

令和2年度
「介護に関する入門的研修」
テキスト



東京都福祉保健局

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会

1 .介護に関する基礎知識	
(1) 介護保険制度とは	1
(2) 介護に関する相談先	3
(3) 介護サービスを利用する	5
(4) 仕事と介護の両立支援	15
2 .介護の基本	
(1) 安全・安楽な体の動かし方	18
(2) 介護予防・認知症予防の体操	21
3 .基本的な介護の方法	
(1) 利用者の尊厳ある暮らしと自立支援	24
(2) 介護職の役割や介護の専門性	29
(3) 老化の理解	33
(4) 生活支援技術の基本	34
4 .認知症の理解	
(1) 認知症を取り巻く状況	50
(2) 認知症の基本的な知識	54
(3) 認知症の症状	56
(4) 認知症の人や家族への関わり方	62
5 .障害の理解	
(1) 障害の概念	68
(2) 障害の基本的な知識	72
(3) 障害児者や家族の心理とかかわり支援	76
6 .介護現場における安全確保	
(1) 介護における事故予防や安全対策	78
(2) 介護職自身の健康管理	91
7 .介護職として働きたい方のために	
(1) 介護職として働くということ	94
(2) 介護分野での仕事について体験・相談したい	96

1. 介護に関する基礎知識

(1) 介護保険制度とは

急速に高齢化が進む中で、介護を必要とする人の増加が見込まれています。少子化・核家族化などにより、自分の老後や家族の介護が必要となった場合、身内だけで介護を担うのには限界があります。そんな時に受けられるサービスが介護保険制度です。

介護保険制度は、利用する人の心身の不調の予防や介護する人の負担の軽減をはかり、安心した暮らしができるように社会で支える制度です。

① 介護保険制度の目的

介護保険制度は、介護を必要とする状態になっても安心して生活が送れるように、介護を社会全体で支えるために2000年(平成12年)にスタートした制度です。

介護保険制度の目的は、加齢によって起こる心や体の変化、病気などから、入浴や排泄、食事等の介護や機能訓練、看護・療養上の管理、その他の医療を必要とする人に対し、その人の尊厳を最大限尊重し、その人が持っている能力に応じて、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や福祉サービスの給付を行うことを目的としています。

また、介護を必要としている人が、主体性を持ちサービスをどのくらい利用するか、定められた範囲内で選ぶことができる制度です。

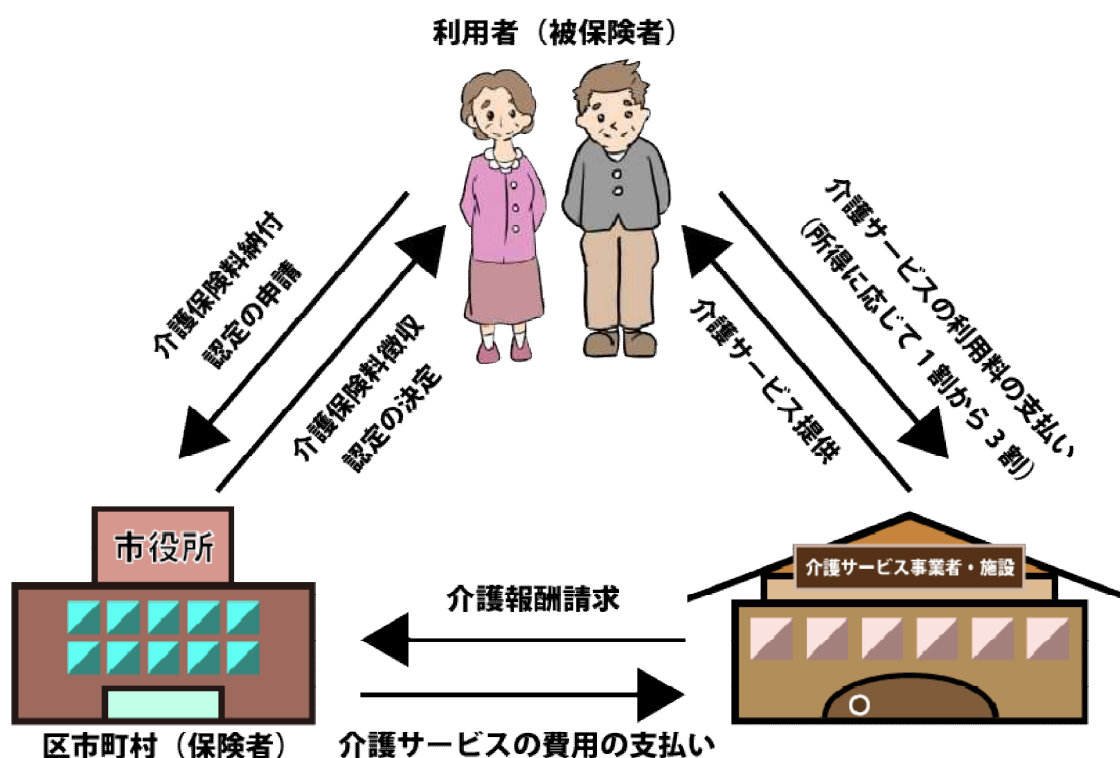
②介護保険制度の仕組み

介護保険の財源は、税金などの公費と被保険者である、65歳以上の「第1号被保険者」と40歳から65歳未満の「第2号被保険者」の保険料でまかなわれています。

介護保険を運営するのは、保険者である区市町村が担当します。介護保険のサービスを利用するには、区市町村の介護保険の窓口で申請し、要介護（要支援）認定を受けます。要介護（要支援）認定の結果は、要支援1～2と要介護1～5の7区分または非該当となっています。

介護が必要と認定された時には、区分ごとに1か月の支給限度額が決められているので、その範囲以内でサービス計画（ケアプラン）を作成し、サービスを利用した時には、費用の一部（所得に応じて1割から3割）を支払う仕組みとなっています。

サービス計画の作成は、要支援1～2の場合は、地域包括支援センターで、要介護1～5の場合は、居宅介護支援事業者にいるケアマネジャー（介護支援専門員）が立案します。



(2) 介護に関する相談先

介護のことで相談したいと思った時には…

**まず、最寄りの地域包括支援センター又は区市町村の介護保険の窓口
に相談しましょう。**

地域包括支援センター

地域包括支援センターは、介護・医療・保健・福祉などの側面から高齢者を支える地域の高齢者のための「総合相談窓口」です。区市町村が設置し、中学校の学区域程度を担当地域として福祉や介護・医療・保健の専門職員を配置し、住民からの相談に対応しています。地域によっては親しみやすい名称で呼ばれている場合もあります。（高齢者総合センター、高齢者あんしん相談センターなど）

地域包括支援センターは、介護保険に関する相談や申請だけではなく、高齢者とその家族の悩みや困りごとの解決に向けて取り組むため、介護分野からは「主任ケアマネジャー」が、福祉分野からは「社会福祉士」、医療や保健分野からは「保健師・看護師」が配置され、医療や保健などの関係機関と連携しています。

地域包括支援センター4つの業務

1. 総合相談・窓口

高齢者や家族から介護保険の申請やもの忘れ、一人暮らしの心配などの相談を受け、介護・医療・福祉・保健などに関する制度や地域のサービスが受けられるようにつなぎます。

2. 介護予防ケアマネジメント

要介護認定を受けていない、認定で自立となった、要支援1～2となった高齢者の健康を維持するための計画を立て、介護予防教室などを実施します。

地域包括支援センター



社会福祉士



保健師等



主任ケアマネジャー

悪質商法などの被害にあった、虐待にあっている人がいる、将来の財産管理が心配など、虐待の早期発見と防止、成年後見制度の手続支援など高齢者の権利を守ります。

3. 権利擁護

地域のケアマネジャーへの指導や助言、医療機関や関係機関との調整を行います。

4. 包括的継続的ケアマネジメント

* その他、居宅介護支援事業者でも相談が可能です。

居宅介護支援事業者とは、ケアマネジャーが所属しているところで、主に介護を必要とする人が自宅で適切に介護保険のサービスが利用できるように調整を行うところです。

※ケアマネジャーとは

ケアマネジャーのことを正式には、介護支援専門員と呼びます。要介護認定を受けた高齢者からの相談を受け、希望や心身の状況を把握し、在宅や施設で適切な介護サービスが受けられるようにケアプラン(介護サービス計画)を立て、関係機関との連絡調整を行うのが主な仕事です。ケアプラン作成に当たっては、個人を最大限尊重し、その人らしい生活が送れるように支援します。

区市町村の介護保険窓口

区市町村には介護保険を担当する部署(介護保険課や高齢介護課など地域によって名称は様々です)があります。親など家族についての相談の場合は、家族が住んでいる地域の機関に相談します。

(3) 介護サービスを利用する

介護サービスを利用するまでの流れ

① 要介護(要支援)認定の申請

介護保険によるサービスを利用するには、要介護(要支援)認定の申請が必要になります。



② 認定調査

区市町村等の調査員が自宅や施設等を訪問して、心身の状態を確認するための認定調査を行います。



③ 審査判定

認定調査の結果及び主治医意見書の一部の項目をコンピューター処理し、得られたデータをもとに、保健・医療・福祉の専門家による介護認定審査会が一次判定を確定します。一次判定の結果と主治医意見書に基づき、介護認定審査会が総合的に判断して、二次判定を確定します。



④ 認定

区市町村は判定結果に基づき要介護認定を行い、申請者に結果を通知します。認定は要支援1・2から要介護1～5までの7段階及び非該当に分かれています。



⑤ 介護サービス計画書の作成

介護サービスを利用する場合は、介護サービス計画書(ケアプラン)の作成が必要となります。ケアプラン作成による自己負担はありません。

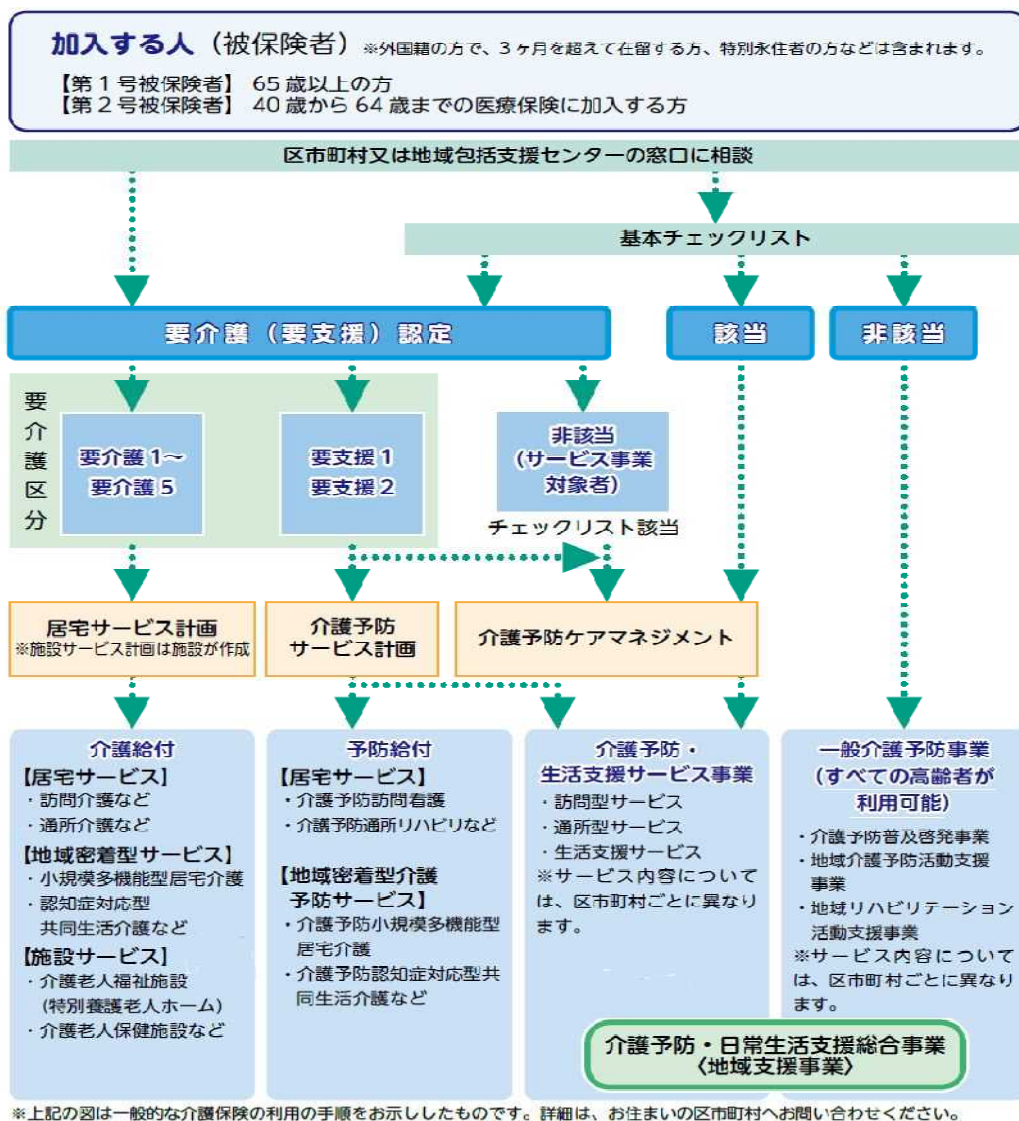
居宅介護支援事業者に所属し、介護保険制度の専門家である介護支援専門員(ケアマネジャー)とともに、自立した日常生活を送るためにどのサービスをどう利用するか、本人や家族の希望、心身の状態を十分考慮して計画書を作成します。



⑥ 介護サービス利用の開始

介護サービス計画に基づき、本人や家族はケアマネジャーと共に介護サービスを提供する事業者を選び、サービス提供事業者や介護保険施設と契約を結び、サービスを利用します。

介護の認定と区分



(出典) 介護保険制度 東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課 より

<要支援状態とは>

常時介護を要する状態の軽減や悪化の防止に特に資する支援(予防サービス)を要すると見込まれる状態、または身体上・精神上的の障害があるために一定期間継続して日常生活に支障があると見込まれる状態です。

<要介護状態とは>

寝たきりや認知症など身体上・精神上的の障害があるために、入浴、排泄、食事などの日常生活の基本的な動作について、一定期間継続して、常時介護を要すると見込まれる状態です。

なお、40～64歳の第2号被保険者の場合は、加齢に起因する「特定疾病(がん、関節リウマチなど16種類の疾病)」による場合に限り、介護保険サービスの利用が可能となります。

介護保険で利用できる主なサービス①

詳しくはお住まいの区市町村や地域包括支援センターにお問い合わせください。

家庭で受けるサービス	訪問介護 (ホームヘルプサービス)	訪問介護員(ホームヘルパー)が家庭を訪問し、食事や排泄など日常生活上の介護や調理、洗濯などの生活援助を行います。
	訪問入浴介護	家庭の浴室での入浴が困難な人を対象に、浴槽を家庭に持ち込むなどして入浴サービスを行います。
	訪問看護	看護師などが家庭を訪問し、主治医の指示に従って、療養上の世話や診療の補助などを行います。
施設などに出かけて受けるサービス	通所介護 (デイサービス)	施設に通い、食事、入浴などの日常生活上の支援や、機能回復のための訓練・レクリエーションなどを行います。
	通所リハビリテーション (デイケア)	医療機関などに通い、心身機能の維持回復と日常生活の自立に向けたリハビリテーションを行います。
	短期入所生活介護 (福祉系ショートステイ)	特別養護老人ホームなどに短期間入所し、入浴、食事などの日常生活上の介護や機能訓練を受けます。
	小規模多機能型 居宅介護(※)	身近な地域の事業所に通ったり、短期間宿泊したりして、介護や機能訓練を受けます。また、同じ事業所の職員などによる訪問を受けたり、必要に応じて併設事業所と連携した介護を受けられます。
家庭以外の場 所に入居して受けるサービス	認知症対応型 共同生活介護 (認知症高齢者グループ ホーム)(※)	認知症高齢者が5～9人の少人数で共同生活を送りながら、家庭的な雰囲気の中で介護や身の回りの世話を受けます。
	特定施設入居者 生活介護 (有料老人ホーム)	介護保険の事業者指定を受けた有料老人ホームや軽費老人ホームなどで生活しながら介護を受けます。

介護保険で利用できる主なサービス②

施設に入所して 受けるサービス	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	常に介護が必要で、自宅では介護が困難な方が入所します。食事、入浴、排せつなどの介護を一体的に提供します。 (※原則要介護3以上の方が対象)
	介護老人保健施設	病状が安定し、病院から退院した方などが、在宅生活に復帰できるよう、リハビリテーションを中心とする医療ケアと介護を受ける施設です。
	介護医療院	長期的な医療と介護の両方を必要とする要介護高齢者を対象に、医療機能と、生活施設としての機能を提供する施設です。(介護療養病床が2023年度末までに廃止され、介護医療院が2018年度からスタート)
福祉用具 サービス	福祉用具の貸与	介護用ベッドや車いす、床ずれ防止用具など、在宅生活を支える道具が借りられます。
	福祉用具の購入	腰かけ便座等貸与になじまない福祉用具の購入費用の7割～9割が支給されます。支給限度額は年間10万円です。
住宅改修	住宅改修費支給	生活環境を整えるため、手すりの取付け、段差の解消、洋式便器等への便器の取り換えなどの住宅改修を行おうとするとときに申請できます。支給限度額は20万円で、住宅改修に要した費用の7割～9割が支給されます。

(※)事業所や施設のある区市町村住民の利用が基本となります(地域密着型サービス)。

介護予防・日常生活支援総合事業とは

介護予防・日常生活支援総合事業とは、高齢者が要介護状態にならないよう、自立した日常生活が送れるように支援することを目的に作られました。要介護認定で要支援もしくは非該当(自立)となった高齢者や要介護認定を受けていない高齢者でも利用することができます。

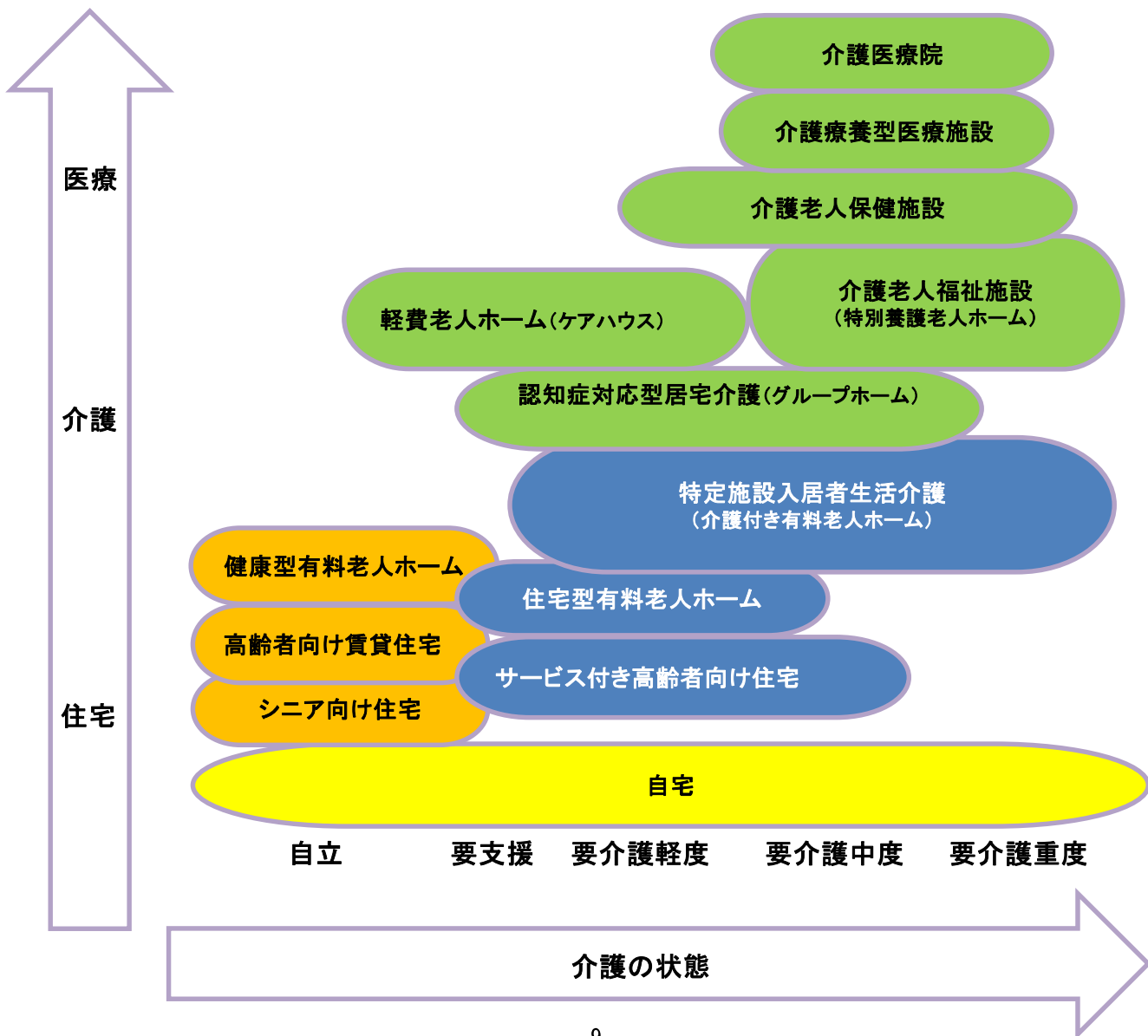
介護予防・日常生活支援総合事業には、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」があります。「介護予防・生活支援サービス事業」の内容は、掃除や洗濯など「訪問型サービス」と機能訓練と生きがいや集いの場などを提供する「通所型サービス」があります。「一般介護予防事業」の内容は、地域に住む65歳以上の全ての高齢者へ体力作りや介護教室、ボランティアの養成講座などが行われています。

高齢期の住まいを考える

自宅をバリアフリーに改修したり福祉用具をレンタルする、通所介護(デイサービス)に通うなど、介護保険制度を上手に利用しながら現在の住まいで可能な限り暮らし続ける方法もあります。あるいは一人暮らしや老々介護、家族の住まいが遠距離である場合など早めに住まいを含めた今後のことを考えたり家族と相談しておくことも大切です。

本人の希望を整理しつつ、どの位の費用をかけられるのか、現在の自立状況あるいは介護度が重くなった場合の対応方法、医療的管理の必要性などによって、高齢期の住まいの選択は異なってきますので様々な視点から検討し、情報を集めておくことが大切です。

介護の状態に合わせた高齢期の住まいの選択



<p>サービス付き 高齢者向け住宅</p>	<p>バリアフリー化され、安否確認サービス、緊急時対応サービス、生活相談サービス等の付いた住宅として都道府県に登録された住宅。介護が必要になった場合は外部の介護サービスを利用するが、特定施設入居者生活介護事業者に該当する場合は住宅内でスタッフにより提供される。</p>
<p>軽費老人ホーム (ケアハウス)</p>	<p>本人の収入に応じて低額な費用で日常生活上必要なサービスを受けながら、自立した生活を送ることができる住まい。介護が必要になった場合は外部の介護サービスを利用するが、特定施設に該当する場合は施設内でスタッフにより提供される。</p>

