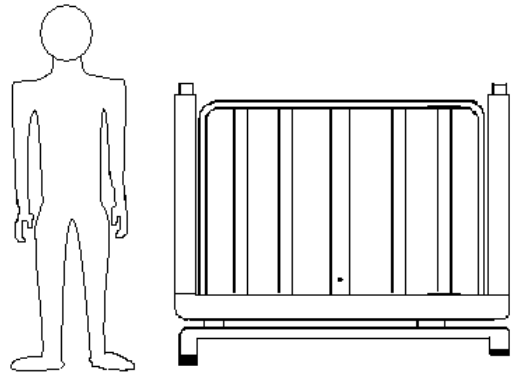
- ベッドに体幹や四肢をひも等で縛られている
- ベッドに柵（サイドレール）がついている
- 使われていないベッド柵が置かれている
- ベッド柵にひもが取り付けられている
- ベッドが廊下に置かれている
- 寝具が汚れている
- 利用者が昼間ずっと寝ている
- 居室定員を超えたベッド数が置いてある など



柵はひも等でベッドに縛られ固定されている。



柵が布で覆われ隠されていることもある。

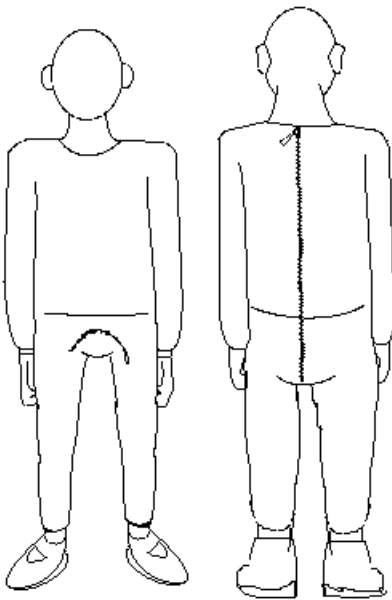


柵の高さが肩のあたりまであり、檻のようになっている。

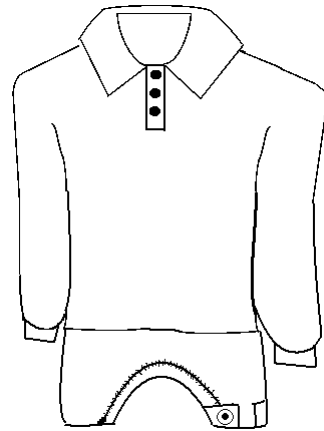
□ 服装の状況

生活実態

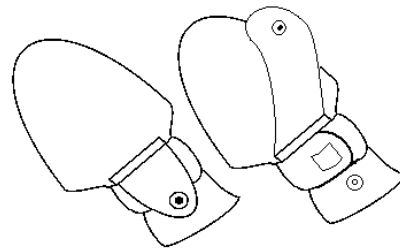
- 一人では着脱できない服を着せられている
- ミトンを着用させられている
- 服装が汚れている
- 異臭がする
- 昼間なのにパジャマのままている
- 服装が皆同じようなものになっている など



つなぎ服
(※ファスナーにロック有)



つなぎ様衣類 (※股間部のファスナーを布で覆い特殊ボタンで固定)



ミトン
(※手首をベルトで固定)

□ 食事の状況

生活実態

- 椅子や車いすにテーブルがつけられている
- 異食がある
- 料理が冷めている
- 職員が数人の利用者に対して機械的な食事の介助を行っている
- 利用者の食事が同じ時間帯に一斉に行われている
- 向精神薬を服用している など



椅子にテーブルがつけられている。

3 運営指導Ⅱ（サービスの質に関する確認）

※ 「サービスの質に関するヒアリングの手引き」（P54～）の各ヒアリング項目に、基準省令の条項を参考として記載している部分があるが、これは、例示として、指定介護老人福祉施設と指定認知症対応型共同生活介護の該当条項を記載したものであるため、上記以外のサービスを行う施設・事業所への実地指導にあたっては、各サービス毎の条項を参照されたい。

運営指導Ⅱ（サービスの質に関する確認）

1. 実施方法

○ 国における政策の重点課題としての「高齢者虐待防止」、「身体拘束廃止」等について、施設・事業所がどのように取り組んでいるか、また、施設・事業所職員による制度理解の確認と普及促進のため、運営指導Ⅰで確認した内容を踏まえ、施設・事業所の職員等との対話方式で下記①～④の事項について、「サービスの質に関するヒアリングの手引」（P54～P102 参照）を参考の上、関係書類を確認しながらヒアリング及び説明を行うこと。

- ① 認知症ケアの理解
- ② 虐待防止・身体拘束の廃止
 - ・ 虐待防止・身体拘束廃止への取り組み
 - ・ 虐待・身体拘束についての認識とサービスの実施状況
 - ・ 高齢者虐待防止・身体拘束禁止に関する制度の理解
- ③ 「一連のケアマネジメントプロセス」の理解
- ④ 地域との連携

○ 特に、③の「一連のケアマネジメントプロセス」の理解が、高齢者虐待防止や身体拘束廃止に取り組む上で極めて重要であるため、その内容について理解を求めるよう十分な指導を実施すること。

2. 留意事項

○ 「サービスの質に関するヒアリングの手引」（P54～P102 参照）は、施設・事業所のサービスの質の向上につなげるために、施設・事業所の職員等が理解を深められるよう、介護サービスの考え方を中心に記したものであり、施設・事業所職員等の認識や理解度に応じて、実施する必要があること。

○ 本マニュアルでは、政策上の重要課題である「高齢者虐待防止」、「身体拘束廃止」等を中心に記載を行っているが、当該施設・事業所における全般的なサービスの質の向上を図る観点から、研修の状況、事故対策、非常災害対策や衛生管理等の危機管理、苦情処理などについても、ヒアリング等を行うことが望ましいこと。

- 「サービスの質に関するヒアリングの手引」の順番については、標準的な流れとして記載したものであり、施設・事業所職員等との対話の中で、適宜順番を入れ替えながら実施すること。
- 運営指導 I（サービスの質に関する確認）は、施設・事業所が改善すべき点など課題を引き出し、その解決に向けた方法を自ら生み出していくために、施設・事業所の職員等にケアについて「考えるきっかけ」を提供する指導であることに留意すること。
- 行動・心理症状のある利用者及び虐待や身体拘束が疑われる利用者がない場合には、下記の【参考】をもとに、施設・事業所の職員等の理解度を確認すること。
- 施設・事業所なりの一連のケアマネジメントプロセスについてのそれぞれの手法を大切に、具体的なケアの方法論の議論にならないよう十分注意すること。
- 「高齢者虐待防止」や「身体拘束廃止」に向けて積極的に取り組んでいる施設・事業所については、そこで行われている工夫や取り組み方法を好事例として聞き取り、今後の他の施設・事業所に対する運営指導や集団指導における、啓発・普及に活用すること。

【参考】

過去に行っていた身体拘束等の事例を聞くことにより、施設・事業所における取り組み、職員等の制度の理解や実態の認識などについて、具体的なヒアリングが可能。

■ 身体拘束等を行っていた当時は、身体拘束等に該当する行為としてどのようなことをしていましたか？

・・・ 具体的な行為の確認

■ その時は拘束等を行っているという認識がありましたか？

■ どういう理由から、拘束等をなくすことになりましたか？

・・・ 身体拘束がもたらす弊害

■ （「今はない」ということであれば、） どういう取り組みにより、拘束廃止に至りましたか？

・・・ 身体拘束廃止への取り組み

サービスの質に関するヒアリングの手引

① 認知症ケアの理解

今後、要介護高齢者の中で、認知症高齢者がますます多数を占める状況から、これからの高齢者介護においては、身体ケアのみではなく、認知症高齢者に対応したケアを標準として位置づけていくことが必要であり、「グループホームが近年実践してきている、『小規模な居住環境、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を継続しながら、1人1人の生活のあり方を支援していく』という方法論は、グループホーム以外でも展開されるべきである。」との高齢者介護研究会の報告を踏まえると、施設・事業所における認知症ケアの理解は必要不可欠である。（※認知症ケアの基本・・・P145～P157 参照）

以上の視点を踏まえながら、以下の事項を中心に確認する。

○ 関係性を重視した取組み

職員も含め、なじみの人間関係を構築するために配慮している点、また、生活環境面において工夫することも大切。

特に、認知症対応型共同生活介護は、認知症の方が小規模な居住環境において、住み慣れた地域で暮らすことを念頭においた制度であることから、下記の点に留意して指導を行うこと。

○ 認知症対応型共同生活介護

家庭的な環境のもと、利用者が自分自身のペースでゆったりと安心できるように、個々人の生活そのものを組み立ててゆくケアが重視され、達成感や満足感を得て、自信回復につながるようになっているか確認

集団生活ではない共同生活の考え方、入居者が役割を持つことによる効果、利用者が職員と食事や清掃、洗濯、買物、レクレーション、行事等を共同で行うことにより家庭的な場とするために配慮することが必要。

○ 小規模多機能型居宅介護

認知症の方のみを対象とした事業ではないが、「小規模な環境」や「なじみの人間関係」で、「通い」、「訪問」、「泊まり」といった多機能なサービスの提供にあたるものであることから、環境の変化に脆弱な認知症の方にとっても有効なサービスであるため、認知症ケアの理解は重要。

② 虐待防止・身体拘束廃止

- ・ 虐待防止・身体拘束廃止への取り組み

運営指導 I（利用者の生活実態の確認）において、介護サービス従事者から説明を受けた、行動・心理症状のある利用者及び虐待や身体拘束が疑われる利用者に対する取り組み状況等を踏まえ、高齢者虐待防止・身体拘束廃止に関する施設・事業所としての取り組みを確認する。

○ 施設・事業所の管理者等による取り組み

- ・ 施設・事業所の管理者として虐待防止や身体拘束廃止にどのように関わっているかをヒアリング。

例えば、管理職等と現場との間に意識の乖離がないよう、管理職等が旗振り役となり、独自の拘束廃止宣言を行うなどしながら、関係者全員で議論して共通の認識を持ち、施設・事業所が一体となって取り組む環境を作りあげることが大切。

○ 研修の状況

- ・ 都道府県・各種団体等が実施している研修や施設・事業所内の内部研修の具体的な内容や研修参加の記録などを確認しながら、誰（どのような立場の人）がどの程度参加しているかなどについてヒアリング。

事実確認のみならず、その研修を具体的にどのようにケアの向上に取り入れているか、研修を受けた本人からも確認。

また、研修等は介護サービス従事者だけでなく、施設・事業所の管理者に対しても必要であるという認識を持つことが重要。

【参考】例：指定介護老人福祉施設：基準第 24 条第 3 項

指定認知症対応型共同生活介護：基準第 103 条第 3 項

○ 施設・事業所の高齢者虐待防止・身体拘束廃止のための勉強会（委員会・検討会等）の開催状況

- ・ 「高齢者虐待や身体拘束に関する勉強会」・「高齢者虐待防止や身体拘束廃止に向けた取り組みを推進する委員会」・「個別の困難事例をみんなで検討する検討会」等のあらゆる会議について、その取り組み状況をヒアリング。
- ・ また、上記の活動状況について、「誰を対象に・どの様な内容のものを・どの程度」行っているかを記録などから確認。

開催状況や取り組み状況だけでなく、具体的な効果として虐待や身体拘束の実態がどのくらい変化したかが重要。

○ 利用者の環境面での改善への取り組み

- ・ 利用者の環境（ベッド、居住環境、車いすなど）について、安全への工夫がどのように取り組まれているかを確認。

環境面の工夫をする際、安全と同時に「利用者の生活の場としてふさわしい環境」かという視点も大切であり、安全のみの追求は直接の身体拘束を行っていなくても、違った形で権利侵害が起こる可能性が大きい。

○ 事故発生時のためのマニュアル等の作成

- ・ 全ての事故を防ぐことは困難なため、事故が発生した場合の対応方針等の危機管理についても確認。

事故防止・安全確保のために身体拘束を行うのは弊害が多く、利用者のより重篤な状況を見逃す恐れがあるので、利用者及びその家族と一緒にケアに取り組むため、事故などに対する対応方針について説明を十分に行っていることが重要。

【参考】例：指定介護老人福祉施設：基準第 35 条、第 37 条第 2 項第 6 号
指定認知症対応型共同生活介護：基準第 38 条（基準第 108 条の準用）、
第 107 条第 2 項第 6 号

○ 事件・事故などの事例収集・分析等

- ・ 過去の事例に学び、今後の事故等の予防につなげるための取り組みが行われているかを確認。

事例収集により、同様の事故を繰り返さないための組織的な取り組みに関する認識を持つことが重要。

○ 苦情・要望等への対応

- ・ 苦情になる前の段階で、日頃から利用者やその家族が、相談、意見、要望等しやすい環境（信頼関係を構築するための工夫等）づくりを行い、苦情があった場合の具体的な対応方法等について確認。

苦情については、施設・事業所においてサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識のもと、組織として内容を分析・検討のうえ、迅速・適切に対応し、運営に生かしている点について確認。

【参考】例：指定介護老人福祉施設：基準第 33 条、第 37 条第 2 項第 5 号
指定認知症対応型共同生活介護：基準第 37 条（基準第 108 条の準用）、
第 107 条第 2 項第 5 号

