

平成28年度
豊中市生活支援サービス
従事者研修



社会福祉法人
大阪府社会福祉事業団

職務の理解

1. 介護保険制度の基本的な仕組み

わが国は、世界一の長寿国となりましたが、少子化の進行と相まって、世界に類をみない速さで高齢社会になっています。こうした急速な高齢化は、核家族化の浸透とともに多くの社会問題を生みだし、とりわけ介護の分野では、介護を要する者の増加、介護する者の高齢化や介護期間の長期化などが著しく、家族など個人的な努力だけでは解決できない状況を生みだしました。介護保険制度は、このような問題を社会的に解決していく仕組みとして創設された制度です。

(1) 介護保険制度創設の背景

① 介護問題に関する社会的背景

ア 要介護者の増加

かつては、要介護高齢者の介護は主に家族が担い、これを老人福祉サービスや老人医療サービスが支えていました。しかし、高齢化の進展とともに、寝たきり等の要介護者の数は急増し、2025年（平成37年）には520万人に達するものと見込まれていました（*2012年（平成24年）7月末時点で約542万人に上る）。また、介護の重度化、長期化も問題となっていました。

イ 家庭の介護力の低下

高齢者の割合が増加する一方で、核家族化の進展、女性の就業率の向上などにより、家庭の介護力は低下していました。65歳以上の高齢者について子どもとの同居率をみると、1980年（昭和55年）にはほぼ7割であったものが、2014年（平成26年）には40.6%となっており、子どもとの同居の割合は大幅に減少しています。一人暮らし又は夫婦のみの世帯については、1980年（昭和55年）には合わせて3割弱であったものが、2014年（平成26年）には55.4%まで増加しており、高齢者を取り巻く環境は変化しています。家庭による介護には多くを期待できず、高齢者の介護を社会全体で支える「介護の社会化」が求められるようになりました。

ウ 家族の過重な介護負担

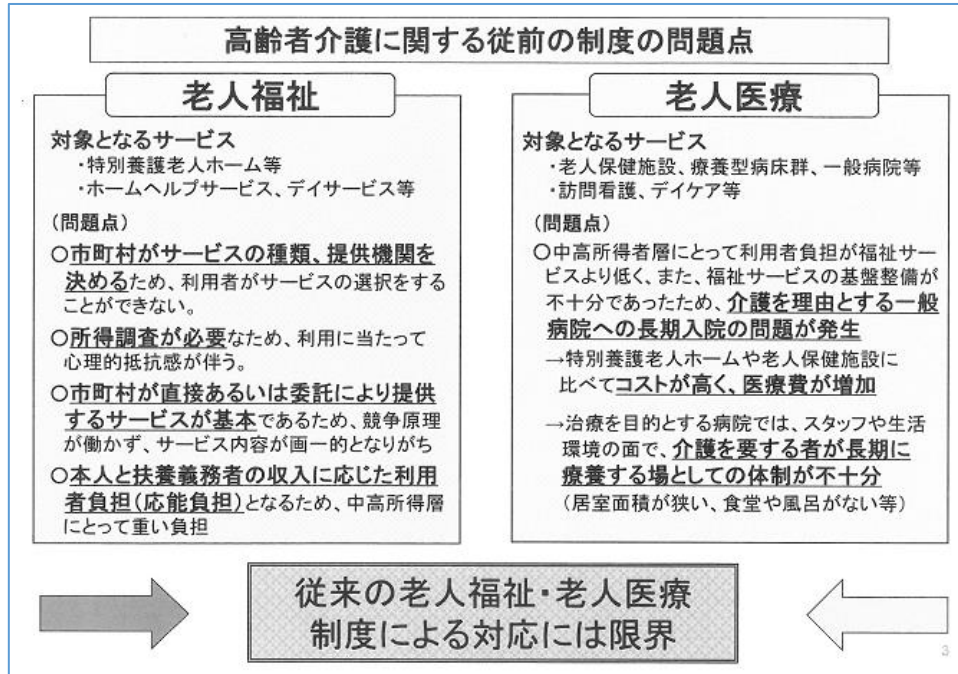
要介護者をかかえる家族の負担が重くなっており、いわゆる介護放棄（ネグレクト）や老人虐待に至るケースも見られるようになっていました。また、介護によって仕事に支障が生じ、離職を余儀なくされる人もいました。

エ 介護問題に対する不安の高まり

このような状況の中、介護に対する国民の不安が高まり、世論調査（総理府「高齢期の生活イメージに関する世論調査」：1993年（平成5年））では、9割近くの人が高齢期の生活に不安を感じると回答するなど、介護問題は、国民の老後生活の最大の不安要因となっていました。

② 従来の制度の問題点

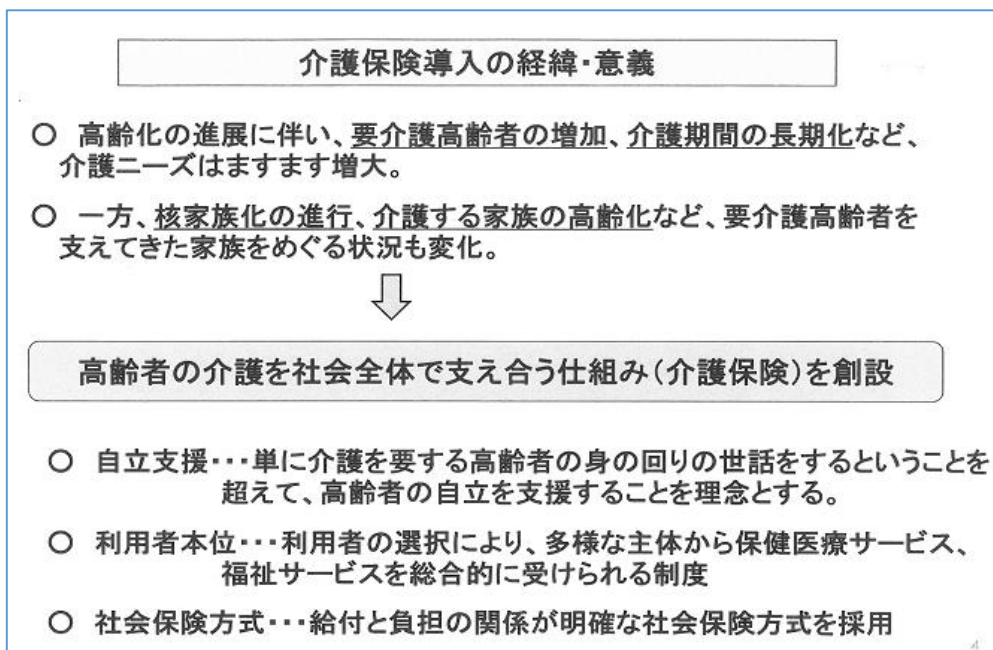
介護保険制度ができる以前は、介護に関する公的サービスとしては、老人福祉法に基づく老人福祉サービスと、老人保健法に基づく老人医療がありました。それぞれの問題点は以下の通りです。

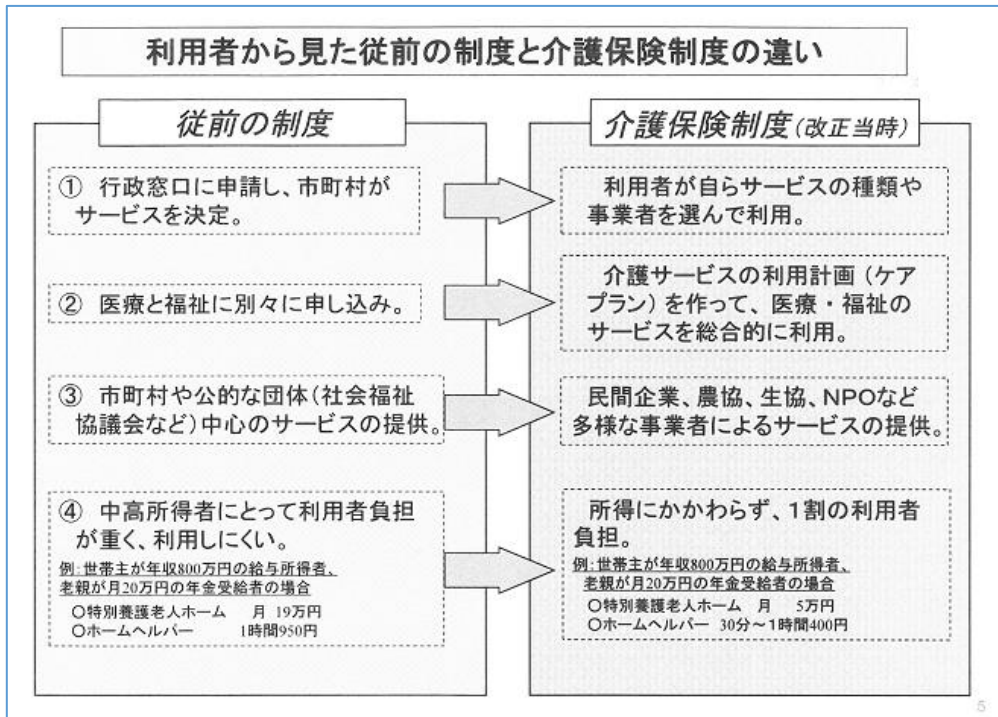


資料出所：厚生労働省

③ 介護保険制度の創設

このような問題を解決するために、社会保険方式に基づいた、高齢者の自立支援を基本理念とし、利用者本位のサービス提供ができる介護保険制度が創設されました。





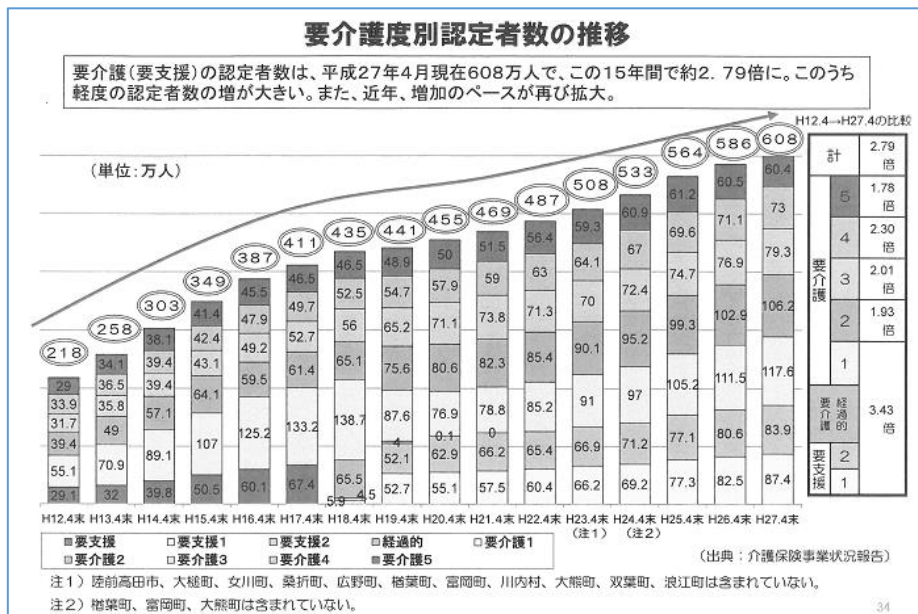
資料出所：厚生労働省

2. 介護保険制度施行後の状況

(1) 制度の施行状況

① 認定者数等の増加

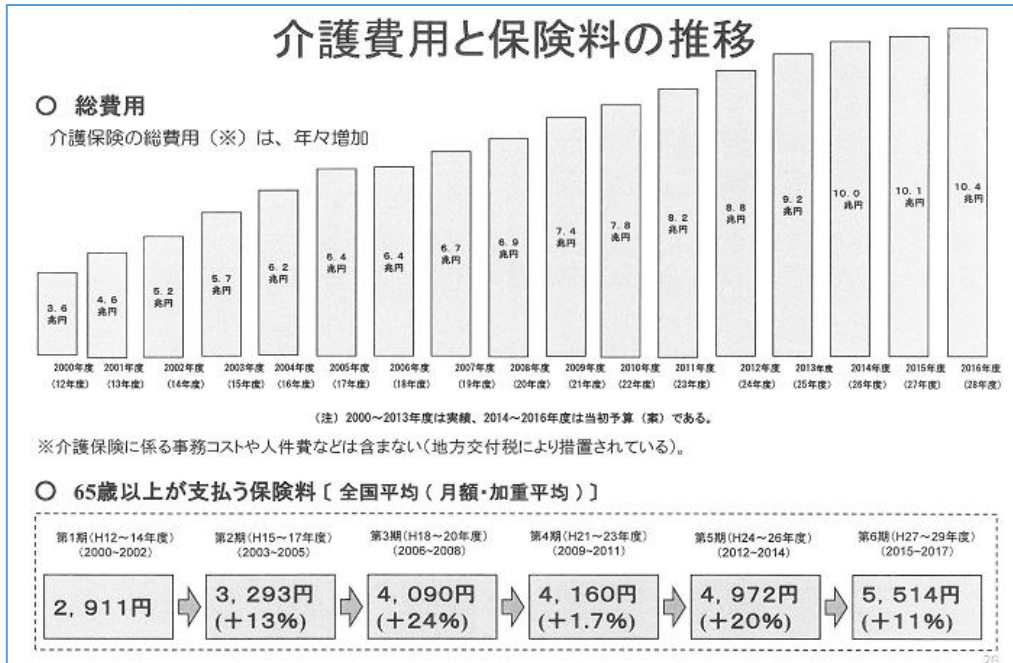
2000年(平成12年)4月にスタートした介護保険当初、要介護または要支援の認定者は256万人でしたが、以降増え続け、2015年(平成27年)4月には608万人に達しています。



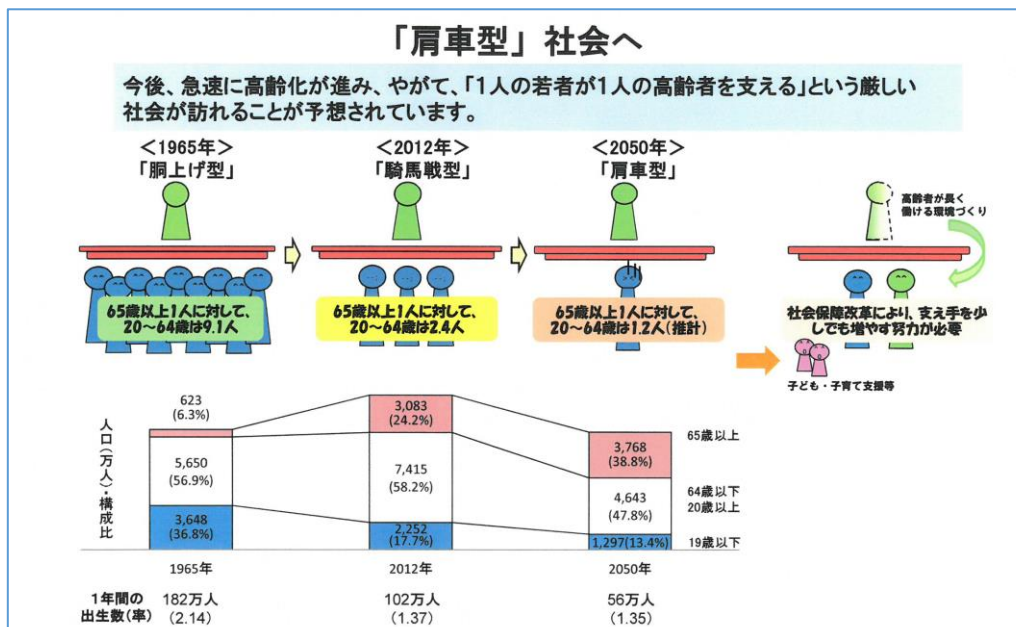
資料出所：厚生労働省

② 費用の急増

制度の定着とともに、介護保険に要する費用も急増しました。2000年（平成12年）には3.6兆円だった総費用は毎年5,000～6,000億円の規模で膨らみ、2013年（平成25年）には9.2兆円に達しました。保険料負担も上昇し、制度の持続可能性があやぶまれるようになってきました。



