日本における介護のあゆみとその実践
～その人らしい生活を実現するために～

2018年3月

はじめに

世界の高齢化は急速に進行しており、2050 年には世界の 60 歳以上の人口が 20 億人に達すると言われています。特にアジア諸国の中には、日本が過去に経験したのと同等かそれ以上の速さで高齢社会を迎える国もあると予測されています。それに伴って高齢者の介護ニーズも増加し、介護は決して特別のことでも、限られた地域や人を対象とするものでもなく、多くの人にとって身近に必要なものとなっていくでしょう。国連では 2002 年、「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」が採択され、2015 年にはＡＳＥＡＮ加盟国により「高齢化に関するクアラルンプール宣言」が採択されました。これらを通じ、高齢者の尊厳の尊重、一人ひとりのニーズやライフコースアプローチにもとづいた支援、高齢者の社会参加の促進など、政策的対応の原則が明らかにされ、それぞれの国で取組が始まっています。

日本では、他のアジア諸国よりも早く、1970 年以降から、急速に高齢化が進行していきました。また、産業構造の変化により国民の生活環境や家族構成も急速に変化し、家族だけで介護に当たることが難しいなど、多様な社会環境に応じた介護ニーズへの対応の必要性等が生じるなかで、高齢者の介護を、個人や家族の単位ではなく、社会全体で支えるしくみが求められるようになりました。

そのような状況の中、日本政府は、公的な介護サービス提供のための制度整備に向けた諸施策・制度の推進とともに、介護に従事する人材の確保・育成に取り組んでいきました。2000 年の介護保険制度創設以降、日本の高齢者介護サービスは、量・質ともに飛躍的に拡大していきます。介護保険制度が施行された 2000 年には 55 万人しかいなかった介護人材は、2013 年には 171 万人と、13 年間で 116 万人も増加しています[1]。介護保険制度の運用と併行して、介護サービスに従事する人材の教育体系も整備し、時代の社会ニーズ対応した教育内容の見直しを図っています。

今後、アジア地域の多くの国が急速な高齢化に直面していくと予測されています。中国、韓国、シンガポール、タイ、ベトナムの高齢化率は現在既に７％を超えて高齢化社会に突入しおり、今後は 2025 年までにマレーシアやミャンマーも同様の状況となる見通しです。また、高齢化社会から高齢社会になるまでの推定期間（倍化年数）が日本よりも短い国も見られ 、今後アジア地域では、非常に速いスピードで高齢化が進展していくことが予測されます。

本書は、今日本で活躍している介護職が、どのような知識と技術を備え、どのような考え方にもとづいて高齢者の介護を行っているのかということについて、高齢者に係る制度的な変遷も交えながらご紹介しています。日本において、介護とは、その人らしい生活を実現するための支援と考えられており、介護の理念に対する理解と専門的技術・知識を有する人材によるサービス提供が求められています。

本書に書かれた内容は、日本の文化や生活習慣、時代に応じた社会情勢等を踏まえ発展してきた日本の経験です。アジア諸国においては、各国の文化や風習、政策等を考慮すると、これからの介護や介護人材のあり方を考えていくにあたり、各国の状況には沿わない内容もあるかもしれません。しかし、国連やＡＳＥＡＮ加盟国によって明らかにされた政策的対応の原則は普遍的なものであり、本書で示しているのは、日本の介護でそれら普遍的な原則がどのように現実化されてきたかです。したがって、今後本格的な

[1] 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より

高齢化対応が求められるアジア諸国にも、本書は大いに参考になると私たちは信じています。

本書は、政策立案者に対しては、介護政策や人材養成の基本的な考え方、具体的なアプローチを考える際のヒント集に、すでに介護にかかわっている専門職の方々には、介護サービスの基本的な考え方、サービス提供に当たっての留意点を再確認する参考に、家族やボランティアの皆さんには、家族や身近な高齢者をケアする際の具体的なヒント集になるでしょう。私たちが本書の公表を通じて望むのは、今後高齢化を迎えるアジア諸国において、高齢者が、介護が必要な状態になっても、その人らしい生活を継続していける環境が整備され、高齢者やその家族を含めた全ての人が、介護に関わる負担や不安を抱えることなく、安心して生活できる社会づくりが進んでいくことです。私たちは、本書に記載した「その人らしい生活を実現する介護」のポイントを参考に、介護の考え方が理解され、介護人材育成に繋がることを期待しています。そのために、アジア諸国で高齢者介護に関わる多くの方々に、本書をご活用いただきたいと思っています。

外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業
検討会・ワーキンググループ

【高齢化の進む社会で、今どのような状況が起こっているか？】

高齢化が急速に進展するなかで、家族だけで介護にあたることが難しい状況が生まれています。

以下はその一例です。日本で暮らす佐藤さん一家は、要介護度の高い母親の介護に励んでいましたが、適切な介助の方法がわからず、心身共に大きな負担を感じています。

①

佐藤さんと同居する高齢の母親が、ある日脳梗塞で倒れ、入院しました。

②

比較的体調が安定したため退院しましたが、左半身に麻痺が残っています。

③

現在は、自宅で佐藤さんの妻が介護をしながら暮らしていますが、うまいやり方がわからず、日々悪戦苦闘しています。

④

佐藤さんの妻の精神的負担は重く、腰痛にも悩んでいるようです。今後、長期にわたって家族だけで介護をおこなっていくことには限界を感じています。

【日本の高齢者の生活の場と介護】

日本では、高齢者の生活の場として以下のようなものが用意されています。そこでは、家族のほか、介護職員、生活相談員、地域ボランティアなど、様々な人材が介護に従事しています。

上で紹介した佐藤さん一家も、家族の生活状況や希望に応じて、様々なサービスを選択することが可能です。

自 宅

在宅で、家族や地域ボランティアによる援助・見守りのもと、生活します。バリアフリー対応が整った住宅環境の整備も視野に入れながら、地域全体で高齢者の生活を支援します。要介護度や家族の状況、本人の希望等に応じて、訪問介護サービス、デイサービス、ショートステイを活用します。また、「通い」「訪問」「泊まり」のサービスを組み合わせた、小規模多機能型の事業所も利用できます。

施 設

要介護の認定を受けた方が入居できる施設、医療ケアと介護が一体的に提供される施設、諸事情により自宅で生活することが困難な方が入居できる施設、認知症の方が利用できる施設など、目的や提供するサービスの違い等によって様々な施設があります。

目次

１．日本における介護の基本的な考え方とあゆみ

（１）日本における介護の基本的な考え方 5

介護の基本的な考え方 5

コラム１「医療」「看護」と「介護」

専門的な介護に求められるアプローチとは何か 6

コラム２日本の認知症ケア～認知症を取り巻くケアの変遷～

コラム３身体拘束ゼロに向けた取組

（２）日本における介護のあゆみ 11

介護の社会化 11

コラム４介護人材養成の取組

日本の介護サービスの仕組み 16

コラム５日本の介護保険制度と従来の制度の違い

コラム６各国のコミュニティ・ケア

２．いきいきとした高齢者の生活を支援する

（１）高齢者の生活の流れ 21

（２）生きがいを持った暮らしを支える介護の実践 24

①移動 24

コラム７なぜ「寝たきり」ではいけないの？

コラム８やってみよう～ボディメカニクスを活用した介護～

コラム９持ちあげない介護～No Lifting Policy～

②食事 30

コラム 10 高齢者が自力で食事をするための工夫～介護食と福祉用具～

③排泄 34

コラム 11 自立支援と日本における「おむつ論争」

④身じたく 37

⑤清潔の保持 39

コラム 12 日本における「入浴」文化

参考文献 41

委員一覧 42

１．日本における介護の基本的な考え方とあゆみ

日本では、高齢化の進展とともに国民の生活環境も大きく変化していく中で、多様な社会のニーズに対応した介護の制度を構築しつつ、介護の基本的な仕組みと、介護を行うにあたって大切にすべき視点・考え方が醸成されています。

本章ではまず、「（１）日本における介護の基本的な考え方」として、日本における「介護」の概念と、介護の専門性について解説しています。そして、より多くの人々が介護サービスを利用できる環境づくりに向けた日本の取組について、歴史的な変遷も交えながら「（２）日本における介護のあゆみ」で整理しています。

（１）日本における介護の基本的な考え方

介護の基本的な考え方

そもそも「介護」とは何でしょうか。アジア諸国における共通する「介護」の概念はなく、各国によってその捉え方は様々です。例えば、病人に対する食事や排泄、清潔の保持等の療養生活上の世話は、看護の中でも扱われますし、家事援助の一部と捉えられている国もあります。

本項では、日本における介護の考え方について説明をします。この内容が、今後高齢化を迎えるアジア諸国において、介護職の業務内容や社会的な位置づけを考えるうえでの参考になれば幸いです。

◇生活支援としての介護の目的とは

日本では、介護を生活を成立させるための支援として位置付けています。人の生活には、「身体的活動（動く）」、「精神的活動（考える）」、「社会的活動（関わる）」といった多様な側面があり、それらが統合されて一人ひとりの生活が営まれています。心が動き（動機づけがあって）、身体が動いて、他者とのつながりがあってこそ、その人らしいいきいきとした生活ができるということです。逆にいうと、これらの側面のうちどれか一部でも欠けてしまうと、その人らしい生活の継続は難しくなってしまいます。そのような状態は、他人からは何一つ不自由のない暮らしのように見えるかもしれませんが、本人にとっては自分らしい生活とはいえません[2]。

生活支援を行うにあたっては、「社会とのつながりや社会の中での役割をもちながら、いきいきと活動することを支援する」という視点が求められます。

[2] 国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉・マネジメント学科（2017）「福祉教科書 介護福祉士 完全合格テキスト 2017 年版」p.170.より

≪コラム１≫

「医療」「看護」と「介護」

Ｆ．ナイチンゲール（1820～1910）は、その著書『Notes on Nursing』（1860）で、看護の原点と基本的原理を「看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさ、などを 適切に整え、食事内容を適切に選択し 適切に与えること ― こういったことのすべてを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えること、を意味すべきである」と述べています。これは、「医療」「看護」「介護」すなわち「ケア」のすべてに共通して大切にすべき視点といえます。つまり、医療も看護も介護も、その根底にある原理は同じということです。

かつての日本において、介護が必要な高齢者の「ケア」を担っていたのは看護人材でした。病院で、介護と看護が一体的に提供されていたということです。しかし、長寿化・高齢化が急速に進展し、日常生活の援助が必要な全ての高齢者の世話を看護人材や病院内だけで引き受けていくことは難しくなっていきました。そこで、治療を伴わない日常生活の援助に特化した「ケア」として、介護の概念が整理され、その専門職が求められるようになっていったのです。

日本における介護とは、主に日々の生活で他者の助けを必要としている高齢者や障害を持っている方に対して、必要な援助を届けることです。つまり、介護とは対象者の“生活の場”を舞台として展開される支援であるということは、介護の特徴の一つといえるでしょう。

専門的な介護に求められるアプローチとは何か

現在、日本では、介護は、対象者の生活の質の向上を図るものであり、専門的な知識・技術と倫理性からなる実践と捉えられています。本項では、介護の専門性について解説します。

◇介護者に求められる人権意識

介護が必要な人々は、他者とは違った特別な存在というわけではありません。他の人々と同じように、現在まで思い思いに人生を送ってきており、現在も人間として当たり前に生活を営んでいます。ただ、現在は加齢や障害等の様々な事情により、他者の支援を必要とする状態にあるというだけです。

人はどのような状況で生きていようと、その一人ひとりがかけがえのない存在です。無用な人は一人もおらず、誰もが個人として尊重されなければなりません。たとえ他者の支援を必要としても、権利の主体としての存在は、何ら変わるものではありません。介護の考え方、あり方を考えていくうえでは、まずはこのことを理解しておくことが重要になります。

◇介護の専門性

日本では、介護を専門性の求められる業として、「食事、清潔の保持、排泄等の介護も含めた生活全般について、観察やコミュニケーションなどから情報収集して、それらを統合・分析し、高齢者の生活にどのような生活のしづらさとニーズがあるのかを理解したうえで、自立（※）やＱＯＬの向上を目指した方法を見出していくこと」といわれています。そのためには介護に関する様々な専門的知識や技術の習得が必要ですし、医療や保健などの他職種との連携も求められます。

