

高齢者施設における虐待防止

～より良い施設ケアのために～

* 福祉のコンプライアンスルール *

ふくし@JMI

小湊 純一。

981-1505 宮城県角田市角田字栄町 22

TEL 0224-61-1266 FAX 0224-61-1277

Eメール jk@npjmi.com

ホームページ <http://www.npojmi.com>

1 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) 知的、精神、認知等の障がい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。

2 なぜ高齢者・障がい者虐待？

- (1) 障がい者の身体、認知、知的、精神等の障害
- (2) 障がい者が虐待者へ依存（介護、生活援助など）
- (3) 虐待者が障がい者へ依存（特に経済的援助を受けるなど）
- (4) 虐待者の精神的障害（薬物乱用や精神疾患の既往など）
- (5) 家族の社会的孤立

3 高齢者・障がい者虐待を把握する

- (1) 家族や現在介護をしてもらっている者に対して恐れをいただいている
- (2) 説明がつかない怪我、骨折、火傷がある。
- (3) 放置、暴力等の虐待を受けている。
- (4) 身体抑制を受けている。
- (5) 財産が搾取されている。

4 高齢者・障がい者虐待とは

- (1) 身体的虐待
- (2) 介護放棄（ネグレクト）
- (3) 心理的虐待
- (4) 性的虐待
- (5) 経済的虐待

I 福祉のコンプライアンスルール

～事前的・予防的権利擁護の実践～
～コンプライアンスルール策定型サービス評価～

宮城福祉オンブズネット「エール」
社会福祉士 小 湊 純 一。

社会福祉法、介護保険法、運営基準、障害者基本法、労働基準法、労働安全衛生法、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、成年後見制度・・・

1 期待される役割

ここ数十年の間、高齢者・障害者福祉サービスの質を確保するための方法として、国からの通達による“指導監査”が行なわれていた。現在も社会福祉法人においては実施されているが、福祉から保険に移行した介護保険のサービスにおいては“実地指導”という形式に変化している。一定の基準を満たせば、保険事業者として都道府県が指定を行なうシステムになっているために、指定した都道府県が事業所を“運営基準”に基づいて指導している。もちろん基準違反や不正請求を行なっていれば指定を取り消す権限を持っている。

しかし、この実地指導は、サービスの実態と費用請求の照合、人員や勤務実態の把握、書類の整備状況を確認して不備があれば指摘するに留まっている。都道府県の“指導監査”の対象である社会福祉法人も、支援費制度、保険制度に移行し、契約によってサービスを利用する時代となり、行政責任から自己責任に移行せざるを得ないようにルールが引かれている。

(1) 措置の福祉社会から契約型福祉社会へ

福祉の措置は本来申請主義ではなく、地域で保護が必要な人を民生委員などの協力によって発見し、入所などの保護措置をするものであり、現在でも、高齢者等が居宅等において虐待を受けている場合等に適応されている。措置による保護の実施（福祉サービス提供）については国、県の責務であるが、すべてを行政が行うことは難しい。

国は、行政に代わって社会福祉法人に行わせるため、認可制（後に県知事）とし、定款準則、経理規定の準則（今では「社会福祉法人会計基準」）を作って、法人設立から運営、財産の管理に至るまで行政が管理していた。その内容はサービスの回数や提供方法にまで及んでいた。対価を“保護措置費”と称し、その処遇（サービス）の内容は、通知と指導監査により最低限の質を確保していたという時代の流れがある。

措置から介護保険、支援費に移行した、これからの契約型福祉社会に必要なのは、サービス提供者の自己責任による良質なサービスと、利用者の権利が擁護されるシステムである。これは、社会福祉法などにある「個人として尊厳された、良質で適切なサービ

スを実現すること」に他ならない。

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”が最も重要である。

(2) 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、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。

筆者を含め、福祉関係者の自己研鑽の努力はまだ不十分である。福祉施設に勤務している人は、“指導員”“相談員”“ケアワーカー”等と称され、児童や知的障害の施設などでは“先生”と呼ばせ、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 コンプライアンスルール策定の効果

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。例えば、福祉系の大学で勉強し資格を取得して卒業したとしても、常勤で雇用されることは稀になっている。さらに、「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かが明確になる。

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 評判が良くなるようにしなさい。

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 作成されるべきコンプライアンスルールの参考例

コンプライアンスルールには、そのルール策定だけでなく、実行するためのルール策定、人材の養成が重要になる。社会的役割，方向性等全体を理解してコーディネートし，スーパーバイズ出来る人材が必要である。規則，マニュアルの類はすべて揃っているが，誰が見ても明らかにサービスの質が良くないという事例はいくらでもある。

コンプライアンスルール策定は，最低基準をクリアすることが前提であるが，事業所によっては最低基準をクリアすることが目標になる場合も想定される。

(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
- 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 コンプライアンスルール実行の方法

