
1 健康状態

1 観察管理が必要な病気

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

利用者が在宅生活を送るうえで、観察管理が必要な病気を把握して生活支援をするのがケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割です。

病気を治すのは医療保険、病気による生活の支障に対応するのが介護保険。それぞれの専門性を持って役割を果たすことで、「利用者主体の医療・介護の協働」ができます。

ケアマネジャーは「生活の支障の原因となっている病気」、「病気による生活の支障」の両方向から利用者の生活状況を捉えて課題を把握します。また、継続的なモニタリングにより病状や身体状況の変化を把握し、本人・家族、主治医、かかりつけ薬剤師等と話し合いにより対応を検討してケアプランにします。

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

主治医からの診療情報により、治療者ではなく、ケアスタッフによる観察管理が必要な病気についての情報が得られれば、詳しい状況を確認し課題検討します。

利用者のほとんどは何等かの病気を抱え、薬を服用していますが、病名がついているから全て検討するというものではありません。高齢者に多い病気の中で、在宅で生活する上で、観察管理が必要かどうかを判断し検討します。しかし、観察管理が必要かどうかの判断はケアマネジャー（ケアスタッフ）ができることではないので、主治医等からの診療情報（面接や診療情報提供書など）が必要になります。

3. 「観察管理が必要な病気」の理解

1) ケアマネジャーが把握すべき高齢者に多い病気は、循環器、神経・認知、骨関節、眼科、精神科、感染症、糖尿病など多岐にわたります。（128：1.健康状態の「観察管理の必要な病気」参照）

2) 利用者の病気に関する症状や経過を調べて理解しようと努めます。特に、ケアマネジャー（ケアスタッフ）は、その病気の症状が生活へどのように支障をきたすのかについて理解し把握しようと努めることが必要です。

4. 課題検討の指針とケアの方向性

1) 医療機関を受診することがケアプランではなく、受診した結果どのような対応が必要なのかを検討して対応するのがケアプランです。

2) 病気や症状が、生活の様々な支障に関係しますので両方向から捉えて検討します。（課題検討の手引き：1.健康状態の「痛み、脱水、心臓と肺、薬剤管理、向精神薬、アルコール

第3章 ケアプラン（居宅サービス計画）策定のための課題検討の手引き

ル」、2.ADLの「ADL、転倒」、3.IADL、4.認知、5.コミュニケーションの「コミュニケーション、視覚」、6.社会との関わりの「うつと不安」、7.排尿・排便の「尿失禁、排便」、8.褥瘡・皮膚の問題、9.口腔衛生、10.食事摂取、11.行動障がい、14.特別な状況「ターミナルケア・緩和ケア」と関連して検討)

2 痛み

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 痛みが原因で、ADLなど生活に支障をきたしている利用者を把握します。
- ② 痛みによる生活への影響（痛みを怖がる、痛みによる関係性の減少、鎮痛薬の副作用など）を検討し対応します。

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

痛みの訴えがあり、痛みによる生活の支障が認められれば、詳しい状況を確認し課題検討します。（128：1.健康状態の「痛み」、2.ADL、3.IADL、5.社会との関わりなどを参照）

3. 「痛み」の理解

痛みをもっともよく説明できるのは本人です。本人の言うことを注意深く聞き、その訴えを先入観なく検討する必要があります。

痛みは、「締めつけられる」「かじかむ」「こる」「冷たい」「重い」というように表現される場合もあります。

要介護高齢者の約7割は痛みを抱えており、その約4割は痛みがあることによって、「生活の質（QOL）」にも影響が出ています。また、痛みは長い間、続くことが多く、適切な評価と対応が必要です。

1) 痛みによる生活の質（QOL）への影響

- ① 睡眠、ADL、食欲、恐れ、気分の低下（128：1.健康状態の「症状」、2.ADL、3.IADL、10.食事摂取、6.社会との関わりの「気分」を参照）
- ② 社会活動からの引きこもりや対人関係の悪化や妨げ（128：6.社会との関わりの「関わり」を参照）
- ③ 運動を妨げることによる筋力低下や転倒の危険性（128：1.健康状態の「症状」、2.ADLの「ADL低下」、転倒」を参照）

4. 課題検討の指針とケアの方向性

痛みが問題であることがわかったら、家族、看護師、医師等と協力して対応します。

- ① 痛みについて詳しく把握します（表）。

① 痛みがはじまった時期

痛みがはじまった時期を把握します。

② 変化

痛みの変化の有無と、その状況を把握します。

③ 痛みの部位

痛みを感じている部位を把握します。

④ 痛みの種類と頻度

痛みが持続的にあるのか、断続的なものなのか把握します。断続的に感じる痛みであれば、その頻度・持続時間、どのような状況で起きるか把握します。

⑤ 程度

姿勢や体位、歩行、涙が出る、活動の制限など、痛みによる日常生活に支障をきたす程度を確認し、何によって軽減するかを把握します。

⑥ 性質

痛みがどのような性質ものか（チクチク痛む、脈打っているようにずきずき痛む、灼熱感を伴う、切り込まれるように痛むなど）、どのように痛むのか、高齢者自身の感覚で痛みの質を評価します。

