

主任介護支援専門員フォローアップ研修

I 主任介護支援専門員の役割と専門性

II 目的を持って開催する事例検討会

III 介護支援専門員の立ち位置

～高齢者ケアの基本理念～

1 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があります。

2 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。

3 生活（サービス）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も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。

～アセスメント～

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

七 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

I 主任介護支援専門員の役割と専門性

スーパービジョン

スーパービジョンとは、スーパーバイザー（指導する者）とスーパーバイジー（指導を受ける者）との関係間における対人援助法で、対人援助職者が常に専門職としての資質の向上を目指すための教育方法です。

介護支援専門員としてのスーパービジョン

主任介護支援専門員が行うスーパービジョンは、実際の支援場面や事例検討を通して、スーパーバイジーに対して、介護支援専門員としての方法や技法について、自分の見えていないこと、分からないこと、不足していること、間違っていること等について、自分で気づくことを支援することです。

地域包括支援センターの主任介護支援専門員は、介護支援専門員から相談を受けて（相談されて）支援が始まります。依頼なく支援を始める職権はありません。

特定事業所の主任介護支援専門員は、相談を受けて支援が開始する場合と、職責（職権）によって支援が開始する場合があります。

1 管理的機能

スーパーバイジーの能力を把握し、それに見合う業務を担当させるなかで成長をはかれるように管理する。

2 教育的機能

すでに獲得している知識、技術の活用を促す方法を示唆したり、不足している知識を指摘し課題を示す。

3 支持的機能

スーパーバイジーが業務上で出来ていることを認めるとともに、出来ていないことに気づき、取り組もうとする意思を励ます。

主任介護支援専門員

1 地域包括支援センターの基本機能

(1) 地域包括支援センターは次の基本機能を担うものとする。

- ① 介護予防事業及び改正後の介護保険法に基づく新たな予防給付（以下「新予防給付」という。）に関する介護予防ケアマネジメント業務
- ② 多様なネットワークを活用した地域の高齢者の実態把握や虐待への対応などを含む総合的な相談支援業務及び権利擁護業務
- ③ 高齢者の状態の変化に対応した長期継続的なケアマネジメントの後方支援を行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

2 地域包括支援センターの主任ケアマネ『ケアマネジメント支援』

(1) ケアマネジャーの相談窓口設置

- ① ケアプラン作成技術相談への助言と支援
- ② 支援困難事例等への助言と支援

(2) ケアマネジメントのネットワークづくり

- ① ケアマネジャーのネットワーク化実践及び指導・助言
- ② 医療との連携実践
- ③ 専門職との連携実践
- ④ サービス事業所との連携実践
- ⑤ ボランティア等との連携実践
- ⑥ その他関係機関との連携実践
- ⑦ 総合的な連携実践

3 特定事業所加算居宅介護支援事業所の主任ケアマネ

(1) 管理者としての役割

「特定事業所加算制度は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的としています。」を実践します。

- ① 公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所
- ② 経験及び能力を有する主任介護支援専門員による管理監督体制
 - ・スーパービジョン
 - ・事例検討
- ③ 常勤かつ専従の介護支援専門員の配置
- ④ どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制

1 主任介護支援専門員（スーパーバイザー）としての役割

課題を整理し、相談者・職員と一緒に考え、解決方法、解決策を見つけることができるように支援し、気づきと自己解決ができるようにします。

事例研究・検討に、スーパービジョンの手法が使われています。しかし、ケアマネジメントの分野で「気づいてもらう質問」をする場合には、質問すべきことが「体系的に整理されている」必要があります。体系的に整理されていなければ、単なる「思いつき、経験則」にすぎなくなるので、根拠の明らかなアドバイス・問いかけをします。

2 主任介護支援専門員（スーパーバイザー）としての要件

（1）関係法令の理解

- ① 高齢者福祉・医療等関係法令
- ② 介護保険関連法令・運営基準
（居宅介護支援、介護保険施設、居宅介護サービス、地域包括支援）

（2）福祉・医療の基礎知識

- ① 高齢・障害者の基礎知識
- ② 医療の基礎知識

（3）介護支援の基礎

- ① 居宅介護支援（居宅介護支援の手引き）
- ② 課題分析項目とスクリーニング

1 健康状態

観察・管理の必要な病気

※本人に影響のある、ケアスタッフが観察・管理の必要な病気、3ヶ月の間の入院する原因となった病気も把握します。すでに治った病気、身体機能やプランに関係しない病気は除きます。

※主治の医師からの指示や、主治医意見書、診療情報提供書により確認します。

症状

※健康や健康状態に影響する症状を把握し、病気や事故の予測、機能低下の原因を探ります。

痛み

※痛みの状態や症状の頻度と強さを把握し、管理（コントロールや和らげるための対応）の評価をします。また、痛みによって行動が制限されているかどうかを確認します。

医療機器

※在宅医療機器（カテーテル、点滴、酸素、瘻等）の管理（自己管理したか、どの程度介助されたか）を把握します。

2 ADL

ADL

※利用者本人が、実際に何を自分で行い、何を援助されたかを把握します。

転倒

※転倒の危険性を把握します。

3 IADL

IADL

※自宅で自立した生活を営むために重要な機能を把握します。

※「現状」は、本人がどれだけ行ったか。どれだけ支援されたかを把握します。

※「困難度」は、自分一人で行う場合の困難度です。（問題なし、低、中、高・・・等）

4 認知

認知

※認知障害があるかどうかを把握します。

5 コミュニケーション能力

※コミュニケーション能力の支障を把握します。

6 社会との関わり

関わり

※社会との関わりと適応、社会的活動や役割、毎日の暮らしぶりを把握して対応します。

気分

※心理面での支障は、様々な生活障害を伴うため、気分や行動の問題があることを発見把握した対応します。

7 排尿・排便

失禁

※排泄の状況ではなく、失禁（漏れている）の状態を把握します。

8 褥瘡・皮膚の問題

皮膚・じょく創

※皮膚の状態を把握します。

9 口腔衛生

口腔ケア

※口腔の問題を明らかにします。

10 食事摂取

栄養・水分摂取

※意図しない体重減少を明らかにします。

1 1 問題行動（行動障害）

行動障害

※苦痛の原因となる、同居者を悩ます行動を把握します。

1 2 介護力

介護力

※インフォーマルな支援体制を評価します。家族、親戚、友人、近所の人等、定期的だったり、何かあった時に対応している人を把握します。

1 3 居住環境

居住環境

※居住環境が危険か、住めなくなっているかを把握します。

1 4 特別な状況

特別な状況

※虐待やターミナル等、特別な状況を把握します。

- ③ 課題分析方法（ケアプラン策定のための課題検討の手引き）
- ④ 国際障害分類（ICIDH）と国際生活機能分類（ICF）
- ⑤ 個人ではない組織的対応

（4）理想・建前ではなく現実的な支援ができる

- ① 介護支援と問題解決の経験
- ② 介護支援と問題解決の知識

3 主任介護支援専門員（スーパーバイザー）としての基本的対応

（1）相談援助者としての基礎知識及び技術『対人援助技術』

- ① 受容（受けとめる）
- ② 個別化（個人として捉える）
- ③ 非審判的態度（一方的に非難しない）
- ④ 意図的な感情表出（感情表現を大切に）
- ⑤ 統制された情緒関与（援助者は自分の感情を自覚して吟味する）
- ⑥ 秘密保持（秘密を保持して信頼感を醸成する）
- ⑦ 自己決定（自己決定を促して尊重する）

Ⅱ 目的を持って開催する事例検討会

事例検討の方法

1 事例検討の目的を整理する。

- (1) 利用者の問題を解決するのか。
- (2) ケアマネジャーの問題を解決するのか。
- (3) ケアマネジャーとしての専門性・資質の向上（教育，支持）をするのか。
- (4) 居宅介護支援事業所としての質向上を図るのか。

2 事例検討を進める時の主任介護支援専門員の姿勢

- (1) 問題と問題を抱えていることを受け止める。
- (2) 一部の目立った問題に囚われることなく，全体を見る。
- (3) 対人援助の基本を踏まえて対応する。
- (4) 介護保険の趣旨，ケアマネジャーの役割を整理した上で対応する。
 - ① 居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準，介護報酬Q&Aなど
 - ② 居宅介護支援の手引き
 - ③ ケアプラン策定のための課題検討の手引き

3 事例検討の進め方の例

- (1) 居宅介護支援の過程，アセスメントを振り返り，生活全般の解決すべき課題検討の確認，課題に沿った目標・サービスになっているかどうかを確認検討する。
 - ① 居宅介護支援の手引きを活用する。
 - ② ケアプラン策定のための課題検討の手引きを活用する。

ケアプラン点検支援マニュアル（厚生労働省老健局振興課）

～ケアプラン点検支援マニュアルの目的～

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランになっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行なうものです。

～ケアプラン点検支援マニュアルの質問項目～

居宅サービス計画書（１）

- 1 記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？
- 2 「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性はありますか？
- 3 家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？
- 4 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？
- 5 総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？
- 6 生活援助中心型を算定した理由を教えてください。

居宅サービス計画書（２）

- 1 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景を教えてください。
- 2 課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？
- 3 生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？
- 4 利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？
- 5 長期目標は、どのように設定しましたか？利用者自身が、課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 6 短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？
- 7 課題を解決するための単なるサービス内容の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、こういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容とな

っていますか？

- 8 計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？
- 9 サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？

週間サービス計画

- 1 週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？
- 2 本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またその人らしい生活がイメージされていますか？
- 3 週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？
- 4 「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？

分 析 表

- 1 〈アセスメントの基本〉
介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じますか？
- 2 〈情報収集〉
アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？
- 3 〈基本情報〉
アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について、どのような情報を特に重要な情報として押さえましたか？
- 4 〈相談〉
どのような相談経緯だったのでしょうか？
- 5 〈生活状況〉
利用者の「個別性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活暦や生活状況をどのようにして聞き取りましたか？
- 6 〈サービスの把握〉
現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか。またその上で介護給付以外のサービスについても把握ができていますか。
- 7 〈日常生活自立度〉
障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状

況を把握していますか。

8 〈主訴〉

利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。

9 〈認定〉

認定情報の内容を確認しましたか。

10 〈理由〉

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。

11 〈健康状態〉

利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えている事を教えてください。

12 〈ADL・IADL〉

利用者のADL・IADLの現状を把握するにあたり、何に気をつけてアセスメントしましたか。またその手法・経路について教えてください。

13 〈認知症〉

物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。

14 〈コミュニケーション〉

友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか。

15 〈社会参加〉

利用者の友人や家族、地域の方との関わり方は良好ですか。また最近変化したこと（例：友人の入院・入所、他界等）はありませんか。利用者が自らすすんで行っている活動や趣味などがありますか。

16 〈排泄〉

利用者の排泄に関しての意向や困っているところは何ですか？またその原因や背景を把握していますか。

17 〈食事・口腔〉

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。

18 〈問題行動〉

利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。

19 〈家族の心身の状況〉

家族の方の心身の状況は把握していますか？特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。

20 〈家族の介護力〉

家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか。家族の方が話した言葉で印象に残った事があれば教えてください。

21 〈居住環境〉

在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意向はどうですか。

22 〈特別な状況〉

プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。

23 〈尊重〉

アセスメントを通じて、利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか。また、介護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか。

Ⅲ 介護支援専門員の立ち位置

1 介護支援専門員としての立ち位置を整理する。

(1) 利用者本人以外の家族の問題や、ケアマネジャー側や介護サービス事業者の問題、心情的問題、関わりに関する問題、介護保険サービス利用で解決できない問題などについて対応する。

- ① 問題の具体的状況，問題の対象，問題の原因を明らかにする。
- ② 介護保険制度の理念，居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準，介護サービス事業の運営基準，介護報酬Q&Aなどを踏まえて検討する。
- ③ ケアマネジャー，居宅介護支援事業所，介護サービス事業者，地域包括支援センター，行政等の役割，立ち居地を整理して検討する。
- ④ 関わりの方法を検討する。

