

国立大学法人熊本大学における障害を理由とする差別の解消の推進に関する
職員対応要領における留意事項（附属病院）

国立大学法人熊本大学における障害を理由とする差別の解消の推進に関する職員対応要領第6条及び第7条に定める留意事項は、以下のとおりとする。

第1 不当な差別的取扱いに当たり得る具体例（第6条関係）

対応要領第3条第1項及び第2項のとおり、不当な差別的取扱いに相当するか否かについては、個別の事案ごとに判断されることとなるが、不当な差別的取扱いに当たり得る具体例は、次のとおりである。

なお、次に掲げる具体例については、正当な理由が存在しないことを前提とし、また、次に掲げる具体例以外でも不当な差別的取扱いに該当するものがあることに留意すること。

○サービスの提供を拒否すること

- ・人的体制、設備体制が整っており、対応可能であるにもかかわらず、障害があることを理由に診療・入院・調剤等を拒否すること。特に、緊急の対応を要する場面も想定されることに十分留意すること。

○サービスの提供を制限すること（場所・時間帯などの制限）

- ・正当な理由なく、診察などを後回しにすること、サービス提供時間を変更又は限定すること
- ・正当な理由なく、診察室や病室の制限を行うこと
- ・医療の提供に際して必要な情報提供を行わないこと

○サービスの提供に際し条件を付すこと（障害のない者には付さない条件を付すこと）

- ・正当な理由なく、保護者や支援者・介助者の同伴を診察・治療・調剤等の条件とすること

○サービスの提供に当たって、他の者とは異なる取扱いをすること

- ・正当な理由なく、本人（本人の意思を確認することが困難な場合は家族等）の意思に反した医療の提供を行うこと又は意思に沿った医療の提供を行わないこと
- ・正当な理由なく、病院や施設が行う行事等への参加や共用設備の利用を制限すること
- ・本人を無視して、支援者・介助者や付添者のみに話しかけること
- ・大人の患者に対して、幼児の言葉で接すること
- ・わずらわしそうな態度や、患者を傷つけるような言葉をかけること
- ・診療等に当たって患者の身体への丁寧な扱いを怠ること

第2 合理的配慮に当たり得る配慮の具体例（第7条関係）

合理的配慮は、障害者等の利用を想定して事前に行われる建築物のバリアフリー化、必要な人材の配置、情報アクセシビリティの向上等の環境の整備を基礎として、個々の障害者に対して、その状況に応じて個別に実施される措置である。その内容は、対応要領第3条第3項及び第4項のとおり、障害の特性や社会的障壁の除去が求められる具体的状況等に応じて異なり、多様かつ個別性が高いものであり、当該障害者が現に置かれている状況を踏まえ、社会的障壁の除去のた

め的手段及び方法について、必要かつ合理的な範囲で、柔軟に対応する必要があるが、具体例は、次のとおりである。

なお、次に掲げる具体例については、過重な負担が存在しないことを前提とし、また、次に掲げる具体例以外にも合理的配慮は多数存在することに留意すること

○基準・手順の柔軟な変更

- ・障害の特性に応じて施設のルール、慣行を柔軟に変更すること（診察等で待つ場合、患者が待ちやすい近くの場所で待っていただく、順番が来たら電話で呼び込むなど）。

○物理的環境への配慮

- ・施設内の段差にスロープを渡すこと
- ・エレベータがない施設の上下階に移動する際、マンパワーで移動をサポートすること

○補助器具・サービスの提供

<情報提供等についての配慮や工夫>

- ・必要に応じて代読・代筆を行うこと
- ・身振り、要約筆記、筆談、図解、ふりがな付文書を使用するなど、本人が希望する方法で分かりやすい説明を行うこと
- ・文書を読み上げたり、口頭による丁寧な説明を行うこと
- ・電子メール、ホームページ、ファックスなど多様な媒体で情報提供、予約受付、案内を行うこと

