権利擁護研修会

高齢者・障がい者権利擁護のための

『意思決定支援，自己決定支援』

のあり方を考える

特定非営利活動法人

宮城福祉オンブズネット「エール」

〒980-0804  
仙台市青葉区大町二丁目3-12　大町マンション301  
TEL　022-722-7225　FAX　022-722-7199  
E-mail :lastword@alto.ocn.ne.jp　　http://www7.ocn.ne.jp/~lastword

～本人の意思能力，自己決定能力を理解しようと努力して対応する～

　高齢者・障がい者支援は，自立の支援と利用者本位の支援が求められていますが，認知障がいや知的障がい等が原因で日常の判断が困難になってくると，対象者本人の意向をどのように尊重して支援すれば良いのか，何を代理代行すれば良いのか支援する側も判断が難しい場合があります。

本人の意思能力・自己決定能力を阻がいする要因を理解し，事例を使って意見交換し，適切な『意思決定支援，自己決定支援』のあり方を考え高齢者障がい者の権利擁護の実践に繋げます。

**主催**：宮城福祉オンブズネット『エール』

**対象**：行政，地域包括支援センター，福祉施設，弁護士，消費生活専門相談員，

　　　保健師，看護師，社会福祉士，介護福祉士，ケアマネジャー，市民，その

　　　他

**日時**：平成２７年３月１３日（金） １３：３０～１６：３０

**場所**：仙台弁護士会館4Ｆ　仙台市青葉区一番町2-9-18

**内容**：『意思決定支援と代理行為のあり方についての考察』

　　　　　　　宮城福祉オンブズネット「エール」理事長　大橋 洋介（弁護士）

　　　『本人の意思能力，自己決定能力を理解しようと努力して対応する』

　　　　　　　宮城福祉オンブズネット「エール」副理事長　小湊 純一（社会福祉士）

※この研修には「仙台市高齢者虐待相談強化事業」の委託料を一部充当しています。

高齢者・障がい者権利擁護のための

意思決定支援，自己決定支援のあり方を考える

宮城福祉オンブズネット「エール」　小 湊 純 一。

　福祉の総合相談支援，権利擁護活動をする時，対象者本人の能力評価を十分に検討した上で，成年後見活動における代理行為や，高齢者・障がい者への自己決定支援をしていたのかを振り返り，そのあり方を考えます。

　ともすれば，対象者本人よりも家族や住民，支援する自分を中心に考えて対応してしまいがちです。私たち支援する側が『対象者本人を理解しようと努力して関わる』ことがあたりまえにできるよう意見交換し，対象者の『最大限の利益』を目的とした支援につなげたいと思います。

