

高齢者・障害者

『福祉のコンプライアンスルール』

～より良いサービス提供のための具体的な行動指針～

平成 27 年 05 月 22 日

小 湊 純 一。(社会福祉士・介護支援専門員) jk@npjmi.com

「福祉のコンプライアンスルール」

I 福祉のコンプライアンスルール

権利侵害の背景

- 1 障がい等により自分の権利を自分で守れない。
- 2 世話をする側とされる側の上下関係がある。
- 3 生活支援の場が密室になる。
- 4 認知症・知的障害などの理解が不足している場合がある。
- 5 権利擁護・人権感覚の理解が不足している場合がある。
- 6 自分で情報を集めて選び判断することが難しい。
- 7 人には「相性」がある。
- 8 後見のシステムがまだ一般化していない。

1 福祉のコンプライアンスルール（法令遵守と行動規範）

福祉のコンプライアンスルールは、単なる法令の遵守と最低基準を守るためのルールではなく、高齢者・障害者の基本的人権にやさしい福祉サービスを提供する事業者とそのスタッフの行動指針として、その専門性を高めるために必要なシステムである。

しかし、システム自体も重要だが、福祉のコンプライアンスルールを作り、実施し、管理する“人”がもっとも重要である。

～自己評価が実地指導・指導監査を超える～

最低基準である運営基準に基づいてサービスを提供するのは当然の責務である。最低基準なのだから、実地指導で指摘されるのはしょうがない。しかし、よくよく考えてみると変だということがわかる。

福祉・介護のプロ、専門家は誰かというところ、実地指導の事務担当者や保健師ではなく、福祉・介護の施設・事業所であり、その職員である。最低基準をクリアした上で、自分たちの理念を持ち、理念に沿った質の良いケアを提供し、自己評価することが専門性を持ったプロの仕事である。

2 高齢者・障害者にサービスを提供する事業者におけるコンプライアンスの展開について

未だに福祉サービスの内容は、運営基準による最低基準から脱却していない。国等の取り

組んでいるような第三者評価，サービス情報開示の標準化についても，行政による指導監査・実地指導の域を出ない。最低基準や守るべき法令を乗り越え，サービス事業者自らが「個人を尊厳した良質で適切なサービス」を考えることにまだ慣れていないというのが現実である。

ただそこに勤務しているだけで専門性を持っていると錯覚している人が沢山いると感じている。施設・事業者の社会的役割，自分の職責を理解し，専門性を伸ばす努力をすることから始める必要がある。

(1) 自らのサービス基準を作る

とりあえず，運営基準からでも良い。明確な行動基準と責任において仕事をすることの良さを体験してほしい。

(2) サービス基準を公開する

「やる！」と決めたサービスを公開し，お知らせする。サービスを提供する方も，サービスを受ける方も，透明性があってわかり易い。

(3) 自己評価し，さらに良くする

自己評価は，自らの意思で行う。実施するサービスの内容を公開し，確実に実施することを約束すると，評価し易い。

計画も約束もしていない状況での評価はどのようにすれば良いのか判断に迷う。介護保険制度の満足度調査で，「概ね満足」という答えが返って来たということは，なにをしてくれるのかが分からないにも関わらず，満足していますか？と聞かれたからである。

3 インセンティブ，モチベーション

運営から経営へと変化し，様々な事業形態がサービスに参画することが出来るようになった今，スタッフ待遇の低下が顕著である。民間法人だけでなく，社会福祉法人に至るまで，職員の移動・退職が激しい。経営側は経験・実績より，未経験・低年齢の，安く雇用出来る人を選び，常勤（俗にいう正職員）ではなく臨時的雇用を増やしている。「辞められても換えはいくらでもいる」と考える経営者の元で，個人も全体も意識を高めるということは大変難しいことである。

