

介護支援の手引き



特定非営利活動法人

宮城県ケアマネジャー協会

980-0014

宮城県仙台市青葉区本町3丁目7-4 宮城県社会福祉会館 4F

TEL 022-716-0716 (月～木 10:00～17:00)

FAX 022-716-0717

Eメール mcma@par.odn.ne.jp

ホームページ <http://www2.odn.ne.jp/~mcma/>

ケアマネジャーセンター 022-716-0718 (月～金 10:00～17:00)

※本資料及び様式は上記ホームページからダウンロードできます。

福祉の相談支援

- ① その人の持つ生活の不具合（障がい等）を理解しようと努力する
- ② 生活の不具合を持つその人を理解しようと努力する
- ③ 生活の不具合の原因はどこにあるのだろう
- ④ その人のことはその人と話し合う

私たちの姿勢で最も重要なことは、「相手のことを理解しようと努力すること」です。その想いは必ず通じるし、私たちにとって最も大切な「その人からの信頼」につながります。

だれでも… だれもが…

支援を受けて 能力が発揮できる

支援を受けて 自己決定できる

支援を受けて あたりまえの生活ができる

利用者権利と支援の関係性 2019.01.04. 小 湊 純 一。

その人の権利と支援の基本

- 1 心身の障がいの有無に関係なく、すべての人は自己決定の権利と一人ひとりが独自の人であるという基本的権利を持っています。
- 2 地域社会の中で独立した生活を営んでいる人々がごく普通に受けている生活の状況と、できるだけ一致した形で生活を営む権利があります。
- 3 その人一人ひとりの潜在的可能性、身体、認知、情緒、社会的可能性を実現することに努め、可能性を敏感に認め、はぐくみます。
- 4 その人一人ひとりの能力、感受性及び信念を尊重することが職員の基本的態度であるべきで、あらゆる関係において、礼儀と尊重という態度も同様に不可欠です。
- 5 その人の名前の呼び方は、その人一人ひとりの希望を尊重することが大切です。
その人は、姓名をはっきりと、または姓のみを、あるいは名のみをというように、その人が望む呼ばれかたで自分の名前を呼ばれる権利があります。名前は、ある人を他の人と区別する名称という意味だけでなく、名前を所有する人が自由に扱うことのできる個人の所有物でもあります。
- 6 高齢のその人への名前の呼び方は、特に名で呼ぶようにその人から言われていないのであれば、正式に姓で名前を呼ぶことが普通に尊重することになります。

出典：1985年 施設ケアの実践綱領

高齢者施設ケア ～良い実践の原理～

- (1) 長期ケアを受けつつ生活している人であっても、人間としての尊厳が失われるべきではない。
- (2) 入居者は、彼らを支援する人びとからも尊敬を受けるべきである。
- (3) 入居者は、市民としての権利をもって生活するべきである。
- (4) 入居者は、身体的・精神的に許されるかぎり、市民としての権利が完全に保証された生活を営むべきである。

年齢がどうであれ、精神的・身体的にしっかりしていようがまいが、そして、障害があろうがなかろうが、入居者は、自己決定と個性的な生活を営む権利をもっている。また、入居者は、可能なかぎり、自宅で普通に暮らしている人と同様の環境で生活する権利をもっている。すべての長期ケアの場では、たとえ入居者に痴呆のような進行性の病気があったとしても、その身体的・知的・精神的・情緒的・社会的側面の能力を最大限発揮できるように、ケアの目的を定めるべきである。そして、このために、個々人の可能性に気づき、それを育むことに努めなければならない。また、時間の経過とともに、それらの能力に変化がもたらされるがあるということにも気づいておく必要がある。

入居者とその幸せが、あらゆるケアの場面で関心の焦点となるべきである。これは、入居者全体にとっても、個々の入居者にとっても、最も大切なことである。ゆえに、施設・施設所有者・マネジャー・スタッフの都合によって、入居者の幸せがないがしろにされるようなことがあってはならない。すなわち、個人のプライバシーと尊厳を尊重し、また入居者の多様性と個性を認め、自立を助長し、選択権を認め、自分の生活のコントロールを可能にするようなケアを、可能なかぎり提供するべきである。

長期ケアを提供する施設における日常生活の基本原則他者のケアを受けているすべての人びとがもつべき諸権利を支える基本的な原理がいくつかある。

プライバシーと尊厳性の尊重

入居者のプライバシーと尊厳性の尊重は、非常に重要なことである。すなわち、入居者は個室をもち、衣服・食べ物・就寝時間・起床時間、そして1日の過ごし方を、自分で選ぶ機会をもつべきである。身辺ケアのためにスタッフの手を借りなければならないからといって、入居者の尊厳性が傷つけられたり、プライバシーが侵害されたりすべきではない。入居者は、一人前の者として処遇されるべきであって、子ども扱いされるべきではない。スタッフはどのような場合であっても、入居者に対して恩着せがましい態度を見せるべきでない。また、入居者は、スタッフや他の入居者や施設への訪問者に対して、どのような呼び方をして欲しいかを、自分で決定するべきである。

自尊心の維持

他者に依存している人びとが自尊心を維持できるかどうかは、施設の中で入居者にどのような地位が与えられているかにかかっている。したがって、スタッフやマネジャーは、入居者のことを、援助なしでは生きていけない虚弱高齢者と見なすべきではない。スタッフらは、入居者一人ひとりに対して敬意を払い、彼らの資質や能力や人生経験を施設生活に活かし貢献できるという点を、高く評価するべきである。自分か高く評価されているということが実感されたならば、入居者の自尊心もそれだけ高まるだろうし、やる気も湧いてくるだろう。スタッフは、入居者に対し³礼儀正しく振る舞うように努め、また、入居

者はプライバシーと自分の意見をもっており、その表明に際しては自らの意思で決める権利がある、ということ尊重すべきである。

自立助長

入居者は、自分のことは自分でできるべきであり、自分の問題は自分で処理できるべきである。また、そのようになるためには、たとえ時間がかかっても、スタッフや身内の人びとは、必要なときでないかぎり、「代わりにやってあげたい」という誘惑に打ち克つべきである。そうでなければ、入居者はますます依存的になってしまうであろう。

選択とコントロール

可能な場合には、入居者は常に、自分の生活に影響する大切な意思決定を自分で行なうべきである。また、毎日の時間をどう使うかについても、自分で決めるべきであり、例えば、施設での共同生活にどこまでかかわるかについても、個々人の判断にもとづいて決めるべきである。また、家族や友人や地域との関係をどの程度もつかについても同様である。このような選択権の行使は、入居者にとっての権利の一つである。そして、そのためには、しばしば入居者、身内の人びと、さらにスタッフとのパートナーシップが必要となってくる。また、それらの人びととの間で、何を選択するかについて話しあうことも必要になってくる。非常に虚弱な人びとのように、自分の意思や好き嫌いを表明するときに援助を必要とする者もいる。そして、すべての入居者は、外部の人からアドバイスを受けたり、代理人になってもらったり、アドボカシーを受けたりする機会が提供されるべきである。もし、スタッフがこのような施設外の人びととのつなぎ役を果たさなかったならば、入居者の心の奥深くにある意見や希望が表に出されないまま終わってしまうかもしれない。入居者は施設の内外で、情緒的表現や恋愛をする機会をもち、また、個人的な親しい関係をもてるようにするべきである。

個性の認識

入居者は他者とともに施設で生活しているには違いないが、自分自身の好き嫌いの感情をもった一人ひとりの個人なのである。スタッフは、個々の入居者の要望に応じてあげるようにすべきであり、一方的に規則ばかりを押しつけるべきではない。というのは、それらの規則は、多数を占める人びとのニーズや好みによって作られたものであったり、マネジャー・スタッフ・身内の人びとの都合で作られているものであったりするからである。また、民族的・文化的・社会的・宗教的な背景の違いによる摩擦は、施設生活において避けられないことでもある。また、スタッフは、自分たちは喜んで入居者たちのニーズに対応しているのだということを、入居者に感じてもらえるようにするべきである。さらに、入居者が、アイデンティティを維持し、過去の習慣や伝統と一致した生活を続けることを望んでいるのだということを、スタッフはよく理解してあげるべきである。また、入居者の方も、施設という社会で他者と生活していく以上、他者には他者の生活のリズムとニーズがあることをわきまえて、それらにうまく合わせていく方法を学んでいくべきである。スタッフが、入居者同士の橋渡し役に努めていることがわかってももらえれば、何事もうまくゆくであろう。ここでは、施設外における人間関係の重要性と、施設内でも同様の人間関係を作ることの大切さを強調しておきたい。

信念の表現

宗教上の信仰や政治的な主義主張を公にしたり、それらを追求していく機会が認められるべきである。また、好みの食事や衣服を選んだり、プライバシーが尊重され、静粛な環境の中での祈りや瞑想、あるいは入居者が礼拝に参加することも認められるべきである。また、選挙時には、ポスターを掲示することも認められるべきである。

安全

入居者の安全を確保し、入居者が安心感をもてるようにするべきである。しかし、過度の保護や安全への配慮は、個々人の権利の侵害につながる恐れもある。常に入居者の恐怖と不安に気を配り、いつでも援助できる体制を十分に整えた上で、行き過ぎた安全主義に陥らないように気をつけるべきである。

自己責任で危険を冒すこと

自己責任のもとに危険を冒すことは、自律と自立を促す上で当然のことであり、また大切なことでもある。危険性があるという理由だけで、入居者の望んでいる活動が拒否されてはならず、危険性と安全性のバランスが慎重に検討されるべきである。スタッフや身内の人びとが不安を感じたならば、危険な活動にチャレンジしたいと望んでいる入居者と、危険性と個々人の権利の問題の折り合いがつくまで、十分に話しあうべきである。

市民としての権利

ケアを受けて生活するからといって、公的な保健や福祉サービスに対する普通の権利が制限されるというわけではない。また、それ以外の権利、例えば、一般的な市民としての権利、民主主義の過程に参加する権利、情報入手する権利が、制限されるわけでもない。また、入居者が望めば、秘密性を保持した上で、郵便や代理人によって選挙に投票するといった方法もとられるべきである。

特定の人びとを世話する施設では、施設運営が、民族差別禁止法や機会平等法に抵触しないように気をつけるべきである。施設でも、一般社会と同様に刑法や民法が適用される。また、とりわけ用心が必要なこともある。例えば、虐待・盗み・搾取・詐欺からの保護と予防である。

個々の入居者と施設所有者との正式契約が、地方自治体の社会サービス部ノソーシャルワーク部との間でなされた場合は、その内容をケアマネジャーが示し、施設で受けられるケアや入所条件、費用に関して、正式の同意書を作成するべきである。

身内の人びとや友人との人間関係

良い施設では、身内の人びとや友人が生活の中で果たす役割が高く評価されている。また、入居者が施設の中で何か役に立ちたいと望み、しかも、それが処遇上重要だと見なされた場合には、奨励されるべきである。

余暇活動の機会

施設の内外で余暇活動を実施することは大切である。余暇活動に参加できるか否かは、入居者個々人の希望と能力による。また、その計画は、入居者の状況に柔軟に対応しつつ立てられ、入居者のニーズを充足するために、近隣の社会資源が活用されるべきである。そして、できるかぎり幅広い面で、普通の生活、特に入居者が過去に慣れ親しんできた生活に合わせることによって、施設の生活の質が向上していくであろう。余暇活動には、外出やショッピング、また人にとって可能であれば、礼拝への参加が含まれるべきである。

高水準のケア

入居者は、その状態によって必要なレベルのケアが受けられなければならない。そのケアは、個々人の身体的・臨床的・身心的・社会的・精神的なニーズを全範囲にわたって充足する、高い水準のものであるべきだ。

必要なケア

ケアと治療は、それによって積極的な効果が得られ/る見込みがある場合にのみ提供されるべきである。どうしても必要な場合を除き、ケアが抑制を意味するべきではない。治療(例えば、薬によるコントロール)は、施設の都合に合わせて実施されてはならない。

入居者は、施設内外の適切な専門家による適切なケアをすぐに受けられるようにすべきである。ケアは、常に個人のプライバシーと尊厳に十分配慮した上で提供されるべきである。

長期ケア

たとえ入居者の健康状態や経済状態が悪化しても、できるかぎりケアの継続性が確保されるべきである。医師の指示を受けたやむを得ない場合を除いて、入居者が別のケアを受けるために施設の外の機関に出かけるべきではない。そのような場合には、なるべく外部のサービスを施設内に導入するべきである。また、財源を提供する行政機関の都合により、入居者が施設外の機関に出向くようなことがあってはならない。施設では必要なケアが提供できない場合、あるいはレスパイトケアのようなやむを得ない場合には、施設と自宅、あるいは施設とホスピスや病院の間の移動は、可能なかぎり入居者に負担がかからないような形で行なわれるべきである。

オープンなケア

入居者（身内の人と代弁者）は、犠牲にされるという恐れや強制退居させられるという恐れをもつことなく、受けているケアについて不服を申し立てられるべきである。

1996年「高齢者施設ケアの実践綱領」から引用

その人の基本的欲求

- 1 その人は、事例としてあるいは典型例として、さらにある範疇に属する者として対応されることを望まない。彼らは、一人の個人として迎えられ、対応してほしいと望んでいる。
- 2 その人は、否定的な感情と肯定的な感情、そのどちらをも表現する必要性をもっている。これらの感情には、恐れ、不安、怒り、憎しみ、あるいは自分の権利は侵害されているという感情などが含まれる。また、これらとは逆の感情も含まれている。
- 3 その人は、依存しなければならない状態に陥ったり、弱さや欠点をもっていたり、あるいは失敗を経験しているとしても、一人の価値ある人間として、あるいは生まれながらに尊厳をもつ人間として、受けとめられたいという欲求をもっている。
- 4 その人は、彼らの感情表現に対して、支援者から共感的な理解と適切な反応を得たいと望んでいる。
- 5 その人は、彼らが陥っている困難に対して、支援者から一方的に非難されたり、叱責されたくはないと考えている。
- 6 その人は、自分の人生に関する選択と決定を自ら行いたいとする欲求を持っている。彼らは、支援者から選択や決定を押しつけられたり、あるいは監督されたり、命令されたりすることを望まない。彼らは、命令されたいのではなく、援助を求めているのである。
- 7 その人は、自分に関する内密の情報を、できるかぎり秘密のままを守りたいという欲求を持っている。彼らは、自分の問題を、近隣の人や世間一般の人びとに知られたいとは願っていない。また、自分の評価を捨ててまで、社会福祉機関から援助を受けようとも思っていない。

引用：F.ハイティック著「ケースワークの原則」

対人援助の関係性

対人援助は、人と人との関係性によっておこなわれます。

支援者が支配（管理）しようとしたり、支援を受ける人が依存的になったり、互いに、もしくはどちらかが否定的になったりすれば、自立支援関係は成り立ちません。

対人援助の原則は、自立支援のための、良好な関係性を得るための基本的対応方法です。

The Casework Relationship

- (1) 想いや考えを受けとめる。ということ
- (2) 「いろいろな人がいるんだなあ」と思う。ということ
- (3) 自分のことを自分で決める手助けをして、決めたことを尊重する。ということ
- (4) 否定しないし、押し付けない。ということ
- (5) 役割を十分に理解し、自分の感情をコントロールして対応する。ということ
- (6) 想いや感情を素直に出せるような状況や雰囲気大切。ということ
- (7) 秘密保持は相談支援の大前提。ということ

その人のことはその人と話し合う

～私たちの事を私たち抜きで決めないで～

Nothing About Us Without Us

(対応の例)

～話の聞き方・話し方・秘密の守り方・個人を敬う方法～

1 個人に合わせた対応

人は、一人一人考え方や感じ方が違います。環境や習慣もそれぞれ違います。高齢だから、障害があるからということで誰にでも同じ援助を行なうのではなく、一人一人の望むことや必要としていることを理解しようと努めて、一人ひとりに合わせた援助を行なうことが大切です。

例えば、その人の生活のパターンを理解しているとすれば、「〇〇さんは、いつも14時頃が昼食の時間だから、その時間帯は避けて訪問の約束をしよう」と最初から考えて対応することができます。

あまり賑やかなことが好きではない人に、好きな人と同じように歌などを勧めたとしたら、決していい気分ではありません。もしそれを理解していたら、嫌な気分にしてしまうことはないはずです。

一人ひとりを理解して接することができ、その人も個人として理解されていると感じられれば良い関係ができると思います。

2 相手の感情を上手く引き出す

その人がどんな想いで話してくれているのかを考えながら話を聞き、共感し、感情を表現しやすい雰囲気を作ることが大切です。

ゆっくり話を聞いてもらいたい人にはゆっくり聞くなど、その人のテンポに合わせて話が聞けると、その人も話しやすくなります。もし、途中で話を遮ったり、勝手に解釈してしまったら、その人は上手く表現できません。

言葉だけで聞くのではなく、その人の表情・身振り・素振りなどから、“どういう気持ちなのだろう”と理解しようとして聞くことが大前提です。楽しいことは楽しく聞いて、悲しいことは悲しく聞いて、共感することが大切です。

自分の話を聞いてくれて、共感してくれる人には、また話を聞いてもらいたいという想いになります。

3 自分の役割を理解する

ただ話を聞くだけではなく、その人の感情を理解し、適切な反応をすることが必要です。

ある時、ちょっとした誤解から怒り出した人がいました。そこでもし、一緒になって怒り出したとしたら、ただエスカレートするだけです。その時、なぜその人が誤解してしまったのかを考え、落ち着いた時にもう一度話を聞き、自分の考えを再度説明することによってその人も納得し誤解は解けました。振り返ってみると、今、私は聞く立場、話をしてもらって何かの役に立とうとしている立場と気づく訳です。

自分の立場を理解して、何をすべきか自分の役割をきちんと考えて対処することが大切です。

4 受け入れる・認める

その人は、どういう人なのか、どのような考えを持っているのか、今はどう思っているのかなどをそのまま受け入れ理解することが大切です。

足の痛みを訴える人がいたとします。痛いと言っている人に対して、「そんなに痛いはずないでしょ！気持ちの問題ですよ！」と言ったら反発するのはあたりまえです。その人の痛みは、私達にはわからない訳ですから、痛いと言う人には、「そうですか、痛いんですね」と答えることが受け入れるということです。更に、「そうですか、それでも今までこんなに頑張ってきたんですね」と言われたらいかがでしょうか。

理解し、受け入れてもらえるということは嬉しいことです。

5 一方的に非難はしない 押し付けない

一人一人考え方や感じ方が違ってあたりまえなのですから、自分の考えを押し付けたり、勝手に決めたり、一方的に非難はせず、その人がなぜそう思っているかを考えて理解することが必要です。

「足が痛くて歩くのが辛いから車椅子を使いたい」と希望する人に、「前にも同じことを言って使ってみただけで結局上手く使えなかったじゃないですか！今度も同じことになるのだから止めた方がいいですよ！」と返答したらいかがですか。

一方的に非難されれば、もう話したくないし、頼みたくもないと思うでしょう。

6 決めるための提案をし、結果を尊重する

その人が、どうしたいのかを自分で決めてもらう為の、必要な情報や方法などを伝えます。例えば、その人が、今居る所から、隣の部屋まで移動しようとしています。その方法としてその人は、歩くか車椅子を使うかの手段しかないと考えています。その時、私達は、他にも、杖を使う、シルバーカーを使う、這う、手を引いてもらって歩く、おんぶしてもらうなど、いろいろな方法があることを説明します。と同時に、その方法を選ぶことによつての、良い事、悪い事の情報を伝えます。それが、自分で決めてもらうための提案です。そして、最終的にどうするかをその人に決めてもらいます。そこで、その人が車椅子を選んだとします。その時私達は、それを尊重し、今度は車椅子にもいろいろな種類があることを説明します。

決して押し付けたりしないように十分気を付けます。

7 プライバシーを守る

人と関わる中で、様々なことを知ることがありますが、必要以上に詮索はせず、知ったことも本人や家族の了解なしに決して他者に話してはいけません。

ある人に、他の人のことを、「この前こういう事があったんですよ、〇〇町の△△さんがね…」などと何でも話したとしたら、それを聞いている人は、「この人はこうやって私のことも他の人の所で話しているのだろうか」と思うでしょう。そう思われるということは、もうその人からは信用されていないということになるのです。

秘密を守るということは、信頼関係にもつながる重要なポイントになります。

私たちの姿勢で最も重要なことは、「相手のことを理解しようと努力すること」です。その想いは必ず通じるし、私たちにとって最も大切な「利用者からの信頼」につながります。

「話の聞き方・話し方・秘密の守り方・個人を敬う方法」2003. 11. 11. 加藤美和子。

『立ち位置』～専門性と役割～

自分はどこに、どのように立っているか…

- ① どのような立場で考えて判断して行動しているのか

- ② 誰を見て仕事をしているのか

- ③ 介護支援専門員はどのような立場（専門性と役割）なのか

話の聞き方, 話し方, 接し方

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

また, どのような聞き方, どのような話し方, 接し方が悪いのかも考えます。

2005. 11. 07. 加藤美和子

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

1 目を見て話をします。

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

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

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

2 表情でも共感します。

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

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

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

3 想いに反応します。

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

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

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

4 テンポやペースを合わせます。

話の途中でせかしたり、遮ったりしないように注意します。

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

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

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

5 想いに気づきます。

気づくということは、“その人の想いをわかろうとする”ということです。

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

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

6 「そうですか」「そうですね」と言います。

例えば、「私、この花が好きなんです。」と言った時、いきなり「私はそれよりもこっちの花の方が好きです。」と言われたら、その人は否定されたという想いになります。感じ方や考え方は人それぞれです。たとえ自分は違うと思ったとしても、その人の気持ちをそのまま受け入れて、まずは「そうですか、〇〇の花が好きなんですか。」と答えます。そして、その時援助者は、その人の“好きな花”を知ることができ、その人もわかってもらえたと感じることができます。その後で、「私の好きな花は、〇〇なんですよ。」と話せばいい訳です。

7 「いいですよ」と言います。

「△△に行きたい。」と言ったとします。その時もし、最初から「無理です」「できません」と言

われたらいかがでしょうか。反対に、「いいですよ」と言われて、一緒に考えたり、やってみたりできたら嬉しいし、それでもしできなかったとしても、その人も納得できるでしょう。

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

ただし、「いいですよ」というのは、何でも言うことを聞くという意味ではありません。

それが危険なことだとしたらできないこともあるということも理解しておかなければなりません。

また、想いを理解した上で、新たな提案を試してみるのも良いことです。

8 想いを尊重します。

“尊重する”というのは、その人の気持ちを大事にするということです。

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

決めるための提案をしてくれ、決めたことを尊重されるのは気分のいいものです。

9 プライバシーを守ります。

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

また、他の人の噂話もしないように注意します。「〇〇さんが言ってたんですけど・・・」とか、「この前、△△さんの家に行った時・・・」などと何でも話してしまったら、恐らく自分のことも他の人に話しているかもしれないと感じ、その人からの信頼はなくなり、もう何も話したくないという想いになるでしょう。

どうしても、誰かに話す必要がある時には本人の了解が必要です。

10 普通に話します。

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

年下の人から、「〇〇ちゃん」と呼ばれたり、「ちょっと待っててね！」などと言われたらどうですか。また、堅苦しく「△△でございます」「かしこまりました」などと言われたらどう思うでしょうか。

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

11 普通に見ます。

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

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

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

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

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

利用者・患者に対する介護・医療連携

(平成30年度改訂後)

医療機関 (医師, 看護師, 社会福祉士, OT・PT等) ~ 医療保険 (診療報酬)

入退院支援加算 1 (一般600点, 療養1200点) 3日以内退院困難抽出, 7日以内に本人・家族と面談, 7日以内にカンファレンス実施

- ・20以上の医療機関または介護サービス事業所等と転院・退院体制についてあらかじめ協議し, 連携を図っている
- ・連携医療機関介護サービス事業所等の職員と退院支援・地域連携職員が年3回以上の頻度で面会し, 転院・退院体制について情報の共有等を実施
- ・加算の算定対象病床100床当たり年間15回以上(療養病棟等は10回以上)

入退院支援加算 2 (一般190点, 療養635点) 7日以内退院困難抽出, 早急に本人・家族と面談, カンファレンス実施

退院時共同指導料 2 (400点) **多機関共同指導加算** (2,000点)

- ・在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等, 保険医である歯科医師若しくはその 指示を受けた歯科衛生士, 保険薬局の保険薬剤師, 訪問看護ステーションの看護師等(准看除く), 理学療法士, 作業療法士若しくは言語聴覚士, **介護支援専門員**のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に, 多機関共同指導加算を算定

介護支援連携指導料 (400点)

- ・保険医療機関に入院中の患者に対して, 当該患者の同意を得て, 医師又は医師の指示を受けた看護師, 社会福祉士等が**介護支援専門員**と共同して, 患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス等や退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に, 入院中2回に限り算定(退院時共同指導料2加算時には算定不可)
- ・指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については, 患者の同意を得た上で, 当該**介護支援専門員**に情報提供を求める

退院前訪問指導料 (580点) 在宅生活指導(OT・PT)

【入退院支援加算の施設基準】

入退院支援部門

- ・専従1名(看護師または社会福祉士) 病棟配置, 連携,

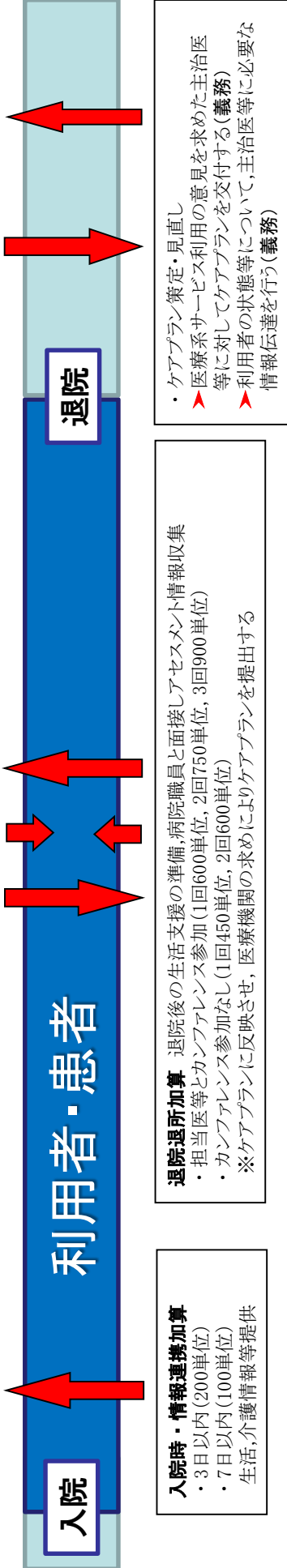
入退院支援計画

- ・予約入院者の入院前情報収集
- ・退院困難要因, 問題, 課題
- ・退院に向けた目標, 支援概要等

診療情報提供料(1) (250点) B009

- ・患者の同意を得て, **居宅介護支援事業者**等に対して, 診療状況を示す文書を添えて, 当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定(月1回限り)

※介護支援連携指導料等を算定していない医療機関でもこの提供書で情報を得ることができる。



入院時・情報連携加算

- ・3日以内(200単位)
- ・7日以内(100単位)

生活, 介護情報等提供

退院退所加算 退院後の生活支援の準備, 病院職員と面接しアセスメント情報収集

- ・担当医等とカンファレンス参加(1回600単位, 2回750単位, 3回900単位)
- ・カンファレンス参加なし(1回450単位, 2回600単位)

※ケアプランに反映させ, 医療機関の求めによりケアプランを提出する

・ケアプラン策定・見直し

- 医療系サービス利用の意見を求めた主治医等に対してケアプランを交付する(義務)
- 利用者の状態等について, 主治医等に必要な情報伝達を行う(義務)

緊急時等居宅カンファレンス加算 (200単位) 病院等の求めにより月2回まで

特定事業所加算IV (125単位) 退院・退所加算の算定に医療機関等と連携を年間35回以上行い, ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定

ターミナルケアマネジメント加算 (400単位) 末期癌で在宅で死亡した利用者が対象

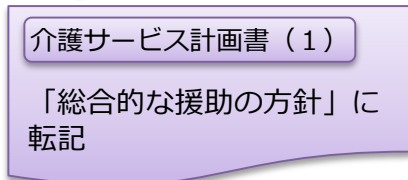
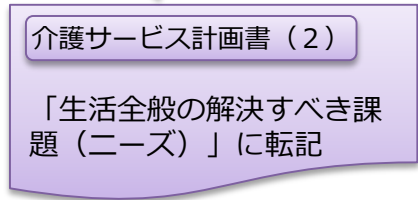
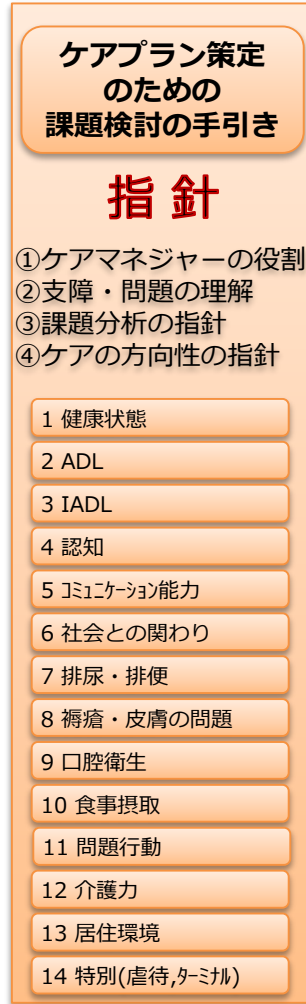
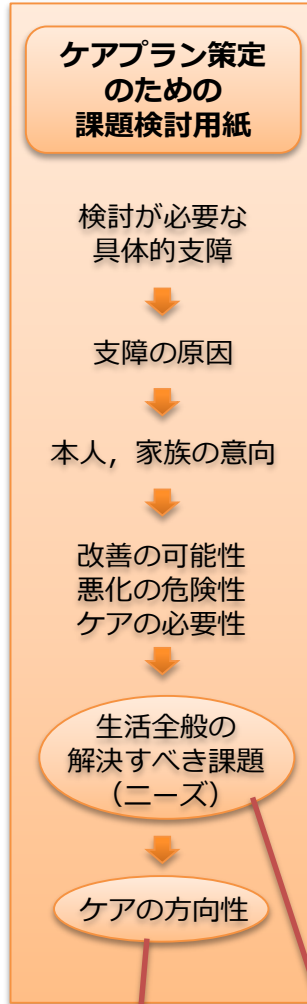
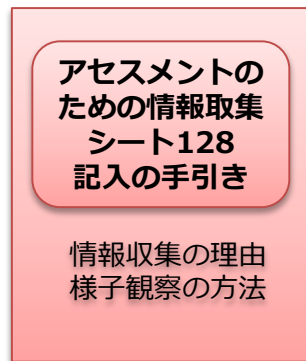
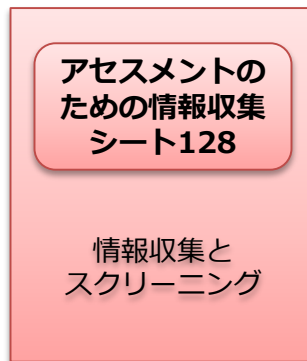
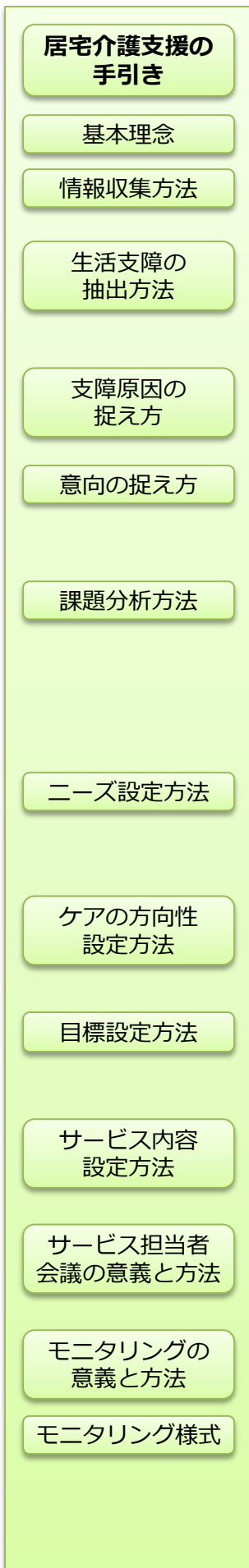
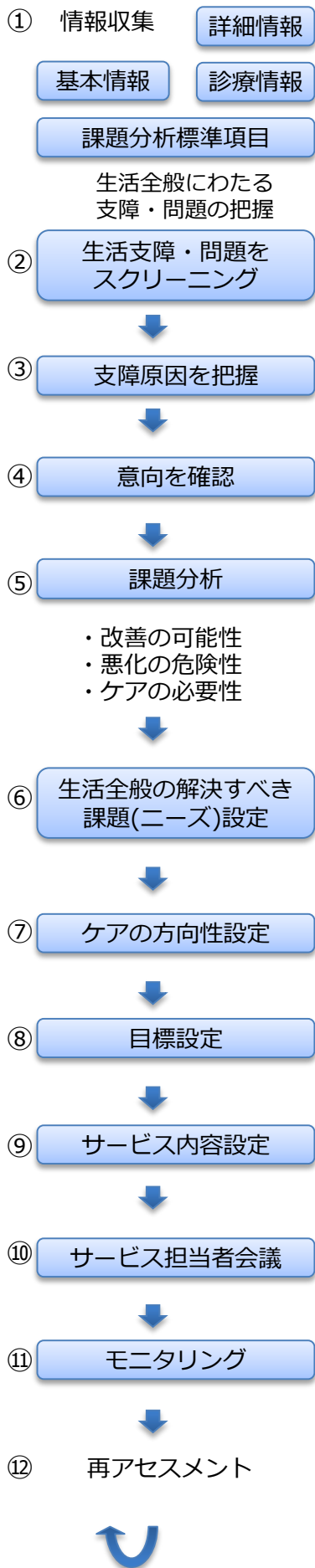
①24時間連絡がとれる居宅介護支援体制を確保 ②14日以内に2日以上在宅を訪問, 主治医の助言を得て支援を実施 ③利用者状況把握と記録, 主治医及びサービス事業者へ情報提供

介護支援専門員 ~ 介護保険 (介護報酬)

居 宅

- ◎ ケアマネジメントの過程（居宅）
- ◎ 居宅介護支援の手引き
- ◎ アセスメントのための情報収集シート 128 記入の手引き
- ◎ アセスメントのための情報収集シート 128 用紙
- ◎ 居宅ケアプラン策定のための課題検討の手引き
- ◎ 居宅ケアプラン策定のための課題検討用紙

ケアマネジメントの過程（考え方の指針と様式）



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）

宮城県ケアマネジャー協会

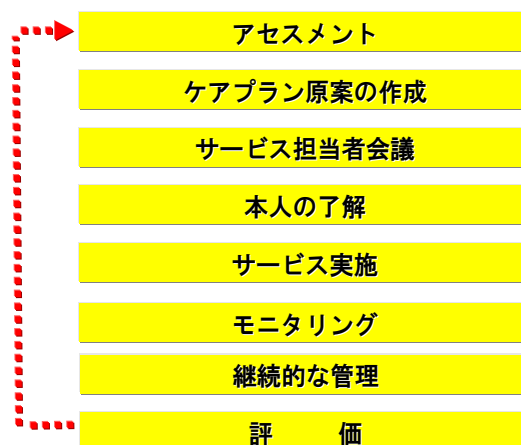
居宅介護支援の手引き

2008/12/04 (改訂 2015. 12. 25. 改訂 2019. 01. 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に、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



「居宅介護支援の手引き」は、居宅介護支援が、利用者への介護の必要性和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あります。

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。

※「居宅介護支援の手引き」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。

※「居宅介護支援の手引き」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。

* 自立支援とは

- ・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。

(1) 基本理念

高齢者ケアの基本理念 ～自立支援～

1 残存能力活用（能力発揮）支援

本人の自己解決能力に着目して、個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を支援及び自立を促進する目的で関わります。

できるところも代行してしまうと、その時は喜ばれるかもしれませんが、能力の発揮を妨げ、依存性を高めてしまう場合があります。

2 自己決定支援

選択可能な、個人を尊重した個別的対応や方法を事前に提案してお知らせし、本人の自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者でなく本人です。

自己決定と自己責任は違います。

自分で決める能力を評価し、判断が難しければ後見人（家族等）等が変わりに決定する場合があります。

3 あたりまえの生活支援

本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても、その人の生活を維持・継続していけるよう、相手の生活の継続性を尊重して関わります。

広く、保健・医療・福祉・介護・法律等、生活全般にわたる連携により支援します。

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。

*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，利用者に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。

（介護保険で言うアセスメント）

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。

- (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。
- ※ アセスメントのための情報収集シート 128 参照。

2 生活全般（課題分析標準項目）の能力評価、環境の評価をします。

- ・ 転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時 …等
- ・ 身体を支えられれば4～5メートル歩く。2週間前までは杖を使って自力で歩いていた。…等、具体的状況を把握します。

- ※ 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。
- ※ 具体的状況と気付いたコメントを情報収集シートの「具体的状況」の欄に記入します。

3 具体的状況が生活に支障があるかどうか、詳しく検討する必要があるかどうか判断します。

- ※ 生活の支障があると判断、検討の必要があると判断をした場合は「検討」の欄に○を付けます（支障がない場合は×を付けます。）。（スクリーニング）
- ※ その支障はあくまでも本人の支障であり家族や周りの支障ではありません。
- ※ 太字の数字の項目で、○が付いた具体的状況を、課題検討用紙の「検討の必要な具体的状況」に転記します。（細字の項目は、検討する時の参考にします。）

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

- ※ 医療面については，主治医の先生に確認します。
- ※ 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いで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
 どね。」 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
褥瘡や失禁，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…)

※ 課題検討用紙の「自立に向けた、改善(回復)の可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性」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和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 一人でいる時間が長く、
落ち込みが進む可能性がある
⇒ 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

※ 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、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「○○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、居宅サービス計画書（1）の「総合的な援助の方針」に、箇条書きに（または整理して）転記します。

Ⅲ ケアプランの原案を作る

1 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

※ 課題検討用紙の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」と一致します。

2 目標を定めます。

期間： 短期目標は概ね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？ ⇒

3 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。

4 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

5 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。

6 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) ケア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、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) 必要性と利用者本人（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）

2019.01.04. 文責：小 湊 純 一。

アセスメントのための情報収集シート128（居宅）記入の手引き

利用者氏名	基準日	担当者名
様	アセスメントの基準となる日を記入します。（記録した日。1週間、3ヶ月の基準となる日。）	担当するケアマネジャーの名を書きます。

- ※ 1. 「具体的状況」の欄には、情報項目に関しての能力評価をしてその状況を記入します。生活の支障がある場合はその具体的状況と気付いたコメントを記入します。
（例えば：身体を支えられれば4～5メートル歩く。2週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等）
- ※ 2. 「検討」の欄は、具体的状況が生活に支障がある場合や、詳しく検討する必要があると判断した場合は○を付けます（支障がない場合は×を付けます。）。
太字の番号で、○が付いた「具体的状況」を、課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記し、「自立に向けた改善（回復）の可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性」を検討します。（細字の項目は、検討する時の参考にします。）
- ※ 3. *の付いた項目は、概ね3ヶ月間の状況で判断します。それ以外は1週間前後の状況で判断します。
- ※ 4. 可能性の提案をしながら、その領域に関する生活の意向を把握し、課題検討用紙の「本人、家族の意向」に転記します。（生活上の支障がない領域に関する「意向」は、聞き取る必要はありません。）

1 健康状態

No	情報項目	把握のポイント
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。		
1	循環器	脳血管障害、うっ血性心不全、冠状動脈疾患、高血圧、不整脈、抹消循環障害等があるか。
2	神経・認知	アルツハイマー型認知症、アルツハイマー型以外の認知症、頭部外傷、片側不全麻痺、多発性硬化症等があるか。
3	骨関節	関節炎、大腿骨骨折、その他の骨折、骨粗しょう症等があるか。

4	眼科	白内障, 緑内障, 糖尿病性網膜症等があるか。
5	精神科	うつ病, 不安障害, 統合失調症, 妄想症等があるか。
6	感染症	肺炎, 結核, 尿路感染症, M R S A, エイズ感染等があるか。
7	糖尿病その他	がん, 糖尿病, 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患・喘息, 腎不全, 甲状腺疾患等があるか。
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。		
8	身体症状 (下痢, 排尿障害, 発熱, 食欲不振, 嘔吐, 胸痛, 便秘, めまい, 浮腫, 息切れ等)	健康や健康状態に影響する症状があるか。
9	精神症状 (妄想, 幻覚)	健康や健康状態に影響する症状があるか。
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。		
10	痛みの頻度	毎日なのか。1日に何回あるのか。
11	痛みの強さ	耐え難い痛みなのか?どのような痛みなのか。
12	痛みによる生活の支障	通常の生活が出来なかったり, 日課を調整するような痛みか。
13	痛みの箇所	1ヶ所なのか。複数ヶ所なのか。
14	痛みに対する薬の効果	痛み止めの薬を使用したか。その薬は効いたのか。
病状の変化		
15	入院*	3ヶ月間に1日以上入院したか。その回数
16	緊急受診*	3ヶ月間に病院の緊急外来を受診したか。その回数は。
薬		
17	医師による薬の管理	管理している医師がいるか。
18	薬の服用の順守	指示された通りに服薬されたか。
19	服薬状況 (別表)	薬の種類と効能を記録する。
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。		
20	医療機器の取り扱い・管理	酸素, 点滴 (中心静脈), カテーテル, 瘻
保健予防		

21	健康診断の受診*	公的健康診断, 病院での検診を受けているか。
健康生活		
22	喫煙	毎日喫煙しているか。
23	飲酒による問題	自分がお酒の量を減らしたほうがよいと思った, 家族や周りの人から減らすように言われた, 家族や周りの人がお酒のことで心配している, 迎え酒をした, または一日中飲酒していた, 飲酒が原因で問題をおこした, その他, 危険な飲酒の可能性はあるか。
24	健康状態が悪い	健康状態が良くないと感じているか。
25	生活に支障のある体調の変動や悪化	生活に支障のある体調の変動や悪化はあるか。
26	慢性症状の悪化	慢性症状持病の悪化があるか。
27	急性症状の発生	急性症状の病気があるか。
28	新たな病気による治療の変更	新たな病気によって, 治療や治療方針に変更があったか。
ケア計画		
29	予定されたケア・治療の順守*	約3ヶ月間でのケア・治療目標の達成状況はどうか。
健康状態に関する意向 (本人) (家族)		

2 ADL

ADL ※利用者本人の日常生活動作の能力を評価します。介助する側の状況ではなく本人の状況です。動作分割により確認すると良いです。		
30	寝返り	横になった状態からどのように寝返りするか。
31	起き上がり	横になった状態からどのように起き上がるか。
32	乗り移り	ベッドからどのように椅子や車いすに移るか。その逆はどうか。
33	家の中の移動	どのように家の中を移動するか。(車いすなら乗り移った後に)
34	屋外の移動	どのように家の外を移動するか。
35	上半身の更衣	どのように服を着たり脱いだりするか。(準備を含む)
36	下半身の更衣	どのようにズボンを履いたり脱いだりする

		か。(準備を含む)
37	食事	どのように、食べたり飲んだりするか。
38	排泄	トイレ(ポータブルトイレ、便器や尿器を含む)の使用、便器への移乗、排泄後の始末(おむつの交換、失禁の始末)、人口肛門や尿カテーテルの後始末、衣類を整える等はどうか。
39	整容	髪をとかす、歯を磨く、髭を剃る、顔や手を洗う動作はどうか。(準備を含む)
40	入浴	どのように入浴・シャワー・清拭をするか、体のそれぞれをどう洗うか。
41	A D L の低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化はあるか。
活動・健康増進		
42	移動手段	移動手段に使用している器具、補助具、乗り物は何か。どのように移動しているか。
43	階段昇り降り	自力で上り下りしているか。(階段並みの段差のある玄関も含む。)
44	外出(屋外)の頻度(介護サービス利用による外出は含まない。)	家の外に出た頻度はどうか。
45	体を動かす活動	A D L, 歩く, 掃除する等はどうか。
自立度改善の可能性(意欲があれば○)		
46	自立度改善の本人意識	本人が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。意欲があるか。
47	自立度改善の介護者意識	介護者が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。支援の意欲があるか。
48	健康状態改善の可能性	ケアマネジャー等ケアスタッフが「もっと良くなるはずだ」と思っているか。
要介護状態の変化		
49	介護状態の悪化*	約3ヶ月間のうち、介護の手間が増えたか。
転倒		
※転倒の危険性を把握します。		
50	転倒の回数*	3ヶ月間に転んだ回数は何回か。
51	転倒の危険性	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)、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)、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、視覚、内耳、平衡感覚の障害、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、薬の副作用、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、段差のある床等の環境はどうか。
ADLに関する意向 (本人) (家族)		

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)			
		現 状	困難度
52	炊事	献立を考える、材料を準備する、調理する、配膳する等の動作はどうか。	
53	家事一般 (掃除・洗濯・整理等)	食後の後片付け、掃除、ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯等の動作はどうか。	
54	金銭管理	支払い、家計の収支は管理できるか。	
55	薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方通り服用等の動作はどうか。	
56	電話使用	自分で掛けたり受ける等の動作はどうか。	
57	買い物	買い物に行き、必要なものを自分で選び支払うことはどうか。	
58	交通手段の利用(使う必要のない場合も×)	どのように乗り物に乗るか。	
IADLに関する意向 (本人) (家族)			

4 認知

記憶		
60	①複雑性注意	気が散る、物事に集中できない、ボーっとしている、動作がゆっくり、反応にムラがある、半側空間無視、眠る時間が増える、起きていても眠い、感情のコントロールが

	できない, 匂いや音に気がつかない, 過敏に反応する, 疲れやすい, 等があったか。
②実行機能	手順がわからなくなる, 失敗しても気がつかない, 家事が単純になる, 買い物に行ってもどうしたら良いかわからなくなる, 料理の手順がわからなくなる, 等があったか。
③学習と記憶 (即時, 近時, 遠隔)	<p>約束を忘れる, 置き忘れ, しまい忘れ, 同じ事を何度も言う, 新しいことを覚えることができない, 等があったか。</p> <p>(記憶内容)</p> <p>陳述記憶, エピソード記憶, 意味記憶, 非陳述記憶, 手続き記憶, に支障があったか。</p> <p>(貯蔵時間)</p> <p>①短期記憶 (即時記憶, 作業記憶) の支障があったか。</p> <p>②長期記憶 (近時記憶, 遠隔記憶) に支障はあったか。</p>
④言語 (失語)	他人の考えを理解したり, 自分の考えを表現するのが困難になる, 言葉が出てこなくなる (換語困難), 言葉の意味がわからなくなる, 日常会話のキャッチボールができなくなる, 「あれ」「それ」などの代名詞を多く使って話をする, 何度も聞き直す, 話のつじつまが合わない, 等があったか。
⑤知覚-運動 (失認, 失行)	着替えができない, 髪をとかすことができない, お茶を入れることができない, 入浴の時に体を洗えない, 家電製品やリモコンの使い方が分からない, 手づかみで食事をする (箸を使えない, スプーンを使えない), 知っている人の顔がわからない, 文字の形がわからない, 色がわからない, 左右がわからない, 美しい風景を楽しめなくなった, トイレの便器を見ても形が分からない, 全体を見ないで一部だけを見ている, 位置関係や段差・奥行きが分からない, 初めて行った場所で道に迷う, 自分の家でもトイレの場所が分からない, 音楽を聴いても楽しめない, 救急車やパトカーの音を聞いても意味がわからない, 等があったか。