② 虐待防止・身体拘束廃止

- ・ 虐待・身体拘束についての認識とサービスの実施状況

運営指導 I（利用者の生活実態の確認）において把握した、行動・心理症状のある利用者及びその他の虐待や身体拘束が疑われる利用者について、介護サービス従事者から説明を受けた内容をもとに、施設・事業所の虐待や身体拘束につながる介護サービスの実態についての認識を確認。

ア 行動・心理症状のある利用者等に対するケアについて、虐待や身体拘束につながるものが見受けられた場合は以下の点を確認。

- ・ 虐待（P124 参照）や身体拘束（P133 参照）であるという認識があるか。
- ・ 身体拘束が行われている場合、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三原則を全て満たし、記録などが整っているか。（P134 参照）
- ・ 施設・事業所として虐待や身体拘束を行わないための再検討をどのように行っているか。

○ 個々の利用者ごとに、行動・心理症状が発生した理由・原因・背景等を踏まえ、施設・事業所が実施してきたサービス内容などを十分にヒアリングすることが重要。

○ 利用者が安心・安定して本人らしい生活を送るためのサービスが行われているかという視点が極めて重要。

○ 虐待防止や身体拘束廃止のために、各職種の専門性に基づくアプローチや、それぞれの果たすべき役割が責任を持って行われているか。

また、それぞれの職種の役割を明確にし、専門職がチームケアとして連携して行われていることが重要。

イ 虐待や身体拘束が疑われる利用者が確認できなかった場合で、適切な介護サービスが行われており、他の施設・事業所の模範となると認められる場合には、行動・心理症状があるとされる利用者及びその他の利用者についての症状やケアの方法（ケアに至るまでの経過や取り組みなど）についてヒアリング。

② 虐待防止・身体拘束廃止

- ・ 高齢者虐待防止・身体拘束禁止に関する制度の理解

運営指導Ⅰ（利用者の生活実態の確認）で把握した内容から、介護サービス従事者を含む施設・事業所の職員等の制度理解について確認。

「第3 参考資料」（P113 参照）の「2 高齢者虐待防止法の施行及び3 身体拘束廃止の推進」を活用しながら、施設・事業所の職員等の制度の正しい理解を促進するため、説明を行う。

○ 高齢者虐待防止や身体拘束禁止の対象となる具体的な行為の理解の確認

- ・ 施設・事業所の職員等が高齢者虐待や身体拘束に該当する行為とはどのようなものと考えているかについて、施設・事業所の職員等を確認。（「高齢者虐待の例（P124 参照）」、「身体拘束禁止の対象となる具体的な行為（P133 参照）」）

何が高齢者虐待・身体拘束にあたるかを認識できていないと、漫然と虐待や身体拘束が行われるおそれ大きい。

○ 身体拘束が基準で禁止されていること

- ・ 身体拘束は、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等において禁止されている。

「身体拘束の禁止規定」（P134 参照）に基づき、施設・事業所の職員等に対し、制度上の知識等について確認し、不十分な場合には、必要に応じて説明し、理解を促進。

基準上、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならないこと、行う場合は記録することが義務づけられている。

【参考】例：指定介護老人福祉施設：基準第 11 条第 4・5 項、第 37 条第 2 項第 3 号
指定認知症対応型共同生活介護：基準第 97 条第 5・6 項、第 107 条第 2 項第 3 号

◆ 身体拘束廃止に関する指導について（P66～P79 参照）

施設・事業所において、緊急やむを得ない場合に、「切迫性」「非代替性」「一時性」の 3 つの要件を全て満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームでの検討を踏まえた上で、身体拘束を行ったことがあるか、その記録は取っているか、また、その時の状況などを確認。

〔身体拘束ゼロへの手引き（平 13.3 厚生労働省「身体拘束ゼロ作成推進会議編」参照）

○ 身体拘束が禁止されている理由

- ・ 「身体拘束がもたらす多くの弊害」（P133 参照）について、施設・事業所の職員等の理解度を確認。

身体拘束は、基準で禁止されているからいけないという理解ではなく、身体拘束は、利用者本人にとって身体的・精神的・社会的弊害をもたらす、利用者の自立を阻害するということの理解。

身体拘束廃止は目的ではなく、身体拘束廃止に取り組むことをきっかけとして、利用者の個々の生活に注目し、ケアの質の向上につなげていくことが重要。

ケアにあたるスタッフのみならず、施設・事業所の責任者・職員全体や利用者の家族が身体拘束の弊害を正確に認識することが大切。

○ 家族等への働きかけの重要性

- ・ 家族に対して虐待や身体拘束による弊害をどのように説明をしているか（利用者の状態の説明、職員の関わり方なども含めて）を確認。
- ・ 施設・事業所は、現在のサービスを受けるまでの家族等による介護方法・身体拘束の有無についても確認。

一連のケアマネジメントプロセスを行う上で、家族等の参加は利用者を支援していくために重要な要素であり、上記を確認した上で、アプローチをしていくことが重要。

◆ 身体拘束廃止に関する指導について

標準的な指導事務の流れは以下のとおり

【運営上の指導】

- ① 運営指導において下記の利用者を確認した場合
- 身体拘束を例外的に行う場合の三つの要件をすべて満たさない状況で、身体拘束が行われている利用者。
 - 身体拘束を例外的に行う場合の三つの要件は満たしているが、手続面で不備がある利用者。

* 身体拘束を例外的に行う場合 *

1. 三つの要件をすべて満たしていること

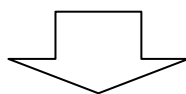
〔切迫性〕：利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

〔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

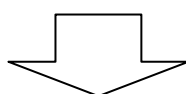
2. 手続面

- ・ 身体拘束に関して、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録すること。



② 下記の項目について運営上の指導を行う。

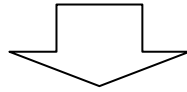
- 高齢者虐待防止、身体拘束禁止等について、制度理解の確認と普及促進のための指導を行う。
- また、一連のケアマネジメントプロセスの重要性について、指導を行う。



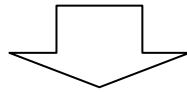
上記の理解が不十分と認められる場合は、「身体拘束廃止未実施減算」の適用について指導を行う。

【報酬請求（身体拘束廃止未実施減算）上の指導】

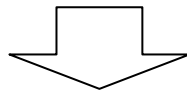
- ① 身体拘束に関して、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録しているかを確認。
（※ 記録については2年間保存が義務づけられている）



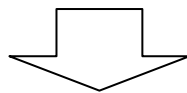
- ② 身体拘束等を行う場合の記録がなされていない場合



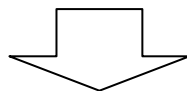
- ③ 身体拘束廃止未実施減算について指導
（※ 詳細は「身体拘束廃止未実施減算の適用について」（P68 参照））



- ④ 身体拘束廃止未実施減算を適用した場合の標準的な取扱いについて説明
→ 改善計画提出月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算。
（※ 詳細は「身体拘束廃止未実施減算の適用について」（P68 参照））



- ⑤ 速やかに改善計画を提出するよう指導



- ⑥ 改善計画提出の3ヶ月後に改善確認を実施
（※ 改善が認められない場合は、引き続き身体拘束廃止未実施減算を適用。）

(参 考)

身体拘束廃止未実施減算の適用について

1 身体拘束禁止規定について

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

なお、「緊急やむを得ない場合」に例外的に身体拘束を行う場合においても、要件・手続の面で慎重な取り扱いが求められる。

【対象事業】

- (介護予防)短期入所生活介護
- (介護予防)短期入所療養介護
- (介護予防) 特定施設入居者生活介護
- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設
- (介護予防)小規模多機能型居宅介護
- (介護予防) 認知症対応型共同生活介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

2 身体拘束廃止未実施減算における基準・解釈通知等

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

① 基準（平成 18 年厚労告 126） 別表 6 注 4

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

＜厚生労働大臣が定める基準(平成12年厚生省告示25号)12＞

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)第137条第5項、第162条第7項又は第174条に規定する基準に適合していないこと。

【減算対象事業】

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

② 解釈通知

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

身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定基準第118条第5項又は第161条第5項の記録(指定基準第118条第4項又は第161条第5項に規定する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所定単位数から減算することとなる。

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

※ 「記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出」の“速やか”とは？

…改善計画の提出日は記録を行っていない事実が生じた日(記録を行っていなかったことを発見した日)から概ね1～2週間程度と考える。

(問) 身体拘束廃止未実施減算については、「身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3か月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について減算する」とこととされているが、施設監査に行った際に身体拘束に係る記録を行っていないことを発見した場合、いつからいつまでが減算となるのか。また、平成18年4月前の身体拘束について記録を行っていなかった場合は、減算の対象となるのか。

- ・ 身体拘束の記録を行っていない日
：平成18年4月2日
- ・ 記録を行っていないことを発見した日
：平成18年7月1日
- ・ 改善計画を市町村長に提出した日
：平成18年7月5日

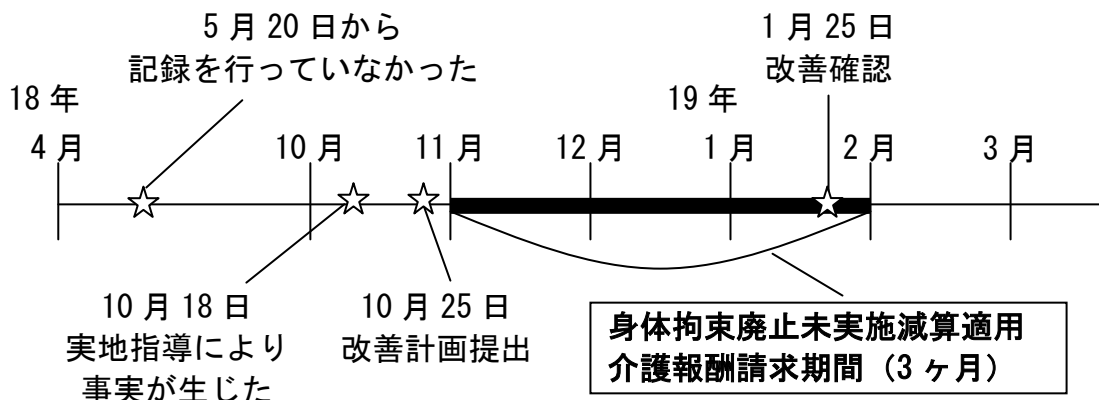
(答) 身体拘束廃止未実施減算については、身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出し、これに基づく改善状況を3か月後に報告することになっているが、これは、事実が生じた月に改善計画を速やかに提出させ、改善計画提出後最低3か月間は減算するということである。

したがって、お尋ねのケースの場合、改善計画が提出された平成18年7月を基準とし、減算はその翌月の同年8月から開始し、最短でもその3か月後の10月までとなる。

なお、身体拘束廃止未実施減算は、平成18年4月から新たに設けたものであることから、同月以降に行った身体拘束について記録を行っていない場合に減算対象となる。

(3) 身体拘束廃止未実施減算の適用の考え方

① 「事実が生じた月」と「改善計画の提出月」が同月内の場合



○ 平成18年 5月20日 【身体拘束の記録を行っていなかった】

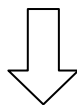


○ 平成18年 10月18日 【実地指導】



平成18年5月20日から記録を行っていなかったことを発見

○ 平成18年 10月25日 【改善計画の提出】



改善計画提出後最低3か月間は減算する

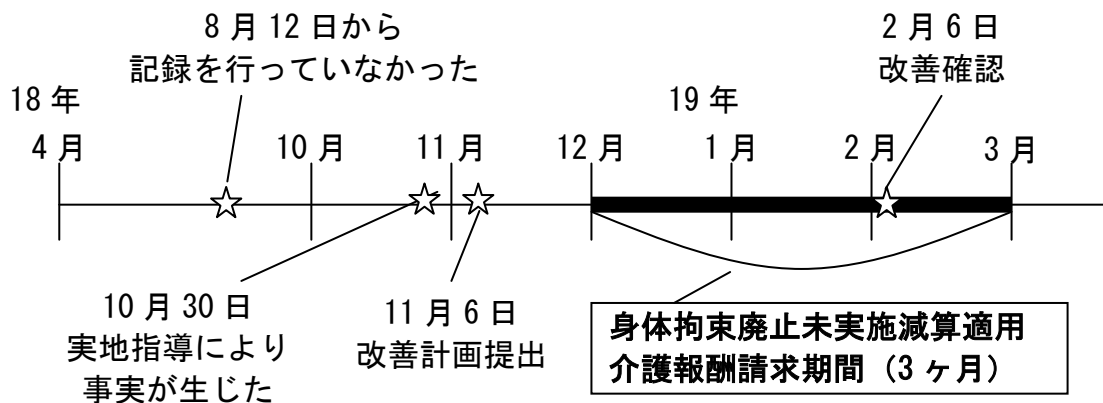
身体拘束廃止未実施減算適用

(平成18年11月～平成19年1月)