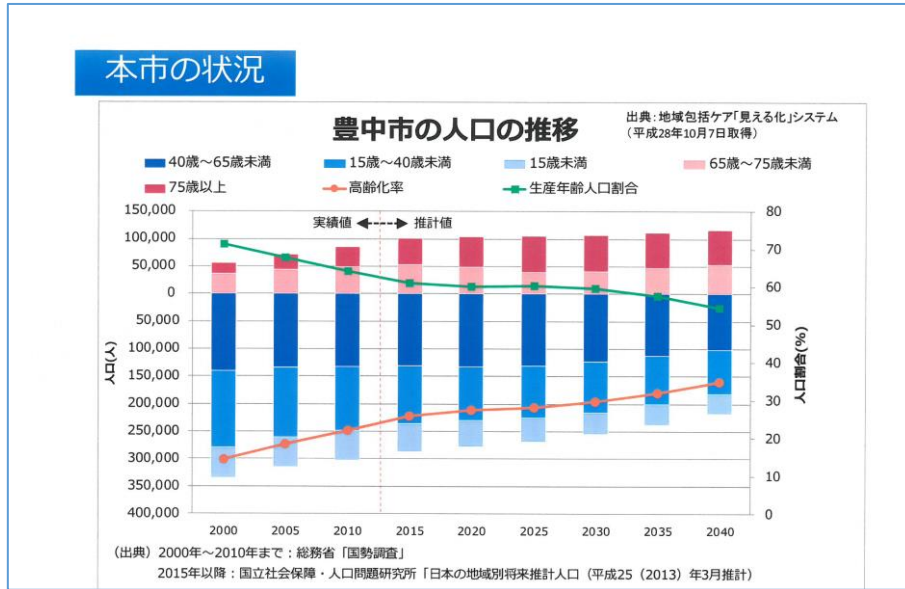
資料出所：厚生労働省



資料出所：厚生労働省

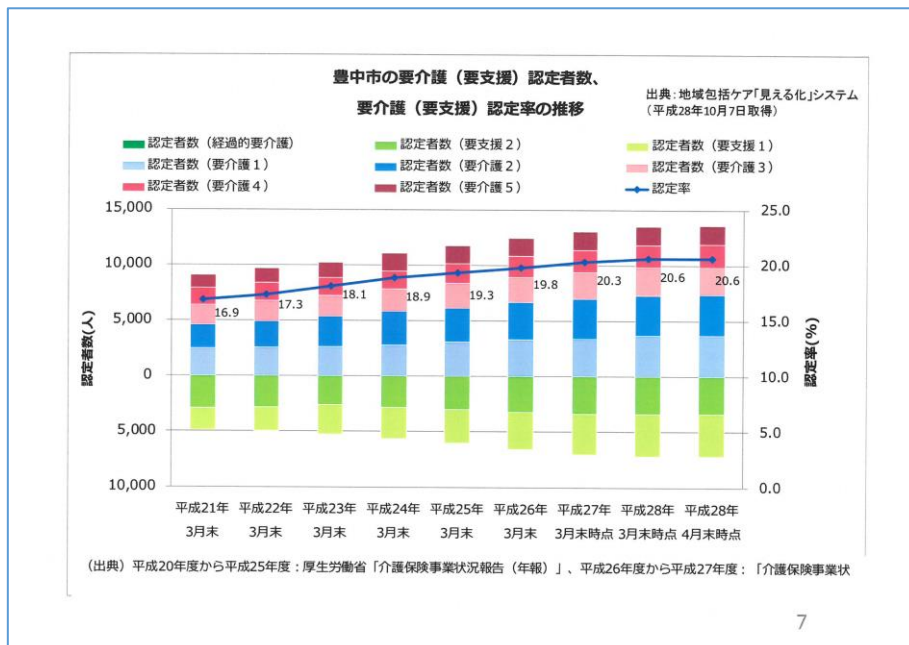
【豊中市では？】

豊中市では、総人口は減少傾向で推移するも、高齢者人口は2040年推計で10万人に急増する見込みです。高齢化率も上昇すると見込まれています。



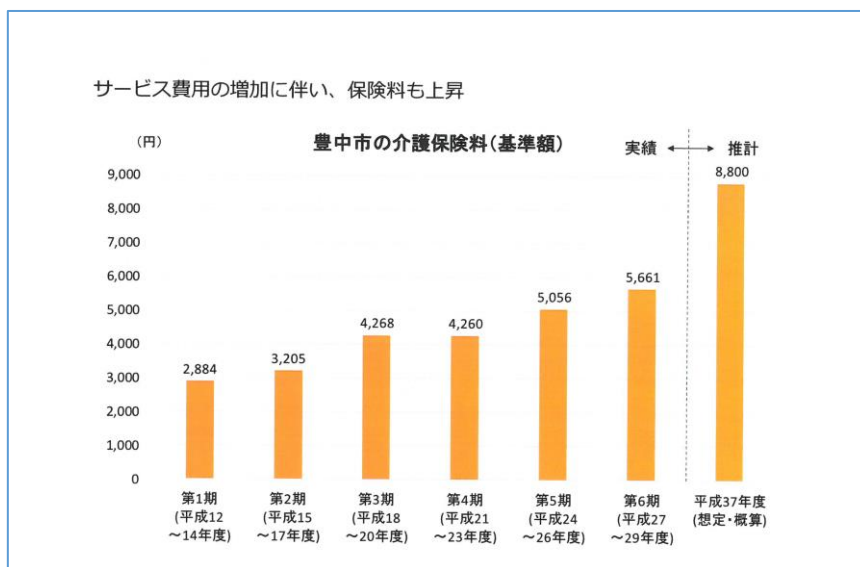
資料出所： 豊中市介護予防・日常生活支援総合事業 事業者説明会資料

また要介護（要支援）認定者数についても平成28年4月末時点で1万4000人を超え、認定率は20.6%でした。



資料出所： 豊中市介護予防・日常生活支援総合事業 事業者説明会資料

豊中市の介護保険料（基準額）については、サービス費用の増加に伴い、介護保険制度発足当初の第1期2,884円から第6期5,661円にまで急増しています。また、平成37年には想定額の概算ですが、8,800円の見込みとなっています。



資料出所：豊中市介護予防・日常生活支援総合事業 事業者説明会資料

(2) 2005年の介護保険制度改革—予防重視型システムへの転換—

制度の持続可能性が叫ばれる中、2005年（平成17年）に予防重視型システムへの転換、新たなサービス体系の確立などを柱とする介護保険制度の改正が行われました。この改正で地域密着型サービスや地域包括支援センターが創設されるなど、介護保険制度は介護予防に重点をおくようになりました。



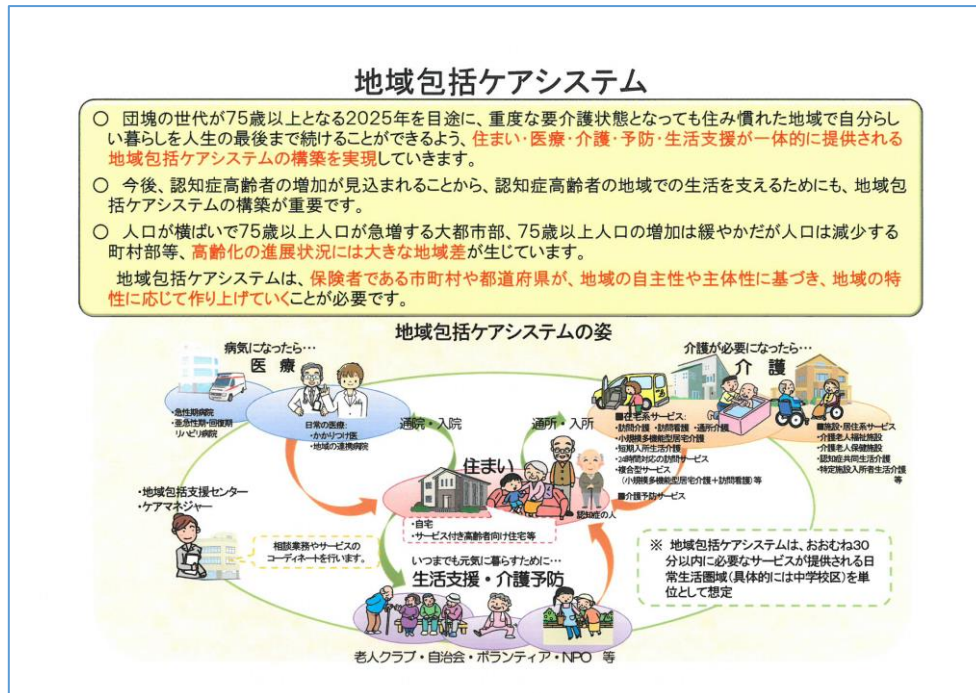
資料出所：厚生労働省

(3) 2011年の介護保険制度改正—地域包括ケアシステムの推進—

2011年（平成23年）、高齢者が地域で自立した生活を営める地域包括ケアシステムに向けた取り組みを進めるため、介護保険法などが改正されました。

【地域包括ケアシステムとは？】

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した地域包括ケアの推進に努めなければならないことが法律で明記されました。これによって、日常生活圏域ごとに構築される地域包括ケアによって高齢者の自立を支援していくことが目標とされました。



資料出所：厚生労働省

3. 介護保険制度の基本的仕組み

(1) 介護保険制度の概要

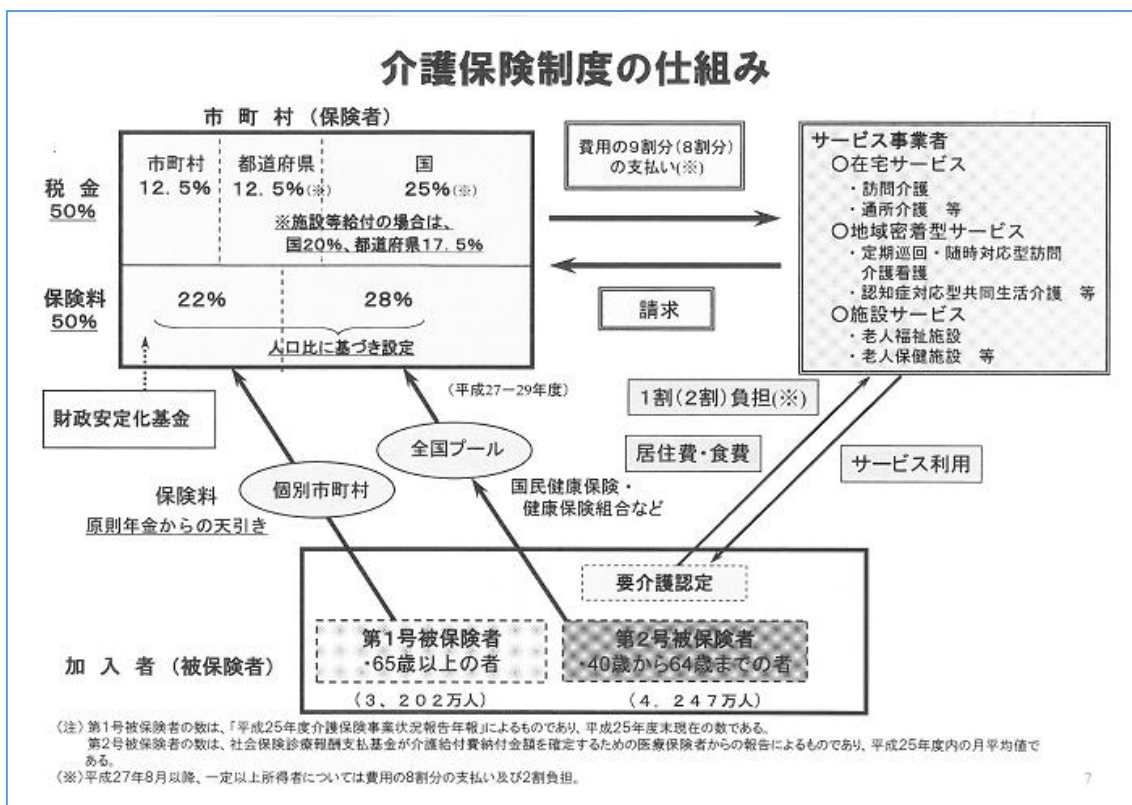
介護保険制度は、適切な公費負担を組み入れた社会保険方式による制度です。市町村が制度の実施主体である保険者となり、その市町村に住所を有する40歳以上の者が被保険者（保険制度の加入者を「被保険者」と呼びます）となります。被保険者は介護保険料を負担して、必要な介護サービスを利用します。

被保険者が介護サービスを利用するためには、要介護または要支援状態にあることを確認する「要介護認定」または「要支援認定」を市町村から受けなければなりません。その上で、被保険者自身がサービス提供事業者を選択して、事業者と直接サービス利用契約を締結し、介護サービスを利用します。

在宅サービスを利用する場合には、ケアマネジメント（「居宅介護支援」または「介護予防支援」といいます）と呼ばれるサービスを受けることができます。

これは、ケアマネジャーと呼ばれる介護支援専門員が要介護の程度に応じて保健・医療・福祉サービスが適切に提供されるようサービスをコーディネートし、介護サービス計画（ケアプラン）を作成して、それによってサービスが提供されるように支援するものです。

利用した介護サービス費用の9割又は8割は市町村保険者が負担し、残り1割又は2割を被保険者が負担します。市町村が負担する9割又は8割分の介護サービス費用（これを「介護保険給付費」といいます）については、被保険者が負担した保険料（50%）と公費負担（50%）を財源とし、市町村が介護サービス提供事業者に支払います。



資料出所：厚生労働省

(2) 保険給付とその種類

① 3種類の保険給付

介護保険制度によるサービスには、対象者等の違いにより次の3つの給付に分けられます。

ア 介護給付

要介護者に対する保険給付として、法律に定めるもの

イ 予防給付

要支援者に対する保険給付として、法律に定めるもの

ウ 市町村特別給付

要介護者又は要支援者に対する保険給付として、市町村が条例で定めるもの

② 在宅サービスと施設サービス

介護サービスには、在宅サービスと施設サービスがあります。「在宅サービス」としては、要介護者に対する給付である「居宅サービス」と、要支援者に対する給付である「介護予防サービス」があります。「施設サービス」は介護の程度が重い要介護者のみが利用でき、要支援者は、その状態が軽度なため、これを利用することができません。

③ 地域密着型サービス

2005年（平成17年）の改正で「地域密着型サービス」が創設されました。これは、住み慣れた地域で、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービスが利用できるようにするためのサービス体系で、中重度の在宅生活者を支援する上で重要な柱となるサービスです。

④ 居宅介護支援・介護予防支援（ケアマネジメント）

いわゆるケアマネジメントを行うための給付で、要介護者に対する居宅介護支援（ケアマネジメント）と要支援者に対する介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）があります。

⑤ 保険給付以外の事業

2005年（平成17年）の改正で、新たに地域支援事業が創設されました。これは、予防重視型システムへの転換の一環として、介護予防を推進するためのもので、市町村が実施します。

介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 <p>○特定施設入居者生活介護</p> <p>○福祉用具貸与</p> <p>◎居宅介護支援</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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 	<p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○看護小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス） ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 <p>○介護予防特定施設入居者生活介護</p> <p>○介護予防福祉用具貸与</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所介護（デイサービス） ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <p>◎介護予防支援</p>

このほか、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給、居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業がある。

19

資料出所：厚生労働省

(3) それぞれサービスの概要

① 居宅サービスの種類

ア 訪問介護

介護職員初任者研修修了者（旧ホームヘルパー2級）や介護福祉士等が要介護者の居宅を訪問して行う介護。

イ 訪問入浴介護

要介護者の居宅を訪問し、浴槽を提供して行う入浴の介護。

ウ 訪問看護

看護師等が要介護者の居宅を訪問して行う看護。

エ 訪問リハビリテーション

理学療法士等が要介護者の居宅を訪問して行うリハビリテーション。

オ 居宅療養管理指導

医師等が要介護者の居宅を訪問して行う療養上の管理・指導。

カ 通所介護

デイサービスセンター等において日帰りで行われる介護。

キ 通所リハビリテーション

老人保健施設等において日帰りで行われるリハビリテーション。

ク 短期入所生活介護

在宅の要介護者を老人短期入所施設等に短期間入所させて行う介護。

ケ 短期入所療養介護

在宅の要介護者を老人保健施設等に短期間入所させて行う療養介護。

コ 特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム等の特定施設に入居している要介護者について当該施設が行う介護。

サ 福祉用具貸与

在宅の要介護者に対する福祉用具の貸与。

シ 特定福祉用具販売

在宅の要介護者に対する排せつなど特定の福祉用具の販売。

キ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員 29 名以下の特別養護老人ホームに入所する要介護者に、地域密着型施設サービス計画に基づき必要な介護、機能訓練等を行うもの。

ク 看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた複合型事業で、看護と介護サービスを一体的に提供するもの。



資料出所：厚生労働省

ケ 地域密着型通所介護

定員 18 名以下の小規模な通所介護。

③ 施設サービスの種類

ア 介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム（入所定員が 30 人以上）であって、その入所者に対し、施設サービス計画に基づいて、介護等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うもの。

イ 介護老人保健施設

介護だけではなく、リハビリを中心とした医療サービスを提供する施設。入所者に対して、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練のほか必要な医療ならびに日常生活上の世話を行うもの。

ウ 介護療養型医療施設

医療サービスを中心に提供する施設。療養病床等を有する病院または診療所であって、その入所者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話および機能訓練その他必要な医療を行うもの。なお、豊中市内にこの事業所はありません。

④ 介護予防サービスの種類

給付の内容は基本的には介護給付と同じですが、とくに違う点を説明します。

ア 3種類しかない地域密着型介護予防サービス

地域密着型介護予防サービス費の支給は、軽度の要支援者を対象とするため、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護の3種類しかありません。

イ 介護予防サービス計画は地域包括支援センターが作成

介護予防サービス計画の作成は原則として、地域包括支援センター職員が行います。

(4) 要介護・要支援の認定の手順

① 認定の手続き

ア 要介護認定の申請

要介護または要支援の認定を受けるためには、被保険者は、市町村に要介護認定の申請をしなければなりません。被保険者は、この申請手続きを指定居宅介護支援事業者等に代行させることもできます。

イ 市町村による認定調査と主治医の意見

申請を受けた市町村は、被保険者に面接して、その心身の状況等を調査する（認定調査）とともに、主治医の意見を求め、これらの結果（認定調査と主治医意見書による一次判定等）を介護認定審査会に通知して、その審査判定を求めます。

ウ 介護認定審査会による審査判定

介護認定審査会では、要介護状態に該当すること、および該当する要介護状態区分について審査判定を行います。その際、審査会は、要介護状態の軽減や悪化防止に必要な事項やサービスの適切・有効な利用に関する留意事項について、意見を述べることができます。

エ 市町村による決定および通知

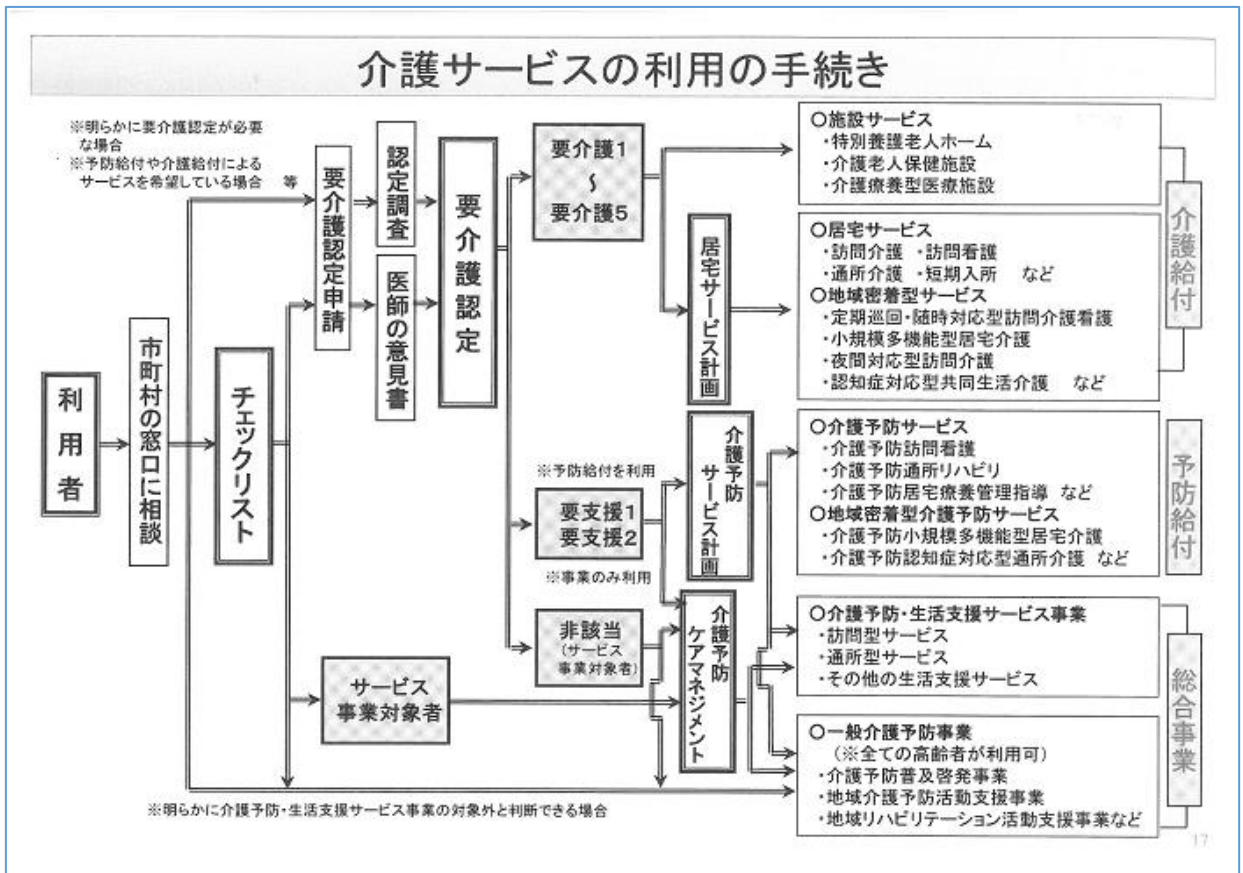
市町村は、介護認定審査会の審査判定結果に基づき、認定または非該当の処分を行い、その結果を被保険者に通知します。