(2) 支援の内容を理解し判断する（対利用者）

- ① 対象者から頼まれたのか。
- ② 対象者から頼まれていないのに，何故関わるのか。

ア 緊急性，切迫性があるのか。
イ 職権による保護なのか。
ウ お節介，余計なお世話なのか。

- ③ 利用者本人・家族への直接的支援なのか。
- ④ 利用者本人・家族への間接的支援なのか。

(3) 支援の内容を理解し判断する (対介護支援専門員)

- ① 対象者から頼まれたのか。
- ② 対象者から頼まれていないのに、何故関わるのか。

- ア 緊急性、切迫性があるのか。
- イ 職権による指導なのか。
- ウ お節介、余計なお世話なのか。

- ③ 対象者は技量を磨きたいのか。
- ④ 対象者は自分を見つめなおしたいのか。
- ⑤ 対象者は困ったり、悩んでいるのか。

- ⑥ 対象者に解決策・答えを教えるだけか。
- ⑦ 対象者に助言 (アドバイス) するのか。
- ⑧ 対象者に支持・教育・管理 (スーパーバイズ) するのか。

行動指針の例

- ①目的の正当性 ②手段の相当性 ③適正な手続き

- 1 役割・立場をわきまえて行動します
- 2 正当な目的を持って行動します
- 3 法令を遵守して行動します
- 4 手続きのルールに基づいて行動します
- 5 客観性と判断の根拠を持って行動します
- 6 リスクとその対応策を持って行動します
- 7 自己のモニタリングと評価の仕組みを持って行動します

緊急介入定義の例

緊急介入とは、緊急性が非常に高いため、4の手続きを満たさずに介入せざるを得ない場合をいう。

- ① 生命が奪われる恐れがある時
- ② 身体が傷つけられている、もしくは傷つけられる恐れがある時

- ③ 自由が奪われている時、もしくは奪われる恐れがある時
- ④ 名誉・プライバシーが侵害されている、もしくは侵害される恐れがある時
- ⑤ 財産が奪われている時、もしくは奪われる恐れがある時

主任職員の心得（参考）

- 1 偉そうでない
- 2 人の話しを良く聞く
- 3 昔のやり方にこだわらない
- 4 自分の都合でものを考えない
- 5 勉強している
- 6 安心して任せられる
- 7 理由が説明できる

グループ演習のルール

- 1 意見・考えを自由に発表すること。
- 2 メンバーの発言を否定しないこと。
- 3 発言には必ず理由をつけること。
- 4 話している人の目を見て聞くこと。

スーパーバイザーとしての対応

- 1 肯定的・前向き（ポジティブ）な対応ができているか
- 2 否定的・後ろ向き（ネガティブ）な対応になっていないか

2012.02.26. 文責：小湊純一。

アセスメント・ケアプラン

～居宅介護支援の手引き～

- I 依頼を受ける
- II アセスメントする
- III ケアプランの原案を作る
- IV サービス担当者会議をする
- V モニタリングする
- VI 再アセスメントする

振り返る（チェックする）

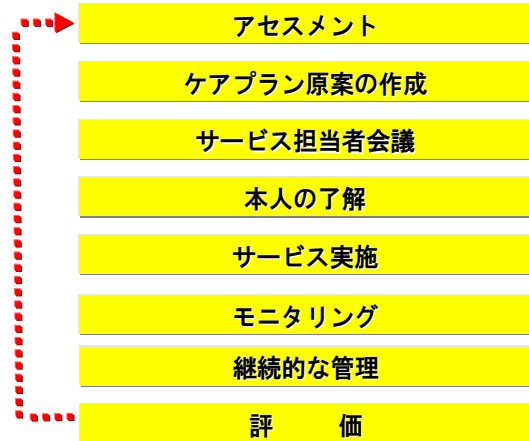
アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）

2008/12/04

介護支援専門員（ケアマネジャー）

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

ケアマネジメントの過程



「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」は、アセスメント・ケアプランが、利用者への介護の必要性と介護保険制度の趣旨に沿っているかを振り返るものであり、介護支援専門員による「自己評価」、客観的な「第三者評価」、サービスを使う側の「利用者評価」に活用できるように構成してあります。

また、「その人らしさを大切にする」とか「自立支援に資する」とか「気づきを促す」など、曖昧な言葉を使わず具体的な表現と明確な指針により、実効性のある内容にしています。

結果として、居宅介護支援サービスの質の向上と、効果的・効率的介護保険サービスの実施、介護保険サービスの理解と利用者満足度の向上につながることを目指しています。

※「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」は、「アセスメントのための情報収集シート128」及び、「ケアプラン策定のための課題検討用紙」と関連して確認する仕組みになっています。また、課題検討の考え方については、「居宅ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を参考にしてください。

※「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」は、居宅介護支援のすべてではなく、ケアマネジャーとしての専門性の基本と、居宅介護支援の最低基準です。

I 依頼を受ける

1 申し込みを受け付けます。

依頼されたことを明らかにして支援を開始します。

(1) 介護保険サービスの仕組み・理念を説明します。

* 自立支援

- ・介護が必要になってもできるだけ自宅で暮らし続けられるようにします。
- ・一人ひとりの能力に合わせ、できないところは介助を受けても、自分でできるところは自分でできるようにします。
- ・リハビリや運動等をして、体力等が回復できるようにします。

(自立支援)

指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

* 公正中立

- ・利用者一人ひとりを尊重し、身体のこと、病気のこと、介護力、希望等に配慮し、話し合いの上サービス計画を作り、サービスの調整をします。
- ・一部のサービスやサービス事業者の利用に偏らないようにします。

(公正中立)

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

(高齢者ケアの基本理念)

- 1 残存能力の活用
- 2 自己決定
- 3 サービスの継続性
- 4 自立支援
- 5 利用者本位

(高齢者ケアプラン策定の基本)

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

(2) 「居宅介護サービス計画作成依頼届出書」を作成し、保険者（市町村）に提出します。

(3) 保険者から、介護保険証に担当居宅介護支援事業者名称の記載を得ます。

(4) 契約します。

① 書面をもって重要事項を説明し、了解を得ます。

② 契約書を作成し取り交わします。

2 基本情報を集めます。

(1) 氏名、年齢、連絡先、ADL、医学的留意事項等、最低限度必要な情報を得ます。

(2) 要介護認定情報を確認します（決定通知及び保険証）。

(3) 個人票（フェイスシート）を作成します。

Ⅱ アセスメントする

1 アセスメントをするための情報を集めます。

- (1) 国の定めた標準項目が最低限の情報項目です。要介護認定の調査項目ではありません。
- (2) 身体状況や環境については、直接本人と面接して情報を得ます。
- (3) 医療情報については、主治医意見書及び診療情報提供によって得ます。

※1 アセスメントのための情報収集シート（宮城版：居宅）参照。

2 集めた情報の中から、詳しく見る必要のある項目を選び出します。（スクリーニング）

- (1) 利用者本人の生活上の支障があることを選び出します。
- (2) 支障がないことも明らかにします。（確認したことを証拠だてる。）

※1 情報収集シートで、支障ありは○、支障なしは×で分けます。

※2 その支障はあくまでも本人の支障であり、家族の支障ではありません。

3 選び出した項目の生活上の支障を具体的に把握します。

- (1) どのように支障があるのか、その状況を具体的に把握し、関連情報を集めます。
（転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時・・・など）
- (2) 動作を細かく分割するなど、どこまで出来て、どこから支障があるのかを明らかにします。

※1 情報収集シートで、○を付けた場合にコメントを記入します。

※2 ケアプラン策定のための課題検討用紙（宮城版）の「検討の必要な具体的状況」に整理します。

4 生活上の支障の原因を明らかにします。

- (1) 病気のため
 - ① 急性期の病気
 - ② 持病の進行
 - ③ 痛みを伴う症状
 - ④ 認知症
 - ⑤ 精神疾患
- (2) 怪我のため
- (3) 障害のため
- (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

① 薬が合わない

② 向精神薬のため・・・など

※1 医療面については、主治医の先生に確認します。

※2 課題検討用紙の「原因」に整理します。

5 そのことについての意向を確認します。

(1) 生活上の支障と原因を踏まえた上で、本人、家族はどうなりたい、どうしたいと思っているのか、意向を確認します。

(2) 実現可能なことを聞きます。

(3) 介護保険の理念に沿った意向を聞きます。

「また自分で歩けるようになりたい。」「炊事は自分でしたい。」「トイレは自分でしたい。」

★ 後ろ向きな希望は、とりあえず聞くだけにする。(プランに載せない)

「歩けるようになると困るので動かさなくて寝かせておいてほしい。」「できるだけ介護したくない。」「早く施設に入れてしまいたい。」…

(4) 言い換えて整理してみても聞きます。

「歩けるようになればいいだけ ⇒ 「ということは、できればまた歩けるようになりたい!っていうことですね。」

(5) 意向が聞き取りにくい場合は、予測して提案してみることも重要です。

※ 課題検討用紙の「利用者(家族)の意向」に整理して記入します。

6 ケアプランにする必要性を把握します。(スクリーニング)

(1) 改善するのか、維持するのか、予防するのか、可能性を検討します。

① 良くなるのか、元に戻る可能性があるのか

支障・低下が最近起こった利用者で、状態が安定している場合など。

② 今の状態を続けられるようにする必要があるのか

支障が長い間変化していない場合など。

③ 悪化を予防、低下するのを予防する必要があるのか

じょく創や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの危険性がある場合など。

(2) 必ず行わなければならない介護を確認します。

① 必要な介護を把握します。

ア 改善の可能性がなく、生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握

します。

イ 改善の可能性がある場合でも、生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握します。

② 必要な医療対応を把握します。

ア 主治医からの指示のある医療的管理について把握します。(病気の管理・観察、食事制限、薬の副作用など…)

※1 課題検討用紙の「自立に向けた可能性、必要性」に整理して記入します。

7 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を把握します。

(1) アセスメントの結果を反映させます。

- ① 把握した、生活上の支障・困っていること
- ② 把握した、支障、困っている原因
- ③ 把握した、希望・意向
- ④ 把握した、可能性
- ⑤ 把握した、危険性
- ⑥ 把握した、必要な医療対応
- ⑦ 把握した、必要な介護

(2) アセスメントの結果からの必要性と本人の意向が一致している場合は、その意向をそのままニーズにします。また、必要性を本人の意向に沿って言い換えて、本人の了解を得ます。

- ① お風呂に自分で入れない ⇒ お風呂に入りたい(本人の意向を反映)
- ② 歩行練習が必要である ⇒ また散歩できるようになりたい
- ③ 一人での時間が長く、
落ち込みが進む可能性がある
ある ⇒ いろいろな人と会って楽しく過ごしたい
- ④ 膝の痛みのため掃除機が
けができない ⇒ 掃除を手伝ってほしい

(3) 本人の意向がとれなければ、必要性をニーズにします。

- ① 排泄介助が必要です
- ② 床ずれの予防が必要です
- ③ 日常動作のすべてに介助が必要です
- ④ 通院介助が必要です

(4) 必要性が明らかで、家族の想いを反映させる場合は次のようにします。

- ① お風呂に入れてあげたい
- ② 楽しく過ごす時間を持ってほしい

※1 課題検討用紙の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に整理して記入します。

※2 そのまま、居宅サービス計画書(2)の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に転記します。

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の設定は、介護支援専門員の専門性が必要とされる重要なポイントです。自立支援を念頭に置き、現状分析と、利用者本人（家族）との話し合いにより、出来るだけ前向きな生活ができるような課題設定をすることが必要です。

1 厚生労働省の説明

(1) 記載要領（厚生労働省通知）

「利用者の自立を阻害する要因などであって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して・・・」

(2) 書き方

① 自立支援を目指す計画ですから、ニーズの欄には、「◎◎できるようにになりたい」「◎◎したい」というように、利用者が主体的・意欲的に取り組めるような書き方のほうがいいでしょう。

