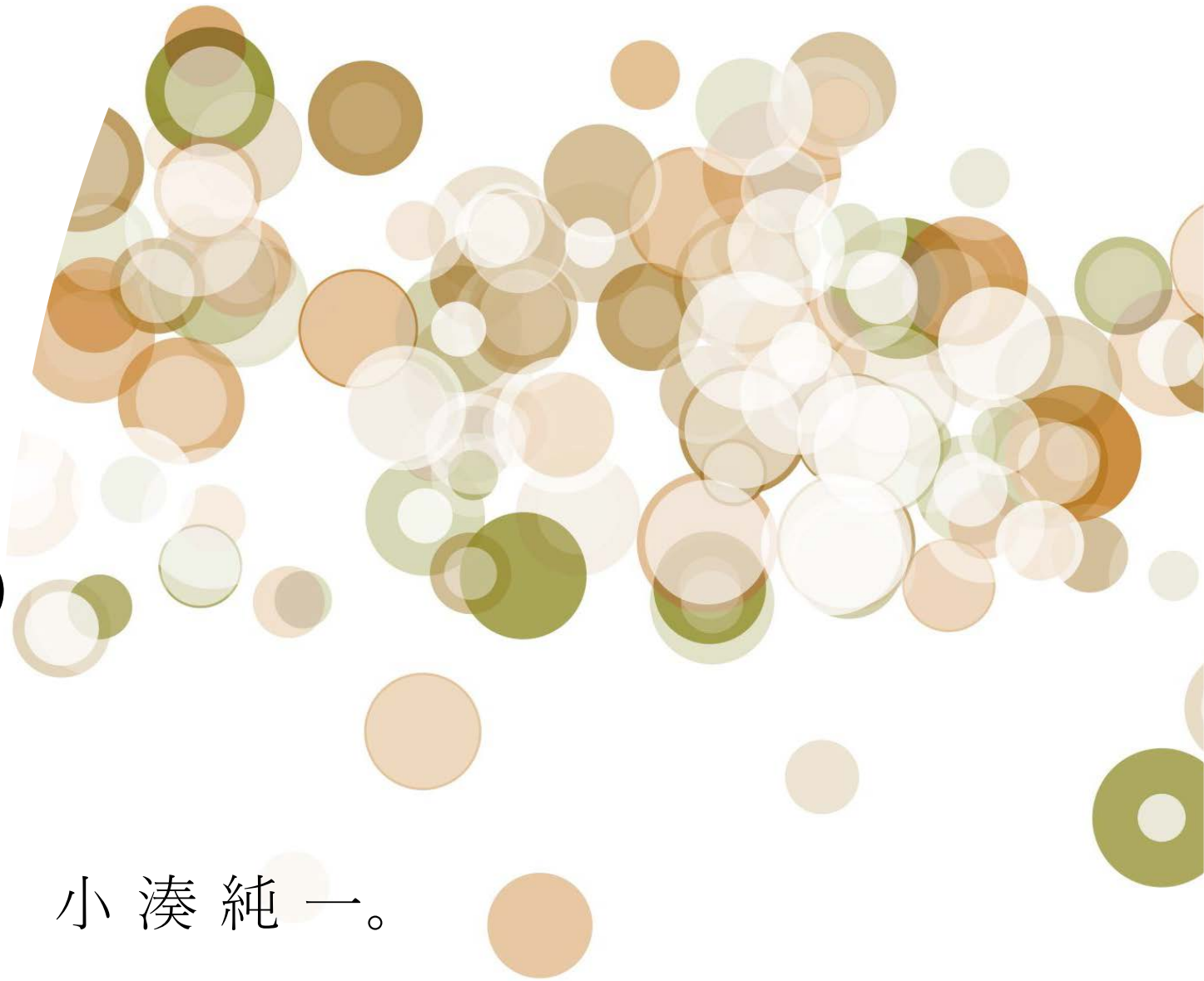


令和3年度
アセスメント研修

介護支援専門員の
専門性と役割（居宅）

宮城県ケアマネジャー協会 小湊純一。



介護支援専門員

- 1 要介護者等からの相談に応じて、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切な在宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービスまたは地域密着型介護予防サービスを利用できるように、保険者である市町村、サービス提供事業者等との連絡調整を行う者
- 2 要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的な知識・技術を有する者

介護保険は自立支援

- ① 残存能力活用（能力発揮）支援
- ② 自己決定支援と尊重
- ③ あたりまえの生活支援

➤ 自立支援のケアプラン策定に大切なことは、介護支援専門員がケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家として判断の根拠を示した上でケアプランの作成ができているかどうかです。

本人主体の話し合い

- ① 利用者本人が参加した話し合い
- ② 利用者本人についての多職種の話し合い
- ③ どの職種も専門用語を使わない，利用者の理解力に配慮した分かりやすい説明と提案
- ④ 利用者が主体的に関わる，双方向の話し合い
- ⑤ 礼儀と尊重

自立とは自己決定

- 主体は支援者ではなく，その人
- やってあげるのではなく，双方向

退院支援カンファレンス，サービス担当者会議，個別事例検討会・自立支援型地域ケア会議など

- 本人参加があたりまえに！

アセスメント

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握する。

適切な方法

ケアマネジャーがアセスメントする生活全般の問題

1. 健康状態	8. 褥瘡・皮膚の問題
2. 日常生活活動（動作） ADL	9. 口腔衛生
3. 手段的日常生活活動 IADL	10. 食事摂取（低栄養）
4. 認知障害	11. 問題行動（行動障害）
5. コミュニケーション障害	12. 介護力
6. 社会との関わり（うつ）	13. 居住環境
7. 排泄のコントロール障害 （失禁）	14. 特別な状況 （ターミナル，虐待）

アセスメント（課題分析）の過程

- ① アセスメントをするための情報を得ます。
- ② 生活上の問題点（支障）を明らかにします。
- ③ 生活上の支障を具体的に把握します。
- ④ 生活上の支障の原因を明らかにします。
- ⑤ 支障のあることについての意向を確認します。
- ⑥ ケアプランにする必要性を把握します。

➤改善・回復 ➤維持 ➤低下防止 ➤必要な介護・医療

- ⑦ 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を把握します。
- ⑧ どのようなケアを提供するのか，方向性を決めます。

高齢者ケアプラン策定の基本

- ① 治るものは治す。
 - ・ 改善する可能性
 - ・ 維持の必要性
 - ・ 低下・悪化の危険性
- ② 治らなければ補う。
- ③ 予防する。

医療モデルと生活モデル

(例えば)

	医療モデル	生活モデル
対象	病気や障がい	生活の支障, 生活のしづらさ
目的	病気を治す支援	病気や障がいがあっても普通の生活, 利用者が望む生活を送る支援
主体	医療者(患者は客体)	利用者
決定	医療者が説明をして, 患者・利用者は指示に従う ※説明を受けた上での同意 (informed consent)	支援者から決めるための提案を受け, 利用者本人が決めたことが尊重される ※意思決定支援 (Supported Decision Making)
管理	医療者	利用者本人
原因・問題	病気や障がいのある患者本人 ※2階に行けないのは, 歩くことができないその人の機能・能力に問題がある。	病気や障がいに対応していない人間関係や生活環境 ※2階に行けないのは, エレベーターが設置されていない環境に問題がある。
カンファレンス	医療者主体による多職種の話し合い	本人参加, 本人主体による多職種の話し合い
その他		

ケアプラン策定のための 課題検討の手引き（居宅）

-
1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

 2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

 3. 「〇〇」の理解

 4. 課題検討の指針とケアの方向性

1 健康状態

1 観察・管理の必要な病気

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です。それぞれがその専門性にもとづき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、かかりつけ薬剤師などと話し合い、対応を検討してケアプランにします。

1 健康状態

1 観察・管理の必要な病気

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

主治医の診療情報から、医師・看護師などの医療職による観察・管理ではなく、ケアスタッフによる観察・管理が必要な病気について情報が得られれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します。

利用者のほとんどは何らかの病を抱え、薬を服用しています。ただし、利用者が抱えている病気のすべてを、ケアプランとして位置づけるということではありません。ケアマネジャーは、利用者が在宅生活を送るうえで観察・管理を必要とする病気について把握するとともに、その詳しい状況を確認し、生活の課題を検討します。

ただし、観察・管理を必要とするかどうかは、ケアマネジャー（ケアスタッフ）が判断できることではありません。主治医等の診療情報（面接や診療情報提供書など）が必要になります。

1 健康状態

1 観察・管理の必要な病気

3. 「観察・管理の必要な病気」の理解

日常生活に支障をきたす病気は、循環器系、脳・神経系、運動器、感覚器の病気から、感染症まで多岐にわたります。ケアマネジャーは、それらの病気の症状と経過とともに、それらが利用者の生活にどのような影響を与え、生活の不自由さを生むのか理解しようとする必要があります。

1 健康状態

1 観察・管理の必要な病気

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」が、目標やサービス内容として位置づけられているケアプランをみかけることがあります。
しかし、「医療機関の受診」は、「目標」や「サービス内容」ではありません。医療機関を受診し、その結果をふまえて、生活を送るうえでどのような課題があるのか明らかにし、その対応策を検討することがケアプランの（ケアマネジャーの）役割です。
通院に支障がある場合は、「2 ADL」の「ADL」の移動や「3 IADL」の「交通手段の利用」（No.58）で検討し、対応します。
- ② 病気やその症状が、生活にさまざまな支障をきたします。病気と症状の両方からアプローチし、課題を検討します。「課題検討の手引き」の次の項目と関連させて支援の具体的方法を検討します。

1 健康状態

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 や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、社会とのかかわりが少なくなっているなどのほか、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、痛みによって生活に支障をきたしている様子が認められれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「1 健康状態」の「痛み」のほか、「2 ADL」「3 IADL」「6 社会との関わり」などを参照）。

1 健康状態

2 痛み

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。本人の訴えを注意深く聞き、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 健康状態

2 痛み

痛みが生活の質（QOL）に与える影響について、把握します。

- ① 睡眠の質、ADL、食欲の低下、気分の低下（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」のほか、「2 ADL」「3 IADL」「6 社会との関わり」の「気分」、「10 食事摂取」を参照）
- ② 社会とのかかわりや社会参加の減少、引きこもり、対人関係の悪化（情報収集シート128の「6 社会との関わり」の「関わり」を参照）
- ③ 運動に対する意欲や運動の機会を少なくし、筋力の低下を招き、転倒の危険性を高める（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」、「2 ADL」の「ADL」のうち「④1ADL 低下」及び「転倒」を参照）。

1 健康状態

2 痛み

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、利用者本人、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

- 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。

1 健康状態

2 痛み

- ⑤ 程度：姿勢や体位、歩行、活動の制限など、痛みによって日常生活にどの程度、支障をきたしているのか確認し、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、脈打つ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。

1 健康状態

2 痛み

2) 主治医に相談のうえ、対応します

- ・ 痛みの原因を把握する
- ・ 鎮痛薬を使用する（鎮痛薬の使用を検討する）
- ・ 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）
- ・ ベッド等の家具や福祉用具を利用者に合わせる（福祉用具の活用の検討）

1 健康状態

2 痛み

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、痛みが及ぼしている生活への影響に対応することが効果的な場合があります。「課題検討の手引き」の次の項目と関連させて支援の具体的方法を検討します。
- ・利用者に合った、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）があることも気をつけて確認します。

1 健康状態

3 脱水

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き、対応できるようにします。

1 健康状態

3 脱水

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、生活に支障が認められれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します。

- ① 下痢、発熱、便秘などがある（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」を参照）。
- ② 利尿剤を服用している（情報収集シート128の「1 健康状態」の「薬」を参照）。
- ③ せん妄がある（情報収集シート128の「1 健康状態」の「⑨ 精神症状（妄想、幻覚）」、「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（情報収集シート128の「8 褥瘡・皮膚の問題」の「皮膚の問題」を参照）。
- ⑤ 口腔に問題がある（情報収集シート128の「9 口腔衛生」の「口腔状態の問題」を参照）。
- ⑥ 食事や水分の摂取量が不足・減少している（情報収集シート128の「10 食事摂取」の「栄養・水分取」を参照）。

1 健康状態

3 脱水

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、栄養分の細胞へ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。

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場合もあります。

表:脱水の種類

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。

1 健康状態

3 脱水

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・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

1 健康状態

3 脱水

4. 課題検討の指針とケアの方向性

把握した課題をふまえ、脱水を見分ける際の留意点をふまえ、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

- 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。

1 健康状態

3 脱水

2) 下記に示す様子がみられる場合、脱水を疑います。

- ① 認知状態が最近悪化した（錯乱や興奮等）（情報収集シート128の「4 認知」の「認知障害」「意識障害」を参照）。
- ② 口が渇く、ねばねばする（情報収集シート128の「9 口腔衛生」の「口腔状態の問題」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（情報収集シート128の「1健康状態」の「症状」を参照）。
- ④ 排尿回数、量が減ってきた（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」を参照）。
- ⑤ 便秘がち（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」を参照）。
- ⑥ のどが渇くという（情報収集シート128の「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（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」を参照）。
- ⑧ 不活発、ボーっとしている（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」を参照）（心拍がはやくて弱い、呼吸がはやくて浅い場合は緊急対応を検討する）。

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。一方、ただの老化現象だと考え、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、医療サービスにつな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

次の状況があり、生活に支障が認められれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します。

- ① 胸痛・胸部圧迫感（安静時、運動時）（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」「症状」「痛み」などを参照）
- ② 息切れ、不整脈（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」、「2 ADL」の「転倒」、「3 IADL」「IADL」、「6 社会との関わり」の「関わり」などを参照）

1 健康状態

4 心臓と肺

3. 「心疾患と肺疾患」の理解

1) 心疾患（循環器系疾患）

- ・高齢者の多くは、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ます。
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、転倒する危険性が高くなります。

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。

1 健康状態

4 心臓と肺

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、医療機関につながるよう受診を提案し、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を提供できるよう対応します。

また、高血圧は、心臓発作や脳卒中の罹患率を高めるおそれがあります。「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「1-1 観察・管理の必要な病気」と関連させて支援の具体的方法を検討します。

このほか、喫煙は心肺疾患の原因になります。喫煙の影響や禁煙の効用、喫煙している期間が長い場合でも、禁煙が手遅れや無駄ではないことを説明します。高齢者に禁煙をすすめても難しい場合があります（「課題検討の手引き」の「2 ADL」の「2-3 健康増進」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

1 健康状態

4 心臓と肺

表：循環器系疾患・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

表:循環器系疾患及び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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 動脈硬化、痙攣 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虚血性心疾患症状:押しつけられる、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が多い(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、意識喪失	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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

表：循環器系疾患及び呼吸器系疾患の症状・原因・留意点

症状	原因	留意点
浮腫—足首と下肢の腫脹	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心不全、静脈不全、肝臓の病気、腎臓の病気など、さまざまな原因が考えられる ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
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</p> <p>(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

1 健康状態

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

次の状況があり、生活に支障が認められれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します。

- ① 利用者が服用しているすべての薬を把握している医師がいない（情報収集シート128の「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、食事時の口渇感、便秘、めまい、皮膚の掻痒感などがみられる（情報収集シート128の「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「褥瘡・皮膚」、「9 口腔衛生」の「口腔ケア」などを参照）。

1 健康状態

5 薬剤管理

3. 「薬剤管理」の理解

① 多剤併用

- ・ 高齢者は、複数の病気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割は市販薬を使用しています。
- ・ 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ます。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種類以上となっています。
- ・ 薬剤の種類が増えるほど、相互作用、副作用のほか、順守しないという問題が起きます。

1 健康状態

5 薬剤管理

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倍に及びます。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。

1 健康状態

5 薬剤管理

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、ケアプランにどのように反映させるか判断して提案します（情報収集シート128の「1 健康状態」の「薬」を参照）。

① 薬剤の内容確認

- ・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します。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 ・口腔乾燥 ・悪心 ・めまい ・湿疹 ・かゆみ ・内出血 ・下痢
・疲労感

1 健康状態

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。

1 健康状態

6 向精神薬

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、生活に支障が認められれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「1 健康状態」の「薬」、「11 問題行動（行動障害）」の「向精神薬」を参照）。

- ① せん妄がある（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」「症状」、「4 認知」の「意識障害」を参照）。
- ② 意思決定、コミュニケーションに支障がみられている（情報収集シート128の「4 認知」の「認知障害」、「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（情報収集シート128の「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（情報収集シート128の「11 問題行動（行動障害）」の「行動障害」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（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」、「2 ADL」の「転倒」を参照）。
- ⑥ 失禁があった（情報収集シート128の「7 排尿・排便」の「失禁」を参照）。
- ⑦ 妄想や幻覚がみられた（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」を参照）。

1 健康状態

6 向精神薬

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があり、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。
- 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。

「課題検討の手引き」で関連する項目

- 1 健康状態
 - 1-1 観察・管理の必要な病気
- 2 ADL
 - 2-1 ADL の改善(回復)・低下・維持・必要な介護/2-2 転倒防止
- 3 IADL
- 4 認知
 - 4-1 認知障害
- 5 コミュニケーション
- 6 社会との関わり
 - 6-1 社会との関わり/6-2 うつと不安
- 7 排尿・排便
 - 7-1 尿失禁
- 9 口腔衛生
- 10 食事摂取
- 11 問題行動(行動障害)
- 12 介護力
- 14 特別な状況
 - 14-1 虐待

1 健康状態

6 向精神薬

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、薬剤師と相談のうえ、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どうか確認します。
- 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。

せん妄、行動障害や気分の落ち込み、アルコール関連問題、歩行障害、尿失禁・便失禁がみられる場合、向精神薬との関係性について留意する必要があります。「課題検討の手引き」の次の項目と関連させて支援の具体的方法を検討します。

1 健康状態

6 向精神薬

次のとおり、失禁の具体的な状態を把握するとともに、それらが、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

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に注意が必要です。

・体重の変化・口腔乾燥・抗コリン性副作用・便秘、口の渇き、胃部不快感など

1 健康状態

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

次のようなエピソードがあり、生活に支障が認められれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します。

- ① 利用者自身が、飲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 家族や周りの人が飲酒について心配している。
- 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。

1 健康状態

7 アルコール

3. 「アルコール関連問題」の理解

1) アルコール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といいます。

このうち、量にかかわらず、身体的、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といいます。

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（特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。

1 健康状態

7 アルコール

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、発見が困難であり、多くの場合、飲酒によって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病気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

1 健康状態

7 アルコール

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）として対応が可能ですが、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、経済的問題との関連を分析し、再発の危険性や依存症の有無を確認します。特に、転倒やけが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、いったん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。

1 健康状態

7 アルコール

- ③ アルコール依存症の場合は、飲酒行動自体に対するかかわり方と、飲酒による生理的、心理的な影響への対応を検討します。
- 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。

1 健康状態

7 アルコール

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に対する治療の有無、治療歴
- ・ 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、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。

1 健康状態

7 アルコール

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、次のような障害や病気を引き起こします。また、転倒、けが、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

1 健康状態

7 アルコール

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。

1 健康状態

7 アルコール

- 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病気です。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。また、精神保健を担当する保健師などと連携することも必要です。

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 健康状態

7 アルコール

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どうか検討する必要があります。「課題検討の手引き」の次の項目と関連させて支援の具体的方法を検討します。

表は、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（情報収集シート128の「1 健康状態」の「薬」を参照）。

「課題検討の手引き」で関連する項目

- 1 健康状態
 - 1-1 観察・管理の必要な病気
- 2 ADL
 - 2-1 ADL の改善(回復)・低下・維持・必要な介護/2-2 転倒防止
- 3 IADL
- 6 社会との関わり
 - 6-1 社会との関わり
- 11 問題行動(行動障害)
- 12 介護力

表：アルコールと薬剤の相互作用

薬剤	症状・様子
・抗不安薬や睡眠薬 (ジアゼパムなど) ・抗精神病薬 (クロルプロマジンなど) ・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	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。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。
アスピリン	胃腸障害が起こる危険性がある。
利尿薬	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。

1 健康状態

7 アルコール

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などの支援者は、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

アルコール依存症の理解

アルコール使用障害 (Alcohol use disorder: AUD)

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きたす深刻な病気です。

以前は、慢性アルコール中毒、略して「アル中」と呼ばれていたこともありますが、いまでは通
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きました。

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。アルコール依存症に限らず、ほ
か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。

アルコール依存症の理解

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飲しているため、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、アルコールを完全に断つ以外に方法はありません。

アルコール依存症の理解

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けなくなって、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。

アルコール依存症の理解

- 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はやく飲む。
- 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、付き合い、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、二度と普通のお酒飲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いけないことを、しっかりと覚えておきます。

アルコール依存症の理解

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ります。

- ① 飲み過ぎが悪いのだから、2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 ちよつとくらい飲んでも、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ありません。アルコール依存症の人は、飲まないでいることはできます。しかし、飲み始めるとほどよいところでやめられなくなります。

アルコール依存症の理解

診断基準

過去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されます。

- 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 飲むのをやめたり、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。

アルコール依存症の理解

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をいいます。

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

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す。アルコールを断つことで回復し寛解に至りますが、スリップ(再飲酒)することで簡単に再発します。スリップとは、また発病したということです。

アルコール依存症の理解

ドライドランク (dry drunk)

「空酔い」と訳されていますが、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います。酩酊時の徴候とよく似ていることから名づけられました。

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、症状は多岐にわたります。

大きな個人差がありますが、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ます。断酒期間とともに症状はうすらぎ、発生の回数も減ります。