　以下は，宮城福祉オンブズネット「エール」等において取り上げてきたテーマです。

　平成18年　高齢者障がい者権利擁護を実践する専門職者のネットワーク

　平成19年　高齢者虐待対応実践と異業種連携

　平成20年　総合相談支援

　　　　　　～相談受付から調整，介入，問題解決後の生活支援まで～

　平成21年　考えて創る福祉(総合相談)と地域のネットワーク

　　　　　　～地域の実情に即した総合相談体制とネットワーク構築～

　平成22年　セルフネグレクトと愚行権

　　　　　　～要援護者の自己決定をどう考える～

　平成23年　セルフネグレクトへの対応と支援

　　　　　　～要援護者の自己決定をどう考える～

　平成24年　対象者本人の能力を理解して対応する

　　　　　　～権利能力・意思能力・行為能力・判断能力～

　平成25年　自立と問題解決を妨げる『依存と共依存』

　　　　　　～本人と家族と支援者との関係～

　平成26年　意思決定支援，自己決定支援と代理行為

　　　　　　～本人の意思能力，自己決定能力を評価して支援する～

意思決定支援と代理行為のあり方についての考察

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　弁護士　　大　橋　洋　介

**第１　成年後見制度と意思決定**

**１　成年後見制度の趣旨**

　　　⇒精神上の障がい（認知症，知的障がい，精神障がい等）により，判断能力が不十分

　　　　であるため，法律行為による意思決定が困難な者について，その生活全般にかかる

　　　　必要な意思決定を代行・支援する制度。

　 　⇒「法律行為」の「代理（代行）」という制度設計。

　　　　⇒事実行為は対象外。本人自らの意思決定を支援するという発想でもない。

**２　成年後見制度の理念と現実**

　　　⇒基本理念

　　　　⇒①自己決定の尊重

　　　　　②身上配慮義務

　　　　　　⇒従来の財産管理事項偏重の姿勢を脱却して，成年後見人の職務として身上

　　　　　　　監護事項を積極的に承認しようとしている

　　　　　③現有能力の活用

　　　　　④ノーマライゼーション，アドヴォカシー，エンパワメント

　　　　　　⇒ノーマライゼーション

　　　　　　　高齢者・障がい者が，その地域で普通に生活できることが当然であるという

　　　　　　　考え方。あるいは，そのような社会の実現へ向けての動き。

　　　　　　⇒アドヴォカシー（代弁活動）

　　　　　　　本人の身上面に関する利益の主張を補助し，または，本人の身上面に関す

　　　　　　　る利益を代弁すること。

　　　　　　　⇒前提としてのエンパワメント

　　　⇒現実にどれほど実現されているのか疑問。

　　　⇒背景としての一律の過剰な行為能力制限。

　　　　⇒法律行為を単独で有効に行えない者と決めてしまい，それにも関わらず行われ

　　　　　た法律行為については取消すことができるとする予防的な制限。

**第２　法律上の「能力」概念**

**１　権利能力**

　　　権利義務の主体たりうる地位

**２　意思能力**

　　　自己の行為の結果を判断する精神的能力

　　　　⇒意思能力を欠く者が行った契約（意思表示）は無効。

　　　　　無効＝法律行為の効果をはじめから発生させないということ

　　　　⇒Ｑ　事理弁識能力と意思能力の関係

　　　　　Ａ　意思能力は法律行為ごとにその有無が問題とされるもの。事理弁識能力の

　　　　　　　ように，程度が問題とされるものではない。

　　　　【福岡高裁平成１６年７月２１日】

保佐相当の判断能力であった者が１５０万円の連帯保証契約を締結した事案。

　　　　当事者の生い立ち，職歴，連帯保証契約の経緯・状況，精神科医師の鑑定書などを

　　　　総合したうえ，当事者は，簡単な買物，給料については理解ができるが，数百万円

　　　　以上や利息のことは理解できないこと，当事者は，余計なことを言うなと言われて

　　　　消費貸借契約書等に署名したこと等の事情を考慮すると，当事者は，本件連帯保証

　　　　契約締結の結果を正しく認識し，これに基づいて正しく意思決定を行なう精神的

　　　　能力を有していなかったと判断し，本件連帯保証契約は意思無能力により無効と

　　　　したもの。

　　　　　「なお，意思無能力かどうかは，問題となる個々の法律行為ごとにその難易，重

　　　　大性なども考慮して，行為の結果を正しく認識できていたかどうかということを

　　　　中心に判断されるべきものであるから，控訴人について一般的に事理弁識能力が

　　　　著しく不十分であるとして，平成１５年９月１７日保佐開始審判がなされたこと

　　　　は，本件連帯保証契約について意思無能力の判断をする妨げとなるものではない。」

**３　行為能力**

　　　自らの行為によって法律行為の効果を確定的に自己に帰属させる能力

　　　　⇒民法は，判断能力が不十分な人のうち，一定の要件を備えている人を「制限行為

　　　　　能力者」と定める。

　　　　⇒なぜ行為能力という概念が必要とされるのか？

　　　　⇒制限行為能力者がした契約は取り消すことができるものとしている。

　　　　　取消＝法律行為の効力をいったんは認め，のちに取消の意思表示があれば，法律

　　　　　行為の成立のときにさかのぼって効力を否定するもの。

**第３　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）the Medical Capacity Act 2005（イギリス2005年「意思決定能力法」）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原則：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原則：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原則：『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原則：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い。』

