施設ケアプラン策定のための

課題検討の手引き

*2010.12.21.（改訂2015.12.25. 改訂2019.01.04.）*

宮城県ケアマネジャー協会

.

１　健康状態

１－１　転倒

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　　入所施設の職員は，転倒したことのある入所者と転倒の危険性のある入所者を特定して，転倒と転倒による負傷を最小限にすることが役割です。また，転倒の危険性を把握して対応することは，転倒を心配することによる活動制限を解消することにもつながります。

（２）課題把握のポイント

　　①　１か月以内に転倒している

　　②　過去１か月～３か月に転倒している

　　③　徘徊がある

　　④　めまいがある

　　⑤　体幹部の抑制をしている

　　⑥　抗不安薬を使用している

　　⑦　抗うつ薬を使用している

（３）転倒

　　介護施設入所高齢者は，転倒と転倒による骨折の危険性が高いだけでなく，転倒することを心配して活動を控えてしまう場合があります。

　　転倒の原因は一つだけでなく，複数の原因によります。転倒の原因は，入所者の健康状態や身体機能などの本人によるものと，薬の副作用，用具の使用，抑制や環境などの本人以外の原因があります。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　転倒の危険性を確認して対応します

　　①　何度も転倒している

　　　　入所前の状況，事故の報告記録などから転倒の既往と転倒回数を確認します。

　　②　内的原因

　　　　転倒の原因となる医療面での状況を把握し，転倒を予防する取り組みをおこない

　　　ます。

　　　ア　循環器

　　　イ　神経筋，身体機能

　　　ウ　整形外科

　　　エ　感覚器

　　　オ　精神疾患，認知状態

　　③　外的原因

　　　　外的な原因を把握して対応し，転倒の危険性を減らすよう改善します。

　　　ア　薬剤

　　　　　転倒の前に薬を服用していたかどうかを把握します。

　　　　　薬には低血圧や筋硬直，ふらつき，振戦や敏捷性の低下などの問題を引き起こ

　　　　し，転倒の原因となることがあります。（抗精神病薬，抗不安薬，催眠薬，抗うつ

　　　　薬，循環器薬，利尿薬･･･）

　　　イ　器具や装具

　　　　　転倒した（または転倒の危険性のある）入所者が器具や装具を使用していれば，

　　　　用具やその使用に原因があるかどうかを観察します。

　　　　　また，抑制や抑制による興奮が転倒の原因になっていないかを把握します。

　　　ウ　危険な環境や状況

　　　　　暗い照明や敷物，物の配置などは，転倒の原因になることがあるため，早急に

　　　　改善する。

　　　エ　転倒した時の状況を確認する

　　　　　最近の転倒した状況を詳しく把握します。

　　　　ａ　転倒の時間帯

　　　　ｂ　食後の経過時間

　　　　ｃ　通常の日課活動をしている時，そうでない時

　　　　ｄ　立っている時，歩いている時

　　　　ｅ　何か取ろうとして背伸びしている時，下を向いている時

　　　　ｆ　人がたくさんいた時

　　　　ｇ　トイレに急いで行こうとしていた時

　　　　ｈ　床が濡れていた

　　　　ｉ　滑りやすくなっていた

　　　　ｊ　廊下に不慣れな物が置いてあった

　　　　ｋ　模様替えをしたばかり

　　　　ｌ　環境が変わった

　　　オ　事後の対応と予防対応

　　　　ａ　不具合を確認します。

　　　　ｂ　必要なバイタルサインをとります。

　　　　ｃ　転倒時大腿骨や下腿に骨折などの重大な損傷を負ったのでなければ，臥位と

　　　　　立位の血圧と心拍数を測定すします。

　　　　ｄ　転倒した状況で測定します。例えば，食事を摂った後１０分で転倒したので

　　　　　あれば，食事１０分後にバイタルサインを測定します。

　　　　ｅ　仰臥位の血圧と心拍数を測定し，次に起立後１分と３分後に両者を再度測定

　　　　　します。この時体温と呼吸数も記録します。

　　　　ｆ　環境整備の必要性を検討します。

　　　　ｇ　現在の環境の中で，どのように行動しているかを注意深く観察します（ベッ

　　　　　ドから出る，歩く，体の向きを変える，いすに座る，立ち上がる，トイレを使

　　　　　用するなど）。観察によって，転倒を未然に防ぐ環境整備の方法を見つけること

　　　　　ができる場合もあります。

　　　　ｈ　ベッドから出る，歩く，立った状態で1回転する，腕を前に組んだ状態でい

　　　　　すから立ちあがる，トイレを使用する様子を観察する。（転倒しないよう，何時

　　　　　でも身体を支えられるようにして実施，観察します。）

１－２　向精神薬

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　　医師によって処方された向精神薬作用の観察により，入所者の心身の状況，生活の質