○ 平成19年 1月25日 【改善確認 (改善が認められた)】

② 「改善計画の提出月」が「事実が生じた月」の翌月の場合



○ 平成 18 年 8 月 12 日 【身体拘束の記録を行っていなかった】

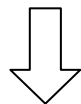


○ 平成 18 年 10 月 30 日 【実地指導】



平成 18 年 8 月 12 日から記録を行っていなかったことを発見

○ 平成 18 年 11 月 6 日 【改善計画の提出】



改善計画提出後最低 3 か月間は減算する

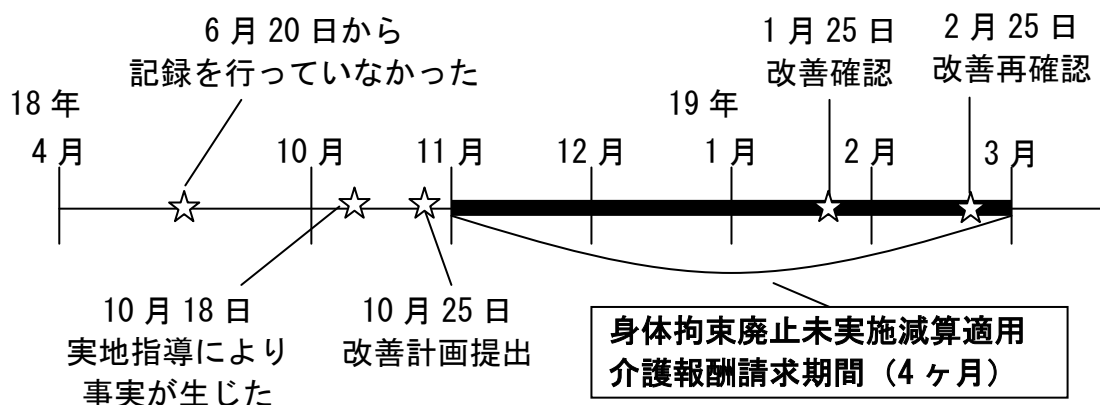
身体拘束廃止未実施減算適用

(平成 18 年 12 月～平成 19 年 2 月)



○ 平成 19 年 2 月 6 日 【改善確認 (改善が認められた)】

③ 3ヶ月後の改善が認められない場合



○ 平成18年6月20日 【身体拘束の記録を行っていなかった】

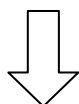


○ 平成18年10月18日 【実地指導】



平成18年6月20日から記録を行ってなかったことを発見

○ 平成18年10月25日 【改善計画の提出】



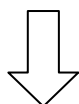
改善計画提出後最低3か月間は減算する

身体拘束廃止未実施減算適用

(平成18年11月～平成19年1月)



○ 平成19年1月25日 【改善確認(改善が認められない)】



改善が認められる月まで引き続き減算

身体拘束廃止未実施減算適用

(平成19年2月～)



○ 平成19年2月25日 【改善再確認(改善が認められた)】

(身体拘束に関する説明書・経過観察記録 (参考例))

(『身体拘束ゼロへの手引き』厚生労働省、2001年)

【記録1】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

〇〇〇〇様

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

記

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

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

上記のとおり実施いたします。

平成 年 月 日

施設名 代表者 印
記録者 印

(利用者・家族の記入欄)

上記の件について説明を受け、確認いたしました。

平成 年 月 日

氏名 印
(本人との続柄)

(身体拘束廃止に関する基準一覧)

サービス種別		基準
居宅サービス	短期入所生活介護	<p>指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)</p> <p>(指定短期入所生活介護の取扱方針) 第128条第4項 指定短期入所生活介護事業者は、指定短期入所生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用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。</p> <p>第128条第5項 指定短期入所生活介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。</p> <p>※ユニット型指定短期入所生活介護 (指定短期入所生活介護の取扱方針) 第140条の7第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※一部ユニット型指定短期入所生活介護 (指定短期入所生活介護の取扱方針) 第140条の19 (ユニット部分にあつては第140条の7に、それ以外の部分にあつては第128条に定めるところによる。)</p>
	短期入所療養介護	<p>指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)</p> <p>(指定短期入所療養介護の取扱方針) 第146条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型指定短期入所療養介護 (指定短期入所療養介護の取扱方針) 第155条の6第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※一部ユニット型指定短期入所生活介護 (指定短期入所療養介護の取扱方針) 第155条の17 (ユニット部分にあつては第155条の6に、それ以外の部分にあつては第146条に定めるところによる。)</p>
	特定施設入居者生活介護	<p>指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)</p> <p>(指定特定施設入居者生活介護の取扱方針) 第183条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p>

サービス種別		基準
介護保険施設	介護老人福祉施設	<p>指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第39号)</p> <p>(指定介護福祉施設サービスの取扱方針) 第11条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型指定介護老人福祉施設 (指定介護福祉施設サービスの取扱方針) 第42条第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※一部ユニット型指定介護老人福祉施設 (指定介護福祉施設サービスの取扱方針) 第54条 (ユニット部分にあつては第42条に、それ以外の部分にあつては第11条に定めるところによる。)</p>
	介護老人保健施設	<p>介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)</p> <p>(介護保健施設サービスの取扱方針) 第13条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型介護老人保健施設 (介護保健施設サービスの取扱方針) 第43条第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※一部ユニット型介護老人保健施設 (介護老人施設サービスの取扱方針) 第55条 (ユニット部分にあつては第43条に、それ以外の部分にあつては第13条に定めるところによる。)</p>
	介護療養型医療施設	<p>指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第41号)</p> <p>(指定介護療養施設サービスの取扱方針) 第14条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型指定介護療養型医療施設 (指定介護療養施設サービスの取扱方針) 第43条第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※一部ユニット型指定介護療養型医療施設 (指定介護療養施設サービスの取扱方針) 第55条 (ユニット部分にあつては第43条に、それ以外の部分にあつては第14条に定めるところによる。)</p>

身体拘束廃止未実施減算 <指定介護老人福祉施設について(介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設も同様の内容)>

別に厚生労働大臣が定める基準(平成12年厚生省告示25号38)を満たさない場合は身体拘束廃止未実施減算として、1日につき**5単位**を所定単位数から減算する。

<平成12年厚生省告示25号38>

介護福祉施設サービスにおける身体拘束廃止未実施減算の基準
指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十九号)第十一条第五項、第四十二条第七項又は第五十四条に規定する基準に適合していないこと。

身体拘束廃止未実施減算について[第2の5(7)](介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設も同様の内容)
身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定介護老人福祉施設等の人員、設備及び運営に関する基準第11条第5項の記録(同条第4項に規定する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所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

サービス種別		基準
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成18年厚生労働省令第34号) (指定小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針) 第73条第5項・第6項 (短期入所生活介護と同様の内容)
	認知症対応型共同生活介護	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成18年厚生労働省令第34号) (指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針) 第97条第5項・第6項 (短期入所生活介護と同様の内容)
	地域密着型特定施設入居者生活介護	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成18年厚生労働省令第34号) (指定地域密着型特定施設入居者生活介護の取扱方針) 第118条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成18年厚生労働省令第34号) (指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針) 第137条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容) ※ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設 (指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針) 第162条第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容) ※一部ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設 (指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針) 第174条 (ユニット部分にあつては第162条に、それ以外の部分にあつては第137条に定めるところによる。)

身体拘束廃止未実施減算（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

別に厚生労働大臣が定める基準(平成12年厚生省告示25号26)を満たさない場合は身体拘束廃止未実施減算として、1日につき**5単位**を所定単位数から減算する。

<平成12年厚生省告示25号26>

地域密着型介護福祉施設サービスにおける身体拘束廃止未実施減算の基準
指定地域密着型サービス基準第三十七条第五項、第六十二条第七項又は第七十四条に規定する基準に適合していないこと。

身体拘束廃止未実施減算について

身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定基準第118条第5項又は第161条第5項の記録(指定基準第118条第4項又は第161条第5項に規定する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所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

サービス種別		基準
介護予防サービス	介護予防 短期入所介護	<p>指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第35号)</p> <p>(身体的拘束等の禁止) 第136条第1項・第2項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型指定介護予防短期入所生活介護 (準用) 第159条 (第136条の規定を準用する。)</p> <p>※一部ユニット型指定介護予防短期入所生活介護 (準用) 第173条 (第136条の規定を準用する。)</p>
	介護予防 短期入所療養介護	<p>指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第35号)</p> <p>(身体的拘束等の禁止) 第191条第1項・第2項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型指定介護予防短期入所療養介護 (準用) 第210条 (第191条の規定を準用する。)</p> <p>※一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護 (準用) 第223条 (第191条の規定を準用する。)</p>
	介護予防特定施設 入居者生活介護	<p>指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第35号)</p> <p>(身体的拘束等の禁止) 第239条第1項・第2項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護 (準用) 第262条 (第239条を準用する。)</p>

サービス種別		基準
指定地域密着介護予防サービス	介護予防小規模 多機能型居宅介護	<p>指定地域密着介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第36号)</p> <p>(身体的拘束等の禁止) 第53条第1項・第2項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p>
	介護予防認知症対応型共同生活介護	<p>指定地域密着介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第36号)</p> <p>(身体的拘束等の禁止) 第77条第1項・第2項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p>

③ 「一連のケアマネジメントプロセス」の理解

運営指導Ⅰ（利用者の生活実態の確認）において介護サービス従事者から説明を受けた「行動・心理症状のある利用者及び虐待や身体拘束が疑われる利用者の生活実態」を基に、施設・事業所としての考え方や方針などを確認しながら、「一連のケアマネジメントプロセス」の重要性を理解し、実践できているかを確認する。

「一連のケアマネジメントプロセス」が効果的に実施されているかを確認する方法としては、「行動・心理症状のある利用者や虐待や身体拘束が疑われる利用者」のみならず、その方と同じ居室やユニットの利用者数人についても一連のケアマネジメントプロセスに関する資料を確認することにより、実態を把握することが求められる。

（※ ケアマネジメント導入の趣旨・・・P115～P118 参照）

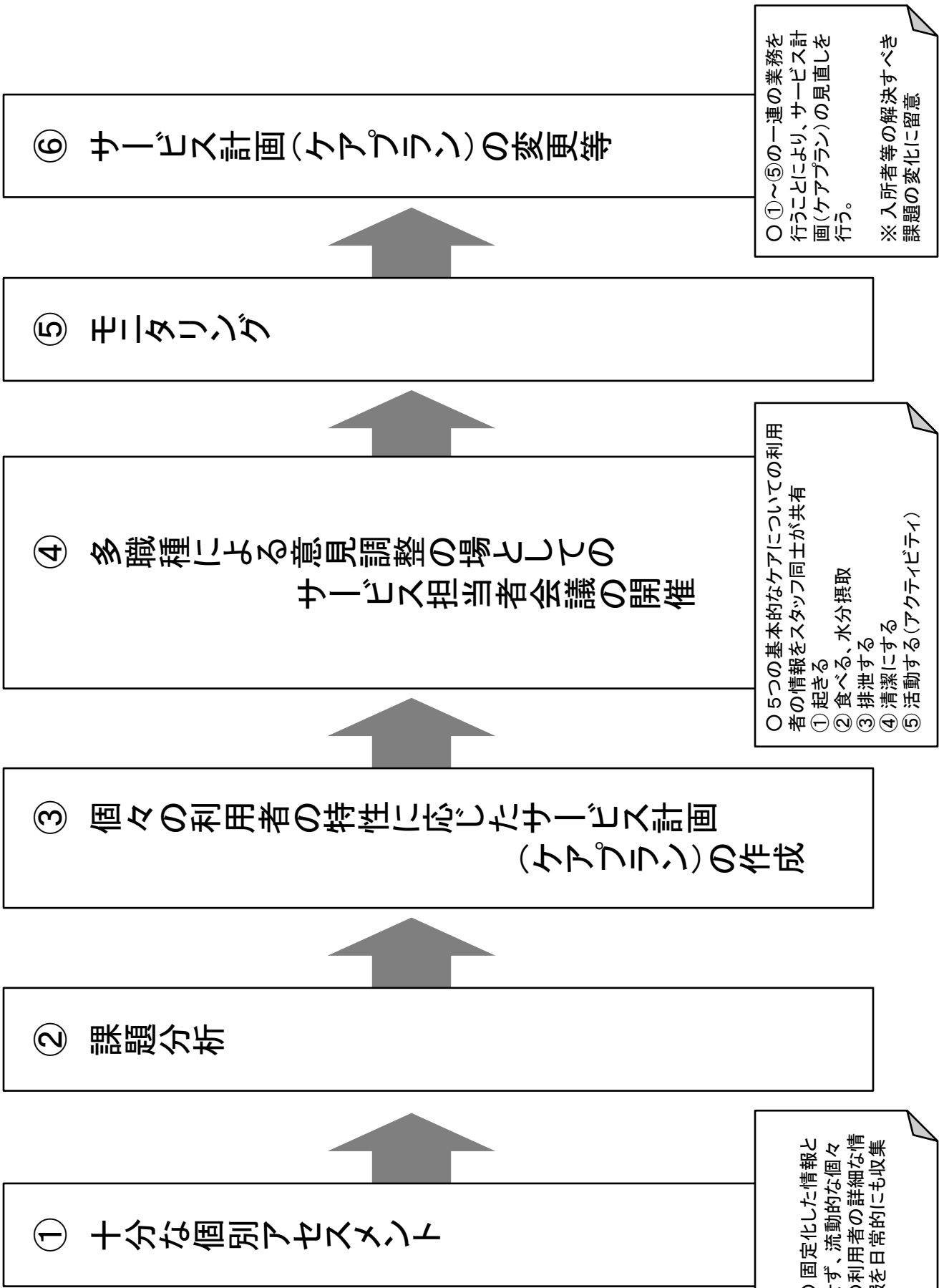
○ アセスメント等の取り組みが出来ていない場合には「一連のケアマネジメントプロセス」について、説明を実施。

