居宅ケアプラン策定のための

課題検討の手引き

*2010.12.21.（改訂2017.07.18. 改訂2019.01.04.）*

宮城県ケアマネジャー協会

１　健康状態

１－１　痛み

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　①　痛みが原因でＡＤＬなど生活に支障のある利用者を把握します。

　　②　痛みの直接的な影響，痛みを怖がる，痛みによる関係の減少，鎮痛薬の副作用な

　　　どの影響を検討します。

（２）課題把握のポイント

　　①　痛みの訴えや様子があった

（３）痛み

　　痛みをもっともよく説明できるのは本人です。本人の言うことを注意深く聞き，その

　訴えを先入観なく検討する必要があります。

　　痛みは，「締め付けられる」「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）にも影響があります。また，その痛みは長い間続くことが多いため，適切な評価と対応が必要です。

　　①　身体的，機能的，心理社会的障がい

　　②　ＡＤＬ，睡眠，食欲，恐れ，気分の低下

　　③　社会活動からの引きこもりや対人関係の悪化や妨げ

　　④　運動を妨げることによる筋力低下や転倒の危険性

（４）課題検討の指針とケアの方向性

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

　痛みについて詳しく把握します

　　①　発症時期

　　　　痛みが起きた時期を把握します。

　　②　変化

　　　　痛みの変化と変化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

　　　　痛みが持続的か断続的か把握します。断続的ならその頻度・持続時間，どのような

　　　状況で起きるか把握します。

　　⑤　程度

　　　　痛みの程度，体位，歩行の困難，涙，活動の制限等痛みによる支障，何によって軽

　　　減するか等を把握します。

　　⑥　性質

　　　　チクチク，脈打っている，灼熱痛，切り込まれるような痛みかなど．どのような傷

　　　みか，高齢者自身の感覚で痛みの質を評価します。

　　⑥　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。

　　⑦　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。

　対処方法

　主治医に相談の上対応します

　　①　痛みの原因の把握

　　②　鎮痛薬の使用

　　③　痛みを和らげる方法（温める，冷やす，姿勢を変える，マッサージをするなど）

　　④　寝具等の家具や用具類を利用者に合わせる

　痛みの影響を把握し対応する

　　①　痛みそのものや原因ばかりでなく，痛みによる影響に対応することが効果的なことが多い。

　　②　痛みを和らげる対応をします。

しかし，薬によって痛みを和らげることは副作用（吐き気や眠気）があることも気を付けます。

１－２　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少なくします。

　　②　家族やケアスタッフが，脱水になる原因や脱水による症状に気をつけることがで

　　　き，対応できるようにします。

（２）課題把握のポイント

　　①　発熱がある

　　②　食事や水分の摂取量が目立って減少

　　③　水分摂取の不足

（３）　脱水

　　摂取する水分量より，失われた水分が多い状態です。

　　水分は，組織の物理的支持，細胞への栄養分の輸送と老廃物の排泄，体温の調節を含む

　複椎な代謝機能に必要です。

　脱水の種類

　　①　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すなど，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。

　　②　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たり

　　　（水分・塩分摂取の低下），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。

　　③　低張性脱水

　　　　水分よりも塩分の喪失が大きい場合，等張性脱水時に水分のみの補給が行われた

　　　場合の脱水。低ナトリウム血症となります。

　脱水の症状

　　①　脱水によって生じる症状には，体動によるめまい，口唇の乾燥，便秘などがありま

　　　す。

　　②　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，

　　　感染や転倒をしやすくなり，腎不全に陥って死に至ることあります。

　　③　高齢者の脱水は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。

　脱水の危険性

　　　高齢者の場合，過度の水分喪失よりも不適切な水分摂取に関係することが多い。

　　①　高齢者の腎臓は，若年者と同じようには，尿を濃縮できない．水分摂取が不十分な

　　　場合，あるいは水分の喪失が増加した場合，高齢者は脱水を回避するだけの十分な水

　　　分量を保持できない可能性があります。

　　②　加齢とともに，口渇感を感じにくくなります。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ります。

　　③　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

　　　起こすことがあります。

　　④　嚥下困難や尿失禁を緩和する試みとして，水分摂取を計画的に制限している場合

　　　があります。

　　⑤　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

　　　とともに低下します。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　脱水の判断

　　　脱水を見分ける時の留意点

　　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おきる。

　　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因となる場合がある。

　脱水を疑うポイント

　　①　認知状態は最近悪化した。（錯乱や興奮等）

　　②　口が渇く，ねばねばする。

　　③　最近，立ったり座ったりすると，めまい感，めまいがある。

　　④　排尿回数，量が減ってきた。

　　⑤　最近，便秘がち。

　　⑥　のどが渇く，渇くと言う。

　　⑦　排尿回数，夜間トイレに行く回数が増えた。

　　⑧　不活発，ボーっとしている，早くて弱い心拍，早くて浅い呼吸は要注意。

１－３　高齢者の心臓と肺の機能

（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，すでに医療的管理を受けていることが多いが，ただの老化現象として扱い，適切な医療やケアを受けていない利場合があるので，心肺へ注意を向けて対応します。

（２）課題把握のポイント

　　①　胸痛・胸部圧迫感，（安静時，運動時）

　　②　息切れ

　　③　不整脈

（３）-1　心疾患

　　①　高齢者には，心不全，狭心症，虚血性心疾患等の生命に関わる心臓疾患は多い。しかし，心肺機能の低下は気づかない場合や，気づいていても年のせいと片付けられたり，息切れなど当たり前として放置される場合がある。

　　②　適切に対応すると，運動耐性の向上，疲れやすさの改善，食欲改善等生活の質が期待される。

　　③　高齢者は，急に立ち上がる，食後，新しい薬の服用等により，血圧が急に下がりやすく，転倒の危険性につながる。

（３）-2　肺疾患

①　高齢者の胸部感染は発見が難しく，回復が遅い。

②　慢性の肺疾患は，高齢者の生活を著しく制限するため適切な医療やケアが望まれ

る。

　　③　肺疾患からの回復が遅い原因は，感染症であることが多い。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　症状把握と医療的ケア

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

　　①　不整脈

　　　・脳卒中の危険性を高める。

　　②　せき，喀痰，喘鳴

　　　・薬剤，喫煙，心不全，腫瘍，アレルギー疾患

　　　・慢性呼吸器疾患：喘鳴，呼気困難

　　　・せきに伴う多量の喀痰

　　③　胸痛

　　　・虚血性心疾患症状：押し付けられる，搾られるような痛み，胸部中心の痛み，のど

あご，片腕または両腕，背中。

・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。

　　　・心疾患以外の原因も多い。（食道痙攣，胸部感染，肺塞栓，解離性動脈瘤，肋間関

節炎等）

　　④　めまい，めまい感，意識喪失

　　　・循環器系の問題が多い。

　　　・体位の変化に伴う血圧低下，薬剤，心臓発作，心弁膜症，不整脈，循環器系反射等

　　　・意識が失われそうな感じ，もしくは意識喪失は要注意。

　　⑤　浮腫―足首と下肢の腫脹

・心不全，静脈不全，肝臓，腎臓等，原因は様々，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。

　　　・最近で痛みを伴う場合は，感染症，深部静脈血栓等。

　　　・痛み，一側性，進行性，足首より上に及ぶ，液体浸出等は要受診。

　　⑥　息切れー呼吸不全

　　　・呼吸に負荷感，不自然に困難

　　　・心臓・呼吸疾患だけでなく，単に体力が落ちている場合もある。

　　　・要受診：平坦地を少し歩いただけ，階段を少し上っただけで話せないほどの息切，呼吸が苦しく横になれない，睡眠中息切れで目覚める等。

　　　・食欲低下，栄養不良，運動量減退につながるが，楽にできる運動は重要。

　　　・湿気，タバコの煙，ほこり，アレルギー源を抑える。

　　⑦　動悸

　　　・心臓の拍動を意識する状態。動悸が速い，意識喪失，胸痛等の他症状を伴う場合は

急を要する。

　　⑧　高血圧

　　　・心臓発作や脳卒中の罹患率を高める。

　　⑨　喫煙

　　　・心肺疾患の原因。高齢者への禁煙の勧めは難しいことが多い。

　　　・禁煙の効用と喫煙の問題，手遅れや無駄ではないことを説明。（健康増進参照）

１－４　薬剤管理と効果

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　①　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

　　①　薬について把握している医師がいない。

②　５種類以上服薬し，腎不全，パーキンソン症候群，下痢，食事中の口渇感，便秘，めまい・めまい感，皮膚の問題がある。

（３）薬剤管理

　　①　多剤併用

　　　・複数の疾患を抱え，薬剤の種類も多い。高齢者の約８割は医師から薬を処方され，約７割は市販を使用している。

　　　・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，消化器系の薬である。

　　　・高齢者の約１割は５種類以上服薬している。要介護高齢者の９割以上が薬を使い，

中央値は５種類，２割以上は９種類以上服薬している。

　　　・薬剤の種類が増えるほど，相互作用，副作用，順守しないという問題が起きる。

　　②　加齢に伴う生理的変化

　　　・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す。

　　③　高齢者の薬剤副作用

　　　・高齢者の薬剤副作用は若年者の約３倍である。要因は，多剤併用，指示のとおり服用しない，病気は重い，複数の病気，体が小さい，肝・腎の機能不全等。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　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する。

　　　・管理している医師がいるかどうかが重要。

　　　・精神科医師以外から向精神薬が処方されている場合は要注意。

　　②　薬剤の相互作用，健康状態確認

　　　・医師，薬剤師によって確認されているかどうか確認

　　③　薬剤の副作用確認

　　　・多くの薬剤は後遺症を残すような副作用をもたらす。必要に応じて医師，薬剤師に照会する。（錯乱，転倒，うつ，失禁，便秘，落ち着きのなさ，錐体外路症候群，記憶喪失，口腔感想，悪心，めまい，湿疹，かゆみ，痣，下痢，疲労感等）

１－５　向精神薬

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

①　向精神薬を服用している利用者のなかで，その作用・副作用の様子観察が必要な

　　　人を把握して対応します。

（２）課題把握のポイント

　　　向精神薬を服用し，①せん妄がある。②意思決定，コミュニケーションに支障が出て

　　いる。③気分や行動に支障がある。④行動障がいが悪化している。⑤ふらつき，移動の

　　援助，転倒があった。⑥失禁があった。⑦妄想や幻覚が見られた。

（３）向精神薬

　　精神に働きかける作用を持ち，精神科などで使用される薬剤です。

|  |  |
| --- | --- |
| 催眠薬（睡眠薬） | 睡眠を引き起こす |
| 抗精神病薬（強力精神安定薬）  | ①不安・焦燥・興奮を鎮める，②幻覚・妄想等の異常体験を軽減する，③意欲をたかめるといった作用を持ち，いわゆる精神病に使われる |
| 抗不安薬（精神安定薬）  | 不安感をとる |
| 抗うつ薬  | うつ状態を改善する |
| 抗躁薬 | 躁状態を改善する |
| 気分調整薬（気分安定薬）  | 気分の波を抑える |
| 精神刺激薬（覚醒薬） | 気分を持ち上げる |
| 抗てんかん薬（抗けいれん薬）  | てんかんの発作を抑える |
| 抗パーキンソン病薬  | パーキンソン症状を和らげる |
| 抗酒薬  | アルコールの分解を妨げて，アルコール依存症の治療に用いられる |
| 認知症治療薬  | 認知症の治療に使われる |
| 漢方薬 | 精神科領域でも様々な場合に使われる |

　　①　高齢者，特に慢性疾患をもっている人では，向精神薬による副作用，あるいは他の薬剤との相互作用が起こりやすい状況にあります。

　　②　向精神薬は精神症状や行動面の症状を軽減すると同時に，ＡＤＬやＩＡＤＬ，認知機能を低下させることがあります。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

①　精神症状や行動の問題が実際に軽減されているか。

　　②　副作用の観察や，向精神薬の副作用の可能性が把握されているか。

　　③　医師との連絡をとります。

　　　　医師及び薬剤師が，利用者の症状と薬剤の使用の両方に関係する情報を確実に知っ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，せん妄状態になったり，転倒が増加したり，失禁が多くなった場合には即座の対応が必要です。

　　　　ア　せん妄との関連性

　　　　イ　行動や気分の問題との関連性

　　　　ウ　アルコールの問題との関連性

　　　　エ　歩行の支障との関連性

　　　　オ　尿・便失禁との関連性

　　　　　・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）

　　　　カ　妄想，幻覚，猜疑心との関連性

　　　　　・抗精神病薬以外の向精神薬を服用している利用者にこの精神病症状がある場合。

　　　　キ　体重の変化との関連性

　　　　ク　口腔乾燥との関連性

　　　　ケ　抗コリン性副作用との関連性

　　　　　・便秘，口の渇き，胃部不快感等といった神経症状の副作用

１－６　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，薬等との関連によって，大量の飲酒でなくても危険となる場

　　　合があるので検討します。

（２）課題把握のポイント

　　①　自分が，お酒の量を減らしたほうがよいと思った。

　　②　家族や周りの人から減らすように言われた。

　　③　家族や周りの人がお酒のことで心配している。

　　④　迎え酒をした。または一日中飲酒していた。

　　⑤　飲酒が原因で問題をおこした。

　　⑥　その他，危険な飲酒の可能性がある。

（確認）

　　①　平均的な１週間で１杯以上飲酒した日数

　　②　通常飲む１日当たりの量

（３）アルコール

　　①　アルコールの乱用と依存

　　　ア　アルコール乱用

　　　　　量に関わらず，身体・精神的・社会的・経済的に問題を引き起こした飲酒の仕

　　　　方。

　　　イ　アルコール依存症

　　　　　飲酒をコントロールできない，絶えずお酒のことを考えている，アルコールの

　　　　悪影響にかかわらず飲酒を続ける，あるいは思考にゆがみ（とくに飲酒に問題が

　　　　あることを否認する）のある病的な状態。

|  |
| --- |
| 　～アルコール依存症～アルコール使用障がい（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てしまうのを始め，家族に迷惑をかけたり，様々な事件や事故・問題を引き起こしたりして社会的・人間的信用を失ったりすることがあります。症状が進行すると，身体とともに精神にも異常を来たす深刻な病気です。　以前は慢性アルコール中毒，略してアル中とも呼ばれていたこともありますが，現在では通常患者を侮蔑したり患者自身が自己卑下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一つとして考えられるようになっています。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，震顫妄想などの退薬症状（離脱症状，リバウンドともいう）を身体的依存と言い，アルコール依存に限らず他の様々な薬物依存症も同じような特徴を持っています。　厚生労働省が推進する「健康日本21」の中では，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」は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習しているので，アルコール摂取のコントロールが失われており，問題視されてきています。　いったんコントロール障がいを起こしてしまうと，一生もとに戻らない。するめがいかに戻れないのと同じである。だから，アルコールで問題を起こしたくないと思えば，完全にアルコールを断つ以外に方法はない。コントロール障がいを起こしているかどうかは，検査では分からない。その人のアルコールの飲み方で判断するしかない。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　合は，週日に昼間から飲む，職場で飲む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いくこと以外のこと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，その通りに実行できない。また，　何度も断酒を試みるがいつも失敗に終わる。適量で切り上げることもできないし，自分の　力で止め続けることもできない。４　「これ以上飲んだら，いのちが危ない」，「離婚する」，「解雇する」などと言われてもな　おアルコールを断つことができない。５　ふるえ，発汗，不眠，焦燥感などの離脱症状を予防したり治したりするために飲酒する。このときは，強度のアルコールでも水を飲むよりも早く飲む。６　いつでもアルコールを飲めるように準備している。夜中でも買える所を知っている。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った人のほとんどは，二度と普通のお酒のみには戻れないこと，健康な生活を続けたければ一滴のアルコールも口にいれてはいけないことを，しっかりと覚えておいていただきたい。　次のように考えている人は，まだ断酒しようとは思っていないのであり，さらに病気が進行する可能性がある。　(1) 飲み過ぎが悪いのだから，二合以上は絶対に飲まないようにしよう。 　(2) 週日には飲まないで，土曜日の晩だけ飲むことにしよう。 　(3) 強いアルコールに手を出すとよくないので，ビールだけ飲むことにしよう。 　(4) 意志さえしっかりしていれば，飲んでも問題は起こさないだろう。 　(5) もう３年もやめたのだから飲めるような体になったかも知れない。 　(6) ちょっとくらい飲んでも，酒を切って病院に帰ればわからないだろう。 　(7) やめようと思えばいつでもやめられるので，アルコール依存症ではない。 　毎日飲まずにいられないのがアルコール依存症ではない。アルコール依存症の人は，飲まないでいることはできる。しかし，飲み始めるとほどよいところで止められなくなる。 （診断基準）　過去の１年間のある期間に，下記の６項目のうち３つ以上が同時に起こっているときにのみ，アルコール依存症と診断する。　(1) アルコールを飲みたいという強い欲求がある。また，飲んではいけないと思いなが　　らつい飲んでしまう。 　(2) 飲酒の時間や量をコントロールすることができない。 　(3) 飲むのを止めたり量を減らしたりすると，離脱症状が出る。 　(4) 酔うために必要なアルコールの量が増えてきている。 　(5) 飲酒に関することに多大の時間，お金，労力を使い，それ以外のことをおろそかに　　　する。 　(6) 飲酒によって問題が起きているのが明らかであるにもかかわらず，飲み続けている。 ～スリップ～　アルコール依存症者が依存症から立ち直り回復するために一切のアルコールを断ち，断酒生活をしているにもかかわらず，一杯の酒に口をつけてしまうこと。　酒の量に関わらず，断酒生活中に再飲酒すると期間に個人差はあるが連続飲酒発作にまで至ると言われている。　アルコール依存症は決して完治することのない死に至る進行性の病。アルコールを断つ事で回復し寛解するが，スリップ（再飲酒）する事で簡単に再発する。スリップとは発病のことである。～ドライドランク～　「空酔い」と訳されているが，ドライドランクと使用されることが多い。　アルコール依存症者が飲まないでいるときに，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出来ない。それが酩酊時の徴候とよく似ていることから名付けられたもの。　単なる苛々などの不安定な感情の状態だけの事もあれば，飲んでいないのに吐く息までを酒臭く感じたり，二日酔いの気分の悪さを味わったり，手に震えが起きたり，症状は多岐に渡る。　個人差は大きいが，酒を完全に断ってからでも数ヶ月から１年間くらいは起こりうる症状だが断酒期間と共に症状はうすらぎ，発生の回数も減る。 |



アルコール関連問題

　　②　問題の背景

　　　ア　少量の飲酒は健康に良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おこします。

　　　イ　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ために発

　　　　見が困難であり，多くの場合家族が飲酒で紅潮した顔や機能障がい，空の酒瓶や缶

　　　　を観察して問題に気付くことが多いという状況です。

　　　ウ　高齢者の場合は，以下の３つの理由により，適正な飲酒をしている場合にも飲

　　　　酒が危険になる可能性があります。

　　　　ａ　加齢によるさまざまな生理的な変化があるため，若者よりも飲酒に伴う危険

　　　　　性が高い。

　　　　ｂ　高齢者はアルコールが悪影響する疾患を有していることが多い。

　　　　ｃ　高齢者が使用している薬剤のなかには，アルコールとの相互作用により悪影

　　　　　響をもたらすものがある。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

①　酒による生活全体への影響を把握します。

　　　　つまり，飲酒の結果生じた，身体的，精神的，社会的，経済的問題の関連を分析し，

　　　再発の危険性や依存症の有無を確認します。特に転倒や外傷は少量の飲酒でもおこ

　　　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依存症の可能性が高くなり

　　　ます。つまり，今日は飲むまいと思っても飲んでしまい，一旦飲み出したら途中でや

　　　められず，とことん飲むような状態です。専門医の診断を仰ぎます。

　　　　これに対して「乱用」では，このような飲酒行動の異常がみられない状態で問題

　　　が発生している状況です。

　　③　「アルコール依存症」の場合は，飲酒行動自体に対するケアプランと，飲酒によ

　　　る生理的心理的な影響に対するケアプランを作成します。

　　④　乱用や依存症が見られない場合でも，潜在的な危険性があるため，飲酒量を把握

　　　します。

　追加のアセスメント

　　①　飲酒の頻度と量，飲酒のパターンを詳細に把握します。

　　　ア　過去のアルコール乱用や依存症治療の既往

　　　イ　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）

　　　ウ　高齢者自身の問題認識

　　②　アルコール乱用および依存症の影響を把握します。

　　　　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

　　　発生する場合が多い。特に飲酒運転は大きな社会問題です。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。