アルコール関連問題

出生前・乳幼児期

親の影響

- ・胎児性アルコール症候群
- ・虐待

少年期・青年期

親の影響

- ・発達障害
- ・精神障害
- ・アルコール乱用
- ・薬物乱用
- ・虐待

本人の問題

- ・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

主に成年期以降

臓器障害

- ・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

精神・神経障害

- ・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

結婚・家庭問題

- ・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

社会的問題

- ・飲酒時の暴力
- ・警察保護
- ・飲酒運転

仕事の問題

- ・頻回の欠勤
- ・休職
- ・失職
- ・頻回の転職
- ・能率低下
- ・事故

アルコール依存症

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

1. ケアマネジャー (ケアスタッフ) の役割

- ① 日常生活活動 (ADL) が改善する可能性のある利用者、ADL の低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
- ② ADL 障害の原因を理解したうえで、自立への意欲のある利用者や、障害を抱えるようになってからの期間が短い利用者などを把握し、目的のある運動等の機能訓練を検討します。
- ③ 生活を送るうえで「必要な介護」 (必ず行わなければならないケア) を検討します。
「必要な介護」は、ADL の改善につながる、ADL の低下を防止するためのケアと同時に行う場合もあります。例えば、
 - ・「移動介助」と、歩行能力改善 (回復) のための「歩行訓練介助」
 - ・「寝返り介助」と、褥瘡防止のための「体位変換介助」
 - ・「入浴介助」と、自立動作のための「入浴動作訓練」 などです。

「可能性に対応するケア」と「必要性に対応するケア」に分類して整理します。

表:「可能性に対応するケア」と「必要性に対応するケア」

可能性に対応するケア	<ul style="list-style-type: none">① 改善(回復)する可能性に対するケア<ul style="list-style-type: none">・歩行能力の改善(回復)に向けた機能訓練支援・更衣能力の改善(回復)に向けた機能訓練支援・車いす操作の練習に対する支援 など・道具を活用することによる動作の改善(回復)に対する支援② 低下の防止につながる可能性に対するケア<ul style="list-style-type: none">・転倒防止に向けた、下肢筋力を強化するための訓練の支援・拘縮防止に向けた、他動可動域訓練の支援 など③ 維持の必要性に対するケア<ul style="list-style-type: none">・体力維持のための、全身運動の支援 など
必要性に対応するケア	<p>生活するうえで「必要な介護」</p> <ul style="list-style-type: none">・自力で入浴できない場合の入浴介助・歩けない場合の車いす使用支援・失行のため、着る順番がわからない場合に、衣服を順番に手渡し介助する・注意能力の低下のために、食事を途中でやめてしまう場合の、食事中的言葉かけ など

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

1) ADL 改善 (回復) の可能性を予測するポイント

以下の状況があれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します。

- ・ ADL について介助を受けている (情報収集シート128 の「2 ADL」の「ADL」を参照)
- ・ 最近3か月以内にADL が低下してきている (情報収集シート128 の「2 ADL」の「ADL」を参照)
- ・ ADL に支障をきたすような症状がある (情報収集シート128 の「1 健康状態」の「症状」を参照し、医療的な問題に対応)
- ・ 相手の言うことをほぼ理解できる (情報収集シート128 の「4 認知」の「認知障害」を参照)
- ・ 利用者本人、家族、ケアマネジャーなどは、ADL が改善すると思っている (情報収集シート128 の「2 ADL」の「自立度改善の可能性」を参照)

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

2) ADL 低下の可能性を予測するポイント

以下の状況があれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します。

- ・最近3か月以内にADLが低下してきている (情報収集シート128の「2 ADL」の「ADL」を参照)
- ・寝返りができない (情報収集シート128の「2 ADL」の「ADL」を参照)
- ・失禁がある (情報収集シート128の「2 ADL」の「ADL」、「7 排尿・排便」の「失禁」を参照)
- ・麻痺がある (情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」を参照)
- ・最近3か月以内に転倒した (情報収集シート128の「2 ADL」の「転倒」を参照)

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

3) ADL 維持の必要性を把握するポイント

- ・ ADL について介助を受けている (情報収集シート128 の「2 ADL」の「ADL」を参照)
- ・ 3 か月以上ADL が低下していない (情報収集シート128 の「2 ADL」の「ADL」を参照)

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

3. 「ADL 障害」の理解

ADL に障害があると、生活に大きな影響を及ぼします。介助を受けることは、心苦しい思いをする、孤立する、自尊心を失うなどにつながるおそれがあります。

ADL の障害が進むと、自宅での生活が続けられなくなるほか、褥瘡や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの危険性も高まります。

表を参考に、ADL 低下の大まかな原因がどこにあるのかを把握します。

表:ADL 低下の原因

<ul style="list-style-type: none">① 病気がある<ul style="list-style-type: none">・急性期の病気・持病の進行・痛みを伴う症状・認知症・精神疾患② けががある③ 障害がある	<ul style="list-style-type: none">④ 動かない(廃用)⑤ 生活習慣⑥ 悩み・不安等がある⑦ 環境⑧ 薬<ul style="list-style-type: none">・薬が合わない・向精神薬を服用している
---	--

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

4. 課題検討の指針とケアの方向性

1) 医療的な問題に対応します

最近3か月以内にADLが低下し、身体の状態の悪化や、ADLに支障をきたす症状がみられる利用者は、医療的な問題を抱えている場合があります。ADLが低下した時期と、病気や症状との間に関連性があるかどうか把握します。

表に示す病気や症状の有無を確認し、該当すれば、それに対してどのような対応がされているのかを確認します。対応されていなければ主治医に照会して治療を優先します。

表:ADL 障害の原因となる病気や症状

医療/身体的問題	心理社会的/環境的問題
<ul style="list-style-type: none"> ・慢性疾患の進行、関節炎、脳血管障害、 うっ血性心不全 ・冠動脈疾患 ・脱水 ・せん妄(急性の錯乱状態) ・進行した認知症 ・肺気腫、慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・骨折 ・感染症 ・栄養障害 ・痛み ・パーキンソン症候群 ・薬物乱用 ・甲状腺疾患 ・不安定な状態または急性期 ・視覚障害 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故 ・行動障害 ・うつ ・治療を守らない ・身体抑制 ・精神科疾患 ・社会的孤立 ・薬物(特に向精神薬や鎮痛薬)の副作用 ・入院

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

2) ADL 機能の改善 (回復) について検討して対応します

ADL の低下がみられるものの、状態が安定している場合は、改善 (回復) に向けた対応策を検討します (ADL を特定します)。

改善 (回復) の可能性を検討する際は、低下してきたADL を改善するための具体的な方法や可能性について情報を伝えることが重要です。利用者も家族も、具体的に何をどのようにすれば回復できるのか、というはっきりとした情報が必要です。

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

① 機能訓練などによってADL の改善につながるポイント

- ・利用者 (家族) が、はっきりした機能訓練の目的、生活の目的をもっているか。
- ・ケアマネジャー (ケアスタッフ) は、ADL 障害の原因となる病気、けが、廃用などが改善 (回復) する可能性がどれだけあるのか把握しているかどうか。
- ・利用者本人や周りの人の「意欲」があるか。本人や周囲の人が「もっとよくなるはずだ」と思っている場合、効果的な機能訓練につながる可能性があります。また、ある程度の認知障害があっても、意欲があれば機能の低下を遅くできる可能性があります。

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

② ADL 訓練を行うときの留意点

- ・ 本人が、新しいことを始めるという意識をもって取り組めるように、訓練の時間や場所などを決めて行います。
- ・ 家族の助けを借りて少しずつ実践できるように支援します。
- ・ 継続して実施します。
- ・ 日常の動作や活動を広げることは危険も伴います。そのため、段階的にゆるやかに進めます。
- ・ 訓練の手順を急に変更すると、機能低下を招くことがあります。

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

③ どのADL について訓練するか

- ・ 本人や家族にとって意味のあるADL を訓練の対象にします
- ・ 本人もしくは家族のうち、どちらかが訓練に対して積極的であればよいが、両方とも積極的でなければ、効果があらわれるのは難しくなります。
- ・ 新たにできるようになったことや、改善した機能を伸ばすように支援します。理学療法や作業療法など、専門家のリハビリテーションを受けている場合、それらのリハビリテーションによる成果があったADL に着目します。リハビリテーションの成果を伝えるだけでも、家族は援助するだけでなく、本人の自立を支えようとするようになります。理学療法や作業療法を受けていない場合は、最近3か月に低下した機能のうち、少しでも回復しているADL に着目して対応します。

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

④ 訓練方法の検討

- ・ 具体的な訓練のために、まず着目したADL やIADL の状況を明らかにし、次に家族がどのように支援できるかを明らかにします。ほとんどの高齢者は、ある程度ADL の能力を残しています。ADL は、まず「更衣」「整容」に、次いで「移乗」と「歩行」に障害がみられるようになります。最後まで能力が保たれることが多いのは「食事」「寝返り」「起き上がり」です。これは、「食事」と「更衣」の両方に援助を必要とする利用者の場合、ADL 訓練の対象は「食事」を先にしたほうが、回復しやすいことを示します。
- ・ 本人がある程度、自立しているADL を選び、家族や本人から情報を得ながら整理します（表「ADL の認」）。どこに問題があるのか、ADL が障害されている原因（身体的な問題か、認知の問題か、環境的な問題か）について互いに理解することができます。
- ・ 着目したADL やIADL の状況を明らかにします。ADL を動作分割して具体的な動作を目標にすることによって、利用者も家族も目標の達成を短期間に実感することができます（表「ADL の改善の目標確認」）。

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

- ・ 家族がどのように支援するかを明らかにします。家族が「利用者が1人でするのは大変だ」「時間がかかりすぎる」と考え、手をかけすぎていると、本人の自立につながらないことがあります。その場合、自分でできるところは介助を受けないで、自分で最後まで行うことの重要性を利用者と家族に伝え、利用者が自分でそのADLを行う機会を増やすことが重要です。
- ・ 自分でどこまでできるか明らかにします (表「ADL能力の確認」)。表の項目について確認し、本当に必要な援助方法を明らかにします。表の項目は、ADL能力を、本人の身体機能と精神機能、介護者の援助能力もみて確認するものです。
- ・ 動作を一部分しか行うことができない利用者の場合、どのような方法、またはきっかけが、その動作を最後まで自分で行うためのよい援助なのかを検討します (言葉かけ、身体的な誘導、動作分割、訓練に適切な休憩をはさむなど)。
- ・ 訓練がうまくいくためには、家族が、本人の自立を支えるという役割を理解してはたらきかけることが重要です。その場合、毎日一貫した援助を行う必要があります。

表：ADL の確認

<p>ADL 援助を行っている理由</p>	<p>精神面：順番を間違える、動作を終えられない、不安による制限など 身体面：体力低下、可動域制限、協調運動の低下、視覚障害、痛みなど 環境面：間取り、居室の状況、家族の支援状況(過介護か)など</p>
<p>更衣</p>	
<p>入浴</p>	
<p>トイレ(排泄)</p>	
<p>移動</p>	
<p>移乗</p>	
<p>食事</p>	

表:ADL の目標確認

機能訓練の具体的目標を決めます	
① ADL を維持するための目標	
② ADL を改善するための目標 (いまはできていないが、あと少しでできそうなことを選びます)	
更衣	<ul style="list-style-type: none">① 衣服をしまっているタンスなどのあるところに行き、選び、手にとる② 上半身/下半身の衣服を手にとりいったん身に着ける③ スナップやファスナーなどをとめる④ 正しい順に着る⑤ それぞれの衣類を手にとり、脱ぐ⑥ 元どおりに戻す⑦ その他
入浴	<ul style="list-style-type: none">① 浴室・シャワー室に行く② 水を出す、温度を調整する③ 体を洗う(背中以外)④ 体を流す⑤ タオルで体を拭く⑥ その他
トイレ(排泄)	<ul style="list-style-type: none">① トイレまで行く(夜間のポータブルや尿器も含む)② ファスナーをおろす、またはズボンをさげる③ トイレに移乗し、姿勢を整える④ 排泄する⑤ トイレトペーパーをちぎり、おしりを拭く⑥ 流す⑦ 衣服を整え、手を洗う

表:ADL の目標確認

機能訓練の具体的目標を決めます	
① ADL を維持するための目標	
② ADL を改善するための目標 (いまはできていないが、あと少しでできそうなことを選びます)	
移動 (車いすの場合は □をチェック)	<ul style="list-style-type: none"> ① 室内を移動する□ ② 同一階を移動する□ ③ 自宅内を移動する□ ④ 屋外を移動する□ ⑤ でこぼこ道を移動する□ ⑥ その他□
移乗	<ul style="list-style-type: none"> ① 姿勢を整え準備する ② いすやベッドに近づく ③ いすやベッドの準備をする(座布団を置く、カバーをはずす) ④ 移乗(立つ/座る/(からだを)持ち上げる/ころがる) ⑤ 移乗後の姿勢を立て直す ⑥ その他
食事	<ul style="list-style-type: none"> ① (ふたを)開ける/注ぐ/ラップをとる/切る など ② 箸や茶碗をもつ、コップを握る ③ 箸やスプーンを使う(必要なら指を使う) ④ 噛む、飲む、飲み込む ⑤ 食事が終わるまで繰り返す ⑥ おしぼりを使う、口や手をきれいにする ⑦ その他

表:ADL 能力の確認

ADL 能力を正しく評価するため、次の①～⑥について確認します。

- ① ADL にかかわる動作について、順序を間違えずに行うことができるかどうか確認します
例えば、食事の場合、食べ物を箸でつまむ→口元にもっていく→食べる、更衣の場合、下着を上着の前に着るといった手順を、誤りなくふむことができるかどうか確認します。
また、皿と箸を本人の前に置く、服を着替る順番に並べて用意するなどの準備を整えることで、身体的な援助がなくても自分で行えるかどうか確認します。
- ② 途中で気が散ることがないかどうか確認します
例えば、「お茶を飲んでください」という単純な指示で、お茶を飲むことができるかどうか確認します
- ③ ふだん使っているもの(箸や歯ブラシなど)を渡されれば、適切に使い始めることができるかどうか(箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど)、動作を始めることができるかどうか確認します
動作を始められない場合、作業療法士や理学療法士などの専門家の評価を受ける必要があるかどうか確認します。
- ④ いったん始めれば、その動作を続けることができるかどうか(食事を始めると続けることができるかどうか)確認します
- ⑤ 介護者の身振りを真似ることができるかどうか確認します
利用者と同じ向き合い、目を合わせて、単純でし慣れた動作(袖に腕を通す、口に触れるなど)をすると、そのとおりに真似ることができるかどうか確認します。
- ⑥ 身体的な援助を行うと、動作を続けることができるかどうか確認します
例えば、介護者がフォークに食べ物をさし、利用者の手にもたせ、腕を誘導して口元にもっていけば、その行為を続けることができるかどうか確認します。

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

3) 補助具の使用によるADL 改善を検討します

その動作に時間がかかる、または負担が大きい場合は、補助具の使用を検討します。また、次の点についても確認します。

- ・ 障害を補う補助具を持っているか
- ・ 障害に合っていない用具を使っていないか
- ・ 持っているが使用していない、または誤った使い方をしていないか

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

4) ADL の低下について検討して対応します

機能訓練によって、褥瘡や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などを予防します。

自分で行う運動や機能訓練だけでなく、他者が動かす運動や介護により低下を予防します。

① 褥瘡に対応します

寝返りができない、失禁がある、栄養が不足している、以前、褥瘡ができたことがあるなどの場合について、確認し対応します（「課題検討の手引き」の「8 褥瘡・皮膚の問題」に関連させて支援の具体的方法を検討します）。

② 失禁に対応します

失禁（機能性、腹圧性、切迫性、溢流性、真性、反射性など）に対応します（「課題検討の手引き」の「7 排尿・排便」の「7-1 尿失禁」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

③ 筋力低下に対応します

ベッドの上で過ごす時間が長い、運動不足、外出しない、家事をしないなどに対応します。筋力低下がある場合、必要な栄養補給をしながら、筋力トレーニング (ダンベル体操など) を徐々に強くします。

④ 拘縮に対応します

麻痺がある、関節可動域に制限がある、身体を動かすことが少ないなどに対応します。可動域の制限がある場合、補助具を使ったり、家具を使いやすいように工夫したりします。ストレッチ運動により、柔軟性が増し可動域を拡大できる場合があります。

⑤ 転倒に対応します

過去3か月以内に転倒したことがある、歩行が不安定だが歩いている、認知に障害があり危険の理解が難しい、パーキンソン症候群がある、せん妄がある、向精神薬を服用しているなど、転倒につながるリスクを把握します。

バランスを維持する、姿勢を保持する能力が低下している場合、見守りのうえで行う運動を試みます (「課題検討の手引き」の「2 ADL」の「2-2 転倒防止」と関連させて支援の具体的方法を検討します)。

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

5) ADL 機能の維持を検討して対応します

3 か月以上、ADL が低下していない場合、全身運動などによる機能の維持を検討します。

① 機能維持支援の可能性を確認します

- ・利用者本人が自分のことをもっと自分である気がするかどうか
- ・利用者にとって自立することの意味が大きいかどうか

② 特定のADL に焦点をあてるのではなく、全身運動が有用です

- ・持久力が不足している場合、心拍数と呼吸数を増加させる運動を加えます。
- ・痛みによる機能制限がある場合、方法を見直す必要があります。

2 ADL (Activities of Daily Living)

1 ADL の改善 (回復) ・低下 ・維持 ・必要な介護

6) 生活するうえで必ず支援しなければならないケア「必要な介護」を検討します

身体能力や認知能力、介護環境など、ADL 障害の原因を把握し、残存能力を評価したうえで、十分検討した「必要な介護」を提案します。ADL に障害があっても、人の手を借りながらも、自立した普通の生活を送ることができるよう支援します。

家族の介護は、よかれと書いていても不適切な場合があります。

必要のない援助や誤った方法による援助をしていると、利用者が頼りすぎるようになるばかりか、介護者の身体的・精神的な「燃え尽き」につながる危険性があることをふまえて提案します。

2 ADL

2 転倒防止

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 転倒したことがあるかどうかを把握します。
- ② 転倒の危険性を把握します。
- ③ 転倒と再転倒をできるだけ防ぐよう対応し、転倒した場合に生じる生活上の困難を最小限にできるように支援します。

2 ADL

2 転倒防止

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

次の①～④をふまえ、その詳しい状況を確認し、課題を検討します。

- ① 最近3か月以内の転倒の有無とその回数（情報収集シート128の「2 ADL」の「転倒」を参照）
- ② めまい、錯乱・混乱などの意識の変化の有無（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」を参照）
- ③ 認知障害の有無（情報収集シート128の「4 認知」の「認知障害」を参照）
- ④ パーキンソン症候群などの神経障害の有無（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」を参照）

2 ADL

2 転倒防止

3. 「転倒」の理解

高齢者の転倒は、さまざまな原因によって起こり（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」「症状」「痛み」「薬」、「健康生活」の「②③ 飲酒による問題」、「13 居住環境」を参照）、骨折などのけがやADLの低下につながるだけでなく、死亡の原因となる場合があります。

また、転倒は、これまで気がついていなかった病気を知るきっかけにもなり、対応策を講じることで機能低下を予防することができる場合があります。

① 在宅高齢者の3割が転倒し、そのうち約半数が2回以上転倒しています。

加齢に伴い、転倒の危険性が高まり、その頻度も増えます。転倒は骨折につながり、そのうち最も深刻なものが大腿骨頸部骨折です。

② 転倒が「転倒を怖がる」ことになり、そのことが活動制限につながります。

③ 危険な環境や急性疾患の発病が直接のきっかけになります。

表：転倒の主な原因

病気や障害	<ul style="list-style-type: none">・パーキンソン症候群、多発性脳梗塞などの疾病、筋力の低下・起立性・食後性・薬剤誘発性の低血圧症・骨の痛みや変形、下肢の左右の長さが異なる、骨折や関節炎などの整形外科の病気による重心のずれ・視覚、内耳、平衡感覚の障害・判断力の低下を伴う、うつ、せん妄、認知症
薬剤や環境	<ul style="list-style-type: none">・低血圧症、錐体外路症状、注意力が低下する鎮静薬、神経弛緩薬、抗うつ薬、心血管系の薬剤・飲酒による酩酊状態、アルコールの摂りすぎによる末梢神経などの障害・照明の明るさ、敷物やカーペットの固定具合・素材、階段・床の材料、段差の有無

2 ADL

2 転倒防止

4. 課題検討の指針とケアの方向性

- ① 転倒の状況を評価します（情報収集シート128の「2 ADL」の「転倒」を参照して評価します）
 - ・ ふだんどおりの生活をしているときに転倒したのか。ふだん行わない活動や動作をしたときに転倒したのか
 - ・ 転倒したとき、まわりはふだんと同様の環境であったか。ふだんと異なる環境だったのか
 - ・ どの時間帯に転倒したのか
 - ・ 急にトイレに行きたくなった、めまいがしたなど、転倒したときに、何かきっかけや症状があったのか
 - ・ 本人は、どうすると転倒を防げると考えているか
 - ・ 転倒は立っていたときか、立ちあがろうとしたときか
 - ・ 本人は転倒したことを、どう思っているか

2 ADL

2 転倒防止

- ② 転倒の原因・危険性を把握します（「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「1-1 観察・管理の必要な病気」「1-2 痛み」と合わせて検討します）
 - ・起立性低血圧があるかどうか
 - ・突然、意識を失ったり、失いそうになったりしたことはあるかを確認する
 - ・筋肉の緊張、筋力や平衡感覚の低下をチェックする
 - ・実際に、利用者に歩いてもらうなどして、バランスを確認する。転倒したときの行動、転倒しやすい行動をとっている場面を観察する
 - ・胸痛や息切れのような症状があるか、悪化していないかを把握する
 - ・まっすぐ歩けるかどうか把握する
歩き出し、歩く速さ、足のあげ方、歩幅、両足の歩調の対称性、腕の振り方の特徴を観察する。歩くスピードを速くしたり、遅くしたりしてみる
 - ・座位バランス、立ちあがりが困難ではないかを観察する
 - ・片足で立てるか、直線を歩けるかを観察する