◎ 個人情報保護の観点から、ケアプラン等の資料は、確認次第、返却する。

○ 一連のケアマネジメントプロセスが適切に実施出来ており、虐待や身体拘束が認められない施設・事業所については、他の施設・事業所の模範となるよう、取り組み状況をヒアリングし、普及促進に活用。

【参考】例：指定介護老人福祉施設：基準第 12 条、第 37 条第 2 項第 1 号
指定認知症対応型共同生活介護：基準第 98 条、第 107 条第 2 項第 1 号

(注) 以下に示す一連のケアマネジメントプロセスは、介護保険施設等に関する指定基準及び解釈通知に規定する「施設サービス計画の作成」をもとにして、「介護保険施設等の運営指導に関する検討会」において、組織として積極的に取り組んでおられる施設等のヒアリングを行い、高齢者虐待防止、身体拘束廃止について取り組む際のサービス提供のマネジメントの流れを概念整理したものである。



◆ アセスメント（課題分析） ◆

① 情報収集

利用者の自立支援、尊厳の保持につながるサービスの提供が適切かつ効果的に行われるように、利用者が抱える生活課題（ニーズ）を明確にする必要があります。そのためには、利用者及びその人を取り巻く環境について多方向からの客観的な情報収集を、適切な方法で行うことが必要です。

健康状態、ADL、IADL、認知、コミュニケーション能力、社会との関わり、排尿・排便、褥瘡・皮膚の問題、口腔衛生、食事（1,500Kcal/1日）摂取、水分（1,300ml/1日）摂取、行動・心理症状、介護力、居住環境、特別な状況等

など、アセスメントのための課題分析標準項目23項目（P94参照）を参考にして、総合的な視点での情報収集が必要です。

◎ 情報収集の方法におけるヒアリングの視点

→ 適切な方法を用いているか等を確認します。

「誰が何を情報収集するか」について、担当のケアマネージャーだけでなく、医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報をも加味することが必要です。また、対象として、利用者だけを観察するのではなく、利用者の生活歴や家族状況（介護力・家族背景等）など、その人を取り巻く環境全般について見ていく必要があります。

できないことだけを見るのではなく、利用者本人ができること（ストレングス）をアセスメントする視点が大切です。

◎ ヒアリングのポイント

→ 施設・事業所で作成している、アセスメント表等を確認しながら、自立支援に向けたケアプランを作成する上で、本当に必要な利用者情報が適確に引き出されているかをヒアリングします。

標準項目を網羅するだけのアセスメントではなく、収集した情報から、まず利用者の全体像を捉えることが大切です。次に、利用者が今どのような状況にあり、何故サービスを必要としているのか、自立支援に必要な本当の支援は何かを分析した上で、ニーズを引き出しているかを確認します。

単に要望とサービスを結び付けるだけにならないよう配慮する必要があります。また、一連のケアマネジメントプロセスを常に振り返りながら、ケアマネジメントに必要な知識の習得や向上を意識してアセスメントに臨んでいるかを確認することが重要です。

◆ 課題分析 ◆

② 分析

アセスメントの結果を多方面から検討し、入手した情報の分析から、生活課題（ニーズ）を把握する。

課題・分析にあたっては、次の点に十分留意することが必要です。

- 表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで、「真の課題」をつかんでいるか。
- 目に見えている問題は、相互に関連し合って、1つの現象を示しているため、その相互関連を明らかにしていく視点があるか。
- 利用者に起こりうる危険性を予測することなどにより、潜在化している課題を発見し、課題の見落としを防ぐことに配慮しているか。
- 利用者本人や家族が希望するニーズのみに対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う努力をしているか。
- 利用者本人の支援だけでなく、主たる介護者を支援する視点を忘れていないか。
- 緊急事態の予測、リスクマネジメントに配慮する視点をもってしているか。

◎ 課題分析におけるヒアリングの視点

→ アセスメントから得られた情報の分析により、利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握が行われているかを確認します。

→ 利用者の状態の悪化の防止又は悪化のスピードを遅らせることへの有効策の模索が行われているかを確認します。

障害のある部分・状態に対して、サービスで補ってだけでなく、自立に向けた支援、利用者のQOLを高めるという視点で分析することが重要です。

また、単に情報収集しただけでアセスメントが終わっていないかを常に振り返る視点を持ち、専門職として判断した根拠の説明ができることが重要です。

◆ ケアプランの作成（個別性に応じた計画作成） ◆

ケアプランの作成にあたっては、アセスメントに基づき抽出された生活課題（真のニーズ）の改善をめざすために、次の点に配慮することが大切です。

- 利用者自身は、どのような生活をめざしたいと考えているか。
- 利用者の意向を踏まえた上で、どこまでの改善が可能か。
という目標設定を明確にする。

また、課題を解決し、目標を達成するための具体策・方法として具体的なサービス内容の設定（必要に応じてリハビリテーション計画などの個別計画の策定）を行います。サービス内容の設定にあたっては、次の点に留意する必要があります。

- 目標を達成する手段として適切な内容となっているか。
- 個別のサービス内容については、「誰が、いつまでに、どのような方法で、どのくらいの頻度で」サービスが提供されるのかが具体的に示されているか。
- 利用者のニーズに即した過不足のない、安全なケアが行われることに配慮されサービスになっているか。

◎ ケアプランの作成におけるヒアリングの視点

→ 課題に応じて多職種が関わりを持つケアプランとなっているか、それぞれの職種の役割分担が明確であるかを確認します。

専門性を持った多職種の関わりにより、より高い水準の個別ケアを提供できます。また、それぞれの専門職の役割分担が明確であると、計画に基づく実施が可能となると同時に、利用者の変化を早期に把握できます。

→ 利用者が日常生活の中で実行可能なものかを確認します。

本来、ケアプランの原則は「セルフケアプラン」であると考えます。利用者自身がケアプランの主人公であり、主体的に意欲を持って参加できるように個別のニーズに即した実行可能なものであることが重要です。

同時に、援助者側も同じ目標に向かって、利用者の自己実現のためにそれぞれの専門性を生かせる計画であることが大切です。

◎ 短期目標・長期目標の関連性

→ 達成すべき具体的な短期目標・長期目標がケアプランの中でつながりをもって設定されているか確認する。

個々の短期目標の積み上げの上に、長期目標の達成があり、長期目標の達成の先に、利用者のめざすその人らしい生活が見えてくるという関連性を常に意識することが大切です。

「目標を持たないケアプラン」では、利用者自身が主体的に計画に参加することができません。

また、生活課題を解決していくために必要なカンファレンスもモニタリングもできません。本来のケアマネジメントが展開されていない中では、場当たりの対応計画に過ぎず、効果的なサービスを提供することはできません。

課題を解決するための方向やサービス提供による到達点を示す上で、利用者・家族を含めたチームとしての共通目標が必要です。

◎ 利用者の安全確保の視点

→ 利用者の安全確保を念頭に置いたケアプランとして、どのような状態を見守るのか、危険な状態の時にどのような関わりをするのか、といった手順などが具体的にプランに反映されているかを確認する。

施設・事業所がリスク管理について、継続的にバックアップする体制を持ち、組織として個別ケアに取り組むことが重要です。

どのような危険が予測されるのか、緊急事態とはどのような状況を想定するのか等、個々の利用者の状態像に応じたリスクマネジメントの視点が大切です。

◆ サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催 ◆

定期的に行われるサービス担当者会議（ケアカンファレンス）において、関わっている各専門職がひとりひとりの利用者をそれぞれの立場から観察するとともに、専門的視点をもって評価を行うことにより、新たな課題の発見や、今後の目標の見直しに繋がります。また、他の専門職の意見やアドバイスをもらうことにより、1人で悩まずにケアの工夫のヒントを得ることができる。

また、ケアを担うチームの一員として、利用者の家族へのはたらきかけも重要である。利用者やその家族がケアカンファレンスに参加することができない場合でも、利用者自身や家族の意思や希望を何らかの形で確認し、それを計画に反映させることが大切である。

◎ サービス担当者会議におけるヒアリングの視点

→ 利用者に関わる多職種の合意形成のための話し合いの場としてケアカンファレンスが定期的に、また、必要に応じて開催されているかを確認する。

専門性を持った多職種の関わりにより、より高い水準のケアが生まれます。また、利用者に関わる多職種の総意で行動計画が決定されることにより、効果的なサービス提供が期待できます。利用者個人の意思を反映したケアカンファレンスの開催によって、チーム全体の意識が新たになり、チームの総意があればこそ、各自の役割や責任が明確となり、成果を上げることにつながります。

※ 決定したケアプランは、利用者にサービス提供を行う全ての介護従事者に対して、十分な理解を求め、共通認識のもとケアにあたるのが重要。

◎ 家族へのはたらきかけ、ケアへの参加

→ 利用者の状態像を把握しその情報を共有するため、また、高齢者虐待や身体拘束のリスクについて、しっかりと説明し、納得・理解してもらうために、情報交換の場を多く持つことができているかを確認する。

まず、家族の介護に対する思いを受け止める姿勢が大切です。家族は、24時間は無理ですが、場面、場面においてケアに参加したいと思っている方もいます。しかし、施設・事業所に対して、お世話になっていて、意見するのは申し訳ないという思いから、「お任せします」という姿勢になることも多いはず。家族の思いを支える視点を持つと同時に、家族も利用者の支援を担うチームの一員として、目標達成に向けて一緒に関わって欲しいというアプローチが大切です。

◆ モニタリング ◆

サービスの実施状況を確認した上で、ケアプランが利用者の自立支援に向けて有効的な計画であったかどうかを検証するための定期的な評価として実施する。

その上で、再アセスメントにつなげる必要があるかどうかを判断し、必要に応じてケアプランの追加・修正・変更を行う。

- 目標の達成度（PDCAサイクルの確認）
- ケアプランに基づき、サービスが適切に実施されているか
- 利用者や家族に新たなニーズが発生していないか
- サービス担当者の意見・評価・要望
- 利用者や家族のサービスに対する意向

◎ モニタリングにおけるヒアリングの視点

→ 作成したケアプランを漫然とこなすのではなく、ケアプランの有効性の検証のため、上記にあるポイントを適切に評価できているかを確認する。

モニタリングはケアマネジメントの総体を経過観察するものです。モニタリングがタイミングよく行われることにより、利用者の状態像により適したサービス提供につながります。

また、モニタリング結果がケアプランの修正・継続に的確に結びつくことによって、より具体性のある効果的なサービス提供に繋がり、その最大の効果として、利用者の望む生活の実現へとつながっていきます。

◆ ケアプランの変更等 ◆

モニタリング結果を的確に反映するために、まず再アセスメントを行い、再アセスメントの結果、利用者の実態が、明らかに計画の変更を必要とする場合には、速やかにケアプランの変更を行う必要がある。

また、緊急性を要しないが慢性的状態にありケアプランの効果がみられない場合など、目に見える状態や問題の変化がなくても、サービスの効果測定や状態の再評価の視点から、一定期間ごとにケアプランの見直しを行い、計画的なケアが展開できるようにすることが大切である。

さらに、サービスを提供していく過程で発生するさまざまな問題により、ケアの内容について、利用者や家族、ケアに携わるチームの考え方にズレが生じることもあるため、サービス計画の変更にあたり、チームとしての共通認識が得られるよう、再度調整することも大切である。

◎ ケアプランの変更等におけるヒアリングの視点

→ どのような経過をたどってケアプランを変更しているのか、まず変更につなげた根拠を確認し、そこから次の課題を見いだした上で、連続したケアを行っているかを確認する。

利用者自身やその人を取り巻く環境などの変化を把握し、一連のケアマネジメントプロセスの再評価を行い、ケアプランの見直しを図ることにより、ケアの質を高めていくという視点も重要です。

◎ 情報の連携のあり方

→ 利用者へのケアの一連のケアマネジメントプロセスについて、ケアを担うチームによる多角的な視点を集約できているかを確認する。

利用者やその家族、利用者のケアに関わる人から意見や要望、問題の提起がなされている場合の対応は、各々の意見に対応するだけでなく、ケアプランに立ち戻り、どこに問題があるのかを検討することが重要です。情報の共有、連携を図る際には、個人情報保護に十分留意する必要があります。利用者・家族に対し、何の目的で情報共有をする必要があるかを、きちんと説明し同意を得ることが大切です。

「一連のケアマネジメントプロセス」の理解に関する質問

(参考例)