　　　　健康問題としては，大量の飲酒は，以下のようにほとんどすべての臓器に悪影響

　　　し，また，転倒，外傷，薬物乱用の危険性を高めます。

　　　ア　中枢神経系の障がい（短期記憶・抽象的思考・認知能力の低下）

　　　イ　消化器系の障がい

　　　ウ　循環器系の障がい

　　　エ　心血管等の障がい

　　　オ　栄養不良，肝硬変，食道がんの有病率が高い

　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。

　　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ありますが，高齢者への使用には注意を要

　　　します。

　　③　多く用いられるのは断酒会など集団療法です。

　　　　集団療法に参加することにより，自己像を認識し，不安を分かちあい，対人関係を

　　　再び形成する能力を回復する機会を得ることができます。高齢者の場合は，同じ年齢

　　　層のほうが効果的であり，同性の者でグループを構成したほうが成功するという報

　　　告もあります。

　　④　アルコール依存症は，特に早期発症の場合，治療が困難であり長期にわたる慢性

　　　的な疾患です。

　　　　アルコール問題の専門家，特に高齢の患者を扱う専門家に紹介することが必要な

　　　場合があります。

　　⑤　いずれの治療の過程にも，家族などの利用者を支える支援者の関わりは欠かせま

　　　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てケアプランを考えなければならない場合

　　　が多くなります。

　危険な飲酒

　　①　アルコール乱用や依存症がなくても，アルコールは薬剤との相互作用により，深

　　　刻な問題を生じることがあります。

　　　　そのため，観察された問題と薬剤の服用，飲酒との間に時間的な関係があるか検

　　　討する必要があります。以下はアルコールと薬剤の相互作用の一例です。

　　　ア　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，抗ヒスタミン薬の服用，飲

　　　　酒が同時に行われる場合：判断力の低下，意識の覚醒度の低下，錯乱，認知症様

　　　　の症状，などが起こり得る。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。

　　　イ　アスピリン服用と飲酒：胃腸障がいが起こる危険性がある。

　　　ウ　利尿薬服用と飲酒：血圧低下やめまいを引き起こすことがある。

　　　エ　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。

　危険な飲酒への対応

　　　飲酒行動に対する治療は普通必要ありません。むしろケアマネジャー等の支援者は，

　　本人がアルコール依存症者ではないことを十分知っていると当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の教育を受けるための支援をする必要が

　　あるということです。

２　ＡＤＬ

２－１　ＡＤＬの改善と支援

日常生活動作（Activities of Daily Living）

（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障がいの原因を理解したうえで，自立への意欲のある利用者や，障がいにな

　　　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　ＡＤＬの改善が難しい場合は，必ず行わなければならないケアを検討します。

　　　　必ず行わなければならないケアは，改善のためのケアと同時に行う場合もありま

　　　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～

|  |
| --- |
| 　可能性に対応するケア　　①　改善する，もしくは元に戻る可能性があるところ。　②　今の状態を続けられるようにする必要があるところ。　③　悪化を予防，低下するのを予防する必要があるところ。　必要性に対応するケア　　①　ＡＤＬ障がいを踏まえた上で，必ず行わなければならないケア。（介護や対応） |

（２）課題把握のポイント

　改善・回復を予測するポイント

　　①　ＡＤＬ項目で介助を受けている。

　　②　相手の言うことをほぼ理解できる。

　　③　最近３ヶ月以内にＡＤＬが低下してきている。

　　④　ＡＤＬに支障をきたすような症状がある。

　　⑤　利用者本人，家族，ケアマネ等はＡＤＬが改善すると思っている。

　悪化・低下を予測するポイント

　　最近３ヶ月以内にＡＤＬが低下してきているかどうかの他，以下にについて確認しま

　す。

　　①　褥瘡を予防

　　　　寝返りできない，失禁による汚れがある，栄養が不足している，褥瘡の既往がある，など。

　　②　失禁の悪化を予防

　　　　失禁（機能性，腹圧性，切迫性，溢流性，真性，反射性）がある，など。

　　③　筋力低下を予防

　　　　ベッドの上で過す時間が長い，運動不足，家から外に出ない，家事をしない，な

　　　ど。

　　④　拘縮を予防

　　　　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。

　　⑤　転倒を予防

　　　　最近３ヶ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である，せん妄がある，向精神

　　　薬を服用している，など。

（３）ＡＤＬ

　　　ＡＤＬに障がいがあることは，生活に大きな影響があります。介助を受けることは，

　　心苦しい想いをする，孤立する，自尊心を失う，などにつながることがあります。

　　　ＡＤＬの障がいが進むと，自宅での生活が続けられなくなる可能性が高くなるほか，

　　褥瘡や失禁，筋力低下，拘縮，転倒などの悪化の危険性も高まります。ＡＤＬ低

　　下の大まかな原因がどこにあるのかを把握する時には，表１を参考にします。

表１　ＡＤＬ低下の原因

|  |  |
| --- | --- |
| ①　病気のため　ア　急性期の病気　イ　持病の進行　ウ　痛みを伴う症状　エ　認知症　オ　精神疾患②　怪我のため③　障がいのため | ④　動かない（廃用）ため⑤　生活習慣のため⑥　悩み・不安等のため⑦　環境のため⑧　薬のため　ア　薬が合わない　イ　向精神薬のため |

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　医療的な問題に対応して解決します

　　ＡＤＬが最近低下した利用者で，身体の状態の悪化，ＡＤＬに支障をきたす症状があ

　る場合などに医療的な問題に対応して解決します。

　　①　ＡＤＬが低下・悪化した時期と，病気や症状の関連性を把握します。

　　　　表２の病気や症状がないか確認します。もし該当すれば，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解

　　　決（治療）します。

表２　ＡＤＬ障がいの原因となる病気や症状

|  |  |
| --- | --- |
| 医療／身体的問題慢性疾患の突然の進行，関節炎，脳血管障がい，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）骨折感染症栄養障がい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がい | 心理社会的／環境的問題事故問題行動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の副作用，とくに向精神薬や鎮痛薬入院 |

　機能訓練，運動などの計画が合っていたか，効果的だったか確認します

　　①　本人が機能訓練に前向きでない，良くなると思っていない。

　　②　予定のとおり実施するのが苦痛。

　　③　家族などからの支えや励ましがない。努力や効果に対する褒め言葉，応援がない。

　　④　逆効果を心配している。

　　⑤　経済的余裕がない。

　機能の改善を検討して対応します

　　　ＡＤＬが最近の低下してきた利用者で，状態が安定している場合に，改善に向けて

　　の対応を検討します（ＡＤＬを特定します。）。

　　　また，最近低下してきたＡＤＬを改善する具体的な方法や可能性についての情報を

　　お知らせすることが重要です。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。

　　①　機能訓練などによってＡＤＬ改善につながるポイント

　　　ア　はっきりした機能訓練の目的，生活の目的を持っているかどうか。

　　　イ　治るところ，元に戻るところを把握しているかどうか。

　　　　　ＡＤＬ障がいの原因の，病気，怪我，廃用など，回復する可能性がどれだけある

　　　　かを把握します。

　　　ウ　意欲があるかどうか。

　　　　　利用者本人や周りの人の「意欲」が重要です。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，ある程度の認知障がいがあっても，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　訓練を行う時に気をつけること。

　　　ア　本人が，新しいことを始めるという意識が持って取り組めるように，ＡＤＬ訓

　　　　練は時間や場所などをきちんと決めて行います。

　　　イ　訓練しているＡＤＬを，家族の助けを借りて少しずつ実践できるようにします。

　　　ウ　継続して実施します。

　　　エ　日常の動作や活動を広げることは，危険も伴うため，段階的にゆるやかに進め

　　　　ます。

　　　オ　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。

　　③　どのＡＤＬについて訓練するか

　　　ア　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。

　　　　　本人か家族のどちらかが訓練に対して積極的であれば良いですが，両方とも積

　　　　極的でなければ，効果が出るのは難しくなります。

　　　イ　新しく出来るようになったことや，改善したところを伸ばすようにします。

　　　　　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

　　　　ションの成果を家族に知らせるだけでも，家族は援助をするだけでなく，本人の

　　　　自立を支えようとするようになってくれるはずです。

　　　　　理学療法や作業療法を受けていない場合，最近低下した機能のうち，少しでも

　　　　回復しているＡＤＬに着目します。

　　④　訓練方法の検討

　　　ア　具体的な訓練をするために，着目する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の障がいは，

　　　　まず「更衣」「整容」に表われ，次が「移乗」と「歩行」であり，最後まで能力が

　　　　保たれることが多いのは「食事」と「寝返り起き上がり」です。このことは，「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，回復しやすいことになります。

　　　イ　本人がいくらか自立しているＡＤＬを選び，家族や本人から情報を得ながら整

　　　　理します（表３）。

　　　　　どこに問題があるのか，ＡＤＬが障がいされている原因（身体的な問題か，認知

　　　　の問題か，環境的な問題か）についてお互いに理解することができます。

　　　ウ　着目する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４）

　　　エ　家族がどのように支援するかを明らかにします。

　　　　　家族が「１人でするのは大変だ」とか「時間がかかりすぎる」と思い，手をか

　　　　けすぎているために，本人が自立できていないことがあります。この場合，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。

　　　オ　自分でどこまでできるか明らかにします。

　　　　　表５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５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

　　　　見て確認するものです。

　　　カ　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に良い援助なのかを検討します。

　　　　（言葉による促し，身体的な誘導，動作分割，訓練に合間をおくなど）

　　　キ　このような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

　　　　を理解して働きかけることが重要です。

　　　　　この場合は，毎日一貫した援助を行う必要があります。

表３　ＡＤＬの確認

|  |  |
| --- | --- |
| ＡＤＬ援助を行っている理由 | （精神） 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） 体力低下，可動域制限，協調運動の低下，視覚障がい，痛みなど（環境） 間取り，居室の状況家族の支援状況（過介護か）など |
| 更衣 |  |
| 入浴 |  |
| トイレ |  |
| 移動 |  |
| 移乗 |  |
| 食事 |  |

表４　ＡＤＬ改善の目標

|  |  |
| --- | --- |
| 機能訓練の具体的目標を決める | １：現在のＡＤＬを維持するための目標２：現在のＡＤＬを改善するための目標（現在できていないが，あと少し　　でできそうなことを選ぶ。） |
| 更衣 | 入浴 | トイレ | 移動 | 移乗 | 食事 |
| 衣服のあるところに行き，選び，手にとる | 浴室・シャワ一室に行く | トイレまで行く(夜間の ポータブルや尿器も含む) | 室内を移動する　　　　□ | 姿勢を整え準備する | 開ける/注ぐ/ラップ をとる/切るなど |
| 上半身/下半身の衣服をつかみ/一旦身につける | 水を出す，温度を調整する | チャックをおろしたり，ズボンをさげる | 同一階を移動する　　　　□ | 椅子やベッドに近づく | 箸や茶碗，コップを握る |
| スナップやファスナーなどをとめる | 体を洗う(背中以外) | トイレに移乗し，姿勢を整える | 自宅内を移動する　　　　□ | 椅子やベッドの準備をする(座布団を置いたり，カバーをはずす) | 箸やスプーンを使う(必要なら指を使う) |
| 正しい順に着る | 体を流す | トイレに排泄する | 屋外を移動する　　　　□ | 移乗(立つ/ 座る/持ち上がる/ころがる） | 噛む，飲む， 飲み込む |
| それぞれの衣類をつかむ，脱ぐ | タオルで体を拭く | トイレットペーパーをちぎり，おしりを拭く | でこぼこ道を移動する　　　　□ | 移乗後の姿勢を立て直す | 食事が終わるまで繰り返す  |
| 元どおりに戻す | その他  | トイレを流す | その他 　　　　□ | その他 | おしぼりを使う，口や手をきれいにする |
| その他 |  | 衣服を整え， 手を洗う | ※車椅子は　□をチェック |  | その他 |

表５　　ＡＤＬ能力の確認

|  |
| --- |
| ＡＤＬ能力を正しく評価するため，以下のことを確認します。 |
| １：動作を行うときに順番を間違うことはあるか。　　食事の場合「食べ物を箸でつまみ，口元にもっていき，食べる」，更衣の場合「下　　着を上着の前に着る」など。　※皿と箸を本人の前に置いたり，着るものを順番に並べるなどの準備をすることで，　　身体的な援助はなくても自分で行えるか。 |
| ２：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。 |
| ３：単純な指示でできるか。　　介護者が「お茶を飲んでください。」というと飲むだろうか。 |
| ４：動作を始めることができるか。　　いつも使っているもの（箸や歯ブラシなど）を手渡されれば，適切に使い始めるこ　　とができるだろうか（箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど）。　※始められない場合，ＯＴ・ＰＴなどの専門家の評価を受ける必要があるか。 |
| ５：動作を１度始めれば，続けることができるか。　　たとえば，１度食べ始めると食べ続ける。 |
| ６：介護者の身振りを真似ることができるか。　　利用者と向き合い，眼を合わせて，単純でなれた動作（そでに腕を通す，口に触れ　　るなど）をすると，真似ることができるだろうか。 |
| ７：身体的な援助を１度すると，動作を続けることができるか。　　介護者がフォークに食べ物をさし，手に持たせ，腕を誘導して口元に持っていけば，　　食べ続けることができるか。 |

　補助具の使用を検討します

　　利用者本人が自分で動作するのに非常に時間がかかったり，とても大変であれば補助

具の使用を検討し対応します。

　　　　また，次のことも確認して対応します。

　　　ア　障がいを補う補助具を持っているか。

　　　イ　障がいに合っていない用具を使っていないか。

　　　ウ　持っているが使用しない，間違った使い方をしていないか。

　機能の維持を検討して対応します

　　ＡＤＬがしばらく変わらない場合，全身運動などによる機能の維持を検討し，対応し

　ます。

　　①　家族の介護は，良かれと思ってしていても不適切なことがあります。

　　　　不必要な援助や誤った方法で援助をしていると，利用者が頼りすぎるようになる

　　　ばかりか，介護者にとっても身体的精神的な「燃え尽き」を引き起こす危険性があ

　　　ります。

　　②　機能維持のポイントを把握します。

　　　ア　本人が自分のことをもっと自分でする気があるか

　　　イ　利用者にとって自立することの意味は大きいか

　　　ウ　家族や専門家があきらめていても本人は自立することに関心があったり，やる

　　　　気はある

　　③　②のような場合，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。

　　　　ほとんどの高齢者にとって，これらの１つか２つは役に立ちます。

　　　ア　持久力の不足がある場合，心拍数と呼吸数を増加させる運動（散歩，ダンス，庭

　　　　仕事など）を加えます。

　　　イ　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す

る。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ことがあります。

　　　ウ　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。

　　　エ　バランスや姿勢保持能力が障がいされている場合，見守りの上での運動を試み

　　　　ます。

　　　オ　痛みによる機能制限がある場合，現在の方法を見直す必要があります。

　悪化・低下の防止を検討して対応します

　　機能訓練をすることによって，褥瘡や失禁，筋力低下，拘縮，転倒などの危険性

　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悪化を予防し

　ます。

　　①　褥瘡を予防します。

　　②　失禁の悪化を予防します。

　　③　筋力低下を予防します。

　　④　拘縮を予防します。

　　⑤　転倒を予防します。

２－２　転倒防止

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　①　最近転倒した利用者を特定します。

　　②　転倒の危険性のある利用者を特定します。

　　③　転倒の危険性を予測します。

　　④　転倒と，転倒による障がいをできるだけ少なくします。

（２）課題把握のポイント

　　①　最近３ヶ月以内に転倒したか，何回転倒したか。

　　②　錯乱・混乱，めまいなどの意識の変化が見られたか。

　　③　アルツハイマー型認知症で治療を受けているか。

　　④　パーキンソン症候群で治療を受けているか。

（３）転倒

　　高齢者の転倒は非常に多く，様々な原因によっておこり，骨折などの怪我や後遺障がい

　によるＡＤＬの低下だけでなく，死因となることがあります。

　　また，転倒は，まだ気づいていなかった病気を知るきっかけにもなり，対応すること

　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回以上転倒します。

　　　　加齢によって転倒の危険性は増え，その頻度や死因となる可能性も増えます。転

　　　倒は骨折につながり，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。

　　④　転倒の原因

　　　ア　病気や障がいなど

　　　　ａ　各種歩行障がい（たとえばパーキンソン症候群，多発性脳梗塞，筋力低下）

　　　　ｂ　起立性・食後性・薬剤誘発性の低血圧症（意識喪失も転倒の原因になる）

　　　　ｃ　骨の痛みや変形，下肢の長さの左右非対称，骨折や関節炎などの整形外科の

　　　　　疾患による重心のずれ

　　　　ｄ　視覚，内耳，平衡感覚の障がい

　　　　ｅ　判断力の低下による危険な行動をとってしまう，うつ，せん妄，認知症

　　　イ　薬や環境など

　　　　ａ　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

　　　　ｂ　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がい

　　　　ｃ　不十分な照明，滑りやすい敷物，固定していないカーペット，階段，滑りや

　　　　　すい床，段差のある床

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　評価

　　①　情報を把握し，医師と連携をとります。

　　　　症状がある場合には，まず診察を受けます。

　　　ア　いつもの生活をしている時に転倒したのか。通常でない活動や動作の時に転倒

　　　　したのか。

　　　イ　転倒した時，まわりの環境はいつもと同じであったか。通常と違う環境だった

　　　　のか。

　　　ウ　どの時間帯に転倒したのか。

　　　エ　転倒したときに何か症状はあったか。

　　　　　急にトイレに行きたくなったとか，めまいがあったなど。

　　　オ　本人は，どうすると転倒を防げると考えているか。

　　　カ　転倒は立っていた時か，立ちあがろうとした時か。

　　　キ　本人は転倒したことを，どう思っているか。

　転倒の原因・危険性を把握します

　　必要に応じ医師に相談します。

　　①　起立性低血圧があるかどうか診察を受けます。

　　②　突然，意識を失ったり，失いそうになったことはあるかを確認します。

　　③　一部の筋肉の低下，筋肉の緊張，平衡感覚の低下をチェックします。

　　　　実際に高齢者に歩いてもらったり，バランスを観察する。転倒した活動，転倒し

　　　やすい活動を行っている場面を観察します。

　　④　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します。

　　⑤　まっすぐ歩けるかを把握します。

　　　　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

　　　徴を観察します。歩調を速くしたり遅くしたりしてみます。

　　⑥　座位バランス，立ちあがりが困難ではないかを観察します。

　　⑦　片足で立てるか，直線を歩けるかを観察します。

　　　　めまいやバランスを失うことがあるかどうかあれば，それが起こるときの状況を

　　　聞きます。

　転倒の原因となる障がいについて評価します

　　①　感覚器・・・・・・視力障がいやめまいがあるか，バランス障がいがあるか

　　②　認知・・・・・・・危険であることを理解しているか

　　③　感情・・・・・・・落ち込みなど，気分の低下があるか

　　④　補助具の必要性・・杖や歩行器等，補助具の使用の必要性があるか

　　⑤　急性疾患・・・・・転倒に影響のある病気の症状があるか

　　⑥　薬・・・・・・・・ふらつきなどの副作用があるか

　　⑦　アルコール・・・・アルコールによる影響があるか

　　⑧　環境・・・・・・・段差や障がい物などの環境による支障があるか

　ケアの方向

　　①　原因改善

　　　　転倒の原因になっている病気や障がい，薬や環境をできるだけ改善します。

　　②　下肢筋力強化

　　　　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行いま

　　　す。

　　③　補助具の使用

　　　　適切な補助具を使用するため，専門職と連絡・連携をして対応します。

　　④　眼科受診

　　　　眼科の診療を受けていない視覚障がい者に眼科受診を勧めて対応します。

２－３　健康増進

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　体力の向上と健康増進により，幸福感と自立性を高めます。

（２）課題把握のポイント

①　概ね日常の意思決定ができている。

②　外出回数が少ない。

③　活動時間が少ない。

④　階段の昇り降り等，身体に負担のかかる動作をしていない。

⑤　喫煙している。

（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なことですが，身体が弱い高齢者は，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　すでに健康状態が悪いので，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。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

運動量を少しでも増やしたり，禁煙することによる健康上の効果は高齢者にとっても

大きく，高齢者でも体力や呼吸機能の向上は短い期間でも効果が表れます。

①　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ることができないでいる場合があります。

②　身体が弱くても，あまり運動しない人や喫煙を続けている人と，軽くでも運動をし

たり禁煙した人では，健康状態が違います。

③　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，今の生活習

慣になった理由を振り返るところから始めます。

　生活を変えるように働きかける場合は，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うことを目的に，支持的に関わります。

ただし，無理やり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を増進することにつながらないので，気を付けて関わります。

　導入の方法

アセスメントのために自宅へ訪問することは，利用者（あるいは家族）と体力や喫煙状況について話し合いを始める良い機会です。支持的な関わり方をし，評価するような態度をとらないことです。「控えめ」な関わり方は，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。この話し合いで，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　利用者がこ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がいとなっていることへの対処法

・在宅や地域において生活を改善させるための方法

　話し合いの内容

何をするとどうなる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　利用者と共同で考えて代替案を作成します。

③　今までの話し合いの内容と活動をフォローアップする。

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つなげることが重要です。

⑤　利用者と共に，利用者の生活の良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。

　自主的な決定への支援

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。

①　十分に情報提供するだけで，自分の生活習慣による健康への影響を理解して自覚

　　　するかもしれない。

②　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

もしれない。

③　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ない。

　　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。支援者は，高齢者が少しでも活動状況を向上しようとする機会を奪わないように気をつけ，適宜，援助や助言をすることが重要です。ちょっとした行動の変化に気づき，もっと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。

