

第2巻 第1章 介護福祉士と介護の考え方（介護の基本Ⅰ）

第1節 介護福祉士の役割と機能

【この節で学ぶこと】

- 介護福祉士の法的定義・義務・キャリアパスを理解する
- 介護予防・看取り・災害時における介護福祉士の役割を理解する
- 実務者研修の位置づけと科目構成を把握する

1. 介護福祉士を取り巻く状況

① 介護問題の背景と介護福祉士制度

◆ 公的サービスの整備と人材の養成・確保

専門的サービスとしての「介護」の歴史はそれほど長くありません。はじめは経済的に困窮している人を支援することが中心でした。

1963年（昭和38年）に老人福祉法が制定され、特別養護老人ホームが設けられました。その後、在宅ではホームヘルプサービス（家庭養護婦派遣事業）が1956年（昭和31年）にスタートしました。

◆ 介護福祉士制度の誕生

1980年代に入ると、質のよい介護サービスを保証する人材の確保が新たな課題となりました。介護の需要拡大と人材の質向上が急務となり、介護福祉士誕生の土台ができました。

② 求められる介護福祉士像

1987年（昭和62年）に社会福祉士及び介護福祉士法が制定されました。2017年（平成29年）に見直された「求められる介護福祉士像」は以下のとおりです。

【求められる介護福祉士像（2017年改定・10項目）】

- 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（上位に位置づけ）

2. 社会福祉士及び介護福祉士法

① 法の制定と改正

社会福祉士及び介護福祉士法は 1987 年（昭和 62 年）5 月に制定されました。その後、2007 年・2011 年に改正され、介護福祉士の定義・義務規定が整備されました。

② 介護福祉士の義務規定

条文	内容
第 44 条の 2（誠実義務）	個人の尊厳の保持と自立支援を念頭に、誠実に業務を行う
第 45 条（信用失墜行為の禁止）	介護福祉士の信用を傷つける行為をしてはならない
第 46 条（秘密保持義務）	業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない（退職後も同様）
第 47 条（連携）	担当者の心身の状況等に応じ、福祉サービス関係者と連携する
第 47 条の 2（資質向上の責務）	環境の変化に適応するため、知識・技能の向上に努める
第 48 条（名称の使用制限）	介護福祉士でない者は「介護福祉士」の名称を使用できない

△ 重要ポイント

2011 年改正で喀痰吸引等の行為が法的に位置づけられ、「医師の指示の下」という条件のもとで実施できることとされました。

3. 介護福祉士のキャリアパス

① 資格取得方法

介護福祉士の資格取得方法には3つのルートがあります。

養成施設ルート	実務経験ルート	福祉系高校ルート
介護福祉士養成施設（2年以上）を卒業	実務経験3年以上＋実務者研修の修了	福祉系高校卒業

② 実務者研修の位置づけ

実務者研修は、国家試験を受験しようとする実務経験者に対して受講が義務づけられています。目的は2つです。

- 幅広い利用者に対する基本的な介護提供能力の修得
- 今後の制度改正や新たな課題・技術・知見を自ら把握できる能力の獲得

研修時間は合計450時間（表1-4）。科目はⅠ（基本的事項）とⅡ（応用的事項）に分類されます。

教育内容	時間数	合計
人間と社会（人間の尊厳と自立、社会の理解Ⅰ・Ⅱ）	40	40
介護（介護の基本Ⅰ・Ⅱ、コミュニケーション技術、生活支援技術Ⅰ・Ⅱ、介護過程Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）	190	190
こころとからだのしくみ（Ⅰ・Ⅱ、発達と老化Ⅰ・Ⅱ、認知症理解Ⅰ・Ⅱ、障害理解Ⅰ・Ⅱ）	170	170
医療的ケア	50（別途演習）	50
合計		450

③ 介護人材の確保対策

2025年（令和7年）には約38万人の介護人材が不足すると推計されています。厚生労働省は2015年（平成27年）、介護人材確保に向けた4つの基本的な考え方を示しました。

【介護人材確保に向けた 4 つの基本的な考え方】

- ① 持続的な人材確保サイクルの確立（参入促進・労働環境改善・資質向上の 3 アプローチ）
- ② 介護人材の構造転換（まんじゅう型 → 富士山型）
- ③ 地域のすべての関係主体が連携し、介護人材を育む体制の整備
- ④ 中長期的視点に立った計画の策定（2025 年を目標年次）

4. 介護福祉士の活動の場と役割

① 介護予防

介護予防とは、高齢者が要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を目的として行うものです。

2005 年（平成 17 年）の介護保険法改正で「要支援」が「要支援 1」「要支援 2」の 2 区分に拡大されました。

【介護予防の考え方（2040 年に向けて）】

ゼロ次予防：地域環境・社会環境の整備・改善

一次予防：社会参加する（元気な人を対象）

二次予防：虚弱化を遅らせる

三次予防：重度化を遅らせる

もうひとつの予防：地域で「つながる」状態に向けた支援

② 看取り

介護福祉士には利用者本人が人生の最終段階において望む生活を、可能な限り実現できるようにサポートする役割があります。

死亡場所の推移	介護福祉士の役割
1951 年：自宅 82.5% / 病院 9.1% 2018 年： 自宅 13.7% / 病院 72.0% 老人ホーム 8.0%	2006 年に看取り介護加算が創設。夜間対応型訪問介護・定期巡回随時対応型訪問介護看護などのサービスが充実

看取りにあたっては利用者と家族への十分な説明と同意が必要です。最期を迎える利用者には QOL を重視した支援が求められます。医療職との緊密な連携が不可欠です。

③ 災害時

2011 年東日本大震災、2016 年熊本地震、2018 年西日本豪雨など多くの自然災害が発生しています。

用語	説明
要配慮者	配慮を必要とする高齢者、障害者、乳幼児など
避難行動要支援者	自ら避難することが困難な者で、特に支援を要するもの
DWAT（災害派遣福祉チーム）	災害発生後の初期段階に被災地に入り、避難所で要配慮者を支援する福祉専門職チーム

介護福祉士は平常時の専門性をいかした介護実践を大切にしつつ、地域や他職種との連携を深めておくことが不可欠です。

キーワードまとめ

用語	読み	意味
特別養護老人ホーム	とくべつようごろうじんほーむ	老人福祉法にもとづく入所型施設。65 歳以上で常時介護が必要な者が対象
廃用症候群	はいようしょうこうぐん	安静状態が長期に続くことで生じる身体的・精神的機能低下
名称独占	めいしょうどくせん	介護福祉士の資格をもつ者だけが「介護福祉士」の名称を使用できる法的規制
実務者研修	じつむしゃけんしゅう	国家試験受験に必要な 450 時間の研修（2007 年の法改正で義務化）
QOL	きゅーおーえる	Quality of Life。「生活の質」「人生の質」。利用者一人ひとりの満足・幸福感
アウトリーチ	あうとりーち	生活課題をかかえながら支援に

用語	読み	意味
DWAT	でいーわっと	接触できない個人・家族へ支援者側が積極的に向かい合うこと 災害派遣福祉チーム。被災地の避難所で要配慮者を支援する福祉専門職チーム

学習のポイント

- 介護福祉士は 1987 年制定の「社会福祉士及び介護福祉士法」にもとづく国家資格（名称独占）
- 2007 年改正で定義が「心身の状況に応じた介護」に改め、2011 年改正で喫煙吸引が法的位置づけに
- 義務規定：誠実義務・信用失墜行為の禁止・秘密保持義務・連携・資質向上の責務・名称使用制限
- 資格取得の 3 ルート：養成施設ルート・実務経験ルート（3 年以上＋実務者研修）・福祉系高校ルート
- 実務者研修は合計 450 時間。2025 年には約 38 万人の介護人材不足が見込まれる
- 介護予防・看取り・災害時支援が介護福祉士の重要な活動領域
- DWAT は災害発生後の初期段階に被災地へ入る福祉専門職チーム

第 2 節 尊厳の保持、自立に向けた介護の考え方と展開

【この節で学ぶこと】

- 利用者の尊厳を守る専門的な介護サービスの考え方を理解する
- 自立支援・生活の再構築の意味を理解する
- ICF の視点をいかした介護実践の考え方を理解する
- リハビリテーション・個別ケアの考え方を理解する
- チームケア・根拠にもとづいた介護の重要性を理解する

1. 利用者に合わせた生活支援

① 介護職による利用者の尊厳の保持

介護保険法第 1 条では、保険給付の目的として介護を必要とする者の「尊厳の保持」がうたわれています。

障害や要介護状態にある人の尊厳を守るためには、介護職の資質や資格要件が重要です。身体的あるいは知的機能に障害のある人の生活を支える介護サービスとは、本来、だれが行ってもよい仕事でも、だれにでもできる仕事でもありません。

② 生活支援における「生活」の意味

生活とは、生きていくうえで必要とされるさまざまな生活動作や活動と、その主体である自分自身の主観的な世界とが合致したものです。

【生活支援における「生活」の 2 側面（図 1-6）】

- 目に見える外的な事象・生活状態（生活環境、機能、能力など）
 - 目に見えない習慣、内面にある価値観、生活イメージ
- 2 つが合わさって「その人らしさ」になる

③ 生活支援と利用者の QOL

生活支援における介護サービスの目的は、利用者の QOL（生活の質・人生の質）を高めていくことにあります。ADL の向上は QOL を高める手段ではありますが、ADL が向上すれば QOL が高まるという

わけではありません。

高齢期の生活とは一人ひとりの利用者が「生きてきた歴史」を背負いつつ、その「人生」の意味づけをしていく時間といえます。介護職には「からだ」と「こころ」の両面から理解していく対人援助職としての知識・技術が求められます。

2. 自立に向けた支援

① 生活の主体者としての利用者像の理解

自立に向けた支援をめざす介護サービスを提供していくためには、利用者の状況を把握するアセスメントの段階から、「生活の主体者としての利用者像」を理解するよう努める姿勢が求められます。

障害とは、その人に属する客観的な事実ではなく、その人を取り巻く生活や社会との関係のなかで相対的に考えるべき概念です。

② 「生活の再構築」の支援

従来、施設生活においては、利用者自身が身のまわりのことを自分でしないのがあたりまえとされてきました。しかし、本来の介護サービスが有する機能を「要介護状態にある利用者その人の生活の再構築の支援」と考えるならば、利用者を一方的に生活弱者と決めつけることには問題があります。

△ 重要ポイント：「できること探し」の視点

介護職には利用者その人が「何ができないか」を見きわめる以上に、「何ができるか」を見きわめ、「何がしたいか」を引き出していく力こそが必要です。

「できないこと探し」ではなく、「できること探し」の視点が重要です。

③ 「できること」は要介護度の違いでも変わる

介護保険制度の基本理念の1つである「自立支援」という言葉の意味を身体的な自立をめざすものとしてせまく理解すると、要介護度の重い利用者は自立できないことになってしまいます。

ここでいわれる自立とは、独立心や自主性といった精神的な「自律」も意味しています。要介護度の重い利用者に対しても、少しでも自分の生活に誇りと自信がもてるよう支援していく視点が重要です。

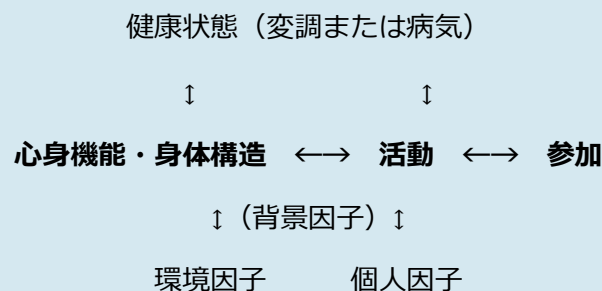
3. 自立に向けた ICF の考え方

① ICF とは

ICF とは国際生活機能分類とも呼ばれ、2001 年に世界保健機関（WHO）の総会において従来の ICIDH（国際障害分類）の改定版として定められたものです。

	内容
ICIDH（改定前）	障害を①機能障害 ②能力障害 ③社会的不利 の3 階層で整理。障害の問題を病気の結果として生じるマイナス面でしかとらえていないと批判
ICF（改定後）	「健康状態」「心身機能・身体構造」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」の構成要素から成り立つ。プラスの側面も含めて見直す視点

【ICF の構成要素】



ICF の視点は、障害をただマイナスととらえるのではなく、生活機能の観点からプラスの側面も含めて見直していこうとするもので、自立支援をめざす介護の基本視点と重なり合うものです。

② ICF の視点をいかした介護実践

ICF の視点をいかした介護においては、利用者がただ一方的に介護を与えられて受け身の生活を送るのではありません。生活のなかで不自由なところがあったとしても、利用者の「やりたいこと」や「できること」を増やしていけるような介護のあり方が求められます。

【ICF の視点をいかした介護実践の例：認知症の人の行動】

- × 「歩きまわる → 問題行動」（マイナス面だけでとらえる）
- 「歩く力がある → 誘導によって居室・トイレに自分で行ける
→ 結果として、部分的な介助は必要としても排泄自立に近い形で生活維持が可能」

→ 利用者を「一方的な介護の受け手」ではなく「生活者」としてとらえ直すことで介護の方向性を変えられる

4. 自立に向けたリハビリテーションの考え方

① リハビリテーションとは

リハビリテーションの本来的な語源は「地位や名誉を回復して、再び人間らしく生きる」という意味をもちます。疾病や障害があってもその有する能力と可能性を最大限にいかし、身体的・心理的・社会的に自立（自律）できるよう、あらゆる角度から支援していくことです。

ICFの視点にもとづく介護の基本的な考え方も、その人ができないことを助けるのではなく、自分でできるように援助していくことにあります。高齢者や障害のある人にとっては、日々の生活のなかで行われる生活行為そのものがもっとも大切なリハビリテーションの機会ともなります。こうした考え方を「生活リハビリテーション（生活リハビリ）」といいます。

② 介護実践におけるリハビリテーション

課題・状況	リハビリの発想をいかした支援
高齢者・障害者は転倒リスクが高く、骨折→寝たきり→廃用症候群・認知症進行につながりやすい	日々の生活のなかで体力や能力低下を招かないよう、リハビリテーションの発想を用いた支援の工夫が求められる
高齢者への支援では、現在の状態像だけから利用者の思いを知ることはできない	長い人生を過ごしてきた利用者の生き方や生活史を理解し、今の暮らしのなかで「やりたいこと」「できること」を支援していく姿勢が求められる
老化は個性が大きいものの、身体的な機能低下そのものは自然な変化の過程	利用者本人の心身の状態に合わせて生活環境を整え、ほかの人とかかわって身体や頭を使う機会をつくり、楽しみをもった生活が維持できるよう、リハビリの発想をもった介護のあり方が重要となる

③ 介護予防とリハビリテーション

たとえ介護を必要とする状態にあったとしても、利用者本人が日常生活を送るうえで不自由さや不便さが少なくなるよう介護サービスを提供することが大切です。

高齢者のなかでも 80 歳代後半や 90 歳にいたった高年齢の人たちへの支援では、「よくなる」ことをめざして無理をさせる以上に、「悪くしない」といった重度化防止の視点から介護予防に取り組んでいくことも重要です。

5. 自立に向けた個別ケアの考え方

① 個別ケアの考え方と進め方

生活を送るうえでの価値観や趣味・好みのあり方に多様性があることは、利用者の自立に向けた個別ケアを考える際のむずかしい課題の 1 つです。

自立に向けた個別ケアを考えると、介護職側の価値観を一方的に押しつけるのではなく、利用者の日常的生活状況における QOL の向上が重要であることがわかります。

【個別ケアとは？（社会福祉の援助論より）】

利用者の一時的な思い（wants）や要求（demand）→ 主訴

支援の必要性 → ニーズ

個別ケアとは：たとえ介護を必要とする状態にあっても一人ひとりの利用者が個人として尊重され、

その人がも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支援していくこと

② 「利用者主体の生活支援」としての介護

アセスメントの視点としても、利用者本人が「何ができないのか？」「どこに不自由を感じているか？」を確認するだけでは十分ではありません。それ以上に、「何ができるのか？」「何がしたいのか？」ということに関心を寄せて観察し、利用者一人ひとりの思いや意欲、生活習慣などを尊重した個別ケアの考え方をもつことが重要です。

③ 利用者の状態像で異なる個別ケア

状態	個別ケアのあり方
身体的な自由度や意思決定能力が比較的十分にある人	本人の意思を尊重し、「～したい」と思うけれども本人だけでは十分にできないことを手助けすることが QOL の向上につながる
要介護度が重い人（認知症の進行なども）	「～したい」を尊重した手助けだけでは利用者の QOL を向上させることがむずかしくなる。入浴・排泄・食事の介護だけでなく、身だしなみ・整容・保清など生活面への配慮も重要な位置を占める

6. 介護の専門性

① 利用者主体の支援姿勢

介護職には、利用者の主体性を考えて介護するための知識や技術、感性が必要で、それぞれの利用者がその人らしく生活できるように創意工夫した支援を行うことが求められます。

介護職に求められるのは、利用者主体の生活支援です。どんなに心身の機能がおとろえ、日常生活のすべての面において他者の手を借りるような状態であったとしても、利用者本人を生活の主体者とみなし、その意思を尊重していく姿勢が大切です。

② 利用者の生活意欲と潜在能力の活用

少しでも動くことで身体機能が活性化するとともに、生活意欲が生まれてきます。その「生活意欲」を高めていくことが介護では重要です。

介護が必要であっても、すべての行為に介助が必要になることはそれほど多くはありません。利用者の希望や動機づけをうまく活用したり、発想を変えてアプローチしていくと、潜在能力が引き出されることもあります。

③ チームケアの重要性

生活とは 24 時間 365 日続いていくものです。要介護状態にある高齢者に求められるサービスのなかには、介護職による生活支援もあれば、福祉的な相談援助、医療的な管理など多様なサービスが必要なケースも少なくありません。だからこそ、チームケアが重要になります。

チームケアの2つの意味	内容
他職種とのチームケア	医療・看護などの保健医療関連スタッフ、ソーシャルワーカーなどの福祉関連スタッフとの多様なチームケア
介護職同士のチームケア	訪問介護（ホームヘルプサービス）や介護保険施設、通所介護（デイサービス）などにおける介護職同士のチームケア

介護職同士によるチームケアといっても、その基本はまず、一人ひとりの介護職が基本的な知識と技術をしっかりと身につけることです。「何のために」「どのような方向性で」「何をしていくのか」について、介護職間でしっかりとした共通認識をもつことが重要です。

④ 根拠にもとづいた介護

介護は意図的に行うものであり、場当たり的に行うものではありません。意図的に行う介護は、介護を行うまでのプロセスを科学的思考にもとづいて説明する必要があります。

根拠にもとづいた介護を行うためにも、介護職は、利用者の生活課題（生活ニーズ）を明確にしたうえで、その課題を解決するために目標を設定し、その目標達成のために介護計画（個別サービス計画）を立案していきます。「アセスメント→計画の立案→実施→評価」という介護過程の展開をくり返すことによって、一人ひとりの利用者に必要な介護とその根拠を明確にしていくことが必要になります。

キーワードまとめ

用語・概念	説明
QOL	Quality of Life。「生活の質」「人生の質」。高齢者介護では「人生の質」としてとらえることが重要
ICF	国際生活機能分類（2001年 WHO）。「心身機能・身体構造」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」で構成。プラス面も含めた視点
ICIDH	国際障害分類（ICFの前身）。障害を機能障害・能力障害・社会的不利の3階層で整理。マイナス面しかとらえないと批判
生活リハビリテーション	介護サービスを提供していく場合、日常の生活動作全般をリハビリテーションの機会ととらえ直し、生活を継続させていく考え方
個別ケア	たとえ介護を必要とする状態でも一人ひとりの利用者が個人として尊重され、能力に応じて自立した日常生活を営めるよう支援すること

用語・概念	説明
生活の再構築	要介護状態にある利用者の生活像を受け入れつつ、その人らしい生活の再構築をはかること。介護サービスの本来の機能
介護過程	アセスメント→計画の立案→実施→評価のサイクル。根拠にもとづいた介護を実践するためのプロセス
廃用症候群	安静状態が長期に続くことで生じる身体的・精神的機能低下。寝たきりや過剰介護が促進要因となる

☑ 学習のポイント

- 介護サービスの目的は「利用者の QOL を高めること」。ADL の向上はその手段にすぎない
- 「生活」とは外的な生活状態と内面の価値観・生活イメージが合わさった「その人らしさ」
- 自立支援とは身体的自立だけでなく、精神的な「自律」（独立心・自主性）も含む概念
- ICF はプラスの側面も含めた視点で生活機能と障害を記述する分類（2001 年 WHO 総会）
- ICF の視点：利用者を「一方的な介護の受け手」ではなく「生活者」としてとらえ直す
- 生活リハビリ：日常の生活行為そのものがもっとも大切なリハビリテーションの機会
- 個別ケア：「できないこと探し」でなく「できること探し」「したいこと探し」の視点が重要
- チームケアの 2 種：他職種とのチームケア / 介護職同士のチームケア
- 根拠にもとづいた介護：介護過程（アセスメント→計画→実施→評価）の展開が基本

第 3 節 介護福祉士の倫理

【この節で学ぶこと】

- 介護福祉士に倫理が必要な理由を理解する
- 身体拘束禁止の法的根拠と「ゼロへの手引き」の内容を把握する
- 高齢者・障害者・児童・配偶者に対する虐待防止の法制度を理解する
- 日本介護福祉士会倫理綱領の内容を理解する

1. 介護福祉士としての倫理の必要性

① 専門職に求められる法的規定

一般的に専門職と呼ばれる職業人は、一般人にはないような専門的な知識と技術をもっており、かりにそれを悪用した場合、社会や人々に対する影響は大きいものになります。したがって、専門職として持っている知識・技術を悪用せず、善用することが社会のために求められています。

介護職の場合も、その立場を悪用して虐待などを行えば人の生命・生活をおびやかすことになり、社会においても信用されなくなります。

介護福祉士に課される主な法的規定（社会福祉士及び介護福祉士法）

第 44 条の 2（誠実義務）：個人の尊厳の保持と自立支援を念頭に誠実に業務を行う

第 45 条（信用失墜行為の禁止）：介護福祉士の信用を傷つけるような行為をしてはならない

第 46 条（秘密保持義務）：業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない

第 47 条（連携）：他の専門職と連携・協力する

第 47 条の 2（資質向上の責務）：知識・技能の向上に努める

② 専門職に求められる行動規範

介護福祉士には、法律以外でも、専門職として守らなければならない行動規範があります。その行動規範を定めているのが倫理綱領です。

介護福祉士は人の生命や生活にかかわる職業であり、人に対しての大きな影響力をもっている職業です。したがって、介護福祉士としては、介護に関する知識と技術を備えていることはもちろん、介護を行ううえで根幹となる倫理について理解し、高い倫理性を養うことが社会的な責務ともいえます。

2. 身体拘束の禁止

① 法令上の身体拘束の禁止

介護現場においては、人間の尊厳をおびやかす状況がさまざまな場面で起こり得ます。なかでも、利用者の行動の自由をうばい、制限すること（身体拘束）は、その禁止が制度上でも明確に示されています。

△ 身体拘束が認められる例外的条件（3 つすべてを満たす場合のみ）

- ① 切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命・身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- ② 非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない
- ③ 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものである

→ 介護サービスを提供する際には、身体拘束は全面的に禁止されていると考えられています

② 身体拘束ゼロへの手引き

厚生労働省・身体拘束ゼロ作戦推進会議は、2001 年（平成 13 年）、「身体拘束ゼロへの手引き」を示して、介護の分野において身体拘束禁止をめざしています。

手引きでは、身体拘束は利用者の尊厳はもちろんのこと安全をもおびやかす援助方法であることを示して、廃止に向けた努力と決意を施設・事業所の責任者と職員全体に求めています。