特別養護老人ホームと有料老人ホームの違い

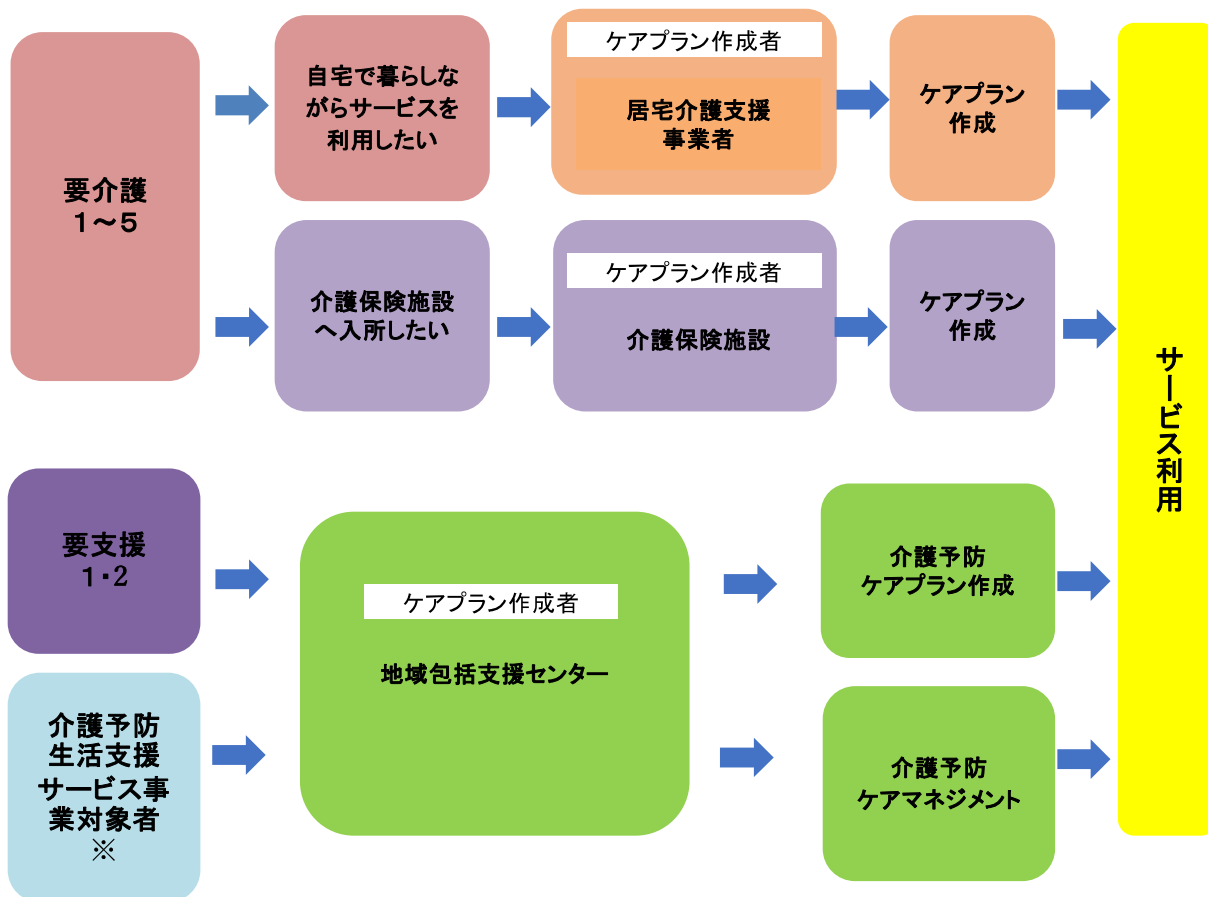
特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)は、自治体や社会福祉法人などが運営する施設です。要介護3以上の認定を受けた、寝たきりや認知症など比較的重度の人が優先して入ることができる施設です。費用は、初期費用や入居一時金はなく、国が定めた基準にそって介護サービス費・居住費・食費・日常生活費の月額利用料のみです。また、収入や年金に応じて費用負担が軽減される制度があります。

一方、有料老人ホームは民間企業等が運営している施設で、健康型・住宅型・介護付があり、タイプによって自立した人から要支援・要介護の人まで入居が可能です。費用は、入居一時金が0円のところから1億円以上まであり、国が定めた介護サービス費以外に施設で設定している家賃・管理費・水道光熱費・日常生活費などの月額利用料を支払います。利用する人の経済状況及びライフスタイルに合ったサービスが選択できます。

ケアプラン作成とサービス利用について

要介護認定を受け、サービスを利用するためには、どのようなサービスをどのくらい利用するかを決めたケアプラン(サービス計画書)を作成することが必要です。作成する際には、ケアプラン作成者へ、自分がどのような生活を送れるようになりたいかをはっきりと伝えます。

ケアプラン作成は、要支援1・2の場合と要介護1～5と認定された場合では、作成する機関が異なります(下図参照)。



※介護予防・生活支援サービス事業は、要介護認定を受けなくとも区市町村の窓口などで「基本チェックリスト」で日常生活に必要な機能が低下していると判断された人、介護保険で要支援1・2と認定された人も利用することができます。

<居宅サービスの場合の利用者負担>

居宅(自宅など)サービスを利用する場合は、要介護度別に介護保険で利用できるサービス費用の上限が定められています。利用限度額の範囲内でサービスを利用した場合は、所得に応じて1割から3割の自己負担を支払います。上限を超えてサービスを利用する場合は、上限を超える分の全額が自己負担となります。

在宅で介護保険のサービスを利用した場合(1か月の利用限度額とサービス量のイメージ)

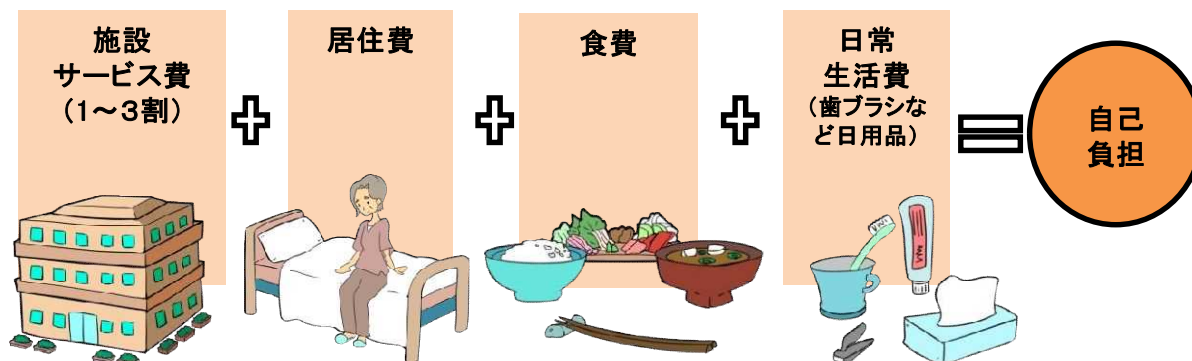
要介護 状態区分	介護度別の主な状態像	支給 限度額	1割負担※	利用できる 在宅サービスの組み合わせの例
要支援1	日常生活動作は自立しているが、何らかの社会的支援が必要。 1. 食事や排泄などはほとんど自分でできる。 2. 立ち上がりや片足での立位保持などの動作に何らかの支えを必要とすることがある。 3. 入浴、掃除など、日常生活の一部に見守りや手助けが必要。	50,320円	5,032円	週1回程度、以下のサービス等を組み合わせた利用が可能です。 ・訪問型サービス(ヘルパー等による家事協働作業を通じての生活能力向上支援) ・通所型サービス(機能訓練、憩いの場、認知症予防、うつ予防を目的とした活動提供) ・介護予防通所リハビリテーション ・介護予防福祉用具貸与(歩行補助杖、歩行器、手すり等)
要支援2	生活の一部について介護を必要とする。 1. 食事や排泄などはほとんど自分でできるが時々介護が必要。 2. 立ち上がりや歩行などに不安定さが見られる。 3. 問題行動や理解力の低下がみられる。	105,310円	10,531円	週1～2回程度、以下のサービス等を組み合わせた利用が可能です。 ・訪問型サービス(ヘルパー等による家事協働作業を通じての生活能力向上支援) ・通所型サービス(機能訓練、憩いの場、認知症予防、うつ予防を目的とした活動提供) ・介護予防通所リハビリテーション ・介護予防福祉用具貸与(歩行補助杖、歩行器、手すり等) ・介護予防短期入所生活介護/介護予防短期入所療養介護
要介護1	*これらの状態で、適切な介護予防のサービスを利用することで、状態の維持や、改善が見込まれると思われる場合は、要支援2となる。	167,650円	16,765円	週1～2回程度、以下のサービス等を組み合わせた利用が可能です。 ・訪問介護(ヘルパーによる家事支援、部分的な身体介護) ・訪問看護 ・通所介護/通所リハビリテーション(機能訓練、憩いの場、入浴サービスなど環境、機会の提供) ・福祉用具貸与(歩行補助杖、歩行器、手すり等) ・短期入所生活介護/短期入所療養介護
要介護2	軽度の介護を必要とする。 1. 食事や排泄に介助を必要とすることがある。 2. 立ち上がりや片足での立位保持、歩行などに何らかの支えが必要。 3. 衣服の着脱は何とかできる。 4. 物忘れや直前の行動の理解の一部に低下がみられる。	197,050円	19,705円	週1～2回程度、以下のサービス等を組み合わせた利用が可能です。 ・訪問介護(ヘルパーによる家事支援、部分的な身体介護) ・訪問看護 ・通所介護/通所リハビリテーション(機能訓練、憩いの場、入浴サービスなど環境、機会の提供) ・福祉用具貸与(特殊寝台、手すり等) ・短期入所生活介護/短期入所療養介護
要介護3	中度の介護を必要とする。 1. 食事や排泄に一部介助が必要。 2. 立ち上がりや片足での立位保持などが自分でできない。 3. 入浴や衣服の着脱などに全面的な介助が必要。 4. 認知機能の低下による問題行動や理解の低下がみられる。	270,480円	27,048円	週2～3回程度、以下のサービス等を組み合わせた利用が可能です。 ・訪問介護(ヘルパーによる家事支援、身体介護) ・訪問看護 ・通所介護/通所リハビリテーション(機能訓練、憩いの場、入浴サービスなど環境、機会の提供) ・夜間対応型訪問介護 ・小規模多機能型居宅介護 ・福祉用具貸与(特殊寝台、車いす、認知症老人徘徊感知器等) ・短期入所生活介護/短期入所療養介護
要介護4	重度の介護を必要とする。 1. 食事や排泄、入浴、衣服の着脱等に全面的な介助が必要。 2. 立ち上がりや両足での立位保持が自分ではできない。 3. 認知機能の低下による問題行動や全般的な理解力の低下がみられ意思の疎通が困難。	309,380円	30,938円	週3～4回程度、以下のサービス等を組み合わせた利用が可能です。 ・訪問介護(ヘルパーによる身体介護) ・訪問看護 ・通所介護/通所リハビリテーション(食事、入浴、排泄など全面的な介護サービスの提供) ・訪問入浴介護 ・夜間対応型訪問介護 ・福祉用具貸与(特殊寝台、車いす、認知症老人徘徊感知器等) ・短期入所生活介護/短期入所療養介護
要介護5	最重度の介護を必要とする状態 1. 食事や排泄がひとりではできないなど、日常生活を遂行する能力は著しく低下している。 2. 歩行や両足での立位保持はほとんどできない。 3. 意思の伝達がほとんどできない場合が多い。	362,170円	36,217円	週4～5回程度、以下のサービス等を組み合わせた利用が可能です。 ・訪問介護(ヘルパーによる身体介護) ・訪問看護 ・通所介護/通所リハビリテーション(食事、入浴、排泄など全面的な介護サービスの提供) ・訪問入浴介護 ・夜間対応型訪問介護 ・福祉用具貸与(特殊寝台、床ずれ防止用具貸与等) ・短期入所生活介護/短期入所療養介護

※1割負担の金額を記載していますが、2割負担の場合はこの2倍、3割負担の場合は3倍を負担します。

※実際の上限(支給限度額基準)は単位数で決められています。1単位あたりの単位は地域やサービスによって異なりますが、表では目安として1単位10円として計算しています。

＜介護保険施設に入所し、施設サービスを利用した場合の費用＞

介護保険施設に入所して受けるサービスのことを「施設サービス」といいます。介護保険施設は「介護老人福祉施設」「介護老人保健施設」「介護療養型医療施設」「介護医療院」があります。施設サービスを利用する場合、要介護度によって介護にかかる費用が「施設サービス費」として1日の利用料が決められています。また、施設サービス費の自己負担分(1～3割)に加えて、居住費と食費、日常生活費がかかります。



施設サービス費の1か月の目安（要介護3で自己負担1割の場合の負担額）

	従来型個室	多床室	ユニット型個室
介護老人福祉施設	約20,910円	約20,910円	約23,340円
介護老人保健施設	約24,240円	約26,520円	約26,640円
介護医療院	約31,230円	約34,530円	約35,040円

注1)施設サービスの費用は、地域によって異なります。

注2)施設サービスの費用は、要介護度や施設の体制、居室のタイプによって異なります。

注3)所得の低い方や1か月の利用料が高額となった場合は、負担の軽減措置が設けられています。

注4)1単位あたりの単位は地域やサービスによって異なりますが、表では目安として1単位10円として計算しています。

居住費・食費の1か月の基準費用額(30日で計算)

施設の種類	居住費				食費
	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室	多床室	
介護老人福祉施設	60,180円 (2,006円/日)	50,040円 (1,668円/日)	35,130円 (1,171円/日)	25,650円 (855円/日)	41,760円 (1,392円/日)
介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院	60,180円 (2,006円/日)	50,040円 (1,668円/日)	50,040円 (1,668円/日)	11,310円 (377円/日)	

注1:居住費・食費等は施設によって異なります。表の金額は全国平均値をもとにしたものです。

注2:所得の低い方や1か月の利用料が高額になった方については、別に負担の軽減措置が設けられています。

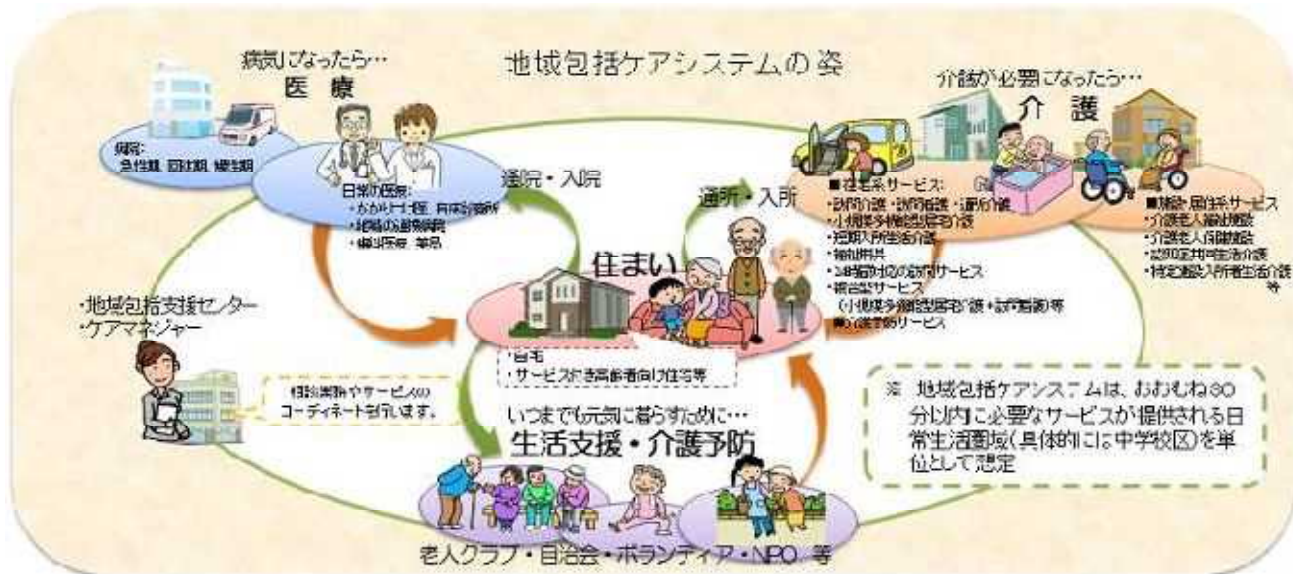
地域包括ケアシステムとは

日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。

国では、団塊の世代がすべて後期高齢者達している2025年(平成37年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進しています。

地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内でだけ完結するものではなく、介護保険制度と医療保険制度の両分野から、高齢者を地域で支えていくものとなります。

地域包括ケアシステムは、全国一律のものではなく、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるよう、都道府県や区市町村などの自治体を中心に、地域の特性や実情に応じて提供されることが必要です。



出典:厚生労働省ホームページより

(4) 仕事と介護の両立支援

高齢化が進み、介護を必要とする人が増加している中で、働きながら家族などの介護をする人は確実に増加しています。

介護保険制度を理解し、プロの力を借りてサービスを上手に活用しましょう。

介護をしながら働き続けられるポイント

ポイント1

職場に家族等の介護を行っていることを伝え、必要に応じて勤務先の「仕事と介護の両立支援制度」を利用する

ポイント2

介護保険サービスを利用し、自分で「介護をしすぎない」

ポイント3

介護保険の申請は早めに行い、要介護認定前から調整を開始する

ポイント4

ケアマネジャーを信頼し、「何でも相談する」

ポイント5

日ごろから「家族や要介護者宅の近所の方々等と良好な関係を築く」

ポイント6

介護を深刻に捉えすぎずに、「自分の時間を確保」する

不安な気持ちを誰かに相談しましょう

介護を実際に行っている、またはこれから先の介護の不安がある場合などは、まずは専門家に相談することが有効ですが、同じような立場にある人と話をすることで、大きな心の支えができることもあります。

お金のこと、仕事との両立、遠距離介護、家族間の人間関係、先の見えない不安など、ひとりで抱え込まず、つらい気持ちをはきだしたり、アドバイスを受けることも大切です。介護者が集まるグループ活動などもあります。

お住まいの地域の社会福祉協議会などでも相談いただけます。

介護保険以外のサービス利用

介護保険で受けられるサービスは、介護保険制度のものに限定されています。介護認定を受けていない比較的元気な高齢者は、介護保険のサービスを受けることができません。

また、介護認定を受けている人でも介護保険サービスではやってもらえないようなちょっとした事をサポートしてほしい時に役立つのが、介護保険外のサービスです。自治体が運営しているもの、民間企業が運営しているものまで、様々なサービスがあります。

地域（自治体）による独自サービス（介護保険外）

- ・訪問理美容
- ・配食サービス
- ・緊急通報システム
- ・紙おむつの支給
- ・寝具乾燥消毒サービス
- ・日常生活用具の支給



在宅介護を楽にするサービス（介護保険外）

- ・移送サービス
- ・ネットで手軽に買い物
- ・洗濯・掃除の代行サービス
- ・介護食の宅配サービス
- ・寝具洗濯・乾燥サービス
- ・高齢者見守りサービス



など様々なサービスがあります。介護をひとりで抱え込まず、積極的にサービスを利用しましょう。

仕事と介護の両立のための制度

家族の介護を行う労働者の仕事と介護の両立を支援する法律として「育児・介護休業法」があります。下表のような国が法律で定める制度の他にも、企業で独自の制度を設けている場合もあります。自社の制度も確認しておきましょう。

制度	概要
介護休業	申し出ることにより、要介護状態にある対象家族1人につき通算93日まで、3回を上限として、介護休業を取得することができます。
介護休暇	要介護状態にある対象家族が1人であれば年に5日まで、2人以上であれば年に10日まで、1日単位または半日単位で取得できます。
所定労働時間の短縮等の措置	事業主は、①短時間勤務制度（短日勤務、隔日勤務なども含む）、②フレックスタイム制度、③時差出勤制度、④介護サービスの費用助成のいずれかの措置について、介護休業とは別に、要介護状態にある対象家族1人につき利用開始から3年間で2回以上の利用が可能な措置を講じなければなりません。
所定外労働の制限	1回の請求につき1月以上1年以内の期間で、所定外労働の制限を請求することができます。請求できる回数に制限はなく、介護終了までの必要なときに利用することが可能です。
時間外労働の制限	1回の請求につき1月以上1年以内の期間で、1か月に24時間、1年に150時間を超える時間外労働の制限を請求することができます。請求できる回数に制限はなく、介護終了までの必要なときに利用することが可能です。
深夜業の制限	1回の請求につき1月以上6月以内の期間で、深夜業（午後10時から午前5時までの労働）の制限を請求することができます。請求できる回数に制限はなく、介護終了までの必要なときに利用することが可能です。
転勤に対する配慮	事業主は、就業場所の変更を伴う配置の変更を行おうとする場合、その就業場所の変更によって介護が困難になる労働者がいるときは、その労働者の介護の状況に配慮しなければなりません。
不利益取扱いの禁止	事業主は、介護休業などの制度の申出や取得を理由として解雇などの不利益取扱いをしてはなりません。
介護休業等に関するハラスメント防止措置	事業主は、介護休業などの制度の申出や利用に関する言動により、労働者の就業環境が害されることがないように、労働者からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備その他の雇用管理上必要な措置を講じなければなりません。
介護休業給付金	雇用保険の被保険者が要介護状態にある家族を介護するために介護休業を取得した場合、一定の要件を満たせば、原則として介護休業開始前賃金の67%が支給されます。

※制度を利用できる労働者：勤務先の業種や規模にかかわらず、原則として要介護状態の「対象家族」を介護する労働者が対象となります。また、就業規則に制度がなくても、介護休業、介護休暇、所定外労働・時間外労働・深夜業の制限は、申出により利用することができます（ただし、勤務先の労使協定の定めによっては、勤続年数が1年未満の方など、取得できない場合があります）。

※要介護状態：負傷、疾病または身体上若しくは精神上の障害により、2週間以上の期間にわたり常時介護を必要とする状態をいいます。介護保険制度の要介護・要支援認定を受けていない場合でも取得できます。

※対象家族：配偶者、父母及び子、配偶者の父母、祖父母、兄弟姉妹及び孫。

(出典)仕事と介護両立のポイント あなたが介護離職しないために(詳細版) 厚生労働省

2. 介護の基本

(1) 安全・安楽な体の動かし方

①移動・移乗の意義

ア. 移動・移乗は、日常生活に必要な食事・排泄・入浴などといった生活の基礎的な行為から買い物、散歩など外出のための基本となる大切な行為です。

イ. 移動・移乗することで生活範囲が広がり、日常生活が円滑に営むことができ、生きる意欲につながります。

- ・移動とは寝室からトイレに行く、居室から台所に行く、自宅からスーパーに行くなど、ある場所から場所へ移ることです。
- ・移乗とは、ベッドから車いすへ、車いすからトイレの便座へ乗り移るなどある位置から別の位置へ移動することをいいます。