② 背景要因を書くとき「○○のため○○できない」のように、ネガティブな表現になりやすいので、「○○したい」とできるだけ簡潔に書くほうが良いでしょう。

2 「簡潔に」「～したい」という課題設定をするための要件

- (1) 課題分析を充分に行い、根拠（問題、原因、可能性など）を明確にしておくこと。
- (2) 利用者（家族）と十分に話し合いをして、合意の得られる内容にすること。
- (3) 課題分析から得られた必要性和利用者（家族）の希望が一致していること。（単なる御用聞きにならないこと。意思確認が不可能な場合は必要性を優先する。）
- (4) サービス担当者会議で課題設定の理由（根拠）を説明するか、課題分析の結果（要約表・領域選定表など）をサービス計画書に添付して説明し、利用者及び関係居宅サービス事業者スタッフの理解を得ること。

8 どのようなケアを提供するのか、方向性を決めます。

(1) 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を解決するために、どのようなケアを提供し、どのような目標に沿ってケアを進めていくのかがわかるようにします。

① たとえば・・・

ア お風呂に入れるようにします。

イ 外出、交流し、楽しく過ごす機会を作り、気分が改善出来るようにします。

ウ 機能訓練により、下肢機能が改善するようにします。

エ 出来るだけ早く、床ずれを治すようにします。・・・など。

(2) この段階では、まだサービスの種別は決まっていません。方向性だけで十分です。サービスを使うためのプランにならないようにするためにも重要です。

※1 課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入します。

※2 そのまま、居宅サービス計画書（1）の「総合的な援助の方針」に転記します。

Ⅲ ケアプランの原案を作る

1 目標を定めます。

期間：短期目標は最も長くて3ヶ月，長期目標は最も長くて認定の有効期間

(1) 実現可能でモニタリングしやすい目標にします。

- ① 5mぐらい自力で歩けるようになる
- ② お風呂に入れる
- ③ 食事がとれる
- ④ 話し相手ができる

(2) 本人の目標にします（事業者や家族の目標にしない）

- ① 歩行介助をする ⇒ 安全に歩ける
- ② 床ずれを治す ⇒ 床ずれが治る
- ③ 楽しく過ごせる機会を作る ⇒ 楽しく過ごせる
- ④ 家族の介護負担が軽くなる ⇒ 入浴などの介助が受けられる

(3) きれいな言葉を並べるのではなく，具体的な目標にします。

- ① その人らしく暮らせる？ ⇒
- ② 安楽に過ごせる？ ⇒
- ③ 穏やかでいられる？ ⇒
- ④ 自立した生活が送れる？ ⇒

2 目標を達成するための介護内容を定めます。

(1) 具体的で簡潔に，利用者が何をしてもらえるのかがわかるように書きます。

入浴介助（リフト浴），ポータブルトイレ介助，更衣介助，会話支援，交流支援，歩行訓練支援，下肢筋力強化訓練支援，服薬確認 など。

3 介護を実施するサービス，事業者を選定します。

(1) 選ぶための提案をし，選んだ時のメリットとデメリットを説明します。

お風呂はどのように入りたいですか？ 自宅のお風呂で？ 浴槽を持ってきてもらって？ 出かけて？ など

4 目標達成に必要な利用頻度を定めます。

(1) 目標達成を意識した，回数・頻度を設定し，その理由が客観的に説明できるようにします。

5 総合的な援助方針を設定します。（課題検討用紙の「ケアの方向性」です）

- (1) 短期目標は本人の目標ですが、援助の方針はサービス提供者の方針です。
- (2) 「～できるようにします。」 「～を支援します。」などと整理します。
- (3) ニーズと目標を整理して、箇条書きに整理して書きます。
- (4) ニーズと目標を整理して、まとめて文章にして書きます。

『ケアプランの原案』

利用者本人（家族）と話し合い、担当するサービス事業者と調整を済ませ、双方の内諾を得ているものが『ケアプランの原案』です。

Ⅳ サービス担当者会議をする

1 サービス担当者会議とは

(1) 利用者本人（家族）とケアプランの原案にあるサービス担当者の参加により行なわれます。

- ① 利用者本人宅など、身近なところでの開催が適当であり、効率的です。
- ② 第三者は参加できません。

(2) ケプランの原案に基づいて話し合いをします。

- ① 利用者本人（家族）の意見、希望を確認します。
- ② 医学的留意事項を確認します。
- ③ サービス担当者としての意見を述べ、不足情報を補います。
- ④ ケアプランの合意とサービス役割の確認をおこないます。
- ⑤ 利用者本人（家族）の了解なしには、決定、実施はされません。
- ⑥ 規定の様式「サービス担当者会議録」に内容を記録します。

(3) サービス担当者会議に参加できない担当者には。

- ① 電話や個別訪問により調整し、その過程と結果を記録に残します。
- ② 書面をもって情報を共有し、プランの合意とサービス役割の確認をします（フェイイスシート、アセスメントの結果表、ケアプラン表一式）。

(4) ケアプラン（介護サービス計画書（1）（2）週間計画表）は、書面で本人(家族)の了解を得て渡すとともに、担当するサービス事業者にも渡します。

2 サービス担当者会議の留意点

(1) 事前にサービス調整し、内諾を得ている原案を用意します。
会議の場で内容や回数を決めるものではありません。

(2) 理解しやすい説明のために、専門用語をできるだけ使わないように進めます。

(3) 理解しやすい説明のために、何について話しているのか理解できるように、要点を整理して話を進めます。

(4) 本人・家族等の呼称に気をつけ、失礼のないようにします。

- ① 本人を前にして「本人」と言う。
- ② 長男を前にして「長男」と言う。
- ③ 普段呼ばないのに、「〇〇様」と言う。・・・

(5) 召集する時は、時間や余裕ある日程調整等に配慮します。

(6) 利用者の自宅で開催する際には、手間や面倒をかけないように配慮します。

- ① 時間をあまりかけない。
- ② 茶菓子等は遠慮する。・・・

3 サービス担当者会議運営の留意点

- (1) 意見・考えを自由に言えるような雰囲気を作ること。
- (2) 本人・家族・参加者の発言を否定しないこと。
- (3) 発言には理由をつけ、納得してもらえるようにすること。
- (4) 話している人を見て聞くこと。

サービス担当者会議進め方の例（居宅）

只今から〇〇さんのサービス担当者会議を始めます。

挨拶，紹介し，サービス担当者会議の趣旨を説明します。

1 介護サービス計画書（1）について説明します。

- ① ケアプラン策定理由
- ② 本人及び家族の意向
- ③ その他

2 課題分析（アセスメント）の結果について説明します。

- ① 生活上の解決すべき課題及び課題の検討・分析結果
- ② ケアマネジャーとしての意見など
- ③ 出席者（サービス担当者として）との質疑応答

3 介護サービス計画書（2）の案について説明します。

- ① 援助方針（目標）
- ② 具体的なサービス内容・役割分担
- ③ 出席者（サービス担当者として）との質疑応答

4 ケアプランを確定します。

- ① サービス内容の確認
- ② 総合的な援助の方針
- ③ モニタリングの方法・時期の確認
- ④ 連絡方法の確認

以上，内容について合意が得られましたので，この介護計画に基づいて介護サービスをおこないます。実施して不都合があれば改善・変更しますので，ご意見をいただければ有り難く思います。

よろしく申し上げます。

本日はどうもありがとうございました。

V モニタリングする

1 ケアプランを振り返る

- (1) 課題分析が適切だったか
- (2) ニーズが適切だったか
- (3) 目標が適切だったか
- (4) サービス内容が適切だったか
- (5) サービス内容に本人家族が満足しているか

2 短期目標を管理する

- (1) サービスの内容・方法が適切かどうかを確認する
- (2) サービスの回数の適切かどうかを確認する

3 利用者本人の身体状況に合ったサービス提供がなされているか確認する

4 モニタリング評価・記録表を作成する

5 ケアプラン変更の必要性を確認する

6 再アセスメントし、ケアプランを更新する

モニタリング表(例)

利用者名	様	ケアマネジャー名		記録日	年 月 日
ニーズ	短期目標	サービス内容	本人(家族)の満足度	評価	以後の対応

Ⅵ 再アセスメントする

1 改めてアセスメントし、ケアプランの原案を作成し、サービス担当者会議をして確定する。

(1) 時期

- ① 要介護更新認定を受けた時
- ② 要介護状態区分の変更の認定を受けた時
- ③ 心身の状況の変化によりケアプランを変更する時

(2) その他

- ① 改めて診療情報提供を得る。
- ② モニタリングの結果，評価も参考にする。
- ③ 前回アセスメントとの変化を確認する。

振り返る（チェックする）

1 基本情報

- (1) 病歴，入院歴，病名・症状，服薬状況等，医療情報を得ているか
- (2) 介護が必要になった経緯をとらえているか

2 アセスメント

- (1) 生活上の支障や困っていることを具体的にとらえているか
- (2) 生活上の支障や困っていることの原因をとらえているか
- (3) 本人（家族）の意向をとらえているか
- (4) 改善の可能性，維持の必要性，悪化・低下の危険性を検討しているか

3 生活上の解決すべき課題（ニーズ）

- (1) アセスメントの結果に基づいているか
- (2) 必要性和利用者本人（家族）の意向・望む生活に即して設定しているか
- (3) 前向きな生活を支援する内容になっているか
- (4) 分かりやすく，簡潔な表現になっているか

4 目標

- (1) ニーズに沿った目標になっているか
- (2) 利用者本人の目標になっているか（介護者やサービスをする人の目標になっていないか）
- (3) 実現可能な具体的目標になっているか
- (4) モニタリングすることを意識した内容になっているか

5 サービス内容

- (1) 短期目標に沿ったサービス内容になっているか
- (2) 具体的で簡潔な内容になっているか

6 サービス種別

- (1) 設定されたサービスが，適切に効率的に行えるサービス種別を選んでいるか
- (2) 介護保険に限らない社会資源を活用しているか

7 サービス頻度

- (1) 目標を達成するのに必要な回数や時間になっているか（不要に多くないか）

居宅ケアプラン策定のための
課題検討の手引き

2010. 12. 21. 現在. jk.

1 健康状態

1-1 痛みのある利用者への対応

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- 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) 痛みを把握するポイント

- 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。

高齢者の多くは痛みを抱えており，痛みがあることによって，生活の質（QOL）にも影響がでます。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，心理社会的障害
- 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) 痛みと痛みによる支障への対応指針

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 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 痛みによる影響に対応します。
- ② 痛みを和らげる対応をします。

1-2 脱水症状

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- 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がつけることができ、対応できるようにします。

(2) 脱水を把握するポイント

- 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雑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があります。
- 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。

1-3 高齢者の心臓と肺の機能

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 心臓や肺（呼吸）の症状を、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用者を把握して対応します。
- ② 心不全や結核など、医療的対応を必要とする高齢者に多い問題に気をつけて対応できるようにします。

1-4 服薬管理と効果

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- 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。

1-5 向精神薬を服用している利用者への対応

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- 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) 向精神薬について把握するポイント

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行動障害が悪化している。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

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りやすい状況にあります。

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) 向精神薬副作用等へ対応指針

モニタリングの必要性

- 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。

ケアの方向

- ① 医師との連絡をとります。
医師が利用者の症状と薬剤の使用の両方に関する情報を確実に知っているように情報を共有します。
- ② 観察して対応します。

- ア せん妄
- イ 行動や気分の問題
- ウ アルコールの問題
- エ 歩行の支障
- オ 尿・便失禁
- カ 妄想，幻覚，猜疑心
- キ 体重の変化
- ク 口腔乾燥

1-6 アルコール問題への対応

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- 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) アルコールによる支障を把握するポイント

- 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。

飲酒の影響を明らかにするため、飲酒の回数と量を尋ねます

- 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、道德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、最近では医学の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きました。飲酒が自分の意志でコントロールできなくなる症状を精神的依存、震蕩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。

日本では統計的にほぼ毎日純アルコール量で150ml（日本酒約5合半、ビール大瓶約6本、ウイスキーではダブルで約6杯）以上飲む習慣のある人を「大量飲酒者」と呼んでおり、厚生労働省でもこの大量飲酒者をアルコール依存症とみなしています。一方で、厚生労働省では健康日本21で掲げる適正飲酒という概念があり、これは1日平均純アルコールで約20g程度です。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。

