

介護に求められる質の高いサービスとは

島田 孝

北海道認知症疾患医療センター 島田脳神経外科

医療法人たんぽぽ会 理事長



序 文

質の良いサービス

医療サービス、介護サービス、訪問サービス、居宅サービス、入浴サービス、デイサービス、デイケアサービス、など色々なところで使われる「サービス」という言葉・・・

この「サービス」とは日本語に訳したら何になるのでしょうか？

Wikipediaによれば、「サービス (英: service) あるいは用役 (ようえき)、役務 (えきむ) とは、経済用語において、売買した後にモノが残らず、効用や満足などを提供する、形の無い財のことである」とか。言い換えれば、奉仕、ビジネス用語では「無形の製品」、商売上は「おまけ (有形?)」のこともサービス・・・。

日本では、「サービス=ただ、無料、おまけ」という意味合いが強い時代もありました。

とにかく、サービスという言葉はいろいろな場面で使われ混乱や誤解を招くものようです。

また、医療・介護・福祉をカテゴリーとしている人たちは、かつては「サービス業」に分類されていました。

確かに冒頭で述べたように、医療サービス、介護サービス、訪問サービス、居宅サービス、入浴サービス、デイサービス、デイケアサービス、などという言葉が飛び交うようでは「サービス業」だといわれても仕方ないですね。

■ サービスにはどんな特性があるのか

「質の良いサービス」について語る前に、そもそも私たちが行っている「サービス」にはどんな特性があるのでしょうか？

- ① 対象はモノではなく、ひとである。
- ② ひとに対して行う行為も無形のものであって、形として残らない。
- ③ 継続することが必要。
- ④ 規格品はなく、出来上がりのみならず、その過程も評価される。
- ⑤ その効用や満足度がサービスの質を左右する。

サービスの代表的な特性として「無形かつ生産と消費が同時で、しかも提供された瞬間に消えてなくなる」ということを述べました。これらの特性は、品質管理において課題をもたらします。

クレームを受けた場合、消えてなくなっているモノやコトが多いので、不具合の再現や再発防止の取組みが難しい側面があります。目指す品質基準についても良い状態の可視化、保存が難しいということになります。

品質を企業側だけでつくり込めないという課題もあります。良い雰囲気という価値の一部は顧客が担っているように、「顧客そのものが品質の一部となってしまう」特性が関係しています。

標準化すると「マニュアルっぽい」といわれる一方、ある種の個人差やバラツキはやはり課題となります。

特に仕事に従事する「人」への依存度が高い医療・介護・福祉サービスでは、価値そのものである「人」の育成やそれを支える ES (Employee Satisfaction : 従業員満足度) のようなものが重要です。また、(サービスの) 品質管理上、顧客 (利用者や家族) の評価や声の活用は不可欠です。形のない提供価値だからこそ、よりビジョンが重要になってきます。

■ サービスの質を高めるポイント

それでは、今まで述べてきたことをもとに「質の良いサービス」を提供するための戦略的ポイントを考えてみましょう。

まず、目的は、「自社の提供するサービスの付加価値を高め、競合 (他社) と比べて差別化を図り、収益を高めること」です。

ポイントは、

従来のように「ケアを提供して、それを受容した顧客 (本人・家族) から対価を得る」という考え方から「価値は顧客 (本人・家族) が経験したときに生まれるものであるから、ケアに何らかの付加価値を加えて提供し、顧客 (本人・家族) と共に価値を享受する」という考え方に拡大すること。

では、今の主流になりつつある介護施設入所を例に具体的ないくつかのヒントを上げてみましょう。

A さんは介護施設 G に入居することになりましたが、この施設を探してくれたのはケアマネジャーの O さんです。O さんは一所懸命になって探しましたが、A さんは体力的な理由で実際の施設を事前に見ることはできませんでした。この状況に加えられる付加価値はどんなものでしょうか？「価値は顧客 (本人・家族) が経験したときに生まれるもの」なら A さんと価値を享受できる瞬間は A さんが施設あるいは部屋を見た時です。O さんは、事前に A さんの希望を確認していたのでしょうか？もちろん環境改善は入所してからでも可能なことですが、構造上どうしようもなく、かつ、それが A さんの一番の関心事だったとしたら致命的です。

これはケアマネジャーには気配りが必要とか親切心が大切とかを言っているのではあり

ません。それは今更言うまでもないことです。ここでは、「競合（他社）と比べて差別化を図り」質の良いサービスを提供できるケアマネになるための企業努力が求められます。

それは、顧客のほとんどが抱えている障害や疾患に対するアセスメントとケアマネジメント法を獲得することです。

冒頭でサービスには規格品はない、と述べた。こうすればどの顧客にも満足してもらえろという決まり文句はありません。しかし、例えば脳卒中後の顧客のケアマネジメントはこういうところに着目すればよい、というようなものはあると思います。そうした知識の獲得は、質の良いサービスを提供するための企業努力といえるでしょう。

日々のケアについてももしご家族が面会に来ていたら、どうしていますか？ケアが終わるまで廊下に出ててもらいますか？それとも、お部屋で同席してもらいますか？時には一緒にケアに参加してもらっていますか？

「(サービスの) 品質管理上、顧客（利用者や家族）の評価や声の活用は不可欠」だという内容を述べました。つまり、ここは、勇気をもってあなたのケアの仕方をご家族に見ていただく、あるいは、一緒に参加していただくことが大切なことだと思います。そして、状態を理解してもらい、疑問に対して答え、要望に対しては取り上げ、説明と指導を行うことでより良い評価をいただく。

ご家族が来られたら、だれでもよいから、声をかけましょう。「Aさん落ち着いてますよ」の一言でもご家族はホッとするものです。こんな一言が出てくる「人づくり」「環境づくり」も企業が取り組まなければならない課題です。

最後にインフォーマルなケアを大切にしましょう。お役所は地域包括ケアと称してインフォーマルな資源の活用を強く謳っています。インフォーマルな資源とは言い換えればボランティアということになります。ボランティアを育て、ボランティアの参加を訴え、地域共生の大切さを実感してもらうためにも、インフォーマルなケアをもっと活用しましょう。

医療・介護・福祉も「サービス業」としてとらえたら、ビジネスです。

ビジネスの世界では、「モノを創って売って代価を得る」だけの時代は過ぎ去り、「モノ+サービス業」の時代に入っています。消費者参加型のモノづくりの時代です。

私たちの業界でも、可能なら利益還元型のサービスを模索したいところです。とりあえずは、利用者参加型、地域参加型のサービスを展開しませんか？

ここまでは、日本能率協会コンサルティングのコラムを参考にして述べました。次の章以降では実践論についてお話したいと思います。

目次

序 文.....	2
第1章 サービスの行き届いたケアスタッフになるために.....	12
第1節 「良質のケア」の習得.....	12
第2節 ボディメカニクスの習熟者になる.....	13
第3節 自分専用のアセスメントノートを作るための基礎知識.....	14
A. 水虫について.....	14
B. 巻き爪・陥入爪(かんにゅうそう)について.....	15
C. 排尿障害について ー頻尿と尿失禁ー.....	16
D. 誤嚥性肺炎について.....	17
E. 認知症の BPSD について ー利用者本位という言葉ー.....	18
F. 褥瘡予防について.....	22
第2章 サービスを追求したケアマネジャーとは.....	24
第1節 「ケアマネジメントの標準化」とは.....	24
第2節 基本ケアについて.....	25
No.10 利用者の健康状態を把握する.....	25
No.11 ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する評価.....	26
No.12 IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する評価.....	26
No.13 日常の意思決定を行うための認知能力の程度を確認する.....	26
No.14 意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーション能力を評価する.....	27
14.1 「日常の意思決定を行うための認知能力」と「自分の意思の伝達能力」の違いを理解する.....	27
14.2 「自分の意思の伝達」手段は会話に限らない.....	27

14.3	本人と家族のコミュニケーションの状況について考察する	27
No.15	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）について確認する	28
15.1	受容の確認をする	28
15.2	身体機能の維持・向上についての検討はどうなっているか確認する	29
No.16	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法などについて確認する	29
No.17	褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等について把握する	30
17.1	入浴について	30
17.2	清潔について	31
17.3	感染予防	31
No.18	歯・口腔内の状態や口腔衛生について確認する	32
No.19	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）について状況を把握する	33
19.1	栄養について	33
19.2	嚥下についても状況を確認する	33
No.20	問題行動 BPSD（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）について	34
20.1	BPSDにつながるとされる要因を探す(図式1)	34
20.2	対応できる結果について分析する(図式2)	35
No.21	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関	35
21.1	家族の受容に対して支援は必要ないか評価する	36
21.2	コミュニケーション上の問題で介護負担が増えているか評価する	36
No.22	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目	37
22.1	身体機能の低下を防ぐための住環境面の課題はないか評価する	37
No.23	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する事	38
23.1	意思決定支援の必要性についての理解をうながす	38
23.2	意思決定支援体制を整備する	39
第3節	脳血管疾患について	39
3-A	脳血管疾患I期 安定するまでの期間（約3か月間）	39
No.10	利用者の健康状態を把握する	39
10.1	入院の原因となった疾患の理解ができているか確認する	39
10.2	生活習慣病についての理解や管理体制が整っているか	39

10.3	受診がない場合、あるいは万が一の変化があった場合の受診の支援体制について検討する	40
10.4	血圧の管理について	40
10.5	脂質異常症について	41
10.6	糖尿病について	41
No.11	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する評価	42
No.12	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する評価と支援	42
12.1	服薬支援を検討する	42
No.13	日常の意思決定を行うための認知能力の程度を確認する	43
No.14	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーション能力を評価する	43
14.1	「日常の意思決定を行うための認知能力」と「自分の意思の伝達能力」の違いを理解する	43
14.2	「自分の意思の伝達」手段は会話に限らない	43
No.15	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）について確認する	44
15.1	受容の確認をする	44
15.2	社会とかかわる意欲があるか	44
No.16	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法などについて確認する	44
No.17	褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等について把握する	45
No.18	歯・口腔内の状態や口腔衛生について確認する	45
No.19	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）について状況を把握する	45
19.1	機能訓練について	45
No.20	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）について	46
No.21	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）について確認する	46
No.22	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目	46
No.23	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する事	46
3-B	脳血管疾患Ⅱ期	48
No.10	利用者の健康状態を把握する	48
10.1	定期的な受診を支援する	48
No.11	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する評価	48

No.12	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する評価と支援	49
12.1	服薬の自己管理または服薬支援	49
12.2	セルフマネジメントを維持・向上させる取り組みを考える	49
No.15	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）について確認する	50
No.19	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）について状況を把握する	50
19.1	必要な栄養量の把握と食事の支援の確認	50
19.2	脱水症を予防する	51
第4節	認知症について	51
No.10	利用者の健康状態を把握する	53
10.1	認知症に至った経緯と現在の認知症に対する治療の状況について確認する	53
10.2	本人や家族の疾患に対する受け止めと不安を把握する	53
No.11	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する評価	53
No.12	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する評価と支援	54
12.1	体調管理の支援を検討する	54
12.2	服薬管理の支援を検討する	54
No.13	日常の意思決定を行うための認知能力の程度を確認する	54
No.15	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）について確認する	54
15.1	本人の現在の状況にあった環境を見つける努力をする	55
15.2	本人が参加することで、新たな役割と機能の向上が得られるような活動の場を企画する	55
No.16	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法などについて確認する	55
No.17	褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等について把握する	55
No.18	歯・口腔内の状態や口腔衛生について確認する	55
No.20	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）について	55
No.23	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する事	55
23.1	介護スタッフ支援に必要なサービスの検討	56
第5節	心疾患について	56
No.10	利用者の健康状態を把握する	57

10.1	体重管理	57
No.12	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する評価と支援	57
12.1	服薬管理	57
No.19	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）について状況を把握する	58
19.1	塩分・水分コントロール	58
19.2	脂質異常症のコントロール	58
No.22	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目	58
No.23	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関すること	59
23.1	心不全の緩和ケアについて、知っていただきたい	59
第3章 訪問看護師に求められるサービスとは		61
第1節 看護師の力量		61
1.	見て感じて把握する力	62
1-1	身体状態の変化をとらえる力	62
1-2	個別性を具体化する力	62
1-3	観察のポイントをつかむ力	62
2.	情報を引き出す力	62
2-1	療養者・家族から情報を引き出す力	62
2-2	多職種から情報を引き出す力	63
2-3	人間関係の基盤を作る力	63
3.	察する力	63
3-1	療養者・家族の生活に心を寄せる力	63
3-2	療養者・家族の心に寄り添う力	63
3-3	療養者・家族の意向に気づく力	63
4.	生活の質への着想力	63
4-1	生活の質を高めるポイントをつかむ力	63
4-2	生活の質を高める熱意	63
5.	疾患と生活を探求する力	64
5-1	疾患に関する知識を深める力	64
5-2	生活に関する具体的な知識を得る力	64
5-3	自身を高める姿勢	64
第2節 訪問看護師が日常遭遇する臨床課題についての予備知識		64
2-A	サルコペニアとフレイルについて	64

1. フレイル(frailty)について	64
2. サルコペニアについて	65
3. フレイルとサルコペニアの関係について	65
2-B 褥瘡について	65
2-C 認知症について	66
1. 認知症診療の基本知識	66
2. 認知症に対する医療的ケアと緩和ケア	67
2-D 嚥下障害について	67
2-E 運動器(整形外科)疾患について	68
2-F 排尿障害について	69
1. 頻尿について	69
2. 尿失禁について	69
2-G 排便障害について	70
2-H 肺炎について	71
1. 不顕性誤嚥性肺炎とそのメカニズム	71
2. 抵抗力を高める	71
第3節 統合医療または補完代替医療について	71
第4節 在宅緩和ケア	72
4-A. 在宅緩和ケアの概念と現状	72
4-B. がん疾患の在宅緩和ケア	74
4-C. 非がん疾患の在宅緩和ケア	78
a. 脳卒中の経過と緩和ケア	78
b. COPD の経過と緩和ケア	78
c. 慢性心不全の経過と緩和ケア	79
d. 慢性腎不全の経過と緩和ケア	79
e. 認知症の経過と緩和ケア	80
(資料) 簡易栄養状態評価表	83
(資料) BARTHEL INDEX	84
(資料) FIM と BARTHEL INDEX	85

(資料) FIM	86
(資料) IADL	90
(資料) 冠動脈疾患のためのリスク別脂質管理目標値	91
(資料) 「障害たしかめ体験」と「IMPRINTING 体験」	92
(資料) 「脳卒中なかまの会（仮称）」	95
(資料) DESIGN-R（1）	97
(資料) DESIGN-R（2）	99
図式 1	100
図式 2	101

第1章 サービスの行き届いたケアスタッフになるために

ここでは、ケアを実際に行っている介護スタッフの方を対象に、「サービスの行き届いたケア」についてお話ししようと思います。

第1節 「良質のケア」の習得

まずは基本の確認です。

対象者の全体像を把握するためアセスメントシート（基本情報を書いてあるもの）を見てください。その基本情報をもとに対象者についての自分専用のアセスメントノートを作成することをお勧めします。

情報をすべて網羅する必要はないのです。優れたホテルマンは自分専用のお客リストを持ち歩いている、と聞いたことがあります。簡単でも何か特徴をつかんだら、そのノートを見ただけでその人がイメージできるものです。

そのあとは研修で学んだことを思い出してください。

車いすに移動するときは？

嚥下障害がある人の食事介助のポイントは？

麻痺のある人のベッドからの起こし方は？

介助で立ち上がらせるときは？

とても参考になる良いインターネットサイトをご紹介します。

「みんなの介護ちゃんねる、介護の方法が動画で学べる！」

<https://www.minnanokaigo.com/channel/>

1. 移乗介助編 <https://www.minnanokaigo.com/channel/transfer/>
2. 口腔ケア編 <https://www.minnanokaigo.com/channel/oral-care/>
3. ベッド介助編 <https://www.minnanokaigo.com/channel/bed/>
4. 排泄介助編 <https://www.minnanokaigo.com/channel/excretion/>
5. 着脱介助編 <https://www.minnanokaigo.com/channel/removable/>
6. 移動介助編 <https://www.minnanokaigo.com/channel/movement/>
7. 整容編 <https://www.minnanokaigo.com/channel/cosmesis/>

です。

介護スタッフの業務は、その名の通り「介護」です。これを「良質な介護サービス」に変えるための努力は、働く人の「質」の向上を図ることに重点が置かれてきました。

相手の気持ちになって、細かなところにも気を配り、丁寧に、ゆっくりと、心の通う介護を…というモノ（介護行為）に無形の財を付加して、顧客の満足度を得ることに努めてきました。

ここでは、もう一步踏み出したサービスについて提案したいと思います。もちろん、前述した利用者参加型、地域参加型のサービスに向けた提案です。

第2節 ボディメカニクスの習熟者になる

ボディメカニクスとは、人間の運動機能である骨・関節・筋肉等の相互関係の総称、あるいは力学的相互関係を活用した技術のことで、この原理を応用して、より小さな力で、より安全・効率的に介助を行うための技術です。

そんな事研修で習ったとおっしゃるかもしれませんが、では、習ったはずのことを他のスタッフに、あるいは利用者のご家族やボランティアの人たちに指導することはできますか？

ボディメカニクスの基本は、7つ、

1. 支持基底面積を広くする

介護者の足幅を前後左右に広くとる事で立位が安定します。

介護者が膝を曲げて腰を落とす事で重心も低くなり、姿勢が安定します。

2. 重心の移動をスムーズにする

対象を持ち上げずに、移動する方向に足先を向けたり、自分の方に引き寄せるようにして、水平に滑らせるように移動します。

3. 重心を近づける

本人に接近する事で介助が楽になります。

4. てこの原理を使う

肘や膝を支点にし、てこの原理を使います。

5. 身体を小さくまとめる

仰臥位姿勢の身体各部位の体重に対する割合は、およそ頭部 7%、胸・腹部 33%、臀部 44%、下肢部 16%と言われます。

対象の両手、両足を組む事で摩擦が少なくなり、移動しやすくなる。

6. 大きな筋群を使う

大きな筋群（大筋群）とは、大胸筋、広背筋、大腿四頭筋、腹直筋、大臀筋、脊柱起立筋のことをいう。

腕や足、指先だけの力で動作するより、大きな筋群を使用した方が力が大きく効率的である。

7. 身体をひねらない

不自然に身体をひねると、腰と肩の平行を崩して不安定となり、重心の移動もしづらくなり、

腰痛の原因になります。つま先を移動する方向に向けて、身体をひねらないようにします。

ボディメカニクスを目の前で実践してご家族やボランティアに説明することができますか？

ボディメカニクスを「説明できる人、指導できる人」を育成し、発信しましょう。

※ ボディメカニクスの動画も、「みんなの介護ちゃんねる」にありました。

<https://www.minnanokaigo.com/channel/theory/>

第3節 自分専用のアセスメントノートを作るための基礎知識

自分専用のアセスメントノートは利用者に質の高いサービスを生み出すためのデータバンクです。日々のケアの場面で交わした会話、どんなことで笑ったか、どんなことに怒ったか、そんな情報が「利用者主体のサービス」の実践に結びつく重要な情報となります。

ここでは、そうした情報を得るために知っていたら役に立つだろうと思われる基礎知識を整理したいと思います。

A. 水虫について

水虫の原因菌となる白癬菌は足の裏や指の間の角質層に常在し、菌の増殖によって感染して水虫となります。皮膚(角質層)がアカとなってはがれ落ちると、白癬菌もそれに付着して一緒にはがれ落ちるので、皮膚が乾燥していれば洗い流すことで感染を防げます。気温や湿度が高いと白癬菌が皮膚の角質層に侵入し繁殖しやすくなり感染を引き起こします。白癬菌は湿度70%以上、温度15°C以上になると活発に増殖すると言われ、梅雨から蒸し暑い夏には注意が必要です。生活の中のちょっとした工夫で白癬菌の感染は抑えられます。そのために、次のことをアドバイスします。

1. 帰宅したらすぐに足を洗う

帰宅したら、すぐに石鹸で洗いましょう。足の指一本一本を丁寧に洗うことが肝心です。

それよりも簡便な方法としては、アルコール入りのウェットティッシュで足の指の間や踵をよく拭いて乾燥させるとよいでしょう。

2. 清潔と乾燥が予防の基本

汗や汚れをそのまま放置しないことがカビの発生予防です。清潔に保つことが大切です。

お風呂やシャワーでシャンプーやボディシャンプーを使って体全体をよく洗い、よく乾かすことです。

水虫がある人とお風呂に一緒に入っても、洗い流せば問題ありません。ただしブラシなどは共用しないように。

ひとと×モ:水虫がある人とお風呂に一緒に入っても、大丈夫

3. 足拭きマットは汚染されやすい

水回り、特に浴室にある足拭きマットなどは、白癬菌により汚染されやすいです。水虫の人がいる場合は、足拭きマット、タオル、爪切り、スリッパなどは共用を避けるようにします。

4. 素足を避ける

足拭きマットなどを避けても、水虫の人の皮膚がはがれ落ちていて、それを踏んでしまうと感染してしまう危険性があります。

なるべく素足でいるのを避け、帰宅(帰室)後には足を洗ったり拭いたりして乾燥させます。

5. 靴下を毎日履きかえる

適度な湿度がある履き古した靴下は水虫菌の温床になります。水虫を予防・治療するためには、清潔な靴下を履くことが大切です。

6. 部屋をこまめに掃除する

水虫になると、皮膚がはがれやすくなり、はがれた皮膚に潜む白癬菌は感染力をもっています。感染を予防するために、部屋の掃除が大切です。

7. 医師に相談することを忘れずに

水虫予防と言って治療薬を塗っていたせいで、難治性水虫菌が見つかったとか。予防の薬ではありません。

ひとと×モ:水虫の薬は予防薬ではありません。

B. 巻き爪・陥入爪(かんにゅうそう)について

足に限らず、爪はもともと巻く性質を持っていて、歩いたり、地面を踏みしめたりして指に力がかかることで平らに保たれています。

巻き爪や陥入爪は、幅の狭い靴やハイヒールを履く習慣のある人、加齢や下肢麻痺に伴う歩行障害のある人、爪の切り方(深爪)、足の形(外反母趾)など指(爪)に加わる外からの圧力が原因とされてきましたが、骨折のため歩行しない人でも巻き爪が見られることがわかりました。つまり、歩く機会が少なくなると、自然と巻き爪が起こってしまうということです。巻き爪になって痛みが出始めると今度は指を浮かせて歩くようになるので、悪循環が始まります。専門医の治療を。

陥入爪は、爪の側縁が皮膚に食い込んでいる状態です。足を踏まれるなどの外傷や深爪、圧迫する靴を履くことで起きます。爪が食い込むことによって皮膚に傷がつき、炎症が起こります。傷を治そうと滲出液が出て、こんどはそれが肉芽となって皮膚が盛り上がりま

す。よく炎症の原因を細菌感染と考え、症状を改善しようと消毒したり、抗生物質を用いたりしてごまかしていますが、本当は爪が刃物のように皮膚を傷つけていることが原因ですので、無駄なことは止めて専門医の治療を受けましょう。

C. 排尿障害について 一頻尿と尿失禁一

頻尿の代表的疾患は、男性では前立腺肥大症、女性では過活動膀胱です。

高齢男性で残尿が 150ml 以上や、排尿遅延、尿勢低下、尿線散乱、腹圧排尿、などがあつたら前立腺肥大を疑います。排尿遅延というのはトイレに行ったらなかなか帰ってこないというものです。尿勢低下は、トイレから出てくるとズボンを濡らしているというもの、尿線散乱は便器を汚していると思います。残尿が 150ml 以上もたまっているのに頻尿と言われる理由は、トイレで排尿しても膀胱内に残ってしまう量が多いため次の尿意が起こるまで尿をためる余裕がないからです。