　　　　⇒第５原則：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】**

　　Ⅰ 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。

　　Ⅱ 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。

　　Ⅲ 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。

　　Ⅳ 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。

　　Ⅴ 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。安楽死や自殺幇助は，認められない。

　　Ⅵ 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。

　　Ⅶ 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（考察）**

**（１）総論（具体的な流れ，私見）**

　　　　①意思決定支援を必要とする対象者か否かの判断

　　　　②意思決定支援の対象行為（対象事項）の特定

　　　　③意思決定支援

　　　　④意思決定能力がなく意思決定できないと判断された場合の代理・代行

**（２）意思決定支援を受ける対象者**

　　　⇒精神上の障がい，もしくは，脳の損傷または機能障がいのため，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。

　　　⇒直ちに意思決定できないと判断するのではなく，適切な支援により自らの意思決

　　　　定を導き出すようにアプローチすることが必要。

**⇒「人単位」から「行為単位」へ**

　　　　⇒現在の成年後見制度の問題点（一律の行為能力制限）

　　　　⇒「判断能力のない人だから。」ｖｓ「本人が意思決定しているのだから。」

　　　　⇒過干渉，形式的な自己決定権の尊重

　　　　⇒「人単位」から「行為単位」へ（上述の裁判例参照）

**（３）意思決定支援の対象事項は何か**

　　　　⇒支援の対象となる意思決定事項は法律行為に限らない。

　　　　⇒様々な事実行為，様々なレベル。

　　　　　⇒日常生活上の事実行為や医療行為，身分行為等

　　　　　　⇒本来本人のみが決定すべき医療行為や身分行為等についても支援を受ける

　　　　　　　べき事項であると考えるべき。

**（４）意思決定を支援する方法**

　　　　⇒意思決定支援の優先

　　　　　⇒他者が代わりに意思決定するのではなく，本人が意思決定するのを支える。

　　　　⇒介入ではなく情報提供。

　　　　⇒配慮すべき事項

　　　　　⇒①必要な情報の提供

　　　　　　②適切な方法での意思疎通

　　　　　　③意思決定の環境

　　　　　　④様々な観点からの助言

**（５）意思決定能力の有無の判断**

　　　ア　意思決定能力の欠如

　　　　　⇒あらゆる支援が尽くされた上で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，すなわち，代理・代行

　　　　　　によらざるを得ない。

　　　イ　意思決定能力の有無の判断（ＭＣＡ３条より）

　　　（ア）情報理解力

　　　　　　⇒「当該意思決定に関連する情報を理解することができない」

　　　　　　　⇒前提として意思決定に必要なあらゆる関係する情報が提供される必要。

　　　　　　　⇒行為単位で考える（行為の難易による相違）。

　　　（イ）記憶力

　　　　　　⇒「上述した情報を保持することができない。」

　　　（ウ）比較衡量能力

　　　　　　⇒「意思決定を行う過程の一部としてその情報を利用または比較衡量するこ

　　　　　　　とができない。」

　　　（エ）伝達能力

　　　　　　⇒「自己の決定を，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

　　　　　　　ない」

**（６）代理（代行）の場合に考慮すべきこと**

　　　　⇒最善の利益の追求

**第４　さいごに**

本人の意思能力，自己決定能力を理解しようと努力して対応する

～事例から考える～

社会福祉士 小 湊 純 一。

　様々な障がいが，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，支援に活かせ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・障がい者の権利擁護につながります。

「同僚との話が平行線」

【本人の状況】　Ｅさん　女性　一人暮らし　認知症

　身体的な問題はないが，物忘れが激しく，金銭管理や服薬管理は出来ない。日常生活自立支援事業，毎朝訪問介護，デイサービス週３回利用している。食事については，お金をあまり使わないように質素にしている。デイサービス利用日以外の日は，一日中部屋で探し物をしている。

　一日に何回も居宅介護支援事業所に「明日は利用日ですか？明日の朝は迎えに来てくれますか？」と電話が入る。あまりに電話が多いので，自宅を訪ねてみたところ，部屋いっぱいに『明日は利用日』と書いたメモが散乱していた。カレンダーにも真っ黒になるくらいにメモが書いてある状況。部屋の鍵も何度も紛失しており，大家や友達を巻き込んで鍵を作り直したり，鍵屋さんに来てもらっている状態。