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起こします。

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害、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) アルコールについての対応指針

- 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をします

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

アルコール依存症に対するケアプラン

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。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、薬効が強まることもある。

イ アスピリン服用と飲酒：胃腸障害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。

危険な飲酒に対するケアプラン

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ことと本人にわかってもらうように努め、健康と飲酒との相互作用について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。

1-7 喫煙問題への対応

禁煙の効果

① 心筋梗塞、間欠性跛行、慢性気管支炎（これら喫煙との関係が良く知られている疾病のリスクを下げます。疾病がすでに発症している場合でも当てはまります。）

② 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泄され、突然

の心臓死のリスクを非喫煙者と同等に減らすことができます。)

- ③ 骨粗鬆症（喫煙は骨密度を低下させ、骨の損失率を高めるため、骨粗鬆症の重要な危険因子です。）
- ④ 呼吸機能への影響（体力と自立度に直接的な影響を与えます。）

2 ADL

2-1 ADLの改善と支援 日常生活動作 (Activities of Daily Living)

(1) ケアマネジャーの役割 (ケアスタッフを含む)

- ① 日常生活活動 (ADL) が改善する可能性のある利用者, ADLの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
- ② ADL障害の原因を理解したうえで, 自立への意欲のある利用者や, 障害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障害を踏まえた上で, 必ず行わなければならないケア。(介護や対応)

(2) ADL改善・維持などの可能性を予測するポイント

改善・維持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, 以下について確認します。

- ① じょく創を予防
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, じょく創の既往がある, 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に障害があることは，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，などにつながる可能性があります。

ADLの障害が進むと，自宅での生活が続けられなくなる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

<ul style="list-style-type: none"> ① 病気のため <ul style="list-style-type: none"> 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 障害のため 	<ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> ア 薬が合わない イ 向精神薬のため
--	--

（4）ADLの改善・維持・予防に向けての対応指針

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。対応されていないければ主治医に照会して解決（治療）します。

表2 ADL障害の原因となる病気や症状

医療／身体的問題	心理社会的／環境的問題
慢性疾患の突然の進行，関節炎，脳血管障害，うっ血性心不全	事故
冠動脈疾患	問題行動
脱水	うつ
せん妄（急性の錯乱状態）	治療を守らない
進行した認知症	身体抑制
肺気腫，慢性閉塞性肺疾患（COPD）	精神科疾患
骨折	社会的孤立
感染症	薬物の副作用，とくに向精神薬や鎮痛薬
栄養障害	入院
痛み	
パーキンソン症候群	
薬物乱用	
甲状腺疾患	
不安定な状態または急性期	
視覚障害	

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無い。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が最近低下してきた利用者で，身体の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対応します。（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。利用者本人，家族に対する「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障害の原因の，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。

エ 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，ある程度の認知障害があっても，意欲があれば機能の低下を遅くでき

る可能性があります。

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, 視覚障害, 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 ー室に行く	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 ドを使う（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 <input type="checkbox"/>	移乗（立つ/ 座る/持ち上 がる/ころが る）	嘔む、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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> 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。
<p>1：動作を行うときに順番を間違えることはあるか。 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。</p>
<p>2：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。</p>
<p>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。」というのを飲むだろうか。</p>
<p>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。</p>
<p>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。</p>
<p>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。</p>
<p>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。</p>

② 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 障害を補う補助具を持っているか。

イ 障害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、やる気はあるのか

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、じょく創や失禁、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 じょく創を予防します。

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) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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、転倒による障害をできるだけ少なくします。

(2) 転倒の危険性把握のポイント

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。

⑤ 歩行が不安定だが、歩いているか。

(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害による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 病気や障害など

- a 各種歩行障害（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，平衡感覚の障害
- 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害
- 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）転倒に関する情報を把握するポイント

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。

（５）転倒防止に向けての対応指針

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害について評価します

- ① 感覚器・・・視力障害やめまいがあるか，バランス障害があるか
- 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・・・段差や障害物などの環境による支障があるか

ケアの方向性を決めます

- ① 原因改善
転倒の原因になっている病気や障害，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害者に眼科受診を勧めて対応します。

2-3 健康増進

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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) 把握のポイント

- ① 日常の意思決定能力がほぼ保たれている
- ② 外出回数が少ない
- ③ 活動の時間が少ない
- ④ 自分で階段を上ることができない，しない

(3) 健康増進

高齢者のQOLや自立に影響のある保健行動は重要です。
運動量を少しでも増やすことによる健康上の効果は高齢者にとっても非常に大きい。

(4) 対応の指針

健康増進のプログラム、疾病予防の方法を検討して対応します。

- ① 日頃あまり身体を動かしていない利用者の場合、その原因のうち変えることのできそうなものを検討します。
- ② 意欲のある利用者の場合、暮らしの中に適度な運動を取り入れたり、テレビの体操等をその人に合わせて行うようにすること有効です。
ただし、利用者の現在の能力を考慮し、現実的なものでなければなりません。虚弱高齢者にとっては、些細なことでも活動の向上は重要です。逆に、過度な運動計画は、続かないばかりか、健康に危険です。
- ③ 運動は、多くの疾病（循環器疾患、骨粗素症、2型糖尿病、肥満、腰痛）の予防、や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。

3 IADL

1-1 IADLの回復と支援 手段的日常生活動作(Instrumental Activity of Daily Living)

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- 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) IADL改善, 支援の必要性把握のポイント

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害を抱えています。

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) IADLについての対応指針

- ① 医療的な問題に対応します
- ② 機能障害に対応します
- ③ 動機づけや意欲、支援体制、能力、環境の問題に対応します

4 認知

4-1 認知障害

(1) ケアマネジャーの役割

- ① 認知障害があるかどうかを把握します。
- ② 認知障害を補うために、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) 認知障害把握のポイント

- ① 短期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) 認知障害

認知障害は、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。

～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。頭部の外傷により知能が低下した場合等にも認知症（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。

- 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、家族は認知障害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。
認知障害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 認知障害があるか。
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 認知障害を把握した場合は、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 認知障害が長期（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）認知障害対応の指針

障害の確認

認知障害があれば、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ようになったか。
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、などの記憶障害があったか。
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害があったか。
- ② せん妄ではないと判断した場合、最近、認知障害について医師の診察を受けているかどうか確認します。受けていなければ、専門医の受診を勧め、その必要性を説明します。
- ③ 認知障害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 認知障害が影響している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えることはあるか。 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。」というとき飲むだろうか。
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。 利用者と同じ向き合い、目を合わせて、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害のような物忘れは、安心させたり、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 認知障害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）を行いません。

必要な援助をします

- ① 家族が認知障害のある利用者の「世話を焼きすぎる」こと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、認知障害による記憶障害などの症状、行動障害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。

家族支援を行いません

- 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 利用者の認知障害が重症の場合、家族は極端な選択しか残されていないと感ずることがあります（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
 認知障害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。

～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いても修正できない。

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
 しまい忘れてたり、置き忘れて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。

5 コミュニケーション能力

5-1 コミュニケーション

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

コミュニケーションの障害・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) コミュニケーション障害把握のポイント

- ① 聴覚に障害がある。
- 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、視覚障害、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) コミュニケーションについての対応指針

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)障害(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
多くの認知症患者はコミュニケーション障害を伴います。
 - a 初期段階: 特定の語彙が思いつかない, 複雑な会話についていけない, 熟語・ことわざ・推論のような抽象的な言葉の意味がわからない。
 - 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しえられていないか。

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 頻回の息つき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

- 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のは、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、本人のいる場で本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出来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・聴覚

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

最近視力・聴力が低下した利用者、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て対応します。

6 社会との関わり

6-1 社会との関わり

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- 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) 社会的との関わりについて把握するポイント

- 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) 社会との関わりに関する対応の指針

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

代替りの方法や、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) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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) 不安やうつについて把握するポイント

- 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

「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いるとえがち
 - 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ひこむ

- ・悪いことの責任はすべて自分にあると思ひこむ
- ・悪い病気にかかっていると思ひこむ

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「睡眠障害」
- ・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 睡眠障害

(4) うつと不安に関する対応の指針

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

ケアの方向

- 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) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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) 排尿・排便について把握するポイント

- 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

	<p>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。</p> <p>切迫性尿失禁は、男女を問わず高齢者に多くみられます。</p>
溢流性尿失禁	<p>詰まりや、膀胱の筋肉の収縮力低下が原因で少量の尿が漏れ出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害が必ず前提にあります。排尿障害とは、膀胱や尿道などの疾患のため尿の流れが阻まれるものです。</p> <p>排尿障害になる疾患は男性患者が多いことから、溢流性尿失禁は男性に多くみられます。</p>
機能性尿失禁	<p>排尿機能は正常にもかかわらず、身体運動障害の低下や痴呆が原因でおこる尿失禁です。</p> <p>身体運動障害の低下のためにトイレまで間に合わない、あるいは認知症のため、時と場所と場合が判断できずになってしまう、といったケースが多いです。</p>

(4) 失禁・留置カテーテルの対応指針

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

※参考

- 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) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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) 排便に関すること

- 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、また量も少ないことが特徴です。
- ③ 便が詰まる
重度の便秘が、腸の広い範囲にあり、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。

8 褥瘡・皮膚の問題

8-1 褥瘡

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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) 褥瘡を把握するポイント

- 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。深く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。骨髓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) 褥瘡の対応指針

原因を把握して、予防し、対応します。

- ① 動けない
身体的位置を変えたり、調整する能力の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
末梢血管障害、浮腫、糖尿病、感覚障害、薬剤（特に、認知能力や寝返りの能力を低下させたり、痛みを感じることを阻害する薬剤）、身体の抑制、貧血、低体重、喫煙など。

8-2 皮膚と足

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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) 皮膚と足の問題把握のポイント

- 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

- ① 皮膚の問題
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
足のか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。

9 口腔衛生

9-1 口腔衛生

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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して対応します。

(2) 口腔問題を把握するポイント

- 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害の訴えがあれば、全身の総合的な検査を要する場合があります。

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) 口腔衛生問題の対応指針

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（咀嚼の問題、嚙みきる問題、嚙下の問題など）
- 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、咀嚼している時のみ、夜間のみなど）
- ⑤ 問題の影響（ちょっとした不便、著しい障害、食事や嚙下、あるいはしゃべれないなど）

咀嚼・嚙下の問題

- ① 問題
食事や水分摂取を阻害し、著しい栄養障害をもたらし、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

10-1 食事摂取

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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) 食事摂取問題を把握するポイント