過活動膀胱の場合は、残尿はわずかですから膀胱内に尿をためる余裕は十分なのですが、蓄尿(尿をためる)という膀胱機能が障害された状態です。膀胱が過敏になっていて過剰に反応して尿を出そうとするため、尿を溜めて我慢することが難しくなり頻尿になります。若い方から年配の方まであり、年齢と共に多くなってきます。男女共に起こりますが、50 歳以上では男性にやや多くなってきます。でも、女性の前立腺肥大症はないので、女性で頻尿と言えば代表は過活動膀胱ということになります。(過活動膀胱は女性に多いという意味ではありません。)

尿失禁には4つのパターンがありますが、それについては「訪問看護師編」で解説しています。ここでは、尿失禁のある利用者のための排尿誘導(排泄介助)について述べておきます。

ひとくくめ: 排泄介助の3つの方法

排泄介助には、①排尿習慣の再学習、②パターン排尿誘導、③時間排尿誘導、の3つの方法があります。「訪問看護師編」ではそれぞれを、排尿自覚刺激行動療法、習慣化排尿誘導、定時排尿誘導、という難しい名前で解説していますが、ここでは親しみやすい名前を使っています。

①は尿意をある程度認識できて、排尿促しに反応できる利用者なら有効です。認知機能はある程度障害されていても構いません。②は排尿時間のパターンが決まっている利用者なら有効ですが、利用者によって排尿時間が異なるのでケアスタッフ泣かせの面があります。家庭では、最も優れた方法です。③はあらかじめ決めておいた一定の時間ごとにトイレに誘導するもので、排尿が自立していない利用者にも有効です。ケアスタッフが夜間を含め2~4時間ごとにトイレに連れていきます。利用者の動機づけが不要で、認知機能障害のある利用者にも実践できます。

D. 誤嚥性肺炎について

食事中“以外”の誤嚥によって起こっている誤嚥性肺炎があります。主に就寝・臥床時に、「咳き込み」や「むせ」などの反射がなく唾液や咽頭の貯留物とともに、中に潜む細菌が気道に侵入することによっておこる不顕性誤嚥が原因です。

不顕性誤嚥は健常者でも起こっている現象ですが、誤嚥イコール肺炎ではありません。ただし、不良な睡眠や昏睡状態ではより多くの不顕性誤嚥が起こっています。日内リズムを保つことや鎮静薬投与を極力避ける努力が、不顕性誤嚥の量を少なくすることに有用です。そのことが細菌感染による肺炎を引き起こす機会を少なくすることにつながります。

また、日中は臥床したままで過ごさず、起床（上体を起こしている）と離床に努めることで、日中の覚醒時間を増すことができます。

口腔保清を強化することで、誤嚥する細菌の量と質を改善できます。口から食事を食べ続けることで、唾液分泌や嚥下運動機能を保ち、不顕性誤嚥の細菌量を少なくできます。

某歯科医からの以下の言葉は傾聴に値します。

「不顕性誤嚥」に伴う肺炎の原因菌の大半が歯周病の原因菌です。不顕性誤嚥を繰り返すのは、介護を要する高齢者です。介護を要する高齢者は、自力で食事が摂れないだけでなく、口腔内の清掃もままなりませんので、むし歯はもとより、歯周病に罹患する頻度が高くなります。また、嚥下機能が完全に障害されて高頻度に誤嚥を繰り返す終末期に至っては、食事を口から摂らずに経鼻栄養管や胃瘻から栄養を摂ることもあります。食物が口を通らないので、お口の中は汚れることはい無いと思われて、口腔内の清掃をせずに放置されている場合があります。お口の中に棲み付いた細菌は、食べ物が口の中に入らないにもかかわらず増殖します。また、物を食べることで働く自浄作用が機能しないので、放置しておくと益々細菌が増殖します。この状態で「不顕性誤嚥」が起こると、高濃度の細菌を含んだ唾液が気管内に流れ込むことになるので、肺炎が重症化しやすくなります。

口腔ケア(第1節-動画-参照)は、こうした歯科医や歯科衛生士、あるいはリハビリスタッフ(ST)と連携して効果的に実践すべきです。

ひとくちメモ: 要介護高齢者に口腔ケアは必須です。

※ 介護が必要な高齢者には、口腔ケアは重要です。

自分で口腔ケアをしている人ほど、口の中が汚れていることが多いものです。

口腔ケアを効率よく行なうために、口の中の観察・評価は行ってあげるべきです。

チェック、評価が不要な人はいないと思ってください。

口腔ケアの不良は全身状態に悪影響を与えます。

歯や義歯はブラシでこすって汚れを落とすことが基本です。

歯科医師・歯科衛生士に診てもらい、正しい評価と指導を受けましょう。

E. 認知症のBPSDについて –利用者本位という言葉–

「利用者本位のサービス」とは利用者の尊厳や主体性、自己実現を尊重し、また、利用者にとって馴染みのある関係や環境を尊重することとされています。

もともと「利用者本位のサービス」という理念はデンマークから始まっています。デンマークは世界でも有数の社会福祉国家で、オレンジプランの発想もこの国がお手本となっています。デンマークで提唱されたのは、ノーマライゼーションという理念です。これは、「ありとあらゆる人間が共に助け合いながら暮らしていくのが正常な社会である」とする考え方で、これを福祉対策に転用して、「障害者は、障害がない人々と同じような生活を送れるような支援を受ける必要がある」としました。このノーマライゼーションという理念に基づく福祉の捉え方が世界に広く受け入れられ、Person-centered care(パーソン-センタード ケア) とか Person-centered planning(パーソン-センタード プラニング)と呼ばれるようになり、障害者福祉のみでなく、高齢者福祉や認知症ケアの理念まで広く使われるようになりました。

なぜ、世界で広く、しかも、福祉領域全般の根幹をなす理念として受け入れられたのか、それは、この理念が、福祉サービスの最小単位である、一人の利用者と一人の援助者の関係に目を向けていたからであると言われます。利用者と援助者の関係は、何も規制するのがなければ不平等、不公平な関係です。ともすれば、利用者は単なる「弱者」とみなされ虐待や搾取の対象になりかねません。ノーマライゼーションという理念は、この、利用者と援助者の関係の不平等と不公平を是正し、両者を対等な関係にいたらしめるために必要とされたものと言えます。

さて、日本では、最初に述べたように、「利用者本位のサービス」とは利用者の尊厳や主体性、自己実現を尊重し、また、利用者にとって馴染みのある関係や環境を尊重することとされています。これは、あまりにも抽象すぎて、この文章からは利用者と援助者の1対1の具体的な在り方は想像すらできません。すでに確立されているはずの、ソーシャルワーク理論は「利用者本位のサービス」をうたっていますが、その具体的な実践論となると、利用者に対する無条件で肯定的な「受容」、「尊重」、「共感」を強調し、援助者はどう対応すればよいかについては理論的に触れていません。

少し平易な言葉にかえて、「利用者本位のサービス」とは、利用者の人権を尊重し、その人の考え方や生き方を重んじ、本人の望まない環境に押し込めたり本人の自由を奪わないこと、としてみると、援助者(ここからは介護者に置き換えます)はさまざまな介護場面で利用者の拒否を受け入れるべきか否かというジレンマに陥り、ストレスを感じるようになります。例えば、利用者のADLやQOLの向上を企図してアクティビティやリハビリテーションへの参加を利用者に促しても、利用者がそれを拒否するような場面です。このとき介護者は、利用者にアクティビティへの参加を再度うながすべきか、それとも利

利用者の希望を尊重して促すことをやめるべきかというジレンマに陥ります。

上記のようなジレンマで職場や介護の現場から去ることにならないよう、これから本題に入ります。介護者の葛藤や困惑といった心理的な問題で離職という事態に追い込まれないために。

一人の利用者と一人の介護者の関係が、「利用者本位のサービス」の最小単位だということをお話ししました。そしてその関係はどちらにとっても不公平・不平等にならないものだと説明しました。

利用者主体という言葉的字義どおりに解釈すれば、利用者だけの利益享受と受け止められます。しかし、利用者や介護者の相互のかかわりが援助であるならば、一方だけの利益享受の援助というのは成り立ちません。介護者にとっての利益とは、利用者の嗜好や彼らの生活の営み方などを理解してより良い援助の仕方を模索し、それを実践することによって利用者が喜んでくれることだと理解します。序論で述べた、「ケアを提供して対価を得る」サービスではなく、「ケアを提供して、ともに価値を享受する」サービスです。これが「利用者本位のサービス」の捉え方です。

ひとこと:

ケアする側もされる側もともに価値を分かち合えるサービスとは

では、どんな行動理論で取り組むと、BPSDなどでみられる徘徊や介護拒否に対して「利用者本位のサービス」を提供できるのでしょうか？

その前に、「利用者の要望を確認する」行動と「安全確保のための代替行動を促す」行動について説明します。

「利用者の要望確認行動」は、利用者には何をしているのか、あるいは何をしたいのかを尋ねる行動であり、「安全確保のための代替行動の促し行動」は、利用者の望ましくない行動や危険な行動を阻止する機能を持つ行動で、例えばレクリエーションや食事などの適切なアクティビティへの参加の促しを意味します。

「利用者の要望確認行動」は、利用者の要望を聞くだけの行動であってその要望に応じるわけではありません。それに対して「安全確保のための代替行動の促し行動」は、利用者の要望を聞くだけでなく、その要望を考慮に入れて、安全な手段によって利用者の意向を叶えさせる行動を意味します。したがって、後者の行動のほうが、利用者のQOL向上につながるといえます。

これからお話しするのは、行動分析学の応用です。

〔行動が生じる前の条件〕 → 【行動】 → 《行動によってもたらされた結果》

という行動アシスト・ダイアグラム(図式)を用います。このうち、〔 〕内には「行動が生じる前の条件」を、【 】内には「行動」を、《 》内には「行動によってもたらされた結果」を記述するものとします。

問題行動に対する行動アシスト・ダイアグラムでは、【行動】は「安全確保のための代替行動の促し」であり、《結果》は「利用者本位のサービス」、つまり、利用者と介護者のどちらにとっても不公平・不平等にならないもの、です。つまり、

〔問題行動〕 → 【安全確保のための代替行動の促し】 → 《利用者本位のサービス提供》

となることが理想です。

例えば、徘徊する認知症高齢者を例に挙げてみます。徘徊に対する直接的な対応「引き留める」「一緒について外に出る」「どこに行きたいのか、何をしたいのか、優しく接する」を例に挙げてみましょう。

〔徘徊〕 → 【引き留め】 → 《利用者の不満・抵抗》・・・×

〔徘徊〕 → 【一緒に外出】 → 《安全確保の困難・介護者の疲弊》・・・×

〔徘徊〕 → 【利用者の要望確認】 → 《行動は起きない》・・・×

最初の「引き留め」は、利用者の意向を受容していることにも、利用者に寄り添う事にもなっていません。2つ目の「外出」を認めることは安全の確保ができず、また、一人の利用者に一人の介護者が拘束されるという事態を繰り返さなければならなくなります。3つめの「要望確認」をして利用者の意向に寄り添う試みは、家に帰るとか会社に行くなど、時間的にも地理的にも実現不可能な要望が多く、行動を起こすことは困難が予想されます。

結局、「徘徊」という行動に対しては「利用者本位のサービス」は完結しないことがわかります。ここは、「徘徊」という行動に付随するほかの行動に着目してそれを活用して代替行動を促すようにすることが重要なポイントです。

ひと×E: 代替行動を見つける

例えば、必ず手にする持ち物があるかもしれません。それに着目して持ち物を話題にした行動に向けるようにします。

〔徘徊の時に持つバッグ〕 → 【バッグに話題を変えて別な行動を促す】 → 《利用者本位のサービス提供》

です。衣服、財布、靴、ぬいぐるみ、何でも構いません。利用者が好んでいるものがよいと思います。あるいは、もっとふさわしいものを一緒に探すという行動もよいと思います。

では、入浴拒否に対する行動アシスト・ダイアグラムはどうなるでしょうか？

〔入浴拒否〕→【安全確保のための代替行動の促し】→《入浴》
でなければなりません。

まず、入浴拒否の理由を聞いても説得には応じないでしょう。この場合の代替行動と言っても結果が「入浴」にならなければ「利用者本位のサービス」を果たしたことにはなりません。ここでは、「安全確保のための代替行動の促し」を「目的とする行動のためには浴室に行く必要がある」ように代替します。たとえば、尿臭や便臭がするから周りの人に気づかれないように浴室に行って洗いましょうと小声でささやくとか、花や絵が好きな利用者なら、浴室(脱衣室)にたくさんあると言って(絶対に嘘をついてはいけません)行動を促す、などです。

〔臭くないようにする〕→【目的とする行動のためには浴室に行く必要がある】→《入浴》

〔花や絵を見る〕→【目的とする行動のためには浴室に行く必要がある】→《入浴》
という図式です。

行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるとされます。したがってその要因を詳細に分析し、本人を受け入れ、共感し、寄り添うことで行動・心理症状の発現頻度を減らしていくことはできるでしょう。しかし、目の前で起こっている問題行動に対処するには、問題行動に付随して起きている状況・行動を分析したうえで、その解消のための取り組みや支援を実施しなければなりません。そこにここで述べた行動分析学的手法を応用するのです。具体的には声かけや話し方などの姿勢を工夫して安全確保のための代替行動を促すように接することが基本です。

行動分析学的アプローチは、ごまかしやだましのようには受け取られ、真に個人を尊重していると言えるのか、疑問を投げかける人たちもいます。それは、行動分析学の名前の通り、常に具体的な行動に焦点を当てて「心」には注目していないからです。良いことをする、思いやりの心を持つ、相手を理解する、やる気を出す、などは具体性に欠ける(行動していない)ものとして行動分析学では排除されます。{心}に動かされて起こった行動でどうなるのか、を分析するのです。「心」を無視したわけではありません。

「個人主義 (individualism)」の本来の意味合いは、集団に所属する一員(「個」として)の役割や権利を相互に尊重しあう立場であろうかと思えます。利用者の人権を尊重するなら利用者に対する無条件で肯定的な「受容」、「尊重」、「共感」を強調するのではなく、行動を促す必要があります。利用者も行動し、介護者も行動する、そしてその結果がお互いに満足のいく公平で平等なものとなれば「利用者本位のサービス」を提供したと言えるでしょう。

F. 褥瘡予防について

褥瘡を作らないためのポイントを紹介します。

- 1.体位変換の方法と体位変換のタイミング
- 2.体圧分散寝具
- 3.栄養
- 4.スキンケア

1.体位変換の方法と体位変換のタイミング

・体位変換の方法

体位変換の目的は長時間同じところが圧迫されることを避けるためです。よく行われている方法は、骨の突き出しがない広い面積のお尻の筋肉(殿筋)部分で体重を受けることができる「30度側臥位」です。この体位をとる場合はクッションなどを活用して、できるだけ広い接触面積で姿勢を保てるようにします。ただし、完全片麻痺の人や一側性肺炎の人など個人差があるので「30度」はあくまでも目安としてください。

体位変換のときはベッドからの転落や摩擦・ずれをなくすため、できれば2人で行います。このとき寝衣のしわによる圧迫をなくすよう整えます。1人で行う場合は体の部分を少しずつ移動させます。スライディングシートなどの回転しやすいシートを利用する方法もあります。2人でペアを組んだ作業の方がスピーディで仕事もきれいだと思います。

ひとメモ:

体位変換の時は、声をかけながら行いましょう。

・体位変換のタイミング

基本的に2時間を超えない範囲で行います。ただし褥瘡予防マット(体圧分散寝具)の種類や骨の突き出し具合によって個人差はあります。低反発マットレスや圧切替型エアマットレスなどを使用する場合、体位変換の間隔は4時間を超えない範囲で行ってもよいとされています。

統一したケアが行えるように「体位変換スケジュール」を使用することを勧めます。

2.体圧分散寝具

体圧分散用具の目的は、①「沈み込み」や「包み込み」により突出部の圧力を低くする(身体の接触面を増やす)こと、②「接触部位を変える」ことによって接触圧を低くするものです。体圧分散寝具を使用することにより、褥瘡発生率を低下させることが可能です。体圧分散寝具の種類は、対象者の褥瘡発生リスク、好み、ケア環境等も考慮に入れて選択します。特に自力体位変換が出来ない人には、圧切替型エアマットレスを使用することが勧められています。

特に日本の高齢者には、何らかの疾患や筋力低下などによる活動性の低下、皮膚のたるみや骨の突出があります。体圧分散寝具を選択する場合には、自力でどの程度動けるか、骨の突出具合なども考慮して選択します。そのため二層式エアマットレスなどの多層式のエアマットレスを使用することが勧められています。

エアマットレスは、「沈み込み」や「包み込み」が目的ですので、ケアをする際の介護者の腰痛の原因にもなります。介護者の負担にならないような使い方の配慮が必要です。

また、低反発マットレスか高反発マットレスかの選別は、介護が必要な高齢者で褥瘡予防には低反発を、健康で介護が不要な高齢者には高反発を、という基準です。

3. 栄養

褥瘡予防の栄養管理の基本は、低栄養の予防・改善です。

高齢者には MNA[®] (mini nutritional assessment) などの栄養評価ツールの活用があります。参照：(資料)[簡易栄養状態評価表](#)

4. スキンケア

褥瘡になりやすい皮膚の状態として、尿や便失禁による湿潤（皮膚のふやけ）があります。排泄物が付着した状態を長く放置すると、皮膚への刺激が加わり皮膚トラブルが発生し褥瘡につながりやすくなります。排泄物から皮膚を守るためには、皮膚の洗浄後に、肛門・外陰部から周囲皮膚へ皮膚保護のためのクリーム等の塗布を行うことが勧められています。皮膚の洗浄については、皮膚を擦らないように優しく丁寧に洗うことが大切です。石鹸を使う場合には、よく石鹸を泡立て擦らないように、十分に洗い流しましょう。

特に高齢者の皮膚は弱く、骨の突出した部位は皮膚の摩擦を強く受けやすい状態になっています。そのため、予防のためのテープ（ポリウレタンフィルムドレッシング材）やすべり機能つきドレッシング材、ポリウレタンフォーム/ソフトシリコンドレッシング材を貼ることが勧められていますが、経済的負担も大きいです。

また日頃から皮膚が乾燥しないよう保湿クリームなどを塗布することが大切です。

第2章 サービスを追求したケアマネジャーとは

良いケアマネジャーとは？

よくこんな記述を見かけます。

介護保険制度の根幹の考え方の1つである「利用者本位」というスタンスを守ることができ、ご利用者様やご家族様の希望や意向をくみ取って、サービス計画に反映させる事ができるケアマネジャーが、良いケアマネジャーです。具体的には、

- ・ご利用者様やご家族様の今後の希望や意向をきちんと聞く事ができる、
 - ・各種の介護サービス内容について、適切に情報提供ができる。情報提供は行うが、ケアマネジャーの主観のみで特定の介護サービスをご利用者様やご家族様に押し付けない、
 - ・「利用したい介護サービスを選ぶのは、ご利用者様やご家族様である」というスタンスで、サービス計画を作成する事ができる、
 - ・ご利用者様やご家族様の気持ちや要望を代弁して、関係機関や介護サービス事業所に適切に伝えることができる（そのような能力を有している）、
- と。

しかし、この記述ゆえにケアマネジャーは受難の道を歩いてきました。「医療と介護は別だから」という言葉をどれだけ聞いてきたことでしょうか？

高齢化が急速に進み、人生100年（120年と思っています）といわれる時代、医療機関のお世話になっていない利用者は皆無に近い現状で、「ケアマネジャーは介護プランを作成する人」だとしても、病気についての予備知識なしではよいケアプランを立てることはできません。

第1節「ケアマネジメントの標準化」とは

ケアマネジャーに不可欠な資質は、対象者と家族から情報を引き出す力と、対象者と家族の心に寄り添い直接的に語られない内容についても察する心です。

さらに、より質の高いケアマネジャーの資質として今後求められるのは、対象者や家族の個別性を見極めそのケースに最適なサービスとして「何を提供すればよいか」を企画する力です。

ケアマネジメントは地域包括ケアシステムを構成する様々な要素をつなぎ、高齢者ができる限り住み慣れた地域において暮らし続けられるよう支援するための重要な機能です。

言い換えると、一人の高齢者が住み慣れた地域で暮らしやすい生活を支援するために、ケアマネジャーはこれまで以上に多くの情報を収集・分析し、ケアマネジメントを推進していく必要に迫られています。

「ケアマネジメントの標準化」とは、ケアマネジャーに必要な知識を付与することで、既の実施しているケアマネジメントプロセスにおいて、かかりつけ医等多職種の助言、情報を容易にかつ有効に活用し、上述した「企画する力」を習得するものです。効果的なアセスメ

ントを可能にし、サービス担当者会議の機能性を高め、現在の生活課題の把握や生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担や協働の推進、ひいてはケアマネジメントの質の向上を図ることができるようにするものです。

当然、行われるべき支援として想定される支援内容の中には、基礎疾患の種類にもよりますが、必然的に医療によるケアを必要とするものが多く含まれるでしょう。療養に係る判断や利用者の状態が悪化したときの対応等は、当然、まず「医療につなぐこと」が重要であることは言うまでもありません。ただし、そうした連携を円滑に行うことができるようにするためにも、ケアマネジャーが医療によるケアが必要な場面についての基礎的な知識を持つておくことはより良いケアマネジャーに必須の要件となるでしょう。ケアマネジャーが医療との関わりについて理解しやすくなること、それが「ケアマネジメントの標準化」の企図するところではあります。「ケアマネジメントの標準化」はあくまでもアセスメントにおいてケアマネジャーが仮説として想定すべき共通的な支援内容を整理するものであり、ケアプランの画一化を目的とするものではありません。

こうした知識に基づいて、ケアプランはあくまでも、その人・家族の生活を尊重し、「利用者本位」というスタンスを守り作成されるべきものだと思います。

ひとメモ:

ケアマネジャーとかケアマネというカタカナ表記は、薄っぺらく感じます。
あなた方は、「介護支援専門員」です。

第2節 基本ケアについて

高齢者の機能と生理に基づく、高齢者全般に共通する視点や支援内容を見落とさないよう、基本ケアについて理解しておきたいと思います。

ここでは、アセスメント項目に共通して取り上げられている、課題分析標準項目 10-23に沿って解説していきます。

No.10 利用者の健康状態を把握する

当然のように、本人の身体状況やご家族とのかかわりについて後々のために情報は集めておく必要がありますが、この時にご家族の反応を素早く察知できるよう気配りが必要です。

あなたの目の前にいる利用者はこの先ここで自分はどうなるのだろう、と不安な面持ちでいる方です。ファーストコンタクトを大切にしましょう。そして本人が現在介護支援を受けることになった経緯について耳を傾けましょう。

過去の疾患や現在治療を受けている疾患がないか、確認します。

現在治療を受けている病名は何と伝えられたのか、
その病気に対してどのような説明を受け、本人やご家族がどのような認識を持っていたか、確認しておきましょう。

これから現在の状態を維持あるいは向上させ、再発を防止するために必要な情報です。

ひとロメモ:本人やご家族の緊張をほぐしてあげるチャンスです

- ・ 本人の身体状況（身長、体重、BMI、性別、疾患）
- ・ 本人の生活歴
- ・ 本人の既往歴や現在治療を受けている疾患
- ・ 本人や家族の疾病に対する理解度

No.11 ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する評価

まずは Barthel Index（基本的日常生活動作）で評価するのが楽だと思います。参照：
(資料)[Barthel Index](#)

この ADL 評価は、自立か見守りまたは部分介助かそれとも全介助かの 3 通りしかないものでこれだけでは今後の機能向上に向けてプランを見直したり、症状の変化を鋭く見極めるには不十分といえます。参照：(資料)[FIM と Barthel Index](#)、および(資料)[FIM](#)

No.12 IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する評価

IADL(手段的日常生活動作)は日常的な基本動作を使って、より高度で複雑な動作を遂行できるか評価するもので、より頭を使って判断する力が必要な動作です。参照：
(資料)[IADL](#)

ひとロメモ:これらの点数配分は生活面における障害の重さを評価するものではありません。点数よりも、「していること」と「できていない」ことの評価のために役立てるとよいと思います。(「できていない」という意味は、リハビリの介入で「できる」かもしれない要素を含んでいるからです。)

No.13 日常の意思決定を行うための認知能力の程度を確認する

自立 日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日するべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。