人生の最期に近い時期にどのようなケアを受け、人生を全うするかということは、ケアをうける側の立場に立って考えるとき、きわめて重要な意味をもちます。それだけに、介護を担う人材には、上記のような専門性の前提として、責任感と倫理感を伴う資質も求められるということは、言うまでもありません。　※本書で示す高齢者の「自立」については、次の項目で説明しています。

◇専門的な介護の視点

【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

社会的な存在である人間は、生まれてから死ぬまでのライフコースの中で、就学、就職、結婚、出産など、様々な段階を経て人生を歩んでいきます。しかし、その個々の人生のあり方は、配偶者や子の有無、健康状態、経済状態等により、実に多様です。

対象者である高齢者は、長い人生を歩んできた一人の人間です。長年にわたって培ったその人なりの生活習慣や生活環境が、現在の心身の状態に様々な影響を与えています。そして、本人にとっては、介護を必要とする現在の暮らしも人生の一コマです。そうした高齢者の方々に介護（生活支援）を提供するということは、その人の人生の歴史や生活習慣、つまりライフコースに足を踏み入れることでもあります。長年一緒に暮らしてきた家族であれば、対象者のライフコースに馴染んだかたちで介護を行うことができるのでしょうが、第三者である他人が介護を行う場合、そのような視点は疎かにされがちです。介護者は、このことを十分に理解し、目の前にいるその人がどういう歴史のなかで生きてきたかという観点から、介護のあり方を考えていく必要があります。

介護を生活支援として捉え、対象者のライフコースを尊重した支援を目指すには、対象者の心身の状況を適切に理解することが必要になります。その際、表面にみえている対象者の状態だけにとらわれて対応していてはうまくいきません。介護者は、対象者との信頼関係を構築しながら、その人の生育歴・生活習慣等についての情報収集を行い、個々の価値観にもとづく生活のありようを適切に理解していくことが重要になります。そして、介護者の側から対象者の状況を捉えるだけでなく、目の前にある現象の奥にある、その人の「生活のしづらさ」について、対象者の目線に立って理解することが求められます。そこから、「生活のしづらさ」に対応するために必要な介護を判断し、選択していくというプロセスにつながっていきます。

対象者の心身の状況を、対象者本人の目線から理解していくことから、その人らしい暮らしを支える介護の実践がスタートしていきます。そこから実践までのプロセスには、豊かなコミュニケーション能力、人間の尊厳に対する理解と、社会のしくみや人間のこころとからだのしくみ等に関する専門的知識に基づく判断が求められます。ここに、介護の専門性があります。

【自立を支援する介護】

日本では、要介護状態になってもできるだけ自立し、社会とのつながりを保ちながら、意欲を持って生活できることを重視した介護を提供することが、その人らしい暮らしを支える介護であるとされています。そのため、対象者の残された日常生活動作能力の維持活用を図るとともに、自分の生活を自らの意思で選択し、実践できるよう支援し、可能な限り介護を必要とする状態になってもこれまでの生活を続けることを可能にすること[3]を、介護の基本に据えています。

[3] 介護対策検討会（1989）「介護対策検討会報告書」より

自立を支援する日本の介護は、ＡＤＬ（Activities of Daily Living, 日常生活動作）の向上とともに、ＱＯＬ（Quality Of Life, 生活の質）の向上を重視しています。例えば、「つらい思いをして自力でできたとしても、それだけで日々が過ぎていく生活よりは、自分の意思で人の手を借り、仕事や社会参加をして充実した生活を送るほうが、より自立的な生活である[4]」という認識のもとで介護を行っているということです。このような支援を行っていくうえでは、まず対象者本人が行おうとする意欲を高めるという視点が重要です。一人ひとりの心身の状況を見極め判断したうえで、根拠にもとづいた支援や環境づくりを行います。介護を担う人材には、個々の対象者がこれまで生きてきた歴史をふまえ、その気持ちに寄り添うなかで、一人ひとりが「今必要とする」生活支援を考えていく姿勢が求められています。

【社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護】

その人らしい生活の支援という視点で介護を捉えると、高齢者の社会参加という側面から支援を考えていくことも重要になります。

高齢化が進む状況において、安心で活力ある豊かな社会を築いていくうえでは、高齢者が社会に参加し社会を支える担い手になることは極めて重要な意味を持ちます。社会活動に参加し活躍し続けることは、高齢者の健康や生きがいにも寄与し、介護状態の予防につながることも期待されます。介護者は、身近な地域の中で高齢者の社会参加機会を充実させていくことにより、高齢者と社会とのつながりをつくり、彼らの人生を豊かにしていく創意工夫が望まれます[5]。

社会参加は、一人ひとりの生活リズムや希望を尊重しながら、対象者自身の自己決定にもとづく参加であるということが重要になります。そのような支援を行うにあたっては、本人の望む生活に目を向け、どうすれば実現できるかをともに考え、実践を支えるという視点が大切です。

◇根拠にもとづく介護の実践

過去には、介護の現場では、試行錯誤をくり返しながら、熟練した技や感受性、洞察力を得て経験を重ね、それが介護の方法として先輩から後輩へと語り継がれてきました。それぞれの施設において経験の蓄積がなされていましたが、必ずしも体系化されたものではありませんでした。

しかし、幅広いニーズをもった利用者への介護は、経験の蓄積や伝承だけで担っていくことはできません。一つひとつの介護行為は、知識や技術、倫理が統合化されたものである必要があります。日本では、こうした根拠にもとづいた介護の実践を積み重ねていくことが、介護の専門性の確立へとつながっていくと考えられています[6]。

現在、日本では、根拠にもとづく介護を提供していくため、「事前の評価（情報収集～課題の明確化）→計画の立案→実施→事後の評価（達成度の確認～今後の方針検討）」の４段階で介護のプロセスを踏みながら、対象者の生活を支えています。また、対象者の生活を総合的にとらえるという観点から、介護職だけでなく、異なる専門性をもつ多職種が連携してチームを組み、様々な角度から支援することを重視しています。

---

[4] 黒澤貞夫、石橋真二、是枝祥子、上原千寿子、白井孝子編（2017）「介護職員初任者研修テキスト１介護のしごとの基礎」,pp.66

[5] 東京大学高齢社会総合研究機構（2014）「高齢者の社会参加の実態とニーズを踏まえた社会参加促進策の開発と社会参加効果の実証に関する調査研究事業報告書（平成 25 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））」

[6] 黒澤貞夫、石橋真二、是枝祥子、上原千寿子、白井孝子編（2017）「介護職員初任者研修テキスト２ 自立に向けた介護の実際」,p.6

≪コラム２≫

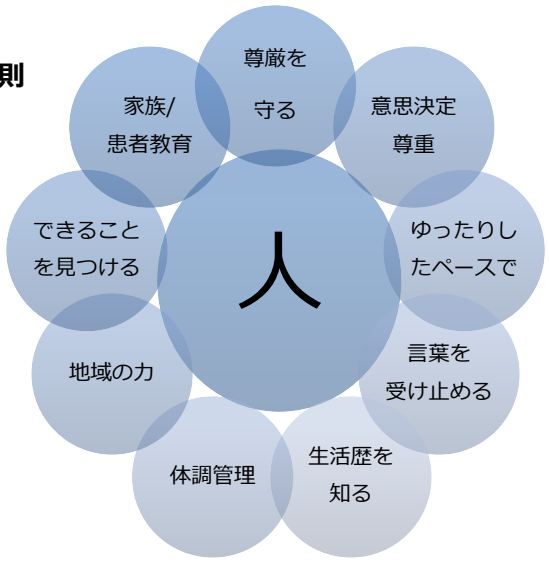
日本の認知症ケア
～認知症を取り巻くケアの変遷～

高齢化が進む国において、認知症への対応は共通の課題です。高齢化が急速に進む日本では、同時に認知症の患者が急増しています。今日の日本の高齢者ケアを考えるうえで、認知症ケアはより重要な位置を占めています。

日本の認知症ケアの歴史的変遷は、1970 年代に遡ります。その頃は、家族が認知症の人を在宅でケアすることが困難になると精神疾患として対応され、精神科の病院に入院することが多かったといわれています。しかし、1980 年代半ばに入ると、認知症の人を介護する家族の介護負担に関する調査や、介護される側である認知症の人の実態調査などが行われるようになりました。また、問題意識にもとづいて介護の方法を考えようとする施設も徐々に増え、認知症によって起こる様々な行動・心理症状（BPSD）を丁寧に観察してその背景にアプローチする介護、その人の生活歴に目を向けた介護が行われ始めました。

1990 年代に入ってからは、家族の介護負担への対応として、デイサービスやショートステイの活用が行われるようになっていきました。さらに 2000 年代に入ると介護保険制度が始まり、介護者や医療従事者の視点ではなく、本人の視点に立った介護の重要性が認識されるようになりました。その一つの例が「パーソン・センタード・ケア」と呼ばれる英国のトム・キットウッドが提唱した考え方です。これは、認知症をもつ人を一人の“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考え方です。個別性を理解し、その人にあった支援を行っていくためには、以下のようなことを常に心に留めておく必要があります。

認知症ケアの原則



（執筆者：國谷 昇平）

参考文献：
日本認知症ケア学会編（2013）「認知症ケアの実際〈1〉総論（認知症ケア標準テキスト）」日本認知症ケア学会

≪コラム３≫

身体拘束ゼロに向けた取り組み

冊子「身体拘束ゼロの手引」

「虐待」は、その人の人権を侵害する行為であり、絶対にあってはなりません。一方で、高齢者に対して自分が虐待など行うはずはない、また、していないと思っていても、誰もが陥りやすいのが身体拘束です。

日本の介護の現場では、介護者の都合を優先させた結果として、対象者の手足をベッドにくくりつけて動けなくする、行動を落ち着かせるために薬を服用させる、中から開けられない居室等に隔離するといった身体拘束という事態が起きていました。介護者の都合を優先させることが日常化しているところでは、拘束は一つの介護方法として行われてきたのです。

しかし、このような状態を当然のこととして見過ごしていると、高齢者の人権を守ることはできません。その人らしい生活を実現するという、介護の目的も見失われてしまいます。そのような状況下では、介護の質の向上は望めません。

日本では、2000 年施行の介護保険法において身体拘束が原則禁止され、ここから身体拘束の廃止に向けた積極的な取組が始まりました。2001 年には厚生労働省が設置した分科会において「身体拘束ゼロへの手引き」が作成され、現場の関係者に配布されました。この手引では、身体拘束とみなされる具体的行為として「縛る」「薬を過剰に服用させる」「隔離する」等を挙げたうえで、身体拘束ゼロに向けた工夫事例等について紹介しています。

参考文献：
黒澤貞夫、石橋真二、是枝祥子、上原千寿子、白井孝子編（2017）「介護職員初任者研修テキスト１ 介護のしごとの基礎」中央法規

（2）日本における介護のあゆみ

介護の社会化

高齢者やその家族を含めた全ての人が、介護に関わる負担や不安を抱えることなく、安心して生活できる社会づくりを進めていくためには、必要な時に自らの意思で介護サービスを利用できるような環境づくりとともに、専門性のある介護を提供できる人材の育成が必要です。

日本では、高齢化が社会の課題として重要視されてきた 1970 年ごろから、介護ニーズの増大に対応するための取組が行われてきました。そして、その都度新たに直面する課題にも向き合い、対応しながら、2000 年の介護保険制度創設に至りました。その後は、介護サービスを利用できる人の数も、介護を提供するサービスの種類と従事者の数も、飛躍的に拡大していきました。

本項では、介護保険制度創設を中心とした介護に関する施策の変遷について解説しています。日本の経験の共有が、各国の高齢者を取り巻く制度や介護人材の育つ環境づくりに向けた参考情報になれば幸いです。

◇高齢者福祉政策の始まり

1945 年の第二次世界大戦終了後間もない時期、日本の高齢者福祉施策は、ごく一部の低所得者層を対象とした、救済的な意味合いの強いものでした。当時の日本では、多世代同居が一般的であり、高齢者の世話は家族の仕事と考えられていました。

