

高齢者ケア・アセスメントの考え方

2012.09.15. 小 湊 純 一。

指定介護予防支援の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことの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。

六 担当職員は、介護予防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、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、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べき総合的な課題を把握しなければならない。

- イ 運動及び移動
- ロ 家庭生活を含む日常生活
- ハ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション
- ニ 健康管理

(高齢者ケアの基本理念) ～自立支援～

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「具体的支障把握の視点」

1 健康状態

- ① 本人の生活に影響のある、介護スタッフが観察・管理の必要な病気を把握しましたか？（治った病気，身体機能やプランに関係しない病気は除きます。）
- ② 病気への対応について，主治医に相談し，対応の指示を受けましたか？
- ③ 生活に支障のある症状や痛みを把握しましたか？
- ④ 在宅医療機器（カテーテル，点滴，酸素，嚥等）について把握しましたか？

2 ADL

- ① 利用者本人のADL能力，生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 活動量について把握しましたか？
- ③ リハビリに関する，意欲や目標を把握しましたか？
- ④ 転倒の具体的状況，危険性を把握しましたか？

3 IADL

- ① 利用者本人のIADL能力，生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 自己動作に関する，意欲や目標を把握しましたか？

4 認知

- ① 記憶障害を具体的に把握しましたか？
- ② 見当識障害を具体的に把握しましたか？
- ③ 判断力低下について具体的に把握しましたか？
- ④ 実行機能障害を具体的に把握しましたか？
- ⑤ できるところを把握しましたか？

5 コミュニケーション能力

- ① 相手のことを理解できるか，自分のことを伝えることができるか，コミュニケーション能力を具体的に把握しましたか？
- ② 聴覚，視覚障害を把握しましたか？

6 社会との関わり

- ① 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ましたか？
- ② 気分の落ち込み等，心理面での問題について把握しましたか？

7 排尿・排便

- ① 失禁の状態を把握しましたか？

8 褥瘡・皮膚の問題

- ① 皮膚・じょく創等，皮膚の状態を把握しましたか？

9 口腔衛生

- ① 食べる，話すこと等に支障のある，口腔の問題を明らかにしましたか？

10 食事摂取

- ① 栄養・水分摂取，意図しない体重減少を明らかにしましたか？

11 問題行動（行動障害）BPSD

- ① 家族等の悩みや苦痛となる行動を把握しましたか？
- ② 問題行動の規則性，原因，関係性，感じ方等を具体的に把握しましたか？

12 介護力

- ① 介護者の状況を把握しましたか？
- ② 介護者の負担と，介護負担の原因となっていることを具体的に把握しましたか？

13 居住環境

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

14 特別な状況

- ① 緩和ケア，ターミナルケアの必要性，実現の可能性を把握しましたか？
- ② 高齢者虐待の兆候，危険性，緊急性を確認しましたか？

ケアプラン策定のための課題検討の手引き（一部）

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。

- 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，心苦しい思いをする，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

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

(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 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 冠動脈疾患	心理社会的／環境的問題 事故 問題行動 うつ
---	---------------------------------

脱水 せん妄（急性の錯乱状態） 進行した認知症 肺気腫，慢性閉塞性肺疾患（COPD） 骨折 感染症 栄養障害 痛み パーキンソン症候群 薬物乱用 甲状腺疾患 不安定な状態または急性期 視覚障害	治療を守らない 身体抑制 精神科疾患 社会的孤立 薬物の副作用，とくに向精神薬や鎮痛薬 入院
--	---

機能訓練，運動などの計画が合っていたか，効果的だったか確認します

- ① 本人が機能訓練に前向きでない，良くなると思っていない。
- ② 予定のとおり実施するのが苦痛。
- ③ 家族などからの支えや励ましが無い。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。

- 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のか
 - 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。

- ② 失禁の悪化を予防します。
- ③ 筋力低下を予防します。
- ⑤ 転倒を予防します。

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。

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

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さえられていないか。

コミュニケーションの方法

- ① 話し方
 - ア 叫んだり大声では話さない，はっきりとした声と言葉で話す。
 - イ 大人としての語彙，語調で会話をする。
 - ウ わかりやすい言葉を用い，専門用語は避ける。
- ② 話の進め方

- ア 言葉にも、表情や態度にも、決していらいらを表わさないようにする。
 - イ 繰り返し言葉や先回りをして代わって応答しないようにする。
 - ウ ゆっくりと話し、理解したか確認するために区切りを頻回に入れる。
 - エ 新しい話題に入るときは明確に示す。急に話題を変えないようにする。
 - オ 同じことを何度か言うか、言い方を変える。
 - カ 頻回の息つ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場合は、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、描く、あるいは補助用具を使用するなど、コミュニケーションのための工夫をするように勧める。
- 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。

6-1 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

代わりの方法や，新しい役割や活動の機会を作るために把握します。

- ① 孤独感や人と気軽に関わらないことが，長年の生活習慣かどうか。
- ② 社会的役割や社会との関わりがある場合，それらが変化したかどうか。
- ③ 変化の原因は何か。