- 当日、施設・事業所から提出されたリスト（行動・心理症状等のある利用者）から、数名の利用者を抽出し、各種記録を参考にしながら、施設・事業所における一連のケアマネジメントプロセスに関する考え方を確認する。
- 実地指導は、利用者のサービスの質の向上を図る観点から、施設・事業所の取組みをさらによりよいものとするため、次頁以降の質問例を参考に、介護支援専門員等の気づきを促すように実施する。
- その際、質問に対する回答が十分に得られなかった場合であっても、施設・事業者側に対し、何故できていなかったのか、今後、どのように取り組むことが望まれるのか等について、資料（P83～P89 参照）を参考に、組織的な取組みを促すよう指導することが大切である。
- また、次頁以降の質問例はあくまで例示であり、それぞれの施設・事業所の状況に応じて適宜対応すること。

◆アセスメント（情報収集）◆

- 利用者や家族等の情報収集の方法は、具体的にどのような行っていますか。（P83）
- 利用者にとって必要な情報を引き出すため、アセスメントにおいて特に、留意していることはどのようなことですか。（P83 参照）
- 生活感、価値観、人生観などを含めた全体像のアセスメントを行っていますか。（その人らしさを掴むヒントになる）（P83 参照）

◆アセスメント◆（課題分析）

- 利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握について、アセスメントから得られた情報の分析をどのように行っていますか。（P84 参照）
- 利用者の状態の悪化の防止又は悪化のスピードを遅らせるためにどのような対応をされていますか。（P84 参照）

◆ケアプランの作成◆

- 課題に応じて多職種が関わりを持つケアプランとなっていますか。
また、それぞれの職種の役割分担は、どうなっていますか。(P85 参照)
- ケアプランの目標を設定する際には、どのような配慮をしていますか。(P85 参照)
- 短期・長期目標を設定する場合、特に留意していることは何ですか。
(ケアプランに短期・長期目標が設定されているか確認)(P86 参照)
- 利用者の安全確保を念頭においたケアプランとして、どのような状態を見守るのか、危険な状態の時にどのような関わりをするのか、といった手順などについて事前に話し合い、意志決定を行っていますか。(P86 参照)

◆サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催◆

- ケアカンファレンスの開催頻度や出席者はどのようになっていますか。また、話し合われる内容は、どのようなものですか。(P87 参照)
- 利用者の状態の変化に即応し、高齢者虐待や身体拘束のリスクについて、ご家族への説明を行っていますか。(P87 参照)

◆モニタリング◆

- モニタリングは、具体的にどのように行っていますか。(P88 参照)
また、その際、特に、重視していることはどのようなことですか。
(P88 参照)

◆ケアプランの変更等◆

- 利用者の状態の変化をどのようにとらえていますか。また、次の課題を見出すための再アセスメントをどのように行っていますか。(P89 参照)
- 利用者への一連のケアマネジメントプロセスの中で、ケアを担うチームの意見等をどのように集約していますか。(P89 参照)

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日 老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙4の別添

（別添）

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目（※ 次ページ参照）
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目（※ 次ページ参照）
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

(参考)

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

ケアマネジメントプロセスの参考（一例）

ケアプラン作成の目的

ケアプランの原則は**セルフケアプラン**

自分の人生を自分で決めるのは当然の事

⇒本来自分でたてるケアプランが、病気や障害によってたてられない。だから介護支援専門員という専門職が誕生した。

プロとして、今、一番最良と思われる提案をしているかを、常に検証することは当然の責務。
でも、迷ったり間違えることもあります。

① インテーク(受付)

《ポイント》

アセスメントの一部として情報収集をしているか

- 1) 申し込み受付(相談経路は複数あり)
- 2) 利用者情報の収集
- 3) サービス利用の必要性の把握
- 4) 利用者・家族の主訴・現状把握
- 5) 訪問及び面接の約束
- 6) 契約行為であることの説明

第1印象はとても大切。
信頼関係作りの
第一歩。
お見合いです。

②課題分析(アセスメント)

《ポイント》

- 適切な方法を用い、利用者・家族に面接をして行っているか
- 主たる介護者を支援する視点を忘れていないか

- 1)健康状態・ADL等、身体状況
- 2)認知・精神面等
- 3)家族背景・介護力
- 4)家屋状況等、生活環境
- 5)虐待・ターミナル等特別な状況
- 6)利用者自身のストレンクス

など...

何を解決すれば元気になるのかな...

家族が潰れないようにしないと...

③ケアプラン原案の作成

《ポイント》

利用者の要望(希望)を踏まえた上で、必要な生活課題(ニーズ)を捉えているか

- 1)利用者及び家族の意向を確認したか
- 2)生活課題(ニーズ)の把握は適切か
- 3)適切な目標設定か
- 4)解決手段としてのサービス設定になっているか
- 5)チーム全体の支援の方向性が明確か
- 6)サービス利用だけが目的になっていないか

本来はセルフケアプランが原則

単なるサービスプランナーになっていないか

④ サービス担当者会議 (ケアプラン修正・確定)

《ポイント》

- 単にサービス内容を確認する場になって
- 利用者情報の共有ができていないか
- 専門的立場を踏まえた意見の合意形成がなされ、ケアプランの修正が行われているか

- 1)利用者・家族の参加
- 2)医師の参加
- 3)インフォーマルサービスの参加
- 4)原案の主旨を説明できる
- 5)利用者が主体的に参画している
- 6)緊急時の確認ができていない

チームアプローチを意識する。単なるケアプラン説明会に終わっていないか

ケアプラン原案を利用者と共に修正し、確定しているか

⑤ サービスの実行

《ポイント》

- ケアプランに基づき、個別サービス計画と連動したサービス提供が行われているか

- 1)サービス担当者会議の意見が反映されているか
- 2)個別サービス計画があるか
- 3)各職種とリアルタイムに連携がとれているか
- 4)計画作成責任者であることを意識する
- 5)経過を通し、家族の状況も把握する
- 6)初期段階は、本人の変化に留意する

チーム全体の動きやバランスを確認しながら、進めることが大切です。

⑥ モニタリング

《ポイント》

計画を立てっぱなしにしていないか

- 1) PDCAサイクルを意識する
- 2) 利用者・家族の変化に気づく
- 3) 効果測定であることを理解する
- 4) 個別サービス計画との連動
- 5) 再アセスメントへの視点をもつ
- 6) タイミングを逃さない

「先月と表情が
違う。様子を変
だな…」

最近サービス
の変更が多
いなあ…

今日はいつも
より元気そう。
いいことあった
かな？

⑦ 評価(再アセスメントへ)

《ポイント》

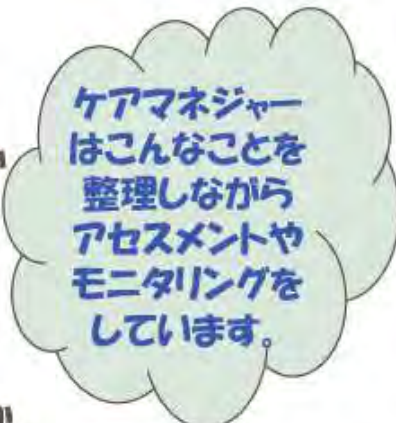
再アセスメントにより利用者・家族の生活課題を見直した上で、サービス継続か否かを判断しているか

- 1) 支援体制の再構築
- 2) 利用者・家族のセルフケア力の見極め
- 3) 適切な支援体制の再構築
- 4) サービス終了時期の見極め
- 5) 利用者・家族の意欲の再確認
- 6) 「地域」という単位を意識する

「介護保険サービ
スからの卒業」
その瞬間を一緒
に喜べる関係をつ
くれたら素敵
ですね。

ケアプラン作成における ケアマネジャーの自己点検の視点

- ①利用者・家族の要望を踏まえ、**本当のニーズ**がつかめているか
- ②今一番**ベターなプラン**を提案できているか
- ③**短期目標の設定**が評価できるものになっているか
- ④**時系列**を意識して経過記録を簡潔にまとめているか
- ⑤**個別性**のあるケアプランになっているか
- ⑥**緊急性**を見落としていないか
- ⑦利用者・家族の**想い**を大切にされた表現になっているか
- ⑧利用者・家族の生活が、**映像**として伝えられるか …などなど



ケアマネジャー
はこんなことを
整理しながら
アセスメントや
モニタリングを
しています。

④ 地域との連携

居住系サービスについては、地域に開かれたものとして運営されるよう、地域住民やボランティア団体等との連携及び交流を図ることが重要である。あわせて、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを行うことも大切である。

特に、地域密着型サービス（※）の事業者は、利用者、地域住民の代表者、市町村職員、知見を有する者等により構成される運営推進会議に対し、提供しているサービス内容等についておおむね2月に1回以上開催し報告することにより、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的としていることから、以下の事項を中心に確認する。

※ 運営推進会議の設置義務のある地域密着型サービスとは、「小規模多機能居宅介護」、「認知症対応型共同生活介護」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」、「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」をいう。

○ 運営推進会議の開催状況や内容の確認

開催の頻度、出席者、報告内容等の事実確認のみならず、会議での意見等が事業運営にどのように反映されているかについて確認することも重要。

また、会議は活動報告だけでなく、地域における高齢者福祉等に関し、情報交換や交流を深める中で、専門的知識（認知症高齢者の理解の促進）の地域への還元、利用者と地域住民の関係づくりの場、避難訓練や防犯等、事業所が地域の高齢者福祉の活動拠点となるよう積極的な取り組みを助言することも大切。

※ 小規模多機能型居宅介護の概要については、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が発行している、

「小規模多機能型居宅介護のご案内（<http://www.shoukibo.net/iken/index.html#panf>）」（平成21年2月19日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議にて配布）を参照。

※ 運営推進会議の意義等についてはP167～P173『特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会の報告書「認知症グループホームにおける運営推進会議の実態調査・研究事業」』を参照。

【参考】例：指定介護老人福祉施設：基準第26条、第34条

指定認知症対応型共同生活介護：基準第57条、第85条（以上、第108条の準用）、第107条第2項第7号

報酬請求指導マニュアル

○ 報酬請求指導マニュアル

1 報酬請求指導の目的

施設・事業所が届出等で実施する各種加算等に関する指導については、報酬基準に基づき介護保険給付の適正な事務処理を行わせるとともに、基準要件に適合した加算に基づくサービスの実施を行わせることにより、不正請求の防止と制度管理の適正化を図るとともに、よりよいケアへの向上に向けた施設・事業所への支援を図ることを目的とする。

(1) 報酬基準に基づいた実施

各種加算等については、報酬基準に基づいた実施体制の確保、一連のケアマネジメントプロセスに基づいたサービス提供、多職種との協働によるサービス提供の実施など、届け出た加算等についての基本的な考え方や基準に定められた算定要件に基づいた運営及び請求が適切に実施されているかをヒアリングにより確認し、不適正な請求の防止とよりよいケアへの質の向上に努めること。

(2) 報酬基準に適合しない場合の取扱い

報酬基準に適合しない取扱い等が認められた場合には、加算等の基本的な考え方や報酬基準に定められた算定要件の説明等を行い、適切なサービスの実施となるよう是正させるとともに、過去の請求について自己点検させ、不適切な請求となっている部分については過誤調整として整理させること。

2 具体的な報酬請求指導の方法

(1) 実地指導の留意点

実地指導においては、施設・事業所の職員等に対して介護報酬請求上の加算及び減算の考え方を正しく理解させ、適正な請求を行わせるとともに、よりよいケアに結びつくサービスの質の向上と提供を行うことにより、介護給付管理の適正化を目的としていることから、報酬請求指導においても次の点に留意すること。

① 各種加算及び減算の考え方等の理解普及

指導にあたっては、加算及び減算の種類が多数にわたることから、別冊「各種加算・減算適用要件等一覧」を参照して基本的な考え方、請求の方法等について十分な理解に努め、施設・事業所の職員等からの相談に応じることができるようにすること。

② 指導方法の統一

施設・事業所ごとに異なった指導となると介護報酬請求上も問題となることから、指導内容に疑義があるときは国に照会するなどして、統一的な指導方針となるよう十分配慮すること。

(2) 指導による過誤調整

① 指導時点で加算及び減算に係る誤った解釈、認識の不足等から届出内容と相違したサービスが提供されている場合には、過誤調整を行わせるものとする。

② この場合、自主点検について文書による指導とし、過誤調整の結果について文書による報告を求めるものとする。

(3) 都道府県と市町村との連携等

都道府県又は市町村は、上記(2)に係る過誤調整を指導した場合は、その旨を速やかに関係保険者へ連絡すること。

(4) 指導から監査への変更

実地指導において、著しく悪質な不正請求が確認できた場合には、速やかに介護保険法の第5章に基づく実地検査に切り替えることとする。

参 考

各種加算等についてヒアリングの具体的事例

* 個別機能訓練加算 *

- 施設・事業所から提出された「各種加算等自己点検シート」及び拳証資料を基にヒアリングを行う。

《各種加算等自己点検シート》

届出状況	点検項目	点検事項	点検結果		
	個別機能訓練加算	個別機能訓練開始時の利用者への説明の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
		専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
		利用者数が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上配置	<input type="checkbox"/>	配置	
		多職種協働による個別機能訓練計画の作成	<input type="checkbox"/>	作成	個別機能訓練計画書
		利用者に対する計画の内容説明、記録	<input type="checkbox"/>	3月毎に実施	
		訓練の効果、実施方法等に対する評価	<input type="checkbox"/>	あり	
		個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧への対応	<input type="checkbox"/>	あり	実施時間、訓練内容、担当者等への記録

○ ヒアリングの具体的事例

【個別機能訓練開始時の利用者への説明の有無】

(指導担当者)：個別機能訓練開始時、利用者本人に説明は行っていますか？

(施設側)：説明しています。

(指導担当者)：説明していることが確認できるものは何かありますか？

(施設側)：説明していますが、記録はしていません。

(指導担当者)：加算請求は、説明するにあたって記録が求められます。

【利用者に対する計画の内容説明、記録】

(指導担当者) : 3ヶ月毎の利用者への説明は行っていますか？

(施設側) : 最初の一度だけカンファレンスをして説明しましたが、3ヶ月に1回という間隔で説明は行っていません。

(指導担当者) : 説明そのものが目的ではなく、状態の変化に対応して計画の変更をしていないと、よりよいケアに結びつかないことから、このように最低3ヶ月毎に利用者への説明をお願いしているのです。

【専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置】

(指導担当者) : 常勤の理学療法士等を1人以上配置することになっていますが、職員配置上どのようになっていますか？

(施設側) : 作業療法士を1名配置しています。

(指導担当者) : 資格を確認できるものは何かありますか？辞令等の発令は？また、勤務状況がわかるものはありますか。

(施設側) : . . .

