老人福祉施設
職員ハンドブック

編集・発行

滋賀県老人福祉施設協議会

目　次

目　次 …… 1

第１章　介護保険制度と老人福祉施設
　１．高齢社会への対応と高齢者福祉施策 …… 4
　　（１）増加する介護需要と高齢者施策の移り変わり …… 4
　　（２）施設サービスの状況 …… 4
　２．介護保険制度の目的 …… 5
　　（１）介護保険制度成立の背景 …… 5
　　（２）介護保険法改正の背景と概要 …… 7
　３．介護保険制度 …… 16

第２章　老人福祉施設の運営管理
　１．社会福祉法人の存在意義 …… 18
　　（１）地域福祉の視点 …… 18
　　（２）コンプライアンス経営と社会貢献 …… 21
　２．特別養護老人ホーム利用者の現状と特性 …… 24
　３．利用者・職員の健康管理と看護職の役割 …… 27
　　（１）特別養護老人ホームの看護、介護職の概要 …… 27
　　（２）看護職の基本的役割 …… 27
　　（３）看護職の役割と機能 …… 27
　４．高齢者施設の防災対策 …… 29
　　（１）平常時における地震防災対策 …… 29
　　（２）必需品の備蓄 …… 30
　　（３）災害時の初動体制の確立のために …… 31
　　（４）地域社会との連携つくり …… 32
　　（５）防災教育と防災訓練 …… 33
　　（６）利用者が受けた精神的ショックを癒す対応 …… 34
　　（７）職員へのケアの実施 …… 35
　５．地域包括支援センターについて …… 36
　　（１）地域包括支援センター設置の目的、役割 …… 36
　　（２）地域包括支援センターの職種 …… 36
　　（３）期待される役割 …… 36

（４）地域包括支援センターの事業内容 …… 36
（５）地域包括支援センターの行政機能 …… 37
（６）社会福祉法人と地域包括支援センターとの関係性 …… 37
（７）地域包括支援センターとの連携・協働 …… 37

第３章　介護施設職員として必要な姿勢・知識
１．人材の育成 …… 40
（１）新任研修 …… 40
（２）階層別研修 …… 41
（３）OJT …… 42
（４）Off－JT …… 43
２．各部門と職種連携 …… 46
（１）総務部門 …… 46
（２）会計部門 …… 46
（３）給食・栄養部門 …… 47
（４）ケアサービス部門 …… 47
（５）医療看護部門 …… 47
３．老人福祉施設職員に求められるもの …… 48
（１）基本的知識 …… 48
（２）個人の尊厳と基本的人権の尊重 …… 60
（３）基本的姿勢 …… 62
（４）介護の知識と技術 …… 70
（５）個別ケアと介護サービス計画 …… 88
（６）経管栄養 …… 96
（７）成年後見制度と地域福祉権利擁護事業 …… 99
（８）法令順守と関係法規 …… 106
（９）言葉遣いと身だしなみ …… 107
（10）記録について …… 111
（11）滋賀県老人福祉協議会　老人福祉施設職員ハンドブック（ケアプラン） …… 114
（12）看取りについて …… 117
（13）認知症について …… 122
（14）口腔内吸引 …… 124
（15）身体拘束と虐待防止 …… 126
（16）介護職員のキャリアパスについて …… 135

第１章

介護保険制度と
老人福祉施設

第１章　介護保険制度と老人福祉施設

１．高齢社会への対応と高齢者福祉施策

【施設介護需要】

（１）増加する介護需要と高齢者施策の移り変わり

1980年代以降、急激な高齢化が進み、後期高齢者の割合が増え、この中でも寝たきりや認知症などの要介護高齢者が急増してきました。その一方、核家族化などの家族形態の変化や親の扶養意識の変化によって、高齢者の介護機能が低下し、要介護高齢者の絶対数を増加させ、施策の充実を図る必要がでてきました。

こうした背景の要請に応え、在宅福祉サービスの広がりを中心に具体的なサービス整備目標を示す「ゴールドプラン」（平成元年）が策定され、また「新ゴールドプラン」（平成6年）が策定され、介護サービス基盤の整備が着々と進められてきました。

さらに、平成11年12月には、新ゴールドプランの終わりと介護保険制度の導入という新たな状況に対応する「ゴールドプラン21」が策定されました。この新たなプランでは、介護保険サービスを中心としながら、地域社会において高齢者に対する保健福祉施策をすすめていく基本目標が示され、その実現のための施策をかかげて、介護サービス基盤の整備と認知症高齢者の支援施策、地域生活支援施策などを実施していくこととされました。ゴールドプラン21は新ゴールドプランの目標値と比べて、介護保険サービスを中心に、在宅介護サービスの提供量が倍増しました。

2000（平成12）年度から実施の介護保険制度は、措置から契約へ、選択と権利の保障、保健・医療・福祉サービスの一体的提供などの制度導入によって高齢者介護のあり方は大きく変わってきました。介護保険制度は当初から5年後の見直しが定められており、またゴールドプラン21が2004（平成16）年度に終わることから高齢者介護研究会（厚生労働省内）において、中長期的な介護保険制度の課題やこれからの高齢者介護のあり方について議論を重ね、2003（平成15）年６月に「2015年の高齢者介護」の報告書がまとめられました。この報告書により、地域密着型サービスにおける小規模多機能型施設を拠点として、認知症や要介護状態の高齢者が住みなれた地域の中で生活していくことを支えるケア、「尊厳を支えるケア」を提供することの必要性が持ち出されました。

（２）施設サービスの状況

要介護高齢者が家庭の事情や状況のために必要な介護を受けられない、在宅サービスの利用によっても在宅で生活を続けていくことが困難な場合には、施設への入所が必要となります。入所施設には、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護

療養型医療施設や地域密着型サービスの認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、老人福祉法に基づく老人福祉施設（特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームA型・B型・ケアハウス）や有料老人ホームなどがあります。2002年、特別養護老人ホームの個室化・ユニット化の方針が打ち出され、特別養護老人ホームのあり方は大きく変化しました。この方向性は、利用者のプライバシーの保護やサービスの質の向上を図る上では問題でないのですが、新設される特別養護老人ホームの個室化・ユニット化によって定員の増加は緩やかになり、定員増を抑えるということは避けられませんでした。

現実には、もっともニーズの高い特別養護老人ホームには、30万人以上の入所待ちの利用者がいる状況にあり、入所を待ちながら、在宅介護に耐えている家族も多いのが現状です。

一方で、この数年間に認知症高齢者ケアの必要とされるグループホームの在所者数は６倍、民間事業者による有料老人ホームでは８倍と急速に増加しています。これらの施設の増加は、介護保険３施設や老人福祉施設の入所がかなわない要介護高齢者やその家族の介護ニーズに応える役割を果たしています。

今後、高齢化の進行にともない、介護を必要とする要介護高齢者の人数は確実に増加することが予測されています。

２．介護保険制度の目的

（１）介護保険制度成立の背景

１）介護保険制度成立の社会的背景

1990年から社会問題として、要介護高齢者の増加、家族介護の限界、社会福祉サービスおよび保健サービスなど公的サービスの問題点、社会的入院の増加などがあげられます。これらの課題を打開すべく家族に依存していた介護から社会的介護の必要性が生じてきたため、老人福祉と老人保健の両制度を再編成し、保険方式によって社会全体で介護を支える新たな仕組みとして、介護保険制度が創設されることになりました。

２）介護保険制度にいたる取り組み

①「21世紀福祉ビジョン－少子・高齢社会に向けて」

1994年３月に自助・共助・公的の重層的な地域システムおよび誰もが必要なサービスが受けられる仕組みの構築が提言されています。

②「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」

1994年12月には、厚生省内に設置された高齢者介護・自立支援システム研究会によって、新しい介護の理念として「自立支援」が提案され、新介護システムのポイントとして、高齢者自身による自己選択、介護サービスの一元化、ケアマネジメントの確立、社会保険方式の導入があげられます。

また、基本理念である自立支援については、予防とリハビリテーションの重視、高齢者自身による選択、在宅ケアの推進、利用者本位のサービス提供、社会連帯による支えあい、介護基盤の整備、重層的で効率的なシステムが基本項目としてあげられています。

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

平成25年3月
地域包括ケア研究会報告書より

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」

「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

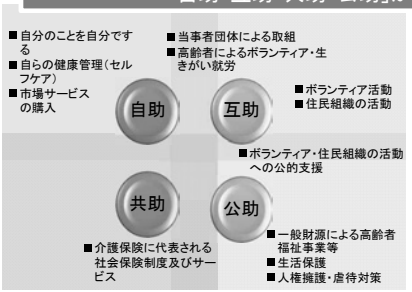
【すまいとすまい方】
- 生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】
- 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
- 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】
- 個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】
- 単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】
- 「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
- これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】
- 2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
- 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
- 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

３）介護保険法の目的

第１条「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ること」
第２条「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」

介護保険法では法自体の目的が利用者の自立した生活を営むことであり、そのために必要なサービスを給付するにあたっても、在宅における自立した生活支援に配慮されなければならないと記されています。

（２）介護保険法改正の背景と概要

１）介護保険法改正の背景

介護保険法は試行から５年後の2005年に見直しが行われました。介護保険法が改定された背景としては、サービス利用者の増加、介護保険財政の急速な伸び、認知症高齢者および高齢者世帯の増加です。

これらの課題を改善するために、介護保険制度の改定が行われ、大きなものとしては、①予防重視型システムの確立、②施設給付の見直し、③新たなサービス体系の見直しです。

２）介護保険法改正の内容

①予防重視型システムの確立

１．新予防給付の創設

軽度者の状態像を踏まえて、予防給付の対称者、その内容、さらにケアマネジメント体制が見直され、地域包括支援センターが創設、新予防給付のケアマネジメントを担うことになりました。

２．地域支援事業の創設

要支援・要介護者になるおそれのある高齢者を対象とした効果的な予防介護事業を介護保険制度の中に組み込み、実施することになりました。

②施設給付の見直し

施設サービスにおけるホテルコストが問題視され、それらを介護保険から外すことになりました。介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）の居住費、在宅サービスショートステイの場合は滞在費、食費、通所サービスの食費が、介護保険でまかなわれるのではなく、利用者負担となりました。

③新たなサービス体系の見直し

１．地域密着型サービスの創設

地域の特性に応じた柔軟なサービス提供が可能となるように、地域密着型サービスが創設されることになりました。

２．居住系サービスの充実

特定施設が拡充されことと、有料老人ホームの見直しが行われることになりました。

３．地域包括ケア体制の整備

地域包括支援センターが創設されることになり、地域ケアの中核機関の役割を果たすことになりました。

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要

趣　旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概　要

１．新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**

②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

２．地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、**都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定

②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

３．地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実**とあわせ、**予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化**　※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業

②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化

③**低所得者の保険料軽減を拡充**

④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を２割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）

⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する**「補足給付」の要件に資産などを追加**

４．その他

①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ

③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置

④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年４月以降など、順次施行。

主な施行期日について

施行期日	改正事項
①公布の日 （平成26年6月25日）	○診療放射線技師法（業務実施体制の見直し） ○社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律（介護福祉士の資格取得方法の見直しの期日の変更） ●地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律（厚生労働大臣による総合確保方針の策定、基金による財政支援） ○医療法（総合確保方針に即した医療計画の作成） ●介護保険法（総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成）
②平成26年10月1日	○医療法（病床機能報告制度の創設、在宅医療の推進、病院・有床診療所等の役割、勤務環境改善、地域医療支援センターの機能の位置づけ、社団たる医療法人と財団たる医療法人の合併） ○外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律（臨床教授等の創設） ○良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（持分なし医療法人への移行）
③平成27年4月1日	○医療法（地域医療構想の策定とその実現のために必要な措置、臨床研究中核病院） ●介護保険法（地域支援事業の充実、予防給付の見直し、特養の機能重点化、低所得者の保険料軽減の強化、介護保険事業計画の見直し、サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用） ※なお、地域支援事業の充実のうち、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実・強化及び認知症施策の推進は平成30年4月、予防給付の見直しは平成29年4月までにすべての市町村で実施 ○歯科衛生士法、診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律（業務範囲の拡大・業務実施体制の見直し） ○歯科技工士法（国が歯科技工士試験を実施）
④平成27年8月1日	●介護保険法（一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ、補足給付の支給に資産等を勘案）
⑤平成27年10月1日	○医療法（医療事故の調査に係る仕組み） ○看護師等の人材確保の促進に関する法律（看護師免許保持者等の届出制度） ○保健師助産師看護師法（看護師の特定行為の研修制度）
⑥平成２８年４月１日までの間にあって政令で定める日	●介護保険法（地域密着型通所介護の創設） ※平成28年4月1日施行を予定
⑦平成30年4月1日	●介護保険法（居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲）

介護保険制度の改正の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が**住み慣れた地域で生活を継続**できるようにするため、**介護、医療、生活支援、介護予防を充実**。

サービスの充実

○地域包括ｹｱｼｽﾃﾑの構築に向けた地域支援事業の充実

①在宅医療・介護連携の推進

②認知症施策の推進

③地域ケア会議の推進

④生活支援サービスの充実・強化

＊介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進

＊介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

＊段階的に移行（～29年度）

＊介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない。

＊見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護３以上に重点化（既入所者は除く）

＊要介護1・2でも一定の場合には入所可能

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、**保険料上昇をできる限り抑える**ため、**所得や資産のある人の利用者負担を見直す**。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大（※軽減例・対象は完全実施時のイメージ）

＊保険料見通し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度

＊軽減例：年金収入80万円以下　5割軽減　→　7割軽減に拡大

＊軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

・ 2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から 44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

・預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外

・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外

・給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案　　＊不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

○ このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

在宅医療･介護の連携の推進

○　**医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。**

（※）在宅療養を支える関係機関の例

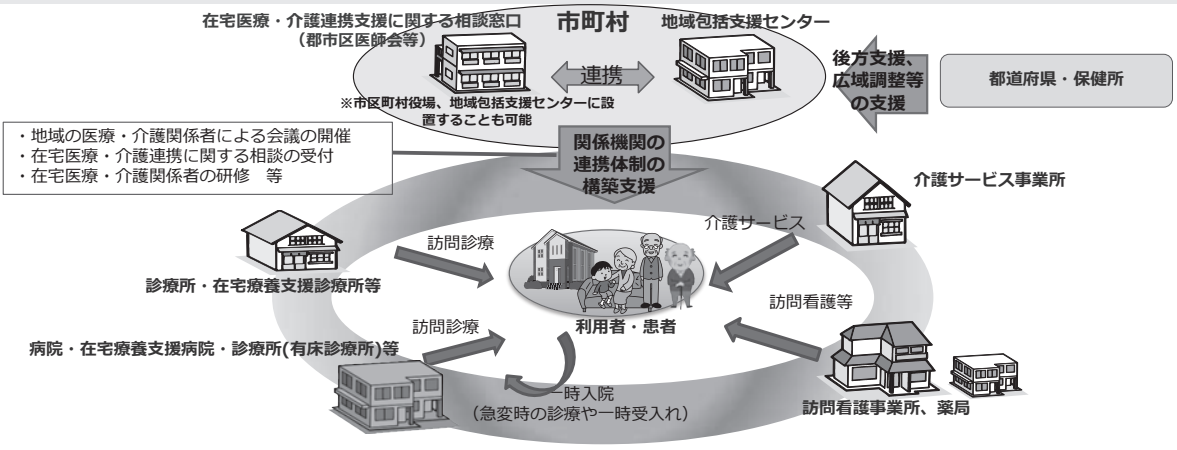
・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等　（定期的な訪問診療等の実施）

・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等　（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）

・訪問看護事業所、薬局　（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）

・介護サービス事業所　（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○　**このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。**



在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

○　在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。

○　介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。

○　実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。

○　各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。

○　事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。

○　都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
◆ 結果を関係者間で共有

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

例）二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、医療・介護関係者間で情報共有の方法等について協議　等

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

◆地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

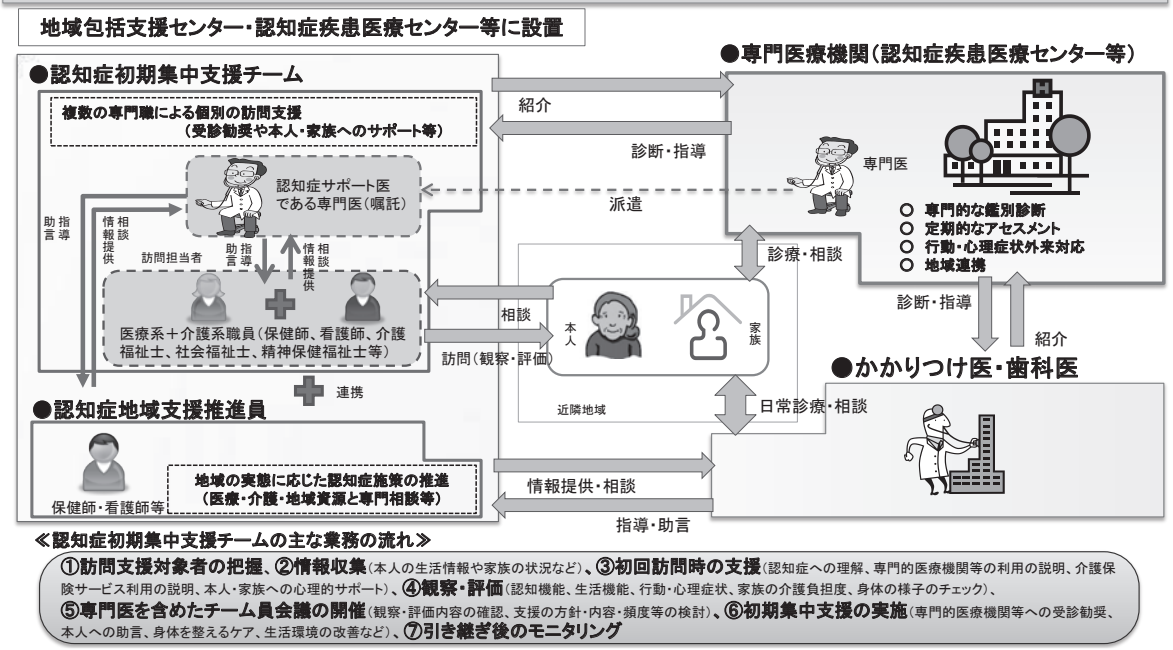
◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下（司令塔機能）に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

○**認知症初期集中支援チーム**（個別の訪問支援）
ー複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問（アウトリーチ）し、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。

○**認知症地域支援推進員**（専任の連携支援・相談等）
ー認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。



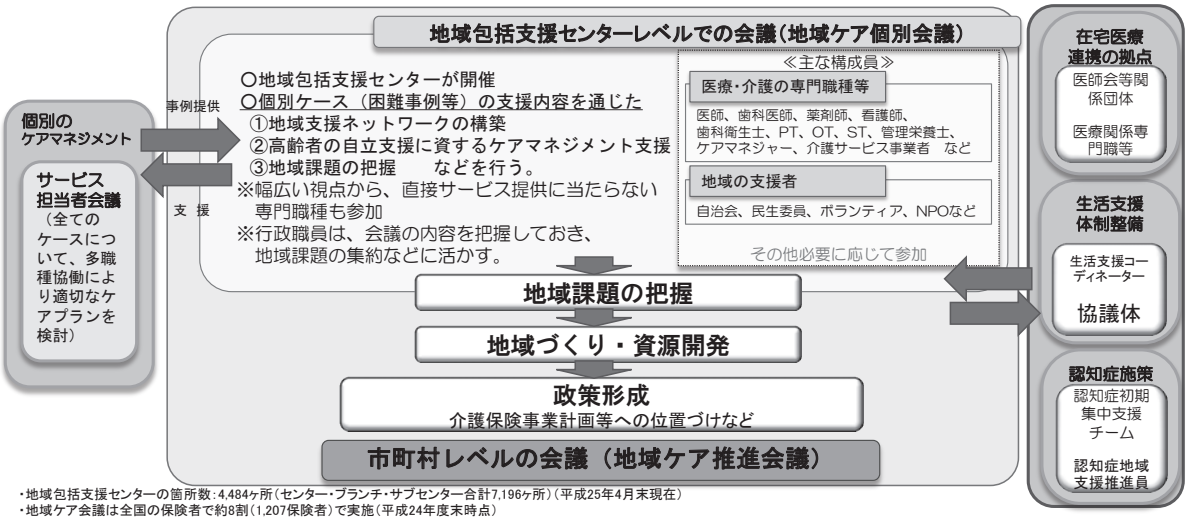
≪認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ≫

①訪問支援対象者の把握、**②情報収集**（本人の生活情報や家族の状況など）、**③初回訪問時の支援**（認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート）、**④観察・評価**（認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子のチェック）、**⑤専門医を含めたチーム員会議の開催**（観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討）、**⑥初期集中支援の実施**（専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など）、**⑦引き継ぎ後のモニタリング**

地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。
※従来の包括的支援事業（地域包括支援センターの運営費）とは別枠で計上

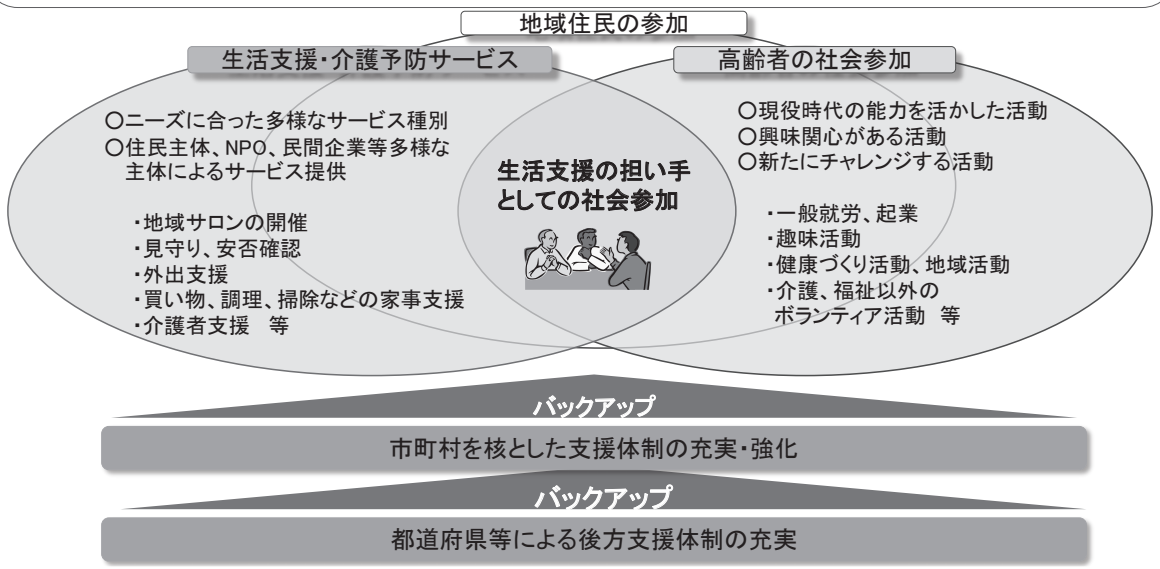
（参考）平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。（法第115条の48）
○市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
○地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
○地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



・地域包括支援センターの箇所数：4,484ヶ所（センター・ブランチ・サブセンター合計7,196ヶ所）（平成25年4月末現在）
・地域ケア会議は全国の保険者で約8割（1,207保険者）で実施（平成24年度末時点）

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

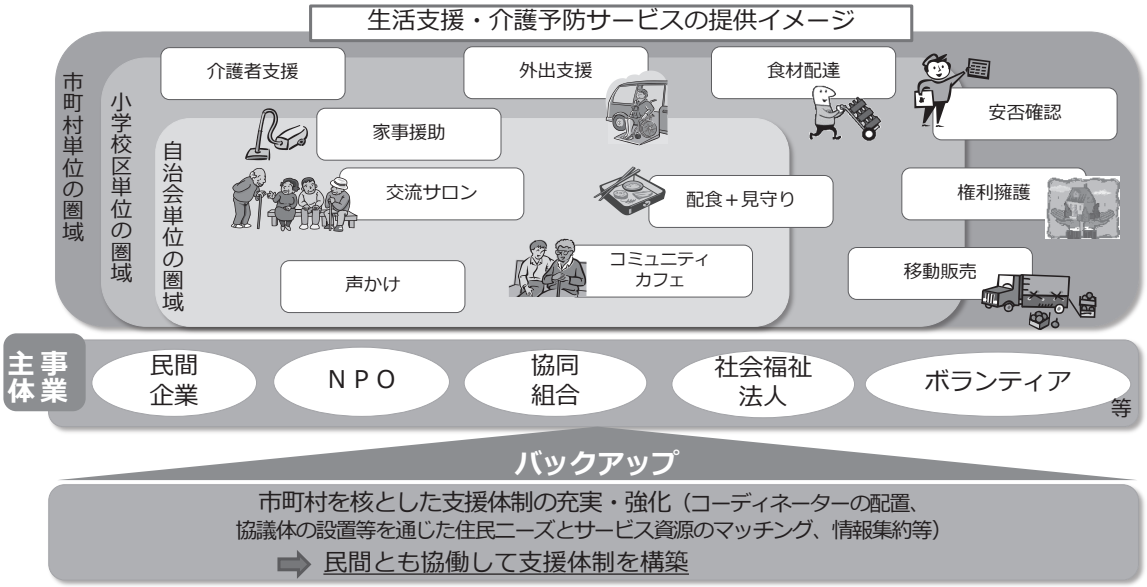
○　単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
○　高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
○　多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

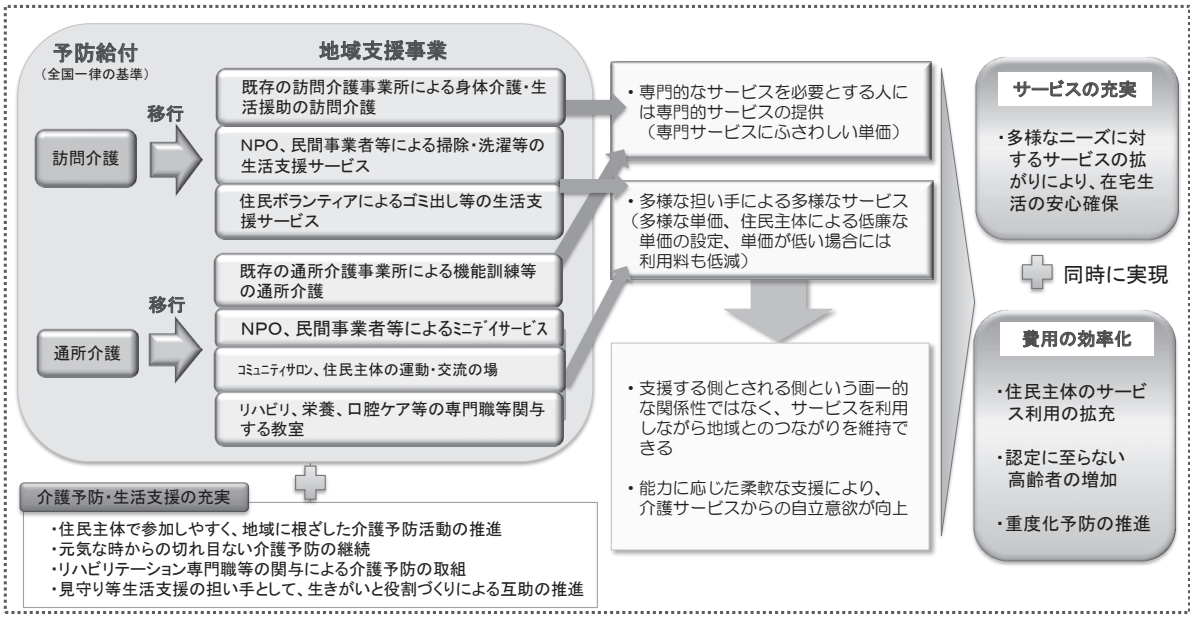
○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、ＮＰＯ、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



予防給付の見直しと生活支援サービスの充実

○予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
○既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



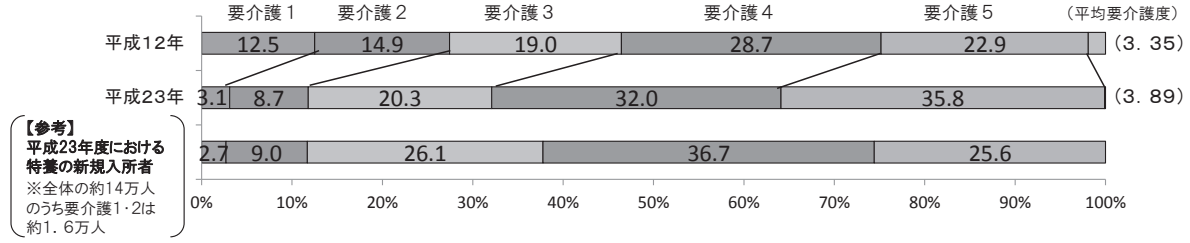
特別養護老人ホームの重点化

○　平成２７年４月より、原則、特養への新規入所者を要介護度３以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化。　【 既入所者は継続して入所可能 】

○　他方で、要介護１・２）の方についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、特例的に、入所することが可能。

【 要介護１・２の特例的な入所が認められる要件（勘案事項）】
- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

要介護度別の特養入所者の割合　≪ 施設数：８，９３５施設　サービス受給者数：５３．９万人（平成26年9月）≫



特養の入所申込者の状況　（単位：万人）

	要介護1～2	要介護3～5	計
全体	１７．８（３４．１%）	３４．５（６５．９%）	５２．４（１００%）
うち在宅の方	１０．７（２０．４%）	１５．３（２９．２%）	２６．０（４９．６%）

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。（平成26年3月集計。調査時点は都道府県によって異なる。）

介護保険の１号保険料の低所得者軽減強化

介護保険の1号保険料について、給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化

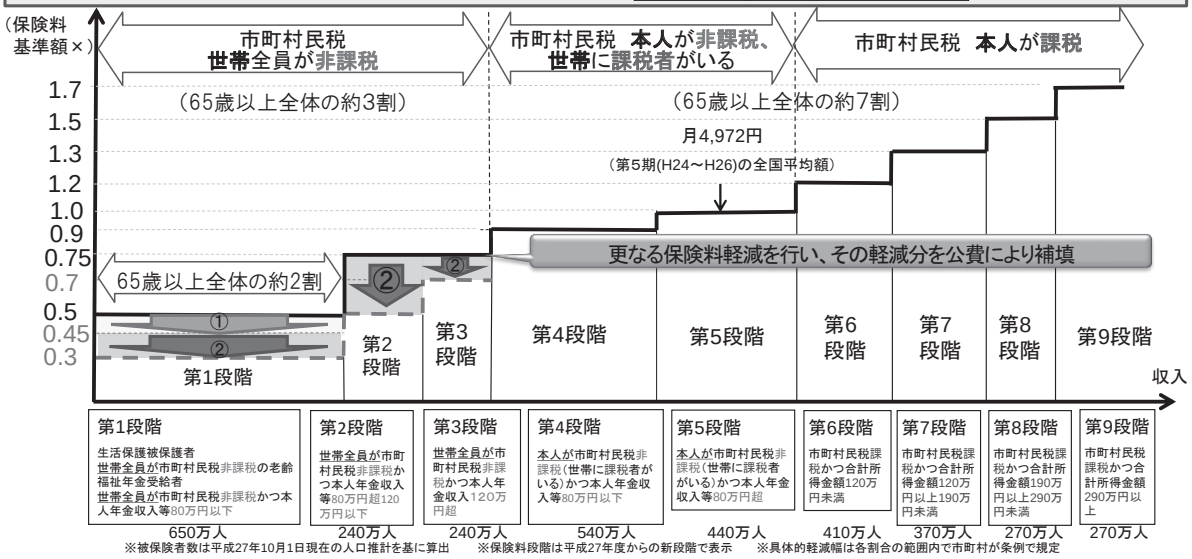
①平成27年4月（所要額：221億円）
第一弾として、市町村民税非課税世帯のうち特に所得の低い者を対象（65歳以上の約2割）

	保険料基準額に対する割合
第1段階	現行　0.5　→　0.45

②平成29年4月（所要見込額：約1，400億円）
消費税10%引上げ時に、市町村民税非課税世帯全体を対象として完全実施（65歳以上の約3割）

	保険料基準額に対する割合
第1段階	0.45　→　0.3
第2段階	現行 0.75　→　0.5
第3段階	現行 0.75　→　0.7

※公費負担割合
国1/2、都道府県1/4
市町村1/4



※被保険者数は平成27年10月1日現在の人口推計を基に算出　※保険料段階は平成27年度からの新段階で表示　※具体的軽減幅は各割合の範囲内で市町村が条例で規定

一定以上所得者の利用者負担の見直し　平成２７年８月施行

負担割合の引き上げ

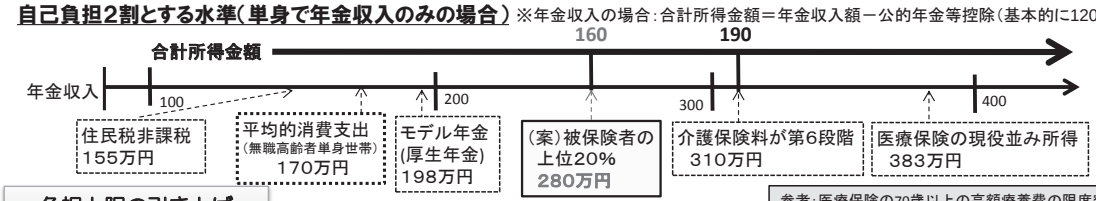
○ 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある**一定以上の所得の方の自己負担割合を2割**とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

○ 自己負担2割とする水準は、**合計所得金額**（※1）**160万円以上**（※2）の者（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。

○ ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実質的な所得が280万円に満たないケースや2人以上世帯における負担能力が低いケースを考慮し、**「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上世帯で346万円未満**（※3）の場合は、**1割負担に戻す**。

※1　合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額
※2　被保険者の上位20%に該当する水準。ただし、利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。
※3　280万円＋5.5万円（国民年金の平均額）×12 ≒ 346万円

自己負担2割とする水準（単身で年金収入のみの場合）　※年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除（基本的に120万円）



負担上限の引き上げ

自己負担限度額（高額介護サービス費）のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引上げ

〈現行〉

	自己負担限度額（月額）
一般	37,200円（世帯）
市町村民税世帯非課税等	24,600円（世帯）
年金収入80万円以下等	15,000円（個人）

〈見直し案〉

現役並み所得相当（※）	44,400円
一般	37,200円

※　課税所得145万円以上（ただし、同一世帯内の第1号被保険者の収入が、1人のみの場合383万円、2人以上の場合520万円に満たない場合には、一般に戻す）

参考：医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

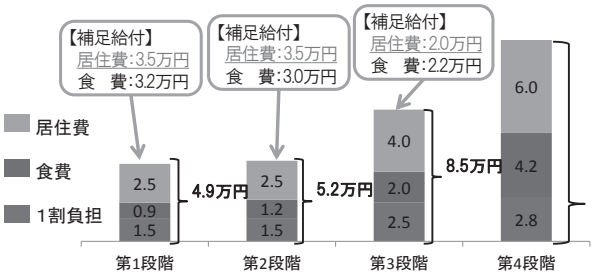
	自己負担限度額（現行／世帯単位）
現役並み所得者	80,100＋医療費1%（多数該当：44,400円）
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15.000円

補足給付の見直し（資産等の勘案）

平成２７年８月施行
（一部平成２８年８月）

○ 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
○ 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

＜現在の補足給付と施設利用者負担＞ ※ ユニット型個室の例



負担軽減の対象

第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、 利用者負担第2段階該当者以外
第4段階 ～	・市町村民税本人非課税・世帯課税 ・市町村民税本人課税者

（※）認定者数：103万人、給付費：2844億円［平成23年度］

＜見直し案＞

①預貯金等 → 一定額超の預貯金等（単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超程度を想定）がある場合には、対象外。　→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ（加算金）を設ける

