# 『セルフネグレクト』　～考え方と支援の方法について～

宮城県社会福祉士会／ふくし＠ＪＭＩ／宮城福祉オンブズネット「エール」
小 湊　純 一。（社会福祉士/主任介護支援専門員）

## セルフネグレクト（自分自身への虐待）

病気・障害による判断力の低下や不足により，自身の健康や安全を損なう行為をしてしまうこと。（自分で自分を守れない，構うことができない。）
また，その行為が他人に迷惑をかけてしまう状態。

2012.03.09. 宮城福祉オンブズネット「エール」

※　精神的に健全で正常な判断力を有する者が，行為の結果を分かったうえ自身の健康や安全を損なう行為をすることはセルフネグレクトではない。

# セルフネグレクト　～考え方と支援の方法について～

## 1　精神的に健全でなく，正常な判断ができない状態かどうかを評価する

（1）要因

①　精神疾患

ア　統合失調症

イ　うつ病

ウ　依存症（アルコール，薬物等）

エ　人格障害等

②　認知障害

ア　血管性認知症

イ　変性性認知症

・アルツハイマー型認知症

・前頭側頭葉変性症

・レビー小体型病，その他

③　軽度の知的障害

## 2　自身の健康や安全を損なう行為かどうか評価する

（1）不健康

①　治療が必要であっても受診しない。

②　介護が必要であっても介護を受けない。

③　食事，水分を摂らない。

（2）不衛生

①　身体

ア　風呂に入らない。

イ　散髪しない。髭を剃らない。

ウ　汚れた服を着ている。着替えない。

エ　悪くなったものを食べている。

オ　極度な無関心

②　環境

ア　使った食器，ゴミ，残飯等を放置している。

イ　自分や猫等の汚物の始末ができない。

ウ　害虫，ネズミ等が発生している。

エ　寒暖のコントロールができていない。

オ　ライフラインが途絶えている。

カ　ゴミ等，不要なものを捨てずに大量に放置している。

（３）孤立

①　近隣，親戚，支援者等との関わりを拒む。

②　閉じこもる。

## ３　他人に迷惑をかけてしまう行為かどうかを評価する（公共の福祉）

（１）腐敗物による異臭・悪臭

（２）ゴミの放置による火災の危険

（３）その他，他人に迷惑をかけてしまう行為

## ４　判断能力を評価する（正常な判断ができないという判断）

（１）認知，知能等の状態

①　記憶（短期・長期）障害

②　実行機能障害

③　見当識障害

④　計算力障害

⑤　判断力障害

⑥　注意力障害

⑦　抑うつ状態

⑧　問題解決能力障害

⑨　コミュニケーション能力（運動性失語）

⑩　障害の時期

（２）精神の状態

①　うつ

・集中力と注意力の減退

・自己評価と自信の低下

・罪責感と無価値感

・将来に対する希望のない悲観的な見方

・自傷あるいは自殺の観念や行為

・睡眠障害

・食欲低下

②　統合失調

・幻覚（幻聴）

・妄想

・思考障害（滅裂思考など）

・著しく奇異な行為

・感情の鈍麻、平板化

・意欲の喪失

・注意の障害

・思考の貧困

・爽快感の消失

・非社交性

③　人格

・認知（自分や他人、出来事を理解し、考えたりすること）に問題がある。

・感情（感情の反応の広さ、強さ、不安定さ、適切さ）に問題がある。

・対人関係に問題がある。

・衝動のコントロールに問題がある。

・人格には柔軟性がなく，広範囲に見られる。

・人格によって自分が悩むか社会を悩ませている。

・小児期，青年期から長期間続いている。

・精神疾患（精神分裂業、感情障害など）の症状でもない。

・薬物や一般的身体疾患（脳器質性障害）によるものではない。

④　依存

・アルコール依存

・薬物依存

・その他の依存

⑤　障害の時期

（３）知的能力の状態

①　療育手帳（A,B），ＩＱ等

②　生活歴

③　生活能力，その他

## ５　セルフネグレクトかどうかを判断する

障害による判断力の評価と時期等の関連性を探り，セルフネグレクトなのかどうかを判断します。