(1) コンプライアンスルールは職員に優しい

理念と方向性を明確にし，行動の理由を明確にして説明できるようにし，常に話し合い考える時間を作り，責任をもって仕事をし，達成感を持ってもらうことが重要である。

自己責任と満足は相反するようで，一体である。

具体的にどのようにすることが“利用者個人の尊厳”につながるのか，どのようにすると“良質”なサービスなのか，どうすることが“適切”なサービスと言えるのが明確になる。

やるべきケア，方法，考え方，自分の責任が理解できると，充実した仕事ができる。

具体性の無い管理者の“叱咤激励”の言葉を集めたので、一部紹介する。

- ① 頑張りなさい。きちんと対応しなさい。
- ② 信頼されるような職員になりなさい。
- ③ 福祉施設職員としての自覚を持ちなさい。
- ④ 責任のある仕事をしなさい。
- ⑤ 何かあったら誰が責任をとると思ってるの。
- ⑥ 事故を起こさないようにしなさい。
- ⑦ 苦情が出ないようにしなさい。
- ⑧ 評判が良くなるようにしなさい。
- ⑨ リスク管理をしなさい。

よく聞く言葉だが、抽象的で、どのように行動すれば良いのか判断できず、不安が増すだけである。

(2) コンプライアンスルールは事業所の信頼に貢献する

利用者個人の尊厳、良質で適切なサービスが具体化され、スタッフ個人の努力により実施され、施設や事業所の社会的信頼が得られるようになるということは、利用者を含めたすべてに満足を与える。

4 コンプライアンスルール策定

(1) コンプライアンスルールの構成

- ① 経営方針
- ② 法令の遵守
- ③ 経営者・管理者の役割
- ④ 職員の役割
- ⑤ 公益通報の方法（参考1）
- ⑥ 会計経理の方法
- ⑦ プライバシー保護
- ⑧ 事故への対応
- ⑨ 苦情への対応
- ⑩ 専門的ケアの内容
- ⑪ 自己評価の方法
- ⑫ 情報開示の方法
- ⑬ 実行のための方法

(2) コンプライアンスルールの導入

当初からすべてにわたって策定されるのが望ましいが、現実的には的をしぼって段階的に作成することになるだろう。その例を整理して記載した。

- ① 法令遵守型

関係法令・通知に基づいたもの。

② 理念実行型

ア 法人や施設の経営理念を具体的に実行するもの。

イ 関係法令の上位理念を具体化するもの。

③ 運営基準プラス α 型

最低基準である運営基準に基づくサービスに，事業所独自のサービスを上乘せするもの。

④ 専門性追求型

福祉・介護の専門性の高いサービスを提供するもの。

⑤ 対象限定型

経営者，管理者，職員等が，誰に対してどうするかを定めるもの。

5 実施に向けて

(1) コンプライアンスルール策定の方法

- ① 話し合いと合意の上で定めること
- ② 具体的であること
- ③ 実行可能な内容であること

(2) スーパーバイザーの役割

- ① 明確な経営理念を持っていること
- ② 法令と職責を十分理解していること
- ③ 考えることを支援すること

(3) コンプラ管理者

- ① 法令と職責を十分理解していること
- ② コンプライアンスルール策定の経緯を理解していること
- ③ 行動，言動，考えを否定しないこと

(4) 公益通報先

- ① 中立性，公平性及び秘密が保たれるところを見つけること。

～参考～

高齢者・障害者の権利擁護実務シリーズ②

「高齢者・障害者の権利擁護とコンプライアンス」

高野範城，荒中，小湊純一／著 あけび書房

Ⅱ 福祉施設・事業所ごとのケアの方針によってサービスが違ってくる

1 接遇・権利擁護

2 社会参加

3 医療・看護

4 リハビリ

(1) 機能訓練

(2) 生活リハビリ

5 介護

(1) 入浴

(2) 移動

(3) 食事

(4) 排泄

(5) 更衣

(6) 移乗

(7) 整容

(8) IADL

6 認知症ケア

7 生活相談支援

8 食生活

9 レクリエーション

10 安全

11 その他

Ⅲ 最低基準（法令）

社会福祉法

（福祉サービスの基本的理念）

第三条 福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない。

（地域福祉の推進）

第四条 地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない。

（福祉サービスの提供の原則）

第五条 社会福祉を目的とする事業を営む者は、その提供する多様な福祉サービスについて、利用者の意向を十分に尊重し、かつ、保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供することができるようにその事業の実施に努めなければならない。