	⑥社会的認知	他者の心の動きを推察することができない, 他者が自分とは異なる考えを持っていることを理解することができない, 他者の言葉の内容, 話し方, 行動の背景にある思考や感情, 性格, 動機を読み取ることができない, 等があったか。
	⑦見当識	年月日・曜日・時間が分からない, 自分が何処にいるか分からない, 相手が誰だか分からない, 自分がどういう状況にいるのか分からない, 時空の中で位置付けができない, 自分の状態が分からない, 等があったか。
62	認知機能の低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
意識障害		
63	せん妄	一時的な意識の混乱はあるか。
認知に関する意向 (本人) (家族)		

5 コミュニケーション能力

コミュニケーション		
64	聴覚	補助具を調整した上での聴力はどうか。
65	相手に理解させること	要求, 意見, 日常の話題を表現して伝えることができるか。(話す, 書く, 手話等)
66	相手を理解すること	相手の言うことを理解することが出来るか。(筆談, 手話, 点字等を含む)
67	コミュニケーション能力の低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
視覚		
68	視力	普段使っている, メガネ, 虫眼鏡等を使って見ることができるか。
69	視覚障害	病気に関連した視野障害, 視覚の問題はあるか。
70	視力低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
コミュニケーションに関する意向 (本人) (家族)		

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。		
71	人との関わり	人と気軽に関わっているか。
72	周りの人への不満・怒り	家族や友人に対して葛藤や怒りを表すか。

73	社会活動の悩み	参加状況とその悩みはあるか。
74	社会活動の減少*	約3ヶ月間のうちの減少はあるか。
75	日中一人の時間	日中一人でいる時間はどのくらいか。
76	寂しさ	寂しい思いをしているか。
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。		
77	不安心配	不安心配はあるか。 落ち着きがない、緊張している、または過敏、疲れやすい、集中できない、心が空白になる、易刺激性、筋肉の緊張、睡眠障害等があるか。
78	悲しみ	悲しみはあるか。
79	落ち込み	落ち込みはあるか。
80	怒り	怒りがみられるか。
81	体調不良の訴え	体調不良の訴えはあるか。
82	涙もろい	涙もろい状態か。
83	興味活動の減少	楽しんできた活動、家族・友人と過さなくなるようなこと等があったか。
84	社会交流の減少	話さなくなる、孤立するようになる等があったか。
85	気分の悪化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
社会との関わりに関する意向 (本人) (家族)		

7 排尿・排便

失禁 ※排泄の状況ではなく、失禁の状態（コントロールの状況）を把握します。		
86	尿失禁	コントロール、尿失禁の状態はどうか。 ①腹圧性尿失禁、②切迫性尿失禁、③溢流性尿失禁、④機能性尿失禁、等があるか。
87	おむつ使用	おむつ、パッド等の使用状況はどうか。
88	尿カテーテル使用	尿カテーテルの使用があるか。
89	便失禁等	コントロール、便失禁の状態はどうか。 ①便失禁、②便秘、③ が詰まる、④下痢、⑤排便習慣の変化、等があるか。
排泄のコントロールに関する意向 (本人) (家族)		

8 褥瘡・皮膚の問題

皮膚・褥瘡 ※皮膚の状態を把握します。		
90	皮膚の問題	問題があるか，変化したか。
91	褥瘡	褥瘡の状況・程度はどうか。
92	褥瘡の既往	過去に1度でも褥瘡があったか。
93	皮膚のケア	抗生剤，ガーゼ等の使用，手術創の手当て等医療的ケアはあるか。
褥瘡・皮膚の問題に関する意向 (本人) (家族)		

9 口腔衛生

口腔ケア ※口腔の問題を明らかにします。		
94	口腔状態の問題	咀嚼くに問題があるか，食事中に口の中が「乾いている」と感じるか，歯磨きや入れ歯磨きに問題があるか。
口腔衛生に関する意向 (本人) (家族)		

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。		
95	極端な体重減少	1ヶ月に5%，3ヶ月に10%の減少はあるか。
96	栄養不良	極端な栄養不良があるか。
97	極端な体重増加・肥満	通常生活に支障のある肥満，呼吸障害はあるか。
98	食事量，回数の不足	食事回数は1日2食以下か。2食以下の場合には十分な量が摂れているか把握する。
99	食事摂取の減少	間食も含めた24時間の摂取量の減少があるか。
100	水分不足	24時間の摂取量の減少があるか。
101	経管栄養，胃ろう	24時間の摂取量の減少があるか。
嚥下		
102	嚥下問題	飲み込む能力の障害，支障があるか。
食事摂取に関する意向		

(本人) (家族)

1.1 問題行動 (行動障害)

行動障害		
※行動を把握します。		
103	迷うこと	屋内・屋外で迷うことがあるか。
104	怒ること (言動)	怒って大きい声を出すことがあるか。
105	怒ること (行動)	怒っての行動があるか。
106	混乱する行動	音, 騒々しい, 自傷, ものをかき回す, 繰り返す, 集める等の行動があるか。
107	ケアを嫌がる断る	介護や支援を嫌がること, 断ることがあるか。
108	行動障害の悪化*	約3ヶ月間のうちの悪化があるか。
向精神薬		
109	抗精神病薬	服用しているか。(精神機能や行動, 経路に影響する薬。神経系に作用する。)
110	抗不安薬	服用しているか。(不安を取り除いたり, 軽くする薬。)
111	抗うつ薬	服用しているか。(うつの症状を軽くしたり, うつを取り除く薬。)
112	催眠薬	服用しているか。(痛みの感覚を鈍らせる薬。鎮静薬, 鎮痛薬, 麻酔薬, 酔わせる物質)
行動障害に関する意向 (本人) (家族)		

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。		
113	介護者 (氏名・続柄)	主介護者と副介護者は誰か。同居しているか。
114	支援の分野 (ADL, IADL, 精神的支援等)	支援の分野と内容は何か。
115	介護者が介護量を増やすことの可能性	介護量を増やす意思があるか。可能か。
116	介護者が介護を続けられる可能性	介護・支援を続けることができるか。
117	介護者の周りの人に対する不満	家族や友人からの支援に満足しているか。
118	介護者のストレス・負担	ストレスや怒り, 憂うつな気分を表しているか。

同居者		
119	同居者の増減*	約3ヶ月間に増減はあるか。
120	施設入所についての同居者の意向	同居者は、居宅に住み続けるのではなく、施設に入ったほうが良いと思っているか。
介護力に関する意向 (本人) (家族)		

13 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。		
121	身体状態から見た居住環境問題	本人の身体障害の状況から見ての、照明、床の状態、浴室・トイレ、台所、暖房や空調、身の安全、玄関・玄関先、部屋の出入り、動線の段差等の、生活上の支障はどうか。
居住環境に関する意向 (本人) (家族)		

14 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。		
122	家族・介護者に対する恐れ	介護をしてもらっている家族やケアのスタッフを怖がっている様子が見られるか。
123	劣悪な衛生状態	衛生状態が“異常”に悪いか。
124	不明な怪我、骨折、火傷	説明のつかない傷等があるか。
125	放置、暴力、搾取等	介護の必要性があるが、適切に対応されていないか。
126	身体抑制	四肢の抑制、過度なベッド柵使用、椅子に固定等があるか。
ターミナル		
127	ターミナル期	ガンの末期、あるいは終末期であるか。
特別な状況に関する意向 (本人) (家族)		

※ その他

※特記すべきことがあれば把握します。		
128		その他、気がついたことがあるか。
介護や自立生活に関する全般的な意向		

(本人) (家族)

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能

アセスメントのための情報収集シート128（居宅）

利用者氏名	基準日	担当者名
様	年 月 日	

- ※ 1. 「具体的状況」の欄には、情報項目に関しての能力評価をしてその状況を記入します。生活の支障がある場合はその具体的状況と気付いたコメントを記入します。
(例えば：身体を支えられれば4～5メートル歩く。2週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等)
- ※ 2. 「検討」の欄は、具体的状況が生活に支障がある場合や、詳しく検討する必要があると判断した場合は○を付けます（支障がない場合は×を付けます。）。
太字の番号で、○が付いた「具体的状況」を、課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記し、「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」を検討します。（細字の項目は、検討する時の参考にします。）
- ※ 3. *の付いた項目は、概ね3ヶ月間の状況で判断します。それ以外は1週間前後の状況で判断します。
- ※ 4. 可能性の提案をしながら、その領域に関する生活の意向を把握し、課題検討用紙の「本人、家族の意向」に転記します。（生活上の支障がない領域に関する「意向」は、聞き取る必要はありません。）

1 健康状態

No	情報項目	具体的状況	検討
観察・管理の必要な病気			
1	循環器		
2	神経・認知		
3	骨関節		
4	眼科		
5	精神科		
6	感染症		
7	糖尿病その他		
症状			
8	身体症状（下痢、排尿障害、発熱、食欲不振、嘔吐、胸痛、便秘、めまい、浮腫、息切れ等）		
9	精神症状（妄想、幻覚等）		
痛み			
10	痛みの頻度		

11	痛みの強さ		
12	痛みによる生活の支障		
13	痛みの箇所		
14	痛みに対する薬の効果		
病状の変化			
15	入院*		
16	緊急受診*		
薬			
17	医師による薬の管理		
18	薬の服用の順守		
19	服薬状況（別表）		
医療機器			
20	医療機器の取り扱い・管理		
保健予防			
21	健康診断の受診*		
健康生活			
22	喫煙		
23	飲酒による問題		
24	健康状態が悪い		
25	生活に支障のある体調の変動や悪化		
26	慢性症状の悪化		
27	急性症状の発生		
28	新たな病気による治療の変更		
ケア計画			
29	予定されたケア・治療の順守*		
健康状態に関する意向 (本人) (家族)			

2 ADL

ADL			
30	寝返り		
31	起き上がり		
32	乗り移り		
33	家の中の移動		
34	屋外の移動		
35	上半身の更衣		
36	下半身の更衣		

37	食事		
38	排泄		
39	整容		
40	入浴		
41	A D L の低下*		
活動・健康増進			
42	移動手段		
43	階段昇り降り		
44	外出（屋外）の頻度（介護サービス利用による外出は含まない。）		
45	体を動かす活動		
自立度改善の可能性			
46	自立度改善の本人意識		
47	自立度改善の介護者意識		
48	健康状態改善の可能性		
要介護状態の変化			
49	介護状態の悪化*		
転倒			
50	転倒の回数*		
51	転倒の危険性		
A D L に関する意向 (本人) (家族)			

3 I A D L

I A D L			
		現 状	困難度
52	炊事		
53	家事一般（掃除・洗濯・整理等）		
54	金銭管理		
55	薬の管理		
56	電話使用		
57	買い物		
58	交通手段の利用（使う必要のない場合も×）		
I A D L に関する意向 (本人) (家族)			

4 認知

記憶			
60	①複雑性注意		
	②実行機能		
	③学習と記憶（即時, 近時, 遠隔）		
	④言語（失語）		
	⑤知覚-運動（失認, 失行）		
	⑥社会的認知		
	⑦見当識		
62	認知機能の低下*		
意識障害			
63	せん妄		
認知に関する意向 （本人） （家族）			

5 コミュニケーション能力

コミュニケーション			
64	聴覚		
65	相手に理解させること		
66	相手を理解すること		
67	コミュニケーション能力の低下*		
視覚			
68	視力		
69	視覚障害		
70	視力低下*		
コミュニケーションに関する意向 （本人） （家族）			

6 社会との関わり

関わり			
71	人との関わり		
72	周りの人への不満・怒り		
73	社会活動の悩み		
74	社会活動の減少*		
75	日中一人の時間		

76	寂しさ		
気分			
77	不安心配		
78	悲しみ		
79	落ち込み		
80	怒り		
81	体調不良の訴え		
82	涙もろい		
83	興味活動の減少		
84	社会交流の減少		
85	気分の悪化*		
社会との関わりに関する意向 (本人) (家族)			

7 排尿・排便

失禁			
86	尿失禁		
87	おむつ使用		
88	尿カテーテル使用		
89	便失禁		
排泄のコントロールに関する意向 (本人) (家族)			

8 褥瘡・皮膚の問題

皮膚・褥瘡			
90	皮膚の問題		
91	褥瘡		
92	褥瘡の既往		
93	皮膚のケア		
褥瘡・皮膚の問題に関する意向 (本人) (家族)			

9 口腔衛生

口腔ケア			
94	口腔状態の問題		

口腔衛生に関する意向 (本人) (家族)

10 食事摂取

栄養・水分摂取			
95	極端な体重減少		
96	栄養不良		
97	極端な体重増加		
98	食事量, 回数の不足		
99	食事摂取の減少		
100	水分不足		
101	経管栄養, 胃ろう		
嚥下			
102	嚥下問題		
食事摂取に関する意向 (本人) (家族)			

11 問題行動 (行動障害)

行動障害			
103	迷うこと		
104	怒ること (言動)		
105	怒ること (行動)		
106	混乱する行動		
107	ケアを嫌がる断る		
108	行動障害の悪化*		
向精神薬			
109	抗精神病薬		
110	抗不安薬		
111	抗うつ薬		
112	催眠薬		
行動障害に関する意向 (本人) (家族)			

12 介護力

介護力	主介護者	副介護者	<input type="checkbox"/>
-----	------	------	--------------------------

113	介護者（氏名・続柄）			
114	支援の分野（ADL、IADL、精神的支援等）			
115	介護者が介護量を増やすことの可能性			
116	介護者が介護を続けられる可能性			
117	介護者の周りの人に対する不満			
118	介護者のストレス・負担			
同居者				
119	同居者の増減*			
120	施設入所についての同居者の意向			
介護力に関する意向 （本人） （家族）				

1 3 居住環境

居住環境				
121	身体状態から見た居住環境問題			
居住環境に関する意向 （本人） （家族）				

1 4 特別な状況

特別な状況				
122	家族・介護者に対する恐れ			
123	劣悪な衛生状態			
124	不明な怪我，骨折，火傷			
125	放置，暴力，搾取等			
126	身体抑制			
ターミナル				
127	ターミナル期			
特別な状況に関する意向 （本人） （家族）				

※ その他

その他				
128				
介護や自立生活に関する全般的な意向				

(本人)
(家族)

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能

居宅ケアプラン策定のための

課題検討の手引き

2010. 12. 21. (改訂 2017. 07. 18. 改訂 2019. 01. 04.)

宮城県ケアマネジャー協会

1 健康状態

1-1 痛み

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 痛みが原因でADLなど生活に支障のある利用者を把握します。
- ② 痛みの直接的な影響、痛みを怖がる、痛みによる関係の減少、鎮痛薬の副作用などの影響を検討します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 痛みの訴えや様子があった

(3) 痛み

痛みをもっともよく説明できるのは本人です。本人の言うことを注意深く聞き、その訴えを先入観なく検討する必要があります。

痛みは、「締め付けられる」「かじかむ」「こる」「冷たい」「重い」というように表現される場合もあります。

要介護高齢者の約7割は痛みを抱えており、その約4割は痛みがあることによって、生活の質（QOL）にも影響があります。また、その痛みは長い間続くことが多いため、適切な評価と対応が必要です。

- ① 身体的、機能的、心理社会的障がい
- ② ADL、睡眠、食欲、恐れ、気分の低下
- ③ 社会活動からの引きこもりや対人関係の悪化や妨げ
- ④ 運動を妨げることによる筋力低下や転倒の危険性

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

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

痛みについて詳しく把握します

- ① 発症時期
痛みが起きた時期を把握します。
- ② 変化
痛みの変化と変化の状況を把握します。
- ③ 痛みの部位
痛みを感じている部位を把握します。
- ④ 痛みの種類と頻度
痛みが持続的か断続的か把握します。断続的ならその頻度・持続時間、どのような状況で起きるか把握します。
- ⑤ 程度

痛みの程度、体位、歩行の困難、涙、活動の制限等痛みによる支障、何によって軽減するか等を把握します。

- ⑥ 性質
チクチク、脈打っている、灼熱痛、切り込まれるような痛みかなど。どのような痛みか、高齢者自身の感覚で痛みの質を評価します。
- ⑥ 悪化
何が痛みを増し、何が痛みを軽減させているか把握します。
- ⑦ 鎮痛薬
痛みを和らげるために使用している薬と使用方法、効き目を把握します。

対処方法

主治医に相談の上対応します

- ① 痛みの原因の把握
- ② 鎮痛薬の使用
- ③ 痛みを和らげる方法（温める、冷やす、姿勢を変える、マッサージをするなど）
- ④ 寝具等の家具や用具類を利用者に合わせる

痛みの影響を把握し対応する

- ① 痛みそのものや原因ばかりでなく、痛みによる影響に対応することが効果的なことが多い。
- ② 痛みを和らげる対応をします。
しかし、薬によって痛みを和らげることは副作用（吐き気や眠気）があることも気を付けます。

1-2 脱水

（1）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 脱水症になる危険性を少なくします。
- ② 家族やケアスタッフが、脱水になる原因や脱水による症状に気をつけることができ、対応できるようにします。

（2）課題把握のポイント

- ① 発熱がある
- ② 食事や水分の摂取量が目立って減少
- ③ 水分摂取の不足

（3）脱水

摂取する水分量より、失われた水分が多い状態です。

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

複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。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

脱水の判断

脱水を見分ける時の留意点

- ① 脱水に伴う症状は、かなりの水分が失われるまで現れないため、発見しにくい。
- ② 多くの初期症状は脱水でない場合がある。(薬の副作用、口呼吸による口渇など)
- ③ 皮膚の弾力性低下は老化現象と見分けにくい。
- ④ 便秘は脱水以外でもおきる。
- ⑤ 高齢者の約3割に脱水と関係しない起立性低血圧がある。
- ⑥ 身体・精神状態の低下と要介護自体が脱水の因となる場合がある。

脱水を疑うポイント

- ① 認知状態は最近悪化した。(錯乱や興奮等)
- ② 口が渇く、ねばねばする。
- ③ 最近、立ったり座ったりすると、めまい感、めまいがある。
- ④ 排尿回数、量が減ってきた。
- ⑤ 最近、便秘がち。
- ⑥ のどが渇く、渇くと言う。
- ⑦ 排尿回数、夜間トイレに行く回数が増えた。
- ⑧ 不活発、ボーっとしている、早くて弱い心拍、早くて浅い呼吸は要注意。

1-3 高齢者の心臓と肺の機能

(1) ケアマネジャー(ケアスタッフ)の役割

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

(2) 課題把握のポイント

- ① 胸痛・胸部圧迫感、(安静時、運動時)
- ② 息切れ
- ③ 不整脈

(3)-1 心疾患

- ① 高齢者には、心不全、狭心症、虚血性心疾患等の生命に関わる心臓疾患は多い。しかし、心肺機能の低下は気づかない場合や、気づいていても年のせいと片付けられたり、息切れなど当たり前として放置される場合がある。
- ② 適切に対応すると、運動耐性の向上、疲れやすさの改善、食欲改善等生活の質が期待される。
- ③ 高齢者は、急に立ち上がる、食後、新しい薬の服用等により、血圧が急に下がりやすく、転倒の危険性につながる。

(3)-2 肺疾患

- ① 高齢者の胸部感染は発見が難しく、回復が遅い。
- ② 慢性の肺疾患は、高齢者の生活を著しく制限するため適切な医療やケアが望まれる。
- ③ 肺疾患からの回復が遅い原因は、感染症であることが多い。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

症状把握と医療的ケア

循環器系疾患：息切れ、胸痛、動悸、下肢の腫脹、意識喪失

呼吸器系疾患：息切れ、せき、喀痰異常、血痰、喘鳴、胸痛

- ① 不整脈
 - ・脳卒中の危険性を高める。
- ② せき、喀痰、喘鳴
 - ・薬剤、喫煙、心不全、腫瘍、アレルギー疾患
 - ・慢性呼吸器疾患：喘鳴、呼吸困難
 - ・せきに伴う多量の喀痰
- ③ 胸痛
 - ・虚血性心疾患症状：押し付けられる、搾られるような痛み、胸部中心の痛み、のどあご、片腕または両腕、背中。
 - ・運動や動悸に関連して起こることがある。
 - ・軽い痛みは気づかないことがある。
 - ・痛みは持続する場合も、一過性の場合もある。
 - ・心疾患以外の原因も多い。(食道痙攣、胸部感染、肺塞栓、解離性動脈瘤、肋間関節炎等)
- ④ めまい、めまい感、意識喪失
 - ・循環器系の問題が多い。
 - ・体位の変化に伴う血圧低下、薬剤、心臓発作、心弁膜症、不整脈、循環器系反射等
 - ・意識が失われそうな感じ、もしくは意識喪失は要注意。
- ⑤ 浮腫一足首と下肢の腫脹
 - ・心不全、静脈不全、肝臓、腎臓等、原因は様々、夕方にかけてだんだんひどくなる。
 - ・心不全が原因の場合は、通常息切れや疲れやすさを伴う。
 - ・最近で痛みを伴う場合は、感染症、深部静脈血栓等。
 - ・痛み、一側性、進行性、足首より上に及ぶ、液体浸出等は要受診。
- ⑥ 息切れー呼吸不全
 - ・呼吸に負荷感、不自然に困難
 - ・心臓・呼吸疾患だけでなく、単に体力が落ちている場合もある。
 - ・要受診：平坦地を少し歩いただけ、階段を少し上っただけで話せないほどの息切、呼吸が苦しく横になれない、睡眠中息切れで目覚める等。
 - ・食欲低下、栄養不良、運動量減退につながるが、楽にできる運動は重要。
 - ・湿気、タバコの煙、ほこり、アレルギー源を抑える。
- ⑦ 動悸
 - ・心臓の拍動を意識する状態。動悸が速い、意識喪失、胸痛等の他症状を伴う場合は急を要する。
- ⑧ 高血圧
 - ・心臓発作や脳卒中の罹患率を高める。

- ⑨ 喫煙
 - ・心肺疾患の原因。高齢者への禁煙の勧めは難しいことが多い。
 - ・禁煙の効用と喫煙の問題、手遅れや無駄ではないことを説明。(健康増進参照)

1-4 薬剤管理と効果

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 服用している薬を把握し、その薬が効果的・効率的に作用するようにします。

(2) 課題把握のポイント

- ① 薬について把握している医師がない。
- ② 5種類以上服薬し、腎不全、パーキンソン症候群、下痢、食事時の口渇感、便秘、めまい・めまい感、皮膚の問題がある。

(3) 薬剤管理

- ① 多剤併用
 - ・複数の疾患を抱え、薬剤の種類も多い。高齢者の約8割は医師から薬を処方され、約7割は市販を使用している。
 - ・高齢者に処方されている一般的な薬は、循環器系の薬、降圧薬、鎮痛薬、関節炎の薬、鎮静薬、精神安定薬、消化器系の薬である。
 - ・高齢者の約1割は5種類以上服薬している。要介護高齢者の9割以上が薬を使い、中央値は5種類、2割以上は9種類以上服薬している。
 - ・薬剤の種類が増えるほど、相互作用、副作用、順守しないという問題が起きる。
- ② 加齢に伴う生理的变化
 - ・加齢（高齢）により、薬への反応が変化し、合併症の可能性が増す。
- ③ 高齢者の薬剤副作用
 - ・高齢者の薬剤副作用は若年者の約3倍である。要因は、多剤併用、指示のとおり服用しない、病気は重い、複数の病気、体が小さい、肝・腎の機能不全等。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

- ① 薬剤の内容確認
 - ・すべての薬剤とその服用の理由を確認する。
 - ・管理している医師がいるかどうか重要。
 - ・精神科医師以外から向精神薬が処方されている場合は要注意。
- ② 薬剤の相互作用、健康状態確認
 - ・医師、薬剤師によって確認されているかどうか確認
- ③ 薬剤の副作用確認
 - ・多くの薬剤は後遺症を残すような副作用をもたらす。必要に応じて医師、薬剤師に照会する。(錯乱、転倒、うつ、失禁、便秘、落ち着きのなさ、錐体外路症候群、記憶喪失、口腔感想、悪心、めまい、湿疹、かゆみ、痣、下痢、疲労感等)

1-5 向精神薬

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 向精神薬を服用している利用者のなかで、その作用・副作用の様子観察が必要な人を把握して対応します。

(2) 課題把握のポイント

向精神薬を服用し、①せん妄がある。②意思決定、コミュニケーションに支障が出ている。③気分や行動に支障がある。④行動障がいが悪化している。⑤ふらつき、移動の援助、転倒があった。⑥失禁があった。⑦妄想や幻覚が見られた。

(3) 向精神薬

精神に働きかける作用を持ち、精神科などで使用される薬剤です。

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

- ① 高齢者、特に慢性疾患をもっている人では、向精神薬による副作用、あるいは他の薬剤との相互作用が起こりやすい状況にあります。
- ② 向精神薬は精神症状や行動面の症状を軽減すると同時に、ADLやIADL、認知機能を低下させることがあります。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

- ① 精神症状や行動の問題が実際に軽減されているか。
- ② 副作用の観察や、向精神薬の副作用の可能性が把握されているか。
- ③ 医師との連絡をとります。
医師及び薬剤師が、利用者の症状と薬剤の使用の両方に関する情報を確実に知っていることが必要です。問題が急性、重篤、進行性の場合には必須です。
- ④ 観察して対応します。
 - ・服薬後、利用者の身体の状況が不安定になったり、せん妄状態になったり、転倒が増加したり、失禁が多くなった場合には即座の対応が必要です。
 - ア せん妄との関連性
 - イ 行動や気分の問題との関連性
 - ウ アルコールの問題との関連性
 - エ 歩行の支障との関連性
 - オ 尿・便失禁との関連性
 - ・服用している薬剤の一般的副作用なのか評価します。
(1. 尿閉を伴う尿失禁, 2. 便秘に伴う膀胱圧亢進による尿失禁, 3. 尿量が大量な尿失禁, 4. 便失禁や下痢または排便回数の増加, 5. 小腸の頻繁な動きを伴う尿失禁)
 - カ 妄想, 幻覚, 猜疑心との関連性
 - ・抗精神病薬以外の向精神薬を服用している利用者はこの精神病症状がある場合。
 - キ 体重の変化との関連性
 - ク 口腔乾燥との関連性
 - ケ 抗コリン性副作用との関連性
 - ・便秘, 口の渇き, 胃部不快感等といった神経症状の副作用

1-6 アルコール

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① アルコール乱用, アルコール依存症を把握します。
- ② 代謝の低下, 持病, 薬等との関連によって, 大量の飲酒でなくても危険となる場合があるので検討します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 自分が, お酒の量を減らしたほうがよいと思った。
- ② 家族や周りの人から減らすように言われた。
- ③ 家族や周りの人がお酒のことで心配している。
- ④ 迎え酒をした。または一日中飲酒していた。
- ⑤ 飲酒が原因で問題をおこした。
- ⑥ その他, 危険な飲酒の可能性がある。

(確認)

- ① 平均的な1週間で1杯以上飲酒した日数
- ② 通常飲む1日当たりの量

(3) アルコール

① アルコールの乱用と依存

ア アルコール乱用

量に関わらず、身体・精神的・社会的・経済的に問題を引き起こした飲酒の仕方。

イ アルコール依存症

飲酒をコントロールできない、絶えずお酒のことを考えている、アルコールの悪影響にかかわらず飲酒を続ける、あるいは思考にゆがみ（とくに飲酒に問題があることを否認する）のある病的な状態。

～アルコール依存症～

アルコール使用障がい (Alcohol use disorder : AUD)

アルコール依存症の患者は、アルコールによって自らの身体を壊してしまうのを始め、家族に迷惑をかけたり、様々な事件や事故・問題を引き起こしたりして社会的・人間的信用を失ったりすることがあります。症状が進行すると、身体とともに精神にも異常を来す深刻な病気です。

以前は慢性アルコール中毒、略してアル中とも呼ばれていたこともありますが、現在では通常患者を侮蔑したり患者自身が自己卑下して使う差別的表現であるとみなされており、ほとんど使われることはありません。かつては、このような状態になってしまうのは本人の意志が弱く、道徳観念や人間性が欠けているからだと考えられてきましたが、最近では医学的見地から精神疾患の一つとして考えられるようになっていきます。飲酒が自分の意志でコントロールできなくなる症状を精神的依存、震顫妄想などの退薬症状（離脱症状、リバウンドともいう）を身体的依存と言い、アルコール依存に限らず他の様々な薬物依存症も同じような特徴を持っています。

厚生労働省が推進する「健康日本21」の中では、アルコール依存症の発症リスクが少ない「節度ある適度な飲酒」は壮年男性の場合純アルコール量換算で1日20g以下であるとの数値を示しています。これは1日ビール500ml（日本酒1合弱、25度焼酎なら100ml、ワイン2杯程度）に相当します。1日の飲酒量がこの3倍以上になると「飲みすぎ」となり、アルコール依存症になるリスクが高まると警告されています。単純計算すると1日にビール3本、日本酒3合弱、25度焼酎300ml、ワイン6杯程度を超える量にあたります。

中年男性の3割以上が適正外飲酒に相当し、その多くはほぼ毎日常習しているので、アルコール摂取のコントロールが失われており、問題視されてきています。

いったんコントロール障がいを起こしてしまうと、一生もとに戻らない。するめがいかに戻れないのと同じである。だから、アルコールで問題を起こしたくないと思えば、完全にアルコールを断つ以外に方法はない。

コントロール障がいを起こしているかどうかは、検査では分からない。その人のアルコールの飲み方で判断するしかない。

- 1 飲酒の時間、場所、量などが住んでいる社会の基準から外れてくる。サラリーマンの場合は、週日に昼間から飲む、職場で飲むなどは常識的ではない。
- 2 毎日ほとんど同じパターンの飲み方をする。初期から中期の人は一日も休むことなく、ほぼ同じ時間に同じ量のアルコールを飲んでいる。
さらに進むと、目を覚ますと酒を飲み、酔っぱらって寝てしまう、再び目を覚ますとまた飲むということを繰り返しながら何日も飲み続ける（連続飲酒発作）。このときは、飲むことと酒を買いに行くこと以外のことはほとんど何もできない。数日から十数日すると、身体がアルコールを受けつけなくなって、飲酒が止まる。その後しばらくは全く飲まないで過ごす。アルコール依存症が進行すると、連続飲酒発作と断酒を繰り返すようになる。
- 3 今日は少量で切り上げようと決意して飲み始めるが、その通りに実行できない。また、何度も断酒を試みるがいつも失敗に終わる。適量で切り上げることもできないし、自分の力で止め続けることもできない。
- 4 「これ以上飲んだら、いのちが危ない」、「離婚する」、「解雇する」などと言われてもなおアルコールを断つことができない。
- 5 ふるえ、発汗、不眠、焦燥感などの離脱症状を予防したり治したりするために飲酒する。このときは、強度のアルコールでも水を飲むよりも早く飲む。
- 6 いつでもアルコールを飲めるように準備している。夜中でも買える所を知っている。酒を隠しておく。残りのアルコールが少量になると、次を準備しないと落ちつかない。
- 7 飲酒のために多くの時間とお金を使い、仕事、家庭での役割、付き合い、趣味などをおろそかにする。

いったんアルコール依存症になった人のほとんどは、二度と普通のお酒のみには戻れないこと、健康な生活を続けなければ一滴のアルコールも口にいはいけないことを、しっかりと覚えておいていただきたい。

次のように考えている人は、まだ断酒しようとは思っていないのであり、さらに病気が進行する可能性がある。

- (1) 飲み過ぎが悪いのだから、二合以上は絶対に飲まないようにしよう。
- (2) 週日には飲まないで、土曜日の晩だけ飲むことにしよう。
- (3) 強いアルコールに手を出すとよくないので、ビールだけ飲むことにしよう。
- (4) 意志さえしっかりしていれば、飲んでも問題は起こさないだろう。
- (5) もう3年もやめたのだから飲めるような体になったかも知れない。
- (6) ちょっとくらい飲んでも、酒を切って病院に帰ればわからないだろう。
- (7) やめようと思えばいつでもやめられるので、アルコール依存症ではない。

毎日飲まずにいられないのがアルコール依存症ではない。アルコール依存症の人は、飲まないでいることはできる。しかし、飲み始めるとほどよいところで止められなくなる。

(診断基準)

過去の1年間のある期間に、下記の6項目のうち3つ以上が同時に起こっているときのみ、アルコール依存症と診断する。

- (1) アルコールを飲みたいという強い欲求がある。また、飲んではいけないと思いながらつい飲んでしまう。
- (2) 飲酒の時間や量をコントロールすることができない。
- (3) 飲むのを止めたり量を減らしたりすると、離脱症状が出る。
- (4) 酔うために必要なアルコールの量が増えてきている。
- (5) 飲酒に関することに多大の時間、お金、労力を使い、それ以外のことをおろそかにする。

(6) 飲酒によって問題が起きているのが明らかであるにもかかわらず、飲み続けている。

～スリップ～

アルコール依存症者が依存症から立ち直り回復するために一切のアルコールを断ち、断酒生活をしているにもかかわらず、一杯の酒に口をつけてしまうこと。

酒の量に関わらず、断酒生活中に再飲酒すると期間に個人差はあるが連続飲酒発作にまで至ると言われている。

アルコール依存症は決して完治することのない死に至る進行性の病。アルコールを断つ事で回復し寛解するが、スリップ（再飲酒）する事で簡単に再発する。スリップとは発病のことである。

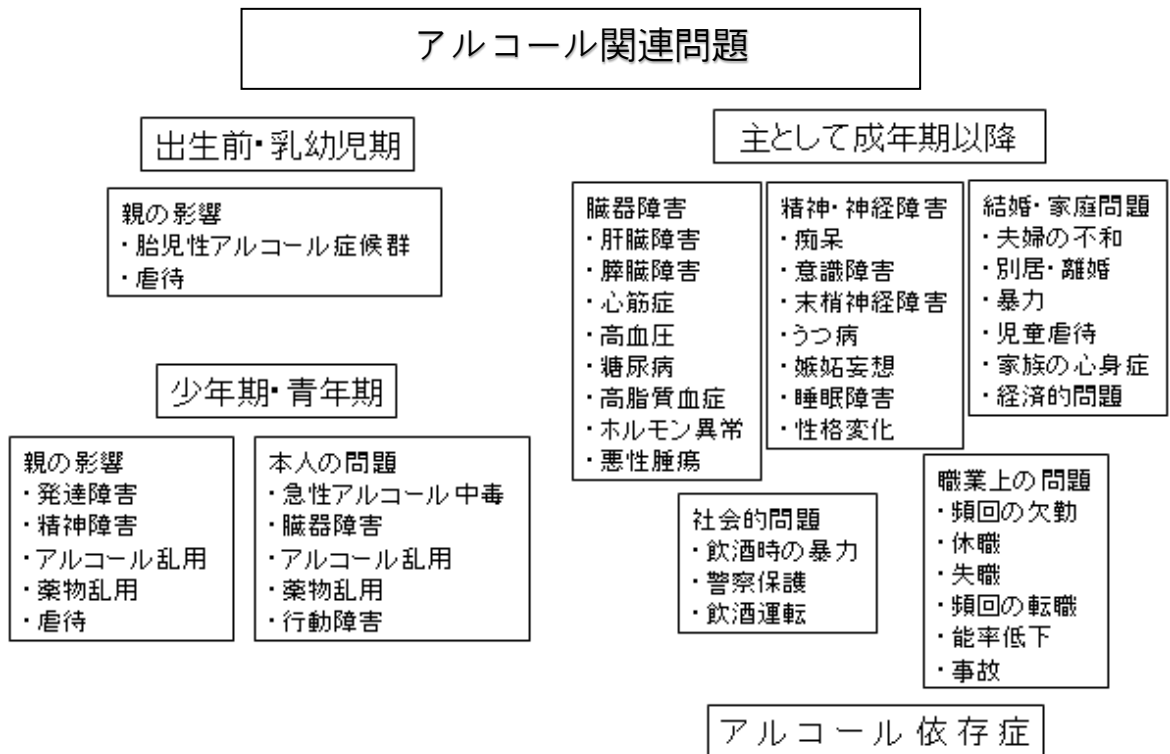
～ドライドランク～

「空酔い」と訳されているが、ドライドランクと使用されることが多い。

アルコール依存症者が飲まないでいるときに、苛立ち、絶望感、攻撃性などの徴候が認められ感情のコントロールが出来ない。それが酩酊時の徴候とよく似ていることから名付けられたもの。

単なる苛々などの不安定な感情の状態だけの事もあれば、飲んでいないのに吐く息までを酒臭く感じたり、二日酔いの気分の悪さを味わったり、手に震えが起きたり、症状は多岐に渡る。

個人差は大きいですが、酒を完全に断ってからでも数ヶ月から1年間くらいは起こりうる症状だが断酒期間と共に症状はうすらぎ、発生の回数も減る。



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がい、空の酒瓶や缶を観察して問題に気付くことが多いという状況です。
- ウ 高齢者の場合は、以下の3つの理由により、適正な飲酒をしている場合にも飲酒が危険になる可能性があります。
 - a 加齢によるさまざまな生理的な変化があるため、若者よりも飲酒に伴う危険性が高い。
 - b 高齢者はアルコールが悪影響する疾患を有していることが多い。
 - c 高齢者が使用している薬剤のなかには、アルコールとの相互作用により悪影響をもたらすものがある。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

- ① 酒による生活全体への影響を把握します。

つまり、飲酒の結果生じた、身体的、精神的、社会的、経済的問題の関連を分析し、再発の危険性や依存症の有無を確認します。特に転倒や外傷は少量の飲酒でもおこる可能性があることに留意します。
- ② 「アルコール乱用」か「アルコール依存症」かを把握します。

飲酒の量や頻度に対するコントロールを失っていれば依存症の可能性が高くなります。つまり、今日は飲むまいと思っても飲んでしまい、一旦飲み出したら途中でやめられず、とことん飲むような状態です。専門医の診断を仰ぎます。
これに対して「乱用」では、このような飲酒行動の異常がみられない状態で問題が発生している状況です。
- ③ 「アルコール依存症」の場合は、飲酒行動自体に対するケアプランと、飲酒による生理的・心理的な影響に対するケアプランを作成します。
- ④ 乱用や依存症が見られない場合でも、潜在的な危険性があるため、飲酒量を把握します。

追加のアセスメント

- ① 飲酒の頻度と量、飲酒のパターンを詳細に把握します。
 - ア 過去のアルコール乱用や依存症治療の既往
 - イ アルコール乱用や依存症が、高齢者の生活に与えている影響の程度（身体的健康、精神的健康、家族や社会との関係、経済状態）
 - ウ 高齢者自身の問題認識
- ② アルコール乱用および依存症の影響を把握します。

アルコールによる身体的、社会的、心理的、経済的な問題は相互に関連した形で発生するケースが多い。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 中枢神経系の障がい（短期記憶・抽象的思考・認知能力の低下）
- イ 消化器系の障がい
- ウ 循環器系の障がい
- エ 心血管等の障がい
- オ 栄養不良, 肝硬変, 食道がんの有病率が高い

ケアの方向

入院治療のほか、向精神薬の使用、行動療法、断酒会への参加など心理・社会的な介入方法が考えられます。専門医の指示に基づきます。

- ① 短期間の入院治療はアルコール依存症の「解毒」や離脱症状に適切に対応するために必要な場合があります。
- ② 向精神薬も解毒の際にしばしば有効であります。高齢者への使用には注意を要します。
- ③ 多く用いられるのは断酒会など集団療法です。
集団療法に参加することにより、自己像を認識し、不安を分かちあい、対人関係を再び形成する能力を回復する機会を得ることができます。高齢者の場合は、同じ年齢層のほうが効果的であり、同性の者でグループを構成したほうが成功するという報告もあります。
- ④ アルコール依存症は、特に早期発症の場合、治療が困難であり長期にわたる慢性的な疾患です。
アルコール問題の専門家、特に高齢の患者を扱う専門家に紹介することが必要な場合があります。
- ⑤ いずれの治療の過程にも、家族などの利用者を支える支援者の関わりは欠かせません。
家族が利用者の行動によって深刻な精神問題や、ときには身体的外傷に苦しむことが多いため、最初に家族に焦点を当ててケアプランを考えなければならない場合が多くなります。

危険な飲酒

- ① アルコール乱用や依存症がなくても、アルコールは薬剤との相互作用により、深刻な問題を生じることがあります。
そのため、観察された問題と薬剤の服用、飲酒との間に時間的な関係があるか検討する必要があります。以下はアルコールと薬剤の相互作用の一例です。
 - ア 抗不安薬や睡眠薬（ジアゼパムなど）、抗精神病薬（クロルプロマジンなど）、バルビツール酸（フェノバルビタールなど）、鎮痛薬、抗ヒスタミン薬の服用、飲酒が同時に行われる場合：判断力の低下、意識の覚醒度の低下、錯乱、認知症様の症状、などが起こり得る。また、アルコールはこれらの薬剤の代謝に影響し、その結果、薬効が強まることがある。
 - イ アスピリン服用と飲酒：胃腸障がいが起こる危険性がある。
 - ウ 利尿薬服用と飲酒：血圧低下やめまいを引き起こすことがある。
 - エ 一般的に肝臓で代謝される薬剤：飲酒者に問題を起こす可能性がある。

危険な飲酒への対応

飲酒行動に対する治療は普通必要ありません。むしろケアマネジャー等の支援者は、本人がアルコール依存症者ではないことを十分知っていると同人にわかってもらうように努め、健康と飲酒との相互作用についての教育を受けるための支援をする必要があるということです。

2 ADL

2-1 ADLの改善と支援

日常生活動作 (Activities of Daily Living)

(1) ケアマネジャー (ケアスタッフ) の役割

- ① 日常生活活動 (ADL) が改善する可能性のある利用者、ADLの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
- ② ADL障がいの原因を理解したうえで、自立への意欲のある利用者や、障がいになってからの期間が短い利用者などを把握し、目的のある運動等の機能訓練を検討します。
- ③ ADLの改善が難しい場合は、必ず行わなければならないケアを検討します。必ず行わなければならないケアは、改善のためのケアと同時に行う場合もあります。

～「可能性に対応するケア」と「必要性に対応するケア」に分類して整理します～

可能性に対応するケア

- ① 改善する、もしくは元に戻る可能性があるところ。
- ② 今の状態を続けられるようにする必要があるところ。
- ③ 悪化を予防、低下するのを予防する必要があるところ。

必要性に対応するケア

- ① ADL障がいを踏まえた上で、必ず行わなければならないケア。(介護や対応)

(2) 課題把握のポイント

改善・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 褥瘡を予防
寝返りできない, 失禁による汚れがある, 栄養が不足している, 褥瘡の既往がある, など。
- ② 失禁の悪化を予防
失禁（機能性, 腹圧性, 切迫性, 溢流性, 真性, 反射性）がある, など。
- ③ 筋力低下を予防
ベッドの上で過す時間が長い, 運動不足, 家から外に出ない, 家事をしない, など。
- ④ 拘縮を予防
麻痺がある, 関節可動域に制限がある, 身体を動かすことが少ない, など。
- ⑤ 転倒を予防
最近3ヶ月以内に転倒したことがある, 歩行が不安定だが歩いている, 認知に障害があり危険の理解が難しい, パーキンソン症候群である, せん妄がある, 向精神薬を服用している, など。

(3) ADL

ADLに障がいがあることは, 生活に大きな影響があります。介助を受けることは, 心苦しい想いをする, 孤立する, 自尊心を失う, などにつながる可能性があります。

ADLの障がいが進むと, 自宅での生活が続けられなくなる可能性が高くなるほか, 褥瘡や失禁, 筋力低下, 拘縮, 転倒などの悪化の危険性も高まります。ADL低下の大まかな原因がどこにあるのかを把握する時には, 表1を参考にします。

表1 ADL低下の原因

<ul style="list-style-type: none"> ① 病気のため ア 急性期の病気 イ 持病の進行 ウ 痛みを伴う症状 エ 認知症 オ 精神疾患 ② 怪我のため ③ 障がいのため 	<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 ア 薬が合わない イ 向精神薬のため
---	--

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

医療的な問題に対応して解決します

ADLが最近低下した利用者で, 身体の状態の悪化, ADLに支障をきたす症状がある場合などに医療的な問題に対応して解決します。

- ① ADLが低下・悪化した時期と, 病気や症状の関連性を把握します。
表2の病気や症状がないか確認します。もし該当すれば, それに対してどのような対応がされているのかを確認します。対応されていないければ主治医に照会して解決（治療）します。

表2 ADL障がいの原因となる病気や症状

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

機能訓練，運動などの計画が合っていたか，効果的だったか確認します

- ① 本人が機能訓練に前向きでない，良くなると思っていない。
- ② 予定のとおり実施するのが苦痛。
- ③ 家族などからの支えや励ましが無い。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が最近の低下してきた利用者で，状態が安定している場合に，改善に向けての対応を検討します（ADLを特定します。）。

また，最近低下してきたADLを改善する具体的な方法や可能性についての情報をお知らせすることが重要です。利用者も家族も具体的に何をどのようにすれば回復できるのか，というはっきりとした情報が必要です。

- ① 機能訓練などによってADL改善につながるポイント
 - ア はっきりした機能訓練の目的，生活の目的を持っているかどうか。
 - イ 治るところ，元に戻るところを把握しているかどうか。
ADL障がいの原因の，病気，怪我，廃用など，回復する可能性がどれだけあるかを把握します。
 - ウ 意欲があるかどうか。
利用者本人や周りの人の「意欲」が重要です。本人や周囲の人が「もっとよくなるはずだ！」とと思っている場合，効果的な機能訓練につながる可能性があります。また，ある程度の認知障がいがあっても，意欲があれば機能の低下を遅くできる可能性があります。
- ② 訓練を行う時に気をつけること。

- ア 本人が、新しいことを始めるという意識が持って取り組めるように、ADL訓練は時間や場所などをきちんと決めて行います。
 - イ 訓練しているADLを、家族の助けを借りて少しずつ実践できるようにします。
 - ウ 継続して実施します。
 - エ 日常の動作や活動を広げることは、危険も伴うため、段階的にゆるやかに進めます。
 - オ 訓練の手順を急に変更すると、機能低下を招くことがあります。
- ③ どのADLについて訓練するか
- ア 本人や家族にとって意味のあるADLを訓練の対象にします。
本人か家族のどちらかが訓練に対して積極的であれば良いですが、両方とも積極的でなければ、効果が出るのは難しくなります。
 - イ 新しく出来るようになったことや、改善したところを伸ばすようにします。
理学療法や作業療法など専門家のリハビリテーションを受けている場合、それらのリハビリテーションによる成果があったADLに着目します。リハビリテーションの成果を家族に知らせるだけでも、家族は援助をするだけでなく、本人の自立を支えようとするようになってくれるはずで
す。
理学療法や作業療法を受けていない場合、最近低下した機能のうち、少しでも回復しているADLに着目します。
- ④ 訓練方法の検討
- ア 具体的な訓練をするために、着目するADLやIADLの状況を明らかにし、次に家族がどのように支援できるかを明らかにします。
ほとんどの高齢者は、ある程度ADLの能力を残しています。ADLの障がいは、まず「更衣」「整容」に表われ、次が「移乗」と「歩行」であり、最後まで能力が保たれることが多いのは「食事」と「寝返り起き上がり」です。このことは、「食事」と「更衣」の両方に援助を必要とする利用者の場合、ADL訓練の対象は「食事」を先にしたほうが、回復しやすいこととなります。
 - イ 本人がいくらか自立しているADLを選び、家族や本人から情報を得ながら整理します（表3）。
どこに問題があるのか、ADLが障がいされている原因（身体的な問題か、認知の問題か、環境的な問題か）についてお互いに理解することができます。
 - ウ 着目するADLやIADLの状況を明らかにします。
ADLを動作分割して具体的な動作を目標にすることによって、利用者も家族も目標の達成を短期間に実感することができます。（表4）
 - エ 家族がどのように支援するかを明らかにします。
家族が「1人でするのは大変だ」とか「時間がかかりすぎる」と思い、手をかけすぎているために、本人が自立できていないことがあります。この場合、自分でできるところは介助を受けないで、自分で最後まで行うことの重要性を利用者と家族に伝え、利用者が自分でそのADLを行う機会を増やすことが重要です。
 - オ 自分でどこまでできるか明らかにします。
表5の項目について確認し、本当に必要な援助方法を明らかにします。
表5の項目は、ADL能力を本人の身体機能と精神機能、介護者の援助能力も見て確認するものです。
 - カ 動作を一部分しか行うことができない利用者の場合、どのような方法、またはきっかけが、その動作を最後まで自分で行うために良い援助なのかを検討します。（言葉による促し、身体的な誘導、動作分割、訓練に合間をおくなど）
 - キ このような訓練がうまくいくためには、家族が本人の自立を支えるという役割を理解して働きかけることが重要です。
この場合は、毎日一貫した援助を行う必要があります。