2 ADL

2 転倒防止

③ 原因をふまえ、対応を検討します

・原因改善

転倒の原因になっている疾病の治療、症状の改善、薬剤の量や種類の変更、環境の改善を検討する（「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「1-1 観察・管理の必要な病気」「1-5 薬剤管理」「1-6 向精神薬」「1-7 アルコール」、「4 認知」の「4-1 認知障害」、「13 居住環境」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

・下肢筋力の強化

弱くなっている下肢の強化やバランス改善のためにリハビリテーションを検討する（「課題検討の手引き」の「2 ADL」の「2-1 ADL の改善（回復）・低下・維持・必要な介護」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

2 ADL

2 転倒防止

- ・福祉用具・補助具の使用

適切な福祉用具・補助具の利用を検討するため、リハビリテーション専門職と連携して対応する（「課題検討の手引き」の「2 ADL」の「2-1 ADL の改善（回復）・低下・維持・必要な介護」、「13 居住環境」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

- ・眼科受診

めまいなどがある場合は、その原因を確認するため、専門医の受診をすすめる（「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「1-1 観察・管理の必要な病気」、「5 コミュニケーション」の「5-2 視覚」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

1. アマネジャー（ケアスタッフ）の役割

体力の向上と健康増進により、利用者の幸福感と自立性を高めます。

2. 課題把握のポイント

利用者の生活の様子を通じ、次の①～⑤について、詳しい状況を確認し、課題を検討します。

- ① おおむね日常の意思決定ができているかどうか（情報収集シート128の「4 認知」の「認知障害」を参照）
- ② 外出の回数（情報収集シート128の「2 ADL」の「活動・健康増進」を参照）
- ③ 活動時間（情報収集シート128の「2 ADL」の「活動・健康増進」を参照）
- ④ 階段の昇り降りなどの身体に負担のかかる動作をしているかどうか（情報収集シート128の「2 ADL」の「活動・健康増進」を参照）
- ⑤ 喫煙習慣（情報収集シート128の「1 健康状態」の「健康生活」を参照）

2 ADL

4 健康増進

3. 健康増進

高齢者の生活の質や自立に影響のある健康活動は重要です。一方で、身体の弱い高齢者などは、次のような理由から、健康増進を考えない、もしくは諦めていることがあります。

- ① すでに健康状態がよくないので、いまさら禁煙をしても遅すぎる
- ② 高齢になってから生活習慣を変えることは難しい
- ③ 不健康な生活習慣を永く過ごしてきたのだから体が丈夫である
- ④ 禁煙を勧めることは、残された数少ない楽しみを奪うことになる

2 ADL

4 健康増進

4. 課題検討の指針とケアの方向性

あまり運動しない人と、軽くでも運動をした人、また、喫煙を続けている人と、禁煙した人では、健康状態が異なります。運動や禁煙による健康上の効果は、高齢者であっても大きく、体力や呼吸機能の向上など、短い期間でその効果あらわれます。

また、健康志向があっても、どうすればよいかわからず、行動に移したり生活習慣を変えたりすることができない場合があります。健康増進の取り組みは、自立を実現するためのきっかけとなるように、いまの生活習慣になった理由を振り返るところから始めます。

2 ADL

4 健康増進

1) はたらきかけにおける留意点

① 利用者の自主性を尊重する

生活を変えるようにはたらきかける場合は、常に利用者の自主性を尊重します。

健康増進には、さまざまな選択肢があること、生活習慣を変えることによって効果が得られること、本人が体力向上や禁煙に取り組むのであればそれを支える用意があることを、利用者に気づいてもらえるよう、支持的にかかわります。

ただし、無理に生活を変えるようなことは、個人の自主性を損ない、長期的にみれば健康の増進につながらないので、気をつけてかかわります。

2 ADL

4 健康増進

② 利用者の自宅でアセスメントを行う

アセスメントのために利用者の自宅を訪問することは、利用者（あるいは家族）と体力や喫煙の状況についての話し合いを始めるよい機会です。支持的なかかわり方をし、評価するような態度をとらないことです。「控えめ」なかかわり方は、利用者（家族）の自覚を促し、その後の受け入れをスムーズにすることにつながります。

その話し合いで、利用者の生活の質と自立を高めるためのヒントと可能性を得るようにします。

- ① 利用者がその話題に触れることをはっきり拒否している場合、次回に延期します。
- ② 利用者が積極的であれば、的確なアドバイスを送ります。
 - ・生活を変えることによる健康上の効果
 - ・より健康的な生活をするうえで障害となっていることへの対処法
 - ・自宅や地域において生活を改善させるための方法

2 ADL

4 健康増進

③ 話し合いの内容と会話の進め方

何をする、どうなるのかをわかりやすく整理して話し合います（構造化した会話）。

- ① 利用者が受身にならないよう気をつけます。
- ② 利用者と共に考えて代替案を作成します。
- ③ それまでの話し合いの内容と活動をフォローアップします。
- ④ 運動や喫煙等の生活習慣による影響について、利用者自身がどう感じているかを尋ね、自分で認識できるようにすることが重要です。
- ⑤ 利用者とともに、利用者の生活のよい面と悪い面の両方を話し合う機会となるよう、体系立てて会話するようにします。
- ⑥ 利用者にとって重要で意味のある生活習慣と、利用者が気にしている生活習慣を確かめます。
また、利用者との会話にあたっては、次の点に注意します。

2 ADL

4 健康増進

表: 会話にあたっての留意点

- ① 友好的な、くつろげる環境で行います。
- ② 利用者が、自分自身の生活や習慣(日常生活を送るうえで課題と感じていること)、何をして過ごしているか(活動のレベル、ADL・IADL や社会参加の状況)、健康の問題にどう対応しているか、整理し考えられるようにします(情報収集シート128の「2 ADL」の「活動・健康増進」、「3 IADL」、「6 社会との関わり」の「関わり」を参照)。
- ③ 自立している活動について尋ねます(利用者の機能的な能力と援助を増やす必要性を評価し、具体的にどのような援助があればよいのかについて合意します)。
- ④ 健康状態について話し合い、症状、心配なこと、痛み、服薬などについて尋ね、本人の自尊心を支えます。
- ⑤ 食生活や運動習慣、喫煙習慣について話し合います。
- ⑥ 家族間の人間関係や社会的関係、周辺環境の問題を話題にします(孤独感、近隣関係、社会的孤立、過保護についての心配を含む)。
- ⑦ 会話のなかで出てきた、高齢者の意欲につながりそうな情報に耳を傾けます。高齢者の意欲を把握するのは難しいだけでなく、支援者が虚弱高齢者の可能性を過少評価しがちなので気をつけます。

④ 自主的な決定への支援

支援者は、高齢者が少しでも活動状況を向上させようとする機会を奪わないように気をつけ、適宜、援助や助言を行うことが重要です。

利用者は、情報を十分に提供するだけで、自分の生活習慣による健康への影響を理解して、必要性を自覚するかもしれません。また、運動や禁煙について考えるよう勧められることが、健康増進のきっかけになるかもしれません。もしくは、生活習慣を変えようとしていて、具体的な情報を必要としているかもしれません。利用者のわずかな行動の変化に気づき、自分のことは自分でしようとしている高齢者の努力を認め、励まします。利用者が生活習慣を変えることに対して持っている、意識や態度を判断して支援します。

2 ADL

4 健康増進

また、高齢者は「自分でしている努力は大したことではない」と思っていることがあります。次の点に留意してはたらきかけます。

- ・利用者の自主性を尊重することと、利用者の生活を変えるために、元気づけ、やる気を引き出せるよう支えることのバランスをとった支援をします。
- ・「健康増進についての会話をすること」自体が支援の一つであり、生活習慣を変えるための特別なはたらきかけを必要としない場合があります。
- ・利用者にかかわる家族や友人、在宅サービス機関が提供する健康増進に向けたケアを促進することが重要です。健康的な生活を送るようになるために支える環境が必要です。

2 ADL

4 健康増進

2) ケアの方向

① 運動プログラム

① 運動の効果

運動は、多くの病気（循環器疾患、骨粗鬆症、2型糖尿病、肥満、腰痛）を予防し、あるいは進行を遅らせるほか、機能の改善につながります。全身運動の効果として、柔軟性と調整能力、歩行とバランス感覚の維持・改善があげられます。ただし、高齢者の場合は専門的な見守りが必要です。日頃あまり身体を動かしていない場合、動かさない原因のうち、変えることのできそうなことを検討します。

2 ADL

4 健康増進

- ・健康を意識している利用者の場合、テレビ体操や、地域で行われている高齢者向けの運動教室などを紹介して、暮らしのなかに適度な運動を取り入れるなど、その人に合わせて運動ができるようにすることも効果的です。
- ・健康増進のための提案は、利用者のそのときの能力を踏まえ、現実的で具体的なものにします。虚弱高齢者にとって、少しでも活動のレベルを向上させることが重要であり、負担のかかる運動計画は、続かないだけでなく健康に悪影響を及ぼします。

2 ADL

4 健康増進

② 運動プログラムを導入する際の注意点

- ・ 年齢にかかわらず、運動はけがや病気の悪化を防ぐように慎重に行われなければなりません。
比較的負荷の高い運動を検討する際は、利用者の運動経験（これまでに比較的よく運動していたか、していなかったか）を確認します。
- ・ 糖尿病などの慢性疾患が悪化したり、急性疾患になった場合には運動を控えます。また、確実に水分や電解質のバランスを保つようにします。
- ・ 軽い準備運動（ウォームアップ）を十分行います。また、危険な動きを避けて筋骨格系の損傷を防止します（骨粗鬆症の人の脊椎の屈曲など）。

2 ADL

4 健康増進

- ・ グループで行う運動が望ましいといえます。指導者がついている地域のグループ活動も社会的交流を促進させるので有効です。大きな筋肉を動かす運動がよく、早歩き（脈拍が1分間に90程度になる）を1日20～30分間、週に3～4回行うなどのほか、水泳も効果的です。
- ・ 筋力の増強は、テレビを見ながらでも軽い重りを用いて行うことができます。例えば、両手に重りをつけて（水の入ったペットボトル等をもってもよい）、上げ下げを15回程度行います。いすに座って足首におもりをつけて上げるなども効果的です。
- ・ 早歩きや筋力運動のあとは10分程度、ゆっくり歩く、ゆっくり筋肉を伸ばすなど（クールダウン）を行い、心臓や神経、筋肉にかかる負担を軽くしてから終了します。

2 ADL

4 健康増進

② 禁煙

① 禁煙の効果

- ・ 心筋梗塞、間欠性跛行、慢性気管支炎のリスクの減少
どの年代でも、喫煙との関係がある疾病のリスクを下げます。それは、疾病がすでに発症している場合でも当てはまります。
- ・ 突然の心臓死のリスクの減少
2、3日間禁煙するだけで、血中の一酸化炭素が排出され、突然の心臓死のリスクを非喫煙者と同じ程度にまで下げることが可能です。
- ・ 骨粗鬆症のリスクの減少
喫煙は、若いときに最大骨密度を低下させ、後に骨の損失率を高めるため、骨粗鬆症の危険因子でもあります。
- ・ 呼吸機能への影響
喫煙は呼吸機能に関係し、体力と自立の度合いに直接的な影響を与えます。

2 ADL

4 健康増進

② 禁煙のための支援

どの程度、禁煙する意思があるかを確認します。また、火災の危険性（寝タバコなど）についても話し合います。

・ 動機が弱い場合

控えめにかかわり、禁煙がどのような効果を及ぼすか、基本的な情報の提共を申し出ます。

- ・ 喫煙習慣を変えるかどうかわからないが、情報を進んで受け入れる場合禁煙による健康上の効果をその人の状況に照らして話題にします。また、どういうときにタバコを吸いたくなるのか、なぜ吸っているのか、本人や家族はタバコの健康への害を心配しているのか、健康上や体力の問題で行うことが難しい活動は何かについて考えるように勧めます。

2 ADL

4 健康増進

- ・禁煙する意思がある場合

喫煙に関連している問題を把握するため、自分の喫煙の状況を2週間程度観察してもらいます。

喫煙している時間帯、そのときの気分や活動を振り返ります。どういうときに喫煙するのか、喫煙して得られるものが何なのか考えるきっかけになります。

2 ADL

4 健康増進

- ・禁煙計画をたてる手助け

それぞれの喫煙理由に対応する方法は何か、禁煙後の苦しい期間を支える人がいるか、禁煙すタイミングをよく考えます。簡単に禁煙に踏み切る人もいますが、よく考えてから行う場合に比べて、成功率は低くなっています。

- ・禁煙成功は本人の意欲と支える周囲の環境望ましいのは世帯全員が同時に禁煙することです。

2 ADL

4 健康増進

- ・禁煙を補助する方法

禁煙者の会や禁煙教室への参加、ニコチンの代替品の活用、タバコの依存性物質に対抗するための抗うつ薬の使用などがあります。薬を使用する場合は、市販薬の場合であっても、かかりつけ医に健康上のリスクがないか相談することが重要です。

禁煙後2、3か月は、咳や痰が増え、体重も少し増えることがあります。また、短期間であるものの、ニコチンからの離脱に伴って気分が変わることもあります。在宅ケアスタッフと家族、友人は、禁煙後に特に支援的になることが重要です。また、禁煙する気持ちが薄れたときに支える体制も考える必要があります。

2 ADL

4 健康増進

3 IADL (Instrumental Activities of DailyLiving)

1 IADL の回復と支援

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① IADL 回復の可能性を把握して対応します。
- ② IADL 代行の必要性を明らかにして支援します。

3 IADL (Instrumental Activities of DailyLiving)

1 IADL の回復と支援

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

① IADL 回復の可能性を予測するポイント

以下の状況があれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します。

- ① 認知機能がある程度保たれている（情報収集シート128の「4 認知」の「認知障害」を参照）
- ② 本人も周りの人も改善すると考えている（情報収集シート128の「2 ADL」の「自立度改善の可能性」を参照）
- ③ 支援を受けているが、ある程度の能力はある（情報収集シート128の「3 IADL」の「困難度」を参照）

② IADL 代行の必要性を把握するポイント

以下の状況があれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します。

- ① IADL 支援を受けており、自分で行うことが非常に困難である（情報収集シート128の「3 IADL」の「困難度」を参照）
- ② 一人暮らしである、または一人暮らしではないが、同居家族などから支援を受けることが困難である（情報収集シート128の「12 介護力」、「14 特別な状況」の「虐待」を参照）

3 IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

1 IADL の回復と支援

3. 「IADL 及びIADL 障害」の理解

IADL (Instrumental Activities of Daily Living) とは、掃除、料理、洗濯、買い物などの家事や交通機関の利用、電話対応などのコミュニケーション、服薬管理、金銭管理、趣味などの複雑な日常生活動作のことを指します。

IADL は、日常生活の家事動作（買い物、食事の用意、家の掃除や整理、外出時の移動など）と、精神的機能や知的能力に関係のある「知的」な動作（電話の利用や薬の管理など）にわけることができます。なお、すべてのIADL が身体的、知的能力とかわりがあり、IADL の障害の原因はさまざまです。

生活機能のなかで、最初に低下するのはIADL であることが多く、介護サービスの利用者のほとんどがIADL に何らかの障害を抱えています。

3 IADL (Instrumental Activities of DailyLiving)

1 IADL の回復と支援

4. 課題検討の指針とケアの方向性

IADL の低下を引き起こす、主な原因は次の3つに整理できます。

- ① 医療的な問題（情報収集シート128の「1 健康状態」を参照）
- ② 機能障害（情報収集シート128の「1 健康状態」「2 ADL」「4 認知」を参照）
- ③ その他、利用者の意欲や能力、周囲の支援体制や環境など（情報収集シート128の「2 ADL」の「自立度改善の可能性」、「6 社会との関わり」「12 介護力」「13 居住環境」を参照）

課題の検討にあたり、①については、特に、身体状況が不安定である場合や、急性期にある場合は早急に対応します。②については、ADLが自立していない、または、拘縮や痛みがあるなど、四肢に問題がある場合で、短い期間でIADLの実施が困難になった場合には、特に注意が必要です。

3 IADL (Instrumental Activities of DailyLiving)

1 IADL の回復と支援

1) 医療的な問題への対応

① 病気や障害

大腿骨頸部骨折や関節炎、パーキンソン症候群、骨粗鬆症、脳卒中が、IADL 障害の要因です（「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「1-1 観察・管理が必要な病気」で検討します）。

② 薬剤

薬の副作用が、IADL の障害の要因になっている場合があります（「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「1-5 薬剤管理」「1-6 向精神薬」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

③ 気分

支援を受け始めたことによるうつ状態や、うつによる疲労感が、IADL の障害の要因になっている場合があります（「課題検討の手引き」の「6 社会との関わり」の「6-2 うつと不安」で検討します）。

3 IADL (Instrumental Activities of DailyLiving)

1 IADL の回復と支援

2) 機能障害

ADL の障害が、IADL の障害の要因になっている場合があります（「課題検討の手引き」の「2 ADL」の「2-1 ADL の改善（回復）・低下・維持・必要な介護」で検討します）。

また、ADL 以外の障害についても確認します（「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「1-2 痛み」、
「2 ADL」の「2-3 健康増進」で検討します）。

3) その他の問題への対応

① 自分の役割を持つ、誰かの役に立つ、認められるなどのIADL を行う動機（「課題検討の手引き」の「6 社会との関わり」の「6-1 社会との関わり」「6-2 うつと不安」、「12 介護力」に加えて、生活習慣などを考慮して検討します）

- ・ 家族が世話をし過ぎている
- ・ 本人が人に頼りたくない
- ・ 人に頼りすぎている

3 IADL (Instrumental Activities of DailyLiving)

1 IADL の回復と支援

② 家族等の支援体制（「課題検討の手引き」の「12 介護力」で検討します）

③ 能力

- ・ 視覚やコミュニケーション能力（「課題検討の手引き」の「5 コミュニケーション」の「5-1 コミュニケーション」「5-2 視覚」で検討します）
- ・ 認知能力（「課題検討の手引き」の「4 認知」の「4-1 認知障害」で検討します）
- ・ 補助具や環境（「課題検討の手引き」の「2 ADL」の「2-1 ADL の改善（回復）・低下・維持・必要な介護」、「13 居住環境」で検討します）
- ・ 動作の詳細について、補助具や自助具、道具の改造を含め、IADL の訓練について検討します
- ・ 物の上げ下ろし、運搬、長時間の起立についての工夫を検討します
- ・ IADL の改善につながる知識について情報提供など検討します

3 IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

1 IADL の回復と支援

4) 代行の必要性

IADL を代行する必要性を明らかにし、自立生活のための家事支援の必要性について検討します。すでに、家事支援を導入している場合には、支援の量をより増やすほうがよいのかどうか検討します。

家事能力に問題がない家族と同居している場合、介護保険による生活支援サービスは利用の対象になりませんし、一人暮らしだから家事支援が受けられるというわけでもありません。いずれにしても、利用者本人の家事能力を評価することが必要になります。

ただし、ネグレクトを受けている、家族の勤務形態が変則的であるなど、同居家族がいても十分な家事支援を受けることができない場合もあります。「課題検討の手引き」の「12 介護力」、「14 特別な状況」の「14-1 虐待」を参照し、保険者と協議をして家事支援の必要性を判断します。

4 認知

1 認知障害

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 生活に支障をきたすような認知障害があるかどうか、また、その状況を把握します。
- ② 認知障害によって生活に支障をきたしているとき、それを補うために、どのような方法が考えられるのか判断します。

例えば、着衣失行があっても「着る服を順番に渡せば自分で着替えができる」というような支援的なかかわりです。

4 認知

1 認知障害

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

生活に支障をきたしているようであれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「4 認知」の「認知障害」を参照）。

- ① 複雑性注意
- ② 実行機能
- ③ 学習と記憶（即時記憶、近時記憶、遠隔記憶）
- ④ 言語（失語）
- ⑤ 知覚－運動（失認、失行）
- ⑥ 社会的認知
- ⑦ せん妄

4 認知

1 認知障害

3. 「認知障害」の理解

認知障害は、最近の出来事や過去の出来事を忘れる、錯乱する、適切な言葉を探したり、話を理解したりするのが困難になる、社会生活に適応が難しくなるなど、生活のほとんどすべてに影響します。

「認知症」

認知症とは、いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、①複雑性注意、②実行機能、③学習と記憶、④言語、⑤知覚－運動、⑥社会的認知の6つの認知領域のうち、1つ以上に、以前の水準より明らかな低下がみられるとともに、生活に支障をきたしている場合とされています。多くの場合、明らかな健忘がみられます。

認知機能の一部は加齢によって低下します。ただし、加齢に伴う認知機能の低下は認知症ではありません。認知症は、脳の病気に伴う症状の総称で、認知症という「病気」があるわけではありません（アルツハイマー病という病気の「症状」として認知症があらわれます）。なお、意識障害、せん妄、うつ状態、精神遅滞は、認知症と似たような症状をみせますが、認知症ではありません。認知症と区別する必要があります。

表:DSM -V NEUROCOGNITIVE DISORDER: 神経認知障害群

神経認知領域	構成要素
複雑性注意	持続性注意、分配性注意、選択性注意、処理速度
実行機能	計画性、意志決定、ワーキングメモリー、フィードバック/エラーの訂正応答、習慣無視/抑制、心的柔軟性
学習と記憶	即時記憶、近時記憶(自由再生、手がかり再生、再認記憶を含む)、遠隔記憶(意味記憶、自伝記憶)、潜在学習
言語(失語)	表出性言語(呼称、換語、流暢性、文法および構文を含む)、受容性言語
知覚 - 運動(失認、失行)	視知覚、視覚構成(視空間) 知覚 - 運動、実行、認知
社会的認知	情動認知と心の理論

