

Kỳ thi quốc gia Chuyên viên chăm sóc phúc lợi dành cho người nước ngoài **Hỏi và đáp**

Bản tiếng Việt

Pháp nhân Đoàn thể Công ích Hiệp hội Chuyên viên chăm sóc phúc lợi Nhật Bản

Tập Thuật ngữ Chuyên môn
Kỳ thi quốc gia Chuyên viên chăm sóc
phúc lợi dành cho người nước ngoài

Hỏi và đáp

Bản tiếng Việt

Pháp nhân Đoàn thể Công ích
Hiệp hội Chuyên viên chăm sóc phúc lợi Nhật Bản

Lời nói đầu

Cuốn sách này được soạn thảo dưới dạng hỏi và đáp như một quyển sách học thi (tập câu hỏi) Chuyên viên chăm sóc phúc lợi của Nhật Bản dành cho người nước ngoài. Chúng tôi đã sửa đổi, tạo câu hỏi với hình thức hỏi và đáp các câu hỏi đã được ra đề trong kỳ thi quốc gia và tìm cách để các bạn có thể học một cách bao quát phạm vi đề thi dựa trên khuynh hướng mới. Có tất cả 713 câu hỏi được ra. Hơn thế nữa, chúng tôi soạn các trang về điểm quan trọng khi học tập riêng biệt và hiển thị với hình ảnh minh họa và biểu đồ một cách trực quan để dễ hiểu.

Vì kỳ thi Chuyên viên chăm sóc phúc lợi được thực hiện bằng tiếng Nhật nên nhằm mục đích để người học làm quen với đề thi, nên chúng tôi không dịch các câu hỏi trong mỗi chủ đề mà đa ngôn ngữ hóa phần giải thích.

Ngoài ra, trong bản tiếng Nhật, các phần giải thích v.v. đã được giám sát bởi các chuyên gia tiếng Nhật để có được các cách thể hiện dễ hiểu đối với người nước ngoài theo học về chăm sóc của Nhật Bản.

Chúng tôi mong rằng cuốn sách này không chỉ được sử dụng hiệu quả như đối sách cho kỳ thi Chuyên viên chăm sóc phúc lợi dành cho người nước ngoài học về chăm sóc của Nhật Bản, mà còn được sử dụng hiệu quả như một tài liệu đào sâu kiến thức chuyên môn về chăm sóc đối với những người thực hành chăm sóc tại hiện trường chăm sóc ở Nhật Bản và ở nước của mỗi người.

Ngoài ra, cuốn sách này được soạn thảo bằng cách sử dụng hiệu quả dự án được trợ cấp của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi "Dự án hỗ trợ học tiếng Nhật về Chăm sóc".

Pháp nhân Đoàn thể Công ích Hiệp hội Chuyên viên chăm sóc phúc lợi Nhật Bản

Ủy ban đánh giá sách học chăm sóc dành cho người nước ngoài

Mục lục

Lời nói đầu

Cách sử dụng quyển sách này

1 Sự tôn nghiêm và sự tự lập của con người	Q001 · A001
2 Mối quan hệ giữa người với người và Giao tiếp	Q005 · A005
3 Hiểu biết về xã hội	Q009 · A009
4 Cơ bản về chăm sóc	Q026 · A026
5 Kỹ năng giao tiếp	Q039 · A039
6 Kỹ thuật hỗ trợ sinh hoạt	Q049 · A049
7 Quy trình chăm sóc	Q072 · A072
8 Hiểu biết về sự phát triển và lão hóa	Q081 · A081
9 Hiểu biết về chứng mất trí nhớ	Q092 · A092
10 Hiểu biết về các khuyết tật	Q104 · A104
11 Cấu trúc của tinh thần và cơ thể	Q117 · A117
12 Chăm sóc y tế	Q133 · A133

Cách sử dụng quyển sách này

"Hỏi và đáp Kỳ thi quốc gia Chuyên viên chăm sóc phúc lợi dành cho người nước ngoài" là tài liệu giảng dạy dùng làm đối sách dự thi dành cho người nước ngoài muốn thi đậu Kỳ thi Chuyên viên chăm sóc phúc lợi của Nhật Bản.

- Câu hỏi(Q) và câu trả lời(A) tương ứng với nhau và các trang được khớp với nhau để dễ học(Ví dụ: Q001 → A001). [Điểm quan trọng khi học](G) được đưa vào như là G001.
- Trong cuốn sách này, các câu hỏi được sắp xếp riêng theo chủ đề dưới dạng hỏi và đáp, có tham khảo cách ra đề trong các kỳ thi Chuyên viên chăm sóc phúc lợi trong quá khứ.
- Câu trả lời cho câu hỏi được biểu thị bằng ○(Đúng) hoặc ×(Sai). Ngoài ra, chúng tôi còn soạn phần giải thích về lý do đúng hoặc lý do sai của nội dung câu hỏi, cũng như thông tin bổ sung v.v.
- Cũng có [Điểm quan trọng khi học] vào cuối chủ đề. [Điểm quan trọng khi học] tóm tắt những gì bạn nên ghi nhớ trong chủ đề đó bằng cách sử dụng hình ảnh minh họa và biểu đồ một cách trực quan để dễ hiểu.

1

人間の尊厳と自立



問題



1-001

作成した延命治療に対する意思決定の計画書は、利用者の意向で変更することができる。

1-002

延命治療に対する意思決定の計画書作成における本人の意思確認のための話し合いは、一度だけ実施する。

1-003

延命治療に対する意思決定の計画書は、在宅ではなく病院での治療を想定して作成する。

1-004

介護福祉職は、利用者が自ら利用するサービスを自己決定できるように、必要な情報を提供する必要がある。

1-005

今後も自宅での生活を継続したいが、そのことに不安があると話す利用者に、「施設に入居することを考えたらどうですか」と応答した。

1-006

ある 歩くことが不安と訴える消極的な利用者に対し、ある 歩くように説得する。

1-007

エンパワメント (empowerment) とは、利用者のもっている力に注目し、その力を引き出していく考え方である。

1-008

アドボカシー (advocacy) とは、利用者の意思を代弁することを表す用語である。

1-009

1960年代後半からアメリカで展開した自立生活運動では、障害者の選択による自己決定の尊重を主張している。

1-010

障害者の自立生活は、施設や病院において実現される。

1-011

自立支援では、利用者自らが自分の意思で行動するという意欲をもつことが大切である。

1-012

利用者が意欲をもたない場合も、介護福祉職は自立支援のためにサービスの利用を強く勧める。

1-013

自立支援とは、「すべて自分でできるようにするための支援」をいう。

1-014

ノーマライゼーション (normalization) の理念は、すべての人間が尊重され、ありのままの状態ですべての人間が普通に生活していくことを目指すものである。

1-015

認知症高齢者には、安全のため部屋から出られないように外から施錠する。

2

人間関係と コミュニケーション



もん だい
問題



2-
001

たしや ぼめん じこかくち じこ かんじょう うご
他者とのコミュニケーション場面での自己覚知は、自己の感情の動
きとその背景を洞察することである。

2-
002

じこかくち じこ ちかかん たしや あ
自己覚知とは、自己の価値観を他者に合わせることである。

2-
003

りようしゃ しんらいかんけい こうちく かいごふくしよく はな て てっ
利用者との信頼関係を構築するためには、介護福祉職が話し手に徹
するのがよい。

2-
004

う かお りようしゃ じぶん きも がまん
浮かない顔をしている利用者に「自分の気持ちを我慢しなくてもい
いですよ」と話しかけた。これはバイステック (Biestek, F.) の
7原則のうち、自己決定の原則を指す。

2-
005

じこかいじ あいて じぶん よ おも おこな
自己開示は、相手に自分のことを良く思ってもらうために行う。

2-006

自己開示を行うことで、ジョハリの窓（Johari Window）の開放された部分（open area）が広がる。

2-007

バイステック（Biestek, F.）の7原則の1つである非審判的態度とは、介護福祉職の価値観で判断せずに利用者とかかわることである。

2-008

バイステック（Biestek, F.）の7原則の1つである個別化とは、利用者を個人としてとらえることである。

2-009

利用者との関係を構築するため、利用者の生活史を尊重してコミュニケーションをとるとよい。

2-010

盲ろう者（目と耳の両方が不自由な人）のコミュニケーション方法として触手話がある。

2-011

利用者の感情に共鳴して、同情的にかかわることを、共感的態度という。

2-012

聴覚障害のある利用者との間で筆談を行うときは、キーワードを活用して内容を伝達するとよい。

2-013

筋萎縮性側索硬化症（amyotrophic lateral sclerosis : ALS）で人工呼吸器装着により発声が困難な人に用いるコミュニケーション方法の1つとして、透明文字盤がある。

2-014

筆談は、中途失聴者が用いることが多い。

2-015

筆談は、多人数での双方向コミュニケーションに有効である。

3

社会の理解



もん だい
問題



3-
001

じぶん う そだ かぞく てい い かぞく
自分が生まれ育った家族を、定位家族という。

3-
002

しんぞく しんとうない けつぞく はいぐうしゃ しんとうない いんぞく
親族とは、3親等内の血族、配偶者、6親等内の姻族をいう。

3-
003

かぞく きのう いしょくじゅう せいかつすいじゅん い じ きのう
家族の機能のうち衣食住などの生活水準を維持しようとする機能
は、生命維持機能である。

3-
004

こぞだ こ しゃかい か きのう けいせい か
子育てにより子どもを社会化する機能は、パーソナリティの形成化
機能である。

3-
005

かぞく きのう かい ぶ ひつよう こうせい いん かぞく させ きのう
家族の機能のうち介護が必要な構成員を家族で支える機能は、ケア
機能である。

3-006

地域共生社会は、すべての住民が支え合い、自分らしく活躍できる地域コミュニティの創出を目指している。

3-007

地域共生社会は、高齢者分野の相談支援体制の強化に特化している。

3-008

特定非営利活動法人（NPO 法人）は、収益を上げることが禁じられている。

3-009

認定特定非営利活動法人は、税制上の優遇措置を受けることができる。

3-010

地域の機能を高めるために、ソーシャルキャピタルは必要である。

3-011

エンパワメントの対象には、地域が含まれている。

3-012

「働き方改革」の目的は、働く人々のニーズに応じた、多様な働き方を選択できる社会の実現を図ることにある。

3-013

ワーク・ライフ・バランスを実現するために、余暇時間の有効な活用が期待されている。

3-014

現在の日本の雇用保険の加入率は、正規雇用と非正規雇用で差がみられる。

3-015

日本の65歳以上の者の就業率は、2011年（平成23年）以降減少している。

3-016

現在の日本の雇用状況は、非正規雇用の割合が全雇用者数の3分の1を上回っている。

3-017

現在の日本では、農村部の人口減少（過疎化）が緩和されている。

3-018

としぶ ちゆうしんぶ くどうかげんしやう お
都市部では中心部の空洞化現象が起きている。

3-019

ちいきほうかつ じじよ こうてきふじよ りやう みづか
地域包括ケアシステムにおける自助は、公的扶助を利用して、自ら生活を維持することをいう。

3-020

ちいきほうかつ きやうじよ しゃかいほしやうせいど ふく
地域包括ケアシステムにおける共助は、社会保障制度に含まれない。

3-021

ちいきほうかつ こうじよ じじよ こじよ きやうじよ たいお
地域包括ケアシステムにおける公助は、自助・互助・共助では対応できない生活困窮等に対応する。

3-022

ちいきほうかつ させ こじよ ちいきふくしこうじやう じゆうみん
地域包括ケアシステムを支える互助は、地域福祉向上のための住民の支え合いを目指している。

3-023

しゃかいほしやう たいしやう かいごじやう かだい かか ひとびと ふく
社会保障の対象は、介護上の課題を抱えた人々を含んでいる。

3-024

しゃかいほしやう せいかつ あんてい そこ ひとびと たい
社会保障は、生活の安定が損なわれた人々に対して、セーフティネットとしての機能を果たしている。

3-025

いくじ かいごきやうぎやうほう いくじきやうぎやう かいごきやうぎやういくじまた かぞくかいご ぶごな
「育児・介護休業法（育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律）」において契約社員は、育児休業を取得できないと定められている。

3-026

かいごきやうぎやう たいしやうかぞくひとり れんぞく しゆとく
介護休業は、対象家族一人につき連続して取得しなければならないと定められている。

3-027

いくじきやうぎやう かいごきやうぎやう さき せいど か
育児休業は介護休業よりも先に制度化された。

3-028

パートやアルバイトは、ろうどうしやさいがいほしやうほけんせいど ほけんきやうふ たいしやう
パートやアルバイトは、労働者災害補償保険制度の保険給付の対象である。

3-029

ろうどうしやさいがいほしやうほけんせいど ほけんりやう こやうぬし ろうどうしや ぶん
労働者災害補償保険制度の保険料は、雇用主と労働者がそれぞれ負担する。

3-030

通勤途上の事故は、労働者災害補償保険制度の給付対象外である。

3-031

従業員がいない自営業者は、労働者災害補償保険制度の保険給付の対象ではない。

3-032

日本国憲法第 25 条で定められている権利は、生存権である。

3-033

社会福祉法第 1 条は、「福祉サービス利用者の利益の保護及び地域福祉の推進を図る」ことを規定している。

3-034

2015 年度（平成 27 年度）以降の後期高齢者医療制度の財源で、最も割合が大きいものは、後期高齢者の保険料である。

3-035

2015 年度（平成 27 年度）以降の社会保障給付費の財源では、社会保険料の占める割合が最も大きい。

3-036

2015 年度（平成 27 年度）以降の生活保護費の財源内訳は、社会保険料と税である。

3-037

「人口推計」によれば、2011 年（平成 23 年）以降、総人口は減少し続けている。

3-038

介護保険法第 1 条は高齢社会対策の基本理念や基本となる事項を規定している。

3-039

介護保険法に契約制度が導入されたことにより、民間営利企業がサービス事業者として参入できるようになった。

3-040

2018 年度（平成 30 年度）に創設された共生型サービスの対象となるサービスに、通所介護（デイサービス）は含まれる。

3-041

2018 年度（平成 30 年度）に創設された共生型サービスの対象となるサービスに、通所リハビリテーションは含まれる。

3-042

2018年（平成30年）の介護保険制度改革に伴い、介護医療院が創設された。

3-043

2018年（平成30年）の介護保険制度改革に伴い、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が創設された。

3-044

2015年（平成27年）の介護保険制度改革に伴い、在宅医療・介護連携推進事業の地域支援事業への位置づけが示された。

3-045

2018年（平成30年）の介護保険制度改革に伴い、地域包括支援センターに認知症連携担当者が配置された。

3-046

介護保険制度の第一号被保険者は、65歳以上の者である。

3-047

介護保険制度の第一号被保険者の保険料は、都道府県が徴収する。

3-048

地域支援事業は、「介護予防・日常生活支援総合事業」「包括的支援事業」「任意事業」の3事業に分けられるが、家族介護支援事業は、介護予防・日常生活支援総合事業に含まれる。

3-049

予防給付は、介護予防・日常生活支援総合事業に含まれる。

3-050

地域支援事業のうち権利擁護事業は、介護予防・日常生活支援総合事業に含まれる。

3-051

第一号訪問事業（訪問型サービス）は、介護予防・日常生活支援総合事業に含まれる。

3-052

2018年（平成30年）の介護保険制度改革に伴い、介護保険制度の利用者の補足給付の支給要件に資産要件が加わった。

3-053

介護保険制度における居宅介護サービス計画費の自己負担はない。

3-054

2018年（平成30年）の介護保険制度改革に伴い、一定以上の所得のある利用者に対して3割負担が導入された。

3-055

介護保険のサービス事業所の対応に不満がある場合、介護保険審査会に申し出る。

3-056

介護保険制度における地域ケア会議は、個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握を目的としている。

3-057

障害福祉計画に関して厚生労働大臣は、基本的な指針を定めなければならない。

3-058

障害福祉計画に関して市町村による策定は、努力義務である。

3-059

障害福祉計画と障害児福祉計画は、計画期間が同じである。

3-060

障害者基本計画において文化芸術活動・スポーツの振興についての目標設定をしなければならない。

3-061

「障害者差別解消法（障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律）」には「不当な差別的取り扱いの禁止」と「合理的配慮の提供」が規定されている。

3-062

障害福祉サービス（居宅介護）を利用するには、居住する市町村の相談窓口で支給申請をする。

3-063

2012年（平成24年）の「障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）」の改正により、放課後や休日に児童・生徒の活動を支援する放課後等デイサービスが創設された。

3-064

2016年（平成28年）の「障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）」の改正により、一人暮らしを希望する障害者に対して、地域生活を支援する自立生活支援助が創設された。

3-065

2016年（平成28年）の「障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）」の改正により、就労定着支援が創設された。

3-066

重度訪問介護は、障害支援区分4以上の利用者でなければ利用できない。

3-067

行動援護は、知的障害者のための外出支援サービスである。

3-068

2012年（平成24年）の「児童福祉法」の改正により、医療的ケアを必要とする障害児への支援として、医療型障害児入所施設が創設された。

3-069

障害者を支援する専門職として精神保健福祉士は、心理検査を実施して精神面の判定を行う。

3-070

障害者を支援する専門職として作業療法士は、手芸や工作の作業、家事の訓練を行う。

3-071

障害者を支援する専門職として言語聴覚士は、聴覚検査や言語訓練、嚥下訓練を行う。

3-072

「障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）」における補装具には、車いすが含まれる。

3-073

「障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）」における補装具には、手すりが含まれる。

3-074

「障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）」により、地方公共団体が設置する協議会の機能として障害福祉計画の策定が規定されている。

3-075

「障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）」により、市町村の役割として自立支援給付と地域生活支援事業の実施が規定されている。

3-076

「2018年（平成30年）の全国統計」によれば、成年後見制度の補助、保佐、後見のうち、最も多い申立ては後見である。

3-077

「2018年（平成30年）の全国統計」によれば、親族以外の後見人が約8割を占めている。

3-078

2015年（平成27年）の「個人情報保護法（個人情報の保護に関する法律）」の改正では、不当な差別や偏見が生じないように要配慮個人情報規定され、ここには心身の障害が含まれている。

3-079

任意後見制度では、候補者のなかから家庭裁判所が成年後見人を選任する。

3-080

虐待を受けたと思われる障害者を発見した場合は、速やかに市町村または都道府県に通報しなければならない。

3-081

社会福祉法人は収益事業を実施することができる。

3-082

「消費者契約法」では契約した事業者が不当な勧誘をした場合、消費者は一度結んだ契約でも5年以内なら取り消すことができる。

3-083

社会福祉法人は、評議員会の設置が任意である。

3-084

特定健康診査には、生活習慣病の検査が含まれる。

3-085

特定健康診査には、がん検診が含まれる。

3-086

特定健康診査の対象は75歳以上の者である。

3-087

サービス付き高齢者向け住宅では、各居住部分に台所、水洗便所、収納設備、洗面設備及び浴室の設置が義務づけられている。

3-088

サービス付き高齢者向け住宅では、食事の提供が義務づけられている。

3-089

サービス付き高齢者向け住宅では、入居者は必要に応じて、介護保険サービスの利用ができる。

3-090

生活困窮者自立支援法は、生活困窮者に対する自立支援策を強化して、その自立促進を図ることを目的としている。

3-091

生活保護法における補足性の原理とは、資産・能力等を活用したうえで保護を行うことをいう。

3-092

生活保護は、世帯を単位として実施される。

3-093

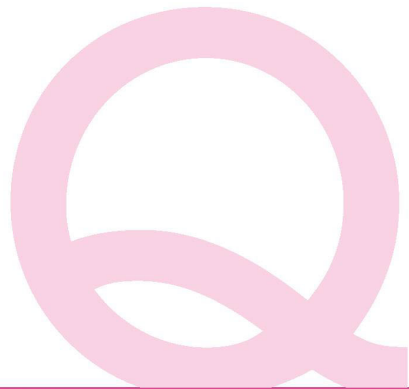
年金や稼働収入のある高齢者は、すべて生活保護の対象にならない。

3-094

生活保護制度における住宅扶助は、金銭給付として家賃や住宅の修理・維持に必要な費用も対象としている。

4

介護の基本



問題



4-001

経済連携協定（Economic Partnership Agreement）に基づく介護福祉士候補者等の受け入れは、2008年度（平成20年度）から始まった。

4-002

経済連携協定（Economic Partnership Agreement）に基づく介護福祉士候補者等の受け入れ施設の要件は、常勤介護職員の4割以上が介護福祉士であることである。

4-003

経済連携協定（Economic Partnership Agreement）に基づく介護福祉士候補者は、介護福祉士として介護業務に従事する限り、日本に在留できる。

4-004

社会福祉士及び介護福祉士法第44条の2では、「誠実義務」が規定されている。

4-005

社会福祉士及び介護福祉士法第45条では、「信用失墜行為の禁止」が規定されている。

4-006

しゃかいふくしし およ かいごふくしし ほうだい じょう ししつこうじょう せきむ
社会福祉士及び介護福祉士法第 47 条の 2 では、「資質向上の責務」
が規定されている。

4-007

かいご じゅうじ もの かいごふくしし な の
介護に従事している者は、介護福祉士を名乗ることができる。

4-008

かいごふくしし ぎょう かいごしゃ たい かいご かん しどう ふく
介護福祉士の業として、介護者に対する介護に関する指導が含まれ
る。

4-009

きん こ いじょう けい しょ しっこう お しっこう う
禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、または執行を受ける
ことがなくなった日から起算して 2 年を経過しない者は介護福祉
士となることができない。

4-010

かいごふくしし どうろく と け とりけ ひ きざん
介護福祉士の登録を取り消され、その取消の日から起算して
2 年を経過しない者は介護福祉士となることができない。

4-011

かいごふくしし ひみつほじぎむ いはん ばあい ばつそく ねん い
介護福祉士は秘密保持義務に違反した場合、罰則により 1 年以
下の懲役または 30 万円以下の罰金に処せられる。

4-012

かいごふくしし しけん こうかく ひ かいごふくしし な の
介護福祉士試験に合格した日から、介護福祉士を名乗ることができ
る。

4-013

りようしゃ せいかつ しつ たか かいごふくしし あ かた
利用者の生活の質 (QOL) を高めるための介護福祉職の在り方と
して、どの利用者に対しても同じ方法で介護をする。

4-014

かいごふくしし しせつ じゅうしょ りようしゃ じごけつてい うなが
介護福祉職は、施設に入所する利用者の自己決定を促すはたらきか
けが重要である。

4-015

かいごふくしし おこな じりつ む しえん たしゃ しえん う
介護福祉職が行う自立に向けた支援とは、他者の支援を受けずに、
利用者自らの力で生活できる状態にすることである。

4-016

かいごふくしし おこな じりつ む しえん りようしゃ かいご う
介護福祉職が行う自立に向けた支援では、利用者が介護を受けてい
ることを理由に社会参加の機会が失われることがないように支援する
ことである。

4-017

ICF (International Classification of Functioning, Disability
and Health : 国際生活機能分類) の構成要素として、利用者の
しつべい けんこうじょうたい
疾病は「健康状態」にあたる。

4-018 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類)の構成要素として、利用者がレクリエーションで歌の伴奏をすることは、「参加」にあたる。

4-019 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類)の構成要素として、利用者の過去の職業は「個人因子」にあたる。

4-020 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類)の構成要素の組み合わせとして、「車をリースして、美術館に行く」ことは、環境因子と心身機能の関連を表している。

4-021 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類)の構成要素の組み合わせとして、「ストレスが溜まると、活力が低下する」ことは、環境因子と心身機能の関連を表している。

4-022 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類)の構成要素の組み合わせとして、「床面の性状が柔らかいと、バランスを崩す」ことは、環境因子と心身機能の関連を表している。

4-023 「平成30年版高齢社会白書」(内閣府)で示された、65歳以上の者の家庭内事故の発生割合が最も高い場所(屋内)は居室である。

4-024 認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)では、利用者それぞれの要求には応えられないので、同じ日課で過ごしてもらう。

4-025 認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)では、利用者の情報収集を行う際に、現在よりも過去の身体的・精神的状態の把握が優先される。

4-026 認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)では、入居後も、利用者のなじみのある人や店との関係を継続していくために必要な支援を行うことが適切である。

4-027 訪問介護事業所のサービス提供責任者は、具体的な援助目標および援助内容を記載した訪問介護計画を作成する。

4-028 訪問介護事業所のサービス提供責任者は、判断能力が十分でない人に対して、日常的な金銭管理を行う。

4-029 訪問介護事業所のサービス提供責任者は、居宅サービス事業者を招集して、介護保険に規定されるサービス担当者会議を主催する。

4-030

てい き じゆんかい ずい じ たいおうがたほうもんかい こ かん こ かい
定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスのオペレーターは、介
護福祉士が担うことができる。

4-031

てい き じゆんかい ずい じ たいおうがたほうもんかい こ かん こ り ようしや じゆうたい へん
定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは、利用者の状態の変
化に応じて、随時訪問サービスを利用することができる。

4-032

てい き じゆんかい ずい じ たいおうがたほうもんかい こ かん こ よう し えんしや ようかい こ しゃ
定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、要支援者、要介護者のどち
り よう
らも利用できる。

4-033

しょう き ぼ た き のうがたきよたくかい こ ちよう き かん しゆくはく もくてき
小規模多機能型居宅介護は、長期間の宿泊を目的としている。

4-034

しょう き ぼ た き のうがたきよたくかい こ と どう ふ けんいき ていきよう おこな
小規模多機能型居宅介護は、都道府県域でのサービス提供を行う。

4-035

かん こ しょう き ぼ た き のうがたきよたくかい こ かん こ かい こ いったいてき ていきよう
看護小規模多機能型居宅介護は、看護と介護を一体的に提供する。

4-036

たん き にゆうしよせいかつかい こ り ようしや かい こ ろうじんふくし し せつ にゆうしよ もう こ
短期入所生活介護の利用者は、介護老人福祉施設への入所の申し込
みをした者に限られる。

4-037

かい こ よ ぼう にちじゆうせいかつ し えんそうどう じぎょう かい こ よ ぼう せいかつ し えん じ
介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事
ぎょう ほうもんがた かい こ よ ぼう せいかつ し えん じ
業の訪問サービスは、要支援者および基本チェックリスト該当者
たい そう じ せんたくとう にちじゆうせいかつじよう し えん ていきよう
に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供するサービスであ
る。

4-038

つうしよかい こ じぎょうしや ひじゆうさいがいたいさくけいかく さくせい さだ
通所介護事業者には、非常災害対策計画の作成が定められている。

4-039

ほうもんかい こ じぎょうしや せいとう りゆう ていきよう こぼ
訪問介護事業者は、正当な理由なくサービスの提供を拒んではなら
ない。

4-040

かい こ ろうじんふくし し せつ にゆうしよしや がいしゆつ きかい かく ほ つと
介護老人福祉施設は、入所者の外出の機会を確保するよう努めなけ
ればならない。

4-041

かい こ じつせん たしよくしゆれんけい い し ちゆうしん
介護実践における多職種連携では、医師が中心となる。

4-042

介護実践における多職種連携では、民生委員やボランティアも、多職種連携チームの一員である。

4-043

介護実践における医療と介護の連携とは、利用者の体調不良時に医療機関を受診させることをいう。

4-044

介護実践における多職種連携では、利用者のケアの方向性に関する情報を共有して、課題の解決に取り組む。

4-045

介護福祉職の職務上の倫理として、介護の技術が伴わなくても、利用者の要望を最優先に実施することは適切である。

4-046

介護福祉職の職務上の倫理として、利用者が求めた医行為を実施することができる。

4-047

介護福祉職の職務上の倫理として、利用者のプライバシーに関する情報を取り扱う際は、利用者本人や家族に説明して同意を得る必要がある。

4-048

暴力をふるう利用者には自室から出られないようにする必要が
ある。

4-049

おむつ交換をスムーズに行うために、利用者の居室（個室）のドアを開けておく。

4-050

ベッドから転落した利用者が「大丈夫」と言ったが、医療関係者に連絡し連携を行った。

4-051

利用者から、入院しているほかの利用者の病状を聞かれたので話した。

4-052

利用者が車いすから立ち上がると危険なため、介護福祉職の判断で、腰ベルトをつけた。

4-053

意識消失とけいれん発作を起こした利用者の個人情報
を救急隊員に提供する場合は、利用者本人や家族への説明と同意がなくとも提供することができる。

4-054

指定介護事業者が、サービス担当者会議に利用者の個人情報を提供する場合はあらかじめ利用者本人や家族の同意が必要である。

4-055

施設の広報等に利用者の顔写真を使用する場合は、利用者本人や家族への説明と同意が必要である。

4-056

入所施設を転居する場合、転居先の施設の求めに応じて、利用者の個人情報を提供する場合でも、現在入所している施設は、利用者本人や家族への説明と同意が必要である。

4-057

介護老人福祉施設における防災対策では、消防法において、年1回以上の消火・避難訓練が義務づけられている。

4-058

災害対策基本法に基づき、避難行動要支援者名簿の作成は市町村長に義務づけられている。

4-059

高齢者介護施設で、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）の保菌者が確認されたときは、入所者全員の保菌の有無を調べる。

4-060

高齢者介護施設で、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）の保菌者が確認されたときは、保菌者はレクリエーションへの参加を制限する。

4-061

介護老人福祉施設は、感染対策のための委員会を開催することが義務づけられている。

4-062

高齢者介護施設の感染対策として、洗面所のタオルは共用にする。

4-063

高齢者介護施設の入所者の健康状態の異常を発見したら、すぐに医師や看護師に報告する。

4-064

おむつ交換は、使い捨て手袋を着用して行うことが基本である。

4-065

燃え尽き症候群（バーンアウト（burnout））の特徴として、無気力感、疲労感や無感動がみられる。

4-066

「育児・介護休業法（育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律）」に基づく育児休業期間は、子が満3歳になるまでである。

4-067

「育児・介護休業法（育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律）」に基づき要介護状態にある家族の通院の付添いをするときは、介護休暇を取得できる。

4-068

「育児・介護休業法（育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律）」に基づく介護休業とは、2週間以上要介護状態が続いている家族を介護するためのものである。

4-069

「ストレスチェック制度」を用いたストレスチェックは、労働者数50人以上の事業者に義務づけられている。

4-070

「ストレスチェック制度」を用いたストレスチェックは、労働者のメンタルヘルス不調の未然防止が主な目的である。

4-071

「ストレスチェック制度」を用いたストレスチェックは、各事業所で1年に1度実施することが規定されている。

5

コミュニケーション技術



もん だい
問題



5-001

ちよくめん か ぎ ほう り ようしや かんじょう こうどう む じ めん てん して き
直面化の技法とは、利用者の感情と行動の矛盾点を指摘することで
ある。

5-002

い か ぎ ほう あい て はな ない よう せい り つた
言い換えの技法とは、相手が話した内容を、整理して伝えることで
ある。

5-003

めい か く か ぎ ほう あい て はな
明確化の技法とは、相手がまだ話していないこと、はっきりしてい
ないことや感情を明らかにしていく技法である。

5-004

と し つ もん
閉ざされた質問とは、「はい」や「いいえ」だけで答えられる質問
である。

5-005

い よく てい か ひと
意欲が低下した人とのコミュニケーションの基本は、考え方を
変えるように促すことである。

5-006

意欲が低下した人とのコミュニケーションの基本は、意欲低下の背景を考えることである。

5-007

意欲が低下した人とのコミュニケーションの基本において、自己決定してもらうことは避ける。

5-008

視覚障害のある人とのコミュニケーションで、方向を示すときは「あちら」「そちら」と表現する。

5-009

傾聴とは、ただ話を聞くことである。

5-010

介護福祉職が行う傾聴において、利用者が話す内容を介護福祉職の価値観で判断する。

5-011

共感的な態度とは、相手もっている感情を察することをいう。

5-012

受容とは、否定的感情を抑圧することをいう。

5-013

開かれた質問をする目的には、初対面の利用者と会話を始めるときに緊張をほぐすきっかけをつくることがある。

5-014

開かれた質問をするときは、話す気分になれず、口数が少ない利用者とも会話を続けることが大切である。

5-015

開かれた質問は、漠然としていて伝わらない利用者の考えを明確にすることができる。

5-016

閉ざされた質問は、重度の認知症（dementia）でコミュニケーション能力が低下している利用者には負担をかける。

5-017

閉ざされた質問はあまり話をしなくてよいので、できるだけ活用する。

5-018

構音障害のある人と話をするときは、はっきりと発音するように促す。

5-019

感覚性失語症のある人は、文法の誤りや意味のない言葉、自分で新しい言葉をつくることが多い。

5-020

運動性失語症のある人と話をするときは、絵や写真を活用したり、閉ざされた質問で質問する。

5-021

聴覚障害のある人と話をするときは、点字を用いる。

5-022

老人性難聴のある人とのコミュニケーションでは、補聴器が有効である。

5-023

視覚障害のある人とのコミュニケーションでは、聴覚、触覚、嗅覚を活用する。

5-024

視覚障害がある人と話をするときは、声の強弱などの準言語の活用は控える。

5-025

介護福祉職が行う傾聴においては、会話の話題を介護福祉職の関心で展開する。

5-026

介護福祉職が行う傾聴は、利用者が体験した客観的事実の把握を目的とする。

5-027

介護福祉職が行う傾聴においては、利用者が沈黙する時間も大切に

5-028

抑うつ状態（depressive state）の利用者への介護福祉職の対応として、時には沈黙している時間を共有する。

5-029

抑うつ状態（depressive state）の利用者への介護福祉職の対応として、会話を促す。

5-030

抑うつ状態 (depressive state) の利用者への介護福祉職の対応として、気晴らしに散歩に誘う。

5-031

抑うつ状態 (depressive state) の利用者への介護福祉職の対応として、見守っていることを伝える。

5-032

叙述体とは、情報を項目別に整理するとき用いる文体である。

5-033

要約体とは、問題のポイントを明確にするときに用いる文体である。

5-034

説明体は、介護福祉職の解釈を記録するとき用いる文体である。

5-035

逐語体は、利用者と介護福祉職の話の内容をそのまま記録するときに用いる文体である。

5-036

介護福祉職が行う報告の留意点は、起こった出来事の実態の結論から報告する。

5-037

介護福祉職が行う報告の留意点は、予定より時間がかかる業務であっても、完了後に報告する。

5-038

介護福祉職が行う報告の留意点は、起こった事実を抽象的な言葉で報告する。

5-039

介護福祉職が行う報告の留意点は、指示を受けた業務の報告は、指示者に行う。

5-040

介護福祉職が行う報告の留意点は、自分の推測を、事実であるとなして伝えることである。

5-041

介護業務の事故報告に関する口頭での報告は、結論を述べてから事故に至った経過を説明する。

5-042

介護業務の事故報告書は、管理者以外も閲覧できるようにしておく。

5-043

介護業務の事故報告は、軽微な事故の場合は、後日報告する。

5-044

介護業務の事故報告は、介護福祉職としての判断を除外して報告する。

5-045

介護業務の事故報告書に記録する内容は、口頭での報告も必要である。

5-046

会議の目的は情報を共有することである。

5-047

会議に参加するときは事前に資料に目を通しておくことが望ましい。

5-048

ケアカンファレンスは専門職の意見を中心に、利用者によりよいケアを提供するために行われる。

5-049

スーパービジョンとはスーパーバイザーが、スーパーバイザーの専門職としての能力を高めるためにはたらきかけることである。

5-050

ブレインストーミング (brainstorming) の原則の1つは、他人の意見を批判することである。

6

生活支援技術



問題



6-001

自立支援の対象者は、意思表示できる利用者に限られる。

6-002

介護福祉職は、その人らしい生活よりも、心身の安静を重視した生活支援を実践する。

6-003

生活支援は、その人の成長、発達年齢に焦点をあてて実践を行う。

6-004

介護福祉職は、利用者の「健康状態」や「心身機能・身体構造」などにも着目し、利用者の生活ニーズを導き出す。

6-005

要介護状態になったとしても、利用者自身の強さや今まで生活してきた経験を発揮することができるよう支援する。

6-006

ながねん す な ぼしよ す つづ こうれいしゃ じゆうよう い
長年住み慣れた場所に住み続けることは、高齢者にとって重要な意
味をもっている。

6-007

にほん でんとうてき す とくちゆう か
日本の伝統的な住まいの特徴は、ベッドやいす、テーブルなどの家
具を床に置いて生活する様式である。

6-008

しんたいき のう ていか ひと ぼあい ふとん しゆうしん きほん
身体機能が低下した人の場合は、布団での就寝を基本とする。

6-009

ききよ ようい ようしきべんき ひざ ふたん かる ざめん ひく
起居が容易な洋式便器は、膝への負担を軽くするよう座面を低くす
る。

6-010

わ ようせつちゆう よくそう よくそうない あんてい しせい かた つ
和洋折衷タイプの浴槽は、浴槽内で安定した姿勢で肩まで浸かるこ
とができる。

6-011

おくない てんとう ふせ あんぜんたいさく るい せいかつどうせん
屋内での転倒を防ぐための安全対策としては、コード類は生活動線
上に這わせて置く。

6-012

ふとん しがい かふん じよきよ ほうほう
布団についた、ダニの死骸や花粉などのアレルギーを除去する方法
は、布団を強く叩く。

6-013

いっこだ じゆうたく く りようしゃ じしんたいさく かん ほうもんかい ごいん
一戸建て住宅に暮らす利用者の地震対策に関する訪問介護員（ホー
ムヘルパー）の助言として、家具にはキャスターをつけるよう助言
する。

6-014

いっこだ じゆうたく く りようしゃ じしんたいさく かん ほうもんかい ごいん
一戸建て住宅に暮らす利用者の地震対策に関する訪問介護員（ホー
ムヘルパー）の助言として、外への避難経路は、玄関の1方向と
するよう助言する。

6-015

かいご ほけん じゆうたくかいしゆう りよう かいしゆう かいご ふくししよく
介護保険の住宅改修を利用してトイレを改修するときに、介護福祉職
が助言する内容として、開き戸は自動ドアに変更できることを助言
する。

6-016

かいご ほけん じゆうたくかいしゆう りよう かいしゆう かいご ふくし
介護保険の住宅改修を利用してトイレを改修するときに、介護福祉
職が助言する内容として、滑りにくい床材に変更できることを助言
する。

6-017

かいご ほけん じゆうたくかいしゆう りよう かいしゆう かいご ふくし
介護保険の住宅改修を利用してトイレを改修するときに、介護福祉
職が助言する内容として、現在使用している洋式便器に、洗浄機能
を付加できることを助言する。

6-018

ユニバーサルデザイン (universal design) の7原則の1つに、「高齢者が優先的に利用できる」がある。

6-019

ユニバーサルデザイン (universal design) の7原則の1つに、「情報伝達の手段は一つにまとめる」がある。

6-020

ユニバーサルデザイン (universal design) の7原則の1つに、「誰でも使える十分な大きさと広さ」がある。

6-021

歩行可能な脊髄小脳変性症 (spinocerebellar degeneration) の高齢者の転倒予防に留意した環境整備では、弾力性が高い床材を使用する。

6-022

入所施設における居室の環境整備で留意すべき点は、利用者が使い慣れた家具が置けるように配慮することである。

6-023

障害者支援施設は、入浴、排泄、食事等の介護等を提供する。

6-024

施設入所に伴う、利用者の心身の負担軽減のための方策として、施設の生活時間に合わせてもらう。

6-025

理学療法士は、身体に障害がある利用者の基本動作能力などの評価を行う専門職である。

6-026

更衣の介護では、手指の細かな動作が難しい利用者には、マグネット式のボタンを勧める。

6-027

高齢者の整容支援の注意点として、目やにを拭き取るときは、目頭から目尻に向かって拭く。

6-028

高齢者の整容支援の注意点として、爪を切るときは、少しずつ切る。

6-029

実行機能障害のある利用者への更衣の介護では、必要な衣類をまとめて渡す。

6-030

じっこう きのうしょうがい りようしゃ こうい かいご となり ようふく き
実行機能障害のある利用者への更衣の介護では、隣で、洋服を着る
どうさ しめ
動作を示す。

6-031

くろま いじょうかいご かいご ふくしよく さいしよ ぬを
ベッドから車いすへの移乗介護で、介護福祉職が最初に行くことは、
いじょう もくてき せつめい どうい え
移乗の目的を説明して同意を得ることである。

6-032

りょうか し きんりょくてい か りようしゃ じょうし かつよう くろま
両下肢の筋力低下がある利用者が、上肢を活用してベッドから車い
いちぶ かいじょ いじょう ゆうこう
すへ一部介助で移乗するためには、スライディングボードが有効で
ある。

6-033

にゅうしょ しせつ りようしゃ くろま しょう がいしゅつ かいご ふくしよく
入所施設の利用者が車いすを使用して外出するときに、介護福祉職
けいかく がいしゅつさき けいろ じょうほう あつ
が計画することとして、外出先の経路情報を集める。

6-034

せいかつこうい いどう とくぬ せいかつどうせん ひつよう いじょう なが
生活行為には移動を伴うことから、生活動線が必要以上に長くなら
せいかつこうかん
ないよう生活空間をゾーニングする。

6-035

かいごしゃ あし ぜんご さゆう ひら しじ きていめん
ボディメカニクスでは、介護者の足を前後・左右に開き支持基底面
せき ひろ りつい しせい あんていせい たか
積を広くし、立位姿勢の安定性を高める。

6-036

まひ ぼあい りようしゃ いどうかいご かいご ふくしよく けんそく ちゅうい
麻痺がある場合の利用者の移動介護では、介護福祉職は健側に注意
をはらう。

6-037

いどうかいご ひつよう ぶつびん じぜん じゅんび てんけん
移動介護に必要な物品は、事前に準備し点検しておく。

6-038

みぎかた まひ りようしゃ て りょう かいだん のぼ かいご ふく
右片麻痺の利用者が、手すりを利用して階段を昇るときに、介護福
しよく りようしゃ ひだりこうほう た
祉職は利用者の左後方に立つ。

6-039

みぎかた まひ りようしゃ て りょう かいだん お かいご
右片麻痺の利用者が、手すりを利用して階段を降りるときに、介護
ふくしよく りようしゃ みぎぜんほう た
福祉職は利用者の右前方に立つ。

6-040

りようしゃ じょうはんしん お どうさ かいご ふくしよく てくび ちから
ベッドで利用者の上半身を起こす動作では、介護福祉職は手首の力
もあ
で持ち上げる。

6-041

かんせつ りようしゃ ほこうじ し
関節リウマチ (rheumatoid arthritis) の利用者が、歩行時に使
よう つえ
用する杖としては、ロフストランドクラッチ (Lofstrand crutch
ぜんわん こていがたつえ てき
(前腕固定型杖)) が適している。