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

③ 身体拘束をしないための介護職の工夫と努力

介護職としては、「身体拘束の禁止がルールだから、それを守らなければならない」と考える以前に、もう一度、なぜ身体拘束が利用者の尊厳をおびやかすのかについて考えることが大切です。

具体的には、利用者主体の理念のもと、介護職はもちろん、他職種とも連携を十分にはかって議論を重ね、利用者の安全と生活の豊かさを求めた介護を実現できるようにします。

そうした工夫と努力は、単に身体拘束をしないための消極的な取り組みではなく、新しい介護を創造していくための活動として、積極的にとらえることが重要です。

3. 虐待防止に関する法制度

① 高齢者虐待防止法

2005 年（平成 17 年）に高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）が公布され、2006 年（平成 18 年）から施行されました。

虐待の類型	該当する行為（概要）
①身体的虐待	身体を傷つけたり、傷つけるおそれのある暴行を加えたりする行為
②ネグレクト	食事を与えなかったり、長時間放置したりする行為（※）
③心理的虐待	暴言を吐いたり、拒絶したりする行為
④性的虐待	わいせつ行為をしたり、させたりする行為
⑤経済的虐待	財産を不当に処分したり、不当に財産上の利益を得たりする行為

高齢者虐待については、①未然防止、②早期発見、③虐待事案への迅速かつ適切な対応が重要です。介護職は身体介護や生活援助などにかかわる業務を通して、利用者の身体的状況や心理的状況、経済的状況、家屋や部屋などの環境の変化などを把握しやすい立場にあります。

△ 虐待を受けたと思われる高齢者を発見したときの留意点

- ① 1 人でかかえこまないようにする
- ② 1 人で判断せず、上司や所属長に相談する
- ③ 自分の判断で情報収集を行わない
- ④ プライバシーに十分配慮して行動する

② 障害者虐待防止法

2011 年（平成 23 年）に障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（障害者虐待防止法）が公布され、2012 年（平成 24 年）から施行されました。

虐待の主体	内容
①養護者による障害者虐待	家族や同居人など養護者からの虐待
②障害者福祉施設従事者等による障害者虐待	施設職員・事業所従事者からの虐待。発見時はすみやかに市町村に通報する義務あり（通報しても解雇等の不利益取扱いを受けない）
③使用者による障害者虐待	雇用主・労働者からの虐待。発見時はすみやかに市町村または都道府県に通報する義務あり

該当する虐待行為は 5 つに類型化されます（身体的虐待・性的虐待・心理的虐待・ネグレクト・経済的虐待）。

③ 児童虐待防止法

児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）は 2000 年（平成 12 年）に公布・施行されました。その後、2004 年・2007 年・2008 年・2011 年・2016 年・2019 年（令和元年）と改正が重ねられています。

虐待の種類	行為
①身体的虐待	児童の身体に外傷が生じ、または生じるおそれのある暴行を加えること
②性的虐待	児童へのわいせつな行為、またはわいせつな行為をさせること
③ネグレクト	著しい減食・長時間の放置、保護者以外の同居人による①②④の行為の放置など
④心理的虐待	暴言や拒絶的な対応、著しい心理的外傷を与える言動を行うこと

対応の 3 ステップ

- ① 早期発見と早期解決：虐待が深刻になる前に子育ての問題をかかえる家庭を見つけ、予防的な観点から支援
- ② 通告：虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、すみやかに市町村・都道府県の設置する福祉事務所・児童相談所等に通告（守秘義務関連の他法規定は通告義務に優先しない）

い)

③ 立入調査：都道府県知事が必要と認めるときは、児童委員または職員によって立入調査・質問ができる

④ 配偶者暴力防止法（DV 防止法）

配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（配偶者暴力防止法）は 2001 年（平成 13 年）に制定され、2013 年（平成 25 年）に交際相手からの暴力にも法律が適用されるよう改正されました。

【配偶者暴力防止法のポイント】

- ・「配偶者」には婚姻の届出をしていない「事実婚」を含む
- ・「暴力」とは、身体に対する暴力またはこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動
- ・配偶者からの暴力（※配偶者または配偶者であった者からの身体に対する暴力に限る）を受けている者を発見した者は、配偶者暴力相談支援センターまたは警察官に通報するよう努めなければならない
- ・都道府県が設置する婦人相談所などに配偶者暴力相談支援センターの機能を果たす

4. 日本介護福祉士会倫理綱領

① 倫理綱領作成の経緯

介護福祉士を専門職として確立させるためには、知識・技術の専門性を高めるだけでなく、医療など他の専門職と同様に、専門職としての行動規範を定めた倫理綱領をもつことが必要となります。

日本介護福祉士会は 1994 年（平成 6 年）に設立された直後、会のなかに倫理綱領作成委員会を設置し、1995 年（平成 7 年）に資格をもつすべての介護福祉士がめざすべき専門性と職業倫理を明文化した「日本介護福祉士会倫理綱領」を宣言しました。

② 倫理綱領の内容（7 項目）

項目	内容
1 利用者本位・自立支援	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する
2 専門的サービスの提供	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る。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う
3 プライバシーの保護	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る
4 総合的サービスの提供と積極的な連携・協力	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、協力して行動する
5 利用者ニーズの代弁	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、行動する
6 地域福祉の推進	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する
7 後継者の育成	すべての人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ぐ

介護福祉士が社会から信頼される職業として確立するためには、以上の倫理綱領を遵守し、日々、専門職として自己研鑽を行っていくことが何より大切になります。

前文（ノーマライゼーションの実現をめざして）のポイント

「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」

→ 高齢者や障害者が地域のなかで尊厳をもって生活できるように支援していくこと（ノーマライゼーションの実現）が、介護福祉士としての基本的な姿勢をあらわしている

📖 キーワードまとめ

用語・概念	説明
倫理綱領	専門職として守るべき行動規範を定めたもの。法律ではなく職能団体が定める自律的規範
身体拘束ゼロへの手引き	厚生労働省が 2001 年に示した。禁止対象 11 行為を明示。例外条件は切迫性・非代替性・一時性の 3 つすべてを満たす場合のみ
高齢者虐待防止法	2005 年公布・2006 年施行。虐待 5 類型（身体的・ネグレクト・心理的・性的・経済的）。発見時は市町村への通報が求められる
障害者虐待防止法	2011 年公布・2012 年施行。養護者・施設従事者・使用者の 3 主体による虐待を規定。虐待 5 類型
児童虐待防止法	2000 年公布・施行。身体的・性的・ネグレクト・心理的の 4 種類。発見者は通報義務あり（守秘義務より優先）
配偶者暴力防止法（DV 防止法）	2001 年制定。「配偶者」には事実婚を含む。身体的暴力に加え、心身に有害な影響を及ぼす言動も「暴力」に含む
ノーマライゼーション	高齢者や障害者など社会的に不利を負う人々を当然に包含するのが通常の社会であり、そのあるがままの姿でほかの人々と同等の権利を享受できるようにするという考え方・方法
DWAT	災害派遣福祉チーム。被災地の初期段階に入り、避難所で要配慮者を支援する福祉専門職チーム（第 1 節で学習）

☑ 学習のポイント（第 3 節）

- 介護福祉士は国家資格であり、社会福祉士及び介護福祉士法で高い倫理性が求められる
- 専門職の行動規範を定めるのが「倫理綱領」。法律とは異なる自律的な規範
- 身体拘束は原則全面禁止。例外 3 条件：切迫性・非代替性・一時性をすべて満たす場合のみ
- 禁止される身体拘束は 11 行為（ひも等で縛る・ベッド柵・ミトン型手袋・つなぎ服・向精神薬過剰投与・隔離など）
- 虐待防止 3 法：高齢者虐待防止法（2006 年施行）・障害者虐待防止法（2012 年施行）・児童虐待防止法（2000 年施行）
- 虐待 5 類型（高齢者・障害者共通）：身体的・ネグレクト・心理的・性的・経済的

- 児童虐待 4 種類：身体的・性的・ネグレクト・心理的。発見者には通報義務あり（守秘義務より優先）
- DV 防止法：「配偶者」に事実婚を含む。心身に有害な言動も「暴力」に含む
- 日本介護福祉士会倫理綱領（1995 年宣言）の 7 項目：利用者本位・専門的サービス・プライバシー保護・連携・ニーズ代弁・地域福祉推進・後継者育成
- 倫理綱領の前文はノーマライゼーションの実現をめざすことを明示している

第1節 介護を必要とする人の生活の理解と支援

1. 「その人らしさ」の理解

▶ 「その人らしさ」とは

「その人らしさ」とは、利用者一人ひとりの個性であり、長い生活経験のなかでつちかわれた価値観やこだわり、プライドのことです。

言葉で伝えられるような知識でもなく、形のないものであり、論理的に根拠をもって説明できるものでもありません。

ポイント

高齢者の生活支援を考えると、障害や病気だけではなく、一人ひとりの生活経験の多様性から形成された「その人らしさ」をいかに尊重していくかが重要です。

▶ なぜ「その人らしさ」の支援が必要なのか

高齢者や中途障害のある人たちへの支援のむずかしさは、一人ひとりの「その人らしさ」をどのように理解していくかということにあります。

とくに、認知症の人の場合、「自分らしさ」を自分1人の力では維持できず、また「自分らしさ」の維持のために必要な支援をみずから求めることができないことから生じる混乱も大きいようです。

要介護状態にある利用者にとっては、それまでに過ごしてきた「その人らしい生活」の継続こそが、より望ましい姿だといえます。

▶ 「その人らしさ」を支える介護サービス

「その人らしさ」を尊重するポイントの基本は、その人の精神を形づくり、その生活の支えとなっているところを大切にしていくことです。

「その人らしさ」を考える場合、現在のその人の姿だけを観察しようとしても、みえないことやわからないことがたくさんあります。人の生活とは今の姿だけで判断できるものではなく、連続した時間のなかで、その人が生きてきた歴史、これからを考えてかかわっていくべき奥深いものだからです。

利用者の多様な価値観や趣味・好みのあり方こそが、利用者自身にとっての自分らしさであり、自身の存在感につながるものです。

▶ 「その人らしさ」の背景

日本全体でみれば、気候・風土の違いや、生活文化、風習や方言などの違いといったことも小さくはありません。さらに、戦後の日本社会の都市化や工業化などにもなう社会変化といったことも、人々の生活スタイルや価値観に大きな影響を及ぼしています。

対人援助サービスとしての介護を考えていくうえで、もっとも配慮しなければならないのは、利用者本人がもつ個性であり、その背景にある生活の多様性です。

「その人らしさ」を理解するために

- ・高齢者が過ごしてきた時代背景・社会の状況・風俗・風習などについての知識をもつ
- ・利用者が生きてきた時代と文化に興味をもち、歴史や社会の常識などを知っておく
- ・変化する社会と生活様式（昭和 30 年代以降の家事電化、1964 年東京五輪以降のテレビ普及、戦中・戦後の生活経験など）を理解する

2. 高齢者の暮らしと支援の実際

▶ 「老い」のとらえ方

生き物である人間にとって「老い」とは、ただ悲しむべきことではなく、本来喜ぶべきことでもあります。社会的な習慣として長寿になることについてのお祝いが存在しています（喜寿・米寿・白寿など）。

高齢者自身の思いをみても、多くの人は、老いそのものを否定的にとらえているわけではなく、長い人生のなかで得たたくさんの知恵と経験、若いころには知り得なかった豊かな人生観を誇りに感じている高齢者の人たちはたくさんいます。

▶ 新たな老いの価値観

これから迎えようとしている日本社会とは、全人口の 3 割・4 割の人たちが 65 歳以上になるという超高齢社会です。豊かな老いを実現するために、高齢者の誇りを社会として支えていくことが、これからの介護サービスの役割として求められています。

▶ 老化の進行と介護予防という視点

おとろえは自然な変化だとはいえ、それはだれにも同じようなテンポ、あるいは同じような状態としてあらわれてくるわけではありません。

介護サービスの提供場面では、介護職側が安易に介護の手間を省いたり、過度な安全への配慮に努めたりしてしまうと、結果的に利用者本人の心身機能を低下させ、要介護状態の重度化を進めることになります。

介護予防の視点

- ・要介護状態であっても、高齢者本人にできることはできる限り自分でしてもらう
- ・積極的な離床や生活リズムの構築に努め、できる限り健康でふつうの生活状態で過ごせるよう支援する
- ・2005（平成 17）年の介護保険法改正以降、介護予防の重要性がより強調されるようになった

▶ 今もっている力をいかした主体的な生活

本人ができないことをおぎなうことだけを目的とした介護を行うのではなく、利用者の今もっている力をいかし、利用者自身が主体的な生活を送ることができるよう支援を行っていく必要があります。

す。

事例 1：A さん（90 歳・男性）

- ・ 5 年前に脳梗塞で倒れ入院、左半身に麻痺が残る。2 年前に介護老人福祉施設に入所
- ・ 若いころは九州で遠洋漁業（船長）、その後大阪で海運業を 50 年以上
- ・ 最近、体調をくずしてベッドで過ごす時間が多くなってきている
- ・ 個別的な生活支援の視点：現在の状況だけでなく、過ごしてきた人生・残された時間も考慮

▶ 個別的な生活支援の視点

高齢者という言葉でひとくくりに理解されがちですが、同じ高齢者であっても、平均寿命を超えた 80 歳代後半から 90 歳代にいたる人たちと、前期高齢者といわれる人たちとでは、支援のあり方は、基本的に分けて考えていくべきでしょう。

年齢からくる生活課題の違いや意識の違いが大きいことも事実です。したがって、高齢者の支援では、一人ひとりに対する個別的な生活支援の視点をもつことが大切だといえるでしょう。

3. 障害のある人の暮らしと支援の実際

▶ さまざまな心身機能や生活状態

障害のある人といっても、その生活の仕方や支援のあり方は千差万別であり、一律なイメージでとらえることはできません。身体障害・知的障害・精神障害・発達障害のある人たちも、その程度や原因となる病気などによって生活状態や支援課題がまったく異なっています。

▶ 生活障害とは

朝起きてから夜寝るまでの私たちの日常生活とは、通常、身じたくや食事、排泄などといった生活行為をこなすとともに、「働く」「学校に行く」といったさまざまな社会活動に参加することで成り立っています。

身体機能や知的機能に障害があると、それをあたりまえのこととして行っていくことができなくなり、生活していくうえで大きな不自由を感じるようになります。それは、生活障害としてとらえることができるでしょう。

つまり、生活障害とは、生活環境と本人の機能、状態、さらには能力といった要素が複雑にからみ合ったなかで生じてくるものといえます。

生活障害と生活環境の整備

生活支援としての介護を考えた場合、この生活障害という視点をしっかりともったうえで、利用者が今ある状態のなかで、できる限りのことは自分でしてもらえるように生活環境を整えていくことが大切になります。

▶ 障害のある人に合わせた道具や生活環境の工夫

重度の身体障害のある人たちにとっては、「友人のところに行って話をしたい」「日当たりのいい場所にちょっと移動したい」という、障害のない人にとってはあたりまえのニーズさえ、いつも介護職に移動の支援を依頼しなければなりません。ところが、みずから動かすことのできる電動車いすがあれば、日常的な生活場面でのちょっとした移動は、自分の意思で、だれにも頼ることなく自由に行うことが可能となります。

事例 2：B さん（38 歳・男性・身体障害）

- ・脳性麻痺による身体障害、5 歳のころから施設で暮らしてきた
- ・知的機能に障害はなく、自作の詩集なども出版
- ・施設の応援もあって、地域での生活に移行
- ・住宅改修を最低限に絞り、庭側から自部屋に出入りする形で生活
- ・視点：障害のみに着目するのではなく、ICF の視点（生活環境・行動目的などとの相互作用）から生活障害を考える

4. 介護を必要とする人の生活環境の理解

▶ 施設における生活環境の変化

近年の介護現場では、個別ケアを実現するために、グループホームやユニットケアなどの実践がなされ、個室化や 10 人以下の小規模なグループで生活するようなスタイルが主流になってきました。

多くの認知症の人にとって、グループホームやユニットケアといった介護サービスのあり方が望ましいのは、日常生活のあり方や生活範囲のほか、ともに生活する人の人数が認知症の人にも把握できる大きさを前提としているからではないかと推測されます。

▶ 不適応な福祉用具や生活用品の使用による弊害

利用者の状態に合わない福祉用具や生活用品の使用は、利用者の生活の質を向上させるどころか、要介護状態を悪化させることにもなりかねません。

△ 注意 不適切な用具・環境の悪影響

- ・身体に合わない車いすで 1 日中過ごす → 拘縮が進み、歩行能力がおとろえる
- ・テーブルやいすの高さが合っていない → 食べづらさを助長し、食事介助が必要になる
- ・トイレの数が少ない・距離が遠い → おむつ使用者が増える

▶ こころの健康を奪う生活環境

施設のドアや居室に鍵をかけたり、安易に身体拘束を認めたりする行為が抑圧的な生活環境であることは、要介護状態でない人たちに同じことをした場合に、人権侵害で訴えられる可能性があることを考えれば明らかです。そのような抑圧的な生活環境によって、利用者のこころの健康を損ねている可

能性があります。

介護における生活環境とは、単に場所そのもののあり方だけを意味するのではなく、使用する福祉用具や生活用品、さらには介護職がもつ視点など、さまざまなものにより構成されます。

▶ 人的な生活環境の重要性

介護サービスにあたる介護職も、利用者にとっては生活環境の 1 つであり、利用者の生活に与える影響は、決して小さくはありません。

利用者と専門職との関係性

介護職に必要とされているのは、介護職としての誇りであり、個々の利用者との関係性のなかでの自分なりの位置の取り方を考えていく姿勢です。生きることの支援という意味では、障害のある人もない人も、同じように成長し、苦勞しながら、人生の喜びや悲しみを経験していくことが大切です。

キーワードまとめ

その人らしさ	利用者一人ひとりの個性・価値観・こだわり・プライドのこと
生活の多様性	気候・風土・時代背景・個々の経験から生まれる生活スタイルの違い
超高齢社会	全人口の 3～4 割が 65 歳以上になる社会
介護予防	要介護状態になることを防いだり、重度化しないようにしたりする考え方
生活障害	身体・知的機能の障害によって生じる日常生活上の不自由のこと
ユニットケア	個室化と 10 人以下の小規模グループで個別ケアを実現するスタイル
グループホーム	認知症の人が家庭的な環境のなかで地域住民と交流しながら生活する施設
ICF の視点	障害だけでなく、生活環境・行動目的などとの相互作用から生活障害を考える視点
人的環境	介護職や専門職も利用者の生活環境の一部であるという考え方
前期高齢者	65 歳以上 75 歳未満の高齢者

☑ 学習のポイント

この節で覚えておくこと

- ①「その人らしさ」とは、利用者一人ひとりの個性であり、長い生活経験のなかでつちかわれた価値観やこだわり、プライドのことです。
- ②対人援助サービスとしての介護を考えるうえで、もっとも配慮しなければならないのは、利用者本人がもつ個性であり、その背景にある生活の多様性です。
- ③利用者の「その人らしさ」を理解するためにも、利用者が生きてきた時代と文化に興味をもち、歴史や社会の常識などを知っておくことが必要です。
- ④要介護状態にある高齢者の支援に際しては、介護予防といった観点ももちながら、利用者主体の介護を行う視点が求められています。
- ⑤高齢者の支援では、一人ひとりに対する個別的な生活支援の視点をもつことが大切です。
- ⑥介護職の役割とは、障害やおとろえによって生じる日常生活のさまざまな不便や不安を少しでも解消し、利用者本人が要介護状態にあっても、その人らしく暮らしつづけていけるよう支援していくことです。
- ⑦個々の利用者に適した生活環境を考えることは、まさに介護サービスの質そのものを考えていくことになります。
- ⑧利用者が不必要に不安にかけられたり、窮屈な思いをしたりしなくてすむ人的な生活環境を整えることも重要です。

第 2 節 介護実践における連携

1. 多職種連携

▶ 多職種連携の意義と目的

介護の実践における多職種連携の意義は、異なる専門性をもつ多職種がチームになって利用者を支え合うことによって、互いの専門職としての能力を活用して効果的なサービスを提供できる点にあります。多職種連携によって生み出される総合力を発揮することに多職種連携の目的があります。

重要用語の整理

【チーム】目標や方針を共有し、同じ方向へ向けて互いの専門性をいかしながら協力し合うグループ

【チームアプローチ】チーム援助を行うことをいい、多職種がそれぞれの専門的な視点でアセスメントを行い、目標や方針を共有し、それぞれが自分の専門性を発揮させて総合的に援助を行うこと

▶ チームメンバーとしての介護職

単に、指示されたことを漫然とこなすだけの介護職にとっては、多職種連携は遠いものです。一方、目の前の利用者に注目し、その人にとって必要な介護が最善のものかどうかを問い、その人の可能性を広げる方法や自立支援をめざして一歩踏みこんだ支援を展開しようとする介護職は、多職種連携をいつも視野に入れて動いています。

介護職の強みは、利用者のふだんの生活状態を知っていること、1対1の個別援助にあります。ふだんの状態をよく知っているため、微妙な変化にも気がつきます。その気づきをだれかにつなぐことから、多職種チームによる支援が始まります。

▶ 多職種連携の 3 つのレベル

チームによるチームアプローチが機能するためには、次の 3 つのレベルのケアシステムがつながり、重層的に動く必要があります。

レベル	内容	説明
レベル 1	わたしがあなたを支える	介護職が利用者と 1 対 1 で個別援助を行う
レベル 2	みなであなたを支える	チーム援助。介護職・看護職などがチームになる
レベル 3	組織や基盤を整備する	施設・制度レベルでの仕組みづくり

事例 3：食欲不振に関する介護職の気づきから始まった多職種連携

- ・介護施設の C さんの食事量が最近減ってきたことに介護職が気づき、すぐに看護職へ伝える（レベル 1）
- ・フロアの介護職と看護職で話し合い、食事の状況を細かく観察・記録。体重の変化も観察（レベル 2）
- ・「口から食べられるもの、食べたいものを、食べたいときに食べられるように援助しよう」という方針を決定
- ・施設の栄養士に依頼、果物（バナナ・ぶどう・いちごなど）を毎食つけてもらい、食欲不振を乗り越えた（レベル 3）

チームを構成するメンバーの理解

職種	主な職務	介護職との連携
介護支援専門員（ケアマネジャー）	要介護者等からの相談に応じ、ケアプラン（居宅サービス計画・施設サービス計画）を作成する	利用者の状態に変化があった場合、サービス提供責任者等を通じて伝える。ケアプランの変更につなぐ
社会福祉士	ソーシャルワークに関する業務を担当する名称独占・国家資格（1987 年制定）	家族への対応が困難な場合、利用者家族との連絡調整を依頼。虐待が疑われる事例では地域包括支援センター等と連携
精神保健福祉士	精神保健福祉領域のソーシャルワークに関する業務を担当する名称独占・国家資格	精神障害者が地域で生活する際、生活状況を伝えるとともに精神障害についての留意点などを伝えてもらう
医師	診断・投薬（注射）・手術・生理学的検査などを行う業務独占・国家資格	利用者の状態を医師に伝えて適切な医療的支援につなぐ。医師から生活支援上の指示を受ける
看護師	傷病者もしくはじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助を行う業務独占・名称独占	施設の利用者の健康状態がいつもと違うことに気づいた場合、連絡し、医療機関の受診につなぐ
保健師	保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする名称独占・国家資格	看護師や介護支援専門員などと同様の連携をとることで、適切な医療・介護の支援につなぐ
理学療法士（PT）	理学療法を行うことを業とする（医師の指示のもとに）。筋力測定・関節可動域テスト・運動療法など	それぞれの支援場面での利用者の自立度などの情報を共有。利用者がふだんはどこまで自分で行えるかの情

