2014.10.24.

「より良きケアを目指して」

～　利用者の立場に立ったよりよい介護と

　　　　　介護施設等による自発的な課題発見や日々のケアの改善　～

宮城福祉オンブズネット「エール」

副理事長／スーパーバイザー

小 湊 純 一。（社会福祉士／介護支援専門員）

|  |
| --- |
| * 施設ケアにおける，介護職員，看護職員，相談員，機能訓練担当職員，栄養士，介護支援専門員等，各職種役割が理解できていて，各職種の専門性が高いと，各職種が連携して個別ケアができる。 |

Ⅰ　高齢者ケアの基本理念

**自己決定の尊重**

利用者の選択可能な，個人を尊重した個別的サービスを事前に提案して知らせ，利用者自らの決定を尊重してサービスを提供します（継続や変更，中止等も含む）。

自己決定能力を評価し，必要に応じて後見人（家族等）によって決定する場合もあります。

**残存能力の活用（能力の発揮）**

利用者の残存能力に着目して個々のニーズの客観的な把握・分析を行い，自立を援助及び促進する目的でサービスを提供します。

利用者は，一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに，残存能力を維持・開発し，日常生活に活用することが求められます。

**サービス（生活）の継続性　～継続性の尊重～**

居宅サービスと施設サービスの継続性や，広く福祉保健・医療全般にわたる連携に基づく対応を積極的に進めます。

利用者の心身の機能に障害があってケアを受ける状況でも，その人の生活を維持・継続していけるよう，利用者の生活の継続性を尊重したサービスを提供します。

Ⅱ　施設ケアの基本

１　ＡＤＬ

　①　自立度を最大限にするように，機能を回復すること。

　②　身体的な援助の代りに，動作分割と言葉による誘導をすること。

　③　より少ない援助でできるように能力を回復すること

　④　自分でできることを実践する場面を増やすこと。

　⑤　自立度の低下を防いだり，遅らせること。

　⑥　状態が悪化する可能性を把握し，防止すること。

　⑦　ＡＤＬが改善する，維持できる，もしくは悪化を遅らすことのできる利用者を把握

　　する。

　⑧　また，その可能性が無い場合には補うケアを検討する。

２　ＩＡＤＬ

　①　出来なくなった機能を改善するケア，また，障害されたことを補うケアを把握し検

　　討する。

　②　出来なくなった原因を理解して，ＩＡＤＬが自立する可能性を探る。

３　健康状態

（１）痛みの管理

　①　痛みが原因で機能が制限されている利用者を把握する。

　②　痛みの直接的影響だけでなく，痛みへの恐れ，痛みによる対人関係の妨げ，鎮痛薬

　　の副作用などといった間接的影響についても検討する。

（２）転倒

　①　最近転倒した，あるいは転倒の危険性のある利用者を特定し，転倒の危険性と転倒

　　による障害を最小限にする。

（３）健康

　①　体力の向上と健康増進により，幸福感と自立性を高める。

　②　健康増進のプログラム，疾病予防の方法を検討する。

（４）服薬管理

　①　服用している薬剤を把握し，その薬剤が最大の効果を最小限の副作用であげられる

　　ようにする。

４　コミュニケーション

（１）コミュニケーション

　①　コミュニケーションの障害・問題を明らかにし，専門的な検査や対処をおこなう。

　②　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する。

（２）視覚・聴覚

　①　最近視力・聴力が低下した利用者，長期にわたり回復不可能に視力・聴力を失った

　　利用者，眼鏡・補聴器などを適切に使用していなかった利用者を把握し検討する。

５　認知

　①　認知障害があるかどうか，急性か慢性か，慢性ならその障害を補うために何をすれ

　　ばいいか検討する。

　②　利用者の負担やストレスとならない肯定的な経験を提供する。

　③　関わるスタッフそれぞれの適切な支援的役割が明らかにする。

　④　スタッフや家族が，利用者の能力に対する現実的な期待感を持てるような基礎づく

　　りをする。

６　行動障害　BPSD

　①　自分や他者に対して問題となる行動障害のある利用者を把握して，それに対するケ

　　アを提示する。

　②　行動障害が起こる潜在的な原因を把握し，その解決策を検討する。

７　社会との関わり

（１）社会的機能

　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

　　よう支援する。

　②　社会的機能の低下を最小限に抑え，社会的活動の機会を最大限にするため，社会的

　　活動（交流）を妨げる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する。

（２）うつと不安

　①　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する。

（３）アクティビティー（日課活動）

　①　生活する上で，日課活動は不可欠である。日課活動プランが利用者に適切でない，