⑦ 悪化

何が痛みを増し、何が痛みを軽減させているか把握します。

⑧ 鎮痛薬

痛みを和らげるために使用している薬と使用方法、効き目を把握します。

② 対処方法

主治医に相談のうえ、次のとおり対応します。

- ・ 痛みの原因把握
- ・ 鎮痛薬の使用
- ・ 痛みを和らげる方法を確認する（温める、冷やす、姿勢を変える、マッサージをするなど）
- ・ 寝具等の家具や用具類を利用者に合わせる（福祉用具の活用検討）

③ 痛みの影響を把握し対応します

- ・ 痛みそのものやその原因だけでなく、痛みによる影響に対応することが効果的な場合があります。（上記、3-①～④を検討します。）
- ・ 利用者にあった、痛みを和らげる方法を検討します。
なお、薬によって痛みを和らげることは副作用（吐き気や眠気）があることも気を付けて確認します。

3 脱水

第3章 ケアプラン（居宅サービス計画）策定のための課題検討の手引き

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 脱水症になる危険性を減らします。
- ② 家族やケアスタッフが、脱水の原因や脱水によってみられる症状に気がつくことができ、対応できるようにします。

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

以下の状況があり、生活の支障が認められれば、詳しい状況を確認し課題検討します。

- ① 下痢、発熱、便秘などがある（128：1.健康状態の「症状」を参照）
- ② 利尿剤を服用している（128：1.健康状態の「薬」を参照）
- ③ せん妄がある（128：1.健康状態の「精神症状」、4.認知の「認知機能の低下」「せん妄」を参照）
- ④ 皮膚に問題がある（128：8.褥瘡・皮膚の問題「皮膚の問題」を参照）
- ⑤ 口腔に問題がある（128：9.口腔衛生「口腔の問題」を参照）
- ⑥ 食事や水分の摂取量が不足・減少している（128：10.食事摂取「栄養・水分摂取」を参照）

3. 「脱水」の理解

脱水とは、摂取する水分量より、失われた水分が多い状態をいいます。

水分は、組織の物理的支持、細胞への栄養分の輸送と老廃物の排泄、体温の調節を含む複雑な代謝機能に必要です。

1) 脱水の種類と症状

脱水の種類には、①高張性脱水、②等張性脱水、③低張性脱水があります。

高張性脱水	塩分よりも水分が多く失われる脱水 高ナトリウム血症となります。発熱が続いたり、非常に暑いところで過ごしたりするなど、肺や皮膚からの不感蒸泄による水分が喪失するときに起きます。
等張性脱水	水分と塩分の両方の喪失による脱水 ナトリウム濃度は正常ですが、循環血液量の減少がみられます。食欲が減退しているために食事や水分の摂取が減少している場合（水分・塩分摂取の低下）や、嘔吐や下痢の症状がみられる場合（水分・塩分の過度の喪失）などに起こります。
低張性脱水	水分よりも塩分の喪失が大きい場合、等張性脱水時に水分のみの補給が行われた場合の脱水。低ナトリウム血症となります。

脱水による症状には、体動によるめまい、口唇の乾燥、便秘などがあります。重症になると、精神的な錯乱や身体機能の低下、皮膚の損傷がみられるようになり、感染や転倒を起こしやすくなります。腎不全に陥って死に至ることがあります。

2) 高齢者と脱水

高齢者の脱水には、次のような特徴があり、特に注意が必要です。

- ・急性疾患に伴って起こることが多く、脱水が原因で入院した高齢者の死亡率は高い
- ・高齢者の場合、過度の水分喪失よりも不適切な水分摂取が関係することが多い
- ・高齢者の腎臓は、若年者と同じようには、尿を濃縮できない。水分摂取が不十分な場合、あるいは水分の喪失が増加した場合、高齢者は脱水を回避するだけの十分な水分量を保持できない可能性がある
- ・加齢とともに、口渇感を感じにくくなり、高齢者は失われている水分を補充するために適切な水分量を摂取する必要性を十分認識できない場合がある
- ・薬物療法を受けている場合、水分摂取の減少を招くような食欲減退、吐き気を引き起こすことがある
- ・嚥下困難や尿失禁を緩和する試みとして、水分摂取を計画的に制限している場合がある
- ・身体の水分量や均衡を適切に維持することを助ける多くのホルモンの量が、加齢とともに低下する

4. 課題検討の指針とケアの方向性

2-①～⑥と、脱水を見分ける際の下記留意点をふまえ、症状と原因を把握し、原因を除去、もしくは原因に対応します。

1) 脱水を見分ける際の留意点

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 脱水に伴う症状は、かなりの水分が失われるまで現れないため、発見しにくい② 多くの初期症状は脱水でない場合がある（薬の副作用、口呼吸による口渇など）③ 皮膚の弾力性低下は老化現象と見分けにくい④ 便秘は脱水以外でも起きる⑤ 高齢者の約3割に脱水と関係しない起立性低血圧がある⑥ 身体・精神状態の低下と要介護自体が脱水の原因となる場合がある |
|---|