## ６　今後の危険性を予測する

セルフネグレクトの状況を整理し，今後の危険性の判断と支援の方向性を決めます。

## ７　介入の判断をする

（１）セルフネグレクトの事実があり，緊急性・切迫性がある。

（２）セルフネグレクトの事実があり，緊急性・切迫性は低いが，悪化の危険性がある。

**行政が，住民を守るという責任と使命感を持って対応します。**
**また，まわりの人が『なんとかしようとするかどうか』が重要です。**

## 本人の意思決定能力を理解して 自己決定を支援して尊重する

様々な障害が，自己決定を阻害する要因となります。

記憶，理解，判断等に障がいがあるということを，ある程度理解していても，支援に活かせなければ意味がありません。

自己決定能力があっても「支援者が決めてしまう」，自己決定能力がなくても「本人がそう言っているから…」とならないよう，適切な自立支援，自己決定支援ができるように努力することが高齢者・障がい者の権利擁護につながります。

～自立支援～

### １　残存能力活用（能力発揮）支援

本人の自己解決能力に着目して，個々のニーズの客観的な把握・分析を行い，自立を支援及び自立を促進する目的で関わります。

できるところも代行してしまうと，その時は喜ばれるかもしれませんが，能力の発揮を妨げ，依存性を高めてしまう場合があります。

### ２　自己決定支援

選択可能な，個人を尊重した個別的対応や方法を事前に提案してお知らせし，本人の自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者でなく本人です。

自己決定と自己責任は違います。

自分で決める能力を評価し，判断が難しければ後見人（家族等）等が変わりに決定する場合もあります。

### ３　あたりまえの生活支援

本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても，その人の生活を維持・継続していけるよう，相手の生活の継続性を尊重して関わります。

広く，保健・医療・福祉・介護・法律等，生活全般にわたる連携により支援します。

～相談援助関係の原則～

１　受容（受けとめる）

２　個別化（個人として捉える）

３　非審判的態度（一方的に非難しない）

４　意図的な感情表出（感情表現を大切にする）

５　統制された情緒関与（援助者は自分の感情を自覚して吟味する）

６　秘密保持（秘密を保持して信頼感を醸成する）

７　自己決定（自己決定を促して尊重する）

*引用：F.ﾊﾞｲｽﾃｨｯｸ著「ケースワークの原則」田代不二男・村越芳男訳，〔新訳版〕尾崎新・福田俊子・原田和幸訳*

～意思決定支援の具体的あり方～

精神上の障がい，もしくは，脳の損傷または機能障害のため，ある事柄について意思決定するときに，独力で意思決定することが困難な者または決定した意思を独力で外部に表示することが困難な者

（１）意思決定能力の有無の判断

・前提として意思決定に必要な情報が提供される必要がある。

・意志決定行為の難易に違いがあるため，行為ごとに判断する。

①　情報理解力

意思決定に関連する情報を理解することができるか。

②　記憶力

情報を記憶しておくことができるか。

③　比較検討する能力

情報を比べること，選ぶことができるか。

④　伝達能力

自己で決めたことを，口頭，手話またはその他の手段で他人に伝えることができるか。

（２）意思決定能力がないと判断する場合

その行為について意思決定能力がないと判断された場合には，自己決定（意思決定）できないため，他者による決定（代理・代行），によらざるを得ないが，その場合は対象者の『最善の利益を考えて判断する』ことになる。

*2017.02.24. 文責：小湊。*

**アルコール依存**

飲酒をコントロールできない，絶えずお酒のことを考えている，アルコールの悪影響にかかわらず飲酒を続ける，あるいは思考にゆがみ（とくに飲酒に問題があることを否認する）のある病的な状態。

