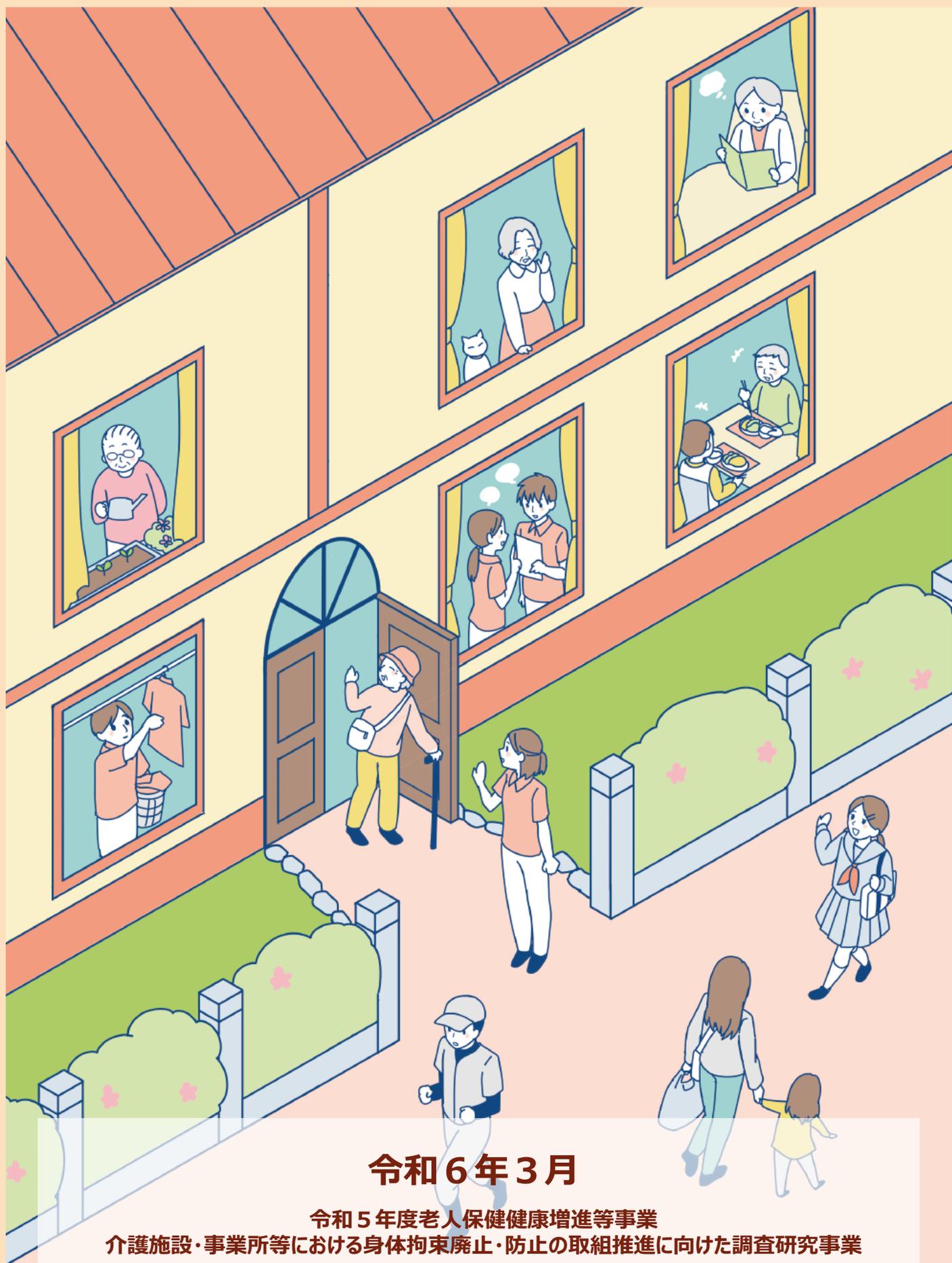


介護施設・事業所等で働く方々への

# 身体拘束廃止・防止の手引き



令和6年3月

令和5年度老人保健健康増進等事業  
介護施設・事業所等における身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた調査研究事業

※本手引きは「身体拘束ゼロへの手引き-高齢者ケアに関わるすべての人に-」をもとに作成しております

## 「身体拘束ゼロへの手引き」見直しの経緯

介護施設における身体拘束廃止・防止の取り組みは、介護保険法施行前から先駆的な施設や病院において取り組みが始まり、身体拘束をゼロにするべく、平成13年に「身体拘束ゼロへの手引き」が作成されました。

この「身体拘束ゼロへの手引き」は、主に介護施設向けに作成されたものでしたが、介護分野だけでなく、医療・保健分野等にも普及し、現在、身体拘束ゼロへの取り組みは広がっています。

「身体拘束ゼロへの手引き」が作成された平成13年以降、平成17年には介護保険法の目的規定（第1条）に高齢者の「尊厳の保持」が加えられる等の改正があったほか、令和6年1月1日に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下、「認知症基本法」という。）が施行される等の新たな立法もありました。

高齢者<sup>1</sup>の尊厳を損なう不当な身体拘束は、施設だけでなく、当該高齢者の生活する在宅においても確認されている現状を踏まえ、高齢者に対する不当な身体拘束を廃止・防止するべく、介護施設に加えて、在宅における介護事業所と家族等も対象とし、「身体拘束ゼロへの手引き」を見直しました<sup>2</sup>。

## 「尊厳の保持」と「自立支援」の実現のために

本手引きでは、平成13年の手引きが触れていなかった高齢者の「尊厳の保持」の意味および重要性について記載しています。

平成12年に施行された介護保険法では、高齢者各自がその能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように「自立支援」を行うことを目的としていますが、平成12年当時は、高齢者の「尊厳の保持」については規定しておらず、平成17年の改正によって、高齢者の「尊厳の保持」を目的規定に加えしました。

また、平成15年に厚生労働省は、高齢者の「尊厳の保持」と「自立支援」の目的のもとに、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進しています。

そして、認知症基本法においても、「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすこと」（第1条）がその目的として示され、「地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるようにする」ことを基本理念の一つとしています（第3条第1項第3号）。

よって、本手引きは、施設だけではなく、在宅においても不当な身体拘束が確認されている現状を踏まえ、介護施設・事業所および家族を対象として、「尊厳の保持」と「自立支援」に必要な本人の意思の尊重や意思決定支援の重要性についても触れました。あわせて、高齢者の介護は家族が担うことが多いため、家族への支援についても書き加えています。

施設および在宅ケアにかかわる本人・家族・介護職員等として、今後も、生活の場である施設および在宅において、不当に身体を拘束する・されることなく、基本的人権を守る環境整備に取り組んでいきます。

令和6年3月  
身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた検討委員会 委員一同

1. 本手引きでは、65歳以上の高齢者だけではなく、介護保険の第2号被保険者である40歳以上の方々、若年性認知症の方々も対象としています。
2. 本手引きは、平成13年に発行された「身体拘束ゼロへの手引き」に在宅サービス等における身体拘束廃止・防止のあり方や事例等を補足・追記したものです。身体拘束廃止・防止の在り方については、「身体拘束ゼロへの手引き」もあわせてご活用ください。

# 目次

## 1. 身体拘束廃止・防止の意義 P3

- 1-1. 本人の尊厳を保持した生活を支援するケアを目指して
- 1-2. 身体拘束とは
- 1-3. 身体拘束はなぜ問題なのか
- 1-4. 身体拘束ゼロに向けて

## 2. 身体拘束廃止・防止に向けて P8

- 2-1. 身体拘束廃止・防止に向けた基本方針
- 2-2. 身体拘束を必要としないためには
- 2-3. 在宅生活において身体拘束を行わないためには

## 3. 緊急やむを得ない場合の対応 P19

- 3-1. 緊急やむを得ない場合の三つの要件
- 3-2. 緊急やむを得ない場合に求められる手続き
- 3-3. 緊急やむを得ない場合に記録すべき内容

## 4. 身体拘束廃止・防止に取り組んだ事例 P26

身体拘束廃止・防止に取り組んだ事例のポイント

事例① 代替方法の検討を十分に行った実践事例

事例② 緊急やむを得ない場合の適正な手続きを行った実践事例

事例③ 地域連携により身体拘束廃止・防止に取り組んだ実践事例

事例④ 原因除去により身体拘束を解除することができた実践事例

事例⑤ 在宅で家族を支援し、身体拘束廃止・防止した実践事例

事例⑥ 身体拘束を要しない在宅生活を実現した実践事例

## 巻末資料 P34

参考資料 介護保険指定基準の身体拘束禁止規定

参考資料 身体拘束廃止・防止に関する参考情報一覧

本手引きにおける引用一覧

有識者検討委員会 委員一覧

# 1. 身体拘束廃止・防止の意義

# 1-1. 本人の尊厳を保持した生活を支えるケアを目指して

すべての高齢者が尊厳を保持した生活を継続していくためには、本人にかかわるすべての方が「尊厳の保持」を理解し、たとえ本人が認知症等により介護が必要となり、自分の意思を周囲の人々に十分に表明できない状態、または周囲の人々から確認できない状態であったとしても、本人の自立したその人らしい生活を支えるケアを確立することが重要です。

本人の自立したその人らしい生活を支えるケアの確立にあたっては、施設・事業所等の中だけではなく、本人にかかわる家族や関係者・関係機関等の中で「尊厳の保持」について共通認識を持つことが前提となる。

実際に「本人の自立したその人らしい生活を支えるケア」を確立していくうえでは、本人の望む生活や気持ちを理解することが第一歩となる。認知症だからこうした方が良いはず、要介護状態だからこれはできないだろう等と勝手に決めつけず、できること・できる可能性があることに着目し、本人の意思を尊重し、誰もが大切にしたい生活を続けていくための努力が求められる。

## 「尊厳の保持」が謳われた経緯

日本国憲法第13条前段は、「すべて国民は、個人として尊重される。」と規定している。これは、どのような状態にあっても、すべての人間には侵すことのできない価値が等しくあり、その尊厳がまもられるべき旨を規定したものである。そして、国民と国民との間の基本的な関係を規定した法律（民法）においても、「個人の尊厳」を旨として解釈されるべきことが定められている（第2条）。

平成12年4月に施行された介護保険法は、「尊厳の保持」を規定していなかったが、同年5月に改正された社会福祉法は、福祉サービスの基本的理念として、「個人の尊厳の保持」を定めた（第3条）。また、「2015年の高齢者介護」（平成15年6月高齢者介護研究会）（以下「2015年の高齢者介護」という）は、「高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること、すなわち『高齢者の尊厳を支えるケア』の実現」を目指すべき旨を提言した。これらを受けて、平成17年6月に改正された介護保険法は、高齢者が「尊厳を保持」することをその目的規定（第1条）に加えた。そして、令和6年1月に施行された認知症基本法においても、「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすこと」が、その目的として示されている（第1条）。

「2015年の高齢者介護」が提言するように、「その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること」が「尊厳の保持」には必要であるが、たとえ認知症等の影響により、自分の意思を周囲の人々に十分に表明できない状態、または周囲の人々から確認できない状態であったとしても、人間として尊重し、その人らしいケアをすることが「尊厳の保持」には不可欠である。

身体拘束は、本人の行動の自由を制限し、尊厳を損なう行為である。誰もが大切にしたい生活を続けていくために、本人にかかわる家族や関係者・関係機関等の中で、共通認識を持つ必要がある。

## 「尊厳を保持」した生活を支えるケアとは

「2015年の高齢者介護」では、「高齢者の尊厳を支えるケア」とは、「高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること」としている。

この「自分の意思」で生活を送ることを可能とするには、高齢者一人一人が自分で意思を形成し、それを表明し、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくこと、そして決めたことを実現していくことが重要である。

そして、すべての人が、「生命」をはじめ、その人がもつ権利が護られ、誇りを持った一人の人間として、その人らしく暮らし続けていくことができるように支援する権利擁護の視点が求められる。

高齢者のケアに携わる者は、自分の行っているケアを、自分自身あるいは自分の大切な家族等、自分ごととして捉え、施設や事業所等の都合は一切排除し、家族の想いや状態を把握し支援しながら、目の前の本人の声、声なき声をしっかりと聞いていくことを心掛ける必要がある。

## 1-2. 身体拘束とは

身体拘束とは、「本人の行動の自由を制限すること」です。

身体拘束は、本人の行動を、本人以外の者が制限することであり、当然してはならないことです。

緊急やむを得ない場合であっても、本人以外の者が、本人に対して、非常に強い権限を行使する重みを理解し、本人の尊厳を守るために、適正な手続きを極めて慎重に行う必要があります。

そして、これまで示されてきた「身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為」の11項目は、あくまでも例示であり、他にも身体拘束に該当する行為があることに注意が必要です。

### 身体拘束とは

身体拘束とは「本人の行動の自由を制限すること」である。

(令和3年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業「介護現場における適切なシーティングの実施に係る事例及び研修に関する調査研究事業（高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き(追補版)）」より一部改変)

「身体的拘束等」とは、介護保険法に基づいた運営基準上、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」であり、入所者（利用者）の「生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き」行ってはならず、原則として禁止されている。

本手引きにおいては、介護保険法に基づいた運営基準上の「身体的拘束等」と「身体拘束」を同義として用いている。

なお、「緊急やむを得ない場合」の適正な手続きを経していない身体的拘束等は、原則として高齢者虐待に該当する行為とされており、本人の居住地自治体に相談・通報が必要である（厚生労働省「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」より一部改変）。

### 身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為(例)

身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為には、次のような行為が挙げられている。

しかし、これらは、あくまでも例示であり、他にも身体拘束に該当する行為があることに注意が必要である。

- ① 一人歩きしないように、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、ベッドを綱(サイドレール)で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手装等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣や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、ベッド等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。

「身体拘束ゼロへの手引き」（平成13年3月厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）より抜粋



身体拘束に該当する行為か判断する上でのポイントは、「**本人の行動の自由を制限しているかどうか**」です。大切なのは、本人に向き合い、**アセスメント**を十分に行い、施設・事業所の組織および本人・関係者等で**協議し、身体拘束廃止・防止に向けた取り組みを定期的に見直し、改善していくこと**です。

# 1-3. 身体拘束はなぜ問題なのか

身体拘束廃止・防止を実現していく第一歩は、ケアにあたる職員のみならず施設・事業所の管理者を含めた組織全体および保険者等の関係機関が、身体拘束は高齢者の尊厳を害し、その自立を阻害する等の多くの弊害をもたらすことを認識し、常に意識することです。

## 1 身体拘束がもたらす多くの弊害

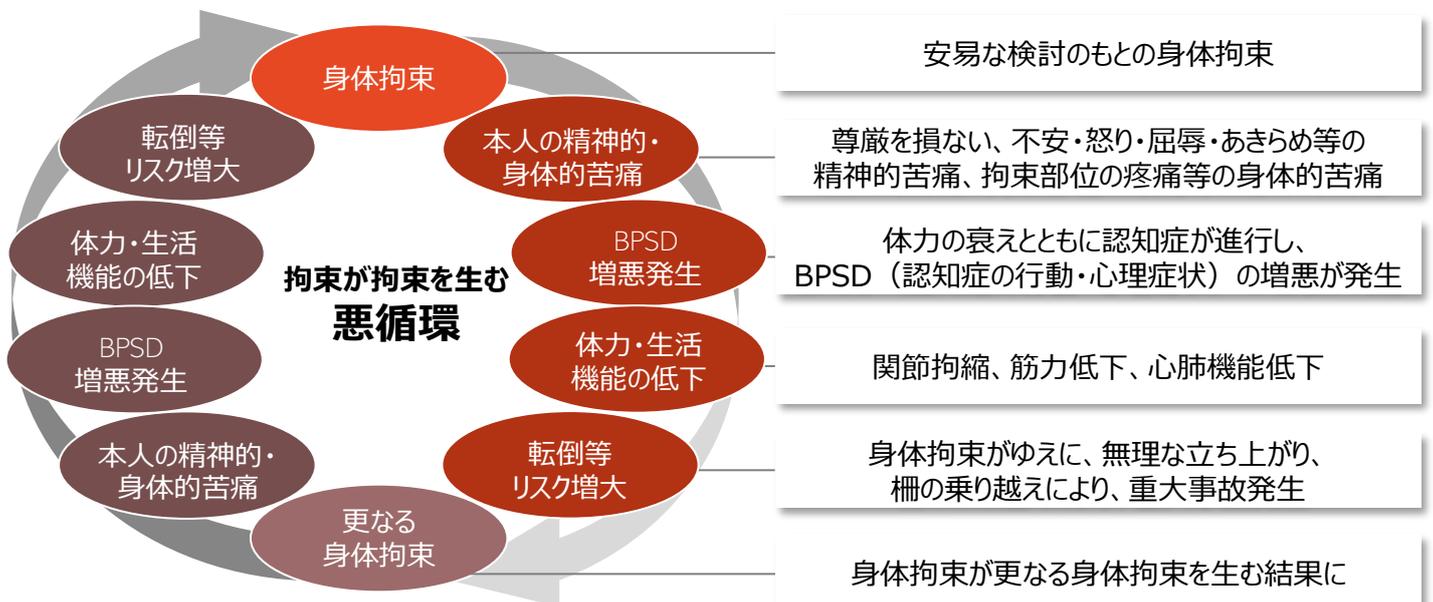
<b>身体的障害</b>	<p><b>身体拘束は、まず次のような身体的弊害をもたらす。</b></p> <p>(1) 関節拘縮、筋力低下、四肢の廃用症候群といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡の発生等の外的弊害</p> <p>(2) 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下等の内的弊害</p> <p>(3) 拘束から逃れるために転倒や転落事故、窒息等の大事故を発生させる危険性</p>
<b>精神的弊害</b>	<p><b>身体拘束は精神的にも大きな弊害をもたらす。</b></p> <p>(1) 本人は縛られる理由も分からず、人間としての尊厳を侵害</p> <p>(2) 不安、怒り、屈辱、あきらめ等の精神的苦痛、認知症の進行やせん妄の頻発</p> <p>(3) 拘束されている本人の姿を見た家族に与える精神的苦痛、混乱、罪悪感や後悔</p>
<b>社会的障害</b>	<p><b>こうした身体拘束の弊害は、社会的にも大きな問題を含んでいる。</b></p> <p>(1) 看護・介護職員自身の士気の低下</p> <p>(2) 施設・事業所に対する社会的な不信、偏見を引き起こす</p> <p>(3) 身体拘束による本人の心身機能の低下は、その人の QOL を低下させるだけでなく、更なる医療的処置を生じさせ、経済的にも影響を及ぼす</p>

## 2 拘束が拘束を生む「悪循環」

身体拘束による「悪循環」を認識する必要がある。認知症があり体力も低下している高齢者を拘束すれば、ますます体力は衰え、認知症が進む。その結果、せん妄や転倒等の二次的・三次的な障害が生じ、その対応のために更に拘束を必要とする状況が生み出されるのである。

最初は「一時的」として始めた身体拘束が、時間の経過とともに、「常時」の拘束となってしまう、そして、場合によっては身体機能の低下とともに高齢者の死期を早める結果にもつながりかねない。

身体拘束の廃止は、この「悪循環」を、高齢者の自立促進を図る「よい循環」に変えることを意味しているのである。



「身体拘束ゼロへの手引き」（平成 13 年 3 月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）一部改変

## 1-4. 身体拘束ゼロに向けて

身体拘束に対してさまざまな固定観念があり、それが廃止への取り組みを阻害していないでしょうか。「本人の安全確保のため」「職員不足等から身体拘束廃止・防止は不可能」といった考え方がありますが、これらは、介護現場での実践の積み重ねにより、多くは誤解を含んだものであることが明らかになってきています。

### 1 身体拘束は安全確保のために本当に必要なのか

身体拘束を廃止できない理由として、しばしば「本人の転倒・転落事故を防ぐ必要がある」ということが挙げられる。

しかし、身体拘束による事故防止の効果は必ずしも明らかでなく、逆に、身体拘束をされているために無理に立ち上がろうとして車椅子ごと転倒したり、ベッド柵を乗り越え転落する等事故の危険性が高まることが報告されている。そして、何よりも問題なのは、身体拘束によって本人の筋力は確実に低下し、その結果、体を動かすことすらできない寝たきり状態になってしまうことである。つまり、仮に身体拘束によって転倒が減ったとしても、それは転倒を防止しているのではなく、本人を転倒すらできない状態にまで追い込んでいることになる。

事故は防ぐ必要がある。しかし、その方法は身体拘束であってはならない。

まず第一は、転倒や転落を引き起こす原因を分析し、それを未然に防止するように努めることである。例えば、夜間の一人歩きによる転倒の危険性がある場合には、適度な運動によって昼夜逆転の生活リズムを改善することで夜間の一人歩きそのものが減少する場合も多い。

第二は、事故を防止する環境づくりである。例えば、入所者の動線に沿って手すりを設置する、足元に物を置かない、車椅子を体に合ったものに調整する、ベッドを低くする等の工夫により、転倒・転落の危険性は相当程度低下することが明らかになっている。

なお、「介護施設内での転倒に関するステートメント」（日本老年医学会・全国老人保健施設協会）では、「転倒（転落を含む）は、老年症候群の代表的な症候であり、原因は極めて多彩かつ複合的であるため、転倒予防対策の有無にかかわらず個々人のリスクに応じて一定の頻度で発生するもの」とされている。また、転倒・転落したとしても本人への影響を軽減する工夫を行うことも有用である。

### 2 身体拘束の廃止は不可能なのか

また、身体拘束を廃止できない理由として「人手不足」を挙げる意見もよく聞かれる。しかし、現実には現行の体制で身体拘束を廃止している施設もある。そうした介護現場では、食事の時間帯を長くすることで各人のペースで食べられるようにして自力で食べられる人を増やす、トイレ誘導を行いオムツの使用を減らす等、さまざまな工夫によってケアの方法を改善し、身体拘束廃止・防止を実現しているのである。逆に、基準を上回る介護体制にありながら、身体拘束を行っているところが少なくないのも事実である。

確かに介護現場には、一定程度人手が必要である。しかし、まず何よりも重要なことは、「人手不足」であることを、身体拘束廃止ができない理由とする前に、どのような介護をめざすのかを具体的に明らかにし、身体拘束廃止・防止に果敢に立ち向かう決意を施設の責任者・職員全体で行うことである。

「身体拘束ゼロへの手引き」（平成 13 年 3 月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）一部改変

#### 認知症の本人からの声

みなさんが日々、身体拘束廃止・防止の取り組みを実践してくださっていることに感謝しています。

本人は、「そこが安心して過ごせる場所で、信頼できる人たちと過ごしていると感じたい」と思っています。

「本人にとって納得のいかない拘束」という状況が続くと、そこは自分の居場所ではなくなります。本人の不安や恐怖が一気に高まり、それによっておきる言動が「ケアする人にとっては拘束の対象」になるのではないかと、そうした悪循環が想像されます。拘束自体は「ケアとは別もの手段」の一つとして考えてほしいです。

目指してほしいのは、安心と信頼と笑顔の交流の場。そこに焦点をあてていくと、拘束をなくしていけるのではないのでしょうか。言葉が話せず、理解できていないようにみえても、人としてあたりまえのコミュニケーションをとりながら、本人と一緒に、拘束をしないケアを模索してほしいです。

みなさんにエールをお送りします。安心と信頼と笑顔が生まれるよう、一緒に頑張っていきましょう！

一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ代表理事 藤田和子

## 2. 身体拘束廃止・防止に向けて

## 2-1. 身体拘束廃止・防止に向けた基本方針

身体拘束を廃止・防止することは決して容易ではない。看護職員・介護職員だけでなく、組織全体、そして本人やその家族等も含め全員が強い意志をもって取り組むことが何よりも大切です。

