

日々の支援における保健師という専門職の立ち位置

宮城福祉オンブズネット「エール」小 湊 純 一

1 支援者としての立ち位置

- (1) 自分の職種の対人援助の専門性と役割を理解する
- (2) 他の職種の専門性と役割を理解する
- (3) 支援者の都合ではなく利用者の都合で考える
- (4) 利用者の最善の利益を考える

2 自立支援の視点

- (1) 認知能力・身体能力評価による能力活用支援
- (2) 自己決定のための情報提供をして自己決定を尊重する
- (3) 個人を尊重した「あたりまえ」の生活を送るための支援

3 対人援助技術の必要性

対人援助は、人と人との関係性によっておこなわれます。

支援者が支配（管理）しようとしたり、支援を受ける人が依存的になったり、互いに、もしくはどちらかが否定的になったりすれば、自立支援関係は成り立ちません。

対人援助の原則は、自立支援のための、良好な関係性を得るための基本的対応方法です。

- (1) 想いや考えを受けとめる ということ
- (2) 「いろいろな人がいるんだなあ」と思う ということ
- (3) 自分のことを自分で決める手助けをして、決めたことを尊重する ということ
- (4) 否定しないし、押し付けない ということ
- (5) 役割を十分に理解し、自分の感情をコントロールして対応する ということ
- (6) 想いや感情を素直に出せるような状況や雰囲気大切 ということ
- (7) 秘密保持は相談支援の大前提 ということ

4 異業種連携

地域でチームで個別ケア

5 行政ネグレクト

見守るという放置

意思決定，自己決定に支障をきたす障害…等

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き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きました。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。

厚生労働省が推進する「健康日本21」の中では，アルコール依存症の発症リスクが少ない「節度ある適度な飲酒」は壮年男性の場合純アルコール量換算で1日20g以下であるとの数値を示しています。これは1日ビール500ml（日本酒1合弱，25度焼酎なら100ml，ワイン2杯程度）に相当します。1日の飲酒量がこの3倍以上になると「飲みすぎ」となり，アルコール依存症になるリスクが高まると警告されています。単純計算すると1日にビール3本，日本酒3合弱，25度焼酎300ml，ワイン6杯程度を超える量にあたります。

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。

いったんコントロール障害を起こしてしまうと，一生もとに戻らない。するめがいかに戻れないのと同じである。だから，アルコールで問題を起こしたくないと思えば，完全にアルコールを断つ以外に方法はない。

コントロール障害を起こしているかどうかは，検査では分からない。その人のアルコールの飲み方で判断するしかない。

- 1 飲酒の時間，場所，量などが住んでいる社会の基準から外れてくる。サラリーマンの場合は，週日に昼間から飲む，職場で飲むなどは常識的ではない。
- 2 毎日ほとんど同じパターンの飲み方をする。初期から中期の人は一日も休むことなく，ほぼ同じ時間に同じ量のアルコールを飲んでいる。

さらに進むと，目を覚ますと酒を飲み，酔っぱらって寝てしまう，再び目を覚ますとまた飲むということを繰り返しながら何日も飲み続ける（連続飲酒発作）。このときは，飲むことと酒を買いに行くこと以外のことはほとんど何もできない。数日から十数日すると，身体がアルコールを受けつけなくなって，飲酒が止まる。その後しばらくは全く飲まないで過ごす。アルコール依存症が進行すると，連続飲酒発作と断酒を繰り返すようになる。

- 3 今日は少量で切り上げようと決意して飲み始めるが，その通りに実行できない。ま

た、何度も断酒を試みるがいつも失敗に終わる。適量で切り上げることもできないし、自分の力で止め続けることもできない。

- 4 「これ以上飲んだら、いのちが危ない」、「離婚する」、「解雇する」などと言われてもなおアルコールを断つことができない。
- 5 ふるえ、発汗、不眠、焦燥感などの離脱症状を予防したり治したりするために飲酒する。このときは、強度のアルコールでも水を飲むよりも早く飲む。
- 6 いつでもアルコールを飲めるように準備している。夜中でも買える所を知っている。酒を隠しておく。残りのアルコールが少量になると、次を準備しないと落ちつかない。
- 7 飲酒のために多くの時間とお金を使い、仕事、家庭での役割、付き合い、趣味などをおろそかにする。

いったんアルコール依存症になった人のほとんどは、二度と普通のお酒のみには戻れないこと、健康な生活を続けたければ一滴のアルコールも口にいはけないことを、しっかりと覚えておいていただきたい。

次のように考えている人は、まだ断酒しようとは思っていないのであり、さらに病気が進行する可能性がある。

- (1) 飲み過ぎが悪いのだから、二合以上は絶対に飲まないようにしよう。
- (2) 平日には飲まないで、土曜日の晩だけ飲むことにしよう。
- (3) 強いアルコールに手を出すとよくないので、ビールだけ飲むことにしよう。
- (4) 意志さえしっかりしていれば、飲んでも問題は起こさないだろう。
- (5) もう3年もやめたのだから飲めるような体になったかも知れない。
- (6) ちょっとくらい飲んでも、酒を切って病院に帰ればわからないだろう。
- (7) やめようと思えばいつでもやめられるので、アルコール依存症ではない。

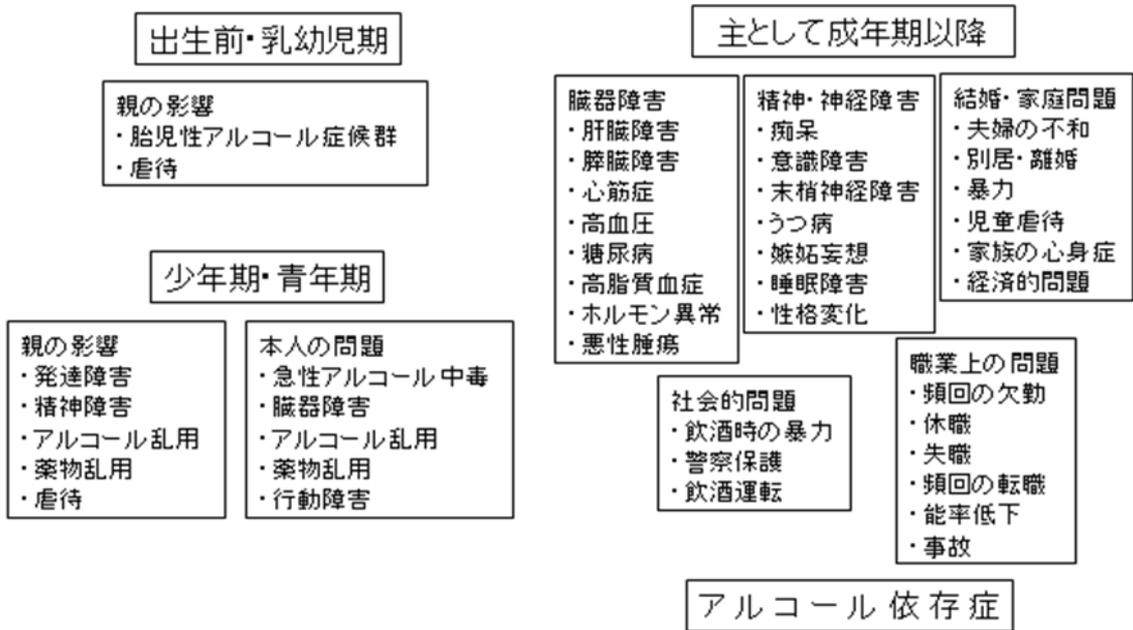
毎日飲まずにいられないのがアルコール依存症ではない。アルコール依存症の人は、飲まないでいることはできる。しかし、飲み始めるとほどよいところで止められなくなる。

(診断基準)

過去の1年間のある期間に、下記の6項目のうち3つ以上が同時に起こっているときのみ、アルコール依存症と診断する。

- (1) アルコールを飲みたいという強い欲求がある。また、飲んではいけないと思いながらつい飲んでしまう。
- (2) 飲酒の時間や量をコントロールすることができない。
- (3) 飲むのを止めたり量を減らしたりすると、離脱症状が出る。
- (4) 酔うために必要なアルコールの量が増えてきている。
- (5) 飲酒に関することに多大の時間、お金、労力を使い、それ以外のことをおろそかにする。
- (6) 飲酒によって問題が起きているのが明らかであるにもかかわらず、飲み続けている。

アルコール関連問題



～スリップ～

アルコール依存症者が依存症から立ち直り回復するために一切のアルコールを断ち、断酒生活をしているにもかかわらず、一杯の酒に口をつけてしまうこと。

酒の量に関わらず、断酒生活中に再飲酒すると期間に個人差はあるが連続飲酒発作にまで至ると言われている。

アルコール依存症は決して完治することのない死に至る進行性の病。アルコールを断つ事で回復し寛解するが、スリップ（再飲酒）する事で簡単に再発する。スリップとは発病のことである。

～ドライドランク～

「空酔い」と訳されているが、ドライドランクと使用されることが多い。

アルコール依存症者が飲まないでいるときに、苛立ち、絶望感、攻撃性などの徴候が認められ感情のコントロールが出来ない。それが酩酊時の徴候とよく似ていることから名付けられたもの。

単なる苛々などの不安定な感情の状態だけの事もあれば、飲んでいないのに吐く息までを酒臭く感じたり、二日酔いの気分の悪さを味わったり、手に震えが起きたり、症状は多岐に渡る。

個人差は大きいですが、酒を完全に断ってからでも数ヶ月から1年間くらいは起こりうる症状だが断酒期間と共に症状はうすらぎ、発生の回数も減る。

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認知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これば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。

双極性障害

双極性障害は，精神疾患の中でも気分障害と分類されている疾患のひとつです。うつ状態だけが起これば病気を「うつ病」といいますが，このうつ病とほとんど同じうつ状態に加え，うつ状態とは対極の躁状態も現れ，これらをくりかえす，慢性の病気です。

- 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のことが多く，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