(指導担当者) : 「勤務しています」と言うだけでは、確認が出来ません。
例えばタイムカード等の確認を施設長等がチェックする体制を整備しておくなど、確認書類は特に問いませんが、毎月配置ができていることを確認する必要があります。もし、常勤としての日数が欠落していた場合、翌月は加算を請求することができません。

【多職種協働による個別機能訓練計画の作成】

【訓練の効果、実施方法等に対する評価】

(指導担当者)：個別機能訓練計画書はどのように作成されていますか？

(施設側)：(個別機能訓練計画書を見ながら)利用者の状態、目標設定、訓練内容…等で作成しています。

(指導担当者)：多職種協働ということですが、どのような役割分担になっていますか？

(施設側)：介護職員は作成したプランに沿って介護を行い、看護職員は…。

(指導担当者)：その実施状況を確認できるものは何かありますか？

(施設側)：関係職員には計画書を渡してあり、各自それに沿って実施していますが、記録はしておりません。

(指導担当者)：その職種の方が何をどう計画書に従って実施したか確認できなければ加算は請求することができません。

記録が目的ではなく、各職種での実施状況の情報共有ができていないと計画が適切に実施されているか不明ですし、家族や利用者に対しても説明できないと加算を届け出た価値が見いだせないと思います。

【個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧への対応】

(指導担当者)：個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧はどうされていますか？

(施設側)：記録しているのみで、閲覧は行っていません。

(指導担当者)：閲覧ができるようにしておくことが重要です。

記録し、閲覧できるようにすることで利用者、家族、多職種と情報の共有を図ることが可能になり、よりよいケアへ結びつきます。

第3 参考資料

1 ケアマネジメント導入の趣旨

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

2 高齢者虐待防止法の施行

- ※ 「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について
(平成18年4月厚生労働省老健局)」

3 身体拘束廃止の推進

- 1 身体拘束廃止に関する定義
- 2 身体拘束ゼロ作戦の推進

- ※ 「身体拘束ゼロへの手引き～高齢者ケアに関わるすべての人に～」

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

4 認知症ケアの基本

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

5 地域密着型サービスについて

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

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

1 ケアマネジメント導入の趣旨

ケアマネジメント導入の趣旨

(ケアマネジメントの現状)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 高齢者虐待防止法の施行

I 高齢者虐待防止の基本

1. 高齢者虐待防止法の成立

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

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

2. 「高齢者虐待」の捉え方

（1）高齢者虐待防止法による定義

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

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

ア. 養護者による高齢者虐待

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

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

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

イ. 養介護施設従事者等による高齢者虐待

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

「養介護施設」又は「養介護事業」に該当する施設・事業は以下のとおりである。

高齢者虐待防止法に定める「養介護施設従事者等」の範囲

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

(高齢者虐待防止法第 2 条)

(2) 「高齢者虐待」の捉え方と対応が必要な範囲について

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

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

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

高齢者虐待の例

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

Ⅱ 養介護施設従事者等による虐待への対応

1 定義・概略

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

2 老人福祉法及び介護保険法の規定による権限の行使

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

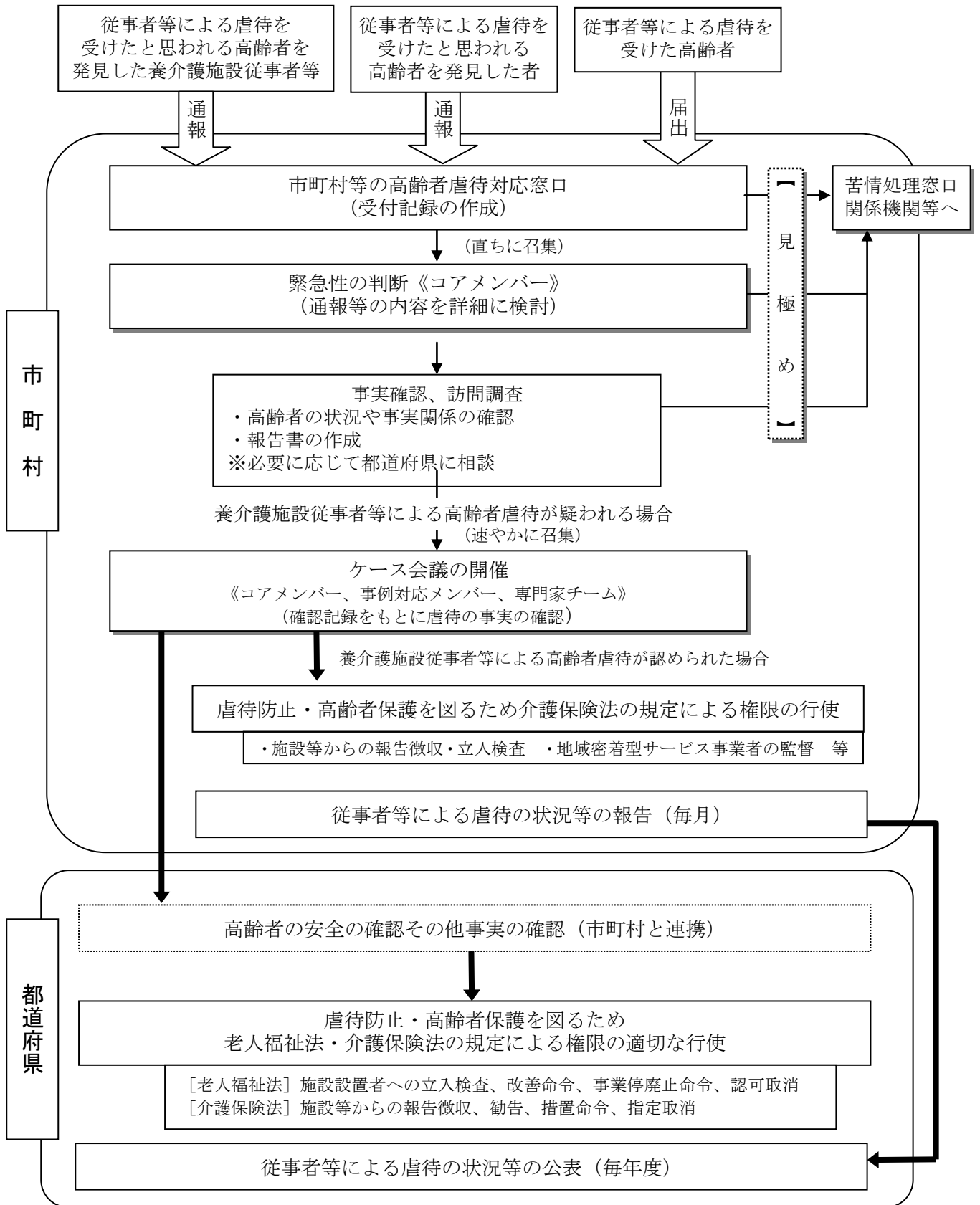
養介護施設従事者等による高齢者虐待が強く疑われる場合には、当該施設から報告徴収を受けて事実を確認し、高齢者虐待が認められた場合には、市町村又は都道府県は、指導を行い改善を図るようにする。

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

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

【別表 1】

養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応



【別表2】

老人福祉法・介護保険法による権限規定

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

「高齢者虐待」の定義

誰が

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

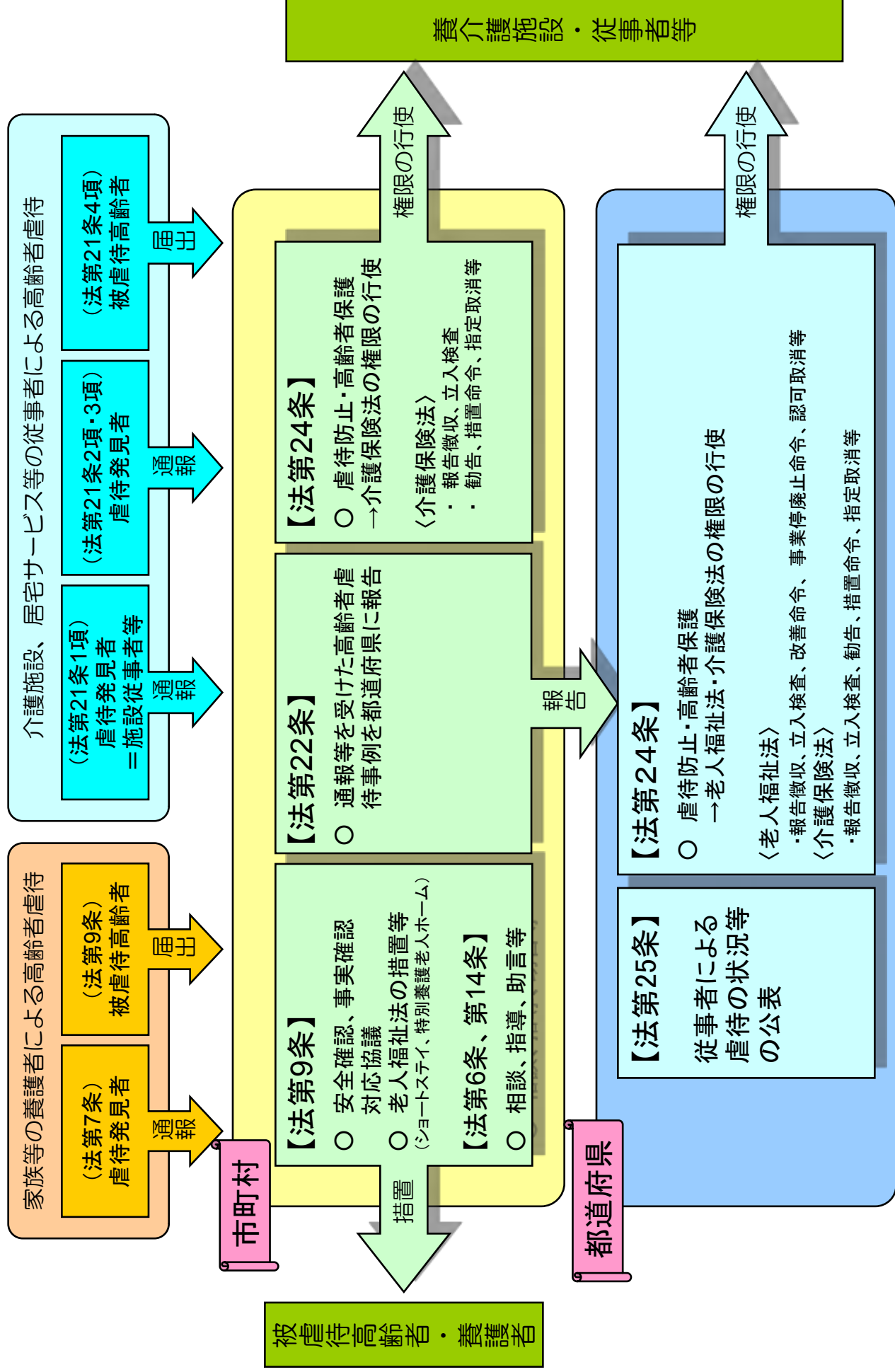
どんな

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

* 老人福祉施設等

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

高齢者虐待防止法に基づく通報、対応等について



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

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

○養護者による虐待の特徴

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

3 身体拘束廃止の推進

1 身体拘束廃止に関する定義

(1) 身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

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

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

(2) 身体拘束がもたらす多くの弊害

◆ 身体的弊害

- ・ 関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡の発生などの外的弊害
- ・ 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害
- ・ 転倒や転落事故、窒息などの大事故を発生させる危険性

◆ 精神的弊害

- ・ 不安、怒り、屈辱、あきらめなどの精神的苦痛、認知症の進行やせん妄の頻発
- ・ 家族に与える精神的苦痛、罪悪感や後悔
- ・ 看護・介護スタッフが誇りを失い、士気が低下する

◆ 社会的弊害

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

(3) 身体拘束禁止規定

■ 介護保険指定基準の身体拘束禁止規定

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

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

<三つの要件をすべて満たすことが必要>

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

※3つの要件をすべて満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し記録しておく

■ 介護保険指定基準に関する通知

「緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者（利用者）の心身の状況、並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない」（2年間保存）