(1) コンプライアンスルールの目的

- ① 事業の正常経営
- ② 利用者の権利擁護
- ③ 職員の権利擁護

(2) コンプライアンスルールの実行

- ① 実行のための教育
- ② コンプライアンスルールブックの携帯

(3) コンプライアンスルールの改定

- ① 改正の方法

(4) スーパーバイザー

- ① 実行責任者
- ② 実行管理者

II 専門性

～福祉の仕事は自立支援～

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。

～施設ケアプラン策定のための課題検討の手引き～（抜粋）

4 認知

1 認知障害

（1） ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

- ① 認知障害があるかどうか、急性か慢性か、慢性なら、その障害を補い、生活の質を高める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 認知障害のある入所者に、負担やストレスとならない活動を提供します。
- ③ 関わる職員の適切な支援的役割を明らかにします。

（2） 認知障害把握のポイント

- ① 短期記憶、長期記憶に問題がある。
- 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。
- ③ 他者に伝えること、理解することが不十分、もしくはできない。

（3） 認知障害に関する問題

認知機能における障害は、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。

ほとんどの認知能力の低下あるいは認知症は慢性に進行するものです。このため、認知能力の低下した高齢者へのケアは、治療というよりも、生活の質を向上すること、機能状態を維持すること、機能低下を最小限にすること、尊厳を保持すること、に焦点を当てることになります。

せん妄や行動障害は、認知能力の低下した入所者へのケアを複雑にする原因です。

～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。逆に,頭部の外傷により知能が低下した場合などは認知症(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

(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

～高次脳機能障害～

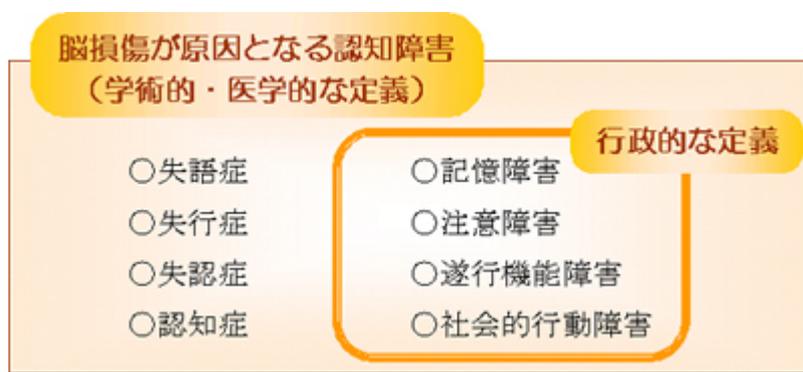
交通事故や脳卒中などで脳が損傷されると、記憶能力の障害、集中力や考える力の障害、行動の異常、言葉の障害が生じることがあります。これらの障害を『高次脳機能障害』と言います。

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う混乱する
- ・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うと，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く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，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。

～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。

（４）認知問題改善に向けての考え方・ケアの方向（指針）

支障のある状態について、認知能力の低下とどのように関係しているのか、生活の質にどのような影響を及ぼしているのかを把握することにより、ケアの方向性と可能性を検討します。

認知能力の低下との関係を確認します

① せん妄

せん妄状態では、認知能力を正しく判定することができません。せん妄が回復するか、治療ができるだけの効果があった場合のみ、正しく認知能力を判定することができます。

② 認知症の進行

最近認知能力が悪化していないか、認知症の進行に変化がないかを明らかにすることで、入所者の認知能力と身体機能が現時点でどの程度障害されているかを理解することができます。その結果入所者のもっている現実的な可能性が把握され、QOLを拡大するケアプランに役立てることが出来ます。また、認知能力の変化の状況を知ることにより、回復可能な原因を調べ、悪化を防止することができるようになります。

③ 精神遅滞，アルツハイマー病，その他の成人発症の認知症

認知能力が低下した入所者に最もよくみられる神経疾患は、アルツハイマー病です。

しかし、知的障害者は介護保険施設で増加の傾向にあり、特にダウン症候群は比較的早期より認知症になりやすい。認知能力が低下している場合、これらの神経疾患を区別することにより、スタッフは入所者が長期にわたって保持する知的能力の相違を理解することができます。

改善の必要性、可能性がある問題を確認します

① 気分の状態と問題行動

せん妄と同様に、問題行動も特別な治療やケアにより軽減したり、完治することがあります。しかし、中には改善不可能なものもあり、スタッフは入所者の一部として問題行動を受け入れ、付き合っていくべきです。また、継続する問題行動に対しては慣れが生じるため、問題行動による本人や周囲の身の安全や健康、日課活動への影響は特にないと感ずることもあるので注意が必要です。