<職員などとのコミュニケーションや情報のやりとり、サービス提供についての配慮や工夫>

- ・必要に応じて要約筆記者を配置すること
- ・声がよく聞こえるように、また、口の動きや表情を読めるようにマスクを外して話をする

<職員同士での連絡手段の工夫>

- ・障害者である旨を申し出た患者については、障害者であると分かる連絡カードを添付するなど、スタッフ間の連絡体制を工夫すること
- ・診療の予約時などに、患者から申出があった自身の障害特性などの情報を、スタッフ間で事前に共有すること

第3 障害の特性に応じた対応について

障害者と接する際には、それぞれの障害特性に応じた対応が求められる。代表的な障害特性と対応時に配慮すべき事項は、次のとおりである

視覚障害（視力障害・視野障害）

〔主な特性〕

- ・先天性で受障される方のほか、最近は糖尿病性網膜症などで受障される人も多く、高齢者では、緑内障や黄斑部変性症が多い
- ・**視力障害**：視覚的な情報を全く得られない又はほとんど得られない人と、文字の拡大や視覚補助具等を使用し保有する視力を活用できる人に大きく分けられる（全盲、弱視といわれることもある）
- * 視力をほとんど活用できない人の場合、音声、触覚、嗅覚など、視覚以外の情報を手が

かりに周囲の状況を把握している

- * 文字の読みとりは、点字に加えて最近では画面上の文字情報を読み上げるソフトを用いてパソコンで行うこともある（点字の読み書きができる人ばかりではない）
 - * 視力をある程度活用できる人の場合は、補助具を使用したり文字を拡大したり近づいて見るなどの様々な工夫をして情報を得ている
 - ・ **視野障害**：目を動かさないで見ることでできる範囲が狭くなる
 - 「求心性視野狭窄」見える部分が中心だけになって段々と周囲が見えなくなる
遠くは見えるが足元が見えず、つまづきやすくなる
 - 「中心暗転」周囲はぼんやり見えるが真ん中が見えない
文字等、見ようとする部分が見えなくなる
- 視力障害、視野障害の状況によって、明るさの変化への対応が困難なため、移動などに困難を生じる場合も多い

〔主な対応〕

- ・ 中途受障の人では白杖を用いた歩行や点字の触読が困難な人も多いため留意が必要
- ・ 声をかける時には前から近づき「〇〇さん、こんにちは。△△です。」など自ら名乗る
- ・ 説明する時には「それ」「あれ」「こっち」「このくらいの」などと指差し表現や指示代名詞で表現せず、「あなたの正面」「〇〇くらいの大きさ」などと具体的に説明
- ・ 普段から通路（点字ブロックの上など）に通行の妨げになるものを置かない、日頃視覚障害者が使用しているものの位置を変えないなど周囲の協力が不可欠
- ・ 主に弱視の場合、室内における照明の状況に応じて、窓を背にして座ってもらうなどの配慮が必要

聴覚障害

〔主な特性〕

- ・ 聴覚障害は外見上分かりにくい障害であり、その人が抱えている困難も他の人からは気づかれにくい側面がある
- ・ 聴覚障害者は補聴器や人工内耳を装用するほか、コミュニケーション方法には手話、筆談、口話など様々な方法があるが、どれか一つで十分ということではなく、多くの聴覚障害者は話す相手や場面によって複数の手段を組み合わせるなど使い分けている
- ・ 補聴器や人工内耳を装用している場合、スピーカーを通じる等、残響や反響のある音は、聞き取りにあまり効果が得られにくい
- ・ 聴覚の活用による言葉の習得に課題があることにより、聴覚障害者の国語力は様々であるため、筆談の場合は、相手の状況にあわせる

〔主な対応〕

- ・ 要約筆記者の配置など、目で見て分かる情報を提示したりコミュニケーションをとる配慮
- ・ 補聴器や人工内耳を装用し、残響や反響のある音を聞き取ることが困難な場合には、代替する対応への配慮
- ・ 音声だけで話すことは極力避け、視覚的なより具体的な情報も併用
- ・ スマートフォンなどのアプリに音声を変換できるものがあり、これらを使用すると筆談を補うことができる

盲ろう（視覚と聴覚の重複障害）

[主な特性]