いくらか困難 日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。

見守りが必要 判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。

判断できない ほとんどまたは全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。

No.14 意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーション能力を評価する

14.1 「日常の意思決定を行うための認知能力」と「自分の意思の伝達能力」の違いを理解する

No.13「日常の意思決定を行うための認知能力」は日課における判断能力を評価し、No.14「自分の意思の伝達能力」は本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価するものです。「伝達する、伝える」ということは、「自分の考えを表現し、相手に理解してもらう」ことを意味します。認知機能低下があり、No.13の意思決定には「見守りが必要」でもよくしゃべる方の場合、伝達能力は①伝えられる、ということになります。つまり、「意思の伝達能力」と認知機能障害には乖離があることに留意します。

14.2 「自分の意思の伝達」手段は会話に限らない

また、「自分の意思の伝達能力」は会話だけに限らず、筆談・手話あるいはその組み合わせで表現される内容から、①伝えられる、②いくらか困難、③具体的要求に限られる、④伝えられない、の4つの選択肢のどれかを選ぶこととなります。

感覚器(視覚、聴覚)に障害がある方では相互の意思の疎通には時間がかかることも予想されます。ここでは、本人の伝達能力が4つのどれにあたるかだけに注目し、特記事項として状況を記載しておくことが必要です。また、運動麻痺があり失語症や構音障害もある方では④伝えられない、を選択せざるを得ない場合も起こります。

伝えられる : 自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。

いくらか困難 : 適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、応対に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに、多少、相手の促しを要することもある。

具体的要求に限られる : 時々自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求(飲食、睡眠、トイレ等)に限られる。

伝えられない : ほとんど伝えられない、または、限られた者にのみ理解できるサイン(本人固有の音声あるいはジェスチャー)でしか自分の要求を伝えることができない。

14.3 本人と家族のコミュニケーションの状況について考察する

病気をしたため、障害が残ったため、あるいは施設に入ることになったために、周囲とのコミュニケーションを絶ってしまう方がいます。その一方で生来、寡黙であって家庭では多くを語らずにコミュニケーションをとってきたと言う方もいるでしょう。い

ずれの場合であっても、新しい環境下でのコミュニケーションがスムーズにとれなければ、本人は新たなストレスを受けることになります。

チェックしておきたいポイント：

- ・疾患を発症する前の本人の性格やコミュニケーションのとり方等
- ・本人と家族との普段からのコミュニケーションの状態
- ・本人の疾病の影響でコミュニケーションのとり方はどう変わったか
- ・コミュニケーション能力に影響を与えた疾病に対する家族の知識や理解度
- ・家族のストレスや本人との関係性について変わっていないかの把握
- ・本人と家族のコミュニケーションの方法や内容は検討されているか（支援の要否について）

ひと口メモ：さりげない会話を交わすだけであなたなら察するでしょう。

- ・病気の影響（構音障害、失語症、認知障害等がないか）
- ・感覚器（聴力、視力）の衰えがないか
- ・本人のストレスの状況

No.15 社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）について確認する

15.1 受容の確認をする

※脳卒中という突然に起こった障害に対する受容過程として、ショック期から否認、回復への期待から悲哀、そして適応(容認)に至るといった受容プロセスが紹介されてきました。

しかし、このプロセスを踏まないケースが数多くあります。というのも、上記の受容プロセスは、あきらめのプロセスであるように見えるのです。

麻痺を持った患者さんは必ずどこかで、この麻痺という障害を認識して「落ち込み」ます。[\(脳血管疾患 I -No.15 参照\)](#)

チェックしておきたいポイント：

- ・本人の ADL/IADL の状態
- ・本人が身体を動かすことで痛み等が生じていないか
- ・本人が身体を動かすことに対して不安を抱いていないか（再転倒のおそれ、動悸・息切れ等）
- ・日常生活において身体を動かす機会や程度
- ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間

- ・本人が自発的に身体を動かす機会は何か（目的：なるべく取り入れて、運動量を増やす）
- ・本人、家族の認識の確認（喪失感や孤独感から立ち直る意欲が感じられるか）

15.2 身体機能の維持・向上についての検討はどうなっているか確認する

チェックしておきたいポイント：

- ・リハビリの計画（専門職との連携体制を整える）
- ・疾患を発症する前の本人の家庭内における役割と本人の希望
- ・室内環境（本人が動きやすく、万が一転倒した場合にも大怪我にならないで済むような環境であるか、等）
- ・外出しやすい環境か（玄関周り、周囲の道路状況等）
- ・疾患を発症する前の本人の趣味や生活範囲、外出していた場所や頻度、交友関係等
- ・今後地域で参加できる社会資源は用意されているか

ひとくくめ：「できるADL」と「しているADL」

あるADL（日常生活行為）が、リハビリテーションの訓練時や診察時にはできるけれども、病棟や自宅の実生活では実行していないことが少なくない。このような状態は、“本来はできるはずなのに、患者の意欲がないためにできない”とされることが多い。しかし実はADLには、「できるADL」即ち評価・訓練時の能力と、「しているADL」即ち実生活で実行している状況の2つのレベルがあり、リハ・アプローチの途上においてはむしろ違いがあって当然なのである。差の原因としては、下に述べる多くの因子が関与している。「できるADL」よりも「しているADL」を重視すべきことは患者の生活を重視するリハ医学としては当然のことである。（・訓練場面と生活場面の違い・体力不足・習得時間不足・訓練と生活に対する本人/家族の認識の乖離・指導する側の知識と経験）

No.16 失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法などについて確認する

この状況は本人だけから聞き出すことは困難です。家族や介護職からも情報を収集して本人や家族に対する支援体制を検討する必要性がないか評価します。

チェックしておきたいポイント：

- ・本人の疾患（麻痺側の把握）
- ・トイレ内の環境（体勢を換えることや介助することが容易にできる環境か）
- ・居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等、間に合わなくなる要因はないか
- ・本人の希望（家族や介護者への遠慮やプライド）
- ・排尿・排便のパターン（頻度、昼と夜の違い、など）

- ・ 食事の摂取量や水分の摂取量
- ・ 服薬状況（副作用で利尿作用がある薬が入っていないか等）
- ・ 夜間の排泄に関する情報（家族等介護者の介護負担を把握）
- ・ 排泄補助用具の使用状況、昼間と夜間の使用状況の違い

※排泄補助用具が本人の状態に合わせて合理的に使用されているか確認します。不必要な排泄補助用具の使用は、家族の希望による場合が多く本人の自尊心を傷つけます。なるべく本人による自立した排泄をうながし、家族の理解と支援が得られるようにします。

ひと口メモ:レジリエンスについて

失禁のある要支援・要介護者の閉じこもりを予防するには、歩行やトイレ動作の自立以外に、心理的ストレスに対する「心の折れない、しなやかな強さ(レジリエンスといいます)」が必要です。たとえば、「他者とかかわりたい気持ち」、「体を動かしたい気持ち」、「失禁なんて介護用品があるからへっちゃらという自信」などです。

No.17 褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等について把握する

褥瘡のメカニズムは、圧迫(体圧)によるという考え以外にも、引っ張りや剪断による要因も関与していると言われ、療養者自身の身体機能の低下と周囲の介護環境のバランスが崩れて発生するものと考えられます。褥瘡の程度については医療職の医師や看護師などから情報を得ることが重要です。

清潔状況について確認することは、入浴状況や口腔内環境の把握などをおして感染予防のための環境整備に重要です。

入浴については、浴槽に入ると水圧を受けるため心肺機能に負担をかけ入浴後に疲れを訴える人もいます。また施設入所の場合には複数で入浴するのを嫌がる人もいますし、特に在宅の場合には入浴環境によっては家族が車で銭湯まで連れていくケースもあり、経済的な負担になっていることもある点に留意してください。

入浴時の血圧の変化を考慮して、疾患によっては医師の診断の結果、入浴ではなく清拭にとどまることもありますので、医師や看護職と情報を共有することも重要です。

17.1 入浴について

チェックしておきたいポイント：

- ・ 本人の清潔ケアに対する意識
- ・ 本人や家族の希望
- ・ 本人や家族の生活習慣、生活歴
- ・ 住環境

- ・経済状況
- ・入浴の可否（医師の診断）
- ・入浴を実施するにあたり、特に確認すべき観察のポイント（血圧、脈拍等）
- ・入浴の介助に対する本人の希望、家族の状態と入浴環境
- ・本人の身体能力
- ・家族の介助能力
- ・福祉用具の設置や日用品の購入が可能か

17.2 清潔について

皮膚疾患があれば、治療中かどうかを確認し、適切な対応を検討します。

免疫力が低下している高齢者の感染予防に居室の清潔が重要であることの理解が家族にできているか確認が必要です。

チェックしておきたいポイント：

- ・皮膚の異常がみられるか
- ・居室内は清潔が維持されているか（ほこりがたまっていないか、ごみが放置されて居ないか）
- ・人の手が触れやすい箇所の掃除が行われているか
- ・部屋の換気が定期的に行われているか
- ・家族は清掃に協力的か

17.3 感染予防

チェックしておきたいポイント：

- ・感染症予防の基本（手指衛生の徹底、うがいの徹底、咳エチケット等）の理解の確認
- ・感染症予防の基本を実践できているか
- ・歯・口腔内の状態や口腔衛生についての確認（次項 No.18）
- ・本人・家族による検温や血圧の測定結果を伝える手段はできているか
- ・かかりつけ医の指示を本人・家族が理解し守られているか
- ・規則
- ・新たな服薬が追加されることで薬自体の副作用に加えて、相互作用による異常が現れていないか

ひとことメモ：

感染予防の基本は、少しずつ変わってきます。常に新しい知識を得られるよう、多職種にも声をかけるようにしましょう。

No.18 歯・口腔内の状態や口腔衛生について確認する

ケアマネジャーが直接口腔内を確認するというよりも、必要に応じて歯科医や口腔衛生士に状態を診てもらい、情報を共有するようにしたほうがよいでしょう。

チェックしておきたいポイント：

- ・口腔ケアの自立の程度
- ・口臭の有無
- ・口腔清掃状態（歯の周囲、舌等）
- ・歯、歯肉、舌、口腔粘膜の状態
- ・歯肉からの出血の有無
- ・口腔内の感覚の異常（過敏、味覚障害等の症状、口内炎や傷等）の有無
- ・唾液の状態、貯留の状況の有無（唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある）
- ・義歯の汚れや破損の有無
- ・食事の際の本人の様子（食欲や食事の仕方に違和感がないか、咀嚼時に痛みを感じていないか）
- ・歯科医師の受診状況
- ・口腔ケアの実施場所（洗面所あるいはベッド上）
- ・口腔ケアにより誤嚥を起こさないように、姿勢の確保ができているか
- ・口腔ケアの状態、家族による支援の有無
- ・就寝時の義歯着脱の有無（一般的には衛生と誤嚥による窒息防止のため夜間は外す）
- ・水分摂取状況
- ・服薬状況（副作用として水分不足になっていないか）
- ・居室の湿度も必要なら確認

ひとロメモ：歯磨きができているから口腔ケアは要らない？

自分で歯磨きができているから口腔ケアは要らない、と感じている介護スタッフもいます。口腔ケアは「器質的ケア」いわゆる歯磨きと、専門職による「機能的ケア」の2通りがあることを知ってもらいたいと思います。

No.19 食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）について状況を把握する

19.1 栄養について

健康維持のために必要な栄養が摂れているか確認する必要があります。1日3食規則正しく食べているか、1回の量は十分か、主食と副食のバランスは摂れているか、など。

また、摂食補助器具や栄養補助剤の使用や栄養指導が必要かなどの評価もしておきます。

排泄（排尿・排便）の状況についても併せて確認する必要があります。

チェックしておきたいポイント：

- ・ 食事の量
- ・ 食事をする場所
- ・ 食事の様子（食べる速度が通常よりもゆっくりである、心配ごとや考え事等普段と異なる様子がみられる等）
- ・ 本人の食の好み
- ・ 使い慣れた食器や食べやすい補助器具等の利用
- ・ 排泄の状態の確認（頻尿や水溶便等で水分の排出、摂取に影響が出ていないか）
- ・ 食事から摂取する水分量と、飲料として補給する水分の量（推計）
- ・ 便秘の有無（便秘がある場合、食生活のリズムや食事の内容の見直し、日常生活における運動の取り入れを検討）
- ・ 肥満の有無（肥満がある場合、食生活のリズムや食事の内容の見直し、日常生活における運動の取り入れを検討）

ひとロメモ：いわゆる特保について

年齢が高くなるにしたがい、また、病気で受診している人において、特保を治療目的に利用しているらしいことが明らかになります。これについては一考を要します。

19.2 嚥下についても状況を確認する

嚥下機能に障害があっても十分な栄養が摂れない方もいます。医師、歯科医師、口腔衛生士、リハビリ技師などと情報を共有して嚥下しやすい環境の整備が必要です。

チェックしておきたいポイント：

- ・ 食卓のテーブルや椅子の高さ
- ・ 食事中の本人の姿勢

- ・食事にむせても食べていないか
- ・食事の際の本人の様子（食事にむせることがないか、飲み込んだときに声がかすれる等の症状がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べものがよくのどに詰まるか）
- ・本人の咀嚼能力、咀嚼を含む嚥下能力、認識能力（食事や食品に対して）
- ・食事をするのに適した場所か
- ・食事時間が十分確保できているか
- ・口腔内の状態
- ・睡眠の状態
 - ・朝の覚醒時刻の見極め
 - ・昼間の刺激（質の高い睡眠の確保）

ひととメモ：簡易嚥下誘発試験

Dr サイドで行われる嚥下のアセスメントに、簡易嚥下誘発試験（Simple Swallowing Provocation Test ; S-SPT）と呼ばれるものがあり、この変法として鼻腔ではなく口腔からチューブを挿入するものも紹介されています。

No.20 問題行動 BPSD（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）について

BPSD に対する非薬物的対応を考えるとき、特別な「○○療法」といわれるものがあるわけではないことを理解してください。それよりもむしろ、BPSD を出させないようにするにはどうしたらよいか、その要因を綿密に調べて、多職種間で情報を共有し、取り組むことが重要です。

※ このテキストでは、問題行動に対する対応について二通りの解説をしています。

一つは、日常の現場でケアスタッフが遭遇する問題行動に対する対応(第1章第3節 E.) であり、もう一つがここで取り上げている、問題行動と根本的に取り組む方法についてです。

20.1 BPSD につながると思われる要因を探す(図式1)

チェックしておきたいポイント：

- ・行動・心理症状の状況、内容（どのようなことが起きているか）
- ・行動・心理症状が起きるタイミングや現れ方
- ・本人の生活リズムに対する家族の関わり方
- ・本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性
- ・本人の日次（24 時間）の生活リズム
- ・居宅内の生活環境

- ・服薬の状況
- ・行動・心理症状の状況を把握する体制（同居家族だけでなく、他のキーパーソンを含めた連携の体制）
- ・本人が感じている不安の程度、内容
- ・痛みやかゆみなどの不快（言葉にならないストレス）を伴う状況の有無、その内容と程度
- ・生活環境（音や光など）からくる不快の有無、その内容と程度
- ・生活環境に対する本人の好み
- ・本人の生活歴と普段の状況、健康状態

20.2 対応できる結果について分析する(図式 2)

チェックしておきたいポイント：

- ・ケアやリハビリテーションを提供する体制
- ・ケアを提供した結果（状況の変化）を共有する手段
- ・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の資源の把握
- ・本人の生活リズムに対する家族の関わり方
- ・本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性
- ・背景要因に対する家族の理解の程度
- ・行動・心理症状の背景要因
- ・行動・心理症状が起きやすい時間帯にケアを提供する体制

※ 図式 1 と 2 の説明：

[図式 1](#) のように、まず、問題行動が起こる本人や本人を取り巻く環境からくる不安やストレスになっている要因を探り、その問題行動によってどのような望ましくない結果が起こるのかを図式化して見えるようにします。

つぎに、問題行動につながる要因の分析から得た推論をもとに、問題行動とあまりかけ離れていない「望ましい行動」を企画し、そこで得られる結果も図式化してみます([図式 2](#))。

なぜ、図式 1 から直接問題解決のアプローチをしないかと言いますと、仮にそうすると、行動を抑制しようとする内容ばかりが浮かんでくると思います。抑制される生活は窮屈でつまらないと思います。問題行動は抑えられても、本人の意欲すら奪いかねません。それよりも、問題行動に類似の行動で、かつ、本人の興味や喜びを引き出せるような「望ましい行動」を見つけるアプローチを図式化したほうが、本人にも介護者にも有意義で効果的だと思います。

No.21 利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）について確認する

21.1 家族の受容に対して支援は必要ないか評価する

万が一異常を察知した場合、家族で一次対応ができるように、一次対応に関する知識や技術を提供しておき、専門的な支援が受けられるような、かかりつけ医や訪問看護ステーションとの連携体制を準備する必要があります。

チェックしておきたいポイント：

- ・家族の生活リズム
- ・介護と仕事の状況
- ・本人の介護の状態
- ・本人・家族への疾病に対する説明の有無
- ・本人・家族の疾病に対する理解の有無
- ・本人・家族が疾病に対する指示を守っているか
- ・異常が表れた場合の一次対応に関する知識や技術が用意されているか
- ・かかりつけ医や訪問看護ステーションとの連携状況
- ・万が一の場合に対応する、かかりつけ医やかかりつけ薬局、訪問看護ステーションの連絡先
- ・家族の介護に対する意欲や技術、介護に対する経験の有無
- ・周囲に対して介護に対する不安や心配ごとを打ち明けられているか
- ・家族に対して、周囲のサポートがあるか
- ・主介護者以外の家族・親族と方向性が共有されているか
- ・家族の心理的ストレスの程度
- ・家族が自分なりにストレスを解消する手段を持っているか
- ・家族が抱える不安や悩み
- ・家族が悩みを打ち明けられる場があるか
- ・経験者の体験を共有する機会があったか

21.2 コミュニケーション上の問題で介護負担が増えていないか評価する

「弱者」という言葉の中には「パーソナリティ」は存在しないと筆者は考えます。ともすれば、要介護者や超高齢者は「弱者」として扱われ、パーソナリティは無視される傾向にあります。

例えば、夫が脳卒中で片麻痺になり構音障害も残ると、夫は「障害者」という「弱者」とみなされ、それまでの家庭内での威厳も社会で活躍した業績も一夜にして消滅し、「障害者」「弱者」に対する対応の仕方は云々と語られ始めるのです。その人のパーソナリティは無視され、必要のない介護まで提供されることとなります。

それと反対に「本人らしさ」を強調すると、元来の性格などが介護する側にとってストレスの要因となることもあるでしょう。

本人のストレスにならず、家族等介護者のストレスにもならない、ケアプランを立てるようきめ細かな配慮がケアプランナーに求められます。

チェックしておきたいポイント：

- ・ 本人と家族のコミュニケーションの状態
- ・ 本人・家族が抱えているストレス
- ・ 本人の疾病（失語症、麻痺等の症状の有無）
- ・ 本人の性格（もともとのコミュニケーションの状態）
- ・ コミュニケーションの変化に対する家族の知識と理解
- ・ 今後の状況について、家族が説明を受け理解しているかどうか

ひととメモ:「レジリエントな心」を

「本人や家族の気持ちに寄り添う」場面です。あなた自身もストレスを共有することにもなりかねません。「レジリエントな心」で接してください。

No.22 住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目

22.1 身体機能の低下を防ぐための住環境面の課題はないか評価する

チェックしておきたいポイント：

- ・ 転倒状況の確認
- ・ 過去の転倒歴、状況の確認
- ・ 住環境の確認（椅子座か床座か、トイレは洋式か和式か、ベッドか布団の上げ下げが必要か、玄関周辺の段差等）
- ・ 本人の身体能力の確認
- ・ 本人の身体能力、生活動作の確認
- ・ 本人、家族の認識の確認
- ・ 身体機能を維持、向上させる取り組みの有無の確認
- ・ 本人の ADL/IADL の再確認
- ・ 日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間
- ・ 日常生活において身体を動かす機会や程度
- ・ 本人が身体を動かすことで痛み等が生じていないか
- ・ 本人が身体を動かすことに対して不安を抱いていないか（再転倒のおそれ、動悸・息切れ等）
- ・ 本人が自発的に身体を動かす動機は何か（なるべく取り入れて、運動量を増やす）
- ・ 居室や自宅周辺の環境

- ・ 1日の生活リズム、動線
- ・ 心臓の疾患等、身体を動かすことで動悸や不整脈等の異常につながる疾病の有無

No.23 特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関すること

ここでは、まず人生会議を自然な流れで提案できるようになるための準備を始めたと思います。

23.1 意思決定支援の必要性についての理解をうながす

チェックしておきたいポイント：

- ・ 本人の意思決定能力の状況
- ・ 意思決定に関する本人の想い、不安の状況
- ・ 意思決定支援に対する家族の理解の程度
- ・ 本人の意思決定を支援しうるキーパーソンの有無、本人との関係性
- ・ 日常的な金銭管理の主体、本人との関係性
- ・ 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、状況
- ・ 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握
 - ・ これからの生活に対する本人の想い
 - ・ 今の生活に対する本人の想い
 - ・ 日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード
- ・ 本人のこれまでの経緯、考えを把握する（聞き取り、語りの記録）体制を整える
 - ・ これまでの生活に対する本人の想い
 - ・ 生活歴、成育歴
 - ・ 仕事や社会生活の概要
 - ・ 本人が得意にしていること
 - ・ 以前の生活における地域での役割
 - ・ 以前の生活における家庭内での役割

ひと口メモ：これからの人生について聞かせていただけませんか？

ここまでアセスメントを行った内容を参考にして、

- ・ これからの人生設計はどのようにしたいか
 - ・ ケアマネジャーとして何かお手伝いできることはないか
 - ・ 病気で亡くなることもあるかもしれないがその時のことを今から考えているか
- などを聞き出せるといいですね。

23.2 意思決定支援体制を整備する

その時を想定しての準備くらいに考えて進めます。

チェックしておきたいポイント：

- ・本人の代理として意思決定しうる人、及びその変化
- ・意思決定支援チームとして関わりうる人（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える）
- ・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング
- ・意思決定支援チームでの情報共有体制

第3節 脳血管疾患について

退院後の生活が安定するまでの「Ⅰ期」と、その後の生活の維持を目指す「Ⅱ期」に分けています。

課題分析標準項目 10-23 に沿って疾患特有の留意事項について解説します。

ひと口メモ:

脳血管疾患Ⅰ期もⅡ期も、一貫して重要なことは再発予防です。

再発予防としてのポイントは、生活習慣病の管理です。

3-A 脳血管疾患Ⅰ期 安定するまでの期間（約3か月間）

この期間の重要なポイントは、再発予防のための体制作りと生活機能の維持・向上のための環境整備を目指すことです。

No.10 利用者の健康状態を把握する

10.1 入院の原因となった疾患の理解ができているか確認する

どんな経緯で発症して入院となったのか。本人が覚えていなければ無理に思い出す必要はありません。あくまでも、今後の再発予防について考えるための情報です。

病名は何と伝えられたのか、

原因となる疾患の有無とその疾患に対してどのような認識を持っていたか、

これから現在の状態を維持あるいは向上させ、再発を防止するための情報です。

10.2 生活習慣病についての理解や管理体制が整っているか

脳血管疾患の原因として生活習慣病が最重要項目として挙げられます。在宅で生活習慣病の管理を行うのは本人や家族等介護者ですから、彼らが生活習慣病についてよく理解し、通院や服薬、あるいは食事や運動といった管理について正しく認識できているか評価します。

チェックしておきたいポイント：

- ・起因となっている疾患の説明を、本人・家族の誰が、専門職の誰から受けているかを確認する
- ・本人・家族それぞれが、起因となっている疾患の理解ができているかを確認する
- ・本人・家族が、理解に基づいた疾患の管理（通院や服薬、守るべき生活ルール）を正確に行っているかを確認する

