

介護福祉士実務者研修

入口学習テキスト

第4巻

発達と老化の理解 / 認知症の理解 障害の理解

やさしい日本語版

【もくじ】

第4章 老年期（ろうねんき）の発達（はったつ）・成熟（せいじゅく）と健康（けんこう）

第1節 人間（にんげん）の成長（せいちょう）・発達（はったつ）

第2節 老年期（ろうねんき）の発達（はったつ）・成熟（せいじゅく）と心理（しんり）

第3節 高齢者（こうれいしゃ）に多（おお）くみられる症状（しょうじょう）・疾病等（しっぺいとう）

第5章 認知症（にんちしょう）の基礎的理解（きそてき

りかい) (認知症 (にんちしょう) の理解 (りかい) I)

第1節 認知症 (にんちしょう) ケアの理念 (りねん) と視点 (してん)

第2節 認知症 (にんちしょう) による生活障害 (せいかつしょうがい)、心理 (しんり) ・行動 (こうどう) の特徴 (とくちょう)

第3節 認知症 (にんちしょう) の人 (ひと) や家族 (かぞく) へのかかわり・支援 (しえん) の基本 (きほん)

第6章 認知症 (にんちしょう) の理解 (りかい) II

第1節 医学的側面 (いがくてきそくめん) からみた認知症 (にんちしょう) の理解 (りかい)

第2節 認知症 (にんちしょう) の人 (ひと) への支援 (しえん) の実際 (じっさい)

第7章 障害 (しょうがい) の基礎的理解 (きそてきりかい) (障害 (しょうがい) の理解 (りかい) I)

第1節 障害者福祉 (しょうがいしゃふくし) の理念 (りねん)

第2節 障害 (しょうがい) による生活障害 (せいかつしょうがい)、心理 (しんり) ・行動 (こうどう) の特徴 (とくちょう)

第3節 障害 (しょうがい) のある人 (ひと) や家族 (かぞく) へのかかわり・支援 (しえん) の基本 (きほん)

第8章 障害（しょうがい）の医学的理解（いがくてきりかい）と支援（しえん）の実際（じっさい）（障害（しょうがい）の理解（りかい）Ⅱ）

第1節 医学的側面（いがくてきそくめん）からみた障害（しょうがい）の理解（りかい）（前半（ぜんはん）・後半（こうはん））

第4章 老年期（ろうねんき）の発達（はったつ）・成熟（せいじゅく）と健康（けんこう） 第1節 人間（にんげん）の成長（せいちょう）・発達（はったつ）

第4章 老年期（ろうねんき）の発達（はったつ）、成熟（せいじゅく）と健康（けんこう）（発達（はったつ）と老化（ろうか）の理解（りかい）Ⅱ）

【学習の目標】 ● ライフサイクル（一生（いっしょう）の変化（へんか）のまとまり）の各期（かくき）の発達（はったつ）の定義（ていぎ）、発達段階（はったつだんかい）、発達課題（はったつかだい）について理解（りかい）している。 ● 老年期（ろうねんき）の発達課題（はったつかだい）、心理的（しんりてき）な課題（かだい）と支援（しえん）の注意点（ちゅういてん）について理解（りかい）している。 ● 高齢者（こうれいしゃ）に多（おお）い症状（しょうじょう）・疾病（しっぺい）と支援（しえん）の注意点（ちゅういてん）について理解（りかい）している。

第1節 人間（にんげん）の成長（せいちょう）・発達（はったつ）

1 発達（はったつ）の定義（ていぎ）

▶▶ 発達（はったつ）の定義（ていぎ）

発達（はったつ）とは、年齢（ねんれい）を重（かさ）ねるなかで、心（こころ）とからだに生（し）じる変化（へんか）のことです。

「成長（せいちょう）」とは、身長（しんちょう）や体重（たいじゅう）のように量的（りょうてき）に増（ふ）える変化（へんか）のことです。「成熟（せいじゅく）」とは、成長（せいちょう）が一定（いってい）の水準（すいじゅん）に到達（とうたつ）することです。

以前（いぜん）は、からだの成長（せいちょう）・成熟（せいじゅく）を中心（ちゅうしん）に発達（はったつ）を考（かんが）えていました。現在（げんざい）は、こころの質的（しつてき）な変化（へんか）も含（ふく）めて、受胎（じゅたい）から死（し）まで一生（いっしょう）の変化（へんか）すべてを発達（はったつ）と呼（よ）びます。

★ **ことばの意味（いみ）** 発達（はったつ）：年齢（ねんれい）を重（かさ）ねるなかで心（こころ）とからだに生（し）じる変化（へんか）全体（ぜんたい） **成長（せいちょう）**：身長（しんちょう）・体重（たいじゅう）など量的（りょうてき）に増加（ぞうか）する変化（へんか） **成熟（せいじゅく）**：成長（せいちょう）が一定水準（いっていすいじゅん）に到達（とうたつ）すること

▶▶ 発達（はったつ）の要因（よういん）

発達（はったつ）は、からだの成熟（せいじゅく）（生（う）まれつきの要因（よういん））と、経験（けいけん）・学習（がくしゅう）・環境（かんきょう）からの影響（えいきょう）の相互作用（そうごさよう）によって決（き）まります。

スイスの心理学者（しんりがくしゃ）ピアジェ（Piaget）は、生物学的（せいぶつがくてき）な成熟（せいじゅく）を重視（じゅうし）しながらも、子（こ）どもと環境（かんきょう）の相互作用（そうごさよう）を強調（きょうちょう）しました。

また、発達（はったつ）には「敏感期（びんかんき）」（臨界期（りんかいき））という、特定（とくてい）の能力（のうりょく）が育（そだ）ちやすい時期（じき）があります。オーストリアの動物行動学者（どうぶつこうどうがくしゃ）ローレンツ（Lorenz）は、ガン（鳥（とり））が卵（たまご）からかえった直後（ちよくご）の一定期間（いっていきかん）に見（み）たものを親（おや）と思（おも）い込（こ）む「刷（す）り込（こ）み」現象（げんしょう）（インプリンティング）を発見（はっけん）しました。

★ **ことばの意味（いみ） 敏感期（びんかんき）**：特定（とくてい）の能力（のうりょく）が発達（はったつ）しやすい時期（じき）。この時期（じき）を過（す）ぎると習得（しゅうとく）が難（むずか）しくなる。**インプリンティング**：生後（せいご）まもない時期（じき）に見（み）たものを親（おや）と認識（にんしき）する現象（げんしょう）

▶▶ 生理的発達（せいりてきはったつ）と心理的発達（しんりてきはったつ）

生理的発達（せいりてきはったつ）とは、おもにからだの成長（せいちょう）・成熟（せいじゅく）のことです。

生後（せいご）2年目（ねんめ）までは急激（きゅうげき）な発達（はったつ）がみられ、歩行（ほこう）や階段（かいだん）の上（のぼ）り下（おり）り、手指（てゆび）の細（こま）かい動作（どうさ）ができるようになります。

6歳（さい）～12・13歳（さい）ごろは発達（はったつ）がゆっくりになりますが、その後（ご）、第二次性徴（だいにじせいちょう）（思春期（ししゅんき））の急成長期（きゅうせいちょうき）が訪（おとず）れます。

40歳代（さいだい）から体力（たいりょく）の衰（おとろ）え、視力（しりょく）の低下（ていか）などが自覚（じかく）されはじめ、60歳代（さいだい）以降（いこう）は老化（ろうか）が進（すす）みます。

心理的発達（しんりてきはったつ）とは、おもにこころの質的（しつてき）な変化（へんか）のことです。からだの成長（せいちょう）・成熟（せいじゅく）とともに、こころも変化（へんか）しながら発達（はったつ）していきます。

生（う）まれたばかりの乳幼児（にゅうようじ）でも、泣（な）き方（かた）などに個人差（こじんさ）があります。このような生（う）まれながらの個人差（こじんさ）を「気質（きしつ）」といいます。

気質（きしつ）のタイプ	生活（せいかつ）リズム	特性（とくせい）
扱（あつか）しやすい子（こ）（Easy child）	規則的（きそくてき）	いつも機嫌（きげん）がよく、環境（かんきょう）の変化（へんか）に適応（てきおう）しやすい。新（あた）らしい経験（けいけん）にも積極的（せっきよくてき）。
扱（あつか）にくい子（こ）（Difficult child）	不規則（ふきそく）	泣（な）いたり、ぐずったりしやすく、すぐ機嫌（きげん）が悪（わる）くなる。新（あた）らしい状況（じょうきょう）には消極的（しょうきよくてき）。
エンジンがかかりにくい子（こ）（Slow to warm up）	規則的（きそくてき）だが活動水準（かつどうすいじゅん）が低（ひく）い	全体的（ぜんたいてき）に反応（はんのう）が弱（よわ）い。環境（かんきょう）の変化（へんか）への順応（じゅんのう）に時間（じかん）がかかる。

2 発達段階（はったつだんかい）と発達課題（はったつかだい）

▶▶ 発達段階（はったつだんかい）とは

発達（はったつ）の過程（かてい）において、発達（はったつ）の特徴（とくちょう）を示（しめ）す区切（くぎ）りを「発達段階（はったつだんかい）」と呼（よ）びます。

人間（にんげん）は発達段階（はったつだんかい）を飛（と）び越（こ）えたり、逆戻（ぎやくもど）りしたりすることなく、一定（いってい）の順序（じゅんじょ）で1つずつ段階（だんかい）を進（すす）みながら発達（はったつ）します。

現在（げんざい）は、人間（にんげん）は一生涯（いっしょうがい）発達（はったつ）し続（つづ）けるという「生涯発達（しょうがいはったつ）」の考（かんが）え方（かた）が広（ひろ）く支持（しじ）されています。

▶▶ ピアジェの発達段階説（はったつだんかいせつ）

ピアジェは、子（こ）どもが論理的（ろんりてき）思考（しこう）・判断（はんだん）できるようになる過程（かてい）を4つの段階（だんかい）に区分（くぶん）しました（認知発達理論（にんちはったつとりろん））。

発達段階（はったつだんかい） （年齢（ねんれい）の目安（めやす））	知的機能（ちてききのう）の特徴（とくちょう）
感覚運動期（かんかくうんどうき）（生後（せいご）～2歳）	直接（ちょくせつ）からだを動（うご）かすことで外界（がいがい）とかわる。「対象（たいしょう）の永続性（えいぞくせい）」が獲得

発達段階（はったつだんかい） （年齢（ねんれい）の目安（めやす））	知的機能（ちてききのう）の特徴（とくちょう）
（さい）ごろ）	（かくとく）される。
前操作期（ぜんそうさき）（2～6歳（さい）ごろ）	自分（じぶん）以外（いがい）の視点（してん）に立（た）てない「自己中心性（じこちゅうしんせい）」が特徴（とくちょう）。象徴遊（しょうちょうあそ）び（ままごとなど）ができる。
具体的操作期（ぐたいてきそうさき）（6～12歳（さい）ごろ）	他者（たしゃ）の視点（してん）が理解（りかい）できるようになる。具体的（ぐたいてき）なことには論理的（ろんりてき）思考（しこう）ができる。
形式的操作期（けいしきてきそうさき）（12歳（さい）以降（いこう））	抽象的（ちゅうしょうてき）な概念（がいねん）の理解（りかい）や、仮説（かせつ）を立（た）てた思考（しこう）ができる。

▶▶ フロイトの発達段階説（はったつだんかいせつ）

フロイト（Freud）は性的（せいてき）エネルギー（リビドー）のあらわれ方（かた）によって、自我（じが）の発達（はったつ）を5つの段階（だんかい）に区分（くぶん）しました。

発達段階（はったつだんかい）（年齢（ねんれい）の目安（めやす））	特徴（とくちょう）
口唇期（こうしんき）（生後（せいご）～1歳（さい））	授乳（じゅにゅう）・摂食（せっしょく）によって口（くち）から快感（かいかん）を得（え）る時期（じき）。
肛門期（こうもんき）（3歳（さい）ごろまで）	排泄（はいせつ）と保留（ほりゅう）によって肛門（こうもん）から快感（かいかん）を得（え）る。トイレトレーニングを経験（けいけん）し、自分（じぶん）をコントロールする自信（じしん）をつける。
男根期（だんこんき）（5歳（さい）ごろまで）	生殖器（せいしよくき）への関心（かんしん）が特徴（とくちょう）。性役割（せいやくわり）・社会的（しゃかいてき）規範（きはん）を意識（いしき）する。
潜在期（せんざいき）（11歳（さい）ごろまで）	精神的（せいしんてき）エネルギーが学業（がくぎょう）や友人関係（ゆうじんかんけい）に向（む）けられる安定（あんてい）した時期（じき）。
性器期（せいきき）（思春期（ししゅんき）以降（い）	からだの成熟（せいじゅく）とともに、異性（いせい）を愛（あい）するエネルギーになる。

発達段階（はったつだんかい）（年齢（ねんれい）の目安（めやす））	特徴（とくちょう）
こう）	

▶▶ エリクソンの発達段階説（はったつだんかいせつ）

エリクソン（Erikson）は生（う）まれてから死（し）にいたるまでを発達過程（はったつかてい）と考（かんが）え、自我（じが）の発達（はったつ）を8つの段階（だんかい）に区分（くぶん）しました（生涯発達理論（しょうがい はったつりろん））。

発達段階（はったつだんかい）（年齢（ねんれい）の目安（めやす））	発達課題（はったつかだい）	心理社会的危機（しんりし ゃかいてききき）
乳児期（にゅうじき）（0～1歳（さい）ごろ）	基本的信頼（きほんてきしんらい）の獲得（かくとく）	不信（ふしん）
幼児期前期（ようじきぜんき）（～3歳（さい）ごろ）	自律性（じりつせい）の獲得（かくとく）	恥（はじ）・疑惑（ぎかん）
幼児期後期（ようじきこうき）（～6歳（さい）ごろ）	自主性（じしゅせい）の獲得（かくとく）	罪悪感（ざいあくかん）
学童期（がくどうき）（～11歳（さい）ごろ）	勤勉性（きんべんせい）の獲得（かくとく）	劣等感（れつとうかん）
青年期（せいねんき）（～20歳（さい）ごろ）	同一性（どういつせい）の獲得（かくとく）	同一性拡散（どういつせいかくさん）
成人期前期（せいじんきぜんき）（～30歳（さい）ごろ）	親密性（しんみつせい）の獲得（かくとく）	孤立（こりつ）・孤独（こどく）
成人期後期（せいじんきこうき）（～65歳（さい）ごろ）	生殖性（せいしよくせい）の獲得（かくとく）	停滞（ていたい）
老年期（ろうねんき）（65歳（さい）ごろ～）	自我（じが）の統合（とうごう）	絶望（ぜつぼう）

▶▶ 発達課題（はったつかだい）とは

発達課題（はったつかだい）とは、それぞれの発達段階（はったつだんかい）で達成（たっせい）することが期待（きたい）される課題（かだい）のことです。

各段階（かくだんかい）で直面（ちよくめん）する心理的（しんりてき）・社会的（しゃかいてき）な

危機（きき）を乗（の）り越（こ）えることで、人間（にんげん）は発達（はったつ）を続（つづ）けます。

3 各（かく）ライフサイクルの発達（はったつ）

▶▶ ①乳児期（にゅうじき）：発達課題（はったつかだい）は基本的信頼（きほんてきしんらい）の獲得（かくとく）

乳児（にゅうじ）は1人（ひとり）では何（なに）もできない未熟（みじゅく）な状態（じょうたい）です。泣（な）く・声（こえ）を出（だ）すなどの信号（しんごう）を発（はっ）し、養育者（よういくしゃ）がそれに適切（てきせつ）に反応（はんのう）してくれることで、「自分（じぶん）を取（と）り巻（ま）く環境（かんきょう）は信頼（しんらい）できる」という感覚（かんかく）を形成（けいせい）します。

これが「基本的信頼（きほんてきしんらい）の獲得（かくとく）」という乳児期（にゅうじき）の発達課題（はったつかだい）です。失敗（しっぱい）すると「不信（ふしん）」という危機（きき）に直面（ちょくめん）します。

また、乳児（にゅうじ）は養育者（よういくしゃ）との情緒的（じょうちよてき）な絆（きずな）「愛着（あいちゃく）（アタッチメント）」を形成（けいせい）します。この絆（きずな）は、その後（ご）の人格形成（じんかくけいせい）や社会的適応（しゃかいてきてきおう）に大（おお）きく影響（えいきょう）します。

▶▶ ②幼児期（ようじき）：反抗期（はんこうき）と自我（じが）の芽生（めば）え

幼児期（ようじき）になると、「いや！」「自分（じぶん）でやる！」という自己主張（じこしゅちょう）が増（ふ）えます。これは自我（じが）の芽生（めば）えであり、発達（はったつ）にとって大切（たいせつ）なことです。

エリクソンによれば、幼児期（ようじき）の発達課題（はったつかだい）は前期（ぜんき）が「自律性（じりつせい）の獲得（かくとく）」、後期（こうき）が「自主性（じしゅせい）の獲得（かくとく）」です。「自分（じぶん）でできた！」という体験（たいけん）が子（こ）どもの自信（じしん）と効力感（こうりょくかん）を生（う）みます。

集団生活（しゅうだんせいかつ）のなかで、がまんする・順番（じゅんばん）を待（ま）つ・きまりを守（まも）るなど、自己抑制（じこよくせい）もおぼえていきます。

▶▶ ③学童期（がくどうき）：生活（せいかつ）の中心（ちゅうしん）が家庭（かてい）から学校（がっこう）へ

小学校（しょうがっこう）入学（にゅうがく）により、子（こ）どもの社会的環境（しゃかいてきかんきょう）が広（ひろ）がります。学業（がくぎょう）や友人関係（ゆうじんかんけい）にエネルギーが注（そそ）がれます。

エリクソンは学童期（がくどうき）の発達課題（はったつかだい）を「勤勉性（きんべんせい）の獲得（かくとく）」としています。何（なに）かに熱中（ねっちゅう）し、注意力（ちゅういりょく）と忍

耐力（にんたいりよく）で成（な）し遂（と）げることに喜（よろこ）びを見（み）いだす力（ちから）です。

▶▶ ④青年期（せいねんき）：アイデンティティの探索（たんさく）と確立（かくりつ）

中学生（ちゅうがくせい）になるころ、急激（きゅうげき）なからだの変化（へんか）とともに「自分（じぶん）自身（じしん）への関心（かんしん）」が生（う）まれます。

エリクソンは「同一性（どういつせい）の獲得（かくとく）」を青年期（せいねんき）の発達課題（はったつかだい）とし、アイデンティティ（自分（じぶん）とは何者（なにもの）であるかという自己定義（じこていぎ））の確立（かくりつ）が重要（じゅうよう）だとしました。

青年期（せいねんき）は「心理的（しんりてき）モラトリアム」（大人（おとな）になるための準備期間（じゅんびきかん））と位置（いち）づけられています。自立（じりつ）と依存（いぞん）という相反（あいはん）する感情（かんじょう）が混在（こんざい）する不安定（ふあんてい）な段階（だんか）い）でもあります。

▶▶ ⑤成人期（せいじんき）：親密（しんみつ）な人間関係（にんげんかんけい）を築（きず）く

身体的（しんたいてき）に成熟（せいじゅく）したあとも、こころの発達（はったつ）は続（つづ）きます。

成人期前期（せいじんきぜんき）（30 歳（さい）ごろまで）の発達課題（はったつかだい）は「親密性（しんみつせい）の獲得（かくとく）」。結婚（けっこん）や家族（かぞく）の形成（けいせい）に代表（だいひょう）される、親密（しんみつ）な人間関係（にんげんかんけい）を築（きず）くことです。

成人期後期（せいじんきこうき）（65 歳（さい）ごろまで）は「生殖性（せいしよくせい）の獲得（かくとく）」。次世代（じせだい）をはぐくむこと、地域（ちいき）の子（こ）どもや若者（わかもの）を育（そだ）てること、後輩（こうはい）を育成（いくせい）することが含（ふく）まれます。

▶▶ ⑥老年期（ろうねんき）：最後（さいご）の発達課題（はったつかだい）は人生（じんせい）の総括（そうかつ）

エリクソンによると、老年期（ろうねんき）の発達課題（はったつかだい）は「自我（じが）の統合（とうごう）」です。これまでの人生（じんせい）をふり返（かえ）り、「失敗（しっぱい）もあったが、全体（ぜんたい）としてこれでよかった」と肯定的（こうていてき）に受（う）け入（い）れることです。

それができれば「人間（にんげん）としての総括（そうかつ）」ができますが、失敗（しっぱい）した場合（ばあい）は「絶望（ぜつぼう）」という心理的（しんりてき）危機（きき）に直面（ちょくめん）します。

ハヴィガースト（Havighurst）は老年期（ろうねんき）の発達課題（はったつかだい）として次（つぎ）の 6 項目（こうもく）を示（しめ）しました：

ハヴィガーストの老年期（ろうねんき）の発達課題（はったつかだい） ・①肉体的（にくたいてき）衰弱

（すいじゃく）への適応（てきおう） ・②退職後（たいしょくご）の生活（せいかつ）と収入減少（しゅうにゅうげんしょう）への適応（てきおう） ・③同年齢集団（どうねんれいしゅうだん）との親密（しんみつ）な関係（かんけい）の確立（かくりつ） ・④配偶者（はいぐうしゃ）の死（し）に対（たい）する適応（てきおう） ・⑤社会的責任（しゃかいてきせきにん）への関与（かんよ） ・⑥満足（まんぞく）できる生活空間（せいかつくうかん）の確保（かくほ）

老年期（ろうねんき）にうまく適応（てきおう）する「サクセスフル・エイジング（幸福（こうふく）な老後（ろうご））」のためには、それまでの人生（じんせい）の各段階（かくだんかい）でどのように発達課題（はったつかだい）に取（と）り組（く）み、人格的（じんかくてき）に成長（せいちょう）してきたかが重要（じゅうよう）です。

★ **この Section のポイント** ✓ 発達（はったつ）とは年齢（ねんれい）を重（かさ）ねるなかで心身（しんしん）に生（し）じる変化（へんか）。成長（せいちょう）（量的増加（りょうてきぞうか））と成熟（せいじゅく）（一定水準到達（いっていすいじゅんとうたつ））を含（ふく）む。✓ 発達（はったつ）の要因（よういん）は遺伝的素因（いでんてきそいん）と環境（かんきょう）との相互作用（そうごさよう）。敏感期（びんかんき）（臨界期（りんかいき））の概念（がいねん）も重要（じゅうよう）。✓ ピアジェは認知発達（にんちはったつ）を4段階（だんかい）、フロイトは自我発達（じがはったつ）を5段階（だんかい）、エリクソンは生涯発達（しょうがいはったつ）を8段階（だんかい）に区分（くぶん）。✓ エリクソンの発達課題（はったつかだい）：乳児期（にゅうじき）＝基本的信頼（きほんてきしんらい） 幼児期（ようじき）＝自律性（じりつせい）・自主性（じしゅせい） 学童期（がくどうき）＝勤勉性（きんべんせい） 青年期（せいねんき）＝同一性（どういつせい） 成人期（せいじんき）＝親密性（しんみつせい）・生殖性（せいしょくせい） 老年期（ろうねんき）＝自我（じが）の統合（とうごう） ✓ ハヴィガーストは老年期（ろうねんき）の発達課題（はったつかだい）として①身体的衰弱（しんたいてきすいじゃく）への適応（てきおう）など6項目（こうもく）を示（しめ）している。

第4章 老年期（ろうねんき）の発達・成熟と健康 第2節 老年期（ろうねんき）の発達（はったつ）・成熟（せいじゅく）と心理（しんり）

第2節 老年期（ろうねんき）の発達（はったつ）・成熟（せいじゅく）と心理（しんり）

1 老年期（ろうねんき）の定義（ていぎ）

▶▶ なぜ老年期（ろうねんき）を定義（ていぎ）する必要（ひつよう）があるのか

老年期（ろうねんき）を定義（ていぎ）することはむずかしく、定義（ていぎ）することで良（よ）い面（めん）もあれば、課題（かだい）が生（し）じることもあります。たとえば、80歳（さい）でも自分（じぶん）を「高齢者（こうれいしゃ）」と思（おも）わない人（ひと）がいる一方（いっぽう）で、50歳代（さいだい）で老年期（ろうねんき）特有（とくゆう）の病気（びょうき）にかかっているのに「高齢者（こうれいしゃ）」の対象外（たいしょうがい）とされる人（ひと）もいます。

老年期（ろうねんき）を定義（ていぎ）することで、老化（ろうか）や病気（びょうき）によって生活（せいかつ）に不自由（ふじゆう）を感じ（かん）ている人々（ひとびと）を支（ささ）える施策（しさく）や体制（たいせい）をつくることができます。介護職（かいごしょく）は老年期（ろうねんき）の定義（ていぎ）を正確（せいかく）に理解（りかい）しながらも、個々（ここ）の高齢者（こうれいしゃ）にステレオタイプをあてはめないよう注意（ちゅうい）が必要（ひつよう）です。

▶▶ 国際的（こくさいてき）な高齢者（こうれいしゃ）の定義（ていぎ）

世界保健機関（せかいほけんきかん）（WHO）では、65歳（さい）以上（いじょう）を高齢者（こうれいしゃ）として人口統計（じんこうとうけい）を作成（さくせい）しています。2019年時点（ねんじてん）の平均寿命（へいきんじゅみょう）は日本（にほん）では84.3歳（さい）ですが、世界全体（せかいぜんたい）の平均（へいきん）は73.3歳（さい）です。

▶▶ 日本（にほん）における高齢者（こうれいしゃ）の定義（ていぎ）

日本（にほん）では、法律（ほうりつ）のなかで高齢者（こうれいしゃ）はおおむね65歳（さい）以上（いじょう）と考（かんが）えられています。

法律名（ほうりつめい）	内容（ないよう）
老人福祉法（ろうじんふくしほう）	明確（めいかく）な定義（ていぎ）はないが、内容（ないよう）は65歳（さい）以上（いじょう）を対象（たいしょう）とした福祉（ふくし）について定（さだ）められており、事実上（じじつじょう）65歳以上（さいいじょう）を老人（ろうじん）として位置（いち）づけている。
介護保険法（かいごほけん）	65歳（さい）以上（いじょう）の者（もの）を第1号被保険者（だいいち

法律名（ほうりつめい）	内容（ないよう）
（ほう）	ごうひほけんしゃ）と位置（いち）づけており、原因（げんいん）にかかわらず要介護状態（ようかいごじょうたい）になったとき介護保険（かいごほけん）を利用（りよう）できる。
高齢者（こうれいしゃ）の医療（いりょう）の確保（かくほ）に関（かん）する法律（ほうりつ）	65～74 歳（さい）を前期高齢者（ぜんきこうれいしゃ）、75 歳（さい）以上（いじょう）を後期高齢者（こうきこうれいしゃ）と定（さだ）めている。
高齢者虐待（こうれいしゃぎゃくたい）防止法（ぼうしほう）	高齢者（こうれいしゃ）を 65 歳（さい）以上（いじょう）と定（さだ）めている。
高年齢者（こうねんれいしゃ）雇用安定法（こようあんていほう）	高年齢者（こうねんれいしゃ）を 55 歳（さい）と定（さだ）めている。企業（きぎょう）が定年（ていねん）を設（もう）ける場合（ばあい）には 60 歳未満（さいみまん）としてはならないことを定（さだ）めている。

▶▶ 老年期（ろうねんき）という発達段階（はったつだんかい）

人（ひと）は法律（ほうりつ）だけでなく、からだの変化（へんか）や心理的（しんりてき）な変化（へんか）を経験（けいけん）しながら、老年期（ろうねんき）という人生（じんせい）の一段階（いちだんかい）に到達（とうたつ）します。

レビンソン（Levinson）は、60 歳（さい）ごろに老年期（ろうねんき）への過渡期（かとき）があるとしました。このころ、からだの衰（おとろ）えが無視（むし）できなくなり、「老性自覚（ろうせいじかく）（自分（じぶん）が老（お）いたことへの気（き）づき）」が進（すす）みます。老年期（ろうねんき）は「心身（しんしん）の老化（ろうか）と社会的役割（しゃかいてきやくわり）の喪失（そうしつ）への適応（てきおう）」が課題（かだい）となる段階（だんかい）です。

2 老年期（ろうねんき）の心理的課題（しんりてきかだい）と適応（てきおう）

▶▶ ①老（お）いの自覚（じかく）

自分（じぶん）自身（じしん）の老（お）いを自覚（じかく）することを「老性自覚（ろうせいじかく）」と呼（よ）びます。きっかけは人（ひと）によりさまざまで、内（うち）からの自覚（じかく）（からだの変化（へんか）・認知（にんち）の変化（へんか）など）と、外（そと）からの自覚（じかく）（定年退職（ていねんたいしょく）・死別（しべつ）など）の 2 つがあります。

老（お）いの自覚（じかく）はネガティブな面（めん）にかたよりがちですが、超高齢社会（ちょうこうれいしゃかい）においては、自分自身（じぶんじしん）の人生（じんせい）をとらえる主体的（しゅたいてき）な老年観（ろうねんかん）（自分（じぶん）なりの老（お）いへの考（かんが）え方（かた））をつくり出（だ）すことが大切（たいせつ）です。

▶▶ ②役割（やくわり）の変化（へんか）・喪失（そうしつ）

老年期（ろうねんき）における家庭内（かていない）での役割（やくわり）の変化（へんか）や、退職（たいしょく）などによる社会的役割（しゃかいてきやくわり）の喪失（そうしつ）は、高齢者（こうれいしゃ）の生（い）きがいの変化（へんか）にもつながると言（い）われています。

しかし、自由（じゆう）な時間（じかん）が増（ふ）える・職場（しょくば）のストレスから解放（かいほう）されるなど、プラスの面（めん）としてとらえることも可能（かのう）です。家庭内（かていない）での新（あたらしい）役割（やくわり）の創出（そうしゅつ）や社会参加（しゃかいさんか）を通（とお）じて、老年期（ろうねんき）の自己実現（じこじつげん）は可能（かのう）です。

▶▶ ③喪失体験（そうしつたいけん）

老年期（ろうねんき）の社会的関係（しゃかいてきかんけい）の変化（へんか）の特徴（とくちょう）として、喪失体験（そうしつたいけん）があげられます。とくに配偶者（はいぐうしゃ）との死別（しべつ）は残（のこ）された高齢者（こうれいしゃ）に大（おお）きな影響（えいきょう）を与（あた）えます。

喪失（そうしつ）とは、強（つよ）く結（むす）びついていた大切（たいせつ）な対象（たいしょう）が人生（じんせい）から失（うしな）われることです。「喪失（そうしつ）→悲嘆（ひたん）→回復（かいふく）」という経過（けいか）をたどり、喪失対象（そうしつたいしょう）がいない生活（せいかつ）を再構築（さいこうちく）することが回復（かいふく）と考（かんが）えられます。配偶者（はいぐうしゃ）を失（うしな）った人（ひと）は身体的（しんたいてき）な愁訴（しゅうそ）が多（お）くなる場合（ばあい）があるので注意（ちゅうい）が必要（ひつよう）です。

▶▶ ④経済的不安（けいざいてきふあん）

令和3年（れいわ3ねん）の国民生活基礎調査（こくみんせいかつきそちょうさ）によると、高齢者世帯（こうれいしゃせたい）の約（やく）半数（はんすう）が「生活（せいかつ）が苦（くる）しい」と感（かん）じており、高齢者世帯（こうれいしゃせたい）の収入（しゅうにゅう）の約（やく）62%は「公的年金（こうてきねんきん）・恩給（おんきゅう）」です。このように、高齢者（こうれいしゃ）が経済状況（けいざいじょうきょう）に不安（ふあん）を抱（かか）えやすいことが分（わ）かります。

▶▶ ⑤老年期（ろうねんき）のうつ

老年期（ろうねんき）のうつは、高齢者（こうれいしゃ）の精神的健康（せいしんてきけんこう）を大（おお）きく阻害（そがい）します。症状（しょうじょう）の特徴（とくちょう）として、認知症（にんちしょう）と間違（まちが）えられるような状態（じょうたい）になることがあります。