表3 ADLの確認

ADL 援助を行っている理由	(精神) 順番を間違える, 動作を終えられない, 不安による制限など (身体) 体力低下, 可動域制限, 協調運動の低下, 視覚障がい, 痛みなど (環境) 間取り, 居室の状況家族の支援状況(過介護か)など
更衣	
入浴	
トイレ	
移動	
移乗	
食事	

表4 ADL改善の目標

機能訓練の 具体的目標 を決める	1：現在のADLを維持するための目標 2：現在のADLを改善するための目標（現在できていないが、あと少し で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、 ズボンさを あげる	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 ンを使う（必 要なら指を 使う）
正しい順に 着る	体を流す	トイレに排 泄する	屋外を移動 する <input type="checkbox"/>	移乗（立つ/ 座る/持ち上 がる/ころが る）	噛む、飲む、 飲み込む
それぞれの 衣類をつか む、脱ぐ	タオルで体 を拭く	トイレット ペーパーを ちぎり、おし りを拭く	でこぼこ道 を移動する <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。
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。 利用者と向き合い、眼を合わせて、単純でなれた動作（そでに腕を通す、口に触れるなど）をすると、真似ることができるだろうか。
7：身体的な援助を1度すると、動作を続けることができるか。 介護者がフォークに食べ物をさし、手に持たせ、腕を誘導して口元に持っていけば、食べ続けることができるか。

補助具の使用を検討します

利用者本人が自分で動作するのに非常に時間がかかったり、とても大変であれば補助具の使用を検討し対応します。

また、次のことも確認して対応します。

- ア 障がいを補う補助具を持っているか。
- イ 障がいに合っていない用具を使っていないか。
- ウ 持っているが使用しない、間違った使い方をしていないか。

機能の維持を検討して対応します

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

- ① 家族の介護は、良かれと思ってしていても不適切なことがあります。

不必要な援助や誤った方法で援助をしていると、利用者が頼りすぎるようになるばかりか、介護者にとっても身体的精神的な「燃え尽き」を引き起こす危険性があります。

- ② 機能維持のポイントを把握します。
 - ア 本人が自分のことをもっと自分でする気があるか
 - イ 利用者にとって自立することの意味は大きいか
 - ウ 家族や専門家があきらめていても本人は自立することに関心があったり、やる気はある
- ③ ②のような場合、特定のADLに焦点をあてるのではなく、全身運動が有効です。ほとんどの高齢者にとって、これらの1つか2つは役に立ちます。
 - ア 持久力の不足がある場合、心拍数と呼吸数を増加させる運動（散歩、ダンス、庭仕事など）を加えます。
 - イ 可動域の制限がある場合、補助具を使ったり、家具を使いやすいように工夫する。ストレッチ運動により、柔軟性が増し可動域を拡大できることがあります。
 - ウ 筋力低下がある場合、必要な栄養補給をしながら、筋力トレーニング（ダンベル体操など）を徐々に強くします。
 - エ バランスや姿勢保持能力が障がいされている場合、見守りの上での運動を試みます。
 - オ 痛みによる機能制限がある場合、現在の方法を見直す必要があります。

悪化・低下の防止を検討して対応します

機能訓練をすることによって、褥瘡や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの危険性を予防します。

自分で行う運動や機能訓練だけでなく、他者が動かす運動や介護により悪化を予防します。

- ① 褥瘡を予防します。
- ② 失禁の悪化を予防します。
- ③ 筋力低下を予防します。
- ④ 拘縮を予防します。
- ⑤ 転倒を予防します。

2-2 転倒防止

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 最近転倒した利用者を特定します。
- ② 転倒の危険性のある利用者を特定します。
- ③ 転倒の危険性を予測します。
- ④ 転倒と、転倒による障がいをできるだけ少なくします。

(2) 課題把握のポイント

- ① 最近3ヶ月以内に転倒したか、何回転倒したか。
- ② 錯乱・混乱、めまいなどの意識の変化が見られたか。
- ③ アルツハイマー型認知症で治療を受けているか。

- ④ パーキンソン症候群で治療を受けているか。

(3) 転倒

高齢者の転倒は非常に多く、様々な原因によっておこり、骨折などの怪我や後遺障がいによるADLの低下だけでなく、死因となることがあります。

また、転倒は、まだ気づいていなかった病気を知るきっかけにもなり、対応することで機能低下を予防することができる場合があります。

- ① 在宅高齢者の3割が転倒し、そのうち約半数が2回以上転倒します。
加齢によって転倒の危険性は増え、その頻度や死因となる可能性も増えます。転倒は骨折につながり、最も深刻なものが大腿骨頸部骨折です。
- ② 転倒が「転倒を怖がる」ことになり、そのことが活動制限につながります。
- ③ 危険な環境や急性疾患の発病が直接のきっかけになります。
- ④ 転倒の原因
 - ア 病気や障がいなど
 - a 各種歩行障がい（たとえばパーキンソン症候群、多発性脳梗塞、筋力低下）
 - b 起立性・食後性・薬剤誘発性の低血圧症（意識喪失も転倒の原因になる）
 - c 骨の痛みや変形、下肢の長さの左右非対称、骨折や関節炎などの整形外科の疾患による重心のずれ
 - d 視覚、内耳、平衡感覚の障がい
 - e 判断力の低下による危険な行動をとってしまう、うつ、せん妄、認知症
 - イ 薬や環境など
 - a 低血圧症、錐体外路症状、注意力が低下する鎮静薬、神経弛緩薬、抗うつ薬、心血管系の薬剤
 - b 飲酒による酩酊状態、アルコールの摂りすぎによる末梢神経などの障がい
 - c 不十分な照明、滑りやすい敷物、固定していないカーペット、階段、滑りやすい床、段差のある床

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

評価

- ① 情報を把握し、医師と連携をとります。
症状がある場合には、まず診察を受けます。
 - ア いつもの生活をしている時に転倒したのか。通常でない活動や動作の時に転倒したのか。
 - イ 転倒した時、まわりの環境はいつもと同じであったか。通常と違う環境だったのか。
 - ウ どの時間帯に転倒したのか。
 - エ 転倒したときに何か症状はあったか。
急にトイレに行きたくなったとか、めまいがあったなど。
 - オ 本人は、どうすると転倒を防げると考えているか。
 - カ 転倒は立っていた時か、立ちあがろうとした時か。
 - キ 本人は転倒したことを、どう思っているか。

転倒の原因・危険性を把握します

必要に応じ医師に相談します。

- ① 起立性低血圧があるかどうか診察を受けます。
- ② 突然、意識を失ったり、失いそうになったことはあるかを確認します。
- ③ 一部の筋肉の低下、筋肉の緊張、平衡感覚の低下をチェックします。
実際に高齢者に歩いてもらったり、バランスを観察する。転倒した活動、転倒しやすい活動を行っている場面を観察します。
- ④ 胸痛や息切れのような症状があるか、悪化していないかを把握します。
- ⑤ まっすぐ歩けるかを把握します。
歩き出し、歩く速さ、足のあげ方、歩幅、両足の歩調の対称性、腕の振り方の特徴を観察します。歩調を速くしたり遅くしたりしてみます。
- ⑥ 座位バランス、立ちあがりが困難ではないかを観察します。
- ⑦ 片足で立てるか、直線を歩けるかを観察します。
めまいやバランスを失うことがあるかどうかあれば、それが起こるときの状況を聞きます。

転倒の原因となる障がいについて評価します

- ① 感覚器・・・・・・・・視力障がいやめまいがあるか、バランス障がいがあるか
- ② 認知・・・・・・・・危険であることを理解しているか
- ③ 感情・・・・・・・・落ち込みなど、気分の低下があるか
- ④ 補助具の必要性・・杖や歩行器等、補助具の使用の必要性があるか
- ⑤ 急性疾患・・・・・・・・転倒に影響のある病気の症状があるか
- ⑥ 薬・・・・・・・・ふらつきなどの副作用があるか
- ⑦ アルコール・・・・・・・・アルコールによる影響があるか
- ⑧ 環境・・・・・・・・段差や障がい物などの環境による支障があるか

ケアの方向

- ① 原因改善
転倒の原因になっている病気や障がい、薬や環境をできるだけ改善します。
- ② 下肢筋力強化
弱くなっている下肢の強化やバランス改善のためにリハビリテーションを行います。
- ③ 補助具の使用
適切な補助具を使用するため、専門職と連絡・連携をして対応します。
- ④ 眼科受診
眼科の診療を受けていない視覚障がい者に眼科受診を勧めて対応します。

2-3 健康増進

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

体力の向上と健康増進により、幸福感と自立性を高めます。

(2) 課題把握のポイント

- ① 概ね日常の意思決定ができています。
- ② 外出回数が少ない。
- ③ 活動時間が少ない。
- ④ 階段の昇り降り等、身体に負担のかかる動作をしていない。
- ⑤ 喫煙している。

(3) 健康増進

高齢者の生活の質や自立に影響のある健康活動は重要なことですが、身体が弱い高齢者は、健康増進を考えない、もしくは諦めていることがあります。

- ① すでに健康状態が悪いので、禁煙をしても遅すぎる。
- ② 高齢になってから生活習慣を変えることは難しい。
- ③ 不健康な生活習慣を永く過ごしてきたのだから体が丈夫である。
- ④ 禁煙を勧めることは、残された数少ない楽しみを奪うことになる。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

運動量を少しでも増やしたり、禁煙することによる健康上の効果は高齢者にとっても大きく、高齢者でも体力や呼吸機能の向上は短い期間でも効果が表れます。

- ① 健康志向があっても、どうすればよいかわからず、行動に移したり生活習慣を変えることができない場合があります。
- ② 身体が弱くても、あまり運動しない人や喫煙を続けている人と、軽くでも運動をしたり禁煙した人では、健康状態が違います。
- ③ 健康増進の取り組みは、自立を実現するためのきっかけとなるように、今の生活習慣になった理由を振り返るところから始めます。

生活を変えるように働きかける場合は、常に利用者の自主性を尊重します

健康増進には、さまざまな選択肢があること、生活習慣を変えることによって効果が得られること、本人が体力向上や禁煙に取り組むのであればそれを支える用意があることを利用者に気づいてもらうことを目的に、支持的に関わります。

ただし、無理やり生活を変えるようなことは、個人の自主性を損ない、長期的にみれば健康を増進することにつながらないので、気を付けて関わります。

導入の方法

アセスメントのために自宅へ訪問することは、利用者（あるいは家族）と体力や喫煙状況について話し合いを始める良い機会です。支持的な関わり方をし、評価するような態度をとらないことです。「控えめ」な関わり方は、利用者（家族）の自覚を促し、その後の受け入れをスムーズにすることにつながります。この話し合いで、利用者の生活の質と自立を高めるためのヒントと可能性を得るようにします。

- ① 利用者がこの話題に触れることをはっきり拒否している場合、次回に延期します。

- ② 利用者が積極的であれば、的確なアドバイスを送ります。
 - ・生活を変えることによる健康上の効果
 - ・より健康的な生活をするうえで障がいとなっていることへの対処法
 - ・在宅や地域において生活を改善させるための方法

話し合いの内容

何をするとどうなるかをわかりやすく整理して話し合います。(構造化した会話)

- ① 利用者が受身にならないよう気をつけます。
- ② 利用者と一緒に考えて代替案を作成します。
- ③ 今までの話し合いの内容と活動をフォローアップする。
- ④ 運動や喫煙等の生活習慣による影響について、利用者自身がどう感じているかを尋ね、自分で認識できるようにつなげることが重要です。
- ⑤ 利用者と共に、利用者の生活の良い面と悪い面の両方を話し合う機会となるよう、体系立てて会話するようにします。
- ⑥ 利用者にとって重要で意味のある生活習慣と、利用者が気にしている生活習慣を確かめます。

自主的な決定への支援

利用者が生活習慣を変えることに対して持っている、意識や態度を判断して支援します。

- ① 十分に情報提供するだけで、自分の生活習慣による健康への影響を理解して自覚するかもしれない。
- ② 運動や禁煙について考えるよう勧められることが、健康増進のきっかけになるかもしれない。
- ③ 生活習慣を変えようとしていて、具体的な情報を必要としているかもしれない。

高齢者は「自分でしている努力は大したことではない。」と認めていることがあります。支援者は、高齢者が少しでも活動状況を向上しようとする機会を奪わないように気を付け、適宜、援助や助言をすることが重要です。ちょっとした行動の変化に気づき、もっと自分のことは自分でしようとしている高齢者の努力を認め、励まします。

- ④ 利用者の自主性を尊重することと、利用者の生活を変えるために、元気づけ、やる気を出せるよう支えることのバランスをとった支援をします。
- ⑤ 「健康増進についての会話をすること」自体が支援の一つであり、生活習慣を変える働きかけは必ずしも必要でないことがあります。
- ⑥ 利用者に関わる家族や友人、在宅サービス機関が提供する健康増進に向けたケアを促進することが重要です。健康的な生活を送るようになるために支える環境が必要です。

健康増進についての会話の進め方

- ① 友好的な、くつろげる環境でおこないます。
- ② 利用者が自分自身の生活や習慣、何をして過ごしているか、健康の問題にどう対応しているかについて整理し考える会話にします。(日常生活の問題、活動のレベル、

社会参加, ADL・IADLの実施状況等)

- ③ 自立している活動について尋ねます。(利用者の機能的な能力と援助を増やす必要性を評価し, 具体的にどのような援助があればよいのかについて合意します。
- ④ 健康状態について話し合い, 症状, 心配なこと, 痛み, 服薬などについて尋ね, 本人の自尊心を支えます。
- ⑤ 食生活や運動習慣, 喫煙について話し合います。
- ⑦ 家族間の人間関係や社会的関係, 周辺環境の問題を話題にします。(孤独感, 近隣関係, 社会的孤立, 過保護についての心配を含む)
- ⑧ 会話のなかで, 高齢者の意欲につながりそうな情報に耳を傾けます。高齢者の意欲を把握するのは難しいだけでなく, 支援者が虚弱高齢者の可能性を過少評価しがちなので気をつけます。

ケアの方向

(1) 運動プログラム

日頃あまり身体を動かしていない場合, 動かさない原因のうち変えることのできるようなことを検討します。

- ① 健康を意識している利用者の場合, 暮らしの中に適度な運動を取り入れたり, テレビの体操の時間や高齢者向けの運動教室など地域で行われている運動をその人に合わせて行うようにすることも効果的です。
- ② 健康増進の提案は, 利用者の現在の能力を踏まえ, 現実的で具体的なものにします。虚弱高齢者にとって, 少しでも活動のレベルを向上させることが重要であり, 負担のかかる運動計画は, 続かないだけでなく健康に危険です。
- ③ 運動は, 多くの病気(循環器疾患, 骨粗鬆症, 2型糖尿病, 肥満, 腰痛)の予防, あるいは進行を遅らせるほか機能の改善につながります。全身運動の効果としては, 柔軟性と調整能力, 歩行とバランス感覚の維持・改善があります。ただし, 高齢者の場合は専門的な見守りが必要です。

(2) 運動プログラムを導入する際の注意点

- ① 年齢によらず, 運動はけがや病気の悪化を防ぐように慎重に行わなければならないりません。比較的激しい運動を検討する際には, 従来から比較的よく運動していたか, していなかったかを確認します。
- ② 糖尿病などの慢性疾患が悪化したり, 急性疾患になった場合には運動を控えます。また, 確実に水分や電解質のバランスを保つようにします。
- ③ 軽い準備運動(ウォームアップ)を十分行います。また, 危険な動きを避けて筋骨格系の損傷を防止します。(骨粗鬆症の人の脊椎の屈曲など)
- ④ グループで行うことが望ましいです。指導者がついている地域のグループ活動も社会的交流を促進させるので有効です。大きな筋肉を動かす運動が良く, 早歩き(脈拍が1分間90程度になる)を1日20~30分間, 週に3~4回行うなどです。水泳も効果的です。
- ⑤ 筋力の増強は, テレビを見ながらでも軽い重りを用いて行うことができます。たとえば, 両手に重りをつけて(水の入ったペットボトル等を持ってよい), 上げ下げを15回位行います。椅子に座って足首におもりをつけて上げるなども効果的です。
- ⑦ 早歩きや筋力運動のあとは10分程度, ゆっくり歩く, ゆっくり筋肉を伸ばすなど(クールダウン)を行い, 心臓や神経, 筋肉にかかる負担を軽くしてから終了します。

禁煙

① 禁煙の効果

- 心筋梗塞，間欠性跛行，慢性気管支炎
どの年代でも，喫煙との関係がある疾病のリスクを下げます。それは，疾病がすでに発症している場合でも多くの場合に当てはまります。
- 突然の心臓死
2，3日間禁煙するだけで，血中の一酸化炭素が排出され，突然の心臓死のリスクを非喫煙者と同じぐらいに減らすことが可能です。
- 骨粗鬆症
喫煙は若い人の最大骨密度を低下させ，後に骨の損失率を高めるため，骨粗鬆症の重要な危険因子でもあります。
- 呼吸機能への影響
体力と自立の度合いに直接的な影響を与えるため重要です。

どの程度禁煙する意思があるかを確認します。また，火災の危険性（寝タバコなど）についても話し合います。

- 動機が弱い場合
控えめに関わり，禁煙がどのように効果的か基本的な情報提供を申し出ます。
- 習慣を変えるかどうかわからないが情報を進んで受け入れる場合
禁煙による健康上の効果をその人の状況に照らして話題にします。また，どういう時にタバコを吸いたくなるのか，なぜ吸っているのか，本人や家族はタバコの健康への害を心配しているのか，健康上や体力の問題で難しい活動はなにかについて考えるように勧めます。

② 禁煙する意思がある場合

喫煙に関連している問題を把握するため，自分の喫煙の状況を2週間程度観察します。喫煙している時間帯，その時の気分や活動内容を振り返ります。どういう時に喫煙するのか，喫煙して得られるものが何なのか考えるきっかけになります。

- 禁煙計画をたてる手助け
それぞれの喫煙理由に対応する方法は何か，禁煙後の苦しい期間を支える人がいるか，禁煙するタイミングをよく考えます。簡単に禁煙に踏み切る人もいますが，よく考えてから行う禁煙に比べて，成功率は低くなっています。
- 禁煙成功は本人の意欲と支える周囲の環境
望ましいのは世帯全員が同時に禁煙することです。
- 禁煙を補助する方法
禁煙者の会や禁煙教室，ニコチンの代替品，タバコの依存性物質に対抗するための抗うつ薬を使用など。薬を使用する場合は，市販薬の場合であっても，かかりつけ医に健康上のリスクがないか相談することが重要です。
禁煙後2，3か月は，咳や痰が増え，体重も少し増えることがあります。また，短期間ですがニコチンからの離脱に伴って気分が変わることもあります。在宅ケアスタッフと家族，友人は，禁煙後に特に支援的になることが重要です。
また，禁煙する気持ちが薄れた時に支える体制も考える必要があります。

3 IADL

1 IADLの回復と支援

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

(1) ケアマネジャー (ケアスタッフ) の役割

- ① IADL回復の可能性のある利用者を把握して対応します。
- ② IADLの代行の必要性を明らかにして支援します。

(2) 課題把握のポイント

IADL改善を予測するポイント

- ① 認知がある程度保たれている
- ② 本人も周りの人も改善すると考えている
- ③ 支援を受けているが、困難性は低い

IADL支援の必要性を把握する

- ① IADL支援を受けており、非常に困難である
- ② 一人暮らしであるか、一人暮らしではないが支援を受けるのが困難である

(3) IADL

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

IADLには2種類あり、日常生活の家事動作(買い物, 食事の用意, 家の掃除や整理, 外出時の移動など)と、精神的機能や知的能力と関係のある「知的」な動作(電話の利用や薬の管理など)があります。しかし、すべてのIADLに身体的、知的な側面があり、IADL支障の原因は様々です。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

- ① 医療的な問題に対応します
状態が不安定、急性期の場合
- ② 機能障がいに対応します
最近IADLの実施が困難になり、ADLが自立していないか、四肢に問題(拘縮や痛み等)がある場合
- ③ 意欲、支援体制、能力、環境の問題に対応します

医療的問題への対応

- ① 疾病

大腿骨頸部骨折や関節炎，パーキンソン症候群，骨粗鬆症，脳卒中が，IADL障がい
の要因です。(参照：転倒，脱水，心肺管理，食事摂取，アルコール等)

- ② 薬剤
薬の副作用にがIADL障がいの要因になっていないか。(参照：薬剤管理，向精神薬等)
- ③ 気分
うつによる疲労感，支援を受け始めたことによるうつ状態はないか。(参照：うつと不安等)

機能障がいへの対応

- ① ADL障がい (参照：ADL等)
- ② その他機能障がい (参照：痛み，健康増進等)

その他

- ① 動機
 - 家族が世話をし過ぎている
 - 本人が人に頼りたくない
 - 人に頼り過ぎている
- ② 家族等の支援体制 (参照：介護力)
- ③ 能力
 - 感覚器 (参照：視覚，コミュニケーション等)
 - 認知 (参照：認知等)
 - 補助具や環境
 - 動作の詳細
補助具，改造，訓練等
 - 物の上げ下ろし，運搬，長時間の起立
 - IADLの知識
- ④ 環境の工夫 (参照：居住環境等)

4 認知

4 認知障がい

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 認知障がいがあるかどうか、認知障がいによる生活の支障を把握します。
- ② 認知障がいを補うために、どのような方法をとることができるのかを判断します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 記憶に問題があるか。
- ② 日常の判断力が弱く、支援が必要だったり、判断ができないか。
- ③ 他者に伝えること、理解することが不十分、もしくはできない。

(3) 認知障がい

認知障がいは、最近や昔の出来事を忘れる、錯乱する、言葉を探したり、話を理解するのが困難になる、社会生活に適応できなくなるなど、生活のほとんどすべてに影響します。

ほとんどの認知能力の低下あるいは認知症は慢性に進行するものです。このため、認知能力の低下した高齢者へのケアは、治療というよりも、生活の質を向上すること、機能状態を維持すること、機能低下を最小限にすること、尊厳を保持すること、に焦点を当てることとなります。

認知症

- ◎ 認知機能の一部は加齢によって低下するが、それは認知症ではない。
- ◎ 認知症は歳のせいではなく、高齢者に起こる病気である。
- ◎ 認知症とは脳の病気の症状で、認知症という病気があるわけではない。
- ◎ 認知症をきたす脳の病気はたくさんある。

認知症=痴呆 ≠ 認知機能障がい

- ◎ いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下
 - ・ 明らかな健忘があることが多い
 - ・ 複数の認知障がい：失語、失行、失認、実行機能障がいなど→部分的ではなく幅広い障がい社会生活に支障をきたす
- ◎ 病名ではなく病態名。数多くの診断
- ◎ 脳の器質的異常による障がい
- ◎ 認知症と区別すべき病態：意識障がい・せん妄、うつ状態、精神遅滞

軽度認知障がい Mild Cognitive Impairment: MCI

明らかな健忘や遂行機能障がいなどの認知機能障がい。日常生活には支障がない。正常でも認知症でもない状態。

10～15%/年でアルツハイマー型認知症へ移行

認知症の原因となる主な疾患

- ・アルツハイマー病
- ・レビー小体病
- ・前頭側頭葉変性症
 - 前頭側頭型認知症
 - 意味性認知症
 - 進行性非流暢性失語症
- ・パーキンソン病関連疾患
 - 大脳皮質基底核変性症
 - 進行性核上性麻痺
- ・嗜銀顆粒性認知症
- ・神経原線維変化型
- ・血管性認知症
- ・特発性正常圧水頭症
- ・慢性硬膜下血腫
- ・脳腫瘍
- ・クロイツフェルト・ヤコブ病
- ・ビタミン B1 欠乏症
- ・ビタミン B12 欠乏症
- ・葉酸欠乏症
- ・甲状腺機能低下症

混合病理：原因は一つとは限らない

DSM -V NEUROCOGNITIVE DISORDER: 神経認知障がい群

神経認知領域	構成要素
複雑性注意	持続性注意, 分配性注意, 選択性注意, 処理速度
実行機能	計画性, 意志決定, ワーキングメモリー, フィードバック/エラーの訂正応答, 習慣無視/抑制, 心的柔軟性
学習と記憶	即時記憶, 近時記憶 (自由再生, 手がかり再生, 再認記憶を含む) 遠隔記憶 (意味記憶, 自伝記憶), 潜在学習
言語 (失語)	表出性言語 (呼称, 喚語, 流暢性, 文法, および構文を含む) 受容性言語
知覚-運動 (失認, 失行)	視知覚, 視覚構成 (視空間) 知覚-運動, 実行, 認知
社会的認知	情動認知と心の理論

～注意～

全ての認知機能の基盤

周囲の状況、刺激を適切に認識し、必要に応じた対応ができる

- ・ 特定のものに集中しそれを持続する能力一度に複数のことを行う能力
- ・ 様々な刺激から必要なものを選別する能力
- ・ 素早く物事を行う能力

1 注意障がい

(1) 全般性

- ・ ちょっとしたことでも気が散る物事に集中できない
- ・ ポーっとしている
- ・ 動作がゆっくり
- ・ 反応にムラがある

(2) 選択性

- ・ 半側空間無視 (左側のことが多い)
- ・ 眠る時間が増える、起きていても眠い、ポーっとした感じ
- ・ 感情のコントロールができない
- ・ 匂いや音に気がつかない あるいは 過敏に反応する
- ・ 疲れやすい

～実行機能（遂行機能）～

物事を計画して実行する機能：前頭葉

- ・ 物事を論理的に考える、推察をする、優先順位をつける
- ・ 計画をする、実行する、計画の変更をする
- ・ 解決をする、評価をする、分析をする、ゴールを設定する

2 実行機能（遂行機能）障がい

- ・ 仕事の手順がわからなくなる
- ・ 失敗しても気がつかない
- ・ 家事が単純になる
- ・ 買い物に行ってもどうしたら良いかわからなくなる。料理の手順がわからなくなる。

～学習と記憶～

- ・ 記銘：頭に取り込む。符号化
- ・ 保持：頭にしまっておく。
- ・ 再生：頭から取り出す。再構築
- ・ 再認：再び確認・照合する。

記憶の分類（記憶内容）

- ・陳述記憶：意識にのぼる記憶。言葉で表現出来る，イメージとして心に浮かべることが出来る。（意識して思い出そうとする記憶：顕在記憶であることが多い）
- ・エピソード記憶：個人的な日々の体験。特定の時間と場所との関連
- ・意味記憶：学校などで教わった知識
- ・非陳述記憶：意識にのぼらない記憶（思い出そうとしなくても頭の中に浮かぶ：潜在記憶であることが多い）
- ・手続き記憶：身体でおぼえた技能。馴化（慣れ），鋭敏化。異なる脳内システムに依存

記憶の分類（貯蔵時間）

（短期記憶）

- ・即時記憶：たった今の記憶。容量が小さい。数分間の記憶
- ・作業記憶：意識して繰り返すことによって，延長される即時記憶。物事を考える時に使う記憶

（長期記憶）

- ・近時記憶：最近の記憶。数時間～数日間の記憶。遠隔記憶として安定するまでの記憶。
- ・遠隔記憶：昔の記憶。数日～永続的に維持された記憶

3 学習と記憶の障がい

- ・約束を忘れる
- ・置き忘れ，しまい忘れ
- ・同じ事を何度も言う
- ・新しいことを覚えることができない

4 言語の障がい（失語）

- ・言葉が不自由になる：側頭葉，前頭葉，頭頂葉障がいの障がい
- ・他人の考えを理解したり，自分の考えを表現するのが困難になる言葉が出てこなくなる（換語困難）
- ・言葉の意味がわからなくなる
- ・日常会話のキャッチボールができなくなる
- ・「あれ」「それ」などの代名詞を多く使って話をする
- ・何度も聞き直す
- ・話のつじつまが合わない

5 知覚-運動の障がい（失認，失行）

（1）失認：視覚（聴覚）認知の障がい

- ・見えているのに，聞こえているのにわからない：頭頂葉，側頭葉の障がい
- ・知っている人の顔がわからない，文字の形がわからない，色がわからない，左右がわからない。
- ・美しい風景を楽しめなくなった
- ・トイレの便器を見ても形が分からない

- ・全体を見ないで一部だけを見ている
- ・位置関係や段差，奥行きが分からない：視空間認知の障がい
- ・初めて行った場所で道に迷う
- ・自分の家でもトイレの場所が分からない
- ・音楽を聴いても楽しめない，救急車やパトカーの音を聞いても意味がわからない

(2) 失行（行為の障がい）

- ・麻痺はないのに出来ない：頭頂葉の障がい
- ・支持された内容や行動の意味を理解しているのにその動作を出来ない意図と行動の間が断ち切られている
- ・着替えができない 髪をとかすことができない
- ・お茶を入れることができない
- ・入浴の時に体を洗えない 家電製品やリモコンの使い方が分からない
- ・手づかみで食事をする（箸を使えない，スプーンを使えない）

6 社会的認知機能の障がい

(心の理論)

- ・他者の心の動きを推察することができない
- ・他者が自分とは異なる考えを持っていることを理解することができない
- ・他者の言葉の内容，話し方，行動の背景にある思考や感情，性格，動機を読み取る能力の障がい

7 失見当識（見当識障がい）

- ・年月日，曜日，時間が分からない
- ・自分が何処にいるか分からない
- ・相手が誰だか分からない
- ・自分がどういう状況にいるのか分からない。時空の中で位置付けができない
- ・自分の状態が分からない

(例) 目が覚めた時，今がいつなのか，ここがどこなのか，目の前にいる人が誰なのかわからない。

- ・この世界，現なのか，夢なのか，不安の中で生きている
- ・「ソース・メモリ」を覚えていない
- ・「リアリティモニタリング」ができない
- ・その情報が真実なのか，単なる想像なのかを判断する能力。
- ・情報をいつ，どこで，誰から，どのような状況で手に入れたのかと言う情報源についての記憶
- ・「セルフモニタリング（内省）」ができない
- ・自分の姿をもうひとりの自分が見ること

1 major neurocognitive disorder: 認知症

- A. 1つまたはそれ以上の認知ドメインで以前の活動レベルから明らかな認知障がいを

来たしている。

- B. 認知欠損が日常生活における自立性を障がいしている。
- C. 認知欠損はせん妄の経過でのみ現れるものではない
- D. 認知欠損は他の精神障がい（大うつ病性障がい・統合失調症）ではより良く説明されない。

2 minor neurocognitive disorder: 軽度認知障がい

- A. 1 つまたはそれ以上の認知ドメインで以前の活動レベルから中等度の認知障がいを来たしている。
- B. 認知欠損が日常生活における自立性に対する能力を障がいしていない（努力, 代償性の対策, 便宜を要する）。
- C. 認知欠損はせん妄の経過でのみ現れるものではない。
- D. 認知欠損は他の精神障がい（大うつ病性障がい・統合失調症）ではより良く説明されない。

3 derilium: せん妄

- A. 注意（指向・集中・維持・転導）と意識の障がい。
- B. 障がいは数時間から数日間のうちの短期間で発症して、通常の注意や意識からの変化があり、1日を通して重症度が変動する傾向がある。
- C. 認知における追加的な障がいがある（記憶欠損・失見当識・言語障がい・知覚障がい・視空間能力の障がい）。
- D. 基準 A と C における障がいはもう一つの先行・確定・進行中の神経認知障がいによってはより良く説明されない。また、昏睡のような覚醒度の重度な低下といった経過で発症したものではない。
- E. 病歴・身体診察・臨床検査所見から、その障がいが一般身体疾患、物質中毒または離脱、もしくは毒性物質への曝露といった直接的な生理学的結果もしくは多重の病因により引き起こされたという証拠がある。

4 生活障がい

（基本的 ADL）

- ・ 歩く, 食べる, 着替える, 入浴する, 排泄する, 清潔を保つ

（手段的 ADL）

- ・ 食事の準備をする, 掃除・洗濯する, 電話をする, 買い物をする, 服薬管理をする, 金銭管理をする, 交通機関を利用する

（社会的生活機能）

- ・ 具合が悪いとき受診の予約をする
- ・ 介護保険の手続きをする
- ・ 生活保護を申請する
- ・ 友人に会いに行く
- ・ 旅行に行く
- ・ 食事会をする
- ・ 仕事をする, 人の役に立つ

- ・春なので、私の好きな桜の花を見に行く

5 BPSD（認知症の行動・心理症状）

BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA

（行動症状）

- ・焦燥，不穏状態
- ・パニック発作
- ・脱抑制
- ・攻撃性（暴行，暴言）拒絶
- ・活動障がい（徘徊，常同行動，無目的な行動，不適切な行動）
- ・食行動の異常（異食，過食，拒食）
- ・睡眠覚醒障がい（不眠，レム睡眠行動異常）

（心理症状）

- ・被害妄想（物盗られ妄想，嫉妬妄想など）
- ・幻覚（幻視，幻聴など）
- ・誤認妄想（ここは自分の家でない，配偶者が偽者であるなど）
- ・感情面の障がい（抑うつ，不安，興奮，アパシーなど）

～認知障がいを伴う主な病気と症状～

1 アルツハイマー病

- ・一連の病理変化を伴う疾患
- ・2種類の異常蛋白の蓄積
- ・アミロイドβ蛋白の凝集・沈着：老人斑
- ・リン酸化タウ蛋白の凝集：神経原線維変化
- ・神経細胞の脱落
- ・病理所見と臨床症状との強い相関

（中核症状）

- ・認知機能障がい（思考・推理・判断・適応・問題解決）
- ・記憶障がい
- ・見当識障がい
- ・判断力低下
- ・言語の障がい（失語）
- ・行為の障がい（失行）
- ・知覚の障がい（失認）
- ・計画を実行する能力の障がい

- ・環境変化，ストレス合併症，不適切な対応

（BPSD（周辺症状））

- ・不安・焦燥
- ・抑うつ
- ・意欲低下
- ・不眠
- ・興奮
- ・幻覚・妄想
- ・暴力・徘徊

(FAST(FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGES)における各病期の特徴：生活障がい)

1. 正常 (FAST 1)認知機能低下なし
2. 年齢相応 (FAST 2)物の置き忘れ, 喚語困難
3. 境界状態 (FAST 3)熟練を要する仕事で支障, 初めての場所への旅行が難しい
4. 軽度のアルツハイマー型認知症 (FAST 4) 金銭管理が難しい, 買い物に支障が出てくる
5. 中等度のアルツハイマー型認知症 (FAST 5) 季節にあった服装を選べない, 入浴するときに説得することが必要, 車の運転で事故を起こす
6. やや高度のアルツハイマー型認知症 (FAST 6) a)不適切な着衣 b)入浴に介助を要する c)トイレの水を流せなくなる, d)尿失禁 e)便失禁
7. 高度のアルツハイマー型認知症 (FAST 7) a)最大限約 6 語に限定された言語機能の低下 b)理解しうる語彙はただ一つの単語 c)歩行能力の喪失 d)着座能力の喪失 e)笑う能力の喪失 f)昏迷および昏睡

アルツハイマー病≠認知症

2 レビー小体型認知症 (DLB)

- ・全認知症の約 20%
- ・ α シヌクレインという異常蛋白の蓄積：レビー小体の形成
- ・パーキンソン病の類縁疾患
- ・長期経過したパーキンソン病から発症する場合もある
- ・進行性の認知機能低下を示す神経変性疾患
- ・注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の変動がある。
- ・ありありとした、繰り返される幻視
- ・アルツハイマー病と比べ、記憶障がい軽度のことが多い。
- ・系統的な内容の妄想 (誤認妄想), 他の幻覚, 抑うつ, 不安・焦燥パーキンソン病の運動症状
- ・レム睡眠行動異常
- ・向精神病薬に対する過敏性

(中核症状)

- ・睡眠障がい：レム睡眠行動異常, むずむず脚症候群, 過眠・不眠
- ・意識障がい：認知機能の変動, 一過性意識障がい
- ・感覚障がい：痛み, 異常感覚, 嗅覚障がい
- ・運動障がい：パーキンソニズム, 振戦, 固縮, 無動, 姿勢反射障がい
- ・認知機能障がい：健忘, 注意障がい, 視空間失認, 実行機能障がい

- ・自律神経障がい：便秘，頻尿，体温調節障がい，発汗障がい，起立性低血圧，インポテンツ
- ・精神症状：うつ状態，躁，多幸，不安，パニック，強迫的行為，病的賭博買い物，幻視・錯視，妄想・せん妄

3 前頭側頭葉変性症（FTLD）

- ・著明な人格変化や行動障がい，言語障がいを主徴とし，前頭葉，前部側頭葉に病変の主座とする変性疾患
- ・複数の神経病理学的特徴
- ・数種類の原因となる異常蛋白
- ・タウ蛋白：ピック小体の成分
- ・TDP-43，FUS：ユビキチン封入体遺伝子変異
- ・プロテオグリン変異（TDP43の蓄積）
- ・MAPT変異（タウ蛋白の蓄積）など

（3つの型：病変部位による。特定の神経病理所見の特徴に対応していない。）

- ・前頭側頭型認知症：いわゆるピック病
- ・意味性失語症：意味記憶の障がい。言葉の意味が分からない
- ・進行性非流暢性失語症：表出言語の障がい

（中核症状）

- ・自発性の低下
- ・感情・情動変化：多幸的，焦燥感，不機嫌，感情鈍麻，無表情
- ・無関心（自己および周囲に対して）
- ・病識の欠如
- ・記銘力障がい：初期は目立たない
- ・被影響性の亢進，転動性の亢進，維持困難
- ・脱抑制・反社会的行動：本能のおもむくままに我が道を行く行動，衝動的な暴力，盗食，窃盗
- ・常同行動：周遊，食行動，言語，“時刻表的生活” 治療：有効な薬物療法はない

～高次脳機能障がい～

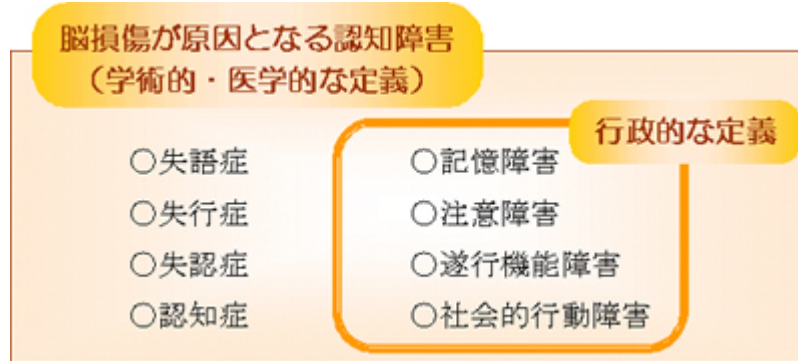
交通事故や脳卒中などで脳が損傷されると，記憶能力の障がい，集中力や考える力の障がい，行動の異常，言葉の障がいが生じることがあります。これらの障がいを『高次脳機能障がい』と言います。

これまで，医学的，学術的な定義では，高次脳機能障がいは，脳損傷に起因する認知（記憶・注意・行動・言語・感情など）の障がい全般をさしていました。例えば，言語の障がいである「失語症」や道具が上手く使えなくなる「失行症」，知的な働きや記憶などの働きが低下する「認知症」のほか，「記憶障がい」「注意障がい」「遂行機能障がい」「社会的行動障がい」などが含まれます。

一方で，厚生労働省が平成13年から開始した「高次脳機能障がい支援モデル事業」では，身体の障がいがかかったり，その程度が軽いにもかかわらず，特に「記憶障がい」「注

意障がい」「遂行機能障がい」「社会的行動障がい」といった認知の障がいの原因となつて、日常の生活や社会での生活にうまく適応できない人たちがいることが解りました。

この方々に対する、診断やリハビリテーション、社会資源サービスの不足が問題となっていることから、この方たちが示す認知の障がいを『高次脳機能障がい』と呼ぶ「行政的な」定義が設けられました。



- 脳血管障がい（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血など）
もっとも多いのは脳血管障がい（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血など）です。脳の血管が詰まったり，出血を起こすことで，脳の機能を損なうものです。
- 外傷性脳損傷
次いで多いのは，外傷性脳損傷(脳外傷，頭部外傷)です。交通事故や転落事故などの際に頭に強い衝撃が加わることで，脳が傷ついたり（脳挫傷），脳の神経線維が傷ついたり（びまん性軸索損傷）するものです。
- その他の原因
脳炎，低酸素脳症など

高次脳機能障がいの主要な症状

交通事故や脳卒中などの後で，次のような症状があり，それが原因となって，対人関係に問題があったり，生活への適応が難しくなっている場合，高次脳機能障がいが疑われます。

- 記憶障がい
記憶障がいとは，事故や病気の前に経験したことが思い出せなくなったり，新しい経験や情報を覚えられなくなった状態をいいます。
 - ・ 今日の日付がわからない，自分のいる場所がわからない
 - ・ 物の置き場所を忘れたり，新しい出来事が覚えられない
 - ・ 何度も同じことを繰り返し質問する
 - ・ 一日の予定を覚えられない
 - ・ 自分のしたことを忘れてしまう
 - ・ 作業中に声をかけられると，何をしていたか忘れてしまう
 - ・ 人の名前や作業の手順が覚えられない
- 注意障がい（半側空間無視をふくむ）
注意障がいとは，周囲からの刺激に対し，必要なものに意識を向けたり，重要なものに意識を集中させたりすることが，上手くできなくなった状態をいいます。
 - ・ 気が散りやすい
 - ・ 長時間一つのことに集中できない

- ・ぼんやりしていて、何かするとミスばかりする
- ・一度に二つ以上のことをしようとすると混乱する
- ・周囲の状況を判断せずに、行動を起こそうとする
- ・言われていることに、興味を示さない
- ・片側にあるものだけを見落とす

遂行機能障がい

遂行機能障がいとは、論理的に考え、計画し、問題を解決し、推察し、そして、行動するといったことができない。また、自分のした行動を評価したり、分析したりすることができない状態をいいます。

- ・自分で計画を立てられない
- ・指示してもらわないと何もできない
- ・物事の優先順位をつけられない
- ・いきあたりばったりの行動をする
- ・仕事が決まったとおりに仕上がらない
- ・効率よく仕事ができない
- ・間違いを次に生かせない

社会的行動障がい

社会的行動障がいは、行動や感情を場面や状況にあわせて、適切にコントロールすることができなくなった状態をいいます。

- ・すぐ怒ったり、笑ったり、感情のコントロールができない
- ・無制限に食べたり、お金を使ったり、欲求が抑えられない
- ・態度や行動が子供っぽくなる
- ・すぐ親や周囲の人に頼る
- ・場違いな行動や発言をしてしまう
- ・じっとしてられない

その他の症状

自己認識の低下（病識欠如）

- ・自分が障がいを持っていることに対する認識がうまくできない
- ・上手くいかないのは相手のせいだと考えている
- ・困っていることは何も無いと言う
- ・自分自身の障がいの存在を否定する
- ・必要なりハビリや治療などを拒否する

失行症

- ・道具が上手く使えない
- ・日常の動作がぎこちなくなる
- ・普段している動作であっても、指示されるとできなくなる

失認症

- ・物の形や色、触っているものが何かわからない
- ・触っているものが何かわからない
- ・人の顔が判別できない

失語症

- ・自分の話したいことを上手く言葉にできなかつたり、滑らかに話せない
- ・相手の話が理解できない
- ・文字を読んだり、書いたりすることが出来ない

身体の障がいとして

- ・片麻痺、運動失調など

高次脳機能障がいへの対応

高次脳機能障がいの症状は、脳の損傷した場所によって、人それぞれ異なり、重症度も様々です。また、その場の環境や対応する相手によって、現れ方が異なる場合もあります。しかし、周囲の環境を整えたり、対応の仕方を工夫するなど、適切な対応を行えば、それまでうまく出来なかったことが出来るようになったり、問題行動が減ったりすることがあります。

- 家族・周囲の人が高次脳機能障がいを理解する
以前と人が変わってしまった、今まではできていたことができなくなってしまった、と様々な変化があります。まずは、その変化を理解することから対応は始まります。
- 目に見えない障がいを想像する
高次脳機能障がいを持つ方の行動や反応に興味をもって、「どうしてそのような行動をとっているのか」「なぜこんな風に反応するのか」と想像力を働かせることが、その人への適切な対応を探る第一歩となります。
- 忍耐力をもって接する
適切な対処法をくり返し実行して、その結果、毎日の生活の中で、出来る事がひとつひとつ増えていきます。くり返し行って習慣にしていくことは非常に手間がかかり、根気がいります。すぐに結果を求めて、本人を追い込んでしまうことがないように、忍耐力をもって接することが大切です。
- 環境を整える
高次脳機能障がいを持つ方は周囲の様々な情報を受け取ることが苦手になるため、その方にあわせて生活空間を整えたり、対応する人（家族、関係するスタッフ）が適切な声かけや支援方法を統一することが大切です。
- 代償手段を身につける
脳の失われた機能を他の方法（タイマーや手帳、作業の手順表など）で置き換えることが効果的な場合があります。

- ① 人の名前、出来事などを思い出せないといったことは、どの年齢層の人にもあって、特に問題はありません。しかし、認知症の初期の変化に気づくのは難しく、後になってから「あれが認知症の始まりだった。」と思い起こすことが多いのが実情です。
- ② 認知症の初めの時期、多くの家族は対象者の認知能力の変化を認めがらなかったり、気がつかないことがあります。そのため、生活に支障をきたす状況になって初めて、家族は認知障がいに向き合うこととなります。
この時期には、専門医の診察を受けるための紹介手続き、具体的な対応方法を示すことが重要になります。
- ③ まずは、以下を把握します。
認知障がいの程度や原因を決定することまでは、ケアマネジャーやケアスタッフが出来ることではありません。
ア 認知障がいがあるか。
イ それはいつ頃からなのか。
ウ 日常生活のどのようなところに支障がでてきているのか。
- ④ 認知障がいを把握した場合は、まず、原因を把握するために専門医の診察を受けたかを確認します。
ア 認知障がい長期（何カ月、何年）にわたり安定、あるいは徐々に進行している場合でも、最近診察を受けたか確認する。
イ 受けていなければ、悪化を防いだり、改善可能なこと（薬剤量の変更など）を

把握するため、受診を勧めます。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

障がいの確認

認知障がいがあれば、以下を順に確認します。

- ① せん妄ではないか確認し、せん妄の可能性が高い場合は専門医の受診を勧めます。
 - ア 普段と比べて急激な精神状態の変化・変動、異常な行動があったか。
 - イ すぐ気が散るなど集中力の問題があったか。
 - ウ とりとめのない話をするがあったか。
 - エ ぼーっとしている、うつらうつらしている、過敏になっている、など意識に問題があったか。
 - オ 失見当識があったか。自宅以外にいると思っている、時間や曜日を間違える、などの混乱があったか。
 - カ 最近のことを思い出せなかったり、言われたことを覚えられない、などの記憶障がいがあったか。
 - キ 実際にはないものが、いたり動いていると思う、などの幻覚か錯覚、思い違いがあったか。
 - ク 落ち着きがない、何かをつかむ、指を鳴らす、急に動く、などの異常に活発な状態や、のろのろしている、一点を見続けている、ずっと同じ姿勢でいる、などの異常に緩慢な状態があったか。
 - ケ 昼間眠りすぎて夜間不眠症になるなどの睡眠リズムの障がいがあったか。
- ② せん妄ではないと判断した場合、最近、認知障がいについて医師の診察を受けているかどうか確認します。受けていなければ、専門医の受診を勧め、その必要性を説明します。
- ③ 認知障がいによる生活上の支障や危険性・可能性の把握し、本人や家族の負担を減らすようなケアサービスを検討して対応します。
 - ア 認知障がい影響している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。 利用者と向き合い、眼を合わせて、単純でなれた動作（そでに腕を通す、口に触れるなど）をすると、真似ることができるだろうか。
7：身体的な援助を1度すると、動作を続けることができるか。 介護者がフォークに食べ物をさし、手に持たせ、腕を誘導して口元に持っていけば、食べ続けることができるか。

