

専門性と関係性

本人の意思能力を理解し 自己決定を支援して尊重する

様々な障害が、自己決定を阻害する要因となります。
記憶、理解、判断等に障がいがあるということを、ある程度理解していても、支援に活かさなければ意味がありません。

自己決定能力が有っても「支援者が決めてしまう」
自己決定能力が無くても「本人がそう言ったから…」

とならないよう、適切な自立支援、自己決定支援ができるように努力することが高齢者・障がい者の権利擁護につながります。

ふくし@JMI
社会福祉士/介護支援専門員 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@npojmi.com
ホームページ <http://www.npojmi.com>

I 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。

～意思決定，自己決定に支障をきたす障害…等～

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：物の使い方はわかるが，その物が何を意味するものなのかがわからないなど。

③進行性非流暢性失語：先の言葉がなかなか出てこないなど。

（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）H I V 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。

「明日入る」「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。

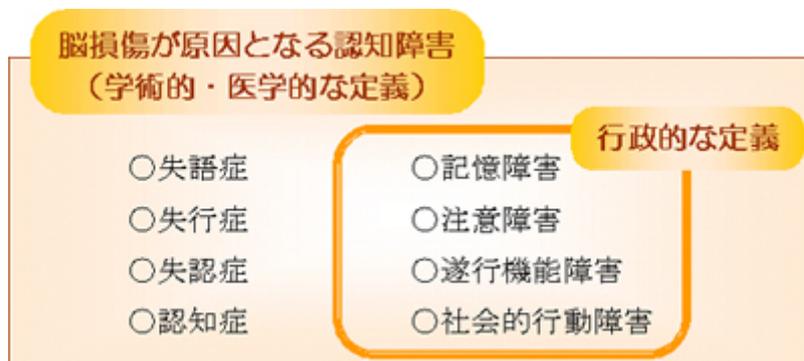
高次脳機能障害

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
- ・じっとしていられない

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
 - ・上手く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くことは非常に手間がかかり、根気がいらいます。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。

アルコール依存

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

～アルコール依存症～

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

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、道德観念や人間性が欠けているからだと考えられてきましたが、最近では医学的見地から精神疾患の一つとして考えられるようになっていきます。飲酒が自分の意志でコントロールできなくなる症状を精神的依存、震顫妄想などの退薬症状（離脱症状、リバウンドともいう）を身体的依存と言い、アルコール依存に限らず他の様々な薬物依存症も同じような特徴を持っています。

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れないことを、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) 週日には飲まないで、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。

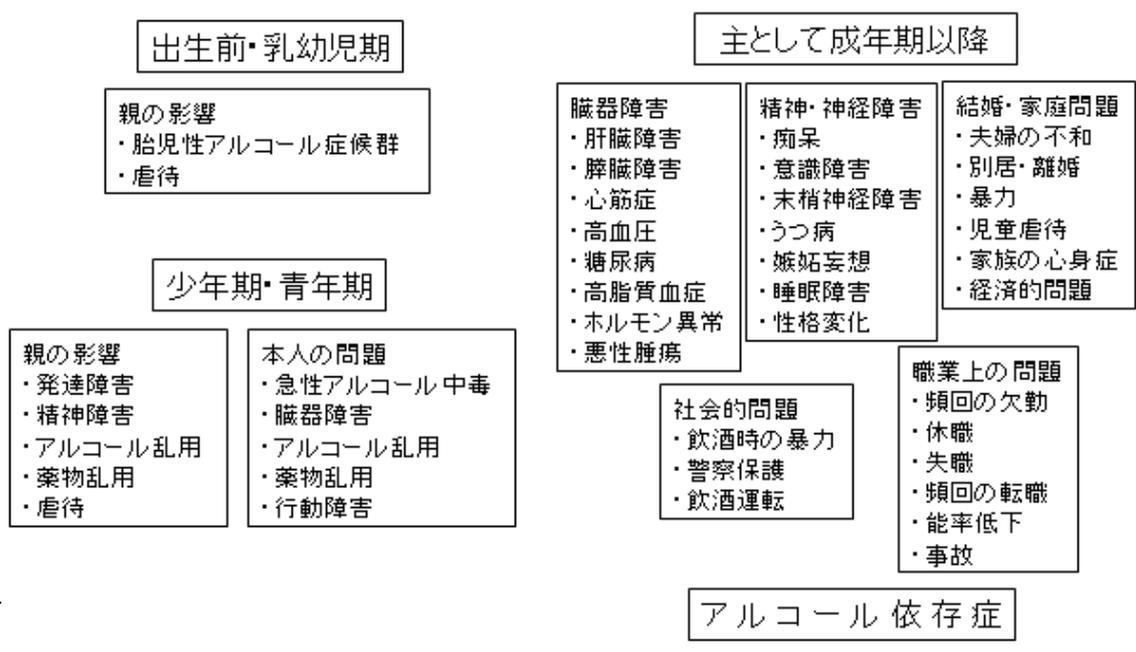
毎日飲まずにいられないのがアルコール依存症ではない。アルコール依存症の人は、飲まないでいることはできる。しかし、飲み始めるとほどよいところで止められなくなる。

(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つつ飲んでしまう。
- (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



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きているため、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ることで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。うつ状態だけが起る病気を「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。

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。

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）…

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。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

(基本方針)

第一条の二 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、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。

(指定居宅介護支援の基本取扱方針)

第十二条 指定居宅介護支援は、要介護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、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、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、第一条の二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上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、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、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、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。
- 十三 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。

十四 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。

十五 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要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

十六 第三号から第十二号までの規定は、第十三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。

十七 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。

十八 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。

十九 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。

二十 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がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付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等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。

アセスメント「具体的支障把握の視点」

(課題分析で収集すべき標準項目)