ポイントは「もともとの生活（せいかつ）からの変化（へんか）」を確認（かくにん）することです。それまでは家事（かじ）や趣味（しゅみ）に打（う）ち込（こ）んでいた人（ひと）が、2～3か月（げつ）のあいだに意欲（いよく）がなくなってひきこもるような変化（へんか）があれば、うつの可能性（かのうせい）を考（かんが）えます。

3 老（お）いの受容（じゅうよう）とサクセスフル・エイジング

▶▶ サクセスフル・エイジングとは

老化（ろうか）に適応（てきおう）した幸（しあわ）せな老年期（ろうねんき）の生（い）き方（かた）を「サクセスフル・エイジング」と呼（よ）びます。身体的健康（しんたいてきけんこう）・精神的健康（せいしんてきけんこう）・社会的機能（しゃかいてききのう）などが関係（かんけい）しますが、とくに「主観的幸福感（しゅかんてきこうふくかん）」（本人（ほんにん）が幸（しあわ）せと感（かん）じること）を重視（じゅうし）します。

疾病（しっぺい）をかかえていたり、介護（かいご）を必要（ひつよう）としていたりする高齢者（こうれいしゃ）では、主観的幸福感（しゅかんてきこうふくかん）が阻害（そがい）されやすい傾向（けいこう）があります。

★ **サクセスフル・エイジングのポイント** ・自立（じりつ）した生活（せいかつ）を可能（かのう）な限（かぎ）り継続（けいぞく）できること ・社会的役割（しゃかいてきやくわり）やかかわりをもっていること ・「本人（ほんにん）が幸（しあわ）せと感（かん）じる」主観的幸福感（しゅかんてきこうふくかん）を指標（しひょう）とすること

▶▶ 死生観（しせいかん）

死生観（しせいかん）とは、「生（い）きること」と「死（し）ぬこと」を合（あわ）わせて、その価値（かち）やあり方（かた）をどのように考（かんが）えるかということです。社会（しゃかい）・文化（ぶんか）・宗教（しゅうきょう）によって特徴（とくちょう）があり、個人差（こじんさ）も大（おお）きいです。

老年期（ろうねんき）においては、死（し）は他（ほか）の世代（せだい）と比（くら）べてより身近（みぢか）なものです。調査（ちょうさ）によると、「死（し）ぬのが怖（こわ）い」と感（かん）じる人（ひと）は年齢層（ねんれいそう）が高（たか）くなるほど割合（わりあい）が低（ひく）くなります。

長（なが）くなった老年期（ろうねんき）を生（い）きるうえでは、死（し）にとらわれすぎたり過度（かど）の不安（ふあん）を感（かん）じたりすることは、生活（せいかつ）への活力（かつりよく）に影響（えいきょう）します。若（わか）い世代（せだい）からの死生観（しせいかん）教育（きょういく）や準備（じゅんび）が大切（たいせつ）です。

4 動機（どうき）にもとづく理解（りかい）と支援（しえん）

動機（どうき）とは、人間（にんげん）の行動（こうどう）の原動力（げんどうりょく）のことです。老年期（ろうねんき）には老化（ろうか）によってさまざまな機能（きのう）が低下（ていか）しますが、高齢者（こうれいしゃ）は60歳代（さいだい）後半（こうはん）から100歳以上（さいいじょう）まで幅広（はばひろ）い年代（ねんだい）の人（ひと）が含（ふく）まれており、価値観（かちかん）や動機（どうき）の方向性（ほうこうせい）は個人（こじん）によって大（おお）きく異

（こと） になります。

▶▶ 目標（もくひょう）を達成（たっせい）するための支援（しえん）

目標（もくひょう）を達成（たっせい）したいという動機（どうき）を「達成動機（たっせいどうき）」といいます。たとえば「自宅（じたく）で暮（く）らし続（つづ）けたい」「機能回復（きのうかいふく）して社会参加（しゃかいさんか）したい」という目標（もくひょう）への取（と）り組（く）みには達成動機（たっせいどうき）がかかわっています。

達成動機（たっせいどうき）を高（たか）めるには、支援（しえん）する側（がわ）の押（お）しつけではなく、本人（ほんにん）にとって価値（かち）のある目標（もくひょう）を共有（きょうゆう）することが大切（たいせつ）です。

▶▶ 自己効力感（じここうりょくかん）を高（たか）める

達成動機（たっせいどうき）を高（たか）めるには、目標（もくひょう）の「価値（かち）」だけでなく、「その目標（もくひょう）が達成（たっせい）できそうだ」という期待（きたい）（自己効力感（じここうりょくかん））も重要（じゅうよう）です。

自己効力感（じここうりょくかん）を高（たか）めるためには：

自己効力感（じここうりょくかん）を高（たか）める支援（しえん）のポイント ・目標（もくひょう）を達成（たっせい）するための道筋（みちすじ）がわかりやすい計画（けいかく）を立（た）てる ・その計画（けいかく）をわかりやすく説明（せつめい）して共有（きょうゆう）する ・少（すこ）しずつ成功（せいこう）や達成（たっせい）を感（かん）じられるように適切（てきせつ）な評価（ひょうか）やほめをしながら進（すす）める

5 不適応状態（ふてきおうじょうたい）を緩和（かんわ）する心理（しんり）

▶▶ 適応機制（てきおうきせい）（防衛機制（ぼうえいきせい））とは

欲求（よっきゅう）が満（みた）たされない状態（じょうたい）が続（つづ）くと、心理的（しんりてき）な不適応状態（ふてきおうじょうたい）が生（し）じやすくなります。それを和（やわ）らげ、心理的適応（しんりてきてきおう）（安心（あんしん）・満足（まんぞく）など）を得（え）るためのこのころのはたらきを「適応機制（てきおうきせい）」（防衛機制（ぼうえいきせい））といいます。

要介護状態（ようかいごじょうたい）は欲求（よっきゅう）が満（みた）たされない状態（じょうたい）が続（つづ）きやすく、適応機制（てきおうきせい）による行動（こうどう）を引（ひ）き起（お）こすことがあります。すべての行動（こうどう）が適応機制（てきおうきせい）で説明（せつめい）できるわけではありませんが、行動（こうどう）の背景（はいけい）にある心理的理解（しんりてきりかい）の1つとして考（かんが）えてください。

種類（しゅるい）	説明（せつめい）
攻撃（こうげき）	物（もの）や他者（たしや）に感情（かんじょう）をぶつけたり、乱暴（らんぼう）したりする。自傷（じしょう）など自分自身（じぶんじしん）への攻撃（こうげき）に向（む）かうこともある。
逃避（とうひ）	困難（こんなん）な状況（じょうきょう）を避（さ）けたり、ほかのことに熱中（ねっちゅう）して問題（もんだい）に向（む）き合（あ）うことを避（さ）けたりする。
退行（たいこう）	過去（かこ）への逃避（とうひ）。赤（あか）ちゃんや子（こ）どものようにふるまって依存的（いぞんてき）な態度（たいど）を示（しめ）すこともある。
拒否（きょひ）	課題（かだい）となっている事実（じじつ）が存在（そんざい）しないかのようにふるまう。障害（しょうがい）や肉親（にくしん）の死（し）を認（みと）めない場合（ばあい）もある。
隔離（かくり）	ある考（かんが）えからその感情的（かんじょうてき）な意味（いみ）を切（き）り離（は）して、客観的（きゃっかんてき）に取（と）り扱（あつか）うことで不安（ふあん）を感じ（かん）じないようにする。
代償（だいしょう）	本来（ほんらい）の目標（もくひょう）がかなわない場合（ばあい）に、容易（ようい）に達成（たっせい）できる目標（もくひょう）を達成（たっせい）することで満足（まんぞく）を得（え）ようとする。
合理化（ごうりか）	自分（じぶん）の失敗（しっぱい）や欠点（けってん）をそのまま認（みと）めず、社会的（しゃかいてき）に容認（ようにん）されそうな理由（りゆう）をつけて正当化（せいとうか）する。
昇華（しょうか）	基本的（きほんてき）な衝動（しょうどう）などを社会的（しゃかいてき）に価値（かち）の高（たか）い方法（ほうほう）に置（お）き換（か）える。スポーツや芸術（げいじゅつ）で欲求（よっきゅう）を表現（ひょうげん）して満足感（まんぞくかん）を得（え）る。
同一視（どういつし）	心理的（しんりてき）に自分（じぶん）に近（ちか）い他人（たにん）の行動（こうどう）をあたかも自分（じぶん）のここのように感（かん）じて、欲求（よっきゅう）が満（み）た）たされているように感（かん）じる。
投影（とうえい）	自分自身（じぶんじしん）の不安（ふあん）を引（ひ）き起（お）こす衝動（しょうどう）や考（かんが）えを否認（ひにん）し、他者（たしや）にそれがあのかのように考（かんが）える。
抑圧（よくあつ）	過去（かこ）の不快（ふかい）な記憶（きおく）が抑制（よくせい）されて、楽（たの）しいことやいいことだけを思（おも）い出（だ）す。

種類（しゅるい）	説明（せつめい）
反動形成 （はんどう けいせい）	自分（じぶん）がもっている否認（ひにん）すべき感情（かんじょう）と正反対（せいはんたい）の行動（こうどう）をとる。好（す）きな人（ひと）に乱暴（らんぼう）な態度（たいど）をとってしまうなど。

▶▶ 無力感（むりよくかん）や依存心（いぞんしん）の学習（がくしゅう）

自分（じぶん）の能力（のうりょく）を使（つか）って環境（かんきょう）にはたらきかけても効果（こうか）がない状況（じょうきょう）が続（つづ）くと、「無力感（むりよくかん）（自分（じぶん）では何（なに）もどうしようもないという感覚（かんかく））」が生（し）じやすくなります。無力感（むりよくかん）が生（し）じると、その後（ご）に自力（じりき）でできることがあっても、あきらめて取（と）り組（く）まない傾向（けいこう）があらわれます。

要介護状態（ようかいごじょうたい）では、「危（あぶ）ないから1人（ひとり）で歩（ある）かないで待（ま）っていて」「こんなに散（ち）らかして！」といった環境（かんきょう）が依存心（いぞんしん）を学習（がくしゅう）させ、かえって介護（かいご）の負担（ふたん）を増（ふ）やしてしまいます。介護（かいご）の工夫（くふう）によって、できる限（かぎ）り無力感（むりよくかん）や依存心（いぞんしん）を防（ふせ）ぐことが大切（たいせつ）です。

△ 介護職（かいごしょく）が注意（ちゅうい）したい点（てん） 高齢者（こうれいしゃ）の行動（こうどう）の背景（はいけい）には適応機制（てきおうきせい）が働（はたら）いていることがある→頭（あたま）ごなしに否定（ひてい）しない「危（あぶ）ないから」という過（か）剰（じょう）な制限（せいげん）が無力感（むりよくかん）・依存心（いぞんしん）を育（そだ）てる本人（ほんにん）が自力（じりき）でできることをできる限（かぎ）り尊重（そんちょう）する環境（かんきょう）づくりが重要（じゅうよう）

★ このSectionのポイント ✓ 老年期（ろうねんき）の定義（ていぎ）はWHOでは65歳（さい）以上（いじょう）。日本（にほん）の法律上（ほうりつじょう）もおおむね65歳（さい）以上（いじょう）が高齢者（こうれいしゃ）。✓ 老年期（ろうねんき）の心理的課題（しんりてきかだい）：老（お）いの自覚（じかく）・役割（やくわり）の変化（へんか）・喪失体験（そうしつたいけん）・経済的不安（けいざいてきふあん）・老年期（ろうねんき）のうつ。✓ サクセスフル・エイジングとは老化（ろうか）に適応（てきおう）した幸（しあわ）せな老後（ろうご）。主観的幸福感（しゅかんてきこうふくかん）を重視（じゅうし）する。✓ 達成動機（たっせいどうき）を高（たか）めるには目標（もくひょう）の「価値（かち）」と「達成（たっせい）できそう」という自己効力感（じここうりょくかん）の両方（りょうほう）が必要（ひつよう）。✓ 適応機制（てきおうきせい）（防衛機制（ぼうえいきせい））には攻撃（こうげき）・逃避（とうひ）・退行（たいこう）・昇華（しょうか）など12種類（しゅるい）。無力感（むりよくかん）や依存心（いぞんしん）の学習（がくしゅう）にも注意（ちゅうい）が必要（ひつよう）。

第4章 老年期の発達・成熟と健康 第3節 高齢者（こうれいしゃ）に多（おお）くみられる症状（しょうじょう）・疾病等（しっぺいとう）

第3節 高齢者（こうれいしゃ）に多（おお）くみられる症状（しょうじょう）・疾病等（しっぺいとう）

1 高齢者（こうれいしゃ）に多（おお）くみられる症状（しょうじょう）・訴（うった）え

高齢者（こうれいしゃ）は複数（ふくすう）の症状（しょうじょう）を同時（どうじ）に抱（かか）えていることが多（おお）く、症状（しょうじょう）が典型的（てんけいてき）にあらわれないことも多（おお）いです。以下（いか）の症状（しょうじょう）と留意点（りゅういてん）を覚（おぼ）えておきましょう。

症状（しょうじょう）	主（おも）な原因（げんいん）・特徴（とくちょう）	介護職（かいごしょく）が注意（ちゅうい）すること
①腹痛（ふくつう）	腸閉塞（ちょうへいそく）（イレウス）、消化性潰瘍（しょうかせいかいよう）（胃（い）・十二指腸潰瘍（じゅうにしちようかいよう））、大腸腫瘍（だいちょうしゅよう）が主（おも）な原因（げんいん）。	高齢者（こうれいしゃ）では潰瘍（かいよう）の痛（いた）みがあまり強（つよ）くあらわれないことがある。血（ち）の混（ま）じった便（べん）や便秘（べんぴ）がひどくなった場合（ばあい）は大腸腫瘍（だいちょうしゅよう）を疑（うたが）う。
②胸痛（きょうつう）	心筋梗塞（しんきんこうそく）・大動脈解離（だいどうみゃくかいり）・肺血栓塞栓症（はいけっせんそくせんしょう）など。早期発見（そうきはっけん）が重要（じゅうよう）。	後期高齢者（こうきこうれいしゃ）では心筋梗塞（しんきんこうそく）のときに胸痛（きょうつう）が目立（めだ）たないことがある。骨粗鬆症（こつそしょう）では軽（かる）い打撲（だぼく）でも肋骨骨折（ろっこつこっせつ）が起（お）きることがある。
③筋肉（きんにく）・骨（ほね）・関節（かんせつ）の痛（いた）み	変形性関節症（へんけいせいかんせつしょう）・関節リウマチ（かんせつりうまち）・骨粗鬆症（こつそしょうしょう）。腰痛（ようつう）や膝（ひざ）の関節痛（かんせつつう）が多（おお）い。	関節リウマチは左右対称（さゆうたいしょう）に手指（てゆび）・手首（てくび）・肘（ひじ）などに腫脹（しゅちょう）・疼痛（とうつう）があらわれ進行（しんこう）する全身疾患（ぜんしんしっかん）。
④発熱（はつねつ）	尿路感染症（にょうろかんせんしょう）・胆道系感染症（たんだうけいかんせんしょう）	高齢者（こうれいしゃ）は肺炎（はいえん）でもあまり高熱（こうねつ）が出

症状（しょうじょう）	主（おも）な原因（げんいん）・特徴（とくちょう）	介護職（かいごしょく）が注意（ちゅうい）すること
	う）・褥瘡感染（じょくそうかんせん）など。敗血症（はいけつしょう）に進行（しんこう）することもある。	（で）ないことがある。ノロウイルスは集団感染（しゅうだんかんせん）に注意（ちゅうい）。熱中症（ねっちゅうしょう）も重症化（じゅうしょうか）に注意（ちゅうい）。
⑤めまい	良性発作性頭位眩暈症（りょうせいほっさせいというげんうんしょう）・降圧剤（こうあつざい）による低血圧（ていけつあつ）・心不全（しんふぜん）・不整脈（ふせいみゃく）など。	立（た）ちくらみや失神（しっしん）をとともなうめまいは転倒（てんとう）・骨折（こっせつ）に直結（ちよっけつ）するため注意（ちゅうい）が必要（ひつよう）。
⑥体重減少（たいじゅうげんしょう）・食欲不振（しょくよくふしん）	悪性腫瘍（あくせいしゅよう）・うつ病（びょう）・慢性疾患（まんせいしっかん）の悪化（あつか）など。1 か月（げつ）で2kg 以上（いじょう）の減少（げんしょう）は要注意（ようちゅうい）。	低栄養（ていえいよう）が進（すす）むと浮腫（ふしゅ）（むくみ）があらわれる。食欲不振（しょくよくふしん）はうつや慢性疾患（まんせいしっかん）の悪化（あつか）のサインのこともある。
⑦しびれ	加齢（かれい）による末梢神経障害（まつしょうしんけいしょうがい）が最多（さいた）。次（つぎ）に糖尿病（とうにようびょう）・慢性腎不全（まんせいじんふぜん）による神経障害（しんけいしょうがい）。	本人（ほんにん）が訴（うった）えなかったり、逆（ぎゃく）に始終（しじゅう）訴（うった）えたりして、気（き）に留（と）められないことがある。
⑧浮腫（ふしゅ）（むくみ）	静脈血（じょうみゃくち）の環流（かんりゅう）低下（ていか）、低アルブミン（ていあるぶみん）血症（けっしょう）（低栄養（ていえいよう））。心不全（しんふぜん）・腎不全（じんふぜん）でも起（お）きる。	足（あし）を動（うご）かさないと浮腫（ふしゅ）が出（で）やすい。低栄養（ていえいよう）では血（けつ）中アルブミンが低下（ていか）して浮腫（ふしゅ）になる。
⑨咳（せき）・痰（たん）	COPD（慢性閉塞性肺疾患（まんせいへいそくせいはいしっかん））・肺結核（はいけつかく）・肺炎（はいえん）（レジオネラ菌（きん）など）。	今（いま）まで咳（せき）のなかった高齢者（こうれいしゃ）に咳（せき）が出（で）た場合（ばあい）は感染症（かんせんしょう）の可能性（かのうせい）を考（かんが）える。施設（しせつ）内（ない）ではレジオネラ菌（きん）にも注意（ちゅうい）。
⑩息切（いきぎ）れ・息苦	心不全（しんふぜん）（虚血性心疾患（きょけつせいしんしっかん））・高血圧（こうけつ	心臓（しんぞう）と肺（はい）のどちらが原因（げんいん）でも「酸素（さん

症状（しょうじょう）	主（おも）な原因（げんいん）・特徴（とくちょう）	介護職（かいごしょく）が注意（ちゅうい）すること
（いきぐる）しさ	あつ））や呼吸不全（こきゅうふぜん）（COPD）。在宅酸素療法（ざいたくさんそりょうほう）（HOT）の主要基礎疾患（しゅようきそしっかん）。	そ）が足（た）りない」という共通（きょうつう）の症状（しょうじょう）として息切（いきぎ）れが出（で）る。
⑪掻痒感（そうようかん）（かゆみ）	皮膚（ひふ）疾患（しっかん）のほか、腎不全（じんふぜん）・肝（かん）・胆道疾患（たんだうしっかん）・糖尿病（とうびょう）などの内臓疾患（ないぞうしっかん）、薬疹（やくしん）も原因（げんいん）になる。	通院（つういん）する高齢者（こうれいしゃ）の5人（にん）に1人（ひとり）が皮膚掻痒症（ひふそうようしょう）を持（も）つとされ、QOLを低下（ていか）させる。
⑫不眠（ふみん）（睡眠障害（すいみんしょうがい））	高齢前期（こうれいぜんき）：配偶者（はいぐうしゃ）の死（し）・病気（びょうき）などがきっかけ。うつ病（びょう）の徴候（ちようこう）のこともある。高齢後期（こうれいこうき）：慢性疾患（まんせいしっかん）や睡眠（すいみん）リズムの変化（へんか）が背景（はいけい）。	睡眠剤（すいみんざい）による転倒（てんとう）リスクに注意（ちゅうい）。外出（がいしゅつ）・社会交流（しゃかいこうりゅう）を増（ふ）やし、生活（せいかつ）にリズムをつくることが大切（たいせつ）。
⑬便秘（べんぴ）	高齢者（こうれいしゃ）の半数（はんすう）が便通（べんつう）の問題（もんだい）を持（も）ち、施設（しせつ）利用者（りようしゃ）は7～8割（わり）。腸（ちょう）の動（うご）きが悪（わる）い機能性便秘（きのうせいべんぴ）が多（おお）い。	排便（はいべん）のタイミング・プライバシーのなさなど環境（かんきょう）も原因（げんいん）になる。
⑭下痢（げり）	ウイルス性（せい）（ノロウイルスなど）・細菌性（さいきんせい）感染症（かんせんしょう）が多（おお）い。嘔吐（おうと）・発熱（はつねつ）・食欲不振（しょくよくふしん）を伴（ともな）うことが多（おお）い。	ノロウイルスは感染力（かんせんりょく）が強（つよ）く集団感染（しゅうだんかんせん）を起（お）こすことがある。手洗（てあら）い・消毒（しょうどく）の徹底（てつてい）と医療機関（いりょうきかん）の受診（じゅしん）が必要（ひつよう）。
⑮誤嚥（ごえん）	加齢（かれい）による嚥下機能（えんげきのう）の低下（ていか）が原因（げんいん）。誤嚥性肺炎（ごえんせいはいえん）の予防（よぼう）に口腔（こうくう）ケアが重要（じゅうよう）。	食後（しょくご）のブラッシング・デンタルフロスで食物残渣（しょくもつざんさ）を除去（じょきょ）。むせやすい人（ひと）には食事（しょくじ）の形態（けいたい）（マッシュ状（じょう））・茶碗蒸（ちやわんむ）しなどを工夫

症状（しょうじょう）	主（おも）な原因（げんいん）・特徴（とくちょう）	介護職（かいごしょく）が注意（ちゅうい）すること
		（くふう）する。
⑯出血（しゅっけつ）	喀血（かっけつ）（気道（きどう））・吐血（とけつ）（消化器（しょうかき））・下血（げけつ）・血便（けつべん）・血尿（けつによう）。	血痰（けったん）は少量（しょうりょう）でも肺がんの可能性（かのうせい）がある。大腸（だいちょう）ポリープ・大腸がんでは血便（けつべん）が出（で）ることがある。自立（じりつ）している高齢者（こうれいしゃ）は下血（げけつ）を訴（うった）えないことも。
⑰熱中症（ねっちゅうしょう）	熱中症（ねっちゅうしょう）になる人（ひと）の約半数（やくはんすう）は高齢者（こうれいしゃ）。発汗機能（はっかんきのう）と口渴感覚（こうかつかんかく）（のどの渇（かわ）きの感覚（かんかく））の低下（ていか）が原因（げんいん）。	部屋（へや）の中（なか）で発見（はっけん）されることが最多（さいた）。積極的（せっきよくてき）な水分補給（すいぶんほきゅう）の声（こえ）かけ・風通（かぜとお）しの確保（かくほ）が大切（たいせつ）。
⑱貧血（ひんけつ）	消化管（しょうかかん）からの出血（しゅっけつ）・鉄分（てつぶん）摂取不足（せっしゅふそく）・腎性貧血（じんせいひんけつ）（エリスロポエチン不足（ふそく））など。	立（た）ちくらみ・ふらつきに注意（ちゅうい）。脳（のう）に流（なが）れる血液量（けつえきりょう）が不足（ふそく）すると脳貧血（のうひんけつ）を起（お）こす。
⑲脱水症（だっすいしょう）	飲水量（いんすいりょう）不足（ふそく）・下痢（げり）などによる水分喪失（すいぶんほうしつ）。高齢者（こうれいしゃ）は口渴感覚（こうかつかんかく）が低下（ていか）しているため自覚（じかく）しにくい。	尿量（にょうりょう）・尿色（にょういろ）・皮膚（ひふ）のかさつきを観察（かんさつ）。少量（しょうりょう）ずつこまめに水分補給（すいぶんほきゅう）を促（うなが）す。意識障害（いしきしょうがい）・筋けいれんは緊急（きんきゅう）処置（しよち）が必要（ひつよう）。

▶▶ 熱中症（ねっちゅうしょう）の重症度（じゅうしょうど）分類（ぶんるい）

段階（だんか）い	症状（しょうじょう）	対応（たいおう）
I度（軽症（けいしよ）	めまい・生（なま）あくび・大量（たいりょう）の発汗（はっかん）・筋肉痛（きんにくつう）。意識	涼（すず）しい場所（ばしょ）で安静（あんせい）、からだを冷（ひ）

段階（だんかい）	症状（しょうじょう）	対応（たいおう）
Ⅰ度（軽症）	障害（いしきしょうがい）なし。	やす、水分（すいぶん）・塩分（えんぶん）補給（ほきゅう）
Ⅱ度（中等症） （ちゅうとうしょう）	頭痛（ずつう）・吐（は）き気（け）・倦怠感（けんたいかん）・虚脱感（きょだつかん）。意識（いしき）がややぼんやりする。	Ⅰ度（Ⅰ）の対応（たいおう）をしながら医療機関（いりょうきかん）へ搬送（はんそう）
Ⅲ度（重症） （じゅうしょう）	明（あき）らかな意識障害（いしきしょうがい）・けいれん・手足（てあし）の運動障害（うんどうしょうがい）・高体温（こうたいおん）（からだの表面（ひょうめん）が熱（あつ）い）。	救急搬送（きゅうきゅうはんそう）・集中治療（しゅうちゅうちりょう）

2 介護（かいご）を要（よう）する高齢者（こうれいしゃ）によくみられる病気（びょうき）・病態（びょうたい）

▶▶ ①生活習慣病（せいかつしゅうかんびょう）

生活習慣病（せいかつしゅうかんびょう）には、糖尿病（とうにようびょう）・高血圧症（こうけつあつしょう）・脂質異常症（しじつじょうじょうしょう）・脳血管疾患（のうけっかんしっかん）・冠動脈疾患（かんどうみゃくしっかん）・悪性新生物（あくせいしんせいぶつ）（がん）などが含（ふく）まれます。運動（うんどう）・食生活（しょくせいかつ）・喫煙（きつえん）・飲酒（いんしゅ）などの生活習慣（せいかつしゅうかん）が深（ふか）く関（かか）わっています。

病名（びょうめい）	特徴（とくちょう）	介護職（かいごしょく）が知（し）っておくべき点（てん）
脳血管疾患（のうけっかんしっかん）（脳梗塞（のうこうそく）・脳出血（のうしゅっけつ）・くも膜下出血（くものうしゅっけつ））	脳（のう）に栄養（えいよう）・酸素（さんそ）を送（おく）る血管（けっかん）が血栓（けっせん）や出血（しゅっけつ）によって障害（しょうがい）を受（う）けた状態（じょうたい）。	軽（かる）い脳梗塞（のうこうそく）は確定診断（かくていしんだん）がむずかしく、CTやMRIで検査（けんさ）が必要（ひつよう）。
心筋梗塞（しんきんこうそく）	冠動脈（かんどうみゃく）（心臓（しんぞう））を栄養（えいよう）する血管（けっかん）に血栓（けっせん）が詰（つ）まった状態（じょうたい）。	前胸部（ぜんきょうぶ）の痛（いた）みがなく、消化器（しょうかき）症状（しょうじょう）や心不全（しんふぜん）の形（かたち）で気（き）づかれることがある。

病名（びょうめい）	特徴（とくちょう）	介護職（かいごしょく）が知（し）っておくべき点（てん）
高血圧症（こうけつあつしょう）	安静時（あんせいじ）の血圧（けつあつ）が常（つね）に140/90mmHg以上（いじょう）。	4～5種類（しゅるい）の降圧剤（こうあつざい）を組（く）み合（あ）わせて使（つか）うことがある。加齢（かれい）で収縮期（しゅうしゅくき）血圧（けつあつ）が上昇（じょうしょう）しやすい。
糖尿病（とうにょうびょう）	血糖値（けつとうち）が慢性的（まんせいてき）に高（たか）い状態（じょうたい）。自覚症状（じかくしょうじょう）はほとんどない。神経障害（しんけいしょうがい）・腎症（じんしょう）・網膜症（もうまくしょう）の合併症（がっぺいしょう）に注意（ちゅうい）。	空腹時血糖値（くうふくじけつとうち）やHbA1cで診断（しんだん）する。
脂質異常症（ししつじょうじょうしょう）	高（こう）コレステロール・高（こう）LDL・低（てい）HDL・高（こう）トリグリセリドのいずれかの異常（いじょう）。	低栄養（ていえいよう）になると脂質（ししつ）レベルも正常化（せいじょうか）することがある。
閉塞性動脈硬化症（へいそくせいどうみゃくこうかしょう）	下肢（かし）の動脈（どうみゃく）が動脈硬化（どうみゃくこうか）で詰（つ）まりかかった状態（じょうたい）。	歩（ある）くと下肢（かし）が痛（いた）み、休（やす）むと軽減（けいげん）する「間欠性跛行（かんけつせいはいこう）」が典型的（てんけいてき）な症状（しょうじょう）。

■ 介護時（かいごじ）のチェックポイント（生活習慣病（せいかつしゅうかんびょう）） ・食欲（しょくよく）の変化（へんか）、息切（いきぎ）れ、体重変化（たいじゅうへんか）、四肢（しし）の運動（うんどう） ・感覚障害（かんかくしょうがい）はないか ・食事（しょくじ）や運動（うんどう）、喫煙（きつえん）、飲酒（いんしゅ）の習慣（しゅうかん）で極端（きょくたん）なものはないか ・血液検査（けつえきけんさ）や健康診断（けんこうしんだん）で注意（ちゅうい）すべきと指摘（してき）されている点（てん）はないか

▶▶ ②運動系（うんどうけい）の病気（びょうき）

病名（びょうめい）	特徴（とくちょう）	介護職（かいごしょく）が知（し）っておくべき点（てん）
骨粗鬆症（こつそしょうしょう）	カルシウム・ビタミンD不足（ふそく）や運動不足（うんどうふそく）などが複合（ふくごう）して骨（ほね）がもろくなる。	適度（てきど）な日光浴（にっこうよく）・体重（たいじゅう）をかける運動（うんどう）・乳製品（にゅうせいひん）の摂取（せっしゅ）と転倒予防（てんとうよぼう）が大切（たいせつ）。
大腿骨頸部骨折（だいたいこつけいぶこっせつ）	骨粗鬆症（こつそしょうしょう）のある高齢者（こうれいしゃ）が転倒（てんとう）して起（お）こることがほとんど。	痛（いた）みがはっきりしないことがある。骨折（こっせつ）した下肢（かし）は外側（そとがわ）を向（む）く。
転倒（てんとう）	筋力（きんりょく）・バランス力（りょく）の低下（ていか）・視聴覚（しちょうかく）の衰（おとろ）え・環境（かんきょう）・疾患（しっかん）などが原因（げんいん）。	時間帯（じかんたい）・室温（しつおん）・体調（たいちょう）によってリスクが大（おお）きく変（か）わる。
変形性関節症（へんけいせいかんせつしょう）	加齢（かれい）によって関節（かんせつ）が変形（へんけい）し、動（うご）かすと痛（いた）い。膝関節（ひざかんせつ）と股関節（こかんせつ）に多（おお）い。	気温（きおん）・湿度（しつど）・体重増加（たいじゅうぞうか）で症状（しょうじょう）が変化（へんか）する。
変形性頸椎症（へんけいせいけいついしょう）	頸椎（けいつい）の変形（へんけい）で脊髄（せきずい）が圧迫（あっぱく）されて両上肢（りょうじょうし）のしびれ・運動制限（うんどうせいげん）が出（で）る。	進行例（しんこうれい）では頸部（けいぶ）（うなじ）を強（つよ）く打（う）たないように注意（ちゅうい）。
腰部脊柱管狭窄症（ようぶせきちゅうかかんきょうさくしょう）	脊椎骨（せきついこつ）の変形（へんけい）で脊髄（せきずい）が圧迫（あっぱく）され、腰痛（ようつう）・下肢痛（かしつう）・しびれが出（で）る。	長（なが）く歩（ある）くと痛（いた）み、休（やす）むと軽減（けいげん）する。重篤（じゅうとく）な場合（ばあい）は手術（しゅじゅつ）が必要（ひつよう）。
関節（かんせつ）リウマチ	自己免疫疾患（じこめんえきしっかん）で左右対称（さゆうたいしょう）の手指（てゆび）・膝（ひざ）などの関節痛（かんせつつう）・腫脹（しゅちょう）から変形（へんけい）に進行（しんこう）。	朝（あさ）の手（て）のこわばりから始（はじ）まる。進行（しんこう）すると生活全般（せいかつぜんぱん）に影響（えいきょう）。