しかし、高齢者数の増加に加え、国民の生活も大きく変化していきました。日本の産業構造は、農林漁業中心の構造から製造業の拡大、サービス業の拡大へと続き、家族従業者や自営業者の割合が低下して高齢者の就業機会が減少していきました。また都市化が進行し、働く世代の人口が大都市に集中する中で、一人暮らし・夫婦のみの高齢者世帯が増加しました。そうした状況を受け、1963 年の老人福祉法制定により、日本で初めて、経済的な状況にかかわらず介護を必要とする高齢者を養護する施設が、制度的に登場しました。ここから、日本における本格的な介護対策が始まっていきます。

◇介護ニーズの増大と福祉制度の限界

老人福祉法が施行されたものの、介護を必要とする高齢者の数に比べて施設の数が不足していたことや、所得調査を受けたうえで世帯収入に応じた利用者負担が求められるなど、一般の人にとって必ずしも利用しやすいものではなかったこともあり、実際の施設の利用者は低所得者等が優先されるという状況が続いていました。

こうした中、高齢化は急速に進展し、1960 年には 5.7％であった高齢化率は、1980 年には 9.1％、1990 年には 12.0％となり、介護ニーズはますます増大していきます。さらに、平均寿命が延びたことによる介護期間の長期化・重度化、社会構造の変化（大都市で就職し、結婚する人の増加など）や思想の変化（個人としての生活を大切にする意識の強化など）による核家族化の進行、介護する家族自身の高齢化など、介護を担ってきた家族をめぐる状況も変化し、従来の高齢者福祉制度による対応には限界が出てきました。

そこで、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとしての介護保険制度を創設することとし、2000

年に介護保険法が施行されました。

◇人材養成の仕組みの整備

介護ニーズが顕在化するなかで、1970 年代ごろから、在宅介護、施設介護に従事する人材に対する講習会や研修等が開催されるようになりましたが、公的な資格制度等はありませんでした。当時、日本には、介護に限らず社会福祉に関する国家資格が存在していませんでした。そのため、1980 年代半ばごろから、資格制度の確立が課題として指摘されるようになりました。

また、当時、少子高齢化が急速に進むとともに人々の生活形態や経済状況が変化するなかで、高齢者や障害者の福祉ニーズの幅が広がり、多様かつ高度なニーズに対応できる人材の確保と資質の向上が求められるようになっていきました。併せて、高齢者産業の急速な拡大に伴って、サービスの倫理と質を担保する専門職の必要性も議論されるようになりました。こうした状況を受け、1987 年、介護の国家資格の誕生へと至ります。国家資格化の翌年には介護福祉士養成教育（２年課程）が開始されました。また、1991 年には、ホームヘルパー（在宅介護支援員）の組織的な養成も開始されました。

介護人材育成のあり方については、時代の流れに沿ったものとなるよう現在も定期的に見直しが図られているところですが（コラム４参照）、国家資格化は、介護の知識や技術の基準を形成する契機であったといえます。

◇家族によるケアから社会全体での支え合いへ

介護保険制度が創設されるまで、高齢者に対する介護サービスは、一部は行政側が必要と認めた者に対して提供するサービス（措置にもとづくサービス）として行われ、また、一部は医療の枠組みの中で行われてきました。しかし、従来の措置による対応では、行政機関によってサービスの利用対象者や内容が決定され、利用者が自らの意思によってサービスを選択することはできませんでした。行政予算にもとづいてサービスの利用対象者や内容が決定される状況下では、民間企業の介護サービス市場参入も難しく、介護サービスの飛躍的な拡充は期待し難い面もありました。他方、疾病の治療を目的とする医療の枠組みの中での対応には、ケアの在り方や日常的な生活に対する配慮などの面で限界がありました。このため、当時存在する制度の延長ではなく、思い切った改革に取り組むことが不可欠となりました。

こうした中で、日本の介護保険制度は、高齢者の介護を一部の限られた人々の問題としてとらえるのではなく、社会全体に関わる問題としてとらえながら、国民皆で高齢者やその家族を支えるための仕組みとして創設されました。

図表１：日本における高齢者福祉・高齢者医療政策の経緯

年代	指標	主な出来事	補足事項等
1960 年代 高齢者福祉政策の始まり	高齢化率： 5.7% 平均寿命： 男性 65.32 歳 女性 70.19 歳 （1960）	1962 年　訪問介護事業の創設 **1963 年　老人福祉法制定** ◆老人福祉施設の創設、 訪問介護の法制化 1969 年　全国社会福祉協議会の「家庭内ねたきり老人実態調査」結果公表 ⇒70 歳以上**寝たきり高齢者の数（20 万人、約５%）やその生活実態の深刻さが明らかに。**	✓「介護」という言葉が法律内に盛り込まれる。 ✓低所得者に対する保護施策を超え、加齢に伴う一般的な介護ニーズを制度の対象として位置づけ。 ✧ 福祉施設と医療機関の費用負担の格差や手続きの違いなどから入院を選択する問題（社会的入院）が深刻化し，老人医療費が増大。 ✧ 治療を目的とする病院では，スタッフや生活環境の面で，介護を要する者が長期に療養する場としての体制が不十分という問題も顕在化。
1970 年代 老人医療費の増大	高齢化率： 7.1% 平均寿命： 男性 69.31 歳 女性 74.66 歳 （1970）	1971 年　社会福祉施設緊急整備５ヶ年計画策定 ◆高齢者福祉の拡充と量的整備への取組推進 1971 年　**家庭奉仕員（今日のホームヘルパー）全国中央研修**開催 1972 年　老人家庭奉仕員事業運営要綱策定 **1973 年　高齢者の医療費無料化** 1978 年　**ショートステイ事業の創設** 1979 年　**デイサービス事業の創設**	ショートステイ 短期的に（数日～1 週間程度）施設へ入所し、日常生活の介護や機能訓練などの介護を受けながら施設での生活を送ることのできるサービス。 デイサービス 利用者が施設に通って、入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を受けられるサービス。
1980 年代 社会的入院や寝たきり高齢者の社会的問題化	高齢化率： 9.1% 平均寿命： 男性 73.35 歳 女性 78.76 歳 （1980）	1982 年　老人保健法の制定 ◆高齢者医療費の一定額負担の導入など 1982 年　老人家庭奉仕員事業運営要綱改訂 ◆家庭奉仕員採用時研修を規定 1983 年　**特例許可老人病院**制の設置 1987 年　老人保健法改正（**老人保健施設の創設**） 1989 年　消費税の創設 高齢者保健福祉推進 10 ヵ年戦略（**ゴールドプラン**）**の策定**	特例許可老人病院 高齢者を多く入院させており、医師や看護師数が基準より少ないことを認められた医療機関。代わりに介護職員を一定数配置。 老人保健施設 病状の安定した寝たきり老人などに対し、医学的管理のもと看護、介護、リハビリなどを行い在宅復帰を目指す施設。 ゴールドプラン： ✓消費税導入の趣旨を踏まえた、高齢者の保健福祉分野における公共サービスの基盤整備が目標。

✧ この頃より、住み慣れた地域の中での生活を支援する観点から、在宅福祉が重要であるとの認識が高まり、その充実が図られていく。

✧ 病院での医療サービスにおいても、長期の療養にふさわしい環境と人員を備えた病床群を制度化し、看護、介護を必要とする高齢者等への対応が図られるようになる。

✧ 医療と福祉が連携した総合的なサービスの提供が求められるようになり、創設へと至る。

年代	指標	主な出来事	補足事項等
1990 年代 ゴールドプランの推進 介護保険制度の導入準備	高齢化率： 12.0% 平均寿命： 男性 75.92 歳 女性 81.90 歳 （1990）	**1991 年　ホームヘルパー養成事業実施** 1992 年　老人保健法改正（老人訪問看護制度創設） 1994 年　厚生省による介護保険制度の検討開始 **新ゴールドプラン策定** **1997 年**　消費税の引き上げ（3%→5%） **介護保険法成立**	✓「老人家庭奉仕員」から「ホームヘルパー」という名称に。 新ゴールドプラン： ✓ゴールドプランの整備目標引き上げ。
2000 年代 介護保険制度の実施	高齢化率： 17.3% 平均寿命： 男性 77.72 歳 女性 84.60 歳 （2000）	**2000 年　介護保険法施行**	

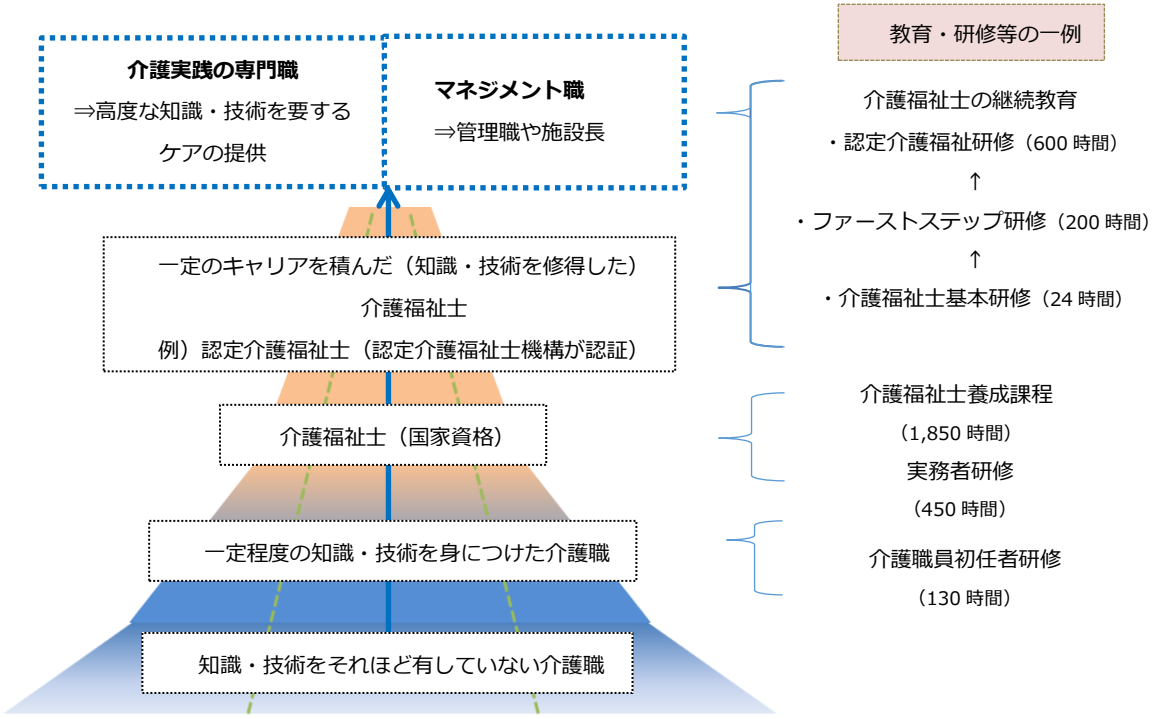
出所：「平成 28 年版 厚生労働白書」など各種資料をもとに作成

≪コラム４≫

介護人材養成の取組

日本では、高齢化の進展に伴う要介護者の増加や介護サービスの確立等にともない、多様化する介護ニーズに対応できるような介護人材育成の取組を行ってきました。1987 年には、介護の専門的能力を有する人材を養成、確保するため、国家資格として介護福祉士制度が創設されました。これまでは、専門性のある介護福祉士と知識や技術をそれほど有していない介護職が同様の業務に従事していましたが、近年は、介護現場の実態を踏まえた各層の介護人材に求められる機能や必要な能力を整理し、各層に必要な研修等の開発を行い、介護人材のキャリアパスが示されています。

日本の介護人材のキャリアパス



また、介護福祉士資格には、大学や専門学校、福祉系高校等で必要な知識、技術を修得した後、国家試験に合格して資格を取得する方法の他に、３年以上の介護等の業務に関する実務経験及び実務者研修において必要な知識、技術の修得を経た後に、国家試験に合格して資格を取得する方法があります。

