札幌市西区健康教室『60歳前後の心の健康』2005.9.27 会場:西保健センター会議室

講師: 札幌太田病院　医師 太田耕平

第54回日本公衆衛生学会(山形)にて発表
札幌太田病院・老健施設セージュ山の手・新ことに

高齢者ケアプラン策定

市民の介護能力を育成したい
日常生活能力、適切な介護技術、
介護に関するﾏｲﾅｽｲﾒｰｼﾞの払拭
健康維持・増進の方法、
将来について考える能力、
主体的に老いと死を考える能力、
自分の老い・限界を受け入れる能力
安心して生き、死ねる町づくり知識

ケアプランに従ってやっているか

受け持ち看護婦・介護員
病　室（
氏　名

睡眠指導が高齢者の睡眠・心身健康に効果

高齢者の３分１が睡眠問題で悩む。
短時間の昼寝、夕方の散歩・運動習慣は良い。
夕方以降の居眠り、日中の覚醒維持の低下、
睡眠時無呼吸は夜間睡眠に悪影響あり。

高齢者の転倒防止のため実践

体力測定：健脚度、握力、片足立ち、
長座位前屈、ストレッチなど、
自宅や教室で。
寝ながら体操・・安全で体に負担なし
とくに顔面・舌の運動

寝ながら体操を毎朝、布団上で

両手を合わせて摺り合せ運動
枕をはずし、首と頭を少しずつ布団の下へ
首をゆっくり痛まない範囲で右左へ回転
両腕を挙上して頭のてっぺん方向へ
肩の筋肉を弛緩させ、伸展させる
左(右)各指一本ずつを右(左)手で握り背屈させる運動
眼球をゆっくり左・右・上・下へ、さらに回転運動

顔面の運動、咀嚼と嚥下・発音機能向上に益す運動

眉毛の上下運動、鼻孔を拡げる運動、
口をゆっくり・大きく開閉、かみ合わせ運動
舌の前方突出運動、舌を奥に巻き込む運動
舌を上唇と上歯肉の間に差し入れる運動
舌を下唇と下歯肉の間に差し入れる運動
舌を左右に振り、左右の口角をなめる運動
唇を閉じて空気で頬を左右交互にふくらませる運動
頬を持ち上げ、笑い歯を見せる運動
肺に７０％空気を入れ軽く咳する運動
交互に下肢を持ち上げ、対側の反転させた足ゆび上に置いて背側に伸展させる
両下肢を持ち上げ、膝の屈曲、股関節の屈伸・外側への開閉、
首に枕を入れ側臥位にて、上・下肢を各方向へ屈曲・伸展・可動域を拡大する

高齢者が自立生活を維持する

歩行運動を中心に補強運動により
脚筋力低下の防止が必要
女性高齢者は手先の器用性･日常生活動作において男性より優れる
身体機能向上ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ・・太極拳
生活活性ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ・・自分で掃除・料理
社会奉仕活動ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ
学習活動ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ・・Webｻｲﾄﾃﾞの交流
ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ参加により
意識してよく歩くようになった
生活が明るく前向きになった

高齢者の介護予防と早期死亡予防

老年症候群の早期発見のための
包括的検診の効果：血圧、糖尿、心臓病、関節痛、白内障、前立腺肥大・・・
地域社会活動へ積極参加
親しい友人と趣味などのｻｰｸﾙ活動へ参加は
前半で予防因子となるも後半では低下する
参加活動団体数が多い、女性は現職がある、
こと長期に死亡危険を抑える
別居子と頻繁な交流は後に死亡危険を予測

主介護者の介護負担感を高める要因

介護を受ける高齢者にひびく状況は
主介護者の健康状態が悪いこと
主介護者と要介護者の関係が良くないこと
主介護者が家事の負担が大であること
主介護者を手伝う家族がいないこと
訪問看護・夜間の介護が手控えられている
ショートステイができにくいこと
要介護者の状態が急変可能性が大きいこと
要介護者に認知症があり不適応行動が激しい

