

代理決定と意思決定（自己決定）支援

本人の意思決定能力を理解し，意思決定を支援して尊重する

2017. 03. 05. 宮城県社会福祉士会 小 湊 純 一

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。

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

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) 利用者の受けるべき権利，最善の利益を考える

2 自立支援の視点

(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があります。

(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。

3 対人援助の関係性

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が必要 ということ
- (7) 秘密保持は相談支援の大前提 ということ

意思決定支援（イギリスの仕組みから学ぶ）

成年後見制度

成年後見制度は、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。

基本理念はノーマリゼーション（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。

意思決定能力があることが前提

- ・意思決定をしたり、それを他人に伝えたりするために助言や支援を必要とする人々がいる。しかしそれは必ずしも彼らが意思決定できないということではない
- ・ある特定の意思決定をそれが必要なときに行う「能力がない」という証拠がない限り、自己決定権がある（第1原則）
- ・単に賢明でない判断をすると言うだけで能力がないとはみなされない（第3原則）

意思決定能力を最大限生かす

- ・本人に能力がないと結論づける前に、彼らが自己決定できるようにできるだけ支援を行う（第2原則）。例えばよりわかりやすい形での情報提供（写真・音声・映像）や本人がより緊張しない場所・人・時間帯を工夫する等

最善の利益とは何かを考える

- ・本人に能力がないと判断された場合、その人のために、あるいはその人に代わって意思決定者が行う行為は、本人の最善の利益のためになされなければならない（第4原則）。
- ・何が本人の最善の利益かについて勝手に決められないように、これを判定する仕組みを作る。
- ・また本人の自由の制約は最も少ない方法を選ばなければならない（第5原則）

意思決定支援の仕組み

- ・本人中心主義→全ての人々が自分で決定し、自分の人生を決める権利を持っている
- ・常に自問自答すること。「彼らが自己決定するためのベストチャンスを与えられている

か」

- 大きな選択から小さな選択に細分化し、場面を区切って説明すること
 - ① 環境はふさわしいか。決定を議論するのに適切な時期か
 - ② 十分な時間をとって十分な情報や明確な選択肢が与えられているか
 - ③ 写真や映像を用いるなど本人が理解しやすい方式で情報が提供されているか
 - ④ 利益、不利益、予想される結果（見通し）を議論しているか
- 大事なものは、どうして意思疎通に困難を抱えているかを考えながら、コミュニケーションをとること

意思決定能力があるかないかのアセスメント

- 「能力を欠く」と判定する基準
※意思決定能力は、日本の行為能力と違い、その行為限りの、変動しうる一時的なもので
 - ① 本人に精神や脳に影響する損傷があるか（診断的アプローチ）
 - ② もしあるとして、その損傷のせいで本人は当該意思決定ができないのか（機能的アプローチ）
 - 次の能力の一つでも欠いた場合「能力を欠く」と判断される
 - ①理解 当該決定に関連する情報を理解できない
 - ②保持 その情報を頭の中に保持することができない
 - ③比較検討 その情報を意思決定の過程で活用し比較考慮することができない
 - ④伝達 自分の意思決定を他人に伝えることができない
- 「能力を欠く」と判断された場合にはじめて、本人のベストインタレストに基づいた代理決定・代行決定の判断に移行する

ベストインタレスト

本人に代わって意思決定をする者（周囲の介護者、医療関係者、任意後見人、法定後見人等）が、その人の最善の利益が何か見極める必要がある。何が最善の利益かを判断する手順が重要

【ベストインタレストを見極めるためのチェックリスト】

- ① できるだけ本人も最善の利益を判断するケース会議に参加してもらう
- ② あらゆる関連する生活状況を考慮する
- ③ 本人の価値観（要望・感情・信仰等）を見極める
- ④ 本人の年齢や、容貌、様子や行動などからの思い込みを避ける

- ⑤ その人の能力の回復の可能性を考え、緊急でない限り意思決定を待つ
- ⑥ 生命維持装置に関する意思決定については周囲の思惑に左右されない
- ⑦ 本人と親しい人からも話を聞き、その見解も考慮する
- ⑧ 権利制限をできるだけ避ける