ひとことメモ：

本人と家族の間で理解の仕方に差異がないか確認します。

10.3 受診がない場合、あるいは万が一の変化があった場合の受診の支援体制について検討する

通院が行われていない場合や万が一容態が変化したり悪化した場合、医師に相談したい場合等、通院や往診など診察を受けられる体制が必要です。高齢者は症状の発見に送れることも多く休日や夜間でも対応してくれる医療体制が望まれます。

チェックしておきたいポイント：

- ・通院のための支援はどのように行われているか（家族か、介護サービスか）
- ・通院が行われていない理由は何か（本人の意思か、家族の事情化、経済的理由か）
- ・本人・家族等介護者が「注意すべき症状」が何かを理解しているか
- ・ケアマネジャーが「注意すべき症状」が何かを理解しているか
- ・異常や注意すべき症状が表れた時の初期対応は準備されているか

ひとことメモ：

脳卒中の再発を疑う「注意すべき症状」とは何でしょうか？

10.4 血圧の管理について

脳血管疾患の再発予防は血圧の変動を抑えることです。脳出血の再発予防は血圧を上げないことでも、脳梗塞の再発予防なら血圧を急に下げない配慮も必要です。ガイドラインもありますが、専門医の判断にもよりますので、医師の指示を確認することが大切です。血圧の治療薬がうまく目標域を達成しているか、日々の血圧の記録をつけておいて体調の変化のあったときの血圧の変化と比較できるようにすることや、季節の変わり目や入浴前後の血圧が変動していないか、など注意して環境を整えるようにします。

チェックしておきたいポイント：

- ・目標血圧の把握
- ・家庭血圧（起床時、就寝時、日中）を把握する
- ・便秘があると、排便の際にいきんで血圧が上昇してしまうため、排便に異常がないか確認しておく。
- ・服薬している薬の内容を確認する。
- ・生活における制限や、禁忌事項がないか確認する
- ・居室と廊下、浴室、洗面所、トイレ等の気温差が解消されるよう体制を整える
- ・塩分制限の有無
- ・普段摂取している塩分量、普段の食事内容

10.5 脂質異常症について

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」というものがあり、冠動脈疾患のためのリスク別脂質管理目標値が定められています。参照：(資料) [冠動脈疾患のためのリスク別脂質管理目標値](#)

それによると、脳梗塞や糖尿病の合併症がある方の脂質管理目標値はリスク III(高リスク群)に分類され、LDL-C を 120 以下に下げよう指導されています。専門職の意見を聞いて管理体制を整えるようにします。治療の前に、生活習慣の改善が必要であることを強調してください。

チェックしておきたいポイント：

- ・本人の LDL-C はどのくらいになっているか
- ・本人・家族の疾患に対する認識はどうか
- ・栄養指導は行われているか
- ・本人・家族の取り組みに対する意欲はどうか
- ・治療は行われているか

10.6 糖尿病について

糖尿病は脳梗塞の確立された危険因子ですから、脳梗塞の発症予防には、糖尿病それ自体のコントロールも大事ですが、糖尿病を含む危険因子（高血圧、脂質異常症、肥満、喫煙）を包括的にコントロールすることが必要です。専門職の意見を聞いて管理体制を整えるようにします。治療の前に、生活習慣の改善が必要であることを強調してください。

チェックしておきたいポイント：

- ・本人の HbA1c はどのくらいになっているか
- ・本人・家族の疾患に対する認識はどうか
- ・栄養指導は行われているか

- ・本人・家族の取り組みに対する意欲はどうか
- ・治療は行われているか

No.11 ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する評価

片麻痺のある方は、寝がえりや体位交換の際には麻痺側を下にしない決まりがあります。起き上がりの練習も習得できていない人がいます。危険な移乗は転倒による骨折や外傷の誘因になります。歩行の際に反張膝になっている人がいます。いつもきれいにしていたと思われる方が着衣の乱れをしきりに気にしています。入浴介助を嫌がる人がいます。下着の汚れに気づかない人がいます。

ADL の評価だけで終わらず、この方に何が必要かを考えるための情報を集めます。

No.12 IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する評価と支援

IADL(手段的日常生活動作)は日常的な基本動作を使って、より高度で複雑な動作を遂行できるか評価するもので、一般的には、より頭を使って判断する力が必要な動作だと説明されていますが、脳血管疾患後遺症のある方の場合には、運動麻痺や知覚障害によってできないのか、又は高次脳機能障害(認知機能障害など)によってできないのかを区別しておくことが情報として役立つことを理解してください。

12.1 服薬支援を検討する

脳血管疾患の場合は、生活習慣病が原因として影響していて、生活習慣の改善が再発防止につながることから、服薬内容も多く複雑になっています。

チェックしておきたいポイント：

- ・誰が薬の管理をするか
- ・毎日の薬のセッティング、薬の保管場所はどのようにするか
- ・処方されたとおりに服薬できているかについて確認するようになっているか

ひとメモ:服薬コンプライアンスとアドヒアランス

服薬コンプライアンスというのは、医師の指示通りに服薬できているか「従順に服従できているか」という意味合い。一方、「アドヒアランス」という言葉は「固守」「遵守」という意味で、服薬アドヒアランスというのは、服薬についてしっかりと理解を示し積極的に治療に参加することを意味します。最近ではコンプライアンスよりもアドヒアランスが好んで使われます。

No.13 日常の意思決定を行うための認知能力の程度を確認する

- 自立 日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日すべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。
- いくらか困難 日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。
- 見守りが必要 判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。
- 判断できない ほとんどまたは全く判断しないか、判断する能力が著しく低い

※失語症、特に運動性失語症の方は、意思決定能力はあっても14の伝達能力はないこともあります。

※この時期の脳血管疾患後遺症としての認知機能低下はまだ回復途上にあるということに留意してください。

No.14 意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーション能力を評価する

14.1 「日常の意思決定を行うための認知能力」と「自分の意思の伝達能力」の違いを理解する

「日常の意思決定を行うための認知能力」は日課における判断能力を評価し、「自分の意思の伝達能力」は本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価するものです。「伝達する、伝える」ということは、「自分の考えを表現し、相手に理解してもらおう」ことを意味します。認知機能低下があり意思決定には見守りが必要でもよくしゃべる方の場合、伝達能力は①伝えられる、ということになります。また、上述した失語症の方は認知能力があってもうまく④伝えられない、と判断することも多くみられます。

14.2 「自分の意思の伝達」手段は会話に限らない

「自分の意思の伝達能力」は会話に限らず、筆談・手話あるいはその組み合わせで表現される内容から、①伝えられる、②いくらか困難、③具体的要求に限られる、④伝えられない、の4つの選択肢から選ぶこととなりますが、運動麻痺あり失語症や構音障害ありの方は④伝えられない、を選択せざるを得ない場合も起こります。つまり、13 認知機能障害と14 意思の伝達能力には乖離があることに留意します。

※特に失語症の方とのコミュニケーションにおいては、家族のストレスや本人とのこれまでの関係性に好ましくない変化が生じていないか、支援の必要がないかをよく把握することが大切です。

No.15 社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）について確認する

15.1 受容の確認をする

脳卒中という突然に起こった障害に対する受容過程として、ショック期から否認、回復への期待から悲哀、そして適応(容認)に至るといった受容プロセスが紹介されてきました。

しかし、このプロセスを踏まないケースが数多くあります。というのも、上記の受容プロセスは、あきらめのプロセスであるように見えるのです。

麻痺を持った患者さんは必ずどこかで、この麻痺という障害を認識して「落ち込み」ます。その時期は「発症直後」「訓練開始直後」「回復停滞期」に大別できます。重要なことは、この方たちがこのまま、悲哀、あきらめの過程に至るとは限らないということです。つまり、退院後3か月以内のこの時期の麻痺のある利用者の中には、「回復停滞期」のままの方がいる可能性があり、あきらめの受容プロセスに至らせない対策もあるということです。

この方たちに今後どのような変容プロセスが期待できるか、それは、「障害たしかめ体験」と「Support Imprinting 体験」です。この二つのプロセスの一方または両方を体験して向上プロセスに至らしめる可能性を秘めているのです。「障害たしかめ体験」と「Support Imprinting 体験」については後述します。参照：(資料) [「障害たしかめ体験」と「Imprinting 体験」](#)

15.2 社会とかかわる意欲があるか

退院3か月足らずで、この質問に意欲的に答えられる方はいるでしょうか？誰もがまだ自分のことで頭がいっぱいだと思います。まずは、病前はどんな社会活動に参加していたかを質問してみましょう。その情報を将来の社会参加の具体的取り組みに役立てることです。

※この時期から始められる小さな社会活動としては、通所サービスや施設でのイベント、などがありますが、あたらきつと意義があると思うものに、自由に語り合う「脳卒中なかまの会(仮称)」があります。(資料参照)

No.16 失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法などについて確認する

運動麻痺があるため、歩行に時間がかかったり衣服の着脱がうまくできなかつたりするために失禁してしまう方がいます。こういった場合に、家族等介護者の都合でおむつに換えてしまったり、膀胱留置カテーテルを挿入してもらったりすることは、本人の自尊心を傷つけることもあるので慎重な配慮が必要です。本人の自尊心を傷つける言動は、様々な取り組みに影響し本人のフレイルを速めることにもつながります。

No.17 褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等について把握する

脳血管疾患の後遺症を持つ要介護者は身体機能の障害のために褥瘡になりやすいため、ベッドの状態や栄養状態など特に繊細な調整が必要です。褥瘡予防のためのエアマットは最も効果的といわれていますが、体位交換や処置の時にマットが沈むなど介護者の身体的負担となることも配慮する必要があります。医師や訪問看護師、リハビリスタッフなどと情報を共有して検討します。

No.18 歯・口腔内の状態や口腔衛生について確認する

機能維持・向上のためや感染予防の観点から、リハビリについての検討も必要です。

No.19 食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）について状況を把握する

血圧の管理のための塩分制限が必要です。

脱水傾向になると血液の粘度が高まり血管が詰まりやすくなるため、脳血管疾患の再発リスクが高まります。水分管理についての支援や対策は多職種で情報を共有して進めます。

大体の目安は、

$$\text{必要水分量 (ml)} = \text{体重 (kg)} \times 25 \sim 35 \text{ (ml/kg)}$$

です。

嚥下障害を持っている方も多く誤嚥を起こすと肺炎につながる危険も高くなります。機能維持・向上のためや感染予防の観点から、リハビリについての検討も必要です。

19.1 機能訓練について

この時期は、病院よりもリハビリが少なくなるため身体機能が低下しやすい一方、適切な機能訓練があれば身体機能の回復を見込める時期でもあります。

病院とは環境が大きく異なるため、新しい環境に適応できるよう、退院直後からリハビリを開始することが望まれます。身体機能が低下すると生活機能全体の悪化に繋がります。身体機能の状態を継続的に把握して適切な機能訓練（PT/OT/ST）を計画するべきです。

チェックしておきたいポイント：

- ・リハビリの必要性について本人が理解しているか
- ・リハビリに対する本人の意欲はあるか、あきらめていないか
- ・病院でのリハビリに対する本人の感想
- ・今後のリハビリの必要性について家族が理解し協力が得られるか
- ・リハビリの方向性、方法と期間（※本人・家族の理解や協力を得るために、医師やリハビリスタッフと協力体制をとる）

- ・リハビリを行うための手段が得られるか（通所の場合の手段等）

No.20 問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）について

No.21 利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）について確認する

脳血管疾患の再発予防と機能維持・向上を目標に介護するということは、介護者側にとってはかなりの重圧が予想されます。本人に要求したいことあるでしょうが、退院してまだ3か月の状況を考えてと言いたいことも喉元で飲み込まざるを得ない葛藤も多いことでしょう。疾患についての理解だけでなく、介護者に寄り添い、気持ちを共有する姿勢が求められます。

No.22 住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目

気温差の血圧の変動に与える影響は大きいので、気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレ等）がなされるよう体制を整える

No.23 特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関すること

ここでは、高齢者虐待について説明しておきます。

高齢者虐待の定義は、家庭内における養護者又は、施設等の職員による次の行為や状態をいいます。① 身体的虐待、② ネグレクト（介護・世話の放棄・放任）、③ 心理的虐待、④ 性的虐待、⑤ 経済的虐待

①身体的虐待： 暴力行為などで、身体に傷やアザ、痛みを与える行為や、外部との接触を意図的、継続的に遮断する行為。

（具体的な例）

- ・ 平手打ちをする、つねる、殴る、蹴る、無理矢理食事を口に入れる、やけど・打撲させる
- ・ ベッドに縛り付けたり、意図的に薬を過剰に服用させたりして、身体拘束、抑制をする等

②ネグレクト（介護・世話の放棄・放任）： 意図的であるか、結果的であるかを問わず、介護や生活の世話をしている家族が、その提供を放棄または放任し、高齢者の生活環境や高齢者自身の身体・精神的状態を悪化させていること。

（具体的な例）

- ・ 入浴しておらず異臭がする、髪が伸び放題だったり、皮膚が汚れている
- ・ 水分や食事を十分に与えられていないことで、空腹状態が長時間にわたって続いたり、脱水症状や栄養失調の状態にある

- ・ 室内にごみを放置するなど劣悪な住環境の中で生活させる
- ・ 高齢者本人が必要とする介護・医療サービスを、相応の理由なく制限したり、使わせない 等

③心理的虐待： 脅しや侮辱などの言語や威圧的な態度、無視、嫌がらせ等によって、精神的、情緒的に苦痛を与えること。

(具体的な例)

- ・ 排泄の失敗等を嘲笑したり、それを人前で話すなどにより、高齢者に恥をかかせる
- ・ 怒鳴る、ののしる、悪口を言う
- ・ 侮辱を込めて、子どものように扱う
- ・ 高齢者が話しかけているのを意図的に無視する 等

④性的虐待： 本人との間で合意が形成されていない、あらゆる形態の性的な行為またはその強要。

(具体的な例)

- ・ 排泄の失敗等に対して懲罰的に下半身を裸にして放置する
- ・ キス、性器への接触、セックスを強要する 等

⑤経済的虐待： 本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人の希望する金銭の使用を理由なく制限すること。

(具体的な例)

- ・ 日常生活に必要な金銭を渡さない、使わせない
- ・ 本人の自宅等を本人に無断で売却する
- ・ 年金や預貯金を本人の意思・利益に反して使用する 等

※ 高齢者虐待防止法の対象にはなっていないネグレクトに、セルフネグレクト(自己放任)という概念があります。高齢者虐待に準じた対応が必要です。

- ・ 昼間でも雨戸が閉まっている。
- ・ 電気、ガス、水道が止められていたり、新聞、テレビの受信料、家賃等の支払いを滞納している。
- ・ 配食サービス等の食事がとられていない。
- ・ 薬や届けた物が放置されている。
- ・ ものごとや自分の周囲に関して、極度に無関心になる。
- ・ 何を聞いても「いいよ、いいよ」と言って遠慮をし、あきらめの態度がみられる。
- ・ 室内や住居の外にゴミがあふれていたり、異臭がしたり、虫が湧いている状態である。

・ 介護施設で虐待が起こる理由：

教育・知識・介護技術等に関する問題	65.6%
職員のストレスや感情コントロールの問題	26.9%

虐待を行った職員の性格や資質の問題	10.1%
倫理感や理念の欠如	7.7%
人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ	7.7%

・在宅介護で虐待が起こる理由：

虐待者の介護疲れ・介護ストレス	25.0%
虐待者の障害・疾病	23.1%
被虐待者の認知症の症状	16.1%
家庭における経済的困窮（経済的問題）	14.4%
被虐待者と虐待者の虐待発生までの人間関係	12.6%

※虐待されても自覚のない高齢者は 29.8 パーセント、自分が虐待しているという自覚のない虐待者は 54.1 パーセントという結果が出ています。つまり、当事者全員が虐待を認識しているとは限らないため、注意深く対応する必要があるということです。

3-B 脳血管疾患Ⅱ期

脳血管疾患後状態としてほぼ安定期に入ったと思われる時期のアセスメントです。「ほぼ安定期」というのは、脳血管疾患特に脳梗塞については再発は 10 年間に約 50%という統計もあるからです。安定期などないと考えて、さらなる再発予防に気を配り、機能維持と向上をポイントにケアマネジメント企画します。

No.10 利用者の健康状態を把握する

10.1 定期的な受診を支援する

チェックしておきたいポイント：

- ・受診している医療機関や、医療機関への通院状況について把握して、必要なら定期的な受診の支援を行う
- ・万が一容態が悪化した場合や、通常と異なる変化がみられた場合等に医師に相談できる体制を整える
- ・困ったときに相談できるかかりつけ医がいるか確認する

No.11 ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する評価

食事、運動、睡眠などの生活のリズムを整えることは生活習慣病の予防と治療に大切なことであり、再発予防に寄与することなので、ADL の評価から推測される「できること」と「していること」を識別し、「できないこと」あるいは「していないこと」に対する対策を講じて規則正しい生活を維持できるよう支援します。

No.12 IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する評価と支援

12.1 服薬の自己管理または服薬支援

この時期に入ると機能維持と向上だと説明したように、服薬についてもセルフマネジメントが求められます。

再発予防のためには服薬は欠かせません。処方の中には、生活習慣病の治療薬も入っています。高血圧や糖尿病、脂質異常症の薬の中には、トイレが近くなる薬や、併用注意の薬も含まれます。また、出血しやすくなるような、血液が固まらないようにしている薬もあるかもしれません。主治医やかかりつけ医、薬剤師などと連携して、正しく安全な服薬指導や管理体制をととのえるようにします。

チェックしておきたいポイント：

- ・薬が変更になった時の本人の状況の変化
- ・誰が薬を管理しているか（※日中にサービス事業所を利用している場合やショートステイ利用の場合等は事業所における管理方法も）
- ・どのように薬を管理しているか（保管場所、保管方法）
- ・薬を管理している人が管理方法を正しく理解しているか
- ・管理しやすい保管方法・処方内容（回数や薬の形状）になっているか
- ・服薬が完了したかを確認する体制もとれているか
- ・飲み残しがないか、あるいは不足していないか
- ・視力低下や麻痺の状況は影響していないか（薬包の開けやすさ、飲む動作のやりやすさ等）

12.2 セルフマネジメントを維持・向上させる取り組みを考える

セルフマネジメント(自己管理)は、「やる気」が起こらなければできません。「やる気」を起こすためには、生活のリズムを整えることが基本です。食事(栄養)や運動については他の項目でも触れています。

睡眠については、何時間の睡眠が推奨されるという決まりはないと思います。睡眠時間よりも睡眠の質だ、ということがよく聞かれます。夜間せん妄が起こったり、夜間頻尿のため質の良い睡眠がとれないことは、「やる気」を引き出せない要因となります。

周囲から言われた何気ない一言が、本人の頭の中でネガティブな声を発しているかもしれません。

チェックしておきたいポイント：

- ・生活のリズムを整える
- ・「できること」と「できないこと」を認識(受容)する
- ・受容はあきらめではないことを理解する

- ・「できないこと(していないこと)」を「できる(している)」に変える支援を考える

No.15 社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）について確認する

I期の項目で触れたように、受容のプロセスは「あきらめ」のプロセスですが、「障害たしかめ体験」と「Support Imprinting 体験」の一方または両方を体験することによって変容プロセスは変わり向上への意欲が湧いてきます。この体験の場として期待できるのは「脳卒中なかまの会(仮称)」です。参照：(資料) [「障害たしかめ体験」と「Imprinting 体験」](#)
意欲を引き出す

チェックしておきたいポイント：

- ・「やりたかったこと」、「あきらめてしまったこと」を確認する
- ・チャレンジする意欲があるか
- ・挫折させない体制はあるか
- ・参加できる社会資源は用意されているか

No.19 食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）について状況を把握する

19.1 必要な栄養量の把握と食事の支援の確認

リハビリの継続、体力・体調の回復のために必要な栄養量を確認し、食事で栄養が摂れているか確認します。確認事項に特別なものはありませんが、セルフマネジメントの支援という視点で環境を整えるようにします。

チェックしておきたいポイント：

- ・食事の量、形態
- ・食事の提供方法（自宅で作っている、購入している等）
- ・現在の一日/一週間の食事の内容
- ・その人に必要なカロリー、栄養（推計）
- ・BMI、体重の推移
- ・栄養補助食品、健康食品の摂取状況
- ・服用している薬の種類と量、タイミング
- ・食欲、味覚の変化
- ・便秘・下痢の状況
- ・口腔内の状況（義歯、虫歯、歯磨き等）
- ・誤嚥のリスク（食事にかかる時間、食事の時の姿勢、咀嚼を含む嚥下機能、口腔残渣の有無、疲労感、覚醒状態等）

19.2 脱水症を予防する

チェックしておきたいポイント：

- ・一日に必要な水分を理解しているか

1日の必要水分量の大体の目安は、

$$\text{必要水分量 (ml)} = \text{体重 (kg)} \times 25 \sim 35 \text{ (ml/kg)}$$

です。

- ・水分摂取の状況を確認できる方法や手段はとっているか
- ・のどの渇き、口渇を感じているかどうか（自覚の有無）
- ・摂取している水分量（食事経由、直接摂取）の推計
- ・水分を自ら摂取する能力（麻痺の有無、認知機能、嚥下機能、廃用傾向の有無）
- ・家族等介護者は水分摂取の支援が可能か

第4節 認知症について

まず、認知症についての基本的な理解が必要ですが、ここでは詳細については記述しません。ケアマネジメントに必要なことは目の前の認知症を持っている方の認知症のタイプを知ってそこから症状を類推してアセスメントすることではありません。認知症は後天的な認知機能障害です。目の前にいる方の、それまでの人生の足跡に敬意を払うことが最も重要です。決して画一的なアセスメントに終わらず、その方とご家族に寄り添う心のこもったアセスメントが望まれます。（認知症の鑑別診断がついていない方もいるでしょう。）

(1) 認知症の特徴

いったん正常に発達した知能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために社会生活に支障をきたすようになった状態を認知症と呼びます。記憶障害・見当識障害・判断力低下などの中心的な症状（中核症状）に加え、健康状態や環境などの影響を受けながら、状況によっては暴言・暴力・徘徊・抑うつ・幻覚・せん妄などの行動・心理症状（BPSDといわれます）が現れます。

認知症として代表的なのが、脳の神経細胞が変性して脱落してゆく「変性疾患」と呼ばれる疾患で、アルツハイマー病（アルツハイマー型認知症）、前頭・側頭型認知症、レビー小体型認知症などがあります。

各々の認知症には特有の症状もありますが、進行してゆくにつれて症状は変化して複雑になっていきます。本人の状況の変化を適切に捉え共有できるよう、かかりつけ医や本人を支える専門職、さらには近隣住民や友人・知人等のネットワークをつないでいく必要があります。

認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）の治療においては、服薬による薬物療法よりもリハビリテーション等による非薬物療法が優先とされていますが、BPSD そのものが健康状態や環境などの影響を受けて出現する症状ですから、治療そのものだけでなくむしろ普

段の生活を支える環境や人間関係への支援、将来の生活を見据えた情報提供といった支援が最優先されるべきかと思われます。専門職だけでなく、むしろインフォーマルサポートを含めた、日常生活で接点を持つ様々な支援者とのネットワークの構築が大切です。

具体的には、その人本人や家族が感じる不安を軽減できるよう、その人本人の普段の暮らしを支える環境を整えたり、支援体制を整えたりすることが重要です。また、家庭や社会への参加を積極的に支援できる社会資源を提案・提供することは地域共生社会参加型の大きな取り組みだと思います。

(2) 認知症のある要介護者のケアマネジメントにおいて留意すべきこと

認知症のある要介護者の支援で留意すべきことは、中核症状や行動・心理症状（BPSD）の影響により、一見して意思決定が困難であるように見える場合であっても、その人本人の病前の意思が尊重され、尊厳を持って暮らしていけるように配慮することです。疾患や様々な機能障害への対応に意識を奪われがちですが、それよりも、その人らしさや残存機能を活かした生活の継続を支えるという視点で取り組むことが望まれます。

したがって、ケアマネジメントにおいてもまずは、その人のこれまでの生活や果たしてきた役割、普段の生活のリズムや良く過ごす場所、日々の生活における人間関係、そうした生活の中でその人自身が感じているであろう感情などを総合的に捉え、共感の姿勢を持って、理解しようとするのが求められます。