		報交換
作業療法士（OT）	作業療法を行うことを業とする（医師の指示のもとに）。主として障害のある人に対し、手芸や工作、作業を通じて日常活動（作業活動）を援助	PT の場合と同様に、それぞれの支援場面での利用者の自立度などの情報を共有
言語聴覚士（ST）	音声機能・言語機能または聴覚に障害のある人についてその機能の維持向上をはかる。嚥下に問題のある人に専門的に対応	コミュニケーション障害のある人に対し、それぞれの支援場面での利用者の状態などの情報を共有
薬剤師	調剤・医薬品の供給や薬事衛生を行う。調剤業務は薬剤師だけが行える独占的な業務	服薬についての情報を伝えてもらい、逆に薬剤師（と医師）に利用者の健康状態や服薬状況について情報を伝える
栄養士・管理栄養士	栄養の指導に従事する（都道府県知事の免許）。生活環境やからだの状態に合わせた献立をつくり、栄養指導を行う	施設入居者の食欲が低下してきた場合、栄養士に伝え、本人が食べたいと希望する食べ物を提供したり、食べやすい調理形態にしたりする
サービス提供責任者	訪問介護事業所の柱となる役職。サービス提供の安定的な質を確保するための中核。ケアプランにそった訪問介護計画の作成など	訪問介護員が利用者の状態の変化に気づいた場合、報告を受けたサービス提供責任者は介護支援専門員にケアプランの見直しを検討してもらうように依頼

2. 地域連携

▶ 地域連携の意義と目的

地域連携は、生活をしている場所や地域で、利用者の求める生活を支援するために行います。介護職が地域連携を行うことによって、チームアプローチが具体的に進み、協働の姿がみえはじめます。

地域連携の 3 つのレベル

【個人レベル】利用者を取り巻く地域の関係機関の担当者や関係者が、利用者の支援のために互いに連絡を取り合って連携するレベル

【組織間レベル】関係機関のあいだで、「このようなときには、このような連携を結びましょう」という約束事を取り決めて対処するレベルの連携

【制度レベル】特定の組織と特定の組織で結ばれる連携を超えて、制度となったレベルの連携

事例 4：退院してリハビリテーションの効果がみられた事例（D さん）

- ・寝たきりに近い状態で病院から自宅へ帰ってきた D さん。「無理かもしれないけど歩けるようになりたい」と意欲を口にしはじめた
- ・訪問介護員が D さんの思いを訪問介護事業所に伝え、サービス提供責任者が介護支援専門員に連絡
- ・サービス担当者会議が開催され、訪問リハビリテーションが開始（個人レベルの地域連携）
- ・D さんは日々のリハビリテーションプログラムを壁に貼って毎日はげみ、最近では歩行器を借りて試すことにもなった

▶ 地域連携にかかわる機関の理解

機関・組織	説明
民生委員	地区を担当して相談活動を行い、地域の声を吸い上げ、状況をよく把握し、関係機関につなぐ役割をもつ。都道府県知事の推薦により厚生労働大臣が委嘱。任期 3 年
ボランティアセンター	ボランティア活動を行っている団体やにない手の情報を整理し、ボランティアを希望する人と受け入れ団体とのコーディネートを行う
NPO（民間非営利組織）	特定非営利活動促進法（NPO 法・1998 年）に基づき設立。保健・医療または福祉関連の団体がもっとも多く、訪問介護や小規模多機能型居宅介護などの介護保険事業を運営する NPO 法人もある
社会福祉協議会（社協）	社会福祉法において地域福祉を推進する団体として位置づけられた公共性の高い非営利民間福祉団体。訪問介護や通所介護などの事業運営、ボランティアセンターの設置、高齢者の見守り支援ネットワークや地域組織化を推進
福祉事務所	生活保護法・児童福祉法・身体障害者福祉法・知的障害者福祉法・老人福祉法・母子及び父子並びに寡婦福祉法などに定める援護・育成または更生に関する業務を行う第一線の社会福祉専門行政機関
地域包括支援センター	2005（平成 17）年の介護保険法改正によって翌年に新設された市町村事業として、地域の保健医療福祉をつなぐ包括的で継続的な支援を行う機関。主任介護支援専門員・社会福祉士・保健師などが配置
病院・診療所	医療法上、病床数 20 床以上の入院施設をもつものが病院。19 床以下の入院施設をもつものまたは入院施設をもたないものは診療所（クリニックは診療所の別称）
保健所	地域保健法によって位置づけられた住民の健康や衛生管理を支える行政機関。健康診断などの感染症等対策、エイズ・難病対策、精神保健福祉相談などの業務をこなす

市町村保健センター	市町村レベルの地域における保健活動・保健サービスの拠点。住民に直接保健サービスを提供（健康相談・保健指導・健康診査など）
訪問看護ステーション	訪問看護事業所のうち、病院または診療所以外のもの。保健師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が配置

▶ その人の暮らしの流れにそう地域連携

地域は暮らしの場です。そこで暮らす人は、一時的に病院に入院したり、リハビリテーションを受けたり、訪問看護を利用するかもしれません。今現在、どこ（介護サービス事業所や機関）のサービスを利用しているか、主担当者（窓口になっている人）はだれかを想起すると、連携がみえてくるでしょう。

入院した病院や退院後のかかりつけ医や訪問看護との連携など、時の流れにそってつないでいくことを、地域連携の視点としてもつことが大切です。

キーワードまとめ

多職種連携	異なる専門性をもつ多職種がチームになって利用者を支え合うこと
チームアプローチ	多職種がそれぞれの専門的な視点でアセスメントを行い、目標・方針を共有して総合的に援助を行うこと
介護支援専門員（ケアマネジャー）	要介護者等のニーズをアセスメントしてケアプランを作成し、サービスを調整する専門職
地域連携	生活をしている場所や地域で、利用者の求める生活を支援するために行う連携
地域包括支援センター	2006年設置。地域の保健医療福祉をつなぐ包括的・継続的な支援を行う市町村事業
個人レベルの地域連携	関係機関の担当者が互いに連絡を取り合って利用者を支援するレベル
組織間レベルの地域連携	関係機関の間で「このようなときにはこのように連携する」という約束事を取り決めるレベル
制度レベルの地域連携	特定の組織間を超えて、制度となったレベルの連携
サービス担当者会議	ケアプランに関わる担当者が集まり、利用者への支援方針を協議する会議

業務独占	国家資格において、その資格を取得した者がその根拠法で定められた業務について独占すること
名称独占	国家資格において、その資格の名称を保護することを目的として、登録による有資格者だけがその名称を用いることができるという法的規制
民生委員	地区を担当して相談活動を行い、地域の声を吸い上げ関係機関につなぐ。都道府県知事の推薦により厚生労働大臣が委嘱。任期 3 年

☒ 学習のポイント

この節で覚えておくこと

- ①介護の実践における多職種連携の意義は、異なる専門性をもつ多職種がチームになって利用者を支え合うことによって、互いの専門職としての能力を活用して効果的なサービスを提供できる点にあります。
- ②チームとは、目標や方針を共有し、同じ方向へ向けて互いの専門性をいかしながら協力し合うグループです。
- ③チームアプローチとは、チーム援助を行うことをいい、多職種がそれぞれの専門的な視点でアセスメントを行い、目標や方針を共有し、それぞれが自分の専門性を発揮させて総合的に援助を行うことをいいます。
- ④チームを構成するメンバーは専門職だけではありません。家族も、近隣の人も、ボランティアも、達成すべき目標や方針を共有し、協力し合う人は皆、チームのメンバーです。
- ⑤地域連携は、生活をしている場所や地域で、利用者の求める生活を支援するために行います。介護職が地域連携を行うことによって、チームアプローチが具体的に進み、協働の姿がみえはじめます。
- ⑥地域連携には、個人レベル・組織間レベル・制度レベルの 3 つのレベルがあります。
- ⑦介護職には、介護職でなければつくりえない生活に密着した地域連携があります（訪問看護師との情報交換、デイサービスへの送り出し、薬局での情報入手など）。

第3節 介護における安全の確保とリスクマネジメント

1. 事故防止と安全対策

▶ 介護におけるリスクマネジメントとは

介護の現場では、利用者のプライバシーにどうしてもかかわらざるを得ないことが多く生じます。その場合、専門職として守るべき倫理に加えて、利用者に生じやすい事故などへの対策や、安全への配慮も重要になります。

介護保険制度上も、介護保険施設等には、介護事故発生の防止のための指針の整備や委員会（事故防止検討委員会等）の設置、従業者に対する研修の定期的な実施などが定められており、事業者全般に対して、事故発生時には事故の状況および事故に際してとった処置についての記録が義務づけられています。これら一連のしくみや流れをリスクマネジメントといいます。

リスクマネジメントの2つの柱

①リスクの回避：利用者のリスクの回避に責任を負う

②尊厳の保持：利用者の尊厳の保持を実現しなければいけない

※身体拘束は介護保険制度において原則的に禁止されている（安全確保を理由に行われてきた行動制限が廃止された）

▶ リスクマネジメントの必要性

利用者の生活を支えるということは、そこで生じる利用者の生活上のリスクを未然に予測し、回避するための知識や技術、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が求められます。

介護が必要とされる利用者は体調の変化を起こしやすいだけでなく、認知症や慢性疾患への対応には、質の高い介護技術や配慮が求められるからです。さらに、介護の場面では直接身体に触れて介助することが多く、事故につながる危険性は非常に高くなります。

リスクに強い環境づくり（セーフティマネジメント）

・単に事故防止だけでなく、生活全般のリスクに目を向け「安全な環境」の質を高めていく視点が必要

・ハード面：施設や事業所の設備・介護環境の整備

・ソフト面：介護職の技術力・介護職チームあるいは多職種間連携によるチーム力

・個々の利用者の生活の意向や暮らしを軸に、利用者の目線になって整えていくことがリスクに強い環境づくり

▶ リスクマネジメントのしくみ

施設では、組織的に事故防止・安全対策を行うために事故防止検討委員会やリスクマネジメント委員会などを設置しています。

事故防止検討委員会・リスクマネジメント委員会の役割と機能

①事故をめぐる情報の収集と共有

- ・施設全体で発生した事故の状況把握（事故の件数や種類など）
- ・事故に対する再発防止策の実施状況の把握
- ・生活を支える介護の工夫・サービスの改善と、その効果の検証

②サービスの質の標準化に向けた取り組み

- ・効果的な再発防止策の検討と、施設全体での取り組みの促進

委員会では、施設全体の事故やリスクの状況の把握・課題検討はもとより、迅速で的確な報告の流れや、事故報告書を記述しやすく要点をおさえた様式に改善することなど、事故報告のしくみの検討も行います。また、居室や共同生活室（リビング、ダイニングなど）の危険な箇所の点検や改善、利用者の個性に合わせた居住性の向上など、環境の質を高めてリスクを回避する方法を検討します。

▶ ケアカンファレンス・サービス担当者会議

利用者の生活スタイルを理解したうえで、日々の身体的状態の変化や心理的ニーズに配慮した専門性の高い介護を行うことや、不適切な介護や画一的な介護による事故を回避することは大切です。そのような介護をチームケアとして届けるために、情報共有や課題検討の場として、ケアカンファレンスやサービス担当者会議があります。

▶ 介護事故発生時の対応

介護事故が発生した場合、利用者への対応が最優先です。まず、利用者の状態確認が必要です。バイタルサイン、出血、打撲、外傷の状態、痛みの有無などを確認します。医師や看護職と連携して対応し、状態によっては、その場での処置だけではなく、受診対応・救急車の要請も必要となります。対応と同時に、事故の発生を迅速かつ的確にチームリーダーや上司に報告します。

△ 介護事故発生時の対応フロー

- ①利用者の状態確認（バイタルサイン・出血・打撲・外傷・痛みの有無）
- ②医師・看護職と連携して対応（必要に応じ受診・救急車要請）
- ③迅速かつ的確にチームリーダー・上司に報告
- ④家族への報告（できる限り迅速かつ正確に。報告の遅れや不正確さは家族との信頼関係に支障をきたす）
- ⑤介護記録を開示して説明することもある

⑥事故後にチームでふり振り返り・話し合いを行い、事故予防につなぐ

▶ 介護事故の報告義務

介護事故が発生した場合は、施設や事業者内でも事故の発生を報告・連絡・共有しますが、家族への報告も必要です。また、介護保険法にもとづく省令で、介護事故は介護保険の保険者（市町村）や家族などに連絡することが義務づけられています。

保険者への報告を要する事故としては、骨折・やけど・誤嚥・異食・誤薬などのうち入院または医療機関での治療を要するものや利用者が死亡した場合などがあります。

▶ 報告しやすい風土づくり

報告のしくみや事故報告書が整備されていても、介護事故に直面した介護職から報告が上がってこないといくみは機能しません。施設内に、「報告することが専門職としての責務であり、報告した介護職を責めるものではない」と感じとれる風土を根づかせる必要があります。

1 つひとつの事故を組織全体で受けとめる姿勢、だれが直面しても組織全体のこととして考えていく風土や組織文化そのものが、リスクマネジメントといえます。

2. 感染対策

▶ 感染対策の基本

生活の場における感染対策は、何よりも「1 ケア 1 手洗い」を徹底することが必要です。1 回のケアを終えるたびに手をていねいに洗うことは、感染対策の基本です。「1 ケア 1 手洗い」の習慣化が大切です。手洗いの基本は液体石けんと流水での手洗いです。

高齢者介護施設における感染管理体制のポイント（8 項目）

- ①感染対策委員会の設置
- ②感染対策のための指針・マニュアルの整備
- ③感染症の発生に関する情報の共有と活用
- ④職員研修の実施
- ⑤施設内の衛生管理
- ⑥職員の健康管理
- ⑦高齢者の健康管理
- ⑧職員が行う感染対策

▶ 感染対策の 3 原則

原則	内容	具体的な対応
感染源の排除	感染症の原因となる微生物（細菌・ウイルスなど）を含むものを感染源という	素手で触らず、必ず手袋を着用して取り扱う。手袋を脱いだあとは手洗いや手指消毒を行う
感染経路の遮断	感染源（病原体）を持ちこまない・持ち出さない・ひろげないこと	標準予防策（スタンダード・プリコーション）と感染経路別予防策を行う
宿主（人間）の抵抗力の向上	感染症の発症は、宿主（人間）の抵抗力に大きく影響される	日常的に、感染症にかからないよう栄養・睡眠・予防接種などにより身体の抵抗力を強化する取り組みが求められる

▶ おもな感染経路と原因微生物

感染経路	特徴	主な原因微生物
接触感染（経口感染含む）	手指・食品・器具を介して伝播する頻度の高い伝播経路	ノロウイルス・腸管出血性大腸菌・MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）等
飛沫感染	咳・くしゃみ・会話等で飛沫粒子（5μm 以上）により伝播。1m 以内に床に落下し、空中を浮遊し続けることはない	インフルエンザウイルス・ムンプスウイルス・風しんウイルス等
空気感染	咳・くしゃみ等で飛沫核（5μm 未満）として伝播し、空中に浮遊し、空気の流れにより飛散する	結核菌・麻しんウイルス・水痘ウイルス等
血液媒介感染	汚染された血液や体液・分泌物が、針刺し事故等により体内に入ることにより感染する	B 型肝炎ウイルス・C 型肝炎ウイルス等

▶ 高齢者介護施設として対策をとるべきおもな感染症

感染症	特徴と対策
① インフルエンザ	冬季に流行。急に高熱が出るのが特徴で、呼吸器症状のほか筋肉痛・全身倦怠感等の全身症状も強く 5 日ほど続く。予防策としては入所

	者と職員にワクチン接種を行うことが有効
②ノロウイルス感染症・感染性胃腸炎	冬季の感染性胃腸炎の主要な原因。感染した入所者の便や嘔吐物に触れた手指で取り扱う食品等を介して二次感染を起こす場合が多い。おむつや嘔吐物の処理に注意
③疥癬	疥癬には通常の疥癬と重症の疥癬（痂皮型疥癬）がある。痂皮型疥癬の感染力は強く、集団感染を引き起こす可能性がある。早期発見に努め、適切な治療を行うことが必要
④腸管出血性大腸菌感染症	下痢を起こす原因となる大腸菌がある。激しい腹痛や頻回の水様便または血便がある場合には、できるだけ早く医師の診察を受け、医師の指示に従うことが重要
⑤結核	多くの人が感染しても発症せずに終わるが、高齢者や免疫低下状態の人は発症しやすいと考えられている。入所時の事前情報の確認が重要
⑥レジオネラ症	レジオネラ属の細菌によって起こる感染症。感染源となりやすい施設・設備（入浴設備・冷却塔・加湿器）の点検・清掃・消毒を徹底する
⑦肺炎	肺炎球菌は人の鼻腔や咽頭等に常在し、健康成人でも保有している人はまれではない。慢性心疾患・慢性呼吸器疾患・糖尿病等の基礎疾患を有する入所者は肺炎球菌感染症のハイリスク群
⑧誤嚥性肺炎	誤嚥がきっかけになっておもに口腔内の細菌が肺に入りこんで起こる肺炎。誤嚥を起こしやすい高齢者の場合は、ふだんの口腔ケアが重要
⑨薬剤耐性菌感染症	高齢者介護施設でとくに注意が必要な菌は、おもに接触感染する薬剤耐性菌。基本的にはだれが保菌していても広がりを防ぐよう、標準予防策の考え方にもとづいた対応が求められる

▶ 感染症発生時の対応

介護職は、感染症（または食中毒）が発生した場合や、それらが疑われるような状況が生じた場合には、すみやかに施設長への報告と記録を行います。

△ 感染症発生時の対応

- ①発生状況の把握（発生した日時や場所ごとに、利用者と職員の症状の有無など）
- ②感染拡大の防止（手洗いや嘔吐物・排泄物等の適切な処理を徹底し、職員が二次感染の媒介者にならないようにする）
- ③医療処置（配置医師との連携により、施設内での対応が困難な場合は協力病院等への搬送）

④行政への報告（一定の条件を満たす場合、施設長は市町村などの高齢者施設主管部局に報告するとともに、保健所にも報告し対応の指示を求める）

キーワードまとめ

リスクマネジメント	利用者の生活上のリスクを未然に予測・回避し、事故が起きたときは影響を最小限にとどめる一連のしくみや流れ
セーフティマネジメント	単なる事故防止にとどまらず、生活全般のリスクに目を向け「リスクに強い環境」の質を高めていくという視点
事故防止検討委員会	施設が組織的に事故防止・安全対策を行うために設置する委員会
ケアカンファレンス	チームケアの質向上のために情報共有や課題検討を行う場
サービス担当者会議	ケアプランに関わる担当者が集まり利用者への支援方針を協議する会議
バイタルサイン	生きていることをあらわすサイン。体温・呼吸・脈拍・血圧をさす
ヒヤリハット	「もう少しでけがをしたかもしれない」という、危なかった経験のこと。重大なけがが1件発生するまでに29件の中程度のけが、300件のヒヤリハット経験があるといわれる
感染源	感染症の原因となる微生物（細菌・ウイルスなど）を含んでいるもの
標準予防策（スタンダード・プリコーション）	1996年にCDC（米国国立疾病予防センター）が設定したガイドライン。感染症の有無に関わらず、血液・体液・分泌物・排泄物などに触れる際に行う基本的な感染対策
接触感染	手指・食品・器具を介して伝播する。感染経路としてもっとも頻度が高い

飛沫感染	咳・くしゃみ・会話等で飛沫粒子（5μm 以上）により 1m 以内で伝播する
空気感染	飛沫核（5μm 未満）として空中を浮遊し、空気の流れにより遠くまで飛散する
1 ケア 1 手洗い	1 回のケアを終えるたびに手をていねいに洗うという感染対策の基本
誤嚥性肺炎	誤嚥がきっかけになっておもに口腔内の細菌が肺に入りこんで起こる肺炎

☒ 学習のポイント

この節で覚えておくこと

- ①介護職は、利用者のリスクの回避に責任を負うことになります。それと同時に、利用者の尊厳の保持を実現しなければいけません。
- ②利用者の生活を支えるということは、そこで生じる利用者の生活上のリスクを未然に予測し、回避するための知識や技術、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が求められます。
- ③施設では、組織的に事故防止・安全対策を行うために事故防止検討委員会やリスクマネジメント委員会などを設置しています。
- ④チームで連携して情報を伝え合い、判断をあげる専門職同士の関係と柔軟に対応できるしくみをもっている組織は、リスクに強い組織といえます。
- ⑤介護事故が発生したときの家族への報告は、できる限り迅速かつ正確に行う必要があります。報告の遅れや、報告の不正確さは、家族との信頼関係に支障をきたすことがあります。
- ⑥生活の場における感染対策は、何よりも「1 ケア 1 手洗い」を徹底することが必要です。
- ⑦日ごろから感染対策を意識した介護を行っていると、感染症が発生したときに早めの対応につながり、被害を最小限に抑えることができます。
- ⑧感染対策の 3 原則は、「感染源の排除」「感染経路の遮断」「宿主（人間）の抵抗力の向上」です。
- ⑨感染経路には接触感染・飛沫感染・空気感染・血液媒介感染があります。
- ⑩転倒のリスクは個別性が高く、転倒を回避するために利用者に対して「じっとしててください」などと求めることは、本人の思いに反し行動を制限することになり、かえって危険です。

第4節 介護従事者の安全

1. 健康管理の意義と目的

▶ 介護職の健康管理が大切な理由

介護の仕事は、介護サービスを利用する高齢者や障害のある人の生活や生命を支える仕事で、社会にとって不可欠な仕事です。介護職には、専門的な知識や技術に加えて、豊かな人間性ややさしさが求められます。豊かな人間性ややさしさを発揮するためには、心身の健康が必要です。

介護職自身の健康状態が保てないと、介護サービスの質も低下し、利用者の状態に応じた介護ができなかったり、思わぬ事故につながったりする可能性もあります。そのような意味から、介護職の健康管理はとても大切です。

▶ ヒューマンサービス労働の特徴と健康問題

介護労働のように、「人として生きる権利」を支える労働はヒューマンサービス労働といわれています。ヒューマンサービス労働には、介護労働以外に、保育労働・医療労働などがあります。

ヒューマンサービス労働の特徴（4つ）

- ①利用者等のことを第1に考えて行動することが求められるため、利用者等のことだけを考えると働くうちに、身体や精神（こころ）に負担がかかり、体調をくずしやすい
- ②24時間365日途切れることが許されない業務が多く、夜勤などもあり、生活のリズムがつくりにくい性質があるため、睡眠不足などから体調をくずしやすい
- ③「このぐらいで終わってよい」と、仕事の限度を自分で決めにくい特性があるため、職場を離れても仕事のことが気になり、肉体的にも精神的にも過労になりやすい
- ④専門的な知識や技術を学びつづける必要があるため、仕事の後や休日にも研修があり、休みがとれず疲労がたまりやすい

また、介護労働は感情労働としての特性ももっています。感情労働とは、仕事を行うにあたって、いつも自分の感情を相手に合わせてコントロールすることを強く求められる労働のことをいいます。利用者から不快な言葉を浴びせられても、利用者の家族が無理解な態度を示しても、利用者やその家族に自分の感情をぶつけることは許されません。自分のなかに生じた怒りやいらだち、悲しみの感情を押し殺して仕事を続けることは強いストレスになり、心身の健康を損ねることにつながります。こうした場合は、がまんしつづけないで、職場の仲間や上司に話を聞いてもらうことなどが必要です。

2. 健康管理に必要な知識と技術

▶ 過労を防ぐ

日々の生活のなかで健康を維持するためには、疲労を回復する力と、仕事や仕事以外の原因で生じる身体や精神（こころ）の疲労とのバランスをとり、過労を防ぐ必要があります。

私たちの健康を維持してくれる力は、体力のバネ・趣味・娯楽のバネ・休息・睡眠のバネに大きく分けて考えることができます（健康バネばかりの考え方）。仕事の負担に仕事以外の負担が加わったその重さが、疲労の原因となります。