○注意と注意障害

① 注意

「注意」は、すべての認知機能の基盤といえます。

- ・特定のものに集中しそれを持続する能力
- ・一度に複数のことを行う能力
- ・さまざまな刺激から必要なものを選別する能力
- ・素早く物事を行う能力

「注意」が適切に機能することによって、周囲の状況、刺激を適切に認識し、必要に応じた対応ができるようになります。

認知能力と認知障害

② 注意障害

(1) 全般性

- ・ちよつとしたことで気が散る、物事に集中できない
- ・ボーっとしている
- ・動作がゆっくり
- ・反応にムラがある

(2) 選択性

- ・半側空間無視（左側のことが多い）
- ・眠る時間が増える、起きていても眠い、ボーっとした感じ
- ・感情のコントロールができない
- ・匂いや音に気がつかない、あるいは過敏に反応する
- ・疲れやすい

○実行機能(遂行機能)と実行機能(遂行機能)障害

① 実行機能

「実行機能」とは、物事を計画して実行する機能で、主に前頭葉が関係するといわれています。

- ・物事を論理的に考える、推察をする、優先順位をつける
- ・計画を立てる、実行する、計画を変更する
- ・解決をする、評価をする、分析をする、ゴールを設定する

② 実行機能(遂行機能)障害

実行機能(遂行機能)が障害されると、次のような様子がみられるようになります。

- ・仕事の手順がわからなくなる
- ・失敗しても気がつかない
- ・家事が単純になる
- ・買い物に行ってもどうしたらよいかわからなくなる。料理の手順がわからなくなる

○学習と記憶

① 記憶のプロセス

記憶には、①記銘、②保持、③再生、④再認という4つの過程があるとされています。

- ・記銘: 頭に取り込む。符号化
- ・保持: 頭にしまっておく
- ・再生: 頭から取り出す。再構築
- ・再認: 再び確認・照合する

② 記憶の分類

記憶は、その内容、貯蔵時間によって、次のように分類できます。

(1) 記憶内容

- ・陳述記憶: 意識にのぼる記憶。言葉で表現できる、イメージとして心に浮かべることができる(意識して思い出そうとする記憶: 顕在記憶であることが多い)
- ・エピソード記憶: 個人的な日々の体験。特定の時間と場所との関連
- ・意味記憶: 学校などで教わった知識
- ・非陳述記憶: 意識にのぼらない記憶(思い出そうとしなくても頭のなかに浮かぶ: 潜在記憶であることが多い)
- ・手続き記憶: からだで覚えた技能

認知能力と認知障害

(2) 貯蔵時間

短期記憶

- ・即時記憶: たった今の記憶。容量が小さい。数分間の記憶
- ・作業記憶: 意識して繰り返すことによって、延長される即時記憶。物事を考えるときに使う記憶

長期記憶

- ・近時記憶: 最近の記憶。数時間～数日間の記憶。遠隔記憶として安定するまでの記憶
- ・遠隔記憶: 昔の記憶。数日～永続的に維持された記憶

③ 学習と記憶の障害

- ・約束を忘れる
- ・置き忘れ、しまい忘れ
- ・同じことを何度もいう
- ・新しいことを覚えることができない

○言語の障害(失語)

- ・言葉が不自由になる:側頭葉、前頭葉、頭頂葉の障害
- ・他人の考えを理解したり、自分の考えを表現するのが困難になる。言葉が出てこなくなる(換語困難)
- ・言葉の意味がわからなくなる
- ・日常会話のキャッチボールができなくなる
- ・「あれ」「それ」などの代名詞を多く使って話をする
- ・何度も聞き直す
- ・話のつじつまが合わない

認知能力と認知障害

○知覚 - 運動の障害 (失認、失行)

① 失認: 視覚 (聴覚) 認知の障害

- ・見えているのに、聞こえているのにわからない: 頭頂葉、側頭葉の障害
- ・知っている人の顔がわからない、文字の形がわからない、色がわからない、左右がわからない
- ・美しい風景を楽しめなくなった
- ・トイレの便器を見ても形がわからない
- ・全体を見ないで一部だけを見ている
- ・位置関係や段差、奥行きがわからない: 視空間認知の障害
- ・初めて行った場所で道に迷う
- ・自分の家でもトイレの場所がわからない
- ・音楽を聴いても楽しめない、救急車やパトカーの音を聞いても意味がわからない

② 失行 (行為の障害)

- ・麻痺はないのにできない: 頭頂葉の障害
- ・指示された内容や行動の意味を理解しているのにその動作をできない。意図と行動の間が断ち切られている
- ・着替えができない。髪をとかすことができない
- ・お茶を入れることができない
- ・入浴のときに体を洗えない。家電製品やリモコンの使い方がわからない
- ・手づかみで食事をする (箸やスプーンを使うことができない)

○社会的認知機能の障害

(心の理論)

- ・他者の心の動きを推察することができない
- ・他者が自分とは異なる考えをもっていることを理解することができない
- ・他者の言葉の内容、話し方、行動の背景にある思考や感情、性格、動機を読み取る能力の障害

○失見当識(見当識障害)

- ・年月日、曜日、時間がわからない
- ・自分がどこにいるかわからない
- ・相手が誰だかわからない
- ・自分がどういう状況にいるのかわからない
- ・自分の状態がわからない
 - 例) 目が覚めたとき、いつなのか、ここがどこなのか、目の前にいる人が誰なのかわからない。
- ・この世界、現実なのか、夢なのか、不安のなかで生きている
- ・ソース・メモリ(情報をいつ、どこで、誰から、どのような状況で手に入れたのかという情報源についての記憶)を覚えていない
- ・リアリティモニタリング(その情報が真実なのか、単なる想像なのかを判断する能力)ができない
- ・セルフモニタリング(内省。自分の姿をもうひとりの自分がみること)ができない

表：認知症を伴う主な疾患

<ul style="list-style-type: none">・アルツハイマー病・レビー小体病・前頭側頭葉変性症<ul style="list-style-type: none">前頭側頭型認知症意味性認知症進行性非流暢性失語症・パーキンソン病関連疾患<ul style="list-style-type: none">大脳皮質基底核変性症進行性核上性麻痺・嗜銀顆粒性認知症・神経原線維変化型	<ul style="list-style-type: none">・血管性認知症・特発性正常圧水頭症・慢性硬膜下血腫・脳腫瘍・クロイツフェルト・ヤコブ病・ビタミンB1 欠乏症・ビタミンB12 欠乏症・葉酸欠乏症・甲状腺機能低下症・混合病理：原因は一つとは限らない
---	---

4 認知

1 認知障害

人の名前や最近の出来事を思い出せないなどは、どの年齢層にもみられることで、特に問題はありません。

多くの場合、認知能力の低下あるいは認知症は慢性的に進行します。そのため、認知能力の低下した高齢者に対するケアは、治療というよりも、生活の質を向上させること、機能低下を最小限にすること、尊厳を保持することに焦点が当てられることとなります。

また、認知症の初期に現れる変化に気づくのは難しく、時間が経過してから「あれが認知症の始まりだった」と思い起こすことが多いのが実情です。そのため、生活に支障をきたすようになってはじめて、家族は認知障害に向き合うこととなります。

認知障害により生活に支障をきたすようになると、専門医を紹介する、その診察を受けるための手続きや具体的な対応を示すことが重要となります。

4 認知

1 認知障害

4. 課題検討の指針とケアの方向性

1) 認知障害の把握

認知障害について以下を確認します。

- ① 認知障害の状況（情報収集シート128の「4 認知」の「認知障害」を参照）
- ② いつごろから認知障害があらわれるようになったのか（情報収集シート128の「1 健康状態」を参照）
- ③ 認知障害によって日常生活にどのような支障が現れているのか（情報収集シート128の「2 ADL」「3 IADL」「5 コミュニケーション能力」「6 社会との関わり」「7 排尿・排便」「11 問題行動（行動障害）」「12 介護力」「13 居住環境」「14 特別な状況」を参照）

4 認知

1 認知障害

2) 認知障害を確認したら

認知障害を把握したら、次のとおり確認していきます。

- ① せん妄ではないかどうか確認し、せん妄の可能性が高い場合は専門医の受診を勧めます。次のような症状がみられる場合、せん妄を疑います。
- ・ 普段と比べて急激な精神状態の変化・変動、異常な行動がある
 - ・ すぐ気が散るなど、集中力の問題がある
 - ・ とりとめのない話をすることがある
 - ・ ぼーっとしている、うつらうつらしている、過敏になっているなど意識に問題がある
 - ・ 自宅以外にいると思っている、時間や曜日を間違えるなどの混乱、失見当識がある
 - ・ 最近のことを思い出せない、言われたことを覚えられないなどの記憶障害がある
 - ・ 実際にはないものがある、動いていると思うなどの幻覚、または錯覚、思い違いがある
 - ・ 落ち着きがない、何かをつかむ、指を鳴らす、急に動くなどの異常に活発な状態、もしくは、のろのろしている、一点を見続けている、ずっと同じ姿勢でいるなどの異常に緩慢な状態がある
 - ・ 昼間眠りすぎて、夜に眠れないなどの睡眠リズムの障害がある

4 認知

1 認知障害

- ② せん妄ではないと判断した場合、認知障害について医師の診察を受けているかどうか確認します。
受けていなければ、原因疾患などを把握するため、専門医の受診を勧めます。なお、認知障害が長期（数か月、または数年）にわたり安定、あるいは徐々に進行している場合でも、診察を受けたかどうか確認します。
- ③ 認知障害によって、生活を送るうえでどのような支障や危険があるか把握し、本人や家族の負担を減らすよう検討し対応します。
- ・ 認知障害が影響しているADL などについて具体的に把握します（表「ADL 能力の確認」）
 - ・ 利用者の、できないこと、できることを具体的に把握します（表「認知能力の把握」）
できないところだけを見るのではなく、できること、わずかでも支援されればできることを最大限把握します。

4 認知

1 認知障害

3) 確認する際の留意点

① できないことばかりを尋ねない

できないことばかりでなく、本人ができること、あるいは参加できることは何か、利用者と家族に尋ねます。軽度の短期記憶の障害のようなもの忘れは、それを補う工夫をすることによって、利用者が安心感を得られると対応することができます（例えば、メモをとる、カレンダーを使う、鍵の置く場所を決めるなど）。

② ADL やIADL がどのように自立しているか確認する

利用者にとってADL、特に食事と排泄の自立を維持することは非常に重要です。食事も排泄にかかわる動作も、その人なりの方法を思い出すような工夫によって改善することがあります。

4 認知

1 認知障害

③ 周囲へ与える影響の大きい問題があらわれていないかどうか確認する

認知障害のために、けがをする危険がないかどうか、あるいは行方がわからなくなったり他者に暴力を振るったり、火事を起こしたりするなど、周囲に与える影響の大きい行動があらわれていないかどうか確認します。このような状態がみられる場合、適切な安全対策を講じる必要があります。また、介護者に対し、それらの危険性について情報を提供したり、身体や家事援助サービスを導入したり、課題となる行動への対応方法（セキュリティー、見守り、言葉がけの方法など）を検討します。

表: 認知能力の把握

年 月 日 氏名:

	できないこと	できること
複雑性注意		
実行機能		
学習と記憶		
言語 (失語)		
知覚- 運動 (失認、失行)		
社会的認知		

4 認知

1 認知障害

4) 必要な援助の検討

① 家族が、認知障害のある利用者の「世話を焼きすぎる」ことがよくみられます。それは依存心を高め、本人の自尊心の喪失につながる可能性があります。失行などにより、行動の一部を代行したり、援助・介助したりする必要がある場合がありますが、できる限り長い期間、利用者がより多くの動作・活動・参加が続けられるようにすることが目標です（「課題検討の手引き」の「2 ADL」の「2-1 ADL の改善（回復）・低下・維持・必要な介護」、「3 IADL」の「3-1 IADL の回復と支援」、「5 コミュニケーション」「6 社会との関わり」「7 排尿・排便」の「7-1 尿失禁」、「12 介護力」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

なお、認知症はゆっくりと進行するため、それまでできていたことがある日できなくなるといった事態が起こります。症状の進行に合わせて対応やケアプランを変更して対応します。

② 行動を制限するのは本人の安全にかかわる場合です。例えば、ガスやストーブの火の不始末によるやけどや火事の心配がある、行方不明になる心配があるといった場合です（「課題検討の手引き」の「3 IADL」の「3-1 IADL の回復と支援」、「11 問題行動（行動障害）」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

4 認知

1 認知障害

5) 支援にあたっての留意点

① 感情に配慮する

軽度や中等度の認知症の高齢者は、自身の認知能力の低下に対して怒ったり、落ち込んだり、不安になったりすることがあります。「アルツハイマー病の利用者が自分の能力が衰えていくのに気づかない」は誤りです。

認知症の10～25%はうつ状態にあり、認知症の症状より早くあらわれる場合があります。

また、認知症を抱えるほとんどすべての高齢者に、ある時期、行動障害がみられます。認知症の人の多くは、妄想症を含めて幻覚や妄想、あるいはその両方がみられます。そのため、認知障害による記憶障害などの症状、行動障害に伴う抑うつ、不安について、家族も含め、専門医との話し合いや、カウンセリングによって十分に対応することが重要です（「課題検討の手引き」の「5 コミュニケーション」、「6 社会との関わり」の「6-2 うつと不安」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

② ケアの目的

ケアの目的は、利用者のできる活動を把握してできるだけ維持し、その精神的負担、ストレスを少なくすることです。

4 認知

1 認知障害

6) 家族への支援

①情報提供

利用者・家族とともに、本人の行動や能力、家族の役割について現実的な評価をします。

利用者の認知障害が重症の場合、家族は極端な選択しか残されていないと感ずることがあります（例えば、日中の行動を制限する、介護施設に入所させる、車の鍵を隠すなど）。家族に対し、症状の経過や予後、認知症がどの段階にあるかなどの情報を提供することが大切です。

アルツハイマー型認知症や血管性認知症などの進行性の認知症の場合、家族は次の情報を必要としています。

- ・ 今後予想されること（各病期の特徴：生活障害）
- ・ 残された記憶や判断力に対して、その維持に必要な援助
- ・ 中核症状と、周辺症状に対する治療やケアとその改善の可能性
- ・ 多発性脳梗塞性認知症の場合は、悪化を防ぐための方法（例えば、血圧のコントロールや運動、ストレス解消など）。

4 認知

1 認知障害

② 介護者の健康管理

家族は、長期にわたる、24時間の介護を要求されます。介護者には、自分の健康管理をしっかりとしなければ、自分も体調を崩す可能性があることを伝えます（「課題検討の手引き」の「2 ADL」「3 IADL」「12 介護力」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

③ 介護者のストレスを最小限にする

認知障害のある高齢者の介護は、大きなストレスになります。認知障害に合わせた支援や介護、専門医などによるカウンセリングが必要です。短期・中期の外部サービスの利用、関係する書籍や家族会を紹介するのも一つの方法です（「課題検討の手引き」の「12 介護力」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識①

1. Major Neurocognitive Disorder: 認知症

- ① 一つまたはそれ以上の認知症の項目で、以前の活動レベルから明らかな生活障害をきたしている
- ② 認知障害が日常生活における自立性を障害している
- ③ 認知障害はせん妄の経過でのみあらわれるものではない
- ④ 認知障害は他の精神障害(大うつ病性障害・統合失調症)ではよりよく説明されない

2. Minor Neurocognitive Disorder: 軽度認知障害

- ① 一つまたはそれ以上の認知症の項目で、以前の活動レベルから中等度の認知障害をきたしている
- ② 認知障害が日常生活における自立性に対する能力を障害していない(努力、代償性の対策、便宜を要する)
- ③ 認知障害はせん妄の経過でのみあらわれるものではない
- ④ 認知障害は他の精神障害(大うつ病性障害・統合失調症)ではよりよく説明されない

3. Delirium:せん妄

- ① 注意と意識の障害
- ② 障害は数時間から数日間のうちの短期間で発症して、通常の注意や意識からの変化があり、1日を通して重症度が変動する傾向がある
- ③ 認知における追加的な障害がある(記憶障害・失見当識・言語障害・知覚障害・視空間能力の障害)
- ④ 基準①と③における障害は認知障害によってはよりよく説明されない。また、覚醒障害で発症したものではない
- ⑤ その障害が一般身体疾患、物質中毒または離脱、もしくは毒性物質への曝露といった直接的な生理学的結果もしくは多重の病因により引き起こされたという証拠がある

ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識②

主たる認知症原因疾患の中核症状と周辺症状

1. アルツハイマー病

① 中核症状

- ・ 認知機能障害(思考、推理、判断、適応、問題解決)、記憶障害、見当識障害、判断力低下、言語の障害(失語)、行為の障害(失行)、知覚の障害(失認)、計画を実行する能力の障害

② BPSD(周辺症状)

- ・ 不安・焦燥・抑うつ・意欲低下・不眠・興奮・幻覚・妄想・暴力・徘徊

FAST(Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)

アルツハイマー型認知症のステージ指標で進行度を7段階に分けて分類する

- ① 正常(FAST 1): 認知機能低下なし
- ② 年齢相応(FAST 2): 物の置き忘れ、喚語困難
- ③ 境界状態(FAST 3): 熟練を要する仕事で支障、初めての場所への旅行が難しい
- ④ 軽度のアルツハイマー型認知症(FAST 4): 金銭管理が難しい、買い物に支障が出てくる
- ⑤ 中等度のアルツハイマー型認知症(FAST 5): 季節に合った服装を選べない、入浴するときに説得することが必要、車の運転で事故を起こす
- ⑥ やや高度のアルツハイマー型認知症(FAST 6): ①不適切な着衣、②入浴に介助を要する、③トイレの水を流せなくなる、④尿失禁、⑤便失禁
- ⑦ 高度のアルツハイマー型認知症(FAST 7): ①最大約6語に限定された言語機能の低下、②理解する語彙はただ一つの単語、③歩行能力の喪失、④着座能力の喪失、⑤笑う能力の喪失、⑥昏迷及び昏睡

ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識②

主たる認知症原因疾患の中核症状と周辺症状

2. レビー小体型認知症 (DLB)

① 概要

- ・パーキンソン病の類縁疾患
- ・長期経過したパーキンソン病から発症する場合もある
- ・進行性の認知機能低下を示す神経変性疾患
- ・注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の変動
- ・ありありとした、繰り返される幻視
- ・アルツハイマー病と比べ、記憶障害が軽度のことが多い
- ・系統的な内容の妄想(誤認妄想)、他の幻覚、抑うつ、不安・焦燥、パーキンソン病の運動症状
- ・抗精神病薬に対する過敏性

② 中核症状

- ・睡眠障害:レム睡眠行動異常、むずむず脚症候群、過眠・不眠
- ・意識障害:認知機能の変動、一過性意識障害
- ・感覚障害:痛み、異常感覚、嗅覚障害
- ・運動障害:パーキンソニズム、振戦、固縮、無動、姿勢反射障害
- ・認知機能障害:健忘、注意障害、視空間失認、実行機能障害
- ・自律神経障害:便秘、頻尿、体温調節障害、発汗障害、起立性低血圧、インポテンツ
- ・精神症状:うつ状態、躁、多幸、不安、パニック、強迫的行為、病的賭博・買い物、幻視・錯視、妄想・せん妄

ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識②

主たる認知症原因疾患の中核症状と周辺症状

3. 前頭側頭葉変性症 (FTLD)

① 概要

著明な人格変化や行動障害、言語障害を主徴とし、前頭葉、前部側頭葉に病変の主座とする変性疾患。有効な薬物療法はない。病変部位によって、3つのタイプに分けることができる。特定の神経病理所見的特徴に対応しているわけではない。

- ・前頭側頭型認知症：いわゆるピック病
- ・意味性失語症：意味記憶の障害。言葉の意味がわからない
- ・進行性非流暢性失語症：表出言語の障害

② 中核症状

- ・自発性の低下
- ・感情・情動変化：多幸感、焦燥感、不機嫌、感情鈍麻、無表情
- ・無関心(自己及び周囲に対して)・病識の欠如・記銘力障害：初期は目立たない
- ・被影響性の亢進、転動性の亢進、維持困難
- ・脱抑制・反社会的行動：本能のおもむくままにわが道をいく行動、衝動的な暴力、盗食、窃盗
- ・常同行動：周遊、食行動、言語、“時刻表的生活”

ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識③

高次脳機能障害

高次脳機能障害とは

交通事故や脳卒中などで脳が損傷されると、記憶能力の障害、集中力や考える力の障害、行動の異常、言葉の障害が生じることがあります。これらの障害を「高次脳機能障害」といいます。

これまで、医学的、学術的な定義では、高次脳機能障害は、脳損傷に起因する認知(記憶・注意・行動・言語・感情など)の障害全般をさしていました。例えば、言語の障害である「失語症」や道具がうまく使えなくなる「失行症」、知的なはたらきや記憶などのはたらきが低下する「認知症」のほか、「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」などが含まれます。

一方で、厚生労働省が平成13年から開始した「高次脳機能障害支援モデル事業」では、身体の障害がなかったり、その程度が軽いにもかかわらず、特に、「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」といった認知の障害が原因となって、日常生活や社会での生活にうまく適応できない人たちがいることがわかりました。

このような人に対する、診断やリハビリテーション、社会資源サービスの不足が問題となっていることから、その認知の障害を「高次脳機能障害」と呼ぶ、「行政的な」定義が設けられました。

ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識③

高次脳機能障害

高次脳機能障害の主要な症状

交通事故や脳卒中などの後で、次のような症状があり、それが原因となって、対人関係に問題が生じたり、生活への適応が難しくなっていたりする場合、高次脳機能障害が疑われます。

記憶障害

記憶障害とは、事故や病気の前に経験したことが思い出せなくなったり、新しい経験や情報を覚えられなくなった状態をいいます。

- ・物の置き場所を忘れたり、新しい出来事が覚えられない
- ・何度も同じことを繰り返し質問する
- ・一日の予定を覚えられない
- ・自分のしたことを忘れてしまう

ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識③

高次脳機能障害

注意障害(半側空間無視を含む)

注意障害とは、周囲からの刺激に対し、必要なものに意識を向けたり、重要なものに意識を集中させたりすることが、うまくできなくなった状態をいいます。

- ・気が散りやすい
- ・長時間一つのことに集中できない
- ・一度に二つ以上のことをしようとすると混乱する
- ・周囲の状況を判断せずに、行動を起こそうとする
- ・片側にあるものだけを見落とす

遂行機能障害

遂行機能障害とは、論理的に考え、計画し、問題を解決し、推察し、行動するといったことができない、また、自分のした行動を評価したり、分析したりすることができない状態をいいます。

- ・指示してもらわないと何もできない
- ・物事の優先順位をつけられない
- ・いきあたりばったりの行動をする
- ・間違いを次に活かさない

ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識③

高次脳機能障害

社会的行動障害

社会的行動障害は、行動や感情を場面や状況に合わせて、適切にコントロールすることができなくなった状態をいいます。

- ・すぐ怒ったり、笑ったり、感情のコントロールができない
- ・無制限に食べたり、お金を使ったり、欲求が抑えられない
- ・態度や行動が子どもっぽくなる
- ・場違いな行動や発言をしてしまう
- ・じっとしてられない

自己認識の低下(病識欠如)

- ・自分が障害をもっていることに対する認識がうまくできない
- ・うまくいかないのは相手のせいだと考えている
- ・困っていることは何もないという
- ・自分自身の障害の存在を否定する
- ・必要なりハビリや治療などを拒否する

ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識③

高次脳機能障害

失行症

- ・道具がうまく使えない
- ・日常の動作がぎこちなくなる
- ・ふだんしている動作であっても、指示されるとできなくなる

失認症

- ・物の形や色、触っているものが何かわからない
- ・人の顔が判別できない

失語症

- ・自分の話したいことをうまく言葉にできない、滑らかに話せない
- ・相手の話が理解できない
- ・文字を読んだり、書いたりすることができない

身体障害として

- ・片麻痺、運動失調など

ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識③

高次脳機能障害

高次脳機能障害への対応

高次脳機能障害の症状は、脳の損傷した部位によって、人それぞれ異なり、重症度もさまざまです。また、その場の環境や対応する相手によって、あらわれ方が異なる場合もあります。しかし、周囲の環境を整えたり、対応の仕方を工夫するなど、適切な対応をとれば、それまでうまくできなかったことができるようになり、問題行動が減ったりすることがあります。

家族・周囲の人が高次脳機能障害を理解する

以前と人が変わってしまった、それまではできていたことができなくなってしまった、とさまざまな変化があります。まずは、その変化を理解することから対応は始まります。

目に見えない障害を想像する

高次脳機能障害のある人の行動や反応に興味をもって、「どうしてそのような行動をとっているのか」「なぜこんなふう反応するのか」と想像力をはたらかせることが、その人への適切な対応を探る第一歩となります。

ケアマネジャー(ケアスタッフ)の基礎知識③

高次脳機能障害

忍耐力をもって接する

適切な対処法を繰り返し実行して、その結果、毎日の生活のなかで、できることが一つひとつ増えていきます。繰り返し行って習慣にしていくことは非常に手間がかかり、根気がいります。すぐに結果求めて、本人を追い込んでしまうことがないように、忍耐力をもって接することが大切です。

環境を整える

高次脳機能障害のある人は周囲のさまざまな情報を適切に受け取ることが難しくなります。その人に合わせて生活空間を整える、対応する人(家族、関係するスタッフ)が適切な声かけや支援方法を統一することが大切です。

代償手段を身につける

脳の失われた機能を他の方法(タイマーや手帳、作業の手順表など)で置き換えることが効果的な場合があります。

5 コミュニケーション

1 コミュニケーション

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

コミュニケーションの障害・問題を明らかにし、良好なコミュニケーションがとれるよう支援します。

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

①聴覚、②理解力、③伝達能力について、生活に支障をきたしているようであれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します。

- ① **聴覚**（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」を参照）
- ② **理解力**（情報収集シート128の「4 認知」の「認知障害」を参照）
- ③ **伝達能力**（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」「薬」、「4 認知」の「認知障害」、「6 社会との関わり」の「関わり」「気分」を参照）

5 コミュニケーション

1 コミュニケーション

3. 「コミュニケーション障害」の理解

1) コミュニケーション能力

言語的あるいは非言語的な手段を用いて、互いの意思や感情、思考を受け取り理解し、伝える能力です。コミュニケーション能力には、話す、聞く、読む、書く、身振りなどの能力が含まれます。

2) コミュニケーションの要素とポイント

① 効果的コミュニケーション

互いの意思や感情、思考を効果的に伝達し合うことができるかどうかは、言語的能力とは別に、身振りや口調といった非言語的な手段、コミュニケーション補助具（補聴器など）の使用によって決まります。

② コミュニケーションの機会

コミュニケーションをとりたい相手がいるか、楽しく過ごせる活動をしているか、コミュニケーションをとろうとしてくれている人がいるかどうかなど、コミュニケーションの機会の有無が重要になります。

5 コミュニケーション

1 コミュニケーション

③ 老人性難聴

「聞こえ」が妨げられるとコミュニケーションに大きな影響を与えます。老人性難聴は、両側対称性の難聴で、特に高い音が聞き取りにくくなります。症状はゆっくりと進行し、音の識別と話している内容を理解することが困難になります。

④ コミュニケーションを阻害する要因

このほか、認知症や視覚障害の有無、うつ、そのほかの健康上・社会上の問題によってコミュニケーション問題が悪化します。

5 コミュニケーション

1 コミュニケーション

4. 課題検討の指針とケアの方向性

1) 課題の把握と対応

利用者・家族と介護者との間の効果的なコミュニケーションの方法について検討します。

① 聴力に問題がある場合

医師、言語聴覚士による聴力評価を提案して対応します。

② メガネや補聴器などの、視覚や聴覚を補助する道具・福祉用具を使用している場合

- ・常に簡単に利用できるかどうか確認します。
- ・しっかりと作動しているか確認します。

③ 理解力に問題がある場合

能力を評価して対応します（「課題検討の手引き」の「4 認知」の「4-1 認知障害」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

5 コミュニケーション

1 コミュニケーション

④ 伝達能力に問題がある場合

できれば、言語聴覚士による評価を受けて対応します。

- ・ **構音（語）障害**（言葉を明確に出せない）がないかどうか。
- ・ **失語症**（話し言葉や文字を理解できない、言葉を探す、伝えようとしている文章にふさわしい言葉を選べない）がないかどうか（「課題検討の手引き」の「4 認知」の「認知障害」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。軽度の場合、理解力と発語に困難をきたし、重度の場合は、話すこと、聴くこと、読むこと、書くことに著しい困難をきたします。
- ・ **発語失行症**（その言葉を知っていても、自発的に音を言葉として結びつけることが難しい）がないかどうか（「課題検討の手引き」の「4 認知」の「4-1 認知障害」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。手探りで躊躇したように聞こえる発声音となります。

5 コミュニケーション

1 コミュニケーション

・ 認知症

認知症の人の多くはコミュニケーション障害を伴います（「課題検討の手引き」の「4 認知」の「ケアマネジャー（ケアスタッフ）の基礎知識②」を参考にして検討します）。

初期段階：特定の語彙が思いつかない、複雑な会話についていけない、熟語・ことわざ・推論のような抽象的な言葉の意味がわからない。

進行段階：言葉をみつける、理解する、読み書き、会話ができなくなる。

末期状態：意味あるコミュニケーションがほとんどできなくなる。

5 コミュニケーション

1 コミュニケーション

⑤ コミュニケーションの機会に問題がある場合

コミュニケーション能力に問題がない場合でも、物理的、社会的にコミュニケーションの機会がない場合があります。

- ・コミュニケーションをとる「場」があるかどうか。身近にコミュニケーションをとることのできる人がいるかどうか（「課題検討の手引き」の「6 社会との関わり」の「6-1 社会との関わり」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。
- ・照明が暗い、静かでプライベートな会話のできる場所がないなど、環境に問題がないかどうか（「課題検討の手引き」の「13 居住環境」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。
- ・家族同士の会話のなかに入り込めないような家族関係の問題はないかどうか（「課題検討の手引き」の「6 社会との関わり」の「6-2 うつと不安」、「13 居住環境」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。
- ・言葉による虐待や、ひやかしを受けていないかどうか、あるいは「話すな」と言われているなど話すことそのものを制限されていないかどうか（「課題検討の手引き」の「12 介護力」「13 居住環境」、「14 特別な状況」の「14-1 虐待」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

5 コミュニケーション

1 コミュニケーション

2) コミュニケーションの方法

利用者の抱えている障害や理解力、気分配慮した、コミュニケーションがとれるように努めます。コミュニケーションが難しい、理解が低下しているなど、「利用者に問題がある」のではなく、利用者が理解しやすいコミュニケーションをとっていない支援者に問題があると考えて対応することです。

① 話し方

- ・叫んだり大声で話したりしない。はっきりとした声と言葉で話す。
- ・大人としての語彙と口調を用いて会話をする。
- ・わかりやすい言葉を用いて、専門用語の使用を避ける。

② 話の進め方

- ・言葉にも、表情や態度にも、決していらいらを表わさないようにする
- ・「いいですよね。いいですよね」など繰り返し確認したり、先回りをして利用者の代わりに応答したりしないようにする。
- ・ゆっくりと、相手の理解を確認するために区切りながら話す。

5 コミュニケーション

1 コミュニケーション

- ・ 同じことを繰り返すか、または言い方を変える。
 - ・ 多くの息づぎを必要とする場合があるので、ゆっくりと、小さく区切って話すように勧める。
 - ・ 単語を思い出せなくても、その話題について話し続けるように励ます、待つ。
 - ・ 話が意味をなさないようなら、はい/いいえで答えられる、または非言語的な手段で応答できる質問をする。
 - ・ ふさわしい言葉が見つからなかったり、わかりやすい言葉が出てこなかったりするときは、しばらくその話題を離れて、あとで話すようにする。
 - ・ 家族やその他の介護者が、利用者に代わって返事をしてしまうと、利用者とのコミュニケーションの妨げになるので、必要な場合以外は代わりに返答しない。
- ③ 話が理解しやすいような工夫
- ・ はっきりとした身振りや指さし、あるいは実際にやってみせることで話を補う。
 - ・ あとで見直しができるように、話した内容について簡単に書かれたメモを用意する。
 - ・ 身振り、指さし、書く、描く、あるいは補助用具を使用するなど、コミュニケーションのための工夫をする。

5 コミュニケーション

1 コミュニケーション

④ 会話する環境を整える

- ・利用者が理解できないという前提に立って、本人のいる場で当人について話をすることは絶対に避ける。
- ・介護者は自分の顔を利用者に十分にみえるようにして話す。
- ・話しているときに、利用者が介護者の顔を見ることができる明るさが確保されているかどうかを確認する。
- ・静かな環境を確保する。コミュニケーションを妨げる雑音をなくすか、できるだけ小さくする。

⑤ その他の留意点

- ・コミュニケーションの機会を増やすようにする。
- ・コミュニケーションに問題があるという理由で利用者を責めない。
- ・丁寧な言葉づかいやあいさつ、たわいない会話のような、社会的なコミュニケーションの機会をつくるよう心がける。

5 コミュニケーション

2 視覚

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

視力が低下した利用者、または視力を失った利用者、視力補助具などを適切に使用していなかった利用者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

①視力の低下、②視野障害について、生活に支障をきたしているようであれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」「症状」を参照）。

3. 「視覚障害」の理解

加齢に伴い、高齢者の多くは視力が少しずつ低下します。光に過敏になったり、焦点を合わせにくくなったりします。瞳孔が小さくなるため、目に光が入りにくく、また、明暗に対する反応がにぶくなります。視力が低下して日常生活に支障をきたします。

5 コミュニケーション

2 視覚

4. 課題検討の指針とケアの方向性

1) 視力低下の把握

① 検査

できれば、眼科医のもとで検査を行い、視力を確認します。

② 日常生活への影響

日常生活に影響を及ぼしていないかどうか確認します（情報収集シート128の「2ADL」「3 IADL」「6 社会との関わり」を参照）。

- ・視力を必要とする活動（読書、裁縫など）をしなくなった。
- ・手紙や薬袋を他の人に読んでもらうようになった。
- ・家事がうまくできなくなった（床が汚れたままになっているなど）。
- ・慣れた場所でも移動したり、座ったりできなくなった。

5 コミュニケーション

2 視覚

2) ケアの方向性

「課題検討の手引き」の「2 ADL」の「2-1 ADL の改善（回復）・低下・維持・必要な介護」、「3 IADL」と関連させて支援の具体的方法を検討します。

- ① 残っている視力を活用し、聴覚と触覚を使えるように環境を整えます
 - ・ 数字部分が大きく、浮き彫りになっている電話器を使う
 - ・ よくかける電話番号を短縮ダイヤルに登録する
 - ・ 文字の大きいカレンダーを使う
 - ・ 音声表示の時計を使う
 - ・ 便座の色をはっきりさせる
 - ・ 光が反射しない床やテーブルを利用する
 - ・ 明るさを調整できる照明にする
 - ・ 手元で位置が変えられる電気スタンドを使う
- ② 声の出る時計、自己点眼器、錠剤ケースなどの自立度が高まる用具を使用

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 利用者が満足のいく役割や対人関係をもち、楽しむことのできる活動を持続けたり、新たにみつけだしたりできるように支援します。
- ② 社会的機能の低下を最小限に抑え、社会的活動を制限する原因となる問題をみつけ、可能であれば改善し、できない場合は代償する方法を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

次の①と②について生活に支障をきたしているようであれば、詳しい状況を確認し、課題検討をします（情報収集シート128の「6 社会との関わり」の「関わり」を参照）。

- ① 社会とのかかわり、仕事や趣味の活動への参加が減ってきて、悩んでいる。
- ② 寂しい思いをしていると言ったり、そうしたそぶりをみせたりする。

6 社会との関わり

1 社会との関わり

3. 「社会との関わりに関する問題」の理解

社会的関係や社会的機能がわずかでも変化すると、自尊心や生活の質（QOL）が低下することがあります。

そのため、特に生活が大きく変化している利用者にとって、地域で自立した生活を送るために、どのような資源や支援が必要か把握することが重要になります。

6 社会との関わり

1 社会との関わり

4. 課題検討の指針とケアの方向性

社会とのかかわりが少なくなっている、または、かかわりが少なくなることによって悩んでいる利用者を支援の対象とします。社会とのかかわりという、「現在」の状態は、その利用者の生活の積み重ねであり、変えることは容易ではありません。

1) 社会とのかかわりの把握

社会とのかかわりが低下している、または社会とのかかわりをなくしている場合、その代わりとなる新しい役割や、新たな活動に参加する機会をつくるため、次のとおり把握します（情報収集シート128の「2 ADL」「3 IADL」「4 認知」「5 コミュニケーション能力」「12 介護力」を参照）。

6 社会との関わり

1 社会との関わり

- ① ひとりでいること、人とかかわらないことが長年の生活習慣によるものかどうか
- ② 社会的役割や社会とのかかわりがある場合、それらが変化したかどうか
- ③ 変化がみられる場合、その原因はどのようなものか
身体機能や認知機能の低下、視覚や聴覚機能の衰え、気分の変化、精神的な課題の影響、社会的な環境の変化などが考えられます。
- ④ 利用者がそれまでにどのような役割をもっていたか、また、どのようなことに対して意欲をもっていたか
失った役割や意欲を回復したり、代償したりできる人間関係、役割や活動を、再構築できる可能性を探ります。

6 社会との関わり

1 社会との関わり

2) ケアの方向性

利用者の能力などをふまえ、参加の可能性のある活動をすすめます。

① 能力や可能性を確認する

利用者本人の能力や意欲、家族などの協力を把握して対応します（「課題検討の手引き」の「2 ADL」の「2-1 ADL の改善（回復）・低下・維持・必要な介護」、「3 IADL」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

② 活動の検討

利用者の、対人関係の状況、率先して行う意欲、生きがい活動、過去の役割や特技、生活の心配事などをふまえて、利用者が社会とのかかわりをもつことができる活動を検討します。

③ ポイント

検討にあたっては、本人の関心や能力のある分野からはじめ、参加するために道具や条件を必要としない、簡単に参加できる活動を選びます。

また、話す、人とかかわる機会を増やすことができる活動、外出する、環境を変えることができるなどの活動を選ぶこともポイントです。

6 社会との関わり

1 社会との関わり

6 社会との関わり

2 うつと不安

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

不安やうつ状態を把握し、治療やケアの可能性を検討して対応します。
生活に重大な影響のあるうつや不安があれば、専門医に相談して対応します。

6 社会との関わり

2 うつと不安

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

次の①～⑦について生活に支障をきたしているようであれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「6 社会との関わり」の「気分」を参照）。

- ① 悲しみやうつ状態
- ② 自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ
- ③ 現実には起こりそうもないことに対する恐れ
- ④ 繰り返し、体の不調を訴える
- ⑤ たびたび不安、心配事を訴える
- ⑥ 悲しみ、苦悩、心配するような表情
- ⑦ 些細なことで泣く、涙もろくなった様子

6 社会との関わり

2 うつと不安

3. 「うつと不安」の理解

「うつ」は、一過性のものから急性、慢性のものまで、また、軽度の判断力の低下がみられる場合から自殺を企図する場合まで、広く捉えた用語です。身体症状、感情や認知機能に影響があらわれる可能性があります。高齢者のうつ・不安には、次のような特徴があります。

- ・ 病気や機能低下がある高齢者はうつになりやすい。
- ・ うつと不安は同時にあらわれることが多い。
- ・ 高齢者は、①うつや不安を否定しがち、②うつや不安を身体的な問題と間違っているとらえがち、③薬の副作用によってうつや不安の症状があらわれることがある、④認知症がうつや不安の対応を複雑にするとといった理由から、うつと不安を把握することは難しい。

6 社会との関わり

2 うつと不安

4. 課題検討の指針とケアの方向性

1) うつと不安の原因の把握

うつと不安の原因について、①身体状況、社会的状況、②病気や機能低下に分けて把握します（「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「1-6 向精神薬」「1-7 アルコール」、「2 ADL」「3 IADL」「4 認知」「6 社会との関わり」「10 食事摂取」「12 介護力」、「14 特別な状況」の「14-1 虐待」を参照します）。

① 身体状況、社会的状況を把握する

- ・ 健康問題の心配がないかどうか
- ・ 家族関係に問題を抱えていないかどうか
- ・ 経済的な問題を抱えていないかどうか
- ・ 虐待を受けていないかどうか
- ・ 配偶者などの近しい人の喪失体験がないかどうか
- ・ 転居がないかどうか

表：うつ病の主症状

<p>①抑うつ (精神的な苦痛)</p>	<ul style="list-style-type: none">・気分が落ち込む・ゆううつである・気分が晴れず、すっきりしない・悲しい、さびしい、むなしい、泣けてくる・不安が頭から離れない・過去や将来にとらわれて暗くなる・朝の気分が悪い・イライラする、あせる、いたたまれなくなる・感情が抑えられない、または感情がわいてこない・死や自殺について考える、死にたくなる、自殺の方法について調べる・実際に自殺しようとする
<p>②精神運動抑制 (精神運動制止)</p>	<ul style="list-style-type: none">・考えがまとまらない・アイデアが浮かばない・何かをしようという気になれない・決断できない・仕事や家事に集中できない・誰とも会いたくない・出かける気になれない・誰かと話すことが苦痛に感じる・動くことがつらく感じる、家に閉じこもる、1日中寝ている

表:うつ病の主症状

<p>③ 思考と認知のゆがみ</p>	<ul style="list-style-type: none">・何でも自分が悪い、または他人からそう思われていると感じる・自分の能力が劣っていると思う、劣等感が強い・何でも悪い結果になると感じる、または決めつける・成功してもまぐれだとしか感じない、次は失敗すると思う・少しでも不幸なことがあると、すべて不幸だと感じる・うまくいったか全然ダメかどちらかしか認めない・自分は貧乏になったと思いきむ・悪いことの原因はすべて自分にあると思いきむ・悪い病気にかかっていると思いきむ
<p>④ 身体症状</p>	<ul style="list-style-type: none">・朝早く目がさめる、途中で目がさめる、寝つけない、眠りが浅い・疲れがとれない、疲労感が続く、体がだるい・食欲や性欲が低下する、体重減少がある・頭痛、腰痛、頭重感、肩こり、首の痛みがある・めまい、立ちくらみ、耳鳴りがある・息苦しい、胸が圧迫される、声が出にくい、胸が苦しい、動悸、息切れがある・手足がしびれる、力が入らないといった症状がある・吐き気、腹痛、便秘がある・全く動けず、意識も希薄となる

表:不安

不安は、生活に支障が出るような心配があるなど、不安定な状態です。

利用者が次の症状に苦しんでいる場合、まずは時間をつくり、黙って話を聞き、必要に応じて専門医等に相談して対応します。

- ① 落ち着きがない、緊張している、または音などに過敏になっている
- ② 疲れやすい
- ③ 集中できない、心が空白になる
- ④ すぐにイライラする(易刺激性)
- ⑤ 筋肉の緊張
- ⑥ 睡眠障害