6-042

片麻痺の利用者の立ち上がりの介護では、介護福祉職は利用者の健康側に立つ。

6-043

屋外での車いすの介助方法として、段差を下がる時は、後ろ向きで後輪から下りる。

6-044

屋外での車いすの介助方法として、急な下り坂では前向きで進む。

6-045

呼吸が苦しいため「楽な姿勢にしてほしい」と訴えている利用者に対して、介護福祉職は、仰臥位にして休んでもらった。

6-046

視覚障害者への歩行介助では、介護者は利用者の斜め半歩前に立ち誘導する。

6-047

仰臥位の利用者を左側臥位にする場合の体位変換は、介助の説明をしたあと、肩と膝は同時に倒す。

6-048

パーキンソン病（Parkinson disease）の姿勢反射障害のある人への歩行介助では、曲がり角では勢をつけて曲がってもらうよう支援する。

6-049

脊髄損傷の利用者の移動介護では、体温や血圧の変動に留意する。

6-050

狭心症の持病がある利用者の外出支援では、発作に備えた薬を携行する。

6-051

重症心身障害児への移乗介護は、全介助の場合が多く、介護者主導で支援する。

6-052

施設における介護福祉職と他職種との連携として、寝たきりの利用者の仙骨部に発赤を見つけたときは、看護職に相談する。

6-053

障害者等の身体機能を補完、代替し長期に渡り継続して使用する補装具の支給は、介護保険法に位置づけられている。

6-054

BMI（たいかくしすう体格指数）の標準値は22とされている。

6-055

行事食として、せつぶん節分ではおせち料理を準備する。

6-056

座位で食事をする利用者の姿勢として、顎は上げてもらうようにする。

6-057

誤嚥を防ぐために、おこな食前に嚥下体操を行うことは有効である。

6-058

食事介護は、おこな介護者のペースで行う。

6-059

食事が終わったら、かくにん口腔内の食物残渣を確認する。

6-060

総義歯の取りはずしは、じょうがく上顎からはずし、かかく下顎から装着する。

6-061

骨粗鬆症（osteoporosis）の予防には、よぼうビタミンD（vitamin D）の摂取を勧める。

6-062

便秘の予防には、すいぶんせつしゆ水分摂取を控えるよう勧める。

6-063

逆流性食道炎（reflux esophagitis）の予防として、よぼう食後すぐに横になるよう勧める。

6-064

左半側空間無視のある利用者の食事では、ひだりがわ利用者の左側に配膳する。

6-065

半側空間無視のある利用者の食事では、したがクロックポジションに従って配膳する。

6-066

はんそくくわんむし りようしゃ しよくいかいご かいごふくしよく てきぎしよつ
半側空間無視のある利用者の食事介護として、介護福祉職は適宜食
器の位置を変える。

6-067

みかく ていか りようしゃ たい えんぶん ふ あじつ こ
味覚の低下がある利用者に対しては、塩分を増やして味付けを濃く
する。

6-068

ちよう ぜんどうらんどう ていか たい しよくもつせん い おお しよくひん と い
腸の蠕動運動の低下に対しては、食物繊維の多い食品を取り入れる。

6-069

かたま ひ りようしゃ ざい しよくいかいご りゅういてん くち かんそく
片麻痺の利用者の座位での食事介護の留意点としては、口の患側に
食物を入れる。

6-070

かたま ひ りようしゃ しよくじ きざ しよく
片麻痺の利用者の食事は、刻み食にする。

6-071

じんどうとうせき りようしゃ なま や さい すず
人工透析をしている利用者には生野菜を勧める。

6-072

ぎし とりあつか じようがくよう そうぎし ぎし こうほう さ
義歯の取扱いについて、上顎用の総義歯は、義歯の後方を下げるよ
うにはせず。

6-073

ぎし とりあつか ほかんようき ぎし はんぶん ていど みず
義歯の取扱いについて、保管容器に、義歯の半分がつかかる程度の水
を入れて保管する。

6-074

ドライマウス (dry mouth) の予防として、柔らかい食物を勧める。

6-075

こつ そしろうしやう よぼう ひつよう おお ふく
骨粗鬆症 (osteoporosis) の予防に必要なビタミンKを多く含む
食品は、牛乳である。

6-076

しんぞうき のうしやうがい こうぎやうこやく ないふく り
心臓機能障害があり、抗凝固薬 (ワルファリン) を内服している利
用者は、納豆を摂らないようにする。

6-077

ひ ふ かんそう つよ こうれいしや にゅうよくかいご せい せつげん
皮膚の乾燥が強くなった高齢者の入浴介護では、アルカリ性の石鹸
で身体を洗う。

6-078

ベッド上で行う清拭の介護として、背部は患側を下にして拭く。

6-079

清拭の介護として、両下肢は末梢から中枢に向かって拭く。

6-080

清拭の介護として、皮膚についた水分は最後にまとめて拭く。

6-081

ベッド上で足浴を実施するときの留意点として、ズボンを脱がせて、下肢を露出する。

6-082

ベッド上で足浴を実施するときの留意点として、洗う側の足関節を保持しながら洗う。

6-083

入浴介護に関する留意点として、湯温は、介護福祉職が直接肌で触れて確認する。

6-084

入浴介護に関する留意点として、浴槽への出入りにシャワーチェアを用いるときは、浴槽と同じ高さに調整する。

6-085

入浴介護に関する留意点として、片麻痺の利用者の場合は、健側から浴槽に入る。

6-086

血液透析を受けている人は、透析直後の入浴は避ける。

6-087

胃ろうを造設している人は、入浴を控える。

6-088

心臓機能障害がある人は、半身浴にする。

6-089

回腸ストーマを造設している人は、食後1時間以内に入浴する。

6-090

はいせつ もと はいせつかいご ふくぶ か
排泄メカニズムに基づく排泄介護において、腹部マッサージは、下
こうけつちよう おうこうけつちよう じょうこうけつちよう じゆん おこな ゆうこう
行結腸、横行結腸、上行結腸の順に行うことが有効である。

6-091

はいせつ もと はいせつかいご べんざ すわ そくてい ゆか
排泄メカニズムに基づく排泄介護において、便座に座って足底を床
ぜんけいしせい ふくあつ たか ゆうこう
につけた前傾姿勢は、腹圧を高めるために有効である。

6-092

さ こ べんき はいせつかいご ほうほう しようまえ べんき あた
差し込み便器による排泄介護の方法として、使用前の便器を温めて
おく。

6-093

じよせい いんぶせいしき にようどうこう こうもん む ふ と
女性の陰部清拭については、尿道口から肛門に向かって拭き取る。

6-094

さいきん にようしっせん ひんかい そうちやく せいかつ
最近、尿失禁が頻回にみられるので、すぐおむつを装着し生活して
もらった。

6-095

だんせい じょう にようき しよう ぼあい ぎょうがい はいによう
男性がベッド上で尿器を使用する場合は、仰臥位のほうが排尿しや
すい。

6-096

よご うちがわ かた
おむつは汚れを内側にして片づける。

6-097

ちようかんしゅつせいでいちようえん げり つづ りようしゃ こうかん りゅういでん
腸管出血性大腸炎で下痢が続いている利用者のおむつ交換の留意点
は、よご ぶくろい ふくろい ふくろい くち かた しぼ
汚れたおむつをビニール袋に入れて、袋の口を固く縛る。

6-098

ぼうこうりゅうち しよう りようしゃ かいごふくしよく たいおう
膀胱留置カテーテルを使用している利用者への介護福祉職の対応と
お おかくん
して、カテーテルが折れていないことを確認する。

6-099

ぼうこうりゅうち しよう りようしゃ かいごふくしよく たいおう
膀胱留置カテーテルを使用している利用者への介護福祉職の対応と
さいによう ぼうこう おな たか お
して、採尿バッグは膀胱と同じ高さには置く。

6-100

ぼうこうりゅうち しよう りようしゃ かいごふくしよく たいおう
膀胱留置カテーテルを使用している利用者への介護福祉職の対応と
にようも お ぼうきよ
して、尿漏れが起きていたらカテーテルを抜去する。

6-101

しょうかかん ぞうせつ りようしゃ せいかつしえん たいそう
消化管ストーマを造設している利用者の生活支援では、ラジオ体操
ひか じよげん
は控えるよう助言する。

6-102

腎機能障害のある利用者の場合、1日の尿量や透析による除水量に応じ、水分量が決められていることから、排尿量を把握しておく。

6-103

Aさんは、料理が得意で、普段はエプロンを身に着けて揚げ物料理をガスコンロでつくっている。このとき、防火を意識した調理支援では、袖口を絞った衣服を着てもらおうよう支援する。

6-104

Aさんは、料理が得意で、普段はエプロンを身に着けて揚げ物料理をガスコンロでつくっている。このとき、防火を意識した調理支援では、火災報知器は床に近い部分に設置する。

6-105

利用者の自宅の清掃を行うときの注意点として、畳は畳の目に沿って拭く。

6-106

利用者の自宅の清掃を行うときの注意点として、掃除は高い所から始める。

6-107

布団についた、ダニの死骸や花粉などのアレルゲンを除去する方法として、掃除機で吸い取る。

6-108

布団についた、ダニの死骸や花粉などのアレルゲンを除去する方法として、表面を絞ったタオルで拭く。

6-109

眠れないと訴える高齢者に介護福祉職が行う助言として、夕食後2時間以内に就寝するように勧める。

6-110

安眠を促す生活習慣として、就寝前に、軽いストレッチを行う。

6-111

安眠を促す生活習慣として、就寝前に、カフェインを含む飲料を飲むとよい。

6-112

施設における安眠を促すための環境として、介護福祉職同士の会話が響かないようにする。

6-113

概日リズム（サーカディアンリズム（circadian rhythm））を回復させるための介護福祉職の対応として、起床後はカーテンを開けて、日光を浴びるように勧める。

6-114

杖歩行している高齢者の寝室の環境整備では、足元灯を用意する。

6-115

パーキンソン病（Parkinson disease）（ホーエン・ヤール重症度分類ステージ3）の高齢者の寝室環境では、ベッドは介護者に合わせた高さに設定する。

6-116

睡眠薬を服用している高齢者への介護福祉職の対応として、服用後30分以内に床につくように促した。

6-117

睡眠薬を服用している高齢者への介護福祉職の対応として、日中、ふらつきがみられたので医師に伝えた。

6-118

睡眠薬を服用している高齢者への介護福祉職の対応として、通常 quantity 量では眠れないと言われたので、追加して飲むように伝えた。

6-119

昼夜逆転している利用者への介護福祉職の対応として、夕方に、散歩をするように促す。

6-120

昼夜逆転している利用者への介護福祉職の対応として、寝る直前に熱いお風呂に入るように促す。

6-121

入所施設で最期まで過ごすことを希望する利用者への対応として、終末期の介護方針を伝え、意思確認を行う。

6-122

入所施設で最期まで過ごすことを希望する利用者への対応では、本人の意思よりも家族の意向を優先する。

6-123

入所施設で最期まで過ごすことを希望する利用者への対応として、意思確認の合意内容は、文書で共有する。

6-124

終末期にある利用者を施設で看取る家族への支援として、家族が利用者のためにできることを提案する。

6-125

終末期にある利用者を施設で看取る家族への支援として、感情を表出しないように助言する。

6-
126

高齢者施設において介護福祉職が行う死亡後の介護として、家族に、死亡後の介護を一緒に行うかどうかを確認する。

6-
127

施設において、介護福祉職が行う死後の処置として、着物の場合は帯紐を縦結びにする。

6-
128

施設において、死後の処置は、死後3時間経過してから行う。

7

介護過程

問題



7-001

介護過程の目的は、利用者の望んでいる、よりよい生活を実現することである。

7-002

介護計画の作成にあたっては、抽出されたニーズを踏まえて目標を設定する。

7-003

介護計画は、介護福祉職の価値観に沿って実施する。

7-004

介護過程の目的は、画一的に介護を実践することである。

7-005

介護過程では、介護福祉職が理想とする生活の実現を目指す。

7-006

生活課題の優先順位を決定する際、利用者が要望する頻度の多いものから決定する。

7-007

アセスメント (assessment) では、介護福祉の知識を活用して情報を解釈する。

7-008

介護過程におけるアセスメント (assessment) は、1つの場面に焦点をあてた観察を目的としている。

7-009

介護福祉職は、収集した情報を取捨選択して記録する。

7-010

利用者の情報を収集するにあたり、利用者と介護福祉職との信頼関係が築かれていることが重要である。

7-011

利用者の思いや考えは、主観的情報として扱う。

7-012

介護福祉職は、先入観をもって利用者の情報を収集する。

7-013

介護福祉職が収集する情報には、主観的情報と客観的情報がある。

7-014

介護福祉職は、利用者のできないことを中心に情報収集を行う。

7-015

アセスメント (assessment) とは、利用者の情報を収集することを含む。

7-016

年齢、性別、価値観などは、ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health : 国際生活機能分類) モデルの構成要素の個人因子に含まれる。

7-017

介護福祉職の五感による観察は、情報収集の手段として適切である。

7-018

介護過程の目標は、利用者と話し合いながら設定する。

7-019

介護過程の目標を設定する際、主語は利用者で表現する。

7-020

介護過程の目標設定では、利用者にもわかりやすい言葉を使用する。

7-021

介護過程における長期目標の期間の目安は、6か月から1年程度である。

7-022

介護過程の生活課題を明確にする段階では、個人因子による課題よりも環境因子による課題を優先する。

7-023

介護過程における生活課題は、生活上の困難を発生させている原因のことである。

7-024

介護計画を立案するにあたっては、安全性よりも効果を優先する。

7-025

SOAP方式で記録する場合のPに該当するのは、介護福祉職が行う今後の介護計画である。

7-026

介護計画を立案する際、事前に利用者にも及ぼす影響を予測する。

7-027

介護計画は、チームで介護方法の統一を図るために、具体的に記述する。

7-028

介護計画の立案では、長期目標と短期目標を連動させる。

7-029

介護計画を実施するときは、利用者の反応や変化を観察する。

7-030

介護記録では、事実をありのままに記録する。

7-031

介護計画を実施する際、利用者の状態に変化があっても、計画どおりに実施する。

7-032

介護記録には、多職種とのかかわりについても記録する。

7-033

介護計画の評価の基準は、目標設定の段階で決めておく。

7-034

介護計画の評価は利用者本人に伝える。

7-035

介護計画の目標が達成された場合、利用者に対する介護過程は終了する。

7-036

チームアプローチの実践において、地域住民やボランティアはチームの一員である。

7-037

介護支援専門員（ケアマネジャー）は、サービス担当者会議を開催する。

7-038

他職種と連携する際は、互いの職域を理解し、尊重し合いながら対等な関係を保つ。

7-039

ケアカンファレンスの場合は、職員のスーパービジョンの機会になり得る。

7-040

ケアチームの中心は、介護福祉職である。

7-041

社会福祉士及び介護福祉士法では、他職種との連携が義務づけられている。

7-
042

チームアプローチの際には、グループダイナミクスを意図的に活用
することが必要である。

8

はっ たつ ろう か り かい 発達と老化の理解



もん だい
問題



8-
001

せいご げつごろ なんご はっ
生後2か月頃になると喃語を発するようになる。

8-
002

さいご げつごろ こ お げんしやう しゃかいてきさんしやう
1歳3か月の子に起こる現象に社会的参照がある。

8-
003

せいご げつごろ ゆび つか つ き
生後3か月頃、指を使って積み木がつかめるようになる。

8-
004

せいご げつごろ だ
生後6か月頃、つかまり立ちができるようになる。

8-
005

さいごろ にごふん はな
2歳頃、二語文を話すようになる。

8-006

3歳頃、愛着（アタッチメント（attachment））が形成され始める。

8-007

「高齢者虐待防止法（高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律）」では、高齢者を65歳以上としている。

8-008

高齢者の医療の確保に関する法律では、後期高齢者を80歳以上としている。

8-009

道路交通法では、免許証の更新の特例がある高齢運転者を60歳以上としている。

8-010

老化学説のフリーラジカル説では、加齢による臓器や器官の萎縮や縮小に対して、それを補う再生機能が低下することで老化が生じると考える。

8-011

「つらい治療を我慢して受けるので助けてほしいと願う」ことはキューブラー・ロス（Kübler-Ross, E.）が提唱した死の受容過程における「取り引き」にあてはまる。

8-012

加齢に伴う嚥下機能の低下の原因には、舌骨の位置の上昇がある。

8-013

流動性知能は、加齢とともに衰えやすい。

8-014

騒がしい場所での作業効率は、若年者より高齢者が高い。

8-015

エピソード記憶は、加齢による影響を受けない。

8-016

加齢により周辺視野は広くなる。

8-017

加齢により低い音から聞こえにくくなる。

8-018

か れい み か く か ん じ ゅ せ い て い か
加齢により味覚の感受性は低下する。

8-019

か れい き ゅ う か く び ん かん
加齢により嗅覚は敏感になる。

8-020

に ん ち し ゅ う に ゅ う も ふ く あ つ せ い に ゅ う し つ き ん
認知症で尿を漏らすことを、腹圧性尿失禁という。

8-021

が ま ん に ゅ う も せ つ ぼ く せ い に ゅ う し つ き ん
トイレまで我慢できずに尿を漏らすことを、切迫性尿失禁という。

8-022

ぜ ん り つ せ ん ひ だ い し ゅ う に ゅ う も き の う せ い に ゅ う し つ き ん
前立腺肥大症で尿を漏らすことを、機能性尿失禁という。

8-023

こ う れ い し ゃ ふ く す ゃ う ま ん せ い し つ か ん
高齢者が複数の慢性疾患をもつことは、まれである。

8-024

こ う れ い し ゃ ふ く よ う や く ざ い し ゅ る い じ ゃ く ね ん し ゃ す く
高齢者が服用する薬剤の種類は、若年者より少ない。

8-025

こ う れ い し ゃ な い ふ く や く し ゅ る い ふ く ぐ り ふ く ざ よ う あ ら わ
高齢者は内服薬の種類が増えると、薬の副作用は現れやすい。

8-026

こ う れ い し ゃ こ う け つ あ つ し ゅ う ち り ゅ う も く ひ ゅ う じ ゃ く ね ん し ゃ お な
高齢者の高血圧症 (hypertension) の治療目標は、若年者と同じにする。

8-027

こ う れ い し ゃ ば あ い や く ざ い こ う か つ よ で
高齢者の場合は、薬剤の効果が強く出ることがある。

8-028

ろ う か と も な こ つ み つ ど じ ゅ う し ゅ う
老化に伴い骨密度は上昇する。

8-029

ろ う か と も な だ え き ふ ん び つ り ゅ う ぞ う か
老化に伴い唾液の分泌量は増加する。

8-030

ろうか ともな はいかつりょう ぞうか
老化に伴い肺活量は増加する。

8-031

ろうか ともな ひんけつ
老化に伴い貧血になりやすい。

8-032

ろうか ともな ひ ふ ひょうめん しつじゅんか
老化に伴い皮膚の表面が湿潤化する。

8-033

しょくじ えんげしょうがい
食事のときにむせることは、嚥下障害の1つである。

8-034

しんふぜん しんこう あらわ いきぎ あんせい
心不全 (heart failure) が進行したときに現れる息切れは、安静に
することで速やかに治まる。

8-035

こうれいしゃ しんふぜん
高齢者の心不全 (heart failure) ではチアノーゼ (cyanosis) が
生じやすい。

8-036

しんふぜん こきゅうく ざい ぎょうがい はいが
心不全 (heart failure) による呼吸苦は、座位より仰臥位 (背臥
位) のほうが軽減する。

8-037

こうれいしゃ しんふぜん かし げんまよく ふしゅしょう
高齢者の心不全 (heart failure) では下肢に局限した浮腫が生じる。

8-038

じよくそう げんいん ちようじかん あつぱく
褥瘡の原因には長時間による圧迫がある。

8-039

ぎょうがい じよくそう こうほつぶい ちようこつぶ
仰臥位による褥瘡の好発部位には腸骨部がある。

8-040

こうれいしゃ りょうしつ しつ せつしゅ すいしょう
高齢者には良質なたんぱく質の摂取を推奨する。

8-041

いちにち かい はいべん じょうたい べんぴ
1日に1回、排便がない状態を便秘という。

8-042

びょうき げんいん べんぴ
病気が原因で便秘になることがある。

8-043

ふっさん きんりょくてい か べんぴ
腹筋の筋力低下で便秘になることがある。

8-044

やくざい げんいん べんぴ
薬剤が原因で便秘になることはない。

8-045

こうれいしゃ ばあい べんぴ げざい ゆうせん しょほう
高齢者の場合、便秘には下剤を優先して処方する。

8-046

へんけいせいしつかんせつしょう ばあい ほんこう ひか
変形性膝関節症（knee osteoarthritis）の場合は歩行を控える。

8-047

へんけいせいしつかんせつしょう ばあい せいざ すわ
変形性膝関節症（knee osteoarthritis）の場合は正座で座る。

8-048

へんけいせいしつかんせつしょう ばあい ひざ ひ
変形性膝関節症（knee osteoarthritis）の場合は膝を冷やす。

8-049

へんけいせいしつかんせつしょう ばあい つえ しよう すいしょう
変形性膝関節症（knee osteoarthritis）の場合は杖の使用を推奨する。

8-050

びょう パーキンソン病（Parkinson disease）の利用者の姿勢は後屈しやすい。

8-051

びょう パーキンソン病（Parkinson disease）の利用者の歩行は大股になる。

8-052

びょう パーキンソン病（Parkinson disease）の場合、血圧は上昇する。

8-053

びょう パーキンソン病（Parkinson disease）の利用者は無表情になることがある。

8-
054

高齢者の肺炎ではインフルエンザ（influenza）に合併することはまれである。

8-
055

高齢者の肺炎では初期から高熱がでる。

8-
056

甲状腺機能低下症（hypothyroidism）の症状として、浮腫がある。

8-
057

保健師は薬の処方箋を交付できる。

8-
058

訪問介護員（ホームヘルパー）は居宅サービス計画を立案する。

9

にんちしょうりかい 認知症の理解



もん だい
問題



9-
001

キットウッド (Kitwood, T.) が提唱したパーソン・センタード・ケアは、認知症という症状を中心とするのではなく、「人」を中心として認知症の人を理解するべきであるという考え方である。

9-
002

「平成 29 年版高齢社会白書」(内閣府)によると、2025 年(令和 7 年)には、認知症の人の数は、約 400 万人前後になると推計されている。

9-
003

地域密着型サービスは、認知症の人や中重度の要介護高齢者ができる限り住み慣れた地域での生活が継続できるように、市町村が事業者の指定や指導・監督を行う。

9-
004

「新オレンジプラン」では、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続できるように 7 つの柱が示された。

9-
005

認知症 (dementia) によって判断能力が不十分になった人を保護する制度として成年後見制度がある。

9-006

日常生活自立支援事業とは、認知症の人の自立した生活を支援する制度である。

9-007

認知症地域支援推進員は、都道府県ごとに、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター等に配置される。

9-008

認知症（dementia）の中核症状とは、多少の差はあるものの、認知症になると誰にでも認められる中心となる症状である。

9-009

認知症（dementia）による物忘れは、忘れてしまったということ
を自覚していることが多い。

9-010

加齢に伴う物忘れは、体験の一部を忘れるという傾向がみられる。

9-011

運動機能は損なわれていないのに、目的に沿った適切な行動がとれなくなることを失認という。

9-012

実行機能障害とは、計画を立て実行することができなくなることをいう。

9-013

見当識障害は、認知症の中核症状の1つである。

9-014

構音器官や聴覚に障害がないのに、言語機能としての話す・聞く・書く・読む機能が選択的に失われる状態を失認という。

9-015

REM睡眠行動障害とは、夜中に夢を見て反応して大声を出したり、立ち上がったりの行動のことをいう。

9-016

記憶障害が進行すると、自分自身の失敗も認識しなくなる。

9-017

せん妄（delirium）とは、意識の混濁した状態であり、発症が急激であることが特徴である。

9-018

うつ状態とは、気分が落ち込み、自分は生きている価値がないという悲哀を感じている状態である。

9-019

アルツハイマー型認知症 (dementia of the Alzheimer's type) の発症時期は明確ではなく、ゆっくり進行する。

9-020

アルツハイマー型認知症 (dementia of the Alzheimer's type) では、比較的、記憶力は良好な状態が保たれている。

9-021

血管性認知症 (vascular dementia) とは、脳の血液の流れが障害されて起きる脳血管障害を基盤とした認知症である。

9-022

血管性認知症 (vascular dementia) は、運動障害を伴うことは少ない。

9-023

レビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies) は、幻視体験や転倒を繰り返しやすい。

9-024

レビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies) では、症状の日内変動は少ない。

9-025

前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia) では、人格変化が特徴的な症状である。

9-026

前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia) の特徴の1つとして、常同行動がある。

9-027

クロイツフェルト・ヤコブ病 (Creutzfeldt-Jakob disease) は、急速に進行する認知症の原因疾患である。

9-028

慢性硬膜下血腫 (chronic subdural hematoma) は、治療により血腫を取り除くと認知症の症状がなくなる。

9-029

正常圧水頭症 (normal pressure hydrocephalus) では、歩行障害が認められる。

9-030

甲状腺機能低下症 (hypothyroidism) の症状では、物忘れがみられる。

9-031

若年性認知症とは、40歳未満で発症した認知症のことをいい、原因疾患を問わない。

9-032

老年期認知症に比べ、若年性認知症は進行が速い。

9-033

HDS-R や MMSE は、認知症のスクリーニングテストとして使用されている。

9-034

軽度の認知症においては、IADL (手段的日常生活動作) のアセスメントが有効である。

9-035

認知症 (dementia) の薬物療法は、病気の進行を完全に止めることができる。

9-036

ドネペジル塩酸塩は、アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症の症状進行を抑制する。

9-037

認知症予防の考え方には、健康的な人も含めたポピュレーションアプローチと、疾患を発症しやすいリスクの高い人を対象としたハイリスクアプローチがある。

9-038

認知症 (dementia) の前段階である軽度認知障害 (MCI) 群を対象に、認知症予防を目的とした回想法などの脳活性リハビリテーションが行われている。

9-039

感情失禁とは、感情を失ってしまった状態のことをいう。

9-040

幻覚とは、現実にはないものを見たり聞いたりする症状である。

9-041

妄想とは、論理的に誤っていることを直感的に確信して思い込む状態をいう。

9-042

夕暮れ症候群とは、夕方頃になると落ち着かなくなる症状を現す。

9-043

常同行動は、同じ動作を繰り返すことをいい、血管性認知症 (vascular dementia) に特徴的な症状である。

9-044

異食とは、食物でない物を口に入れたり、食べたりすることをいう。

9-045

不潔行為とは、汚れた衣類やおむつを隠す行為などをいう。

9-046

収集癖とは、ある物を繰り返し買ったり拾ったりする行為をいう。

9-047

認知症 (dementia) の行動・心理症状 (BPSD) には、親しい人がわからなくなる症状がある。

9-048

認知症 (dementia) の行動・心理症状 (BPSD) は、認知症の進行により生じるものである。

9-049

認知症 (dementia) の行動・心理症状 (BPSD) を抑制・禁止することは、不安感を助長させるため避けたほうがよい。

9-050

不安は、認知症 (dementia) の行動・心理症状 (BPSD) の1つであり、同時に多くの BPSD に共通する背景要因となる。

9-051

認知症 (dementia) の人の自尊心を大切にして、その人の主観的な世界観をそのままに受け入れようとする受容的態度は、認知症の人に安心感を与える。

9-052

叱責、否定などの対応は、認知症 (dementia) の人が混乱しているときには有効である。

9-053

失敗したことやできなくなったことを責めると混乱がひどくなることが多い。

9-054

認知機能の低下により、どのような場所においても周囲からの影響を受けないため、環境への配慮は必要ない。

9-055

リロケーションダメージとは、環境が変化することから生じる混乱のことである。

9-056

介護者や周囲の人との信頼できる関係の形成は、認知症(dementia)の行動・心理症状(BPSD)を軽減させる効果がある。

9-057

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの実現のために設けられたもので、都道府県に置かれる。

9-058

地域包括支援センターには、社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員という3つの専門職が配置される。

9-059

認知症カフェは、インフォーマルサービスである。

9-060

介護教室は、身体介護技術を学ぶ場であるため、認知症の人の家族にも有効である。

9-061

認知症サポーターとは、認知症(dementia)に対する正しい知識をもって、地域や職域で認知症の人や家族を手助けする専門職である。

9-062

認知症初期集中支援チームとは、初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームのことである。

9-063

認知症(dementia)の人の家族は、認知症の人の生活上の混乱に巻き込まれ、介護うつに陥ることがある。

9-064

レスパイトケアは、認知症(dementia)の人の家族にとって有効である。

9-065

レスパイトケアには、介護保険サービスを利用する以外にも、家族会等に参加し、同じ境遇の人と語り合い、励まし合うことも含まれる。

10

しょうがいりかい 障害の理解



もん だい
問題



10-001 ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: 国際障害分類) では、能力障害により経済的不利益が起きるととらえている。

10-002 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類) の社会モデルは、障害を個人の問題ととらえている。

10-003 「障害者差別解消法 (障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律)」は、共生社会の実現を目指している。

10-004 障害者差別解消支援地域協議会は、国、地方公共団体に組織される。

10-005 障害者は、合理的配慮の提供に努めなければならない。

10-006

合理的配慮は、すべての障害者に同じ配慮をすることである。

10-007

バンク・ミケルセン（Bank-Mikkelsen, N.）は、ノーマライゼーション（normalization）の理念を8つの原理にまとめた。

10-008

ノーマライゼーション（normalization）の理念に沿うと、障害福祉計画の成果目標は、地域生活から福祉施設入所の設定が望ましい。

10-009

ソーシャルインクルージョン（social inclusion）とは、共に生き支え合うことである。

10-010

介護福祉職の役割は、利用者自身で生活課題を解決するよう支援することである。

10-011

介護福祉職は、利用者のできないことに着目して支援する。

10-012

アドボカシーは、社会的立場の弱い人の権利を守ることである。

10-013

世界保健機関（WHO）によるリハビリテーションの定義で、「利き手交換」は医学的リハビリテーションに該当する。

10-014

世界保健機関（WHO）によるリハビリテーションの定義で、「職業上の援助」は社会的リハビリテーションに該当する。

10-015

脊髄小脳変性症（spinocerebellar degeneration）の主な症状は、運動失調である。

10-016

脊髄小脳変性症（spinocerebellar degeneration）の初期には、車いすの使用が適している。

10-017

脳性麻痺（cerebral palsy）は、妊娠中から生後4週までに脳が損傷を受けた障害である。

10-018

のうせい ま ひ
脳性麻痺 (cerebral palsy) は、けいちよくがた ふ ずい い うんどうがた
がた ぶんるい
（アテローゼ型）などの分類がある。

10-019

ようずいそんしやう しやうがい し し ま ひ
腰髄損傷の障害に、四肢麻痺がある。

10-020

けいずいそんしやう き おん あ ねつ
頸髄損傷は、気温が上がると、うつ熱になる。

10-021

のうけつかんしやうがい う のう しやうがい げん ざ しやうがい
脳血管障害は、右脳が障害されると言語障害がみられる。

10-022

ひだりくわん む し ぼ あい り ようしや みぎがわ こえ
左空間無視がある場合、利用者の右側から声をかける。

10-023

りくくないしやう おも しやうじやう や もう
緑内障の主な症状に、夜盲がある。

10-024

とうによびやうせいもうまくしやう がんあつ じやうしやう
糖尿病性網膜症 (diabetic retinopathy) では、眼圧が上昇して
しんけい あつぱく
視神経が圧迫される。

10-025

もうまくしき そへんせいしやう おも しやうじやう し や きやうさく
網膜色素変性症 (retinitis pigmentosa) の主な症状に、視野狭窄
がある。

10-026

はくじやう し かくしやうがいしや ささ つか
白杖は、視覚障害者がからだを支えるために使う。

10-027

し かくしやうがいしや がいしゆつ し えん どうこうえん こ
視覚障害者の外出支援に同行援護がある。

10-028

でんおんせいなんちやう ない じ ちやうしんけい ししやう お
伝音性難聴は、内耳から聴神経の支障で起こる。

10-029

てん じ ちやうかくしやうがいしや つか
点字は、聴覚障害者のコミュニケーションに使われる。

10-030

ウェルニッケ失語は、話の内容を理解できるが発語が困難である。

10-031

会話補助装置に、トーキングエイドがある。

10-032

狭心症は、強い胸痛が30分以上続く。

10-033

ペースメーカーを装着している利用者は、電磁波の影響を避ける。

10-034

慢性閉塞性肺疾患（COPD）の主な原因は、喫煙である。

10-035

パルスオキシメーターは、上腕部で計測する。

10-036

慢性腎不全が悪化すると、尿毒症を引き起こす。

10-037

慢性腎不全は、塩分を制限する。

10-038

血液透析は、シャントを造設する。

10-039

大腸がんは、上行結腸に多く発生する。

10-040

S状結腸ストーマから排泄される便の性状は、主に水様便である。

10-041

クローン病（Crohn disease）の主な症状に、腹痛や下痢がある。

10-042

中心静脈栄養法の補液は、前腕部の静脈から行われる。

10-043

ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫機能障害は、日和見感染を引き起こす。

10-044

肝硬変の主な症状に、黄疸、腹水がある。

10-045

肝臓の機能障害では、飲酒を制限する。

10-046

アルコール依存症（alcohol dependence）は、心因性精神障害に分類される。

10-047

統合失調症（schizophrenia）の主な症状に、妄想がある。

10-048

高次脳機能障害（higher brain dysfunction）で感情のコントロール低下は、記憶障害に含まれる。

10-049

重症心身障害の原因に、分娩時の異常がある。

10-050

知的障害は、てんかん（epilepsy）の合併率が高い。

10-051

知的障害者の療育手帳は、医師が交付する。

10-052

自閉症（autism）の特性は、読む、書く、計算することが苦手である。

10-053

注意欠陥多動性障害（ADHD）のある人には、一度に多くの指示を与える。

10-054

筋萎縮性側索硬化症 (amyotrophic lateral sclerosis : ALS) は、免疫疾患である。

10-055

筋萎縮性側索硬化症 (amyotrophic lateral sclerosis : ALS) は、視力や聴力が保たれる。

10-056

パーキンソン病 (Parkinson disease) の主な症状は、対麻痺である。

10-057

パーキンソン病 (Parkinson disease) の症状の進行度は、ホーエン・ヤールの重症度分類を用いる。

10-058

悪性関節リウマチ (malignant rheumatoid arthritis) は、言語機能障害がみられる。

10-059

悪性関節リウマチ (malignant rheumatoid arthritis) の人が使用するドアの取っ手は、丸いものが適している。

10-060

筋ジストロフィー (muscular dystrophy) は、デュシェンヌ型が多い。

10-061

筋ジストロフィー (muscular dystrophy) の主な症状は、手指関節のこわばりである。

10-062

筋ジストロフィー (muscular dystrophy) の利用者は、重度訪問介護を利用して電動車いすで外出することができる。

10-063

上田敏による障害受容のステージ理論の5つの心理過程のうち、最初の段階はショック期である。

10-064

上田敏による障害受容のステージ理論の5つの心理過程のうち、否定期は現実をとらえる支援を行う。

10-065

適応機制の「退行」は、認めたくない欲求をこころの中に抑え込もうとする状態をいう。

10-066

未就学の子どもの発達に遅れがある場合、児童発達支援センターに相談する。

10-067

職場適応援助者（ジョブコーチ）は、障害者の特性に応じた就労の支援をする。

10-068

民生委員は、制度化された地域の社会資源の1つである。

10-069

相談支援専門員は、サービス等利用計画を作成する。

11

こころとからだの しくみ



もん だい
問題



11-
001

マズロー (Maslow, A.) の欲求階層説の承認欲求とは、自分自身の向上を示すことである。

11-
002

マズロー (Maslow, A.) の欲求階層説の生理的欲求とは、自分の遺伝子の継続を示すことである。

11-
003

マズロー (Maslow, A.) の欲求階層説で、生命を脅かされないことは最上層の欲求である。

11-
004

マズロー (Maslow, A.) の欲求階層説で、他者からの賞賛を受けたいというのは承認欲求である。

11-
005

ライチャード (Reichard, S.) による老年期の性格類型において、自分の過去に対して自責の念を抱くことは、円熟型に分類される。

11-006

ライチャード (Reichard, S.) による老年期の性格類型において、若いときの積極的な活動を維持することは、依存型に分類される。

11-007

ライチャード (Reichard, S.) による老年期の性格類型において、年をとることをありのままに受け入れていくことは、円熟型に分類される。

11-008

短期記憶とは、数日間保持される記憶である。

11-009

記憶には、記録・保持・想起の3つの過程がある。

11-010

意味記憶には、日付や物の名称などがある。

11-011

観察学習とは、自分の行動を反省する学習である。

11-012

適応機種の分類において、抑圧とは体験を無意識のうちに忘れようとするをいう。

11-013

適応機種の分類において、合理化とは自分の感情と正反対の行動で本当の自分を隠そうとすることである。

11-014

末梢動脈には、血液の逆流を予防するための弁がある。

11-015

動脈は、体表から拍動に触れることができる。

11-016

大脳の機能局在の部位として、頭頂葉は意思決定を遂行する役割がある。

11-017

大脳の機能局在の部位として、側頭葉は聴覚や記憶に関する役割がある。

11-018

だいのう きのうきょくざい ぶ い こうとうよう しかくじょうほう にんしき やくわり
大脳だいのうの機能局在きのうきょくざいの部位ぶ いとして、後頭葉こうとうようは視覚情報しかくじょうほうの認識にんしきの役割やくわりがある。

11-019

だいのうへんえんけい き おく かん き のう
大脳辺縁系だいのうへんえんけいには、記憶き おくに関する機能かんがある。

11-020

かんぞう グリコーゲン (glycogen) ちよぞう
肝臓かんぞうは、グリコーゲン (glycogen) の貯蔵ちよぞうをする。

11-021

ぼうこう にょう のうしゆく
膀胱ぼうこうは、尿にょうを濃縮のうしゆくするはたらきをもつ。

11-022

しょうのう こ きゅうちゅうすう
小脳しょうのうには、呼吸中こ きゅうちゅうすう枢がある。

11-023

すいぞう インスリン (insulin) ぶんびつ おこな
膵臓すいぞうは、インスリン (insulin) の分泌ぶんびつを行う。

11-024

しんぞう こうかん おこな
心臓しんぞうは、ガス交換こうかんを行う。

11-025

だ えき おお こうしゅう げんいん
唾液だ えきが多いと、口臭おおの原因こうしゅう げんいんとなる。

11-026

こうしゅう たしや こうりゅう さ げんいん
口臭こうしゅうは、他者たしやとの交流こうりゅうを避ける原因さ げんいんとなることもある。

11-027

ふくこうかんしんけい だ えきぶんびつ よくせい
副交感神経ふくこうかんしんけいは、唾液分泌だ えきぶんびつを抑制よくせいする。

11-028

じ か せん どうかん こうくうてい かいこう
耳下腺じ か せんの導管どうかんは、口腔底こうくうていに開口かいこうする。

11-029

だ えき こうきん さよう
唾液だ えきには、抗菌作用こうきん さようがある。

11-030

舌下腺は、小唾液腺である。

11-031

さじ状爪がみられた場合、鉄欠乏性貧血 (iron deficiency anemia) が疑われる。

11-032

ばち状指がみられた場合、栄養障害が疑われる。

11-033

巻き爪は、心疾患で見られる。

11-034

良肢位とは、ADL (Activities of Daily Living : 日常生活動作) に最も支障が少ない姿勢である。

11-035

つま先が下を向いた姿勢は良肢位である。

11-036

骨を強化するためには、日光を避ける。

11-037

骨を強化するためには、ビタミン E (vitamin E) の摂取をする。

11-038

骨を強化するためには、適度な運動をする。

11-039

高齢者の骨折 (fracture) で、転倒によって生じることが最も多いのは大腿骨頸部骨折 (femoral neck fracture) である。

11-040

大腿骨頸部を骨折 (fracture) した直後は無症状である。

11-041

たんぱく質は、身体を構成する主要成分である。

11-042

とうしつ し ようせい きゅうしゅう たす
糖質は、脂溶性ビタミンの吸収を助ける。

11-043

ししつ げんりょう
脂質は、ホルモンの原料となる。

11-044

すいようせい
ビタミンCは、水溶性ビタミンである。

11-045

む きしつ たいない
無機質（ミネラル (mineral)）は、体内でつくることができる。

11-046

せつしやく えん げ せんこう き だ えきぶんびつ ぞう か
摂食・嚥下のプロセスにおいて、先行期は唾液分泌が増加する。

11-047

せつしやく えん げ じゅんび き えん げ せい む こきゅう
摂食・嚥下のプロセスにおいて、準備期は嚥下性無呼吸がみられる。

11-048

せつしやく えん げ こうくう き こうとう へい き
摂食・嚥下のプロセスにおいて、口腔期は喉頭が閉鎖する。

11-049

せつしやく えん げ いんどう き しょくがい けいせい
摂食・嚥下のプロセスにおいて、咽頭期は食塊を形成する。

11-050

せつしやく えん げ しょくどう き ずい い てき うんどう
摂食・嚥下のプロセスにおいて、食道期は随意的な運動である。

11-051

じょうけつちよう だいちよう いち ぶ
S状結腸は、大腸の一部である。

11-052

くうちよう しょうちよう いち ぶ
空腸は、小腸の一部である。

11-053

だつすい とちゑ しょうじよう かつどうせい てい か
脱水に伴う症状には、活動性の低下がみられる。

11-054

脱水に伴う症状には、皮膚の湿潤がみられる。

11-055

胃ろうに使用しているカテーテルは、交換不要である。

11-056

糖尿病でインスリン療法を受けている場合には、低血糖症状に注意する。

11-057

38～41℃の湯温での入浴は、消化機能を亢進させる。

11-058

感染を起こしていない皮膚の創傷治癒を促す方法には、乾燥がある。

11-059

皮膚の表面は、弱酸性に保たれている。

11-060

家庭内での不慮の事故のうち、入浴での事故は少ない。

11-061

帯状疱疹（herpes zoster）は、強いかゆみがある疾患である。

11-062

疥癬（scabies）は、ほかの人に感染しない皮膚疾患である。

11-063

浴槽からの立ち上がりは、ゆっくり行う。

11-064

心臓に疾患のある人には、半身浴を勧める。

11-065

食後、すぐに入浴を勧める。

11-066

にゆうよくご すいぶんせつしゆ ひか
入浴後、水分摂取は控える。

11-067

ひ ふ かんそう ともな ぼ あい り ようしや つめ みじか き
皮膚の乾燥に伴うかゆみがある場合は、利用者の爪は短く切る。

11-068

せいじよう によう はいにようちよくご しゆう
正常な尿は、排尿直後はアンモニア臭がする。

11-069

ぎやう が い はいべん し せい
仰臥位は、排便しやすい姿勢である。

11-070

こうかんしんけい ちよくちよう ぜんどうらんどう そくしん
交感神経は、直腸の蠕動運動を促進させる。

11-071

しょくじ べん い
食事をとると、便意はおさまる。

11-072

いき は ふくあつ てい か はいべん うなが
息を吐きながら腹圧を低下させると、排便は促される。

11-073

はいべん じ がいこうもんかつやくきん い しきてき し かん
排便時には、外肛門括約筋を意識的に弛緩させる。

11-074

し かんせいべん び げんいん しょくもつせん い せつしゆ ぶ そく
弛緩性便秘の原因には、食物繊維の摂取不足がある。

11-075

ちよくちようせいべん び げんいん はいべん が まん しゆうかん かんけい
直腸性便秘の原因には、排便を我慢する習慣が関係する。

11-076

ね げり
寝たきりになると、下痢になりやすい。

11-077

ま やくせいちんつうざい しやうちゆう べん び
麻薬性鎮痛剤の使用中は、便秘になりやすい。

11-078

機能性尿失禁は、認知症のある利用者が見当識障害などにより生じる。

11-079

腹圧性尿失禁は、くしゃみなどで生じる失禁である。

11-080

膀胱炎 (cystitis) では、排尿時痛が起こりやすい。

11-081

加齢に伴い、睡眠時間は長くなる。

11-082

運動は、体内時計を1日24時間の周期に修正する最も強力な因子となる。

11-083

レストレスレッグス症候群 (restless legs syndrome) は、下肢を安静にすることで症状が軽快する。

11-084

不眠症 (insomnia) のうち、睡眠の時間は十分にとれているが、ぐっすり眠れた感じがしない状態を熟眠障害という。

11-085

臨終期の身体の様子として、浮腫の出現は少ない。

11-086

死亡直前にみられる身体の変化として、下顎呼吸の出現がある。

11-087

キューブラー・ロス (Kübler-Ross, E.) が提唱した心理過程の5つの段階として、第1段階は怒りである。

12

医療的ケア



問題



12-001

2011年（平成23年）に社会福祉士及び介護福祉士法が改正され、介護福祉士は、病院で喀痰吸引を実施できるようになった。

12-002

介護福祉士が医師の指示の下で行う喀痰吸引のうち、鼻腔内吸引のチューブ挿入範囲は咽頭手前までである。

12-003

事故寸前の危険な状況が発生したが、処置や治療は行わなかった程度の出来事も記録に残す。

12-004

スタンダードプリコーション（標準予防策）において、唾液は感染する危険性のあるものとして取り扱う。

12-005

経鼻経管栄養に使用した物品は、消毒用エタノールに浸けて消毒することが望ましい。

12-006 パルスオキシメータは、じょうみやくけつ さん そほう わ ど そくてい 静脈血で酸素飽和度を測定することができる。

12-007 喀痰吸引を必要とする利用者に対する生活支援として、かくたんきゅういん ひつよう りようしゃ たい せいかつ し えん しつない しつど 室内の湿度を30%以下に保つ。