もしくは役立っていない場合に検討する。

８　排尿・排便

（１）尿失禁・留置カテーテル

　①　回復可能な失禁の原因を分析し，可能な対処方法を検討する。

（２）排便の管理

　①　腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し，関心を高める。

９　じょく創と皮膚の問題

（１）じょく創

　①　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確実に提供

　　する。

（２）皮膚と足

　①　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する。

１０　口腔衛生・食事摂取

（口腔ケア）

　①　痛みがあったり，食事摂取や発声の障害，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する。

　②　歯や義歯を清潔で見た目よく保つことにより社会交流をより豊かにする。

　③　口腔内を健康に保つことにより口腔の不快感や感染症に危険性から守る。

（栄養）

　②　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する。

１１　居住環境

1. 利用者の健康状態，障害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

　　境状態を把握する。

１２　特別な状況・その他

（１）身体抑制

　①　転倒の危険，徘徊，興奮などの原因を，医療的，機能的　または心理的な側面から

　　把握し，対処する。

　②　抑制をしないケアの方法を工夫する。環境を安全に整える，個人に合った日課を維

　　持する，服薬や栄養の方法をより自然な方法にする，利用者の心理的な支援の欲求に

　　気づき対応する，状態に対応した医療を提供する，意義ある日課活動や定期的な運動

　　を提供するなどを検討する。

（２）脱水

　①　脱水が生じる危険性を最小限にする。

　②　家族やケアスタッフに脱水の要因や脱水の危険性に結びつく要因に注意を促す。

（３）心肺

　①　心肺の症状を老化現象としてとらえ，適切なケアを受けていない利用者を把握する。

　②　心不全や結核など，医学的管理を必要とする心肺の問題への注意を促す。

（４）向精神薬

　①　向精神薬を服用している利用者のなかで，処方内容の医学的な見直しが必要な人，

　　あるいは向精神薬の作用をより厳密に様子観察する必要性がある人を把握する。

　②　副作用による危険性を最小限にする。

（５）緩和ケア・ターミナルケア

　①　施設で緩和ケア，ターミナルケアを受けたいと希望する利用者に対して，包括的な

　　ケアの必要性を評価・検討する。

Ⅲ　「具体的支障把握の視点」施設

１　健康状態

① 入所者の生活に影響のある，介護スタッフが観察・管理の必要な病気を把握しましたか？（治った病気，身体機能やプランに関係しない病気は除きます。）

② 病気への対応について，医師に相談し，対応の指示を受けましたか？

③ 生活に支障のある症状や痛みを把握しましたか？

④ 生活に影響のある体調の変動や悪化について把握しましたか？

⑤ 転倒の具体的状況，危険性を把握しましたか？

２　ＡＤＬ

① 入所者本人のＡＤＬ能力，バランス，関節可動域等を確認し，生活の支障を具体的

　に把握しましたか？

② 生活リハビリの実施状況を確認しましたか？

③ リハビリに関する，意欲や目標を把握しましたか？

３　ＩＡＤＬ

① 入所者本人のＩＡＤＬ能力，生活の支障を具体的に把握しましたか？

② 自己動作に関する，意欲や目標を把握しましたか？

４　認　知

　① 記憶障害を具体的に把握しましたか？

　② 見当識障害を具体的に把握しましたか？

　③ 判断力低下について具体的に把握しましたか？

　④ 実行機能障害を具体的に把握しましたか？

　⑤ できるところを把握しましたか？

５　コミュニケーション能力

　① 相手のことを理解できるか，自分のことを伝えることができるか，コミュニケーショ

ン能力を具体的に把握しましたか？

　② 聴覚，視覚障害を把握しましたか？

６　社会との関わり

　① 生活の質に関連する，ＡＤＬ以外の活動について把握しましたか？

② 施設生活の適応性を把握しましたか？

　③ 気分の落ち込み等，心理面での問題について把握しましたか？

７　排尿・排便

　① 失禁の状態を把握しましたか？

　② 排泄の状況を確認しましたか？

８　褥瘡・皮膚の問題

　① 皮膚・じょく創等，皮膚，足の状態，皮膚の問題と程度を把握しましたか？

９　口腔衛生

　① 食べる，話すこと等に支障のある，咀嚼や痛み，歯等，口腔の問題を明らかにしまし

たか？

１０　食事摂取

　① 栄養や水分の摂取状況，体重の増減を把握しましたか？

１１　問題行動（行動障害）BPSD

　① 本人の苦痛の原因となり，他の入所者やスタッフを悩ます行動を把握しましたか？　② 問題行動の規則性，原因，関係性，感じ方，介護の方法等を具体的に把握しましたか？