6 社会との関わり

2 うつと不安

② 病気や機能低下の有無を把握する

- ・ 症状の重さ
- ・ 症状の持続時間
- ・ 症状の進行
- ・ 自殺の兆候（自殺念慮）、たとえ、冗談やたわいないように聞こえても見逃さない。
- ・ 「死んだほうがまし」といったり、自殺の方法を調べたりする。また、実際に自殺を図る
(自殺企図)
- ・ 精神病的症状がみられる。
- ・ 身体的症状がないのに寝たきりになる、他人との会話を避けるなどの生活上の変化がみられる。
- ・ アルコールの乱用（飲酒量が増える）
- ・ 食欲の低下、食事量・水分量の減少がみられる。
- ・ 体重が減少している。
- ・ 自らの症状に気づいていない。

6 社会との関わり

2 うつと不安

2) 対応

うつと不安への対応にあたっては、まず、医療的な対応がとられているかどうかを確認します。次いで、その効果や環境の調整について確認します。

① 医療的な対応

- ・ 専門医を受診しているかどうか確認します。
- ・ 定期的な受診を続けているかどうか、また薬剤の効果について確認します。

② 利用者・家族への対応

- ・ 利用者に治療の効果があらわれているかどうか確認します。
- ・ 本人や家族、介護関係者の対応が治療方針に沿っているかどうか確認します。
- ・ 治療方針に沿った対応ができていない場合に、教育、研修が必要かどうか確認します。

6 社会との関わり

2 うつと不安

③ 社会環境などの調整

- ・ うつと不安の原因（身体的、精神的な課題、経済問題など）を検討し、多職種連携のもと訪問回数を増やすなど、解決策を検討します。

④ 介護者の支援

- ・ うつの高齢者への対応は負担が大きく、介護する家族のストレスもたまりやすいことをふまえて、見通しやかかわり方など、家族の疑問に答えます。
- ・ 家族全体への対応が必要な場合もあります。

○大うつ病

次の症状が1週間以上続いている、どうにも治まりそうもないと感じるときは、専門医の診察を考えます。

- ① 生活や通常の活動に興味を失う
- ② 不眠、または睡眠過多
- ③ 食欲減退、体重減少
- ④ 罪悪感、自分に価値がない感じ
- ⑤ 倦怠感、気分の減退
- ⑥ 思考力や集中力の低下、決断力の低下
- ⑦ 精神運動性の焦燥、停止
- ⑧ 自殺念慮

7 排尿・排便

1 尿失禁

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

回復が期待できる失禁の原因を把握し、可能な対処方法を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

以下の状況があれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「7 排尿・排便」の「失禁」を参照）。

- ① 失禁がある
- ② おむつを使用している
- ③ 尿カテーテルを使用している

7 排尿・排便

1 尿失禁

3. 「尿失禁」の理解

1) 尿失禁

尿失禁とは、適切な方法で排尿のコントロールができない状況です。

失禁は、皮膚の発疹や浸軟、褥瘡、転倒、社会的孤立などに影響を与えます。また、失禁は介護負担を重くし、在宅生活を続けることが難しくなる場合があります。

高齢者の多くの尿失禁は治療が可能で、大幅な改善が見込める場合があります。その方法には、薬剤の使用、運動、排尿訓練、居住環境の改善、手術などがあります。

7 排尿・排便

1 尿失禁

2) 尿失禁の要因

① 尿路系の要因

腎臓からはじまり、尿管、膀胱、尿道へと続く尿の通り道を尿路と呼びます。膀胱や尿道に問題がある場合が尿失禁につながります。

② 身体機能、認知機能、意欲の要因

身体機能に問題がある場合、間に合うようにトイレに移動し、排泄するために（家族の援助を受けて）衣服を調節するといったことが難しくなります。また、認知機能に問題がある場合は、適切な場所で排尿する必要性を認識することが困難になります。いずれの場合も尿失禁の要因となります。意欲に問題がある場合も同様です。

③ 神経の要因

脳・脊髄の中樞神経、脊髄から膀胱に至るまでの末梢神経の病気により、膀胱や尿道のはたらきが障害されると、尿失禁につながります。

7 排尿・排便

1 尿失禁

3) 尿失禁の種類

尿失禁は、①腹圧性尿失禁、②切迫性尿失禁、③溢流性尿失禁、④機能性尿失禁に分類することができます（表）。

表:尿失禁の種類

腹圧性尿失禁	<p>くしゃみや大笑いなどによる生理的な反射や、階段の上り下り、重いものをもち上げたときなどの動作がきっかけとなり、お腹に圧力が加わったときに起こります。</p> <p>特に女性に多く、女性の4割を超える2,000万人以上が悩まされているといわれています。</p>
切迫性尿失禁	<p>抑えられない強い尿意が急に起こり、コントロールできずに尿が漏れてしまう尿失禁です。突然強い尿意を覚えることはあっても普通はこれを抑えることができるものですが、切迫性尿失禁の人はトイレまでがまんでできず、尿が漏れてしまいます。</p> <p>尿の量は腹圧性尿失禁より多く、ときに大量に出ます。したくなると急に出てしまいますので、膀胱に少しでも尿がたまると、トイレに行くようになります。そのため、尿の回数が多くなる頻尿という症状も併発します。切迫性尿失禁は、男女を問わず高齢者に多くみられます。</p>
溢流性尿失禁	<p>詰まりや、膀胱の筋肉の収縮力低下が原因で少量の尿が漏れ出してしまう尿失禁です。尿の流れが妨げられたり膀胱の筋肉が収縮できなくなったりすると、膀胱はいっぱいになってぱんぱんに拡張します。そのため膀胱内の圧力が高まり、尿が外に溢れ出してしまうのです。</p> <p>溢流性尿失禁では、尿が出にくくなる排尿障害が必ず前提にあります。排尿障害とは、膀胱や尿道などの疾患のため尿の流れが阻まれるものです。排尿障害になる疾患は男性患者が多いことから、溢流性尿失禁は男性に多くみられます。</p>
機能性尿失禁	<p>排尿機能は正常にもかかわらず、身体運動障害の低下や認知症が原因で起こる尿失禁です。身体運動障害の低下のためにトイレまで間に合わない、あるいは認知症のため、時と場所と場合が判断できずにしてしまうといったケースです。</p>

7 排尿・排便

1 尿失禁

4. 課題検討の指針とケアの方向性

1) 改善可能な失禁原因の把握と対応

失禁の改善は、生活の質（QOL）の向上にもつながります。失禁が、表に示した原因の場合、改善が見込まれるので、それぞれの原因に対応します（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」、「症状」のうち「⑨ 精神症状（妄想、幻覚など）」、「薬」、「4 認知」の「意識障害」のうち「せん妄」、「6 社会との関わり」の「気分」、「14 特別な状況」の「虐待」を参照し、「課題検討の手引き」と合わせて検討します）。

表:改善可能な失禁の原因

① 尿路感染症	⑤ せん妄状態
② 萎縮性尿道炎もしくは膣炎	⑥ 薬物
③ 頻尿・多尿	⑦ 心理面(うつ)
④ 便秘	⑧ 活動の制限

7 排尿・排便

1 尿失禁

2) 留置カテーテルの適応

利用者がターミナル期にある場合などは、留置カテーテルの利用が検討されます。

表：留置カテーテルの適応

- ① 昏睡状態
- ② 末期状態
- ③ 失禁によって影響を受けそうな褥瘡がある場合
- ④ 処置不能の尿道閉塞
- ⑤ 過去にカテーテルを抜去した後も排尿できなかったことがある場合

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

薬だけに頼ることなく、運動や食事に対応できるよう提案します。

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

①下痢、②便秘（3日間排便がない）、③便失禁がみられる場合であれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「1 健康状態」の「症状」、「7 排尿・排便」の「失禁」を参照）。

7 排尿・排便

2 排便の管理

3. 「排便管理」の理解

成人の9割は、多くて1日に3回、少ない場合でも週に3回排便があります。これ以外でも異常とはいえませんが、在宅で生活する高齢者の多くに便秘がみられます。洋風化された食生活では、加工品が多くなる一方、食物繊維が少なく、便秘を起ししやすい環境にあります。

また、便秘を極端に意識し、薬の量や使用する回数を増やす、長期間にわたって使用するなどすると、下剤が効きにくくなり、かえって便秘になってしまったり、下痢を引き起こしたりする場合があります。

排便の障害は、次のとおり分類できます（表）。

7 排尿・排便

2 排便の管理

表:排便障害の種類

①便失禁	自分の意思に反して、またはがまんできずに漏れてしまう状態です。便秘に伴う便失禁や尿失禁が伴う場合もあります。
②便秘	1週間に2回以下しか排便がない、もしくは4回に1回はいきまなければ排便できない状態です。便は硬く、また量も少ないことが特徴です。
③便が詰まる	重度の便秘が、腸の広い範囲にあり、排便や浣腸などをしないと部分的にも便を排出できない状態です。
④下痢	形が整っていなかったり、水溶性の便の排泄です。
⑤排便習慣の変化	その人にとって「規則的」あるいは「普通」である習慣が変化した場合をいいます。便通が頻繁になったり、下痢や便秘がひどくなったり、下痢と便秘が交互にくるなどです。

4. 課題検討の指針とケアの方向性

1) 便失禁の状況

便失禁の状況について確認します。

- ① 便はゆるいか、形があるかどうか
- ② ゆるいなら、過去に便秘になったことがあるかどうか
- ③ 失禁が継続している期間
- ④ 下剤の使用頻度及びその使用期間

2) 便失禁の原因

- ① 脱肛 ② 外痔核 ③ 下痢等 ④ 便に血が混じる ⑤ 痛み ⑥ 便秘、便が詰まる

3) 便秘の予防

便秘を予防する基本は、①水分、食物繊維を十分にとる、②身体を動かすことです。また、長期間にわたる下剤服用が便秘の原因である場合には、専門医の治療が必要です

7 排尿・排便

2 排便の管理

8 褥瘡・皮膚の問題

1 褥瘡

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

皮膚損傷及び皮膚損傷のおそれのある利用者を把握し、その治療と予防のためのケアを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

次に示す状態がみられるようであれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」、「2 ADL」の「ADL」、「7 排尿・排便」の「失禁」、「8 褥瘡・皮膚の問題」の「褥瘡・皮膚」を参照します）。

- ① 褥瘡がある
- ② 寝返りに介助が必要である
- ③ 便失禁がある
- ④ 褥瘡になったことがある

8 褥瘡・皮膚の問題

1 褥瘡

3. 「褥瘡」の理解

褥瘡は、皮膚に短い期間に強い圧迫がかかる、またはわずかであっても、長期間にわたって皮膚が圧迫されることによって生じる皮膚や皮膚下の組織、骨の突出部分を覆っている筋肉の局所性の損傷及び壊死です。褥瘡の重症度は、おおむね4つのステージに分類することができます（表）。

在宅ケアにおいて、褥瘡の予防は重要な課題です。いったん褥瘡ができると、大きな苦痛を伴い、治療には長期間にわたる大きな努力を必要とします。死亡を含めて重大な合併症が発生する可能性があります。

表：褥瘡のステージ

第1度	皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)状態
第2度	皮膚層の部分的喪失、びらん、水疱、浅いくぼみとしてあらわれる状態
第3度	皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとしてあらわれ、隣接組織まで及んでいるか及びそうな状態。生命に危険が及ぶ場合がある。
第4度	皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している状態。膿瘍を伴う場合がある。骨髄膜炎や近接した関節に化膿性関節炎が起きた場合は死亡に結びつく場合がある。

8 褥瘡・皮膚の問題

1 褥瘡

4. 課題検討の指針とケアの方向性

褥瘡の原因を把握して、対応策・予防策を講じます（情報収集シート128の「1 健康状態」「2 ADL」「7 排尿・排便」「8 褥瘡・皮膚の問題」「12 介護力」「13 居住環境」「14 特別な状況」を参照）。

「情報収集シート128」で関連する項目

1 健康状態 観察・管理の必要な病気/「症状」の「⑨ 精神症状(妄想、幻覚など)/薬/健康生活	8 褥瘡・皮膚の問題 褥瘡・皮膚
2 ADL ADL/活動・健康増進	12 介護力
7 排尿・排便 失禁	13 居住環境
	14 特別な状況 虐待

8 褥瘡・皮膚の問題

1 褥瘡

1) 褥瘡の原因

① 動けない

人は、寝ている間も、寝返りを打つなど、自然と身体の位置を変えています。自身の身体的位置を変えたり、調整したりする能力が低下している、もしくは、身体的位置を変えることができなくなっている場合、同じ場所が持続的に圧迫されることになり、褥瘡のリスクを高めます。

「寝たきり」は、褥瘡の大きな要因の一つです。

② 活動低下

身体的な活動が減少している（「課題検討の手引き」の「2 ADL」の「2-1 ADL の改善（回復）・低下・維持・必要な介護」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

③ 失禁

尿あるいは便の失禁（「課題検討の手引き」の「7 排尿・排便」の「7-1 尿失禁」と関連させて支援の具体的方法を検討します）

8 褥瘡・皮膚の問題

1 褥瘡

④ 精神状態の変化

圧迫される不快感に気がついていても、それを避けることができない（「課題検討の手引き」の「4 認知」の「4-1 認知障害」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

⑤ 栄養不良

栄養摂取量の不足（「課題検討の手引き」の「10 食事摂取」と関連させて支援の具体的方法を検討します）

⑥ 圧迫

圧迫は組織の虚血及び壊死を引き起こす最も重大な外的要因です（「課題検討の手引き」の「12 介護力」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

⑦ 摩擦

皮膚がすれると表皮細胞を失います。ベッド上で座位をとっている、車いすに座っている際に骨盤が後傾している（いわゆるずっこけ座り）場合、シーツの上を引きずられた場合に起きます（「課題検討の手引き」の「12 介護力」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

8 褥瘡・皮膚の問題

1 褥瘡

⑧ ずらす力

2つの皮膚層がずれ、互いに逆の方向にひっぱられることで起きます。深い組織の損傷をもたらします（「課題検討の手引き」の「12 介護力」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

⑨ 湿潤

過剰な湿度は、皮膚を柔らかくし、その抵抗力を減少させます。尿や便の失禁、発汗、あるいは創傷のドレナージをしている状況で起きやすい（「課題検討の手引き」の「12 介護力」「13 居住環境」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

⑩ その他

末梢血管障害、浮腫、糖尿病、感覚障害、薬剤（特に、認知能力や寝返りの能力を低下させたり、痛みを感じることを阻害させたりする薬剤）、身体の抑制、貧血、低体重、喫煙などが褥瘡の要因になります（「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「1-1 観察・管理の必要な病気」及び「1-5 薬剤管理」、「14 特別な状況」の「14-1 虐待」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

8 褥瘡・皮膚の問題

1 皮膚と足

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

皮膚や足に問題がある、または問題が発生するおそれのある利用者を把握し、予防と治療のためのケアを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

次に示す状態がみられるようであれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」、「8 褥瘡・皮膚の問題」の「褥瘡・皮膚」を参照）。

- ① 問題となるような皮膚の状態や変化がある
- ② 潰瘍、発疹、切り傷以外の開放創がある
- ③ うおのめ、たこ、感染症、水虫、爪の変形などの足の問題がある

8 褥瘡・皮膚の問題

1 皮膚と足

3. 「皮膚と足の問題」の理解

多くの高齢者は、皮膚のトラブルを加齢のためと考え、あまり注意を払いません。うおのめ、たこ、感染症、水虫、爪の変形など、足の皮膚の問題も高齢者に多く、移動にも影響し、生活の質（QOL）を低下させます。

8 褥瘡・皮膚の問題

1 皮膚と足

4. 課題検討の指針とケアの方向性

- ① 皮膚のトラブルに対応します
皮膚の機能である、
 - ①外部環境からの防御、②体温調節、③温度や痛みなどを感じる感覚器としての機能に影響を与えている原因を把握し、対応します。
- ② 足のトラブルに対応します
身体のバランスを崩したり、足に痛みを引き起こしたりする、病気やけがなどの原因を把握し、
 - ①整形外科や皮膚科を受診する（医療的対応）
 - ②靴などの履物を工夫する、適切な履物を選ぶ
 - ③爪を切るなどの対応を検討します（「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「1-1 観察・管理の必要な病気」、「2 ADL」の「2-1 ADL の改善（回復）・低下・維持・必要な介護」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

口腔内に痛みがあるなど、食事や発声に影響を与える、利用者の自尊心を損なう、食事の楽しみを阻害するおそれのある問題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

次に示す状態がみられるようであれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」、「2 ADL」の「ADL」のうち「③9 整容」、「9 口腔衛生」の「口腔ケア」を参照）。

- ① 咀嚼に支障をきたしている
- ② 嚥下に支障をきたしている
- ③ 食事中に口の中が「渴いている」と感じる
- ④ 歯みがきや入れ歯の手入れに問題がある

9 口腔衛生

1 口腔衛生



3. 「口腔衛生」の理解

口腔には、次の3つの基本機能があります。

- ① 咀嚼と嚥下
- ② コミュニケーション
- ③ 外部の病原体や毒物から身体を守る

また、外見ともかかわるため、対人関係にも影響を及ぼします。したがって、口腔の状態は生活の質（QOL）にも関係します。

口腔疾患は進行しやすく、放置すれば痛みが発生し、外科的処置が必要になります。

全身疾患の症状が、口の中の症状としてあらわれることもあるため（免疫力低下に伴う口内炎、糖尿病における口渇、感染症による味覚異常など）、口腔の症状は口腔以外の疾患を示していることもあります。そのため、口腔の不快感や障害の訴えがあれば、全身の総合的な検査を要する場合があります。

9 口腔衛生

1 口腔衛生



1) 口腔にかかわる問題の原因

口腔に問題がある場合、次のような原因が考えられます
(情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」「痛み」、「2 ADL」の「ADL」、「5 コミュニケーション能力」の「視覚」、「9 口腔衛生」の「口腔ケア」及び「口腔衛生に関する意向」を参照)。

- ① 近くに歯科医療機関がなく、受診が困難である
- ② 経済的に余裕がなく、歯科受診が難しい
- ③ 視力が低下して、歯みがきができない
- ④ 手先が不器用で、歯みがきができない
- ⑤ 口腔生理機能が低下している
- ⑥ 口腔疾患や口腔ケアに対する関心がない
- ⑦ 口腔疾患などがある
 - ・ 歯周病・むし歯・口腔(粘膜)疾患・口腔の乾燥・味覚・嗅覚の異常・咀嚼・嚥下困難・顔面痛

9 口腔衛生

1 口腔衛生



2) 生活上の影響

口腔に問題があると、生活に次に示すような影響があらわれてきます。

- ① 食事の摂取が困難になる
- ② 栄養状態が悪化する
- ③ コミュニケーションをとれない、対人関係がうまく築けない
- ④ 防御機能が失われる

9 口腔衛生

1 口腔衛生



4. 課題検討の指針とケアの方向性

口腔にかかわる課題は歯科医師による治療が必要です。歯科医療機関の受診をすすめるとともに、利用者本人が、家族の援助を得ながら実行できるケアも検討します。利用者が抱える課題について、次に示すような流れで歯科医師、歯科衛生士と相談して把握していきます。

- ① 具体的な課題（咀嚼に課題がある、食材をかみ切ることができない、嚥下に課題があるなど）
- ② 課題の範囲（顔面全部、一側だけ、口腔全部、上顎のみ、下顎のみ、一歯のみなど）
- ③ 課題の原因（歯が折れている、歯がゆるい、入れ歯がゆるい、痛みがある、口腔粘膜が損傷している、歯肉出血があるなど）
- ④ 口腔問題が起きた時期及び期間（本人が意識していない、食事中のみ、咀嚼しているときのみ、夜間のみなど）
- ⑤ 口腔問題による影響（時々痛むなどわずかな障害、食事や嚥下に著しい障害がある、あるいはしゃべれないなど）

口腔にかかわる主な課題には、①咀嚼・嚥下、②味覚・嗅覚、③口腔の乾燥、④歯や入れ歯の手入れがあります（表）。

9 口腔衛生

1 口腔衛生



表：口腔にかかわる主な課題

咀嚼・嚥下	特徴	咀嚼や嚥下に課題がある場合、食事や水分摂取が阻害され、著しい栄養障害をもたらすおそれがあります。また、食物や水分が気管に入る誤嚥の危険があります。
	対応策	課題の原因が、歯科医師や医師、言語聴覚士によって解決されるまで、栄養状態を維持します。
味覚・嗅覚	特徴	高齢者は、口腔内の衛生状態がよくない場合が多く、味覚及び嗅覚に影響を与えます。その結果、食事に対する関心の減少を訴えることが多い。
	対応策	食後や就寝前の歯磨きが効果的です。
口腔の乾燥	特徴	口腔の乾燥は、薬剤の副作用、病気、頭頸部への放射線療法、脱水などさまざまな原因があります。
	対応策	歯磨き、うがい、水分摂取、唾液の代わりにするもので対応します。
歯や入れ歯の手入れ	対応策	手の巧緻性が衰えている場合は、もちやすい大きな柄の歯ブラシや電動の歯ブラシの使用を検討します。視覚に課題がある場合は、拡大鏡の使用や洗面所の照明を明るくするなどの対応策を検討します。

10 食事摂取

1 食事摂取

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

栄養不良や、栄養問題の悪化するおそれがある利用者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

次に示す状態がみられていて、生活に支障をきたしているようであれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「10 食事摂取」を参照）。