②移動・移乗介助の心得

ア. 尊厳に配慮した介助を心がけます。

- ・利用者の身体に触れる時は、包み込むように支えます。

イ. 安全・安楽が原則です。

- ・利用者それぞれの身体能力に合った介助方法を提供します。
- ・人間の自然な体の動きを意識した介助方法を行います。

ウ. ボディメカニクスを活用します。

- ・ボディメカニクスとは、骨格・筋肉・内臓などを中心とした身体のメカニズム(身体力学)を活用する技術のことです。

エ. 介助は最小限にして自立に向けた介助を心がけます。

- ・できる能力を最大限に引き出します。
- ・身体の動かしにくいところなどは介助します。

オ. 声かけで協力と安心を得られます。

- ・一ケア一声かけを心がけることで、次の動作がわかり、安心感がわきます。
- ・利用者自身、動作のタイミングがわかり、協力しやすくなります。



③ボディメカニクスの基本原則

ア. 支持基底面を広く取ると身体は安定する

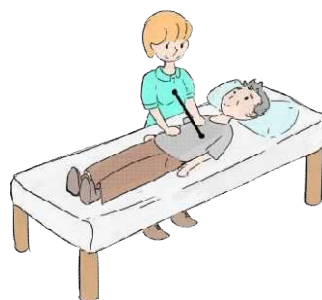
支持基底面(身体を支える為に、床と接している部分を結んだ範囲のこと)を広く取るために、介護者は両足を左右、前後に広めに開きます。

重心:低い

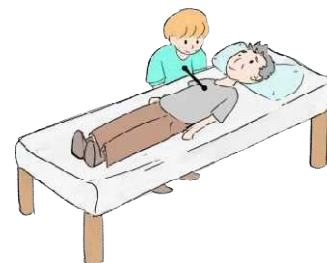


イ. 利用者と介護者双方の重心を近づける

利用者・介護者それぞれの重心が近いほど移動がしやすくなります。また、身体を密着させると余分な力がありません。



重心が遠い



重心が近い

ウ. 大きな筋群を使い、水平移動を使う

体全体の筋肉に力を配分し、腕だけなど一つの筋群だけに緊張を集中させないようにします。



腹筋・背筋・大胸筋おしりの筋肉
太ももの前側の筋肉

エ. 身体を小さくまとめる

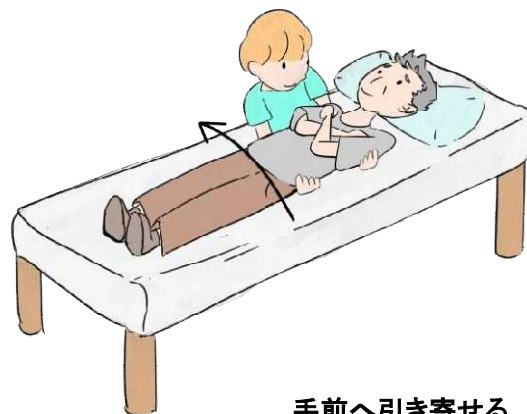
利用者の腕や足を組み、身体がベッドなどに摩擦する面積を少なくすることで力の分散を防ぐことができます。



腕を組み、ひざを立てる

オ. 利用者を手前に引く

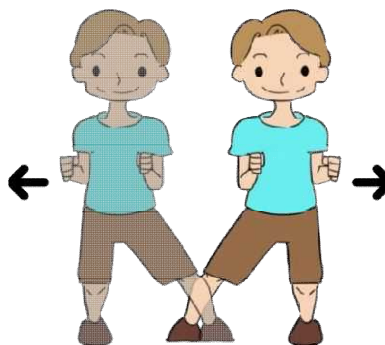
押すより引く方が力を分散させず、少しの力で済みます。



手前へ引き寄せる

カ. 介護者の重心移動で利用者を動かす

背筋を伸ばし、膝の屈伸を使うと腰を痛めません。足先を重心移動する方向に向け、膝の屈伸で重心を移すと骨盤が安定し、スムーズで安定した移動になります。



キ. 身体をねじらず、肩と腰を水平に保つ

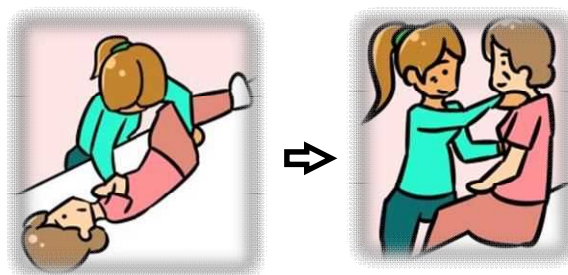
不自然に脊柱を曲げたりねじると姿勢が不安定となり、力が出せないと同時に腰痛の原因にもなります。



身体をねじらない

ク. てこの原理を応用する

支点・力点・作用点のある状態で、小さい力が大きい力に変わる原理です。ベッドサイドに膝を押しつけるなど、膝や肘をてこの支点とすることで、効率的な動作が可能となります。



(2) 介護予防・認知症予防の体操

住み慣れた地域で、自分らしくいつまでもいきいきと元気に暮らしたいという思いは、誰もが願うことです。そのためには、疾病の予防だけでなく、頭や身体の老化を早期に予防し、介護が必要な状態にならないようにすることが大切です。

フレイルについて

フレイルは、加齢に伴い、筋力・認知機能等の心身の活力が低下したり、社会とのつながりが少なくなったりなどした状態と言われています。要介護高齢者の多くが、フレイルという中間的な段階を経て徐々に要介護状態に陥りますが、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能であるとされています。

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食



低栄養・転倒の増加
口腔機能低下

意欲・判断力や
認知機能低下、うつ

厚生労働省「平成28年版厚生労働白書」より抜粋

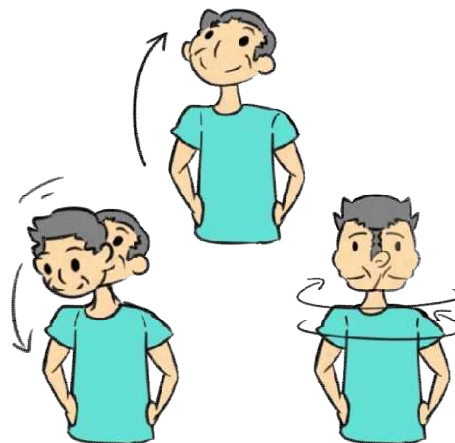
①車いすやいすに座ってできる介護予防体操

ア. 首のリハビリ体操

- ・頭を上下に倒す(往復3回)
- ・頭を左右に倒す(左右6回)
- ・後ろを振り向くように首を回す(左右6回)
- ・頭を大きく回す(左右6回)

高齢者は首の動きの柔軟性が失われると、飲み込む力が弱くなり、誤嚥の危険性があります。

頭部を回すストレッチは、首周りの筋肉が柔軟になり、食事の時の嚥む力や飲み込む力の維持につながります。



イ. 足首のストレッチ体操

- ・足首を大きく回す(左右10回)
- ・踵を床につけてつま先を挙げる(同時に10回)
- ・つま先を床につけて踵を挙げる(同時に10回)
- ・片足ずつ上下させて伸ばす(左右10回)

高齢者は下肢のむくみやうっ血が起こりやすく、足首回しなどの運動を行うことで、下肢静脈血栓症を防ぎ、また、歩行時の前へ進む力や安定性を高め、転倒を予防します。



ウ. タオル体操

- ・タオルを肩幅のところで持ち、左右にひねる(交互に10回)
- ・タオルを前から頭の後ろへ回す(左右20秒ずつ)
- ・タオルを背中に回し、上の手は上へ、下の手は下へ引き、肩甲骨をほぐす(3秒ずつ3セット)
- ・タオルを肩幅のところで持ち、肩甲骨を寄せたままタオルを下に引く(10回上げ下げを行う)



高齢者は、若い頃と比べて運動量が少なくなり、体を動かす機会が減り、筋肉自体が凝り固まり血行が悪くなります。タオル体操は、肩や胸回りの柔軟性を高めることができ、「肩こり」や「猫背」などの予防が期待できます。

②認知症予防の体操

1週間に10km以上のウォーキングをしている人は、していない人に比べて認知症になる確率が50%減少したとの研究結果が出ています。運動することで神経細胞や免疫細胞に作用し、記憶力を高め、脳の萎縮を防ぎ、生活習慣病の予防になります。



コグニサイズ

コグニサイズとは、認知(コグニッション)と運動(エクササイズ)を合わせたもので、身体を動かしながら脳を鍛える運動のことです。ウォーキングなどの有酸素運動に計算やしりとりなどを組み合わせることで認知症の予防や進行を抑えるものです。

ア. 運動しながら、引き算に挑戦

ウォーキングの際は、いつもより歩幅を広く取り、歩きながら100から7を引いていきます。運動時間の目安は、1日30分。10分を3回ずつ。週3日。



イ. 運動しながら、しりとり挑戦

階段やステップ台を用いて昇降運動をします。その際に脳に負荷をかけるしりとりを同時に行います。運動時間の目安は、1日30分。10分を3回ずつ。週3日。

ウ. つま先立ち、曜日引き算

安定したいすやテーブルにつかまります。両足は肩幅に広げます。「1. 2. 3. 4」でつま先立ちになり、「5. 6. 7. 8」で踵を下します。その際に脳に負荷をかけるため曜日の引き算を同時に行います。例えば今日の前日の曜日(火曜日→月曜日→日曜日)や、2日前の曜日(火曜日→日曜日→金曜日)など。

*コグニサイズは、国立長寿医療研究センターが開発した、認知症予防に効果があるとされた運動療法です。

3. 基本的な介護の方法

(1) 利用者の尊厳ある暮らしと自立支援

日本国憲法第13条では「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」と個人の尊重をうたっています。

介護が必要になっても尊厳ある生活が実現できるよう支援するために介護保険制度があります。利用者の生活様式、価値観を尊重し、その人らしい生活が送れることを大事にしましょう。

対象である利用者は、一人ひとり生活歴、生活習慣も違いますし、物の価値観も違います。当然のことですが、それを尊重していくことが重要です。他人の考えを押しつけることなく、どんな状況下においても人としての当然の生活をどのように確保していくか、考え、工夫し、利用者本人が「生きている喜び」を実感できるような生活をめざしていくことが大切です。



① 利用者のできることを見つける

介護が必要であっても、支援をしすぎると利用者の生きる力を奪ってしまいます。生活状況をよく観察し、出来る能力を見つける努力をしましょう。また、生きる喜びを引き出すために、利用者の楽しみにしていることや喜んでいることは何かを観察し、話を伺ったりする中で、ヒントとなることを見つけ支援につなげていくことが大切です。

②利用者の生活の質(QOL)

介護における生活の質(QOL: Quality of Life)とは、利用者の生活に対する満足感や幸福感を高め、人生の質とも考えられます。心身機能の向上だけにとどまらず、その人が生きる意欲につながるはたらきかけをする必要があります。そのため、利用者の願う生活を実現するための支援者には、共感する力や想像する力が求められます。



③ノーマライゼーション

ア. ノーマライゼーションとは

高齢者や障害者等が人としての尊厳が守られ、社会や地域の中で普通の生活を送ることができることを目指す考え方です。

イ. ノーマライゼーションの考え方

1950年代にデンマークのバンク・ミケルセンが提唱し、知的障害者が社会の中で普通の生活ができるような法律を作りました。現在は福祉サービスを必要とする人々すべてが対象であり、ノーマライゼーションの考え方は人間の尊厳を守ることを基本としています。

ウ. ノーマライゼーションを実現するために

交通、建物、道路など環境のバリアフリー化(障壁をなくす)や差別や偏見をなくす心のバリアフリー化が進められています。

また、すべての人にとって使いやすいように考慮してデザインされたユニバーサルデザインの製品が用いられています。

④自立に向けた介護の考え方

自立支援

「自立」とは、「人が要支援・要介護状態になっても、可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営むこと、自分の人生に主体的・積極的に参画し自分の人生を自分自身で創っていくこと」と定義付けることができます。つまり、何らかの援助を受けながらも、自分らしく生きていくことが「自立」において何より重要な要素であり、そのための支援が「自立支援」です。よって、本人の意思を無視して「サービスありき」の支援や「状態の改善」を強要する支援を行うことは適切ではありません。

介護予防

介護予防とは、高齢者の運動機能や栄養状態などの心身機能の改善を目指すだけでなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態等にならずに、自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として行われるものです。

具体的には、

- ・高齢者が要介護状態等になることをできる限り防ぐ(発生を予防する)。
- ・要介護状態等になっても、状態がそれ以上に悪化しないように(維持・改善を図る)、一人ひとりが生きがいをもって生活できるよう支援していきます。



⑤高齢者虐待とは

高齢者虐待の特徴

自分の人生を自分で決め、周囲からその意思を尊重されること、つまり人生を尊厳をもって過ごすことは、介護の必要の有無に関わらず誰もが望むことです。しかし現実には、家族や親族などが高齢者の人権を侵害する「高齢者虐待」が問題となっています。

「高齢者虐待」は、暴力的な行為(身体的虐待)だけではありません。暴言や無視、いやがらせ行為(心理的虐待)、必要な介護サービスの利用をさせない、世話をしないなどの行為(介護・世話の放棄・放任)や、勝手に高齢者の資産を使ってしまうなどの行為(経済的虐待)が含まれます。また、中には、性的ないやがらせなど(性的虐待)もあります。

介護疲れのために虐待を自覚していない介護者も多く、虐待を受けている高齢者も面倒をかけている自分が悪いと思い込み、問題が表面化してこないことが考えられます。さらに、高齢者への虐待は、私的な場所、密室に近い空間など見つかりにくい場所で行われやすく、顕在化しにくいという特徴があります。

虐待には、介護疲れや経済的困窮、人間関係のもつれなど様々な要因が背景にあることを理解し、介護者が追い詰められ、虐待とならないように早期に気づくことが求められます。地域で高齢者や家族を支えている人々にも「高齢者の権利擁護」について認識を深めていただくことが大切です。



高齢者虐待の種類

身体的虐待	<p>高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。</p> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 正当な理由のない身体拘束(ベッドに縛りつけるなど)。 • つねる、殴る、無理やり食事を口に入れるなど。 • やけど、打撲させる。
介護・世話の放棄・放任(ネグレクト)	<p>高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること。</p> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 入浴しておらず異臭がするのにも関わらず、必要な医療・介護サービスを使わせない。 • 室内にごみを放置するなど、劣悪な環境の中で生活させる。 • 水分や食事を十分に与えていないことによって空腹状態が長時間にわたり続いていたり、脱水症状や栄養失調の状態にある。
心理的虐待	<p>高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、その他、高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。</p> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 排泄の失敗を嘲笑(ちょうしょう)する。 • 屈辱を込めて、子どものように扱う。 • 高齢者が話しかけているのを意図的に無視する。
性的虐待	<p>高齢者にわいせつな行為をすること、又は高齢者にわいせつな行為をさせること。</p> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 排泄の失敗に対して懲罰的に下半身を裸にして放置する。 • キス、性器への接触、セックスを強要する。
経済的虐待	<p>養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分すること、その他、当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。</p> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 日常生活に必要な金銭を渡さない、使わせない。 • 年金や預金通帳を本人の意思・利益に反して使用する。 • 本人の自宅等を本人に無断で売却する。

虐待を発見した時の対応

高齢者の尊厳と命を守るため、「高齢者虐待防止法」(高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律)では、家庭内や高齢者施設で虐待が疑われる場面を発見した時は、速やかに区市町村に通報することとなっています。

通報を受けた区市町村は、虐待防止や高齢者を保護するための適切な措置を取り、事実確認等を行います。

高齢者虐待は誰の身近にも起こりうる問題です。あなたの発見により、虐待の深刻化を防ぐことができます。身近な高齢者の状況に心を配り、何か気づいたら、地域包括支援センターまたは区市町村の窓口にご相談しましょう。通報者の氏名が相手側に伝わることはありません。

(2) 介護職の役割や介護の専門性

介護における倫理

介護の仕事(介護職)は、高い職業倫理が問われる仕事です。利用者と介護職の間には、どうしても「ケアを提供する人」「ケアされる人」の立場の違いが見え隠れします。介護職は日常生活に支援が必要な利用者を支えたいと思う一方で、利用者の意思や自己決定を確認せずに、良かれと思い支援してしまう可能性がある仕事という特性をもっています。

介護職には一般の社会的倫理観とともに、利用者がどんな状況下でも、利用者に寄り添い、利用者の思いを最大限尊重する高い倫理観が求められます。

「倫理」の意味

倫理とは、「何かを行うときに、どのようにしたらよいか」と方法や戦略を考え、「よりよい実践を行うため」に、人がそのときの状況や条件において、どのように行動するかを方向づける羅針盤(らしんばん)のことです。倫理は法律とは違い強制力を伴わず、あくまでも人間の意思を律するその人の内面的な規範(指針、ルール)です。

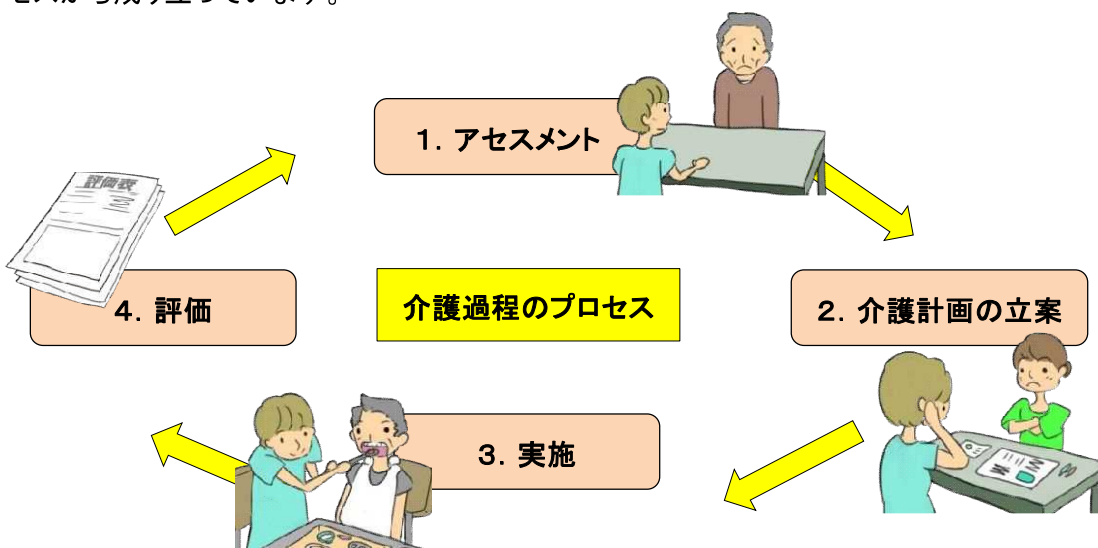
介護の倫理は、「よりよいケアのあり方を考える姿勢」のことをいいます。介護専門職である介護職には、利用者の目線で考えることが求められていますが、それを実行し続けるためには高い意識をもち続ける努力が必要となります。



介護の専門性

介護は、利用者の生活全般に関わる仕事です。「介護」について多くの人々は、高齢者をベッドから起こし、食事の介助をすることやベッド上でおむつ交換を行うこと、また、入浴介助を行うことを想像して、家族が行う介護と何ら違いはなく、表面的には、介護は誰にでもできる仕事のように思うでしょう。実際に介護の仕事は資格がなくても働くことが可能となっています(訪問介護サービスを除く)。介護の補助的な業務や衣服の整理、掃除など無資格でも介護の事業所に採用されて仕事をしています。ただし、資格がないことにより仕事の内容が制限されたり、給与面などの待遇も異なっています。

資格を持ち、専門職として働く介護職が行っている介護は、利用者の生活全般を観察しながら情報を収集し、事実との関連づけを行い、どのような生活課題があるのか発見し、利用者の生活を今よりも良いものとなるよう、利用者の望む生活に近づけるために、必要な介護方法を見出し支援していくものです。このように介護の基本となる考え方を「介護過程」といいます。介護過程は「アセスメント」「介護計画の立案」「実施」「評価」の4つのプロセスから成り立っています。



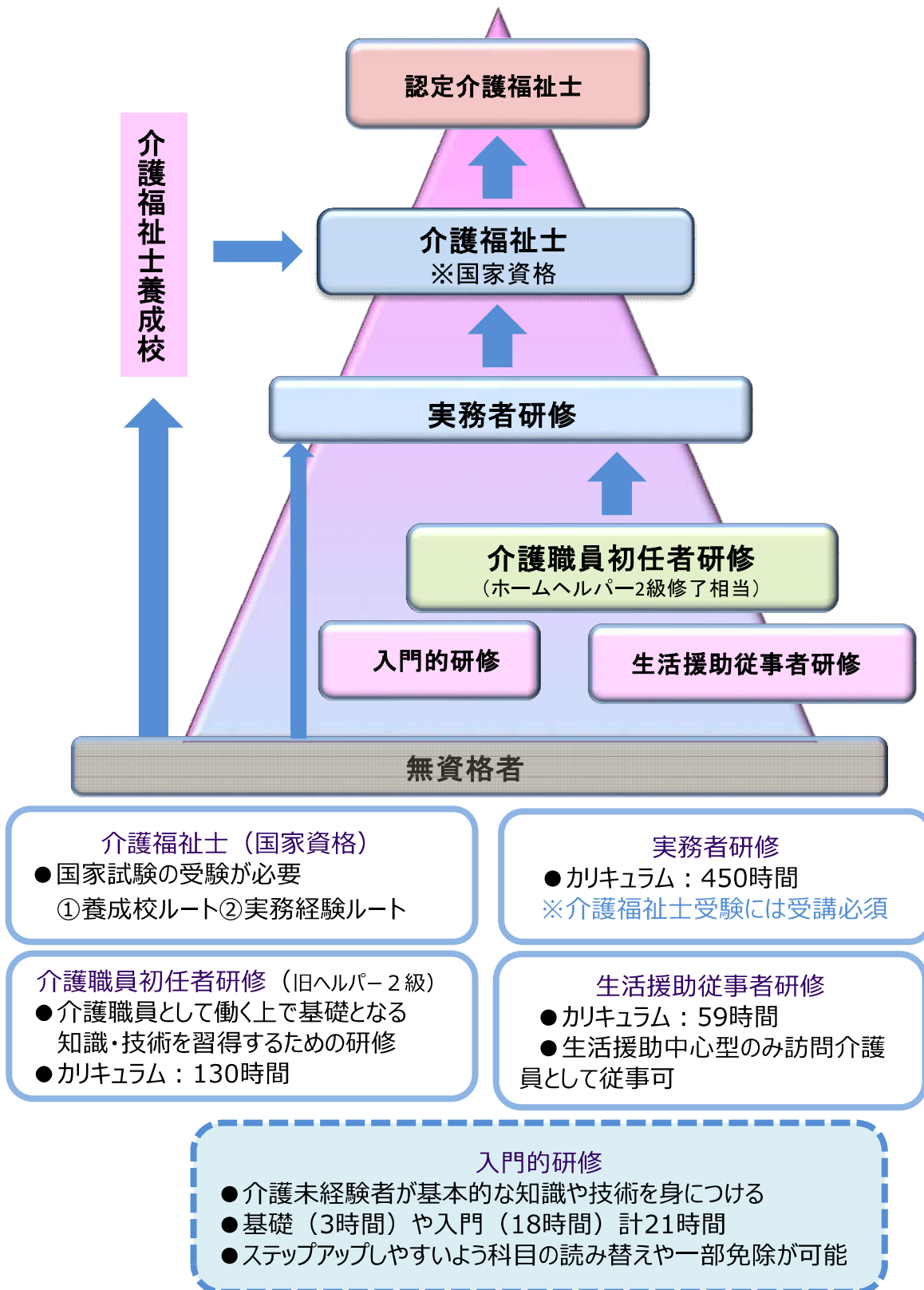
介護職の資格の中には国家資格である「介護福祉士」があります。

介護福祉士は、専門的知識や技術により、身体や精神上的の障害によって日常生活を営むことに困難がある人に対して、その人の心身の状況に応じた介護を行ったり、他の介護職や家族介護者などに対して介護に関する指導を行う専門職です。介護福祉士になるためには、国家試験に合格する必要があります。