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。

1 健康状態

- ① 利用者の生活に影響のある、介護スタッフが観察・管理の必要な病気を把握しましたか？（治った病気、身体機能やプランに関係しない病気は除きます。）
- ② 病気への対応について、主治医に相談し、対応の指示を受けましたか？
- ③ 生活に支障のある症状や痛みを把握しましたか？
- ④ 生活に影響のある体調の変動や悪化について把握しましたか？
- ⑤ 在宅医療機器（カテーテル、点滴、酸素、瘻等）について把握しましたか？

2 ADL

- ① 利用者本人のADL能力、生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 活動量について把握しましたか？
- ③ リハビリに関する、意欲や目標を把握しましたか？
- ④ 転倒の具体的状況、危険性を把握しましたか？

3 IADL

- ① 利用者本人のIADL能力、生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 自己動作に関する、意欲や目標を把握しましたか？

4 認知

- ① 記憶障害を具体的に把握しましたか？
- ② 見当識障害を具体的に把握しましたか？
- ③ 判断力低下について具体的に把握しましたか？
- ④ 実行機能障害を具体的に把握しましたか？
- ⑤ できるところを把握しましたか？

5 コミュニケーション能力

- ① 相手のことを理解できるか、自分のことを伝えることができるか、コミュニケーション能力を具体的に把握しましたか？
- ② 聴覚、視覚障害を把握しましたか？

6 社会との関わり

- ① 社会との関わりと適応、社会的活動や役割、毎日の暮らしぶりを把握しましたか？
- ② 気分の落ち込み等、心理面での問題について把握しましたか？

7 排尿・排便

- ① 失禁の状態を把握しましたか？

8 褥瘡・皮膚の問題

- ① 皮膚・じょく創等、皮膚の状態を把握しましたか？

9 口腔衛生

① 食べる、話すこと等に支障のある、口腔の問題を明らかにしましたか？

1 0 食事摂取

① 栄養・水分摂取、意図しない体重減少を明らかにしましたか？

1 1 問題行動（行動障害）BPSD

① 家族等の悩みや苦痛となる行動を把握しましたか？

② 問題行動の規則性、原因、関係性、感じ方等を具体的に把握しましたか？

1 2 介護力

① 介護者の状況を把握しましたか？

② 介護者の負担と、介護負担の原因となっていることを具体的に把握しましたか？

1 3 居住環境

① 利用者本人の障害の状況から見た、居住環境の不具合、自立を阻害する原因を把握しましたか？

1 4 特別な状況

① 緩和ケア、ターミナルケアの必要性、実現の可能性を把握しましたか？

② 高齢者虐待の兆候、危険性、緊急性を確認しましたか？

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

(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

(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

(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)

第二十二条 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。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

(基本理念)

第一条の二 障害者及び障害児が日常生活又は社会生活を営むための支援は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保されること及びどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資することを旨として、総合的かつ計画的に行わなければならない。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準

(指定障害者支援施設等の一般原則)

第三条 指定障害者支援施設等は、利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえた計画(以下「個別支援計画」という。)を作成し、これに基づき利用者に対して施設障害福祉サービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施することその他の措置を講ずることにより利用者に対して適切かつ効果的に施設障害福祉サービスを提供しなければならない。

- 2 指定障害者支援施設等は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った施設障害福祉サービスの提供に努めなければならない。
- 3 指定障害者支援施設等は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めなければならない。

(心身の状況等の把握)

第十四条 指定障害者支援施設等は、施設障害福祉サービスの提供に当たっては、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。

(施設障害福祉サービスの取扱方針)

第二十二條 指定障害者支援施設等は、次条第一項に規定する施設障害福祉サービス計画に基づき、利用者の心身の状況等に応じて、その者の支援を適切に行うとともに、施設障害福祉サービスの提供が漫然かつ画一的なものとならないよう配慮しなければならない。

- 2 指定障害者支援施設等の従業者は、施設障害福祉サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、支援上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。
- 3 指定障害者支援施設等は、その提供する施設障害福祉サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(施設障害福祉サービス計画の作成等)

第二十三條 指定障害者支援施設等の管理者は、サービス管理責任者に施設障害福祉サービスに係る個別支援計画(以下「施設障害福祉サービス計画」という。)の作成に関する業務を担当させるものとする。

- 2 サービス管理責任者は、施設障害福祉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、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活及び課題等の把握(以下「アセスメント」という。)を行い、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の適切な支援内容の検討をしなければならない。
- 3 アセスメントに当たっては、利用者に面接して行わなければならない。この場合において、サービス管理責任者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- 4 サービス管理責任者は、アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、施設障害福祉サービスごとの目標及びその達成時期、施設障害福祉サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設障害福祉サービス計画の原案を作成しなければならない。この場合において、当該指定障害者支援施設等が提供する施設障害福祉サービス以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて施設障害福祉サービス計画の原案に位置付けるように努めなければならない。
- 5 サービス管理責任者は、施設障害福祉サービス計画の作成に係る会議(利用者に対する施設障害福祉サービス等の提供に当たる担当者等を招集して行う会議をいう。)を開催し、前項に規定する施設障害福祉サービス計画の原案の内容について意見を求めるものとする。
- 6 サービス管理責任者は、第四項に規定する施設障害福祉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。

- 7 サービス管理責任者は、施設障害福祉サービス計画を作成した際には、当該施設障害福祉サービス計画を利用者に交付しなければならない。
- 8 サービス管理責任者は、施設障害福祉サービス計画の作成後、施設障害福祉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。以下「モニタリング」という。)を行うとともに、少なくとも六月に一回以上(自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)又は就労移行支援を提供する場合にあつては、少なくとも三月に一回以上)、施設障害福祉サービス計画の見直しを行い、必要に応じて、施設障害福祉サービス計画の変更を行うものとする。
- 9 サービス管理責任者は、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族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。
 - 一 定期的に利用者に面接すること。
 - 二 定期的にモニタリングの結果を記録すること。
- 10 第二項から第七項までの規定は、第八項に規定する施設障害福祉サービス計画の変更について準用する。