12-008 鼻腔内の吸引物に血液が少量混じていたので、びくうない きゅういんぶつ けつえき しょうりょう ま きゅういんあつ よわ 吸引圧を弱くして再度吸引をした。

12-009 喀痰吸引が必要な利用者に対して、かくたんきゅういん ひつよう りようしゃ たい にゅうよく ぜんご きゅういん おこな 入浴ケアの前後に吸引を行う。

12-010 喀痰吸引の排液が、かくたんきゅういん はいえき きゅういん まえ はいき 吸引びんの70～80%になる前に廃棄する。

12-011 口腔内・鼻腔内の喀痰吸引で使用した吸引チューブ内側の洗浄には、こうくうない びくうない かくたんきゅういん しよう きゅういん うちがわ せんじよう すいどうすい しよう 水道水を使用する。

12-012 1回の吸引で痰が取り切れなかったため、かい きゅういん たん と き こきゅう おつ 呼吸が落ち着いたことを確認して、かくにん さいど きゅういん おこな 再度吸引を行った。

12-013 経管栄養の実施時に、けいかんえいよう じっし じ れいぞうこ ぼかん えいようざい しじ 冷蔵庫に保管していた栄養剤を指示どおりの温度にせず、おんど ちゅういゆう ていけつとう ひ お そのまま注入すると、低血糖を引き起こす。

12-014 経管栄養の対象である利用者は、けいかんえいよう たいしよう りようしゃ こうくう ひつよう 口腔ケアは必要ない。

12-015 経管栄養中にしゃっくりがあった場合は、けいかんえいようちゅう ばあい ちゅういゆう ちゅうし ただちに注入を中止する。

12-016 イルリガートル（注入ボトル）を用いた経鼻経管栄養は、ちゅういゆう もち けいび けいかんえいよう ほんご けいかん えいようざい もち 半固形成栄養剤を用いる。

12-017 経鼻経管栄養のイルリガートル（注入ボトル）は、けいび けいかんえいよう ちゅういゆう りようしゃ い 利用者の胃から栄養剤の液面までが約50cmの高さになるようにする。えいようざい えきめん やく たか

12-018

経鼻経管栄養を行っている利用者の栄養チューブが10cm抜けたので、介護福祉職が抜けた部分を元に戻した。

12-019

気管カニューレ内の吸引は、吸引圧をかけない状態で吸引チューブを挿入する。

1

Sự tôn nghiêm và sự tự lập của con người



Trả lời - Giải thích



- 1-001 Bản kế hoạch quyết định ý định về điều trị kéo dài sự sống được soạn thảo dựa trên sự tự lựa chọn và tự quyết định của người sử dụng để họ có thể thực hiện cuộc sống mà mình mong muốn. Do đó, nó có thể được thay đổi trên cơ sở tôn trọng ý hướng của người đó.
- 1-002 Ý định của một người có thể thay đổi tùy thuộc vào tình hình của tinh thần và cơ thể tại thời điểm đó và những thay đổi của môi trường xung quanh v.v. Do đó, cần phải tiến hành lặp lại cuộc thảo luận để xác nhận ý định khi cần thiết.
- 1-003 Bản kế hoạch về quyết định ý định đối với điều trị kéo dài sự sống được soạn thảo với giả định điều trị tại một trong hai nơi là tại nhà hoặc tại bệnh viện. Không chỉ cần giả định sự thay đổi cá nhân do điều trị, mà còn phải chú ý đến môi trường xung quanh người đó và quan điểm cải thiện môi trường đó được yêu cầu.
- 1-004 Người chăm sóc phúc lợi cần cung cấp cho người sử dụng những thông tin cần thiết để người đó có thể lựa chọn các dịch vụ chăm sóc tốt hơn.
- 1-005 Trong tương lai, người đó vẫn có mong muốn tiếp tục sinh hoạt ở nhà riêng. Khuyến khích những người như vậy chuyển vào cơ sở là không phù hợp. Cần có tư thế tôn trọng ý định được sinh hoạt ở nhà riêng và lắng nghe những lo lắng của người đó.

1-006 Thuyết phục thì không thích hợp từ quan điểm tự lập. Điều quan trọng là người chăm sóc phúc lợi hiểu những lo lắng của người sử dụng và hỗ trợ họ để người đó có thể hành động với ý thức về sức mạnh của chính mình.

✗

1-007 Trao quyền có nghĩa là hỗ trợ để người sử dụng đang trong tình hình bị xâm phạm hoặc áp chế quyền lợi có thể có được sức mạnh tự mình khắc phục tình hình đó.

○

1-008 Advocacy được sử dụng với ý nghĩa là thay mặt và bảo vệ quyền lợi của người sử dụng, thay mặt cho ý định của người sử dụng gặp khó khăn trong việc bày tỏ ý định của bản thân.

○

1-009 Trong vận động Cuộc sống Tự lập (vận động IL), thì cuộc sống tự lập là "quản lý cuộc sống của bản thân dựa trên những lựa chọn mà bản thân có thể hài lòng để giới hạn ở mức tối thiểu sự phụ thuộc vào người khác trong việc quyết định ý định hoặc sinh hoạt hàng ngày".

○

1-010 Cuộc sống tự lập của người khuyết tật không chỉ được thực hiện ở các cơ sở và bệnh viện. Người ta cho rằng phải được thực hiện trong cộng đồng khu vực càng nhiều càng tốt dựa trên sự lựa chọn mà người đó hài lòng.

✗

1-011 Trong hỗ trợ tự lập, điều quan trọng là người đó phải tự mình hành động bằng ý định của bản thân. Để làm được điều đó, không thể thiếu động lực "bản thân tích cực hành động".

○

1-012 Nếu người sử dụng ở trong tình trạng không có động lực thì có thể bị buộc phải tự lập. Người chăm sóc phúc lợi cần hiểu bối cảnh mà người sử dụng không có động lực, giúp người đó nâng cao động lực để tiến hành cuộc sống mang tính chủ thể.

✗

1-013 Hỗ trợ tự lập không phải là tự mình làm mọi việc mà không cần sự giúp đỡ của người khác, mà là vừa để người sử dụng tự lực làm những gì có thể tự lực làm được vừa hỗ trợ để họ có thể tiến hành cuộc sống của chính mình.

✗

1-014 Để thực hiện triết lý bình thường hóa, cần hỗ trợ để người sử dụng có thể sống một cuộc sống bình thường tại khu vực đã quen sống, tại ngôi nhà đã quen sống.

○

1-015 Việc khóa cửa phòng là hạn chế hành động theo ý định của mình và là hành vi bỏ qua sự tôn nghiêm.

✗

2

Mối quan hệ giữa người với người và Giao tiếp



Trả lời - Giải thích



2-001 Ví dụ, trong tình huống đang giao tiếp với người khác, nếu cảm thấy tức giận, thì việc tự ý thức được điều đó và phân tích một cách khách quan bối cảnh đó có gì thì quan trọng như là sự tự nhận thức.



2-002 Tự nhận thức là sự tự phân tích một cách khách quan về hành động, giá trị quan, định kiến, thành kiến và tính cách v.v. của chính mình.



2-003 Để xây dựng mối quan hệ tin tưởng (Rapport), ở giai đoạn đầu, điều quan trọng là vừa thông cảm như phụ họa, gật đầu v.v. vừa trở thành người nghe của người sử dụng.



2-004 Chi nội dung của “Biểu hiện cảm xúc mang tính ý đồ” chứ không phải “Nguyên tắc tự quyết định” trong 7 nguyên tắc Biestek. Điều quan trọng là tiếp xúc có ý đồ để người sử dụng có thể tự do thể hiện cảm xúc (▶ Tham khảo G001).



2-005 "Tự tiết lộ" là truyền đạt thông tin liên quan đến bản thân mình cho đối phương theo ý định của người đó.



2-006 Cửa sổ Johari là cách nghĩ để hiểu sâu hơn về bản thân và làm cho giao tiếp trôi chảy. Khi giao tiếp, tự tiết lộ với nhau và vừa dần dần mở rộng "phần mở" vừa xây dựng mối quan hệ tin tưởng. (▶ Tham khảo G001).

2-007 "Thái độ mang tính không phán xét" là tiếp xúc với người sử dụng mà không đơn phương trách móc hoặc quy kết đối phương bằng giá trị quan của bản thân (▶ Tham khảo G001).

2-008 "Cá nhân hóa" là việc xem người sử dụng với tư cách một cá nhân, tìm kiếm phương pháp hỗ trợ phù hợp nhất cho từng người sử dụng, không áp dụng một phương pháp hỗ trợ đồng nhất (▶ Tham khảo G001).

2-009 Để xây dựng mối quan hệ với người sử dụng, nên tôn trọng lịch sử cuộc đời chẳng hạn như người sử dụng đã trân quý điều gì, đã trân trọng ai trong suốt cuộc đời v.v.

2-010 Ngoài "Ngôn ngữ ký hiệu chạm", còn có phương pháp giao tiếp được gọi là "Chữ nổi ngón tay". Người mù và điếc dựa vào xúc giác để có được thông tin từ bên ngoài.

2-011 "Thái độ thông cảm" là hiểu cảm xúc của người sử dụng ở vị trí của người đó để tiếp xúc.



2-012 Trong giao tiếp bằng bút đàm, nên truyền đạt nội dung bằng cách sử dụng hiệu quả sơ đồ, tranh ảnh và từ khóa hơn là truyền đạt bằng cách viết một câu dài.

2-013 Ngoài bảng chữ trong suốt còn có thiết bị truyền đạt ý định dành cho người khuyết tật nặng như một phương pháp giao tiếp của người bị liệt tứ chi và khó nói ra. Cũng có thể sử dụng thiết bị hỗ trợ hội thoại di động nếu có cử động một chút.

2-014 Do bút đàm không cần kỹ năng đặc biệt phải học mới nên có hiệu quả như một phương pháp giao tiếp với người mất thính lực giữa chừng vừa mất thính lực không bao lâu.

2-015 Bút đàm là một phương pháp hữu hiệu để giao tiếp song phương 1 đối 1. Để truyền đạt thông tin đến nhiều người mất thính lực như ở buổi giảng v.v. thì "ghi chép tóm tắt" (dùng máy tính v.v. để mẫu tự hóa tiếng nói và chiếu lên màn hình) thì hiệu quả.



Điểm quan trọng khi học

■ 7 nguyên tắc Biestek

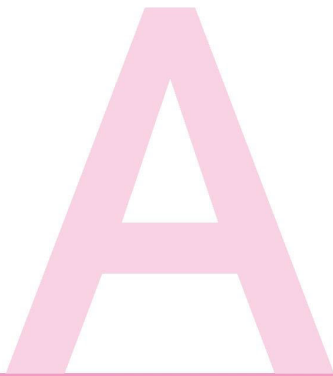
Cá biệt hóa	Xem người sử dụng với tư cách một cá nhân và cố gắng thực hiện phương pháp hỗ trợ phù hợp nhất.
Biểu hiện cảm xúc mang tính ý đồ	Tiếp xúc để người sử dụng có thể tự do thể hiện cảm xúc của mình.
Can thiệp cảm xúc đã được điều khiển	Người hỗ trợ vừa kiểm soát cảm xúc của bản thân vừa phản ứng mang tính ý đồ với người sử dụng.
Chấp nhận	Tiếp nhận thái độ và hành động của người sử dụng nguyên vẹn.
Thái độ mang tính không phán xét	Không được đơn phương trách móc hoặc quy kết người sử dụng.
Tự quyết định	Người sử dụng quyết định hướng giải quyết vấn đề v.v. dựa trên phán đoán của riêng mình.
Duy trì bí mật	Không tiết lộ bất kỳ bí mật nào đã biết từ người sử dụng.

■ Cửa sổ Johari

	Bản thân biết	Bản thân không biết
Người khác biết	① Phần mở	② Phần mù
Người khác không biết	③ Phần ẩn	④ Phần đóng

3

Hiểu biết về xã hội



Trả lời - Giải thích



- 3-001 Gia đình mà bản thân được sinh ra và lớn lên với tư cách người con được gọi là gia đình định vị hoặc gia đình sinh ra. Ngoài ra, gia đình mới hình thành bằng cách chọn vợ/chồng bằng ý chí của bản thân gọi là gia đình sáng lập hoặc gia đình sinh sản.
- 3-002 Người thân là người có quan hệ huyết thống trong vòng 6 đời, vợ/chồng, người thân có quan hệ hôn nhân trong vòng 3 đời. Người thân có quan hệ hôn nhân là người có quan hệ huyết thống của vợ/chồng của mình hoặc vợ/chồng của người có quan hệ huyết thống của mình.
- 3-003 Chức năng duy trì sinh mệnh chỉ chức năng tìm kiếm sự thỏa mãn và an toàn của cảm giác thèm ăn và ham muốn tình dục liên quan đến sự sinh tồn của cá nhân.
- 3-004 Chức năng nhân cách được phân loại thành chức năng hình thành hóa và chức năng ổn định hóa. Chức năng ổn định hóa là chức năng thư giãn chỉ được chia sẻ bởi gia đình.
- 3-005 Chức năng chăm sóc là chức năng mà người chăm sóc và gia đình sống chung hỗ trợ lẫn nhau về mặt tâm lý và mặt xã hội, bên cạnh chức năng mà gia đình hỗ trợ thành viên gia đình cần chăm sóc.

3-006 "Xã hội cộng sinh khu vực" xem xét lại vấn đề giảm tỷ lệ sinh và già hóa dân số và hệ thống an sinh xã hội đã được phát triển theo chiều dọc, hướng đến hình thành một cộng đồng khu vực mà tất cả các cư dân trong khu vực đều có vai trò, vừa hỗ trợ lẫn nhau vừa có thể hoạt động theo cách riêng của họ.

3-007 Hệ thống hỗ trợ tư vấn của "Xã hội cộng sinh khu vực" không chuyên về lĩnh vực người cao tuổi. Cần phải xây dựng hệ thống hỗ trợ tư vấn toàn diện, vượt qua sự hỗ trợ theo lĩnh vực của từng đối tượng.

3-008 Pháp nhân hoạt động phi lợi nhuận đặc định là đoàn thể được quy định theo Luật thúc đẩy hoạt động phi lợi nhuận đặc định, có mục đích chính là tiến hành các hoạt động phi lợi nhuận đặc định, nhưng không bị cấm thu lợi nhuận.

3-009 Pháp nhân hoạt động phi lợi nhuận đặc định được chứng nhận là pháp nhân được cơ quan có thẩm quyền (Các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken), đô thị cấp quốc gia) công nhận là đáp ứng các tiêu chuẩn nhất định trong số các pháp nhân hoạt động phi lợi nhuận đặc định. Pháp nhân hoạt động phi lợi nhuận đặc định được chứng nhận thì cả phía quyền góp và phía được quyền góp đều được nhận được ưu đãi về thuế.

3-010 Vốn xã hội là sự kết nối mang tính cá nhân trong xã hội và cộng đồng khu vực, mạng lưới mang tính xã hội, sự tham gia của người dân và những quy phạm về tính trao đổi lẫn nhau và tính tin tưởng phát sinh từ đó. Ngoài ra, thúc đẩy vốn xã hội có ảnh hưởng đến việc gia tăng sức khỏe và làm giảm tỷ lệ tử vong cũng được đề cập.

3-011 Trao quyền vốn là khái niệm nhằm mục đích khơi dậy và nâng cao sức mạnh của các cá nhân đối tượng. Trong những năm gần đây, do sự suy giảm nhanh chóng các chức năng của gia đình, tổ chức và khu vực nên đối tượng còn bao gồm các hội nhóm và cư dân khu vực.

3-012 Luật liên quan đến cải cách phong cách làm việc (luật liên quan đến việc xây dựng các luật liên quan để thúc đẩy cải cách phong cách làm việc) được ban hành với mục đích thực hiện xã hội mà ở đó có thể lựa chọn phong cách làm việc đa dạng, khắc phục thời gian lao động nhiều giờ và đảm bảo đối xử công bằng bất kể hình thái lao động v.v.

3-013 Cân bằng giữa công việc và cuộc sống có nghĩa là sự hài hòa giữa công việc và cuộc sống. Bên cạnh công việc, việc sử dụng hiệu quả thời gian rảnh rỗi phù hợp với không chỉ công việc mà còn với việc duy trì sức khỏe tinh thần và cơ thể, và sự thay đổi trong lối sống của người lao động cũng được chú trọng.

3-014 Tại Nhật Bản, tỷ lệ tham gia bảo hiểm lao động và các chế độ khác được áp dụng cho người lao động của lao động chính quy cao hơn nhiều so với lao động không chính quy.

3-015 Theo "Điều tra Lực lượng Lao động" (Cục Thống kê, Bộ Nội vụ và Truyền thông) năm 2019 (năm Reiwa 1) thì tỷ lệ việc làm của những người từ 65 tuổi trở lên đã tiếp tục tăng kể từ năm 2011 (năm Heisei 23).

3-016 Theo "Điều tra Lực lượng Lao động" (Cục Thống kê, Bộ Nội vụ và Truyền thông) năm 2019 (năm Reiwa 1), tỷ lệ lao động không chính quy là 38,2%, chiếm hơn 1/3 tổng số lao động. Ngoài ra, tỷ lệ làm việc bán thời gian, làm thêm chiếm 70% so với số lao động không chính quy.

3-017 Nhìn vào sự thay đổi của tỷ lệ dân số ở các khu vực giảm dân số rõ rệt trên tổng dân số thì tỷ lệ đó là 21,8% vào năm 1960 (năm Showa 35) khi vấn đề giảm dân số rõ rệt bắt đầu trở nên rõ ràng và 8,6% vào năm 2015 (năm Heisei 27) tiếp tục giảm và chưa được bảo hòa (Ấn bản năm Heisei 30 (2018) "Hiện trạng các biện pháp đối với việc giảm dân số" Bộ Nội vụ và Truyền thông).

3-018

Các chức năng đô thị như cư trú, công nghiệp, thương mại, kinh doanh và dịch vụ công cộng v.v. đã di chuyển ra ngoài ô với sự phát triển của cơ giới hóa, gây ra hiện tượng rỗng (hiện tượng chiếc bánh vòng) (“Về tình hình xung quanh đất quốc gia gần đây”, Cục Chính sách Đất đai, Bộ Đất đai, Cơ sở hạ tầng, Giao thông và Du lịch (tháng 6 năm Heisei 30 (2018)).



3-019

Tự trợ trong hệ thống chăm sóc toàn diện trong khu vực có nghĩa là tự mình làm việc của mình mà không sử dụng viện trợ của chính phủ, tự quản lý sức khỏe của mình (tự chăm sóc) và mua dịch vụ thị trường, và sống một cuộc sống tự lập. Sử dụng viện trợ của chính phủ là hỗ trợ công (▶ Tham khảo G002).



3-020

Tương trợ lẫn nhau trong hệ thống chăm sóc toàn diện trong khu vực được bao gồm trong chế độ an sinh xã hội cùng với hỗ trợ công. Chế độ an sinh xã hội hình thành từ chế độ hỗ trợ lẫn nhau phúc lợi xã hội (hỗ trợ công) và chế độ bảo hiểm xã hội (tương trợ lẫn nhau), và chế độ bảo hiểm xã hội là tương trợ lẫn nhau có hình thức tự trợ lẫn nhau với phí bảo hiểm là nguồn tài chính chính (▶ Tham khảo G002).



3-021

Hỗ trợ công cung cấp an sinh cuộc sống cần thiết bằng chi phí công đối với những khó khăn trong cuộc sống v.v. không thể giải quyết bằng cách tự trợ, hỗ trợ lẫn nhau hay tương trợ lẫn nhau. Hỗ trợ lẫn nhau là sự phụ trợ lẫn nhau không chính thức như sự nâng đỡ nhau giữa các cư dân lân cận hay bởi tình nguyện viên v.v. Tương trợ lẫn nhau là sự phụ trợ lẫn nhau được chế độ hóa như bảo hiểm xã hội.



3-022

Hỗ trợ lẫn nhau có nghĩa là các cư dân lân cận nâng đỡ nhau và là hoạt động mang tính tự chủ mà gánh nặng chi phí không được hỗ trợ một cách có hệ thống.



3-023

Ngoài những người có vấn đề với trong chăm sóc, an sinh xã hội lấy những người có vấn đề trong cuộc sống như nghèo đói, bệnh tật, thất nghiệp, nuôi con, chăm sóc v.v. làm đối tượng.



3-024

An sinh xã hội có chức năng như một mạng lưới an toàn. Ngày nay, mạng lưới an toàn 3 lớp dựa trên sự tương trợ lẫn nhau đã được phổ biến, với lớp thứ nhất là bảo hiểm việc làm (lao động) và bảo hiểm xã hội; lớp thứ 2 là chế độ hỗ trợ những người gặp khó khăn trong cuộc sống và lớp thứ 3 là chế độ viện trợ của chính phủ (bảo vệ cuộc sống) được xác lập vị trí.



3-025

Ngay cả nhân viên hợp đồng, nếu thời gian được chủ doanh nghiệp tuyển dụng là 1 năm trở lên và hợp đồng lao động chưa hết hạn tính đến ngày đưa trẻ được nuôi dưỡng đủ 1 tuổi 6 tháng thì có thể lấy kỳ nghỉ để chăm con. Lưu ý, trợ cấp kỳ nghỉ để chăm con được chi cấp dựa trên Luật Bảo hiểm Lao động.



3-026

Từ tháng 1 năm 2017 (năm Heisei 29), có thể chia ra để lấy kỳ nghỉ để chăm sóc tối đa 3 lần cho 1 người trong gia đình là đối tượng, tổng cộng tối đa 93 ngày. Người trong gia đình là đối tượng là vợ/chồng, cha mẹ, con cái, cha mẹ của vợ/chồng, ông bà, anh chị em, cháu và người trong gia đình sống riêng cũng là đối tượng.



3-027

Kỳ nghỉ để chăm con được ban hành vào năm 1991 (năm Heisei 3) như một luật liên quan đến kỳ nghỉ để chăm con v.v.. Năm 1995 (năm Heisei 7), kỳ nghỉ làm để chăm sóc được bổ sung, và Luật Nghị để Chăm con - Nghị để Chăm sóc (Luật liên quan đến phúc lợi của người lao động tiến hành nuôi con hoặc chăm sóc người trong gia đình, chẳng hạn như kỳ nghỉ để chăm con, kỳ nghỉ để chăm sóc v.v.) được thực thi.



3-028

Đối tượng được trợ cấp bảo hiểm của chế độ bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động cho người lao động là tất cả những người được lãnh tiền công, bất kể tên gọi hay hình thái lao động.



3-029

Trách nhiệm bồi thường tai nạn lao động hoàn toàn ở chủ doanh nghiệp nên tất cả số tiền sẽ do chủ sử dụng lao động chi trả.



3-030

Bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động cho người lao động được chi cấp khi người lao động bị bệnh, bị thương, tàn tật, cho đến tử vong do thảm họa hoặc tai nạn trong quá trình làm việc hoặc khi đi làm, nên tai nạn trên đường đi làm được áp dụng. Ngoài ra, các khuyết tật thần kinh do gánh nặng tâm lý của công việc cũng là đối tượng được trợ cấp bảo hiểm.



3-031

Chế độ bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động cho người lao động là một chế độ an sinh cho người lao động nên không phải là đối tượng được trợ cấp bảo hiểm. Do đó, một chế độ tham gia đặc biệt đã được thiết lập và các chủ doanh nghiệp vừa và nhỏ v.v., cha mẹ đơn thân và những người tự kinh doanh khác v.v. là đối tượng.



3-032

Mục 1 Điều 25 của Hiến pháp quy định rằng quyền sinh tồn là "mọi công dân có quyền sống một cuộc sống lành mạnh và mang tính văn hóa ở mức tối thiểu", và ở Mục 2 là "Nhà nước phải nỗ lực nâng cao và gia tăng phúc lợi xã hội, an sinh xã hội và y tế công cộng trong tất cả các mặt của đời sống".



3-033

Luật Phúc lợi Xã hội là luật được đổi tên và sửa đổi từ Luật Kinh doanh Xã hội trước đây vào năm 2000 (năm Heisei 12) như một phần của cải cách cơ cấu cơ bản phúc lợi xã hội với mục đích chuyển đổi từ chế độ biện pháp sang chế độ hợp đồng. Các điều mục cơ bản chung về dịch vụ phúc lợi trong Luật liên quan đến phúc lợi xã hội được quy định.



3-034

Tỷ lệ nguồn tài chính từ phí bảo hiểm cho người cao tuổi 75 tuổi trở lên là công phí khoảng 50% (Quốc gia: Các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken): Thành phố, quận, thị trấn, làng (Shi-ku-cho-son) = 4: 1: 1), phí bảo hiểm của người không phải người cao tuổi 75 tuổi trở lên là khoảng 40%, của người cao tuổi 75 tuổi trở lên là khoảng 10% và tỷ lệ của người cao tuổi 75 tuổi trở lên là nhỏ nhất.



3-035

Phí trợ cấp an sinh xã hội là tổng số tiền và dịch vụ liên quan đến chế độ an sinh xã hội được trợ cấp cho công dân trong 1 năm. Nguồn tài chính cho phí trợ cấp an sinh xã hội năm 2017 (năm Heisei 29) là phí bảo hiểm xã hội 50,0%, thuế (công phí) là 35,3% và thu nhập khác là 14,7%.



3-036

Nguồn tài chính cho phí bảo vệ cuộc sống tất cả là thuế. Trong đó quốc gia chịu 3/4 và chính quyền địa phương (các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken), thành phố hoặc thị trấn, làng có thiết lập các văn phòng phúc lợi) là chủ thể thực hiện chịu 1/4.



3-037

Tổng dân số (giá trị ước tính) năm 2020 (năm Reiwa 2) là 125,88 triệu người, giảm 290.000 người (0,23%) so với năm trước, giảm 9 năm liên tiếp kể từ năm 2011 (năm Heisei 23).



3-038

Điều 1 của Luật Bảo hiểm Chăm sóc quy định "tiến hành trợ cấp bảo hiểm để người cần chăm sóc v.v. có thể duy trì sự tôn nghiêm và có một sinh hoạt hàng ngày tự lập ứng với khả năng của người đó."



3-039

Dịch vụ chăm sóc đã thay đổi từ chế độ biện pháp sang chế độ hợp đồng, cung cấp dịch vụ lấy người sử dụng làm chủ thể và nguyên tắc cạnh tranh giữa các doanh nghiệp cung cấp dịch vụ chăm sóc bao gồm cả các doanh nghiệp thương mại tư nhân cũng đã được áp dụng.



3-040

Dịch vụ kiểu cộng sinh là dịch vụ cung cấp các dịch vụ chung cho cả dịch vụ bảo hiểm chăm sóc và dịch vụ phúc lợi khuyết tật v.v. tại cùng một cơ sở kinh doanh. Có 3 loại dịch vụ: dịch vụ trợ giúp tại nhà, dịch vụ chăm sóc trong ngày và dịch vụ thời gian lưu trú ngắn là đối tượng.



3-041

Phục hồi chức năng ngoại trú là dịch vụ bảo hiểm chăm sóc và do không được bao gồm trong dịch vụ phúc lợi khuyết tật, vì vậy nó không tương ứng với dịch vụ kiểu chung.



3-042



Phòng khám y tế chăm sóc là cơ sở bảo hiểm chăm sóc được thành lập mới thay cho cơ sở y tế kiểu an dưỡng chăm sóc. Cơ sở này được quy định là cơ sở tiến hành quản lý trên cơ sở an dưỡng, điều dưỡng, chăm sóc - huấn luyện chức năng dưới sự quản lý mang tính y học và các chăm sóc y tế, sinh hoạt hàng ngày cần thiết khác cho các đối tượng là người cần chăm sóc cần có sự quản lý y tế hàng ngày.

3-043



Điều dưỡng chăm sóc tại nhà kiểu đi tuần định kỳ - đáp ứng khi cần là một dịch vụ kiểu bám trụ tại khu vực được thiết lập theo sửa đổi vào năm 2012 (năm Heisei 24). Đây là dịch vụ cung cấp linh hoạt các dịch vụ cần thiết 24/24 trong 365 ngày ứng với tình hình của tinh thần và cơ thể.

3-044



Dự án thúc đẩy liên kết y tế - chăm sóc tại nhà đã được xác định vị trí là một dự án hỗ trợ khu vực theo sửa đổi vào năm 2015 (năm Heisei 27). Dự án này nhằm xây dựng hệ thống cung cấp dịch vụ y tế tại nhà và dịch vụ chăm sóc một cách tích hợp.

3-045



Người phụ trách liên kết chứng mất trí nhớ sẽ được bố trí đến Trung tâm Hỗ trợ Toàn diện trong Khu vực theo sửa đổi Luật Bảo hiểm Chăm sóc năm 2009 (năm Heisei 21). Mục đích là liên kết với Trung tâm Y tế Chứng mất trí nhớ.

3-046



Điều kiện về tư cách đối với người được bảo hiểm số 1 là người từ 65 tuổi trở lên, có địa chỉ trong phạm vi thành phố, quận, thị trấn, làng (Shi-ku-cho-son). Nếu được chứng nhận trong tình trạng cần chăm sóc hoặc cần hỗ trợ thì có thể nhận trợ cấp chăm sóc. Điều kiện về tư cách đối với người được bảo hiểm số 2 là người tham gia bảo hiểm y tế từ 40 tuổi trở lên đến dưới 65 tuổi.

3-047



Phí bảo hiểm của người được bảo hiểm số 1 trong chế độ bảo hiểm chăm sóc sẽ do thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son) là người bảo hiểm thu. Phí bảo hiểm của người được bảo hiểm số 2 sẽ do người bảo hiểm y tế thu cùng với phí bảo hiểm y tế.

3-048



Chương trình hỗ trợ chăm sóc gia đình trong này được bao gồm trong chương trình tùy chọn. Chương trình tùy chọn là chương trình do thành phố, quận, thị trấn, làng (Shi-ku-cho-son) thực hiện độc lập theo điều kiện thực tế của khu vực. Trong chương trình hỗ trợ chăm sóc gia đình có các lớp học chăm sóc gia đình và các chương trình theo dõi người cao tuổi mắc chứng mất trí nhớ.

3-049



Trợ cấp phòng tránh được bao gồm trong trợ cấp bảo hiểm của chế độ bảo hiểm chăm sóc tương tự như trợ cấp chăm sóc. Chương trình Tổng hợp Phòng tránh Chăm sóc - Hỗ trợ Sinh hoạt Hàng ngày được phân loại thành Chương trình Phòng tránh Chăm sóc - Dịch vụ Hỗ trợ Sinh hoạt (Chương trình số 1) và Chương trình Phòng tránh Chăm sóc Phổ thông theo sửa đổi của Luật Bảo hiểm Chăm sóc năm 2014 (năm Heisei 26).

3-050



Chương trình bảo vệ quyền lợi được bao gồm trong chương trình hỗ trợ toàn diện. Chương trình hỗ trợ toàn diện được phân loại thành chương trình vận hành trung tâm hỗ trợ toàn diện trong khu vực và chương trình nhằm tăng cường an sinh xã hội.

3-051



Chương trình thăm viếng số 1 (Dịch vụ kiểu thăm viếng) được bao gồm trong Phòng tránh Chăm sóc - Dịch vụ Hỗ trợ Sinh hoạt (Chương trình số 1) trong Chương trình Tổng hợp Phòng tránh Chăm sóc - Hỗ trợ Sinh hoạt Hàng ngày. Ngoài ra, còn bao gồm chương trình ngoại trú số 1 (dịch vụ kiểu ngoại trú), chương trình hỗ trợ sinh hoạt số 1 và chương trình hỗ trợ phòng tránh chăm sóc số 1.

3-052



Từ tháng 8 năm 2015 (năm Heisei 27), điều kiện về tài sản đã được thêm vào điều kiện chi cấp trợ cấp bổ sung. Trợ cấp bổ sung là chế độ trợ cấp phân chênh lệch với số tiền dùng cho chi phí tiêu chuẩn từ bảo hiểm chăm sóc trong trường hợp chi phí ăn uống, chi phí cư trú của người sử dụng ở cơ sở chăm sóc phúc lợi vượt quá giới hạn gánh nặng được quy định ứng với giai đoạn thu nhập.

3-053



Chi phí lập kế hoạch dịch vụ chăm sóc tại nhà được trợ cấp toàn bộ số tiền cho các doanh nghiệp dưới dạng trợ cấp bảo hiểm chăm sóc kể từ khi thành lập bảo hiểm chăm sóc.

3-054 Từ tháng 8 năm 2018 (năm Heisei 28), số tiền tự trả là 30% nếu có thu nhập tương đương khi còn làm việc (3,4 triệu yên trở lên một năm). Nếu thu nhập từ 2,8 triệu yên trở lên và dưới 3,4 triệu yên, thì tự trả 20%.



3-055 Nếu không hài lòng với xử lý của cơ sở kinh doanh dịch vụ, trước tiên tư vấn với người phụ trách xử lý khiếu nại của văn phòng kinh doanh. Nếu không thể được giải quyết dù đã tư vấn thì tư vấn với quày phụ trách của Thành phố, quận, thị trấn, làng (Shi-ku-cho-son), Ủy ban Xử lý Khiếu nại Dịch vụ Chăm sóc của Hội Liên hiệp Đoàn thể Bảo hiểm Sức khỏe Quốc dân. Hội đồng Kiểm tra Bảo hiểm Chăm sóc là cơ quan xử lý các kiến nghị liên quan đến việc chứng nhận cần chăm sóc và trợ cấp bảo hiểm v.v.



3-056 Mục đích của hội đồng chăm sóc khu vực là thông qua xem xét nội dung hỗ trợ của các trường hợp riêng lẻ mà ① hỗ trợ việc quản lý chăm sóc của các chuyên gia hỗ trợ chăm sóc của khu vực để hỗ trợ tự lập ở người cao tuổi dựa trên triết lý của luật, ② xây dựng mạng lưới hỗ trợ toàn diện trong khu vực để nắm bắt thực trạng và giải quyết các vấn đề của người cao tuổi, và ③ nắm bắt các vấn đề của khu vực bằng cách tiến hành phân tích các vấn đề trong các trường hợp riêng lẻ v.v.



3-057 Trong Mục 1 Điều 87 “Phương châm Cơ bản” của Luật Hỗ trợ Tổng hợp cho Người Khuyết tật (Luật đề hỗ trợ tổng hợp cho sinh hoạt hàng ngày và đời sống xã hội của người khuyết tật) có quy định “Bộ trưởng Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi quy định phương châm mang tính cơ bản (Phương châm Cơ bản) để đảm bảo dịch vụ phúc lợi khuyết tật và hỗ trợ tư vấn, (gián lược) trợ cấp hỗ trợ tự lập và thực hiện thuận sẽ chương trình hỗ trợ sinh hoạt trong khu vực.”



3-058 Việc xây dựng kế hoạch phúc lợi khuyết tật là nghĩa vụ của thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son) cũng như các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken). Từng thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son) được quy định tại Điều 88 của Luật Hỗ trợ Tổng hợp cho Người Khuyết tật (Luật đề hỗ trợ tổng hợp cho sinh hoạt hàng ngày và đời sống xã hội của người khuyết tật), và các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken) được quy định tại Điều 89 của luật trên như phương châm cơ bản.



3-059 Kế hoạch phúc lợi khuyết tật của thành phố - thị trấn - làng (Shi-cho-son), các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken) được quy định là có thể được soạn thảo như một phần thống nhất của kế hoạch phúc lợi cho trẻ khuyết tật của thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son), các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken) (Luật Hỗ trợ Tổng hợp cho Người Khuyết tật (Luật đề hỗ trợ tổng hợp cho sinh hoạt hàng ngày và đời sống xã hội của người khuyết tật). Mục 6 Điều 88, và Mục 4 Điều 89).



3-060 Mục tiêu liên quan đến việc chấn hưng các hoạt động văn hóa, nghệ thuật và thể thao được xây dựng trong kế hoạch cơ bản cho người khuyết tật dựa trên Luật cơ bản về người khuyết tật.



3-061 Luật xóa bỏ phân biệt đối xử người khuyết tật quy định các nghĩa vụ đối với các cơ quan hành chính và doanh nghiệp trong các điều mục cơ bản để hướng đến thực hiện xã hội cộng sinh, thúc đẩy xóa bỏ phân biệt đối xử.



3-062 Quy trình sau khi nộp đơn xin chi cấp lên thành phố - thị trấn - làng (Shi-cho-son) là "Chứng nhận hạng mục hỗ trợ khuyết tật → Soạn thảo đề xuất kế hoạch sử dụng dịch vụ v.v. bởi các chuyên viên hỗ trợ tư vấn của cơ sở kinh doanh hỗ trợ tư vấn đặc định được chỉ định và nộp lên thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son) → Quyết định chi cấp → Hợp người phụ trách dịch vụ → Soạn thảo kế hoạch sử dụng dịch vụ v.v. → Bắt đầu sử dụng dịch vụ".



3-063 Dịch vụ chăm sóc trong ngày sau giờ tan trường v.v. được thành lập vào tháng 4 năm 2012 (năm Heisei 24) theo sửa đổi "Luật Phúc lợi Nhi đồng". Đây là dịch vụ tiến hành huấn luyện để nâng cao năng lực sinh hoạt sau giờ tan trường hay vào ngày nghỉ và hỗ trợ giao lưu với xã hội cho trẻ khuyết tật đang theo học tại các trường ngoại trừ trường mẫu giáo và trường đại học.



3-064 Hỗ trợ cuộc sống tự lập được định vị là trợ cấp huấn luyện v.v. Tiến hành tư vấn, khuyến bảo v.v. hướng đến sinh hoạt trong khu vực thuận sẽ bằng cách thăm viếng tuần tra định kỳ hay xử lý tùy thời điểm với đối tượng là người khuyết tật có mong muốn sống một mình. Về nguyên tắc, thời gian sử dụng là 1 năm.



3-065 Hỗ trợ duy trì việc làm được định vị là trợ cấp huấn luyện v.v. Tiến hành điều chỉnh liên lạc v.v. với cơ sở kinh doanh và gia đình để có thể xử lý các vấn đề trong phương diện sinh hoạt cùng với việc làm đối với những người khuyết tật đã chuyển đổi sang việc làm phổ thông thông qua hỗ trợ chuyển đổi việc làm v.v. Về nguyên tắc, thời gian sử dụng là 3 năm.



3-066 Các hạng mục hỗ trợ khuyết tật được chia thành 1 ~ 6. Ngoài ra, nếu chăm sóc an dưỡng không phải ở hạng mục 5 trở lên và hỗ trợ toàn diện cho người khuyết tật nặng, v.v. không phải hạng mục 6 thì không thể sử dụng.



3-067 Hỗ trợ hành động là dịch vụ liên quan đến trợ giúp và di chuyển cho đối tượng là người khuyết tật trí tuệ hoặc khuyết tật thần kinh thuộc hạng mục hỗ trợ khuyết tật 3 trở lên để tránh nguy hiểm cho chính họ khi gặp khó khăn nghiêm trọng về hành động.



3-068 Cơ sở tiếp nhận trẻ khuyết tật kiểu y tế được thành lập theo sửa đổi "Luật Phúc lợi Nhi đồng" vào năm 2012 (năm Heisei 24). Đây là cơ sở tiếp nhận trẻ em khuyết tật trí tuệ và khuyết tật vận động v.v. để tiến hành bảo vệ, hướng dẫn trong sinh hoạt hàng ngày, cung cấp kiến thức và kỹ năng, điều trị.