- ・視覚と聴覚の重複障害の人を「盲ろう」と呼んでいるが、障害の状態や程度によって様々なタイプに分けられる（視覚障害、聴覚障害の項も参照のこと）

＜見え方と聴こえ方の組み合わせによるもの＞

- ①全く見えず聴こえない状態の「全盲ろう」
- ②見えにくく聴こえない状態の「弱視ろう」
- ③全く見えず聴こえにくい状態の「盲難聴」
- ④見えにくく聴こえにくい状態の「弱視難聴」

＜各障害の発症経緯によるもの＞

- ①盲（視覚障害）から聴覚障害を伴った「盲ベース盲ろう」
 - ②ろう（聴覚障害）から視覚障害を伴った「ろうベース盲ろう」
 - ③先天的、あるいは乳幼児期に視覚と聴覚の障害を発症する「先天性盲ろう」
 - ④成人期以後に視覚と聴覚の障害が発症する「成人期盲ろう」
- ・盲ろう者がそれぞれ使用するコミュニケーション手段は、障害の状態や程度、盲ろうになるまでの経緯、あるいは生育歴、他の障害との重複の仕方によって異なり、介助方法も異なる
 - ・テレビやラジオを楽しんだり本や雑誌を読むことなどもできず、家族といってもほとんど会話がなないため、孤独な生活を強いられることが多い

[主な対応]

- ・盲ろう者関係機関に相談し、対応に関する助言を受ける
- ・障害の状態や程度に応じ視覚障害や聴覚障害の人と同じ対応が可能な場合があるが、同様な対応が困難な場合が多く、手書き文字などの代替する対応や移動の際にも配慮する
- ・言葉の通訳に加えて、視覚的・聴覚的情報についても意識的に伝える
（例）状況説明として、人に関する情報（人数、性別等）や環境に関する情報（部屋の大きさや机の配置、その場の雰囲気等）など

肢体不自由

○車椅子を使用されている場合

[主な特性]

- ・脊髄損傷（対麻痺又は四肢麻痺、排泄障害、知覚障害、体温調節障害など）
- ・脳性麻痺（不随意運動、手足の緊張、言語障害、知的障害重複の場合もある）
- ・脳血管障害（片麻痺、運動失調）
- ・病気等による筋力低下や関節損傷などで歩行が困難な場合もある
- ・ベッドへの移乗、着替え、洗面、トイレ、入浴など、日常の様々な場面で援助が必要な人の割合が高い
- ・車椅子利用者にとっては、段差や坂道が移動の大きな妨げになる
- ・手動車椅子の使用が困難な場合は、電動車椅子を使用する場合もある
- ・障害が重複する場合には、呼吸器を使用する場合もある

[主な対応]

- ・段差をなくす、車椅子移動時の幅・走行面の斜度、車椅子用トイレ、施設のドアを引き戸や自動ドアにするなどの配慮
- ・机アプローチ時に車椅子が入れる高さや作業を容易にする手の届く範囲の考慮

- ・ドア、エレベータの中のスイッチなどの機器操作のための配慮
- ・視線をあわせて会話する
- ・脊髄損傷者は体温調整障害を伴うことがあるため、部屋の温度管理に配慮

○杖などを使用されている場合

〔主な特性〕

- ・脳血管障害（歩行可能な片麻痺、運動失調）
- ・麻痺の程度が軽いため、杖や装具歩行が可能な場合や、切断者などで義足を使用して歩行可能な場合は、日常生活動作は自立している人が多い
- ・失語症や高次脳機能障害がある場合もある
- ・長距離の歩行が困難であったり、階段、段差、エスカレーターや人ごみでの移動が困難な場合もあり、配慮が必要

〔主な対応〕

- ・上下階に移動するときのエレベータ設置・手すりの設置
- ・滑りやすい床など転びやすいので、雨天時などの対応
- ・トイレでの杖おきの設置や靴の履き替えが必要な場合に椅子を用意するなどの配慮