うつ病

「憂うつである」「気分が落ち込んでいる」などと表現される症状を抑うつ気分といいます。抑うつ状態とは抑うつ気分が強い状態です。うつ状態という用語のほうが日常生活でよく用いられますが、精神医学では抑うつ状態という用語を用いることが多いようです。このようなうつ状態がある程度以上、重症である時、うつ病と呼んでいます。

～うつ病の分類～

うつ病の分類方法の代表的なものを示します。原因からみて外因性あるいは身体因性、内因性、心因性あるいは性格環境因性と分ける場合があります。

身体因性うつ病とは、アルツハイマー型認知症のような脳の病気、甲状腺機能低下症のような体の病気、副腎皮質ステロイドなどの薬剤がうつ状態の原因となっている場合をいいます。

内因性うつ病というのは典型的なうつ病であり、普通は抗うつ薬がよく効きますし、治療しなくても一定期間内によくなるといわれます。ただ、本人の苦しみや自殺の危険などを考えると、早く治療したほうがよいことは言うまでもありません。躁状態がある場合は、双極性障害と呼びます。

心因性うつ病とは、性格や環境がうつ状態に強く関係している場合です。抑うつ神経症（神経症性抑うつ）と呼ばれることもあり、環境の影響が強い場合は反応性うつ病という言葉もあります。

- 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10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(精神分裂症、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～

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。

※神経線維変化型認知症

- (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

- (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

～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

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「嫁がごはんを毒を入れている」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。

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。

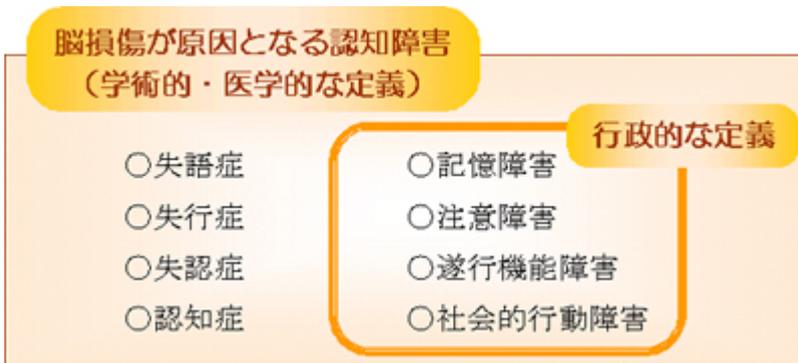
高次脳機能障害

交通事故や脳卒中などで脳が損傷されると、記憶能力の障害、集中力や考える力の障害、行動の異常、言葉の障害が生じることがあります。これらの障害を『高次脳機能障害』と言います。

これまで、医学的、学術的な定義では、高次脳機能障害は、脳損傷に起因する認知（記憶・注意・行動・言語・感情など）の障害全般をさしていました。例えば、言語の障害である「失語症」や道具が上手く使えなくなる「失行症」、知的な働きや記憶などの働きが低下する「認知症」のほか、「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」などが含まれます。

一方で、厚生労働省が平成13年から開始した「高次脳機能障害支援モデル事業」では、身体の障害がなかったり、その程度が軽いにもかかわらず、特に「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」といった認知の障害が原因となって、日常生活や社会での生活にうまく適応できない人たちがいることが解りました。

この方々に対する、診断やリハビリテーション、社会資源サービスの不足が問題となっていることから、この方たちが示す認知の障害を『高次脳機能障害』と呼ぶ「行政的な」定義が設けられました。



脳血管障害（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血など）

もっとも多いのは脳血管障害（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血など）です。脳の血管が詰まったり，出血を起こすことで，脳の機能を損なうものです。

外傷性脳損傷

次いで多いのは，外傷性脳損傷(脳外傷，頭部外傷)です。交通事故や転落事故などの際に頭に強い衝撃が加わることで，脳が傷ついたり（脳挫傷），脳の神経線維が傷ついたり（びまん性軸索損傷）するものです。

その他の原因

脳炎，低酸素脳症など

高次脳機能障害の主要な症状

交通事故や脳卒中などの後で，次のような症状があり，それが原因となって，対人関係に問題があったり，生活への適応が難しくなっている場合，高次脳機能障害が疑われます。

記憶障害

記憶障害とは，事故や病気の前に経験したことが思い出せなくなったり，新しい経験や情報を覚えられなくなった状態をいいます。

- ・ 今日の日付がわからない，自分のいる場所がわからない
- ・ 物の置き場所を忘れてたり，新しい出来事が覚えられない
- ・ 何度も同じことを繰り返し質問する
- ・ 一日の予定を覚えられない
- ・ 自分のしたことを忘れてしまう
- ・ 作業中に声をかけられると，何をしていたか忘れてしまう
- ・ 人の名前や作業の手順が覚えられない

注意障害（半側空間無視をふくむ）

注意障害とは，周囲からの刺激に対し，必要なものに意識を向けたり，重要なものに意識を集中させたりすることが，上手くできなくなった状態をいいます。

- ・ 気が散りやすい
- ・ 長時間一つのことに集中できない
- ・ ぼんやりしていて，何かするとミスばかりする
- ・ 一度に二つ以上のことをしようとすると混乱する
- ・ 周囲の状況を判断せずに，行動を起こそうとする
- ・ 言われていることに，興味を示さない
- ・ 片側にあるものだけを見落とす

遂行機能障害

遂行機能障害とは、論理的に考え、計画し、問題を解決し、推察し、そして、行動するといったことができない。また、自分のした行動を評価したり、分析したりすることができない状態をいいます。

- ・自分で計画を立てられない
- ・指示してもらわないと何もできない
- ・物事の優先順位をつけられない
- ・いきあたりばったりの行動をする
- ・仕事が決まったとおりに仕上がらない
- ・効率よく仕事ができない
- ・間違いを次に生かせない

社会的行動障害

社会的行動障害は、行動や感情を場面や状況にあわせて、適切にコントロールすることができなくなった状態をいいます。

- ・すぐ怒ったり、笑ったり、感情のコントロールができない
- ・無制限に食べたり、お金を使ったり、欲求が抑えられない
- ・態度や行動が子供っぽくなる
- ・すぐ親や周囲の人に頼る
- ・場違いな行動や発言をしてしまう
- ・じっとしてられない

その他の症状

自己認識の低下（病識欠如）

- ・自分が障害を持っていることに対する認識がうまくできない
- ・上手いかないのは相手のせいだと考えている
- ・困っていることは何も無いと言う
- ・自分自身の障害の存在を否定する
- ・必要なりハビリや治療などを拒否する

失行症

- ・道具が上手く使えない
- ・日常の動作がぎこちなくなる
- ・普段している動作であっても、指示されるとできなくなる

失認症

- ・物の形や色、触っているものが何かわからない
- ・触っているものが何かわからない
- ・人の顔が判別できない

失語症

- ・自分の話したいことを上手く言葉にできなかつたり、滑らかに話せない
- ・相手の話が理解できない
- ・文字を読んだり、書いたりすることが出来ない

身体の障害として

- ・片麻痺、運動失調など

高次脳機能障害への対応

高次脳機能障害の症状は、脳の損傷した場所によって、人それぞれ異なり、重症度も様々です。また、その場の環境や対応する相手によって、現れ方が異なる場合もあります。しかし、周囲の環境を整えたり、対応の仕方を工夫するなど、適切な対応を行えば、それまでうまく出来なかったことが出来るようになったり、問題行動が減ったりすることがあります。

□ 家族・周囲の人が高次脳機能障害を理解する

以前と人が変わってしまった、今まではできていたことができなくなってしまった、と様々な変化があります。まずは、その変化を理解することから対応は始まります。

□ 目に見えない障害を想像する

高次脳機能障害を持つ方の行動や反応に興味をもって、「どうしてそのような行動をとっているのか」「なぜこんな風に反応するのか」と想像力を働かせることが、その人への適切な対応を探る第一歩となります。

□ 忍耐力をもって接する

適切な対処法をくり返し実行して、その結果、毎日の生活の中で、出来る事がひとつひとつ増えていきます。くり返し行って習慣にしていけることは非常に手間がかかり、根気がいります。すぐに結果を求めて、本人を追い込んでしまうことがないように、忍耐力をもって接することが大切です。

□ 環境を整える

高次脳機能障害を持つ方は周囲の様々な情報を受け取ることが苦手になるため、その方にあわせて生活空間を整えたり、対応する人（家族、関係するスタッフ）が適切な声かけや支援方法を統一することが大切です。

□ 代償手段を身につける

脳の失われた機能を他の方法（タイマーや手帳、作業の手順表など）で置き換えることが効果的な場合があります。

知的障害

知的障害の度合い

知的障害は度合いによって、重度・中度・軽度に分けられます。

知能指数(IQ) = 精神年齢(発達年齢) ÷ 生活年齢(実年齢) × 100

上記の式により、精神年齢（発達年齢）と生活年齢（実年齢）の比率をパーセンテージで算出し、50～70%は軽度知的障害、35～50%は中度、20～35%は重度、20%以下が最重度と分類されます。

また、知能指数が70～85%の場合はボーダーラインであり、知的障害と認定されない場合が多いです。

軽度の知的障害では、障害があることが見ただけではわかりにくいこともあるようです。

発達障害と知的障害の違い

発達障害は脳機能の障害が原因となっています。そのため、自閉症の場合は知的障害を伴う場合もあります。つまり、知的障害は発達障害の一つであると言えるでしょう。

知的障害の診断は、知能テストなどで測定される「知的能力」と、社会生活を営むために必要な行動をとる力「適応能力」を元にします。

また、発達障害は、「コミュニケーション能力」や「適応能力」などで診断します。知的障害と発達障害の診断では、重なる部分もあるのです。

自閉症と知的障害

自閉症と知的障害には、似たような症状があり、自閉症にも知的障害がある場合もあります。

自閉症の症状があり、知的障害の症状も顕著な場合、知的障害者として認定される場合が多いです。

知的障害をとまなう自閉症でも、軽度の知的障害など知的障害が目立たない場合には、知的障害者として認定されません。

学習障害と知的障害

知的障害と学習障害にも、似ている症状がありますが、知能指数（IQ）が70以上で学習障害の症状がある場合には学習障害と診断され、70以下の場合には知的障害と診断されます。

