

高齢者虐待防止の理解と対応

～より良い介護をめざして～

ふくし@JMI 小湊 純一。

I 関係法令

1 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。

2 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(以下「要介護状態等」という。)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、要介護状態等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。

3 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ものではない。

- 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つて指定介護福祉施設サービスを提供するように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を有し、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。

(指定介護福祉施設サービスの取扱方針)

第十一条 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。

- 2 指定介護福祉施設サービスは、施設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。
- 3 指定介護老人福祉施設の従業者は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、処遇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。
- 4 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所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、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。
- 5 指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- 6 指定介護老人福祉施設は、自らその提供する指定介護福祉施設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。

(施設サービス計画の作成)

第十二条 指定介護老人福祉施設の管理者は、介護支援専門員に施設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。

- 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(入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に当たる他の担当者(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、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 定期的にモニタリングの結果を記録すること。
- 11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設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。
 - 一 入所者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合
 - 二 入所者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

(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。

(管理者の責務)

第二十二条 指定介護老人福祉施設の管理者は、当該指定介護老人福祉施設の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。

2 指定介護老人福祉施設の管理者は、従業者がこの章の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。

(計画担当介護支援専門員の責務)

第二十二条の二 計画担当介護支援専門員は、第十二条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

一 入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。

二 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討すること。

三 その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行うこと。

四 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。

五 身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

六 苦情の内容等を記録すること。

七 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

Ⅱ 高齢者・障がい者虐待とは～

近年、障がい者の虐待について関心が高まっていますが、問題は十分に理解されているとは言えません。また、多様な状態を包括する定義は、障がい者の「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」により明文化され、市町村の責任が明確にされましたがすべてを包括するものではありません。

障がい者の虐待には遂行（虐待）または放置（無視）があり、故意に苦痛を与えようとした場合と、養護者あるいは虐待者の不十分な知識，燃え尽き，怠惰から無意識に苦痛を与えてしまう場合とがあります。

虐待防止法には明記されていない自己放棄「セルフネグレクト」は、他の虐待類型より解決が困難で支援の時間も労力も非常に多く必要とすることが知られています。

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 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 ※ 消費者被害

Ⅲ 身体拘束廃止

＜身体拘束禁止の対象となる具体的な行為＞

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

また、例外的に身体拘束が認められる「緊急やむを得ない場合」とは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られています（身体拘束ゼロへの手引き）。

- ＜切迫性＞ 利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- ＜非代替性＞ 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと
- ＜一時性＞ 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

IV 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となります。

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）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

～高次脳機能障害～

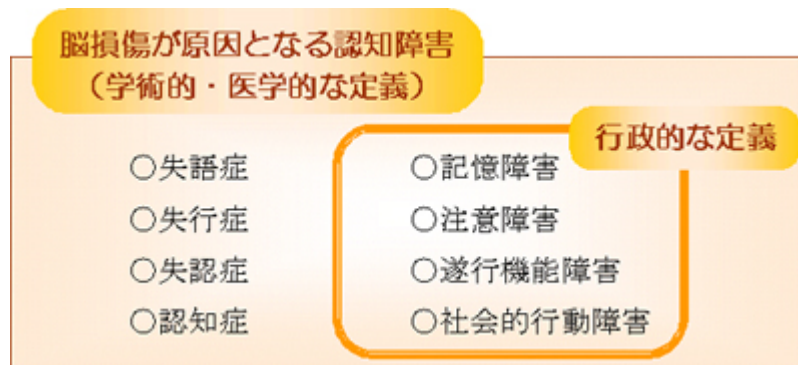
交通事故や脳卒中などで脳が損傷されると、記憶能力の障害、集中力や考える力の障害、行動の異常、言葉の障害が生じることがあります。これらの障害を『高次脳機能障害』と言います。

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、日常の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
- ・いきあたりばつりの行動をする
- ・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
- ・必要なリ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。

～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場合があります。視覚に問題があるかどうか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できます。

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します。（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 □	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 □	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) □	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 □	移乗(立つ/座る/持ち上がる/ころがる)	嘔む、飲む、飲み込む
それぞれの衣	タオルで体を	トイレットペ	でこぼこ道を	移乗後の姿勢	食事が終わる

顆をつかむ、脱ぐ	拭く	パーをちぎり、おしりを拭く	移動する □	を立て直す	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 □	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□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