が向上できるよう関わります。

また，向精神薬の副作用による危険性を最小限にします。

（２）課題把握のポイント

　　①　向精神薬を服用している

　　②　低血圧やふらつきがあるか確認します。

　　　ア　身体的な動きの繰り返し

　　　イ　座位バランス不良

　　　ウ　低血圧

　　　エ　めまい

　　　オ　意識喪失（失神）

　　　カ　不安定な歩行

　　　キ　転倒

　　　ク　大腿骨骨折

　　　ケ　嚥下問題

　　③　認知や行動の問題を確認します。

　　　ア　せん妄，混乱した思考・意識

　　　　・注意がそらされやすい

　　　　・周囲の環境に対する認識が変化する

　　　　・支離滅裂な会話が時々ある

　　　　・落ち着きがない

　　　　・無気力

　　　　・認知能力が１日の中で変動する

　　　イ　認知状態の悪化

　　　ウ　聴覚・コミュニケーションの悪化

　　　エ　気分の悪化

　　　オ　行動障がいの悪化

　　　カ　うつ状態

　　　キ　幻覚

　　④　不快な状態があるかどうか確認します。

　　　ア　便秘

　　　イ　便が詰まる

　　　イ　吸引

（３）向精神薬

　　適切かつ慎重に使用されれば，入所者の生活の質を向上させることがあります。しかし，すべての向精神薬には副作用があり，問題をさらに悪化させる可能性もあります。特に起立性低血圧は深刻な副作用です。せん妄も副作用として起きる場合があり，服用した薬剤の種類や量，他の薬剤との相互作用，入所者の年齢，健康状態によって重症化することがあります。

　　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　薬を確認します。

　　　ア　問題が起こった日と薬剤の開始日との間隔

　　　イ　服用量と服用顔度

　　　ウ　向精神薬の種類

　　　エ　処方された理由

　　②　薬剤の代謝や排泄を妨げる状態を確認します。

　　　ア　肝・腎不全

　　　イ　急性症状

　　　ウ　脱水

　　③　気分と行動の問題を確認します。

　　　ア　問題の現状

　　　イ　気分や行動における最近の変化

　　　ウ　問題行動に対応するケア

　　　エ　精神状態

　　④　副作用への対応を検討します。

　　　　副作用による支障の可能性が認められた場合，医師に報告して指示を受け，対応

　　　します。

２　ＡＤＬ

２　ＡＤＬの改善と支援

日常生活動作（Activities of Daily Living）

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　ＡＤＬの改善，予防，適切な介護を考えるには，現場の介護スタッフの知識，観察力，

　予測力による日々の入所者情報が重要です。

　　①　ＡＤＬが改善する可能性のある入所者，ＡＤＬの低下を遅らすことのできる利用

　　　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入所者や，障がいにな

　　　って間もない入所者に，目的を持った運動等の機能訓練を検討します。

　　③　ＡＤＬの改善などが難しい場合は，必ず行わなければならないケアを検討します。

　　　　また，改善のためのケアと平行して行う場合もあります。

　ＡＤＬが自立することの長所と同時に発生する危険性との間のバランスをとった現実的な目標を設定します。自立を勧める際にはある程度安全を損なう危険性があることを理解し，目標を設定する場合には十分な説明と入所者の積極的参加を得る必要があります。

～ＡＤＬ改善の目的として検討すること～

|  |
| --- |
| 　①　入所者の自立度を最大限にするように，機能を回復すること。　②　身体介護の代わりに，動作分割と言葉による誘導をすること。　③　より少ない介護・援助でできるように，能力を回復すること。　④　介護・援助時間を短くすること。　⑤　自分でできることを実践する場面を増やすこと。　⑥　自立度の低下を防いだり，遅らせること。　⑦　状態の悪化が避けられない場合は，弊害を防止すること。（褥瘡，拘縮など。） |

～「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～

|  |
| --- |
| 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

　　①　ＡＤＬの介助を受けている。

　　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　入所者本人，家族，ケアマネ，ケアスタッフはＡＤＬが改善すると思っている。

（３）ＡＤＬ

　　ＡＤＬの自立は生活の質に大きな影響があります。ＡＤＬの介助を受けることは心理

　的に苦しい想いをしたり，孤立感や自尊心の低下をまねくことがあります。

　　ＡＤＬの障がいが進むと，生活が困難になる可能性が高くなるほか，じょく創や失禁，

　筋力低下，拘縮，転倒などの危険性も高まります。

～機能訓練等によりＡＤＬが改善するためのポイント～

|  |
| --- |
| 　 ①　援助者が，入所者に対する明確な機能訓練の目的を持っているかどうか。　②　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，廃用等うち，回復する可能性がどれだけあ　　　るか把握します。　③　意欲の有無を理解しているかどうか。　　　入所者本人の「意欲」が重要である。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，訓練に積極的に参加します。また，入所者に認知障がいがあっ　　ても，意欲があれば，機能が低下するペースを遅くすることが可能な場合があります。 |

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　医療的問題に対応します

　　①　病気や怪我など医療的な問題を検討します。

　　　　ＡＤＬの低下が最近起こった入所者の場合で，身体の状態が不安定あるいはなん

　　　らかの症状がある場合など。

　　②　ＡＤＬが低下の原因，低下した時期，悪化した時期と，病気や症状の関連性を把

　　　握します。

　　　　病気や症状がないか確認します。もしあれば，どのような対応をすればよいか主

　　　治医（嘱託医）に聞いて確認します。

～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　身体抑制のため　⑧　環境のため　⑨　薬のため　　ア　薬が合わない　　イ　向精神薬のため　⑩　その他 |