②配偶者の所得 → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外

③非課税年金収入 → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する

①、②：平成27年8月施行、③：平成28年8月施行

３．介護保険制度

経営主体
（保険者）

制度の運営主体は、住民に身近な市町が保険者となり行います。
国・滋賀県は、事業が円滑に行われるよう運営を支援します。

加入する

- ○40歳から64歳までの方
- ○65歳以上の方
  【第１号被保険者】

サービスを利用できる人

要介護状態の原因となった心身の障害が、初老期認知症や脳血管疾患などの老化に起因する16種類の特定疾病に該当する

要介護（要支援）認定

- 【非該当】
  - 将来的に要支援又は要介護になるおそれのある方
  - その他高齢者
- 【要支援１・２】
  常時介護までは必要ないが、身支度など、日常生活に支援が必要な状態の方
- 【要介護１～５】
  寝たきりや認知症などで常に介護を必要とする方

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の概要

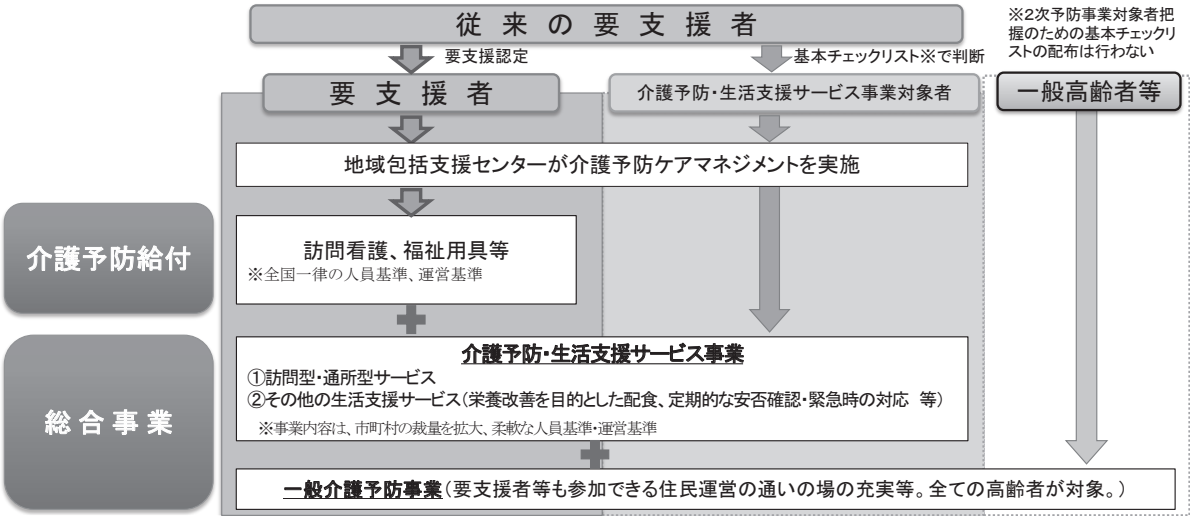
○ サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す（平成29年度末には全て事業に移行）。

○ 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。

○ 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと、介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。

○ 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。

※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



第２章

老人福祉施設の運営管理

第２章　老人福祉施設の運営管理

１．社会福祉法人の存在意義

（１）地域福祉の視点

地域福祉については、社会福祉法第4条において「地域福祉の推進」として「地域住民、社会福祉を目的とする事業を経営する者及び社会福祉に関する活動を行う者が、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない」と定められました。措置制度の受け皿として社会に貢献してきた社会福祉法人ですが、社会福祉基礎構造改革による契約制度への変化、そのことにより社会福祉分野にも様々な事業主体の参入が可能となり、税制などの面で優遇を受けている社会福祉法人は、自分たちの存在意義を自らの実践において示していくためにも、地域社会の福祉充実の実現のため、多様な主体との連携・協働により地域の福祉課題に取り組む必要があります。

１）地域社会と福祉サービスの展開

地域社会は、核家族化、少子化、高齢化、地域関係の希薄化、個人生活重視など社会全体の価値観や考え方も変化していくなかで、国においては社会保障費をめぐる議論や雇用の不安定など社会福祉を取り巻く環境は日々変化しています。これまで、高齢者、障害者、児童など分野ごとにサービスは整備されてきました。このことについては、サービス量の拡大という点においては良かったのかもしれません。しかし、福祉サービスに対する考え方にも変化が表れ、集団処遇から個別ケアへ、提供側中心から利用者中心へ、施設入所から地域へ、介護中心から生活中心へとひとりひとりが病気や障害を抱えながらも、尊厳をもって「生活のしづらさ」を家族、地域社会、福祉サービスなどの支援で補いながら、住み慣れた地域でその人らしく生活できることが求められています。そうした流れのなかで、新たな取り組みとしてグループホーム、小規模多機能、サテライト型特養などの地域密着型サービスが創設され、総合的な介護予防システムの確立やケアマネジメントの体系的な見直しを踏まえ地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として地域包括支援センターが創設されました。

これは、地域における総合的・継続的な支援体制や生活圏域単位でのサービス展開が望まれたのです。だからといって大規模施設が不必要というわけではありません。今後も多様化するニーズに対応できる担い手としてのそれぞれに役割があります。地域の身近な場所で気軽に相談ができ、これまで培ってきた専門性を地域のなかで展開することが重要な

役割なのではないかと考えます。それは、施設の大きさのことではないですし、個々の事業を行うということだけもなく、地域の福祉課題に対して、多面的にかつ積極的に取り組んでいく必要があります。社会福祉法人が介護保険事業の展開だけでは、公益性があるとは認められないからです。

社会福祉法人は、地域社会の多様なニーズにこたえるためには先駆的、開拓的な事業に取り組んでいく必要があります。実際に、地域社会へ足を運び、住民との交流する機会を多く持ち、住民と一緒になって日常の中で共に活動することで、地域の課題を把握していくことが求められます。施設で待ち構えているだけでは情報は入ってきません。今、様々な地域で、介護予防や認知症サポーター、福祉教育、健康づくり、こどもから高齢者までの交流事業など地域と共に実践している社会福祉法人も数多くあります。こうした実践を積み重ねていくうえで、他の地域と同じことを実践していけばいいということではなく、それぞれの地域の実情に応じた活動を住民と共に考え、共に活動していくことが重要だということです。以下に社会福祉施設経営者協議会が行動規範としている「地域との共生のための実践ポイント」を示します。

①地域における福祉の推進

学校教育への協力、ボランティアの受け入れ等を積極的に行い、地域の福祉マンパワーの養成や住民参加による福祉実践に向けての取り組みを行っているか

②地域との協働

地域における福祉的課題にとどまらず、社会問題や地域課題等の解決に向け、近隣の町内会等への積極的な協力を行っているか

③多様な主体との連携・協力

他の社会福祉法人や社協、及び保健・医療機関、ＮＰＯ法人、市民団体等との連携・協働により、住民生活の質の向上に向けた取り組みを行っているのか

④地域に開かれた法人作り

法人の施設・建物や設備の開放、イベントの開催等地域に開かれた法人づくりのための取り組みを行っているか

⑤福祉対する理解の促進

講習会、講演会、勉強会等を実施し、地域住民の福祉に対する理解を促進する機会の提供と土壌の開拓に取り組んでいるか

⑥環境問題への配慮

地域の環境問題への配慮・取り組みを行っているか

２）地域ケア体制とネットワーク化

地域の多様なニーズに応えていくために、地域ケア体制の整備とネットワーク化は欠か

せません。地域における課題を解決していくためには、住民、社会福祉関係者、行政、各種団体・関係機関がそれぞれの持つ専門性や役割をつないでいくことが重要となります。

①福祉サービスのネットワーク

施設サービスや在宅サービスという枠組みで捉えるのではなく、それぞれの専門性を活かした地域における総合的・継続的な支援体制や生活圏域単位でのサービスの提供ができるよう日頃から法人の枠を超えて連携をしていくことが重要です。

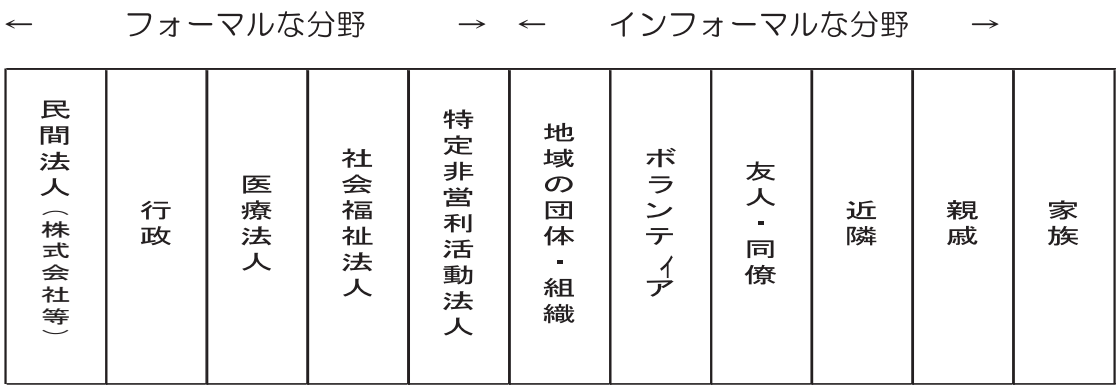
②関係機関との連携

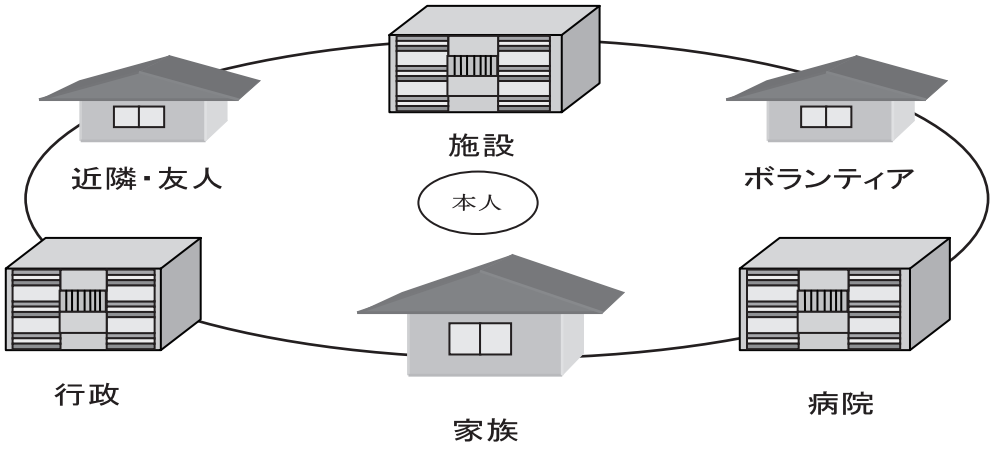
医療・保健・福祉と住民のネットワークの構築が地域での課題を解決していくには不可欠だということはよく言われています。では、現状はというと、取り組むべき課題に対して複数の機関が連携なしに取り組むなど、ばらばらな取り組みになっていることはよくみられます。ケアシステムやネットワークは待っていてもできません。様々な取り組みを通して、関係作りを強化したり、ケアシステムの必要性とあるべき姿を行政に提言したりすることも重要になります。

③住民ネットワークとの連携

住民が地域社会でこれまで構築してきた、住民同士のつながりを知っておくことが重要です。防災のネットワークやボランティア団体、家族会、婦人会、趣味活動、青年団、老人クラブ、自治会、町内会の奉仕活動など小さな地域で様々な人が交わって生活しています。そうした小さな集まりがどのようにつながっているのか、つながっていないのか。どのようなつながりが必要なのかということを知っておかなければいけません。

そうした小さな点を線で結んでいくことで、いままで全く関係がなかった住民組織同士とのつながりができたり、関係機関や福祉サービス事業所とつながることであらたなネットワークができたりするなど、高齢者が住み慣れた地域で生活をしていくことを支えることにつながっていきます。そのために、私たちは住民と共に小さな点を線で結び、その線を強くし活動を通して新たな関係を作っていくことが必要となります。





（２）コンプライアンス経営と社会貢献

社会福祉法人は、その事業の公益性から税制的な優遇などが認められています。しかし、措置制度から介護保険制度に変わり様々な事業主体が参入し福祉サービスを行うようになったことで、同じように介護保険の事業を実施するだけではその公益性は示せないと思われます。一般の株式会社などの営利企業とは違い、社会福祉法人ならではの存在意義を社会に示していかなくてはいけないと考えます。

１）社会的ルールの遵守（コンプライアンス）の徹底

①コンプライアンス体制の構築

倫理や法令等の遵守の徹底に向けた管理体制や規定の整備等を推進しているか

②ルールの明確化と適切な認識

遵守すべきルール（法令、経営理念、その他の社会的ルール等）を正しく認識するとともに、マニュアルの策定や職員への周知の徹底など、逸脱しないための方策を講じる

③コンプライアンス教育の徹底

職員に対する社会福祉関係法令、労務関連法令等の適切な理解を促す場の提供に努め、社会的ルールの遵守の重要性を普及・啓発していくこと

④適正な補助金等の取り扱い

補助金、交付金及び運営費等については適切に申請するとともに、その執行についても法令に基づき適正に行う

⑤適切な請求事務

介護保険や支援費に係る報酬請求については、法令に定められた基準に基づいて請求事務を行う

（全国社会福祉施設経営者協議会　社会福祉法人行動規範の実践ポイントより）

２）社会性の追及、公共・公益的な取り組み

①利用者、地域に対して積極的な情報の開示・説明責任を果たす

自らが実践している事業に関しては、利用者、地域、関係機関に対して情報を開示していくことで自らのサービスの質の向上につながります。

②低所得者の方や虐待などの困難事例への積極的支援

地域における、最後の砦として関係機関と連携し、措置の必要な方など最終的な受け皿として機能しなければならない

③社会福祉法人は利用者・地域住民・地域のための事業を展開すること

常に利用者が主体で考え、顧客の利益を優先し、利用者ならびに地域の期待に応える

④既存の制度や枠組みだけに捉われない

先駆的・開拓的な事業にも積極的に取り組み、地域の潜在的なニーズにも対応していく

３）社会貢献

社会貢献とは、法人または団体、個人による公益或いは公益に資する活動一般を意味し、はじめから社会に資することを目的として行う直接的な社会貢献と特定の事業や行為をすることが結果として社会貢献につながる間接的な社会貢献がある。どちらの活動にしても広く社会全体の利益につながるものです。

企業などの社会貢献は、本来の事業活動以外に自らのもてる資材を投入し、ボランティア活動や団体等への寄付、環境問題への取り組み、人権擁護活動など幅広い分野で行われています。持てる資材とは、資金や人材、技術力などをいいます。

我々社会福祉法人がどのような活動ができるのか？と考えてみると、

・駅前の清掃や海辺のごみひろい

・リサイクル活動への参加による環境問題を捉えた活動

・地域での健康づくりや学校教育への協力

・施設の一部を開放し住民の活動場所として提供する

・障害者雇用への積極的取り組み

・認知症や介護予防教室の実施

・防災施設としての拠点

・地域の防犯パトロールへの協力

など考えればもっともっと多くの活動が考えられます。つまり、実践しようと思えば様々なことができる可能性があるということです。

社会福祉法人は、事業そのものでの社会貢献だけでなく、自分たちの施設の強みや特徴を活かし、地域社会のために何ができるのかということを考え、社会的責任としてそのもてる機能を活用した社会貢献活動を行うことによって広く社会からの信頼獲得ができるのです。

（参考文献）

社会福祉法

全国社会福祉施設経営者協議会

「社会福祉法人行動規範の実践ポイント」

認知症介護・研究研修東京センター　中央法規

「認知症の基礎知識」

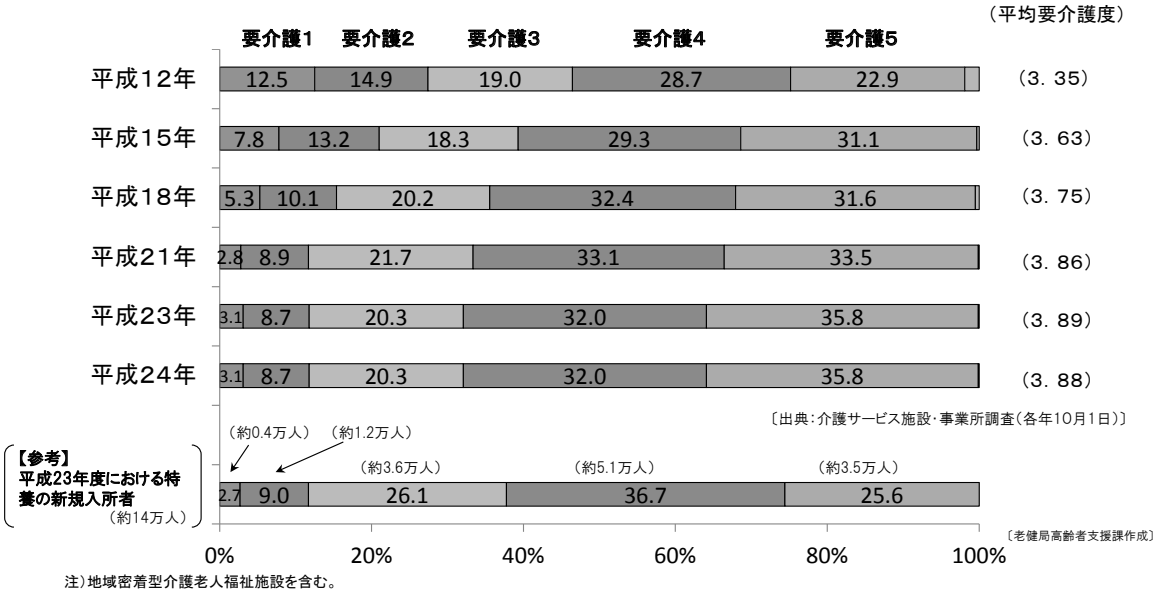
ケアタウン総合研究所　所長　高室成幸　　法研

「地域支援コーディネートマニュアル」

２．特別養護老人ホーム利用者の現状と特性

介護老人福祉施設の要介護度別利用者割合

○　介護老人福祉施設の入所者に占める重度の要介護者の割合は、年々上昇してきている。
○　一方、軽度の要介護者（要介護１及び２）の割合は、平成２４年は１１．８％となっており、一定程度の軽度者が入所している現状。

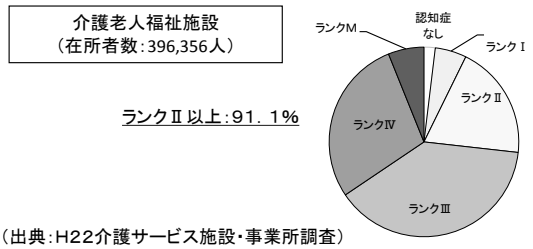


注）地域密着型介護老人福祉施設を含む。

介護老人福祉施設における認知症高齢者の入所状況

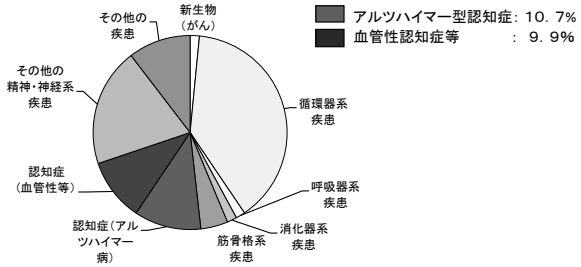
○　介護老人福祉施設においては、「認知症高齢者の日常生活自立度」ランクⅡ以上の入所者が９割以上を占めている。

●入所者の「認知症高齢者の日常生活自立度」分布

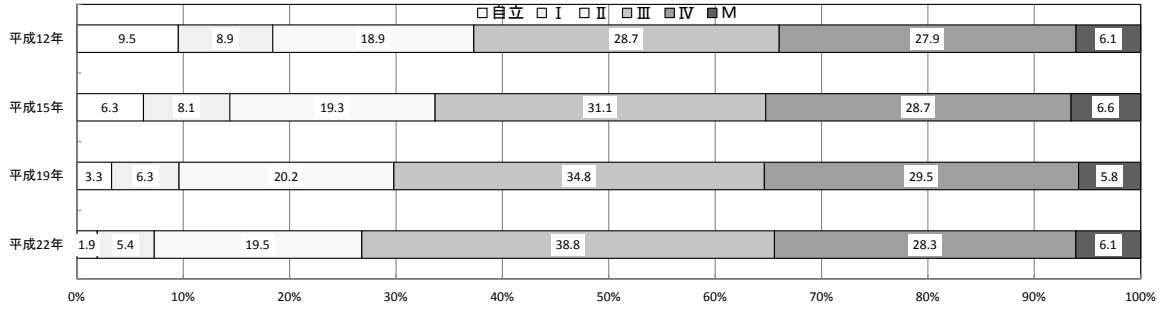


（出典：H22介護サービス施設・事業所調査）

●疾病を有する入所者の主な傷病名



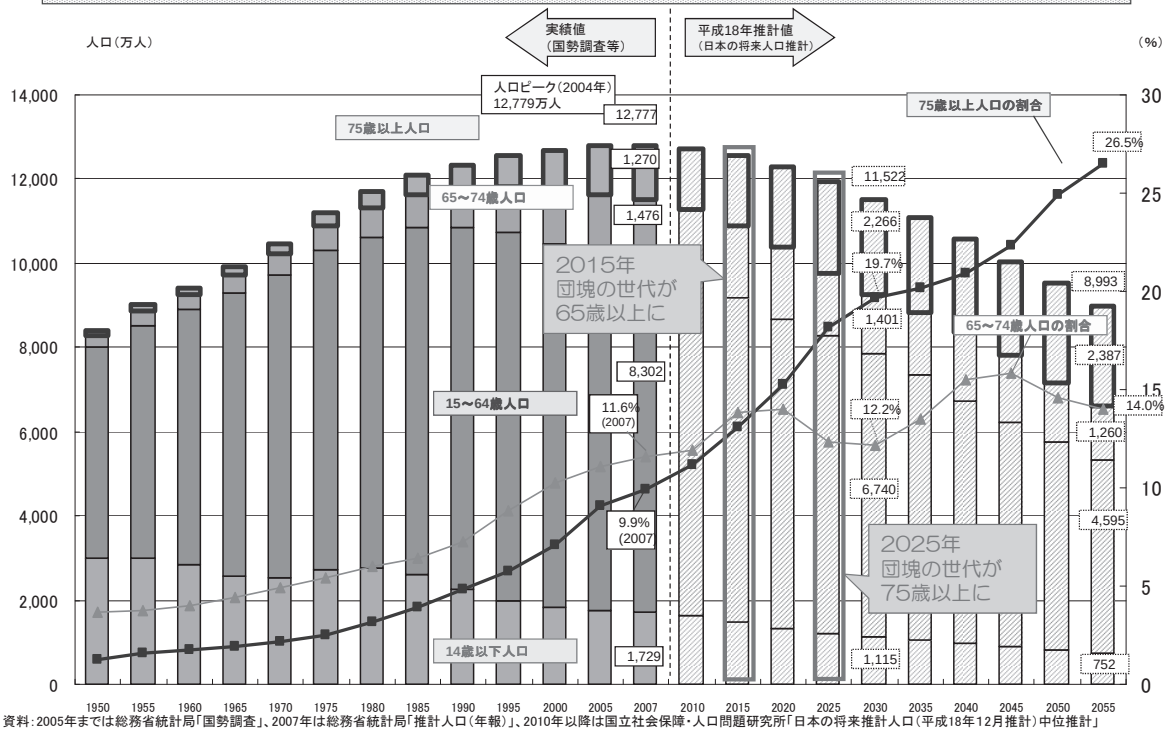
● 認知症日常生活自立度の推移（不詳を除く）



（出典：H22介護サービス施設・事業所調査）

75歳以上高齢者の増大

○　我が国の75歳以上人口の割合は現在10人に1人の割合であるが、2030年には5人に1人、2055年には4人に1人になると推計されている。



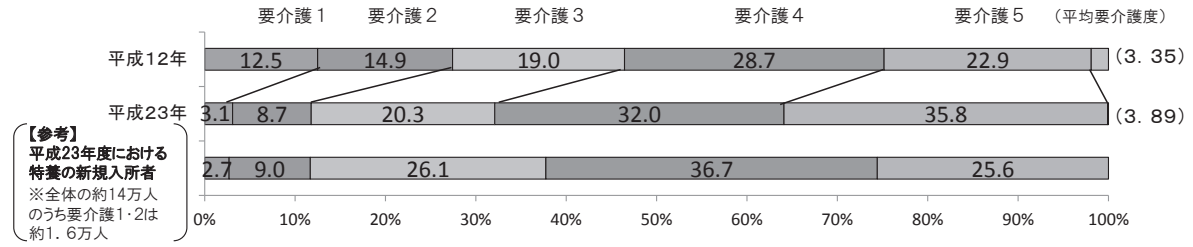
資料：2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口（年報）」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）中位推計」

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の重点化について

○　平成２７年４月より、原則、特養への新規入所者は要介護度３以上の高齢者に限定され、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化。　【既入所者は除く】

○　他方で、軽度（要介護１・２）の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所は可能。

要介護度別の特養入所者の割合



特養の入所申込者の状況

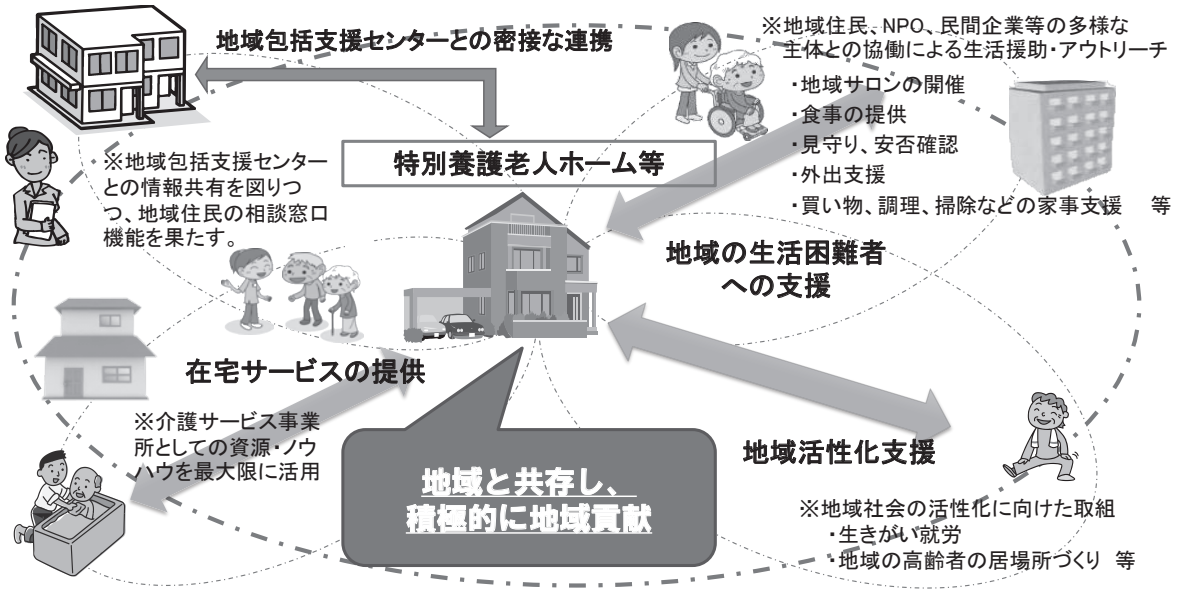
（単位：万人）

	要介護1～2	要介護3	要介護4～5	計
全体	17.8 （34.1%）	12.6 （24.1%）	21．9 （41.8%）	52．4 （100%）
うち在宅の方	10.7 （20.4%）	6.6 （12.7%）	8．7 （16.5%）	26．0 （49.6%）

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。（平成26年3月集計。調査時点は都道府県によって異なる。）

特別養護老人ホームに求められる役割（地域福祉の拠点として）

○　地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、特別養護老人ホームについては、様々な主体が参入する介護サービス市場にあって、重度の要介護者や低所得高齢者の「終の棲家」としての役割を一層果たしていく必要があるが、それに加えて、特別養護老人ホームは、その有する資源やノウハウを最大限に活用し、「地域の拠点」として、在宅サービスの提供、地域の生活困難者への支援、更には地域活性化にも取り組み、地域包括ケアが実現される「まちづくり」に貢献していくことを目指すべき。



特別養護老人ホームの内部留保について②

＜今後の課題＞

平成25年5月31日介護給付費分科会資料より抜粋

○　財務諸表を公表していない施設が1割強も存在している。また、財務諸表を公表している施設においても、HP上に掲載している施設は、3割程度にとどまっている。

○　また、内部留保や収支差率が赤字の施設もあるなど、施設ごとの内部留保額や収支差率のばらつきが大きい。

1.　財務諸表等の積極的な公表、ガバナンスの強化

○　特養等を安定した経営状態とした上で、社会福祉法人が地域の福祉ニーズに応じた多様な取組を進めていくことは、公益性の高い社会福祉法人に求められている役割。

○　経営能力やガバナンスの向上のためにも、財務諸表や今後の建替え等を含めた事業計画などをHPなどで積極的に公表し、社会福祉法人の財務状況や資金の使途について、透明性の向上・明確化に努めるべき。

○　税制優遇措置等を受けている社会福祉法人が低所得者の負担軽減を行うことは、社会福祉事業の実施を任務とする社会福祉法人本来の使命であるにもかかわらず、社福軽減を実施していない施設が、2割以上存在している。

2.　社福軽減などの社会・地域貢献の積極的な実施

○　税制優遇措置等を受けている社会福祉法人が低所得者の負担軽減などの社会貢献を行うことは、社会福祉事業の実施を任務とする社会福祉法人本来の使命。

○　社会福祉法人は、社福軽減を積極的に実施して低所得者の介護保険サービスの利用促進を図るなど、社会貢献・地域貢献を積極的に行うべき。

（出典）「介護老人福祉施設等の運営及び財政状況に関する調査研究」（平成25年3月、明治安田生活福祉研究所）

３．利用者・職員の健康管理と看護職の役割

（１）特別養護老人ホームの看護、介護職の概要

特別養護老人ホームは、昭和38年に老人福祉法に基づき常時の介護を要する高齢者の「生活の場」として制定されました。現在、介護保険施設の中でも最も利用者が多くいます。

その中で、看護職は高齢者100人に対して最低3人必要とされています。常勤医が義務づけられていない制度の中で、重度の障害のある高齢者を前に看護職の役割やケアの質に関して試行錯誤を繰り返してきました。昭和62年社会福祉法により、社会福祉士・介護福祉士が国家資格化され、高齢者の生活の質を高めるために看護職と介護職が共同して業務に当たる基盤ができました。

（２）看護職の基本的役割

１）高齢者が心身の機能を維持して快適な生活ができるよう健康管理を行います。

２）介護職が行う生活援助を健康面から支援します。

３）高齢者と家族のつながりが、さらに深まるよう看護の立場から援助します。

４）職員の健康管理や啓発活動をおこないます。

（３）看護職の役割と機能

１）健康管理：利用者の健康状態を把握して健康的な日常生活が送れるよう管理、予防しています。利用者の多くは慢性的な病気をもたれている人が多く症状や苦痛を軽減する為に看護やケアを行います。また健康的に過ごせるように、うがいや手洗いの励行など病気になる前に予防していく事も大切な役割です。日々の業務では、毎日服用する薬が確実に飲めるよう管理することや、体温や血圧を測定して健康状態を把握します。また、ほぼ毎日のように介護職から利用者の健康状態の相談を受けます。例えば、便秘や下痢の時のアドバイスや処置、熱がある時の入浴をどうするか等の判断、いつもと違う利用者の病状の相談などが挙げられます。また利用者の健康状態が急変した場合は、医師の診療のうえ指示を受け看護職が中心となってその処置や対応を行い、病状によって病院受診が必要と判断される場合はその対応を行います。入院が必要となった時は、利用者の状態の把握に努め、必要な情報を病院に伝達します。

予防の面では、年に一回利用者の定期健康診断と月一回定期診察があり看護師は医師の診療介助を行います。利用者の健康状態に関して担当医に報告をし、情報の交換を行っていく中で、異常の早期発見を行い、利用者の健康管理を行っています。また高齢者の集団生活の中で大変重要となってくるのが、集団感染の予防です。毎年季節性のインフルエンザの予防(ワクチン接種)や食中毒の集団発生の予防なども看護職が中心となっておこなっています。

また、毎日高齢者と接している職員が感染源や感染者とならないように、職員への健康

啓発も看護職の大切な役割業務の一つとも言えます。このような感染に関しては「感染対策委員会」が組織の中に位置づけられており活動しています。

また、高齢者の特徴として全身状態、特に栄養状態の低下から皮膚機能の衰えがめだつようになり、床ずれや水虫といった病気をもった高齢者が大勢入所しています。

毎日のケアの中で水虫や床ずれの処置を行い、その予防を行っています。実際、身近にケアを行う介護スタッフのスキンケアに対しての知識を深める為の教育活動も看護師の役割の一つです。

また看護師の中に機能訓練士が配属されています。機能訓練士は高齢により運動機能が衰えたり、病気の後遺症により障害が残った場合、人間本来の機能を改善したり、あるいは、現在の状態が悪くならない様、働きかける事を役割です。歩行練習や筋肉や関節の曲げ伸ばし運動、排泄が自立できるように関わったり、訓練的な視点で介護スタッフの相談に乗ったりします。

さらに、機能訓練士は介護職と共同して介護予防やQOL（生活の質）を高めるため集団的リハビリに関わります。

認知症の進行予防や誤嚥予防を目的として、食事前の口腔体操や発声練習を行います。また、高齢者に即した手足の運動などを行い転倒予防の為、健康体操を実施しそりします。集団リハビリはレクレーション的な要素があり、変化の少ない高齢者施設において利用者の楽しみであったり気分転換活動の一つとなっています。

２）生活援助の支援：毎日のケアはケアプランを基にして行われています。ケアプランは各職種が集まり話し合いの中で立案します。看護師は医療面や健康面からアドバイスをおこなっています。

３）家族にたいしての関わり：利用者が急変や入院となった場合は、家族に連絡をとり病状や経緯を説明し、家族の不安を軽減するための援助を行います。また家族が面会に来た時は、介護職員とともに利用者の健康面や生活状況を報告して疎遠になり易い利用者と家族の関係が密になるよう関わります。

４）職員の健康管理・啓発活動：年に１回職員の（交代制勤務職員は年２回）健康診断があり看護師はその準備を管理者とともに行います。健康診断を行うことで職員の健康状態を把握し異常の早期発見に努めます。また介護業務の特性から不規則で重労働である為、腰痛や頭痛、風邪、など体調の変調に対して相談に乗ることも必要です。「感染防止」に関してや「褥瘡」についての研修を行います。また風邪や食中毒などの流行シーズンには手洗いやうがい、マスクの着用を促し職員が媒介者とならないよう呼びかけ、注意を促すようにしましょう。

４．高齢者施設の防災対策

（１）平常時における地震防災対策

高齢者福祉施設の入居者等利用者は、地震発生時に自力での身体の安全確保や避難が困難な障害をもつ場合が多いため、施設の安全対策を実施し、いざという時に備えて施設安全な環境を整備しておくことは、高齢者福祉施設の地震防災対策のなかで最も重要だといえます。

①立地条件の確認

ア、山崩れ、落石、津波、火災などによる延焼、液状化等の想定される危険性について、十分な調査と点検を行いましょう。

イ、上記の危険性については、市町村防災担当部局や消防署とも十分に協議しましょう。

②施設の安全確認

建築物の耐震性や不燃性などの安全性について、専門家による診断を受け、その結果に基づき計画的な補強等の整備計画を立てましょう。

特に、昭和56年５月31日以前に建設された建築物は、耐震性能が劣る場合が多いので、必ず耐震診断を受けましょう。

③落下物、倒壊物の対策

ア、屋内対策

（ア）窓ガラス等の対策

窓ガラスや書棚、食器棚等についてはガラス飛散防止対策が必要です。

（イ）備品等の転倒防止対策

机、ロッカー、タンス、書棚、戸棚および冷蔵庫やテレビなどの電化製品等は、ロープ、針金、金具等で床、壁にしっかりと固定し、転倒や移動を防止しましょう。また、開き戸は振動により開いて収納物が飛び出す危険性があるので、扉の解放防止対策を講じましょう。

（ウ）天井からの落下物対策

照明器具や吸音材、壁掛け時計塔の取付状態を点検し、鎖で補強するなど落下防止策を施しましょう。

（エ）安全スペースの確保

可能ならば、建物内の一室を什器等を一切置かず、利用者が集まれる「安全スペース」として確保しておきましょう。広い廊下なども代替えできます。

（オ）情報通信機器の適正な管理

常に、正確な最新情報を入手できるように通信機器の保管場所などには工夫しましょう。浸水しない、落下しないなど。

イ、屋外対策

（ア）屋根瓦の対策

瓦葺きの屋根がある場合は、瓦の落下による負傷も予想されるので、注意しましょう。可能であれば、トタン・トレース等の落下の心配が少なく軽い建材に改修することが有効です。