■ 介護時（かいごじ）のチェックポイント（運動系（うんどうけい）） ・身長（しんちょう）の急激（きゅうげき）な短縮（たんしゅく）はないか ・腰背部痛（ようはいぶつう） ・関節痛（かんせつつう） ・

四肢（しし）末梢（まつしょう）のしびれはないか・今（いま）まで見（み）られなかった歩行（ほこう）中（ちゅう）の障害（しょうがい）（安定性（あんていせい）・歩（ある）き方（かた）・速度（そくど）の変化（へんか）など）はないか

▶▶ ③知覚系（ちかくけい）の病気（びょうき）

病名（びょうめい）	特徴（とくちょう）	介護職（かいごしょく）が知（し）っておくべき点（てん）
白内障（はくないしょう）	水晶体（すいしょうたい）（目（め）のレンズ）が白（しろ）く濁（にご）り、徐々に（じょじょ）に視力（しりょく）が低下（ていか）する。	人工（じんこう）眼内（がんない）レンズを入（い）れる手術（しゅじゅつ）で視力（しりょく）を回復（かいふく）できる。
緑内障（りょくないしょう）	眼圧（がんあつ）（目（め）の中（なか）の圧力（あつりょく））の上昇（じょうしょう）で視神経（ししんけい）が圧迫（あっぱく）され、視野（しや）・視力（しりょく）が悪化（あつか）する。	初期（しよき）は眼圧（がんあつ）の上昇（じょうしょう）による頭痛（ずつう）・眼（め）の痛（いた）みが主症状（しゅしょうじょう）。視野狭窄（しやきょうさく）だけが症状（しょうじょう）の正常眼圧緑内障（せいじょうがんあつりょくないしょう）も増（ふ）えている。
黄斑変性症（おうはんへんせいしょう）	網膜（もうまく）の中心部（ちゅうしんぶ）「黄斑部（おうはんぶ）」の細胞（さいぼう）が変性（へんせい）して視力（しりょく）が低下（ていか）する。	先進国（せんしんこく）を中心（ちゅうしん）に増加（ぞうか）。原因（げんいん）不明（ふめい）で有効（ゆうこう）な治療法（ちりょうほう）がまだ確立（かくりつ）していない。
加齢性難聴（かれいせいなんちやう）	内耳（ないじ）「蝸牛（かぎゅう）」のコルチ器（き）（聞（き）こえのセンサー）の有毛細胞（ゆうもうさいぼう）が変性（へんせい）して聴力（ちやうりょく）が低下（ていか）する。	高音（こうおん）から低音（ていおん）へと徐々に（じょじょ）に聴力（ちやうりょく）が低下（ていか）する。

■ 介護時（かいごじ）のチェックポイント（知覚系（ちかくけい）） ・ かすみがかかったように見（み）えていないか・見（み）える範囲（はんい）が狭（せま）くなっていないか・音（おと）や声（こえ）の聞（き）こえに変化（へんか）はないか

▶▶ ④呼吸器（こきゅうき）の病気（びょうき）（COPD・肺（はい）がん）

病名（びょうめい）	特徴（とくちょう）	介護職（かいごしょく） が知（し）っておくべき 点（てん）
慢性閉塞性肺疾患（まんせいへいそくせいはいしっかん）（COPD）・呼吸不全（こきゅうふぜん）	喫煙（きつえん）などで肺（はい）の細胞（さいぼう）が破壊（はかい）され、酸素（さんそ）と二酸化炭素（にさんかたんそ）の交換（こうかん）がうまくできなくなる。在宅酸素療法（ざいたくさんそりょうほう）（HOT）の主要基礎疾患（しゅようきそしっかん）。	酸素吸入装置（さんそきゅうにゅうそうち）が普及（ふきゅう）して外出（がいしゅつ）の範囲（はんい）も広（ひろ）がっている。
肺（はい）がん	近年急増（きんねんきゅうぞう）している悪性腫瘍（あくせいしゅよう）。喫煙（きつえん）が主因（しゅいん）。	空咳（からせき）が続（つづ）く場合（ばあい）や定期的（ていきてき）なレントゲン検査（けんさ）・CTが重要（じゅうよう）。

▶▶ ⑤腎（じん）・泌尿器（ひにょうき）の病気（びょうき）

糖尿病性腎症（とうにょうびょうせいじんしょう）は慢性腎不全（まんせいじんふぜん）のもっとも多（おお）い原因（げんいん）です。慢性腎不全（まんせいじんふぜん）が進行（しんこう）すると血液透析（けつえきとうせき）または腹膜透析（ふくまくとうせき）が必要（ひつよう）になります。男性（だんせい）では前立腺肥大症（ぜんりつせんひだいしょう）、女性（じょせい）では尿路感染症（にょうろかんせんしょう）が多（おお）くみられます。

■ 介護時（かいごじ）のチェックポイント（腎・泌尿器（じん・ひにょうき）） ・排尿障害（はいにょうしょうがい）（頻尿（ひんにょう）・尿失禁（にょうしっきん）・排尿困難（はいにょうこんなん））の症状（しょうじょう）はないか ・（女性（じょせい）では）陰部（いんぶ）のかゆみ・痛（いた）み・下着（したぎ）の汚（よご）れはないか ・尿検査（にょうけんさ）の異常（いじょう）はないか

▶▶ ⑥消化器（しょうかき）の病気（びょうき）

高齢者（こうれいしゃ）の消化機能（しょうかきのう）は比較的（ひかくてき）維持（いじ）されますが、唾液量（だえきりょう）の減少（げんしょう）・食欲低下（しょくよくていか）が起（お）きやすくなります。胃潰瘍（いかいよう）（ピロリ菌（きん）が原因（げんいん））・逆流性食道炎（ぎゃくりゅうせいしょくどうえん）・胃（い）がん・大腸（だいちょう）がんなどに注意（ちゅうい）が必要（ひつよう）です。

■ 介護時（かいごじ）のチェックポイント（消化器（しょうかき）） ・便（べん）が黒（くろ）かったり血液（けつえき）が混（ま）じったりしていないか ・食事（しょくじ）摂取量（せっしゅりょう）や体重

（たいじゅう）の変化（へんか）はみられないか・便通（べんつう）の変化（へんか）（便秘（べんぴ）や下痢（げり）の出現（しゅつげん）・排便回数（はいべんかいすう）の変化（へんか））はないか

▶▶ ⑦循環器（じゅんかんき）の病気（びょうき）

心不全（しんふぜん）：高血圧（こうけつあつ）や冠動脈疾患（かんどうみゃくしっかん）などが原因（げんいん）で心臓（しんぞう）が血液（けつえき）をうまく送（おく）り出（だ）せなくなる状態（じょうたい）です。息切（いきぎ）れ・動悸（どうき）・下肢（かし）のむくみなどが現（あら）われます。100～200万人（まんにん）の患者（かんじゃ）がいますとされ、高齢者（こうれいしゃ）に多（おお）く死亡率（しぼうりつ）も高（たか）い病気（びょうき）です。

不整脈（ふせいみゃく）：加齢（かれい）とともに増（ふ）える心房細動（しんぼうさいどう）や洞全症候群（どうぜんしょうこうぐん）があります。急（きゅう）な失神（しっしん）・脈拍（みゃくはく）が毎分（まいぶん）40未満（みまん）・突然（とつぜん）の動悸（どうき）（毎分（まいぶん）150以上（いじょう））などは要注意（ようちゅうい）です。

■ 介護時（かいごじ）のチェックポイント（循環器（じゅんかんき）） ・息切（いきぎ）れ・呼吸困難（こきゅうこんなん）・むくみ・動悸（どうき）はないか・急（きゅう）なめまいや意識喪失（いしきそうしつ）発作（ほっさ）はないか・定期的（ていきてき）に血圧（けつあつ）・脈拍数（みゃくはくすう）を調（しら）べているか

▶▶ ⑧脳（のう）・神経（しんけい）、精神（せいしん）の病気（びょうき）

脳血管疾患（のうけっかんしっかん）：脳梗塞（のうこうそく）（血栓（けっせん）による血流（けつりゅう）の停滞（ていたい））・脳出血（のうしゅっけつ）（動脈（どうみゃく）の破裂（はれつ））・くも膜下出血（くものうしゅっけつ）（脳動脈瘤（のうどうみゃくりゅう）の破裂（はれつ））の3種類（しゅるい）。片麻痺（かたまひ）・失語（しつご）・感覚障害（かんかくしょうがい）などが後遺症（こういしょう）として残（のこ）ることがある。

パーキンソン病（びょう）：中脳（ちゅうのう）の黒質（こくしつ）の神経細胞（しんけいさいぼう）の変性（へんせい）によって、ドーパミンが不足（ふそく）する疾患（しっかん）。歩行（ほこう）がゆっくりになる・細（こま）かい動作（どうさ）が難（むずか）しい・手指（てゆび）が震（ふる）えるなどの症状（しょうじょう）が出（で）ます。

認知症（にんちしょう）・うつ病（びょう）：精神疾患（せいしんしっかん）は画像検査（がぞうけんさ）による情報（じょうほう）が少（すく）なく、病歴（びょうれき）・病状（びょうじょう）の評価（ひょうか）にもとづいて診断（しんだん）されます。

■ 介護時（かいごじ）のチェックポイント（脳（のう）・神経（しんけい）・精神（せいしん）） ・手足（てあし）の麻痺（まひ）やしびれはないか・歩行（ほこう）の変化（へんか）（速度（そくど）・歩幅（ほはば）・傾（かたむ）きなど）はないか・短期記憶（たんききおく）の低下（ていか）や会話（かいわ）での同（おな）じ内容（ないよう）のくり返（かえ）しはないか・抑（よく）うつ・焦燥感（しょうそ

うかん）・過度（かど）の身体症状（しんたいしょうじょう）の訴（うった）えはないか

▶▶ ⑨介護保険（かいごほけん）の特定疾病（とくていしつぺい）（16 疾病（しつぺい））

介護保険（かいごほけん）制度（せいど）において、40～64 歳（さい）の第 2 号被保険者（だいにごうひほけんしゃ）が要介護認定（ようかいごにんてい）を受（う）けるためには、以下（いか）の 16 の特定疾病（とくていしつぺい）が原因（げんいん）であることが条件（じょうけん）となります。

特定疾病名（とくていしつぺいめい）	概要（がいよう）
がん（末期（まっき））	悪性新生物（あくせいしんせいぶつ）と診断（しんだん）され、治癒（ちゆ）困難（こんなん）な状態（じょうたい）（おおむね余命（よめい）6 か月（げつ）程度（ていど））のもの。
関節（かんせつ）リウマチ	全身（ぜんしん）の多（おお）くの関節（かんせつ）に疼痛（とうつう）・変形（へんけい）・動作機能障害（どうさきのうしょうがい）が現（あら）われる。30～50 歳代（さいだい）・女性（じょせい）に多（おお）い。
筋萎縮性側索硬化症（きんいしゆくせいそくさくこうかしょう）（ALS）	脊髄（せきずい）と脳（のう）の運動神経細胞（うんどうしんけいさいぼう）が減少（げんしょう）し、全身（ぜんしん）の筋力（きんりょく）が進行性（しんこうせい）に低下（ていか）する。3～5 年（ねん）で呼吸筋（こきゅうきん）が低下（ていか）。
後縦靱帯骨化症（こうじゅうじんたいこっかしょう）	脊椎（せきつい）の靱帯（じんたい）が骨化（こっか）して脊髄（せきずい）が圧迫（あっぱく）され、知覚障害（ちかくしょうがい）・運動障害（うんどうしょうがい）を引（ひ）き起（お）こす。
骨折（こっせつ）をともなう骨粗鬆症（こつそしょうしょう）	骨量（こつりょう）の減少（げんしょう）で骨（ほね）がもろくなり折（お）れやすくなる。更年期以降（こうねんきこう）の女性（じょせい）に多（おお）い。
初老期（しろうき）における認知症（にんちしょう）	記憶障害（きおくしょうがい）に加（くわ）え、失語（しつご）・失行（しつこう）・失認（しつにん）・遂行機能（すいこうきのう）の障害（しょうがい）のいずれかを合併（がっぺい）するもの。
進行性核上性麻痺（しんこうせいかくじょうせいまひ）、大脳皮質基底核変性症（だいのうひつきていかくへんせいしょう）、パーキンソン病（びょう）	パーキンソン症状（しょうじょう）（振戦（しんせん）・筋強剛（きんきょうこう）・動作緩慢（どうさかんまん）など）がみられる疾患群（しっかんぐん）。

特定疾病名（とくていしつぺいめい）	概要（がいよう）
脊髄小脳変性症（せきずいしょうのうへんせいしょう）	歩行時（ほこうじ）のふらつき・手（て）がうまく使（つか）えないなどの運動失調（うんどうしつちょう）が徐々に（じょじょ）に悪化（あつか）する神経変性疾患（しんけいへんせいしっかん）。
脊柱管狭窄症（せきちゅうかんきょうさくしょう）	脊柱管（せきちゅうかん）が狭（せま）くなって四肢（しし）・体幹（たいかん）の痛（いた）み・しびれ・筋力低下（きんりょくていか）・排尿排便障害（はいにようはいべんしょうがい）を起（お）こす。
早老症（そうろうしょう）	早期（そうき）に老化（ろうか）が始（はじ）まり、寿命（じゅみょう）が短縮（たんしゅく）するまれな遺伝性疾患（いでんせいしっかん）。
多系統萎縮症（たけいとういしゅくしょう）	小脳性運動失調（しょうのうせいうんどうしつちょう）・パーキンソン症状（しょうじょう）・自律神経症状（じりつしんけいしょうじょう）を呈（てい）する疾患群（しっかんぐん）。睡眠時（すいみんじ）の突然死（とつぜんし）に注意（ちゅうい）。
糖尿病性神経障害（とうにようびょうせいしんけいしょうがい）・腎症（じんしょう）・網膜症（もうまくしょう）	糖尿病（とうにようびょう）の主要（しゅよう）な合併症（がっぺいしょう）3種（しゅ）。腎症（じんしょう）は透析（とうせき）導入（どうにゅう）原因（げんいん）の最多（さいた）、網膜症（もうまくしょう）は失明（しつめい）の主要原因（しゅようげんいん）。
脳血管疾患（のうけっかんしっかん）	脳梗塞（のうこうそく）・脳出血（のうしゅっけつ）・くも膜下出血（くものうしゅっけつ）が急性発症（きゅうせいはいしょう）し、片麻痺（かたまひ）などが残（のこ）ることが多（おお）い。
閉塞性動脈硬化症（へいそくせいどうみゃくこうかしょう）	腹部（ふくぶ）から下肢（かじ）の動脈（どうみゃく）の血行障害（けっこうしょうがい）。冷感（れいかん）・間欠性跛行（かんけつせいはいこう）・安静時痛（あんせいじつう）・潰瘍（かいよう）・壊死（えし）がみられる。
慢性閉塞性肺疾患（まんせいへいそくせいはいしっかん）（COPD）	慢性気管支炎（まんせいきかんしえん）と肺気腫（はいきしゅ）の総称（そうしょう）。進行（しんこう）すると在宅酸素療法（ざいたくさんそりょうほう）が必要（ひつよう）。
両側（りょうそく）の膝関節（ひざかんせつ）または股関節（こかんせつ）に著（いちじる）しい変形（へんけい）をともなう	両（りょう）膝（ひざ）・両（りょう）股（こ）にX線（せん）上（じょう）で著（いちじる）しい変形（へんけい）がみられ、疼痛（とうつう）・歩行障害（ほこうしょうがい）

特定疾病名（とくていしつぺいめい）	概要（がいよう）
変形性関節症（へんけいせいかんせつしょう）	がある場合（ばあい）。

★ **この Section のポイント** ✓ 高齢者（こうれいしゃ）は症状（しょうじょう）が典型的（てんけいてき）にあらわれないことが多（おお）い。体重（たいじゅう）・食欲（しょくよく）・排泄（はいせつ）・浮腫（ふしゅ）・発熱（はつねつ）などの日常的（にちじょうてき）な変化（へんか）を見逃（みのが）さないことが大切（たいせつ）。✓ 熱中症（ねっちゅうしょう）は高齢者（こうれいしゃ）の約半数（やくはんすう）が発症（はっしょう）。発汗機能（はっかんきのう）・口渴感覚（こうかつかんかく）の低下（ていか）が原因（げんいん）で、室内（しつない）でも発症（はっしょう）する。✓ 生活習慣病（せいかつしゅうかんびょう）・運動系（うんどうけい）・知覚系（ちかくけい）・呼吸器（こきゅうき）・循環器（じゅんかんき）・脳（のう）神経（しんけい）の各分野（かくぶんや）に特徴的（とくちょうてき）な疾患（しっかん）がある。✓ 介護保険（かいごほけん）の特定疾病（とくていしつぺい）は16種類（しゅるい）。40～64歳（さい）の第2号被保険者（だいにごうひほけんしゃ）が対象（たいしょう）になる条件（じょうけん）。

第5章 認知症（にんちしょう）の基礎的理解（きそてきりかい）（認知症（にんちしょう）の理解（りかい）Ⅰ） 第1節 認知症（にんちしょう）ケアの理念（りねん）と視点（してん）

第5章 認知症（にんちしょう）の基礎的理解（きそてきりかい）（認知症（にんちしょう）の理解（りかい）Ⅰ）

【学習（がくしゅう）の目標（もくひょう）】 ● 認知症（にんちしょう）ケアの取組（とりく）みの経過（けいか）を踏（ふ）まえ、今日的（こんにちてき）な認知症（にんちしょう）ケアの理念（りねん）を理解（りかい）している。 ● 認知症（にんちしょう）による生活上（せいかつじょう）の障害（しょうがい）、心理（しんり）・行動（こうどう）の特徴（とくちょう）を理解（りかい）している。 ● 認知症（にんちしょう）の人（ひと）やその家族（かぞく）に対（たい）するかかわり方（かた）・支援（しえん）の基本（きほん）を理解（りかい）している。

第1節 認知症（にんちしょう）ケアの理念（りねん）と視点（してん）

1 認知症（にんちしょう）ケアを取（と）り巻（ま）く状況（じょうきょう）

▶▶ ①認知症（にんちしょう）ケアのこれまでと現状（げんじょう）

認知症（にんちしょう）ケアの歴史（れきし）には、いくつかの転機（てんき）がありました。

【第1の転機（てんき）】認知症（にんちしょう）が病気（びょうき）として認（みと）められたとき。それ以前（いぜん）は「老化（ろうか）」や「呆（ぼ）け」と呼（よ）ばれ、対応（たいおう）がわからないとき社会（しゃかい）や地域（ちいき）から排除（はいじょ）されることもありました。

病気（びょうき）と診断（しんだん）されることで家族（かぞく）は一時的（いちじてき）に安心（あんしん）できましたが、「治（なお）らない」と告（つ）げられるだけで支援（しえん）もなく、絶望（ぜつぼう）するだけでした。この段階（だんかい）では医療（いりょう）がケアの中心（ちゅうしん）になりましたが、BPSD（行動（こうどう）・心理症状（しんりしょうじょう））の説明（せつめい）が中心（ちゅうしん）で、本人（ほんにん）の立場（たちば）からケアを考（かんが）えることはほとんどありませんでした。

【第2の転機（てんき）】「小規模（しょうきぼ）ケア」の考（かんが）え方（かた）が生（う）まれたとき。小規模（しょうきぼ）ケアは一人（ひとり）ひとりに寄（よ）り添（そ）う個別（こべつ）ケアであり、認知症（にんちしょう）を「病気（びょうき）」よりも「障害（しょうがい）」としてとらえ、生活障害（せいかつしょうがい）・関係障害（かんけいしょうがい）に目（め）を向（む）けるようになりました。宅老所（たくろうしょ）・認知症対応型通所介護（にんちしょうたいおうがたつうしよかいご）・グループホーム・ユニットケア・パーソン・センタード・ケアが広（ひろ）まりました。

▶▶ ②認知症（にんちしょう）ケアのこれから

今（いま）では認知症（にんちしょう）の人（ひと）たち自身（じしん）が、診断（しんだん）前（ま

え)の混乱(こんらん)や診断後(しんだんご)の絶望感(ぜつぼうかん)、適切(てきせつ)な支援(しえん)を受(う)けることの喜(よろこ)びなどを直接(ちよくせつ)教(おし)えてくれる時代(じだい)になりました。

今後(こんご)重要(じゅうよう)なのは、認知症(にんちしょう)の人(ひと)といっしょに社会全体(しゃかいぜんたい)で認知症(にんちしょう)ケアを発展(はってん)させていくことです。施設(しせつ)でも在宅(ざいたく)でも、認知症(にんちしょう)の人(ひと)を社会(しゃかい)の一員(いちいん)として、地域社会(ちいきしゃかい)のなかで生(い)きがいを感じ(かん)じられるよう支援(しえん)することが大切(たいせつ)です。

2 認知症(にんちしょう)ケアの理念(りねん)

▶▶ ①その人(ひと)を中心(ちゅうしん)としたケア:その人(ひと)らしくあり続(つづ)けるための支援(しえん)

「その人(ひと)を中心(ちゅうしん)としたケア」とは、その人(ひと)らしくあり続(つづ)けるための支援(しえん)のことです。

私(わたし)たちはだれでも1人(ひとり)の人間(にんげん)として尊重(そんちょう)されることを望(のぞ)んでいます。子(こ)どものように扱(あつか)われたり、無視(むし)されたり、望(のぞ)まないことを押(お)しつけられたりしたら、悲(かな)しさや怒(いか)りを感じ(かん)じるでしょう。このような気持(きも)ちは認知症(にんちしょう)をかかえていても変(か)わりません。

▶▶ 尊厳(そんげん)の保持(ほじ)

その人(ひと)らしい生(い)き方(かた)とは、何(なに)よりも人間(にんげん)らしい生(い)き方(かた)のことです。これは認知症(にんちしょう)ケアの大前提(おおぜんてい)です。

認知症(にんちしょう)の人(ひと)が人間(にんげん)らしく生(い)きられるかどうかは、介護職(かいごしょく)やまわりの人(ひと)たちが認知症(にんちしょう)の人(ひと)の尊厳(そんげん)をどれだけ保(たも)っているかにかかっています。

介護職(かいごしょく)が認知症(にんちしょう)の人(ひと)の言葉(ことば)や行動(こうどう)を理解(りかい)できないとき、「本人(ほんにん)も理解(りかい)できていない」と決(き)めつけることがあります。しかし多(おお)くの場合(ばあい)、これは認知症(にんちしょう)そのものではなく、不適切(ふてきせつ)なかわりが原因(げんいん)です。その結果(けっか)、認知症(にんちしょう)の人(ひと)は「認知症(にんちしょう)という障害(しょうがい)」に加(くわ)え、「不適切(ふてきせつ)なケアという障害(しょうがい)」も負(お)うことになります。

▶▶ ②その人(ひと)らしくあり続(つづ)けるための支援(しえん)を実現(じつげん)する

以前(いぜん)は「認知症(にんちしょう)の症状(しょうじょう)は悪化(あくか)するだけで、できることは安全(あんぜん)と身体的(しんたいてき)ニーズを満(みた)たすことぐらい」と考(かん)がえられていました。

しかし、介護職（かいごしょく）や家族（かぞく）は新（あたらしい）考（かんが）え方（かた）を持（も）つようになりました。「認知症（にんちしょう）という病気（びょうき）になった」ではなく、「認知症（にんちしょう）をかかえながらどのようにその人（ひと）らしく暮（く）らしていけるか」を考（かんが）えることです。これは「あきらめ」から「希望（きぼう）」への大（おお）きな方向転換（ほうこうてんかん）です。

すべてを1人（ひとり）の介護職（かいごしょく）が担（にな）うのではなく、家族（かぞく）・地域（ちいき）・ほかの介護職（かいごしょく）・専門職（せんもんしょく）と協力（きょうりょく）することで、これまで無理（むり）だと思（おも）われてきたことにも道（みち）が開（ひら）かれます。問題（もんだい）は新（あたらしい）考（かんが）え方（かた）がむずかしいのではなく、古（ふる）い考（かんが）え方（かた）を見直（みなお）すことがむずかしいのです。

3 認知症（にんちしょう）ケアの視点（してん）

▶▶ ①問題視（もんだいし）するのではなく、人（ひと）として接（せつ）する

医療（いりょう）では「病気（びょうき）を明（あき）らかにすること」が期待（きたい）されますが、介護（かいご）では「障害（しょうがい）をかかえていても、その人（ひと）らしく暮（く）らせる可能性（かのうせい）を明（あき）らかにすること」が期待（きたい）されます。

「その人（ひと）を中心（ちゅうしん）としたケア」とは、本人（ほんにん）にできる限（かぎ）りの自由（じゆう）を保障（ほしょう）することです。そのためにはその人（ひと）のこれまでの生活（せいかつ）・仕事（しごと）・困難（こんなん）の乗（の）り越（こ）え方（かた）・大切（たいせつ）にしてきたこと・好（この）みなどを知（し）る必要（ひつよう）があります。

▶▶ 物語（ものがたり）に参加（さんか）する

人（ひと）はそれぞれ独自（どくじ）の人生（じんせい）の物語（ものがたり）を生（い）きています。認知症（にんちしょう）になっても、その物語（ものがたり）が消（き）えるわけではありません。

認知症（にんちしょう）の人（ひと）にかかわるとは、その物語（ものがたり）に参加（さんか）することです。物語（ものがたり）を勝手（かって）に書（か）き換（か）えるのではなく、本人（ほんにん）が自分（じぶん）の物語（ものがたり）を生（い）き続（つづ）けられるよう支援（しえん）することが、自由（じゆう）の保障（ほしょう）につながります。

▶▶ 共感的（きょうかんてき）に受（う）け入（い）れる

認知症（にんちしょう）の人（ひと）とコミュニケーションをとるときに大切（たいせつ）なのは、本人（ほんにん）が考（かんが）えている「現実（げんじつ）」を否定（ひてい）するのではなく、それを認（みと）め、共感的（きょうかんてき）に受（う）け入（い）れることです。どちらの「現実（げんじつ）」が正（ただ）しいかではなく、さまざまな「現実（げんじつ）」があることを認（みと）め、相手（あいて）の立場（たちば）に立（た）って考（かんが）えることです。

人（ひと）は自分（じぶん）が認（みと）められ受（う）け入（い）れられたと感（かん）じるとき、

充実感（じゅうじつかん）や自信（じしん）を持（も）てます。認知症（にんちしょう）をかかえていても同（おな）じです。ともに時間（じかん）を共有（きょうゆう）し、寄（よ）り添（そ）うことが何（なに）よりも重要（じゅうよう）です。

▶▶ ②できないことではなく、できることをみて支援（しえん）する

「寄（よ）り添（そ）う」とは、共感的（きょうかんとき）に受（う）け入（い）れ、そのかたわらに
いることです。これは介護（かいご）の技術（ぎじゅつ）ではなく、介護職（かいごしょく）の姿勢（しせい）
（しせい）です。「支援（しえん）するー支援（しえん）される」という関係（かんけい）ではなく、
平等（びやうどう）な関係（かんけい）を築（きず）くことです。

介護職（かいごしょく）は知（し）らず知（し）らずのうちに、急（せ）かしたり、本人（ほんにん）
がし始（はじ）めたことを中断（ちゅうだん）させたりして、認知症（にんちしょう）の人（ひと）の
できること・したいことを奪（うば）ってしまうことがあります。これは悪意（あくい）からではな
く、忙（いそが）しすぎたり疲（つか）れていたり、研修（けんしゅう）が不足（ふそく）していると
きに起（お）きやすいです。しかし尊厳（そんげん）の侵害（しんがい）であることに気（き）づかな
ければなりません。

「できることをみて支援（しえん）する」とは技術的（ぎじゅつてき）な問題解決（もんだいかいけ
つ）ではなく、認知症（にんちしょう）の人（ひと）を中心（ちゅうしん）に周（まわ）りの人（ひ
と）と協力（きょうりょく）して、困難（こんなん）を乗（の）り越（こ）える物語（ものがたり）を
つくっていくことです。」

▶▶ ■ キーワードまとめ

用語（ようご）	説明（せつめい）
小規模（しょうき ぼ）ケア	一人（ひとり）ひとりに寄（よ）り添（そ）う個別（こべつ）ケア。人間関係（に んげんかんけい）のなかで暮（く）らすことを前提（ぜんてい）とし、認知症（に んちしょう）を病気（びょうき）でなく障害（しょうがい）としてとらえる。
パーソン・センター ド・ケア	個別支援（こべつしえん）を中心（ちゅうしん）に置（お）き、「認知症（にんち しょう）の人（ひと）」という視点（してん）から「その人（ひと）らしい人（ひ と）」という視点（してん）でとらえるケアの理念（りねん）。
BPSD（行動（こう どう）・心理症状 （しんりしょうじょう））	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略（りゃく）。認知症 （にんちしょう）にともなう行動面（こうどうめん）・心理面（しんりめん）の症 状（しょうじょう）。
自由（じゆう）の保 障（ほしょう）	本人（ほんにん）にできる限（かぎ）りの自由（じゆう）を保障（ほしょう）する こと。そのためにその人（ひと）をよく知（し）り、できることをみて支援（しえ ん）する。

用語（ようご）	説明（せつめい）
物語（ものがたり）への参加（さんか）	認知症（にんちしょう）の人（ひと）の人生（じんせい）の物語（ものがたり）に参加（さんか）すること。物語（ものがたり）を勝手（かって）に書（か）き換（か）えるのではなく、本人（ほんにん）が物語（ものがたり）を生（い）き続（つづ）けられるよう支援（しえん）する。
共感的受（きょうかんとてきう）け入（い）れ	本人（ほんにん）の「現実（げんじつ）」を否定（ひてい）せず認（みと）めて共感的（きょうかんとてき）に受（う）け入（い）れること。相手（あいて）の立場（たちば）に立（た）って考（かんが）え、ともに時間（じかん）を共有（きょうゆう）する。
尊厳（そんげん）の保持（ほじ）	その人（ひと）らしい生（い）き方（かた）＝人間（にんげん）らしい生（い）き方（かた）をお互（たが）いに尊重（そんちょう）すること。認知症（にんちしょう）ケアの大前提（おおぜんてい）。

★ この Section のポイント ✓ 認知症（にんちしょう）ケアの歴史（れきし）：「排除（はいじょ）」→「医療中心（いりょうちゅうしん）」→「小規模（しょうきぼ）ケア・パーソン・センタード・ケア」と発展（はってん）。✓ 今日的（こんにちてき）な理念（りねん）は「その人（ひと）を中心（ちゅうしん）としたケア」。尊厳（そんげん）の保持（ほじ）が大前提（おおぜんてい）。✓ 認知症（にんちしょう）の人（ひと）が人間（にんげん）らしく生（い）きられるかは、介護職（かいごしょく）の尊厳（そんげん）へのかかわりにかかっている。✓ 3つの視点（してん）：①自由（じゆう）の保障（ほしょう）・物語（ものがたり）への参加（さんか）・共感的受（きょうかんとてきう）け入（い）れ ②できることをみて平等（びやうどう）な関係（かんけい）を築（きず）く。✓ 認知症（にんちしょう）の人（ひと）も家族（かぞく）・地域（ちいき）・専門職（せんもんしょく）との協力（きょうりょく）に参加（さんか）できる力（ちから）を持（も）っている。