● 認定

要支援（要支援1と2の2段階）または要介護（要介護1から5までの5段階）に該当すると認定されると、被保険者は保険給付を受けることができます。

● 非該当

申請者が非該当と判断された場合には、介護保険給付を受けることはできません。ただし、非該当と判断されても、必要に応じて、地域支援事業の一環として行われる介護予防事業を受けることができます。



資料出所：厚生労働省

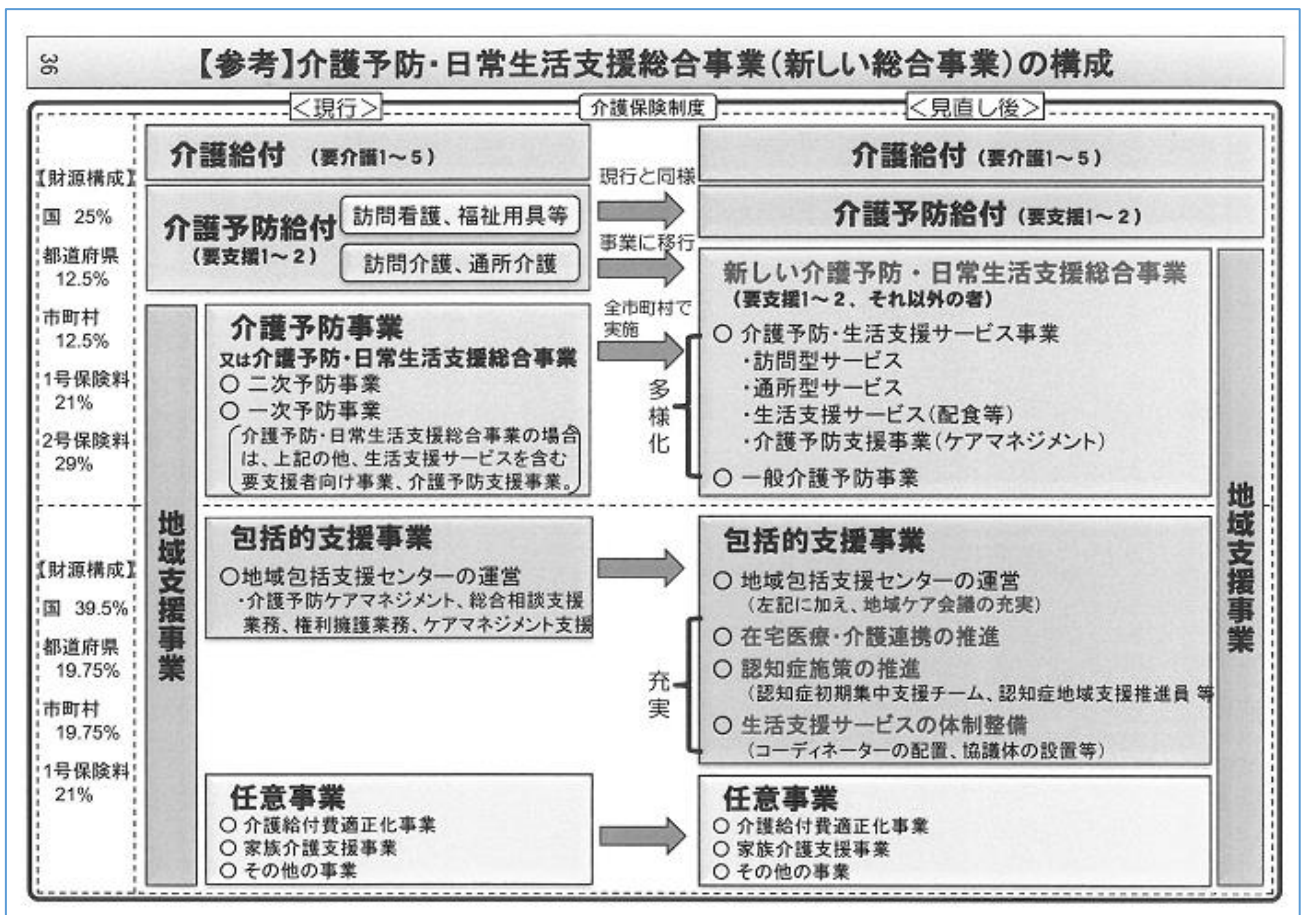
4. 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 新総合事業への移行

平成27年4月の介護保険法改正により、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、新総合事業）については地域の実情に応じ、市町村が中心となって、事業者、専門職、地域住民等が地域の課題を共有し、資源開発、政策形成につなげ、地域づくりに取り組むことができるように、介護保険制度の地域支援事業について大幅に見直しが行われました。

【地域支援事業とは？】

下図のように地域支援事業は、「介護予防・日常生活支援総合事業」と「包括的支援事業」、「任意事業」で構成されます。



資料出所：厚生労働省

① 総合事業の実施により目指すことは？

総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目的としています。

介護予防の強化	<p>① 介護予防・生活支援サービス事業における 介護予防の推進</p> <p>→各サービスにおいて自立支援につながる 介護予防プログラムを提供する</p>	<p>【介護予防・生活支援サービス事業】</p> <p>現行相当サービス 基準緩和サービス 短期集中サービス</p>
	<p>② 介護予防ケアマネジメント力の強化</p> <p>→ケアマネジメントを通じた介護予防への 動機づけ・行動変容を支援する</p>	<p>【介護予防ケアマネジメント】</p>
	<p>③ 一般高齢者への意識啓発、 介護予防に取組みやすい環境づくり</p> <p>→個人の身体機能面へのアプローチに加え、 高齢者の生きがい・役割づくりなど環境へのアプローチ</p>	<p>【一般介護予防事業】</p> <p>介護予防体操(身近な通いの場づくり) など多様な介護予防事業</p>
生活支援の多様化	<p>④ 多様かつ柔軟な生活支援の提供</p> <p>→NPOやボランティアなど多様な担い手により 高齢者を支援する</p>	<p>【介護予防・生活支援サービス事業】</p> <p>住民主体サービス</p>
	<p>⑤ 地域における支え合いの仕組みづくり (地域力の向上)</p> <p>→地域ネットワーク構築、新たな資源開発により 地域の支え合いの仕組みをめざす</p>	<p>【生活支援体制整備事業】</p> <p>生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員) 協議体</p>

資料出所：豊中市介護予防・日常生活支援総合事業 事業者説明会資料

(2) 豊中市訪問型サービスA（基準緩和型）について

① 目的

日常生活に必要な家事等を行うサービスです。現行の基準（介護予防訪問介護）より基準を緩和し、多様なサービスの一つとして、豊中市が認める一定の研修を受けた人材が訪問して、簡単な家事などの生活援助を行えるようにし、介護人材のすそ野を広げます。

② サービス内容と利用対象者像

		現行相当サービス	基準緩和サービス	短期集中サービス ※H29年度後半から実施予定	住民主体サービス（先行型）
サービスの おもな概要	訪問型	<ul style="list-style-type: none"> ◆訪問介護員により、身体介護・生活援助を提供 ◆基準緩和サービスとの併用不可 ◆週1～2回程度 ◆利用時間は利用者により異なる 	<ul style="list-style-type: none"> ◆訪問介護員または一定の研修受講者により、生活援助を提供（※身体介護は含まない） ◆現行相当サービスとの併用は不可 ◆週1回(概ね月4回)まで、または週2回(概ね月8回)まで ◆概ね1回1時間程度 	<ul style="list-style-type: none"> ◆短期間(3～6か月間)に通所型と訪問型を組み合わせた支援を行いADLの改善を図る <p>【訪問型】 2週に1回(1時間程度)、通所型の利用者に対して訪問してADLの評価、生活環境に対する助言を行う</p> <p>【通所型】 週1回、「とよなかパワーアップ体操」と、リハ職が作成する個別プログラムを実施する</p> <p>※他サービスとの併用等、詳細については、検討中。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆市社協と連携協同して実施
	通所型	<ul style="list-style-type: none"> ◆生活機能向上のための機能訓練を提供 ◆週1～2回程度 ◆基準緩和サービスとの併用不可 	<ul style="list-style-type: none"> ◆運動・レクリエーション等を提供 ◆週1回(概ね月4回)まで、または週2回(概ね月8回)まで ◆現行相当サービスとの併用は不可 		<ul style="list-style-type: none"> ◆市社協と連携協同して実施
対象者 (利用条件)		要支援1・2の認定者	要支援1・2の認定者 事業対象者	要支援1・2の認定者 事業対象者	要支援1・2の認定者 事業対象者
		別紙『現行サービス対象者の考え方について』参照	(左記以外の人) ・要支援1・事業対象者→週1回まで ・要支援2 →週2回まで	短期間(3～6か月間)、集中的に筋力強化運動を行うことにより、ADLの改善が見込める人	
給付管理の有無		あり	あり	なし	なし

資料出所：豊中市介護予防・日常生活支援総合事業 事業者説明会資料

③ サービス内容

掃除や洗濯、重い物等の買い物代行など

*原則として、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（厚生労働省平成12年老計第10号通知）において示されている生活援助の範囲内とします。

【老計第10号訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（抜粋）】

1 身体介護

(省略)

2 生活援助

生活援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。（生活援助は、本人の代行的なサービスとして位置付けることができ、仮に、介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為であるといえることができる。）

※ 次のような行為は生活援助の内容に含まれないものであるため留意すること。

[1] 商品の販売・農作業等生業の援助的な行為

[2] 直接、本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為

● **サービス準備等**

(サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。)

○ **健康チェック**

利用者の安否確認、顔色等のチェック

○ **環境整備**

換気、室温・日あたりの調整等

○ **相談援助、情報収集・提供**

○ **サービスの提供後の記録等**

● **掃除**

居室内やトイレ、卓上等の清掃、ごみ出し、準備・後片づけ

● **洗濯**

洗濯機または手洗いによる洗濯、洗濯物の乾燥（物干し）、洗濯物の取り入れと収納、アイロンがけ

● **ベッドメイク**

利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等

● **衣類の整理・被服の補修**

衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）、被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）

● **一般的な調理、配下膳**

配膳、後片づけのみ、一般的な調理

● **買い物・薬の受け取り**

日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）、薬の受け取り

*** 訪問型サービスA（緩和型）ではできないサービス（例）**

● **身体介護に該当するサービス**

(食事介助、排せつ介助、入浴介助、体位変換・移動介助・外出介助等)

● **医行為（胃ろう・褥瘡の処置等）**

● **本人不在のままのサービス提供（利用者不在の居宅を訪問しての調理、掃除等）**

● **家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当である行為**

(利用者以外の家族等に係る調理、買物、掃除等)

● **日常的に行われる家事の範囲を超える行為**

(日常生活では行わない大掃除、正月等のために特別手間をかけて行う調理等)

● **個別サービス計画に位置付けられていないサービス等**

5. 訪問型サービスの理解

(1) 訪問介護とは？

介護保険における従来の訪問介護は、資格を有する訪問介護員等（ホームヘルパー）が利用者の居宅を訪問して、身体介護（利用者の身体に直接接触して行う入浴、排せつ、食事等の介護）や生活援助（調理、洗濯、掃除等の家事）を行うサービスです。訪問介護員等は、サービス提供責任者が利用者ごとに作成する訪問介護計画に基づき、サービスを提供します。訪問介護計画には、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ、訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等が記載されています。皆さんがこれから従事する「訪問型サービスA（緩和型）」は、訪問介護員等の資格を有する又は本研修を修了した従事者により、生活援助のみを提供するサービスです。

(2) 訪問介護の目的

① 個人がつつかってきた生活習慣や文化、価値観を尊重し、生活基盤を支えます。

高齢者の居宅での生活は、生まれ育った環境の中で身についた文化や習慣の影響を受けて形づくられています。その人らしい生活を支援するためには、利用者がつつかってきた、そのような生活習慣や文化、価値観を尊重し、利用者が望む生活が実現していくように生活の基盤を整えることを目的としています。

② 生活の自立性の拡大を図ります。

利用者が自分でできるように自立支援をしていくことを目的としています。利用者は、一見弱く見えますが、自ら生活を立て直そうという力が潜んでおり、その潜在能力を引き出すことが、訪問介護の役割となります。利用者ができる事まで介助して、機能低下を起こさないように関わる必要があります。また利用者自身が、自分でできるようになるための援助方法を考えていくようにします。

③ 生きることへの喜びや意味を見出し、自己実現を図ります。

年長いて病気や障害を持つと、生活の仕方が消極的になったり、無気力になったりすることがあります。訪問介護は疾病や障害を乗り越えて、生き生きと生活できるように関わることで、利用者の「生きる」という根幹を支えます。

長く支援を受けていると「面倒をかけている」「自分は周囲に迷惑ばかりかけている存在だ」と感じてしまいます。利用者が支援を要する状態であったとしても、「役に立っている」「必要とされている」と実感してもらえるように支援していくことが必要となり、そのことが人としての尊厳の保持につながります。

また、人間は生物的存在であるばかりでなく、社会的存在です。ただ、単に生き続けるのではなく、社会の中で自分の存在価値を実感し、様々な人々との交流の中で生きていることに喜びを感じるものです。しかし、疾病や障害を持った高齢者は地域から孤立しやすいため、訪問介護の提供を通じて、利用者が社会と接触を保ちながら生活を継続できるように関わっていきます。

④ 予防的な対処により生活の質（QOL）を維持します。

人は持っている機能を使わないと、その機能が低下してしまいます。病気を原因とする寝たきりや、認知レベルの低下などの二次的な障害が起きないように、常に予防的な対処を視野に入れたサービスを提供します。（生活援助を超える支援が必要な場合は、訪問事業責任者に連絡し、適切に対応します。）

⑤ 状態の変化を発見します。

訪問介護は、利用者の身近にいて、微妙な状態の変化をも知り得ることが多いサービスです。そのため、私たちは状態変化の第一発見者として、極めて重要な立場にいます。異常を素早く見つけることは、訪問介護の大切な役割です。利用者に変化があったときは、すぐに事業所に連絡します。また医療との連携を密接に図ることで命を守り、健康状態を悪化させないようにしていくなど、他職種からの情報もしっかりと把握し連携をすることで、チームとして利用者を支えています。

（3）訪問介護の意義と倫理観

訪問介護とは「住み慣れた自宅において、最後まで自分らしく生活したい」という人間として当たり前の願いを支える重要なサービスの一つです。したがって、私たちは、一人ひとりの利用者の自宅での生活環境に十分配慮し、それぞれの価値観を尊重したサービスを行うことが「訪問介護」の基本となります。また、総合事業の目的である「要介護状態の予防と自立に向けた支援」という視点を持ち、利用者一人ひとりが要支援・要介護になることをできるだけ予防するとともに、自身の力を活かした自立に向けてサービスを提供していくことが大変重要となります。さらに、訪問介護は、1対1でのサービスが基本であり、「自宅」に入り、プライベートな領域でサービスを提供することになるため、一人ひとりの「職業倫理」がとても大切となります。職務に従事するにあたり、高齢者の生活を支える重要な仕事であるという「誇り」と「責任感」をもつてのぞんでください。

【参考引用文献】

一般財団法人 長寿社会開発センター 介護職員初任者研修テキスト（第2版）第1巻

老化の理解

老化とは・・・

老化とは年を取るとともに身体機能がだんだん衰えることです。高齢者の身体機能の低下は、個人差が大きく、複数の臓器が複雑に関係していくことも特徴です。老化に伴う心身機能の低下は、高齢者の日々の生活に大きく影響を与えます。

1. 感覚・知覚の変化

人間の感覚・五感は加齢と共に変化します。

(1) 視覚の変化

① 視力の変化

老眼は40～60歳ぐらいで著しくなり、75歳以上の人の92%に起こります。

② 視野の変化

視野の狭窄（狭くなること）は壮年期（40歳から64歳頃まで）から起こります。頭上にある信号機、道路標識等の見落としや、上にある棚やでっぱりにぶつかる事故などの危険性が高まります。

③ 順応の変化（周囲の明るさに目が慣れるまでのこと）

明順応、暗順応ともに低下しますが、特に暗順応の低下が顕著となります。光の変化が大きいトンネルや、明るい部屋から暗い廊下に出た際の衝突や転倒などの危険性が高まります。

(2) 聴覚の変化

聴力低下の進行のピークは高音域が60～70歳代、中音域が70歳代後半、低音域が80歳代後半でそれぞれ起こります。騒がしい場所で会話などを聞き取ることが苦手となります。

(3) 嗅覚の変化

60歳代以降に低下が始まり、特に男性や喫煙者に大きな変化が見られますが、健常者の変化は小さいです。個人差が大きく、病気や体調不良によっても変化します。

(4) 味覚の変化

混ぜ合わせた食品の内容を特定する能力が劣ります。味覚のどの部分が低下するか諸説があり一致していません。病気の影響を受けやすく個人差も大きいです。

(5) 触覚などの変化

皮膚感覚は鈍化しますが、高齢者すべてに起こるものではありません。痛みの感覚は年齢による差はなく、個人差は大きいです。

2. 注意力の変化と反応の変化

(1) 注意力の変化

高齢者は気が散るような刺激の中でひとつのものに注意を向ける能力や、さまざまな刺激に同時に注意をむける能力が弱いといわれています。

(2) 反応の変化

ひとつの刺激に対する反応を起こす能力は若い世代とほとんど差がありませんが、複数の刺激に対して複数の反応を起こす能力について高齢者は反応が遅いといわれています。しかし、高齢であっても練習によって克服できます。