また、新たに介護福祉士の上位資格として、さらに高いレベルの研修を受けた「認定介護福祉士」も養成され始めています。

次の頁では介護職の資格(キャリアパス)について図式化しています。

介護職の資格(キャリアパス)



求められる介護福祉士像

2017年には「求められる介護福祉士像」(社会保障審議会福祉部会)として下記の項目が介護福祉士の目指すべき像として示されました。

1. 尊厳と自立を支えるケアを実践する
2. 専門職として自律的に介護過程の展開ができる
3. 身体的な支援だけでなく、心理的・社会的支援も展開できる
4. 介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に対応し、本人や家族等のエンパワメントを重視した支援ができる
5. QOL(生活の質)の維持・向上の視点を持って、介護予防からリハビリテーション、看取りまで、対象者の状態の変化に対応できる
6. 地域の中で、施設・在宅にかかわらず、本人が望む生活を支えることができる
7. 関連領域の基本的なことを理解し、多職種協働によるチームケアを実践する
8. 本人や家族、チームに対するコミュニケーションや、的確な記録・記述ができる
9. 制度を理解しつつ、地域や社会のニーズに対応できる
10. 介護職の中で中核的な役割を担う



高い倫理性の保持

このように介護福祉士を始めとする介護職は高い専門性を持ちながら、利用者の課題やニーズを発見し、QOLを高めるための介護方法を見出していきます。

さらに利用者への的確な介護を実践するために、医療や福祉など異なる専門性をもつ多職種が連携し、理解しあいながらチームケアを実践していくことが重要となります。福祉専門職には社会福祉士や介護福祉士、精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカーなどがあります。保健や医療の専門職には医師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などがあげられます。チームケアにおいては、役割分担をし、互いの専門職能力を活用した効果的なサービスの提供が求められています。

看護師は医療の視点から、介護職員は利用者の生活の質の向上の視点から利用者を支えるなど、看護師等とチームとなって密接に連携することは大切なことです。

(3) 老化の理解

老化に伴うこころとからだの変化と日常生活の変化

老化とは、加齢に伴い、身体的機能や精神的機能が衰えることです。「こころ」と「からだ」は互いに影響し合っており、老年期では、定年退職などにより社会的な地位や役割の変化もあるため、高齢になるに従い日常生活の様々な場面で影響をもたらします。

高齢者の加齢による変化

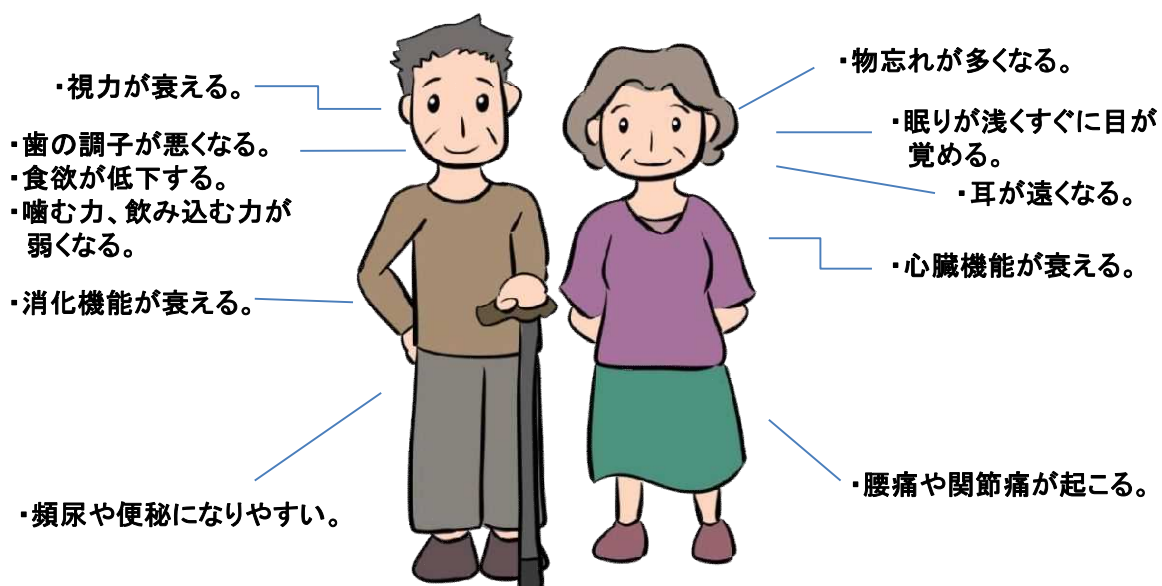
高齢者は危機に直面した時の反応が遅れたり、病原体に対する抵抗力の低下など、防衛反応(反射)が低下するほか、感染症にもかかりやすくなります。注意力も衰えてきます。個人差はありますが、高齢による心身機能の低下は避けられないことです。

加齢変化の特徴を知り、残された機能を活用することが、寝たきりを防ぐことにつながります。

体温は健康状態によって変化しますが、加齢により体温維持機能の変化が起こり、気温変化などに気づきにくくなります。

また、考え方の柔軟性が乏しくなり頑固になりがちです。老化により精神的機能が変化し、喜び・悲しみ・怒りなどの感情の表れ方にも変化が見られるなど、日常生活にも影響を与えることがあります。

病気やけがなどで必要以上に安静にしていることで骨や筋肉の委縮、心臓や肺などの臓器の機能も低下するなど廃用症候群(生活不活発病)の恐れもあるため、できるだけ早期に離床し、日常生活に戻ることが大切です。



(4)生活支援技術の基本

①居住環境の整備

安全で過ごしやすい室内の環境整備

高齢者が自宅で安心して暮らすためには、まず、生活環境を整えることが重要です。

高齢になると下肢筋力の衰えや視力の低下などから、段差や階段でつまずき、転倒・転落によるけがや骨折などの自宅内での事故が増えています。

手すりや段差の解消、家具の配置をかえたり、整理整頓することにより、自宅内を安全に移動することができます。

住まいの環境整備は、高齢者の自立を促し、介護者の負担を軽減することにつながります。



- ・コードは、カバーを取り付け固定する。
- ・新聞は滑るので片付ける。
- ・廊下と居間の段差はすりつけ版を設置する。



- ・床は滑り止め素材又は滑りにくいマットを敷く。
- ・ドアは外開きかスライド式にする。
- ・手すりをつける。



- ・手すりをつける。
- ・滑り止めをつける。
- ・足元に照明をつける。



- ・ドアは外開きや引き戸にする。
- ・L字型の手すりをつける。

②移動・移乗

杖歩行の介助（歩行が不安定な場合は杖を使用します）

ア. 杖の長さの決め方

・肘が30度ほど軽く
曲がった状態

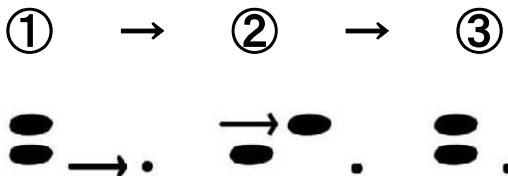
・両足を肩幅に広げ
杖の先を斜め前方
15cmのところにくる
ようにする



イ. 片麻痺がある人の杖歩行

平坦な場所を歩くとき

- ①杖を前に出す
- ②麻痺側の足（患側）
- ③麻痺のない側の足（健側）



ウ. 階段昇降（イラストは左側麻痺の場合）

片麻痺がある人の場合は、麻痺のない側の手に杖を持ちます。介護者は麻痺側後方について転倒を防ぎます。



階段を上る

- ①介護者は、患側に立ち一段下から利用者を支えます。
- ②杖を一段上げます。
- ③健側の足を上げます。
- ④患側の足を上げます。



階段を下りる

- ①介護者は利用者の患側に立ち、一段下から利用者を支えます。
- ②杖を一段下ろします。
- ③患側の足を一段下ろします。
- ④健側の足を下ろします。

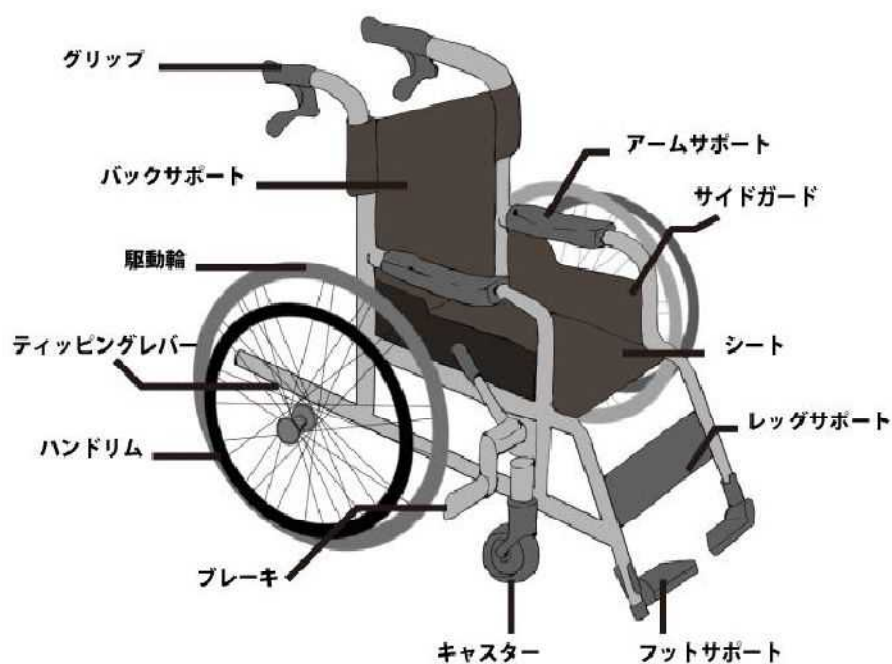


車いすによる移動介助

ア. 車いす介助の留意点

- ① 車いすを使用する際は、タイヤに空気が入っているか、ブレーキがかかるかなど、点検を行いましょう。
- ② 車いすをとめる際は、必ずブレーキをかけましょう。
- ③ 座っている人は、立っている人よりもスピードを感じやすいことを理解し、適度な速さで進みましょう。
- ④ 走行中は、スポークの中に利用者の手が絡まないように気をつけましょう。
- ⑤ カーブを曲がる時は、利用者の足先がぶつからないように、足先をみながら曲がりましょう。
- ⑥ 溝がある部分は、車いすは後ろ向きに進みましょう。溝の上に網目の金属板がある場合は、まっすぐに進むとキャスターがはまりやすいため、車いすを斜めにしてわたるようにします。

イ. 車いすの名称



ウ. 車いすの広げ方・たたみ方

広げ方



ブレーキをかけ、
グリップを握り車いすを広げます。



車いすの前方に立ち、
両手をシートの上に「ハの字」にして
上から軽く押し広げます。その際、
指を挟まないように注意します。

たたみ方



ブレーキをかけ
フットサポートを上げます。



シートの中央部分を持ち上げて
たたみます。

エ. 段差の上がり方・おり方

段差の上がり方



- ① ティッピングレバーを踏み込み、グリップを手前に引き寄せ、キャスターを段の上に静かに乗せます。
- ② ハンドグリップを持ち上げながら後輪を段に沿わせて押し上げます。

段差のおり方



- ① 後ろ向きになり、静かに後輪を段に沿わせてゆっくりおろします。
- ② ティッピングレバーを踏み込みグリップを手前に引きながら静かにキャスターを上げて後方に下がります。
- ③ フットサポートとつま先が段差にあたらないように静かにキャスターを下します。

坂道の介助



上りは前向きで

- ① 利用者に声をかけます。
- ② 介護者は脇を締め、車いすのグリップを握り、歩幅を広げ、一步一步踏み込みます。



下りは後ろ向きで

- ① 急な下り坂の場合は、車いすを後ろ向きにします。
- ② 介護者は、車いすのグリップを身体に近づけ握ります。
- ③ 後ろを確認しながら歩幅を広げ一步一步ゆっくりと下ります。

オ. 片麻痺がある人の車いすへの移乗(イラストは左側麻痺の場合)

①



- ① 利用者に健側の足を前に出し、浅く座ってもらいます。
- ② 介護者は、利用者の健側に体重をかけ、患側下肢を浮かせ、お尻の部分を支えて手前に引きます。

②



- ① 車いすを利用者の健側に斜めに置き、ストッパーをかけます。
- ② 利用者のふくらはぎのところに車いすのフットサポートが来るようにします。

③



- ① 健側の手でアームレストにつかまってもらいます。
- ② 健側に力を入れながら立ち上がるよう声掛けし、介護者は利用者の麻痺側の膝を支えます。

④



- ① 利用者に健側の足を軸に回転してもらい、介護者は利用者の腰を支えゆっくりと車いすに移動します。
- ② 利用者にめまいはないか確認します。
- ③ 車いすに深く座ります

⑤



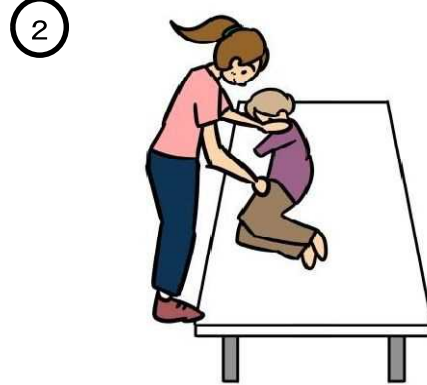
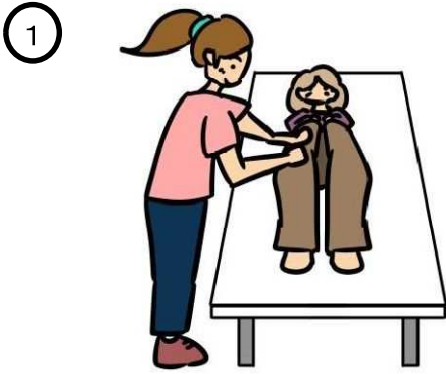
- ① フットサポートに足をのせてもらい、座っている姿勢が安定しているか確認します。

移動介護

介護が必要な利用者であっても、1日中ベッドで過ごすのではなく、ベッドから起き上がり、食堂や居間で過ごすことが大切です。利用者が自力で身体を動かすことができない場合は、介助を行います。片麻痺がある人の場合は、麻痺のない方から起き上がるようにします。

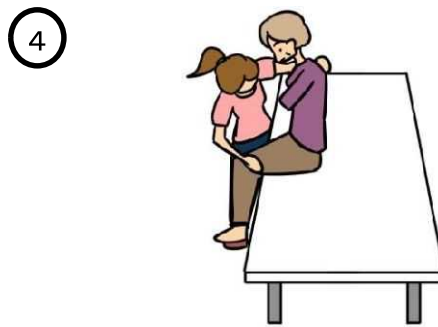
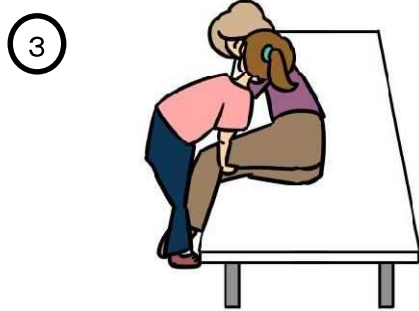
介護者は、人の動きの基本動作を理解した上で、利用者が持っている力を発揮できるように支援します。

ベッドからの起き上がりの介助(イラストは左側麻痺の場合)



- ① 利用者の両腕を組み、両膝を立て体を小さくまとめます。
② 身体を小さくすることで寝返りしやすい姿勢を取ります。

- ① 介護者は、利用者の膝と肩を支え、寝返る方に利用者の身体を横に向けます。



- ① 介護者の片方の手を利用者の肩に回し、もう一方の手を両膝の下から支え、両足をベッドから下します。

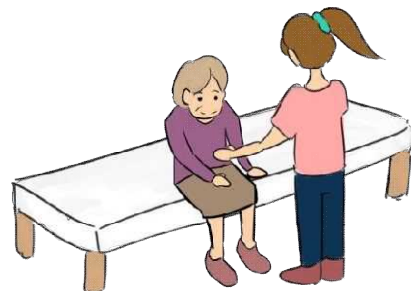
- ① 利用者に両足をベッドから下ろす時に手はベッドに押し付けてもらいながら上半身を起こします。
② 両足のかかところが床についているか確かめ、ベッドに深く座り安定した姿勢を保ちます。

ベッドからの立ち上がり

人はいすから立ち上がる時には、足を軽く後ろへ引き、お辞儀をするように前かがみになり、お尻が浮いてきたところでゆっくりと立ち上がっています。

介助する場合は、この動作を意識し、動きを引き出します。

- ① 利用者が安定した姿勢でベッドに座っているのを確認します。
- ② 立ち上がりやすいように浅く腰掛けてもらいます。
- ③ 利用者の手首を逆手で持ち、支えます。
- ④ 利用者に両足を軽く後ろに引いてもらいます。
- ⑤ 前かがみになり、お尻が浮いてきたところで、立ち上がってもらいます。(いすに座った場合も同じ)



③衣服の着脱

ア. 上着の着脱介助の方法

着替えの介助は利用者の好みを尊重し衣服も自分で選択できるよう働きかけましょう。

『脱健着患』

片麻痺がある人の場合は、服を脱ぐ時は麻痺のない側(健側)から、服を着るときは麻痺がある側(患側)から行います。

左半身に麻痺がある人の場合

①



- ① 安定して座れているか確認します。
- ② ボタンなどできるところははずしてもらいます。

②



- ① プライバシーに配慮し、肌の露出はなるべく少なくします。
- ② 健側の肩をはずし袖を脱いでもらいます。
- ③ 患側の肘を支えながら袖を脱ぎます。

③



- ① 患側から袖を通します。
- ② 肘を支え袖を肩まで十分に引き上げます。
- ③ 健側の袖を通します。

④



- ① ボタンを留められるところまで留めてもらいます。
- ② 衣服を整え着心地を確認します。

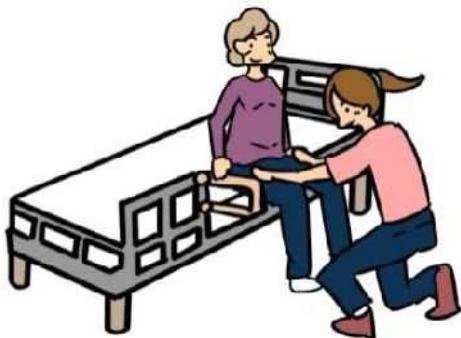
イ. ズボンの着脱の介助

高齢者の衣服の基本

- ・着脱しやすい
- ・ゆとりがあり楽なもの
- ・動きやすい
- ・利用者の好みに合っている
- ・肌触りが良い

左半身に麻痺がある人の場合

①



- ① ベッドやいすに座ったまま、ズボンをできるだけ下げてもらいます。
- ② 左右に体重をかけながら交互にズボンを下していきます。

②



- ① 健側の足からズボンを脱いでもらいます。
- ② 患側のズボンを脱ぐ際は、踵を支えながら脱ぎます。

③



- ① ズボンをはくときは患側から、踵を支えながらはきます。
- ② 次に健側の足にズボンを通します。

④



- ① 手すりにつかまり、立ち上がりズボンを引き上げます。
- ② 膝に力が入らない方の場合は、介護者は利用者の尻部分と膝に手を当て、前かがみになってもらいながらお尻が浮いてきたら立ち上がりを介助します。

④食事の介護

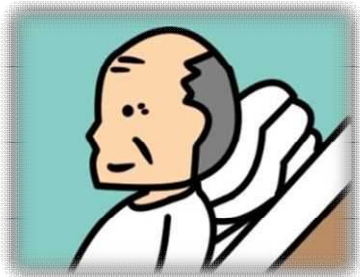
食事は、生命を維持するためにはなくてはならないものです。バランスよく食べることで健康維持につながり、美味しく食べることで生きる喜びや楽しさにつながります。

【座って食べるのが基本】



- ・介助時は、利用者の健側に座ります。
- ・介助時は目線の高さを合わせ、利用者が上を向かないようにします。
- ・声かけは食べ物が口に入っていない時に行います。
- ・前かがみの姿勢で食べると呑み込みやすくなり、食べ物が誤って気管に入るのを防ぎます。
- ・背もたれがあると安定した姿勢を保つことができます。
- ・片麻痺の人など姿勢が傾いてしまう場合は、肘あてのいすにします。
- ・深く座り、足の裏が床につく高さにします。
- ・いすが高すぎる場合は、足置き台を置きます。
- ・テーブルの高さは両肘がテーブルに乗る高さとしします。

【ベッド上の食事の介助方法】



- ・ベッドの背もたれを食べやすい状態まで起こします。
- ・食べ物を呑み込みやすくするため、枕やタオルで顎を引いた姿勢に整えます。
- ・食べ物の通りをよくするため、最初に水分を取ってもらいます。
- ・一口ずつ呑み込めたか確認します。
- ・利用者のペースに合わせます。
- ・食後30分程度は体を起こし休息をとります。
- ・麻痺がある場合は、麻痺のない方から介助します。
- ・吸い飲みを使う場合は、吸い口を口角から入れ、少しずつ飲んでもらいます。

【便利な自助具を活用】



スプーンやフォーク・握りやすい箸



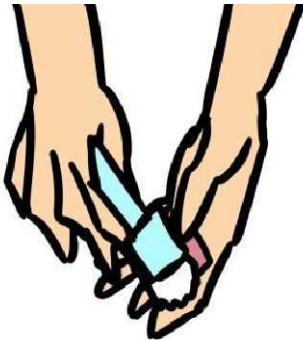
すくいやすい食器・滑らないトレイ

⑤ 口腔ケア

高齢者は唾液の分泌の減少や嚥む力、飲み込む力が衰えてくると、必要な栄養を取りにくくなったり、口の中に細菌が繁殖し口内炎や歯周病などにかかりやすくなります。口の中を清潔に保つには口腔ケアが大切です。

誤嚥性肺炎とは

高齢になると唾液や食べ物が誤って気道に入り細菌感染し「誤嚥性肺炎」となります。高齢者の肺炎は命にかかわることも多く注意が必要です。そのためにも口腔ケアによる予防が必要です。



義歯の磨き方

毎食後専用ブラシで磨き、
就寝時は入れ歯洗浄剤で消毒し水に浸け保管します。
(研磨剤は使用しない。)

義歯の外し方

上顎から下顎の順にはずします。



麻痺側に食べ物が残っていることがあるため、
介護者は、磨き残しがないか確認します。

歯ブラシの種類



⑥清潔保持

身だしなみ

洗顔や整髪、髭剃り、爪切り、耳の手入れ、化粧、散髪、身だしなみを整えることを「整容」とも言います。朝目覚めたら身だしなみを整えることで生活にリズムをつくります。

【洗顔・髭剃り・耳垢】



- ・髭剃りは電気シェーバーで行います。
- ・洗顔ができない場合は、蒸しタオルで拭きます。
- ・耳垢の性質により硬くなっている場合は無理にとろうとせず医療機関に相談します。