（イ）門、塀の倒壊防止

屋外へ避難する場合の避難経路に面した、門・塀の倒壊防止について配慮し、安全性について確認しておきましょう。特にコンクリートブロック構造のものは、亀裂などの破損がないか点検が必要です。

④避難経路の確認等

ア、施設外の避難場所への経路図を作成し、貼りだしておきましょう。この場合、最低でも２通りの避難経路を確保しておきます。なお、定めた避難ルートのほかに利用可能な道路は全て把握しておきましょう。

イ、建物内の安全な避難スペース、消化器の位置、地震時に開放する出口位置、避難経路などについて、建物平面図をもとに記載し、廊下など誰もが確認できる場所に張り出しておきましょう。

ウ、徒歩での避難が困難な利用者数から割り出される、施設車両・職員車両や近隣地域住民協力車両により必要数を確保しておきましょう。必要に応じては、公的機関との連携を締結しておきましょう。

エ、利用者ごとに避難するための方法（徒歩、車椅子、ストレッチャー）を色分けするなど、職員が認識できるようにしておき、プラカードやゼッケンを準備しておきましょう。

オ、自動車での避難と徒歩での避難、それぞれにどれだけの時間を要すか計測しておきましょう。

（２）必需品の備蓄

大規模な地震が発生した場合には、行政も即座に施設への救援活動を実施できない可能性もあります。このため、少なくとも最低３日間は施設利用者・職員の生活が維持できるように、水・食糧・資機材をリストアップし備蓄しておきましょう。

なお、施設機能が停止したことにより、利用者の健康状態が悪化するおそれがあります。日頃から備蓄しておく食糧については、なるべく高カロリー・高栄養のものが好ましいでしょう。

また、津波の被害が想定される建物では、資機材の備蓄場所を津波被害のおそれの無い場所に保管しておきましょう。

～非常持ち出し品の例～

①飲料水と生活用水の備蓄

入居施設においては、飲料水のみならず、洗濯物やおむつ使用者の清拭等のために大量の水が必要になります。

地震発生後には、速やかに応急給水活動が実施されますが、給水範囲は広範に及び施設への給水が即座に実施されないケースも多々あります。このため、飲料水については、１人１日３リットルを目安に、３日分を各施設で備蓄しておく必要があります。

その他の、生活用水については、受水槽の水の有効利用や井戸水、河川等の自然水利の利用等、施設の立地に条件に応じて断水時に使える水源を検討しておきましょう。

②利用者の特性に合わせた非常用食料の備蓄

地震発生時の断水、停電、ガスの供給停止等に伴い、施設内での調理が不可能となる事態が想定されます。また、物資の流通が滞り食材の調達が困難になる事も予測されるため、施設では少なくとも３日分の備蓄食糧が必要です。さらに、利用者の身体的特性に応じた食糧品の選定を施設で事前に検討し、調理が不要なものなどを備蓄しておきましょう。

③衛生用品の備蓄

断水や停電により、洗濯や入浴ができない、水洗トイレが使用できないなど、衛生面で様々な問題が発生することが予想されます。

このため、紙オムツやウェットティッシュ、ナプキン等の衛生用品や、ポータブル便器、簡易トイレなど利用者の特性に応じた物品を備蓄しておくことが必要です。

④医薬品確保のための備え

入居施設の利用者のなかには、常時投薬が必要な慢性疾患を有している人が多くいます。特に、投薬が途切れると生命に関わったり、症状のコントロールができないと見込まれる場合には、施設において常に最低３日分の医薬品を確保しておきましょう。

また、緊急時にはどこに居ても即座に投薬が継続されるように、利用者各自の投薬に関しての情報を、施設、利用者、利用者の家庭で保管しておくことも必要です。

⑤エネルギー源の確保のための備え

停電時に備え、自家発電装置や自家発電に必要な燃料、冷却水の備蓄ならびに都市ガスの供給停止に備えたプロパンガス調理器具や薪など、代替え熱源の確保方策を検討しておきましょう。さらに、自家発電機などをスムーズに使用できるように日頃から点検、訓練を重ねておきましょう。

（３）災害時の初動体制の確立のために

災害が発生する時間帯によっては、少数の職員が発生直後の防災対策を全て行わなければ

ならない事態に陥ります。

阪神・淡路大震災では、施設の被害調査をはじめ、施設利用者ならびにその家族の安否確認等、多くの対策に当直の職員が忙殺されました。さらに、緊急時の安否確認方法等について、事前に取り決めをしていた施設は少なく、確認に膨大な労力を要したとのことです。

そのため、施設にでは様々な状況を想定して、職員の参集計画や安否確認の手順、家族引き取りの取り決めなどについて、事前に計画を定めておくことが重要です。

①職員の参集と役割分担計画の作成

職員の居住場所や通勤手段を考慮に入れ、災害発生時に施設への駆けつけが可能な職員が何人いるかを把握した上で、初動期における職員の役割分担を明確にしておきましょう。

また、災害のレベルに応じ、どの範囲の職員が自動参集するかという参集ルールを定め、職員が混乱しないように計画を策定しましょう。

②利用者の家族との連絡体制の確立

入居施設では、利用者の家族の安否を確認する事が、利用者の精神的安定を保つために重要であることから、災害用伝言ダイヤルサービスの利用など災害発生時の家族と施設間の連絡方法を事前に定め、情報収集がしやすいような工夫をしておきましょう。

③避難行動計画の検討

管理者は、災害発生時に収集された情報を踏まえ、職員に的確な避難行動を指示するために、避難行動計画パターンを事前に立てておきましょう。（どういう情報の場合には、どのような行動を選択するのか等）

④夜間の屋外への避難

災害が、夜間に発生した場合、職員が参集するまでの間、数少ない当直職員で利用者の当初の避難を実施しなくてはなりません。

夜間の避難行動に備え、災害時には近所の応援が迅速に得られるように、日頃から自主防災組織や地元消防団等との連携を強めておくとよいでしょう。

また、夜間の屋外への避難については、安全かつ迅速に誘導できるよう、職員は目立つ上着を着用したり、蛍光塗料などを使ってルート誘導を行う等の工夫をしましょう。

（４）地域社会との連携つくり

①施設への支援を得るための協力体制つくり

災害発生時には、水や食料の確保、利用者の日常生活介護等の面で様々な支援が必要となります。このためには、施設が立地する地域社会と日ごろから連携をとり、いざという時に協力が得られる体制を確保しておくことが重要です。

近隣の病院や、開業医、他の社会福祉施設、地域の自主防災組織や商店などと事前に協

定等を締結するなど、協力体制を確立するとともに、日ごろからの付き合いを深めておくことが大切です。

②地域の避難拠点としての役割の認識

阪神・淡路大震災や新潟中越地震の被災地では、介護職員が常駐し、水や食糧などの備えもある介護施設が、まず、被災して行き場を失った周辺住民の緊急避難先としての役割を果たし、また、在宅の高齢者や障害者の緊急拠点になる等、施設は地域社会で大きな役割を果たしました。

このため、自らの施設を「社会資源」として位置づけ、地域との結びつきを日常的に意識しながら、地域社会と施設がお互いに助け合う立場つくりを推進しましょう。

③広域的な応援体制つくり

被害が広範に及ぶ場合には、被災地域外からの応援が必要となります。このため、他県にある関係施設やボランティア団体とも日ごろから交流を重ね、大規模災害発生時に備えた広域的な応援体制つくりに取り組むことが望まれます。

④応援を受け入れるためのマニュアルの作成

ボランティアや他施設の職員、地域住民等による応援を受ける場合には、支援者に対して施設内対応マニュアル（仮）を渡し、施設内での支援作業が円滑に行われるよう工夫することが有効です。

このような、マニュアルは施設の理念、施設利用者の特性、さらに避難誘導の方法など、施設で応援者が活動する際の手順書として作成しておくことが望ましいと考えられます。

（５）防災教育と防災訓練

①防災教育

普段から、職員に対して災害・防災について教育を行うことが必要です。このような教育の実施については、市町村や消防署に相談し、協力を得ながら行いましょう。また、地域住民や関連団体、利用者に参加してもらいましょう。

②施設で行う防災訓練（例）

訓練の実施については、なるべく回数を重ねて身体と頭に染みこませましょう。実際の災害時に自然と身体が動きやすくなります。

※施設で行う防災訓練のチェックリスト（例）

・災害が発生した場合における利用者および職員の対処方法

・初期消火活動

・利用者の安否確認

・出口の確保

・通路の安全確保

・安全な避難スペースへ避難・誘導

・利用者、職員のケガへの応急対応

・施設の防災本部の設置

・施設の安全点検、情報伝達

・本部長の各班に対する指揮指導、避難行動の判断　など

また、訓練を重ねるたびにマニュアルは見直しを行い、各施設を取り巻く環境の変化に対応した、より効果の上がるものにしておきましょう。

③地域で行う防災訓練

地域との連携・協力は災害発生時や復旧時に極めて有効です。地域で行う防災訓練に施設としても参加し、災害の際にどのような行動をとるべきか、特に情報伝達、避難方法について十分理解しておきましょう。併せて、地域及び自主防災組織との連携の取り方についても協議しておくことが重要です。

また、日ごろから地域での催しや行事に積極的に参加し、地域と人に『災害時に介助の必要な人が近くに居る。』という事を認識してもらうとともに、災害時要援護者の災害時の施設への受け入れ体制、人数などについて話し合っておきましょう。

施設としても、地域の人たちを招いた催しを施設内で開催し、施設に馴染んでもらうことも災害時の迅速な避難行動、救援活動に役立ちます。

（６）利用者が受けた精神的ショックを癒す対応

①職員の冷静で温かな対応が利用者のショックを癒す

災害発生時においても、職員が冷静な対応をとり、平常心で温かく接することにより、災害直後の利用者の不安感を軽減するよう努めましょう。

職員は、利用者の健康状態を管理し、冬期や夜間の寒さ、夏期の暑さなど慣れない環境から受けるストレスを和らげるための対応にあたりましょう。

②施設利用者の家族の安否確認の実施

利用者の家族の被害情報や安否情報を早急に確認し、施設利用者の精神的不安感の軽減に努めましょう。利用者家族の避難状況などは、「災害用伝言ダイヤル171」などを活用するなど、連絡方法をあらかじめ定めておきましょう。

③薬剤等の確保と移送

施設内にある薬剤等の点検を行うとともに、嘱託医や近隣の開業医等と連携をとり、日々の薬剤の確保を手配しておく。

なお、建物の被災状況、利用者の健康状態等を考慮し、他施設への移送や医療施設等への移送について検討しましょう。移送については、家族の許可を取る必要がありますが、

緊急時には事後報告となる旨をあらかじめ家族の了解を得ておきます。

（７）職員へのケアの実施

①職員の過重労働を防止する

被災後の施設運営は、職員に大きな負荷を与えることになります。職員の健康管理を徹底し、職員が勤務できるかを確認し、勤務体制リストを作成します。

勤務できない職員がいる場合には、社会福祉協議会等に対しボランティアの派遣要請を行い、ボランティアを含めた役割分担および休息を入れたローテーションを組みましょう。

外部からの応援者の協力を得ながら、負担のかかっている職員には必ず休息を与え、職員の過重労働を未然に防ぐように努めましょう。

②職員への心身のケア

職員の住居や家族の被災状況を考慮し、諸君の精神的負担を軽減するよう心のケアを行いましょう。

また、感染症を予防する観点から職員に対しても手洗いやうがいを励行するなど衛生面での徹底を図り、また、職員の健康状態によっては利用者との接触を制限する等の措置も適切に行いましょう。

災害対策

１）近年の天災

2011・３・11東日本大震災

２）災害対策の必要性

東京ディズニーランドの防災訓練

マニュアルと非マニュアル

前例に捉われない事

３）高齢者施設の防災訓練（法令）

前例に捉われない事

対策

防火管理者

備蓄品

地域との連携

４）まとめ

５．地域包括支援センターについて

（１）地域包括支援センター設置の目的、役割

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保有及び生活の安定のために必要な援助を行うことを目的に市町村が責任主体として設置しています。つまり、高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように包括的および継続的支援を行う。地域包括ケアを実現するための中心的な役割を果たすことが求められています。

（２）地域包括支援センターの職種

①保健師等

②社会福祉士

③主任介護支援専門員

（３）期待される役割

①地域のネットワーク機能

地域のフォーマルおよびインフォーマルな資源のネットワークの構築

住民のニーズの発見、支援等

福祉・医療・保健等の専門職との連携

②ワンストップサービス窓口機能

高齢者の相談について１カ所で相談からサービスの調整に至る機能

③権利擁護機能

高齢者に本人が有する権利を理解してもらうとともに、権利侵害の予防・発見、権利保障に向けた対応

④介護支援専門員支援機能

地域の介護支援専門員が包括的。継続的ケアマネジメントを実践できるように、直接的または間接的な支援

（４）地域包括支援センターの事業内容

①地域支援事業

（ア）包括的支援事業

介護予防ケアマネジメント事業

総合相談・支援事業

権利擁護事業

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

（イ）指定介護予防支援

（ウ）その他の事業

二次予防事業対象者把握事業

介護予防普及啓発事業

地域介護予防活動支援事業

二次予防事業評価事業および一次予防事業評価事業（一部）

（５）地域包括支援センターの行政機能

市町村直営の地域包括支援センターは行政機関そのものであり、一方、委託型の地域包括支援センターについては行政機関からの権利擁護事業等のバックアップが求められる。

（６）社会福祉法人と地域包括支援センターとの関係性

「新たな福祉課題・生活課題への対応と社会福祉法人の役割に関する検討会」報告書（平成24年10月29日）では「社会福祉法人の使命、役割」について「社会福祉法人は、社会福祉法に規定されている社会福祉事業を担うだけでなく、地域における様々なニーズに幅広く対応し、制度の狭間も含めて柔軟な支援を行うことを本来の役割としてもっている」という基本的な役割があります。そのために税制上の優遇等の措置が与えられています。

市町村が実施主体として、運営されている地域包括支援センターと協働することで社会福祉法人の存在意義を示すことが、できると考えられます。

高齢者分野における社会福祉法人は特別養護老人ホームを主体に短期入所系・通所系・訪問系・居宅介護支援等併設の介護保険事業を行っています。介護保険法でも「高齢者の尊厳の保持」が目的であり、高齢者の権利侵害を発見する立場にあると考えられます。

地域包括支援センターの役割のひとつとして「権利擁護事業」がありますが、社会福祉法人の介護事業が「高齢者の尊厳の保持」のために利用者を含む地域住民への啓発活動を担うことや地域包括支援センターと協働することで、地域包括ケアシステムの一端を担うことが社会福祉法人に課せられた課題でもあります。

今日、独居世帯や高齢者のみ世帯、多問題世帯も増加し、ますます生活困難者等の世帯に対して社会福祉法人が担う役割は介護保険サービス外の福祉サービスや活動を広げていく必要性があります。

（７）地域包括支援センターとの連携・協働

①高齢者の権利侵害の予防及び高齢者虐待の早期発見

②地域包括支援センターや市町村と連携・協働し、被虐待者の措置制度を利用した受け入れ体制の整備

③地域包括支援センターと連携・協働による地域の高齢者のニーズの発見

④地域包括支援センターの専門職との連携による地域の社会資源とのネットワークの構築（医療との連携等）

⑤地域の介護ニーズの把握

⑥地域ケア会議等への参画など

地域ケアシステム構築のための土台作りを地域包括支援センターとの連携や協働することが求められている社会福祉法人像と合致すると考えられます。

第３章

介護施設職員として
必要な姿勢・知識

第３章　介護施設職員として必要な姿勢・知識

１．人材の育成

2005年９月、全業界の有効求人倍率が1.0倍を超え、それと反比例するように介護職への求職数が激減しました。厚生労働省は、今後、介護職員の伸びを上回る要介護者の増加によりその需要が増え、人材不足がさらに深刻化していると分析しています。

福祉職は景気に左右されてはならない業種です。また、人材不足とはいえども、人材を単に“人手”と考えてはいけません。人生の大先輩である方々に関わる非常に責任ある仕事であるため、その責任に適した質の高い人材が必要となってきます。介護需要が増大する中で、介護労働の魅力を高め、優秀な人材を介護の職場に確保していかなければなりません。　優秀な人材を確保し介護の質を高めていくことは、利用者の満足感に繋がることはもちろん、職員一人一人の満足感にも繋がります。そのために人材の育成が必要不可欠なのです。

そこで老人福祉施設においては、定期的な研修会や職場内における教育を行うことで、人材を育成していく必要があります。実際に、研修などきちんとした人材育成の制度がある施設では人材は定着している傾向があります。職場内での研修の進め方については決まった方法はなく、それぞれの職場にあった方法でかまいませんが、どんな研修においても意義や目的を明確にしておくことは欠かせません。何のために研修を行うのか、どのような成長を望むのかといったビジョンを明らかにし、計画性をもって行わなければなりません。また、職場における人間関係を良好なものに築きあげていくことも重要です。それらを通して仕事のやりがい・楽しさを感じることができる環境をつくり、よりよい福祉をめざします。新人・中堅・管理職等々、人が集まることでそれぞれお互いの存在が人材育成の環境となり、現場・非現場に関わらず全ての環境が人材を育てます。職員間で互いに目標を確認しあい、その人にしかない人間らしさを発揮できる場をつくることが大切です。

（１）新任研修

入社後１年目の職員を対象に介護の基礎技術や知識・社会人としての心構え等について研修を行います。新任研修は社会人の基盤作りとも言えるものであり、今後の福祉の担い手を育てるという意味合いにおいても必要不可欠です。

新任職員を育成するにあたって望ましいことは、新任職員１人に対して同じ職場の先輩職員１人を指導担当者として任命することです。指導担当者の主な役割は、①日々の指導・相談、②１年間の目標設定・確認（新任職員の個性や成長に合わせて育成を行い、新任職員は自己学習・研鑽に努める）であり、新任職員の緊張や不安を軽減する、１対１の指導により日々のＯＪＴ教育を行い業務への理解を深める、新任職員が直面するさまざまな悩みや課題を解決するアドバイスを行う、新任職員の１年間の目標設定・確認をサポートする、などといったことをねらいとしています。指導担当者は新任職員を見守り、率先して声かけを行う

ことで、新任職員は“自分のことを見てくれている先輩がいる”という安心感をもつことができ、自信にも繋がります。

新任職員は、介護職員としての知識・技術・心構えを１年かけてじっくり習得していきます。指導担当者と新任職員が話し合い、各項目をどの時期までに習得するのか目標設定し、適時振り返りながら目標達成度の確認を行います。この際に大切なことは、「できた・できない」という評価ではなく、「どのようなところができなかったのか・できたのか」「なぜできなかったのか・できたのか」「どうすればもっとよくなるのか」など、次に繋がる検討を行うことです。

このようなやりとりは、新任職員だけでなく指導担当者にとっても大きな成長となります。役割意識をもつことで、人材を育てることの大切さや奥深さ、新任職員の成長に対する喜びなどを感じることができます。

《新任研修の目的》
・社会人としての立場が理解でき、責任ある行動がとれる。
・利用者の人権を尊重し、利用者・家族に不快を与えない接遇ができる。
・基本的な介護技術が習得でき、介護職員としての自覚が持てる。
・介護事故防止に取り組み、発生時には速やかに報告・対応ができる所属のチームの一員となれる。

（２）階層別研修

介護福祉士の国家資格は「幅広い利用者に対する基本的な介護を有する資格」と位置づけており、重度の認知症や障害等の分野についてもより専門的に対応できる人材の育成を行っていくことが求められています。また、人材確保と資質の向上の観点からは資格取得後のＯＪＴのほか、生涯に渡る自己研鑽、介護の専門的な能力開発とキャリアアップへの支援の必要性が提案されています。

生涯研修体系を確立し、介護福祉士が目標をもって研鑽し質の高い介護の提供やキャリアアップができるようになることが、介護の専門性の確立、介護労働の安定化、介護分野の人材の確保に必要です。現在、日本介護福祉士会では、介護福祉士のための生涯研修制度を構築しており、その内容は以下の通りです。

１）初任者研修

資格取得後に行う研修であり、資格取得後から２年未満の初任者を対象としています。介護専門職としての感性、態度を養い、今後のキャリア形成の基礎を築くうえで非常に重要なプログラムです。

２）ファーストステップ研修

初任者研修プログラムの修了者が行うものであり、資格取得後２年以上程度の介護福祉

士を対象とします。小規模のチームリーダーや初任者等の指導係など、介護業務の中心的な役割を担うことになる介護福祉士として必要になる専門的知識及び技能を取得し、的確な判断、対人理解に基づく尊厳を支えるケアが実践できるようになることを目的に行われるプログラムです。

３）セカンドステップ研修（サービス管理者研修）

ファーストステップ研修プログラムの修了者及び一定の技能研修などを終了したものが行います。施設・事業所のサービスの水準向上、業務改善、組織改革、地域包括型のケアにおいて一定の役割を担うことが期待できる実践力を有する介護福祉士を対象とするプログラムです。

４）技能研修

ファーストステップ研修受講の有無に関わらず、職務上の必要性や個々人の学習意欲に応じて随時受講することができ、介護職員に求められる幅広い知識と技術を習得する等テーマ別の研修です。

５）特定領域のスペシャリストを育成する研修（専門介護福祉士）

特定領域における高度な介護実践能力の開発、維持、向上を目的として提供される研修です。この研修にはその能力を証明するための資格認定システムが伴うことが望ましいと考えられています。特定の介護分野において熟練した介護技術と知識を用いて介護実践ができ、他の介護福祉士のケア技術の向上に資する介護福祉士の育成を目的とした研修です。また、専門領域において卓越した介護実践能力を有し、さらに他職種との協働を促進するうえで必要な対人関係能力や管理能力、そして専門領域のケアの質を向上させるための研究能力を有する高度な専門職業人を育成する研修でもあります。

６）管理者を育成する研修（介護統括責任者等）

質の高い組織的介護サービスを提供するために、組織を最大限に生かし、また創造的に変革していくために必要な知識、技術、態度を向上させることを目的とした研修です。

７）教育者・研究者を育成する研修

優れた介護専門職者を養成し、その能力開発を支援する能力、また、介護学を体系的に明らかにし、理論および科学的根拠に基づく実践を可能とするための研究や理論開発能力を育成することを目的とした研修です。また、介護福祉士が本研修体系の講師になることを積極的に推進するため、教育指導方法の基礎的な理論や技術を学ぶ機会となります。

（３）OJT

OJTとは、日常の業務場面において上司が部下に対して行う業務上の指示のことであり、上司が仕事を通して部下を指導・育成していくことを表します。上司が実際に仕事をこなすことによって伝えていき、それを見た部下が試行錯誤を繰り返しながら自分の技術や能力を身につけていく訓練方法です。大切なことは、上司が部下に対して意図的に教育支援していく姿勢と体制を整え、充実させることです。そのことで、サービスの質の低下を防ぎ、より

よい利用者支援へと繋がっていきます。
本来形式的なものではなく、日頃の業務の状況をとらえて臨機応変に指導・教育することが基本です。職員間で知恵と情報と技法を交換しあって実際的な手法をつかみあう場であり、“力を引き出す場”と定義されます。また、ただ単に仕事に必要な知識･技能･態度の習得･伝承だけにこだわらず、上司・部下が共に教え・教えられながら、「共に学び、共に育つ」ということも大切です。

《OJTの目的》
・本人の能力開発を行う。
・職業人としての自覚を高め、自己啓発を促進する。
・その結果として企業（組織）としての目標達成に貢献する。
・自らの自立・成長・巣立ちを図っていく。

《OJTの特徴とメリット》
・日常の職務に直結した実践的指導育成が行える。
・職員の特性や研修ニーズに応じたキメ細かな指導育成ができる。
・日常の機会をとらえて、いつでも、どこでも、実践できる。
・計画的・継続的な指導育成が行える。
・研修効果が直ちに判断でき、フォローアップが容易である。
・職場で培われた技術やノウハウの伝承ができる。
・後継者の育成に効果的である。
・上司と部下の信頼関係を深めることができる。
・育成的な職場風土が醸成される。
・OJTには原則として費用がかからない。

（４）Off－JT

Off－JTは、職員が業務を離れて専門的知識や技術を学習するための研修形態のことを表します。“業務を離れて”といっても、職場内での集合研修と職場外での研修との２つがあります。先に述べたOJTが改めて時間と場所を設定して実施するものではないのに対して、Off－JTはプログラム化されてはじめて学習できる研修です。ある特定のテーマを設定し、何回かのシリーズで外部講師を呼ぶなどして研修会を実施できます。また、各専門職団体が主催する研修会に参加し、利用者支援の具体的な方法を学習する機会もOff－JTとなります。

職場内において研修プログラムを立案する場合は、施設職員が業務を展開していく中で学んでおきたい内容を盛り込んでいなければなりません。研修も、学ぶ者のニーズに対応でき

るテーマであればモチベーションも高まり、研修効果も満足のいく結果が出ることが期待できます。

職場外での研修については、新人研修に始まって管理職研修に至るまで階層別に実施されるケースも多くあり、自分に見合った研修に参加していきながらそれぞれに必要な知識やスキルの習得を図ります。身近な地域で現場に役立つ研修があれば積極的に参加することが望ましく、又、研修終了後は研修内容を全職員に報告し、フィードバックしていくことが大切です。研修内容の報告は資料に基づく口頭発表でかまいません。その報告自体が報告者のOJTの機会ともなり、外部から受けた刺激を活かしてその後の業務を行うことが更なるスキルアップへと繋がるのです。

【引用文献】

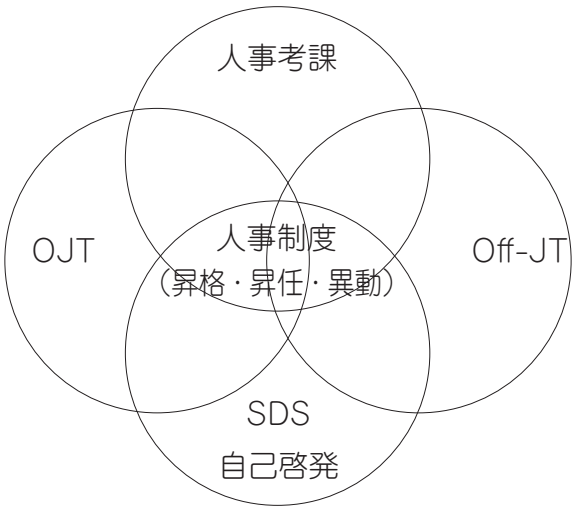
・全国社会福祉協議会　　月刊福祉

・全国社会福祉協議会　　社会福祉施設経営管理論　2009

・日経文庫　　OJTの実際〈第２版〉

人材育成の基本的な考え方

人が成長し、育っていく過程で最も基本となるものは、「自己啓発」です。まず、自ら高まろうとする達成動機があって初めて「OJT」や「Off－JT」が教育訓練としての効果を発揮できることになります。それに加えてOJTやOff－JTの訓練結果が、本人の成長の度合いや業務への反映などにどの程度、成果があったのかを測定して、それによって昇格や昇任、場合によってはキャリアアップを図るために職場を異動するなど、人事制度と有機的にリンクすることが望ましい姿だと考えます。



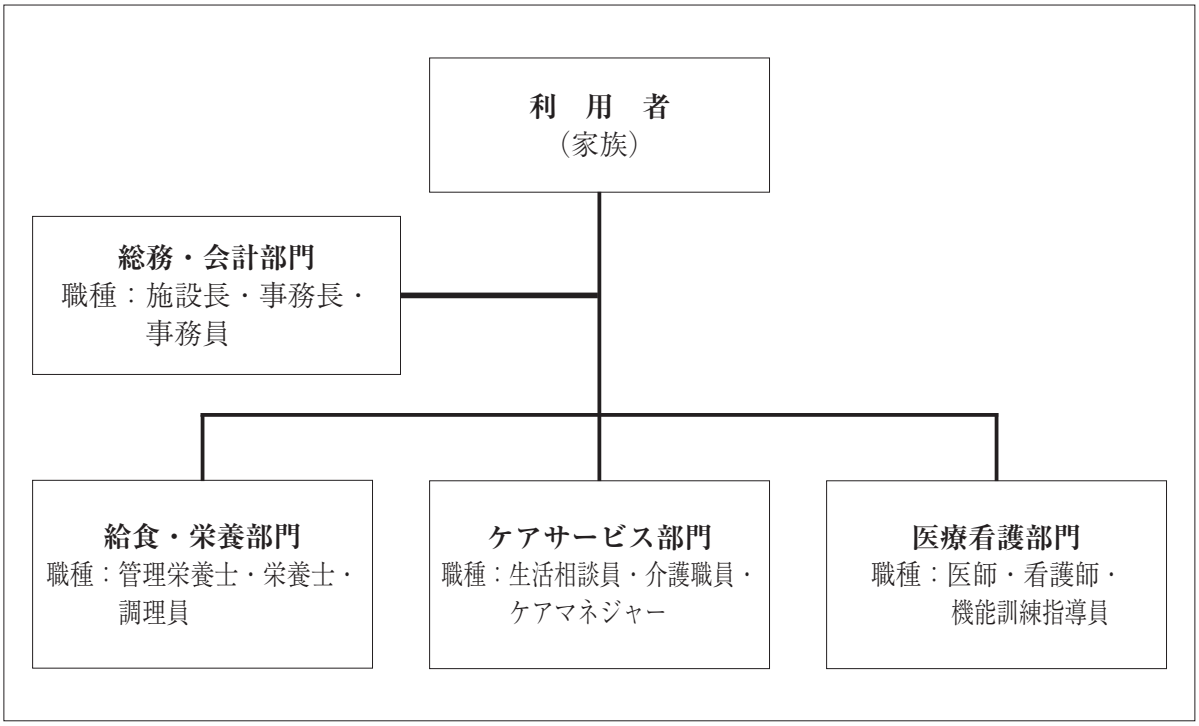
施設の研修体系　（例）

研　修　名		研修方法	研修内容	期間	新任職員	中堅職員	基幹職員	主　任 副主任	
					１年未満	３～５年	５年～	昇格時	適宜
階層別研修	採用時研修	講義（集合）	社会福祉施設の基礎知識	４　日					
	１ヵ月後研　修	講義（集合）	社会福祉施設の基礎知識　Ⅱ	３　日					
	新任ＯＪＴ	エルダー制	現場の基本業務「必須知識と技術」	３ヵ月					
	６ヵ月後研　修	講義・演習	問題解決の基礎「目標の明確化」	1泊２日					
	中堅職員研修Ⅰ	講義・演習	職場のコミュニケーションスキル	１　日					
	中堅職員研修Ⅱ	講義・演習	創意工夫・職員指導の基本	１　日					
	中堅職員OJT	エルダー	課題解決、課題達成強みの強化・弱みの克服	６カ月					
	リーダー研修	演　習	改善促進・職員指導の展開	２　日					
	昇格時研修	演　習	課題形成とマネジメント	１　日					
	管理監督職研　修	演　習	業務課題形成・職場研修の推進	３ヵ月					
	人事考課者訓　練	演　習	部下管理と指導育成	３ヵ月					
テーマ別研修	接遇研修	講義 演習	一般的なビジネスマナーの習得	１　日					
	人権研修	講義 演習	個人の尊厳、権利擁護の理解促進	都　度					
	資格取得 社会福祉主事・	通信教育 講習会	専門知識・技術の習得（基礎レベル）	１　年					
	資格取得 介護福祉士 社会福祉士 介護支援専門員	通信教育 講習会	専門知識・技術の習得	１　年					
	ＯＡ操作	教室開講	パソコン操作の習得と活用	通　年					
	コミュニケーションスキル	演習	職場のコミュニケーションスキルと活性化	１　日					
	ＱＣ研修	講習会	QC（問題解決技法）の理解と習得	年１回					
	セルフマネジメント	セミナー	管理能力形成	１　日					

２．各部門と職種連携

老人福祉施設は、総務部門、会計部門、給食・栄養部門、ケアサービス部門、医療看護部門によって成り立っています。様々な職種が各部門に属しますが、決して単独の部門だけで仕事をするわけではありません。１人の利用者の生活を支えるには、各部門が介護計画等の共通の目標にそって連携することが必要になります。従って、全部門の仕事が利用者の生活を直接的、間接的に支えていることを理解する必要があります。

各部門と職種の連携



（１）総務部門

施設の建物の維持・管理、法人で使用する物品の管理や購入を行います。また、職員の給与、労務管理、福利厚生、人事を担当する部門です。職場環境の維持、向上を目的としており、雑事を多く含む仕事です。利用者の視点に立ち他部門との連携をとることが、介護サービスの向上に繋がります。

（２）会計部門

日々の経理処理を行い、施設会計の収入、支出を管理する部門です。介護保険導入以降、社会福祉法人も経営感覚が必要となりました。経営指標となる財務諸表を作成し、法人の事業展開に必要な分析を行います。経営の安定と介護サービスの質の向上を両立することが重要なテーマとなっています。そのためには、他部門との連携が不可欠となります。

（３）給食・栄養部門

利用者の食事のメニューを考え、調理する部門であり、様々な行事食の提案も行います。高齢者の食事は栄養面を重視したおいしく食べやすい食事であることが必要であり、食べる喜びをいかに満たすかが重要になります。ケアサービス部門との連携によって利用者の状態にあった栄養マネジメント、食事の提供が可能となります。

（４）ケアサービス部門

利用者の日常生活の介護、相談、援助を担当する部門です。介護職員は、日常の介護や生活そのものを支えることから、雑務を含む様々な仕事を担当します。職員全体に占める割合が最も多い職種であり、中心的な役割を担います。生活相談員は、利用者の日常生活についての相談、援助、および生活上の様々な課題について問題提起し、介護に反映させる役割を担います。ケアマネジャーは、在宅、施設によって仕事内容の異なる部分がありますが、ケアプランを作成、管理、評価する重要な責任を担う職種です。機能訓練指導員として理学療法士、作業療法士の配置のある施設もありますが、看護師が兼務する施設が大部分となっています。医療看護部門、給食・栄養部門との連携が重要になります。

（５）医療看護部門

医師は施設のみの配置であり、ほとんどの場合嘱託医師として施設利用者の診察、健康管理および保健衛生指導を担います。看護師は利用者の健康管理、機能訓練を担当します。要介護高齢者は心身の変化が命に関わる為、医療面でのサポートが重要になります。生活全般を支える介護のサポート役としてケアサービス部門との連携を十分に図ることが、利用者の生活を真に支えることに繋がります。

３．老人福祉施設職員に求められるもの

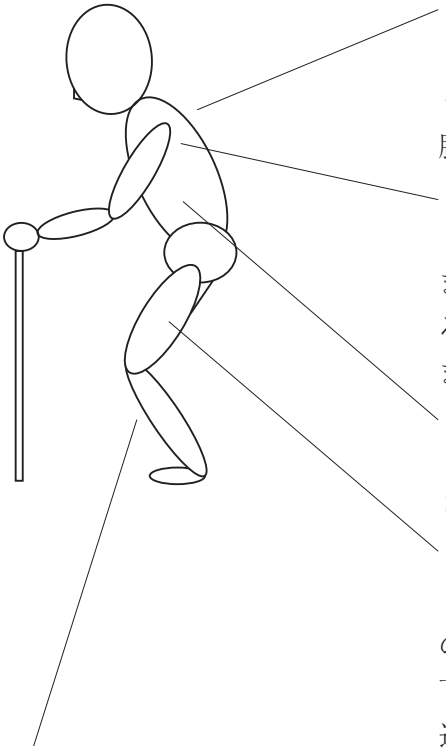
私たちは、職種や仕事の内容はさまざまですが、専門職、プロフェッショナルとして、高齢者の支援に携わらなければなりません。そして、専門性を高めていくために、まず基本的知識と基本的姿勢を身につけて、その上で日々自己研鑽し続けることを使命としなければなりません。

（１）基本的知識

①高齢者の特性の理解

高齢者の心身の特性として、「老化」があげられます。「老化」とは、個人差はあるものの生命あるすべてのものに起こる現象です。「老化」の例としては、記銘力の低下や視力、聴力の低下があげられます。特に75歳以上の後期高齢者になると無理や頑張りがきかなくなったり、病気に対する抵抗力が減退し病気にかかりやすくなったり重症化しやすくなったりします。