第5章 認知症の基礎的理解 第2節 認知症（にんちしょう）による生活障害（せいかつしょうがい）、心理（しんり）・行動（こうどう）の特徴（とくちょう）

第2節 認知症（にんちしょう）による生活障害（せいかつしょうがい）、心理（しんり）・行動（こうどう）の特徴（とくちょう）

1 「人（ひと）」と「生活（せいかつ）」の理解（りかい）

介護（かいご）の目的（もくてき）の1つは、個別（こべつ）ケアによってQOL（生活（せいかつ）の質（しつ））の向上（こうじょう）をめざすことです。「人（ひと）」と「生活（せいかつ）」を正（ただ）しく理解（りかい）することが介護職（かいごしょく）にとって重要（じゅうよう）です。

▶▶ ①「人（ひと）」の理解（りかい）

「人（ひと）」は、①生物学的（せいぶつがくてき）側面（そくめん）、②心理学的（しんりがくてき）側面（そくめん）、③社会的（しゃかいがくてき）側面（そくめん）、④実存的（じつぞんてき）側面（そくめん）の4つの側面（そくめん）が互（たが）いに関係（かんけい）し合（あ）いながら活動（かつどう）する総体（そうたい）として理解（りかい）します。

▶▶ ②「生活（せいかつ）」の理解（りかい）

「生活（せいかつ）」は「食事（しょくじ）」「入浴（にゅうよく）」「排泄（はいせつ）」などの生活行為（せいかつこうい）を2つの側面（そくめん）でとらえます。

①「過去（かこ）・現在（げんざい）・未来（みらい）」につながる時間軸（じかんじく）にそった活動（かつどう）の側面（そくめん）（どのように生（い）きてきたかという連続性（れんぞくせい））。

②住居（じゅうきょ）・物品（ぶつびん）・金銭（きんせん）などの物理的環境（ぶつりてきかんきょう）、家庭（かてい）・学校（がっこう）・職場（しょくば）・地域社会（ちいきしゃかい）などの社会的環境（しゃかいてきかんきょう）、家族（かぞく）・友人（ゆうじん）などの人的環境（じんてきかんきょう）の影響（えいきょう）を受（う）けた活動（かつどう）の側面（そくめん）（どこでどのように過（す）ごしてきたか）。

2 認知症（にんちしょう）ケアはなぜ「人（ひと）」と「生活（せいかつ）」に焦点（しょうてん）をあてるのか

▶▶ ①認知機能（にんちきのう）の障害（しょうがい）が生活（せいかつ）に及（およ）ぼす影響（えいきょう）

認知症（にんちしょう）は脳神経疾患（のうしんけいしっかん）による認知機能（にんちきのう）の障害（しょうがい）が主（おも）な要因（よういん）です。経験（けいけん）・知識（ちしき）・人格（じんかく）・社会性（しゃかいせい）が徐々（じょじょ）に失（うしな）われ、人間関係（にんげん

かんけい) や社会資源 (しゃかいしげん) とのつながりが途切 (とぎ) れ、生活 (せいかつ) に大 (おお) きな影響 (えいきょう) を及 (およ) ぼします。

例 (たとえ) えば、記憶障害 (きおくしょうがい) により「先 (さき) ほど何 (なに) をしていたか」が思 (おも) い出 (だ) せず、脈絡 (みゃくらく) のない行動 (こうどう) になります。見当識障害 (みとうしきしょうがい) により、時間 (じかん) や場所 (ばしょ) がわからず夕方 (ゆうがた) に仕事 (しごと) の準備 (じゅんび) を始 (はじ) めたり、外出 (がいしゅつ) 先 (さき) で迷子 (まいご) になったりします。

▶▶ パーソン・センタード・ケアとは

1990 年代 (ねんだい) にイギリスのキットウッド (Kitwood) が提唱 (ていしょう) したケアの理念 (りねん) です。

「認知症 (にんちしょう) という病気 (びょうき)」ではなく「認知症 (にんちしょう) をかかえながらどのようにその人 (ひと) らしく暮 (く) らせるか」という視点 (してん) に立 (た) ちます。つまり「受 (う) け身 (み) な人 (ひと)」ではなく「前向 (まえむ) きな人 (ひと)」としてとらえ直 (なお) すことです。どの段階 (だんかい) でも、だれであっても「人 (ひと)」や「生活 (せいかつ)」に焦点 (しょうてん) をあてて、よりよく生 (い) きることを支 (ささ) えられるとしています。

▶▶ ②生活 (せいかつ) とは、残 (のこ) された能力 (のうりょく) をいかすこと

認知症 (にんちしょう) では失 (うしな) われる能力 (のうりょく) が増 (ふ) え、残 (のこ) る能力 (のうりょく) が減 (へ) っていきます。しかし、不適切 (ふてきせつ) な物理的環境 (ぶつりてきかんきょう) や人 (ひと) とのかかわりが認知機能 (にんちきのう) に悪影響 (あくえいきょう) を及 (およ) ぼし、残 (のこ) っている能力 (のうりょく) まで活用 (かつよう) できなくさせることがあります。つまり「認知症 (にんちしょう) の症状 (しょうじょう) は不適切 (ふてきせつ) な環境 (かんきょう) ・かかわりによってつくられた障害 (しょうがい)」ともいえます。

認知症 (にんちしょう) の人 (ひと) の行動 (こうどう) を「問題行動 (もんだいこうどう)」ではなく「混乱 (こんらん) = SOS」のサインととらえ、その意味 (いみ) を探 (さぐ) ることが認知症 (にんちしょう) ケアの第一歩 (だいいっぽ) です。

3 認知症 (にんちしょう) の中核症状 (ちゅうかくしょうじょう)

認知症 (にんちしょう) の人 (ひと) は「何 (なに) もわからなくなる」わけではありません。中核症状 (ちゅうかくしょうじょう) とBPSD (行動 (こうどう) ・心理症状 (しんりしょうじょう)) を把握 (はあく) することで、その人 (ひと) をよりよく理解 (りかい) できます。

中核症状 (ちゅうかくしょうじょう)	内容 (ないよう) ・介護 (かいご) のポイント
記憶障害 (きおくし	記憶力 (きめいりょく) (おぼえる力 (ちから)) ・保持力 (ほじりょく) (おぼえ

中核症状（ちゅうかくしょうじょう）	内容（ないよう）・介護（かいご）のポイント
ようがい	ておく力（ちから）・想起力（そうきりょく）（思（おも）い出（だ）す力（ちから））の3つが弱（よわ）くなる。最近（さいきん）の記憶（きおく）から失（うし）なわれ、過去（かこ）の記憶（きおく）は比較的（ひかくてき）保（たも）たれる。
見当識障害（みとうしきしょうがい） （失見当（しつみとう））	時間（じかん）・場所（ばしょ）・人物（じんぶつ）の把握力（はあくりょく）が低下（ていか）する。昼夜逆転（ちゅうやぎゃくてん）・迷子（まいご）・早朝（そうちょう）に仕事（しごと）の準備（じゅんび）をするなどの原因（げんいん）となる。
失語（しつご）	言葉（ことば）を話（はな）す器官（きかん）は正常（せいじょう）なのに、脳（のう）の言語（げんご）を担（になう）う部分（ぶぶん）が機能（きのう）しなくなり、話（はな）せない状態（じょうたい）。
失行（しっこう）	手足（てあし）の機能（きのう）は保（たも）たれているのに、脳（のう）の運動野（うんどうや）の障害（しょうがい）で行為（こうい）ができない。服（ふく）を着（き）る・携帯電話（けいたいでんわ）を持（も）ち上（あ）げるなどができなくなる。
失認（しつにん）	目（め）や視神経（ししんけい）は正常（せいじょう）なのに、脳（のう）（後頭葉（こうとうよう））が見（み）ているものを認識（にんしき）できない。「見（み）えているのに見（み）えない」という状態（じょうたい）。
計算力（けいさんりょく）の低下（ていか）	数字（すうじ）に関（かん）することで混乱（こんらん）が起（お）きる。初期（しよき）から目立（めだ）つ症状（しょうじょう）。安（やす）い物（もの）を買（か）うのに常（つね）に1000円札（えんさつ）を出（だ）すなどがサイン。
判断力（はんだんりょく）の低下（ていか）	記憶力（きおくりょく）・見当識（みとうしき）の低下（ていか）にともない、物事（ものごと）を判断（はんだん）する力（ちから）が一般的（いっぱんてき）な程度（ていど）を超（こ）えて低下（ていか）する。

4 BPSD（行動（こうどう）・心理症状（しんりしょうじょう））

BPSDとは Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略（りゃく）で、中核症状（ちゅうかくしょうじょう）の結果（けっか）として、または環境（かんきょう）・かかわりとの相互作用（そうごさよう）によって生（しょう）じる症状（しょうじょう）です。

▶▶ ①行動症状（こうどうしょうじょう）

行動症状（こうどうしょうじょう）	内容（ないよう）と介護（かいご）のポイント
徘徊（はいかい）・帰宅行動（きたくこうどう）	自宅（じたく）から外出（がいしゅつ）して帰（かえ）り道（みち）がわからなくなる。夕刻（ゆうこく）から激（はげ）しくなることが多（おほ）い。施設（しせつ）内（ない）でも「家（いえ）に帰（かえ）る」訴（うた）えを繰（く）り返（かえ）す。近年（きんねん）「徘徊（はいかい）」という言葉（ことば）のマイナスイメージを変（か）える取（と）り組（く）みが進（すす）んでいる。
攻撃的（こうげきてき）な言動（げんどう）・介助（かいじょ）への抵抗（ていこう）	介助（かいじょ）が「何（なに）をされるかわからない攻撃（こうげき）」と感（かん）じられた場合（ばあい）に起（お）きる。認知症（にんちしょう）の進行（しんこう）とともにあらわれなくなっていく。
昼夜逆転（ちゅうやぎゃくてん）	昼間（ひるま）はぼんやり、夕刻（ゆうこく）以降（いこう）は活発（かつぱつ）・興奮状態（こうふんじょうたい）になる。介護（かいご）する人（ひと）の負担（ふたん）が急激（きゅうげき）に増大（ぞうだい）する。
不潔行為（ふけつこうい）	「不潔（ふけつ）なことをしたい」のではなく、とっさの状況（じょうきょう）への短絡的（たんらくてき）な処理（しり）が原因（げんいん）。本人（ほんにん）を責（せ）めず、原因（げんいん）となる状況（じょうきょう）を理解（りかい）することが大切（たいせつ）。
収集癖（しゅうしゅうへき）	物（もの）を集（あつ）めてくる。中核症状（ちゅうかくしょうじょう）の進行（しんこう）によって、収集（しゅうしゅう）した直後（ちよくご）に行為（こうい）を忘（わす）れてしまうため繰（く）り返（かえ）される。
異食行為（いしょくこうい）	食（た）べられないものを口（くち）に入（い）れる。「目（め）につくもの＝口（くち）に運（はこ）ぶ」行動（こうどう）に結（むす）びついている。側頭葉（そくとうよう）の変化（へんか）に伴（ともな）いやすい症状（しょうじょう）。
失禁（しっきん）	脳（のう）の変化（へんか）により排尿（はいにょう）・排便（はいべん）のコントロールができなくなる。本人（ほんにん）は何（なに）について叱（しか）られているかわからないため、強（つよ）く責（せ）めると混乱（こんらん）が激（はげ）しくなる。

▶▶ ②心理（しんり）（精神（せいしん））症状（しょうじょう）

心理症状（しんりしょうじょう）	内容（ないよう）と介護（かいご）のポイント
不安感（ふあんか）	初期（しよき）に注意（ちゅうい）すべき精神症状（せいしんしょうじょう）。不安

心理症状（しんりし ようじょう）	内容（ないよう）と介護（かいご）のポイント
ん）・心気状態（し んきじょうたい）	（ふあん）・焦燥感（しょうそうかん）・抑（よく）うつ気分（きぶん）が出（で）る。実際（じっさい）にはからだに問題（もんだい）がないのに「悪（わる）い病気（びょうき）があるに違（ちが）いない」と心配（しんぱい）し続（つづ）ける「心気状態（しんきじょうたい）」もみられる。
強迫症状（きょうは くしょうじょう）	「手（て）が汚（よご）れている（汚染（おせん））」と感（かん）じ洗（あら）い続（つづ）ける「洗淨強迫（せんじょうきょうはく）」や、鍵（かぎ）をかけたか確認（かくにん）し続（つづ）ける「確認強迫（かくにんきょうはく）」が出（で）ることがある。
抑（よく）うつ状態 （じょうたい）・無 気力状態（むきりょ くじょうたい）	中核症状（ちゅうかくしょうじょう）が現（あら）れる前（まえ）から気分（きぶん）の沈（しず）みが繰（く）り返（かえ）されることがある。抑（よく）うつは「自分（じぶん）が悪（わる）い」という自責（じせき）感（かん）、無気力（むきりょく）は「やる気（き）のなさ」が前面（ぜんめん）に出（で）る。
幻覚（げんかく） （幻視（げんし）・ 幻聴（げんちよ う））	現実（げんじつ）にはないことを見（み）たり聞（き）いたりする。本人（ほんにん）にとっては事実（じじつ）として体験（たいけん）しているため、頭（あたま）ごなしに否定（ひてい）すると深（ふか）く傷（きず）つける。しかし無条件（むじょうけん）に受（う）け入（い）れると病的体験（びょうてきたいけん）が固定化（こていか）されるので注意（ちゅうい）が必要（ひつよう）。
妄想（もうそう）	「お金（かね）がない」「毒（どく）が入（はい）っている」などの被害感（ひがいかん）が出（で）る。感情（かんじょう）面（めん）では怒（いか）り・悲（かな）しみが表面化（ひょうめんか）しやすくなる。
睡眠障害（すいみん しょうがい）	入眠障害（にゅうみんしょうがい）・中途覚醒（ちゅうとかくせい）・早朝覚醒（そうちょうかくせい）の３種類（しゅるい）。うつ病（びょう）にともなう不眠（ふみん）と区別（くべつ）が必要（ひつよう）。

5 意識障害（いしきしょうがい）の理解（りかい）－せん妄（もう）

認知症（にんちしょう）ケアでもっとも重視（じゅうし）しなければならないのが「意識障害（いしきしょうがい）（混濁（こんだく））」です。認知症（にんちしょう）と意識障害（いしきしょうがい）は本来（ほんらい）別（べつ）のものですが、多（おお）くの場合（ばあい）で合併（がっぺい）するため常（つね）に注意（ちゅうい）が必要（ひつよう）です。

▶▶ せん妄（もう）とは

せん妄（もう）は軽度（けいど）に意識（いしき）が混濁（こんだく）した状態（じょうたい）です。一見（いっけん）目（め）を開（あ）けてしっかりと答（こた）えているようにみえて、実際（じっさい）は頭（あたま）の中（なか）がぼんやりしています。

せん妄（もう）が発症（はっしょう）しやすいケース ・体液（たいえき）の電解質（でんかいしつ）バランスが乱（みだ）れた場合（ばあい） ・高熱（こうねつ）や脱水（だっすい）になった場合（ばあい） ・不眠（ふみん）になった場合（ばあい） ・社会的背景（しゃかいてきはいけい）が急激（きゅうげき）に変化（へんか）した場合（ばあい）（入院（にゅういん） ・施設入所（しせつにゅうしょ）など）

せん妄（もう）の2種類（しゅるい） 低活動性（ていかつどうせい）せん妄（もう）：一晩中（ひとばんじゅう）ベッドでゴソゴソと動（うご）き回（まわ）るが、激（はげ）しい動（うご）きにはならない。高活動性（こうかつどうせい）せん妄（もう）：夕刻（ゆうこく）以降（いこう）に急激（きゅうげき）に運動性（うんどうせい）が高（たか）まり大声（おおごえ）を出（だ）して暴（あば）れる。本人（ほんにん）はそのときのことをおぼえていないこともある。

せん妄（もう）は認知症（にんちしょう）自体（じたい）とは異（こと）なり、数日（すうにち）から数週間（すうしゅうかん）で改善（かいぜん）させることができます。

6 生活障害（せいかつしょうがい）の理解（りかい）

生活障害（せいかつしょうがい）とは、認知機能（にんちきのう）の障害（しょうがい）に関連（かんれん）して、これまでできていた日常生活（にちじょうせいかつ）の行為（こうい）ができなくなることです。記憶障害（きおくしょうがい） ・実行機能障害（じっこうきのうしょうがい） ・見当識障害（みとうしきしょうがい） が関係（かんけい）して引（ひ）き起（お）こされます。

段階（だんかい）	生活障害（せいかつしょうがい）の例（れい）と支援（しえん）
初期（しよき）～中期（ちゅうき）（IADL：手段的（しゅだんてき）日常生活動作（にちじょうせいかつどうさ））	自動車（じどうしゃ）の運転（うんてん） ・ 電話（でんわ） ・ 調理（ちょうり） ・ 買（か）い物（もの） ・ 内服薬（ないふくやく）の管理（かんり）などが徐々（じょじょ）にできなくなる。紙（かみ）に書（か）いて確認（かくにん）しながら行（おこな）う ・ 服薬（ふくやく）カレンダー ・ 一包化（いっぽうか）などの支援（しえん）が有効（ゆうこう）。
中期（ちゅうき）～重度（じゅうど）（ADL：日常生活動作（にちじょうせいかつどうさ））	排泄（はいせつ） ・ 食事（しょくじ） ・ 入浴（にゅうよく）など多（お）くの生活行為（せいかつこうい）が障害（しょうがい）される。一方的（いっぽうてき）に介助（かいじょ）するのではなく、本人（ほんにん）の意思（いし）を確認（かくにん）し、できない部分（ぶぶん）のみ介助（かいじょ）して残（のこ）存能力（ぞんのうりよく）を活（い）かす。

▶▶ ■ キーワードまとめ

用語（ようご）	説明（せつめい）
中核症状（ちゅうかくしょうじょう）	認知症（にんちしょう）の病気（びょうき）の進行（しんこう）にともなって必（かならず）あらわれる症状（しょうじょう）。記憶障害（きおくしょうがい） ・ 見当識障害

用語（ようご）	説明（せつめい）
う）	（みとうしきしょうがい）・失語（しつご）・失行（しっこう）・失認（しつにん）・計算力低下（けいさんりよくていか）・判断力低下（はんだんりよくていか）など。
BPSD（行動（こうどう）・心理症状（しんりしょうじょう））	中核症状（ちゅうかくしょうじょう）の結果（けっか）として、または環境（かんきょう）・かわりとの相互作用（そうごさよう）で生（しょう）じる行動症状（こうどうしょうじょう）（徘徊（はいかい）・攻撃（こうげき）・失禁（しっきん）・収集癖（しゅうしゅうへき）など）と心理症状（しんりしょうじょう）（不安（ふあん）・妄想（もうそう）・幻覚（げんかく）・抑（よく）うつなど）。
記憶障害（きおくしょうがい）	記憶力（きめいりよく）・保持力（ほじりよく）・想起力（そうきりよく）の3つが弱（よわ）くなる。最近（さいきん）の記憶（きおく）から失（うしな）われ、過去（かこ）の記憶（きおく）は比較的（ひかくてき）保（たも）たれる。
見当識障害（みとうしきしょうがい）（失見当（しつみとう））	時間（じかん）・場所（ばしょ）・人物（じんぶつ）の把握力（はあくりよく）が低下（ていか）する症状（しょうじょう）。昼夜逆転（ちゅうやぎゃくてん）や迷子（まいご）などの原因（げんいん）となる。
せん妄（もう）	軽度（けいど）の意識混濁（いしきこんだく）。認知症（にんちしょう）とは別物（べつもの）だが合併（がっぺい）しやすい。数日（すうにち）～数週間（すうしゅうかん）で改善（かいぜん）可能（かのう）。
生活障害（せいかつしょうがい）	認知機能（にんちきのう）の障害（しょうがい）に関連（かんれん）して、これまでできていた日常生活行為（にちじょうせいかつこうい）ができなくなること。 IADL→ADLの順（じゅん）に障害（しょうがい）される。
パーソン・センタード・ケア	キットウッドが提唱（ていしょう）。「認知症（にんちしょう）の人（ひと）」でなく「前向（まえむ）きな人（ひと）」としてとらえ、生活（せいかつ）の質（しつ）の向上（こうじょう）を目指（めざ）すケアの理念（りねん）。

★ このSectionのポイント ✓ 「人（ひと）」は生物学的（せいぶつがくてき）・心理学的（しんりがくてき）・社会的（しゃかいがくてき）・実存的（じつぞんてき）の4側面（そくめん）で理解（りかい）する。「生活（せいかつ）」は時間軸（じかんじく）と環境（かんきょう）の2側面（そくめん）で理解（りかい）する。✓ パーソン・センタード・ケアはキットウッドが提唱（ていしょう）。「受（う）け身（み）な人（ひと）」ではなく「前向（まえむ）きな人（ひと）」としてとらえる。✓ 中核症状（ちゅうかくしょうじょう）：記憶障害（きおくしょうがい）・見当識障害（みとうしきしょうがい）・失語（しつご）・失行（しっこう）・失認（しつにん）・計算力低下（けいさんりよくていか）・判断力低下（はんだんりよくていか）。✓ BPSD（行動症状（こうどうしょうじょう））：徘徊（はいかい）・攻撃的言動（こうげきてきげんどう）・昼夜逆転（ちゅうやぎゃくてん）・不潔行為（ふけつこうい）・収集癖（しゅうしゅうへき）・異食（いしょく）・失禁（しっきん）。✓ BPSD（心理症状（しんりしょうじょう））：不安感（ふあんかん）・強迫症状（きょうはくしょうじょう）・抑（よく）うつ・幻覚（げんかく）・妄想（もうそう）・睡眠障害（すいみんしょうがい）。✓ せん妄（もう）は認知症（にんちしょう）とは別（べつ）。軽

（かる）い意識混濁（いしきこんだく）で数日（すうにち）～数週間（すうしゅうかん）で改善（かいぜん）できる。✓ 生活障害（せいかつしょうがい）は IADL→ADL の順（じゅん）に進（すす）む。残存能力（ざんぞんのうりよく）を活（い）かした支援（しえん）が重要（じゅうよう）。

第5章 認知症の基礎的理解 第3節 認知症（にんちしょう）の人（ひと）や家族（かぞく）へのかかわり・支援（しえん）の基本（きほん）

第3節 認知症（にんちしょう）の人（ひと）や家族（かぞく）へのかかわり・支援（しえん）の基本（きほん）

1 認知症（にんちしょう）の人（ひと）にかかわる際（さい）の前提（ぜんてい）

▶▶ ①かかわる前（まえ）に知（し）っておくこと

認知症（にんちしょう）の人（ひと）への基本的（きほんてき）なかかわり方（かた）は、特別（とくべつ）なことではありません。私（わたし）たちが社会生活（しゃかいせいかつ）のなかで人間関係（にんげんかんけい）を円滑（えんかつ）にするために気（き）をつけることと同（おな）じです。

認知症（にんちしょう）になったからといって、すべての能力（のうりょく）が損（そこ）なわれているわけではありません。認知機能（にんちきのう）の障害（しょうがい）は人（ひと）によってさまざまです。また、認知症（にんちしょう）になったために、より鋭敏（えいびん）になっている部分（ぶぶん）もあることに配慮（はいりょ）が必要（ひつよう）です。

たとえ重度（じゅうど）の認知症（にんちしょう）でも、ほとんどの人（ひと）はまわりの動（うご）きをじっと観察（かんさつ）しています。まわりのちょっとした支援（しえん）で乗（の）り越（こ）えることができるのです。

▶▶ ②あらかじめ確認（かくにん）しておくこと（自己覚知（じこかくち））

かかわる前（まえ）のチェックポイント（自己覚知（じこかくち）） 自分（じぶん）の特徴（とくちょう）を知（し）る：自分（じぶん）なりの考（かんが）え方（かた）・行動（こうどう）パターンを把握（はあく）し、他者（たしや）とのかかわり方（かた）を調整（ちょうせい）する。自分（じぶん）の気持（きもち）を確認（かくにん）する：認知症（にんちしょう）の人（ひと）は言葉（ことば）の意味（いみ）を理解（りかい）しなくても表情（ひょうじょう）や印象（いんしょう）でこちらの気持（きもち）ちを感じ（かん）じとる。イライラは相手（あいて）に伝（つた）わる。心身（しんしん）の状態（じょうたい）を確認（かくにん）する：おだやかなところをもつために健康（けんこう）なからだが必要（ひつよう）。専門職（せんもんしょく）として自己管理（じこかんり）は必須（ひつす）。自分（じぶん）の表情（ひょうじょう）を確認（かくにん）する：笑顔（えがお）は楽（たの）しい気持（きもち）ちを伝（つた）え、他（ほか）の人（ひと）にも伝（つた）わる。意識的（いしきてき）に笑顔（えがお）をつくることが大切（たいせつ）。

■ **事例（じれい）1：表情（ひょうじょう）から察（さつ）する** 夫（おっと）がアルツハイマー型（がた）認知症（にんちしょう）になった妻（つま）は、怒（おこ）らないよう気（き）を張（は）り詰（つ）めながら介護（かいご）していました。ある日（ひ）、友人（ゆうじん）と楽（たの）しく電話（でんわ）で笑（わら）っていると、夫（おっと）が「そうだよ、その顔（かお）だよ」とボツリと言（い）いました。言葉（ことば）では怒（おこ）らないようにしていても、気持（きもち）ちは表情（ひょうじょう）に出（で）ていたのです。笑顔（えがお）がいちばんだと教（おし）えられた事例（じれい）です。

▶▶ ③かかわり方（かた）の基本的（きほんてき）な姿勢（しせい）

かかわり方（かた）の7つの基本（きほん） プライドを傷（きず）つけない：認知症（にんちしょう）の人（ひと）は自分（じぶん）ができなくなっていることに気（き）づいている。責（せ）めると暴力的（ぼうりよくてき）になったり閉（と）じこもったりする。耳（みみ）を傾（かたむ）けて聴（き）く：「また同（おな）じ話（はなし）」と思（おも）うと聴（き）こうとする姿勢（しせい）は出（で）てこない。その人（ひと）を受（う）け入（い）れようと思（おも）ったときにはじめて耳（みみ）を傾（かたむ）けられる。相手（あいて）をそのまま受（う）け入（い）れる（受容（じゅよう））：おだやかな部分（ぶぶん）も混乱（こんらん）している部分（ぶぶん）もすべてを受（う）け入（い）れること。非審判的態度（ひしんばんてきたいど）をとる：介護職（かいごしょく）が一方的（いつぱうてき）に「よい・悪（わる）い」と判断（はんだん）しない。本人（ほんにん）には本人（ほんにん）なりの理由（りゆう）がある。価値観（かちかん）を尊重（そんちょう）する：その人（ひと）が大切（たいせつ）にしてきた生活（せいかつ）スタイルやこだわりを最大限（さいだいげん）に尊重（そんちょう）する。自己覚知（じこかくち）：自分（じぶん）の特徴（とくちょう）・気持（きも）ち・心身状態（しんしんじょうたい）・表情（ひょうじょう）を確認（かくにん）してからかかわる。笑顔（えがお）：笑顔（えがお）は楽（たの）しい気持（きも）ちを伝（つた）え、相手（あいて）もおだやかになる。

2 実際（じっさい）のかかわり方（かた）の基本（きほん）

▶▶ ①相手（あいて）の気持（きも）ちを読（よ）みとる

認知症（にんちしょう）の人（ひと）とのかかわりでは、相手（あいて）の気持（きも）ちを読（よ）みとることが大切（たいせつ）です。表情（ひょうじょう）の変化（へんか）に注意（ちゅうい）を払（はら）い、「今（いま）は機嫌（きげん）がよさそうだからここまで話（はな）そう」「今（いま）は複雑（ふくざつ）な話（はなし）は後（あと）にしよう」など、気持（きも）ちを読（よ）みとって行動（こうどう）を変（か）えることが重要（じゅうよう）です。

たとえば、おむつに便（べん）をしていても触（さわ）られることがいやな雰囲気（ふんいき）があったら、無理（むり）に交換（こうかん）するのはよい介護（かいご）ではありません。強制的（きょうせい）に押（お）さえつけると不信感（ふしんかん）が生（う）まれ、次（つぎ）の介護（かいご）でも抵抗（ていこう）が続（つづ）きます。本人（ほんにん）に不安（ふあん）を与（あた）えない方法（ほうほう）を考（かんが）えましょう（例（れい）：「新（あた）らしいズボンに替（か）えましょう」などと便失禁（べんしっきん）にふれない言葉（ことば）を選（えら）ぶ）。

▶▶ ②本人（ほんにん）の行動（こうどう）をさまたげない

「本人（ひとにん）は何（なに）か思（おも）いがあって行動（こうどう）している」ことを理解（りかい）することが重要（じゅうよう）です。うろうろ歩（ある）き回（まわ）る行動（こうどう）にも、本人（ほんにん）には目的（もくてき）があります。その思（おも）いと目的（もくてき）を理解（りかい）して共有（きょうゆう）することが大切（たいせつ）です。

本人（ほんにん）が行動（こうどう）しているときの言葉（ことば）を聴（き）くことから始（はじ）めます。無理（むり）にやめさせようとするとうるさくしてしまいます。家族（かぞく）から本人（ほんにん）の好（す）きな話（はなし）・得意（とくい）なこと・こだわりなどの情報（じょうほう）を事前（じぜん）に聞（き）いておくことも大切（たいせつ）です。

■ 事例（じれい）2：「帰（かえ）りたい」という行動（こうどう）の理由（りゆう） 夕方（ゆうがた）になると「帰（かえ）りたい」と訴（うった）える人（ひと）がいました。「どこに帰（かえ）りたいですか？」と聞（き）くと「仕事（しごと）が残（のこ）っている」とのこと。信頼（しんらい）している仕事仲間（しごとなかま）の名前（なまえ）を出（だ）して「代（か）わりにやってくれるそうです」と伝（つた）えることで落（お）ち着（つ）いてもらえました。「帰（かえ）りたい」の理由（りゆう）は人（ひと）によって違（ちが）い、本人（ほんにん）に聞（き）く以外（いがい）に知（し）る方法（ほうほう）はありません。

▶▶ ③上手（じょうず）に質問（しつもん）する

本人（ほんにん）の思（おも）いを聞（き）き出（だ）すには、上手（じょうず）に質問（しつもん）を組（く）み立（た）てることが大切（たいせつ）です。

■ 事例（じれい）3と4：質問（しつもん）の仕方（しかた）の違（ちが）い【悪（わる）い例（れい）】Aさん「早（はや）く帰（かえ）らなければ……」→介護職（かいごしょく）「もう遅（おそ）いから明日（あした）にしましょう」→Aさん「何（なに）言（い）ってるんだ！」【よい例（れい）】Aさん「早（はや）く帰（かえ）らなければ……」→介護職（かいごしょく）「急（いそ）いで行（い）きたいですね。どんな用事（ようじ）ですか？」→Aさん「お金（かね）のことだよ」→介護職（かいごしょく）「大事（だいじ）なことですか、ご家族（かぞく）に連絡（れんらく）をとってみますね。ここで待（ま）ちいただけますか？」→Aさん「わかったよ」質問（しつもん）は「あなたに関心（かんしん）をもっています」という気持（きも）を伝（つた）える。信頼関係（しんらいかんけい）の構築（こうちく）につながる。

▶▶ ④感謝（かんしゃ）の気持（きも）を伝（つた）える

できるだけ機会（きかい）を見（み）つけては感謝（かんしゃ）の気持（きも）を伝（つた）えましょう。どんな小（ちい）さなことで感謝（かんしゃ）すれば、認知症（にんちしょう）の人（ひと）の気持（きも）はおだやかで豊（ゆた）かになります。できていること・上手（じょうず）なところをほめることが少（すく）なくなりがちなので意識（いしき）しましょう。ほめて感謝（かんしゃ）することは、本人（ほんにん）のプライドを満足（まんぞく）させる行動（こうどう）を増（ふ）やしていくことと同（おな）じです。

3 家族（かぞく）への支援（しえん）

▶▶ ①家族介護者（かぞくかいごしゃ）の心理過程（しんりかてい）と葛藤（かつとう）

家族介護者（かぞくかいごしゃ）もひとくくりにとらえるのではなく、1人（ひとり）の人（ひと）として心理状態（しんりじょうたい）や家庭状況（かていじょうきょう）によく耳（みみ）を傾（かたむ）