④　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。

⑤　「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

　　　る働きかけは必ずしも必要でないことがあります。

⑥　利用者に関わる家族や友人，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。

　健康増進についての会話の進め方

①　友好的な，くつろげる環境でおこないます。

②　利用者が自分自身の生活や習慣，何をして過ごしているか，健康の問題にどう対応

　　　しているかについて整理し考える会話にします。（日常生活の問題，活動のレベル，社会参加，ＡＤＬ • ＩＡＤＬの実施状況等）

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，喫煙について話し合います。

⑦　家族問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）

⑧　会話のなかで，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。

　ケアの方向

（１）運動プログラム

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。

①　健康を意識している利用者の場合，暮らしの中に適度な運動を取り入れたり，テレ

　　　ビの体操の時間や高齢者向けの運動教室など地域で行われている運動をその人に合

　　　わせて行うようにすることも効果的です。

②　健康増進の提案は，利用者の現在の能力を踏まえ，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危険です。

③　運動は， 多くの病気（循環器疾患，骨粗懸症，２型糖尿病，肥満，腰痛）の予防，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は，柔軟性と調整能力，歩行とバランス感覚の維持・改善があります。ただし，高齢者の場合は専門的な見守りが必要です。

（２）運動プログラムを導入する際の注意点

①　年齢によらず，運動はけがや病気の悪化を防ぐように慎重に行わなければならなりません。比較的激しい運動を検討する際には，従来から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。

②　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。

③　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）

④　グループで行うことが望ましいです。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良く，早歩き（脈拍が１分間９０ 程度になる）を１日２０～３０分間， 週に３～４回行うなどです。水泳も効果的です。

⑤　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。たとえば，両手に重りをつけて（水の入ったペットボトル等を持ってもよい），上げ下げを１５回位行います。椅子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。

⑦　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。

　禁　煙

①　禁煙の効果

・心筋梗塞，間欠性跛行，慢性気管支炎

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多くの場合に当てはまります。

・突然の心臓死

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ぐらいに減らすことが可能です。

・骨粗鬆症

喫煙は若い人の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

の重要な危険因子でもあります。

・呼吸機能への影響

体力と自立の度合いに直接的な影響を与えるため重要です。

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

控えめに関わり，禁煙がどのように効果的か基本的な情報提共を申し出ます。

・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

う時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難しい活動はなにかについて考えるように勧めます。

②　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週間程度観察します。喫煙している時間帯，その時の気分や活動内容を振り返ります。どういう時に喫煙するのか，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。

・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，禁煙する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禁煙に比べて，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。

・禁煙を補助する方法

禁煙者の会や禁煙教室，ニコチンの代替品．タバコの依存性物質に対抗するため

の抗うつ薬を使用など。薬を使用する場合は，市販薬の場合であっても，かかりつげ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， 短期間ですが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時に支える体制も考える必要があります。

３　ＩＡＤＬ

１　ＩＡＤＬの回復と支援

手段的日常生活動作（Ｉnstrumental Ａctivity of Ｄaily Ｌiving ）

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　①　ＩＡＤＬ回復の可能性のある利用者を把握して対応します。

　　②　ＩＡＤＬの代行の必要性を明らかにして支援します。

（２）課題把握のポイント

　ＩＡＤＬ改善を予測するポイント

　　①　認知がある程度保たれている

　　②　本人も周りの人も改善すると考えている

　　③　支援を受けているが，困難性は低い

　ＩＡＤＬ支援の必要性を把握する

　　①　ＩＡＤＬ支援を受けており，非常に困難である

　　②　一人暮らしであるか，一人暮らしではないが支援を受けるのが困難である

（３）ＩＡＤＬ

生活機能の中で最初に低下するのは手段的日常生活能力であることが多く，介護サービス利用者のほとんどがなんらか障がいを抱えています。

　　ＩＡＤＬには２種類あり，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と関係のある「知的」な動作（電話の利用や薬の管理など）があります。しかし，すべてのＩＡＤＬに身体的，知的な側面があり，ＩＡＤＬ支障の原因は様々です。

（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

　　　　状態が不安定，急性期の場合

　　②　機能障がいに対応します

　　　　最近ＩＡＤＬの実施が困難になり，ＡＤＬが自立していないか，四肢に問題（拘縮や痛み等）がある場合

　　③　意欲，支援体制，能力，環境の問題に対応します

　医療的問題への対応

　　①　疾病

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障がいの要因です。（参照：転倒，脱水，心肺管理，食事摂取，アルコール等）

　　②　薬剤

薬の副作用にがＩＡＤＬ障がいの要因になっていないか。（参照：薬剤管理，向精

神薬等）

　　③　気分

うつによる疲労感，支援を受け始めたことによるうつ状態はないか。（参照：うつと不安等）

　機能障がいへの対応

　　①　ＡＤＬ障がい（参照：ＡＤＬ等）

　　②　その他機能障がい（参照：痛み，健康増進等）

　その他

　　①　動機

　　　・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

　　②　家族等の支援体制（参照：介護力）

　　③　能力

・感覚器（参照：視覚，コミュニケーション等）

　　　・認知（参照：認知等）

　　　・補助具や環境

　　　・動作の詳細

　　　　補助具，改造，訓練等

　　　・物の上げ下ろし，運搬，長時間の起立

　　　・ＩＡＤＬの知識

　　④　環境の工夫（参照：居住環境等）

４　認　知

４　認知障がい

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　①　認知障がいがあるかどうか，認知障がいによる生活の支障を把握します。

　　②　認知障がいを補うために，どのような方法をとることができるのかを判断します。

（２）課題把握のポイント

　　①　記憶に問題があるか。

　　②　日常の判断力が弱く，支援が必要だったり，判断ができないか。

③　他者に伝えること，理解することが不十分，もしくはできない。

（３）認知障がい

　　認知障がいは，最近や昔の出来事を忘れる，錯乱する，言葉を探したり，話を理解す

　るのが困難になる，社会生活に適応できなくなるなど，生活のほとんどすべてに影響しま

　す。

　　ほとんどの認知能力の低下あるいは認知症は慢性に進行するものです。このため，認

　知能力の低下した高齢者へのケアは，治療というよりも，生活の質を向上すること，機

　能状態を維持すること，機能低下を最小限にすること，尊厳を保持すること，に焦点を

　当てることになります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認知症◎　認知機能の一部は加齢によって低下するが，それは認知症ではない。◎　認知症は歳のせいではなく，高齢者に起こる病気である。◎　認知症とは大脳の病気の症状で，認知症という病気があるわけではない。◎　認知症をきたす大脳の病気はたくさんある。認知症=痴呆≠認知機能障がい◎　いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下・明らかな健忘があることが多い・複数の認知障がい：失語，失行，失認，実行機能障がいなど→部分的ではなく幅広い障がい社会生活に支障をきたす◎　病名ではなく病態名。数多くの診断◎　脳の器質的異常による障がい◎　認知症と区別すべき病態：意識障がい・せん妄，うつ状態，精神遅滞軽度認知障がい　Mild Cognitive Impairment: MCI明らかな健忘や遂行機能障がいなどの認知機能障がい。日常生活には支障がない。正常でも認知症でもない状態。10～15％/年でアルツハイマー型認知症へ移行認知症の原因となる主な疾患・アルツハイマー病・レビー小体病・前頭側頭葉変性症　　　　　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　　　　　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・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DSM -V　NEUROCOGNITIVE DISORDER: 神経認知障がい群

|  |  |
| --- | --- |
| 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，喚語，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～全ての認知機能の基盤周囲の状況，刺激を適切に認識し，必要に応じた対応ができる　・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・様々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１　注意障がい（１）全般性・ちょっ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）～物事を計画して実行する機能：前頭葉・物事を論理的に考える，推察をする，優先順位をつける・計画をする，実行する，計画の変更をする・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）障がい・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良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～・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。記憶の分類（記憶内容）・陳述記憶：意識にのぼる記憶。言葉で表現出来る，イメージとして心に浮かべることが出来る。（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中に浮かぶ：潜在記憶であることが多い）・手続き記憶：身体でおぼえた技能。馴化（慣れ），鋭敏化。異なる脳内システムに依存記憶の分類（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。物事を考える時に使う記憶（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　学習と記憶の障がい・約束を忘れる・置き忘れ，しまい忘れ・同じ事を何度も言う・新しいことを覚えることができない４　言語の障がい（失語）・言葉が不自由になる：側頭葉，前頭葉，頭頂葉障がいの障がい・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５　知覚-運動の障がい（失認，失行）（１）失認：視覚（聴覚）認知の障がい・見えているのに，聞こえているのにわからない：頭頂葉，側頭葉の障がい・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分からない・全体を見ないで一部だけを見ている・位置関係や段差，奥行きが分からない：視空間認知の障がい・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分からない・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（行為の障がい）・麻痺はないのに出来ない：頭頂葉の障がい・支持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出来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・入浴の時に体を洗えない　家電製品やリモコンの使い方が分からない・手づかみで食事をする（箸を使えない，スプーンを使えない）６　社会的認知機能の障がい（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持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がい７　失見当識（見当識障がい）・年月日，曜日，時間が分からない・自分が何処にいるか分からない・相手が誰だか分からない・自分がどういう状況にいるのか分からない。時空の中で位置付けができない・自分の状態が分からない（例）目が覚めた時，今がいつなのか，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，現なのか，夢なのか，不安の中で生きている・「ソース・メモリ」を覚えていない・「リアリティモニタリング」ができない・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。　　・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言う情報源についての記憶・「セルフモニタリング（内省）」ができない・自分の姿をもうひとりの自分が見ること１　major neurocognitive disorder: 認知症A.１つまたはそれ以上の認知ドメインで以前の活動レベルから明らかな認知障がいを来たしている。B.認知欠損が日常生活における自立性を障がいしている。C.認知欠損はせん妄の経過でのみ現れるものではないD.認知欠損は他の精神障がい（大うつ病性障がい・統合失調症）ではより良く説明されない。２　minor neurocognitive disorder: 軽度認知障がいA.1つまたはそれ以上の認知ドメインで以前の活動レベルから中等度の認知障がいを来たしている。B.認知欠損が日常生活における自立性に対する能力を障がいしていない（努力，代償性の対策，便宜を要する）。C.認知欠損はせん妄の経過でのみ現れるものではない。D.認知欠損は他の精神障がい（大うつ病性障がい・統合失調症）ではより良く説明されない。３　derilium: せん妄A.注意（指向・集中・維持・転導）と意識の障がい。 B.障がい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。 C.認知における追加的な障がいがある（記憶欠損・失見当識・言語障がい・知覚障がい・視空間能力の障がい）。 D.基準AとCにおける障がいはもう一つの先行・確定・進行中の神経認知障がいによってはより良く説明されない。また，昏睡のような覚醒度の重度な低下といった経過で発症したものではない。 E.病歴・身体診察・臨床検査所見から，その障がいが一般身体疾患，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。４　生活障がい（基本的ADL）・歩く，食べる，着替える，入浴する，排泄する，清潔を保つ（手段的ADL）・食事の準備をする，掃除・洗濯する，電話をする，買い物をする，服薬管理をする，金銭管理をする，交通機関を利用する（社会的生活機能）・具合が悪いとき受診の予約をする・介護保険の手続きをする・生活保護を申請する・友人に会いに行く・旅行に行く・食事会をする・仕事をする，人の役に立つ・春なので，私の好きな桜の花を見に行く５　BPSD（認知症の行動・心理症状）BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA（行動症状）・焦燥，不穏状態・パニック発作・脱抑制・攻撃性（暴行，暴言）拒絶・活動障がい（徘徊，常同行動，無目的な行動，不適切な行動）・食行動の異常（異食，過食，拒食）・睡眠覚醒障がい（不眠，レム睡眠行動異常）（心理症状）・被害妄想 （物盗られ妄想，嫉妬妄想など）・幻覚 （幻視，幻聴など）・誤認妄想 （ここは自分の家でない，配偶者が偽者であるなど）・感情面の障がい （抑うつ，不安，興奮，アパシーなど）～認知障がいを伴う主な病気と症状～１　アルツハイマー病・一連の病理変化を伴う疾患・２種類の異常蛋白の蓄積　　・アミロイドβ蛋白の凝集・沈着：老人班・リン酸化タウ蛋白の凝集：神経原線維変化・神経細胞の脱落・病理所見と臨床症状との強い相関（中核症状）・認知機能障がい（思考・推理・判断・適応・問題解決）・記憶障がい・見当識障がい・判断力低下・言語の障がい（失語）・行為の障がい（失行）・知覚の障がい（失認）・計画を実行する能力の障がい・環境変化，ストレス合併症，不適切な対応（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 STAGES)における各病期の特徴：生活障がい）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) 季節にあ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) a)不適切な着衣 b)入浴に介助を要するc)トイレの水を流せなくなる, d)尿失禁 e)便失禁7. 高度のアルツハイマー型認知症 (FAST 7) a)最大限約6語に限定された言語機能の低下 b)理解しうる語彙はただ一つの単語 c)歩行能力の喪失 d)着座能力の喪失 e)笑う能力の喪失 f)昏迷および昏睡アルツハイマー病≠認知症２　レビー小体型認知症（DLB）・全認知症の約２０％・αシヌクレインという異常蛋白の蓄積：レビー小体の形成・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がある。・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，記憶障がい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・レム睡眠行動異常・向精神病薬に対する過敏性（中核症状）・睡眠障がい：レム睡眠行動異常，むずむず脚症候群，過眠・不眠・意識障がい：認知機能の変動，一過性意識障がい・感覚障がい：痛み，異常感覚，嗅覚障がい・運動障がい：パーキンソニズム，振戦，固縮，無動，姿勢反射障がい・認知機能障がい：健忘，注意障がい，視空間失認，実行機能障がい・自律神経障がい：便秘，頻尿，体温調節障がい，発汗障がい，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３　前頭側頭葉変性症（FTLD）・著明な人格変化や行動障がい，言語障がいを主徴とし，前頭葉，前部側頭葉に病変の主座とする変性疾患・複数の神経病理学的特徴　　・数種類の原因となる異常蛋白・タウ蛋白：ピック小体の成分・TDP-43，FUS： ユビキチン封入体遺伝子変異・プログラニュリン変異（TDP43の蓄積） ・MAPT変異（タウ蛋白の蓄積）など（３つの型：病変部位による。特定の神経病理所見的特徴に対応していない。）・前頭側頭型認知症：いわゆるピック病・意味性失語症：意味記憶の障がい。言葉の意味が分からない・進行性非流暢性失語症：表出言語の障がい（中核症状）・自発性の低下・感情・情動変化：多幸的，焦燥感，不機嫌，感情鈍麻，無表情・無関心（自己および周囲に対して）・病識の欠如・記銘力障がい：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我が道を行く行動，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” 治療：有効な薬物療法はない |

|  |
| --- |
| ～高次脳機能障がい～交通事故や脳卒中などで脳が損傷されると，記憶能力の障がい，集中力や考える力の障がい，行動の異常，言葉の障がいが生じることがあります。これらの障がいを『高次脳機能障がい』と言います。 　これまで，医学的，学術的な定義では，高次脳機能障がいは，脳損傷に起因する認知（記憶・注意・行動・言語・感情など）の障がい全般をさしていました。例えば，言語の障がいである「失語症」や道具が上手く使えなくなる「失行症」，知的な働きや記憶などの働きが低下する「認知症」のほか，「記憶障がい」「注意障がい」「遂行機能障がい」「社会的行動障がい」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「高次脳機能障がい支援モデル事業」では，身体の障がいがなかったり，その程度が軽いにもかかわらず，特に「記憶障がい」「注意障がい」「遂行機能障がい」「社会的行動障がい」といった認知の障がいが原因となって，日常の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解りました。この方々に対する，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，この方たちが示す認知の障がいを『高次脳機能障がい』と呼ぶ「行政的な」定義が設けられました。 http://www.f-gh.jp/koujinou/zu1.JPG□脳血管障がい（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血など） もっとも多いのは脳血管障がい（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血など）です。脳の血管　が詰まったり，出血を起こすことで，脳の機能を損なうものです。□外傷性脳損傷 次いで多いのは，外傷性脳損傷(脳外傷，頭部外傷)です。交通事故や転落事故などの際に頭に強い衝撃が加わることで，脳が傷ついたり（脳挫傷），脳の神経線維が傷ついたり（びまん性軸索損傷）するものです。□その他の原因脳炎，低酸素脳症など高次脳機能障がいの主要な症状 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，対人関係に問題があったり，生活への適応が難しくなっている場合，高次脳機能障がいが疑われます。□記憶障がい 記憶障がいとは，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。・今日の日付がわからない，自分のいる場所がわからない・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・作業中に声をかけられると，何をしていたか忘れてしまう・人の名前や作業の手順が覚えられない □注意障がい（半側空間無視をふくむ） 注意障がいとは，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，上手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・ぼんやりしていて，何かするとミスばかりする・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・言われていることに，興味を示さない・片側にあるものだけを見落とす□遂行機能障がい 遂行機能障がいとは，論理的に考え，計画し，問題を解決し，推察し，そして，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。・自分で計画を立てられない・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・仕事が決まったとおりに仕上がらない・効率よく仕事ができない・間違いを次に生かせない□社会的行動障がい 社会的行動障がいは，行動や感情を場面や状況にあわせて，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・態度や行動が子供っぽくなる・すぐ親や周囲の人に頼る・場違いな行動や発言をしてしまう・じっとしていられない 　 　その他の症状 □自己認識の低下（病識欠如） ・自分が障がいを持っていることに対する認識がうまくできない・上手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無いと言う・自分自身の障がいの存在を否定する・必要なリハビリや治療などを拒否する□失行症 ・道具が上手く使えない・日常の動作がぎこちなくなる・普段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・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上手く言葉にできなかったり，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出来ない□身体の障がいとして ・片麻痺，運動失調など  高次脳機能障がいへの対応 　高次脳機能障がいの症状は，脳の損傷した場所によって，人それぞれ異なり，重症度も様々です。また，その場の環境や対応する相手によって，現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，適切な対応を行えば，それまでうまく出来なかったことが出来るようになったり，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がいを理解する 以前と人が変わってしまった，今まではできていたことができなくなってしまった，　と様々な変化があります。まずは，その変化を理解することから対応は始まります。□目に見えない障がいを想像する 高次脳機能障がいを持つ方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」「なぜこんな風に反応するのか」と想像力を働かせることが，その人への適切な対応を探る第一歩となります。□忍耐力をもって接する 適切な対処法をくり返し実行して，その結果，毎日の生活の中で，出来る事がひとつ　ひとつ増えていきます。く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。すぐに結果を求めて，本人を追い込んでしまうことがないよう，忍耐力をもって接することが大切です。 □環境を整える 高次脳機能障がいを持つ方は周囲の様々な情報を受け取ることが苦手になるため，そ　　の方にあわせて生活空間を整えたり，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。  |

　　①　人の名前，出来事などを思い出せないといったことは，どの年齢層の人にもあっ

　　　て，特に問題はありません。しかし，認知症の初期の変化に気づくのは難しく，後

　　　になってから「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。

　　②　認知症の初めの時期，多くの家族は対象者の認知能力の変化を認めたがらなかっ

　　　たり，気がつかないことがあります。そのため，生活に支障をきたす状況になって

　　　初めて，家族は認知障がいに向き合うことになります。

　　　　この時期には，専門医の診察を受けるための紹介手続き，具体的な対応方法を示

　　　すことが重要になります。

　　③　まずは，以下を把握します。

　　　　認知障がいの程度や原因を決定することまでは，ケアマネジャーやケアスタッフ

　　　ができることではありません。

　　　ア　認知障がいがあるか。

　　　イ　それはいつ頃からなのか。

　　　ウ　日常生活のどのようなところに支障がでてきているのか。

　　④　認知障がいを把握した場合は，まず，原因を把握するために専門医の診察を受けた

　　　かを確認します。

　　　ア　認知障がいが長期（何カ月，何年）にわたり安定，あるいは徐々に進行している

　　　　場合でも，最近診察を受けたか確認する。

　　　イ　受けていなければ，悪化を防いだり，改善可能なこと（薬剤量の変更など）を

　　　　把握するため，受診を勧めます。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　障がいの確認

　認知障がいがあれば，以下を順に確認します。

　　①　せん妄ではないか確認し，せん妄の可能性が高い場合は専門医の受診を勧めます。

　　　ア　普段と比べて急激な精神状態の変化・変動，異常な行動があったか。

　　　イ　すぐ気が散るなど集中力の問題があったか。

　　　ウ　とりとめのない話をすることがあったか。

　　　エ　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

　　　　題があったか。

　　　オ　失見当識があったか。自宅以外にいると思っている，時間や曜日を間違える，

　　　　などの混乱があったか。

　　　カ　最近のことを思い出せなかったり，言われたことを覚えられない，などの記憶

　　　　障がいがあったか。

　　　キ　実際にはないものが，いたり動いていると思う，などの幻覚か錯覚，思い違い

　　　　があったか。

　　　ク　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

　　　　状態や，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ったか。

　　　ケ　昼間眠りすぎて夜間不眠症になるなどの睡眠リズムの障がいがあったか。

　　②　せん妄ではないと判断した場合，最近，認知障がい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，専門医の受診を勧め，その必要性を説