- ① 体重が極端に減少した
- ② 食事量や水分摂取の量が目立って減少した
- ③ 水分摂取が不足している
- ④ 栄養不良である
- ⑤ 体重が極端に増加した、もしくは肥満

10 食事摂取

1 食事摂取

3. 「栄養・食事摂取」の理解

良好な栄養状態の維持は、在宅で暮らす高齢者にとって重要です。栄養状態に問題があると、さまざまな病気や身体的、精神的、社会的機能低下の原因にも結果にもなります。具体的な栄養問題とは、①カロリーの摂取不足、②たんぱく質の摂取不足、③一つ以上の栄養素の摂取不足、④カロリーの過剰摂取により生活に支障をきたしている状態です。

10 食事摂取

1 食事摂取

4. 課題検討の指針とケアの方向性

栄養不良や、栄養問題の原因を把握して、原因を取り除くなどの対応策を検討します（情報収集シート128の「1 健康状態」「2 ADL」「4 認知」「6 社会との関わり」「8 褥瘡・皮膚の問題」を参照）。

「情報収集シート128」で関連する項目

<p>1 健康状態 観察・管理の必要な病気/症状/痛み/「薬」の「⑱ 薬の服用の順守」/健康生活</p> <p>2 ADL 「ADL」のうち「④① ADL の低下」「要介護状態の変化」のうち「④⑨ 介護状態の悪化」</p>	<p>4 認知 「意識障害」のうち「63 せん妄」</p> <p>6 社会との関わり 気分</p> <p>8 褥瘡・皮膚の問題</p>
---	---

10 食事摂取

1 食事摂取

1) 体重

体重は、栄養状態を示す最も重要な指標です。

① 過去半年間における体重の増減、② BMI (Body Mass Index) を確認します。BMI は、肥満度を表す指標として国際的に用いられている体格指数です。

表: BMI の求め方

体重 (kg) ÷ 身長 (m) の2 乗 (身長はcm ではなく m で計算します)

日本肥満学会の定めた基準では18.5 未満が「低体重 (やせ)」、18.5 以上25 未満が「普通体重」、25 以上が「肥満」で、肥満はその度合いによってさらに「肥満1」から「肥満4」に分類されます。

- ① BMI の値が21 以下、あるいは半年の間に10%以上の体重減少があれば、栄養不足が考えられ、医師による精査が必要です。
- ② また、BMI の値が31 以上の場合は、体重過剰です。肥満はさまざまな病気の原因になります (「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」と関連させて支援の具体的方法を検討します)。

10 食事摂取

1 食事摂取

2) 食事

食事の①内容、②回数、③量を確認し対応を提案します（情報収集シート128の「1 健康状態」、「2 ADL」の「ADL」のうち「④ ADLの低下」などの身体状況、「10 食事摂取」の「極端な体重減少」「極端な体重増加・肥満」の情報を関連させて判断します）。

11 問題行動（行動障害）

1 行動障害

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

行動障害のある利用者を把握し、原因とその解決策を検討します。

また、「興奮は落ち着いたが、歩けなくなった」など、行動障害が改善されても、行動障害を改善するための対応が、行動制限につながっている利用者を把握して対応します。

11 問題行動（行動障害）

1 行動障害

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

次に示す様子がみられていて、生活に支障がきたしているようであれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「11 問題行動（行動障害）」を参照）。

- ① 自宅に戻れなくなる、道に迷うようなる
- ② 怒ることがある（言動）
- ③ 怒ることがある（行動）
- ④ 混乱することがある
- ⑤ ケアを嫌がる、断ることがある
- ⑥ 行動障害が改善した

11 問題行動（行動障害）

1 行動障害

3. 「行動障害」の理解

行動障害は、利用者本人はもちろん、家族や周りの人にとっての悩みや問題になる場合があります。行動障害のある利用者とのかかわりは負担が大きく、過剰な抑制や向精神薬の使用を招きがちです。

行動障害の原因がすべて認知症の「周辺症状」もしくは「行動・心理症状（BPSD）」とは限りません。身体疾患や精神、知的障害などのほか、心理的なこと（不安や孤独感などの心理的なストレスなど）、ケアスタッフの不適切な対応、介護環境や生活習慣など、さまざまな要因がかかわってきます。

「行動障害」にかかわるときに重要なのは、「利用者その人ではなく、何らかの病気や障害がそうさせている」「障害のある本人に問題があるのではなく、病気や障害に対応できていない環境に問題がある」と考えて対応することです。

11 問題行動（行動障害）

1 行動障害

4. 課題検討の指針とケアの方向性

行動障害を、重度のものと比較的容易に対処できるものとの間に区別することからはじめます。次いで、行動障害の原因とその解決策を検討します。その流れは次のようになります。

① 重症度を把握する

何らかの行動障害があり、新しいケアの提供やケアの変更を検討する必要性を把握します（情報収集シート128の「1 健康状態」「4 認知」「6 社会との関わり」「11 問題行動（行動障害）」「12 介護力」「13 居住環境」「14 特別な状況」を参照）。

「情報収集シート128」で関連する項目

1 健康状態 観察・管理の必要な病気/「症状」の「⑨ 精神症状(妄想、幻覚など)」 4 認知 「意識障害」の「せん妄」 6 社会との関わり 社会との関わり/気分	11 問題行動(行動障害) 12 介護力 13 居住環境 14 特別な状況 虐待
---	---

11 問題行動（行動障害）

1 行動障害

なお、行動障害のあるすべての利用者が特別なケアを必要としているわけではありません。行動障害のなかには、利用者本人や周囲の人にとって、危険につながらない、悩みの原因にもならないものもあります。

例えば、幻覚と妄想（精神疾患やせん妄のような急性症状でないもの）は問題にならないことが多く、そのままの環境で対処できるかもしれません（周りが認める、受け入れるなど）。そのため、利用者の行動障害が「本人の問題」なのか「周りの問題」なのかどうかを把握することが重要になります。行動の性質と重症度、その影響を把握する必要があるということです。

11 問題行動（行動障害）

1 行動障害

② 行動障害の規則性を明らかにする

行動障害の規則性を把握することは、行動障害の原因を解明する手がかりになります（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」、「症状」の「⑨ 精神症状（妄想、幻覚など）」、「4 認知」の「認知障害」、「6 社会との関わり」の「関わり」、「11 問題行動（行動障害）」を参照）。

長期的に観察することで、利用者の行動障害が理解できる場合があります。

規則性を把握し、その原因を取り除くように取り組むことで行動障害が軽減したり、消失したりする可能性があります。

11 問題行動（行動障害）

1 行動障害

③ 行動障害の影響を把握する

行動障害の規則性を確認することができたら、行動障害が及ぼす影響を把握します（情報収集シート128の「6 社会との関わり」の「関わり」「気分」、「12 介護力」を参照）。

④ 潜在的な原因を確認する

行動障害は、急性の病気、妄想、幻覚などの精神病的な状態と関連することが多い（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」、「症状」の「⑨ 精神症状（妄想、幻覚など）」、「薬」、「4 認知」の「認知障害」、「6 社会との関わり」の「関わり」「気分」、「12 介護力」「13 居住環境」、「14 特別な状況」の「虐待」を参照）。

向精神薬と身体抑制、環境ストレス（例えば、騒音、慣れ親しんだ日常生活の変化など）が原因となっている場合があります。行動障害の原因を探っているうちに、回復につながる可能性のある対応策がみつき、行動障害が落ち着く場合もあります。

11 問題行動（行動障害）

1 行動障害

⑤ 認知障害との関係を把握する

認知症を原因とする行動障害は、治療やケアをしても継続する場合があります。その場合の行動障害は、介護者を悩ませることになりますが、多くは対応が可能です（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」、「症状」の「⑨ 精神症状（妄想、幻覚など）」、「4 認知」の「認知障害」、「意識障害」の「せん妄」、「11 行動障害」「12 介護力」を参照）。

⑥ 気分の問題との関係を把握する

気分（不安や孤独感、焦燥感など）や対人関係の問題（ストレスなど）は、行動障害の原因になる場合があります。ただし、原因となる問題が解決されれば、落ち着く場合もあります（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」、「症状」の「⑨ 精神症状（妄想、幻覚など）」、「薬」、「4 認知」の「認知障害」、「6 社会との関わり」の「関わり」「気分」、「12 介護力」「13 居住環境」、「14 特別な状況」の「虐待」を参照）。

11 問題行動（行動障害）

1 行動障害

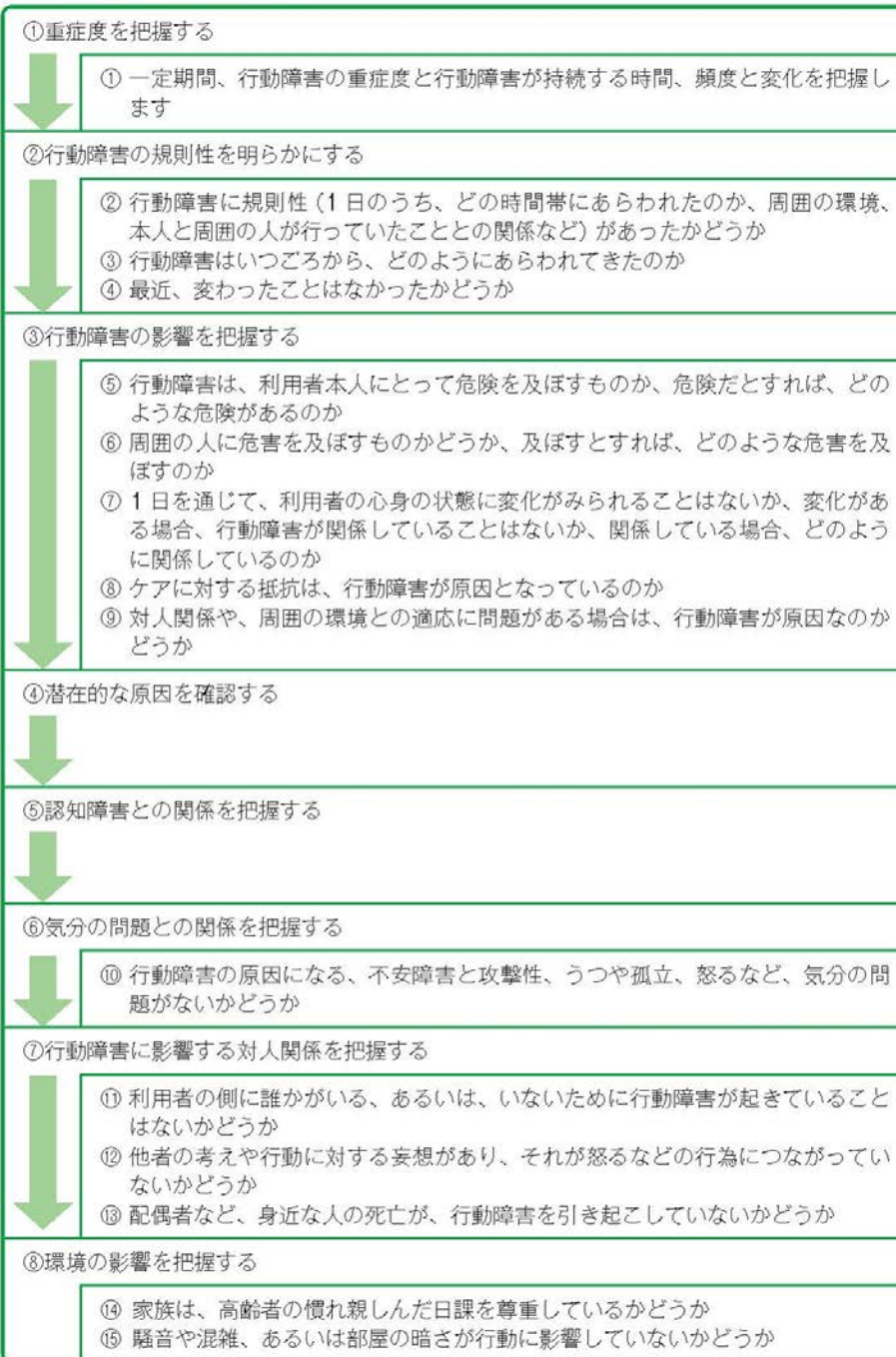
⑦ 行動障害に影響する対人関係を把握する

人がいること、人との関係性や障害の理解に関係することがあります（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」、「症状」の「⑨ 精神症状（妄想、幻覚など）」、「薬」、「4 認知」の「認知障害」、「6 社会との関わり」の「関わり」「気分」、「12 介護力」「13 居住環境」、「14 特別な状況」の「虐待」を参照）。

⑧ 環境の影響を把握する

利用者の周囲の環境は、利用者の行動に大きく影響するため、慎重に検討します（情報収集シート128の「1 健康状態」の「観察・管理の必要な病気」、「症状」の「⑨ 精神症状（妄想、幻覚など）」、「薬」、「4 認知」の「認知障害」、「6 社会との関わり」の「関わり」「気分」、「12 介護力」「13 居住環境」、「14 特別な状況」の「虐待」を参照）。

図 ▶ 課題検討の流れとポイント



1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割は、次のとおりです。

- ① 介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。
- ② 家族が、新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。
- ③ 介護が必要な状態でも、在宅での生活が続けられるよう支援します。

12 介護力

1 介護力

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

次に示した状態について、生活に支障をきたしているようであれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「12 介護力」を参照）。

- ① 介護者がいない（定期的に介護をする介護者がいるかどうか）
- ② 介護者に、介護に対する負担感がある（介護者が、介護に負担を感じているかどうか、周囲の人に不満を感じているかどうか）
- ③ 介護者がこれからも介護を続けるのが難しい（これからも介護を続けることができると考えているかどうか）

12 介護力

1 介護力

3. 「介護力問題」の理解

家庭によってその環境はさまざまです。家庭で、介護が負担なく続けられるのかどうか、また、かかわっている家族のうち、誰に負担がかかっているのか把握するのは簡単ではありません。

家族による介護は、その介護を受けている家族に死期が近づいたり、新たな病気がみつかったり、介護を受けている家族がけがをしたりしたときに、いっそう重い負担がかかることとなります。将来的な見通しがたたないときや、介護に対する責任が重く複雑になったときに介護力問題が起こります。

12 介護力

1 介護力

課題の検討にあたり、家族を取り巻く状況を確認します。

- ① 高齢者の「現在」の状態からみた介護負担と、介護量が増えた場合の負担
- ② 介護者の「現在」の健康状態からみた介護負担と、介護者の健康状態等の変化に対する介護負担
- ③ それまでの高齢者と介護者との関係性
- ④ 介護者が予測していた高齢者の変化と、予測していなかった変化へ対応
- ⑤ 介護の役割を分担できる在宅サービスの有無

12 介護力

1 介護力

4. 課題検討の指針とケアの方向性

1) 介護力の問題の整理と対応

① 家族が、介護を適切に提供できるかどうか検討します

家族による介護の提供が難しい場合、サービス事業者による介護サービスを新たに導入したり、サービス量を増やしたりしなければ、利用者に必要な介護を提供するのは難しくなります。

介護を必要とする高齢者の介護は、家族であろうと介護保険のサービス事業者であろうと、誰が行ってもよいのです。

② なぜ家族は対応できないのか、どのADL や精神的支援・介護が負担になっているのかを把握します状況を解決するにはどのようにすればよいか手順を明らかにします。

③ 対応目標

家族が、介護の方法やかかわり方を学ぶことができるよう支援する、あるいは家族の代わりに担う介護を把握することです。

12 介護力

1 介護力

2) 家族の介護力にかかわる問題の整理と対応

① 家族の介護に対する気持ち、考えを把握する

介護を担っている家族のその気持ちなどを確認します。
例えば、次のような感情や気持ちを抱いている場合、介護負担を感じている可能性が高いといえます。

- ① 自分たちで対応できるかどうか疑問や不安を感じている
- ② これ以上、介護を負うことができなくなる（例えば、介護のために毎日、訪問することができない、特別な介護に対応できない、排泄の介助のような基本的な介助ができないなど）
- ③ 介護を分担してきた同居家族が減るなどにより、十分な介護が提供できなくなる、または対応が難しくなる
- ④ 家族は、介護を受けている家族の状態が、これから悪くなると思っている

12 介護力

1 介護力

- ⑤ 介護を受けている家族に、（周囲が負担だと感じてしまう）行動障害がある
- ⑥ 介護をしている家族は、周りの手助けや支援が適切でないと思っている
- ⑦ 介護をしている家族が、穏やかな気持ちで介護を提供することができない
- ⑧ 介護を受けている家族の要介護度が高い（認知症やコミュニケーションの障害が重い場合も、介護を必要とする度合いが高くなる）
- ⑨ 介護をしている家族の健康状態が悪く、介護の提供が難しい

12 介護力

1 介護力

② 家族の介護に対する負担感を解消する方法を検討します

家族が強い負担感を覚えていて、適切な介護を提供することが難しい場合、家族は、なぜ介護が難しいと感じているのか、どのような介護が負担になっているのか把握します。

家族が抱える負担感を、どのようにすれば解消することができるのか、家族を取り巻く状況を改善するために、家族が担っている介護のどの部分を補えば、もしくは代替すればその負担が軽くなり、利用者が在宅生活を続けられるのか検討します。利用者に対するかかわり方や適切な介護の方法などを伝える、家族の会を紹介するなど大切になります。

一方で、すでに家族が精神的に追いつめられている様子が見えるなど、家族によって適切な介護を提供することが難しいとわかった場合、サービス事業者による介護サービスを新たに導入したり、サービス量を増やしたりしなければ、利用者に必要な介護を提供するのは難しくなります。

12 介護力

1 介護力

「課題検討の手引き」で関連する項目

1 健康状態 1-2 痛み/1-5 薬剤管理/1-7 アルコール	6 社会との関わり 6-2 うつと不安
2 ADL 2-1 ADL の改善(回復)・低下・維持・必要な介護/2-2 転倒防止	7 排尿・排便 7-1 尿失禁
3 IADL	8 褥瘡・皮膚の問題 8-1 褥瘡
4 認知	11 問題行動(行動障害)
5 コミュニケーション	13 居住環境
	14 特別な状況

13 居住環境

1 居住環境（生活環境）

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

利用者の健康状態や障害の状況をふまえて、利用者の居住環境（生活環境）に問題がないかどうか、自立生活を阻害する要因がないかどうか把握し、対応します。

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

次に示す居住環境などについて、生活に支障をきたしているようであれば、詳しい状況を確認し、課題検討します（情報収集シート128の「12 介護力」「13 居住環境」を参照）。

- ① 照明
- ② 床の状態
- ③ 浴室やトイレの環境
- ④ 台所の環境
- ⑤ 暖房や冷房（空調設備）
- ⑥ 緊急事態などの身の安全
- ⑦ 介護環境

13 居住環境

1 居住環境（生活環境）

3. 「居住環境（生活環境）」の理解

日本の標準的な家屋の多くは健康な人を対象につくられ、年齢を重ねることによって生活に不自由を抱えるようになった高齢者に配慮したものにはなっていません。そのため、居住環境そのものが高齢者にとって危険である場合があります。

自宅での転倒の大部分は居住環境に原因があり、居住環境を適切に改善することにより転倒を防ぎ、転倒による障害を減らすことができます。

また、居住環境及び介護環境の改善によって、障害による生活のしづらさを補い、ADLの自立度や生活の質（QOL）を高められる可能性があります。

13 居住環境

1 居住環境（生活環境）

4. 課題検討の指針とケアの方向性

生活を送るうえで、居住環境（生活環境）にどのような危険や不具合があるか、利用者の健康状態や身体機能、認知機能などを考慮したうえで判断し、対応します（「課題検討の手引き」の「1 健康状態」の「1-1 観察・管理の必要な病気」「1-2 痛み」、「2 ADL」の「2-1 ADL の改善（回復）・低下・維持・必要な介護」「2-2 転倒防止」、「3 IADL」の「3-1 IADL の回復と支援」、「4 認知」の「4-1 認知障害」、「5 コミュニケーション」の「5-2 視覚」、「11 問題行動（行動障害）」、「14 特別な状況」の「14-1 虐待」と関連させて支援の具体的方法を検討します）。

13 居住環境

1 居住環境（生活環境）

特に、移動や移乗に困難がある場合、

- ① 歩行器が通れるよう、室内、居室と廊下の出入り口、廊下に十分な広さや幅を確保する、
- ② トイレを洋式に変更したり、便座の高さを高くしたりする、
- ③ 浴槽に腰掛け部分をつくる、
- ④ 食器など、頻繁に取り出す必要のある物は、踏み台にのぼったり、背伸びをしたりする必要のない棚に収納するなどの対応策を検討します。

また、介護環境については、例えば、周りの人に認知障害に対する理解がなく住みづらい、近くに見守ってくれる人がいないなど、周囲の人の障害に対する理解、利用者との関係性、近隣・地域の状況に影響されることがあります。「課題検討の手引き」の「12 介護力」で検討します。

表：居住環境の点検のポイント

① 暖房や冷房（空調設備）

暖かい部屋から寒い部屋への移動など、急激な温度変化は、血圧を大きく変動させ、身体に大きな負担を与えます。特に高齢者では注意が必要です。急激な温度変化による、身体へのダメージをヒートショックといいます。ヒートショックを予防するため、浴室と脱衣所、トイレと廊下など、適切に暖房や空調を用いて、寒暖差を小さくします。

一方、高齢者は、加齢により、体温の調節機能が低下し、暑さを感じにくくなっています。のどの渇きも自覚しづらくなっており、脱水や熱中症のリスクが高くなります。適切な冷房の利用が求められます。