け、いっしょに考（かんが）えていく姿勢（しせい）が必要（ひつよう）です。

段階（だんかい）	心理状態（しんりじょうたい）と支援（しえん）のポイント
①とまどい・ショック・否認（ひにん）	認知症（にんちしょう）の疑（うたが）いや診断（しんだん）後（ご）のショック。将来（しょうらい）が見（み）えずとまどう。→ピア・サポート（同（おな）じ境遇（きょうぐう）の人（ひと）同士（どうし）の支（ささ）え合（あ）い）が有効（ゆうこう）。
②混乱（こんらん）・怒（いか）り・防衛（ぼうえい）	不可解（ふかかい）な言動（げんどう）への混乱（こんらん）と怒（いか）り。怒（おこ）ってしまった後悔（こうかい）と孤独感（こどくかん）。目（め）が離（はな）せない状況（じょうきよう）になる。→周囲（しゅうい）への情報提供（じょうほうていきよう）・話（はな）し合（あ）いの場（ば）づくりが大切（たいせつ）。
③あきらめ・割（わ）り切（き）り	今（いま）の状況（じょうきよう）を受（う）け入（い）れつつ、「私（わたし）しかできない」という依存傾向（いぞんけいこう）や孤立（こりつ）・抑（よく）うつ傾向（けいこう）も出（で）る。→家族介護者（かぞくかいごしゃ）の心身健康（しんしんけんこう）に注意（ちゅうい）・休息時間（きゅうそくじかん）の確保（かくほ）。
④適応（てきおう）・受容（じゅよう）	生活（せいかつ）リズムを調整（ちょうせい）し、介護（かいご）サービスをうまく活用（かつよう）できる。自己成長（じこせいちょう）や新（あた）らしい価値観（かちかん）を見（み）いだせる。→症状（しょうじょう）変化（へんか）や健康状況（けんこうじょうきよう）によって再（ふた）たび混乱（こんらん）することもある。

認知症（にんちしょう）の人（ひと）も家族（かぞく）もっとも QOL が高（たか）くなる選択（せんたく）を家族（かぞく）とともに考（かんが）え、支援（しえん）することが介護職（かいごしょく）による家族支援（かぞくしえん）の基本姿勢（きほんしせい）です。

▶▶ ②レスパイトケア

レスパイトケアとは、自宅（じたく）で介護（かいご）をする家族（かぞく）に、一時的（いちじてき）な休息（きゅうそく）や息抜（いきぬ）きを行（おこな）う支援（しえん）のことです。2019 年（ねん）の調査（ちょうさ）では、老老介護（ろうろうかいご）の世帯（せたい）は全体（ぜんたい）の半数（はんすう）を占（し）めています。長期間（ちょうきかん）の介護（かいご）を継続（けいぞく）するためにレスパイトケアが大切（たいせつ）です。

サービス（さーびす）	特徴（とくちょう）と効果（こうか）
認知症対応型通所介護（にんちしょうたいおうがたつうしゃかいご）（認知症（にんちしょう）デイサービス）	認知症（にんちしょう）の診断（しんだん）を受（う）けた人（ひと）のみ利用可能（りようかのう）。定員（ていいん）12 名（めい）の小規模（しょうきぼ）。混乱（こんらん）が少（すく）なく安心（あんしん）できる環境（かんきよう）。家族（かぞく）は日中（にっちゅう）の時間（じかん）を確保（かくほ）できる。

サービス（さーびす）	特徴（とくちょう）と効果（こうか）
通所介護（つうしょかいご）（デイサービス）	どの地域（ちいき）にも多（おお）くある。日中（にっちゅう）の介護者（かいごしゃ）の休息（きゅうそく）に役立（やくだ）つ。日中（にっちゅう）の活動性（かつどうせい）を高（たか）め生活（せいかつ）リズムの回復（かいふく）も期待（きたい）できる。
小規模多機能型居宅介護（しょうきぼたきのうがたきょたくかいご）	通（かよ）い・訪問（ほうもん）・泊（と）まりの3サービスを一体的（いったいてき）に組（く）み合（あ）わせて利用（りよう）できる。家族（かぞく）の都合（つごう）にあわせて柔軟（じゅうなん）に使（つか）える。
短期入所（たんきにゅうしょ）（ショートステイ）	まとまった期間（きかん）の利用（りよう）が可能（かのう）でレスパイト効果（こうか）が大（おお）きい。ただし環境（かんきょう）の急変（きゅうへん）でせん妄（もう）・妄想（もうそう）などが起（お）きる「リロケーションダメージ」に注意（ちゅうい）が必要（ひつよう）。
家族会（かぞukai）・認知症（にんちしょう）カフェ	同（おな）じ境遇（きょうぐう）の家族同士（かぞくどうし）が対等（たいとう）な立場（たちば）で語（かた）り合（あ）う場（ば）。心理的（しんりてき）な休息（きゅうそく）・孤立感（こりつかん）の軽減（けいげん）につながる。
介護者教室（かいごしゃきょうしつ）	認知症（にんちしょう）の知識（ちしき）・介護（かいご）方法（ほうほう）を学（まな）び、客観的（きゃっかんてき）に自分（じぶん）の介護（かいご）を見直（みなお）す機会（きかい）になる。

▶▶ ③介護職（かいごしょく）が行（おこな）う家族（かぞく）への支援（しえん）

入所施設（にゅうしょしせつ）での家族支援（かぞくしえん） ・自宅（じたく）での生活（せいかつ）の様子（ようす）・好（この）み・趣味（しゅみ）を詳（くわ）しく聞（き）く機会（きかい）を設（もう）ける・「施設（しせつ）でも変（か）わらない支援（しえん）を考（かんが）えてくれる」という家族（かぞく）の安心感（あんしんかん）につなげる・面会（めんかい）時（じ）にあいさつだけでなく、日常生活（にちじょうせいかつ）の様子（ようす）や不安（ふあん）なことを伝（つた）える

居宅系（きょたくけい）サービスでの家族支援（かぞくしえん） ・家族（かぞく）の表情（ひょうじょう）・様子（ようす）から困（こま）っていることを察（さつ）して声（こえ）をかける・体調（たいちょう）・睡眠（すいみん）・健康（けんこう）についてさりげなく聞（き）きとる・在宅介護（ざいたくかいご）がうまくいっていること・ていねいに行（おこな）えていることを評価（ひょうか）する・デイサービスでの本人（ほんにん）の様子（ようす）（楽（たの）しそうに過（す）ごしている等（とう））を家族（かぞく）に伝（つた）えて不安（ふあん）を軽減（けいげん）する

▶▶ ④家族（かぞく）への情報提供（じょうほうていきよう）と助言（じょげん）の方法（ほうほう）

効果的（こうかてき）な助言（じょげん）のポイント 理想論（りそうろん）だけを述（の）べない：家族

（かぞく）が知（し）りたいのは具体的（ぐたいてき）な生活（せいかつ）の工夫（くふう）。まず十分（じゅうぶん）に話（はなし）を聞（き）いてから助言（じょげん）する。あいまいな概念（がいねん）を使（つか）わない：「パーソン・センタード・ケア」などの抽象的（ちゅうしょうてき）な説明（せつめい）は避（さ）ける。具体的（ぐたいてき）で実用的（じつようてき）な、試（ため）すことができる助言（じょげん）を心（こころ）がける。体調（たいちょう）への気遣（きづか）いを伝（つた）える：「専門職（せんもんしょく）から体調（たいちょう）を気（き）づかってもらえた」という言葉（ことば）が家族（かぞく）に最（もっと）も喜（よろこ）ばれる。家族介護者（かぞくかいごしゃ）が健康（けんこう）でなければ在宅介護（ざいたくかいご）は成（な）り立（た）たない。

★ この Section のポイント ✓ 認知症（にんちしょう）の人（ひと）への基本（きほん）：自己覚知（じこかくち）→プライドを傷（きず）つけない→受容（じゅよう）・非審判的態度（ひしんぱんてきたいど）・価値観（かちかん）の尊重（そんちょう）。✓ 実際（じっさい）のかかわり方（かた）：気持（きも）ちを読（よ）みとる→行動（こうどう）をさまたげない→上手（じょうず）に質問（しつもん）する→感謝（かんしゃ）を伝（つた）える。✓ 家族介護者（かぞくかいごしゃ）の心理過程（しんりかてい）4段階（だんかい）：とまどい・ショック→混乱（こんらん）・怒（いか）り→あきらめ・割（わ）り切（き）り→適応（てきおう）・受容（じゅよう）。✓ レスパイトケアの主（おも）なサービス：認知症（にんちしょう）デイ・デイスサービス・小規模多機能（しょうきぼたきのう）・ショートステイ（リロケーションダメージに注意（ちゅうい））・家族会（かぞくかい）・認知症（にんちしょう）カフェ。✓ 家族（かぞく）への助言（じょげん）：理想論（りそうろん）ではなく具体的（ぐたいてき）・実用的（じつようてき）な助言（じょげん）を。体調（たいちょう）への気遣（きづか）いが最（もっと）も喜（よろこ）ばれる。

第6章 認知症（にんちしょう）の理解（りかい）Ⅱ 第1節 医学的側面（いがくてきそくめん）からみた認知症（にんちしょう）の理解（りかい）

第6章 認知症（にんちしょう）の理解（りかい）Ⅱ 第1節 医学的側面（いがくてきそくめん）からみた認知症（にんちしょう）の理解（りかい）

1 認知症（にんちしょう）とは

▶▶ ①脳（のう）の構造（こうぞう）と機能（きのう）

脳（のう）は大腦（だいのう）・小脳（しょうのう）・脳幹（のうかん）からなります。大腦（だいのう）は4つの葉（よう）に分（わ）かれ、それぞれ異（こと）なる機能（きのう）を持（も）ちます。

部位（ぶい）	主（おも）な機能（きのう）
前頭葉（ぜんとうよう）	総合的（そうごうてき）な思考（しこう）・判断（はんだん）、感情（かんじょう）や衝動（しょうどう）のコントロール、動作（どうさ）のコントロール
側頭葉（そくとうよう）	記憶（きおく）・言語（げんご）（ウェルニッケ野（や））。内側（ないそく）に短期記憶（たんきおく）にかかわる海馬（かいば）がある
後頭葉（こうとうよう）	視覚情報（しかくじょうほう）の処理（しり）・記憶形成（きおくけいせい）
頭頂葉（とうちようよう）	感覚情報（かんかくじょうほう）の解釈（かいしゃく）・数字（すうじ）・道具（どうぐ）の操作（そうさ）・空間的認知（くうかんてきにんち）

認知症（にんちしょう）では神経細胞（しんけいさいぼう）が死（し）んだり変性（へんせい）したりして脳（のう）が機能低下（きのうていか）を起（お）こします。側頭葉（そくとうよう）の海馬（かいば）が変性（へんせい）すると記憶障害（きおくしょうがい）、前頭前野（ぜんとうぜんや）の障害（しょうがい）では思考（しこう）・判断（はんだん）の障害（しょうがい）と感情（かんじょう）のコントロール困難（こんなん）が起（お）きます。

▶▶ ②認知症（にんちしょう）の定義（ていぎ）（DSM-5）

認知症（にんちしょう）とは、一度（いちど）正常（せいじょう）に発達（はったつ）した認知機能（にんちきのう）が障害（しょうがい）されたために、職業上（しよくぎょうじょう）・日常生活上（にちじょうせいかつじょう）の支障（ししょう）をきたした状態（じょうたい）です。

認知症（にんちしょう）の3条件（じょうけん）（DSM-5） ・①明（あき）らかな認知機能障害（にんちきのうしょうがい）があること ・②生活（せいかつ）の自立（じりつ）が阻害（そがい）されていること ・③ほかの精神疾患（せいしんしっかん）やせん妄（もう）ではないこと

MCI（軽度認知機能障害（けいどにんちきのうしょうがい））：認知機能障害（にんちきのうしょうがい）はあるが日常生活（にちじょうせいかつ）が自立（じりつ）している状態（じょうたい）。認知症（にんちしょう）への進行（しんこう）リスクが高（たか）く、この時期（じき）に介入（かいにゅう）することで進行（しんこう）を抑制（よくせい）できる可能性（かのうせい）がある。

▶▶ ③ 認知症（にんちしょう）の有病率（ゆうびょうりつ）

加齢（かれい）とともに有病率（ゆうびょうりつ）が増加（ぞうか）し、70 歳代（さいだい）では約 10%、80 歳代（さいだい）では約 30%、90 歳代（さいだい）では 60%以上（いじょう）。2025 年（ねん）には認知症患者（にんちしょうしゃ）が 700 万人（まんにん）を超（こ）えると推測（すいそく）されています（2025 年問題（ねんもんだい））。

▶▶ ④ 認知症（にんちしょう）ともの忘（わす）れの違（ちが）い

	内容（ないよう）
生理的（せいりてき）なものの忘（わす）れ（加齢（かれい））	想起（そうき）がうまくできないだけ。何（なに）かのきっかけがあれば思（おも）い出（だ）せる。
認知症（にんちしょう）の記憶障害（きおくしょうがい）	記銘（きめい）・保持（ほじ）の機能（きのう）が低下（ていか）。きっかけがあっても思（おも）い出（だ）せない。「なかったこと」と否定（ひてい）するようになる（取（と）りつくろい）。

▶▶ ⑤ 認知症（にんちしょう）に類似（るいじ）した状態（じょうたい）

せん妄（もう）：一過性（いつかせい）の意識障害（いしきしょうがい）。3 つの因子（いんし）が関与（かんよ）します。

因子（いんし）	内容（ないよう）
準備因子（じゅんびいんし）（なりやすさ）	高齢（こうれい）・認知症（にんちしょう）・脳血管障害（のうけっかんしょうがい）など
誘発因子（ゆうはつのいんし）（促進（そくしん））	環境変化（かんきょうへんか）（入院（にゅういん）など）・不眠（ふみん）・身体（しんたい）の痛（いた）みや便秘（べんぴ）・発熱（はつねつ）など
直接因子（ちよくせついんし）（引（ひ）き金（がね））	炎症（えんしょう）・脱水（だっすい）・薬剤（やくざい）・手術（しゅじゅつ）など

うつ病（びょう）：思考力（しこうりょく）・集中力（しゅうちゅうりょく）の低下（ていか）により認知症（にんちしょう）のようにみえることがあります（仮性認知症（かせいにんちしょう））。うつ

病（びょう）の治療（ちりょう）で改善（かいぜん）します。「がんばって」などのはげましは禁句（きんく）。「つらいですね」という共感（きょうかん）と安心（あんしん）を与（あた）える声（こえ）かけが大切（たいせつ）です。

2 認知症（にんちしょう）の診断（しんだん）

▶▶ ①認知機能（にんちきのう）のスクリーニング検査（けんさ）

検査名（けんさめい）	特徴（とくちょう）	カットオフ
MMSE	国際的（こくさいてき）に使用（しよう）。11項目（こうもく）。記憶障害（きおくしょうがい）・失行（しっこう）なども確認（かくにん）できる。	30点満点（てんまんてん）で23点以下（てんいか）は認知症（にんちしょう）の疑（うたが）い
HDS-R（長谷川式（はせがわしき））	日本（にほん）の長谷川和夫（はせがわかずお）が開発（かいはつ）。9項目（こうもく）。記憶障害（きおくしょうがい）の検出（けんしゅつ）に優（すぐ）れる。	30点満点（てんまんてん）で20点以下（てんいか）は認知症（にんちしょう）の疑（うたが）い

注意（ちゅうい）：スクリーニング検査（けんさ）だけでは認知症（にんちしょう）か否（いな）かの判断（はんだん）はできません。体調（たいちょう）や環境（かんきょう）が結果（けっか）に影響（えいきょう）することがあります。

▶▶ ②重症度（じゅうしょうど）の評価（ひょうか）

CDR（Clinical Dementia Rating）：認知機能（にんちきのう）や生活機能（せいかつきのう）に関（かん）する6項目（こうもく）の観察式（かんさつしき）評価（ひょうか）尺度（しゃくど）。CDR 0（健康（けんこう））～CDR 3（高度認知症（こうどにんちしょう））で評価（ひょうか）します。

FAST（Functional Assessment Staging）：アルツハイマー型認知症（がたにんちしょう）の病期（びょうき）ステージを生活機能（せいかつきのう）から分類（ぶんるい）した評価（ひょうか）尺度（しゃくど）。ステージ1（正常（せいじょう））～ステージ7（高度（こうど））まであり、今後（こんご）の進行（しんこう）を予測（よそく）して介護（かいご）を事前（じぜん）に検討（けんとう）することができます。

3 認知症（にんちしょう）の原因疾患（げんいんしっかん）とその病態（びょうたい）

疾患（しっかん）	病態（びょうたい）・特徴（とくちょう）	介護（かいご）のポイント
①アルツハイマー	アミロイドβたんぱく・リン酸化（りんさんか）	初期（しよき）：不安（ふあ

疾患（しっかん）	病態（びょうたい）・特徴（とくちょう）	介護（かいご）のポイント
型認知症（がたにんちしょう） （最多（さい）た）・女性（じょせい）に多（おお）い	タウたんぱくによる神経細胞（しんけいさいぼう）の障害（しょうがい）。海馬（かいば）萎縮（いしゅく）による記憶障害（きおくしょうがい）が初発（しよはつ）・必発（ひつぱつ）。遂行機能障害（すいこうきのうしょうがい）・判断障害（はんだんしょうがい）・見当識障害（みとうしきしょうがい）（時間→場所→人物（じんぶつ）の順（じゅん））が続（つづ）く。緩徐進行（かんじょしんこう）。平均余命（へいきんよめい）8～12年（ねん）。	ん）・もの盗（と）られ妄想（もうそう）。中等度（ちゅうとうど）：徘徊（はいかい）・興奮（こうふん）。重度（じゅうど）：セルフケア全般（ぜんぱん）に介助（かいじょ）が必要（ひつよう）。
②血管性認知症（けっかんせい）にんちしょう） （男性（だんせい）に多（おお）い）	脳梗塞（のうこうそく）・脳出血（のうしゅっけつ）・動脈硬化（どうみゃくこうか）による。障害部位（しょうがいぶい）による「まだら認知症（にんちしょう）」が特徴（とくちょう）。感情失禁（かんじょうしっकिन）・抑（よく）うつ・せん妄（もう）がみられやすい。	脳血管障害（のうけっかんしょうがい）のたびに階段状（かいだんじょう）に症状（しょうじょう）が変化（へんか）する。生活習慣病（せいかつしゅうかんびょう）のコントロールが予防（よぼう）に重要（じゅうよう）。
③レビー小体型認知症（しょうたいがたにんちしょう）	特徴的（とくちょうてき）な4症状（しょうじょう）：①認知機能（にんちきのう）の動揺（どうよう）（日（ひ）によってADLが大（おお）きく変化（へんか））②具体的（ぐたいてき）な幻視（げんし）（色彩（しきさい）豊（ゆた）か）③レム睡眠行動障害（すいみんこうどうしょうがい）（夢（ゆめ）を見（み）ながら叫（さけ）ぶ・動（うご）く）④パーキンソン症状（しょうじょう）（すくみ足（あし）・小刻（こきぎ）み歩行（ほこう）・振戦（しんせん））	パーキンソン症状（しょうじょう）による転倒（てんとう）リスクに注意（ちゅうい）。幻視（げんし）は頭（あたま）ごなしに否定（ひてい）しない。
④前頭側頭葉変性症（ぜんとうそくとうようへんせいしょう）	65歳未満（さいみまん）の発症（はっしょう）が多（おお）い。前頭葉（ぜんとうよう）変性（へんせい）による人格変化（じんかくへんか）・自発性低下（じはつせいていか）・衝動（しょうどう）コントロールの欠如（けつじょ）・常同行動（じょうどうこうどう）・食行動（しょくこうどう）の変化（へんか）（甘（あま）いものばかり食（た）べるなど）が特徴（とくちょう）。	初期（しょき）には記憶障害（きおくしょうがい）が目立（めだ）たないことが多（おお）い。万引（まんび）きなどの社会規範（しゃかいきはん）を無視（むし）した行動（こうどう）に注意（ちゅうい）。
⑤クロイツフェル	異常（いじょう）プリオンたんぱくによる急速	めまい・記憶障害（きおくしょう

疾患（しっかん）	病態（びょうたい）・特徴（とくちょう）	介護（かいご）のポイント
ト・ヤコブ病（びょう）	（きゅうそく）進行性（しんこうせい）の認知症（にんちしょう）。50～60 歳代（さいだい）に多（おお）い。症状発現（しょうじょうはつげん）から死亡（しぼう）まで 1～2 年（ねん）。現在（げんざい）有効（ゆうこう）な治療法（ちりょうほう）はない。	うがい）から始（はじ）まり、急速（きゅうそく）に進行（しんこう）。ミオクロヌス（不随意運動（ふずいいうんどう））が出現（しゅつげん）。

▶▶ ⑥治療（ちりょう）で回復（かいふく）できる認知症（にんちしょう）

原因（げんいん）	概要（がいよう）と治療（ちりょう）
慢性硬膜下血腫（まんせいこうまくかけっしゅ）	頭部打撲（ずぶほぶく）後（ご）に発生（はっせい）。画像検査（がぞうけんさ）ですぐ発見（はっけん）でき、手術（しゅじゅつ）で血腫（けっしゅ）を除去（じょきょ）すると症状（しょうじょう）が改善（かいぜん）。
特発性正常圧水頭症（とくはつせいせいじょうあつすいとうしょう）	①認知機能障害（にんちきのうしょうがい）②歩行障害（ほこうしょうがい）③尿失禁（にょうしっकिन）の 3 症状（しょうじょう）。シャント術（じゅつ）で髄液（ずいえき）を排出（はいしゅつ）すると改善（かいぜん）。
ビタミン B 群（ぐん）欠乏（けつぼう）	ビタミン補給（ほきゅう）で改善（かいぜん）できる。
甲状腺機能低下症（こうじょうせんきのうていかしょう）	ホルモン補充療法（ほじゅうりょうほう）で改善（かいぜん）できる。
糖尿病（とうにょうびょう）による認知機能障害（にんちきのうしょうがい）	適切（てきせつ）な血糖（けつとう）コントロールで改善（かいぜん）が期待（きたい）できる。

▶▶ ⑦若年性認知症（じゃくねんせいになちしょう）

65 歳未満（さいみまん）で発症（はっしょう）した認知症（にんちしょう）。全国（ぜんこく）で 4 万人弱（まんにんじゃく）と推計（すいけい）されます。2020 年（ねん）の報告（ほうこく）ではアルツハイマー型（がた）が 52.6%で最多（さいた）。現役世代（げんえきせだい）であるため、就労（しゅうろう）・経済的問題（けいざいてきもんだい）・家庭機能（かていきのう）への影響（えいきょう）が大（おお）きく、幅広（はばひろ）い支援（しえん）が必要（ひつよう）です。介護者（かいごしゃ）が未成年（みせいねん）の子（こ）ども（ヤングケアラー）となることもあります。

4 認知症（にんちしょう）の治療（ちりょう）と予防（よぼう）

▶▶ ①治療（ちりょう）の目標（もくひょう）

認知症（にんちしょう）の治療（ちりょう）とは、症状（しょうじょう）の安定（あんてい）と進行（しんこう）の抑制（よくせい）により、住（す）み慣（な）れた地域（ちいき）・家庭（かてい）での生活（せいかつ）を継続（けいぞく）することが目標（もくひょう）です。肺炎（はいえん）などで入院（にゅういん）をきっかけに急激（きゅうげき）に進行（しんこう）することがあるため、日々（ひび）の健康管理（けんこうかんり）が重要（じゅうよう）です。また、外出（がいしゅつ）・適度（てきど）な運動（うんどう）・趣味（しゅみ）・他者（たしゃ）との交流（こうりゅう）が脳機能（のうきのう）の維持（いじ）に有効（ゆうこう）です。

▶▶ ②非薬物療法（ひやくぶつりょうほう）

療法名（りょうほうめい）	概要（がいよう）
リアリティ・オリエンテーション	正（ただ）しい日時（にちじ）・場所（ばしょ）・人物（じんぶつ）の情報（じょうほう）を繰（く）り返（かえ）し伝（つた）え、見当識（みとうしき）を高（たか）める。
認知（にんち）トレーニング	記憶（きおく）・注意（ちゅうい）・問題解決（もんだいかいけつ）などに焦点（しょうてん）をあてたプログラム。
音楽療法（おんがくりょうほう）	歌（うた）う・聴（き）く・楽器（がっき）演奏（えんそう）・リズム運動（うんどう）など。不安（ふあん）・抑（よく）うつ・行動障害（こうどうしょうがい）に効果（こうか）がある可能性（かのうせい）。
回想法（かいそうほう）	高齢者（こうれいしゃ）のライフヒストリーを受容的（じゅようてき）・共感的（きょうかんてき）に傾聴（けいちょう）して、こころを支（ささ）える。
運動療法（うんどうりょうほう）	有酸素運動（ゆうさんそうんどう）・筋力強化（きんりょくきょうか）・平衡感覚（へいこうかんかく）訓練（くんれん）などを組（く）み合（あ）わせて実施（じっし）。

▶▶ ③薬物療法（やくぶつりょうほう）（アルツハイマー型（がた））

薬剤名（やくざいめい）	対象重症度（たいしゅうじゅうしょうど）	主（おも）な副作用（ふくさよう）
ドネペジル（コリンエステラーゼ阻害薬（そがいやく））	軽（かる）・中（なか）・高（こう）	嘔気（おうき）・食欲低下（しょくよくていか）・徐脈（じょみやく）
ガランタミン（コリンエステラーゼ阻害薬）	軽（かる）・中（なか）	嘔気（おうき）・食欲低下（しょくよくていか）

薬剤名（やくざいめい）	対象重症度（たいしゅうじゅうしょうど）	主（おも）な副作用（ふくさよう）
（そがいやく）	か）	くよくていか）
リバスチグミン（コリンエステラーゼ阻害薬（そがいやく）・貼付剤（ちょうふざい））	軽（かる）・中（なか）	発赤（はっせき）・かゆみ
メマンチン（NMDA 受容体拮抗薬（じゅようたいきっこうやく））	中（なか）・高（こう）	眠気（ねむけ）・めまい・便秘（べんぴ）

BPSD への薬物療法（やくぶつりょうほう）は非薬物的（ひやくぶつてき）アプローチが原則（げんそく）。過鎮静（かちんせい）・転倒（てんとう）・誤嚥（ごえん）などの副作用（ふくさよう）に十分（じゅうぶん）注意（ちゅうい）が必要（ひつよう）です。

▶▶ ④ 認知症（にんちしょう）の予防（よぼう）

時期（じき）	主（おも）なリスク要因（よういん）
若年期（じゃくねんき）（～15 歳（さい））	十分（じゅうぶん）な教育（きょういく）の欠如（けつじょ）
中年期（ちゅうねんき）（40～65 歳（さい）ごろ）	高血圧（こうけつあつ）・肥満（ひまん）・難聴（なんちょう）
老年期（ろうねんき）（65 歳（さい）～）	うつ病（びょう）・糖尿病（とうにようびょう）・不活発（ふかつぱつ）・喫煙（きつえん）・社会的孤立（しゃかいてきこりつ）

「認知症施策推進大綱（にんちしょうしさくすいしんたいこう）」（2019 年（ねん）、厚労省（こうろうしょう））における「予防（よぼう）」とは、「認知症（にんちしょう）にならない」ことではなく、「なるのを遅（おそ）らせる」「進行（しんこう）を緩（ゆる）やかにする」という意味（いみ）です。「予防（よぼう）」と「共生（きょうせい）」の両方（りょうほう）が重要（じゅうよう）です。

★ この Section のポイント ✓ 認知症（にんちしょう）の定義（ていぎ）（DSM-5）：一度（いちど）正常（せいじょう）に発達（はったつ）した認知機能（にんちきのう）が障害（しょうがい）され職業（しよくぎょう）・日常生活（にちじょうせいかつ）に支障（ししょう）をきたした状態（じょうたい）。✓ MCI（軽度認知機能障害（けいどにんちきのうしょうがい））は認知症（にんちしょう）への進行（しんこう）リスクが高（たか）い。早期介入（そうきかいにゅう）で進行（しんこう）を抑制（よくせい）できる可能性（かのうせい）がある。✓ 主（おも）な認知症（にんちしょう）：①アルツハイマー型（がた）（最多（さいた））②血管性（けっかんせい）③レビー小体型（しょうたいがた）（幻視（げんし）・パーキンソン症状（しょうじょう））④前頭側頭葉変性症（ぜんとうそくとうようへんせいしょう）（人格変化（じんかくへん

か))。✓ 治療(ちりょう)で回復(かいふく)できる認知症(にんちしょう)もある：慢性硬膜下血腫(まんせいこうまくかけっしゅ)・正常圧水頭症(せいじょうあつすいとうしょう)・ビタミン欠乏(けつぼう)・甲状腺機能低下(こうじょうせんきのうていか)・糖尿病(とうにょうびょう)。✓ 若年性認知症(じゃくねんせいになちしょう)は65歳未満(さいみまん)発症(はっしょう)。就労(しゅうろう)・経済(けいざい)・家庭機能(かていきのう)への影響(えいきょう)が大(おお)きく、ヤングケアラー問題(もんだい)にも注意(ちゅうい)が必要(ひつよう)。✓ 認知症(にんちしょう)の予防(よぼう)は「ならない」ではなく「遅(おそ)らせる・緩(ゆる)やかにする」こと。生活習慣病(せいかつしゅうかんびょう)管理(かんり)・運動(うんどう)・社会的交流(しゃかいてきこうりゅう)が重要(じゅうよう)。

第6章 認知症（にんちしょう）の理解（りかい）Ⅱ 第2節 認知症（にんちしょう）の人（ひと）への支援（しえん）の実際（じっさい）

第2節 認知症（にんちしょう）の人（ひと）への支援（しえん）の実際（じっさい） ～アセスメント・チームアプローチ～

1 認知症（にんちしょう）のアセスメント

▶▶ ①「困（こま）った人（ひと）」から「困（こま）っている人（ひと）」へ

認知症（にんちしょう）の人（ひと）の行動（こうどう）や言葉（ことば）の背景（はいけい）には必ず理由（りゆう）があります。「問題行動（もんだいこうどう）」への対応（たいおう）を考（かんが）えるのではなく、「困（こま）っている人（ひと）」への支援（しえん）と考（かんが）え方（かた）を変（か）えることが重要（じゅうよう）です。

認知症（にんちしょう）を理解（りかい）するための3つのステップ 評価的理解（ひょうかてきりかい）：表面的（ひょうめんてき）に「好（す）き・嫌（きら）い・困（こま）った」ととらえてしまう（この段階（だんかい）からの脱却（だっきゃく）が必要（ひつよう）） 分析的理解（ぶんせきてきりかい）：本人（ほんにん）の立場（たちば）に立（た）って「なぜ？ どうして？」と疑問（ぎもん）を持（も）ち、行動（こうどう）・言葉（ことば）の意味（いみ）を探（さぐ）る 共感的理解（きょうかんできりかい）：「なるほど・そうだったのか・もっともだな」と本人（ほんにん）の気持（きも）ちが共感（きょうかん）できる（これがリフレーミング（視点（してん））を替（か）えること）

▶▶ ②アセスメントの8つの視点（してん）

認知症（にんちしょう）の人（ひと）のアセスメントの視点（してん） ①病気（びょうき）や薬（くすり）の副作用（ふくさよう）による影響（えいきょう） ②身体的（しんたいてき）な痛（いた）みや身体（からだ）の不調（ふちょう）による影響（えいきょう） ③精神的苦痛（せいしんてきくつう）や性格（せいかく）などの心理的背景（しんりてきはいけい）による影響（えいきょう） ④音（おと）や光（ひかり）・寒暖（かんだん）などの五感（ごかん）への刺激（しげき）の影響（えいきょう） ⑤周囲（しゅうい）の人（ひと）のかかわり方（かた）・態度（たいど）による影響（えいきょう） ⑥住（す）まいなどの物的環境（ぶつてきかんきょう）による居心地（いごこち）の悪（わる）さの影響（えいきょう） ⑦本人（ほんにん）の能力（のうりょく）と活動（かつどう）のずれによる影響（えいきょう） ⑧生活歴（せいかつれき）・習慣（しゅうかん）・価値観（かちかん）と現状（げんじょう）のずれの影響（えいきょう）