(相談等)

第二十五条 指定障害者支援施設等は、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、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。

2 指定障害者支援施設等は、利用者が、当該指定障害者支援施設等以外において生活介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援A型(規則

第六条の十第一号に規定する就労継続支援A型をいう。以下同じ。)又は就労継続支援B型の利用を希望する場合には、他の指定障害福祉サービス事業者等との利用調整等必要な支援を実施しなければならない。

(介護)

第二十六条 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行われなければならない。

- 2 指定障害者支援施設等は、施設入所支援の提供に当たっては、適切な方法により、利用者を入浴させ、又は清しきししなければならない。
- 3 指定障害者支援施設等は、生活介護又は施設入所支援の提供に当たっては、利用者の心身の状況に応じ、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 指定障害者支援施設等は、生活介護又は施設入所支援の提供に当たっては、おむつを使用せざるを得ない利用者のおむつを適切に取り替えなければならない。
- 5 指定障害者支援施設等は、生活介護又は施設入所支援の提供に当たっては、利用者に対し、離床、着替え、整容等の介護その他日常生活上必要な支援を適切に行わなければならない。
- 6 指定障害者支援施設等は、常時一人以上の従業者を介護に従事させなければならない。

7 指定障害者支援施設等は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該指定障害者支援施設等の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

(訓練)

第二十七条 指定障害者支援施設等は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって訓練を行わなければならない。

2 指定障害者支援施設等は、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援又は就労継続支援B型の提供に当たっては、利用者に対し、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の心身の特性に応じた必要な訓練を行わなければならない。

3 指定障害者支援施設等は、常時一人以上の従業者を訓練に従事させなければならない。

4 指定障害者支援施設等は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該指定障害者支援施設等の従業者以外の者による訓練を受けさせてはならない。

(身体拘束等の禁止)

第四十八条 指定障害者支援施設等は、施設障害福祉サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体拘束等」という。)を行ってはならない。

2 指定障害者支援施設等は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならない。

(秘密保持等)

第四十九条 指定障害者支援施設等の従業者及び管理者は、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。

2 指定障害者支援施設等は、従業者及び管理者であった者が、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すことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

3 指定障害者支援施設等は、他の指定障害福祉サービス事業者等に対して、利用者又はその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により当該利用者又はその家族の同意を得ておかななければならない。

地域包括支援センター 総合相談支援及び権利擁護業務の内容と流れ

1 基本的な視点

(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。

(4) 権利擁護業務

実態把握や総合相談の過程で、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場

合には、次のような諸制度を活用する。

① 成年後見制度の活用

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

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

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

② 成年後見制度の円滑な利用

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

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

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

③ 老人福祉施設等への措置

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

④ 虐待への対応

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

⑤ 困難事例への対応

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

⑥ 消費者被害の防止

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

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、間違っただけ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（ハンデイ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、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。

意思決定支援と代理行為

1 意思決定支援とは

(1) 思考停止の危険性 ～意思決定「できない」という思い込み～

(2) 「意思決定能力法」(イギリス)の基本5原則

① 自分だけでは意思決定を実行できない人々を傍らで支え、「自己決定へと導くための」手続を保障する、第1、第2、第3原則

第1：意思決定能力存在の推定の原則『人は、意思決定能力を喪失しているという確固たる証拠がない限り、意思決定能力があると推定されなければならない』

第2：自己決定支援の原則『人は、自ら意思決定を行うべく可能な限りの支援を受けた上で、それらが功を奏しなかった場合のみ、意思決定ができないと法的に評価される。』

第3：『客観的には不合理にみえる意思決定を行ったということだけで、本人には意思決定能力がないと判断されることはない。』

② 例外的に、他者が決定を下さなければならない場面における、「必要最小限かつ適正な代行決定」のあり方を規律する、第4、第5原則

第4：ベスト・インタレスト（最善の利益）の原則『意思決定能力がないと法的に評価された本人に代わって行為をなし、あるいは、意思決定するにあたっては、本人のベスト・インタレスト（最善の利益）に適うように行わなければならない。』

第5：必要最小限の介入の原則『さらに、そうした行為や意思決定をなすにあたっては、本人の権利や行動の自由を制限する程度がより少なくてすむような選択肢が他にないか、よく考えなければならない。』

③ 例外的に行われる代行決定の場面において、本人らしさを反映し、また、本人を中心に位置づけるような決定を確保するための規定

《ベスト・インタレスト（最善の利益）を見つけるためのチェックリスト》

- ・本人の年齢や外見、状態、ふるまいによって、判断を左右されてはならない。
- ・当該問題に関係すると合理的に考えられる事情については、全て考慮した上で判断しなければならない。
- ・本人が意思決定能力を回復する可能性を考慮しなければならない。
- ・本人が自ら意思決定に参加し主体的に関与できるような環境を、できる限り整えなければならない。
- ・尊厳死の希望を明確に文書で記した者に対して医療処置を施してはならない。他方、そうした文書がない場合、本人に死をもたらしたいとの動機に動かされて判断してはならない。安楽死や自殺幫助は、認められない。
- ・本人の過去および現在の意向、心情、信念や価値観を考慮しなければならない。