～アルコール依存症～

アルコール依存症の患者は，アルコールによって自らの身体を壊してしまうのを始め，家族に迷惑をかけたり，様々な事件や事故・問題を引き起こしたりして社会的・人間的信用を失ったりすることがあります。症状が進行すると，身体とともに精神にも異常を来たす深刻な病気です。

以前は慢性アルコール中毒，略してアル中とも呼ばれていたこともありますが，現在では通常患者を侮蔑したり患者自身が自己卑下して使う差別的表現であるとみなされており，ほとんど使われることはありません。かつては，このような状態になってしまうのは本人の意志が弱く，道徳観念や人間性が欠けているからだと考えられてきましたが，最近では医学的見地から精神疾患の一つとして考えられるようになっています。飲酒が自分の意志でコントロールできなくなる症状を精神的依存，震顫妄想などの退薬症状（離脱症状、リバウンドともいう）を身体的依存と言い，アルコール依存に限らず他の様々な薬物依存症も同じような特徴を持っています。

日本では統計的にほぼ毎日純アルコール量で１５０ml(日本酒約５合半，ビール大瓶約６本，ウイスキーではダブルで約６杯)以上飲む習慣のある人を「大量飲酒者」と呼んでおり，厚生労働省でもこの大量飲酒者をアルコール依存症とみなしています。一方で，厚生労働省では健康日本２１で掲げる適正飲酒という概念があり，これは１日平均純アルコールで約２０g 程度です。中年男性の３割以上が適正外飲酒に相当し，その多くはほぼ毎日常習しているので，アルコール摂取のコントロールが失われており，問題視されてきています。

（問題の背景）

ア　少量の飲酒は健康に良いという報告もありますが，アルコール依存症になれば，明らかに身体的，社会的，心理的な問題を引きおこします。

イ　アルコール依存症者は，飲酒に問題があることを否認することが多いために発見が困難であり，多くの場合家族が飲酒で紅潮した顔や機能障害，空の酒瓶や缶を観察して問題に気付くことが多いという状況です。

ウ　高齢者の場合は，以下の３つの理由により，適正な飲酒をしている場合にも飲酒が危険になる可能性があります。

ａ　加齢によるさまざまな生理的な変化があるため，若者よりも飲酒に伴う危険性が高い。

ｂ　高齢者はアルコールが悪影響する疾患を有していることが多い。

ｃ　高齢者が使用している薬剤のなかには，アルコールとの相互作用により悪影響をもたらすものがある。

**統合失調症**

Ａ　以下のうち２つ（またはそれ以上)、おのおのは１ヶ月の期間ほとんどいつも存在。

①　妄想　②幻覚　③まとまりのない会話　④ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動　⑤陰性症状（感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如）

Ｂ　障害の始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で１つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している。