【爪切り】



スクエアオフ 深爪 バイアス切り

- ・高齢者の爪は硬くてもろいので、入浴後に切ります。
- ・深爪にならないように足の爪は「スクエアオフ」カットします。
- ・巻き爪は医療行為にあたるので医療職に相談します。

【整髪】



- ・ブラッシングで血行を良くし、髪の毛の汚れを取り除きます。
- ・気分転換、社会性の維持のためにも利用者の希望を聞きながら行います。

【化粧】



化粧は、気分が華やき若々しさを保ち、外出や人との交流が楽しくなります。

【散髪】



- ・のびた髪は、定期的にカットし整えます。

⑦排泄の介助

体が衰えても排泄はトイレであることを基本に考えます。排泄が自力で出来なくなると「恥ずかしい」「情けない」と感じる高齢者の気持ちを考え、プライバシーを最大限尊重した介護を心がけます。

【排泄介助の方法】

1. トイレでの排せつ介助

歩行や車いすでトイレへ移動ができる場合は
トイレでの排泄介助を行います。



車いすでのトイレ介助の方法

- ① 車いすは、便座に対して斜めに置きストッパーをかけます。
- ② フットレストを上げ、利用者に手すりにつかまってもらい、腰を支えて立ち上がります。
- ③ 便座方向に回転し介護者はズボンを下します。
- ④ ゆっくりと便座に腰かけてもらいます。
- ⑤ 介護者は、声をかけその場を離れます。
- ⑥ 排泄が終了したことを確認し、介助が必要であれば陰部を清潔にします。
その際に排泄物を確認します。
- ⑦ 手すりにつかまり立ち上がってもらい、ズボンを上げます。
- ⑧ 車いすの方向に回転し座ってもらいます。
- ⑨ 洗面所で手洗いをします。

2. ポータブルトイレでの排泄

トイレに移動できない場合は、ポータブルトイレでの排泄介助を行います。



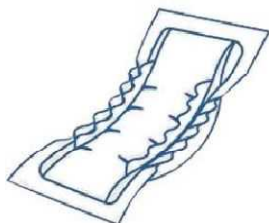
ベッドからポータブルトイレ介助の方法

- ① ポータブルトイレはベッドの足元に置きます。
- ② 利用者にベッドに腰かけてもらい、健側の手でひじ掛けをつかんで立ち上がってもらいます。
- ③ ズボンを下し、ゆっくりと便座に腰かけます。
- ④ 膝にバスタオルをかけ、トイレトペーパーを渡し、介護者はその場を離れます。
- ⑤ 排泄が済んだら、おしぼりで利用者の手を拭きます。
- ⑥ ベッドや手すりにつかまり立ち上がってもらい、ズボンを上げます。
- ⑦ 腰を支えて回転しながらベッドに深く腰掛けます。
- ⑧ 排泄物を観察し、トイレに流し、バケツを清潔にします。

尿取りパットの活用

トイレに間に合わず、失禁してしまう場合や尿意や便意が分からない場合、吸水性のあるパットを活用することで、安心した日常生活を送ることができます。

失禁の状態に応じて使い分けます。



尿取りパット



リハビリパンツ

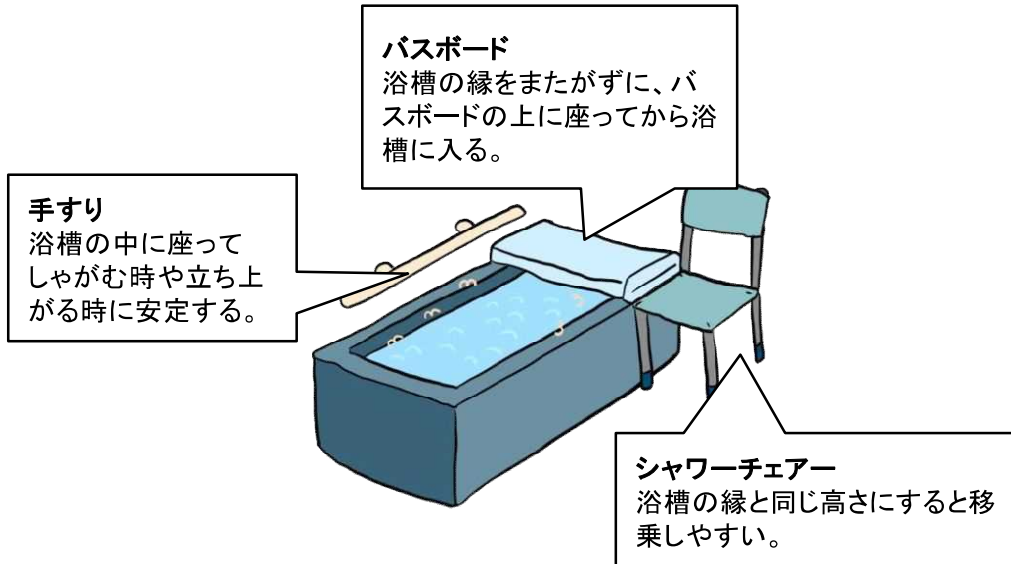


テープ式紙おむつ

⑧入浴の介助

入浴は身体の清潔を保つだけでなく、疲れをいやし爽快感や気分転換をもたらします。しかし、高齢者では入浴に伴うエネルギーの消耗も大きく、転倒やけがなどの思わぬ事故が起こりやすいため、安全な入浴介助が求められます。

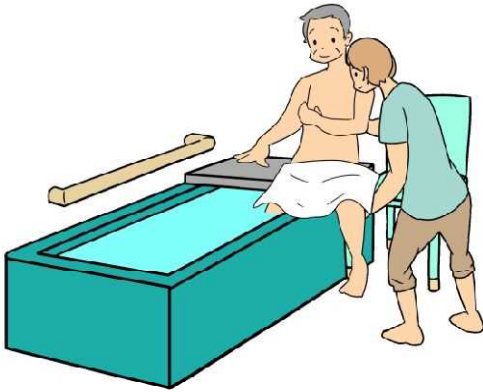
浴室での福祉用具の活用



入浴介助の留意点

- ・空腹時は貧血を起こしやすく、食後すぐの入浴は消化吸収が妨げられるため、食前・食後の1時間は入浴を控えます。
- ・入浴は腸の運動が活発になるため、便通を促すため入浴前にトイレを済ませます。
- ・高齢者は脱水になりやすいので、入浴前、入浴後には水分を補給します。
- ・室温は22度から24度、浴室と脱衣室の温度差があると血圧の上昇を招くので温度差がないようにします。
- ・湯温が高すぎると血圧が上昇するので、湯温は40度前後にします。
また、入浴は体力を消耗するので、入浴時間は15分程度とします。

家庭浴槽を使用した入浴介助の方法(左側の麻痺の人の場合)



利用者ができるところはしてもらい、
できないところを介助します。

1. 浴槽に入る

- ① 利用者に説明し同意を得ます。
- ② 入浴前に顔色や表情を観察し、体温や血圧を測ります。
いつもより高い場合は無理をしないようにしましょう。
- ③ シャワーチェアに座ってもらい、羞恥心に配慮し、陰部にタオルをかけます。
- ④ 湯船に入る前に足元からかけ湯をします。介護者が湯温を確認してから、
利用者にも麻痺のない健側で湯温を確認してもらいます。
- ⑤ 浴槽に入る時は、健側の手で浴槽の縁をつかんでもらい、臀部を浴槽の縁に移乗し座ってもらいます。浴槽の縁が狭い場合は、バスボードを活用します。
- ⑥ 介護者は、麻痺側の肩を支えながら利用者に健側の足から湯に入れるよう話し、身体を支えます。
- ⑦ 介護者は、麻痺側の膝を支え湯に入れます。
- ⑧ 利用者に前かがみになってもらい、臀部を支えながら浴槽に入ります。

2. 浴槽から出る

- ① 身体がずり落ちないように支えます。
- ② 浴槽から出るときは、利用者に健側の手で浴槽の縁や手すりにつかまり、健側の膝を立てて立ち上がるように話します。その際、介護者は患側の膝を支えます。
- ③ 介護者は臀部を支え利用者に浴槽の縁に座ってもらいます。
- ④ 介護者は利用者の患側の足の膝を支えながら浴槽から出します。
健側の足は、利用者に自分で浴槽から出してもらいます。
- ⑤ シャワーチェアに座り、かけ湯をします。

4. 認知症の理解

認知症は、誰にでも起こりうる身近な病気です。高齢化が進む中で、認知症の人も急速に増えていくことが予想されています。認知症になっても住み慣れた街でいつまでも自分らしく暮らし続けられるように、周囲の認知症に対する正しい理解が必要です。

(1) 認知症を取り巻く状況

認知症ケアの変遷

認知症は平成16年までは痴呆と言われていました。痴呆という言葉が侮蔑的であることや偏見等を改めるという必要性により、呼び方を変更することが決定されました。もちろん、それまでも認知症の人に対するケアの工夫はありましたが、介護保険が導入された平成12年あたりから本人本位の個別ケアが考えられるようになりました。

認知症高齢者の増加が続く中、厚生労働省は平成24年9月に「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」を公表しました。その後、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現する」ために、平成27年1月に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」が新たに策定されました。

こうした中、令和元年6月に、新オレンジプランの後継となる「認知症施策推進大綱」がとりまとめられ、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進」することとされました。

【施策の柱】

- ①普及啓発・本人発信支援
- ②予防
- ③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- ④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤研究開発・産業促進・国際展開

※①～⑤の施策は、全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本とする。

※「共生」: 認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味。

※「予防」: 「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味。

認知症の人のケアに関わる人材の育成

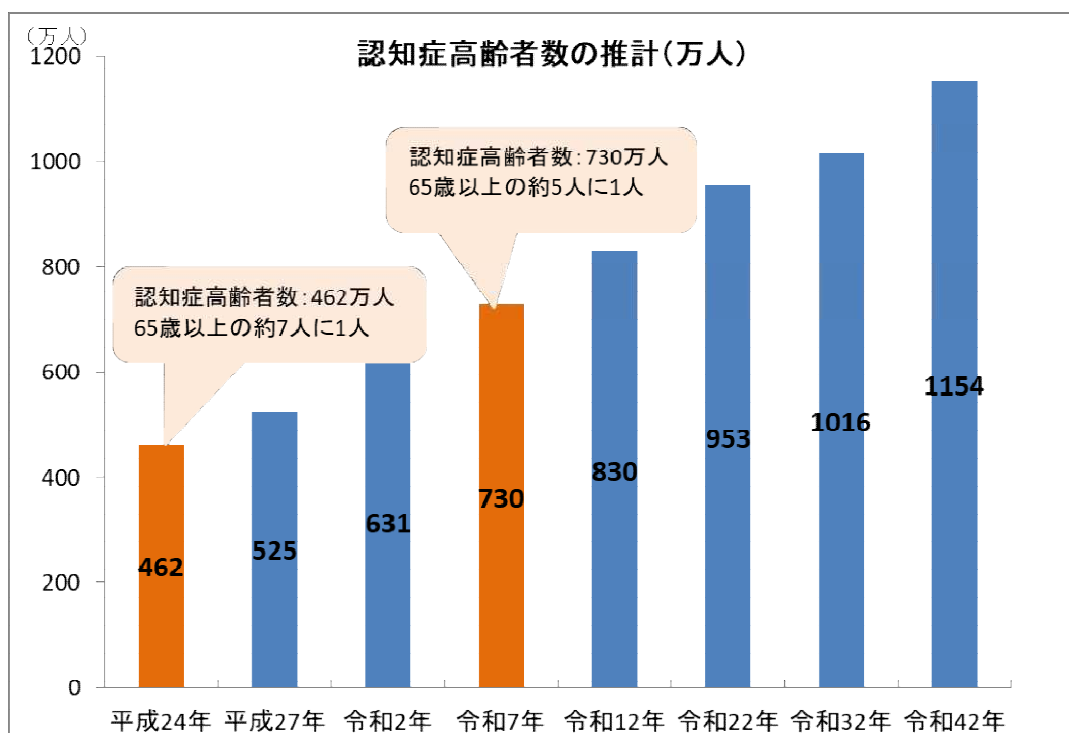
認知症介護の質的向上を図るため、施設・事業所等の核となる専門職を対象に認知症介護研修を実施しています。また、地域住民等一般市民向けの研修もあります。認知症サポーター養成講座は、認知症に対する正しい知識を持ち、認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けできる人々を養成するもので、各地域で開催されています。

認知症高齢者の推計と今後のケア

平成29年版高齢社会白書によると、「平成24年は認知症高齢者数が462万人と、65歳以上の高齢者の約7人に1人(有病率15.0%)であったが、令和7(2025)年には約5人に1人が認知症高齢者になるとの推計もある」としています。

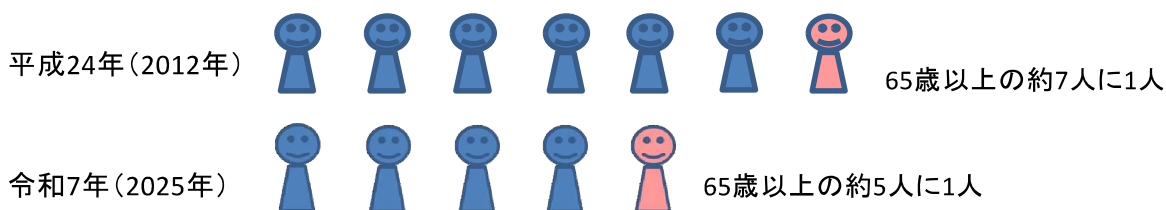
20年、30年前と比べれば様々な人や機関、国などの働きにより認知症の方に対する意識やケアが変わってきたことは事実ですが、それでもまだまだ人権侵害なども起こっており、認知症に対する理解が十分進んだとは言いきれません。

今後も認知症に対する理解を深め、支援策を充実することが求められています。



出展：平成29年度高齢社会白書(概要版)を基に一部加工

認知症高齢者(65歳以上)推計



①認知症とは

いろいろな原因で脳の細胞が損傷を受けたり、働きが悪くなることで、認知機能(※)が低下し、様々な生活のしづらさが現れる状態を指します。認知症は誰もがなる可能性があります。

※認知機能とは.....物事を記憶する、言葉を使う、計算する、問題を解決するために深く考えるなどの頭の働きを指します。

認知症の定義

いったん正常に獲得・成立した脳の知的機能が、何らかの後天的、器質的な障害によって慢性的に低下し、日常生活に支障をきたした状態。

認知症は、「物忘れ」とは違い、病気の名前ではなく、様々な病気によって生じる症状・状態を表します。

②認知症と物忘れの違い

認知症の物忘れは、体験全体をすっかり忘れるということが特徴です。それに対して、健康な人が体験する物忘れは、体験の一部を忘れるというものです。

例えば、昨日の昼食で何を食べたか、思い出せないのは健康な人の物忘れですが、昼食を食べたこと自体をすっかり忘れるのが認知症の物忘れです。

認知症の人は、物忘れにとどまらず、言葉のやり取りができなくなったり、時間や場所の見当がなくなったり、少し複雑な状況になると正しい判断がつかなくなるというような認知障害へと進行します。また、認知症の人は、自分が物忘れをしていることを自覚できない場合が多いため、他人の助言や忠告も理解できず、そのことが認知症の介護を困難にする要因の一つとなります。



認知症になると記憶力や理解力、判断力の低下により、できないことも増えますが、できることもたくさんあります。認知症はその人の一部であり、すべてではありません。認知症の人が感じる不安や生きづらさに気づき、生活上の問題を知り解決できるように支援することが求められます。

③認知症に類似した状態

認知症によく似た症状を示す二つの状態があります。

【せん妄】

せん妄とは、意識の曇り(意識混濁)や落ち着きのなさなどの注意障害、認知機能(記憶や見当識)障害、精神運動性障害(行動や会話)、睡眠・覚醒リズムの障害による昼夜逆転などが起こる状態を言います。

せん妄は脳梗塞、心筋梗塞などの疾患、肺炎などの感染症、脱水状態、睡眠薬や向精神薬の過剰投与などによって起こります。せん妄は、急に起こる点が認知症との大きな違いです。

＜対応＞

基本的な対応としては、本人の安全を確保して、せん妄が収まることを待つことです。静かな場所に連れて行って、患者の目線に合わせまず声をかけてから、手を握ってあげたり、背中や腕をさすってあげたりする対応をとることで、落ち着きを取り戻すことが多いといわれています。

【うつ状態】

うつ状態にある人は、憂うつな気分支配され、意欲や興味、喜びと言った感情の起伏が乏しく、常に気分が低下した状態になります。うつ病は以下の三つの症状が起こります。認知症に似た状態になりますが、快復するとともに戻ります。

うつ病の三つの症状

- ①うつ気分: 落ち込んだ気持ち、何をしてもつまらない、寂しい、不安、悲観的で死にたいという気分になる。
- ②意欲の低下: なにもやる気がなくなる。注意を集中することが難しく、記憶力も低下して物事を決めることもおっくうになり、一見すると認知症に似た状態を示すこともある。
- ③身体の症状: 頭痛、頭重感、不眠、食欲不振、便秘などが起こり、体重も減少する。時には体力が低下して寝たきりになる。

＜対応＞

うつ病の高齢者は、身体的な苦しみや、気分の良くないことなどを繰り返し訴えますが、そのたびに温かな言葉かけをし、支えることが大切です。「しっかりしなさい」といった励ましの言葉は、かえって逆効果です。

(2) 認知症の基本的な知識

認知症の種類と原因疾患

認知症の原因となる疾患には、「アルツハイマー型認知症」「脳血管性認知症」「レビー小体型認知症」「前頭側頭型認知症(ピック病)」などがあります。認知症は、その原因となる疾患によって症状が異なります。

アルツハイマー型認知症

大脳皮質連合野や海馬領域を中心に β アミロイドというタンパク質のゴミ、続いてタウタンパクが神経細胞内に蓄積し、神経細胞のネットワークが壊れると発症します。比較的早い段階から記憶障害、見当識障害のほか、不安・うつ・妄想が出やすくなります。

症状は徐々に初期・中期・後期と認知機能の低下が進む中で意思の疎通が困難になり、寝たきり状態へと変化していきます。

脳血管性認知症

脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化などのために、神経の細胞に栄養や酸素が生き渡らなくなり、その部分の神経細胞が死んだり、神経のネットワークが壊れて、意欲が低下したり複雑な作業ができなくなったりします。

梗塞が起きるたびに段階的に認知機能が悪化することが多く、血管障害部位に対応した機能のみが低下するため、まだら認知症がみられ、情動失禁(ちょっとしたことで泣いてしまう、など)といった特徴がみられます。

レビー小体型認知症

脳の全体に、レビー小体と言われる異常な物質が沈着して起こります。病態の原因はよくわかっていません。症状として、パーキンソン症状や幻視を伴い、一日の中で症状の変動が大きいのが特徴です。

前頭側頭型認知症(ピック病)

司令塔役の前頭葉と側頭葉を中心に委縮がみられ、他の認知症にはみられにくい、特徴的な症状を示します。脳の中で、前頭葉は「人格・社会性・言語」を、側頭葉は「記憶・聴覚・言語」を主につかさどっているため、発症すると、これらが正常に機能しなくなることにより、

- ・社会性の欠如
- ・抑制が効かなくなる
- ・同じことを繰り返す
- ・感情の鈍麻(どんま)
- ・自発的な言葉の低下

などの症状が現れます。これらの症状がゆるやかに進行し、発症後平均6～8年で寝たきりの状態となります。

認知症の人への対応例

物盗られ妄想がみられる山田さんへの対応

山田さん(88歳女性)は、一人暮らしです。

ホームヘルパーに、今日もまた、「お財布がなくなった」「ここにあったはずなのにあなた知らない?」と訴えてきました。ヘルパーは、「ありませんよ」「また、どこかにしまい忘れたのではないですか」と返答。山田さんは、ヘルパーが財布を盗ったと疑い始めました。

物盗られ妄想がみられる山田さんの心理状態は、大切な財布を盗まれないように人に見つからないところへしまったのかもしれませんが、その行為を覚えていないために、ヘルパーの対応から疑い始めたと考えられます。

物盗られ妄想が見られる場合は、初めから否定するのではなく、話に耳を傾けて山田さんの心情を理解し、一緒に探すなどの対応が求められます。

幻視がみられる鈴木さんへの対応

鈴木さん(80歳女性)は、グループホームに入居しています。

食事を食べようとしないので理由を聞いたところ「部屋の隅に男の人が立っていて、じっとこちらを見ている」「私の食事に毒を入れたので食べられない」と訴えました。介護職員は、「男の人はどこにもいません」「毒なんか入っていませんから食べて下さい」と対応しました。それでも鈴木さんは食事を食べようとしません。

レビー小体型認知症の方によく見られるのは幻視です。鈴木さんの場合は壁に虫が這っている、カーテンの陰から人が覗いている、時には子供が登場することもあります。否定するとパニックを起こすこともあるので、ゆっくりと話を聞き、安心できる対応が求められます。食欲が落ち、夜間不眠が続き、健康状態が心配される場合は、かかりつけ医に相談します。

家に帰りたい斉藤さんへの対応

斉藤さん(男性75歳)は、介護老人福祉施設に入所して3ヶ月が経過しました。

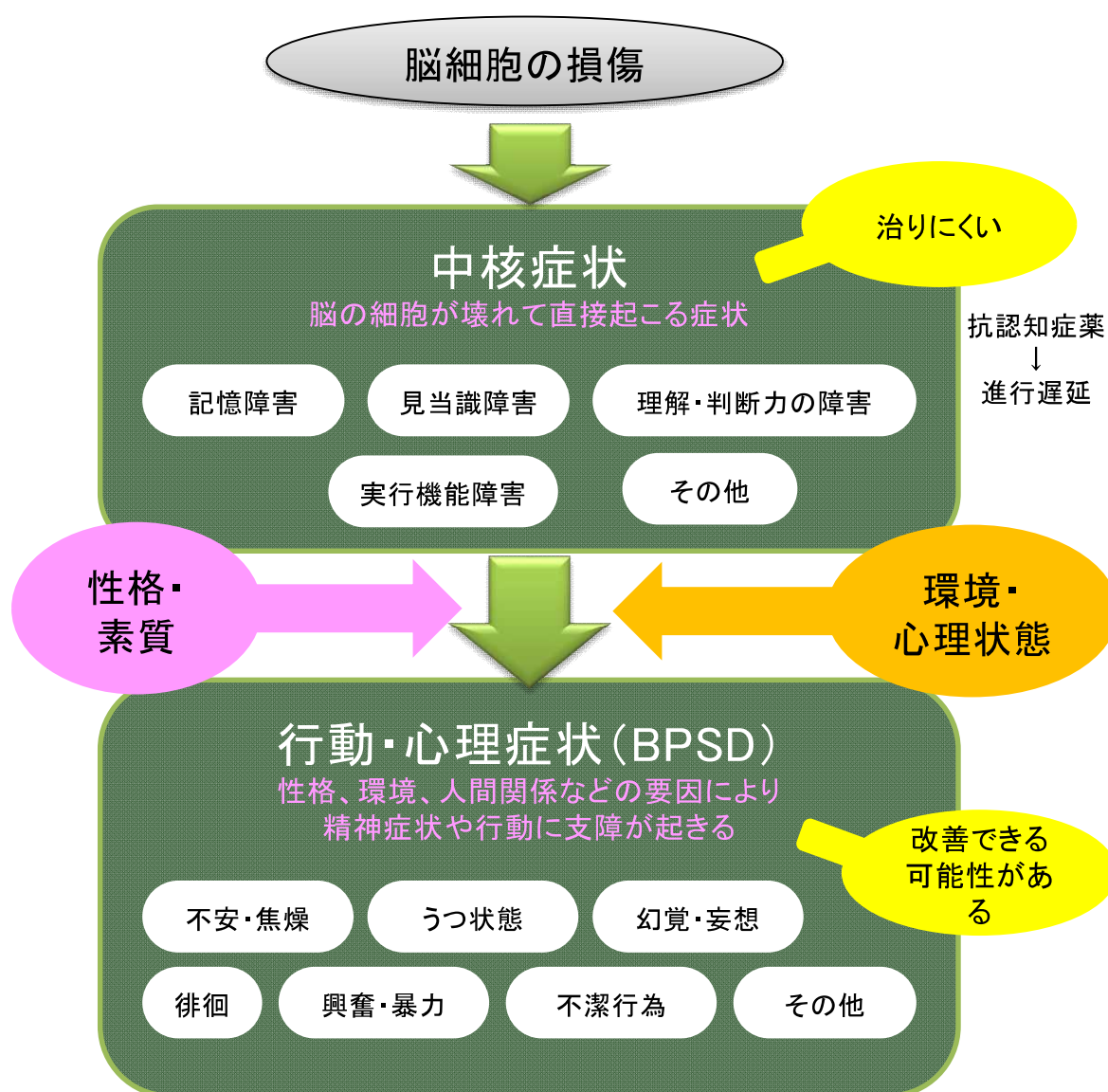
夕方になると「家に帰る」「お疲れさま」とエレベーターの前を行ったり来たり落ち着きません。介護職員が「ここが斉藤さんの家です」と声をかけ止めに入ると「ここは俺の家じゃない」と顔色が変わりました。