　　③　機能訓練，運動などの計画が合っていたか，効果的であったか確認します。

　　　ア　本人が機能訓練に前向きでない。効果を信じていない。

　　　イ　予定のとおり実施するのが苦痛に感じている。

　　　ウ　支えや励まし，応援，努力や効果に対する褒め言葉がない。

　　　エ　逆効果を心配している。

　ＡＤＬの改善を検討します

　　　ＡＤＬの低下が最近起こり，状態が安定している場合など。

　　①　最近障がいとなった機能を改善する具体的な方法や可能性についての情報を提供す

　　　る。入所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

　　　りとした情報を必要としています。

　　②　ＡＤＬ訓練の計画を作成するには，まず訓練を行う際の留意点を話し合い，次に

　　　どのＡＤＬについて訓練するのかを決めます。

～機能訓練を行う際の留意点～

|  |
| --- |
| 　①　入所者本人が取り組みやすいように，ＡＤＬ訓練は時間や場所などをきちんと決　　めて行います。　②　機能訓練やそれぞれの動作要素の合間に休憩を入れます。　③　訓練しているＡＤＬを，介護スタッフの助けを借りて少しずつさまざまな場面で　　実践します。　④　機能訓練は継続的に実施します。　⑤　日常の動作や活動の拡大は，危険も伴うため，段階的にゆるやかに進めます。　⑥　機能訓練の内容を急に変更すると，機能低下を招くことがあります。 |

　　③　訓練するＡＤＬ領域

　　　ア　本人にとって意味のあるＡＤＬを訓練の対象にします。

　　　イ　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。

　　　ウ　ほんの些細な動作にも着目します。（タオルを受け取れば顔を拭く，自分で布団

　　　　をかける，一口でも自分で食べる，ボタンを一つでも掛けるなど。）

　ＡＤＬの維持を検討します

　　　ＡＤＬが長い間変化していない場合

　　①　全身運動による機能の維持を検討します。

　　　ア　散歩，ダンス，庭仕事など。

　　　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。

　悪化・低下の防止を検討します

　　　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。

　　①　自分で行う運動や機能訓練だけでなく，他動的な運動により悪化を予防します。

～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。　　入所者と向き合い，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。 |

～ＡＤＬ目標の例～

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) | 室内や近くを移動する　　　　□ | 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 | 棟（ユニツ卜）内を移動する　　　　□ | 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 | 施設内を移動する(エレベーターを使う)　　　　　　　□ | 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 | 戸外を移動する　　　　□ | 移乗(立つ/ 座る/持ち上がる/ころがる） | 噛む，飲む， 飲み込む |
| それぞれの衣顆をつかむ，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 |

３　ＩＡＤＬ

３　ＩＡＤＬの回復と支援

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

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　ＩＡＤＬの能力，ＩＡＤＬ障がいの原因を明らかにし，より自立できる可能性，回復で

　きる可能性を検討して対応します。

（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

（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

　ビス入所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

　ＩＡＤＬ改善の必要性を把握する

　　①　ＩＡＤＬの改善または，自分で行うことが，本人のＱＯＬ向上に関係する。

　　自己動作が可能であっても，施設の都合ですべて支援してしまい，本人の能力を活用

　する機会を奪ってしまう場合があります。また，家庭では出来なかったことが施設では

　可能な場合がありますので，入所者本人の能力と意向を尊重して対応します。

　　①　医療的な問題に対応します

　　②　機能障がいに対応します

　　③　動機や意欲，支援体制，能力，環境の問題に対応します

４　認　知

４　認知障がい

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　①　認知障がいがあるかどうか，急性か慢性か，慢性なら，その障がいを補い，生活の

　　　質を高める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　認知障がいのある入所者に，負担やストレスとならない活動を提供します。

　　③　関わる職員の適切な支援的役割を明らかにします。

（２）課題把握のポイント

　　①　記憶に問題がある。

　　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。

　　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。  |

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　支障のある状態について，認知能力の低下とどのように関係しているのか，生活の質

　にどのような影響を及ぼしているのかを把握することにより，ケアの方向性と可能性を

　検討します。

　認知能力の低下との関係を確認します

　　①　せん妄

　　　　せん妄状態では，認知能力を正しく判定することができません。せん妄が回復す

　　　るか，治療ができるだけの効果があった場合のみ，正しく認知能力を判定すること

　　　ができます。

　　②　認知症の進行

　　　　最近認知能力が悪化していないか，認知症の進行に変化がないかを明らかにする

　　　ことで，入所者の認知能力と身体機能が現時点でどの程度障がいされているかを理

　　　解することができます。その結果入所者のもっている現実的な可能性が把握され，ＱＯＬを拡大するケアプランに役立てることができます。また，認知能力の変化の状況を知ることにより，回復可能な原因を調べ，悪化を防止することができるようになり