できることを判断します

利用者と家族に、できないことばかり尋ねるのではなく、本人が自分でできることは何か、あるいは参加できることは何かを尋ねる。軽度の短期記憶の障がいのような物忘れは、安心できたり、それを補う工夫をすることによって対応できる。（たとえば、メモをする、カレンダーを使う、鍵の置き場所を一定にする、など。）

以下を確認し、援助の必要性を把握します

- ① ADLやIADLはどのように自立しているか。
利用者にとってADL、特に食事と排泄の自立度を維持することは非常に重要なことです。食事や排泄も、その人なりの方法を思い出すような工夫によって改善することがあります。
- ② 認知障がいのために怪我をする危険性が大きいか、あるいは徘徊や他者への暴力、火事など問題となる行動が現われているか。
そうであれば、適切な安全対策をとるほか、介護者に対するそれらの危険性についての情報提供、環境評価をする機関への照会、身体や家事援助サービスの導入、行動への対応（セキュリティー、見守り、指示、誘導、言葉がけの方法など）を行ないます。

必要な援助をします

- ① 家族が認知障がいのある利用者の「世話を焼きすぎる」ことはよくみられることですが、それは依存性を増大させ、自尊心も失わせることにつながる可能性があります。
認知症はゆっくりと進行するため、たとえば、それまでできていたスーパーでの買い物の支払いが、ある日できなくなるといった事態が起こります。
- ② 失行などにより、一部、行動を代行、援助、介助をする必要があるかもしれませんが、高齢者にできる限り長い間、できるだけ多くの動作・活動・参加をしてもらうことが目標です。
- ③ 行動を制限するのは本人の安全性に関わる場合であり、ガス台やストーブの火による火傷、徘徊の末に行方不明になる危険性があるときなどです。

感情面へ対応します

- ① 軽度や中等度の認知症の高齢者は、自分自身認知能力の低下に対して怒ったり、落ち込んだり、不安になることがあります。
「アルツハイマー病患者が自分の能力が衰えていくのに気づかない」という昔に言われていたことは間違っています。
- ② ケアの目的は、利用者のできる活動をできるだけ把握して維持し、精神的負担、ストレスを少なくすることです。
- ③ 認知症の10～25%はうつ状態にあり、認知の症状より早く現れる場合があります。
認知症のほとんどすべての高齢者に、ある時期行動の問題がみられます。認知症の人の多くは、妄想症を含めて幻覚や妄想、あるいはその両方がみられます。このため、認知障がいによる記憶障がいなどの症状、行動障がいにともなう感情的な面について、家族も含め、専門医との話し合いや、カウンセリングによって十分に対応することが重要です。

家族支援を行ないます

- ① 情報提供
 - ア まず、本人と家族とともに利用者の行動や能力、家族の役割について現実的な評価をして対応します。
 - イ 利用者の認知障がい重症の場合、家族は極端な選択しか残されていないと感じることがあります（たとえば、日中行動を制限したり、介護施設に入所させる、車の鍵を隠してしまう）。
必要なことは、家族に対し、利用者の症状の経過や予後、認知症であればどの段階にあるか、などの情報を提供することです。
 - ウ アルツハイマー病や血管性認知症などの進行性の認知症の場合、家族は以下の情報を必要としています。
 - a 今後予想されること
 - b 残された記憶や判断力に対して、どのような援助をすればよいか
 - c 症状に関すること
 - d さまざまな周辺症状に対する治療やケアの可能性
 - e 多発性脳梗塞性認知症の場合家族は、更なる悪化を防ぐための方法（たとえば、血圧のコントロール、運動、ストレス解消など）。
- ② 介護者の健康管理
家族は長期にわたる24時間の介護を要求されます。このため介護者は自分の健康管理をしっかりしなければ、自分達も体調を崩す可能性があることを伝えます。
- ③ 介護者のストレスを最小限にする
認知障がいの高齢者を介護することは、大きなストレスになりやすいため、認知障害に合わせた支援や介護、専門医などによるカウンセリングが必要です。短期・中期の外部サービス利用や関係する本を紹介したりするのも一つの方法です。

5 コミュニケーション

5-1 コミュニケーション

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

コミュニケーションの障がい・問題を明らかにして、専門的な検査や対処をおこないません。

(2) 課題把握のポイント

- ① 聴覚に障がいがある。
- ② 伝達能力に問題がある。
- ③ 理解力に問題がある。

(3) コミュニケーション

コミュニケーション能力

言語的あるいは非言語的な手段を用いて、意思、感情、思考を受け取り理解し、伝える能力です。それには、話す、聞く、読む、書く、身振りなどの能力が含まれます。

- ① 効果的コミュニケーション
効果的に伝達し合うことができるかどうかは、能力とは別に、身振りや指さし、抑揚をつけた口調、コミュニケーション補助具（補聴器など）の使用によって決まります。
- ② コミュニケーションの機会
コミュニケーションを取りたい相手がいるか、意味のある活動をしているか、コミュニケーションを取ろうとしてくれている人がいるかが重要です。
- ③ 老人性難聴
両側対称性の難聴で、特に高い音が聞き取りにくくなります。症状はゆっくりと進行し、音の識別と話している内容を理解することが困難になります。
- ④ コミュニケーション問題
コミュニケーション機会の不足、加齢や認知症等の疾患、視覚障がい、うつ、その他の健康上・社会上の問題によってコミュニケーション問題が悪化します。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

利用者と家族・介護者間の効果的なコミュニケーションの方法について検討します。

- ① 聴力に問題がある場合
医師、言語聴覚士による正式な聴力評価をして対応します。
- ② 視覚や聴覚の補助具を使用している場合（眼鏡、視覚補助具、補聴器、聴覚補助具）
ア 常に簡単に利用できるか確認します。

- イ きちんと作動しているか確認します。
- ③ 理解力に問題がある場合
能力を評価して対応します。
- ④ 伝達能力に問題がある場合
言語聴覚士による評価を受けて対応します。
- ア 構音(語)障がい(言葉を明確に出せない)
- イ 失語症(話し言葉や文字を理解できない, 言葉を探す, 文中に言葉を当てはめられない)
- a 軽度の場合, 理解力と発語の困難をきたし, 重度の場合は, 話すこと, 聴くこと, 読むこと, 書くことに著しい支障をきたします。
- ウ 失行症(その言葉を知っていても, 自発的に音を言葉として結びつけることが難しい)
- a 手探りで躊躇したように聞こえる発声となります。
- エ 認知症
多くの認知症の人はコミュニケーション障がいを伴います。
- a 初期段階: 特定の語彙が思いつかない, 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

- 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、本人のいる場で当人についての話しを絶対にしない。
 - イ 介護者は自分の顔を利用者に十分に見えるようにして話す。
 - ウ 話しているときに、利用者が介護者の顔を見ることが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

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

最近視力が低下した利用者、視力を失った利用者、視力補助具などを適切に使用していなかった利用者を把握して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 視力低下
- ② 視野障がい等があった

(3) 視覚

加齢に伴い、多くの高齢者は視力が少しずつ低下します。光に過敏になったり、焦点を合わせにくくなります。また、瞳孔が小さくなり、目に光が入りにくくなり、視力低下と明暗への反応が悪くなり日常生活に支障をきたします。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

視力低下の把握

- ① 検査

② 日常生活への影響

- ・視力を要する活動（読書、裁縫など）をしなくなった
- ・手紙や葉袋を他の人に読んでもらった
- ・家事がうまくできなくなった（床が汚れたままになっているなど）
- ・慣れた場所でもうまく動いたり、座ったりできない

ケアの方向

- ① 残っている視力を活用し、聴覚と触覚を使えるように環境を整えます。
- ・数字部分が大きい、浮き彫りになっている電話器を使う
 - ・よくかける電話番号をオートダイヤルにする
 - ・字の大きいカレンダーを使う
 - ・音声表示の時計を使う
 - ・便座の色をはっきりさせる。
 - ・光が反射しない床やテーブルにする
 - ・明るさを調整できる照明にする
 - ・手元で位置が変えられる電気スタンドを使う
- ② 自立度が高まる用具を使用する（音声の出る時計、自己点眼器、錠剤ケース等）

6 社会との関わり

6-1 社会との関わり

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 利用者が満足のいく役割や対人関係、楽しめる活動を続けたり、新たに見つけ出すように支援します。
- ② 社会的機能の低下を最小限に抑え、社会的活動制限の原因となる問題を見つけ、可能であれば改善し、出来ない場合は代償する方法を検討して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 社会との関わり、仕事や趣味の活動への参加が減ってきて、悩んでいる。
- ② 寂しい思いをしていると言ったり、そうしたそぶりをする。

(3) 社会的機能

他者とどう付き合い、他者が本人にどう反応し、社会制度や社会習慣とどう対応するかです。社会的機能は、職業や家事のような通常の日課活動と、社会・文化・宗教活動、夫婦・親子関係に関連した機能に分かれます。

社会との関わり

社会的関係や社会的機能が少しでも変化すると、自尊心や生活の質（QOL）が低下することがあります。

このため、特に生活が大きく変化している利用者にとって、地域で自立して生活していくためにはどのような資源や支援が必要かを把握することが重要になります。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

社会との関わりの低下が最近始まったか、低下によって悩んでいる利用者を対象とします。昔からの問題は、その利用者の生活の積み重ねであるため、変えることは容易ではありません。

社会との関わりの状況把握

代わりの方法や、新しい役割や活動の機会を作るために把握します。

- ① 孤独感や人と気軽に関わらないことが、長年の生活習慣かどうか。
- ② 社会的役割や社会との関わりがある場合、それらが変化したかどうか。
- ③ 変化の原因は何か。
身体機能や認知機能の問題、視覚や聴覚の問題、気分の変化、精神的な問題、社会的な環境の変化など。

- ④ 利用者が以前にもっていた役割、意欲等は何か。
回復したり、代償できる人間関係や役割、活動を構築可能性を探ります。

ケアの方向

- ① 能力や可能性のある活動を勧めます。
 - ア 能力や可能性の確認
利用者本人の能力、意欲、家族などの協力を把握して対応します。
 - イ 活動の検討
 - a 対人関係
 - b 率先して行う意欲
 - c 精神的な活動
 - d 過去の役割
 - e 心配事
 - ウ ポイント
 - a 方法は簡単な方が良い
 - b 本人の関心や能力のある分野から始める
 - c 話す、関わる機会を増やす
 - d 外出する等、環境を変える

6-2 うつと不安

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

不安やうつ状態にある利用者を把握し、治療やケアの可能性を検討して対応します。
生活に重大な影響のあるうつや不安があれば、専門医に相談して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 悲しみやうつ状態
- ② 自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ
- ③ 現実には起こりそうもないことに対して恐れる
- ④ 繰り返し体の不調を訴える
- ⑤ たびたび不安、心配事を訴える
- ⑥ 悲しみ、苦悩、心配した表情がある
- ⑦ 何回も泣いたり涙もろい

(3) うつと不安

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

- ① 病気や機能低下がある高齢者はうつになりやすい。
- ② うつと不安は同時に現れることが多い。
- ③ 高齢者のうつと不安を把握することは難しい。

- ア 高齢者は、うつや不安を否定しがち
- イ 高齢者は、うつや不安を身体的な問題と間違っているとえがち
- 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「睡眠障がい」
 - ・疲れがとれない、疲労感が続く、体がだるい
 - ・食欲や性欲が低下する、体重減少がある

- ・頭痛, 腰痛, 頭重感, 肩こり, 首の痛み
- ・めまい, 立ちくらみ, 耳鳴り
- ・息苦しい, 胸が圧迫される, 声が出にくい, 胸が苦しい, 動悸, 息切れ
- ・手足がしびれる, 力が入らない
- ・吐き気, 腹痛, 便秘
- ・全く動けず, 意識も希薄となる

～大うつ病～

以下の症状が1週間以上続いていて, どうにも治まりそうもないと感じる時は, 専門医の診察を考えます。

- ① 生活や通常の活動に興味を失う
- ② 不眠, または睡眠過多
- ③ 食欲減退, 体重減少
- ④ 罪悪感, 自分に価値がない感じ
- ⑤ 倦怠感, 気分の減退
- ⑥ 思考力や集中力の低下, 決断力の低下
- ⑦ 精神運動性の焦燥, 停止
- ⑧ 自殺念慮

～不安～

不安は, 生活機能の支障となるような心配があったり, 不安定な状態です。

以下の症状に苦しんでいる場合には, まずは, 時間を作り, 黙って話を聞き, 必要に応じて専門医等に相談して対応します。

- ① 落ち着きがない, 緊張している, または過敏
- ② 疲れやすい
- ③ 集中できない, 心が空白になる
- ④ 易刺激性
- ⑤ 筋肉の緊張
- ⑥ 睡眠障がい

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

うつと不安の原因把握

- ① 身体, 社会的状況を把握します
 - ア 健康問題
 - イ 家族問題
 - ウ 経済問題
 - エ 虐待問題
 - オ 喪失体験
 - カ 転居 など

- ② 病気や機能低下を把握します
 - ア 症状の重さ
 - イ 症状の持続時間
 - ウ 症状の進行
 - エ 自殺の兆候（例えたわいないように聞こえても…）
 - ・死んだほうがまし，自殺の方法，自殺の試み
 - オ 精神病的症状
 - カ 身体的症状がないのに寝たきりになったり，他人との会話を避ける等の生活上の変化
 - キ アルコールの乱用
 - ク 食欲低下，食事や水分量の減少
 - ケ 体重減少
 - コ 症状に気づいて対応しているか

対応

- ① 症状認識と対応の確認
 - ア 治療の効果を確認します。
 - イ 本人や家族，介護関係者は治療方針に沿った対応できているか確認します。
 - ウ 対応がうまく出来ていない場合の教育，研修の必要性を確認します。
- ② 医療的対応
 - ア 専門医の受診
 - イ 薬剤の効果の確認と受診
- ③ 具体的な社会環境，対応の調整
 - ア 他職種が連携し，訪問回数を増やすなど
 - イ うつと不安原因（身体，精神，経済問題等）解決のための対応
- ④ 介護者の支援
 - ア 関り方など，家族の疑問に答えます。
 - イ うつの高齢者への対応は大変で，介護者のストレスもたまりやすい。
 - ウ 家族全体への対応が必要な場合もあります。

7 排尿・排便

7-1 尿失禁・留置カテーテル

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

回復可能な失禁の原因を把握し、可能な対処方法を検討して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 失禁がある。
- ② おむつを使用している
- ③ 尿カテーテルを使用している

(3) 尿失禁

適切な方法での排尿のコントロールができない状況です。

失禁は、皮膚の発疹、浸軟、褥瘡、転倒や社会的孤立などに影響があります。また、失禁は介護負担を重くするため、在宅生活を続けることが難しくなる場合があります。

一般の常識とは逆に、多くの高齢者の尿失禁は治せるものであり、大幅な改善が可能な場合があります。その方法は、薬剤の使用、運動、排尿訓練、居住環境の改善、手術などがあります。

排尿能力

- ① 尿路系の要因
尿を蓄えたり放出する膀胱、適切に開閉できる尿道に問題がある場合。
- ② 身体、認知、意欲の要因
間に合うようにトイレに移動し、排泄するために（家族の援助を受けて）衣服を調節する、適切な場所で排尿する必要性を認識すること、そのようにしよう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

	<p>これを抑えることができるのですが、切迫性尿失禁の人はトイレまで我慢できず、尿が漏れてしまいます。尿の量は腹圧性尿失禁より多く、ときに大量に出ます。したくなると急に出てしまいますので、膀胱に少しでも尿がたまると、トイレに行くようになります。そのため、尿の回数が増え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がいが必要です。</p> <p>排尿障がいとは、膀胱や尿道などの疾患のため尿の流れが阻まれるものです。</p> <p>排尿障がいになる疾患は男性患者が多いことから、溢流性尿失禁は男性に多くみられます。</p>
機能性尿失禁	<p>排尿機能は正常にもかかわらず、身体運動障がいの低下や認知症が原因でおこる尿失禁です。</p> <p>身体運動障がいの低下のためにトイレまで間に合わない、あるいは認知症のため、時と場所と場合が判断できずになってしまう、といったケースが多いです。</p>

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

改善可能な失禁原因の把握

失禁が改善することは、機能状態や生活の質（QOL）の向上にもつながります。

- ① せん妄状態
- ② 尿路感染症
- ③ 萎縮性尿道炎もしくは膿炎
- ④ 薬物
- ⑤ 心理面（うつ）
- ⑥ 頻尿・多尿
- ⑦ 活動の制限
- ⑧ 便秘

留置カテーテルの適応症

- ① 昏睡状態
- ② 末期状態
- ③ 失禁によって影響を受けそうな褥瘡
- ④ 処置不能の尿道閉塞
- ⑤ 過去にカテーテル抜去後も排尿できなかった既往

7-2 排便の管理

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し、関心を高めます。

(2) 課題把握のポイント

- ① 便失禁がある
- ② 下痢
- ③ 便秘（3日間排便が無い）

(3) 排便管理

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

また、下剤への過剰な依存もあり、便通が活発になったり消失するのには多くの原因がありますが、便秘は逆説的に下痢をもたらすことがあります。

- ① 便失禁
便の失禁。便秘に伴う場合や尿失禁が伴う場合もあります。
- ② 便秘
1週間に2回以下しか排便がないか、もしくは便通時の4回に1回は力む状態です。便は硬く、また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、排便や浣腸などをしないと部分的にも便を排出できない状態です。
- ④ 下痢
形が整っていなかったり、水溶性の便の排泄です。
- ⑤ 排便習慣の変化
その人にとって「規則的」あるいは「普通」である習慣が変化した場合をいいます。便通が頻繁になったり、便秘や下痢がひどくなったり、下痢と便秘が交互にくるなどです。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

便失禁の状況

- ① 便はゆるいか、形があるか
- ② ゆるいなら、過去に便秘の既往があるか
- ③ 失禁が継続している期間
- ④ 下剤の使用頻度およびその使用期間

便失禁の原因

- ① 脱肛
- ② 外痔核
- ③ 下痢等
- ④ 便に血が混じる
- ⑤ 痛み
- ⑥ 便秘, 便が詰まる

便秘の予防

- ① 毎日の水分, 食物繊維を十分にとる
- ② 身体を動かす
- ③ 長期の下剤服用が便秘の原因なら, 専門医の治療が必要

8 褥瘡・皮膚の問題

8-1 褥瘡

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

皮膚損傷の危険のある利用者を把握し、その予防と治療のためのケアを検討して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 寝返りに介助が必要である
- ② 便失禁がある
- ③ 褥瘡がある
- ④ 褥瘡の既往がある

(3) 褥瘡

褥瘡は、短期間の強い圧迫や長期間にわたる弱い圧迫がかかることによって生じる皮膚や皮膚下の組織、骨の突出部分を覆っている筋肉の局所性の損傷および壊死です。

在宅ケアにおいて、褥瘡の予防は重要な課題です。いったん褥瘡が現われると大変な苦痛を伴い、治るのに長期間にわたる大きな努力を要し、死亡を含めて重大な合併症が発生する可能性があります。

～褥瘡のステージ～

第1度	皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）状態。
第2度	皮膚層の部分的喪失、びらん、水疱、浅いくぼみとして表われる状態。
第3度	皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くぼみとして表われ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいない状態。生命に危険が及ぶ場合がある。
第4度	皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している状態。膿瘍を伴う場合がある。骨髄膜炎や近接した関節に化膿性関節炎が起きた場合は死亡に結びつく場合がある。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

原因を把握して、予防し、対応します

- ① 動けない
身体の位置を変えたり、調整する能力が低下したり出来なくなっている。

- ② 活動低下
身体的な活動が減少している。
- ③ 失禁
尿あるいは便の失禁
- ④ 精神状態の変化
圧迫の不快感に気づいても、それを避ける対応ができない。
- ⑤ 栄養不良
栄養摂取量の不足。
- ⑥ 圧迫
圧迫は組織の虚血および壊死を引き起こす最も重大な外的要因である。
- ⑦ 摩擦
皮膚がすれると表皮細胞を失う。これは、ベッドでずり落ちたり、シーツの上をそのまま引きずられた場合に起きる。
- ⑧ ずらす力
2つの皮膚層がずれ、逆の方向にひっぱられるときに起こる。深い組織の損傷をもたらし、摩擦と同じ状況で起こる。
- ⑨ 湿潤
過剰な湿度は、皮膚を柔らかくし、その抵抗力を減少させる。尿や便の失禁、発汗、あるいは創傷のドレナージをしている状況で起きやすい。
- ⑩ その他
末梢血管障がい、浮腫、糖尿病、感覚障がい、薬剤（特に、認知能力や寝返りの能力を低下させたり、痛みを感じることを阻害する薬剤）、身体の抑制、貧血、低体重、喫煙など。

8-2 皮膚と足

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

皮膚や足に問題があったり、問題が発生する危険性のある利用者を把握し、予防と治療のためのケアを検討して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 問題となるような皮膚の状態や変化がある
- ② 潰瘍、発疹、切り傷以外の開放創
- ③ うおのめ、たこ、感染症、水虫、変形（足の問題）

(3) 皮膚と足の問題

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

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

- ① 皮膚の問題へ対応します。

皮膚の機能である①外部環境からの防御，②体温調節，③感覚（痛みや快感）の機能に影響している問題。

- ② 足の問題へ対応します。
足の力やバランスを崩したり，足に痛みを引き起こすあらゆる問題やけが。
- 医療的対応（整形外科，皮膚科）
 - 靴の工夫
 - 爪切り

9 口腔衛生

9 口腔衛生

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

痛みがあったり、食事摂取や発声の障がい、栄養不良、自尊心や食事の楽しみを阻害する口腔問題を把握して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 咀嚼に支障がある。
- ② 嚥下に支障がある。
- ③ 食事中に口の中が「かわいている」と感じる。
- ④ 歯みがきや入れ歯みがきに問題がある。

(3) 口腔衛生

口腔には3つの基本機能があります。①咀嚼と嚥下、②コミュニケーション、③外部の病原体や毒物から身体を守ることです。また、外見、対人関係にも影響するため、生活の質（QOL）にも関係します。

口腔疾患は進行しやすく、放置すれば痛みが発生し、外科的処置が必要になります。

全身疾患が、口腔の症状として現われることもあるため、口腔の症状は口腔以外の疾患を示していることもあります。このため口腔の不快感や障がいの訴えがあれば、全身の総合的な検査を要する場合があります。

口腔問題の原因

- ① 歯科受診が困難である
- ② 経済的に余裕がない
- ③ 視力が低下している
- ④ 手先が不器用
- ⑤ 口腔生理機能が低下している
- ⑥ 口腔疾患や口腔ケアに対する関心がない
- ⑦ 口腔疾患がある
 - ア 歯周病
 - イ 虫歯
 - ウ 口腔（粘膜）疾患
 - エ 口腔の乾燥
 - オ 嗅覚・味覚の異常
 - カ 咀嚼・嚥下困難
 - キ 顔面痛

生活上の影響

- ① 食事摂取が困難になる
- ② 栄養状態が悪化する
- ③ コミュニケーションや対人関係が上手くできない
- ④ 防御機能が喪失する

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

問題状況の把握

口腔問題は歯科医師による治療が必要である。利用者本人が、家族の援助を得ながら実行できるケアも検討する。

- ① 困難の内容（咀嚼の問題、嚥みきる問題、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、著しい障がい、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
食事や水分摂取を障害し、著しい栄養障がいをもたらす、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

10 食事摂取

10 食事摂取

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

栄養不良や、栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 体重が極端に減少した
- ② 食事や水分の量が目立って減少した
- ③ 水分摂取が不足している
- ④ 栄養不良

(3) 栄養・食事摂取

良好な栄養状態は、在宅で暮らす高齢者にとって重要なことです。栄養状態に問題があると、さまざまな疾患や身体的、精神的、社会的機能低下の原因にも結果にもなります。

栄養問題

- ① カロリーの摂取不足
- ② 蛋白質の摂取不足
- ③ 1つ以上の栄養素の摂取不足
- ④ カロリーの過剰摂取

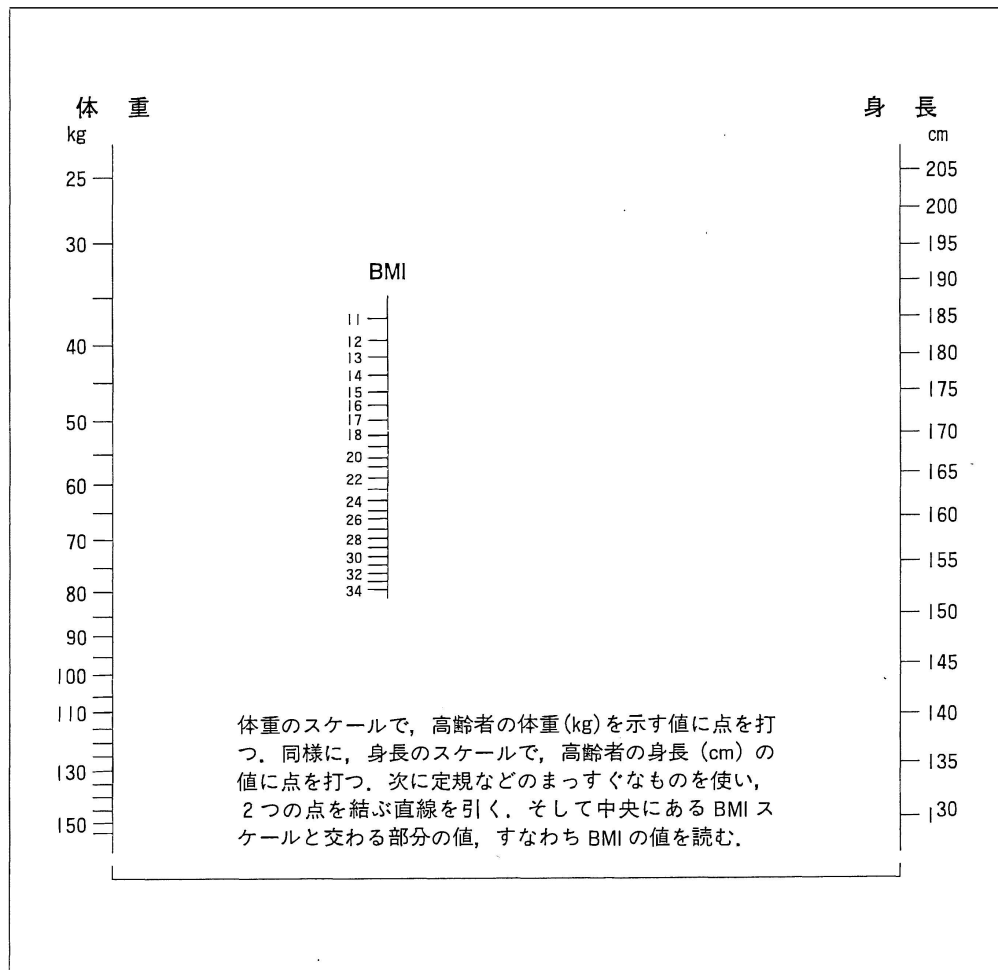
(4) 課題検討の指針とケアの方向性

原因を把握して、原因を取り除く等の対応します。

把握の方法

- ① 体重の変化と体重
 - ア 半年間に体重が増加したり、減少したりしたか。
 - イ 利用者は太っているのか、やせているのか（図参照）
 - a. BMIの値が21以下、あるいは半年の間に10%以上の体重減少があれば、栄養不足が考えられ、医師による精査が必要である。
 - b. BMIの値が31以上は、体重過剰である。肥満はさまざまな病気の原因となる。

図 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（行動障がい）

1 1 行動障がい

（1）ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

行動障がいのある利用者を把握し、原因とその解決策を検討します。

また、行動障がいは改善されたとしても、行動を制限してしまっている可能性のあるケアを受けている利用者を把握して対応します。

（2）課題把握のポイント

- ① 迷うことがある。
- ② 怒ることがある。（言動）
- ③ 怒ることがある。（行動）
- ④ 混乱することがある。
- ⑤ ケアを嫌がる、断ることがある。
- ⑥ 行動障がいが改善した。

（3）行動障がい

行動障がいは、本人、家族や周りの人にとっての悩みや問題になる場合があります。行動障がいのある利用者との関わりは難しいため、過剰な抑制や向精神薬が使われることがあります。

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

（4）課題検討の指針とケアの方向性

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

重症度を把握します

何らかの行動障がいがあり、新たなケアや変更を検討する必要性のある利用者を特定しますが、行動障がいのあるすべての利用者が特別なケアを必要としているわけではありません。

行動障がいの中には本人や周囲にとって、危険にも悩みの種にもならないものもあります。たとえば、幻覚と妄想（精神疾患やせん妄のような急性症状でないもの）は問題にならないことが多く、そのままの環境で対処できるかもしれません（たとえば、周りが認める、受け入れられるなど）。このため、利用者の行動障がいが「問題」かどうかを把握することが重要になります。行動の性質と重症度、その影響を把握する必要があるということです。

- ① 行動障がいを観察します。

- ア 一定期間、行動障がい重症度と持続する時間、その頻度と変化を把握します。
- イ 行動障がいに規則性があったかを把握します。(1日のうちの時間帯、周囲の環境本人と周囲がしていたことに関連など)

行動障がいの規則性を明らかにします

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

長期的に観察することで、利用者の行動障がい理解できる場合があります。

規則性を把握して、問題の原因に取り組むことで行動障がい軽減したり、消失する可能性があります。

- ウ 行動障がいはいつごろからどのように現れてきたかを把握します。
- エ 最近変わったことはなかったか把握します。

行動障がいの影響を把握します

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

カ 周囲にとって危険なものか、どのように危険なのか把握します。

キ 1日の中での心身の状態が変わることに行動障がいは関係していないか、どのように関係しているかを把握します。

ク ケアへの抵抗は行動障がいによって現れているのかを把握します。

ケ 対人関係の問題や適応の問題は、行動障がい原因なのかを把握します。

潜在的な原因を確認します

行動障がいは、急性病気、精神病的な状態と関連することが多い。

向精神薬と身体抑制、環境ストレス(たとえば、騒音、慣れ親しんだ日常生活の変化など)のような反応が原因となっている

行動障がいの原因を探っているうちに、回復可能な対応が見つかり、行動障がい落ち着いた場合もあります。

認知障がいとの関係を把握します

認知症の場合の行動障がいは治療やケアをしても継続する場合があります。この場合の行動障がいは悩みの種になりますが、多くは対応が可能です。

気分の問題との関係を把握します

気分や対人関係の問題は、行動障がいの原因になる場合がありますが、原因となる問題が解決されれば、行動障がい落ち着いた場合もあります。

- コ 行動障がいの原因となる、不安障がいと攻撃性、うつや孤立と怒るなど、気分の問題はないか把握します。

行動障がいに影響する対人関係を把握します

- サ 対人関係, 誰かがいることによって, あるいはいないことによって問題行動が起きていることはないか把握します。
- シ 他者の考えや行動に対しての妄想があり, 怒る等の行為につながっていないか把握します。
- ス 最近の身近な人の死亡等が行動障がいを引き起こしていないか把握します。

環境の問題を把握します

周囲の環境は利用者の行動に深く影響することが多いため, 慎重に検討します。

- セ 家族は高齢者の慣れ親しんだ日課を尊重しているか確認します。
- ソ 騒音や混雑, あるいは部屋の暗さは行動に影響していないか確認します。

～ 参考 ～

統合失調症

(妄想型)

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

(破瓜型)

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

(緊張病型)

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

(鑑別不能型)

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

～症状～

・陽性症状

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

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

これら陽性症状は統合失調症を発症して間もない頃や再発時に多く見られます。

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

	・その逆に外からの刺激に全く反応しなくなる
--	-----------------------

・陰性症状

陽性症状に対して、陰性症状では「本来、心の中にあるはずのものが存在しない」と考えることができます。

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

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

陰性症状	特徴
感情の減退	<ul style="list-style-type: none"> ・喜怒哀楽が乏しくなる ・意欲や気力、集中力が低くなって興味や関心を示さなくなる
思考能力の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・言葉の数が極端に少なくなる ・思考力の低下によって、会話の内容が薄くなる
コミュニケーションへの支障	<ul style="list-style-type: none"> ・他人との係わり合いを避ける ・ぼ～っと過ごす日々が続く

・認知障がい

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

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

認知障がい	特徴
選択的注意の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・わずかな刺激や情報に対しても反応してしまう ・相手の話よりも周りの雑音や動きに反応してしまう
過去の記憶や類似点との比較が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・間違っただ情報を結びつけてしまう ・似た名前を並べることができない

～統合失調症の診断基準～

- A 以下のうち2つ（またはそれ以上）、おのおのは1ヶ月の期間ほとんどいつも存在。
 ①妄想 ②幻覚 ③まとまりのない会話 ④ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動 ⑤陰性症状（感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如）
- B 障がいの始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で1つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している。
- C 障がいの持続的な徴候が少なくとも6ヶ月間存在する。
- D うつ病または躁病の合併がない。
- E 物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。
- F 自閉性障がいや他の広汎性発達障がいの既往歴があれば、統合失調症の追加診断は、顕著な幻覚や妄想が少なくとも1ヶ月存在する場合にのみ与えられる。

双極性障がい

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

- A 発症は急激で4～10日位で多弁、多動になり、睡眠時間も短縮し、遅くまで働き、朝早く目覚めて動き回る。
- B 気分は爽快で自信にあふれ、つぎからつぎへと考えが浮かんでくる（観念奔逸）。しかし、着想は単なる思いつきのことが多く、しかも途中でまた新しいことに手を出すため中途半端で終わってしまう。
- C 高価なものをたくさん買いこんで家計に破綻をきたすこともある。
- D 人によっては不機嫌で興奮しやすく、刺激的で怒りっぽく乱暴をすることもある。
- E 妄想が出現することもあるが内容は誇大的で超能力者、大学者、発明家であったり

うつ病

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

～うつ病の分類～

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

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

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

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

- A 発病は緩徐で2～4週間かけて進み、次第に元気がなくなり抑うつ、悲哀感に包まれる。
- B 思考は抑制され、興味関心が失われ活力が感じられなくなる。行動抑制も顕著で意欲も失われる。
- C 一般的にはつぎのような症状が見られる。
 - ① 集中力と注意力の減退 ② 自己評価と自信の低下 ③ 罪責感と無価値感 ④ 将来に対する希望のない悲観的な見方 ⑤ 自傷あるいは自殺の観念や行為 ⑥ 睡眠障がい ⑦ 食欲低下
- D なかには焦燥感がきわめて強く、希死念慮で片時も目の離せない「激越うつ病」と呼

ばれるものもある。

パーソナリティ障がい（人格障がい）

（人格障がいの種類）

人格障がいには3つのグループ10種類に分けられています。

クラスターA, B, Cという風にグループ分けられます。

- A 遺伝的に分裂病気質を持っていることが多く、自閉的で妄想を持ちやすく、奇妙で風変わりな傾向があり、対人関係がうまくいかないことがあります。ストレスが重大に関係することは少ないですが、対人関係のストレスには影響を受けます。
このグループに含まれるのは「妄想性人格障がい」「分裂病質人格障がい」「分裂病型人格障がい」の3つです。
- B 感情的な混乱の激しい人格障がいです。演劇的で、情緒的で、うつり気に見えることが多いです。ストレスにかなり弱い傾向があります。
このグループに含まれるのは「反社会性人格障がい」「境界性人格障がい」「演技性人格障害」「自己愛性人格障がい」の4つです。
- C 不安や恐怖感が非常に強い人格障がいです。まわりに対する評価や視線などが非常にストレスになる傾向があります。
このグループに含まれるのは「回避性人格障がい」「依存性人格障がい」「強迫性人格障害」の3つです。

（全般的診断基準）

上にあげた人格障がいには、それぞれに診断基準というものが存在しますが、これらの各類型ごとの診断基準にくわえて「全般的診断基準」というものを満たさないと、人格障がいがあるとは言えません。

つまり、この人は人格障がいがあるな（全般的診断）と感じると、次にどんなタイプの人格障がいだろう（類型ごとの診断基準）を見ていくのです。

全般的診断基準は以下の6項目からなります。

- A 次のうち二つ以上が障がいされている。
認知（自分や他人、出来事を理解し、考えたりすること）
感情（感情の反応の広さ、強さ、不安定さ、適切さ）
対人関係
衝動のコントロール
- B その人格には柔軟性がなく、広範囲に見られる。
- C その人格によって自分が悩むか社会を悩ませている。
- D 小児期、青年期から長期間続いている
- E 精神疾患（精神分裂症、感情障がいなど）の症状でもない。
- F 薬物や一般的身体疾患（脳器質性障がい）によるものではない。

知的障がい

- 1 知的障がいの度合い

知的障がいとは度合いによって、重度・中度・軽度に分けられます。

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

上記の式により、精神年齢(発達年齢)と生活年齢(実年齢)の比率をパーセンテージで算出し、50～70%は軽度知的障がい、35～50%は中度、20～35%は重度、20%以下が最重度と分類されます。

また、知能指数が70～85%の場合はボーダーラインであり、知的障がいと認定されない場合が多いです。

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

2 発達障がいと知的障がいの違い

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

知的障がいの診断は、知能テストなどで測定される「知的能力」と、社会生活を営むために必要な行動をとる力「適応能力」を元にします。

また、発達障がいは、「コミュニケーション能力」や「適応能力」などで診断します。知的障がいと発達障がいの診断では、重なる部分もあるのです。

3 自閉症と知的障がい

自閉症と知的障がいには、似たような症状があり、自閉症にも知的障がいがある場合もあります。

自閉症の症状があり、知的障がいの症状も顕著な場合、知的障がい者として認定される場合が多いです。

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

4 学習障がいと知的障がい

知的障がいと学習障がいにも、似ている症状がありますが、知能指数(IQ)が70以上で学習障がいの症状がある場合には学習障がいと診断され、70以下の場合には知的障がいと診断されます。

知的障がいは学習面も含めた全面的な知能の発達に遅れがあり、学習障がいは特定の学習に困難を生じます。

～知的障がいのチェック(成人)～

1 社会的能力

(1) お金の扱い

- 郵便局や銀行などの金融機関を利用できる
- 正しく両替はできるが、貯金などはできない
- いろいろの種類の貨幣を合わせて、500円にできる
- お金は使うが、正しく両替することはできない
- お金は使えないが、大切なものであることは知っている
- お金が大切なものであることを知らない

(2) 買い物

- 自分の衣類は自分で買う
- 自分の身につけるアクセサリなどの小物は、自分で買う
- そばについていなくても、お菓子や飲み物などの簡単な買い物をする
- ついていてやれば、買い物をする
- つきっきりで見えてやれば、買い物をする
- 買い物をしない

(3) 集会への参加

- 積極的に集会に参加し、規則に従って順番を守ったり、意見を適切に言うことができる
- ある程度は集会などに参加できるが、消極的であったり、引きこもったり、迷惑な行動や非協力的な行動をすることがある
- 集会などには参加したがらず、参加しても適切な集団行動ができない
- 話す時にとぎれたり、つかえたり、不規則に中断したりする。(どもりなど)
- 発音が不明瞭で、聞き取りにくい

2 地域資源の利用

(1) 移動

- 自分の住んでいる町内(地区内)ならば、迷わずに歩きまわることができる
- 迷わずに施設や学校の敷地内を歩きまわったり、家から数軒離れたところへ行ける
- 宿舎内、家の敷地内ならば歩きまわることができる
- 同じ建物でも、いつも生活しているところをちょっとでも離れると、迷子になってしまう

(2) 交通機関の利用

- 一人では長距離電車や長距離バスに乗れない
- 一人ではタクシーに乗れない
- 知らないところへの地下鉄や路線バスや電車などに乗れない
- 以前に連れていかれたような、良く知っているところへの地下鉄や路線バスや電車などにも乗れない
- この人にはあてはまらない。(移動不可能の場合など)

3 自律性(自己指南)

(1) 自発性

- 指示されなくても、ほとんどのことは自発的にする
- 自分がやるべきことの指示を求める
- きまりきったことなら、いちいち指示されなくてもする
- 指示されなければ何もしない

(2) 志向性

- 強制しないと何もしない
- 何もやる意欲がない
- 何事にも関心を示さない
- 途中で遊んだりして、やるべきことを最後までしない
- 人の助けを必要以上に求める
- この人にはあてはまらない。(全面的な介護を必要とする場合など)

(3) 中断や新たな仕事に対する耐性

- 作業中の課題を中断させ、別の課題に移行させられた場合、
- 不安や不満の徴候をみせず、別の課題にスムーズに移行できる

不安や不満の徴候を示し別の課題に取りかかるのをしぶるが何とか取り組める

かなり不満や抵抗を示し、しばらくの間は困難であるか、全く無理である

課題への意欲や理解力が低いため、特に不安や抵抗を示さない

(4) 活動意欲

与えられた課題は不平・不満などをみせず、指示されなくとも取り組むことができる

与えられた課題にすぐに飽きたり不平・不満の態度や表情をみせることが多い

課題を与えられても、励ましや指示がないとやろうとしない

(5) 仕事の責任感

頼まれた仕事は、内容が不十分の場合があるが、最後までやり通す

ほとんど途中で勝手にやめてしまうことが時々ある

ほとんど途中で勝手にやめてしまう

(6) 作業中の仲間からの影響

他の人がすぐそばにいても、影響されることなく作業を続けることができる

他の人がすぐそばにいと、作業に集中できなかつたり、視線を回避するなどの不

満げな行動を示し作業効率が低下する

他の人がすぐそばにいと、不適応行動を示し、著しく作業効率が低下する

4 健康と安全

(1) 食に関する問題

著しい偏食がある ・拒食をしばしばする ・異食をすることがある ・反芻をする

盗食をしばしばする ・嘔吐することが多い ・過食傾向にある ・多飲がみられる

(2) 排泄に関する問題

夜尿をしばしばする ・放尿をしばしばする ・トイレなどで壁に便ぬりや便いじりをする

(3) 睡眠に関する問題

床に入っても寝つきが悪いことが多い ・朝、著しく早く起きる ・夜中に起きてウロウロと徘徊する ・一晩中起きてウロウロと徘徊することがある

(4) 破壊行為、器物破損

特別に物を壊そうとは思っていないが、もののはずみで壊してしまうことが多い

こだわりの病状として破壊を行う

自分の要求が通らなかつたり、自分のペースで事が運ばなかつた時に物を壊すことがある

注意されたり叱られたりした後に、ストレスの発散や仕返しの意味で物を壊す

(5) 自傷

自分の要求が通らなかつたり、自分のペースで事が運ばなかつた時に自傷する

指示されたことをしないで、その後に自傷をする

周囲の人に自分の要求を伝えるために自傷をする

こだわりとしての自傷をする

特に理由なく自傷をする。(自己刺激行動としての自傷)

(6) 奇声、大声

何かをするように指示された時に奇声や大声を出す

奇声や大声を出す時間や時期に波がある

自分のしたいことができなかつたり、欲しい物が手に入らなかつたときに奇声や大声を出す

仲間から干渉や攻撃を受けたり意地悪されたときに奇声や大声を出す

よく理由が分からない場合に奇声や大声を出す

(7) 固執傾向に関する問題

特定の物にこだわる。(物をもって歩く, 触りにいくなど)

特定の人にこだわる。(その人を頻繁に見に行く, その人がいないと落ち着かないなど)

活動や生活の時間や時刻にこだわる。(決まった時刻に食事をしないと気がすまないなど)

特定の場所にこだわる。(その場所に頻繁に行く, その場所でないと気がすまないなど)

(8) 認知症または顕著な老化現象

老化も退行もみられず元気である

外見上は老化徴候が見られるが, 能力や行動量は落ちておらず元気である

外見上には老化徴候は認められないが, 能力や行動量は落ちている

外見上や能力の低下などから老化・退行がみられる

認知症の診断を医師から受けており, 病状が明らかにみられる

(9) 精神医学的な病状や問題行動の全般

内に閉じ込もりがちである 身体ゆすり 無気力 他傷。(暴力をふるう)

食べ過ぎ 独り言 情緒的に不安定になることがある 不衛生, 不潔

欲求不満をうまく処理できず, 物にあたりたりすねる 空想的発言, 虚言

爪かみ 嫌なことがあるとトイレによく行くなど, その場から逃避する

指しゃぶり 人前や適当でないところで身体を露出する 歯ぎしり

ヒステリー 吃音 被害妄想 自傷 暴言が多い

決められたことに遅れたり, さぼったりする 異食や特異な習癖がある

(10) 対人関係や性格, 行動の特性の全般

がんである 集団活動での一斉指示だけでは理解できない

発音が不明瞭で聞き取りづらい 感情の起伏が激しい 親しい友人がいない

特定の物や事柄にこだわる 取りかかりが遅い 交友関係が広がらない

急な変化を受け入れられなかったり, 気持ちの切り替えがうまくできない

好きな友人につきまとう 集中力, 持続力に欠け, すぐに飽きてしまう

友人に余計な世話をやく 自己中心的で, わがままである

時間やスケジュールにこだわる 集団活動の流れにのれない

友人をいじめる

思い通りにならないときや注意されると引きこもったりふくれたりする

友人からもいじめられる 友人よりも職員との関わりを強く求める

5 学習

(1) 読む

多少漢字のまざった本を読む

ひらがなで書かれた文章なら, だいたい読む

簡単な絵本や漫画を読む

「非常口」, 「立入禁止」, 「男」, 「女」などのいろいろな表示を読む

文字の見分けが多少はつく

まったく文字の見分けがつかない。

(2) 作文やハガキを書く

身近な事柄について簡単な日記や作文を書いたり, 自分から年賀状やハガキの宛名を書いて出すことができる(誤字脱字などの間違いはあっても構いません)

職員などから日記や作文, ハガキなどに記述する内容を, 口頭で言ってもらえると

- 自分で書くことができる
- 日記や年賀状などの決まった文章（成句）などを1～2行書くことができる（「今日は作業をしました」「あけましておめでとうございます」など）
 - 日記やハガキなどの見本を呈示されると書き写すことはできる
 - 文字を書くことができない
- (3) 言語理解
- 平仮名46文字が全て読める
 - 目と耳は両方ともどんな動きをするか知っている
 - わからない字があると尋ねる
 - 「お腹がすいたらどうする？」という質問に正しく答える
 - 赤, 青, 黄, 緑の全てがわかる
 - 「食べ物」の名前が, 9つ以上正しくわかる
 - 物の名前を聞いてその絵を指摘する
 - 「ちょうだい」と言うと, 手に持っている物をくれる
 - ことばによる指示に従うことがない
- (4) 概念
- 「無駄」の意味がわかる
 - 「同じ, 違う」の区別ができる
 - 「右, 左」の区別ができる
 - 「大きい, 小さい」の区別ができる
 - 「勝ち, 負け」の区別ができる
 - 「高い, 低い」の区別ができる
 - 上記した概念の理解ができない
- (5) 数
- 30個以上のものを数える
 - 「1つ」, 「2つ」と言いながら, 2個の物を数える
 - 10個のものを数える
 - 「1つ」と「たくさん」の区別がつく
 - 必要があれば, 4つくらいの数を処理する
 - 数についての理解がまったくない
- 6 余暇
- (1) 友人関係
- 数名の特定の仲間をゲームに誘ったり, 会話をするなど積極的に有効を求める
 - 数名の特定の仲間と交友を持とうとするが, 積極的にかかわろうとせず, 交流の社会的能力が低く, 長くかかわれない
 - 特定の仲間と社会的なかかわりをもとうとすることがない
- (2) 室内趣味
- 施設内や居室でするような趣味を3つ以上もっており, 一人で自由時間に援助されずに取り組んでいる
 - 施設内や居室でするような趣味や好きな行為が1つ以上あり, 職員に促されたり, 援助されて取り組める
 - 施設内や居室でするような趣味や好きな行為がなく, 職員もどんな趣味や活動に誘ってよいか考慮している。(誘えばとりあえず行うが, 本人の好みとは違っていることが多い)
 - 何に誘っても拒否的でふらふらと歩き回ったり, 特に文化的で目的々な行動をとることが難しい
- (3) 室外趣味