2) 下記に示す様子がみられる場合、脱水を疑います。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 認知状態が最近悪化した（錯乱や興奮等）（128：認知の「認知」、「意識障がい」を参照）② 口が渇く、ねばねばする（128：9.口腔衛生の「口腔」を参照）③ 立ったり座ったりすると、めまい感、めまいがある（128：健康状態の「症状」を参照）④ 排尿回数、量が減ってきた（128：健康状態の「症状」を参照）⑤ 便秘がち（128：健康状態の「症状」を参照）⑥ のどが渇くと言う（128：10.食事摂取の「栄養・水分摂取」を参照）⑦ 排尿回数、夜間トイレに行く回数が増えた（128：健康状態の「症状」を参照）⑧ 不活発、ボーっとしている（128：健康状態の「症状」を参照） |
|---|

※心拍が早くて弱い、呼吸が早くて浅い場合は緊急対応を検討。

4 心臓と肺

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

心臓や肺に問題のある高齢者は、多くの場合すでに医療的管理を受けています。その一方、ただの老化現象として考え、適切な医療やケアを受けていない場合があります。

心臓、肺の機能とその影響に気づき、医療サービスに繋げることを提案します。また、身体に負担のかからないケアが提供のできるよう対応します。

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

以下の状況があり、生活の支障が認められれば、詳しい状況を確認し課題検討します。

- ① 胸痛・胸部圧迫感（安静時、運動時）の有無。（128：1.健康状態「観察管理の必要な病気」、「痛み」、「症状」などを参照）
- ② 息切れ、不整脈の有無。（128：1.健康状態の「症状」、「健康状態」、「転倒」、2.ADLの「ADL」、3.IADLの「IADL」、5.社会との関わりの「関わり」など参照）

3. 「心疾患と肺疾患」の理解

1) 心疾患（循環器系疾患）

- ・高齢者は、心不全や狭心症、虚血性心疾患等の生命にかかわる心疾患を抱えている場合が多い。一方で、機能の低下に気がついていなかったり、気がついていても「年のせい」と片づけられていたり、息切れなどが当たり前として放置されていたりする場合があります。
- ・適切に対応すると、運動耐性の向上、疲れやすさの改善、食欲の改善などの生活の質の向上が期待されます。
- ・高齢者は、急に立ち上がったときや、食事の後、新しい薬を服用したときなどは、血圧が急に下がりやすく、転倒の危険性につながります。

2) 肺疾患（呼吸器系疾患）

- ・高齢者の胸部感染は発見が難しく、回復が遅い。
- ・慢性の肺疾患は、生活を著しく制限するため適切な医療やケアが望まれます。
- ・肺疾患からの回復が遅い原因は、感染症であることが多い。

4. 課題検討の指針とケアの方向性

循環器系疾患と呼吸器系疾患の症状や特徴を理解し、医療機関へつなげる提案と、介護や機能訓練、ADL、IADL、活動支援など、身体に負担のかからないケアや支援が提供のできるよう対応します。

第3章 ケアプラン（居宅サービス計画）策定のための課題検討の手引き

1) 循環器系疾患と呼吸器系疾患と主な症状

循環器系疾患	息切れ、胸痛、動悸、下肢の腫脹、意識喪失
呼吸器系疾患	息切れ、せき、喀痰異常、血痰、喘鳴、胸痛

2) 循環器系疾患と呼吸器系疾患の症状・原因・留意点

症状	原因	留意点
不整脈（頻脈、徐脈、期外収縮）	・心臓疾患、高血圧、肺疾患、甲状腺異常	脳卒中の危険性
せき、喀痰、喘鳴	・薬剤、喫煙、心不全、腫瘍、アレルギー疾患 ・慢性呼吸器疾患（喘鳴、呼気困難）	せきに伴う多量の喀痰
胸痛	・動脈硬化、痙攣	・虚血性心疾患症状：押し付けられる、搾られるような痛み、胸部中心の痛み ・痛みは胸部にみられるばかりではない。のどやあご、片腕または両腕、背中に現れる場合もある ・運動や動悸に関連して起こることがある ・軽い痛みは気づかないことがある ・痛みは持続する場合も、一過性の場合もある ・心疾患以外が原因である場合多い（食道痙攣、胸部感染、肺塞栓、解離性動脈瘤、肋間関節炎等）
めまい、めまい感、意識喪失	・循環器系に問題がある場合が多い ・体位の変化に伴う血圧低下 ・薬剤の副作用 ・心臓発作、心弁膜症、不整脈、循環器系反射など	・意識が失われそうな感じ、もしくは意識喪失は注意が必要
浮腫一足首と下肢の腫脹	・心不全、静脈不全、肝臓の疾患、腎臓の疾患など、さまざまな原因が考えられる	・夕方にかけてだんだんひどくなる ・心不全が原因の場合は、通常息切れや疲れやすさを伴う ・痛みを伴う、一側性または進行性である