介護福祉士資格を取得した後にも、それぞれのキャリア設計に応じた更なる資質向上の機会を得られるよう、マネジメント能力向上のための研修、認知症ケアなどに対応できる能力や多職種協働に必要となる能力の向上のための研修等、継続教育が行われています。

日本の介護サービスの仕組み

◇日本の介護保険制度

日本では 2000 年に「介護保険法」が施行され、介護保険制度が開始されました。

介護保険制度は、国民全員が 40 歳になった月から加入して保険料を支払い、介護が必要なときに認定を受けて、必要な介護サービスを保険による費用補助を受けながら契約に基づいて利用する制度です。

介護保険制度は相互扶助の理念の下で作られた制度ですが、その財源の 50%は公費（＝税金）であり、残りの 50%を保険料で賄っています。

介護保険サービスは、65 歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64 歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができます。介護保険が適用されるサービスを利用したときの利用者負担は、原則介護サービスの提供に要する費用の１割です[7]。

【介護保険が適用されるサービス】 [8]

- ✧ 自宅で利用するサービス（訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーションなど）
- ✧ 自宅で生活しながら利用するサービス（通所介護、通所リハビリ、ショートステイなど）
- ✧ 生活環境を整えるためのサービス（福祉用具貸与、住宅改修、特定福祉用具販売など）
- ✧ 生活の場を自宅から移して利用するサービス（老人福祉施設、老人保健施設など）
- ✧ 介護予防のためのサービス
- ✧ 計画をつくるサービス（利用者が適切なサービスを利用できるように、利用者の依頼を受けて、専門人材がケアプランを立てたり、連絡調整をしたりするサービス）

介護保険制度が開始され、介護サービス利用は急速に拡大していきました。制度開始後４年でサービス利用者数は２倍を超え、介護保険制度は、老後の安心を支える仕組みとして急速に普及していきました。

---

[7] 一定の所得を越えた場合は 2 割負担になります。食費、居住費は自己負担です。また、在宅でサービスを利用する場合、要介護度食費、居住費は自己負担です。また、要介護認定ごとに定められている１ヶ月に利用できるサービスの上限額（支給限度額）を超えた部分の利用料は、全額自己負担になります。

[8] サービスの種類は独立行政法人 福祉医療機構の WAM NET より引用。
（http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/handbook/service/）。

≪コラム５≫

日本の介護保険制度と従来の制度の違い

介護保険制度は、介護サービス不足の解消、家族の負担軽減、公平な給付・負担、国の財政安定を目的として開始されました。介護保険制度が開始されたことにより、介護が必要な高齢者とその家族は、自らの選択により、多様な主体から保健医療サービスや福祉サービスを総合的に受けられるようになりました。また、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用したことにより、社会全体で高齢者を支える制度として、定着していきました。なお、現在韓国で運用中の介護保険制度も、日本やドイツ等と同様に、社会保険方式が採られています。

従前の制度	介護保険制度
①行政窓口に申請し，市町村がサービスを決定（措置制度）。	利用者が自らサービスの種類や事業者を選んで利用。 ・高齢者の介護ニーズに着目したサービス提供 ・権利にもとづくサービス選択・享受
②医療と福祉に別々に申込。	介護サービスの利用計画（ケアプラン）を作って，医療・福祉のサービスを総合的に利用。 ・一人ひとりにふさわしいサービス総合的かつ効率的，継続的に享受
③市町村や公的な団体（社会福祉協議会など）中心のサービスの提供。	民間企業，ＮＰＯなど多様な事業者によるサービスの提供。 ・サービス供給量の増加と質の向上 ・人材育成の活性化
④中高所得者にとって利用者負担が重く，利用しにくい。	所得にかかわらず，１割の利用者負担（2015 年以降、一定の所得を越えた場合は２割負担）。 ・利用者負担の不均衡是正

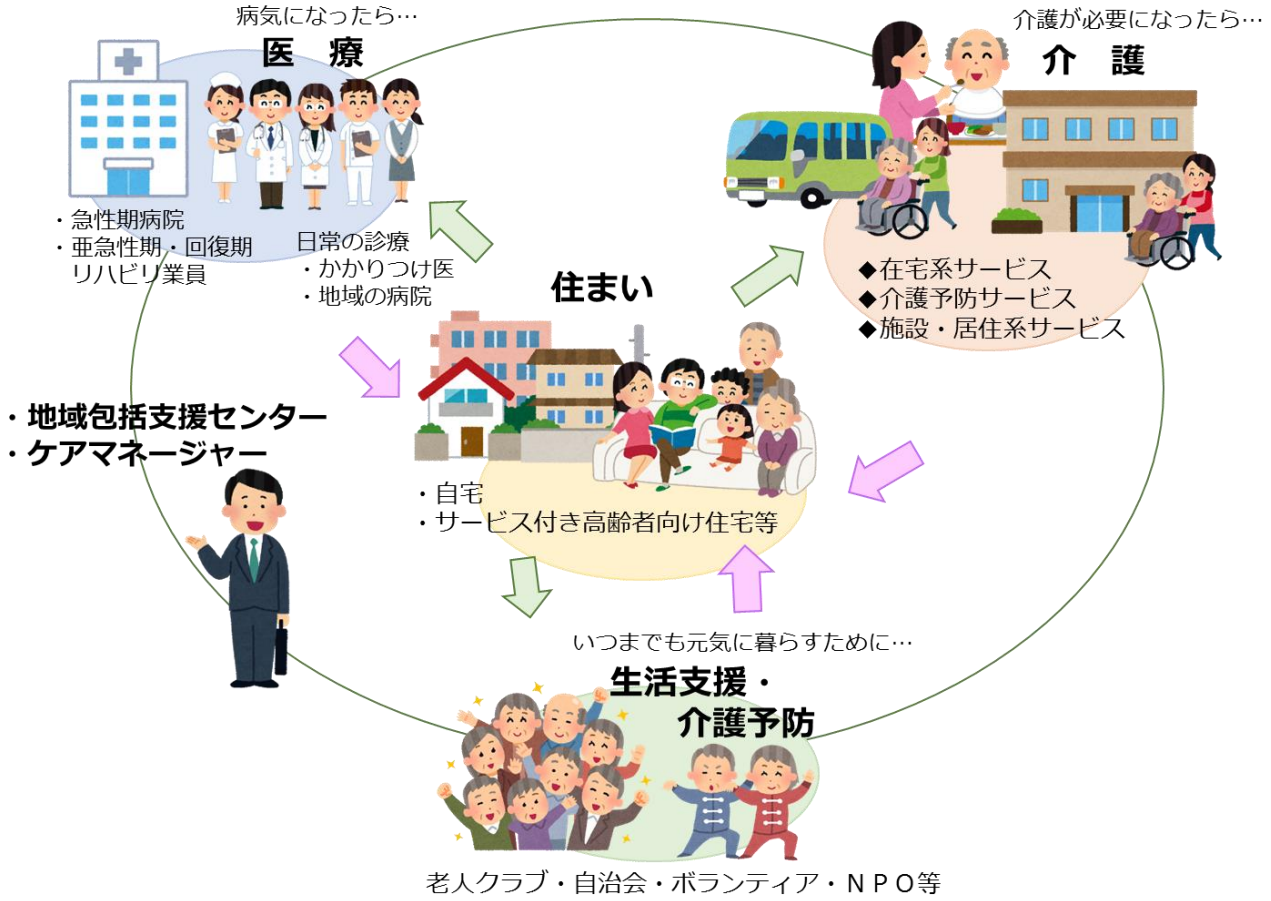
資料：厚生労働省老健局総務課（2015）「公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成 27 年度」をもとに作成

◇地域包括ケアシステムの構築

日本では、世界的に類をみないスピードで高齢化が進んでいます。介護保険制度創設以降、介護サービス市場は急速に拡大していきましたが、ニーズの増大には追いつかず、介護サービスの供給不足は依然として社会問題となっています。特に、2025 年には、日本においてベビーブームが起きた 1947 年～1949 年に生まれた世代が 75 歳以上となり、高齢化のピークを迎えることから、認知症高齢者への対応を含め介護ニーズが大幅に増大することが見込まれます。一方で、高齢者の自分らしい暮らしの継続という視点に立つと、介護が必要な状態になっても自宅で家族や親しい人とともに暮らしたいという願いに改めて向き合い、介護・医療のあり方を見つめなおそうという考え方が広がってきています。

そのようななか、今の日本で目指されているのが「地域包括ケアシステム」の構築です。これは、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、住まい・医療・介護・予防・生活支援を包括的に提供するための仕組みづくりです。

図表２：地域包括ケアシステムの姿



出所：地域包括ケア研究会 三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング（2013）「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書」

≪コラム６≫

各国のコミュニティ・ケア

地域で高齢者を支えるための仕組みづくりは、アジア諸国でも既に始まっています。

【タイのコミュニティ・ケアの取組事例】

保健ボランティア（Health Volunteer）の活動：

全土で約 110 万人の「保健ボランティア」と呼ばれる有償ボランティアがいます。彼らは保健所に配置され、地域の障害者・高齢者の状況を把握しながら、地域住民の社会参加や健康づくりを中心に活動しています。活動の一環として、高齢者の自宅を訪問し、健康状態の観察（バイタルチェック）や介護者を含めた療養生活への助言等も行っています。

保健ボランティアによる自宅訪問

Family care team による自宅訪問

Family Care Team による高齢者の自宅訪問：

2015 年から本格的に全国で始まった Family Care Team（FCT）がタイ全土で 1 万 5000 組以上活動しています。FCT は、保健ボランティアのうち選ばれた人たちをケアギバーとして養成し、近隣病院の医師やスタッフらとチームで地域の高齢者宅を回りながら、健康サービスにアクセスできない高齢者や寝たきりの高齢者に身体面・精神面の双方から必要なケアを提供しています。

高齢者学校：

介護予防を目的とした「高齢者学校」が各地につくられています。高齢者学校は、地域の 50 歳以上の方を対象としており、通常の学校と同じように授業や朝礼があったり、遠足に行ったりもします。授業では、簡単な計算のほか、スマートフォンや SNS の使い方について学んだりもしています。

高齢者学校の様子

（執筆者：國谷 昇平）

【ベトナムのコミュニティ・ケアの取組事例】

世代間自助クラブの活動：

クラブの女性メンバーによる健康体操

ベトナムでは、高齢者の各種クラブ（同好会）の設立・活動が推進されており、なかでも「世代間自助クラブ」の普及が重要な目標となっています。ベトナム高齢者協会によると、2006 年に 60 クラブでスタートした世代間自助クラブの数は、2015 年には 12 省 1,000 クラブにまで増加しました。

基本的に、「世代間自助クラブ」は、1～2 つの村コミュニティに対して 1 クラブ設立されます。メンバー（約 50～60 人）の 7 割が 55 歳以上で、かつ全体の 7 割が女性です。少人数ですが、より若い世代や資金提供する富裕層も含まれます。活動は月に 1 回で、健康体操や健康診断などの健康維持に加え、クラブの基金からお金を貸出してメンバーの経済活動の支援をしたり、在宅での介護が困難な家庭での家事や買い物、介護等の支援も行なったりしています。以前筆者が実際に参加した会合では、（少人数の元気な世代や富裕層ではなく）自分の家でも介護などの課題を抱えた当事者である高齢者の女性たちが活動の中心となっていました。

（執筆者：比留間 洋一）

【インドネシアのコミュニティ・ケアの取組事例】

高齢者を対象とした社会福祉活動「Posyandu Lansia」：

Kader による高齢者のバイタルチェック

インドネシアでは、一次医療を担う保健所（Puskesmas）を拠点とし、コミュニティベースで Posyandu と呼ばれる定期的な保健活動が行われています。当初は乳幼児検診や予防接種等の母子保健を目的として行われていた活動でしたが、1990 年代からは、高齢者を対象とした社会福祉活動「Posyandu Lansia」も展開されています。

Posyandu Lansia で活躍しているのが、Kader とよばれるボランティアです。Kader の担い手は、主に地域に住む女性たちです。彼女たちは、少額の報酬のもと、現地の看護師らとともに定期的な保健活動や健康維持に対する啓発運動を行ったりしています。