身体面での老化の特徴



・循環器系

心臓の収縮力の低下により運動時に息切れが起こりやすくなります。また、心房細動、期外収縮、徐脈などの不整脈が多くなります。

・呼吸器系

換気機能が低下し、運動時に息切れが起こりやすくなります。また、反射機能も低下し、気管支の痰などを排出する機能も低下するため、気管支炎や肺炎を発症しやすくなります。

・消化器系

唾液の分泌が減少し消化管の運動が低下することにより、便秘がおこりやすくなります。

・骨関節筋肉系

骨密度が減少し骨粗鬆症になりやすく、膝や脊椎の関節の変形が起こりやすくなります。また、筋肉細胞の機能低下により、四肢の筋力の低下が進みますので予防のために運動などを心掛ける必要があります。

・運動機能

身体のバランスをとるなどの運動機能も低下がみられます。特に複雑な動きが迅速にできなくなります。こうした運動機能の低下により、転倒しやすくなり、それにより骨折をしてしまうことも少なくありません。

精神面での老化の特徴

特に個人差が著しいとされていますが、認知機能の低下の中でも新しいことを覚える機能が加齢に伴い最も早く低下するとされています。しかし、高齢者は新しいことを覚える機能は低下するにもかかわらず、覚えたことを保つ機能は低下しにくいといわれています。また、性格については、「粘着質」「自己中心的」「頑固」といわれる傾向にあります。これは、環境変化へ適応しにくい高齢者の特徴として、変化を好まないことで自分を守ろうとする「自己防衛」と見ることができますので一概に悪いことと決めつけずそうならざるを得ない高齢者を理解することが重要です。

②認知症についての理解

認知症の定義は､「いったん発達した知能が様々な原因で持続的に低下した状態である。認知症とは通常、慢性あるいは進行性の脳の疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、概念、理解、計算、学習、言語、判断など多数の高次の機能の障害からなる症候群である」（ＷＨＯの定義より）

認知症の中で、最も多い疾患はアルツハイマー型認知症で、ついで脳血管性認知症です。その他にレヴィ小体病や前頭側頭型認知症などの変性型認知症があります。また、認知症と同じような症状を呈する甲状腺機能低下症やビタミンＢ12欠乏症、アルコール中毒などの内分泌、代謝性中毒疾患、ヤコブ病やヘルペス脳炎などの感染性疾患、脳腫瘍や慢性硬膜下血腫等の脳外科疾患、正常圧水等症などもあります。適切な治療や手術などにより治ってしまう脳外科的な病気で起こる認知症も少なくないため専門医により診断をすることが重要になります。

認知症の症状には、病気が進行すれば症状として現れる中核症状と中核症状をもとにして状況により作られた症状である周辺症状とがあります。

中核症状

記憶障害：新しいことを覚えられない。

見当識障害：時間や場所や人物がわからない。

失行・失認：日常の行動がうまくできない、見ているものや場所が認識できない。

実行機能障害：料理がうまくできない。

判断力の低下：赤信号を渡る。

構成障害：図形が描けない。

その他、人格の変化、意欲の低下、計算力障害、感情障害があげられます。

BPSD

徘徊：家の中などをあてもなくうろうろ歩き続けたり、本人なりの目的を持って歩き続ける。

周徊：決まったコースを歩く。（前頭側頭型認知症の特徴的な症状）

その他、興奮・攻撃的行為や妄想・幻覚などがあげられます。

作話：わざと話を作るのではなく、作話することにより心の安定を図る。話の辻褄合わせをするものや事実関係が曖昧で願望と現実が混ざってしまう。

ケアの方法により、周辺症状が減るなど、症状が落ち着くことがあるため、認知症の種類と症状を適切に理解し、疾患・症状に応じたケアや対応を進めることが重要です。

③老人福祉法と介護保険法

施設の運営は、日本国憲法に保障される基本的人権を根底に、各法律・規則を遵守すること（コンプライアンス）により適正に運営する必要があります。そのためには、そこに働く職員として、関係法令を理解することが大切です。特に老人福祉法と介護保険法は老人福祉施設と大きく関わっていますのでしっかり理解しておく必要があります。

老人福祉法は、高齢者の増加や精神上・身体上の高齢者の特性に対する支援について法制定を求める声などがあがり、社会背景の著しい変動の中、高齢者福祉の強化と施策の体系化を図るため昭和38年に制定されました。入所施設としては、現在も継続している、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームが規定されました。しかし、諸外国と比べ類をみない速さで高齢化が進んだことや、核家族化による家族介護能力が低下したことなどにより、高齢者の介護対策の社会問題化を背景に、平成12年介護保険法が施行されました。これにより高齢者をとりまくサービス提供環境が変化し、高齢者介護事業に多様な団体の参入が見られることとなりました。

老人福祉法において「老人福祉施設」とは、①老人デイサービスセンター②老人短期入所施設③養護老人ホーム④特別養護老人ホーム⑤軽費老人ホーム⑥老人福祉センター⑦老人介護支援センターを指します。これらを細分化すると「入所施設」と「利用施設」に分けられ、さらに入所施設は「措置施設」と「契約施設」に分かれます。「措置施設」とは市町村の措置委託により入所を行うもので、養護老人ホームなどが該当します。また、「契約施設」は利用者と施設との契約により入所をするもので、軽費老人ホームが該当します。特別養護老人ホームは、老人福祉法上は「措置施設」ですが、介護保険法の指定を受けることにより指定介護老人福祉施設という、「契約施設」となります。

④権利擁護

◇虐待防止

高齢者虐待防止法（高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律2006.4施行）において、高齢者虐待とは､65歳以上の高齢者に対する「養護者」及び「要介護施設従事者等」による次のような行為と定義されています。

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。 養護を著しく怠ること（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、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。
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すること、又は高齢者にわいせつな行為をさせること。
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、その他高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

また、同法の中では虐待を受けたと思われる高齢者を発見したものは、速やかに市町村に通報しなければならない、とされており、そのため、虐待を疑う状況を認めた際は、担当介護支援専門員等に相談し、市町村の担当課に通報することとなります。

また、高齢者虐待防止法でも明示されているように、施設の中では利用者の家族や関係者による虐待だけでなく、施設従事者の利用者に対する虐待事件が起こるリスクももっています。これについては、虐待予防に向けた研修の実施や苦情処理体制の整備、従事者のストレスマネジメントなど、施設として虐待防止のための措置を講ずる必要があります。また、施設従事者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合についても速やかに市町村に通報する必要があります。

施設における従事者の虐待は、虐待予防に向けた意識づけが低い施設や、経営優先の考え方が先行している施設において利用者の権利が守られないケアが蔓延し、発生します。

◇身体拘束ゼロ

利用者の権利が守られないケアの蔓延は、悪循環を生み、身体拘束や抑制も当然のように起こってきます。身体拘束をはじめとする行動制限は、明らかに権利侵害といえます。介護保険施設では運営基準でも身体拘束の原則禁止がうたわれており、やむを得ないときも、切迫性、非代替性、一時性の3条件をクリアしなければなりません。また、

身体拘束とは、単に体を縛っていないから抑制していないということではなく、ベッドから降りられないようにベッド柵で囲むことや、行動を落ち着かせるために過剰な向精神薬を服用させるといった行為も含まれます。身体拘束は、転倒などの事故防止のために行われていることがありますが、身体拘束によるさまざまな弊害や悪循環を認識し、利用者の状況を正しくアセスメントすることで、代替ケアが可能になります。このように、身体拘束とリスクを対立する概念として捉えるのではなく、ともによりよいサービスの提供に必須であるという観点で捉えなおすことが必要です。身体拘束ゼロの取り組みにあたっては、介護職員だけでなく施設のトップをはじめ、各職種が連携して取り組もうという姿勢から始まります。

身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
② 転倒しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
③ 自分で降りられないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、また皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
⑥ 車いすや椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Ｙ字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
⑧ 脱衣やオムツはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
⑪ 自分の意思で開けることのできない居室に隔離する。

身体拘束による弊害や悪循環

① 身体的弊害：関節の拘縮や筋力低下、褥瘡の発生。食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下。
② 精神的弊害：不安や怒り、屈辱などの精神的苦痛。尊厳の侵害。
家族の精神的な苦痛、罪悪感。
③ 社会的弊害:介護･看護職員の士気の低下、施設などに対する社会的な不信や偏見。

◇要望と苦情

福祉施設の利用者は、生活になんらかの支援を必要とする方々です。施設のサービスに対し不満があるからといっても、後の気まずさを考えると苦情や不満を申し出ることをためらわれます。福祉サービスに関する情報についても、施設側と利用者では、持っている量に差があり、利用者＝情報弱者としてもとらえる必要があります。契約制度において必須とされる『サービス提供者と利用者の対等な関係』を保障するため、利用者がサービスを選択する際の情報不足を補い、利用者がうまく選択できる仕組みづくりを行うことが求められます。一見、苦情と捉えられがちな要望や問い合わせは、利用者のサービスに対する意思表示であり、ニーズの表現ともいえます。生活に必要とされる情報を適切に公表・提供した上で、利用者の思いや要望に広く耳を傾けることが利用者の権利が守られた生活の保障へつながることでしょう。

⑤リスクマネジメント

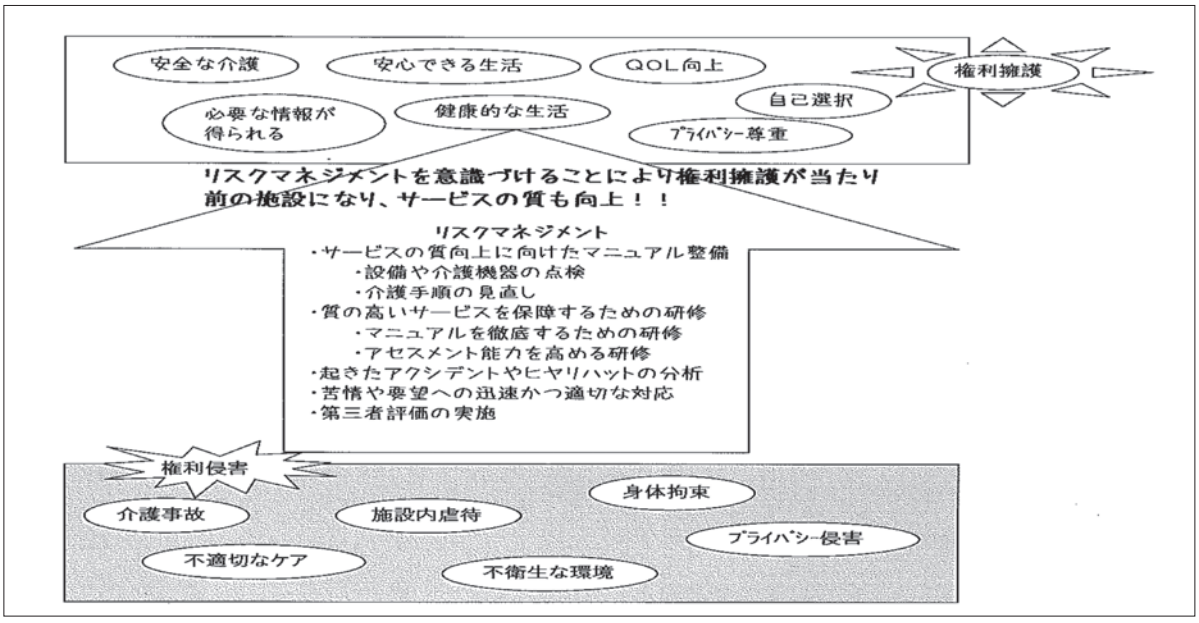
リスクマネジメントとは、危険や事故を事前に予測し、予防することにより、可能な限り結果発生を回避し、万一、事故に至った場合には迅速に対応し、損害を最小限に抑えることです。

福祉施設において、リスクとは、転倒や誤飲、与薬ミスなどのケアの現場における事故にはじまり、地震や火災、感染症の施設内での拡大、利用者間の暴力事件に至るまで様々な状況が想定されます。そして、リスクは施設の信用や評判を奪い、利用者の安全な生活やQOLの向上といった権利をも奪う可能性を含んでいます。その反面、リスクを防止することばかりにとらわれ、極端に管理的になり、利用者が普通に生活を送るという権利を侵害してしまう恐れもあります。そうならないために、適切なリスクマネジメントを行うことが重要となります。適切なリスクマネジメントは、リスクを起こさないための手法としてとどまるだけではなく、利用者の権利擁護やサービスの質の向上にむけた取り組みとして組織に位置づけることができます。

施設内でリスクマネジメントを進める体制整備については、まず組織風土の改善を図ることが大切です。職員一人ひとりが「利用者の安全な生活を保障すること」を意識していることが基本であり、何かあれば気軽にお互いに意見を出し合える風通りの良い組織であることです。そのためには、経営者層がその必要性を認識して意識的にそういった風土を築く働きかけを行う必要があります。また、リスクマネジメントの取り組みについては、経営者や特定の一部の職員によって達成しうるものではなく、すべての職員が参画し連携しあい、創意工夫を引き出しながら構築していける取り組みが必要です。また、実施後も見直しを繰り返し継続的に取り組むことが大切です。

リスクマネジメントにより、安全確保に固執してしまい、身体拘束に至るといった事例

が生じる可能性も考えられますが、リスクと身体拘束は対立する概念ではなく、よりよいサービスを提供する観点で改めて捉えなおすことが必要です。いずれも、利用者を適切にアセスメントしたうえでケアを提供することにより、拘束という手段をとらず転倒などの事故を減らせることも可能となります。



◇介護事故

利用者の転倒や誤飲、与薬ミスは、状況によっては、利用者を死に至らせる事故となる可能性を含んでいます。しかし、大きな事故の裏側には無数のヒヤリハット（重大な事故には至らないものの、直結してもおかしくない一歩手前のひやりとした事例）があったと考えられます。ハインリッヒの法則では「重大事故の陰に30倍の軽度事故と300倍のニアミスが存在する」ということをいっています。ヒヤリハットは、結果として事故に至らなかったため、見過ごされてしまうことが多いといえますが、ヒヤリハットの事例を集め、分析することにより、予知、予測、予想を行う訓練となり、介護事故の防止につながります。また、ヒヤリハットを記録する習慣により、職員の気づきの視点が高まることとなるでしょう。

適切なリスクマネジメント

１）情報の共有化

様々な職種で、交代勤務の中で利用者のケアを行っています。利用者に関わる情報を全職種・全職員が共有し、事故予防に努め、事故後の対応が遅れることのないようにする必要があります。

２）組織全体で取り組む

リスクマネジャーを中心として、経営者層も含め各職種で構成された委員会を組織し、リスクマネジメントを実施します。

３）記録の重要性

ヒヤリハットや事故の記録だけでなく、日頃から利用者のアセスメントやケアプラン、介護記録などの情報を適切に残しておくことで事故が起こった際の施設に対する信頼性を確保するものとなります。

運悪く事故が発生した状況において、その後の対応の仕方により、その事故が何倍にも膨れ上がり収拾のつかない事態に陥る恐れがあります。そういった場合、施設には、各方面から苦情として申し立てが入ってき、その対応に追われることになるでしょうし、状況によっては訴訟に至ることもあります。そこに発生する労力と経費は莫大なものとなります。そういった面からも、事故や苦情にはできる限り迅速・公平・真摯に対応することが求められます。

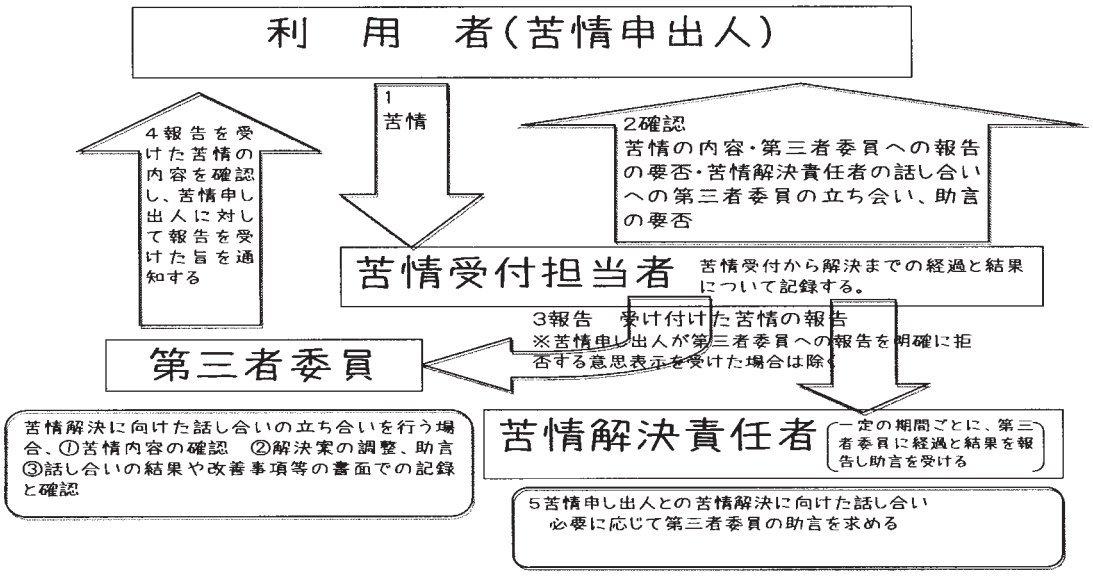
福祉施設における苦情解決は、リスクマネジメントと大きくかかわっています。たとえば、起きた事故に対する苦情のみならず、あの場所は転倒しやすい、とか介護方法が乱暴な職員がいる、など今後事故や法令違反に発展するリスクを予見した苦情もあります。それらは、「苦情」というより「問い合わせ」や「提言」「要望」として区別できるものかもしれません。しかし、それらを丁寧に記録として残し、真摯に対応することで「苦情」や「紛争」を避けるだけでなく、事故の未然防止につながることでしょう。そういったことから、リスクマネジメントの一環として苦情解決を捉えることも重要です。

また、苦情を「不満を聞く」だけの姿勢で対応を行っていたのでは、サービスの向上・発展にはつながりません。利用者の率直な意見に耳を傾け、広く対応します。そのためには、利用者やそのご家族と日頃からコミュニケーションをはかり、なんでも忌憚なく意見を言えるだけの信頼関係を築いておくことが大切です。苦情をネガティブなものとして捉えるのではなく、「宝物」としてポジティブに捉えるとサービスの発展にもつな

がるともいえます。

また、苦情解決システムは、福祉施設において、運営基準上の位置づけが義務付けられています。サービス向上、権利擁護、リスクマネジメント、いずれの観点からも苦情解決システムを施設内で確立する必要があります。

福祉サービスに関する苦情解決体制



◇サービスの評価と公表

利用者が自らの意思と責任に基づいてサービス提供事業者と契約する制度下では、利用者がニーズに応じたサービスを適切に選択できるだけの情報が提供されなければなりません。また、多くの利用者に選択される施設であるためには、サービスの質を高めていくことが重要です。サービス評価は、事業者のサービスの質の向上に向けた取り組みであり、利用者のサービスの選択肢を増やすために積極的に取り組む必要があります。

サービスの質の向上に向けた評価は、施設それぞれが主体的に行うべきものですので、まず、自己評価を行います。一定の項目に沿って自己評価することで自施設に不足しているものは何かを見つめなおし改善する機会になります。一方第三者評価は、第三者が客観的に評価するもので自己評価との評価結果には相違が生ずるものといえます。こうした相違を確認することでさらなる質の向上が図れるものであり、自己評価と並行して実施することが望まれます。また、利用者が自分に合った施設を選択するための情報提供としても評価結果の公表は有効です。施設内への掲示や、広報誌、ホームページに掲載し情報公開することが求められます。

平成17年度の介護保険制度の改正においては、「利用者自身がサービス提供事業者を適切に選択できること」に一層焦点が置かれ、「介護サービス情報の公表」制度が導入されました。この制度により、介護サービス事業者は利用者が適切なサービス選択をするために必要な情報を年１回公表センターへ報告することが義務付けられました。指定調査機関の調査を受け、指定情報公表センターにより公表されます。施設は自己評価や第三者評価、介護サービス情報の公表制度の目的をそれぞれ適切に理解し、有効に実施、活用することが求められています。

◇感染症対策

福祉施設は、一定の空間の中で多くの高齢者が生活しています。そのため、感染症が発生した場合、爆発的に感染が広がる恐れがあります。それに対し、高齢者は免疫力が低下しており、疾病によっては、症状が重篤化し死に至ってしまう恐れもあります。そのため、感染症についても施設の大きなリスクとして、感染症対策委員会の組織化と行動指針などを定めておくなどの対応が求められます。また、感染症は日々形を変え、種類も増加しています。予防策についても多様な方法がとられています。最新の情報を収集し、予防対策を繰り返し見直し検討しておくことが求められます。

施設内での感染症の拡大の多くは、職員が媒介となっています。福祉施設に働く私たちは、標準的な予防策（スタンダードプリコーション）を正確に理解している必要があります。標準予防策として、まず、「１ケア、１手洗い」の徹底が求められます。手洗いは、感染症の有無にかかわらず全ての利用者のケアに際して適用する疾患非特異的な予防策であり、もっとも有効です。利用者の血液、体液、分泌物(汗は除く)、排泄物、あるいは傷のある皮膚や粘膜を感染の可能性のある物質とみなし対応することで、利用者と職員双方の感染の危険性を減少させることになります。また、感染症は、早期の対応がその後を左右します。異常の兆候をできるだけ早く発見することが重要であり、そのためには利用者の健康状態を日ごろから注意深く観察し、変化や体調不良を見逃さないことが大切といえます。

施設で注意したい感染症

病　名	原　因　・　症　状	対　　策
インフルエンザ	急に38～40℃の高熱が出るのが特徴で、倦怠感、筋肉痛、関節痛などの全身症状も強くこれらの激しい症状が5日ほど続きます。気管支炎や肺炎を併発しやすく、重篤な症状に至る場合もあります。感染経路は、咳・くしゃみなどによる飛沫感染が主であり、汚染した手を介して鼻粘膜への接触で感染する場合もあります。潜伏期間は1～2日が通常で、発症前日から症状が消失して2日後まで伝播する可能性があります。	インフルエンザウィルスは、感染力が非常に強いことから、まず施設内に持ち込まれないことが基本です。施設内に感染が発生した場合には、個室対応など感染拡大を可能な限り阻止します。予防接種については、希望者に接種できる体制をとる必要があります。季節性のインフルエンザ以外に、新型インフルエンザといわれるウィルスの流行については、その毒性や症状などについて正しい情報を収集し、行動指針に沿った対応をとることが求められます。
疥　　癬	ヒゼンダニというダニが皮膚に寄生して起こります。衣類や寝具などを介し発生することが多いため、施設では集団発生に至ることもあります。激しいかゆみを症状とするため、身体のあちこちに掻き傷が残ります。また「疥癬トンネル」という数ミリから数センチの線状の発疹が手や指にできるため、通常の掻痒症と見分けられます。	通常疥癬とノルウェー疥癬があり、それぞれに応じた対応が求められます。基本的には毎日入浴と薬剤の塗布を一定期間繰り返すことにより効果が見られます。また、多発している地域においては、利用者の皮膚状態を注意深く観察し早期発見を心掛け、状況によっては、潜伏期間中であってもクルタミトンなどの薬剤の塗布が有効となることもあります。
結　　核	咳･痰･喀血などの呼吸器症状と発熱･発汗・体重減少・倦怠感などの一般症状が認められます。初期症状は風邪によく似ており、発見が遅れる可能性もあります。感染症発生の場合は、飛沫核感染するため、医療機関と保健所の指示に基づいての対応となります。	２週間以上咳が続く場合や、急に体重が落ちた場合には、医療機関に受診する必要があります。また、定期的に結核検診を実施することが有効とされています。
ノロウィルス	冬季の感染性胃腸炎の主な原因とされるウィルスで、汚染された貝類などを十分加熱されずに食した場合に発生します。介護施設では、利用者の便や嘔吐物に触れた手で取り扱う食品などを介して二次感染を起こす場合が多くなっています。症状は、腹痛、下痢、嘔吐、吐き気で通常は1～2日続いた後治癒します。	排泄介護においては、使い捨て手袋の着用が有効です。ノロウィルスは、感染者の便や嘔吐に多量に含まれる為、汚物が不適切に処理された場合、その乾燥飛沫から集団感染を引き起こします。ノロウィルスは石鹸やアルコールでは殺菌効果がないため、熱湯や次亜塩素酸ナトリウムによる消毒が必要です。汚物の適切な処理方法を施設内で訓練しておく必要があります。

◇減災・防災

地震、火災、台風などの自然災害は未然に防ぐことが困難であり、発生すると、規模によっては施設だけにとどまらず、社会的な被害を及ぼすというリスクがあります。こういった災害に対し、起こりうる災害を事前に予測し、できる限り被害を最小限に抑える「減災」という考え方に基づいて行動する必要があります。

たとえば、地震はタンスなどの転倒や、高所に設置してあった物品が落下することによる死亡や負傷が非常に多いといわれています。タンスやロッカー類を日ごろから固定する対策や、窓ガラスが割れ飛散しないように、ガラス面に飛散防止シートを張るなどの対策が有効といえます。台風については、気象情報によりある程度予測ができるものであるため、暴風による飛散物を抑えるため、ロープでの固定や建物の中に退避させるなどの対策をとります。これらの「減災」については、施設での行動指針を策定しておくことがリスクマネジメントの一環となります。また、老人福祉施設など、多くの人の集まる施設においては、消防法により、スプリンクラーの設置や消防計画を策定などが義務付けられています。こういった法令は最低限、順守しておくことが必要であり、定期的に見直すことがリスクマネジメントとなります。災害は、遭ってみないことには危機感が湧きにくいものです。避難訓練などの訓練の実施と合わせて、災害の怖さやリスクについて、全職員が意識づけすることが減災を取り組む第１歩といえます。

（参考文献）

新・社会福祉士養成講座13高齢者に対する支援と介護保険制度

認知症介護実践研修テキストシリーズ１　第２版新しい認知症介護-実践者編

高齢者福祉サービス　生活援助業務マニュアル

高齢者の権利擁護

高齢者虐待に挑む

身体拘束ゼロへの手引き

（２）個人の尊厳と基本的人権の尊重

基本的人権を尊重された生活を送る権利は誰もが有しています。福祉施設を利用される高齢者においても、個人として尊厳が守られた生活を送れることが保障されなくてはなりません。そのために、職員が利用者一人ひとりの特性やニーズを的確に捉え、利用者の権利擁護を推進する姿勢を常に意識することが大切です。

①　利用者主体とアドボカシー

高齢者福祉施設の職員は、利用者の日常生活上の権利や財産の保護に関して、他に向って代弁または調整といった働きかけ（アドボカシー）を行います。これは、たとえ疾病等により障害を得たとしても、その人らしく、その人が幸せだと思える生き方をできる限り継続でき、なじみのある環境で生活し、なじみの人間関係や地域と交流できるという「ノーマライゼーションの理念」と、その人自身ができることは何か、どんな能力があるのかを見極め、その能力を活かすことができるという「所持能力の活用」、またその人自らが意思決定することができるという「自己決定権の尊重」といった社会福祉の理念に基づいて行われなくてはなりません。認知能力の低下や発語能力の低下により、自らの思いをつたえることが困難になった利用者に対してもその方の思いを汲み取り代弁し援助することが求められます。

②　個人情報保護と守秘義務

今日､｢個人情報」を利用した様々なサービスにより、私たちの生活はとても便利になっています。しかし、その反面「個人情報」が誤った取り扱いをされ、個人に取り返しのつかない被害を及ぼしているのも事実です。そんな国民の不安を軽減するべく「個人情報保護法」が平成17年に施行されました。また、福祉・介護の専門職としても、社会福祉士及び介護福祉士法において、秘密保持義務とその罰則について規定されていますので確認しておく必要があります。

私たちが働く福祉施設には、多くの利用者の個人情報があふれており、その中でも特に、利用者の知られたくない度の高いハイリーセンシティブ情報が中心となっています。そのような状況の中、事前に同意していないにもかかわらず個人情報が開示されることや、適切な手続きを行っているにもかかわらず自分自身の情報にアクセスすることができないということは、決してあってはならないことです。また、利用者が一人でいたいときや誰にも覗かれたり干渉されたりしたくないときの保護も必要です。施設には、利用者と職員のほかに、家族や地域の方、ボランティア、実習生など様々な立場の人物が出入りします。個人情報の保護を徹底するために、利用者の個人情報の取り扱いに関する規則を整備するとともに、個室の整備や防音設備といったハード面の整備も必要とされます。

社会福祉士及び介護福祉士法～抜粋～

（秘密保持義務）

第46条　社会福祉士又は介護福祉士は、正当な理由がなく、その業務に関して知りえた人の秘密を漏らしてはならない。社会福祉士又は介護福祉士でなくなった後においても、同様とする。

～略～

第50条　第46条の規定に違反した者は、一年以下の懲役または30万円以下の罰金に処する。

ちょっと確認！！

個人情報保護チェックリスト：日頃から意識していますか？

□　家族や友人との会話で、利用者の個人情報を話題にしていませんか？

□　利用者との、ちょっとした会話の中で他の利用者の個人的な情報、他の職員の個人的なこと、話題にしていませんか？

□　来客者の目のつくところに介護記録などの個人の記録を放置していませんか？

□　利用者の氏名などが書かれた用紙の裏面をメモに使っていませんか？

□　電車など公の場所で、個人名を挙げて話をしていませんか？

・・・携帯電話での会話も周囲に注意を払っていますか？

□　介護記録など個人の情報を自宅へ持ち帰っていませんか？

・・・やむを得ず持ち出す場合は、上司の許可を得て最小限にしていますか？

□　車中に個人情報の記載のある書類等を放置して車からはなれていませんか？

□　電話や面会での問い合わせについて、即答せず本人に確認していますか？

□　個人情報の記載のある書類の処分は、漏えいしないように、適切に処理されていますか？

（参考文献）

介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのために

平成20年３月発行　滋賀県介護サービス事業者協会

（３）基本的姿勢

①　チームケア

私たちの仕事は、多くの職種によって構成されたチームで運営されています。そのチームがより能力を発揮するために「チームケア」という考え方が今の主流となっています。

介護施設は、介護士・看護士・介護支援専門員・相談員・栄養士・医師・理学療法士・作業療法士・事務員・施設長、その他多くの専門職で構成されています。そしてこの専門職群がお互いの専門性を尊重しながら、共通の目的と達成すべき目標を共有し、連携を図ることができて、初めてチームケアというものが成り立ちます。

具体的に表現すると、１人の利用者のためにさまざまな職種の専門家が対等な立場で議論を重ね、介護や支援に当たるということです。権力のある職種が頂点に立ち、強引に方針を決め、一方的にケアを押し進めるということでは、その利用者に対してベストなケアは提供できませんし、少数派や、声の小さい職員が委縮するような関係では、その手法の善し悪しについての議論すらも成り立たちませんし、本来誰が幸せになるべきなのかというものを見失いかねません。

ただ、お互いを尊重し合うということは、自分の専門性を押し殺し周囲に合わせるということではなく、それぞれの専門性（個性）を活かんなく発揮することでチームに活力を与えるものでなければなりません。同時に誰のための何のための専門性なのかを考え、チーム内で切磋琢磨し向上を続けなければなりません。

以前はピラミッド型の組織が中心で、施設でいうと理事長・施設長がトップ。利用者の声は反映されにくい末端に追いやられ、理事長・施設長の言うことは”絶対”という時代がありました。それが、少しずつ逆ピラミッド型の組織になり、権力のある立場の者が「縁の下の力持ち」的な役割を担う必要性があることに気付き、しかし、それすらも対等な立場で議論することを妨げると気付き、ようやくフラット型の組織（チーム）「組織全体が共通の目的を達成するために組織全体で考える。」という「チームケア」という考え方にシフトしてきたのです。医師や理事長・施設長、各専門職の専門性は物事を作り上げていくための一つの道具にしか過ぎないのです。しかし、この道具が一つとして欠けてしまえば、何も動かなくなります。

だから、私たちは自分の存在意義をいつも確認し、チームの一員として自分が存在するということを忘れず、人を支え救うための専門性を常に磨き続けることをしなければならないのです。

② 職場でのコミュニケーション

我々の日常業務すべての場面に密接に関わってくる技術のひとつに「コミュニケーション」というものがあります。

日常の介護現場で、ご利用者とのコミュニケーションはもちろんのこと、後輩や同僚、先輩や上司など職員間のコミュニケーションは良好な人間関係を構築し、気持ち良く仕事をするうえで非常に重要といえます。

「人間関係に疲れました。」「あの人とは仕事をしていく自信がありません。」このような退職理由を聞く事は決して珍しいことではありません。

社会におけるトラブルのほとんどは、「能力」や「技術」というよりも、「人間関係」の問題で起こることが多いのです。優れた「能力」や「技術」というものは、良好な「人間関係」があってこそ、何倍にもなって発揮されるものだといえます。

良好な「人間関係」を構築するためには、上質なコミュニケーションが不可欠なのです。難しく捉えず、日常のなかのちょっとした工夫や思いやりで、大きな「変化」が生まれます。

～良好な人間関係を生み出す職場でのコミュニケーション～

1　報連相をしっかり行うこと。（しっかり伝え、しっかり理解する）

・一方通行の情報共有ではなく、送り手と受け手の相互理解が図れていることが大切です。

2　自分の失敗は素直に認め、しっかり謝ること。他者の成功に素直に喜べること。

・人間誰しも失敗はします。失敗よりもその後の対応を周囲の人は見ています。他者の失敗も責めるのではなく、一緒に解決する気持ちを持ちましょう。

3　周囲の人を思いやり、気持ち良く仕事ができるように考えること。

・自分の言動が周囲にどのような影響を与えてしまうか、常に考え行動しましょう。

・交代勤務ですれ違いも多くなりますが、次の勤務者のことを考えること。残務がある時は、その理由をしっかり伝え引き継ぎをします。

4　目的や目標を共有しておく。

・チームの目的や目標は明確にしておき、普段から共有する時間を設けることが大切です。

～良好な人間関係が生み出すもの～

1　明るい職場になる

・風通しが良くなり、問題の発生頻度が極端に減少します。

・ありもしない噂話がなくなり、職員の表情が明るくなります。

・職員間のコミュニケーションがさらに活発化し職場が活性化します。

2　信頼関係（相談し合える関係が築ける）

・新人職員のストレスが減り、仕事がスムーズに運びます。

・他者に依頼された仕事も気持ちよく取り組め、失敗が減ります。

３　離職率の低下

・職員が辞めなくなり、安定したサービスが提供できます。

・ご利用者との人間関係が密になります。

４　ご利用者への丁寧なケア（良い仕事）

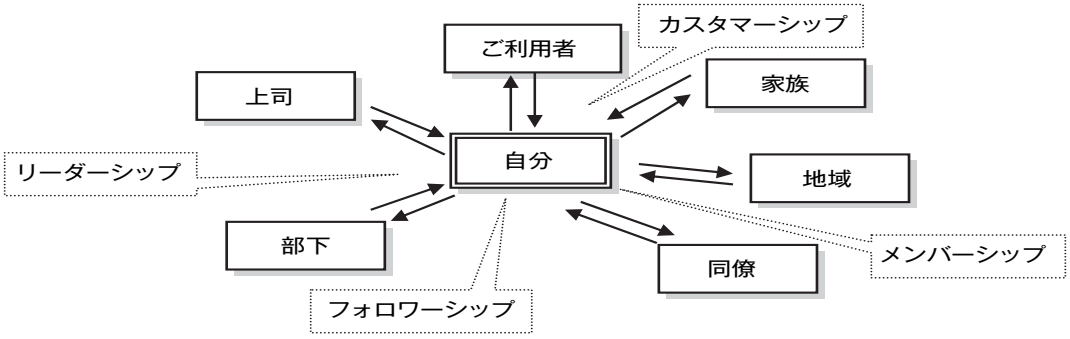
・我われが目標とする「良いケア」の提供が容易になります。

・自分が失敗しても、仲間が助けてくれるという気持ちになり、落ち着いてケアの提供ができます。

我われの日々の心がけで、良くも悪くもなる職場でのコミュニケーション、自分も大切にすることは必要ですが、周囲の人のことを思いやることは、自分を大切にすることと同じくらい大切で、必ず自分の身に返ってくることでしょう。