そのうえで、不要なストレスを回避し失敗を恐れず本人の意欲と残存機能を可能な限り活用して、その人らしさを発信できる支援体制をマネジメントするとよいでしょう。

なお、BPSD への対応においては、その人本人が感じる不安や不快、ストレス等が原因となる場合も多いことから、本人に対するケアだけでなく、本人の日常生活に関わる人（家族やその他の支援者、地域で関わる人、ケアを提供する専門職など）の本人に対する関わり方を見直す取り組みも必要だと思います。

また、将来にわたる長い生活を支えていくうえでは、介護者や家族が感じる不安を軽減することも大切なことです。本人や介護者・家族だけで不安を抱え込まずに済むよう、その人と家族の生活を支えるチーム「**禪（たすき）**」(*)を構築することが重要です。その際、認知症の生活機能への影響の現れ方は多様でまた変化するものであり、その状況に応じて関わる必要のある支援者や専門職も、変化していくことに留意してください。

*ここでいうチームとは、専門職で構成される固定的なチームではありません。本人の生活の支援に関わっている専門職以外の様々な支援者で構成され、状況に合わせてその構成員も変化していきますので、駅伝選手がたすきをつないでいくさまをイメージして「禪」となづけました。

課題分析標準項目 10-23 に沿って疾患特有の留意事項について解説します。

No.10 利用者の健康状態を把握する

本人や家族の気持ちに「寄り添う」介護・看護という言葉がよくつかわれます。「寄り添う」とは、相手の気持ちを読み取ったり、汲み取ったりして、共感する（その人の悩みや苦しみを聞いてあげて痛みを分かち合う）こと、またはただ黙って言葉どうりぴったりと寄り添ってあげてくれることを言います。もし言葉をかけるとしたら「私はいつもあなたの味方だよ… 辛いよね… 話したくなったら何でも言ってね…」くらいのものです。

10.1 認知症に至った経緯と現在の認知症に対する治療の状況について確認する

認知症の症状は中核症状である認知機能障害と行動・心理症状（BPSD）に大別されますが、BPSD は本人の状態や環境の影響を受けてあとから出てくる症状ですから、その前にどんな中核症状がいつごろから始まっていたのかを把握することが大切です。本人はいつからというのは意識していないかもしれません。ご家族はその経緯について思い出すのはつらいかもしれません。「寄り添う」気持ちを持って対応します。

チェックしておきたいポイント：

- ・どんな中核症状で気づいたか
- ・診断に至るまでにどんな経過をたどったか
- ・医師の診断と治療はどうなっているか
- ・診断を受けた本人の反応はどうか
- ・病名を知らされたご家族の気持ちはどうか

10.2 本人や家族の疾患に対する受け止めと不安を把握する

認知症と診断され、生活に認知機能低下の影響が現れ始めたことに対し、本人が抱く不安及び家族等が抱く感情とその変化を捉えるようにします。

認知症の特性として、近親者や最も熱心に接している介護者に対して BPSD の症状がより強く出現したり、依存性が増して本人の残存する能力も発揮されないことが知られており、家族や支援者にとっては不安やストレスのせいで非常に大きな介護負担となることがあります。そうしたことについて家族や支援者自身が理解できるよう、まずはその理解の程度を把握し、必要な支援策を検討することが必要です。

No.11 ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する評価

認知症の方は身体機能は問題なくとも意欲の低下が進行し ADL 評価は悪くなります。ADL の評価から推測される「できること」と「していること」を識別し、「できないこと」あるいは「していないこと」に対する対策を講じて規則正しい生活を維持できるように支援します。

No.12 IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する評価と支援

12.1 体調管理の支援を検討する

高齢者問題としてフレイルが注目されていますが、認知症高齢者の場合は、身体機能の変化を自覚し訴えることが難しくなるため、普段から体調の管理をして変化を的確にとらえる体制が必要です。また、認知症高齢者は健常脳の高齢者よりもフレイルを合併しやすいともいわれており、フレイル対策としても体調管理は重要になってきます。

12.2 服薬管理の支援を検討する

認知症の方は併発する疾患も多く、服薬内容も複雑になっていることが多くみられます。一方、認知症の方の服薬アドヒアランス（服薬順守）は低く、特殊な服薬方法（起床時に飲む、飲んだら横にならない、1週間に1度の服薬、食直前薬、など）の薬の処方ではできるだけ避けなければなりません。どうしても避けられない特別処方、本人以外の支援者にゆだねることとなり、家族・支援者の介護負担を増加する結果となりますので、服薬の仕方を簡素化してもらうためには、医療職とも気軽に相談できる支援体制を準備する必要があります。

No.13 日常の意思決定を行うための認知能力の程度を確認する

認知症の進行に応じて、本人の日常生活や社会とのかかわりについての意思決定の内容は変わるので、それに応じた支援も本人の意思に基づいた生活が送れるように変えていかなければなりません。ここでいう意思決定は「人生の最終段階における意思決定」ではありません。認知症の方の判断能力を考えると、最終的な「意思決定」はその意味すら正しく理解することは困難と思われれます。ここでは、本人が本人らしく日常を送りたいという意思は常にあり、その気持ちに寄り添うことを意味しています。これは最終段階に至っても、「もう要らない」と言ったり首を振ったりして明確に意思表示する方がいることから明らかです。

No.15 社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）について確認する

地域共生社会の中で、軽症の認知症の方たちは自ら社会的活動への参加の機会を求めており、必要とされるのはむしろ彼らが参加できる社会だといえます。認知症が進み意欲低下を認めるようになった方たちをどのような社会活動に導くのか、あるいはどのようにしたら導くことができるのか、そこが日常遭遇する課題だと思います。

認知症の方の社会参加あるいは社会活動といっても、認知症の状態、身体症状、性格やそれまでの人生史を背景にした心理的状況、あるいは経済的事情、などさまざまな要因によって反応は様々です。焦らず時間をかけて本人は家族の微妙な変化をくみ取る

ようにしてよりよい環境を見つける努力が必要です。

15.1 本人の現在の状況にあった環境を見つける努力をする

例えば通所サービスのような小さな社会参加でも、時と場所によって本人の反応は異なります。本人の快・不快を無視した無理なスケジュールは避けるようにします。

15.2 本人が参加することで、新たな役割と機能の向上が得られるような活動の場を企画する

本人の現在の ADL や IADL を参考にして「できること」「できそうなこと」を模索します。また、本人が「やりたい」と思っていること「やれそうだ」と感じていることをくみ取って活動の場を模索します。

No.16 失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法などについて確認する

No.17 褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等について把握する

No.18 歯・口腔内の状態や口腔衛生について確認する

No.16~18 に関連して、かかりつけ医やかかりつけ歯科医との連携構築について説明します。

認知症は進行性の疾患です。進行するにつれて、自分では症状を的確に伝えることが困難となりますし、医師の指示なども理解できなくなっていくます。こうした特性を理解し、かかりつけ医やかかりつけ歯科医と日常生活の変化を情報共有し連携がとれるようにしておくことが重要です。

No.20 問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）について

行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされます。そのためには、どのような状況・タイミングで行動・心理症状が起きているかを把握し分析したうえで、その解消のための取り組みや支援を実施します。具体的には声かけや話し方などの姿勢を工夫して接することが基本です。また、専門職の指導のもとで、ソーシャルサポートの利用や回想法、音楽療法の提供などの取り組みを行うことも有効とされます。（[図式 1](#)、[図式 2](#)）

チェックしておきたいポイント：

- ・ 行動・心理症状の状況、内容（どのようなことが起きているか）
- ・ 行動・心理症状が起きるタイミングと現れ方
- ・ 本人の生活に関わっている家族や家族以外の人、それらの人との関係性
- ・ インフォーマルサポートなどの利用できる社会資源の確認

No.23 特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関すること

虐待についての解説は脳血管疾患の項目（No.23）で行いました。ここでは、**介護施**

設で働く専従スタッフに対する支援について記述します。

ひとロメモ：介護施設スタッフに対するケアマネジメント

介護施設スタッフに対するケアマネジメントはケアマネジャーの仕事とは言えないかもしれませんが、だれかが彼らの心に寄り添わなければ、介護施設の質の向上は望めないと思います。一人でも多くの人がそのことに気づいてくれることを期待します。

23.1 介護スタッフ支援に必要なサービスの検討

日々介護に携わっている介護スタッフの不安とストレスを軽減するためにも、日々実施している介護に対するねぎらいや、負担軽減のための社会資源の紹介といった支援が求められます。

スタッフの中には認知症の方の行動の理解や対応に困難を感じ、将来起こるかもしれない介護上の課題（無意識下の虐待行為など）に不安を持つことも少なくありません。「目が離せず気が休まらない」、「どのように対応すればよいか悩んでいる」、「社会活動への参加の時間を奪われていると感じる」、「家族や友人との付き合いが難しくなった」、「しなければならぬ家事ができなくなった」、「本人から非難されたり拒否されたりすることがつらい」等のストレスが原因で心身の健康を損なう可能性があります。

まず、介護現場で遭遇する高齢者特有の生理や主な疾患像についての必要な知識を習得できるようにしましょう。知識があれば悩んだり不安になったり怒りがこみ上げることも少なくなります。

また、心身の健康を損なう前に問題解決の支えとなってくれる体制を整えましょう。

定期的な研修を通して必要な知識の習得を促すとともに、スタッフの心身の不調の訴えや兆候に早期に気づき、相談支援が提供される体制を整えられる日が来ることを切に望みます。

第5節 心疾患について

心疾患のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと：

高齢者の心疾患といえば、慢性心不全や不整脈が該当すると思いますが、ここでは、個々の心疾患の理解については言及していません。心疾患で療養する方たちに必要と思われる支援内容を検討するための共通の視点について解説しています。

心疾患を持つ高齢者の大半は高血圧や糖尿病、脂質異常症、腎不全などといった、放置すると心機能にまで悪影響が及ぶ合併症も持っているといわれています。

心疾患で発症した場合は状態は急激に悪化し緊急入院することも稀ではありませんし、予後不良となることもあります。入院治療を行い無事に退院しても、健康状態の悪化によって再入院することも多い疾患です。つまり、他の疾患と比べて、状態の変化が急激で、かつ、状態の悪化と改善を繰り返しながら徐々に進行していく、という特徴を持つことに留意します。

したがって、心疾患で入院治療した既往のある要介護者については、急激な体調の変化を避け再入院に至らしめないように管理することが重要です。日常生活の体重管理、栄養管理、水分管理や確実な服薬管理などが行われるよう、専門職との連携を強化し堅実な支援体制を構築する必要があります。（例：かかりつけ医や循環器科の専門医、看護師あるいは訪問看護師、薬剤師、管理栄養士といった専門職との連携）

「心臓が悪いんだからあまり無理しないで…」という言葉がよく聞かれます。日常生活の負荷をおそれての「寄り添う」気持ちの表現だと思いますが、活動量を過度に下げってしまうことは、体力の維持（や社会的活動への参加による精神的な健康の維持を妨げる（フレイルの進行）こととなります。専門職と情報を急有して、本人のそれまでの生活歴に応じた社会的活動と参加が維持できるような支援も重要です。

課題分析標準項目 10-23 に沿って疾患特有の留意事項について解説します。

No.10 利用者の健康状態を把握する

心疾患は急激に状態が変化する特徴があります。この急激な状態変化を予防するためには、体重管理、栄養管理、水分管理や確実な服薬管理などの支援体制が重要です。

10.1 体重管理

心疾患の発症や再発（急激な状態変化）のよぼう基本は、セルフマネジメント（自己管理）です。一番わかりやすいチェックポイントは体重管理です。セルフマネジメントが困難であれば、だれが・いつ・どんな方法で管理して記録を残すかを確認・実施しなければなりません。体重管理は毎日行うことが重要であり、短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆するので、増悪が疑われた場合には活動を制限し、食塩制限を厳しくするとともに、速やかに主治医またはかかりつけ医を受診させることが必要です。

No.12 IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する評価と支援

12.1 服薬管理

正しく服薬が行われているか確認が必要です。薬の中には食品との併用が禁止されているものもありますし、重大な副作用を明記しているものもあります。本人の食の好みもありますし、服薬アディアランスの問題もあるので、処方内容について薬剤師やかかりつけ医に相談することも必要です。

No.19 食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）について状況を把握する

19.1 塩分・水分コントロール

心疾患を持つ要介護者の急激な状態変化を予防するために、塩分摂取と水分摂取の制限が必要ということはほぼ常識のようになっていきます。ではどのくらいの塩分量と水分量に抑えたらよいのか、という質問になると容易に答えられないと思います。

まず、塩分の目標値ですが、これは心疾患の程度に関係して最も厳重な塩分制限は1日3g未満とされています。しかし、日本人の1日の平均塩分摂取量は12gとありますから3gまで落とすことは困難に近い数値と思われるかもしれません。こうした日本人の食生活の現状を考慮して、1日6g未満とするのが一般的なようです。

減塩指導には、患者手帳や減塩食に関する教材が用意されているのでそれらを活用しますが、高齢者においては過度の減塩が食欲を低下させ栄養不良、ひいてはフレイルの進行となるため、適宜調節が必要です。

水分量については明確なガイドラインはなく、口渇により過剰な水分摂取をしていることがあるので注意を要することや、高齢患者では加齢とともに口渇中枢の機能が低下することに留意し、適切な飲水に対する支援も必要であることを理解してください。

一般的な1日の必要水分量の大体の目安は、

$$\text{必要水分量 (ml)} = \text{体重 (kg)} \times 25 \sim 35 \text{ (ml/kg)}$$

ですので、それ以上に水分量を抑える必要があるかどうかは、かかりつけ医または主治医に確認する必要があります。

19.2 脂質異常症のコントロール

「冠動脈疾患のためのリスク別脂質管理目標値」というガイドラインがあります。心疾患発症予防の場合は「一次予防」の項を見ます。併せ持つ危険因子の数によって3段階に分けられます。

すでに心疾患の既往のある場合は、「二次予防」となります。LDLコレステロールの目標値は健常人の脂質の下限以下ということになります。参照：(資料) [冠動脈疾患のためのリスク別脂質管理目標値](#)

No.22 住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目

高血圧の管理は重要項目であり、血圧が急激に上がる住環境の要素として、場所による急激な気温の変化が挙げられます。一般的な日本家屋の場合、廊下や水周りは気温差が大きい場所として挙げられるため、居室との気温差が縮小されるよう体制を整えることが必要です。

冷暖房器具の設置だけでなく、衣服の工夫や移動の際には部屋を開けてしばらく待

つ、浴室を温める方法としてしばらくお湯を出してから入浴する等の対策も検討します。

No.23 特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関すること

23.1 心不全の緩和ケアについて、知っていただきたい

心不全の緩和ケアについて、知っていただきたい。以下の文章は2017年の心不全診療のガイドラインから抜粋し、読みやすいように一部手を加えたものです。

高齢化社会の進行に伴い、急性増悪による入退院を繰り返す高齢心不全患者は年々増加しているが、急性増悪時の症状は多くの場合、治療によってすみやかに改善するため、患者・医療者はともに予後に対する認識と疾患の状態とに解離があることが知られている。したがって、緩和ケア導入の時期を見極めることはしばしば困難であり、終末期を含めた将来の状態の変化に備えるためのアドバンス・ケア・プランニング（advance care planning; ACP）を行うことが重要とされる。ACPとは、意思決定能力が低下する前に、患者や家族が望む治療と生き方を医療者が共有し、事前に対話しながら計画するプロセス全体を指し、終末期に至った際に、納得した人生を送ってもらうことを目標とする。実施を考慮する時期は、症状増悪やQOL低下、運動耐容能の低下、心不全による再発入院、配偶者の死亡などの主なライフイベントなど、再評価を促す節目となる出来事があった場合が推奨されている。

ACPは、患者の価値観、人生観、死生観を家族と医療従事者と共有することが本来の目的であるが、ACPの1つの側面として、終末期における事前指示（advance directive）がある。具体的には、蘇生のための処置を試みない（Do Not Attempt Resuscitation; DNAR）、終末期においてペースメーカー、植込み型除細動器（ICD）、心臓再同期療法（CRT）、植込み型左心補助装置（LVAD）などを停止するかどうかに関して、多職種チームにより意思決定支援を行い（shared decision making）、事前指示書を作成し、同時にその内容はその後変更可能であることを伝える。また、必要に応じて患者本人の意思決定ができなくなった場合の意思決定代行者を指名する。事前指示がなく、本人の意思が不明な場合や、家族の意向によっては治療の継続が患者の尊厳を損なう恐れがある場合などには、多職種チームによる検討と家族との話し合いが必要になる。

心不全の末期状態（end-stage）は、「最大の薬物治療や非薬物治療を施しても治療困難な状態」とされ、終末期（end-of-life）は、「繰り返す病像の悪化あるいは急激な増悪から、死が間近にせまり、治療の可能性のない状態」を指す。しかし、慢性心不全においては、癌とは異なる軌跡を辿り、急性増悪による入退院を繰り返しながら、最期は急速に悪化するため、終末期の判断がしばしば困難である。積極的な治療が終

末期には行われない癌などとは異なり、症状を緩和するためには最期まで心不全や合併症に対する治療の継続が行われる。

また、緩和医療と終末期医療は同義ではなく、緩和ケアは終末期から始まるものではなく、心不全が症候性となった早期の段階から実践すべきであり、早期の段階からACPを実施し、また多職種チームによる患者の身体的、心理的、精神的なニーズを頻回に評価することが重要である。

第3章 訪問看護師に求められるサービスとは

近年、在宅ケアの対象者は急増し、しかも重度化・多様化・複雑化してきています。

重度の障がいのある小児や精神障がいがある在宅生活者、認知症の人、さらには人生の最終段階を在宅で過ごすことを希望する利用者も増えています。その一方では、一人暮らしや高齢者世帯、老老介護、認認介護など家族介護基盤の弱体化も加わり、複雑化した多問題を有する利用者が少なくない状況です。訪問看護の利用者も、がん末期患者や人工呼吸器の装着者、チューブ類を使用して生活する人など、医療ニーズの高い利用者が増えています。

今後、医療ニーズが高い方や住み慣れた場所でのターミナルケアを望む方が地域で暮らし続けられるように、地域包括ケアシステムの構築が推進されていますが、そのシステムの中で、既存の、「訪問看護」や「定期巡回・随時対応サービス」あるいは「複合型サービス（現在は看護小規模多機能型居宅介護に変更）」による日帰りサービスや宿泊サービス等はもちろんのこと、地域で暮らし続けることを支援する、広い視野に立った新たな看護サービスの推進に力を注ぐことが必要になると考えられます。

では、近い将来新たな訪問（在宅）看護サービスが導入される前に、地域包括ケアシステムに柔軟に対応できる「質の高い訪問看護サービス」について考えてみましょう。

第1節 看護師の力量

訪問看護に求められる使命とは、「日本全国どこでも 24 時間 365 日、いつでも必要な質の高い訪問看護サービスを届けること」、これは間違いではないのですが、このように明言してしまうと訪問看護師の仕事と宅配業者の仕事を同じにするなというお叱りの声が飛んできそうに思います。でも、「質の高い訪問看護サービス」を「大切なお客さまのお荷物」に置き換えたら全く同質の印象を受けます。

このテキストの冒頭で、「サービス」には以下のような特性があると述べました。

- ・対象はモノではなく、ひとである。
- ・ひとに対して行う行為も無形のものであって、形として残らない。
- ・継続することが必要。
- ・規格品はなく、出来上がりのみならず、その過程も評価される。
- ・その効用や満足度がサービスの質を左右する。

ひと言でいうと、「無形かつ生産と消費が同時で、しかも提供された瞬間に消えてなくなるもの、それが「サービス」です。

日常的に行われている看護行為自体が「サービス」に該当し、病める人に対して行う無形の行為であって、本人に必要と思われる間継続するものであり、本人や家族に満足してもらうには、その結果のみならずその過程も評価されるものだということです。

では、医療現場における看護と訪問看護の違いはどこにあるのでしょうか？

訪問看護の目的は疾患を治すことではなく、対象者の健康状態を維持・向上させ、生活

の質を豊かなものにすることにあります。それゆえ、その看護計画は、医療機関でのものと比べて個別性が高く、また正解というものがなく、訪問の都度に点検して進化させることが必要とされるという特徴を有し、その質は看護師の力量によって大きく左右されるものである、と言えます。

つまり、この「看護師の力量」こそが「質の高い訪問看護サービス」の原点となるのです。

この、「訪問看護師の力量」について、「在宅看護過程における看護計画立案の基盤となる能力：熟練の訪問看護ステーション管理者のインタビューから」と題する論文の中で以下のように紹介されています。

1. 見て感じて把握する力

1-1 身体状態の変化をとらえる力

「身体状態の変化を捉える力」とは、バイタルサインと合わせ、自分自身の五感を十分に働かせて、普段の状態との違いを敏感にとらえていく力です。

1-2 個別性を具体化する力

誰にでも合うような、「安全安楽に生活できる」無難な看護計画・看護目標をたててそれでOK としてはいけません。それをもっと具体化するように、例えば、安全にとあっても、移乗の時に不安定なのか、立ち上がりが不安定なのか、歩行が不安定なのか、そうであるならどんな計画や目標を立てたらよいのか、あと一歩先を見る力です。

極めて個別性の高い療養者一人一人の生活にそった課題を見出すためには、「個別性を具体化する力」が必要です。

1-3 観察のポイントをつかむ力

短時間の訪問時間の中で「身体状態の変化をとらえる力」と「個別性を具体化する力」を発揮するためには、何のために何を見たいか、どんな目的があってどんな情報をつかむのか、目的がしっかりしていないとできません。観察のポイントをつかむ力を養いましょう。

2. 情報を引き出す力

2-1 療養者・家族から情報を引き出す力

訪問看護計画を立案するうえで必要となる情報は、訪問看護師自身の観察に加え、療養者本人、家族、または支援チームを形成する他職種から得られる部分が大きいと思われます。

とくに、前回訪問以降の身体状況や生活状況や、看護目標の方向性に大きな影響を与える療養者と家族の意向を引き出せるか否かは、看護計画の質を決定付けるものとなります。

2-2. 多職種から情報を引き出す力

訪問介護サービスやケアマネジャー、かかりつけ医など支援チームを形成する他職種が持つ専門性に応じた情報を共有することが、包括的なアセスメントに基づき、生活の質の向上に結び付く質の高い看護計画立案につながります。

2-3 人間関係の基盤を作る力

「療養者・家族から情報を引き出す力」、「他職種から情報を引き出す力」を発揮する土台としては、「人間関係の基盤をつくる力」が必要です。

3. 察する力

3-1 療養者・家族の生活に心を寄せる力

訪問看護師は、療養者と家族から情報を引き出すと同時に、直接的に語られない内容についても察することによって、情報収集を深めていくことが必要とされます。療養者・家族の生活に心を寄せる力を発揮し、自分を置き換えて考えてみる必要があります。

3-2 療養者・家族の心に寄り添う力

療養者・家族の心に寄り添う力を発揮し、その心情にそった看護計画を立てる必要があります。

3-3 療養者・家族の意向に気づく力

生活の質の向上を目指す訪問看護において、その目標設定には、療養者と家族の意向を踏まえることが必須となりますが、その意向は直接的に語られるとは限らず、日々の看護ケアを通じて関係性を深める中で、真意を探り察していくための「療養者・家族の意向に気づく力」が求められます。

4. 生活の質への着想力

4-1 生活の質を高めるポイントをつかむ力

たとえば、処置として浣腸して帰ってくるだけでなく、プラスアルファとして食事指導や運動指導もすれば浣腸しなくてもよくなるかもしれません。訪問看護師が生活の質を高めるための効果的なポイントを見つけられるか否かによって、その可能性と効果は大きく変わると思います。