2 中核症状（ちゅうかくしょうじょう）へのかかわり方（かた）の実際（じっさい）

中核症状 (ちゅうかくしょうじょう)	かかわり方(かた)のポイント
記憶障害 (きおくしょうがい)	本人(ほんにん)に自覚(じかく)はないが、忘(わす)れていくことへの不安(ふあん)は残(のこ)っている。まず本人(ほんにん)の訴(うった)えを受(う)けとめ安心(あんしん)してもらう。物(もの)の置(お)き場所(ばしょ)を固定(こてい)する・日時(にちじ)をわかりやすくするなど環境(かんきょう)を整(ととの)える。絵(え)・メモなど本人(ほんにん)がおぼえやすい方法(ほうほう)を探(さが)す。
見当識障害 (みとうしきしょうがい)	場所(ばしょ)がわからずトイレ失敗(しっぱい)・家族(かぞく)がわからなくなる場合(ばあい)がある。「障害(しょうがい)による症状(しょうじょう)」と理解(りかい)して対応(たいおう)する。時計(とけい)を近(ちか)くに置(お)く・時間(じかん)を意識(いしき)させる言葉(ことば)がけ。24時間(じかん)リアリティ・オリエンテーション(日時(にちじ)・場所(ばしょ)・季節(きせつ)などを自然(しぜん)な会話(かいわ)で伝(つた)える)が効果的(こうかてき)。
遂行機能障害 (すいこうきのうしょうがい)	段取(だんど)りはできなくても、1つひとつの作業(さぎょう)はできることが多(お)い。どの部分(ぶぶん)ができないかを見(み)きわめ、できる部分(ぶぶん)は本人(ほんにん)にしてもらう(達成感(たっせいかん)・意欲(いよく)向上(こうじょう))。抽象的(ちゅうしょうてき)な表現(ひょうげん)を避(さ)け、動作(どうさ)ごとに具体的(ぐたいてき)に説明(せつめい)する。

3 BPSD(行動(こうどう)・心理症状(しんりしょうじょう))へのかかわり方(かた)の実際(じっさい)

BPSDは不適切(ふてきせつ)な外的刺激(がいてきしげき)や体調不良(たいちょうふりょう)などによって引(ひ)き起(お)こされます。アセスメントの根幹(こんかん)は「介護職(かいごしょく)の視点(してん)」から「本人(ほんにん)の視点(してん)」へ切(き)り替(か)えることです。

BPSD 症状 (しょうじょう)	背景(はいけい)の理解(りかい)とかかわり方(かた)
帰宅願望 (きたくがんばん)	今(いま)いる場所(ばしょ)がわからず本人(ほんにん)はとても不安(ふあん)な状態(じょうたい)。「帰(かえ)れませんよ」と否定(ひてい)しない。理由(りゆう)を聞(き)きとる。「〇〇時(じ)になったら帰(かえ)ります」など時計(とけい)を使(つか)って目安(めやす)を示(しめ)す。居心地(いごこち)のよい環境(かんきょう)づくりも重要(じゅうよう)。
介護拒否 (かいごき)	何(なに)の理由(りゆう)もなく拒否(きよひ)することはない。恥(は)ずかしい・怖(こわ)い・生活習慣(せいかつしゅうかん)との違(ちが)いなど、「いや」な理由(りゆう)

BPSD 症状 (しょうじょう)	背景 (はいけい) の理解 (りかい) とかわり方 (かた)
よひ)	う) が必 (かなら) ずある。理由 (りゆう) を聞 (き) き、本人 (ほんにん) の思 (おも) いにそった介護 (かいご) を考 (かんが) える。
徘徊 (はいかい)	必 (かなら) ず理由 (りゆう) がある (多 (おお) くは何 (なに) かを探 (さが) している)。強制的 (きょうせいてき) に止 (と) めない。本人 (ほんにん) に理由 (りゆう) をたずねる。「トイレ」「部屋 (へや)」などの表示 (ひょうじ) でわかりやすい環境 (かんきょう) を整 (ととの) える。安心 (あんしん) できる環境 (かんきょう) があれば、その人 (ひと) らしく生活 (せいかつ) できる。

4 環境 (かんきょう) の整備 (せいび)

認知症 (にんちしょう) の人 (ひと) にとって環境 (かんきょう) はとても重要 (じゅうよう) な要素 (ようそ) です。環境 (かんきょう) を適切 (てきせつ) に整 (ととの) えることで症状 (しょうじょう) を落 (お) ち着 (つ) かせ、その人 (ひと) らしい暮 (く) らしを支 (ささ) えることができます。

環境 (かんきょう) づくりの観点 (かんてん)	内容 (ないよう)
①わかりやすい環境 (かんきょう)	「あるべきところ」に部屋 (へや) やもの・空間 (くうかん) がある家庭的 (かていてき) で親 (した) しみやすい環境 (かんきょう)。単純 (たんじゆん) で単調 (たんちょう) な環境 (かんきょう) とは違 (ちが) う。
②五感 (ごかん) に訴 (うった) えかける環境 (かんきょう)	記憶 (きおく) を頼 (たよ) りにした生活 (せいかつ) が困難 (こんなん) になるため、五感 (ごかん) (見 (み) る・聞 (き) く・触 (さ) わ) る・嗅 (か) ぐ・味 (あじ) わう) へのはたらきかけが重要 (じゅうよう) 。
③自立心 (じりつしん) ・自尊心 (じそんしん) ・個性 (こせい) を高 (たか) める環境 (かんきょう)	認知症 (にんちしょう) になっても自立心 (じりつしん) ・自尊心 (じそんしん) ・個性 (こせい) は残 (のこ) る。それらを奪 (うば) うような環境 (かんきょう) を避 (さ) け、選択性 (せんたくせい) のある環境 (かんきょう) をつくる。
④「暮 (く) らし」のための環境 (かんきょう)	普通 (ふつう) で自然 (しぜん) な「暮 (く) らし」ができる環境 (かんきょう)。なじみのない非日常的 (ひにちじょうてき) な環境 (かんきょう) を避 (さ) け、その人 (ひと) らしく暮 (く) らせる温 (あた) かいのある環境 (かんきょう) 。

5 認知症（にんちしょう）ケアにおけるチームアプローチ

認知症（にんちしょう）ケアにかかわる多職種（たしよくしゅ）が支援目標（しえんもくひょう）を統一（とういつ）してかかわっていくためにはチームアプローチが必要（ひつよう）です。本人（ほんにん）や家族（かぞく）もチームの一員（いちいん）です。

チームアプローチの5つのポイント ①本人（ほんにん）・家族（かぞく）はチームの一員（いちいん）：すべてサービスで補（おぎな）うのではなく、本人（ほんにん）・家族（かぞく）が認知症（にんちしょう）とうまくつきあえるようお手伝（てつだ）いをするのがチームの役割（やくわり）。②権利擁護（けんりようご）の視点（してん）をチームでもつ：本人（ほんにん）がうまく意思（いし）を伝（つた）えられないとき、チームで本人（ほんにん）にとって必要（ひつよう）なサポートを考（かんが）える。チームが本人（ほんにん）の代弁者（だいべんしゃ）になることも必要（ひつよう）。③生活（せいかつ）の継続性（けいぞくせい）を支（ささ）える：好（す）きなことを続（つづ）けられるよう、生活習慣（せいかつしゅうかん）・好（この）みを知（し）って継続（けいぞく）できるようにする。④本人（ほんにん）の言動（げんどう）の原因（げんいん）・背景（はいけい）を考（かんが）える：チームで情報（じょうほう）を集（あ）つめ、本人（ほんにん）の言動（げんどう）の意味（いみ）を考（かんが）える。中核症状（ちゅうかくしやうじょう）・薬（くすり）・介護（かいご）方法（ほうほう）の影響（えいきやう）も考慮（こうりょ）する。⑤スーパービジョン・事例検討（じれいけんとう）：チームが行（い）き詰（づ）まったとき、上司（じょうし）や指導者（しどうしゃ）からアドバイスを受（う）けることで新（あた）らしい視点（してん）が生（う）まれる。

6 認知症（にんちしょう）の人（ひと）へのさまざまなアプローチ

▶▶ ①ユマニチュード

フランス語で「人間（にんげん）らしさ」を意味（いみ）し、ジネスト（Gineste）とマレスコッティ（Marescotti）が開発（かいはつ）したケアの哲学（てつがく）・技法（ぎほう）です。「基本（きほん）の4つの柱（はしら）」と「5つのステップ」によって、ケアを受（う）ける人（ひと）に「人間（にんげん）である」という意識（いしき）・尊厳（そんげん）を回復（かいふく）してもらうことを目標（もくひょう）とします。

基本（きほん）の4つの柱（はしら）	内容（ないよう）
①見（み）つめる	真正面（まっしょうめん）から同（おな）じ高（たか）さで視線（しせん）を合（あ）わせる。後（うし）ろからは声（こえ）をかけない。
②話（はな）しかける	ゆっくりとおだやかに話（はな）しかける。返答（へんとう）がない場合（ばあい）はオートフィードバック技法（ぎほう）を用（もち）いる。
③触（ふ）れる	「広（ひろ）くやさしくゆっくり」触（ふ）れる。認知症（にんちしょう）では「快（かい）」「不快（ふかい）」の感情（かんじょう）が重要（じゅうよう）。

基本（きほん）の4つの柱（はしら）	内容（ないよう）
④立（た）つ	身体機能（しんたいきのう）を評価（ひょうか）したうえで「立（た）つこと」を支援（しえん）する。活動性（かつどうせい）の維持（いじ）につながる。

5つのステップ	内容（ないよう）
①出会（であ）いの準備（じゅんび）	ノックして返答（へんとう）を待（ま）つ（3秒（びよう）×3回（かい））。来訪（らいほう）を伝（つた）え、受（う）け入（い）れるかどうかの選択（せんたく）をしてもらう。
②ケアの準備（じゅんび）	視線（しせん）を合（あ）わせ「会（あ）いに来（き）た」と伝（つた）える。3分以内（ぷんいない）に同意（どうい）が得（え）られなければその場（ば）でのケアはあきらめる（無理強（むりじ）いしない）。
③知覚（ちかく）の連結（れんけつ）	見（み）つめる・話（はな）しかける・触（ふ）れるのうち2つ以上（いじょう）を用（もち）いて「大切（たいせつ）に思（おも）っている」というメッセージを継続的（けいぞくてき）に伝（つた）える。
④感情（かんじょう）の固定（こてい）	ケア終了（しゅうりょう）後（ご）、ポジティブな言葉（ことば）かけ（「気持（きもち）よかったですね」）と協力（きょうりょく）へのお礼（れい）。認知症（にんちしょう）でも感情記憶（かんじょうきおく）は残（のこ）りやすい。
⑤再会（さいかい）の約束（やくそく）	「また来（き）ます」と再会（さいかい）を約束（やくそく）する。ポジティブな感情（かんじょう）のイメージが残（のこ）ることが期待（きたい）できる。

▶▶ ②バリデーション

アメリカのファイル（Feil）が提案（ていあん）したコミュニケーション方法（ほうほう）。「承認（しょうにん）」という意味（いみ）を持（も）ちます。認知症（にんちしょう）でも保（たも）たれる感情（かんじょう）に焦点（しょうてん）をあて、尊厳（そんげん）・傾聴（けいちょう）・共感（きょうかん）をもってかかわることが基本（きほん）です。

基本的態度（きほんてきたいど）	内容（ないよう）
①傾聴（けいちょう）する	本人（ほんにん）の訴（うった）えたいことをくみとりながら耳（みみ）を傾（かたむ）ける。
②共感（きょうかん）する	本人（ほんにん）が感（かん）じていることに同（おな）じように感（かん）じることを伝（つた）える。
③受容（じゅうよう）す	本人（ほんにん）の言動（げんどう）をそのまま受（う）け入（い）れ、否定

基本的態度（きほんてきたいど）	内容（ないよう）
る・評価（ひょうか）しない	（ひてい）や評価（ひょうか）をしない。感情（かんじょう）を制御（せいぎょ）しようとしなない。
④誘導（ゆうどう）しない	本人（ほんにん）のペースに合（あ）わせる。介護職（かいごしょく）からの誘導（ゆうどう）や強制（きょうせい）をしない。
⑤うそをつかない・ごまかさない	本人（ほんにん）の訴（うった）えに向（む）き合（あ）うことが信頼関係（しんらいかんけい）の基本（きほん）。

バリデーションの主（おも）なテクニック センタリング：介護職（かいごしょく）自身（じしん）が気持ち（きも）ちを落（お）ち着（つ）かせ、認知症（にんちしょう）の人（ひと）の気持ち（きも）ちを感（かん）じとれる状態（じょうたい）をつくる オープンクエスション：「はい・いいえ」ではなく本人（ほんにん）が自由（じゆう）に話（はな）せる質問（しつもん）で本人（ほんにん）の考（かんが）えを引（ひ）き出（だ）す リフレーミング：本人（ほんにん）の言葉（ことば）をくり返（かえ）すことで「聞（き）いてくれている」という安心感（あんしんかん）を与（あた）える レミニシング：過去（かこ）の思（おも）い出（で）話（ばなし）をすることで問題（もんだい）の解決方法（かいけつほうほう）が見（み）つかる場合（ばあい）がある アイコンタクト：親（した）しみをこめた視線（しせん）で「認（みと）められている」という感覚（かんかく）を伝（つた）える

▶▶ ③認知症（にんちしょう）ケアマッピング（DCM）

パーソン・センタード・ケアを実践（じっせん）するために開発（かいはつ）されたツールです。認知症（にんちしょう）の人（ひと）を6時間（じかん）以上（いじょう）観察（かんさつ）し、5分（ふん）ごとに状態（じょうたい）を記録（きろく）します。結果（けっか）を評価（ひょうか）・チームで話（はな）し合（あ）い、ケアプラン作成（さくせい）・人材育成（じんざいいくせい）・職場（しょくば）改善（かいぜん）につなげます。

7 地域生活（ちいきせいかつ）の支援（しえん）

▶▶ ①公的（こうてき）サービスと地域資源（ちいきしげん）の協働（きょうどう）

認知症（にんちしょう）の人（ひと）や家族（かぞく）を支（ささ）えるためには公的（こうてき）サービスだけでなく、地域（ちいき）を基盤（きばん）とする資源（しげん）の創造（そうぞう）・共有（きょうゆう）が必要（ひつよう）です。本人（ほんにん）・家族（かぞく）も「支援（しえん）される対象（たいしょう）」だけでなく、「それぞれのもつ力（ちから）が出（だ）せるように」という視点（してん）が重要（じゅうよう）です。

地域包括支援（ちいきほうかつしえん）センター・社会福祉協議会（しゃかいふくしきょうぎかい）・認知症地域支援推進員（にんちしょうちいきしえんすいしんいん）などがコーディネートの役割（やく

わり)を担(になう)います。認知症(にんちしょう)サポーター(2022年(ねん)時点(じてん)で1300万人(まんにん)以上(いじょう))も地域(ちいき)での重要(じゅうよう)な資源(しげん)です。

▶▶ ②認知症施策(にんちしょうしやく)の動向(どうこう)

2019年(ねん)「認知症施策推進大綱(にんちしょうしやくすいしんたいこう)」:「認知症(にんちしょう)になっても住(す)み慣(な)れた地域(ちいき)で自分(じぶん)らしく暮(く)らし続(つづ)けられる」ための『共生(きょうせい)』と『予防(よぼう)』の2本柱(ほんはしら)。

認知症施策推進大綱(にんちしょうしやくすいしんたいこう)の5つの柱(はしら) ・①普及啓発(ふきゅうけいはつ) ・本人(ほんにん)発信(はっしん)支援(しえん) ・②予防(よぼう) ・③医療(いりょう) ・ケア・介護(かいご)サービス・介護者(かいごしゃ)への支援(しえん) ・④認知症(にんちしょう)バリアフリーの推進(すいしん) ・若年性認知症(じゃくねんせいになんちしょう)支援(しえん) ・社会参加(しゃかいさんか)支援(しえん) ・⑤研究開発(けんきゅうかいはつ) ・産業促進(さんぎょうそくしん) ・国際展開(こくさいてんかい)

★ このSectionのポイント ✓ 「困(こま)った人(ひと)」ではなく「困(こま)っている人(ひと)」と視点(してん)を変(か)え、評価的理解(ひょうかてきりかい) → 分析的理解(ぶんせきてきりかい) → 共感的理解(きょうかんできりかい) へのリフレーミングが重要(じゅうよう)。 ✓ 中核症状(ちゅうかくしょうじょう)への対応(たいおう): 記憶障害(きおくしょうがい)は安心(あんしん) ・ 環境整備(かんきょうせいび)、見当識障害(みとうしきしょうがい)はリアリティ・オリエンテーション、遂行機能障害(すいこうきのうしょうがい)はできる部分(ぶぶん)を活(い)かす。 ✓ BPSD(帰宅願望(きたくがんぼう) ・ 介護拒否(かいごきよひ) ・ 徘徊(はいかい))には必(かなら)ず理由(りゆう)がある。強制(きょうせい)せず理由(りゆう)を探(さが)り、本人(ほんにん)の思(おも)いにそった対応(たいおう)をする。 ✓ ユマニチュード: 4つの柱(はしら)(見(み)る・話(はな)す・触(ふ)れる・立(た)つ)と5つのステップで人間(にんげん)らしさと尊厳(そんげん)を回復(かいふく)する。 ✓ バリデーション: 傾聴(けいちょう) ・ 共感(きょうかん) ・ 受容(じゅうよう) ・ 非誘導(ひゆうどう) ・ うそをつかないの5つの基本的態度(きほんてきたいど)。 ✓ 認知症施策推進大綱(にんちしょうしやくすいしんたいこう)(2019年(ねん))の5本柱(ほんはしら)。「共生(きょうせい)」と「予防(よぼう)」の両輪(りょうりん)が重要(じゅうよう)。

第7章 障害（しょうがい）の基礎的理解（きそてきりかい）（障害の理解（りかい）Ⅰ） 第1節 障害者福祉（しょうがいしゃふくし）の理念（りねん）

第7章 障害（しょうがい）の基礎的理解（きそてきりかい）（障害（しょうがい）の理解（りかい）Ⅰ） 第1節 障害者福祉（しょうがいしゃふくし）の理念（りねん）

1 「障害（しょうがい）」のとらえ方（かた）

▶▶ ①医学（いがく）モデルと社会（しゃかい）モデル

モデル	考（かんが）え方（かた）
医学（いがく）モデル	障害（しょうがい）を「個人（こじん）の問題（もんだい）」としてとらえる。病気（びょうき）・外傷（がいしょう）などが直接（ちよくせつ）の原因（げんいん）で、専門職（せんもんしょく）による個別的（こべつてき）な治療（ちりょう）が必要（ひつよう）。
社会（しゃかい）モデル	障害（しょうがい）は「社会（しゃかい）によって作り出（だ）されたもの」。社会（しゃかい）への完全（かんぜん）な統合（とうごう）の問題（もんだい）であり、社会的環境（しゃかいてきかんきょう）の改善（かいぜん）が必要（ひつよう）。
ICF（国際生活機能分類（こくさいせいかつきのうぶんるい））	医学（いがく）モデルと社会（しゃかい）モデルの統合（とうごう）。環境（かんきょう）と個人（こじん）の相互作用（そうごさよう）を重視（じゅうし）。2001年（ねん）WHOが正式（せいしき）に採択（さいたく）。

2006年（ねん）に国連（こくれん）で採択（さいたく）され2014年（ねん）に日本（にほん）が批准（ひじゅん）した「障害者（しょうがいしゃ）の権利（けんり）に関（かん）する条約（じょうやく）」は社会（しゃかい）モデルを強（つよ）く意識（いしき）したもので、「障壁（しょうへき）となる環境（かんきょう）との相互作用（そうごさよう）により障害（しょうがい）が生（う）み出（だ）されている」という考（かんが）え方（かた）を示（しめ）しています。

2 国際障害分類（こくさいしょうがいぶんるい）（ICIDH）から国際生活機能分類（こくさいせいかつきのうぶんるい）（ICF）へ

ICIDH（1980年（ねん）、WHO）：障害（しょうがい）を「機能障害（きのうしょうがい）→能力障害（のうりょくしょうがい）→社会的不利（しゃかいてきふり）」という一方向（いちほうこう）の流れ（なが）れでとらえた分類（ぶんるい）。

ICF（2001年（ねん）、WHO）：ICIDHに代（か）わるものとして採択（さいたく）。環境因子（かんきょういんし）と個人因子（こじんいんし）をより重視（じゅうし）し、「心身機能（しんしんきの

う）・身体構造（しんたいこうぞう）」「活動（かつどう）」「参加（さんか）」の3つの次元（じげん）が相互（そうご）に影響（えいきょう）し合（あ）うモデルを提案（ていあん）。

ICIDH の概念（がいねん）	ICF の概念（がいねん）
機能障害（きのうしょうがい）（構造（こうぞう）・機能（きのう）の喪失（そうしつ）や異常（いじょう））	心身機能（しんしんきのう）・身体構造（しんたいこうぞう）→機能障害（きのうしょうがい）＝心身機能（しんしんきのう）または身体構造（しんたいこうぞう）上（じょう）の問題（もんだい）
能力障害（のうりょくしょうがい）（活動（かつどう）の制限（せいげん）・欠如（けつじょ））	活動（かつどう）→活動制限（かつどうせいげん）＝個人（こじん）が活動（かつどう）を行（おこな）うときに生（し）じるむずかしさ
社会的不利（しゃかいてきふり）（個人（こじん）に生（しょう）じた不利益（ふりえき））	参加（さんか）→参加制約（さんかせいやく）＝生活（せいかつ）・人生（じんせい）場面（ばめん）にかかわるときのむずかしさ

ICF の最（もっと）も大（おお）きな特徴（とくちょう）：環境因子（かんきょういんし）・個人因子（こじんいんし）によって機能障害（きのうしょうがい）・活動制限（かつどうせいげん）・参加制約（さんかせいやく）が生（しょう）じることが示（しめ）されています。中立的（ちゅうりつてき）な用語（ようご）を使用（しよう）し、否定的（ひていてき）な用語（ようご）は使用（しよう）しないことが原則（げんそく）。

3 障害者福祉（しょうがいしゃふくし）の基本理念（きほんりねん）

▶▶ ①ノーマライゼーション

障害者（しょうがいしゃ）の生活条件（せいかつじょうけん）をノーマルにしていく環境（かんきょう）を提供（ていきょう）すること。障害者（しょうがいしゃ）をノーマルに変（か）えるのではなく、社会（しゃかい）・環境（かんきょう）をノーマルにする。今日（こんにち）の障害者福祉施策（しょうがいしゃふくしさく）の基礎（きそ）となる考（かんが）え方（かた）。

ノーマライゼーションの3人の理論家（りろんか） バンク・ミケルセン（デンマーク）：障害者（しょうがいしゃ）をノーマルに教育（きょういく）するのではなく、障害者（しょうがいしゃ）の生活条件（せいかつじょうけん）をノーマルにする環境（かんきょう）を提供（ていきょう）する。ニイリエ（スウェーデン）：ノーマルな社会生活（しゃかいせいかつ）の条件（じょうけん）を「8つの原理（げんり）」にまとめた（1日（いちにち）・1週間（しゅうかん）・1年間（ねんかん）のノーマルなリズムなど）。ヴォルフエンズベルガー（アメリカ）：障害者（しょうがいしゃ）の「社会的役割（しゃかいてきやくわり）の実現（じつげん）」を重視（じゅうし）。障害者（しょうがいしゃ）を逸脱者（いつだつしゃ）としてとらえる社会意識（しゃかいいしき）のあり方（かた）を問題視（もんだいし）した。

▶▶ ②リハビリテーション

もともと「身分（みぶん）・地位（ちい）・名誉（めいよ）の回復（かいふく）」という意味（いみ）。現在（げんざい）は「障害者（しょうがいしゃ）の機能的（き能的）能力（きのうてきのうりよく）を可能（かのう）な最高（さいこう）レベルに達（たっ）せしめること」（WHO、1969年（ねん））と定義（ていぎ）。

リハビリテーションの4分野（ぶんや） ・①医学的（いがくてき）リハビリテーション ・②社会的（しゃかいてき）リハビリテーション ・③教育的（きょういくてき）リハビリテーション ・④職業的（しよくぎょうてき）リハビリテーション

1982年（ねん）国連（こくれん）定義（ていぎ）の特徴（とくちょう）：障害者（しょうがいしゃ）みずからがもっとも適（てき）した機能水準（きのうすいじゅん）を決定（けつてい）する「自己決定（じこけつてい）の原理（げんり）」が盛（も）り込（こ）まれている。

▶▶ ③インクルージョン

すべての人（ひと）が包（つつ）み込（こ）まれて生（い）きる社会（しゃかい）のあり方（かた）。1994年（ねん）ユネスコのサランバ宣言（せんげん）「すべての者（もの）への教育（きょういく）」によって世界（せかい）に広（ひろ）まりました。

「障害者（しょうがいしゃ）の権利（けんり）に関（かん）する条約（じょうやく）」（2006年（ねん））では「社会（しゃかい）や環境（かんきょう）が障害者（しょうがいしゃ）の多様性（たようせい）に合（あ）わせていく」社会（しゃかい）モデルを強調（きょうちょう）し、「多様性（たようせい）の尊重（そんちょう）」を提唱（ていしょう）。2022年（ねん）の国連（こくれん）勧告（かんこく）では①インクルーシブ教育（きょういく）の推進（すいしん）②入所施設（にゅうしよしせつ）・精神科病院（せいしんかびょういん）からの地域移行（ちいきいこう）の2点（てん）が強（つよ）く改善（かいぜん）を求（もと）められました。

▶▶ ④エンパワメント

問題（もんだい）をかかえた人（ひと）自身（じしん）が自己決定（じこけつてい）・問題解決能力（もんだいかいけつのうりよく）をつけていくという考（かんが）え方（かた）。

障害者福祉（しょうがいしゃふくし）では「医学（いがく）モデル：病理（びょうり）や弱（よわ）さを強調（きょうちょう）する」から「健康（けんこう）や強（つよ）さ（ストレングス）を重視（じゅうし）する」への援助視点（えんじょしてん）への転換（てんかん）が重要（じゅうよう）です。過度（かど）のサービス提供（ていきょう）は障害者（しょうがいしゃ）本来（ほんらい）の力（ちから）を奪（うば）うことがあるため、セルフヘルプ（自助（じじょ））・ピアサポート（相互支援（そうごしえん））を重視（じゅうし）します。

4 障害（しょうがい）の法的定義（ほうてきていぎ）

法律（ほうりつ）	障害者（しょうがいしゃ）の定義（ていぎ）の概要（がいよう）
障害者基本法（しょうがいしゃきほんほう）（障害者福祉（しょうがいしゃふくし）の憲法（けんぽう））	身体（しんたい）・知的（ちてき）・精神（せいしん）障害（しょうがい）などがある者（もの）であって、障害（しょうがい）及（およ）び社会的障壁（しゃかいてきしょうへき）により継続的（けいぞくてき）に日常生活（にちじょうせいかつ）または社会生活（しゃかいせいかつ）に相当（そうとう）な制限（せいげん）を受（う）ける状況（じょうきょう）にある者（もの）
身体障害者福祉法（しんたいしょうがいしゃふくしほう）	身体上（しんたいじょう）の障害（しょうがい）がある18歳以上（さいいじょう）の者（もの）で、身体障害者手帳（しんたいしょうがいしゃてちょう）の交付（こうふ）を受（う）けたもの
知的障害者福祉法（ちてきしょうがいしゃふくしほう）	定義（ていぎ）なし。実際（じっさい）は「療育手帳制度（りょういくてちょうせいど）について」（昭和48年（ねん））の考（かんが）え方（かた）が代用（だいよう）される
精神保健福祉法（せいしんほけんふくしほう）	統合失調症（とうごうしつちょうしょう）・精神作用物質（せいしんさようぶつ）による急性中毒（きゅうせいちゅうどく）またはその依存症（いぞんしょう）・知的障害（ちてきしょうがい）その他（た）の精神疾患（せいしんしっかん）を有（ゆう）する者（もの）
発達障害者支援法（はつたつしょうがいしゃしえんほう）	自閉症（じへいしょう）・学習障害（がくしゅうしょうがい）・注意欠陥多動性障害（ちゅういけっかんたどうせいしょうがい）（ADHD）その他（た）これに類（るい）する脳機能（のうきのう）の障害（しょうがい）で症状（しょうじょう）が通常（つうじょう）低年齢（ていねんれい）において発現（はつげん）するもの
障害者総合支援法（しょうがいしゃそうごうしえんほう）	身体障害者（しんたいしょうがいしゃ）・知的障害者（ちてきしょうがいしゃ）（18歳以上（さいいじょう））・精神障害者（せいしんしょうがいしゃ）（発達障害者（はつたつしょうがいしゃ）を含（ふく）む）・難病患者（なんびょうかんじゃ）など（第4条（じょう））

★ この Section のポイント ✓ 医学（いがく）モデル：障害（しょうがい）は個人（こじん）の問題（もんだい）。社会（しゃかい）モデル：障害（しょうがい）は社会（しゃかい）がつくり出（だ）すもの。ICF はこの2つを統合（とうごう）した。✓ ICIDH（1980年（ねん））→ICF（2001年（ねん））：一方向（いちほうこう）の障害（しょうがい）モデルから、環境因子（かんきょういんし）・個人因子（こじんいんし）との相互作用（そうごさよう）モデルへ。✓ ノーマライゼーション：障害者（しょうがいしゃ）をノーマルにするのではなく、生活条件（せいかつじょうけん）をノーマルにする環境（かんきょう）を提供（ていきょう）する。バンクーミケルセン・ニリエ・ヴォルフエンスベルガーが提唱（ていしょう）。✓ リハビリテーション：医学的（いがくてき）・社会的（しゃかいてき）・教育的（きょういくてき）・職業的（しょくぎょうてき）の4分野（ぶんや）。自己決定（じこけつてい）の原理（げんり）が重要（じゅうよう）。✓ インクルージョン：すべての人（ひと）が包（つつ）み込（こ）まれる社会（しゃかい）。2022年（ねん）

ん) 国連 (こくれん) 勧告 (かんこく) でインクルーシブ教育 (きょういく) と地域移行 (ちいきいこう) が強 (つよ) く求 (もと) められた。✓ エンパワメント: 強 (つよ) さ (ストレングス) 志向 (しこう)。セルフヘルプ・ピアサポートを重視 (じゅうし) し、自己決定 (じこけつてい) を促進 (そくしん) する。✓ 障害者基本法 (しょうがいしゃきほんほう) は障害者福祉 (しょうがいしゃふくし) の憲法 (けんぽう)。社会的障壁 (しゃかいてきしょうへき) という環境 (かんきょう) との相互作用 (そうごさよう) を中心 (ちゅうしん) に定義 (ていぎ) している。

第7章 第2節（前半（ぜんはん）） 障害（しょうがい）による生活障害（せいかつしょうがい）、心理（しんり）・行動（こうどう）の特徴（とくちょう）～身体障害（しんたいしょうがい）～

第7章 第2節（前半（ぜんはん）） 身体障害（しんたいしょうがい）による生活障害（せいかつしょうがい）・心理的特徴（しんりてきとくちょう）と介護（かいご）の留意点（りゅういてん）