知的障害は学習面も含めた全面的な知能の発達に遅れがあり、学習障害は特定の学習に困難を生じます。

知的障害のチェック（成人）

1 社会的スキル

（1）お金の扱い

- 郵便局や銀行などの金融機関を利用できる
- 正しく両替はできるが、貯金などはできない
- いろいろの種類の貨幣を合わせて、500円にできる
- お金は使うが、正しく両替することはできない
- お金は使えないが、大切なものであることは知っている
- お金が大切なものであることを知らない

（2）買い物

- 自分の衣類は自分で買う
- 自分の身につけるアクセサリなどの小物は、自分で買う
- そばについていなくても、お菓子や飲み物などの簡単な買い物をする
- ついていてやれば、買い物をする
- つきっきりで見えてやれば、買い物をする
- 買い物をしない

（3）集会への参加

- 積極的に集会に参加し、規則に従って順番を守ったり、意見を適切に言うことができる
- ある程度は集会などに参加できるが、消極的であったり、引きこもったり、迷惑な行動や非協力的な行動をすることがある
- 集会などには参加しながら、参加しても適切な集団行動ができない
- 話す時にとぎれたり、つかえたり、不規則に中断したりする。（どもりなど）
- 発音が不明瞭で、聞き取りにくい

2 コミュニティ（地域）資源の利用

（1）移動

- 自分の住んでいる町内（地区内）ならば、迷わずに歩きまわることができる
- 迷わずに施設や学校の敷地内を歩きまわったり、家から数軒離れたところへ行ける
- 宿舎内、家の敷地内ならば歩きまわることができる
- 同じ建物でも、いつも生活しているところをちょっとでも離れると、迷子になってしまう

（2）交通機関の利用

- 一人では長距離電車や長距離バスに乗れない
- 一人ではタクシーに乗れない
- 知らないところへの地下鉄や路線バスや電車などに乗れない
- 以前に連れていかれたような、良く知っているところへの地下鉄や路線バスや電車などにも乗れない
- この人にはあてはまらない。（移動不可能の場合など）

3 自律性（自己指南）

(1) 自発性

- 指示されなくても、ほとんどのことは自発的にする
- 自分がやるべきことの指示を求める
- きまりきったことなら、いちいち指示されなくてもする
- 指示されなければ何もしない

(2) 志向性

- 強制しないと何もしない
- 何もやる意欲がない
- 何事にも関心を示さない
- 途中で遊んだりして、やるべきことを最後までしない
- 人の助けを必要以上に求める
- この人にあてはまらない。（全面的な介護を必要とする場合など）

(3) 中断や新たな仕事に対する耐性

- 作業中の課題を中断させ、別の課題に移行させられた場合、
- 不安や不満の徴候をみせず、別の課題にスムーズに移行できる
- 不安や不満の徴候を示し別の課題に取りかかるのをしぶるが何とか取り組める
- かなり不満や抵抗を示し、しばらくの間は困難であるか、全く無理である
- 課題への意欲や理解力が低いため、特に不安や抵抗を示さない

(4) 活動意欲

- 与えられた課題は不平・不満などをみせず、指示されなくとも取り組むことができる
- 与えられた課題にすぐに飽きたり不平・不満の態度や表情をみせることが多い
- 課題を与えられても、励ましや指示がないとやろうとしない

(5) 仕事の責任感

- 頼まれた仕事は、内容が不十分の場合があるが、最後までやり通す
- ほとんど途中で勝手にやめてしまうことが時々ある
- ほとんど途中で勝手にやめてしまう

(6) 作業中の仲間からの影響

- 他の人がすぐそばにいても、影響されることなく作業を続けることができる
- 他の人がすぐそばにいと、作業に集中できなかつたり、視線を回避するなどの不満げな行動を示し作業効率が低下する
- 他の人がすぐそばにいと、不適応行動を示し、著しく作業効率が低下する

4 健康と安全

(1) 食に関する問題

- 著しい偏食がある ・拒食をしばしばする ・異食をすることがある ・反芻をする
- 盗食をしばしばする ・嘔吐することが多い ・過食傾向にある ・多飲がみられる

(2) 排泄に関する問題

- 夜尿をしばしばする ・放尿をしばしばする ・トイレなどで壁に便ぬりや便いじりをする

(3) 睡眠に関する問題

- 床に入っても寝つきが悪いことが多い ・朝、著しく早く起きる ・夜中に起きてウロウロと徘徊する ・一晩中起きてウロウロと徘徊することがある

(4) 破壊行為、器物破損

- 特別に物を壊そうとは思っていないが、もののはずみで壊してしまうことが多い
- こだわりの病状として破壊を行う

- 自分の要求が通らなかつたり、自分のペースで事が運ばなかつた時に物を壊すことがある
 - 注意されたり叱られたりした後に、ストレスの発散や仕返しの意味で物を壊す
- (5) 自傷
- 自分の要求が通らなかつたり、自分のペースで事が運ばなかつた時に自傷する
 - 指示されたことをしないで、その後に自傷をする
 - 周囲の人に自分の要求を伝えるために自傷をする
 - こだわりとしての自傷をする
 - 特に理由なく自傷をする。(自己刺激行動としての自傷)
- (6) 奇声、大声
- 何かをするように指示された時に奇声や大声を出す
 - 奇声や大声を出す時間や時期に波がある
 - 自分のしたいことができなかつたり、欲しい物が手に入らなかつたときに奇声や大声を出す
 - 仲間から干渉や攻撃を受けたり意地悪されたときに奇声や大声を出す
 - よく理由が分からない場合に奇声や大声を出す
- (7) 固執傾向に関する問題
- 特定の物にこだわる。(物をもって歩く、触りにいくなど)
 - 特定の人にこだわる。(その人を頻繁に見に行く、その人がいないと落ち着かないなど)
 - 活動や生活の時間や時刻にこだわる。(決まった時刻に食事をしないと気がすまないなど)
 - 特定の場所にこだわる。(その場所に頻繁に行く、その場所でないと気がすまないなど)
- (8) 認知症または顕著な老化現象
- 老化も退行もみられず元気である
 - 外見上は老化徴候が見られるが、能力や行動量は落ちておらず元気である
 - 外見上には老化徴候は認められないが、能力や行動量は落ちている
 - 外見上や能力の低下などから老化・退行がみられる
 - 認知症の診断を医師から受けており、病状が明らかにみられる
- (9) 精神医学的な病状や問題行動の全般
- 内に閉じ込めりがちである
 - 身体ゆすり
 - 無気力
 - 他傷。(暴力をふるう)
 - 食べ過ぎ
 - 独り言
 - 情緒的に不安定になることがある
 - 不衛生、不潔
 - 欲求不満をうまく処理できず、物にあたったりすねる
 - 空想的発言、虚言
 - 爪かみ
 - 嫌なことがあるとトイレによく行くなど、その場から逃避する
 - 指しゃぶり
 - 人前や適当でないとこで身体を露出する
 - 歯ぎしり
 - ヒステリー
 - 吃音
 - 被害妄想
 - 自傷
 - 暴言が多い
 - 決められたことに遅れたり、さぼったりする
 - 異食や特異な習癖がある
- (10) 対人関係や性格、行動の特性の全般
- がんこである
 - 集団活動での一斉指示だけでは理解できない
 - 発音が不明瞭で聞き取りづらい
 - 感情の起伏が激しい
 - 親しい友人がいない
 - 特定の物や事柄にこだわる
 - 取りかかりが遅い
 - 交友関係が広がらない
 - 急な変化を受け入れられなかつたり、気持ちの切り替えがうまくできない
 - 好きな友人につきまとう
 - 集中力、持続力に欠け、すぐに飽きてしまう
 - 友人に余計な世話をやく
 - 自己中心的で、わがままである
 - 時間やスケジュールにこだわる
 - 集団活動の流れにのれない
 - 友人をいじめる
 - 思い通りにならないときや注意されると引きこもったりふくれたりする
 - 友人からもいじめられる
 - 友人よりも職員との関わりを強く求める

5 アカデミック・スキル

(1) 読む

- 多少漢字のまざった本を読む
- ひらがなで書かれた文章なら、だいたい読む
- 簡単な絵本や漫画を読む
- 「非常口」、「立入禁止」、「男」、「女」などのいろいろな表示を読む
- 文字の見分けが多少はつく
- まったく文字の見分けがつかない。

(2) 作文やハガキを書く

- 身近な事柄について簡単な日記や作文を書いたり、自分から年賀状やハガキの宛名を書いて出すことができる（誤字脱字などの間違いはあっても構いません）
- 職員などから日記や作文、ハガキなどに記述する内容を、口頭で言ってもらえると自分で書くことができる
- 日記や年賀状などの決まった文章（成句）などを1～2行書くことができる（「今日は作業をしました」「あけましておめでとうございます」など）
- 日記やハガキなどの見本を呈示されると書き写すことはできる
- 文字を書くことができない

(3) 言語理解

- 平仮名46文字が全て読める
- 目と耳は両方ともどんな動きをするか知っている
- わからない字があると尋ねる
- 「お腹がすいたらどうする？」という質問に正しく答える
- 赤、青、黄、緑の全てがわかる
- 「食べ物」の名前が、9つ以上正しくわかる
- 物の名前を聞いてその絵を指摘する
- 「ちょうだい」と言うと、手に持っている物をくれる
- ことばによる指示に従うことがない

(4) 概念

- 「無駄」の意味がわかる
- 「同じ、違う」の区別ができる
- 「右、左」の区別ができる
- 「大きい、小さい」の区別ができる
- 「勝ち、負け」の区別ができる
- 「高い、低い」の区別ができる
- 上記した概念の理解ができない

(5) 数

- 30個以上のものを数える
- 「1つ」、「2つ」と言いながら、2個の物を数える
- 10個のものを数える
- 「1つ」と「たくさん」の区別がつく
- 必要があれば、4つくらいの数を処理する
- 数についての理解がまったくない