ｱｸﾃｨﾌﾞ･ｴｲｼﾞﾝｸﾞ中高年者の死の場選択

終わりの生活場所の自己決定
自宅･････家族と社会資源の間接効果
介護施設･･社会資源と生活の質が影響する
医療施設･･社会資源と家族規範が関係する

要介護高齢者の入院・入所リスク

ADL 低下や痴呆はリスクでない
介護者の時間的・身体的介護能力の低下がリスクとなりうる。
介護者の支援を必要とする。

認知症の家族介護・施設介護に当たって

(S. T. ﾎﾟｽﾄ、P. J. ﾎﾜｲﾄﾊｳｽ：訳・岸川雄介から抜粋した)
進行してしまった認知症者への　説明は意味が乏しい。
医師はアルツハイマー病の診断をレベルに合せて患者とその家族に説明すべきである
医師は患者・家族からの質問への助言など時間をかけるべきである
本人や家族に治療・看護計画や、支援資源(通所・リハ)の利用を指導する責任が医師にある
進行性の病であるが症状のいくつかは治療可能であり、余生を楽しめることも説明すること
病名告知にさいして、ｶｳﾝｾﾘﾝｸﾞや援助ｸﾞﾙｰﾌﾟに際して、怒り・自責・恐怖・うつ気分などによる問題行動に十分に配慮をするべきである
説明に際し、残存機能でこれからの時間をどれだけ最大限楽しめるか治療計画に明確にしたい
能力喪失の発生前に自主決定権(財産相続、重度に痴呆化した自分への治療)を尊重してあげる
徘徊、不隠、興奮などには、まず身体的、社会心理的、環境調整的努力が薬物療法の前になされるべきであろう
身体拘束は稀な場合に是認されよう。薬物療法は抑うつ、不安や睡眠障害に対して少量から開始すべきである。

認知症家族介護者への支援

家族会での学習とサポートの大切さ
夫婦か親子か、嫁姑か・により異なる
認知症者といかに良好な関係を形成維持？
専門家と近隣との協力関係も大切

認知症予防教室

興味ﾁｪｯｸﾘｽﾄから種目を選ぶ
2~3名から体力測定、料理、仲間との交流

認知症者の生活の質をどう保つか、認知症者のレベルに合わせているか

1. 判断し問題を解決すること、
2. 最近の出来事を覚えていること
3. 過去のことを思い出すこと、
4. 仕事・金銭・社会的交際を処理する
5. 趣味や関心あることをする、
6. 人間関係を作り保つこと
7. 身近な家族と友人を見分けること
8. 感動を味わうこと
9. 自分自身を認識すること
10. 排尿・排便を制御できること
11. 言葉で意志の疎通ができること

これらの生活の質は、認知症になった人の幸福感を高める支援環境の創造次第でもありうる。
介護者は、何が認知症になった人々を幸せな気分にさせるかを学ばなければならない。
認知症における介護・治療の長期目標および終末期ケアの目標は、
延命よりも情緒的幸福感と快適さである・・と信じる人々がいる。
認知症が重症で進行するなかで、患者が無言になり、あらゆる相互反応能力が欠如し、もはや家族・身近な人をも識別できなくなった時点では、人間的生命の意義も崩壊しており、この時点で無益な医学的治療をしないという決定も道徳的倫理に反しないとの立場がある。
この時点からは、快適さを与えるケアがなされるすべてのものである。

認知症と死の準備教育・・

米国の老年医学会医師の61%、家族介護者の71%が
認知症の終末期にはホスピスケアを望んでいる
『良い死とはその人の価値観が死に行く過程の中にしっかりと組み込まれている』
ことである。罹患した人が、今後の治療計画に加わってくるまでには、家族と共に死について現実問題として、話し合われるべきである。軽度痴呆の人々は終末期の治療選択についてきちんと回答しうることが多い。
自分達の【 治療を拒否する権利 】が尊重されないのでないかという不安が、【 自殺、自殺幇助、安楽死 】が代替え案として問題となる。
軽度の認知症の人は、終末期の治療にきちんと回答を示し得ることが多く、はっきりとした利点のない延命処置を回避する点でそうである。

痴呆対応型ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑのｹｱｻｰﾋﾞｽの評価項目

1．刺激ある生活づくり、2．健康管理。
3．基本生活の維持、4．生活能力の維持と向上
5．人間としての尊厳、6．安全安楽の確保
7．社会性の維持向上、8．安心感の保証、
9．意志決定の保証、10．経済負担の軽減