斉藤さんは、定年まで銀行マンでした。いつも身だしなみに気を使っています。自宅では亡き妻とは静かに生活していました。施設に入所したことの理解ができないこと、仕事にきている感覚で家に帰ろうとしていること、施設で居場所がない、役割がない、夕方は職員がバタバタしているなど落ち着かない環境となっています。斉藤さんのこれまでの生活歴や思いに耳を傾けること、時には施設の外へ散歩に出かけることや、安心できる居住環境づくりと施設職員の思いやりのある声かけが求められます。

(3) 認知症の症状 ～ 中核症状と行動・心理症状(BPSD)

脳の神経細胞が壊れることによって起こる症状は中核症状と呼ばれています。記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行機能障害などが見られ、病気の進行に伴って徐々に進行していきます。

一方、本人がもともと持っている性格、人間関係、取り巻く環境など様々な要因が絡み合っ
て、うつ状態や妄想などの精神症状や、徘徊、興奮・暴力、不潔行為など、日常生活を困難にする行動上の問題が起こってきます。これらは行動・心理症状(BPSD)と呼ばれています。



出典：全国キャラバン・メイト連絡協議会 認知症サポーター養成講座標準教材より 作成

その他の身体的症状

このほか、認知症にはその原因となる病気によって多少の違いはあるものの、様々な身体的な症状も出てきます。とくに脳血管性認知症の一部では、早い時期から麻痺などの身体症状を合併することもあります。アルツハイマー型認知症でも、進行すると歩行がたなくなり、終末期まで進行すれば寝たきりになってしまう人も少なくありません。

中核症状

記憶障害

脳は、目や耳などから入るたくさんの情報のうち、必要なものや関心があるものは一時的に蓄え、大事な情報は忘れないように長期間保存するようにできています。

しかし、脳の一部の細胞が壊れ、その働きを失うと、覚えられない、すぐ忘れるといった記憶障害が起こります。

<加齢による物忘れと認知症の記憶障害との違い>

加齢に伴う物忘れ	認知症の記憶障害
経験したことが部分的に思い出せない	経験したこと全体を忘れる
目の前の人の名前が思い出せない	目の前の人が誰なのかわからない
物の置き場所を思い出せないことがある	置き忘れ・紛失が頻繁になる
何を食べたか思い出せない	食べたこと自体を忘れている
約束をすっかり忘れてしまった	約束したこと自体を忘れている
物覚えが悪くなったように感じる	数分前の記憶が残らない
曜日や日付を間違えることがある	月や季節を間違えることがある

出典：全国キャラバン・メイト連絡協議会 認知症サポーター養成講座標準教材より 引用

認知症の相談窓口

「同じことを何度も言う」「ものがなくなった」などの対応で困ったときや心配なことがある場合は、かかりつけ医や、最寄りの地域包括支援センター、認知症疾患医療センターに相談することができます。

見当識障害

見当識とは、現在の年月や時刻、自分がどこにいるかなど、基本的な状況を把握することです。見当識障害は記憶障害と並んで早くから現れます。

<症状>

時間

- 見当識障害は、時間や季節感の感覚が薄れることから現れます。
- ・長時間待ったり、予定に合わせて準備することができなくなります。
 - ⇒何回も時間を聞いたりします。

場所

- 道に迷ったり、遠くに歩いて行こうとします。
- ・はじめは ⇒方向感覚が薄らいでも、周囲の景色をヒントにすれば道を間違えることはありませんが、暗くなると道に迷うようになります。
 - ・進行すると⇒近所でも道に迷ったり、夜、自宅のお手洗いの場所がわからなくなったりします。また、到底歩いていけないような距離を歩いて出かけようとするようになります。

人物

- 人間関係の見当識障害はかなり進行してから現れます。
- ・周囲の人との関係がわからなくなります。
 - ⇒80歳の方が50歳の娘に向かって、「おばさん」と呼んだりします。
 - ⇒息子がわからず「どなたさま」と言ったりします。

理解・判断力の障害

認知症になると、物事を考えたり判断にも支障が出てきます。

- ① 考えるスピードが遅くなります。⇒急がせない
 - ◆ 時間をかければ自分なりの結論に至ることができます。
- ② 二つ以上のことが重なるとうまく処理できない。⇒シンプルに伝える
 - ◆ 一度に処理できる情報の量が減ります。念を押そうと長々説明すると、ますます混乱します。必要な話をシンプルに伝えます。
- ③ いつもと違う出来事で混乱しやすくなります⇒補うこと、守ること
 - ◆ お葬式での不自然な行動や、夫の入院で混乱してしまったことから認知症が発覚する場合があります。予想外のことが起こった時、補い守ってくれる人がいれば日常生活は継続できます。
- ④ 目に見えない仕組みが理解できなくなります。
 - ◆ 自動販売機や交通機関の自動改札、銀行のATMなどの前ではマゴマゴしてしまいます。
 - ◆ 全自動の洗濯機、火が目に見えないIHクッカーなどもうまく使えなくなります。認知症になってからの買い替えは混乱を招くこととなります。

実行機能障害

健康な人は、頭の中で計画を立て、たとえ予想外の出来事が起きても、適切に対処することができます。認知症になると、計画を立てたり、按配したりすることができなくなり、日常生活で首尾よく段取りをすることができなくなります。

健康な時であれば・・・

大根と油揚げの味噌汁を作ろうと思ったら、スーパーマーケットに行って大根と油揚げを買い、帰ってから材料を切ります。それを適量の水(だし)で煮て、やわらかくなったら味噌を溶き入れるという手順で作っていきます。

実行機能障害が起こると・・・

どのような手順で味噌汁を作るのかわからなくなります。買い物に行って材料を買っても、作る手順やどのように切るのか適量の水はどれくらいかがわからず、うまく作れなくなります。



今日は、〇〇を
作るつもりだった
のに……

その他 感情表現の変化など

認知症になると記憶障害、見当識障害、理解・判断の障害のため、周囲からの刺激や情報に対して正しい解釈ができなくなることがあります。

認知症の人は周囲の人が予測しない、思いがけない感情の反応を示すことがあります。

例)「そんな馬鹿な…」という言葉や、その場の状況を読めないで、自分が「馬鹿」と言われたと思い、怒りだしてしまうことがあります。

⇒認知症の人の行動の特徴をわかっているならば、本人にとっては不自然な感情表現ではありません。認知症を理解するということの一例です。

不安・焦燥

認知症の初期には自身の認知症機能の悪化を自覚しているところに、叱責や環境の変化といった強いストレスが加わり、不安感が一層強くなります。

焦燥としては、身体的な行動(打つ、ひっかく、かむ、蹴る、物を隠す、不適切な衣服の着脱など)、言葉の行動(大声で叫ぶ、ののしる、同じ質問を繰り返す、不安な言葉を繰り返すなど)があります。

うつ状態

うつ状態は、気分が滅入る、無気力、死にたいと考えるような症状を起こしますが、認知症の人の場合、悲哀感や自己評価の低さよりも、悦びの欠如が著しいのが特徴です。その他に慢性頭痛、不眠などの身体症状を訴えることもあります。

幻覚・妄想

幻覚とは、現実にはないことを見たり聞いたりすることを言います。存在しない人や物が見えることを幻視、聞こえるはずがない声や音を聴くことを幻聴と言います。幻覚は、認知症の初期から中期にかけて出現する症状です。レビー小体型認知症では、約8割に幻視の症状がみられます。

妄想には、記憶障害に基づく「物盗られ妄想」などがあります。財布の置き場所を忘れたことを「誰かに盗まれた」と言ったり、「ごはんには毒を入れられた」などと訴える「被害妄想」などがあります。第三者からみて、妄想の発生や内容が理解できるものをいいます。

徘徊

何らかの目的をもって歩き始めますが、その目的を忘れてしまったり、道がわからなくなったりして歩き回ることを言います。

興奮・暴力

介護者が行おうとする介助が理解できず、暴力を振るったり怒ったりと攻撃的な言動を起こすことがあります。周囲の人や介護者の不適切な言動で引き起こされる場合もあります。



- ・不安を感じて混乱しているのかも
- ・感情のコントロールが難しくなっているのかも
- ・自尊心が傷つけられているのかも
- ・体調が悪い・不調かも

不潔行為

失禁した時、どうすればよいかわからず、尿で汚れた下着をしまっせしまったり、便に触っせしまっせします。

その他

睡眠障害や昼夜逆転などがみられる場合もあります。

健康管理の重要性

認知症の人は、日ごろの健康管理に加え、服薬や排泄のコントロールなども本人任せでは難しくなっせいきます。体調を悪化させないためにも、以下の点に留意するなど、介護者の注意深い観察が求められます。

- 脱水(1日に約1500mlは飲水により摂取する必要がある)
- 便秘(毎日の排便の有無の確認)
- 低栄養(食事の量やバランスの確認。歯と口腔のチェックも重要)
- 低活動の防止(認知の機能を保つためにも活動を意識する)
- 口腔ケア(口腔ケアにより生活の質が大きく変わる。食欲の増進や肺炎予防にも)

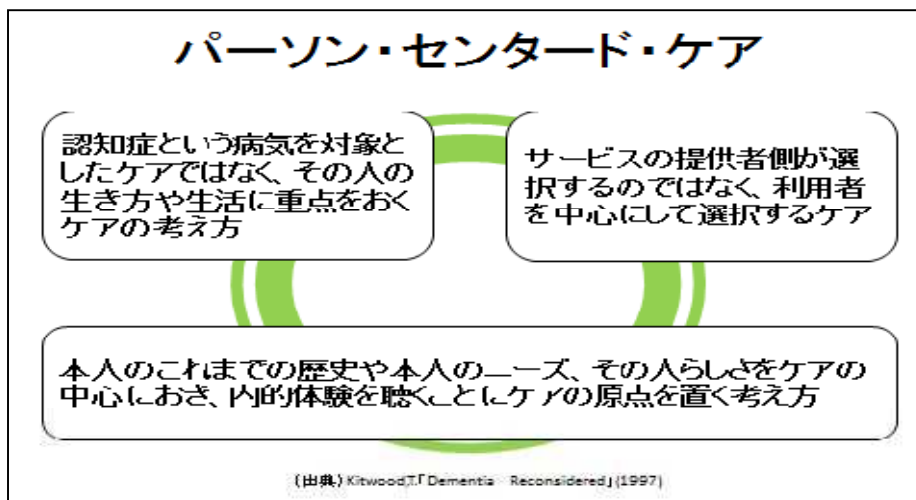
(4) 認知症の人や家族への関わり方

認知症ケアの理念

【パーソン・センタード・ケア】

パーソン・センタード・ケアは、イギリスの心理学者トム・キットウッドにより提唱された認知症ケアの考え方です。これまでは、認知症という疾病や症状を中心にケアが組み立てられてきましたが、パーソン・センタード・ケアの立場は、認知症の人を一人の人として尊重し、本人の生き方や生活に重点を置く考え方です。

ケアは、介護をする者が選択するのではなく、本人を中心にして選択するという考え方です。本人のこれまでの歴史やニーズ、その人らしさをケアの中心におき、本人の内面的体験を聴くことにケアの原点をおく考え方といえます。



【パーソン・センタード・ケアの5つのアプローチ】

認知症をもつ人の行動や状態は、認知症の原因となる疾患だけではなく5つの側面からアプローチすることが求められています。

1. 脳の認知障害:これまでできていたことができなくなるため、認知症の人の行動や心の背景にある機能障害を正しく理解する。
2. 健康状態・感覚機能:病歴や体調、視力や聴力の状態も行動や心理に影響する。
3. 個人史:成育歴、職歴、趣味、人間関係や生活習慣などにより、行動の在り方が異なる。
4. 性格:本来の性格の傾向は、認知機能の低下により混乱している時やプライドを傷つけられた時の対処方法に影響する。
5. 社会心理学:周囲の人がどのように自分を見ているか、敏感に感じ取っている。

パーソン・センタード・ケアでは、一人ひとりの異なる個別性を踏まえた関わりが求められています。「そのひとらしさ」が尊重され、周囲から受け入れられている状態が最も望ましい状態と考えます。

認知症ケアの視点

- ①症状を問題視するのではなく、人として接する(自分だったら・・・の視点に立ってみる)
 - ・できる限り本人の自由を受け入れる
 - ・本人の物語に参加する
 - ・共感的に受け入れる
- ②できないことではなく、できることをみて支援する
 - ・本人の持っている力や思いに気づく
- ③知的機能は低下しても、感情や情緒面は残っていることを忘れない
 - ・叱責したり、蔑視したりしない
- ④自尊心を傷つけず、恥をかかせない
 - ・否定、訂正、指導しない
- ⑤理屈による説得は意味がない。気持ちに添った支援をする
- ⑥タイミングを変えたり、間をおいて支援する
- ⑦認知症の人の行動を抑制したり、対応方法を先に考えるのではなく、その行動の理由や原因を考える

また近年は、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指した「意思決定支援」の考え方が広まってきています。これは認知症など自分自身では意思決定が不十分な人を専門職や行政職員、家族などが本人の意思を尊重し、能力に応じて理解できるように説明したり推定するなど、意思決定の支援を行うというものです。



認知症になった人の気持ちは・・・

認知症になってしまった人は恐れや不安がいっぱいです

「家族もわからなくなってしまうのか」

「将来どうなるのか」

「機能がどのように低下していくのか」

「どのように死ぬのか」

【やりにくくなっていくこと】

- ・以前できたことが難しくなる
- ・伝えたい言葉が出てこない
- ・思うように字が書けない
- ・話の筋を覚えられない
- ・計算が難しい

【音環境に不安になる】

- ・雑音に疲れる
- ・不安で攻撃的になる
- ・大きな音楽やテレビの音に不安になる
- ・聴覚や視覚が乱れる

【時間の感覚が乱れる】

- ・夢がはっきりと鮮やかになる
- ・どれが夢で、どれが夢でないか、後で思い出すのが困難になる
- ・24時間の感覚が乱れる
- ・睡眠モードに切り替えが上手くできない

認知症になってしまった人の記憶に残るものは感情

認知症の人には、何を言ったかではなく、その言い方が記憶に残るといわれています。介護者の言ったときの感情は伝わってきます。介護者の温かな笑顔、笑い声、ぬくもりに認知症の人は安心し、生きる希望を見出していきます。

認知症の人を介護するとき ～よき介護パートナーとして～

・なんでも手伝ったりしない

- 断片的になる事を意識して、一つひとつ何をするのか場面ごとに声かけをしましょう。
- 「覚えてる？」は、認知症の人を不安にさせます。
- 思い出せるヒントを随時出していきましょう。

・否定して一人きりにしない

- 自分の存在自体が不安にならないように、温かく存在を認め安心して過ごせるように心がけましょう。
- 介護者の感情は伝わっていきます。温かな言葉かけをしましょう。

・増していく要求に付き添うように、一緒に歩んでいく

- 瞬間瞬間を楽しめるように介護者自身も捉え方を変えていきましょう。
- 認知症の人が好きなことを提供しましょう。

・環境を整える

- 騒がしいところは避けましょう。
- 認知症の人は、静かな時間が必要だということを意識していきましょう。
- テレビをつけっぱなしにしたりしないようにしましょう。
- 決まった日課をこなすように勧めたりして、生活リズムを整えていきましょう。

クリスティーン・ブライデンの講演DVDより

クリスティーン・ブライデンとは・・・

1995年に46歳で、オーストラリア政府の要職についていた中でアルツハイマー病と診断されました。ご主人や家族に支えられながら、自らの言葉で認知症の体験を綴った本を世に送り、講演活動も行うなど、認知症の人々や支える家族に、勇気を与えています。

介護家族への関わり方

認知症の人を介護するというのは、その人の世界観に入って、その人を認めながら介護することです。家族から見ると、奇妙な言動に見えることに意味があるわけですから、それを理解するというのは、大変なことです。

認知症の人が虐待を受けやすいことが挙げられるように、認知症状を持つ人を介護する難しさが想像できます。

家族に対しては、介護していることをねぎらい、いたわることが何よりの励まし

家族としては、精一杯の介護をしているはずですが、まずは「頑張ってますよね」と介護していることを認める言葉をかけましょう。そして、「〇〇さんがいつも笑顔なのは、ご家族の介護の仕方が良いのでしょうか」とほめてあげることも大切です。

また、介護の仕方を直してほしい際には、まずは、介護の労をいたわったり、ほめたり(具体的に〇〇のところが良いとお伝えする)してから、「ここをもう少し…」というようにすると、ご家族が耳を傾けてくれます。

認知症高齢者の介護をする家族は、半数以上にうつ症状が認められるという報告もあります。認知症の人の世話をするには、身体的にも精神的にも不健康を強いられているという現状を理解しておきましょう。

制度や介護サービスの紹介も

時には介護から離れて、家族がリフレッシュすることも大切です。これは、頑張りすぎず、息の長い介護をするための秘訣でもあります。

デイサービスやショートステイを利用して、介護疲れをいやすように勧めてみましょう。

また、認知症高齢者のケアをしている家族会への参加を促してみることも家族には助けになります。お互いの苦労や、介護の工夫の紹介など、話をするだけで気持ちも和らぎます。

認知症の人への権利擁護の支援

◎地域福祉権利擁護事業(福祉サービス利用援助事業)

認知症の人などが地域で安心して暮らすため、判断能力が十分でない方を対象に、利用者との契約に基づき、福祉サービス利用援助を中心として、日常的な金銭管理サービス、重要書類の預かり等の支援を行います。住んでいる地域の社会福祉協議会が運営しており、申し込むと「専門員」「生活支援員」が訪問、サポートします。

相談や支援計画の作成などは無料です。契約締結後の支援から有料になります。

＜こんなことで困っていませんか？＞

福祉サービスを利用したいけれど、よくわからない

福祉サービス利用料、公共料金、家賃等の支払いを忘れる

最近、通帳のしまい場所をすぐ忘れてしまう

地域福祉権利擁護事業は、ご本人との契約により、日常生活の範囲内でお手伝いする事業です。認知症が重いなど判断能力が不十分なため契約等の法律行為を行えない等の方が「不動産の売却や老人ホームなどへの入所の契約」「遺産分割協議」などを必要とする場合には「成年後見制度」の利用が適切です。

◎成年後見制度

日常的な金銭だけではなく、すべての財産管理や福祉施設の入退所など、生活全般の支援(身上監護:介護保険や病院などの身の上の手続きをすること)に関する契約等の法律行為の支援を行います。成年後見制度には、「法定後見制度」「任意後見制度」があり、法定後見制度では判断能力の状態に応じて「後見人」「保佐人」「補助人」に分かれています。区市町村社会福祉協議会では、成年後見制度を利用するためのご相談にも応じています。



◎市民後見人

一定の研修を受けた一般市民による後見人のことです。成年後見制度の需要が増加する中、身寄りのない高齢者に対する生活等の見守りなど、市民後見人の育成や活用の推進が期待されています。

5. 障害の理解

(1) 障害の概念

障害者福祉の理念

現在の障害者福祉の理念は、1981年に国連が提唱した「国際障害者年」から動きだします。国際障害者年のテーマは「完全参加と平等」であり、「社会のあらゆる場面に参加し、社会の人と同等の生活を享受する権利を実現していくことは当然である」という理念です。

障害者福祉の代表的な基本理念として、「ノーマライゼーション」「リハビリテーション」「インクルージョン」の3つの理念があります。

①ノーマライゼーション

障害者自身よりもむしろ障害者のおかれている生活条件や生活環境といった社会環境の現状やあり方に焦点を当てて問題点をとらえようとしています。

ノーマライゼーション8つの原則

- ①一日の普通のリズム
- ②一週間の普通のリズム
- ③一年の普通のリズム
- ④あたりまえの成長の過程をたどること
- ⑤自由と希望を持ち、周りの人もそれを認め、尊重してくれること
- ⑥男性、女性どちらもいる世界に住むこと
- ⑦平均的経済水準を保証されること
- ⑧普通の地域の普通の家に住むこと

②リハビリテーション

「障害者に関する世界行動計画」では、「リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ、時間を限定したプロセスである」としています。医療の領域の機能回復訓練に限定しているのではなく、「一度失った地位、特権、財産、名誉など回復すること」という意味が含まれています。

③インクルージョン

教育分野を中心として注目された「インクルーシブ教育」とは、特別なニーズのあらゆる子ども（障害児を含む）に必要な支援が提供され、地域の学校に包まれ、ともに学ぶことを意味しています。社会福祉分野では、教育のみならず就労、地域生活など障害にかかわる広範囲の領域でインクルージョンが強調されています。

(ICIDHからICFへ)

以前の国際障害分類(ICIDH)の考え方

国際的に障害の捉え方の共通化を図るため、世界保健機関(WHO)は、1980年に「国際障害分類」(ICIDH)を作りました。ICIDHでは、障害を「機能障害」「能力障害」「社会的不利」の3段階を一方向の関係に位置づけ、「脳性麻痺のため下肢に運動麻痺がある→移動が困難→買い物が困難」と障害のマイナス面をみています。

ICIDHでは、障害を否定的に表現し、機能不全が原因で能力低下や社会的不利が発生するという単純な因果関係になっているなどの批判を受けました。

新しいICF(国際生活機能分類)の考え方

WHOは、ICIDHの批判を受け、2001年に「国際生活機能分類(ICF)」を提唱します。ICFでは、生活機能と障害を「心身機能・身体構造」「活動」「参加」に分類しています。生活機能とは、心身機能・身体構造、活動、参加のすべてを表します。また、「背景因子」として「環境因子」と「個人因子」が影響するとしています。