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っ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」という問題がクローズ・アップされることは滅多にありません。

けれども、そういった見た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行っていいほどいると言われています。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。

意思決定，自己決定に支障をきたす障害…等

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	・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	・非現実的なことで悩む ・誰かに見張られている，自分は偉大な人物である

他人に 支配されやすい	<ul style="list-style-type: none"> ・自分と他人との境界線が曖昧になってしまう ・自分の行動や考えは他人によって支配されている
考えがまとまらない	<ul style="list-style-type: none"> ・話の内容が次々に変わる ・考えがまとまらず、相手は何を言っているのか理解できない
異常な行動	<ul style="list-style-type: none"> ・極度に緊張することで、衝動的な行動を起こす ・その逆に外からの刺激に全く反応しなくなる

・陰性症状

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

正常な人では感情や意欲がありますが、統合失調症による陰性症状ではこれらもともと備わっているものがない状態となります。そのため、社会的引きこもりや無関心などの症状が表れてしまいます。

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

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

・認知障害

脳で判断する認知機能としては記憶や注意、思考、判断などがあります。統合失調症は脳の神経伝達物質に異常が起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。うつ状態だけが起こる病気を「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があります。

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、双極性障害と呼ばれます。

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

～認知症の基礎知識～

1 中心となる症状

認知症の症状は中心となる症状と、それに伴って起こる周辺の症状に分けられます。

中心となる症状とは「記憶障害」や「判断力の低下」などで、必ずみられる症状です。

- (1) 記憶障害：直近のことを忘れてしまう。同じことを繰り返す。
- (2) 見当識障害：今がいつなのか、ここはどこなのか、わからなくなる状態。
- (3) 知能（理解・判断）障害：寒くても薄着のまま外に出る。真夏でもセーターを着ている。考えるスピードが遅くなる。失行・失認・失語
- (4) 実行機能障害：段取りが立てられない。調理の動は出来ても食べるための調理ができない。失敗したとわかっていても修正できない。

2 周辺症状

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

(1) 妄想

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

(2) 幻覚

認知症では幻聴よりも幻視が多い。「ほら、そこに子供たちが来ているじゃないか。」

「今、男の人たちが何人か入ってきたのよ」などといったことがしばしば見られることもあります。

(3) 不安

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

(4) 依存

不安や焦燥のために、逆に依存的な傾向が強まることがあります。一時間でも一人

になると落ち着かなくなり、常に家族の後ろをついて回るといった行動があらわれることがあります。

(5) 徘徊

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

(6) 攻撃的行動

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

(7) 睡眠障害

認知症の進行とともに、夜間の不眠、日中のうたた寝が増加する傾向にあります。

(8) 介護への抵抗

理由はわかりませんが、認知症の高齢者の多くは入浴を嫌がるようになります。

「明日はいる」「風邪をひいている」などと口実をつけ、介護に抵抗したり、衣服の着脱が苦手であること、浴室の床でころぶかもしれないことなど、運動機能や条件反射が鈍くなっているための不安、水への潜在的な恐怖感などから生じると考えられます。

(9) 異食・過食

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

(10) 抑うつ状態

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

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。

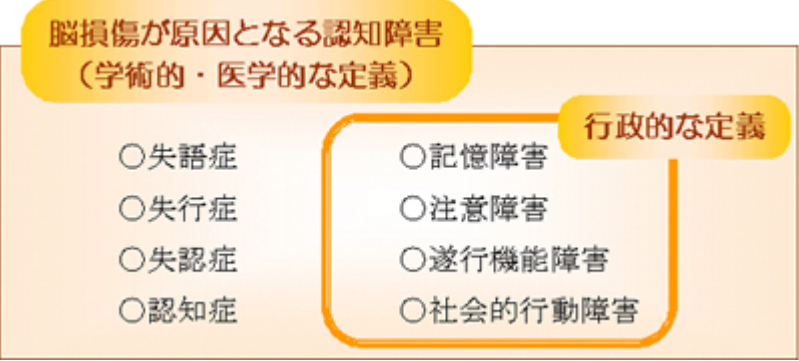
高次脳機能障害

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る混乱する
- ・ 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般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たがらず、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使いじりをする