- ・本人が相談者として指名した者，家族・友人などの身近な介護者，法定後見人，任意後見人等の見解を考慮に入れて，判断しなければならない。

2 意思決定支援の具体的あり方

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

(1) 意思決定能力の有無の判断

- ・前提として意思決定に必要な情報が提供される必要がある。
- ・意志決定行為の難易に違いがあるため，行為ごとに判断する。

①情報理解力

意思決定に関連する情報を理解することができるか。

②記憶力

情報を記憶しておくことができるか。

③比較検討する能力

情報を比べること，選ぶことができるか。

④伝達能力

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

(2) 意思決定能力がないと判断する場合

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

弁護士：大橋 洋介

II 関係性

1 対人援助者としての専門性

(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 対人援助の関係性

個別援助技術（ケースワーク）

社会生活を送るうえで身体的、精神的、社会的などの処要因によって何らかの解決を要する生活課題に直面している個人や家族に対して、その問題解決や課題遂行を援助するために、援助者によって用いられる援助技術。利用者個人を主として考え、その環境に適応するために必要な援助を行って行く。

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

3 対人援助者としてのスキルアップ（実践の中でどのように意識していけばいいか）

～ とある研修会のあと・・・ 参加者からの感想 ～

障害があることを理解していても支援に活かさなければ意味ないな… と。

日常生活を送る上で意思決定は様々な場面で行われていくので、丁寧に何がどうしてできないのかを確認して、意思決定支援はどの程度必要か判断していかないと、自立支援は絵に描いた餅だなと思います。

- (1) 自分で意識して支援し、自己評価する
- (2) 仲間で互いに意識して支援し、仲間で互いの評価をする（ピアスーパービジョン）
- (3) 指導者に師事して実践し、評価を受ける（スーパービジョン）
- (4) 実践するために勉強して工夫して、実践することを前もって利用者等に伝え、一定期間後に利用者からの評価を得る。（コンプライアンス策定型サービス評価）

～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みましょう！」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・・・という気遣いの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「私はそれよりもこっち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、新たな提案を試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くなくなり、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、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

思っほしくはないし、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思っほいて・・・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、当たり前になきたらいいのではないでしようか。

自分だったらこうしてほしいということではなく、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。

やっほ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。

4 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

〇〇苑 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“〇〇苑の顔”です

2016.08.09.小湊。

「セルフネグレクト」

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

セルフネグレクトを定義する

セルフネグレクト（自分自身への虐待）

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

2012.03.09. 宮城福祉オンブズネット「エール」

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

セルフネグレクト ～その定義と支援の方法について～

1 精神的に健全でなく、正常な判断ができない状態かどうかを評価する

(1) 要因

- ① 精神疾患
 - ア 統合失調症
 - イ うつ病
 - ウ 依存症（アルコール、薬物等）
 - エ 人格障害等
- ② 認知障害
 - ア 血管性認知症
 - イ 変性性認知症
 - ・アルツハイマー型認知症
 - ・前頭側頭型認知症
 - ・レビー小体病, その他
- ③ 軽度の知的障害

2 自身の健康や安全を損なう行為かどうか評価する

(1) 不健康

- ① 治療が必要であっても受診しない。
- ② 介護が必要であっても介護を受けない。
- ③ 食事、水分を摂らない。

(2) 不衛生

- ① 身体
 - ア 風呂に入らない。
 - イ 散髪しない。髭を剃らない。
 - ウ 汚れた服を着ている。着替えない。
 - エ 悪くなったものを食べている。
 - オ 極度な無関心
- ② 環境
 - ア 使った食器, ゴミ, 残飯等を放置している。

- イ 自分や猫等の汚物の始末ができない。
- ウ 害虫，ネズミ等が発生している。
- エ 寒暖のコントロールができていない。
- オ ライフラインが途絶えている。
- カ ゴミ等，不要なものを捨てずに大量に放置している。

(3) 孤立

- ① 近隣，親戚，支援者等との関わりを拒む。
- ② 閉じこもる。

3 他人に迷惑をかけてしまう行為かどうかを評価する

- (1) 腐敗物による異臭・悪臭
- (2) ゴミの放置による火災の危険
- (3) その他，他人に迷惑をかけてしまう行為

4 判断能力を評価する（正常な判断ができないという判断）

(1) 認知，知能等の状態

- ① 記憶（短期・長期）障害
- ② 実行機能障害
- ③ 見当識障害
- ④ 計算力障害
- ⑤ 判断力障害
- ⑥ 注意力障害
- ⑦ 抑うつ状態
- ⑧ 問題解決能力障害
- ⑨ コミュニケーション能力（運動性失語）
- ⑩ 障害の時期

(2) 精神の状態

- ① うつ
 - ・集中力と注意力の減退
 - ・自己評価と自信の低下
 - ・罪責感と無価値感
 - ・将来に対する希望のない悲観的な見方

- ・自傷あるいは自殺の観念や行為
- ・睡眠障害
- ・食欲低下
- ② 統合失調
 - ・幻覚（幻聴）
 - ・妄想
 - ・思考障害（滅裂思考など）
 - ・著しく奇異な行為
 - ・感情の鈍麻、平板化
 - ・意欲の喪失
 - ・注意の障害
 - ・思考の貧困
 - ・爽快感の消失
 - ・非社交性
- ③ 人格
 - ・認知（自分や他人、出来事を理解し、考えたりすること）に問題がある。
 - ・感情（感情の反応の広さ、強さ、不安定さ、適切さ）に問題がある。
 - ・対人関係に問題がある。
 - ・衝動のコントロールに問題がある。
 - ・人格には柔軟性がなく、広範囲に見られる。
 - ・人格によって自分が悩むか社会を悩ませている。
 - ・小児期、青年期から長期間続いている。
 - ・精神疾患（精神分裂症、感情障害など）の症状でもない。
 - ・薬物や一般的身体疾患（脳器質性障害）によるものではない。
- ④ 依存
 - ・アルコール依存
 - ・薬物依存
 - ・その他の依存
- ⑤ 障害の時期