　　　明します。

　　③　認知障がいによる生活上の支障や危険性・可能性の把握し，本人や家族の負担を減

　　　らすようなケアサービスを検討して対応します。

　　　ア　認知障がいが影響しているＡＤＬなどについて把握します。表６

　　　イ　「電話をかけること」など，もっと上手く行いたいと思っている活動を特定し，

　　　　その方法を検討します。（短縮ダイヤルにする，よくかける電話番号を大きな字で

　　　　書いて電話機のそばに貼っておくなど。）

　　　ウ　利用者の動作・活動をできるだけ改善することと，介護者の身体的・精神的負

　　　　担を軽くする方法を検討し対応します。

表６　ＡＤＬ能力の確認

|  |
| --- |
| ＡＤＬ能力を正しく評価するため，以下のことを確認します。 |
| １：動作を行うときに順番を間違うことはあるか。　　食事の場合「食べ物を箸でつまみ，口元にもっていき，食べる」，更衣の場合「下　　着を上着の前に着る」など。　※皿と箸を本人の前に置いたり，着るものを順番に並べるなどの準備をすることで，　　身体的な援助はなくても自分で行えるか。 |
| ２：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。 |
| ３：単純な指示でできるか。　　介護者が「お茶を飲んでください。」というと飲むだろうか。 |
| ４：動作を始めることができるか。　　いつも使っているもの（箸や歯ブラシなど）を手渡されれば，適切に使い始めるこ　　とができるだろうか（箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど）。　※始められない場合，ＯＴ・ＰＴなどの専門家の評価を受ける必要があるか。 |
| ５：動作を１度始めれば，続けることができるか。　　たとえば，１度食べ始めると食べ続ける。 |
| ６：介護者の身振りを真似ることができるか。　　利用者と向き合い，眼を合わせて，単純でなれた動作（そでに腕を通す，口に触れ　　るなど）をすると，真似ることができるだろうか。 |
| ７：身体的な援助を１度すると，動作を続けることができるか。　　介護者がフォークに食べ物をさし，手に持たせ，腕を誘導して口元に持っていけば，　　食べ続けることができるか。 |

　できることを判断します

　　　利用者と家族に，できないことばかり尋ねるのではなく，本人が自分でできること

　　は何か，あるいは参加できることは何かを尋ねる。軽度の短期記憶の障がいのような物

　　忘れは，安心できたり，それを補う工夫をすることによって対応できる。（たとえば，

　　メモをする，カレンダーを使う，鍵の置き場所を一定にする，など。）

　以下を確認し，援助の必要性を把握します

　　①　ＡＤＬやＩＡＤＬはどのように自立しているか。

　　　　利用者にとってＡＤＬ，特に食事と排泄の自立度を維持することは非常に重要な

　　　ことです。食事も排泄も，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。

　　②　認知障がいのために怪我をする危険性が大きいか，あるいは徘徊や他者への暴力，

　　　火事など問題となる行動が現われているか。

　　　　そうであれば，適切な安全対策をとるほか，介護者に対するそれらの危険性につ

　　　いての情報提供，環境評価をする機関への照会，身体や家事援助サービスの導入，

　　　行動への対応（セキュリティー，見守り，指示，誘導，言葉がけの方法など）を行

　　　ないます。

　必要な援助をします

　　①　家族が認知障がいのある利用者の「世話を焼きすぎる」ことはよくみられることで

　　　すが，それは依存性を増大させ，自尊心も失わせることにつながる可能性がありま

　　　す。

　　　　認知症はゆっくりと進行するため，たとえば，それまでできていたスーパーでの

　　　買い物の支払いが，ある日できなくなるといった事態が起こります。

　　②　失行などにより，一部，行動を代行，援助，介助をする必要があるかもしれませ

　　　んが，高齢者にできる限り長い間，できるだけ多くの動作・活動・参加をしてもら

　　　うことが目標です。

　　③　行動を制限するのは本人の安全性に関わる場合であり，ガス台やストーブの火に

　　　よる火傷，徘徊の末に行方不明になる危険性があるときなどです。

　感情面へ対応します

　　①　軽度や中等度の認知症の高齢者は，自分自身認知能力の低下に対して怒ったり，

　　　落ち込んだり，不安になることがあります。

　　　「アルツハイマー病患者が自分の能力が衰えていくのに気づかない」という昔に言

　　　われていたことは間違っています。

　　②　ケアの目的は，利用者のできる活動をできるだけ把握して維持し，精神的負担，

　　　ストレスを少なくすることです。

　　③　認知症の１０～２５％はうつ状態にあり，認知の症状より早く現れる場合があり

　　　ます。

　　　　認知症のほとんどすべての高齢者に，ある時期行動の問題がみられます。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。この

　　　ため，認知障がいによる記憶障がいなどの症状，行動障がいにともなう感情的な面について，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。

　家族支援を行ないます

　　①　情報提供

　　　ア　まず，本人と家族とともに利用者の行動や能力，家族の役割について現実的な

　　　　評価をして対応します。

　　　イ　利用者の認知障がいが重症の場合，家族は極端な選択しか残されていないと感

　　　　じることがあります（たとえば，日中行動を制限したり，介護施設に入所させる，

　　　　車の鍵を隠してしまう）。

　　　　　必要なことは，家族に対し，利用者の症状の経過や予後，認知症であればどの

　　　　段階にあるか，などの情報を提供することです。

　　　ウ　アルツハイマー病や血管性認知症などの進行性の認知症の場合，家族は以下の

　　　　情報を必要としています。

　　　　a　今後予想されること

　　　　b　残された記憶や判断力に対して，どのような援助をすればよいか

　　　　c　症状に関すること

　　　　d　さまざまな周辺症状に対する治療やケアの可能性

　　　　e　多発性脳梗塞性認知症の場合家族は，更なる悪化を防ぐための方法（たとえ

　　　　　ば，血圧のコントロール，運動，ストレス解消など）。

　　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。このため介護者は自分の健

　　　康管理をしっかりしなければ，自分達も体調を崩す可能性があることを伝えます。

　　③　介護者のストレスを最小限にする

　　　　認知障がいの高齢者を介護することは，大きなストレスになりやすいため，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

　　　期の外部サービス利用や関係する本を紹介したりするのも一つの方法です。

５　コミュニケーション

５－１　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がい・問題を明らかにして，専門的な検査や対処をおこないま

　す。

（２）課題把握のポイント

　　①　聴覚に障がいがある。

　　②　伝達能力に問題がある。

　　③　理解力に問題がある。

（３）コミュニケーション

　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，意思，感情，思考を受け取り理解し，伝

　　える能力です。それには，話す，聞く，読む，書く，身振りなどの能力が含まれます。

　　①　効果的コミュニケーション

　　　　効果的に伝達し合うことができるかどうかは，能力とは別に，身振りや指さし，

　　　抑揚をつけた口調，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取りたい相手がいるか，意味のある活動をしているか，コ

　　　ミュニケーションを取ろうとしてくれている人がいるかが重要です。

　　③　老人性難聴

　　　　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問題

　　　　コミュニケーション機会の不足，加齢や認知症等の疾患，視覚障がい，うつ，その

　　　他の健康上・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。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　　利用者と家族・介護者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，言語聴覚士による正式な聴力評価をして対応します。

　　②　視覚や聴覚の補助具を使用している場合（眼鏡，視覚補助具，補聴器，聴覚補助

　　　具）

　　　ア　常に簡単に利用できるか確認します。

　　　イ　きちん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。

　　④　伝達能力に問題がある場合

　　　　言語聴覚士による評価を受けて対応します。

　　　ア　構音(語)障がい（言葉を明確に出せない）

　　　イ　失語症（話し言葉や文字を理解できない，言葉を探す，文中に言葉を当てはめ

　　　　られない）

　　　　ａ　軽度の場合，理解力と発語の困難をきたし，重度の場合は，話すこと，聴く

　　　　　こと，読むこと，書くことに著しい支障をきたします。

　　　ウ　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）

　　　　ａ　手探りで躊躇したように聞こえる発声音となります。

　　　エ　認知症

　　　　　多くの認知症の人はコミュニケーション障がいを伴います。

　　　　ａ　初期段階：特定の語嚢が思いつかない，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。

　　　　ｂ　進行段階：言葉を見つけること，理解すること，読み書き，会話ができなく

　　　　　なる。

　　　　ｃ　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の機会に問題がある場合

　　　　コミュニケーションの能力があっても，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。

　　　ア　コミュニケーションする場があるか。人が身近にいるか。

　　　イ　照明が暗い，騒音がある，プライベートな会話のできる場所がない，など環境

　　　　の問題はないか。

　　　ウ　会話のなかに入り込めないような社会的な環境の問題はないか。

　　　エ　言葉による虐待，ひやかしを受けていないか，あるいは話すことを押さえられ

　　　　ていないか。

　コミュニケーションの方法

　　①　話し方

　　　ア　叫んだり大声では話さない，はっきりとした声と言葉で話す。

　　　イ　大人としての語彙，語調で会話をする。

　　　ウ　わかりやすい言葉を用い，専門用語は避ける。

　　②　話の進め方

　　　ア　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。

　　　イ　繰り返し言葉や先回りをして代わって応答しないようにする。

　　　ウ　ゆっくりと話し，理解したか確認するために区切りを頻回に入れる。

　　　エ　新しい話題に入るときは明確に示す。急に話題を変えないようにする。

　　　オ　同じことを何度か言うか，言い方を変える。

　　　カ　頻回の息つ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。

　　　キ　単語を思い出せなくても，話題について話し続けるように励ます。

　　　ク　話が意味をなさないならば，はい／いいえ，あるいは非言語的なことで応答で

　　　　きる質問をする。

　　　ケ　言葉が見つからなかったり，わかりやすい言葉が出なくて困るよりは，しばら

　　　　く話題を離れて，あとで話すようにする。

　　　コ　家族やその他の介護者が利用者に代わって返事をすることは，利用者とのコミ

　　　　ュニケーションを妨げることになるので，必要以外はしない。

　　③　話が理解しやすいように

　　　ア　はっきりとした身振りや指さし，あるいはやって見せることで話を補う。

　　　イ　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。

　　　ウ　身振り，指さし，書く，措く，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ように勧める。

　　④　会話する環境を整える

　　　ア　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の話

　　　　しを絶対にしない。

　　　イ　介護者は自分の顔を利用者に十分に見えるようにして話す。

　　　ウ　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かどうかを

　　　　確かめる。

　　　エ　利用者が聴くのに邪魔になる雑音を低くしたり，消すようにする。

　　⑤　その他の留意点

　　　ア　コミュニケーションする機会を増やすようにする。

　　　イ　コミュニケーションに問題があるということで利用者を責めない。

　　　ウ　あいさつ，丁寧な言葉，ちょっとした話のような，社会的なコミュニケーショ

　　　　ンや習慣的な会話をするようにする。

５－２　視覚

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　最近視力が低下した利用者，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

　　①　視力低下

　　②　視野障がい等があった

（３）視覚

加齢に伴い，多くの高齢者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ります。また，瞳孔が小さくなり，目に光が入りにくくなり，視力低下と明暗への反応が悪くなり日常生活に支障をきたします。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　視力低下の把握

　　①　検査

　　②　日常生活への影響

　　　・視力を要する活動（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）

・慣れた場所でもうまく動いたり，座ったりできない

　ケアの方向

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。

　・数字部分が大きい，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オートダイヤルにする

・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にする

・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　自立度が高まる用具を使用する（音声の出る時計，自己点眼器，錠剤ケース等）

６　社会との関わり

６－１　社会との関わり

（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，楽しめる活動を続けたり，新たに見つけ出

　　　すように支援します。

　　②　社会的機能の低下を最小限に抑え，社会的活動制限の原因となる問題を見つけ，

　　　可能であれば改善し，出来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

　　①　社会との関わり，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，そうしたそぶりをする。

（３）社会的機能

　　　他者とどう付き合い，他者が本人にどう反応し，社会制度や社会習慣とどう対応す

　　るかです。社会的機能は，職業や家事のような通常の日課活動と，社会・文化・宗教

　　活動，夫婦・親子関係に関連した機能に分かれます。

　社会との関わり

　　　社会的関係や社会的機能が少しでも変化すると，自尊心や生活の質（ＱＯＬ）が低

　　下することがあります。

　　　このため，特に生活が大きく変化している利用者にとって，地域で自立して生活し

　　ていくためにはどのような資源や支援が必要かを把握することが重要になります。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　　社会との関わりの低下が最近始まったか，低下によって悩んでいる利用者を対象と

　　します。昔からの問題は，その利用者の生活の積み重ねであるため，変えることは容

　　易ではありません。

　社会との関わりの状況把握

　　　代わりの方法や，新しい役割や活動の機会を作るために把握します。

　　①　孤独感や人と気軽に関わらないことが，長年の生活習慣かどうか。

　　②　社会的役割や社会との関わりがある場合，それらが変化したかどうか。

　　③　変化の原因は何か。

　　　　身体機能や認知機能の問題，視覚や聴覚の問題，気分の変化，精神的な問題，社会

　　　的な環境の変化など。

　　④　利用者が以前にもっていた役割，意欲等は何か。

　　　　回復したり，代償できる人間関係や役割，活動を構築可能性を探ります。

　ケアの方向

　　　①　能力や可能性のある活動を勧めます。

　　　　ア　能力や可能性の確認

　　　　　　利用者本人の能力，意欲，家族などの協力を把握して対応します。

　　　　イ　活動の検討

　　　　　ａ　対人関係

 ｂ　率先して行う意欲

 ｃ　精神的な活動

 ｄ　過去の役割

 ｅ　心配事

　　　　ウ　ポイント

　　　　　ａ　方法は簡単な方が良い

 ｂ　本人の関心や能力のある分野から始める

 ｃ　話す，関わる機会を増やす

 ｄ　外出する等，環境を変える

６－２　うつと不安

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　不安やうつ状態にある利用者を把握し，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。

（２）課題把握のポイント

　　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して恐れる

　　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，心配した表情がある

　　⑦　何回も泣いたり涙もろい

（３）うつと不安

　「うつ」は一過性から急性，慢性までの，軽度の判断力の低下から自殺企図まで，広く捉えた用語です。感情や身体，認知的な症状が現れる可能性があります。

　　①　病気や機能低下がある高齢者はうつになりやすい。

　　②　うつと不安は同時に現れることが多い。

　　③　高齢者のうつと不安を把握することは難しい。

　　　ア　高齢者は，うつや不安を否定しがち

　　　イ　高齢者は，うつや不安を身体的な問題と間違ってとらえがち

　　　ウ　高齢者は，薬によってうつや不安の症状がでる場合がある

　　　エ　認知症は，うつや不安の対応を複雑にする

|  |
| --- |
| 　～うつ病の主症状～　　①　抑うつ（精神的な苦痛）　　　・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　　②　精神運動抑制（精神運動制止）　　　・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　　③　思考と認知のゆがみ　　　・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こむ　　　・悪いことの責任はすべて自分にあると思いこむ　　　・悪い病気にかかっていると思いこむ　　④　身体症状　　　・朝早く目がさめる，途中で目がさめる，寝つけない，眠りが浅いなどの「睡眠　　　　障がい」　　　・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　　　・めまい，立ちくらみ，耳鳴り　　　・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　　　・手足がしびれる，力が入らない　　　・吐き気，腹痛，便秘　　　・全く動けず，意識も希薄となる　～大うつ病～　　　以下の症状が１週間以上続いていて，どうにも治まりそうもないと感じる時は，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　～不安～　不安は，生活機能の支障となるような心配があったり，不安定な状態です。　以下の症状に苦しんでいる場合には，まずは，時間を作り，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，または過敏　　②　疲れやすい　　③　集中できない，心が空白になる　　④　易刺激性　　⑤　筋肉の緊張　　⑥　睡眠障がい |

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　うつと不安の原因把握

　　①　身体，社会的状況を把握します

　　　ア　健康問題

　　　イ　家族問題

　　　ウ　経済問題

　　　エ　虐待問題

　　　オ　喪失体験

　　　カ　転居　など

　　②　病気や機能低下を把握します

　　　ア　症状の重さ

　　　イ　症状の持続時間

　　　ウ　症状の進行

　　　エ　自殺の兆候（例えたわいないように聞こえても･･･）

　　　　・死んだほうがまし，自殺の方法，自殺の試み

　　　オ　精神病的症状

　　　カ　身体的症状がないのに寝たきりになったり，他人との会話を避ける等の生活上

　　　　の変化

　　　キ　アルコールの乱用

　　　ク　食欲低下，食事や水分量の減少

　　　ケ　体重減少

　　　コ　症状に気づいて対応しているか

　対応

　　①　症状認識と対応の確認

　　　ア　治療の効果を確認します。

　　　イ　本人や家族，介護関係者は治療方針に沿った対応できているか確認します。

　　　ウ　対応がうまく出来ていない場合の教育，研修の必要性を確認します。

　　②　医療的対応

　　　ア　専門医の受診

　　　イ　薬剤の効果の確認と受診

　　③　具体的な社会環境，対応の調整

　　　ア　他職種が連携し，訪問回数を増やすなど

　　　イ　うつと不安原因（身体，精神，経済問題等）解決のための対応

　　④　介護者の支援

　　　ア　関り方など，家族の疑問に答えます。

　　　イ　うつの高齢者への対応は大変で，介護者のストレスもたまりやすい。

　　　ウ　家族全体への対応が必要な場合もあります。

７　排尿・排便

７－１　尿失禁・留置カテーテル

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　回復可能な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

　　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

（３）尿失禁

　　適切な方法での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，浸軟，褥瘡，転倒や社会的孤立などに影響があります。また，失

　禁は介護負担を重くするため，在宅生活を続けることが難しくなる場合があります。

　　一般の常識とは逆に，多くの高齢者の尿失禁は治せるものであり，大幅な改善が可能な

　場合があります。その方法は，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。

　排尿能力

　　①　尿路系の要因

　　　　尿を蓄えたり放出する膀胱，適切に開閉できる尿道に問題がある場合。

　　②　身体，認知，意欲の要因

　　　　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，適切な場所で排尿する必要性を認識すること，そのようにしようとすること

　　　に問題がある場合。

　　③　神経の要因

　　　　脊髄や末梢神経に問題がある場合。

～尿失禁の種類～

|  |  |
| --- | --- |
| 腹圧性尿失禁 | 　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，重いものを持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。　特に女性の患者が多く，女性の4割を超える2,000万人以上が悩まされていると言われています。 |
| 切迫性尿失禁 | 　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我慢できず，尿が漏れてしまいます。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。 |
| 溢流性尿失禁 | 　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，尿が外に溢れ出てしまうのです。この溢流性尿失禁では，尿が出にくくなる排尿障がいが必ず前提にあります。排尿障がいとは，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。　排尿障がい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。 |
| 機能性尿失禁 | 　排尿機能は正常にもかかわらず，身体運動障がいの低下や認知症が原因でおこる尿失禁です。　身体運動障がい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，といったケースが多いです。 |

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　改善可能な失禁原因の把握

　　　失禁が改善することは，機能状態や生活の質（ＱＯＬ）の向上にもつながります。

　　①　せん妄状態

　　②　尿路感染症

　　③　萎縮性尿道炎もしくは膣炎

　　④　薬物

　　⑤　心理面（うつ）

　　⑥　頻尿・多尿

　　⑦　活動の制限

　　⑧　便秘

　留置カテーテルの適応症

　　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

　　④　処置不能の尿道閉塞

　　⑤　過去にカテーテル抜去後も排尿できなかった既往

７－２　排便の管理

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し，関心を高めます。

（２）課題把握のポイント

　　①　便失禁がある

　　②　下痢

　　③　便秘（３日間排便が無い）

（３）排便管理

成人の９割は，多くて１日に３回， 少なくても週に３回排便があります。これ以外でも異常とは言えませんが，在宅の高齢者に便秘は多く，洋風化された食生活では加工品が多くなり食物繊維が少なく便秘を起こしやすい環境にあります。

また，下剤への過剰な依存もあり，便通が活発になったり消失するのには多くの原因が

ありますが，便秘は逆説的に下痢をもたらすことがあります。

　　①　便失禁

　　　　便の失禁。便秘に伴う場合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か，もしくは便通時の４回に１回は力む状態で

　　　す。便は硬く，また畳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，摘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，便秘や下痢がひどくなったり，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

　便失禁の状況

①　便はゆるいか，形があるか

②　ゆるいなら，過去に便秘の既往があるか

③　失禁が継続している期間

④　下剤の使用頻度およびその使用期間

　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

　便秘の予防

　　①　毎日の水分，食物繊維を十分にとる

　　②　身体を動かす

　　③　長期の下剤服用が便秘の原因なら，専門医の治療が必要

８　褥瘡・皮膚の問題

８－１　褥瘡

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　皮膚損傷の危険のある利用者を把握し，その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

　　①　寝返りに介助が必要である

　　②　便失禁がある

　　③　褥瘡がある

　　④　褥瘡の既往がある

（３）褥瘡

　　褥瘡は，短期間の強い圧迫や長期間にわたる弱い圧迫がかか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および壊死です。