　　　ます。

　　③　精神遅滞，アルツハイマー病，その他の成人発症の認知症

　　　　認知能力が低下した入所者に最もよくみられる神経疾患は，アルツハイマー病で

　　　す。

　　　　しかし，知的障がい者は介護保険施設で増加の傾向にあり，特にダウン症候群は比

　　　較的早期より認知症になりやすい。認知能力が低下している場合，これらの神経疾

　　　患を区別することにより，スタッフは入所者が長期にわたって保持する知的能力の

　　　相違を理解することができます。

　改善の必要性，可能性がある問題を確認します

　　①　気分の状態と問題行動

　　　　せん妄と同様に，問題行動も特別な治療やケアにより軽減したり，完治すること

　　　があります。しかし，中には改善不可能なものもあり，スタッフは入所者の一部と

　　　して問題行動を受け入れ，付き合っていくべきです。また，継続する問題行動に対

　　　しては慣れが生じるため，問題行動による本人や周囲の身の安全や健康，日課活動

　　　への影響は特にないと感じることもあるので注意が必要です。

　　　　認知能力が低下し問題行動のある入所者には，以下のことを検討します。

|  |
| --- |
| 　　　　ア　問題行動へのケアを開始した後に認知能力が悪化することはなかったか？　　　イ　認知能力の悪化はケアや治療が原因であったか？（たとえば，ケアを嫌がる反　　　　応など）　　　ウ　問題行動へのケアや治療を開始した後に認知能力は改善したか？　　　エ　スタッフの援助によって身体的な自立度は改善したか？ |

　　②　医学的な問題

　　　　医学的な問題を明らかにし治療することは，認知能力とQOLにプラスの影響を与

　　　えることがあります。たとえば，うっ血性心不全，慢性閉塞性肺疾患，便秘を効果

　　　的に治療することにより，身体機能と認知能力の両方を改善することがあります。

　　　　快適な状態（痛みのない状態）は，慢性，急性の疾患を問わず認知能力が低下し

　　　た入所者を治療する際に，最も優先される目標です。この場合本人の訴えを把握す

　　　ることが重要ですが，痛みを十分に伝えられないこともあるので注意します。

　　③　一般状態の低下

　　　　認知能力が低下し，その期間が長く続いている入所者は，合併症（たとえば，褥

　　　瘡など）を起こしたり，生命の危険性のある段階にまで到達することがあります。

　　④　身体機能の障がい

　　　認知能力の低下は，まず最初に身体機能の変化に表れることがあり，回復可能な原

　　因を明らかにするため，以下のことを検討します。

|  |
| --- |
| 　　　ア　移動，更衣，摂食においてどの程度介助が必要か？　　　イ　より自立できる可能性はないか？　　　ウ　認知能力だけでなく，状態が全般的に悪化しているのか？（たとえば，尿コ　　　　ントロール，移動，更衣，視覚，日課活動への参加時間の低下も起こっている　　　　など） |

　　⑤　感覚障がい

　　　ア　識別が困難な状況があるか確認します。

　　　　　認知能力が低下すると，小さい物体を識別したり，食事中に皿を置いたり，い

　　　　すに座るために体を調整することが難しくなる。このために毎日の日課行動をし

　　　　なくなることがあります。視覚に問題があるかどうかも確認する必要はあります。

　　　イ　コミュニケーション能力を確認します。

　　　　　認知能力が低下している人は，意味のあるコミュニケーションができないもの

　　　　と思われている場合があります。しかし，一見理解しがたい行動（叫ぶ，攻撃的

　　　　な行動をとるなど。）でも，それが独自のコミュニケーション方法であることがあ

　　　　ります。このような行動とその出現パターンを観察することによって，認知障がい

　　　　の入所者のニーズをある程度理解できるようになることがあります。（トイレに行

　　　　きたいため，不快なために騒ぎ始めるなど。）

|  |
| --- |
| 　　　ア　コミュニケーションがとれるのか？　しようとしているのではないか？　　　イ　スタッフは，入所者の反応を促すために言葉によらないコミュニケーションの　　　　方法（触れる，ジェスチャーなど）を使っているか？ |

　　⑥　薬剤

　　　　向精神薬やその他の薬剤は認知能力の低下の一因となることがあります。必要に

　　　応じて確認します。

　　⑦　関わり方の要因

　　　ア　自立した活動をする機会は考慮されているか確認します。

　　　　　スタッフは，入所者ができるだけ多くの活動に参加するよう配慮すると同時に，

　　　　過保護にならないように注意します。ある１つの機能が低下していても，その領

　　　　域すべてを全面援助する必要はないし，また他の機能低下につながるかもしれな

　　　　いことを頭に入れておきます。

　　　イ　より自立できるかもしれないと考える根拠はあるかどうか確認します。（実際に

　　　　やっているところを見た，もっと自分でやりたいという希望がある，体幹や四肢，

　　　　手をコントロールする能力があるなど。）

　　　ウ　日常生活において自分で判断する場面がもっとあるかどうかを確認します。

　　　エ　自分で判断するための認知能力が少しでも残っているか確認します。

　　　オ　受身的になっていないか確認します。

　　　カ　ケアを拒否していないか確認します。

　　　キ　自分でできるように動作分割はされているか確認します。

　　　ク　スタッフの対応の不適切さが，支障，混乱の原因になっていないか確認します。

～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。　　入所者と向き合い，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。 |