※反応に失敗したときに、高齢者は立ち直りが遅くなります。これらを理解したうえでケアに当たる必要があります。

3. 記憶の変化

記憶は保持期間によって感覚記憶と短期記憶、長期記憶に分類されますが、このうち加齢の影響を受けやすいのは、意外なことに長期記憶です。これは記憶量というよりも、古い記憶の正確さという問題です。高齢者の昔話の内容はかなり事実と異なる場合が多いです。

4. 知能の変化

知能には加齢の影響を受けやすいものと受けにくいものがあり、流動性知能は加齢の影響を受けやすく、結晶性知能は加齢の影響を受けにくいことが明らかです。

高齢者だから一律に知能が低下するという先入観を持たずに高齢者に対応することが大切です。

5. 感情の変化

感情が変化する原因は様々で、身体機能の低下や病気の出現による健康の喪失などが起こると、これまでに行ってきた活動が制限されます。また、外出する頻度が減ると、対人交流にも影響を与えます。さらに感覚機能や知覚機能の低下も感情に影響を与える可能性があります。その他、環境の要因や経済的要因も感情に影響を与えます。

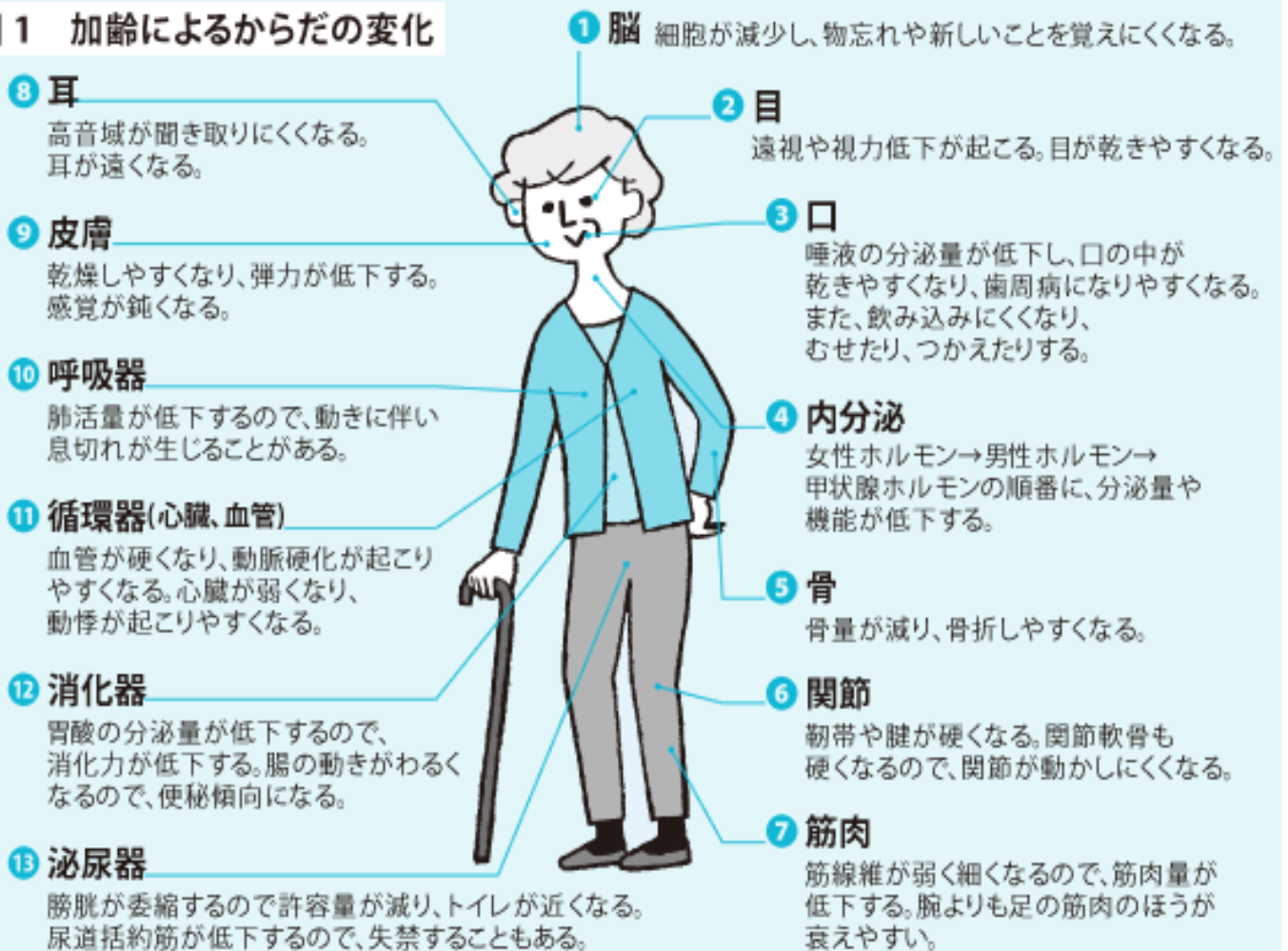
友人や知人と死別することにより、仲間を失うなどの喪失体験が感情面に影響を与えていきます。在宅での生活から施設や病院での生活に変わった場合、環境の変化は大きく、さまざまな喪失体験が感情にも大きな影響を与えることになります。

6. 身体の変化と日常

(1) 老化に伴う心身の機能の変化

身体の器官系（臓器）別にみると、老化の影響が現れやすいものと現れにくいものがあります。中でも、神経系、筋肉系、骨格系、泌尿器系（腎臓）、循環器系（心臓）及び呼吸器系（肺）は老化が現れやすい器官系（臓器）です。「人は血管とともに老いる」といわれるように加齢とともに骨量が減って骨がもろくなります。（骨粗鬆症）

図1 加齢によるからだの変化

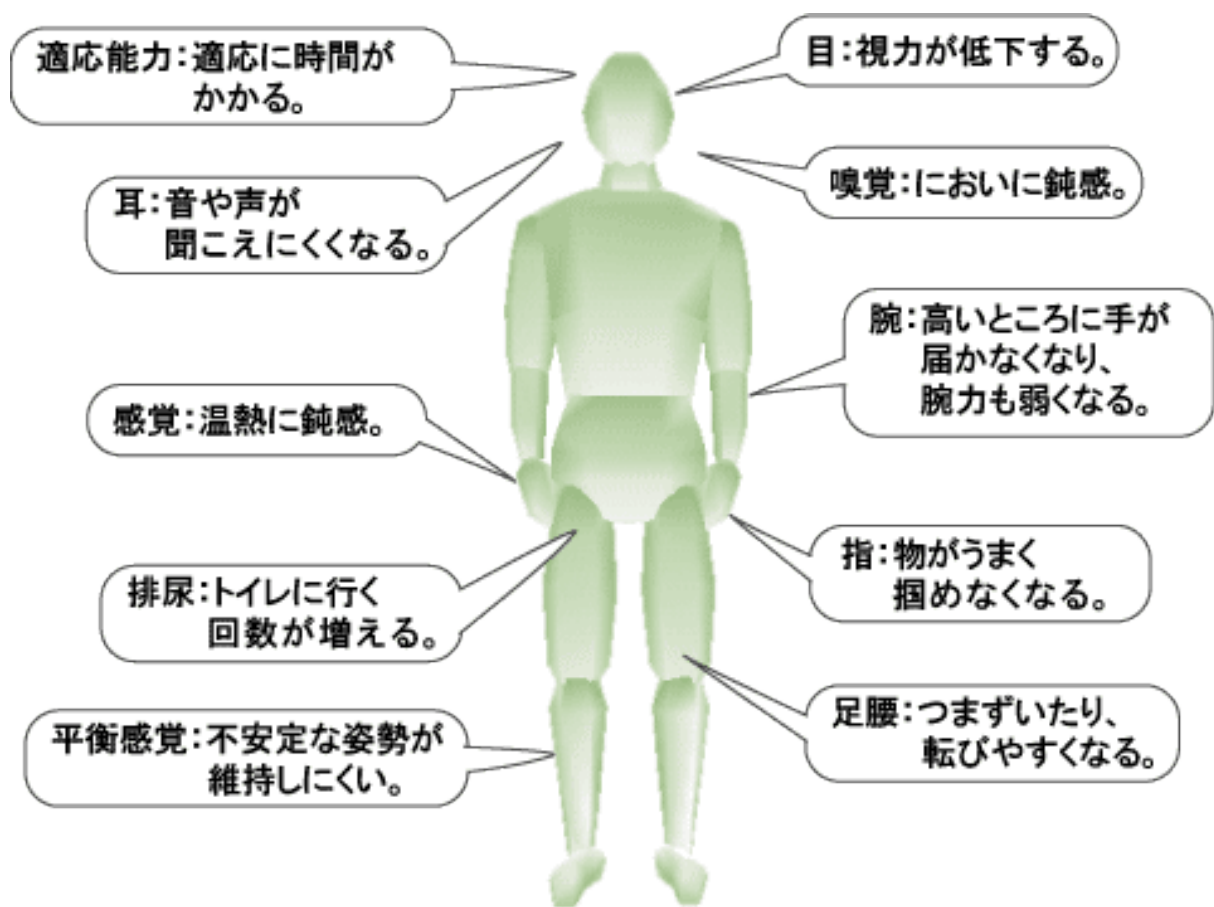


(資料出所 : http://www.blueflag.co.jp/html/sukoyaka/tsushin_1407.html)

(2) 身体的変化

姿勢の変化としては、加齢とともに腰や背中中の筋肉が弱り、背骨の変化や椎間板の変性（何かの原因によって変化し、本来の機能が障害された状態）によって上体が前かがみになります。この場合、背中を起こそうとして骨盤全体が後ろ向きに傾き、さらに重心が後ろに移動するのを防いで立位を保とうとして、今度は、ひざを曲げた姿勢となります。このような状態では両脚の間隔が広がり、歩幅は狭くなり、足を引きずった歩行となります。（老人性歩行）

老人性歩行になると日常の中で転びやすく、歩くことが怖くなってあまり外出しなくなります。



(資料出所 : <http://www.dspsc.co.jp/care/care1.html>)

高齢者は年のせいとあきらめる事があるかもしれませんが、「住み慣れた場所で自分らしく最後まで暮らしたい」という、人として当たり前の願いをあきらめる事がないよう、自分らしく、その人らしく暮らしていけるように介護者が日常のケアで老年症候群の予防、改善の認識を持って接していくことで高齢者も少しずつ自信を取り戻していくことができます。

※老年症候群:とは、転倒、骨折、高齢による衰弱のことです。

7. 高齢者に多い病気と生活上の留意点

(1) 生活習慣病

糖尿病・脳卒中・心臓病・脂質異常症・高血圧・肥満などがあります。

病気の主な原因として、遺伝的影響に加えて、毎日の生活習慣である食事や運動、喫煙、飲酒が大きくかかわっていることが知られています。

① 糖尿病

血液 100ml 中に含まれるブドウ糖の量の値を血糖値と呼びます。健康な人の空腹時の血糖値は70～110 mgですが糖尿病があるとされる方の空腹時血糖は125 mg以上の値を示します。肥満と大きく関係し、病気が進行すると体重の減少、腎臓の働きの低下や眼底の網膜の血管に血栓や出血がおこり、視力が落ちます。また、皮膚などに感染を起こしやすくなり、手足の感覚が鈍くなることや脳卒中や心筋梗塞になる可能性も高くなります。

■ 糖尿病の症状と起こりやすい病気

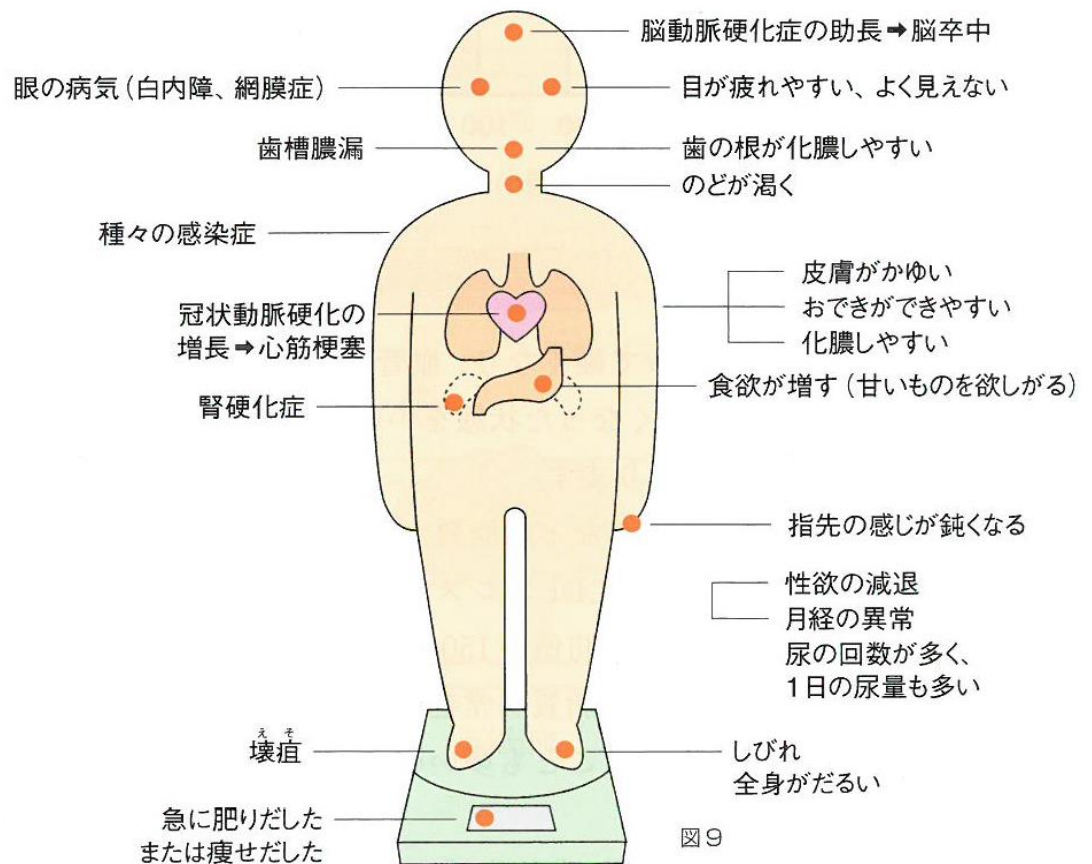


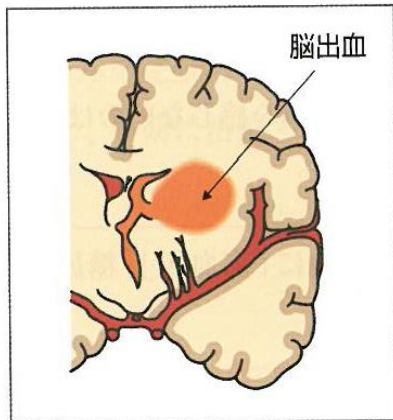
図9

(資料出所：日本赤十字社『健康生活支援講習』)

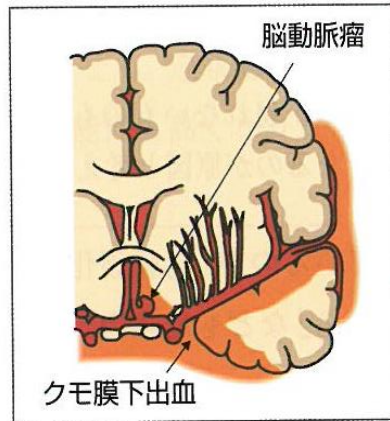
② 脳血管疾患

脳血管疾患には、脳梗塞や一過性脳虚血発作などの虚血性のものと、脳出血やくも膜下出血、硬膜下出血などの出血性のものがあります。

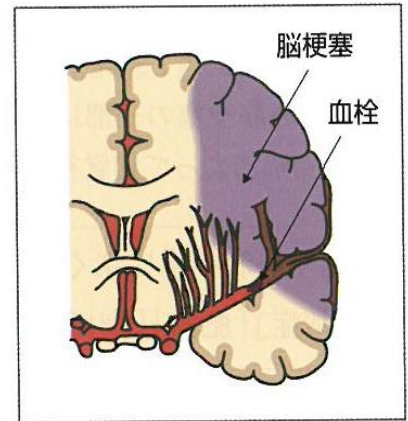
脳出血



クモ膜下出血



脳梗塞



(資料出所：日本赤十字社『健康生活支援講習』)

③ 心筋梗塞

冠状動脈のどこかが狭くなり、血液の固まったもの（血栓）が詰まって血行が止まり、心筋に酸素や栄養が送れず心筋の一部が死んでしまった状態のことです。症状は30分以上続く胸痛が特徴です。

■ 心臓の冠状動脈

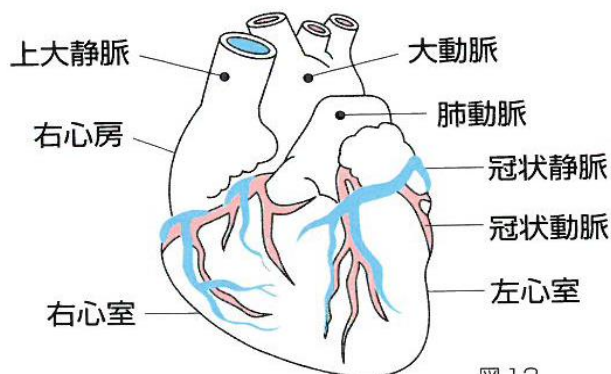
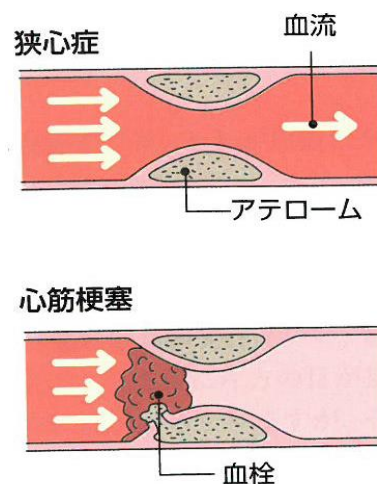


図13



(資料出所：日本赤十字社『健康生活支援講習』)

④ 脂質異常症

血液中のコレステロールや中性脂肪などの脂質が異常値を示す病気です。

脂質異常症はサイレントキラーと呼ばれ、自覚症状はほとんどありませんが、放置すると血管の壁に血液中のコレステロールが付着して動脈硬化が進行し、心筋梗塞や脳梗塞など、生命に関わる病気を起こしやすくなります。