　　在宅ケアにおいて，褥瘡の予防は重要な課題です。いったん褥瘡が現われると大変な

　苦痛を伴い，治るのに長期間にわたる大きな努力を要し，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。

～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，浅いくぼみとして表われる状態。 |
| 第３度 | 皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ．深いくぼみとして表われ，隣接組織まで及んでいることもあれば，及んでいない状態。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。 |

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　原因を把握して，予防し，対応します

　　①　動けない

　　　　身体の位置を変えたり，調整する能力が低下したり出来なくなっている。

　　②　活動低下

　　　　身体的な活動が減少している。

　　③　失禁

　　　　尿あるいは便の失禁

　　④　精神状態の変化

　　　　圧迫の不快感に気づいても，それを避ける対応ができない。

　　⑤　栄養不良

　　　　栄養摂取量の不足。

　　⑥　圧迫

　　　　圧迫は組織の虚血および壊死を引き起こす最も重大な外的要因である。

　　⑦　摩擦

　　　　皮膚がすれると表皮細胞を失う。これは，ベッドでずり落ちたり，シーツの上を

　　　そのまま引きずられた場合に起きる。

　　⑧　ずらす力

　　　　２つの皮膚層がずれ，逆の方向にひっぱられるときに起こる。深い組織の損傷を

　　　もたらし，摩擦と同じ状況で起こる。

　　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る。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。

　　⑩　その他

　　　　末梢血管障がい，浮腫，糖尿病，感覚障がい，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する薬剤），身体の抑制，貧血，低体重，

喫煙など。

８－２　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ったり，問題が発生する危険性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

　　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

　　③　うおのめ，たこ，感染症，水虫，変形（足の問題）

（３）皮膚と足の問題

　　多くの高齢者は，皮膚の問題を加齢のためと考え，あまり注意を払わない。足の問題も高齢者多く，移動に影響し，生活の質を低下させる。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　①　皮膚の問題へ対応します。

　　　　皮膚の機能である①外部環境からの防御，②体温調節，③感覚（痛みや快感）の

　　　機能に影響している問題。

　　②　足の問題へ対応します。

　　　　足の力やバランスを崩したり，足に痛みを引き起こすあらゆる問題やけが。

　　　・医療的対応（整形外科，皮膚科）

　　　・靴の工夫

　　　・爪切り

９　口腔衛生

９　口腔衛生

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　痛みがあったり，食事摂取や発声の障がい，栄養不良，自尊心や食事の楽しみを阻害す

　る口腔問題を把握して対応します。

（２）課題把握のポイント

　　①　咀嚼に支障がある。

　　②　嚥下に支障がある。

　　③　食事中に口の中が「かわいている」と感じる。

　　④　歯みがきや入れ歯みがきに問題がある。

（３）口腔衛生

　　口腔には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ことです。また，外見，対人関係にも影響するため，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。

　　全身疾患が，口腔の症状として現われることもあるため，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。このため口腔の不快感や障がいの訴えがあれば，全身の

　総合的な検査を要する場合があります。

　口腔問題の原因

　　①　歯科受診が困難である

　　②　経済的に余裕がない

　　③　視力が低下している

　　④　手先が不器用

　　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　口腔疾患がある

　　　ア　歯周病

　　　イ　虫歯

　　　ウ　口腔（粘膜）疾患

　　　エ　口腔の乾燥

　　　オ　嗅覚・味覚の異常

　　　カ　咀嚼・嚥下困難

　　　キ　顔面痛

　生活上の影響

　　①　食事摂取が困難になる

　　②　栄養状態が悪化する

　　③　コミュニケーションや対人関係が上手くできない

　　④　防御機能が喪失する

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　問題状況の把握

　　　口腔問題は歯科医師による治療が必要である。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する。

　　①　困難の内容（岨しゃくの問題，噛みきる問題，囁下の問題など）

　　②　問題の範囲（顔面全部，一側だけ，口腔全部，上顎のみ，下顎のみ，１歯のみか，

　　　など）

　　③　問題の原因（歯が折れている，歯がゆるい，入れ歯がゆるい，痛い，口腔粘膜の

　　　損傷，歯肉出血など）

　　④　問題の発症および期間（無意識，食事中のみ，岨しゃくしている時のみ，夜間の

　　　みなど）

　　⑤　問題の影響（ちょっとした不便，著しい障がい，食事や喋下，あるいはしゃべれな

　　　いなど）

　咀嚼・嚥下の問題

　　①　問題

　　　　食事や水分摂取を阻害し，著しい栄養障がいをもたらし，食物や水分を肺に吸い込

　　　む危険性がある。

　　②　対応

　　　　口腔の問題の原因が歯科医や医師，言語聴覚士によって解決するまで，栄養状態

　　　を維持します。

　味覚・嗅覚の問題

　　①　問題

　　　　高齢者は，口腔衛生が悪いため，味覚および嗅覚の問題や，それに伴い食べるこ

　　　とへの関心が減少することを訴えることが多い。

　　②　対応

　　　　食後や就寝前の歯みがきが効果的です。

　口腔の乾燥

　　①　問題

　　　　口腔の乾燥は，多くの薬剤や疾患，頭頸部の放射線療法，脱水などさまざまな原

　　　因があります。

　　②　対応

　　　　歯磨き，うがい，水分摂取，唾液の代わりになるもので対応します。

　歯や入れ歯みがきの困難

　　①　対応

　　　　持ちやすい大きな柄の歯ブラシや電動の歯ブラシ，拡大鏡の使用や洗面所の照明

　　　を明るくするなど

１０　食事摂取

１０　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危険性がある高齢者を把握して対応します。

（２）課題把握のポイント

　　①　体重が極端に減少した

　　②　食事や水分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

（３）栄養・食事摂取

　　良好な栄養状態は，在宅で暮らす高齢者にとって重要なことです。栄養状態に問題が

　あると，さまざまな疾患や身体的，精神的，社会的機能低下の原因にも結果にもなりま

　す。

　栄養問題

　　①　カロリーの摂取不足

　　②　蛋白質の摂取不足

　　③　１つ以上の栄養素の摂取不足

　　④　カロリーの過剰摂取

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　原因を把握して，原因を取り除く等の対応します。

　把握の方法

　　①　体重の変化と体重

　　　ア　半年間に体重が増加したり，減少したりしたか。

　　　イ　利用者は太っているのか，やせているのか（図参照）

　　　　ａ.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ある。

　　　　ｂ.ＢＭＩの値が３１以上は，体重過剰である。肥満はさまざまな病気の原因とな

る。

図　ＢＭｌの計算



②　食事内容

　　　ア　食事内容の確認

　　　イ　食事回数

　　　ウ　食事量

　　③　その他

　　　ア　病気

　　　イ　薬

　　　ウ　機能低下

　　　エ　うつ

　　　オ　環境

１１　問題行動（行動障がい）

１１　行動障がい

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　行動障がい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，行動障がいは改善されたとしても，行動を制限してしまっている可能性のあるケ

　アを受けている利用者を把握して対応します。

（２）課題把握のポイント

　　①　迷うことがある。

　　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　行動障がいが改善した。

（３）行動障がい

　　行動障がいは，本人，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。行動障がいのある利用者との関わりは難しいため，過剰な抑制や向精神薬が使われることがあります。

　　行動障がいの原因はすべて認知障がいとは限りません。その他の病気や障がい，心理的なこと，ケアスタッフの対応，環境や生活習慣など様々です。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　行動障がいを，重度のものと比較的容易に対処できるものとに区別することから始めます。次に，行動障がいが起こる原因とその解決策に進みます。

　重症度を把握します

　　何らかの行動障がいがあり，新たなケアや変更を検討する必要性のある利用者を特定

　しますが，行動障がい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。

　　行動障がいの中には本人や周囲にとって，危険にも悩みの種にもならないものもあり

　ます。たとえば，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（たとえば，周りが

　認める，受け入れられるなど）。このため，利用者の行動障がいが「問題」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。

　　①　行動障がいを観察します。

　　　ア　一定期間，行動障がいの重症度と持続する時間，その頻度と変化を把握します。

　　　イ　行動障がいに規則性があったかを把握します。（１日のうちの時間帯，周囲の環

境本人と周囲がしていたことに関連など）

　行動障がいの規則性を明らかにします

　　行動障がいの規則性を把握することは，行動障がいの原因を解明する手がかりになります。

　　長期的に観察することで，利用者の行動障がいが理解できる場合があります。

　　規則性を把握して，問題の原因に取り組むことで行動障がいが軽減したり，消失する可

　能性があります。

　　　ウ　行動障がいはいつごろからどのように現れてきたかを把握します。

　　　エ　最近変わったことはなかったか把握します。

　行動障がいの影響を把握します

　　　オ　行動障がいは利用者本人にとって危険なものか，どのように危険なのかを把握

　　　　します。

　　　カ　周囲にとって危険なものか，どのように危険なのか把握します。

　　　キ　1日の中での心身の状態が変わることに行動障がいは関係していないか，どのよ

　　　　うに関係しているかを把握します。

　　　ク　ケアへの抵抗は行動障がいによって現れているのかを把握します。

　　　ケ　対人関係の問題や適応の問題は，行動障がいが原因なのかを把握します。

　潜在的な原因を確認します

　　行動障がいは，急性病気，精神病的な状態と関連することが多い。

　　向精神薬と身体抑制，環境ストレス（たとえば，騒音，慣れ親しんだ日常生活の変化

　など）のような反応が原因となっている

　　行動障がいの原因を探っているうちに，回復可能な対応が見つかり，行動障がいが落ち

　着く場合もあります。

　認知障がいとの関係を把握します

　　認知症の場合の行動障がいは治療やケアをしても継続する場合があります。この場合

　の行動障がいは悩みの種になりますが，多くは対応が可能です。

　気分の問題との関係を把握します

　　気分や対人関係の問題は，行動障がいの原因になる場合がありますが，原因となる問題

　が解決されれば，行動障がいが落ち着く場合もあります。

　　　コ　行動障がいの原因となる，不安障がいと攻撃性，うつや孤立と怒るなど，気分の

　　　　問題はないか把握します。

　行動障がいに影響する対人関係を把握します

　　　サ　対人関係，誰かがいることによって，あるいはいないことによって問題行動が

　　　　起きていることはないか把握します。

　　　シ　他者の考えや行動に対しての妄想があり，怒る等の行為につながっていないか

把握します。

　　　ス　最近の身近な人の死亡等が行動障がいを引き起こしていないか把握します。

　環境の問題を把握します

　　周囲の環境は利用者の行動に深く影響することが多いため，慎重に検討します。

　　　セ　家族は高齢者の慣れ親しんだ日課を尊重しているか確認します。

　　　ソ　騒音や混雑，あるいは部屋の暗さは行動に影響していないか確認します。

～ 参考 ～

　統合失調症

（妄想型）

　連合障がいや自閉などの基礎症状が目立たず妄想・幻覚が症状の中心である。統合失調症はかつて早発性痴呆症と呼ばれていたように早発性（思春期から青年期）に発症することが多いが，当該亜型は30代以降の比較的遅い発症が特徴的であるとされる。また，薬物療法に比較的感応的とされる。

（破瓜型）

　破瓜とは16歳のことで，思春期・青年期に好発とされる。連合弛緩等の連合障がいが主要な症状で，解体した思考や行動（disorganized thinking and behavior：混乱した思考や挙動）が目立つ。幻覚妄想はあっても体系的ではない。感情の表出，自発的行動が徐々に失われ人格荒廃に至るケースもあるとされる。

（緊張病型）

　筋肉の硬直症状が特異的で興奮・昏迷などの症状を呈する。陽性時には不自然な姿勢で静止したまま不動となったり，また逆に無目的の動作を繰り返したりする。近年では比較的その発症数は減少したと言われる場合がある。

（鑑別不能型）

　一般的な基準を満たしているものの，妄想型，破瓜型，緊張型どの亜型にも当てはまらないか，二つ以上の亜型の特徴を示す状態

～症状～

・陽性症状
　統合失調症によって表れる陽性症状は，この病気特有の症状です。そして，この陽性症状を簡単に考えれば「本来，心の中にないものが存在する」となります。

　もともと心の中にはないものが，聞こえたり見えたりすることによって，幻聴や被害妄想などが表れます。脳内の神経伝達物質に異常が起こっているため，正常な人にはないものが存在するようになります。

これら陽性症状は統合失調症を発症して間もない頃や再発時に多く見られます。

|  |  |
| --- | --- |
| 陽性症状 | 特徴 |
| 幻覚 | ・誰かが自分の悪口を言っている・奇妙なものが見える（幻視），体に変な感覚がある（体感幻視） |
| 妄想 | ・非現実的なことで悩む・誰かに見張られている，自分は偉大な人物である |
| 他人に支配されやすい | ・自分と他人との境界線が曖昧になってしまう・自分の行動や考えは他人によって支配されている |
| 考えがまとまらない | ・話の内容が次々に変わる・考えがまとまらず，相手は何を言っているのか理解できない |
| 異常な行動 | ・極度に緊張することで，衝動的な行動を起こす・その逆に外からの刺激に全く反応しなくなる |

・陰性症状
　陽性症状に対して，陰性症状では「本来，心の中にあるはずのものが存在しない」と考

えることができます。

　正常な人では感情や意欲がありますが，統合失調症による陰性症状ではこれらもともと備わっているものがない状態となります。そのため，社会的引きこもりや無関心などの症状が表れてしまいます。

　なお，これら陰性症状は統合失調症を発症してから少し経過した後（急性期の後）に多く見られます。統合失調症によって長期的に表れる症状として，この陰性症状があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 陰性症状 | 特徴 |
| 感情の減退 | ・喜怒哀楽が乏しくなる・意欲や気力，集中力が低くなって興味や関心を示さなくなる |
| 思考能力の低下 | ・言葉の数が極端に少なくなる・思考力の低下によって，会話の内容が薄くなる |
| コミュニケーションへの支障 | ・他人との係わり合いを避ける・ぼ～っと過ごす日々が続く |

・認知障がい
　脳で判断する認知機能としては記憶や注意，思考，判断などがあります。統合失調症は脳の神経伝達物質に異常が起こることで陽性症状や陰性症状を発症しているため，これら認知機能に対しても機能障がいが起こっています。

　認知機能が障がいされているために，注意力が散漫になってしまったり作業能力が低くなったりします。

|  |  |
| --- | --- |
| 認知障がい | 特徴 |
| 選択的注意の低下 | ・わずかな刺激や情報に対しても反応してしまう・相手の話よりも周りの雑音や動きに反応してしまう |
| 過去の記憶や類似点との比較が難しい | ・間違った情報を結びつけてしまう・似た名前を並べることができない |

～統合失調症の診断基準～

Ａ　以下のうち２つ（またはそれ以上），おのおのは1ヶ月の期間ほとんどいつも存在。

　　①妄想　②幻覚　③まとまりのない会話　④ひどくまとまりのないまたは緊張病性の

　行動　⑤陰性症状（感情の平板化，思考の貧困，意欲の欠如）

Ｂ　障がいの始まり以降の期間の大部分で，仕事，対人関係，自己管理などの面で１つ以上

　の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している。

Ｃ　障がいの持続的な徴候が少なくとも６ヶ月間存在する。

Ｄ　うつ病または躁病の合併がない。

Ｅ　物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。

Ｆ　自閉性障がいや他の広汎性発達障がいの既往歴があれば，統合失調症の追加診断は，顕

　著な幻覚や妄想が少なくとも１ヶ月存在する場合にのみ与えられる。

　双極性障がい

　双極性障がいは，精神疾患の中でも気分障がいと分類されている疾患のひとつです。うつ状態だけが起こる病気を「うつ病」といいますが，このうつ病とほとんど同じうつ状態に加え，うつ状態とは対極の躁状態も現れ，これらをくりかえす，慢性の病気です。

Ａ　発症は急激で４～１０日位で多弁，多動になり，睡眠時間も短縮し，遅くまで働き，

　朝早く目覚めて動き回る。

Ｂ　気分は爽快で自信にあふれ，つぎからつぎへと考えが浮かんでくる（観念奔逸）。しか

　し，着想は単なる思いつき的なことが多く，しかも途中でまた新しいことに手を出すため

　中途半端で終わってしまう。

Ｃ　高価なものをたくさん買いこんで家計に破綻をきたすこともある。

Ｄ　人によっては不機嫌で興奮しやすく，刺激的で怒りっぽく乱暴をすることもある。

Ｅ　妄想が出現することもあるが内容は誇大的で超能力者，大学者，発明家であったり

　うつ病

　「憂うつである」「気分が落ち込んでいる」などと表現される症状を抑うつ気分といいます。抑うつ状態とは抑うつ気分が強い状態です。うつ状態という用語のほうが日常生活でよく用いられますが，精神医学では抑うつ状態という用語を用いることが多いようです。このようなうつ状態がある程度以上，重症である時，うつ病と呼んでいます。

～うつ病の分類～

　うつ病の分類方法の代表的なものを示します。原因からみて外因性あるいは身体因性，内因性，心因性あるいは性格環境因性と分ける場合があります。

　身体因性うつ病とは，アルツハイマー型認知症のような脳の病気，甲状腺機能低下症のような体の病気，副腎皮質ステロイドなどの薬剤がうつ状態の原因となっている場合をいいます。

　内因性うつ病というのは典型的なうつ病であり，普通は抗うつ薬がよく効きますし，治療しなくても一定期間内によくなるといわれます。ただ，本人の苦しみや自殺の危険などを考えると，早く治療したほうがよいことは言うまでもありません。躁状態がある場合は，双極性障がいと呼びます。

　心因性うつ病とは，性格や環境がうつ状態に強く関係している場合です。抑うつ神経症（神経症性抑うつ）と呼ばれることもあり，環境の影響が強い場合は反応性うつ病という言葉もあります。

Ａ　発病は緩徐で２～４週間かけて進み，次第に元気がなくなり抑うつ，悲哀感に包まれ

　る。

Ｂ　思考は抑制され，興味関心が失われ活力が感じられなくなる。行動抑制も顕著で意欲

　も失われる。

Ｃ　一般的にはつぎのような症状が見られる。

　　①　集中力と注意力の減退　②　自己評価と自信の低下　③　罪責感と無価値感　④

　将来に対する希望のない悲観的な見方　⑤　自傷あるいは自殺の観念や行為　⑥　睡眠

　障がい　⑦　食欲低下

Ｄ　なかには焦燥感がきわめて強く，希死念慮で片時も目の離せない「激越うつ病」と呼

　ばれるものもある。

　パーソナリティー障がい（人格障がい）

（人格障がいの種類）
　人格障がいには３つのグループ１０種類に分けられています。
　クラスターＡ，Ｂ，Ｃという風にグループ分けられます。

Ａ　遺伝的に分裂病気質を持っていることが多く，自閉的で妄想を持ちやすく，奇妙で風

　変わりな傾向があり，対人関係がうまくいかないことがあります。ストレスが重大に関

　係することは少ないですが，対人関係のストレスには影響を受けます。
　　このグループに含まれるのは「妄想性人格障がい」「分裂病質人格障がい」「分裂病型人

　格障がい」の３つです。

Ｂ　感情的な混乱の激しい人格障がいです。演劇的で，情緒的で，うつり気に見えることが

　多いです。ストレスにかなり弱い傾向があります。
　　このグループに含まれるのは「反社会性人格障がい」「境界性人格障がい」「演技性人格

　障害」「自己愛性人格障がい」の４つです。

Ｃ　不安や恐怖感が非常に強い人格障がいです。まわりに対する評価や視線などが非常に

　ストレスになる傾向があります。
　　このグループに含まれるのは「回避性人格障がい」「依存性人格障がい」「強迫性人格障

　害」の３つです。

（全般的診断基準）
　上にあげた人格障がいには，それぞれに診断基準というものが存在しますが，これらの各類型ごとの診断基準にくわえて「全般的診断基準」というものを満たさないと，人格障がいがあるとは言えません。
　つまり，この人は人格障がいがあるな（全般的診断）と感じると，次にどんなタイプの人格障がいだろう（類型ごとの診断基準）を見ていくのです。

全般的診断基準は以下の６項目からなります。

Ａ　次のうち二つ以上が障がいされている。
　　認知（自分や他人，出来事を理解し，考えたりすること）
　　感情（感情の反応の広さ，強さ，不安定さ，適切さ）
　　対人関係
　　衝動のコントロール

Ｂ　その人格には柔軟性がなく，広範囲に見られる。

Ｃ　その人格によって自分が悩むか社会を悩ませている。

Ｄ　小児期，青年期から長期間続いている

Ｅ　精神疾患（精神分裂業，感情障がいなど）の症状でもない。

Ｆ　薬物や一般的身体疾患（脳器質性障がい）によるものではない。

　知的障がい

１　知的障がいの度合い

　知的障がいは度合いによって，重度・中度・軽度に分けられます。

　知能指数(IQ) ＝精神年齢(発達年齢) ÷ 生活年齢(実年齢) × 100

　上記の式により，精神年齢（発達年齢）と生活年齢（実年齢）の比率をパーセンテージで算出し，50～70％は軽度知的障がい，35～50％は中度，20～35％は重度，20％以下が最重度と分類されます。
　また，知能指数が70～85％の場合はボーダーラインであり，知的障がいと認定されない場合が多いです。