（3）知的能力の状態

- ① 療育手帳（A, B）， I Q等
- ② 生活歴
- ③ 生活能力，その他

5 セルフネグレクトかどうかを判断する

障害による判断力の評価と時期等の関連性を探り，セルフネグレクトなの

かどうかを判断します。

6 今後の危険性を予測する

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

7 介入の判断をする

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

行政が、住民を守るという責任と使命感を持って対応します。

また、まわりの人が『なんとかしようとするかどうか』が重要です。

2014. 06. 23. 文責：小湊。

事例

ふくし@JMI 小湊純一。

Aさん（アルツハイマー型認知症）

トイレの場所が分からないのか、部屋の隅で放尿するようになり困っている。職員が付き添い誘導しているが、うまくいくときといかないときがあり後始末が大変。

夜中にホールの隅の方で放尿することもある。

施設での生活に慣れてきたためなのか、「いい天気だから散歩に行きましょう～」と言って手を引こうとすると、払いのけて「何するの!」と言って拒否したりする等、職員に対して反抗的な態度や言動がみられるようになった。

周りの入所者は夜寝るのが早く、夕飯を食べ終わるとそれぞれ自分の部屋で休むが、Aさんはホールにいて「他の人は?」と尋ねてくるので、「みんな部屋で休みました」と説明しても納得せず、他の入所者の居室を覗きにいくなどの迷惑な行動があり困っている。

風呂敷や自分の着ている服に、本棚に置いてある本や食事の残りなどを包み持ち歩くことが多くなった。何度もやめるように注意しているけれども言うことを聞いてくれない。

帰宅願望が頻繁になってきた。夕方になると「家に帰る!」と言って落ち着きがなくなり、玄関から外に出ていこうとするようになり困っている。家族に連絡し協力を求めても、「仕事があるので…」という理由で来てくれず、非協力的である。

アルコール依存症のMさん

氏名 M さん 男 昭和 15 年生 75 歳 住所 B 市

身障手帳 1 級(内部障害), 介護保険非該当, 国民健康保険加入, 厚生年金月額 15 万円,
現 病: 労作性狭心症, 完全房室ブロック(ペースメーカー装着), 出血性胃潰瘍, 高血圧
生活歴: B 市生まれ。5 人兄弟の 3 男。結婚歴なし。

平成 21 年 A 市在住時, 飲食中に友人と口論になり顔面を殴られ病院に搬送された。その際, 金銭管理が不十分であることが発覚し, 市役所や福祉関係機関からの支援を受け始めた。お金の殆どを飲酒に使うため, 市社協の日常生活自立支援事業と契約開始した。その後も毎日朝から飲酒し, 泥酔してアパートの他入居者に対し大声を出したり, 暴力的な言動があった。1 日 20 本程度の喫煙もしている。自室はゴミや土等で汚れ, ベランダの生ごみから虫が湧いている状態だった。本人から出身地である B 市への強い移住希望があり平成 25 年 4 月に現住所(サ高住)に移り住んだが, 問題行動あり, 契約違反ということで退去を通告されている。介護保険は非該当であったため, 障害者総合支援法のサービス利用を申請しているが, 居室は劣悪で訪問介護も入れない状態で, まだ利用に至っていない。

介護者: 一人暮らし。市内に兄弟がいるが疎遠状態。

自立度: 寝たきり度 J1, 認知正常

居住環境: サ高住, 洋式トイレ, 浴室あり

身体状況: 歩行-息切れするため長時間に移動は困難。バスやタクシー利用。

食事- 1 日 1 食~2 食。偏っている。

口腔-問題なし。 排泄-自立。

入浴-めったに入らない。

整容-気にしない。

更衣-ほとんど着替えない。

視力-眼鏡使用。 聴力-やや難聴。

意志表示-飲んでいると多弁, しらふの時は静かで気弱。

理解力-常時の飲酒のため理解が一定していない。

記憶力-常時の飲酒のため記憶が一定していない。

掃除-ゴミは捨てるがゴミ出しをしない。劣悪環境。

洗濯-洗濯機が壊れているため洗面所で洗っているが不十分。

買物-酒やつまみ, すぐ食べられる食料は自分で買っている。

調理-殆どしない。

金銭管理-計画的使用ができない。殆ど酒, 煙草に使用している。

服薬-月 1 回通院して薬をもらっているが指示通り飲んでいない。

交流-飲酒した上で 1 日の殆ど外出し, 市役所や図書館等公的な場所の職員や地域交流サロンのスタッフを相手に話しかけて過ごしている。また, その辺の人にも話をかけている。

生活問題の状況

～対人関係～

- ・酔って他入居者に対し大声を出したり、テーブル等物を叩いたり、追いかけてきて「蹴飛ばすぞ！」暴力的言動があり、他入居者からの苦情と不安の声が出ている。
- ・以前から兄弟関係が悪く、サ高住入居の保証人は受けてくれたがその他は一切関わりたくないと言っている。
- ・今年1月、泥酔して夜に田んぼで寝ているのを通行人に発見され保護された。
(本人) 別に自分は悪いことしていない。周りが大げさなんだ。飲まないで眠れないし不安だ。市内の兄には連絡していない。その他の兄弟もどこにいるかわからない。

～健康状態～

- ・狭心症、完全房室ブロック(ペースメーカー)、高血圧、胃潰瘍がある。動作時に動機・息切れあり、胸痛は2日に1回程度。月1回S病院通院している。医師からは毎日服用しないと効果がないと言われているが、症状が出た時しか飲まないため残薬が多い。
- ・今年1月、図書館にいる時低体温のために倒れ緊急搬送された。CTとエコー、血液検査の結果胃潰瘍と診断され、点滴して帰宅した。
- ・今年2月、通院する度、飲酒し呂律が回らない状態で受診していたため、精神科の病院を紹介された。
(本人) 胸痛が不安。痛みがない時服用するとふらふらするから痛いときだけ飲むことにしている。保健師からA市の病院を勧められたが、無理やり病院に連れていく権限なんて市役所にはない。