しまい忘れてたり、置き忘れて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、本人のいる場で本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。

参考資料① コンプライアンスルールの例 ～接遇～

社会福祉法

(福祉サービスの基本的理念)

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

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

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

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

- 1 呼ばれれば反応し、できるだけすぐに対応します。

(1) 呼ばれたら返事をする。

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

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

でも、どうしてもすぐに対応できない場合もあると思います。その時には、すぐにできないからといって知らん振りするのではなく、返事をしてそのことを説明できればその人も“自分のことをわかってくれているんだ”“気にかけてくれているんだ”という気持ちになれるのではないのでしょうか。

(2) 側に行って話を聞く。

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

(3) 話をされたら「そうですか」と聞く。

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

(4) すぐに対応できない時も、理由を説明して理解してもらえたか確認する。
説明なしにただ待たされれば、“伝わっているのだろうか・・・”，“わかっている
も対応してもらえないのだろうか・・・”という不安な気持ちで待たなければなりません。
同じ待つにしても、説明をしてもらえれば、自分のことをわかってもらっている
という安心感が持てます。『不安』と『安心』では大きな違いです。

(5)・・・・・・・・

2 聞かれれば、わかるように答えます。

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

(2)・・・・・・・・

参考資料② コンプライアンスルールの例 ～心得～

〇〇〇〇 主任職員の心得

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

参考資料③ ～ 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。

利用者の基本的欲求

- 1 利用者は、事例としてあるいは典型例として、さらにある範疇に属する者として対応されることを望まない。彼らは、一人の個人として迎えられ、対応してほしいと望んでいる。
- 2 利用者は、否定的な感情と肯定的な感情、そのどちらをも表現する必要性をもっている。これらの感情には、恐れ、不安、怒り、憎しみ、あるいは自分の権利は侵害されているという感情などが含まれる。また、これらとは逆の感情も含まれている。
- 3 利用者は、依存しなければならない状態に陥ったり、弱さや欠点をもっていたり、あるいは失敗を経験しているとしても、一人の価値ある人間として、あるいは生まれながらに尊厳をもつ人間として、受けとめられたいという欲求をもっている。
- 4 利用者は、彼らの感情表現に対して、支援者から共感的な理解と適切な反応を得たいと望んでいる。
- 5 利用者は、彼らが陥っている困難に対して、支援者から一方的に非難されたり、叱責されたくはないと考えている。
- 6 利用者は、自分の人生に関する選択と決定を自ら行いたいとする欲求を持っている。彼らは、支援者から選択や決定を押しつけられたり、あるいは監督されたり、命令されたりすることを望まない。彼らは、命令されたいのではなく、援助を求めているのである。
- 7 利用者は、自分に関する内密の情報を、できるかぎり秘密のままで守りたいという欲求を持っている。彼らは、自分の問題を、近隣の人や世間一般の人びとに知られたいとは願っていない。また、自分の評価を捨ててまで、社会福祉機関から援助を受けようとも思っていない。

利用者の権利と支援の基本

- 1 心身の障がいの有無に関係なく、すべての利用者は自己決定の権利と一人ひとりが独自の人であるという基本的権利を持っています。
- 2 地域社会の中で独立した生活を営んでいる人々がごく普通に受けている生活の状況と、できるだけ一致した形で生活を営む権利があります。
- 3 利用者一人ひとりの潜在的可能性、身体、認知、情緒、社会的可能性を実現することに努め、可能性を敏感に認め、はぐくみます。
- 4 利用者一人ひとりの能力、感受性及び信念を尊重することが職員の基本的態度であるべきで、あらゆる関係において、礼儀と尊重という態度も同様に不可欠です。
- 5 利用者の名前の呼び方は、利用者一人ひとりの希望を尊重することが大切です。
利用者は、姓名をはっきりと、または姓のみを、あるいは名のみをとるように、その人が望む呼ばれかたで自分の名前を呼ばれる権利があります。名前は、ある人を他の人と区別する名称という意味だけでなく、名前を所有する人が自由に扱うことのできる個人の所有物でもあります。
- 6 高齢利用者への名前の呼び方は、特に名で呼ぶように利用者から言われていないのであれば、正式に姓で名前を呼ぶことが普通に尊重することになります。

文責：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。

2015.08.05. jk。

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	
---------------	--