認知能力が低下し問題行動のある入所者には、以下のことを検討します。

- ア 問題行動へのケアを開始した後に認知能力が悪化することはなかったか？
- イ 認知能力の悪化はケアや治療が原因であったか？（たとえば、ケアを嫌がる反応など）
- ウ 問題行動へのケアや治療を開始した後に認知能力は改善したか？
- エ スタッフの援助によって身体的な自立度は改善したか？

② 医学的な問題

医学的な問題を明らかにし治療することは、認知能力とQOLにプラスの影響を与えることがあります。たとえば、うっ血性心不全、慢性閉塞性肺疾患、便秘を効果的に治療することにより、身体機能と認知能力の両方を改善することができます。

快適な状態（痛みのない状態）は、慢性、急性の疾患を問わず認知能力が低下した入所者を治療する際に、最も優先される目標です。この場合本人の訴えを把握することが重要ですが、痛みを十分に伝えられないこともあるので注意します。

③ 一般状態の低下

認知能力が低下し、その期間が長く続いている入所者は、合併症（たとえば、褥瘡など）を起こしたり、生命の危険性のある段階にまで到達することがあります。

④ 身体機能の障害

認知能力の低下は、まず最初に身体機能の変化に表れることがあり、回復可能な原因を明らかにするため、以下のことを検討します。

ア 移動，更衣，摂食においてどの程度介助が必要か？

イ より自立できる可能性はないか？

ウ 認知能力だけでなく，状態が全般的に悪化しているのか？（たとえば，尿コントロール，移動，更衣，視覚，日課活動への参加時間の低下も起こっているなど）

⑤ 感覚障害

ア 識別が困難な状況があるか確認します。

認知能力が低下すると，小さい物体を識別したり，食事中に皿を置いたり，いすに座るために体を調整することが難しくなる。このために毎日の日課行動をしなくなることがあります。視覚に問題があるかどうかを確認する必要があります。

イ コミュニケーション能力を確認します。

認知能力が低下している人は，意味のあるコミュニケーションができないものと思われている場合があります。しかし，一見理解しがたい行動（叫ぶ，攻撃的な行動をとるなど。）でも，それが独自のコミュニケーション方法であることがあります。このような行動とその出現パターンを観察することによって，認知障害の入所者のニーズをある程度理解できるようになることがあります。（トイレに行きたいため，不快なために騒ぎ始めるなど。）

ア コミュニケーションがとれるのか？ しようとしているのではないか？

イ スタッフは，入所者の反応を促すために言葉によらないコミュニケーションの方法（触れる，ジェスチャーなど）を使っているか？

⑥ 薬剤

向精神薬やその他の薬剤は認知能力の低下の一因となることがあります。必要に応じて確認します。

⑦ 関わり方の要因

ア 自立した活動をする機会は考慮されているか確認します。

スタッフは，入所者ができるだけ多くの活動に参加するよう配慮すると同時に，過保護にならないように注意します。ある1つの機能が低下していても，その領域すべてを全面援助する必要はないし，また他の機能低下につながるかもしれないことを頭に入れておきます。

イ より自立できるかもしれないと考える根拠はあるかどうか確認します。（実際にやっているところを見た，もっと自分でやりたいという希望がある，体幹や四肢，手をコントロールする能力があるなど。）

ウ 日常生活において自分で判断する場面がもっとあるかどうかを確認します。

- エ 自分で判断するための認知能力が少しでも残っているか確認します。
- オ 受身的になっていないか確認します。
- カ ケアを拒否していないか確認します。
- キ 自分でできるように動作分割はされているか確認します。
- ク スタッフの対応の不適切さが、支障、混乱の原因になっていないか確認します。

～ADL能力を正しく評価するため、以下のことを確認します～

1：動作を行うときに順番を間違えることはあるか。 食事の場合「食べ物を箸でつまみ、口元にもっていき、食べる」、更衣の場合「下着を上着の前に着る」など。 ※皿と箸を本人の前に置いたり、着るものを順番に並べるなどの準備をすることで、身体的な援助はなくても自分で行えるか。
2：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。
3：単純な指示でできるか。 介護者が「お茶を飲んでください。」というとき飲むだろうか。
4：動作を始めることができるか。 いつも使っているもの（箸や歯ブラシなど）を手渡されれば、適切に使い始めることができるだろうか（箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど）。 ※始められない場合、OT・PTなどの専門家の評価を受ける必要があるか。
5：動作を1度始めれば、続けることができるか。 たとえば、1度食べ始めると食べ続ける。
6：介護者の身振りを真似ることができるか。 利用者と向き合い、眼を合わせて、単純でなれた動作（そでに腕を通す、口に触れるなど）をすると、真似ることができるだろうか。
7：身体的な援助を1度すると、動作を続けることができるか。 介護者がフォークに食べ物をさし、手に持たせ、腕を誘導して口元に持っていけば、食べ続けることができるか。