　　⑧　日常生活，活動

　　　　入所者の生活に焦点を当てたケアは，認知能力の低下による問題を軽くすること

　　　があります。

　　　ア　ある程度認知能力があり問題行動のない入所者は，施設での生活や周囲の出来

　　　　事に関わりをもって暮らしているか確認します。

　　　イ　負担を軽くしたり，環境を改善することによって効果が得られないかどうか確

　　　　認します。

　　　ウ　小グループでの活動が推し進められているかどうか確認します。

　　　エ　個別の環境的配慮がされているかどうか確認します。（方向の指示や個別の照明

　　　　など）

　　　オ　スタッフは，入所者の残存機能が最大限活用されるようにケアをしているか確

　　　　認します。（全面援助ではなく，言葉をかけたり，手を引いたり，見守ったりする

　　　　こと，動作を分割し次の動作への合図に反応する時間を十分にとっているか，入

　　　　所者にとって快適で，支えられているという安心感をもてる関係を築くことな

　　　　ど。）

　　　カ　最近親しい人を失っていないかどうか確認します。（配偶者の死，好きなケアス

　　　　タッフの配置換え，入所して間もない，家族や知人の訪問回数が減るなど。）

|  |
| --- |
| ＡＤＬ目標の例 |
| 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) | 室内や近くを移動する　　　　□ | 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 | 棟（ユニツ卜）内を移動する　　　　□ | 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 | 施設内を移動する(エレベーターを使う)　　　□ | 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 | 戸外を移動する　　　　□ | 移乗(立つ/ 座る/持ち上がる/ころがる） | 噛む，飲む， 飲み込む |
| それぞれの衣顆をつかむ，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 |

５　コミュニケーション

５－１　コミュニケーション

（１）ケアマネジャー及び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によって自分の感情や想いを表現し，人の話を聞くなどして互いの情報を共有します。コミュニケーションがうまくとれれば，環境への適応や，孤独やうつ等を軽くすることも可能です。

　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

　　　入所者と施設スタッフ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。

　　また，認知症の入所者等とコミュニケーションをとる場合，スタッフが非言語的コミ

　ュニケーション能力を高める必要があります。人として基本的で自然に身についている

　能力（身体に触れる，表情，アイコンタクト，声の抑揚，姿勢等）が，入所者との効果

　的なコミュニケーションを可能にします。

　　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　介護スタッフ等が入所者に代わって返事をすることは，入所者とのコミュニケ

　　　　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　入所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入所者に十分に見えるようにして話す。

　　　ウ　話しているときに，入所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　入所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入所者を責めない。

　　　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）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　最近視力が低下した入所者，視力を失った入所者，視力補助具などを適切に使用していなかった入所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　活動

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　・日課活動の選択肢の追加を希望する入所者に対応します。

・認知障がいや気分の落ち込みはあるが，日課活動を充実させることによって効果が得られるようにします。

・日課活動のし過ぎによる弊害に対応します。

（２）課題把握のポイント

（改善）

　　①　ほとんど活動していない

（再検討）

　　①　ほとんどの時間起きている

　　②　ほとんどの時間活動している

（３）活動

　　入所者が消極的であっても，活動に参加することは重要です。

　　活動や訓練への期待や意欲がなくなり，病気が進み，活動への機会が減ることで，社会

交流をしなくなると，生活や身体機能等の改善や回復の可能性が減少します。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　①　活動していない状態は，入所者の身体や認知能力を考えると相応か。

　　②　負担の少ない施設生活で，生活に張りがなくなったり無関心になっていないか。

　　③　普段の生活で意欲を感じることがあるか。

　　④　施設生活に積極的に関わっているか，参加しているか。

　　⑤　日課活動への参加を支援する方法はないか。

　　⑥　活動への参加に，病気や症状が影響していないか。

　　⑦　認知，身体機能，コミュニケーション，気分等が活動に影響していないか。

　　⑧　環境の変化が影響していないか。

　　⑨　対人関係が影響していないか。

　活動プラン作成時に留意すべきこと

　　①　活動は入所者の想いや期待に沿っているか。

　　②　レクリエーションを時間の無駄だと思っていないか。

　　③　介護スタッフは，入所者の希望や慣習を尊重しているか。

　　④　介護スタッフは，活動量の低い活動が入所者の興味関心をひくかどうかを考えて

　　　いるか。

　　⑤　認知や身体能力の低下のために興味を持っていた活動ができなくなっていないか。

　　⑥　認知や身体能力の低下のために，活動の選択肢が減っていないか。

　　⑦　介護スタッフが過保護になっていないか。

　　⑧　入所者にとって，活動が負担になっていないか。

　　⑨　新しい活動への意欲を持っているか。

６－２　対人関係

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　施設内での対人関係の問題と，対人関係の能力を把握して，対人関係の苦痛へ対応し

　ます。

（２）課題把握のポイント

①　興味を持っていた活動をしなくなった。

　　②　施設スタッフとの葛藤や批判を繰り返す。

　　③　同室者等とうまくいかない。

　　④　家族等との葛藤や批判を繰り返す。

　　⑤　失った役割等を悲しんだり，怒ったりする。

　　⑥　家庭での生活と施設での生活の違いを感じている。

（３）対人関係

幸福感は，自分と周りの環境や人間関係に左右されます。肯定的な想いや感情は生活への積極性と充実感につながり，否定的な想いや感情は対人関係の苦痛や喪失感を含みます。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　①　対人関係以外のことを改善して対応します。

　　　　気分や行動障がいを把握します。

　　②　対人関係の支障を把握して対応します。

　　　　入所者にとって重要な人間関係の変化や，環境の変化を把握します。

　　③　対人関係の支障となる能力を把握して対応します。

　　　　施設スタッフの関わりによって補います。

　　④　生活習慣や今までの生き方，想いを把握して対応します。

　　⑤　施設スタッフの問題意識，過去の対応，改善の可能性を検討して対応します。

６－３　気分

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　悲しみや虚しさ，不安，落ち着きのなさなどの気分の悪化に対応します。