（執筆者：國谷 昇平）

2．いきいきとした高齢者の生活を支援する

（1）高齢者の生活の流れ

高齢者もそうでない人も、朝起床して夜就寝するという１日の生活の流れは基本的には同じです。ただし、高齢者は加齢や病気、障害等により、介護者からの介護を受けなくてはならない場面が出てきます。日本の介護者は、加齢や病気、障害等に伴う高齢者の心身の変化を理解し、高齢者一人ひとりの状態を日々つぶさに観察しながら、１日の生活を支援しています。

ここでは、日本の山間部に住む山田さんの事例をご紹介します。高齢の山田さんは、都心に住む息子と離れて妻と２人暮らしをしていましたが、突然倒れ、介護が必要な状況になってしまいます。その後山田さんは高齢者施設に入所することになりました。

①

山田さんの息子は、仕事のため地方に住む親と離れ、東京で家族とともに暮らしています。

②

ある日、山田さんは自宅で突然倒れ、介護を必要とする状態になりました。

③

しかし、家族や親戚は皆離れて暮らしており、高齢の妻一人で介護を担うことは難しい状況です。

④

息子が自治体の窓口に相談した後、山田さんは要介護認定を受けて介護施設を利用することになりました。

次頁からは、高齢者施設で暮らす山田さんの１日の流れをご紹介します。ここで示す介護の様子はあくまで一例にすぎませんが、高齢者の生活の流れをイメージしながら「（２）生きがいを持った暮らしを支える介護の実践」を読むことで、日本の介護で大切にされている考え方をよりご理解頂けると思います。

＜高齢者施設で暮らす山田さんの１日＞

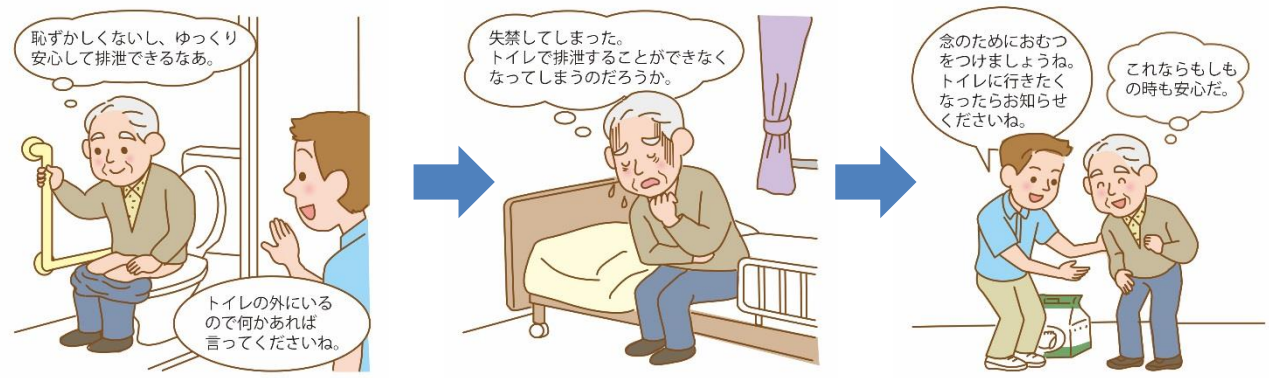
§身じたく　⇒37 頁

§移動　⇒24 頁

§食事　⇒30 頁

§レクリエーション

§排泄　⇒34 頁



§清潔の保持　⇒39 頁

§就寝

（2）生きがいを持った暮らしを支える介護の実践

ここからは、「移動」「食事」「排泄」「身じたく」「清潔の保持」の５つの生活場面ごとに、高齢者が生きがいを持った暮らしを送るための介護を行う上で大切にしたい考え方をご紹介します。

ここでは、この考え方を、日本の介護が重視している「対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護」「自立を支援する介護」「社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護」という３つの観点から説明しています。

①　移動

ポイント

- ✧　移動はその人らしい快適な生活を支えるために必要不可欠な手段である。
- ✧　その人の持つ能力を十分に活用する。
- ✧　高齢者が快適かつ安全で楽しく過ごすことができるように外出を支援する。

「移動の介護」を行う際に大切にしたい考え方

人が一日の生活を送るうえでの基本的な行為として、食事や排泄、衣服の着脱、清潔の保持があります（これらの介護については後ほどご紹介します）。これらの行為は居間や食堂、トイレ、シャワールーム等様々な場所で行われるものです。日常生活における行為を最もふさわしい場所で行うためには、移動が必要です。

【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

◇快適な生活を支えるうえでの基本的な支援

日本では、加齢や障害等により自力での移動が困難な場合にも、高齢者が可能な限り日常生活を最もふさわしい場所で送ることを重視して、移動の支援を行っています。それにより、身体が思うように動かない高齢者であっても、自分の行きたい場所に行くことができます。食事は食堂のテーブルで椅子に座って食べる方がおいしく感じられるでしょうし、周りの人とのつながりを感じられる、楽しい時間になります。ベッドから立ち上がってトイレを利用できればおむつよりも快適に過ごせますし、さらにトイレまで移動できれば、誰にも気をつかうことなく落ち着いて用を足すことができます。たとえ高齢者が自力での移動が困難になった場合であっても、これらの行為をベッドの上ではなく適切な場所で行うことは、その人らしい快適な生活を支える上で必要不可欠なことだと考えています。

✎日常生活を最もふさわしい場所で過ごすことが、メリハリのある生き生きとした生活につながります。

◇心身の機能の維持

人間は、寝たきり状態が続くと、骨や筋肉の萎縮等によって、ますます動くことが困難になっていきます。また、外部からの刺激が少ないと、精神機能も低下してしまいます（コラム７参照）。

移動は、姿勢を変える動きを伴うため、筋力や関節の可動域を維持する運動につながります。また、重力に抵抗した姿勢をとることは、骨を丈夫に保つことにもつながります。精神面では、移動を通じて外に出たり他者と交流することにより、物事に対する関心や何かをやろうとする意欲が高まります。

移動はまさに、人が自分らしく生活していくうえで必要な心身の機能を維持するための運動の一部といえます。

≪コラム７≫

なぜ「寝たきり」ではいけないの？

介護を学ぶ学生に「対象者の残された日常生活動作能力の維持活用」について説明すると、以下のような質問がありました。寝たきりがなぜ良くないのか、人権という側面だけでなく、高齢者のからだとこころのしくみという側面からも考えてみます。

「自立を支援する」と言っても、身体が思うように動かない高齢者の方々に動いてもらうなんて、かわいそうな気がします。
高齢者を寝かせたきりにしておくことって、悪いことなのですか？

確かに高齢者にとっては、動かずに寝ているのが楽だと思うんだけど、寝ているだけによる悪影響も考えないといけないよね。

例えば、全身の筋力の低下、床ずれの発症、関節の可動域が制限させることが考えられるね。認知症になりやすくなる可能性もある。そうすると、介護者側が介護するのが大変になってしまうよね。

それに、高齢者の QOL という視点も重要だね。ベッドの上で天井だけを見つめていると元気がなくなってしまうかもしれないし、人との交流という社会参加が阻害されてしまう。寝たきりで起きれなくなってしまう場合もあるんだよ。

なるほど！
だから起き上がって活動することで、寝たきりが予防できて、高齢者の QOL の向上にもつながるんですね。
そのことは、介護する私たちの負担が減るということにもなりますね！

（執筆者：國谷 昇平）

◇その人らしい生活を実現するための「移動」

人は、他者との交流を求め、集団のなかで役割を果たし、創造的な活動へと自らの欲求を実現させています。この欲求が生活の範囲を維持・拡大していく源であり、移動の一つの動機ともいえます。

高齢者が自分の意思で行きたいと思う場所を決め、そこに行くことで生きる意欲をさらに高めるという視点が、生活支援としての移動の介護を考えるうえで必要なことといえます。

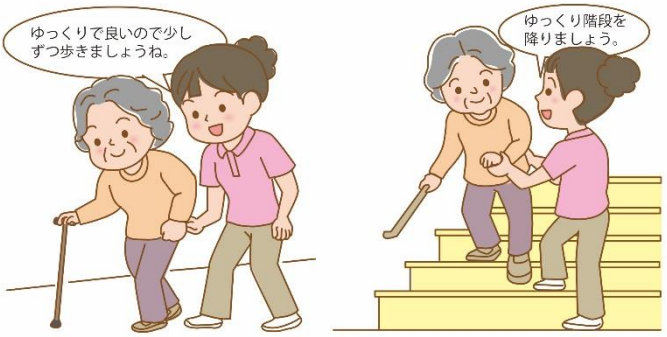
【自立を支援する介護】

◇保有能力の活用

移動の介護が必要な人は、麻痺や関節の拘縮を伴っていることが多いものです。移動の介護を行うにあたっては、高齢者の麻痺の程度や関節可動域等を確認したうえで、その人に応じた介護方法を検討し、提供する必要があり、そのためのからだのしくみに関する基本的な知識を押さえておく必要があります。

さらに、日本では、自立支援の観点から、高齢者ができる行為まで介護する必要はなく、その人が保有能力を十分に活用しながら介護を行う必要があると考えられています。介護者は、人間の生活行動の基本となっている頭・肘・手足・体幹の自然な動きや使い方を理解し、その自然なはたらきを助けるために、必要に応じてリハビリの専門職と協力したり運動力学等を応用しながら介護を行うこととされています。

✎高齢者の自立を促しながらも、いざという時には身体を支えられるよう、近くで援助します。



◇高齢者・介護者にとって負担の少ない介護

生活において必要な心身の機能の維持が図られるように、介護者は、できるだけ高齢者の身体を起こし、体位を変えるようにしています。

高齢者の体位を変換する際には、高齢者が心身ともにリラックスして心地よい状態を保てるよう、クッションなどを用いて姿勢の安定と苦痛・疲労の軽減に配慮します。また、歩行を介助する際には、高齢者の歩行時の症状等も念頭におきながら、いざというときにはすぐに高齢者の身体を支えることができる距離を保ち、高齢者に安心感を与える援助を心がけます。高齢者が全介助を要する場合においても、利用者のもっている力を活用しながら援助を行っていきます。

また、移動の介助を円滑に行うためには、高齢者の負担はもちろん、介護者自身の負担も軽減させる必要があります。その基礎となる考え方が、神経系・骨格系、・関節系・筋系の相互関係である「ボディメカニクス」に基づいた介護です。具体的には、介護者と高齢者双方の重心を近づけたり、「てこの原理」を利用すること、介護者の重心移動を利用して高齢者を動かすこと等が挙げられます。コラム８も参考にしてみてください。

【社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護】

◇外出の支援

高齢者や障害のある人が住みなれた地域でその人らしい暮らしを続けていくためには、移動の介護とともに環境の整備も重要になります。外出の際には、高齢者が快適かつ安全で楽しく過ごすことができるように、目的地までの移動環境等の確認、健康状態のチェック、上着や着替えの準備、移動中の安全性と快適さの確認等、様々な場面を考慮しながらきめ細やかに確認、準備しておく必要があります。高齢者の状況に応じて、車椅子や杖、歩行器等の福祉用具を準備することも有効でしょう。また、地域の友人・知人の協力を得たり、ボランティアを活用したりしながら、高齢者の円滑な社会生活を支援することも望まれます。