### 身体拘束廃止・防止に向けてなすべき 4 つ の方針

#### 1 組織一丸となった取り組みの重要性

##### 組織のトップが決意し、施設や事業所が一丸となって取り組む

組織のトップである法人理事長や施設長、管理者等の責任者が「身体拘束廃止・防止」を決意し、職員をバックアップする方針を徹底することがまず重要である。それによって、職員は自分の責任となってしまう等の不安が解消され、安心して取り組むことが可能となる。

一部の職員が廃止に向けて一生懸命取り組んでも、他の職員が身体拘束をするのであれば、現場は混乱し、効果はあがらない。施設や事業所の全員が一丸となって取り組むことが大切である。そのためには、例えば、施設長や管理者をトップとして、医師、看護職員・介護職員、事務職員等、施設・事業所全体で、身体的拘束等適正化検討委員会が適切に機能するように検討する等、身体拘束廃止・防止に向けて現場をバックアップすることが考えられる。



「身体拘束ゼロへの手引き」（平成 13 年 3 月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）一部改変

#### 組織一丸となって身体拘束廃止・防止に取り組んでいる実践事例

開設当初から身体拘束廃止・防止の理念を掲げ、組織全体に対する理念浸透を徹底している事業所では、下記の内容を研修等を通して伝えており、その結果、**そもそも身体拘束をするという発想が職員内で生まれな**  
**い風土が醸成されている。**

##### 【他職種連携に関する実践事例】

- 認知症の方が落ち着かない行動をとることには必ず理由があるため、普段接している介護職員や看護職員がその理由を探り、その理由となっていることに対応している（例えば、家族に会いたいという気持ちから一人歩きする方に対しては、実際に家族に会ってもらう）。
- 緊急やむを得ない場合に該当する可能性があっても、多職種によるアセスメントや外部の専門家等（医師、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士等）との連携により、代替策を徹底的に洗い出し、検討している。
- 介護職員の視点では「歩くと危ない」と考えてしまう場合があるが、リハビリテーション専門職が歩行訓練や安全に歩けるような環境評価・設定、認知機能評価、声かけの仕方のアドバイス等を行っているため、介護職員が自信を持ってケアを提供できている。
- 組織として、スピーチロックも身体拘束とし、「ちょっと待ってね」等の言葉の言い換え等に取り組んでいる。

##### 【組織のトップの取組に関する実践事例】

- 新人研修において、本人の暮らしが重要であることを、組織のトップ自らが法人理念とともに新規入職者に伝えている。その後、体験形式の研修として、介護する側・される側に分かれ、声かけの仕方、笑顔、介護の方法等について学ぶようになっている。そして、理念に沿ったケアが実施できているか、入社 1 カ月後および定期的にチェックシートに基づいて確認している。
- あわせて、管理職、薬剤師、看護職員等のチームでラウンド（回診）しており、入居者（利用者）の生活状況や服薬状況、ケア提供の状況等を確認している。

## 2 身体拘束を必要としないケアの実現

### まず、身体拘束を必要としないケアの実現をめざす

本人についても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ケアを作り出す方向を追求していくことが重要である。認知症の行動・心理症状がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り、取り除くことが大切である。認知症の行動・心理症状の原因は、本人の過去の生活歴等にも関係するが、次のようなことが想定される。

- (1) 職員の行為や言葉かけが不適切か、またはその意味が理解できない場合
- (2) 自分の意志にそぐわないと感じている場合
- (3) 不安や孤独を感じている場合
- (4) 身体的な不快や苦痛を感じている場合
- (5) 身の危険を感じている場合
- (6) 何らかの意思表示をしようとしている場合

したがって、こうした原因を除去する等の状況改善に努めることが重要である。

## 3 本人・家族・施設や事業所等での共通意識の醸成

### みんなで議論し、共通の意識をもつ

個人それぞれの意識の問題でもある。身体拘束の弊害をしっかりと認識し、どうすれば廃止できるかを、トップも含めた組織全体、そして本人家族、本人にかかわっている関係者・関係機関で十分に議論し、みんなで課題意識を共有し、チームケアを実現していく努力が求められる。在宅介護においては、複数法人・事業所で協議することも有用である。

その際に最も大事なものは「本人中心」という考え方である。中には消極的になっている人もいるかもしれないが、そうした人も一緒に実践することによって理解が進むのが常である。本人や家族の理解も不可欠である。特に家族に対しては、ミーティングの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や事故の防止策や対応方針を十分説明し、理解と協力を得なければならない。



## 4 常に代替的な方法を考えることの重要性

### 常に代替的な方法を考え、 身体拘束を必要とするケースは極めて限定的に

身体拘束せざるを得ない場合についても、本当に代替する方法はないのかを常に検討することが求められる。「仕方がない」「どうしようもない」とみなされて拘束されている人はいないか、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、まず、いかに拘束を解除するかを検討することから始める必要がある。検討もなく「漫然」と拘束している場合は、直ちに拘束の解除を試みる。

また、身体拘束の解除に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等創意工夫を重ね、解除を実行する。解決方法が得られない場合には、外部の研究会に参加したり、相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にする。

運営基準上「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであり(20頁参照)、すべての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要である。



## 2-2. 身体拘束を必要としないためには

身体拘束を必要としないためには、身体拘束を行わざるを得なくなる要因を特定し、その要因を改善することが求められる。こうした取り組みによって、施設・事業所等のケアの質の向上や生活環境の改善が図られていくことが期待されます。

### 身体拘束を必要としないための 3 つの原則

#### 1 身体拘束を必要とする要因を探り、その要因を改善する

身体拘束をやむを得ず行う理由として、次のような状況を防止するために「必要」といわれることがある。

- 一人歩きや興奮状態での周囲への迷惑行為
- 転倒のおそれのある不安定な歩行や、胃ろう・経鼻経管栄養・点滴等のチューブ類の抜去等の危険な行動
- かきむしりや体をたたき続ける等の自傷行為
- 姿勢が崩れ、体位保持が困難であること

しかし、それらの状況には必ずその人なりの理由等の要因があり、職員のかかわり方や環境に課題があることも少なくない。したがって、その人なりの理由等の要因を徹底的に探り、除去あるいは改善する工夫が必要であり、そうすれば身体拘束を行う必要もなくなるのである。

身体拘束を行う前に、工夫できることはたくさんある。本人がどのような生活をしたいか、本人とともに考えていきたい。

#### 2 5つの基本的ケアを徹底する

まず、基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整えることが重要である。

##### ①起きる、②食べる、③排せつする、④清潔にする、⑤活動する(アクティビティ)

これらの5つの基本的事項について、その人に合った十分なケアを徹底することである。

例えば、「③排せつする」ことについては、「自分で排せつできる」、「声かけ、見守りがあれば排せつできる」、「尿意、便意はあるが、部分的に介助が必要」、「ほとんど自分で排せつできない」といった基本的な状態と、その他の状態のアセスメントを行いつつ、それをもとに個人ごとの適切なケアを検討する。

こうした基本的事項について、一人一人の状態に合わせた適切なケアを行うことが重要である。また、これらのケアを行う場合には、一人一人を見守り、接し、触れ合う機会を増やし、伝えたくてもうまく伝えられない気持ちやサインを受け止め、不安や不快、孤独を少しでも緩和していくことが求められる。

また、生活リズムを整えることに加えて、健康状態を整えることも重要である。医療専門職と連携しながらアセスメントを行い、本人に応じた最適なケアを行っていきたい。

#### 3 身体拘束廃止・防止をきっかけに「より良いケア」の実現を

このように身体拘束の廃止・防止を実現していく取り組みは、施設・事業所におけるケアの質の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束廃止・防止」を最終ゴールとせず、身体拘束を廃止していく過程で提起されたさまざまな課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいくことが期待される。

## ケアの基本

### ケアの基本は本人の意思の尊重

ケアの決定と実施にあたっては、認知症の症状にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有することを前提にして、本人の意思決定を支援する必要がある。認知症の本人は、言語による意思表示が上手くできないことが多く想定されるため、意思決定支援者は、認知症の本人の身振り手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行うことが求められる。

※詳しくは「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省）を参照

### 5つの基本的なケア

意思決定支援とともに、以下のケアを実行することにより、点滴をしなければならない状況や、転倒しやすい状況をつくらないようにすることが重要である。

#### ① 起きる

人間は座っているとき、重力が上からかかることにより覚醒する。目が開き、耳が聞こえ、自分の周囲で起こっていることが分かるようになる。これは仰臥して天井を見ていたのではわからない。起きるのを助けることは人間らしさを追求する第一歩である。

#### ② 食べる

人にとって食べることは楽しみや生きがいであり、脱水予防、抵抗力の維持向上にもなり、点滴や経管栄養が不要になる。食べることはケアの基本である。

#### ③ 排せつする

なるべくトイレで排せつしてもらうことを基本に考える。オムツを使用している人については、随時交換が重要である。オムツに排せつ物が付いたままになっていると気持ち悪く、「オムツいじり」等の行為につながるようになる。

#### ④ 清潔にする

きちんと風呂に入ってもらうことを基本に考える。皮膚が不潔なことがかゆみの原因になり、そのために大声を出したり、夜眠れずに不穏になったりすることになる。皮膚をきれいにしておけば、本人も快適になり、また、周囲も世話をしやすくなり、人間関係も良好になる。

#### ⑤ 活動する(アクティビティ)

その人の状態や生活歴に合ったよい刺激を提供することが重要である。具体的には、音楽、工芸、園芸、ゲーム、体操、家事、ペット、テレビ等が考えられる。言葉によるよい刺激もあれば、言葉以外の刺激もあるが、いずれにせよ、その人らしさを追求するうえで、心地よい刺激が必要である。

「身体拘束ゼロへの手引き」（平成 13 年 3 月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）一部改変

## 2-3. 在宅生活において身体拘束を行わないためには

ケアに携わる職員は、施設だけでなく、在宅で生活する本人が可能な限り住み慣れた家、住み慣れた地域で、自分らしい生活を人生の最期まで続けるための支援も行っています。  
身体拘束を必要としない生活は、「施設」だけでなく、「在宅」においても取り組んでいくことが重要です。「在宅」生活においては、特に『関係者間での協議』と『家族等に対する支援』がポイントです。

### 在宅生活において身体拘束を行わないためのポイント

#### 1 関係者間で協議すること

👉 参考事例はP.33

在宅の場合、本人に複数の事業所がかかわっていることが多い。在宅生活において身体拘束を行わないための1つ目のポイントは、日頃から本人・家族、本人にかかわる関係者・関係機関のメンバーの間で、協議できる体制を整え、話し合うことである。

#### 👉 協議体制の構築にあたってのポイント

- ✓ 関係する事業所や職員が必要ときにタイムリーに集まるのが困難な場合があるため、本人を中心とした「小さな単位」での協議体制を意識していきたい。
- ✓ 事業所・職員がかかわっていない時間帯は家族が対応しているため、本人・家族を含めて協議をする。
- ✓ 複数法人・事業所等がかかわる場合には、緊急時の連絡方法や連絡先を事前に確認すること、重要な内容を何度も確認しておく等、円滑な連携に向けた丁寧なコミュニケーションを意識する。
- ✓ 専門職による身体拘束を行わないためのケアの方法を、本人・家族、本人にかかわる関係者・関係機関に提案、共有できる場を持つことが重要である。

#### 👉 事前に協議しておくべきポイント

- ✓ 緊急時には、関係するすべての事業所・職員とのタイムリーな協議を行うことは難しい可能性がある。そのため、緊急と考えられる場面（認知症の行動・心理症状が生じたとき等）を事前に想定し、具体的な対策を講じておく。



## 2 家族等に対する支援を行うこと

👉 参考事例はP.32

在宅生活において身体拘束を行わないための2つ目のポイントは、家族等に対する支援を行うことである。在宅の場合、施設・事業所等がかかわる時間帯以外は、家族がケアをしていることが多い。身体拘束とは、「本人の行動の自由を制限すること」であり、家族が行う制限も身体拘束に該当する。したがって、ケアに携わる職員が、家族等に対する支援を行うことも極めて重要である。

家族等に対する支援を行うためには、まずは、**家族に対する支援体制を構築していく**必要がある。そして、身体拘束廃止・防止や本人の尊厳や意思について、**本人・家族とともに考えていく**ことが重要となる。

家族と本人の信頼関係は、本人の尊厳や意思の尊重に家族が思いを馳せて本人とコミュニケーションをとることによって構築される。家族に対する支援体制を整え、本人・家族、本人にかかわる関係者・関係機関での話し合いの場を持つことによって、本人と家族の信頼関係が醸成され、結果的に身体拘束をしなくても生活できるようになるケースが少なくない。

### 👉 家族に対する支援体制の構築にあたってのポイント

- ✓ 身体拘束を必要としない在宅生活の実現には、施設・事業所等が、本人だけではなく、在宅で本人を支援する家族の意思や環境を理解する必要がある。
- ✓ 身体拘束に関する苦悩について、家族から施設・事業所等に相談しづらい場合がある。日頃から、本人・家族・施設・事業所等の間で相談できる関係性を築き、本人・家族が安心して生活できる環境を構築していきたい。
- ✓ 家族が何か困りごとや悩みを抱えていた場合に、家族に対する情緒的支援を行ったり、相談窓口を紹介したりすることも有用である。家族が不安に感じていたら、必要に応じて地域にあるピアサポート活動の場（認知症カフェ等）や認知症の人と家族の会が実施するつどい等を紹介することで、同じ立場の仲間で話すことができ、不安の解消につながることもある。また、役場や社会福祉協議会等が電話相談窓口を設置していることもあるため、確認しておきたい。

#### 認知症の本人や家族等の相談窓口

##### ●地域包括支援センター

地域包括支援センターは、地域の高齢者の総合相談、権利擁護や地域の支援体制づくり、介護予防の必要な援助等を行い、高齢者の保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援することを目的とし、地域包括ケア実現に向けた中核的な機関として市町村が設置しています。

##### ●認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターは、認知症の速やかな鑑別診断や、行動・心理症状（BPSD）と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担っています。

### 👉 本人・家族とともに考えていくにあたってのポイント

- ✓ 身体拘束が「本人の行動の自由を制限すること」であることや、本人の尊厳や意思尊重の重要性、身体拘束の悪循環（※）等を家族に丁寧に説明し、「身体拘束をしないこと」が高齢者の自立促進につながることを、あるいは、家族等の本人に対する理解と信頼関係が深まることで、本人の状態が落ち着き、身体拘束の必要がなくなり、結果的に家族の負担軽減につながるケースがあることを意識したい。家族等の生活のためや治療上の必要性により、本人に対する身体拘束が必要と考えている場合もあることから、「身体拘束の必要性や代替性は、本人・家族、本人にかかわる関係者・関係機関の間で協議をする必要があること」をお伝えし、家族の生活を守るためにもどのような支援やケアの方法があるか話し合う場をまず持つことを提案していきたい。
  - 例えば、本人とのコミュニケーションにおいては、「本人の発言を否定せず、本人の心に寄り添って、不安を取り除き、受け入れる」ことが重要である。このような認知症ケアの技術を家族に伝えていきたい。
- ✓ 家族等による身体拘束を防止するには、本人の状態を家族に理解してもらうことが重要である。
  - 例えば、在宅復帰時における尿道カテーテル等の継続の必要性について、主治医、本人・家族、施設・事業所職員等で一緒に考えてみる等、本人・家族にとって望むべきあり方やそのための工夫をとともに考えることが重要となる。
  - また、認知症の方の場合、家族に「認知症の症状は進行性であり、いきなり進むのではなく、長い経過をたどること」、「一人一人の症状や困りごとは異なること」を理解いただき、目の前の本人の声をしっかりと聞いていくことの重要性をお伝えしていきたい。
- ✓ また、本人および家族どちらも、本当に困っていることを言語化することが難しい場合やお互いの前では言いにくい、関係者には言いにくい等配慮が必要な場合、家族は気づいていないが、他の方々が気づいている場合等、真の困りごと等を引き出す支援を行い、具体的な対応策につなげられるようにすることも必要である。

👉 身体拘束の悪循環については、P.6を参照

当会で実施した家族支援にかかわる2021年の調査では、「本人に怒鳴ってしまったりする等、つらくあたってしまうことがある」と答えた家族が8割に上りました。優しくできない自分に嫌悪感を抱くとともに、本人に対する罪悪感に苛まれ、苦しんでいる家族の実態が明らかになりました。

一方、同調査では、家族が認知症に関する課題を相談した相手はケアマネジャーが最も多く、ケアマネジャーは介護家族がもつ社会資源の中心に位置づく存在であることが示唆されたと報告しています。

本人との生活の課題を共有（ピアサポート）する立場が生み出す「共感」は、介護家族支援の核ともいえるものでしょう。その「共感」と同様に求められている支援は、認知症に関する知識と介護生活への助言です。

家族が適切な介護から逸脱しないためには、ケアマネジャー等、介護にかかわる専門職の方々が、本人や家族の不安に寄り添い、認知症のことや介護にかかわる知識や情報を収集し、ピアサポートの支援も含め、適時適切な提供をしていくことが必要であると考えるとともに期待しております。

公益社団法人認知症のひとと家族の会 理事 志田信也

## 電話相談をきっかけに、身体拘束の廃止につながった事例

公益社団法人認知症のひとと家族の会よりご提供

### 事例のポイント

- ✓ 家族による電話相談を通して、身体拘束の解決策を見つけることができた

### 本人の症状の悪化と家族の苦悩

本人の物忘れ等を心配に思った家族が同行し、認知症疾患医療センターを受診した結果、アルツハイマー型認知症と診断された。

認知症疾患医療センターの相談員からのアドバイスにより、要介護認定申請を受け、通所介護を利用していた。

本人は、もともと温厚な性格で、家族の関係も良好であった。認知症の行動・心理症状はほとんどなく、玄関から外へ出て庭の草取りをすることはあったが、敷地内から出ていくことはなかった。ある日の早朝、本人が自宅や敷地内にいないことに気づいた家族は近所を探し回ったが見つからず、やむを得ず警察へ連絡し、近隣住民も一緒になって捜索したところ、約40分後に無事発見された。

家族は、警察をはじめ多くの方々に迷惑をかけたことに心を痛み、「二度とこのようなことがないように」と、自宅玄関に本人では開けられない鍵を設置した。家族も後ろめたさがあったものの仕方ないと思うようにしていた。

以来、本人は玄関から出ることができなくなり、庭の草取りも出来なくなった。通所介護の利用時のみが、外出機会であった。そのような状況に、家族は少しずつ罪悪感のようなものをいだき始めるようになった。

しばらくすると、本人は自室に閉じこもりがちになり、次第に家族に対して怒りっぽくなり、被害妄想的な症状も出始め、笑顔が見られなくなっていった。これらの症状は時間が経つにつれ、ひどくなる傾向であった。

### 「認知症のひとと家族の会」への電話相談

本人の症状や状態を心配した家族は、「認知症のひとと家族の会」の電話相談に連絡した。認知症のひとと家族の会の相談員は、「本人の症状は、自由に玄関を出入りできなくなったことに起因しているかもしれない」と話した。また、「担当のケアマネジャーが次回訪問するときに、そのことを相談すること」とアドバイスした。

実際に、担当のケアマネジャーが訪問したときに、本人の現状について相談してみた。

担当のケアマネジャーは、「捜索してもらうことは、警察の仕事なので遠慮はいらないし、『見守り登録』をすれば、本人の所在が分からなくなったときに、警察の捜索等の初動が速やかに行われて安心だ」と、話をした。また、「近隣住民に対して、あらかじめ本人の状況を共有し、できる範囲で協力してもらうことも可能だ」と、アドバイスした。

結果的に、玄関に設置していた「本人では開けられない鍵」を撤去し、「見守り登録」を行い、近隣住民とも本人の状況を共有した。

### 本人と家族の変化

1カ月くらいすると、少しずつ本人に変化がみられるようになった。晴れの日等は、玄関から庭へ出て以前のように草取りをするようになり、笑顔を見せることも多くなった。そして、本人の怒りっぽさや被害妄想といった症状は次第に少なくなっていく。また、家族は、本人に対する後ろめたさや罪悪感から解放され、精神的な安定にもつながった。

# 地域内で見守られ、支え合う事例

## 家族会や地域における通いの場の活用により、身体拘束の予防につながった事例

一般社団法人 日本認知症ケア学会 代議員 牧野和子様よりご提供

### 事例のポイント

- ✓ 家族のレスパイトを目的として通いの場を紹介し、家族は家族会や認知症カフェに参加した
- ✓ 最適なタイミングで医療機関と本人・家族をつなぎ、更に地域資源を活用した

### 家族の切実な悩み

本人が一人歩きをしているときに警察に保護され、家族が地域包括支援センターに相談したことがきっかけとなり、地域包括支援センターが本人・家族にかかわることとなった。

最初に面談したとき、家族から「本人の一人歩きを抑止するため、家に閉じ込めるしかないと思っている。どうしたら良いのかわからない」と、気持ちを吐露された。

### 地域包括支援センター主催の家族会やオレンジカフェへの参加

家族は、「本人に一人歩きやものを忘れることがあることを、他の人に知られたくない。また、他の人からの支援も好まない。」と考えていた。そのため、警察に保護された後、本人と家族は離れることなくとも過ごす日々が続いていた。

家族にレスパイトが必要だと感じたため、本人が通いの場に通うことができるよう、急ぎ調整を図った。本人が通いの場に参加している間は、家族が地域包括支援センター主催の家族会やオレンジカフェに参加できるよう対応した。

家族は当初「オレンジカフェは気乗りがしない」と言っていたが、6回目に参加してからは、否定的な言葉はなくなった。家族がオレンジカフェ（※）に参加し続けられるよう、開催日の前日には、地域包括支援センターからお誘いの電話をしていた。

家族が自身の思いを話すことができるよう、家族会やオレンジカフェの終了後に毎回、個別に話しを聞く機会を設けた。その結果、家族から「本人とともに、家族会やオレンジカフェに参加したい」と希望があり、この時期から、本人・家族の活動範囲が一気に広がった。

### 医療機関への紹介、地域資源の更なる活用

更に、本人・家族との信頼関係が築けたタイミングで、医療面のかかわりを開始した。本人と家族の許可を得たうえで、地域包括支援センターの担当者がクリニックの主治医に対して、本人の物忘れや一人歩きに関する相談を行った。主治医の後押しを受け、家族に認知症専門医への受診を促した。家族もそれを受け容れて受診し、本人はアルツハイマー型認知症の診断を受けた。診断後、家族は本人が認知症であることを開示する姿勢を示し、「本人のためにできることに取り組みたい」と度々話される等、家族の気持ちは大きく変化した。

その後も、地域包括支援センター主催の家族会やオレンジカフェにおいて、本人・家族の状況を把握しながら、適期を見計らい、区役所主催のオレンジカフェにも同行した。本人・家族が「活動内容が多彩だ」と気に入り、本人・家族ともに通うことになった。

家族の意向で、介護保険の利用には結びつかなかったが、本人が他の人と交流できるようにも動いてくれた。週に4回以上、本人が通える場所ができた頃には、家族から「気持ちが軽くなった。頭の上に重い石を置かれて生活している気分だったが、お陰で本人の一人歩きも起きていない。とにかく、通いの場やオレンジカフェに通うようになった結果、本人が夜間、よく眠るようになり、ありがたい」と話された。

(※) ここでいう「オレンジカフェ」は認知症カフェのことを指します。

# 地域内で見守られ、支え合う事例

## 地域に見守られながら本人らしく生活できている事例

認知症高齢者本人からのヒアリングより

### 事例のポイント

- ✓ 散歩をしたい、家で生活したい、という本人の思いを尊重している
- ✓ 近所の方々の協力を得ながら地域全体で本人の外出を見守っている
- ✓ 介護に関する悩みを家族同士で相談し合っている

### ある日、散歩中に迷子に

福岡県大牟田市で暮らしている、散歩やお出かけが好きな要介護1の90代女性（Kさん）。遠方に生活基盤がある娘（Aさん）が、頻りにKさんの自宅に帰り、生活をともにしている。