介護保険法

（目的）

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被

保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

居宅介護支援（抜粋）

（基本方針）

第一条 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

- 2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

- 3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

- 4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村、法第百十五条の四十五第一項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法第二十条の七の二に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設等との連携に努めなければならない。

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

一 指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

二 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。

四 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サー

ビス計画に位置付けるよう努めなければならない。

五 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。

六 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

七 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

八 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議(介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者(以下この条において「担当者」という。)を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

十 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。

十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。

十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて居宅サ

ービス計画の変更，指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十三 介護支援専門員は，前号に規定する実施状況の把握(以下「**モニタリング**」という。)に当たっては，利用者及びその家族，指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし，特段の事情のない限り，次に定めるところにより行わなければならない。

イ 少なくとも一月に一回，利用者の居宅を訪問し，利用者に面接すること。

ロ 少なくとも一月に一回，モニタリングの結果を記録すること。

十四 介護支援専門員は，次に掲げる場合においては，サービス担当者会議の開催により，居宅サービス計画の変更の必要性について，担当者から，専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし，やむを得ない理由がある場合については，担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

イ 要介護認定を受けている利用者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合

ロ 要介護認定を受けている利用者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

十五 第三号から第十一号までの規定は，第十二号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。

十六 介護支援専門員は，適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても，利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には，介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

十七 介護支援専門員は，介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には，居宅における生活へ円滑に移行できるよう，あらかじめ，居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。

十八 介護支援専門員は，利用者が訪問看護，通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には，利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めなければならない。

十九 介護支援専門員は，居宅サービス計画に訪問看護，通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては，当該医療サービスに係る主治の医師等の指示ける場合にあつては，当該指定居宅サービス等に係る主治の医師の医学的観点からの留意事項が示されているときは，当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

二十 介護支援専門員は，居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護意するものとし，利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き，短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

は、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。

二十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

二十三 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、法第七十三条第二項に規定する認定審査会意見又は法第三十七条第一項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨(同条第一項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。)を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成しなければならない。

二十四 介護支援専門員は、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。

二十五 指定居宅介護支援事業者は、法第百十五条の二十三第三項の規定に基づき、指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たっては、当該指定居宅介護支援事業所ごとに、所属する介護支援専門員の数に八を乗じて得た数を、委託を受ける件数の上限とするとともに、その業務量等を勘案し、当該指定居宅介護支援事業者が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しなければならない。

(課題分析で収集すべき標準項目)

- ① ケアアセスメントは介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならない。
- ② アセスメント方式については、この「標準課題分析項目」を具備することをもって通知に代える。

課題分析（アセスメント）に関する項目		
No.	基準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往症, 主傷病, 症状, 痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り, 起き上がり, 移乗, 歩行, 着衣, 入浴, 排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理, 掃除, 買い物, 金銭管理, 服薬状況等)に関する項目

13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達，視力，聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会とのかかわり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲，社会とのかかわりの変化，喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況・排尿排泄後の後始末，コントロール方法や頻度などに関する項目
17	褥瘡・皮膚の状態	褥瘡の程度，皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養，食事回数，水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行，徘徊，介護の抵抗，収集癖，火の不始末，不潔行為，異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無，介護者の介護意思，介護負担，主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	住環境	住宅改修の必要性，危険箇所等の現在の住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待，ターミナルケア等)に関する項目

指定居宅サービスの事業の一般原則

第三条 指定居宅サービス事業者は，利用者の意思及び人格を尊重して，常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければならない。

2 指定居宅サービス事業者は，指定居宅サービスの事業を運営するに当たっては，地域との結び付きを重視し，市町村，他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