⑧ 日常生活、活動

- 入所者の生活に焦点を当てたケアは、認知能力の低下による問題を軽くすることがあります。
- ア ある程度認知能力があり問題行動のない入所者は、施設での生活や周囲の出来事に関わりをもって暮らしているか確認します。
- イ 負担を軽くしたり、環境を改善することによって効果が得られないかどうか確認します。
- ウ 小グループでの活動が推し進められているかどうか確認します。
- エ 個別の環境的配慮がされているかどうか確認します。（方向の指示や個別の照明など）
- オ スタッフは、入所者の残存機能が最大限活用されるようにケアをしたいか確認

認めます。(全面援助ではなく、言葉をかけたり、手を引いたり、見守ったりすること、動作を分割し次の動作への合図に反応する時間を十分にとっているか、入所者にとって快適で、支えられているという安心感をもてる関係を築くことなど。)

カ 最近親しい人を失っていないかどうか確認します。(配偶者の死、好きなケアスタッフの配置換え、入所して間もない、家族や知人の訪問回数が減るなど。)

ADL目標の例					
更衣	入浴	トイレ	移動	移乗	食事
衣服のあるところに行き、選び、手にとる	浴室・シャワ一室に行く	トイレまで行く(夜間のポータブルや尿器も含む)	室内や近くを移動する <input type="checkbox"/>	姿勢を整え準備する	開ける/注ぐ/ラップをとる/切るなど
上半身/下半身の衣服をつかみ/一旦身につける	水を出す、温度を調整する	チャックをおろしたり、ズボンをさげる	棟(ユニット)内を移動する <input type="checkbox"/>	椅子やベッドに近づく	箸や茶碗、コップを握る
スナップやファスナーなどをとめる	体を洗う(背中以外)	トイレに移乗し、姿勢を整える	施設内を移動する(エレベーターを使う) <input type="checkbox"/>	椅子やベッドの準備をする(座布団を置いたり、カバーをはずす)	箸やスプーンを使う(必要なら指を使う)
正しい順に着る	体を流す	トイレに排泄する	戸外を移動する <input type="checkbox"/>	移乗(立つ/座る/持ち上がる/ころがる)	噛む、飲む、飲み込む
それぞれの衣類をつかむ、脱ぐ	タオルで体を拭く	トイレトペーパーをちぎり、おしりを拭く	でこぼこ道を移動する <input type="checkbox"/>	移乗後の姿勢を立て直す	食事が終わるまで繰り返す
元どおりに戻す	その他	トイレを流す	その他 <input type="checkbox"/>	その他	おしぼりを使う、口や手をきれいにする
その他		衣服を整え、手を洗う	※車椅子は <input type="checkbox"/> をチェック		その他

～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。

5 コミュニケーション能力

5-1 コミュニケーション

コミュニケーションによって自分の感情や想いを表現し、人の話を聞くなどして互いの情報を共有します。コミュニケーションがうまくとれれば、環境への適応や、孤独やうつ等を軽くすることも可能です。

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

コミュニケーションの障害・問題を明らかにして、専門的な検査や対処をおこないます。

(2) コミュニケーション障害把握のポイント

- ① 聴覚に障害がある。
- ② 伝達能力に問題がある。
- ③ 理解力に問題がある。

(3) コミュニケーション

コミュニケーション能力

言語的あるいは非言語的な手段を用いて、意思、感情、思考を受け取り理解し、伝える能力です。それには、話す、聞く、読む、書く、身振りなどの能力が含まれます。

① 効果的コミュニケーション

効果的に伝達し合うことができるかどうかは、能力とは別に、身振りや指さし、抑揚をつけた口調、コミュニケーション補助具（補聴器など）の使用によって決まります。

② コミュニケーションの機会

コミュニケーションを取りたい相手がいるか、意味のある活動をしているか、コミュニケーションを取ろうとしてくれている人がいるかが重要です。

③ 老人性難聴

両側対称性の難聴で、特に高い音が聞き取りにくくなります。症状はゆっくりと進行し、音の識別と話している内容を理解することが困難になります。

④ コミュニケーション問題

コミュニケーション機会の不足、加齢や認知症等の疾患、視覚障害、うつ、その他の健康上・社会上の問題によってコミュニケーション問題が悪化します。

（４）コミュニケーションについての対応指針

入所者と施設スタッフ間の効果的なコミュニケーションの方法について検討します。

また、認知症の入所者等とコミュニケーションをとる場合、スタッフが非言語的コミュニケーション能力を高める必要があります。人として基本的で自然に身につけている能力（身体に触れる、表情、アイコンタクト、声の抑揚、姿勢等）が、入所者との効果的なコミュニケーションを可能にします。