3-069 Chuyên viên phúc lợi sức khỏe tâm thần là người có chuyên môn tiến hành huấn luyện và hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày của người khuyết tật thần kinh, hỗ trợ tham gia xã hội và điều chỉnh với xung quanh v.v. Người có chuyên môn tiến hành kiểm tra tâm lý và đánh giá tâm thần là các chuyên viên tâm lý học lâm sàng v.v.



3-070 Chuyên viên trị liệu cơ năng là người có chuyên môn tiến hành huấn luyện tác nghiệp thủ công mỹ nghệ và việc nhà. Mặt khác, chuyên viên vật lý trị liệu là người có chuyên môn tiến hành huấn luyện chức năng để người sử dụng có thể sinh hoạt hàng ngày tự lập bằng cách sử dụng các liệu pháp vật lý như liệu pháp vận động, nhiệt và điện.



3-071 Chuyên viên trị liệu về nghe nói và ngôn ngữ là người có chuyên môn phục hồi chức năng, tiến hành kiểm tra, huấn luyện và hướng dẫn đối với các rối loạn về chức năng ngôn ngữ, chức năng thính giác và chức năng nuốt xuống v.v.



3-072 Tại Mục 25 Điều 5 Luật Hỗ trợ Tổng hợp cho Người Khuyết tật, thiết bị phụ trợ được quy định là "chân giả, thiết bị, xe lăn và các vật dụng khác do Bộ trưởng Bộ Y tế và Phúc lợi quy định."



3-073 Tay vịn không có trong Luật Hỗ trợ Tổng hợp cho Người Khuyết tật, nhưng được bao gồm trong chi phí cải thiện nhà ở trong các dụng cụ hỗ trợ động tác sinh hoạt ở nhà trong các chương trình trợ cấp dụng cụ sinh hoạt hàng ngày v.v. Đường dốc, bồn tắm đơn giản, dụng cụ phòng ngừa loét do tì đè v.v. cũng được bao gồm trong chương trình này.



3-074 Kế hoạch phúc lợi khuyết tật do thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son), các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken) xây dựng. Chức năng của hội đồng được quy định là "chia sẻ thông tin về các vấn đề liên quan đến hệ thống hỗ trợ người khuyết tật trong khu vực, hướng đến liên kết chặt chẽ với các cơ quan có liên quan v.v., đồng thời tiến hành thảo luận về việc trang bị hệ thống theo điều kiện thực tế của khu vực."



3-075 Có nhiệm vụ liên kết với các quan hệ lao động và giáo dục, tiến hành một cách tổng hợp và có kế hoạch "Chương trình hỗ trợ sinh hoạt trong khu vực" bằng "Trợ cấp hỗ trợ tự lập" và các ý tưởng sáng tạo của thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son) sau khi nắm bắt các điều kiện thực tế của cuộc sống để trẻ / người khuyết tật có sinh hoạt hàng ngày hoặc đời sống xã hội tự lập.



3-076 Theo "Thống kê toàn quốc năm 2018 (năm Heisei 30)", việc giám hộ của chế độ giám hộ người lớn chiếm 76,6%, là loại hình có số lượng kiến nghị nhiều nhất.



3-077 Tỷ lệ người giám hộ không phải là người thân là 80%. Trong đó có chuyên gia pháp lý (37,7%), luật sư (29,2%) và chuyên viên phúc lợi xã hội (17,3%). Tỷ lệ người giám hộ là người thân khoảng 20% và con cái là nhiều nhất với 52,0%.



3-078

Thông tin cá nhân cần được xem xét khi sửa đổi "Luật Bảo vệ Thông tin Cá nhân" năm 2015 (năm Heisei 27), ngoài chủng tộc, tín ngưỡng, địa vị xã hội, tiền sử bệnh tật và lý lịch phạm tội của người đó, còn bao gồm cả các khuyết tật chức năng của tinh thần và cơ thể như khuyết tật cơ thể, khuyết tật trí tuệ, khuyết tật thần kinh (bao gồm khuyết tật phát triển) v.v.



3-079

Chế độ giám hộ nhiệm ý là chế độ quy định từ trước người giám hộ nhiệm ý, nội dung hỗ trợ và thù lao trước khi khả năng phán đoán của người đó suy giảm. Về nguyên tắc, hợp đồng được thực hiện bằng văn bản công chứng nhận tại văn phòng công chứng. Tòa án gia đình sẽ chỉ định người giám sát giám hộ nhiệm ý để giám sát người giám hộ nhiệm ý.



3-080

Luật liên quan đến phòng ngừa lạm dụng được ban hành cho từng đối tượng trong số 4 đối tượng: người khuyết tật, người cao tuổi, trẻ em, vợ/chồng. Liên quan đến thông báo thì cũng có sự khác biệt như nghĩa vụ thông báo, nghĩa vụ nỗ lực thông báo và nghĩa vụ báo tin v.v.



3-081

Pháp nhân phúc lợi xã hội có thể thực hiện kinh doanh thu lợi nhuận nhưng lợi nhuận thu được từ kinh doanh đó phải dùng cho quản lý kinh doanh phúc lợi xã hội hoặc kinh doanh công ích do pháp nhân đó thực hiện.



3-082

"Luật Hợp đồng Người tiêu dùng" (ban hành năm 2000 (năm Heisei 12)) là luật quy định việc hủy bỏ v.v. các hợp đồng do người tiêu dùng ký kết trong tình trạng có sự hiểu lầm hoặc lúng túng v.v. do bị gạ gẫm không chính đáng. Thời hạn thực hiện quyền hủy bỏ là 1 năm kể từ khi có thể truy nhận và 5 năm kể từ khi hợp đồng được ký kết.



3-083

Theo Điều 36 của Luật Phúc lợi xã hội (thành lập cơ quan) thì pháp nhân phúc lợi xã hội được quy định phải bố trí ủy viên hội đồng, hội đồng thành viên, chủ tịch, hội đồng quản trị và kiểm soát. Hội đồng thành viên là tổ chức được hình thành bởi các ủy viên hội đồng và là cơ quan biểu quyết về những điều mục quan trọng trong quản lý pháp nhân.



3-084

Vì kiểm tra sức khỏe đặc định là kiểm tra tập trung vào Metabolic Syndrome (hội chứng chuyển hóa) từ quan điểm phòng tránh bệnh do thói quen sinh hoạt nên bao gồm cả xét nghiệm về bệnh do thói quen sinh hoạt. Hướng dẫn bảo vệ sức khỏe đặc định sẽ được tiến hành mà đối tượng là những người có kết quả kiểm tra sức khỏe đặc định là "người có nguy cơ cao mắc bệnh do thói quen sinh hoạt nhưng có thể kỳ vọng vào hiệu quả phòng tránh".



3-085

Vì kiểm tra sức khỏe đặc định là kiểm tra tập trung vào Metabolic Syndrome (hội chứng chuyển hóa) để phòng tránh bệnh do thói quen sinh hoạt (nhồi máu cơ tim, đột quỵ, bệnh tiểu đường) nên tầm soát ung thư không được bao gồm trong kiểm tra cơ bản.



3-086

Đối tượng kiểm tra sức khỏe đặc định là người tham gia bảo hiểm y tế từ 40 tuổi trở lên đến dưới 75 tuổi.



3-087

Việc lắp đặt nhà bếp, phòng vệ sinh, thiết bị tủ chứa, thiết bị rửa mặt và phòng tắm ở các phần cư trú (nguyên tắc là 25m²) được quy định trong "Quy định thi hành luật liên quan đến việc đảm bảo ổn định nơi cư trú của người cao tuổi liên quan đến Bộ Đất đai, Cơ sở hạ tầng, Giao thông và Du lịch - Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi" nhưng về nhà bếp, thiết bị tủ chứa, phòng tắm thì được ghi thêm rằng có thể sử dụng chung (Điều 8 và 9).



3-088

Các dịch vụ bắt buộc đối với nhà ở cho người cao tuổi kèm dịch vụ là dịch vụ nắm bắt tình hình và dịch vụ tư vấn cuộc sống, còn dịch vụ bữa ăn là không bắt buộc (Luật Nhà ở Người cao tuổi (Luật liên quan đến đảm bảo ổn định nơi cư trú của người cao tuổi) Điều 11).



3-089

Do dịch vụ nhà ở cho người cao tuổi kèm dịch vụ là dịch vụ nắm bắt tình hình và dịch vụ tư vấn cuộc sống nên người vào ở được phép sử dụng các dịch vụ bảo hiểm chăm sóc như chăm sóc ngoại trú và chăm sóc tại nhà v.v. khi cần thiết.



3-090 Trong Điều 1 Luật hỗ trợ tự lập cho người gặp khó khăn trong cuộc sống có quy định rằng "mục đích là hướng đến thúc đẩy sự tự lập của người gặp khó khăn trong cuộc sống bằng cách thực hiện các biện pháp liên quan đến hỗ trợ sự tự lập của người gặp khó khăn trong cuộc sống."

3-091 Theo Điều 4 "Nguyên lý của tính bổ sung" Luật Bảo vệ Cuộc sống quy định yêu cầu rằng sử dụng hiệu quả tài sản, khả năng, v.v. của người nộp đơn để duy trì cuộc sống tối thiểu và việc bảo vệ được thực hiện như một phần bổ sung đó.

3-092 Điều 10 Luật Bảo vệ Cuộc sống quy định về nguyên tắc tách hộ là "bảo vệ theo đơn vị hộ gia đình".

3-093 Ngay cả những người có thu nhập từ việc làm cũng có thể được bảo vệ cuộc sống theo nguyên lý an sinh đời sống tối thiểu nếu thu nhập đó và tài sản của họ thấp hơn chi phí sinh hoạt tối thiểu.

3-094 Có 8 loại bảo vệ cuộc sống, trước tiên là hỗ trợ cuộc sống, hỗ trợ giáo dục, hỗ trợ nhà ở, hỗ trợ y tế, hỗ trợ chăm sóc, hỗ trợ sinh sản, hỗ trợ sinh kế và hỗ trợ tang lễ. Có trợ cấp bằng tiền và trợ cấp bằng hiện vật như là phương thức trợ cấp, và hỗ trợ nhà ở là trợ cấp bằng tiền, tiền thuê nhà và các chi phí cần thiết để sửa chữa và bảo trì nhà ở cũng được xem là đối tượng.

Điểm quan trọng khi học

■ Các loại bảo vệ cuộc sống

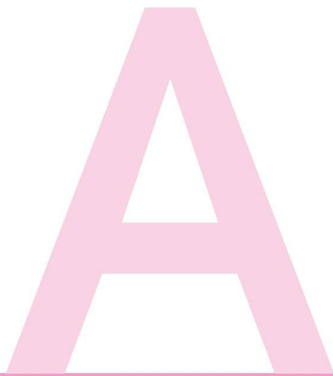
Loại	Phương thức trợ cấp (nguyên tắc)	Nội dung chính
Hỗ trợ cuộc sống	Trợ cấp bằng tiền	Các chi phí cơ bản cho chi phí sinh hoạt trong sinh hoạt hàng ngày như chi phí đồ ăn thức uống, chi phí quần áo, chi phí điện nước gas v.v.
Hỗ trợ giáo dục	Trợ cấp bằng tiền	Các chi phí cần thiết cho việc học giáo dục bắt buộc như chi phí bữa ăn học đường, chi phí giao thông đi học, chi phí giáo trình v.v.
Hỗ trợ nhà ở	Trợ cấp bằng tiền	Tiền thuê nhà, chi phí bảo trì nhà ở v.v. trong trường hợp thuê nhà, thuê phòng
Hỗ trợ y tế	Trợ cấp bằng hiện vật	Khám bệnh, thuốc, vật liệu điều trị, v.v. cần thiết cho cuộc sống tối thiểu
Hỗ trợ chăm sóc	Trợ cấp bằng hiện vật	Chăm sóc tại nhà, phòng tránh chăm sóc, dụng cụ hỗ trợ, cải thiện nhà ở v.v. cần thiết cho cuộc sống tối thiểu
Hỗ trợ sinh sản	Trợ cấp bằng tiền	Chi phí trong phạm vi số tiền nhất định cần thiết cho việc trợ sản, sinh nở v.v.
Hỗ trợ sinh kế	Trợ cấp bằng tiền	Chi phí sinh kế, chi phí học kỹ năng, v.v. cần thiết để khơi dậy năng lực làm việc
Hỗ trợ tang lễ	Trợ cấp bằng tiền	Chi phí giám định, vận chuyển, mai táng v.v. thi hài người chết

■ Hệ thống chăm sóc toàn diện trong khu vực là gì?

Hệ thống chăm sóc toàn diện trong khu vực là hệ thống được tạo ra với mục đích sinh hoạt hàng ngày tự lập trong một khu vực quen sống bằng cách cung cấp liên tục các dịch vụ như y tế, chăm sóc, phòng tránh chăm sóc, hỗ trợ nhà ở và cuộc sống v.v. Cách nghĩ của Tự trợ, Hỗ trợ lẫn nhau, Tương trợ lẫn nhau và hỗ trợ công được trích dẫn như là khái niệm của hệ thống chăm sóc toàn diện trong khu vực.

4

Cơ bản về Chăm sóc



Trả lời - Giải thích



- 4-001 Việc tiếp nhận các ứng viên chuyên viên chăm sóc phúc lợi dựa trên Hiệp định Đối tác Kinh tế (EPA) đã được bắt đầu với Indonesia năm 2008 (năm Heisei 20), Philippines năm 2009 (năm Heisei 21) và Việt Nam năm 2014 (năm Heisei 26).

 -
- 4-002 Yêu cầu đối với các cơ sở tiếp nhận dựa trên Hiệp định Đối tác Kinh tế (EPA) là hơn 40% nhân viên chăm sóc toàn thời gian là chuyên viên chăm sóc phúc lợi.

 -
- 4-003 Trường hợp đã đậu Kỳ thi Chuyên viên chăm sóc phúc lợi trong tối đa 4 năm với tư cách ứng viên chuyên viên chăm sóc phúc lợi theo Hiệp định Đối tác Kinh tế (EPA) thì có thể ở lại Nhật Bản với điều kiện làm công việc chăm sóc với tư cách là chuyên viên chăm sóc phúc lợi.

 -
- 4-004 Chuyên viên chăm sóc phúc lợi phải duy trì sự tôn nghiêm của cá nhân, thường xuyên đứng ở vị trí của người đó để tiến hành nghiệp vụ đó một cách thành thật sao cho họ có thể tiến hành những sinh hoạt thường ngày một cách tự lập.

 -
- 4-005 Chuyên viên chăm sóc phúc lợi không được có hành vi gây tổn thương lòng tin của chuyên viên chăm sóc phúc lợi.

 -

4-006 Chuyên viên chăm sóc phúc lợi phải nỗ lực nâng cao kiến thức và kỹ năng liên quan đến chăm sóc v.v.



4-007 Theo Luật Chuyên viên Phúc lợi Xã hội và Chuyên viên Chăm sóc Phúc lợi, chuyên viên chăm sóc phúc lợi phải thi đậu Kỳ thi chuyên viên chăm sóc phúc lợi và được đăng ký các điều mục được quy định như họ tên, ngày tháng năm sinh v.v. vào sổ đăng ký chuyên viên chăm sóc phúc lợi. Ngoài ra, còn có quy định “người không phải là chuyên viên chăm sóc phúc lợi thì không được sử dụng tên gọi chuyên viên chăm sóc phúc lợi” (độc chiếm tên gọi).



4-008 Luật Chuyên viên Phúc lợi Xã hội và Chuyên viên Chăm sóc Phúc lợi quy định rằng "(giản lược câu trước) là người làm công việc tiến hành hướng dẫn liên quan đến chăm sóc đối với người đó và người chăm sóc của họ" (▶ Tham khảo G003).



4-009 Được quy định ở "Lý do không đủ tư cách" trong Luật Chuyên viên Phúc lợi Xã hội và Chuyên viên Chăm sóc Phúc lợi.



4-010 Được quy định ở "Lý do không đủ tư cách" trong Luật Chuyên viên Phúc lợi Xã hội và Chuyên viên Chăm sóc Phúc lợi.



4-011 Luật Chuyên viên Phúc lợi Xã hội và Chuyên viên Chăm sóc Phúc lợi quy định “Chuyên viên chăm sóc phúc lợi không được làm rò rỉ bí mật của người khác mà biết được nhờ liên quan đến nghiệp vụ đó mà không có lý do chính đáng. Ngay cả sau khi không còn là chuyên viên chăm sóc phúc lợi nữa cũng như vậy” và có các quy định xử phạt nếu vi phạm.



4-012 Người đã thi đậu Kỳ thi Chuyên viên chăm sóc phúc lợi là một người có tư cách trở thành chuyên viên chăm sóc phúc lợi, nhưng để trở thành chuyên viên chăm sóc phúc lợi thì phải được đăng ký các điều mục được quy định là họ tên, ngày tháng năm sinh trong sổ đăng ký chuyên viên chăm sóc phúc lợi, và các điều mục khác theo Pháp lệnh của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi.



4-013 Vì tình hình và mong muốn của mỗi người sử dụng khác nhau, nên cần xem xét chất lượng cuộc sống (QOL) theo nhu cầu của từng người sử dụng để tiến hành chăm sóc cho từng người sử dụng.



4-014 Ngay cả trong trường hợp cho rằng năng lực trách nhiệm và năng lực phán đoán của bản thân người sử dụng là thấp thì vẫn cần cân nhắc phản ứng, tình trạng thường ngày, động lực và mong muốn của người sử dụng để hỗ trợ dẫn đến sự bảo vệ sự tôn nghiêm của người sử dụng vừa dẫn đến việc họ tự quyết định.



4-015 Trong hỗ trợ hướng đến tự lập do người chăm sóc phúc lợi tiến hành, phải tôn trọng ý định của chính người sử dụng và tiến hành hỗ trợ để khuyến khích họ tự quyết định. Tự lập là quyền tự mình phán đoán sự việc và tự quyết định cuộc sống của bản thân, có năng lực tự quản lý chịu trách nhiệm với các phán đoán, quyết định của bản thân.



4-016 Trong hỗ trợ hướng đến tự lập do người chăm sóc phúc lợi tiến hành, sẽ hỗ trợ sao cho cuộc sống mà người sử dụng mong muốn, mối quan hệ với những người khác và cơ hội tham gia vào xã hội không bị cản trở.



4-017 Bệnh tật và bị thương tương ứng với "tình trạng sức khỏe" trong yếu tố cấu thành của ICF.



4-018 Tham gia giải trí là vai trò mang tính xã hội và tương ứng với “tham gia” trong yếu tố cấu thành của ICF.



4-019 Nghề nghiệp trong quá khứ là lịch sử cuộc đời, và những gì liên quan đến cuộc đời của một cá nhân là "yếu tố cá nhân" trong yếu tố cấu thành của ICF.



4-020 Trong yếu tố cấu thành của ICF thì "sử dụng xe lăn" tương ứng với môi trường vật chất trong "yếu tố môi trường", và "đi bảo tàng mỹ thuật" tương ứng với "hoạt động" hoặc "tham gia".



4-021 Trong yếu tố cấu thành của ICF, "sự tích tụ căng thẳng" tương ứng với "tình trạng sức khỏe" và "suy giảm sức sống" tương ứng với "chức năng tinh thần và cơ thể".



4-022 Trong yếu tố cấu thành của ICF, "bề mặt sàn nhà mềm" tương ứng với "yếu tố môi trường", và "mất cân bằng" tương ứng với "chức năng tinh thần và cơ thể".



4-023 Những nơi có tỷ lệ phát sinh tai nạn cao trong nhà ở là "phòng ở", tiếp theo là "cầu thang", "nhà bếp / phòng ăn", "lối vào" và "nơi rửa mặt".



4-024 Chăm sóc sinh hoạt cộng đồng kiểu đáp ứng chứng mất trí nhớ là làm cho mọi người sống sinh hoạt hàng ngày tự lập theo khả năng của họ ở khu cư trú sinh hoạt cộng đồng, trong một môi trường mang tính gia đình và có giao lưu với cư dân khu vực. Hỗ trợ để có thể thực hiện những thói quen hàng ngày ứng với tình trạng của từng người sử dụng.



4-025 Trong việc thu thập thông tin người sử dụng, cần phải nắm bắt tổng hợp lịch sử cuộc đời từ quá khứ cho đến hiện tại, nắm bắt tình trạng cơ thể và tinh thần, mong muốn của người đó v.v.



4-026 Trong chăm sóc sinh hoạt cộng đồng kiểu đáp ứng chứng mất trí nhớ, nên hỗ trợ để có thể duy trì mối quan hệ với những người và cửa hàng quen thuộc bằng cách cung cấp v.v. cơ hội tham gia vào các hoạt động trong khu vực.



4-027 Người chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ soạn thảo kế hoạch chăm sóc tại nhà theo kế hoạch dịch vụ tại nhà. Làm rõ phương hướng và mục tiêu của hỗ trợ cụ thể, và điền tên của người chăm sóc tại nhà v.v. sẽ phụ trách, nội dung cụ thể, thời gian cần thiết, lịch trình, v.v. của dịch vụ sẽ được cung cấp.



4-028 Người chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ soạn thảo kế hoạch chăm sóc tại nhà v.v. Đảm trách việc quản lý tài chính hàng ngày đối với những người không đủ năng lực phán đoán (người không đủ năng lực phán đoán trong số những người cao tuổi mắc chứng mất trí nhớ, người khuyết tật trí tuệ, người khuyết tật thần kinh v.v.) là chế độ giám hộ người lớn, chương trình hỗ trợ tự lập sinh hoạt hàng ngày, v.v.



4-029 Nghiệp vụ của người chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ là điều chỉnh việc sử dụng chăm sóc tại nhà, nắm bắt tình trạng của người sử dụng và hướng dẫn kỹ thuật cho những người chăm sóc tại nhà (người trợ giúp tại nhà) v.v. Chiêu mộ doanh nghiệp dịch vụ tại nhà và tổ chức cuộc họp người phụ trách dịch vụ là vai trò của chuyên gia hỗ trợ chăm sóc (Care manager).



4-030

Người điều hành dịch vụ điều dưỡng chăm sóc tại nhà kiểu đi tuần định kỳ - đáp ứng khi cần phải là người có chuyên môn như điều dưỡng viên hay chuyên viên chăm sóc phúc lợi v.v. Nhận thông báo từ người sử dụng và gia đình, phán đoán sự cần thiết của hỗ trợ tư vấn và thăm viếng v.v., đồng thời đáp ứng các dịch vụ khi cần thiết.



4-031

Dịch vụ điều dưỡng chăm sóc tại nhà kiểu đi tuần định kỳ - đáp ứng khi cần được thiết lập như một cơ chế hỗ trợ cuộc sống tại nhà của những người cần chăm sóc 24/24. Bên cạnh các lần thăm viếng định kỳ, các dịch vụ còn được cung cấp ứng với các thông báo từ người sử dụng.



4-032

Điều dưỡng chăm sóc tại nhà kiểu đi tuần định kỳ - đáp ứng khi cần được thiết lập như một cơ chế hỗ trợ cuộc sống tại nhà của những người cần chăm sóc 24/24. Người cần hỗ trợ không thuộc đối tượng này.



4-033

Chăm sóc tại nhà qui mô nhỏ đa chức năng là cung cấp các dịch vụ bằng cách kết hợp giữa "thăm viếng" và "ở lại" bất kỳ lúc nào, chủ yếu là "lui tới". Mục đích là để hỗ trợ ứng với tình trạng và mong muốn của người cần chăm sóc để họ có thể tiếp tục sống trong khu vực mà họ quen sống, ngay cả khi bệnh trở nên vừa và nặng.



4-034

Chăm sóc tại nhà qui mô nhỏ đa chức năng một dịch vụ kiểu bám trụ tại khu vực do thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son) chỉ định và về nguyên tắc chỉ có cư dân của thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son) đó mới có thể sử dụng dịch vụ này.



4-035

Chăm sóc tại nhà qui mô nhỏ đa chức năng cung cấp dịch vụ điều dưỡng và chăm sóc một cách tích hợp. Hỗ trợ những người có nhu cầu hướng đến cuộc sống tại nhà ngay sau khi xuất viện một cách suôn sẻ, tiếp tục cuộc sống tại nhà trong giai đoạn chăm sóc cuối đời ung thư giai đoạn cuối v.v., trong giai đoạn tình trạng bệnh không ổn định, giảm gánh nặng bằng chăm sóc thay thế, đáp ứng tư vấn đối với gia đình.



4-036

Việc sử dụng chăm sóc sinh hoạt nội trú ngắn hạn là dịch vụ mà những người cần chăm sóc có thể sử dụng như dịch vụ tại nhà bất kể họ có đăng ký ở cơ sở phúc lợi chăm sóc người cao tuổi hay không. Tuy nhiên, người sử dụng dịch vụ tại cơ sở không thể sử dụng kết hợp với một số dịch vụ kiểu bám trụ tại khu vực.



4-037

Đối tượng của kinh doanh dịch vụ phòng tránh chăm sóc / hỗ trợ cuộc sống của Chương trình Tổng hợp Phòng tránh Chăm sóc - Hỗ trợ Sinh hoạt Hàng ngày là những người đã được chứng nhận cần hỗ trợ và những người đủ điều kiện trong danh sách kiểm tra cơ bản (đối tượng chương trình).



4-038

Trong tiêu chuẩn vận hành v.v. của cơ sở kinh doanh chăm sóc ngoại trú (chỉ định) có quy định biện pháp đối phó thảm họa khẩn cấp. Cần có các biện pháp như soạn thảo kế hoạch đối phó thảm họa khẩn cấp, thông báo cho các tổ chức liên quan cũng như thiết lập hệ thống liên kết, thực hiện huấn luyện lánh nạn và cứu hộ v.v.



4-039

Trong tiêu chuẩn vận hành v.v. của cơ sở kinh doanh chăm sóc tại nhà (chỉ định) có quy định cấm từ chối cung cấp. Cần lưu ý rằng các lý do chính đáng để từ chối cung cấp dịch vụ có thể là do nằm ngoài khu vực thực hiện các chuyến thăm viếng của kinh doanh thông thường hoặc vượt quá số người sử dụng tối đa có thể tiếp nhận.



4-040

Ngay cả với dịch vụ nội trú cũng phải nỗ lực để tích cực đảm bảo cơ hội ra ngoài cho người vào cơ sở.



4-041

Trong liên kết nhiều ngành nghề trong thực hành chăm sóc thì nhiều người ở các vị trí khác nhau nên hỗ trợ người sử dụng ở vị trí bình đẳng.



4-042 Trong nhóm liên kết nhiều ngành nghề, không chỉ người có chuyên môn mà các ủy viên dân sinh, tình nguyện viên, gia đình và cư dân khu vực cũng là thành viên của nhóm liên kết nhiều ngành nghề để hỗ trợ.



4-043 Trong liên kết giữa y tế và chăm sóc trong thực hành chăm sóc, thì không chỉ dừng lại khi tình trạng sức khỏe của người sử dụng không tốt mà thường ngày cũng tiến hành liên kết hỗ trợ tổng thể liên quan đến cuộc sống của người sử dụng.



4-044 Trong liên kết nhiều ngành nghề trong thực hành chăm sóc, phải chia sẻ thông tin liên quan đến phương hướng chăm sóc cùng với người sử dụng và người chăm sóc gia đình, nỗ lực để giải quyết các vấn đề sinh hoạt và nâng cao chất lượng cuộc sống (QOL).



4-045 Người chăm sóc phúc lợi phải tiến hành chăm sóc an toàn và có cơ sở phù hợp. Ngay cả khi có nhu cầu của người sử dụng đi nữa thì hành vi không kèm theo kỹ năng chăm sóc là không phù hợp với đạo đức của người có chuyên môn.



4-046 Về nguyên tắc, người chăm sóc phúc lợi không thể thực hiện hành vi y tế. Đối với một số hành vi y tế được quy định trong chăm sóc mang tính y tế (hút đờm và cho ăn uống bằng ống) thì có thể được thực hiện bởi người chăm sóc phúc lợi v.v. đã hoàn thành khóa đào tạo dựa trên hướng dẫn của bác sĩ trong một số điều kiện nhất định.



4-047 Cần phải giải thích cho bản thân người sử dụng và gia đình của họ và được sự đồng ý của họ từ quan điểm "bảo vệ sự riêng tư" trong cương lĩnh đạo đức của Hiệp hội Chuyên viên chăm sóc phúc lợi Nhật Bản và "nghĩa vụ duy trì bí mật" của Luật Chuyên viên Phúc lợi Xã hội và Chuyên viên Chăm sóc Phúc lợi.



4-048 Việc làm cho người sử dụng không thể rời khỏi phòng của họ là lạm dụng thể chất. Không phù hợp vì đó là hành vi xâm phạm sự tôn nghiêm.



4-049 Trong hỗ trợ bài tiết, cần phải đặc biệt cân nhắc đến sự riêng tư và tâm trạng xấu hổ của người sử dụng, và việc hỗ trợ mà để nguyên cửa mở là không thích hợp.



4-050 Ngay cả khi người sử dụng nói "không sao", vẫn có khả năng bị gãy xương, vì vậy người chăm sóc phúc lợi không đưa ra phán đoán của riêng mình mà cần phải liên kết với nhân viên y tế như điều dưỡng viên và bác sĩ chủ trị v.v.



4-051 Trong "Nghĩa vụ duy trì bí mật" của Luật Chuyên viên Phúc lợi Xã hội và Chuyên viên Chăm sóc Phúc lợi có quy định "Không được làm rò rỉ bí mật của người khác mà biết được nhờ liên quan đến nghiệp vụ đó mà không có lý do chính đáng".



4-052 Việc gắn đai thắt lưng trên xe lăn của người sử dụng để hạn chế các hành động của họ là không phù hợp vì đó là ràng buộc cơ thể. Trong trường hợp khẩn cấp không thể tránh khỏi, cần giải thích đầy đủ nội dung, mục đích, thời gian, khoảng thời hạn v.v. ràng buộc cơ thể cho người đó và gia đình hiểu và phải có nghĩa vụ lập biên bản.



4-053 Doanh nghiệp xử lý thông tin cá nhân không được cung cấp dữ liệu cá nhân cho bên thứ ba mà không được sự đồng ý trước của người đó. Tuy nhiên, khi cần thiết để bảo vệ tính mạng, thân thể hoặc tài sản của con người và khó được sự đồng ý của người đó thì có thể cung cấp.



4-054 Doanh nghiệp xử lý thông tin cá nhân không được cung cấp dữ liệu cá nhân cho bên thứ ba mà không được sự đồng ý trước của người đó. Trường hợp sử dụng thông tin cá nhân của người sử dụng tại cuộc họp người phụ trách dịch vụ thì cần nêu rõ mục đích sử dụng và được sự đồng ý trước của người đó và gia đình.

4-055 Thông tin cá nhân bao gồm các văn bản, bản vẽ, ghi chép điện tử và hình ảnh là dữ liệu cá nhân có thể nhận dạng người đó, vì vậy cần nêu rõ mục đích sử dụng và được sự đồng ý trước của người đó và gia đình.

4-056 Khi cơ sở sẽ chuyển đến yêu cầu thông tin cá nhân của người sử dụng, cần nêu rõ mục đích sử dụng và được sự đồng ý trước của người đó và gia đình.

4-057 Trong Luật Cứu hỏa, có nghĩa vụ huấn luyện dập lửa, lánh nạn ít nhất 2 lần một năm.

4-058 Người đứng đầu thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son) có nghĩa vụ soạn thảo danh sách những người cần hỗ trợ cho hành động lánh nạn và cung cấp thông tin danh sách cho các bên liên quan hỗ trợ lánh nạn v.v.

4-059 Không cần kiểm tra tất cả người vào cơ sở có mang vi khuẩn hay không. Nếu chỉ mang vi khuẩn thì hầu như không ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe.

4-060 Đối với những người sử dụng là người mang vi khuẩn, tiến hành quan sát sức khỏe của họ thay vì hạn chế họ tham gia các hoạt động giải trí.

4-061 Việc thành lập một ủy ban để có biện pháp đối phó lây nhiễm, tổ chức hội đồng này ít nhất 3 tháng 1 lần và triệt để thông báo kết quả cho nhân viên chăm sóc và các nhân viên khác là nghĩa vụ phải làm.

4-062 Dùng chung khăn có thể là nguồn lây nhiễm (nguồn truyền nhiễm) nên không thích hợp.

4-063 Nếu phát hiện tình trạng sức khỏe của người vào cơ sở có bất thường thì báo cáo cho nhân viên y tế như bác sĩ và điều dưỡng viên v.v.

4-064 Chất bài tiết có chứa vi khuẩn nên đeo găng tay dùng một lần để tiến hành chăm sóc cho mỗi người sử dụng như một biện pháp đối phó với bệnh truyền nhiễm. Ngoài ra, rửa tay trước và sau khi hỗ trợ.

4-065 Cảm giác không có tinh thần, cảm giác mệt mỏi và không cảm động là những triệu chứng của hội chứng cháy sạch (Burnout).

4-
066

Về nguyên tắc, thời gian nghỉ để chăm con là cho đến ngày đứa trẻ được nuôi dưỡng đạt 1 tuổi (một ngày trước sinh nhật). Ngoài ra, thời gian nghỉ để chăm con có thể được kéo dài đến 1 tuổi 6 tháng (đến 2 tuổi bằng cách gia hạn lại) chỉ trong trường hợp đặc biệt được công nhận cần xét để tiếp tục lao động.



4-
067

Nghỉ phép chăm sóc thì có thể được nghỉ tối đa 5 ngày trong 1 năm khi chăm sóc và chăm sóc khác cho gia đình thuộc đối tượng trong tình trạng cần chăm sóc, và tối đa 10 ngày khi có 2 người trở lên thuộc đối tượng chăm sóc. Ngoài ra, luật đã được sửa đổi, và kể từ ngày 1 tháng 1 năm Reiwa 3 (2021), nghỉ phép chăm sóc có thể lấy theo đơn vị giờ.



4-
068

Trường hợp chăm sóc gia đình thuộc đối tượng mà tình trạng cần chăm sóc kéo dài 2 tuần trở lên thì có thể chia ra để lấy nghỉ phép cho 1 người trong gia đình thuộc đối tượng, tối đa 3 lần, tổng cộng tối đa là 93 ngày.



4-
069

Doanh nghiệp có từ 50 người lao động trở lên có nghĩa vụ thực hiện kiểm tra căng thẳng, còn các doanh nghiệp khác thì có nghĩa vụ nỗ lực thực hiện việc này.



4-
070

Kiểm tra căng thẳng được thực hiện với mục đích ngăn ngừa từ trước các vấn đề không tốt về sức khỏe tinh thần thuộc “phòng tránh sơ cấp”. Ngoài ra, “phòng tránh thứ cấp” là để phát hiện sớm các vấn đề không tốt về sức khỏe tinh thần để có các biện pháp thích hợp. Mục đích của “phòng tránh cấp ba” là hỗ trợ những người lao động từng bị các vấn đề không tốt về sức khỏe tinh thần trở lại làm việc.



4-
071

Cơ sở kinh doanh có nghĩa vụ kiểm tra căng thẳng được quy định phải thực hiện kiểm tra này đối với tất cả người lao động 1 lần mỗi năm. Lưu ý, người lao động có thời hạn hợp đồng dưới 1 năm và người lao động thời gian ngắn ít hơn 3/4 thời gian lao động quy định của người lao động bình thường thì không thuộc đối tượng.



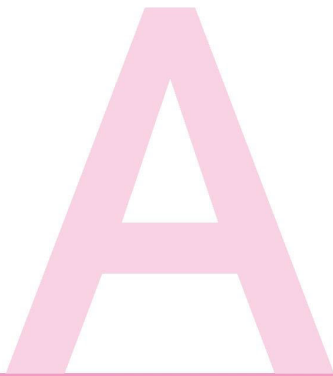
Điểm quan trọng khi học

■ Định nghĩa về chuyên viên chăm sóc phúc lợi

Trong Luật Chuyên viên Phúc lợi Xã hội và Chuyên viên Chăm sóc Phúc lợi thì có quy định “Chuyên viên chăm sóc phúc lợi” là người được đăng ký Mục 1 Điều 42 và sử dụng tên gọi Chuyên viên chăm sóc phúc lợi, làm nghề tiến hành chăm sóc phù hợp với tình hình tinh thần và cơ thể của người gặp khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày do có khuyết tật về cơ thể hoặc tinh thần (kể cả hành vi cần thiết như hút đờm v.v. để người đó sinh hoạt hàng ngày, và là việc được thực hiện theo chỉ thị của bác sĩ (giới hạn ở những việc được quy định trong pháp lệnh của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Xã hội Nhật Bản. Sau đây gọi là “hút đờm v.v.”), và tiến hành hướng dẫn liên quan đến chăm sóc đối với người đó và người chăm sóc bằng kiến thức và kỹ thuật chuyên môn (sau đây gọi là “chăm sóc v.v.”).

5

Kỹ năng giao tiếp



Trả lời - Giải thích



- 5-001 Kỹ thuật đối mặt là kỹ thuật chỉ ra những điểm khác biệt và mâu thuẫn trong câu chuyện, sự không thống nhất trong lời nói và thái độ của đối phương, đồng thời làm cho đối phương nhận thức được những vấn đề mà họ đang gặp phải (▶ Tham khảo G004).
- 5-002 Kỹ thuật nói thế là kỹ thuật diễn đạt các từ được nói bởi đối phương bằng cách thay thế bằng các từ khác. Sắp xếp và truyền đạt nội dung đối phương đã nói là một kỹ thuật tóm tắt (▶ Tham khảo G004).
- 5-003 Kỹ thuật làm rõ là kỹ thuật đề cho đối phương có thể sắp xếp suy nghĩ và cảm xúc của họ bằng cách nói lại bằng từ ngữ những gì đối phương nghĩ và cảm thấy (▶ Tham khảo G004).
- 5-004 Câu hỏi đóng được sử dụng với người không thể nói từ ngữ tốt, như rối loạn ngôn ngữ mang tính vận động v.v. Bằng cách hỏi những câu hỏi chỉ có thể trả lời bằng "có" hoặc "không", giao tiếp có thể diễn ra suôn sẻ.
- 5-005 Do không biết nguyên nhân của sự suy giảm động lực của người sử dụng là do đâu, điều quan trọng là trước tiên, tập trung vào nguyên nhân của sự suy giảm động lực hơn là sửa đổi cách nghĩ.

5-006

Do có nhiều bối cảnh và nguyên nhân khác nhau trong lý do suy giảm động lực, nên điều quan trọng là phải xem xét tình hình được đặt vào đó.



Ví dụ, có khi cảm xúc trầm lắng là do người thân hay người thân thiết chết, hay do gia tăng tuổi tác và bệnh tật.

5-007

Điều quan trọng là phải tôn trọng lựa chọn và quyết định của người đó, ngay cả khi ở tình trạng suy giảm động lực. Để họ tự quyết định sẽ là cơ hội để tăng động lực cho họ.



5-008

Do có khi người khiếm thị có thể cảm thấy khó hiểu ngay cả khi nói "ở đó" hoặc "ở đây" để truyền đạt phương hướng, vì vậy điều quan trọng là phải nói cụ thể "phải", "trái", "phía trước", v.v.



5-009

Lắng nghe không chỉ là nghe, mà là hướng sự quan tâm đầy đủ đến đối phương, nghe để hiểu những cảm xúc và cách nghĩ ẩn sau lời nói. Điều quan trọng là người chăm sóc phúc lợi phải có thái độ nghe thật kỹ câu chuyện của người sử dụng.



5-010

Điều quan trọng là người chăm sóc phúc lợi phải có thái độ muốn tiếp nhận nguyên vẹn nội dung câu chuyện và đứng ở vị trí của người sử dụng chứ không phán đoán nội dung nói chuyện của người sử dụng bằng giá trị quan của bản thân.



5-011

Thái độ thông cảm là tích cực chia sẻ cảm xúc và suy nghĩ của đối phương. Việc phỏng đoán cảm xúc mà đối phương đang có là tư thế lắng nghe. Điều quan trọng là người chăm sóc phúc lợi phải phỏng đoán cả cảm xúc mà người sử dụng không thể diễn tả bằng lời để nghe câu chuyện của họ.



5-012

Ngay cả khi đó là một cảm xúc tiêu cực, vẫn chấp nhận nguyên vẹn mà không áp chế cảm xúc đó. Do người sử dụng không thể mở lòng khi bị áp chế cảm xúc tiêu cực nên điều quan trọng là người chăm sóc phúc lợi phải thể hiện thái độ tiếp nhận nguyên vẹn.



5-013

Khi hội thoại với người lần đầu tiên gặp mặt, do bản thân và đối phương đều không hiểu rõ về nhau, vì vậy khi đột ngột đi vào bản chất của câu chuyện, đối phương trở nên có thái độ căng thẳng và khó trò chuyện. Nếu bắt đầu nói chuyện từ những sự kiện bình thường trong cuộc sống hàng ngày, có thể hội thoại trong một bầu không khí thoải mái.



5-014

Do việc nói chuyện bằng câu hỏi mở với người không cảm thấy muốn nói chuyện là gánh nặng lớn nên điều quan trọng là phải tiếp xúc hòa hợp với tình hình của người đó.



5-015

Bằng cách sử dụng câu hỏi mở, có thể giúp người không thể bày tỏ suy nghĩ của mình một cách rõ ràng có thể tóm tắt điều muốn nói hoặc làm rõ điều họ muốn nói dễ dàng hơn.



5-016

Câu hỏi đóng là những câu hỏi có thể được trả lời bằng "có" hoặc "không". Đối với những người sử dụng bị suy giảm năng lực giao tiếp do chứng mất trí nhớ, nên đối ứng bằng các câu hỏi đóng. Có khi các câu hỏi mở khiến họ hỗn loạn và lo lắng, chẳng hạn như không hiểu ý nghĩa hoặc khó trả lời v.v.



5-017

Đối với các câu hỏi mà người chăm sóc phúc lợi đưa ra, điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở và câu hỏi đóng tùy theo tình hình và cảm xúc của người đó.



5-018

Việc thúc giục người rối loạn nói ngọng, không thể phát âm rõ ràng để họ nói rõ ràng là điều đáng buồn đối với người đó. Khi giao tiếp, điều quan trọng là tư thế nghe để hiểu câu chuyện của người sử dụng, điều này dẫn đến động lực của người sử dụng.