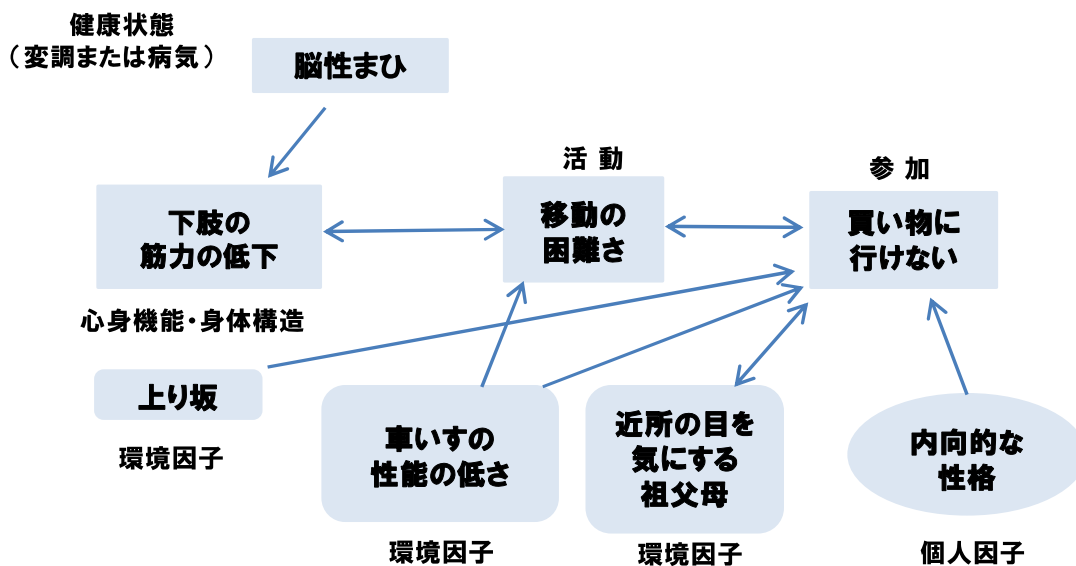
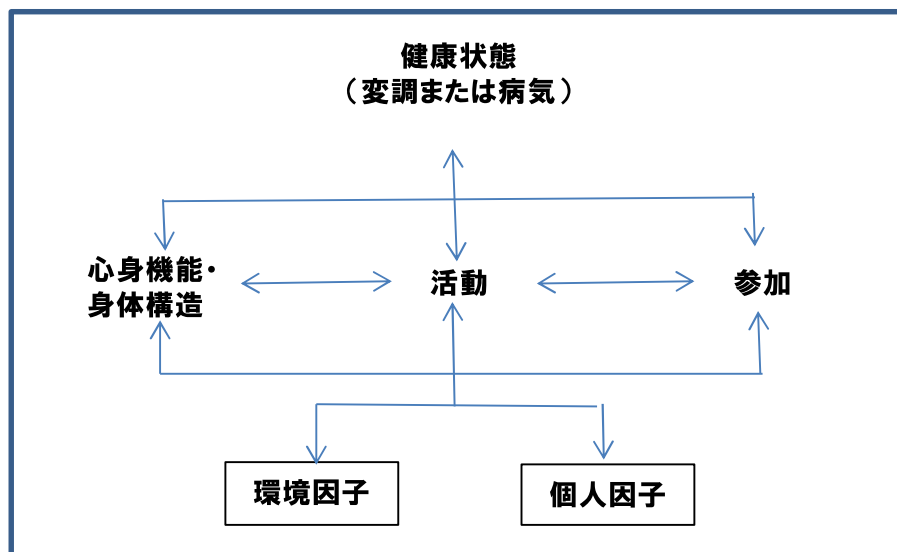
生活機能	心身機能	手足の動き、視覚・聴覚、心理・精神などの機能面
	身体構造	関節、胃、腸、皮膚などの構造面
	活動	日常生活動作だけでなく余暇活動や社会生活に必要な活動など個人による生活行動
	参加	社会的な役割をもつなど、生活・人生場面への関わり
背景因子	環境因子	生活し人生を送っている物的な環境や社会的環境、国や地域の文化や習慣など人的環境を含めた本人に関する全ての環境
	個人因子	個人の人生や生活の背景、健康状態やその人の特徴

ICFは障害を否定的に捉えるのではなく、プラスの面にも着目します。障害を単に心身機能や身体構造の障害とするのではなく、環境因子や個人因子が背景となり、本人の活動制限や参加の制約につながるとしています。

例えば、車いす利用者が、段差があることで買い物に行けないとしたら、段差のある環境が社会参加を阻害しているのとらえ、段差を解消するなどの改善を図ろうとする考え方です。

つまり、障害者を取り巻く環境を改善することによって、生活の質の向上を目指しています。

2001年 ICF（国際生活機能分類）



文部科学省HPより引用

④障害者総合支援法

平成25年に施行された法律の中では、「共生社会の実現」「社会参加の確保」「社会的障壁の除去」が規定されています。

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。(障害者総合支援法 第一条の二)

また、平成30年度の法律改正において、障害のある人が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する一層の充実などが図られることになりました。

介護保険と「共生型サービス」

平成30年4月から地域包括ケアシステムの強化のため、高齢者や障害者、障害児が共に利用できる「共生型サービス」が介護保険制度の改正により新たに創設され、サービスがスタートしています。

これまで、障害福祉サービスを受けてきた人が65歳に達すると、介護保険が優先されるため、通い慣れた事業所から、別の介護の事業所へ移らなければならないという問題が起きていました。新たな「共生型サービス」を利用すると、今まで利用していた居宅介護やデイサービス、ショートステイなどが、事業所を変える必要なく継続してサービスを利用することができるようになりました。

「共生型サービス」は、1つの事業所で介護保険と障害福祉サービスを一体的に提供する仕組みです。

(2) 障害の基本的な知識

① 身体障害

身体障害とは、生まれながらの障害あるいは事故や病気など後からの理由で身体機能の一部に障害を生じている状態をいいます。

身体障害には、「肢体不自由」「視覚障害」「聴覚・平衡機能障害」「音声・言語・咀嚼機能障害」と、「内部障害」があります。

ア. 肢体不自由

肢体不自由とは、身体の自由な動きが障害された状態です。これまで、健康だった人が何らかの病気によって肢体不自由になった場合、中途障害と呼ばれています。また、生まれながらに肢体不自由をもつ子どもたちもいます。代表的な原因疾患として脳性麻痺があります。

代表的な障害像

障害像	概要	原因となる病気(例)
片麻痺	身体の右半身あるいは左半身の麻痺をいいます。感覚障害や高次脳機能障害を伴うこともあります。	脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など)
対麻痺	左右対称の麻痺をいいます。麻痺の範囲は胸から足まで、腰から足までなど様々です。感覚障害を伴います。	外傷、腫瘍、神経変性疾患などによる脊髄の損傷
四肢麻痺	両手足が麻痺した状態を四肢麻痺と言います。麻痺と感覚障害に加えて自律神経異常を伴うこともあります。	脊髄の損傷のうち、損傷の部位が頸髄にあるもの
関節機能障害	変形、拘縮、痛みなどによって関節がスムーズに動かせない状態です。1か所の関節だけでなく、同時に複数の関節が障害されていることもあります。	関節リウマチ、変形性関節症
運動機能障害	生まれてから、首がすわり、寝返りができるようになり、歩けるようになる、といった運動機能の正常な発達過程をたどることができないことをいいます。	脳性麻痺

介護労働安定センター 介護職員初任者研修テキスト第3分冊 111頁図表2-1より引用

イ. 視覚障害

視覚障害とは、目が不自由なために日常生活や社会生活を送ることが困難な状態をいいます。視覚障害には、何も見えない状態(盲)だけでなく、弱視も含まれます。視覚障害がある人が困難なことの一つに「移動」があります。視覚障害者で一人歩きができる人は、ほとんどのことが自分でできますが、何かを探している様子だとか、困って誰かの手を借りたい様子のときには、まず、「こんにちは」と挨拶して、「何かお手伝いしましょうか」と、声をかけるとよいでしょう。

ウ. 聴覚・平衡機能障害

聴覚障害とは、音がまったく聞こえない状態から、大きな声で話してもらうなどすれば日常生活が可能な状態まで様々です。聴覚障害には、伝音性難聴と感音性難聴の2つがあります。平衡機能障害とは、身体がどちらを向いているか、どれくらい傾いているかどうかといった情報を受け取ることが困難になった状態です。

エ. 音声・言語・咀嚼機能障害

舌や口をうまく動かすことができないことで発音がはっきりしないなどの構音障害と声帯の病気によって声が出ないなどの音声障害があります。言語機能には言葉を話すことだけでなく、他者の言葉の理解や字を書く、字を読むなども含まれます。失語症がある場合は、言語機能のどの側面が障害されているかで対応を考えます。

咀嚼とは、食物を歯で噛み、すりつぶすことです。また、食物を口に入れてから飲み込み胃に到達するまでを嚥下といいます。口や舌を動かす神経や筋肉等により、咀嚼や嚥下がうまくできない状態を嚥下障害や咀嚼機能障害といいます。

オ. 内部障害

内部障害は、心臓や肺、腎臓など内臓の病気を背景とした障害のことをいいます。体力の低下、体調の不安定といった外からは見えにくい問題が生じるため、生活援助に際しては、本人のその時々の主観的な疲労感などに配慮した対応が求められます。外見から分からなくても援助や配慮を必要としている人々が、周囲の人に配慮を必要としていることを知らせることで、援助を得やすくなるよう、東京都では「ヘルプマーク」の普及・啓発を図っています。



②知的障害

知的障害とは知的発達の遅れのことです。知的能力とは推論、計画、問題解決、抽象的思考、複雑な考えを理解すること、速やかに学習すること、および経験から学ぶことなどが含まれます。米国精神医学会の診断基準によれば、①全般的な知的機能が平均以下、②日常生活における適応行動が年齢相当より明らかに低い、③発達期に発症する、の3項目を満たす状態と定義されています。なお、認知症などのように成人期に知的機能の低下が見られた場合は、知的障害とはいいません。

軽度	およそIQ50以上70未満
中度	およそIQ35以上50未満
重度	およそIQ20以上35未満
最重度	およそIQ20未満

療育手帳(東京都では「愛の手帳」)の判定は知能指数を参考に行いますが、指数だけで事務的に判定するものではありません。また、自治体によって判定の呼称やIQの範囲に差のあることがあります。例として東京都では1度(最重度)、2度(重度)、3度(中度)、4度(軽度)と区分しています。

③精神障害

こころの不調にはさまざまな要因が影響します。個人の物事に対する捉え方や対処の仕方の特徴(心理的要因)や、貧困・孤立といった困難な生活状況(社会的要因)、脳神経系の機能不全や損傷(生物学的要因)など、いくつかの要因が絡み合った結果、症状が現れます。こうした心理・社会・生物学的要因が原因となり、適応能力が損なわれ生活に支障をきたした状態が「精神障害」とされています。

先天性		精神遅滞など出生時から障害が生じているもの
後天性	外因性	脳を含め身体に明らかな生物学的変化や原因物質が認められるもの(例:認知症、アルコール依存症)
	心因性	心理的負荷の結果発症するもの(例:神経症)
	内因性	原因不明であるが何らかの身体的素因を背景に発症すると推測されるもの(例:統合失調症、躁うつ病)

④発達障害

発達障害とは、自閉症スペクトラム障害、注意欠陥・多動性障害、学習障害など、生まれながらもしくは乳幼児期の脳障害に基づく知的障害以外の精神系の発達障害を指します。発達障害の人は症状に応じて精神障害者保健福祉手帳の交付を受けることができます。

ア. 自閉症スペクトラム障害

対人関係や社会性の障害に加えて、コミュニケーションの難しさや興味の偏りによって特徴づけられる一群の障害です。この特徴の現れ方は、強い人から弱い人まで様々です。ある特徴は強くても別の特徴は目立たない人もいます。また、脳機能の障害により、見通しが持てなかったり、相手の気持ちをうまく読み取れないこともあります。

イ. 注意欠陥・多動性障害(ADHD)

自分をコントロールする力が弱く、それが行動面の問題となって現れる障害です。気が散りやすいなどの不注意、落ち着きがないなどの多動、考える前に行動するなどの衝動性という3つの症状が特徴的です。

ウ. 学習障害

知能、視力、聴力、運動神経、情緒、意欲、環境条件などに著しい遅れや問題がないのに学習上の困難がある状態とされています。学習とは、話し言葉、文字言語、計算、数概念などの習得を指し、学習障害では主に識字障害、書字表出障害、算数障害の3つに分類されます。

(3) 障害児者や家族の心理とかかわり支援

①家族に多いストレス

ア. 人間関係によるストレス

障害をもつ本人と介護者の人間関係に葛藤を抱えている場合、介護することは大変なストレスであり、重荷となることがあります。また、家族間、親族間での人間関係が円滑でない場合、介護者が悪者にされてしまうこともあります。

イ. 介護負担によるストレス

介護の負担を一人だけで負っている介護者の場合、精神的なストレスと同時に、自分の時間や家庭外での活動が制限されることへの不満などが出てくることがあります。また、自分の負担を誰も理解し助けてくれないという孤独感と孤立感を感じることもあります。その他、進行していく障害や症状を目の当たりにすることから、自分に力がないために病状が悪化し、進行するのではないかという不安も起こることがあります。これらは、真面目で誠実な介護者ほど陥りやすい傾向があります。



②障害の理解

ア. 障害受容のプロセス

本人が障害を受け入れることには時間がかかり、受け入れるまでの過程を障害受容のプロセスといいます。障害受容のプロセスは、最初のショック期から受容期へとスムーズに到達することは珍しく、完全な受容に至るまで、途中で何度か行ったり来たりを繰り返しながら、数年かかる場合もあるとされています。中途障害の場合、障害の種類や程度により受容に時間を要する場合があります。障害の受容の有無は、その後の精神的回復、社会復帰への意欲に大きな影響があります。

家族の障害受容のプロセス

1. ショック期	病気や事故直後の呆然とした状態で、家族も障害への認識もなく、表面的には平穏に見える
2. 否認期	「まさか自分の家族に限って」(否認)、「こんなことになるなんて...」(怒り)、「懸命に支えれば元通りになるかも」(取引)等と考える
3. 混乱期	「必死に努力しても何も変わらない」「誰も支えてくれない」と周囲を責めたり、「自分の力が足りないのでは」と自分を責めて抑うつ的になる
4. 適応への努力期	「本人もやる気が出たから私も頑張ろう」「一緒に家族が支えてくれている」と前向きな気持ちが生まれる
5. 受容期	障害のある家族としての新たな生活の充実感を見出していく

介護労働安定センター 介護職員初任者研修テキスト第3分冊162頁図表3-1より引用

イ. 家族にとっての障害の受容

障害の受容は、家族にとっても本人を支える上で必要です。障害者本人が先に受容できるか、家族が先かは個々のケースによって異なります。いずれも年齢的に若くて生きるエネルギーが旺盛なケースの方が、受容への移行プロセスは早いようです。

障害児の親の場合、生まれながらの障害であれ、事故や病気など後からの障害であれ、その原因が自分にあると自分自身を責めてしまう場合もあります。そのため、家族が心身共に疲れてしまい、自分の体を壊してしまうこともあります。そのような危機を乗り越え、家族全体で無理のない形で障害を受け入れた時、初めて障害を受容したことになります。

6. 介護現場における安全確保

(1) 介護における事故予防や安全対策

介護の現場で介護職として働く際に、安心できる介護を提供するために知っておくべき事故予防や安全対策についてまとめます。

①介護における安全確保とは

介護の現場では、利用者のプライバシーの保持や秘密の漏洩に気をつけ、未然に防ぐだけでなく、利用者に生じやすい事故などへの対策や安全への配慮も必要になります。

介護職員は、介護における利用者の生活上のリスク(介護事故、ヒヤリハット、利用者からの苦情・感染など)を未然に予測し、回避する技術、また、事故が起きたときにはその影響を最小限にとどめ、安全を確保する技術(リスクマネジメント)が求められます。

②事故防止、安全対策の実際

【生活のなかのリスクと対策】

・福祉用具や自助具

→利用者の身体機能や理解力、また家族の介護力を考慮して選ぶ必要があります。

・住宅改修

→バリアフリー化(段差の解消や手すりの設置など)

【転倒や転落のリスクと対策】

・歩行時の転倒

→利用者の歩行能力はどの程度なのかを知り、杖や歩行器など適切な福祉用具の選定や、家具の配置に工夫をします。

→床材を見直し、クッション性のあるじゅうたんやマットを敷くことも考えます。

・ベッド上からの転落

→ベッドを低くしたり、起きる理由を聞いたりして対策を考えます。

【食事の際のリスクと対策】

・誤嚥

→顎が上に向いていると誤嚥になりやすいです。テーブルやいすの高さが適切か、また、介護者はいすに座って介助すると良いでしょう。

→誤嚥しやすい食べ物はとろみをつけたり、刻んだりします。

→利用者に合う食事形態にします。

むせやすい食品

水分の少ないもの	高野豆腐、パン、カステラ、餅、クッキー、イモ類など
口の中にくっつきやすいもの	のり、わかめ、にら、ほうれん草、もなかの皮など
むせやすいもの	お茶、水などさらさらした液体。酢の物など酸味のあるものや香辛料など
小さなもの	豆類

・食事の形態

噛む力や飲み込む力が低下しても、食物の形状はペースト状のものが良いとは限りません。歯ぐきだけで食物を噛む場合、ペースト状の食物は、舌の上で広がり、喉にたまります。そして、呼吸と同時に気道に入ることによって誤嚥してしまいます。このような場合はゼリー状のほうが誤嚥を回避できることもあります。利用者に合わせた食事の形態としては、次のものがあります。

- ①ゼリー・とろみ
- ②プリン、ムース状
- ③粒がないピューレ、ペースト、ミキサー食
- ④やや粒があるピューレ、ペースト、ミキサー状
- ⑤形はあるが舌で押しつぶせるもの
- ⑥スプーンや箸で切れる軟らかさで、歯(歯ぐき)で噛む必要のあるもの

噛む力や飲み込む力が低下しても、利用者の嗜好に配慮したメニューで、見た目も味も、季節感にも配慮した提供の方法を工夫することで、安全性だけでなく生活の質も維持していくようにします。

【服薬のリスクと対策】

・誤薬

薬を飲む必要のない利用者に対して、誤って服薬の介助をすることを誤薬といいます。誤薬には、処方された時間とは異なる時間に薬を飲んでしまうことや他人の薬を飲んでしまうことなどがあります。誤薬は、利用者の身体に悪影響を与える恐れが高い事故となります。

・誤薬を回避するための対策

施設では、利用者が服薬するまでに複数の施設職員が関わります。また、服薬する利用者も複数います。看護師がいる職場では、看護師から介護職が薬を受け取り、服薬介助をすることもあります。複数の職員が関わることや日々の慣れから生じる無意識な介助は、間違えるリスクが高く注意が必要です。

間違えない工夫の例

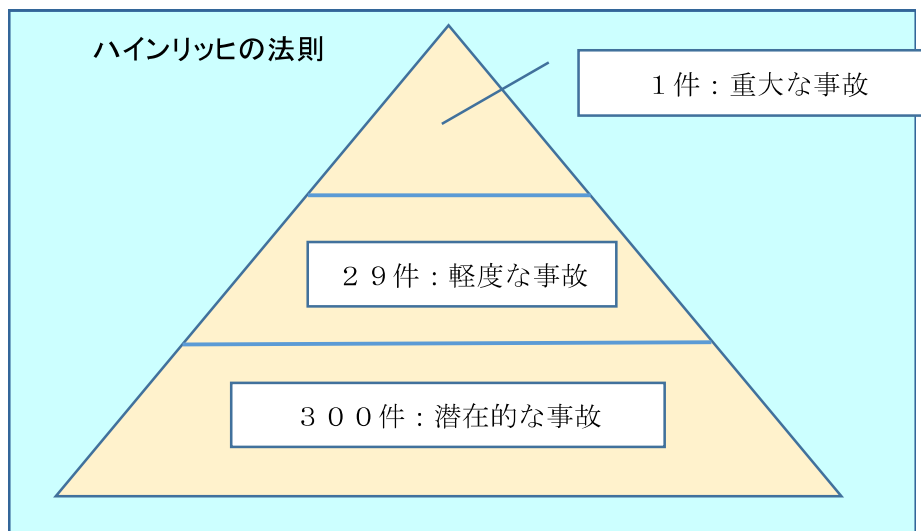
- ①薬の袋を色分けして服薬の時間帯を明らかにする。
- ②一包化されていない薬は、個人ごとに小さな袋に入れてまとめる。
- ③個人ごとの袋には利用者名を記入する。
- ④服薬介助時は、服薬介助する利用者の薬のみを手にして、他の薬はトレーから出さない。
- ⑤服薬介助は、他の業務と並行して行わない。 など

適切な服薬介助

→名前を見る、名前を読んで、利用者本人か確認する、服薬するという手順を行い、誤薬を防ぐようにしましょう。

【事故予防】

「ハインリッヒの法則」では、1件の「重症」を負うような重大事故の背景には29件の「軽傷」を伴う事故があり、その背景には300件の「ヒヤリ・ハット」が存在するといわれています。



【ヒヤリハット】

ヒヤリハットとは、介護を行う中で、事故にはならなかったが、事故につながりそうな状況を示し、「ヒヤリ」とした「ハッ」としたといったことをいいます。こうした状況を収集しておくことで、事故を未然に防ぐ手立てができます。

例

- ・トイレ誘導の際、床が濡れていて利用者が滑りそうになった。
- ・ベッドから車いすへ移動する際に、車いすのブレーキをかけ忘れていたことに気づいた。
- ・認知症の利用者が、食べ物だと誤認してティッシュを飲み込もうとしていた。

【介護事故等を今後に役立てる ～事故報告書とヒヤリハット報告書～】

ひとりで判断しない、まずは報告を！

介護事故やヒヤリハットを体験したら、速やかに責任者へ報告・連絡・相談しましょう。決してひとりで対応したり、隠すことのないようにしましょう。そうすることで事故の早期発見、防止に役立ちます。

介護事故やヒヤリハットが起こった場合は、記録に残し、介護職員全員と情報を共有し、今後の対策を取ることが重要です。

その際に、犯人捜しをするようなことをすると報告書を書くどころか、隠蔽したい気持ちにかられてしまいます。責めるための報告書ではないことを共通理解とし、今度の手立てをするために報告書を書くという認識を持つことが大切です。

【緊急時の対応】

・応急手当

事故が起きた時に利用者を救急隊に引き継ぐまで、症状を悪化させずに生命を維持するための手当の事です。

①観察の方法

意識があるか	対象者の肩を軽くたたきながら耳元で呼びかけて反応をみます。反応が無い場合は、手の甲をつねって反応をみます。
呼吸しているか	胸腹部に上下の動きがあるかを見たり、鼻や口元に頬を近づけ、息を感じられるか等で呼吸の確認をします。
顔色はどうか	顔色や口唇の色の確認をします。青白い色や紫色の場合は、血圧や酸素状態の低下等があり、緊急性が高い状態です。
出血があるか	出血の場所とその程度について確認します。さらに傷、痛み等の有無とその状態についても注意深く観察します。