✎外出を支援することは、高齢者のいきいきとした暮らしの実現につながります

✎日本では、高齢者の外出を支援するための送迎サービスが提供されています

≪コラム８≫

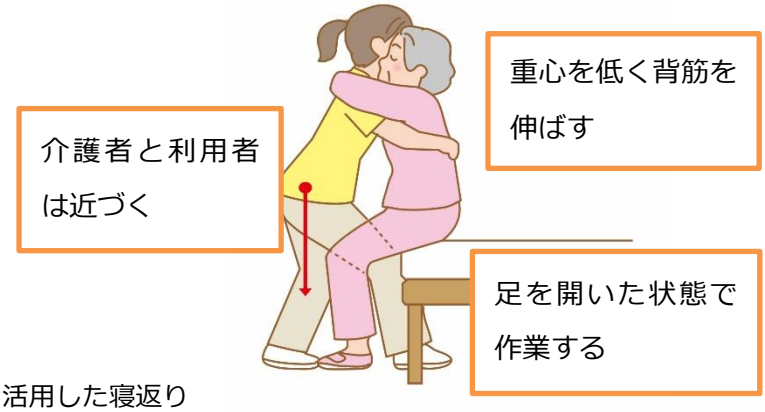
やってみよう
～ボディメカニクスを活用した介助～

ボディメカニクス(Body Mechanics)は、人間の動作・姿勢に関わる身体各部位に力学原点を応用した動作、姿勢保持のための技術です。介護でのボディメカニクスは「力学原理を活用して、最小の労力で介護する技術」と言えます。介護者は、ボディメカニクスを学ぶことにより、利用者と介護者の双方の負担を減らすことができます。

1. 利用者を小さくまとめる
2. 介護者の両足幅を広くとる
3. 介護者の重心を低く、背中を伸ばす
4. 介護者と利用者は近づく
5. 利用者を動かす範囲はできる限り少なくする
6. 体位変換時にてこの原理を利用する

【具体例】

1．ボディメカニクスを利用した重度者の移乗動作介助例



2．てこの原理を活用した寝返り

患者の腕を組み、膝を立てる　　かかとを殿部付近に近づける　　小さな力で回転（側臥位）にさせる

（執筆者：國谷 昇平）

参考文献：
小川 鑛一他（2016）「介護のためのボディメカニクス」東京電機大学出版局

≪コラム９≫

持ち上げない介護
～No Lifting Policy～

介護現場では、高齢者の移乗、移動、排泄、入浴、食事などの介助のくり返しにより、介護職員に高い確率で腰痛が発生していて、深刻な問題となっています。そこで、腰痛対策の実施に向け、福祉用具（リフトやスランディングシート・ボード）などの活用（持ち上げない介護）が推奨されるようになりました。介助者が、移乗・入浴・排泄介助などで高齢者を抱え上げることは、介護者の腰部に多大な負担がかかります。さらに、高齢者にとっても、力ずくで抱え上げられることで体の緊張が高まったり、痛みや不安を生じさせたりするだけでなく、転倒や落下などのリスクも伴います。高齢者が座位保持できる場合は、スライディングボードやシートを活用して車いす等に移乗してもらいます。座位保持が困難な場合は、リフトを活用し、人力による抱え上げはできるだけ行わないようにします。

しかし、日本では依然として「福祉用具を使うなんて物を運んでいるみたいで温かみがない」とか「道具を使うのは面倒。人力で介助したほうが早い」と思っている人が多くいます。また、そもそも職場に必要な福祉用具が配備されていないこともあります。介護職が専門職として、その経験を活かし長く働き続けるためには、自分自身の健康管理も重要です。高齢者の安全性や快適性を確保するためには、介護者自身もまた安全で快適でなければなりません。

オーストラリアでは、1998 年にオーストラリア看護連盟ビクトリア支部が看護師の業務に関して「押さない・引かない・持ち上げない・ねじらない・運ばない」との方針を打ち出し、「No Lifting Policy」を採択、定義づけしました。その後、腰痛対策の効果が実証され、オーストラリア全土に広がり、今では、リフトを使用しない人は「知識がない人」とみなされるまでになっています[1]。日本では、まだ「持ち上げない介護」の取組は十分とはいませんが、今後はさらに発展し、浸透していくことになるでしょう。

出所：中央労働災害防止協会教育推進部「改訂「職場における腰痛予防対策指針」に添った社会福祉施設における介護・看護労働者の腰痛予防の進め方～リスクアセスメントの考え方を踏まえて～」，p21

（執筆者：天野 ゆかり）

参考文献：
保田淳子（2016）「ノーリフト　持ち上げない看護、抱えない介護」クリエイツかもがわ

② 食事

ポイント

- ✧ 高齢者一人ひとりの食生活を尊重する。
- ✧ 食形態を工夫し、福祉用具を活用しながら、可能な限り自分の力で食事を摂れるよう支援する。
- ✧ 楽しい食事の時間の提供を通じた豊かな生活の実現を目指す。

「食事の介護」を行う際に大切にしたい考え方

食事は、生命を維持する上で必要不可欠な行為です。それに加えて、私たちは美味しいものを食べると、楽しく満たされた気持ちになったり、ある特定の食べ物を食べると思い出が想起されることもあります。反対に、満足に食事が食べられないと、心身に支障をきたします。このように、食事は私たちの日常生活におけるＱＯＬに影響を与える行為なのです。

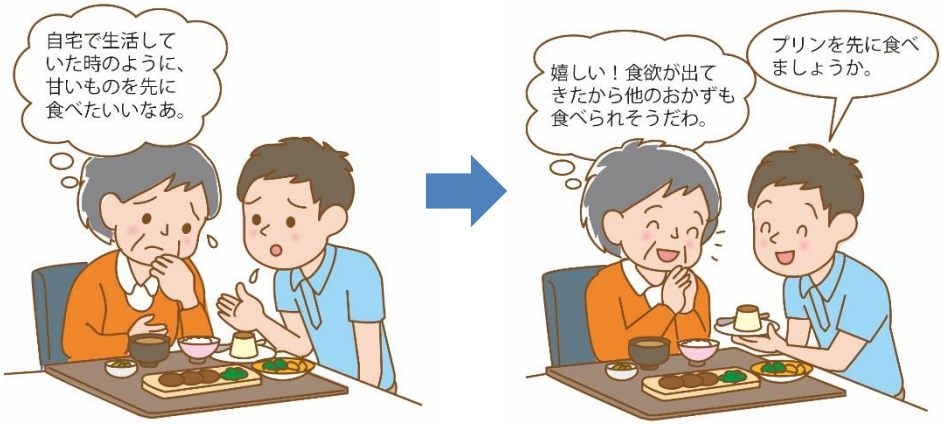
【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

◇本人の食生活を尊重した食事の介護

食事では、生活のなかで長年にわたってつちかってきた、その人なりの食文化や嗜好があります。そのため日本では、高齢者一人ひとりの食事にまつわる思い出や歴史を理解し、希望する食生活を尊重した介護を提供することが高齢者のＱＯＬ向上につながると考えています。

そのような介護を行うために、衛生管理の徹底はもちろんのこと、栄養管理を行うスタッフや調理スタッフ、看護師等と介護者とが連携しながら、個々の心身の状態に適した調理方法や食形態を選択し、その人が必要とする介護とともに提供していくことを重視しています。また、配膳した食事の内容を説明したり、使用している食材やその調理法を伝えることで、高齢者が自身の食べる献立について関心を持ち、主体的に食事を摂れるよう支援しています。

✎本人の食文化や食生活を可能な限り尊重した食事の介助をおこないます。



【自立を支援する介護】

◇自力での食事を支援する

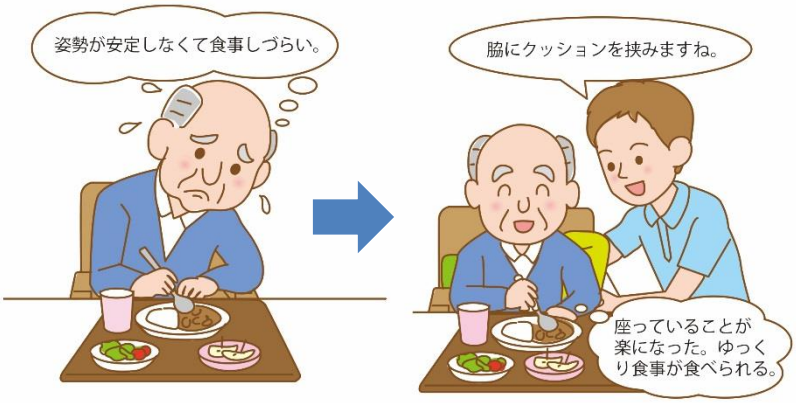
食事は、身体の機能をいくつも連動させて行うため、自力で食事を摂ることによりそれらの機能を維持し、日常生活動作の向上が期待できます。そのため、日本では高齢者の身体の状況や障害の程度を適切に把握した上で、可能な限り、自分の力で食事を摂れるよう支援することが大切だと考えられています。

高齢者の中には、麻痺や拘縮等の障害によって、食事に適した姿勢を保つことができなかったり、食べる動作がしづらい人もいます。そのために、介護者は、食事の際の姿勢の保持や食事の用具、高齢者の嚥下能力に応じた食事の提供等といった観点に着目しながら介護を行っています。特に嚥下能力が低下した場合、窒息の恐れがあるため、食事姿勢を確認し 介護者は高齢者がしっかりと食材を飲み込めているか、むせていることはないかを確認しています。

また、嚥下能力が低下した場合も、すぐには経管栄養（チューブやカテーテル等を用いて胃や腸に栄養を直接注入すること）は行いません。既に述べたように、食事を口から摂ることは自立を促すだけではなく、高齢者の生きがいにもつながります。そのため、食材をやわらかく煮込んだり、ピューレ状にするなどの工夫を行いながら、可能な限り口から食材を摂り入れられるよう工夫しています。

例えば、福祉用具やクッション等を活用して正しい姿勢を保つことで、誤嚥を防ぐとともに、余計な力を使わずに自力で食事をすることができるようになります。また、高齢者は握力が弱まっているので、最小限の力で食事を摂れるようにスプーンやフォーク等を活用することも、自力での食事を支援する上で有効です。（コラム 10 参照）

✎姿勢を正すといった工夫をするだけでも、
自力での食事が可能になります。



【社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護】

◇豊かな食事の時間の提供

自分で食事を摂れるということは、食事の時間を楽しむことにもつながります。自分で食べる場合と、誰かに食べさせてもらうのとでは、同じものを食べても味わいが違うでしょう。また、一人で黙々と食事をするのではなく、家族や介護者、高齢者同士等で会話を楽しみながら食事をすることは、高齢者にとっての生きる喜びや楽しみにつながります。豊かな食事の時間の提供は、自分らしい生活の実現につながります。

高齢者施設等に入居し、介護者が食事を提供したり食事の介護を行う際には、ただベッドの上で食事を与えるのではなく、食堂に移動してもらい、楽しい食事の時間を過ごせる環境を作ることが重要です。また、そのような施設に入居していない場合であっても、地域の高齢者同士で一緒に食事を摂れるような機会を提供することも、自分らしい生活の実現のためには重要です。

◇豊かな食事の時間の提供につながる口腔ケア

食事をした後、私たちは歯を磨くなどして、口腔内を清潔に保とうとします。口腔内は、細菌が繁殖しやすい温度・湿度・栄養が揃っています。特に高齢者になると全身の免疫機能が低下するため、歯を磨いたり、義歯を清掃することなどを通して口腔内を清潔に保つことは、高齢者の健康維持のために大切なことです。

また、口腔内を清潔に保つことで、高齢者の味覚がはっきりします。食材の味がわかればわかるほど、高齢者にとって食事の時間は楽しいものになります。つまり、口腔ケアを介助することは、高齢者に対して豊かな食事の時間を提供することにつながるのです。

≪コラム 10≫

高齢者が自力で食事をするための工夫　～介護食と福祉用具～

「人生の最期まで、食事を楽しみたい」－これは私たちに共通する願いではないでしょうか？高齢者になると、加齢や疾病、障害、認知症など様々な理由で、今までのように自分の力で食事をすることが困難になってきます。しかし、そのような理由があっても、環境（食卓、姿勢の調整、食器など）や食形態、調理方法、介助方法の工夫などで、自分の力で食事をしてもらうことも可能となります。

例えば、咀嚼や嚥下機能が低下している場合には、食材を軟らかく調理したり、食べやすい大きさにするなどの工夫が必要になります。しかし、ただ料理を刻んだり、ミキサーにかけるだけでは、食事としての楽しさもおいしさも感じられません。細かくなった食材が口の中で広がったり、喉に貼りついたりして、誤嚥のリスクを高めることもあります。