- 施設外や庭，ホールなどでするような趣味・活動を3つ以上もっており，一人で自由時間に 援助されずに取り組める
- 施設外や庭などでするような趣味や好きな行為が1つ以上あり，職員に促されたり，援助されて取り組める
- 施設外や庭などでするような趣味や好きな行為がなく，職員もどんな趣味や活動に誘ってよいか考慮している。(誘えばとりあえず行すが，本人の好みとは違っていることが多い)
- 何に誘っても拒否的でふらふらと歩き回ったり，特に運動や目的々な行動をとることが難しい

7 仕事

(1) 物の分類

- 数種類の部品などを呈示されて，間違えずに同じ物どうしを例示なしで指示されて箱に分類できる
- 数種類の部品などを呈示されて，間違えずに同じ物どうしを例示されていくつかは分類できる
- 同じものどうしの分類ができない

(2) 分類の誤り修正

- 数種類の部品などの仕分け作業の際，いくつか間違っただけで分類された物にすべて気づき直すことができる。数種類の部品などの仕分け作業の際，間違っただけで分類された物に1～2個気づき直すことができる。(全部は修正できない)
- 間違っただけで分類された物に気づくことがない

(3) 商品名のあいうえお順並べ

- 数種類の商品カード名をあいうえお順にすべて正しく並べることができる。
(【あさひ】，【よみうり】，【さんけい】，【とうきょう】，【まいにち】などのカード)
- 数種類の商品カード名をあいうえお順に職員の助言により並べることができる
- 商品カード名をあいうえお順に並べることが理解できないか，文字が読めない

(4) 技能水準

- かなづち，ドライバー，ペンチ，ドリルなどの簡単な工具を適切に使用できるか，または経験 がなくとも1～2度教えればすぐに使えるようになる
- 作業や活動で慣れた工具が1つ使える場合があるか，時々援助されると使うことができる
- 工具の使用は教えても理解できなかつたり，技術的に難しい

(5) 仕事の程度

- 道具や機械を使用しなければならない仕事ができる
- 庭掃除，床拭き，チリ拾いなどの簡単な仕事ができる
- まったく仕事はできない

(6) 全身の耐久性

- 荷物(みかん箱大，2kg程度)を持って，連続30分間以上歩ける
- 荷物(みかん箱大，2kg程度)を持ち，20～30mの距離を運べる
- 荷物(みかん箱大，2kg程度)を持ち上げられない

(7) 作業の継続性

- 30分以上一人で着実に作業することができる
- 少なくとも5分間一人で着実に作業に取り組める
- 一人では作業に取り組めない

(8) 作業効率

- 熟知した作業を継続して行う際，1時間単位の作業量を比較しても，ほぼ一定した

- 作業効率を維持することができる
- 最初の1時間や30分の作業量とその後で差がみられる
 - 作業が遅く、作業効率が一定しない

発達障がい

(1) 自閉症

自閉症とは、3歳位までに現れ、①他人との社会的関係の形成の困難さ、②言葉の発達の遅れ、③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障害。

(2) 高機能自閉症

高機能自閉症とは、3歳位までに現れ、①他人との社会的関係の形成の困難さ、②言葉の発達の遅れ、③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障がいである自閉症のうち、知的発達の遅れを伴わない。

(3) 学習障がい

学習障がいとは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態。

(4) 注意欠陥／多動性障がい（ADHD）

ADHDとは、年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力、及び／又は衝動性、多動性を特徴とする行動の障がいで、社会的な活動や学業の機能に支障をきたす。

12 介護力

12 介護力

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

- ① 介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。
- ② 家庭で、新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。
- ③ 在宅での生活が続けられるような支援を提案します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 定期的に介護する介護者がいない
- ② 介護者が、まわりの人に不満を感じている
- ③ 介護者が、介護することに負担を感じている
- ④ 介護者が、これからも介護を続けることができない

(3) 介護力

家庭によって環境が様々です。家庭介護が負担なくできているのか、関わっている家族のうち誰に負担がかかり、介護が続けられなくなる可能性があるかを把握するのは簡単ではありません。

家族等の介護は、高齢者の将来の見通しがたたなくなったり、死期が近づいたり、新たな病気や怪我が発症した時に、重い負担がかかることとなります。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) 課題検討の指針とケアの方向性

介護負担（下記の項目を参照）が認められれば、介護の改善、家族の代替介護を検討し、どの部分の介護を補えば負担が軽くなり、在宅生活が続けられるかを把握して提案します。

- ① 家族は、自分たちで対応できるかを疑問に感じている。
- ② 介護者は、今以上の役割を担うことができない。
毎日介護のために訪問することや特別な介護に対応できない。トイレ介助のような基本的な介助ができないなど。
- ③ 介護を分担して行っていたが、これからは十分でない、対応できない。
- ④ 家族は、今後とも高齢者の状態がどんどん悪くなると思っている。
- ⑤ 周囲に迷惑をかける問題行動がある。
- ⑥ 介護者は、周りの助けが適切でないと思っている。
- ⑦ 介護者は、穏やかな環境での介護を提供できない。
- ⑧ 高齢者の介護度が重度である。
認知やコミュニケーションの障がいも重度である場合、その度合いが高まります。
- ⑨ 介護者の健康状態が悪く、介護に支障がある。

1 3 居住環境

1 3 居住環境

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

利用者の健康状態、障がいの状況から見ての危険な環境状態、自立生活を阻害する環境状態を把握して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 照明
- ② 床の状態
- ③ 浴室やトイレの環境
- ④ 台所環境
- ⑤ 暖房や空調
- ⑥ 身の安全

(3) 居住環境

標準的な家屋の多くは元気な人を対象に造られ、虚弱な高齢者向けでないため、住環境そのものが危険なこともあります。

自宅での転倒の大部分は住環境に原因があり、住環境を適切に改善することにより転倒を防ぎ、転倒による障がいを減らすことができます。

また、住環境を改善することにより障がいを補い、ADLの自立度や生活の質(QOL)が高まる可能性があります。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

環境の危険性・不具合と、利用者の身体機能や認知、健康状態を考慮した上で、判断して対応します。

居住環境の点検

- ① 暖房や空調
- ② 照明
部屋が暗いため事故を防ぎます。
- ③ 床
すべる床と段差解消による転倒防止と移動支障を解消します。
- ④ 手すり
出入り口、階段、浴槽、廊下、トイレ便座の両脇等に手すりがあると、転倒が予防され、移乗時の自立性が高まる場合が多くあります。
- ⑤ コンロ
火を消し忘れる危険性が高い場合、特に注意を払う必要があります。
- ⑥ 熱湯

高齢者は熱湯で火傷をする危険性が高く、移動に障がいがあったり、動作が鈍いため、熱湯からすばやく身を守ることが難しくなります。

⑦ 家具や室内

椅子が硬めで、両側にひじ掛けがあれば簡単に安全に移乗できます。

⑧ 緊急通報

1人暮らしの高齢者の場合、特に転倒の危険のある高齢者の場合、緊急通報のペンダントが有用な場合があります。

移動や移乗に困難がある場合

- ① 部屋や廊下を歩行器が通れるような十分な幅を確保する。
- ② トイレを洋式にする、便座の高さを高くする。
- ③ 浴槽に腰掛け部分をつくる。
- ④ 頻繁に取り出す必要のある物は、踏み台にのぼったり、背伸びをする必要のない棚に置き換える。

14 特別な状況

14-1 虐待

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

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

(2) 課題把握のポイント

- ① 家族や現在介護をしてもらっている者に対して恐れをいただいている
- ② 説明がつかない怪我、骨折、火傷がある
- ③ 放置、暴力等の虐待を受けている（セルフネグレクトも含む）
- ④ 身体抑制を受けている
- ⑤ 財産が搾取されている

(3) 高齢者虐待

～権利侵害の背景～

- 1 障がい等により自分の権利を自分で守れない。
- 2 世話をする側とされる側の上下関係がある。
- 3 生活支援の場が密室になる。
- 4 認知症・高齢障がい者の理解が不足している場合がある。
- 5 権利擁護・人権感覚の理解が不足している場合がある。
- 6 自分で情報を集めて選び判断することが難しい。
- 7 人には「相性」がある。
- 8 後見のシステムがまだ一般化していない。

～高齢者虐待とは～

近年、高齢者の虐待について関心が高まっていますが、問題は十分に理解されているとは言えません。多様な状態を包括する定義は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」により明文化されましたが、すべてを包括するものではありません。高齢者の虐待には遂行（虐待）または放置（無視）があり、故意に苦痛を与えようとした場合と介護者あるいは虐待者の不十分な知識、燃え尽き、怠惰から無意識に苦痛を与えてしまう場合とがあります。

高齢者に対する不当な扱いは以下に分類されます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 身体的虐待
身体的苦痛や障がい（性的な虐待を含む）を与える。 ② 心理的（精神的）虐待
ひどい精神的苦痛（恥をかかせる，おびえさせることを含む）を与える。 ③ 放置（ネグレクト）（セルフネグレクト）
介護の義務の拒否や失敗（放置するのみならず，必要な食べ物や医療等のサービス，眼鏡などを与えないことを含む）。 ④ 経済的虐待
所持金や財産の不法，または不適切な搾取または使用。 |
|---|

虐待が起こりやすい状況は以下のとおりです。

- ① 高齢者の身体，認知障がい
- ② 高齢者の虐待者への依存
- ③ 虐待の高齢者への依存（特に経済的援助を受けるなど）
- ④ 虐待者の精神的状況（薬物乱用や精神疾患の既往など）
- ⑤ 家族の社会的孤立

「新たな適応力を必要とする新たな生活様式の変化(ストレスとなる生活上の出来事)」と「暴力の既往」の2つの要因は子供や夫婦間の虐待に関連することわかっていますが，高齢者の虐待との関連は今のところ明らかではありません。しかし，このことはケアプランを作成するときに考慮する必要があります。

（４）課題検討の指針とケアの方向性（市町村，地域包括支援センターの指針）

虐待の判断

- ① 虐待や放置，搾取を判断するためには，その頻度，継続時間，激しさ，重大性，結果を把握し検討します。
- ② 虐待を見分けるには，利用者自身の認識，つまり本人がその行動を虐待としてとらえているか，それを改めるための対応を受け入れる用意があるか，によって左右されることが多い。
- ③ 虐待と放置を確認するには以下を確認する必要があります。
 - ア 現時点での問題は何か。
 - イ 虐待，放置，搾取の危険性があるか。
 - ウ 問題の性質として激しいか，頻回に起こるか。
 - エ 危険性の緊急度はどうか。
 - オ 介護者が虐待者となりうるか。
 - カ 家族のケアは一貫性があるか。
 - キ 過去に介護者が暴力をふるったり，虐待や放置，搾取しているか。介護者は本人以外の他者に暴力をふるったことがあるか。
 - ク 在宅サービス（フォーマルサービス）は信頼できるか。
 - ケ 在宅サービスの機関のスタッフは，根底にある問題に対応する姿勢をとっているか。
 - コ 家族は問題を改めようとする用意があるか。
 - サ 虐待を行なっている者，または利用者に薬物依存はあるか。

- シ 状況は緊急を要するか。
- ④ アセスメントの目標は、以下を把握することです。
- ア 虐待、放置、搾取が起きているか。
 - イ 本人が自己の利益にそって意思を決定し、同時に自分で決定したことのもたらす影響について理解する能力があるか。
 - ウ 本人の危険性はどのようなレベルか。
 - エ 福祉、医療、裁判所による法的仲裁、保護等の緊急介入の必要性はあるか。
- ⑤ アセスメントの最初の段階は、虐待が本当にあるのかを確かめることです。介護者が善意を持っているにもかかわらず、迫害されている錯覚苦しんでいる高齢者もいます。このような高齢者は専門家による精神科的治療を受ける必要があります。

分析の方法

- ① 利用者との面接
- ② 利用者に脅迫的と受け止められない方法で面接し、虐待の訴えやアセスメント項目によって虐待を確認します。
- ③ 当初はできないかもしれないが、虐待しているかもしれない者は同席せず、本人と2人だけで話を聞くことが重要です。
- ④ 本人が不当な扱いを受けていると明確に言う（助けを求める。）ことが、介入するかどうかの決め手となります。
- ⑤ 本人が訴えを取り消す場合には、訴えの妥当性を判断します。
- ⑥ 利用者の意思決定能力を見極めます。
 - ア 記憶障がいや機能の問題があっても、自分の安全性に関して適切に意思決定することが可能である。ある一定期間ありのままの状態を観察し、高齢者の意思決定能力を評価すること。
 - イ そのうえで、現在の環境に利用者が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。

～緊急性が高いと判断できる状況～

1. 生命が危ぶまれるような状況が確認される，もしくは予測される
 - ・骨折，頭蓋内出血，重症のやけどなどの深刻な身体的外傷
 - ・極端な栄養不良，脱水症状
 - ・「うめき声が聞こえる」などの深刻な状況が予測される情報
 - ・器物（刃物，食器など）を使った暴力の実施もしくは脅しがあり，エスカレートすると生命の危険性が予測される
2. 本人や家族の人格や精神状況に歪みを生じさせている，もしくはそのおそれがある
 - ・虐待を理由として，本人の人格や精神状況に著しい歪みが生じている
 - ・家族の間で虐待の連鎖が起こり始めている
3. 虐待が恒常化しており，改善の見込みが立たない
 - ・虐待が恒常的に行われているが，虐待者の自覚や改善意欲がみられない
 - ・虐待者の人格や生活態度の偏りや社会不適応行動が強く，介入そのものが困難であったり改善が望めそうにない
4. 高齢者本人が保護を求めている
 - ・高齢者本人が明確に保護を求めている

(参考)「東京都高齢者虐待対応マニュアル」(東京都)

再アセスメント

- ① 定期的な再アセスメントは，虐待の証拠が決定的でない場合も含めてすべての利用者に必要です。

緊急体制を整える

- ① 利用者は援助を断ることもあります。断られた場合は、緊急の援助（電話番号、適切な通報・相談先）について情報を書面で知らせ、適切な相談受付と対応の体制をとる必要があります。

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（抜粋）

平成二十七年五月二十九日改正

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ、高齢者虐待の防止等に関する国等の責務、高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

（定義等）

第二条 この法律において「高齢者」とは、六十五歳以上の者をいう。

- 2 この法律において「養護者」とは、高齢者を現に養護する者であつて養介護施設従事者等以外のものをいう。
- 3 この法律において「高齢者虐待」とは、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。
- 4 この法律において「養護者による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。
 - 一 養護者がその養護する高齢者について行う次に掲げる行為
 - イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
 - ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人によるイ、ハ又はニに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。
 - ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
 - ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
 - 二 養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。
- 5 この法律において「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。
 - 一 老人福祉法に規定する老人福祉施設若しくは有料老人ホーム又は介護保険法に規定する地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは地域包括支援センター（以下「養介護施設」という。）の業務に従事する者が、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用する高齢者について行う次に掲げる行為
 - イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
 - ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
 - ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

ホ 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

ニ 老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業又は介護保険法に規定する居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護予防サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業若しくは介護予防支援事業（以下「養介護事業」という。）において業務に従事する者が、当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者について行う前号イからホまでに掲げる行為

6 六十五歳未満の者であって養介護施設に入所し、その他養介護施設を利用し、又は養介護事業に係るサービスの提供を受ける障がい者については、高齢者とみなして、養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する規定を適用する。

(国及び地方公共団体の責務等)

第三条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。

2 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう、これらの職務に携わる専門的な人材の確保及び資質の向上を図るため、関係機関の職員の研修等必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

3 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護に資するため、高齢者虐待に係る通報義務、人権侵犯事件に係る救済制度等について必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

(国民の責務)

第四条 国民は、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深めるとともに、国又は地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための施策に協力するよう努めなければならない。

(高齢者虐待の早期発見等)

第五条 養介護施設、病院、保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介護施設従事者等、医師、保健師、弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。

2 前項に規定する者は、国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めなければならない。

第二章 養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等

(相談、指導及び助言)

第六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止及び養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護のため、高齢者及び養護者に対して、相談、指導及び助言を行うものとする。

(養護者による高齢者虐待に係る通報等)

第七条 養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

3 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定によ

る通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。

第八条 市町村が通報又は届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(通報等を受けた場合の措置)

第九条 市町村は、通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、第十六条の規定により当該市町村と連携協力する者（以下「高齢者虐待対応協力者」という。）とその対応について協議を行うものとする。

2 市町村又は市町村長は、通報又は届出があった場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に、措置を講じ、又は、適切に、審判の請求をするものとする。

(居室の確保)

第十条 市町村は、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の規定による措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(立入調査)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは、介護保険法の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

2 前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(警察署長に対する援助要請等)

第十二条 市町村長は、前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとする場合において、これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは、当該高齢者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。

2 市町村長は、高齢者の生命又は身体の安全の確保に万全を期する観点から、必要に依り適切に、前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。

3 警察署長は、第一項の規定による援助の求めを受けた場合において、高齢者の生命又は身体の安全を確保するため必要と認めるときは、速やかに、所属の警察官に、同項の職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法その他の法令の定めるところによる措置を講じさせるよう努めなければならない。

(面会の制限)

第十三条 養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法第の措置が採られた場合においては、市町村長又は当該措置に係る養介護施設の長は、養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護の観点から、当該養護者による高齢者虐待を行った養護者について当該高齢者との面会を制限することができる。

(養護者の支援)

第十四条 市町村は、第六条に規定するもののほか、養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。

2 市町村は、前項の措置として、養護者の心身の状態に照らしその養護の負担の軽減を図るため緊急の必要があると認める場合に高齢者が短期間養護を受けるために必要となる居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(専門的に従事する職員の確保)

第十五条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するために、これらの事務に専門的に従事する職員を確保するよう努めなければならない。

(連携協力体制)

第十六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法に規定する老人介護支援センター、介護保険法の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

(事務の委託)

第十七条 市町村は、高齢者虐待対応協力者のうち相当と認められるものに、相談、指導及び助言、通報又は届出の受理、高齢者の安全の確認その他通報又は届出に係る事実の確認のための措置並びに養護者の負担の軽減のための措置に関する事務の全部又は一部を委託することができる。

2 前項の規定による委託を受けた高齢者虐待対応協力者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であった者は、正当な理由なしに、その委託を受けた事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

3 第一項の規定により通報又は届出の受理に関する事務の委託を受けた高齢者虐待対応協力者が通報又は届出を受けた場合には、当該通報又は届出を受けた高齢者虐待対応協力者又はその役員若しくは職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(周知)

第十八条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、通報又は届出の受理、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護、養護者に対する支援等に関する事務についての窓口となる部局及び高齢者虐待対応協力者の名称を明示すること等により、当該部局及び高齢者虐待対応協力者を周知させなければならない。

(都道府県の援助等)

第十九条 都道府県は、この章の規定により市町村が行う措置の実施に関し、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。

2 都道府県は、この章の規定により市町村が行う措置の適切な実施を確保するため必要があると認めるときは、市町村に対し、必要な助言を行うことができる。

第三章 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等

(養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置)

第二十条 養介護施設の設置者又は養介護事業を行う者は、養介護施設従事者等の研修の実施、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用し、又は当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備その他の養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする。

(養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る通報等)

第二十一条 養介護施設従事者等は、当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

3 前二項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われ

る高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

- 4 養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた高齢者は、その旨を市町村に届け出ることができる。
- 5 第十八条の規定は、第一項から第三項までの規定による通報又は前項の規定による届出の受理に関する事務を担当する部局の周知について準用する。
- 6 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈してはならない。
- 7 養介護施設従事者等は、通報をしたことを理由として、解雇その他不利益な取扱いを受けない。

第二十二條 市町村は、通報又は届出を受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該通報又は届出に係る養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する事項を、当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護施設又は当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護事業の事業所の所在地の都道府県に報告しなければならない。

- 2 前項の規定は、地方自治法の指定都市及び中核市については、厚生労働省令で定める場合を除き、適用しない。

第二十三條 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）

第二十四條 市町村が通報若しくは届出を受け、又は都道府県が報告を受けたときは、市町村長又は都道府県知事は、養介護施設の業務又は養介護事業の適正な運営を確保することにより、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護を図るため、老人福祉法又は介護保険法の規定による権限を適切に行使するものとする。

（公表）

第二十五條 都道府県知事は、毎年度、養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況、養介護施設従事者等による高齢者虐待があった場合にとった措置その他厚生労働省令で定める事項を公表するものとする。

第四章 雑則

（調査研究）

第二十六條 国は、高齢者虐待の事例の分析を行うとともに、高齢者虐待があった場合の適切な対応方法、高齢者に対する適切な養護の方法その他の高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援に資する事項について調査及び研究を行うものとする。

（財産上の不当取引による被害の防止等）

第二十七條 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（以下「財産上の不当取引」という。）による高齢者の被害について、相談に応じ、若しくは消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関を紹介し、又は高齢者虐待対応協力者に、財産上の不当取引による高齢者の被害に係る相談若しくは関係機関の紹介の実施を委託するものとする。

- 2 市町村長は、財産上の不当取引の被害を受け、又は受けるおそれのある高齢者について、適切に、老人福祉法の規定により審判の請求をするものとする。

（成年後見制度の利用促進）

第二十八條 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の

保護並びに財産上の不当取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

第五章 罰則

第二十九条 第十七条第二項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第三十条 正当な理由がなく、第十一条第一項の規定による立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは高齢者に答弁をさせず、若しくは虚偽の答弁をさせた者は、三十万円以下の罰金に処する。

14-2 ターミナルケア・緩和ケア

(1) ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割

在宅でのターミナルケア、緩和ケアを希望する、もしくは受ける利用者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。

介護保険と医療保険、その他公的・私的医療福祉制度なども活用します。

また、医療との連携が重要になるので、利用者本人と家族、主治医、病院、薬剤師、訪問看護ステーション、介護サービス事業所などとの綿密な打ち合わせ、話し合いによる合意と役割分担による対応をします。

(2) 課題把握のポイント

- ① 末期の病気であり、余命が半年以下である
- ② ターミナルケア・緩和ケアを受ける予定である（受けている）

(3) ターミナルケア・緩和ケアとは

末期状態にある人の広範囲なケアであり、回復を目的とした治療から、症状を緩和して残された日々の生活の質（ＱＯＬ）を向上や確保するためのケアに移行します。

ターミナルケア・緩和ケア

- ① 回復に向けた治療やケアから、ターミナルケア・緩和ケアに移行する区分は明確ではありません。
- ② ターミナルケア・緩和ケアを提供するには、概ね次の要件があります。
 - ア 本人・家族が希望していること
 - イ 介護者がいること
 - ウ 管理する医師を含めた、在宅医療体制が整っていること
 - エ いつでも入院できる受け入れ態勢があること
- ③ ターミナルケア・緩和ケアを提供する場合には、利用者とその家族の持つ多様なニーズ（症候・機能のこと、心理面のこと、社会的なこと、経済的なこと、環境の

ことなど)に配慮する必要があります。

- ④ 緩和ケアは、単に身体的な痛みを緩和することではなく、全人的な痛みに対応することです。
 - ア 身体的痛み
 - イ 精神的な痛み
 - ウ 社会的な痛み
 - エ 霊的・宗教的な痛み
- ⑤ ケアの目標は利用者のQOLの向上や確保、痛みの緩和、利用者及びその家族の希望などについて、身体的な限界の中で対応することです。
- ⑥ ターミナルケア・緩和ケアを受ける環境は、住んでいる地域の医療資源によって左右される場合があります。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

インフォームドコンセント

- ① インフォームドコンセントの重要性
緩和ケアを提供する場合には、常に利用者や利用者本人に代わって意思決定権のある家族などからの説明の上で了解を得ているかどうか重要です。
- 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 睡眠障がいについては、医師に相談して対応します。
 - ケ 認知障がいへ、原因への対応と、気持ちの安定に配慮します。
 - コ 焦燥感につて、原因に対応します。
 - サ 末期の呼吸について、起こりうる状況を把握して対応します。
 - シ けいれん発作への対応を確認します。
- ② 医療的なケア（薬の管理）
 - ア 服薬状況の変化を把握し、医師、薬剤師の指示を受けて対応します。
 - イ 鎮痛薬の使用について、医師、薬剤師の指示を受けて対応します。

- ③ 家族や介護者のケア
近い未来への不安，ストレスに配慮し，家族のニーズへの気を配ります。

2019. 01. 04. 文責：宮城県ケアマネジャー協会 小 湊 純 一。

在宅緩和ケアのための地域連携ガイド

緩和ケアにおけるケアマネジャーの役割

ケアプラン作成時の留意点

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

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

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

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

家族への配慮

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

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

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

家族が正常な悲嘆のプロセスをたどっていけるように、医療と福祉が連携して地域で支

えていくことが大切であり、緩和ケアの携わったケアマネジャーにもこういった役割があることを認識しておくことも大切である。家族が自らの喪失体験を肯定的に評価できるためには、まずは患者の療養中に、質の高い介護を提供できたかどうかの影響する。「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までもない。ただ、心情的には「かかりつけ医」の主治医に「看取り」に立ち会ってほしいという希望はあると思われる。本稿では、「在宅での看取り」に関して医師法第 20 条を紹介しながら、理解を深めていただきたい。

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

医師法第 20 条

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

ここで重要なのは、但書に関する以下の厚生省医務局長通知こそが、誤解や戸惑いの解決に

なるという点である。

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

標記の件に関し若干誤解の向きもあるようであるが、左記の通り解すべきものであるの
で、御諒承の上貴管内の医師に対し周知徹底方持に御配慮願いたい。

記

死亡診断書は、診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであるから、苟しくもその者が診療中の患者であった場合は、死亡の際に立ち会っていなかった場合でもこれを交付することができる。但し、この場合においては法第二十条の本文の規定により、原則として死亡後改めて診察をしなければならない。法第二十条但書は、右の原則に対する例外として、診療中の患者が受診後二四時間以内に死亡した場合に限り、改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付し得ることを認めたものである。

診療中の患者であっても、それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は、死体検案書を交付すべきである。

死体検案書は、診療中の患者以外の者が死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。

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

いずれにしても在宅死の取り扱い、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

エンドオブライフケア

1 訪問看護とは

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

～ 24時間・365日安心を支える訪問看護サービス ～

- ① 医師の指示による医療処置・治療上の看護
 - ・点滴・吸引吸入・胃瘻や経管による栄養・褥瘡予防と処置・服薬の管理観察・人工肛門・気管カニューレ・チューブ類の交換など
- ② 医療機器の管理
 - ・人工呼吸器・在宅酸素・輸液ポンプ等
- ③ 病状や健康状態の管理と看護
 - ・バイタルチェック・感染症の有無・心身の健康状態・障がいの状態など観察脱水や肺炎等の早期発見、助言
- ④ 療養生活の相談・支援
 - ・高血圧、糖尿病など慢性疾患等の自己管理支援
- ⑤ ターミナルケア
 - ・最後までその人らしい尊厳のある療養生活を送ることが出来るよう援助、苦痛や倦怠感など緩和のための看護や医療処置、精神的な支援を行う。緊急時の対応や看取りにかかわる支援を行う看取り後の遺族のグリーフケア
- ⑥ 在宅でのリハビリテーション看護
 - ・運動機能の回復、維持、低下予防・安楽な体位・嚥下機能回復、維持、低下予防・関節拘縮予防の支援助言・日常生活動作訓練・福祉用具利用相談や導入時は理学療法士等と連携
- ⑦ 認知症と精神障がい者の看護
 - ・認知症の症状を理解したうえで心身の健康状態を観察し、主治医と連携し服薬を調整し周囲とのコミュニケーションがスムーズにいくよう援助
 - ・家族や訪問介護・主治医と協働してケアを行う。
 - ・精神障がいでは、コミュニケーションに障がいがある場合が多いため、自分の生活や将来などを主体的に語れる機会をつくり援助する。
 - ・心身の健康状態を観察し服薬の管理、治療の継続、生活リズムの調整、必要なサービスの活用をアドバイスする。
- ⑧ 精神的看護
 - ・気分の落ち込みやうつ状態などの精神状態を把握し、気分転換やリラックス法、コミュニケーションの取り方などを助言
- ⑨ 介護予防など低栄養や運動機能低下を防ぐアドバイス
 - ・転倒を防止し残された能力が十分発揮できるように支援、体調維持するための栄養指導等行う。
- ⑩ ご家族等への介護支援・相談
 - ・安楽な介護方法の助言や、訪問介護員など他の職種と連携することで家族の介護負担を軽減し、より良い家族関係が保たれるように支援する。

2 在宅におけるターミナルケア（医療職の役割）

① 病名・病状・予後の説明について

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

② 病名・病状・予後を伝えることの利点

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

（真実を伝えたとの援助）

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

③ 人生の終末期をどのように過ごしたいか確認し支援する。

- ・本人の気持ち、家族の気持ち（病気をどう捉えてどうしたいと思っているのか、本人がわがままを言える関係性を作っていく）
- ・本人と家族が残された限られた時間の過ごし方を話し合うことができる。
- ・痛みや苦痛の緩和がなされ、QOLの向上が図れる。
- ・タイムリーな日常生活の支援や療養環境の整備
- ・身体がきれいできれいな気分で過ごせるよう支援

④ 家族介護の支援（不安なく介護できるように）

- ・家族等の介護力を評価し、自分たちが満足できる介護ができるように支援する。
- ・利用者家族の持つ多様なニーズが解決できるように支援する。（生活者として普段の生活が継続出来るように）在宅の支援者たちのネットワークがある。（情報の共有）

3 各専門職のターミナルケアの役割

① 医師の役割

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

最期、医師は死亡を確認して死亡診断書を作成。

② 薬剤師の役割

- ・薬の飲み方・使い方について薬剤師の視点でアドバイス

- ・薬の飲ませ方の指導を行い飲みやすい形の工夫をしてくれる
 - ・別の薬や特別な食品が服用中の薬に与える影響についての指導
 - ・薬の効果や不都合について、医療用麻薬の取り扱い方や保管方法について説明
- ③ 看護師の役割
- ・病状の観察（症状のコントロールが適切にできているかどうかの確認）
 - ・主治医への状態報告
 - ・日常生活の援助（必要により苦痛を緩和しながらの清潔の援助、食事指導、排泄のコントロール、環境整備等をする。）
 - ・緊急時の対応の確認や予測できる問題についての指導
 - ・困っていること、不安に思っていることへの相談
 - ・介護者への支援や精神的支援
 - ・介護職への情報提供
- ※ケアチームは情報を共有しそれぞれが役割を理解しサポートする意識が大切

4 ターミナル期の症状

- ① 終末期によくある症状
- ・苦痛の緩和（痛み、倦怠感、呼吸困難、浮腫み、痰の貯留）
 - ・食事摂取量の減少（食事摂取量に影響を与えるトラブルが起きていないか、回数や内容にこだわらない）
 - ・排泄に対する対応（排便困難、体力低下とともにトイレへ行けなくなる等）
 - ・睡眠に対する対応（不眠の原因に対応（症状のコントロール等）、傾聴、就寝前の足浴やマッサージ）
 - ・清潔に対する対応（身体に負担のかからない方法で 本人の希望を優先）
 - ・環境に対する対応（過ごす時間は家族のだんらんに近い場所で）
- ② 死期が迫った予兆
- ・昼夜関係なく眠っていることが多くなる（就寝中の無呼吸出現）
 - ・時間や場所や愛する人の認識の混乱、幻影をみる（せん妄状態）
 - ・食欲低下 全身の倦怠感（身の置きどころがない）
 - ・苦痛を訴えることが少なくなる
 - ・尿量の減少、尿や便の失禁
 - ・手や足先の冷感 皮膚が冷たい 身体の下になっている部分にチアノーゼ
 - ・呼吸時のガラガラ、ゴロゴロという音（喘鳴）
 - ・身体の不随運動、ピクピク動く
- ※以上のような兆候が現れ始めた時、介護に携っている介護者は医療チームに連携を取る（情報提供）
- ③ 患者が死亡したという兆候
- ・皮膚刺激や話しかけても反応がない
 - ・呼吸や心拍がない
 - ・眼球が動かない、瞳孔が拡大する
 - ・顎が弛緩し、口がわずかに開かれる
 - ・大小便の失禁
- ※慌てず、家族・医師、医療チームに連絡
看取りの合意がある場合、心肺停止や呼吸停止が起こった時、患者の負担となる蘇生術は行わない

5 訪問看護サービス利用の仕方

① かかりつけ医の「訪問看護指示書」が必要

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

- ② 要介護者等に対する訪問看護は原則介護保険
- ③ 要介護認定で「非該当」は医療保険の訪問看護サービス
介護の必要性が低く「非該当」と判定されると、医療的なケアの必要性で医療保険で訪問看護のサービスを受けられる
- ④ 医療保険対象者
厚生労働大臣が定める疾病等、癌の末期、急性増悪期（特別訪問看護指示書）

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

- ⑤ 介護保険での訪問看護
65歳以上で、要介護・要支援になった人、40～64歳で、加齢に伴う特定疾病によって要介護・要支援になった人

特定疾病

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

- ⑥ 医療保険の訪問看護
厚生労働大臣が定める疾病等の方、癌末期や急性増悪期の方

厚生労働大臣が定める疾病等

癌末期、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン舞蹈病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性

麻痺，大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重傷度分類がステージⅢ以上であって生活機能障がい度がⅡ度又はⅢ度のものに限る，多系統萎縮症（線条体黒質変性症，オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群），プリオン病，亜急性硬化性全脳炎，ライソゾーム病，副腎白質ジストロフィー，脊髄性筋萎縮症，球脊髄性筋萎縮症，慢性炎症性脱髄性多発神経炎，後天性免疫不全症候群，頸髄損傷，人工呼吸器を使用している状態

⑦ 訪問看護は週に何回可能か？

- ・医療保険では通常，週3日まで
- ・急性増悪期はひと月に14日間以内であれば毎日可能
- ・難病，癌の末期は連日複数回可能

引用文献

「訪問看護活用ガイド」 財団法人在宅医療助成勇美記念財団
「訪問看護業務の手引き」 社会保険研究所

2018. 12. 25. 《エンドオブライフケア》文責：内田裕子

利用者名： _____ 様

ケアプラン策定のための課題検討用紙（居宅）

アセスメント基準日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

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、改善（回復）の可能性、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							
	② 主傷病							
	③ 症状							
	④ 痛み							
	⑤ その他							
2. ADL	① 寝返り							
	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							
	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							
5. コミュニケーション能力	① 意思の伝達							
	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							
	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。

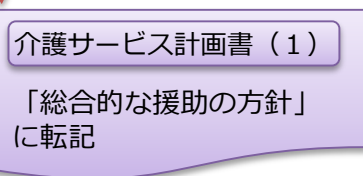
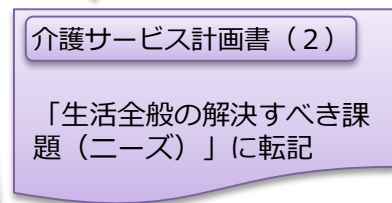
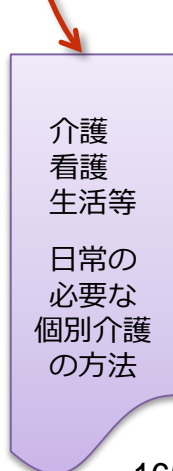
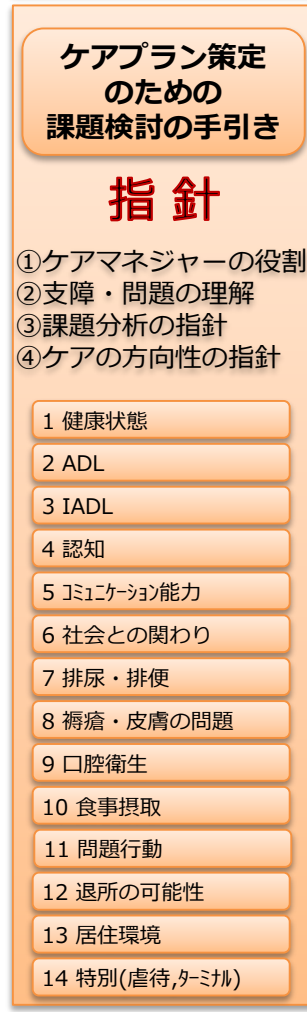
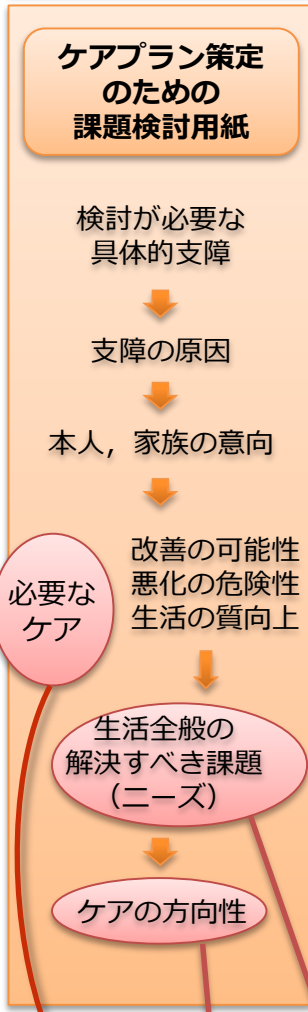
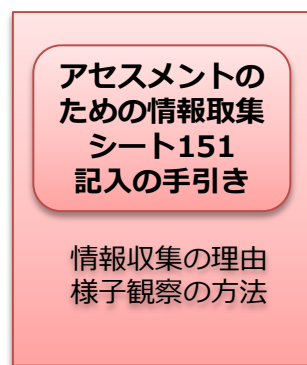
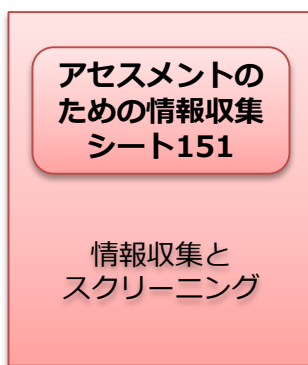
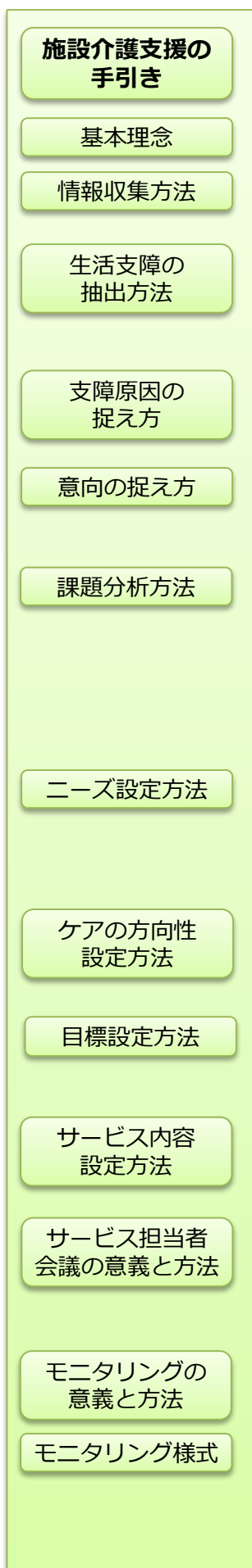
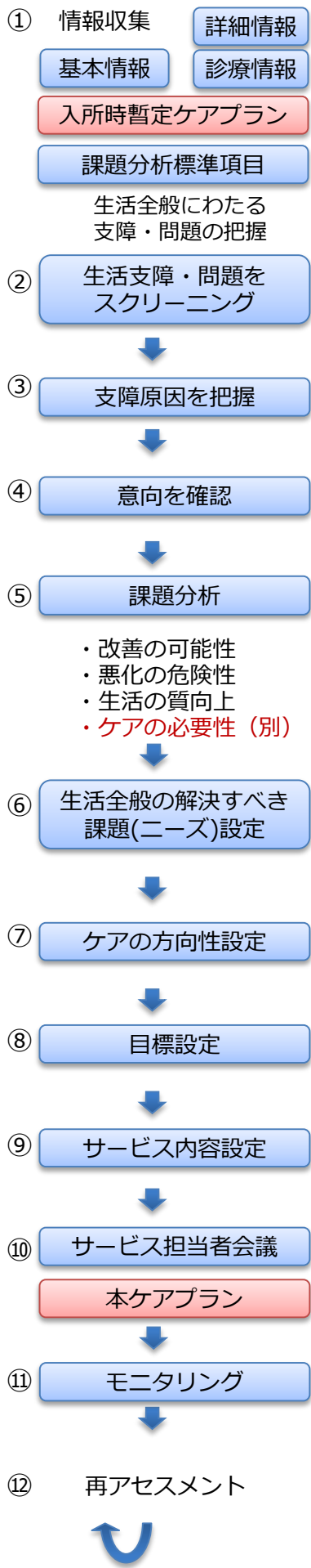
項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人、家族の意向	自立に向けた、改善（回復）の可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	ケアの方向性
7. 排尿・排便	① 失禁の状況							
	② 排尿排泄後の後始末							
	③ コントロール方法							
	④ 頻度							
	⑤ その他							
8. 褥瘡・皮膚の問題	① 褥瘡の程度							
	② 皮膚の清潔状況							
	③ その他							
9. 口腔衛生	① 歯の状態							
	② 口腔内の状態							
	③ 口腔衛生							
10. 食事摂取	① 栄養							
	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							
	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							
	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							
	② 危険個所等							
14. 特別な状況	① 虐待							
	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。

施設

- ◎ ケアマネジメントの過程（施設）
- ◎ 施設介護支援の手引き
- ◎ アセスメントのための情報収集シート 151 記入の手引き
- ◎ アセスメントのための情報収集シート 151 用紙
- ◎ 施設ケアプラン策定のための課題検討の手引き
- ◎ 施設ケアプラン策定のための課題検討用紙

施設ケアマネジメントの過程 (考え方の指針と様式)



施設介護支援の手引き

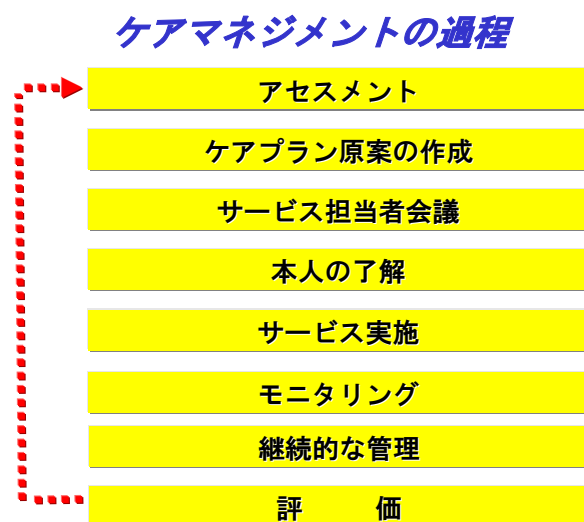
- I 依頼を受ける
- II アセスメントする
- III ケアプランの原案を作る
- IV サービス担当者会議をする
- V モニタリングする
- VI 再アセスメントする

振り返る（チェックする）

宮城県ケアマネジャー協会

施設介護支援の手引き

2008/12/04 (改訂 2015. 12. 25. 改訂 2019. 01. 04.)