ある日、近所の方からAさんに、「20時になっても家の電気がついていないようだ。家に入って確認してもよいか。」という電話があった。近所の方が家の中やいつもの散歩ルートを探したがどこにもいない。幸い、数時間後に無事警察に保護されたが、Kさんの自宅周辺には線路があり、一步間違えると命にかかわる状況だった。

### 「今後も散歩したい、家で生活したい！」本人の想いを尊重

Aさんは、「今後も散歩中に迷子になってしまったら大変。でも、本人は今後も散歩したい、家で生活したい、という希望を持っている。人はだれしも自由に生活したいという思いがある。本人の行動を制限しないように、できる限りのことを行おう。」と考えた。

そこでAさんは、親族と相談し、本人が持ち運ぶタイプの緊急通報器の導入を決めた。しかし、本人による操作が難しかったことから、担当ケアマネジャーと相談し、本人がいつも首に付けているお守りにGPSをつけることに決めた。GPS導入に際して、安全に暮らしてもらうことを優先するか、自由に生活してもらうことを優先するか、Aさんの中で強い葛藤があった。ただ、困難な状況に陥ったときにすぐにも見つけ出したい、苦しい思いをしてほしくない、という思いから、悩みながらもGPSを使っている。

### 近所の方々のサポートによる地域全体での見守り

Kさんの自宅生活の継続には、近所の方々の存在が欠かせない。近所の方々との「散歩に行ってきます」「行ってらっしゃい、気を付けてね」の些細なやりとりが、地域で暮らす本人の安心につながっている。お隣の方は、自分の家の生け垣を切り、どんなときでもKさんの自宅の様子を気にかけてくれるようにしている。遠方に住むAさんが安心できているのは、このような地域ぐるみでのサポートのおかげだ。

### 介護に関する悩みを家族同士で相談し合う

それでもAさんは、本人の介護を行うなかで悩むことも少なくない。徐々に家事ができなくなるKさんの姿を見て、もどかしい思いを抱くことがある。そんななか、Aさんの心の支えになっているのが、大牟田市が開催するミーティングセンター（本人と家族の一体的支援プログラム）だ。認知症介護で悩む家族の話に耳を傾け、交流を行っている。

Aさんは、脱いだ靴下を洗濯ごごに入れずにそのまま畳んでタンスに入れてしまうKさんの姿を見て、不思議に思っていた。そのことをミーティングセンターで出会った他の家族に話すと、その家族でも全く同じことで悩んでいることがわかった。Aさんは、「ああ、これは認知症の症状なんだ」ということに気づき、気が楽になった。

このように、Kさんは、地域にささやかに見守られ、地域のサポートを受けながらAさんとともに本人らしく自宅で生活できている。

#### <今後の生活に関する本人の声>

今のまま生活していければいいなと思っています。一人暮らしだから、ご飯炊いたり、いろいろ。お野菜なんかはお隣さんがくださるんです。「〇〇さんは一人暮らしだからね、里芋炊いたから、食べてください」と持ってきてくださったりね。近所の方が良くしてくださるから、私、幸せなんですよ。

#### <認知症の人の家族に対するAさんからのメッセージ>

一人で悩んでいると、とてもしんどいです。本人とのかかわりのなかで困ったこと、悩んだことがあれば、すぐ誰かに相談するとよいと思います。地域の方、友人、公的窓口等、相談先はたくさんあります。介護に関する相談をしなくなかったとき、別の話をして気を紛らわせることも有益でした。本人と家族だけで孤立しないことが重要です。



# コラム：地域で本人と家族を支えるミーティングセンター

## 認知症の本人と家族がともに歩むための“関係づくり”へ

みなさんは認知症とともに生きる本人の家族から「物忘れが始まって引きこもっている。外に出したい。」という相談を受けたことはないでしょうか？

私が地域包括支援センターに在籍していた際にも、このような相談を受けていました。そして、自宅を訪ねると、本人に「外出したい」という希望は無く、怪訝そうな顔をして黙り込んである事が多くありました。それは、家族の「外に出したい」という希望、そして本人の「外出」についての希望が一致していないということでしょう。また、このような場合は、本人と家族の関係性が、良好ではないケースが多いように感じていました。

福岡県大牟田市では、長年にわたり認知症支援の中心は本人であると考え、本人のみが集まるミーティングを実施してきました。他方、家族の支援も重要であるため、家族のみが集まるミーティングも並行して取り組んできました。

しかし、本人と家族の関係性が良好ではない場合、それぞれのミーティングのみでは、本人・家族を一体的に支えるネットワークの醸成、また、その両者の関係性を再構築することが難しいことが多くありました。

そこで、令和2年度からミーティングセンター（本人と家族の一体的支援プログラム）を開始することにしました。ミーティングセンターとは、本人と家族の関係性を再構築し、「認知症の本人と家族がともに歩むための“関係づくり”への調整・サポートによって在宅生活の安定と継続が図られること」を目的としています。認知症の本人は、認知症の診断を受けることにより、その瞬間から認知症とともに生きることになり、また家族も、認知症とともに生きる者の家族として生きるようになります。両者とも、診断を受けることにより、今後の不安と同時に孤立を感じてしまう場合があります。しかしながら、両者が見る景色は決して同じではなく、それぞれ別々の不安を抱えることもあります。

本市の場合は、認知症の初期段階の相談を受けることが多い地域包括支援センターがミーティングセンターを主催することになりました（2024年1月時点では6か所中4か所が実施）。

このミーティングセンタープログラムは、お互いの主体性と関係性の構築を醸成することに重きを置いていますので、プログラム内容は特に定めていません。その日の気分でお茶を飲みながらお話をするだけの人もいれば、地域のイベントや観光、食事に出かける方もおられます。個人やお互いが決めた心地よい空間と時間のなかで、本人は他の認知症の人や家族、そして家族も他の認知症の人や家族と出会い、自然にお互いの状況を知りながら、本人と家族の関係性の在り方の気づきを育みます。

このプログラムを通し、本人は自信を取り戻し、認知症とともに生きる本人としての自己開示ができるようになります。また、家族は認知症とともに生きる家族として、羞恥心からの脱却や本人の理解が進みます。更に、このプログラムに参加した専門職も、真の本人や家族、そしてその関係性に出会い、一体的な支援について考えることができます。

これからも、このミーティングセンタープログラムを通し、在宅における「本人と家族の尊厳の保持」に務めようと考えています。

令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

「認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業報告書」一部引用

大牟田市保健福祉部福祉支援室福祉課 相談支援包括化推進員  
医療法人静光園白川病院 医療連携室長  
猿渡 進平

### 3. 緊急やむを得ない場合の対応

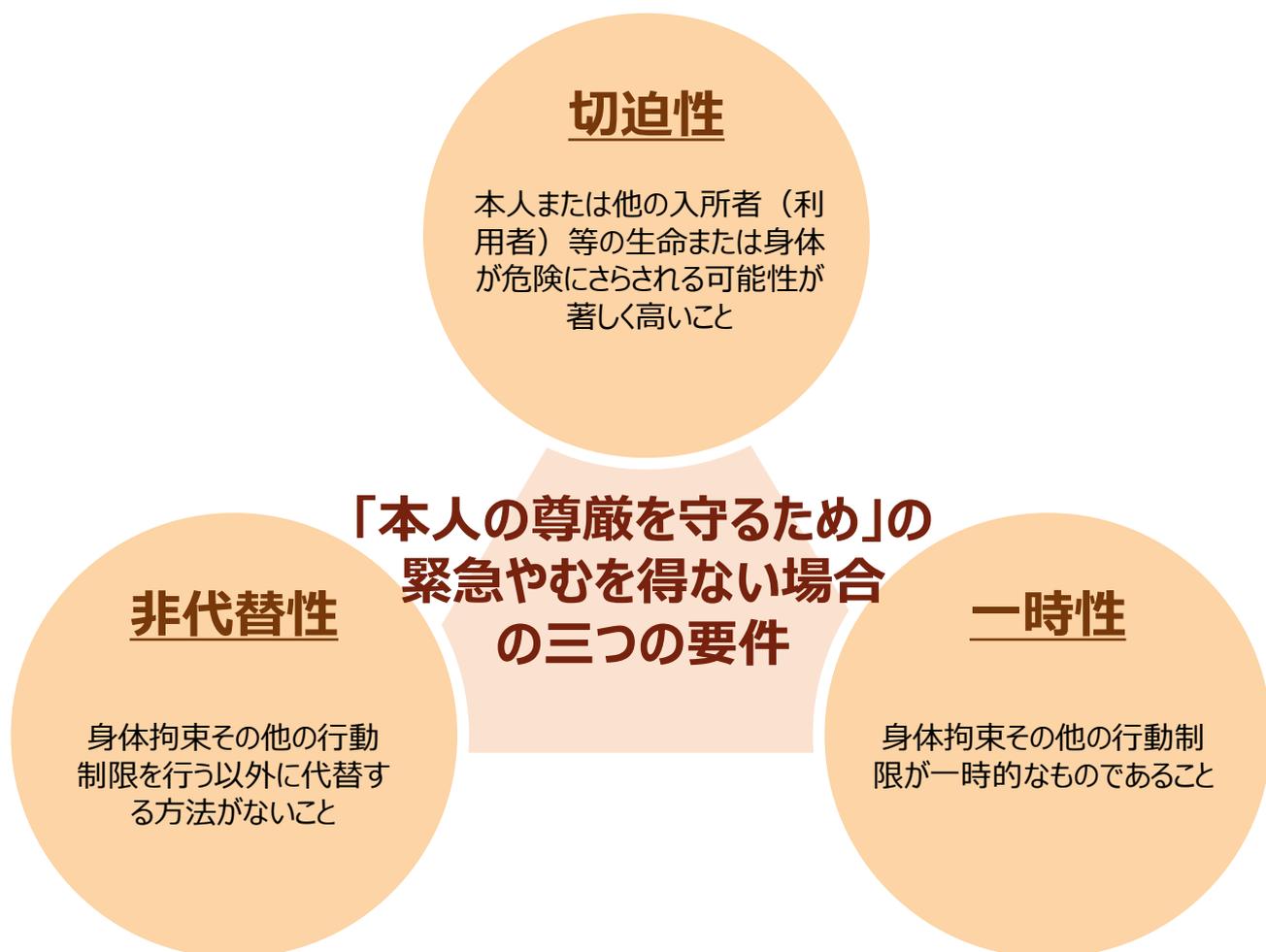
## 3-1. 緊急やむを得ない場合の三つの要件

身体拘束は、本人の行動を、本人以外の者が制限することであり、当然してはならないことです。運営基準上、「当該入所者(利用者)又は他の入所者(利用者)等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」の適正な手続きを経た身体的拘束等は認められています。この適正な手続きは、あくまでも「本人の尊厳を守るため」に行うものです。適正な手続きとは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たすかどうかを組織等で話し合い、かつ、それらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うことです。

- ✓ 「緊急やむを得ない場合」の対応とは、これまでににおいて述べたケアの工夫のみでは十分に対処できないような、「一時的に発生する緊急事態」のみに限定される。
- ✓ 当然のことながら、安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束を行うことのないよう、次の要件・手続きに沿って慎重な判断を行うことが求められる。

### 三つの要件をすべて満たすことが必要

本人の尊厳を守るために、切迫性、非代替性、一時性をすべて満たす状態であることを、本人・家族、本人にかかわっている関係者・関係機関全員で検討、確認し、記録しておくことが求められる。



### 三つの要件の確認は、本人の尊厳を守るためのプロセスである！

「緊急やむを得ない場合」の三つの要件を検討するにあたり、まずは本人の尊厳を守ることを第一に考える必要があります。三つの要件の確認等の手続きは、本人の尊厳を守るためのプロセスであり、身体拘束廃止・防止を目的に行うものです。

## 3-1. 緊急やむを得ない場合の三つの要件

### 緊急やむを得ない場合の三つの要件とは

#### 切迫性

#### 本人または他の入所者（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

- 「切迫性」の判断を行う場合には、身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要となる程度まで本人等の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いことを、確認する必要がある。

#### 👉 この判断を行う前に特に確認すべきポイント

- ✓ 身体拘束をしない場合、本人等の生命または身体がどのような危険にさらされるのか
- ✓ それはどのような情報から確認できるのか
- ✓ 他の関係機関や医療職はどのような見解を持っているのか

#### 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方法がないこと

- 「非代替性」の判断を行う場合には、いかなるときでも、まずは身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を検討し、本人等の生命または身体を保護するという観点から、他に代替手法が存在しないことを、組織で確認する必要がある。
  - 例えば、点滴を自分で抜いてしまう方に対して、点滴が視界に入らないように位置を工夫する、かゆみを減じるためにガーゼの種類を工夫する、といった方法が考えられる。
  - 認知症の行動・心理症状がある場合も、そこには何らかの原因があるため、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することが重要である。
- また、拘束の方法自体も、本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならない。
- 身体拘束を行わない方法について事前に研修等で検討したり、外部の有識者等からの助言を得たりすることも有用である。代替方法を考えるスキルを事業所全体で高めあうことが重要となる。
- 介護に関する専門的知識を有していないことが多い家族が介護を担うことが多い在宅においては、専門職であれば可能な代替方法であっても家族には実施できない場合があることに留意したうえで、家族でも可能な代替方法について提案または助言することが重要となる。また、家族による介護の限界にも留意し、状況に応じて、介護サービスの追加または変更について提案または助言することも必要である。

#### 👉 この判断を行う前に特に確認すべきポイント

- ✓ 身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を洗い出すことができているか
- ✓ 代替方法の洗い出しにあたり、複数の職員や多職種での検討を行ったか
- ✓ 代替方法を実際行ってみた結果について十分に検討できているか
- ✓ 代替方法の洗い出しにあたり相談できる外部有識者・外部機関はないか

#### 一時性

#### 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

- 「一時性」の判断を行う場合には、本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要がある。
  - 例えば、本人自身あるいは他者に危害が及ぶような場合、緊急やむを得ない場合に該当する可能性はあるが、環境が整った時間帯においては該当しない可能性がある。

#### 👉 この判断を行う前に特に確認すべきポイント

- ✓ 本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定したか。それは何月何日の何時から何月何日の何時までなのか。また、1日のうちの何時から何時までなのか。
- ✓ その判断にあたり、本人・家族・本人にかかわっている関係者・関係機関で検討したか

## 3-2. 緊急やむを得ない場合に求められる手続き

### 手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる

仮に三つの要件を満たす場合にも、以下の4点に留意することが重要である。

#### 1 本人・家族、本人にかかわる関係者・関係機関全員での検討

- 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当の職員個人(または数名)では行わず、事業所全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。
- 「緊急やむを得ない場合」の要件に該当しなくなった場合の解除についても組織として取り決めをしておくことが重要である。
- 特に、事業所内の「身体的拘束等適正化検討委員会」といった組織において事前に手続き等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する体制を整える。

##### 施設および在宅において特に確認すべきポイント

- ✓ 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断を本人・家族・本人にかかわっている関係者・関係機関が幅広く参加した会議体にて行っているか
- ✓ 「緊急やむを得ない場合」の要件に該当しなくなった場合の解除についても、本人・家族・本人にかかわっている関係者・関係機関が幅広く参加した会議体にて取り決めがなされているか

#### 2 緊急やむを得ない場合の三つの要件と照らし合わせた慎重な検討

- 介護現場において、「切迫性」「非代替性」「一時性」を満たすケースは極めて少ない。
- 身体拘束が例外的に許容されるのは、「緊急やむを得ない場合」に該当する客観的な状況が存在する場合であって、本人の意思によるものではない。
- それぞれの要件について、本人・家族、本人に関わっている関係者・関係機関全員において、慎重に検討を行うことが求められる。
- 検討にあたっては、職員や家族等、本人に関わる関係者の気持ちや安全面にも配慮することも重要である。

##### 施設において特に確認すべきポイント

- ✓ 「切迫性」「非代替性」「一時性」を満たすケースは極めて少ないことを組織全体で認識共有できているか
- ✓ 検討にあたっては、職員の気持ちや安全面にも配慮しているか
- ✓ 代替方法をいくつか試し、その結果を十分に検討した記録があるか

##### 在宅において特に確認すべきポイント

- ✓ 「切迫性」「非代替性」「一時性」を満たすケースは極めて少ないことを本人・家族・本人にかかわっている関係者・関係機関で認識共有できているか
- ✓ 検討にあたっては、家族の気持ちや安全面にも配慮しているか
- ✓ 介護に関する専門的知識を家族が必ずしも有していないことに配慮して、非代替性の検討がなされているか



## 本人や家族に対する詳細な説明

- 本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。
- その際には、施設長や医師、その他現場の責任者から説明を行う等、説明手続きや説明者について事前に明文化しておく。
- 仮に、事前に身体拘束について施設としての考え方を本人や家族に説明し、理解を得ている場合であっても、実際に身体拘束を行う時点で、必ず個別に説明を行う。

### 施設および在宅において特に確認すべきポイント

- ✓ 本人には意思があり、意思決定能力を有するというを理解したうえで、本人に対してできる限り詳細に説明を行っているか
- ✓ 認知症等の人の身振り手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行っているか
- ✓ 実際に身体拘束を行う時点で、個別に説明を行っているか
- ✓ 説明にあたり、本人を支援している家族の気持ちにも配慮しているか
- ✓ これらのポイントについて、マニュアルや研修等を通して事業所全体に浸透しているか

## 三つの要件の再検討および該当しなくなった場合の解除

- 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合について、「緊急やむを得ない場合」の三つの要件に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除することが重要である。
- 身体拘束を実施している時間帯において、本人の様子を定期的・継続的に観察する。
- 実際に身体拘束を一時的に解除して、本人の状態を観察し、身体拘束の継続が本当に必要なか、慎重に検討する。
- 一時的に身体拘束を解除して要件に該当しなくなった場合の解除の要件について、事前に本人・家族、本人にかかわっている関係者・関係機関全員で、事前に話し合っておくことが有用となる。

### 施設において特に確認すべきポイント

- ✓ 要件に該当しなくなった場合、直ちに身体拘束を解除する必要があることを組織全体で認識共有しているか
- ✓ 身体拘束を一時的に解除して状態を観察するといった工夫を行っているか
- ✓ その結果を、本人・家族、本人にかかわっている関係者・関係機関全員で共有し再検討しているか

### 在宅において特に確認すべきポイント

- ✓ 要件に該当しなくなった場合、直ちに身体拘束を解除する必要があることを事前に複数事業所で認識共有しているか
- ✓ 身体拘束を一時的に解除して状態を観察するといった工夫を行っているか
- ✓ 本人の状況をリアルタイムに把握することが難しい場合においても「緊急やむを得ない場合」に該当するか、頻回に観察しているか
- ✓ その結果を、本人・家族、本人にかかわっている関係者・関係機関全員で共有し再検討しているか



## その身体拘束の実施理由、組織で十分にアセスメントや協議を行っていますか？

身体を拘束する理由として、夜勤帯の「人手不足」を挙げている事案が見受けられますが、その理由が本当に十分なアセスメントと協議にもとづいた理由なのかを改めて振り返ってみましょう。同じ職員数であっても、身体拘束を行っていない施設と、行ってしまっている施設があります。人手不足だけでなく身体的拘束等を必要とする理由について、管理者等のリーダーシップのもと俯瞰的視点で見直し、組織全体で身体拘束廃止・防止に向けて取り組むことが必要です。

## 3-3. 緊急やむを得ない場合に記録すべき内容

### 身体拘束に関する記録が義務づけられている

緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様および時間、その際の本人の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない。

### 記録の作成

記録はアセスメントからはじまる。まずはアセスメントを行った内容を記録したうえで、日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法にかかわる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、職員間、施設全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有する。

身体拘束に関する説明書・経過観察記録は、施設・事業所において保存する。記録は、行政担当部局の運営指導や監査が行われる際に提示できるようにしておく必要がある。また、身体的拘束等の適正化のための指針を整備することが求められているサービス種別においては、指針も記録の一つである。

また、家族への説明の確認は、同意ではないことに留意する。家族の同意は、身体拘束を認める根拠にはならない。

### 施設および在宅におけるポイント

- ✓ 「切迫性」「非代替性」「一時性」それぞれについて、なぜその要件を満たしていると判断したのか、具体的に記録しているか
- ✓ 再検討を行うごとに逐次その記録を加えているか
- ✓ 今後どのようなケアをすることによって改善するか、丁寧に記入しているか
- ✓ 本人の状態や、家族の意見についても記録しているか
- ✓ 本人の意思については、身体を拘束することに対して理解が得られたような言葉が聞かれたとしても、認知症等の状態から、本当に理解してその言葉を発しているとは限らないため、慎重な判断を組織で行ったか

### 身体的拘束等適正化検討委員会の議事録

身体的拘束等適正化検討委員会の議事録についても作成・保存する必要がある。議事録には、主に下記の内容を記載する。

- 開催日時、参加者、議題、議事概要等
- （身体拘束を行っている入居者がいる場合）その人数や三つの要件の確認とその判断理由、解除の是非等
- （身体拘束を開始する検討が必要な入居者がいる場合）切迫性の確認とその判断理由、非代替性の確認とその判断理由（代替案の列挙）、一時性の確認とその判断理由等
- （緊急やむを得ず身体拘束が必要であるという判断をした場合）本人、家族、関係者、関係機関との意見調整の進め方、身体拘束開始日・解除予定日等



### 緊急やむを得ない場合の三つの要件を検討する法的な意味

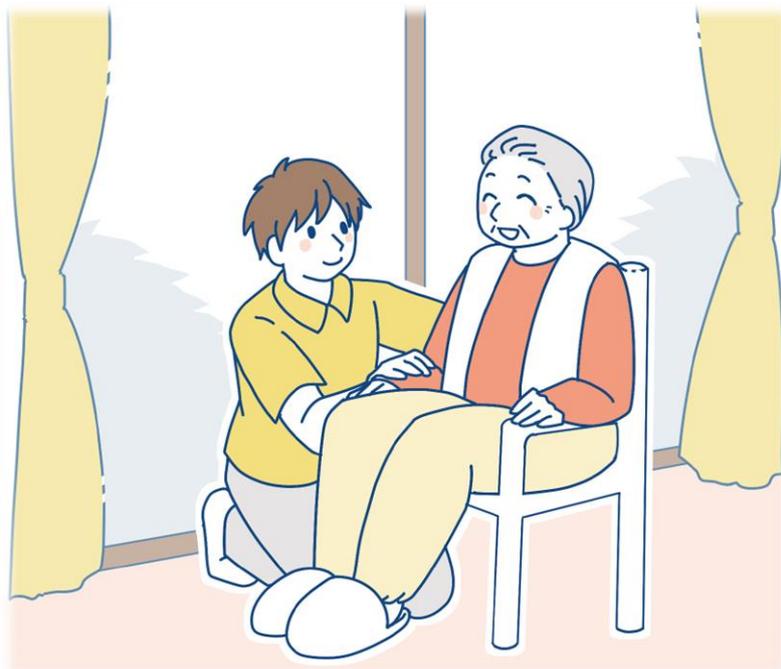
人は誰でも個人として尊重され、生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とされます（憲法13条）。個人の尊厳は人が社会の中で生きていくうえで、他者との関係でも尊重されなければなりません。生命、身体、自由などの権利が守られることは、その人にとって侵しがたい重要な利益です。法律によって保護される利益を「法益（保護法益）」と言います。生命、身体、自由などの個人の法益を侵害した場合、その行為は、高齢者の尊厳を損なうとともに、違法なものとして、民事上の責任や刑事上の処罰の対象になる場合もあります。