4-2 生活の質を高める熱意

生活の質を高めるポイントをつかむ力を生む土台としては、生活の質を高める熱意が必須であることは言うまでもありません。

5. 疾患と生活を探求する力

以下の探求する力については、坊主に説教になるので割愛します。

5-1 疾患に関する知識を深める力

5-2 生活に関する具体的な知識を得る力

5-3 自身を高める姿勢

まとめ：「訪問看護師」の力量

1. 見て感じて把握する力
2. 情報を引き出す力
3. 察する力
4. 生活の質への着想力
5. 疾患と生活を探求する力

1～3 は療養者と家族のアセスメントを行うための力量であり、4 は生活の質を向上させる看護計画を立案するための力、5 はこれらの能力を支える力です。

なお、このテキストは、看護師である皆さんに看護技術を説くためのものではありません。訪問看護師として地域包括システムの中で、疾患を有する高齢者の健康維持・向上を促すための看護計画を立てるポイントとなる基礎知識を学んでいただくものです。

第2節 訪問看護師が日常遭遇する臨床課題についての予備知識

2-A サルコペニアとフレイルについて

1. フレイル(frailty)について

フレイルは frailty (虚弱) として、老年医学の分野で重要な課題に取り上げられてきた概念です。フレイルには、筋力の低下や俊敏性が失われ転倒しやすいなどの身体的問題(身体的フレイル)のみでなく、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題(精神神経的フレイル)や、独居や経済的困窮などの社会的問題(社会的フレイル)など多面性を併せ持つ一方、適切な介入が施されれば要介護状態への進行を予防できる可塑性をも併せ持つ状態として高齢者対策を包括的に捉えた概念といえます。

フレイルの評価のポイントは、① shrinking (体重減)、② exhaustion (易疲労感) ③ low activity (日常生活活動度の減少)、④ weakness (握力低下)、⑤ slowness (歩行速度の低下) で、この中の3項目以上が該当した場合はフレイルと定義されます。

2. サルコペニアについて

サルコペニアの定義としては「筋量と筋力の進行性かつ全身性の減少に特徴付けられる症候群で、身体機能障害、QOL低下、死のリスクを伴うもの」とされ、評価のポイントは、① 筋肉量の低下、② 筋力の低下(握力低下)、③ 身体能力の低下(歩行速度の低下)の3項目で、①と他の2項目のどちらかまたは両方を併せ持ったものがサルコペニアと診断されます。

このサルコペニアの②③はフレイルの評価ポイントの2項目とも一致しており、サルコペニアはフレイルの概念に含まれると理解していいと思われます。

3. フレイルとサルコペニアの関係について

フレイルの5つの要素は互いに関わり合い悪循環(フレイルサイクル)を繰り返して死に至らしめるものですが、前述したようにサルコペニアの2項目を含んでおり、フレイルサイクルの中核をなしていると考えられます。

在宅で安定した療養生活を維持管理するためには、このフレイルサイクルの中核であるサルコペニアの進行を防ぎ、できるだけ身体機能障害の段階に至らないための努力が必要です。運動の推奨や栄養管理指導、療養中の疾患の早期発見の努力などが求められます。

2-B 褥瘡について

訪問看護の現場では必ずと言ってよいくらいに遭遇するもので、訪問看護師がケアの中心的役割を担う局面と思います。

褥瘡のメカニズムは、圧迫(体圧)によるという考え以外にも、引っ張りや剪断による要因も関与していると言われ、療養者自身の身体機能の低下と周囲の介護環境のバランスが崩れて発生するものと考えられます。

褥瘡ができやすい危険因子としては、基本動作(ベッド上での体位変換やいす上での座位保持の可否、病的骨突出、浮腫、関節拘縮、低栄養、皮膚湿潤などがあげられます。

古くから褥瘡の状態を見極めそれに応じた対応の仕方が行われてきました。まず、皮膚食の状態から、黒色期、黄色期、赤色期、白色期と呼ばれ、病理学的にはそれぞれに呼応して、褥瘡形成期(急性期)、炎症期、肉芽形成期、表皮形成期と呼ばれました。現在日本では2008年に提唱されたDESIGN-R(RはRating(評価)の略)が、使われています。褥瘡の重症度分類ですので、治療の進捗状況の把握にも役立ちます。参照:(資料)[DESIGN-R](#)(1)(2)

褥瘡の治療ですが、末期のがんで生じた深い褥瘡は治る見込みはありませんし、寝返りができないほどに衰えた患者の褥瘡も見込みはないでしょう。

治療を決断するにあたって、本人や家族の経済的な問題も含めて、できる範囲で手段を講じなければなりません。

褥瘡対策でエビデンスが得られているのは体圧分散マットレスですが、あまり体圧分散に気をとられると、マットレスにうずまってしまい自分で寝返りすることができなくなったり、リハビリを行う際の弊害になってしまうこともあるので考慮が必要です。メーカーサイドの改良も進んでいますので調べてみる必要があります。

栄養面からのアプローチも当然忘れてはいけません。褥瘡対策としては最低でも1000キロカロリー（体重1kg当たり30キロカロリー）は必要ですし、血中アルブミン値が2.5g/dl以下であれば、積極的な蛋白質補給を考えなくてはなりません。必要に応じて栄養補助食品の使用も検討します。

治療に当たっては、「湿潤環境の維持」「壊死組織と浸出液の除去」さらには「消毒よりも洗浄」を心がけてください。

治療に使われるものとしては、ドレッシング材と感染抑制外用薬、肉芽形成促進剤などがありますが、たくさんの製剤が流通しているので各々の特性を生かして使い分けるとよいと思います。最近、持続陰圧吸引法による褥瘡治療が普及しつつありますが、経済的負担がかかってきますので注意が必要です。ポケットのある褥瘡治療に有効な印象があります。

2-C 認知症について

認知症高齢者の地域ケアの目標は、住み慣れた地域のなかで可能な限りその人らしさを保ちつつ、安全で安心できる生活を送ることであり、そのためには発症から看取りまで継続した医療的サポートが必要です。

1. 認知症診療の基本知識

認知症の最も基本的な4大認知症についてまとめておきます。

認知症は発達期に一度獲得した知能が、脳や身体疾患を原因として後天的に進行性に低下し、社会生活や家庭生活に影響を及ぼす状態と定義されています。その中でも、アルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease;AD）と脳血管性認知症（vascular dementia;VD）、レビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies;DLB）、前頭側頭葉変性症（frontotemporal lobar degeneration;FTLD）が4大認知症とされます。

ADは、「同じことを何回も言う」など近時記憶低下に由来する症状で気付かれ、その後、見当識障害が、時間→場所→人の順で悪化するなど、中核症状の進行が一定の経過をたどるとされます。ADは発症から平均10年の予後とされていますが、合併症のないADでは運動野は重度となるまで保たれる傾向があります。

VDは、高血圧など動脈硬化性疾患の既往や脳卒中のエピソードがあり、脳卒中発作後3か月以内に認知機能の低下が観察された場合に疑われる認知症ですが、純粋なVDよりADとの混合性認知症と診断されるケースがよく見られます。一般的にVDは階段状の経過をたどると（理論上）されていますが実際にはスロープ状に進行しているの

ではないかと思えます。AD より生命予後は不良ですが、抗血小板療法などの予防薬があることが他の疾患と異なります。

DLB は進行性の認知機能障害、ありありとした幻視、注意や明晰さの動揺、特発性パーキンソニズム、のうち 2 つが認められた場合に診断されます。近時記憶が比較的保たれていること、レム睡眠行動障害や自律神経障害（起立性低血圧、発熱など）といった症状も特徴的です。

前頭側頭葉変性症（FTLD）は、性格変化・行動変化で発症する行動障害型前頭側頭型認知症（前頭側頭型認知症：bvFTD）と言葉の問題で発症する言語障害型前頭側頭型認知症（意味性認知症：SD）と進行性非流暢性失語（PNFA）の 3 型に分けられています。FTD では窃盗や蒐集癖などの行動異常、易怒性、常同性（毎日同じルートで散歩するなど）、炭水化物の過食などの陽性症状とアパシーなどの陰性症状も見られることがあります。

2. 認知症に対する医療的ケアと緩和ケア

認知症の BPSD で治療やケアに難渋することが多くみられます。かかりつけ医や主治医に相談したり、認知症疾患医療センターに相談したりして適切な薬やケアについて指示を仰ぐ必要があります。

また、認知症はさまざまな疾患を合併していることが多く、これが認知症の予後に大きく影響していますので、合併症の進行や悪化に常に注意を払う必要があります。とくに糖尿病や心不全は重大な予後不良因子として留意すべき疾患です。

認知症末期の、人生の最終段階における意思決定支援は多くの場合、本人に意思決定を迫ることは困難で、家族やそれに準ずる代理人に意思決定をゆだねるしかなくなります。

認知症末期の緩和ケアについては、第 4 節の非がん性疾患の在宅緩和ケアの項で述べています。

2-D 嚥下障害について

脳卒中後遺症や認知症で嚥下障害を起こしている高齢者をケアする機会は少なくありません。嚥下障害によって、誤嚥性肺炎やそれに伴う窒息、あるいは脱水症や低栄養、食べる楽しみの喪失、などサルコペニアやフレイルといった死への悪循環が始まります。

食事中のむせや、食事時間の延長、間歇的な発熱などは嚥下障害が疑われる所見です。

嚥下障害の精密検査としては、嚥下造影や嚥下内視鏡検査が gold standard ですが、ベッドサイドで行われる嚥下テストとして、空嚥下、唾液反復嚥下試験、30 cc 水飲みテスト、簡易嚥下誘発試験などがあります。方法論については省略しますが、空嚥下と唾液反復嚥下試験は、意思の疎通ができる患者でなければ実施困難です。また「30 cc

水飲みテスト」は水の入ったコップを保持できなければ実施困難です。それらに対して簡易嚥下誘発試験はこうしたハンディキャップがあっても実施可能でかつ在宅でも簡単にでき信頼性の高いベッドサイドアセスメントとして評価できます。

嚥下障害のある在宅患者に対するリハビリ開始を決定するには、まず本人や介護者に対する動機づけが必要です。まず、「口から食べたい」という意欲があるか否か、次に嚥下リハビリのゴールとして①楽しみ程度に口から食べられればよいのか②必要なカロリーを口から摂れるようにするのか③肺炎予防を目的とするのか、本人や家族、スタッフの意識を一つにする必要があります。

嚥下リハビリを始めるにあたっては、前述したベッドサイドアセスメントと同様、実施の前の口腔ケアは必須です。口腔ケアをすることによって、訓練時の誤嚥性肺炎を予防できるほか、口腔内を刺激することによって唾液の分泌を促し味覚の改善を促す効果が期待できます。

リハビリには実際の食物を使う直接訓練(摂食訓練)と食物を用いない間接訓練(基礎訓練)があります。間接訓練は誤嚥の危険が高い場合や、経口摂取前の準備運動として行なわれるものです。

嚥下リハビリの実際については専門のリハビリスタッフによる実技や指導が必要です。

2-E 運動器(整形外科)疾患について

在宅で遭遇する運動器の問題と言えば、関節の痛み、神経痛、腰痛かと思います。

1. 安静時の痛みの訴えは、整形外科的だとしたら腫瘍や感染などの重篤なものが疑われます。血液検査などを行い、発熱を伴う場合には内科的疾患も疑うべきです。
2. 運動時の痛みであれば、関節可動域制限の程度と腫脹や熱感などの局所炎症徴候によって重症度を予測します。一般的に使われる、NSAIDsを投与して3日経っても改善の様子が見られない時は専門医受診を検討します。
3. 上肢の神経痛は頸椎症性神経根症、下肢の場合は変形性腰椎症や根性坐骨神経痛が原因です。多くは一側性です。
4. 両下肢の痛みやしびれは腰部脊柱管狭窄症や腰椎変形性すべり症が疑われます。間欠性跛行の有無をよく質問しますが、多くの高齢者では、長時間歩行は日常的にはないのであまり役に立ちません。
5. 腰背部痛で注意すべきは、気づかない程度の軽微な外傷で起こった脊椎圧迫骨折です。この場合は2~3か月にわたり痛みが持続するので、持続する腰背部痛の場合は検査を受けておいたほうがよいでしょう。

圧迫骨折の場合は、痛みをコントロールしてできるだけ早期に離床を促すことが大事です。もしこの程度のことで脊髄麻痺症状が出現するとしたら、その圧迫骨折は悪性腫瘍の脊椎転移と考えるべきです。

尿管結石などによる腰痛は鑑別の対象となります。尿検査は簡単に行えるものから迷わず行っておきましょう。

6. 鎮痛剤以外の治療法としては温熱療法があります。

よく知られていることですが、筋肉痛や神経痛は気温・湿度・気圧の変化に左右されます。身近な例として筋肉痛は入浴で痛みが和らぎます。電子レンジを使ったホットパック物理療法もよく紹介されています。ただし、温熱物理療法で症状が増悪する場合は急性炎症が疑われることをよく覚えておいてください。

可能なら局所の安静を目的としたが意固定も有効です。

2-F 排尿障害について

1. 頻尿について

残尿測定はエコーで計測するのが一般的ですが、導尿でもできます。

高齢男性で残尿が 150ml 以上や、排尿遅延、尿勢低下、尿線散乱、腹圧排尿、などがあつたら前立腺肥大を疑います。一方、女性の場合や、残尿が 50ml 以下で、尿意切迫感や切迫性尿失禁がある場合は、過活動膀胱を疑ってみます。過活動膀胱の治療に抗コリン薬が使われることが多いですが、認知症を悪化させることがあります。注意が必要です。

2. 尿失禁について

尿失禁は 4 つに分類されます。

① 腹圧性尿失禁

状態：咳やくしゃみで尿が漏れる。体動時に腹圧がかかると漏れる。通常失禁時に尿意はない。残尿はないか少ない。

原因：加齢・出産による骨盤底筋群の弛緩。便秘・肥満も増悪因子。

対応：骨盤底筋対象の指導、電気刺激療法など。β2 刺激薬。

② 切迫性尿失禁

状態：突然の強い尿意を伴う失禁。トイレまで我慢できない。水を見たり水の音で誘発。

原因：過活動膀胱。脳血管障害、多発性硬化症、パーキンソン病など排尿筋過活動を呈する神経疾患

対応：抗コリン薬、β3 刺激薬、膀胱訓練（畜尿訓練）

③ 溢流性尿失禁

状態：事実上尿閉となっていて膀胱に充満した尿が溢れ出している。

原因：前立腺肥大症などの下部尿路閉塞。糖尿病や骨盤内手術による末梢神経障害。脊椎疾患などによる神経障害

対応：α1 遮断薬、間欠自己導尿、カテーテル留置、手術

④ 機能性尿失禁

状態：排尿機能には支障ないが、運動機能の低下や認知症のためトイレで排尿できない。

原因：運動器疾患による移動の障害。脳血管障害や神経疾患による運動麻痺。
認知症

対応：運動機能低下の場合は環境整備、認知症では排尿誘導（排尿自覚刺激行動療法、習慣化排尿誘導、定時排尿誘導）。

※Prompted Voiding(排尿自覚刺激行動療法)、Habit training(習慣化排尿誘導)、Timed Voiding(定時排尿誘導)

Prompted Voiding(排尿自覚刺激行動療法)とは、ある程度、尿意の自覚が持てる可能性のある高齢者に尿意の確認やトイレ誘導を行い、成功した場合は賞賛(強化)をすることで、失禁の改善を目的とした行動療法である。この方法をプロトコルどおりきちんと実践すれば短期間で日中のおむつは外れるというエビデンスが明確に出ている。Habit training(習慣化排尿誘導)は高齢者の排尿パターンにあわせて、トイレに誘導する方法である。Timed Voiding(定時排尿誘導)はケア側が一定の時間を設定して、トイレに誘導する方法。

2-G 排便障害について

まず、「治療が必要」な便秘や下痢に対する考えを明確にします。

本来、治療が必要な便秘とは、「腸管内に糞便が貯留した状態で、かつ腹痛などの症状を伴う」「硬便のため排便時に痛みを伴う」場合で、排便回数の減少や排便量の減少のみを理由に治療は行うものではありません。下痢も同様であり、「便が軟らかい・水様である」との理由のみでは治療は行わず、「排便時に痛みを伴う」「水様便のため肛門周囲にスキントラブルを認める」「褥瘡への感染リスクが高い」「おむつ交換が頻回で、介護負担が大きい」場合が治療対象となります。

次に治療方針としては、

・便秘の場合：

- ①食事の見直し・・・繊維の多い食事、水分量の増量、経管栄養剤の変更など。
- ②薬物療法・・・便の硬さ調整なら水酸化マグネシウム(塩類下剤)やアミティーザ、腸蠕動を亢進するならセンノシドやピコスルファートナトリウムなどの刺激性下剤を、便意を促すためなら炭酸水素ナトリウム配合坐薬やピサコジル坐薬、それでもだめなら浣腸や摘便を。

ただし、刺激性下剤は長期化すると習慣性となり量が増えていくので、パントシンやガスモチン、ナウゼリンなどを併用します。

・下痢の場合：

- ①食事の見直し・・・スポーツ飲料、点滴も考慮。

- ②薬物療法・・・ビフィズス菌、ひどい下痢には塩酸ロペラミド
- ・便失禁に対する対処法も稀に検討する場合があります。
軟便状態を改善するとよくなるケースが多いですが、溢流性の便失禁の場合は、たまっている便を定期的に排出することで軽減します。

2-H 肺炎について

在宅患者の肺炎は非常に多く、終末期の患者でなければ、在宅治療の対象になるよりも入院治療になるケースの方が多いと思います。

ここでは、在宅患者の肺炎の発症機序と主な予防法についてのみ触れておきます。(COPDの終末期ケアについては後述)

1. 不顕性誤嚥性肺炎とそのメカニズム

高齢の在宅患者の肺炎の実態は、嚥下障害に気づかれない不顕性誤嚥による誤嚥性肺炎であると言われていています。

不顕性誤嚥の発症機序には、「サブスタンス P」という神経伝達物質がかかわっていると考えられています。咳や嚥下の反射が良い人は、咽頭付近の迷走神経や舌咽神経の神経節のサブスタンス Pの濃度が高いことが示され、一方、不顕性誤嚥を生じている患者さんでは、濃度が低いことが明らかになっています。

サブスタンス Pは、脳内のドーパミンによって合成され、刺激されて神経末端から咽頭に放出されます。「パーキンソン病」「パーキンソン病類似疾患」「レビー小体型認知症」などはドーパミンが不足しやすい疾患ですし、日本人に多いとされるラクナ脳梗塞(小梗塞)は大脳基底核に梗塞を作るためドーパミンの産生量が減少します。したがってこれらの疾患を持つ患者は不顕性の誤嚥性肺炎を起こしやすくなります。

2. 抵抗力を高める

誤嚥性肺炎を繰り返すと抗菌薬に対する期待も薄れていきます。まずは自身の抵抗力を高めるためのポイントを検討します。

- ①ワクチン接種：肺炎球菌ワクチンとインフルエンザワクチン
- ②咳嗽反射を改善する薬剤：ACE阻害薬、シロスタゾール、アマンタジン、半夏厚朴湯
- ③リハビリ：呼吸理学療法（シルベスター法・体軸捻転・肩甲骨内転など）(要チェック)

第3節 統合医療または補完代替医療について

「統合医療」とは、さまざまな医療を融合し患者中心の医療を行うものです。「さまざま

な」とは、科学的な近代西洋医学のみならず、伝統医学と補完または代替する医療、更に経験的な伝統・民族医学や民間療法なども広く検討しています。

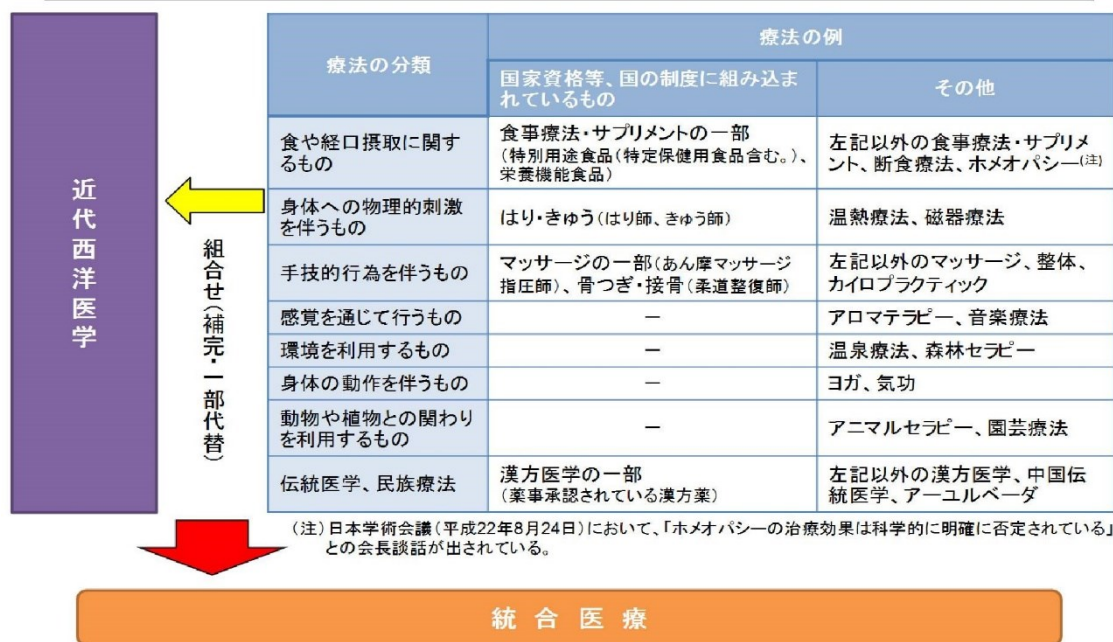
その特長としては、「1.患者中心の医療、2.身体のみならず、精神、社会（家族、環境など）、さらに最近では、スピリチュアルな面を含めた全人的医療、3.個人の自然治癒力の促進により、治療のみならず、むしろ増進を目標とする病気の予防や健康」が挙げられるとしています(日本統合医療学会)。

統合医療に該当すると思われる主な療法について以下に図示しましたが、十分なエビデンスが認められているものは数少ないです。

しかし、在宅医療においては近代西洋医学が最大の武器とする最先端医療を導入することは困難です。むしろ在宅医療を行う臨床医は最先端医療をあえて切り捨て「医療の原点」を模索しつつ歩む者たちであるとするならば、むしろ伝統医療や民間医療との接点は身近にあるかもしれません。

補完代替医療をエビデンスがないからと否定してしまったり、反対にこうした医療に傾倒しすぎて本来の医療を全否定してしまうことのないよう多職種の意見交換の場は大切にしたいものです。

以下の表は、平成22年度厚生労働科学研究「統合医療の情報発信等の在り方に関する調査研究」で採り上げられた療法について、効果の有無を問わず整理したものである。



第4節 在宅緩和ケア

4-A. 在宅緩和ケアの概念と現状

在宅緩和ケアは、地域包括ケアシステムの中核的位置づけをなしており、医療・福

社・介護機関など多職種が連携してチームとなって緩和ケアを提供するシステムです。言い換えれば、在宅（自宅や居宅施設）においても、病気や加齢による臓器障害やADL障害に伴うさまざまな苦痛や苦悩を緩和するための医療支援や生活支援を提供できるようにするものです。

具体的には、在宅緩和ケア提供の場は、自宅、高齢者施設（介護施設、有料老人ホームなど）、障害福祉施設などに広がっており、対象疾患はがんだけでなく、非がん疾患（慢性疾患、神経難病、小児重症疾患、認知症など）にも広がっています。

非がん疾患の在宅緩和ケアが、がん疾患のそれと大きく違うところは、

- ①終末における病状の経過が複雑で期間が長い
- ②疾患特有の病状の変化がある
- ③身体症状も一般的には痛みの他に息切れ・全身倦怠感など疾患によりさまざま
- ④予後予測が難しい

などがあげられます。したがって、症状や心理社会的苦痛への対応には違いはないのですが、非がん疾患では病状が悪化したときに、そのまま在宅で経過をみるか、それとも病院で治療を行うべきか、判断が難しくなることが少なくありません。

在宅緩和ケアの内容としては、

- ①身体的苦痛や精神的苦痛に対する医療支援（症状緩和治療）
- ②患者の日常生活の支援
- ③家族に対する支援
- ④社会的苦痛や霊的苦痛に対する支援

などとされていますが、在宅緩和ケアの目標が、最終的な看取りではなく、患者や家族が在宅で最期まで不安なく楽に生活できることにおかれているため、こうした多職種の支援を必要とする内容になるのだということを理解してください。