- 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

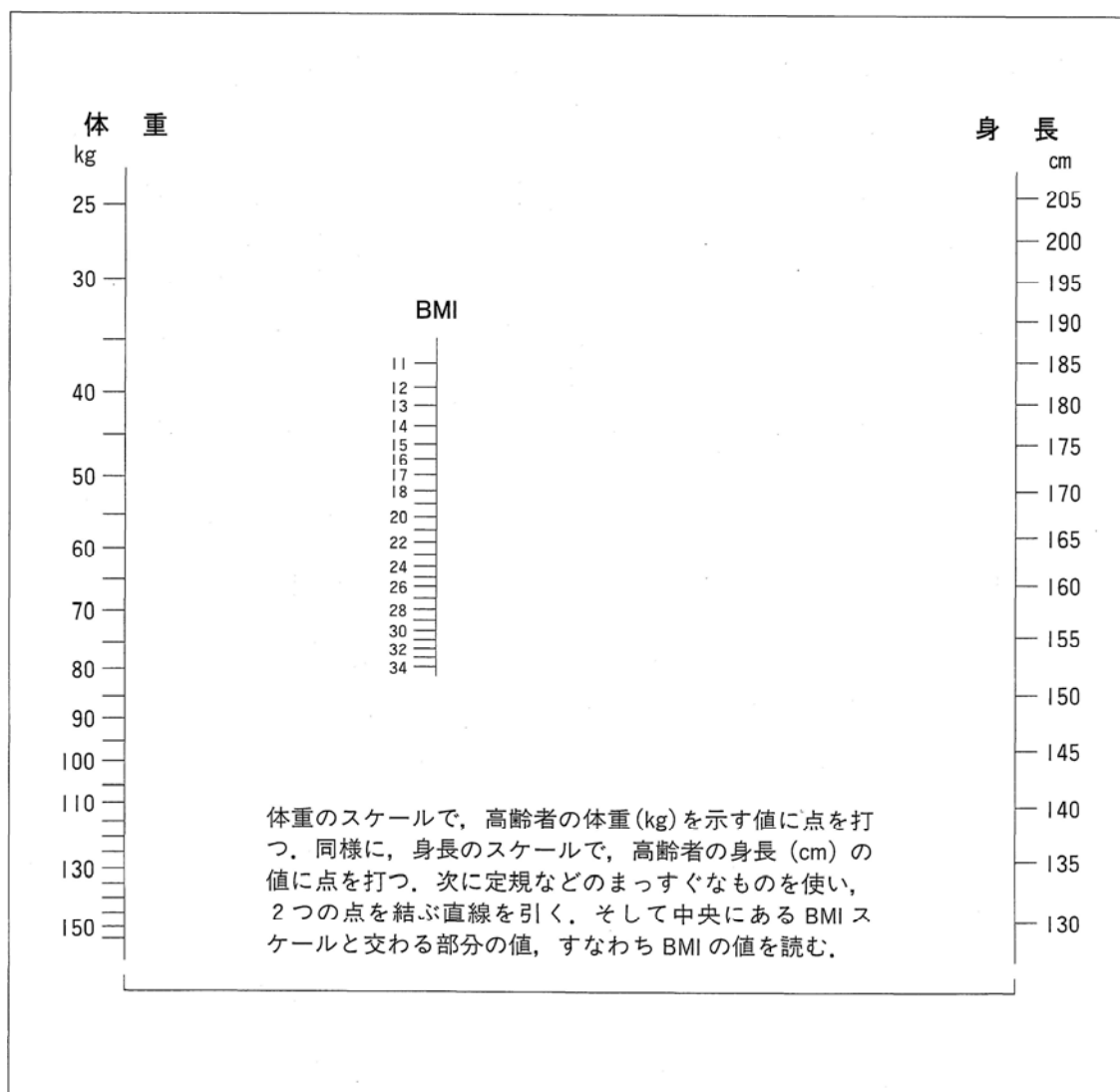
(4) 栄養・食事摂取問題の対応指針

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 BMI 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

1 1 問題行動（行動障害）

認知症の行動・心理症状

「B P S D (behagical and psychological symptoms of dementia)」

1 1 - 1 行動障害

行動障害は、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。行動障害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。

行動障害の原因はすべて認知障害とは限りません。その他の病気や障害、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。

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

行動障害のある利用者を把握し、原因とその解決策を検討します。

また、行動障害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) 行動障害把握のポイント

- ① 徘徊がある。
- ② 暴言がある。
- ③ 暴行がある。
- ④ 社会的不適当な行為がある。
- ⑤ ケアに対する抵抗がある。
- ⑥ 行動障害が改善した。

(3) 行動障害対応の指針

行動障害を、重度のものと比較的容易に対処できるものとに区別することから始めます。次に、行動障害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

何らかの行動障害があり、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、行動障害のあるすべての利用者が特別なケアを必要としているわけではありません。

行動障害の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、利用者の行動障害が「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 行動障害を観察します。

ア 一定期間、行動障害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 行動障害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）

行動障害の規則性を明らかにします

行動障害の規則性を把握することは、行動障害の原因を解明する手がかりになります。長期的に観察することで、利用者の行動障害が理解できる場合があります。規則性を把握して、問題の原因に取り組むことで行動障害は軽減したり、消失する可能性があります。

- ウ 行動障害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。

行動障害の影響を把握します

- オ 行動障害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害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害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、行動障害が原因なのかのかを把握します。

潜在的な原因を確認します

行動障害は、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。行動障害の原因を探っているうちに、回復可能な対応が見つかり、行動障害が落ち着く場合もあります。

認知障害との関係を把握します

認知症の場合の行動障害は治療やケアをしても継続する場合があります。この場合の行動障害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、行動障害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、行動障害が落ち着く場合もあります。

- コ 行動障害の原因となる、不安障害と攻撃性、うつや孤立と暴言など、気分の問題はないか把握します。

問題行動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、攻撃的な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害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。

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。

1 2 介護力

1 2 - 1 介護力

(1) ケアマネジャーの役割

- 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) 介護力を把握するポイント

- 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となります。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) 介護力対応の指針

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害も重度である場合、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。

1 3 居住環境

1 3 - 1 居住環境

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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して対応します。

(2) 居住環境の支障を把握するポイント

- 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，転倒による障害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害を補い，ADLの自立度や生活の質（QOL）が高まる可能性があります。

(4) 居住環境問題対応の指針

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、移動に障害があったり、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。

1 4 特別な状況

1 4 - 1 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・高齢障害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。

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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報告する。

(2) 高齢者虐待を把握するポイント

- 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んでいる
- 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

～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
身体的苦痛や障害（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。

（３）高齢者虐待

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、認知障害
- 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。

（５）高齢者虐待対応の指針

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 記憶障害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あ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場合があります。本人の訴えが間違っているとと言われる、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、家族とともに起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。

～緊急性の判断～

緊急性があると判断した場合は、直ちに保護を行う必要があります。
生命の危険性、医療の必要性、加害者との分離の必要性、虐待の程度と高齢者の健康状態、介護者の心身の状態等から総合的に判断します。

- ① 本人が保護救済を強く求めている。
- ② 生命に危険な状態。（重度の火傷や外傷・褥そう、栄養失調、衰弱、脱水症状、肺炎等）→ 医師に判断を依頼することが有効
- ③ 生命に危険な行為が行われている。（頭部打撃、顔面打撃、首締め・揺さぶり、戸外放置、溺れさせる等）
- ④ 確認できないが、上記に該当する可能性が高い。

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が必要です。

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

（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）

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 養護者と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、介護療養型医療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

（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、人権侵害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 市町村が前条第一項若しくは第二項の規定による通報又は次条第一項に規定する届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であつ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、当該市町村と連携協力する者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介護施設等の長は、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、介護保険法項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 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、第一項から第三項までの規定による通報（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、第一項から第三項までの規定による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、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。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。

(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を行う取引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、老人福祉法第三十二条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、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。

(検討)

2 高齢者以外の者であって精神上又は身体上の理由により養護を必要とするものに対する虐待の防止等のための制度については、速やかに検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。

3 高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための制度については、この法律の施行後三年を目途として、この法律の施行状況等を勘案し、検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。

14-2 ターミナルケア・緩和ケア

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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) ターミナル、緩和ケアについて把握するポイント

- 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) ターミナルケア・緩和ケア対応の指針

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 睡眠障害については、医師に相談して対応します。
 - ケ 認知障害へ、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。

緩和ケアにおけるケアマネジャーの役割

1) 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）。

2) 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の影響する。「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。だが、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

- 1, 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。
- 2, 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。
- 3, 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）

P 85～87, P 102～104

ケアプラン策定のための課題検討用紙

アセスメント基準日： 平成 23年 3月 15日

利用者名： 宮城 花子 様

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人、家族の意向	自立に向けた可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	ケアの方向性
1. 健康状態	① 既往歴	×	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧症は内服で安定している。時々胸痛がありニトログームを貼ると楽になる。 ・骨粗鬆症 ・左大腿骨頸部骨折(H21,3,15 転倒)，第一腰椎圧迫骨折(H21,12,20 転倒) ・老人性皮膚掻痒症で身体の痒みがあるが掻き傷はない。 ・時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが、締め付けられるような感じはない。「ニトログームを貼ると気分的に楽になる」と言う。息切れはない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・狭心症 ・転倒のため 	(本人) ・元気でいたい。 (家族) ・元気でいてほしい(息子さん)。	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医より、痛みなど身体症状の増強に注意するように指示がでている。 ・*身体の痒みについては「じょく創・皮膚の問題」で検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みなど身体症状の観察が必要です 	<ul style="list-style-type: none"> ・症状の変化に気をつけ、必要時に応じて主治医に報告します
	② 主傷病	○						
	③ 症状	○						
	④ 痛み	○						
	⑤ その他	○						
2. ADL	① 寝返り	×	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド等につかまって自力で乗り移りしているが、約3ヶ月前に乗り移りの際転倒して骨折している。 ・両手を支えてもらえば2～3歩は歩くことができるが、腰と下肢に力が入らなくなりしゃがみ込んでしまう。退院後は、屋外にはでていない。 ・身体を抱えたり、支える介助が必要なため退院後は入浴していない。お嫁さんより身体を拭いてもらっている。 ・常時ポータブルトイレを使用し、自力で行っているが、つかまってやっと思っている。 ・退院してからは、行動範囲はベッド周辺のみ。移動するのは排泄時位でほとんど身体を動かすことがない。 ・H21.12.20 にポータブルトイレに移る際に転倒して第一腰椎圧迫骨折して入院した。自力で乗り移りしているが、足腰に力が入らない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒による骨折の後遺症 ・退院後ほとんど身体を動かすことがなく、廃用性が考えられる 	(本人) ・少しでも歩けるようになりたい。 ・お風呂に入りたい。 (家族) ・歩く練習をしてほしい。 ・できることはやってほしい。 ・お風呂に入れてほしい。 ・車の乗り降りを手伝ってほしい(息子さん)。	<ul style="list-style-type: none"> ・骨折後の身体の状態や病気に問題なく、一時は 10m 位歩けるまで回復していたこと、本人も家族も意欲があることから、歩行能力が改善する可能性がある ・入浴、車の乗り移り、移動については、当面補う介助が必要である ・ポータブルトイレの乗り移りの際に転倒防止の必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・少しでも歩けるようになりたい ・お風呂に入りたい。 ・車の乗り降りを手伝ってほしい ・転倒防止が必要です ・移動介助が必要です 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体を動かす機会を持ち、歩行状態が回復できるようにします ・お風呂に入れるようにします ・車の乗り降りができるようになります。 ・転倒なく乗り移りができるようになります ・移動できるようにします
	② 起きあがり	×						
	③ 移乗	○						
	④ 歩行	○						
	⑤ 着衣	×						
	⑥ 入浴	○						
	⑦ 排泄	○						
	⑧ その他	○						
3. IADL	① 調理	○	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行が困難な状態であり、本人が行うことはできない。家族が全て行っている。 ・選んだり、支払ったりすることは問題ないが買い物に行くことができない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒による骨折の後遺症 	(本人) ・特になし。 (家族) ・特になし。	<ul style="list-style-type: none"> ・家族がいて、家族によりできているためプランにしない 		
	② 掃除	○						
	③ 買物	○						
	④ 金銭管理	×						
	⑤ 服薬状況	×						
	⑥ その他	○						
4. 認知	① 日常の意思決定を行うための認知能力の程度	×	・支障なし					
5. コミュニケーション能力	① 意思の伝達	×	・支障なし					
	② 視力	×						
	③ 聴力	×						
	④ その他	×						
6. 社会との関わり	① 社会的活動への参加意欲	×	<ul style="list-style-type: none"> ・いつも自室で過ごしているので、一人であることがほとんどである。 ・一人であることがほとんどで、寂しいと言っていて精神的に落ち込みがちである。 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒による骨折の後遺症により一人で外出ができなくなった 	(本人) ・誰かと話したい。 (家族) ・楽しく過ごしてほしい(息子さん)。	<ul style="list-style-type: none"> ・交流や会話をすることにより、気分が改善し楽しく過ごせる可能性がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・誰かと話したい ・人と関わる機会を持てるようになります 	
	② 社会との関わりの変化	×						
	③ 喪失感や孤独感	○						
	④ その他	×						