もっともこれら個人的法益についても、自己または第三者の権利や利益（生命、身体、自由、または財産など）を侵害する結果を生じるような危険な状態が客観的に存在し、その危険が直接切迫していることを避けるためには他の手段が無いという緊急やむを得ない場合には、個人の法益を侵害することが違法にならない場合があります。この場合でも、守ろうとした法益と侵害された法益が等しいか、守ろうとした法益が侵害された法益より重大である必要があります。

身体を拘束することは、本来高齢者の身体の自由や移動の自由、意思の自由など的高齢者の権利を侵害するもので、その侵害よりも、その高齢者本人の生命や身体の安全の確保といった法益が上回る場合に例外的に許容されるものであり、その高齢者の生命・身体を保護すべき必要性について、危険が切迫しているか、他に取らざる手段がないか、手段として相当なものであるかといった点から検討することになります。

「身体拘束のゼロへの手引き」において示した「緊急やむを得ない場合」に該当する切迫性、非代替性、一時性の三つの要件は、このような侵害される法益と手段との関係性を考慮しています。

日本弁護士連合会高齢者・障害者権利支援センター 委員 滝沢 香



## 4. 身体拘束廃止・防止に取り組んだ事例

# 身体拘束廃止・防止に取り組んだ事例のポイント

施設介護および在宅介護において、身体拘束をしないための工夫を行った事例や、身体拘束を解除して本来の生活に戻ることができた事例を紹介します。

## 事例①

### 代替方法の検討を十分に行った実践事例

身体拘束せざるを得ない場合においても、代替する方法（ケアの改善や環境整備等）について検討、あるいは検討できる体制があり、身体拘束を回避した特別養護老人ホームの実践事例

## 事例②

### 緊急やむを得ない場合の適正な手続きを行った実践事例

身体拘束せざるを得ない場合においても、三つの要件の確認を施設全体で慎重に検討し、家族にも理解を得られた特別養護老人ホームの実践事例

## 事例③

### 地域連携により身体拘束廃止・防止に取り組んだ実践事例

地域見守りネットワークや地域の他事業所との合同委員会の開催を通して身体拘束廃止・防止に取り組んだ認知症対応型共同生活介護の実践事例

## 事例④

### 要因除去により身体拘束を解除することができた実践事例

経鼻経管栄養チューブを自分で抜いてしまう要因等をアセスメントし、本人にとって不快な要因を除き、自分で抜かなくなった特別養護老人ホームの実践事例

## 事例⑤

### 在宅で家族を支援し、身体拘束廃止・防止した実践事例

安全と尊厳の狭間で揺れ動く家族の声に対して、身体拘束をしないケアの実現に向け、本人・家族への支援を行った訪問看護ステーションの実践事例

## 事例⑥

### 在宅復帰に向けた退院前カンファレンスで身体拘束を要しない在宅生活を関係者・関係機関で検討した実践事例

入院時に行われていた身体拘束について、退院前カンファレンスにおいて身体拘束を要しない在宅生活を検討し、実現に至った居宅介護支援事業所の実践事例

# 事例① 代替方法の検討を十分に行った実践事例

## 代替方法の検討を十分に行い、身体拘束を回避した実践事例

事例概要	身体拘束を行わなければ安全性の配慮に欠ける状況であったが、代替する方法（ケアの改善や環境整備等）について検討できる体制があり、身体拘束を回避した実践事例
本人の基本情報	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 特別養護老人ホームに入居する90代男性（要介護3、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ）</li><li>・ 自力歩行可能だが、パーキンソン症状により小刻み歩行。</li><li>・ レビー小体型認知症による幻視のため、暴言・暴力行為がみられる。</li></ul>

### 入居直後の状態

- ・ 入居前に、家族には身体拘束しない方針であること、そのために転倒や無断外出のリスクがあることを丁寧に説明し、リスクについて承知したという回答があった。
- ・ 小刻み歩行により転倒リスクが高い状態であった。

### 身体拘束廃止・防止の取組

- ・ 居室内での移動を安全に実施できるようにするため、家族に床に敷くジョイントマットを持ち込んでいただき、転倒した場合にも大きな怪我につながらないように配慮した。また、居室内で落ち着いて座っていただけるよう、本人の動線を考慮して、座りやすい位置にソファを設置した。その際、ソファが本人の行動を妨げないように工夫した。
- ・ ユニット会議では、施設内で安全に過ごしていただけるよう検討を重ねた。主に、本人が歩いている場合に無理に止めないこと、本人の認識できる位置から話しかけること、本人が座ろうとしている際の介助の方法について話し合い、職員間で対応方法を統一した。内部研修でも、本人の担当職員から状況の説明、対応策の周知、多職種における連携の協力依頼を実施した。

### その後

- ・ 徐々にソファに座り落ち着いて過ごせる時間が増えた。
- ・ ジョイントマットを敷いていたことにより転倒のリスクは軽減していたが、結果的に転倒し骨折にて入院となった。
- ・ 転倒リスク軽減のためのこれまでの取り組みと、本人の状況について家族とコミュニケーションを図り、理解していただいていたことにより、特に問題とならなかった。

### 当該特別養護老人ホームにおける身体拘束廃止・防止の取組み

- ・ 身体拘束をしないケアを理念として掲げており、研修や会議等さまざまな場で職員に伝えている。
- ・ ケアの場面ごとに身体拘束にあたるのではないかと疑問を常に持ち、自由を制限する、自由な行動を妨げるケアになっていないか、自問自答しながら対応している。
- ・ 身体拘束は基本的にしないことを、入居時に明確に本人・家族等へ説明を行っている。転倒のリスクがある方は、自宅でも転倒することが多く、施設で転倒することも考えられるため、できる対策をすべて行ったなかでの転倒であれば納得されている家族が多い。転倒・骨折したかどうかではなく、アセスメントに基づいた施設での転倒防止対策と家族の理解を得る継続したコミュニケーションのプロセスが大事であることを職員に周知している。
- ・ 人員、人材は常に不足しており、介護職員の負担は大きい。小さな施設であり、職員間も仲が良く、お互いコミュニケーションをこまめに取りながら、部署関係なく協力する体制を作っている。

## 事例② 緊急やむを得ない場合の適正な手続きを行った事例

### 緊急やむを得ない場合の適正な手続きを組織として慎重に行った実践事例

事例概要	「緊急やむを得ない場合」の三つの要件について、組織として慎重に検討し、本人の状況を把握し直し、家族に説明を行い、緊急やむを得ない場合に該当すると組織として判断したが、結果的には、本人の行動を制限しなかった実践事例
本人の基本情報	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 特別養護老人ホームに入居する70代女性（要介護4、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ）</li><li>・ 自立歩行可能で、施設内をおひとりで移動される。</li><li>・ アルツハイマー型認知症。意思疎通は可能だが、短期記憶障害有。</li></ul>

#### 検討の経緯

- ・ 本人の隣席で食事をされた入所者が感染症の濃厚接触者に該当することが判明し、本人も間接的に濃厚接触者に該当すると認められた。
- ・ 感染症予防の観点から、感染していないことが確認されるまで、生活スペースを分けて対応する必要があったが、本人の日常生活の状況から居室内のみで過ごすことは難しい状態であった。特に夜間帯は、フロア内の見守りをできる職員が少ないこともあり、夜勤職員より、夜間帯の行動を制限する必要性が挙げられた。

#### 身体拘束廃止・防止の取組

- ・ 身体拘束の実施について、施設長、生活相談員、看護職員、介護職員で緊急カンファレンスを開催し、緊急やむを得ない場合の三つの要件を検討した。
  - ✓ 切迫性：本人が仮に感染した場合、他入居者への感染拡大の懸念があり、本人および他入居者の生命にかかわるリスクが高いと判断した。
  - ✓ 非代替性：感染予防の観点から生活スペースを分ける以外の代替案は考えられず、職員が少ない夜間帯はマンツーマンでの対応も難しいと判断した。
  - ✓ 一時性：夜間帯に限定し、マンツーマン対応が可能な時間帯は行動制限を行わないという条件であれば、一時性は担保できると判断した。
- ・ 組織として慎重に検討を行った結果、緊急やむを得ない場合に該当するため、行動を制限することもやむを得ないと判断した。本人の夜間の行動状況と夜勤者の業務の状況から、行動を制限するタイミングは、対応職員の裁量に任せられた。
- ・ 家族に対し、緊急やむを得ない場合に関する検討結果を電話で丁寧に説明したところ、行動を制限することもやむを得ないという回答があった。主治医へは翌日報告することとした。

#### その後

- ・ 夜間の行動状況を見ながら、都度、職員のマンツーマン対応可能な状況を調整した結果、行動を制限することなく夜を過ごすことができ、その後、感染症に感染していないことが確認され、観察期間を終えた。
- ・ 本人の不穏状態に大きな変化はないが、本人に寄り添ったケアを継続して行っている。

### 当特別養護老人ホームにおける取り組みの工夫

#### 「尊厳を守るケア検討委員会」の月1回の開催

- ・ 当特別養護老人ホームでは、身体的拘束等適正化検討委員会とは別に、尊厳を守るケア検討委員会を設置している。リーダークラスを対象とした認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修等での学びを共有する勉強会や、中堅クラスを対象として、活動や参加の状況、個人の性格や生活環境、健康状態をもとにアセスメントを行う方法を学ぶ勉強会を実施している。
- ・ 尊厳を守る検討委員会での勉強会や各種研修の受講により、施設全体として、入居者への対応力の底上げを図っている。

# 事例③ 地域連携により身体拘束廃止・防止に取り組んだ実践事例

## 地域内での関係者の連携を通して身体拘束廃止・防止に取り組んだ実践事例

事例概要 地域見守りネットワークや地域の他事業所との合同委員会の開催を通して身体拘束廃止・防止に取り組んだ実践事例

本人の基本情報

- ・ グループホーム（認知症対応型共同生活介護）に入居する80代女性（要介護2、認知症高齢者の日常生活自立度J2）
- ・ 杖歩行は自力で可能。
- ・ 2年前に夫が他界。

入居直後の状態

- ・ グループホーム入居前は自宅にて一人で暮らしていた。家族は遠方で暮らしており、認知症の症状により、グループホームへ入居することとなった。
- ・ 2年前に夫が他界したことの認識が難しく、夫の食事を作るために帰りたい、という訴えが入居初期から続いていた。
- ・ コミュニケーションが図れる方であったため、入居初期は、夫が他界していること等事実を説明していたが、理解いただくのが難しかった。

身体拘束廃止・防止の取組

- ・ 日に複数回、自宅に帰り、夫が家にいるかどうか確認しようとする行動が続いたため、今後の対応について施設および家族で話し合った。
- ・ 法人の理念・方針として、「本人の意思と選択をもとに暮らし支援する」かかわりを目指していることから、本人の気持ちを尊重する、本人の想いに寄り添うにはどのような対応をすべきか、検討を重ねた。
- ・ 検討の結果、夫は生きているという本人の認識を否定せず、行動を止めず、毎日職員とともにグループホームから1.5km離れた家の様子を、徒歩や車で一緒に見に行くことを決めた。なお、行政の見守りネットワークにも登録し、一人で外出されたときの対応方針もホーム内で共有した。

その後

- ・ 毎日の自宅への往復を、3年半継続した。このかかわりを続けたことで、グループホームは自分を押さえつける場ではないという認識に変化した様子で、どこか思い詰めた表情だったのが、穏やかな表情となり、その後は落ち着いてホームで過ごすことができるようになった。

### 当グループホームにおける身体拘束廃止・防止の取組み

#### 地域の他事業所と連携した身体拘束廃止取組委員会の合同開催

- ・ 当グループホームでは、同法人の他のグループホームと、他法人のグループホーム2事業所とともに身体拘束廃止委員会を合同開催し、事例の報告や検討、意見交換、研修の計画等を行っている。
- ・ 合同開催以前は、2カ月に1度、ホーム内で委員会を開催していたが、回を重ねるごとに議題に行き詰ってしまった。意義のある委員会とするための方策をホーム内で検討したところ、他の事業所との話し合いや比較をすることによって、ケアの見直しや向上につながるのではないか、と考えた。
- ・ 第1回委員会の出席者は法人理事長、法人GHの2事業所の各管理者、地区区長である。その後、3カ月ごとに委員会を実施。現在は出席者として、他法人GHの管理者2名が参加している。委員会の議題としては、センサーマットの考え方やスピーチロックの考え方や対応等、多岐にわたる。
- ・ 他事業所の対応事例を踏まえて自ホームの職員研修等に落とし込むことによって、職員同士の話し合いが活性化し、身体拘束廃止・防止に関する職員の意識が高まった。

# 事例④ 要因除去により身体拘束を解除することができた実践事例

## 身体拘束を必要とした要因を取り除くことにより身体拘束を解除することができた実践事例

事例概要	経鼻経管栄養チューブを自分で抜いてしまう理由をアセスメントし、本人にとって不快な要因を除き、自分で抜かなくなった実践事例
本人の基本情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特別養護老人ホームに入居する90代男性（要介護5、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ）</li> <li>・ 経鼻経管栄養チューブ、膀胱留置カテーテルを留置した状態で、特別養護老人ホームに退院。</li> <li>・ 入院中は頻繁に自己抜去するため、両上肢を抑制帯で固定していた。</li> </ul>

### 入居直後の状態

- ・ 退院時に身体拘束廃止委員会および事故防止委員会にて、緊急やむを得ない場合に該当するかどうかの検討を行った。
- ・ 委員会には、生活相談員、看護主任、介護職員が参加し、医師である理事長にも相談した。
  - ✓ 切迫性：栄養注入中にチューブを自分で抜いてしまい、栄養が十分とれなくなる可能性が高いと判断した。
  - ✓ 非代替性：必要な栄養を採る手段が他にないことを確認した。
  - ✓ 一時性：施設に退院後、本人にとって何が不快かを把握するまでの期間に限定した。
- ・ 検討の結果、本人の生活状況を把握するまでの期間、右上肢のみ抑制帯で固定することとした。家族へも丁寧に説明し、本人の安全のためにはやむを得ないと回答があった。

### 身体拘束廃止・防止の取組

- ・ 毎日の生活記録や1日2回の申し送りでの情報共有を行い、自分でチューブを抜いてしまう原因を介護職員、看護職員等本人にかかわる職員が連携してアセスメントした。
- ・ アセスメントの結果、チューブが視界に入るため気になっていること、チューブが当たっている部分のかゆみにより、手で顔をかくときにチューブを抜くことが多いことが分かったため、週3回の入浴、毎日の清拭・保湿により清潔を保つことができるようケアを行った。
- ・ 経鼻経管栄養注入中にチューブを抜くことを防ぐため、注入中には離床し、注入時間を短縮することができる経腸栄養剤を使用した。
- ・ 家族から、本人が音楽やお花が好きだったことをお聞きし、本人の好きな音楽を流す、散歩でお花を見る等、気分転換してもらいながら過ごすようにした。
- ・ 職員が、自分が担当したときに、チューブを抜いてほしくない等、不安や責任を感じていたため、経鼻経管栄養注入時間以外にチューブを抜いてしまった場合の連絡体制や対応方法について周知した。
- ・ ケア内容が数日単位で変わることもあるため、休みや夜勤の職員に対して、変更内容の伝え漏れが無いよう、書面と口頭でのコミュニケーションがとれるよう努めた。
- ・ 本人の生活状況は、日々モニタリングを行い、その都度ケアプランのサービス内容を変更し、家族に適宜経過報告を行い、十分な説明を行うように心がけた。

### その後

- ・ 基本的なケアを職員間で統一して、継続して実施することにより、穏やかに生活することができるようになった。
- ・ 入居から1カ月後には経管栄養時以外は日中身体拘束せずに過ごし、2カ月後には終日身体拘束を解除することができた。

### 当特別養護老人ホームにおける身体拘束の考え方

- ・ 経鼻経管栄養は、ストレスや誤嚥リスクも伴うため、経鼻経管栄養の継続について検討を行っている（※）。

※日本静脈経腸栄養学会による「静脈経腸栄養ガイドライン 第3版」によると、経鼻経管栄養（経鼻胃管）を施行する期間として4週間未満が推奨されている。

# 事例⑤ 在宅で家族を支援し、身体拘束廃止・防止した実践事例

## 在宅において、家族への支援を実施しながら身体拘束廃止・防止した実践事例

事例概要	本人の尊厳と安全の観点から、揺れ動く家族の気持ちに対して、身体拘束を行わない生活の実現に向け、本人・家族への支援を行った実践事例
本人の基本情報	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 在宅で生活する80代男性（要介護5、認知症高齢者の日常生活自立度M）</li><li>・ 反復誤嚥性肺炎のため口から食事をとることは難しい。</li><li>・ 脳梗塞の既往があり、意思疎通も難しい。</li><li>・ 家族の希望が強く、自宅に退院され、訪問看護等在宅サービス利用</li><li>・ 本人・家族の希望により、胃ろうは増設せず、手首から点滴をしていた。</li></ul>

### 検討の経緯

- ・ 退院後に、点滴を入れている手首を動かしてしまうことが多く、頻繁に点滴が詰まり、感染症状も見られた。本来であれば、点滴の交換が望ましい状況だが、家族は点滴の交換や感染症状の治療のための入院を希望せず、感染リスクの低いCVポート（皮下に設置される点滴のための医療器具）に変更された。
- ・ CVポートへの変更後、手が自由に動くようになったため、CVポートを触り、チューブや針を自分で抜いてしまうことが増えた。夜間に自分で抜いてしまうことが多く、家族から上肢を抑制できないか、という相談を受けた。
- ・ 訪問看護職員としては、身体拘束を行うべきではないという考えのもと、自分で抜いてしまわないように、防止策について家族や主治医等と相談を重ねた。

### 身体拘束廃止・防止の取組

- ・ CVポートを自分で抜いてしまうことを防ぐため、CVポート付近にタオルを置いてタオルをつかんでもらうようにした。当初薄手のタオルを置いていたが、タオルごと掴んで抜いてしまうため、厚みのあるタオルを置くよう試してみたところ、自分で抜くことはなくなった。
- ・ 家族は、何度も自分で抜いてしまったことによるCVポート周囲の腫れを気にされていたが、主治医から身体に影響がないことを説明してもらった。また、主治医から「本人がチューブを抜いてしまっても、再度入れ直すことが可能」と説明してもらったため、家族も安心して、身体拘束を実施せずに過ごすことができた。
- ・ 訪問看護職員は、継続的に自分で抜いてしまう理由のアセスメントを実施した。その結果、CVポートの刺入部が蒸れ、かゆみが生じていることによりCVポートを触ってしまうと考えられたため、固定テープの使用を夜間に限定し、入浴直後には固定テープを貼付しないようケアの方法を見直した。

### その後

- ・ 自分で抜いてしまうことはなくなり、身体拘束を実施せずに過ごすことができている。
- ・ 家族も熱心に見守りをされているようだが、長時間目を離される際には、厚みのあるタオルを置いて、自分で抜いてしまわないよう対応している。

# 事例⑥ 身体拘束を要しない在宅生活をチームで検討した実践事例

## 退院前カンファレンスにおいて、身体拘束を要しない在宅生活を検討した実践事例

### 事例概要

肺炎による入院時に4点柵の身体拘束を受けていたが、退院時のカンファレンスにおいて、在宅ケアにかかわるフォーマル・インフォーマルな社会資源の関係者が集まり、身体拘束を要しない在宅生活について検討した実践事例

### 本人の基本情報

- ・ 在宅で生活する70代女性（要介護2、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ）
- ・ 歩行にはふらつきがあり、転倒の危険性が高い。
- ・ 独居、家族が近隣に住み通い介護。
- ・ 友人と小学校近くの横断歩道の誘導ボランティアに参加。

### 検討の経緯

- ・ 退院前カンファレンスにおいて、本人、家族、主治医、担当看護職員、担当理学療法士、民生委員、旗振りボランティアを一緒に行っている友人、訪問看護職員、訪問理学療法士、福祉用具専門相談員、居宅介護支援事業所の管理者、地域包括支援センターの主任介護支援専門員による検討が行われた。
- ・ 本人の希望は、自宅に退院し誘導ボランティアを再開することであり、家族も本人の希望を叶えたいという意向であった。
- ・ 入院中には転倒のリスクがあったため、独居再開に向け、本人のベッドを日中のみナースステーション近くに移動し、本人がベットから離れて移動する時間帯や動作等について観察（アセスメント）し、在宅ケアのチームへの情報提供を行い、独居の再開に向けて調整を行った。

### 身体拘束廃止・防止の取組

- ・ 在宅生活の実現に向け、介護支援専門員と入院先で調整を行い、退院前の居宅訪問を実施した。訪問看護職員と訪問理学療法士が本人の動作評価を行った結果、下肢の筋力低下によりこれまで行っていた床からの立ち上がりは難しいとことがわかったため、低床ベッドの導入を提案した。また、ベッドからトイレへの移動において、転倒リスクが高いことから、クッション性の高い床材の使用を提案した。
- ・ 介護支援専門員が中心となり、本人の在宅生活の実現に向けたサービス調整を進め、本人が落ち着かない様子であることが多い16時から18時頃に介護保険のフォーマルサービス※1および、民生委員や友人、家族等のインフォーマルサービス※2により本人を支援できるようにした。また、福祉用具専門相談員や訪問理学療法士に依頼し、手すりや家具の配置等の環境整備を実施した。

※1 居宅介護支援、訪問看護、訪問リハ、訪問介護（掃除、買い物、食事準備、片付け等）、福祉用具貸与（ベッド、手すり）、医療機関（主治医による診察、訪問看護指示書、訪問リハ指示書等）、地域包括支援センター（ケアマネ支援）、緊急通報システム、配食サービス、ごみ回収サービス

※2 傾聴ボランティア、民生委員による訪問等の支援、友人による訪問等の支援、別居の家族による支援（クッション性のある床材の購入、家事、受診支援、通帳管理、必要時夜間宿泊等）

### その後

- ・ 身体を拘束されたこと等により険しい顔つきで退院した本人だったが、友人の来訪等を喜び、「リハビリを頑張らなければ」と意欲と笑顔が増えた。また、在宅サービスの関係者が、トイレ、洗面所、食事テーブルへの移動を繰り返し見守りながら行った結果、約3週間で家具や手すり等をつたいながら、自力で安定した移動ができるようになった。ボランティア再開に向けてリハビリ中である。
- ・ 家族が仕事で忙しいときには、近隣の友人達が代わりに訪問して支援した。

### 「当該関係者・関係機関の身体拘束を要しない在宅生活への取組み

- ・ 入院時は身体を拘束されていたとしても、在宅に戻るにあたり、入院中から本人が立ち上がる時間の把握等のアセスメントを行い、フォーマル・インフォーマルな社会資源をフル活用し、在宅生活のシミュレーションを行い、環境を整備することで、身体拘束を要しない在宅生活は実現できると考える。

## 卷末資料

## 基準省令上の身体的拘束等の原則禁止について

- 全サービス（訪問系サービス、通所系サービス、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、居宅介護支援については、令和6年度介護報酬改定にて新設）

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

## 身体拘束廃止未実施減算について

- 施設系サービス、居住系サービス（平成30年度介護報酬改定にて減算率の見直し）  
別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。
- 短期入所系サービス、多機能系サービス（令和6年度介護報酬改定にて新設）  
別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

- 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）  
「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第11条第5項及び第6項又は第42条第7項及び第8項に規定する基準に適合していること。」

- 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号）  
（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）

第11条 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。

1～3（略）

4 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

5 指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

6 指定介護老人福祉施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置その他の情報通信機器(以下「テレビ電話装置等」という。)を活用して行うことができるものとする。)を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

三 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

7（略）

- 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について

第四 運営に関する基準

1～9（略）

10 指定介護福祉施設サービスの取扱方針

(1)（略）

(2) 同条第四項及び第五項は、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっては、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこととしたものである。

また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の三つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。

なお、基準省令第三十七条第二項の規定に基づき、当該記録は、二年間保存しなければならない。

(3)～(5)（略）

※ 介護老人保健施設、介護医療院、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護についても同様の内容である。