Ｃ　障害の持続的な徴候が少なくとも６ヶ月間存在する。

Ｄ　うつ病または躁病の合併がない。

Ｅ　物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。

Ｆ　自閉性障害や他の広汎性発達障害の既往歴があれば、統合失調症の追加診断は、顕著な幻覚や妄想が少なくとも１ヶ月存在する場合にのみ与えられる。

（陽性症状）

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

（陰性症状）

感情鈍麻や無気力、自発性の低下、自閉など、精神機能の減退を反映する症状。

**躁病**

Ａ　発症は急激で４～１０日位で多弁、多動になり、睡眠時間も短縮し、遅くまで働き、朝早く目覚めて動き回る。

Ｂ　気分は爽快で自信にあふれ、つぎからつぎへと考えが浮かんでくる(観念奔逸)。しかし、

着想は単なる思いつき的なことが多く、しかも途中でまた新しいことに手を出すため中途半端で終わってしまう。

C　高価なものをたくさん買いこんで家計に破綻をきたすこともある。

D　人によっては不機嫌で興奮しやすく、刺激的で怒りっぽく乱暴をすることもある。

E　妄想が出現することもあるが内容は誇大的で超能力者、大学者、発明家であったりする。

**うつ病**

A　発病は緩徐で２～４週間かけて進み、次第に元気がなくなり抑うつ、悲哀感に包まれる。

B　思考は抑制され、興味関心が失われ活力が感じられなくなる。行動抑制も顕著で意欲も失われる。

C　一般的にはつぎのような症状が見られる。

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

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

**人格障害**

（人格障害の種類）

人格障害には３つのグループＩ０種類に分けられています。

クラスターＡ、Ｂ、Ｃという風にグループ分けられます。

その特徴は、

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

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

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

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

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

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

（全般的診断基準）

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

つまり、この人は人格障害があるな（全般的診断）と感じると、次にどんなタイプの人格障害だろう（類型ごとの診断基準）を見ていくのです。

全般的診断基準は以下の６項目からなります。

Ａ　次のうち二つ以上が障害されている。

・認知（自分や他人、出来事を理解し、考えたりすること）

・感情（感情の反応の広さ、強さ、不安定さ、適切さ）

・対人関係

・衝動のコントロール

Ｂ　その人格には柔軟性がなく、広範囲に見られる。

Ｃ　その人格によって自分が悩むか社会を悩ませている。

Ｄ　小児期、青年期から長期間続いている

Ｅ　精神疾患（精神分裂業、感情障害など）の症状でもない。

Ｆ　薬物や一般的身体疾患（脳器質性障害）によるものではない。

**認知障害**

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

～認知症～

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

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

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

～認知症の分類～

Ⅰ　血管性認知症

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

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

（１）多発梗塞性認知症広範虚血型

（２）多発脳梗塞型

（３）限局性脳梗塞型

（４）遺伝性血管性認知症

２　変性性認知症

（１）アルツハイマー型認知症

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

になる。

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

※神経源線維変化型認知症

（２）前頭側頭葉変性症

①前頭側頭型認知症（ピック病）

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

②意味性認知症

③進行性非流暢性失語

（３）レビー小体病

認知機能障害を必須に，具体的な幻視（子供が周りを走っている，小動物が走り回っているなど），パーキンソン症状，変動する認知機能障害などの症状が見られる。

（４）パーキンソン病

（５）ハンチントン病

３　感染

（Ｉ）クロイツフェルト・ヤコブ病

（２）ＨＩＶ関連認知症

４　治療可能なもの

（Ｉ）慢性硬膜下血腫

（２）正常圧水頭症

（３）甲状腺機能低下症

～せん妄～

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

※　早急に専門医に紹介する必要があります。

～認知症の基礎知識～

1　中心となる症状

認知症の症状は中心となる症状と、それに伴って起こる周辺の症状に分けられます。中心となる症状とは「記憶障害」や「判断力の低下」などで、必ずみられる症状です。

（1）記憶障害：直近のことを忘れてしまう。同じことを繰り返す。

（2）見当識障害：今がいつなのか、ここはどこなのか、わからなくなる状態。

（3）知能（理解・判断）障害：寒くても薄着のまま外に出る。真夏でもセーターを着ている。考えるスピードが遅くなる。失行・失認・失語

（4）実行機能障害：段取りが立てられない。調理の動は出来ても食べるための調理ができない。失敗したとわかっても修正できない。

2　周辺症状（行動・心理症状）

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

（1）妄想

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

（2）幻覚

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

（3）不安

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

（４）依存

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

（５）徘徊

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

（６）攻撃的行動

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

（７）睡眠障害

認知症の進行とともに、夜間の不眠、日中のうたた寝が増加する傾向にあります。

（８）介護への抵抗

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

（９）異食・過食

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

（１０）抑うつ状態

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

**愚行権**

愚行権（ぐこうけん、the right to do what is wrong）とは、たとえ愚かでつむじ曲りで他の人から誤っていると評価･判断される行為であっても、個人の領域に関する限り邪魔されない自由のこと。

生命や身体など、自分の所有に帰するものは、他者への危害を引き起こさない限りで、たとえその決定の内容が理性的に見て愚行と見なされようとも、対応能力をもつ成人の自己決定に委ねられるべきである、とする主張である。