① 聴力に問題がある場合

医師、言語聴覚士による正式な聴力評価をして対応します。

② 視覚や聴覚の補助具を使用している場合（眼鏡、視覚補助具、補聴器、聴覚補助具）

ア 常に簡単に利用できるか確認します。

イ きちんと作動しているか確認します。

③ 理解力に問題がある場合

能力を評価して対応します。

④ 伝達能力に問題がある場合

言語聴覚士による評価を受けて対応します。

ア 構音(語)障害（言葉を明確に出せない）

イ 失語症（話し言葉や文字を理解できない、言葉を探す、文中に言葉を当てはめられない）

a 軽度の場合、理解力と発語の困難をきたし、重度の場合は、話すこと、聴く

こと、読むこと、書くことに著しい支障をきたします。

ウ 失行症（その言葉を知っていても、自発的に音を言葉として結びつけることが難しい）

a 手探りで躊躇したように聞こえる発声音となります。

エ 認知症

多くの認知症患者はコミュニケーション障害を伴います。

a 初期段階：特定の語彙が思いつかない、複雑な会話についていけない、熟語・ことわざ・推論のような抽象的な言葉の意味がわからない。

b 進行段階：言葉を見つけること、理解すること、読み書き、会話ができなくなる。

c 末期状態：意味あるコミュニケーションがほとんどできなくなる。

⑤ コミュニケーションの機会に問題がある場合

コミュニケーションの能力があっても、物理的、社会的にコミュニケーションの機会がない場合があります。

ア コミュニケーションする場があるか。人が身近にいるか。

イ 照明が暗い、騒音がある、プライベートな会話のできる場所がない、など環境の問題はないか。

ウ 会話のなかに入り込めないような社会的な環境の問題はないか。

エ 言葉による虐待、ひやかしを受けていないか、あるいは話すことを押しえられていないか。

コミュニケーションの方法

① 話し方

ア 叫んだり大声では話さない、はっきりとした声と言葉で話す。

イ 大人としての語彙、語調で会話をする。

ウ わかりやすい言葉を用い、専門用語は避ける。

② 話の進め方

ア 言葉にも、表情や態度にも、決していらいらを表わさないようにする。

イ 繰り返し言葉や先回りをして代わって応答しないようにする。

ウ ゆっくりと話し、理解したか確認するために区切りを頻回に入れる。

エ 新しい話題に入るときは明確に示す。急に話題を変えないようにする。

オ 同じことを何度か言うか、言い方を変える。

カ 頻回の息つきを必要とする場合があるので、ゆっくりと、小さく区切って話すように勧める。

キ 単語を思い出せなくても、話題について話し続けるように励ます。

ク 話が意味をなさないならば、はい／いいえ、あるいは非言語的なことで応答できる質問をする。

- ケ 言葉が見つからなかったり，わかりやすい言葉が出なくて困るよりは，しばらく話題を離れて，あとで話すようにする。
- コ 介護スタッフ等が入所者に代わって返事をする場合は，入所者とのコミュニケーションを妨げることになるので，必要以外はしない。
- ③ 話が理解しやすいように
- ア はっきりとした身振りや指さし，あるいはやって見せることで話を補う。
- イ あとで見直しができるように，話した内容について簡単に書かれたメモを用意する。
- ウ 身振り，指さし，書く，措く，あるいは補助用具を使用するなど，コミュニケーションのための工夫をするように勧める。
- ④ 会話する環境を整える
- ア 入所者が理解できないという前提に立って，本人のいる場で当人についての話しを絶対にしない。
- イ 介護者は自分の顔を利用者に十分に見えるようにして話す。
- ウ 話しているときに，入所者が介護者の顔を見ることができる明るさかどうかを確かめる。
- エ 入所者が聴くのに邪魔になる雑音を低くしたり，消すようにする。
- ⑤ その他の留意点
- ア コミュニケーションする機会を増やすようにする。
- イ コミュニケーションに問題があるということで入所者を責めない。
- ウ あいさつ，丁寧な言葉，ちょっとした話のような，社会的なコミュニケーションや習慣的な会話をするようにする。

～法律と最低基準～（抜粋）

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経営する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経営する者は，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。

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。

通所介護運営基準（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

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。

～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。

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えていこうとするものです。

Ⅲ 関係性

1 対人援助者としての専門性と関係性について

(1) 自分の専門性

知識と技術(何に詳しくて、何が上手なのか)

(詳しいこと)

(上手なこと)

(2) 関係性

① 対人援助関係

- ア 受容(受けとめる)
- イ 個別化(個人として捉える)
- ウ 非審判的態度(一方的に非難しない)
- エ 意図的な感情表出(感情表現を大切に)
- オ 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)
- カ 秘密保持(秘密を保持して信頼感を醸成する)
- キ 自己決定(自己決定を促して尊重する)