　軽度の知的障がいでは，障がいがあることが見ただけではわかりにくいこともあるようです。

２　発達障がいと知的障がいの違い

　発達障がいは脳機能の障がいが原因となっています。そのため，自閉症の場合は知的障がいを伴う場合もあります。つまり，知的障がいは発達障がいの一つであると言えるでしょう。

　知的障がいの診断は，知能テストなどで測定される「知的能力」と，社会生活を営むために必要な行動をとる力「適応能力」を元にします。
　また，発達障がいは，「コミュニケーション能力」や「適応能力」などで診断します。知的障がいと発達障がいの診断では，重なる部分もあるのです。

３　自閉症と知的障がい

　自閉症と知的障がいには，似たような症状があり，自閉症にも知的障がいがある場合もあります。
　自閉症の症状があり，知的障がいの症状も顕著な場合，知的障がい者として認定される場合が多いです。

　知的障がいをともなう自閉症でも，軽度の知的障がいなど知的障がいが目立たない場合には，知的障がい者として認定されません。

４　学習障がいと知的障がい

　知的障がいと学習障がいにも，似ている症状がありますが，知能指数（IQ）が70以上で学習障がいの症状がある場合には学習障がいと診断され，70以下の場合には知的障がいと診断されます。
　知的障がいは学習面も含めた全面的な知能の発達に遅れがあり，学習障がいは特定の学習に困難を生じます。

～知的障がいのチェック（成人）～

|  |
| --- |
| １　社会的能力（１）お金の扱い　　□郵便局や銀行などの金融機関を利用できる　　□正しく両替はできるが，貯金などはできない　　□いろいろの種類の貨幣を合わせて，５００円にできる　　□お金は使うが，正しく両替することはできない　　□お金は使えないが，大切なものであることは知っている　　□お金が大切なものであることを知らない（２）買い物　　□自分の衣類は自分で買う　　□自分の身につけるアクセサリーなどの小物は，自分で買う　　□そばについていなくても，お菓子や飲み物などの簡単な買い物をする　　□ついていてやれば，買い物をする　　□つきっきりで見ていてやれば，買い物をする　　□買い物をしない（３）集会への参加　　□積極的に集会に参加し，規則に従って順番を守ったり，意見を適切に言うことがで　　　きる　　□ある程度は集会などに参加できるが，消極的であったり，引きこもったり，迷惑な　　　行動や非協力的な行動をすることがある　　□集会などには参加したがらず，参加しても適切な集団行動ができない　　□話す時にとぎれたり，つっかえたり，不規則に中断したりする。（どもりなど）　　□発音が不明瞭で，聞き取りにくい２　地域資源の利用（１）移動　　□自分の住んでいる町内（地区内）ならば，迷わずに歩きまわることができる　　□迷わずに施設や学校の敷地内を歩きまわったり，家から数軒離れたところへ行け　　　る　　□宿舎内，家の敷地内ならば歩きまわることができる　　□同じ建物でも，いつも生活しているところをちょっとでも離れると，迷子になって　　　しまう（２）交通機関の利用　　□一人では長距離電車や長距離バスに乗れない　　□一人ではタクシーに乗れない　　□知らないところへの地下鉄や路線バスや電車などに乗れない　　□以前に連れていかれたような，良く知っているところへの地下鉄や路線バスや電車などにも乗れない　　□この人にはあてはまらない。（移動不可能の場合など）３　自律性（自己指南）（１）自発性　　□指示されなくても，ほとんどのことは自発的にする　　□自分がやるべきことの指示を求める　　□きまりきったことなら，いちいち指示されなくてもする　　□指示されなければ何もしない（２）志向性　　□強制しないと何もしない　　□何もやる意欲がない　　□何事にも関心を示さない　　□途中で遊んだりして，やるべきことを最後までしない　　□人の助けを必要以上に求める　　□この人にあてはまらない。（全面的な介護を必要とする場合など）（３）中断や新たな仕事に対する耐性　　□作業中の課題を中断させ，別の課題に移行させられた場合，　　□不安や不満の徴候をみせず，別の課題にスムーズに移行できる　　□不安や不満の徴候を示し別の課題に取りかかるのをしぶるが何とか取り組め　　　る　　□かなり不満や抵抗を示し，しばらくの間は困難であるか，全く無理である　　□課題への意欲や理解力が低いため，特に不安や抵抗を示さない（４）活動意欲　　□与えられた課題は不平・不満などをみせず，指示されなくとも取り組むことができ　　　る　　□与えられた課題にすぐに飽きたり不平・不満の態度や表情をみせることが多い　　□課題を与えられても，励ましや指示がないとやろうとしない（５）仕事の責任感　　□頼まれた仕事は，内容が不十分の場合があるが，最後までやり通す　　□ほとんど途中で勝手にやめてしまうことが時々ある　　□ほとんど途中で勝手にやめてしまう（６）作業中の仲間からの影響　　□他の人がすぐそばにいても，影響されることなく作業を続けることができる　　□他の人がすぐそばにいると，作業に集中できなかったり，視線を回避するなどの不　　□満げな 行動を示し作業効率が低下する　　□他の人がすぐそばにいると，不適応行動を示し，著しく作業効率が低下する４　健康と安全（１）食に関する問題　　□著しい偏食がある　・拒食をしばしばする　・異食をすることがある　・反芻をす　　　る　　□盗食をしばしばする　・嘔吐することが多い　・過食傾向にある　・多飲がみられ　　　る（２）排泄に関する問題　　□夜尿をしばしばする　・放尿をしばしばする　・トイレなどで壁に便ぬりや便いじ　　　りをする（３）睡眠に関する問題　　□床に入っても寝つきが悪いことが多い　・朝，著しく早く起きる　・夜中に起きて　　　ウロウロと徘徊する　・一晩中起きてウロウロと徘徊することがある（４）破壊行為，器物破損　　□特別に物を壊そうとは思っていないが，もののはずみで壊してしまうことが多い　　□こだわりの病状として破壊を行う　　□自分の要求が通らなかったり，自分のペースで事が運ばなかった時に物を壊すこ　　　とがある　　□注意されたり叱られたりした後に，ストレスの発散や仕返しの意味で物を壊す（５）自傷　　□自分の要求が通らなかったり，自分のペースで事が運ばなかった時に自傷する　　□指示されたことをしないで，その後に自傷をする　　□周囲の人に自分の要求を伝えるために自傷をする　　□こだわりとしての自傷をする　　□特に理由なく自傷をする。（自己刺激行動としての自傷）（６）奇声，大声　　□何かをするように指示された時に奇声や大声を出す　　□奇声や大声を出す時間や時期に波がある　　□自分のしたいことができなかったり，欲しい物が手に入らなかったときに奇声や大声を出す □仲間から干渉や攻撃を受けたり意地悪されたときに奇声や大声を出す □よく理由が分からない場合に奇声や大声を出す（７）固執傾向に関する問題 □特定の物にこだわる。（物をもって歩く，触りにいくなど） □特定の人にこだわる。（その人を頻繁に見に行く，その人がいないと落ち着かないなど） □活動や生活の時間や時刻にこだわる。（決まった時刻に食事をしないと気がすまな いなど） □特定の場所にこだわる。（その場所に頻繁に行く，その場所でないと気がすまない　　　など）（８）認知症または顕著な老化現象　　□老化も退行もみられず元気である　　□外見上は老化徴候が見られるが，能力や行動量は落ちておらず元気である　　□外見上には老化徴候は認められないが，能力や行動量は落ちている　　□外見上や能力の低下などから老化・退行がみられる　　□認知症の診断を医師から受けており，病状が明らかにみられる（９）精神医学的な病状や問題行動の全般　　□内に閉じ込もりがちである　□身体ゆすり　□無気力　□他傷。(暴力をふるう）　　□食べ過ぎ □独り言　□情緒的に不安定になることがある　□不衛生，不潔　　□欲求不満をうまく処理できず，物にあたったりすねる　□空想的発言，虚言　　□爪かみ　□嫌なことがあるとトイレによく行くなど，その場から逃避する　　　□指しゃぶり　□人前や適当でないところで身体を露出する　□歯ぎしり　　□ヒステリー　□吃音　□被害妄想　□自傷　□暴言が多い　　□決められたことに遅れたり，さぼったりする　　□異食や特異な習癖がある（１０）対人関係や性格，行動の特性の全般　　□がんこである　□集団活動での一斉指示だけでは理解できない　　　□発音が不明瞭で聞き取りづらい　□感情の起伏が激しい　□親しい友人がいない　　　□特定の物や事柄にこだわる　□取りかかりが遅い　□交友関係が広がらない　　　□急な変化を受け入れられなかったり，気持ちの切り替えがうまくできない　　　□好きな友人につきまとう　□集中力，持続力に欠け，すぐに飽きてしまう　　　□友人に余計な世話をやく　□自己中心的で，わがままである　　□時間やスケジュールにこだわる　□集団活動の流れにのれない　□友人をいじめる □思い通りにならないときや注意されると引きこもったりふくれたりする　　□友人からもいじめられる　□友人よりも職員との関わりを強く求める５　学習（１）読む　　□多少漢字のまざった本を読む　　□ひらがなで書かれた文章なら，だいたい読む　　□簡単な絵本や漫画を読む　　□「非常口」，「立入禁止」，「男」，「女」などのいろいろな表示を読む　　□文字の見分けが多少はつく　　□まったく文字の見分けがつかない。（２）作文やハガキを書く　　□身近な事柄について簡単な日記や作文を書いたり，自分から年賀状やハガキの宛名を書いて出すことができる（誤字脱字などの間違えはあっても構いません）　　□職員などから日記や作文，ハガキなどに記述する内容を，口頭で言ってもらえると　　　自分で 書くことができる　　□日記や年賀状などの決まった文章（成句）などを１～２行書くことができる（「今　　　日は作業をしました」「あけましておめでとうございます」など）　　□日記やハガキなどの見本を呈示されると書き写すことはできる　　□文字を書くことができない（３）言語理解　　□平仮名４６文字が全て読める　　□目と耳は両方ともどんな動きをするか知っている　　□わからない字があると尋ねる　　□「お腹がすいたらどうする？」という質問に正しく答える　　□赤，青，黄，緑の全てがわかる　　□「食べ物」の名前が，９つ以上正しくわかる　　□物の名前を聞いてその絵を指摘する　　□「ちょうだい」と言うと，手に持っている物をくれる　　□ことばによる指示に従うことがない（４）概念　　□「無駄」の意味がわかる　　□「同じ，違う」の区別ができる　　□「右，左」の区別ができる 　　□「大きい，小さい」の区別ができる　　□「勝ち，負け」の区別ができる　　□「高い，低い」の区別ができる　　□上記した概念の理解ができない（５）数　　□３０個以上のものを数える　　□「１つ」，「２つ」と言いながら，２個の物を数える 　　□１０個のものを数える　　□「１つ」と「たくさん」の区別がつく　　□必要があれば，４つくらいの数を処理する　　□数についての理解がまったくない６　余暇（１）友人関係　　□数名の特定の仲間をゲームに誘ったり，会話をするなど積極的に有効を求める　　□数名の特定の仲間と交友を持とうとするが，積極的にかかわろうとせず，交流の社　　　会的能力が低く，長くかかわれない　　□特定の仲間と社会的なかかわりをもとうとすることがない（２）室内趣味　　□施設内や居室でするような趣味を３つ以上もっており，一人で自由時間に援助されずに取り組んでいる　　□施設内や居室でするような趣味や好きな行為が１つ以上あり，職員に促されたり，　　　援助されて取り組める　　□施設内や居室でするような趣味や好きな行為がなく，職員もどんな趣味や活動に　　　誘ってよいか考慮している。（誘えばとりあえず行うが，本人の好みとは違っていることが多い）　　□何に誘っても拒否的でふらふらと歩き回ったり，特に文化的で目的々な行動をと　　　ることが難しい（３）室外趣味　　□施設外や庭，ホールなどでするような趣味・活動を３つ以上もっており，一人で自　　　由時間に 援助されずに取り組める　　□施設外や庭などでするような趣味や好きな行為が１つ以上あり，職員に促されたり，援助されて取り組める　　□施設外や庭などでするような趣味や好きな行為がなく，職員もどんな趣味や活動　　　に誘ってよいか考慮している。（誘えばとりあえず行うが，本人の好みとは違っていることが多い）　　□何に誘っても拒否的でふらふらと歩き回ったり，特に運動や目的々な行動をとる　　　ことが難しい７　仕事（１）物の分類　　□数種類の部品などを呈示されて，間違えずに同じ物どうしを例示なしで指示され　　　て箱に分類できる　　□数種類の部品などを呈示されて，間違えずに同じ物どうしを例示されていくつか　　　は分類できる　　□同じものどうしの分類ができない（２）分類の誤り修正　　□数種類の部品などの仕分け作業の際，いくつか間違って分類された物にすべて気　　　づき直すことができる 数種類の部品などの仕分け作業の際，間違って分類された　　　物に１～２個気づき直すことができる。（全部は修正できない）　　□間違って分類された物に気づくことがない（３）商品名のあいうえお順並べ　　□数種類の商品カード名をあいうえお順にすべて正しく並べることができる。 （【あさひ】，【よみうり】，【さんけい】，【とうきょう】，【まいにち】など　　　のカード）　　□数種類の商品カード名をあいうえお順に職員の助言により並べることができる　　□商品カード名のあいうえお順に並べることを理解できないか，文字が読めない（４）技能水準　　□かなづち，ドライバー，ペンチ，ドリルなどの簡単な工具を適切に使用できるか，　　　または経験 がなくとも１～２度教えればすぐに使えるようになる　　□作業や活動で慣れた工具が１つ使える場合があるか，時々援助されると使うこと　　　ができる　　□工具の使用は教えても理解できなかったり，技術的に難しい（５）仕事の程度　　□道具や機械を使用しなければならない仕事ができる　　□庭掃除，床拭き，チリ拾いなどの簡単な仕事ができる　　□まったく仕事はできない（６）全身の耐久性　　□荷物（みかん箱大，２kg程度）を持って，連続３０分間以上歩ける　　□荷物（みかん箱大，２kg程度）を持ち，２０～３０ｍの距離を運べる　　□荷物（みかん箱大，２kg程度）を持ち上げられない（７） 作業の継続性　　□３０分以上一人で着実に作業することができる　　□少なくとも５分間一人で着実に作業に取り組める　　□一人では作業に取り組めない（８）作業効率　　　　□熟知した作業を継続して行う際，１時間単位の作業量を比較しても，ほぼ一定した　　　作業効率を維持することができる　　□最初の１時間や３０分の作業量とその後で差がみられる　　□作業が遅く，作業効率が一定しない |

　発達障がい

（１）自閉症

　　　自閉症とは，３歳位までに現れ，①他人との社会的関係の形成の困難さ，②言葉の

　　発達の遅れ，③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障

　　害。

（２）高機能自閉症

　　　高機能自閉症とは，３歳位までに現れ，①他人との社会的関係の形成の困難さ，②

　　言葉の発達の遅れ，③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動

　　の障がいである自閉症のうち，知的発達の遅れを伴わない。

（３）学習障がい

　　　学習障がいとは，基本的には全般的な知的発達に遅れはないが，聞く，話す，読む，

　　書く，計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す

　　様々な状態。

（４）注意欠陥／多動性障がい（ＡＤＨＤ）

　　　ＡＤＨＤとは，年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力，及び／又は衝動性，多動

　　性を特徴とする行動の障がいで，社会的な活動や学業の機能に支障をきたす。

１２　介護力

１２　介護力

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　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　家庭で，新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。

　　③　在宅での生活が続けられるような支援を提案します。

（２）　課題把握のポイント

　　①　定期的に介護する介護者がいない

　　②　介護者が，まわりの人に不満を感じている

　　③　介護者が，介護することに負担を感じている

　　④　介護者が，これからも介護を続けることができない

（３）介護力

　　家庭によって環境が様々です。家庭介護が負担なくできているのか，関わっている家

　族のうち誰に負担がかかり，介護が続けられなくなる可能性があるかを把握するのは簡

　単ではありません。

　　家族等の介護は，高齢者の将来の見通しがたたなくなったり，死期が近づいたり，新

　たな病気や怪我が発症した時に，重い負担がかかることになります。介護者の介護負担

　は，介護の責任が重く複雑になったときに起こります。

　　①　高齢者の現在の介護状態と，介護量の増加

　　②　介護者の現在の状態と，介護者の健康状態等の変化

　　③　今までの高齢者と介護者の間の関係，愛情

　　④　介護者が予測していた高齢者の変化，予測していなかった変化

　　⑤　介護の役割を分担できる在宅サービスのがあるか

　介護力問題の整理

　　①　ケアを適切に提供できない家族を把握します。

　　　　この場合，在宅サービスを利用したり強化しなければ，利用者に必要な介護を行

　　　うのは難しくなります。

　　　　介護が必要な高齢者への介護は，家族でも介護保険のサービス事業者でも誰が行

　　　っても良いのです。

　　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，また，この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　目標は，改善可能な介護，あるいは代りにできる介護を把握することです。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　介護負担（下記の項目を参照）が認められれば，介護の改善，家族の代替介護を検討

　し，どの部分の介護を補えば負担が軽くなり，在宅生活が続けられるかを把握して提案

　します。

　　①　家族は，自分たちで対応できるかを疑問に感じている。

　　②　介護者は，今以上の役割を担うことができない。

　　　　毎日介護のために訪問することや特別な介護に対応できない。トイレ介助のよう

　　　な基本的な介助ができないなど。

　　③　介護を分担して行っていたが，これからは十分でない，対応できない。

　　④　家族は，今後とも高齢者の状態がどんどん悪くなると思っている。

　　⑤　周囲に迷惑をかける問題行動がある。

　　⑥　介護者は，周りの助けが適切でないと思っている。

　　⑦　介護者は，穏やかな環境での介護を提供できない。

　　⑧　高齢者の介護度が重度である。

　　　　認知やコミュニケーションの障がいも重度である場合，その度合いが高まります。

　　⑨　介護者の健康状態が悪く，介護に支障がある。

１３　居住環境

１３　居住環境

（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，障がいの状況から見ての危険な環境状態，自立生活を阻害する環境

　状態を把握して対応します。

（２）課題把握のポイント

　　①　照明

　　②　床の状態

　　③　浴室やトイレの環境

　　④　台所環境

　　⑤　暖房や空調

　　⑥　身の安全

（３）居住環境

　　標準的な家屋の多くは元気な人を対象に造られ，虚弱な高齢者向けでないため，住環境

　そのものが危険なこともあります。

　　自宅での転倒の大部分は住環境に原因があり，住環境を適切に改善することにより転

　倒を防ぎ，転倒による障がいを減らすことができます。

　　また，住環境を改善することにより障がいを補い，ＡＤＬの自立度や生活の質（ＱＯＬ）

　が高まる可能性があります。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　環境の危険性・不具合と，利用者の身体機能や認知，健康状態を考慮した上で，判断し

　て対応します。

　居住環境の点検

　　①　暖房や空調

　　②　照明

　　　　部屋が暗いための事故を防ぎます。

　　③　床

　　　　すべる床と段差解消による転倒防止と移動支障を解消します。

　　④　手すり

　　　　出入り口，階段，浴槽，廊下，トイレ便座の両脇等に手すりがあると，転倒が予防

　　　され，移乗時の自立性が高まる場合が多くあります。

　　⑤　コンロ

　　　　火を消し忘れる危険性が高い場合，特に注意を払う必要があります。

　　⑥　熱湯

　　　　高齢者は熱湯で火傷をする危険性が高く，移動に障がいがあったり，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　家具や室内

　　　　椅子が硬めで，両側にひじ掛けがあれば簡単に安全に移乗できます。

　　⑧　緊急通報

　　　　1人暮らしの高齢者の場合，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。

　移動や移乗に困難がある場合

　　①　部屋や廊下を歩行器が通れるような十分な幅を確保する。

　　②　トイレを洋式にする，便座の高さを高くする。

　　③　浴槽に腰掛け部分をつくる。

　　④　頻繁に取り出す必要のある物は，踏み台にのぼったり，背伸びをする必要のない

　　　棚に置き換える。

１４　特別な状況

１４－１　虐待

（１）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

　　虐待や放置を受けている高齢者，または虐待の危険性を把握し，即時の対応が必要かどうかの状況を判断する。虐待を発見した場合には市町村・地域包括支援センターに通報します。

（２）課題把握のポイント

　　①　家族や現在介護をしてもらっている者に対して恐れをいだいている

　　②　説明がつかない怪我，骨折，火傷がある

　　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

（３）高齢者虐待

|  |
| --- |
| ～権利侵害の背景～　１　障がい等により自分の権利を自分で守れない。　２　世話をする側とされ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・高齢障がい者の理解が不足している場合がある。　５　権利擁護・人権感覚の理解が不足している場合がある。　６　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。 |

|  |
| --- |
| 　～高齢者虐待とは～　近年，高齢者の虐待について関心が高まっていますが，問題は十分に理解されているとは言えません。多様な状態を包括する定義は「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」により明文化されましたが，すべてを包括するものではありません。高齢者の虐待には遂行（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。　　高齢者に対する不当な扱いは以下に分類されます。　　①　身体的虐待　　　　身体的苦痛や障がい（性的な虐待を含む）を与える。　　②　心理的（精神的）虐待　　　　ひどい精神的苦痛（恥をかかせる，おびえさせることを含む）を与える。　　③　放置（ネグレクト）（セルフネグレクト）　　　　介護の義務の拒否や失敗（放置するのみならず，必要な食べ物や医療等のサー　　　ビス，眼鏡などを与えないことを含む）。　　④　経済的虐待　　　　所持金や財産の不法，または不適切な搾取または使用。 |