# 本手引きにおける引用一覧

本紙該当箇所		引用文献	引用箇所
P4	「尊厳の保持」が謳われた経緯	「2015年の高齢者介護」（平成15年6月26日高齢者介護研究会とりまとめ）	Ⅱ「高齢者介護の課題」一部改変
P4	「尊厳を保持」した生活を支えるケアとは	「2015年の高齢者介護」（平成15年6月26日高齢者介護研究会とりまとめ）	I「はじめに」抜粋
P5	身体拘束とは	高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き(追補版)	P10.「3.3.3.本人の自由を引き出すシーティング」一部改変
P5	身体拘束とは	市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について	Ⅲ.6「身体拘束に対する考え方」一部改変
P5	身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為(例)	身体拘束ゼロへの手引き	P7.参考「身体拘束禁止の対象となる具体的な行為(例)」抜粋
p6	身体拘束はなぜ問題なのか	身体拘束ゼロへの手引き	P6「身体拘束はなぜ問題なのか」一部改変
P7	身体拘束ゼロに向けて	身体拘束ゼロへ手引き	P8「身体拘束は本当になくせないのか」一部改変
P7	身体拘束は安全確保のために本当に必要なのか	介護施設内での転倒に関するステートメント	P1「まえがき」抜粋
P9,10	身体拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針	身体拘束ゼロへの手引き	P10-12「身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと-5つの方針」一部改変
P11	身体拘束を必要としないための3つの原則	身体拘束ゼロへの手引き	P14「身体拘束をせずに行うケア-3つの原則」一部改変
P12	5つの基本的ケア	身体拘束ゼロへの手引き	P15.参考「5つの基本的ケア」抜粋
P18	コラム：地域で本人と家族を支えるミーティングセンター	認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業報告書	P49.「4.1 大牟田市の事業整理」一部改変
P21	緊急やむを得ない場合の3つの要件	身体拘束ゼロへの手引き	p22「3つの要件をすべて満たすことが必要」一部改変

# 身体拘束廃止・防止に関する参考情報一覧

参考資料	概要	QRコード
<p>身体拘束ゼロへの手引き ●高齢者ケアに関わるすべての人に● (厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」)</p>	<p>身体拘束のないケアの実現に向けて取り組む介護の現場を支援していくために作成された手引き。 平成13年発行。</p>	
<p>ケアに関わるすべての人へ ー身体拘束禁止の取組のためにー (特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構)</p>	<p>身体拘束禁止に向け、利用者の尊厳の保持に向けた行政の動向も踏まえ、直接・間接を問わずケアにかかわるすべての人に向けて作成された書籍。 平成31年発行。</p>	
<p>介護現場における適切なシーティングの実施に係る研修(基礎・導入編) (株式会社日本総合研究所)</p>	<p>令和3年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「介護現場における適切なシーティングの実施に係る事例及び研修に関する調査研究事業」にて作成されたシーティング実施方法に関する手引き。</p>	
<p>介護施設・事業所における虐待防止研修 (MS&amp;ADインターリスク総研株式会社)</p>	<p>令和2年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「介護施設における効果的な虐待防止研修に関する調査研究」にて作成された介護施設・事業所を対象とした虐待防止研修プログラム</p>	
<p>人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン (厚生労働省「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」)</p>	<p>人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認するために作成されたガイドライン。平成19年発行、平成30年改訂。</p>	
<p>認知症の人の家族の思いと受けている支援に関する実態調査報告書(公益社団法人認知症の人と家族の会)</p>	<p>令和3年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「認知症の人の家族の思いと受けている支援に関する実態調査」にて実施された認知症の人の家族の支援に関する調査等の結果や認知症の人の家族の支援に関する好事例をまとめた報告書。</p>	
<p>介護施設内での転倒に関するステートメント(日本老年医学会・全国老人保健施設協会)</p>	<p>転倒やそれに伴う傷害に関して、防止しようとする施設の姿勢や取り組みと、発生した事故を状況に応じて受容する入所者、家族、国民全体の心象とのバランスのありようを、把握しうる範囲で科学的に検討したステートメント。</p>	
<p>市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について(「厚生労働省老健局、令和5年3月」)</p>	<p>市町村・都道府県による「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づいた対応マニュアル。</p>	
<p>介護報酬改定について(高齢者虐待防止関連)等</p>	<p>令和3年度および令和6年度介護報酬改定の高齢者虐待防止関連を掲載したもの</p>	
<p>認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業報告書(社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター)</p>	<p>令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)「認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業」にて実施された認知症の本人と家族を一体的に支援する効果的な介入プログラムの開発やあり方についてまとめた報告書。</p>	

# 身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた検討委員会 委員一覧

令和5年度老人保健健康増進等事業  
介護施設・事業所等における身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた調査研究事業

氏名（敬称略・50音順）	所属
石井 信芳	地域共生政策自治体連携機構 代表理事 事務局長
石踊 紳一郎	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 副会長
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
志田 信也	公益社団法人認知症の人と家族の会 理事
高橋 洋子	公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部 課長
高村 浩	高村浩法律事務所 所長
滝沢 香	日本弁護士連合会高齢者・障害者権利支援センター センター長
烏海 房枝	NPO法人メイアイヘルプユー 理事・事務局長 一般社団法人全国福祉サービス第三者評価調査者連絡会 理事
◎富本 秀和	三重大学大学院医学系研究科 特定教授 済生会明和病院 院長 一般社団法人日本神経治療学会 理事長特別補佐
中林 弘明	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
福田 六花	公益社団法人全国老人保健施設協会 常務理事 山梨県 介護老人保健施設はまなす 施設長
藤田 和子	一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ 代表理事
藤田 大	一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会 理事
松本 佐知子	日本赤十字看護大学さいたま看護学部 特任講師

◎委員長

## 【オブザーバー】

- ・ 公益社団法人 日本介護福祉士会
- ・ 公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
- ・ 社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター
- ・ 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課
- ・ 厚生労働省 老健局 老人保健課
- ・ 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課
- ・ 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課

## 【事務局】

株式会社日本総合研究所

令和5年度老人保健健康増進等事業  
介護施設・事業所等における身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた調査研究事業



※令和5年度に行われた運営指導における主な指摘事項です。

※事業種別ごとに遵守すべき基準については、各事業ごとの基準条例、通知等を確認するとともに、自主点検表で業務の適正を確認してください。

分類	事業種別	項目	指摘事項
01人員	15地域密着型通所介護	従業者の配置の基準 勤務体制の確保	機能訓練指導員の員数は、1以上配置が必要とされているところ、令和4年12月から配置がなされていなかったため、常に基準を充足するよう機能訓練指導員の確保を行うこと。
01人員	18認知症対応型共同生活介護	従業者の配置の基準	共同生活住居ごとに夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従業者が配置できていなかった。この配置に係る減算は適切に行われているものの長期間にわたり、夜間及び深夜の時間帯における介護従業者の配置が適切になされていないため、介護従業者を適切に配置すること。
01人員	01訪問介護	訪問介護員等の員数	サービス提供責任者は、常勤の訪問介護員等のうち、利用者の数が40又はその端数を増すごとに1以上配置すること。
01人員	18認知症対応型共同生活介護	従業者の配置の基準 勤務体制の確保	雇用契約書について1名従業者であることが確認できなかったため、適切に管理すること。
01人員	18認知症対応型共同生活介護	従業者の配置の基準 勤務体制の確保	雇用契約書について従事する職務を明確にし、任命されていることがわかるようにしてください。
1人員	15地域密着型通所介護	従業者の配置の基準	定員が15名の場合、介護職員の員数を、指定地域密着型通所介護の単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数を当該サービスを提供している時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる数を配置すること。
1人員	15地域密着型通所介護	従業者の配置の基準	指定地域密着型通所介護の単位ごとに、介護職員を常時1人以上従事させること。
1人員	10特定施設入居者生活介護	従業者の配置の基準	介護職員は常勤換算方法で、利用者の数が10又はその端数を増すごとに1以上配置すること。
1人員	10特定施設入居者生活介護	従業者の配置の基準	計画作成担当者は専従の介護支援専門員である必要があるが、有効期間を満了した介護支援専門員証しか確認することが出来なかったため、有効期間内の介護支援専門員証を市へ提示すること。
1人員	18認知症対応型共同生活介護	従業者の配置の基準	一部の職種において、勤務予定等の変更があり、勤務実績表に反映されていないものが見受けられましたので、勤務実績に正しく反映させてください。
02運営	01訪問介護	訪問介護計画の作成	訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は当該計画の内容に沿って作成すること。
02運営	06通所介護	内容及び手続の説明及び同意	重要事項説明書には、利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を記載してください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用定員</li> <li>・従業員の職務の内容</li> <li>・サービス利用に当たったの留意事項</li> <li>・緊急時における対応の方法</li> <li>・非常災害対策</li> <li>・苦情処理の手順</li> <li>・その他運営に関する重要事項</li> <li>・第三者評価の実施の有無</li> </ul>
02運営	06通所介護 18認知症対応型共同生活介護 21看護小規模多機能型居宅介護	広告	広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものにならぬよう実態と整合性を図ること。

※令和5年度に行われた運営指導における主な指摘事項です。

※事業種別ごとに遵守すべき基準については、各事業ごとの基準条例、通知等を確認するとともに、自主点検表で業務の適正を確認してください。

分類	事業種別	項目	指摘事項
02運営	15地域密着型通所介護	内容及び手続の説明及び同意	運営規程について、営業時間及びサービスの利用料その他の費用の額が実態と相違していたため、整合させること。なお、変更の際には、運営規程の変更の届出を提出すること。
02運営	15地域密着型通所介護	勤務体制の確保等	適切な指定地域密着型通所介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動（セクシュアルハラスメント）又は優越的な関係を背景とした言動（パワーハラスメント）であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより地域密着型通所介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じること。
02運営	15地域密着型通所介護	事故発生時の対応	サービスの提供により事故が発生した場合、高槻市の「介護保険事業者等における事故発生時の報告手続き等の取扱い要領」の事故の範囲に該当するものは、所定の様式にて事故報告書を提出すること。
02運営	22居宅介護支援	指定居宅介護支援の具体的取扱方針	主治医の医師等に意見を照会して訪問看護等医療系サービスを位置づけた場合、居宅サービス計画を主治医の医師等に交付すること。
02運営	22居宅介護支援	勤務体制の確保	適切な指定居宅介護支援の提供を確保するため、職場におけるハラスメントを防止するための方針の明確化等の措置を講じること。
02運営	22居宅介護支援	苦情処理	苦情に迅速かつ適切に対応できるようあらかじめマニュアル作成等により必要な措置を講じること。
02運営	22居宅介護支援	事故発生時の対応	事故発生時の対応について、速やかに対応できるようあらかじめマニュアル作成等により必要な措置を講じること。
02運営	22居宅介護支援	勤務体制の確保	従業者の勤務体制について、法人代表が事業所の従業者として勤務する場合は、辞令等を交付し、当該事業所の従業者として勤務していることが明確に分かるようにすること。
02運営	01訪問介護	心身の状況等の把握	サービス担当者会議等を通じて利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況の把握に努めること。
02運営	18認知症対応型共同生活介護	内容及び手続の説明及び同意	重要事項説明書において、利用料その他の費用（食材料費）に係る記載について、利用者に誤解を与えないよう実態との整合をとってください。
02運営	18認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護の取扱方針	認知症対応型共同生活介護の利用者の精神の安定を図る観点から、共同生活住居ごとに担当の介護従業者を固定する等の継続性を重視したサービス提供に配慮してください。

※令和5年度に行われた運営指導における主な指摘事項です。

※事業種別ごとに遵守すべき基準については、各事業ごとの基準条例、通知等を確認するとともに、自主点検表で業務の適正を確認してください。

分類	事業種別	項目	指摘事項
02運営	22居宅介護支援	運営規程等	運営規程について、その他費用の額（交通費）が記載されていない為、記載すること。 なお、運営規程の内容に変更がある場合は、変更届を提出すること。
02運営	22居宅介護支援	勤務体制の確保等	勤務体制の確保について、勤怠管理表は作成されていますが、日々の勤務時間の記載がないため、日々の出勤時間、退勤時間を記載してください。
02運営	15地域密着型通所介護	指定地域密着型通所介護の具体的な取扱方針	生活相談員が地域密着型通所介護計画を作成していたため、管理者が地域密着型通所介護計画を作成すること。
02運営	15地域密着型通所介護	指定地域密着型通所介護の具体的な取扱方針	実際のサービス提供時間と地域密着型通所介護計画におけるサービス提供時間間に差異が生じる場合は、当該地域密着型通所介護計画の見直しを行う等、必要な手続きを行うこと。
02運営	15地域密着型通所介護	地域との連携	運営推進会議の記録の公表がされていなかったため、公表すること。
02運営	06通所介護	内容及び手続の説明及び同意	重要事項説明書に、以下の事項が記載されていない為、記載してください。 ・運営規程の概要（従業者の職務の内容、利用定員、非常災害対策）
02運営	06通所介護	通所介護計画の作成	管理者は、通所介護計画及び通所型サービス計画を作成した際は、当該計画を利用者全員に交付すること。
02運営	06通所介護	秘密保持等	法人代表者についても、従業者として在職中及び退職後に、在職中に知り得た利用者の秘密を洩らさないよう、契約書等による対策を確実に実施すること。
02運営	16認知症対応型通所介護	内容及び手続の説明及び同意	重要事項説明書における職員配置人数は利用者に説明を行う時点で配置されている人数を記載してください。
02運営	16認知症対応型通所介護	心身の状況等の把握	心身の状況等の把握について、サービス担当者会議を通じて把握した利用者の心身の状況やその他サービスの利用状況等記録に残してください。
02運営	16認知症対応型通所介護	非常災害対策	非常災害に関し、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行うこと。

※令和5年度に行われた運営指導における主な指摘事項です。

※事業種別ごとに遵守すべき基準については、各事業ごとの基準条例、通知等を確認するとともに、自主点検表で業務の適正を確認してください。

分類	事業種別	項目	指摘事項
02運営	25介護予防支援	記録の整備	指定介護予防支援に関する諸記録の保存期間については、少なくともサービス提供の日から最低5年間保存するものとしてください。
02運営	09短期入所療養介護	運営規程等	運営規程において職員の員数が実態と相違していたため、整合させること。なお、変更の際には、運営規程の変更の届出を提出すること。
02運営	18認知症対応型共同生活介護	内容及び手続の説明及び同意	重要事項説明書の利用料金欄には算定する加算を記載し、算定しない加算は削除してください。
02運営	18認知症対応型共同生活介護	内容及び手続の説明及び同意	重要事項説明書のその他の費用について、「病院受診時、付き添い介助にかかる費用」は、認知症対応型共同生活介護で提供する入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話に含まれ、当該サービスの基本報酬に評価されているため削除してください。
02運営	18認知症対応型共同生活介護	秘密保持等	秘密保持について1名の従業者が誓約されていることが確認できなかったため、誓約書を適切に保管すること。
02運営	18認知症対応型共同生活介護	地域との連携	運営推進会議の開催について文書による情報提供等により行われていたため、対面又はテレビ電話装置等の活用により行うこと。
02運営	16認知症対応型通所介護	認知症対応型通所介護計画の作成	認知症対応型通所介護計画については、管理者が作成することとされているが、作成者が生活相談員であったため、作成者を管理者とすること。
02運営	25介護予防支援	秘密保持等	サービス担当者会議等において、個人情報を他のサービス担当者と共有するために利用者又はその家族の代表から同意を得ていましたが、個人情報を使用する可能性のある複数の家族から同意を得ていなかったため、複数の家族から同意を得てください。

※令和5年度に行われた運営指導における主な指摘事項です。

※事業種別ごとに遵守すべき基準については、各事業ごとの基準条例、通知等を確認するとともに、自主点検表で業務の適正を確認してください。

分類	事業種別	項目	指摘事項
02運営	01訪問介護	指定介護予防訪問サービスの具体的取扱方針	サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならないが、一部の利用者において、説明年月日、同意年月日の記載がもれていたため、記入すること。
02運営	06通所介護	従業者の配置の基準 勤務体制の確保	一部の看護職員において、通所介護と同一敷地内の有料老人ホームで同時並行的にサービス提供を行う勤務体制であったため、兼務状態にならぬよう勤務時間の切り分けを行い、人員基準を満たす勤務体制を管理すること。
02運営	03訪問看護	訪問看護計画の作成	訪問看護計画書の利用者の説明・同意が利用者側の理由によりやむを得ず遅れる場合は、その理由や経過を記録に残すこと。
02運営	03訪問看護	勤務体制の確保等	夜勤正社員及び非常勤職員について、資質向上のため、研修の機会を確保すること。
02運営	11福祉用具貸与	福祉用具貸与計画の作成	福祉用具貸与計画に福祉用具の利用目標及び福祉用具を選定した理由を記載すること。
02運営	11福祉用具貸与	福祉用具貸与計画の作成	福祉用具貸与計画は作成後、当該利用者に係る介護支援専門員に交付すること。
02運営	15地域密着型通所介護	地域密着型通所介護計画の作成	利用者1名について、利用契約より前に地域密着型通所介護計画を作成していたため、適切なタイミングで作成すること。
02運営	15地域密着型通所介護	非常災害対策	非常災害に関する具体的計画を立て、マニュアルを作成する等、定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行うこと。
02運営	06通所介護	非常災害対策	非常災害に関する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めてください。
02運営	19地域密着型特定施設入居者生活介護	利用料等の受領	利用料の中にある寝具一式、入浴時タオルについて、施設がすべての入居者からその費用を画一的に徴収することは認められないため是正し、重要事項説明書の利用料の欄から削除すること。
02運営	15地域密着型通所介護	地域との連携	運営推進会議について、その報告、評価要望、助言等についての記録を公表すること。
02運営	01訪問介護	苦情処理 事故発生時の対応	事故・ヒヤリハット、苦情の記録が全て同じ様式で、どのサービス種別によるものか判別できないため、明確に分かるよう整備してください。
02運営	10特定施設入居者生活介護	勤務体制の確保等	一部のタイムカードに打刻漏れが散見されましたので、記録等を修正する場合は管理者が訂正印を押印する等、適正な出勤の記録の管理を行ってください。
02運営	10特定施設入居者生活介護	契約の締結等	利用者との契約において、契約の効力発生日の漏れていたため、漏れの内容記載し契約してください。

※令和5年度に行われた運営指導における主な指摘事項です。

※事業種別ごとに遵守すべき基準については、各事業ごとの基準条例、通知等を確認するとともに、自主点検表で業務の適正を確認してください。

分類	事業種別	項目	指摘事項
02運営	10特定施設入居者生活介護	特定施設入居者生活介護の取扱方針	身体的拘束の適正化を図るため、指針の整備及び定期的な研修（年2回）の実施を行うこと。
02運営	10特定施設入居者生活介護	秘密保持等	個人情報同意書の同意日が漏れていたため、漏れない同意を得てください。
02運営	01訪問介護	訪問介護計画の作成	サービス提供責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、サービスの提供を行う期間を記載した計画を作成すること。
02運営	23介護老人福祉施設	従業者の配置の基準	従業者の勤務体制について以下の項目を満たすかどうか確認することが出来なかったため見直すこと。 ・昼間についてユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。 ・夜間及び深夜について2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
03法令遵守に関する事項	06通所介護 18認知症対応型共同生活介護	業務管理体制	運営規程の内容に変更が生じたら、変更が生じた日から10日以内に変更届を提出すること。
03法令遵守に関する事項	01訪問介護	業務管理体制	定期的に業務管理体制に係る自主点検表を作成してください。
03法令遵守に関する事項	22居宅介護支援	業務管理体制	業務管理体制の整備の届出がなされていないため届出を行うこと（所管は大阪府）。
03法令遵守に関する事項	15地域密着型通所介護	業務管理体制	事業所の平面図に変更があった場合は、所定の期間内に変更の届出を提出すること。
04報酬	06通所介護 15地域密着型通所介護	個別機能訓練加算	個別機能訓練計画について、機能訓練指導員、看護職員、生活相談員、その他の職種の者と共同して作成する必要があるため、共同作成していることが分かるように計画書上に共同作成者の職種及び氏名を記載してください。
04報酬	06通所介護	通則	現状にあわせ、算定できない加算（入浴介助加算Ⅱ、生活機能向上連携加算）については、加算の取り下げを行うこと。
04報酬	06通所介護	個別機能訓練加算	個別機能訓練加算における個別機能訓練計画について、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して作成する必要があるため、共同作成していることが分かるように計画書上に共同作成者の職種及び氏名を記載してください。
04報酬	06通所介護	介護職員等特定処遇改善加算	介護職員等特定処遇改善加算の内容等について、インターネットの利用、その他の適切な方法により公表すること。
04報酬	22居宅介護支援	介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算	介護職員処遇改善加算及び介護職員特定処遇改善加算について、これらの処遇改善の計画を職員に周知してください。

※令和5年度に行われた運営指導における主な指摘事項です。

※事業種別ごとに遵守すべき基準については、各事業ごとの基準条例、通知等を確認するとともに、自主点検表で業務の適正を確認してください。

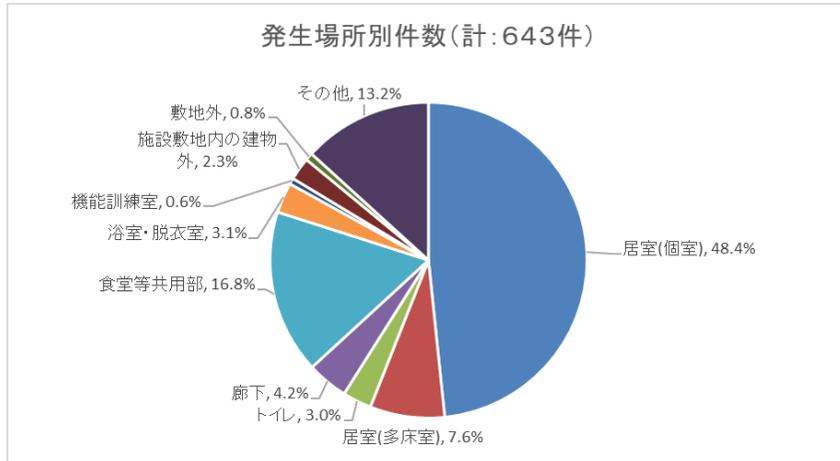
分類	事業種別	項目	指摘事項
04報酬	27介護予防通所サービス	運動器機能向上加算	運動器機能向上加算における運動器機能向上計画について、理学療法士等、介護職員、生活相談員その他の職種の者と共同して作成する必要があるため、共同作成していることが分かるように計画書上に共同作成者の職種及び氏名を記載してください。
04報酬	06通所介護	入浴介助加算	入浴介助加算について、居宅を訪問したことがわかる記録が確認できなかったため、記録を作成すること。
04報酬	18認知症対応型共同生活介護	看取り介護加算	看取り介護加算について、入居の際に利用者又はその家族等に対して看取りに関する指針の内容を説明し、同意を得るべきところ、その同意が確認できなかったため、同意を得て下さい。
04報酬	06通所介護	介護職員等ベースアップ等支援加算	介護職員等ベースアップ等支援加算について、計画と賃金規定細則の内容が一部相違していたため、整合性を図ってください。
04報酬	18認知症対応型共同生活介護	医療連携体制加算	医療連携体制加算Ⅰについて、重度化した対応に係る指針を定め、入居の際に利用者又はその家族に対して当該指針の内容を説明し、同意を得ているが、説明者について、明確に記載してください。
04報酬	18認知症対応型共同生活介護	介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算	介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算について、賃金改善の内容の根拠となる規程を整備すること。
04報酬	01訪問介護	訪問介護の所要時間	前回提供した指定訪問介護から概ね2時間未満の間隔でサービスが行われた場合には、それぞれの所要時間を合算すべきところ、それぞれ請求をしていたため、自主点検の上、過誤調整すること。
04報酬	01訪問介護	特定事業所加算	特定事業所加算に関し、緊急時等における対応方法を利用者へ明示する手段として、緊急時の連絡先及び対応可能時間を重要事項説明書等へ明記し、交付及び説明を行ってください。
04報酬	06通所介護 15地域密着型通所介護	口腔・栄養スクリーニング加算	口腔・栄養スクリーニング加算について、利用者の口腔の健康状態について6カ月ごとに確認を行い、その情報を介護支援専門員に対し提供してください。
04報酬	06通所介護 15地域密着型通所介護	個別機能訓練加算	個別機能訓練加算について、3か月に1回以上利用者の居宅を訪問し生活状況を確認しているが、具体的な課題の記載が不十分なため記入してください。
04報酬	15地域密着型通所介護	通則	指定基準に定める員数の介護職員を置いていない場合は、人員基準欠如開始月の翌月（翌々月）から解消月まで減算を行うこと。
04報酬	15地域密着型通所介護	個別機能訓練加算 運動器機能向上加算	個別機能訓練加算（Ⅰ）イおよび運動器機能向上加算において、人員基準欠如に該当する場合は算定できないため、自主点検の上、過誤調整を行うこと。
04報酬	15地域密着型通所介護	通則	口腔機能向上加算において、現状に合わせて、算定していなければ取り下げを行うこと。 なお、自主返還が生じた場合は、長寿介護課に提出する介護保険給付費過誤申立依頼票の理由欄に「運営指導において不適切な給付との指摘を受けたため」といった旨を記載してください。また、返還期間が複数月にわたる場合は、福祉指導課及び長寿介護課と調整を行ってください。
04報酬	01訪問介護	同一敷地内建物等減算	指定介護予防訪問サービス事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当該事業所と同一建物に居住する利用者に対して、指定介護予防訪問サービスを行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定すること。また、過誤が生じた場合は、自主点検の上、返還すること。
04報酬	19地域密着型特定施設入居者生活介護	夜間看護体制加算	夜間看護体制加算について、入居の際に利用者又はその家族等に対して説明し、同意を得ているものの、重度化した場合における対応に係る指針の内容を説明し、同意を得てください。
04報酬	19地域密着型特定施設入居者生活介護	退院・退所時連携加算	退院・退所時連携加算について、入居後に入院した期間が30日以内の入居者に算定していたため、見直すこと。また、過誤が生じた場合は、自主点検の上返還すること。