○ 身体拘束に関する記録の義務づけ

- ・ 具体的な記録は「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」（P74～P75）を用いるものとし、日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に関わる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、ケアスタッフ間、施設・事業所全体、家族等関係者間で直近の情報を共有する。

2 身体拘束ゼロ作戦の推進

(1) 趣旨

○ 介護保険法の施行に伴い、身体拘束が原則として禁止され、また、ゴールドプラン21においても、これを踏まえた質の高い介護サービスを実現することとされたが、その趣旨を徹底し、実効をあげていくためには、現場において身体拘束を廃止するための努力を重ねるとともに、それを関係者が支援していくことが重要。

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

(2) 国の主な取組み

① 推進会議の開催

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

(平成12年6月、平成13年3月、12月の3回開催)

② 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成と普及

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

(平成13年3月末より配布)

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

③ 身体拘束廃止を支えるハード面の改善

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

(平成13年8月に「報告書」をとりまとめ配布)

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

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

(調査実施：三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

(3) 都道府県の主な取組み

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

① 身体拘束ゼロ作戦推進協議会の開催

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

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

② 身体拘束相談窓口の設置

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

(平成13年度～平成17年度)

※ 平成18年度以降は「地域支援事業」に移行。

③ 相談員養成研修事業の実施

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

(平成13年度～平成17年度)

※ 平成18年度以降は「地域支援事業」に移行。

④ 家族支援事業の実施

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

(平成14年度～平成17年度)

※ 平成18年度以降は「地域支援事業」に移行。

⑤ 権利擁護推進員養成研修事業の実施

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

(平成17年度～)

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

⑥ 看護職員研修事業の実施

○ 看護指導者養成研修

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

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

○ 看護実務者研修

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

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

⑦ 身体拘束廃止事例等報告検討会

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

※ 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行。

3 身体拘束廃止に向けた取組みに係る運営基準等の改正

（1）運営基準等の改正

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

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

- 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の義務を、運営基準上に明記。

- ・ その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録。
- ・ 当該記録を2年間保存。

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

(2) 介護保険施設等の指導監査

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

(3) 身体拘束廃止未実施減算の新設（介護報酬上の取組み）

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

4 介護保険施設における身体拘束の状況

(1) 調査の対象・内容等

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

（参考）調査対象施設数 12,366か所

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

(2) 身体拘束の現状等（調査結果より）

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

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

(参考) 例外3原則の定義

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

○ 身体拘束廃止への取組状況

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

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

○ 認知症のケア

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

○ 身体拘束廃止に向けた取り組みの前後での拘束の変化

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

全ての施設の8割以上で身体拘束廃止の取り組みによる効果が生まれている。

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

(1) 身体拘束の現状

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

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

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

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

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

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

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

(2) 身体拘束の廃止に向けた取組状況

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

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

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

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

(3) 身体拘束廃止への取組等と拘束率との関係

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

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

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

(4) 身体拘束廃止を推進するための提言

① 「身体拘束を一切行わない」方針を明確にする

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

② 「緊急やむを得ない」場合について厳密に検討する

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

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

③ 利用者の状態を把握し、身体拘束の危険性を検討するための仕組みをつくる

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

④ 身体拘束に関わる手続きを定め、実行する

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

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

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

⑤ 認知症のケアに習熟する

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

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

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

⑥ 施設内外で学習活動を行い、施設全体に浸透させる

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

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

⑦ 家族の理解に努める

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

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

みが有効であることが分かる。

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

⑧ 廃止のための取り組みを継続する

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

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

4 認知症ケアの基本

(参考)「2015年の高齢者介護」報告書より抜粋

(認知症高齢者の特性とケアの基本)

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

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

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

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

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

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

(認知症高齢者のケアの普遍化)

- コミュニケーションが困難で、環境の影響を受けやすい認知症高齢者

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

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

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

※ 「痴呆」から「認知症」へ

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

○認知症ケアの基本

認知症高齢者ケアの基本 ～ 高齢者の尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

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

生活そのものを ケアとして組み立てる

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

生命力を萎ませないケア → 地域での暮らしがキーワード

日常の生活圏域を基本とした サービス体系

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

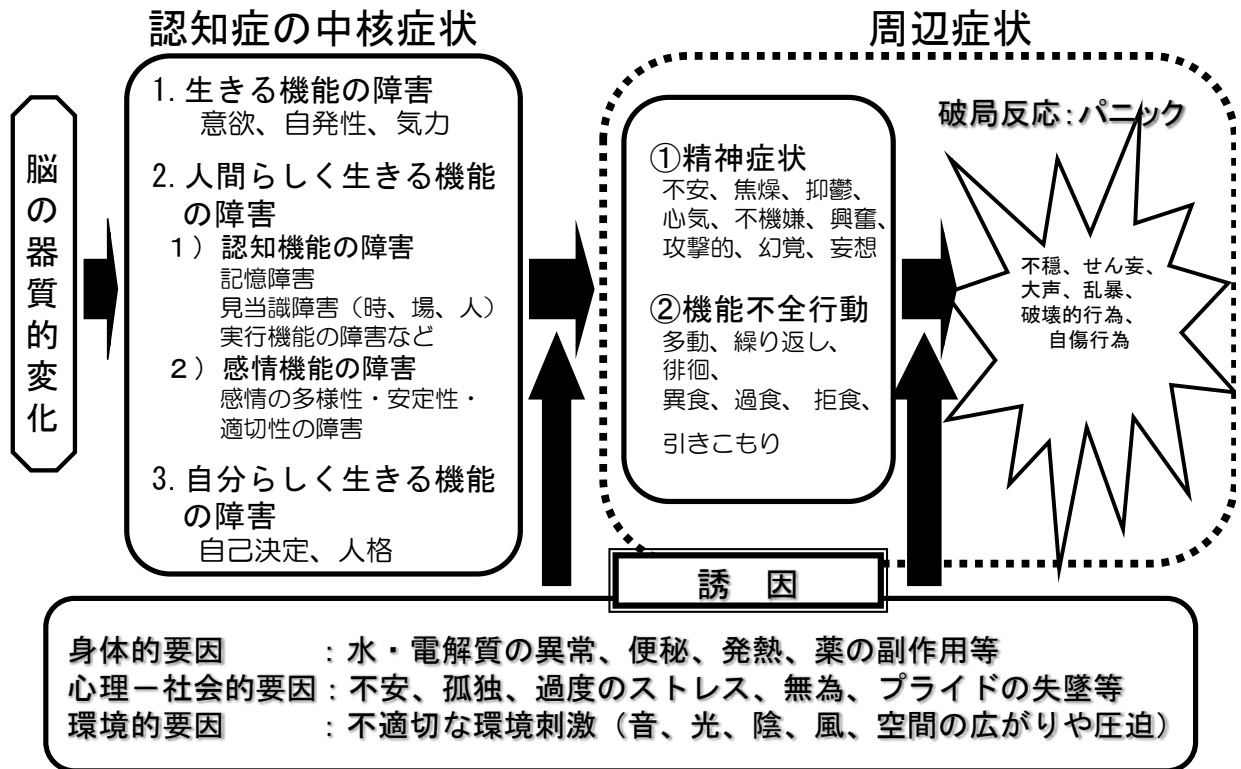
- ・ グループホーム
- ・ 小規模多機能型居宅介護
- ・ 施設機能の地域展開
- ・ ユニットケアの普及（認知症対応型ケアの普遍化）
- ☆ 事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

ターミナルを視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

(参考)

認知症の中核症状と周辺症状

—増悪をまねく多様な要因の関与—



(参考) 2015年の高齢者介護より抜粋

認知症を理解する

1 認知症とはどういうものか？

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

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

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

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



健康な脳

脳の細胞がびまん性に死んで脳が萎縮する（アルツハイマー病などの変性疾患）

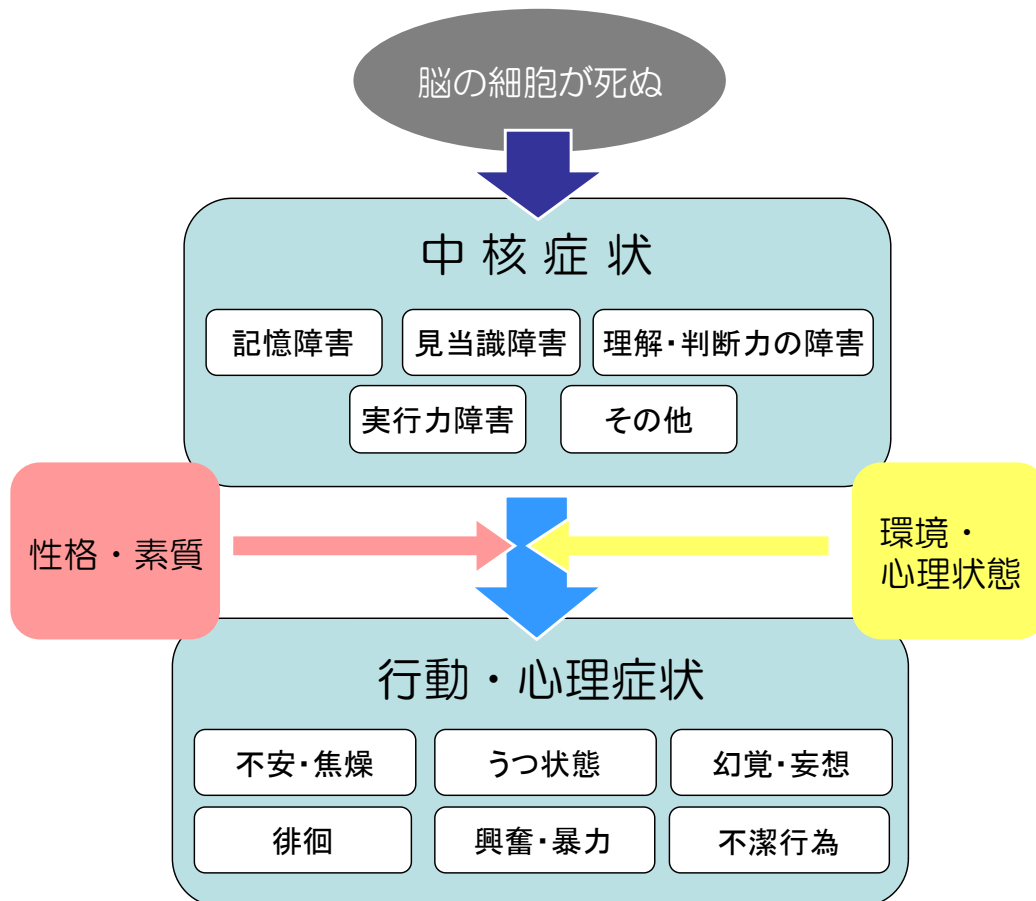
血管が詰まって一部の細胞が死ぬ（血管性認知症）

2 認知症の症状—中核症状と行動・心理症状

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

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

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



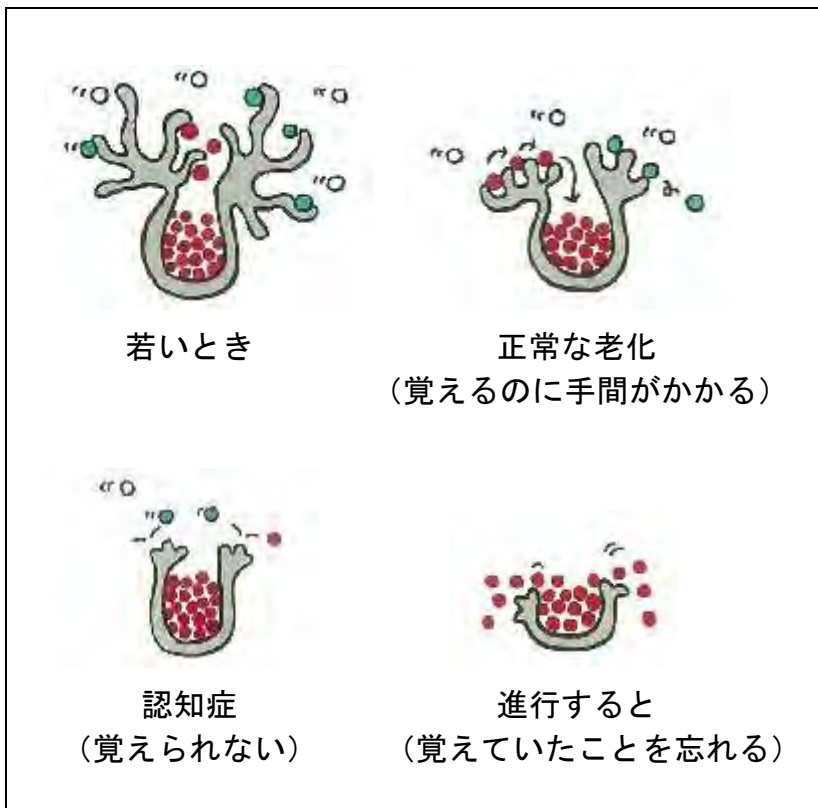
○ 中核症状

症状1 記憶障害

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

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

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



症状2 見当識障害

見当識障害は、記憶障害と並んで早くから現われる障害です。

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

まず、時間や季節感の感覚が薄れることから

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

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

進行すると迷子になったり、遠くに歩いて行こうとする

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

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

人間関係の見当識障害はかなり進行してから

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

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

症状3 理解・判断力の障害

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

①考えるスピードが遅くなる

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

②二つ以上のことが重なるとうまく処理できなくなる

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

③些細な変化、いつもと違うできごとで混乱を来しやすくなる

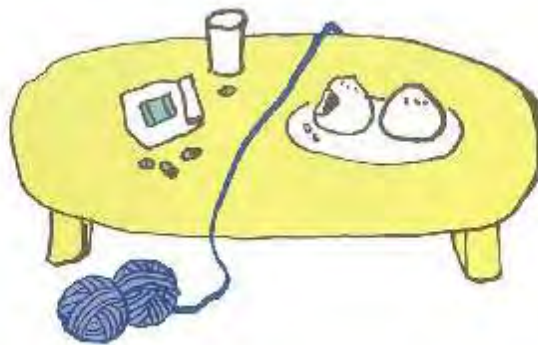
お葬式での不自然な行動や、夫の入院で混乱してしまったことをきっかけに認知症が発覚する場合があります。