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人、家族の意向	自立に向けた可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	ケアの方向性
7. 排尿・排便	① 失禁の状況	×	・問題なし。					
	② 排尿排泄後の後始末	×						
	③ コントロール方法	×						
	④ 頻度	×						
	⑤ その他	×						
8. 褥瘡・皮膚の問題	① 褥瘡の程度	×	・身体の痒みを訴えるが、特に掻き傷はない。	・老人性皮膚掻痒症	(本人) ・痒みがとれればいいと思う。 (家族) ・痒みがとれてほしい。(お嫁さん)。	・身体の痒みについては、保清・保湿により様子を見るように言われている。	・痒みがとれてほしい。	・保清と保湿により、痒みが軽減できるようにします。
	② 皮膚の清潔状況	×						
	③ その他	○						
9. 口腔衛生	① 歯の状態	×	・問題なし					
	② 口腔内の状態	×						
	③ 口腔衛生	×						
10. 食事摂取	① 栄養	×	・問題なし。					
	② 食事回数	×						
	③ 水分量	×						
	④ その他	×						
11. 問題行動 (行動障害)	① 暴言暴行	×	・なし					
	② 徘徊	×						
	③ 介護の抵抗	×						
	④ 収集癖	×						
	⑤ 火の不始末	×						
	⑥ 不潔行為	×						
	⑦ 異食行動	×						
	⑧ その他	×						
12. 介護力	① 介護者の有無	×	・お嫁さんは、家にいる時はできるだけ身の回りの世話はしてあげたいと思っているが体調に不安を感じている。 ・息子さんは、本人が今くらいの状態であれば自宅で世話をしてあげたいと思っているが、脳出血の後遺症があり身体を支えるような介護はできない。 ・お風呂に入れられない。 ・車の乗り降りの介助ができない。	・お嫁さんは仕事を持っているのと自分の体調に不安がある ・息子さんに軽い障害がある	(本人) ・あまり家族に迷惑をかけたくない。 (家族) ・お風呂に入れてほしい(息子さん、お嫁さん)。車の乗り降りを手伝ってほしい(息子さん)。	・家族による介護を増やすことができないため補う介助が必要である(*「ADL」の項目で検討する)		
	② 介護者の介護意思	○						
	③ 介護負担	○						
	④ 主な介護者に関する情報	○						
	⑤ その他	×						
13. 居住環境	① 住宅改修の必要性	○	・自宅内は段差があり、手すりもない。		(本人) ・特になし。 (家族) ・特になし。	・住宅改修は、入浴の状況や歩行の改善の状態をみた上で検討していく。		
	② 危険個所等	×						
14. 特別な状況	① 虐待	×	・なし					
	② ターミナルケア	×						
	③ その他	×						

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

第1表

居宅サービス計画書（1）

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 宮城花子 殿 生年月日 大正 12年 2月 20日 住所 宮城県宮城郡宮城町中央1-1
 居宅サービス計画作成者氏名 仙台太郎
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 仙台居宅介護支援センター 宮城県宮城郡宮城町西2丁目2-2
 居宅サービス計画作成（変更）日 平成23年3月15日 初回居宅サービス計画作成日 平成23年 3月15日
 認定日 平成23年3月1日 認定の有効期間 23年 3月 1日 ~24年 2月28日

要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	(本人) ・少しでも歩けるようになりたい。 ・元気でいたい。 ・痒みがとれるといい。 ・お風呂に入りたい。 ・誰かと話がしたい。 (家族) ・自分でできるところは自分でやってほしい。元気でいてほしい。(松男さん) ・歩く練習をお願いしたい。 ・車の乗り降りの介助をしてほしい。(松男さん) ・お風呂に入れてほしい。(松男さん、竹子さん) ・痒みがとれてほしい。(竹子さん)
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
統合的な援助の方針	・症状の変化に気をつけ必要時に応じて主治医に報告します。 ・身体を動かす機会を持ち歩行状態が回復できるようにします。 ・お風呂に入れるようにします。 ・車の乗り降りができるようにします。 ・転倒なく乗り移りができるようにします。 ・移動できるようにします。 ・人と関わる機会を持てるようにします。 ・保清と保湿により痒みが軽減できるようにします。 【緊急連絡先】 自宅 000-0000 竹子さん勤務先 111-1111 体の具合が悪くなった時 ○△医院 333-3333
家事援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他 ()

居宅サービス計画書（2）

平成 23年3月15日

利用者名 宮城 花子 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
痛みなど身体症状の観察が必要です	健康でいられる	3/15～ 24/ 2/29	症状の変化に対応してもらえる	3/15～ 6/14	・症状観察 〃	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
少しでも歩けるようになりたい	茶の間まで歩くことができる	3/15～ 24/ 2/29	介助で5m歩くことができる	3/15～ 6/14	・下肢の筋力をつけるためのリハビリテーション	○	通所リハ	若林テア	2/週	3/15～ 6/14
お風呂に入りたい	お風呂に入れる	3/15～ 24/ 2/29	お風呂に入れる	3/15～ 6/14	・入浴、洗身介助	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
車の乗り移りを手伝ってほしい	車の乗り降りができる	3/15～ 24/ 2/29	車の乗り降りができる	3/15～ 6/14	・車の乗り降りの介助	○	訪問介護(介護タクシー)	太白ホームヘルプ	1/月	3/15～ 6/14
転倒防止が必要です	スムーズに乗り移りができる	3/15～ 24/ 2/29	転倒なく乗り移りができる	3/15～ 6/14	・移動用バーのレンタル	○	福祉用具貸与	みやぎの杜		3/15～ 6/14
移動介助が必要です	移動できる	3/15～ 24/ 2/29	移動できる	3/15～ 6/14	・移動介助 〃	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
誰かと話がしたい	楽しく過ごすことができる	3/15～ 24/ 2/29	いろんな人と話ができる	3/15～ 6/14	・交流支援 〃	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
痒みがとれてほしい	痒みが良くなる	3/15～ 24/ 2/29	痒みが少しでも和らぐ	3/15～ 6/14	・保清、保湿 〃	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

事 例

主任介護支援専門員フォローアップ研修

事例① 『アルコール』 基本情報

利用者名	栗原 P 男さん	性別	男	生年月日	昭和10年 1月 1日
住 所				電話番号	
主 訴	【相談内容】 ・身の回りのことをしてほしい				
	【本人・家族の意向】 ・特になし				
生活状況	【性格・職業等】 ・温和な性格 ・N県生まれ。22歳の時に本市に転居、一度結婚をした。妻がスナックをやっており、本人は働いていなかった。ギャンブル好きで2度目の妻とも離婚。酒が好きで働かず一日中酒を飲んで過ごしていた。 ・H15年頃から生活保護を受けることとなり、現在のアパートに引っ越した			【家族の状況】 ・一人暮らし ・離婚し、子供はいるが現在は関わりがない。元妻はA病院へ入院中。 ・娘は精神疾患のため遠方施設に入所。 ・実妹がいるが関わりを拒否。	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	A 2		認知症高齢者の日常生活自立度	II b
居住環境等	・アパートの2階に住んでいる。				
サービスを決定する人	本人				

栗原P男さんのこれまでの経過

平成21年3月、脊椎圧迫骨折で入院する前は家のことは全て自分で行っていた。自宅付近にコンビニがあるため買い物にも行くことができ、生活上困ることはなかった。年齢とともに外出の頻度は減ってきており、家の中でお酒を飲んで寝たり起きたりして過ごすことが多くなっていた。

骨折後、痛みと筋力の低下のために長距離の歩行が困難となった。それまで自分でできていた生活動作ができなくなり、介護保険の申請を行い、退院時からヘルパーの利用（調理・掃除・買い物・洗濯等の生活援助）を開始した。

要介護2の認定がおりたため、外出・入浴目的でデイサービスの利用を開始した。何とか一人で買い物に行けるくらいまでに生活動作が回復した。

お酒が好きで毎日1リットルくらいのビール・焼酎を飲んでおり、その影響かほぼ毎日下痢。またアルコールによる影響か、物盗られ妄想やサービス利用日がわからないなどの症状があった。

平成21年6月、ヘルパー訪問中に冷汗・腹痛・血便があり近医受診。呼吸状態の悪化もみられS病院へ入院。間質性肺炎との診断を受け、点滴加療後軽快。その際、CTで総胆管結石・胆石が見つかったが、自覚症状に乏しく病気の理解もできなかったため、近医で定期観察とフォローを受けるとして退院。禁酒と定期的な状態観察・受診が必要となった。

退院後も禁酒はできず、隣人に酒を買ってきてもらっては酒を飲み、酔ったままデイサービスへ行ったり、下痢・腹痛で動けなくなったりを繰り返していた。受診を促しても定期受診はできず、本人の下痢・腹痛がひどい時にヘルパーの付き添いで受診をする程度であった。（2ヶ月に1度くらいのペースだが不定期）

平成22年2月、泥酔し自宅で転倒。痛みのため起き上がることもできず近医受診。骨折の疑いがあるとして総合病院整形外科を紹介され受診。肋骨にひびが入っていると診断されたが、コルセットをつける・湿布を貼る等の対症療法のみで帰宅した。

痛みが強く、起き上がりや自宅内での移動も困難で便失禁・尿失禁がみられた。自宅でもほとんどの時間を寝て過ごすようになり今まで自分で実施していた食事のセッティングや後片付け、汚れた下着の取替え等もできなくなったため、ヘルパーの生活援助を追加。

階段昇降時に痛みが強いことと、下痢による体力の低下とが重なり、デイサービスを休むことが多くなってきた。(自宅にはお風呂がないためデイサービスで入浴していた) 飲酒は相変わらずで隣人に頼んでは酒を買ってきてもらい飲んでいた。鎮痛剤は処方されていなかったのも、お酒で痛みを紛らわせているようでもあった。

平成22年5月、腹痛が強くなり耐えられず、隣人に救急車を呼んでもらいS病院へ緊急受診。飲酒があったためか精査できず帰宅。3日後同症状で再度救急搬送されたが、入院にはならず帰宅した。食欲低下と体重減少、下痢による体力の低下、腹痛の増強等により胆石の悪化が予想されたため、本人の同意を得て、肝・胆検査のため近医を受診。その後精査のため総合病院でMRIをとり、手術が必要なレベルとの診断を受けた。

現 状

◇平成22年5月中旬

自宅訪問。ヘルパーより「朝食代わりにビールを飲んでおり、下痢もしているようだ」との報告があり様子をみに行く。真っ赤な顔で布団に寝ている。バケツの中には便で汚れたズボンが入っている。
(T：本人，C：ケアマネジャー)

*脳梗塞・脳出血等の既往はないが、動きが緩慢で呂律がまわらず、はっきりと喋ることができないためコミュニケーションがとりづらい。

C：「お腹が痛いんですか？ご飯は食べましたか？」「どこが痛いんですか？転んだ所ですか？」

T：「痛くてたまらん」

*言葉ははっきりしないが何とか聞き取れる。お腹をさすっているので、お腹の痛みと思われた。

C：「ヘルパーさんが来てくれる時はいいけど、来ない時はご飯も食べられませんね・・・一人でいる時にお腹が痛くなったらどうしましょうね・・・隣の人は呼ぶと来てくれますか？」

T：「・・・救急車で病院に行った」「痛いし(体調が)悪い」

C：「隣の人から電話をいただきました。痛いと言って苦しんでいるから救急車で病院に行ったと教えていただきました。一人で家にいると痛くなった時困りますね。デイサービスには行きませんか？お風呂も入っていませんよね。」

*デイサービスの利用を促してみる。一人で家に居ることに不都合がないか、不安はないか本人の気持ちを確認してみる。

T : 「動けん」「風呂はいいよ」

C : 「階段下りるのが辛いですか？ちゃんと玄関まで迎えに来てくれますよ。」

T : 「・・・痛い。いいよ。」首を横に振る。

*階段昇降で痛みが増強するのか、腹痛のため動きたくないのかはわからない。デイサービス利用時は禁酒を守ってもらうよう言っているため、酒が飲めないのがデイサービスを利用したくないのか？意向ははっきりしない。

C : 「お酒飲んじゃだめだって先生に言われてますよね。やめられそうですか？」

T : 「・・・」(苦笑している。)