通所介護（抜粋）

(基本方針)

第九十二条 指定居宅サービスに該当する通所介護(以下「指定通所介護」という。)の事業は，要介護状態となった場合においても，その利用者が可能な限りその居宅において，その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう，必要な日常生活上の

世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

(指定通所介護の具体的取扱方針)

第九十八条 指定通所介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 指定通所介護の提供に当たっては、次条第一項に規定する通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。
- 二 通所介護従業者は、指定通所介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- 三 指定通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- 四 指定通所介護は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症(法第八条第十六項に規定する認知症をいう。以下同じ。)である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

訪問介護運営基準(抜粋)

(基本方針)

第四条 指定居宅サービスに該当する訪問介護の事業は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものでなければならない。

(提供拒否の禁止)

第九条 指定訪問介護事業者は、正当な理由なく指定訪問介護の提供を拒んではならない。

(心身の状況等の把握)

第十三条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催する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等の把握に努めなければならない。

(指定訪問介護の基本取扱方針)

第二十二條 指定訪問介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

- 2 指定訪問介護事業者は、自らその提供する指定訪問介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(指定訪問介護の具体的取扱方針)

第二十三条 訪問介護員等の行う指定訪問介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 指定訪問介護の提供に当たっては、次条第一項に規定する訪問介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行う。
- 二 指定訪問介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- 三 指定訪問介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- 四 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行う。

(秘密保持等)

第三十三条 指定訪問介護事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

参考資料① コンプライアンスルールの例 ～接遇～

社会福祉法

(福祉サービスの基本的理念)

第三条 福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない。

上記、社会福祉法の「福祉サービスの基本的理念」に基づき、利用者一人ひとりを“個人として尊厳”するため、次のとおり対応します。

- 1 呼ばれれば反応し、できるだけすぐに対応します。
- 2 聞かれれば、わかるように答えます。
- 3 呼ばれたい名前呼びます。
- 4 普通に丁寧な言葉で話します。
- 5 経過・結果を報告します。
- 6 普通に見ていて気づきます。
- 7 「いいですよ」と言います。
- 8 明るく挨拶します。
- 9 こざれいにします。

私たちの姿勢で最も重要なことは、「相手のことを理解しようと努力すること」です。その想いは必ず通じるし、私たちにとって最も大切な「利用者からの信頼」につながります。

- 1 呼ばれれば反応し、できるだけすぐに対応します。

(1) 呼ばれたら返事をする。

呼んだ時、すぐに反応してもらえると、聞いてもらっている、関心を持ってもらっていると感じることができます。逆に、何の反応もなければ、聞こえているのだろうか、聞こえていないのだろうか、自分のことを見てくれていないのではないだろうかという不安な気持ちになります。

また、待っているということはとても長く感じるものです。できるだけすぐに対応してあげられることが、その人にとってはとても嬉しいことであり、満足できることだと思います。

でも、どうしてもすぐに対応できない場合もあると思います。その時には、すぐに

できないからといって知らん振りするのではなく、返事をしてそのことを説明できればその人も“自分のことをわかってくれているんだ”“気にかけてくれているんだ”という気持ちになれるのではないのでしょうか。

(2) 側に行って話を聞く。

他の方を向いていたり、遠くの方で返事だけされても、聞いてもらっているという感覚にはなりません。側で顔を見て話してもらえれば、聞いてもらっていることが伝わり安心でき、話したいという気持ちになります。

(3) 話をされたら「そうですか」と聞く。

その人の想いをそのまま受け入れるということです。もし「痛い」と訴えた時「そんなに痛いはずないでしょ」などと否定されればいい気分にはなりません。そのまま受け入れて、話を聞くことが大切です。

(4) すぐに対応できない時も、理由を説明して理解してもらえたか確認する。

説明なしにただ待たされれば、“伝わっているのだろうか・・・”，“わかっているけど対応してもらえないのだろうか・・・”という不安な気持ちで待たなければなりません。同じ待つにしても、説明をしてもらえれば、自分のことをわかっているという安心感が持てます。『不安』と『安心』では大きな違いです。