疲労が重なったときの対策

- ・睡眠時間が不十分なら、睡眠時間を確保する
- ・体力の低下や体調の不良があるのなら、医師に相談する
- ・楽しいことをする予定がないのなら、友人や家族と相談して楽しい計画を立てる
- ・疲労の原因である重さを取り除くことも必要
- ・それでも、疲労がたまる場合には、職場の上司などに相談する

▶ 食事の管理

仕事をするためには、必要なエネルギーを食事から身体に取りこむ必要があります。朝ご飯を食べずに仕事を始めるようでは、健康の維持ができません。栄養のバランスも大切です。食べすぎて体重が増加し、肥満になるのもよくありません。1年に最低1回は実施される職場の健康診断を利用して、体重の管理にも気をつけましょう。

▶ 睡眠の管理

睡眠は疲労の回復にとって大切な役割を果たしています。本来、人間は夜のあいだは眠り、昼間は活動するように身体がつくられています。昼間活動しているあいだに傷んだ細胞や身体の組織を、夜寝ているあいだに修復したり新しく作り直したりして、次の昼間の活動に備えます。

多くの介護の職場では、利用者の24時間の生活を支援する必要性から、夜勤が不可欠な働き方になっています。夜勤に備えて、ふだんから質のよい睡眠をとるようにして、睡眠不足にならないようにすることが大切です。

質のよい睡眠をとるコツ（10項目）

- ①同じ時刻に毎朝起床する。寝だめはしない
- ②朝食を食べ、朝日を浴びる
- ③日中は、軽く身体を動かすようにする
- ④寝不足のときは、15～20分の昼寝が有効

- ⑤寝る前の激しい運動や夜食はやめる
- ⑥夕食後は、カフェインを含むコーヒーやお茶はひかえる
- ⑦寝る前に、パソコン・スマートフォンなど液晶画面を見すぎない
- ⑧眠るための飲酒は、不眠のもと
- ⑨寝る前は、ぬるめの風呂や軽いストレッチ体操や、音楽鑑賞などで、リラックス
- ⑩朝起きたときよく寝たと思え、昼間眠くならなければ、睡眠時間はあまり気にしなくてよい

▶ こころの健康管理

介護職は、仕事や人間関係からさまざまなストレスを受けるので、こころの健康管理が必要です。こころを疲れさせるさまざまな事柄をストレッサーといいます。こころの疲労も身体の疲労と同じで、休息などによりうまく解消できればよいのですが、こころの疲労が重なると、こころの病気にかかります。

△ 燃え尽き症候群（バーンアウト症候群）に注意

- ・突然、仕事に対する意欲を失い、朝起きられない・出勤できないなどの状態になること
- ・医学的には、うつ症状の1種と考えられている
- ・一生懸命がんばっていたのに、まわりからは「あたりまえ」と思われていて、努力が評価されないと感じることが続いていたたり、大きなイベントなどがあり、とくに無理を重ねたあとなどに発生することが多い
- ・予防：日ごろから休養を確保し、仕事以外の楽しみ（趣味・スポーツ・家族や友人との時間）を大切に。ワーク・ライフ・バランスを保つことが大切
- ・「燃え尽き症候群かな？」と思ったら、心療内科や精神科を受診して指導を受ける

3. 身体の健康管理と安心して働ける環境づくり

▶ 腰痛の予防

腰痛は、腰部や背中に生じる痛みをおもな症状とした病気です。車いすへの移乗介助を行ったときや、便座への移乗介助を行ったとき、低いベッドに合わせてかがんだときなど、さまざまな介助や動作が引き金となって腰痛が起きます。

腰痛予防の基本：ノーリフティングケア

「持ち上げない、かかえ上げない、引きずらない」というノーリフティングケアで腰痛を防ぎましょう。

- ・無理せず福祉用具を活用する
- ・不自然な姿勢をとらない
- ・適切に休憩をとる
- ・移乗などの対策をとることが腰痛の予防に役立つ

▶ 肩こり（頸肩腕障害）

頸肩腕障害は、肩こりや、肩や腕の「だるさ」が初期の症状としてあらわれます。手や腕で利用者を支えたり、引き寄せたり、重たい荷物を運んだりするなど、頸や肩・腕に負担がかかることが原因で発生します。適切に休憩をとったり、仕事を始める前後に、頸や肩・腕のストレッチ体操をすることが予防に役立ちます。

▶ けがや事故

介護職が働く職場はいつも安全とは限りません。けがや事故の原因が個人の「不注意」だけにあると考えることは正しくありません。人はだれでも「不注意」になることがあります。予防のためには、「けがや事故」が発生しないように、また、たとえ発生しても重大化しないように、働き方や作業手順・環境を整備することが大切です。

けがが発生する構造（ハインリッヒの法則）

「もう少しでけがをしたかもしれない」というヒヤリハット経験を底辺として、上に行くほどけがの程度は重くなり、ついには「重大なけが」に達するピラミッド型で、けがは発生します。

- ・重大なけが 1 件
- ・中程度のけが 29 件
- ・軽いけが 多数
- ・ヒヤリハット経験 300 件

→ けがや事故を予防するためには、ヒヤリハット経験の段階で対策を検討し実施することが大切

▶ 熱中症と労働環境

介護施設内は、利用者の生活に合わせてエアコン等により気温が調節されているため、熱中症の危険性は低くなっています。ただし、介護職にとって熱中症の危険性が高まる場面が 2 つあります。1 つは、入浴介護の場面です。浴室や脱衣室は、裸の利用者が寒さを感じない環境であるため、高温多湿になっています。もう 1 つは、訪問介護の場面です。

△ 熱中症の症状と対応

【軽症（Ⅰ度）】めまいや立ちくらみ、ふくらはぎなどの筋肉痛やけいれんなどの症状。涼しいところで休み、身体を冷やし、水分をとりながら様子を見る

【中等症（Ⅱ度）】頭痛や吐き気、身体に力が入りにくい、だるいなどの症状。涼しいところで休み、身体を冷やし、水分をとって、病院に行く

【重症（Ⅲ度）】まっすぐ歩けない、意識がはっきりしない、名前を呼んでも返事がおかしい、全身がけいれんする、身体が熱い。命にかかわる事態なので、救急車を呼んでもらう必要がある

▶ 4S（整理・整頓・清掃・清潔）が実施される職場づくり

4S（整理・整頓・清掃・清潔）が実施されている職場では、気持ちよく効率よく働けるだけでなく、心身のストレスも少なくなり、ミスが減らすことができます。衛生的な職場は、感染症の予防にも役立ちます。

働く人の健康や生活を守る法制度

法律	目的・内容
労働基準法（労基法）	労働時間や賃金、休日に関するなどが定められている。通常の労働時間は1日に8時間、1週間に40時間。これを超える場合は「36（サブロク）協定」を結ぶ必要がある。残業した場合は、残業代として通常の時間給より高い賃金を支払うことになっている
労働安全衛生法（安衛法）	「職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的」として制定された。職場でのけがや事故の発生を防ぎ、気持ちよく働ける職場をつくることを目的とする。事業者が費用を負担して、最低年1回（深夜業を含む場合は6か月に1回）は労働者の健康診断を実施することが義務づけられている
労働者災害補償保険法（労災保険法）	労働者が仕事の原因で病気になったりけがをしたりした場合（労働災害）に、治療費や休業中の生活費を補償することを定めた法律。介護をしているときに発生した腰痛や濡れた床で転倒してけがをした場合・通勤途中の事故の場合などは、基本的に労働災害として補償される
育児・介護休業法	子育てや親の介護をしながら働きつづけようとする、働くことで生

	じる心身の負担に、育児や介護にともなう負担が加わるため、健康が損なわれやすくなる。育児休業（子どもが1歳になるまで。保育所などに入れない場合などは最長2歳まで延長可）・介護休業（対象家族1人につき93日まで。3回まで分割可）などの制度が整備されている
--	--

キーワードまとめ

ヒューマンサービス労働	「人として生きる権利」を支える労働。介護労働・保育労働・医療労働などが含まれる
感情労働	仕事を行うにあたって、いつも自分の感情を相手に合わせてコントロールすることを強く求められる労働
ストレッサー	こころを疲れさせるさまざまな事柄のこと
燃え尽き症候群（バーンアウト症候群）	突然、仕事に対する意欲を失い、朝起きられない・出勤できないなどの状態になること。医学的にはうつ症状の1種
ワーク・ライフ・バランス	仕事と生活のバランスを保つこと。燃え尽き症候群の予防に重要
健康バネばかり	体力・趣味娯楽・休息睡眠の3つのバネと、仕事・仕事外の疲労の重さのバランスで健康状態を表したもの
ノーリフティングケア	「持ち上げない、かかえ上げない、引きずらない」という腰痛予防の基本的な考え方
頸肩腕障害	肩こりや、肩や腕の「だるさ」が初期症状。頸や肩・腕に負担がかかることが原因
4S	整理・整頓・清掃・清潔のこと。実施されている職場では事故・ミス・感染症の予防に役立つ
労働基準法（労基法）	労働時間（1日8時間・週40時間）や賃金・休日に関するなどが定められた法律
労働安全衛生法（安衛法）	職場における労働者の安全と健康を確保すると

	ともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的として制定された法律
労働者災害補償保険法（労災保険法）	労働者が仕事で原因で病気になったりけがをしたりした場合（労働災害）に治療費や休業中の生活費を補償する法律
育児・介護休業法	育児休業や介護休業などの制度を定めた法律。 仕事と育児・介護の両立を支援する

☒ 学習のポイント

この節で覚えておくこと

- ①介護職自身の健康状態が保てないと、介護サービスの質も低下し、利用者の状態に応じた介護ができなかったり、思わぬ事故につながったりする可能性もあることから、介護職の健康管理はとても大切です。
- ②ヒューマンサービス労働の特徴として、①利用者のことだけを考えることによる身体・精神への負担、②夜勤などによる生活リズムの乱れ、③仕事の限度を自分で決めにくいことによる過労、④継続的な研修による疲労蓄積の4つが挙げられます。
- ③介護労働は感情労働としての特性ももっており、自分の感情を押し殺して仕事を続けることは強いストレスになります。職場の仲間や上司に話を聞いてもらうことが必要です。
- ④日々の生活のなかで健康を維持するためには、疲労を回復する力と、仕事や仕事以外の原因で生じる身体や精神（こころ）の疲労とのバランスをとり、過労を防ぐ必要があります。
- ⑤介護職は、仕事や人間関係からさまざまなストレスを受けるので、こころの健康管理が必要です。
- ⑥腰痛予防には、ノーリフティングケア（持ち上げない、かかえ上げない、引きずらない）が基本です。福祉用具の活用も有効です。
- ⑦けがや事故の原因が個人の「不注意」だけにあると考えることは正しくありません。ヒヤリハット経験の段階で対策を検討・実施することが大切です。
- ⑧日本における働く人の健康を守る法制度としては、日本国憲法のもとに、労働基準法や労働安全衛生法などがあります。

第2巻 第3章 コミュニケーション技術

第1節 介護におけるコミュニケーション

【到達目標】

- ・本人・家族との支援関係を構築し、意志決定を支援することができる。
- ・利用者の感覚・運動・認知等の機能に応じたコミュニケーションの技法を選択し活用できる。
- ・チームマネジメントに関する知識を理解し、活用できる。
- ・状況や目的に応じた記録、報告、会議等での情報の共有化ができる。

1. コミュニケーションの意義・目的・役割

① 対人援助関係とコミュニケーション

▶ 介護職がコミュニケーションを学ぶ意味

人はコミュニケーションを通じて他者と人間的にかかわり合うことができます。しかし、介護を必要とする多くの高齢者や障害のある人は、何らかのコミュニケーション障害があり、自分の意思や要求を相手に伝えることが困難になっています。

したがって、介護職にはさまざまなコミュニケーション障害のある利用者への具体的な介護方法を学ぶことが望まれます。

コミュニケーションの対象は、自己内、二者間の対人関係、小集団、組織・地域などがあります。利用者と介護職のコミュニケーション場面は、これらすべてにおいて影響し合い展開しており、広くとらえていく必要があります。

より実践的な介護職となるためには、日常的にごくふつうに行っている自分たちのコミュニケーションをふり返ってみることが必要です。

▶ 自分自身をよく知る

コミュニケーションは、情報の伝達という機能を持ちます。それと同時に、人と人とがこころを通わせ、人格と人格が交流することをうながし、互いに理解を深めてわかり合うという機能もあわせもっています。

介護職がより有効な対人援助を行うためには、利用者をよく知ると同時に、自分自身をよく知ることが基本となります。

② 人間的・効果的なコミュニケーションの基本

介護職に求められる人間的・効果的なコミュニケーションの基本として、次の7つがあげられます。

人間的・効果的なコミュニケーションの基本（7項目）

- ① 自分の内面を見直し、しっかりとした自己の概念をもつ。
- ② 伝えたいことを明確に表現する。
- ③ 適切な自己開示および相手の自己開示の過程への理解をはかる。
- ④ 相手の思いを聴く姿勢と技能を高める。
- ⑤ 自分の感情に気づき、それを認める。
- ⑥ 基本的な共感の応答を日常の介護に組み入れる。
- ⑦ さまざまな質問の技法と役割に精通する。

高齢者を理解する基本的な視点としては、「できない」「できなくなった」「力のない」などの見方ではなく、
「学ぶことができる」「変わることができる」「責任をもつことができる」という「～できる」存在としてしっかりとらえることが望まれます。

2. コミュニケーションの技法

① メッセージの送り手と受け手

▶ コミュニケーションの構成要素

二者間のコミュニケーション過程には、さまざまな構成要素が含まれています。

用語	意味
送り手	コミュニケーションを始める人
メッセージ	二者間で伝わる情報
受け手	メッセージを受け取る相手
送信	送り手のところや頭に浮かんだイメージを相手に送るために記号化したもの
受信	受け手が解読したもの
フィードバック	受け手が送り手に逆に送る信号

二者間でのコミュニケーションは、それぞれが送り手・受け手という2つの役割をもちなが

ら言語・非言語という伝達経路を通して展開していきます。
コミュニケーションは、基本的に双方向の機能を持ちます。

▶ 送り手と受け手の環境

送り手と受け手双方のコミュニケーションを成立させる背景にある要素を総称して「環境」と呼びます。

環境を構成する要素	
・年齢	・性別
・個人的な価値観	・専門職としての価値観
・人生観	
・人間観	・世界観
・宗教	・金銭感覚
・生きがい	・自己概念
・性格	
・他者認知	・言語
・生活歴	・職業歴
・家族歴	など

▶ 介護の現場におけるコミュニケーション

介護の現場においては、通常のコミュニケーション以上に、年齢、価値観、生活歴、言語など、送り手と受け手の環境の相違が顕著であるともいえます。

そのため、介護職の側から相手の環境に近づいていかなければ、送り手と受け手の共有部分は成立しません。

さらに、それらの知識に加えて、環境の異なる他者への共感的理解および相手の視点からみる姿勢が望まれます。

② 言語的チャンネルと非言語的チャンネル

メッセージを伝える伝達経路（チャンネル）には、言語的チャンネルと非言語的チャンネルの2つがあります。

チャンネルの種類	内容	割合
言語的チャンネル	話し言葉、書き言葉など	2～3割
非言語的チャンネル	ジェスチャー、表情、声の調子の高低や強弱、身体的接触、たばこ香り、服装や髪型など	7～8割

【チャンネルが矛盾する場合】

言語的チャンネルと非言語的チャンネルが矛盾した内容を伝えることがあります。

例：言葉では「ええ、みなさんによくしてくださって」と答えながら、下を向き、声の調子も低い場合、

本当の感情（思い）が伝えられてくる非言語的チャンネルに意識的に着目し、よく聴くことが必要です。

▶ 雑音

コミュニケーションをさまたげる要因を雑音といいます。雑音には4種類があります。

種類	例
①物理的雑音（音に関するもの）	大きな音、耳障りな音など
①物理的雑音（それ以外）	不快な温度、空気、におい、光など
②身体的雑音	聴力障害、言語障害、入れ歯や補聴器の不具合など
③心理的雑音	防衛機制（※）など
④社会的雑音	偏見や誤解にもとづく先入観など

※防衛機制：外界に適合するための自我の心理機制。人が不快な緊張感を解消し、心理的に満足を得るためにとる無意識的な解決方法。

3. 支援関係の構築と意思決定の支援

① 支援関係の構築

介護職は、支援を行うなかでコミュニケーションの技法を用いて、利用者および家族と信頼関係（ラポール）を構築していくことが重要です。信頼関係が構築できると、豊かな相談場面につながります。

【信頼関係の構築ポイント】

- ・「話しやすそうな人」「感じのいい人」といった第一印象を与えることが支援関係の構築の第一歩
- ・傾聴（ただ単に相手の話を「聞く」のではなく、身を入れて積極的に「聴く」こと）が重要
- ・話の途中で口をはさんだり、反論するような言動はあってはならない
- ・利用者の表情や態度の変化にも注意する

② 意思決定の支援

利用者の思いを聴いた介護職が次に行うことは、意思決定の支援です。利用者の自己決定の尊重が大切であることは、日本介護福祉士会倫理綱領のなかでも述べられています。

また、2018（平成 30）年に厚生労働省は「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を示しています。

意思決定の支援で注意すべき点	内容
① 状態に応じた支援	利用者の意思決定能力の状態に応じた支援が求められる。アドボカシーやエンパワメントを通して支援。
② 思いを押しつけない	「こうなったほうがよい」という思いを押しつけず、相手の価値観を尊重する。

③ 情報提供をする	選択肢を多く提供し、それぞれのメリットとデメリットをしっかりと伝える。情報を操作しない。
④ 環境への配慮	慣れない場所では不安や緊張などから意思を表現できない場合がある。時間をかけて確認する。
⑤ パターナリズムを避ける	「～してあげる」という保護的な態度（パターナリズム）におちいらないように点検することが必要。

意思決定の支援では、利用者が「自分で決めた」という思いになるように支援していきます。

利用者との間で、そのつど本人の意思を確認しながら支援を行っていくことが必要であり、コミュニケーションが重要になります。

キーワードまとめ

キーワード	説明
コミュニケーション	人と人とが情報を伝達し、こころを通わせ人格と人格が交流すること
ラポール	信頼関係のこと。支援を行ううえで利用者・家族との構築が重要
言語的チャンネル	話し言葉・書き言葉などの伝達経路（2～3割）
非言語的チャンネル	表情・ジェスチャー・声の調子など（7～8割）
雑音	コミュニケーションをさまたげる要因。物理的・身体的・心理的・社会的の4種類
傾聴	身を入れて積極的に「聴く」こと。対人援助の基本技能
アドボカシー	権利擁護ともいう。利用者に代わって権利の獲得やニーズの充足を行うこと
エンパワメント	利用者が自分自身の信頼や信念を回復し、問題をみずからが解決することを支援すること
パターナリズム	介護職が利用者に対して「～してあげる」という保護的な態度をとること

学習のポイント

- ・介護を必要とする多くの人は何らかのコミュニケーション障害があり、介護職は具体的な介護方法を学ぶことが求められる。
- ・コミュニケーションの環境（年齢・価値観・生活歴など）の相違が介護現場では顕著であるため、介護職が相手の環境に近づく姿勢が重要。

- ・非言語的チャンネルは全チャンネルの7～8割を占め、言語と矛盾する場合は非言語的チャンネルに注目する。
- ・雑音には物理的・身体的・心理的・社会的の4種類がある。
- ・利用者の自己決定の尊重が意思決定支援の基本。パターンリズムに陥らないよう注意する。

第2巻 第3章 コミュニケーション技術

第2節 介護におけるコミュニケーション技術

1. 話を聴く技法

① 聞くことと聴くこと

聴くことは、かかわることと表裏一体です。聴くことは、相手の話す言葉を聞くだけでなく、こころの声に能動的に耳を澄ますことです。「聴」という字の元は「聽」であり、相手の語る話に耳をつき出し、自分自身のこころを1つにして、相手のペースに合わせ、自分の価値観ではなく相手の価値観を尊重し、よく聴くことをあらわしています。

このよく聴く技能は、傾聴といわれ、対人援助の基本技能であるばかりでなく、重要な価値観、姿勢、もしくは態度であるともいわれます。

② 傾聴の3段階

段階	介護職の役割	利用者の状態
第1段階	言葉を聞く	語る
第2段階	十分に関心を向ける	語りながら何らかの感情移入を体験する
第3段階（最も重要）	言葉を聴き、十分に関心を向け、利用者の思いをさし示すような感情を体験する	語り、沈黙を重ねながらも、聴いてもらっている・理解されていると感じる

傾聴の第3段階では、介護職は利用者のなかで生じてくる感情を映し出す鏡の役割になっています。

これは聴き手自身の直観的な感情体験が重視される「共鳴（resonance）」と呼ばれています。

③ よい聴き手とは

よい聴き手とは、受容的であり、また共感的であることが基本となります。自分の価値観によって立つのではなく、相手の価値観（人生観、人間観、社会観、宗教観など）から物事をみて把握します。

2. 利用者の感情表現を察する技法

① 感情表現にかかわる得意・不得意

人には感情表現にかかわる得意・不得意があります。対人援助のなかで相手の思いを受けとめ、それを相手に共感的に戻すためには、相手の思いを知ると同時に、自分自身の感情表出の傾向を知ることが必要です。

② 第1次共感と第2次共感

共感とは、対人援助を行う介護職にとって欠かせない価値観や態度であり、共感の技法には2つの要点があります。共感とは、同情とは異なります。

種類	内容
第1次共感（基本的共感）	相手の話をよく聴き、その話の内容を理解し、話に含まれている思いを受けとめ、内容の理解と思いをこちらの言葉に変えて応答する技法
第2次共感（深い共感）	第1次共感よりもさらに一歩進んで、相手が言語的に表現していない内面や思いを深く洞察し、その思いと、その思いが生まれた背景を的確に理解して、相手に伝わりやすいように戻す方法

共感の技法がもつ2つの要点

第1の要点：利用者のこととともに身をおき、利用者の内側からみた思い、感じ方および考え方を、情動的かつ知的に理解する。

第2の要点：伝わってきた利用者の内側からみた思いを自分自身の言葉と非言語を通して、利用者に応答として伝える。

【同情と共感の違い】

- ・同情：自分の価値観や見方から推測した相手の気持ちで、常に自分の側に立っている
- ・共感：積極的に相手の感情や思いを共有する（相手の感情を理解し、その思いを聴き手の言葉として返す）

3. 利用者の納得と同意を得る技法

身のまわりやさまざまな関係のなかで何かの変化が起こったときに、今までとは異なった対応を行うことはとてもむずかしいものです。そのような場合、介護職は、利用者や家族が今まで当然のこととして行ってきた対応の仕方を認めると同時に、ほかに異なった方法や考え方もあることを伝え、新しい試みへの着地や導入を援助する必要があります。

技法	内容
明確化	相手の話す内容が、具体的でなく、またまとまりがつかない場合に、「たしかなことかどうか」をうかがう技法。非言語的に伝わる場合が多い気持ちや思いの確認も重要。
焦点化	利用者が話したい内容に焦点を合わせて受けとめ、介護職が自分のなかで理解し、まとめたうえで、全体として利用者に戻す（フィードバックする）技法。
要約	会話の内容、それが意図していることの意味、感情や思いなどを総合的にまとめ、利用者に伝える技法。
直面化	相手が自分の行動や行動がもたらす影響について、今よりも深くとらえられるようなきっかけを設ける技法。深い共感とともに適切に用いると信頼関係をはぐくむ。

4. 質問の技法

① 質問の具体的な役割と留意点

区分	内容
質問の具体的な役割	①利用者が体験や思いを話すきっかけをつくる ②利用者の介護に大切な情報を追加する ③はっきりと伝わらない話の内容や感情を明確化する ④利用者が自分の力をいかし、現状を変える一歩をふみ出すための勇気づけをする
質問を用いる前の留意点	①効果的な質問をするうえでもっとも重要な準備は、利用者との信頼関係の形成 ②性急で頻回な質問を避け、あせらずに適切なときを見計らって質問を用いる ③質問が尋問や詰問であってはならない ④質問をする際には、答えを暗示したり、誘導したりしないようにする