6 余暇

(1) 友人関係

- 数名の特定の仲間をゲームに誘ったり、会話をするなど積極的に有効を求める
- 数名の特定の仲間と交友を持とうとするが、積極的にかかわろうとせず、交流の社会的スキルが低く、長くかかわれない
- 特定の仲間と社会的なかかわりをもとうとすることがない

- (2) 室内趣味
- 施設内や居室ですのような趣味を3つ以上もっており、一人で自由時間に援助されずに取り組んでいる
 - 施設内や居室ですのような趣味や好きな行為が1つ以上あり、職員に促されたり、援助されて取り組める
 - 施設内や居室ですのような趣味や好きな行為がなく、職員もどんな趣味や活動に誘ってよいか考慮している。(誘えばとりあえず行うが、本人の好みとは違っていることが多い)
 - 何に誘っても拒否的でふらふらと歩き回ったり、特に文化的で目的々な行動をとることが難しい
- (3) 室外趣味
- 施設外や庭、ホールなどですのような趣味・活動を3つ以上もっており、一人で自由時間に援助されずに取り組める
 - 施設外や庭などですのような趣味や好きな行為が1つ以上あり、職員に促されたり、援助されて取り組める
 - 施設外や庭などですのような趣味や好きな行為がなく、職員もどんな趣味や活動に誘ってよいか考慮している。(誘えばとりあえず行うが、本人の好みとは違っていることが多い)
 - 何に誘っても拒否的でふらふらと歩き回ったり、特に運動や目的々な行動をとることが難しい
- 7 仕事
- (1) 物の分類
- 数種類の部品などを呈示されて、間違えずに同じ物どうしを例示なしで指示されて箱に分類できる
 - 数種類の部品などを呈示されて、間違えずに同じ物どうしを例示されていくつかは分類できる
 - 同じものどうしの分類ができない
- (2) 分類の誤り修正
- 数種類の部品などの仕分け作業の際、いくつか間違えて分類された物にすべて気づき直すことができる。数種類の部品などの仕分け作業の際、間違えて分類された物に1~2個気づき直すことができる。(全部は修正できない)
 - 間違えて分類された物に気づくことがない
- (3) 商品名のあいうえお順並べ
- 数種類の商品カード名をあいうえお順にすべて正しく並べることができる。
【あさひ】、【よみうり】、【さんけい】、【とうきょう】、【まいにち】などのカード)
 - 数種類の商品カード名をあいうえお順に職員の助言により並べることができる
 - 商品カード名のあいうえお順に並べることが理解できないか、文字が読めない
- (4) 技能水準
- かなづち、ドライバー、ペンチ、ドリルなどの簡単な工具を適切に使用できるか、または経験がなくとも1~2度教えればすぐに使えるようになる
 - 作業や活動で慣れた工具が1つ使える場合があるか、時々援助されると使うことができる
 - 工具の使用は教えても理解できなかつたり、技術的に難しい
- (5) 仕事の程度
- 道具や機械を使用しなければならない仕事ができる
 - 庭掃除、床拭き、チリ拾いなどの簡単な仕事ができる
 - まったく仕事はできない

(6) 全身の耐久性

- 荷物（みかん箱大，2 kg 程度）を持って，連続30分間以上歩ける
- 荷物（みかん箱大，2 kg 程度）を持ち，20～30 mの距離を運べる
- 荷物（みかん箱大，2 kg 程度）を持ち上げられない

(7) 作業の継続性

- 30分以上一人で着実に作業することができる
- 少なくとも5分間一人で着実に作業に取り組める
- 一人では作業に取り組めない

(8) 作業効率

- 熟知した作業を継続して行う際，1時間単位の作業量を比較しても，ほぼ一定した作業効率を維持することができる
- 最初の1時間や30分の作業量とその後で差がみられる
- 作業が遅く，作業効率が一定しない

発達障害

1 自閉症

自閉症とは，3歳位までに現れ，①他人との社会的関係の形成の困難さ，②言葉の発達の遅れ，③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障害。

2 高機能自閉症

高機能自閉症とは，3歳位までに現れ，①他人との社会的関係の形成の困難さ，②言葉の発達の遅れ，③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障害である自閉症のうち，知的発達の遅れを伴わない。

3 学習障害

学習障害とは，基本的には全般的な知的発達に遅れはないが，聞く，話す，読む，書く，計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態。

4 注意欠陥／多動性障害（ADHD）

ADHDとは，年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力，及び／又は衝動性，多動性を特徴とする行動の障害で，社会的な活動や学業の機能に支障をきたす。

愚行権

愚行権（ぐこうけん，the right to do what is wrong）とは，たとえ愚かであ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）…

自立を妨げる依存と共依存

共依存とは、人間関係そのものに依存するというアディクション（嗜癖・依存症）です。

（嗜癖・依存症）とは「止めよう止めようと思いつつも止めることのできない悪い習慣に耽ってしまうこと」です。

共依存の核には、他者をコントロールしたいという支配欲があります。

共依存の人は、自分自身を大切にしたり自分自身の問題に向き合うよりも、身近な他人（配偶者、親族、恋人、友人）の問題ばかりに気を向けてその問題の後始末に夢中になります。身近な人の取らなかつた責任を一生懸命代わりにとり、結果、現在の困った状況を身近な他人本人が決意して解決する必要を与えず、困った状況をそのまま続けるはめになる……あるいはますます困った状況に陥っていく人達のことです。

身近な他人は大きな問題

アルコール依存症やギャンブル依存症、非行や暴力、買い物中毒、仕事中毒、絶えない人間関係のトラブルなどを抱えているため、共依存症の人の「共依存」という問題がクロズ・アップされることは滅多にありません。

けれども、そういった見目に派手な依存症や問題を抱えている人達の側にならずとっていいほどいと言われています。共依存の人達が問題の後始末を一生懸命してくれるので、「困った人達本人」は「困った状況」が「なんだかんだ言ってもなんとかなる」と無意識で感じています。このため問題を解決せずにほったらかしにし、悪化させます。この現象を指して共依存者のことを「依存症の支え手（イネイブラー）」と呼ぶこともあります。

ここで誤解しないでいただきたいのは、身近な誰かが何かの依存症にはまっているのは、その本人に問題があるからです。問題のない人は、依存症にはまりません。共依存症者と他の依存症者が一緒にいると、2人とも依存症がエスカレートしやすくなりますが、共依存症者が側にいなくても、他の依存症者は依存症にハマっています。「私が共依存症だから、相手がパチンコ依存症なんじゃないか」というのはハッキリと間違いです。

共依存症者が側にいなければ、他の依存症者のエスカレートはゆるやかになるケースが多いと言われています。それと同じように、他の依存症者が側にいなければ、共依存症者のエスカレートもゆるやかになります。

立場は同等であり、どちらにも同じように問題があります。どちらが悪いという話しではないことをご理解下さい。

日本女性はとくに「我慢して尽くすこと」が美德だとされているので、共依存者が多いといわれています。ある程度までは「人間関係の潤滑油」ですが、共依存症者にとってその人生は他人の後始末、後始末、後始末……他人の責任の代行ばかりで自分のための人生を生きることができません。自分自身の人生もみじめですし、周囲もみじめなままになってしまいます。

何らかの援助を必要とする人をケアする立場にある人たちは、イネイブリングの罠にはまる危険があります。特に、心身を病む人を世話するパートナー、親、友人、看護人などは要注意です。適切な援助とイネイブリングの間に線を引くのはなかなか難しいものです。イネイブラーは、ほんとうは自分の足で立てるはずの人に手を貸してしまいます。

イネイブラーは、犠牲者は自分のほうだと思いがちです。しかし、誰かに依存されるという状態は、イネイブラー自らが選んだものに他なりません。どこかで弱々しい依存的な人に捉まってしまい、気が付いたらイネイブラーになっていたなどということはありません。

イネイブラーは誰かの世話をするように強制されたわけではありません。労力を上回る報酬が明らかにあるからこそ、イネイブラーは人に尽くします。

この社会は「善人に見える人」を賞賛します。イネイブラーは、自分の並外れた博愛的性格だけでなく、その能力を見せつけます。他の人たちの責任まで引き受けることができるのは、実に格好のいいことです。こうして彼らは周囲からの賞賛を集め、うぬぼれを強めます。

自立を支援するということ

1 自己決定の尊重

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。

2 能力の発揮

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。

3 生活の継続性（継続性の尊重）

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。

『相談支援をする人，制度』等

民生委員

第一条 民生委員は，社会奉仕の精神をもつて，常に住民の立場に立つて相談に応じ，及び必要な援助を行い，もつて社会福祉の増進に努めるものとする。

第二条 民生委員は，常に，人格識見の向上と，その職務を行う上に必要な知識及び技術の修得に努めなければならない。

第十四条 民生委員の職務は，次のとおりとする。

- 一 住民の生活状態を必要に応じ適切に把握しておくこと。
- 二 援助を必要とする者が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生活に関する相談に応じ，助言その他の援助を行うこと。
- 三 援助を必要とする者が福祉サービスを適切に利用するために必要な情報の提供その他の援助を行うこと。
- 四 社会福祉を目的とする事業を経営する者又は社会福祉に関する活動を行う者と密接に連携し，その事業又は活動を支援すること。
- 五 福祉事務所その他の関係行政機関の業務に協力すること。

2 民生委員は，前項の職務を行うほか，必要に応じて，住民の福祉の増進を図るための活動を行う。

児童委員

第十七条 児童委員は，次に掲げる職務を行う。

- 一 児童及び妊産婦につき，その生活及び取り巻く環境の状況を適切に把握しておくこと。
- 二 児童及び妊産婦につき，その保護，保健その他福祉に関し，サービスを適切に利用するために必要な情報の提供その他の援助及び指導を行うこと。
- 三 児童及び妊産婦に係る社会福祉を目的とする事業を経営する者又は児童の健やかな育成に関する活動を行う者と密接に連携し，その事業又は活動を支援すること。
- 四 児童福祉司又は福祉事務所の社会福祉主事の行う職務に協力すること。
- 五 児童の健やかな育成に関する気運の醸成に努めること。
- 六 前各号に掲げるもののほか，必要に応じて，児童及び妊産婦の福祉の増進を図るための活動を行うこと。