ケアマネＡと，Ｅさんの担当ケアマネＢとの会話

Ａ：「いつまで一人暮らしを継続させていくの？」

Ｂ：「Ｅさんは施設には行きたくないだろうし，今の所に居たいのだと思う。」

Ａ：「Ｅさんの気持ちも大切だと思うけど，Ｅさんが適切な判断ができない状態なのだから，

　　周りが決めてあげることも必要なのでは？」

Ｂ：「んー，でも『一人で居たい』と言っているのよね。」

Ａ：「あまり認知症が進まないうちにグループホームとか検討しないと，物忘れが進みきっ

　　てしまってからではＥさんが新しい生活に慣れるのが大変だと思うよ。」

Ｂ：「んー，それもそうだけど，もう少し様子をみていきたい。」

Ａ：「冬はストーブも入るし，火の元が危ない。近所の人が気が気でないと思うよ。」

Ｂ：「んー，でも辛抱強いから，あまりストーブ使わないもの。」

　ケアマネＢさんは，認知症のあるＥさんの意向を大切にしていく方針のようだ。

「利用者本位」

【本人の状況】　８５歳女性　Ａさん　アルツハイマー型認知症　要介護２　独居

　　　　　　　　隣町に娘さんがいて，家事等をしている。

ＡＤＬ状況

　歩行，食事，排泄，整容は自立

　着替えは自分でできる。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

　調理はできないので娘さんがおこなっている。電子レンジで温めることはできる。食後は自分で食器を洗っている。

　買物は札で支払っている。（小銭の計算ができない。）

　お金や薬の管理ができない。

　自室の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，時計を見れば時間はわかる。

　昔から関わっている人の事はわかる。

　最近は，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。

　新しいことを憶えることができない。

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，記憶はできていない。

　最近，娘さんが声をかけても自宅では入浴しようとしなくなった。皮膚の乾燥と痒みがひどくなっているが，本人が病院に行きたがらない。

　担当ケアマネは，自宅でお風呂に入らなくなったことと，皮膚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，娘さんと本人に理由を説明し提案しているが，娘さんは了解しても本人は「大したことはない。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。」と言うため，回数を増やせずにいた。

　娘さんから，本人は毎週火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，構わずに増やしてみて下さいと言われたので，本人の了解は得ずに週２回にすることにした。

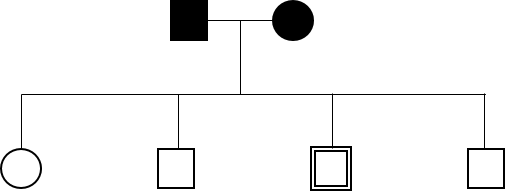
　追加した金曜日にデイサービスで迎えに行くと，「毎週デイサービスを楽しみにしているのよ。」と言いながらいつものように行ってくれた。お風呂にも入ることができて，身体の清潔と保湿等ができるようになり，娘さんも一安心。

　しかし，ケアマネとしては，Ａさんの了解が必要なので，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承諾を得なければならないと考えている。