※令和5年度に行われた運営指導における主な指摘事項です。

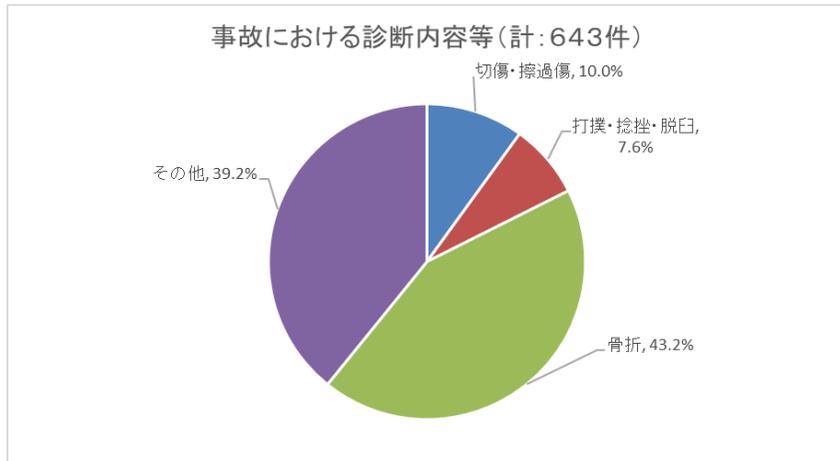
※事業種別ごとに遵守すべき基準については、各事業ごとの基準条例、通知等を確認するとともに、自主点検表で業務の適正を確認してください。

分類	事業種別	項目	指 摘 事 項
04報酬	19地域密着型特定施設入居者生活介護	看取り介護加算	看取り介護加算について、入居の際に利用者又はその家族等に対して説明し、同意を得ているものの、看取りに関する指針の内容を説明し、同意を得てください。
04報酬	01訪問介護	訪問介護の所要時間	サービス提供記録について、提供終了時刻の記入誤りにより、大幅にサービス提供時間が実態と違う事例が多数見受けられた。報酬請求の基礎となる記録になるため、訪問介護を実際に行った時間を記録すること。
04報酬	01訪問介護	訪問介護の所要時間	訪問介護員等に、指定訪問介護を実際に行った時間を記録させること。
04報酬	10特定施設入居者生活介護	通則	介護報酬について、割引に該当しないよう提供したサービスについては適切に請求を行ってください。
04報酬	10特定施設入居者生活介護	サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）について、人員基準欠如に該当する場合は、当該加算を算定することが出来ないため、自主点検の上過誤調整を行うこと。
04報酬	10特定施設入居者生活介護	サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）について、提供するサービスの質の向上に資する取り組みを実施しているが、その取組の内容が記録されていなかったため、記録を残してください。
04報酬	18認知症対応型共同生活介護	口腔衛生管理体制加算	口腔衛生管理体制加算について、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士からの介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導は、複合施設全体としてではなく、事業種別ごとに行ってください。
04報酬	18認知症対応型共同生活介護	口腔衛生管理体制加算	口腔衛生管理体制加算について、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用者に口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成すること。
04報酬	23介護老人福祉施設	経口維持加算	経口維持加算について、誤嚥の有無に関する検査を行っていないと見受けられる事例があったため、自主点検の上、過誤調整をすること。
04報酬	08短期入所生活介護	サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算Ⅲの要件である「介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること」について、参考計算書には特養とショートステイ両方の勤務時間が含まれており、加算要件を満たすかどうか確認することが出来なかったため、自主点検の上、過誤調整を行うこと。

## <総論>

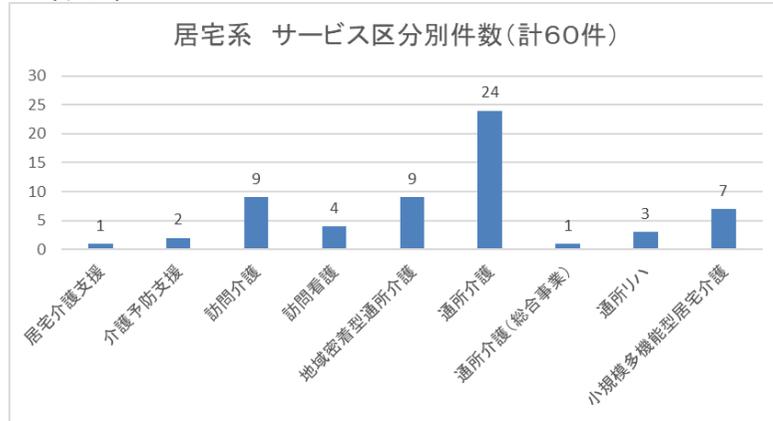


令和5年度の事故の件数は643件で、令和4年度(=昨年度の集団指導の資料:482件)と比べ、増加している。これは、転倒及び感染症(食中毒等)の事故の増加が原因となっている。なお、感染症の流行で1人1件の事故として計上しているため、件数が増加している。令和2年～令和4年までは、コロナ対策をした結果、他の感染症や食中毒が抑えられていたが、ポストコロナの結果、これらが増加している。場所ごとの傾向としては、令和4年度と同じく居室における事故が5割以上を占めている。

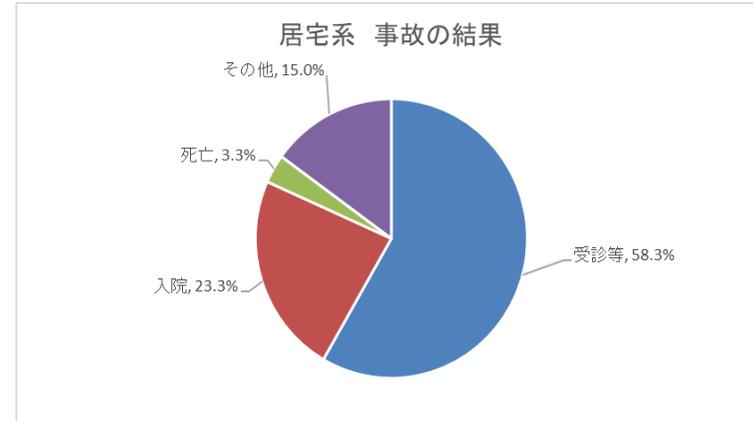


令和5年度の事故による診断内容等は、骨折が4割以上を占めている。なお、施設系及び有料・サ高住の事業所における骨折が257件であり、事故全体の4割以上を占めている。その他には、感染症、急病、個人情報の漏洩等の事故が主な内容となっており、特に感染症の増加が著しい。これは、新型コロナウイルスが5類となった後に、感染対策の意識が減り、令和5年度の特に関節に感染性胃腸炎やノロウイルスが発生したためと考えられる。

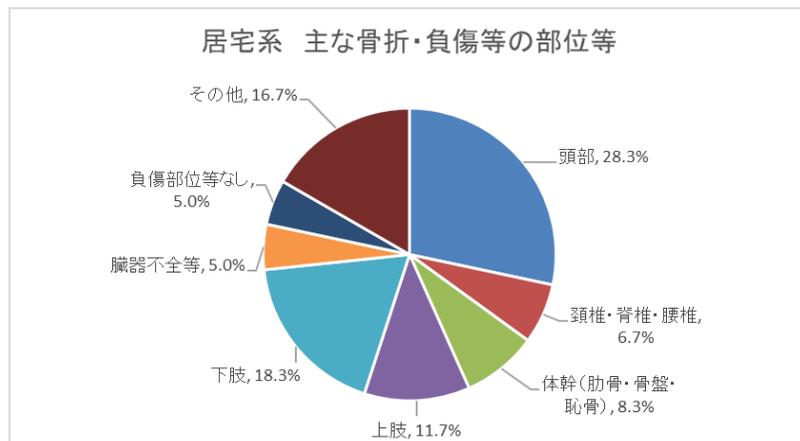
## <居宅系>



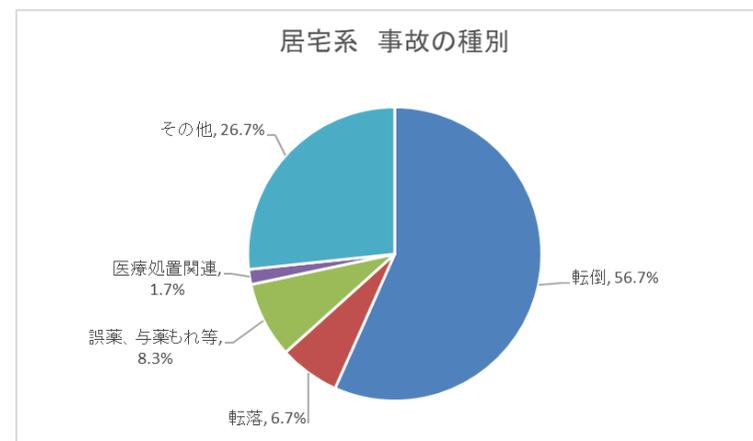
居宅系の内訳は、上記のとおり。通所介護(地域密着型・総合事業含む)の件数が多い。当該サービスを行っている事業所の件数が多いためと考えられる。



令和4年度と同様に、受診等が5割以上を占めており、そのうち、6割以上が転倒によるものだった。令和4年度11.76%と比べると、入院の割合が増加した。入院のうち、通所介護での転倒が5割を占めた。死亡事故については、令和4年度はなかったが、3.3%と増加し、転落、急病等が主な内容となっている。

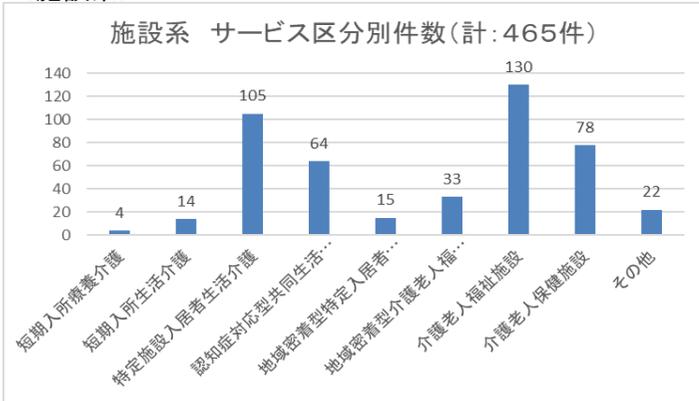


下肢への負傷の割合が令和4年度は8.82%であったが、令和5年度は18.3%となっており、他の部位に比べて大きく増加している。なお、下肢による骨折・負傷等のうち、転倒の事故が8割以上を占めており、そのうち、6割以上が入院している。

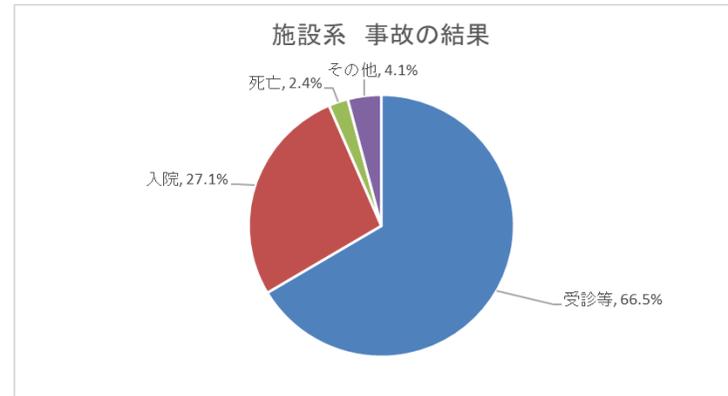


令和4年度と同様に、転倒が5割以上を占めている。転倒のうち、通所介護(地域密着型・総合事業含む)が7割以上を占めており、食堂等共用部、浴室・脱衣室、施設敷地内の建物外等が主な事故発生場所となっている。誤薬、投薬もれの原因は、マニュアルの徹底不足、確認もれ等であった。なお、その他には、急病、不祥事等が含まれている。

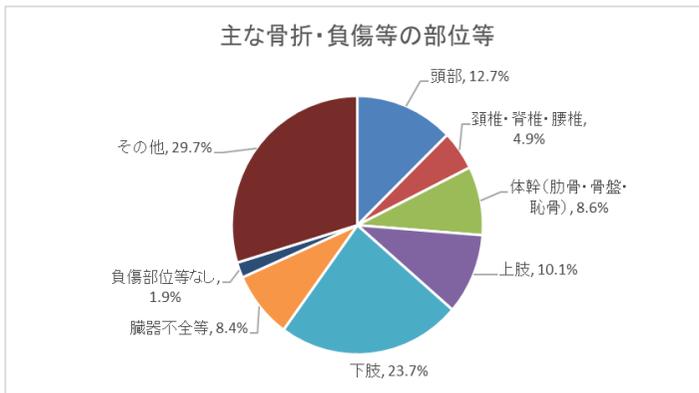
<施設系>



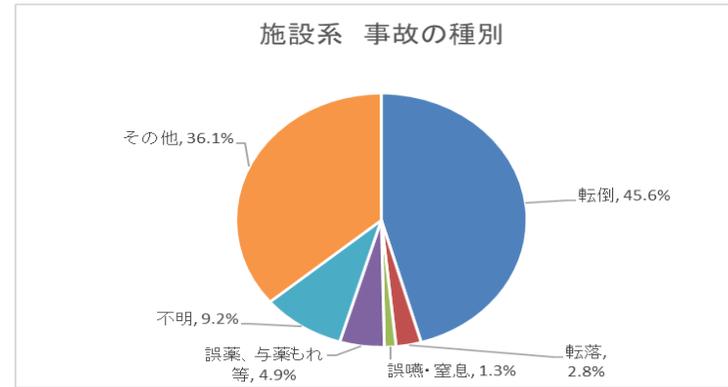
施設系の内訳は、上記のとおり。介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護における事故の件数が多い。全体が643件なので、7割以上の事故が施設系の区分において起きている。



受診等に至った事故については、令和4年度は5割であったが、令和5年度は増加している。これは入院及び死亡に至った件数は令和4年度とほぼ横ばいであったが、受診等の件数が大幅に増加したことが原因となっている。

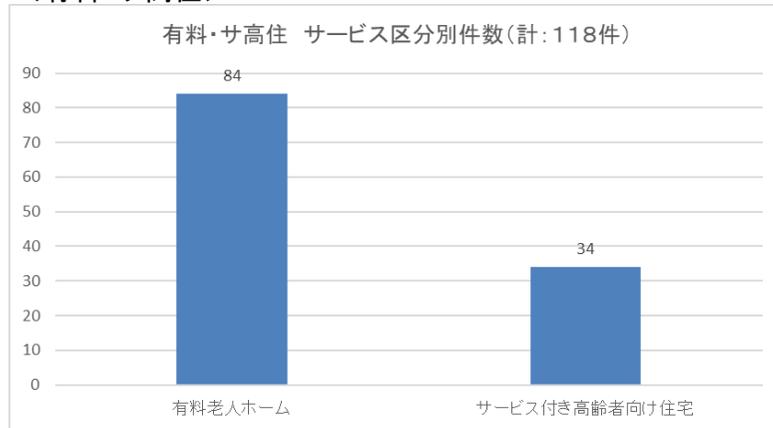


施設における事故については、骨折が4割以上を占めている。下肢の負傷者数が110件と多く、うち、転倒の事故が7割以上を占めており、そのうち、6割以上が入院している。

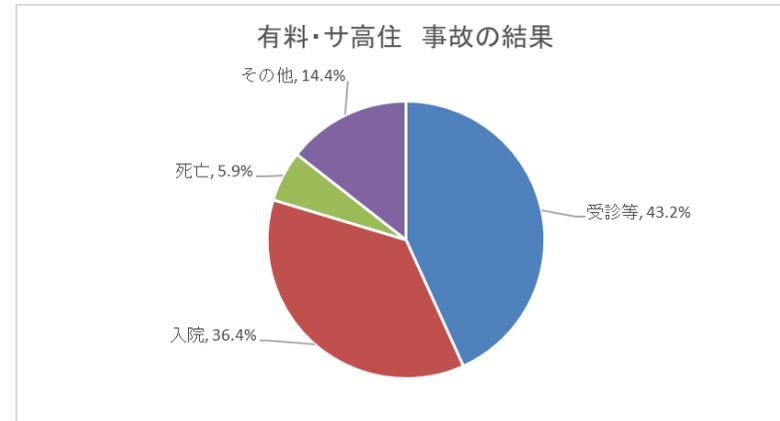


転倒による事故発生場所のうち、約4割が居室、約2割が食堂等共用部となっている。転倒の原因は、職員が他の利用者の介助のため目を離したこと等が挙げられる。不明については43件あり、日常生活動作の中で骨折していた等特定の事象がないが、結果として骨折となった事例等が挙げられる。なお、その他には、感染症や急病等が含まれている。

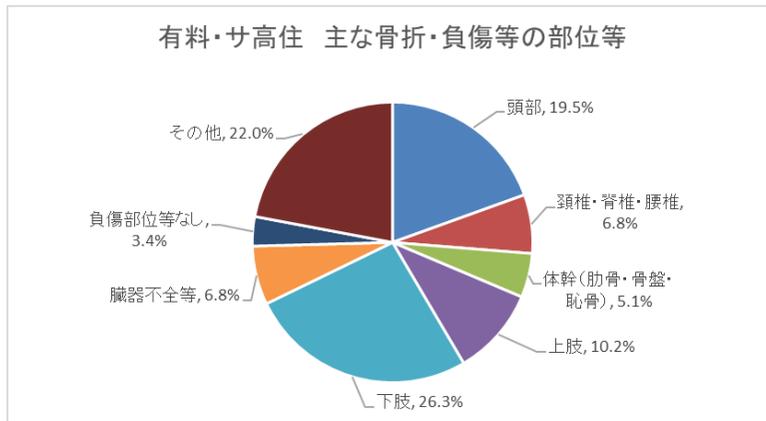
## ＜有料・サ高住＞



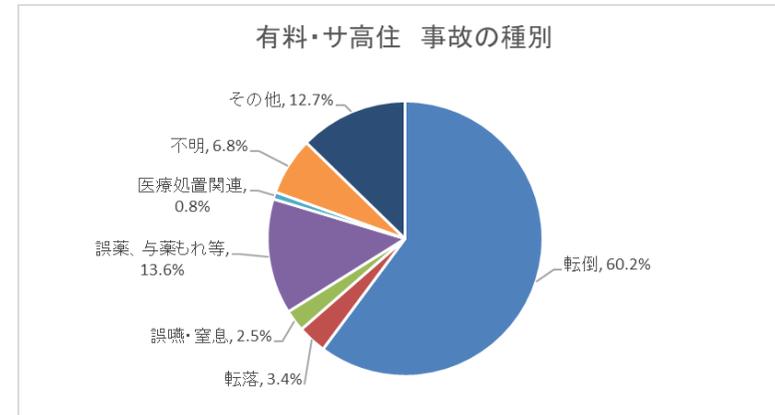
有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の内訳は、上記のとおり。令和4年度の事故件数は90件だったので、令和5年度は大幅に増加したが、令和3年度の116件と比べるとほぼ横ばいである。また、令和3年度～令和5年度まで、有料老人ホームの方がサービス付き高齢者向け住宅に比べ、事故の件数は多い傾向であったが、令和2年度はサービス付き高齢者向け住宅の方が事故の件数が多く、年度ごとの数値にゆらぎがある。



令和4年度は受診等及び入院が全体数の約7割であったが、令和5年度は約8割に増加した。これは、令和4年度に比べ死亡の件数は減少したが、受診等及び入院の件数は、大幅に増加したことが原因である。受診等及び入院のうち、転倒による事故が7割以上を占めた。



負傷部位は頭部・下肢が高く、そのうち、8割以上が転倒によるものであった。その他のうち、誤薬・与薬もれ等が46%であった。



令和4年度は転倒の割合が51.11%であったのに対し、令和5年度は60.2%に増加した。転倒の事故発生場所については、居室が7割以上を占めた。転倒の原因は、歩行器が必要な利用者が歩行器を使用していなかった等が挙げられる。

＜兼務の可否と勤務表への記載について＞

1 常勤・非常勤と専従・兼務の定義

(1) 常勤・非常勤（勤務表におけるA BかC Dかの別）

ア 常勤換算方法における「当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数」週32時間（一定の場合30時間）以上の範囲で事業所が決められるものであるが、一般的に、就業規則や雇用契約等根拠となるものや従業者への周知が必要である。事業所の一存で自由に常勤の従業者が勤務すべき時間数を決められるものではない。

また、雇用契約上の常勤職員・非常勤職員（フルタイム・パートタイム）とは別のものである。

イ 人員基準上、下記①～④のように「事業所ごと」かつ「職員ごと」に判断する。そのため、①③のように常勤とされた職員が、「職種ごと」だと常勤換算方法で「1」とならないことがある。

（前提：1日8時間 午前4時間 午後4時間 週5日間の勤務であって常勤の従業者が勤務すべき時間数を160時間／4週とする。）

① A通所介護事業所において、【月火】生活相談員【水木金】介護職員の場合、通算して「当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数」に達すれば、常勤とする。この場合、常勤換算方法では、それぞれ生活相談員0.4及び介護職員0.6となる。

② A通所介護事業所において【月火】生活相談員、併設するB認知症対応型通所介護事業所において【水木金】生活相談員の場合、それぞれ非常勤とする。

③ A通所介護事業所において、平日1単位目（午前）看護職員と2単位目（午後）介護職員の場合、通算して「当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数」に達すれば、常勤とする。この場合、常勤換算方法では、それぞれ1単位目の看護職員0.5及び2単位目の介護職員0.5となる。