⑤ 高血圧

血圧には収縮期血圧と拡張期血圧とがあります。心臓が収縮するときの血圧を収縮期血圧といい、心臓が拡張するときの血圧を拡張期血圧と呼びます。血圧がいつも最高血圧 140mmHg 以上、最低血圧 90 mmHg 以上ある状態を高血圧症といいます。

(2) 循環器系障害

① 狭心症

心筋の血流の流れが一時的に減少し、胸に不快感のある胸痛が出現する状態をいいます。

② 心不全

心臓のポンプ機能の障害のため、必要な血液量を全身に送ることができない状態をいいます。

③ 不整脈

脈が乱れて不規則になることを不整脈といい、心臓の拍動が不規則であることを表しています。動脈硬化や高血圧症によって不整脈になることが多く、加齢とともに増えていきます。

(3) 呼吸器の病気

① 肺炎（誤嚥性肺炎）

高齢者の肺炎は、食物ばかりでなく口の中の唾液や雑菌を知らず知らずのうちに気管の方へ誤って飲み込んでしまうこと（誤嚥）で発症します。

② 肺結核

昔肺結核にかかったときの結核菌が死なずに残っていることがあり、手術、がん、体力の衰えなどをきっかけに肺結核が再び動き出すことがあります。二週間以上の咳やたん（血痰）が続く、体重が急に減った、胸が痛い、微熱が続く、なんとなく元気がないなどの症状です。

③ COPD（慢性閉塞性肺疾患）

息をする時に空気の通り道となる「気道」に障害がおこり、ゆっくりと呼吸機能が低下する病気です

(4) 消化器（食道、胃、小腸、大腸、肝臓、膵臓など）の病気

① 胃・十二指腸潰瘍

動脈硬化症が見られ、粘膜の血流も低下するので胃・十二指腸潰瘍にかかりやすくなります。

② 慢性肝炎

よくみられる原因はB型及びC型肝炎ウイルスと薬物です。B型は急変することがあるのに対し、C型は徐々に肝硬変に向かっていきます。

疾患	ウイルス	感染経路	持続感染	ワクチン
A型肝炎	A型肝炎ウイルス (HAV)	経口感染 (生カキなど)	なし (急性肝炎・劇症肝炎)	あり
B型肝炎	B型肝炎ウイルス (HBV)	血液・体液 (性感染、針刺し、母子感染など)	あり (急性肝炎・劇症肝炎・慢性肝炎)	あり
C型肝炎	C型肝炎ウイルス (HCV)	血液 (針刺しなど)	あり (慢性肝炎)	なし
E型肝炎	E型肝炎ウイルス (HEV)	経口感染 (豚、イノシシ、シカ肉の生食など)	なし (急性肝炎・劇症肝炎)	なし

(資料出所 <http://www.eiken.pref.kanagawa.jp>)

(5) 代謝・内分泌の病気

① 痛風・高尿酸血症

血中尿酸値が7 mg/dl 以上を高尿酸血症と呼び、足の母指の付け根が赤くはれて風があたるだけでも痛むという意味から痛風と呼びます。食物でビールなどに含まれるプリン体が尿酸に変化し、関節に沈着して起こります。

② 腎不全

老廃物を十分排せつできなくなり、体内の水、電解質の維持、腎特有ホルモンの生産が阻害される状態になります。

③ 膀胱炎

おもに大腸からの細菌が膀胱内に侵入し、繁殖して炎症を起こします。排尿痛、頻尿、残尿感などがおこり、尿は混濁して血尿も見られます。

④ 前立腺肥大症

前立腺は鶏卵大から大きいものではリング大以上に腫大して膀胱頸部の閉塞をきたします。排尿困難があり初期は排尿力の減退や尿路が細くなったの排尿時間の延長をきたします。

(6) 脳神経系の病気

① パーキンソン病

中脳の黒質にあるドーパミン産生細胞が脱落して、レビー小体という物質が蓄積する、代表的な神経変性疾患です。歩行が小股で（小刻み歩行）動きの悪い、すくみ足歩行となります。数年から10年前後で姿勢反射が鈍くなり、転倒しやすくなります。

② せん妄

意識障害が起こり、頭が混乱した状態になっている事をいいます。何らかの原因で脳の機能が低下し、上手く神経を伝える事が出来なくなっています。幻覚や、興奮状態となって大声を出したり、暴力が見られる場合もあり、対応が難しく家族の負担になりやすいものです。

③ うつ

毎日のように抑うつ気分、ほとんどの活動における興味・喜びの著しい減退または増加、不眠または睡眠過多などが見られます。思考力や集中力の減退、思考・集中・決断の困難、死や自殺について考える自殺企図などが見られます。この状態が2週間以上続くことが診断の要件になっています。

④ 認知症

脳の器質的変化による認知・記憶機能の障害です。特に記憶機能の障害としては、体験の全部を忘れる、忘れたことの自覚がない、障害の程度が進行していくといった特徴があり、認知症の記憶の障害は生活全般において問題を引き起こします。

(7) 運動器の病気

① 脊柱管狭窄症（せきちゅうかんきょうさくしょう）

脊椎が変形することで背骨を通る神経を圧迫する状態を脊柱管狭窄症といいます。狭窄の起きている部位に痛みが発生します。

② 頸椎後縦靭帯骨化症（けいついこうじゅうじんたいこっかしょう）

脊柱管全面を形成する後縦靭帯の異常骨化症で、脊柱靭帯骨化症のうち最も頻度が多いものです。ちょっとした外傷で急性脊髄障害が生じます。遺伝的素因も認められています。

③ 骨粗鬆症

骨の大きさは一定のまま、骨量が減少した状態。閉経後の女性に多く骨が隙間だらけで骨折しやすくなります。体位変換やちょっとしたときに骨折を起こしやすくなります。

④ 変形性膝関節症

加齢により関節と関節の間にある軟骨や軟骨と接している骨が変性してくることで痛みや関節の動きが制限されたり、関節が変形したりします。

(8) 膠原病・免疫の病気

関節リウマチ

多発性の関節炎により全身の関節に腫れと痛みが出現します。

(9) 知覚系の病気

① 白内障

目の水晶体が白く濁った状態で、視力の低下を伴う疾患です。白内障は外傷、ステロイド薬、糖尿病、眼球内の炎症などによってもおこります。

② 緑内障

正常眼圧は一般に10～20mmHgですが21mmHg以上になると緑内障が疑われます。緑内障は加齢とともに増加し、急に眼圧が高くなると眼痛、頭痛、吐き気、結膜の充血などが見られます。

【参考・引用文献】

『一般財団法人 長寿社会開発センター 介護職員初任者研修テキスト』第2巻

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

加藤伸司編『発達と老化の理解』ミネルヴァ書房、2010年

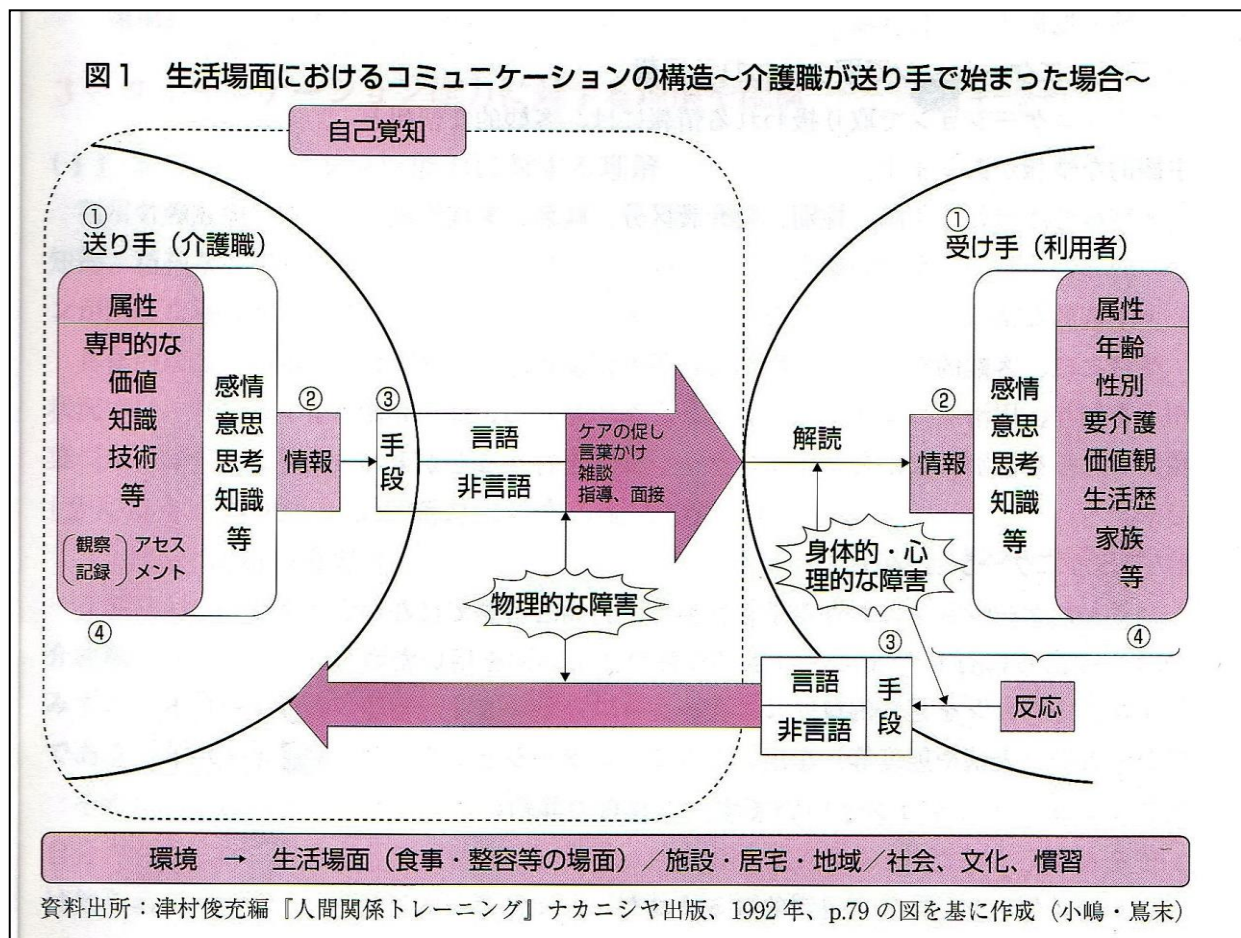
日本赤十字社『健康生活支援講習』2011年

介護におけるコミュニケーション技術

1. コミュニケーションの目的

コミュニケーションは他者との間で情報を交換（伝達）することによって、相互に理解を深めることを目的としています。

介護職は、相手のコミュニケーション能力に対する理解や配慮のもとに、コミュニケーションを通じて利用者が発信する情報を受け止め、利用者の心身状況等を理解することが求められます。



2. コミュニケーション能力に対する理解や配慮

(1) コミュニケーション能力に対する理解

利用者の持つ様々な障害、たとえば言語、聴覚、視覚、知的、精神などの障害や認知症によってコミュニケーションが困難な場合があります。

利用者は体調がすぐれない時や終末期といった状況では、傷つきやすい心理状態となっているので、言葉遣いについて特段の配慮が求められます。

(2) コミュニケーション能力に対する配慮のために

介護などの援助をしながら、また援助に先立って必要なことは、介護者自身が発信する情報やその手段、環境、特に自らの認識や行動パターンが利用者にも与える影響に自覚的であることです。

3. コミュニケーションの役割

(1) 信頼関係

コミュニケーションによって育まれるものです。信頼関係を築くには、初めての出会いの時の自己紹介、毎回の援助開始時のあいさつや身近な話題、思いやりの言葉かけなどによるコミュニケーションの積み重ねが大切です。

(2) 情報収集

利用者を取り巻く状況や利用者の状態といった客観的な情報とともに、利用者の気持ち（意思、感情、価値観など）に関する主観的な情報のいずれもが必要不可欠です。

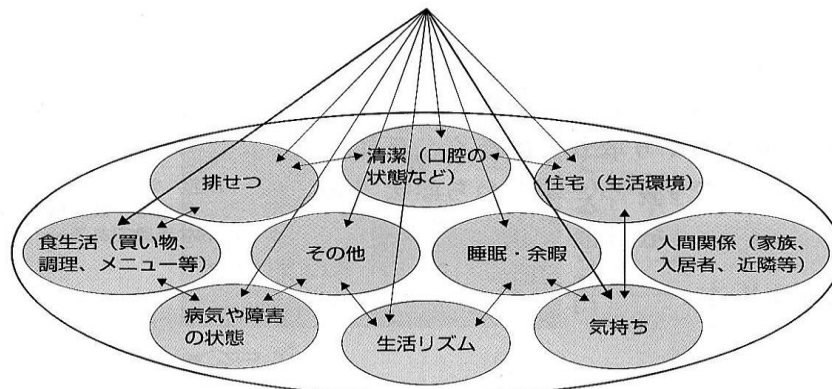
(3) 援助の促し

どのような場合も介護職は介護目標に沿ったコミュニケーションを行うので、コミュニケーションによって援助を促進する事が出来るのです。

4. コミュニケーションの基本

(1) 気づき

介助場面における気づきは目標、観察、アセスメント、コミュニケーションに影響をもたらす大切な能力と考えられています。



利用者の多様な側面

「食事を楽しみながら、確実にとってもらおう」という援助目標を設定した。

利用者の 食事中の表情がいつもと違う という気づき

食事介助をしながら、コミュニケーションを通じて、アセスメントに必要な情報収集を行い、援助目標に沿った援助計画の修正を図る。

(2) 傾聴的態度

話を「きく」には「聞く」「訊く」「聴く」という3つの「きき方」があります。「聞く」は漫然と聞くこと・「訊く」とは尋ねること・「聴く」とは相手の話に真剣に耳を傾け理解しようと努める「きき方」です。

傾聴とは耳を傾けこころを傾け、相手を積極的に理解しようという姿勢で話を聴くことです。

◆傾聴による援助効果と留意点

援助効果	留意点
①話すこと自体が精神活動を活発化させる。	ゆとりをもってコミュニケーションを図る。
②人に理解してもらえているという自分を知ることに自信につながる。	利用者を尊重する姿勢を示す。
③心のわだかまりを発散させる。	利用者の不満や苦情に対しても傾聴する。
④状況を理解し、自らの気持ちや考えを整理することができる。	優先順位を考えながら、利用者の自己表現や自己決定を促す。
⑤新たな気持ちや要求の芽生えにつながる。	利用者の意欲や生活目標を援助に生かす。
⑥いやな感情や場面にも直面できるようになる。	利用者が困難な場面に直面していても、その意義を共に見出すことにより、利用者のエンパワメントを図る。

(3) 共感の応答

共感とは、相手を感じている痛みや喜びを聴き手も同じように感じ取ることを言います。また、共感の応答とは、感じ取ったまを相手とともに共有しようということです。介護職は利用者への介護を通じて、利用者の思いに触れやすい立場にあるため、介護職による共感の応答は利用者にとって「受け入れてもらった」「理解してもらえた」という気持ちを強めます。

◆共感の応答

内容	方法
①相手が伝えようとしていることやその意味を受け止める。	<ul style="list-style-type: none"> ●うなずき ●相づち（ええ、そうですか） ●促し（続けてお話しくですか） ●質問
②相手の言語的・非言語的な表現を、相手にとって最も重要である意味に解釈する。	<ul style="list-style-type: none"> ●くり返し（相手が使うおもな言葉） ●言い換え（相手の主要な言葉で返す） ●要約

(4) 受容

受容とは相手があるがままに受け入れるということです。相手がどんな状態や境遇の人であれ、相手の考え方、態度、行動、価値観を受け入れることを言います。相手を受容することの根底には、人間への尊重があります。

5. 利用者の置かれている状況と心理の理解

人には加齢にともない様々な変化が生じてきます。それらは身体機能や感覚・知覚・記憶など多岐にわたり、人によって変化の生じ方は異なります。また、これらの変化の多くは高齢期までに顕在化し、日常生活の具体的な場面に影響が現れてきます。高齢者を理解するためには、まず加齢に伴う個人内の変化とその影響を理解し、それが高齢者の心理にどのように影響するかを個別的に考えていくことが必要です。

利用者の状況を客観的に知るだけでなくその心情つまり「思い」を知ることが大切です。

6. 高齢者とのコミュニケーションにおける基本姿勢

(1) コミュニケーションの重要性を意識する

人間の社会的な生活にとって、他者とのつながりが充実していることは重要な要素であり、それはコミュニケーションによって支えられています。社会的な関係が大きく変化していく高齢期には、他者との関係の円滑さやその中で役割を持ち充実感を得られることが大切な「生きがい」となります。そうした意味で高齢期におけるコミュニケーションの重要性を認識していくことも必要です。

(2) すべての援助行為がコミュニケーションであることを認識する

私たちが「人と接する」というときには、活動すること、言葉を発することだけでなく、動かないこと、沈黙すること、関わらないことも含めて、すべての行動がメッセージとして意味を持ちえます。たとえば、食事や入浴、排せつなどの介助をしている場合、特に「コミュニケーションの場がある」という意識はないかもしれません。しかし、何も言わずに淡々と介助だけするよりも、積極的に話しかけながら介助した方が、利用者に受け入れられやすいことは明らかです。「話をしないで介助だけする」ということそのものが、利用者には「話したくない」というメッセージとして伝わる可能性があることに注意しなければなりません。

(3) 積極的な聴き手となる

援助行為を行う際には「何をするのか」ということのほかに「どのようにするのか」ということを考えなければなりません。私たちの行動は「しかた」から相手はその背景にある態度や感情を理解することができます。同じ援助行為に対しても、乱暴にされれば「この援助者は自分のことを考えてくれない」と思うでしょうし、言葉かけを適宜して温かく接しながら介助すればその態度はつたわります。意識の有無に関わらず、すべての援助行為はコミュニケーションであるととらえることができます。

7. 家族とのコミュニケーション

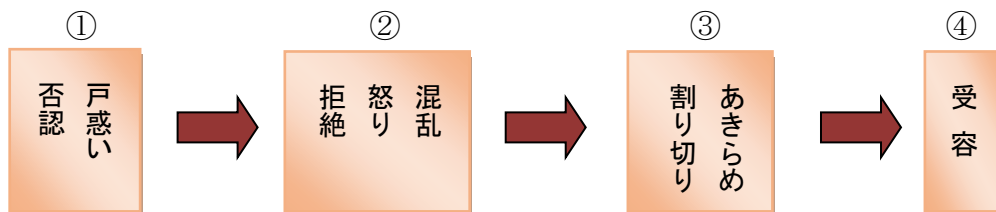
介護職には利用者本人ばかりでなく、家族のケアも求められています。ケアは身体的な接触はもちろんですが、コミュニケーションで成り立っています。円滑なコミュニケーションは信頼関係から生まれます。信頼関係を築けるよう、家族介護者の心理、情動、行動を理解することが大切です。