(5)

2 聞かれれば、わかるように答えます。

(1) スタッフ全員がその人の状況を把握している。

スタッフみんなが、常にその人の状況をわかるようにして、スタッフ誰に聞いてもすぐに答えられる状況にします。すぐに答えられるということは、その人に対していつも気配りしているということです。

(2)

参考資料③ コンプライアンスルールの例 ～心得～

〇〇〇〇 主任職員の心得

- 1 偉そうでない
- 2 人の話を良く聞く
- 3 昔のやり方にこだわらない
- 4 自分の都合でものを考えない
- 5 勉強している
- 6 安心して任せられる
- 7 理由が説明できる

参考資料④

〇〇〇〇 職員の心得

1 あいさつ

(1) 明るく挨拶をします。

声はあまり小さすぎず、大きすぎない位の大きさを、相手に感じよく受け入れてもらえるように明るく挨拶します。

(2) いつも挨拶をします。

人に会ったら、いつでもはっきりと挨拶をします。その日やその時の気分によって、挨拶をしたり、しなかったり・・・ということのないように、いつでも同じようにします。

(3) 気づいたらすぐに挨拶をします。

人に会った時は、相手が言う前からではなく、相手より先に挨拶をするように心がけます。先に挨拶されると気分がいいものです。

(4) その人の目をみて挨拶をします。

相手の目を見て挨拶をするように心がけます。目を合わせないで挨拶されても誰に對して挨拶しているのかわかりません。相手に伝わるように挨拶をします。

(5) 立ち止まって挨拶をします。

職員同士ではそこまで余裕はないと思いますが、利用者さんの家族や来客の場合は立ち止まって挨拶するくらいの余裕を持ちます。

* あいさつの例

- ・ 浅羽「おはようございます」
- ・ 日中は「こんにちは」
- ・ 夜は「こんばんは」
- ・ 日中、職員同士では「お疲れ様です」
- ・ 帰る時は「お疲れ様でした」
- ・ 利用者さんには「〇〇さん、(挨拶)」
- ・ 来客・面会者が帰る時は「ありがとうございました」
- ・ 居室に入る時は、ノックをして「〇〇さん。〇〇です。入っていいですか？」で、了解を得てから。

2 言葉づかい

(1) はっきりと話します。

歯切れよくはっきりと発音し、あまり大きすぎず、小さすぎない適当な大きさの声で話します。

(2) 丁寧に話します。

相手を敬う気持ちを持ち、普通の敬語を使います。友達言葉にならないように注意します。

また、小さい子どもと話すような言葉遣いをしません。

*不適切な例

・散歩に行こう！。ご飯だよー。どこが痛いの一。

(3) わかりやすく話します。

専門用語ではなく、誰にでもわかりやすい普通の言葉で話します。

・ADL→日常生活の動作（入浴・排泄・食事・着脱・整容・移動）

・側臥位，仰臥位→横向き，仰向け

(4) 気にするようなことを口にしません。

言われると不快なこと，気になることを口にしないように気をつけます。いくら丁寧な言葉で話してもダメです。

*不適切な例

・顔色が悪いですよ。太っているから歩くのが大変なんですよ。重いから介助が大変です。最近急に痩せて，悪い病気じゃないでしょうね。食べるのが遅いですね。臭いですね。やる気がないですからね。・・・