②　職場でのコミュニケーション（パートⅡ）

＊職場でのコミュニケーションの基本形態



＊職場のコミュニケーションには目的と意味があります

コミュニケーションの目的は、共有化した職場の目的・目標を達成するために、誰が何をするのかの分担をはかることです。職場毎に、いつ、誰が、何を、どこで、どういうときに、どういうカタチでというコミュニケーションの仕組みとツールが、具体化されなくてはなりません。

≪職場におけるコミュニケーションの目的≫

①目標・方針の共有→

ベクトルを合わせるために（何のためかの共有、価値の共有）

②共通の状況・場の確認→

状況認識の、刷り合わせ（正確な問題状況の把握→解決への問題意識の共有）

③正確な情報の共有→

不正確さ（曖昧さ）を減らすために（状況の把握・状況分析の確認）

④ノウハウの共有→

チームとしての問題解決のために（知識・経験を共有しチーム力を高める）

⑤メンバーの相互理解→

考えていることの確認のために（メンバーの考え方の確認、方針の確認）

⑥メンバーの役割確認→

チーム力アップのために（チームからの発想、チームのために何をするか）

⑦キャッチボールの確保→

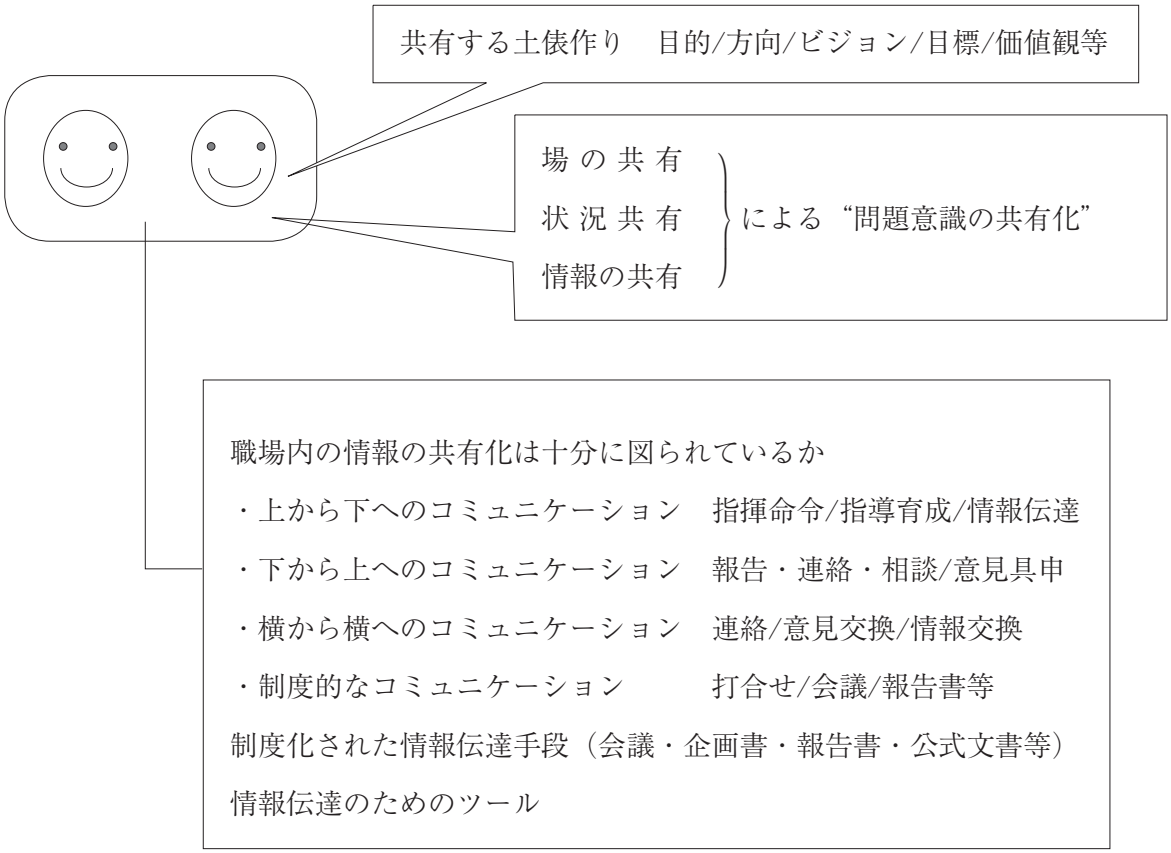
問題意識の刷り合わせのために（発想の異質化・多様性の確保）

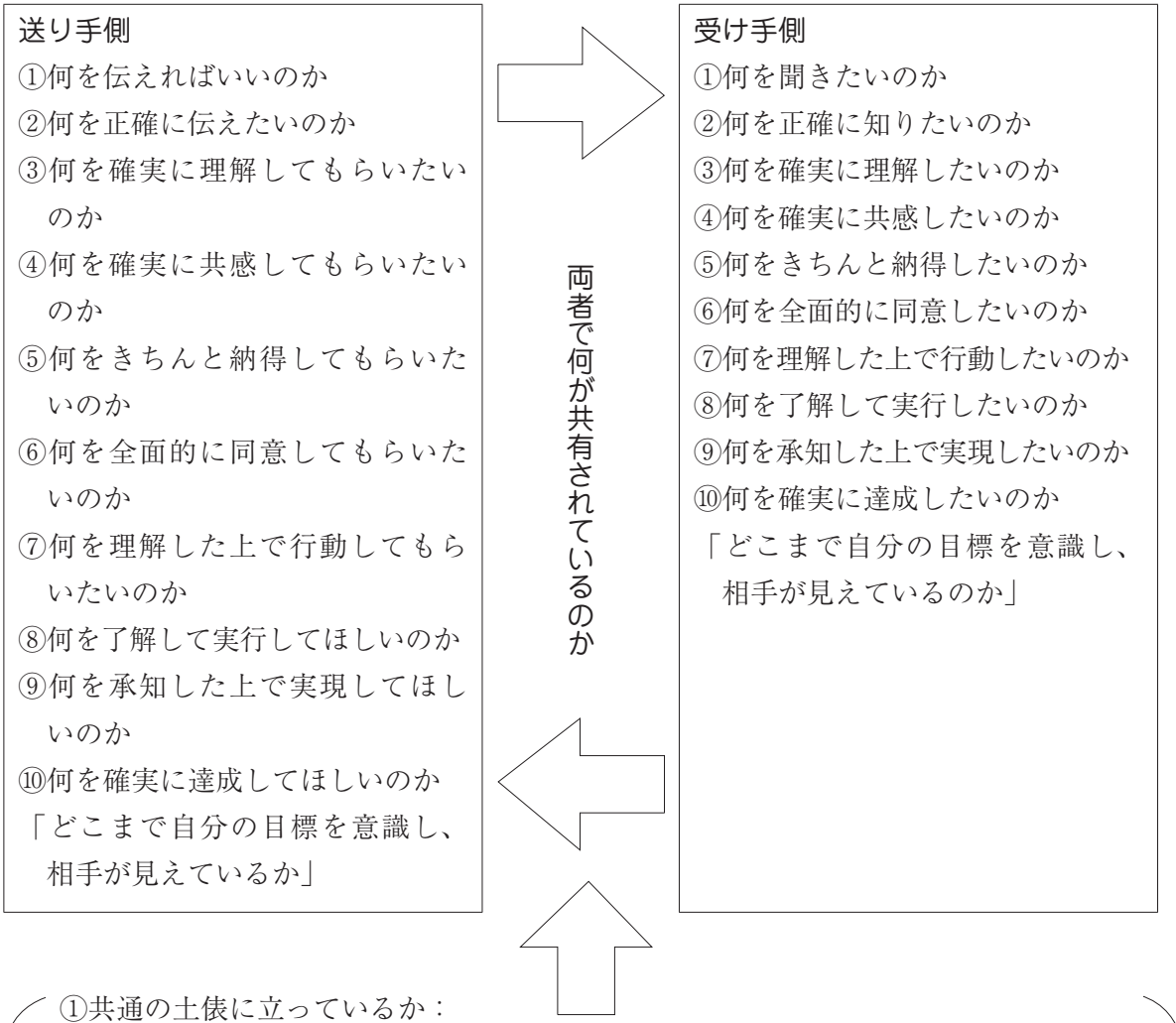
⑧アウトプット（期待成果）の共有化→

目標値の共有（チームとしての達成度、プロセス確認）

＊コミュニケーションのツール

コミュニケーションの目的は、職場の目的・目標を共有化し、それを達成するために、各人が何をするかの分担を図り、それぞれ分担した機能が有機的に機能するよう、常にベクトルを合わせることが不可欠と言えます。そして、コミュニケーションの仕組みとツールが手段として具体化されている必要があります。





①共通の土俵に立っているか：

仕事の上で共通の土俵ができているか（目的・目標が共有化されている）

②共通の目標を担っているか：

役割の確認がなされているか（何を達成するための役割かが相互確認されている）

③テーマは共有化されているか：

伝えるべきこと（聞かされること）についての土俵は共有化されているか

④言葉は共有化されているか：

相手と同じレベルの言葉・用語になっているか（相手は自分の言葉を理解できているか）

⑤話し方は共有化されているか：

話のスピード、展開は確認できているか（ストーリーを共有されているか）

⑥話の結論は共有化されているか：

結論の意味は確認できているか（自分だけで結論付けてないか）

⑦話の目的は共有化されているか：

話の目的と目標は確認されているか（何のための話だったのか理解されている）

③報告・連絡・相談

「ホウレンソウ」は、よく「仕事の動脈」「組織の血液」に喩えられるほど大切なものです。職員間の連携や仕事をスムーズに進めるために欠かせない「報告・連絡・相談」の略です。

「報告・連絡・相談」は、業務や人間関係を円滑にするために、とても重要な役割があります。職場でのコミュニケーションの基本中の基本だとも言われますので、特に意識しておくことが重要です。

私たちの仕事はチームケアで成り立っていますので、情報交換や情報共有が大事な要素です。「報告・連絡・相談」がスムーズに行われていると、正しい情報を確認・整理・判断しやすくなり、チームとして一丸となりやすく、ケアの質の向上が図りやすくなります。

これが、間違った情報やバラバラの情報が伝わるようであれば、組織やチームの方向性は見失われ、組織が機能しなくなります。ケアの質はみるみるうちに低下することになるでしょう。そのようなことを防ぐために「報告・連絡・相談」は確実に実施する必要があるのです。

報告…上司や先輩からの指示や命令に対して、部下が経過や結果を知らせること。

≪報告する側の心構え≫

１、相手の都合を確認する
２、指示を受けた上司に直接報告する。
３、重要な報告はすぐに行う
４、結論を先に伝える
５、「事実」と「意見・憶測」は分けて報告する。
６、口頭か文書での報告かを選ぶ
７、こまめに報告する
８、ミスやトラブルはすぐに報告する。
９、報告する際にメモを持参する。

連絡…上下関係に関らず、誰もが発信側にも受信側にもなります。自分の意見や憶測は含まないように関係者に情報を知らせること。

≪連絡の心構え≫

１、曖昧な言葉は使わない
２、内容に関係なく迅速に連絡する。
３、連絡すべき順番を意識する。
４、関係者全員に伝える。

相談…判断に迷う時や意見を聞いてもらいたい時などに他者からアドバイスをもらうこと。

≪相談の心構え≫

１、疑問が生まれたら相談や質問する
２、最初に相談するのは直属の上司。
３、アイディアやプラン変更は準備を整えてから臨む

このようなホウレンソウを徹底している職場では、報告によって上司と部下のコミュニケーションが密になり、連絡によって先輩や同僚、後輩など職員間の意思疎通もうまく進むでしょう。そして、上司や同僚、部下と相談しあうことで新たなアイディアが生まれたり、悩み事が解決できたりするのです。

こうして、活力と新鮮な血液が職場内に循環するのです。体でいえば、心身ともに健康な状態といえます。

（４）介護の知識と技術

ここでは、基本的な介護について述べています。「介助」と「介護」という言葉があります。介助はロボットでもできますが、人間である私たち施設職員は「介護」ができることが必要です。なぜなら、介護とは、介助に「心のケア」を含んだものをいい、心を込めるということは人間にしかできないことだからです。「介護」ができて、プロの施設職員だといえます。

「親孝行」という言葉があります。動物の親は子育てをしますが、子は親孝行をしません。しかし、人間は個人差や内容に差異はあるにしても親孝行ができます。施設での介護は、介護ができない家族に代わって、私たち職員が行うことであり、心を込めて、家族の代わりに孝行をするという気持ちが必要です。

そのためには基本的な介護の知識と技術が必要です。ここでは、老人福祉施設で「常識」になっていることに反する内容もあるかも知れません。入居者にとっては施設が第２の家であり職員は家族代わりです。ショートステイ利用者は、長い人生のほんの一部を施設で過ごして下さる介護付きのホテルや民宿のお客様、デイサービスは日帰り娯楽施設のお客様です。このように考えると家庭的で丁寧なサービス、いわゆる介護の提供が必要ということがわかります。難しく考える必要はなくこれまでの人生や生活を維持しつつ、プロの職員だからこそできるサービスを実現していくことなのです。

①食事

食事は、生命を維持するために必要不可欠であり、人間の生活の中で楽しみのひとつです。人間の生活で必要な「衣･食･住」、人間の基本的欲求である「性欲･食欲･睡眠欲」、そして三大介護である「入浴･食事･排泄」と全てに「食事」が含まれており、人間にとって「食事」は最も大切なものだといえます。施設では、利用者のこれまでの食事パターンを最大限に尊重し、利用者中心の食生活が実現できるようにします。

☆基本的な対応

利用者は高齢や疾病により噛む力や嚥下能力が落ちている場合があります。個々の利用者に合った食事形態で提供します。食事形態には、主食には、米飯・軟飯・おにぎり・パン・パン粥などがあります。副食は、普通食、一口大、刻み、極刻み、ペーストなどがあります。施設によって、形態の呼称、種類は違いがあり、ソフト食などを提供している施設もあります。特に嚥下能力が低下している場合は、誤嚥性肺炎を起こす原因になるので注意し、誤嚥を予防する配慮が必要です。

飲み込みやすい食品の例	誤嚥しやすい食品の例
プリン、ヨーグルト、ゼリー、	カステラ、ケーキ
豆腐、	かまぼこ
マッシュ状にしたジャガイモ、かぼちゃ	海藻類
粥・雑炊	もち、こんにゃく
ポタージュスープ	水分

糖尿病や腎臓病があり、食事箋により医師から指示がある場合には制限食を提供します。「療養食」といわれ、カロリーを抑えた糖尿病食、塩分を抑えた腎臓病食などがあります。

口から食べるのが困難な利用者は、経管栄養や鼻注などチューブからの栄養剤注入が食事代わりになります。口から食べる楽しみがないため、食事（注入）の声かけをして、食事という認識をして貰います。また、味に種類のある栄養剤もあるので、医師と相談し、導入すると利用者に味の変化を感じてもらうことができます。注入と経管の管理は、施設では医療従事者しかできない行為です。経管栄養や鼻注の利用者は口から食べないために唾液の分泌が少なく、口腔内が不潔になり誤嚥性肺炎を起こしやすいため、口腔ケアが必要です。

☆食事の場所

利用者のＡＤＬや体調によりますが、基本的に寝床から離床して食べて貰います。これを寝食分離といいます。家族や他の利用者と一緒にイスに座って、テーブルを囲み、家庭的な雰囲気で楽しく食事をすることが望ましいです。ただし、「人が多いのは苦手だから1人で食べたい。」「今日は観たいＴＶがあるから部屋で食べたい。」など希望に添った対応ができることが必要です。

☆食事の提供の工夫

多くの施設が厨房で給食部門の職員が調理を担当しています。利用者から食事代を貰っており、その中に材料費と委託費（給食担当職員の人件費など）が含まれており、可能な限り個別の対応が求められます。

メニューは管理栄養士が週間または月間単位で決めています。アセスメントの際、嫌いな物やアレルギーがある物は提供せず、代わりの物が提供できる体制を整えておきます。嫌いな物については全てを実現することは困難なので、魚や肉などメイン料理だけでも対応できる体制作りをします。また、朝食は、これまでの生活習慣で、「毎朝パンと牛乳」、「朝はご飯食」という利用者がいます。この希望にも可能な限り応えられるようにします。パンの日はジャムやバターを２種類以上準備し、利用者にその日の気分で選んで貰い

ます。可能な限り利用者の希望に添った提供ができると利用者の食事の楽しみが増え、食欲増進にもつながります。

すでに厨房で個別に盛付けられたものを提供するのではなく、利用者と一緒に盛付けをします。家庭的な雰囲気が出るだけでなく、「私は、今日はご飯少なめでいいわ。」など利用者のその日の食欲に合わせた対応ができ、コミュニケーションの機会ができます。

食器は、原則、メラニン食器ではなく、陶器を使用します。家庭的な雰囲気を出し、盛付けた際の見た目も変わります。時には、食器が割れる音も家庭のような生活感を出します。入居者は、入居前に在宅で使用していたご飯茶碗、湯呑み、箸などを使用するのも良いです。自分で食べて貰うためにやむを得ない場合は、介助食器などメラニン食器の使用を考えます。

☜陶器に盛付けた食事の例
　置き方の基本は、主食は左手前、汁物は右手前、メインは左上（定食屋スタイル）ですが、利用者に合わせて配慮します。

提供時間は、可能な限り幅を持たせ、利用者の希望時間に食べて貰えるようにします。施設によって違いますが、調理後２時間以内または提供後２時間以内に食べて貰うことが原則になっています。冷蔵庫保存をし、管理栄養士と連携をすることで２時間を超えても提供できる場合があるので、密に連携をして利用者の希望に合わせるようにします。

提供する際は、「おまたせしました」と一言伝え、メニューを伝えて食事へ関心を持って貰います。特に刻み食やペースト食は、元のメニューがわかりにくいので、口頭でしっかりと伝えることは食欲を増進させるために欠かせないですが、可能であれば、普通食を見て貰えると良いです。

味付けには、好みがあります。好みに合わせていつでも対応できるように調味料を準備しておく必要があります。ただし、高血圧などの疾病や療養食の利用者については事前に医療従事者や家族に対応の確認をしておく必要があります。

このように食事の提供方法を工夫することで、楽しく、家庭的で、利用者のペースに合わせた食事の機会をつくることができます。

☆食事の介護

食事は利用者が食べたい物から自由に食べることが基本です。職員が指示をすることは避けます。ただし、かため食べをする利用者にはおかずと一緒に食べることを勧めても良いですが、無理強いはしないようにします。この場合、混ぜご飯（ここではおかずを何でもかんでもご飯にのせてしまうことをいう）をする職員がいますが利用者の希望がない限り絶対に避けます。特に酢の物や和え物など私たちが普段、ご飯にかけない物は介護の上

でも行わないのが基本です。しかし、八宝菜はご飯にかけると中華丼になり、牛肉の炒め物は牛丼のようになるので、メニューによっては食べ方の提案を利用者に行うのは良いことだといえます。

自分で食べて貰うために必要な場合は自助具、スプーン、フォークを準備します。食べこぼしによる衣類の汚れを防止するために必要に応じてタオルを使用します。ビニール製のエプロンは、利用者のプライドや周囲からの見た目に配慮して使用しない配慮が必要です。

介護が必要な場合は、希望が言える利用者には、メニューを伝え、何が食べたいか聞きながら食べる物を変え、利用者のペースで少量ずつ食べて貰います。利用者に片麻痺がある場合は、健側の口角から食べて貰い、患側に食べ物が残っていないか確認しながら介護を行います。

☆より楽しい食事のために創意工夫を！

厨房で調理した食事をおいしく、楽しく食べて貰うだけでなく、より食事の介護を楽しくし、生活感が出る方法を提案します。職員不足といわれる中で、難しい感じがするかも知れませんが、職員の創意工夫と部署を越えた協力体制で実現は可能です。

食事の楽しみは、食べて口で味を楽しむだけでなく、鼻で香りを感じたり、耳で音を聞いたり、目で見て楽しみ、パンやおにぎりなどメニューによっては触って楽しみます。五感を使って楽しむのが食事なのです。

＊香り…炊飯器から御飯の炊ける香り、味噌汁の煮える香りなど

＊聞く…食器の出し入れの音、御飯がグツグツと炊ける音など

＊見る…盛付けられた食事、準備をしている姿など

＊触る…パンのふわふわ感など

季節の取り組みとして、春にはお花見に行って花見弁当を食べたり、夏には炭を起こしてバーベキューをしたり、秋には焼き芋をしたり、冬には鍋など四季を感じられるメニューがあります。

食事作りを利用者と一緒にしたり、外食に出かけたり、好きな物を買いに行ったり、出前を取ったりと楽しみ方は様々あります。

また、お酒が好きな利用者には、健康面の配慮が必要ですが、晩酌をして貰えるのも楽しみを増し、至福の時を感じられます。

↓食事の例　「行事食」という場合があります。

☜施設で作った外出時のお弁当。陶器と雰囲気が違います。

七夕の食事。☞カードを添えて一工夫しています。

利用者は常に死と隣合わせで急に亡くなる可能性もあります。そのような利用者にとって、最も大切なのは「食べたい時に食べたい物を食べたいだけ食べてもらう」ということです。健康のために規則正しい食生活は基本ですが、特養は生活施設であり、治療施設や更生施設ではありません。人生の食生活というページを後悔されないためにも日頃から利用者、家族、医療従事者・相談員・介護職員など多職種が連携をして個々に食生活についてケアプランや管理栄養士が栄養ケアマネジメントを作成しておくことが必要です。

②入浴

入浴は、身体を清潔にし、床ずれなど疾病を予防する生理的効果、１日の疲労を回復させ、心身に爽快感や精神的安定を与え翌日への意欲を与える心理的効果、体臭などを防ぎ、対人関係に積極性をもたらす社会的効果があります。家庭生活での入浴は、多くの人が仕事終わりの夕方や就寝前の他、その日の気分によって朝風呂などに入るのが一般的ですが、老人福祉施設の多くは、法定人員配置（入居・ショートステイは24時間365日で利用者３人に対して職員１人）の都合で、日中入浴（午前・午後）となっています。施設によっては、勤務形態や業務の工夫により希望利用者や夜間不眠傾向の利用者に個別ケアとして夜間入浴や足浴を実施している施設もあります。

介護保険法では利用者に1週間に2回以上の入浴をして貰うということが規定されています。体調不良などの場合は代わりに清拭を行います。規定は「週２回」ではなく、週２回「以上」となっており、また、毎日入浴するなど個々に生活習慣を持っている利用者もいるので、希望する利用者が可能な限り入浴できるようにします。週２回を最高基準にせず、最低基準と考えて介護にあたります。

入浴は、利用者と1：1でゆっくり関われる時間が持てるので、利用者とより良い関係を築けるコミュニケーションの場となります。介護の声かけ以外に話題を提供し、会話を楽しみながら行うと良いです。

☆入浴前の準備

入浴する利用者のバイタルチェックをします。バイタルとは、体温・血圧・脈拍・血中酸素濃度（サーチレーション）をいいます。血中酸素濃度の測定は、酸素療法の利用者など必要な場合のみ行います。バイタルには個々に差異があるので、診療情報提供書による主治医の指示に基づいて、医療従事者が判断をします。

体温は、健康な成人は36～37度ですが、加齢とともに低くなります。日内変動があり、１日のなかで、午前４～６時の間が最も低く、午後３～８時に最も高くなります。平熱と比べて±0.5度以上の変化がある場合は、顔面紅潮や悪寒・疼痛などがないかを確認し、医療従事者へ報告をします。片麻痺がある利用者は、患側は健側と比べて体温が低いため、健側で測定します。体温計には、電子体温計と水銀体温計があります。電子体温計

は、水銀体温計に比べ約±0.2度の誤差があります。水銀体温計は、正確ですが、測り終わるまで時間がかかります。

血圧は、世界保健機関（WHO）/国際血圧学会（ISH）のガイドラインで、最高血圧130㎜Hg未満、最低血圧85㎜Hg未満が正常値となっています。高齢者の場合、加齢に伴い動脈血管が硬くなるため、血圧が高くなる傾向があるので、血圧測定の結果で利用者の病状の評価をしないようにします。

血　圧　の　変　動　要　因	
上　昇	下　降
◆運動や食事の後 ◆怒り・ストレスなどの精神的興奮時 ◆気温が低い時（血管が収縮）	◆全身の体力低下時 ◆心臓機能の低下時 ◆気温が高い時（血管が拡張）

脈拍は、心臓の収縮と拡張の状態を伝える重要な情報源になります。安静時の脈拍数は、成人は60～80程度、高齢者は60～70程度が一般的です。60以下の場合もあります。脈拍数は臥床→座位→立位の順に増加する他、運動や食事の後、精神的感動や不安感、緊張感がある時などに増加します。100以上の頻脈、50以下の徐脈や脈拍の乱れである不整脈がみられる場合は、速やかに医療従事者に報告をします。

血中酸素濃度は、血液内を流れる酸素濃度のことです。健康な成人で95～98％が一般的です。肺疾患がある場合は90～93％位が平均的な数値です。90％を切り、顔面紅潮などがみられる場合は生命の危険があるので医療従事者へ報告をします。血行が悪い利用者は正しい数値が測定できない場合があるので注意が必要です。

衣類は、入浴前に利用者と選んでおきます。当日の気分で入浴後に着る衣類を選ぶのは利用者にとって楽しみのひとつになります。

空腹時、食事直後、飲酒後の入浴は安全上避け、食後の場合は30分以上開けて入浴します。

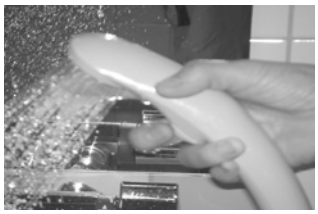
☆入浴中の対応

脱衣→入浴→着衣まで羞恥心に最大限の配慮が必要です。バスタオルやタオルを使用し、可能な限り隠し、同性介助を原則とします。利用者の全身の状況に異常がないか確認できる機会なので、ボディチェックを行いますが、じっと見られることは恥ずかしいことなので、自然に何気なく確認をします。異常があれば医療従事者へ報告をします。

お湯の温度は、まず介護者が確認し、その後、利用者に好みの温度かどうか確認して貰います。高齢者や麻痺のある利用者や温度感覚が鈍っているので注意が必要です。お湯をかける際は、心臓に遠い部位から心臓に近い部位へ順にかけます。片麻痺がある場合は、健側からかけます。シャワーを使用する場合は、急な温度変化がおこる場合があるので、

事故防止のため介護者の身体の一部（人指し指や中指など）がシャワーのお湯に触れているようにします。

☞人指し指



☞中指

洗髪→洗身の順に行います。洗身は首など上半身から順に洗い、最後に陰部を前から後ろ（恥骨部から肛門）に向かって洗います。特に女性の場合、尿感染や性器への感染予防のためこの方法で行います。陰部洗浄は２次感染の予防に効果的です。

浴槽にはつかる際は、湯あたりに気をつけながら見守りをします。あがる際の声かけは、介護者からの指示にならないように配慮をします。「気持ちの良いところであがりましょうか？」などです。湯あがりには、さっぱりとすることを目的にあがり湯をします。

入浴後は、発汗によって失われた水分を補給するため、好きな飲み物を飲み、体力の消耗により疲労感がみられる場合は十分に休息を取ります。

入浴ができない場合は、足浴や手浴などの部分浴で対応をします。足浴は、外出後や不眠時などに行うと効果的です。手浴は最も感染経路になりやすい手を清潔にできます。

☆清拭

清拭は、入浴ができない場合に利用者の身体や頭髪などを拭いて清潔にすることをいいます。食後１時間以内を避け、居室または浴室で、日中の暖かい時間帯に室温を調整して行います。タオルは空気に触れて冷めるため、60～65度のお湯で絞り、利用者の好みの温度に調整し、末梢から中枢に向かって、筋肉は筋の走行に沿って拭きます。清拭の場合も羞恥心に配慮をし、バスタオルなどで隠しながら行います。

☆浴槽の種類

施設には、一般的に個浴・中間浴（チェア浴）・特浴（ストレッチャー浴）があります。施設によって呼称や設備は異なるので、まず、介護者が使用方法をしっかりと習得しておく必要があります。そして、利用者のＡＤＬに合わせ、安全に入浴できる設備を使用します。

個浴の例

中間浴の例

特浴の例

個浴は、ＡＤＬが自立傾向や介護で歩行や立位が可能な利用者が主な対象になります。中間浴は、歩行や座位が不安定な利用者が主な対象になります。特浴は、主にストレッチャー車イスを使用されている利用者や寝たきりの利用者が対象となります。

③排泄

排泄は、体内の生命活動維持のための生理機能によってできた最終代謝物を体外に排出させる生活行為で、排泄物は健康のバロメーターとなります。利用者の排泄物によって体調の変化を読み取ることができるので良く観察を行います。

排泄は、人間にとって最も恥ずかしく、他人に見られるのは嫌なものです。また、おむつを使用するようになったら死んだ方が良いと考えている利用者も多いです。排泄介護を行う際は、羞恥心への細心の配慮をするように心がけます。

☆羞恥心への配慮の方法

おむつは、布パンツなど通常の下着と介護用品を分別するための言葉です。使用する利用者にとっては素材と効果の違う「下着」なのです。おむつの世話にはなりたくない、おむつを使用していることを他人に知られたくないと思っている利用者への配慮として、「おむつ」という言葉は使用せず、「下着」という表現をします。声かけは、「○○さん、下着

の交換をさせていただけますか。」となります。おむつというと「いや、濡れてない。大丈夫や。」などと拒否される利用者であっても、下着というとスムーズに応じられる場合が多いです。

排泄誘導などの声かけは周囲の利用者に聞こえないように対象利用者の耳元で行います。職員間の連携は、離れたところから大声でやり合うのではなく、小声で聞こえる距離でします。「おむつ」や「トイレ」などという言葉が飛び交う生活空間を作らないようにします。

トイレの介護を行う際は扉やカーテンをしっかりと閉めて周囲から見えないようにします。カーテンは排泄中の音や声かけが漏れる場合があるので、扉に改装することが望ましいです。トイレの仕切りがカーテンというのは施設特有のもので通常はあり得ないことです。カーテンは扉を開けた際にトイレ内を見え難くする補完的なものとして設置することが望ましいです。

トイレの外見。扉があり、トイレの表札がある	扉オープン時でもカーテンで目隠し	トイレの周囲。複数の手すりを設置

☆自立度に応じた介護

尿意や便意がある利用者がひとりで行けるように、トイレの場所をわかり易くし、段差をなくし、手すりを設置するなど居住環境を整備します。頻尿がある人やひとりでトイレに行けない場合は居室でポータブルトイレや尿器を使用します。尿意や便意があり、訴えができるがひとりで行けない場合は職員が案内し、介護をします。排泄は生理現象なので、訴え時にはできるだけスムーズにトイレに案内をするように心がけます。

尿意や便意がない利用者は、介護者が排泄の時間帯を把握します。定時誘導といいますが、時間を決めて全員一斉に「トイレタイム」のように介護をするのではなく、個々の利用者の排泄パターンを把握し、個別に介護をします。個人差はありますが、排泄希望のない場合は２～４時間に１回というのが目安です。

☆便秘・下痢の時の対応

便秘は、腹部の張りなど不快感だけでなく、放っておくとイレウス（腸閉塞）や発熱な

どの疾病につながります。介護者が気を配り、排便コントロールを行います。排便リズムは個々に違いますが、３日に１回程度が一般的です。家族や医療従事者と連携して、排便リズムを把握しておきます。

便秘の原因は、急激な環境変化、腸疾患、水分摂取量の不足、腹筋力の低下、便意抑制、食事摂取不足や偏りです。水分を十分に摂る、ゴマや豆腐などの繊維食品・海藻や牛乳など便通を促す食品を摂る、腹部を「の」の字を描くようにさすることなどが便秘予防になります。また、医療従事者に相談し、必要があれば緩下剤や浣腸を使用します。緩下剤などの使用にあたっては、排便状況を把握し、医療従事者に報告しておくことが必要です。

下痢の原因は、腸内食物の腐敗、異常発酵、感染症、炎症、神経過敏です。下痢は、体力の消耗が激しいため、臥床し安静にします。粥やうどんなど消化器の負担にならない食物を摂り、番茶や湯ざましなどで水分を頻繁に摂るように促します。下痢は、脱水をおこし易いので、注意が必要です。肛門周囲のただれなど皮膚状態の悪化を防ぐため、清拭をします。下痢が続く場合は、医療従事者に報告をします。

☆おむつ（利用者にとっては下着の一種）の使用

おむつは排泄介護の最終手段です。使用する際には、利用者の気持ちを十分に理解し受け入れます。介護保険法では、特養入居者及びショートステイ利用者のおむつ代は利用料（介護報酬の１割負担）の中に含まれています。できるだけ多くの種類を準備し、利用者に適したおむつと使用リズムを考えて介護をします。安易なおむつの使用は、利用者の排泄自立の妨げとなるので注意が必要です。

使用する際は、例えば、布パンツと薄目のパットというように、利用者個々の必要性に応じた対応をします。すぐに紙パンツとパット使用という方向にいきがちですが、おむつの使用は必要最低限にすることが原則です。

また、おむつの使用は尿路感染症を起こしやすい弊害があるので注意をします。

☆臭い対策・感染症対策

どのような排泄方法であっても、利用者が気持ち良く排泄をし、介護が必要な場合でも利用者が恥ずかしい思いをしないように臭い対策をします。これは快適な居住空間作りにもなります。

トイレには、消臭剤をおき、ポータブルトイレには液体消臭剤を入れます。トイレやポータブルトイレは１日に数回、定時や排泄状況よって洗浄をします。おむつは蓋付きのゴミ箱に捨てますが、臭いが漏れる場合があります。色付ビニール袋に入れたり、新聞紙に包んだりすると臭い漏れの軽減ができますし、居室から処分場所へ運ぶ際の目隠しになります。ビニール袋はコストがかかるので、大量に確保しやすい点から新聞紙の使用がお

薦めです。

感染症予防のため、トイレの便座は使用ごとに消毒液で消毒をします。介護者は、介護が終わる都度、石鹸と流水で手洗いをしてから次の業務を行うように徹底をします。

④更衣

更衣は、清潔を保つだけでなく、就寝前にパジャマに着替えるなど時間の変化や半袖から長袖への着用、カーディガンなどの上着を羽織るなど季節の変化を感じ社会生活を維持する生活習慣です。また、利用者自らが好きなデザインを選択して自己表現をし、精神的満足を得る機会になります。

介護が必要な利用者は、安全に更衣する配慮が必要です。片麻痺がある場合は、脱衣は健側から行い、着衣は患側から行います。これを「脱健着患」といいます。患側を着衣時は袖や裾の逆側から介護者の手を入れて、患側を迎えにいくとスムーズに着衣ができます。

衣類は、利用者の好みや身体状況にあったもので、複数のデザインを準備します。

⑤移動

移動は、利用者の生活範囲を拡大し、ＡＤＬの自立やＱＯＬの向上につながります。そのため、介護者は安全・安心・安楽な移動ができるようにボディメカニクスを身につけます。ボディメカニクスは、介護者の健康保持と利用者の安楽のために、移動時や体位交換時に最小の労力で最大の効果をあげることができます。

安全・安楽な移動のために、居住環境を整えます。

・転倒や転落を防止するために、段差などをなくし、バリアフリーにします。利用者にとってはじゅうたん、畳やコンセントなど数cmの段差であっても移動の妨げとなり、事故の原因になります。
・床材を滑り難いものにします。
・時間や利用者の視力に合わせ、居室の照明明るさを調整します。明るい雰囲気には200ルクス以上必要です。夜間には、常夜灯、枕灯、フットライトをつけます。
・手すりをつけます。取り付け場所や利用者の動作によって、縦・横・Ｌ字型・斜めなどの種類を使いわけます。高さは利用者の大腿骨大転子部の高さ（杖と同じ高さ）が適しています。