１２　介護力（退所・在宅復帰の可能性）

　① 入所者の心身の状況と自宅の状況，介護者の状況等からみた，退所・在宅復帰の可能性を把握しましたか？

１３　居住環境

　① 入所者本人の障害の状況から見た，居住環境の不具合，自立を阻害する原因を把握しましたか？

１４　特別な状況

　① 緩和ケア，ターミナルケア（看取り）の必要性，実現の可能性を把握しましたか？

1. 身体拘束，高齢者虐待の兆候，危険性，緊急性を確認しましたか？

Ⅳ　施設ケア「最低基準」

１　指定介護老人福祉施設の人員，設備及び運営に関する基準（抜粋）

(介護)

第十三条　介護は，入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう，入所者の心身の状況に応じて，適切な技術をもって行われなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は，一週間に二回以上，適切な方法により，入所者を入浴させ，又は清しきしなければならない。

３　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その心身の状況に応じて，適切な方法により，排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。

４　指定介護老人福祉施設は，おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。

５　指定介護老人福祉施設は，褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに，その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

６　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，前各項に規定するもののほか，離床，着替え，整容等の介護を適切に行わなければならない。

７　指定介護老人福祉施設は，常時一人以上の常勤の介護職員を介護に従事させなければならない。

８　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その負担により，当該指定介護老人福祉施設の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

(食事)

第十四条　指定介護老人福祉施設は，栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜し好を考慮した食事を，適切な時間に提供しなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は，入所者が可能な限り離床して，食堂で食事を摂ることを支援しなければならない。

(相談及び援助)

第十五条　指定介護老人福祉施設は，常に入所者の心身の状況，その置かれている環境等の的確な把握に努め，入所者又はその家族に対し，その相談に適切に応じるとともに，必要な助言その他の援助を行わなければならない。

(社会生活上の便宜の提供等)

第十六条　指定介護老人福祉施設は，教養娯楽設備等を備えるほか，適宜入所者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は，入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続について，その者又はその家族において行うことが困難である場合は，その者の同意を得て，代わって行わなければならない。

３　指定介護老人福祉施設は，常に入所者の家族との連携を図るとともに，入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

４　指定介護老人福祉施設は，入所者の外出の機会を確保するよう努めなければならない。

(機能訓練)

第十七条　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その心身の状況等に応じて，日常生活を営むのに必要な機能を改善し，又はその減退を防止するための訓練を行わなければならない。

(健康管理)

第十八条　指定介護老人福祉施設の医師又は看護職員は，常に入所者の健康の状況に注意し，必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。

参考　１

**～ 本人を受け入れるということ（個別ケア） ～**

話の聞き方，話し方，接し方

　人が相手の仕事です。どのような聞き方，どのような話し方，接し方をすれば良いのかを考えます。

　また，どのような聞き方，どのような話し方，接し方が悪いのかも考えます。

*2005.11.07.加藤美和子*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 良い対応 | 悪い対応 |
| １ | 目を見て話をします。 | 視線を合わせない。  凝視する。 |
| ２ | 表情でも共感します。 | 無表情で話す。 |
| ３ | 想いに反応します。 | 反応しない。 |
| ４ | テンポやペースを合わせます。 | テンポやペースを合わせない。 |
| ５ | 想いに気づきます。 | 気づかない。  気にかけない。 |
| ６ | 「そうですか」「そうですね」と言います。 | 否定する。  「違うでしょう」と言う。 |
| ７ | 「いいですよ」と言います。 | 拒否する。  「だめ」「何やってんの」「無理」と言う。 |
| ８ | 想いを尊重します。 | 押し付ける。  決め付ける。 |
| ９ | プライバシーを守ります。 | いろいろ詮索する。  いろいろ聞く。  断りなく他の人に話す。笑い話にする。 |
| １０ | 普通に話します。 | 偉そうに話す。  馴れ馴れしく話す。  よそよそしい敬語で話す。 |
| １１ | 普通に見ます。 | 「かわいそう」などと特別扱いする。 |