5-019

Người mắc chứng mất ngôn ngữ cảm giác thì khó hiểu văn viết và văn nói. Do đó, mắc nhiều lỗi ngữ pháp và từ vô nghĩa, và có khuynh hướng tự mình tạo từ mới.



5-020

Người mắc chứng mất ngôn ngữ vận động không giỏi nói chuyện nhưng khả năng hiểu ngôn ngữ của họ vẫn được duy trì. Do đó, câu hỏi đóng để có thể trả lời câu hỏi bằng “có”, “không” và việc sử dụng thông tin từ thị giác thì có hiệu quả.



5-021

Người khiếm thính có thể nhìn thấy được nên không cần chữ nổi. Các phương tiện hữu hiệu là ngôn ngữ ký hiệu, bút đàm và đọc khẩu hình miệng v.v.



5-022

Máy trợ thính là vật mà người nghe kém sử dụng để giúp họ nghe tốt hơn. Tuy nhiên, do nghe được cả âm thanh khác ngoài giọng nói, vì vậy khi sử dụng phải sử dụng máy phù hợp với người đó.



5-023

Người khiếm thị sử dụng thông tin đến từ tai, da, mũi, v.v. để phán đoán tình hình xung quanh. Ngược lại, việc nói to ở xung quanh người khiếm thị sẽ chặn đứng thông tin, nên cần lưu ý.



5-024

Chuẩn ngôn ngữ là một ngữ điệu như mạnh yếu, âm điệu và dài ngắn của từ khi nó được nói. Vì chuẩn ngôn ngữ chứa nhiều thông điệp khác nhau được phát ra từ những thứ khác ngoài ngôn ngữ, nên điều quan trọng là phải sử dụng mang tính ý đồ khi giao tiếp với người khiếm thị.



5-025

Chủ đề của cuộc hội thoại tập trung vào những gì người sử dụng muốn nói và những gì họ muốn được nghe. Bằng cách đó, có thể tiến gần hơn đến những cảm xúc như lo lắng và vui vẻ v.v. và nội dung của những khó khăn mà người sử dụng đang gặp phải.



5-026

Mục đích của việc lắng nghe mà người chăm sóc phúc lợi thực hiện là nghe và hiểu cảm xúc và suy nghĩ của người sử dụng. Câu chuyện của người sử dụng chứa đựng nhiều yếu tố khác nhau, bao gồm cả sự thật khách quan trong đó, nhưng trước hết, điều quan trọng là phải coi trọng cảm xúc của người sử dụng và cố gắng hiểu họ.



5-027

Khi người sử dụng im lặng trong cuộc đối thoại với người sử dụng là tình huống người sử dụng tự do suy nghĩ, hoặc tóm tắt các ý tưởng khác nhau. Điều quan trọng là cung cấp cơ hội cho người sử dụng tự do phát ngôn và thể hiện bằng cách hòa hợp với nhịp độ của người sử dụng, cùng trải qua thời gian đó.



5-028

Người sử dụng trong tình trạng trầm cảm có thời gian im lặng, nhưng sự im lặng đó cũng có ý nghĩa. Điều quan trọng là làm mất đi gánh nặng tâm lý bằng cách cùng ở bên họ mà không nóng vội khi nghĩ xem tại sao người đó lại im lặng.



5-029

Có thể thấy tình hình người sử dụng trong tình trạng trầm cảm không có hứng thú để làm mọi thứ hay cảm thấy không thoải mái v.v. Điều quan trọng là phải theo dõi một cách yên lặng, vì chính việc thúc giục hội thoại khiến họ cảm thấy gánh nặng.



5-030

Đối với người sử dụng trong tình trạng trầm cảm, điều quan trọng là không tích cực khuyến khích điều gì đó, mà đảm bảo thời gian cho tinh thần và cơ thể nghỉ ngơi, và đổi theo họ.



5-031

Với tư cách người chăm sóc phúc lợi, việc truyền đạt cho người sử dụng trong tình trạng trầm cảm việc mình đang đổi theo họ là biện pháp xử lý quan trọng bởi vì nó mang lại cho người sử dụng cảm giác an tâm và yên bình.



5-032

Thẻ tường thuật là thẻ văn được sử dụng để ghi chép nguyên vẹn những sự kiện đã xảy ra. Thẻ văn sắp xếp và ghi chép thông tin theo hạng mục riêng là thẻ tóm tắt (▶ Tham khảo G004).



5-033

Thẻ tóm tắt được sử dụng với mục đích tránh việc câu văn ghi chép dài dòng làm điểm quan trọng trở nên khó hiểu. Được sử dụng để ghi chép các trường hợp liên tục trong thời gian dài v.v. (▶ Tham khảo G004).



5-034

Thẻ giải thích được sử dụng trong trường hợp mô tả phân tích và giải thích ý nghĩa của các sự kiện về các sự kiện khác nhau đã xảy ra (▶ Tham khảo G004).



5-035

Thẻ nguyên văn là bản ghi chép nguyên vẹn sự tương tác giữa người sử dụng và người chăm sóc phúc lợi, không có bất kỳ sửa đổi nào. Ghi chép cả những cái gật đầu và cười v.v. (▶ Tham khảo G004).



5-036

Về nguyên tắc, các báo cáo do người chăm sóc phúc lợi tiến hành thì trước tiên phải báo cáo từ kết luận về sự thật của sự kiện đã xảy ra.



5-037

Do có khi tình hình của người sử dụng và thứ tự ưu tiên phải tiến hành thay đổi nên báo cáo do người chăm sóc phúc lợi thực hiện dù là nghiệp vụ mất thời gian hơn dự định đi nữa vẫn phải báo cáo mỗi lần như vậy khi cần thiết.



5-038

Điều quan trọng phải truyền đạt nội dung báo cáo do người chăm sóc phúc lợi tiến hành bằng từ ngữ cụ thể để đối phương được báo cáo không hiểu nhầm hay suy nghĩ theo ý mình nội dung đã được báo cáo.



5-039

Vì báo cáo do người chăm sóc phúc lợi tiến hành được trao đổi giữa người chỉ thị và người chăm sóc phúc lợi nhận chỉ thị nên điều quan trọng là báo cáo nghiệp vụ đã nhận chỉ thị nhất định phải được báo cáo cho người chỉ thị và kiểm tra tình hình.



5-040

Do suy đoán của bản thân khác với sự thật nên điều quan trọng là phân chia rạch ròi suy đoán và sự thật ra để báo cáo.



5-041

Trong báo cáo miệng, trước tiên hãy truyền đạt kết luận và sau đó báo cáo tiến trình theo thứ tự. Vì có những trường hợp báo cáo sự cố phải xử lý ngay nên việc báo cáo tiến trình có thể mất thời gian và có thể khó xử lý.



5-042 Bản báo cáo sự cố không chỉ để bảo quản mà việc chia sẻ nó với cả nhóm để sự cố tương tự không xảy ra cũng là mục đích quan trọng. Nhận báo cáo đó, nhóm có thể học hỏi như tại sao sự cố xảy ra và cách xử lý sự cố có thích hợp hay không v.v.

5-043 Báo cáo sự cố ngay cả trường hợp dù nhỏ nhưng có thể dẫn đến sự cố lớn. Điều quan trọng là phải nhanh chóng tiến hành báo cáo sự cố.

5-044 Vì các hành động được thực hiện khi sự cố xảy ra phụ thuộc vào phán đoán của người chăm sóc phúc lợi nên báo cáo chung.

5-045 Bằng cách ghi chép trong bản báo cáo sự cố và tiến hành báo cáo miệng cùng một lúc, có thể truyền tải bầu không khí lúc đó và có thể dễ dàng nắm bắt được tình hình.

5-046 Ngoài việc chia sẻ thông tin, các cuộc họp còn là nơi để giải quyết vấn đề.

5-047 Đọc trước tài liệu để cuộc họp diễn ra suôn sẻ hoặc có thể tham gia với ý kiến riêng của mình.

5-048 Hội nghị chăm sóc được tổ chức để cung cấp chăm sóc tốt hơn dựa trên ý hướng và mong muốn của người sử dụng và gia đình họ.

5-049 Người giám sát hoạt động với mục đích nâng cao kiến thức, kỹ thuật và chuyên môn của người được giám sát.

5-050 Trong động não không chỉ trích ý kiến của người khác. Bằng cách không chỉ trích, các ý kiến khác nhau có thể được tự do phát ngôn.



Điểm quan trọng khi học

■ Kỹ thuật tham vấn

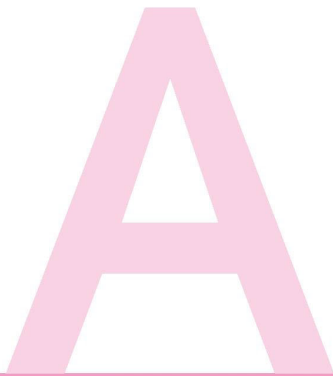
Kỹ thuật	Nội dung
Đối mặt	Là kỹ thuật chỉ ra những điểm khác biệt và mâu thuẫn trong câu chuyện, sự không thống nhất trong lời nói và thái độ của đối phương.
Tóm tắt	Là kỹ thuật để tóm tắt những gì đã nghe cho đến nay và truyền đạt nó cho người đó.
Lặp lại	Là kỹ thuật lặp lại nguyên vẹn câu chuyện của đối phương.
Nói thế	Là kỹ thuật diễn đạt các từ được nói bởi đối phương bằng cách thay thế bằng các từ khác.
Phản xạ	Là kỹ thuật tiếp nhận lời nói và các diễn đạt phi ngôn ngữ như cử chỉ v.v. của đối phương và truyền đạt cho đối phương.
Tập trung	Là kỹ thuật định hướng câu chuyện bằng cách tập trung điểm quan trọng trong nội dung mà đối phương muốn nói.
Câu hỏi	Là kỹ thuật đào sâu câu chuyện của đối phương.
Làm rõ	Là kỹ thuật làm rõ những điều chưa nói, những điều không rõ ràng và cảm xúc của đối phương.

■ Thẻ văn trong ghi chép

Thẻ văn trong ghi chép	Nội dung
Thẻ tường thuật	Thẻ văn được sử dụng để ghi chép nguyên vẹn những sự kiện đã xảy ra.
Thẻ tóm tắt	Thẻ văn sắp xếp và ghi chép thông tin theo hạng mục riêng.
Thẻ giải thích	Thẻ văn được sử dụng trong trường hợp ghi chép phân tích và giải thích ý nghĩa của sự kiện.
Thẻ nguyên văn	Thẻ văn được sử dụng để ghi chép nguyên vẹn tương tác với đối phương.

6


Kỹ thuật hỗ trợ sinh hoạt





Trả lời - Giải thích





- 6-001 Đối tượng của hỗ trợ tự lập không giới hạn ở những người sử dụng có thể bày tỏ ý định. Đối với nhu cầu sinh hoạt của người sử dụng không thể bày tỏ ý định thì việc khơi dậy năng lực tiềm ẩn và thay mặt (advocacy) là vai trò quan trọng của người chăm sóc phúc lợi.
- 6-002 Người chăm sóc phúc lợi cần tôn trọng thói quen sinh hoạt và giá trị quan mà người đó đã sống và hỗ trợ để họ có thể thực hiện các hoạt động có sự tôn nghiêm.
- 6-003 Ngoài việc tập trung vào sự trưởng thành và độ tuổi phát triển của người đó, còn cần thực hành hỗ trợ cuộc sống trên cơ sở hiểu lịch sử cuộc đời (life history) liên quan đến xây dựng cách nghĩ, giá trị quan, cầu kỳ và lòng tự tôn của người đó.
- 6-004 Ngoài “Tình trạng sức khỏe” và “Chức năng tinh thần và cơ thể - Cấu trúc cơ thể”, bên cạnh các chức năng sinh hoạt “Hoạt động” “Tham gia”, xem trọng ảnh hưởng của các yếu tố bối cảnh là “yếu tố môi trường” và “yếu tố cá nhân”, khơi dậy nhu cầu sinh hoạt của người sử dụng.
- 6-005 Mặc dù con người có sức mạnh tiềm ẩn, nhưng có khi không thể phát huy được sức mạnh đó do nhiều yếu tố khác nhau. Người chăm sóc phúc lợi được yêu cầu phải hỗ trợ họ để họ có thể phát huy sức mạnh đó.


6-006  Đối với người cao tuổi, việc tiếp tục sống ở một nơi đã quen sống trong nhiều năm kết nối họ kế thừa những mối gắn kết với con người và vùng đất mà tổ tiên họ đã xây dựng, phát huy chúng để làm phong phú cuộc đời.


6-007  Hình thức sinh hoạt kiểu Nhật truyền thống của Nhật Bản là kiểu sinh hoạt trên sàn nhà nhưng những năm gần đây, có kiểu trộn lẫn, chất lọc trong đó hình thức sinh hoạt kiểu Tây được du nhập từ Âu - Mỹ.


6-008  Vì khó khăn trong động tác đứng dậy từ sàn nhà và cất dọn nệm, mền thì khó nên việc ngủ trên giường là cơ bản. Điều quan trọng là phải đảm bảo làm giường và không gian cho người chăm sóc cũng như xe lăn xoay được.


6-009  Vì sẽ gây gánh nặng lên đầu gối khi đứng, ngồi nếu làm mặt bồn cầu thấp nên làm bồn cầu kiểu Tây hơi cao. Hơn nữa, vào mùa đông, cần lắp thiết bị sưởi để chống sốc nhiệt.


6-010  Việc lắp đặt bục di chuyển trong tư thế nằm / ngồi trên một phương tiện nào đó, tay vịn, thảm chống trượt v.v. để có thể ra vào bồn tắm ổn định cũng quan trọng.


6-011  Nếu dây điện được đặt trên đường di chuyển khi sinh hoạt của người sử dụng, dễ bị vướng vào chân và có thể dẫn đến ngã. Do gắn bọc dây điện vẫn có khi bị vấp, nên các biện pháp xử lý an toàn như cố định vào góc phòng v.v. trong khả năng có thể.


6-012  Nếu đập mạnh vào nệm, mền, ngược lại sẽ làm phát tán xác rệp và phấn hoa, vải của nệm, mền sẽ bị hỏng và dễ phát sinh bụi, vì vậy cần phải hút sạch bằng máy hút bụi.

6-013  Khuyến không nên gắn bánh xe vào đồ nội thất mà nên gắn thảm chống trượt và thanh chống rơi để cố định đồ nội thất v.v. Gắn các dụng cụ chặn vào đồ nội thất có bánh xe để chuẩn bị phòng khi bị ngã đổ, rơi đổ vì rung chuyển do động đất.

6-014  Bảo đảm ít nhất 2 đường lánh nạn ra ngoài nhà. Đường lánh nạn có thể bị chặn do vật rơi, sụp đổ, tòa nhà bị nghiêng do ảnh hưởng của trận động đất. Xác nhận trước các hành động cần thực hiện như đường lánh nạn và nơi an toàn v.v.

6-015  Đối tượng của bảo hiểm chăm sóc là thay thế các cửa ra vào bằng cửa lùa chứ không phải cửa tự động. Nội dung bao gồm việc lắp đặt tay nắm cửa và con lăn cửa, tháo cửa, sửa chữa tường hoặc cột nhà cùng với thay cửa.

6-016  Có thể thay đổi vật liệu của sàn hoặc bề mặt lối đi để phòng ngừa trơn trượt và thuận tiện cho việc di chuyển. Nội dung bao gồm thay đổi chất liệu sàn nhà của phòng ở và phòng tắm, sửa chữa và gia cố nền cùng với thay đổi chất liệu sàn, bảo trì mặt bằng.

6-017  Không thể thêm chức năng rửa sạch vào bồn cầu hiện đang sử dụng. Nội dung bao gồm việc thay thế bồn cầu kiểu Nhật bằng bồn cầu kiểu Tây v.v. và thay đổi vật liệu sàn nhà cùng với thay thế bồn cầu. Loại trừ bộ cầu ngồi không cần sửa chữa và việc sửa chữa chuyển sang kiểu xả nước.

6-018 Không phải là ưu tiên người cao tuổi mà là ai cũng có thể sử dụng. Quy định rằng thiết kế phổ quát phải được tạo ra để ai cũng có thể sử dụng và dễ dàng có được, phải là những gì công bằng mà ai cũng có thể sử dụng bằng cùng phương pháp.

✗

6-019 Không phải là tập hợp các phương tiện truyền đạt thông tin làm một mà là có thể hiểu được thông tin cần thiết ngay lập tức. Sử dụng chung các phương pháp khác nhau như tranh ảnh, chữ cái và chạm tay v.v. để thông tin quan trọng có thể được truyền tải đầy đủ bất kể năng lực thị giác và thính giác v.v. của người sử dụng.

✗

6-020 Không gian và kích thước phải dễ dàng tiếp cận và thao tác cho mọi người ở mọi vóc dáng, tư thế và năng lực di chuyển. Làm cho những thứ quan trọng dễ nhìn thấy và dễ lấy, đồng thời đảm bảo có đủ không gian cho dụng cụ hỗ trợ và người hỗ trợ.

○

6-021 Bệnh thoái hóa tiểu não (tùy sống) là một bệnh thần kinh có triệu chứng chính là mất điều hòa vận động, xuất hiện các triệu chứng như rối loạn đi bộ do mất điều hòa vận động chi dưới và rối loạn nói ngọng, mất điều hòa vận động chi trên, Parkinson. Vật liệu lát sàn có độ đàn hồi cao sẽ không thích hợp vì chúng gây lung lay, trở thành nguyên nhân vấp ngã.

✗

6-022 Điều quan trọng là tránh rủi ro bị ảnh hưởng xấu do chuyển nhà (thiệt hại do tái định cư) và có thể an tâm như nhà của chính mình cho dù sống ở đâu.

○

6-023 Cơ sở hỗ trợ người khuyết tật là trợ cấp chăm sóc trong Luật Hỗ trợ Tổng hợp cho Người Khuyết tật (Luật đề hỗ trợ tổng hợp cho cuộc sống hàng ngày và đời sống xã hội của người khuyết tật) và đối tượng là người khuyết tật cấp 4 trở lên trong hạng mục hỗ trợ khuyết tật (50 tuổi trở lên thì cấp 3 trở lên trong hạng mục hỗ trợ khuyết tật).

○

6-024 Chủ thể của cuộc sống là người sử dụng, và cần phải nắm bắt mong muốn, sở thích, giá trị quan v.v. và hỗ trợ để họ có thể tự quyết định.

✗

6-025 Chuyên viên vật lý trị liệu tiến hành phân tích và đánh giá các động tác sinh hoạt hàng ngày trong cơ sở và sinh hoạt tại nhà. Hợp tác với người chăm sóc phúc lợi để có thể có một cuộc sống thấy rõ tương lai.

○

6-026 Trường hợp khó làm những cử động nhỏ của ngón tay thì nút nhỏ sẽ là khó khăn. Do đó, loại nam châm thì dễ dàng.

○

6-027 Lau từ khóe mắt ra đuôi mắt để phòng ngừa sự lây nhiễm. Ngoài ra, lau bằng gạc ngâm trong nước nóng v.v. sẽ không làm tổn thương da.

○

6-028 Móng của người cao tuổi mỏng manh, vì vậy cắt từng chút một chứ không cắt lớn.

○

6-029 Trong rối loạn chức năng thực hành, việc suy nghĩ trình tự để tiến hành thì khó. Vì vậy, hỗ trợ bằng cách trao từng cái một theo trình tự mặc.

✗

6-030 Rối loạn chức năng thực hành thì có khi khó hiểu nếu chỉ giải thích bằng ngôn ngữ. Vì vậy, nếu thể hiện cùng với động tác như cử chỉ v.v. sẽ dễ hiểu.

6-031 Quyết định ý định di chuyển trong tư thế nằm / ngồi trên một phương tiện nào đó hay di chuyển là thuộc về người đó. Ngay cả trường hợp gặp khó khăn khi tự mình di chuyển hoặc trường hợp khó bày tỏ ý định của riêng mình, điều quan trọng là phải hiểu ý định của người đó, giải thích mục đích và hành động và nhận được sự đồng ý.

6-032 Trường hợp cả hai chi dưới đều suy giảm sức mạnh các cơ, bằng cách phát huy sức mạnh các cơ của chi trên và sử dụng tấm trượt giúp bệnh nhân di chuyển để tiến hành hỗ trợ một cách an toàn với sự hỗ trợ một phần bằng cách di chuyển từ giường sang xe lăn. Để an toàn hơn, việc gắn tay vịn vào bên giường cũng có hiệu quả.

6-033 Đầu tiên, hiểu người sử dụng có nhu cầu đi ra ngoài như thế nào rồi sau đó lập kế hoạch đi ra ngoài. Sau khi thu thập các thông tin như mục đích và mong muốn đi ra ngoài, tình hình tinh thần và cơ thể, và môi trường có thể sử dụng xe lăn v.v. thì cùng quyết định với người đó.

6-034 Phân vùng là việc tiếp cận và bố trí những thứ liên quan đến 1 hành vi sinh hoạt.

6-035 Trong cơ học cơ thể, bằng cách mở rộng diện tích chỗ đứng hỗ trợ, (diện tích chỗ đứng nâng đỡ, bề mặt nâng đỡ cơ bản), cơ thể sẽ ổn định và di chuyển của trọng tâm cũng ổn định. Hơn nữa, việc tăng bề mặt tiếp xúc với mặt đất và bề mặt ma sát còn có hiệu quả ổn định cơ thể người sử dụng.

6-036 Bên bị liệt của người sử dụng bị liệt thì bị liệt vận động và liệt cảm giác, không thể di chuyển phù hợp bằng sức mạnh của mình hoặc khó cảm thấy đau hoặc tê. Người chăm sóc phúc lợi nắm bắt tình trạng của bên bị liệt và chú ý đến vị trí, cách cử động và thời gian đã trôi qua.

6-037 Bằng cách chuẩn bị trước, có thể tạo ra môi trường và không gian để hỗ trợ an toàn. Cũng cần phải kiểm tra và điều chỉnh đồ vật trước để đề phòng sự cố.

6-038 Người chăm sóc phúc lợi đứng ở phía sau bên phải của người sử dụng. Vì bên bị liệt không có sức mạnh, nên có nguy cơ cao rơi ngã về phía sau bên bị liệt. Do đó, đứng ở vị trí ở bên bị liệt (phía sau bên phải) và đỡ cánh tay phải, và một tay đặt ở eo để nâng đỡ cơ thể.

6-039 Người chăm sóc phúc lợi đứng ở vị trí ở phía trước bên bị liệt của người sử dụng. Đỡ cánh tay phải và một tay đặt ở eo để nâng đỡ cơ thể. Bằng cách đỡ bên bị liệt, có thể làm ổn định thăng bằng của người sử dụng.

6-040 Nếu chi bằng cổ tay sẽ tạo gánh nặng cho cả người chăm sóc và người sử dụng. Người chăm sóc phúc lợi lấy diện tích chỗ đứng hỗ trợ, (diện tích chỗ đứng nâng đỡ, bề mặt nâng đỡ cơ bản) rộng và vị trí trọng tâm thấp. Đưa vị trí trọng tâm đến gần người sử dụng, và sử dụng nhóm cơ lớn hơn để nâng phần thân trên lên.

6-041 Lofstrand crutch (Nạng kiểu cố định cánh tay trước) nâng thể trọng bằng 2 điểm, tay nắm và cẳng tay, vì vậy nó được sử dụng cho người sử dụng gặp khó khăn với ngón tay và cổ tay khó nâng đỡ cơ thể nếu chỉ bằng tay nắm.

6-043 Người chăm sóc đứng về bên bị liệt của người sử dụng và ngăn người đó ngã sang bên trái. Sử dụng bên khỏe mạnh để chuyển từ đứng dậy sang động tác tiếp theo. Bằng cách quay mặt về phía sẽ di chuyển và để họ nhận thức, sẽ dẫn đến giảm nhẹ lo lắng.

✗

6-043 Nếu đi xuống mà hướng về phía trước, người sử dụng sẽ cúi về phía trước, trở nên không ổn định. Do sẽ tạo cảm giác sợ hãi nên đi xuống theo hướng về phía sau. Người chăm sóc cũng gấp đầu gối của mình, hạ thấp eo và nhẹ nhàng hạ thấp bánh xe để chúng không rời khỏi bậc cấp.

○

6-044 Ở dốc đứng, nhất định đi theo hướng quay về phía sau. Nếu tiến đến mà hướng về phía trước, người sử dụng sẽ cúi về phía trước, trở nên không ổn định. Do đường dốc đứng thì tốc độ tăng, nên cố gắng để không tạo cảm giác sợ hãi.

✗

6-045 Trường hợp khó thở, tư thế ngồi tựa hoặc úp mặt trên bàn/gối sẽ tốt hơn tư thế nằm ngửa.

✗

6-046 Đứng chéo về phía trước nửa bước để hướng dẫn một cách an toàn. Tốc độ đi bộ phải được điều chỉnh theo tốc độ của người khiếm thị và phải luôn ý thức về độ rộng phần 2 người để hướng dẫn.

○

6-047 Khi người chăm sóc phúc lợi hạ xuống theo thứ tự đầu gối và vai của người sử dụng, các chi trên sẽ xoay một cách tự nhiên, do đó có thể hỗ trợ ở tư thế nằm nghiêng với ít lực hơn. Bằng cách đỡ eo, có thể giảm nhẹ độ vặn của vùng eo xảy ra ở tư thế nằm nghiêng.

✗

6-048 Do đi bộ không vững vì rối loạn phản xạ tư thế của triệu chứng Parkinson, nếu rẽ góc mạnh sẽ bị mất thăng bằng và nguy cơ té ngã tăng cao.

✗

6-049 Người sử dụng bị chấn thương tủy sống (Tổn thương tủy sống) dễ phát sinh hạ huyết áp tư thế đứng và lở loét vì nằm liệt giường nếu họ ở cùng một tư thế trong thời gian dài. Ngoài ra, do chức năng điều chỉnh nhiệt độ cơ thể cũng bị hỏng nên tiến hành thay đổi tư thế cơ thể, giải tỏa áp lực, điều chỉnh quần áo v.v.

○

6-050 Người sử dụng được chẩn đoán đau thắt ngực được kê đơn thuốc là thuốc đặt dưới lưỡi hoặc xịt nitrovasodilator với mục đích để sử dụng khi phát tác. Người chăm sóc nên kiểm tra sẵn là có đem theo không để có thể nhanh chóng xử lý dù phát tác khi đi ra ngoài.

○

6-051 Cũng có trường hợp trong hỗ trợ toàn diện, có thể ở tư thế đứng nếu được đỡ, hoặc trải qua một chút thời gian cũng ở tư thế đứng được. Không phải là người chăm sóc chủ đạo, mà vừa xác nhận ý hướng về việc sử dụng dụng cụ hỗ trợ phù hợp với người sử dụng vừa hỗ trợ.

✗

6-052 Vùng xương cụt là bộ phận dễ phát sinh lở loét vì nằm liệt giường, và nếu phát hiện, phải báo cáo cho chuyên gia y tế. Ngoài ra, kiểm chứng nguyên nhân gây ra lở loét vì nằm liệt giường và liên kết các ngành nghề khác để xử lý.

○

6-053 Được đặt vị trí ở Luật Hỗ trợ Tổng hợp cho Người khuyết tật (Luật để hỗ trợ tổng hợp cho sinh hoạt hàng ngày và đời sống xã hội của người khuyết tật). Có chân giả, thiết bị, thiết bị duy trì tư thế ngồi, khung tập đi, gậy hỗ trợ đi bộ (ngoại trừ gậy một chân) và thiết bị phụ trợ truyền đạt ý định dành cho người khuyết tật nặng như là các thiết bị phụ trợ cho đối tượng khuyết tật vận động.

✗

6-054 BMI được đo từ chiều cao và cân nặng. Càng gần với giá trị tiêu chuẩn, nguy cơ mắc bệnh càng thấp.



6-055 Món osechi là món ăn mừng năm mới. Vào tháng setsubun thì chomaki v.v. là món điển hình.



6-056 Ở tư thế kéo nhẹ cằm. Khi cổ bị ngửa ra phía sau, thực quản và khí quản thành một đường thẳng, làm cho thức ăn dễ dàng đến phổi và là nguyên nhân gây ra viêm phổi hít (▶ Tham khảo G005).



6-057 Kích thích cử động của lưỡi và tuyến nước bọt, giúp tạo phân xạ nuốt xuống dễ dàng hơn. Do việc nhai kỹ, hình thành miếng thức ăn dễ nuốt để ở tình trạng dễ nuốt xuống những gì đã ăn là quan trọng nên thể dục nuốt xuống trước bữa ăn thì có hiệu quả.



6-058 Lắng nghe mong muốn của người sử dụng để người đó có thể ăn uống theo tốc độ của họ. Nếu vô ý bắt chuyện trong khi nhai, người sử dụng sẽ không thể tập trung vào việc nhai và nuốt, dẫn đến tình trạng bị rối loạn nuốt.



6-059 Nếu đánh răng hoặc súc miệng trong tình trạng thức ăn còn sót lại trong khoang miệng thì có nguy cơ bị rối loạn nuốt. Trường hợp người sử dụng bị liệt nửa người, cần kiểm tra kỹ trong khoang miệng bên bị liệt.



6-060 Bộ răng giả được chế tạo để bao phủ toàn bộ hàm trên và hàm dưới, và được gắn vào niêm mạc của nướu răng để sử dụng. Khi gắn, nếu gắn từ hàm trên với bề mặt lớn trước, tháo từ hàm dưới với bề mặt nhỏ trước thì việc đeo vào và tháo ra sẽ không khó.



6-061 Để không làm giảm mật độ xương, cố gắng bổ sung tích cực các chất dinh dưỡng có ích trong việc hình thành xương như vitamin D, can-xi và vitamin K.



6-062 Bổ sung nước rất quan trọng để phòng tránh táo bón. Nếu không được cung cấp đủ nước, phân sẽ trở nên cứng và khó di chuyển trong ruột. Một cách khác để phòng tránh táo bón là hấp thụ chất xơ (chức năng làm mềm phân và kích thích nhu động hoạt động mạnh mẽ).



6-063 Nếu nằm ngay sau khi ăn, axit dạ dày dễ trào ngược trở lại và dễ phát bệnh viêm thực quản trào ngược. Nâng phần thân trên khoảng 30 phút sau khi ăn để thức ăn đã hấp thụ không bị trào ngược trở lại.



6-064 Trường hợp người sử dụng không thấy một nửa không gian bên trái thì khó chú ý về bên trái. Vì nhiều khi nhìn sót bên trái nên chuyển khay cơm sang bên phải để họ nhận thức được.



6-065 Do người khiếm thị có khi khó hiểu mối quan hệ vị trí của món ăn trên bàn khi ăn uống nên vị trí đồng hồ dùng vị trí của mặt đồng hồ để giải thích cho người sử dụng nắm bắt vị trí của bản thân và vật.



6-066

Nếu không thấy một nửa không gian, sẽ mất nhận thức (bỏ qua) một nửa không gian đang nhìn thấy. Do đó, người sử dụng không biết chính xác vị trí đặt của chén bát, có khi để thừa hoặc làm đồ thức ăn. Người chăm sóc phúc lợi chăm sóc để người sử dụng dễ ăn hơn bằng cách bắt chuyện và thay đổi vị trí của chén bát v.v.



6-067

Việc đơn thuần tăng hàm lượng muối và nêm nếm đậm đà là không thích hợp. Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra sự suy giảm vị giác, và cần phải thẩm định chúng xảy ra vì lý do như thế nào.



6-068

Chất xơ bao gồm chất xơ không hòa tan và chất xơ hòa tan trong nước. Chất xơ có tính kết dính, di chuyển chậm trong bụng, hút nước và trương nở, chức năng tác động lên nhu động.



6-069

Trường hợp người bị liệt nửa người, đưa thức ăn ở bên khỏe mạnh. Bên khỏe mạnh sẽ dễ nhai hơn bên bị liệt. Kiểm tra người sử dụng đã nuốt từng miếng một rồi mới dứt miếng tiếp theo vào miệng, phù hợp với tốc độ nhai.



6-070

Ăn xắt nhỏ là thức ăn thông thường được xắt nhỏ. Vì nó được xắt nhỏ nên sẽ rời rạc trong khoang miệng, dễ sót lại trong khoang miệng và hầu họng, cũng là nguyên nhân gây rối loạn nuốt.



6-071

Người sử dụng đang lọc máu nhân tạo thì cần hạn chế kali và nước để giảm nhẹ gánh nặng cho chức năng thận. Rau sống có nhiều kali, phải hạn chế hoặc tìm cách nấu ăn.



6-072

Bộ răng giả dùng cho hàm trên sẽ dễ tháo ra nếu hạ phía sau xuống.



6-073

Vì răng giả dễ bị hỏng khi bị khô, nên hãy bảo quản chúng trong hộp chứa nước để ngập toàn bộ răng giả.



6-074

Khô miệng là tình trạng trong khoang miệng bị khô. Người cao tuổi tiết ra ít nước bọt hơn nên trong khoang miệng dễ bị khô. Đối với thức ăn mềm, số lần nhai ít nên không kích thích tiết ra nước bọt.



6-075

Sữa là thực phẩm phòng tránh loãng xương hiệu quả nhờ hàm lượng canxi cao, tỷ lệ hấp thụ cũng cao nhưng hàm lượng vitamin K lại không cao. Vitamin K có nhiều trong rau xanh, thực phẩm lên men như natto và pho mát v.v.



6-076

Trường hợp đang dùng thuốc chống đông máu (Warfarin), không dùng natto vì nó sẽ làm giảm chức năng của thuốc.



6-077

Vì kiềm rất dễ gây kích ứng da, nên rửa bằng xà phòng có tính axit yếu.



6-078 Bên bị liệt không thể nâng đỡ cơ thể và có khả năng cao dẫn đến bị thương. Do đó, để bên khỏe mạnh nằm dưới.



6-079 Chi dưới thì đỡ xương khớp chân từ dưới và lau từ ngoại biên hướng đến trung khu để thúc đẩy lưu thông máu.



6-080 Để cơ thể không bị lạnh, mỗi lần lau sạch xong thì lau bằng khăn khô, không để đọng nước.



6-081 Xắn gấu quần lên đến đầu gối để quần không bị ướt, hạn chế để lộ da càng ít càng tốt.



6-082 Để giảm nhẹ gánh nặng cho người sử dụng, vừa giữ xương khớp chân vừa rửa.



6-083 Để tránh bị bỏng cho người sử dụng, người chăm sóc phúc lợi bắt buộc phải kiểm tra nhiệt độ nước nóng trước khi để người sử dụng kiểm tra.



6-084 Bằng cách chỉnh vừa với chiều cao của bồn tắm và ghế tắm vòi sen, việc di chuyển trong tư thế nằm / ngồi trên một phương tiện nào đó trở nên dễ dàng.



6-085 Tư thế được ổn định bằng cách vào bồn tắm từ bên khỏe mạnh. Ngoài ra, cũng có thể kiểm tra nhiệt độ nước nóng.



6-086 Tránh đi tắm ngay sau khi lọc máu vì các mạch máu có thể giãn ra và làm giảm huyết áp.



6-087 Người mở rò dạ dày cũng có thể đi tắm. Điều quan trọng là phải rửa sạch bằng xà phòng và lau khô để giữ vệ sinh cho vùng xung quanh rò dạ dày.



6-088 Điều chỉnh lượng nước nóng sao cho dưới tim để giảm nhẹ gánh nặng cho tim.



6-089 Tránh đi tắm trong vòng 1 giờ sau bữa ăn, vì các chuyển động của ruột có thể hoạt động mạnh mẽ và phân có thể ra ngoài.



6-090 Mát-xa vùng bụng được thực hiện theo thứ tự kết tràng lên, kết tràng ngang và kết tràng xuống để kích hoạt nhu động ruột hoạt động mạnh mẽ và thúc đẩy quá trình thải khí và đại tiện.

✗

6-091 Đặt lòng bàn chân chạm trên sàn nhà giúp dễ rặn hơn. Ngoài ra, tư thế ngồi chồm về phía trước, góc trực tràng và hậu môn thẳng, dễ đại tiện hơn.

○

6-092 Khi sử dụng bồn cầu đưa vào, làm ấm bồn cầu trước để không gây cảm giác lạnh vùng mông.

○

6-093 Nếu tiến hành ở hướng ngược lại, sẽ làm vi khuẩn E.coli ở vùng hậu môn bám vào lỗ niệu đạo, là nguyên nhân gây nhiễm trùng đường tiết niệu.

○

6-094 Việc mặc tã ngay lập tức vì thấy tiểu không tự chủ thường xuyên là không phù hợp. Hành vi bài tiết đi kèm với tâm trạng xấu hổ, cần cân nhắc đến lòng tự tôn. Quyết định cần được đưa ra dựa trên mức độ tự lập của hành vi bài tiết, mức độ rối loạn liên quan đến bài tiết, thói quen sinh hoạt và tình hình thiết bị.

✗

6-095 Trường hợp là nam giới, đưa dương vật vào bô đi tiểu và để người sử dụng cầm. Do áp lực bụng và hình dạng của niệu đạo nên tư thế nằm nghiêng sẽ dễ đi tiểu hơn so với tư thế nằm ngửa.

✗

6-096 Chất bài tiết có thể làm bỏng da và đồ ngủ của người sử dụng. Cuộn tã vào trong và cẩn thận để không làm phân tán chất bài tiết ra ngoài. Hiểu cấu trúc và loại tã và cố gắng phòng ngừa ô nhiễm.

○

6-097 Do nguy cơ lây nhiễm cao, nên buộc chặt túi ny-lông và xử lý sao cho không trở thành nguồn lây nhiễm (nguồn truyền nhiễm).

○

6-098 Điều quan trọng là phải kiểm tra vì có khả năng rò rỉ hoặc trào ngược nước tiểu do ống thông bị gãy. Nếu có bất kỳ bất thường nào, liên lạc với chuyên gia y tế.

○

6-099 Túi lấy nước tiểu phải luôn được đặt ở vị trí thấp hơn bàng quang để phòng tránh nhiễm trùng đường tiết niệu do trào ngược. Cần đặc biệt chú ý khi hỗ trợ di chuyển trong tư thế nằm / ngồi trên một phương tiện nào đó

✗

6-100 Vì tháo ống thông là hành vi y tế, người chăm sóc phúc lợi không thể tiến hành. Nếu phát hiện nước tiểu bị rò rỉ, liên lạc với chuyên gia y tế.

✗

6-101 Vận động vừa phải có ích trong việc quản lý tình trạng sức khỏe và thay đổi tâm trạng. Khuyến khích thay vì hạn chế các bài thể dục theo radio, thì vừa thực hiện vừa kiểm tra những điểm cần lưu ý như tránh vận động va chạm với đối phương, xử lý chất bài tiết trước khi vận động.

✗

6-102

Thận có vai trò bài tiết các chất thải, lượng nước dư thừa tích tụ trong cơ thể. Vì có nhiều điểm cần lưu ý trong sinh hoạt hàng ngày, nên nắm bắt lượng nước tiểu thải ra là rất quan trọng. Người chăm sóc phúc lợi cố gắng nắm bắt nội dung điều trị và liên kết với nhân viên y tế để nắm bắt các triệu chứng và hỗ trợ.



6-103

Khi sử dụng bếp gas, có thể tránh nguy cơ hỏa hoạn bằng cách mặc quần áo đã xắn tay áo. Điều quan trọng nữa là cố gắng sắp xếp, làm vệ sinh bếp gas và môi trường xung quanh đó.



6-104

Thiết bị báo cháy nên được lắp trên trần hoặc mặt tường để phát hiện sớm khói và nhiệt. Việc lắp đặt ở phần gần sàn nhà sẽ không hiệu quả vì khói do đám cháy tạo ra trở nên nhẹ hơn không khí và bắt đầu bốc lên do nhiệt.



6-105

Bằng cách lau dọn các mắt của tấm chiếu, có thể dễ dàng loại bỏ bụi ở các khe hở.



6-106

Việc quét dọn bắt đầu từ nơi cao và sau đó quét dọn bụi rơi trên sàn nhà.



6-107

Bằng cách hút bụi, có thể hút xác rệp và phấn hoa.



6-108

Rệp yếu trước môi trường khô và không thể loại bỏ bằng khăn ướt.



6-109

Sau khi ăn, thức ăn được tiêu hóa và hấp thụ sẽ ảnh hưởng đến giấc ngủ. Vì vậy, nên kết thúc bữa tối trước khi ngủ ít nhất 3 tiếng khi quá trình tiêu hóa đã ổn định.



6-110

Vận động cơ giãn nhẹ làm cho thần kinh đối giao cảm hoạt động mạnh mẽ, giám căng thẳng và chuẩn bị cho giấc ngủ.



6-111

Đồ uống có chứa cafein gây cản trở giấc ngủ, vì vậy nên chọn loại không có chứa cafein.



6-112

Vào ban đêm, cần để ý tiếng bước chân và hội thoại của giữa người chăm sóc phúc lợi với nhau và tiếng đóng mở cửa.



6-113

Tiếp xúc với ánh sáng mặt trời sau khi thức dậy sẽ thiết lập nhịp điệu sinh học hàng ngày, dẫn đến giấc ngủ ban đêm.



6-114 Chuẩn bị đèn soi chân là một biện pháp hữu hiệu để đảm bảo an toàn cho sinh hoạt hàng ngày. Do người sử dụng gây có đôi chút lo lắng về việc đi lại, vì vậy tránh cho họ bị té ngã do bị vấp, thay đổi chất liệu sàn nhà và chuẩn bị môi trường để có thể đi bộ dễ dàng.



6-115 Giai đoạn 3 trong Thang điểm đánh giá độ nặng bệnh Parkinson theo Hoehn Yahr có các triệu chứng ban đầu của rối loạn phân xạ tư thế. Chức năng cơ thể bị suy giảm từ mức độ nhẹ đến mức độ trung bình, nhưng động tác sinh hoạt hàng ngày không cần hỗ trợ, vì vậy giường nên được đặt phù hợp với người cao tuổi, chứ không phải người chăm sóc.



6-116 Khoảng 30 phút sau khi uống thuốc, hiệu quả của thuốc bắt đầu xuất hiện. Do đó, trong vòng 30 phút, lên giường và chuẩn bị đi vào giấc ngủ.



6-117 Thông báo kịp thời cho bác sĩ về bất kỳ triệu chứng nào có thể là tác dụng phụ của thuốc ngủ. Điều này dẫn đến việc uống thuốc đúng cách.



6-118 Truyền đạt với bác sĩ những lời nói của người cao tuổi đang dùng thuốc ngủ để được xem xét nội dung uống thuốc. Người chăm sóc phúc lợi không được phán đoán tùy tiện.