☆福祉用具の活用

利用者の自立を促し、安全･安楽度を増すために必要な利用者には福祉用具を活用します。

・歩行器：両方の上肢に障害がないことが使用の原則です。キャスター付きの歩行器を使用する場合は、利用者がバランスを崩しやすいことがあるので注意が必要です。

歩行器の例1

歩行器の例2

歩行器の例3

・杖：利用者の大腿骨大転子の高さに合わせたものを使用し、健側で持ちます。患側下肢の体重負荷軽減とバランス維持に役立ちます。介護を行う場合は、患側後方に立ちます。

＊杖歩行の基本動作

「三動作歩行」（障害物を乗り越える）

①杖を一歩分前につく→②患側の足を出す→③健側の足を出して患側の足に揃える

「二動作方向」

①杖と患側の足を同時に出す→②健側の足を出す

二動作歩行の方が速く歩けますが、不安定で転倒しやすいため、軽度麻痺の利用者に適しています。

＊階段を昇る際の順番

①杖を一段上に上げる→②健側の足を上げる→③患側の足をあげる。

＊降りる際の順番

①杖を一段下へ下ろす→②患側の足を下ろす→③健側の足を下ろす

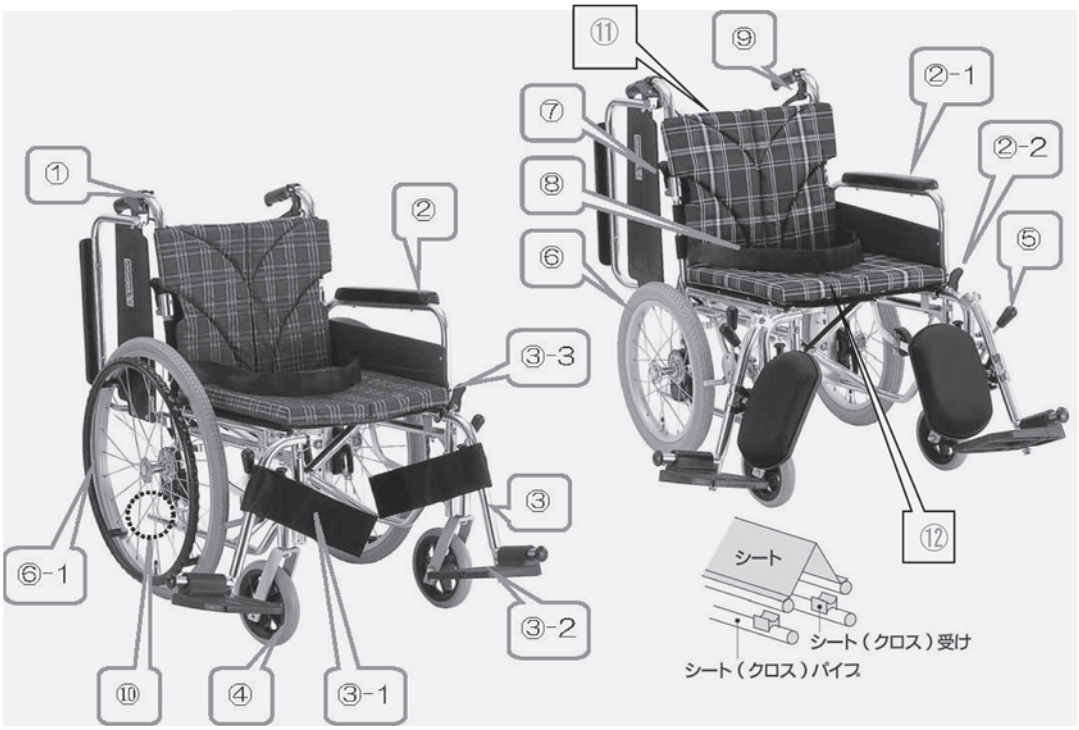
杖には、一点式、二点式、四点式などの種類があります。

杖の例（四点式）

・車いす：杖や歩行器を使用しても歩行困難な利用者や長距離の歩行が困難な利用者に使用します。移動のための福祉用具であり、座ることを目的とした「いす」ではありません。したがって、移動後はいすに移乗することが原則です。ただし、移乗が困難で車いすに座っていることで、行動範囲の拡大や、排泄などの自立を促せる場合はこの限りではないです。移動後、一定時間車いすに座ったままの場合は、安全のため両側のブレーキをかけます。

※車いす各部の名称（肘掛跳ね上げ式の場合）

出典：カワムラサイクルホームページ（簡易モジュール車イスKA800シリーズ取扱説明書）から転載



①	押手（ハンドルグリップ）	介助者が移動させるときに握る部分
②	肘掛け（アームサポート）	移乗しやすいように跳ね上げできます
②－１	肘当てパッド	利用者が肘をのせる場所
②－２	跳ね上げレバー	アームサポートを跳ね上げるレバー
③	脚部（フットレッグサポート）	足を支持する装置です
③－１	足ベルト（レッグサポート）	足が後ろへ落ちないように支えます
③－２	ステップ板（フットサポート）	足を乗せるところです
③－３	スイングアウトレバー	フットサポートを振る。又は取り外す際に使用
④	前輪（キャスター）	自在に方向転換できる小車輪
⑤	駐車ブレーキ	車いすを駐車するときに使います
⑥	後車輪	駆動輪です（介助用の場合は主車輪）
⑥－１	ハンドリム	手をかけて後車輪を回します（自走用）
⑦	背折れ金具	コンパクトに車いすをたたむときに使用
⑧	安全ベルト	体、腰を安定させるベルト
⑨	介助ブレーキバー	介助者がブレーキをかけるときに使用
⑩	ティッピングレバー	段差を乗り越すときに踏み前輪を浮かす
⑪	背シート、背クッション	背部が寄りかかる場所
⑫	座シート、座クッション	座る場所

※場面に応じた車いすによる介護の方法

場　　面	方　　法
◆上り坂	介護者は身体を少し前傾にし、押し戻されないように押します。
◆５°以上の急な下り坂	後ろ向きで、車いすをしっかりと支え一歩ずつゆっくりと下ります。
◆緩やかな下り坂	前向きのまま、車いすを引くようにして下ります。利用者が前傾姿勢になると転落の危険性があるので注意が必要です。
◆エスカレーター（上り）	前向きでエスカレーターに近づき、くし板にキャスターを乗せ、次のくし板に後輪を乗せます。エスカレーターに乗っている時、ブレーキはかけません。傾斜が生じるのに合わせて車いすをしっかり支えます。降りる時はキャスターを上げたまま前方に押し出します。
◆エスカレーター（下り）	後ろ向きにして近づき、介護者がくし板に乗った後、後輪をくし板に乗せ、次のくし板にキャスターを乗せます。ブレーキはかけません。傾斜が生じるのに合わせて車いすをしっかり支えます。降りる時はキャスターを上げたまま後ろ向きに引きます。
◆段差を上がる	前向きに進み、ティッピングレバーを踏み、キャスターを上げます。キャスターを段に乗せ、後輪を押し上げます。
◆段差を降りる	後ろ向きになり、後輪から下ろします。ティッピングレバーを踏み、キャスターを上げた状態で後ろに引きながら、キャスターをゆっくり下ろします。
◆電車に乗る場合	車いすを電車のドアと直角の位置に移動し、段差を乗り越える時のようにキャスターを上げて乗ります。安全のため、電車内ではブレーキをかけておきます。
◆電車を降りる場合	車いすを後ろ向きにし、後輪を少し上げてホームに下ろします。キャスターを十分に上げてから後ろに引きます。
◆砂利道など不整地	ティッピングレバーを踏み、キャスターを上げた状態で前進します。整地になったらキャスターを下ろします。利用者の首が不安定な場合は、車いすを後ろ向きにして引きます。

⑥生活に“活”“楽”を！

☆生活とレクリエーション

施設での生活をより充実したものにするため、利用者がレクリエーション（娯楽）の機会を持てるように援助することが必要です。レクリエーションは、心身を健康な状態に保ち、生活そのものに楽しみや快適さをもたらしていくものです。また、1970年に国際レクリエーション協会が制定したレジャー憲章で、「すべての人々が享受すべきである」と権利して主張され、老人福祉法第13条にて地方公共団体が実施するように努めなければならないと規定されています。

> 老人福祉法第13条
> 地方公共団体は、老人の心身の健康の保持に資するための教養講座、レクリエーションその他広く老人が自主的かつ積極的に参加することができる事業（老人健康保持事業）を実施するように努めなければならない。

生活とは、「活動的に生きる」「活力的に生きる」ということです。レクリエーションはそういった生活を利用者にして貰うための手段・方法になります。

日常生活は、下記の表の３つの領域にわけられますが、レクリエーションはその全てに関わるものと捉えられています。

基礎的な生活	食事、入浴、排泄、睡眠、衣類の着脱など、人間が生きていくために必要な生理的欲求に基づく行為のこと
社会的な生活	学校、仕事や地域の活動など、他者や様々な組織・団体と関わりながら社会活動に参加すること。
余暇的な生活	自己実現や自己実現を充足するために自由な時間・場所

☆レクリエーションとは

レクリエーションという言葉は、家庭生活ではあまり使用することはなく、施設や幼稚園などで聞くことが多いため、特別なものや大きな行事と捉えてしまいがちで、難しいイメージを持ちますが決してそうではありません。人間が生活をしていく中で、楽しいことをし、やりたいことをするということです。その意味では、「娯楽」という表現の方がわかり易く、馴染みが感じられますし、趣味に近い感じといえます。その点から一般的な家庭生活と同じように考えればよいのです。

前述の生活の３つの領域全てに含まれるものと考えます。計画方法と具体例は次の表の通りです。

レクリエーション プログラム	方法など	具体例
日常的な プログラム	生活のレクリエーション化という観点から、個々の生活を楽しく、潤いのあるものにする。	散歩、リラクゼーション、買物など
継続（週間）的な プログラム	社会性の拡大や生きがいづくりを促進する。到達目標を持ち、その達成を目指す。	クラブ活動など
総合（月間）的な プログラム	中長期的な計画に沿って行う。	誕生日、旅行、敬老会など
年間の行事的な プログラム	四季の移り変わりを活用したプログラムを計画し、日常生活の活性化を図る。	花見、バーベキュー、キャンプ、夏祭り紅葉狩り、クリスマス、忘年会、新年会、お正月など

施設では利用者の要望を聞き実現していくことが基本ですが、要望が言えない利用者もいるので、家族から生活歴や趣味を聞き取るなど、普段の生活から感じ取る努力が必要です。具体的な希望が言えない場合でも職員の創意工夫で参加して、楽しいということもあります。

レクリエーションは、やりたいことをやりたい時にするのが最も楽しいものです。「全員一緒にする」ということを基本にせず、やりたい人が参加するということを基本にします。施設内でゲームなどを行う場合は、２つ以上の複数を準備し、選択できるようにすると参加の幅が広がります。

☆レクリエーション援助の方法

援助者と利用者が対等な立場で、個別援助を基盤にしながら、グループダイナミクスを活用した小集団による援助を行います。

援助方法	対　象	方法や効果など
個人への直接的個別的な援助	レクリエーションの機会に恵まれない、集団に馴染めずレクリエーションの場を十分に活用できないなどの利用者及び集団で行うのが適切でないレクリエーション	情報提供をしたり、相談相手になり一緒に考えることでレクリエーションの必要性を知って貰ったり、個別プログラムを用意し、具体的な援助を一人ひとり直接的・個別的に行います。
小集団を活用した援助	デイサービスなど各種社会福祉サービスや社会教育施設の利用者や共通のレクリエーションに参加を希望する利用者	複数の人が集まって小集団で行うことでグループダイナミクスという作用が起こり、メンバーの相互作用が活性化されます。これにより、個人と集団がともに変化し、成長していきます。

参考文献

＊「2010年板　Ｕ‐ＣＡＮの介護福祉士速習レッスン[上]」品川恵保
株式会社ユーキャン　学び出版　2009年6月20日

＊「入門　基本介護技術」　松田美智子　野尻京子　岩村充子　田中由美
久美株式会社　2007年4月3日

＊「2010年版　Ｕ－ＣＡＮの介護福祉士速習レッスン[下]」
ユーキャン介護福祉士試験研究会
㈱ユーキャン学び出版

（５）個別ケアと介護サービス計画

①パーソンセンタードケア

「パーソンセンタードケア」は、認知症をもつ人を1人の“人”として尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする認知症ケアの考え方です。

この考え方を提唱した英国の故トム・キットウッドは、当時の業務中心のケアに対して、“人”中心のケアの重要性を主張し、世界的に大きな影響を与えました。

認知症をもつ人　→　認知症をもつ**人**

という考え方へ。

認知症の人の行動は、次の５つの要因の複雑な相互作用によると考えられています。

脳神経障害＋性格傾向＋生活歴＋健康状態＋その人を取り囲む社会心理

認知症をもつ人の思いは上記の要因などによって、周囲の人にうまく伝えることができません。

＊認知症の方の想いとして･･･

（+_+）感情の動きに気づいてもらえない。

（+_+）相手の言っていることがよく分からない

（+_+）自分の気持ちや意思を的確に表現できない

（+_+）うまく行動できない

（+_+）痛みや痒みという身体的な変調、悲しみや寂しさという精神的な苦悩を的確に表現できず、理解してもらえない。

＊そんな想いを「心で感じて心で看る」ところがスタート！

(*^^）身体的・精神的変調への気付き、いつもと違うことを感じとり心身に起こっている変調を感じとる感性を磨く。人間力の向上も必要。介護職員は自分磨きをすることで、ご利用者を救うことができたりする尊い仕事ということを忘れずにいてください。

(*^^）変調に気づくことができたら、具体的にケアとして解決できる方法を探す。変調がどこからくるものなのか、何が原因なのかを追求しアプローチする。そこに我々の専門性が生きてくるのです。

≪認知症ケアで大切にしたいこと≫

❀生活全体から認知症の方を理解するようにしましょう。

・症状だけに注視することなく、生活全体を把握する。現状の生活のなかで何ができて、何ができなくなったのか把握する。何をしたいのかを把握する。

・「その人らしさ」という観点を忘れないように、本人・介護者・家族らの想いを傾聴し、本人が幸せになれる方法を一緒に考える。できるだけ負担が偏らないようにする。家族や周囲の人に責任を押し付けないようにする。可能な方法があるのなら、在宅での生活が長く継続できる方法も検討してみる。

❀介護者の状況、環境について理解する　～介護者の本音に寄り添う～

・どんなことで困っているのか、どのような状況になれば介護を継続することが可能なのか、聴取する。

・どんな時に介護がつらいと感じるのか。介護をして良かったと感じるときは。

・交代可能な介護者がいるのか。

・認知症についての理解がどの程度なのか。

・介護者が自身の人生を大切にできているか。

・信頼のおける相談者はいるのか。

❀共通理解と統一した認識で関わる　～ケアカンファレンスの有効活用～

・ケアカンファレンスは介護者をはじめとする、ケアに関わる全ての人が病状やケア、それぞれの役割などについて確認したり、相談したりすることで統一されたケアの方向性が導きやすくなり情報が分散せずに全員に伝わる。

❀サービス利用状況を把握しておく

・現在利用しているサービスや、地域におけるフォーマル・インフォーマルサービスも把握しておく。必要時に必要なサービスが活用されているのか見守っておく必要があり、適宜、効果的なサービスが使えるようにサポートする。

★不適切なケアの一例

・子供扱いする
・できることをさせない
・急がせる
・仲間外れ
・主観的事実を認めない
・無視する、放っておく
・非難する、からかう
・軽蔑する
・強要する

常に自分を客観的にみつめ、内省（反省）し続けることで回避できます。内省は自分の人間力とケア力を高めてくれます。

パーソンフッド（その人らしさ）とは、次のように定義されています。

「人や社会とのつながりのなかで、周囲からひとりひとりに
与えられる立場や尊敬の念、共感、思いやり、信頼を意味する。」

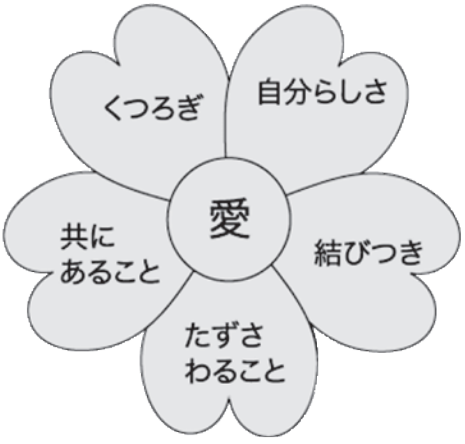
～ Tom Kitwood（水野裕訳）～

我々のケアの目標は、清潔や安全の確保だけではありません。

特に認知症を患っている場合は、一人ひとり異なる認知機能や健康状態、性格、人生歴、周囲の人間関係など、その人の個別性を重視した関わりを重んじることが重要になります。その人がどのように感じ、何を発信しているのか理解し、支えようとすることが大切です。決して介護者のエゴや自己満足を押しつけるようなことをしてはならないのです。

トム・キットウッドは、人として無条件に尊重されることを中心としたものを、花の絵で表しています。

認知症をもつ人の心理ニーズとして
特に重要視される５つの花びら



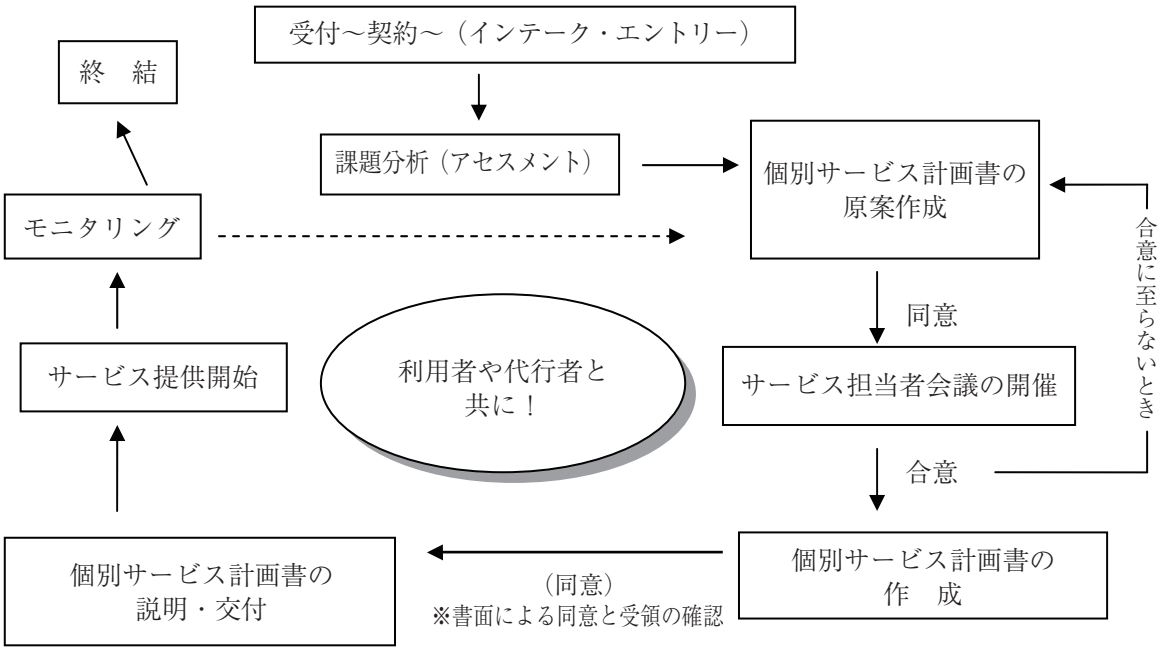
我々は職業柄、介護者や認知症、要介護老人などといった枠組みに人をはめ込み、枠組みのなかで発生する問題に対して解決を図ろうとしてしまいがちですが、まずは「一人の人間」である。ということを忘れてはいけないのです。

②個別介護サービス計画

介護保険の基本理念は「自立支援」といえます。自立支援を端的にいうと「本人主体のケアの実践」とか「本人らしくあるための支援」といえます。

本人主体のケアを実現することは、在宅・施設を通じた共通の課題であり最も高いニーズであります。そのためには、本人の思いやニーズを総合的・客観的に捉え、本人に関わる多職種の協働によって本人主体のケアを実現していくためのケアマネジメントプロセスが確立していなければなりません。個別介護サービス計画書（以下ケアプラン）とは、その協働や実践を支えるためのツールであり、よりよいケアを実現するためのケアのプラットホームとしての役割を担うものといえます。

ケアマネジメントの流れ



◇アセスメントとは

アセスメントとは環境・ヒューマンアセスメント等、いろいろなカテゴリーで使われています。

福祉･介護業界では｢個々人の状態像を把握し，支援結果の調べ，必要な支援を検討，今後の行動見通」などと言えます。高年齢者でケアマネジメントのやり方による支援を進展する中で用いられ、利用者ニーズ・アセスメントと、活用出来る社会資源アセスメントに別けられます。

我々がアセスメントを実践する際に大切にしたいこととして、認知症の減少や疾病だ

けに囚われるのではなく、その人の望む生き方に対して、それを妨げる状況要因に関心をもち、除去する創意工夫を織り交ぜる視点を持つことです。

◇サービス担当者会議

ケアプラン作成のための話し合いを施設サービスにおいては、ケアカンファレンスと言い、居宅サービスプランに関わって居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員が主催する会議を「サービス担当者会議」と言います。後者は多機関の所属の異なる多職協働で実施することに特徴があります。

施設･居宅の会議において目的自体は共通ですが、大きく分け二つの性格があります。

一つは、それぞれの個々の事例（ケース）が抱えている問題を、会議における話し合いによって解決することを中心とした問題解決型のカンファレンスであるということ。

もう一つは、職員間、あるいは各機関の間で、支援対象者やその家族についての情報交換、意見交換を中心とした情報共有型のカンファレンスであるということ。定期的にこれを行なうことにより、職員間、機関間の連携、協働を促すものとなります。

いずれにしても、大切にしなければならないこととして「利用者のよりよい支援体制を整えること。」「機関同士がそれぞれに持っている機能、サービス、事業内容について理解を深めること。」「現状サービスの問題点、制度的限界を明らかにし、新たな施策展開に繋げる。」という３点の視点を忘れてはいけません。

◇ケアプランとは

要介護者の自立生活を援助するには、心身の状況や環境などを総合的に評価し、生活全般の課題やニーズをつかんだ上で、問題点の解決や軽減を図るなど、ニーズを充足していくために適切なサービスを選択して組み合わせていく必要があります。一般には、このような様々なサービスの組み合わせを計画表にしたものをケアプランといいます。施設においても、個々の利用者の状況や希望にあわせたサービスを計画する必要があり、その計画を施設サービス計画といいます。

そもそも、なぜケアプランが必要なのか？サービスを提供するには、「ケア」の根拠となるものが必要です。その根拠は、利用者のニーズによって策定されたケアプラン以外にはありません。介護する我々は、その根拠に基づきケアを実践するのです。そして新たにニーズが生まれれば、それに合わせて構成し直す必要があります。あくまでも我々が作るものでなく、利用者の意志とともに進化していくものなのです。

◇モニタリングとは

モニタリング（monitoring）という言葉の意味を辞書で引くと「予め設定しておいた計画や目標、指示について、その進捗状況を随時チェックすることをいう。」あるいは「観察し、記録すること。」などと書かれています。一般的には定期的なモニタリングが必要とされていますが、ご利用者の状態変化などに合わせ、タイムリーにモニタリングを実施することが求められ、利用者側も解決したい問題や課題に早期に対応してくれる介護者を求めています。

◇よりよい連携に向けて

①活きた目標を設定する・・・具体性　実現可能

・目標が達成できない原因として、手の届かない目標を設定してしまった。アプローチの仕方に問題がある等。例）「過剰に手伝い過ぎた」等

②ケアプランを中心とした会議を行う。

・実践の現場とケアプランが隔離しないようにしましょう。

③ケアスタッフの個性が発揮できる環境がチームケアで活用できるケアプラン。

・対応が上手なスタッフ、ユニークな発想を持ったスタッフ、文章が得意なスタッフ、イベントの進行が上手なスタッフなど個々の特性を引出せる（相乗効果）内容だと成果は大きくなります。

「ケア」を実践するなかで、最も大切なのは、ご利用者の暮らしにうるおいや笑顔を提供すること、幸せな気持ちになってもらうことです。

ケアプランシートに素晴らしい内容を記載することではなく、ケアプランを立てる事で、ケアの専門職としての根拠の裏付け、介護職としての気付きを養い、ご利用者の暮らしを少しでも良くすることが目的なのだということを、忘れないでほしいと思います。

③摂食嚥下障害と栄養ケアマネジメント

平成17年10月の介護保険制度改正において管理栄養士の専門性を評価する栄養マネジメント加算が新設されました。これまで管理栄養士は食事という“もの”を提供することを中心とした業務を行ってきたわけですが、個々の“人”を中心とした業務に変えていかなければいけないというのが、栄養ケアマネジメントの基本的な考え方です。

高齢者一人ひとりの生き方は当然違うわけですから、その生き方をどう支えていくのか、どうやったらその人らしく尊厳を持って生きていくための身体を保つことができるのかを食事面からも考えていかなければならないということです。

・栄養ケアの目的

低栄養状態の予防・改善を通じ、生活機能の維持・改善を目的とする。

・栄養ケアの課題

利用者の低栄養の改善にあたっては、利用者の基本的な日常生活行為であり、生きる意欲や楽しみに繋がる「食べること」を優先的な課題として多職種が協働で支援する。

栄養ケアマネジメントの実務

1　利用者の身長・体重・体重減少率・血清アルブミン値（タンパク質の一種であり、栄養状態の指標となる)･食事摂取量･褥瘡等から低栄養状態のリスクがどのレベル(低リスク・中リスク・高リスク）にあるかを評価・判定します。【栄養スクリーニング】

2　身体状況・栄養状態・栄養補給に関して、本人及び家族の意向を聞き、嗜好、食事ADLの自立度、食事形態、環境等を把握、皮膚、口腔、摂食・嚥下障害、便秘、浮腫等の身体状況に関しても多職種でアセスメントを行う。【栄養アセスメント】

3　栄養スクリーニング・アセスメントに基づき、解決すべき課題に向けた栄養ケア計画書を作成する。【栄養ケア計画書の作成】

4　栄養ケア計画書に沿って一定の期間経過後にモニタリングを実施し、その結果により必要に応じて栄養ケア計画書の修正を行う。

このように栄養ケアマネジメントを適切かつ合理的に実施するには、管理栄養士ひとりが全てを行うのは不可能であり、専門職一人ひとりが協力して多方面から見ていきながら、より適切なケアを行うためのプランを立てられるように「多職種協働」が求められています。

例えば、栄養状態をみる際でも、例えばナースなら「この人は脱水があるから潜在的な栄養不良があるかもしれない」と指摘します。また、ケアワーカーからは「家族がなかなか訪問されないために寂しくてご飯が食べられない」というような情報が来ます。一つの数値を見るときに、様々なスタッフの目を通すことによって、適切な対処ができます。具合が悪くなって始めて対処するのではなく、水際で改善できるのです。

以上のように栄養ケアマネジメントとは、基本理念にも掲げている、低栄養状態の予防・改善を通じて利用者の生活機能の維持・改善や尊厳ある自己表現に寄与することが施設全体で取り組めるような体制と言えます。

摂食・嚥下障害

摂食とは、外部から水分や食物を口に取り込むこと。嚥下とは、取り込んだ水分や食べ物を咽頭と食道を経て胃へ送りこむこと。

摂食・嚥下のメカニズム

一般的に、嚥下の動作は以下のような５期に分けることができます。

先行期：何をどうのように食べるか判断する時期

準備期：食べ物を咀嚼し食塊を形成する時期

口腔期：食塊を口腔から咽頭に送りこむ時期

咽頭期：食塊を咽頭から食道で送りこむ時期

食道期：食塊を食道から胃に送りこむ時期

摂食・嚥下障害をきたすと…

１．誤嚥：食物などが気管（肺）に入り込む

２．栄養摂取不良

３．食べる楽しみの消失→QOLの低下

中でも深刻なのは誤嚥であり、食べ物や唾液などの分泌物が気道に流入することです。むせない誤嚥も多く、自覚症状がないため気づくのが遅く、肺炎（誤嚥性肺炎）を引き起こす確率が高いと言われています。

摂食・嚥下障害の原因

器質的原因　歯周病・炎症・口腔咽頭部の術後・食道炎…など

機能的原因　脳血管障害・脳腫瘍・パーキンソン病…など

心理的原因　認知症・拒食…など

摂食・嚥下障害へのアプローチ

医師　全身管理

理学療法士　摂食訓練

介護職　口腔ケア　精神的サポート

看護師　バイタルの測定　口腔ケア　摂食・嚥下訓練　精神的サポート…

栄養士　嚥下食提供　栄養管理

（６）経管栄養

①必要物品

注入食、注入容器、20cc注射器、白湯、コップ、湯、ボール、点滴台

消毒用ミルトンと容器、拭き取りタオル

②手順

１．注入食のための準備をする

１）手洗いをする

２）注入食の種類・注入量の確認

３）注入食、必要物品を準備する

２．注入食を容器に注ぎ、チューブ内を通しておく

３．内服薬を準備する

１）白湯を注射器で20cc吸い上げる

２）容器に薬を入れ１）の白湯で溶かす

３）注射器で２）を吸い上げる

４．利用者の体位を整える

１）仰臥位にし、頭の位置を整え頭側を45～60度上げる

２）枕、クッション、足元ギャッジを使い安楽な体位にする

３）体調観察やバイタルサインの測定を行い、異常がないか確認する

５．胃ろうの接続部と注入チューブとを接続する

１）胃ろうチューブを衣類よりだし、キャップを外す

２）白湯を20cc注入し、詰まっていないか確認する

６．注入食の滴下を開始する

１）滴下速度を１分間に80滴前後に調節する

２）注入中は、顔色・冷や汗・嘔気・胃部不快感・腹部膨満感など症状観察や滴下速度の確認を状態に応じて行う

３）注入速度を調節し、２時間～２時間半で終了するように注意する

７．内服薬を注入する

1）注入食が終了したら、注射器につなぎ変え内服薬をゆっくりと注入する

２）白湯を50～100cc注入容器に入れて滴下する

３）注射器で白湯を20cc注入して終了する

８．注入食を終了する

１）胃ろうチューブのキャップをしてクランプする

２）胃ろうチューブを衣類内に入れる

３）注入容器など使用物品をまとめる

４）安楽な体位の確認をする

９．物品を片付ける

１）注入容器、注射器をよく水でゆすぐ

２）チューブ内を洗い流す

３）注入器および注射器をミルトン液に浸す。又は水気を拭き取り片付ける

10. 記録する

１）注入食種類と量

２）開始時間、終了時間

３）注入中の様子

留意事項

・注入食を温める場合は、ボールにお湯を入れ38度前後に浸して暖める

・注入中の体位は、本人の状態に合わせて対応する

・注入カテーテルの口が開放されている時は、チューブ内の逆流があり漏れるのでクランプするなど注意が必要

・チューブが閉塞していたら、注射器で微温等を流し込み、根元から少しずつ指でしごいたりミルキングしてみる。完全に閉塞している時は、交換となる

・滴下速度が遅く、終了に時間がかかった場合は、消火器の負担を考慮し次の注入開始時間を、遅れた分遅らせる

・薬剤はチューブ内で詰まりやすいので注入後は十分白湯を通すこと

・注入終了後30分以上上半身を起こしたままにし、その後元の体位に戻す

・入浴は注入終了と注入開始の中間になるよう配慮する

・カテーテルの変形、破損、自然抜去や自己抜去恐れがあり観察や環境調整に注意し、また異常時は速やかに報告する

・消毒液は水４㍑にミルトン液50ccで作り、毎日交換する

・胃ろうの種類には、カテーテル式とボタン式があるので、それぞれに合った器具の確認を行う

・ろう孔部周囲の皮膚状態の発赤や化膿がないか観察を行う

・チューブが抜去した場合は、ろう孔部にタオルを当て、カテーテルを持って速やかに受診対応とする

③PEG（経皮内視鏡的胃ろう造設術）ケア

・開腹しないで内視鏡的に胃ろうを作り、カテーテルを通して直接栄養補給を行う

・安全性が高く、QOLを向上させる栄養法

・簡単な調合で食事と同等の栄養素を摂取できる特徴がある。また腸管から栄養を吸収するため腸管を常に整理的な状態に保てる。この様に管理が簡単でしかも生理的な栄養管理ができる事から高齢化社会に対応して在宅医療として普及している。

・看護として、本人はもとより家族へ、胃ろうチューブの取扱いを指導し家庭でも自分たちで上手に管理できるよう指導していく役割がある

・利点

心身への苦痛が少ない

消化機能が損なわれなく、肺炎を起こしにくい

嚥下訓練や身体障害の訓練が行いやすい

・合併症と予防策

機械的な合併症

チューブの閉塞、位置異常、抜去＝基本的な管理を行っていく

胃内容逆流、嚥下性肺炎＝注入時頭部を高くし、ゆっくり注入し誤嚥を防ぐ

・消化器系、代謝性の合併症

下痢、腹痛、腹部膨満、悪化、嘔吐＝注入速度を遅くする、注入食を温める

高血糖、代謝異常＝定期検診により早期発見

（７）成年後見制度と地域福祉権利擁護事業

１）成年後見制度

成年後見制度は、認知症･知的障害･精神障害などにより、判断能力が不十分なために、財産侵害を受けたり、人間としての尊厳が損なわれたりすることがないように、法律面や生活面で支援する身近な仕組みです。法律の定めによる「法定後見制度」と契約による「任意後見制度」があります。

図１　法定後見制度の概要

法　定　後　見　制　度					
類型	症　状	対象基準	本人	保護者	法律・契約行為
補助	最近、少し物忘れが出てきたかと思う時がある。	判断能力が不十分な人を対象としています。	被補助人	補助人	原則として自分ですることができます。ただし、特定の法律行為については補助人の同意が必要になります。必要な同意を得ずに行った行為は、本人または補助人から取り消すことができます。
保佐	しっかりしている時もあるけど…。	判断能力が著しく十分な人を対象としています。	被保佐人	保佐人	日用品の購入その他日常生活に関する行為は、単独でできますが、一定の重要な法律行為をするには、保佐人の同意が必要です。必要な同意を得ずに行った行為は本人または保佐人から取り消すことができます。
後見	しっかりしている時はほとんどない。	ほとんど判断できない人を対象としています。	被後見人	後見人	日用品の購入その他日常生活に関する行為を除いては、本人または成年後見人から常に取り消すことができます。

図２　任意後見制度の概要

任　意　後　見　制　度				
症　状	対象基準	本人	保護者	法律・契約行為
私は元気！何でも自分で決められる。	将来の判断能力の低下に備える人を対象にしています。	委任者	任意後見人	予め任意後見人を選んで、自己の生活、療養看護や財産管理に関する事務を委託し、代理権を付与しておく委任契約です。

①基本理念

ア．自己決定権の尊重

本人の自己決定権を尊重し、残存能力(現有能力)を活用しようという考え方です。

イ．ノーマライゼーション

高齢者や障害者であっても特別扱いをしないで、今までと同じような生活をして貰おうとする考え方です。

ウ．身上配慮義務

本人の状況を把握し、配慮する義務です。

②審判申し立ての方法

成年後見制度の申し立ては、本人が図１・図２に示すような状況になった場合に、家庭裁判所に対して行います。審判の請求権者は、以下の通りです。

ア．補助：本人、配偶者、４親等以内の親族、後見人、後見監督人、保佐人、保佐後見人、検察官

（ただし、本人以外の請求により審判をするには、本人の同意が必要です。）

イ．保佐：本人、配偶者、４親等以内の親族、後見人、後見監督人、補助人、補助監督人、検察官

ウ．後見：本人（意思能力を回復している場合に限ります)、配偶者、４親等以内の親族、未成年後見人、未成年後見監督人、保佐人、保佐監督人、補助人、補助監督人、検察官

（いずれの審判申し立ては、身よりのない方の場合は、市町村長に申立権を付与しています。）

エ．任意後見：本人、配偶者などの申し立てにより、契約の効力が生じます。契約は、公正証書によって行われます。

③契約・法律行為の概要

ア．財産管理に関する行為

貯金管理、不動産などの売買契約や賃貸借契約の締結、遺産の分割など

イ．生活、療養看護に関する行為

介護契約・施設入所契約・医療契約の締結など

ウ．特定法律行為

本人の生活、療養看護及び財産に関する法律行為であれば何でもよい。要介護認定の申請や介護契約の締結などがあります。

エ．重要な法律行為（民法第13条第１項で定められている行為）

＊貸金の元本返済を受けること

＊金銭を借り入れる。または保証人になること

＊不動産をはじめとする重要な財産について、手に入れたり、手放したりすること

＊民事訴訟で原告となる訴訟行為をすること

＊贈与すること、和解・仲裁契約をすること

＊相続の承認・放棄、および遺産分割をすること

＊贈与・遺贈を拒否する。あるいは不利な条件がついた贈与や遺贈を受けること

＊新築・改築・増築や大修繕をすること

＊一定の期間を超える賃貸借契約をすること

④法定成年後見制度のメリットとデメリット

ア．メリット

＊判断能力が低下した人の財産管理と身上監護をすることができます。

＊その内容が登記されるので成年後見人などの地位が公的に証明されます。

＊成年後見人などには取消権があるので本人が詐欺に遭っても取り消すことができます。

イ．デメリット

＊選挙権がなくなります（保佐と補助は除きます）。

＊会社の取締役や弁護士・医師などの一定の資格に就くことができない資格制限があります（補助は除きます）。

＊手続きに時間がかかるため、敏速性に欠けます。

⑤任意後見制度のメリットとデメリット

ア．メリット

＊契約内容が登記されるので任意後見人の地位が公的に証明されます。

＊家庭裁判所で任意後見監督人が選出されるので任意後見人の仕事ぶりをチェックできます。

イ．デメリット

＊本人の判断能力の低下前に契約はできるが実際に管理はできません。

＊死後の処理を委任することができません。

＊法定後見制度のような取消権がありません。

２）地域福祉権利擁護事業（注１）

地域福祉権利擁護事業は、社会福祉法において「福祉サービス利用援助事業」（第２種社会福祉事業）として位置付けられ、成年後見制度を補完する制度として1999（平成11）年から実施されています。