④ A認知症対応型共同生活介護事業所において、平日午前中甲ユニットに介護従業者として勤務し、午後乙ユニットに介護従業者として勤務する場合、通算して「当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数」に達すれば、常勤とする。この場合、常勤換算方法では、それぞれ甲ユニットの介護従業者0.5及び乙ユニットの介護従業者0.5となる。

ウ 上記イにかかわらず、勤務表において管理者は、複数事業所の管理者業務を兼務する場合に限り、それぞれの事業所の勤務時間を通算することができ、通算後の勤務時間で常勤かどうかを判断する。

(2) 専従・兼務（勤務表におけるA CかB Dかの別）

ア 人員基準上、兼務とは、「同時並行的」に「別の職種」に従事するかどうかである。そのため、「職種ごと」に判断し、勤務日又は勤務時間が切り分けられていれば、専従とする。

イ しかし、勤務表上は、「便宜上」特定の4週間（1月）において、1人の職員が

「その事業所」において「別の職種」に従事している状態であれば、兼務とする。

この場合、上記アのような「同時並行的」かどうかは問わない。人員基準の適合性については、勤務表上のA～Dとは別に判断する必要がある。

上記(1)イ①③の場合は、勤務表にはいずれの職種にもBと記載し、②の場合は、勤務表にはそれぞれの事業所で生活相談員の職種としてCと記載することとする。

上記(1)イ④の場合は、職種ごとに兼務を判断するため「A」と記載する。なお、上記(1)イ③④の取扱いは、単位及びユニットにおいて同様とする。

## 2 原則的な考え

### (1) 管理者の兼務

原則常勤専従だが、管理上支障がない場合は、当該事業所・他の事業所の職務に従事することができる。

ア 当該事業所における管理者と管理者以外の職種との兼務について、同時に3職種以上の兼務を行うことは認めない。時間の切り分けを行い、必ず管理者+1職種の合計2職種の兼務までとする。なお、前提として、当該管理者以外の職種の人員基準（専従要件）に抵触しないこと。

イ 他の事業所における管理者以外の職種との兼務（いわゆるナナメの兼務）については、原則として認めない（例：1(1)イ②におけるA通所介護事業所の管理者とB認知症対応型通所介護事業所の介護職員との兼務）。

ウ イにかかわらず、次に掲げる事業所であって、各々に指定を受けながら一体的に運営されている場合は、兼務可能とする。なお、（地密）通所介護と認知症対応型通所介護や訪問介護と訪問入浴介護については、これに当てはまらない。

- ・福祉用具貸与と特定福祉用具販売
- ・訪問看護ステーションと居宅療養管理指導
- ・訪問介護と（障害福祉サービスの）居宅介護
- ・介護保険法と健康保険法の訪問看護ステーション 等

例えば、

- ・福祉用具貸与の管理者兼福祉用具専門相談員と特定福祉用具販売の管理者兼福祉用具専門相談員
- ・訪問介護の管理者兼サービス提供責任者と居宅介護の管理者兼サービス提供責任者

の4職種兼務は、可能とする。

### (2) 管理者以外の職種の兼務

管理者以外の職種をそれぞれ兼務する場合は、それぞれの職種の人員基準に照らし、兼務が可能かどうかを判断する。

### (3) 通所系サービス（通所リハビリテーションを除く。）における単位ごとの勤務

ア 看護職員及び介護職員

単位ごとに専従の要件が規定されているため、単位間における兼務（同時並行的な勤務）はできないので勤務時間を切り分ける必要がある。ただし、管理者との兼

務は可能とする。

イ 機能訓練指導員

事業所として1以上の配置が必要であり、単位間で同時並行的に機能訓練指導員として従事することは可能。そもそも単位ごとの兼務という概念ではなく事業所として専従しているという考え方になる。

ウ 生活相談員

人員基準上は、提供時間帯における配置で判断するため、単位間で同時並行的に生活相談員として従事することは可能。そもそも単位ごとの兼務という概念ではなく事業所として専従しているという考え方になる。

(4) ユニット間の兼務（例：認知症対応型共同生活介護）

ア 介護従業者のユニット間の兼務

同時並行的な兼務はできないが、時間の切り分けにより、2ユニット以上に勤務することは可能。この場合、ユニットごとの勤務時間を足して、常勤時間に達したら常勤専従とする。ただし、ユニットごとに利用者の精神の安定を図る観点から、担当の介護従業者を固定する等の継続性を重視したサービス提供に配慮すべきである。

イ 管理者又は計画作成担当者と介護従業者の兼務

管理者又は計画作成担当者に原則専従要件があるが、支障がない場合は兼務することは可能である。これは、ユニット間における管理者と介護従業者の兼務も同様とする。

ウ 管理者と計画作成担当者の兼務

解釈通知により兼務が可能。

エ 管理者のユニット間の兼務

人員基準上、管理者は、ユニットごとに置くこととされている。各ユニットの管理者が同じである場合は、それぞれのユニットにおいて常勤専従として取り扱う。

3 その他の取扱い

(1) 常勤換算方法における出張・休暇の取扱い

ア 原則、常勤の職員については、出張・休暇は、常勤換算方法における勤務のカウントに含めてよい。ただし、常勤か非常勤かのみでの判定に限る。なお、非常勤の職員については、出張・休暇は勤務時間として認められない。

イ 一方、通所介護における介護職員の配置など、事業所において利用者対応をするべき業務（いわゆる直接処遇職員）については、出張・休暇の時間を常勤換算の計算には含めるものの当該出張・休暇の時間を介護職員の配置時間に参入することはできない。

ウ 常勤の職員の出張・休暇（育児や介護休業を含む。）の期間についてはその期間が暦月で1月を超えるものでない限り、常勤の職員として勤務したものとして取り扱う。

(2) 常勤換算方法における入退職の取扱い

<兼務の可否と勤務表への記載について>

- ア 常勤の職員の月途中の入職又は退職については、在職期間中は、常勤として勤務したものと取り扱ってよいが、当該月の常勤換算を行う上では、当該職員が当該月に勤務した時間数に応じて、非常勤職員と同様の常勤換算方法をとる。
- イ 例えば、管理者が月途中で退職した場合、代替りの管理者がいない場合は人員欠如として取り扱う。退職翌日から別の管理者が就任すれば、それぞれの勤務時間を足して常勤の職員と言えれば基準を満たす。なお、休業であれば、上記(1)ウの取扱いとなる。その他の職種についても同様とする。
- ウ この取扱いは、加算の要件に「常勤職員1名」と記載されている場合にも同様とする。

# 「処遇改善加算」の制度が一本化（介護職員等処遇改善加算）され、加算率が引き上がります

介護職員の人材確保を更に推し進め、介護現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへとつながるよう、令和6年6月以降、処遇改善に係る加算の一本化と、加算率の引上げを行います。

新加算の算定要件は、①キャリアパス要件、②月額賃金改善要件、③職場環境等要件、の3つです。令和7年度以降の新加算の完全施行までに、令和6年度のスケジュールを踏まえ、計画的な準備をお願いします。（6年度末まで経過措置期間）

## 令和6年5月まで

処遇改善加算	特定処遇改善加算	ベースアップ等加算	合計の加算率
I	I	有	22.4%
		なし	20.0%
	II	有	20.3%
		なし	17.9%
	なし	有	16.1%
		なし	13.7%
II	I	有	18.7%
		なし	16.3%
	II	有	16.6%
		なし	14.2%
	なし	有	12.4%
		なし	10.0%
III	I	有	14.2%
		なし	11.8%
	II	有	12.1%
		なし	9.7%
	なし	有	7.9%
		なし	5.5%



要件を再編・統合 & 加算率引上げ

## 令和6年6月から

※加算率は全て訪問介護の例

介護職員等処遇改善加算（新加算）	加算率
I	24.5%
II	22.4%
III	18.2%
IV	14.5%

+ 新加算V

令和6年度中は必ず加算率が上がる仕組み



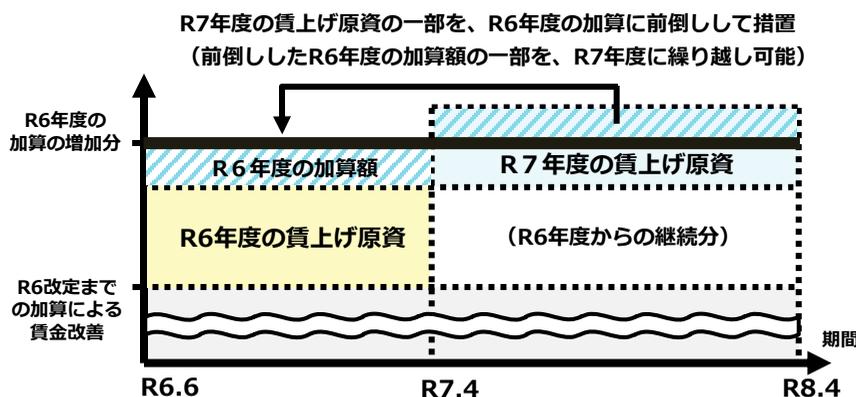
令和6年度中の経過措置（激変緩和措置）として、新加算V(1)～V(14)を設けます。

令和6年6月から令和6年度末までの経過措置区分として、現行3加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、今般の改定による加算率の引上げを受けることができるよう、新加算V(1)～V(14)を設けます。  
(加算率22.1%～7.6%)

- 今般の報酬改定による加算措置の活用や、賃上げ促進税制の活用等を組み合わせることにより、令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実現いただくようお願いしています。



今般の報酬改定では、処遇改善分について2年分を措置しており、令和7年度分を前倒しして賃上げいただくことも可能。前倒しした令和6年度の加算額の一部を、令和7年度内に繰り越して賃金改善に充てることも可。



### 賃上げ促進税制とは…

- 事業者が賃上げを実施した場合に、賃上げ額の一部を法人税などから控除できる制度。
- 大企業・中堅企業は賃上げ額の最大35%、中小企業は最大45%を法人税などから控除できる。



# 新加算を算定するためには・・・以下の3種類の要件を満たすことが必要です

1

## キャリアパス要件

I～Ⅲは根拠規程を書面で整備の上、  
全ての介護職員に周知が必要

R6年度中は年度内の対応の誓約で可 新加算 I～IV

### キャリアパス要件 I (任用要件・賃金体系)

- 介護職員について、職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件を定め、それらに応じた賃金体系を整備する。

R6年度中は年度内の対応の誓約で可 I～IV

### キャリアパス要件 II (研修の実施等)

- 介護職員の資質向上の目標や以下のいずれかに関する具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保する。
  - a 研修機会の提供又は技術指導等の実施、介護職員の能力評価
  - b 資格取得のための支援（勤務シフトの調整、休暇の付与、費用の援助等）

R6年度中は年度内の対応の誓約で可 I～Ⅲ

### キャリアパス要件 III (昇給の仕組み)

- 介護職員について以下のいずれかの仕組みを整備する。
  - a 経験に応じて昇給する仕組み
  - b 資格等に応じて昇給する仕組み
  - c 一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組み

R6年度中は月額8万円の改善でも可 I・II

### キャリアパス要件 IV (改善後の賃金額)

- 経験・技能のある介護職員のうち1人以上は、賃金改善後の賃金額が年額440万円以上であること。

 小規模事業所等で加算額全体が少額である場合などは、適用が免除されます。

I

### キャリアパス要件 V (介護福祉士等の配置)

- サービス類型ごとに一定割合以上の介護福祉士等を配置していること。

2

## 月額賃金改善要件

R7年度から適用 I～IV

### 月額賃金改善要件 I

- 新加算IV相当の加算額の2分の1以上を、月給（基本給又は決まって毎月支払われる手当）の改善に充てる。

 現在、加算による賃金改善の多くを一時金で行っている場合は、一時金の一部を基本給・毎月の手当に付け替える対応が必要になる場合があります。（賃金総額は一定のままで可）

現行ベア加算未算定の場合のみ適用 I～IV

### 月額賃金改善要件 II

- 前年度と比較して、現行のベースアップ等加算相当の加算額の3分の2以上の新たな基本給等の改善（月給の引上げ）を行う。

 新加算 I～IVへの移行に伴い、現行ベア加算相当が新たに増える場合、新たに増えた加算額の3分の2以上、基本給・毎月の手当の新たな引上げを行う必要があります。

3

## 職場環境等要件

R6年度中は区分ごと1以上、取組の具体的な内容の公表は不要

- I・II ● 6の区分ごとにそれぞれ2つ以上（生産性向上は3つ以上、うち一部は必須）取り組む。情報公表システム等で実施した取組の内容について具体的に公表する。

R6年度中は全体で1以上

- III・IV ● 6の区分ごとにそれぞれ1つ以上（生産性向上は2つ以上）取り組む。

※ 新加算（I～V）では、加算による賃金改善の職種間配分ルールを統一します。介護職員への配分を基本とし、特に経験・技能のある職員に重点的に配分することとしますが、事業所内で柔軟な配分を認めます。

# 現行 3 加算から新加算への要件の推移

〈現行〉

〈一本化後〉

処遇改善加算 I ~ III

特定処遇改善加算 I・II

ベースアップ等支援加算

新加算 I ~ IV (介護職員等処遇改善加算)

- R6年度中は現行の加算の要件等を継続することも可能 (激変緩和措置)
- その上で、一律に加算率を上げ

R6.6

R7.4

事業所内の職種間配分

現行の処遇改善加算

- 介護職員のみ配分

現行の特定処遇改善加算

- 介護職員に重点配分

現行のベア加算

- 柔軟な配分が可能

R6.4以降、職種間配分ルールが緩和されるため、**加算全体を事業所内で柔軟に配分することが可能**

キャリアパス要件

現行の処遇 II・III

- 任用要件・賃金体系
- 研修の実施等

現行の処遇 I

- 昇給の仕組み

現行の特定 II

- 改善後の賃金額の水準

現行の特定 I

- 介護福祉士の配置等

**キャリアパス要件 I ~ III の特例**

R6年度中は、R6年度中 (R7.3 末まで) に対応することの誓約で可

- 申請時点で未対応でも可
- R6.4~5 (一本化施行前) も同様に誓約で可

キャリアパス要件 I・II

キャリアパス要件 III

キャリアパス要件 IV

キャリアパス要件 V

月額賃金要件

既に加算を一定程度月額で配分している事業所は対応不要

現行のベア加算

- 加算額の 2/3 以上のベア等

**R6年度は猶予期間**

月額賃金改善要件 I

月額賃金改善要件 II  
現行ベア加算を未算定の事業所のみ適用

その他

現行の処遇・特定

- 職場環境等要件

**R6年度は従来のまま継続**

職場環境等要件  
R7.4から必要項目増

➡ 対応が必要な要件は事業所によって異なりますが、キャリアパス要件 I ~ III、月額賃金改善要件 I は、加算を算定する全ての事業所に関係します。各事業所で必要な対応・スケジュールは厚労省HPへ。



## (参考1) 新加算への移行の例

※加算率は全て  
訪問介護の例

### 例①：キャリアパス要件や職種間配分ルールがネックとなっているケース

現行3加算の算定状況 (加算率)		一本化施行までの動き	R6.6以降 (加算率)
処遇改善加算	Ⅲ(5.5%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>キャリアパス要件Ⅰ～Ⅲの特例を活用(処遇Ⅰ相当)</li> <li>職種間配分ルールの改正で上位移行が可能に(特定Ⅱ相当)</li> <li>加算率引上げ</li> </ul>	新加算Ⅱ (22.4%)
特定処遇改善加算	なし		
ベア加算	あり(2.4%)		

### 例②：ベースアップ等支援加算を取得していない事業所のケース

現行3加算の算定状況 (加算率)		一本化施行までの動き	R6.6以降 (加算率)
処遇改善加算	Ⅰ(13.7%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>この機会に現行のベア加算を新規算定</li> <li>加算率引上げ</li> </ul>	新加算Ⅱ (22.4%)
特定処遇改善加算	Ⅱ(4.2%)		
ベア加算	なし		

## (参考2) 新加算等の申請等に係る提出物の提出期限一覧

提出書類	提出期限
計画書	4月15日 ※事業者等が、令和6年6月15日までに計画の変更を届け出た場合には、受け付けること。 ※補助金についても基本的に同様(ただし、提出期限は各都道府県において設定)。
体制届出 (体制等 状況一覧表)	<p>現行3加算(4月・5月分)は、原則4月1日 ※指定権者において、4月15日まで延長可。また、期日を4月1日とする場合も、4月15日までは変更を受け付けること。 ※6月以降分(新加算)についても、4月分の体制届出と同じタイミング(4月1日～4月15日)で届出可能。</p> <p>新加算(6月以降分)は5月15日(居宅系)又は6月1日(施設系) ※ただし、期日までに提出した届出の内容についても、6月15日までは変更可能。</p>

## (参考3) サービス類型ごとの加算率一覧

サービス区分	(夜間対応型)訪問介護、定期巡回	(予防)訪問入浴介護	(地密)通所介護	(予防)通所リハビリテーション	(地密)(予防)特定施設入居者生活介護	(予防)認知症対応型通所介護	(看護)(予防)小規模多機能型居宅介護	(予防)認知症対応型共同生活介護	(地密)介護福祉施設、(予防)短期入所生活介護	介護保健施設、(予防)短期入所療養介護(老健)	医療院、(予防)短期入所療養介護(老健以外)
新加算Ⅰ	24.5%	10.0%	9.2%	8.6%	12.8%	18.1%	14.9%	18.6%	14.0%	7.5%	5.1%
新加算Ⅱ	22.4%	9.4%	9.0%	8.3%	12.2%	17.4%	14.6%	17.8%	13.6%	7.1%	4.7%
新加算Ⅲ	18.2%	7.9%	8.0%	6.6%	11.0%	15.0%	13.4%	15.5%	11.3%	5.4%	3.6%
新加算Ⅳ	14.5%	6.3%	6.4%	5.3%	8.8%	12.2%	10.6%	12.5%	9.0%	4.4%	2.9%

※上記のほか、現行3加算の加算率に今般の改定による加算率の引上げ分を上乗せした新加算Ⅴ(1)～(4)を用意。

お問い合わせ先  
(加算の一本化)

厚生労働省相談窓口  
電話番号：050-3733-0222  
受付時間：9:00～18:00(土日含む)

計画書の様式や  
各種の参考資料は  
厚労省HPに掲載  
(順次更新)⇒



# 処遇改善に係る加算全体のイメージ（令和4年度改定後）

## ①介護職員処遇改善加算

- 対象：介護職員のみ
- 算定要件：以下のとおりキャリアパス要件及び職場環境等要件を満たすこと

加算（Ⅰ）	加算（Ⅱ）	加算（Ⅲ）
キャリアパス要件のうち、 ①+②+③を満たす かつ 職場環境等要件 を満たす	キャリアパス要件のうち、 ①+②を満たす かつ 職場環境等要件 を満たす	キャリアパス要件のうち、 ①or②を満たす かつ 職場環境等要件 を満たす

### <キャリアパス要件>

- ①職位・職責・職務内容等に応じた**任用要件と賃金体系**を整備すること
- ②資質向上のための計画を策定して**研修の実施又は研修の機会を確保**すること
- ③経験若しくは資格等に応じて**昇給する仕組み**又は一定の基準に基づき**定期に昇給を判定する仕組み**を設けること

※就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。

### <職場環境等要件>

賃金改善を除く、職場環境等の改善

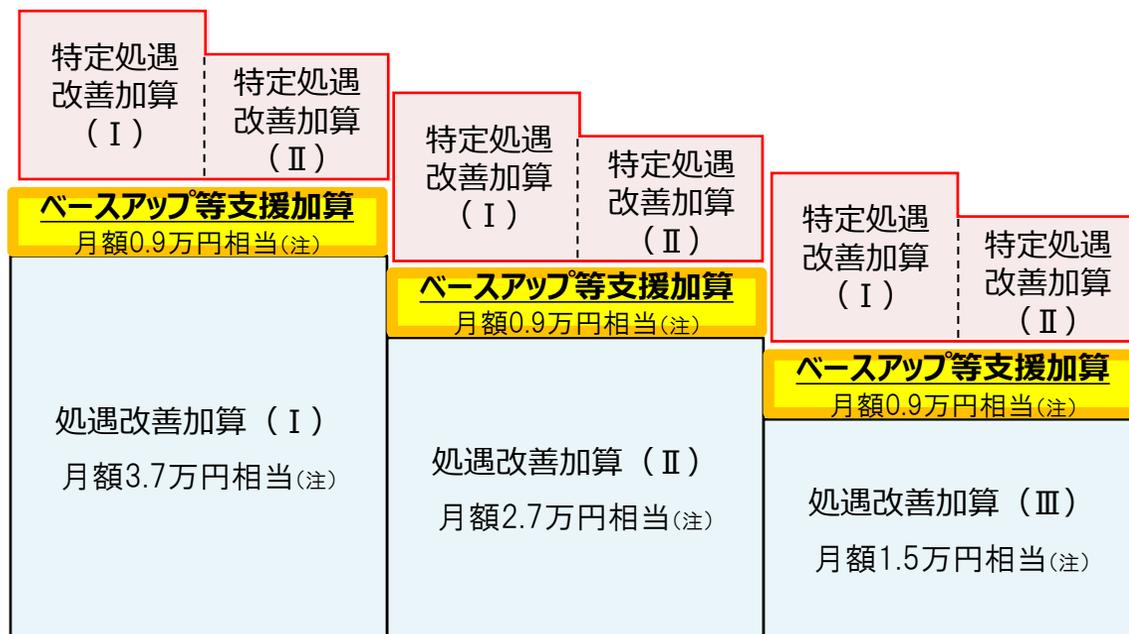
## ②介護職員等特定処遇改善加算

- 対象：事業所が、①経験・技能のある介護職員、②その他の介護職員、③その他の職種に配分
- 算定要件：以下の要件をすべて満たすこと。  
※介護福祉士の配置割合等に応じて、加算率を二段階に設定。  
➢処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得していること  
➢処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること  
➢処遇改善加算に基づく取組について、ホームページ掲載等を通じた見える化を行っていること

## ③介護職員等ベースアップ等支援加算

- 対象：介護職員。ただし、事業所の判断により、他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。
- 算定要件：以下の要件をすべて満たすこと。  
➢処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得していること  
➢賃上げ効果の継続に資するよう、加算額の2/3は介護職員等のベースアップ等(※)に使用することを要件とする。  
※「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」の引上げ

## 全体のイメージ



〔注：事業所の総報酬に加算率（サービス毎の介護職員数を踏まえて設定）を乗じた額を交付。〕

# 処遇改善加算の一本化及び加算率の引上げ（令和6年6月～）

- 介護現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう加算率の引上げを行う。
- 介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。

※ 一本化後の加算については、介護職員への配分を基本とし、特に経験・技能のある職員に重点的に配分することとするが、事業所内での柔軟な職種間配分を認める。また、人材確保に向けてより効果的な要件とする等の観点から、月額賃金の改善に関する要件及び職場環境等要件を見直す。