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

④観念的な事柄と、現実的、具体的なことがらが結びつかなくなる

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

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



症状4 実行機能障害

計画を立て按配することができなくなる

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

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

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

保たれている能力を活用する支援

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

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

症状5 感情表現の変化

認知症になるとその場の状況が読めない

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

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

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

【参考】認知症の人への対応 ガイドライン

基本姿勢

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

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

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

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

認知症の人への対応の心得“3つの「ない」”

- 1 驚かせない
- 2 急がせない
- 3 自尊心を傷つけない

具体的な対応の7つのポイント

●まずは見守る

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

●余裕をもって対応する

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

●声をかけるときは1人で

複数で取り囲むと恐怖心をあおりやすいので、できるだけ1人で声をかけます。

●後ろから声をかけない

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

●相手に目線を合わせてやさしい口調で

小柄な方の場合は、体を低くして目線を同じ高さにして対応します。

●おだやかに、はっきりした滑舌で

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

●相手の言葉に耳を傾けてゆっくり対応する

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

5 地域密着型サービスについて

地域密着型サービスの概要

(全国介護保険担当課長会議資料 平 17. 10. 31)

- 「地域密着型サービス」は、認知症高齢者や独居高齢者の増加等を踏まえ、高齢者が要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにする観点から、原則として日常生活圏域内でサービスの利用及び提供が完結するサービスを、新たに類型化し、市町村が事業者の指定及び指導・監督を行うこととしたものである。

- 地域密着型サービスの対象となるのは、以下の6種類のサービスである。
 - ① 小規模多機能型居宅介護
 - ② 夜間対応型訪問介護
 - ③ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（小規模（定員29人以下）の特別養護老人ホーム）
 - ④ 地域密着型特定施設入居者生活介護（小規模（定員29人以下）の介護専用型特定施設）
 - ⑤ 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）
 - ⑥ 認知症対応型通所介護

地域密着型サービスの創設

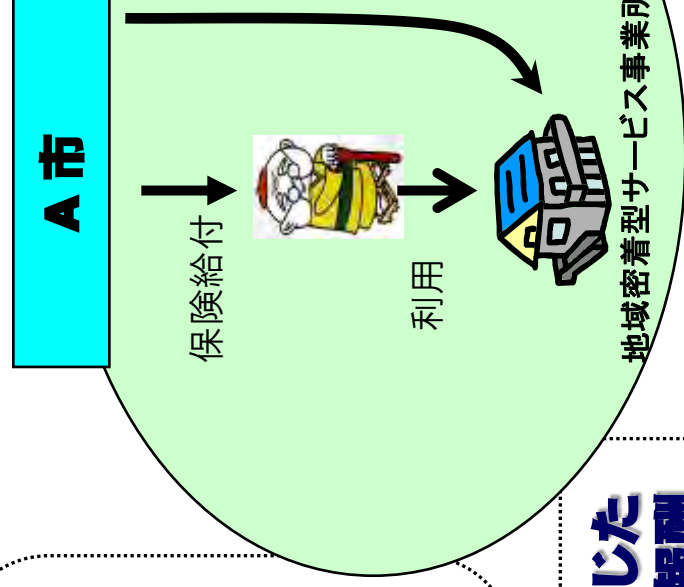
要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供される
ことが適当なサービス類型（**二地域密着型サービス**）を創設。

1: A市の住民のみが 利用可能

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

2: 地域単位で適正な サービス基盤整備

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

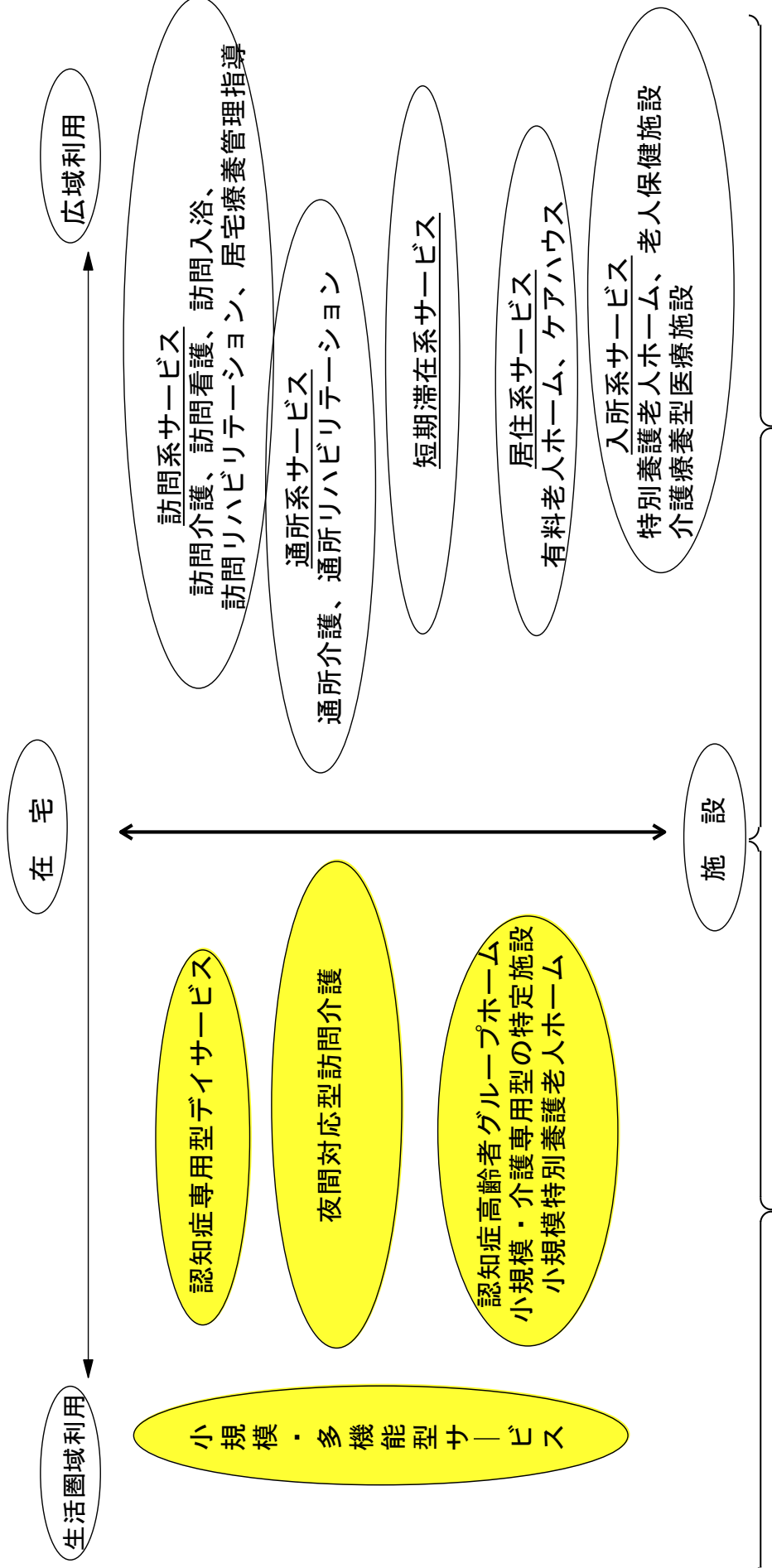


3: 地域の実情に応じた 指定基準、介護報酬 の設定

4: 公平・公正透明な仕組み

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

新たなサービス体系の確立 (地域密着型サービスの創設)



地域密着型のサービス

(事業者指定
・指導監督等)

市町村長

一般的なサービス

都道府県知事

小規模多機能型居宅介護の概要(平成18年4月から開始)

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

利用者の自宅



在宅生活の支援

地域に開かれた透明な運営
サービス水準・職員の資質の確保

「運営推進会議」の設置

地域の関係者が運営状況を協議、評価する場を設ける

管理者等の研修
外部評価・情報開示

小規模多機能型居宅介護事業所

様態や希望により、「訪問」



「訪問」

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

「通い」を中心とした利用

様態や希望により、「泊まり」

《利用者》

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

《人員配置》

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

《設備》

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

併設事業所で「居住」

+ (併設)

「居住」

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

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

○要介護度別の月単位の定額報酬

認知症対応型共同生活介護の概要

(基本的な考え方)

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

《利用者》

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

《人員配置》

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

《設備》

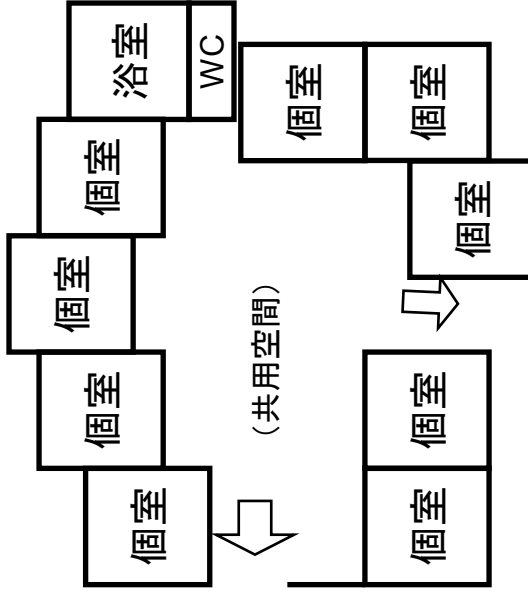
- 住宅地等に立地
- 居室は、7.43㎡(和室4.5畳)以上で原則個室
- その他居間・食堂・台所・浴室等日常生活に必要な設備

《運営》

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

共同生活住居

(ユニット)のイメージ



介護報酬

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

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

初期加算 1日につき30単位を加算

※入居日から30日間に限定。

医療連携体制加算 1日につき39単位を加算

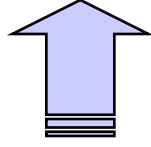
※職員又は病院等との連携により看護師を1名以上確保し、かつ看護師により24時間の連絡体制を確保している等の基準を満たした事業所のみ。

施設数(H20.10)
9,393施設

ユニットケアとは

個別ケアを実現するための手法

具体的には・・・



利用者一人ひとりの個性や
生活のリズムを尊重したケア

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

その実現のためには

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



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

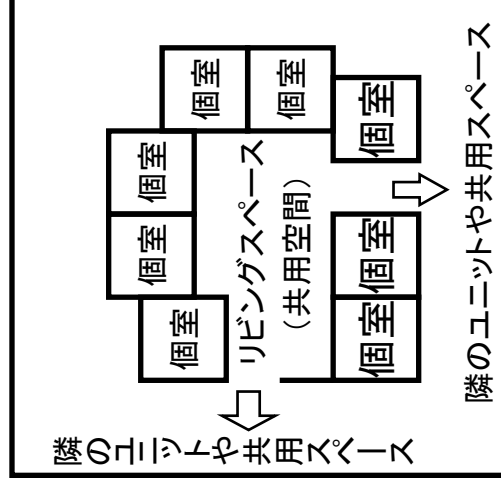
ユニット型施設の例

ハードウェアとソフトウェア

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

認知症高齢者ケアにも有効

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



隣のユニットや共用スペース

第4章 提言

1. 運営推進会議の社会的価値

① 地域づくり

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

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

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

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

② 認知症ケアの理解

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

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

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

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

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

③ 行政との連携を問う

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

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

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

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

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

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

④ 評価・権利擁護

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

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

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

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

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

2. 運営推進会議の意義

① 開催の工夫

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

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

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

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

② スタッフのスキルアップ(職員教育・研修機能)

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

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

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

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

③ グループホームのあり方の方向づけ

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

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

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

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

④ 目的意識・当事者意識をもつことの重要性

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

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

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

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

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

改訂マニュアル策定構成員

【介護保険施設等における運営指導に関する意見交換会】（五十音順・敬称略）

《自治体職員》

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

《厚生労働省》

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

(参考) 当初マニュアル策定委員名簿

【介護保険施設等における運営指導に関する検討会】（五十音順・敬称略）

《行政関係者》

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

《オブザーバー》

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

《ヒアリング施設等》

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