第3章 ケアプラン（居宅サービス計画）策定のための課題検討の手引き

	<ul style="list-style-type: none"> ・出現が最近で、痛みを伴う場合は、感染症、深部静脈血栓などが考えられる 	<p>る場合、足首より上に及ぶ場合、液体浸出がみられる場合等は受診を必要とする</p>
息切れ—呼吸不全	<ul style="list-style-type: none"> ・心疾患、呼吸器疾患が原因でなく、単に体力が落ちている場合もある 	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸に負荷感がある、不自然に困難である場合や、平坦地を少し歩いただけ、または階段を少し上っただけで話せないほどの息切れがみられる場合、呼吸が苦しく横になれない場合、睡眠中に息切れで目覚める場合などは受診が必要 ・食欲低下、栄養不良、運動量減退につながるが、負担が少なくできる運動は重要 ・湿気、タバコの煙、ほこり、アレルギー源を抑える
動悸	<p>（心臓疾患）不整脈・心臓弁膜症・先天性心疾患 （心臓疾患）貧血、発熱、甲状腺機能亢進症、慢性肺疾患、精神的要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓の拍動を意識する状態。動悸が速い、意識の喪失、胸痛等の症状を伴う場合は急を要する

3) その他

- ① 高血圧の対応（心臓発作や脳卒中の罹患率を高める。（課題検討の手引き：2-2.健康増進を参照）
- ② 喫煙への対応（心肺疾患の原因になる。高齢者への禁煙の勧めは難しいことが多い。禁煙の効用と喫煙の影響、手遅れや無駄ではないことを説明します（課題検討の手引き：2-2.健康増進を参照）

5 薬剤管理

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割
服用している薬を把握し、その薬が効果的・効率的に作用するようにします。
2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

第3章 ケアプラン（居宅サービス計画）策定のための課題検討の手引き

以下の状況があり、生活の支障が認められれば、詳しい状況を確認し課題検討します。

- ① 利用者が服用しているすべて薬を把握している医師がいない。（128：1.健康状態の「薬」を参照）
- ② 5種類以上の薬剤を服用しており、腎不全、パーキンソン症候群、下痢、食事中の口渇感、便秘、めまい、めまい感、皮膚の掻痒感などがみられる。（128：1.健康状態の「観察管理の必要な病気」、「症状」、「薬」、8.褥瘡・皮膚の問題の「皮膚・褥瘡」、9.口腔衛生の「口腔ケア」などを参照）

3. 「薬剤管理」の理解

① 多剤併用

- ・高齢者は、複数の疾患を抱えていることが多く、そのため、使用している薬剤の種類も多い。高齢者の約8割は医師から薬を処方され、約7割は市販を使用しています。
- ・高齢者に処方されている一般的な薬は、循環器系の薬、降圧薬、鎮痛薬、関節炎の薬、鎮静薬、精神安定薬、消化器系の薬です。
- ・高齢者の約1割は5種類以上服薬している。要介護高齢者の9割以上が薬を使い、中央値は5種類、2割以上は9種類以上服薬しています。
- ・薬剤の種類が増えるほど、相互作用、副作用、順守しないという問題が起きます。

② 加齢に伴う生理的变化

加齢（高齢）により、薬への反応が変化し、合併症の可能性が増します。

③ 高齢者の薬剤副作用

高齢者の薬剤副作用は若年者の約3倍です。要因は、多剤併用、指示のとおり服用しない、病気が重い、複数の病気を抱えている、体が小さい、肝・腎の機能不全などです。

4. 課題検討の指針とケアの方向性

主治医、薬剤師と連携して以下を確認し、ケアプランにするかどうか判断します。

① 薬剤の内容確認（128：1.健康状態の「薬」を参照）

- ・すべての薬剤とその服用の理由を確認します。
- ・管理している医師がいるかどうかを確認します。
- ・精神科医師以外から向精神薬が処方されている場合は注意が必要です。

② 薬剤の相互作用、健康状態の確認

- ・医師、薬剤師によって把握されているかどうかを確認します。

③ 薬剤の副作用の確認

多くの薬剤は後遺症を残すような副作用をもたらす。必要に応じて医師、薬剤師に照会します。

表 主な副作用

・錯乱	・転倒	・うつ	・失禁	・便秘	・落ち着きのなさ	・錐体外路症候群
-----	-----	-----	-----	-----	----------	----------

・記憶喪失 ・口腔感想 ・悪心 ・めまい ・湿疹・かゆみ ・あざ（?内出血?） ・
下痢 ・疲労感

6 向精神薬

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

向精神薬を服用していて、その作用・副作用について、様子観察が必要な人を把握して対応します。

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

向精神薬を服用し、以下の生活の支障が認められれば、詳しい状況を確認し課題検討します。（128：健康状態の「薬」、11.行動障がい「向精神薬」を参照）

- ① せん妄がある（128：1.健康状態の「観察管理が必要な病気」「症状」、4.認知の「意識障がい」を参照）
- ② 意思決定、コミュニケーションに支障があらわれている（128：4.認知の「認知」、5.コミュニケーション能力の「コミュニケーション」を参照）
- ③ 気分や行動に支障が出ている（128：6.社会との関わりの「気分」を参照）
- ④ 行動障害が悪化している（128：行動障がい「行動障がい」を参照）
- ⑤ ふらつきや転倒がみられた、もしくは移動に援助を必要とするようになった（128：1.健康状態の「症状」、1.ADLの「転倒」を参照）
- ⑥ 失禁があった（128：7.排尿・排便の「失禁」参照）
- ⑦ 妄想や幻覚がみられた（128：1.健康状態の「症状」を参照）