　　虐待が起こりやすい状況は以下のとおりです。

　　①　高齢者の身体，認知障がい

　　②　高齢者の虐待者への依存

　　③　虐待の高齢者への依存（特に経済的援助を受けるなど）

　　④　虐待者の精神的状況（薬物乱用や精神疾患の既往など）

　　⑤　家族の社会的孤立

　　「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つの要因は子供や夫婦間の虐待に関連することわかっていますが，

　高齢者の虐待との関連は今のところ明らかではありません。しかし，このことはケアプ

　ランを作成するときに考慮する必要があります。

（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の指針）

　虐待の判断

　　①　虐待や放置，搾取を判断するためには，その頻度，継続時間，激しさ，重大性，

　　　結果を把握し検討します。

　　②　虐待を見分けるには，利用者自身の認識，つまり本人がその行動を虐待としてと

　　　らえているか，それを改めるための対応を受け入れる用意があるか，によって左右

　　　されることが多い。

　　③　虐待と放置を確認するには以下を確認する必要があります。

　　　ア　現時点での問題は何か。

　　　イ　虐待，放置，搾取の危険性があるか。

　　　ウ　問題の性質として激しいか，頻回に起こるか。

　　　エ　危険性の緊急度はどうか。

　　　オ　介護者が虐待者となりうるか。

　　　カ　家族のケアは一貫性があって質が高いか。

　　　キ　過去に介護者が暴力をふるったり，虐待や放置，搾取しているか。介護者は本

　　　　人以外の他者に暴力をふるったことがあるか。

　　　ク　在宅サービス（フォーマルサービス）は信頼できるか。

　　　ケ　在宅サービスの機関のスタッフは，根底にある問題に対応する姿勢をとってい

　　　　るか。

　　　コ　家族は問題を改めようとする用意があるか。

　　　サ　虐待を行なっている者，または利用者に薬物依存はあるか。

　　　シ　状況は緊急を要するか。

　　④　アセスメントの目標は，以下を把握することです。

　　　ア　虐待，放置，搾取が起きているか。

　　　イ　本人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。

　　　ウ　本人の危険性はどのようなレベルか。

　　　エ　福祉，医療，裁判所による法的仲裁，保護等の緊急介入の必要性はあるか。

　　⑤　アセスメントの最初の段階は，虐待が本当にあるのかを確かめることです。介護

　　　者が善意を持っているにもかかわらず，迫害されている錯覚苦しんでいる高齢者も

　　　います。このような高齢者は専門家による精神科的治療を受ける必要があります。

　分析の方法

　　①　利用者との面接

　　②　利用者に脅迫的と受け止められない方法で面接し，虐待の訴えやアセスメント項

　　　目によって虐待を確認します。

　　③　当初はできないかもしれないが，虐待しているかもしれない者は同席せず，本人

　　　と２人だけで話を聞くことが重要です。

　　④　本人が不当な扱いを受けていると明確に言う（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。

　　⑤　本人が訴えを取り消す場合には，訴えの妥当性を判断します。

　　⑥　利用者の意思決定能力を見極めます。

　　　ア　記憶障がいや機能の問題があっても，自分の安全性に関して適切に意思決定す

　　　　ることが可能である。ある一定期間ありのままの状態を観察し，高齢者の意思決定

　　　　能力を評価すること。

　　　イ　そのうえで，現在の環境に利用者がいることの危険性について判断します。危

　　　　険であれば，裁判所が後見人をたてたり，精神科の措置入院を検討しなければな

　　　　らない場合もあります。

　　⑦　利用者の訴えや，示唆された虐待を調査します。

　　　ア　利用者からの訴えや虐待の可能性が観察されたら，できるだけ早く，医師，被

　　　　害者の親戚，在宅サービス提供者に紹介し，面接して情報を得ます。

　　　イ　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

　　　　である場合もあります。介護者に面接は通常高齢者と別々に行なうことになって

　　　　いると伝え，評価者と２人で面接し，介護者の善意や健康状態，能力について評

　　　　価します。

　　　ウ　利用者は，評価者が虐待者と２人きりで面接することを嫌がることがあります。

　　　　本人の訴えが間違っていると言われる，仕返しされる，施設に入所させられる，

　　　　家族の支えをなくす，家族問題が露呈する，といったことを恐れるためです。

　　　エ　経済的な虐待は露骨な場合把握は難しいですが，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も引き起こす可能性があります。

　ケアの方向

　　①　要因を取り除く

　　　ア　虐待や放置，搾取への適切な対応は，個々のケースにより大きく異なります。

　　　イ　ソーシャルワーカーは，家族とともにおこる可能性のある虐待や放置に結びつ

　　　　く要因を取り除いて，状況を静めさせることができる場合があります。

　　②　介護者から利用者を引き離す

　　　ア　訪問介護や短期入所，通所サービス，虐待をしている可能性のある，あるいは

　　　　怠惰な介護者から本人を引き離す時間的余裕をつくるために導入する。

　ケアを決定するための意思確認

　　①　すべての利用者に対し，以下を確認します。

　　　ア　緊急の身体的危険にさらされているが，そうであれば，評価者は直ちに高齢者

　　　　を現在の環境から移す（離す）手段をとります。

　　　イ　利用者は介入を受け入れるか。

　　　ウ　在宅サービスの導入や増加は，虐待の状況を改善できるか。

　　　エ　介護者が現在の介護負担に耐えられるよう，介護者に対するカウンセリングや

　　　　支援または医学的治療が必要か。

　　　オ　利用者の訴えに根拠がないようならば，精神科的診断や治療が必要か。

**～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

・極端な栄養不良，脱水症状

・「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

・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．本人や家族の人格や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始めている

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いるが，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や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い

４．高齢者本人が保護を求めている

・高齢者本人が明確に保護を求めている

（参考）「東京都高齢者虐待対応マニュアル」（東京都）

　再アセスメント

　　①　定期的な再アセスメントは，虐待の証拠が決定的でない場合も含めてすべての利

　　　用者に必要です。

　緊急体制を整える

　　①　利用者は援助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の体

　　　制をとる必要があります。

|  |
| --- |
| 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（抜粋）平成二七年五月二九日改正　　　第一章　総則 （目的） 第一条　この法律は，高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり，高齢者の尊厳の保持にと　って高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ，高齢者　虐待の防止等に関する国等の責務，高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措　置，養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止　に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置等を定めることに　より，高齢者虐待の防止，養護者に対する支援等に関する施策を促進し，もって高齢者　　の権利利益の擁護に資することを目的とする。 （定義等） 第二条　この法律において「高齢者」とは，六十五歳以上の者をいう。 ２　この法律において「養護者」とは，高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事　者等以外のものをいう。 ３　この法律において「高齢者虐待」とは，養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事　者等による高齢者虐待をいう。 ４　この法律において「養護者による高齢者虐待」とは，次のいずれかに該当する行為を　いう。 　一　養護者がその養護する高齢者について行う次に掲げる行為　　イ　高齢者の身体に外傷が生じ，又は生じるおそれのある暴行を加えること。　　ロ　高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置，養護者以外の同居人に　　　よるイ，ハ又はニに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。　　ハ　高齢者に対する著しい暴言又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。　　ニ　高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせるこ　　　と。　二　養護者又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。 ５　この法律において「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは，次のいずれかに該　当する行為をいう。 　一　老人福祉法に規定する老人福祉施設若しくは有料老人ホーム又は介護保険法に規定　　する地域密着型介護老人福祉施設，介護老人福祉施設，介護老人保健施設若しくは地　　域包括支援センター（以下「養介護施設」という。）の業務に従事する者が，当該養　　介護施設に入所し，その他当該養介護施設を利用する高齢者について行う次に掲げる　　行為　　イ　高齢者の身体に外傷が生じ，又は生じるおそれのある暴行を加えること。　　ロ　高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護す　　　べき職務上の義務を著しく怠ること。　　ハ　高齢者に対する著しい暴言又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。　　ニ　高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせるこ　　　と。　　ホ　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。　二　老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業又は介護保険法に規定する居宅サービ　　ス事業，地域密着型サービス事業，居宅介護支援事業，介護予防サービス事業，地域　　密着型介護予防サービス事業若しくは介護予防支援事業（以下「養介護事業」とい　　う。）において業務に従事する者が，当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける　　高齢者について行う前号イからホまでに掲げる行為 ６　六十五歳未満の者であって養介護施設に入所し，その他養介護施設を利用し，又は養　介護事業に係るサービスの提供を受ける障がい者については，高齢者とみなして，養介護　施設従事者等による高齢者虐待に関する規定を適用する。 （国及び地方公共団体の責務等） 第三条　国及び地方公共団体は，高齢者虐待の防止，高齢者虐待を受けた高齢者の迅速か　つ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため，関係省庁相互間その他関係機　関及び民間団体の間の連携の強化，民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなけ　ればならない。 ２　国及び地方公共団体は，高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並び　に養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう，これらの職務に携わ　る専門的な人材の確保及び資質の向上を図るため，関係機関の職員の研修等必要な措置　を講ずるよう努めなければならない。 ３　国及び地方公共団体は，高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護に資　するため，高齢者虐待に係る通報義務，人権侵犯事件に係る救済制度等について必要な　広報その他の啓発活動を行うものとする。 （国民の責務） 第四条　国民は，高齢者虐待の防止，養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深め　るとともに，国又は地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止，養護者に対する支援等の　ための施策に協力するよう努めなければならない。 （高齢者虐待の早期発見等） 第五条　養介護施設，病院，保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介　護施設従事者等，医師，保健師，弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は，　高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し，高齢者虐待の早期発見に努めなけ　ればならない。 ２　前項に規定する者は，国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活　動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めなければなら　ない。 　　　第二章　養護者による高齢者虐待の防止，養護者に対する支援等 （相談，指導及び助言） 第六条　市町村は，養護者による高齢者虐待の防止及び養護者による高齢者虐待を受けた　高齢者の保護のため，高齢者及び養護者に対して，相談，指導及び助言を行うものとす　る。 （養護者による高齢者虐待に係る通報等） 第七条　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，前二項の規定によ　る通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。 第八条　市町村が通報又は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。 （通報等を受けた場合の措置） 第九条　市町村は，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，第十六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，通報又は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に規定する老人短期入所施設　等に入所させる等，適切に，措置を講じ，又は，適切に，審判の請求をするものとす　る。 （居室の確保） 第十条　市町村は，養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の規定に　よる措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとする。 （立入調査） 第十一条　市町村長は，養護者による高齢者虐待により高齢者の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るときは，介護保険法の規定により設置する地域包　括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして，当該　高齢者の住所又は居所に立ち入り，必要な調査又は質問をさせることができる。 ２　前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては，当該職員は，その　身分を示す証明書を携帯し，関係者の請求があるときは，これを提示しなければならな　い。 ３　第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は，犯罪捜査のために認めら　れたものと解釈してはならない。 （警察署長に対する援助要請等） 第十二条　市町村長は，前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとす　る場合において，これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは，当該高齢者の　住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。 ２　市町村長は，高齢者の生命又は身体の安全の確保に万全を期する観点から，必要に応　じ適切に，前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。 ３　警察署長は，第一項の規定による援助の求めを受けた場合において，高齢者の生命又　は身体の安全を確保するため必要と認めるときは，速やかに，所属の警察官に，同項の　職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法その他の法令の定めるところによ　る措置を講じさせるよう努めなければならない。 （面会の制限） 第十三条　養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法第の措置が採られ　た場合においては，市町村長又は当該措置に係る養介護施設の長は，養護者による高齢　者虐待の防止及び当該高齢者の保護の観点から，当該養護者による高齢者虐待を行った　養護者について当該高齢者との面会を制限することができる。 （養護者の支援） 第十四条　市町村は，第六条に規定するもののほか，養護者の負担の軽減のため，養護者　に対する相談，指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。 ２　市町村は，前項の措置として，養護者の心身の状態に照らしその養護の負担の軽減を　図るため緊急の必要があると認める場合に高齢者が短期間養護を受けるために必要とな　る居室を確保するための措置を講ずるものとする。 （専門的に従事する職員の確保） 第十五条　市町村は，養護者による高齢者虐待の防止，養護者による高齢者虐待を受けた　高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するために，これらの事務に専門的　に従事する職員を確保するよう努めなければならない。 （連携協力体制） 第十六条　市町村は，養護者による高齢者虐待の防止，養護者による高齢者虐待を受けた　高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため，老人福祉法に規定する老　人介護支援センター，介護保険法の規定により設置された地域包括支援センターその他　関係機関，民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合におい　て，養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう，特に配慮し　なければならない。 （事務の委託） 第十七条　市町村は，高齢者虐待対応協力者のうち適当と認められるものに，相談，指導　　及び助言，通報又は届出の受理，高齢者の安全の確認その他通報又は届出に係る事実の　確認のための措置並びに養護者の負担の軽減のための措置に関する事務の全部又は一部　を委託することができる。 ２　前項の規定による委託を受けた高齢者虐待対応協力者若しくはその役員若しくは職員　又はこれらの者であった者は，正当な理由なしに，その委託を受けた事務に関して知り　得た秘密を漏らしてはならない。 ３　第一項の規定により通報又は届出の受理に関する事務の委託を受けた高齢者虐待対応　協力者が通報又は届出を受けた場合には，当該通報又は届出を受けた高齢者虐待対応協　力者又はその役員若しくは職員は，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。 （周知） 第十八条　市町村は，養護者による高齢者虐待の防止，通報又は届出の受理，養護者によ　る高齢者虐待を受けた高齢者の保護，養護者に対する支援等に関する事務についての窓　口となる部局及び高齢者虐待対応協力者の名称を明示すること等により，当該部局及び　高齢者虐待対応協力者を周知させなければならない。 （都道府県の援助等） 第十九条都道府県は，この章の規定により市町村が行う措置の実施に関し，市町村相互間　の連絡調整，市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。 ２　都道府県は，この章の規定により市町村が行う措置の適切な実施を確保するため必要　があると認めるときは，市町村に対し，必要な助言を行うことができる。 　　　第三章　養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等 （養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置） 第二十条　養介護施設の設置者又は養介護事業を行う者は，養介護施設従事者等の研修の　実施，当該養介護施設に入所し，その他当該養介護施設を利用し，又は当該養介護事業　に係るサービスの提供を受ける高齢者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備その　他の養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする。 （養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る通報等） 第二十一条　養介護施設従事者等は，当該養介護施設従事者等がその業務に従事している　養介護施設又は養介護事業において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐　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，養介護施設従事者等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。 ３　前二項に定める場合のほか，養介護施設従事者等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。 ４　養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた高齢者は，その旨を市町村に届け出る　ことができる。 ５　第十八条の規定は，第一項から第三項までの規定による通報又は前項の規定による届　出の受理に関する事務を担当する部局の周知について準用する。 ６　刑法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，通報（虚偽である　もの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈　してはならない。 ７　養介護施設従事者等は，通報をしたことを理由として，解雇その他不利益な取扱いを　受けない。 第二十二条　市町村は，通報又は届出を受けたときは，厚生労働省令で定めるところによ　り，当該通報又は届出に係る養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する事項を，当　該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護施設又は当該養介護施設従事者等　による高齢者虐待に係る養介護事業の事業所の所在地の都道府県に報告しなければなら　ない。 ２　前項の規定は，地方自治法の指定都市及び中核市については，厚生労働省令で定める　場合を除き，適用しない。 第二十三条　市町村が通報又は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。都道府県が報告を受けた場合における当該報告を受けた　都道府県の職員についても，同様とする。 （通報等を受けた場合の措置） 第二十四条　市町村が通報若しくは届出を受け，又は都道府県が報告を受けたときは，市　町村長又は都道府県知事は，養介護施設の業務又は養介護事業の適正な運営を確保する　ことにより，当該通報又は届出に係る高齢者に対する養介護施設従事者等による高齢者　虐待の防止及び当該高齢者の保護を図るため，老人福祉法又は介護保険法の規定による　権限を適切に行使するものとする。 （公表） 第二十五条　都道府県知事は，毎年度，養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況，養　介護施設従事者等による高齢者虐待があった場合にとった措置その他厚生労働省令で定　める事項を公表するものとする。 　　　第四章　雑則 （調査研究） 第二十六条　国は，高齢者虐待の事例の分析を行うとともに，高齢者虐待があった場合の　適切な対応方法，高齢者に対する適切な養護の方法その他の高齢者虐待の防止，高齢者　虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援に資する事項について調査及び研究　を行うものとする。 （財産上の不当取引による被害の防止等） 第二十七条　市町村は，養護者，高齢者の親族又は養介護施設従事者等以外の者が不当に　財産上の利益を得る目的で高齢者と行う取引（以下「財産上の不当取引」という。）に　よる高齢者の被害について，相談に応じ，若しくは消費生活に関する業務を担当する部　局その他の関係機関を紹介し，又は高齢者虐待対応協力者に，財産上の不当取引による　高齢者の被害に係る相談若しくは関係機関の紹介の実施を委託するものとする。 ２　市町村長は，財産上の不当取引の被害を受け，又は受けるおそれのある高齢者につい　て，適切に，老人福祉法の規定により審判の請求をするものとする。 （成年後見制度の利用促進） 第二十八条　国及び地方公共団体は，高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の　保護並びに財産上の不当取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため，成年後見　制度の周知のための措置，成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等　を講ずることにより，成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。 　　　第五章　罰則 第二十九条　第十七条第二項の規定に違反した者は，一年以下の懲役又は百万円以下の罰　金に処する。 第三十条　正当な理由がなく，第十一条第一項の規定による立入調査を拒み，妨げ，若し　くは忌避し，又は同項の規定による質問に対して答弁をせず，若しくは虚偽の答弁を　し，若しくは高齢者に答弁をさせず，若しくは虚偽の答弁をさせた者は，三十万円以下　の罰金に処する。  |

１４－２　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，その他公的・私的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

　る合意と役割分担による対応をします。

（２）課題把握のポイント

　　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）

（３）ターミナルケア・緩和ケアとは

　　末期状態にある人の広範囲なケアであり，回復を目的とした治療から，症状を緩和し

　て残された日々の生活の質（ＱＯＬ）を向上や確保するためのケアに移行します。

　ターミナルケア・緩和ケア

　　①　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区分は明確

　　　ではありません。

　　②　ターミナルケア・緩和ケアを提供するには，概ね次の要件があります。

　　　ア　本人・家族が希望していること

　　　イ　介護者がいること

　　　ウ　管理する医師を含めた，在宅医療体制が整っていること

　　　エ　いつでも入院できる受け入れ態勢があること

　　③　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持つ多様な

　　　ニーズ（症候・機能のこと，心理面のこと，社会的なこと，経済的なこと，環境の

　　　ことなど）に配慮する必要があります。

　　④　緩和ケアは，単に身体的な痛みを緩和することではなく，全人的な痛みに対応す

　　　ることです。

　　　ア　身体的痛み

　　　イ　精神的な痛み

　　　ウ　社会的な痛み

　　　エ　霊的・宗教的な痛み

　　⑤　ケアの目標は利用者の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，身体的な限界の中で対応することです。

　　⑥　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。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　インフォームドコンセント

　　①　インフォームドコンセントの重要性

　　　　緩和ケアを提供する場合には，常に利用者や利用者本人に代わって意思決定権の

　　　ある家族などからの説明の上で了解を得ているかどうかが重要です。

　　②　インフォームドコンセントを得る

　　　　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と明確な意思疎通

　　　のもとに行なわれることが望ましい。

　ケアの方向

　　ケアプランが作成される前に，利用者（もしくは代理の人）は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せられているか確認します。

　　また，提供されるケアは，出来る限り利用者の希望に沿ったものにします。

　　①　一般的なケア

　　　ア　身だしなみに配慮します。

　　　イ　本人と介護者の清潔に気を配ります。

　　　ウ　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で支障がでる可

　　　　能性があります。

　　　エ　失禁の管理を工夫します。

　　　オ　下痢と便秘へ対応します。

　　　カ　移動と転倒について，可能な場合は介助や見守りをします。

　　　キ　皮膚のケア，褥瘡の予防をします。

　　　ク　睡眠障がいについては，医師に相談して対応します。

　　　ケ　認知障がいへ，原因への対応と，気持ちの安定に配慮します。

　　　コ　焦燥感につて，原因に対応します。

　　　サ　末期の呼吸について，起こりうる状況を把握して対応します。

　　　シ　けいれん発作への対応を確認します。

　　②　医療的なケア（薬の管理）

　　　ア　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。

　　　イ　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。

　　③　家族や介護者のケア

　　　　近い未来への不安，ストレスに配慮し，家族のニーズへの気を配ります。

*2019.01.04. 文責：宮城県ケアマネジャー協会　小 湊 純 一。*

在宅緩和ケアのための地域連携ガイド

緩和ケアにおけるケアマネジャーの役割

ケアプラン作成時の留意点

　在宅移行時から終末期，そして看取りまでのプロセスのなかで，“その人らしく生きる”ことを大事にしてプランを作成する。たとえ終末期にあっても，“生活者”であり，患者・家族の生活を尊重・擁護することを忘れてはならないことはいうまでもない。