ゴミ屋敷に住んでいる６４才男性（Ａさん）

本　人　　６４才男性**（Ａさん）**　厚生年金　４万／２月　　独居

　　　　　　　　家族構成



　　　　　　姉72才　　　 兄65才　　　 本人64才　　　弟62才

　　　　　　他県在住　　　他市在住　　　**（Ａさん）**（Ｂさん）

（家族・財産等の状況）

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

　名義の２階建の住居（居住中）がある。

　　本人の話によると，「父親が亡くなった時，父親名義の財産を母親名義に，母親が亡く

　なった時は兄弟４人で現金を分け，土地は次男三男の名義にした。」という（兄弟４人で

　財産争いになり裁判になった。）。大学を卒業後会社勤めをしていたが神経質になり不整

　脈にもなって退社した。コンピューターを扱う仕事をしていたが，ゲームにはまり，株な

　どにも手を出していた。その後，チンピラ数人と遊んで歩き，そのチンピラや変な叔母さ

　んが自宅にも出入りするようになった。親から貰った金を使い果たし，カードを所有して

　いたらしく，カードで飲み食いしキャッシングし借金の取立てがひどく，兄夫婦のところ

　まで取り立てがあり，兄夫婦は７０万円くらいの借金を代わりに清算し他市に引っ越し

　て行き，その後の関わりは拒絶。

　　姉は，たまに米等を送ってくる程度で関わりは拒絶している。

　　弟は，本人の行動や借金の問題もよく分からないと言っている。二階に居住し関わらな

　いようにしていたということであった。固定資産税を支払っている。

（Ａさんの概要）

　　３５年前に統合失調症と診断されたが現在は医療機関にかかっていない。２０年ぐら

　い電気･ガス･水道は止められている。水は，公衆トイレからペットボトルに汲んでくる。

　お風呂は数十年入っていない。自宅のトイレは使用不可。外か，共同トイレ又はスーパー，

　コンビニ，行政の建物内で用を足している。

（食事等）

　　お金があれば食べている。半額になった商品を購入したり，スーパー等の試食品の食べ

　歩き，ゴミ漁りをして，捨ててあるお菓子，弁当等を拾ってくる。

　　姉から米が送られてきた時等は，拾ってきた電気釜で公衆トイレの電源を使い炊飯す

　ることもある。同じ電源を使い，電気ポットで野菜等を煮炊きする。

　　本人は，拾ってきた電気製品はすぐ壊れると言っている。

（暖房・光熱等）

　　電気等止められているため，夏の猛暑のとき，冬の厳寒時期など，スーパーなどで一日

　を過ごしている。壊れたコタツを拾ってきているが火の気は無い。

　　ローソクをつけ明り取りにしている。ゴミの中での生活なので非常に危険な状態。

　　就寝は長靴を履いたまま毛布１枚にくるまって寝る。

（住居等）

　　何年も手入れがなされず，地震のため家具類は転倒散乱，ガラス戸のガラスは割れて，

　家は吹き抜け状態。異臭悪臭は酷いが，何せ吹き抜け状態のため悪臭がこもっている状態

　ではない。本人がゴミを拾い集めてくるため，見える限りの部屋に山積みのゴミ屋敷状

　態。

　　悪臭，ゴキブリ，ねずみ，蛇等と同居している。

　　玄関先に大小の縫いぐるみ数体，生卵９個入りパック，一口タイプのゼリーパック，弁

　当，携帯電話２台が放置されている。

（衣服等）

　　風呂に入っている様子が無いことから，衣服の交換等は考えられないし着たきりの状

　態であるから，体全体から異臭がしている。

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

　代わりにしている。

（身体的）

　　虫歯だらけで，かなり痩せている。

　　統合失調症のためか，被害妄想がある。例えば，クーラーを持っていかれたとか，トイ

　レに馬糞を投げ込まれた等と言う。

　　健康保険にも加入していない（保険料を支払っていない。）

（担当の保健師からの情報）

　　身体的な動作には問題なし。

　　記憶障害はないが，何年も前の話を，つい先日のことのように話をする。質問をすると

　答えようとするが話が飛んでしまい，質問したことに対しての回答が帰ってこない。

　　Ａさんは，自分の過去について，神経科に通っていた時，友達や宗教勧誘の人達と知り

　合いパチンコをしたりして金を使ってしまった。それが悪かった。同級生のような人と付

　き合っていればよかったと思うと言っている。現在の生活場所を離れたくない，集団生活