(5) 誰にでも〇〇さんと呼びます。

利用者さんに対しても，職員同士（上司，部下，年齢，経験年数に関係なく）でもすべて「〇〇さん」と，普通に丁寧に名前を呼び，名前を言います。

〇〇ちゃんとも，〇〇様とも言いません。

3 身だしなみ

(1) 清潔にします。

清潔にするということは，相手に良い印象を持たれるだけでなく，感染症予防のためにも重要なことです。常に清潔な状態を心がけます。

・爪は短く切る。

・服が汚れたら交換する。

・介護の都度手を洗う。

(2) 印象に気をつけます。

髪を整え，アクセサリや髪の色などが派手にならないようにします。いつも清潔にし，誰からみても好感を持たれるように気をつけます。

- ・長い髪は結ぶ。
- ・髪の色は黒を基本とし、派手にならないようにする。
- ・化粧は控えめにする。
- ・服装を整える。
- ・香水やアクセサリは控える。
- ・無精ひげははやさない。

4 整理整頓

(1) いつもきれいにします。

汚れやほこりのないように気を配り、汚れたところを見つけたらすぐにきれいにします。気持ちよく暮らせるように、常に意識し、気づき、行動します。

- ・ごみが落ちていない。
- ・ほこりがない。
- ・水滴が落ちていない。
- ・汚れたままになっていない。

(2) 常に整えます。

周りに不必要な物や障害になるような物を置かないように配慮し、乱雑にならないように気を配り、整えます。

- ・必要な物、不必要な物を整理する。
- ・使った後は、元の場所に片付ける。
- ・何がどこにあるのか誰がみてもわかるようにする。

(3) 気配りをします。

過度にならず、ちょっとした気配りをこころがけます。

- ・花や小物・装飾品など、利用者さんの好みの飾り付けをする。
- ・むやみに飾り過ぎない。

職員一人ひとりが“〇〇〇〇の顔”です

常に考えて仕事をしましょう

参考資料⑤

1 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（抜粋）

（介護）

第十三条 介護は，入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう，入所者の心身の状況に応じて，適切な技術をもって行われなければならない。

2 指定介護老人福祉施設は，一週間に二回以上，適切な方法により，入所者を入浴させ，又は清しきししなければならない。

3 指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その心身の状況に応じて，適切な方法により，排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。

4 指定介護老人福祉施設は，おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。

5 指定介護老人福祉施設は，褥瘡じよくそうが発生しないよう適切な介護を行うとともに，その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

6 指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，前各項に規定するもののほか，離床，着替え，整容等の介護を適切に行わなければならない。

7 指定介護老人福祉施設は，常時一人以上の常勤の介護職員を介護に従事させなければならない。

8 指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その負担により，当該指定介護老人福祉施設の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

（食事）

第十四条 指定介護老人福祉施設は，栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を，適切な時間に提供しなければならない。

2 指定介護老人福祉施設は，入所者が可能な限り離床して，食堂で食事を摂ることを支援しなければならない。

（相談及び援助）

第十五条 指定介護老人福祉施設は，常に入所者の心身の状況，その置かれている環境等の的確な把握に努め，入所者又はその家族に対し，その相談に適切に応じるとともに，必要な助言その他の援助を行わなければならない。

（社会生活上の便宜の提供等）

第十六条 指定介護老人福祉施設は，教養娯楽設備等を備えるほか，適宜入所者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。

2 指定介護老人福祉施設は，入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続について，その者又はその家族において行うことが困難である場合は，その者の同意を得て，代わって行わなければならない。

3 指定介護老人福祉施設は、常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

4 指定介護老人福祉施設は、入所者の外出の機会を確保するよう努めなければならない。

(機能訓練)

第十七条 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行わなければならない。

(健康管理)

第十八条 指定介護老人福祉施設の医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。

4 認知

4-1 認知障害

(1) ケアマネジャーの役割

- ① 認知障害があるかどうかを把握します。
- ② 認知障害を補うために、どのような方法をとることができるのかを判断します。

(2) 認知障害把握のポイント

- ① 短期記憶に問題があるか。
- ② 日常の判断力が弱く、支援が必要だったり、判断ができないか。

(3) 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～

1 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。

- (2) 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。

- (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

- (1) 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

- (1) 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いても修正できない。

2 周辺症状

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。

統合失調症

(妄想型)