「施設介護支援の手引き」は、施設介護支援が、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あります。

結果として、施設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。

※「施設介護支援の手引き」は、「アセスメントのための情報収集シート151」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、「施設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。

※「施設介護支援の手引き」は、施設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、施設介護支援の最低基準です。

Ⅰ 施設の役割，入所

2018. 04. 01. 現在

1 施設サービスの取扱方針

(1) 指定介護老人福祉施設の運営基準（抜粋）

（基本方針）

第一条の二 指定介護老人福祉施設は，施設サービス計画に基づき，可能な限り，居宅における生活への復帰を念頭に置いて，入浴，排せつ，食事等の介護，相談及び援助，社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話，機能訓練，健康管理及び療養上の世話を行うことにより，入所者が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することを目指すものでなければならない。

- 2 指定介護老人福祉施設は，入所者の意思及び人格を尊重し，常にその者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努めなければならない。
- 3 指定介護老人福祉施設は，明るく家庭的な雰囲気有し，地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い，市町村，居宅介護支援事業者，居宅サービス事業者，他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）

第十一条 指定介護老人福祉施設は，施設サービス計画に基づき，入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう，その者の心身の状況等に応じて，その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。

- 2 指定介護福祉施設サービスは，施設サービス計画に基づき，漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。
- 3 指定介護老人福祉施設の従業者は，指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては，懇切丁寧を旨とし，入所者又はその家族に対し，処遇上必要な事項について，理解しやすいように説明を行わなければならない。
- 4 指定介護老人福祉施設は，指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては，当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き，身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。
- 5 指定介護老人福祉施設は，前項の身体的拘束等を行う場合には，その態様及び時間，その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- 6 指定介護老人福祉施設は，身体的拘束等の適正化を図るため，次に掲げる措置を講じなければならない。
 - 一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を三月に一回以上開催するとともに，その結果について，介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
 - 二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - 三 介護職員その他の従業者に対し，身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。
- 7 指定介護老人福祉施設は，自らその提供する指定介護福祉施設サービスの質の評価を行い，常にその改善を図らなければならない。

（施設サービス計画の作成）

第十二条 指定介護老人福祉施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

- 2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員（以下「計画担当介護支援専門員」という。）は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。
- 3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所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。
- 4 計画担当介護支援専門員は、前項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、入所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、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所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。
- 5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、指定介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、指定介護福祉施設サービスの内容、指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。
- 6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に当たる他の担当者（以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
- 7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。
- 8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。
- 9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。
- 10 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
 - 一 定期的に入所者に面接すること。
 - 二 定期的モニタリングの結果を記録すること。
- 11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
 - 一 入所者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合
 - 二 入所者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- 12 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

（介護）

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

- 2 指定介護老人福祉施設は、一週間に二回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきししなければならない。
- 3 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。
- 4 指定介護老人福祉施設は、おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。
- 5 指定介護老人福祉施設は、褥瘡じよくそうが発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。
- 6 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、前各項に規定するもののほか、離床、着替え、整容等の介護を適切に行わなければならない。
- 7 指定介護老人福祉施設は、常時一人以上の常勤の介護職員を介護に従事させなければならない。
- 8 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その負担により、当該指定介護老人福祉施設の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

（食事）

- 第十四条 指定介護老人福祉施設は、栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供しなければならない。
- 2 指定介護老人福祉施設は、入所者が可能な限り離床して、食堂で食事を摂ることを支援しなければならない。

（相談及び援助）

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

（社会生活上の便宜の提供等）

- 第十六条 指定介護老人福祉施設は、教養娯楽設備等を備えるほか、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。
- 2 指定介護老人福祉施設は、入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続について、その者又はその家族において行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行わなければならない。
 - 3 指定介護老人福祉施設は、常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。
 - 4 指定介護老人福祉施設は、入所者の外出の機会を確保するよう努めなければならない。

（機能訓練）

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

（健康管理）

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

2 介護保険サービスの仕組み・理念を説明します。

(1) 基本理念

高齢者ケアの基本理念 ～自立支援～

1 残存能力活用（能力発揮）支援

本人の自己解決能力に着目して、個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を支援及び自立を促進する目的で関わります。

できるところも代行してしまうと、その時は喜ばれるかもしれませんが、能力の発揮を妨げ、依存性を高めてしまう場合があります。

2 自己決定支援

選択可能な、個人を尊重した個別的対応や方法を事前に提案してお知らせし、本人の自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者でなく本人です。

自己決定と自己責任は違います。

自分で決める能力を評価し、判断が難しければ後見人（家族等）等が変わりに決定する場合もあります。

3 あたりまえの生活支援

本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても、その人の生活を維持・継続していけるよう、相手の生活の継続性を尊重して関わります。

広く、保健・医療・福祉・介護・法律等、生活全般にわたる連携により支援します。

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。

3 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。

※ 1 新規入所の場合は暫定ケアプランを作ってサービスを開始します。

※ 2 入所後、概ね1週間様子観察をして情報を集めてアセスメントし、概ね二週間後に本プラン（ケアプランの原案）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断書・診療情報提供等によって得ます。

※ 1 アセスメントのための情報収集シート 151 参照。

2 生活全般（課題分析標準項目）の能力評価、環境の評価をします。

- ・ 転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時 …等
- ・ 身体を支えられれば4～5メートル歩く。2週間前までは杖を使って自力で歩いていた。…等、具体的状況を把握します。

- ※ 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。
- ※ 具体的状況と気付いたコメントを情報収集シートの「具体的状況」の欄に記入します。

3 具体的状況が生活に支障があるかどうか、詳しく検討する必要があるかどうか判断します。

- ※ 生活の支障があると判断、検討の必要があると判断をした場合は「検討」の欄に○を付けます（支障がない場合は×を付けます。）。（スクリーニング）
- ※ その支障はあくまでも本人の支障であり、介護スタッフの支障ではありません。
- ※ 太字の数字の項目で、○が付いた具体的状況を、課題検討用紙の「検討の必要な具体的状況」に転記します。（細字の項目は、検討する時の参考にします。）

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

※ 1 医療面については，主治医・嘱託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) 実現可能なことを聞く

(2) 介護保険の理念に沿った意向を聞く

「また自分で歩けるようになりたい。」「自分で着替えができるようになりたい。」
「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）

「何もしないで寝ていたい。」「全てお任せします。」「何も希望がありません。」

(3) 言い換えて整理してみる

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

(4) 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。

(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
- ② 今の状態を続けられるようにする必要があるのか
- ③ 悪化を予防，低下するのを予防する必要があるのか

(2) 必要な介護，必要な医療対応を把握する。

- ① 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する。
- ② 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する。

**※ 必要な介護については『必要な介護と留意事項』として整理し，
ケアプランに基づく介護と区別する。**

③ 主治医・嘱託医からの指示のある医療的管理について把握する。（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，改善（回復）の可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性」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る。
- 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和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する。また，必要性を本人の意向に沿って言い換えて，本人の了解を得る。
- ① 歩行練習が必要である ⇒ また散歩できるようになりたい
 - ② 乗り移りの際，転ぶ危険性がある ⇒ 安全に車椅子に移れるようになりたい
 - ③ 部屋に一人でいる時間が長く，落ち込みが進む危険性がある ⇒ 気の合う人と楽しく過ごしたい
 - ④ 病気の観察が必要である ⇒ 健康で過ごしたい
- (3) 本人の意向がとれなければ，必要性をニーズにする。
- ① 床ずれの予防が必要です
 - ② 転倒による怪我の予防が必要です
 - ③ 麻痺足の拘縮を予防する必要があります
 - ④ 誤嚥を予防する必要があります
- * 家族の想いを反映する場合
- ・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，施設サービス計画書（2）の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に転記します。

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 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。お風呂に入れるようにします。
 - イ 機能訓練により，下肢機能が改善するようにします。
 - ウ 出来るだけ早く，床ずれを治すようにします。・・・など。
- ※ 1 課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入し，施設サービス計画書（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： 短期目標は概ね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する。

- ① 5mぐらい自力で歩けるようになる
- ② 自分で布団をかけられる
- ③ ベッドサイドレールに掴まって寝返りできる
- ④ 話し相手ができる

(2) 本人の目標にする（職員の目標にしない）。

- 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 話しかけを多くする ⇒ 会話ができる

(3) きれいな言葉を並べるのではなく、具体的な目標にする。

- 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く

更衣支援、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、体位変換、など。

3 担当者、頻度、期間設定のポイント

(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する。

(2) 期間は短期目標と同じにする。

4 総合的な援助方針を設定します。

(1) 短期目標は本人の目標だが、援助の方針はサービス提供者の方針。

(2) 「～できるようにします。」 「～を支援します。」などと整理する。

(3) ニーズと目標を整理して，箇条書きに整理して書く。

(4) ニーズと目標を整理して，まとめて文章にして書く。

『ケアプランの原案』

利用者本人（家族）と話し合い，担当するスタッフと調整を済ませ，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・家族の参加による開催が適当であり、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) ケプラン（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。

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（施設）

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

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。

※ サービス担当者（ケアマネジャー、ケアワーカー、看護婦、栄養士、相談員、施設長他）としての意見を述べます。

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（演習）

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等を得る。
- 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) 必要性と利用者本人（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（職員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

必要な介護と留意事項

年 月 日

氏名		様	意思疎通の方法	
----	--	---	---------	--

	必要な介護	介護方法・留意事項	自立状況等
移動 乗			
水分補給 食事 口腔ケア			
排泄 体位交換			
入浴			
更衣			
整容			
備考			

介 護 項 目

<p>1 移動</p> <p>①車椅子介助 ②リクライニング車椅子介助 ③歩行器介助 ④杖歩行介助 ⑤歩行介助</p>	<p>6 排泄</p> <p>①トイレ介助 ②ポータブルトイレ介助 ③尿器介助 ④おむつ交換 ⑤尿カテーテルの後始末 ⑥ストマの後始末</p>
<p>2 移乗</p> <p>①移乗介助 ②リフト移乗介助</p>	<p>7 体位変換</p> <p>①体位変換介助</p>
<p>3 水分補給</p> <p>①水分補給介助</p>	<p>8 入浴</p> <p>①一般浴介助 ②リフト浴介助 ③特浴介助 ④清拭介助</p>
<p>4 食事</p> <p>①食事介助 ②麺類食事介助 * 経管栄養 * 胃ろう * 中心静脈栄養</p>	<p>9 更衣</p> <p>①更衣介助</p>
<p>5 口腔ケア</p> <p>①口腔清潔介助</p>	<p>10 整容</p> <p>①整髪介助 ②洗顔介助 ③洗髪介助 ④爪きり介助</p>

病気と看護の留意事項

年 月 日

ユニット名		氏名		担当者	
-------	--	----	--	-----	--

病名	
嘱託医の指示	
看護内容	
介護する上での留意事項	

服薬状況

薬剤名	量	効能

生活支援シート

年 月 日

ユニット名		氏名		担当者	
-------	--	----	--	-----	--

生活する上での 希望, 要望, 心配事, 問題, その他	
生活する上での 支援の必要性	
対応の方針	
対応の具体的方法	

2019. 01. 04. 文責：小 湊 純 一。

アセスメントのための情報収集シート151（施設）記入の手引き

利用者氏名	基準日	担当者名
様	アセスメントの基準となる日を記入します。（記録した日。1週間、3ヶ月の基準となる日。）	担当するケアマネジャー等の名を書きます。

- ※ 1. 「具体的状況」の欄には、情報項目に関しての能力評価をしてその状況を記入します。生活の支障がある場合はその具体的状況と気付いたコメントを記入します。（例えば：身体を支えられれば4～5メートル歩く。2週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等）
- ※ 2. 「検討」の欄は、具体的状況が生活に支障がある場合や、詳しく検討する必要があると判断した場合は○を付けます（支障がない場合は×を付けます。）。
太字の番号で、○が付いた「具体的状況」を、課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記し、「自立に向けた改善（回復）の可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性」を検討します。（細字の項目は、検討する時の参考にします。）
- ※ 3. *の付いた項目は、概ね3ヶ月間の状況で判断します。それ以外は1週間前後の状況で判断します。
- ※ 4. 可能性の提案をしながら、その領域に関する生活の意向を把握し、課題検討用紙の「本人、家族の意向」に転記します。（生活上の支障がない領域に関する「意向」は、聞き取る必要はありません。）

1 健康状態

No	情報項目	把握のポイント
観察・管理の必要な病気 ※本人のADL、認知、気分、行動、治療、看護、死等に関連のある、ケアスタッフが観察・管理が必要な病気を把握します。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。 ※診断書、主治医意見書、主治の医師からの診療情報提供書により確認します。		
1	内分泌・代謝・栄養	糖尿病、甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症
2	心臓・循環器	動脈硬化性心疾患、不整脈、うっ血性心不全、深部静脈血栓症、高血圧症、低血圧症、抹消循環障害、他の心血管障害
3	筋骨格	関節炎、大腿骨骨折、四肢いづれかの欠損・切断、骨粗しょう症、病的骨折

4	神経	アルツハイマー型認知症, 失語症, 脳性麻痺, 脳血管障害, アルツハイマー型認知症以外の認知症, 片側不全麻痺/片麻痺, 多発性硬化症, 対麻痺, パーキンソン症候群, 四肢麻痺, ダウン症候群, ダウン症以外の精神遅滞や発達遅滞, てんかん発作, 一過性脳虚血発作, 頭部外傷
5	精神	不安障害, うつ病, そううつ病, 統合失調症
6	呼吸器	喘息, 肺気腫/慢性閉塞性肺疾患
7	感覚器	白内障, 糖尿病性網膜症, 緑内障, 黄斑変性
8	感染症	抗生物質耐性菌感染, クロストリジウムディフィシレ菌, 結膜炎, HIV感染, 肺炎, 呼吸器感染, 敗血症, 性感染症, 結核, 尿路感染症, ウイルス性感染, 創感染
9	その他	アレルギー, がん, 貧血, 腎不全, 脱水, その他
症状 ※健康や健康状態に影響する症状を記録し, 病気や事故, 機能低下の原因を把握します。		
10	身体症状 (急な体重増減, 呼吸困難, 脱水/過剰排出, 水分不足/摂取不足, めまい, 浮腫, 発熱, 吸引, 失神, 不安定な歩行, 嘔吐等)	健康や健康状態に影響する症状があるか。
11	精神症状 (妄想, 幻覚)	妄想, 幻覚などの精神症状があるか。
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。		
12	痛みの頻度	毎日なのか。1日に何回位あるのか。
13	痛みの強さ	耐え難い痛みなのか? どのような痛みなのか。
14	痛みの箇所	背部・腰痛, 骨の痛み, 活動中の胸痛, 頭痛, 股関節中, 手術創の痛み, 関節痛, 軟部組織の痛み, 胃痛, その他
転倒 ※転倒や怪我の危険性を把握します。記録だけに頼らず, 本人にも確認します。		
15	1ヶ月以内の転倒	回数とその状況を記録します。
16	3ヶ月以内の転倒	回数とその状況を記録します。

17	3ヶ月以内の大腿骨骨折	その状況を記録します。
18	3ヶ月以内のその他の骨折	その状況を記録します。
状態の安定性 ※病気や健康状態が急性か、不安定か、悪化しているかを把握します。		
19	疾病などの原因で状態が不安定	不安定、変動、悪化しているか。
20	急性疾患、持病の悪化	急性期の病気、持病が悪化したか。
21	ターミナル	末期の病気か。
特別な治療 ※特別な治療やケアについて把握します。		
22	治療・ケア	抗がん剤療法、透析、点滴、水分インアウトチェック、急性期の観察、瘻のケア（胃瘻・腎瘻・人口肛門等）、酸素療法、吸引、気管切開口のケア、輸血、レスピレーター、アルコールの治療、認知症のケア、緩和ケア、感染症隔離、退所のための生活訓練
23	リハビリテーション	言語療法、作業療法、理学療法、呼吸療法、精神療法について、どの程度実施したか。
病状の変化		
24	入院*	3ヶ月間に1日以上入院したか。その回数
25	緊急受診*	3ヶ月間に病院の緊急外来を受診したか。その回数は。
26	異常な検査結果*	3ヶ月間に異常な検査結果があったか。
27	医師の診察	医師の診察を受けたか。
薬		
28	新しい処方*	3ヶ月間に新しい処方を受けたか。
29	注射状況	注射を受けたか。
30	服薬状況（別表）	薬の種類と効能を記録する。
健康状態に関する意向 （本人）（家族）		

2 ADL

ADL ※利用者本人の日常生活動作の能力を評価します。介助する側の状況ではなく本人の状況です。動作分割により確認すると良いです。		
31	寝返り	横になった状態からどのように寝返りするか。
32	起き上がり	横になった状態からどのように起き上がるか。

33	乗り移り	ベッドからどのように椅子や車いすに移るか。その逆はどうか。また、ベッドや椅子からどのように立ち上がるか。	
34	歩行（室内）	どのように部屋の中を歩くか。	
35	歩行（廊下）	どのように廊下を歩くか。	
36	施設内の移動	どのように自分の部屋から廊下等、施設内を移動するか。（車いすなら乗り移った後に）	
37	施設外の移動	どのように自分の棟から別棟や屋外等、施設外を移動するか。（車いすなら乗り移った後に）	
38	上半身の更衣	どのように服を着たり脱いだりするか。（ファスナーやセーターを含む）	
39	下半身の更衣	どのようにズボンを履いたり脱いだりするか。（ベルトやスカートを含む）	
40	食事	どのように、食べたり飲んだりするか。経管栄養等の摂取も含む。	
41	排泄の状況	トイレ（ポータブルトイレ、便器や尿器を含む）の使用、排泄後の始末（おむつの交換、失禁の始末）、人口肛門や尿カテーテルの管理、衣類を整える等はどうか。	
42	排泄の際の移乗・移動	どのようにトイレ（ポータブルトイレ）に移乗するか。	
43	整容	髪をとかす、歯を磨く、髭を剃る、顔や手を洗う動作はどうか。	
44	入浴	どのように入浴・シャワー・清拭をするか、体のそれぞれをどう洗うか。	
45	バランス	装具や介助なしで立っている状態のバランス（立位バランス）と、椅子の背もたれや、肘掛に頼らないで座っている状態でのバランス（座位バランス）。	
	可動域の制限 ※関節可動域の制限、随意運動の障害について把握します	可動域制限	自発運動
		日常生活に支障のある可動域の制限。	動作をしようとした時におきる運動障害
	46	首	首の可動域
	47	腕	肩や肘も含む
	48	手	手首や指も含む
	49	脚	股関節や膝も含む
50	足	足首やつま先も含む	

	51	その他	脊椎や顎, その他の関節
52	移動の方法		移動するために利用した器具や装具, 介助等。また, 通常が車椅子か。
53	移乗の方法		ベッドから椅子等への移乗する時に利用した器具, 装具, 介助等
54	動作分割による自立動作		動作を細かく分けてどのように援助され, 出来ているか。
リハビリテーションの状況 ※OT・PT等リハビリの <u>専門職以外のスタッフ</u> から, どの程度機能維持・回復の訓練を受けているかを把握します。			
55	他動可動域訓練		スタッフが, 上肢や下肢等を, 間接を支点にして動かす訓練。
56	自動可動域訓練		スタッフの見守りや支援のもとに自分で動かす訓練。
57	装具装着援助		装具の使い方, 使っての評価, 不具合の修正等。
58	生活訓練		スタッフによる繰り返しの動作援助。寝返り起き上がりの動作, 乗り移りの動作, 歩行, 更衣・整容, 摂食・嚥下, 意思疎通, 自己管理等。
自立度改善の可能性 (意欲があれば○)			
59	自立度改善の本人意識		本人が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。意欲があるか。
60	自立度改善の介護者意識		介護者が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。支援の意欲があるか。
61	自力動作の遅さ		自力での動作が非常にゆっくりか。
62	支援が朝夕で異なる		朝 (午前) と夕方 (午後) で支援の必要性の変化があるか。
ADLの変化			
63	ADLの変化*		約3ヶ月間のうちの低下・悪化はあるか。
ADLに関する意向 (本人) (家族)			

3 IADL

IADL ※施設内で自立した生活を営むための機能を把握します。 ※「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。(低, 中, 高…等)		
	現 状	困難度

64	簡単な調理	簡単なおやつを考える，準備する，調理する，配る等の動作はどうか。	
65	家事一般（掃除，洗濯，整理等）	食後の後片付け，居室の掃除，ベッドまわりの整理，部屋衣類の整頓，簡単な洗濯等の動作はどうか。	
66	金銭管理	支払い，小遣い等の管理ができるか。	
67	薬の管理	服用の時間，袋から取り出し，処方通り服用等の動作はどうか。	
68	電話使用	自分で掛けたり受ける等の動作はどうか。	
69	買い物	必要なものを自分で選び支払うことはどうか。	
70	交通手段の利用（使う必要のない場合も×）	どのように乗り物に乗るか。	
71	I A D L の変化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化はあるか。	
I A D L に関する意向 (本人) (家族)			

4 認 知

記憶 ※最近と遠い過去のことを覚えている能力を把握します。			
72	昏睡状態	昏睡，植物状態と診断されているか。	
75	①複雑性注意	気が散る，物事に集中できない，ボーっとしている，動作がゆっくり，反応にムラがある，半側空間無視，眠る時間が増える，起きていても眠い，感情のコントロールができない，匂いや音に気がつかない，過敏に反応する，疲れやすい，等があったか。	
	②実行機能	手順がわからなくなる，失敗しても気がつかない，家事が単純になる，買い物に行ってもどうしたら良いかわからなくなる，料理の手順がわからなくなる，等があったか。	
	③学習と記憶（即時，近時，遠隔）	約束を忘れる，置き忘れ，しまい忘れ，同	

	<p>じ事を何度も言う, 新しいことを覚えることができない, 等があったか。</p> <p>(記憶内容)</p> <p>陳述記憶, エピソード記憶, 意味記憶, 非陳述記憶, 手続き記憶, に支障があったか。</p> <p>(貯蔵時間)</p> <p>①短期記憶(即時記憶, 作業記憶)の支障があったか。</p> <p>②長期記憶(近時記憶, 遠隔記憶)に支障はあったか。</p>
④言語(失語)	<p>他人の考えを理解したり, 自分の考えを表現するのが困難になる, 言葉が出てこなくなる(換語困難), 言葉の意味がわからなくなる, 日常会話のキャッチボールができなくなる, 「あれ」「それ」などの代名詞を多く使って話をする, 何度も聞き直す, 話のつじつまが合わない, 等があったか。</p>
⑤知覚-運動(失認, 失行)	<p>着替えができない, 髪をとかすことができない, お茶を入れることができない, 入浴の時に体を洗えない, 家電製品やリモコンの使い方が分からない, 手づかみで食事をする(箸を使えない, スプーンを使えない), 知っている人の顔がわからない, 文字の形がわからない, 色がわからない, 左右がわからない, 美しい風景を楽しめなくなった, トイレの便器を見ても形が分からない, 全体を見ないで一部だけを見ている, 位置関係や段差・奥行きが分からない, 初めて行った場所で道に迷う, 自分の家でもトイレの場所が分からない, 音楽を聴いても楽しめない, 救急車やパトカーの音を聞いても意味がわからない, 等があったか。</p>
⑥社会的認知	<p>他者の心の動きを推察することができない, 他者が自分とは異なる考えを持っていることを理解することができない, 他者の言葉の内容, 話し方, 行動の背景にある思考や感情, 性格, 動機を読み取ることができない, 等があったか。</p>
⑦見当識	<p>年月日・曜日・時間が分からない, 自分が何</p>

		処にいるか分からない、相手が誰だか分からない、自分がどういう状況にいるのか分からない、時空の中で位置付けができない、自分の状態が分からない、等があったか。
意識障害		
77	せん妄	一時的な意識の混乱・錯乱はあるか。
78	認知状態の変化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
認知に関する意向 (本人) (家族)		

5 コミュニケーション能力

コミュニケーション		
※聴力、理解力、コミュニケーション能力を把握します。		
79	聴覚	補助具を調整した上での聴力はどうか。
80	コミュニケーションの方法	話す、書く、手話等
81	相手に理解させること	要求、意見、日常の話題を表現して伝えることができるか。(話す、書く、手話等)
82	言葉の明瞭性	話し方はどうか。
83	相手を理解すること	相手の言葉等の情報を理解することができるか。(話す、書く、手話、点字等)
84	コミュニケーション能力の変化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
視覚		
85	視力	普段使っている、メガネ、虫眼鏡等を使って見ることができるか。
86	視覚障害(視野狭窄など)	病気に関連した視野障害、視覚の問題はあるか。
87	視覚補助具(眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など)	視覚補助具を使用しているか。
コミュニケーションに関する意向 (本人) (家族)		

6 社会との関わり

活動		
※生活の質に関連する、ADL以外の活動について把握します。		
88	覚醒時間	通常の生活で、起きている時間帯はいつか。 午前、午後、夕方から就寝まで。
89	活動への参加時間	日課活動に参加している時間。
90	好きな活動場所	好む環境や場所。
91	好む活動	一人や複数で参加したいと思っている活

		動。
92	活動の希望	施設では提供していないが、行いたい、参加したい活動があるか。
関わり ※施設生活の適応性を把握します。		
93	自発性・参加意識	施設生活への関わりと自発的な参加の状況。関係が落ち着いているか、落ち着いて活動に参加するか、落ち着いて活動するか、目標を定めているか、活動に積極的に参加するか、活動への誘いを受けているか等。
94	対人関係の不安定さ	対人関係の特徴。葛藤・不満，入所者とうまくいかない，家族や友人への不満，関係の少なさ，身近な人を失った，生活の変化への対応へ適応できない等。
95	過去の役割	過去の役割と現実を理解し，受け入れているか。
96	他入所者とのトラブル	他入所者とのトラブルがあるか。その原因。
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ます。		
97	苦しみ	苦しんでいることを言葉で表したか。
98	悩み	悩んでいることを言葉で表したか。
99	睡眠周期の問題	睡眠障害，不機嫌等はあったか。
100	悲しみ	表情で表す，泣く，落ち着かない，歩き回る等で表したか。
101	無関心	
102	不安	
103	興味の減少	活動をしなくなったか。
104	気分低下対応の効果	うつ，不安，悲しみが変えられたか。変えられなかったか。
105	気分の変化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
社会との関わりに関する意向 (本人) (家族)		

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（コントロールの状況を含む）を把握します。		
106	尿失禁	コントロール，尿失禁の状態はどうか。 ①腹圧性尿失禁，②切迫性尿失禁，③溢流

		性尿失禁, ④機能性尿失禁, 等があるか。 カテーテルの使用を問わない。
107	便失禁	コントロール, 便失禁の状態はどうか。 ①便失禁, ②便秘, ③ が詰まる, ④下痢, ⑤排便習慣の変化, 等があるか。瘻の使用 を問わない。
排便の状況 ※排便の状況を把握します。少なくとも3日に1回を正常とします。		
108	便秘, 下痢	状況, 回数, 詰まっているか。頻回の液状 便の状況。
排泄の用具等		
109	誘導, 膀胱訓練, カテーテル, ポータブル トイレ, 尿器, おむつ, 浣腸, 摘便, 瘻など	使用を確認する。
110	排泄コントロールの変化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
排泄のコントロールに関する意向 (本人) (家族)		

8 褥瘡・皮膚の問題

褥瘡・皮膚 ※皮膚の状態, 皮膚の問題と程度を把握します。		
111	褥瘡・潰瘍の程度(ステージ)	全身の状況, 程度。
112	褥瘡・潰瘍の種類・原因	褥瘡, うっ血性潰瘍があるか, 原因は何か。
113	褥瘡・潰瘍の既往*	約3ヶ月間のうちの褥瘡・潰瘍の既往が あるか。
114	皮膚のその他の問題(すり傷, 内出血, 火傷, 発疹, 皮膚の鈍感, 裂傷, 手術創)	あるかどうか, 悪化の危険性があるか。
115	皮膚のケア(除圧, 体位変換, 栄養補給, 潰瘍のケア, 手術創のケア, 軟膏や薬剤 の使用, その他予防的ケア)	皮膚の治療, ケアの状況。
116	足の問題とケア(うおのめ, たこ, 指の 折り重なり, 痛み, 変形, 感染症, 保護 的な足のケア, 創傷のケア)	足の問題とケアの有無。
褥瘡・皮膚の問題に関する意向 (本人) (家族)		

9 口腔衛生

口腔衛生 ※口腔の問題を把握します。		
-----------------------	--	--

117	咀嚼問題	噛むと痛んだり、噛みにくい状態があるか。
118	嚥下問題（固形物嚥下対応、固形物及び液体嚥下対応、経口と経管栄養併用、経口摂取なし）	嚥下障害への対応がどのようになされているか。
119	口腔の痛み	口腔の痛みや不快感があるか。
120	口腔状態（残渣、義歯・ブリッジ、義歯をしようしていない、歯肉炎・出血・潰瘍等）	口腔・歯に問題があるか。
121	口腔問題による病気予防の必要性	虫歯、歯の腐食、腐敗等病気の原因となる状態があるか。
口腔衛生に関する意向 （本人）（家族）		

10 食事摂取

栄養・水分摂取 ※栄養や水分の摂取状況、体重の増減を把握します。		
122	身長	
123	体重	
124	体重減少（5～10%）*	1ヶ月に5%、3ヶ月に10%
125	体重増加（5～10%）*	1ヶ月に5%、3ヶ月に10%
126	栄養問題（常に文句、常に空腹、4分の1以上残す）	身体状況等に影響する問題があるか。
127	栄養摂取の状況（経静脈栄養、経管栄養、胃瘻、ミキサー食等、シリンジ経口食、治療食、特別捕食、減量中）	どのようにして栄養を摂取しているか。また、その状況。
128	経管栄養、経静脈栄養による摂取カロリーの割合	全体に対する摂取の割合は。
129	経管栄養、経静脈栄養による水分量	水分摂取量は。
食事摂取に関する意向 （本人）（家族）		

11 問題行動（行動障害）

行動障害 ※本人の苦痛の原因となり、他の入所者やスタッフを悩ます行動を把握します。		
130	迷うこと	迷うことがあるか。
131	怒ること（言動）	怒って大きい声を出すことがあるか。
132	怒ること（行動）	怒っての行動があるか。
133	混乱する行動	音、騒々しい、自傷、ものをかき回す、繰り返す、集める等の行動があるか。

134	ケアを嫌がる断る	介護や支援を嫌がること、断ることがあるか。
135	行動障害の変化*	約3ヶ月間のうちの悪化があるか。
行動障害に関する意向 (本人) (家族)		

1.2 介護力

退所の可能性 ※退所する可能性のある入所者を明らかにします。		
136	自宅に帰りたと言う	その状況。
137	退所に積極的な介護者がいる	いるかどうか。
138	短期の利用予定である	3ヶ月以内の退所予定か。
139	介護の必要性の変化*	約3ヶ月間のうちの改善, 悪化があるか。
140	社会的支援者の存在 (家族・友人)	退所後の支援者の状況はどうか。
141	社会的支援者の存在 (支援内容)	退所後の支援者の支援の状況はどうか。
退所, 介護力に関する意向 (本人) (家族)		

1.3 居住環境

居住環境 ※居住環境が危険か, 行動に支障, 不具合があるかを把握します。		
142	障害の状況から見た居住環境の不具合	
居住環境に関する意向 (本人) (家族)		

1.4 特別な状況

身体抑制 ※身体抑制の状況はどうか。		
143	すべてにベッド柵	状況とその理由, 緊急性, 必要性。
144	片側にベッド柵	
145	体幹部の抑制	
146	四肢の抑制	
147	椅子への抑制	
148	その他の抑制	
149	不明な怪我, 火傷, 介護者に対する恐れ, 搾取等	説明のつかない傷等があるか, ケアスタッフを怖がっている様子が見られるか, 金銭の搾取があるか等。
ターミナル		

150	終末期の希望	終末期をどこで過したいか。どこで看取るか。
特別な状況に関する意向 (本人) (家族)		

※ その他

その他 ※特記すべきことがあれば把握します。		
151		
介護や自立生活に関する全般的な意向 (本人) (家族)		

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能

アセスメントのための情報収集シート151（施設）

利用者氏名	基準日	担当者名
様	年 月 日	

- ※ 1. 「具体的状況」の欄には、情報項目に関しての能力評価をしてその状況を記入します。生活の支障がある場合はその具体的状況と気付いたコメントを記入します。
 （例えば：身体を支えられれば4～5メートル歩く。2週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等）
- ※ 2. 「検討」の欄は、具体的状況が生活に支障がある場合や、詳しく検討する必要があると判断した場合は○を付けます（支障がない場合は×を付けます。）。
 太字の番号で、○が付いた「具体的状況」を、課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記し、「自立に向けた改善（回復）の可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性」を検討します。（細字の項目は、検討する時の参考にします。）
- ※ 3. *の付いた項目は、概ね3ヶ月間の状況で判断します。それ以外は1週間前後の状況で判断します。
- ※ 4. 可能性の提案をしながら、その領域に関する生活の意向を把握し、課題検討用紙の「本人、家族の意向」に転記します。（生活上の支障がない領域に関する「意向」は、聞き取る必要はありません。）

1 健康状態

No	情報項目	具体的状況	検討
観察・管理の必要な病気			
1	内分泌・代謝・栄養		
2	心臓・循環器		
3	筋骨格		
4	神経		
5	精神		
6	呼吸器		
7	感覚器		
8	感染症		
9	その他		
症状			
10	身体症状（急な体重増減，呼吸困難，脱水/過剰排出，水分不足/摂取不足，めまい，浮腫，発熱，		

	吸引, 失神, 不安定な歩行, 嘔吐等)		
11	精神症状 (妄想, 幻覚等)		
痛み			
12	痛みの頻度		
13	痛みの強さ		
14	痛みの箇所		
転倒			
15	1ヶ月以内の転倒		
16	3ヶ月以内の転倒		
17	3ヶ月以内の大腿骨骨折		
18	3ヶ月以内のその他の骨折		
状態の安定性			
19	疾病などの原因で状態が不安定		
20	急性疾患、持病の悪化		
21	ターミナル		
特別な治療			
22	治療・ケア		
23	リハビリテーション		
病状の変化			
24	入院*		
25	緊急受診*		
26	異常な検査結果*		
27	医師の診察		
薬			
28	新しい処方*		
29	注射状況		
30	服薬状況 (別表)		
健康状態に関する意向 (本人) (家族)			

2 ADL

ADL			
31	寝返り		
32	起き上がり		
33	乗り移り		
34	歩行 (室内)		

35	歩行（廊下）		
36	施設内の移動		
37	施設外の移動		
38	上半身の更衣		
39	下半身の更衣		
40	食事		
41	排泄の状況		
42	排泄の際の移乗・移動		
43	整容		
44	入浴		
45	バランス		
	可動域の制限	可動域制限	自発運動
46	首		
47	腕		
48	手		
49	脚		
50	足		
51	その他		
52	移動の方法		
53	移乗の方法		
54	動作分割による自立動作		
リハビリテーションの状況			
55	他動可動域訓練		
56	自動可動域訓練		
57	装具装着援助		
58	生活訓練		
自立度改善の可能性			
59	自立度改善の本人意識		
60	自立度改善の介護者意識		
61	自力動作の遅さ		
62	支援が朝夕で異なる		
ADLの変化			
63	ADLの変化*		
ADLに関する意向 (本人) (家族)			

3 IADL

I A D L		現 状	困難度
64	簡単な調理		
65	家事一般（掃除, 洗濯, 整理等）		
66	金銭管理		
67	薬の管理		
68	電話使用		
69	買い物		
70	交通手段の利用（使う必要のない場合も×）		
71	I A D L の変化＊		
I A D L に関する意向 （本人） （家族）			

4 認 知

記憶			
72	昏睡状態		
75	①複雑性注意		
	②実行機能		
	③学習と記憶（即時, 近時, 遠隔）		
	④言語（失語）		
	⑤知覚-運動（失認, 失行）		
	⑥社会的認知		
	⑦見当識		
意識障害			
77	せん妄		
78	認知状態の変化＊		
認知に関する意向 （本人） （家族）			

5 コミュニケーション能力

コミュニケーション			
79	聴覚		
80	コミュニケーションの方法		
81	相手に理解させること		
82	言葉の明瞭性		

83	相手を理解すること		
84	コミュニケーション能力の変化*		
視覚			
85	視力		
86	視覚障害（視野狭窄など）		
87	視覚補助具（眼鏡, コンタクトレンズ, 拡大鏡など）		
コミュニケーションに関する意向 （本人） （家族）			

6 社会との関わり

活動			
88	覚醒時間		
89	活動への参加時間		
90	好きな活動場所		
91	好む活動		
92	活動の希望		
関わり			
93	自発性・参加意識		
94	対人関係の不安定さ		
95	過去の役割		
96	他入所者とのトラブル		
気分			
97	苦しみ		
98	悩み		
99	睡眠周期の問題		
100	悲しみ		
101	無関心		
102	不安		
103	興味の減少		
104	気分低下対応の効果		
105	気分の変化*		
社会との関わりに関する意向 （本人） （家族）			

7 排尿・排便

失禁		
106	尿失禁	
107	便失禁	
排便の状況		
108	便秘, 下痢	
排泄の用具等		
109	誘導, 膀胱訓練, カテーテル, ポータブルトイレ, 尿器, おむつ, 浣腸, 摘便, 瘻など	
110	排泄コントロールの変化*	
排泄のコントロールに関する意向 (本人) (家族)		

8 褥瘡・皮膚の問題

褥瘡		
111	褥瘡・潰瘍の程度 (ステージ)	
112	褥瘡・潰瘍の種類・原因	
113	褥瘡・潰瘍の既往*	
114	皮膚のその他の問題 (すり傷, 内出血, 火傷, 発疹, 皮膚の鈍感, 裂傷, 手術創)	
115	皮膚のケア (除圧, 体位変換, 栄養補給, 潰瘍のケア, 手術創のケア, 軟膏や薬剤の使用, その他予防的ケア)	
116	足の問題とケア (うおのめ, たこ, 指の折り重なり, 痛み, 変形, 感染症, 保護的な足のケア, 創傷のケア)	
褥瘡・皮膚の問題に関する意向 (本人) (家族)		

9 口腔衛生

口腔衛生		
117	咀嚼問題	
118	嚥下問題 (固形物嚥下対応, 固形物及び液体嚥下対応, 経口と経管栄養併用, 経口摂取なし)	
119	口腔の痛み	
120	口腔状態 (残渣, 義歯・ブリッジ, 義歯)	

	をしようしていない, 歯肉炎・出血・潰瘍等)		
121	口腔問題による病気予防の必要性		
口腔衛生に関する意向 (本人) (家族)			

10 食事摂取

栄養・水分摂取			
122	身長		
123	体重		
124	体重減少(5~10%)*		
125	体重増加(5~10%)*		
126	栄養問題(常に文句, 常に空腹, 4分の1以上残す)		
127	栄養摂取の状況(経静脈栄養, 経管栄養, 胃瘻, ミキサー食等, シリンジ経口食, 治療食, 特別捕食, 減量中)		
128	経管栄養, 経静脈栄養による摂取カロリーの割合		
129	経管栄養, 経静脈栄養による水分量		
食事摂取に関する意向 (本人) (家族)			

11 問題行動(行動障害)

行動障害			
130	迷うこと		
131	怒ること(言動)		
132	怒ること(行動)		
133	混乱する行動		
134	ケアを嫌がる断る		
135	行動障害の変化*		
行動障害に関する意向 (本人) (家族)			

12 介護力

退所の可能性			
136	自宅に帰りたいと言う		
137	退所に積極的な介護者がいる		
138	短期の利用予定である		
139	介護の必要性の変化*		
140	社会的支援者の存在（家族・友人）		
141	社会的支援者の存在（支援内容）		
退所、介護力に関する意向 （本人） （家族）			

1 3 居住環境

居住環境			
142	障害の状況から見た居住環境の不具合		
居住環境に関する意向 （本人） （家族）			

1 4 特別な状況

身体抑制			
143	すべてにベッド柵		
144	片側にベッド柵		
145	体幹部の抑制		
146	四肢の抑制		
147	椅子への抑制		
148	その他の抑制		
149	不明な怪我, 火傷, 介護者に対する恐れ, 搾取等		
ターミナル			
150	終末期の希望		
特別な状況に関する意向 （本人） （家族）			

※ その他

その他			
151			

介護や自立生活に関する全般的な意向

(本人)

(家族)

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能

施設ケアプラン策定のための

課題検討の手引き

2010. 12. 21. (改訂 2015. 12. 25. 改訂 2019. 01. 04.)

宮城県ケアマネジャー協会

1 健康状態

1-1 転倒

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

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

(2) 課題把握のポイント

- ① 1か月以内に転倒している
- ② 過去1か月～3か月に転倒している
- ③ 徘徊がある
- ④ めまいがある
- ⑤ 体幹部の抑制をしている
- ⑥ 抗不安薬を使用している
- ⑦ 抗うつ薬を使用している

(3) 転倒

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

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

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

転倒の危険性を確認して対応します

- ① 何度も転倒している
入所前の状況、事故の報告記録などから転倒の既往と転倒回数を確認します。
- ② 内的原因
転倒の原因となる医療面での状況を把握し、転倒を予防する取り組みをおこないます。
 - ア 循環器
 - イ 神経筋, 身体機能
 - ウ 整形外科
 - エ 感覚器
 - オ 精神疾患, 認知状態
- ③ 外的原因
外的な原因を把握して対応し、転倒の危険性を減らすよう改善します。

ア 薬剤

転倒の前に薬を服用していたかどうかを把握します。

薬には低血圧や筋硬直、ふらつき、振戦や敏捷性の低下などの問題を引き起こし、転倒の原因となることがあります。(抗精神病薬、抗不安薬、催眠薬、抗うつ薬、循環器薬、利尿薬…)

イ 器具や装具

転倒した(または転倒の危険性のある)入所者が器具や装具を使用していれば、用具やその使用に原因があるかどうかを観察します。

また、抑制や抑制による興奮が転倒の原因になっていないかを把握します。

ウ 危険な環境や状況

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

エ 転倒した時の状況を確認する

最近の転倒した状況を詳しく把握します。

- a 転倒の時間帯
- b 食後の経過時間
- c 通常の日課活動をしている時、そうでない時
- d 立っている時、歩いている時
- e 何か取ろうとして背伸びしている時、下を向いている時
- f 人がたくさんいた時
- g トイレに急いで行こうとしていた時
- h 床が濡れていた
- i 滑りやすくなっていた
- j 廊下に不慣れな物が置いてあった
- k 模様替えをしたばかり
- l 環境が変わった

オ 事後の対応と予防対応

- a 不具合を確認します。
- b 必要なバイタルサインをとります。
- c 転倒時大腿骨や下腿に骨折などの重大な損傷を負ったのでなければ、臥位と立位の血圧と心拍数を測定します。
- d 転倒した状況で測定します。例えば、食事を摂った後10分で転倒したのであれば、食事10分後にバイタルサインを測定します。
- e 仰臥位の血圧と心拍数を測定し、次に起立後1分と3分後に両者を再度測定します。この時体温と呼吸数も記録します。
- f 環境整備の必要性を検討します。
- g 現在の環境の中で、どのように行動しているかを注意深く観察します(ベッドから出る、歩く、体の向きを変える、いすに座る、立ち上がる、トイレを使用するなど)。観察によって、転倒を未然に防ぐ環境整備の方法を見つけることができる場合もあります。
- h ベッドから出る、歩く、立った状態で1回転する、腕を前に組んだ状態でいすから立ちあがる、トイレを使用する様子を観察する。(転倒しないよう、何時でも身体を支えられるようにして実施、観察します。)

1-2 向精神薬

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

医師によって処方された向精神薬作用の観察により、入所者の心身の状況、生活の質が向上できるよう関わります。

また、向精神薬の副作用による危険性を最小限にします。

(2) 課題把握のポイント

- ① 向精神薬を服用している
- ② 低血圧やふらつきがあるか確認します。
 - ア 身体的な動きの繰り返し
 - イ 座位バランス不良
 - ウ 低血圧
 - エ めまい
 - オ 意識喪失（失神）
 - カ 不安定な歩行
 - キ 転倒
 - ク 大腿骨骨折
 - ケ 嚥下問題
- ③ 認知や行動の問題を確認します。
 - ア せん妄、混乱した思考・意識
 - ・注意がそらされやすい
 - ・周囲の環境に対する認識が変化する
 - ・支離滅裂な会話が時々ある
 - ・落ち着きがない
 - ・無気力
 - ・認知能力が1日の中で変動する
 - イ 認知状態の悪化
 - ウ 聴覚・コミュニケーションの悪化
 - エ 気分の悪化
 - オ 行動障がいの悪化
 - カ うつ状態
 - キ 幻覚
- ④ 不快な状態があるかどうか確認します。
 - ア 便秘
 - イ 便が詰まる
 - イ 吸引

(3) 向精神薬

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

精神に働きかける作用を持ち、精神科などで使用される薬剤です。

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

- ① 高齢者，特に慢性疾患をもっている人では，向精神薬による副作用，あるいは他の薬剤との相互作用が起こりやすい状況にあります。
- ② 向精神薬は精神症状や行動面の症状を軽減すると同時に，ADLやIADL，認知機能を低下させることがあります。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

- ① 薬を確認します。
 - ア 問題が起こった日と薬剤の開始日との間隔
 - イ 服用量と服用顔度
 - ウ 向精神薬の種類
 - エ 処方された理由
- ② 薬剤の代謝や排泄を妨げる状態を確認します。
 - ア 肝・腎不全
 - イ 急性症状
 - ウ 脱水
- ③ 気分と行動の問題を確認します。
 - ア 問題の現状
 - イ 気分や行動における最近の変化
 - ウ 問題行動に対応するケア
 - エ 精神状態
- ④ 副作用への対応を検討します。

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

2 ADL

2 ADLの改善と支援

日常生活動作 (Activities of Daily Living)

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

ADLの改善、予防、適切な介護を考えるには、現場の介護スタッフの知識、観察力、予測力による日々の入所者情報が重要です。

- ① ADLが改善する可能性のある入所者、ADLの低下を遅らすことのできる利用者を把握します。
- ② ADL障がいの原因を理解したうえで、自立への意欲のある入所者や、障がいになって間もない入所者に、目的を持った運動等の機能訓練を検討します。
- ③ ADLの改善などが難しい場合は、必ず行わなければならないケアを検討します。また、改善のためのケアと平行して行う場合もあります。

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

～ADL改善の目的として検討すること～

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

～「可能性に対応するケア」と「必要性に対応するケア」に分類して整理～

可能性に対応するケア

- ① 改善する、もしくは元に戻る可能性があるところ。
- ② 今の状態を続けられるようにする必要があるところ。
- ③ 悪化を予防、低下するのを予防する必要があるところ。

必要性に対応するケア

- ① ADL障がいを踏まえた上で、必ず行わなければならないケア。(介護や対応)

(2) 課題把握のポイント

- ① ADLの介助を受けている。
- ② 相手の言うことをほぼ理解できる。
- ③ 最近3ヶ月以内にADLが低下してきている。
- ④ ADLに支障をきたすような症状がある。
- ⑤ 入所者本人、家族、ケアマネ、ケアスタッフはADLが改善していると思っている。

(3) ADL

ADLの自立は生活の質に大きな影響があります。ADLの介助を受けることは心理的に苦しい想いをしたり、孤立感や自尊心の低下をまねくことがあります。

ADLの障がいが進むと、生活が困難になる可能性が高くなるほか、じょく創や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの危険性も高まります。

～機能訓練等によりADLが改善するためのポイント～

- ① 援助者が、入所者に対する明確な機能訓練の目的を持っているかどうか。
- ② 治るところ、元に戻るところを把握しているかどうか。
ADL障がいの原因の、病気、怪我、廃用等うち、回復する可能性がどれだけあるか把握します。
- ③ 意欲の有無を理解しているかどうか。
入所者本人の「意欲」が重要である。本人や周囲の人が「もっとよくなるはずだ」と思っている場合、訓練に積極的に参加します。また、入所者に認知障がいがあっても、意欲があれば、機能が低下するペースを遅くすることが可能な場合があります。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

医療的問題に対応します

- ① 病気や怪我など医療的な問題を検討します。
ADLの低下が最近起こった入所者の場合で、身体の状態が不安定あるいはなんらかの症状がある場合など。
- ② ADLが低下の原因、低下した時期、悪化した時期と、病気や症状の関連性を把握します。
病気や症状がないか確認します。もしあれば、どのような対応をすればよいか主治医（囑託医）に聞いて確認します。

～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 障がいのため ④ 動かない（廃用）ため 	<ul style="list-style-type: none"> ⑤ 生活習慣のため ⑥ 悩み・不安等のため ⑦ 身体抑制のため ⑧ 環境のため ⑨ 薬のため <ul style="list-style-type: none"> ア 薬が合わない イ 向精神薬のため ⑩ その他
---	--

- ③ 機能訓練、運動などの計画が合っていたか、効果的であったか確認します。
 - ア 本人が機能訓練に前向きでない。効果を信じていない。
 - イ 予定のとおり実施するのが苦痛に感じている。
 - ウ 支えや励まし、応援、努力や効果に対する褒め言葉がない。
 - エ 逆効果を心配している。

ADLの改善を検討します

ADLの低下が最近起こり、状態が安定している場合など。

- ① 最近障がいとなった機能を改善する具体的な方法や可能性についての情報を提供する。入所者も家族も具体的に何をどのようにすれば回復できるのか、というはつきりとした情報を必要としています。
- ② ADL訓練の計画を作成するには、まず訓練を行う際の留意点を話し合い、次にとどのADLについて訓練するのかを決めます。

～機能訓練を行う際の留意点～

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

- ③ 訓練するADL領域
 - ア 本人にとって意味のあるADLを訓練の対象にします。
 - イ 最近低下した機能のうち、少しでも回復しているADLに着目します。
 - ウ ほんの些細な動作にも着目します。（タオルを受け取れば顔を拭く、自分で布団

をかける，一口でも自分で食べる，ボタンを一つでも掛けるなど。)

ADLの維持を検討します

ADLが長い間変化していない場合

- ① 全身運動による機能の維持を検討します。
 - ア 散歩，ダンス，庭仕事など。
 - イ 可動域の制限がある場合，補助具を使ったり，家具を使いやすいように工夫する。

悪化・低下の防止を検討します

褥瘡や失禁，筋力低下，拘縮，転倒などの危険性を予防します。

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

～ADL能力の確認～

ADL能力を正しく評価するため，以下のことを確認します。
1：動作を行うときに順番を間違えることはあるか。 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。 入所者と向き合い，眼を合わせて，単純でなれた動作（そでに腕を通す，口に触れるなど）をすると，真似ることができるだろうか。
7：身体的な援助を1度すると，動作を続けることができるか。 介護者がフォークに食べ物をさし，手に持たせ，腕を誘導して口元に持っていけば，食べ続けることができるか。

～ADL目標の例～

更衣	入浴	トイレ	移動	移乗	食事
衣服のあるところに行き、選び、手にとる	浴室・シャワー室に行く	トイレまで行く(夜間のポータブルや尿器も含む)	室内や近くを移動する <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	棟(ユニット)内を移動する <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	施設内を移動する(エレベーターを使う) <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)	箸やスプーンを使う(必要なら指を使う)
正しい順に着る	体を流す	トイレに排泄する	戸外を移動する <input type="checkbox"/>	移乗(立つ/座る/持ち上がる/ころがる)	噛む、飲む、飲み込む
それぞれの衣類をつかむ、脱ぐ	タオルで体を拭く	トイレ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