　　気分の悪化は，体重低下，興奮，痛み等の機能障がいとして表れる場合があります。

（２）課題把握のポイント

　　①　否定

　　②　同じことを繰り返し言う

　　③　心気症状

　　④　不満

　　⑤　不安

　　⑥　不眠

　　⑦　不機嫌

　　⑧　活動・交流の低下

（３）気分（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　回復可能な原因を検討します。

　　　ア　対人関係

　　　イ　コミュニケーション

　　　ウ　治療

　　　エ　薬の副作用

　　　オ　病気や症状

　　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　食欲低下，食事や水分量の減少

　　　ク　体重減少

　　　ケ　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，介護スタッフ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。

７　排尿・排便

７　尿失禁・留置カテーテル

（１）ケアマネジャー及び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

８　褥瘡・皮膚の問題

８－１　褥瘡

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　褥瘡のある入所者に治療やケアを確実に提供することと，褥瘡になる危険性があるに

　もかかわらず予防的なケアを受けていない入所者を把握します。

（２）課題把握のポイント

　　①　褥瘡や潰瘍があるか。

　　②　寝返り等，ベッド上等で身体を動かすことができるか。

　　③　寝たきり状態か。

　　④　便失禁はあるか。

　　⑤　末梢循環障がいがあるか。

　　⑥　褥瘡・潰瘍ができたことがあるか。

　　⑦　痛みや圧迫に対して鈍感になっているか。

　　⑧　毎日体幹部を抑制しているか。

（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。

　　褥瘡は入所者に深刻な影響を与え，治療には費用と時間がかかるが，身体機能に障がいのある入所者に最も多くみられる状態となっている。褥瘡は予防することができ，仮にできてしまっても改善することができます。

～褥瘡のステージ～（IAETの分類）

|  |
| --- |
| ｽﾃｰｼﾞⅠ　圧迫除去後30分以内に消退しない発赤（紅斑）。表皮は損なわれていない。い　　　　わゆる可逆的な段階。ｽﾃｰｼﾞⅡ　表皮あるいは真皮に至るが，皮下組織に至らない皮膚の部分欠損。発赤（紅斑）　　　　を伴う水疱や硬結も含む。創傷底は湿潤で，ピンク色。痛みを伴う。壊死物は　　　　ない。ｽﾃｰｼﾞⅢ　真皮全層を超え，皮下組織に至る全層欠損。痂皮で被われていない限り，浅い　　　　潰瘍がある。壊死組織，ポケット形成，皮下交通，滲出液，感染の可能性があ　　　　る。創傷底は通常痛みを伴わない。ｽﾃｰｼﾞⅣ　皮下組織を超え，筋膜，筋層，関節，骨に達する深い組織欠損。壊死組織，ポ　　　　ケット形成，皮下交通，滲出液，感染の可能性がある。創傷底は通常痛みを伴　　　　わない。 |

（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）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　褥瘡や潰瘍以外の皮膚の問題を把握して対応します。

（２）課題把握のポイント

　　①　すり傷，内出血

　　②　火傷

　　③　発疹

　　④　皮膚の鈍感さ

　　⑤　裂傷，切り傷

　　⑥　手術創

　　⑦　足（うおのめ，たこ，まめ，つち指，指の重なり，痛み，変形等）

（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

　　医師の指示のもと，治療と，看護師による処置，介護の方法を検討して対応します。

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）ケアマネジャー及び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　就寝前，口腔内に残渣がある。

　　②　毎日，歯，義歯を洗っていない，または口腔ケアをしていない。

　　③　口腔が痛む。

　　④　歯の一部または全部がなく，義歯を使っていない。

　　⑤　虫歯がある。

　　⑥　歯肉炎，腫れ，出血，潰瘍，発疹がある。

（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。

　　機能する歯や義歯は，十分な栄養摂取に重要です。また，清潔に見た目も良く保つことは，自分でも他者にもイメージを高めることにつながり，他者との交流を豊かにすることができます。

　　さらに，口腔内を健康に保つことは，不快感や感染症等の危険性から守ることになります。

　　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。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

歯・口腔内の残渣を取り除き，口腔内の腐食や不潔な臭い，感染症を予防します。

　　また，入所者自身でできない原因を把握して対応します。

　　①　入所者が自分で歯磨きや義歯洗浄をする方法を考えて対応し，できなければ補い

　　　ます。

　　②　脱水や薬等による口腔内の乾燥に対応します。

　　③　痛みや炎症，不快感等，認知能力の低下や自分のことを伝えられない入所者に対

　　　応します。

１０　食事摂取

１０-１　栄養

（１）ケアマネジャー及び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を把握して早期に予防的対応します。

（２）課題把握のポイント

　　①　体重減少

　　②　食べ物についての文句が多い

　　③　半分近く食べ残すことが多い

　　④　経静脈栄養

　　⑤　ミキサー食

　　⑥　褥瘡がある

（３）栄養・食事摂取

　　良好な栄養状態は，高齢者にとっても重要なことです。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。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　食事摂取の障がい