**１　目を見て話をします。**

　普段，「こんにちは」などと挨拶をする時，その人の目を見て挨拶をするのが普通です。もし，全く違う方を見て挨拶をされたら誰に言っているのかわかりません。

　挨拶の時だけではなく，普段話しかけられた時でも，視線を合わせて答えている時と，そっぽを向いて答えている時を想像してみてください。同じ返事をしたとしても，全く違う印象を受けるのではないでしょうか。

　どんなに優しい話し方をしたり，心では気を使っていたとしても，目を見ていないとその気持ちはその人には伝わりません。

**２　表情でも共感します。**

　いくら返事をしても表情が無表情だったら，話している人はただ聞き流されているのだろうと感じるでしょう。

　例えば，「この前、紅葉狩りに行ってきたんです。とてもきれいでしたよ。」と嬉しそうに話した時に，「良かったですねー。」と笑顔で嬉しそうに答えてもらえたら，その人はもっと嬉しい気持ちになると思います。それが，「そうですか。」と無表情で返答されたら，（この人に話さなければよかった・・）という気持ちになるでしょう。

　楽しい話、悲しい話、面白い話・・など，話の内容に合わせて表情で表現して話を聞くとその人は話しやすくなります。

**３　想いに反応します。**

　話を聞く時，相槌を打ちながら聞きます。反応がなければ，聞いているのか聞いていないのかわかりません。話の合間，合間に頷きながら聞いて反応しますが，ただ頷くだけでは聞いてもらっているという想いにはなれません。その時はその人の目を見て，表情や仕草などで表現して話を聞きます。

　さらに，それでも足りない場合があります。例えば，（自分のやったことが本当に良かったのだろうか・・）と悩んでいる人がいて，そのことを相談されたとします。その時，その人の目を見て，その人の気持ちを考えながら表情にも表して、頷きながら聞いたとします。でも、その人はそれだけで満足できるでしょうか。その人は，本当は何かを言ってほしいと望んでいるのかもしれません。

　話の内容や，その時の気持ちによっては，聞いてもらうだけで満足することもあれば，何か言ってほしいと思う時もあります。その気持ちに気づいて，その気持ちに沿った反応することが大切です。

**４　テンポやペースを合わせます。**

　話の途中でせかしたり，遮ったりしないように注意します。

　例えば，ゆっくりの口調で話す人に，早口でペラペラ喋ったり，せかすように頷かれたらいかがですか。口調を合わせることによって，その人は自分のテンポで話すことができ，伝えたいことも思うように伝えることができるのです。

　それは，行動でも同じことです。もし，付き添いの介助で観光に出かけた時，その人はゆっくり見ていたいと思っているのに，「次はあっちに行って見ましょう！」などと言って自分のペースで行動したら，その人は楽しめず，気を使って言いたいことも言えないでしまうかもしれません。その時に，その人がどう思っているのだろうか・・という気遣いができればその人は楽しめるのだと思います。

　話し方などのテンポは人によって皆違います。自分のテンポではなく，その人のテンポやペースに合わせるよう心がけます。

**５　想いに気づきます。**

　気づくということは，“その人の想いをわかろうとする”ということです。

　例えば，自分で解決できない悩みがあり，相談をしようと思い友人を訪ねました。ドアを開けて玄関に入ったものの，言いづらいのと，聞いてくれるかどうか不安でどうしていいか分からなくなりました。その時，もし「何ですか？どうしたの？」と言われたらいかがですか。また，すぐに「よく来てくれましたね。中へどうぞ。」と声をかけられたらいかがでしょうか。

　言葉だけではなく，その人の表情や仕草をみて，その人の気持ちに気づくことが大切です。

**６　「そうですか」「そうですね」と言います。**

　例えば，「私，この花が好きなんです。」と言った時，いきなり「私はそれよりもこっちの花の方が好きです。」と言われたら，その人は否定されたという想いになります。感じ方や考え方は人それぞれです。たとえ自分は違うと思ったとしても，その人の気持ちをそのまま受け入れて，まずは「そうですか，○○の花が好きなんですか。」と答えます。そして，その時援助者は，その人の“好きな花”を知ることができ，その人もわかってもらえたと感じることができます。その後で，「私の好きな花は，○○なんですよ。」と話せばいい訳です。