引用: E. バイティック著「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

～話の聞き方，話し方，接し方～

人が相手の仕事です。どのような聞き方，どのような話し方，接し方をすれば良いのかを考えます。

また，どのような聞き方，どのような話し方，接し方が悪いのかも考えます。

2005. 11. 07. 加藤美和子

	良い対応	悪い対応
1	目を見て話をします。	視線を合わせない。 凝視する。
2	表情でも共感します。	無表情で話す。
3	想いに反応します。	反応しない。
4	テンポやペースを合わせます。	テンポやペースを合わせない。
5	想いに気づきます。	気づかない。 気につけない。
6	「そうですか」「そうですね」と言います。	否定する。 「違うでしょう」と言う。
7	「いいですよ」と言います。	拒否する。 「だめ」「何やってんの」「無理」と言う。
8	想いを尊重します。	押し付ける。 決め付ける。
9	プライバシーを守ります。	いろいろ詮索する。 いろいろ聞く。 断りなく他の人に話す。笑い話にする。
10	普通に話します。	偉そうに話す。 馴れ馴れしく話す。 よそよそしい敬語で話す。
11	普通に見ます。	「かわいそう」などと特別扱いする。

1 目を見て話をします。

普段、「こんにちは」などと挨拶をする時、その人の目を見て挨拶をするのが普通です。もし、全く違う方を見て挨拶をされたら誰に言っているのかわかりません。

挨拶の時だけではなく、普段話しかけられた時でも、視線を合わせて答えている時と、そっぽを向いて答えている時を想像してみてください。同じ返事をしたとしても、全く違う印象を受けるのではないのでしょうか。

どんなに優しい話し方をしたり、心では気を使っていたとしても、目を見ていないとその気持ちはその人には伝わりません。

2 表情でも共感します。

いくら返事をしていても表情が無表情だったら、話している人はただ聞き流されているのだろうと感じるでしょう。

例えば、「この前、紅葉狩りに行ってきたんです。とてもきれいでしたよ。」と嬉しそうに話した時に、「良かったですねー。」と笑顔で嬉しそうに答えてもらえたら、その人はもっと嬉しい気持ちになると思います。それが、「そうですか。」と無表情で返答されたら、(この人に話さなければよかった・・・)という気持ちになるでしょう。

楽しい話、悲しい話、面白い話・・・など、話の内容に合わせて表情で表現して話を聞くとその人は話しやすくなります。

3 想いに反応します。

話を聞く時、相槌を打ちながら聞きます。反応がなければ、聞いているのか聞いていないのかわかりません。話の合間、合間に頷きながら聞いて反応しますが、ただ頷くだけでは聞いてもらっているという想いにはなれません。その時はその人の目を見て、表情や仕草などで表現して話を聞きます。

さらに、それでも足りない場合があります。例えば、(自分のやったことが本当に良かったのだろうか・・・)と悩んでいる人がいて、そのことを相談されたとします。その時、その人の目を見て、その人の気持ちを考えながら表情にも表して、頷きながら聞いたとします。でも、その人はそれだけで満足できるのでしょうか。その人は、本当は何かを言ってほしいと望んでいるのかもしれない。

話の内容や、その時の気持ちによっては、聞いてもらうだけで満足することもあれば、何か言ってほしいと思う時もあります。その気持ちに気づいて、その気持ちに沿った反応することが大切です。

4 テンポやペースを合わせます。

話の途中でせかしたり、遮ったりしないように注意します。

例えば、ゆっくりの口調で話す人に、早口でペラペラ喋ったり、せかすように頷かれたらいかがですか。口調を合わせることによって、その人は自分のテンポで話すことができ、伝えたいことも思うように伝えることができるのです。

それは、行動でも同じことです。もし、付き添いの介助で観光に出かけた時、その人はゆっくり見ていたいと思っているのに、「次はあっちに行って見ましょう！」などと言って自分のペースで行動したら、その人は楽しめず、気を使って言いたいことも言えないで

しまうかもしれません。その時に、その人がどう思っているのだろうか・・・という気遣いができればその人は楽しめるのだと思います。

話し方などのテンポは人によって皆違います。自分のテンポではなく、その人のテンポやペースに合わせるよう心がけます。

5 想いに気づきます。

気づくということは、“その人の想いをわかろうとする”ということです。

例えば、自分で解決できない悩みがあり、相談をしようと思い友人を訪ねました。ドアを開けて玄関に入ったものの、言いづらいのと、聞いてくれるかどうか不安でどうしていいか分からなくなりました。その時、もし「何ですか？どうしたの？」と言われたらいかがですか。また、すぐに「よく来てくれましたね。中へどうぞ。」と声をかけられたらいかがでしょうか。