身体障害（しんたいしょうがい）別（べつ）：心理的理解（しんりてきりかい）と介護上（かいごじょう）の留意点（りゅういてん）

障害（しょうがい）の種類（しゅるい）	心理的理解（しんりてきりかい）	介護（かいご）の留意点（りゅういてん）・支援（しえん）
①視覚障害（しかくしょうがい）	中途視覚障害（ちゅうとしかくしょうがい）は精神的（せいしんてき）な打撃（だげき）が大（おお）きい。5段階（だんかい）の心理的（しんりてき）プロセス：①失明恐怖（しつめいきょうふ）②葛藤（かつとう）③生活適応（せいかつてきおう）④職業決定（しよくぎょうけつてい）⑤職業獲得（しよくぎょうかくとく）を経（へ）る。	手引（てびき）き歩行（ほこう）の習得（しゅうとく）が重要（じゅうよう）。物（もの）の位置（いち）の情報提供（じょうほうていきょう）・点字（てんじ）・ICレコーダー・拡大鏡（かくだいきょう）など多様（たよう）なコミュニケーション手段（しゅだん）の活用（かつよう）。本人（ほんにん）に何（なに）に困（こま）っているかたずねながら介護（かいご）する。
②聴覚（ちようか）・言語障害（げんごしょうがい）	音（おと）が聞（き）こえても意味（いみ）がわからない・聞（き）き誤（あやま）るという困難（こんなん）がある。見（み）た目（め）にはわからないため周囲（しゅうい）の理解（りかい）が得（え）られにくく疎外感（そがいかん）が高（たか）まりやすい。失語症（しつごしょう）がある人（ひと）は焦（あせ）りや孤立感（こりつかん）をかかえることがある。	補聴器（ほちようき）・人工内耳（じんこうないじ）・手話（しゅわ）・筆談（ひつだん）・要約筆記（ようやくひつき）などを組（く）み合（あ）わせる。急（せ）かさないう・年齢相応（ねんれいそうおう）に尊厳（そんげん）をもって接（せつ）する。コミュニケーション方法（ほうほう）は本人（ほんにん）に確認（かくにん）してから行（おこな）う。
③運動機能障害（うんどうきのしょうがい）	排泄（はいせつ）・入浴（にゅうよく）など個人的（こじんてき）な動作（どうさ）を他者（たしや）に介助（かいじょ）してもらうことのストレス。好（す）きなとき好（す）きなところに行（い）けない状	信頼関係（しんらいかんけい）の構築（こうちく）がすべての前提（ぜんてい）。その人（ひと）の力（ちから）を引（ひ）き出（だ）す・自信（じしん）をもってもらう視点（してん）。障害（しょうがい）ありきで

障害（しょうがい）の種類（しゅるい）	心理的理解（しんりてきりかい）	介護（かいご）の留意点（りゅういてん）・支援（しえん）
	況不満（じょうきょうふまん）・役割（やくわり）喪失（そうしつ）による自信喪失（じしんそうしつ）。	はなく1人（ひとり）の生活者（せいかつしゃ）として接（せつ）する。
④心臓機能障害（しんぞうきのうしょうがい）	虚血性心疾患（きょけつせいしんしっかん）・心不全（しんふぜん）にはうつ病（びょう）の合併（がっぺい）が多（おお）い。入院（にゅうたいいん）のくり返（かえ）しや社会的要因（しゃかいてきよういん）でも抑（よく）うつ症状（しょうじょう）が悪化（あつか）することがある。	本人（ほんにん）の訴（うった）えに共感（きょうかん）・傾聴（けいちょう）する。認知機能障害（にんちきのうしょうがい）が隠（かく）れていることも多（おお）い。医師（いし）・看護師（かんごし）・管理栄養士（かんりえいようし）・薬剤師（やくざいし）・理学療法士（りがくりょうほうし）との包括的（ほうかつてき）連携（れんけい）が必要（ひつよう）。
⑤呼吸器機能障害（こきゅうききのうしょうがい）	息苦（いきぐる）しさ・恐怖感（きょうふかん）・うつ・悲（かな）しみをかかえながら生活（せいかつ）している人（ひと）も多（おお）い。外見（がいけん）からわかりにくい。鼻（はな）カニューレ装着（そうちゃく）での外出（がいしゅつ）をためらう人（ひと）もいる。	本人主体（ほんにんしゅたい）の安楽（あんらく）な生活方法（せいかつほうほう）を支援（しえん）。外出支援（がいしゅつしえん）：①医師指示（いしじじ）の活動量（かつどうりょう）を守（まも）る②清浄（せいじょう）な空気（くうき）を吸（す）う③呼吸器感染（こきゅうきかんせん）を予防（よぼう）する。
⑥腎臓機能障害（じんぞうきのうしょうがい）	無症状（むしょうじょう）で進行（しんこう）するため障害（しょうがい）の受容（じゅよう）が難（むずか）しい。長期間（ちょうきかん）の自己管理（じこかんり）が心理的負担（しんりてきふたん）になる。意欲低下（いよくていか）から症状悪化（しょうじょうあつか）の悪循環（あくじゅんかん）になるリスクがある。	食事制限（しょくじせいげん）の工夫（くふう）（調味料（ちょうみりょう）・調理法（ちょうりほう））でおいしく食（た）べる支援（しえん）。腎性貧血（じんせいひんけつ）・易疲労感（いひろうかん）・感染予防（かんせんよぼう）に注意（ちゅうい）。医療職（いりょうしょく）との連携（れんけい）のもとで健康状態（けんこうじょうたい）を観察（かんさつ）。
⑦膀胱（ぼうこう）・直腸機能障害（ちよくちょうきのうしょうがい）	尊厳（そんげん）が損（そこ）なわれたという否定的感情（ひていてきかんじょう）。羞恥心（しゅうちしん）から相談（そうだん）できない人（ひと）も多（おお）い。排泄物漏（はいせつぶつもれ）れ	排泄物（はいせつぶつ）に対（たい）する不快感（ふかいかん）・嫌悪感（けんおかん）を表出（ひょうしゅつ）しない（心理的虐待（しんりてきぎゃくたい）になる）。間欠導尿（かんけつどうによ）へ切（き）り替

障害（しょうがい）の種類（しゅるい）	心理的理解（しんりてきりかい）	介護（かいご）の留意点（りゅういてん）・支援（しえん）
うしろうがい	の不安（ふあん）で活動性（かつどうせい）が低下（ていか）する。	（か）えを検討（けんとう）。留置（りゅうち）カテーテルの扱（あつか）いに注意（ちゅうい）。
⑧小腸機能障害（しょうちようきのうしろうがい）	外見（がいけん）からわからない「見（み）えない障害（しょうがい）」。社会生活（しゃかいせいかつ）での孤立感（こりつかん）・不全感（ふぜんかん）。食事（しょくじ）を他者（たしゃ）と楽（たの）しめないストレスをかかえている。	口腔（こうくう）ケア・口腔体操（こうくうたいそう）が重要（じゅうよう）（唾液分泌（だえきぶんぴつ）低下（ていか）防止（ぼうし））。栄養補給（えいようほきゅう）に必要（ひつよう）な時間（じかん）と場所（ばしょ）の確保（かくほ）。社会的孤立感（しゃかいてきこりつかん）への理解（りかい）。
⑨HIV 免疫機能障害（めんえきのうしろうがい）	感染（かんせん）を知（し）られることへの差別（さべつ）・偏見（へんけん）の恐（おそ）れ。家族（かぞく）にも伝（つた）えられず孤立（こりつ）しやすい。半永久的（はんえいきゅうてき）な服薬（ふくやく）・定期通院（ていきつういん）の負担（ふたん）。	標準予防策（ひょうじゅんよぼうさく）（スタンダード・プリコーション）を採用（さいよう）すれば過度（かど）に恐（おそ）れる必要（ひつよう）はない。手洗（てあら）い・手袋（てぶくろ）の着用（ちゃくよう）を徹底（てってい）。治療（ちりょう）でウイルス量（りょう）が検出限界（けんしゅつげんかい）以下（いか）なら感染（かんせん）リスクはゼロ。
⑩肝臓機能障害（かんぞうきのうしょうがい）	感染（かんせん）させてしまうかもしれないという不安（ふあん）・偏見（へんけん）を恐（おそ）れて病気（びょうき）を隠（かく）している人（ひと）もいる。全身倦怠感（ぜんしんけんたいかん）・かゆみ・食欲不振（しょくよくふしん）がQOLを低下（ていか）させる。	感染予防対策（かんせんよぼうたいさく）（血液（けつえき）・体液（たいえき）に触（ふ）れるときは手袋（てぶくろ））。十分（じゅうぶん）な休息（きゅうそく）と安静（あんせい）・活動（かつどう）のバランス。管理栄養士（かんりえいようし）と連携（れんけい）した食事管理（しょくじかんり）。皮膚（ひふ）の清潔保持（せいけつほ）じと保湿（ほしつ）。

視覚障害（しかくしょうがい）のある人の心理的プロセス（5段階（だんかい）） ・①失明恐怖（しつめいきょうふ）の時期（じき）：失明（しつめい）への恐（おそ）れと生活（せいかつ）への不安（ふあん） ・②葛藤（かつとう）の時期（じき）：将来（しょうらい）への見通（みとお）しが立（た）てられず精神的（せいしんてき）打撃（だげき）が最大（さいだい） ・③生活適応（せいかつてきおう）の時期（じ

き) : 現実 (げんじつ) を直視 (ちよくし) し生 (い) きる意欲 (いよく) を見 (み) いだす ・④職業決定 (しよくぎょうけつてい) の時期 (じき) : 将来 (しょうらい) の生活 (せいかつ) を具体的 (ぐたいてき) にどうするか悩 (なや) む ・⑤職業獲得 (しよくぎょうかくとく) の時期 (じき) : 現実 (げんじつ) の困難 (こんなん) を克服 (こくふく) しながら経済的基盤 (けいざいてききばん) を確保 (かくほ)

★ この Section のポイント ✓ 手引 (てびき) き歩行 (ほこう) は介護職 (かいごしよく) と視覚障害者 (しかくしょうがいしゃ) がいっしょに歩行 (ほこう) する方法 (ほうほう) 。安全 (あんぜん) を最優先 (さいゆうせん) にする。 ✓ 聴覚障害 (ちょうかくしょうがい) のある人 (ひと) : 音 (おと) が聞 (き) こえても意味 (いみ) がわからない・聞 (き) き誤 (あやま) る。コミュニケーション方法 (ほうほう) は本人 (ほんにん) に確認 (かくにん) してから行 (おこな) う。 ✓ 言語障害 (げんごしょうがい) のある人 (ひと) とのコミュニケーション : 年齢相応 (ねんれいそうおう) に尊厳 (そんげん) をもって接 (せつ) する。急 (せ) かさない。 ✓ 運動機能障害 (うんどうきのうしょうがい) : 信頼関係 (しんらいかんけい) が前提 (ぜんてい) 。本人 (ほんにん) のもつ力 (ちから) と可能性 (かのうせい) に気 (き) づいてもらえる視点 (してん) からの支援 (しえん) 。 ✓ 心臓機能障害 (しんぞうきのうしょうがい) : うつ病 (びょう) の合併 (がっぺい) に注意 (ちゅうい) 。共感 (きょうかん) ・傾聴 (けいちょう) の姿勢 (しせい) が大切 (たいせつ) 。 ✓ 排泄 (はいせつ) の介護 (かいご) で不快感 (ふかいかん) ・嫌悪感 (けんおかん) を表出 (ひょうしゅつ) することは心理的虐待 (しんりてきぎゃくたい) になる。 ✓ HIV 感染 (かんせん) への介護 (かいご) : 標準予防策 (ひょうじゅんよぼうさく) を実施 (じっし) すれば過度 (かど) に恐 (おそ) れる必要 (ひつよう) はない。 ✓ 肝臓機能障害 (かんぞうきのうしょうがい) の支援 (しえん) の3本柱 (ほんはしら) : 感染予防対策 (かんせんよぼうたいさく) ・栄養管理 (えいようかんり) ・皮膚 (ひふ) ケア。

第7章 第2節（後半（こうはん））・第3節 障害（しょうがい）による生活障害（せいかつしょうがい）の特徴（とくちょう）と支援（しえん）の基本（きほん）

第2節（後半（こうはん）） 知的（ちてき）・精神（せいしん）・高次脳機能（こうじのうきのう）・発達障害（はったつしょうがい）・難病（なんびょう）の特徴（とくちょう）と介護（かいご）の留意点（りゅういてん）

1 知的障害（ちてきしょうがい）による心理（しんり）・行動（こうどう）の特徴（とくちょう）

抽象的（ちゅうしょうてき）・複雑（ふくざつ）なことの理解（りかい）が苦手（にがて）。身体的（しんたいてき）な発達（はったつ）は障害（しょうがい）のない人（ひと）と同（おな）じ場合（ばあい）が多（おお）く、脳機能（のうきのう）の発達状態（はったつじょうたい）と身体（しんたい）の発達状態（はったつじょうたい）のあいだにアンバランスが生（しょう）じます。

支援（しえん）の視点（してん）：「できないこと」ではなく「環境（かんきょう）との交互作用（こうごさよう）」に目（め）を向（む）ける。IQではなく精神発達年齢（せいしんはったつねんれい）を手（て）がかりにすることで特徴（とくちょう）がよりよく理解（りかい）できる。

ライフステージ （じんせいのだん かい）	支援（しえん）のポイント
乳幼児期（にゅう ようじき）	安心（あんしん）・安全（あんぜん）な環境（かんきょう）・愛着形成（あいちゃく けいせい）・五感（ごかん）を通（とお）じた外界情報（がいがいじょうほう）の取 （と）り込（こ）み。不安（ふあん）を減（へ）らす工夫（くふう）。
学齢期（がくれい き）	能力（のうりよく）に応（おう）じた学習（がくしゅう）・余暇（よか）の充実（じ ゅうじつ）・自己理解（じこりかい）の深化（しんか）。自信（じしん）（自己肯定 感（じここうていかん））をもてるように。
青年期（せいねん き）・壮年期（そう ねんき）	大人（おとな）としてのアイデンティティの構築（こうちく）・社会参加（しゃかい さんか）スキルの向上（こうじょう）・意思決定（いしけつてい）の尊重（そんちよ う）。人生（じんせい）の主人公（しゅじんこう）は本人（ほんにん）自身（じし ん）。
老年期（ろうねん き）	できていたことができなくなる場合（ばあい）がある。老（お）いの自覚（じかく） がもてない場合（ばあい）も。尊厳（そんげん）を損（そこ）なわないようなかかわ り。

2 精神障害（せいしんしょうがい）による生活上（せいかつじょう）の障害（しょうがい）と

心理（しんり）・行動（こうどう）の特徴（とくちょう）

精神障害（せいしんしょうがい）は疾患（しっかん）と障害（しょうがい）の両方（りょうほう）をあわせもつ。生活（せいかつ）のしづらさは薬（くすり）の副作用（ふくさよう）・生活（せいかつ）ストレス・社会（しゃかい）の偏見（へんけん）など多様（たよう）な要因（よういん）が相互（そうご）に関連（かんれん）します。

支援（しえん）の基本（きほん）	内容（ないよう）
本人（ほんにん）の意思（いし）を尊重（そんちょう）する	生活上（せいかつじょう）の困難（こんなん）だけに注意（ちゅうい）が向（む）くと、できること・ストレングス（強（つよ）さ）を見過（みす）ごしがちになる。生活歴（せいかつれき）・生活（せいかつ）状況（じょうきょう）全体（ぜんたい）からアセスメントする。
支援関係（しえんかんけい）の形成（けいせい）	他者（たしゃ）への警戒心（けいかいしん）・不安（ふあん）が強（つよ）い傾向（けいこう）がある。柔和（にゅうわ）な態度（たいど）でかかわる。急（せ）かさない・無理（むり）に外出（がいしゅつ）を誘（さそ）わない。支援（しえん）チームで一貫（いっかん）した態度（たいど）をとる。
医療面（いりょうめん）の支援（しえん）	保健医療（ほけんいりょう）の支援者（しえんしゃ）との連携（れんけい）が重要（じゅうよう）。再発（さいはつ）や緊急場面（きんきゅうばめん）への事前準備（じぜんじゅんび）。複数（ふくすう）の職員（しょくいん）で対応（たいおう）。
社会資源（しゃかいしげん）の活用（かつよう）	孤立（こりつ）・孤独（こどく）はストレスを増（ふ）し精神的不調（せいしんてきふちょう）の引（ひ）き金（がね）になる。障害者相談支援事業（しょうがいしゃそうだんしえんじぎょう）・保健所（ほけんじょ）・精神保健相談（せいしんほけんそうだん）などの社会資源（しゃかいしげん）を活用（かつよう）。

3 高次脳機能障害（こうじのうきのうしょうがい）の心理（しんり）と介護（かいご）の留意点（りゅういてん）

一見（いっけん）してわかりにくい障害（しょうがい）。本人（ほんにん）も症状（しょうじょう）に氣（き）づきにくい「病識低下（びょうしきていか）・病識欠如（びょうしきけつじょ）」がある。本人（ほんにん）に障害（しょうがい）を指摘（してき）すると強（つよ）く否定（ひてい）したり怒（おこ）ることがあるため、信頼関係（しんらいかんけい）を壊（こわ）さないよう注意（ちゅうい）。

高次脳機能障害（こうじのうきのうしょうがい）の支援（しえん）のポイント・症状（しょうじょう）をただしく理解（りかい）し、発症前（はっしょうまえ）の生活背景（せいかつはいけい）と本人（ほんにん）が望（のぞ）む生活（せいかつ）をふまえて支援目標（しえんもくひょう）を具体化（ぐたいか）する・環境調整（かんきょうちようせい）：薬（くすり）の一包化（いっぽうか）・物（もの）の置（お）き

場所（ばしょ）の固定化（こていか）・生活（せいかつ）のルールや日課（にっか）を一定（いっぴん）にする・社会的行動障害（しゃかいてきこうどうしょうがい）への対応（たいおう）：興奮（こうふん）時（じ）は注意（ちゅうい）・説得（せつとく）せず話題（わだい）を変（か）えるかその場（ば）を離（はな）れる・家族（かぞく）への支援（しえん）：家族（かぞく）も不安（ふあん）・無力感（むりよくかん）・孤立感（こりつかん）をかかえている。心理的（しんりてき）サポートが必要（ひつよう）・体調不良（たいちょうふりょう）のサインを見逃（みのが）さない（体調（たいちょう）や疲労感（ひろうかん）に気（き）づきにくいことがある）

4 発達障害（はったつしょうがい）の生活（せいかつ）ニーズと介護（かいご）の留意点（りゅういてん）

ニーズ	内容（ないよう）
コミュニケーションのニーズ	一方的（いっぽうてき）に話（はな）したり意味（いみ）を取（と）り違（ちが）える。言葉（ことば）を字義通（じぎどお）りに受（う）けとりやすく比喩（ひゆ）や裏（うら）の意味（いみ）を理解（りかい）しにくい。自分（じぶん）の意見（いけん）や望（のぞ）みを他者（たしや）に適切（てきせつ）に伝（つた）える技術（ぎじゅつ）の習得（しゅうとく）が必要（ひつよう）。
対人関係（たいじんかんけい）のニーズ	他者（たしや）の感情（かんじょう）・思考（しこう）の理解（りかい）が困難（こんなん）。他者（たしや）と協力（きょうりょく）して活動（かつどう）することが特（とく）に苦手（にがて）。適切（てきせつ）な対人関係（たいじんかんけい）を構築（こうちく）する技術（ぎじゅつ）の習得（しゅうとく）が必要（ひつよう）。
自己認識（じこにんしき）のニーズ	能力（のうりょく）以上（いじょう）のことに挑戦（ちょうせん）して挫折感（ざせつかん）を味（あじ）わいやすい。自分（じぶん）を客観的（きゃっかんてき）に認識（にんしき）するスキルが重要（じゅうよう）。

自閉症（じへいしょう）は1次的障害（じてきしょうがい）（本来（ほんらい）もっている特性（とくせい））と、周囲（しゅうい）の無理解（むりかい）・差別（さべつ）による2次的障害（じてきしょうがい）（環境（かんきょう）による障害（しょうがい））の両方（りょうほう）に注目（ちゅうもく）することが重要（じゅうよう）。周囲（しゅうい）の理解不足（りかいぶそく）により「生活（せいかつ）のしづらさ」が増幅（ぞうふく）する。

5 難病（なんびょう）の特性（とくせい）の理解（りかい）と介護（かいご）の留意点（りゅういてん）

理解（りかい）すべき側面（そくめん）	内容（ないよう）
身体的側面（しんたいてきそくめん）	根本的（こんぽんてき）な治療（ちりょう）は困難（こんなん）で慢性的（まんせいてき）な経過（けいか）。痛（いた）みなどの症状（しょうじょう）により活動（かつどう）に影響（えいきょう）。日（ひ）によって症状（しょうじょう）の変化（へんか）に差（さ）があることがある。
心理的側面（しんりてきそくめん）	原因不明（げんいんふめい）・治療法（ちりょうほう）未確立（みかくりつ）への不安（ふあん）。長期療養（ちようきりょうよう）への不安（ふあん）。痛（いた）みなどの症状（しょうじょう）に対（たい）する苦痛（くつう）。
生活面（せいかつめん）	生活（せいかつ）への影響（えいきょう）・社会生活上（しゃかいせいかつじょう）の参加制約（さんかせいやく）・QOL への影響（えいきょう）・治療費（ちりょうひ）などの経済的負担（けいざいてきふたん）・家族介護者（かぞくかいごしゃ）への負担（ふたん）。

第3節 障害（しょうがい）のある人（ひと）や家族（かぞく）へのかかわり・支援（しえん）の基本（きほん）

1 障害（しょうがい）のある人（ひと）へのかかわり・支援（しえん）の基本（きほん）

▶▶ ①生活（せいかつ）ニーズの把握（はあく）

障害（しょうがい）のある人（ひと）への支援（しえん）でもっとも重要（じゅうよう）な点（てん）は、本人（ほんにん）の希望（きぼう）と生活（せいかつ）ニーズの把握（はあく）です。「何（なに）をしたいのか（希望（きぼう））」と「何（なに）に困（こま）っているのか（ニーズ）」の両方（りょうほう）を把握（はあく）します。

本人（ほんにん）のストレングス（強（つよ）さ・問題解決能力（もんだいかいけつのうりよく））に着目（ちやくもく）し、エンパワメントへの支援（しえん）も重要（じゅうよう）です。介護職（かいごしょく）が一方的（いっぽうてき）に情報（じょうほう）やサービスを提供（ていきょう）するのではなく、本人（ほんにん）が生活（せいかつ）をつくり上（あ）げていく力（ちから）を支援（しえん）します。

▶▶ ②信頼関係（しんらいかんけい）の構築（こうちく）

コミュニケーションの方法（ほうほう）を含（ふく）めた関係（かんけい）づくりが重要（じゅうよう）です。障害（しょうがい）の程度（ていど）に応（おう）じて絵（え）や図（ず）を多用（たよう）するなどの工夫（くふう）が必要（ひつよう）です。

精神障害（せいしんしょうがい）・発達障害（はったつしょうがい）のある人（ひと）への支援（しえん）

ん)で重要(じゅうよう)な点(てん)：「まわりから理解(りかい)されないことに対(たい)する本人(ほんにん)と家族(かぞく)の悩(なや)み・苦(くる)しみに共感(きょうかん)する」ことが信頼関係(しんらいかんけい)の基礎(きそ)になります。

2 家族(かぞく)の理解(りかい)と障害(しょうがい)の受容(じゅよう)支援(しえん)

▶▶ ①家族支援(かぞくしえん)の視点(してん)

家族介護(かぞくかいご)の肩代(かたが)わりをする支援(しえん)だけでなく、家族自身(かぞくじしん)の社会参加(しゃかいさんか)や自己実現(じこじつげん)に対(たい)する支援(しえん)も必要(ひつよう)です。その延長線上(えんちょうせんじょう)に障害(しょうがい)のある本人(ほんにん)の生活(せいかつ)の継続支援(けいぞくしえん)があります。

▶▶ ②障害受容(しょうがいじゅよう)のプロセス

段階(だんかい)	内容(ないよう)
①ショック期(き)	衝撃(しょうげき)が大(おお)きく現実(げんじつ)に無関心(むかんしん)な時期(じき)
②否認期(ひにんき)	障害(しょうがい)を負(お)うという現実(げんじつ)を受(う)け入(い)れられない時期(じき)
③混乱期(こんらんき)	これから先(さき)の不安(ふあん)でどうしてよいかわからない時期(じき)
④解決(かいけつ)への努力期(どりよくき)	冷静(れいせい)になってこれからのことを考(かんが)え始(はじ)める時期(じき)
⑤受容(じゅよう)	障害(しょうがい)を積極的(せっきよくてき)に受(う)け入(い)れ、価値観(かちかん)の転換(てんかん)がなされる

障害受容(しょうがいじゅよう)の主体(しゅたい)は「障害(しょうがい)のある人(ひと)」だけでなく、家族(かぞく)や社会(しゃかい)(環境(かんきょう))も含(ふく)まれます。段階(だんかい)を必(かなら)ずしも順番通(じゅんばんとお)りに進(すす)むわけではない。悩(なや)みや苦(くる)しみをかかえながら歩(あゆ)む人(ひと)も多(おお)く、共感的(きょうかんでき)な理解(りかい)が重要(じゅうよう)。

3 介護負担(かいごふたん)の軽減(けいげん)とレスパイトサービス

レスパイトサービスとは・障害(しょうがい)のある人(ひと)とその家族(かぞく)を支(ささ)えるための一時的(いちじてき)な介護(かいご)サービス・家族介護者(かぞくかいごしゃ)を一時的(いちじてき)に障害(しょうがい)のある人(ひと)の介護(かいご)から解放(かいほう)し、心身(しんしん)

の疲（つか）れを回復（かいふく）させる・サービス調整（ちょうせい）・ケアプラン（サービス等利用計画（とうりようけいかく））の作成（さくせい）が重視（じゅうし）されている

サービス	内容（ないよう）
短期入所（たんきにゅうしょ）（ショートステイ）	まとまった期間（きかん）の利用（りよう）が可能（かのう）でレスパイト効果（こうか）が大（おお）きい
放課後（ほうかご）等（とう）デイサービス	2012年（ねん）制度化（せいどか）。障害児（しょうがいじ）向（む）けの放課後（ほうかご）・長期休暇中（ちょうききゅうかちゅう）の支援（しえん）
移動支援（いどうしえん）事業（じぎょう）	地域生活支援事業（ちいきせいかつしえんじぎょう）のひとつ。社会参加（しゃかいさんか）のための移動（いどう）を支援（しえん）
相談支援事業（そうだんしえんじぎょう）	生活（せいかつ）上（じょう）の困（こま）りごとへの相談（そうだん）。セルフヘルプグループへの参加（さんか）も有効（ゆうこう）

重要（じゅうよう）な用語（ようご） ピア・カウンセリング：障害（しょうがい）のある人（ひと）が同（おな）じ仲間（なかま）の相談（そうだん）に応（おう）じ問題解決（もんだいかいけつ）をはかること
セルフヘルプグループ：同（おな）じ障害（しょうがい）・疾病（しっぺい）のある人（ひと）同士（どうし）が情報交換（じょうほうこうかん）・助（たす）け合（あ）いをするグループ 障害者（しょうがいしや）ケアマネジメント：本人（ほんにん）とケアマネジャー（相談支援専門員（そうだんしえんせんもんいん））が話（はな）し合（あ）い、総合的（そうごうてき）なサービス（ケアプラン）を提供（ていきょう）する方法（ほうほう）
コミュニケーションエイド：発話（はつわ）が困難（こんなん）な人（ひと）のために合成音声（ごうせいおんせい）や文字（もじ）で意思（いし）を伝（つた）える福祉用具（ふくしようにぐ）

★ このSectionのポイント ✓ 知的障害（ちてきしょうがい）：脳機能（のうきのう）の発達状態（はつたつじょうたい）をふまえた支援（しえん）と、ライフステージに応（おう）じた生活体験（せいかつたいけん）の機会（きかい）を提供（ていきょう）することが重要（じゅうよう）。✓ 精神障害（せいしんしょうがい）：疾患（しっかん）と障害（しょうがい）の両方（りょうほう）をもつ。ストレングス（強（つよ）さ）に着目（ちゃくもく）し、生活環境（せいかつかんきょう）を調整（ちょうせい）しながら療養（りょうよう）を助（たす）ける視点（してん）。✓ 高次脳機能障害（こうじのうきのうしょうがい）：病識低下（びょうしきていか）があるため、障害（しょうがい）を指摘（してき）しすぎない。環境調整（かんきょうちょうせい）が重要（じゅうよう）。家族（かぞく）も心理的（しんりてき）サポートが必要（ひつよう）。✓ 発達障害（はつたつしょうがい）：1次的障害（じてきしょうがい）（本来（ほんらい）の特性（とくせい））と2次的障害（じてきしょうがい）（環境（かんきょう）による障害（しょうがい））を区別（くべつ）。周囲（しゅうい）の理解（りかい）が最（もっと）も重要（じゅうよう）。✓ 障害受容（しょうがいじゅよう）のプロセス：ショック期（き）→否認期（ひにんき）→混乱期（こんらんき）→解決（かいけつ）への努力期（どりょくき）→受容（じゅよう）。家族（かぞく）も受容（じゅよう）の主体（しゅたい）に含（ふく）まれる。✓ レスパイトサービス：家族介護者（かぞくかいごしゃ）を一時的（いちじてき）に介護

（かいご）から解放（かいほう）する支援（しえん）。ショートステイ・放課後（ほうかご）等（とう）デイサービスなどが活用（かつよう）できる。✓ 信頼関係（しんらいかんけい）の構築（こうちく）：「まわりから理解（りかい）されない苦（くる）しみ」への共感（きょうかん）が第一歩（だいいっぽ）。本人（ほんにん）が信頼（しんらい）している人（ひと）とともに会（あ）うなどの工夫（くふう）も有効（ゆうこう）。

第8章 障害（しょうがい）の医学的理解（いがくてきりかい）と支援（しえん）の実際（じっさい） （障害（しょうがい）の理解（りかい）Ⅱ） 第1節（前半（ぜんはん））

第8章 第1節（前半（ぜんはん）） 医学的側面（いがくてきそくめん）からみた障害（しょうがい）の理解（りかい）

視覚障害（しかくしょうがい）／聴覚（ちょうかく）・言語障害（げんごしょうがい）／運動機能障害（うんどうきのうしょうがい）／心臓機能障害（しんぞうきのうしょうがい）／呼吸器機能障害（こきゅうききのうしょうがい）

1 視覚障害（しかくしょうがい）

視覚機能（しかくきのう）には視力（しりょく）のほかに視野（しや）・色覚（しきかく）・光覚（こうかく）などがあります。視力測定（しりょくそくてい）にはランドルト環（かん）を使用（しよう）します。

主（おも）な眼疾患（がんじっかん）	特徴（とくちょう）と支援（しえん）のポイント
白内障（はくくないしょう）	水晶体（すいしょうたい）が白（しろ）く濁（にご）る。先天性（せんてんせい）もある。眼鏡（めがね）・コンタクトレンズなど視覚補助具（しかくほじょぐ）の活用（かつよう）が大切（たいせつ）。
緑内障（りょくないしょう）	眼圧（がんあつ）の上昇（じょうしょう）による視神経（ししんけい）萎縮（いしゅく）。突発性（とつはつせい）は完全失明（かんぜんしつめい）の危険（きけん）あり。
網膜色素変性（もうまくしきそへんせい）	遺伝性疾患（いでんせいじっかん）。幼児期（ようじき）から夜盲（やもう）がみられ、視野（しや）が周辺部（しゅうへんぶ）から中心部（ちゅうしんぶ）へ向（む）かって狭（せば）まる。
視神経萎縮（ししんけいしゅく）	中心暗点（ちゅうしんあんてん）があり中心部（ちゅうしんぶ）が見（み）えない。読書（どくしょ）や細（こま）かい作業（さぎょう）が不自由（ふじゆう）。色（いろ）への配慮（はいりょ）も大切（たいせつ）。
糖尿病性網膜症（とうにょうびょうせいもうまくしょう）	網膜（もうまく）の血管（けっかん）異常（いじょう）。血糖（けっとう）コントロール不良（ふりょう）で低血糖（ていけっとう）・過血糖（かけっとう）のリスクあり。医療機関（いりょうきかん）との連携（れんけい）が必要（ひつよう）。
ベーチェット病（びょう）（指定難病（していなびょう））	ぶどう膜炎（まくえん）を頻繁（ひんぱん）に起（お）こす。口内炎（こうないえん）・陰部潰瘍（いんぶかいよう）などの症状（しょうじょう）も。網膜剥離（もうまくはくり）による失明（しつめい）リスクあり。