日本では、食材の色彩、食感、風味、匂い、温度などをできるだけ損なわないような調理の工夫がされています。下の写真は、ある老人ホームで提供された食事です。すべて同じ食材から作ったメニューです。①は通常の食事です。②はソフト食といって、舌や歯ぐきでつぶせるような硬さにしています。食材ごとミキサーにかけてから増粘剤を加えて再形成します。③はゼリー食といって、嚥下が困難な方でもスムーズに飲み込みやすいよう滑らかに仕上げています。特殊なゼラチンを使用しているため、冷たい料理だけでなく温かい料理も作ることができます。このように高齢になっても、その人の能力にあわせて、料理がおいしく、安全に食べられるよう様々な工夫がされています。

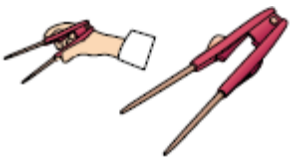
①　普通食

②ソフト食

③ゼリー食

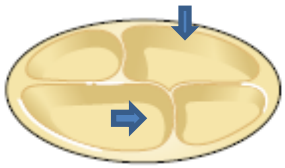
また、自分の力で食事をするためには、食器から口に運ぶまでの動作（摂食）ができなくてはなりません。日本人は、お茶碗と箸を使う文化がありますが、上肢や手指に麻痺や拘縮などがあれば、これらを使用するのは難しくなります。そこで、その人の能力に合わせた様々な自助具を活用することで、自力で食事をしてもらう工夫をします。①のグリップ付箸では、箸がピンセットのようになっていて、持ち手がついているの

で、食べ物を挟みやすくなっています。②はグリップを太くすることで、握力が落ちても握りやすくなります。先の部分の曲り角度を自由に調整できるので、手首がうまく動かなくても、口に運びやすくなっています。③は皿の仕切りの一部に「反り」があるので、スプーンをそこにひっかけることで食事がすくいやすくなります。また、皿の裏側にシリコンテープがついているため、テーブルに置いても滑りにくくなっています。



①グリップ付箸

②曲げて使えるスプーン・フォーク



③仕切り皿

資料：岡田英志、小嶋壽一、自助具の選び方、利用のための基礎知識、
https://www.hcr.or.jp/cms/wp-content/uploads/howto_2017_3_3.pdf

このように、自助具を活用することはその人の自立を支援します。しかし、様々な自助具から何を選択すべきかについて、適切なアセスメントが重要になってきます。

（執筆者：天野ゆかり）

③　排泄

ポイント

- ✧　排泄の支援は高齢者の健康管理につながる。
- ✧　高齢者の羞恥心に配慮しながら、安心してゆっくりと排泄できるよう排泄を支援する。
- ✧　高齢者の心身の状況や障害の程度に応じて、自力で排泄ができるように支援する。

「排泄」の介護を行う際に大切にしたい考え方

排泄とは、生命を維持し、健康な生活を送るための基本的な行為であると同時に、本人の心身の健康状態を表すバロメーターでもあります。

日本では排泄の介護を、排泄物で汚れたおむつや衣類を交換するだけの行為ではなく、高齢者の健康管理を支援するための行為として捉えています。そのため、介護者は、高齢者の排泄頻度を把握したうえで排泄の介護を行います。さらに、日本では排泄物の観察も欠かしません。例えば、尿に血液が混ざっていないか、変なにおいがしないか、便の硬さは適切か、といったことを観察し、その結果を記録しているのです。そして何か異常が見られた場合には、必要に応じて看護師や医師等と連携しながらその原因を探り、状況改善に努めています。

【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

◇排泄の介護はデリケートな部分の介護

排泄とは、きわめてプライベートな行為です。そのため、排泄行為を他人に依存しなければならないということが、高齢者にとってどれほど精神的なストレスになるのかを理解した上で、高齢者の羞恥心にも配慮しながら、安心してゆっくりと排泄できるよう介助することが重要です。また、排泄のタイミングは高齢者の生活リズムや生活習慣によって、一人ひとり異なります。介護者は、その点も気にかけながら、一人ひとりの生活を尊重した介助を行うことが求められます。

【自立を支援する介護】

◇自力での排泄を支援する

排泄は人間が生きていく上で必要不可欠な行為です。同時に、排泄行為は他の生活動作と異なり、１日に何度も行う行為であるため、排泄行為の自立が高齢者のＱＯＬに大きく影響します。また、既に述べたように、排泄行為はプライベートな行為でもあるため、日本では高齢者の心身の状況や障害の程度に応じて、自力で排泄ができるように支援することが重要だと考えています。

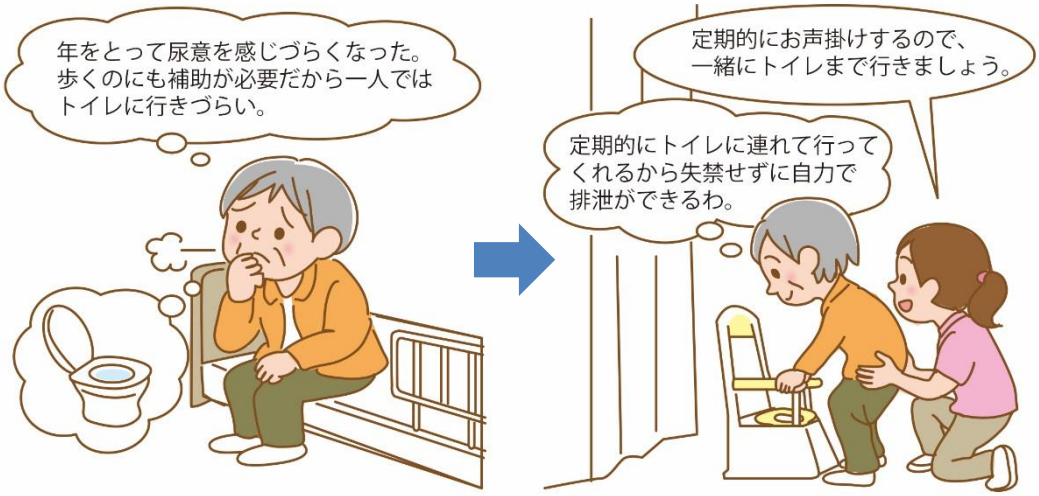
高齢者の状態にあわせた排泄支援の方法は、その人に尿意・便意の自覚があるか、移動が可能か、排泄時の衣服の着脱ができるか、姿勢を保持できるかなどを看護師、理学療法士等の他職種と相談しながら総合的にアセスメントして判断します。

例えば、尿意・便意があり、座位が保持できれば基本的にトイレを使用し、できるだけ座位で行うことを促します。移動できない場合であっても、ポータブルトイレ等の排泄関連用具の活用を段階的に検討します。また、必要以上に下剤を多用せず、高齢者の尿意・便意を大切にしながら自然な排便ができるよ

うに配慮します。便秘気味であれば、日常の食事の水分量を見直したり、リハビリの時間を工夫したり、腹部のマッサージを行ったりします。

排泄の介護を行っていくなかで、高齢者も時には失禁してしまったりすることもあるでしょう。しかしながら、一度失禁したからといって、すぐにおむつに切り替えることは、本人の尊厳を傷つけることに繋がる恐れがあります。また、おむつへの切替が引き金となり、高齢者が身体を動かす気力を失ってしまい、筋・骨が萎縮してしまう可能性もあります。おむつは夜間のみ使用する、おむつを着用していてもトイレに行くことを促すなど、高齢者の状況をよく観察して段階的な使用を検討することが重要です。おむつを活用する場合には、本人の体型や尿量に応じておむつの種類を変えることが、安心して気持ちよく排泄できる環境の整備のために重要です。

✎排泄は人間の尊厳を保つ上で重要な行為であるため、自立支援を重視します。



≪コラム 11≫

自立支援と日本における「おむつ論争」

かつての日本の介護現場における排泄支援は、高齢者はベッド上でおむつを使用し、こちらが決めた時間以外には交換されないといった「定時交換」によるものがすべてでした。特に、夜間は便や尿でおむつが汚れていたとしても、ほとんど交換されることはありませんでした。おむつをつけている高齢者は、「おむつが濡れっぱなしでも声をあげずに耐えている」[1)] という状況でした。

このような介護者主導の支援に疑問をもった実践現場より、高齢者からおむつ交換の訴えがあればすぐに交換するという「随時交換」の取り組みが行われるようになりました。この結果、陰部の清潔が保持されたり、「随時交換」することで体位交換が行われ、「床ずれ」がなくなったといわれています。

「随時交換」の取り組みが進められていくなかで、排泄支援に対する根本的な意見も出されるようになりました。それは、「定時交換」か「随時交換」か、ではなく、「おむつ」や「おむつをつける」ことそのものが、高齢者の尊厳を軽視したことにならないか、「おむつ外し」を目指していく必要があるのではないか、というものでした。実際、「おむつ外し」が行われた施設では、「食べる」「寝る」の場所の区別を合わせて行い、結果として、高齢者の身体機能の向上や主体性の増加など、生活の質的向上に寄与したといわれています[2)]。

他方、「おむつ外し」そのものは重要な取り組みではあるものの、「何が何でもおむつを外す」ことは、利用者にとって苦痛になることもある、という問題提起もなされ、排泄支援に関する活発な議論が展開されていきました。

排泄に関するこのような議論は、介護の本質にも通じるものであり、それが積み重ねられていくたびに、利用者の自立的な生活を主体においた支援の実現に近づくようになっていきました。今もなお、わが国における排泄支援の更なる改善の取り組みは、継続されており、さらに高齢者の自立的な生活に近づいていくものと思われます。

（執筆者：梅本旬子）

参考文献：
1）社会福祉法人任運社「おむつは『命』だ」(ホームと家族を結ぶミニコミ紙　終わりよければ)　(http://ninun.or.jp/uploads/6おむつは「命」だ.pdf)（平成 30 年 1 月 10 日アクセス）
2）川角真弓（2010）「生活援助技術の提供形態を視点とした高齢者介護の質に関する考察 1963 年～1989 年」（名古屋経営短期大学紀要 51）,pp.157-170.

④　身じたく

ポイント

- ✧　社会とのつながりが、身じたくを整える意欲を引き出す。
- ✧　自分らしくいきいきと生活を送るという側面から、身じたくの介護を考える。
- ✧　高齢者の状況に応じて可能な限り自力で身じたくを整えられるよう支援する。

「身じたく」の介護を行う際に大切にしたい考え方

私たちは普段何気なく衣服を着用し身じたくを整えていますが、その行為は、危険物等から身を守る、体温を調節する、清潔を保つなど、生活を送るうえで重要な役割を果たしています。

しかし、身じたくを整えるという行為が果たす役割はこれだけではありません。私たちは、他者とかかわるとき、その場にあった洋服を着たり、顔を洗って髪を整える、化粧をする、ひげを剃るなどします。つまり私たちは社会とかかわるからこそ、身じたくを整えようとするのです。言い換えると、社会とかかわる機会が少なくなればなるほど、身じたくを整える意欲もなくなってしまいます。

加齢や病気等で介護が必要になると、身体機能に制限が生まれること等から、高齢者は身じたくを整えることへの関心が薄れ、「したいけれどもできない、人に頼めない」という気持ちが生じます。

✎人は他者や社会と関わるときに
身じたくを整えます。

介護が必要になっても、自分らしくいきいきと生活を送ることができるように、日本では、高齢者に身じたくに対する関心を持ち続けてもらえるよう支援しています。

【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

◇季節や気温に配慮しながら、好きな衣服を着る

日本では、高齢者の好みを尊重し、本人が着たいと思った服を着せたり髪型や化粧、髭を整えたりすることが身じたくの介護の出発点だと考えられています。ただし、特に衣服については、本人が望んでいるからといって何でも着せて良いということではありません。高齢者は暑さや寒さに対する感覚が鈍くなり、自力での体温調整が難しくなります。季節やその日の気温、高齢者施設や自宅の室温に応じて、衣服の素材や着る枚数を調整することは、高齢者の健康の維持につながります。ですので、介護者は例えば気温が高い時は吸水性、気温が低い時は保温性に優れた衣服を提案します。また、高齢者の身体への負担とともに、経済的負担に配慮することも重要です。