② 質問の種類

種類	内容	使い方
閉じられた質問	「はい」または「いいえ」で答えられる質問、および簡単に2～3の単語で答えられる質問	特定の事柄や状況を明確にしようとする場合に活用。頻繁に用いると意向を制限する。
開かれた質問	相手に自由を認め、相手が自分自身の選択や決定による答えを見つけることをうながす質問	利用者が自分の世界を広げ、深く自分や周囲の世界を知ることのうながす。
重複する質問（選択肢型）	「～ですか？ それとも～ですか？」とたずねるもの	選択肢が2つに限られる場合に適している。
矢継ぎ早の質問	質問の仕方に焦点をおいたもの（避けるべき）	「事実は把握できたが、ここからは離れてしまった」という結果になりかねないため避ける。
評価的な質問（避けるべき）	介護職の価値判断にもとづいて用いられる質問	利用者との信頼関係を悪化させてしまうため避ける。

5. 相談・助言・指導の技法

① 身近な相談相手としての介護職の役割

介護職が利用者の相談を受ける場合は、問題や課題の解決を目的としたものだけではありません。身近な人にだからこそ伝えられるとまどいや不安、心配、気づきなどを「日常のなかの非日常」ともいうべき何かの機会にあらわし、伝える場面もあります。

介護職は、利用者が自分の思いや状況を問題や課題として認識したり、周囲の人が問題に気づく前の「よくわからないもやもやした状態」のときに自然に思いを表現したりすることをうながし、それを受けとめる役割を果たしているといえます。

② 介護職に求められる相談の技術

介護職には、利用者のニーズや意向を適切に把握したうえで、相談面接技術をふまえ、「話を聴く技法」「感情表現を察する技法」「納得と同意を得る技法」「意欲を引き出す技法」などを総合的に組み合わせて活用する技術が求められます。

③ 相談を受ける際の原則（バイステックの7原則）

バイステック（Biestek, F. P.）は、ソーシャルワーカーがクライアントに個別にかかわる際の実践原則として7項目を示しています。これは介護職の守るべき原則ということもできます。

原則	内容
①個別化	一人ひとりの利用者が、遺伝や環境の因子にもとづいた、あるいは人生経験にもとづいた独自性をもった個人であるとして迎えられる権利とニーズをもっていることを的確に認識し理解すること。
②意図的な感情表出	利用者のかかえる問題が部分的または全体的に情緒的なものであるときに、利用者がその感情を表現したいというニーズをもっていることを認識すること。
③統制された情緒的関与	利用者が自分の感情に対して、援助者から適切な反応を受けたいというニーズをもっていることを認識し、理解すること。
④受容	利用者は、生まれながらにして尊厳と価値をもっているという認識をもち、利用者にこのようになってほしいと望むのではなく、利用者を現実のあるがままの姿で把握し、接すること。
⑤非審判的態度	自分の役割について、利用者を非難したり問いつめたりすることではなく、援助することであると自覚すること。
⑥利用者の自己決定	利用者は問題解決の方向などを自分で決める権利とニーズをもっていることを認識すること。
⑦秘密保持	面接のなかで明らかにされる秘密の情報を他人に漏らさないこと。

6. 利用者の意欲を引き出す技法

① 利用者の意欲の低下に気づく

意欲の低下は、その人の言動の減少にあらわれてきます。意欲が低下しているサインとしては、毎回参加していた行事に姿をみせなくなる、身なりに気をつかわなくなる、人との会話が減る、自分でできることを人に頼るようになるなどがあります。

「早く死にたい」といった言葉で自分のつらさを伝えてくることもあります。これは利用者からの重要なメッセージであり、意欲が低下しているサインとも考えられます。ただし、言葉の意味をそのまま解釈し、自殺願望があるとすぐに判断せず、メッセージにこめられた利用者の思いを把握するように努める必要があります。

② 意欲の低下の背景を考える

要因	内容
①利用者自身の変化	加齢や病気にとまなう身体的・認知的機能の低下などにより、これまであたりまえのようにできていたことができなくなり、だれかに依存しなければ生きていけないと感じることによって、自尊心が低下することがある。
②利用者を取り巻く環境の変化	家族の死や入院・入所などによる別居上は、これまでつちかっていた家族との深い関係を失うとともに、その家族との関係のなかで果たしてきた役割の喪失につながる。

③利用者の家族関係の変化	身体的・精神的・経済的機能の低下は、これまでの親子や夫婦の力関係を逆転させ、自分の存在意義を感じられなくなることがある。
--------------	--

③ 利用者の意欲を引き出す留意点

アプローチ	内容
利用者の感情に共感する	意欲が低下した利用者の感情を「孫から〇〇と言われた〇〇さんは、どんな気持ちだっただろう」と利用者の立場で思い描くことが不可欠。感情を非言語・言語コミュニケーションで伝える。
利用者の人間関係を活用する	人は必ず他者とつながっているという感覚が必要。介護職は新たな関係の構築や従来の関係の活性化を試みる。同じサービスを利用している人と新たな関係を築くことも考えられる。
利用者の自己決定を尊重する	介護を必要とする生活では、介護職や家族介護者が指示や管理を行うことが多くなる。認知症や知的障害などで判断能力が低下している場合にも、最初から無理だと決めつけない声かけが必要。
利用者のストレングスをいかに	利用者の生活歴などからストレングス（強み）を把握し、日々の生活にいかせるような環境をつくる。

7. 利用者と家族の意向を調整する技法

① 利用者の意向を把握する

利用者の意向を把握することは、介護を行ううえで不可欠なことです。それほど簡単なことではありません。介護職は言葉と表情などとの違和感に注目し、真意ではないと感じられる場合には、利用者の本当の意向を知りたいというメッセージをくり返し伝えましょう。

② 家族の意向を把握する

家族の意向を把握する際、利用者のもとと異なるからといって、家族が利用者のことを大切に思っていないと安易に決めつけてはいけません。

利用者と家族の意向が異なるにいたったおもな背景	内容
①家族が利用者の状態や状況を正確に理解していない	子どもにとって自分の親が老いていく現実を直視するのはつらいものである。そのため、自分の希望が加味されたフィルターで現実を認識することがある。
②家族の価値観で利用者のことを考えている	家族が「利用者のために」と考えたことであっても、利用者の意向と異なることがある。たとえば、家族が利用者の意向を無視して保護しようとすることがよくある。
③家族の利益を第1に考えている	家族が自分の生活を第1に考えることも当然あり得る。

	利用者の意向が家族によって無視され、利用者の権利が侵害されているような場合には、利用者の権利を擁護しなければならない。
--	---

③ 利用者の意向を家族が理解できるように支援する

利用者と家族の意向が異なる場合、まず必要なのは家族が利用者の真の意向を理解することです。できる限り、利用者が自分で自分の意向を家族に伝えられるように支援しましょう。

利用者が自分で話すのが困難な場合や、利用者と家族の利害が対立している場合などには、介護職が利用者の意向や家族への思いなどを代弁する必要があります。

【利用者の意向を家族が理解できるようにするための支援手順】

- ① 利用者の意向を聴く ② 家族の意向を聴く ③ 利用者が家族に自分の意向を話せるように動機づける
- ④ 家族が利用者の意向を聴くように動機づける ⑤ 利用者と家族がコミュニケーションをもてる場を設定する
- ⑥ 利用者が話しはじめられる状況をつくる

キーワードまとめ

キーワード	説明
傾聴	身を入れて積極的に「聴く」こと。対人援助の基本技能・価値観・姿勢
共鳴（resonance）	聴き手自身の直観的な感情体験が重視される状態。傾聴の第3段階で起こる
第1次共感	基本的共感。相手の話をよく聴き内容を理解し、思いを言葉に変えて応答する
第2次共感	深い共感。言語的に表現していない内面の思いまで洞察して伝える
明確化	具体的でない相手の話を「たしかなことかどうか」うかがう技法
焦点化	利用者が話したい内容に焦点を合わせ、まとめてフィードバックする技法
要約	会話の内容・意味・感情などを総合的にまとめて伝える技法
直面化	相手が自分の行動の影響について深くとらえるきっかけを設ける技法
バイステックの7原則	個別化・意図的感情表出・統制された情緒的関与・受容・非審判的態度・自己決定・秘密保持
ストレングス	個人・家族・コミュニティなどのもっている「強さ」（能力・意欲・自信・資源など）

☑ 学習のポイント

- ・傾聴の第3段階（共鳴）がもっとも重要。利用者の感情を映し出す鏡の役割を果たす。
- ・共感とは異なる。同情は自分の側に立ち、共感相手の感情を積極的に共有する。
- ・明確化・焦点化・要約・直面化の4技法は利用者の納得と同意を得るために用いる。
- ・質問には閉じられた質問・開かれた質問・重複する質問などがある。矢継ぎ早の質問・評価的な質問は避ける。
- ・バイステックの7原則は介護職が守るべき相談の実践原則（個別化・受容・秘密保持など）。
- ・利用者の意欲低下のサインを見逃さず、感情への共感・人間関係の活用・自己決定の尊重・ストレングスを活用する。
- ・利用者と家族の意向が異なる場合は、まず家族が利用者の真の意向を理解できるよう支援する。

第2巻 第3章 コミュニケーション技術

第3節 介護場面における利用者・家族とのコミュニケーション

1. コミュニケーション障害の理解

① コミュニケーション障害とは

私たちの言語によるコミュニケーションの過程は、からだのしくみにもとづいて考えた場合、次の①～⑨の流れで進みます。

コミュニケーションの過程（①～⑨）

- ① 耳や目などの感覚器官を通じて、音や文字などの情報を得る
- ② 感覚器官から得た情報は、感覚神経を介して脳に到達する
- ③ 情報は脳新皮質（聴覚野・視覚野・言語中枢）に到達し、情報のもつ意味が理解される
- ④ 情報の意味を理解した脳は、それに対してこたえるための意思表示（発話や文章作成）を計画する
- ⑤ 脳で計画された発話や文章作成などの情報は、運動神経を介して口や手などに伝達される
- ⑥ 口や手などに伝えられた情報は、発話（発声）や動作（身振り手振り）として相手に送信される
- ⑦ ⑥で送信された発話や文章は、相手に送信されると同時に、送信者自身の耳や目に送り返される（フィードバック）

⑧受信した相手は内容の意味を解読する。送信者自身も送り返された内容を解読し、自分の意思表示の内容と一致するかどうかを検証する

⑨一致しないときには再度、自分の脳で情報発信を計画し、やり直すことになる

コミュニケーション障害とは、この過程が何らかの支障によって適切にはたらかず、コミュニケーションをはかることができない状態を意味するものです。

【コミュニケーション障害の原因（2つ）】

①生活環境に問題がある場合：周囲の騒音、照明の不備、孤独な状況、情報提供機器の不足など

②利用者のコミュニケーションにかかわる心身機能が何らかの原因で障害されている場合

→聴力や視力、脳（大脳新皮質）の機能低下のために、言葉の理解や話すこと、見て理解することなどに支障が生じる

② コミュニケーション障害を理解する視点

介護職がコミュニケーション障害について理解する目的は、介護の実践を通して生活支援を行うためであり、利用者との信頼関係を築くためです。したがって、医療職や心理・療育の専門職と同じ視点からではなく、介護の実践に役立つ視点から理解することが大切です。

介護職がコミュニケーション障害を観察するためのポイントとして、次の6つがあげられます。

観察ポイント	分類できること
①先天性の病気か・後天性の病気かどちらを患っているか？	知的障害と、脳血管障害や変性疾患などの類別が可能
②目に見え、触れられる身体部位か・脳のどちらを損傷しているか？	身体の末梢器官の障害と、中枢性の障害（脳疾患）の類別が可能
③理解が困難か・意思表示が困難かどちらが主か？両方か？	認知・思考系の障害なのか、行為系の障害なのかの類別が可能
④言語か・非言語かどちらの障害か？	脳の左右半球機能の障害傾向の類別が可能
⑤記憶障害が認められるか？記憶障害だけしか認められないのか？	認知症とその他の認知機能障害の類別が可能
⑥上肢や下肢に片麻痺が認められるか？片麻痺は右側か・左側か？	脳の左右半球機能の障害傾向の類別が可能

2. 視覚の障害に応じたコミュニケーション技術

人は多くの情報を視覚から得ているといわれています。視覚の障害があると受けとる情報がかなり少なくなるため、日常生活に大きな影響を与えます。

【視覚障害のある利用者への対応（事例 L さんから学ぶポイント）】

★ 環境の工夫

- ・物の位置は必ず決まった場所に置く
- ・方向を示す言葉は「あっち」「こっち」「向こうの」などは使わず、「L さんの右隣に」など具体的な表現を使う
- ・大きな文字やわかりやすいイラストを活用して刺激と情報を提供する

★ 会話の工夫

- ・話しかけるときはまず名前を呼んでから、自分の名前を名乗り用件を話す（いきなり声をかけない）
- ・いきなりからだに触れることは避ける（驚かせることになるため）
- ・会話をやめるときはそのことを伝える（黙って離れると状況がわからず不安になる）
- ・相手が見えないことをおぎなう口頭で説明することが大切

【視覚障害のある人への支援のポイント】

- ・L さんには視力を活用しながら生活してきた長い経験の蓄積があります。
- ・視覚的な情報を、介護職が口頭で説明することで、L さんのもつ生活経験の蓄積を活用する手助けとなり、
自分の生活のカンを取り戻すことができます。

3. 聴覚の障害に応じたコミュニケーション技術

補聴器について

聴覚障害のある人とかかわるときは、まず補聴器を持っているかを確認しましょう。持っている場合は、耳鼻科医・言語聴覚士・認定補聴器技能者などの専門家に、必ず調整してもらいます。合わない補聴器では効果はありませんし、場合によっては、かえって耳を傷めてしまうことがあります。

補聴器は 1 対 1 での比較的静かな場所でもっとも効果を発揮します。加齢性難聴の場合、補聴器をつければクリアな音で聞き取れるようになるわけではありません。慣れるのに 3 か月から半年くらいはかかるでしょう。

難聴のある人とのコミュニケーションのポイント（10 項目）

- ① 補聴器を持っていたら、専門家に調整してもらったうえで、試してみる
- ② 聞こえのよい耳があれば、そちら側から話しかける
- ③ 話しかける前に、正面にまわる

④ 表情や口元が見えるように配慮する
⑤ 手や物を自分の顔の近くに近づけて話す
⑥ 適切な大きさと・ゆっくり・はっきり発音する
⑦ 話のテーマやキーワードを明らかにする
⑧ テレビを消すなど、周囲を静かにする
⑨ 筆記具とメモを用意する
⑩ できるだけ 1 対 1 で話す

【聴覚障害のある利用者への環境整備】

- ・周囲の騒音（足音、車の音、エアコンの音、スピーカーからの館内放送、テレビの音、食器の当たる音など）は
聴覚障害のある人にとって聞き取りをさらに低下させる原因（周囲雑音）となる。
- ・ドアを閉める、テレビなどを消すといった環境を整備することは、コミュニケーションをとるうえでの大切な前提条件。
- ・筆談も基本的なコミュニケーション方法。ポイントは「キーワードを書く」こと。

4. 構音障害に応じたコミュニケーション技術

構音障害とは、正しく発音できない状態のことです。種類として、①麻痺性構音障害、②口蓋裂など構音器官の形態の異常によるもの、③機能的構音障害があります。

【構音障害のある利用者への対応（事例 N さんから学ぶポイント）】

- ・構音障害に対して：指折り法（けんそく側の手の指を折りながら言葉を一音ごとに区切って発話）を用いて発話の明瞭度を上げる
- ・嚥下障害への対応と訓練は、言語聴覚士と連携して行う
- ・人は必ず他者とつながっているという感覚が必要。「強いる」ような支援であってはならない
- ・やる気を起こしてもらうためには、口頭ではなく、実際に同様の障害のある人が困難を乗り越えて生活する姿に
ふれてもらうことが理解しやすく、説得力もある

【コミュニケーション機能の障害のある人に対して】

コミュニケーション機能の障害のある人に対して、喪失した機能の回復を支援することは必要ですが、

機能が改善するだけで他者とのコミュニケーションが再開されるわけではなく、まず「自分自身を取り戻すこと」に向けた支援が大切です。

5. 失語症に応じたコミュニケーション技術

失語症とは、脳の言語野が損傷されることによって生じる言語機能の障害であり、すでに獲得していた言語を話したり、聞いたり、書いたり、読んだりすることが困難になります。

失語症の種類	特徴
運動性失語症（ブローカ失語症）	言語を理解することよりは、自発的に話すことが困難な失語症
感覚性失語症	言語を理解することに支障が生じる失語症

【失語症のある利用者への対応（事例 P さんから学ぶポイント）】

- ・維持されている機能にはたらきかける支援を行う（喪失した機能にはたらきかけない）
- ・失語症のある人は、言語機能が障害されるものの、視覚情報を受けとることや、小鳥の鳴き声のような非言語的な音を理解する力は維持されることが多い
- ・その人に適した生活環境を整えるように工夫し、生活意欲を引き出すことにより、コミュニケーション機能が活性化される
- ・失語症のある人とのコミュニケーションを考える際には、本人の「伝えたい」「知りたい」「関係をつくりたい」という目的意識や、意欲を導き出すことが大切
- ・介護場面におけるコミュニケーション技術の実践は、失語症のある人の機能の向上をめざす訓練ではなく、生活をしやすいするための支援であるということが重要

【コミュニケーションノートの活用】

P さんの事例では、コミュニケーションノートを作成し、P さんが図や写真をさし示すことで自分の意向を伝える手段として活用しました。

また、小鳥の CD プレーヤーや花瓶に生けた花など、その人に適した生活環境を整えることで生活意欲が高まり、コミュニケーション機能が活性化されました。

6. 高次脳機能障害に応じたコミュニケーション技術

高次脳機能障害とは、脳血管障害などにより脳に損傷を受け、その後遺症として生じた記憶障害、注意障害、社会的行動障害などの認知障害などのことです。

【高次脳機能障害のある利用者への対応（事例 Q さん・左側半側空間無視）】

★ 左側半側空間無視とは

左右どちらか半分に対して注意が向かなくなる症状で、網膜には物が映っていても、脳の損傷によってその物を認識できないことから生じる。

★ 食事での対応

食事の際は Q さんの右側に介護職が座り、誤って右隣の人のおかずに手をつけることがないように対応する

★ 洗面所での対応

洗面所で歯みがきや洗顔をするときは、右側に隙間ができないように、必ずいちばん右の洗面台を使用する

★ 環境整備と体験を通した理解

左側の視野を遮ったゲームを行い、右側にある他人のものと左側にある自分のものと同じ場合、間違いやすいことを体験してもらう

【高次脳機能障害への対応の要点】

- ・コミュニケーションの目的が相互に理解し合い信頼できる仲間として付き合う関係を構築することにあるとしたら、一度こじれた人間関係の修復は非常にむずかしいといえます。
- ・誤解が生じることを予防するタイミングをはずしてしまうと、コミュニケーションの機会を提供する支援だけでは信頼関係の修復はできないことがわかります。
- ・介護職は、半側空間無視をはじめ、高次脳機能障害が生活に及ぼす影響を十分に観察し、学ぶ必要があります。

7. 知的障害に応じたコミュニケーション技術

知的障害のある人のコミュニケーション能力は、話し言葉がまったくない人から、単語を列挙する人、文章で日常会話が可能な人までさまざまです。いずれの場合も、自分の気持ちを表現することはとてもむずかしいです。

太田ステージ	特徴およびコミュニケーションのポイント
太田ステージⅠ	〈物事を各種感覚で知る段階〉 ・ 本人からの要求は、人の手を引いたり、実力行使、または指さしや単語を言える場合もある ・ 見慣れた物を見せて予告したり、「～しましたね」と話しかける
太田ステージⅡ～Ⅲ-1	〈物の名称や「～するもの」という用途語などがわかる段階〉 ・ 単語または 2 語文（名詞＋動詞）を話したりするが、質問に答えることはむずかしい ・ 見知った物の絵カードや、見慣れた文字単語を見せて伝える
太田ステージⅢ-2	〈頭の中に 2 つの物を思い浮かべて考えることができる段階〉 ・ 会話が成立しているようでも一方的な発話になりやすい。抽象的

な内容は理解できない・簡単な文章で1回に1つのことを伝える。肯定的、具体的な表現を心がける

【知的障害のある人とのコミュニケーションのポイント（事例 R さんから）】

- ・大切なことは、知的障害のある人の認知発達レベルを知り、それぞれのレベル別に異なるこころの世界を理解すること
- ・認知発達レベルを知る簡便な方法として「太田ステージ評価」がある
- ・知的障害のある人が発信する行動や言葉の意味を介護職が適切に推測し、共感することが望まれる
- ・ネガティブなかかわり（注意・叱責）ではなく、ポジティブなかかわりで信頼関係を築くことが重要
- ・わかりやすい環境設定やかかわりを工夫すること、わかりやすい声かけをすること、これが知的障害のある人とのコミュニケーションのポイント

8. 精神障害に応じたコミュニケーション技術

統合失調症の人への支援は、医療や介護、福祉的な支援および訓練を提供する多様な施設・機関で行われており、近年は支援を受けながら自宅で生活する人も増加しています。症状や障害の程度によって支援内容は異なりますが、多くは対話によるコミュニケーションを必要とします。

精神障害のある利用者 との話し方のポイント (5 項目)

①わかりやすい話し方	「私は」「〇〇さんは」「先生が」と主語をはっきりさせる。一度にいくつものことを伝えようとせず、文章を短く区切る。
②的をしぼる	抽象的な表現をひかえ具体的に話す。閉じられた質問でたずねると効果的である。「〇〇について聞きます」と話の的をしぼる。
③聞きとりやすさの工夫	語尾をはっきりさせてハキハキと明快に話す。周囲の雑音が会話の邪魔にならないような環境調整の配慮も大切。
④くり返し確認する	一度の説明や応答でわかったはずと思わず、何度かくり返して本人の理解を確かめる。メモを用いたり復唱してもらう方法もある。
⑤言葉と態度の一致	怒っているのに笑顔を見せるなど、言葉と態度の矛盾があると混乱を招き、正しくメッセージが伝わらない。両者を一致させる。

【妄想への対応】

統合失調症の症状の1つに妄想があります。現実ではないことを現実だと信じこんだ状態をいいます。

一般に「否定も肯定もしない」対応が望ましいと解説されますが、日常会話でそうするとあ

いまいな相槌を打つことになりがちで、コミュニケーションが深まりません。
たとえば、「だれかにねらわれている」といった被害妄想とともれるような言動に対して、「そんなはずはない」と否定する代わりに、
「それは怖いですね。でも私は味方ですよ」「心配ですね。ただ、〇〇さんを支援している私たちがついていきますよ」
など、気持ちを受けとめつつ、安心感を提供できるような言葉を伝えます。

【統合失調症の人への支援でのコミュニケーション】

- ・ S さんの生育歴や職歴を理解し、ストレングス（強み）や興味・関心に応じて対話をする
- ・ 経験のとぼしい S さんが物事を具体的に考えられるように例をあげて手助けする
- ・ S さんの不安を理解して受けとめつつ、会話を通して安心感を提供する
- ・ コミュニケーションは双方向性のあるものですから、支援者からの能動的なはたらきかけだけでなく、
本人の表情や態度、話し方や声の調子などを観察して非言語的メッセージを受けとめることや、
本人に特有の言語表現を理解する力も必要です