高齢者ケアプラン策定

転倒の危険性

□通路上の障害物は
□転倒事故防止への配慮は
□職員の対応は正しかったか？危険か
□過去30日間　□過去31～180日間に転倒したことがある
□初めて転倒する危険性が高い　□向精神薬の服用
□バランス感覚の障害　□麻痺　□下肢の運動障害
□心不整脈　□低血圧症　□意識喪失（失神）
□不安定な歩行　□関節の痛み　□パーキンソン病
□補助器具や介助具　□杖または歩行器
□滑りやすい床、平らでない床面

せん妄

□集中力の低下、落ち着きがない
□判断力の日差変動、日時、場所のとり違え
□夜間せん妄

痴呆

□記憶力の低下（人、物、時間、5分前の事、3つの物名）
□長期記憶の低下（改善・悪化）
□今の季節、室の場所、職員の顔が分かるか
□日常生活の自立度（＋、±、－、－2）

うつ

□悲しみ、不安、涙ぐむ、歩きまわる、拒食
□死にたい、自殺行為　□引きこもり、拒絶
□病気のことばかり考える
□うつの原因は（病、家族？）　□孤独感？
□聴力、視力の低下　□専門医診断の再確認
□隔離や身体抑制による不安

問題行動

□問題行動（徘徊、暴言、暴行、迷惑行為、多弁、多動）
□非社会的、性的　歩きまわる、拒食
□拒否、抵抗（服薬、食事、ADL介助）
□問題行動の原因調べと対応した、しない
□問題行動は（改善・悪化）この７日間
□ケア抵抗の原因を調べる（ある・なし）
□周囲の人は何をしている
□場所、時間、内容と程度増減？
□原因は？入院前からか　不満はあったか？
薬の変更があったか　□職員の経験は？

向精神薬の対応

□幻覚妄想
□意識低下はないか　□失神
□コミュニケの低下　□めまい
□ADLの低下　ADLの日常変動大
□せん妄、ひきこもり　□うつ状態
□不安定歩行、バランス不良
□口内乾燥、嚥下困難、食欲低下
□失禁等の悪化、便秘
□初期投薬と問題発生の時期の差チェック
□臥位と起立１～５分後の血圧の差
□①最高血圧20mmHg低下
□②起立時血圧100mmHg以下　無動
□パーキンソン者には向精神薬を中止・減量
□常に副作用、減薬を考える

対人関係

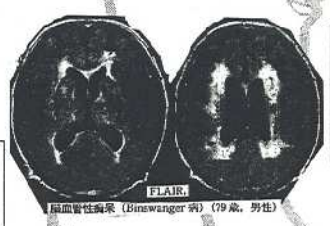
□看護者に対して批判的
□同室者とトラブルあり
□特定の人とうまくいく
□家族に対する葛藤がある
□他入所者と感情的にあわない
□誰とでもうまくいく

褥創の兆候

□動作を分割して少しずつ行動範囲拡大
□栄養障害の改善を
□浮腫の治療（体位変換）
□向精神薬は減量を

ADLリハビリ可能性

□動作を分割して少しずつ行動範囲拡大
□部分介助で生活自立へ
リハビリに意欲的か　ベッド上→周辺→食堂→外出
□学習能力、意欲は
□依存度（－ ± ＋ ++ +++）
□最大支援（－ ± ＋ ++ +++）
□ベッドから椅子、車椅子、立位
□自室から廊下へどのように出る
□食事、着衣、トイレ、個人衛生、歩行、入浴



脳血管性痴呆（Binswanger 病）（79歳，男性）

□胸水、気胸等
Ｘ－Ｐを忘れるな

閉じこもり予防を実践

週１回、レクレーション、作品作り、季節行事、地域への啓発活動、ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ活動は社会参加性と運動習慣と関連性あり。
Webサイトを通し仲間交流・情報交換が地域ﾈｯﾄﾜｰｸとして喜ばれている