6-119 Vận động nhẹ nhàng như đi dạo v.v. dẫn đến mệt mỏi vừa phải và thúc đẩy đi vào giấc ngủ.



6-120 Tắm nước nóng làm cho thần kinh giao cảm hoạt động mạnh mẽ và có tác dụng làm tỉnh táo nên nước ấm thì tốt.



6-121 Truyền đạt phương châm chăm sóc của cơ sở để biết liệu đối ứng có đi cùng với mong muốn của người đó không và cuối cùng xác nhận ý định. Vì ý định có thể thay đổi nên cần phải xác nhận lặp lại nhiều lần.



6-122 Ý định của người đó luôn được ưu tiên.



6-123 Chia sẻ bằng miệng thì không đầy đủ như là cách chia sẻ thông tin, vì vậy phải đảm bảo chia sẻ bằng văn bản.



6-124 Chăm sóc đau buồn cho gia đình đã bắt đầu từ giai đoạn cuối. Bằng cách đề xuất những gì gia đình có thể làm sẽ có thể giúp giảm bớt nỗi buồn sau khi chăm sóc cuối đời, vì vậy vừa lắng nghe mong muốn vừa cùng tiến hành chăm sóc.



6-125 Gia đình người sử dụng cuối đời có nỗi buồn có thể lường trước được. Cần có lời khuyên, tiếp xúc để họ thể hiện cảm xúc như lo lắng và buồn bã v.v. mà không phải chịu đựng.



6-126

Xác nhận mong muốn của gia đình để có thể đưa tiễn theo mong muốn của gia đình. Cùng tiễn hành cũng là một sự chăm sóc đau buồn cho gia đình.



6-127

Để xử lý sau khi chết, trong trường hợp mặc kimono, buộc dây theo chiều dọc.



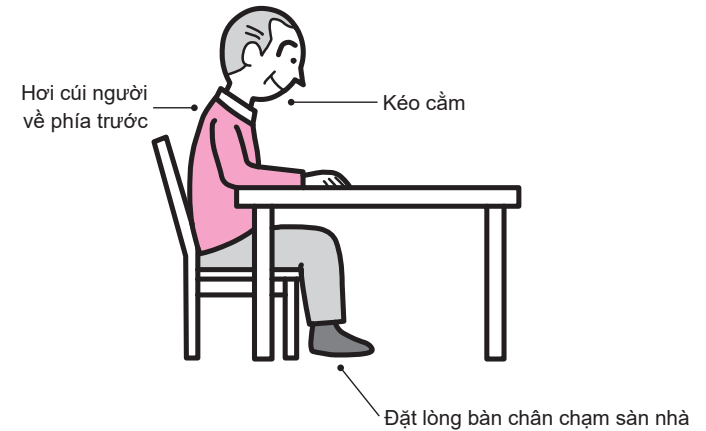
6-128

Xử lý sau khi chết được thực hiện trước khi co cứng tử thi bắt đầu. Co cứng tử thi thường bắt đầu khoảng 2 giờ sau khi chết, vì vậy cần tiến hành trước đó.

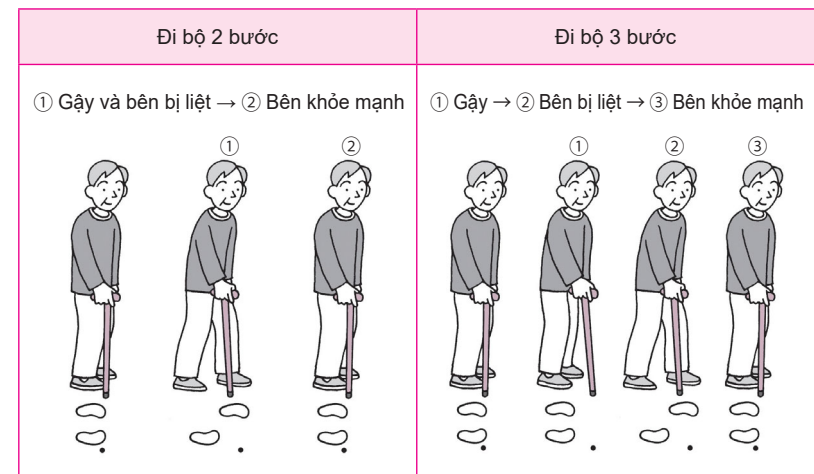


Điểm quan trọng khi học

■ Tư thế ăn uống



■ Đi bộ 2 bước và đi bộ 3 bước








7

Quy trình chăm sóc



Trả lời - Giải thích



- 7-001  Quy trình chăm sóc được tiến hành theo quy trình tư duy khách quan và khoa học, sử dụng kiến thức và kỹ thuật chuyên môn để thực hiện “cuộc sống tốt đẹp hơn” và “cuộc đời tốt đẹp hơn” mà người sử dụng mong muốn (▶ Tham khảo G006).
- 7-002  Khi soạn thảo kế hoạch chăm sóc, thiết lập mục tiêu dựa trên nhu cầu và các vấn đề sinh hoạt của người sử dụng đã được làm rõ bằng phân tích vấn đề (thẩm định). Vì mục tiêu đại diện cho "cuộc sống tốt đẹp hơn" mà người sử dụng đang hướng tới, nó phải phản ánh ý định của người sử dụng và cùng nỗ lực với người sử dụng (▶ Tham khảo G006).
- 7-003  Điều quan trọng là phải thực hiện kế hoạch chăm sóc phù hợp với giá trị quan của người sử dụng và duy trì sự tôn nghiêm của người sử dụng. Cần quan sát một cách khách quan phản ứng v.v. của người sử dụng và gia đình đối với việc thực hiện và nỗ lực để hiểu giá trị quan thông qua giao tiếp.
- 7-004  Mục đích của quy trình chăm sóc là phát triển để hướng đến sự tự thực hiện của từng người sử dụng. Tính đồng nhất có nghĩa là "tất cả đều giống nhau" và không thích hợp để thực hành chăm sóc như nhau cho tất cả người sử dụng.
- 7-005  Quy trình chăm sóc không nhằm mục đích hiện thực hóa cuộc sống lý tưởng của người chăm sóc phúc lợi, mà được triển khai để hiện thực hóa cuộc sống mong muốn của người sử dụng.

7-006 Khi quyết định thứ tự ưu tiên, thì ưu tiên các vấn đề sinh hoạt mang tính khẩn cấp cao đối với người sử dụng. Điều quan trọng là phải chấp nhận và tôn trọng nhu cầu và suy nghĩ của người sử dụng, nhưng đó không phải lúc nào cũng là vấn đề sinh hoạt.

7-007 Trong thăm định, yêu cầu sử dụng kiến thức chuyên môn với tư cách là người chăm sóc phúc lợi để đọc hiểu ý nghĩa của từng thông tin, sắp xếp và liên kết thông tin với nhau và làm rõ các vấn đề sinh hoạt của người sử dụng. (▶ Tham khảo G006).

7-008 Mục đích của thăm định là sử dụng đầy đủ các kỹ năng quan sát và giao tiếp mang tính ý đồ để nắm bắt được bức tranh toàn cảnh về cuộc sống của người sử dụng.

7-009 Người chăm sóc phúc lợi chọn lọc và ghi chép thông tin cần thiết và thông tin không cần thiết để hỗ trợ người sử dụng. Việc chọn lọc thông tin không chỉ được thực hiện ở giai đoạn thu thập thông tin, mà còn ở quá trình giải thích, liên kết và tích hợp thông tin.

7-010 Thông tin của người sử dụng bao gồm suy nghĩ và các sự việc liên quan đến cuộc đời cho đến nay của người sử dụng. Để biết bối cảnh của người sử dụng thông qua giao tiếp, điều quan trọng là phải xây dựng mối quan hệ tin tưởng với người sử dụng.

7-011 Thông tin chủ quan bao gồm quan điểm, cảm xúc, cách nghĩ, kỳ vọng v.v. của người đó. Ngoài ra, thông tin chủ quan là thông tin mà người chăm sóc phúc lợi rút ra được thông qua giao tiếp với người sử dụng.

7-012 Có khi do thành kiến mà người chăm sóc phúc lợi thu thập thông tin có định kiến không chính xác hoặc hiểu sai thông tin cần thiết. Để thoát khỏi thành kiến, bản thân người chăm sóc phúc lợi cần nhận thức được giá trị quan, cảm xúc và cách cư xử của bản thân v.v.

7-013 Thông tin cần thu thập bao gồm thông tin chủ quan và thông tin khách quan. Người chăm sóc phúc lợi luôn kiểm tra thông tin chủ quan để không trở thành chăm sóc ép buộc. Ngoài ra, điều quan trọng là phải phân biệt và ghi chép thông tin chủ quan và thông tin khách quan riêng biệt.

7-014 Thu thập thông tin được tiến hành trên tổng thể sinh hoạt, không chỉ về những gì người sử dụng không thể làm (mặt tiêu cực), mà còn về những gì người sử dụng có thể làm và cảm giác "cố gắng làm điều gì đó" v.v. (mặt tích cực).

7-015 Thăm định là "thu thập thông tin", "diễn giải / liên kết / tích hợp thông tin" và "làm rõ vấn đề" về người sử dụng. Giai đoạn này đòi hỏi kiến thức, kinh nghiệm và khả năng phán đoán chuyên môn nhất của người chăm sóc phúc lợi.

7-016 "Yếu tố cá nhân" trong yếu tố cấu thành của ICF không chỉ bao gồm tuổi tác, giới tính và giá trị quan mà còn cả lịch sử cuộc đời và lối sống (▶ Tham khảo G006).

7-017 Năm giác quan là thị giác, thính giác, xúc giác, vị giác và khứu giác. Để nâng cao năng lực quan sát, điều quan trọng là thường ngày phải ghi chép những thay đổi của người sử dụng và tích cực giao tiếp với người sử dụng.

7-018

Vì mục tiêu của quy trình chăm sóc thể hiện "cuộc sống tốt đẹp hơn" mà người sử dụng hướng tới, nên phải thiết lập mục tiêu đó đồng thời phản ánh ý kiến của người sử dụng để bản thân người sử dụng có thể hài lòng với mục tiêu đó.



7-019

Việc thể hiện mục tiêu của quy trình chăm sóc cần lấy người sử dụng làm chủ ngữ để bản thân người sử dụng có thể làm việc mang tính chủ thể.



7-020

Quy trình chăm sóc là một quy trình tôn trọng sự tự quyết định của người sử dụng và cùng với người sử dụng là chủ thể của đời sống hướng tới cuộc sống và sự tự thực hiện mà người đó hướng tới. Điều quan trọng là nội dung thể hiện phải dễ hiểu đối với người sử dụng và gia đình của họ.



7-021

Mục tiêu dài hạn của quy trình chăm sóc là cuối cùng muốn hướng đến tình trạng cuộc sống như thế nào để thể hiện hình tượng tình trạng đó.



7-022

Không phải là quyết định vấn đề ưu tiên theo yếu tố. Mà là xem xét mức độ nghiêm trọng và khẩn cấp của vấn đề và quyết định vấn đề ưu tiên.



7-023

Các vấn đề sinh hoạt trong quy trình chăm sóc phải được giải quyết để thực hiện cuộc sống mà người sử dụng mong muốn.



7-024

An toàn được ưu tiên hơn hiệu quả của kế hoạch chăm sóc. Ưu tiên cao nhất trong việc quyết định thứ tự ưu tiên là "an toàn tính mạng", tiếp theo là "ổn định cuộc sống" và "sự phong phú trong cuộc sống".



7-025

Kế hoạch chăm sóc trong tương lai do người chăm sóc phức lợi thực hiện tương ứng với P. Phương pháp SOAP là 1 trong những bản ghi chép tiến trình. S (Subjective Data = Dữ liệu chủ quan) là thông tin chủ quan, O (Objective Data = Dữ liệu khách quan) là thông tin khách quan, A (Assessment = Thăm định) là đánh giá và P (Plan = Kế hoạch) là kế hoạch.



7-026

Ở giai đoạn lập kế hoạch chăm sóc, phải lường trước mọi tình huống và dự đoán hiệu quả đến người sử dụng.



7-027

Mô tả kế hoạch chăm sóc bằng cách thể hiện cụ thể để nhóm có thể hiểu chung. Có thể cung cấp chăm sóc thống nhất bằng cách từng người tham gia chăm sóc ý thức về nội dung của kế hoạch chăm sóc và nỗ lực thực hành chăm sóc.



7-028

Trong lập kế hoạch chăm sóc, cần phải liên kết các mục tiêu dài hạn và mục tiêu ngắn hạn để việc đạt được mục tiêu ngắn hạn dẫn đến việc đạt được mục tiêu dài hạn.



7-029

Tình hình cơ thể và suy nghĩ của người sử dụng thay đổi. Người chăm sóc phức lợi cần quan sát kỹ nét mặt và cử chỉ v.v. của người sử dụng.



7-030 Trong ghi chép chăm sóc, điều quan trọng là phải viết sự thật sao cho chúng là các ghi chép chính xác và khách quan.



7-031 Khi thực hiện kế hoạch chăm sóc, phải thay đổi kế hoạch theo những thay đổi về tình trạng / tình hình của người sử dụng (▶ Tham khảo G006).



7-032 Bằng cách ghi chép mối liên quan với nhiều ngành nghề và phản ứng của người sử dụng tại thời điểm đó trong ghi chép chăm sóc, hiệu quả hỗ trợ và khả năng xuất hiện các vấn đề mới trên cơ sở thực hiện.



7-033 Tiêu chuẩn đánh giá thì sử dụng cách diễn đạt được chi số hóa một cách cụ thể nhất có thể để có thể đánh giá một cách khách quan.



7-034 Đánh giá là phán đoán dựa trên cả ý kiến và cảm xúc của người sử dụng và gia đình. Ngoài ra, tiến hành xác nhận liệu dịch vụ được cung cấp có hiệu quả hay không bằng cách truyền đạt nội dung đánh giá cho người sử dụng và gia đình (▶ Tham khảo G006).



7-035 Khi mục tiêu của kế hoạch chăm sóc đã đạt được, cần xác định xem có nên tiếp tục hay kết thúc kế hoạch chăm sóc tương tự trong tương lai. Khi cả hai mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn đạt được và các nhu cầu đã được giải quyết, hỗ trợ sẽ kết thúc và lập kế hoạch chăm sóc mới.



7-036 Bằng cách tổ chức chế độ hỗ trợ theo nhóm không chỉ giới hạn ở các chuyên gia, mà nhiều người có liên quan khác nhau ứng với nhu cầu của người sử dụng, có thể kỳ vọng vào hiệu quả to lớn trong việc thực hiện "cuộc sống tốt đẹp hơn" của người sử dụng.



7-037 Tổ chức cuộc họp người phụ trách dịch vụ là nghiệp vụ của chuyên gia hỗ trợ chăm sóc. Tại cuộc họp người phụ trách dịch vụ, thảo luận nội dung của kế hoạch với người sử dụng và gia đình.



7-038 Để thực hiện cuộc sống mà người sử dụng mong muốn, điều quan trọng là mỗi chuyên gia phải hợp tác với các ngành nghề khác đồng thời hiểu và tôn trọng nghề nghiệp và vai trò của nhau.



7-039 Hội nghị chăm sóc là nơi tập hợp các nghề liên quan nói chuyện với nhau, quyết định và đánh giá nội dung chăm sóc. Có thể được sử dụng hiệu quả như một cơ hội để giám sát học hỏi lẫn nhau.



7-040 Trung tâm của nhóm chăm sóc là chính người sử dụng. Nhóm chăm sóc có thể thực hành phương pháp tiếp cận nhóm một cách hiệu quả bằng cách chia sẻ đầy đủ thông tin giữa các chuyên gia xung quanh người sử dụng và phát huy tính chuyên môn của từng người.



7-041 Điều 47 của Luật Chuyên viên Phúc lợi Xã hội và Chuyên viên Chăm sóc Phúc lợi quy định sự hợp tác giữa người chăm sóc phúc lợi và những người có liên quan dịch vụ phúc lợi v.v.



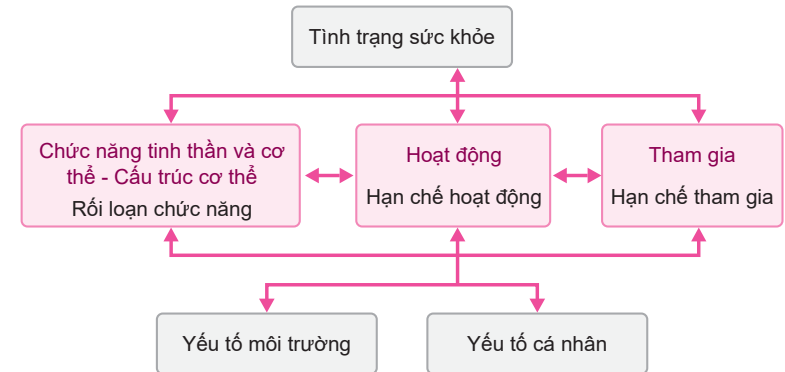
7-
042

Trong một nhóm được tạo thành từ nhiều người, môi trường dễ dàng học hỏi khả năng tự nhận thức, khả năng giao tiếp, v.v. sẽ được tạo ra bằng cách tạo ra các mối quan hệ lẫn nhau (động lực nhóm).

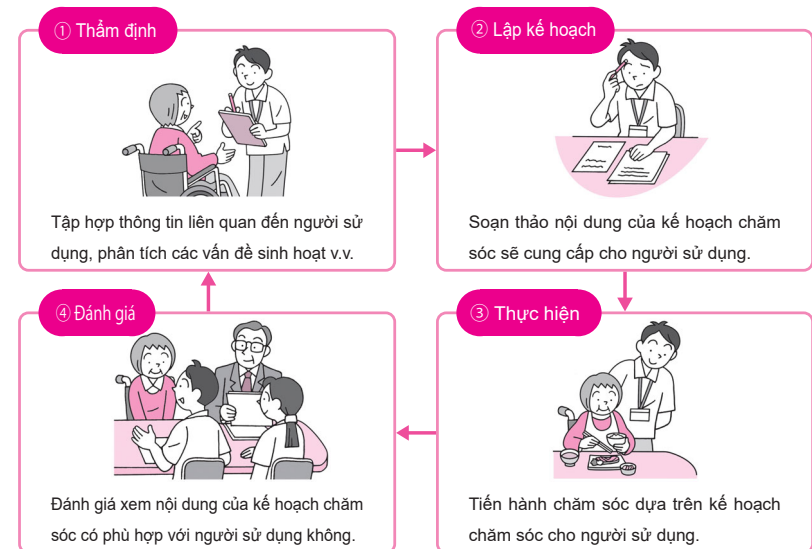


Điểm quan trọng khi học

■ Cấu trúc của Phân loại Quốc tế về Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe (ICF)



■ Quá trình của quy trình chăm sóc



8

Hiểu biết về sự phát triển và lão hóa



Trả lời - Giải thích



8-001 Bập bẹ là phát ra tiếng nói rõ ràng như "ba-ba-" và "da-da-", bắt đầu từ khoảng 6 tháng. Khoảng 2 tháng sau khi sinh, bé bắt đầu phát ra những âm thanh ê a cooing không rõ ràng như "ah" và "ku".



8-002 Tham khảo xã hội là xem xét nét mặt và phản ứng của người lớn đáng tin cậy và quyết định bản thân phải có hành động nào ứng với điều đó. Hiện tượng này bắt đầu được nhìn thấy vào khoảng 1 tuổi.



8-003 Bé bắt đầu sử dụng ngón tay để cầm nắm miếng gỗ đồ chơi xếp hình là vào khoảng 10 đến 12 tháng. Khoảng 6 tháng, bé có thể sử dụng toàn bộ bàn tay của mình để nắm lấy.



8-004 Có thể đứng vịn là vào khoảng 9 tháng sau khi sinh. Khoảng 6 tháng sau khi sinh là khoảng thời gian một số trẻ cần được đỡ hoặc có thể ngồi một mình.



8-005 Có các hình thức như người làm hành vi + hành động hoặc đối tượng + hành vi như "gâu gâu đến rồi", "papa ngồi" v.v. Các trợ từ v.v. bị lược bỏ. Một số trẻ sẽ có thể nói từ khoảng 1 tuổi rưỡi.



8-006

Sự gắn bó chỉ sự hình thành mối quan hệ bởi sự kết nối tình cảm với một người lớn cụ thể. Hành động gắn bó được nhìn thấy ngay sau khi sinh và đến khoảng 3 tháng, hành động gắn bó như nhìn theo chuyển động của những người xung quanh bằng mắt hoặc khóc để thu hút sự chú ý v.v. cũng được nhìn thấy.



8-007

Luật Phòng chống lạm dụng người cao tuổi quy định các biện pháp v.v. để bảo vệ người cao tuổi bị lạm dụng và giảm nhẹ gánh nặng cho người chăm sóc người cao tuổi, nhằm phòng chống lạm dụng đối với người cao tuổi, bảo vệ quyền và lợi ích của người cao tuổi. Trong đó, "người cao tuổi" được định nghĩa là người từ 65 tuổi trở lên.



8-008

Người cao tuổi giai đoạn đầu quy định là 65 tuổi trở lên dưới 75 tuổi, người cao tuổi giai đoạn sau là từ 75 tuổi trở lên. Trong Luật liên quan đến Bảo đảm Y tế cho người cao tuổi quy định gánh nặng tùy theo khả năng vì một xã hội mà tất cả mọi người được chăm sóc y tế một cách an tâm và đạt được sự công bằng giữa các thể hệ ngay cả giữa những người cao tuổi.



8-009

Trường hợp đặc biệt của việc gia hạn giấy phép lái xe là bắt buộc một khóa học đối với người 70 tuổi trở lên khi gia hạn giấy phép lái xe để họ hiểu rằng sự suy giảm chức năng cơ thể do gia tăng tuổi tác có thể ảnh hưởng đến việc lái xe như ô tô v.v.



8-010

Thuyết gốc tự do là thuyết cho rằng quá trình lão hóa xảy ra do tổn thương tế bào gây ra bởi oxy hoạt động (gốc tự do). Việc phát sinh lão hóa do suy giảm chức năng tái tạo bù đắp cho sự teo lại và thu nhỏ của các cơ quan nội tạng, bộ phận do gia tăng tuổi tác được gọi là thuyết hao mòn.



8-011

Kubler Ross cho rằng có các giai đoạn trong việc chấp nhận cái chết, tiến triển theo thứ tự phủ nhận, tức giận, thương lượng, trầm cảm và chấp nhận (▶ Tham khảo G014).



8-012

Cùng với sự gia tăng tuổi tác, sẽ xảy ra sự suy giảm nhóm cơ kéo xương móng về phía trước và lên trên. Ngoài ra, do sự lỏng lẻo của dây chằng nên phần lớn vị trí của xương móng bị thấp xuống so với khi còn trẻ.



8-013

Năng lực (trí thông minh) bao gồm trí thông minh chất lỏng và trí thông minh kết tinh. Tính chất lỏng còn được gọi là tính động tác, dễ suy giảm theo sự gia tăng tuổi tác. Tính kết tinh còn được là tính ngôn ngữ, và người ta cho rằng nó khó suy giảm theo sự gia tăng tuổi tác.



8-014

Thính giác của các cơ quan cảm giác dễ suy giảm theo sự gia tăng tuổi tác. Khi làm việc ở nơi ồn ào sẽ trở nên khó nghe nên hiệu quả công việc dễ giảm sút.



8-015

Trí nhớ tình tiết là trí nhớ được nhớ lại như là kinh nghiệm như "đã ăn gì vào bữa tối hôm qua" v.v. Khả năng tái sinh của trí nhớ tình tiết dễ bị ảnh hưởng bởi sự gia tăng tuổi tác.



8-016

Tầm nhìn ngoại vi bị thu hẹp do suy giảm độ nhạy cảm do việc giảm thiểu các tế bào thần kinh trong võng mạc và suy giảm chức năng của các đường dẫn truyền thị giác v.v.



8-017

Sự thay đổi lớn nhất do sự gia tăng tuổi tác xuất hiện ở tai trong, không chỉ khó nghe mà âm thanh còn bị bóp méo, trở nên khó nghe. Đặc biệt, việc suy giảm thính lực ở dải tần cao xuất hiện rõ rệt.



8-018 Nụ vị giác nhận biết vị giác giảm dần theo sự gia tăng tuổi tác, cùng với việc xuất hiện những thay đổi về vị giác thì độ nhạy cảm với vị giác cũng suy giảm theo.

8-019 Trong biểu mô khứu giác ở hốc mũi có tế bào khứu giác, chúng chấp nhận mùi ở đây. Cùng với sự gia tăng tuổi tác, do sự suy giảm chức năng và giảm thiểu số lượng của các tế bào này mà khó nhận thấy các mùi lạ như mùi thối rữa và mùi khí v.v., và không nhạy bén.

8-020 Tiểu không tự chủ do bệnh như chứng mất trí nhớ v.v. là nguyên nhân gây ra được gọi là tiểu không tự chủ do chức năng (són tiểu có tính chức năng).

8-021 Là tiểu không tự chủ do không đủ chức năng để ức chế việc đi tiểu mà nguyên nhân là hoạt động thái quá của các cơ bắp bàng quang hoặc sự co bóp của bàng quang trở nên yếu đi.

8-022 Trong chứng phì đại tuyến tiền liệt, nước tiểu bị rò rỉ từng chút không ý đồ. Không kiểm soát được nước tiểu trong tình hình như vậy được gọi là tiểu không tự chủ do tràn (són tiểu có tính đầy bóng đái).

8-023 Ở người cao tuổi, một khi bị bệnh, thường cần thời gian để chữa lành hoàn toàn. Phần lớn là khó phục hồi, dễ dẫn đến quá trình lâu dài, mắc nhiều bệnh. Mắc bệnh trong thời gian dài được gọi là bệnh mãn tính.

8-024 Người cao tuổi thường mắc nhiều bệnh, có khi được kê đơn thuốc uống cho từng bệnh, vì vậy dễ có nhiều loại thuốc uống hơn người trẻ.

8-025 Thuốc được phân hủy ở gan, nhưng ở người cao tuổi khả năng này giảm dần, khả năng đào thải ra khỏi cơ thể từ thận cũng suy giảm nên thuốc dễ tích tụ trong cơ thể. Kết quả là thuốc quá hiệu quả và dễ xảy ra tác dụng phụ.

8-026 Bệnh cao huyết áp dễ xảy ra do thói quen sinh hoạt, càng lớn tuổi thì cần có những biện pháp phù hợp. Điều nguy hiểm là có cùng mục tiêu điều trị chung cho người trẻ và người cao tuổi.

8-027 Trường hợp người cao tuổi, do chức năng gan suy giảm, chức năng trao đổi chất cũng suy giảm và tác dụng giải độc của thuốc cũng chậm lại nên thuốc tích tụ trong cơ thể, tác dụng của thuốc dễ xuất hiện, có khi tác dụng càng mạnh hơn.

8-028 Thành phần của xương chủ yếu là can-xi, nhưng khi cao tuổi, lượng hấp thụ can-xi và protein v.v. giảm đi, và mật độ xương (khối lượng xương) giảm do suy giảm lượng vận động, và xương trở nên yếu (▶ Tham khảo G007).

8-029 Có 3 tuyến nước bọt: tuyến mang tai, tuyến dưới lưỡi và tuyến dưới hàm. Nước bọt được tiết ra từ những tuyến này, nhưng người ta cho rằng từng chức năng suy giảm khi lão hóa và lượng tiết ra giảm.

8-030 Dung tích sống là lượng hít vào tối đa rồi thở mạnh ra. Khi sự lão hóa làm giảm số lượng tế bào trong mô phổi và tính đàn hồi của phổi cũng suy giảm, dung tích sống này cũng giảm đi đáng kể.

✗

8-031 Máu được tạo ra từ tủy xương, nhưng cùng với lão hóa, tủy xương màu đỏ có chức năng tạo máu giảm đi. Số lượng hồng cầu giảm, hemoglobin (huyết sắc tố) cũng giảm, dễ trở nên thiếu máu.

○

8-032 Da có vai trò trong chức năng giữ ẩm và chức năng bảo vệ. Cùng với lão hóa, da trở nên mỏng hơn và mất độ đàn hồi. Việc giảm số lượng các tuyến mồ hôi cũng khiến da dễ khô hơn.

✗

8-033 Nuốt xuống là nuốt thức ăn và nước vào. Thông thường, việc này tiến triển thuận lợi từ hầu họng đến thực quản, nhưng khi trở nên cao tuổi, nhiều khi vào khí quản từ thanh quản. Sặc có nghĩa là ho trong tình trạng này.

○

8-034 Khi suy tim tiến triển, có thể thấy cả khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi yên tĩnh.

✗

8-035 Các triệu chứng của suy tim có thể thấy là khó thở và phù nề, chứng xanh tím cũng nổi rõ trên mặt và môi.

○

8-036 Trường hợp có khó thở do suy tim, vì sung huyết phổi tăng lên ở tư thế nằm ngửa nên việc khó thở tăng mạnh. Tư thế thoải mái là tư thế cơ thể ngồi tựa hoặc úp mặt trên bàn/gối.

✗

8-037 Suy tim ở người cao tuổi thì có thể thấy phù nề toàn thân khi bệnh tiến triển.

✗

8-038 Các nguyên nhân gây ra lở loét vì nằm liệt giường bao gồm đình trệ lưu thông máu do chèn ép lâu ngày, mô dưới da và xương bị lệch lạc, dinh dưỡng thấp do hấp thụ bữa ăn không tốt, và thâm nhiễm da do sử dụng tã.

○

8-039 Ở tư thế nằm ngửa, các bộ phận chịu trọng lượng là vùng xương cụt, vùng đầu, vùng xương vai và vùng xương gót theo thứ tự giảm dần. Vùng xương cánh chậu dễ bị lở loét vì nằm liệt giường khi tư thế nằm nghiêng (▶ Tham khảo G007).

✗

8-040 Chất đạm chất lượng tốt có điểm số axit amin cao, và có trong thực phẩm như đậu nành, trứng, sữa, thịt bò, thịt lợn, thịt gà và cá v.v.

○

8-041 Phải mất 1 đến 3 ngày để thức ăn đã hấp thụ được tiêu hóa thành phân. Táo bón là tình trạng không đại tiện trong 3 ngày, vì vậy mà người đó cảm thấy bất tiện trong sinh hoạt.

✗

8-042 Vì ảnh hưởng của tất cả các bệnh như hệ tiêu hóa, hệ tuần hoàn v.v. thường dẫn đến táo bón.



8-043 Việc thải phân ra ngoài cần tư thế ngồi khi đại tiện và lực rặn để cơ bụng hoạt động. Vì sự suy giảm sức mạnh các cơ của cơ bụng mà có khả năng táo bón.



8-044 Thường thấy các tác dụng phụ như táo bón v.v. do uống thuốc.



8-045 Thay vì kê đơn thuốc xô ngay lập tức, cố gắng giải tỏa táo bón bằng cách làm cho nội dung bữa ăn có nhiều chất xơ, vận động cơ thể và cung cấp đủ nước v.v.



8-046 Vận động quá mức như đi bộ lâu hoặc leo lên xuống cầu thang v.v. sẽ tạo gánh nặng cho đầu gối, nhưng không nên hạn chế đi bộ để tăng cường sức mạnh các cơ cho chi dưới.



8-047 Tránh tạo gánh nặng lên xương khớp đầu gối càng nhiều càng tốt. Việc gặp xương khớp bằng cách ngồi quỳ dẫn đến tăng cơn đau.



8-048 Thông thường, trường hợp bị sốt và đau do lây nhiễm, phương pháp làm lạnh được thực hiện, nhưng trong trường hợp thoái hóa khớp gối, vì nó đã mãn tính, phương pháp làm ấm để làm ấm được áp dụng.



8-049 Tích cực sử dụng các dụng cụ hỗ trợ như gậy và khung tập đi v.v. để giảm nhẹ gánh nặng cho đầu gối.



8-050 Trong triệu chứng Parkinson, rối loạn vận động xảy ra do giảm thiểu dopamin. Xảy ra rối loạn phản xạ để giữ thăng bằng cơ thể và tư thế cúi về phía trước.



8-051 Trong triệu chứng Parkinson, cử động chân tay trở nên khó khăn do cản trở của bó ngoại tháp liên quan đến vận động và sự căng cứng các cơ bắp của cơ thể. Chiều dài sai chân trong quá trình đi bộ trở nên hẹp hơn, dễ bị té ngã (chân cứng, chân kéo lê, đi bộ từng bước nhỏ).



8-052 Một trong những triệu chứng của triệu chứng Parkinson là hạ huyết áp tư thế đứng. Hạ huyết áp tư thế đứng có nghĩa là xảy ra choáng váng hoặc chóng mặt v.v. khi đứng lên.



8-053 Sự vô cảm (khuôn mặt giống như mặt nạ) thường thấy ở người sử dụng có triệu chứng Parkinson là tình trạng hiếm hoi sự thay đổi biểu hiện do cứng cơ bắp.



8-054

Mắc viêm phổi làm suy giảm chức năng hô hấp và sức đề kháng, do đó dễ bị nhiễm vi-rút và vi khuẩn khác. Dễ gây ra nhiều biến chứng, có thể dễ dàng nghĩ đến biến chứng cúm.



8-055

Trường hợp người cao tuổi, các triệu chứng của bệnh không điển hình, và có trường hợp không bị sốt cao dù mắc viêm phổi. Sự xuất hiện của các triệu chứng có xu hướng chậm trễ, và không phải lúc nào sốt cao cũng xảy ra ngay từ đầu.



8-056

Các triệu chứng của chứng suy giảm chức năng tuyến giáp bao gồm phù nề, khàn giọng và lưỡi phình to v.v.



8-057

Luật Bác sĩ và Luật Nha sĩ quy định rằng bác sĩ hoặc nha sĩ có thể kê đơn thuốc. Nếu chuyên viên chăm sóc sức khỏe tiến hành là vi phạm pháp luật.



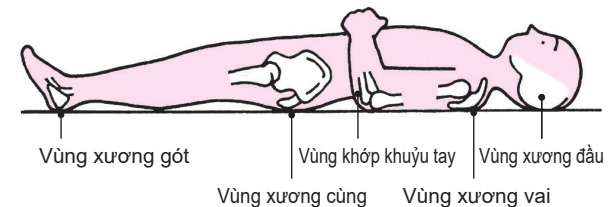
8-058

Kế hoạch dịch vụ tại nhà có thể do người đó hoặc gia đình soạn thảo nhưng thường được yêu cầu trung tâm hỗ trợ toàn diện trong khu vực hoặc doanh nghiệp hỗ trợ chăm sóc tại nhà để chuyên gia hỗ trợ chăm sóc (Care manager) soạn thảo. Người chăm sóc tại nhà tiếp nhận kế hoạch dịch vụ tại nhà và triển khai dịch vụ chăm sóc.

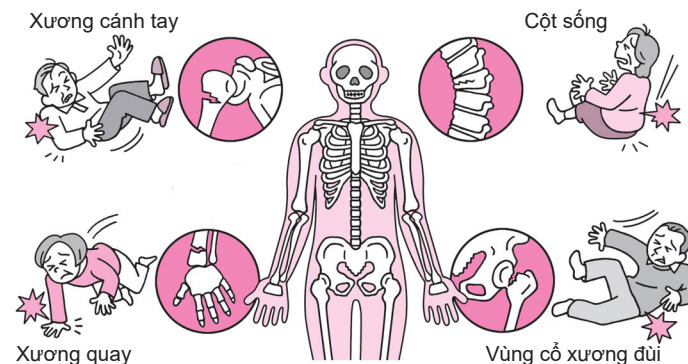


Điểm quan trọng khi học

■ Các bộ phận dễ bị lở loét vì nằm liệt giường



■ Các bộ phận gãy xương phổ biến ở người cao tuổi



9

Hiểu biết về chứng mất trí nhớ



Trả lời - Giải thích

A

9-001 Thay vì tập trung vào triệu chứng của chứng mất trí nhớ, chú ý đến cả xu hướng tính cách và lịch sử cuộc đời v.v. của người đó, đồng thời tập trung vào "cá tính riêng" mà người đó có, và hiểu được tình hình mà người đó thấy được.

9-002 Theo "Sách trắng Xã hội Cao tuổi năm 2017", số người mắc chứng mất trí nhớ là khoảng 4,62 triệu người vào năm 2012 (năm Heisei 24), nhưng vào năm 2025 (năm Reiwa 7), ước tính rằng sẽ có khoảng 7 triệu người.

9-003 Về nguyên tắc, đối tượng sử dụng của dịch vụ kiểu bám trụ tại khu vực là người cư trú trong thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son).

9-004 Bảy trụ cột của "Kế hoạch Màu cam Mới" là ① phổ biến và khai sáng sự hiểu biết về chứng mất trí nhớ, ② cung cấp y tế, chăm sóc kịp thời và thích hợp, ③ tăng cường các biện pháp cho chứng mất trí nhớ ở người trẻ, ④ hỗ trợ người chăm sóc, ⑤ xây dựng cộng đồng thân thiện với người cao tuổi bao gồm cả người mắc chứng mất trí nhớ, ⑥ thúc đẩy nghiên cứu và phát triển liên quan đến chứng mất trí nhớ, ⑦ coi trọng quan điểm của người mắc chứng mất trí nhớ và gia đình của họ.

9-005 Chế độ giám hộ người lớn bao gồm chế độ giám hộ nhiệm ý và chế độ giám hộ theo quy định pháp luật.

9-006 Chương trình hỗ trợ tự lập sinh hoạt hàng ngày thì Hội đồng Phúc lợi Xã hội các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken) hoặc Hội đồng Phúc lợi Xã hội Đô thị cấp Quốc gia là chủ thể thực hiện, và Hội đồng Phúc lợi Xã hội thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son) phụ trách nghiệp vụ quây.



9-007 Nhân viên thúc đẩy hỗ trợ khu vực về chứng mất trí nhớ được bố trí cho từng thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son) tại Trung tâm Hỗ trợ toàn diện trong khu vực, thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son), Trung tâm Y tế Chứng mất trí nhớ, v.v.



9-008 Các triệu chứng cốt lõi của chứng mất trí nhớ bao gồm rối loạn trí nhớ, rối loạn phương hướng, suy giảm năng lực tính toán, suy giảm năng lực phán đoán, chứng mất ngôn ngữ, mất nhận thức, rối loạn phối hợp động tác và rối loạn chức năng thực hành v.v. (→ Tham khảo G008).



9-009 Đặc điểm của tật hay quên do chứng mất trí nhớ so với tật hay quên cùng với sự gia tăng tuổi tác phần lớn là quên tất cả trải nghiệm và thường không tự ý thức được tật hay quên, và tật hay quên đó tiến triển và cản trở sinh hoạt hàng ngày của họ.



9-010 Đặc điểm của tật hay quên cùng với sự gia tăng tuổi tác phần lớn là quên một phần trải nghiệm và tự ý thức được tật hay quên. Thông thường, tật hay quên không tiến triển và ở mức không gây trở ngại cho sinh hoạt hàng ngày.



9-011 Sự mất nhận thức là không còn khả năng nhận thức phù hợp những gì đã nhìn hoặc nghe, mặc dù chức năng giác quan không bị tổn thương. Việc không thể hành động phù hợp với mục đích dù chức năng vận động không bị tổn thương gọi là rối loạn phối hợp động tác.



9-012 Rối loạn chức năng thực hành là không thể lập kế hoạch và thực hiện nó, gây trở ngại cho ADL (sinh hoạt hàng ngày).



9-013 Rối loạn phương hướng là tình trạng mất khả năng lý giải thông tin cần thiết cho sinh hoạt hàng ngày như thời gian, địa điểm và nhân vật v.v.



9-014 Tình trạng mà các chức năng ngôn ngữ như nói, nghe, viết và đọc bị mất một cách có chọn lọc mặc dù không có rối loạn trong các cơ quan cấu âm hoặc thính giác được gọi là chứng mất ngôn ngữ. Tình trạng mất chức năng nói được gọi là chứng mất ngôn ngữ vận động và tình trạng mất chức năng nghe được gọi là chứng mất ngôn ngữ cảm giác.



9-015 Rối loạn hành vi giấc ngủ REM là 1 trong những triệu chứng thường thấy ở người mắc chứng mất trí nhớ thể Lewy (bệnh sa sút trí tuệ thể Lewy).



9-016 Ngay cả khi rối loạn trí nhớ tiến triển, phần lớn thì khả năng cảm nhận được bị những người xung quanh nhìn như thế nào vẫn được duy trì. Ngoài ra, cơ chế của tâm hồn mang tính cơ bản với tư cách con người không thay đổi.



9-017 Mê sáng là tình trạng trong đó ý thức u ám và có khi kèm theo ảo giác. Phát bệnh nhanh chóng và các triệu chứng dao động dù trong một ngày. Những gì thường xảy ra vào ban đêm được gọi là mê sáng ban đêm.



9-018 Tình trạng trầm cảm phần lớn là dao động dù trong một ngày. Thông thường, phần lớn thì buổi sáng không khỏe, buổi chiều hoạt động tăng lên.



9-019 Chứng mất trí nhớ do bệnh Alzheimer (bệnh sa sút trí tuệ Alzheimer) có thời kỳ phát bệnh không rõ ràng, không rõ khi nào tật hay quên bắt đầu và tiến triển chậm (▶ Tham khảo G008).



9-020 Trong chứng mất trí nhớ do bệnh Alzheimer (bệnh sa sút trí tuệ Alzheimer), các thay đổi bệnh lý rõ ràng được tìm thấy ở hồi hải mã và hệ viền bên trong thùy thái dương liên quan đến trí nhớ, và rối loạn trí nhớ xuất hiện ngay từ giai đoạn đầu (▶ Tham khảo G008).



9-021 Rối loạn mạch máu não có xuất huyết não, xuất huyết dưới nhện, nhồi máu não, v.v. gây ra nhiều rối loạn khác nhau tùy theo bộ phận tổn thương. Rối loạn mạch máu não xảy ra mà nguyên nhân là bệnh do thói quen sinh hoạt



9-022 Chứng mất trí nhớ do tai biến mạch máu (bệnh sa sút trí tuệ do tai biến mạch máu) phần lớn đi kèm với rối loạn vận động, tùy thuộc vào bộ phận của chấn thương não. Ngoài rối loạn trí nhớ và rối loạn phương hướng, có thể xảy ra các triệu chứng như sự không kiểm soát (tự chủ) được trong cảm xúc, ảo tưởng, mê sảng và trầm cảm v.v. và các triệu chứng thần kinh như rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác và liệt nửa người v.v. (▶ Tham khảo G008).