9. 認知症に応じたコミュニケーション技術

認知症の人とコミュニケーションを行う場合には、具体的な体験や実物を通して行うのが効果的といえます。

認知症への対応策	内容
24 時間 RO（リアリティ・オリエンテーション）	RO（Reality Orientation）とは、グループアプローチのテクニックの 1 つで、認知症の人の見当識障害を正しい方向へ導くことにより、現実認識を深めることを目的としている。24 時間 RO は認知症の人とスタッフとの日常生活における基本的なコミュニケーションのなかで「自分はだれか」「現在どこにいるか」「今は何時か」などの現実認識の機会を提供する。
見当識障害への対応	スケジュール表を貼るだけではなく、24 時間 RO を用いて理解をうながした結果、信頼関係の構築がなされたといえる。
散歩の活用	共通の道をいっしょにからだを移動させることで、目にするものすべてが共通世界となり、話題も体験も共有できる。互いに楽しく散歩をしているため、どのようなことを言っても共通の話題となり、こころが通い合う条件がそろることから、コミュニケーションが成立しやすい環境設定といえる。
入浴拒否への対応	施設の風呂場をいっしょに掃除しながら、自宅の風呂場と同様の親近感をもつようにする。いっしょに作業を行う過程で

現実を理解し、安心感が得られ、拒否する理由がこころのなかで消失していくように思われる。

【認知症のある利用者への支援のポイント（事例 T さんから）】

・ T さんには見当識障害があるので、1 日の流れを知ることによって目的をもって生活できるのではと考えた。

しかしスケジュール表だけでは効果が不十分だったため、24 時間 RO を活用した（写真や簡単な口頭説明とジェスチャー）。

・ 散歩は毎日通る道なので、安心してほかの入所者と付き合うことができるようになり、生き生きとして見えた。

・ 施設の風呂場をいっしょに掃除するなかで親近感が生まれ、徐々に入浴を拒まなくなった。

・ 入浴も同様で、いっしょに作業を行う過程で現実を理解し、安心感が得られ、拒否する理由がこころのなかで消失していった。

キーワードまとめ

キーワード	説明
コミュニケーション障害	情報の受信から発信までの過程が何らかの支障によって適切にはたらかず、コミュニケーションをはかることができない状態
加齢性難聴	加齢とともにみられる聴力障害で、低音域の聴力は保たれる一方、高音域の聴力が障害されるという特徴がある
失語症	大脳の言語野が損傷されることによって生じる言語機能の障害。話す・聞く・書く・読むことが困難になる
構音障害	正しく発音できない状態のこと。麻痺性・形態の異常・機能的の 3 種類がある
半側空間無視	左右どちらか半分に対して注意が向かなくなる症状。目に見えるのに半側にある人や物を無視したりぶつかったりする
高次脳機能障害	脳血管障害などにより脳に損傷を受け、その後遺症として生じた記憶障害・注意障害・社会的行動障害などの認知障害
太田ステージ評価	知的障害のある人の認知発達レベルを知る簡便な方法。ステージⅠ～Ⅲ-2 に分類
24 時間 RO	認知症の人の見当識障害を正しい方向へ導くためのアプローチ。日常生活のあらゆる場面で現実認識の機会を提供する
見当識障害	認知症の中核症状の 1 つ。現在の時刻や年月日、季節、場所、人の顔の識別などの基本的な状況を感覚的に把握できなくなること
指折り法	けんそく側の手の指を折りながら言葉を一音ごとに区切って

☑ 学習のポイント

- ・コミュニケーション障害の原因は①生活環境の問題と②心身機能の障害の2つに大きく分けられる。
- ・コミュニケーション障害を観察するための6つのポイントを知ること、コミュニケーションや介護の方向性がおおむね理解できる。
- ・視覚障害のある利用者には、物の位置の固定・具体的な表現・口頭での状況説明が有効。
- ・難聴のある利用者には、正面からゆっくりはっきり話す・口元が見える配慮・静かな環境・筆談が有効。
- ・失語症のある利用者は言語機能が障害されるが、非言語的な音の理解や視覚情報の受けとりは維持されることが多い。維持されている機能にはたらきかける支援が重要。
- ・知的障害のある利用者には、太田ステージ評価を参考にし、ポジティブなかかわりで信頼関係を築く。
- ・精神障害（統合失調症）のある利用者には、わかりやすい話し方・的をしぼる・くり返し確認するなどの工夫が必要。妄想には否定も肯定もせず、気持ちを受けとめながら安心感を提供する。
- ・認知症のある利用者には、具体的な体験や実物を通したコミュニケーションが効果的。24時間 RO や散歩の活用が有効。

第2巻 第3章 コミュニケーション技術

第4節 介護におけるチームマネジメントとコミュニケーション

1. チームマネジメントの理解と活用

① 介護実践におけるチームマネジメントとは

チームマネジメントとは、チームが行動するために必要な目標を設定し、目標達成のためにさまざまな資源を効率的に活用するしくみを整えることです。管理職やベテラン職員に限らず、新任職員もチームマネジメントにかかわる大切な存在なのです。

【介護実践におけるチームマネジメントの3つの取り組み（柱）】

- A. ケアの展開：介護過程の展開と、チームでの情報共有・多職種協働
- B. 人材育成・自己研鑽：OJT（仕事を通じた学び）と Off-JT（仕事を離れての学び）の組み合わせ
- C. 組織の目標達成：法人・施設・チームの目標設定と達成のしくみをつくること

→ これら3つは互いに関連して機能をおぎない、強める関係にある

② ケアを展開するためのチーム

チームや組織には、つくられた目的や果たすべき機能・役割があります。利用者の心身の状況や場に
応じた連携が求められ、そのために必要な役割を果たすメンバーが集まりチームが作られます。

チームの種類	メンバー例	実際の取り組みの例
同職種チーム（介護職）	介護職	①施設・事業所での介護職チーム ②特定の業務や取り組みを行う介護職チーム（排泄、食事、入浴ケアチーム、研修委員会、レクリエーションチームなど）
多職種チーム（地域包括ケア、地域ネットワークを含む）	介護職、医療職、相談職、地域の関係者等	①在宅の利用者を支えるケアチーム ②施設での看護職やリハビリテーション職、介護支援専門員とのチーム ③特定の業務や取り組みを行う多職種チーム（リスクマネジメント委員会、感染症対策委員会、身体拘束廃止委員会など） ④地域ケア会議、支え合いの地域会議（協議体）、地域見守りネットワーク、医療介護連携の会議など
法人や施設、事業所チーム	法人や施設、事業所に所属する職種	上記の同職種チーム、多職種チームに加えて、運営管理、事務や調整等にかかわる人を含めたメンバーで、法人や施設、事業所全体の取り組みを協議・実施するチーム

③ 情報共有とチームワーク

チームワークとは、チームで目標を共有し、目標達成のためにチームメンバーで協働することをさします。チームで協働してケアを展開するためには、チームでの情報共有が必要不可欠です。

多職種チームで情報を共有する場としてサービス担当者会議があります。この会議にはサービスにかかわるさまざまな職種が出席し、そのメンバーに介護職も含まれます。

④ 人材育成・自己研鑽のためのチームマネジメント

教育訓練の種類	長所	短所
OJT（on-the-job training） 仕事を通じた訓練・学び	○学びと仕事のずれが少ない ○チームの人間関係づくりが進む ○指導する側、チーム全体を育成できる	○指導者の負担が大きい ○指導者によって内容に差が出る ○業務に合わせるのに、体系的になりにくい
Off-JT（off-the-job training） 仕事を離れての訓練・学び	○知識の整理や土台づくり、現場にない新しい取り組みに向く ○学びのメニューが豊富でタイミングも選べる	○費用や時間がかかる ○実践とのずれが生じやすい ○効果が出るまで時間がかかる

【チームで OJT に取り組むことの効果】

- ・指導者の負担が軽減される
- ・指導内容の差をなくした体系的な指導内容

→ 効果の高い OJT の実現が可能になる

2. チームのコミュニケーションとは

① 専門職チームのコミュニケーション

チームのコミュニケーションの目的は、チームの力を引き出すこと、チームによる支援を動かしていくことにあります。

チームのメンバーが専門性をいかし合うためには、それぞれの専門職がそれぞれの専門性に照らし合わせて、どのような情報に着目し、それをどう判断するのか、専門職としてのアセスメントを伝え合うことが大切です。

② チームのコミュニケーションの方法

チームのコミュニケーションを進める具体的な方法として、記録、報告・連絡・相談、会議があります。これらは仕事を進めるうえで欠かせないものであり、「ホウレンソウ」とも略されます。

方法	役割と留意点
記録	継続的に、より質の高い個別支援を行うために大切なものであると同時に、専門職として記録を残す責務もある。書いただけでは一方的なコミュニケーションで終わり、書いたものを受けとめて活用する関係があって、双方向のコミュニケーションが成り立つ。
報告	頼まれた仕事が終わったときに責任をもって担当した事柄の結果について、仲間や上司に対して行う。長期間にわたる仕事であれば、途中で、進行状況を報告することも必要。タイミング・誰に・口頭か文書かを考える。
連絡	連携を強めることにある。いつ（またはどのような場面で）、だれに、どのような手段で連絡をとればよいのかを確認しておく必要がある。5W1Hを頭において連絡する。
相談	仕事の進め方や仕事上の悩みなどに対して助言を得ることができる。必要な情報も得ることができる。主観的な思いこみは、他人に語ることで客観視できたり、外から評価してもらうことで、自分の仕事の仕方や支援の方法をふり返ることができる。
会議	情報共有の場であり、問題解決の場でもある。集まった人々の経験や知恵を集め、検討課題の解決を進めていく場。

3. 記録による情報の共有化

① 記録の意義と目的

介護の現場では記録が重視されます。その理由は、介護という業務の特性にあります。介護を必要とする人に対して、尊厳を保持し、自立した日常生活を送ることができるよう支援するためには、介護職だけでなく、ほかの多くの専門職、時には地域住民やボランティアなどとの密接な連携が必要です。

記録が残っていなければ、実施した事実を証明することはできません。

介護における記録の目的（10項目）

- ① 利用者の生活の質の向上
- ② 適切な介護サービスの提供
- ③ 情報共有の促進
- ④ 介護サービス事業所や介護保険施設などの運営管理
- ⑤ リスクマネジメントの可視化
- ⑥ 介護職の教育や現任訓練
- ⑦ 介護職のスーパービジョン
- ⑧ 介護福祉に関する調査や研究
- ⑨ 既存の介護福祉の知識の評価や新しい知識の創出
- ⑩ 介護福祉の統計や社会福祉全般の向上

② 介護職が活用する記録の種類

分類	種類
①介護職が書いて活用する記録	入所時の記録、介護記録、申し送り記録、排泄記録、チェック表（排泄・水分摂取量・食事摂取量・バイタルサイン・体重など）、ヒヤリハット報告記録、事故報告記録、身体拘束経過記録、家族との連絡記録、ケアカンファレンス記録など
②介護職は書かないが、活用する記録（他職種の記録）	健康診断表、ワクチン接種記録（インフルエンザ・肺炎球菌等）、入所前・入所時の訪問記録、フェイスシート、受診記録、家族との面談記録、栄養改善のための記録、苦情相談記録、運営推進会議記録など
③介護職は書かないが、情報を提供して書かれたものを活用する記録	ケアプラン、ケアカンファレンス記録、口腔対応記録、感染対応記録など

③ 記録の書き方と留意点

留意点	内容
5W1H を活用する	When（いつ）・Where（どこで）・Who（だれ）・What（何が）・Why（なぜ）・How（どのように）の要素を取り入れて記録すると、簡潔で明確な記録を書くことができる
文体をそろえる	会話の場合はていねいで、やわらかな印象を与える敬体を使い、記録では事実を簡潔に明確に伝えやすい常体（「だ、である」を使う文末）を使う
読みやすく、わかりやすく書く	主語を明確にする、記憶がたしかなうちに書く、事実をそのまま書く、要点を簡潔に書く、わかりやすい表現で書く、1文の長さを 35 文字以内にするなど
記録に不適切な言葉は使わない	「不穏」「拒否」「勝手に～」「指示に従わない」「指示が入らない」「機嫌がよい、悪い」「気むずかしい」「暴力的」などは使わない。介護職が判断した言葉を書くのではなく、その言葉で書きあらわそうとした事実（出来事、状況など）を具体的に記録する
記録を書き間違えたとき	記録は事実を書き残す公的文書。消せないボールペン（黒）で書く。修正する場合は、間違えた文字に二重線をていねいに引き、修正をして訂正印を押す

④ 記録の保護と管理

記録には個人情報が含まれます。個人情報保護法において、個人情報とは、生存する個人に関する情報であって、特定の個人を識別することができるものと規定されています。

【記録を取り扱う際の留意点】

- ・紙媒体の記録物は鍵のかかる場所に保管する
- ・電子媒体の記録はパスワードを設定し、第三者に知られないようにする
- ・記録の閲覧は決まったところで行う、記録物は持ち出さない
- ・個人情報が書かれた書類を机上に広げっぱなしにして放置しない
- ・保存年限を過ぎた記録は、情報が漏洩しないように適切に処理して廃棄する
- ・本人から記録類の開示の請求を受けたときは、本人に対し遅滞なく開示しなければならない
- ・事例発表で個人情報のデータを活用したい場合は、本人に説明して同意を得てからデータを収集し活用する

4. 報告・連絡・相談による情報の共有化

報告・連絡・相談は、利用者の生活を支援するチームの一員として仕事を進めるために不可欠であり、チームのコミュニケーションを円滑に進めるという意義と目的があります。

種別	留意点
報告	・報告をする「タイミング」を考える ・いつ、だれに報告すべきか、確認する ・口頭による報告がよいのか、文書による報告がよいのかを検討する ・報告の筋道と要点を整理する ・報告内容には「見たこと」「観察したこと」「実際にあったこと」などの客観的事実と「そのことに対する自分の判断」を含める ・トラブルや事故、苦情についてはすぐに報告する
連絡	・連絡をする「タイミング」を考える ・いつ、だれに連絡すべきか、確認する ・状況に応じた適切な連絡方法を確認しておく（緊急時は携帯電話、夜間は自宅の電話、日中はファクシミリなど） ・内容については「5W1H」を頭において連絡する
相談	・いつ、だれに相談すべきか、確認する ・資料や進行プロセスなどを準備してから相談する ・自分なりの考えや対策を頭に描いてから相談する ・相談の目的を明確にしてから相談する ・相談内容はメモをとる ・相談した結果や経過について、報告する

5. 会議による情報の共有化

① 会議の種類

種類	目的
情報共有型会議	連絡事項を全員に確実に伝えるための会議
問題解決型会議	そのときどきに職場で検討しなければならないことについて話し合う会議

会議は目的を明確にし、時間を決めて、効率的に実施することが大切です。参加者は事前に資料に目を通し、質問は簡潔に、意見を述べるときは要点をしばって伝える。他者の意見に耳を傾け、自分と意見が違う人の発言についてもさえぎらないことが大切です。

② ケアカンファレンス・事例検討会

ケアカンファレンス・事例検討会は、本人の意向や希望をふまえて、参加メンバーが知識と技術と経験知を集結し、よりよい介護について考える場です。

ケアカンファレンスの進め方（1事例を45分で検討する場合の例）

5分：事例紹介（事例提供者）

10分：事例のイメージ化（全員）

5分：アセスメント情報とケアプランの提示（事例提供者）

25分：アセスメント情報とケアプランの検討（全員）

【ケアカンファレンスの留意点】

- ・参加メンバーは、事前に資料をよく読み、疑問や意見をメモしておく
- ・当日、司会者と記録者を決める。時間を厳守する
- ・参加者は事例提供者に対して、「こんなこともできていないの」と批判したり、「こう書いてあるけれど、ここは間違っているのでは」ととあら探しをしたりしない
- ・事例像や生活状況をイメージし、共有化に努める
- ・参加メンバーの知識や技術や経験知を集結する

③ サービス担当者会議

サービス担当者会議は、介護支援専門員が呼びかけ、居宅サービス事業者の担当者が集まって開催されます。ケアプラン（居宅サービス計画）原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めることを通じてケアプランの内容を検討していく会議です。

サービス担当者会議の留意点

- ・中心は利用者。本人が望む暮らし、本人の意向や希望を共有する
- ・専門用語や略語を使わず、わかりやすく説明する
- ・会議で資料を配布することや会議で扱う情報について、あらかじめ利用者および家族に説明して了解を得ておくとともに、プライバシーの保護に留意する
- ・チームメンバーが互いに何をするのか、関係者の合意をはかる

キーワードまとめ

キーワード	説明
チームマネジメント	チームが行動するために必要な目標を設定し、目標達成のためにさまざまな資源を効率的に活用するしくみを整えること
チームワーク	チームで目標を共有し、目標達成のためにチームメンバーで協働すること
多職種協働	それぞれの職種が役割に応じて、専門的な視点でアセスメントを行い、ケアを展開すること
OJT	On-the-job training。仕事を通じた学び。実際の仕事を通して学ぶため、学びと仕事のずれが少ない
Off-JT	Off-the-job training。研修会や通信教育など、仕事を離れての

	学び
グループ・ダイナミクス	小集団の場にはたらくさまざまな心理的力動性を研究し、人間関係や社会現象を解明しようとする科学のこと
ハウレンソウ	報告・連絡・相談の頭文字をとったもの。仕事を進めるうえで不可欠なチームのコミュニケーション
5W1H	When（いつ）・Where（どこで）・Who（だれ）・What（何が）・Why（なぜ）・How（どのように）。記録・連絡で活用
ヒヤリハット報告記録	日常業務のなかで起きたヒヤリハットをだれにでも起こり得ることとして全員で共有し、改善に向けた取り組みにつなげることを目的とした記録
ケアカンファレンス	介護職、看護職、リハビリテーション職、栄養の専門職など多職種が集まり、利用者の支援について話し合った会議記録
サービス担当者会議	介護支援専門員が呼びかけ、居宅サービス事業者の担当者が集まって開催する会議。ケアプランの内容を検討する
申し送り	仕事の内容や状況を口頭で伝えること。介護の現場では、勤務シフトのひきつぎ時（夜勤者から日勤者へ）に行われる

☒ 学習のポイント

- ・チームマネジメントは①ケアの展開、②人材育成・自己研鑽、③組織の目標達成という 3 つの取り組みで構成され、互いに関連している。
- ・新任職員もチームマネジメントにかかわる大切な存在。管理職やベテランだけのものではない。
- ・OJT は実際の仕事を通した学びで学びとのずれが少ないが、指導者の負担が大きい。チームで取り組むことで短所を補える。
- ・チームのコミュニケーション方法には記録・報告・連絡・相談・会議がある（ハウレンソウ＋会議）。
- ・記録は事実を書き残す公的文書。5W1H を活用し、読みやすく、わかりやすく書く。不適切な言葉（拒否・不穏・機嫌が悪いなど）は使わない。
- ・記録には個人情報が含まれる。適切な保護と管理が必要（鍵のかかる場所への保管・パスワードの設定など）。
- ・ケアカンファレンスは本人の意向をふまえ、多職種が知識と技術と経験知を集結してよりよい介護を考える場。
- ・サービス担当者会議の中心は利用者。本人が望む暮らし、本人の意向や希望を共有することが最重要。

第2巻 第4章 第1節・第2節

自立に向けた生活支援技術の基本（生活支援技術Ⅰ）

🔗 学習のポイント

- ✓ 介護で行う「生活支援」の意味を理解する
- ✓ ICF とは何か、その6つの構成要素を覚える
- ✓ 「している活動」「できる活動」「する活動」の違いを理解する
- ✓ 居住環境のアセスメントの視点を理解する
- ✓ 主な福祉用具の種類と目的を覚える
- ✓ ボディメカニクスの7つのポイントを理解する

第1節 生活支援とICF

1. 生活支援とアセスメント

◆ 生活支援とは

介護とは、加齢や障害によって日常生活に介助が必要な人々にかかわり、生活の継続を支援することです。

介護職が行う「生活支援」は、ただ言われたことをすればよいものではありません。介護職は、利用者にどのような介護が必要かを判断し、なぜその方法を選んだかを説明できることが大切です。

◆ 生活を把握する方法

生活支援のために、まず利用者の生活の現状を把握します。情報には2種類あります。

情報の種類	内容・例
客観的情報	介護職の視覚・聴覚・嗅覚・触覚などで得た情報（例：体の様子、動き）
主観的情報	利用者が言葉で表す情報（例：苦痛、悩み、希望、意欲）

これらの情報を組み合わせ、どのような介護が必要かを分析し、介護の方向性を決めるプロセスを「アセスメント」といいます。

2. ICF とは何か

◆ ICF の基本

ICF（国際生活機能分類）とは、2001 年に WHO が提唱した、すべての人の生活機能をとらえるための共通言語です。

ICF は、「障害のマイナス面」だけでなく、「生きることの全体像」をとらえます。プラスとマイナスの両方から状態を表現できます。

ICF の 6 つの構成要素	
【健康状態】	病気・変調・傷害など（例：脳梗塞、骨折、認知症）
【心身機能・身体構造】	身体の生理的・心理的機能と、器官・肢体の構造（例：筋力、感覚機能）
【活動】	個人が行う課題や行動（例：歩行、食事、入浴、家事）
【参加】	生活・人生場面へのかかわり（例：仕事、地域活動、趣味）
【環境因子】	物的・人的・社会的な環境（例：福祉用具、家族、制度）
【個人因子】	個人の人生や生活の背景（例：年齢、性別、ライフスタイル）

これらの要素は互いに影響し合っています。1 つの要素が変化すると、ほかの要素にも影響を与えます。

◆ している活動・できる活動・する活動

ICF では「活動」を次の 3 つの視点でとらえます。

活動の種類	意味
している活動（実行状況）	ふだんの生活のなかで実際に「している」生活行為
できる活動（能力）	専門家や家族のはたらきかけ・工夫によって「できる」もの
する活動（目標）	「している活動」を「する活動」（目標）へと到達させること

介護職は「している活動」の視点から利用者の生活情報を収集し、「できる活動」を向上させながら「する活動」をめざすことが大切です。

◆ ICF と生活支援技術のアセスメント

各介助場面では、ICF の 6 つの構成要素を指標として観察のポイントをあげ、アセスメントを行います。

ICF の視点	アセスメントの対象
心身機能・身体構造	身体的側面・精神的側面
活動	ADL（日常生活動作）など
参加・個人因子	社会的交流、ライフスタイルなど
環境因子	環境的側面（物・人・制度）

🔗 学習のポイント

- ✓ ICF は「できないこと」ではなく「生活全体の機能」をとらえる視点
- ✓ 「している活動」と「できる活動」の差を埋めることが介護のめざすところ
- ✓ アセスメントは客観的情報と主観的情報の両方をもとに行う

第 2 節 居住環境の整備と福祉用具の活用

1. 居住環境の意義

◆ 住まいの役割

住まいとは、自分のスタイルで生活できる場所であり、プライベートな空間が確保されている場所です。個人の欲求を満たし、生命の安全が確保され、家族とともに生きる場でもあります。

高齢者の自宅内事故は多く、特に居室・階段・台所・玄関での転倒・転落が多いです。居住環境を整えることは、安全で健康な生活の継続につながります。

◆ 居住環境のアセスメント

居住環境は、ICF の「環境因子（物的環境）」に位置づけられます。

- ・ 自宅か施設か、具体的な支援を行ううえでトイレや浴室はどのような設備や配置か
- ・ 日常生活で使う家具や器具の情報を収集し、活動の制限や参加の制約がないかを確認