視聴覚機能コミュニケーション

□視野、視障害（－ ± ＋ ++）
□メガネ、レンズ（－ ± ＋ ++）
□聴力障害（－ ± ＋ ++）
□補聴器　要・不要
□表現方法　対話、筆話
他者理解の障害（－ ± ＋ ++）
□自己表現の障害（－ ± ＋ ++）
□日常の着替え、入浴、食事への判断
（++ ＋ 0 －）
□メガネが合っているか、無くしてないか
□レンズはきれいか　視覚検査（機能上）
□TV、本、照明、掲示の字の大きさ
□交友関係の支援しているか
□コミュニケの機会をもっと増やそう
□耳鼻科受診を　言語療法士
□緑内障、白内障、高血圧性、
糖尿病性網膜症⇒専門医へ
薬物のチェック
□この７日間職員手伝ったか　介助
□歯、入歯の清潔のため言葉かけ、援助
□洗面所へ導入　□入歯いじれるか
□義歯用歯ブラシあるか　□専門医受診を
□残渣が口腔内にある　□ブラシを使えるか
□手で口内、歯　入歯を毎日磨く
□入歯の不調、虫歯、その他口内の痛みがあるか
□乾いてないか
□口内が痛いか、この７日間職員手伝ったか

□自発的に意志を表現したがっているか
□小グループ活動をさせているか
□職員の働きかけで、認知能力回復したか
□できることはさせているか
（残存能力を生かす介護を）
□職員は非言語的コミュニケしてるか
身振り、手話

1カ月体重増加2kg
5％体重減少

拒食	嘔吐	下痢	
++	＋	0	日　kg
			日　kg
			日　kg

痴呆老人への治療的接近（人間的接近）
R. O. コミュニケーションの内容
1. 自分はだれか－名前を呼び掛ける
2. 自分はどこに居るか－ここは○○と情報を入れる
3. いま何時－いま○○時と情報を入れる
4. 周囲で何が起こっているか！－コメントして周囲に気付いてもらう
＊上記を繰り返し繰り返し与えること。これがボケ老人にもっとも必要な情報である。

口腔ケア

□楽しい雰囲気で食堂で食事を
□障害に合った食器スプーンか
□ひねくれた拒食で関心を引くか
□飲めるか　□かめるか
□要望を聞いているか
□食事時間は良いか
□残食が25％以上
□せん妄、昏睡？
□空腹の訴え

脱水水分補給

□体重測定は　□皮フ、口唇、口腔内観察
□脱水状態　□水飲みたいと言うか
□自分で水を飲めるか　□利尿薬は
□職員は十分の水分を与えているか
□リチウム、アレビアチン、ヒダントール等利尿作用の薬は

経管

□拒食、拒薬、ひきこもり、残食、疾病
□口腔粘膜乾　□尿量減り濃い
□下痢、嘔吐、発熱　□体重減少

栄養状態

□意志決定　能力低下
□認知状態　能力
□カロリー摂取と１～２週間に１回

身体抑制をさけたい

□抑制に替わるもっと良策を検討したか試したか
□抑制理由をカルテ・ケア担当者に聞き調べる
□状況、誰の指示、理由、タイプ
□時間、問題行動の原因を調べたか

褥瘡ある人への介護力を養成

体位変換の方法、清潔
除圧用具の活用、栄養
創処理、軟膏の塗り方
オムツ交換
これら介護に際しての羞恥心への配慮を

留置カテーテル尿失禁と

□尿のコントロール
（＋＋＋ ＋＋ ＋0
□オムツ、浣腸、ケア計
□一日尿量1000cc～1500
□定時排尿計画（オムツ
カテーテル（留置・
□うつ、せん妄が失禁の
□せん妄治療を　すべて
□新しいカテーテルにて
□トイレに行けるか、意
□時間を決めた介助を
□トイレに近い所を
□トイレ誘導を多く
□衣類を単純に

老人の１日の排泄予測量

組織 排泄	水分 (ml)	mEa Na	K	Cl
尿	1000～1200	50-		
不感蒸泄	500～800			
計	1600～2100	50		
代謝水	200			
欠乏量	1400～2000	50-		

水分・食事量

月	月	月	月	月	月	月	月

表8 Clinical Dementia Rating (CDR)