3. 「向精神薬」の理解

向精神薬とは、精神にはたらきかける作用をもち、精神科などで使用される薬剤です。使用にあたっては次の留意点があります。

- ① 高齢者、特に慢性疾患をもっている場合、向精神薬による副作用、あるいは他の薬剤との相互作用が起こりやすい状況にあります。
- ② 向精神薬は、精神症状や行動面の症状を軽減すると同時に、ADL や IADL、認知機能を低下させることがあります。

表 主な向精神薬

催眠薬（睡眠薬）	睡眠を引き起こす
抗精神病薬（強力精神安定薬）	①不安・焦燥・興奮を鎮める、②幻覚・妄想等の異常体験を軽減する、③意欲を高めるといった作用をもち、いわゆる精神病（?→精神疾患?）に使われる
抗不安薬（精神安定薬）	不安感をとる

抗うつ薬	うつ状態を改善する
抗躁薬	躁状態を改善する
気分調整薬（気分安定薬）	気分の波を抑える
精神刺激薬（覚醒薬）	気分を持ち上げる
抗てんかん薬（抗けいれん薬）	てんかんの発作を抑える
抗パーキンソン病薬	パーキンソン症状を和らげる
抗酒薬	アルコールの分解を妨げて、アルコール依存症の治療に用いられる
認知症治療薬	認知症の治療に使われる
漢方薬	精神科領域でもさまざまな場合に使われる

4. 課題検討の指針とケアの方向性

下記について確認し、主治医、薬剤師と相談の上、本人に説明し提案して対応します。

① 向精神薬の使用によって、精神症状や行動の問題が実際に軽減されているか確認します。

② 副作用があらわれていないかどうか観察するとともに、その症状が向精神薬の副作用である可能性について把握します。

③ 医師と連絡をとります。

医師及び薬剤師が、利用者の症状と薬剤の使用の両方に関係する情報を確実に把握していることが必要です。問題が急性、重篤、進行性の場合は必須です。

④ 観察して対応します。

服薬後、利用者の身体の状況が不安定になったり、せん妄状態がみられたり、転倒が増加したり、失禁が多くなったりした場合には即座に対応することが必要です。

次の症状や様子が見られる場合、向精神薬との関係性について留意する必要があります。

- ・せん妄との関連性（128：1.健康状態の「観察管理が必要な病気」「症状」、4.認知の「意識障がい」）

- ・行動や気分の問題との関連性（128：6.社会との関わり「気分」）

- ・アルコールの問題との関連性（128：1.健康状態の「健康生活」）

- ・歩行の支障との関連性（128：2.ADLの「ADL」）

- ・尿・便失禁との関連性（128：7.排尿・排便の「失禁」）

服用している薬剤の一般的副作用なのか評価します。

①尿閉を伴う尿失禁、②便秘に伴う膀胱圧亢進による尿失禁、③尿量が大量な尿失禁、

④便失禁や下痢または排便回数の増加、⑤小腸の頻繁な動きを伴う尿失禁

- ・妄想、幻覚、猜疑心との関連性（128：1.健康状態の「症状」）

抗精神病薬以外の向精神薬を服用している利用者に、妄想、幻覚、猜疑心がみられる場合

- ・体重の変化との関連性（128：10.食事摂取の「栄養・水分摂取」）
- ・口腔乾燥との関連性（128：9.口腔衛生の「口腔問題」）
- ・抗コリン性副作用との関連性（128：1.健康状態の「薬」）
- ・便秘、口の渇き、胃部不快感等といった神経症状の副作用（128：1.健康状態の「症状」）

7 アルコール

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① アルコール乱用、アルコール依存症を把握します。
- ② 代謝の低下、持病、服用している薬などとの関係で、大量の飲酒でなくても危険な状態に陥る場合があるので検討して対応します。

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

以下のようなエピソードがあり、生活の支障が認められれば、詳しい状況を確認し課題検討します。

- ① 利用者自身が、お酒の量を減らしたほうがよいと思った。
- ② 家族や周りの人から減らすように言われた。
- ③ 家族や周りの人がお酒のことで心配している。
- ④ 迎え酒をした。または一日中、飲酒をしていた。
- ⑤ 飲酒が原因で問題を起こした。
- ⑥ その他、危険な飲酒の可能性がある。

また、①平均的な1週間で1杯以上飲酒をした日数、②通常飲む1日当たりの量を確認します。

3. 「アルコール関連問題」の理解

1) アルコールの乱用とアルコール依存症

アルコールに関係した問題のすべてをアルコール関連問題と言います。

このうち、量にかかわらず、身体・精神的・社会的・経済的に問題を引き起こした飲酒の仕方をアルコール乱用と言います。

また、アルコール依存症とは、飲酒をコントロールできない、絶えずお酒のことを考えている、アルコールの悪影響にかかわらず飲酒を続ける、あるいは思考にゆがみ（とくに飲酒に問題があることを否認する）のある病的な状態をいいます。