認知症高齢者や知的障害者・精神障害者などのうち、判断能力が十分でない人のために福祉サービスの利用援助と日常的な金銭管理・書類などの預かりサービスを行い、地域や在宅で安心した生活を送れるように支援するものです。

この事業を利用するためには実施主体と利用者が契約を結ぶ必要があり、ある程度の判断能力が必要となります。また、成年後見制度と異なり、サポートできる範囲が限られています。

①事業の概要

実施主体

主に都道府県社会福祉協議会です。実施に当たっては市町村社会福祉協議会の他、利用者の利便性などを考慮して、協力関係をつくりながら、事業の一部を地域のＮＰＯ法人や当事者団体に委託することができます。

援助内容

福祉サービスの利用援助および日常的金銭管理などです。法律的な財産管理はできません。利用者の参加により作成する自立支援計画に基づいて援助を行います。自立支援計画の策定は専門員が行い、現場の直接援助は生活支援員が行います。

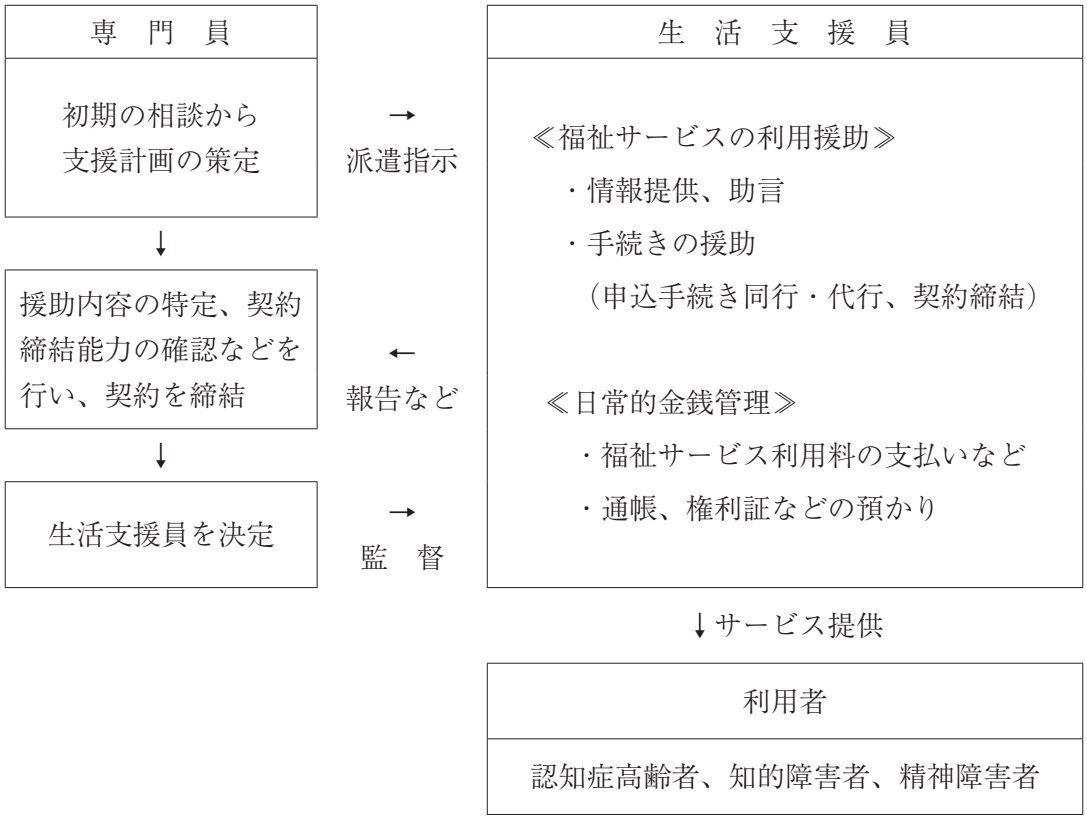
援助対象

日常生活を営むうえで必要となる福祉サービスの利用について、自己判断で適切に行うことが困難な人です。判断能力が不十分な認知症高齢者、知的障害者、精神障害者などが考えられますが、自分の意思で決定する契約締結能力が必要になるため、「契約締結判定ガイドライン」により、本人の能力を調査します。

援助の実施方法

利用者と実施主体が利用契約を結んだうえで実施されます。実際の援助は、「専門員」と「生活支援員」が行います。

図１　援助の実施方法の概要



オ．利用料

原則自己負担ですが、金額は実施主体によって異なります。生活保護の受給者などの低所得者は公費で補助し、利用料は無料です。

②その他の仕組み

契約締結審査会

都道府県社会福祉協議会に設置され、専門家により構成されています。利用者の契約締結能力に疑義が生じた場合に、その審査を依頼し、援助内容の審査を行います。

運営監視委員会

都道府県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に置かれています。事業の透明性、公正性の確保、事業に関する苦情解決のため、第三者で構成されています。

注１　「地域福祉権利擁護事業」は、現在は「日常生活自立支援事業に名称変更しています。概要は次の厚生労働省ホームページを参考にしてください。

日常生活自立支援事業について　（厚生労働省ホームページから）

日常生活自立支援事業とは、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うものです。

【実施主体】

○都道府県・指定都市社会福祉協議会（窓口業務等は市町村の社会福祉協議会等で実施）

【対象者】

○本事業の対象者は、次のいずれにも該当する方です。

・判断能力が不十分な方（認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等であって、日常生活を営むのに必要なサービスを利用するための情報の入手、理解、判断、意思表示を本人のみでは適切に行うことが困難な方）

・本事業の契約の内容について判断し得る能力を有していると認められる方

【援助の内容】

○本事業に基づく援助の内容は、次に掲げるものを基準とします。

・福祉サービスの利用援助

・苦情解決制度の利用援助

・住宅改造、居住家屋の貸借、日常生活上の消費契約及び住民票の届出等の行政手続に関する援助等

○上記に伴う援助の内容は、次に掲げるものを基準とします。

・預金の払い戻し、預金の解約、預金の預け入れの手続等利用者の日常生活費の管理（日常的金銭管理）

・定期的な訪問による生活変化の察知

【手続きの流れ】

○利用希望者は、実施主体に対して申請（相談）を行います。

○実施主体は、利用希望者の生活状況や希望する援助内容を確認するとともに、本事業の契約の内容について判断し得る能力の判定を行います。

○実施主体は、利用希望者が本事業の対象者の要件に該当すると判断した場合には、利用希望者の意向を確認しつつ、援助内容や実施頻度等の具体的な支援を決める「支援計画」を策定し、契約が締結されます。なお、支援計画は、利用者の必要とする援助内容や判断能力の変化等利用者の状況を踏まえ、定期的に見直されます。

※契約内容や本人の判断能力等の確認を行う「契約締結審査会」及び適正な運営を確保するための監督を行う第三者的機関である「運営適正化委員会」を設置することにより、契約による事業の信頼性や的確性を高め、利用者が安心して利用できる仕組みとなっています。

【利用料】

○実施主体が定める利用料を利用者が負担します。

（参考）実施主体が設定している訪問１回あたり利用料　平均1,200円

ただし、契約締結前の初期相談等に係る経費や生活保護受給世帯の利用料については、無料となっています。

※本事業の利用に関するご相談等は、お住まいの市町村の社会福祉協議会でお受けしております。

参考文献

＊松岡高、山口宏、小澤文雄、黒田重臣　「社会福祉士合格指導講座－テキスト２－心理学・社会学・法学・医学一般」Ｐ213～Ｐ215　Ｕ－ＣＡＮ

＊後藤卓郎、石川京子、松本峰雄、飯尾良英　「社会福祉士合格指導講座－テキスト１－社会福祉言論・社会保障論・公的扶助論・地域福祉論」Ｐ320～Ｐ323　Ｕ－ＣＡＮ

＊社団法人　全国老人保健施設協会　「介護老人保健施設職員ハンドブック‘06年度」Ｐ200～Ｐ202　株式会社厚生科学研究所

＊社団法人成年後見センター・リーガルサポート　「いつも、あなたのそばに。成年後見制度は、権利や財産を守る身近なしくみです。」パンフレット　Ｐ１～Ｐ６

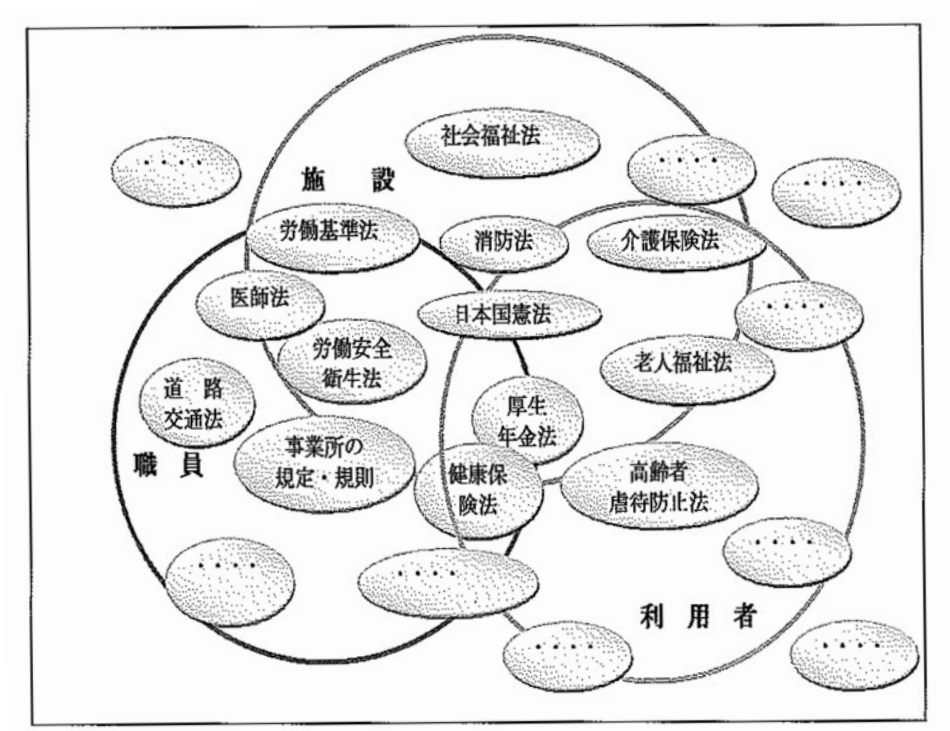
＊Ｗｅｂ「社団法人　成年後見センター　リーガルサポート」

＊Ｗｅｂ「成年後見制度完全マニュアル」（いなげ司法書士事務所）

（８）法令順守と関係法規

私たちが働く福祉施設は、多くが公共性の高い公費や介護報酬で運営しており、社会的にも期待が大きく注目を受けている業界といえます。そのため、ひとたび法令違反が明るみに出ると、その施設のみならず福祉や介護業界全体が社会的信用を失うという恐れがあります。にもかかわらず、まだまだ福祉事業者におけるコンプライアンス（法令順守）の不徹底や意識づけが十分でないことが課題となっています。私たちは、自らの生活の中で関わる無数の法律や規則にあわせ、施設や事業自体がかかわる法令、利用者の生活に関係する法令も理解していることが重要です。

たとえば、人員基準を満たさないなど、介護保険関係法令を違反したまま介護保険事業を継続した場合、介護報酬の返還、もしくは悪質な場合には介護保険事業指定の取り消しといった社会的制裁を受けます。事業主の労働基準法違反も懲役や罰金といった制裁を受けます。消防法や道路交通法違反においては、火災の拡大や死傷者をともなう大きな事故を引き起こす可能性を含んでいます。しかし、社会的制裁を逃れるためやみつかなければよい、ということではなく、私たちは、使命として、社会的な責任として法令順守を基本とし、その上に適切にリスクマネジメントを行い、福祉・介護業界の社会的信頼度を高めるための、社会貢献を行うことを忘れてはなりません。



（９）言葉遣いと身だしなみ

【介護における言葉遣い】

１）利用者様に対する言葉遣い

介護の現場では、利用者様の尊厳が第一というすばらしい倫理を持ちながら、その利用者様に対して“タメ口”や“友達感覚の態度”で接している介護職員が未だに多くいるという現実があります。人生の先輩でもあり、サービスを提供する側にとっては顧客でもある利用者様に対して、何故そのようなことが起こってしまうのでしょうか。その原因として考えられるのが、介護職員の感覚麻痺です。

介護施設には、支援する側＝介護職員と、支援される側＝利用者様という関係性があります。どうしても支援する側（介護職員）は、『してあげている』という思いが無意識に出てしまうといわれています。介護を必要とする利用者様は、歩行能力や食事の自立度など生活全般の機能の低下によって、人の手を借りなければ生活が成り立たないという現実があり、利用者様にとっては他人の手をわずらわすことへの遠慮もあるでしょう。このようなことから、介護する人と介護される人の間では上下関係が出来てしまっているのです。つまり利用者様に対する“命令口調”や“赤ちゃん言葉”は、まさに介護職員と利用者様の上下関係や介護職員の感覚麻痺を、如実に表しているものではないでしょうか。

さらに、介護職員の感覚麻痺を表しているものとして、友達言葉を使うことが、相手に親近感を与えると勘違いしている人がいることです。「親近感がある」＝「良いケアが提供できている」という勘違いがあるのかもしれません。しかし、先にも述べましたが、利用者様は友達ではありません。また、利用者様は目上の人でもあります。「年下の者が、年上の者に対して丁寧な言葉で話をする」というのはごく当たり前の事であり、たとえ自分が相手より年上であっても「職業人として顧客に接する者が丁寧語を使う」というのも極めて常識的なことであるはずです。つまり、我々には社会常識である礼儀をわきまえる必要があり、むしろ、そうでないほうが世間では非常識であるということを理解しなければいけません。自分の親が、他人の、しかも年の離れた若い職員から「～ちゃん」やニックネームで呼ばれたり、友達感覚の“タメ口や態度”で接せられたら、あなたならどう思いますか。自分に置き換えても、決してうれしくないでしょう。

また、認知症の人は、記憶障害が主な症状としてあり直前の記憶が全て失われてしまうために、我々がどんなに「馴染みの利用者様」と思っていても、利用者様からしてみれば我々は「初めて会う知らない人」かもしれないのです。知らない若者にいきなり馴れ馴れしく話しかけられることに対して、認知症の人はいつも混乱しているのです。だからこそ、介護サービスの現場での言葉の基本は「丁寧語」にしなければいけないのです。

我々が、常にプロとして適切な支援態度を維持しようとするなら、心にしっかり線引き

をし、いくら親しくてもラインを超えることなく、日頃の言葉遣いを適切にするという意識が不可欠なのです。

２）職場内での言葉遣い

我々は、職場内での職員同士の言葉遣いにも気をつけなければいけません。その理由は、社会人としてのマナーという面と、我々は『利用者様にとっての環境』でもあるからです。職場内には、上司と部下、先輩と後輩、年上と年下など色々な関係性があると思いますが、職場内で飛び交っている言葉がタメ口や雑なものであったら、そういった職員たちがいる環境で生活している利用者様はどう感じるでしょうか。決して気持ちの良いものではないと思います。だからこそ、我々は利用者様に対する言葉遣いは当然として、職場（利用者様にとっての生活環境）でも職員同士、普段からきちんとした丁寧な言葉遣いをするべきなのです。公私混同せず、出勤した時点で利用者様の生活の場にいるという自覚が求められているのではないでしょうか。

（参考・引用文献）

『人を語らずして介護を語るな。』　菊地雅洋著　2011

『人を語らずして介護を語るな　THE FINAL』菊地雅洋著　2013

『介護職のための接遇マナーガイドブック』　濱島しのぶ著　2008

【身だしなみ】

利用者様を支援するためには、まず介護職自身がしっかりと身だしなみを整える必要があります。人のイメージは第一印象でほぼ決まると言われていますし、身だしなみは社会人としての基本的なマナーで、利用者様に快く受け入れてもらうために大切な事です。身だしなみは服装のみならず、姿・形全般を示します。当然、髪型や化粧、爪の長さなども含まれ、それゆえ、身だしなみは、その人の仕事への姿勢や能力を表すといわれています。特に、高齢者の方たちと接する我々は、利用者様の生きてきた時代背景や価値観を理解し、相手に嫌悪感や不快感を与えないように気をつけなければいけません。

また、『服装の乱れは心の乱れ』につながり、心の乱れは言葉遣いに表れます。つまり、自分の身だしなみが整えられない人は、他人の服装にまで気を配ることが出来ないものなのです。

介護職員は一人一人がその施設や事業所の顔である事を自覚しなければいけません。自分の身だしなみや態度が、そのまま施設や事業所の評価に繋がるという認識をする必要があります。

《身だしなみの三原則》

①清潔

衣類が清潔であり、清潔に見えること。服やエプロンのしわや汚れは、不潔というイメージを、ボタンの取れたものや袖口の伸びたものは、だらしないイメージを与えてしまいます。

また、髪が長い人は、利用者様の顔などに髪先が当たったり食事介助の際に髪が混入しないように一つに束ねるのが基本ですし、肩にフケが落ちていたり、前髪が目にかかっているのも不潔感を感じさせます。

それ以外にも、利用者様に不快感を与えないように鼻毛が伸びていないか、口臭やタバコの臭いがないか、手の汚れや爪が伸びていないかも気にしなければいけません。また、男性の場合はひげの剃り残しや無精ひげ、女性の場合は化粧が派手過ぎないかなども配慮が必要です。

②機能的

自分の職場で指定された制服がなければ、服は動きやすいものを着用すること。自分の動きが制限されると、利用者様に負担が掛かります。

また、介助時に利用者様に触れることや摩擦などを考えて、柔らかい素材で、伸縮性や通気性も考慮する必要があります。

③安全

先の尖ったボールペンをポケットに入れたり、突起のある指輪やネックレスなど利用者様の身体を傷つける可能性のあるものは外すこと。ピアスは寝ている利用者様の口腔に落ちる場合や利用者様が引っ張ることも考えられますし、知らない間にベッドの上に落ちて利用者様の身体の下敷きになってしまうという危険もあります。さらに、ミサンガのように麻素材のものも、細菌やウィルスなどの目に見えない汚れが付着して、感染症の原因になってしまう危険性も考えられるなど、仕事中は装飾品を身に付けないのが基本です。

また、病院や介護施設でよくサンダル系の履物（ナースサンダルやクロックスなど）を履いているスタッフを見かけますが、災害時など、窓ガラスや物が散乱したりした中での利用者様の誘導時に、自分が先に怪我をする危険があります。確かにサンダルなどの履物は、履きやすく、通気性にも優れていますが、いざという時に利用者様の安全を守るという面においては、仕事に不適切であると言えるでしょう。

（参考・引用文献）

『介護職のための接遇マナーガイドブック』　濱島しのぶ著　2008

『おはよう21　2013年５月号』特集　介護現場の非常識

（10）記録について

１）記録の意味

介護記録とは、ケアの連続性の間に存在するものです。だから、文章能力の高い職員が上手い文章を書いたからといって、良い記録とは言いません。「良い記録」とは、介護技術や知識、観察力というスキルを身につけた職員が「誰が読んでも理解できる」「その時の情景が手にとるようにわかる」ものを文章化したものを言います。また、介護保険事業者は社会的な責任をもち、法に則って業務内容やサービス提供の過程を記録として残す義務があります。

記録を付ける意味は、

１、利用者に日々「質の高い介護」を提供するヒントとなる

２、利用者に介護をした「証」となる

３、職員自身の身を守る「証」となる

４、コンプライアンス（法令遵守）のため

５、利用者、家族、職員間でのコミュニケーションツール

６、事故や苦情などのリスク予防

７、介護職員の専門性をより高める

２）記録の基本原則と記録のとり方

５Ｗ１Ｈの原則	
１、Ｗｈｏ	（誰が）
２、Ｗｈａｔ	（何を）
３、Ｗｈｅｎ	（いつ）
４、Ｗｈｅｒｅ	（どこで）
５、Ｗｈｙ	（なぜ、どうして）
６、Ｈｏｗ	（どのように）

記録の基本原則に沿って記録を残すようにすると、読み手が状況をつかみやすく、より効果的な記録となります。

介護記録における文章は、ダラダラ長い文章ではなく、頭の中でイメージして整理してから書くように心がけましょう。記録する時間がない場合や業務後にまとめて書く場合は、メモを携帯し、いつでもメモを取れるようにしておくことも有効な方法です。

多くの施設で課題となっているのは、記録を書く時間の取り方です。新任職員や記録の苦手な職員には特に現場責任者が意識して時間を設けて記録を残させないと、記録を残せない悪い習慣が身に付き、取り返しのつかない状況になる恐れがあります。業務改善や記録の省力化などの見直しをおこない、時間を設ける努力が必要でしょう。

３）ケアマネジメントと記録

ケアマネジメントでは、個々人の身体の状態と心をしっかりと把握（アセスメント）して、生活上での課題を分析して目標を設けます。（ケアプランの立案）その目標に沿って毎日関わって、普段書いている記録に毎日実施している目標に沿った関わりを記入していくことが望ましいでしょう。

★ケアマネジメントの流れ

アセスメント
↓
ケアプラン立案
↓
プラン実施
↓
モニタリング
↓
再アセスメント

記録の活用

なぜなら、その記録を振り返って確認するということは、介護課程におけるケアプランの実施から評価（モニタリング）、そして再アセスメントというプロセスで使用されるからです。
介護職員は、日頃から利用者に関わり、「記憶」を頼りにカンファレンスで様子を報告することもあるかもしれませんが、ケアを展開するために「記録」という確かな情報、裏づけを基にカンファレンスをおこない、説明することが望ましいでしょう。

４）記録の具体例

10月10日（木）
12：30
KT　38.9（クーリング開始）
BP　152／85
水分　150

数値を記録することは重要ですが、左記のように数値のみになると、数値の把握しかできず、その時の状態がわかりません。
数値のみが独り歩きしている感じです。

10月10日（木）
12：30　本人居室にて
昼食後臥床介助時、熱感と倦怠感があり検温おこなう。
KT　38.9　悪寒ないためクーリング開始する
BP　152／85　普段より高め
口渇を訴えられるため、水分150飲用する。
ムセ込みなく、嚥下は問題なし。咳もなし。

介護職員の具体的な支援も読みとれる記述にすると読み手が状況を把握しやすくなります。
家族への連絡の際に伝えやすくなり、また、病院受診や医師の診察の際、その時にムセや咳がなかったという事実を伝えることができ、医師の診察の手助けにもなります。

10月10日（木）
12：30
昼食を食べられる（全量摂取）
昼食後､しばらく昼寝をされる。
13：00
レクリエーションに参加
15：00
外気浴をおこなう。

介助した内容の記録です。自分が提供した援助内容を客観的にとらえる必要があります。
左記のような観察記録だけでは、具体的な援助内容を頭に思い浮かべることは困難でしょう。観察した内容と自分が提供した援助を客観的にとらえて事実を文章化することが必要です。

10月10日（木）
12：30
昼食を食べられる。体調が良く食欲があったのか全量摂取される。昼食後、居室に戻られしばらく昼寝される。
13：00
レクのボーリングゲームに参加され､「やったあ、ストライクや」などと喜ばれ、他者とも「あんた何点やった」などと交流を深められる。約30分、楽しそうに過ごされる
15：00
体調良さそうで天気も良かったため、散歩に誘い近くの神社まで出かける。「もう米は刈ってるな」など言われ、世間話をしながら外気浴をおこなう。

どのように過ごされていたのか、その時の状況を誰が読んでもよく理解できます。
本人が話されたことを記入することでレクリエーションが好きな様子が理解できますし、ボーリングのストライクという言葉が出てきたことで認知症の度合いなども理解することができます。

この方のケアプランのサービス内容として「レクリエーションに参加を促し、他者との交流を深めていただきます。」などと計画されていれば、上記の記録で①レクリエーションに参加されていること、②他者と交流を図っていることが把握でき、ケアプランの評価や再アセスメントにつながってくるでしょう。

介護職員は、その時の援助内容を記憶を頼りに「たぶん･･･」などと言うことはなく、記録を見ながら事実として報告することができます。

（11）滋賀県老人福祉協議会　老人福祉施設職員ハンドブック（ケアプラン）

１）個別介護サービス計画

介護保険の基本理念は「自立支援」といえます。自立支援を端的にいうと「本人主体のケアの実践」とか「本人らしくあるための支援」といえます。

本人主体のケアを実現することは、在宅・施設を通じた共通の課題であり最も高いニーズであります。そのためには、本人や家族の立場に立って、ニーズを的確に把握し、本人に関わる他職種の協働によって、介護サービス計画（以下ケアプラン）を策定、実行、評価していく必要があります。本人主体のケアを実現していくためのケアマネジメントプロセスが確立していなければなりません。

◇アセスメントとは

アセスメントはケアマネジメント過程の中では、事前評価や課題分析といわれます。本人などの生活環境、残存能力を含む身体的・心理的状態、すでに提供されているサービスを整理して本人などの現状を分析し、本人が自立した生活を営むことができるように支援するうえで解決すべきニーズを把握することをいい、ケアプランを作成するにあたり、その方のニーズを明らかにしていくために必要な作業となります。

我々がアセスメントを実践する際に大切にしたいこととして、認知症の現象や疾病だけに囚われるのではなく、その人の望む生き方に対して、それを妨げる状況因子に関心を持ち、除去する創意工夫を織り交ぜる視点を持つことです。

◇サービス担当者会議

ケアプラン作成のため本人や家族の希望、解決すべき課題の確認を行い、本人のために何が必要であり、何ができるのかを確認していくこと。また、実行可能なサービスを勘案して、サービスの目標や達成時期などの意見交換を行う会議です。

施設サービスにおいては、ケアカンファレンスといい、居宅サービスプランに関わって居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員が主催する会議を「サービス担当者会議」といいます。後者は他機関の所属の異なる多職協働で実施することに特徴があります。

施設･居宅の会議において目的自体は共通ですが、大きく分け二つの性格があります。

一つ、はそれぞれの個々の事例（ケース）が抱えている問題を、会議における話し合いによって解決することを中心とした問題解決型のカンファレンスであるということ。

もう一つは、職員間、あるいは各機関の間で、支援対象者やその家族についての情報交換、意見交換を中心とした情報共有型のカンファレンスであるということ。定期的にこれを行うことにより、職員間、機関間の連携、協働を促すものとなります。

いずれにしても、大切にしなければならないこととして「本人のよりよい支援体制を整えること。」「機関同士がそれぞれに持っている機能、サービス、事業内容について理

解を深めること。」現状サービスの問題点、制度的限界を明らかにし、新たな施策展開に繋げる。」という３点を忘れてはいけません。

◇ケアプランとは

本人の身体状況や家族の希望、生活の状況などから、必要な介護サービスを適切に利用できるように作られる介護サービスの利用計画のことで、生活上の課題や設定した目標、サービスの種類や内容などが記載されます。

本人の自立生活を援助するには、心身の状況や環境などを総合的に評価し、生活全般の課題やニーズをつかんだ上で、問題点の解決や軽減を図るなど、ニーズを充足していくために適切なサービスを選択して組み合わせていく必要があります。一般には、このような様々なサービスを選択して組み合わせを計画表にしたものをケアプランといいます。施設においても、個々の利用者の状況や希望にあわせたサービスを計画する必要があり、その計画を施設サービス計画といいます。

そもそも、なぜケアプランが必要なのか？サービスを提供するには、「ケア」の根拠となるものが必要です。その根拠は、本人のニーズによって策定されたケアプラン以外にありません。介護する我々は、その根拠に基づきケアを実践するのです。あくまでも我々が作るものでなく、本人の意志とともに進化していくものなのです。

◇モニタリングとは

ケアマネジメントの援助過程の一つで、ケアプランと照らし合わせ、観察や把握を行うことをいいます。モニタリングにおいて、サービスが計画通り提供できていなかったり、目標に向けて不十分である場合は再度評価・検討することが求められます。一般的には定期的なモニタリングが必要とされていますが、本人の状況は日々変化し、それに応じてニーズも変化するために、モニタリングによる修正が重要となります。本人側も解決したい問題や課題に早期に対応してくれる介護者を求めています。

◇より良い連携に向けて

①活きた目標を設定する・・・具体性　実現可能

・目標が達成できない原因として、手の届かない目標を設定してしまった。アプローチの仕方に問題がある等。例）「過剰に手伝い過ぎた」等

②ケアプランを中心とした会議を行う。

・実践の現場とケアプランが隔離しないようにしましょう。

③ケアスタッフの個性が発揮できる環境がチームケアで活用できるケアプラン。

・対応が上手なスタッフ、ユニークな発想を持ったスタッフ、文章が得意なスタッフ、イベントの進行が上手なスタッフ、など個々の特性を引き出せる（相乗効果）内容だと成果は大きくなります。

「ケアプラン」とは、誰のための、何のためのものかといえば、それは本人の「生活の質の向上」のために、本人と私たちサービスを提供する側が合意した「サービスの指針」となるものです。そしてそれは、介護保険給付の証拠書類となるものもあります。時に本人の「生活の質の向上」という視点が忘れがちになっているですが、「尊厳あるケア」の実現に向けては、「ケアプラン」そのものの視点を“利用者主体”としていくことこそが、必要不可欠の課題であるといえるのではないでしょうか。「ケア」を実践する中で、最も大切なのは、ご利用者の暮らしにうるおいや笑顔を提供すること、幸せな気持ちになってもらうことです。

ケアプランシートに素晴らしい内容を記載することではなく、ケアプランを立てることで、ケアの専門職としての根拠の裏付け、介護職としての気づきを養い、ご利用者の暮らしを少しでも良くすることが目的なのだということを、忘れないでほしいと思います。

(12) 看取りについて

1)「老い」と「死」

人間は自然界にある生き物である限り、「老い」や「死」の問題は避けて通ることができないのが現実です。一人の人間にとっての「死」は、その「誕生」と同じぐらいに重要な出来事です。しかし、多くの場合「誕生」が喜びに満ちたものであるのに対し、「死」が悲しみに満ちたものであるためか、近代社会以降において「死」は縁起の悪いもの、不吉なものと捉えられてきました。「老い」も同様で、多くの場合「成長」が喜びに満ちたものであるのに対し、老いによる身体的な「衰え」がまるで悲しみに満ちたものであるかのように、「老い」の価値を否定し、「衰える」こと自体を問題視し過ぎていないでしょうか。

しかし本来「老い」は、人間なら誰しもに平等に訪れる、避けては通れない自然な現象です。歳をとれば、さまざまな臓器の機能が低下し、それに伴って身体のどこかに不具合が生じてくるでしょう。また、食事や水分も「死」に近づくにつれ体が欲しなくなっていき、さらには受けつけなくなっていきます。ですから、昔は徐々に食事が食べられなくなる、いわゆる老衰死が自然な死であったといえます。

いま、人の誕生と死の場所は、その８割以上が医療機関になり、そのため普通の暮らしのなかで、死を見る（そこに寄り添う）ことは極めてまれになってきています。今は、医療の進歩により少しでも長生きすることが良しとされ、アンチエイジングが当然のように語られるようになりました。いつまでも若々しくあることを重要視して、老いることを否定する気持ちが強い社会になってしまったといえるのではないでしょうか。

しかし、人間の歴史は、この避けて通ることのできない「老い」や「死」を、自然のものとして「受容」し、「死」や「老い」による「衰え」と折り合いをつけることを、人間としての《文化》だと考えてきたはずです。つまり、利用者様の人生の終末期に寄り添わせてもらえる価値ある仕事に従事する我々は、誰にも平等に訪れる「老い」や「死」を理解し、受け止め、日々の利用者様とのかかわりのなかで、ああしとけば良かった等と悔いの残ることのないよう、しっかりとした人間的なかかわりを持つことが望まれるのです。

2）看取りの現状

特別養護老人ホームにおいては、平成18年度から介護保険に看取り加算が創設され、施設での看取り介護が広く行われるようになってきています。また、厚生労働省が発表した「平成23年度人口動態調査」(2012) における「死亡の場所別にみた年次別死亡数」の結果によれば、平成23年中に老人ホームで亡くなられた人は、年間死亡総数に対して約4.0％で年々増加傾向にあります。今後、さらに高齢者の人口が増加するに当たり、このような特別養護老人ホームを中心とする「老人ホーム」で最後を迎える高齢者が増加する傾向は、益々強くなるものと考えられます。

また、日本は世界的に見ても高齢者の胃ろう造設を含む経管栄養が積極的に行われてきました。しかし、回復の見込みがないのに口から食べれなくなったからといって身体に管を通され、ベッドに縛り付けているのが、はたして本当にその人にとって幸せか…と、現在は見直す傾向にあります。日本老年医学会も平成24年に、『終末期の水分･栄養補給は、医療・介護従事者が患者本人や家族と十分話し合い、本人の意向や生き方を考慮して、本人のためにならないならば、控えたり中止したり出来る。』としたガイドラインを作成するなど、高齢者の胃ろうを含む経管栄養の是非についての状況は大きく変わろうとしています。

３）看取りケアの考え方

看取り（終末期）ケアとは、いかに「生」を築いていくかのケアにほかならず、普段の生活の延長線上にあるものです。それは、「今日を素敵に過ごし、そして終えるためのケア」でもあります。そのためには、介護予防などといって要介護度の高い利用者様にリハビリやレクリエーション・日課などを強要するのではなく、日々を安心して気持ちよく暮らしていけるように、「利用者様の気持ちの安心・安寧があるならば、それでよい」とする利用者様に寄り添った対応が、ケアする側に求められるのではないでしょうか。

また、利用者様のご遺体は「ケアの通信簿」とも言われています。つまり、「利用者様のご遺体」は、施設における看取りまでのケアが適切であったか否かを示すもので、これまでのケアを反映しているということです。老衰であれば痩せるのはある程度仕方がないですが、著しい数の内出血やおむつかぶれ、褥瘡や拘縮などは、普段のケアで避けることができるものです。

看取りケアとは死に対するものではなく、「いかに最期の時までその人らしく生きぬくか」を支えることなのです。「今日一日を花丸で終えるためのケア」を継続させることが、よりよい看取りケアに繋がるものと考えます。

そのためにも、普段から利用者様との関わりや観察を密にすることで、利用者様の変化に気付き、柔軟に対応することが求められているのです。

４）施設での看取りケア

看取りケアを受ける方および家族の価値観はそれぞれに異なります。従って、施設での看取りケアには、方針や指針が必要になってきます。施設として看取りケアをどのように実践していくのか、看取りケアに関する基本的な姿勢などを明確にするための基本方針や、医師・看護師との連携体制、緊急時の対応、家族との連絡体制、そして利用者本人、又は家族の同意を得るという体制が必要になってきます。

また、看取りケアの実践は大きく分けると、身体的ケア（ボディケア）および生活ケア、精神的ケア（メンタルケア）、医療的・看護的処置（クリティカル＆ナーシング）があり

ます。そして、家族に対するケアも忘れてはいけません。

①身体的ケア（ボディケア）と生活ケア

バイタルサインなどの体調を確認し、必要となる身体面のケアを行うもので、環境の整備もこの範疇です。主として、安寧、安楽への配慮、栄養と水分補給、排泄ケアなどがあります。また、本人の意思や体調などを考慮しながら清潔の保持もしっかり行うべき大切なケアで、当然ながらプライバシーへの配慮も欠かせません。