**７　「いいですよ」と言います。**

　「△△に行きたい。」と言ったとします。その時もし，最初から「無理です」「できません」と言われたらいかがでしょうか。反対に，「いいですよ」と言われて，一緒に考えたり，やってみたりできたら嬉しいし，それでもしできなかったとしても，その人も納得できるでしょう。

　何もしないで決め付けるよりは，前向きにできる方がいろいろな発見や気づきがあるのではないでしょうか。

　ただし，「いいですよ」というのは，何でも言うことを聞くという意味ではありません。それが危険なことだとしたらできないこともあるということも理解しておかなければなりません。

　また，想いを理解した上で，新たな提案をしてみるのも良いことです。

**８　想いを尊重します。**

　“尊重する”というのは，その人の気持ちを大事にするということです。

　強引に勧められ，勝手に決められ，それが絶対いいからと決め付けられたらどうでしょうか。

　決めるための提案をしてくれ，決めたことを尊重されるのは気分のいいものです。

**９　プライバシーを守ります。**

　何でも根掘り葉掘り聞かないようにします。あまり詮索されると何も話したくなくなります。本当に必要で聞くのか，興味で聞くのかでは大きく違います。

　また，他の人の噂話もしないように注意します。「○○さんが言ってたんですけど・・」とか，「この前，△△さんの家に行った時・・」などと何でも話してしまったら，恐らく自分のことも他の人に話しているかもしれないと感じ，その人からの信頼はなくなり，もう何も話したくないという想いになるでしょう。

　どうしても，誰かに話す必要がある時には本人の了解が必要です。

**１０　普通に話します。**

　特別丁寧過ぎず，馴れ馴れしくもなく，偉そうでもない話し方をします。その人との関係は，友達のような親しい関係ではなく，また，会社のように上司と部下のような関係がある訳でもありません。

年下の人から，「○○ちゃん」と呼ばれたり，「ちょっと待っててね！」などと言われたらどうですか。また，堅苦しく「△△でございます」「かしこまりました」などと言われたらどう思うでしょうか。

一人ひとりに合わせた話し方をすることが，その人に対する“普通の話し方”なのだと思います。

**１１　普通に見ます。**

　世の中にはいろんな人がいます。一人ひとり顔も違うし，体型も違います。感じ方も考え方も違います。似ている人はいても絶対に同じ人はいません。

　また，高齢者とか障害者というと，何か特別のように思われることがありますが，特別なことは何もありません。障害があっても不自由なことがあっても「かわいそう」などと思ってほしくはないし，特別扱いをされたいとも思っていないのです。共感は普通にできればいいですが，同情は余計なお世話だと思います。

　その人はどんな人で，どんなことが好きで，どんな風にしたいと思っていて・・などということを知ることができて，そのためにその人は何ができて，何ができないのか，何を望んでいるのか・・そういうことをわかろうとすることが，当たり前にできたらいいのではないでしょうか。

　自分だったらこうしてほしいということで考えるのではなく，その人だったらどうしてほしいのかと考えることが大切です。

　やってあげるという感覚ではなく，ごく自然に、普通にその人のために何かの役にたてたら嬉しいものです。

参考　２

**～　個別ケア・認知症ケア　～**

**１　認知障害**

（１）　ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　①　認知障害があるかどうか，急性か慢性か，慢性なら，その障害を補い，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　認知障害のある入所者に，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）認知障害把握のポイント

　　①　短期記憶，長期記憶に問題がある。

　　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）認知障害に関する問題

　　認知機能における障害は，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。

　　せん妄や行動障害は，認知能力の低下した入所者へのケアを複雑にする原因です。

|  |
| --- |
| ～認知症～  　後天的な脳の器質的障害により、いったん正常に発達した知能が低下した状態をいい，「知能」の他に「記憶」「見当識」の障害や人格障害を伴った症候群として定義されます。  　以前，治らない場合に使用されていましたが，近年，正常圧水頭症など治療により改善する疾患に対しても認知症の用語を用いることがあります。  　単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や，統合失調症などによる判断力の低下は，認知症には含まれません。逆に，頭部の外傷により知能が低下した場合などは認知症（高次脳機能障害）と呼ばれます。 |