3 IADL

3 IADLの回復と支援

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

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

IADLの能力、IADL障がいの原因を明らかにし、より自立できる可能性、回復できる可能性を検討して対応します。

(2) 課題把握のポイント

IADL改善を予測するポイント

- ① 認知がある程度保たれている
- ② 本人も周りの人も改善すると考えている
- ③ 支援を受けているが、困難性は低い

(3) IADL

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

IADLには2種類あり、日常生活の家事動作（買い物、食事の用意、家の掃除や整理、外出時の移動など）と、精神的機能や知的能力と関係のある「知的」な動作（電話の利用や薬の管理など）があります。しかし、すべてのIADLに身体的、知的な側面があり、IADL支障の原因は様々です。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

IADL改善の必要性を把握する

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

自己動作が可能であっても、施設の都合ですべて支援してしまい、本人の能力を活用する機会を奪ってしまう場合があります。また、家庭では出来なかったことが施設では可能な場合がありますので、入所者本人の能力と意向を尊重して対応します。

- ① 医療的な問題に対応します
- ② 機能障がいに対応します
- ③ 動機や意欲、支援体制、能力、環境の問題に対応します

4 認知

4 認知障がい

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

- ① 認知障がいがあるかどうか、急性か慢性か、慢性なら、その障がいを補い、生活の質を高めるためにどのような方法をとることができるのかを判断します。
- ② 認知障がいのある入所者に、負担やストレスとならない活動を提供します。
- ③ 関わる職員の適切な支援的役割を明らかにします。

(2) 課題把握のポイント

- ① 記憶に問題がある。
- ② 日常の判断力が弱く、支援が必要だったり、判断ができない。
- ③ 他者に伝えること、理解することが不十分、もしくはできない。

(3) 認知障がい

認知障がいは、最近や昔の出来事を忘れる、錯乱する、言葉を探したり、話を理解するのが困難になる、社会生活に適応できなくなるなど、生活のほとんどすべてに影響します。

ほとんどの認知能力の低下あるいは認知症は慢性に進行するものです。このため、認知能力の低下した高齢者へのケアは、治療というよりも、生活の質を向上すること、機能状態を維持すること、機能低下を最小限にすること、尊厳を保持すること、に焦点を当てることとなります。

認知症

- ◎ 認知機能の一部は加齢によって低下するが、それは認知症ではない。
- ◎ 認知症は歳のせいではなく、高齢者に起こる病気である。
- ◎ 認知症とは脳の病気の症状で、認知症という病気があるわけではない。
- ◎ 認知症をきたす脳の病気はたくさんある。

認知症=痴呆 ≠ 認知機能障がい

- ◎ いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下
 - ・ 明らかな健忘があることが多い
 - ・ 複数の認知障がい：失語、失行、失認、実行機能障がいなど→部分的ではなく幅広い障がい社会生活に支障をきたす
- ◎ 病名ではなく病態名。数多くの診断
- ◎ 脳の器質的異常による障がい

◎ 認知症と区別すべき病態：意識障がい・せん妄, うつ状態, 精神遅滞

軽度認知障がい Mild Cognitive Impairment: MCI

明らかな健忘や遂行機能障がいなどの認知機能障がい。日常生活には支障がない。正常でも認知症でもない状態。

10～15%/年でアルツハイマー型認知症へ移行

認知症の原因となる主な疾患

- ・アルツハイマー病
- ・レビー小体病
- ・前頭側頭葉変性症
 - 前頭側頭型認知症
 - 意味性認知症
 - 進行性非流暢性失語症
- ・パーキンソン病関連疾患
 - 大脳皮質基底核変性症
 - 進行性核上性麻痺
- ・嗜銀顆粒性認知症
- ・神経原線維変化型
- ・血管性認知症
- ・特発性正常圧水頭症
- ・慢性硬膜下血腫
- ・脳腫瘍
- ・クロイツフェルト・ヤコブ病
- ・ビタミン B1 欠乏症
- ・ビタミン B12 欠乏症
- ・葉酸欠乏症
- ・甲状腺機能低下症

混合病理：原因は一つとは限らない

DSM -V NEUROCOGNITIVE DISORDER: 神経認知障がい群

神経認知領域	構成要素
複雑性注意	持続性注意, 分配性注意, 選択性注意, 処理速度
実行機能	計画性, 意志決定, ワーキングメモリー, フィードバック/エラーの訂正応答, 習慣無視/抑制, 心的柔軟性
学習と記憶	即時記憶, 近時記憶 (自由再生, 手がかり再生, 再認記憶を含む) 遠隔記憶 (意味記憶, 自伝記憶), 潜在学習
言語 (失語)	表出性言語 (呼称, 喚語, 流暢性, 文法, および構文を含む) 受容性言語
知覚-運動 (失認, 失行)	視知覚, 視覚構成 (視空間) 知覚-運動, 実行, 認知
社会的認知	情動認知と心の理論

～注意～

全ての認知機能の基盤

周囲の状況，刺激を適切に認識し，必要に応じた対応ができる

- ・ 特定のものに集中しそれを持続する能力一度に複数のことを行う能力
- ・ 様々な刺激から必要なものを選別する能力
- ・ 素早く物事を行う能力

1 注意障がい

(1) 全般性

- ・ ちょっとしたことで気が散る物事に集中できない
- ・ ポーっとしている
- ・ 動作がゆっくり
- ・ 反応にムラがある

(2) 選択性

- ・ 半側空間無視（左側のことが多い）
- ・ 眠る時間が増える，起きていても眠い，ポーっとした感じ
- ・ 感情のコントロールができない
- ・ 匂いや音に気がつかない あるいは 過敏に反応する
- ・ 疲れやすい

～実行機能（遂行機能）～

物事を計画して実行する機能：前頭葉

- ・ 物事を論理的に考える，推察をする，優先順位をつける
- ・ 計画をする，実行する，計画の変更をする
- ・ 解決をする，評価をする，分析をする，ゴールを設定する

2 実行機能（遂行機能）障がい

- ・ 仕事の手順がわからなくなる
- ・ 失敗しても気がつかない
- ・ 家事が単純になる
- ・ 買い物に行ってもどうしたら良いかわからなくなる。料理の手順がわからなくなる。

～学習と記憶～

- ・ 記銘：頭に取り込む。符号化
- ・ 保持：頭にしまっておく。
- ・ 再生：頭から取り出す。再構築
- ・ 再認：再び確認・照合する。

記憶の分類（記憶内容）

- ・陳述記憶：意識にのぼる記憶。言葉で表現出来る，イメージとして心に浮かべることが出来る。（意識して思い出そうとする記憶：顕在記憶であることが多い）
- ・エピソード記憶：個人的な日々の体験。特定の時間と場所との関連
- ・意味記憶：学校などで教わった知識
- ・非陳述記憶：意識にのぼらない記憶（思い出そうとしなくても頭の中に浮かぶ：潜在記憶であることが多い）
- ・手続き記憶：身体でおぼえた技能。馴化（慣れ），鋭敏化。異なる脳内システムに依存

記憶の分類（貯蔵時間）

（短期記憶）

- ・即時記憶：たった今の記憶。容量が小さい。数分間の記憶
- ・作業記憶：意識して繰り返すことによって，延長される即時記憶。物事を考える時に使う記憶

（長期記憶）

- ・近時記憶：最近の記憶。数時間～数日間の記憶。遠隔記憶として安定するまでの記憶。
- ・遠隔記憶：昔の記憶。数日～永続的に維持された記憶

3 学習と記憶の障がい

- ・約束を忘れる
- ・置き忘れ，しまい忘れ
- ・同じ事を何度も言う
- ・新しいことを覚えることができない

4 言語の障がい（失語）

- ・言葉が不自由になる：側頭葉，前頭葉，頭頂葉障がいの障がい
- ・他人の考えを理解したり，自分の考えを表現するのが困難になる言葉が出てこなくなる（換語困難）
- ・言葉の意味がわからなくなる
- ・日常会話のキャッチボールができなくなる
- ・「あれ」「それ」などの代名詞を多く使って話をする
- ・何度も聞き直す
- ・話のつじつまが合わない

5 知覚-運動の障がい（失認，失行）

（1）失認：視覚（聴覚）認知の障がい

- ・見えているのに，聞こえているのにわからない：頭頂葉，側頭葉の障がい
- ・知っている人の顔がわからない，文字の形がわからない，色がわからない，左右が

- わからない。
- ・美しい風景を楽しめなくなった
 - ・トイレの便器を見ても形が分からない
 - ・全体を見ないで一部だけを見ている
 - ・位置関係や段差，奥行きが分からない：視空間認知の障がい
 - ・初めて行った場所で道に迷う
 - ・自分の家でもトイレの場所が分からない
 - ・音楽を聴いても楽しめない，救急車やパトカーの音を聞いても意味がわからない

(2) 失行（行為の障がい）

- ・麻痺はないのに出来ない：頭頂葉の障がい
- ・支持された内容や行動の意味を理解しているのにその動作を出来ない意図と行動の間が断ち切られている
- ・着替えができない 髪をとくことができない
- ・お茶を入れることができない
- ・入浴の時に体を洗えない 家電製品やリモコンの使い方が分からない
- ・手づかみで食事をする（箸を使えない，スプーンを使えない）

6 社会的認知機能の障がい

（心の理論）

- ・他者の心の動きを推察することができない
- ・他者が自分とは異なる考えを持っていることを理解することができない
- ・他者の言葉の内容，話し方，行動の背景にある思考や感情，性格，動機を読み取る能力の障がい

7 失見当識（見当識障がい）

- ・年月日，曜日，時間が分からない
- ・自分が何処にいるか分からない
- ・相手が誰だか分からない
- ・自分がどういう状況にいるのか分からない。時空の中で位置付けができない
- ・自分の状態が分からない

（例）目が覚めた時，今がいつなのか，ここがどこなのか，目の前にいる人が誰なのかわからない。

- ・この世界，現なのか，夢なのか，不安の中で生きている
- ・「ソース・メモリ」を覚えていない
- ・「リアリティモニタリング」ができない
- ・その情報が真実なのか，単なる想像なのかを判断する能力。
- ・情報をいつ，どこで，誰から，どのような状況で手に入れたのかと言う情報源についての記憶
- ・「セルフモニタリング（内省）」ができない
- ・自分の姿をもうひとりの自分が見ること

1 major neurocognitive disorder: 認知症

- A. 1つまたはそれ以上の認知ドメインで以前の活動レベルから明らかな認知障がいをもたらしている。
- B. 認知欠損が日常生活における自立性を障がいしている。
- C. 認知欠損はせん妄の経過でのみ現れるものではない
- D. 認知欠損は他の精神障がい（大うつ病性障がい・統合失調症）ではより良く説明されない。

2 minor neurocognitive disorder: 軽度認知障がい

- A. 1つまたはそれ以上の認知ドメインで以前の活動レベルから中等度の認知障がいをもたらしている。
- B. 認知欠損が日常生活における自立性に対する能力を障がいしていない（努力、代償性の対策、便宜を要する）。
- C. 認知欠損はせん妄の経過でのみ現れるものではない。
- D. 認知欠損は他の精神障がい（大うつ病性障がい・統合失調症）ではより良く説明されない。

3 derilium: せん妄

- A. 注意（指向・集中・維持・転導）と意識の障がい。
- B. 障がいは数時間から数日間のうちの短期間で発症して、通常の注意や意識からの変化があり、1日を通して重症度が変動する傾向がある。
- C. 認知における追加的な障がいがある（記憶欠損・失見当識・言語障がい・知覚障がい・視空間能力の障がい）。
- D. 基準 A と C における障がいはもう一つの先行・確定・進行中の神経認知障がいによっではより良く説明されない。また、昏睡のような覚醒度の重度な低下といった経過で発症したものではない。
- E. 病歴・身体診察・臨床検査所見から、その障がいが一般身体疾患、物質中毒または離脱、もしくは毒性物質への曝露といった直接的な生理学的結果もしくは多重の病因により引き起こされたという証拠がある。

4 生活障がい

（基本的 ADL）

- ・ 歩く，食べる，着替える，入浴する，排泄する，清潔を保つ

（手段的 ADL）

- ・ 食事の準備をする，掃除・洗濯する，電話をする，買い物をする，服薬管理をする，金銭管理をする，交通機関を利用する

（社会的生活機能）

- ・ 具合が悪いとき受診の予約をする
- ・ 介護保険の手続きをする
- ・ 生活保護を申請する
- ・ 友人に会いに行く
- ・ 旅行に行く

- ・ 食事会をする
- ・ 仕事をする, 人の役に立つ
- ・ 春なので, 私の好きな桜の花を見に行く

5 BPSD (認知症の行動・心理症状)

BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA

(行動症状)

- ・ 焦燥, 不穏状態
- ・ パニック発作
- ・ 脱抑制
- ・ 攻撃性 (暴行, 暴言) 拒絶
- ・ 活動障がい (徘徊, 常同行動, 無目的な行動, 不適切な行動)
- ・ 食行動の異常 (異食, 過食, 拒食)
- ・ 睡眠覚醒障がい (不眠, レム睡眠行動異常)

(心理症状)

- ・ 被害妄想 (物盗られ妄想, 嫉妬妄想など)
- ・ 幻覚 (幻視, 幻聴など)
- ・ 誤認妄想 (ここは自分の家でない, 配偶者が偽者であるなど)
- ・ 感情面の障がい (抑うつ, 不安, 興奮, アパシーなど)

～認知障がいを伴う主な病気と症状～

1 アルツハイマー病

- ・ 一連の病理変化を伴う疾患
- ・ 2種類の異常蛋白の蓄積
- ・ アミロイドβ蛋白の凝集・沈着：老人斑
- ・ リン酸化タウ蛋白の凝集：神経原線維変化
- ・ 神経細胞の脱落
- ・ 病理所見と臨床症状との強い相関

(中核症状)

- ・ 認知機能障がい (思考・推理・判断・適応・問題解決)
- ・ 記憶障がい
- ・ 見当識障がい
- ・ 判断力低下
- ・ 言語の障がい (失語)
- ・ 行為の障がい (失行)
- ・ 知覚の障がい (失認)
- ・ 計画を実行する能力の障がい

- ・ 環境変化, ストレス合併症, 不適切な対応

(BPSD (周辺症状))

- ・不安・焦燥
- ・抑うつ
- ・意欲低下
- ・不眠
- ・興奮
- ・幻覚・妄想
- ・暴力・徘徊

(FAST(FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGES)における各病期の特徴：生活障がい)

1. 正常 (FAST 1)認知機能低下なし
2. 年齢相応 (FAST 2)物の置き忘れ, 喚語困難
3. 境界状態 (FAST 3)熟練を要する仕事で支障, 初めての場所への旅行が難しい
4. 軽度のアルツハイマー型認知症 (FAST 4) 金銭管理が難しい, 買い物に支障が出てくる
5. 中等度のアルツハイマー型認知症 (FAST 5) 季節にあった服装を選べない, 入浴するとき説得することが必要, 車の運転で事故を起こす
6. やや高度のアルツハイマー型認知症 (FAST 6) a)不適切な着衣 b)入浴に介助を要する c)トイレの水を流せなくなる, d)尿失禁 e)便失禁
7. 高度のアルツハイマー型認知症 (FAST 7) a)最大限約 6 語に限定された言語機能の低下 b)理解しうる語彙はただ一つの単語 c)歩行能力の喪失 d)着座能力の喪失 e)笑う能力の喪失 f)昏迷および昏睡

アルツハイマー病≠認知症

2 レビー小体型認知症 (DLB)

- ・全認知症の約 20%
- ・ α シヌクレインという異常蛋白の蓄積：レビー小体の形成
- ・パーキンソン病の類縁疾患
- ・長期経過したパーキンソン病から発症する場合もある
- ・進行性の認知機能低下を示す神経変性疾患
- ・注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の変動がある。
- ・ありありとした、繰り返される幻視
- ・アルツハイマー病と比べ、記憶障がい軽度のことが多い。
- ・系統的な内容の妄想 (誤認妄想), 他の幻覚, 抑うつ, 不安・焦燥パーキンソン病の運動症状
- ・レム睡眠行動異常
- ・向精神病薬に対する過敏性

(中核症状)

- ・睡眠障がい：レム睡眠行動異常, むずむず脚症候群, 過眠・不眠
- ・意識障がい：認知機能の変動, 一過性意識障がい
- ・感覚障がい：痛み, 異常感覚, 嗅覚障がい

- ・運動障がい：パーキンソニズム，振戦，固縮，無動，姿勢反射障がい
- ・認知機能障がい：健忘，注意障がい，視空間失認，実行機能障がい
- ・自律神経障がい：便秘，頻尿，体温調節障がい，発汗障がい，起立性低血圧，インポテンツ
- ・精神症状：うつ状態，躁，多幸，不安，パニック，強迫的行為，病的賭博買い物，幻視・錯視，妄想・せん妄

3 前頭側頭葉変性症（FTLD）

- ・著明な人格変化や行動障がい，言語障がいを主徴とし，前頭葉，前部側頭葉に病変の主座とする変性疾患
- ・複数の神経病理学的特徴
- ・数種類の原因となる異常蛋白
- ・タウ蛋白：ピック小体の成分
- ・TDP-43，FUS：ユビキチン封入体遺伝子変異
- ・プロテグリン変異（TDP43の蓄積）
- ・MAPT変異（タウ蛋白の蓄積）など

（3つの型：病変部位による。特定の神経病理所見の特徴に対応していない。）

- ・前頭側頭型認知症：いわゆるピック病
- ・意味性失語症：意味記憶の障がい。言葉の意味が分からない
- ・進行性非流暢性失語症：表出言語の障がい

（中核症状）

- ・自発性の低下
- ・感情・情動変化：多幸的，焦燥感，不機嫌，感情鈍麻，無表情
- ・無関心（自己および周囲に対して）
- ・病識の欠如
- ・記銘力障がい：初期は目立たない
- ・被影響性の亢進，転動性の亢進，維持困難
- ・脱抑制・反社会的行動：本能のおもむくままに我が道を行く行動，衝動的な暴力，盗食，窃盗
- ・常同行動：周遊，食行動，言語，“時刻表的生活” 治療：有効な薬物療法はない

～高次脳機能障がい～

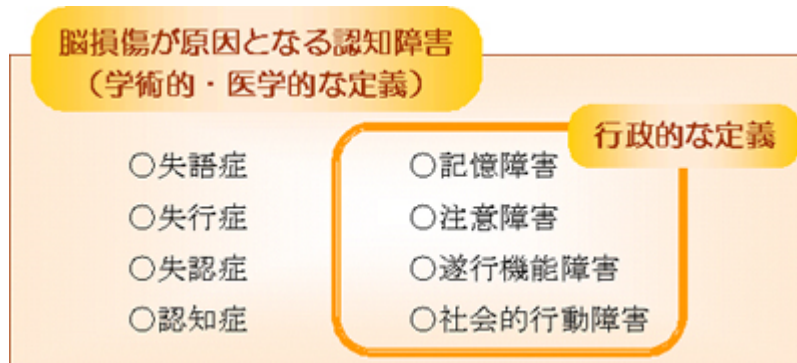
交通事故や脳卒中などで脳が損傷されると，記憶能力の障がい，集中力や考える力の障がい，行動の異常，言葉の障がいが生じることがあります。これらの障がいを『高次脳機能障がい』と言います。

これまで，医学的，学術的な定義では，高次脳機能障がいは，脳損傷に起因する認知（記憶・注意・行動・言語・感情など）の障がい全般をさしていました。例えば，言語の障がいである「失語症」や道具が上手く使えなくなる「失行症」，知的な働きや記憶などの働きが低下する「認知症」のほか，「記憶障がい」「注意障がい」「遂行機能障がい」「社会的

行動障がい」などが含まれます。

一方で、厚生労働省が平成13年から開始した「高次脳機能障がい支援モデル事業」では、身体の障がいがあったり、その程度が軽いにもかかわらず、特に「記憶障がい」「注意障がい」「遂行機能障がい」「社会的行動障がい」といった認知の障がい原因となつて、日常の生活や社会での生活にうまく適応できない人たちがいることが解りました。

この方々に対する、診断やリハビリテーション、社会資源サービスの不足が問題となっていることから、この方たちが示す認知の障がいを『高次脳機能障がい』と呼ぶ「行政的な」定義が設けられました。



脳血管障がい（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血など）

もっとも多いのは脳血管障がい（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血など）です。脳の血管が詰まったり，出血を起こすことで，脳の機能を損なうものです。

外傷性脳損傷

次いで多いのは，外傷性脳損傷（脳外傷，頭部外傷）です。交通事故や転落事故などの際に頭に強い衝撃が加わることで，脳が傷ついたり（脳挫傷），脳の神経線維が傷ついたり（びまん性軸索損傷）するものです。

その他の原因

脳炎，低酸素脳症など

高次脳機能障がいの主要な症状

交通事故や脳卒中などの後で，次のような症状があり，それが原因となつて，対人関係に問題があったり，生活への適応が難しくなっている場合，高次脳機能障がい疑われます。

記憶障がい

記憶障がいとは，事故や病気の前に経験したことが思い出せなくなったり，新しい経験や情報を覚えられなくなった状態をいいます。

- ・ 今日の日付がわからない，自分のいる場所がわからない
- ・ 物の置き場所を忘れてたり，新しい出来事が覚えられない
- ・ 何度も同じことを繰り返し質問する
- ・ 一日の予定を覚えられない
- ・ 自分のしたことを忘れてしまう
- ・ 作業中に声をかけられると，何をしていたか忘れてしまう
- ・ 人の名前や作業の手順が覚えられない

注意障がい（半側空間無視をふくむ）

注意障がいとは，周囲からの刺激に対し，必要なものに意識を向けたり，重要なものに

意識を集中させたりすることが、上手くできなくなった状態をいいます。

- ・気が散りやすい
- ・長時間一つのことには集中できない
- ・ぼんやりしていて、何かするとミスばかりする
- ・一度に二つ以上のことをしようとすると混乱する
- ・周囲の状況を判断せずに、行動を起こそうとする
- ・言われていることに、興味を示さない
- ・片側にあるものだけを見落とす

遂行機能障がい

遂行機能障がいとは、論理的に考え、計画し、問題を解決し、推察し、そして、行動するといったことができない。また、自分のした行動を評価したり、分析したりすることができない状態をいいます。

- ・自分で計画を立てられない
- ・指示してもらわないと何もできない
- ・物事の優先順位をつけられない
- ・いきあたりばったりの行動をする
- ・仕事が決まったとおりに仕上がらない
- ・効率よく仕事ができない
- ・間違いを次に生かせない

社会的行動障がい

社会的行動障がいは、行動や感情を場面や状況にあわせて、適切にコントロールすることができなくなった状態をいいます。

- ・すぐ怒ったり、笑ったり、感情のコントロールができない
- ・無制限に食べたり、お金を使ったり、欲求が抑えられない
- ・態度や行動が子供っぽくなる
- ・すぐ親や周囲の人に頼る
- ・場違いな行動や発言をしてしまう
- ・じっとしてられない

その他の症状

自己認識の低下（病識欠如）

- ・自分が障がいを持っていることに対する認識がうまくできない
- ・上手いかないのは相手のせいだと考えている
- ・困っていることは何も無いと言う
- ・自分自身の障がいの存在を否定する
- ・必要なりハビリや治療などを拒否する

失行症

- ・道具が上手く使えない
- ・日常の動作がぎこちなくなる
- ・普段している動作であっても、指示されるとできなくなる

失認症

- ・物の形や色、触っているものが何かわからない
- ・触っているものが何かわからない
- ・人の顔が判別できない

失語症

- ・自分の話したいことを上手く言葉にできなかつたり、滑らかに話せない
- ・相手の話が理解できない
- ・文字を読んだり、書いたりすることが出来ない

- 身体の障がいとして
 - ・片麻痺、運動失調など

高次脳機能障がいへの対応

高次脳機能障がいの症状は、脳の損傷した場所によって、人それぞれ異なり、重症度も様々です。また、その場の環境や対応する相手によって、現れ方が異なる場合もあります。しかし、周囲の環境を整えたり、対応の仕方を工夫するなど、適切な対応を行えば、それまでうまく出来なかったことが出来るようになったり、問題行動が減ったりすることがあります。

- 家族・周囲の人が高次脳機能障がいを理解する
以前と人が変わってしまった、今まではできていたことができなくなってしまった、と様々な変化があります。まずは、その変化を理解することから対応は始まります。
- 目に見えない障がいを想像する
高次脳機能障がいを持つ方の行動や反応に興味をもって、「どうしてそのような行動をとっているのか」「なぜこんな風に反応するのか」と想像力を働かせることが、その人への適切な対応を探る第一歩となります。
- 忍耐力をもって接する
適切な対処法をくり返し実行して、その結果、毎日の生活の中で、出来る事がひとつひとつ増えていきます。くり返し行って習慣にしていくことは非常に手間がかかり、根気がいります。すぐに結果を求めて、本人を追い込んでしまうことがないように、忍耐力をもって接することが大切です。
- 環境を整える
高次脳機能障がいを持つ方は周囲の様々な情報を受け取ることが苦手になるため、その方にあわせて生活空間を整えたり、対応する人（家族、関係するスタッフ）が適切な声かけや支援方法を統一することが大切です。
- 代償手段を身につける
脳の失われた機能を他の方法（タイマーや手帳、作業の手順表など）で置き換えることが効果的な場合があります。

（４）課題検討の指針とケアの方向性

支障のある状態について、認知能力の低下とどのように関係しているのか、生活の質にどのような影響を及ぼしているのかを把握することにより、ケアの方向性と可能性を検討します。

認知能力の低下との関係を確認します

- ① せん妄
せん妄状態では、認知能力を正しく判定することができません。せん妄が回復するか、治療ができるだけの効果があった場合のみ、正しく認知能力を判定することができます。
- ② 認知症の進行
最近認知能力が悪化していないか、認知症の進行に変化がないかを明らかにすることで、入所者の認知能力と身体機能が現時点でどの程度障がいされているかを理解することができます。その結果入所者のもっている現実的な可能性が把握され、Q

QOLを拡大するケアプランに役立てることが出来ます。また、認知能力の変化の状況を知ることにより、回復可能な原因を調べ、悪化を防止することができるようになります。

- ③ 精神遅滞、アルツハイマー病、その他の成人発症の認知症
認知能力が低下した入所者に最もよくみられる神経疾患は、アルツハイマー病です。

しかし、知的障がい者は介護保険施設で増加の傾向にあり、特にダウン症候群は比較的早期より認知症になりやすい。認知能力が低下している場合、これらの神経疾患を区別することにより、スタッフは入所者が長期にわたって保持する知的能力の相違を理解することができます。

改善の必要性、可能性がある問題を確認します

- ① 気分の状態と問題行動

せん妄と同様に、問題行動も特別な治療やケアにより軽減したり、完治することがあります。しかし、中には改善不可能なものもあり、スタッフは入所者の一部として問題行動を受け入れ、付き合っていくべきです。また、継続する問題行動に対しては慣れが生じるため、問題行動による本人や周囲の身の安全や健康、日課活動への影響は特にないと感ずることもあるので注意が必要です。

認知能力が低下し問題行動のある入所者には、以下のことを検討します。

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

- ② 医学的な問題

医学的な問題を明らかにし治療することは、認知能力とQOLにプラスの影響を与えることがあります。たとえば、うっ血性心不全、慢性閉塞性肺疾患、便秘を効果的に治療することにより、身体機能と認知能力の両方を改善することができます。

快適な状態（痛みのない状態）は、慢性、急性の疾患を問わず認知能力が低下した入所者を治療する際に、最も優先される目標です。この場合本人の訴えを把握することが重要ですが、痛みを十分に伝えられないこともあるので注意します。

- ③ 一般状態の低下

認知能力が低下し、その期間が長く続いている入所者は、合併症（たとえば、褥瘡など）を起こしたり、生命の危険性のある段階にまで到達することがあります。

- ④ 身体機能の障がい

認知能力の低下は、まず最初に身体機能の変化に表れることがあり、回復可能な原因を明らかにするため、以下のことを検討します。

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

⑤ 感覚障がい

- ア 識別が困難な状況があるか確認します。
認知能力が低下すると, 小さい物体を識別したり, 食事中に皿を置いたり, いすに座るために体を調整することが難しくなる。このために毎日の日課行動をしなくなることがあります。視覚に問題があるかどうかを確認する必要があります。
- イ コミュニケーション能力を確認します。
認知能力が低下している人は, 意味のあるコミュニケーションができないものと思われている場合があります。しかし, 一見理解しがたい行動 (叫ぶ, 攻撃的な行動をとるなど。) でも, それが独自のコミュニケーション方法であることがあります。このような行動とその出現パターンを観察することによって, 認知障がいの入所者のニーズをある程度理解できるようになることがあります。(トイレに行きたいため, 不快なために騒ぎ始めるなど。)

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

⑥ 薬剤

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

⑦ 関わり方の要因

- ア 自立した活動をする機会は考慮されているか確認します。
スタッフは, 入所者ができるだけ多くの活動に参加するよう配慮すると同時に, 過保護にならないように注意します。ある1つの機能が低下していても, その領域すべてを全面援助する必要はないし, また他の機能低下につながるかもしれないことを頭に入れておきます。
- イ より自立できるかもしれないと考える根拠はあるかどうか確認します。(実際にやっているところを見た, もっと自分でやりたいという希望がある, 体幹や四肢, 手をコントロールする能力があるなど。)
- ウ 日常生活において自分で判断する場面がもっとあるかどうかを確認します。
- エ 自分で判断するための認知能力が少しでも残っているか確認します。
- オ 受身的になっていないか確認します。
- カ ケアを拒否していないか確認します。
- キ 自分でできるように動作分割はされているか確認します。
- ク スタッフの対応の不適切さが, 支障, 混乱の原因になっていないか確認します。

～ADL能力を正しく評価するため、以下のことを確認します～

1：動作を行うときに順番を間違えることはあるか。 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できるか。
2：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。
3：単純な指示でできるか。 介護者が「お茶を飲んでください。」というと飲むだろうか。
4：動作を始めることができるか。 いつも使っているもの（箸や歯ブラシなど）を手渡されれば、適切に使い始めることができるだろうか（箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど）。 ※始められない場合、OT・PTなどの専門家の評価を受ける必要があるか。
5：動作を1度始めれば、続けることができるか。 たとえば、1度食べ始めると食べ続ける。
6：介護者の身振りを真似ることができるか。 入所者と向き合い、眼を合わせて、単純でなれた動作（そでに腕を通す、口に触れるなど）をすると、真似ることができるだろうか。
7：身体的な援助を1度すると、動作を続けることができるか。 介護者がフォークに食べ物をさし、手に持たせ、腕を誘導して口元に持っていけば、食べ続けることができるか。

⑧ 日常生活、活動

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

ア ある程度認知能力があり問題行動のない入所者は、施設での生活や周囲の出来事に関わりをもって暮らしているか確認します。

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

ウ 小グループでの活動が推し進められているかどうか確認します。

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

オ スタッフは、入所者の残存機能が最大限活用されるようにケアをしているか確認します。（全面援助ではなく、言葉をかけたり、手を引いたり、見守ったりすること、動作を分割し次の動作への合図に反応する時間を十分にとっているか、入所者にとって快適で、支えられているという安心感をもてる関係を築くことなど。）

カ 最近親しい人を失っていないかどうか確認します。（配偶者の死、好きなケアスタッフの配置換え、入所して間もない、家族や知人の訪問回数が減るなど。）

ADL目標の例					
更衣	入浴	トイレ	移動	移乗	食事
衣服のあるところに行き、選び、手にとる	浴室・シャワー室に行く	トイレまで行く(夜間のポータブルや尿器も含む)	室内や近くを移動する <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	棟(ユニット)内を移動する <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	施設内を移動する(エレベーターを使う) <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)	箸やスプーンを使う(必要なら指を使う)
正しい順に着る	体を流す	トイレに排泄する	戸外を移動する <input type="checkbox"/>	移乗(立つ/座る/持ち上がる/ころがる)	噛む、飲む、飲み込む
それぞれの衣類をつかむ、脱ぐ	タオルで体を拭く	トイレトーパーをちぎり、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

5 コミュニケーション

5-1 コミュニケーション

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

コミュニケーションの障がい・問題を明らかにして、専門的な検査や対処をおこないません。

(2) 課題把握のポイント

- ① 聴覚に障がいがある。
- ② 伝達能力に問題がある。
- ③ 理解力に問題がある。

(3) コミュニケーション

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

コミュニケーション能力

言語的あるいは非言語的な手段を用いて、意思、感情、思考を受け取り理解し、伝える能力です。それには、話す、聞く、読む、書く、身振りなどの能力が含まれます。

- ① 効果的コミュニケーション
効果的に伝達し合うことができるかどうかは、能力とは別に、身振りや指さし、抑揚をつけた口調、コミュニケーション補助具（補聴器など）の使用によって決まります。
- ② コミュニケーションの機会
コミュニケーションを取りたい相手がいるか、意味のある活動をしているか、コミュニケーションを取ろうとしてくれている人がいるかが重要です。
- ③ 老人性難聴
両側対称性の難聴で、特に高い音が聞き取りにくくなります。症状はゆっくりと進行し、音の識別と話している内容を理解することが困難になります。
- ④ コミュニケーション問題
コミュニケーション機会の不足、加齢や認知症等の疾患、視覚障がい、うつ、その他の健康上・社会上の問題によってコミュニケーション問題が悪化します。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

入所者と施設スタッフ間の効果的なコミュニケーションの方法について検討します。また、認知症の入所者等とコミュニケーションをとる場合、スタッフが非言語的コミ

コミュニケーション能力を高める必要があります。人として基本的で自然に身につけている能力（身体に触れる、表情、アイコンタクト、声の抑揚、姿勢等）が、入所者との効果的なコミュニケーションを可能にします。

- ① 聴力に問題がある場合
医師、言語聴覚士による正式な聴力評価をして対応します。
- ② 視覚や聴覚の補助具を使用している場合（眼鏡、視覚補助具、補聴器、聴覚補助具）
 - ア 常に簡単に利用できるか確認します。
 - イ きちんと作動しているか確認します。
- ③ 理解力に問題がある場合
能力を評価して対応します。
- ④ 伝達能力に問題がある場合
言語聴覚士による評価を受けて対応します。
 - ア 構音(語)障がい（言葉を明確に出せない）
 - イ 失語症（話し言葉や文字を理解できない、言葉を探す、文中に言葉を当てはめられない）
 - a 軽度の場合、理解力と発語の困難をきたし、重度の場合は、話すこと、聴くこと、読むこと、書くことに著しい支障をきたします。
 - ウ 失行症（その言葉を知っていても、自発的に音を言葉として結びつけることが難しい）
 - a 手探りで躊躇したように聞こえる発声音となります。
- エ 認知症
多くの認知症の人はコミュニケーション障がいを伴います。
 - a 初期段階：特定の語彙が思いつかない、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 同じことを何度も言うか、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 介護スタッフ等が入所者に代わって返事をする場合は、入所者とのコミュニケーションを妨げることになるので、必要以外はしない。
- ③ 話が理解しやすいように
- ア はっきりとした身振りや指さし、あるいはやって見せることで話を補う。
 - イ あとで見直しができるように、話した内容について簡単に書かれたメモを用意する。
 - ウ 身振り、指さし、書く、措く、あるいは補助用具を使用するなど、コミュニケーションのための工夫をするように勧める。
- ④ 会話する環境を整える
- ア 入所者が理解できないという前提に立って、本人のいる場で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入所者に十分に見えるようにして話す。
 - ウ 話しているときに、入所者が介護者の顔を見ることができる明るさかどうかを確かめる。
 - エ 入所者が聴くのに邪魔になる雑音を低くしたり、消すようにする。
- ⑤ その他の留意点
- ア コミュニケーションする機会を増やすようにする。
 - イ コミュニケーションに問題があるということで入所者を責めない。
 - ウ あいさつ、丁寧な言葉、ちょっとした話のような、社会的なコミュニケーションや習慣的な会話をするようにする。

5-2 視覚

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

最近視力が低下した入所者、視力を失った入所者、視力補助具などを適切に使用していなかった入所者を把握して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 視力低下
- ② 視野障がい等があった

(3) 視覚

加齢に伴い、多くの高齢者は視力が少しずつ低下します。光に過敏になったり、焦点を合わせにくくなります。また、瞳孔が小さくなり、目に光が入りにくくなり、視力低下と明暗への反応が悪くなり日常生活に支障をきたします。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

視力低下の把握

- ① 検査
- ② 日常生活への影響
 - ・視力を要する活動（読書、裁縫など）をしなくなった
 - ・手紙や薬袋を他の人に読んでもらった
 - ・家事がうまくできなくなった（床が汚れたままになっているなど）
 - ・慣れた場所でもうまく動いたり、座ったりできない

ケアの方向

- ① 残っている視力を活用し、聴覚と触覚を使えるように環境を整えます。
 - ・数字部分が大きい、浮き彫りになっている電話器を使う
 - ・よくかける電話番号をオートダイヤルにする
 - ・字の大きいカレンダーを使う
 - ・音声表示の時計を使う
 - ・便座の色をはっきりさせる。
 - ・光が反射しない床やテーブルにする
 - ・明るさを調整できる照明にする
 - ・手元で位置が変えられる電気スタンドを使う
- ② 自立度が高まる用具を使用する（音声の出る時計、自己点眼器、錠剤ケース等）

6 社会との関わり

6-1 活動

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

- ・日課活動の選択肢の追加を希望する入所者に対応します。
- ・認知障がいや気分の落ち込みはあるが、日課活動を充実させることによって効果が得られるようにします。
- ・日課活動のし過ぎによる弊害に対応します。

(2) 課題把握のポイント

(改善)

- ① ほとんど活動していない

(再検討)

- ① ほとんどの時間起きている
- ② ほとんどの時間活動している

(3) 活動

入所者が消極的であっても、活動に参加することは重要です。

活動や訓練への期待や意欲がなくなり、病気が進み、活動への機会が減ることで、社会交流をしなくなると、生活や身体機能等の改善や回復の可能性が減少します。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

- ① 活動していない状態は、入所者の身体や認知能力を考えると相応か。
- ② 負担の少ない施設生活で、生活に張りがなくなったり無関心になっていないか。
- ③ 普通の生活で意欲を感じることがあるか。
- ④ 施設生活に積極的に関わっているか、参加しているか。
- ⑤ 日課活動への参加を支援する方法はないか。
- ⑥ 活動への参加に、病気や症状が影響していないか。
- ⑦ 認知、身体機能、コミュニケーション、気分等が活動に影響していないか。
- ⑧ 環境の変化が影響していないか。
- ⑨ 対人関係が影響していないか。

活動プラン作成時に留意すべきこと

- ① 活動は入所者の想いや期待に沿っているか。
- ② レクリエーションを時間の無駄だと思っていないか。
- ③ 介護スタッフは、入所者の希望や慣習を尊重しているか。
- ④ 介護スタッフは、活動量の低い活動が入所者の興味関心をひくかどうかを考えて

いるか。

- ⑤ 認知や身体能力の低下のために興味を持っていた活動ができなくなっていないか。
- ⑥ 認知や身体能力の低下のために、活動の選択肢が減っていないか。
- ⑦ 介護スタッフが過保護になっていないか。
- ⑧ 入所者にとって、活動が負担になっていないか。
- ⑨ 新しい活動への意欲を持っているか。

6-2 対人関係

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

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

(2) 課題把握のポイント

- ① 興味を持っていた活動をしなくなった。
- ② 施設スタッフとの葛藤や批判を繰り返す。
- ③ 同室者等とうまくいかない。
- ④ 家族等との葛藤や批判を繰り返す。
- ⑤ 失った役割等を悲しんだり、怒ったりする。
- ⑥ 家庭での生活と施設での生活の違いを感じている。

(3) 対人関係

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

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

- ① 対人関係以外のことを改善して対応します。
気分や行動障がい把握します。
- ② 対人関係の支障を把握して対応します。
入所者にとって重要な人間関係の変化や、環境の変化を把握します。
- ③ 対人関係の支障となる能力を把握して対応します。
施設スタッフの関わりによって補います。
- ④ 生活習慣や今までの生き方、想いを把握して対応します。
- ⑤ 施設スタッフの問題意識、過去の対応、改善の可能性を検討して対応します。

6-3 気分

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

悲しみや虚しさ、不安、落ち着きのなさなどの気分の悪化に対応します。
気分の悪化は、体重低下、興奮、痛み等の機能障がいとして表れる場合があります。

(2) 課題把握のポイント

- ① 否定
- ② 同じことを繰り返し言う
- ③ 心気症状
- ④ 不満
- ⑤ 不安
- ⑥ 不眠
- ⑦ 不機嫌
- ⑧ 活動・交流の低下

(3) 気分（うつと不安）

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

- ① 病気や機能低下がある高齢者はうつになりやすい。
- ② うつと不安は同時に現れることが多い。
- ③ 高齢者のうつと不安を把握することは難しい。
 - ア 高齢者は、うつや不安を否定しがち
 - イ 高齢者は、うつや不安を身体的な問題と間違っているとえがち
 - 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「睡眠障がい」
- ・疲れがとれない，疲労感が続く，体がだるい
- ・食欲や性欲が低下する，体重減少がある
- ・頭痛，腰痛，頭重感，肩こり，首の痛み
- ・めまい，立ちくらみ，耳鳴り
- ・息苦しい，胸が圧迫される，声が出にくい，胸が苦しい，動悸，息切れ
- ・手足がしびれる，力が入らない
- ・吐き気，腹痛，便秘
- ・全く動けず，意識も希薄となる

～大うつ病～

以下の症状が1週間以上続いていて，どうにも治まりそうもないと感じる時は，専門医の診察を考えます。

- ① 生活や通常の活動に興味を失う
- ② 不眠，または睡眠過多
- ③ 食欲減退，体重減少
- ④ 罪悪感，自分に価値がない感じ
- ⑤ 倦怠感，気分の減退
- ⑥ 思考力や集中力の低下，決断力の低下
- ⑦ 精神運動性の焦燥，停止
- ⑧ 自殺念慮

～不安～

不安は，生活機能の支障となるような心配があったり，不安定な状態です。

以下の症状に苦しんでいる場合には、まずは、時間を作り、黙って話を聞き、必要に応じて専門医等に相談して対応します。

- ① 落ち着きがない，緊張している，または過敏
- ② 疲れやすい
- ③ 集中できない，心が空白になる
- ④ 易刺激性
- ⑤ 筋肉の緊張
- ⑥ 睡眠障がい

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

うつと不安の原因把握

① 回復可能な原因を検討します。

- ア 対人関係
- イ コミュニケーション
- ウ 治療
- エ 薬の副作用
- オ 病気や症状

② 病気や機能低下を把握します

- ア 症状の重さ
- イ 症状の持続時間
- ウ 症状の進行
- エ 自殺の兆候（例えたわいないように聞こえても…）
 - ・死んだほうがまし，自殺の方法，自殺の試み
- オ 精神病的症状
- カ 身体的症状がないのに寝たきりになったり，他人との会話を避ける等の生活上の変化
- キ 食欲低下，食事や水分量の減少
- ク 体重減少
- ケ 症状に気づいて対応しているか

対応

① 症状認識と対応の確認

- ア 治療の効果を確認します。
- イ 本人，介護スタッフは治療方針に沿った対応できているか確認します。
- ウ 対応がうまく出来ていない場合の教育，研修の必要性を確認します。

7 排尿・排便

7 尿失禁・留置カテーテル

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

回復可能な失禁の原因を把握し、可能な対処方法を検討して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 失禁がある。
- ② おむつを使用している
- ③ 尿カテーテルを使用している

(3) 尿失禁

適切な方法での排尿のコントロールができない状況です。

失禁は、皮膚の発疹、浸軟、褥瘡、転倒や社会的孤立などに影響があります。また、失禁は介護負担を重くするため、在宅生活を続けることが難しくなる場合があります。

一般の常識とは逆に、多くの高齢者の尿失禁は治せるものであり、大幅な改善が可能な場合があります。その方法は、薬剤の使用、運動、排尿訓練、居住環境の改善、手術などがあります。

排尿能力

- ① 尿路系の要因
尿を蓄えたり放出する膀胱、適切に開閉できる尿道に問題がある場合。
- ② 身体、認知、意欲の要因
間に合うようにトイレに移動し、排泄するために（家族の援助を受けて）衣服を調節する、適切な場所で排尿する必要性を認識すること、そのようにしよう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

	<p>これを抑えることができるものですが、切迫性尿失禁の人はトイレまで我慢できず、尿が漏れてしまいます。尿の量は腹圧性尿失禁より多く、ときに大量に出ます。したくなると急に出てしまいますので、膀胱に少しでも尿がたまると、トイレに行くようになります。そのため、尿の回数が増え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がいが必要です。</p> <p>排尿障がいとは、膀胱や尿道などの疾患のため尿の流れが阻まれるものです。</p> <p>排尿障がいになる疾患は男性患者が多いことから、溢流性尿失禁は男性に多くみられます。</p>
機能性尿失禁	<p>排尿機能は正常にもかかわらず、身体運動障がいの低下や認知症が原因でおこる尿失禁です。</p> <p>身体運動障がいの低下のためにトイレまで間に合わない、あるいは認知症のため、時と場所と場合が判断できずになってしまう、といったケースが多いです。</p>

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

改善可能な失禁原因の把握

失禁が改善することは、機能状態や生活の質（QOL）の向上にもつながります。

- ① せん妄状態
- ② 尿路感染症
- ③ 萎縮性尿道炎もしくは膿炎
- ④ 薬物
- ⑤ 心理面（うつ）
- ⑥ 頻尿・多尿
- ⑦ 活動の制限
- ⑧ 便秘

留置カテーテルの適応症

- ① 昏睡状態
- ② 末期状態
- ③ 失禁によって影響を受けそうな褥瘡
- ④ 処置不能の尿道閉塞
- ⑤ 過去にカテーテル抜去後も排尿できなかった既往

8 褥瘡・皮膚の問題

8-1 褥瘡

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

褥瘡のある入所者に治療やケアを確実に提供することと、褥瘡になる危険性があるにもかかわらず予防的なケアを受けていない入所者を把握します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 褥瘡や潰瘍があるか。
- ② 寝返り等、ベッド上で身体を動かすことができるか。
- ③ 寝たきり状態か。
- ④ 便失禁はあるか。
- ⑤ 末梢循環障がいがあるか。
- ⑥ 褥瘡・潰瘍ができたことがあるか。
- ⑦ 痛みや圧迫に対して鈍感になっているか。
- ⑧ 毎日体幹部を抑制しているか。

(3) 褥瘡

褥瘡は、短期間の強い圧迫や長期間にわたる弱い圧迫がかかることによって生じる皮膚や皮膚下の組織、骨の突出部分を覆っている筋肉の局所性の損傷および壊死です。

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

～褥瘡のステージ～ (IAET の分類)

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

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

原因を把握して、予防し、対応します

- ① 動けない
身体の位置を変えたり、調整する能力が低下したり出来なくなっている。
- ② 活動低下
身体的な活動が減少している。
- ③ 失禁
尿あるいは便の失禁
- ④ 精神状態の変化
圧迫の不快感に気づいても、それを避ける対応ができない。
- ⑤ 栄養不良
栄養摂取量の不足。
- ⑥ 圧迫
圧迫は組織の虚血および壊死を引き起こす最も重大な外的要因である。
- ⑦ 摩擦
皮膚がすれると表皮細胞を失う。これは、ベッドでずり落ちたり、シーツの上をそのまま引きずられた場合に起きる。
- ⑧ ずらす力
2つの皮膚層がずれ、逆の方向にひっぱられるときに起こる。深い組織の損傷をもたらす、摩擦と同じ状況で起こる。
- ⑨ 湿潤
過剰な湿度は、皮膚を柔らかくし、その抵抗力を減少させる。尿や便の失禁、発汗、あるいは創傷のドレナージをしている状況で起きやすい。
- ⑩ その他
末梢血管障がい、浮腫、糖尿病、感覚障がい、薬剤（特に、認知能力や寝返りの能力を低下させたり、痛みを感じることを阻害する薬剤）、身体の抑制、貧血、低体重、喫煙など。