構音障害

〔主な特性〕

- ・話す言葉自体を聞き取ることが困難な状態
- ・話す運動機能の障害、聴覚障害、咽頭摘出などの原因がある

〔主な対応〕

- ・しっかりと話を聞く
- ・会話補助装置などを使ってコミュニケーションをとることも考慮する

失語症

〔主な特性〕

- ・聞くことの障害
音は聞こえるが「ことば」の理解に障害があり「話」の内容が分からない
単語や簡単な文なら分かる人でも早口や長い話になると分からなくなる
- ・話すことの障害
伝えたいことをうまく言葉や文章にできない
話がぎこちない、いいよどみが多くなったり、誤った言葉で話したりする
- ・読むことの障害
文字を読んでも理解が難しい
- ・書くことの障害
書き間違いが多い、また「てにをは」などをうまく使えない、文を書くことが難しい

〔主な対応〕

- ・表情が分かるよう、顔を見ながら、ゆっくりと短いことばや文章で、分かりやすく話しかける
- ・一度でうまく伝わらない時は、繰り返して言ったり、別のことばに言い換えたり、漢字や絵で書いたり、写真・実物・ジェスチャーで示したりすると理解しやすい

- ・「はい」「いいえ」で答えられるように問いかけると理解しやすい
- ・話し言葉以外の手段（カレンダー、地図、時計など身近にあるもの）を用いると、コミュニケーションの助けとなる

＊「失語症のある人の雇用支援のために」（独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター）より一部引用

高次脳機能障害

交通事故や脳血管障害などの病気により、脳にダメージを受けることで生じる認知や行動に生じる障害。身体的には障害が残らないことも多く、外見では分かりにくいため「見えない障害」とも言われている。

〔主な特性〕

- ・以下の症状が現れる場合がある
 - 記憶障害：すぐに忘れてしまったり、新しい出来事を覚えることが苦手なため、何度も同じことを繰り返したり質問したりする
 - 注意障害：集中力が続かなかったり、ぼんやりしてしまい、何かをするとミスが多く見られる
 - 二つのことを同時にしようとするとうる乱する
 - 主に左側で、食べ物を残したり、障害物に気が付かないことがある
 - 遂行機能障害：自分で計画を立てて物事を実行したり、効率よく順序立てられない
 - 社会的行動障害：ささいなことでイライラしてしまい、興奮しやすい
 - こだわりが強く表れたり、欲しいものを我慢できない
 - 思い通りにならないと大声を出したり、時に暴力をふるったりする
 - 病識欠如：上記のような症状があることに気づかず、できるつもりで行動してトラブルになる
- ・失語症（失語症の項を参照）を伴う場合がある
- ・片麻痺や運動失調等の運動障害や眼や耳の損傷による感覚障害を持つ場合がある

〔主な対応〕

- ・本障害に詳しいリハビリテーション専門医やリハ専門職、高次脳機能障害支援普及拠点機関、家族会などに相談する
- ・記憶障害
 - 手がかりがあると思いつけるので、手帳やメモ、アラームを利用したり、ルートマップを持ち歩いてもらうなどする
 - 自分でメモを取ってもらい、双方で確認する
 - 残存する受傷前の知識や経験を活用する（例えば、過去に記憶している自宅周囲では迷わず行動できるなど）
- ・注意障害
 - 短時間なら集中できる場合もあるので、こまめに休憩を取るなどする
 - ひとつずつ順番にやる
 - 左側に危険なものを置かない
- ・遂行機能障害
 - 手順書を利用する

段取りを決めて目につくところに掲示する

スケジュール表を見ながら行動したり、チェックリストで確認する

・社会的行動障害

感情をコントロールできない状態にあるときは、上手に話題や場所を変えてクールダウンを図る

予め行動のルールを決めておく

内部障害

〔主な特性〕

- ・心臓機能、呼吸器機能、腎臓機能、膀胱・直腸機能、小腸機能、肝機能、HIVによる免疫機能のいずれかの障害により日常生活に支障がある
- ・疲れやすく長時間の立位や作業が困難な場合がある

〔主な対応〕

- ・ペースメーカーは外部からの電気や磁力に影響をうけることがあるので注意すべき機器や場所などの知識をもつ
- ・排泄に関し、人工肛門の場合、パウチ洗浄等特殊な設備が必要となることへの配慮
- ・人工透析が必要な人については、通院への配慮
- ・呼吸器機能障害のある方は、慢性的な呼吸困難、息切れ、咳等の症状があることを理解し、息苦しくならないよう、楽な姿勢でゆっくり話をしてもらうよう配慮
- ・常時酸素吸入が必要な方は、携帯用酸素ボンベが必要な場合があることを理解