2 主任児童委員は，前項各号に掲げる児童委員の職務について，児童の福祉に関する機関と児童委員（主任児童委員である者を除く。以下この項において同じ。）との連絡調整を行うとともに，児童委員の活動に対する援助及び協力を行う。

3 前項の規定は，主任児童委員が第一項各号に掲げる児童委員の職務を行うことを妨げるものではない。

4 児童委員は，その職務に関し，都道府県知事の指揮監督を受ける。

第十八条 市町村長は，前条第一項又は第二項に規定する事項に関し，児童委員に必要な状況の通報及び資料の提供を求め，並びに必要な指示をすることができる。

2 児童委員は，その担当区域内における児童又は妊産婦に関し，必要な事項につき，その担当区域を管轄する児童相談所長又は市町村長にその状況を通知し，併せて意見を述べなければならない。

3 児童委員が，児童相談所長に前項の通知をするときは，緊急の必要があると認める場合を除き，市町村長を経由するものとする。

- 4 児童相談所長は、その管轄区域内の児童委員に必要な調査を委嘱することができる。

地域包括支援センター

- 1 地域包括支援センターは次の基本機能を担う
 - 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
 - ④ 介護保険における予防給付の対象となる要支援者の介護予防支援
 - (1) チームアプローチによる運営 地域包括支援センターの業務は、上記①については保健師等、②については社会福祉士等、③については主任ケアマネジャー等が主として担当することになるが、いずれの業務についても、主たる担当職種のみで行うのではなく、各職種が地域包括支援センターの業務全体を十分に理解し、相互に連携・協働しながら、チームとして実施できるよう、情報の共有や業務の実施体制に特に配慮するものとする。
 - (2) 地域における様々な資源の活用
 - ① 地域包括支援センターの運営に当たっては、保健・福祉・医療の専門職やボランティアなどさまざまな関係者がそれぞれの能力を生かしながら相互に連携することにより、介護サービス、医療サービス、ボランティア活動、近隣住民同士の助け合いまで、地域の様々な社会資源を活用した継続的かつ包括的なケアが行われるよう総合的なケアマネジメントを行うことが不可欠である。
 - ② このため、地域包括支援センターが中心となり、こうした地域の様々な関係者と連携を図る場を設けるほか、同一市町村内の他の地域包括支援センターとの連携を図り、情報の共有化、事例の分析を行うなど、地域包括支援センターの担当圏域を越えたネットワーク形成に努める。
 - (3) 個人情報の取扱いについて地域包括支援センターの運営上、多くの個人情報を取り扱うこととなるため、次に掲げる事項に留意しなければならない。
 - ① 地域包括支援センターにおける各事業の実施に当たり、各業務の担当者が互いに情報を共有し、その活用を図ることが重要であることにかんがみ、予め本人から個人情報を目的の範囲内で利用する旨の了解を得ておくこと。
 - ② 個人情報の取扱いについては、関係法令（ガイドライン等を含む。）を遵守し、厳重に取り扱うこととし、その保護に遺漏のないよう十分に留意すること。
- 2 地域包括支援センター 3 職種の責務

保健師『介護予防ケアマネジメント』

- (1) 予防ケアマネジメントの実施 二次予防事業の対象者（主として要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められる 65 歳以上の者）が要介護状態等になることを予防するため、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行う。

主任ケアマネジャー『ケアマネジメント支援』

- (1) ケアマネジャーの相談窓口設置
 - ① ケアプラン作成技術指導の相談・助言

- ② 支援困難事例等への指導・助言
- (2) ケアマネジメントのネットワークづくり
 - ① ケアマネジャーのネットワーク化実践及び指導・助言
 - ② 医療との連携実践
 - ③ 専門職との連携実践
 - ④ サービス事業所との連携実践
 - ⑤ ボランティア等との連携実践
 - ⑥ その他関係機関との連携実践
 - ⑦ 総合的な連携実践

社会福祉士『総合相談や支援』『権利擁護』

- (1) 地域の総合的な福祉相談窓口設置
- (2) 地域生活支援のための関係者ネットワーク化実践
- (3) ネットワークを通じた高齢者の心身状況や家庭環境等の実態把握
- (4) 高齢者虐待・権利侵害への対応
 - ① 成年後見制度の活用
 - ア 利用アドバイス
 - イ 市町村長申立
 - ウ 成年後見推薦団体との調整・紹介
 - ② 老人福祉施設等への措置
 - ③ 虐待への対応
 - ④ 対応拒否者等への対応
 - ⑤ 立ち入り調査
 - ⑥ 加害養護者への対応
 - ⑦ 消費者被害への対応

3 権利擁護・虐待対応

権利擁護事業は、地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において、安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行うものである。

事業の内容としては、成年後見制度の活用促進、老人福祉施設等への措置の支援、高齢者虐待への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止に関する諸制度を活用し、高齢者の生活の維持を図るものである。

～権利擁護～

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。
 - ① 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。
 - ② 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
 - ① 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。

- ② 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。
- ③ 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。

～総合相談支援～

総合相談支援事業は、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、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、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行うものである。

事業の内容としては、初期段階での相談対応及び専門的・継続的な相談支援、その実施に当たって必要となるネットワークの構築、地域の高齢者の状況の実態の把握を行うものである。

1 総合相談支援の基本的視点

- (1) 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。

～包括的・継続的ケアマネジメント支援～

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、主治医と介護支援専門員との連携はもとより他の様々な職種との多職種協働や地域との関係機関との連携を図るとともに、介護予防ケアマネジメント、指定介護予防支援及び介護給付におけるケアマネジメントとの相互の連携を図ることにより、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを実現するため、介護支援専門員に対する後方支援を行うものである。事業の内容としては、包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用、介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行うものである。

(1) ケアマネジャーの相談窓口設置

- ① ケアプラン作成技術指導の相談・助言
- ② 支援困難事例等への指導・助言

(2) ケアマネジメントのネットワークづくり

- ① ケアマネジャーのネットワーク化実践及び指導・助言
- ② 医療との連携実践
- ③ 専門職との連携実践
- ④ サービス事業所との連携実践
- ⑤ ボランティア等との連携実践
- ⑥ その他関係機関との連携実践
- ⑦ 総合的な連携実践

市町村社会福祉協議会

市町村社会福祉協議会は、次に掲げる事業を行うことにより地域福祉の推進を図ることを目的とする団体であつて、その区域内における社会福祉を目的とする事業を経営する者及び社会福祉に関する活動を行う者が参加するもの。

- 一 社会福祉を目的とする事業の企画及び実施

- 二 社会福祉に関する活動への住民の参加のための援助
- 三 社会福祉を目的とする事業に関する調査、普及、宣伝、連絡、調整及び助成ほか、社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図るために必要な事業

社会福祉協議会は、それぞれの都道府県、市区町村で、地域に暮らす皆様のほか、民生委員・児童委員、社会福祉施設・社会福祉法人等の社会福祉関係者、保健・医療・教育など関係機関の参加・協力のもと、地域の人びとが住み慣れたまちで安心して生活することのできる「福祉のまちづくり」の実現をめざしたさまざまな活動をおこなっています。たとえば、各種の福祉サービスや相談活動、ボランティアや市民活動の支援、共同募金運動への協力など、全国的な取り組みから地域の特性に応じた活動まで、さまざまな場面で地域の福祉増進に取り組んでいます。

(福祉活動専門員)

市区町村社会福祉協議会に設置される職員で、民間社会福祉活動の推進方策の調査、企画、連絡調整、広報、指導、その他実践活動の推進に従事します。

(コミュニティソーシャルワーカー (CSW))

コミュニティソーシャルワークとは、コミュニティに焦点をあてた社会福祉活動・業務の進め方で、地域において、支援を必要とする人々の生活圏や人間関係等環境面を重視した援助を行うとともに、地域を基盤とする支援活動を発見して支援を必要とする人に結びつけたり、新たなサービスを開発したり、公的制度との関係を調整したりすることをめざすものです。コミュニティソーシャルワーカーとは、このコミュニティソーシャルワークを行う者のことです。

都道府県社会福祉協議会

第一百十条 都道府県社会福祉協議会は、都道府県の区域内において次に掲げる事業を行うことにより地域福祉の推進を図ることを目的とする団体であつて、その区域内における市町村社会福祉協議会の過半数及び社会福祉事業又は更生保護事業を経営する者の過半数が参加するものとする。

- 一 前条第一項各号に掲げる事業であつて各市町村を通ずる広域的な見地から行うことが適切なもの
- 二 社会福祉を目的とする事業に従事する者の養成及び研修
- 三 社会福祉を目的とする事業の経営に関する指導及び助言
- 四 市町村社会福祉協議会の相互の連絡及び事業の調整

公的扶助 (生活保護)

生活保護制度は、生活に困窮する方に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、自立を助長することを目的としています。

保健師

市町村保健師は乳幼児や妊婦、成人、高齢者、障害者など幅広い年齢層を対象とし、市町村保健センターなどで住民に身近な保健・福祉・サービスを担っている。虐待や男女共同参画、職員へのメンタルヘルス教育など幅広い活動が行われており、保健・医療・福祉の橋渡しの役割を担う。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

- 1 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、地域包括支援センター、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。

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（抜粋）

第一条 この法律は、高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ、高齢者虐待の防止等に関する国等の責務、高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援のための措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

第二条 この法律において「高齢者」とは、六十五歳以上の者をいう。

- 2 この法律において「養護者」とは、高齢者を現に養護する者であつて養介護施設従事者等以外のものをいう。
- 3 この法律において「高齢者虐待」とは、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。
- 4 この法律において「養護者による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。
 - 一 養護者がその養護する高齢者について行う次に掲げる行為
 - イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
 - ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人によるイ、ハ又はニに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。
 - ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
 - ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
 - 二 養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

（養護者による高齢者虐待に係る通報等）

第七条 養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者

の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

- 2 前項に定める場合のほか、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。
- 3 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定による通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。