|  |
| --- |
| ～認知症の分類～  １　血管性認知症  　　脳血管性認知症では，障害された部位によって症状は異なり，めまい，しびれ，言  　語障害，知的能力の低下等にはむらがあります。  　　症状が突然出現したり，階段状に悪化したり，変動したりすることがしばしばみら  　れます。また，脳血管障害にかかったた経験があったり，高血圧，糖尿病，心疾患な  　ど脳血管障害の危険因子を持っていることが多いことも特徴です。更に，歩行障害，  　手足の麻痺，呂律が回りにくい，パーキンソン症状，転びやすい，排尿障害（頻尿、  　尿失禁など），抑うつ，感情失禁（感情をコントロールできず，ちょっとしたことで  　泣いたり，怒ったりする），夜間せん妄（夜になると意識レベルが低下して別人のよ  うな言動をする）などの症状が早期からみられることもしばしばあります。  （１）多発梗塞性認知症広範虚血型  （２）多発脳梗塞型  （３）限局性脳梗塞型  （４）遺伝性血管性認知症  ２　変性性認知症  （１）アルツハイマー型認知症  　　　症状は，徐々に進行する認知障害（記憶障害，見当識障害，学習の障害，注意の  　　障害，空間認知機能，問題解決能力の障害など）であり，社会的に適応できなくな  　　る。重度になると摂食や着替え，意思疎通などもできなくなり最終的には寝たきり  　　になる。  　　　階段状に進行する（ある時点を境にはっきりと症状が悪化する）脳血管性認知症  　　と異なり，徐々に進行する点が特徴的。症状経過の途中で，被害妄想や幻覚（とく  　　に幻視）が出現する場合もある。暴言・暴力・徘徊・不潔行為などの問題行動（周  　　辺症状）が見られることもあり，介護上大きな困難を伴う。  （２）前頭側頭型認知症（ピック病）  　　　これらは前頭葉機能の障害による反社会的行動（不作為の法規違反など），常同  　　行動（同じ行動を繰り返す），時刻表的生活、食嗜好の変化などがみられる。  （３）レビー小体病  　　　認知機能障害を必須に，具体的な幻視（子供が周りを走っている，小動物が走り  　　回っているなど），パーキンソン症状，変動する認知機能障害などの症状が見られ  る。  （４）パーキンソン病  （５）ハンチントン病  ３　感染  （１）クロイツフェルト・ヤコブ病  （２）ＨＩＶ関連認知症  ４　治療可能なもの  （１）慢性硬膜下血腫  （２）正常圧水頭症  （３）甲状腺機能低下症 |

|  |
| --- |
| ～せん妄～  　急性の錯乱状態は，急激に（数時間から数日の間に）意識や行動が不安定になる状態であり，支離滅裂な思考や短期記憶の障害，睡眠覚醒周期の乱れや知覚障害を伴います。原因は通常，感染症，薬剤の副作用，脱水その他の急性期の症状です。  　※　早急に専門医に紹介する必要があります。 |

（４）認知問題改善に向けての考え方・ケアの方向（指針）

　　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害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，知的障害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　身体機能の障害

　　　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　感覚障害

　　　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，認知障害

　　　　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。  　　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。 |