さらには、生活面でのケアとして食事、更衣、洗面、歯磨き、起居などがあります。特に食事は、看取り期間では食欲もなくなり飲み込む力も低下するので、食事自体を摂ることが困難になるものです。食事内容を変更したり、本人の嗜好品を提供するなど、食べたいものを食べられるときに…という工夫や配慮が必要になってきます。

②精神的ケア（メンタルケア）

身体的苦痛の緩和を第一に考えた上で、コミュニケーションを密にして訴えを受容し、可能な限り本人の希望に沿うようにします。終末期において、死にどのように臨んでいくのかは、利用者様それぞれに異なりますが、いずれにせよ、精神面へのかかわりは重要です。精神面でのアプローチとして肝心なことは、介護を受けている利用者様の心が満たされているのかどうかであり、そこを見ていくことが大切です。心が満たされているのかとは極めて抽象的な表現ではありますが、人間が生きていくためには、必要な人格的な欲求が満たされなくてはならないといわれています。

自尊心、愛情欲求、所属欲求、成就欲求などさまざまな人格的欲求を満たすために、我々はどのような接し方ができるでしょうか。手を取るだけでも落ち着き安心できたり、相手を評価し認めることで心が満たされることもあるでしょう。気持ちを敏感に察し、時には甘えられる存在になることも必要です。もちろん、たとえ意識が朦朧としてきても精神面への関わりは大事にしないといけませんし、※1 スピリチュアルケアなども必要になってくるものと思われます。

③医療的・看護的処置（クリティカル＆ナーシング）

医師だけしかできない処置もありますが、発熱、疼痛への配慮、点滴、酸素吸入等の処置は、医師の指示に基づき診療の補助として看護師が行います。

④家族に対するケア

ご家族が失望のあまり常態とは異なる態度をとることもあり、伴侶や親が死に瀕している場合の哀しみは他者には想像できないものがあります。ご家族の気持ちを察して、「話しやすい、過ごしやすい環境を作る」、「家族関係の支援にも配慮する」、「希望や心配事に真摯に対応する」、「ご家族の身体的、精神的負担の軽減を配慮する」、「死後の援助を行う」などがあります。

また看取り後には、ご家族へのねぎらいの声掛けや、落ち着いた頃に生前の故人を家族と共に偲ぶような機会をもつ等の※2 グリーフケアも必要になってきます。

看取り期間は、週単位や日単位で利用者様の状態が変化していくものです。従って、医師、看護師、栄養士、ケアマネージャーといった他職種との連携とカンファレンス、ご家族も含めた情報の共有がより重要になってきます。また、看取り後のカンファレンスなどを通して、自分たちが行ってきた看取りケアを振り返り、評価し、次のケアに繋げていくことが大切です。

５）介護職に求められるもの

最後に、看取りケアにとって最も大切なことは、看取りケアにあたる職員の意識です。死に逝く人を看取るという考えからケアをするのではなく、人生の先輩である利用者様が、人生の締めくくりを生き抜く時間と空間を共有させていただくために、ケアをさせていただいているという意識です。専門職として自分の介護観を持つことが大切であるように、自分の※3 死生観を持つことも大切でしょう。

看取りケアをさせていただく我々は、専門職である前に一人の人間としての礼儀作法が求められ、利用者様の尊厳に十分配慮して、真摯に心を込めた丁寧な対応が求められるのです。

【注釈】

※１スピリチュアルケア（spiritual care）　「なぜ生きているのか」「何のために生きているのか」「毎日繰り返される体験の意味は何か」「自分はなぜ病気なのか」「自分はなぜ死ななければならないのか」「死んだあとはどうなるのか」「人間に生まれ、人間として生きているということはどういうことなのか」などの問いは、人間誰しも抱えている]。スピリチュアルケアというのは、こういった問いに真正面から対面し、探究し、健全な解決へと向けて、絶え間なく働きかけることである。欧米では、施設内に礼拝堂があるなど、各宗教団体やその信者が、独自の宗教的な思想、教義を伝えることにより、対象者を救おうとする方法もその例である。

※２グリーフケア　配偶者や子供、親などの家族、親しい友人などと死別した人が陥る、複雑な情緒的状態を分かち合い、深い悲しみから精神的に立ち直り、社会に適応できるように支援することをいう。

※３死生観　死を通した生の見方をいう。宗派によっては生死観(しょうじかん)ともいう。具体的な型には、「人が死んだらどうなるか？どこへ行くのか？」「死後や死者をどう捉

えるか？」「生についての人々の考え方や理解の仕方」「生きることとは何か？死ぬことは何か？」などがある。

（参考・引用文献）

『介護のちから』　森繁樹　2011

『大往生したけりゃ医療とかかわるな』　中村仁一　2012

『「平穏死」という選択』　石飛幸三　2012

『終末期介護への提言「死の姿」から学ぶケア』　大田仁史　2010

『看取りケアの基本スキルがよくわかる本』　諏訪免典子　2012

『おはよう21　2013年４月号増刊』　Ⅷ死にゆくということ

『終末期胃ろう「中止可能に」本人の意向考慮　老年医学会が指針案』
読売新聞　2011年12月５日記事

論文『特別養護老人ホームにおける「看取り介護」の現状と課題』
福田洋子・徳山貴英・千草篤麿　2013

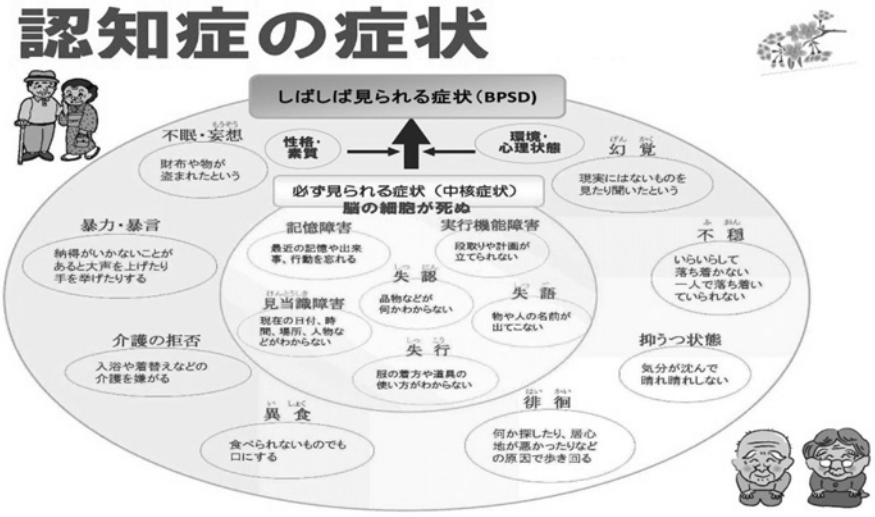
（13）認知症について

１）認知症についての理解

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ヶ月以上継続）を指します。認知症は症状であり、病気の名前ではありません。

認知症の種類と割合

	疾　患　名	特　　徴	割合
変成疾患（徐々に悪化）	アルツハイマー型認知症	・記憶障害が強い ・新しいことが覚えにくく、判断力、思考力も徐々に低下 知的能力だけではなく感情面や意思の面にも変化がある ・末期近くまで歩くことができる	６割
	レビー小体病	・パーキンソン病様症状 ・幻視・幻聴等の幻覚症状	１割
	前頭側、頭型認知症	・常同行動（パターン化された行動） ・周回行動（徘徊とは異質） ・非社会的な行動（軽犯罪・万引き等） ・物事に無頓着になる	
脳血管性	脳梗塞 脳出血 脳動脈硬化等	・一日のうちや日によって症状の変動が大きい ・できることとできないことの差が大きい ・記憶力、判断力の低下 ・思考力障害が現れる ・初期から手足の動きが悪くなることが多い	２割
認知症と間違われやすい疾患等（早期発見・早期治療で症状の改善がみられる場合がある）		・甲状腺機能低下症 ・ビタミンB12欠乏症 ・アルコール中毒などの内分泌 ・代謝性中毒症 ・クロイツフェルト・ヤコブ病 ・ヘルペス脳症などの感染症 ・脳腫瘍や慢性硬膜下血腫等の脳外科疾患 ・正常圧水頭症など	



２）認知症ケアのポイントについて

認知症の方は人的環境（家族・介護職員も含む)、物的環境（自宅・施設等の環境、光や物音)に敏感であり、介護職員として認知症に方に対し「言葉のかけ方や態度、表情等」に配慮しケアを行うこと、物的環境については、今まで大切にしていた物や物に対するこだわり等を理解すること、光の光度や騒音等への配慮もBPSDの緩和を促進することになる。

また、認知症の方は喜怒哀楽等の感情にも敏感な反応を示す場合が多く、記憶障害のある方でも、感情の部分は記憶に残っていることもある。認知症ケアのポイントは「その人を理解」し、個々の落ち着いた環境の整備を図ることが重要である。

パーソンセンタードケア（本人を中心としたケア）

一般的に認知症を物忘れや徘徊、暴力行為、物盗られ妄想等々のある認知症の人として捉える傾向があると考えられています。認知症の人として、捉えるのではなく、「一人の人格をもった人生の先輩」として、認知症の人の尊厳を養護し、その人らしい生活を支援することが最も重要と考えられます。

（14）口腔内吸引

目　　的	口の中や気道にある痰や唾液、食べ物の残りを吸引器を使って吸い取り、口腔内を清潔にすること。
必要物品	小型ポータブル吸引器、吸引カテーテル、消毒用アルコール綿、手袋 消毒液入り容器、吸い上げ水、バイタルチェック用具、パルスオキシメーター、ゴミ袋、延長コード
手　　順	①利用者の状態観察 一般状態ー表情、顔色、意識状態、息苦しさ、 口腔内の観察ー痰の量、食物残渣の量、出血、腫れ、乾燥 バイタルチェック、パルスオキシメーター測定 ②吸引の準備 必要物品を準備し手洗いを行う 吸引器の作動チェック　20Pka（パスカル） ③手指消毒を行う ④吸引することの説明 ⑤カーテンを閉め、プライバシーの確保を行う。 ⑥ベッド頭側を30度ギャッジアップし、安全に吸引を受けられる姿勢を整える ⑦手袋を装着する ⑧口腔内を観察して痰や食物の位置を確認する ⑨吸引チューブを取り出し、吸引器と接続し吸引圧の確認をする ⑩吸い上げ水を吸い、チューブ内を湿らしておく ⑪ ⑫利き手でチューブの先端から10cm～15cmの所を持つ ⑬開口を促し､チューブを押さえながら､口内へ５cm～10cm静かに挿入する ⑭チューブを回転させ位置をずらしながら、圧が一カ所にかからないように吸引する。１回の吸引時間は10秒以内とする ⑮利用者の吐き気・嘔吐、顔色が悪い、口腔内に損傷や出血が見られたら直ちに中止する ⑯使用したチューブの外側をアルコール綿で拭き、チューブ内を吸い上げ水を吸い、洗い流す ⑰連結部からチューブを外し消毒液の容器に戻す。⑱口腔内吸引終了後、利用者の様子を観察し発声できるか確認する。 ⑱吸引したものの観察を行う。 ⑲手袋を外し、アルコール綿で消毒する。 ⑳パルスオキシメーターで90％以下でないことを確認する ㉑後かたづけはいつでも使えるように整理し、定位置の置く ㉒時刻吸引した結果を記録する

吸引の留意事項

・口腔内吸引は医療行為であり、医師・看護職員・介護職員相互の連携体制が必要である
・口腔内ケアだけでは痰や唾液などの分泌物が取りきれない場合に限り、口腔内吸引の対象者とする
・高齢者では舌が奥に下がり、喉頭の奥に唾液や痰が溜まり易くなる。口腔内吸引では眼で確認できる範囲を吸って取り除く方法である
・口腔を触れる場合は手袋を着用し、口を閉じてしまう人はではブロック型器材を用いる
・痰や唾液が取り切れていない場合は、少し休んで呼吸状態を確認し、再度吸引する
・咽頭部より奥の吸引が必要な場合は、看護職員に報告・相談する
・吸引器を常にベッドサイドに設置する場合は，吸引チューブは最低１日１回、消毒液と吸上げ水は８時間毎に交換する
・認知機能が低下している方や、同室者がいる場合は、誤飲する可能性があるため放置しない
・窒息など緊急性の高い場合の対応は、チーム内で業務指針を話し合い、決めておく

（15）身体拘束と虐待防止

介護保険制度が、平成12年４月にスタートし、それに伴い、高齢者が利用する介護保険施設等では身体拘束が禁止された。

身体拘束は、人権擁護の観点から問題があるだけではなく、高齢者のQOL（生活の質）を根本から損なう危険性を有している。それ故に、身体拘束の問題は高齢者ケアの基本的なあり方に関わるものであり、関係者が一致協力して廃止に向けた努力がなされる内容である。

１）それでは、身体拘束とはどんな内容を指すのでしょうか？

身体拘束の基本的なものには下記の３つの項目があります。

①スピーチロック

「動くな。」「危ない。」「だめ！」などと言葉で行動を制止すること。

②フィジカルロック

居室や建物のドアや玄関に鍵を掛けて出入りを制限する。縛って立たせなくする、身体的行動を制限する。

③ドラッグロック

薬で徘徊などの行動を制限する。

上記は、分かりやすく表現していますが、①については、実は日常的に我々が口にしていることかもしれません。②については、一度自施設の環境などを見直してみると改めて発見があるかもしれません。③については、医療との連携が大きなカギとなります。

厚生労働省が2001年に発表した「身体拘束ゼロの手引き」に11項目で具体例が表明されているので参考にしていきましょう。

①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

③自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。

④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。

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

⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないようにＹ字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。

⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。

⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。

⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。

⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。

⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

上記の11項目が、厚生労働省が発表した内容です。上記内容については、よく理解できますし、しては行けない行為だということもよく分かります。けど･･･？？？。現場で働く職員にとっては、「？？？」マークがたくさん出てきます。というのも、現場ではこの項目以外にもたくさんの事例が散在しており、むしろ当てはまらない内容の方が多いかもしれません。

［１］利用者が自分の体を自由に動かせないように抑制してはならない。

［２］利用者の移動先（行動）を強制的に限定してはならない。

このように解釈すると分かりやすいかもしれません。ただ、こうして項目を確認するだけでも、身体拘束がいかに非人道的な行為なのかが分かります。

２）では、なぜ身体拘束がいけないのか？

そもそも、なぜ身体拘束がいけないのでしょうか？本人の安全確保のためには必要と考えられるのでは？という施設も多くあります。しかし、筋力の低下・食欲低下などの身体的弊害、本人や家族に精神的なダメージを与え、介護スタッフの前向きな気持ちを踏みにじるといった精神的弊害、介護施設に対する社会不信を招くといった社会的弊害、といった３つの弊害があると言われます。が、さほど難しく考えなくても、人間を縛るという不自然な行為はしないに越したことはありません。

さらに、拘束をすることによって、高齢者の体力を奪い、認知症が進む、その結果、せん妄や転倒などの、２次的、３次的な障害が生じ、その対応のために更に拘束を必要する状況が生まれます。最初は「一時的」と始めた身体拘束が、時間の経過とともに「常時」の拘束となってしまい、場合によっては、高齢者の死期を早める結果につながりかねないのです。

３）では、身体拘束をしないとどうなるのか？

転倒・転落事故が増えます。ベッドから降りようとして落ちる。椅子から立ち上がり転ぶ。トイレに行こうとして転ぶ。また、経管チューブや点滴を引き抜いてしまう。自分の顔や身体を掻きむしるなどの自虐行為を防ぎにくくなるのも事実です。

徘徊を防止するためだけに、四肢を縛るというケースは徐々に減ってきているようですが、日中過ごすフロアのドアのカギを掛ける、暗証番号を入力しないとドアが開かない玄関にしないと施設から離れ行方不明になるケースが出てきます。

４）なぜ、やめられないのでしょうか？

もし、マンツーマンで介護ができるなら、問題行動を未然に防げるから拘束は必要なくなるかもしれません。しかし、多くの施設で耳にするのは、スタッフの数が十分でないた

め、じっくり関わる時間が無い、人手が足らない。余裕がない。目が届かないから拘束しておく。それに慣れ恒常化してしまうケースが多くあります。

もう一つには、スタッフの意識の問題があります。立ち上がらないように車いすにテーブルを設置する事などを、拘束だと考えていないスタッフが居ます。また、新人スタッフが入職し、それらに疑問を感じたとしても、主任クラスなど、発言力のあるスタッフが「拘束を有効」だと考えている場合、それらの疑問を抑え込んでしまうことも多くあります。逆にこのような、行為によって意欲を無くす職員も多くいることも事実としてあります。

施設全体として、事故の可能性についての説明を行い家族等の理解を促す努力が必要となるでしょう。

万が一、事故が発生したとしても、身体拘束をしていなかったことだけを理由として、法的責任を問われることはありません。むしろ、身体拘束以外の事故発生防止をしていたかどうかが問題になるという事を知っておきましょう。

５）身体拘束は本当にやめられないのか？

身体拘束については、「身体拘束をしないと事故が増える。」「スタッフが足りなくて見守りができないから。」というような、様々な固定観念があり、それが、廃止への取組みを阻害しているケースが多くある。しかし、このような固定観念は、介護現場の実践の積み重ねにより、多くは誤解を含んでいることが明らかになってきている。

・身体拘束は安全確保になるのか？

身体拘束の事故防止の効果は必ずしも明らかでなく、身体拘束を行う事で、無理に立ち上がろうしてして、車いすごと転倒する。ベッド柵を乗り越えて転落するなど、逆に重大な事故を誘発してしまう事がある。そして何よりも問題なのは、本人の筋力を確実に低下させ、意欲を減退させてしまい寝たきり状態になってしまうことである。つまり、「転倒すらできない状態」にまで追い込んでいるのである。

まず、第一は転倒や転落を引き起こす原因を分析し、それを未然に防止するよう努めることである。例えば夜間の徘徊が頻発するのであれば、昼間に適度な運動を実施し昼夜逆転を予防し生活リズムを改善するなど。

第二は、事故を防止する環境をつくるということ。例えば、利用者の導線の中に手すりを設置する。足元にものを置かない。ベッドを低くする。などの工夫によって転倒・転落の危険性を相当程度低下させる事が可能である。

６）身体拘束廃止のために

・身体拘束を廃止することは決して容易なことではありませんが、施設全体、そして本人やその家族も含め全員が強い意志をもって取組むことが何よりも大切である。身体拘束

廃止に向けて、まず、以下の５つの方針を確かなものにすることである。

①トップが決意し、施設が一丸となって取組む。

・組織のトップや責任ある立場の者が「身体拘束廃止」を強く決意すること。さらに、事故やトラブルが生じた際に、トップが責任を引き受ける姿勢が必要である。一部のスタッフだけが一生懸命に取組むのではなく、施設長をトップとして多職種が参加する「身体拘束廃止委員会」を設置し、現場をバックアップする。

②みんなで議論し、共通認識を持つ。

・この問題は、個人それぞれの意識の問題でもあるが、身体拘束の弊害を認識し、トップも入れて、スタッフ間で十分に議論し、全員で問題意識を共有していく努力が求められる。その際に大切なのは、「利用者中心」という考え方である。特に家族に対しては、話し合いの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や転倒等の事故防止策や対応方針を十分に説明し、理解と協力を得なければならない。

③身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。

・まず、個々の高齢者についてもう一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としない状態を作り出す方向を追及していくことが重要である。問題行動がある場合にも、「そこには何らかの理由がある。」と考え、取り除くことが大切である。様々な理由があるが、通常次のような事が想定される。

・スタッフの行為や言葉かけが不適当か、またはその意味が分からない
・自分の意思にすぐわないと感じている
・不安や孤独を感じている
・身体的な不快や苦痛を感じている
・身の危険を感じている
・何らかの意思表示をしようとしている

このような、原因を追及し改善していくことで、問題行動は解消する方向に向かう。

④事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。

前項でも述べたように、手すりを付ける、足元に物を置かない、ベッドを低くする、車いすを改造するなどの工夫によって、事故は相当程度防ぐことが可能となる。

そして、スタッフ全員で助け合える態勢つくりが大切である。落ち着かない状態にあるなど個人での対応が困難な場合については、日中・夜間・休日を含め施設全体で随時応援に入れるような、柔軟性のある態勢を確保することが重要である。

⑤常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合は極めて限定的に。

・身体拘束せざる得ない場合についても、スタッフの妥協による拘束が存在しないか、本当に代替する方法がないのかを真剣に検討することが求められる。拘束されている人に

ついては、「なぜ、拘束されているのか」を常に考え、まず、いかに解除するかを検討することから始める必要がある。

・問題の検討もなされずに、漠然と拘束をしている場合は、直ちに拘束を解除する。また、困難が伴う場合であっても、ケア方法の改善や環境の整備など創意工夫を重ね、解除を実行する。迷走する場合は、外部の研究会や研修などに参加し、必要な情報を積極的に入手する必要があります。

７）緊急やむを得ない場合の対応はどのようにするのか？

①３つの要件をすべて満たすことが必要。

切迫性…利用者本人又は、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。

※本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでも必要と判断されるまで、生命又は身体が危険にさらされる可能性が高いことを確認する、必要があります。

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。

※いかなる場合でも、身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を検討し、生命又は身体を保護するという観点から他に代替する方法がないことを確認する必要がある。

一次性…身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

※最も、短時間の想定が必要である。

②手続きも慎重に取り扱う必要がある。

仮に、３つの要件を満たす場合でも、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、施設全体としての判断が行なわれるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。「身体拘束廃止委員会」といった組織において、事前に手続き等を定め、関係者が幅広く参加したカンファレンスなどで判断できる体制を原則とします。

事前に、利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を可能な限り詳細に説明し、十分に理解を得るように努めます。その際は、施設長や医師、その他の責任ある立場の者より説明を行うなど、説明手続きや説明者についても事前に明文化しておく必要があります。

緊急やむを得ず身体拘束を行う場合についても、常にそれに該当するかどうかを観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には、直ちに解除しなければなりません。

③記録の義務つけ

緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録する必要があります。

具体的な記録は、「身体拘束に関する説明書･経過観察記録」を用いるものとし、日々

の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に係る再検討を行うごとに、随時その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、スタッフ間、施設全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有する。この、「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」は、施設において保存し、行政担当部局の指導監査が行なわれる際に提示する必要があります。

文献：「身体拘束ゼロへの手引き」

高齢者虐待とは？

人は全て、子どもであろうが高齢者であろうが、安心できる場所で、人として尊重され、自信をもって生きていたいという望みをもっています。しかし、何らかの理由でそれが叶わなくなる場合があります。家族から軽んじられたり、無視されたり、実の子どもに暴力を振るわれたり…。

本来、このような事態はあってはなりません。しかし、悲しいことに、保健医療福祉の現場でも高齢者への虐待などの話しを見聞きすることは、それほど珍しいことではありません。施設は閉ざされた空間ですので、誰にも気づいてもらえず、助けを求めることすら出来ない高齢者が居られることも事実でしょう。ひょっとしたら我々の近くにも居られるのかもしれません。

高齢者虐待とは、高齢者の「人としての尊厳を傷つける行為」です。心身を傷つけられ、気力を奪われ、自分に自信がなくなっていく…。これらの状態が続けば続くほど、心身に及ぶ影響は大きくなります。その影響は、いずれ人を死に至らしめるかもしれないほどの重大な事故を引き起こしかねません。それが、高齢者虐待なのです。

１）虐待の種類

①身体的虐待

殴る、蹴る、つねるなどで、裂傷や打撲などの跡を残すことがある。本人の意に反し手足を縛る身体的拘束もこれに当たる。

②性的虐待

性的な暴力、発言、DV、セクシャルハラスメントなどが該当する。

③心理的虐待

脅迫や侮辱などの言葉による暴力、恫喝、侮蔑など。

④ネグレスト（介護や世話の放棄）

生活に必要な介護の拒否、意図的な怠慢、必要な医療や食事、衣類や暖房の提供をしない、病気の放置など、生活上の不合理な制限、戸外への締め出し。

⑤経済的虐待

年金・預貯金・財産を横取りしたり、不正に使用したり、売却したりする。

・上記の内容を見てみると、身体拘束の内容と重複する部分もあり、密接に関係していて完全に切り離して考えることが難しいことが分かります。

～法整備による保護の状況～

2000年に法改正された成年後見制度により、高齢者の法的保護が図られるほか、2006年には「高齢者虐待防止法」が制定され、「虐待のおそれがある。」と思われる段階で、地域包括支援センターへ通報できることが明示され、早期の発見と対処が図られるようになった。

２）なぜ、虐待は起こってしまうのか…

介護者が、高齢者を虐待してしまう理由として、

①介護によって生じたストレスの発散。

②認知症の高齢者に対する行き過ぎた躾。

などが挙げられます。施設職員は決められた勤務時間のみ介護をしますが、在宅での介護は「365日24時間」切れ目のない介護を課されますので、このようなストレスは尋常ではありません。

まず、介護によって生じたストレスは、高齢者のおむつ交換をして尿や便に接することで、激しい生理的嫌悪に襲われます。忙しい時間帯に便失禁などを発見すると、異様に腹が立つ瞬間があるのは、我々も経験していることだと思います。また、認知症の高齢者が、帰宅願望などで落ち着きが無くなり、歩き回ることによって転倒リスクが高まります。何度説明しても効果が無い、付き添う人員が不在などという理由から、過度に制止（座ってなさい！）せざる得ない状況が発生するなどは日常の風景です。このような、日々の悶々としたストレスが、虐待という行為に走らせてしまうことがあります。

自覚がない場合も少なくなく、高齢者が危険な状態に陥っているというケースもあるのが特徴です。虐待が疑われるケースの約１割は、生命の危険がある状態だとも言われています。

３）虐待の要因のタイプ

①介護負担蓄積型…高齢者介護や共稼ぎ夫婦などで、不慣れな負担の多い世話を継続することに疲れてしまい、先行きに希望が持てない状況に陥り、それらの不安や不満、疲労などストレスを高齢者に向けてしまう。

②力関係逆転型…子どものころ親に高圧的に育てられた、あるいは支配的な夫婦関係や嫁姑関係があった場合などでは、高齢者の心身の衰えや介護をきっかけとして、それまでの力関係が逆転し、虐待行為に至ってしまう。

③支配関係持続型…高齢者が長い間、弱い立場に置かれ、被支配的な関係が継続していた

場合、高齢者の心身の衰えにより「支配―被支配」の関係が増強してしまう。

④関係依存密着型…親子、夫婦の間の関係に多くみられるタイプ。高齢者、養護者が共依存の関係が基盤にあり、介護の負担が生じたことにより、虐待行為に至ってしまう。

⑤精神障害型…高齢者か養護者のどちらかに、アルコール依存や精神障害、人格障害がある場合。

４）虐待への対応方法

①対応への心構え

・職員、あるいは専門職による虐待は、その職業倫理に照らしてみても許されるものではなく、まして、施設内のような専門職集団の多数がチームでケアに当たっているような、複数の監視が可能な場所において、職員が虐待を行うことはあってはならない事です。

しかし、家族の希望、利用者の安全の確保、業務上の都合などを理由にして安易に行なっている虐待の身体拘束（抑制）に始まり、言葉による暴力や態度による無視などが行なわれています。

人権侵害に当たると思われる、明らかな故意による傷害や不注意による外傷など、非意図的であっても不適切な介護のなかのある部分は虐待と受取られるようなケースが存在します。

②対応方法の基本的な流れ

～事実確認～

まずは、報告されたような事実が存在したのかどうかについて調査します。調査方法は、虐待を受けている者への聞き取り、関係者への聞き取り。その場合、日時の記録は必須であり、例え曖昧であっても、何日、何時頃、どのような事があったのか、関係する出来事なども明記します。

～事情聴取～

虐待を受けている者への訴え、身体状況、関係者の聞き取り内容等を総合的に勘案して、虐待の事実が存在したのかどうかについての当該職員の事情聴取を、複数の管理者が同席の上で実施します。また、聴取内容を録音しておきます。

～職員への通知・改善計画の提出～

事実確認・事情聴取を経て、実際に虐待があったという場合は、虐待のレベルに応じて、その旨を当該職員に通知し、それ相当の処分があり得ることを通告する。そのうえで、改善勧告を出し、改善のための取組みについて計画書を提出させます。

～改善計画のチェック～

提出された改善計画に基づき、具体的に実行されているかどうかを、１ヶ月程度の期

間をおいてチェックし、改善されていない場合には最終的な処分を行います。処分の内容は、訓告・懲戒・解雇もあり得ます。（これらの処分は、労働権の侵害とも関係するので、法令に沿って慎重に扱います。

※その他にも、利用者間の虐待・暴言、面会者や実習生などによる虐待なども考えられますので、そのようなケースに対する対応への備えも必要です。

長々と、文章で説明しましたが、安易に身体拘束という方法を選んでしまう、意識・無意識に関わらず、虐待をしてしまうことは決して珍しいことではありません。なぜなら、私たちの心の中に誰しもが持ちうる“怒り”“ストレス”“憤り”などが、そのような形に表現してしまうからです。

だからこそ、我々は常に、「これでいいのか？」「私は、間違っていないか？」自分に問いかけることが必要です。

そして、それを職場の仲間で常に確認し合いながら、話し合いながら、日々のケアに当たることが大切です。その為には、職場は常に風通しがよく、上司・同僚とも芯から話し合える関係性が必要と言えるでしょう。

そんな、職場には“人を傷つけるような行為”なんてものは、存在しないのだと思います。

（16）介護職員のキャリアパスについて

平成21年現在、我が国の高齢化率は「22.8％」となっています。

また、世帯構造も大きく変化しており、平成21年現在の世帯総数は、4,801万世帯であるが、そのうち、65歳以上の者がいる世帯が、2,013万世帯、全体に占める割合が41.9％となっており、その半数以上は単独世帯と夫婦のみの世帯（合計1,062万世帯）である。

かつては、65歳以上の高齢者のいつ世帯のうち、半数近くは三世代世帯が占めていたが、その割合は、年々減少傾向にあり、将来的にも、高齢の単独世帯・夫婦のみの世帯が増加するものと見込まれている。

高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加や介護期間の長期化など介護に対するニーズが増加する一方、核家族化・単身化の進行や家族介護者の高齢化など要介護高齢者支えてきた家族を巡る状況も変化するなかで、平成12年度には、介護保険制度が導入されました。この制度の対応に併せ、近年の介護ニーズの多様化・高度化に対応し、質の高いサービスを安定的に提供していく為には、高齢者や障害者等に対する介護サービスの担い手である「介護人材」の安定的な確保と、その資質向上が不可欠である。

なかでも、介護現場において中核的な役割を果たしている介護福祉士の制度は、昭和63年に創設され、その後、認知症高齢者の増加、「措置」から「契約」への変更、成年後見・権利擁護への対応など、新しい役割が求められている。このため、介護福祉士の資格取得方法について、その資質向上を図る観点から、平成19年法律改正が行われ、すべての者について、一定の教育プロセスを経た後に国家試験を受験するとの形に、資格取得方法が一元化された。

しかしながら、介護福祉士の資質向上が期待される一方で、現在の介護分野においては、地域によって人手不足が生じている等の課題があり、介護人材の安定的な確保に向けたきめ細かい配慮が必要となってきている。

介護人材を取り巻く環境

～介護職員数の推移～

・平成20年現在、介護職員数は、128万人であり介護保険制度が導入された年と比較すると２倍以上となっている。一方で、今後は、「団塊の世代」が高齢者となっていくため、平成37年には、212～255万人程度の介護職員が必要になるとされている。

～介護福祉士の推移～

・介護保険事業に従事する介護福祉士については、平成20年現在で、40.6万人となっており、介護職員128万人に占める介護福祉士の割合は、31.7%である。この数字は、介護保険制度導入後から、３倍以上となっている。

～労働市場の状況～

・近年の介護分野の労働市場の動向をみると、平成18年度から20年度にかけて、有効求人倍率が急激に上昇したが、平成21年度には、経済情勢の変化により有効求人倍率が大幅に低下した。

しかしながら、平成22年度に入り、労働市場全体の有効求人倍率は0.5％～0.6％倍前後で推移しているものの、介護分野における有効求人倍率は上昇傾向にある。加えて、中長期的には、必要となる介護職員は増加していく一方で、労働力人口は減少していくことから、人材難の状況が続くと考えられ、引き続き介護人材の確保対策に取り組んでいくことが重要である。

キャリアパスの全体像

・介護人材のキャリアパスを検討していくうえでは、入職時点、一定の実務者経験を経た後など、それぞれの段階ごとに求められる役割や能力を明確にしたうえで、その能力の修得を目指した資格・研修体系を構築していく必要がある。

１）介護人材の養成体系を整理

①今後のキャリアパスは、「初任者研修修了者→介護福祉士→認定介護福祉士」を基本とする。

⇒簡素で分かりやすいものとし、介護の世界で生涯働き続けることができるという展望を持てるようにする。

②現在のホームヘルパー２級を「初任者研修（仮称）」と位置付ける。

介護職員基礎研修は、実務者研修の施行に合わせて、事務者研修に一本化する。

⇒初任者研修は、在宅・施設を問わず、介護職員として働くうえで基本となる知識・技術を修得する研修とする。

③実務者研修は、以下のように見直し。

ア、研修時間は、450時間

⇒実務者研修の目標は、幅広い利用者に対する基本的な介護提供能力の修得。

また、研修を通じて今後の制度改正や新たな課題・技術・知見を自ら把握できる能力の獲得を期待。

一方、実務者研修に負担感を持つものも多い現状を踏まえ、現場職員の意欲を減退させない配慮も必要であること等から、研修目標は維持しつつ、時間数を見直し。（600時間→450時間）

イ、働きながらでも研修を受講しやすい環境を整備

⇒通信教育の活用、身近な地域で研修を受講できるための環境整備、過去に受験した研修（ホームヘルパー２級等）を読み替える仕組み、受講費用の支援等。

ウ、施行を３年間延期（24年度→27年度）

⇒実務者研修の見直し、介護福祉士によるたんの吸引等の実施に伴い、施行時期を延期。

④介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験の義務付けの施行を３年間延期

⇒19年法改正の趣旨（資格取得方法の統一化）や、介護福祉士によるたんの吸引等の実施に向けた養成カリキュラムの検討が必要であること等を勘案し、試行時期を延期（24年度→27年度）。

⑤介護福祉士資格取得者がステップアップできるよう、認定介護福祉士（仮称）の仕組みづくりを進める。

⇒資格取得後、一定の実務経験を経て、幅広い知識・技術を身に付け、質の高い介護を行い、他の現場職員を指導できるレベルに達した介護福祉士を職能団体が主役となって認定する。今後職能団体が主役となって、具体化に向けた検討を行う。

２）介護職員に占める介護福祉士の割合の目安を提示。（当面５割以上）

⇒利用者に対する質の高いサービスの提供と介護人材の確保という２つの目的を両立させていく観点から、当面５割以上を目安とする。

今後の検討の視点

・資格取得後のキャリアアップを目指す介護福祉士が一人でも多く認定介護福祉士になろうとする意欲を引き出すとともに、認定介護福祉士が国民の理解を得られるものとするには、認定介護士が「できること（業務独占）」を明確化する必要がある。このような、明確なものがあれば、処遇面でも一段高い評価をされるような仕組みを構築していくことが可能となり、介護人材の確保・介護現場の魅力の向上につながるものと考えられる。

平成25、26年度　滋賀県老人福祉施設協議会

次世代育成委員会

担当副会長　　黒　田　　隆　　せせらぎ苑　苑長

次世代育成委員

◎美松苑	施設長	富士原　要　一
近江第二ふるさと園	園　長	林　　公　信
奥びわこ	施設長	榊　原　　尊
かふかの里	施設長	林　　繁　久
菖蒲の郷	施設長	木　津　秀　子
能登川園	施設長	水　本　弘　光

老人福祉施設職員ハンドブック編集委員

美松苑	工　藤　　猛	介護主任
近江第二ふるさと園	菱　田　美代子	生活相談員
奥びわこ	田　中　清　隆	所長
かふかの里	廣　田　淳　次	ユニットリーダー
菖蒲の郷	荒　木　　猛	介護士長
能登川園	伊　藤　善　行	事業部長