　　①　自分で食事摂取ができない。

　　②　咀嚼に問題がある。

　　③　嚥下に問題がある。

　栄養摂取の問題

　　①　下痢等による栄養分の損失

　　②　病気による栄養摂取必要性の増加

　　③　病気による栄養吸収能力の低下

　　④　病気による過度の栄養消耗

　その他の要因

　　①　慢性閉塞性疾患：カロリーの必要性，むせることへの恐れ

　　②　呼吸困難：飲食への恐れ

　　③　便秘，消化管閉塞：食欲低下

　　④　薬：食欲低下，嗅覚味覚の低下

　栄養プログラムの例

　　①　手で食物をつかむ

　　②　一口を小さくする

　　③　食べる時に舌を使う

　　④　一口ごとに嚙んでから飲み込む

　　⑤　口腔が痛まない食べ物の摂取

　　⑥　補助具，自助具の活用

　　⑦　食事時間の調整

　　⑧　食事環境，雰囲気の配慮

１０-２　栄養

ケアマネジャー及びケアスタッフの役割，課題把握のポイント，課題検　の指針とケアの方向性

　経管栄養の弊害

　　興奮やうつ状態，気分低下，自己抜去，感染症，吸引，気管や肺への誤挿入，チュー

　ブの抜け，痛み，チューブの詰まり等に対応します。

１０-２　脱水

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

①　脱水症になる危険性の高い入所者を把握し，脱水を未然に防ぎます。

　　②　介護スタッフが，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　座位時や起立時のめまいがある。

　　②　精神状態の変化がある。

　　③　尿量が減少している。

　　④　皮膚に張りがない，粘膜が乾燥している。

　　⑤　便秘がある。

　　⑥　発熱がある

　　⑦　食事や水分の摂取量が目立って減少

　　⑧　尿路感染症

　　⑨　利尿薬

（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

脱水の要因を把握して対応します。

　　①　意思決定能力に障がいがあるか。

　　②　理解力に障がいがあるか。

　　③　身体のバランスの障がいがあるか。

　　④　身体能力に問題があるか。

　　⑤　便秘があるか。

　　⑥　嚥下に問題があるか。

　　⑦　水分摂取を制限していないか。

　　⑧　症状（感染，発熱，嘔吐，下痢，吐気，異常発汗）はあるか。

　　⑨　下剤，利尿薬の服用はあるか。

　　⑩　多尿ではないか。

１１　問題行動（行動障がい）

１１　行動障がい

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　行動障がいのある入所者を把握し，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

　アを受けている入所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，入所者本人，他の入所者，さらにスタッフにとっての悩みや問題になる場合があります。行動障がいのある入所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。しかし，行動障がいに対して，それ以外の介護や対応に取り組む傾向が高まっています。

　　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入所者を特定

　しますが，行動障がいのあるすべての入所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，入所者の行動障がいが「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，入所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　行動障がいは入所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

　　周囲の環境は入所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　スタッフは十分に対応し，入所者のストレスの原因と早期に表れる兆候に気付