②対応例

対象者への励まし	対象者のそばを離れず、安心できるような言葉をかけ、励まします。
安静	対象者の状態(傷や痛みの程度)に合わせて、適切な体位を保ち、安静に努めます。
保温	体温を保つため、寒くならないようにします。
協力者を求める	周囲にいる人たちに、必要に応じて119番通報やAED(自動体外式除細動器)の手配を依頼します。

応急手当が必要な場面は冷静な判断が求められます。外傷、骨折、熱傷、誤嚥の際の対応方法を予め確認しておくことと緊急時に慌てずに対応することができます。また、心肺停止状態にある人を救命するため、心肺蘇生法やAEDを使用した、一次救命処置の方法を身につけておくことも必要です。



個人情報の取り扱い

個人情報とは、「個人情報の保護に関する法律」において、「生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と安易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）をいう。」とされています。

(1) 具体例として

個人に関わる情報として、まず思い浮かぶのが、「氏名」「生年月日」「性別」「住所」、この4情報は、住民基本台帳から、誰もが容易に入手可能であり「住民基本4情報」などと呼ばれています。これだけあれば完璧に個人を特定できます。

これ以外にも、「電話番号」「勤務先」「職業・職種」、更に、「国籍・人種」「本籍」「家族構成」「学歴」「職歴」「結婚・離婚歴」「賞罰」「趣味・嗜好」「技術」「所得」「取引銀行・クレジットカード番号」「信仰・宗教」「身長・体重」「血液型」「写真(肖像)」など、私たちは、多くの個人情報を持ち合わせています。

介護に携わることは、上記のような個人情報を得やすい(知りやすい)立場となります。利用者の個人情報を守ることは、利用者及びその家族の尊厳を保持することにつながります。

プライバシーの尊重と秘密保持の義務

(1) 介護職は利用者の個人的な領域に入りながら介護をする

適切な介護サービスを提供するためには利用者の身体状況、生活歴、価値観、家族関係などを知ることが必要となります。しかしながら、必要な情報以外の情報を詮索しないようにしましょう。これは、プライバシーの侵害にあたります。

(2) プライバシーの秘密保持

介護職の個人情報の取り扱いに関しては、「介護保険法」などの法律でも定められています。プライバシーに関わることについて取り扱うときには、以下のことに注意していきましょう。

- 介護サービス開始に当たり、個人情報を共有することを文書にて説明し、同意を得ること
- プライバシーが確保される確実な場所で話し合うこと
- 情報を共有しなければならない場所(利用者の自宅、職場など)以外は利用者の話はしないこと
- 個人の情報が書かれた書類(ケースファイルなど)が簡単に目に触れないように、カギのかかったロッカーやキャビネットにしまい、管理を行うこと
- 介護職員は退職した後も、知り得た情報は漏洩しないこと

飲食店で職場の同僚などと利用者の話をするのは絶対にしないようにしましょう。



感染症対策

(1) 感染症の基礎知識

① 感染症とは

私たちの生活空間には、目に見えませんが、あらゆるところに種々の病原微生物が棲んでいます。このような微生物が食物中で増殖すると、腐敗や食中毒の原因になり、ヒトや動物の体内に侵入した場合は感染といい、その症状を感染症にかかったといいます。

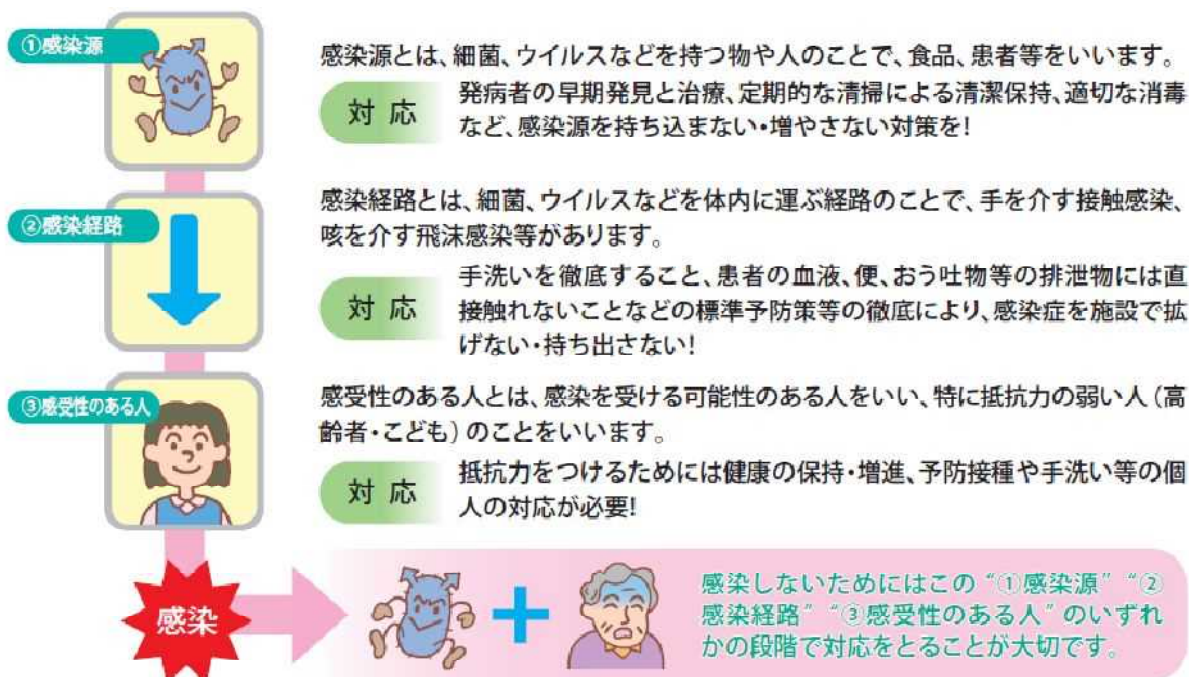
高齢者ケアの現場では、インフルエンザや疥癬の発生が多く、ノロウイルスなどによる食中毒の発生も問題となっています。

② 感染症に対する対策

感染症対策の基本

感染のしくみには、下の図のように①感染源、②感染経路、③感受性のある人（感染を受ける可能性のある人）、3要素が必要になります。したがって、感染拡大防止にはこの3要素のつながりを断ち切れれば、感染症予防の徹底が図られることになります。

感染のしくみと予防対策



(出典) 社会福祉施設等における感染症予防チェックリスト 東京都福祉保健局健康安全部感染症対策課

①感染源の排除

感染源となる可能性があるもの

- ・排泄物(嘔吐物、便、尿など)
- ・血液、体液、分泌物(痰、膿みなど)
- ・使用した器具・器材(刺入、挿入したものなど)
- ・上記にふれた手指で取り扱った食品など

素手で触らず、必ず使い捨て手袋を着用しましょう。また、手袋を外した後は、手洗いをきちんと行いましょう。

②感染経路の遮断

感染経路には、ア. 空気感染、イ. 飛沫感染、ウ. 接触感染、エ. 血液媒介感染などがあります。

手洗いとうがいを励行しましょう。環境の清掃も重要です。また、血液や体液、排泄物などを扱うときは、手袋を着用すると共に、飛び散る可能性がある場合に備えて、マスクやエプロンの着用を検討しておくことも大切です。

感染の種類	感染経路	主な感染症
ア. 空気感染	病原体が空気中を浮遊して感染する。	結核、麻疹(はしか)、水痘(みずぼうそう)など
イ. 飛沫感染	せき、くしゃみ、会話などに含まれるしぶきによって感染する。	インフルエンザ、マイコプラズマ肺炎など
ウ. 接触感染	皮膚、手指、食器、器具を介して感染する。	疥癬、腸管出血性大腸菌感染症(O-157等)など
エ. 血液媒介感染	輸血、性行為などによって感染する。	B型肝炎、C型肝炎、HIV感染症など

③人間の抵抗力の向上

日頃から免疫力がつくように気をつけておくことが重要です。

誰もが感染症にかかる可能性があります。抵抗力の弱い高齢者は、感染症にかかりやすくなります。

ア. 栄養をとる、イ. 休養をとる、ウ. 予防接種を受ける、エ. 適度な運動をするなどして、免疫力の向上を図りましょう。

【介護現場での主な感染症とその予防】

種類	症状	予防・治療対策
インフルエンザ	突然の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛など全身の症状が強い。また、喉の痛み、せきなど呼吸症状も見られる。	<ul style="list-style-type: none"> ・流行前に予防接種を受けましょう ・帰宅後、必ず手洗い、うがいをしましょう ・適度な温度、湿度を保つようにしましょう ・栄養と休養を十分に取らしましょう ・薬物治療(タミフル・リレンザ等)
疥癬	感染してから1か月頃より、身体にじんましんやあせものような発疹ができます。非常に強いかゆみを伴います。	<ul style="list-style-type: none"> ・衣類、シーツは毎日交換しましょう ・洗濯は50℃以上のお湯に10分以上つけてから洗いましょう ・衣服、寝具はその人専用に使しましょう
腎盂腎炎	38℃以上の発熱、背部の痛み、排泄時の痛み、尿が近い、血尿などが見られます。	<ul style="list-style-type: none"> ・性器を清潔に保ちましょう
ノロウイルス	吐き気、おう吐、腹痛、下痢などが見られます。	<ul style="list-style-type: none"> ・食品の加熱処理(85℃以上1分間の加熱)を心がけましょう ・おう吐物や、排泄物を素手で触らないようにしましょう ・手洗いをしっかり行いましょう ・二次感染を予防するため、トイレ清掃や手すりなどを次亜塩素酸ナトリウムで拭き掃除をしましょう

(2) 感染症対策に対する基本的態度

感染の予防にあたっては、次のような基本事項を遵守することが大切です。

① 手洗いを励行する

「一行為(ケア)一手洗い」「ケア前後の手洗い」が基本です。

② 感染源となる汚物を取り扱うときは使い捨て手袋を着用する

必要に応じて、マスクやガウンなどを着用し、使用後は中表にしてたたみ処分します。

<手洗いの注意事項>

- ① 時計や指輪を外す
- ② 必ずはじめに流水で洗う
- ③ 複数の人が触れる固形石鹼ではなく、液体石鹼を使う
- ④ 雑になりやすい部分は注意して洗う
- ⑤ 使い捨てのペーパータオルを使用する
- ⑥ 水道栓は洗った手で止めるのではなく、手を拭いたペーパータオルで止める
- ⑦ 洗った後は手を乾燥させる

<手洗いの手順>



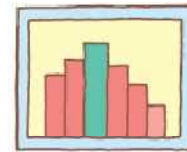
(3) 感染症発生時の対応

感染症あるいは食中毒が発生したときに、またそれらが疑われるような状況が生じた場合には、被害を最小限にとどめることが必要です。具体的には、隔離の必要性の有無や、どの程度の隔離が必要かなどの検討が必要です。医療関係者と相談するとともに、職員が感染を広げることのないよう、全職員で周知徹底が大切です。

《参考》感染症が発生した際には、以下のような対応を行います。

1 発生状況の把握

- (1) 症状の確認:下痢・おう吐・発熱、その他の症状について確認します。
- (2) 施設全体の状況の把握
 - ①日時別、棟・フロア・部屋別の発症状況(担当職員を含む)を把握します。
 - ②受診状況、診断名、検査結果及び治療内容の確認をします。
 - ③普通の有症者数(下痢、おう吐等の胃腸炎症状、発熱等)と比較します。



2 感染拡大の防止

- (1) 職員への周知:施設管理者は感染症等の発生状況を関係職員に周知し、対応の徹底を図ります。日ごろから連絡方法を整備してください。
- (2) 感染拡大防止策
 - ①手洗い、排泄物・おう吐物の処理方法を徹底して実行します。
 - ②消毒の頻度を増やすなど、発生状況に対応した施設内消毒を実施します。



3 関係機関等への連絡

- (1) 施設医への連絡:重篤化を防ぐため、適切な医療及び指示を受けます。
- (2) 利用者家族への連絡
発生状況を説明し、健康調査や二次感染予防について協力を依頼します。
- (3) 保健所、区市町村等の社会福祉施設等主管部への報告
感染症が疑われる場合は、保健所及び区市町村等の社会福祉施設等主管部に連絡して、対応について指示を受けてください。報告の基準は下記のとおりです。



社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について 平成17年2月22日発 一部抜粋

- ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- ウ ア及びイに該当しない場合であっても、おう吐や下痢症状のある者が通常の数を上回る場合

(出典)社会福祉施設等における感染症予防チェックリスト 東京都福祉保健局健康安全部感染症対策課

《参考》おう吐物の処理

おう吐物の処理は、処理をする人自身への感染と、施設内への汚染拡大を防ぐため、適切な方法で、迅速、確実にを行うことが必要です。

あらかじめ用意しておく物品

使い捨て手袋、マスク、ガウンやエプロン、拭き取るための布やペーパータオル、ビニール袋、次亜塩素酸ナトリウム、専用バケツ、その他必要な物品

- ① 汚染場所に関係者以外の人近づかないようにします。
- ② 処理をする人は使い捨て手袋とマスク、エプロンを着用します。



カーペット等は色に変色する場合があります。

- ⑤ おう吐物が付着していた床とその周囲を、0.1%次亜塩素酸ナトリウムを染み込ませた布やペーパータオル等で覆うか、浸すように拭きます。



次亜塩素酸ナトリウムは鉄などの金属を腐食するので、拭き取って10分程度たったら水拭きします。

- ③ おう吐物は使い捨ての布やペーパータオル等で外側から内側に向けて、拭き取り面を折り込みながら静かに拭き取ります。



同一箇所ですると汚染を拡げるので注意してください。

- ⑥ 使用した着衣は麻痺が望ましいですが、消毒する場合は下記の手順で行います。

- ① 付着したおう吐物を取り除く(手袋着用)。
- ② 熱湯につけるが、0.02%の次亜塩素酸ナトリウムに30～60分つける(P.4を参照)。
- ③ 他のものと別に洗濯機等で洗濯する。

- ④ 使用した使い捨ての布やペーパータオル等はすぐにビニール袋に入れ処分します。



ビニール袋に0.1%次亜塩素酸ナトリウムを染み込ませる程度に入れ消毒しましょう。

- ⑦ 手袋は、付着したおう吐物が飛び散らないよう、表面を包み込むように裏返してはずします。手袋は、使った布やペーパータオル等と同じように処分します。



※その他の留意点

- 吐物処理後は、調理や配膳などに従事しない。
- 可能ならば、吐物処理後にシャワーを浴びるのが望ましい。

処理後は手袋をはずして手洗いをします。



社会福祉施設等におけるノロウィルス対応標準マニュアル 東京都福祉保健局
ダイジェスト版より引用

(2) 介護職自身の健康管理

介護とは、対人援助が基本となる仕事です。寝たきりや認知症のある高齢者などへの身体介護は、介護職員の体力と精神力を大きく消耗させます。

また、介護職員の健康状態は、介護サービスの質に非常に大きな影響を与えます。介護職員が健康的な心身状態でいれば、利用者に安心感を与え、また、逆の場合は、介護サービスの質は低下し、事故につながる危険性もあります。

したがって、質の良い介護サービスを提供するためには、介護職員自身の健康管理が非常に重要な意味を持ちます。

①十分な休養と睡眠をとる

十分な休養と睡眠をとり、その日の疲れはその日のうちに解消することが大切です。

自分が好きなこと(例えば、読書、音楽鑑賞、旅行、ガーデニング、スポーツなど)の趣味活動は休養につながります。

入浴もリラックス効果があるなど、良質な睡眠を促す作用があります。

②バランスのとれた食事

様々な食品をバランスよく食べることで体調を整えたり、栄養をとったりします。免疫力を向上させる一つの助けになります。

③感染症の予防

インフルエンザが流行する前に予防接種を受けることや、日ごろから、手洗い、うがい、バランスのとれた食事、十分な睡眠と休養を心がけ免疫力を高めましょう。

また、一ケア、一手洗いを徹底しましょう。

④腰痛予防

腰痛防止体操を行ったり、身体介助の際にはボディメカニクス原則を意識して活用したりしましょう。また、移乗介助のときは、福祉用具(スライディングシートやスライディングボードなど)を使って腰痛予防に役立てましょう。



スライディングボード



スライディングシート



リフト

厚生労働省ホームページ
社会福祉施設における安全衛生対策マニュアル
～腰痛対策とKY活動～より引用

⑤燃え尽き症候群の予防

熱心に仕事などに打ち込んでいた人が突然、燃え尽きたように無気力状態になってしまうことを燃え尽き症候群(バーンアウト症候群)といいます。

予防としては、十分な休養や気分転換をはかることが大切ですが、仕事について相談できる上司や同僚の存在も大切です。一人で抱え込まず、話をすることで心が軽くなります。

⑥ こころの健康管理

こころの健康管理も大切です。こころの健康とは、生き生きと自分らしく生きるための重要な条件で、次のようなことを意味しています。

- 自分の感情に気づいて表現できること(情緒的健康)
- 状況に応じて適切に考え、現実的な問題解決ができること(知的健康)
- 他人や社会と建設的でよい関係を築けること(社会的健康)

人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択すること(人間的健康)も大切な要素であり、こころの健康は「生活の質」にも、「仕事の質」にも大きな影響を与えます。

ストレス対策として、介護職自身のストレスに対する対処能力を高めることが大切です。

自分自身のストレス状態を正確に把握し、自分に合ったリラックス法をみつけて気分転換を図りましょう。



7. 介護職として働きたい人のために

(1) 介護職として働くということ

今後、さらに高齢化が進展する中で、経済産業省の試算によると、2025年には介護人材の不足は43万人、さらに団塊世代が85歳を超える2035年には79万人もの介護人材不足が懸念されています。

国では介護人材の不足解消に向け、主婦層や元気高齢者など介護未経験者が施設などの介護分野に就労しやすいよう、より簡単で補助的な仕事に携わるための入門的研修も創設されました。未経験で不安がある人に対しては事業所や施設の見学、ボランティア活動の受け入れなども行われています。また、基礎的な研修である介護職員初任者研修や国家資格の介護福祉士の取得など、希望するキャリアにより多様な働き方が可能となっており、働きながら資格取得を目指すことも可能となっています。

施設や事業所でも子育て中や家族の介護中でも働きやすい環境づくりや腰を痛めない介護技術の導入、職員研修の充実など、さらなる取り組みを進めています。

また国では、介護職員のさらなる処遇改善、アクティブ・シニアや子育てを終えた女性など多様な人材の確保・育成、外国人介護人材の受け入れ環境の整備、介護ロボットやICT(情報通信技術)の活用推進、介護職の魅力伝える体験型イベントの開催など、総合的な介護人材確保対策に取り組んでいます。

あなたは介護職のイメージを正しく持っていますか？

- 資格の有無に関わらず未経験でもスタートできる職種である
- 腰を痛めずに働ける環境へと変化している
- 離職率が10%以内の(低い)事業所が約4割と多いこと
- 働く人の5割以上が残業ゼロであること
- 介護福祉士・ケアマネジャー・相談員などのキャリアアップも可能であること

介護職の資格(キャリアパス)については31頁をご参照ください

福祉の職場で働く人々の声 ～介護の仕事の魅力～

最初は利用者とうまく関係性が作れずに戸惑ったことも多かったけれど「あなたがいてくれてよかった」という声をかけてもらった時の喜びはひとしおだった。

見習う仲間や人生の先輩がたくさんいる。もっと自分を研鑽したい。技術もしっかり身につけて資格取得にもチャレンジしていきたい。

利用者の笑顔が見られる幸せ。その人の生活に関わることができて、喜怒哀楽を共有することができる。

「楽しさ・感動」を実感できる素晴らしい仕事。今は子育て中でパート職だが、将来はフルタイムで働くつもり。いろいろな働き方ができることも魅力の一つ。

仕事の中で感じる「楽しさ」が経験とともに変わってくる。人との関わりの中で自分自身とも向き合い、成長することができる仕事。

利用者にとって何が最善かを皆でいつも考えている。自分の職場は研修も充実していて新しいチャレンジも恐れない、業界をリードする事業所だと思う。

「介護の仕事は自立支援」ということを学んだ時は目からウロコだった。利用者のできることでできないことを見極める介護のプロになりたい。

うれしかったこともすれ違いも一日一日が積み重なっていく。利用者の生活を最も近くで支えられることを感じるやりがい。

(2)介護分野での仕事について体験・相談したい

東京都福祉人材センター	
介護職場がどんなところか見てみたい	介護職場体験(1日以上3日以内)
介護の仕事に関心があるので無料の研修を受講してみたい	介護職員初任者研修資格取得支援
福祉や介護の見学ツアーに参加したい	“見て聞いて学べる”福祉現場体感見学ツアー
自分に合う職場を探したい	職業紹介相談窓口およびWEB「ふくしのお仕事」
福祉職場に関心がある人への情報サイト	東京都福祉人材情報バンクシステム「ふくむすび」

東京都福祉人材センターは、東京都の委託により、福祉の仕事に就くことを希望されている人に対して、資格取得や就職活動等の相談、福祉の仕事の紹介・あっ旋、各種セミナーや面接会等を実施しています。ご利用はすべて無料です。資格のない方でもご相談いただけます。

ハローワーク「人材確保・就職支援コーナー」	
セミナー、面接会、説明会などのイベント	各ハローワーク
介護分野での就業に興味がある	ハローワーク「人材確保・就職支援コーナー」

ハローワークは、都内に17か所あり、そのうち7か所のハローワークでは、福祉人材などを専門にサポートするコーナーを設置しています。

参考文献

- 島田裕之編著『認知症予防運動プログラム コグニサイズ入門』ひかりのくに(2015)
- 井藤英喜・高橋龍太郎・是枝祥子監修『写真でわかる生活支援技術』インターメディカ(2011)
- 柴田範子監修『がんばりすぎない在宅介護』東京法規出版
- 谷岡裕紀子、荒井亜矢子編集『高齢者を元気にする生活術第2巻・技術編』総合健康推進財団(2012)
- 川井太加子編集『最新介護福祉全書5 生活支援技術Ⅰ』『最新介護福祉全書6 介護生活支援技術Ⅱ』メヂカルフレンド社(2014)
- 介護福祉士養成講座編集委員会編集『新・介護福祉士養成講座6 生活支援技術Ⅰ』『新・介護福祉士養成講座7 生活支援技術Ⅱ』中央法規(2017)
- 『介護職員初任者研修テキスト第1分冊』介護労働安定センター(2018)
- 介護職員関係養成研修テキスト作成委員会編集『介護職員初任者研修テキスト第2巻』長寿社会開発センター(2016)
- 『介護職員初任者研修課程テキスト1』『介護職員初任者研修課程テキスト2』日本医療企画(2018)
- トム・キットウッド著『認知症のパーソンセンタードケア新しいケアの文化へ』クリエイツかもがわ(2017)
- 介護労働安定センター 平成28年度「介護労働実態調査」
- 東京都福祉保健局ホームページ
- 厚生労働省ホームページ

無断複写・転載を禁じます

令和2年度「介護に関する入門的研修」テキスト

発行日 令和2年〇月
編集・発行 社会福祉法人 東京都社会福祉協議会
東京都福祉人材センター 研修室
〒112-0006 文京区小日向4-1-6
TEL : 03-5800-3335 FAX : 03-5800-0449
作成協力 公益社団法人 東京都介護福祉士会（内田千恵子、浦尾和江、望月太敦）