重症心身障害・その他医療的ケアが必要な者

〔主な特性〕

- ・自分で体を動かすことができない重度の肢体不自由と、年齢に相応した知的発達が見られない重度の知的障害が重複している
- ・殆ど寝たままで自力では起き上がれない状態が多い
- ・移動、食事、着替え、洗面、トイレ、入浴などが自力ではできないため、日常の様々な場面で介助者による援助が必要
- ・常に医学的管理下でなければ、呼吸することも栄養を摂ることも困難な人もいる
- ・重度の肢体不自由や重度の知的障害はないが、人工呼吸器を装着するなど医療的ケアが必要な人もいる

〔主な対応〕

- ・人工呼吸器などを装着して専用の車椅子で移動する人もいるため、電車やバスの乗降時等において、周囲の人が手伝って車椅子を持ち上げるなどの配慮が必要
- ・体温調整がうまくできないことも多いので、急な温度変化を避ける配慮が必要

知的障害

〔主な特性〕

- ・概ね18歳頃までの心身の発達期に現れた知的機能の障害により、生活上の適応に困難が生じる
- ・「考えたり、理解したり、読んだり、書いたり、計算したり、話したり」する等の知的な機能に発達の遅れが生じる

- ・金銭管理、会話、買い物、家事などの社会生活への適応に状態に応じた援助が必要
- ・主な原因として、ダウン症候群などの染色体異常、または先天性代謝異常によるものや、脳症や外傷性脳損傷などの脳の疾患があるが、原因が特定できない場合もある
- ・てんかんを合併する場合もある
- ・ダウン症候群の場合の特性として、筋肉の低緊張、多くの場合、知的な発達の遅れがみられること、また、心臓に疾患を伴う場合がある

〔主な対応〕

- ・言葉による説明などを理解しにくいいため、ゆっくり、ていねいに、分かりやすく話すことが必要
- ・文書は、漢字を少なくしてルビを振る、文書を分かりやすい表現に直すなどの配慮で理解しやすくなる場合があるが、一人ひとりの障害の特性により異なる
- ・写真、絵、ピクトグラムなど分かりやすい情報提供を工夫する
- ・説明が分からないときに提示するカードを用意したり、本人をよく知る支援者が同席するなど、理解しやすくなる環境を工夫する

発達障害

○自閉症、アスペルガー症候群を含む広汎性発達障害（自閉症スペクトラム）

〔主な特性〕

- ・相手の表情や態度などよりも、文字や図形、物の方に関心が強い
- ・見通しの立たない状況では不安が強いが、見通しが立つ時はきっちりしている
- ・大勢の人がいる所や気温の変化などの感覚刺激への敏感さで苦勞しているが、それが芸術的な才能につながることもある

〔主な対応〕

- ・本人をよく知る専門家や家族にサポートのコツを聞く
- ・肯定的、具体的、視覚的な伝え方の工夫（「○○をしましょう」といったシンプルな伝え方、その人の興味関心に沿った内容や図・イラストなどを使って説明するなど）
- ・感覚過敏がある場合は、音や肌触り、室温など感覚面の調整を行う（イヤーマフを活用する、大声で説明せずホワイトボードで内容を伝える、人とぶつからないように居場所を衝立などで区切る、クーラー等の設備のある部屋を利用できるように配慮するなど）

○学習障害（限局性学習障害）

〔主な特性〕

- ・「話す」「理解」は普通にできるのに、「読む」「書く」「計算する」ことが、努力しているのに極端に苦手

〔主な対応〕

- ・本人をよく知る専門家や家族にサポートのコツを聞く
- ・得意な部分を積極的に使って情報を理解し、表現できるようにする（ICTを活用する際は、文字を大きくしたり行間を空けるなど、読みやすくなるように工夫する）