～生活環境～

- ・室内を土足で歩き、土や吸い殻、酒の空缶空瓶、食べかす等が散らばっている。フローリングはささくれ立って痛み、室内の壁やベランダが変色している。また、ゴミから虫が湧いたり、隣のベランダまでゴミを散らばしている。腐ったような異臭が漂い、同階の入居者から「我慢できない！」との苦情があった為、空気清浄器をリースで設置している。
- ・再三の指導警告のためか、本人から掃除をしてほしいと希望があったため、総合支援法による家事支援を調整しているが、訪問介護事業所より現在の部屋の状況では酷すぎて入れないということだった。業者に依頼してある程度まで掃除することを検討し、見積もり依頼中。
(本人) 別に汚いとは思っていない。汚いと思うかは個人の価値観だ。ここの職員に会うたびに掃除しろと言われて嫌だし、追い出されてしまうから掃除したい。(と言ったり「掃除したいなんて言ってない。」とも言っている。)

～経済面～

- ・生活費の殆どが酒代で消えている。年金だけでは生活できず、貯金を崩しながらの生活になっている。(毎月3万円ぐらいの赤字。ガス代や電気料金、携帯電話料も増えている)

る。)

- ・平成 22 年，税金や光熱水費の未払い等収支管理が出来ていなかったため，A 市社協の日常生活自立支援事業の契約をして現在も対応しているが，度重なる追加の金銭要求に負けて少しずつ追加で渡しているため赤字になっている。転居してから B 市社協の日常生活自立支援事業に切り替えるはずだったが，「計画通りの使い方が出来ていない。」との理由で対応を断られ，契約締結審査会にもかけられていない。

(本人) 自分で管理してみても無理ならまた頼む。今住んでいるところは家賃が高く，もう少し安い所に引っ越すことも考えているが，そうすると部屋の修繕費も引っ越し費用も沢山かかるのでそれもできない。お金が無くなったらホームレスになるからいい。

～その他～

- ・地域交流サロンは，飲酒している人は利用できないことになっているが，寂しいとか理由があって飲酒しているのだろうかからと，スタッフが酔っ払いの話に付き合ってくれている。

80代女性 Tさん アルツハイマー型認知症 独居 要介護3

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。

レビー小体型認知症のOさん

(生年月日) 大正13年3月 満92歳

(介護度) 要介護 4

(病 気) レビー小体型認知症 (H25年5月) 糖尿病、痛風、前立腺肥大症
難聴、右鼓膜再生手術 右補聴器使用 (H6年)

(処方薬) プレタール錠 100mg、ユリノーム錠 50mg、ジャヌビア錠 50
マグラックス錠 250mg、フェルガード 100mg

(生活歴)

S町出身。8人兄妹の2番目に生まれる。S25年陸上自衛隊に入り、25年間勤める。その後50歳から製造会社に11年間勤める。S60年に妻を亡くし、現在小学校教諭をしている長女との2人暮らし。H17年頃にはすでに物盗られ妄想があった。寝言で 大声で叫び興奮、亡くなったおじさんが部屋の天井あたりに飛んでいる等の幻視がみられた。戦争と自衛隊時代に身近にて大砲を撃ったことが原因で難聴、補聴器使用だが夜間は外している。夜間のおむつ交換や入浴などの着脱時に大声で騒いだり、たたいたりかみつき、つばを出すことがあった。H24年12月にトイレで転倒して以来車椅子使用。自宅では這って移動。

現在は日中独りになる為に、月曜日から金曜日にはショートステイを利用している。グループホームに入所申請中。

(ADL) 平成26年7月ショートステイ利用時

移動：車椅子使用。移動時は介助が必要。(自宅内では這って移動)

食事：箸、スプーン準備すれば、こぼしながらも自力摂取可。

排泄：日中リハビリパンツ、夜間おむつ・パッド使用。交換介護に抵抗がある。

入浴：もともとお風呂好きであるが、入浴時の介護に抵抗がある。

更衣：上衣は声がけで準備して腕通し可。下肢衣類は手すりにて支えながらどうにか立てることもあるが、立位はほぼ不可の為全介助。

整容：側に付き添いながら声がけで自分で出来る。動きが止まってしまうことがある。

(趣味) 庭いじり

《ショートステイ利用当初の様子》(H26年7月)

Yさんはどういう人なんだろう…。もちろん初対面で何もかもが初めまして

- ・食堂、居室、廊下… どこにいてもフロア中に響き渡る大声で、誰かの名前を呼んでいる。
- ・「バーン！と爆発したんだ！バーン！」「行けー！」「なにやってるんだ！理由を言えー！」
- ・戦争や自衛隊にいた頃にタイムスリップして、周りの人を巻き込んで興奮してしまう。日常生活のふとしたきっかけで記憶が蘇ってしまうのだろうか？興奮している時には表情硬く、大きな声でテーブルを叩き、落ち着いてもらおうと話しかけると、更に興奮し

てお茶や目の前の物を投げて唾を吐いてしまう。それが1時間程続くことが毎日（昼に多く）ある。

- ・夜はお尻で這ってホールに来たり，他の利用者の部屋に行き、「この酔っ払い起きろ！」や、「おう、おう、何だかわかんねえ。」等大きな声で言い、ぐっすりと眠ることはなかった。
- ・他利用者さんから、「なに大きな声出してんの！いい加減にしろ！」「やるか！」と、その都度口論になって職員が間に入っていた。
- ・昼も夜も、いつどこで大きな声を出すかわからないので、いつもハラハラドキドキ。
- ・娘さんが持ってきたお菓子や果物を食べると落ち着くことがある。
- ・「大きな声出してますよねえ。本当に迷惑かけてすみません。」と、娘さんから利用中の様子を心配する電話を毎日いただく。