愚行権について問題となる行為の例

・喫煙/飲酒
・自傷行為/自殺
・臓器売買
・冒険
・売春
・賭博
・自己奴隷化の契約
・ドーピング
・治療拒否（延命拒否や輸血拒否など）･･･

**地域包括支援センター**

地域包括支援センター運営の基本方針

Ⅰ　地域包括支援センター設置の自的

（Ⅰ）高齢者が、住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにするためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から高齢者の状態に応じた介護サービスや医療サービスまで、様々なサービスを、高齢者の状態の変化に応じ切れ目なく提供することが必要となる。

（２）このため、地域の高齢者の心身の健康の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行う中核機関として、地域包括支援センターを設置する。

２　地域包括支援センターの基本機能

（Ⅰ）地域包括支援センターは次の基本機能を担うものとする。

①　介護予防事業及び改正後の介護保険法に基づく新たな予防給付（以下「新予防給付」という。）に関する介護予防ケアマネジメント業務

②　多様なネットワークを活用した地域の高齢者の実態把握や虐待への対応などを含む総合的な相談支援業務及び権利擁護業務

③　高齢者の状態の変化に対応した長期継続的なケアマネジメントの後方支援を行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

総合相談支援及び権利擁護業務の内容と流れ

Ⅰ　基本的な視点

（Ⅰ）総合相談・支援及び権利擁護の業務（以下「総合相談支援等業務」という。）は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うものである。

（２）本業務は、社会福祉士が中心となって実施することとなるが、地域包括支援センターの他の職種をはじめ、地域の関係機関等との連携にも留意しなければならない。

２　業務内容

（１）地域におけるネットワーク構築業務

① 効率的・効果的に実態把握業務を行い、支援を必要とする高齢者を見出し、総合相談につなげるとともに、適切な支援、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図る。そのため、サービス提供機関や専門相談機関等のマップの作成等により活用可能な機関、団体等の把握などを行う。地域に必要な社会資源がない場合は、その開発に取り組む。

② 地域の様々なニーズに応じ、これらのネットワークを有効活用していくこととなるが、特に、高齢者の虐待防止については、「高齢者虐待防止ネットワーク」を早急に構築することが必要である。

（２）実態把握業務

① 総合相談支援業務を適切に行う前提として、（１）のネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者の心身の状況や家族の状況等についての実態把握を行う。

（３）総合相談業務

総合相談業務として、次の業務を行う。

① 初期段階での相談対応

ア 本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的又は緊急の対応が必要かどうかを判断する。

イ 適切な情報提供を行えば相談者自身により解決が可能と判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。

② 継続的・専門的な相談支援

ア 初期段階の相談対応で、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、当事者への訪問、当事者に関わる様々な関係者からのより詳細な情報収集を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別の支援計画を策定する。

イ 支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、当事者や当該関係機関から、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

（４）権利擁護業務

実態把握や総合相談の過程で、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場合には、次のような諸制度を活用する。

① 成年後見制度の活用

高齢者の判断能力の状況等を把握し、成年後見制度の利用が必要なケースであれば、以下の業務を行う。

ア　高齢者に親族がいる場合には、当該親族に成年後見制度を説明し、親族からの申立てが行われるよう支援する。

イ　申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげる。

② 成年後見制度の円滑な利用

ア　市町村や地方法務局と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。

イ　鑑定又は診断書の作成手続きに速やかに取り組めるよう、地域の医療機関との連携を確保する。

ウ　高齢者にとって適切な成年後見人を選任できるよう、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等を、高齢者又はその親族に対して紹介する。なお、地域包括支援センターの業務として、担当職員自身が成年後見人となることは想定していない。

③ 老人福祉施設等への措置

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求める。また、措置入所後も当該高齢者の状況を把握し、できる限り速やかに、成年後見制度の利用など必要なサービス等の利用を支援する。

④ 虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとる。

⑤ 困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、他の職種と連携し、地域包括支援センター全体で対応を検討する。

⑥ 消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費生活センター（又は市町村の消費者行政担当部局）と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に情報提供を行う。