　ケアマネジャーは主治医や担当看護師と情報を交換しながら，その患者がどう生きていきたいのか，療養の場所（在宅を継続するのか，緩和ケア病棟などに入院するのかなど）や受ける医療など，患者と家族が“自己決定”できるように関わり，その意向に沿ったケアプランを患者・家族と協働しながら作成していくことが大切である。

　進行がん患者の場合，病状が急速に変化することも少なくない。病状変化の把握と，今後起こりうる変化を予測しながら，その患者・家族が希望する生活が，可能な限り継続，または実現できるよう生活支援計画を立てることが重要となる。医師，看護師などの意見を取り入れながらケアプランの修正・追加を行っていくことが大切である。患者・家族を含む多職種で構成されるチームがうまく機能できるよう，各チームメンバーがもつ専門性や力を発揮できるようコーディネートし，患者・家族が“その人らしく生きる”ことを支えていくことが，ケアマネジャーの大事な役割である。

　また，がん患者の場合，ターミナル後期に入るまでADLが維持されているケースも少なくなく，要介護認定審査で介護度が軽度に判定され，必要な介護用ベッドなどが利用できない場合もある。ベッドや車椅子などが病状的に必要なときには，医師の医学的所見やサービス担当者会議，適切なスクリーニングなどによる判断のうえ，保険者（市町村）との協議により，軽度要介護者に対しても福祉用具の貸与などが可能になることもある。また，要介護認定審査結果が出る前に患者が亡くなってしまうこともある。この場合，暫定プランで利用していたサービスの費用は申請日に遡って支給されるが，介護保険の申請や，区分変更申請はタイミングを逃さず早めに行っていく配慮が必要となる（詳細は状況によって多少異なることがありうるため，保険者〈市町村〉に確認することが大切である）。

家族への配慮

　在宅ケアを受ける際など，患者本人と家族の間に希望や考え方に違いがあることがある。また，家族や親戚などの間でも考え方に相違がある場合も少なくない。家族成員それぞれの思いや考えも表出できるように関わり，家族間の調整や，家族と患者本人との調整を図ることも大事な役割である。家族にとって，進行がん患者を自宅で介護するということが大きな心の負担となることを忘れずに，家族の心身の状況にも留意することが大切である。

　また，近い将来に大事な家族を亡くすという悲しみをもちながら，家族は介護している。患者を亡くす前から家族の悲しみは始まっているのである（予期的悲嘆）。この予期的悲嘆の感情表出が適切にできることで，患者が亡くなったときの悲嘆をうまく乗り越える力を得ることができる。ケアチーム全体で細やかな配慮をしながら家族を支えることも重要である。

　また，緩和ケアチームは，患者が亡くなった後も引き続き家族（遺族）の支援を行っていく役割がある。遺族に対する悲嘆のケアをグリーフケアという。死別後の悲嘆は約４ヶ月～１年続くといわれている。悲嘆のプロセスとは，愛する人を失った悲しみを乗り越え，自らの人生を生きていく力を少しずつ備えていく作業である。

　家族が正常な悲嘆のプロセスをたどっていけるように，医療と福祉が連携して地域で支えていくことが大切であり，緩和ケアの携わったケアマネジャーにもこういった役割があることを認識しておくことも大切である。家族が自らの喪失体験を肯定的に評価できるためには，まずは患者の療養中に，質の高い介護を提供できたかどうかが影響する。「安らかな死を迎えられた」「自分たちにできることは精一杯やった」「故人の望みを叶えることができた」など，介護を振り返ったときに「良いケアを提供できた」と実感できることが家族の心の支えになることが多い。ケアマネジャーは，療養中により良いケアが提供できるようケアマネジメントを行うことが重要である。

　悲嘆のプロセスには感情を表現できる場や，悲しみを共有してくれる人，そっと見守ってくれる人などが必要であり，医師や訪問看護師など，多職種と連携しながら地域で支えていくことが大切である。時には悲嘆過程が長引き，生活に支障を及ぼすような病的悲嘆に陥ることもある。抑うつ状態や自殺企図などを起こすこともあり，専門家につなげる必要がある場合も起こりうる。遺族会などを実施している医療機関もあるが，今後は地域包括支援センターなどとも協働して，地域での支援をより充実させていく試みも必要となるであろう。

看取りと医師法

　医師の間でさえ「死亡前24時間以内に診察していないと，死亡診断書を書くことはできない」という誤解がある。いつ亡くなるかを予測することは，どれだけ経験を積んだ医師でも困難なことなので，在宅での看取りを考えた場合，「毎日の往診」を想像される医師が多数おられることと思う。確かに，尿量の低下などによりあと数日の予後となれば，訪問回数が増えることもあるが，法律的には「診察後24時間以上経過した死」でも，診察中の患者は死後の診察で死亡診断書を書くことができるし，時間の長さについての規定もない。

　したがって，在宅での看取りの一晩を家族が行い，翌朝，医師が診断書を持って家に伺うことは現在行われていることで，夜中に訪問看護師がエンゼルケアを行っているということも，看取りが予測される病状において事前に医師から指示があれば一連の流れのなかで行われていることであり，それが医師法違反となることはないのである。

　さらに具体的なことでは，死亡時刻の考え方を紹介すると，死亡時刻を，ほどなく到着する医師による死亡確認時刻であるという考え方や，家族が記録した呼吸の止まった時刻とする考え方がある。「死亡診断書記入マニュアル」では「“死亡したとき”は死亡確認時刻ではなく，死亡時刻を記入します。“死亡したとき”の一部が不明の場合でも分かる範囲で記入します」と記載されており，厳格な法的規制があるわけでもないため，柔軟な対応が可能である。また，死亡確認をする医師については，複数医師体制の場合，初めて訪問診療を行った副主治医がその患者の死亡診断書を書くことに法律上の問題はない。

　もちろん，診療録に関して主治医と副主治医の間でとり決めが必要なことはいうまでもない。だた，心情的には「かかりつけ医」の主治医に「看取り」に立ち会ってほしいという希望はあると思われる。本稿では，「在宅での看取り」に関して医師法第20条を紹介しながら，理解を深めていただきたい。

　以上，よくたずねられることをまとめたが，そもそも医師法第20条の解釈について公にされている文書を引用して解説しておくので，確認願いたい。

医師法第20条

|  |
| --- |
| 　医師は，自ら診察をしないで治療をし，若しくは診断書若しくは処方せんを交付し，自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証明書を交付し，又は自ら検案しないで検案書を交付してはならない。但し，診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については，この限りでない。 |

ここで重要なのは，但書に関する以下の厚生省医務局長通知こそが，誤解や戸惑いの解決になるという点である。

医師法第20条但書に関する件：各都道府県知事あて厚生省医務局長通知（昭和24年4月14日医発第385号）

|  |
| --- |
| 　標記の件に関し若干誤解の向きもあるようであるが，左記の通り解すべきものであるので，御諒承の上貴管内の医師に対し周知徹底方持に御配慮願いたい。記死亡診断書は，診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであるから，苟しくもその者が診療中の患者であった場合は，死亡の際に立ち会っていなかった場合でもこれを交付することができる。但し，この場合においては法第二十条の本文の規定により，原則として死亡後改めて診察をしなければならない。法第二十条但書は，右の原則に対する例外として，診療中の患者が受診後二四時間以内に死亡した場合に限り，改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付し得ることを認めたものである。診療中の患者であっても，それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は，死体検案書を交付すべきである。死体検案書は，診療中の患者以外の者が死亡した場合に，死後その死体を検案して交付されるものである。 |

　「死亡診断書」と「死体検案書」の区別は，前者は診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであり，後者は死亡の原因が診療にかかわる疾病と全然別のものである場合や，診療中の患者でないものが死亡した場合に，死後その死体を検案して交付されるものである。また，旧国民医療法では，死亡診断書は交付の際に診察をしないでもこれを交付することが認められていたが，医師法では，たとえ診療中の患者であってもその者の死亡時が最後の受診から起算して24時間を越える場合には，改めて診察をしなければ死亡診断書を交付しえないこととされていた。これは，診察をしないで交付する場合をなるべく制限しようとする趣旨である。

　いずれにしても在宅死の取り扱いは，病院死とまったく同様である。在宅医は，異常死論議の余地がないように配慮し，必ず遺体を確認することが求められるし，訪問診療中から死を予告し，死に向かって起こりうる症状をよく説明し，医師以外のスタッフでもよいので，頻回に訪問することが重要だろう。在宅では，医療者と患者・家族との信頼関係のもと，常識的な「看取り」への移行がなされているということである。

引用文献

「緩和ケアのための地域連携ガイド」

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究」班　2008年12月26日発行（非売品）

Ｐ85～87，Ｐ102～104

エンドオブライフケア

１　訪問看護とは

　　看護師等が居宅を訪問し療養している利用者に看護を行うサービス。本人や家族の意思や，ライフスタイルを尊重して，生活の質が向上できるように予防的視点から看取りまでを支える。本人のみならず家族の健康状態もチェックし，一人々の健康課題を早期に発見し，医師と連携して疾病の発症や重症化を防止する。薬剤師，理学療法士等，ケアマネジャー等の多職種と連携し支援する。

～ ２４時間・３６５日安心を支える訪問看護サービス ～

①　医師の指示による医療処置・治療上の看護

　　　　・点滴・吸引吸入・胃瘻や経管による栄養・褥瘡予防と処置・服薬の管理観察・人工肛門・気管カニューレ・チューブ類の交換など

②　医療機器の管理

・人工呼吸器・在宅酸素・輸液ポンプ等

③　病状や健康状態の管理と看護

・バイタルチェック・感染症の有無・心身の健康状態・障がいの状態など観察脱水や肺炎等の早期発見，助言

④　療養生活の相談・支援

・高血圧，糖尿病など慢性疾患等の自己管理支援

⑤　ターミナルケア

・最後までその人らしい尊厳のある療養生活を送ることが出来るよう援助，苦痛や

倦怠感など緩和のための看護や医療処置，精神的な支援を行う。緊急時の対応や看取りにかかわる支援を行う看取り後の遺族のグリーフケア

⑥　在宅でのリハビリテーション看護

　　　　・運動機能の回復，維持，低下予防・安楽な体位・嚥下機能回復，維持，低下予防・

関節拘縮予防の支援助言・日常生活動作訓練・福祉用具利用相談や導入時は理学療法士等と連携

⑦　認知症と精神障がい者の看護

　　　　・認知症の症状を理解したうえで心身の健康状態を観察し，主治医と連携し服薬を

調整し周囲とのコミュニケーションがスムーズにいくよう援助

・家族や訪問介護・主治医と協働してケアを行う。

・精神障がいでは，コミュニケーションに障がいがある場合が多いため，自分の生活や将来などを主体的に語れる機会をつくり援助する。

・心身の健康状態を観察し服薬の管理，治療の継続，生活リズムの調整，必要なサービスの活用をアドバイスする。

⑧　精神的看護

　　　　・気分の落ち込みやうつ状態などの精神状態を把握し，気分転換やリラックス法，コミュニケーションの取り方などを助言

⑨　介護予防など低栄養や運動機能低下を防ぐアドバイス

・転倒を防止し残された能力が十分発揮できるように支援，体調維持するための栄

養指導等行う。

⑩　ご家族等への介護支援･相談

　　　　・安楽な介護方法の助言や，訪問介護員など他の職種と連携することで家族の介護

負担を軽減し，より良い家族関係が保たれるように支援する。

２　在宅におけるターミナルケア（医療職の役割）

①　病名・病状・予後の説明について

以前は癌であることを患者に伝えることは心に強い衝撃を与え生きる希望を失うとして病名を本人に伝えることを敬遠してきた。医学の進歩とともに早期に発見して適切な治療を行えば癌は治療が可能な疾患となり，たとえ完治できなくても痛みをはじめとする諸症状を緩和して在宅で過ごせることが可能になった。又患者自身による自己決定（アドバンス・ケアプラニング等を含む），インフォームドコンセント，セカンドオピニオンなどが重視され，これを尊重した医療を実践するには，がん患者自身に病気についての真実を伝えることが不可欠となった。ただし，患者が事前に「病名を知りたくない」という意向を示した場合や判断能力が十分でない場合には慎重に対処」する

②　病名・病状・予後を伝えることの利点

患者自身が治療法を選択し納得した上で医療を受けることが出来る。患者の自己決定権を尊重できる。真実を知ることによって病状が変化してきた時も，患者と家族，患者と医療従事者との良好なコミュニケーションが築かれ信頼関係が維持できる真実を知ることで家庭内の問題を解決し，仕事や財産などの社会的問題を整理し残された時間を有意義に過ごすことができる。

（真実を伝えたあとの援助）

病名，病状を知った患者は，心に強い衝撃を受けることになるため，安易な励ましを避け，理解的な態度で接するように心がける。どのような状況に置いても最善を尽くすことを伝え，特に身体的苦しみ，精神的苦しみの緩和を保証する。真実を知った患者が必要とするのは，周囲の人々との良好なコミュニケーションである。

③　人生の終末期をどのように過ごしたいか確認し支援する。

・本人の気持ち，家族の気持ち（病気をどう捉えてどうしたいと思っているのか，本人がわがままを言える関係性を作っていく）

　　　　・本人と家族が残された限られた時間の過ごし方を話し合うことが出来る。

　　　　・痛みや苦痛の緩和がなされ，ＱＯＬの向上が図れる。

・タイムリーな日常生活の支援や療養環境の整備

　　　　・身体がきれいでさわやかな気分で過ごせるよう支援

④　家族介護の支援（不安なく介護できるように）

　　　　・家族等の介護力を評価し，自分たちが満足できる介護ができるように支援する。

・利用者家族の持つ多様なニーズが解決できるように支援する。（生活者として普段の生活が継続出来るように）在宅の支援者たちのネットワークがある。（情報の共有）

３　各専門職のターミナルケアの役割

①　医師の役割

　　　　常に患者や家族，関わる多職種と情報を共有し，あらゆる相談役となって患者ができるだけ快適な生活ができるように必要に応じ往診し，苦痛緩和のための治療を行い患者と顔を合わせ，会話をしながら患者の不安や希望を聞いて療養の仕方を一緒に考えていく。

最期，医師は死亡を確認して死亡診断書を作成。

②　薬剤師の役割

　　　　・薬の飲み方・使い方について薬剤師の視点でアドバイス

　　　　・薬の飲ませ方の指導を行い飲みやすい形の工夫をしてくれる

　　　　・別の薬や特別な食品が服用中の薬に与える影響についての指導

　　　　・薬の効果や不都合について，医療用麻薬の取り扱い方や保管方法について説明

③　看護師の役割

　　　　・病状の観察（症状のコントロールが適切にできているかどうかの確認）

　　　　・主治医への状態報告

　　　　・日常生活の援助（必要により苦痛を緩和しながらの清潔の援助，食事指導，排泄のコントロール，環境整備等をする。）

　　　　・緊急時の対応の確認や予測できる問題についての指導

　　　　・困っていること，不安に思っていることへの相談

　　　　・介護者への支援や精神的支援

　　　　・介護職への情報提供

　　　　※ケアチームは情報を共有しそれぞれが役割を理解しサポートする意識が大切

４　ターミナル期の症状

①　終末期によくある症状

　　　　・苦痛の緩和（痛み，倦怠感，呼吸困難，浮腫み，痰の貯留）

　 　　・食事摂取量の減少(食事摂取量に影響を与えるトラブルが起きていないか，回数や内容にこだわらない)

　　　　・排泄に対する対応（排便困難，体力低下とともにトイレへ行けなくなる等）

・睡眠に対する対応（不眠の原因に対応（症状のコントロール等），傾聴，就寝前の足浴やマッサージ）

　　　　・清潔に対する対応（身体に負担のかからない方法で　本人の希望を優先）

　　　　・環境に対する対応（過ごす時間は家族のだんらんに近い場所で）

②　死期が迫った予兆

　　　　・昼夜関係なく眠っていることが多くなる（就寝中の無呼吸出現）

　　　　・時間や場所や愛する人の認識の混乱，幻影をみる（せん妄状態）

　　　　・食欲低下　全身の倦怠感（身の置きどころがない）

　　　　・苦痛を訴えることが少なくなる

　　　　・尿量の減少，尿や便の失禁

　　　　・手や足先の冷感　皮膚が冷たい　身体の下になっている部分にチアノーゼ

　　　　・呼吸時のガラガラ，ゴロゴロという音（喘鳴）

　　　　・身体の不随運動，ピクピク動く

※以上のような兆候が現れ始めた時，介護に携っている介護者は医療チームに連

携を取る（情報提供）

③　患者が死亡したという兆候

　　　　・皮膚刺激や話しかけても反応がない

・呼吸や心拍がない

　　　　・眼球が動かない，瞳孔が拡大する

　　　　・顎が弛緩し，口がわずかに開かれる

　　　　・大小便の失禁

　　　　※慌てず，家族・医師，医療チームに連絡

　　　　　看取りの合意がある場合，心肺停止や呼吸停止が起こった時，患者の負担となる

蘇生術は行わない

５　訪問看護サービス利用の仕方

①　かかりつけ医の｢訪問看護指示書｣が必要

訪問看護指示書：利用者やその家族からの申し込みにより，かかりつけの医師（主治医）が診察（訪問看護の必要性の要否の判断）に基づいて交付するもの。利用者が複数の医師にかかっている場合，利用者に対して主として診療を行う医師が訪問看護の指示を行うことが原則とされる。なお，主治医とは利用者の選定により加療している医師だが，この医師は保険医療機関の保険医か介護老人保健施設の医師でなければならない。又利用者が公費負担医療を受ける場合は指定医療機関の医師の指示書が必要

②　要介護者等に対する訪問看護は原則介護保険

③　要介護認定で「非該当」は医療保険の訪問看護サービス

　　　　介護の必要性が低く「非該当」と判定されると，医療的なケアの必要性で医療保

　　　　険で訪問看護のサービスを受けられる

④　医療保険対象者

厚生労働大臣が定める疾病等，癌の末期，急性増悪期（特別訪問看護指示書）

特別訪問看護指示書：かかりつけ医は，診療により利用者の急性感染症等の急性増悪時，終末の悪性腫瘍等以外の終末期又は退院直後で週４日以上の頻回な訪問看護の必要性を認めた場合は特別訪問看護指示書を交付することができます。交付された日から１４日以内は毎日訪問看護を行うことができます。（気管カニューレや真皮を越える褥瘡の状態にある利用者は２回／月まで可能）

⑤　介護保険での訪問看護

　　 　６５歳以上で，要介護・要支援になった人，４０～６４歳で，加齢に伴う特定疾病によって要介護・要支援になった人

　特定疾病

心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって，加齢に伴って生じる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障がいを生じさせると認められる疾病癌末期（医師が一般に認められている知見にもとづき回復の見込みがない状態に至ったと判断した場合），関節リウマチ，筋萎縮性側索硬化症,後縦靭帯骨化症，骨折を伴う骨粗鬆症，初老期における認知症（アルツハイマー病，血管性認知症，レビー小体病等），進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患，脊髄小脳変性症，背柱管狭窄症，早老症（ウェルナー症候群等），多系統萎縮症（線条体黒質変性症，シャイ・ドレーガー症候群，オリーブ橋小脳萎縮症），糖尿病性神経障がい，糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症，脳血管疾患（脳出血，脳梗塞等），閉塞性動脈硬化症，慢性閉塞性肺疾患（肺気腫，慢性気管支炎，気管支喘息，びまん性汎細気管支炎，両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

⑥　医療保険の訪問看護

　　 厚生労働大臣が定める疾病等の方，癌末期や急性増悪期の方

　厚生労働大臣が定める疾病等

　癌末期，多発性硬化症，重症筋無力症，スモン，筋萎縮性側索硬化症，脊髄小脳変性症，ハンチントン舞踏病，進行性筋ジストロフィー症，パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重傷度分類がステージⅢ以上であって生活機能障がい度がⅡ度又はⅢ度のものに限る，多系統萎縮症（線条体黒質変性症，オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群），プリオン病，亜急性硬化性全脳炎，ライソゾーム病，副腎白質ジストロフィー，脊髄性筋萎縮症，球脊髄性筋萎縮症，慢性炎症性脱髄性多発神経炎，後天性免疫不全症候群，頚髄損傷，人工呼吸器を使用している状態

⑦　訪問看護は週に何回可能か？

　　　　・医療保険では通常，週３日まで

　　　　・急性増悪期はひと月に１４日間以内であれば毎日可能

・難病，癌の末期は連日複数回可能

 引用文献

　「訪問看護活用ガイド」　財団法人在宅医療助成勇美記念財団

　「訪問看護業務の手引き」　社会保険研究所

*2018.12.25.《エンドオブライフケア》文責：内 田 裕 子*