　は嫌だと言う。土地や不動産を何とかしたいと思っているようだ。

（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。

**１か月前まで同居していた弟（Ｂさん）の状況等**

　　Ｂさんは大学を卒業はしているが，１９才の時，時々意識を失い倒れ,てんかんではな

　いかと診断され，大学病院の神経科等にかかり２６才まで抗うつ剤を服用したがその後

　服薬をやめ今に至っている。やめた理由は不明。家に引きこもっている。

　　Ｈ２４年，保健師が付き添い受診し「適応障害｣と診断されている。

　　Ｂさんの生活資金について，親が将来を心配し生命保険を年単位で区切って掛け，保険

　の金で食べられるようにしたとにこと。

　　現在は月５～６万の収入になるので何とか暮らせるが，固定資産税と家の関係の請求

　が来ると足りなくなる。

　　ＢさんはＨ２３年１２月３１日に，何時も出歩いている兄が風邪を引き寝込んだのを

　心配し，翌日に民生委員に連絡「兄が風邪を引き寝込んだ」「この家では生活できない，

　助けて｣と連絡，民生委員が区長に相談。社会福祉課につながった。

　　生活保護課につながったが，親が掛けた保険があること，家土地があることから生活保

　護は該当しなかった。

　　現在，紹介された宅老所に「緊急避難」で入所し，兄のことを心配しているが，お金は

　出してやれないという。

　　最近，Ｂさんに行政から連絡があり，共有の土地を売却しＢさんの生活費を捻出し，税

　金等の支払もしてもらはなければならない，そのためにＡさんに成年後見人を付ける，そ

　の費用もかかると言われ，弁護士に相談をするようアドバイスされパニック状態になっ

　てしまった。

　　Ｂさんは，行政が信じられない，このようなことを言う行政について弁護士に相談する

　と言っている。Ｂさんは，体調が悪く，体中からリンパ液，体液が出てきていると言って

　いる。

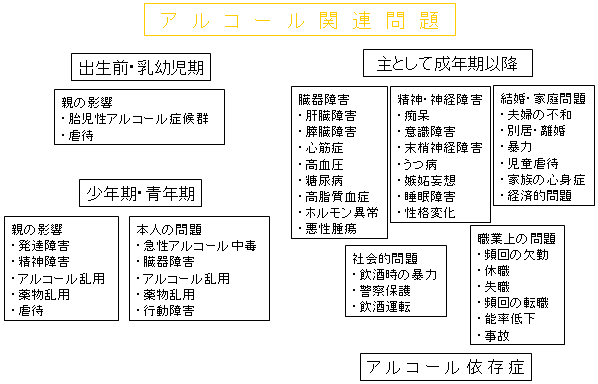
意思決定，自己決定に支障をきたす障害…等

アルコール依存

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

～アルコール依存症～

|  |
| --- |
| アルコール依存症の患者は，アルコールによって自らの身体を壊してしまうのを始め，家族に迷惑をかけたり，様々な事件や事故・問題を引き起こしたりして社会的・人間的信用を失ったりすることがあります。症状が進行すると，身体とともに精神にも異常を来たす深刻な病気です。  　以前は慢性アルコール中毒，略してアル中とも呼ばれていたこともありますが，現在では通常患者を侮蔑したり患者自身が自己卑下して使う差別的表現であるとみなされており，ほとんど使われることはありません。かつては，このような状態になってしまうのは本人の意志が弱く，道徳観念や人間性が欠けているからだと考えられてきましたが，最近では医学的見地から精神疾患の一つとして考えられるようになっています。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  　とと酒を買いにい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れてはいけないことを，しっかりと覚えておいていただきたい。  　次のように考えている人は，まだ断酒しようとは思っていないのであり，さらに病気が進行する可能性がある。  　(1) 飲み過ぎが悪いのだから，二合以上は絶対に飲まないようにしよう。  　(2) 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にのみ，アルコール依存症と診断する。  　(1) アルコールを飲みたいという強い欲求がある。また，飲んではいけないと思いながら  　　つい飲んでしまう。  　(2) 飲酒の時間や量をコントロールすることができない。  　(3) 飲むのを止めたり量を減らしたりすると，離脱症状が出る。  　(4) 酔うために必要なアルコールの量が増えてきている。  　(5) 飲酒に関することに多大の時間，お金，労力を使い，それ以外のことをおろそかにす  　　る。  　(6) 飲酒によって問題が起きているのが明らかであるにもかかわらず，飲み続けている。 |