言葉だけではなく、その人の表情や仕草をみて、その人の気持ちに気づくことが大切です。

6 「そうですか」「そうですね」と言います。

例えば、「私、この花が好きなんです。」と言った時、いきなり「私はそれよりもこちらの花の方が好きです。」と言われたら、その人は否定されたという想いになります。感じ方や考え方は人それぞれです。たとえ自分は違うと思ったとしても、その人の気持ちをそのまま受け入れて、まずは「そうですか、〇〇の花が好きなんですか。」と答えます。そして、その時援助者は、その人の“好きな花”を知ることができ、その人もわかってもらえたと感じることができます。その後で、「私の好きな花は、〇〇なんですよ。」と話せばいい訳です。

7 「いいですよ」と言います。

「△△に行きたい。」と言ったとします。その時もし、最初から「無理です」「できません」と言われたらいかがでしょうか。反対に、「いいですよ」と言われて、一緒に考えたり、やってみたりできたら嬉しいし、それでもしできなかったとしても、その人も納得できるでしょう。

何もしないで決め付けるよりは、前向きにできる方がいろいろな発見や気づきがあるのではないのでしょうか。

ただし、「いいですよ」というのは、何でも言うことを聞くという意味ではありません。それが危険なことだとしたらできないこともあるということも理解しておかなければなりません。

また、想いを理解した上で、新たな提案をしてみるのも良いことです。

8 想いを尊重します。

“尊重する”というのは、その人の気持ちを大事にするということです。

強引に勧められ、勝手に決められ、それが絶対いいからと決め付けられたらどうでしょうか。

決めるための提案をしてくれ、決めたことを尊重されるのは気分のいいものです。

9 プライバシーを守ります。

何でも根掘り葉掘り聞かないようにします。あまり詮索されると何も話したくなくなります。本当に必要で聞くのか、興味で聞くのかでは大きく違います。

また、他の人の噂話もしないように注意します。「〇〇さんが言ってたんですけど・・・」とか、「この前、△△さんの家に行った時・・・」などと何でも話してしまったら、恐らく自分のことも他の人に話しているかもしれないと感じ、その人からの信頼はなくなり、もう何も話したくないという想いになるでしょう。

どうしても、誰かに話す必要がある時には本人の了解が必要です。

10 普通に話します。

特別丁寧過ぎず、馴れ馴れしくもなく、偉そうでもない話し方をします。その人との関係は、友達のような親しい関係ではなく、また、会社のように上司と部下のような関係がある訳でもありません。

年下の人から、「〇〇ちゃん」と呼ばれたり、「ちょっと待っててね！」などと言われたらどうですか。また、堅苦しく「△△でございます」「かしこまりました」などと言われたらどう思うのでしょうか。

一人ひとりに合わせた話し方をすることが、その人に対する“普通の話し方”なのだと思います。

11 普通に見ます。

世の中にはいろんな人がいます。一人ひとり顔も違うし、体型も違います。感じ方も考え方も違います。似ている人はいても絶対に同じ人はいません。

また、高齢者とか障害者というと、何か特別のように思われることがありますが、特別なことは何もありません。障害があっても不自由なことがあっても「かわいそう」などと思ってほしくないし、特別扱いをされたいとも思っていないのです。共感は普通にできればいいですが、同情は余計なお世話だと思います。

その人はどんな人で、どんなことが好きで、どんな風にしたいとっていて・・・などということを知ることができて、そのためにその人は何ができて、何ができないのか、何を望んでいるのか・・・そういうことをわかろうとすることが、当たり前にかきたらいいのではないのでしょうか。

自分だったらこうしてほしいということで考えるのではなく、その人だったらどうしてほしいのかと考えることが大切です。

やってあげるという感覚ではなく、ごく自然に、普通にその人のために何かの役にたてたら嬉しいものです。

2 仕事上の関係性

(1) 組織

- ① 形式的でなく、気楽である。
- ② 討議が盛んである。 題は、その仕事に関するもののみ。
- ③ 目標、仕事は十分理解され、受け入れられている。
- ④ 互いに相手の話しをよく聞く。 どんなアイデアもばかにされない。
- ⑤ 意見の不一致を圧力で抑えず、無視せず、その理由が注意深く検討される。
- ⑥ 決定は単純な多数決によらず、全員の同意のもと。
- ⑦ 意見は、素直に、気楽に、個人攻撃はしない。
- ⑧ アイディアの自由発表と、自由な感情。
- ⑨ 行動は、明確な割り当てと受け入れによる。
- ⑩ 長が支配することはない。 集団が長にそむくこともない。
リーダーは状況により移行する。
- ⑪ 運営について、十分な自覚をもっている。

(2) 主任職員の心得～（例）

- ① 偉そうでない
- ② 人の話しを良く聞く
- 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

例えば①

〇〇〇〇 職員心得

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、相手が言ってからではなく、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

- ・朝は「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，アクセサリー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。
- ・ほこりがいない。
- ・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