《現在のショートステイ利用時の様子》（平成27年3月）

- ・補聴器に頼らなくても、目を見て穏やかな表情でゆっくりはっきりしゃべりかけたら理解出来るようで、頷いていた。言葉だけでなく、握手をしたり腕や背中をさすったり、手でOKサインを作って会話をするようにした。（Oさんは落ち着いている時「オーケー」と、よく手でOKサインを出している）
- ・その時のOさんの感情に合わせて同じ気持ちを表情や態度で表す。共感していることを伝えるように伝える。
- ・いつも探して呼ぶ人は、娘さんと亡くなった奥さんだったことが分かった。
⇒女性スタッフを娘さんと間違えることがあり、スタッフはなりきって接した。場合によってOさんを「お父さん」と呼ぶと、自然に返事をしてくれた。
- ・それでもタイムスリップした時には、落ち着くまで距離を置いて見守るようにした。
- ・殺風景な居室（簡易畳に布団だけ）を改善。ソファとテーブルを置き、カレンダーや写真を置いた。
- ・眠れない時には一緒にお茶を飲んだり、側で話を聞いたり、添い寝をしたりした。
⇒6時間以上まとまって入眠される日が増えてきている。
- ・戦争で戦ったことや自衛隊にいたことは、Oさんにとってとても過酷な出来事だったのだと思う。「悲惨でしばらく眠れなかったんだ。」とか、「自衛隊でいろんな所に移動した。また帰ってきた。」と、涙ぐんで話されることがあった。
- ・娘さんと面会でもお会いしてお話をして、お父さんを心配する気持ちや想う気持ちが分かって、娘さんも安心できる生活になれば… と更に考えるようになっていった。

※Oさんがショートステイ利用中に気分良く過ごして頂けるために、更に私たちが出来ることは何か？

※他利用者さんやスタッフが持つOさんへの不安感や恐怖心を、良い方向へ持っていくにはどうしたらいいか？

記入者氏名	
-------	--

基本情報

利用者名	N 様		性別	女性	
			生年月日	S 10年 月 日	
住所			電話番号		
受付日時	平成 27 年	受付対応者			受付方法
主 訴	【主訴】 本人 : デイサービスに行ってお風呂に入ったり, お話をしたりしたい。 家族 : 介護サービスを利用してお世話をお願いしたい。				
	【本人・家族の要望】 (本人) まだまだ自分のことはできるか, たまに外出して交流を持ちたい。 (家鉄) 元気に見えるが, できないことが増えていて心配。本人の思い違いや勘違いがあり, 説明しても分かってもらえないことが多く, 離れているので積極的なお手伝いはできない。介護サービスを利用してお世話をお願いしたい。				
生活状況	【現在の生活状況, 生活歴等】 釘工場に 13 年務める。畑仕事をしながら舅, 姑の介護をした。手芸, 花の世話等が趣味で, 一緒に温泉に出かける友人がいる等交流はある。人の中に入るのは苦手ではないと話す。自宅は1階が自分, 2階が長男家族と完全に別々の生活している。物を捨てられず, 不衛生な環境で生活。		【家族の状況】 夫は 10 年前に他界。長男家族と同居しているが関係が非常に悪く, 2世帯住宅の1階に一人で生活している。長女とも関わりがなく, キーパーソンの次女は東京在住。		
	日常生活自立度	障害高齢者	A1	認知症高齢者	Ⅲa
介護保険	要介護度(2)		要支援度()		
身体状況	両下肢に筋力低下, 両膝痛, ふらつきあり, 転倒する事も増えているが自力歩行できる。				
認知症状	頑固。思い込みによる被害妄想あり。不衛生な生活環境の改善に拒否, 抵抗, 暴言。				
病気	糖尿病, 高コレステロール, 狭心症, 不眠症				
特記事項	腰痛があり, 短い距離しか歩けない。最近体力が低下し農作業をやめた。平成 26 年 6 月に転倒し, 右足と左足を痛める。友達と行く日帰り温泉が楽しみである。尿とりパットを使用しているが, 排尿・排便していても気づかないことが多く, 失禁してしまうため, ヘルパーが声掛け, 介助をしている。ゴミが多く溜まっており, 片付けようとすると暴言も見られる。捨てようとすると本人の強い拒否があり, 手出しできず, 周囲は困惑。健康食品を購入するも, 期限が切れた健康食品が棚に積み重なっている。				

困難の状況

困難の種類	行動障害 ・ 精神障害 ・ 介護力 ・ 居住環境 ・ 消費問題 ・ 虐待
困難の対象	本人・家族・ケアマネ
<p>困難の状況</p> <p>・経過や対応等を具体的に書きます。</p>	<p>(本人) 認知症と思われる主な症状としては、昔の話しや最近の話が混じり、会話にまとまりが無く、同じ話を繰り返すこと。物忘れもあり、思い付きで健康食品を購入するも、賞味期限が切れてしまう。必要な物と不必要な物の分別がつかないなどがある。また、頑固な性格で自分の意見を曲げない。そのために、部屋の中は物が散乱し、ごみ屋敷と化している。尿失禁があるため、部屋の中は尿臭がする。特に1階の台所は、物の置き場が無いほど物で溢れ、とても調理が出来る状況には無い。流し台、冷蔵庫などはあるものの、長年使用していない。虫が湧いて電気も入らない状況であるが、「昨日まで何とも無かった。孫が置いて行った。」と話す。</p> <p>片付けに対して強い拒否があり、最初は台所をのぞくことも許してくれなかった。ケアマネ、ヘルパーからの度重なる説得により、一度は片付けに承諾したが、(賞味期限切れの)健康食品をヘルパーに盗まれたと(実際には処分した)激昂し、「デイもヘルパーもケアマネも全てやめる」と数日対応困難な時期があった。今年の夏に脱水で体調を崩し、ケアマネの説得によりデイ、ヘルパー(部屋の片づけ、ゴミ出し、服薬確認)を再開している。</p> <p>食事はパンや惣菜、宅配の弁当をとって食べている。入浴は週1回のデイサービスとたまに友達と近くの温泉に行っている。</p> <p>家族との関係も感く、ここ数年、口も聞いていない。家族の協力はいらないと話す。家族だと思ったことも無いと話す。</p> <p>(家族)本人がこのような性格のため、同居の家族及び長女は無関心。好きなようにやらせておくといった状況で、全く関わりを持ってくれない。ケアマネ、ヘルパーが声を掛けても無視され、置き手紙をしても読んでもくれない。唯一、東京に住む次女と連絡がとれるが、頻繁な支援は難しい。(ケアマネ)緊急時に対応してくれる近親者がおらず、悩んでいる。(デイ、ヘルパーの利用について緊急時の対応者を求められている。)</p>
悩んでいること	<ul style="list-style-type: none"> ・本人に住まい環境に関しての問題意識はない。 ・認知症状、精神症状に関しても自分は正常だと言っている。 ・認知症専門機関、精神科受診は必要だと思うが、誰がどのように支援すべきか。 ・家族関係を改善できるか。 ・ケアマネへの支援について。