介護は医療の進歩により長期化しており、多くの家族介護者が、介護によって起きる様々な喪失体験を経験し、困惑し憤りを覚え、心身の疲労と不安の中で日々を送っていることを理解することが求められています。

8. 専門職と家族介護者の受け止め方の違い

介護職から見た利用者の一人のAさん、家族から見た「父親」「母親」「夫」「妻」……家族には特別な存在、かけがえのない存在です。介護職が伝えた何気ない会話は悪意はなくとも、家族介護者にとっては心の歯車がかみ合わない時があることを理解しておく必要があります。

(1) 家族介護者の4つのステップ



どのステップにいるかでコミュニケーションの内容を変えたり、タイミングを考えたり言葉づかいに配慮する必要があります。

(2) 家族が傷つく言葉

介護職はつい家族に「頑張ってください」といってしまいます。家族にしてみれば「こんなに頑張っているのに、もうこれ以上は」と感じてしまいます。「頑張っておられますね」というねぎらいの言葉かけで十分です。
※家族の頑張りに共感する姿勢が大切です。

★うれしかった言葉や行為

- ・「お母さんのお世話も大変ですね。出来ることがあったらいつでも言って」
- ・家内が徘徊しているのを見て知らせてくれた。
- ・愚痴を聞いてくれた。
- ・近所の介護家族の方と話して心が和んだ。
- ・区役所に相談に行き、道が開けた。
- ・デイサービスの職員の方に気持ちを聞いてもらえ心が楽になった。



バイスティックの7原則（※介護職が相談援助を行う際の基本原則）

- ① 利用者・家族をかけがえのない個人として尊重すること。
- ② 利用者・家族の自己決定を促し、尊重すること。
- ③ 利用者・家族の姿やきもちをあるがままに受け止めること。
- ④ 援助者の価値観で利用者・家族を非難しないこと。
- ⑤ 援助者が自分の感情を自覚しながら関わること。
- ⑥ 利用者・家族の感情表現を大切にすること。
- ⑦ 利用者・家族の秘密を保持して信頼関係を醸成すること。

9. 障害に応じたコミュニケーション

（1） 言語障害者とのコミュニケーション

失語症などの言語障害があると、周りの人の話している内容がうまく理解できず、自分の気持ちや考えをうまく伝えることができません。そのために言語障害者は困惑したり、戸惑ったり、いらだったり、気分がふさいでしまったりすることが多くなります。

- ① 表情がわかるよう、顔を見ながら話す。
- ② ゆっくり文節を区切るように、ひと呼吸おきながら、わかりやすい言葉を選ぶ。
- ③ 話題を急にかえない。
- ④ 一度でうまく伝わらないときはゆっくり繰り返し言う。
- ⑤ 話の内容が正しく伝わったか確認する。
- ⑥ 先回りして矢継ぎ早に問いかけない。
- ⑦ 「はい、いいえ」のいずれかで答えてもらえるように問いかける。
- ⑧ 言い間違いはむやみに訂正しない。
- ⑨ 話し言葉以外の手段も使ってみる。

（2） 視覚障害者とのコミュニケーション

視覚障害があってもふつうは話す力と聞く力は残されているのでコミュニケーションは会話によって行われます。視覚障害者の視覚を補うものとして、触覚、振動感覚があります。視覚障害者が初めて見るもの、そして、音の出ないものを理解するには説明を聞くことによって可能ですが、手で触れて、大きさ、形、硬さ、重さ、振動などを体験できればイメージがはっきりします。

手を引いてあげる、服を着るのを手伝ってあげる、食物などを取ってあげるなどを説明なしに始めると驚いてしまうので話しかけながら行動することが必要です。

(3) 聴覚障害者とのコミュニケーション

① 文字によるコミュニケーション

耳が全く聞こえない場合は、文字によるコミュニケーションを図ります。

※現在はパソコンが発達しているのでノートや文字盤の代わりにパソコンによって情報を受けることが可能です。

② 生活の中でのコミュニケーション

介護者はノートやカードに文章を書いてコミュニケーションを図ります。書く機会が少なくなるとコミュニケーションの質、量ともに減っていくことになるので介護者は小さなメモ帳とボールペンを身につけておいて面倒がらずに、周囲の人の言葉や伝えたいメッセージをこまめに文章にして語りかけることが大切です。

(4) 難聴者の心理負担

難聴者は日常会話の中で、相手の言葉をしばしば聞き逃すことがあります。その結果、他人と話すことが次第に負担になり会話の機会を避けるようになりがちです。そのためには、まず、大きな声ではっきり話すように気を付けます。また、難聴者が会話についてきているかを時々確認して、話の要点を繰り返し、理解してもらうようにします。

※笑顔で、柔らかな態度で行うことで難聴者の会話への自信につながると思われます。(補聴器の使用は聴力を上げるために必要なことです。)

(5) 高齢難聴者のコミュニケーション

高齢難聴者は、補聴器を嫌がる人が多いです。補聴器は雑音が多く、必要な音を聞き取るのが難しい場合もあり「うるさい」と感じる人も多く、コミュニケーションがうまく取れなくなることがあります。

① 個別の場面で話す。

② 静かな場所で話す。

③ 正面から話す。

④ 大きな声で話しかけない。

⑤ はっきりした声で、ゆっくり話す。

⑥ 聞こえにくくても、言葉は理解できることに注意。

⑦ 補聴器の電池の入れ替えや、スイッチ操作に困難があることを理解する。

⑧ 耳垢を除去する。

(6) 障害者のコミュニケーション手段

50音表

ひらがな
漢字、または
カタカナ
以下の文字を指してください。

ひらがな希望 はい Yes いいえ No いちど もう一度 Again

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	00
十	百	千	万	円 (Yen)	ドル (\$)	年	月	日		
あ	か	さ	た	な	は	ま	や	ら	わ	・
い	き	し	ち	に	ひ	み		り		。
う	く	す	つ	め	ふ	む	ゆ	る	を	ー
え	け	せ	て	ね	へ	め		れ		
お	こ	そ	と	の	ほ	も	よ	ろ	ん	

コミュニケーション支援ボード

The communication board consists of several vertical columns of cards. The first column is red and contains cards for: '質問があります' (I have a question), 'ゴミの収集日が知りたい' (I want to know the trash collection day), 'バスの時刻が知りたい' (I want to know the bus schedule), and '犬を飼いました' (I got a dog). The second column is green and contains: 'トイレはどこですか?' (Where is the toilet?), '観光客所が知りたい' (I want to know the tourist information center), 'タクシーを呼んでほしい' (I want to call a taxi), and '飼い犬が死にました' (My pet dog died). Other columns in orange and blue contain various other communication cards. At the bottom, there is a row of cards with the text 'ここにはありません' (Not here).

(資料出所 : www.my-kokoro.jp/kokoro/communication_board/)

(7) 認知症の人とのコミュニケーション

① 態度が伝わる、態度を伝える

認知症の人は、言葉によるやり取りが困難であるがゆえに態度や、感情を伝えるコミュニケーションに敏感であるといえるかもしれません。利用者とコミュニケーションをとるときには『態度が伝わる』ことを意識し、支持や共感といった積極的な態度、肯定的な感情を言葉以外の部分でも「伝える」よう努めましょう。態度を伴ったコミュニケーションは利用者へ安心感や信頼感をもたらすことにつながります。

② 身体を通じたコミュニケーションを用いる

認知症の人は言葉によるコミュニケーションが難しくなっていきます。また、日常的にストレスを受けやすいことから、手を取り合い、肩に触れ、隣り合って座るといった身体接触（スキンシップ）によるコミュニケーションによって、寄りそう気持ちや相手を気遣う態度を伝えるコミュニケーションが重要です。

③ しぐさを読み取り心理を観察する

認知症になると言語的なコミュニケーション能力が障害を受けやすいとされています。言語的なコミュニケーションが難しくなったからといって、コミュニケーションの意思や伝えたい内容がなくなってしまうわけではありません。介護者は認知症の人のしぐさを読み取ることが大切です。

④ その人の状態にふさわしい手段と方法をとる

認知症の人の認知機能やコミュニケーション能力は本人の性格や環境（人も含めた）身体状況によって一人ひとり違います。日によって、1 日の中でも状態が変わるのでその人の状態を正確に理解しその人の状態に応じたふさわしい手段と方法を考えていくことが大切です。

⑤ その人を尊重する

認知症の人は生活の中でさまざまな「生きにくさ」を抱えています。それを論理的に説明したり、適応したりすることがむずかしくなっています。認知症の人の訴えに根気強く耳を傾け尊重する姿勢、受容する姿勢、傾聴する姿勢を積極的に示していくことが大切です。

★障害があってもなくても人はみなかけがえない存在です。相手の方の価値観、生き方の違いを認め尊重することが大切です。



【参考・引用文献】

一般財団法人『長寿社会開発センター介護職員初任者研修テキスト』第2巻

加藤博仁『話すことの意味と効果』

北島英治他編『ソーシャルワーク実践の基礎理論』有斐閣、2002年（pp.184-185を参考に（寫末・小嶋）が介護場面における留意点を追加。）

濱島しのぶ『介護職のための接遇マナーガイドブック』2008年 関西看護出版

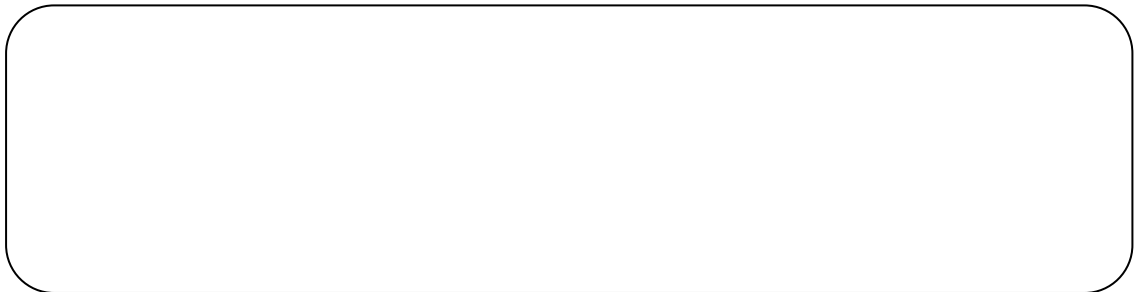
河内正広『介護保険施設・事業所』

ワーク1

●昨日のできごとについて、お互いに会話をしましょう（アイスブレイク）

【演習】まずはコミュニケーションに慣れましょう

- ① お互いにあいさつをして簡単に自己紹介をしましょう
- ② 昨日のできごとについて、お互いに会話をしてください。
- ③ 日常会話をするとき、どのようなことに気をつけたらよいか書き出してみましょう。



ワーク2

●「あいづち」や「うなずき」のある会話、ない会話

【演習】「あいづち」や「うなずき」を活用しましょう

- ① 話し手と聞き手にわかれます。
- ② 話し手は、「今日の研修の印象」について自由に話をしてください。
- ③ 聞き手は、あえて無表情であいづちやうなずきをしないで相手の話を聞いてください。
- ④ 今度は、聞き手はあいづちやうなずきを適宜いれながら相手の会話を聞いてください。
- ⑤ 話し手と聞き手と交代し同じ内容で実施します。
- ⑥ あいづちやうなずきのある会話とない会話、どのように感じたのか書き出してみましょう。



ワーク3 利用者（家族）に対するコミュニケーション方法

- ① 2人一組になります。
- ② 利用者役と支援員役になって、テーマに沿った会話を交わします

【演習①】あいさつ 「一言あいさつ」

「〇〇さん、おはようございます。」のあとに、一言付け加えることばを考えましょう。（3つ）

- ・ 例) 今日は良いお天気ですね。
- ・
- ・
- ・

- ① 自分の書いたものと相手の書いたものを、交互に発表します。
- ② アイコンタクト（相手の目を見る）→あいさつ→一言付け加える、の順であいさつしてみましょう。

【演習②】言葉遣いを考えましょう。「好ましい言葉、好ましくない言葉」

シーン1 ……ある支援の場面です。それぞれの役になって会話をしてみましょう。

支援員：おはよう！
利用者：おはよう
支援員：昨日はどう眠れた？さあ、今からお部屋を掃除するんで起きよか？
利用者：はい。



★利用者はどのような印象を受けるでしょうか？好ましいと思う言葉遣いになおしてみましょう。

支援員：「
利用者：おはよう
支援員：「
利用者：はい。

⇒改めて、それぞれの役になって会話してみましょう。

シーン2 ……ある支援の場面です。それぞれの役になって会話をしてみましょう。

支援員：買い物いくわ。買う物の書き出し、早く用意してよ。
利用者：はい。
支援員：これで、大丈夫？返事して。
利用者：はい。
支援員：うん、わかった。



★利用者はどのような印象を受けるでしょうか？好ましいと思う言葉遣いになおしてみましょう。

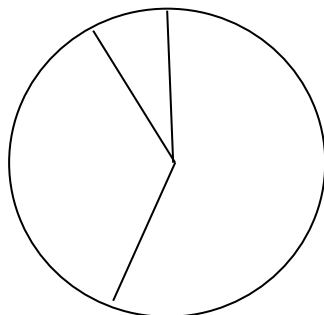
支援員：「
利用者：はい。
支援員：「
利用者：はい。
支援員：「

⇒改めて、それぞれの役になって会話してみましょう。

- ワークをとおして、考えたことや気づいたことを書いてみましょう。

クイズ 人の印象を決める要素はなんでしょう？？？（メラビアンの法則）

- 話の内容（言語）……………（ ）%
- 声の大きさやトーン、声の質、話し方（耳から入る情報）……（ ）%
- 表情、髪型、態度や雰囲気、しぐさなど（目から入る情報）……（ ）%



介護における尊厳の保持、自立支援

1. 人権について

「世界人権宣言」

第1条「すべての人間は、生まれながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とについて平等である。」

「日本国憲法」

第13条「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。」

第25条「すべての国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」

介護サービスに関わる私たちは、身体的・精神的な機能低下、疾病などにより日常生活に欠かすことのできない行為を援助することから、介護の必要な方が、人間として生きていくうえで欠かせない行為の支援を託されています。

2. 個人としての尊重、尊厳の保持

介護に携わる私たちは利用者の尊厳や基本的人権を脅かされないよう、また脅かすことのないよう擁護する立場にあります。利用者一人ひとりを、かけがえのない存在として認識し、それぞれの価値観、生き方の違いを認め尊重することが大切です。



介護福祉士の倫理綱領は介護に関わる私たちの共通認識として常に意識することが求められています。

参考： 日本介護福祉士会倫理綱領 1995年11月17日宣言

前文

私たち介護福祉士は、介護福祉ニーズを有するすべての人々が、住み慣れた地域において安心して老いることができ、そして暮らし続けていくことのできる社会の実現を願っています。

そのため、私たち日本介護福祉士会は、一人ひとりの心豊かな暮らしを支える介護福祉の専門職として、ここに倫理綱領を定め、自らの専門的知識・技術及び倫理的自覚をもって 最善の介護福祉サービスの提供に努めます。

1.利用者本位、自立支援

介護福祉士はすべての人々の基本的人権を擁護し、一人ひとりの住民が心豊かな暮らしと老後が送れるよう利用者本位の立場から自己決定を最大限尊重し、自立に向けた介護福祉サービスを提供していきます。

2.専門的サービスの提供

介護福祉士は、常に専門的知識・技術の研鑽に励むとともに、豊かな感性と的確な判断力を培い、深い洞察力をもって専門的サービスの提供に努めます。

また、介護福祉士は、介護福祉サービスの質的向上に努め、自己の実施した介護福祉サービスについては、常に専門職としての責任を負います。

3.プライバシーの保護

介護福祉士は、プライバシーを保護するため、職務上知り得た個人の情報を守ります。

4.総合的サービスの提供と積極的な連携、協力

介護福祉士は、利用者に最適なサービスを総合的に提供していくため、福祉、医療、保健その他関連する業務に従事する者と積極的な連携を図り、協力して行動します。

5.利用者ニーズの代弁

介護福祉士は、暮らしを支える視点から利用者の真のニーズを受けとめ、それを代弁していくことも重要な役割であると確認したうえで、考え、行動します。

6.地域福祉の推進

介護福祉士は、地域において生じる介護問題を解決していくために、専門職として常に積極的な態度で住民と接し、介護問題に対する深い理解が得られるよう努めるとともに、その介護力の強化に協力していきます。

7.後継者の育成

介護福祉士は全ての人々が将来にわたり安心して質の高い介護を受ける権利を享受できるよう介護福祉士に関する教育水準の向上と後継者の育成に力を注ぎます。

3. 利用者のプライバシーの保護

(1) プライバシー権とは何か

プライバシー権の内容については、かつては、「そっとしておいてもらう権利」とか、「私生活をみだりに公開されない権利」として理解されてきました。しかし、情報の社会化が進むなかで、現在では、「自己に関する情報をコントロールする権利」として積極的に理解されるようになってきています。個人が自律的に社会関係を形成するためには、公権力や第三者に干渉されることがあってはならず、そのためには、個人は、自己に関する情報をコントロールし、他に対して秘密にしておく権利を有すると考えられるようになったのです。

(2) プライバシーの保護と守秘義務

サービス提供事業者の従事者については、介護保険法に基づく運営基準において、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らしてはならないと定められています。※事業者に対しては、従事者であった者が守秘義務を守るよう必要な処置を講じる義務が定められています。

4. 人生の質（QOL）の考え方

QOL（Quality of Life）とは生活の質と訳されます。人が人間らしく望みどおりの生活を送れるようにするという意味で用いられます。QOLを向上させるためには、経済的側面だけでなく、心身の健康、住宅環境、生きがい、社会的な有用感、達成感、豊かな人間関係などの向上が必要であり、これを支えるのが福祉です。

※有用感・・・自分を取り巻く人間関係のなかで、自分がどれだけ大切な存在か存在価値を感じること、だれかの役に立っているという成就感、だれかに必要とされている満足感などを言う。