C : 「下痢も治らないし、お腹痛いのも治らないし、胆石もあるから、ひどくなってしまうかもしれません・・・Tさん痩せたようですね。」

T : 「そうだね」

C : 「病院に行って診てもらおうようにしませんか？」

T : 「そうだね。いいね。」

C : 「ちゃんと病気を治しましょう。誰かがいつもいてくれると安心ですよ。」

T : 「そうだね。いいね。」

布団から起きようとはせず、寝たまま話す。痛みが強くなることに関して本人の中に不安があることが少なくともあることが感じられた。痛みは腹痛(結石)が主と思われるが、骨折後の痛みもある様子。動かないことによる廃用性の筋力低下もあり、歩行が困難となってきた。自宅内でも食事以外はほとんど寝ている。トイレへは這って移動している。飲酒はやめることができず、痛みを紛らわすために飲んでいるとも考えられたが、本人から「痛みに対してどう対処しているか」については聞いていない。

過度の飲酒による下痢、それによる体力の低下が著明となっている。自宅にお風呂がないので、清潔に対するケアが必要であるが、本人は必要とっていないようだ。便失禁・尿失禁もあり、不潔な環境となっているため、掃除・洗濯のケアを増やしていく必要があると思われる。お酒のせい認知症による理解力の低下かはわからないが、病気について説明しても理解ができないようであった。禁酒についても必要性の理解が乏しい。

胆石・総胆管結石があり、閉塞性短肝炎による黄疸・発熱等の重篤症状がいつ現れるかわからない状態である。自宅に居ては、定期観察・受診もできず、日常生活上の注意も守れないため、施設利用か入院しての治療が必要であると思われるが、どうしたものか…

<p>1 健康状態</p> <p>(1) 観察・管理の必要な病気</p> <p>(2) 症状</p> <p>① 身体症状</p> <p>② 精神症状</p> <p>(3) 痛み</p> <p>(4) 病状の変化</p> <p>(5) 医療機器</p> <p>(6) 保健予防</p> <p>(7) 健康生活</p> <p>(8) 予定されたケア・治療の順守</p> <p>《意向》</p>	<p>50代の時に胃癌(?)のため胃切除</p> <p>平成21年3月に階段から転落して、脊椎圧迫骨折し治癒はしただ腰痛はある</p> <p>平成22年に泥酔による転倒で肋骨にひび。痛みはあるが、保存的な治療を行っている</p> <p>胆石・総胆管結石あり、総胆管にある石を内視鏡的に取る必要と胆嚢切除したほうがよいとの診断で、現在治療について検討中</p> <p>下痢、腹痛がある</p> <p>平成21年3月に物盗られ妄想がみられた</p> <p>腰痛・腹痛があり、寝返り・起き上がり時に痛みがある。立つことで更に痛みが強くなるため、室内は這って移動。起きている時間は食事時のみ。鎮痛剤の利用はない。痛みに対しては湿布のみ。ひびに関して治療は終了している。</p> <p>下痢による腹痛か胆石による痛みの判断が難しいため、対症療法をして止瀉薬と整腸剤が処方されている。</p> <p>転倒による腰痛の悪化、飲酒による下痢、胆石による腹痛・背部痛がある</p> <p>使用していない</p> <p>定期受診が必要だが自分からは受診しようとしらない</p> <p>飲酒は、主治医より制限するように言われているが、ほぼ毎日飲酒している</p> <p>自分では薬の内容がわからないので飲めない</p> <p>一回分を用意しておいても飲むことを忘れるのか飲めていない</p> <p>(本人)・・・</p> <p>(家族)</p>
<p>2 ADL</p> <p>(1) 寝返り</p> <p>(2) 起き上がり</p> <p>(3) 乗り移り</p> <p>(4) 家の中の移動</p>	<p>何とか時間をかけて自分で行える</p> <p>痛みが強いが何とか自分で身体を起こすことはできる</p> <p>立ち上がりは何か掴まれば可能だが、苦痛表情あり</p> <p>立位バランスは悪く、片足立ちは困難</p> <p>壁伝い・家具伝い歩行、もしくは這って移動している</p> <p>歩行はかなり不安定でふらつきがあり、室内での転倒も何度かあ</p>

(5) 屋外の移動	る 歩行は不安定だが杖は使用していない 受診時はタクシーを利用し、ヘルパーが乗降介助を行っている 院内受診時は車椅子を使用している
(6) 上半身の更衣	一人で可能だが、苦痛表情はある
(7) 下半身の更衣	ズボンの上げ下ろし時は、立位が不安定なため見守りが必要 立ちながら自分でズボンを上げるなど、2つの動作を一緒に行う ことができない
(8) 食事	食べこぼしはあるが、箸を使用して自分で食べている
(9) 排泄	自宅トイレは洋式。移動に時間がかかり間に合わないので便・尿 失禁がある。便意・尿意はある。
(10) 整容	ここ1ヶ月は行っていない
(11) 入浴	自宅にはお風呂場がないので、自宅では入浴できない。ここ1ヶ 月は入浴していない。以前は週3回デイサービスで入浴しており、 自分で洗身・洗髪はできていた。お風呂は好き。
((12) ADLの低下	全体的にADLの低下がみられる
(13) 活動・健康増進	外出は受診時のみで、院内は車椅子を使用している。車の乗降介 助を行っている。 自宅はアパートの2階にあり、10数段の階段がある。一人では 痛みのため階段昇降は不可能で、片側から支える介助を行って いる。
(14) 自立度改善の可能 性	不明
(15) 要介護状態の変化	痛みによる活動性の低下、下痢による失禁、体力の低下が著明
(16) 転倒	平成22年2月の転倒、4月にも自宅内で転倒している（ともに 飲酒時）
《意向》	(本人)・・・ (家族)
3 IADL	
(1) 炊事	本人が行なうことは困難。週5回ヘルパーが調理を行っている。 ご飯は一回に3合程度炊いて保存。週末は近所の人に頼んで弁当 を買ってきてもらっている。
(2) 家事一般(掃除・洗 濯・整理等)	本人が行なうことは困難。掃除・洗濯はヘルパーが訪問時適宜行 っている。
(3) 金銭管理	管理は自分で行っているが、支払い・計算は難しい。お金を袋に 入れて常時持っており、買い物時はヘルパーに渡して買って来て

<p>(4) 薬の管理</p> <p>(5) 電話使用</p> <p>(6) 買い物</p> <p>(7) 交通手段の利用</p> <p>(8) 薬</p> <p>《意向》</p>	<p>もらっている。</p> <p>自分では薬の内容がわからないので飲めない</p> <p>一回分を用意しておいても飲むことを忘れるのか飲んでいない</p> <p>電話を受けたり掛けたりの動作ができなくなった（ADLの悪化により動けなくなったため）以前は自分で掛けることもあったが、今は自分で掛けることもなくなった。認知の問題もあり、掛けてきた人を認識することができない様子。また言葉が不明瞭なため用件を聞き取るのは難しい。</p> <p>隣人かヘルパーが行っている</p> <p>タクシーに乗る際に介助が必要</p> <p>服薬状況（別表）</p> <p>（本人）・・・</p> <p>（家族）</p>
<p>4 認知</p> <p>(1) 記憶</p> <p>①短期記憶</p> <p>②手続き記憶</p> <p>③日常生活の判断</p> <p>④記憶・判断力の低下</p> <p>(2) せん妄</p> <p>《意向》</p>	<p>デイサービス利用日をカレンダーに記載しておいても忘れてしまう。日にちに対する失見当識がある。</p> <p>日常生活の中での動作は手順をふんで行うことができる</p> <p>一日の日課については理解している</p> <p>意思決定能力は特別な場合をのぞけば問題はない</p> <p>自分の名前を書くことはできるが、文章を書くことはできない</p> <p>人の名前・顔は覚えられない様だが何度か訪問しているヘルパー・ケアマネについては理解している様である</p> <p>記銘力の低下がある</p> <p>一時的な錯乱状態はない</p> <p>（本人）・・・</p> <p>（家族）</p>
<p>5 コミュニケーション能力</p> <p>(1) 聴覚</p> <p>(2) 相手に理解させること</p> <p>(3) 相手を理解すること</p>	<p>通常の声の大きさと会話を行っている</p> <p>構音障害はないが、発音が不明瞭である。短い単語でなら伝えることができるが、長文は時々伝わらないことがある。</p> <p>質問の意味や会話内容は簡単なことであれば、噛み砕けば理解は可能。返答までに時間がかかる。返答の内容が、質問と合わないことがある。理解できない内容の時は、返答しないことが多い。</p>

<p>(4) コミュニケーション能力の低下</p> <p>(5) 視覚</p> <p>《意向》</p>	<p>なし</p> <p>日常生活上問題はない</p> <p>新聞や本は読まない。テレビを見るのにはさしつかえない。</p> <p>(本人)・・・</p> <p>(家族)</p>
<p>6 社会との関わり</p> <p>(1) 関わり</p> <p>(2) 気分</p> <p>《意向》</p>	<p>同アパートの住人が気にして様子を見に来てくれ、コンビニでお弁当やお酒を買って来てくれる。(手数料は支払う)</p> <p>本人は世話になってはいるが、信頼はしていないので、いつも「お金を盗まれる・盗られる」という気持ちがある。</p> <p>緊急時には救急車を呼んでくれたり、ケアマネジャーやヘルパーに連絡してくれたりする。</p> <p>家族はなく、同アパートの住人以外には来訪者はいない。</p> <p>時々興奮したりして怒り出すことがあるが、暴力をふるうことはない。もともとは温和な性格である。</p> <p>(本人)・・・</p> <p>(家族)</p>
<p>7 排尿・排便</p> <p>(1) 尿失禁</p> <p>(2) おむつ使用</p> <p>(3) 便失禁</p> <p>《意向》</p>	<p>移動動作に時間がかかるので毎回尿失禁している。尿意はあるが我慢できない。</p> <p>リハビリパンツの使用をすすめるが自分でとってしまう。普通の下着をつけている。</p> <p>水様下痢便。便意はあるが我慢できない。</p> <p>(本人)・・・</p> <p>(家族)</p>
<p>8 褥瘡・皮膚の問題</p> <p>《意向》</p>	<p>皮膚トラブルはない。</p> <p>(本人)・・・</p> <p>(家族)</p>
<p>9 口腔衛生</p>	<p>歯磨きはいっさいしないが、虫歯等はない。今のところ問題はない。</p> <p>(本人)・・・</p> <p>(家族)</p>
<p>10 食事摂取</p>	<p>一日3食摂れていない。おなかが空いた時に食べる。栄養バランスはとれていない。ここ1ヶ月の間に体重減少がある。(5キロ程度)</p>

≪意向≫	(本人)・・・ (家族)
11 問題行動（行動障害） (1)行動障害 ①徘徊 ②乱暴な言葉・行動 ③混乱させる行動 ④ケアの拒否抵抗 ⑤行動障害の悪化 (2)向精神薬 ≪意向≫	なし 時々興奮したり怒り出すことがあるが暴力をふるうことはない 飲酒 なし なし なし (本人) (家族)
12 介護力 (1)介護者 (2)介護負担・ストレス ≪意向≫	家族はいない 同アパートの住人が買い物・緊急時の電話対応等は行ってくれる —— (本人)・・・ (家族)
13 居住環境 ≪意向≫	玄関の鍵はつぶれておりかからない 外に出るまで階段があるが（アパートの2階）、一人での階段昇降は難しい (本人)・・・ (家族)
14 特別な状況 ≪意向≫	室内は便・尿の失禁があるため汚染されている (本人)・・・ (家族)
その他 ≪意向≫	市の高齢者福祉サービス「福祉電話」を利用している 生活福祉課のワーカーの訪問はない 生活保護のため月10万程度一月にもらっている。お酒と食べ物を買う以外、無駄使いはしていない (本人)・・・ (家族)

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能
酸化マグネシウム	1×3	便通を良くする薬
ガスターD	1×2	胃酸の分泌を抑える薬
ビオスリー	1×3	整腸剤
頓服でロペミン		下痢止め

事例② 「同僚との話が平行線」

【本人の状況】 Eさん 女性 一人暮らし 認知症

身体的な問題はないが、物忘れが激しく、金銭管理や服薬管理は出来ない。日常生活自立支援事業、毎朝訪問介護、デイサービス週3回利用している。食事については、お金をあまり使わないように質素にしている。デイサービス利用日以外の日は、一日中部屋で探し物をしている。