連合障害や自閉などの基礎症状が目立たず妄想・幻覚が症状の中心である。統合失調症はかつて早発性痴呆症と呼ばれていたように早発性（思春期から青年期）に発症することが多いが、当該亜型は30代以降の比較的遅い発症が特徴的であるとされる。また、薬物療法に比較的感応的とされる。

(破瓜型)

破瓜とは16歳のことで、思春期・青年期に好発とされる。連合弛緩等の連合障害が主要な症状で、解体した思考や行動（disorganized thinking and behavior：混乱した思考や挙動）が目立つ。幻覚妄想はあっても体系的ではない。感情の表出、自発的行動が徐々に失われ人格荒廃に至るケースもあるとされる。

(緊張病型)

筋肉の硬直症状が特異的で興奮・昏迷などの症状を呈する。陽性時には不自然な姿勢で静止したまま不動となったり、また逆に無目的の動作を繰り返したりする。近年では比較的そ

の発症数は減少したと言われる場合がある。

(鑑別不能型)

一般的な基準を満たしているものの、妄想型、破瓜型、緊張型どの亜型にも当てはまらないか、二つ以上の亜型の特徴を示す状態

～症状～

・陽性症状

統合失調症によって表れる陽性症状は、この病気特有の症状です。そして、この陽性症状を簡単に考えれば「本来、心の中にはないものが存在する」となります。

もともと心の中にはないものが、聞こえたり見えたりすることによって、幻聴や被害妄想などが表れます。脳内の神経伝達物質に異常が起こっているため、正常な人にはないものが存在するようになります。

これら陽性症状は統合失調症を発症して間もない頃や再発時に多く見られます。

陽性症状	特徴
幻覚	<ul style="list-style-type: none">誰かが自分の悪口を言っている奇妙なものが見える（幻視）、体に変な感覚がある（体感幻視）
妄想	<ul style="list-style-type: none">非現実的なことで悩む誰かに見張られている、自分は偉大な人物である
他人に 支配されやすい	<ul style="list-style-type: none">自分と他人との境界線が曖昧になってしまう自分の行動や考えは他人によって支配されている
考えがまとまらない	<ul style="list-style-type: none">話の内容が次々に変わる考えがまとまらず、相手は何を言っているのか理解できない
異常な行動	<ul style="list-style-type: none">極度に緊張することで、衝動的な行動を起こすその逆に外からの刺激に全く反応しなくなる

・陰性症状

陽性症状に対して、陰性症状では「本来、心の中にあるはずのものが存在しない」と考えることができます。

正常な人では感情や意欲がありますが、統合失調症による陰性症状ではこれらもともと

備わっているものがない状態となります。そのため、社会的引きこもりや無関心などの症状が表れてしまいます。

なお、これら陰性症状は統合失調症を発症してから少し経過した後（急性期の後）に多く見られます。統合失調症によって長期的に表れる症状として、この陰性症状があります。

陰性症状	特徴
感情の減退	<ul style="list-style-type: none"> ・喜怒哀楽が乏しくなる ・意欲や気力、集中力が低くなって興味や関心を示さなくなる
思考能力の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・言葉の数が極端に少なくなる ・思考力の低下によって、会話の内容が薄くなる
コミュニケーションへの支障	<ul style="list-style-type: none"> ・他人との係わり合いを避ける ・ぼ～っと過ごす日々が続く

・ 認知障害

脳で判断する認知機能としては記憶や注意、思考、判断などがあります。統合失調症は脳の神経伝達物質に異常が起ることによって陽性症状や陰性症状を発症しているため、これら認知機能に対しても機能障害が起こっています。

認知機能が障害されているために、注意力が散漫になってしまったり作業能力が低くなったりします。

認知障害	特徴
選択的注意の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・わずかな刺激や情報に対しても反応してしまう ・相手の話よりも周りの雑音や動きに反応してしまう
過去の記憶や類似点との比較が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・間違った情報を結びつけてしまう ・似た名前を並べることができない

～統合失調症の診断基準～

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。