◇高齢者のそれまでの生活習慣を尊重した身じたくを支援

髪、ひげの手入れや化粧は、他者に対して清潔感のある印象を与えることはもちろん、本人の気分転換にもつながるものです。しかし、たとえば、「短い（長い）髪型にしたい」「ひげを伸ばしたい（短いままにしたい）」「化粧を毎日したい」等、好みや手入れの方法は人によって様々です。

そのため、日本では、介護者が高齢者に対して、「毎日ひげを剃る」「毎日化粧をする」と一律に対応するのではなく、高齢者の生活習慣や希望を可能な限り尊重して、身じたくを支援することが必要だと考えられています。

【自立を支援する介護】

◇高齢者の気持ちに配慮しながら、自力で身じたくを整えられるよう支援する

自力で衣服を着脱するなどの身じたくを整えることは、残存機能を向上させることにつながります。例えば右片麻痺の方であれば左手を使用し右側の袖を通してもらうなど、できるところは自力で身じたくを整えてもらえるよう支援します。

また、高齢者の中には、身じたくを整える際に介護を受けることに対して羞恥心を感じる者もいます。本人の尊厳の維持のためにも、自力で身じたくを整えることは重要なのです。

日本では、身じたくの際は、居室のドアやカーテンを閉めたり、バスタオル等を体にかけ、肌の露出を最小限に抑えるなど、高齢者の羞恥心にも気を配るようにしています。

介護の際には、まず他の高齢者等から見られないように、居室のドアを閉めたり居室内のカーテンを閉めることが重要です。その上で、自力で着脱できる高齢者については、時間がかかっても極力自力で着脱を行えるよう支援しています。着脱行為の一部ができない場合はできない部分のみを介護し、残りは自身での着脱を促しています。麻痺や拘縮があっても着脱しやすい衣類の工夫（素材、形、大きなボタンやマジックテープの活用など）も必要です。

✎残存機能向上のために、できる部分は自分で衣服を着脱してもらいます。

【社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護】

◇身じたくを通じた生活意欲の向上

私たち人間は、外出したり、誰かと会う時等、社会と何らかの接点を持つ場合に身じたくを整えます。身じたくが整っていると、精神的満足感が得られ、社会性や生活意欲が高まります。そして、社会生活をより快適かつ円滑に営めるようになります。

介護者は、高齢者が身じたくを整えることに楽しみを見出してもらえるように、高齢者がどのような服装／髪型／化粧等が好きなのかを把握することが求められます。同時に、高齢者に対して外に出ることや人との交流をもつこと等に関心をもってもらうよう働きかけ、社会参加を促します。そうしたなかで目的に合わせた身じたくを考えることにより、生活に対する意欲や楽しみがより一層高まっていくことが期待されます。

⑤　清潔の保持

ポイント

- ✧　身体面のリスクにも気を配りながら、清潔の保持が対象者の精神面・身体面に与える効果を重視した介護を行う。
- ✧　遠慮や羞恥心等の高齢者の気持ちに寄り添いながら、自力での清潔の保持を支援する。
- ✧　清潔の保持が、社会との接点を維持することにもつながる。

「清潔の保持」に向けた介護を行う際に大切にしたい考え方

シャワーや清拭等を通じて身体を清潔にするのは、多くの人間が望むことでしょう。清潔を保持することで、細菌感染等の予防につながることはもちろん、血液やリンパの循環を促進したり、疲労回復や心身のリラックスにつながることが期待されます。また、高齢者は代謝が低下したり、関節の可動域が制限されていますが、シャワー等で代謝が活発になると楽に身体を動かせるようになることもあります。介護者は、シャワーや清拭時に高齢者の肌の状態（褥瘡等はないか）や筋肉の状態も確認を行い、異常があれば看護師や医師に相談する必要があります。

なお、特にシャワー等では転倒や、暖かい居室から寒い脱衣所や浴室への移動に伴う温度差によってもたらされる急激な血圧の変動（ヒートショック）のリスクがあるということには留意が必要です。介護者は、高齢者のバイタルサイン（体温、呼吸、脈拍、血圧）を把握し、そのようなリスクに気を配りながら介助する必要があります。

【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

◇高齢者一人ひとりの心身の状況にあわせたきめ細やかな介助

清潔の保持には精神面・身体面で様々な効果があります。そのため、介護者は、高齢者一人ひとりの身体の状況と本人の希望に応じてきめ細やかに介助することが求められます。

清潔を保つ方法は、国や地域によって様々です。例えば日本では、毎日湯船につかる入浴するという習慣があり、多くの日本人は入浴の時間を楽しみにしています。入浴の介助は、上で述べたような転倒のリスクがあり、また、介助者にとっても身体的な負担は小さくありません。それでも、日本では高齢者の生活文化を可能な限り尊重して介護することを重視しているため、入浴の介助を行っています。日本の入浴文化については、コラム 12 をご覧ください。

高齢者の清潔の保持を支援するにあたっては、このように、個人の生活習慣や文化を理解し、それらを大切にした上で介助を行うことが重要だと考えています。

【自立を支援する介護】

◇高齢者の状況に応じて自力で清潔の保持ができるよう支援する

高齢者によっては、遠慮や羞恥心から、衣服の交換や入浴、清拭等を拒否する人もいます。しかしなが

ら清潔の保持は、上で説明したような様々な効果があり、残存機能の維持・向上にもつながるものです。そのため、介護者は高齢者の気持ちに寄り添いながら、可能な限り自力で清潔の保持ができるよう支援しています。

例えば自力で洗髪したり体を拭ける場合には、極力高齢者本人に任せ、介護者は高齢者の手の届かない部位のみ洗ったり拭いたりします。また、自力でそのようなことが出来ない場合であっても、座った状態で手浴・足浴をおこなうことも十分自立支援につながります。

✎高齢者の身体状況に合わせて清潔を保持します。手足を拭くだけても、残存機能の維持・向上につながります。

【社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護】

◇身体の清潔の保持が社会との接点になる

清潔を保持することは、自分に対して精神的な満足感をもたらすだけではなく、周囲の人に対しても良い印象を与え、人間関係の円滑化につながります。

しかし、介護が必要になったとき、気兼ねや遠慮から身体の清潔の保持に気を配らなくなる高齢者もいます。そのことがきっかけとなり外出が制限されたり、いきいきとした生活を送る上での障害になる恐れがあります。介護者は、単に衛生面から高齢者の清潔を保つのではなく、高齢者が社会とのつながりを保ち、自分らしい生活を送れるように、清潔の保持を支援することが大切です。

たとえば、高齢者自身が清潔の保持に対して積極的になれるよう、好みの香りのシャンプーや石鹸を用意したり、入浴中、清拭中に介護者が積極的に高齢者に声掛けを行うことが重要です。また、身体を清潔にした状態で外出を促したりすることも必要だと考えています。

≪コラム 12≫

日本における「入浴」文化

歴史的に見れば、入浴が「国民文化」となったのは、戦後以降です[1)]。すなわち現在の高齢者の多くは、家庭に湯船があり、ほぼ毎日入浴する生活習慣をもつようになった世代です。

日本の介護には、入浴は単に身体を清潔に保つためだけの行為ではないとの見方があります。この場合、最も重要なことは、コミュニケーションとしての入浴という視点でしょう。たとえば、幼い子どもと父親（ないし母親）も、入浴中には、スキンシップを含めて普段とは異なるコミュニケーションが生まれます。

この他にも、入浴には様々な効能があります。たとえば、養生です。温泉療法というリハビリがあり、関節が痛い方には入浴時に関節を動かすよう伝えることもあります。また、「気持ちよかった」と、身も心もリラックスできる癒しの効能があります。さらに、儀礼的な効能もあります。外で人と会う前や、外出して帰ってきた後の入浴、あるいはハレの日（冠婚葬祭や年中行事など）に身体を清らかにするための入浴には、「うち」と「そと」、日常と非日常とを分節化する象徴的な意味があります[2)]。

（執筆者：比留間　洋一）

参考文献：
1)新谷尚紀、波平恵美子、湯川洋司編著（2003）「暮らしの中の民俗学１― 一日 ―」吉川弘文館
2) Joy Hendry（1986）「Becoming Japanese」University of Hawaii Press, pp.156-157

参考文献等

- Joy Hendry（1986）「Becoming Japanese」University of Hawaii Press
- 小川 鑛一他（2016）「介護のためのボディメカニクス」東京電機大学出版局
- 川角真弓（2010）「生活援助技術の提供形態を視点とした高齢者介護の質に関する考察 1963 年～1989 年」（名古屋経営短期大学紀要 51）
- 黒澤貞夫・石橋真二・是枝祥子・上原千寿子・白井孝子編（2017）「介護職員初任者研修テキスト１　介護の仕事の基礎」中央法規
- 黒澤貞夫・石橋真二・是枝祥子・上原千寿子・白井孝子編（2017）「介護職員初任者研修テキスト２　自立に向けた介護の実際」中央法規
- 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
- 厚生労働省（2001）「平成 12 年版厚生白書」
- 厚生労働省（2012）「平成 23 年版厚生労働白書」
- 厚生労働省（2017）「平成 28 年版厚生労働白書」
- 厚生労働省老健局総務課（2015）「公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成 27 年度」
- 国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉・マネジメント学科（2017）「福祉教科書 介護福祉士 完全合格テキスト 2017 年版」翔泳社
- 新谷尚紀、波平恵美子、湯川洋司編著（2003）「暮らしの中の民俗学１― 一日 ―」吉川弘文館
- 地域包括ケア研究会 三菱ＵＦＪリサーチ&コンサルティング（2013）「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書（平成２４年度厚生労働省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））」
- 東京大学高齢社会総合研究機構（2014）「高齢者の社会参加の実態とニーズを踏まえた社会参加促進策の開発と社会参加効果の実証に関する調査研究事業報告書（平成 25 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））」
- 日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告（1987）「社会福祉におけるケアワーカー（介護職員）の専門性と資格制度について（意見）」
- 日本認知症ケア学会編（2013）「認知症ケアの実際〈１〉総論（認知症ケア標準テキスト）」日本認知症ケア学会
- 保田淳子（2016）「ノーリフト　持ち上げない看護、抱えない介護」クリエイツかもがわ

- 岡田英志、小嶋壽一、自助具の選び方、利用のための基礎知識
  https://www.hcr.or.jp/cms/wp-content/uploads/howto_2017_3_3.pdf（平成 30 年 2 月 20 日アクセス）
- 公益社団法人日本介護福祉士会ＨＰ
  http://www.jaccw.or.jp/fukushishi/senmon.php（平成 30 年 2 月 20 日アクセス）
- 社会福祉法人任運社「おむつは『命』だ」（ホームと家族を結ぶミニコミ紙　終わりよければ）
  http://ninun.or.jp/uploads/6 おむつは「命」だ.pdf（平成 30 年 1 月 10 日アクセス）
- 独立行政法人 福祉医療機構「ＷＡＭ ＮＥＴ」
  http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/handbook/service/ （平成 30 年 2 月 20 日アクセス）

外国人介護人材の適切な受入に資する
海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業
検討会・ワーキンググループ委員一覧（敬称略）

【検討会】

＜座長＞

藤村 博之	法政大学経営大学院 イノベーション・マネジメント研究科 教授

＜委員＞（五十音順）

天野 ゆかり	静岡県立大学短期大学部社会福祉学科介護福祉専攻 講師
田中 文隆	みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 雇用政策チーム　福祉労働課長
中村 信太郎	独立行政法人　国際協力機構(ジャイカ）国際協力専門員（社会保障担当）

【ワーキンググループ】

＜座長＞

天野 ゆかり	静岡県立大学短期大学部社会福祉学科介護福祉専攻 講師

＜アドバイザー＞

久保田 トミ子	広島国際大学 医療福祉学部長

＜委員＞（五十音順）

梅本 旬子	社会福祉法人こうほうえん ヘルスケアタウンむかいはら
國谷 昇平	特定非営利活動法人 Rehab-Care for ASIA 代表理事 元青年海外協力隊 作業療法士
比留間 洋一	星城大学 リハビリテーション学部 准教授

【事務局】

インテリジェンスバリューコーポレーション株式会社
みずほ情報総研株式会社