2) アルコール関連問題の背景

- ・少量の飲酒は健康によいという報告もありますが、アルコール依存症になれば、明らかに身体的、社会的、心理的な問題を引き起こします。
- ・アルコール依存症者は、飲酒に問題があることを否認することが多い。そのため、発

第3章 ケアプラン（居宅サービス計画）策定のための課題検討の手引き

見が困難であり、多くの場合、飲酒で紅潮した顔や機能障害、空になった酒瓶や缶をみた家族が問題に気づくこととなります。

- ・高齢者の場合は、次の3つの理由により、適正な飲酒をしている場合にも、飲酒が問題を引き起こす可能性があります。

- ① 加齢によるさまざまな生理的な変化のため、若者よりも飲酒に伴う危険性が高い
- ② 高齢者はアルコールが悪影響を及ぼす疾患を有していることが多い
- ③ 高齢者が使用している薬剤のなかには、アルコールとの相互作用により悪影響をもたらすものがある

4. 課題検討の指針とケアの方向性

以下の4) 5) についてはケアマネジャー（ケアスタッフ）として対応可能ですが、それ以外は直接ケアプランにつながるものではなく、本人が自分でなんとかしようと思うことにより支援対応が可能になります。

1) 評価

- ① 飲酒による生活全体への影響を把握します

飲酒の結果生じた、身体的、精神的、社会的、経済的問題の関連を分析し、再発の危険性や依存症の有無を確認します。特に、転倒や外傷は少量の飲酒でも起こる可能性があることに留意します。

- ② 「アルコール乱用」か「アルコール依存症」かを把握します

飲酒の量や頻度に対するコントロールを失っていれば、アルコール依存症である可能性が高くなります。今日は飲むまいと思っても飲んでしまい、一旦飲み出したら途中でやめられず、とことん飲むような状態です。専門医の診断を仰ぎます。

一方、アルコール乱用は、このような飲酒行動の異常がみられない状態で問題が発生している状況です。

- ③ アルコール依存症の場合は、飲酒行動自体に対する関わり方と、飲酒による生理的・心理的な影響に対する対応を検討します

- ④ アルコール乱用や依存症がみられない場合でも、潜在的な危険性があるため、飲酒量を把握します。

2) 追加の評価

- ① 飲酒の頻度と量、飲酒のパターンを詳細に把握します。

- ・過去のアルコール乱用や依存症治療の既往
- ・アルコール乱用や依存症が、高齢者の生活に与えている影響の程度（身体的健康、精神的健康、家族や社会との関係、経済状態）
- ・高齢者自身の問題認識

- ② アルコール乱用及び依存症の影響を把握します

多くの場合、アルコールによる身体的、社会的、心理的、経済的な問題は相互に関連した形で発生します。特に、飲酒運転は大きな社会問題であり、これを検討する際は、

第3章 ケアプラン（居宅サービス計画）策定のための課題検討の手引き

アルコール乱用や依存症の有無を併せて確認する必要があります。飲酒はインフォーマルな援助者や在宅サービスの提供者の対応にも影響し、支援体制がもろくなりやすい。

また、大量の飲酒は、ほとんどすべての臓器に悪影響を及ぼし、次のような障害や疾患を引き起こします。また、転倒、外傷、薬物乱用の危険性を高めます。

- ・中枢神経系の障害（短期記憶・抽象的思考・認知能力の低下）
- ・消化器系の障害
- ・循環器系の障害
- ・心血管等の障害
- ・栄養不良、肝硬変、食道がんの有病率が高い

3) ケアの方向

入院治療のほか、向精神薬の使用、行動療法、断酒会への参加など心理・社会的な介入方法が考えられます。専門医の指示に基づきますが、「本人が望む」ということが前提です。

- ① 短期間の入院治療はアルコール依存症の「解毒」や離脱症状に適切に対応するために必要な場合があります。
- ② 向精神薬も解毒の際にしばしば有効ですが、高齢者への使用には注意を要します。
- ③ 多く用いられるのは断酒会など集団療法です。

集団療法に参加することにより、自己像を認識し、不安を分かちあい、対人関係を再び形成する能力を回復する機会を得ることができます。高齢者の場合は、同じ年齢層のほうが効果的であり、同性の者でグループを構成したほうが成功するという報告もあります。

- ④ アルコール依存症は、特に早期発症の場合、治療が困難で、長期にわたる慢性的な疾患です。アルコール問題の専門家、特に高齢の患者を扱う専門家に紹介することが必要な場合があります。
- ⑤ いずれの治療の過程にも、家族などの、利用者を支える支援者のかかわりは欠かせません。家族が、利用者の行動によって深刻な精神問題や、ときには身体的外傷に苦しむことが多いため、最初に家族に焦点を当てた支援方法を考えなければならない場合が多くなります。