(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、物にあたりたりすねる 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ろで身体を露出する 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ったり、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

施設内や居室でするような趣味を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

施設内や居室でする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

施設内や居室でする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，ホールなどでするような趣味・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る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る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，2kg 程度）を持って，連続30分間以上歩ける
- 荷物（みかん箱大，2kg 程度）を持ち，20～30mの距離を運べる
- 荷物（みかん箱大，2kg 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。

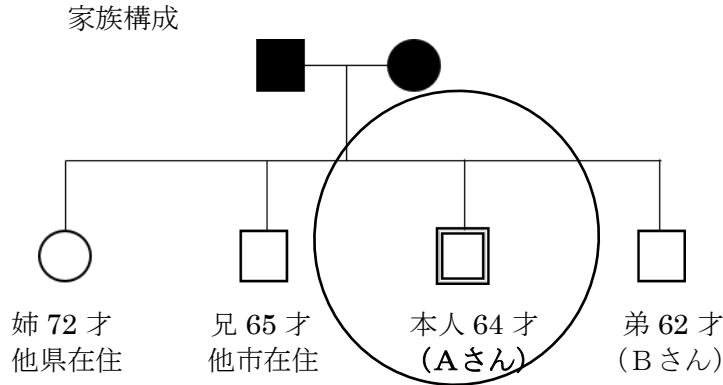
生命や身体など、自分の所有に帰するものは、他者への危害を引き起こさない限りで、たとえその決定の内容が理性的に見て愚行と見なされようとも、対応能力をもつ成人の自己決定に委ねられるべきである、とする主張である。

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）…

Aさん

64才男性 統合失調症 ゴミ屋敷独居 厚生年金4万/2月



(家族・財産等の状況)

かなり広い土地に、Aさんが居住中の住居（父親名義の2階建の住居）と、兄名義の2階建の空き家がある。

Aさんの話によると、「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、その後の関わりは拒絶している。

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。数か月前まで二階に居住していたが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)

電気等は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。

ローソクを使って明りにしている。ゴミの中での生活なので非常に危険な状態である。就寝は長靴を履いたまま毛布にくるまって寝ている。

(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。Aさんがゴミを拾い集めてくるため、見る限り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1パック、一口タイプのゼリー1パック、弁当、携帯電話2台が放置されていた。

(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ず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。

(身体等)

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。）

(担当保健師)

身体的な動作には問題はない。

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、精神科に通っていた時、友達や宗教勧誘の人達と知り合いになり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思っているようだ。

(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。

※ 担当の保健師は、Aさんが「現在の場所を離れたくない。」と言っているから、そのまま見守りを続けようと考えている。

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。

認知症対応型共同生活介護

基本方針

第八十九条 指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護の事業は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の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するものでなければならない。

(指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針)

第九十七条 指定認知症対応型共同生活介護は、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 指定認知症対応型共同生活介護は、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。

4 共同生活住居における介護従業者は、指定認知症対応型共同生活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わなければならない。

5 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等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、身体的拘束等を行ってはならない。

7 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。

(認知症対応型共同生活介護計画の作成)

2 認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならない。

3 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成しなければならない。

4 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

(介護等)

第九十九条 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 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該共同生活住居における介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

- 3 利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うよう努めるものとする。

(社会生活上の便宜の提供等)

第百条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めなければならない。

- 2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又はその家族が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 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、常に利用者の家族との連携を図るとともに利用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。

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

(基本方針)

第一条の二 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所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することを旨とする。

- 2 指定介護老人福祉施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するよう努めなければならない。
- 3 指定介護老人福祉施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

(施設サービス計画の作成)

- 2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、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施設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。
- 3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所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。
- 4 計画担当介護支援専門員は、前項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、入所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、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所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。

- 5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所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、指定介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、指定介護福祉施設サービスの内容、指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。
- 6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、当該施設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。
- 7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。
- 8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。
- 9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。
- 10 計画担当介護支援専門員は、前項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、入所者及びその家族並びに担当者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 定期的に入所者に面接すること。
 - 二 定期的モニタリングの結果を記録すること。

(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^しを考慮した食事を、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。