**～スリップ～**

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

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

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

**～ドライドランク～**

　「空酔い」と訳されているが，ドライドランクと使用されることが多い。

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

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

　個人差は大きいが，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 | ・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 | ・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 | ・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 | ・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 | ・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 | ・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 | ・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 | ・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的なことが多く，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（精神分裂業，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 |

|  |
| --- |
| ～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。 |

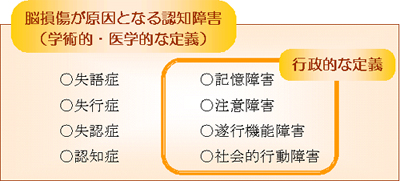
高次脳機能障害

　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ったり，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，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。

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

学習障害と知的障害

　知的障害と学習障害にも，似ている症状がありますが，知能指数（IQ）が70以上で学習障害の症状がある場合には学習障害と診断され，70以下の場合には知的障害と診断されます。  
　知的障害は学習面も含めた全面的な知能の発達に遅れがあり，学習障害は特定の学習に困難を生じます。

知的障害のチェック（成人）

１　社会的スキル

**（１）お金の扱い**

　　□郵便局や銀行などの金融機関を利用できる

　　□正しく両替はできるが，貯金などはできない

　　□いろいろの種類の貨幣を合わせて，５００円にできる

　　□お金は使うが，正しく両替することはできない

　　□お金は使えないが，大切なものであることは知っている

　　□お金が大切なものであることを知らない

**（２）買い物**

　　□自分の衣類は自分で買う

　　□自分の身につけるアクセサリーなどの小物は，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

　　□つきっきりで見ていてやれば，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，つっかえたり，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ると，作業に集中できなかったり，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ると，不適応行動を示し，著しく作業効率が低下する

４　健康と安全

**（１）食に関する問題**

　　□著しい偏食がある　・拒食をしばしばする　・異食をすることがある　・反芻をする

　　□盗食をしばしばする　・嘔吐することが多い　・過食傾向にある　・多飲がみられる

**（２）排泄に関する問題**

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

　　　をする

**（３）睡眠に関する問題**

　　□床に入っても寝つきが悪いことが多い　・朝，著しく早く起きる　・夜中に起きてウ

　　　ロウロと徘徊する　・一晩中起きてウロウロと徘徊することがある

**（４）破壊行為，器物破損**

　　□特別に物を壊そうとは思っていないが，もののはずみで壊してしまうことが多い

　　□こだわりの病状として破壊を行う

　　□自分の要求が通らなかったり，自分のペースで事が運ばなかっ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ったり，自分のペースで事が運ばなかった時に自傷する

　　□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ったり，欲しい物が手に入らなかったときに奇声や大

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**

　　□内に閉じ込もりがちである　□身体ゆすり　□無気力　□他傷。(暴力をふるう）

　　□食べ過ぎ □独り言　□情緒的に不安定になることがある　□不衛生，不潔

　　□欲求不満をうまく処理できず，物にあたったりすねる　□空想的発言，虚言

　　□爪かみ　□嫌なことがあるとトイレによく行くなど，その場から逃避する

　　□指しゃぶり　□人前や適当でないとこ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えはあっても構いません）