- ・利用者の好みや生活への満足度、個人因子（生活史・文化的背景・価値観）にも着目

居住環境が適切に整備されると、活動や参加の障害が軽減されます。逆に環境が整っていないければ活動制限や参加制約につながります。

2. 福祉用具の種類と活用

◆ 主な福祉用具の種類

福祉用具とは、心身の機能が低下した人の日常生活を支援したり、介護を行う人の負担を軽減したりするための道具です。

移動・移乗関連の福祉用具

【手動車いす】 後輪を手で操作する自走用と、介助者が取り扱う介助用がある。リクライニング式・ティルト式などの姿勢調整機能付きもある

【電動車いす】 上下肢の障害のため手動で駆動できない人が使用。最高速度 6km 以下

【簡易スロープ】 段差を解消するための持ち運び可能なもの。2 本レール式とフラット板状のものがある

【簡易手すり】 移乗や移動に使う。床置き式・天井と床のあいだを突っ張って固定するものがある

【歩行補助具（杖）】 T 字杖・ロフストランド・クラッチ・多点杖・サイドケイン など

【歩行器】 4 本脚のフレーム型。固定式と交互式（左右の足を交互に振り出す）がある

【スライディングボード】 ベッドから車いすなどへすべりながら移乗できる板。摩擦が少ない素材

【移動用リフト】 身体をつり上げて移動を補助。据置式・床走行式・固定式に分類

入浴・清潔保持関連の福祉用具

【入浴用椅子（シャワーチェア）】 浴室での座位保持に使用

【入浴用車いす（シャワーキャリー）】 浴室への移動と洗身時の座位保持に使用

【浴槽用手すり】	浴槽への出入りを補助
【浴槽内すのこ】	浴槽の底を高くして出入りをしやすくする
【バスリフト（浴槽内昇降機）】	座いすが昇降して浴槽への出入りを補助

その他の福祉用具	
【褥瘡予防用具】	エアマット・ウォーターマット・ビーズクッション・スライディングシートなど、圧力を分散・解放して褥瘡を予防
【自助具】	食事・更衣・入浴・調理などを自分の力でできるよう工夫された道具（例：特殊フォーク、角度をつけた皿）

◆ 福祉用具活用の3つの視点

- (1) 生活上の問題の明確化：1つの福祉用具ですべての問題が解決するわけではない。どの動作が問題かを具体的に把握し、組み合わせを考える
- (2) 利用者・家族介護者との適合：体型や家族の能力との適合をはかる。慢性的な腰痛など家族の健康状態も考慮する
- (3) 環境との適合：居住環境により福祉用具の有効性は変わる。段差の解消・扉の交換・家具の配置換えなど住宅改修との組み合わせも重要

3. 移動・移乗の意義とボディメカニクス

◆ 移動・移乗の意義

移動とは、人が目的の場所へ自ら移ることです。移動には、次の3つの大切な意義があります。

意義	内容
生き生きとした生活を継続する	高齢者が地域活動・友人との交流・趣味活動を続けるために移動は不可欠。移動手段を獲得することで生活の意欲が向上する
身体機能を維持する	筋力と関節機能を維持し、重力に抵抗した姿勢をとることで骨も丈夫に保つ。移動が身体機能維持の運動になる
介助の基本原則	介助前にアセスメントと説明・同意を得る。介助後に体調確認。本人の動作を見守り、必要時に声をかけ誘導す

◆ ボディメカニクスとは

ボディメカニクスとは、骨格や筋肉などの相互関係で起こる身体の動きのメカニズムです。正しく応用することで、利用者・介助者双方の負担を少なくし、障害を起こさず介助できます。

ボディメカニクスの7つのポイント

- 【(1) 支持基底面積を広くし重心を低くする】 足を前後・左右に開いて支持基底面積を広くする。重心を低くすることで身体が安定する
- 【(2) 重心を近づける】 介助者と利用者双方の重心を近づけることで、少ない力で介助できる
- 【(3) 体幹の大きな筋群を使う】 腕・手先だけでなく、腹筋・背筋・大腿四頭筋・大臀筋など大きな筋肉を使う。1つの筋肉にかかる負荷が小さくなる
- 【(4) 利用者の身体を小さくまとめる】 利用者の腕を組んで身体を小さくまとめる。小さな力で回転させることができる
- 【(5) 「押す」より手前に「引く」】 押すと力が分散しやすいため余計な力が必要。引くと力を一方向に集中させ、少ない力で移動できる
- 【(6) 重心の移動は水平に行う】 足を広げて立ち、持ち上げずに下肢の動きだけで水平に移動することで、安定して重心移動ができる
- 【(7) 身体をねじらず骨盤と肩を平行に保つ】 身体をねじると力が出にくいだけでなく、重心がぐらついて不安定になる

ボディメカニクスの各ポイントは単独でとらず、関連性を複合的にとらえて活用することが重要です。

🔗 学習のポイント

- ✓ 居住環境は「物的環境」として利用者の活動・参加を左右する重要な要因
- ✓ 福祉用具は利用者・家族・環境の3方向との適合を必ず確認する
- ✓ 移動は「生き生きとした生活の継続」「身体機能の維持」の両面で重要
- ✓ ボディメカニクスの7つのポイントを覚え、介助時に複合的に活用する

第 1 節・第 2 節 重要用語まとめ

【ICF】 International Classification of Functioning, Disability and Health。国際生活機能分類。WHO 提唱（2001 年）

【アセスメント】 客観的・主観的情報を分析し、介護の方向性を明確にするプロセス

【している活動】 ふだん実際に行っている生活行為（実行状況）

【できる活動】 専門家・家族の支援があればできる生活行為（能力）

【ボディメカニクス】 骨格・筋肉の相互関係を活用した効率的な身体の動かし方

【支持基底面積】 身体が接地している床面の面積。広いほど安定する

【福祉用具】 心身機能低下者の生活支援・介護負担軽減のための道具

【褥瘡予防用具】 圧力を分散・解放して床ずれ（褥瘡）を予防する用具

第 2 巻 第 4 章 第 3 節

移動・移乗の生活支援技術の基本

学習のポイント

- ✓ 移動・移乗の ICF アセスメントの視点を理解する
- ✓ 体位変換（寝返り・起き上がり）の介助手順を覚える
- ✓ 端座位・立ち上がり・移乗の介助手順を理解する
- ✓ 車いすの各部名称と基本操作を覚える
- ✓ 歩行介助の種類と自立度別の対応を理解する

第 3 節 移動・移乗の生活支援技術の基本

1. ICF の視点と移動・移乗のアセスメント

介護職には、高齢期における慢性疾患などで身体活動や精神活動が低下してくることで起こる「廃用症候群」の発生を予防し、寝たきりにさせない工夫が必要です。移動能力をおぎなわず、

生活行為が円滑になるよう、障害に応じた福祉用具を活用して移動の拡大をはかることが求められます。

移動・移乗のアセスメントで収集すべき観察ポイントを ICF の視点でまとめると、次のようになります。

ICF の要素	場面・区分	観察のポイント（例）
健康状態		脳卒中などの脳疾患、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症、脊髄損傷、骨折、骨粗鬆症、認知症、パーキンソン病、身体状態（顔色・皮膚・表情・睡眠・食事・排泄・姿勢・歩き方・体重の変化）など
心身機能・身体構造		麻痺や拘縮・振戦の程度、筋力低下の程度、長期臥床による屈曲の程度、関節可動域、感覚機能の障害、認知機能の低下、言語障害の有無、意欲の有無（単なる気分の問題か、意識レベル、不満・不安・痛みや不快感などの反応）など
活動（ADL など）	起き上がり・寝返り	首を伸ばしたり回したりできるか、膝を左右に倒せるか、手を伸ばせるか、足や腰の回転ができるか、顔を寝返る方向に向けて顎を引けるか、介助バーをつかめるか など
	座位	背筋を伸ばせるか、体重を骨盤と足の裏で支えられるか、股・膝は直角に曲げられるか など
	立位	身体を前屈にできるか、臀部を浮かし腰と膝を同時に上に向かって伸ばせるか、立ち上がって身体が後ろに反らないか など
	歩行	両足に体重を均等にかかけられるか、手すりがあれば歩けるか、杖を使えば歩けるか、歩行器があれば歩けるか など
	その他	コミュニケーション、意思の伝達 など
参加		仲間や地域社会とのつながり、趣味、家庭での役割など
環境因子		物的環境（居室内の段差・家具の配置・生活動線・福祉用具の整備・経済面など）、人的・社会的環境（家族介護力・近隣住民・友人・地域の支援体制・制度・政策）など
個人因子		知的状況・価値観・希望（大切にしているもの・健

		康観・生きがい・楽しみ）、性格（前向き・恐怖心・心配症・依存心）、生活歴・生活環境 など
--	--	--

2. 体位変換の介助

◆ 体位変換とは

体位変換とは、ベッド上での寝る向きや体の位置・姿勢を変えることです。主な目的は次の3つです。

- ・褥瘡（床ずれ）の予防
- ・拘縮（関節が固まること）の予防
- ・肺炎などの合併症の予防

体位変換は通常2時間ごとに行います（状態によって頻度が変わります）。

◆ 仰臥位（あおむけ）から側臥位（横向き）への寝返り介助

介助の流れ：

1	介助者は利用者の寝返る方向と反対側に立つ。利用者に声をかけ同意を得る
2	利用者の両腕を胸の上で組む。膝を曲げ、足を立てる（できる場合）
3	利用者の肩と骨盤に手を当て、ボディメカニクスを活用してゆっくりと横向きにする
4	側臥位が安定したら、背部にクッションなどを当てて姿勢を安定させる
5	体調（顔色・表情・呼吸・痛みの有無）を確認する

【注意】 介助者は膝を曲げて腰を低くし、利用者の身体に重心を近づけてから動かします。片麻痺のある利用者は患側（麻痺がある側）の状態に注意を払います。

◆ 起き上がりの介助

端座位（ベッドの端に座った状態）になるまでの流れ：

1	ベッドの高さを調整する（利用者が端座位になったとき、両足の裏が床につく高さ）
2	側臥位になってもらう（上記の寝返り介助を参照）
3	利用者の肩と膝下に手を当て、「肘を支点」に上体を起こすと同時に、膝を下

	げてベッド端にかける
4	端座位が安定したら、背筋・骨盤・足の位置を確認する

端座位の安定確認：背筋が伸びているか、体重を骨盤と足の裏で支えられているか、股・膝が直角に曲がっているかを確認します。

3. 立ち上がりと移乗の介助

◆ 立ち上がりの介助

立ち上がり動作は「前傾・重心移動・伸び上がり」の3段階で構成されます。

1	端座位から、利用者に体を前傾させてもらう（前屈姿勢で重心を膝より前方に移す）
2	臀部が浮いたら、腰と膝を同時に上に向かって伸ばす
3	立ち上がって身体が後ろに反らないように、安定した立位を確保する

介助者は利用者の斜め前に立ち、腰を低くした状態で利用者の腋下または腰部を支えます。「押す」のではなく手前に「引く」ことを意識します。

◆ ベッドから車いすへの移乗介助

方片麻痺のある利用者の場合、自分で移乗できるよう支援します。

1	車いすを健側（麻痺のない側）斜め前 45 度に置き、ブレーキをかけ、フットサポートを上げる
2	端座位から立ち上がり（前傾→重心移動→伸び上がり）
3	健側の手でアームサポートをつかみ、健側の足を軸にして体を回転させる
4	車いすの座面を確認し、ゆっくりと腰を下ろす
5	座位が安定したらフットサポートを下ろし、足をのせる

全介助の場合は2人で介助するか、移動用リフトを使用します。

◆ 自立度が高い利用者への移乗の視点

自立度が高い利用者には、できる部分は自分で行ってもらいます。介護職は「次の動作に移れるように、安全な場所に安定した姿勢で待つ」ことが役割になります。「できる活動」を「している活動」に近づけるために、声かけや環境整備で支援します。

4. 車いすの介助

◆ 車いすの各部名称

手動車いすの主な各部名称	
【グリップ】	介助者が押すための持ち手。ティッピングレバーが付いていることが多い
【ティッピングレバー】	介助者が足で踏むことで前輪を浮かせ、段差を乗り越えやすくする
【ハンドリム】	利用者が手でこいで自走するための輪
【駆動輪（後輪）】	大きな車輪。自走用は外側にハンドリムがついている
【キャスター（前輪）】	小さな車輪。方向転換に使う
【ブレーキ（車輪止め）】	車輪を固定するためのレバー。移乗時は必ずかける
【アームサポート（肘かけ）】	肘をのせて姿勢を安定させる。移乗時に跳ね上げられるものもある
【フットサポート（足台）】	足をのせる台。移乗時は外側に開くか取り外す
【バックサポート（背もたれ）】	背中を支える部分

◆ 車いすの基本操作

【たたみ方】

- ① ブレーキをかける
- ② フットサポートを上げ、左右の側面を両手で持ち上げる
- ③ シートを上方向に引き上げてたたむ

【広げ方】

- ① 左右のアームサポートを外側に押し広げる
- ② シートの中央を下方向に押す

◆ 介助での走行（押し方）

場面	介助の方法
平地	グリップを持ち、ゆっくり一定のペースで進む。声をかけながら行う

上り坂	グリップをしっかり持ち、前傾姿勢で体重をかけながらゆっくり押す
下り坂	後ろ向きにゆっくり下りる（急な坂）、または前向きに進みながらブレーキで速度を調整する
段差（上り）	ティップingleバーを踏み前輪を浮かせ、後輪を段差に当ててから前輪を乗せる
段差（下り）	後ろ向きにして後輪から下ろし、次に前輪をゆっくり下ろす
砂利・凸凹道	前輪を浮かせ気味にして後輪だけで進む（キャストアップ）

🔗 学習のポイント

- ✓ 移乗時：ブレーキをかける→フットサポートを上げる→アームサポートを動かす（この順番が基本）
- ✓ 片麻痺の利用者：健側（麻痺のない側）に車いすを置く
- ✓ 「点」でなく「面」で支える：片手でつかまず、前腕全体の「面」で支える
- ✓ 患側（麻痺側）の関節・皮膚に障害を起こさないよう注意する

5. 歩行の介助

◆ 歩行の意義

歩行は、自分の力で目的の場所に行くことができる最も基本的な移動手段です。ただし、高齢者は加齢変化やさまざまな障害によって転倒リスクが高く、骨折などの重大な事故につながることがあります。

歩行の介助では「できる活動」（安全に歩ける能力）を「している活動」（実際の生活の中での歩行）に近づけることをめざします。

◆ 歩行介助のアセスメントの視点

ICF の視点	確認のポイント
心身機能	筋力低下・麻痺・拘縮・感覚障害・バランス障害の有無。疾患（パーキンソン病など）の影響
活動（ADL）	「している」歩行の状況。杖・歩行器があれば歩けるか。10m

	歩行・360度方向転換の可否など
参加	外出の機会・地域活動への参加状況
環境因子	床の材質・段差・廊下の幅・手すりの有無・履き物
個人因子	転倒経験・転倒への恐怖心・歩行への意欲・生活習慣

◆ 自立度別の歩行介助

自立度	介助の方法
自立度が高い（軽度）	介護職は斜め後ろに位置し、転倒に備えて見守る。手すりの活用を促す
一部介助が必要（中等度）	介護職は麻痺側（患側）の斜め後ろに位置し、腰部・骨盤を軽く支える。歩調を合わせてゆっくり進む
常時介助が必要（重度）	2人介助または歩行器・車いすなど補助具と組み合わせる。歩行が困難な場合は無理せず車いすを使用する

◆ 平行棒を使った歩行

歩行訓練などで平行棒を使う場合は、利用者が自分のペースで進めるよう見守ります。介護職は必ずそばに付き添い、転倒時にすぐ対応できる位置に立ちます。

🔗 学習のポイント

- ✓ 歩行介助では介護職が「転倒防止のためにそばにいる」ことが最大の役割
- ✓ 「する活動」に向けて、できるだけ利用者自身の力で歩いてもらう
- ✓ 転倒のリスクが高い場面（方向転換・段差・坂道）では特に注意を払う
- ✓ 歩行後は体調（顔色・呼吸・疲労感・痛みの有無）を必ず確認する

第3節 重要用語まとめ

【**体位変換**】 ベッド上での寝る向きや体の位置・姿勢を変えること。褥瘡・拘縮・合併症の予防が目的

【**仰臥位（ぎょうがい）**】 あおむけに寝た姿勢

【**側臥位（そくがい）**】 横向きに寝た姿勢

【**端座位（たんざい）**】 ベッドの端に腰かけ、足を床に下ろした姿勢

【廃用症候群】	安静にしすぎることによって起こる身体機能の低下。予防のために積極的な移動が重要
【ティッピングレバー】	車いすの前輪を浮かせて段差を乗り越えるためのレバー
【キャストアップ】	砂利道などで前輪を浮かせた状態で後輪走行すること
【健側】	片麻痺のある利用者の、麻痺がない側
【患側】	片麻痺のある利用者の、麻痺がある側

第2巻 第4章 第4節・第5節・第6節

食事・入浴清潔保持・排泄の生活支援技術の基本

🔗 学習のポイント

- ✓ 食事の意義（生命維持・コミュニケーション・楽しみ）を理解する
- ✓ 食事形態の種類と嚥下食の段階を覚える
- ✓ 入浴の意義と安全確認のポイントを理解する
- ✓ 清拭・洗髪・部分浴（足浴・手浴）の目的と手順を覚える
- ✓ 排泄の意義（尊厳）と各種排泄用具の種類を理解する
- ✓ トイレ・ポータブルトイレ・おむつ介助の基本手順を覚える

第4節 食事の生活支援技術の基本

1. 食事の介助を行うにあたって

◆ 食事の意義

食事には次の3つの大切な意義があります。

意義	内容
生命維持・健康な生活	栄養素を体内に取り入れることで健康の維持・増進をはかり、生きるエネルギーを生み出す
コミュニケーションの場	一家団らんや友人との食事は人間関係を築く場。食べることは人生の最期まで残る楽しみの一つ

口から食べる意義	食物を「認識する→口に入れる→噛む→飲み込む」という一連の動作が脳や身体機能を維持する
----------	---

◆ 口から食べることの意義

口から食べることには、①栄養・水分の摂取、②楽しみ・喜び・生活の質（QOL）の向上、③脳や神経への刺激による機能維持、という意義があります。

経管栄養や点滴による栄養補給では生命は維持できますが、食べる楽しみや脳への刺激が失われます。できる限り口から食べることを大切にします。

2. 食事形態と嚥下

◆ 食事形態の種類

主な食事形態	
【普通食】	特別な加工をしていない通常の食事
【刻み食】	食材を細かく刻んだ食事。噛む力が弱い人向け
【ミキサー食】	食材をミキサーにかけてなめらかにした食事
【嚥下食（とろみ食）】	飲み込みやすいようにとろみをつけた食事。「嚥下調整食分類 2021」に基づく段階がある
【きざみとろみ食】	刻み食にとろみをつけたもの
【ソフト食】	形はあるが舌でつぶせる柔らかさに調整された食事

◆ 嚥下（えんげ）とは

嚥下とは「食べ物を口から胃に送り込む」ことです。高齢者や疾患のある人では嚥下機能が低下し、食べ物や水分が気管に入る「誤嚥（ごえん）」が起こることがあります。誤嚥は誤嚥性肺炎の原因になります。

嚥下に関するサイン	内容
むせ	食べ物や液体が気管に入りかけたときに起こる咳。頻繁なむせは嚥下機能低下のサイン
食後の声の変化	食後に「ガラガラ声」になる場合、咽頭に食物が残っている可能性がある

食事時間の延長	食べるのに時間がかかる場合は機能低下の可能性
体重減少・脱水	食事量が減り栄養・水分が不足している

3. 食事支援の方法

◆ 食事前の確認

- ・体調の確認（体温・血圧・顔色・倦怠感）
- ・空腹感・食欲の確認（強制的に食べさせない）
- ・排泄の確認（食事前にトイレを済ませる）
- ・服薬の確認（食前・食後など薬の指示を守る）
- ・口腔内の確認（義歯のズレ・口腔内の清潔状態）

◆ 食事中の介助

食事中は次の点に注意して介助します。

- ① 姿勢の確認：上体をできるだけ起こした姿勢（ファウラー位など）をとる。顎を引いて下向き加減にすると誤嚥しにくい
- ② 食事環境の整備：適切な明るさ・温度・においの管理。テーブルと椅子の高さを調整する
- ③ 一口量の調整：一口ずつ確実に飲み込んでから次の一口を介助する。「飲み込みましたか？」と確認しながら進める
- ④ 食事の説明：目の見えにくい人や認知症のある人には食事の内容を説明する
- ⑤ 介助スプーンの使い方：スプーンは口の奥に入れすぎず、下唇の上においてから口を閉じてもらう

◆ 食事後の対応

- ・口腔ケアを行う（食物残渣・細菌の除去）
- ・食後すぐに横にならない（逆流・誤嚥予防のため 30 分以上座位を保つ）
- ・食事量・摂取した水分量・むせの有無を記録する

4. ICF の視点と食事のアセスメント

食事のアセスメントでは、ICF の各構成要素の視点から観察のポイントを整理します。

ICF の視点	観察のポイント（例）
健康状態	認知症・脳卒中・パーキンソン病・がん・糖尿病など食事に影響する疾患・治療
心身機能・身体構造	嚥下機能の状態、咀嚼力、上肢の機能（自分でスプーンを持てるか）、認知機能、視力
活動（ADL）	食事動作の自立度（食事を自力でできるか、どの段階で介助が必要か）
参加	食事の場への参加状況（食堂で他の人と一緒に食べているか）
環境因子	食器・自助具の整備、テーブル・椅子の高さ、食事形態の適切さ、介助者の関わり方
個人因子	食事の好み・文化・宗教的背景、食事に関する生活歴

🔗 学習のポイント

- ✓ 誤嚥予防：顎を引いた姿勢で・一口ずつ確実に飲み込んでから次の一口
- ✓ 食後は 30 分以上座位を保って逆流・誤嚥を予防する
- ✓ 食事は QOL に直結する。できる限り口から食べることを大切にする
- ✓ むせ・声の変化・食事時間の延長は嚥下機能低下のサイン

第 5 節 入浴・清潔保持の生活支援技術の基本

1. 入浴の介助を行うにあたって

◆ 入浴の意義

意義	内容
清潔の保持	皮膚の汚れ・細菌を落とし、感染症を予防する。褥瘡・皮膚疾患の早期発見にもなる
身体機能の向上	温熱効果で血液循環が促進され、筋肉のこわばりがほぐれる。浮力で関節への負担が減り運動しやすくなる
リラクゼーション	湯につかることで心身がリラックスし、精神的安定が得られる

QOL の向上	清潔感が得られ、身だしなみが整うことで自信や意欲につながる
コミュニケーション の場	入浴介助は利用者と介護職がコミュニケーションをとる大切な機会

◆ 入浴前の安全確認

- ・ 体温・血圧・脈拍などバイタルサインの確認
- ・ 皮膚の状態（発疹・傷・褥瘡の有無）の確認
- ・ 食後 1 時間以内は避ける（消化器への血流が変わるため）
- ・ 空腹時も避ける（立ちくらみなどのリスク）
- ・ 浴室・脱衣室の温度管理（ヒートショック予防。特に冬場）
- ・ 浴槽の温度確認（38～41℃が目安。高齢者は 40℃以下が望ましい）

【ヒートショック】暖かい部屋から寒い脱衣室・浴室への急激な温度変化で血圧が急変し、心筋梗塞や脳卒中を引き起こす危険な現象。冬場は特に注意が必要です。

2. 入浴介助の手順

◆ 一般的な入浴介助の流れ

1	脱衣室・浴室を事前に暖め、滑り止めマットや手すりを確認する
2	バイタルサインを測定し、入浴可能かどうかを確認する
3	衣服を脱いでもらう（患側から脱ぐ・健側から着る「脱患着健」の原則）
4	洗い場でシャワーを使い身体を洗う（心臓から遠い部位から順にかける）
5	浴槽に入ってもらい（浴槽の縁に腰かけてから湯に入る）
6	入浴時間は 10～15 分を目安にする（長すぎると疲労・のぼせのリスク）
7	浴槽から出てもらい、身体をしっかりと拭く
8	衣服を着てもらい（健側から着る）、水分補給を行う
9	バイタルサインを確認し、体調変化がないかを確認する