② 照明

転倒事故を防止するため、適切な明るさが確保できるよう、照明設備を整えます。

特に夜間、トイレに向かう際などに足元を照らせるようなライトを、居室や廊下などに設置します。

③ 床

滑りにくい床材を用います。なお、「滑りにくさ」が強すぎると、かえってつまずきの原因となるので、注意が必要です。

また、つまずいて転倒することのないよう、カーペットの端がめくれたままになっている、電気コードが置かれたままになっているということがないようにします。

敷居など、わずかな段差でも転倒のきっかけとなります。段差の解消を図ります。

表：居住環境の点検のポイント

④ 手すり

玄関、居室の出入り口、廊下、階段、浴室、トイレの便座の両脇などに手すりがあると、転倒の予防につながるとともに、移動や移乗の際、自立性が高まる場合があります。

⑤ コンロ

認知機能の低下などにより、火を消し忘れるおそれがある場合、特に注意を払う必要があります。「消し忘れ防止機能」などがついたコンロの利用を検討します。

⑥ 熱湯

高齢者は熱湯でやけどを負う危険性が高く、移動に障害があつたり、動作が鈍いため、熱湯からすばやく身を守ることが難しくなります。

⑦ 家具

硬めで、両側にひじ掛けがあるいすであれば、簡単に安全に移乗できます。

また、移動や介護の動線を考え、家具の配置などにも注意します。家具を適切に配置することで、移動や移乗における自立性が高まる場合があります。

⑧ 緊急通報装置

一人暮らしで、特に転倒の危険のある高齢者の場合、緊急通報のペンダントが有用な場合があります。

14 特別な状況

1 虐待

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

虐待を受けている高齢者、または虐待を受けている可能性のある高齢者を把握し、直ちに対応する必要があるかどうか状況を判断します。

把握した場合は、市町村（地域包括支援センター）に通報します。

ケアマネジャー（ケアスタッフ）は、モニタリング（継続的なアセスメント）を通じて要介護高齢者に対する虐待のリスクを把握し、家族の介護負担などが原因で利用者が虐待を受けることがないよう予防的にかかわること、高齢者が権利を侵害されることがなく、支援を受けながら安心して生活できるよう支えることが役割です。

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）により、高齢者虐待への対応は市町村の責務であるとされています。

14 特別な状況

1 虐待

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

次に示す状況を把握した場合は市町村（地域包括支援センター）に通報します（情報収集シート128の「14 特別な状況」の「虐待」を参照）。

- ① 家族や介護者におびえている
- ② 利用者に、説明のつかないけが、骨折、やけどがある
- ③ 放置、暴力等の虐待を受けている（セルフネグレクトも含む）
- ④ 身体抑制を受けている
- ⑤ 財産が搾取されている

14 特別な状況

1 虐待

3. 「高齢者虐待」の理解

1) 権利侵害の背景

高齢者、障害者に対する虐待を考えるにあたっては、その背景を理解する必要があります。

表: 権利侵害の背景

- ① 障害などにより、利用者が自らの権利を自分で守ることができない
- ② 利用者と介護者との間に、介護をされる側とする側の上下関係がある
- ③ 生活支援の場が密室になる
- ④ 認知症や高齢障害者に対する理解が不足している場合がある
- ⑤ 権利擁護・人権感覚に対する理解が不足している場合がある
- ⑥ 利用者が、自分で情報を集めて選び、判断することが難しい
- ⑦ 人には「相性」がある
- ⑧ 後見のシステムがまだ一般化していない

14 特別な状況

1 虐待

2) 高齢者虐待とは

高齢者に対する虐待については、関心が高まっていますが、いまだ、その問題は十分に理解されているとはいえません。虐待の定義は、高齢者虐待防止法により明文化されましたが、それでもなお権利侵害すべてを包括するものではありません。

高齢者に対する虐待には、遂行（虐待）、または放置（無視）があり、故意に苦痛を与えようとした場合と、介護者あるいは虐待者の不十分な知識、燃え尽き、怠惰から無意識に苦痛を与えてしまう場合とがあります。

14 特別な状況

1 虐待

表: 高齢者虐待防止法による高齢者虐待の分類

- ① 身体的虐待
高齢者の身体に外傷が生じ、または生じるおそれのある暴行を加えること
- ② 介護・世話の放棄・放任
高齢者を衰弱させるような著しい減食または長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること
- ③ 心理的虐待
高齢者に対する著しい暴言または著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと
- ④ 性的虐待
高齢者にわいせつな行為をすることまたは高齢者をしてわいせつな行為をさせること
- ⑤ 経済的虐待
養護者または高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること

14 特別な状況

1 虐待

3) 虐待が起こりやすい状況、要因

利用者や介護者が次のような状況にある場合、虐待が起こりやすいといえます。

- ① 利用者に、身体障害、または認知障害がある場合
- ② 利用者が、虐待をしている人（虐待者）に依存している場合
- ③ 虐待を受けている高齢者に、虐待者が依存（特に経済的援助を受けているなど）している場合
- ④ 家族などに、精神的な課題（薬物乱用や精神疾患の既往歴があるなど）がある場合
- ⑤ 複数の問題（多問題）を抱え、高齢者本人を含めた、家族が社会的に孤立している場合

なお、「新たな適応力を必要とする新たな生活様式の変化（ストレスとなる生活上の出来事）」と「暴力の既往」の2つの要因は、子どもや夫婦間の虐待に関連することがわかっています。このことは、高齢者の虐待との関連についても考慮する必要があります。

14 特別な状況

1 虐待

4. 課題検討の指針とケアの方向性 ～市町村・地域包括支援センター～

1) 虐待の判断

虐待が行われているかどうかを判断するには、頻度、継続時間、激しさ、重大性、結果を把握し、検討します。

虐待ととらえるかどうかは、利用者自身の認識、つまり本人がその行為を虐待としてとらえているかどうか、虐待者がそれを改めるための対応を受け入れる用意があるかによって虐待の対応が大きく左右されることがあります。

虐待を確認するポイントは表のとおりです。

表：虐待と放置を確認するためのポイント

- ① その時点の虐待の原因につながる問題は何か
- ② 虐待、放置、搾取が行われている可能性があるのかどうか
- ③ 虐待の深刻さはどの程度か、またその頻度はどの程度か
- ④ どの程度の緊急性があるのか
- ⑤ 家族のケアは、質が高く、一貫性があるかどうか
- ⑥ 過去に介護者が暴力をふるったり、必要な介護を提供しなかったりしたことがあるか、
また、介護者は、利用者以外の他者に暴力をふるったことがあるかどうか
- ⑦ 在宅サービス(フォーマルサービス)は信頼できるかどうか
- ⑧ 在宅サービスのスタッフは、家族と利用者との間の根底にある問題(確執、恨み、
精神障害など)に対応する姿勢・覚悟をもっているかどうか
- ⑨ 家族には、問題を改めようとする用意があるかどうか
- ⑩ 虐待を行っている者、または利用者に薬物依存はあるかどうか
- ⑪ 状況は高い緊急を要するか

14 特別な状況

1 虐待

2) アセスメントの目標

アセスメントの初期段階における目標は、虐待が本当に行われているかどうかを確かめることです。介護者が適切な介護を行っているにもかかわらず、自身が迫害されているという錯覚を抱え、苦しんでいる利用者もいます。このような場合、利用者には専門家による精神科医療の必要があります。

アセスメントの目標は、次のとおりです。

表:アセスメントの目標

- ① 利用者に、自身が自己の利益にそって意思を決定し、同時に自分で決定したことのもたらす影響について理解する能力があるかどうか確認する
- ② 本人に、どのような危険があるのか、それはどのようなレベルのものか確認する
- ③ 福祉や医療の介入、裁判所による法的仲裁、保護などの必要性があるかどうか確認する

14 特別な状況

1 虐待

3) アセスメントのポイント

① 面接のポイント

脅迫的と受け止められない方法で利用者と面接し、本人の訴えから、またはアセスメントを通じて得た情報から、虐待の有無を確認します。

原則として、虐待をしているかもしれない者は同席せず、利用者と2人だけで話を聞くことが重要です。ただし、最初の面接から、利用者と2人だけで行うのは難しいかもしれません。時間をかけて、利用者が安心して話のできる、環境と雰囲気を用意します。

② 介入のポイント

介入にあたっては、利用者本人が不当な扱いを受けていると明確に伝える（助けを求める）ことが、介入するかどうかの決め手となります。利用者本人が、その訴えを取り消す場合には、その妥当性を判断します。

14 特別な状況

1 虐待

③ アセスメントの留意点

利用者の意思決定能力を見極めます。

記憶障害や認知機能に課題があっても、利用者の安全性について利用者自身が適切に意思決定することが可能です。ある一定期間、利用者のありのままの状態を観察し、利用者の意思決定能力を評価します。

そのうえで、その環境に利用者があることの危険性について判断します。危険があると判断できれば、家庭裁判所に後見開始の審判を請求したり、虐待者に対し精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）にもとづく措置入院を検討したりしなければならない場合もあります。

14 特別な状況

1 虐待

④ 利用者の訴えや示唆された虐待の調査

利用者の訴えや虐待の可能性が観察されたら、できるだけはやく、医師、被害者の親戚、在宅サービス提供者に照会し、面接して情報を得ます。

虐待をしていることが疑われる者との面接も、ケアの方向性を探るために有効である場合があります。介護者に、面接は通常、利用者と別々に行うことになっていると伝え、評価者と2人で面接し、介護者の善意（悪意のなさ）や健康状態、能力について評価します。

利用者は、評価者が虐待者と2人だけで面接することを嫌がる場合があります。本人の訴えが間違っているといわれる、仕返しをされる、施設に入所させられる、家族の支えをなくす、家族の抱える問題が明らかになるといったことをおそれるためです。

経済的な虐待は把握が難しい場合もありますが、介護者が利用者に金銭を強要している場合は、同時に身体的・心理的虐待が行われている可能性があります。

14 特別な状況

1 虐待

4) 支援の方向性

虐待や放置、搾取への対応は、それぞれのケースにより大きく異なります。

ただし、アセスメントを通じて、緊急性の高い身体的な危険にさらされていると判断できる場合は、直ちに利用者をその置かれている環境から移す（離す）ための手段を講じます。

なお、利用者の訴えに根拠がないような場合、精神科医療の必要性について検討します。

表：緊急性が高いと判断できる状況

- ① 生命が危ぶまれるような状況が確認される、もしくは予測される
 - ・骨折、頭蓋内出血、重症のやけどなどの深刻な身体的外傷がある
 - ・極端な栄養不良、脱水症状がみられる
 - ・「うめき声が聞こえる」などの深刻な状況が予測される情報が寄せられる
 - ・器物(刃物、食器など)を使った暴力の実施もしくは脅しがあり、エスカレートすると生命の危険性が予測される
- ② 本人や家族の人格、精神状況に歪みを生じさせている、もしくはそのおそれがある
 - ・虐待を理由として、本人の人格や精神状況に著しい歪みが生じている
 - ・家族の間で虐待の連鎖が起こりはじめている
- ③ 虐待が恒常化しており、改善の見込みが立たない
 - ・虐待が恒常的に行われており、虐待者の自覚や改善意欲がみられない
 - ・虐待者の人格や生活態度の偏りがある、虐待者の社会不適応行動が強く、介入そのものが困難であったり改善が望めそうになかったりする
- ④ 利用者本人が明確に保護を求めている

出典：東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課編「高齢者虐待防止に向けた体制構築のために―東京都高齢者虐待対応マニュアル」99頁、2006年を一部改変

14 特別な状況

1 虐待

① 介護者への支援

介護サービスの導入やその量や種類を手厚くすることが、その状況を改善できるかどうか、または、介護者がその介護負担に耐えられるよう、カウンセリングや医学的な治療が必要かどうか検討します。

訪問介護などの訪問サービス、通所介護などの通所サービス、短期入所生活介護などのサービスを導入し、虐待を行っている可能性のある介護者の精神的・時間的余裕を確保する、または介護の負担を減らす、あるいは介護に意欲のない介護者から利用者を引き離すなどを考えます。

② 虐待の要因を取り除く

市町村（地域包括支援センター）の社会福祉士は、経済的な問題など虐待や放置に結びつく要因を取り除いて、状況を収めることができる場合があります。

14 特別な状況

1 虐待

③ 再アセスメント

定期的な再アセスメントは、虐待の決定的な証拠の有無にかかわらず、すべての利用者に必要です。

④ 緊急体制の整備

利用者は、支援を断ることもあります。断られた場合は、緊急の援助（電話番号、適切な通報・相談先）について情報を書面で知らせ、適切な相談受付と対応ができる体制を整える必要があります。

14 特別な状況

1 虐待

5) 虐待への対応を知る

① 虐待をみつけたら

迷わず市町村に通報します。高齢者虐待防止法では、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに市町村に通報するよう求めています（第7条）。「個人情報の保護に関する法律」（個人情報保護法）や刑法の罰則規定などの適用を受けません。また、施設従事者等による虐待についても、通報を理由とする、解雇などの不利益な取り扱いを受けることはありません。「個人情報保護法の規定に違反するのでは」と迷っている場合ではありません。

通報や虐待を受けた本人からの届出を受けた市町村や地域包括支援センターの職員には、守秘義務が課せられており、職務上知り得た通報者等を特定する情報を漏らしてはならないとされています。施設の職員などが自らの勤めている施設で起きた虐待を通報した場合に、市町村が事実確認調査を行う際も、施設等に対して通報者を明かさないなど、配慮することになっています。

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(平成17年法律第124号)

(養護者による高齢者虐待に係る通報等)

第7条 養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命

又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、

速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

3 刑法(明治40年法律第45号)の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、

前2項の規定による通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。

第8条 市町村が前条第1項若しくは第2項の規定による通報又は次条第1項に規定する届出を受

けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項で

あって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

14 特別な状況

1 虐待

② 通報したときの市町村の対応

発見者からの通報（または高齢者自身による届出）があった場合、市町村は、安全の確認及び事実確認を行い、老人介護支援センター、地域包括支援センターその他の連携協力機関・団体と対応について協議します（第9条）。

高齢者の生命・身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められるようなときは、保護のための適切な措置を講じ、または家庭裁判所に対して成年後見開始の審判等の申立てをすることとされています。さらに、立入調査や、警察署長に対する援助要請が行われることもあります。

また、市町村は、同時に養護者の支援も行うこととされており、介護負担が原因である場合、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置が講じられます。

(通報等を受けた場合の措置)

第 9 条 市町村は、第 7 条第 1 項若しくは第 2 項の規定による通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、第 16 条の規定により当該市町村と連携協力する者(以下「高齢者虐待対応協力者」という。)とその対応について協議を行うものとする。

2 市町村又は市町村長は、第 7 条第 1 項若しくは第 2 項の規定による通報又は前項に規定する届出があった場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法第 20 条の 3 に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に、同法第 10 条の 4 第 1 項若しくは第 11 条第 1 項の規定による措置を講じ、又は、適切に、同法第 32 条の規定により審判の請求をするものとする。

表 ▶ 高齢者・障害者 虐待通報シート

被害者				歳	男・女
加害者				関係：	
場 所	【自宅、施設、通所先等、虐待が行われている場所と住所を書く】				
虐待の種類	【該当する虐待の種類すべてに○をつける】 身体的 ・ 放棄 ・ 心理的 ・ 性的 ・ 経済的 ・ 消費者被害				
虐待の 具体的状況	【確認した虐待の具体的状況を書く】 虐待の時期 虐待の状況 頻度 被害者への影響 等				
虐待の原因	【介護疲れ、相性、障害、無知、恨み等の理由をわかる範囲で書く】				
本人の意向	【被害者が助けを求めているか、困っているか、悩んでいるか等を書く。認知症等により、意向が確認できなければその状況を書く】				
通報日時	年 月 日 ()			時	分
通報先	通報先 部 署		受理者 氏 名		
通報者	氏 名		連絡先		

※コピーをとって一部を控えにし、控えには通報先の部署と受理者の氏名を記載して保存します。

14 特別な状況

2 ターミナルケア・

緩和ケア

1. ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

在宅でのターミナルケア、緩和ケアを希望する、もしくは受けている利用者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。

介護保険と医療保険だけでなく、そのほかの医療福祉制度なども活用します。

また、医療との連携が重要になるので、利用者本人と家族、主治医、病院、薬剤師、訪問看護ステーション、介護サービス事業所などとの綿密な打ち合わせ、話し合いによる合意と役割分担を通じて、対応します。

14 特別な状況

2 ターミナルケア・

緩和ケア

2. 課題把握のポイントと課題検討の必要性

次の①及び②の状況にあつて、生活に支障をきたしているようであれば、詳しい状況を確認し、課題を検討します（情報収集シート128の「14 特別な状況」の「ターミナル」を参照します）。

- ① 末期の病気であり、余命が半年以下である
- ② ターミナルケア・緩和ケアを受ける予定である（受けている）

14 特別な状況

2 ターミナルケア・ 緩和ケア

3. ターミナルケア・緩和ケアとは

ターミナルケア・緩和ケアとは、末期の状態にある利用者に対する広範囲なケアをいいます。回復を目的とした治療から、症状を緩和し、残された日々の生活の質（QOL）の向上、その質の確保のためのケアへと移行します。

なお、回復に向けた治療やケアから、ターミナルケア・緩和ケアに移行する境界は明確ではありません。ターミナルケア・緩和ケアを提供するには、おおむね表に示す次の要件がそろっている必要があります。

表：ターミナルケア・緩和ケアを提供する要件

- ① 本人・家族が希望していること
- ② 介護者がいること
- ③ 病気を管理する医師を含めた、在宅医療体制が整っていること
- ④ いつでも入院できる受け入れ態勢があること

14 特別な状況

2 ターミナルケア・ 緩和ケア

ターミナルケア・緩和ケアを提供する場合には、利用者とその家族のもつ多様なニーズ（医療にかかわるニーズ、心理的・社会的・経済的なニーズ、療養環境にかかわるニーズなど）に配慮する必要があります。

また、緩和ケアとは、単に身体的な痛みを緩和するだけでなく、全人的な痛み（トータルペイン）に対応することです。また、その目標は、利用者の生活の質（QOL）の向上や確保、痛みの緩和、利用者及びその家族の希望などについて、身体的な限界をふまえて対応することです。

なお、ターミナルケア・緩和ケアを受ける環境は、住んでいる地域の医療資源によって左右される場合があります。

表:緩和ケア

一般的なケア	<ul style="list-style-type: none">・利用者の身だしなみに配慮します・本人と介護者の清潔に気を配ります・栄養の確保と水分補給に配慮します。病気の進行や薬の副作用によって食事や水分補給に支障をきたす可能性があります・失禁の管理を工夫します・下痢と便秘に対応します・移動にあたっては、可能な場合は介助や見守りを行い、転倒予防に努めます・皮膚のケアによって褥瘡を予防します・睡眠障害については、医師に相談して対応します・認知障害について、その原因に対応するとともに、気持ちの安定に配慮します・焦燥感の原因について対応します・起こり得る呼吸の変化について、把握し、対応します・けいれん発作への対応を確認します
医療的なケア(薬の管理)	<ul style="list-style-type: none">・服薬状況の変化を把握し、医師、薬剤師の指示を受けて対応します・鎮痛薬の使用について、医師、薬剤師の指示を受けて対応します
家族や介護者のケア	<p>予後に対する家族や介護者の不安、ストレスに配慮し、家族のニーズに気を配ります</p>

14 特別な状況

2 ターミナルケア・

緩和ケア

4. 課題検討の指針とケアの方向性

1) インフォームドコンセント

緩和ケアを提供するにあたっては、療養の方針などが説明されたうえ、利用者や利用者本人に代わって意思決定を行う家族などの了解を得ていることが重要です。緩和ケアは、利用者本人だけでなく、関係者全員の納得と合意及び明確な意思疎通のもとに行われることが望ましいといえます。

なお、厚生労働省では、人生の最終段階を迎えた利用者、家族などと医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアをつくり上げるプロセスについて、ガイドライン（人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン）としてまとめ、人生の最終段階における医療・ケアのあり方とその方針を決定する際の手続きについて示しています。

14 特別な状況

2 ターミナルケア・ 緩和ケア

2) ケアの方向性

ケアプランを作成する前に、利用者（もしくは代理の人）が自分の病気や可能な治療、その治療の危険性や効果について知らされているかどうか確認します。

また、提供されるケアは、できる限り利用者の希望に沿ったものにします（「課題検討の手引き」の「1 健康状態」「2 ADL」「3 IADL」「4 認知」「5 コミュニケーション」「6 社会との関わり」「7 排尿・排便」「8 褥瘡・皮膚の問題」「9 口腔衛生」「10 食事摂取」「12 介護力」「13 居住環境」と関連づけて検討します）。

「課題検討の手引き」で関連する項目

- 1 健康状態
 - 1-1 観察・管理の必要な病気/1-2 痛み/1-5 薬剤管理/1-6 向精神薬
- 2 ADL
 - 2-1 ADL の改善(回復)・低下・維持・必要な介護
- 3 IADL
- 4 認知
- 5 コミュニケーション
- 6 社会との関わり
- 7 排尿・排便
- 8 褥瘡・皮膚の問題
- 9 口腔衛生
- 10 食事摂取
- 12 介護力
- 13 居住環境

14 特別な状況

2 ターミナルケア・ 緩和ケア

人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続き

① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種 of 医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

14 特別な状況

2 ターミナルケア・ 緩和ケア

- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

14 特別な状況

2 ターミナルケア・

緩和ケア

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

1) 本人の意思の確認ができる場合

① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。

③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

14 特別な状況

2 ターミナルケア・

緩和ケア

2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームのなかで慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする

14 特別な状況

2 ターミナルケア・ 緩和ケア

3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記1) 及び2) の場合において、方針の決定に際し、

- ・ 医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・ 本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・ 家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いのなかで、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

出典：厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 改訂 平成30年3月」