一日に何回も居宅介護支援事業所に「明日は利用日ですか？明日の朝は迎えに来てくれますか？」と電話が入る。あまりに電話が多いので、自宅を訪ねてみたところ、部屋いっぱい『明日は利用日』と書いたメモが散乱していた。カレンダーにも真っ黒になるくらいにメモが書いてある状況。部屋の鍵も何度も紛失しており、大家や友達を巻き込んで鍵を作り直したり、鍵屋さんに来てもらっている状態。

【担当ケアマネジャーと同僚ケアマネジャーの会話】

同僚ケアマネ：「いつまで一人暮らしを継続させていくの？」

担当ケアマネ：「Eさんは施設には行きたくないだろうし、今の所に居たいのだと思う。」

同僚ケアマネ：「Eさんの気持ちも大切だが、Eさんが適切な判断ができない状態なのだから、周りが決めてあげることも必要なのでは？」

担当ケアマネ：「んー、でも『一人で居たい』と言っているのよね。」

同僚ケアマネ：「あまり認知症が進まないうちにグループホームとか検討しないと、物忘れが進みきってしまってからではEさんが新しい生活に慣れるのが大変だと思うよ。」

担当ケアマネ：「んー、それもそうだけど、もう少し様子をみていきたい。」

同僚ケアマネ：「冬はストーブも入るし、火の元が危ない。近所の人気が気でないと思うよ。」

担当ケアマネ：「んー、でも辛抱で、あまりストーブ使わないもの。」

いくら話しても、認知症のあるEさんの意向を大切にしていこう方針のようだ。

事例③ 「不安定な介護者からのクレーム」

H22年4月、他の事業所から依頼を受けてケアマネジャーを引き受けたものの、主介護者がサービス事業所へクレームを次々として出して困惑しているケアマネジャーからの相談。

【概要】 Bさん 88歳 女性 要介護4

病名・・認知症，高血圧症，骨粗鬆症，パーキンソン症候群

家族構成・・本人Bさんと次女Rさん（主介護者・56歳・無職）の二人暮らし。

長女・三女は県外居住で，年1回帰省する。

サービス利用状況・・デイサービス週3回，訪問介護週3回（デイサービス利用時），訪問看護週1回，福祉用具レンタル（ベッド・マットレス・手すり）

「デイサービスで職員が強く握るのか青痣になる。」「ヘルパーさんが，手にお湯をかけて火傷をさせた。」「ヘルパーさんが，朝ベッドから起こす時に転ばせた。」という話を主介護者のRさん（次女）が次々とする。担当ケアマネジャーは，何れも受診を勧め，医師からは「高齢でもあり，皮下出血になりやすい。火傷ではない。何かの圧迫だ。」という診断でも，デイサービスや訪問介護事業所には反対の事を話す。ケアマネジャーも数回変更させられていて，ショートステイ利用時には，青痣問題で苦情があり，その後はショートステイ利用もしていない。明らかに介護疲れが見られるので，介護の負担を減らしたいと担当ケアマネジャーが相談しても駄目だった。

担当ケアマネジャーは，「事実と反対の事を平気で言われてどうしたらいいかわからない。本当は担当を代わりたい。このままだと自分が疲れる。」と話している。しかし，こちらからケアマネジャーを代わりたいとは言えない。

包括主任ケアマネ：「半年間ケアマネジャーとして頑張ってきたのね。主介護者の次女Rさんもひとりで介護されていることはどうですか？」

担当ケアマネ：「Rさんが頑張って介護しているのはわかりますが，介護疲れがあり限界だと思います。こちらとしても何とかしたいけど，ショートステイも駄目，デイサービスでも職員は痣の確認を送迎時に必ずチェックをして，そこまでしてくれていることが申し訳ないです。今後この方のケアマネジャーをする自信がありません。」

包括主任ケアマネ：「Rさんは，介護疲れがあるにもかかわらずショートステイを利用しないのは，過去のショートステイ利用時のクレームが思い出される以外にも何か理由があるかもしれないですね。そのあたりを話ししてみたらど

うでしょうか。」

担当ケアマネ：「もう少しRさんと話をしてみます。」

包括主任ケアマネ：「ひとりで抱え込むのではなくて、関係しているサービス事業所とカンファレンスを開き、利用者の状態をつかむ事や、事業所内でも相談をして他のケアマネジャーにも話をしてみる事はどうでしょうか。自分一人だけで担当するのではなく、二人体制という事もあるのではないのでしょうか。」

事例④ 「利用料金滞納」

家族構成：本人（Aさん 78歳 女性 要介護3）

長男夫婦，孫夫婦，ひ孫2人の7人家族。

主たる介護者は長男。嫁が股関節手術を受け体調がまだ戻らず介護できないため，老健施設に入所するが，利用料金滞納で退所した。その後，在宅での介護は困難な為現在はショートステイ利用中。

① 事業所と長男との面談

事業所：「滞納が50万円超えてしまいました。どうしてこうなったのでしょうか？」

ケアマネ：「本人の年金額と利用料金は8万円ではほぼ同額ですよね。支払いが難しい理由があるのでしょうか？」

長男：「全部，自分が悪い。これからはしっかり払います。」

事業所：「以前からしっかり払うと話しているけど誠意が感じられません。このような状況では退所もやむを得ません。そこをしっかりと理解してもらいたい。一度に全額は難しいと思うので，せめて未払いがないように支払ってもらいたい。年金月には2ヵ月分，それ以外は1ヵ月分支払って欲しい。」

長男：「分かりました。努力はします。ところでケアマネさん，まだ特養には入所できませんか？」

ケアマネ：「現在は要介護3であり，現在の状況からでは早急な入所は困難と思われれます。奥さんの体調が戻り次第，自宅で介護すると話していましたが・・・」

長男：「まだ体調が悪い。だから連れて帰れない・・・」

事業所：「特別養護老人ホームに入るのは問題ないですが，まずしっかり支払ってください。」

長男：「分かりました。」（早々に退席する）

② 長男の妻との面談

ケアマネ：「料金が滞納している事について，旦那さんとショートステイの管理者さんと話し合いましたが，何かお聞きしていますか？」

長男の妻：「迷惑かけて申し訳ありません。夫がだらしなくて皆に迷惑をかけている。自分がしっかりしていればいいのですが，思うように身体が動かなくて・・・」

ケアマネ：「孫さんにはお話ししましたか？」

長男の妻：「（*泣きながら）息子夫婦（Aさんの孫）には相談できません。以前，夫は大きな借金をして息子夫婦には何百万も負担させてしまった。滞納したのは必ず払いますから，もう少し待ってください。」

ケアマネ：「ご本人のお金の管理は旦那さんが行っているんですか？」

長男の妻：「年金は息子（Aさんの孫）が管理しています。定期的に施設の支払い料金を手渡されているが、夫が何かに使ってしまう。夫には何度も裏切られてしまう。でも、自分ひとりではおばあちゃんにも会いに行けないし、口を出せば『何も出来ないのに口出すな』と怒鳴られる。ちゃんと払わせます。」（*号泣・・・しばらく沈黙）

ケアマネ：「孫さんに相談してみませんか？」

長男の妻：「もう少し待ってください。ちゃんとしますから・・・」

ケアマネ：「分かりました。よろしくお願いします。」

③長男との電話

長男：「この間も心配して家に来てもらったようで。こちらから伺わないといけないのに申し訳ありません。」

ケアマネ：「利用料金についてお話させていただきました。」

長男：「そうですね。申し訳ないです。」

ケアマネ：「今月の支払いの予定は・・・」

長男：「支払ってきます。ところでケアマネさんは元気ですか？」

ケアマネ：「おかげさまで。」

長男：「そうですか。良かったです。それではまた。」（電話を一方向的に切る）

事例⑤ 「心が触れ合うような関係を持ちたい」

担当ケアマネジャーは、利用者Cさんの自分に対する態度や言葉使いが乱暴で、心が触れ合うような関係をもてないことに悩んでいる。最近はその傾向がますます強くなった。

【概要】 Cさん 81歳 男性 独居

担当ケアマネジャーとの関わりは5年。

サービス利用状況・・・訪問介護週2回，住宅改修。

ある日、12月の利用票作成の為確認の電話をすると、「いつもの事がどうしてわからない！」と怒鳴り一方的に電話を切られる。また、別の人（宅配業者？）が何かの用事で押印を求めた事を、担当ケアマネジャーが何度も来て、入浴中の浴室まで入り込んだと思いついて入っている所があり、精神的な変化が見られてきている。

担当ケアマネジャーは、「言葉を選び、自分なりに努力して対応しているのに、良い関係を築けない。担当を外してもらって、別のケアマネジャーに代わってもらえばCさんにとってもいいのではないか。」と話している。

【対応】

現在受けているサービス事業所のサービス責任者に、Cさんから担当ケアマネジャーへの不満や愚痴が聞かれるかを確認する。すると「Cさんは、初対面であろうと町内会長であろうと、誰にでもぞんざいな対応をしている。ケアマネジャーへの不満も言わないが、ヘルパーへ礼を言う事もない。要するに、名指しで批判する事や他人に感謝の意を表明することがないと同時に、いつも怖い顔をして他人を見て、気に入らない事があれば大きな声で怒る事が常時の様子。」と言う。

このような話を受けて、担当ケアマネジャーには、担当を交替しても本人の状況は変わる事もなく、かえって新担当者に軽んじる言葉を発する事になりはしないか。今後はあらゆる思い込みや誤解を予防する為にも、ひとりで訪問せず、ヘルパー訪問時に同行するか、私と一緒に「体調はどう？」とちょっと寄ってみたという形の訪問にしてはどうかと話す。担当ケアマネジャーは、その方向でしばらく様子を見ていこうと納得してくれた。

しかし、これはあくまでも、“難しい人”への対処であり、担当ケアマネジャーが求める“心の触れ合う繋がり”には程遠い状況と思われる。

事例⑥ 「チンピラ風」

担当ケアマネジャーからの相談

【概要】千代田さん 女性 65歳 要介護2

本人：皆がやりやすいようにしてください。

同居人：介護をしたことが無いので、入浴と排泄の介助、炊事などを手伝ってほしい。

ベットに横になり、一日中テレビを見て過ごしている。体調が優れない為、外出は通院のときのみ。

10年前に離婚し、今は同居人（チンピラ風の内縁の夫？）と2人暮らし。生活保護を受けている。子供はいない。

乳癌で、定期的に放射線治療の為通院している。進行し、数箇所に移転している。

【対応】

- ・介護保険以外でかかる料金や物品については、お金は出せない。オムツ代、シーツの用意は、あんたのほうで何とかしろと言われる。同居し、内縁関係は明らかだが、都合によって、「ただの同居人」の立場をとる。
- ・千代田さんが自分で点滴の針を抜いた際、「お前らは、本人に針を抜かせるのか？管理が不十分だ、医療ミスだ。市役所へ来い、この件について白黒つけようじゃないか！」と言いがかりをつけてくる。
- ・同居人へ電話しても、自分が登録してある番号以外には出ない。着信があっても、電話料がかかるからと、電話をかけることもしないため連絡がとりづらい。用があるときは、着信を入れて相手にかかけさせる。
- ・急でない用件でも、「すぐに来い」と他の訪問中でも呼びつけられる。
- ・訪問しているスタッフへ、「女の世話を早く終わらせて、俺と話をするようにしろ。コミュニケーションをとるようにしろ！」「自分の世話もしてくれ。」「俺の言うことだけきいていけばいいから。」と自分中心の欲求をしてくる。
- ・名前を名乗らないで事務所に電話をよこす。声を聞いて自分のことが分からないと、対応した相手に言いがかりをつける。「俺が電話したら、職員全員が俺のことが分かっているようにしておけ。」と命令してくる。
- ・制度の説明を何度も何度もしているにも関わらず、都合が悪くなると「聞いていない！説明されていない！」と、説明責任を追及してくる。

文責：小湊純一。