3. 清拭・部分浴・その他の清潔ケア

◆ 清拭（せいしき）

清拭とは、入浴ができない場合にタオルで身体をふいて清潔を保つことです。

種類	内容
全身清拭	身体全体の清潔を保つ。満足度は高いが時間・体力が必要
部分清拭	発汗が多い部位（腋の下・背部・臀部など）や毎日清潔にしたい部位を部分的に行う

清拭の温度：タオルの温度は 50～55℃のお湯で絞り、皮膚に当てたときに 40～42℃になるよう調整します。

◆ 洗髪

洗髪の方法には、①洗面台・シャンプー台を使う方法、②ベッド上での洗髪（洗髪用具を使用）、③ドライシャンプーを使う方法があります。

- ・洗髪の温度：38～40℃のシャワーで洗い流す
- ・頭皮を爪ではなく指の腹でやさしくマッサージするようにこする
- ・すすぎは十分に行う（石けんカスが残ると頭皮トラブルの原因）
- ・洗髪後は素早く乾かす（濡れたままだと頭皮トラブル・体温低下のリスク）

◆ 部分浴（足浴・手浴）

部分浴とは、身体の一部をお湯につける清潔ケアです。

種類	効果・対象
足浴（そくよく）	足先から下腿をお湯に浸ける。血行促進・浮腫の改善・睡眠促進・リラクゼーション効果。褥瘡の観察にも
手浴（しゅよく）	手先をお湯に浸ける。拘縮予防・清潔保持・爪の手入れの前に

◆ 陰部清拭（おむつ交換時など）

陰部は細菌感染（尿路感染症）を起こしやすい部位のため、清潔を保つことが重要です。

- ・前から後ろ（陰部→肛門）に向けてふく（前後を逆にしない）
- ・1 回ふいたら面を変えて次をふく（同じ面で繰り返しふかない）
- ・水分は十分に取り除き、皮膚の湿潤による皮膚トラブルを予防する

4. ICF の視点と入浴のアセスメント

ICF の視点	観察のポイント（例）
健康状態	心疾患・高血圧・皮膚疾患・骨折後など入浴に影響する疾患・治療
心身機能	バイタルサインの安定性、皮膚の状態、立位・座位保持の安定性、移動能力
活動（ADL）	入浴動作の自立度（脱衣・洗体・浴槽への出入り・着衣の各段階）
参加	入浴の頻度・習慣（週何回入浴しているか）
環境因子	浴室の設備・手すりの有無・浴槽の形状・福祉用具（シャワーチェアなど）
個人因子	入浴の習慣・好み（朝風呂か夜風呂か、熱めか温めか）

🔗 学習のポイント

- ✓ 入浴前のバイタルサイン確認と安全確認は必ず行う
- ✓ ヒートショック予防：脱衣室・浴室を事前に暖める（特に冬場）
- ✓ 着脱の原則：脱ぐときは患側から、着るときは健側から（脱患着健）
- ✓ 陰部清拭は前から後ろへ。感染予防のため一方向にふく
- ✓ 入浴後は水分補給と体調確認を忘れずに

第 6 節 排泄の生活支援技術の基本

1. 排泄の介助を行うにあたって

◆ 排泄の意義と尊厳

排泄は、生命を維持するための生理的な行為であるとともに、「人に見せたくない」という強いプライバシー意識があります。排泄に介助が必要になることは、利用者にとって非常に精神的な苦痛を伴います。

介護職は利用者の尊厳を守り、羞恥心に十分配慮した関わりが求められます。できるだけ自分で

トイレで排泄できるよう環境を整え、支援することが基本です。

◆ 排泄のコントロールに影響する因子

排泄に影響する主な因子	
【身体的因子】	加齢による膀胱機能の低下、移動能力の低下、手指の巧緻性の低下（ボタン操作など）
【疾患・障害】	前立腺肥大（男性）、骨盤底筋の弛緩（女性）、脳卒中後遺症、糖尿病性神経障害など
【薬の影響】	利尿薬・睡眠薬・抗コリン薬などが排泄リズムに影響することがある
【環境的因子】	トイレまでの距離・段差・手すりの有無・ズボンの着脱しやすさ
【心理的因子】	介助を頼むことへの羞恥心・遠慮から水分を控えて脱水になるリスク

2. 排泄用具の種類と介助

◆ トイレでの排泄介助

できる限りトイレで排泄することを支援します。トイレは尊厳を守れる場所であり、排泄姿勢（前傾座位）は腹圧がかかりやすく排便に適しています。

介助の流れ：

1	排泄のサイン（落ち着きがない・お腹を押さえるなど）を見逃さない
2	トイレまで移動を介助する（手すり・歩行器・車いすなど活用）
3	ズボン・下着を下ろす（患側を先に下ろすと脱ぎやすい）
4	便座に座ってもらう（前傾姿勢になるよう声かけ）。プライバシーを守りドアを閉める
5	排泄終了のサインを待ち、後始末（拭き取り）を介助する
6	手洗いを促し、衣服を整える

◆ ポータブルトイレ

トイレまでの移動が困難な人に使用します。ベッドサイドに設置することで転倒リスクを軽減できます。

ポイント	内容
設置位置	ベッドの健側（麻痺のない側）に置く。移乗しやすい角度・距離に設定する
使用時の注意	アームサポートをつかみやすいものを選ぶ。足がしっかり床につく高さに調整する
排泄後の処置	排泄物はすみやかに処理し、ポータブルトイレを清潔に保つ
プライバシー	カーテン・衝立などでプライバシーを確保する

◆ 尿器・便器

ベッド上での排泄が必要な場合に使用します。

- ・尿器：男性用と女性用で形状が異なります。陰部に密着させて使用します
- ・便器：臀部の下に挿入して使用します。腰を浮かせることが必要なため、腰を持ち上げられない人には使用が困難です

◆ おむつ（紙おむつ・布おむつ）

おむつは排泄の自立を妨げないよう、真に必要な場合に限って使用します。使用する場合は、適切なサイズと種類（テープ式・パンツ式）を選択します。

おむつ交換の基本手順：

1	手袋を着用し、プライバシーを確保する（カーテンを閉める）
2	側臥位にして汚染したおむつを取り外す
3	陰部を清拭する（前から後ろへ。温かいお湯で絞ったタオルを使用）
4	皮膚の状態を観察する（発赤・褥瘡・皮膚炎の有無）
5	新しいおむつを装着する（テープはずれないよう左右対称に留める）
6	衣服を整え、使用した物品を適切に処理する。手洗いを行う

◆ 失禁への対応

尿失禁・便失禁がある場合は、排泄のパターン（時間・量・状態）を記録してアセスメントします。「排泄日誌」をつけることで、定期的なトイレ誘導のタイミングを把握できます。

失禁の種類	原因・特徴
腹圧性尿失禁	くしゃみ・咳・笑いなど腹圧がかかったときに漏れる。骨盤底筋

	の弛緩が原因（女性に多い）
切迫性尿失禁	急に強い尿意を感じてトイレに間に合わない。膀胱の過活動が原因
溢流性尿失禁（いつりゅうせい）	尿が膀胱にたまりすぎて少しずつ漏れる。前立腺肥大（男性に多い）
機能性尿失禁	膀胱・尿道の機能は正常だが、移動困難・認知機能低下などでトイレに間に合わない

3. ICF の視点と排泄のアセスメント

ICF の視点	観察のポイント（例）
健康状態	泌尿器系疾患・前立腺肥大・便秘・下痢・認知症など排泄に影響する疾患
心身機能	排尿・排便コントロールの機能、移動能力、手指の巧緻性（ズボンの着脱）、認知機能
活動（ADL）	トイレ動作の自立度（移動・脱衣・排泄・後始末・着衣の各段階）
参加	排泄の問題が外出・社会活動に与える影響
環境因子	トイレまでの距離・段差・手すりの有無・照明（夜間）・ズボンの素材と形状
個人因子	排泄習慣・水分摂取の状況・羞恥心の程度

🔗 学習のポイント

- ✓ 排泄は尊厳に深く関わる行為。羞恥心への配慮を最優先にする
- ✓ できる限りトイレで排泄することをめざす（尊厳の保持・腹圧・姿勢の観点から）
- ✓ おむつはあくまでも補助手段。自立を妨げない使い方を心がける
- ✓ 失禁の種類によって対応が異なる。排泄日誌でパターンを把握する
- ✓ 陰部清拭は前から後ろへ。感染予防が目的

第4～6節 重要用語まとめ

【誤嚥（ごえん）】 食べ物や水分が気管に入ること。誤嚥性肺炎の原因になる

【嚥下調整食】 飲み込みやすさのレベルに合わせて形態・とろみを調整した食事

【ヒートショック】 急激な温度変化で血圧が急変し、心筋梗塞・脳卒中を引き起こす危険な状態

【脱患着健（だっかんちゃっけん）】 脱衣は患側から、着衣は健側から行う原則

【清拭（せいしき）】 入浴できない場合にタオルで体をふいて清潔を保つこと

【足浴（そくよく）】 足をお湯に浸けるケア。血行促進・リラクゼーション効果

【腹圧性尿失禁】 咳・くしゃみなど腹圧がかかったときに尿が漏れる

【機能性尿失禁】 膀胱の機能は正常だが移動困難・認知症などでトイレに間に合わない

【排泄日誌】 排泄のパターン（時間・量・状態）を記録して定期誘導に活用するもの

第2巻 第4章 第7節・第8節

着脱・整容・口腔清潔／家事援助の基本

🔗 学習のポイント

- ✓ 着脱の意義（機能的・心理的）と介助の基本原則を理解する
- ✓ 整容（洗面・整髪・ひげ・爪）の意義とQOLとの関係を理解する
- ✓ 口腔ケアの目的とブラッシング・義歯ケアの方法を覚える
- ✓ 家事援助の位置づけと支援の考え方を理解する
- ✓ 調理・洗濯・掃除の援助の基本ポイントを覚える

第7節 着脱・整容・口腔清潔の生活支援技術の基本

1. 着脱の介助

◆ 着脱の意義

着脱（衣服を着たり脱いだりすること）には、次の2つの大切な意義があります。

意義	内容
機能的意義	体温調節・皮膚保護・安全（転倒時のけが防止）の役割。適切な衣服の選択が身体機能と生活の質に影響する
心理的・社会的意義	衣服は個人のライフスタイルや価値観の表現。外出・社会参加の意欲につながる。身だしなみを整えることで QOL が向上する

◆ 衣服の種類と選択

介護場面では、利用者の状態に合わせた衣服選択が重要です。

衣服の種類・特徴	選択の視点
前開き（ファスナー・ボタン）	片麻痺など上肢に障害がある場合に着脱しやすい
かぶり式（プルオーバー）	上肢機能が比較的保たれている場合。頭を通す動作が必要
伸縮性のある素材（ニットなど）	関節拘縮がある場合に着脱しやすい
マジックテープ式	ボタンの操作が困難な場合に有効
ゆったりしたシルエット	浮腫・体型変化・おむつ使用時でも着やすい

◆ 着脱介助の基本原則

着脱介助には「脱患着健」という原則があります。

脱患着健（だっかんちゃっけん）の原則	
【脱ぐとき】	患側（麻痺がある側）から先に脱ぐ → 患側を動かさずに脱ぎやすい
【着るとき】	健側（麻痺がない側）から先に着る → 患側を後から通しやすい

【なぜこの順番？】患側は動かしにくいいため、健側を最後に脱ぐ・最初に着ることで、患側への負担を最小限にします。

◆ 上衣の着脱介助（片麻痺の場合）

脱ぐとき：

- ① 健側の袖を脱ぐ（健側の腕を抜く）
- ② 衣服を患側の肩側に移動させる
- ③ 患側の袖を脱ぐ（患側の腕を抜く）

着るとき：

- ① 患側の袖を通す（患側の腕を先に入れる）
- ② 衣服を背中側に回す
- ③ 健側の袖を通す

◆ 下衣の着脱介助

座位で行う場合と臥位（寝た状態）で行う場合があります。

- ・ 座位の場合：前傾姿勢でズボンを足元まで下ろす→立ち上がって引き上げる
- ・ 臥位の場合：腰を浮かせてもらい（ブリッジ動作）腰部を通す。腰が浮かせられない場合は左右に寝返りを繰り返しながら少しずつ引き上げる

2. ICF の視点と着脱のアセスメント

ICF の視点	観察のポイント（例）
健康状態	脳卒中後遺症・関節リウマチ・認知症など着脱に影響する疾患
心身機能	上肢・下肢の筋力・可動域、感覚機能、認知機能（衣服の選択・着順の理解）
活動（ADL）	着脱動作の自立度（どの段階まで自分でできるか）
参加	外出・社会活動への参加意欲。着替えの頻度
環境因子	衣服の種類・ボタンの大きさ・素材、着替えのしやすい環境整備
個人因子	ファッションへのこだわり・文化的背景・好みの色・素材

3. 整容の介助

◆ 整容の意義と QOL

整容とは、洗面・整髪・ひげの手入れ・爪の手入れ・化粧などを指し、身だしなみを整えることです。

整容は生命の維持に直結するわけではありませんが、生活リズムや清潔感の維持・気分転換になるなど、心身ともに健康な暮らしや社会生活を送るうえで欠かせない行為です。

利用者が髪を整えなくなった、無精ひげが目立つようになったなどの変化は、生活意欲全般を把握するうえで重要なバロメーターです。

◆ 各整容ケアのポイント

整容ケア	目的・ポイント
洗面	起床後の清潔保持・覚醒促進。洗顔・歯みがき・うがいを含む。介助時は利用者のペースに合わせる
整髪	ブラシ・くしで髪を整える。頭皮の血行促進にもなる。利用者の好みのスタイルに
ひげの手入れ	男性利用者にとって重要な身だしなみ。電気シェーバーの使用が安全。家族に好みを確認する
爪の手入れ	爪が伸びると引っかき傷・転倒の原因になる。入浴後など軟らかい状態で切る。糖尿病の方は爪切りに注意が必要
化粧	女性利用者の QOL・自己表現に深く関わる。コミュニケーションのきっかけにもなる

整容は、個々の好みにそって自分らしく過ごしたり、個性を発揮しながら他者と交流し、社会生活を送ったりするためのものです。利用者のライフスタイルを尊重したかわりが最も大切です。

4. 口腔ケア

◆ 口腔ケアの目的

口腔ケアとは、口の中の清潔を保つためのケアです。主な目的は次のとおりです。

- ・ 口腔内の細菌・食物残渣の除去 → 誤嚥性肺炎の予防
- ・ むし歯・歯周病の予防 → 咀嚼機能の維持
- ・ 口腔内の乾燥防止 → 感染症予防・唾液分泌の促進
- ・ 口臭の予防 → コミュニケーション・QOL の向上
- ・ 口腔機能の維持 → 食べる機能（嚥下）の維持

「口腔ケアを行うことで誤嚥性肺炎を予防できる」ことは介護の現場で非常に重要です。

◆ ブラッシングの方法

歯ブラシは歯と歯ぐきの境目（歯頸部）に 45 度の角度で当て、小刻みに動かします（バス法）。

- ① 歯ブラシに少量の歯磨き粉をつける（なくても可）
- ② 歯の外側→内側→噛む面の順に磨く
- ③ 舌の表面もやさしく磨く（舌苔の除去）
- ④ うがいで口腔内をすすぐ（うがいができない場合はスポンジブラシで拭き取る）

【注意】過度な力でブラッシングすると歯肉を傷つけます。やさしく小刻みに動かすことが大切です。

◆ 義歯（入れ歯）のケア

義歯は外して洗います。流水下で義歯用ブラシを使ってていねいに洗います。

種類	ケアのポイント
総義歯（総入れ歯）	毎食後に外して洗う。就寝時は外して水（または義歯洗浄液）に浸ける
部分義歯（部分入れ歯）	クラスプ（金属の留め具）の部分は特に丁寧に洗う。歯磨き粉は使わない（傷がつく）

- ・義歯は落として破損しないよう、水を張った洗面台の上で洗う
- ・義歯洗浄剤は週に数回使用し、細菌の繁殖を防ぐ
- ・義歯が合わなくなった場合は歯科受診を促す

🔗 学習のポイント

- ✓ 着脱の基本原則：脱患着健（脱ぐときは患側から・着るときは健側から）
- ✓ 整容は QOL・生活意欲・社会参加に深く関わる。利用者の好みを尊重する
- ✓ 口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防に直結する重要なケア
- ✓ 義歯は外して洗う。歯磨き粉は使わず義歯用ブラシで洗浄する
- ✓ 整容の変化（整髪しない・ひげを剃らないなど）は生活意欲のバロメーター

第 8 節 家事援助の基本

1. 家事援助を行うにあたって

◆ 家事援助の意義と位置づけ

家事援助とは、利用者が自宅での生活を継続するために必要な、調理・洗濯・掃除・買い物などの生活行為を支援することです。

訪問介護における家事援助は、利用者が「できない部分のみ」を支援します。介護職が何でも行うのではなく、利用者ができることは自分でやってもらい、利用者の自立を支援することが基本です。

また、家族が行える家事は介護職が行わないことが原則です（利用者の日常生活に必要なものに限定）。

◆ 家事援助の視点

- ・ 利用者の生活習慣・やり方を尊重する（介護職のやり方を押しつけない）
- ・ 生活の場への「侵入者」にならないよう、プライバシーへの配慮を徹底する
- ・ 家事を通じてコミュニケーションをとり、信頼関係を築く
- ・ できることはできるだけ一緒に行い、自立支援につなげる

2. 調理の援助

◆ 調理援助のポイント

調理援助では、利用者の栄養状態・食事制限・好み・文化的背景を踏まえて支援します。

確認事項	内容
食事制限	糖尿病・腎臓病・高血圧などによる塩分・カロリー・タンパク質などの制限の有無
食物アレルギー	アレルギーの有無と対象食材の確認
食事形態	刻み食・ミキサー食・とろみ食など必要な形態の確認
利用者の好み	好きな食材・苦手な食材。文化的・宗教的な食事制限
在庫・食材管理	冷蔵庫の食材の確認。賞味期限・消費期限のチェック

◆ 食中毒の予防

調理時は食中毒の予防が非常に重要です。

食中毒予防の3原則

【つけない】 手洗いの徹底。生肉・魚を触った後は必ず手を洗う。まな板・包丁は

肉・魚用と野菜用を分ける

【増やさない】 食材は適切な温度で保存する（冷蔵庫：10℃以下、冷凍庫：-15℃以下）。調理したものは早めに食べる

【やっつける】 十分な加熱（中心温度 75℃以上で 1 分以上）。電子レンジを使う場合は均一に加熱されるよう途中でかき混ぜる

◆ 加熱機器の特徴

機器	特徴と注意点
ガスコンロ	火を使うため、火力調整が必要。消し忘れに注意。換気が必要
IH クッキングヒーター	火を使わず安全。ペースメーカー装着者は医師に確認が必要
電子レンジ	短時間で加熱できる。密閉容器・金属製容器は使用不可。加熱むらに注意
電気ポット	簡単に湯を沸かせる。転倒時の熱湯による火傷に注意

3. 洗濯の援助

◆ 洗濯の援助とは

洗濯は電化製品の普及もあって、家事の中でも負担感が少なくなってきましたが、新しい繊維素材が使われることが多くなり、理解していなければ縮みや変色などのトラブルが生じます。

また、身につけたものや吐物などが付着した衣服は、感染症が蔓延する原因にもなります。介護職は繊維の種類や汚れの状態に応じた洗濯を心がける視点をもつことが大切です。

◆ 洗濯のプロセス

- 1 汚れを確認し、よごれがひどいものは前処理（部分洗い）する
- 2 水洗いかドライクリーニングかの仕分けをする（洗濯表示を確認）
- 3 白いものと色・柄物を分けて洗濯機に入れる
- 4 適切な洗剤を選んで入れ、洗濯機のコースを設定してスイッチを入れる
- 5 洗濯機から取り出して干す

6 乾いたら取り込む・たたむ・整理して収納する

◆ 洗濯表示記号（基本）

表示の種類	意味
桶に数字（例：40）	洗濯液の上限温度（℃）を示す。家庭での洗濯が可能
桶に手（手洗い）	手洗いのみ可能。洗濯機使用不可
桶に×	家庭での洗濯不可（クリーニングへ）
円（ドライ）	ドライクリーニング可能
アイロンと点	アイロンの温度を示す（点 1 つ：低温、点 2 つ：中温、点 3 つ：高温）
アイロンに×	アイロン禁止
正方形に半円（タンブル乾燥）	乾燥機の使用可否を示す

4. 掃除の援助

◆ 掃除援助のポイント

居室の掃除は、利用者の生活環境を清潔で安全に保つために行います。掃除の方法・頻度・使用する道具は、利用者の生活習慣・健康状態・住居の特徴によって異なります。

掃除の場所	ポイント
居室・廊下	ほこりを舞い上げないように、はたき→掃除機→ふき掃除の順で行う。転倒の原因となるものは片付ける
台所・食堂	食中毒予防のため、特に清潔に保つ。油污れは早めに拭き取る。排水口のぬめりにも注意
浴室・トイレ	菌が繁殖しやすいため高頻度の清掃が必要。カビ防止のため換気を徹底する
窓・ガラス	汚れが目立つようになったら清掃。転落リスクに注意

◆ ゴミの分別と処理

ゴミの分別は自治体によって異なります。利用者の住む地域のゴミ分別ルールを事前に確認し、

ルールに従って分別・処理します。

- ・可燃ゴミ・不燃ゴミ・資源ゴミ（ペットボトル・缶・ビンなど）の分別
- ・医療廃棄物（注射針など）は通常のゴミとは別に処理が必要
- ・収集日と収集場所を利用者・家族と確認する

5. 買い物・その他の援助

◆ 買い物の援助

買い物は利用者の希望・予算・健康状態に基づいて行います。

- ・事前に買い物リストを利用者と一緒に確認する
- ・食材の賞味期限・消費期限を確認する
- ・利用者の好みや食事制限（塩分・カロリーなど）を考慮して選択する
- ・購入した物品と代金・釣り銭は必ず利用者に確認し、レシートを渡す

◆ その他の生活援助

援助の種類	内容
薬の管理	お薬カレンダー・一包化された薬の管理を支援。飲み忘れ・飲みすぎがないか確認する
郵便物・書類の整理	郵便物の仕分け・不要なものの廃棄（利用者の同意のもとで）
ペットの世話	利用者にとってペットが生活の支えになっている場合もある。必要な範囲で支援する
植物・ガーデニング	利用者の楽しみや生きがいにつながることもある。可能な範囲で支援する

🔗 学習のポイント

- ✓ 家事援助は「利用者ができない部分のみ」を支援するのが基本原則
- ✓ 利用者の生活習慣・やり方を尊重し、介護職のやり方を押しつけない
- ✓ 食中毒予防の3原則：つけない・増やさない・やっつける
- ✓ 洗濯表示を必ず確認する。縮みや色落ちのトラブル防止のため
- ✓ 買い物後はレシートと釣り銭を必ず利用者に確認・報告する

第 7・8 節 重要用語まとめ

【脱患着健（だっかんちゃっけん）】 着脱介助の基本原則。脱ぐときは患側から、着るときは健側から

【患側（かんそく）】 片麻痺のある利用者の麻痺がある側

【健側（けんそく）】 片麻痺のある利用者の麻痺がない側

【整容】 洗面・整髪・ひげ・爪・化粧など身だしなみを整えること。QOL に直結

【口腔ケア】 口腔内の清潔を保つケア。誤嚥性肺炎の予防が最大の目的

【舌苔（ぜったい）】 舌の表面に付着した細菌・食物残渣。口腔ケアで除去する

【家事援助】 訪問介護で行う調理・洗濯・掃除・買い物などの生活行為への支援

【食中毒予防の 3 原則】 つけない・増やさない・やっつける

【消費期限】 安全に食べられる期限（この日までに食べる）

【賞味期限】 おいしく食べられる期限（過ぎてもすぐに食べられなくなるわけではない）