5. ノーマライゼーションの考え方

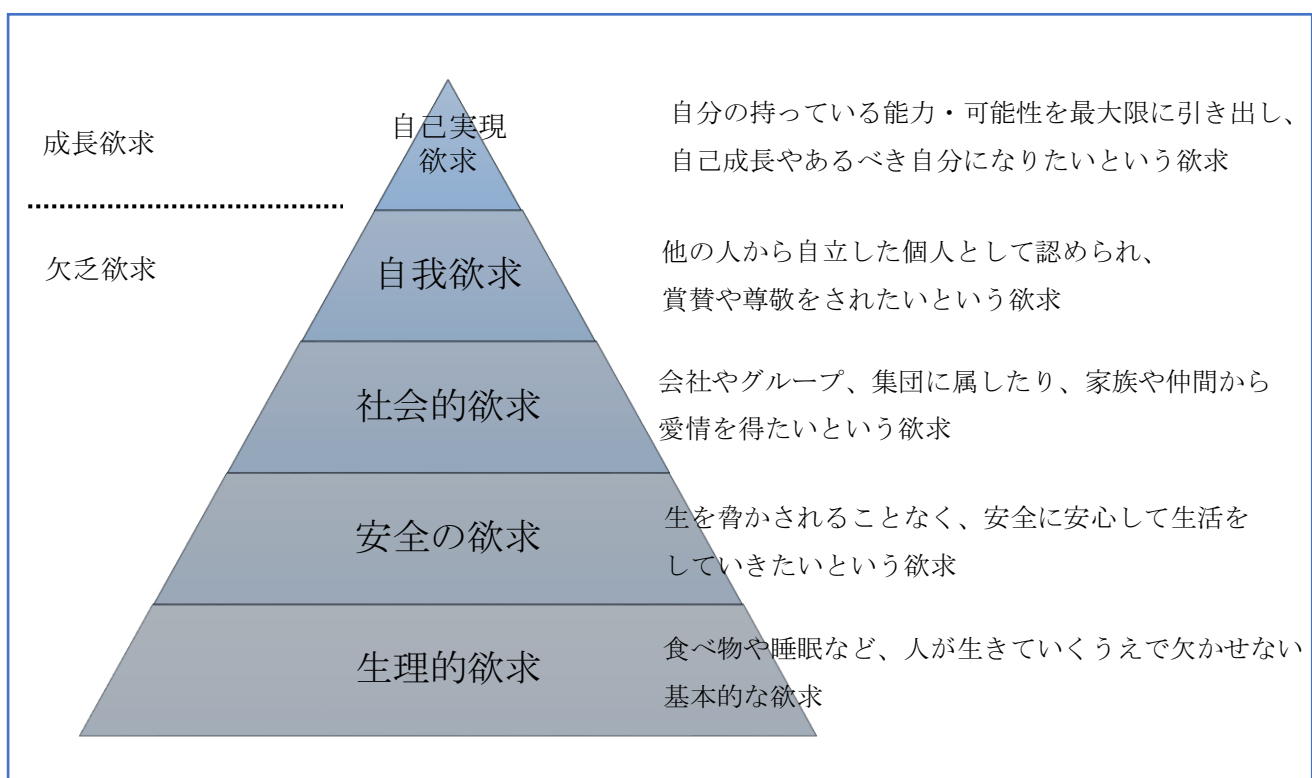
ノーマライゼーションとは、男女の性差や年齢差、障害の有無に関わらず、その人らしく生活できる社会を実現していくうえで大切な考え方です。

わが国の福祉改革の中心的な理念の一つであり、具体的な政策基準でもあり、実質的な行動規範として「障害の有無に関わらず、また障害がある人が特別視されることなく、社会に生活する個人として地域で生活していけること」とし、教育、就職、結婚、子育てといったノーマルな生活の保障です。

6. 自立に向けた介護

福祉サービスの目標は「個人の尊厳」「権利の擁護」を基本に、利用者の自立を支援し日々のQOLを確保することです。介護では、何らかの障害や疾病などで日常生活行為に支障がある人に対して、その人の思いに寄り添い、できるだけ残存機能を活用して、できることをしてもらいながらできない部分への支援をしていくことが大切です。本人の「自分でしよう」「自分でやりたい」と思うような動機づけをすることや「自分でやりたい」と思う欲求を高めることが大切です。

マズローの欲求段階説によると、人の欲求には5段階あり私たちはそれぞれの欲求を満たす介護を提供する視点を持つことが必要です。これらの欲求は生きる意欲でもあり個人の人生のすべての自己決定につながり、自己実現となって完成します。



【参考引用文献】

中央法規出版株式会社 介護福祉士実務者研修テキスト 第1巻

(株) QOLサービス 第1分冊 介護職員初任者研修テキスト

一般財団法人 長寿社会開発センター 介護職員初任者研修テキスト (第2版) 第1巻

介護の基本

1. 安全対策、感染対策（リスクマネジメント、事故報告、情報の共有）

（1） 介護事故とは

介護事故とは、介護者と被介護者が、介護を提供する場を介して、介護関係にあるときに発生した事故のことです。

※高齢者の3大事故「転倒、転落、誤嚥」

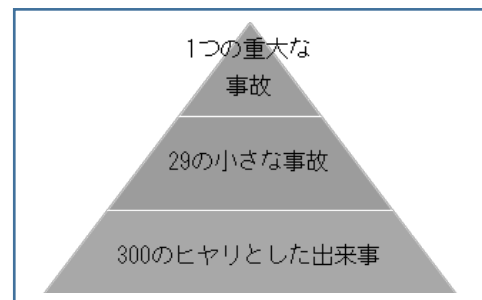
（2） リスクマネジメントとは

リスクとは、損失、または損失の危険性、危険性そのものを意味する言葉です。介護現場では、事故はさまざまな要因で発生します。その要因を把握し、対策立案を行う過程をリスクマネジメントといいます。

【ハインリッヒの法則】

① 「ハインリッヒの法則」

リスクマネジメントでよく紹介されるのが、ハインリッヒの法則です。ハインリッヒは、1つの重大な事故の背景には29の軽微な事故があり、その背景には300のインシデント（ヒヤリ・ハットなど）があると述べています。（図2）

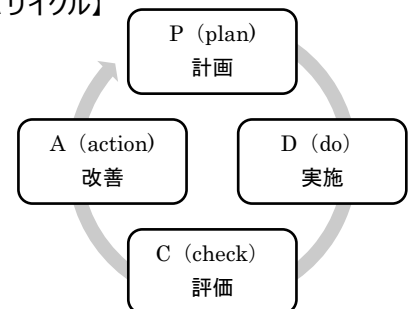


（図2）

② リスクマネジメントの過程

リスクマネジメントの過程は、半ば永久運動のようにP D C Aサイクル過程をとります。これはリスク状況を常に把握することを意味しています。つまり目につく顕在的なリスクに対する対策、立案を行うと、その状況下で新たなリスク状況が発生するため、その潜在化するリスクをあぶり出すことがリスクマネジメントでは大変重要なのです。リスクは常に潜在化し、常に存在する、という理解が大切です。（図3）

【P D C Aサイクル】



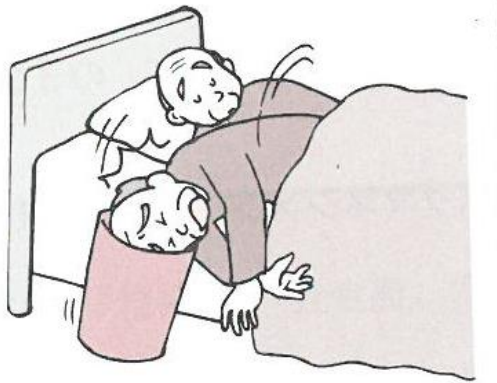
（図3）

③ 情報の共有

リスクマネジメントでは同じ事故を起こさないようにするために、情報の共有が特に重要となります。以下の点に留意して情報共有しましょう。

- ① 迅速な対応…事故発生後、迅速に対応すること。
- ② 正確な情報共有…情報を正しく共有すること。同じように共有すること。
- ③ 迅速な対策立案・実行…再発防止の行動も迅速に行うこと。

※リスクマネジメントそのものは、人が「リスクを考えつく」ところから始まります。



ベッドのそばのゴミ箱は便利ですがこのよ
うなリスクもあります。

★下の絵を見て考えてみましょう。

どのようなリスクがかんがえられますか？ 枠の中に考えつくリスクを書き出してみましょう。



(3) 感染対策

① 感染の原因と経路

- ・接触感染・・・直接病原体に接触して感染します。主役は「手」。(疥癬・ノロウイルス・MRSA・緑膿菌など)
- ・空気感染・・・空気中を漂っている菌やウイルスを吸い込むことによって感染します。(結核菌・麻疹・水痘など) 結核菌は、せき・たんとともに吐き出され、空気中を漂っていきます。したがって菌を周囲にばらまいている人は、入院のうえ、隔離して治療します。
- ・飛沫感染・・・咳・くしゃみ・会話などで飛んだ粒子飛沫から感染します。(かぜ・インフルエンザ・風疹・流行性耳下腺炎など)
- ・血液感染・・・ウイルスがすんでいる血液が、直接別の人の血液に入って感染します。(B型・C型肝炎・梅毒・エイズなど)

② 標準予防策 (スタンダード・プリコーション)

感染症の種類にかかわらず、標準予防策を徹底することが大切です。いろいろな病原体(未知の病原体を含めて)以下の4つに多量に含まれているので、これらを扱うときにこそ「感染のリスクがあるもの、感染する可能性があるもの」として注意を促しています。

- ・血液
- ・体液、分泌物、嘔吐物、排せつ物(汗を除く)
- ・障害のある皮膚
- ・粘膜



素手で触らない
触りそうときは手袋をする
触ってしまったら手を洗う
たとえ手袋をしていたとしても
外した後は手を洗う

※感染予防の基本戦略は、「手洗いに始まって手洗いに終わる」といわれるほど、

手洗いが重要視されています。「1ケア1手洗い」の徹底が必要です。

(手洗いマニュアル)

1. 手を洗う時は、時計や指輪をはずす
2. 爪は短く切っておく
3. 手洗いが雑になりやすい部分は、注意して洗う
4. 使い捨てのペーパータオルを使用する
5. 水道栓の開閉は、手首・肘などで簡単に出来るものが望ましい
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. 手を完全に乾燥させる事

II 正しい手洗いの方法 II 手洗いの順序 →→→→→



1. 手のひらを合わせてよく洗う



2. 手の甲を伸ばすように洗う



3. 指先・爪の間をよく洗う



4. 指の間を十分に洗う



5. 親指と手掌をねじり洗いする



6. 手首を洗う



7. 水道の栓を止める時は、手首か肘で止める・ペーパータオルを使用して止める。



II 禁止すべき手洗い方法 II

1. ベースキン法(浸漬法・溜まり水)
2. **共同使用する布タオル**

※『厚生労働省』より「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」を引用

2. 介護職の安全

介護職の健康管理

介護職の仕事では、常に自分自身の健康管理が大切です。介護職の健康管理が介護の質に影響するからです。自己管理して仕事につくことは、職業倫理のひとつといえます。健康管理とは、具体的には必要な栄養を十分に取り、睡眠と休養を十分にとることです。定期的な健康管理を受けて自分の健康状態を知りましょう。どこか異常が見つかった人は治療に専念し、経過観察が必要な人は「今は健康な状態ではない」という自覚が必要です。

(1) 感染症の理解

介護職は、利用者から思わぬ病気をもらうことがあります。たとえば流行性結膜炎やインフルエンザなどもあります。また自分が利用者に病気をうつしてしまうこともあるかもしれません。感染症に対する知識を深め、手洗いうがいを励行して、自分が病原体の媒介者にならないという心構えをもつことが大切です。

(2) 腰痛予防

<腰痛の発生要因>

① 「動作要因」

介護・看護作業等の人力による人の抱え作業や不自然な姿勢をとったことによる腰痛要因

② 「環境要因」

滑りやすい床面や段差等や暗い場所で作業するなどによっておこる腰痛要因

③ 「個人的要因」

年齢や性、既往症および基礎疾患などがあることに対する腰痛要因

④ 「心理・社会的要因」

職場での対人トラブル、過重な疲労、心理的負荷等が生じることによっておこる腰痛要因

<腰痛予防>

① 利用者の残存能力の活用

あらかじめ利用者の残存機能等の状態を確認し、利用者の協力を得た介護を行うとよいでしょう。

② 福祉用具の利用

スライディングボード、スライドシート、利用者の状態にあった車いす、リフトを使用します。

③ 介助姿勢、動作の見直しをします。(不自然な姿勢を改善する)

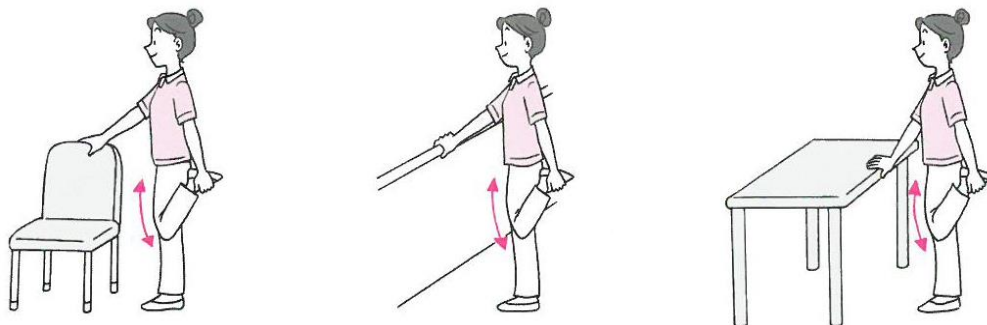
- ・利用者に自分の身体を近づける。
- ・ベッドの高さを調節する。
- ・椅子に腰かける。または、中腰にならないように腰を曲げる。
- ・利用者に正面から向かうことができるように、体の向きやスペースを工夫する。
- ・ストレッチングを行い柔軟な身体作りを心がける。



図1 介護・看護作業などでのストレッチング（例）

廊下、フロアなどで行うストレッチングです。介護施設には手すり、テーブル、いす、受付カウンターなどがあります。それらをストレッチングの補助道具として利用します。

①手すり、いすなどを利用した大腿前面（太ももの前側）のストレッチング



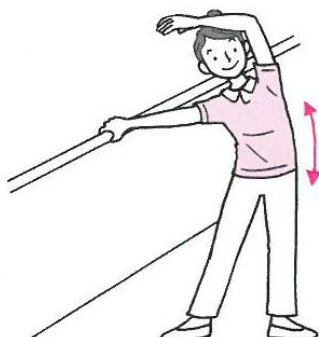
20～30 秒間姿勢を維持し、左右それぞれ1～3回伸ばす。

②手すり、いすなどを利用した下腿後面（ふくらはぎ）のストレッチング



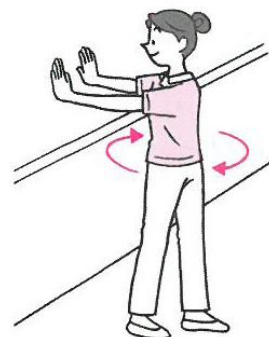
20～30 秒間姿勢を維持し、左右それぞれ1～3回伸ばす。

③手すり、壁を利用した体側のストレッチング



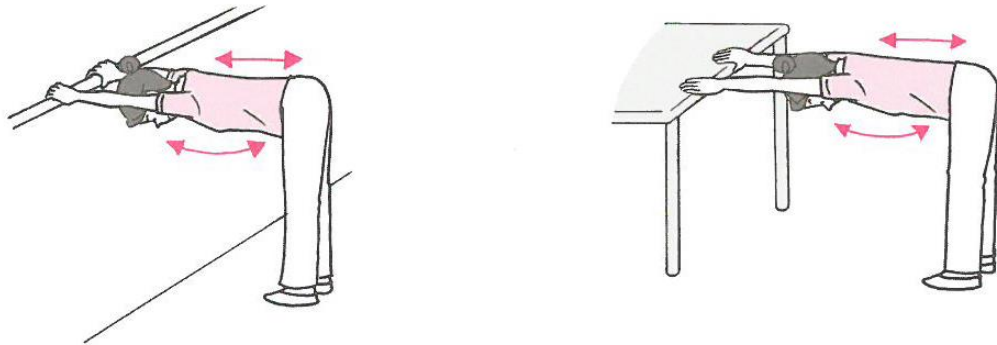
20～30 秒間姿勢を維持し、左右それぞれ1～3回伸ばす。

④手すり、壁を利用した大腿外側部（太ももの外側）・臀部（お尻）・腹部のストレッチング



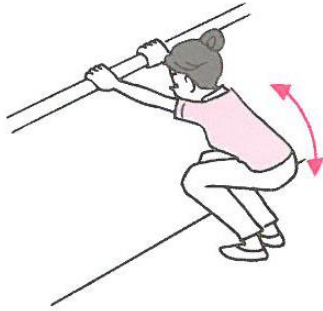
壁に背を向けて立ち、上体を壁に向けてひねる。20～30 秒間姿勢を維持し、左右それぞれ1～3回伸ばす。

⑤手すり、机などを利用した上半身のストレッチング

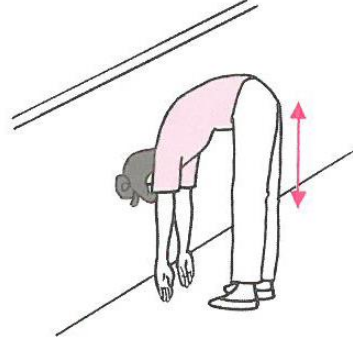


20～30 秒間姿勢を維持し、1～3回伸ばす。

⑥手すりを利用した背中中のストレッチング



⑦廊下やその他のスペースで行う大腿後面（太ももの後ろ側）のストレッチング



20～30 秒間姿勢を維持し、1～3回伸ばす。

(資料出所：中央法規『介護福祉士実務者研修テキスト』)

(3) ストレスマネジメント

① 介護職が受けやすいストレス（ケアハラスメント）

- ・利用者側の意識・態度
- ・身体的暴力・精神的暴力
- ・性的嫌がらせ
- ・不適正事例の依頼・実施
- ・医療行為の依頼・実施



② 職場でのストレス対策

不安や悩みを相談できる職場づくりが大切になります。介護職の不安や悩みに対しては、まずじっくり本人の話に耳を傾けて共感し、本人とともに解決策を導き出していく必要があります。ストレスマネジメント対策としては、早期発見以上にストレスを極力発生させない取組みが大切です。定期的な話し合いや面談、ストレスチェックなどをして、一人ひとりのストレスマネジメントをすることが必要です。

③ ストレスからの脱却

介護職の仕事は、対人援助ですから、多少のストレスは避けられないことかもしれません。だからこそ自分自身の心のメカニズムを十分に知ることが大切です。職場でのストレスは職場で解決するのが一番です。上司や同僚に相談してみましょう。もしかすると同僚も同じストレスを抱えているかもしれません。そして意外にも簡単に解決の糸口が見つかることがあります。糸口が見つければそれを実践しましょう。