第八条 市町村が前条第一項若しくは第二項の規定による通報又は次条第一項に規定する届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(通報等を受けた場合の措置)

第九条 市町村は、第七条第一項若しくは第二項の規定による通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、第十六条の規定により当該市町村と連携協力する者とその対応について協議を行うものとする。

- 2 市町村又は市町村長は、第七条第一項若しくは第二項の規定による通報又は前項に規定する届出があった場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法第二十条の三に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に、同法第十条の四第一項若しくは第十一条第一項の規定による措置を講じ、又は、適切に、同法第三十二条の規定により審判の請求をするものとする。

(居室の確保)

第十条 市町村は、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の規定による措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(立入調査)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは、介護保険法の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

- 2 前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。
- 3 第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(警察署長に対する援助要請等)

第十二条 市町村長は、前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとする場合において、これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは、当該高齢者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。

- 2 市町村長は、高齢者の生命又は身体の安全の確保に万全を期する観点から、必要に応じ適切に、前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。
- 3 警察署長は、第一項の規定による援助の求めを受けた場合において、高齢者の生命又は身体の安全を確保するため必要と認めるときは、速やかに、所属の警察官に、同項の職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法その他の法令の定めるところによる措置を講じさせるよう努めなければならない。

(面会の制限)

第十三条 養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の措置が採られた

場合においては、市町村長又は当該措置に係る養介護施設の長は、養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護の観点から、当該養護者による高齢者虐待を行った養護者について当該高齢者との面会を制限することができる。

(養護者の支援)

第十四条 市町村は、第六条に規定するもののほか、養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。

2 市町村は、前項の措置として、養護者の心身の状態に照らしその養護の負担の軽減を図るため緊急の必要があると認める場合に高齢者が短期間養護を受けるために必要となる居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(専門的に従事する職員の確保)

第十五条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するために、これらの事務に専らに従事する職員を確保するよう努めなければならない。

(連携協力体制)

第十六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法に規定する老人介護支援センター、介護保険法の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

地域包括ケアシステム

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

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

人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

成年後見制度

1 成年後見制度とは

成年後見制度とは、認知症や知的障害、精神障害などで判断能力が不十分になった人の社会生活を支援する仕組みです。

従前から禁治産制度というものがありましたが、この制度は100年も前に作られたもので、本人の権利をすべて剥奪するという内容のものでした。

判断能力が衰えてきても、そのことで人間の尊厳が損なわれるわけではありません。そこで、本人に残っている能力を最大限に活かし、不足している部分を補うという形で、本人を保護・支援していくべきとの思想の下で作られたのが、新しい成年後見制度です。

2 成年後見制度の基本的な考え方

人は、社会生活を営むとき、意識するとしなやかにかかわらず、様々な契約をしています。買い物をするときの売買契約、お金を借りるときの金銭消費貸借契約、銀行に預金するときの契約、介護サービスをうけるときの契約、施設入所するときの契約などなど。そのとき、判断能力が衰えたことで不利な契約を結んでしまわないように、その人に合った安全な契約ができるように、その手伝いをする者を付ける。これが成年後見制度の基本的な考え方です。その手伝いをする人を後見人といい、本人と一緒に契約に問題がないかを判断したり、間違っで結んでしまった契約を取り消したり、本人の代わりに契約を行ったりします。

今注目されている介護保険制度が、身体的能力が不十分になった場合の社会的支援の仕組みであるのに対し、成年後見制度は精神的能力が衰えた場合に、これを支えるというもので、両者は車の両輪のように互いに必要なものされています。

3 成年後見制度に関する諸外国の取り組み

社会の高齢化現象が早くからはじまっていた欧米諸国では以前から、成年後見制度の研究と採用が進められてきました。遅くとも1990年代前半には、ある程度の法改正を終えています。イギリスの持続的代理権授与法、ドイツの成年者世話法、カナダの代行決定法、アメリカの統一後見手続法などが有名で、システムなどは国により異なりますが、基本理念はノーマライゼーション（ハンディキャップのある人を社会から隔離したり、特別扱いしたりするのではなく、人間らしく普通の生活ができるように支援すること）を目指し、自己決定権（自分のことは自分で決めるという人間の尊厳にかかわる権利）を尊重し、残存能力を最大限活かして、判断能力が不足している人々を支援していくとするものである点で共通しています。

イギリスでは判断能力がなくなる前に、あらかじめ契約で財産の管理を任せる権限を与えることができるという仕組みを作り、現在の任意後見制度の基になりました。またドイツでは、裁判手続きの中に本人の意思や能力を確認、見直す仕組みを取り入れて、また身寄りがなく親類や身近な人の中に後見人となる人がいない場合に、後見人を紹介する世話人協会というシステムを作り出しました。

わが国では、遅れて高齢化時代を迎えたものの、現在では、世界のどの国も体験したことのない速さで超高齢社会へ移行しつつあります。制度や仕組みが、現実の社会の変化に対応しきれないという状況下で、より良い未来を築くために国民一人一人の取り組みも待望されています。

事例

事例1 長男の家庭内暴力

相談概要

A子さんの友人からの相談。

A子さんは15年程前からうつ病で〇〇クリニックに通院している。7年程前乳がんで全摘した。体調が悪いせいか寝たり起きたりの状態、家事はサラリーマンの夫がすることが多い。

長男Bは「いい子」です。中学生時代人間関係が築けず引きこもりがちになり、〇〇病院で人格障害と診断された。母親はいじめを受けていたとっている。

しかし、長男Bは自分がこんな状態になったのは、母親のせいと母親に当たり暴言を吐き、物に当たりだした。大学3年の時「こんな家に居たくない」と言い出し〇〇市内にアパートを借り一人暮らしをした。今年卒業し〇〇に入社、現在他県に勤務、寮生活をしている。しかし人間関係が築けず、寮生と一緒に食事がとれず寮の食事を取っていないようだ。

また、同僚とのコミュニケーションがうまく取れず、仲間に入って行けず、孤立しているようだ。

仕事も理解力が弱くついていけない状態のようで、皆から馬鹿にされていると言う。人間関係のトラブルがあると家に電話をよこし「こんなことになったのは親のせいだ！」と延々と父親に文句を言う。(母親は寝ているため父親に当たる)

休日には帰宅し一日中寝ていて、起きると母親に「自分がこんなになったのはお前のせいだ」と騒ぎ、物を投げて壊し、母親に物を投げつけ手を上げる。

散々 暴れまくって、父親に車で〇〇駅まで送らせ、車中で大わめきをして帰っていくという。

長女は発達障害の疑いと診断され高校を卒業出来ず、大検を受けて〇〇大学に入学し卒業した。しかし卒業間際には人前に出られず就活が出来なかった。

その後、医療事務の資格を取り週末2日だけ救急病院の医療事務に携わっているが、それ以外の日は部屋に閉じこもり、何もせず、疲れると言って寝ている。

母親は、自分の育て方が悪いから子供達がこうなったといい続けている。

何とか長男を病院に入れることが出来ないか、いまに母親を殺しかねない。

又、娘もこのままでは困るのではないか、この一家の相談にのってくれる人はいないのか、A子さんから電話をもらうたびに怖いと思う。

A子さんから電話連絡

「長男Bが夜勤明けで帰ってきてリビングのソファで寝ていた。父親が帰ってきて、食事はとったか？と聞くと「こんな家のもの食べられるか」と怒鳴り、家を行き朝帰ってきた。私(A子さん)は寝ていて、長男Bにサンドイッチを作り食べるように言ったところ、暴れだし掃除機・コタツ板を投げつけ壊した。手当

たりしだい物をひっくり返し、私をこづき、雑誌を投げつけた。やがて仕事に戻る時間になり、私が車で〇〇駅に送って帰した。」

自分が悪いからこのような子供に育ったと言い、息子が暴れるのは自分のせいだと言う。

一人娘だったA子さんの両親は非常に仲が悪く苦勞したとのこと。

A子さんは、両親から世話をしてもらえず、喧嘩ばかりをしているのを見て育った。結婚し子供が生まれたが、息子は外で遊べなかったため怒って外に締め出したり、怒鳴ったり、手を上げたり、押入れに入れたり虐待をしてしまっていた。自分が親にされたとおりの子育てをしてしまったと言っている。

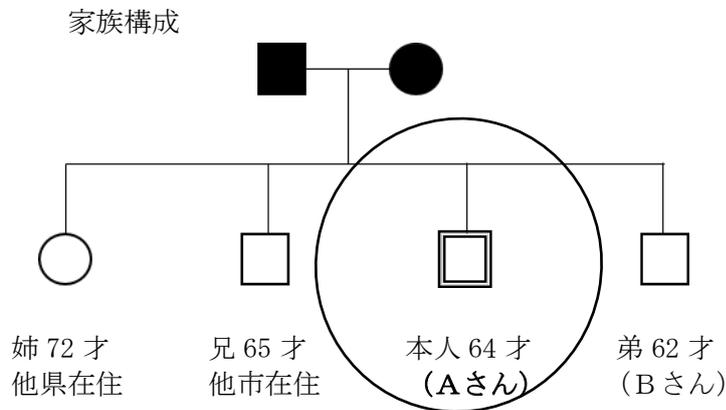
両親の介護を見栄や世間体でしていたためストレスもあったが、やはり子供がこのような状態になったのは自分のせい言っている。

母親として思っていること

- 長男の「人格障害」が酷くなり、勤務先にいられなくなり、自宅に引きこもる様になるのではと心配している。長男は死にたいと常に言っている。
- 長女は障害者ではないが、〇〇病院の先生と相談しながら、将来は生活保護でもと考えている。
- 夫は、これ以上この家にはいたくないしかかわりたくない、離婚したいと言っている。
- 自分は「うつ」が酷くなりこれ以上耐えられない。家・土地を売却しそれぞれに分けて暮らしたい、昨日、〇〇クリニックで先生と話をしたところ、「家を出て身を隠しなさい」と言われた。本当は長男を殺し自分も死にたい。