　　□職員などから日記や作文，ハガキなどに記述する内容を，口頭で言ってもらえると自

　　　分で 書くことができる

　　□日記や年賀状などの決まった文章（成句）などを１～２行書くことができる（「今日

　　　は作業をしました」「あけましておめでとうございます」など）

　　□日記やハガキなどの見本を呈示されると書き写すことはできる

　　□文字を書くことができない

**（３）言語理解**

　　□平仮名４６文字が全て読める

　　□目と耳は両方ともどんな動きをするか知っている

　　□わからない字があると尋ねる

　　□「お腹がすいたらどうする？」という質問に正しく答える

　　□赤，青，黄，緑の全てがわかる

　　□「食べ物」の名前が，９つ以上正しくわかる

　　□物の名前を聞いてその絵を指摘する

　　□「ちょうだい」と言うと，手に持っている物をくれる

　　□ことばによる指示に従うことがない

**（４）概念**

　　□「無駄」の意味がわかる

　　□「同じ，違う」の区別ができる

　　□「右，左」の区別ができる

　　□「大きい，小さい」の区別ができる

　　□「勝ち，負け」の区別ができる

　　□「高い，低い」の区別ができる

　　□上記した概念の理解ができない

**（５）数**

　　□３０個以上のものを数える

　　□「１つ」，「２つ」と言いながら，２個の物を数える

　　□１０個のものを数える

　　□「１つ」と「たくさん」の区別がつく

　　□必要があれば，４つくらいの数を処理する

　　□数についての理解がまったくない

６　余暇

**（１）友人関係**

　　□数名の特定の仲間をゲームに誘ったり，会話をするなど積極的に有効を求める

　　□数名の特定の仲間と交友を持とうとするが，積極的にかかわろうとせず，交流の社会

　　　的スキルが低く，長くかかわれない

　　□特定の仲間と社会的なかかわりをもとうとすることがない

**（２）室内趣味**

　　□施設内や居室でするような趣味を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，いくつか間違っ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，間違って分類された物

　　　に１～２個気づき直すことがで きる。（全部は修正できない）

　　□間違っ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を理解できないか，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ったり，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，たとえ愚かでつむじ曲りで他の人から誤っていると評価･判断される行為であっても，個人の領域に関する限り邪魔されない自由のこと。

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

愚行権について問題となる行為の例

・喫煙/飲酒

・自傷行為/自殺

・臓器売買

・冒険

・売春

・賭博

・自己奴隷化の契約

・ドーピング

・治療拒否（延命拒否や輸血拒否など）･･･

～自立を支援するということ～

※支援の対象者を「本人」とします。

**１　自己決定の尊重**

　　選択可能な，個人を尊重した個別的対応や方法を事前に提案してお知らせし，本人の

　自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者でなく本人です。

　　自己決定と自己責任は違います。

　　自分で決める能力を評価し，判断が難しければ後見人（家族等）等が変わりに決定す

　る場合もあります。

**２　能力の発揮**

　　本人の自己解決能力に着目して，個々のニーズの客観的な把握・分析を行い，自立を

　支援及び自立を促進する目的で関わります。

　　できるところも代行してしまうと，その時は喜ばれるかもしれませんが，能力の発揮

　を妨げ，依存性を高めてしまう場合があります。

**３　生活の継続性（継続性の尊重）**

　　本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても，その人の生活を維持・継続し

　ていけるよう，相手の生活の継続性を尊重して関わります。

　　広く，保健・医療・福祉・介護・法律等，生活全般にわたる連携により支援します。

**～相談援助者としての対応の原則～**

　　①　受容（受けとめる）

　　②　個別化（個人として捉える）

　　③　非審判的態度（一方的に非難しない）

　　④　意図的な感情表出（感情表現を大切にする）

　　⑤　統制された情緒関与（援助者は自分の感情を自覚して吟味する）

　　⑥　秘密保持（秘密を保持して信頼感を醸成する）

　　⑦　自己決定（自己決定を促して尊重する）

*引用：F.ﾊﾞｲｽﾃｨｯｸ著「ケースワークの原則」田代不二男・村越芳男訳，〔新訳版〕尾崎新・福田俊子・原田和幸訳*

～成年後見制度～

**１　成年後見制度とは**

　　成年後見制度とは，認知症や知的障害，精神障害などで判断能力が不十分になった人

　の社会生活を支援する仕組みです。

　　従前から禁治産制度というものがありましたが，この制度は100年も前に作られたも

　ので，本人の権利をすべて剥奪するという内容のものでした。

　　判断能力が衰えてきても，そのことで人間の尊厳が損なわれるわけではありません。

　そこで，本人に残っている能力を最大限に活かし，不足している部分を補うという形

　で，本人を保護・支援していくべきとの思想の下で作られたのが，新しい成年後見制度

　です。

**２　成年後見制度の基本的な考え方**

　　人は，社会生活を営むとき，意識するとしないにかかわらず，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，施設入所の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，間違って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。遅くても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。