9-023 Trong chứng mất trí nhớ thể Lewy (bệnh sa sút trí tuệ thể Lewy), có thể thấy triệu chứng Parkinson và cử động toàn thân trở nên xấu đi. Có các triệu chứng như chân cứng, đi bộ từng bước nhỏ, tư thế chồm về phía trước và không thể dừng lại đột ngột v.v. và té ngã nhiều lần. Ngoài ra, dễ đi kèm với trải nghiệm ảo giác thị giác (▶ Tham khảo G008).



9-024 Chứng mất trí nhớ thể Lewy (bệnh sa sút trí tuệ thể Lewy) có đặc điểm gây ra ngất xỉu, các triệu chứng dao động trong ngày và rối loạn ý thức thoáng qua v.v. (▶ Tham khảo G008).



9-025 Có khi lặp đi lặp lại hành động kỳ quặc như thể con người thay đổi như là triệu chứng của biến đổi nhân cách. Có thể thấy cả xu hướng lặp lại cùng một kiểu trong hành động.



9-026 Có thể thấy hành vi khuôn sáo ở giai đoạn giữa của chứng mất trí nhớ như là 1 đặc điểm của chứng mất trí nhớ tiền đình thái dương (bệnh sa sút trí tuệ trán – thái dương). Hành vi khuôn sáo là triệu chứng mà nếu không làm cùng một hành vi mỗi ngày thì không chịu được (▶ Tham khảo G008).



9-027 Bệnh Creutzfeldt-Jakob thường phát bệnh ở độ tuổi 50 ~ 60 và dẫn đến chết từ 6 ~ 12 tháng sau khi có các triệu chứng ban đầu.



9-028 Tụ máu dưới màng cứng mãn tính dần dần tăng kích thước từ 1 ~ 3 tháng sau khi bị thâm tím, đau đầu và tật hay quên trở nên trầm trọng. Tụ máu có thể được loại bỏ bằng phẫu thuật não, và đây là một bệnh điển hình của chứng mất trí nhớ có thể chữa khỏi.



9-029 Các triệu chứng chính của não úng thủy áp lực bình thường là rối loạn nhận thức, rối loạn đi bộ và tiểu không tự chủ. Đây là chứng mất trí nhớ có thể chữa khỏi bằng cách điều trị.



9-030 Cải thiện chức năng tuyến giáp thì không còn thấy các triệu chứng của chứng mất trí nhớ. Đây là chứng mất trí nhớ có thể chữa khỏi bằng cách điều trị.



9-031 Chứng mất trí nhớ ở người trẻ là chứng mất trí nhớ phát bệnh trước 65 tuổi, bất kể bệnh là nguyên nhân là gì. Hơn nữa, 18-39 tuổi được phân loại là giai đoạn trẻ tuổi và 40-64 tuổi là giai đoạn cao tuổi thời kỳ đầu.



9-032 So với chứng mất trí nhớ ở giai đoạn cao tuổi, chứng mất trí nhớ ở người trẻ có tỷ lệ mắc thấp hơn đáng kể và tiến triển nhanh hơn. Thường phát bệnh ở nam giới.



9-033 HDS-R và MMSE được sử dụng như một kiểm tra sàng lọc để lọc ra những người bị nghi ngờ mắc chứng mất trí nhớ trong tập thể, và chỉ HDS-R và MMSE không thể chẩn đoán chính thức.



9-034 Trong giai đoạn đầu của chứng mất trí nhớ, IADL, tức là khả năng quản lý cuộc sống hạ thấp, vì vậy thăm định tình hình sinh hoạt như quản lý tiền bạc, mua sắm, ra ngoài một mình, từ lên thực đơn đến nấu ăn, và giữ nhà cửa ngăn nắp v.v.



9-035 Phương pháp điều trị bằng thuốc cho chứng mất trí nhớ không thể ngăn chặn hoàn toàn sự tiến triển của bệnh, nhưng ức chế sự tiến triển của bệnh.



9-036 Tác dụng phụ của donepezil hydrochloride bao gồm rối loạn tiêu hóa như cảm giác thèm ăn suy giảm, tiêu hóa kém và tiêu chảy v.v.



9-037 Có cách phổ biến và kêu gọi cách nghĩ về phòng tránh chứng mất trí nhớ thông qua các buổi giảng v.v. như là một phương pháp tiếp cận dân số được tiến hành để phòng tránh chứng mất trí nhớ. Có cách hướng dẫn về bảo vệ sức khỏe v.v. như cải thiện chế độ ăn uống trong thực tế như là một phương pháp tiếp cận rủi ro cao.



9-038 Rối loạn nhận thức nhẹ là tình trạng trong giai đoạn đầu của chứng mất trí nhớ do bệnh Alzheimer (bệnh sa sút trí tuệ Alzheimer) v.v., trong đó có phần nản về tật hay quên và cũng thấy suy giảm trí nhớ, nhưng ADL (Sinh hoạt hàng ngày) và chức năng nhận biết tổng thể vẫn bình thường. Thực hiện phục hồi chức năng hoạt tính não ở giai đoạn này thì có hiệu quả.



9-039 Sự không kiểm soát (tự chủ) được trong cảm xúc thể hiện tình trạng không thể kìm nén được cảm xúc. Thường thấy trong chứng mất trí nhớ do tai biến mạch máu (bệnh sa sút trí tuệ do tai biến mạch máu).



9-040 Trong ảo giác có ảo giác thị giác nhìn thấy vật hay người không tồn tại, ảo giác thính giác nghe được những tiếng nói chặc chặc không thể nghe được v.v. Ảo giác thị giác là 1 trong các đặc điểm của chứng mất trí nhớ thể Lewy (bệnh sa sút trí tuệ thể Lewy).



9-041 Trong ảo tưởng có ảo tưởng bị trộm đồ như "bị đánh cắp tiền," hay ảo tưởng thiệt hại như "trong bữa ăn có độc."



9-042 Cũng có khi muốn về nhà nói rằng "tôi về nhà" vào chiều tối. Có khi dù ở nhà riêng vẫn xảy ra những lời nói và hành động như vậy.



9-043 Hành vi khuôn sáo đề cập đến việc lặp lại cùng một hành động, thường thấy trong chứng mất trí nhớ tiền đình thái dương (bệnh sa sút trí tuệ trán – thái dương).



9-044 Trong chứng mất trí nhớ do bệnh Alzheimer (bệnh sa sút trí tuệ Alzheimer) và chứng mất trí nhớ thể Lewy (bệnh sa sút trí tuệ thể Lewy) mức độ trung bình trở lên, có khi ngộ nhận thực phẩm không ăn được mà ăn nhầm.



9-045 Trường hợp đang sử dụng tã, phân có thể đọng lại trong tã, điều này có thể gây khó chịu và có khi cởi bỏ tã. Có thể nói, đây là một hành vi phát sinh từ cách mà chăm sóc được cung cấp.



9-046 Khi cảm giác cô đơn hoặc cô lập trở nên mạnh lên, nên suy nghĩ để làm điều gì đó với tình hình đó nên có khi cố gắng có được cảm giác an toàn bằng cách thu thập mọi thứ và đặt chúng xung quanh mình.



9-047 Các triệu chứng hành động, tâm lý bị ảnh hưởng bởi môi trường và mối quan hệ với những người xung quanh v.v., ngoài các triệu chứng cốt lõi do suy giảm chức năng nhận biết cùng với sự tiến triển của chứng mất trí nhớ mà xuất hiện như triệu chứng tri giác, suy nghĩ, cảm giác hoặc hành động (► Tham khảo G008).



9-048 Các triệu chứng hành động, tâm lý của chứng mất trí nhớ do nhiều yếu tố gây ra và có thể không xuất hiện ở tất cả những người mắc chứng mất trí nhớ. Ngoài ra, có khi tăng hoặc giảm tùy thuộc vào cách hỗ trợ được cung cấp cho người đó.



9-049 Ưc chế hoặc ngăn cấm các triệu chứng hành động, tâm lý của chứng mất trí nhớ thường bị những người mắc chứng mất trí nhớ coi là "bị từ chối", ngược lại, dễ khiến cảm giác tiêu cực. Do đó, nhiều trường hợp áp dụng biện pháp tiếp xúc thay thế cho việc ức chế, cấm đoán thì hiệu quả hơn.



9-050 Bất an được thể hiện theo nhiều cách khác nhau ở mỗi người mắc chứng mất trí nhớ. Phần lớn những người mắc chứng mất trí nhớ thường không thể tự phân tích điều gì là nguyên nhân của sự bất an.



9-051 Tránh những lời tiêu cực và không quy trách nhiệm về sự thất bại để trân trọng lòng tự tôn của những người mắc chứng mất trí nhớ. Để chấp nhận thể giới mang tính chủ quan, nắm bắt lịch sử cuộc đời của người đó và không phủ nhận nó cho dù nó khác với thể giới thực.



9-052 Những phản ứng như quở trách, phủ nhận, v.v. không những không giúp cải thiện các triệu chứng hành động, tâm lý (BPSD) của người mắc chứng mất trí nhớ mà còn gây ra sự hỗn loạn, phản kích, dễ gây ra lời nói, hành động có tính hung hăng.



9-053 Điều quan trọng trong việc hỗ trợ những người mắc chứng mất trí nhớ là hiểu "những gì người đó vẫn có thể làm" và "những gì họ không còn làm được", và bù đắp phần "những gì họ không còn làm được" một cách tự nhiên, tham gia mang tính phòng tránh để người đó không thất bại.



9-054 Người mắc chứng mất trí nhớ dễ bị ảnh hưởng bởi xung quanh. Khi bị kích thích nhiều bởi trước tiên là tiếng ồn v.v. thì thường mệt mỏi và phần lớn trở nên hỗn loạn. Điều quan trọng là phải kiểm soát số lượng và chất lượng của sự kích thích và tạo ra một môi trường thoải mái.



9-055 Những người mắc chứng mất trí nhớ có rối loạn phương hướng dễ mất cảm giác kết nối giữa các nơi. Do đó, việc nhớ một địa điểm mới và cảm thấy rằng đó thực sự là địa điểm bản thân trở nên khó khăn. Cần xem xét để bù đắp khoảng trống về những thay đổi của môi trường.



9-056 Những người mắc chứng mất trí nhớ có rối loạn trí nhớ hoặc rối loạn phương hướng khi rơi vào cảm giác bất an do ở một mình ở nơi xa lạ thì bằng cách có được sự hiện diện của một người đáng tin cậy sẽ dễ giảm nhẹ bất an. Điều cần thiết của người chăm sóc phúc lợi là làm cho những người mắc chứng mất trí nhớ cảm thấy rằng họ là sự hiện diện đáng tin cậy.



9-057 Hội đồng Chăm sóc khu vực được đặt tại thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son) hoặc Trung tâm hỗ trợ toàn diện trong khu vực.



9-058 3 Chuyên gia được bố trí cho Trung tâm hỗ trợ toàn diện trong khu vực, tiến hành ① Chương trình hỗ trợ phòng tránh chăm sóc số 1, ② Nghiệp vụ hỗ trợ tư vấn tổng hợp, ③ Nghiệp vụ bảo vệ quyền lợi, và ④ Nghiệp vụ hỗ trợ quản lý chăm sóc toàn diện và liên tục như là chương trình hỗ trợ toàn diện.



9-059 Quán cà phê chứng mất trí nhớ là nơi nhằm mục đích để người mắc chứng mất trí nhớ và gia đình chia sẻ thông tin với cư dân khu vực và các chuyên gia để hiểu nhau. Không có tiêu chuẩn vận hành cụ thể, nhiều quán cà phê chứng mất trí nhớ với nhiều mục đích và hình thức khác nhau đang lan rộng trên cả nước.



9-060 Lớp học chăm sóc không chỉ học các kỹ thuật liên quan đến chăm sóc cơ thể mà còn học các kiến thức và cách tiếp xúc với chứng mất trí nhớ, cũng có ích cho gia đình của người mắc chứng mất trí nhớ do đây là cơ hội để ai cũng dễ dàng có được thông tin.



9-061 Những người hỗ trợ chứng mất trí nhớ là những tình nguyện viên có kiến thức đúng đắn về chứng mất trí nhớ và giúp đỡ những người mắc chứng mất trí nhớ và gia đình của họ trong khu vực và lĩnh vực nghề nghiệp. Những người này cần tham gia một khóa học bồi dưỡng người hỗ trợ chứng mất trí nhớ do chính quyền địa phương như các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken) hay thành phố, thị trấn, làng (Shi-cho-son), các tổ chức lĩnh vực nghề nghiệp toàn quốc và các đoàn thể như doanh nghiệp v.v. thực hiện.



9-062 Nhóm hỗ trợ tập trung giai đoạn đầu cho chứng mất trí nhớ không chỉ bao gồm các chuyên gia y tế mà còn cả các nhân viên phúc lợi như chuyên viên chăm sóc phúc lợi, chuyên viên phúc lợi xã hội và chuyên viên phúc lợi sức khỏe tâm thần v.v. tham gia, triển khai hỗ trợ thông qua hợp tác nhiều ngành nghề.



9-063 Không hiếm gia đình có người mắc chứng mất trí nhớ rơi vào tình trạng trầm cảm khi chăm sóc. Từ tình hình như vậy, có khi phát triển thành lạm dụng như bỏ bê (bỏ mặc không chăm sóc)



9-064 Có khi gia đình chăm sóc một người mắc chứng mất trí nhớ liên tục sống một cuộc sống mà tâm trí không được nghỉ ngơi 24/24. Bằng cách nghỉ ngơi dù chỉ là tạm thời, gánh nặng chăm sóc và căng thẳng sẽ được giảm nhẹ.



9-065 Có khi trò chuyện với những người cùng cảnh ngộ cũng có ích như tham vấn ngang hàng (peer counseling). Peer có nghĩa là "người tương đồng". Những người có cùng nỗi khổ tâm có thể tập hợp để chia sẻ những nỗi khổ tâm, động viên nhau và nói về kinh nghiệm của họ khi vượt qua các vấn đề, điều này có thể khiến họ cảm thấy thoải mái hơn.



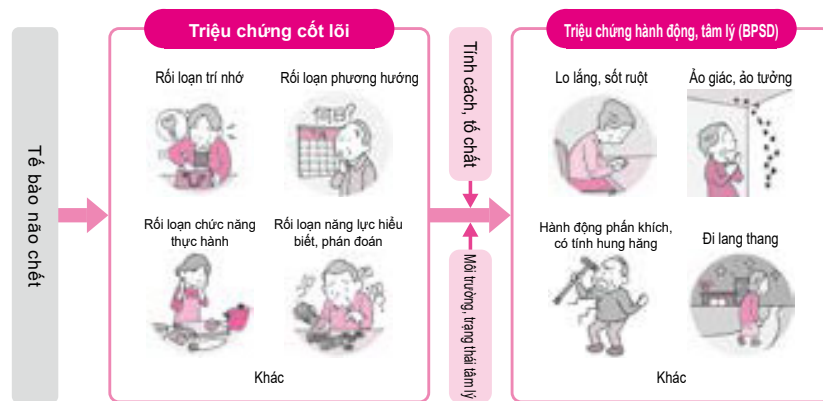


Điểm quan trọng khi học

■ Các bệnh là nguyên nhân chính và triệu chứng của chứng mất trí nhớ

Phân loại	Các triệu chứng chính v.v.
① Chứng mất trí nhớ do bệnh Alzheimer (bệnh sa sút trí tuệ Alzheimer)	<ul style="list-style-type: none"> - Phát bệnh và tiến triển chậm. - Bắt đầu từ rối loạn trí nhớ. - Thường có tâm trạng tốt. - Có những loại thuốc làm chậm quá trình tiến triển.
② Chứng mất trí nhớ do tai biến mạch máu (bệnh sa sút trí tuệ do tai biến mạch máu)	<ul style="list-style-type: none"> - Tiến triển theo từng giai đoạn. - Liệt nửa người hoặc rối loạn ngôn ngữ v.v. - Có những việc có thể làm và việc không thể làm.
③ Chứng mất trí nhớ thể Lewy	<ul style="list-style-type: none"> - Thấy những gì không thể thấy (ảo giác thị giác). - Đi bộ bước nhỏ v.v. (triệu chứng Parkinson). - Nói ra tiếng cùng với giấc mơ (rối loạn hành vi giấc ngủ).
④ Chứng mất trí nhớ tiền đình thái dương	<ul style="list-style-type: none"> - Lý trí và khả năng ức chế không hoạt động. - Thay đổi tính cách. - Hành động theo một kiểu cố định. - Phấn khích, có tính hung hăng.

■ Các triệu chứng cốt lõi và các triệu chứng hành động, tâm lý của chứng mất trí nhớ (BPSD)



Các triệu chứng hành động, tâm lý cũng được gọi là triệu chứng ngoại biên.

10

Hiểu biết về khuyết tật

A

Trả lời - Giải thích

A

10-001 Trong ICIDH, khuyết tật trở thành rối loạn chức năng hoặc rối loạn hình thái do bệnh tật hoặc thay đổi tình trạng sức khỏe, từ đó gây ra khuyết tật năng lực và dẫn đến bất lợi xã hội.

✗

10-002 Mô hình xã hội của ICF coi khuyết tật là những gì do môi trường tạo ra.

✗

10-003 Theo Luật Xóa bỏ Phân biệt Đối xử Người Khuyết tật “có mục đích thúc đẩy xóa bỏ phân biệt đối xử vì lý do khuyết tật, từ đó xây dựng một xã hội mà tất cả quốc dân có thể cùng sinh sống, cùng tôn trọng nhân cách và cá tính của nhau mà không bị ngăn cách vì có hay không có khuyết tật”.

○

10-004 Hướng đến các tổ chức liên quan trong khu vực v.v. sẽ liên kết để có thể thực hiện hỗ trợ hiệu quả và suôn sẻ cho những người khuyết tật có tình hình khó khăn trong cuộc sống xã hội.

○

10-005 Cung cấp sự xem xét hợp lý là Nhà nước và đoàn thể công cộng địa phương (nghĩa vụ pháp lý) và các doanh nghiệp tư nhân (nghĩa vụ nỗ lực).

✗

10-006 Để thực hiện việc xem xét hợp lý, cần có sự xem xét thích hợp tùy theo đặc tính khuyết tật của từng người tùy theo hoàn cảnh và tình hình.



10-007 Bank-Mikkelsen ủng hộ bình thường hóa và hoạt động để nâng cao phúc lợi của người khuyết tật trí tuệ. Người tóm tắt 8 nguyên lý là Nirje,B.



10-008 Lý tưởng là thiết lập hướng đến một nơi sống cho người khuyết tật được sống trong khu vực giống như những người không khuyết tật.



10-009 Hòa nhập xã hội là suy nghĩ cho rằng xã hội bao bọc tất cả mọi người, kể cả người có vị trí xã hội thấp như người khuyết tật, người cao tuổi, trẻ em, người nhập cư v.v.



10-010 Người chăm sóc phúc lợi khơi dậy khả năng của người sử dụng và hỗ trợ họ để có thể giải quyết vấn đề của chính mình (trao quyền).



10-011 Người chăm sóc phúc lợi chú ý đến những gì người sử dụng có thể làm. Hỗ trợ để phát triển nó như một điểm mạnh (sức mạnh).



10-012 Advocacy là thay mặt người sử dụng bảo vệ và hỗ trợ ở vị trí của người sử dụng (bảo vệ quyền lợi). Nếu năng lực phán đoán suy giảm do khuyết tật trí tuệ hoặc khuyết tật thần kinh, có khi không truyền đạt được ý định và quyền lợi của mình.



10-013 Phục hồi chức năng mang tính y khoa là tiến hành điều trị bệnh và huấn luyện để làm phục hồi chức năng. Trường hợp không thể sử dụng được tay thuận do bị liệt v.v. thì tiến hành huấn luyện để đổi tay thuận.



10-014 “Hỗ trợ trên phương diện nghề nghiệp” tương ứng với phục hồi chức năng mang tính kinh tế. Giới thiệu việc làm, hướng nghiệp, dạy nghề v.v. được tiến hành.



10-015 Tiểu não có chức năng điều chỉnh các vận động như thăng bằng v.v. Có thể thấy bệnh mất điều hòa (như choáng váng) do sự phá hủy các tế bào thần kinh đó.



10-016 Triệu chứng ban đầu của bệnh thoái hóa tiểu não (tủy sống) là choáng váng khi đi bộ và có nguy cơ té ngã. Tuy nhiên, trường hợp có thể đi bộ thì cần nhắc sử dụng gậy để ngăn ngừa hội chứng khiếm dụng.



10-017 Bại não là rối loạn não xảy ra trong giai đoạn sơ sinh từ khi mang thai đến 4 tuần tuổi sau sinh, có thể thấy các rối loạn vận động như liệt, vận động không chủ động, căng cơ bắp v.v.



10-018 Bại não được phân loại thành thể co cứng, thể múa vờn, thể liệt cứng, thể thất điều, thể phối hợp tùy theo các triệu chứng.



10-019 Có các kiểu liệt khác nhau tùy thuộc vào bộ phận và tình trạng tổn thương tủy sống. Tổn thương tủy sống thất lưng và tổn thương tủy sống ngực gây liệt hai chi dưới. Liệt tứ chi xảy ra do tổn thương tủy sống cổ.



10-020 Tổn thương tủy sống cổ gây tích nhiệt trong cơ thể (sốt trầm cảm) do chức năng bài tiết mồ hôi không hoạt động. Điều chỉnh máy điều hòa hoặc lau người bằng khăn lạnh để hạ nhiệt độ cơ thể.



10-021 Có vùng ngôn ngữ liên quan đến ngôn ngữ nói, nghe, đọc và viết ở não trái của đại não. Rối loạn ngôn ngữ có thể thấy ở rối loạn não trái.



10-022 Không thấy một nửa không gian xảy ra do tổn thương bán cầu đại não phần lớn là không thấy không gian bên trái. Do không thấy không gian bên trái không chú ý đến không gian và các vật ở phía bên trái, vì vậy ngay cả khi gọi từ phía bên trái, người đó vẫn cố gắng tìm phía bên phải (▶ Tham khảo G009).



10-023 Khi cườm nước tiến triển, có thể thấy trường thị giác hẹp, đau đầu và buồn nôn. Quáng gà là tình trạng thị lực bị suy giảm trong bóng tối và căn bệnh chính là thoái hóa sắc tố võng mạc (▶ Tham khảo G009).



10-024 Bệnh võng mạc tiểu đường là 1 trong ba biến chứng chính của bệnh tiểu đường (bệnh võng mạc tiểu đường, bệnh thận tiểu đường, bệnh thần kinh tiểu đường) và làm cản trở lưu thông máu ở võng mạc. Các triệu chứng chính là nhìn mờ, thị lực suy giảm, cũng có khi bị mù. Trong các căn bệnh chính mà nhãn áp tăng, thần kinh thị giác bị ép chặt thì có cườm nước.



10-025 Thoái hóa sắc tố võng mạc là một bệnh di truyền gây ra những bất thường ở võng mạc cảm nhận ánh sáng. Triệu chứng chính có thể thấy là trường thị giác bị thu hẹp dần dần và suy giảm thị lực.



10-026 Gây trắng được dùng làm biểu tượng cho những người khiếm thị lấy thông tin về môi trường xung quanh và truyền đạt cho những người xung quanh rằng họ bị khiếm thị.



10-027 Hỗ trợ đi kèm là dịch vụ người giúp hướng dẫn đi kèm với người gặp khó khăn khi đi ra ngoài do khiếm thị, cung cấp thông tin thị giác cần thiết, tiến hành hỗ trợ di chuyển và chăm sóc như bài tiết và bữa ăn v.v.



10-028 Điếc dẫn truyền xảy ra do rối loạn từ tai ngoài đến tai giữa. Còn tình trạng xảy ra do sự rối loạn từ tai trong đến thần kinh thính giác là điếc thần kinh giác quan.



10-029 Chữ nổi đại diện cho các ký tự có 6 bề mặt lỗi và được sử dụng để giao tiếp với người khiếm thị.



10-030 Chứng mất ngôn ngữ Wernicke có thể nói nhưng không thể hiểu câu chuyện. Tình trạng có thể hiểu nội dung câu chuyện nhưng gặp khó khăn trong việc nói là chứng mất ngôn ngữ Broca.



10-031 Talking Aid là một thiết bị hỗ trợ hội thoại được sử dụng để giao tiếp với những người bị rối loạn ngôn ngữ. Có thể truyền đạt ý định của mình qua đoạn văn hoặc âm thanh bằng cách nhấn các phím chữ cái trên bàn phím 50 mẫu tự.



10-032 Đau ngực trong đau thắt ngực kéo dài trong vài phút và thuyên giảm khi sử dụng chế phẩm nitroglycerin. Con đau ngực dữ dội kéo dài hơn 30 phút thì là nhồi máu cơ tim.



10-033 Máy tạo nhịp tim được làm bằng kim loại cho phép dòng điện chạy qua dễ dàng, và khi chúng nhận được sóng điện từ, dòng điện sẽ chạy và có thể gây ra trục trặc.



10-034 Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính có khí phế thũng và viêm phế quản mãn tính. Nguyên nhân chính của những bệnh này là do hút thuốc lá khiến phổi mắc chứng viêm, tắc nghẽn đường thở và khó thở.



10-035 Máy đo nồng độ oxy được gắn vào ngón tay để đo độ bão hòa oxy trong máu (SpO₂).



10-036 Khi chức năng của thận bị suy giảm, chất thải không còn được đào thải ra ngoài cơ thể. Do đó, có thể thấy urê huyết như suy tim và cao huyết áp v.v.



10-037 Khi chức năng thận suy giảm, muối không còn được đào thải ra ngoài cơ thể. Khi hấp thụ quá nhiều muối sẽ là nguyên nhân của cao huyết áp và phù nề, vì vậy cần hạn chế muối.



10-038 Lọc máu kết nối động mạch và tĩnh mạch để tạo ra shunt. Đâm kim vào shunt để lấy máu ra ngoài cơ thể và đưa máu đã được lọc sạch bằng máy trở lại cơ thể.



10-039 Phần lớn ung thư đại tràng thường xảy ra ở kết tràng sigma và trực tràng.



10-040 Kết tràng có chức năng hút nước, dạng phân được bài tiết từ lỗ mở thông kết tràng sigma chủ yếu là phân mềm đến phân có hình dạng.



10-041 Bệnh Crohn là bệnh đường ruột có tính viêm gây tróc da, lở loét do viêm ruột non và đại tràng. Các triệu chứng chính là đau bụng và tiêu chảy, ngoài ra cũng thấy sốt, phân có máu và sụt cân.



10-042 Dinh dưỡng tĩnh mạch trung tâm được bổ sung từ một mạch máu lớn gần tim (tĩnh mạch trung tâm) để tiêm truyền một lượng ca-lo cao. Tiêm truyền từ mạch máu ở phần cánh tay trước gây viêm tĩnh mạch nên không phù hợp.

10-043 Nhiễm trùng cơ hội là sự lây nhiễm phát bệnh khi khả năng miễn dịch bị suy giảm do vi sinh vật gây bệnh thấp không phát bệnh khi khỏe mạnh. HIV dễ gây nhiễm trùng cơ hội do khả năng miễn dịch suy giảm.

10-044 Khi chức năng gan bị suy giảm do xơ gan, bilirubin không thể giải độc và xuất hiện vàng da, chất đạm (albumin) giảm thiểu dẫn đến cổ trướng và phù nề xuất hiện.

10-045 Nếu uống rượu bia khi bị rối loạn chức năng gan thì gan không thể phân giải, hấp thụ chất cồn, mỡ tích tụ, hơn thế nữa làm cho chức năng gan suy giảm nên cần hạn chế.

10-046 Khuyết tật thần kinh bao gồm khuyết tật thần kinh do nguyên nhân mang tính tâm lý, khuyết tật thần kinh có tính ngoại sinh do nguyên nhân từ bên ngoài và khuyết tật thần kinh có tính nội tại bao gồm cả yếu tố di truyền v.v. Chứng nghiện rượu được bao gồm trong các khuyết tật thần kinh có tính ngoại sinh.

10-047 Các triệu chứng của tâm thần phân liệt được chia thành triệu chứng dương tính và triệu chứng âm tính. Ảo tưởng được bao gồm trong triệu chứng dương tính và là tình trạng tin vào việc không có trong thực tế.

10-048 Suy giảm kiểm soát cảm xúc được bao gồm trong rối loạn hành vi mang tính xã hội, là tình trạng như cảm xúc bộc phát tức thì v.v. Rối loạn trí nhớ là tình trạng không thể nhớ những điều mới hoặc nói đi nói lại cùng một việc.

10-049 Các nguyên nhân gây rối loạn tinh thần và cơ thể nặng được chia theo giai đoạn trước khi sinh, giai đoạn khi sinh, giai đoạn trẻ sơ sinh và giai đoạn chu sinh trở đi. Các nguyên nhân trong giai đoạn khi sinh và giai đoạn trẻ sơ sinh bao gồm sinh bất thường, sinh non và trẻ sơ sinh cực kỳ nhẹ cân.

10-050 Trong động kinh, hoạt động điện của tế bào dây thần kinh sơ trở nên hoạt động mạnh mẽ, gây co giật và rối loạn ý thức. Phần lớn khuyết tật trí tuệ là biến chứng động kinh, và tỷ lệ biến chứng tăng lên khi tình trạng khuyết tật trở nên trầm trọng hơn.

10-051 Sổ tay phục hồi chức năng được đánh giá bởi chuyên viên đánh giá tâm lý hoặc bác sĩ nhi khoa khi nộp đơn, và sẽ được cấp bởi các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken) hoặc đô thị cấp quốc gia v.v.

10-052 Đặc điểm của chứng tự kỷ là rối loạn mang tính xã hội như chậm phát triển ngôn ngữ và cầu kỳ v.v. Không giỏi trong việc đọc, viết và làm toán là đặc điểm của rối loạn học tập (LD).

10-053 Đặc điểm của rối loạn tăng động giảm chú ý không có sự tập trung, không thể giữ yên. Truyền đạt chỉ thị 1 việc một cách ngắn gọn và rõ ràng.

10-054 Hội chứng xơ cứng teo cơ một bên là bệnh về hệ thần kinh, thần kinh vận động truyền từ dây thần kinh sọ đến cơ bắp bị suy biến.



10-055 Trong hội chứng xơ cứng teo cơ một bên, khi suy giảm sức mạnh các cơ thì có thể thấy rối loạn nuốt, khó thở v.v. Thị giác và thính giác được duy trì, rối loạn giác quan cũng ít.



10-056 Triệu chứng Parkinson là bệnh trong đó dopamine bị giảm thiểu và không thể truyền đạt vận động đến các cơ bắp. Các triệu chứng chính là run, cứng cơ bắp, bất động và rối loạn phân xạ tư thế. Liệt hai chi dưới là liệt cả hai chi dưới và chủ yếu xảy ra do tổn thương tủy sống.



10-057 Thang điểm đánh giá độ nặng bệnh Parkinson theo Hoehn Yahr phân loại sự tiến triển bệnh trạng của triệu chứng Parkinson thành các giai đoạn từ I ~ V và lấy làm tiêu chuẩn phán đoán những trở ngại đối với sinh hoạt hàng ngày.



10-058 Không thấy rối loạn chức năng ngôn ngữ trong viêm khớp dạng thấp ác tính. Ngoài đau, sưng và biến dạng khớp là các triệu chứng chính của viêm khớp dạng thấp thì còn thấy chứng viêm mạch máu và bệnh nội tạng v.v.



10-059 Những người bị viêm khớp dạng thấp ác tính gặp khó khăn khi cầm nắm, véo và xoay do đau, sưng và biến dạng các khớp bàn tay. Tay nắm cửa kiểu đòn bẩy là phù hợp.



10-060 Loạn dưỡng cơ gây hủy hoại và thoái hóa cơ bắp do di truyền. Các loại bệnh được phân loại theo tuổi phát bệnh, triệu chứng và hình thức di truyền, trong đó kiểu Duchenne là nhiều nhất.



10-061 Loạn dưỡng cơ là bệnh trong đó các cơ bắp dần dần bị phá vỡ, và triệu chứng chính là rối loạn chức năng vận động do suy giảm sức mạnh các cơ. Cứng ngón tay là một triệu chứng ban đầu của bệnh viêm khớp dạng thấp.



10-062 Chăm sóc tại nhà mức độ nặng bao gồm cung cấp hỗ trợ di chuyển khi người sử dụng đi ra ngoài. Việc hỗ trợ ra ngoài là rất quan trọng để người sử dụng có thể sống cuộc sống của chính họ.



10-063 Ueda Satoshi trình bày một mô hình chấp nhận khuyết tật qua 5 giai đoạn. Có ① giai đoạn sốc, ② giai đoạn phủ nhận, ③ giai đoạn hỗn loạn, ④ giai đoạn nỗ lực để giải quyết và ⑤ giai đoạn chấp nhận.



10-064 Trong giai đoạn phủ nhận, cơ chế thích ứng từ chối xuất phát từ tâm lý không muốn thừa nhận khuyết tật. Ở giai đoạn này, cần có sự tiếp xúc được cho phép tự vệ của người sử dụng.



10-065 "Thoái hóa" là tình trạng quay trở lại giai đoạn chưa trưởng thành và cố gắng bảo vệ bản thân. Kim nén những nhu cầu không muốn thừa nhận trong lòng là "áp chế".



10-066 Trung tâm Hỗ trợ Phát triển Trẻ em (kiểu phúc lợi) là cơ sở ngoại trú tiến hành huấn luyện v.v. cho trẻ mẫu giáo bị khuyết tật về cơ thể, tinh thần và trí tuệ.



10-067 Người hỗ trợ thích ứng nơi làm việc hỗ trợ để người khuyết tật có được công việc phù hợp và có thể yên tâm làm việc.



10-068 Ủy viên dân sinh do Bộ trưởng Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi ủy nhiệm theo Luật Ủy viên Dân sinh và đồng thời là thành viên Ủy ban Trẻ em. Nắm bắt tình trạng sinh hoạt của cư dân khu vực và tiến hành tư vấn và trợ giúp khi cần thiết.



10-069 Chuyên gia hỗ trợ tư vấn điều chỉnh và soạn thảo kế hoạch sử dụng để người khuyết tật có thể sử dụng dịch vụ khi cần thiết.



Điểm quan trọng khi học

■ Cách nhìn thấy của khiếm thị



Ám điểm trung tâm / Khiếm khuyết trường thị giác



Trường thị giác hẹp



Không thấy một nửa không gian

■ Phương pháp giao tiếp với người khiếm thính

Bút đàm



Ngôn ngữ ký hiệu



Đọc khẩu hình miệng (đọc khẩu hình)



Máy trợ thính



11

Cấu trúc của tinh thần và cơ thể



Trả lời - Giải thích



11-001 Nhu cầu được công nhận là nhu cầu muốn nhận được sự tán thưởng từ người khác, được cấp trên ở công ty công nhận, v.v. Thể hiện sự tiến bộ của bản thân là nhu cầu tự thực hiện. Nhu cầu tự thực hiện là nhu cầu cao nhất trong thuyết tháp nhu cầu của Maslow (➔ Tham khảo G010).

11-002 Nhu cầu sinh lý là nhu cầu bản năng (ham muốn tình dục) để bảo tồn loài (➔ Tham khảo G010).



11-003 Không bị uy hiếp tính mạng là nhu cầu mang tính cơ bản. Trong thuyết tháp nhu cầu của Maslow, đó là nhu cầu sinh lý hoặc nhu cầu an toàn. Nhu cầu ở trên cùng là nhu cầu tự thực hiện (➔ Tham khảo G010).



11-004 Nhu cầu được công nhận là nhu cầu muốn nhận được sự tán thưởng từ người khác, được cấp trên ở công ty công nhận, v.v. (➔ Tham khảo G010).



11-005 Trách nhiệm về quá khứ của một người được phân loại vào kiểu tự trách. Kiểu trưởng thành đề cập đến việc chấp nhận việc có tuổi đúng như thực tế (➔ Tham khảo G010).



11-006 Duy trì hoạt động tích cực khi trẻ được phân loại vào kiểu phòng thủ. Ở kiểu phụ thuộc, có thể thấy sự thụ động trong mọi việc hoặc thái độ mang tính tiêu cực (▶ Tham khảo G010).



11-007 Kiểu trưởng thành là kiểu chấp nhận việc có tuổi một cách ít xung đột tinh thần và sinh hoạt hàng ngày đúng như thực tế (▶ Tham khảo G010).



11-008 Trí nhớ ngắn hạn là trí nhớ sẽ quên ngay nếu không làm gì. Thông tin được lặp đi lặp lại sẽ trở thành một trí nhớ dài hạn và được lưu giữ lại.



11-009 Có 3 quá trình trong trí nhớ: Khắc ghi là ghi nhớ, lưu giữ là cất những nội dung đã ghi nhớ để không quên, và hồi tưởng là nhớ lại những gì đã cất (▶ Tham khảo G010).



11-010 Trí nhớ ngữ nghĩa là trí nhớ liên quan đến thông tin chung về ngày tháng, tên gọi của vật, từ ngữ và khái niệm.



11-011 Học tập quan sát là học tập xây ra bằng cách quan sát hành động của người khác.



11-012 Áp chế là kìm nén nhu cầu và cảm xúc khó thừa nhận để không thể hiện trên bề mặt của ý thức, và quên đi trong vô thức v.v.



11-013 Hợp lý hóa là chính đáng hóa hành động của bản thân bằng cách đưa ra lý do theo sự tiện lợi của bản thân v.v. Việc cố che giấu con người thật của mình bằng hành động ngược lại, chẳng hạn như cảm xúc mà không muốn bị biết đến v.v., được phân loại vào hình thành phản tác dụng.



11-014 Van để phòng tránh trào ngược nằm trong tĩnh mạch ngoại biên. Các tĩnh mạch ngoại biên của chi trên và chi dưới có chức năng chống lại trọng lực để đưa máu tĩnh mạch về tim. Van có tác dụng ngăn máu trào ngược.



11-015 Các động mạch có vai trò bơm máu cho cơ thể bằng nhịp đập của tim. Các tĩnh mạch bơm máu từ cơ thể đến tim không thể cảm nhận được nhịp đập.



11-016 Thùy đỉnh có vai trò tiếp nhận cảm giác đau trên da. Có vai trò đưa ra quyết định ý định là thùy trán.



11-017 Thùy thái dương có chức năng liên quan đến hiểu ngôn ngữ và cảm xúc v.v. ngoài thính giác và trí nhớ.



11-018

Thùy chẩm nhận thức thông tin thị giác.



11-019

Hệ viền là tên gọi chung của các bộ phận như thùy viền trên bề mặt bên trong của đại não, hạch hạnh nhân và hồi hải mã v.v. Hồi hải mã liên quan đến trí nhớ, hạch hạnh nhân liên quan đến cảm xúc.



11-020

Gan dự trữ glucose thu được từ hấp thụ thức ăn dưới dạng glycogen. Khi thiếu hụt glucose trong máu, glycogen sẽ được chuyển hóa thành glucose và được đưa vào máu để cung cấp năng lượng. Các chức năng của gan có chuyển hóa, lưu trữ các chất dinh dưỡng, sản xuất mật, tác dụng giải độc và điều tiết lượng máu v.v.



11-021

Bàng quang có chức năng dự trữ nước tiểu. Cô đặc nước tiểu là chức năng của thận. Nước tiểu được cô đặc ở thận trái và phải, chảy vào niệu quản trái và phải và được thu thập trong bàng quang. Nước tiểu thoát khỏi bàng quang ra ngoài cơ thể qua niệu đạo.



11-022

Thân não có trung khu hô hấp. Thân não là tên gọi chung cho trung não, cầu não và hành não. Tiểu não nằm ở phần dưới của bán cầu đại não, phần lưng của thân não. Chức năng của nó liên quan đến tính hợp tác của vận động chủ động bởi ý thức của bản thân.



11-023

Tuyến tụy tiết ra dịch tụy tham gia vào quá trình tiêu hóa từ bộ phận ngoại tiết. Tế bào β (B) của tiểu đảo tụy là bộ phận nội tiết, tiết ra nội tiết tố có insulin (tác dụng làm giảm mức đường huyết), và tế bào α (A) tiết ra nội tiết tố có glucagon (tác dụng làm tăng mức đường huyết).



11-024

Tim là cơ quan có chức năng bơm máu đi khắp cơ thể. Nơi tiến hành trao đổi khí là phổi. Máu tĩnh mạch trở về từ toàn bộ cơ thể chảy từ tâm nhĩ phải xuống tâm thất phải và được đưa đến phổi qua động mạch phổi để trao đổi khí. Máu được trao đổi khí trở thành máu động mạch, chảy từ tâm nhĩ trái xuống tâm thất trái qua tĩnh mạch phổi và đi khắp cơ thể (► Tham khảo G012).



11-025

Nước bọt không trở thành nguyên nhân hôi miệng. Vì nước bọt có tác dụng tự làm sạch và tác dụng kháng khuẩn nên phòng tránh hôi miệng. Khoảng 99% thành phần của nước bọt là nước. Hấp thụ nước ít thì nước bọt tiết ra bị giảm đi, là nguyên nhân của hôi miệng.



11-026

Hôi miệng có khi gây cảm giác khó chịu cho người khác. Do đó, tâm lý muốn hạn chế hội thoại sẽ hoạt động, và kết quả là có khi trở thành nguyên nhân tránh giao lưu với người khác. Hôi miệng phát sinh do sinh lý, thức ăn, bệnh tật v.v.



11-027

Thần kinh đối giao cảm có chức năng thúc đẩy quá trình tiết ra nước bọt. Việc ức chế tiết ra nước bọt là chức năng của thần kinh giao cảm. Khi thần kinh giao cảm chiếm ưu thế, một lượng nhỏ nước bọt có độ nhớt mạnh sẽ được tiết ra, và khi thần kinh đối giao cảm chiếm ưu thế, một lượng lớn nước bọt chảy trơn tru được tiết ra.



11-028

Ổng của tuyến mang tai, 1 trong những tuyến nước bọt lớn, mở vào răng côi thứ 2 của hàm trên trong khoang miệng. Mỏ ở sàn miệng là tuyến dưới lưỡi và tuyến dưới hàm.



11-029

Tác dụng kháng khuẩn là chức năng để ngăn chặn sự xâm nhập của vi khuẩn. Ngoài ra, nước bọt có tác dụng tự làm sạch để rửa trôi cặn thức ăn, tác dụng đệm để làm dịu tác động của thức ăn trong khoang miệng, tác dụng tiêu hóa liên quan đến tiêu hóa.