事例2 ゴミ屋敷のAさん

本人 64才男性 (Aさん) 厚生年金 4万/2月 独居



(家族・財産等の状況)

かなり広い土地を所有している。その土地に兄名義の2階建の住居(空き家)と、父親名義の2階建の住居(居住中)がある。

本人の話によると、「父親が亡くなった時、父親名義の財産を母親名義に、母親が亡くなった時は兄弟4人で現金を分け、土地は次男三男の名義にした。」という(兄弟4人で財産争いになり裁判になった。)。大学を卒業後会社勤めをしていたが神経質になり不整脈にもなって退社した。コンピューターを扱う仕事をしていて、ゲームにはまり、株などにも手を出していた。その後、チンピラ数人と遊んで歩き、そのチンピラや変な叔母さんが自宅にも出入りするようになった。親から貰った金を使い果たし、カードを所有していたらしく、カードで飲み食いしキャッシングし借金の取立てがひどく、兄夫婦のところまで取り立てがあり、兄夫婦は70万円くらいの借金を代わりに清算し他市に引っ越しに行き、その後の関わりは拒絶。

姉は、たまに米等を送ってくる程度で関わりは拒絶している。

弟は、本人の行動や借金の問題もよく分からないと言っている。二階に居住し関わらないようにしていたということであった。固定資産税を支払っている。

(Aさんの概要)

35年前に統合失調症と診断されたが現在は医療機関にかかっていない。20年ぐらい電気・ガス・水道は止められている。水は、公衆トイレからペットボトルに汲んでくる。お風呂は数十年入っていない。自宅のトイレは使用不可。外か、共同トイレ又はスーパー、コンビニ、行政の建物内で用を足している。

(食事等)

お金があれば食べている。半額になった商品を購入したり、スーパー等の試食品の食べ歩き、ゴミ漁りをして、捨ててあるお菓子、弁当等を拾ってくる。

姉から米が送られてきた時等は、拾ってきた電気釜で公衆トイレの電源を使い炊飯することもある。同じ電源を使い、電気ポットで野菜等を煮炊きする。

本人は、拾ってきた電気製品はすぐ壊れると言っている。

(暖房・光熱等)

電気等止められているため、夏の猛暑のとき、冬の厳寒時期など、スーパーなどで一日を過ごしている。壊れたコタツを拾ってきているが火の気は無い。

ローソクをつけ明り取りにしている。ゴミの中での生活なので非常に危険な状態。就寝は長靴を履いたまま毛布1枚にくるまって寝る。

(住居等)

何年も手入れがなされず、地震のため家具類は転倒散乱、ガラス戸のガラスは割れて、家は吹き抜け状態。異臭悪臭は酷いが、何せ吹き抜け状態のため悪臭がこもっている状態ではない。本人がゴミを拾い集めてくるため、見える限りの部屋に山積みのゴミ屋敷状態。

悪臭、ゴキブリ、ねずみ、蛇等と同居している。

玄関先に大小の縫いぐるみ数体、生卵9個入りパック、一口タイプのゼリーパック、弁当、携帯電話2台が放置されている。

(衣服等)

風呂に入っている様子が無いことから、衣服の交換等は考えられないし着たきりの状態であるから、体全体から異臭がしている。

家の中に替えの衣類がある様子は見られず。靴はボロボロ。電化製品のコードをベルト代わりにしている。

(身体的)

虫歯だらけで、かなり痩せている。

統合失調症のためか、被害妄想がある。例えば、クーラーを持っていかれたとか、トイレに馬糞を投げ込まれた等と言う。

健康保険にも加入していない(保険料を支払っていない。)

(担当の保健師からの情報)

身体的な動作には問題なし。

記憶障害はないが、何年も前の話を、つい先日のことのように話をする。質問をすると答えようとするが話が飛んでしまい、質問したことに対しての回答が帰ってこない。

Aさんは、自分の過去について、神経科に通っていた時、友達や宗教勧誘の人達と知り合いパチンコをしたりして金を使ってしまった。それが悪かった。同級生のような人と付き合っていればよかったと思うと言っている。現在の生活場所を離れたくない、集団生活は嫌だと言う。土地や不動産を何とかしたいと言っているようだ。

(その他)

税金の滞納、クレジット会社、裁判所からの通知もきている。

セルフネグレクトかも？

人としての尊厳を失い、近隣住民から孤立している。

本人の意思もあるかと思うが、精神疾患による判断力の欠如が伺われる。

- ◎身体 of 極端な不衛生
- ◎住環境 of 極端な不衛生
- ◎必要な医療・サービスの拒否
- ◎不適切な金銭・財産管理
- ◎地域での孤立などがある。

数か月前まで同居していた弟（Bさん）の状況等

Bさんは大学を卒業はしているが、19才の時、時々意識を失い倒れ、てんかんではないかと診断され、大学病院の神経科等にかかり26才まで抗うつ剤を服用したがその後服薬をやめ今に至っている。やめた理由は不明。家に引きこもっている。

H24年、保健師が付き添い受診し「適応障害」と診断されている。

Bさんの生活資金について、親が将来を心配し生命保険を年単位で区切って掛け、保険の金で食べられるようにしたとにこと。

現在は月5～6万の収入になるので何とか暮らせるが、固定資産税と家の関係の請求が来ると足りなくなる。

BさんはH23年12月31日に、何時も出歩いている兄が風邪を引き寝込んだのを心配し、翌日に民生委員に連絡「兄が風邪を引き寝込んだ」「この家では生活できない、助けて」と連絡、民生委員が区長に相談。社会福祉課につながった。

生活保護課につながったが、親が掛けた保険があること、家土地があることから生活保護は該当しなかった。

現在、紹介された宅老所に「緊急避難」で入所し、兄のことを心配しているが、お金は出してやれないという。

最近、Bさんに行政から連絡があり、共有の土地を売却しBさんの生活費を捻出し、税金等の支払もしてもらはなければならない、そのためにAさんに成年後見人を付ける、その費用もかかると言われ、弁護士に相談をするようアドバイスされパニック状態になってしまった。

Bさんは、行政が信じられない、このようなことを言う行政について弁護士に相談すると言っている。Bさんは、体調が悪く、体中からリンパ液、体液が出てきていると言っている。

事例3 アルツハイマー型認知症

ADL状況

歩行，食事，排泄，整容は自立

着替えは，着脱は自立，時々季節に合わない服装をしている時もあるがほぼできている。

入浴は，デイサービスで入浴している。昨年までは自宅のお風呂にも言葉かけで入っていたが，この頃は入ろうとしなくなった。

IADL状況

調理はできないが，食後は自分で食器を洗っている。調理と買物はヘルパーが支援している。

お金や薬の管理ができない。

掃除や洗濯は自分で行っている。

認知

少し前の事を忘れてしまう。月日や曜日がわからないが時間はわかる。

昔から関わっている人の事はわかる。

最近では，ヘルパーが声をかけても自宅でお風呂に入らなくなった。元々お洒落だったが，この頃は美容院へも行こうとしなくなった。

コミュニケーション

言われた事にうまく合わせて答えるが，記憶は曖昧。

最近，ヘルパーが声をかけても自宅では入浴しようとしなくなった。霜焼けもひどくなっているが，本人が病院に行きたがらない為受診も難しく，デイサービスで入浴後に市販の軟膏を塗付してもらっている状況。担当ケアマネは，霜焼けの状態が悪化しない為にもデイサービスの利用回数を増やしたいと思い本人に聞いてみたが，本人は「霜焼けになるのは毎年のこと。そのうち治るから大丈夫。デイサービスは週1回でいいです。」と話すため，なかなか対応できずにいた。本人は毎週木曜日にデイサービスに行っているという事はわかっているが，今日が何曜日なのかは理解できていないので，本人には回数を増やすとは言わずに，月曜日にいつものようにデイサービスで迎えに行ってみると，「毎週デイサービスを楽しみにしているのよ。」と言いながらいつもと変わらずデイサービスに行ってきた。しかし，何度か通っているうちに，本人が毎回渡される連絡帳を見て，木曜日以外の日の記録がある事を不思議に思うようになった。担当ケアマネは，デイサービスの職員と相談し，連絡帳はデイサービスで保管する事にしたが，ゆくゆくは，本人にデイサービスの利用が週2回になった事を説明しなければならないと考えている。

事例4 高齢者・障害者虐待対応アセスメントシート

被害者	Fさん 85歳 男性, Mさん 83歳 女性 (夫婦)
加害者	S (同居の息子)
場所	自宅
虐待の種類	○身体的 ・ 放棄 ・ 心理的 ・ 性的 ・ ○経済的 ・ 消費
虐待の具体的状況	<p>今年1月, Mさんが, 酒を飲んだ息子Sから「ばかやろう」「死ね」など言われ, 頭を蹴飛ばされる。その際, たまたま実家に泊まりに来ていた加害者Sの姉も布団にぐるぐる巻きにされ, 加害者が別の部屋に行った隙に全員が自宅から避難する。Sは現在無職, 10年位前から酒癖が悪くなり, 5. 6年前から親への言いがかりや被害妄想的な発言が気になってきた。酒代の要求や, 両親への恨みを暴言・暴力という形でぶつけている状況。父親Fへも暴言は向けられるが相手にせず逃げている。</p> <p>1月の関わり以降, 行政や断酒会, 加害者の姉などで連携してSを3か月間精神科病院に入院をさせた。しかし, 外泊の度に飲酒を繰り返し, 両親も黙認していた。退院後も酒を飲むと両親に対しての暴言がひどく, 両親は身の危険を感じて加害者が酔っている時は家に入らないようにしている。知人宅に身を寄せたり, 自宅納屋で夜を過ごしている。</p>
虐待の原因	加害者が若い頃「行きたい高校へ行けなかった。親父のせいだ」「勤めていた会社を辞めたのも, 母親が裏で会社に手を回したからだ」等両親への恨みがあると加害者の姉は話す。
本人の意向	<p>父親Fさん「息子と家において田んぼを守りたい。最悪のことになっても仕方がないと思う」</p> <p>母親Mさん「息子はもうかわいそうと思わない。一緒には暮らせない。」</p>
<p>現在, Fさん夫妻はSによる暴力のため満足に家にいられない状況。3ヶ月間精神科入院をしたものの状況は改善していない。現在, 市の担当課はいつでも緊急避難先として宅老所入所が出来るように手配をしている。また, 今後は加害者である息子に対しても直接面会して現在の状況をどのように考えているか確認し, 併せてどのように話を持っていくかケース会議を持って話し合う予定である。両親の意向が違うがそれぞれの意志を尊重すべきなのだろうか。また, 加害者Sに対して厳しい条件を突きつけた場合のリスクをどう考えればよいのだろう。 ~介入の方法をアドバイスいただきたい~</p>	