○注意欠陥多動性障害（注意欠如・多動性障害）

〔主な特性〕

- ・次々と周囲のものに関心を持ち、周囲のペースよりもエネルギッシュに様々なことに取り

組むことが多い

〔主な対応〕

- ・本人をよく知る専門家や家族にサポートのコツを聞く
- ・短く、はっきりとした言い方で伝える
- ・待合室における気の散りにくい座席の位置の工夫、分かりやすいルール提示などの配慮
- ・ストレスケア（傷つき体験への寄り添い、適応行動が出来たことへのこまめな評価）

○その他の発達障害

〔主な特性〕

- ・体の動かし方の不器用さ、我慢していても声が出たり体が動いてしまったりするチック、一般的に吃音と言われるような話し方なども、発達障害に含まれる

〔主な対応〕

- ・本人をよく知る専門家や家族にサポートのコツを聞く
- ・叱ったり拒否的な態度を取ったり、笑ったり、ひやかしたりしない
- ・日常的な行動の一つとして受け止め、時間をかけて待つ、苦手なことに無理に取組まず出来ることで活躍する環境を作るなど、楽に過ごせる方法を一緒に考える

精神障害

- ・精神障害の原因となる精神疾患は様々であり、原因となる精神疾患によって、その障害特性や制限の度合いは異なる
- ・精神疾患の中には、長期にわたり、日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態が続くものがある
- ・代表的な精神疾患として、統合失調症や気分障害等がある
- ・障害の特性もさまざまであるため、積極的に医療機関と連携を図ったり、専門家の意見を聴くなど、関係機関と協力しながら対応する。

○統合失調症

〔主な特性〕

- ・発症の原因はよく分かっていないが、100人に1人弱かかる、比較的一般的な病気である
- ・「幻覚」や「妄想」が特徴的な症状だが、その他にも様々な生活のしづらさが障害として表れることが知られている
- ・陽性症状
 - 幻覚：実態がなく他人には認識できないが、本人には感じ取れる感覚のこと
なかでも、自分の悪口やうわさ、指図する声等が聞こえる幻聴が多い
 - 妄想：明らかに誤った内容を信じてしまい、周りが訂正しようとしても受け入れられない考えのこと。誰かにいやがらせをされているという被害妄想、周囲のことが何でも自分に関係しているように思える関係妄想などがある
- ・陰性症状
 - 意欲が低下し、以前からの趣味や楽しみにしていたことに興味を示さなくなる
 - 疲れやすく集中力が保てず、人づきあいを避け引きこもりがちになる
 - 入浴や着替えなど清潔を保つことが苦手となる など

- ・認知や行動の障害

考えにまとまりにくく何が言いたいのか分からなくなる

相手の話の内容がつかめず、周囲にうまく合わせるができない など

〔主な対応〕

- ・統合失調症は脳の病気であることを理解し、病気について正しい知識を学ぶ必要がある
- ・薬物療法が主な治療となるため、内服を続けるために配慮する
- ・社会との接点を保つことも治療となるため、本人が病気と付き合いながら、他人と交流したり、仕事に就くことを見守る
- ・一方で、ストレスや環境の変化に弱いことを理解し、配慮した対応を心掛ける
- ・一度に多くの情報が入ると混乱するので、伝える情報は紙に書くなどして整理してゆっくり具体的に伝えることを心掛ける
- ・症状が強い時には無理をさせず、しっかりと休養をとったり、速やかに主治医を受診することなどを促す

○気分障害

〔主な特性〕

- ・気分の波が主な症状としてあらわれる病気。うつ状態のみを認める時はうつ病と呼び、うつ状態と躁状態を繰り返す場合には、双極性障害（躁うつ病）と呼ぶ
- ・うつ状態では気持ちが強く落ち込み、何事にもやる気が出ない、疲れやすい、考えが働かない、自分が価値のない人間のように思える、死ぬことばかり考えてしまい実行に移そうとするなどの症状がでる
- ・躁状態では気持ちが過剰に高揚し、普段ならあり得ないような浪費をしたり、ほとんど眠らずに働き続けたりする。その一方で、ちょっとした事にも敏感に反応し、他人に対して怒りっぽくなったり、自分は何でも出来ると思い込んで人の話を聞かなくなったりする