ストレスの原因を探り、解決方法を見だし実践することが「ストレスマネジメント」です。

よい人間関係がエネルギー源 → よい人間関係 = 深い安心感

※ストレスは確実に存在します。ストレスに立ち向かう勇気と回避できる技を身につけましょう。

【参考引用文献】

中央法規出版株式会社 介護福祉士実務者研修テキスト 第1巻

(株) QOLサービス 第1分冊 介護職員初任者研修テキスト

一般財団法人 長寿社会開発センター 介護職員初任者研修テキスト (第2版) 第1巻

生活支援技術

1. 家事援助に関する基礎的知識と生活支援

(1) 生活支援とは

調理・掃除・洗濯といった生活支援は「家事代行」ではありません。生活援助の大きな目的は、利用者の日常生活の維持です。利用者ができるだけ身体的にも精神的にも自立できるように援助するのが大切な役割です。もう 1 つ重要なのは予防です。風邪をこじらせて肺炎になってしまつては、自立した生活が困難になるだけでなく場合によっては命にも関わります。「転ばせない」「風邪をひかせない」「誤嚥させない」「閉じこもらせない」この予防を念頭に置いてサービスを行いましょ。日頃からの予防が自立につながっていくのです。



常に見守りや観察を怠らずに、利用者の変化にすぐ気づき、速やかに対応することが重要です。



(2) 生活歴・価値観の理解

① 個別性の尊重、生活習慣の尊重

老化や障害の進行で習慣行為が継続困難になつても、できるだけ従来の生活習慣を変えず、可能な限り継続できるよう介護者が援助することが生活支援です。

② 意欲を引き出す生活支援（自立支援）

人生において自ら選択し、決定した生き方こそ、「個人の尊厳」にふさわしい生活です。介護における「自己決定の原則」や「主体性の尊重」とは、過去の自立していた生活にできるだけ近い状況を生活支援によって実現することです。それが、生きる喜びや意欲、明日への希望を引き出すのです。

③ 信頼関係の形成と守秘義務

信頼関係の形成のために、介護者としての適切な関わりが求められます。利用者のなかには依存傾向の強い方もいます。「親しき仲にも礼儀あり」です。介護者側が適切な距離感を常に意識しましょう。また、複数の介護者間でのチームワークや情報の共有を心がけましょう。

生活支援は、個人のプライバシーに深く関わる領域です。「職業上知りえた利用者のプライバシーはみだりに口外してはならない」という守秘義務があります。ただし、所属の訪問介護事業所に利用者の個人情報や家庭状況を報告することは守秘義務違反となりません。また、一定のルールのもと利用者の安全や命のために警察や医療機関に情報を提供できる場合もあります。

2. 生活援助

(1) 家事援助の目的と機能

家事援助とは、生命体としての人間の生理的欲求（栄養補給、睡眠など）と安全の欲求（保温と換気、衛生管理など）を援助することです。具体的には、日常生活の援助、住居の維持・管理の援助（食材の調達・保存、掃除や洗濯）などがあげられます。また、社会的関係への援助としては、手紙や電話による連絡、地域社会や家族への連絡・手続き、調整などがあります。

家事援助とは、老化や障害で日常生活に支障が生じた場合、衣食住の生活維持と向上を目指して援助することで、社会的交流や活動、自己実現を可能とすることを目的としています。

(2) 身体介護と家事援助（生活援助）の相違

介護保険制度上のサービスでは、訪問介護の中の生活援助として位置づけられています。調理、洗濯、買物、清掃などがあり、利用者本人の日常生活の援助に限られています。認知症の方や一人暮らしの高齢者には、家事援助だけでなく、広く生活支援の視点が大切です。健康状態を把握し、観察を行い必要に応じた支援が求められます。



ア：調理

調理とは、食材・食品などをおいしく食べるために行う操作や順序等をいいます。私たちが生きていくためには、食物からの栄養摂取が不可欠であり、調理とは必要な栄養素を効果的に摂取できるように行われるものです。

※国民の健康の維持及・増進、生活習慣病の第一次予防を目的としてエネルギーおよび各栄養素の摂取基準（「日本人の食事摂取基準（2015年版）」）が設けられています。（表1）

表1 エネルギーの食事摂取基準：推定エネルギー必要量（抜粋）¹⁾ (kcal/日)

性別	男性			女性		
	I	II	III	I	II	III
身体活動レベル						
50～69（歳）	2,100	2,450	2,800	1,650	1,900	2,200
70以上（歳） ²⁾	1,850	2,200	2,500	1,500	1,750	2,000

1 身体活動レベルは、低い、普通、高いの3つのレベルとして、それぞれI、II、IIIで示した。

2 主として70～75歳ならびに自由な生活を営んでいる対象者に基づく報告から算定した。

資料出所：厚生労働省「日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会報告書」より抜粋

※人の生命活動を維持するために必要な栄養素は、大きく分けて糖質(炭水化物)、脂質、たんぱく質の3つで、3大栄養素と呼んでいます。これらは互いに関連しあいながら、また変換しながら生命の維持に不可欠なエネルギー源となります。3大栄養素が過剰になると肥満になったり、不足すると疲労や免疫力の低下が起こります。

<高齢者への調理の工夫>

一般に高齢になると、歯が抜けたり、歯肉が痩せて咀嚼力が低下したりします。次のような調理の工夫をすると、咀嚼しやすくなります。

野菜類…固い食材は、隠し包丁を入れたり、小さく切って軟らかく煮たり、します。

肉類…ひき肉または薄切り肉を使います。煮すぎると固くなるので注意します。

煮物…野菜類は時間をかけてゆっくり煮ます。

炒め物…野菜などはいったんゆでてから炒めます。

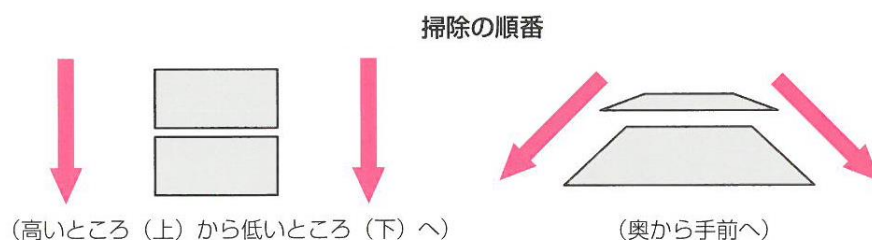
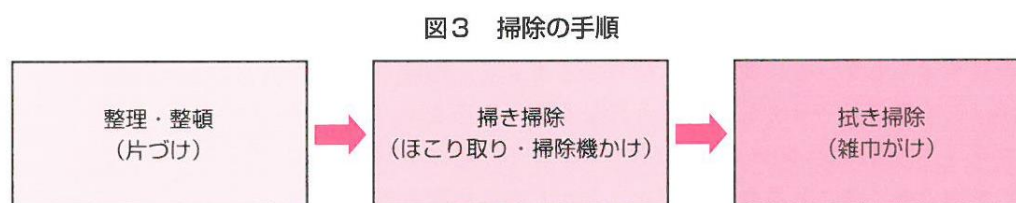
揚げ物…揚げ物の表面の衣が固くて食べにくい場合は、揚げてからだし汁やあんかけなど、再加熱します。

イ： 掃除

住まいは私たちを取り巻く身近な環境ですが、生活行為などで汚れます。掃除の目標は、自立した生活を営むことができるよう、利用者が安全で快適な生活ができるように支援することです。利用者はそれぞれにやり方があります。不満を感じさせるような掃除では、援助の目標を十分に果たすことはできません。また、利用者ができるところまで支援者が行っている、自立支援の生活援助にはなりません。

① 掃除の手順

掃除の手順は、上から下へ、奥から手前へ、が基本です。



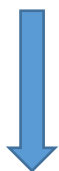
(資料出所：(公財) 介護労働安定センター 介護職員初任者研修テキスト 第4分冊)

【整理・整頓】



掃き掃除をする前に物を片づけます。片づける前に、どこにあったかをしっかりと記憶にとどめましょう。元あった場所に戻ることが基本です。

【掃き掃除】 (ほこり取り・掃除機かけ)



拭き掃除の準備として行います。ほこりがある状態で拭き掃除をすると、雑巾についたほこりが他の部分についてしまうからです。掃除機の中は乾燥したごみでいっぱいですから、たばこの吸い殻は吸わないようにしましょう。ほこりは、室内の空気の流りが遮断されたところにたまります。吸い取る場所に応じてノズルの先端を使い分けます。

【拭き掃除】

ほこりを取った後に雑巾で水拭きします。洗剤を使う場合は、表示に従った方法で行いましょう。雑巾は汚れた面を使い続けず、使い終わった雑巾は、水洗いだけでなく洗剤で洗って乾かしましょう。

ウ：洗濯

洗濯で大切なのは素材について理解し、素材にあった洗濯方法を選ぶことです。

わが国では、消費者保護のための「家庭用品品質表示表」に基づいて、繊維製品の取扱いに関する表示記号およびその表示方法が定められています。

新しい洗濯表示

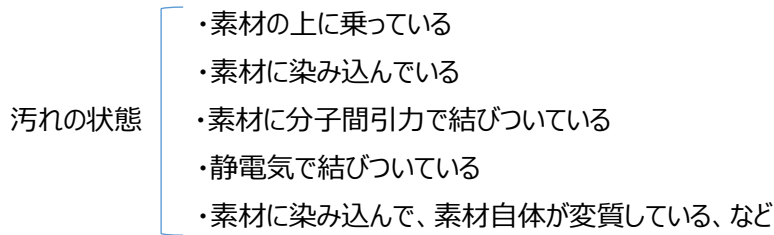
平成28年12月
から

洗濯のしかた		乾燥のしかた		アイロンのかけかた	
	液温は95℃を限度とし、洗濯機で洗濯ができる	タンブル乾燥			底面温度200℃を限度としてアイロン仕上げができる
	液温は70℃を限度とし、洗濯機で洗濯ができる		タンブル乾燥ができる (排気温度上限80℃)		底面温度150℃を限度としてアイロン仕上げができる
	液温は60℃を限度とし、洗濯機で洗濯ができる		低い温度でのタンブル乾燥ができる (排気温度上限60℃)		底面温度110℃を限度としてスチームなしでアイロン仕上げができる
	液温は60℃を限度とし、洗濯機で弱い洗濯ができる		タンブル乾燥禁止		アイロン仕上げ禁止
	液温は50℃を限度とし、洗濯機で洗濯ができる	自然乾燥		クリーニングの種類	
	液温は50℃を限度とし、洗濯機で弱い洗濯ができる		つり干しがよい	ドライクリーニング	
	液温は40℃を限度とし、洗濯機で洗濯ができる		日陰のつり干しがよい		パークロエチレン及び石油系溶剤によるドライクリーニングができる
	液温は40℃を限度とし、洗濯機で弱い洗濯ができる		ぬれつり干しがよい		パークロエチレン及び石油系溶剤による弱いドライクリーニングができる
	液温は40℃を限度とし、洗濯機で非常に弱い洗濯ができる		日陰のぬれつり干しがよい		石油系溶剤によるドライクリーニングができる
	液温は30℃を限度とし、洗濯機で洗濯ができる		平干しがよい		石油系溶剤による弱いドライクリーニングができる
	液温は30℃を限度とし、洗濯機で弱い洗濯ができる		日陰の平干しがよい		ドライクリーニング禁止
	液温は30℃を限度とし、洗濯機で非常に弱い洗濯ができる		ぬれ平干しがよい	ウエットクリーニング	
	液温は40℃を限度とし、手洗いができる		日陰のぬれ平干しがよい		ウエットクリーニングができる
	家庭での洗濯禁止	ぬれ干しとは、洗濯機による脱水や、手でねじり絞りをしないで干すことです。			弱い操作によるウエットクリーニングができる
					非常に弱い操作によるウエットクリーニングができる
					ウエットクリーニング禁止

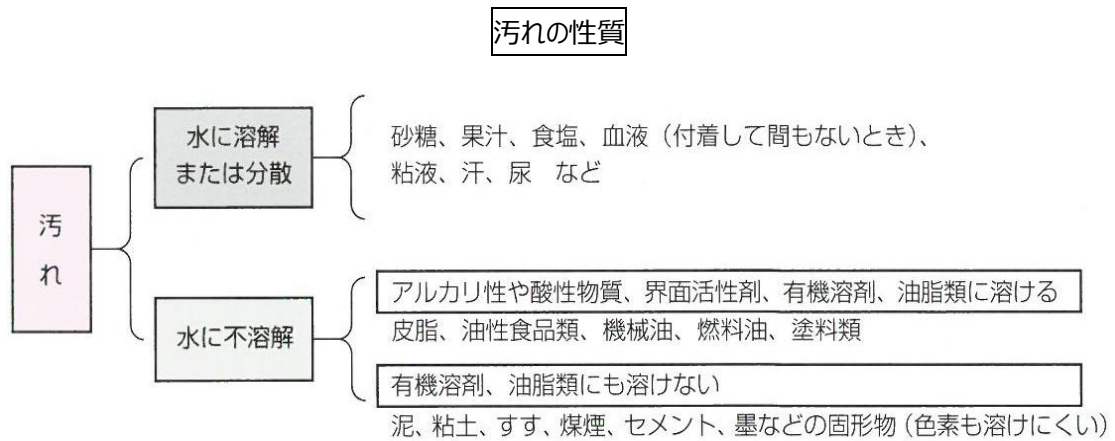
ウエットクリーニングとは、クリーニング店が特殊な技術で行うプロの水洗いと仕上げまで含む洗濯です。

(資料出所：消費者庁ホームページ http://www.caa.go.jp/policies/policy/representation/household_goods/laundry_symbols.html)

①汚れについて



汚れには、水に溶けて分散するものと、水に溶解しないものがあります。

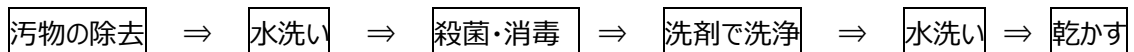


（資料出所：（公財）介護労働安定センター 介護職員初任者研修テキスト 第4分冊）

②排せつ物のついた衣類やおむつの洗い方

排せつ物のついた衣類やおむつは汚染物です。原則は洗浄、消毒の順で行います。

* 排せつ物のついた衣類やおむつの洗い方手順 *



③洗濯の過程

洗濯の過程は、汚れ物を出すところから、整理して収納するまでの流れです。表 10 の①から⑫までの過程において、利用者が行うことができるかどうかをアセスメントします。どの部分までならできるのか、できないのはなぜか、どうすれば（どのように支援すれば）できるのかについて、利用者とともに手順を検討します。

※利用者のなかには、洗濯の干し方やたたみ方などにこだわりがある場合もあるので、利用者の習慣を尊重し、自立支援につなげることが大切です。(表 3)

洗濯の過程(表 3)

汚れ物を出す	①汚れを認識する。 ②汚れ物を出す（着替える）。
仕分け	③水洗いかドライクリーニングかを選び分ける。 ④白いもの・色が落ちるものに分ける。
洗濯	⑤洗濯機に洗濯物を入れる。 ⑥洗剤を選んで洗濯機に入れる。 ⑦洗濯機のコース（洗い方・時間など）を選び、スイッチを押す。 ⑧洗濯機から取り出して干す。
取り込み	⑨洗濯物が乾いたら取り込む。
整理・収納	⑩洗濯物をたたむ。 ⑪アイロンが必要なものはアイロンをかける。 ⑫整理して収納する。

(資料出所：(公財) 介護労働安定センター 介護職員初任者研修テキスト 第 4 分冊)

Ⅰ： 金銭の取扱いに関する配慮

食料品や消耗品など日常的な買い物を頼まれる場合があります。預かったお金・レシート・買った品物・残金を、利用者へ、その場でよく確認してもらいます。また、金融機関での金銭の引き出し・預かり入れ・振り込み・送金などの代行業を頼まれても安易に引き受けないことが原則です。一人暮らしで近くに親戚もいない場合は、行政の担当窓口にご相談しましょう。紛失事故や勘違いなどのトラブルがおきないように、この点を利用者にもよく説明し、理解してもらうことが大切です

3. 介護保険対象・対象外の支援

(1) 介護保険対象の支援

生活援助

清掃、洗濯、ベッドメイク、衣類の整理・補修、一般的な調理・配膳・下膳、
買い物、薬の受け取り
(正月のための特別な手間をかけた調理は×)

身体介護

排泄介助、食事介助、清拭・入浴介助、身体整容、洗面、更衣介助、体位交換、移乗・移動介助、
通院・外出介助、就寝・起床介助
自立支援のための見守り援助
特段の専門的配慮をもって行う調理（嚥下困難者のための流動食、糖尿病食等の調理）

(2) 介護保険対象外の支援

① 介護保険対象外サービス

直接本人の援助にはならない家事や、しなくても日常生活に支障のない行為、また、日常の家事を超えている行為です。具体的には、来客へのお茶の接待、庭木の水やり、犬の散歩、草取り、家具の修繕、車の手入れ、大掃除、部屋の模様替えなどです。

② 介護保険対象外サービスの要求への対応

利用者から介護保険対象外のサービスを求められた場合、サービス提供責任者や保険者（市町村）に確認を求めます。そのサービスが対象外の場合は、対応できないことを説明して、介護保険外のサービス利用を助言します。介護保険以外の社会資源としては、以下のものがあります。

フォーマルなサービス

介護保険サービス・行政、医療・保険サービス・地域包括支援センター・社会福祉協議会の支援、非営利団体（NPO）などの制度に基づくサービス。

インフォーマルなサービス

地域のボランティアサービス、町内会・自治会・婦人会や老人会、家族の会からのサービスのほか家族・近隣・友人・民生委員など制度に基づかない援助。

【参考・引用文献】

一般財団法人 長寿社会開発センター 介護職員初任者研修テキスト 第3巻
(公財) 介護労働安定センター 介護職員初任者研修テキスト 第4分冊
(公財) 介護労働安定センター ホームヘルパー2級テキスト(2004年度版)

“生活支援”ってどこまで？ クイズ！！



下記の質問に ○か、 × で、お答えください。

1. 利用者の部屋の窓ガラスを磨くのは、一般的に生活援助に含まれる。
2. 利用者の来客への応接は、生活援助としている。
3. 薬の受け取りは、生活援助に含まれる。
4. 利用者が家族と同居しているときは、いかなる場合でも生活援助を利用することはできない。
5. 利用者の家族の部屋の掃除は、「直接本人の援助」に該当しない行為であり、生活援助の範囲に含まれない。
6. 利用者の家具や電気器具などの移動・修繕くらいは、生活援助に含まれる。
7. 大掃除や家屋の修繕は、月に1回なら生活援助になる。
8. 利用者にどうしても頼まれたので、家屋の修繕とペンキ塗りを生活援助として行った。



Memo



A series of ten horizontal dashed lines for writing, spanning the width of the page.