	健康 (CDR 0)	痴呆の疑い (CDR 0.5)	軽度痴呆 (CDR 1)	中等度痴呆 (CDR 2)	重度痴呆 (CDR 3)
記憶	記憶障害なし 時に若干の物忘れ	一貫した軽い物忘れ 出来事を部分的に思い出す良性健忘	中等度記憶障害，特に最近の出来事に対するもの 日常活動に支障	重度記憶障害 高度に学習した記憶は保持，新しいものはすぐに忘れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ残存
見当識	見当識障害なし	同左	時間に対しての障害あり，検査では場所，人物の失見当なし，しかし時に地理的失見当あり	常時，時間の失見当，時に場所の失見当	人物への見当識のみ
判断力と問題解決	適切な判断力，問題解決	問題解決能力の障害が疑われる	複雑な問題解決に関する中等度の障害 社会的判断力に保持	重度の問題解決能力の障害 社会的判断力の障害	判断不能 問題解決不能
社会適応	仕事，買い物，ビジネス，金銭の取り扱い，ボランテｨｱや社会的グループで，普通の自立した機能	左記の活動の軽度の障害もし，はその疑い	左記の活動のいくつかに関わっていても，自立した機能が果たせない	家庭外(一般社ｲでは独立したが)は果たせない	な
家庭状況および趣味・関心	家での生活趣味，知的関心が保持されている	同左 干ｸ			
介護状況	セルフケア完全	同左			

(Hughes CP, et al : Br J Psychia

介護老人保健施設の介護ストレスと対応

職場全体での応援を、随時、定期的に、職員全体員へ、職員個人へ、職場単位で、行ないたい
① 介護場面特有のストレッサーの要因分析し解決をする
職員属性、仕事の満足度、同僚の ｻﾎﾟｰﾄ、夜勤
仕事の裁量権、身体疲労感、抑うつ、ｺｰﾋﾟﾝｸﾞ能力
② 職員個人の健康管理を意識的に行なう
③ ｺｰﾋﾟﾝｸﾞ(coping：対処法)の有無を検討し、強化する
ｽﾀｯﾌ同志の私的支援を促進し支援したい
介護業務の積極的情報交換により困難の共有をはかる
入所者との積極的ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝの拡大することで共感する
自分にあったコーピング能力を身につける

歩行移動

□自力歩行　□介助、捕まり移動歩行
・介助で移動可
□補助具使用（車椅子、歩行器、杖）
・自力体動不可　・ベッド上座位保持

転倒不安を回答した要支援・要介護１・２・３の訪問看護ステーションの利用者
４０％に転倒不安あり、外出を控えている
過去の転倒経験とは関係が少ない。
意欲の低下（うつ）している人が半数を超える
整容、移乗、買い物の自立が出来ない率が高い
身体機能の変化、心理的側面に配慮した転倒予防

生活活性化の必要性 望ましい人間関係

□リハビリ等日常生活を活性化させる
すべてをアクティブと呼ぶ
□機能レベルと生活の質・心の向上が期待できる
趣味　誕生会　ＯＴ活動参加
□入院者の能力を正しく把握することが大切
□１）より多くの種目　□２）より合う種目
□３）積極的参加促進
□４）参加しすぎで減らす必要ある者
□今の治療は有効か、人間関係、環境に変化あったか、昔の職能力は、日課は本人に合っているか　心理側面の援助はしているか
□職員が手をかけ過ぎ
□車椅子への移動が正

自戒
つらいことが多いのは感謝をしないからだ
苦しいことが多いのは自分に甘えがあるからだ
悲しいことが多いのは自分のことしか分からないからだ
心配することが多いのは今を真剣に生きていないからだ

老人の脱水の早期発見と対策

発熱・過呼吸、利尿剤（高血圧・心疾患）など水分を失う機会が多い
対　策 (1) 常に症状の観察を行い、早期発見に努める
(2) 水を失わせない配慮（室温・湿度・被服・寝具などにも注意）
(3) 正確な水の出納状況を継続的に把握する
① ｉｎ：水分摂取量・食事量
② ｏｕｔ：尿量、発汗の程度・嘔吐や下痢をしている場合はその程
(4) 水分の補給
① 量：１日1000ml前後を目安に水分の補給
② 補給のための工夫：好みの飲み物など少量ずつでも頻回に水分を
(5) 改善がみられない場合は、医師の指示により点滴などによる補給液