在宅緩和ケアが円滑に実践されるための条件について考察します。

1) 医療システム側の条件

a. 24時間対応可能な訪問医療システムの確保

緩和ケアの知識や技術を持った医師（緩和ケア専門医に限らず、病院勤務医、総合診療医・家庭医・地域のかかりつけ医などを含む）や看護師が定期的に訪問でき、かつ、患者や家族が困ったときには24時間いつでもすぐに電話に応じ、必要に応じて臨時の訪問（看護師あるいは医師）も受けることができる体制が準備され、適切な症状緩和治療が行われるようにします。

b. チーム医療および医療連携の確立

基本的に医師、看護師、薬剤師などが連携を密にしたチーム医療の形態を準備しましょう。たとえそれぞれの職種の所属機関が別々であっても、密な連携が取れるようにすることです。

c. 後方支援病床の確保

患者や家族が入院を希望したときに、いつでも入院できる病床を確保できるようにします。無床診療所の場合には、病院あるいは有床診療所を協力医療機関として連携が取れるようにします。

2) 生活支援システム側の条件

介護力がなければ、在宅緩和ケアは成立しません。しかし、日中仕事をしていて介護者が不在だったり、介護者も高齢であったり、そもそも介護者が見つからない患者も少なくありません。それゆえに大きな期待を寄せられているのが地域包括ケアシステムです。それぞれの地域性を活かした公助・共助・互助の支援体制の構築が進められています。

3) 患者・家族側の条件

家族の希望で患者本人に病状が説明されていない場合、本人は病状がよくなってから自宅に戻るつもりでいたためにトラブルが起きます。逆に、本人の人生の最終段階の意思決定を家族が受け入れを躊躇することもあります。このように、患者が病状を把握した上で在宅緩和ケアを希望し、家族も一緒に過ごすことを希望していることが理想ですが、両者の希望が一致していないことも少なくありません。

看取りは医療者に任せるものと考えている家族も特に老々介護の場合にはよく見られます。特に臨終期の病状変化に対する不安は非常に強く、病院に入院していれば常に医師や看護師がいて病状が悪化すればなんらかの治療をすぐにしてあげられ、自宅ではすぐに駆け付けてはくれないだろうし何もしてもらえないかもしれないという思いが起きます。

緩和ケアは終末期ケアではありません。早い段階から ACP(Advance care planning) を心がけるようにすることが望まれます。

4) 施設における管理者および職員の側の条件

高齢者施設や障害福祉施設などでは、病状が悪化すると救急患者として搬送することも多く、救急医療を含む急性期医療に過大な負担を強いているといわれます。施設管理者や施設職員の緩和ケアと終末期ケア(看取り)についての理解を深め、医療従事者も手厚い後方支援を行うことで現場は混乱なく最後の看取りまで執り行うことができるでしょう。

4-B. がん疾患の在宅緩和ケア

1) 求められるのは「全人的」ケア

がん疾患の在宅緩和ケアに対する医療者の「アセスメント」のポイントも、このテキストの全編に通じる「考える力」だと思います。病態を考え、苦痛を考え、対策を考え、そして患者を考え、家族を考える。「常に考え、常に寄り添う。」その結果、患者は「見捨てられたのではない」ことに気付いてくれ、家族もリスペクトし

てくれる、そういう事ではないでしょうか？

- ・患者の「今」を知る

通院も困難な状態になるから在宅緩和ケアが始まるのであって、当然のように患者は解決すべきさまざまな身体的問題や精神的問題を抱えています。主治医(前医)と連携して詳細な情報を共有し、目の前の患者の、心と体の「今」を捉える努力をします。

痛みや呼吸困難、浮腫や腹水などの身体的苦痛もさることながら、死に近づく恐怖と不安と孤独感…、本当に死を受け入れなければならない心の葛藤など。表に出せない本人の心の声を共有できる強い力が必要です。

- ・今後予想されることを考え、何ができるのかを考える

病気が進行して、どのような症状が今後起こりうるのか、その時に何をしてあげられるのか。身近な例としては、決められた用法では鎮痛薬で疼痛のコントロールができなくなった時の対応です。医師と本人や家族との間のインフォームドコンセントが正しく行われているかを察して、ときには、医療に関して素人である本人と家族の心に寄り添い、仲介役に入る勇気も必要です。

- ・ターミナルステージにあったケアを考える

ターミナル前期：生命予後が数ヶ月とされる時期

ターミナル中期：生命予後が数週間であろうと判断される時期

ターミナル後期：生命予後が数日であろうと判断される時期

死亡直前期、看取り：数時間で命を終えるであろうと判断される時期

(最近の追加項目)遺族のケア：看取り後のケア

これらの全ステージにおいて家族は常に葛藤を繰り返し、苦悩の毎日を送っているはずですが。本人の前では常に明るく振舞おうとする自分とどんなに尽くしても愛する家族を失わなければならない自分。家族のそばにいたことがよいと思う自分と入院させた方がよいと思う自分。安らかな最期だったと慰める自分と苦痛の日々を長引かせたと後悔する自分。医療と介護の両面からケアを行う看護師こそ、最後の家族の心を深く理解し寄り添うことができるのだと確信します。

2) 症状緩和のための主な治療

a. 痛み

鎮痛薬の使い方は5つの基本原則があります

日本でも WHO 方式がん疼痛治療法の有効性が確認されています。90%以上のがん患者さんの痛みが消え(完全な除痛+ほぼ完全な除痛)、残りの患者さんの痛みも軽くできたという結果が出ています。

鎮痛薬の使い方5つの基本原則

- 1.できる限り飲み薬で治療する

他人の手を借りずに患者さん自身で服用できることから、可能な限り飲み薬で治療します。

飲み薬を飲むことができなくなった場合には、坐剤や注射剤、あるいは貼付剤を使います。

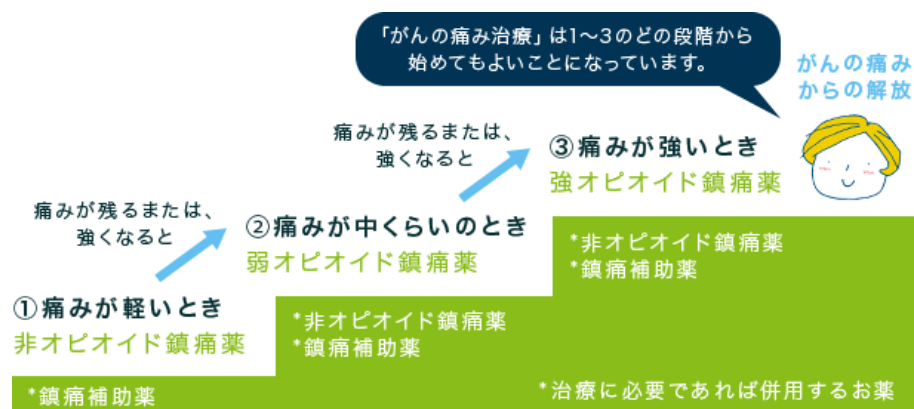
2. 痛みの強さに応じた効力の薬を使う

鎮痛薬の種類は病状の進み具合や末期か否かによって決めるものではありません。

痛みの強さに応じて、どの鎮痛薬を使うのかを決めます。

この選択基準は、「WHO 三段階除痛ラダー」と呼ばれる階段図で、世界共通のものです。

WHO の三段階除痛ラダー（階段図）



3. 痛みが消える量へと増やして使う

痛みが消えるまで、医療用麻薬の量を増やしていきます。

アルコールに対して強い人、弱い人がいるように、鎮痛のための医療用麻薬の十分量にも個人差があります。痛みが消えるその量が、その方の十分量なのです。これは「WHO 方式がん疼痛治療法」の最も大切なことの一つです。

4. 時刻を決めて規則正しく使う

痛みが出たときに鎮痛薬を使用するという方法では、いつまで経っても痛みから解放されることはできません。鎮痛薬の効果が切れる1時間前に次回分を服用するという「時刻を決めた規則正しい服用」が大切です。

他の薬と一緒に、服用時刻が日によってバラバラな食後に服用してはいけません。

必ず毎日決められた時間に服用しましょう。

これも「WHO 方式がん疼痛治療法」の最も大切なことの一つです。

5.1 から 4 をふまえたうえで、細かな点に配慮する

どの鎮痛薬にも少なからず副作用が発現します。でも心配しないで下さい。あらかじめ副作用を打ち消すためのお薬を併用します。また、患者さんの悩みもそれぞれ違いますので、悩んでいることを医師や看護師、薬剤師につたえましょう。患者さんの介護にあたるご家族の方が、患者さんの悩みを積極的に聞いてみることも大切です。

b. 呼吸困難

- ・胸水貯留に対する胸水穿刺排液
- ・酸素投与：在宅酸素療法（HOT）
- ・薬物投与（MTS療法）：モルヒネ（M）、トランキライザー（T）、ステロイド（S）
- ・鎮静：鎮静は、一定の条件下で緩和治療の最終手段として考慮するものです。

c. 消化管閉塞の緩和ケア

d. 嘔気、嘔吐

e. 食欲不振、全身倦怠感・だるさ

f. 腹水（胸水）のコントロール

利尿薬の投与で一時的に軽快することがあります。

腹水穿刺排液

g. 腫瘍熱

h. 高カルシウム血症

i. がんに伴う皮膚のトラブル(褥瘡)

体表にできた腫瘍が自壊し潰瘍を形成することをがん性皮膚潰瘍あるいは悪性潰瘍と呼びます。基本的には褥瘡の治療と同様に扱います。

j. 貧血と輸血

終末期における輸血にはさまざまな意見があり、緊急輸血でなければエリスロポエチンの使用が有効との意見もあるようです。

k. せん妄

放置すれば家族の心配やストレスも大きくなるので、できるだけ速やかに対応する必要があります。

l. 在宅緩和ケアにおける輸液

本人や家族が強く希望した場合は、在宅で輸液を行うこともあります。

皮下輸液を行うこともよく聞かれます。

終末期が近付くと1日1,000~1,500mLの輸液でも、浮腫、胸水、腹水、せん妄、気道分泌物の増加といった副反応が増加するといわれ、終末期に向けて輸液を減量または中止していくことが、緩和ケアにおいては広く認識されています。

いっぽう、経口摂取が困難な例に対する高カロリー輸液は、前向きに検討する余地ありと思います。

4-C. 非がん疾患の在宅緩和ケア

非がん疾患の病状経過は単純ではなく多種多様であり、ほとんど共通性がないと言えます。これは、非がん疾患の多くは、臓器組織の変性退行による衰退が基本的病態であり、疾患や個人によって機能が低下する部位や臓器も異なり、進行の仕方やスピードもさまざまであることに由来します。ここでは、主な疾患の病状経過について記述し、それぞれに必要なと思われる緩和ケアについて考察します。

a. 脳卒中の経過と緩和ケア

脳卒中の急性期を乗り切った患者は、その発作で死に至ることはなく、再発やさまざまな合併症で死に至ることになります。脳卒中後遺症患者の主な死因は、脳卒中中の再発、心血管系疾患の合併、そして誤嚥性肺炎であり、これらの予防が重要となります。

誤嚥性肺炎の予防には、食事形態の変更や摂食介助の検討、嚥下訓練、口腔ケアの実施などが重要な検討項目になります。また唾液の貯留や喀痰の喀出困難に対しての管理方法も検討が必要です。

麻痺側、まれに、四肢の痙性が強く慶祝や拘縮が強く運動時の苦痛になったり、良肢位が取れないため褥瘡の原因になったりもしますので、その対策も講じる必要があります。

運動機能に変化がみられないため、軽視される後遺症に視床痛があります。知覚障害からくる灼熱痛や自発痛で頑固な症状のため、抑うつ的になることもあります。そのつらさに寄り添うのは経験者でなければできないかもしれません。

また、脳卒中においては胃瘻の造設は予後の改善につながる可能性が示唆されており、胃瘻の選択はその後の経過に影響を与えるものとして考慮する必要があることを付記しておきます。

b. COPD の経過と緩和ケア

COPD では COPD の予後不良因子としては、COPD 自体の重症度、在宅酸素の使用の有無、再入院、高齢、極度の痩せ、ADL の低下などがあげられ、急性増悪で再入院を繰り返すほど予後が悪いとされています。

COPD の緩和ケアと言えはやはり呼吸困難に対するケアを第一に挙げます。近年、下肢を中心とした運動療法は下肢の筋力を向上させることによって労作時の酸素消費効率を高めるため呼吸困難を改善することがわかり、呼吸リハビリテーションの中でも重要な構成要素となっています。しかし、症状が悪化してしまえば運動療法も困難となりますから、そのころには医療の力を借りることになります。

c. 慢性心不全の経過と緩和ケア

慢性心不全の経過は不整脈による突然死があったりして予測不可能なことが多いです。文献的には75歳以上の心不全例では、収縮期血圧の低下（115あるいは120mmHg未満）、BUN43mg/dl以上、Cr2.75以上、低Na血症（135未満）は予後不良とされています。また、BNPについては、500pg/mL以上では予後はかなり悪く、1,000以上では極めて不良と言われます。

心不全の緩和ケアとして特別なものはなく、心不全そのものの積極的治療を継続することが重要になります。

他の症状として緩和の対象になるものは、痛み、うつ状態、だるさなどが挙げられます。痛みについては、狭心痛に亜硝酸製剤を用いるなど、うつについてはSRI、SNRIや三環系抗うつ薬、カウンセリングなどの心理的介入が考えられます。一方、心不全の末期のだるさに対しては、明らかな原因となるもの、例えば、貧血、感染、睡眠時無呼吸など、を取り除く以外に有効な治療法はなさそうです。

d. 慢性腎不全の経過と緩和ケア

慢性腎不全では、末期に至ってeGFRが10ml/min以下になれば平均予後が1年未満と言われ、透析を始めた要介護高齢者も（透析導入後に一気にバランスを保てなくなるため）平均予後は1年余りと言われますので透析の導入は慎重に進めるべきです。腎不全が進行し、尿量が少なくなると、体液貯留による症状（胸水、心嚢水、浮腫など）が出現し強い呼吸困難を訴えるようになります。特に高齢者では、浮腫や胸水、肺水腫（尿毒症肺）、腹水などの症状は早くからみられやすいので、意識障害が比較的軽く呼吸困難を強く感じる時期には積極的に症状の緩和を行います（酸素吸入、点滴の減量や中止、利尿剤の積極的な投与など）。

症状が進行すると、食欲が低下し、嘔気・嘔吐が出現して経口摂取困難が起こります。尿毒症による嘔気・嘔吐は、中枢性D2受容体拮抗薬（オランザピン＝ジプレキサ）の少量投与がよいと言われます。

口腔内が乾燥し、口内炎など粘膜の荒れも出てきます。渴きを和らげ、口腔粘膜の保護のために、積極的な口腔ケアが必要です。

便秘異常や消化管出血も見られることがあり、排便管理も重要です。

末期腎不全に伴う精神症状としては、無欲、記憶力低下などが、さらに病状が進行し臨死期になると、尿毒症脳症、代謝性アシドーシスによる傾眠傾向がみられます。末梢神経症状、特にrestless legがみられたり、けいれんの出現もあり得るので、家族にその可能性を話しておくこともよいことですが、あまり不安を与えない配慮が優先されます。昏睡状態で、深大呼吸が認められる場合は、代謝性アシドーシスに伴うKussmaul大呼吸と考えられ、もはや苦痛はないことを家族に説明し、無意味な治療を避けるよう配慮が必要です。

e. 認知症の経過と緩和ケア

認知症の代表疾患である AD の予後は、平均 10 年かと思います。発症して 5、6 年目くらいから尿失禁・便失禁が始まり、嚥下障害が出現して誤嚥性肺炎を繰り返すようになります。こうして歩行困難な状態に至り、最期の 1 年くらいは寝たきりで過ごすことになります。嚥下障害は最終的には嚥下反射が消失することになりますので誤嚥性肺炎は避けられませんし治療にも抵抗を示すことになります。したがって嚥下反射が消失したことが確認されたら早めの ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の確認を行い、延命治療を選ぶか自然な看取りを選ぶかの選択をしなければなりません。

認知症末期に予想される緩和ケアは、嚥下障害や食欲不振、肺炎による苦痛や褥瘡からくる苦痛の緩和と、ACP の際の家族支援があげられます。

謝 辞

このテキストを作成するにあたり、多くのウェブサイトのお力をお借りしました。筆者なりに理解できたと思う内容を拝借して編集させていただきました。万が一誤解して以下の皆様にご迷惑をおかけするようなことがありましたら、この場を借りてお詫び申し上げます。

以下順不同、ウェブサイト名のみ記載させていただきます。

1. みんなの介護ちゃんねる
2. 平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究 報告書
3. 水虫に対策するための 8 つの方法、保健指導リソースガイド
4. ドクターズファイル（巻き爪・陥入爪）
5. 排尿障害ガイドライン
6. 不顕性誤嚥、みんなの介護
7. 不顕性誤嚥とは、歯科通信
8. 「利用者主体の福祉サービス」の実践に対する行動分析的視点の有用性とその視点に基づく援助者教育の必要性
9. 褥瘡予防について、日本褥瘡学会
10. スキナー以後の行動分析学(5)阻止の随伴性
11. 在宅医療テキスト、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
12. 脳血管障害、腎機能障害、末梢血管障害を合併した心疾患の管理に関するガイドライン、循環器病の診断と治療に関するガイドライン
13. 認知症疾患診療ガイドライン
14. 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究
15. 健康長寿ネット
16. I 高齢者虐待防止の基本、III 養介護施設従事者等による虐待への対応
17. 急性・慢性心不全ガイドライン
18. 在宅看護過程における看護計画立案の基盤となる能力：熟練の訪問看護ステーション管理者のインタビューから、共立女子大学看護学雑誌 2 巻、pp.1~9、2015
19. 高山成子、脳疾患患者の障害認識変容過程の研究、日本看護科学会誌 Vol. 17, No. 1, pp. 1~7,1997

(資料) 簡易栄養状態評価表

簡易栄養状態評価表
Mini Nutritional Assessment-Short Form
MNA®



氏名: _____

性別: _____ 年齢: _____ 体重: _____ kg 身長: _____ cm 調査日: _____

下の口欄に適切な数値を記入し、それらを加算してスクリーニング値を算出する。

スクリーニング	
A 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか? 0 = 著しい食事量の減少 1 = 中等度の食事量の減少 2 = 食事量の減少なし	<input type="checkbox"/>
B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか? 0 = 3 kg 以上の減少 1 = わからない 2 = 1~3 kg の減少 3 = 体重減少なし	<input type="checkbox"/>
C 自力で歩けますか? 0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用 1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない 2 = 自由に歩いて外出できる	<input type="checkbox"/>
D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか? 0 = はい 2 = いいえ	<input type="checkbox"/>
E 神経・精神的問題の有無 0 = 強度認知症またはうつ状態 1 = 中程度の認知症 2 = 精神的問題なし	<input type="checkbox"/>
F1 BMI (kg/m²): 体重(kg)÷身長(m)² 0 = BMI が19未満 1 = BMI が19以上、21未満 2 = BMI が21以上、23未満 3 = BMI が23以上	<input type="checkbox"/>

BMI が測定できない方は、F1 の代わりに F2 に回答してください。
BMI が測定できる方は、F1 のみに回答し、F2 には記入しないでください。

F2 ふくらはぎの周囲長(cm) : CC

0 = 31cm未満
3 = 31cm以上

スクリーニング値
(最大: 14ポイント)

12-14 ポイント: 栄養状態良好
8-11 ポイント: 低栄養のおそれあり (At risk)
0-7 ポイント: 低栄養

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:466-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、www.mna-elderly.com にアクセスしてください。

(資料) Barthel Index

機能的評価: Barthel Index (バーセルインデックス)

項目	点数	状態
1 食事	10点	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える
	5点	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)
	0点	全介助
2 車椅子からベッドへの移動	15点	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)
	10点	軽度の部分介助または監視を要する
	5点	座ることは可能であるがほぼ全介助
	0点	全介助または不可能
3 整容	5点	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)
	0点	部分介助または不可能
4 トイレ動作	10点	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)
	5点	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
	0点	全介助または不可能
5 入浴	5点	自立
	0点	部分介助または不可能
6 歩行	15点	45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず
	10点	45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
	5点	歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能
	0点	上記以外
7 階段昇降	10点	自立、手すりなどの使用の有無は問わない
	5点	介助または監視を要する
	0点	不能
8 着替え	10点	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
	0点	上記以外
9 排便コントロール	10点	失禁なし、洗腸、坐薬の取り扱いも可能
	5点	ときに失禁あり、洗腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む
	0点	上記以外
10 排尿コントロール	10点	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
	5点	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む
	0点	上記以外
満点	100点	ADL自立カットオフ値60点 (Granger)

(資料) FIM と Barthel Index

	バーセルインデックス	FIM
ADL 評価の内容	できる ADL	している ADL
認知項目	なし	あり
点数	100 点満点	126 点満点
評価項目	10 項目	計 18 項目
難易度	簡単	難しい
評価にかかる時間	短い	やや長い

(資料) FIM

FIM 評価	*1	*2	*3
1)セルフケア	得点	対象者が行う範囲	介助量
食事	7	100% (完全自立)	介助の必要なし
口に運ぶ・かき集める・飲み込むところから、咀嚼・嚥下までを採点します。	6	100% (修正自立)	補助具を使用したり時間がかかったりする
配膳・下膳の動作は評価の対象になりません。	5	100% (監視・介助)	監視や準備が必要
	4	75~100%未満 (最小介助)	0~25%未満
7点→すべての性状の食事を自分一人で口に運び、咀嚼・嚥下出来る	3	50~75%未満 (中等度介護)	25~50%未満
6点→自助具・嚥下食が必要だったり、胃ろうを自分で管理している	2	25~50%未満 (最大介助)	50~75%未満
5点→配膳後にとろみをつけるなど、準備や見守りが必要	1	0~25% (全介助)	75~100%
4点→口の中に食べ物が溜まっていないか、介助者が指で確認する			
3点→介助者が自助具をつけたら、スプーンに食べ物を乗せる			
2点→口に運ぶまでの動作すべてに介助が必要だが、多少の協力がある			
1点→咀嚼・嚥下は出来るが口に運べない、胃ろうを介助者が管理している			
整容			
口腔ケア・洗顔・手洗い・整髪・化粧/髭剃りの5項目を採点し、平均点を出します。			
7点→5項目を準備含めてすべて一人で出来る			
6点→電動歯ブラシを使用する			
5点→化粧品のかさを開けるなど、用具準備に介助が必要			
4点→後ろ髪だけ梳く、石鹸をつけるなど、5項目すべてに最小介助がある			
3点→顔の洗い残しがある、非麻痺側の奥歯が自分で磨けない			
2点→前歯だけしか磨けないなど、5項目すべてに半分以上の介助が必要			
1点→すべての整容を介助者に任せている			
※4点以下は、5項目のうち何項目出来たか・どの程度出来たかを総合した平均になります。			
清拭			
入浴時の身体を洗う・拭く動作を採点します。			
10か所に分けられた身体の部位 (胸・両腕・腹・両腿・両脚・股・尻) のうち、何か所洗えたかで評価します。			
7点→自分で身体を洗える			
6点→柄付きスポンジを自分で使用出来る			
5点→特殊な入浴道具の準備が必要			
4点→10か所の身体の部位のうち、8~9か所を自分で洗える			
3点→10か所の身体の部位のうち、5~7か所を自分で洗える			
2点→10か所の身体の部位のうち、3~4か所を自分で洗える			
1点→10か所の身体の部位のうち、0~2か所を自分で洗える			
更衣			
上半身・下半身でそれぞれ服の着脱を評価します。義肢装具を使用している場合はそれも含まれます。			
7点→病院の外まで来て行ける服を一人で着られる			
6点→自分で着替えられるが3倍以上時間がかかる			
5点→服を出してもらったり、指示や装具装着の介助が必要			
4点→片袖や片脚だけ介助者が手伝うなど、少しの介助が必要			
3点→袖は通せるが被る・下ろす動作が出来ない			
2点→健側の袖は通せる、膝まで履かされたズボンを上げられる			
1点→着替えの際、前傾姿勢を取るだけ			
トイレ動作			
衣服の着脱やお尻を拭く動作で評価します。			
7点→自分で服を脱いでお尻を拭き、また服を着られる			
6点→尿気を使ってはいるが失敗しない			
5点→トイレットペーパーの用意や夜間の監視が必要			
4点→拭く・服を着る際に支えがある			
3点→服を脱いで拭くところまでは出来る			
2点→脱ぐ・拭く・着るのうちどれか一つは自力で出来る			
1点→オムツ交換をすべて任せている			