わたしたち職員は

利用者一人ひとりの普通の生活(権利)を守ります。

- 一人ひとりの身体・認知の状態と希望に沿った支援を行います。
- 持っている能力が最大限発揮できるようにするための様々な提案をします。
- 認知症等障害があっても、できるだけ普通の生活ができるようお手伝いします。
- 自分で決めることができるように、お手伝いします。

その人を
尊重した

・
より良い

・
介護サービス
提供を
目指して

「高齢者介護施設における
権利擁護の指針」の例

コミュニケーション

権
利
擁
護
適
切
対
応

高齢者福祉施設の

普通の生活支援

- 一人のひととして尊重し、敬います。
- 一人ひとりに合った楽しみを持って生活できるようにします。
- お風呂やトイレ等、普通の生活が安心してできるようにします。
- 外出したり、会いたい人に会えるように調整する等、想いや希望を尊重します。
- 地域の住民としての活動に参加できるようにします。

丁寧な話し方・聞き方

- 誰に対しても、普通に「〇〇さん」と呼びます。
- 小さな子どもに使うような言葉を使わず、普通の丁寧な言葉を使います。
- 専門用語は使わず、その人に分かりやすい平易な言葉を使います。
- 足を止めて、顔を見て話しを聞きます。
- 想い、心配、嬉しい…等を受けとめて共感します。

丁寧な対応

- 常に所在と安全に気を配ります。
- 常に様子と体調に変わりがないか気かけます。
- 一人ひとりに対して挨拶します。
- その人に合った説明をします。
- 行動や決めることを押し付けず提案し、決めたことを尊重します。
- より良い介護支援ができるように常に勉強します。

認知症で判断が難しい、介護してあげている、誰も見ていない… いつの間にか権利侵害になっていませんか？ **例えば…**

～身体への虐待～

- 排泄や食事で失敗した時に、子どもをしつけるようにたたく。
- 部屋や玄関等にカギをかけて閉じ込める。
- 立ち上がろうとするのを肩を抑えて座らせる。
- 介護服を着用させる。

～言葉・心理的虐待～

- 「何やってるの!」、「くさい!」、「きたない!」と怒る。

- その日の気分で対応を変える。
- 目でにらんだり、大声を出したりして威嚇する、怯えさせる。
- 返事もせず、無視する。

～性的な虐待～

- 下着姿のままベッドに寝かしておく。
- 排泄等のことを回りに聞こえるように話す「〇〇さんおしっこ漏らしてるよ～」
- ワイセツな言葉を使って侮辱する。
- 性的な行為を強要する。

～介護放棄(ネグレクト)～

- オムツ、下着を濡れたまま放置する。
- 具合が悪いのに病院に連れて行かない。
- 十分な食事を出さない。食欲がない、食べられない状態を放置する。
- 安全に過ごしているか把握していない。
- 掃除をしない、汚れを放置する。

～経済的な虐待～

- 買い物頼まれ、お釣りを渡さない。
- 通帳を預かり、勝手に使う。
- 財産を勝手に処分する…など。

権利擁護コンプライアンスルール作成

利用者権利に関する、以下の3つの項目ごとにコンプライアンスルールを作ってみます。

具体的で実行可能なルール（行動の基準）を作ります。

権利擁護にも配慮された良質なサービスが実際に提供できると、スタッフ一人の責任感、満足感が得られるだけでなく、事業者として最も重要な、利用者や家族からの信頼を得ることにつながります。

項目	対応のルール	具体的な実施方法
普通の生活支援 (人格の尊重)		
丁寧な話し方・聞き方		
丁寧な対応		

(運営基準からの抜粋)

- ① 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、**妥当適切**に行われなければならない。
- ② 利用者一人一人の**人格を尊重**し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行われなければならない。
- ③ サービス計画に基づき、**漫然かつ画一的なものとならないよう**配慮して行われなければならない。
- ④ 共同生活住居における介護従業者は、サービス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**ように説明を行わなければならない。

施設ケアのコンプライアンスルール作成

具体的で実行可能なルール（行動の基準）を作ります。

良質なサービスが実際に提供できると、スタッフ一人の責任感、満足感が得られるだけでなく、施設及び施設職員として最も重要な、利用者や家族からの信頼を得ることにつながります。

～テーマ～

①接遇, ②社会参加, ③医療・看護, ④リハビリ（機能訓練, 生活リハビリ）, ⑤介護（入浴, 移動, 食事, 排泄, 更衣, 移乗, 整容, IADL, その他）, 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

～行動指針（対応のルール）～

～具体的な実施方法～

いいケア報告書

年月日	平成 年 月 日
報告者名	

対象職員名	
いいケア区分	1. 専門性 2. 関係性 3. その他 ()
誰から評価	1. 利用者 2. 家族 3. 同僚(自分) 4. その他 ()
題 名	
内 容	

報告者が 感じたこと	
---------------	--