夜に大きな声を出して眠らないBさん

91歳 男性 要介護4

職歴：自営業（40年前より精肉店を経営）

家族構成：奥さんは20年前に他界，子供は男3人，長男夫婦と同居し長男が店を引き継いでいる。

病歴：脳梗塞後遺症，てんかん発作，痛風，難聴，前立腺肥大（H27.7），不眠症（H27.7），胆嚢炎（H27.6）

服薬：メマリー 1錠（認知症薬），ロゼムラ 1錠（抗不安薬）
トラゾドン 1錠（抗精神病薬），ランソプラゾール 1錠（胃薬）
ユリーフ 2錠（尿の薬），レボメプロマジン 10Bg（睡眠薬） 夕食後
カマ 6錠（下剤）

（入所前 自宅での様子）

精肉店を息子さんと経営していた。現在は息子さんが後を継いでいる。胆嚢炎で病院に入院してから，認知症状もすすんできており，日中傾眠強く，夜なかなか寝ず，朝方3時ごろまで起きて，何かをしゃべっていて，その後寝ていることが多い。大きな声を出し耳が遠いため声も大きくなっている様子。話をすることで納得すると笑顔になりニコニコしている。家族はお店を経営しており，夜寝てくれないことで介護に疲れている。

家族介護困難な状況になり，H27年12月9日入所となる

（入所時からの様子）

移動：杖歩行（右で杖を持つので左脇を支える介助），ふらつきあり，歩行困難時車椅子使用

排泄：日中→トイレ 夜間→パット交換

リハパンとパット使用，便意・尿意あるがなかなか尿がでない

職員が声がけしトイレ誘導もしている

ズボンの上げ下げ介助，立ち上がりは手すりにつかまりスムーズ

食事：主食→やわらかご飯，副食→刻み，水分：トロミなし，セッティングさえ行えばスプーンを使用して食べる

※箸を使用していたが，思うように使えずスプーン使用

入浴：「お風呂ですよ」の声がけに「お風呂か」とニコニコして入浴。お風呂は好き。

一連の動作の中で声がけを行えば自分ですが，すぐに終わってしまうため。洗い残しやとどかないところは介助

更衣：協力動作はあるが，自分から着ようとはせず介助

整容：手渡せば，歯磨き，洗顔，髭剃り可能だがすぐに終わってしまうため介助

会話：難聴の為会話が困難。左耳の方が聞こえるため左側からの声がけにて会話可能
Bさんの声が大きく，怒り口調で話すため他利用者さんから「うるさい」と怒られる時がある。

「水、水」「少便、少便」と単語。左側でゆっくり話すと理解し「ありがとな」と会話が可能。何かを訴える時は単語で怒り口調になる。

認知：水を飲んだことを忘れ、またすぐに「水」と言う。

家族が面会に来てても長男の顔はわかるが他はわからず、名前を言われると思いつす。

一連の動きは、声がけにて行えるが集中が続かずすぐに手渡したものを置いたり目を閉じてしまう。

聞こえる方の耳でゆっくり話せば理解できるが、長い会話はできない。

(生活の様子)

日中：ホールでうたた寝していることがほとんど。手作業など声を掛けてみるが「なんだ」「うるせ～」と怒る。自分から何かをする様子もなく、目が覚めてくると「水」「便所」「鼻水」「背中」「お尻痛い」など訴え始める。うたた寝している時はベッドで休んで頂くように促しているが、目覚めの様子はホールにいる時と同じように訴える。

夜間：ホールでうたた寝していることがあり、声がけにて休んでいただく。夜間も時々大きな声を出し、何か話している。聞き取れる時もあれば、分からない時もある。夜間は不眠がち。

(体調)

12/09 入所

12/15 熱発にて食事中止（尿路感染症）

12/21 食事再開（プリン食にて提供）、水分はトロミ対応
その日の夕方に再度熱発あり食事中止（肺炎）

12/24 食事が再開 朝・昼プリン食（1/2量） 夕食はゼリーのみ

12/30 家族に病状説明→今後も肺炎のリスクが高い

01/12 朝・昼→食事全量（プリン食） 夕→1/2量（プリン食）

(関わりと対策)

・夜間に大きな声を出し不眠

→大声を出している時にトイレにお誘いする。「水」「痒い」「痛い」等の訴え時にはその都度対応する。

・聞き取れず怒る

→聞こえる方の耳側でゆっくり話し、その都度対応する。

(現在の様子)

夜間トイレ誘導することで排尿あり、パットへの失禁もなくなってきた。排泄後はぐっすり眠るようになり、大きな声を出す事も少なくなってきた。

しかし、日中のうたた寝は続いている。

※今後、Bさんが不安なく楽しみを持って生活していただけるには、私達はどのような関わりをしていくべきか、皆様からのご意見・助言等を頂ければと思います。