身体機能や認知機能の問題，視覚や聴覚の問題，気分の変化，精神的な問題，社会的な環境の変化など。

- ④ 利用者が以前にもっていた役割，意欲等は何か。

回復したり，代償できる人間関係や役割，活動を構築可能性を探ります。

ケアの方向

- ① 能力や可能性のある活動を勧めます。

ア 能力や可能性の確認

利用者本人の能力、意欲、家族などの協力を把握して対応します。

イ 活動の検討

- a 対人関係
- b 率先して行う意欲
- c 精神的な活動
- d 過去の役割
- e 心配事

ウ ポイント

- a 方法は簡単な方が良い
- b 本人の関心や能力のある分野から始める
- c 話す、関わる機会を増やす
- d 外出する等、環境を変える

6-2 うつと不安

(1) ケアマネジャーの役割（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らえがち
 - ウ 高齢者は、薬によってうつや不安の症状がでる場合がある
 - エ 認知症は、うつや不安の対応を複雑にする

～うつ病の主症状～

① 抑うつ（精神的な苦痛）

- ・気分が落ち込む
- ・ゆううつである
- ・気分が晴れず、すっきりしない
- ・悲しい、さびしい、むなしい、泣けてくる
- ・不安が頭から離れない
- ・過去や将来にとらわれて暗くなる
- ・朝の気分が悪い
- ・イライラする、あせる、いたたまれなくなる
- ・感情が抑えられない、または、感情がわいてこない
- ・死や自殺について考える、死にたくなる、自殺の方法について調べる
- ・実際に自殺しようとする

② 精神運動抑制（精神運動制止）

- ・考えがまとまらない
- ・アイデアが浮かばない
- ・何かをしようという気になれない
- ・決断できない
- ・仕事や家事に集中できない
- ・誰とも会いたくない
- ・出かける気になれない
- ・誰かと話すことが苦痛に感じる
- ・動くことがつらく感じる、家に閉じこもる、1日中寝ている

③ 思考と認知のゆがみ

- ・何でも自分が悪い、または、他人からそう思われていると感じる
- ・自分の能力が劣っていると思う、劣等感が強い
- ・何でも悪い結果になると感じる、または決めつける
- ・成功してもまぐれだとしか感じない、次は失敗すると思う
- ・少しでも不幸なことがあると、すべて不幸だと感じる
- ・うまくいったか全然ダメかどちらかしか認めない
- ・自分は貧乏になったと思いきむ
- ・悪いことの責任はすべて自分にあると思いきむ
- ・悪い病気にかかっていると思いきむ

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。

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。

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、噛みきる問題、嚥下の問題など）
- 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、食事や嚥下、あるいはしゃべれないなど）

咀嚼・嚥下の問題

- ① 問題
食事や水分摂取を阻害し、著しい栄養障害をもたらす、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

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はある。

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、道徳観念や人間性が欠けているからだと考えられてきましたが、最近では医学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おこします。

イ アルコール依存症者は、飲酒に問題があることを否認することが多いために発見が困難であり、多くの場合家族が飲酒で紅潮した顔や機能障害、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すが、高齢者への使用には注意を要します。
- ③ 多く用いられるのは断酒会など集団療法です。

集団療法に参加することにより、自己像を認識し、不安を分かちあい、対人関係を再び形成する能力を回復する機会を得ることができます。高齢者の場合は、同じ年齢層のほうが効果的であり、同性の者でグループを構成したほうが成功するという報告もあります。

- ④ アルコール依存症は、特に早期発症の場合、治療が困難であり長期にわたる慢性的な疾患です。

アルコール問題の専門家、特に高齢の患者を扱う専門家に紹介することが必要な場合があります。

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

家族が利用者の行動によって深刻な精神問題や、ときには身体的外傷に苦しむことが多いため、最初に家族に焦点を当ててケアプランを考えなければならない場合が多くなります。

危険な飲酒

- ① アルコール乱用や依存症がなくても、アルコールは薬剤との相互作用により、深刻な問題を生じることがあります。

そのため、観察された問題と薬剤の服用、飲酒との間に時間的な関係があるか検討する必要があります。以下はアルコールと薬剤の相互作用の一例です。

- ア 抗不安薬や睡眠薬（ジアゼパムなど）、抗精神病薬（クロルプロマジンなど）、バルビツール酸（フェノバルビタールなど）、鎮痛薬、抗ヒスタミン薬の服用、飲酒が同時に行われる場合：判断力の低下、意識の覚醒度の低下、錯乱、認知症様の症状、などが起こり得る。また、アルコールはこれらの薬剤の代謝に影響し、その結果、薬効が強まることがある。
- イ アスピリン服用と飲酒：胃腸障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のと当人にわかってもらうように努め、健康と飲酒との相互作用についての教育を受けるための支援をする必要があるということです。

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。）