8-2 皮膚と足

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

褥瘡や潰瘍以外の皮膚の問題を把握して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① すり傷、内出血
- ② 火傷
- ③ 発疹
- ④ 皮膚の鈍感さ
- ⑤ 裂傷、切り傷
- ⑥ 手術創
- ⑦ 足（うおのめ、たこ、まめ、つち指、指の重なり、痛み、変形等）

(3) 皮膚と足の問題

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

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

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

- ① 皮膚の問題へ対応します。
皮膚の機能である①外部環境からの防御、②体温調節、③感覚（痛みや快感）の機能に影響している問題。
- ② 足の問題へ対応します。
足の力やバランスを崩したり、足に痛みを引き起こすあらゆる問題やけが。
 - ・医療的対応（整形外科、皮膚科）
 - ・靴の工夫
 - ・爪切り

9 口腔衛生

9 口腔衛生

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

痛みがあったり、食事摂取や発声の障がい、栄養不良、自尊心や食事の楽しみを阻害する口腔問題を把握して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 就寝前、口腔内に残渣がある。
- ② 毎日、歯、義歯を洗っていない、または口腔ケアをしていない。
- ③ 口腔が痛む。
- ④ 歯の一部または全部がなく、義歯を使っていない。
- ⑤ 虫歯がある。
- ⑥ 歯肉炎、腫れ、出血、潰瘍、発疹がある。

(3) 口腔衛生

口腔には3つの基本機能があります。①咀嚼と嚥下、②コミュニケーション、③外部の病原体や毒物から身体を守ることです。

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

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

口腔疾患は進行しやすく、放置すれば痛みが発生し、外科的処置が必要になります。

全身疾患が、口腔の症状として現われることもあるため、口腔の症状は口腔以外の疾患を示していることもあります。このため口腔の不快感や障がいの訴えがあれば、全身の総合的な検査を要する場合があります。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

歯・口腔内の残渣を取り除き、口腔内の腐食や不潔な臭い、感染症を予防します。また、入所者自身でできない原因を把握して対応します。

- ① 入所者が自分で歯磨きや義歯洗浄をする方法を考えて対応し、できなければ補います。
- ② 脱水や薬等による口腔内の乾燥に対応します。
- ③ 痛みや炎症、不快感等、認知能力の低下や自分のことを伝えられない入所者に対応します。

10 食事摂取

10-1 栄養

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

栄養不良や、栄養問題の悪化する危険性を把握して早期に予防的対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 体重減少
- ② 食べ物についての文句が多い
- ③ 半分近く食べ残すことが多い
- ④ 経静脈栄養
- ⑤ ミキサー食
- ⑥ 褥瘡がある

(3) 栄養・食事摂取

良好な栄養状態は、高齢者にとっても重要なことです。栄養状態に問題があると、さまざまな疾患や身体的、精神的、社会的機能低下の原因にも結果にもなります。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

食事摂取の障がい

- ① 自分で食事摂取ができない。
- ② 咀嚼に問題がある。
- ③ 嚥下に問題がある。

栄養摂取の問題

- ① 下痢等による栄養分の損失
- ② 病気による栄養摂取必要性の増加
- ③ 病気による栄養吸収能力の低下
- ④ 病気による過度の栄養消耗

その他の要因

- ① 慢性閉塞性疾患：カロリーの必要性、むせることへの恐れ
- ② 呼吸困難：飲食への恐れ
- ③ 便秘、消化管閉塞：食欲低下
- ④ 薬：食欲低下、嗅覚味覚の低下

栄養プログラムの例

- ① 手で食物をつかむ
- ② 一口を小さくする
- ③ 食べる時に舌を使う
- ④ 一口ごとに嚙んでから飲み込む
- ⑤ 口腔が痛まない食べ物の摂取
- ⑥ 補助具、自助具の活用
- ⑦ 食事時間の調整
- ⑧ 食事環境、雰囲気配慮

10-2 栄養

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

経管栄養の弊害

興奮やうつ状態、気分低下、自己抜去、感染症、吸引、気管や肺への誤挿入、チューブの抜け、痛み、チューブの詰まり等に対応します。

10-2 脱水

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

- ① 脱水症になる危険性の高い入所者を把握し、脱水を未然に防ぎます。
- ② 介護スタッフが、脱水になる原因や脱水による症状に気をつけることができ、対応できるようにします。

(2) 課題把握のポイント

- ① 座位時や起立時のめまいがある。
- ② 精神状態の変化がある。
- ③ 尿量が減少している。
- ④ 皮膚に張りがない、粘膜が乾燥している。
- ⑤ 便秘がある。
- ⑥ 発熱がある
- ⑦ 食事や水分の摂取量が目立って減少
- ⑧ 尿路感染症
- ⑨ 利尿薬

(3) 脱水

摂取する水分量より、失われた水分が多い状態です。

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

（４）課題検討の指針とケアの方向性

脱水の要因を把握して対応します。

- ① 意思決定能力に障がいがあるか。
- ② 理解力に障がいがあるか。
- ③ 身体のバランスの障がいがあるか。
- ④ 身体能力に問題があるか。
- ⑤ 便秘があるか。
- ⑥ 嚥下に問題があるか。
- ⑦ 水分摂取を制限していないか。
- ⑧ 症状（感染，発熱，嘔吐，下痢，吐気，異常発汗）はあるか。
- ⑨ 下剤，利尿薬の服用はあるか。
- ⑩ 多尿ではないか。

1 1 問題行動（行動障がい）

1 1 行動障がい

（1）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

行動障がいのある入所者を把握し、原因とその解決策を検討します。

また、行動障がいは改善されたとしても、行動を制限してしまっている可能性のあるケアを受けている入所者を把握して対応します。

（2）課題把握のポイント

- ① 迷うことがある。
- ② 怒ることがある。（言動）
- ③ 怒ることがある。（行動）
- ④ 混乱することがある。
- ⑤ ケアを嫌がる、断ることがある。
- ⑥ 行動障がいが改善した。

（3）行動障がい

行動障がいは、入所者本人、他の入所者、さらにスタッフにとっての悩みや問題になる場合があります。行動障がいのある入所者との関わりは難しいため、過剰な抑制や向精神薬が使われることがあります。しかし、行動障がいに対して、それ以外の介護や対応に取り組む傾向が高まっています。

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

（4）課題検討の指針とケアの方向性

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

重症度を把握します

何らかの行動障がいがあり、新たなケアや変更を検討する必要性のある入所者を特定しますが、行動障がいのあるすべての入所者が特別なケアを必要としているわけではありません。

行動障がいの中には本人や周囲にとって、危険にも悩みの種にもならないものもあります。たとえば、幻覚と妄想（精神疾患やせん妄のような急性症状でないもの）は問題にならないことが多く、そのままの環境で対処できるかもしれません（たとえば、周りが認める、受け入れられるなど）。このため、入所者の行動障がいが「問題」かどうかを把握することが重要になります。行動の性質と重症度、その影響を把握する必要があるということです。

① 行動障がいを観察します。

- ア 一定期間、行動障がいの重症度と持続する時間、その頻度と変化を把握します。
- イ 行動障がいに規則性があったかを把握します。（1日のうちの時間帯、周囲の環境本人と周囲がしていたことに関連など）

行動障がいの規則性を明らかにします

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

長期的に観察することで、入所者の行動障がい理解できる場合があります。

規則性を把握して、問題の原因に取り組むことで行動障がい軽減したり、消失する可能性があります。

- ウ 行動障がいはいつごろからどのように現れてきたかを把握します。
- エ 最近変わったことはなかったか把握します。

行動障がいの影響を把握します

オ 行動障がいは入所者本人にとって危険なものか、どのように危険なのかを把握します。

カ 周囲にとって危険なものか、どのように危険なのか把握します。

キ 1日の中での心身の状態が変わることに行動障がいは関係していないか、どのように関係しているかを把握します。

ク ケアへの抵抗は行動障がいによって現れているのかを把握します。

ケ 対人関係の問題や適応の問題は、行動障がい原因なのかを把握します。

潜在的な原因を確認します

行動障がいは、急性病気、精神病的な状態と関連することが多い。

向精神薬と身体抑制、環境ストレス（たとえば、騒音、慣れ親しんだ日常生活の変化など）のような反応が原因となっている

行動障がいの原因を探っているうちに、回復可能な対応が見つかり、行動障がい落ち着いた場合もあります。

認知障がいとの関係を把握します

認知症の場合の行動障がいは治療やケアをしても継続する場合があります。この場合の行動障がいは悩みの種になりますが、多くは対応が可能です。

気分の問題との関係を把握します

気分や対人関係の問題は、行動障がいの原因になる場合がありますが、原因となる問題が解決されれば、行動障がい落ち着いた場合もあります。

- コ 行動障がいの原因となる、不安障がいと攻撃性、うつや孤立と怒るなど、気分の問題はないか把握します。

行動障がいに影響する対人関係を把握します

- サ 対人関係、誰かがいることによって、あるいはいないことによって問題行動が起きていることはないか把握します。
- シ 他者の考えや行動に対しての妄想があり、怒る等の行為につながっていないか把握します。
- ス 最近の身近な人の死亡等が行動障がいを引き起こしていないか把握します。

環境の問題を把握します

- 周囲の環境は入所者の行動に深く影響することが多いため、慎重に検討します。
- セ スタッフは十分に対応し、入所者のストレスの原因と早期に表れる兆候に気付くことができるか確認します。
 - ソ スタッフは入所者の慣れ親しんだ日課を尊重しているか確認します。
 - タ 騒音や混雑、あるいは部屋の暗さは行動に影響していないか確認します。
 - チ 他の入所者の中に攻撃的な人はいないか把握します。

病気と症状を把握します

急性の病気や慢性疾患の悪化が行動に影響することがある。病気の診断と治療が問題行動を解決することがあります。慢性的な症状があるが、自分のことを十分に伝えられなかったり、周りを十分に理解することができない場合、行動障がい起きる場合がある。その場合には、スタッフや家族が効果的なコミュニケーション方法をとることで行動が落ち着く場合があります。

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

- ツ 行動障がいと同時に、慢性的な身体症状があるか把握します。（関節炎や便秘、頭痛などの疼痛や不快感など）
- テ 行動障がい急性疾患と関係があるか把握します。（尿路感染症、その他の感染症、発熱、幻覚や妄想、睡眠障がい、身体的外傷を伴った転倒、栄養障がい、体重減少、脱水や水分の不足、電解質の異常、急性低血圧など）
- ト 行動障がいは慢性疾患の悪化と関係があるか把握します。（心不全、糖尿病、精神病、アルツハイマー病、他の認知症、脳血管障がい、糖尿病の低血糖発作など）
- ナ 聴覚や視覚、コミュニケーション能力の障がいはどのように影響しているか把握します。

現在行っているケアや治療の影響を把握します

行動障がいに対応するためのケアは、行動障がいを改善することもあれば逆に悪化させたり、別の行動障がいを引き起こすこともあります。これらはどのような結果であっても重要な情報です。（入所者の興味、利用、参加意欲など。）

行動障がいへの対応を継続実施することが重要な場合があります。しかし、その対応がQOLの低下につながっている場合には、別の方法を検討します。（薬や身体抑制による対応は、ADLや気分、全体のQOLを低下させている可能性がある。反対に、入所者が理解できるように日課を分割し自分でできるように導くというケアは、入所者のストレスを減らし、問題行動を防ぐことになるために継続するなど。）

- ニ 精神科医を受診したことがあるかどうか確認します。
- ヌ 行動障がいへの対応が効果的だったことがあるかどうか、その内容も確認します。
- ネ 行動が軽減した場合、薬剤やその他の行っているケアや治療を止めることができるか把握します。
- ノ 薬剤の開始（または処方の変更）と行動障がいの始まりや変化に関係はあるか把握します。
- ハ 身体抑制と問題行動は関係あるか把握します。（興奮や怒りが増したなど。）
- ヒ 専門的な治療棟でケアを受けたことがあるか確認します。
- フ 行動障がいへの対応についてのスタッフ教育の状況・効果を把握します。
- ヘ 教育にはどのような職種が関わっているか、教育はどのくらいの頻度で行われているか、継続して行われているか把握します。
- ホ 入所者の自立度を拡大するために動作分割をしているかどうか把握します。

～ 参 考 ～

統合失調症

(妄想型)

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

(破瓜型)

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

(緊張病型)

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

(鑑別不能型)

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

～症状～

・陽性症状

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

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

これら陽性症状は統合失調症を発症して間もない頃や再発時に多く見られます。

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

・その逆に外からの刺激に全く反応しなくなる

・陰性症状

陽性症状に対して、陰性症状では「本来、心の中にあるはずのものが存在しない」と考えることができます。

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

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

陰性症状	特徴
感情の減退	<ul style="list-style-type: none"> ・喜怒哀楽が乏しくなる ・意欲や気力、集中力が低くなって興味や関心を示さなくなる
思考能力の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・言葉の数が極端に少なくなる ・思考力の低下によって、会話の内容が薄くなる
コミュニケーションへの支障	<ul style="list-style-type: none"> ・他人との係わり合いを避ける ・ぼ～っと過ごす日々が続く

・認知障がい

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

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

認知障がい	特徴
選択的注意の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・わずかな刺激や情報に対しても反応してしまう ・相手の話よりも周りの雑音や動きに反応してしまう
過去の記憶や類似点との比較が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・間違っただ情報を結びつけてしまう ・似た名前を並べることができない

～統合失調症の診断基準～

- A 以下のうち2つ（またはそれ以上）、おのおのは1ヶ月の期間ほとんどいつも存在。
 ①妄想 ②幻覚 ③まとまりのない会話 ④ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動 ⑤陰性症状（感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如）
- B 障がいの始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で1つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している。
- C 障がいの持続的な徴候が少なくとも6ヶ月間存在する。
- D うつ病または躁病の合併がない。
- E 物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。
- F 自閉性障がいや他の広汎性発達障がいの既往歴があれば、統合失調症の追加診断は、顕著な幻覚や妄想が少なくとも1ヶ月存在する場合にのみ与えられる。

双極性障がい

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

- A 発症は急激で4～10日位で多弁、多動になり、睡眠時間も短縮し、遅くまで働き、朝早く目覚めて動き回る。
- B 気分は爽快で自信にあふれ、つぎからつぎへと考えが浮かんでくる（観念奔逸）。しかし、着想は単なる思いつきのことが多く、しかも途中でまた新しいことに手を出すため中途半端で終わってしまう。
- C 高価なものをたくさん買いこんで家計に破綻をきたすこともある。
- D 人によっては不機嫌で興奮しやすく、刺激的で怒りっぽく乱暴をすることもある。
- E 妄想が出現することもあるが内容は誇大的で超能力者、大学者、発明家であったり

うつ病

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

～うつ病の分類～

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

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

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

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

- A 発病は緩徐で2～4週間かけて進み、次第に元気がなくなり抑うつ、悲哀感に包まれる。
- B 思考は抑制され、興味関心が失われ活力が感じられなくなる。行動抑制も顕著で意欲も失われる。
- C 一般的にはつぎのような症状が見られる。
 - ① 集中力と注意力の減退 ② 自己評価と自信の低下 ③ 罪責感と無価値感 ④ 将来に対する希望のない悲観的な見方 ⑤ 自傷あるいは自殺の観念や行為 ⑥ 睡眠障がい ⑦ 食欲低下
- D なかには焦燥感がきわめて強く、希死念慮で片時も目の離せない「激越うつ病」と呼

ばれるものもある。

パーソナリティ障がい（人格障がい）

（人格障がいの種類）

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

- A 遺伝的に分裂病気質を持っていることが多く、自閉的で妄想を持ちやすく、奇妙で風変わりな傾向があり、対人関係がうまくいかないことがあります。ストレスが重大に関係することは少ないですが、対人関係のストレスには影響を受けます。
このグループに含まれるのは「妄想性人格障がい」「分裂病質人格障がい」「分裂病型人格障がい」の3つです。
- B 感情的な混乱の激しい人格障がいです。演劇的で、情緒的で、うつり気に見えることが多いです。ストレスにかなり弱い傾向があります。
このグループに含まれるのは「反社会性人格障がい」「境界性人格障がい」「演技性人格障がい」「自己愛性人格障がい」の4つです。
- C 不安や恐怖感が非常に強い人格障がいです。まわりに対する評価や視線などが非常にストレスになる傾向があります。
このグループに含まれるのは「回避性人格障がい」「依存性人格障がい」「強迫性人格障害」の3つです。

（全般的診断基準）

上にあげた人格障がいには、それぞれに診断基準というものが存在しますが、これらの各類型ごとの診断基準にくわえて「全般的診断基準」というものを満たさないと、人格障がいがあるとは言えません。

つまり、この人は人格障がいがあるな（全般的診断）と感じると、次にどんなタイプの人格障がいだろう（類型ごとの診断基準）を見ていくのです。

全般的診断基準は以下の6項目からなります。

- A 次のうち二つ以上が障がいされている。
認知（自分や他人，出来事を理解し，考えたりすること）
感情（感情の反応の広さ，強さ，不安定さ，適切さ）
対人関係
衝動のコントロール
- B その人格には柔軟性がなく，広範囲に見られる。
- C その人格によって自分が悩むか社会を悩ませている。
- D 小児期，青年期から長期間続いている
- E 精神疾患（精神分裂業，感情障がいなど）の症状でもない。
- F 薬物や一般的身体疾患（脳器質性障がい）によるものではない。

知的障がい

- 1 知的障がいの度合い

知的障がいとは度合いによって、重度・中度・軽度に分けられます。

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

上記の式により、精神年齢(発達年齢)と生活年齢(実年齢)の比率をパーセンテージで算出し、50～70%は軽度知的障がい、35～50%は中度、20～35%は重度、20%以下が最重度と分類されます。

また、知能指数が70～85%の場合はボーダーラインであり、知的障がいと認定されない場合が多いです。

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

2 発達障がいと知的障がいの違い

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

知的障がいの診断は、知能テストなどで測定される「知的能力」と、社会生活を営むために必要な行動をとる力「適応能力」を元にします。

また、発達障がいは、「コミュニケーション能力」や「適応能力」などで診断します。知的障がいと発達障がいの診断では、重なる部分もあるのです。

3 自閉症と知的障がい

自閉症と知的障がいには、似たような症状があり、自閉症にも知的障がいがある場合もあります。

自閉症の症状があり、知的障がいの症状も顕著な場合、知的障がい者として認定される場合が多いです。

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

4 学習障がいと知的障がい

知的障がいと学習障がいにも、似ている症状がありますが、知能指数(IQ)が70以上で学習障がいの症状がある場合には学習障がいと診断され、70以下の場合には知的障がいと診断されます。

知的障がいは学習面も含めた全面的な知能の発達に遅れがあり、学習障がいは特定の学習に困難を生じます。

～知的障がいのチェック(成人)～

1 社会的能力

(1) お金の扱い

- 郵便局や銀行などの金融機関を利用できる
- 正しく両替はできるが、貯金などはできない
- いろいろの種類のお金を合わせて、500円にできる
- お金は使うが、正しく両替することはできない
- お金は使えないが、大切なものであることは知っている

お金が大切なものであることを知らない

(2) 買い物

- 自分の衣類は自分で買う
- 自分の身につけるアクセサリなどの小物は、自分で買う
- そばについていなくても、お菓子や飲み物などの簡単な買い物をする
- ついていてやれば、買い物をする
- つきっきりで見ていてやれば、買い物をする
- 買い物をしない

(3) 集会への参加

- 積極的に集会に参加し、規則に従って順番を守ったり、意見を適切に言うことができる
- ある程度は集会などに参加できるが、消極的であったり、引きこもったり、迷惑な行動や非協力的な行動をすることがある
- 集会などには参加したがらず、参加しても適切な集団行動ができない
- 話す時にとぎれたり、つかえたり、不規則に中断したりする。(どもりなど)
- 発音が不明瞭で、聞き取りにくい

2 地域資源の利用

(1) 移動

- 自分の住んでいる町内(地区内)ならば、迷わずに歩きまわることができる
- 迷わずに施設や学校の敷地内を歩きまわったり、家から数軒離れたところへ行ける
- 宿舎内、家の敷地内ならば歩きまわることができる
- 同じ建物でも、いつも生活しているところをちょっとでも離れると、迷子になってしまう

(2) 交通機関の利用

- 一人では長距離電車や長距離バスに乗れない
- 一人ではタクシーに乗れない
- 知らないところへの地下鉄や路線バスや電車などに乗れない
- 以前に連れていかれたような、良く知っているところへの地下鉄や路線バスや電車などにも乗れない
- この人にはあてはまらない。(移動不可能の場合など)

3 自律性(自己指南)

(1) 自発性

- 指示されなくても、ほとんどのことは自発的にする
- 自分がやるべきことの指示を求める
- きまりきったことなら、いちいち指示されなくてもする
- 指示されなければ何もしない

(2) 志向性

- 強制しないと何もしない
- 何もやる意欲がない
- 何事にも関心を示さない
- 途中で遊んだりして、やるべきことを最後までしない
- 人の助けを必要以上に求める
- この人にはあてはまらない。(全面的な介護を必要とする場合など)

(3) 中断や新たな仕事に対する耐性

- 作業中の課題を中断させ、別の課題に移行させられた場合、

- 不安や不満の徴候をみせず、別の課題にスムーズに移行できる
- 不安や不満の徴候を示し別の課題に取りかかるのをしづるが何とか取り組める
- かなり不満や抵抗を示し、しばらくの間は困難であるか、全く無理である
- 課題への意欲や理解力が低いため、特に不安や抵抗を示さない

(4) 活動意欲

- 与えられた課題は不平・不満などをみせず、指示されなくとも取り組むことができる
- 与えられた課題にすぐに飽きたり不平・不満の態度や表情をみせることが多い
- 課題を与えられても、励ましや指示がないとやろうとしない

(5) 仕事の責任感

- 頼まれた仕事は、内容が不十分の場合があるが、最後までやり通す
- ほとんど途中で勝手にやめてしまうことが時々ある
- ほとんど途中で勝手にやめてしまう

(6) 作業中の仲間からの影響

- 他の人がすぐそばにいても、影響されることなく作業を続けることができる
- 他の人がすぐそばにいと、作業に集中できなかつたり、視線を回避するなどの不満げな行動を示し作業効率が低下する
- 他の人がすぐそばにいと、不適応行動を示し、著しく作業効率が低下する

4 健康と安全

(1) 食に関する問題

- 著しい偏食がある ・拒食をしばしばする ・異食をすることがある ・反芻をする
- 盗食をしばしばする ・嘔吐することが多い ・過食傾向にある ・多飲がみられる

(2) 排泄に関する問題

- 夜尿をしばしばする ・放尿をしばしばする ・トイレなどで壁に便ぬりや便いじりをする

(3) 睡眠に関する問題

- 床に入っても寝つきが悪いことが多い ・朝、著しく早く起きる ・夜中に起きてウロウロと徘徊する ・一晩中起きてウロウロと徘徊することがある

(4) 破壊行為、器物破損

- 特別に物を壊そうとは思っていないが、もののはずみで壊してしまうことが多い
- こだわりの病状として破壊を行う
- 自分の要求が通らなかつたり、自分のペースで事が運ばなかつた時に物を壊すことがある
- 注意されたり叱られたりした後に、ストレスの発散や仕返しの意味で物を壊す

(5) 自傷

- 自分の要求が通らなかつたり、自分のペースで事が運ばなかつた時に自傷する
- 指示されたことをしないで、その後に自傷をする
- 周囲の人に自分の要求を伝えるために自傷をする
- こだわりとしての自傷をする
- 特に理由なく自傷をする。(自己刺激行動としての自傷)

(6) 奇声、大声

- 何かをするように指示された時に奇声や大声を出す
- 奇声や大声を出す時間や時期に波がある
- 自分のしたいことができなかつたり、欲しい物が手に入らなかつたときに奇声や

- 大声を出す
- 仲間から干渉や攻撃を受けたり意地悪されたときに奇声や大声を出す
 - よく理由が分からない場合に奇声や大声を出す
- (7) 固執傾向に関する問題
- 特定の物にこだわる。(物をもって歩く, 触りにいくなど)
 - 特定の人にこだわる。(その人を頻繁に見に行く, その人がいないと落ち着かないなど)
 - 活動や生活の時間や時刻にこだわる。(決まった時刻に食事をしないと気がすまないなど)
 - 特定の場所にこだわる。(その場所に頻繁に行く, その場所でないと気がすまないなど)
- (8) 認知症または顕著な老化現象
- 老化も退行もみられず元気である
 - 外見上は老化徴候が見られるが, 能力や行動量は落ちておらず元気である
 - 外見上には老化徴候は認められないが, 能力や行動量は落ちている
 - 外見上や能力の低下などから老化・退行がみられる
 - 認知症の診断を医師から受けており, 病状が明らかにみられる
- (9) 精神医学的な病状や問題行動の全般
- 内に閉じ込もりがちである 身体ゆすり 無気力 他傷。(暴力をふるう)
 - 食べ過ぎ 独り言 情緒的に不安定になることがある 不衛生, 不潔
 - 欲求不満をうまく処理できず, 物にあたったりすねる 空想的発言, 虚言
 - 爪かみ 嫌なことがあるとトイレによく行くなど, その場から逃避する
 - 指しゃぶり 人前や適当でないところで身体を露出する 歯ぎしり
 - ヒステリー 吃音 被害妄想 自傷 暴言が多い
 - 決められたことに遅れたり, さぼったりする 異食や特異な習癖がある
- (10) 対人関係や性格, 行動の特性の全般
- がんこである 集団活動での一斉指示だけでは理解できない
 - 発音が不明瞭で聞き取りづらい 感情の起伏が激しい 親しい友人がいない
 - 特定の物や事柄にこだわる 取りかかりが遅い 交友関係が広がらない
 - 急な変化を受け入れられなかったり, 気持ちの切り替えがうまくできない
 - 好きな友人につきまとう 集中力, 持続力に欠け, すぐに飽きてしまう
 - 友人に余計な世話をやく 自己中心的で, わがままである
 - 時間やスケジュールにこだわる 集団活動の流れにのれない
 - 友人をいじめる
 - 思い通りにならないときや注意されると引きこもったりふくれたりする
 - 友人からもいじめられる 友人よりも職員との関わりを強く求める
- 5 学習
- (1) 読む
- 多少漢字のまざった本を読む
 - ひらがなで書かれた文章なら, だいたい読む
 - 簡単な絵本や漫画を読む
 - 「非常口」, 「立入禁止」, 「男」, 「女」などのいろいろな表示を読む
 - 文字の見分けが多少はつく
 - まったく文字の見分けがつかない。
- (2) 作文やハガキを書く
- 身近な事柄について簡単な日記や作文を書いたり, 自分から年賀状やハガキの宛名を書いて出すことができる(誤字脱字などの間違いはあっても構いません)

- 職員などから日記や作文、ハガキなどに記述する内容を、口頭で言ってもらえると自分で書くことができる
- 日記や年賀状などの決まった文章（成句）などを1～2行書くことができる（「今日は作業をしました」「あけましておめでとうございます」など）
- 日記やハガキなどの見本を呈示されると書き写すことはできる
- 文字を書くことができない

(3) 言語理解

- 平仮名46文字が全て読める
- 目と耳は両方ともどんな動きをするか知っている
- わからない字があると尋ねる
- 「お腹がすいたらどうする？」という質問に正しく答える
- 赤, 青, 黄, 緑の全てがわかる
- 「食べ物」の名前が, 9つ以上正しくわかる
- 物の名前を聞いてその絵を指摘する
- 「ちょうだい」と言うと, 手に持っている物をくれる
- ことばによる指示に従うことがない

(4) 概念

- 「無駄」の意味がわかる
- 「同じ, 違う」の区別ができる
- 「右, 左」の区別ができる
- 「大きい, 小さい」の区別ができる
- 「勝ち, 負け」の区別ができる
- 「高い, 低い」の区別ができる
- 上記した概念の理解ができない

(5) 数

- 30個以上のものを数える
- 「1つ」, 「2つ」と言いながら, 2個の物を数える
- 10個のものを数える
- 「1つ」と「たくさん」の区別がつく
- 必要があれば, 4つくらいの数を処理する
- 数についての理解がまったくない

6 余暇

(1) 友人関係

- 数名の特定の仲間をゲームに誘ったり, 会話をするなど積極的に有効を求める
- 数名の特定の仲間と交友を持とうとするが, 積極的にかかわろうとせず, 交流の社会的能力が低く, 長くかかわれない
- 特定の仲間と社会的なかわりをもとうとすることがない

(2) 室内趣味

- 施設内や居室でするような趣味を3つ以上もっており, 一人で自由時間に援助されずに取り組んでいる
- 施設内や居室でするような趣味や好きな行為が1つ以上あり, 職員に促されたり, 援助されて取り組める
- 施設内や居室でするような趣味や好きな行為がなく, 職員もどんな趣味や活動に誘ってよいか考慮している。(誘えばとりあえず行うが, 本人の好みとは違っていることが多い)
- 何に誘っても拒否的でふらふらと歩き回ったり, 特に文化的で目的々な行動をとることが難しい

(3) 室外趣味

- 施設外や庭、ホールなどでするような趣味・活動を3つ以上もっており、一人で自由時間に援助されずに取り組める
- 施設外や庭などでするような趣味や好きな行為が1つ以上あり、職員に促されたり、援助されて取り組める
- 施設外や庭などでするような趣味や好きな行為がなく、職員もどんな趣味や活動に誘ってよいか考慮している。(誘えばとりあえず行うが、本人の好みとは違っていることが多い)
- 何に誘っても拒否的でふらふらと歩き回ったり、特に運動や目的々な行動をとることが難しい

7 仕事

(1) 物の分類

- 数種類の部品などを呈示されて、間違えずに同じ物どうしを例示なしで指示されて箱に分類できる
- 数種類の部品などを呈示されて、間違えずに同じ物どうしを例示されていくつかは分類できる
- 同じものどうしの分類ができない

(2) 分類の誤り修正

- 数種類の部品などの仕分け作業の際、いくつか間違えて分類された物にすべて気づき直すことができる。数種類の部品などの仕分け作業の際、間違えて分類された物に1~2個気づき直すことができる。(全部は修正できない)
- 間違えて分類された物に気づくことがない

(3) 商品名のあいうえお順並べ

- 数種類の商品カード名をあいうえお順にすべて正しく並べることができる。
(【あさひ】、【よみうり】、【さんけい】、【とうきょう】、【まいにち】などのカード)
- 数種類の商品カード名をあいうえお順に職員の助言により並べることができる
- 商品カード名のあいうえお順に並べることが理解できないか、文字が読めない

(4) 技能水準

- かなづち、ドライバー、ペンチ、ドリルなどの簡単な工具を適切に使用できるか、または経験がなくとも1~2度教えればすぐに使えるようになる
- 作業や活動で慣れた工具が1つ使える場合があるか、時々援助されると使うことができる
- 工具の使用は教えても理解できなかつたり、技術的に難しい

(5) 仕事の程度

- 道具や機械を使用しなければならない仕事ができる
- 庭掃除、床拭き、チリ拾いなどの簡単な仕事ができる
- まったく仕事はできない

(6) 全身の耐久性

- 荷物(みかん箱大、2kg程度)を持って、連続30分間以上歩ける
- 荷物(みかん箱大、2kg程度)を持ち、20~30mの距離を運べる
- 荷物(みかん箱大、2kg程度)を持ち上げられない

(7) 作業の継続性

- 30分以上一人で着実に作業することができる
- 少なくとも5分間一人で着実に作業に取り組める
- 一人では作業に取り組めない

(8) 作業効率

- 熟知した作業を継続して行う際、1時間単位の作業量を比較しても、ほぼ一定した作業効率を維持することができる
- 最初の1時間や30分の作業量とその後で差がみられる
- 作業が遅く、作業効率が一定しない

発達障がい

(1) 自閉症

自閉症とは、3歳位までに現れ、①他人との社会的関係の形成の困難さ、②言葉の発達の遅れ、③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障害。

(2) 高機能自閉症

高機能自閉症とは、3歳位までに現れ、①他人との社会的関係の形成の困難さ、②言葉の発達の遅れ、③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障がいである自閉症のうち、知的発達の遅れを伴わない。

(3) 学習障がい

学習障がいとは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態。

(4) 注意欠陥／多動性障がい（ADHD）

ADHDとは、年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力、及び／又は衝動性、多動性を特徴とする行動の障がいで、社会的な活動や学業の機能に支障をきたす。

1 2 介護力

1 2 退所の可能性

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

退所の可能性のある入所者を明らかにし、退所に向けて計画的に対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 他の施設に移る予定がある。
- ② 家族等が受け入れる準備がある。

(3) 退所の可能性

自立生活を念頭に支援します。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

- ① 全体的な自立の状況、介護の必要性とその変化を把握して対応します。
- ② 家族支援の状況（介護力）を把握して対応します。

1 3 居住環境

1 3 居住環境

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

入所者の健康状態, 障がいの状況から見ての危険な環境状態, 自立生活を阻害する環境状態を把握して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 照明
- ② 床の状態
- ③ 浴室やトイレの環境
- ④ 暖房や空調

(3) 居住環境

住環境を改善することにより障がいを補い, ADLの自立度や生活の質(QOL)が高まる可能性があります。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

環境の危険性・不具合と, 入所者の身体機能や認知, 健康状態を考慮した上で, 判断して対応します。

14 特別な状況

14-1 虐待

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

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

(2) 課題把握のポイント

- ① 施設職員に対して恐れをいただいている
- ② 説明がつかない怪我、骨折、火傷がある
- ③ 放置、暴力等の虐待を受けている（※身体拘束は別項目で取り上げる。）
- ④ 財産が搾取されている

(3) 高齢者虐待

～権利侵害の背景～

- 1 障がい等により自分の権利を自分で守れない。
- 2 世話をする側とされる側の上下関係がある。
- 3 生活支援の場が密室になる。
- 4 認知症・高齢障がい者の理解が不足している場合がある。
- 5 権利擁護・人権感覚の理解が不足している場合がある。
- 6 自分で情報を集めて選び判断することが難しい。
- 7 人には「相性」がある。
- 8 後見のシステムがまだ一般化していない。

～高齢者虐待とは～

近年、高齢者の虐待について関心が高まっていますが、問題は十分に理解されているとは言えません。多様な状態を包括する定義は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」により明文化されましたが、すべてを包括するものではありません。高齢者の虐待には遂行（虐待）または放置（無視）があり、故意に苦痛を与えようとした場合と介護者あるいは虐待者の不十分な知識、燃え尽き、怠惰から無意識に苦痛を与えてしまう場合とがあります。

高齢者に対する不当な扱いは以下に分類されます。

- ① 身体的虐待

- 身体的苦痛や障がい（性的な虐待を含む）を与える。
- ② 心理的（精神的）虐待
ひどい精神的苦痛（恥をかかせる、おびえさせることを含む）を与える。
 - ③ 放置（ネグレクト）（セルフネグレクト）
介護の義務の拒否や失敗（放置するのみならず、必要な食べ物や医療等のサービス、眼鏡などを与えないことを含む）。
 - ④ 経済的虐待
所持金や財産の不法、または不適切な搾取または使用。

虐待が起こりやすい状況は以下のとおりです。

- ① 高齢者の身体、認知障がい
- ② 高齢者の虐待者への依存
- ③ 虐待の高齢者への依存（特に経済的援助を受けるなど）
- ④ 虐待者の精神的状況（薬物乱用や精神疾患の既往など）
- ⑤ 家族の社会的孤立

「新たな適応力を必要とする新たな生活様式の変化(ストレスとなる生活上の出来事)」と「暴力の既往」の2つの要因は子供や夫婦間の虐待に関連することわかっていますが、高齢者の虐待との関連は今のところ明らかではありません。しかし、このことはケアプランを作成するときに考慮する必要があります。

（４）課題検討の指針とケアの方向性（市町村、地域包括支援センターの指針）

虐待や放置を受けている高齢者、または虐待の危険性を把握し、即時の対応が必要かどうかの状況を判断します。職員による虐待を発見した場合には市町村に通報します。

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（抜粋）

平成二十七年五月二十九日改正

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ、高齢者虐待の防止等に関する国等の責務、高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

（定義等）

第二条 この法律において「高齢者」とは、六十五歳以上の者をいう。

2 この法律において「養護者」とは、高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外のものをいう。

3 この法律において「高齢者虐待」とは、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。

4 この法律において「養護者による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為を

いう。

一 養護者はその養護する高齢者について行う次に掲げる行為

イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。

ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人によるイ、ハ又はニに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。

ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

二 養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

5 この法律において「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。

一 老人福祉法に規定する老人福祉施設若しくは有料老人ホーム又は介護保険法に規定する地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは地域包括支援センター（以下「養介護施設」という。）の業務に従事する者が、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用する高齢者について行う次に掲げる行為

イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。

ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

ホ 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

二 老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業又は介護保険法に規定する居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護予防サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業若しくは介護予防支援事業（以下「養介護事業」という。）において業務に従事する者が、当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者について行う前号イからホまでに掲げる行為

6 六十五歳未満の者であって養介護施設に入所し、その他養介護施設を利用し、又は養介護事業に係るサービスの提供を受ける障がい者については、高齢者とみなして、養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する規定を適用する。

（国及び地方公共団体の責務等）

第三条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。

2 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう、これらの職務に携わる専門的な人材の確保及び資質の向上を図るため、関係機関の職員の研修等必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

3 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護に資するため、高齢者虐待に係る通報義務、人権侵犯事件に係る救済制度等について必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

（国民の責務）

第四条 国民は、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深めるとともに、国又は地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の

ための施策に協力するよう努めなければならない。

(高齢者虐待の早期発見等)

第五条 養介護施設、病院、保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介護施設従事者等、医師、保健師、弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。

2 前項に規定する者は、国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めなければならない。

第二章 養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等

(相談、指導及び助言)

第六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止及び養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護のため、高齢者及び養護者に対して、相談、指導及び助言を行うものとする。

(養護者による高齢者虐待に係る通報等)

第七条 養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

3 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定による通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。

第八条 市町村が通報又は届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(通報等を受けた場合の措置)

第九条 市町村は、通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、第十六条の規定により当該市町村と連携協力する者(以下「高齢者虐待対応協力者」という。)とその対応について協議を行うものとする。

2 市町村又は市町村長は、通報又は届出があった場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に、措置を講じ、又は、適切に、審判の請求をするものとする。

(居室の確保)

第十条 市町村は、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の規定による措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(立入調査)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは、介護保険法の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

2 前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(警察署長に対する援助要請等)

第十二条 市町村長は、前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとする場合において、これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは、当該高齢者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。

2 市町村長は、高齢者の生命又は身体の安全の確保に万全を期する観点から、必要に応じ適切に、前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。

3 警察署長は、第一項の規定による援助の求めを受けた場合において、高齢者の生命又は身体の安全を確保するため必要と認めるときは、速やかに、所属の警察官に、同項の職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法その他の法令の定めるところによる措置を講じさせるよう努めなければならない。

(面会の制限)

第十三条 養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法第の措置が採られた場合においては、市町村長又は当該措置に係る養介護施設の長は、養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護の観点から、当該養護者による高齢者虐待を行った養護者について当該高齢者との面会を制限することができる。

(養護者の支援)

第十四条 市町村は、第六条に規定するもののほか、養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。

2 市町村は、前項の措置として、養護者の心身の状態に照らしその養護の負担の軽減を図るため緊急の必要があると認める場合に高齢者が短期間養護を受けるために必要となる居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(専門的に従事する職員の確保)

第十五条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するために、これらの事務に専門的に従事する職員を確保するよう努めなければならない。

(連携協力体制)

第十六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法に規定する老人介護支援センター、介護保険法の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

(事務の委託)

第十七条 市町村は、高齢者虐待対応協力者のうち適当と認められるものに、相談、指導及び助言、通報又は届出の受理、高齢者の安全の確認その他通報又は届出に係る事実の確認のための措置並びに養護者の負担の軽減のための措置に関する事務の全部又は一部を委託することができる。

2 前項の規定による委託を受けた高齢者虐待対応協力者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であった者は、正当な理由なしに、その委託を受けた事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

3 第一項の規定により通報又は届出の受理に関する事務の委託を受けた高齢者虐待対応協力者が通報又は届出を受けた場合には、当該通報又は届出を受けた高齢者虐待対応協力者又はその役員若しくは職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(周知)

第十八条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、通報又は届出の受理、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護、養護者に対する支援等に関する事務についての窓口となる部局及び高齢者虐待対応協力者の名称を明示すること等により、当該部局及び

高齢者虐待対応協力者を周知させなければならない。

(都道府県の援助等)

第十九条 都道府県は、この章の規定により市町村が行う措置の実施に関し、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。

2 都道府県は、この章の規定により市町村が行う措置の適切な実施を確保するため必要があると認めるときは、市町村に対し、必要な助言を行うことができる。

第三章 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等

(養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置)

第二十条 養介護施設の設置者又は養介護事業を行う者は、養介護施設従事者等の研修の実施、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用し、又は当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備その他の養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする。

(養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る通報等)

第二十一条 養介護施設従事者等は、当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

3 前二項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

4 養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた高齢者は、その旨を市町村に届け出ることができる。

5 第十八条の規定は、第一項から第三項までの規定による通報又は前項の規定による届出の受理に関する事務を担当する部局の周知について準用する。

6 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈してはならない。

7 養介護施設従事者等は、通報をしたことを理由として、解雇その他不利益な取扱いを受けない。

第二十二条 市町村は、通報又は届出を受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該通報又は届出に係る養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する事項を、当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護施設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。

(公表)

第二十五条 都道府県知事は、毎年度、養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況、養介護施設従事者等による高齢者虐待があった場合にとった措置その他厚生労働省令で定める事項を公表するものとする。

第四章 雑則

(調査研究)

第二十六条 国は、高齢者虐待の事例の分析を行うとともに、高齢者虐待があった場合の適切な対応方法、高齢者に対する適切な養護の方法その他高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援に資する事項について調査及び研究を行うものとする。

(財産上の不当取引による被害の防止等)

第二十七条 市町村は、養護者、高齢者の親族又は養介護施設従事者等以外の者が不当に財産上の利益を得る目的で高齢者を行う取引（以下「財産上の不当取引」という。）による高齢者の被害について、相談に応じ、若しくは消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関を紹介し、又は高齢者虐待対応協力者に、財産上の不当取引による高齢者の被害に係る相談若しくは関係機関の紹介の実施を委託するものとする。

2 市町村長は、財産上の不当取引の被害を受け、又は受けるおそれのある高齢者について、適切に、老人福祉法の規定により審判の請求をするものとする。

(成年後見制度の利用促進)

第二十八条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに財産上の不当取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

第五章 罰則

第二十九条 第十七条第二項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第三十条 正当な理由がなく、第十一条第一項の規定による立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは高齢者に答弁をさせず、若しくは虚偽の答弁をさせた者は、三十万円以下の罰金に処する。

14-2 身体拘束

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

拘束せずに、ケアの目標を達成する方法を検討して対応します。

(2) 課題把握のポイント

- ① 身体拘束されている

(3) 身体拘束

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

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

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

～身体拘束廃止～

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

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

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

<身体拘束禁止の対象となる具体的な行為>

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

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

<切迫性> 入所者本人または他の入所者等の生命または身体が危険にさらされる

可能性が著しく高いこと

- <非代替性> 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと
- <一時性> 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

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

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

14-3 ターミナルケア・緩和ケア

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

施設でのターミナルケア、緩和ケアを希望する、もしくは受ける住所者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。

また、医療との連携が重要になるので、入所者本人と家族、主治医（囑託医）、施設スタッフ間の綿密な打ち合わせ、話し合いによる合意と役割分担による対応をします。

(2) 課題把握のポイント

- ① 末期の病気であり、余命が半年以下である
- ② 施設での終末（ターミナルケア・緩和ケアを受ける）を迎える予定である。

(3) ターミナルケア・緩和ケアとは

末期状態にある人の広範囲なケアであり、回復を目的とした治療から、症状を緩和して残された日々の生活の質（QOL）を向上や確保するためのケアに移行します。

ターミナルケア・緩和ケア

- ① 回復に向けた治療やケアから、ターミナルケア・緩和ケアに移行する区分は明確ではありません。
- ② ターミナルケア・緩和ケアを提供するには、概ね次の要件があります。
 - ア 本人・家族が希望していること
 - イ 介護者がいること
 - ウ 管理する医師を含めた、医療体制が整っていること
 - エ いつでも入院できる受け入れ態勢があること
- ③ ターミナルケア・緩和ケアを提供する場合には、入所者とその家族の持つ多様なニーズ（症候・機能のこと、心理面のこと、社会的なこと、経済的なこと、環境のことなど）に配慮する必要があります。
- ④ 緩和ケアは、単に身体的な痛みを緩和することではなく、全人的な痛みに対応す

ることです。

ア 身体的痛み

イ 精神的な痛み

ウ 社会的な痛み

エ 霊的・宗教的な痛み

⑤ ケアの目標は入所者のQOLの向上や確保、痛みの緩和、入所者及びその家族の希望などについて、身体的な限界の中で対応することです。

⑥ ターミナルケア・緩和ケアを受ける環境は、住んでいる地域の医療資源によって左右される場合があります。

(4) 課題検討の指針とケアの方向性

インフォームドコンセント

① インフォームドコンセントの重要性

緩和ケアを提供する場合には、常に入所者や入所者本人に代わって意思決定権のある家族などからの説明の上で了解を得ているかどうか重要です。

② インフォームドコンセントを得る

緩和ケアは、入所者本人だけでなく、関係者全員の納得と合意と明確な意思疎通のもとに行なわれることが望ましい。

ケアの方向

ケアプランが作成される前に、入所者（もしくは代理の人）は自分の病気や可能な治療、その治療の危険性や効果について知らせているか確認します。

また、提供されるケアは、出来る限り入所者の希望に沿ったものにします。

① 一般的なケア

ア 身だしなみに配慮します。

イ 本人と介護者の清潔に気を配ります。

ウ 栄養の確保と水分補給に配慮します。病気の進行や薬の副作用で支障がでる可能性があります。

エ 失禁の管理を工夫します。

オ 下痢と便秘へ対応します。

カ 移動と転倒について、可能な場合は介助や見守りをします。

キ 皮膚のケア、褥瘡の予防をします。

ク 睡眠障がいについては、医師に相談して対応します。

ケ 認知障がいへ、原因への対応と、気持ちの安定に配慮します。

コ 焦燥感につて、原因に対応します。

サ 末期の呼吸について、起こりうる状況を把握して対応します。

シ けいれん発作への対応を確認します。

② 医療的なケア（薬の管理）

ア 服薬状況の変化を把握し、医師、薬剤師の指示を受けて対応します。

イ 鎮痛薬の使用について、医師、薬剤師の指示を受けて対応します。

③ 家族へのケア

近い未来への不安，ストレスに配慮し，家族のニーズへの気を配ります。

2019. 01. 04. 文責：宮城県ケアマネジャー協会 小 湊 純 一。

利用者名： _____ 様

ケアプラン策定のための課題検討用紙（施設）

アセスメント基準日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

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、改善（回復）の可能性、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							
	② 主傷病							
	③ 症状							
	④ 痛み							
	⑤ その他							
2. ADL	① 寝返り							
	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							
	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							
5. コミュニケーション能力	① 意思の伝達							
	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							
	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、改善（回復）の可能性、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							
	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							
	② 皮膚の清潔状況							
	③ その他							
9. 口腔衛生	① 歯の状態							
	② 口腔内の状態							
	③ 口腔衛生							
10. 食事摂取	① 栄養							
	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							
	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（退所の可能性）	① 介護者の有無							
	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							
	② 危険個所等							
14. 特別な状況	① 虐待							
	② ターミナルケア							
	③ その他							