2)排泄コントロール	
排尿管理	
タイミングよく括約筋を緩められるかを評価します。失敗の頻度で点数が変わりますが、ここでの失敗は失禁ではなく、汚したものを片付ける手間のことを指します。	
7点	自尿で失禁なく自立している、人工透析で自尿がない
6点	尿器を使用しているが、準備や片付けは自立している
5点	尿捨てなどを介助する。排尿介助は週一回以下
4点	夜間に尿器を当てるなどの、排尿介助が週2～6回
3点	排尿回数と介助回数が同じ
2点	濡れたオムツを交換するよう頼める
1点	オムツ交換を頼めない
排便管理	
タイミングよく括約筋を緩められるかを評価します。汚したものの片づけをどれだけ手伝えるか、も判断のポイントです。	
7点	自然排便で介助なし、座薬も自分で扱える
6点	下剤などの内服薬を使って排便が自立している
5点	月に3～5回座薬を使用する
4点	座薬を挿入してもらい、自分で排便する
3点	自分で排便する回数と、腹圧介助や摘便介助をしてもらう回数が同じ
2点	失便を報告できる、浣腸にも協力する
1点	失便を報告出来ず、すべて任せている
3)移乗	
ベッド・椅子・車いす	
ベッド・椅子・車いす間ですべての往復の移乗で評価します。歩行が移動手段である場合は起立動作も含まれます。	
7点	自力で移乗出来る
6点	手すりを使って自力で移乗出来る
5点	車いすの位置変えなど準備が必要
4点	介助者が念のため、対象者に触れている
3点	軽く引き上げる介助が必要
2点	身体をしっかり引き上げ、回転させてもらう
1点	二人がかりで介助する
トイレ	
便器への移乗を往復で評価します。	
7点	自力で移乗出来る
6点	ポータブルトイレで移乗が自立している
5点	見守りが必要
4点	念のために介助者が対象者に触れている
3点	座るのを少し助けてもらう
2点	しっかり引き上げる介助が必要
1点	差し込み便器を使用し、移乗を行わない
浴槽・シャワー	
浴室への出入りが評価されます。浴槽なら中に入って出るまで、シャワーならシャワー椅子への移乗で判断します。	
7点	一人で安全に出入り出来る
6点	手すりや補助具を用意してもらえれば一人で移乗出来る
5点	指示出しなどの見守りが必要
4点	浴槽へ足を跨がせる介助が必要
3点	軽く引き上げたり、両足を浴槽へ入れる介助がある
2点	出入りにあたってしっかり引き上げてもらう
1点	二人がかりでの介助が必要

(資料) IADL

手段的日常生活活動 (IADL) 尺度							男性	女性	採点
項目	どれか1つ								
A 電話を使用する能力									
	1. 自分から電話をかける (電話帳を調べたり、ダイヤル番号を回すなど)						1	1	
	2. 2,3のよく知っている番号をかける						1	1	
	3. 電話に出るが自分からかけることはない						1	1	
	4. 全く電話を使用しない						0	0	
B 買い物									
	1. 全ての買い物は自分で行う						1	1	
	2. 小額の買い物は自分で行える						0	0	
	3. 買い物に行くときはいつも付き添いが必要						0	0	
	4. 全く買い物はできない						0	0	
C 食事の準備									
	1. 適切な食事を自分で計画し準備し給仕する							1	
	2. 材料が供与されれば適切な食事を準備する							0	
	3. 準備された食事を温めて給仕する、あるいは食事を準備するが適切な食事内容を維持しない							0	
	4. 食事の準備と給仕をしてもらう必要がある							0	
D 家事									
	1. 家事を一人でこなす、あるいは時に手助けを要する (例: 重労働など)								1
	2. 皿洗いやベッドの支度などの日常的仕事はできる								1
	3. 簡単な日常的仕事はできるが、妥当な清潔さの基準を保てない								1
	4. 全ての家事に手助けを必要とする								1
	5. 全ての家事にかかわらない								0
E 洗濯									
	1. 自分の洗濯は完全に行う								1
	2. ソックス、靴下のゆすぎなど簡単な洗濯をする								1
	3. 全て他人にしてもらわなければならない								0
F 移送の形式									
	1. 自分で公的機関を利用して旅行したり自家用車を運転する						1	1	
	2. タクシーを利用して旅行するが、その他の公的輸送機関は利用しない						1	1	
	3. 付き添いがいたり皆と一緒に公的輸送機関で旅行する						1	1	
	4. 付き添いか皆と一緒に、タクシーか自家用車に限り旅行する						0	0	
	5. まったく旅行しない						0	0	
G 自分の服薬管理									
	1. 正しいときに正しい量の薬を飲むことに責任が持てる						1	1	
	2. あらかじめ薬が分けて準備されていれば飲むことができる						0	0	
	3. 自分の薬を管理できない						0	0	
H 財産取り扱い能力									
	1. 経済的問題を自分で管理して(予算、小切手書き、掛金支払い、銀行へ行く)一連の収入を得て、維持する						1	1	
	2. 日々の小銭は管理するが、預金や大金などでは手助けを必要とする						1	1	
	3. 金銭の取り扱いができない						0	0	
※採点法は各項目ごとに該当する右端の数値を合計する (男性 0～5、女性 0～8点)									
(Lawton, M.P & Brody, E.M. Assessment of older people :Self Maintaining and instrumental)									

(資料) 冠動脈疾患のためのリスク別脂質管理目標値

治療方針の原則：一次予防・二次予防

「一次予防は」疾病の発生を予防することです。

「二次予防」は早期発見・早期治療です。

・一次予防：生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する

カテゴリー	LDL-C 以外の主要危険因子(*)	脂質管理目標値 (mg/dL)		
		LDL-C	HDL-C	TG
I (低リスク群)	0	<160	≧40	<150
II (中リスク群)	1 ~ 2	<140	≧40	<150
III (高リスク群)	3 以上	<120	≧40	<150
	二次予防：生活習慣の改善とともに 薬物療法を考慮する			
	冠動脈疾患の既往有	<100	≧40	<150

*LDL-C 値以外の主要危険因子とは

加齢 (男性≧45 歳・女性≧55 歳)、高血圧、糖尿病 (耐糖能異常を含む)、喫煙、冠動脈疾患の家族歴、低 HDL コレステロール血症；<40mg/dL ※脳梗塞、糖尿病、閉塞性動脈硬化症の合併はカテゴリーⅢとする。

(資料)「障害たしかめ体験」と「Imprinting 体験」

1. "落ち込み現象"を核とした認識変容過程

理解力の低下があるとされる急性期から慢性期初期の脳疾患患者の認識変容にもある道筋が見られる。時期は異なるがどの患者も落ち込む時期を持ち、そこから「元には戻らなくてもいいけど」と障害と折り合いをつけてゆく過程をたどる。この時期は「ガックリきた」「やらなきゃと思っても気力がでない」など抑うつ的で、「落ち込み現象」と表現した。この現象は出現時期によって、「発症直後(急性期)落ち込み型」「訓練開始直後落ち込み型」「回復停滞期落ち込み型」に区別された。

「発症直後落ち込み型」は訓練開始前に麻痺を認識し「どうしていいかわからなかった」「どうなるのかなと心配だった」と将来への不安や混乱で落ち込み、訓練開始後には「(自分の麻痺は)他の人よりはいい」「人に迷惑かけられない」等、訓練に前向きに取り組むタイプ。

「訓練開始直後落ち込み型」は、急性期には「身体の方がつらくて麻痺どころではなかった」と身体的苦痛が優先し、麻痺認識は2次的で、訓練開始後「訓練で、動かないとわかって気力が無くなった」と麻痺を認識して落ち込んだり、訓練開始後の他者との交流の中で「面会の人から治らないと聞いてガックリして、やる気がおこらなかつた」と落ち込むタイプ。このタイプは訓練が進むにつれて「みんなが苦勞してるんだ、頑張ろう」と前向きに取り組む姿勢を見せる。

「回復停滞期落ち込み型」は、急性期にも訓練期にも麻痺は認知していたが「なんか動くんじゃないかと期待があった」「少しずつ良くなっている」と楽観的で落ち込むことはなく、3ヶ月後頃に回復が停滞すると、「将来が見えない」「死にたい」と極度に落ち込むタイプで、とくに在職中であつたため期待感が逆作用となるのか、それとも落ち込んだ頃に転院や退院を勧められるためか、極度の落ち込みを体験する。

以上のように、脳疾患患者の認識変容は、従来の障害受容理論で言われていたように、決して一様の段階的パターンで変化するのではなく、「落ち込み現象」の出現時期によって幾つかの形を示し、落ち込み現象以前の時期、落ち込み時期、落ち込み現象からの回復時期の3つの時期で構成されていた。

「落ち込み」のきっかけは、麻痺肢を直視した時や、麻痺が期待通り回復しないことが歴然となった時であつた。そのことから「落ち込み」とは、障害やその程度を認識し始めたことによる失望感や不安を示す現象であると考えられた。

いずれにしても、患者はどこかで必ず麻痺という障害を認識して落ち込む。そして、障害と折り合いをつける(適応)ための長い道のりの第1歩を踏み出してゆくのだと考えられる。従来、Stage Theory の受容過程が理解されていたため「発症直後落ち込み」は当然で

問題とされないが、「訓練開始直後落ち込み」や「回復停滞期落ち込み」は、障害受容が進まない逸脱(問題)現象とされてきた。しかし、患者が異なる生活史による事実認識の耐認能力と、異なる障害レベルによる了解能力を持つことを考えると、援助者は「落ち込み現象」時期は、その患者が障害を見つめるに適切な時期、見つめ始めた時期と捉えて、その時から障害受容への積極的な関わりを持つ事が重要と考える。

2. 「落ち込み現象」からの回復のきっかけとなる「Support Imprinting 体験」

認識変容に影響する要因の中に、患者をダイナミックに落ち込みから回復させる

「Support Imprinting 体験」がある。落ち込み始める時のきっかけは、他者の言葉、麻痺そのもの、期待通り回復しない麻痺肢など幾つかみられるが、落ち込みからの回復のきっかけは他者の「たったの一言」であり、この「たったの一言」が、一瞬のうちに強烈に患者の認識に刷り込まれプラス方向に変化させる。援助者が患者の落ち込み期間を短縮させるための重要な鍵と考え、「Support Imprinting 体験」と表現した。発症直後落ち込み型の患者は、急性期に「どうしていいか解らない」と強く落ち込み、家族の励ましに耳を貸そうとしなかった。ところが、訓練開始後に車椅子で訓練室へ行く途中、「どこかの車椅子のおば(老婆)から『シャバ(現世)に出てこれたんやで負けたらあかん』と強く言われ『そうだ、病いに負けちゃいかん』と思った」と、老婆のたった一言が自分を変えたと述べた。また、訓練開始直後落ち込み型の患者は、面会者の一言で落ち込み、また他者の一言で落ち込みから回復した様子を次のように述べた。「手術後は辛くて麻痺どころではなかった。訓練が始まってすぐ面会の人から『麻痺の痺れは取れないらしい』と一言言われ、今から生きてる間痺れは続くのかと、がっかりして生きる意欲まで無くなって……。でも訓練している人の奥さんから『大丈夫、うちのお父さんは治ったよ』と言われたら急に頑張ろうって思った。そのあと、ある婆ちゃんが『痺れはずーとありますよ』って言ったけど今度は『結局みんな苦労しているだな、そう思ったら治らなくてもいい、痛いのが少し和らいでさえくれたらいい』と思えるようになった」。

患者は、訓練開始後「自分はまだいい方だ」「自分より悪い人がいると思ってあきらめな」と他患者と比較し、自分の状況を肯定的に認識しようとしている。患者は訓練開始後、自分の状況を肯定してくれるものを期待して他患者に強い関心を寄せている。その結果、その欲求や期待に合う他者の「たったの一言」が、「Support Imprinting 体験」となって落ち込みから回復させたと考えられる。逆にいえば、欲求や期待に反する言葉や状況がマイナスの Imprinting 体験となって「落ち込み」に陥らせているといえる。

「落ち込み」そのものが障害を認識し始めた現象と考えるならば、重要なのは落ち込みを予防することではなく、落ち込みからより早く回復させる「Support Imprinting 体験」を援助することである。

3. 「障害たしかめ体験」としての危険行動

入院中に許可されていない危険な行動をする患者がいる。危険行動は、許可なしでベッド下へ降りたり、自力歩行ができないのに歩いたなどの移動と歩行行動である。

「自分でできると思ったけどできなかった」「やれると思ったけどだめだった」「できないだろうなと思ったけど、やっぱりできなかった」と言う。急性期での危険行動は看護側の責任と考えられ、逆に急性期以後の危険行動は患者の理解不足と考えられることが多い。しかし、医療者が「片方の手足が麻痺したので歩けない」と説明すれば患者は理解できると考えるが、「(説明されても)やれると思った」「できると思った」と納得していないと思われる。更には「できないだろうと思ったけど」の言葉が示すように、患者が歩けないことを理解するには説明だけでは不十分で実際的な確認行動が必要だろうということは容易に想像がつく。

考えてみれば、今迄何の苦勞(意識)もなく歩行してきた人が、突然に「麻痺したから移動や歩行はできない」と説明されてどこまで納得できるか疑問である、危険行動は落ち込み時期には少なく、「やっぱりできなかった」という言葉は、患者は意欲が出てきた頃にある程度結果を予測しながら、それでも実行していることがわかる。つまり、医療者からみた危険(問題)行動は、実は患者にとって障害を確認して行くための積極的な意味を持つ「障害たしかめ体験」なのだ。

危険性が少ない時期の生活上の「可能性の経験」は積極的行動と評価し、入院中の「障害たしかめ体験」は危険行動として問題視しがちである。しかし、患者にとっては両方とも自分の能力を確認し可能性を判断する積極的な行動であることを理解する必要がある。そして、移動時に十分な介助のもとで「たしかめ体験」を援助し、患者の認識を助ける必要性が示唆される。

援助者の介入が可能で、援助者は患者の認識変容をただ見守るのでなく、患者の期待しているものを理解して適切な時期に「Support Imprinting 体験」を援助したり、「たしかめ」の行動を援助して認識変容の方向づけができると考えられる。

「高山成子、脳疾患患者の障害認識変容過程の研究、日本看護科学会誌 Vol. 17, No. 1, pp. 1~7,1997」から一部編集

(資料)「脳卒中なかまの会 (仮称)」

デイサービスに通う片麻痺の男性から聞いた話です。「リハビリを始めた最初のころはよく自分たちの麻痺の程度や病気になって思ったことなどを話し合いましたよ」「自分と同じように麻痺のある人と一緒になるけど、数か月するとたいいていの人が続かなくてやめていってしまう」「ほかの人たちは両手両足を使ってゲームや体操をやってるでしょ、あそこで自分は両手を挙げられないからね」・・・。

筆者自身の長年の経験から、資料にある、「障害たしかめ体験」と「Imprinting 体験」について考察した論文を見つけて掲載しました(資料参照)。「障害リハビリありき」というのが筆者の持論です。

もう一つ、同じ視点から、脳卒中の人たちの参加型社会活動として、同じ境遇のある仲間が集まる「互助会」があったらいいだろうと思い「脳卒中なかまの会 (仮称)」を提案しました。

世の中に既に存在する「患者友の会」「家族の会」と同じ趣旨のものかもしれませんが、具体的にイメージしやすいのは「断酒会」がそれに近いと思います。

地域包括ケアシステムの中に「自助・互助・共助・公助」という概念があります。

【費用負担による区分】「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間(被保険者)の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

これは、地域包括ケア研究会の報告書からの抜粋です。地域が一体となって共生社会を構築するには、これからは民間あるいは自分自身が地道に取り組む「自助」「互助」の概念を拡大浸透させていく必要がある、という結論を明記したものととらえています。

なぜ、こんなことを話し始めたのかというと、英語圏では「断酒会」のような活動を何と呼んでいるのか興味を持ったせいです。

「断酒会」はアメリカで始まりました。アルコールクス・アノニマス(Alcoholics Anonymous)、略してAAと呼ばれますが、活動のカテゴリーとしては、mutual self-help groupsと言われます。セルフヘルプですから「自助」ということです。そもそも「断酒会」

は「互助会」だと思っていました。それを「自助会」と紹介するとしたら、ここで取り上げる「脳卒中なかまの会（仮称）」も「自助会」として紹介しなければなりません。ちなみに英語の mutual の意味は「相互」です。

突き詰めると日本で「自助」「互助」と事細かに区別して、だれがお金を払ってくれるのかみたいな意味合いを込めていますが、英語圏では「自助」も「互助」もどちらも mutual self-help だということです。

Self-help の概念の背景には、“You alone can do it but you can not do it alone.” 「一人できるが、一人だけではできない」という精神文化のようなものがあります。その方面の分析を始めると、別な論説文を書くことになってしまうほど、日本人と欧米人の精神文化の違いは奥深いものを感じます。

「脳卒中なかまの会（仮称）」は、「断酒会」に代表される、mutual self-help groups です。言い換えれば、最初はインフォーマルな活動として位置づけられると思います。

脳卒中後遺症と一言と言っても、そこには、片麻痺、構音障害、失語症、知覚障害、意識障害、などが折り重なっており、重症度も一見日常生活に支障のないものから全介助が必要な状態まで様々な状態が予想されます。「脳卒中なかまの会（仮称）」には、ここに自力であるいは全介助で移動できて覚醒していただける人たちが「仲間」として認定されます。話せなくても構いません。理解できるように見えなくても構いません。五感で何かを感じていると思われる人なら「仲間」です。

この会の構成には2つの形があり、1つは医療関係者や家族・友人などが参加できるオープン形式のもの、もう1つは脳卒中後遺症を持つ本人だけが参加できるクローズド形式のものです。どちらにしても、中心的メンバーは脳卒中を既往に持つ人たちです。クローズド形式と言っても、会員登録などはなく会費もありません。自分の個人情報を公表するのもしないのも自由です。会の運営方法も、目的も、すべて「白紙」からのスタートです。考えるのは「仲間」です。頓挫しないようにアドバイスをくれるスポンサーシップ（支援してくれる企業や会社組織です）は必要です。

お互いに同じ疾患を経験した仲間です。「自分たちにはできるけど、彼らについてはこれないからメンバーから外そう」とか、「ついてこれない人たちがいるからこの企画は止めよう」とか仲間外しになる発想は持ちません。自分たちも同じ思いを経験したことを思い出すからです。必ず、ほんの些細な役割でも、与えられ参加する小さな社会が生まれると確信しています。仲間でなければ「共生」は実現できませんし、スポンサーシップがなければ地域社会の中で「共生」できません。

「脳卒中なかまの会（仮称）」、ぜひ産声を上げることを期待します。

(資料) DESIGN-R (1)

【評価項目】

DESIGN-R®の評価項目は、DESIGNと同様に以下7項目である。

- ・ Depth (深さ)
- ・ Exudate (滲出液)
- ・ Size (大きさ)
- ・ Inflammation/Infection (炎症/感染)
- ・ Granulation tissue (肉芽組織)
- ・ Necrotic tissue (壊死組織)
- ・ Pocket (ポケット)

【評価方法】

深さの項目は重症度には関係せず、得点には入れないこととし、深さ以外の項目の点数で重症度を示す(0-66点)。DESIGN-R®の具体的な評価項目や点数は、日本褥瘡学会により下表のように定められている。

【表記方法】

DESIGN-R®は、「d○-e○s○i○g○n○p○：○点」と表記される。小文字部分は状態に応じ、症状が重くなると大文字で表現し、○部分には点数を入れる。dとeの項目にハイフン(-)が入っているのは、DESIGNと異なり、総得点に深さの項目をいれないためである。

項目	症状の 度合い	点数	評価内容	/	/
Depth(深さ) ※創内の一番深い 部分で評価し、改善 に伴い創底が浅く なった場合、これと 相応の深さとして 評価する	d	0	皮膚損傷・発赤なし		
	d	1	持続する発赤		
	d	2	真皮までの損傷		
	D	3	皮下組織までの損傷		
	D	4	皮下組織を超える損傷		
	D	5	関節腔、体腔に至る損傷		
	D	U	深さ判定が不能の場合		
Exudate (浸出液)	e	0	なし		
	e	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない		
	e	3	中等量:1日1回のドレッシング交換を要する		
	E	6	多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する		

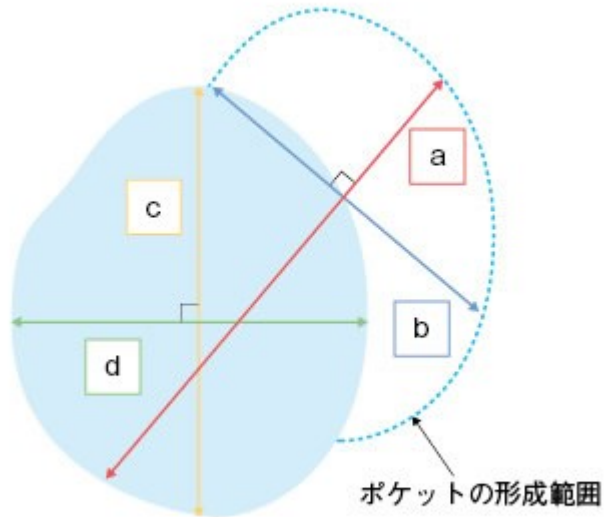
Size(大きさ) ※皮膚損傷範囲を 測定:[長径(cm)x 長 径と直交する最大 径 (1cm)]	s	0	皮膚損傷なし		
	s	3	4 未満		
	s	6	4 以上 16 未満		
	s	8	16 以上 36 未満		
	s	9	36 以上 64 未満		
	s	12	64 以上 100 未満		
	S	15	100 以上		
Inflammation /Infection (炎症/感 染)	i	0	局所の炎症徴候なし		
	i	1	局所の炎症徴候前(創周囲の発赤,腫脹,熱感,疼痛)		
	l	3	局所の炎症徴候あり(炎症徴候,膿,悪臭など)		
	l	9	全身的影響あり(発熱など)		
Granulation(肉芽組 織)	g	0	治癒あるいは傷が浅いため肉芽形成の評価ができない		
	g	1	良性肉芽が創面の 90%以上を占める		
	g	3	良性肉芽が創面の 50%以上 90%未満を占める		
	G	4	良性肉芽が創面の 10%以上 50%未満を占める		
	G	5	良性肉芽が創面の 10%未満を占める		
	G	6	良性肉芽が全く形成されない		
Necrotic tissue (壊 死組織) ※混在して いる場合は全体的 に多い病態をもっ て評価する	n	0	壊死組織なし		
	N	3	柔らかい壊死組織あり		
	N	6	硬く厚い密着した壊死組織あり		
Pocket(ポケット) ※毎回同じ体位で, ポケット全周(潰瘍 面も含め)[長径 (cm)x 短径(cm)]から 潰瘍の大きさを差 し引いたもの	p	0	ポケットなし		
	P	6	4 未満		
	P	9	4 以上 16 未満		
	P	12	16 以上 36 未満		
	P	24	36 以上		

ポケット (Pocket) の採点の仕方は [DESIGN-R\(2\)](#)を参照

(資料) DESIGN-R (2)

ポケット (Pocket) の採点方法

ポケット全周 (潰瘍面も含め) [長径 (cm) × 長径と直交する
最大径 (cm)] から潰瘍面の大きさを差し引いたもの



$$a \times b - c \times d$$