4) 危険な飲酒

アルコール乱用や依存症がなくても、アルコールは、薬剤との相互作用により、深刻な問題を生じることがあります。

そのため、観察された問題と薬剤の服用、飲酒との間に時間的な関係があるか検討する必要があります。

以下は、アルコールと薬剤の相互作用の一例です。表に示した薬剤と飲酒が同時に行われる場合、さまざまな影響を及ぼします。（128：1.健康状態の「薬」を参照）

表 アルコールと薬剤の相互作用

薬剤	症状・様子
----	-------

<ul style="list-style-type: none"> ・抗不安薬や睡眠薬（ジアゼパムなど） ・抗精神病薬（クロロプロマジンなど） ・バルビツール酸（フェノバルビタールなど） ・鎮痛薬 ・抗ヒスタミン薬 	<p>判断力の低下、意識の覚醒度の低下、錯乱、認知症様の症状などを引き起こす可能性がある。</p> <p>また、アルコールはこれらの薬剤の代謝に影響し、その結果、薬効が強まることがある。</p>
アスピリン服用	胃腸障害が起こる危険性がある。
利尿薬服用	血圧低下やめまいを引き起こすことがある。
一般的に肝臓で代謝される薬剤	飲酒者に問題を起こす可能性がある。

5) 危険な飲酒への対応

飲酒行動に対する治療は通常必要ありません。

むしろケアマネジャー等の支援者は、本人が「アルコール依存症者ではないことを十分わかっている」と、本人にわかってもらうように努め、健康と飲酒との相互作用について学ぶための支援をします。

<p>アルコール依存症の理解</p> <p>アルコール使用障害（Alcohol use disorder：AUD）</p> <p>アルコール依存症の患者は、アルコールによって自らの身体を壊したり、家族に迷惑をかけたり、さまざまな事件や事故・問題を引き起こすなどして社会的・人間的信用を失うことがあります。症状が進行すると、身体とともに精神にも異常を来たす深刻な病気です。</p> <p>以前は、慢性アルコール中毒、略して「アル中」とも呼ばれていたこともありますが、現在では通常、患者を侮蔑したり、患者自身が自己を卑下したりして使う差別的表現であるとみなされており、ほとんど使われることはありません。かつては、このような状態になってしまうのは本人の意志が弱く、道徳観念や人間性が欠けているからだと考えられてきましたが、最近では医学的見地から精神疾患の1つとして考えられるようになっていきます。</p> <p>飲酒が自分の意志でコントロールできなくなる症状を精神的依存、振戦・せん妄などの退薬症状（離脱症状、リバウンドともいう）を身体的依存といいます。アルコール依存に限らず、他のさまざまな薬物依存症も同じような特徴をもっています。</p> <p>厚生労働省が推進する「健康日本21」では、アルコール依存症の発症リスクが少ない「節度ある適度な飲酒」として、壮年男性の場合、純アルコール量換算で1日20g以下であるとの数値を示しています。これは1日ビール500ml（日本酒1合弱、25度焼酎なら100ml、ワイン2杯程度）に相当します。1日の飲酒量がこの3倍以上になると「飲みすぎ」となり、アルコール依存症になるリスクが高まると警告されています。単純計算す</p>
--

ると1日にビール3本、日本酒3合弱、25度焼酎300ml、ワイン6杯程度を超える量にあたります。

中年男性の3割以上が適正外飲酒に相当し、その多くはほぼ毎日常習しているので、アルコール摂取のコントロールが失われており、問題視されています。

いったんコントロール障害を起こしてしまうと、一生、元の状態に戻ることはありません。「するめ」が「いか」に戻れないのと同じです。したがって、アルコールで問題を起こしたくないと思うのであれば、アルコール完全に断つ以外に方法はありません。

コントロール障害を起こしているかどうかは、検査ではわかりません。その人のアルコールの飲み方で判断します。例えば、次のような「飲み方」がみられるようであれば、コントロール障害があるといえます。

- ① 飲酒の時間、場所、量などが、住んでいる社会の基準から外れてくる。サラリーマンの場合、週日に昼間から飲酒をする、職場で飲酒をするなどは常識的ではない。
- ② 毎日ほとんど同じパターンの飲み方をする。初期から中期の人は一日も休むことなく、ほぼ同じ時間に同じ量のアルコールを飲んでいる。さらに進むと、目を覚ますと酒を飲み、酔っぱらって寝てしまう、再び目を覚ますとまた飲むということを繰り返しながら何日も飲み続ける（連続飲酒発作）。このときは、飲むことと酒を買いに行くこと以外にはほとんど何もできない。数日から十数日すると、身体がアルコールを受けつなくなくなって、飲酒が止まる。その後しばらくは全く飲まないで過ごす。アルコール依存症が進行すると、連続飲酒発作と断酒を繰り返すようになる。
- ③ 今日は少量で切り上げようと決意して飲み始めるが、そのとおりに実行できない。また、何度も断酒を試みるがいつも失敗に終わる。適量で切り上げることもできないし、自分の力で止め続けることもできない。
- ④ 「これ以上飲んだら、命が危ない」「離婚する」「解雇する」などといわれても、なおアルコールを断つことができない。
- ⑤ ふるえ、発汗、不眠、焦燥感などの離脱症状を予防したり治したりするために飲酒する。このときは、強度のアルコールでも水を飲むよりも早く飲む。
- ⑥ いつでもアルコールを飲めるように準備している。夜中でも買える場所を知っている。酒を隠しておく。残りのアルコールが少量になると、次を準備しないと落ちつかない。
- ⑦ 飲酒のために多くの時間とお金を使い、仕事、家庭での役割、つき合い、趣味などをおろそかにする。