11-030 Tuyến dưới lưỡi là một tuyến nước bọt lớn. Tuyến nước bọt được phân loại thành tuyến nước bọt nhỏ và tuyến nước bọt lớn. Ngoài tuyến dưới lưỡi, tuyến nước bọt lớn bao gồm tuyến dưới hàm và tuyến mang tai. Các tuyến nước bọt nhỏ là những ống thon phân bố trong các mô niêm mạc của môi, má và lưỡi.



11-031 Móng dạng muống (móng thìa) là tình trạng mu móng bị cong ngược như cái thìa, do dinh dưỡng không lan tỏa được đầy đủ đến móng nên mu móng bị yếu đi mà phát sinh.



11-032 Ngón tay dùi trống chủ yếu được thấy trong bệnh tim. Đó là tình trạng mà các đầu ngón tay như dùi trống. Những gì thấy trong rối loạn dinh dưỡng là tình trạng toàn thể móng có màu trắng.



11-033 Móng quặp là tình trạng mà cạnh bên mu móng của móng quặp sâu vào ngón tay. Nguyên nhân thì có sự gia tăng của tuổi tác, đi giày không vừa chân trong nhiều năm và cắt móng không đúng cách v.v.



11-034 Vị trí chi tốt là tư thế phòng tránh không gây co cứng xương khớp khi không thể tự mình cử động cơ thể v.v. Ngay cả khi xương khớp không cử động thì đó cũng là tư thế làm cho góc xương khớp ít cản trở đến ADL nhất.



11-035 Tư thế với các đầu ngón chân hướng xuống không phải là vị trí chi tốt Tư thế mà các đầu ngón chân hướng xuống dưới được gọi là bàn chân thủng



11-036 Cần tiếp xúc với ánh sáng mặt trời để tăng cường cho xương chắc khỏe. Can-xi là một chất vô cơ (chất khoáng) cần thiết để tăng cường cho xương chắc khỏe, và vitamin D cần thiết để can-xi được hấp thụ từ ruột. Vitamin D được kích hoạt bằng việc hấp thụ qua ăn uống và tiếp xúc với tia tử ngoại của ánh sáng mặt trời.



11-037 Điều cần thiết để tăng cường cho xương chắc khỏe là hấp thụ vitamin D. Vitamin E là 1 loại vitamin tan trong chất béo, tạo thành màng sinh học và hoạt động giúp ích cho việc ngăn chặn quá trình oxy hóa lipid.



11-038 Vận động tác động một lực vừa phải lên xương và làm cho chức năng của các tế bào hoạt động mạnh mẽ. Vận động vừa phải là đi bộ và mua sắm v.v. như là hành động sinh hoạt.



11-039 Ngoài gãy xương vùng cổ xương đùi, các vị trí gãy xương phổ biến khác bao gồm gãy xương đầu dưới xương quay (cổ tay), gãy xương đầu trên xương cánh tay (cánh tay gần vai) và gãy xương cột sống (xương sống). (▶ Tham khảo G007).



11-040 Ngay sau khi gãy xương, cơn đau xuất hiện ở vùng khớp hông, nơi có vùng cổ xương đùi. Ngoài ra, gãy xương ở vùng cổ xương đùi gây khó khăn cho việc đứng và đi bộ.



11-041 Chất đạm là 1 trong năm chất dinh dưỡng chính. Chất đạm tạo nên da, móng, tóc, máu, cơ bắp, nội tiết tố và men (▶ Tham khảo G014).



11-042 Chất đường có chức năng là nguồn cung cấp năng lượng cho cơ thể. Chất đường là 1 trong năm chất dinh dưỡng chính và còn được gọi là carbohydrate. Giúp hấp thụ các vitamin tan trong chất béo là lipid (➔ Tham khảo G014).

✗

11-043 Lipid là 1 trong năm chất dinh dưỡng chính và là nguyên liệu để tạo ra nội tiết tố, máu và màng tế bào. Lipid có chức năng giúp hấp thụ các vitamin tan trong chất béo là vitamin A, D, E và K (➔ Tham khảo G014).

○

11-044 Vitamin là 1 trong năm chất dinh dưỡng chính và có chức năng trong sự phát triển và sự trao đổi chất của cơ thể. Vitamin có thể được phân loại thành vitamin A, D, E và K tan trong chất béo và vitamin B, C tan trong nước. Vitamin không thể được sản xuất trong cơ thể, vì vậy nó phải được hấp thụ từ ăn uống v.v. (➔ Tham khảo G014).

○

11-045 Cơ thể không thể sản xuất được trong cơ thể chất vô cơ (khoáng chất), 1 trong năm chất dinh dưỡng chính. Cần hấp thụ từ ăn uống v.v. Các chất vô cơ chính là natri (Na) và can-xi (Ca) (➔ Tham khảo G014).

✗

11-046 Giai đoạn đầu tiên (giai đoạn nhận thức) là giai đoạn thứ 1 của quá trình ăn uống và nuốt xuống được chia thành 5 giai đoạn. Giai đoạn đầu tiên (giai đoạn nhận thức) là thời kỳ nhận biết hình dạng và màu sắc v.v. của thức ăn, và tiết ra nước bọt tăng lên theo phản xạ có điều kiện (➔ Tham khảo G014).

○

11-047 Có thể thấy ngưng thở khi nuốt xuống ở giai đoạn trong họng. Giai đoạn trong họng là giai đoạn thứ 4 của quá trình ăn uống và nuốt xuống được chia thành 5 giai đoạn. Ở giai đoạn trong họng, vì khoang mũi và khí quản bị đóng lại nên có thể ngừng thở (➔ Tham khảo G014).

✗

11-048 Giai đoạn trong khoang miệng là giai đoạn thứ 3 của quá trình ăn uống và nuốt xuống được chia thành 5 giai đoạn, và là thời kỳ để chuyển miếng thức ăn từ khoang miệng đến hầu họng. Hầu họng đóng lại là giai đoạn trong họng, giai đoạn thứ 4 của quá trình ăn uống và nuốt xuống (➔ Tham khảo G014).

✗

11-049 Giai đoạn trong họng là thời kỳ miếng thức ăn đi qua hầu họng. Ở giai đoạn trong họng, nắp thanh quản đóng cửa vào hầu họng. Giai đoạn hình thành nên miếng thức ăn là giai đoạn chuẩn bị (giai đoạn nhai). Giai đoạn chuẩn bị (giai đoạn nhai) là giai đoạn thứ 2 của quá trình ăn uống và nuốt xuống, được chia thành 5 giai đoạn (➔ Tham khảo G014).

✗

11-050 Giai đoạn trong thực quản là một vận động không tự chủ, không phụ thuộc vào ý thức của bản thân. Giai đoạn trong thực quản là thời kỳ mà miếng thức ăn đã được gửi đến thực quản được chuyển đến dạ dày. Khi miếng thức ăn đi vào thực quản, nó sẽ được chuyển đến dạ dày bằng nhu động và trọng lực. (➔ Tham khảo G 014)

✗

11-051 Đại tràng là cơ quan tiêu hóa tiếp theo ruột non và được chia thành manh tràng, kết tràng lên, kết tràng ngang, kết tràng xuống, kết tràng sigma và trực tràng. Hấp thụ nước diễn ra trong đại tràng và làm phân có hình dạng.

○

11-052 Ruột non bao gồm tá tràng, hồi tràng và hồi tràng. Ruột non có chức năng hấp thụ chất dinh dưỡng và nước.

○

11-053 Các triệu chứng mất nước xuất hiện là trường hợp bị mất nước, tương đương khoảng 2% cân nặng cơ thể. Có thể thấy cảm giác toàn thân uể oải, kết quả là tính hoạt động bị suy giảm.

○

11-054 Triệu chứng cùng với mất nước là da khô. Ngoài da khô, còn có giảm lượng nước tiểu và giảm cảm giác thèm ăn v.v. Có đặc trưng là các triệu chứng khó xuất hiện ở người cao tuổi.



11-055 Ống thông cần được thay thế thường xuyên. Có hai loại ống thông: kiểu bóng được thay thế trong khoảng 1 tháng và kiểu ống bơm được thay thế trong khoảng 6 tháng. Tiến hành thay thế là vai trò của bác sĩ.



11-056 Các triệu chứng hạ đường huyết bao gồm đổ mồ hôi, đánh trống ngực, rối loạn ý thức, co giật và run rẩy chân tay v.v. Có hai loại bệnh tiểu đường, loại 1 và loại 2; loại 1 phát bệnh từ thời trẻ nhỏ đến thời trẻ và bắt buộc điều trị bằng insulin. Bệnh tiểu đường loại 2 phát bệnh sau tuổi trung niên và điều trị bằng insulin được thực hiện tùy theo các triệu chứng.



11-057 Nhiệt độ nước nóng từ 38 ~ 41°C được coi là nhiệt độ phù hợp để tắm, kích thích thần kinh đối giao cảm, giúp tăng chức năng tiêu hóa, giảm nhịp tim, giảm huyết áp và thư giãn căng cơ v.v. Tắm ở nhiệt độ 42°C trở lên sẽ kích thích thần kinh giao cảm, có thể thấy tăng huyết áp và nhịp tim v.v.



11-058 Phương pháp thúc đẩy chữa lành vết thương trên da không gây lây nhiễm là làm ẩm ướt. Làm khô dẫn đến mất nước trong da, ức chế sự phát triển của tế bào kết quả là không phù hợp để chữa lành vết thương.



11-059 Bằng cách giữ cho bề mặt của da có tính axit yếu, có thể ngăn chặn các kích thích bên ngoài và sự phát triển của vi khuẩn. Thường xuyên rửa bằng nước nóng sẽ làm giảm bã nhờn, phá vỡ cơ chế axit yếu và tác dụng khử trùng yếu đi.



11-060 Phần lớn các sự cố bất ngờ trong gia đình là sự cố khi đang đi tắm. Đi tắm thì môi trường và tình trạng cơ thể có nhiều sự cố do không mặc quần áo, ít đồ bảo vệ cơ thể, do thay đổi tuần hoàn máu v.v.



11-061 Bệnh zona là một bệnh gây đau đớn hơn là ngứa. Bệnh zona phát bệnh do vi-rút varicella zoster gây ra. Phát ban là mụn nước, nhưng xuất hiện thành một dải chạy dọc theo dây thần kinh nhất định.



11-062 Bệnh ghê là bệnh ngoài da có tính lây nhiễm phát bệnh khi cái ghê ký sinh trên da. Triệu chứng đặc trưng là cảm giác ngứa ngáy dữ dội. Các bộ phận dễ phát bệnh là vùng nách, kẽ ngón tay và bộ phận sinh dục. Phát ban được thấy dưới dạng sẩn và cục u nhỏ v.v.



11-063 Khi đứng dậy khỏi bồn tắm, máu chảy đến các chi dưới, làm giảm lượng máu trở về tim và giảm huyết áp. Hậu quả là lượng máu lên não suy giảm, dễ gây ra tình trạng hạ huyết áp tư thế đứng. Từ từ đứng lên để ngăn ngừa hạ huyết áp tư thế đứng.



11-064 Tắm nửa người có thể giảm gánh nặng cho tim do đi tắm. Đi tắm có tác dụng áp suất thủy tĩnh giúp tiếp nhận áp lực nước và thúc đẩy tuần hoàn máu. Tác dụng áp suất thủy tĩnh tạo điều kiện cho máu trở về tim và thúc đẩy chức năng tim phổi.



11-065 Nên đi tắm ít nhất 1 giờ sau khi ăn. Vì quá trình tiêu hóa được thực hiện sau bữa ăn nên cần có đủ lượng máu đến các cơ quan tiêu hóa. Việc đi tắm ngay sau khi ăn có thể khiến lượng máu đến cơ quan tiêu hóa không đủ làm ảnh hưởng đến chức năng tiêu hóa.



11-066 Cần hấp thụ đủ nước sau khi đi tắm. Vì đi tắm làm đổ mồ hôi nên cần bổ sung nước đầy đủ trước và sau khi đi tắm. Nếu không tiến hành bổ sung nước đầy đủ, có khi dẫn đến tình trạng mất nước.



11-067 Da khô dẫn đến suy giảm chức năng da và xuất hiện ngứa, vì vậy việc cắt ngắn móng để bảo vệ da sẽ có hiệu quả. Da của người cao tuổi dễ rơi vào tình trạng khô do giảm bã nhờn v.v.



11-068 Nước tiểu bình thường hầu như không có mùi ngay sau khi đi tiểu. Khi nước tiểu tiếp xúc với không khí, vi khuẩn sẽ phân hủy nước tiểu và tạo ra mùi amoniac. Tính trạng của nước tiểu là chất lỏng trong suốt, có màu vàng hoặc nâu nhạt và vô khuẩn.



11-069 Tư thế dễ đại tiện là tư thế ngồi, nhón gót chân và chồm người về phía trước một chút. Khi thực hiện tư thế này, góc trực tràng và hậu môn, tức là góc giữa trực tràng và hậu môn trở thành góc tròn, là tư thế dễ đại tiện. Ở tư thế nằm ngửa, góc trực tràng và hậu môn trở nên nhọn, là tình trạng phân khó được thải ra.



11-070 Thúc đẩy nhu động của trực tràng là thần kinh đối giao cảm. Thần kinh giao cảm và thần kinh đối giao cảm là thần kinh tự chủ, có chức năng đối kháng. Thần kinh đối giao cảm thúc đẩy sự hoạt động của đường tiêu hóa, còn thần kinh giao cảm ức chế sự hoạt động của đường tiêu hóa.



11-071 Khi ăn uống, ý muốn đi tiêu xảy ra. Khi thức ăn vào dạ dày, kích thích đó sẽ truyền đến kết tràng, gây ra nhu động và dẫn đến đại tiện. Việc đi vệ sinh và ngồi ở bồn cầu sau khi ăn dù có ý muốn đi tiêu hay không cũng có ích để giảm táo bón.



11-072 Nín thở và tăng áp lực bụng để thúc đẩy đại tiện. Bằng cách nín thở và tăng áp lực bụng, huyết áp cũng tăng lên, vì vậy người sử dụng bị cao huyết áp cần được hỗ trợ để thúc đẩy đại tiện bằng các phương pháp khác.



11-073 Xung quanh hậu môn có các cơ thắt hậu môn trong và cơ thắt hậu môn ngoài. Trong số này, cơ thắt hậu môn ngoài là cơ có thể kiểm soát việc đại tiện bằng ý thức. Bằng cách thả lỏng một cách có ý thức khi ngồi ở nhà vệ sinh như một sự chuẩn bị đại tiện thì việc đại tiện trở nên suôn sẻ.



11-074 Táo bón thả lỏng xảy ra khi nhu động của đại tràng suy giảm, nước trong phân bị hấp thụ và phân trở nên cứng. 1 trong những nguyên nhân là do hấp thụ không đủ chất xơ. Chất xơ kích thích ruột và có hiệu quả trong việc giảm táo bón.



11-075 Táo bón trực tràng là táo bón mà phân có trong trực tràng nhưng phân xạ đại tiện yếu, không tạo được ý muốn đi tiêu. Vận động, hấp thụ nước và hấp thụ chất xơ là cần thiết để phòng tránh táo bón nói chung.



11-076 Khi nằm liệt giường, dễ bị táo bón. Khi nằm liệt giường, táo bón dễ xảy ra do thiếu vận động vì tính hoạt động của cơ thể suy giảm, chức năng ruột và cơ bụng suy giảm, hấp thụ lượng thức ăn và lượng nước không đầy đủ v.v.



11-077 Trường hợp đang sử dụng thuốc giảm đau có tính gây nghiện, nhu động ruột bị ức chế và dễ xảy ra táo bón nặng.



11-078 Tiêu không tự chủ do chức năng (són tiểu có tính chức năng) là tiêu không tự chủ do suy giảm chức năng nhận biết, không tìm được nhà vệ sinh do rối loạn phương hướng hoặc không thể nhận ra nhà vệ sinh do mất nhận thức (▶ Tham khảo G014).

11-079 Tiêu không tự chủ do áp lực trong bụng (són tiểu có tính áp lực trong bụng) là loại tiêu không tự chủ trong đó nước tiểu bị rò rỉ do áp lực bụng vì co thắt niệu đạo, hoạt động của các cơ sàn chậu là cơ hỗ trợ nội tạng bị yếu đi, hay vì hắt hơi v.v. Đây cũng là sự không kiểm soát (tự chủ) được trong đại tiện, tiểu tiện xảy ra nhiều ở nữ giới (▶ Tham khảo G014).

11-080 Các triệu chứng khác của viêm bàng quang có khi được thấy là cảm giác nước tiểu còn đọng lại, đi tiểu lắt nhắt nhiều lần và sốt nhẹ. Viêm bàng quang là 1 trong những bệnh nhiễm trùng đường tiết niệu và là bệnh mà vi khuẩn xâm nhập vào bàng quang. Phụ nữ có niệu đạo ngắn hơn nam giới nên vi khuẩn dễ xâm nhập hơn.

11-081 Cùng với sự gia tăng tuổi tác, thời gian ngủ ngắn lại. Giấc ngủ là giấc ngủ REM (giấc ngủ nông mà cơ thể nghỉ ngơi) và giấc ngủ NREM (giấc ngủ sâu mà não nghỉ ngơi) diễn ra luân phiên và lặp đi lặp lại. Thời gian ngủ có xu hướng ngắn hơn vì lý do như thiếu vận động v.v.

11-082 Vận động ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ, nhưng không ảnh hưởng đến cơ chế của đồng hồ sinh học. Yếu tố mạnh mẽ nhất trong việc điều chỉnh đồng hồ sinh học là ánh sáng mặt trời. Tiếp xúc với ánh sáng mặt trời làm giảm lượng melatonin là loại nội tiết tố gây ngủ, được tiết ra từ 15 ~ 16 giờ sau đó, thúc đẩy giấc ngủ.

11-083 Hội chứng chân bồn chồn là triệu chứng thuyên giảm bằng cách cử động các chi dưới. Hội chứng chân bồn chồn còn được gọi là "hội chứng chân không yên", là triệu chứng mà vận động không chủ động chủ yếu xảy ra ở các chi dưới trong lúc ngủ. Cảm giác khó chịu cũng có thể là nguyên nhân của mất ngủ.

11-084 Rối loạn giấc ngủ thường gặp ở người cao tuổi. Chứng mất ngủ chính là "rối loạn đi vào giấc ngủ" khó đi vào giấc ngủ và mất nhiều thời gian cho đến khi ngủ. "Thức giấc nửa chừng" tức là thức giấc nhiều lần vào nửa đêm. Có "thức giấc sáng sớm" là thức dậy vào sáng sớm và sau đó không thể ngủ được.

11-085 Vào lúc lâm chung, có thể thấy xuất hiện phù nề. Phù nề là tình trạng tích nước ở mô dưới da và chức năng tuần hoàn toàn thân bị suy giảm lúc lâm chung nên có thể thấy xuất hiện. Các triệu chứng khác như tay chân lạnh, xuất hiện chứng xanh tím trên móng và môi, và giảm lượng nước tiểu v.v.

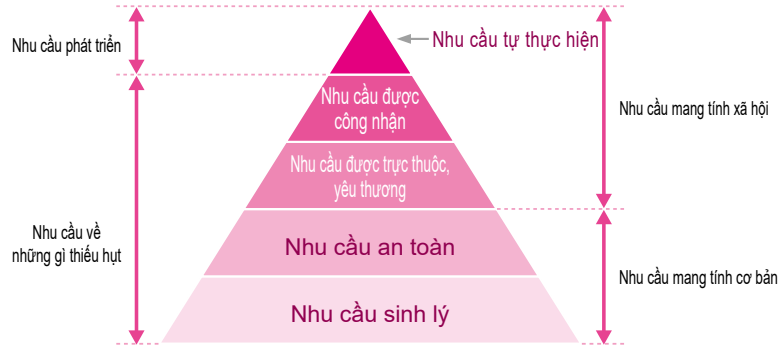
11-086 Hô hấp bằng hàm dưới là hô hấp có thể thấy khi khó thở, và là hô hấp mà hàm dưới di chuyển xuống theo từng nhịp thở. Trường hợp thấy miệng há ra, hô hấp này, người ta nói rằng cái chết đã gần kề. Các triệu chứng hô hấp khác như có thể nghe âm thanh rột rột (thở rít thanh quản) từ cổ họng.

11-087 Theo 5 giai đoạn của quá trình tâm lý do Kubler Ross chủ trương, giai đoạn thứ 1 là phủ nhận. Phủ nhận là giai đoạn không thể chấp nhận được cái chết. Tức giận thể hiện cảm xúc tại sao chỉ là mình (▶ Tham khảo G014).



Điểm quan trọng khi học

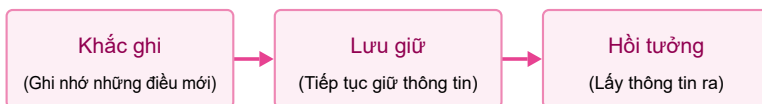
Thuyết tháp nhu cầu của Maslow



Kiểu tính cách giai đoạn cao tuổi của Reichard

Kiểu trưởng thành (kiểu tích hợp)	Chấp nhận bản thân và cuộc sống của mình như nó vốn có.
Kiểu ghé thoải mái (kiểu phụ thuộc)	Chấp nhận hiện trạng của mình, nhưng phụ thuộc vào người khác và mang tính thụ động.
Kiểu phòng thủ (kiểu áo giáp)	Áp chế sự lo lắng về lão hóa và bảo vệ bản thân bằng cách tiếp tục hoạt động.
Kiểu trừng phạt bên ngoài (kiểu phẫn nộ)	Không thể chấp nhận quá khứ và sự lão hóa của bản thân
Kiểu trừng phạt nội bộ (kiểu tự trách)	Coi cuộc đời bản thân như một thất bại và nghĩ rằng nguyên nhân là ở bản thân.

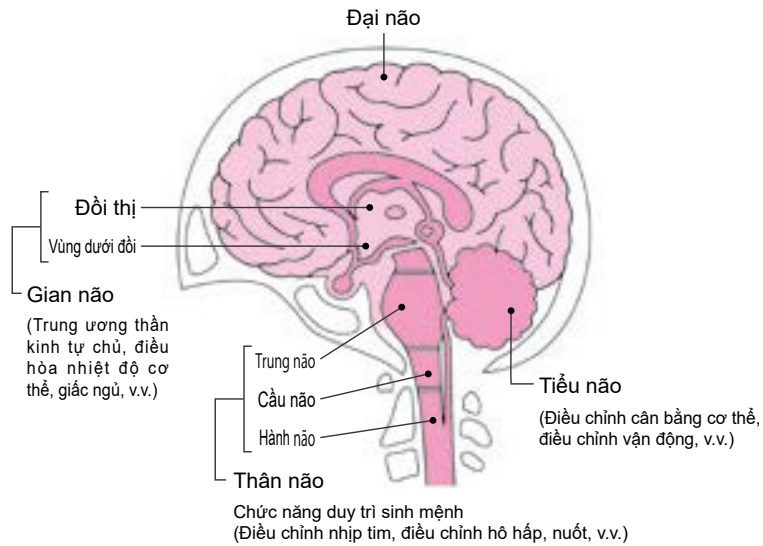
Quá trình của trí nhớ



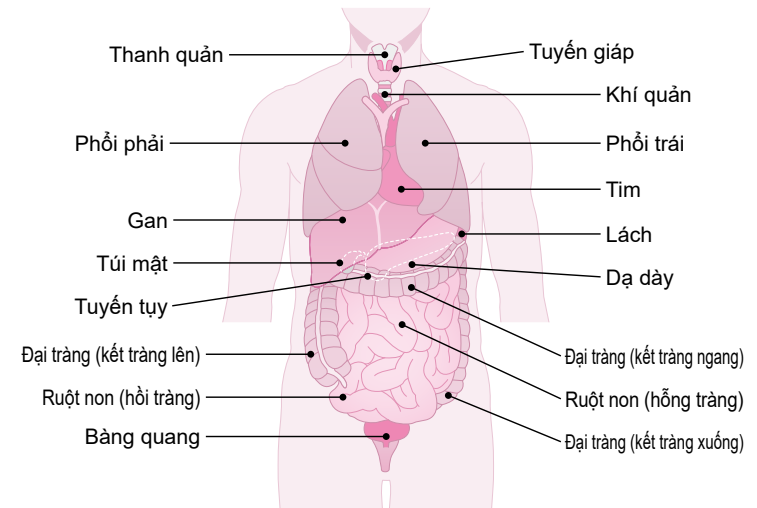
Cơ chế thích ứng

Chạy trốn	Tìm kiếm sự ổn định cho bản thân bằng cách chạy trốn khỏi lo lắng và căng thẳng v.v.
Thoái hóa	Quay trở lại giai đoạn phát triển chưa trưởng thành và cố gắng bảo vệ bản thân.
Áp chế	Kìm nén những nhu cầu và cảm xúc không muốn thừa nhận để chúng không xuất hiện trên bề mặt ý thức.
Bù trừ	Trường hợp không thể đạt được mục đích ban đầu, chuyển nhu cầu sang một thứ dễ dàng có được và chịu đựng.
Đền bù	Cố gắng bù đắp cho mặt có cảm giác tự ti bằng cách đứng ở vị trí ưu thế ở mặt khác.
Hợp lý hóa	Chính đáng hóa hành động của bản thân bằng cách đưa ra lý do theo sự tiện lợi của bản thân v.v.
Thăng hoa	Cố gắng thay thế những nhu cầu hung hăng v.v. bằng các hành vi có giá trị như thể thao và nghệ thuật.
Đồng nhất hóa (Đồng nhất quan điểm)	Áp dụng cảm xúc và suy nghĩ của người khác cho bản thân và hài lòng như thể đó là của bản thân mình.
Hình chiếu	Suy nghĩ những cảm xúc khó chấp nhận ở bản thân như ở người khác.
Thay thế	Hướng những nhu cầu, cảm xúc (yêu, ghét, v.v.) hướng vào đối tượng nào đó vào đối tượng khác để thể hiện.
Hình thành phản tác dụng	Có những hành động trái ngược với nhu cầu và cảm xúc không muốn được biết đến và cố gắng che giấu con người thật của mình.

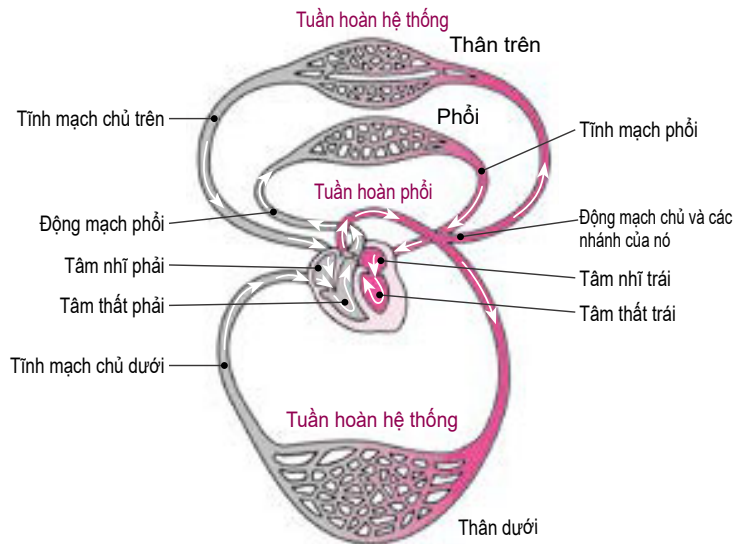
■ Cấu trúc của não



■ Tên gọi của nội tạng (mặt trước)

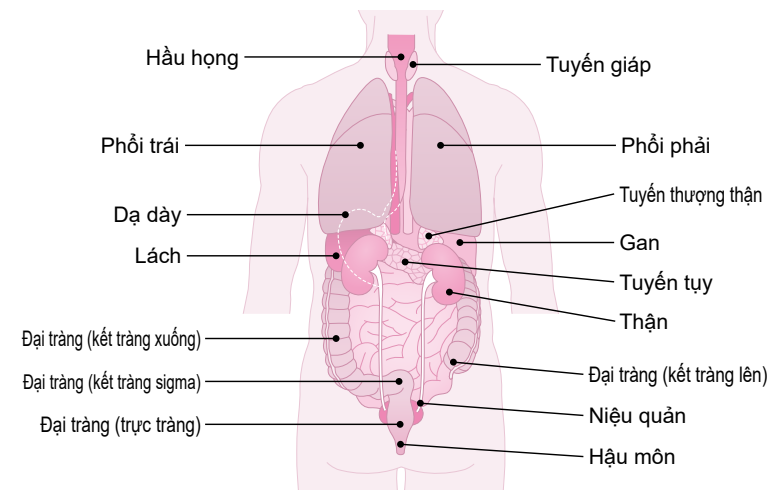


■ Tuần hoàn phổi, tuần hoàn hệ thống



G 012

■ Tên gọi của nội tạng (mặt lưng)



G 013

■ Năm chất dinh dưỡng chính

Chất đường (carbohydrate)
Lipid
Chất đạm
Chất vô cơ (chất khoáng)
Vitamin <ul style="list-style-type: none"> • Vitamin tan trong chất béo A, D, E, K • Vitamin tan trong nước B, C

■ 5 phân loại ăn uống và nuốt xuống

Giai đoạn đầu tiên (giai đoạn nhận thức)
Giai đoạn chuẩn bị (giai đoạn nhai)
Giai đoạn trong khoang miệng
Giai đoạn trong họng
Giai đoạn trong thực quản

■ Các loại tiểu không tự chủ

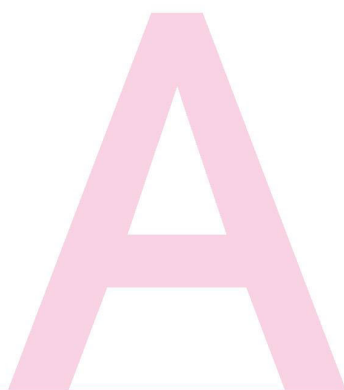
Tiểu không tự chủ do chức năng (són tiểu có tính chức năng)	Són ra do động tác đi tiểu không kịp, hoặc không biết chỗ của nhà vệ sinh do chứng mất trí nhớ v.v. nên không kịp.
Tiểu không tự chủ do áp lực căng thẳng (són tiểu do áp lực căng thẳng)	Buồn tiểu, nhưng không kịp đến nhà vệ sinh nên són ra
Tiểu không tự chủ do áp lực trong bụng (són tiểu có tính áp lực trong bụng)	Nước tiểu rò rỉ khi áp lực bụng, chẳng hạn như ho hoặc hắt hơi v.v.
Tiểu không tự chủ do tràn (són tiểu có tính đầy bóng đái)	Đường thông nước tiểu bị đóng lại do chứng phì đại tuyến tiền liệt v.v. khiến nước tiểu són ra từng chút một
Tiểu không tự chủ do phân xạ (són tiểu do phân xạ)	Do chấn thương tủy sống v.v. nên dù không buồn tiểu mà nước tiểu vẫn són ra.

■ 5 giai đoạn của quá trình tâm lý chấp nhận cái chết của Kubler Ross

Giai đoạn 1	Phủ nhận	Giai đoạn từ chối và phủ nhận sự thật của số phận của cái chết, nói rằng "Tôi không thể chết".
Giai đoạn 2	Tức giận	Giai đoạn xuất hiện cảm giác tức giận mạnh mẽ đối với việc chết.
Giai đoạn 3	Thương lượng	Giai đoạn bày tỏ cảm giác cầu nguyện với thần linh liệu có thể tránh khỏi hiện thực về cái chết không.
Giai đoạn 4	Trầm cảm	Giai đoạn cảm giác chán nản rằng "Có làm gì đi nữa cũng không thể giúp được gì".
Giai đoạn 5	Chấp nhận	Giai đoạn chấp nhận cái chết và tĩnh tâm.

12

Chăm sóc y tế



Trả lời - Giải thích



12-001 Chuyên viên chăm sóc phúc lợi v.v. đã hoàn thành khóa đào tạo thực địa về chăm sóc y tế có thể thực hiện các nghiệp vụ như hút đờm v.v. tại các cơ sở, cơ sở kinh doanh được người đứng đầu các tỉnh, thành trung ương (To-do-fu-ken) xác nhận và đăng ký.



12-002 Phần hầu họng là bộ phận khởi phát nôn mửa. Do đó, khi đưa ống vào sâu hơn hầu họng, kích thích đó gây ho và nôn mửa, có nguy cơ dẫn đến sự cố nghiêm trọng.



12-003 Ghi chép lại quá trình xảy ra tình hình nguy hiểm ngay trước khi xảy ra sự cố sẽ dẫn đến nỗ lực ngăn chặn những nguy hiểm và sự cố tương tự từ trước. Các báo cáo sự cố được ghi chép trong các báo cáo sự cố và tai nạn.





12-004 Các biện pháp phòng ngừa chuẩn lấy cách nghĩ phải xử lý tất cả máu, dịch cơ thể, chất được tiết ra (đờm, nước bọt, chất nôn), chất bài tiết (phân, nước tiểu), da vết thương, niêm mạc, v.v. như là những gì có nguy cơ lây nhiễm làm cơ bản.





12-005 Các vật dụng sử dụng để cho ăn uống bằng ống qua đường mũi sau khi được rửa sạch (chất tẩy rửa trung tính dùng cho bát đĩa) thì ngâm trong dung dịch khử trùng (natri hypochlorit) trong khoảng 1 giờ, và rửa kỹ bằng nước máy, sau đó để khô. Ethanol dùng để khử trùng được sử dụng để lau sạch và khử trùng dụng cụ, không được sử dụng để khử trùng bằng cách ngâm.





12-006 Máy đo nồng độ oxy là máy đo tần số mạch đập và độ bão hòa oxy máu động mạch qua da (SpO₂ : lượng oxy có trong máu động mạch) từ bề mặt da. Chỉ số tiêu chuẩn của độ bão hòa oxy máu động mạch qua da là 95 ~ 100%.



12-007 Độ ẩm trong căn phòng thoải mái nói chung được cho là trên dưới 50%. Khi độ ẩm thấp, không khí khô được hút vào khiến độ nhớt của đờm tăng lên và khó thải đờm.



12-008 Nếu chất hút có lẫn máu, phải ngừng hút ngay và quan sát bên trong khoang miệng và khoang mũi. Kiểm tra tình trạng thờ, màu da v.v., kiểm tra xem có đúng là áp lực hút đã được quy định không và liên lạc với nhân viên y tế.



12-009 Khi đi tắm, đờm sẽ mềm hơn do ảnh hưởng của độ ẩm cao, dễ thoát ra ngoài một cách thuận lợi. Ngoài ra, đờm có thể tăng lên nên cần loại bỏ đờm trước và sau khi chăm sóc tắm.



12-010 Để ngăn ngừa giảm áp lực hút và ngăn ngừa dòng dịch thải trào ngược, phải thải bỏ bình hút trước khi đạt mức 70~80%. Ngay cả khi lượng dịch thải ít vẫn phải vứt bỏ và rửa kỹ bằng chất tẩy rửa và nước xả định kỳ 1~2 lần 1 ngày.



12-011 Sử dụng nước máy để rửa sạch ống hút dùng để hút đờm trong khoang miệng và khoang mũi. Trường hợp ống hút dùng cho ống thông khí quản, thì rửa bằng cách hút nước tinh khiết vô trùng thay vì nước máy.



12-012 Thời gian 1 lần hút phải làm sao kết thúc trong vòng 10 ~ 15 giây. Nếu thời gian hút kéo dài dễ gây khó thở, nhịp tim nhanh bất thường, huyết áp tăng v.v. nên nếu không hút hết đờm trong 1 lần thì phải thực hiện hút lại sau khi điều chỉnh hô hấp.


12-013 Khi nhiệt độ của chất bổ sung dinh dưỡng thấp, nhu động của ruột tăng lên, dễ gây ra các triệu chứng vùng bụng như tiêu chảy và đau bụng v.v. Hạ đường huyết là tình trạng lượng glucose trong máu trở nên ít đi.


12-014 Trong trường hợp cho ăn uống bằng ống, do không nhai, nên nước bọt tiết ra bị giảm, tác dụng tự làm sạch trong khoang miệng suy giảm, và nguy cơ lây nhiễm tăng lên. Cần thực hiện chăm sóc khoang miệng, phòng tránh lây nhiễm, duy trì, nâng cao chức năng ăn uống và nuốt xuống.


12-015 Nấc cụt xảy ra do cơ giật cơ hoành, nhưng cần phán đoán nguyên nhân có phải do tiêm chất bổ sung dinh dưỡng qua ống hay không nên phải ngừng tiêm ngay.


12-016 Chất bổ sung dinh dưỡng dạng bán đông đặc (dạng thạch) không được sử dụng trong việc cho ăn uống bằng ống qua đường mũi vì có tính nhớt và có khi làm tắc nghẽn chất bổ sung dinh dưỡng trong ống. Phần lớn được áp dụng trong trường hợp rò dạ dày và rò ruột.


12-017 Cho ăn uống bằng ống qua đường mũi bằng cách sử dụng chênh lệch độ cao giữa ống rửa và dạ dày của người sử dụng để tiêm. Nếu cao hơn 50 cm thì tốc độ nhỏ giọt sẽ nhanh hơn, còn nếu thấp hơn 50 cm thì chậm hơn. Tùy thuộc vào tốc độ nhỏ giọt mà có nguy cơ trào ngược và rối loạn nuốt.


12-
018

Người có thể luồn ống dinh dưỡng bị sút là bác sĩ hoặc điều dưỡng.



12-
019

Cả khi luồn và tháo ống hút đều phải ở tình trạng tạo áp suất hút. Bên trong ống thông khí quản không có nguy cơ làm tổn thương niêm mạc và là để phòng ngừa đờm rơi vào khí quản.



検討委員会、編集委員会委員一覧 ※五十音順

〈外国人向け介護学習テキスト検討委員会〉

五十嵐さゆり 福祉人材育成研究所 M&L
(委員長) 白井孝子 東京福祉専門学校
高木憲司 和洋女子大学家政学部
橋本由紀江 国際交流 & 日本語支援 Y

〈外国人向け介護学習テキスト検討委員会（過去問）編集委員会〉

五十嵐さゆり 福祉人材育成研究所 M&L
木林身江子 静岡県立大学短期大学部
木村久枝 元松本短期大学
午頭潤子 白梅学園大学子ども学部
品川智則 東京YMCA 医療福祉専門学校
下山久之 同朋大学社会福祉学部
白井孝子 東京福祉専門学校
鈴木真智子 浦和大学短期大学部
高木憲司 和洋女子大学家政学部
高木直美 日本福祉大学中央福祉専門学校
高木諒 愛知県立古知野高等学校
平野啓介 旭川大学短期大学部
松沼記代 高崎健康福祉大学健康福祉学部

(事務局) 公益社団法人 日本介護福祉士会
国際介護人材支援チーム

「外国人のための介護福祉士国家試験一問一答」
(令和2年度介護の日本語学習支援等事業)
令和2(2020)年12月発行
公益社団法人 日本介護福祉士会

日本の介護を学び、現場で働く外国人のためのWebサイト

にほんごをまなぼう

Support your local,
For our future.



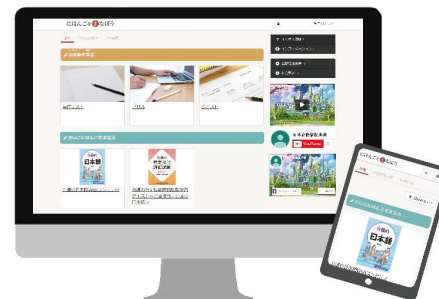
にほんごをまなぼう



Copyright © The Japan Association of Certified Care Workers All rights reserved.

Trang web dành cho người nước ngoài học và chăm sóc tại Nhật và làm việc tại hiện trường chăm sóc

Nihongo o Manabou - Hãy học tiếng Nhật



Nội dung bao gồm

- **Học tiếng Nhật**
~ Phân đầu đạt trình độ N3! ~
Bài tập Bài kiểm tra nhỏ Đề luyện thi mô phỏng
Kiểm tra tình hình học tập Quản lý mục tiêu học tập
- **Tài liệu học tập về Chăm sóc**
~ Đáp ứng đa thiết bị - đa ngôn ngữ ~
"Tài liệu học tập dành cho Kỳ thi đánh giá kỹ năng
đặc định về Chăm sóc"
"Tiếng Nhật về Chăm sóc"
Và các tài liệu khác đang lần lượt ra mắt ...
- **Phát thông tin trên mạng xã hội social**
~ Nơi giao lưu của người dùng~
 YouTube Facebook
Và các mạng xã hội khác đang được chuẩn bị...

"Nihongo o Manabou - Hãy học tiếng Nhật"

giúp nâng cao năng lực tiếng Nhật, hỗ trợ chất chế việc học kỹ năng cần thiết tại hiện trường chăm sóc như một nền tảng tổng hợp cho mọi người nước ngoài học về chăm sóc và làm việc tại hiện trường chăm sóc ở Nhật. Để phát huy hiệu quả học tập cao trong việc học tập tiếng Nhật, hơn bất kỳ điều gì, việc người học phải tự chủ nỗ lực học tập là điều không thể thiếu. "Nihongo o Manabou - Hãy học tiếng Nhật" cung cấp môi trường đó cho người học. Mục đích là tích lũy năng lực tiếng Nhật (khoảng N3) và các kỹ năng chăm sóc cơ bản. Ngoài ra, cung cấp nơi để chuẩn bị cho các kỳ thi như Kỳ thi đánh giá kỹ năng đặc định v.v. và nơi giao tiếp (kết nối) giữa người dùng với nhau.

< 5 đặc điểm >

Miễn phí Đăng ký thi Tự học Chăm sóc ở Nhật Cộng đồng



Bất kỳ ai cũng có thể sử dụng miễn phí nếu là người học tiếng Nhật, người có quan tâm đến chăm sóc ở Nhật



Hỗ trợ học tập nhằm thi đầu Kỳ thi Năng lực tiếng Nhật N3, vượt qua Kỳ thi đánh giá kỹ năng đặc định v.v.



Áp dụng hệ thống hỗ trợ học tập tự chủ có thể tự mình quản lý tình hình học tập



Cung cấp nội dung kỹ năng chăm sóc cần thiết tại hiện trường chăm sóc ở Nhật Bản



Phát thông tin sử dụng mạng xã hội hiệu quả, cung cấp nơi giao lưu, chia sẻ thông tin giữa người dùng với nhau

SHOT!!



URL: <https://aft.kaigo-nihongo.jp/rpv/>

にほんごをまなぼう

CLICK!!



Pháp nhân Đoàn thể Công ích Hiệp hội Chuyên viên chăm sóc phúc lợi Nhật Bản

Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Xã hội Nhật Bản Chương trình hỗ trợ Học tiếng Nhật và Chăm sóc