2 聴覚（ちょうかく）・言語障害（げんごしょうがい）

▶▶ ①難聴（なんちょう）の分類（ぶんるい）

種類（しゅるい）	原因（げんいん）	特徴（とくちょう）・注意点（ちゅういてん）
伝音性難聴 （でんおんせいなんちょう）	中耳炎（ちゅうじえん）・耳小骨奇形（じしょうこつきけい）・耳垢栓塞（じこうせんそく）など	音（おと）を大（おお）きくすれば正確（せいかく）に聞（き）こえる。
感音性難聴 （かんおんせいなんちょう）	加齢（かれい）・内耳（ないじ）の障害（しょうがい）など	音（おと）を大（おお）きくしても改善（かいぜん）しにくい。高音域（こうおんいき）から低下（ていか）。聞（き）き誤（あやま）りが多（おお）く誤解（ごかい）されやすい。
混合性難聴 （こんごうせいなんちょう）	伝音部（でんおんぶ）と感音部（かんおんぶ）の両方（りょうほう）の障害（しょうがい）	上記（じょうき）2つの特徴（とくちょう）が混在（こんざい）する。

▶▶ ②言語障害（げんごしょうがい）の分類（ぶんるい）

種類（しゅるい）	内容（ないよう）と特徴（とくちょう）
失語症（しつごしょう）（言語機能（げんごきのう）レベル）	大脳（だいのう）の言語中枢（げんごちゅうすう）が障害（しょうがい）され、いったん獲得（かくとく）した言語機能（げんごきのう）に障害（しょうがい）が生（しょう）じる。聞（き）く・話（はな）す・読（よ）む・書（か）くの4つすべてに障害（しょうがい）。
構音障害（こうおんしょうがい）（発声発話（はっせいはつわ）レベル）	舌（した）・口唇（こうしん）など発声（はっせい）器官（きかん）の麻痺（まひ）や切除（せつじょ）による。言語理解（げんごりかい）は保（たも）たれる。摂食嚥下障害（せつしょくえんげしょうがい）を伴（ともな）うことが多（おお）い。

3 運動機能障害（うんどうきのうしょうがい）

肢体不自由（したいふじゆう）とは上肢（じょうし）・下肢（かし）・体幹（たいかん）の永続的（えいぞくてき）な運動機能障害（うんどうきのうしょうがい）です。全国（ぜんこく）で約 193 万人（まんにん）、65 歳以上（さいいじょう）が約 68%を占（し）めます。

▶▶ ①麻痺（まひ）の種類（しゅるい）

種類（しゅるい）	特徴（とくちょう）・注意点（ちゅういてん）
片麻痺（かたまひ）	右（みぎ）または左側（ひだりがわ）の半身（はんしん）に麻痺（まひ）。脳（のう）の損傷部位（そんしょうぶい）により言語障害（げんごしょうがい）を伴（ともな）うことがある。
対麻痺（たいまひ）	両下肢（りょうかし）に麻痺（まひ）。脊髄損傷（せきずいそんしょう）などによる。損傷（そんしょう）レベルによっては排泄障害（はいせつしょうがい）を伴（ともな）う。
四肢麻痺（ししまひ）	両上下肢（りょうじょうかし）に麻痺（まひ）。脳性麻痺（のうせいまひ）・頸髄損傷（けいずいそんしょう）が多（おお）い。排泄障害（はいせつしょうがい）・発汗困難（はっかんこんなん）・心肺機能低下（しんぱいきのうていか）などの合併症（がっぺいしょう）あり。

▶▶ ②脳性麻痺（のうせいまひ）の型（かた）

型（かた）	特徴（とくちょう）
痙直型（けいちよくがた）	強（つよ）い筋緊張（きんきんちよう）から四肢（しし）の突（つ）っ張（ば）りが強（つよ）い。
アテトーゼ型（がた）	運動（うんどう）コントロールが困難（こんなん）で不随意運動（ふずいいうんどう）が生（しょう）じる。
強直型（きょうちよくがた）	関節（かんせつ）可動域（かどういき）の制限（せいげん）を伴（ともな）う。
失調型（しっちょうがた）	運動（うんどう）バランスが悪（わる）く歩行（ほこう）のふらつきが生（しょう）じる。
混合型（こんごうがた）	さまざまな型（かた）が混（ま）じっている。

▶▶ ③脊髄損傷（せきずいそんしょう）の留意点（りゅういてん）

△ 脊髄損傷（せきずいそんしょう）で注意（ちゅうい）すること・運動（うんどう）・知覚障害（ちかくしょうがい）：同（おな）じ部位（ぶい）への圧迫（あっぱく）が続（つづ）くと褥瘡（じよくそう）が生（しょう）じやすい→一定時間（いっていじかん）ごとに体位変換（たいいへんかん）が必要（ひつよう）
 ・排便（はいべん）・排尿障害（はいにょうしょうがい）：コントロールができなくなる→排泄管理（はいせつかんり）が必要（ひつよう）
 ・発汗障害（はっかんしょうがい）：麻痺部分（まひぶぶん）からの発汗（はっかん）が障害（しょうがい）されうつ熱（ねつ）になりやすい→空調管理（くうちょうかんり）が必要（ひつよう）
 ・起立性低血圧（きりつせいていけつあつ）：臥位（がい）から座位（ざい）になると

血圧（けつあつ）が下（さ）がる→急（きゅう）に起（お）こさない・自律神経過反射（じりつしんけいかはんしゃ）：膀胱（ぼうこう）に尿（にょう）が一定量（いっていりょう）たまると血圧（けつあつ）が急上昇（きゅうじょうしょう）する

4 心臓機能障害（しんぞうきのうしょうがい）

項目（こうもく）	内容（ないよう）
主（おも）な疾患（しっかん）	虚血性心疾患（きょけつせいしんしっかん）（心筋梗塞（しんきんこうそく）・狭心症（きょうしんしょう））・心不全（しんふぜん）・大動脈疾患（だいどうみゃくしっかん）・末梢動脈疾患（まつしょうどうみゃくしっかん）（閉塞性動脈硬化症（へいそくせいどうみゃくこうかしょう））
心不全（しんふぜん）	1つの独立（どくりつ）した病気（びょうき）ではなく、心機能（しんきのう）が低下（ていか）することによって起（お）こる「病態（びょうたい）」。さまざまな原因疾患（げんいんしっかん）がある。
ICD（植込型除細動器（うめこみがたじょさいどうき））	心室頻拍（しんしつひんぱく）や心室細動（しんしつさいどう）などの致死的不整脈（ちしてきふせいみゃく）を止（と）め、心臓（しんぞう）の働（はたら）きを回復（かいふく）させる装置（そうち）。
ペースメーカー装着者（そうちゃくしゃ）への注意（ちゅうい）	鎖骨下（さこつした）の前胸部（ぜんきょうぶ）に衝撃（しょうげき）を与（あ）たえない。強（つよ）い電磁波（でんじは）を発生（はっせい）する機器（きき）を近（ちか）づけない。極端（きょくたん）な上肢（じょうし）・肩（かた）の運動（うんどう）を避（さ）ける。

5 呼吸器機能障害（こきゅうききのうしょうがい）

項目（こうもく）	内容（ないよう）
主（おも）な基礎疾患（きそしっかん）	①COPD（まんせいへいそくせいはいしっかん）・肺結核後遺症（はいけつかくこういしょう）②脳血管障害（のうけっかんしょうがい）（換気困難（かんきこんなん））③喘息（ぜんそく）（気道狭窄（きどうきょうさく））④ALS・筋（きん）ジストロフィー（神経（しんけい）・筋肉（きんにく）の障害（しょうがい））
主（おも）な症状（しょうじょう）	呼吸困難感（こきゅうこんなんかん）（息苦（いきぐる）しさ・息切（いきぎ）れ）・咳（せき）・痰（たん）・喘鳴（ぜんめい）（ゼイゼイ・ヒューヒューという音（おと））
在宅酸素療法（ざいたくさんそりょうほう）（HOT）	酸素濃縮器（さんそのうしゅくき）・鼻（はな）カニューレを使用（しょう）。高濃度酸素（こうのうどさんそ）を吸入（きゅうにゅう）しながら日常生活（にちじょうせいかつ）を送（おく）る。COPDが主（おも）な対象（たいしょう）。

項目（こうもく）	内容（ないよう）
気管切開（きかんせっかい）	鼻腔（びくう）・咽頭（いんとう）からの換気（かんき）が困難（こんなん）な場合（ばあい）に気管（きかん）を切開（せっかい）し気管（きかん）カニューレを挿入（そうにゅう）。自力（じりき）での痰（たん）の排出（はいしゅつ）が困難（こんなん）になるため吸引器（きゅういんき）を使用（しよう）することもある。
在宅人工呼吸療法（ざいたくじんこうこきゅうりょうほう）	自力換気（じりきかんき）が困難（こんなん）な人（ひと）に人工呼吸器（じんこうこきゅうき）を装着（そうちゃく）。気管切開（きかんせっかい）をしない場合（ばあい）は鼻（はな）マスクを使用（しよう）。

★ この Section のポイント

✓ 視覚障害（しかくしょうがい）の主（おも）な眼疾患（がんしつかん）：白内障（はくないしょう）・緑内障（りょくないしょう）・網膜色素変性（もうまくしきそへんせい）・視神経萎縮（ししんけいいいしゅく）・糖尿病性網膜症（とうにようびょうせいもうまくしょう）・ベーチェット病（びょう）。✓ 難聴（なんちよう）の分類（ぶんるい）：伝音性（でんおんせい）（音（おと）を大（おお）きくすれば改善（かいぜん））・感音性（かんおんせい）（音（おと）を大（おお）くしても改善（かいぜん）しにくい）・混合性（こんごうせい）。✓ 失語症（しつごしょう）は大腦（だいのう）の言語中枢（げんごちゅうすう）の障害（しょうがい）。聞（き）く・話（はな）す・読（よ）む・書（か）くすべてに障害（しょうがい）。構音障害（こうおんしょうがい）は言語理解（げんごりかい）が保（たも）たれ、摂食嚥下障害（せつしょくえんげしょうがい）を伴（ともな）いやすい。✓ 麻痺（まひ）：片麻痺（かたまひ）（半身（はんしん））・対麻痺（たいまひ）（両下肢（りょうかし））・四肢麻痺（ししまひ）（両上下肢（りょうじょうかし））。脳性麻痺（のうせいまひ）は5型（かた）。✓ 脊髄損傷（せきずいそんしょう）の5つの留意点（りゅういてん）：褥瘡（じょくそう）・排泄障害（はいせつしょうがい）・発汗障害（はっかんしょうがい）（うつ熱（ねつ））・起立性低血圧（きりつせいていけつあつ）・自律神経過反射（じりつしんけいかはんしゃ）。✓ ペースメーカー・ICD 装着者（そうちゃくしゃ）：衝撃（しょうげき）・電磁波（でんじは）に注意（ちゅうい）、上肢（じょうし）・肩（かた）の激（はげ）しい運動（うんどう）を避（さ）ける。✓ 呼吸器機能障害（こきゅうききのうしょうがい）の在宅（ざいたく）治療（ちりょう）：HOT（在宅酸素療法（ざいたくさんそりょうほう））・気管切開（きかんせっかい）・在宅人工呼吸療法（ざいたくじんこうこきゅうりょうほう）。

第8章 第1節（後半（こうはん）） 医学的側面（いがくてきそくめん）からみた障害（しょうがい）の理解（りかい）

第8章 第1節（後半（こうはん）） 腎臓（じんぞう）・膀胱（ぼうこう）・直腸（ちよくちょう）・小腸（しょうちょう）・HIV・肝臓（かんぞう）・知的障害（ちてきしょうがい）・精神障害（せいしんしょうがい）・高次脳機能障害（こうじのうきのうしょうがい）・発達障害（はったつしょうがい）・難病（なんびょう）

6 腎臓機能障害（じんぞうきのうしょうがい）

腎臓機能（じんぞうきのう）が低下（ていか）して日常生活（にちじょうせいかつ）に支障（ししょう）をきたした状態（じょうたい）。進行（しんこう）するまで無症状（むしょうじょう）なことが多（おお）く、高血圧（こうけつあつ）や浮腫（ふしゅ）が目立（めだ）つところには腎機能（じんきのう）がかなり低下（ていか）しています。慢性腎臓病（まんせいじんぞうびょう）（CKD）は生活習慣病（せいかつしゅうかんびょう）とも関連（かんれん）し、心血管疾患（しんけっかんしっかん）のリスクも高（たか）めます。

治療法（ちりょうほう）	内容（ないよう）
血液透析（けつえきとうせき）（HD）	半透膜（はんとうまく）を通（とお）して血液（けつえき）を体外（たいがい）でろ過（か）する。シャント（動静脈吻合（どうじょうみやくふんごう））の造設（ぞうせつ）が必要（ひつよう）。
腹膜透析（ふくまくとうせき）（PD）	自分（じぶん）の腹膜（ふくまく）を半透膜（はんとうまく）として使用（しよう）。腹腔（ふくくう）に透析液（とうせきえき）を入（い）れ定期的（ていきてき）に交換（こうかん）。生活（せいかつ）に組（く）み込（こ）める（CAPD・NIPDなど）。
腎移植（じんいしょく）	末期腎不全（まつきじんふぜん）の根本的（こんぽんてき）な治療法（ちりょうほう）。移植後（いしょくご）は健康時（けんこうじ）と同様（どうよう）の生活（せいかつ）が可能（かのう）。小児（しょうに）・青年期（せいねんき）に特（とく）に望（のぞ）ましい。

7 膀胱（ぼうこう）・直腸機能障害（ちよくちょうきのうしょうがい）

項目（こうもく）	内容（ないよう）
膀胱機能障害（ぼうこうきのうしょうがい）の主（おも）な原因	先天性（せんてんせい）：二分脊椎症（にぶんせきついしょう）→自己導尿（じこどによう）が永続的（えいぞくてき）に必要（ひつよう）。後天性（こうてんせい）：膀胱がん→尿路変向術（にょうろへんこうじゅつ）・尿路（にょうろ）スト

項目（こうもく）	内容（ないよう）
（げんいん）	ーマ造設（ぞうせつ）。
間欠導尿（かんけつど による）の重要性（じ ゆうようせい）	留置（りゅうち）カテーテルの合併症（がっぺいしょう）（結石（けっせき）・尿 路感染（にょうろかんせん）・裂傷（れっしょう））を防（ふせ）ぐため間欠導尿 （かんけつどによる）が推奨（すいしょう）される。
消化管（しょうかか ん）ストーマ	腸（ちょう）のがん切除後（せつじょご）などに腸管（ちょうかん）にストーマ （排泄口（はいせつぐち））を造設（ぞうせつ）。便意（べんい）がなくなり採便 袋（さいべんぶくろ）で管理（かんり）。高齢（こうれい）・要介護（ようかい ご）になると自己管理（じこかんり）が困難（こんなん）になることがある。

8 小腸機能障害（しょうちょうきのうしょうがい）

小腸（しょうちょう）が広（ひろ）く切除（せつじょ）されたり疾患（しっかん）によって消化吸収（しょうかきゅうしゅう）が妨（さまた）げられ、栄養維持（えいようにじ）が困難（こんなん）にな
った状態（じょうたい）。クローン病（びょう）・腸管（ちょうかん）ベーチェット病（びょう）・上
腸間膜動脈閉塞症（じょうちょうかんまくどうみゃくへいそくしょう）などが原因（げんいん）。

治療法（ちりょうほ う）	内容（ないよう）・注意点（ちゅういてん）
中心静脈栄養法（ち ゅうしんじょうみゃ くえいようほう） （TPN）	鎖骨下（さこつした）静脈（じょうみゃく）からカテーテル挿入（そうにゅう）。 高濃度（こうのうど）栄養（えいよう）の投与（とうよ）が可能（かのう）。在宅 （ざいたく）版（HPN）もある。カテーテル挿入部（そうにゅうぶ）の感染予防 （かんせんよぼう）が重要（じゅうよう）（常（つね）に清潔（せいけつ）を保 （たも）つ）。
経管栄養法（けいか んえいようほう）	胃（い）ろう・腸（ちょう）ろう・経鼻（けいび）で栄養剤（えいようざい）を注 入（ちゅうにゅう）。中心静脈（ちゅうしんじょうみゃく）より生理的（せいりて き）な方法（ほうほう）。下痢（げり）・便秘（べんぴ）・腹痛（ふくつう）など の消化管合併症（しょうかかんがっぺいしょう）に注意（ちゅうい）。

9 ヒト免疫不全（めんえきふぜん）ウイルス（HIV）による免疫機能障害（めんえききのうし ょうがい）

HIVとエイズ（AIDS）の違い（ちが） HIV感染症（かんせんしょう）：ウイルスに感染（かんせん）し
た状態（じょうたい）。全世界（ぜんせかい）で3840万人（2021年（ねん））。日本（にほん）では約
（やく）3万人（にん）。感染経路（かんせんけいろ）は性交渉（せいこうしょう）・注射針（ちゅうしゃば
り）の共用（きょうよう）・母子感染（ぼしかんせん）。エイズ（AIDS）：HIV感染（かんせん）後
（ご）、免疫機能（めんえききのう）が低下（ていか）し、厚労省（こうろうしょう）指定（してい）の23

の合併症（がっぺいしょう）のいずれかを発症（はっしょう）した状態（じょうたい）。HIV に感染（かんせん）しただけではエイズではない。

適切（てきせつ）な治療（ちりょう）を受（う）ければ発症（はっしょう）を大幅（おおはば）に遅（おそ）らせ、感染（かんせん）していない場合（ばあい）とほぼ同（おな）じ寿命（じゅみょう）をまっとうできます。日和見感染症（ひよりみかんせんしょう）（通常（つうじょう）は問題（もんだい）にならない弱（よわ）い菌（きん）やウイルスによる感染（かんせん））に注意（ちゅうい）が必要（ひつよう）です。感染症法（かんせんしょうほう）上（じょう）エイズは5類（るい）。

10 肝臓機能障害（かんぞうきのうしょうがい）

主（おも）な原因（げんいん）：B 型（がた）・C 型（がた）ウイルス性肝炎（せいかんえん）。慢性肝炎（まんせいかんえん）→肝硬変（かんこうへん）→肝がん（かんがん）へと進行（しんこう）することがある（C 型（がた）は感染（かんせん）から約 30 年（ねん）で肝細胞がん（かんさいぼうがん）に至（いた）ることも）。

病態（びょうたい）	症状（しょうじょう）・管理（かんり）
急性肝炎（きゅうせいかんえん）	全身倦怠感（ぜんしんけんたいかん）・食欲不振（しょくよくふしん）・黄疸（おうだん）。現在（げんざい）は抗（こう）ウイルス療法（りょうほう）で完治（かんち）可能（かのう）。
慢性肝炎（まんせいかんえん）	はっきりした自覚症状（じかくしょうじょう）はない。継続的（けいぞくてき）な治療（ちりょう）と管理（かんり）が必要（ひつよう）。
肝硬変（かんこうへん）	黄疸（おうだん）・腹水（ふくすい）・肝性脳症（かんせいのうしょう）・食道静脈瘤（しよくどうじょうみゃくりゅう）などの合併症（がっぺいしょう）。塩分制限（えんぶんせいげん）・たんぱく質管理（しつかんり）・便秘予防（べんぴよぼう）が重要（じゅうよう）。

11 知的障害（ちてきしょうがい）

ICD-10 の知的障害（ちてきしょうがい）の分類（ぶんるい）：軽度（けいど）（IQ69～50）・中度（ちゅうど）（IQ49～35）・重度（じゅうど）（IQ34～20）・最重度（さいじゅうど）（IQ19 以下（いか））。

支援（しえん）の視点（してん）：「できないこと」だけでなく「どのように認識（にんしき）しているか」「何（なに）ができるか」「どのような支援（しえん）があれば能力（のうりょく）を補（おぎな）えるか」に注目（ちゅうもく）することが大切（たいせつ）。

ダウン症候群（しょうこうぐん）の特徴（とくちょう） ・21 番（ばん）目（め）の染色体（せんしよく

たい) が3本(ほん) ある(トリソミー) ことが原因(げんいん) (90~95%) ・出生(しゅっせい) 1000人(にん) に1人(ひとり) の割合(わりあい) 。高齢出産(こうれいしゅっさん) で発生率(はっせいりつ) 上昇(じょうしょう) ・合併症(がっぺいしょう) : 難聴(なんちょう) ・先天性心疾患(せんてんせいしんしっかん) ・環軸椎不安定症(かんじくついふあんていしょう) ・眼科的異常(がんかてきいじょう) など

12 精神障害(せいしんしょうがい)

疾患(しっかん)	特徴(とくちょう)と支援(しえん)のポイント
統合失調症(とうごうしつちょうしょう)	陽性症状(ようせいしょうじょう)(幻覚(げんかく)・妄想(もうそう))・陰性症状(いんせいしょうじょう)(意欲低下(いよくていか)・感情平板化(かんじょうへいばんか))・認知機能障害(にんちきのうしょうがい)。継続的(けいぞくてき)薬物療法(やくぶつりょうほう)と包括的(ほうかつてき)支援(しえん)(心理教育(しんりきょういく)・社会生活(しゃかいせいかつ)リハビリテーション)が必要(ひつよう)。
うつ病(びょう)	気分(きぶん)の沈(しず)み・意欲低下(いよくていか)・身体症状(しんたいしょうじょう)(不眠(ふみん)・食欲低下(しょくよくていか))。自殺(じさつ)リスクは初期(しよき)と回復期(かいふくき)に高(たか)い。心身(しんしん)の休養(きゅうよう)が重要(じゅうよう)。「がんばって」は禁句(きんく)。
双極性障害(そうきょくせいしょうがい)(躁(そう)うつ病(びょう))	躁状態(そうじょうたい)(気分高揚(きぶんこうよう)・誇大妄想(こだいもうそう)・浪費(ろうひ))とうつ状態(じょうたい)をくり返(かえ)す。薬物療法(やくぶつりょうほう)・家族療法(かぞくりょうほう)・精神療法(せいしんりょうほう)。
アルコール依存症(いぞんしょう)	離脱症状(りだつしょうじょう)(ふるえ・せん妄(もう)・幻聴(げんちょう))・コルサコフ症候群(しょうこうぐん)(記憶力障害(きめいりよくしょうがい)・健忘(けんぼう)・作話(さくわ))。断酒(だんしゅ)が回復(かいふく)の鍵(かぎ)。自助(じじょ)グループ(断酒会(だんしゅかい))が有効(ゆうこう)。
幻覚(げんかく)・幻聴(げんちょう)への対応(たいおう)	内容(ないよう)を肯定(こうてい)するのではなく、苦(くる)しんでいることに落(お)ち着(つ)いた態度(たいど)で受(う)けとめる。

13 高次脳機能障害(こうじのうきのうしょうがい)

脳(のう)が損傷(そんしょう)した結果(けっか)、認知(にんち)・記憶(きおく)・注意(ちゅうい)・行動(こうどう)などに障害(しょうがい)が生(しょう)じる状態(じょうたい)。脳血管

障害（のうけっかんしょうがい）（脳卒中（のうそっちゅう））が最多（さいた）（特（とく）に 50 歳代以上（さいだいいじょう））。頭部外傷（ずぶがいしょう）（交通事故（こうつうじこ）など）も原因（げんいん）。

症状（しょうじょう）	具体例（ぐたいれい）と支援（しえん）
記憶障害（きおくしょうがい）	新（あた）らしいことが覚（おぼ）えられない。約束（やくそく）を忘（わす）れる・物（もの）の置（お）き場所（ばしょ）がわからない・同（おな）じ質問（しつもん）をくり返（かえ）す。
注意障害（ちゅういしょうがい）	集中（しゅうちゅう）できない・ミスが多（おお）い・2 つのことで混乱（こんらん）する・1 つのことから切（き）り替（か）えられない。
遂行機能障害（すいこうきのうしょうがい）	自分（じぶん）で計画（けいかく）を立（た）てて実行（じっこう）できない。人（ひと）から指示（しじ）されないと動（うご）けない。
社会的行動障害（しゃかいてきこうどうしょうがい）	退行（たいこう）（子（こ）どもっぽい言動（げんどう））・依存（いぞん）・欲求（よっきゅう）コントロール低下（ていか）・感情（かんじょう）コントロール低下（ていか）・固執性（こしゅうせい）・対人技能拙劣（たいじんぎのうせつれつ）。家族（かぞく）・介護職（かいごしょく）が最（もっと）も対応（たいおう）に苦慮（くりよ）する症状（しょうじょう）。

14 発達障害（はったつしょうがい）

種類（しゅるい）	特徴（とくちょう）
自閉症（じへいしょう） スペクトラム（ASD）	①社会性（しゃかいせい）の障害（しょうがい）（視線（しせん）が合（あ）わない・仲間（なかま）をつくれぬ）②コミュニケーションの障害（しょうがい）（言葉（ことば）が出（で）ない・会話（かいわ）が続（つづ）かない）③想像力（そうぞうりょく）の障害（しょうがい）（同（おな）じことをくり返（かえ）す・こだわり）
学習障害（がくしゅうしょうがい）（LD）	「読（よ）む」「書（か）く」「計算（けいさん）する」の困難（こんなん）。中枢神経系（ちゅうすうしんけいけい）の機能障害（きのうしょうがい）が原因（げんいん）。
注意欠陥多動性障害（ちゅういけっかんたどうせいしょうがい）	①不注意（ふちゅうい）（集中力（しゅうちゅうりょく）を保（たも）つのが苦手（にがて））②多動性（たどうせい）（じっとしているのが苦手（にがて））③衝動性（しょうどうせい）（順番（じゅんばん）を待（ま）つのが苦

種類（しゅるい）	特徴（とくちょう）
（ADHD）	手（にがて）

発達障害（はったつしょうがい）の支援（しえん）のポイント・情報量（じょうほうりょう）を減（へ）らし、同時（どうじ）に2つ以上（いじょう）の情報（じょうほう）を出（だ）さない・色彩（しきさい）・騒音（そうおん）など不必要（ふひつよう）な刺激（しげき）を減（へ）らす視覚的（しかくてき）な環境整備（かんきょうせいび）・活動（かつどう）を見通（みとお）せる視覚的（しかくてき）スケジュール化（か）（行（い）ったことにチェックなど）・生活（せいかつ）の流（なが）れを一定（いってい）にし、変化（へんか）はあらかじめ明示（めいじ）する・感覚過敏（かんかくかびん）への対策（たいさく）（雑音（ざつおん）・光（ひかり）・においなどの環境調整（かんきょうちょうせい））

15 難病（なんびょう）

難病法（なんびょうほう）（2015年（ねん）施行（しこう））による定義（ていぎ）：「発病（はつびょう）の機構（きこう）が明（あき）らかでなく、治療方法（ちりょうほうほう）が確立（かくりつ）していない希少（きしょう）な疾病（しつぺい）で長期（ちようき）の療養（りようよう）を要（よ）うするもの」。指定難病（していなんびょう）は2021年（ねん）11月（がつ）時点（じてん）で338疾病（しつぺい）。医療費（いりようひ）助成（じょせい）の対象（たいしょう）。

疾患名（しっかんめい）	主（おも）な症状（しょうじょう）	治療（ちりょう）・介護（かいご）のポイント
筋萎縮性側索硬化症（きんいしゅくせいそくさくこうかしょう）（ALS）	上（じょう）下肢（かし）の筋力低下（きんりょくていか）から始（はじ）まり、嚥下障害（えんげしょうがい）・呼吸困難（こきゅうこんなん）へと進行（しんこう）（筋（きん）のみ障害（しょうがい）・感覚（かんかく）は正常（せいじょう））。	症状（しょうじょう）を遅（おそ）らせる薬（くすり）・リハビリ・対症療法（たいしょうりょうほう）。人工呼吸（じんこうこきゅう）・胃（い）ろうの導入（どう入）にゆう）を検討（けんとう）。
パーキンソン病（びょう）	4大症状（だいしょうじょう）：安静時振戦（あんせいじしんせん）（手（て）がふるえる）・筋強剛（きんきょうごう）（固縮（こしゅく））・姿勢反射障害（しせいはんしゃしょうがい）・無動（むどう）・寡動（かどう）。初発（しよはつ）は安静時振戦（あんせいじしんせん）が最多（さいた）。	ドーパミン補充（ほじゅう）薬（やく）。転倒（てんとう）リスク・すくみ足（あし）に注意（ちゅうい）。
筋（きん）ジストロフィー	筋力低下（きんりょくていか）による運動機能障害（うんどうきのうしょうがい）。歩行（ほこう）・嚥下（えんげ）・呼吸（こきゅう）に影響（えいきょう）。20歳前後（さいぜんご）で呼吸	根本的（こんぽんてき）治療法（ちりょうほう）なし。進行（しんこう）を遅（おそ）らせることが基本（きほん）。

疾患名（しっかんめい）	主（おも）な症状（しょうじょう）	治療（ちりょう）・介護（かいご）のポイント
	機能（こきゅうきのう）が低下（ていか）。	
悪性（あくせい） 関節（かんせつ） リウマチ	朝（あさ）のこわばり（起床時（きしょうじ））手指（てゆび）が動（うご）きにくい・関節（かんせつ）の腫脹（しゅちょう）や疼痛（とうつう）。関節外症状（かんせつがいしょうじょう）として間質性肺炎（かんしつせいはいえん）など。	ステロイド・薬物療法（やくぶつりょうほう）・血漿交換療法（けっしょうこうかんりょうほう）。

★ この Section のポイント

- ✓ 腎臓機能障害（じんぞうきのうしょうがい）の治療（ちりょう）：血液透析（けつえきとうせき）（シャント必要（ひつよう））・腹膜透析（ふくまくとうせき）（生活（せいかつ）に組（く）み込（こ）める）・腎移植（じんいしょく）（根本的治療（こんぽんてきちりょう））。
- ✓ 消化管（しょうかかん）ストーマ：便意（べんい）がなくなり採便袋（さいべんぶくろ）で管理（かんり）。高齢（こうれい）・要介護（ようかいご）で自己管理（じこかんり）が困難（こんなん）になることがある。
- ✓ HIV に感染（かんせん）しただけではエイズではない。適切（てきせつ）な治療（ちりょう）でほぼ通常（つうじょう）の寿命（じゅみょう）が可能（かのう）。
- ✓ 肝硬変（かんこうへん）：塩分制限（えんぶんせいげん）・たんぱく質管理（しつかんり）・便秘予防（べんぴよぼう）が重要（じゅうよう）な食事管理（しょくじかんり）。
- ✓ 統合失調症（とうごうしっちょうしょう）：陽性（ようせい）・陰性症状（いんせいしょうじょう）・認知機能障害（にんちきのうしょうがい）の3種類（しゅるい）。
- 継続的薬物療法（けいぞくてきやくぶつりょうほう）が基本（きほん）。
- うつ病（びょう）の自殺（じさつ）リスクは初期（しょき）と回復期（かいふくき）に高（たか）い。
- ✓ 高次脳機能障害（こうじのうきのうしょうがい）：記憶（きおく）・注意（ちゅうい）・遂行機能（すいこうきのう）・社会的行動（しゃかいてきこうどう）の4つの障害（しょうがい）。
- 脳血管障害（のうけっかんしょうがい）が最多（さいた）の原因（げんいん）。
- ✓ 発達障害（はったつしょうがい）の支援（しえん）：情報量（じょうほうりょう）を減（へ）らす・視覚的支援（しかくてきしえん）・スケジュール化（か）・環境（かんきょう）の一定化（いっていか）・感覚過敏（かんかくかびん）への配慮（はいりょ）。
- ✓ 指定難病（していなんびょう）は338疾病（しっぺい）（2021年（ねん））。
- ALS・パーキンソン病（びょう）・筋（きん）ジストロフィー・悪性（あくせい）関節（かんせつ）リウマチなど。