いったんアルコール依存症になると、ほとんどは、二度と普通のお酒のみには戻れないこと、健康な生活を続けたければ一滴のアルコールも口にいはれないことを、しっかりと覚えておく。

次のように考えている場合、まだ断酒しようとは思っていないのであり、さらに病気が進行する可能性がある。

- ① 飲み過ぎが悪いのだから、二合以上は絶対に飲まないようにしよう。
- ② 週日には飲まないで、土曜日の晩だけ飲むことにしよう。

- ③ 強いアルコールに手を出すとよくないので、ビールだけ飲むことにしよう。
- ④ 意志さえしっかりしていれば、飲んでも問題は起こさないだろう。
- ⑤ もう3年もやめたのだから飲めるような体になったかもしれない。
- ⑥ ちょっとくらい飲んでも、酒が抜けてから帰ればわからないだろう。
- ⑦ やめようと思えばいつでもやめられるので、アルコール依存症ではない。

毎日飲まずにいられないのがアルコール依存症ではない。アルコール依存症の人は、飲まないでいることはできる。しかし、飲み始めるとほどよいところで止められなくなる。

診断基準

過去の1年間のある期間に、下記の6項目のうち3つ以上が同時に起こっているときにのみ、アルコール依存症と診断する。

- ① アルコールを飲みたいという強い欲求がある。また、飲んではいけないと思いながらつい飲んでしまう。
- ② 飲酒の時間や量をコントロールすることができない。
- ③ 飲むのを止めたり、量を減らしたりすると、離脱症状が出る。
- ④ 酔うために必要なアルコールの量が増えてきている。
- ⑤ 飲酒に関することにより多大の時間、お金、労力を使い、それ以外のことをおろそかにする。
- ⑥ 飲酒によって問題が起きているのが明らかであるにもかかわらず、飲み続けている。

スリップ

アルコール依存症者が依存症から立ち直り回復するために一切のアルコールを断ち、断酒生活をしているにもかかわらず、一杯の酒に口をつけてしまうこと。

酒の量にかかわらず、断酒生活中に再飲酒すると、期間に個人差はあるが連続飲酒発作にまで至るといわれている。

アルコール依存症は決して完治することのない死に至る進行性の病である。アルコールを断つことで回復し寛解するが、スリップ（再飲酒）することで簡単に再発する。スリップとは、また発病したということである。

ドライドランク（dry drunk）

「空酔い」と訳されているが、ドライドランクとして使用されることが多い。

飲酒をしていないのに、苛立ち、絶望感、攻撃性などの徴候が認められ感情のコントロールができない状態をいう。酩酊時の徴候とよく似ていることから名づけられた。

単なるいらいらなどの不安定な感情の状態だけのこともあれば、飲んでいないのに吐く息までを酒臭く感じたり、二日酔いの気分の悪さを味わったり、手に震えが起きたり、症状は多岐に渡る。

個人差は大きいですが、酒を完全に断ってからでも数か月から1年間くらいは起こり得る。断酒期間とともに症状はうすらぎ、発生の回数も減る。

アルコール関連問題

出生前・乳幼児期		主に成年期以降		
親の影響		臓器障害	精神・神経障害	結婚・家庭問題
<ul style="list-style-type: none"> > 胎児性アルコール症候群 > 虐待 		<ul style="list-style-type: none"> > 肝臓障害 > 膵臓障害 > 心筋症 > 高血圧 > 糖尿病 > 高脂血症 > ホルモン異常 > 悪性腫瘍 	<ul style="list-style-type: none"> > 認知症 > 意識障害 > 抹消神経障害 > うつ病 > 嫉妬妄想 > 睡眠障害 > 性格変化 > 自殺 	<ul style="list-style-type: none"> > 夫婦の不和 > 別居・離婚 > 暴力(DV) > 児童虐待 > 家族の心身症 > 経済的問題
少年期・青年期		社会的問題	仕事の問題	
親の影響	本人の問題	<ul style="list-style-type: none"> > 飲酒時の暴力 > 警察保護 > 飲酒運転 	<ul style="list-style-type: none"> > 頻回の欠勤 > 休職 > 失職 > 頻回の転職 > 能率低下 > 事故 	
<ul style="list-style-type: none"> > 発達障害 > 精神障害 > アルコール乱用 > 薬物乱用 > 虐待 	<ul style="list-style-type: none"> > 急性アルコール中毒 > 臓器障害 > アルコール乱用 > 薬物乱用 > 行動障害 	アルコール依存症		