※ 令和6年度末までの経過措置期間を設け、加算率並びに月額賃金改善要件及び職場環境等要件に関する激変緩和措置を講じる。

加算率（※）

既存の要件は黒字、新規・修正する要件は赤字

加算率（※）	新加算（介護職員等処遇改善加算）	要件	対応する現行の加算等（※）	新加算の趣旨	
【24.5%】	新加算 （介護職員等処遇改善加算）	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>新加算（Ⅱ）に加え、以下の要件を満たすこと。</li> <li>経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること（訪問介護の場合、介護福祉士30%以上）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 処遇改善加算（Ⅰ）【13.7%】</li> <li>b. 特定処遇加算（Ⅰ）【6.3%】</li> <li>c. ベースアップ等支援加算【2.4%】</li> </ul>	事業所内の経験・技能のある職員を充実
【22.4%】		II	<ul style="list-style-type: none"> <li>新加算（Ⅲ）に加え、以下の要件を満たすこと。</li> <li>改善後の賃金年額440万円以上が1人以上</li> <li>職場環境の更なる改善、見える化【見直し】</li> <li><del>ダブルプゴとの配分ルール【撤廃】</del></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 処遇改善加算（Ⅰ）【13.7%】</li> <li>b. 特定処遇加算（Ⅱ）【4.2%】</li> <li>c. ベースアップ等支援加算【2.4%】</li> </ul>	総合的な職場環境改善による職員の定着促進
【18.2%】		III	<ul style="list-style-type: none"> <li>新加算（Ⅳ）に加え、以下の要件を満たすこと。</li> <li>資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 処遇改善加算（Ⅰ）【13.7%】</li> <li>b. ベースアップ等支援加算【2.4%】</li> </ul>	資格や経験に応じた昇給の仕組みの整備
【14.5%】		IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>新加算（Ⅳ）の1/2（7.2%）以上を月額賃金で配分</li> <li>職場環境の改善（職場環境等要件）【見直し】</li> <li>賃金体系等の整備及び研修の実施等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 処遇改善加算（Ⅱ）【10.0%】</li> <li>b. ベースアップ等支援加算【2.4%】</li> </ul>	介護職員の基本的な待遇改善・ベースアップ等

※：加算率は訪問介護のものを例として記載。職種間配分の柔軟化については令和6年4月から現行の介護職員処遇改善加算及び介護職員等処遇改善加算に適用。なお、経過措置区分として、令和6年度末まで介護職員等処遇改善加算(V)(1)～(14)を設け、現行の3加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、今般の改定による加算率の引上げを受けることができるようにする。

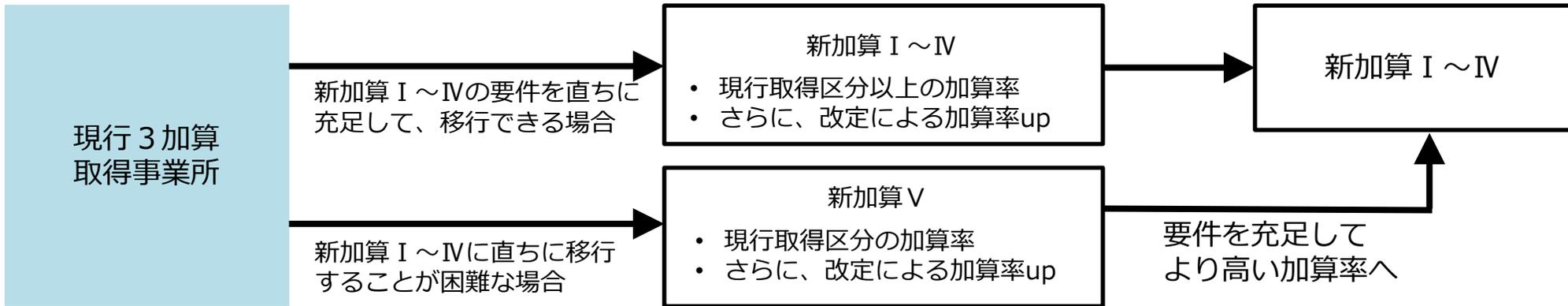
# 現行制度から一本化後の介護職員等処遇改善加算への移行

- 現行の一本化後の新加算 I～IV に直ちに移行できない事業所のため、激変緩和措置として、新加算 V (1～14) を令和 7 年 3 月までの間に限り設置。
- 新加算 V は、令和 6 年 5 月末日時点で、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算（現行 3 加算）のうちいずれかの加算を受けている事業所が取得可能（新加算 I～IV のいずれかを取得している場合を除く。）。
- 新加算 V は、**現行 3 加算の取得状況に基づく加算率を維持**した上で、**今般の改定による加算率の引上げを受ける**ことができるようにする経過措置。
- 新加算 V の配分方法は、加算 I～IV と同様、介護職員への配分を基本とし、特に経験・技能のある職員に重点的に配分することとするが、事業所内で柔軟な配分を認める。

～令和 6 年 5 月

令和 6 年 6 月～7 年 3 月

令和 7 年 4 月～



※加算率は訪問介護の例。

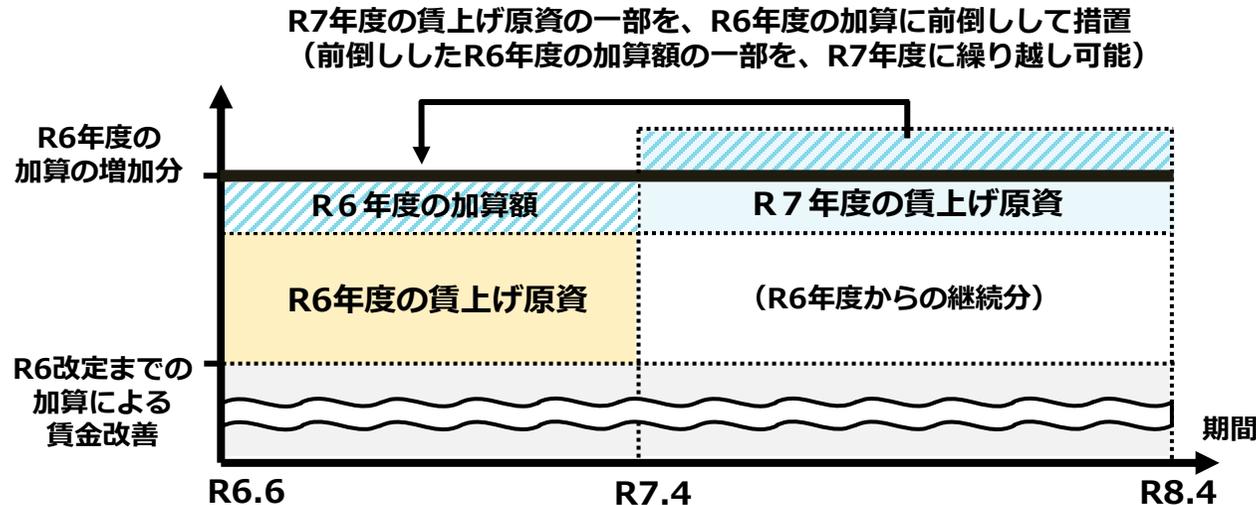
介護職員等処遇改善加算の 加算率及び算定要件 (対応する現行 3 加算の区分)	V (1)	V (2)	V (3)	V (4)	V (5)	V (6)	V (7)	V (8)	V (9)	V (10)	V (11)	V (12)	V (13)	V (14)
		22.1%	20.8%	20.0%	18.7%	18.4%	16.3%	16.3%	15.8%	14.2%	13.9%	12.1%	11.8%	10.0%
介護職員処遇改善加算	I	II	I	II	II	II	III	I	III	III	II	III	III	III
介護職員等特定処遇改善加算	I	I	II	II	I	II	I	算定なし	II	I	算定なし	II	算定なし	算定なし
介護職員等ベースアップ等支援加算	算定なし	算定あり	算定なし	算定あり	算定なし	算定なし	算定あり	算定なし	算定あり	算定なし	算定なし	算定なし	算定あり	算定なし

# 令和6・7年度の処遇改善加算の配分方法

- 介護現場で働く方々の賃上げへとつながるよう、事業所の過去の賃上げ実績をベースとしつつ、今般の報酬改定による加算措置の活用や、賃上げ促進税制の活用を組み合わせることにより、令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実現いただくようお願いしている。
- こうした中で、今回の報酬改定では、処遇改善分について2年分を措置しており、令和7年度分を前倒しして、賃上げいただくことも可能である。
  - ※ 今回の報酬改定では、処遇改善分について2年分を措置し、3年目の対応については、令和8年度予算編成過程で検討する。
  - ※ 前倒しした令和6年度に加算額の一部を、令和7年度に繰り越して賃金改善に充てることも可。

(具体的な取扱い)

- ・ 新加算の加算額については、令和6・7年度の2か年で全額が賃金改善に充てられていけばよいこととする。
- ・ 令和6年度に加算額のうち、令和7年度に繰り越した部分については、その金額を令和6年度の計画書・実績報告書に記載した上で、令和7年度の計画書・実績報告書で、職員の賃金改善に充てることの計画・報告の提出を求めることとする。



賃上げ促進税制とは…

- 事業者が賃上げを実施した場合に、賃上げ額の一部を法人税などから控除できる制度。
- 大企業・中堅企業は賃上げ額の最大35%、中小企業は最大45%を法人税などから控除できる。





# 旧3加算の算定状況に応じた新加算Ⅰ～Ⅳの算定要件（早見表）

（表の見方） 旧3加算の算定状況のうち当てはまる行を見つけ（①）、令和6年度中に算定可能な経過措置区分（新加算Ⅴ）（②）と、新加算Ⅰ～Ⅳに移行する場合の要件一覧（③）を確認する。

※加算率は訪問介護の例。

旧3加算の算定状況				新加算Ⅴ		新加算Ⅰ～Ⅳに移行する場合の要件一覧																
取得パターン				合計の加算率	算定可能な経過措置区分 （新加算Ⅴ） ②	加算率	加算区分 （加算率が下がる ない区分であり、移行先の候補 となるもの） ③	加算率	月額賃金改善要件		キャリアパス要件					職場環境等要件						
処遇改善加算	特定加算	ベア加算	Ⅰ						Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ
① ↓																						
1	Ⅰ	Ⅰ	有	22.4%	—	—	新加算Ⅰ	24.5%	◎	—	○	○	○	○	○	—	◎	◎				
2			なし	20.0%	新加算Ⅴ(1)	22.1%	新加算Ⅰ	24.5%	◎	□	○	○	○	○	○	—	◎	◎				
3		Ⅱ	有	20.3%	—	—	新加算Ⅱ	22.4%	◎	—	○	○	○	○	—	—	◎	◎				
4			なし	17.9%	新加算Ⅴ(3)	20.0%	新加算Ⅱ	22.4%	◎	□	○	○	○	○	—	—	◎	◎				
5		なし	有	16.1%	—	—	新加算Ⅲ	18.2%	◎	—	○	○	○	—	—	◎	—	—				
6			なし	13.7%	新加算Ⅴ(8)	15.8%	新加算Ⅲ	18.2%	◎	□	○	○	○	—	—	◎	—	—				
7	Ⅱ	Ⅰ	有	18.7%	新加算Ⅴ(2)	20.8%	新加算Ⅰ	24.5%	◎	—	○	○	△	○	○	—	◎	◎				
8			なし	16.3%	新加算Ⅴ(5)	18.4%	新加算Ⅰ	24.5%	◎	□	○	○	△	○	○	—	◎	◎				
9		Ⅱ	有	16.6%	新加算Ⅴ(4)	18.7%	新加算Ⅱ	22.4%	◎	—	○	○	△	○	—	—	◎	◎				
10			なし	14.2%	新加算Ⅴ(6)	16.3%	新加算Ⅱ	22.4%	◎	□	○	○	△	○	—	—	◎	◎				
11		なし	有	12.4%	—	—	新加算Ⅳ	14.5%	◎	—	○	○	—	—	—	◎	—	—				
12			なし	10.0%	新加算Ⅴ(11)	12.1%	新加算Ⅳ	14.5%	◎	□	○	○	—	—	—	◎	—	—				
13	Ⅲ	Ⅰ	有	14.2%	新加算Ⅴ(7)	16.3%	新加算Ⅰ	24.5%	◎	—	△	△	△	○	○	—	◎	◎				
14			なし	11.8%	新加算Ⅴ(10)	13.9%	新加算Ⅰ	24.5%	◎	□	△	△	△	○	○	—	◎	◎				
15		Ⅱ	有	12.1%	新加算Ⅴ(9)	14.2%	新加算Ⅱ	22.4%	◎	—	△	△	△	○	—	—	◎	◎				
16			なし	9.7%	新加算Ⅴ(12)	11.8%	新加算Ⅱ	22.4%	◎	□	△	△	△	○	—	—	◎	◎				
17		なし	有	7.9%	新加算Ⅴ(13)	10.0%	新加算Ⅳ	14.5%	◎	—	△	△	—	—	—	◎	—	—				
18			なし	5.5%	新加算Ⅴ(14)	7.6%	新加算Ⅳ	14.5%	◎	□	△	△	—	—	—	◎	—	—				

青字（◎・□・△）は、事業所にとって、新規に満たすことが必要な要件。そのうち、◎は、令和7年度から適用になる要件。□は、初めて新加算ⅠからⅣまでのいずれかを算定する事業年度に適用になる要件。△は、「令和6年度内の対応の誓約」により令和6年度当初から満たしたことから差し支えない要件。

# 月額賃金の改善要件

- 介護職員の生活の安定・向上や、労働市場での介護職種の魅力の増大につなげる観点から、加算のうち一定程度は基本給等の改善に配分していただくため、**月額賃金改善要件Ⅰ**を設ける。
- また、現行のベースアップ等支援加算の要件を引き継ぐ観点から、**月額賃金改善要件Ⅱ**を設定。
- いずれも、既に対応できている場合には新規の取組は不要。

## ①月額賃金改善要件Ⅰ

注：％は全て訪問介護の加算率

- 新加算Ⅳ（加算率14.5％）の加算額の1/2（加算率7.2％相当）以上を基本給等（※）で配分する。  
※ 基本給等＝基本給または決まって毎月支払われる手当。
- 例えば、新加算Ⅳの加算額が1,000万円の場合、500万円以上（新加算Ⅳの1/2以上）は基本給等での改善に充てる必要がある。たとえ**新加算Ⅲ以上を取得していても**、新加算Ⅳの1/2分以上（ここでは500万円以上）だけを基本給等の改善に充てていけばよい。
- 令和7年3月まで適用を猶予。

## ②月額賃金改善要件Ⅱ

現行ベア加算を**既取得の事業所**には関係のない要件

- 現行ベア加算を未取得の事業所のみに適用。
- 新加算を取得する場合に、増加した旧ベア加算相当の2/3以上、基本給等を新たに改善する。
- 例えば、新加算Ⅳを取得し、そのうち旧ベア加算相当が300万円であった場合、200万円以上は基本給等で改善する。
- 令和6年6月から適用（4・5月は、現行ベア加算のベースアップ要件として存在。）

現行ベア加算のベースアップ要件と同じ

# 処遇改善に関する加算の職場環境等要件（令和6年度まで）

「職場環境等要件」として、研修の実施などキャリアアップに向けた取組、ICTの活用など生産性向上の取組等の実施を求めている。

- ・ 介護職員処遇改善加算：以下のうちから**1つ以上**取り組んでいる必要
- ・ 介護職員等特定処遇改善加算：以下の**区分ごとにそれぞれ1つ以上**取り組んでいる必要

区分	具体的内容
入職促進に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>①法人や事業所の経営理念やケア方針・人材育成方針、その実現のための施策・仕組みなどの明確化</li> <li>②事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築</li> <li>③他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等、経験者・有資格者等にこだわらない幅広い採用の仕組みの構築</li> <li>④職業体験の受入れや地域行事への参加や主催等による職業魅力向上の取組の実施</li> </ul>
資質の向上やキャリアアップに向けた支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑤働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援等</li> <li>⑥研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動</li> <li>⑦エルダー・メンター（仕事やメンタル面のサポート等をする担当者）制度等導入</li> <li>⑧上位者・担当者等によるキャリア面談など、キャリアアップ等に関する定期的な相談の機会の確保</li> </ul>
両立支援・多様な働き方の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑨子育てや家族等の介護等と仕事の両立を目指す者のための休業制度等の充実、事業所内託児施設の整備</li> <li>⑩職員の事情等の状況に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入、職員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換の制度等の整備</li> <li>⑪有給休暇が取得しやすい環境の整備</li> <li>⑫業務や福利厚生制度、メンタルヘルス等の職員相談窓口の設置等相談体制の充実</li> </ul>
腰痛を含む心身の健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑬介護職員の身体の負担軽減のための介護技術の修得支援、介護ロボットやリフト等の介護機器等導入及び研修等による腰痛対策の実施</li> <li>⑭短時間勤務労働者等も受診可能な健康診断・ストレスチェックや、従業員のための休憩室の設置等健康管理対策の実施</li> <li>⑮雇用管理改善のための管理者に対する研修等の実施</li> <li>⑯事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成等の体制の整備</li> </ul>
生産性向上のための業務改善の取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑰タブレット端末やインカム等のICT活用や見守り機器等の介護ロボットやセンサー等の導入による業務量の縮減</li> <li>⑱高齢者の活躍（居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供）等による役割分担の明確化</li> <li>⑲5S活動（業務管理の手法の1つ。整理・整頓・清掃・清潔・躰の頭文字をとったもの）等の実践による職場環境の整備</li> <li>⑳業務手順書の作成や、記録・報告様式の工夫等による情報共有や作業負担の軽減</li> </ul>
やりがい・働きがいの醸成	<ul style="list-style-type: none"> <li>㉑ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善</li> <li>㉒地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流の実施</li> <li>㉓利用者本位のケア方針など介護保険や法人の理念等を定期的に学ぶ機会の提供</li> <li>㉔ケアの好事例や、利用者やその家族からの謝意等の情報を共有する機会の提供</li> </ul>

# 介護職員等処遇改善加算の職場環境等要件（令和7年度以降）

介護職員等処遇改善加算 Ⅲ・Ⅳ : 以下の区分ごとにそれぞれ1つ以上（生産性向上は2つ以上）取り組んでいる

介護職員等処遇改善加算 Ⅰ・Ⅱ : 以下の区分ごとにそれぞれ2つ以上（生産性向上は3つ以上うち⑰又は⑱は必須）取り組んでいる

区分	具体的内容
入職促進に向けた取組	①法人や事業所の経営理念やケア方針・人材育成方針、その実現のための施策・仕組みなどの明確化 ②事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築 ③他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等、経験者・有資格者等にこだわらない幅広い採用の仕組みの構築（採用の実績でも可） ④職業体験の受入れや地域行事への参加や主催等による職業魅力向上の取組の実施
資質の向上やキャリアアップに向けた支援	⑤働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対するユニットリーダー研修、ファーストステップ研修、喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援等 ⑥研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動 ⑦エルダー・メンター（仕事やメンタル面のサポート等をする担当者）制度等導入 ⑧上位者・担当者等によるキャリア面談など、キャリアアップ・働き方等に関する定期的な相談の機会の確保
両立支援・多様な働き方の推進	⑨子育てや家族等の介護等と仕事の両立を目指す者のための休業制度等の充実、事業所内託児施設の整備 ⑩職員の事情等の状況に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入、職員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換の制度等の整備 ⑪有給休暇を取得しやすい雰囲気・意識作りのため、具体的な取得目標（例えば、1週間以上の休暇を年に●回取得、付与日数のうち●%以上を取得）を定めた上で、取得状況を定期的に確認し、身近な上司等からの積極的な声かけを行っている ⑫有給休暇の取得促進のため、情報共有や複数担当制等により、業務の属人化の解消、業務配分の偏りの解消を行っている
腰痛を含む心身の健康管理	⑬業務や福利厚生制度、メンタルヘルス等の職員相談窓口の設置等相談体制の充実 ⑭短時間勤務労働者等も受診可能な健康診断・ストレスチェックや、従業員のための休憩室の設置等健康管理対策の実施 ⑮介護職員の身体の負担軽減のための介護技術の修得支援、職員に対する腰痛対策の研修、管理者に対する雇用管理改善の研修等の実施 ⑯事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成等の体制の整備
生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組	⑰厚生労働省が示している「生産性向上ガイドライン」に基づき、業務改善活動の体制構築（委員会やプロジェクトチームの立ち上げ又は外部の研修会の活用等）を行っている ⑱現場の課題の見える化（課題の抽出、課題の構造化、業務時間調査の実施等）を実施している ⑲5S活動（業務管理の手法の1つ。整理・整頓・清掃・清潔・躰の頭文字をとったもの）等の実践による職場環境の整備を行っている ⑳業務手順書の作成や、記録・報告様式の工夫等による情報共有や作業負担の軽減を行っている ㉑介護ソフト（記録、情報共有、請求業務転記が不要なもの）、情報端末（タブレット端末、スマートフォン端末等）の導入 ㉒介護ロボット（見守り支援、移乗支援、移動支援、排泄支援、入浴支援、介護業務支援等）又はインカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器（ビジネスチャットツール含む）の導入 ㉓業務内容の明確化と役割分担を行い、介護職員がケアに集中できる環境を整備。特に、間接業務（食事等の準備や片付け、清掃、ベッドメイク、ゴミ捨て等）がある場合は、いわゆる介護助手等の活用や外注等で担うなど、役割の見直しやシフトの組み換え等を行う。 ㉔各種委員会の共同設置、各種指針・計画の共同策定、物品の共同購入等の事務処理部門の集約、共同で行うICTインフラの整備、人事管理システムや福利厚生システム等の共通化等、協働化を通じた職場環境の改善に向けた取組の実施 ※生産性向上体制推進加算を取得している場合には、「生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組」の要件を満たすものとする ※小規模事業者は、㉔の取組を実施していれば、「生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組」の要件を満たすものとする
やりがい・働きがいの醸成	㉕ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善 ㉖地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流の実施 ㉗利用者本位のケア方針など介護保険や法人の理念等を定期的に学ぶ機会の提供 ㉘ケアの好事例や、利用者やその家族からの謝意等の情報を共有する機会の提供

# 申請様式の簡素化について

- 処遇改善加算を現場で最大限に活用いただき、介護職員の賃上げを実現できるよう、申請様式の簡素化を実施。

	簡素化の内容	一括で作成可能な事業所数等	計画書	実績報告書
① 令和5年度に処遇改善加算等を算定しておらず、令和6年度から <b>新規</b> に処遇改善加算を算定する事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入事項を大幅に簡素化した様式を新設（本体部分は1頁）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1様式で原則（※）1事業所まで ※：本体施設・事業所と併設の短期入所サービス及び総合事業は、一括で作成可</li> <li>6月以降、新加算Ⅲ・Ⅳを算定する場合のみ活用可。  （新加算Ⅰ・Ⅱを算定する場合や、令和6年度中に加算区分を変更する場合は、③と同じく別紙様式2・3を用いる必要がある。）</li> </ul>	別紙様式 7-1	別紙様式 7-2
② 一括で申請する <b>事業所数が10以下</b> の事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所個票を簡素化した様式を新設</li> <li>移行先の加算区分の選定を補助する機能を整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1様式で10事業所まで</li> </ul>	別紙様式 6-1・ 6-2	別紙様式 3-1 ～3-3
③ 上記以外の場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入が必要な箇所を色付け</li> <li>自動入力・自動判定機能を充実</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1様式で原則（※）100事業所まで ※：最大1200事業所まで対応した様式を厚生労働省HPに掲載</li> </ul>	別紙様式 2-1 ～2-4	別紙様式 3-1 ～3-3

（参考） 以上に加え、常時雇用する者の数が10人未満の事業所等など、労働法規上の就業規則の作成義務がない事業所等での活用を想定した、任用要件・賃金体系・研修実施・昇給の仕組み等に係るモデル規程を公表（別紙様式7参考2）

# (参考) 補助金及び加算の申請等に係る提出物の提出期日一覧

提出書類		提出期限
処遇改善計画書	補助金	4月15日 ※各都道府県において設定。
	現行3加算	4月15日
	新加算	4月15日 ※事業者等が、令和6年6月15日までに計画の変更を届け出た場合には、受け付けること。
体制届出 (体制等状況 一覧表)	現行3加算	4月1日 ※指定権者において、4月15日まで延長可。また、期日を4月1日とする場合も、4月15日までは変更を受け付けること。
	新加算	居宅系サービスの場合 5月15日  施設系サービスの場合 6月1日  ※ただし、新加算についても現行3加算と一緒に提出したい場合は、令和6年度の旧3加算に係る体制届出と同じタイミング（4月1日～4月15日）で届出可。  ※いずれにしても、6月15日までは変更を受け付けること。