　　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たいるか確

　　　　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 |

|  |
| --- |
| ～認知症の基礎知識～  １　中心となる症状  　　認知症の症状は中心となる症状と、それに伴って起こる周辺の症状に分けられます。  　中心となる症状とは「記憶障害」や「判断力の低下」などで、必ずみられる症状です。（１）記憶障害：直近のことを忘れてしまう。同じことを繰り返す。  （２）見当識障害：今がいつなのか、ここはどこなのか、わからなくなる状態。  （３）知能（理解・判断）障害：寒くても薄着のまま外に出る。真夏でもセーターを着て  　　　　いる。考えるスピードが遅くなる。失行・失認・失語  （４）実行機能障害：段取りが立てられない。調理の動は出来ても食べるための調理がで  　　　　きない。失敗したとわかっても修正できない。  ２　周辺症状  　　周辺の症状は人によって差があり、怒りっぽくなったり、不安になったり、異常な行  　動がみられたりすることがあります。  （１）妄想  　　　しまい忘れたり、置き忘れたりした財布や通帳を誰かが盗んだ、自分に嫌がらせを  　　するために隠したという「もの盗られ妄想」の形をとることが多い。このような妄想  　　は、最も身近な家族が対象になることが多い。この他に「嫁がごはんに毒を入れてい  　　る」という被害妄想や、「主人の所に女が来ている」といった嫉妬妄想などというこ  　　ともあります。  （２）幻覚  　　　認知症では幻聴よりも幻視が多い。「ほら、そこに子供たちが来ているじゃないか。」  　　「今、男の人たちが何人か入ってきたのよ」などといったことがしばしば見られるこ  　　ともあります。  （３）不安  　　　自分がアルツハイマー病であるという完全な病識を持つことはないが、今まででき  　　たことができなくなる、今までよりもの忘れがひどくなってきているという病感があ  　　ることは珍しくなく、不安や焦燥などの症状が出現します。また、不安や焦燥に対し  　　て防衛的な反応として妄想がみられることもあります。  （４）依存  　　　不安や焦燥のために、逆に依存的な傾向が強まることがあります。一時間でも一人  　　になると落ち着かなくなり、常に家族の後ろをついて回るといった行動があらわれる  　　ことがあります。  （５）徘徊  　　　認知症の初期には、新たに通い始めた所への道順を覚えられない程度ですが、認知  　　症の進行に伴い、自分の家への道など熟知しているはずの場所で迷い、行方不明にな  　　ったりします。重症になると、全く無目的であったり、常同的な歩行としか思えない  　　徘徊が多くなります。アルツハイマー病に多く、脳血管障害による認知症では多くは  　　ありません。  （６）攻撃的行動  　　　特に、行動を注意・制止する時や、着衣や入浴の介助の際におきやすい。型にはめ  　　ようとすることで不満が爆発するということが少なくない。また、幻覚や妄想から二  　　次的に生じる場合もあります。  （７）睡眠障害  　　　認知症の進行とともに、夜間の不眠、日中のうたた寝が増加する傾向にあります。  （８）介護への抵抗  　　　理由はわかりませんが、認知症の高齢者の多くは入浴を嫌がるようになります。「明  　　日はいる」「風邪をひいている」などと口実をつけ、介護に抵抗したり、衣服の着脱  　　が苦手であること、浴室の床でころぶかもしれないことなど、運動機能や条件反射が  　　鈍くなっているための不安、水への潜在的な恐怖感などから生じると考えられます。  （９）異食・過食  　　　食事をしても「お腹がすいた」と訴える過食がみられたり、食べられないものを口  　　に入れる、異食がみられることがあります。口に入れるのは、ティッシュペーパー、  　　石けん、アイスノンの中身までさまざまです。  （１０）抑うつ状態  　　　意欲の低下（何もしたくなくなる）や、思考の障害（思考が遅くなる）といった、  　　うつ病と似た症状があらわれることがあります。うつ病では、「気分や感情の障害（悲  　　しさや寂しさ、自責感といったもの）を訴えることがあるが、認知症では訴えること  　　は少ないです。 |

**認知症の人を理解しようと努力します**

１　話しをしていても伝わっていない時がある。

２　料理をしなくなり，惣菜を買ってくることが多くなった。

３　身だしなみを気にしなくなってきた。

４　着替えをしないで何日も同じ服を着ているようになってきた。

５　事実でないことを本当のことのように平気で話すようになった。

６　調理はしていないのだけれど台所をウロウロしている。

７　隣の席の人のご飯のおかずを食べてしまって喧嘩になった。

８　「お風呂に入りましょう」と言ったら「家で入ってきたから入らない」と断られた。

９　「体の向きを変えますね」と言ったら「後で自分でするからいい」と言われた。

10　ずっとテレビを見ていたので，「散歩に行きましょう！」と言って手を引こうとした

　ら急に怒りだした。

**認知症の人との関わり方の基本**

１　「ダメ！」とか言わない。否定しない。

２　そのまま受けとめて「そうなんだ」と思う。質問攻めにしない。

３　「ああして，こうして」と押し付けない。

４　おだやかに，楽しそうな雰囲気で関わる。

５　自分でない人は違う人，一人ひとり違うと考える。

６　認知症の人「本人」が混乱して一番大変だと理解する。

**認知症の人に対しても自立支援**

１ できるところを見つけて能力活用（やってあげ過ぎに気を付けます）

２ わかりやすい言葉で提案して決める手伝い（支援者の想いだけで決めません）

３ 慣れ親しんだ生活をできるだけ尊重（支援者でなく本人の都合で考えます）

2014.10.21. 文責：小湊純一。*jk＠npojmi.com*