事例5 これってセルフネグレクト？

<本人>

Jさん(男性) 73歳 1人暮らし。定期通院なし。65歳まで大工仕事を行う。畑仕事、庭の手入れが趣味。

<家族構成>

子供2人。次女が4歳時妻と離婚。長女を育てるが、10年前に長女が家を出る。(喧嘩別れのかたち) その長女との連絡のやり取りもしていない。

近所に兄弟、親戚はいるが、不仲となり来訪してくれる人はいない。69歳時、飲酒中の本人に、兄弟が何かを言い、掴み合いの喧嘩となり、警察が介入。それまでも喧嘩で数回警察が介入したと本人は言っていた。

<関わった経緯>

平成18年 脱水症状にて救急搬送された後より、包括より依頼があり、在宅支援センターが関わるようになる。

巡回訪問 1回/月が始まる。

平成19年2月～ 朝早くに起床し、畑仕事等を行い、その後は焼酎を飲んで過ごすことがほとんど。食事は1食で、その他はつまみ程度の摂取。ADL, IADL自立。

在介訪問中も飲酒が続く。泥酔すると「クソババー」等の発言がある。「何がなんだか、自分で分からない。皆と仲良く暮らしたいと自分は思っているだけなのに、その通りにならない。色々な人に裏切られてきた。」と言っていた。

庭にある、大工道具や材料、庭の果物を盗られる、悪戯されるなどのことで(事実是不明)敷地の入り口には、バレーのネットが張られている。

印鑑、通帳もなくしたことがあり、自分で再発行。年金の現況調査を出しておらず、手続きに支援を要す。

買い物は、目が見えにくいし、素早く小銭をだせないとの理由で、札を使用する為、小銭が貯まっている状況。

自分の身体は自分が一番知っている。腕の良い医者が近くにいないといい、頭が痛い、足が浮腫む等言うものの、通院しようとはしない。それでも、歯科通院をした時には、医師の説明が理解できなかったようで、金歯を医師が盗って売ろうとしていると、途中で病院を変える。

平成21年 8月 庭の草が伸び放題。歩くことが大変になったと外にあまり出なくなる。飲酒は続く。4ℓの焼酎が4～5日でなくなる。食事も減る。

9月 包括保健師と同行訪問
通院を勧めるが、本人はそれを拒否。自分で何とか食べているとのことで、このまま様子観察となる。本人は年齢を聞かれ、60歳と言

い、何かが飛んでくるように見えると本人は保健師に話す。

10月 歩行がふらつき、手指の振るえも見られるようになる。
包括に同行訪問依頼。娘との連絡の了解を得ようとするが、頑なに拒否。通院も拒否。

12月 入浴はするが、湯に入るだけしか出来ないと言ってくる。通院するよう促すが、やはり拒否。娘との連絡も拒否。
掃除が出来ないが、年が明けると気にしていたので、年末の大掃除の為に、自由契約のヘルパーの利用を提案。その了解は得られる。
また、契約をすると本人自ら、買い物の依頼もヘルパーに行う。40の焼酎のなくなる頃に、自分で頼むので、大体1回/Wのヘルパーの介入となっていた。

平成22年 1月 食べ物を口にすると嘔吐（水っぽいものを少量）するようになる。

2月 3日のケース会議にて、介護保険の申請及び、自由契約のヘルパーを2回/Wに増やす方向となる。しかし、本人がヘルパーは1回/Wで良いと言い、1回/W定期に入ることとなる。また包括が、娘に連絡をとってみたいこととなる。

通院を拒否していた本人であったが、8日に往診であれば、受けても良いとようやく言ってくれる。

しかし、今まで定期通院していなかった本人であるので、市として病院に依頼するほど、緊急性はないとの判断をされる。医師に診てもらうには、自由契約のヘルパーの同行で通院するか、若しくは救急車で行くようにと言われる。本人は通院拒否。（歩くことがひどい。）救急車は目立つので嫌。あくまでも、往診であれば受診するという。

19日再びケース会議。往診であっても、医療行為を受けなければならぬと訴える在介と、本人が治す気持ちもないし、老いの為に身体が動かないと思っている人に、市が動いて通院させる必要がないとの見解の相違があり、改めて、22日保健師が同行訪問することになる。

本人はやはり、往診を希望。23日、保健師と在介で病院に往診をお願いすると、快く受けてくれる。焼酎を飲みながらも、きちんと食べるように医師は本人に言ってくれ、定期に往診してくれることとなった。

3月 本人から、娘に連絡をして欲しいと言われる。包括にその旨を報告すると、市から連絡するとの事。

15日、病院より連絡があり、今の状態では1人暮らしは困難であるので、今後の生活を考えるようにとの助言がある。その日の夕方、急遽ケアマネが選任され、介護サービスで、毎日ヘルパーが入ることとなる。

20日、ヘルパーにより、死亡を発見される。

< Jさんの対応について思うこと > (担当者 : Y S)

Jさんと初めて会った時から、アルコール依存症の疑い、判断能力の低下の疑いはもってきた。しかし、日常生活を営むことに関しては、自立しており、21年8月の訪問までは、愚行権の行使を止める権利はないと、ただ見守ることに疑問は抱かなかった。

21年8月の草の伸び放題の様子から、ただ見守ることに疑問を感じるようになっていった。再三通院を勧めたが、通院の拒否が続いた。これって、セルフネグレクト?と思うようになったのは、22年1月。

食事を受け付けない身体になっても尚、通院を拒み、娘との連絡も拒否し続けた。

ようやく往診であればという妥協点を導き出したが、実際の往診に繋がるまでに、約1ヶ月を要してしまった。チーム内での共通認識が図れていなかった。

結果、悲しいことに、孤独死となった。Jさんの死が避けられないものではなかったかもしれない。しかし、ようやく、Jさんが、医療と結びつこうとし、10年も会っていなかった娘とも会いたいと言ったその気持ちに、即対応できなかったことが悔しくて、今も心に残っている。これが、セルフネグレクトと共通認識がなされ、チームアプローチが上手く図られれば、即対応されたことであろうと思う。

年月日	平成 24 年 7 月 日		
対象者	A さん	72 歳	女
相談者	〇〇市保健師	関係：行政	
相談方法	電話		

相談概要	平成24年7月、公営住宅近隣住民から「高齢夫婦2人暮らしの世帯のはずだが、2年前から妻の姿を見ていない。」と〇〇警察署に通報あり、警察署は〇〇市役所に連絡し市役所職員が訪問したが、屋内に立ち入ることを拒否された。妻に対する夫からのネグレクトが心配されるが、夫からの強い拒否があり対応に困っている。
------	--

分類	支障・問題点の具体的状況	原因	意向	今後の可能性・危険性	支援の方針
高齢者虐待 (ネグレクト)	<p>①2年前からAさんの安否が確認できていない。</p> <p>②居宅内が汚れやゴミ等で劣悪な環境である。近隣から異臭の訴えあり。</p> <p>③同居の夫が、立ち入りとAさんとの面接を拒否している。</p>	<p>①社会との関わりを拒否する、夫の異常な性格</p> <p>②Aさんの精神疾患？</p>	<p>・面接できていないためAさんの意向不明</p>	<p>①Aさんは、すでに死んでいる。</p> <p>②Aさんは、動けないにも関わらず、介護も医療も受けられていない。(放置されている)</p>	<p>①安否確認、緊急性逼迫性の判断</p> <p>②緊急性逼迫性がある場合Aさんを保護し介護・医療サービスにつなげる。</p> <p>③夫が拒否する場合は、やむ措置による緊急入所をさせAさんを保護する。</p> <p>【リスクを想定して準備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死亡している場合 警察同行 ・緊急保護が必要な場合 身体状況に応じ、養護老人ホーム又は特別養護老人ホームに定員超過の措置入所をすることを事前承認を得る。(市と措置施設) ※措置なので、空きを探す必要なし。静養室で十分 <p>④養護者による虐待が介護疲れの原因だとすれば、保護(分離)の後対応する。</p>
高齢者虐待 対応	<p>①虐待(ネグレクト)の可能性が高いにも関わらず、同居の夫が、立ち入りとAさんとの面接を拒否していることを理由に、Aさんの安否も虐待と虐待の程度も確認できていない。 (エールへの相談からすでに3か月経過している。)</p> <p>②通報を受けた警察も消極的。(〇〇市役所で立ち入るなら同行するとは言っている)</p> <p>③公営住宅管理者が、緊急性が高いにも関わらず合鍵を貸し出さない。(義理の妹が保証人になっているからと言う理由)</p>	<p>①決断しない</p> <p>②なんとかしようと思っていない。</p> <p>③加害者の可能性が高い夫の意向を尊重しすぎている。</p> <p>④夫の判断能力を評価して対応していない。</p> <p>⑤緊急時にも事務的</p>	<p>①問題は解決したい。</p> <p>②関わりたくない？</p>	<p>①エールから「死んでいたらどうする？」と言うと、動く可能性がある。</p> <p>②上記のリスク対応を準備した上であれば安心して動く可能性がある。</p> <p>③マスコミを参加させれば、強制的に立ち入る可能性がある。</p>	<p>①相談を受けたエールとして、今さらではあるが虐待の可能性が高いので早急な介入が必要であることを伝える。</p> <p>②それでも動かない場合はマスコミに参加を依頼して事実を公表して対応する。</p>