〔主な対応〕

- ・専門家の診察の上で、家族や本人、周囲の人が病気について理解する
- ・薬物療法が主な治療となるため、内服を続けるために配慮する
- ・うつ状態の時は無理をさせず、しっかりと休養をとれるよう配慮する
- ・躁状態の時は、金銭の管理、安全の管理などに気を付け、対応が難しい時には専門家に相談する
- ・自分を傷つけてしまったり、自殺に至ることもあるため、自殺などを疑わせるような言動があった場合には、本人の安全に配慮した上で、速やかに専門家に相談するよう本人や家族等に促す

○依存症（アルコール）

〔主な特性〕

- ・飲酒したいという強い欲求がコントロールができず、過剰に飲酒したり、昼夜問わず飲酒したりすることで身体的、社会生活上の様々な問題が生じる
- ・体がアルコールに慣れることで、アルコールが体から抜けると、発汗、頻脈、手の震え、不安、イライラなどの離脱症状が出る
- ・一念発起して断酒しようとしても、離脱症状の不快感や、日常生活での不安感から逃れるために、また飲んでしまう

〔主な対応〕

- ・本人に病識がなく（場合によっては家族も）、アルコール依存症は治療を必要とする病気であるということを、本人・家族・周囲が理解する
- ・周囲の対応が結果的に本人の飲酒につながってしまう可能性があるため、家族も同伴の上で、アルコール依存症の専門家に相談する
- ・一度断酒しても、再度飲酒してしまうことが多いため、根気強く本人を見守る

○てんかん

〔主な特性〕

- ・何らかの原因で、一時的に脳の一部が過剰に興奮することにより、発作がおきる
- ・発作には、けいれんを伴うもの、突然意識を失うもの、意識はあるが認知の変化を伴うものなど、様々なタイプのものである

〔主な対応〕

- ・誰もがかかる可能性がある病気であり、専門家の指導の下に内服治療を行うことで、多くの者が一般的な生活を送れることを理解する
- ・発作が起こっていないほとんどの時間は普通の生活が可能なので、発作がコントロールされている場合は、過剰に活動を制限しない
- ・内服を適切に続けることが重要である。また、発作が起こってしまった場合には、本人の安全を確保した上で専門機関に相談する

○認知症

〔主な特性〕

- ・認知症とは、単一の病名ではなく、種々の原因となる疾患により記憶障害など認知機能が低下し、生活に支障が出ている状態である
- ・原因となる主な疾患として、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症（ピック病など）がある
- ・認知機能の障害の他に、行動・心理症状（BPSD）と呼ばれる症状（徘徊、不穏、興奮、幻覚、妄想など）がある

〔主な対応〕

- ・高齢化社会を迎え、誰もが認知症とともに生きることになる可能性があり、また、誰もが介護者等として認知症に関わる可能性があるなど、認知症は皆にとって身近な病気であることを理解する
- ・各々の価値観や個性、想い、人生の歴史等を持つ主体として尊重し、できないことなく、できることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、支援していく
- ・早期に気付いて適切に対応していくことができるよう、小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにする
- ・BPSDについては、BPSDには何らかの意味があり、その人からのメッセージとして聴くことが重要であり、BPSDの要因として、さまざまな身体症状、孤立・不安、不適切な環境・ケア、睡眠や生活リズムの乱れなどにも目を向ける
- ・症状が変化した等の場合には、速やかに主治医を受診し、必要に応じて専門機関に相談することなどを促す

難病

〔主な特性〕

- ・神経筋疾病、骨関節疾病、感覚器疾病など様々な疾病により多彩な障害を生じる
- ・常に医療的対応を必要とすることが多い
- ・病態や障害が進行することが多い

〔主な対応〕

- ・専門の医師に相談する
- ・それぞれの難病の特性が異なり、その特性に合わせた対応が必要
- ・進行する場合、病態・障害の変化に対応が必要
- ・排泄の問題、疲れやすさ、状態の変動などに留意が必要
- ・体調がすぐれない時に休憩できる場所を確保する