　　　　くことができるか確認します。

　　　ソ　スタッフは入所者の慣れ親しんだ日課を尊重しているか確認します。

　　　タ　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。

　　　チ　他の入所者の中に攻撃的な人はいないか把握します。

　病気と症状を把握します

　　急性の病気や慢性疾患の悪化が行動に影響することがある。病気の診断と治療が問題

　行動を解決することがあります。慢性的な症状があるが，自分のことを十分に伝えられ

　なかったり，周りを十分に理解することができない場合，行動障がいが起きる場合がある。

　その場合には，スタッフや家族が効果的なコミュニケーション方法をとることで行動が

　落ち着く場合があります。

　　感覚障がい（視覚，聴覚など）も行動障がいの原因となることがあるため，感覚障がいへの対応が解決につながる場合があります。

　　　ツ　行動障がいと同時に，慢性的な身体症状があるか把握します。（関節炎や便秘，

　　　　頭痛などの痔痛や不快感など）

　　　テ　行動障がいが急性疾患と関係があるか把握します。（尿路感染症，その他の感染

　　　　症，発熱，幻覚や妄想，睡眠障がい，身体的外傷を伴った転倒，栄養障がい，体重

　　　　減少，脱水や水分の不足，電解質の異常，急性低血圧など）

　　　ト　行動障がいは慢性疾患の悪化と関係があるか把握します。（心不全，糖尿病，精

　　　　神病，アルツハイマー病，他の認知症，脳血管障がい，糖尿病の低血糖発作など）

　　　ナ　聴覚や視覚，コミュニケーション能力の障がいはどのように影響しているか把

　　　　握します。

　現在行っているケアや治療の影響を把握します

　　行動障がいに対応するためのケアは，行動障がいを改善することもあれば逆に悪化さ

せたり，別の行動障がいを引き起こすこともあります。これらはどのような結果であって

も重要な情報です。（入所者の興味，利用，参加意欲など。）

　　行動障がいへの対応を継続実施することが重要な場合があります。しかし，その対応が

　ＱＯＬの低下につながっている場合には，別の方法を検討します。（薬や身体抑制による

　対応は，ＡＤＬや気分，全体のＱＯＬを低下させている可能性がある。反対に，入所者

　が理解できるように日課を分割し自分でできるように導くというケアは，入所者のスト

　レスを減らし，問題行動を防ぐことになるために継続するなど。）

　　　ニ　精神科医を受診したことがあるかどうか確認します。

　　　ヌ　行動障がいへの対応が効果的だったことがあるかどうか，その内容も確認しま

す。

　　　ネ　行動が軽減した場合，薬剤やその他の行っているケアや治療を止めることがで

　　　　きるか把握します。

　　　ノ　薬剤の開始（または処方の変更）と行動障がいの始まりや変化に関係はあるか把

　　　　握します。

　　　ハ　身体抑制と問題行動は関係あるか把握します。（興奮や怒りが増したなど。）

　　　ヒ　専門的な治療棟でケアを受けたことがあるか確認します。

　　　フ　行動障がいへの対応についてのスタッフ教育の状況・効果を把握します。

　　　ヘ　教育にはどのような職種が関わっているか，　教育はどのくらいの頻度で行わ

　　　　れているか，継続して行われているか把握します。

　　　ホ　入所者の自立度を拡大するために動作分割をしているかどうか把握します。

～ 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

　障がい」「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　退所の可能性

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　退所の可能性のある入所者を明らかにし，退所に向けて計画的に対応します。

（２）課題把握のポイント

　　①　他の施設に移る予定がある。

　　②　家族等が受け入れる準備がある。

（３）退所の可能性

　　自立生活を念頭に支援します。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　①　全体的な自立の状況，介護の必要性とその変化を把握して対応します。

　　②　家族支援の状況（介護力）を把握して対応します。

１３　居住環境

１３　居住環境

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　入所者の健康状態，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　暖房や空調

（３）居住環境

　　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，入所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。

１４　特別な状況

１４－１　虐待

（１）ケアマネジャー及び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。職員によ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　施設職員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（※身体拘束は別項目で取り上げる。）

　　④　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します。職員による虐待を発見した場合には市町村に通報します。

|  |
| --- |
| 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　身体拘束

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　拘束せずに，ケアの目標を達成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　身体拘束されている

（３）身体拘束

　　身体拘束は，入所者の自主性を奪い，人間として最も重要な自己の尊厳を奪います。また，このことは，「入所者の機能とＱＯＬを最大限にすること。」という施設ケアの目的から大きく外れた行為です。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

　　入所者の生活上の支障（転倒，行動障害等）をそれぞれの領域で明らかにして領域ごとの指針に沿って検討して対応します。

～身体拘束廃止～

　介護保険施設（介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)，介護老人保健施設，介護療養型医療施設）における入所者に対する身体拘束は，平成12年4月の介護保険法施行に伴い，原則的に禁止されました。

介護保険指定基準では，「サービスの提供にあたっては，当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き，身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下，「身体的拘束等」という。）を行ってはならない」，「身体的拘束等を行う場合には，その態様及び時間，その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない」と定められています。

　ここで「身体的拘束等」として具体的に禁止される行為は，厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」（平成１１年３月）に挙げられる以下の行為です。

＜身体拘束禁止の対象となる具体的な行為＞

①　徘徊しないように，車いすやいす，ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

②　転落しないように，ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

③　自分で降りられないように，ベッドを柵（サイドレール）で囲む。

④　点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように，四肢をひも等で縛る。

⑤　点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように，または皮膚をかきむしらないように，手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。

⑥　車いすやいすからずり落ちたり，立ち上がったりしないように，Ｙ字型拘束帯や腰ベルト，車いすテーブルをつける。

⑦　立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。

⑧　脱衣やおむつはずしを制限するために，介護衣（つなぎ服）を着せる。

⑨　他人への迷惑行為を防ぐために，ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。

⑩　行動を落ち着かせるために，向精神薬を過剰に服用させる。

⑪　自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

　また，例外的に身体拘束が認められる「緊急やむを得ない場合」とは，「切迫性」「非代替性」「一時性」の３つの要件を満たし，かつ，それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られています（身体拘束ゼロへの手引き）。

＜切迫性＞　　入所者本人または他の入所者等の生命または身体が危険にさらされる
　　　　　　可能性が著しく高いこと

＜非代替性＞　身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと

＜一時性＞　　身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

一方，介護報酬の面では，平成１８年度の改訂において，「身体拘束廃止未実施減算」が導入され，より一層の取組みが求められています。

「身体拘束廃止未実施減算」の内容は，介護保険指定基準を満たさない場合，１日につき５単位を所定単位数から減算するというものです。但し，この「身体拘束廃止未実施減算」は，施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく，身体拘束等を行う場合の記録を行っていない場合に，入所者全員について所定単位数から減算することとなっており，「記録」の有無が重視された内容になっています。

１４－３　ターミナルケア・緩和ケア

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　施設でのターミナルケア，緩和ケアを希望する，もしくは受ける住所者に対して包括

　的ケアの必要性を把握して対応します。

　　また，医療との連携が重要になるので，入所者本人と家族，主治医（嘱託医），施設ス

　ッタフ間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　施設での終末（ターミナルケア・緩和ケアを受ける）を迎える予定である。

（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，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，入所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　ケアの目標は入所者のＱＯＬの向上や確保，痛みの緩和，入所者及びその家族の

　　　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，常に入所者や入所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，入所者本人だけでなく，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，入所者（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，出来る限り入所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　家族へのケア

　　　　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。*