

【第4巻】こころとからだのしくみ

第1章 介護に関連するからだのしくみ（こころとからだのしくみⅠ）

第1節 移動・移乗に関連するからだのしくみ

🔑 この節で学ぶこと

- ✓ 姿勢の種類（臥位・座位・立位）とそれぞれの特徴を説明できる
- ✓ 良肢位の意味と必要性を理解できる
- ✓ 寝返り・起き上がり・立ち上がりの動作のしくみを説明できる
- ✓ 歩行のしくみと身体状況による歩容の変化を理解できる
- ✓ 車いすの構造と駆動のしくみを説明できる

1. 基本的な姿勢

① 姿勢の種類

▶▶ 基本的な姿勢

姿勢は、臥位、座位、立位に分けられます。また、これらの姿勢は、さらに細かく分けられています。

私たちは、休息をとるときには臥位または座位をとります。とくに臥位では、四肢、体幹の筋活動はほとんど不要になり、リラックスできます。逆に座位、立位になるにしたがい、姿勢保持のために頸部、体幹の筋力、下肢の筋力が必要になります。

▶▶ 臥位（がい）

姿勢としては、頭部、体幹、四肢がベッドや床と接する臥位がもっとも安定しやすい姿勢といえます。

▶▶ 座位（ざい）

座位になると、殿部から大腿後面にかけて座面と接するようになるほか、頭部や体幹が座面から離れる分、からだの重心も高くなります。バランスをくずしがちな場合には、背もたれや肘置きなど、外部からバランスを補助する必要があります。

▶▶ 立位（りつい）

立位では、さらに体重を支える面積はせまくなるうえ、重心位置もさらに高くなります。立位姿勢を保持し続けるには、からだ全体を使ってバランスをとる必要があります。

💡 基本的な姿勢の種類と特徴

仰臥位（ぎょうがい）：あお向けの姿勢

腹臥位（ふくがい）：うつぶせの姿勢

側臥位（そくがい）：横向きに寝ている姿勢（右を向いているものを右側臥位という）

椅座位（いざい）：いすに座った姿勢

端座位（たんざい）：ベッドの端に腰をかけ、足底を床につけている姿勢

長座位（ちょうざい）：膝を伸ばし、背中をまっすぐにして座った姿勢

起座位（きざい）：オーバーテーブルの上に枕やクッションを置き、それをかかえてうつぶせになって

いる姿勢

半座位（はんざい）：上半身を約 45 度起こした姿勢（ファアラ一位ともいう）

立位（りつい）：まっすぐ立った姿勢

② 良肢位（りょうしい）

ADL で支障の少ない関節角度をとった肢位を良肢位といいます。麻痺などで関節を自分から動かすことができなくなった場合には、ベッドで臥位をとる際や、車いすで座位をとる際に同一姿勢を長時間とることが避けられないため、負担を軽減した姿勢保持が必要になります。

2. 基本的なからだのしくみ

① 体位変換を行うためのしくみ

移動するためには、臥位から座位、立位と姿勢を変換していく必要があります。それぞれの姿勢と動作の特徴を学んでおきましょう。

▶▶ 寝返り動作—仰臥位から側臥位へ

仰臥位から側臥位になる寝返り動作は、①下肢の重さを利用して骨盤帯を回旋させ、その動きを脊柱のつながりをもって肩甲帯まで伝えて側臥位になる方法、②頭部を軽く持ち上げ、体幹の屈曲筋をはたらかせて肩甲帯から骨盤帯にいたる体幹を固定して 1 つのかたまりとしたあと、先に肩甲帯を回旋させることで、骨盤帯までを回旋させて寝返る方法などがあります。介助で行う場合には、②のやり方が多く用いられます。

▶▶ 起き上がり動作—側臥位から座位へ

起き上がり動作では、側臥位からの起き上がりの際に上肢と体幹の力を利用します。また起き上がり動作では、側臥位からの起き上がりの際、下肢をベッドの外に出すなどして、下肢の重みも起き上がりの力として利用します。

座位姿勢をとるためには、股関節の屈曲可動域が十分にあることが必要です。また、座位姿勢が安定するには、からだを支持する面（支持基底面）のなかに重心を保つことが必要です。自立して座位姿勢を保持するには、体幹や股関節周囲の筋力と、適切なバランス反応があることが条件になります。

▶▶ 座位保持

安定して座位姿勢を保つためには、からだが座面に接している部分のなかに重心がある必要があります。座位では臥位と比較して接している面積がせまくなるほか、坐骨、仙骨といった骨に、とくに体重が集中しがちになります。このため長時間の座位では殿部に痛みを生じることがあります。また、脊髄損傷などにより感覚の低下がある場合には、褥瘡を生じるおそれがあります。したがって、同じ場所に体重が集中しないように、座位を保ちつつも体重を移動させる必要があります。支持している面のなかで意図的に重心位置を動かせることも重要です。

▶▶ 立ち上がり動作—座位から立位へ

立ち上がり動作は、通常は両足を引いた姿勢から体幹を前傾して行う方法で行われますが、股関節や膝関節の屈曲可動域が十分でない場合には、体幹を前傾させずに上肢の押し下げる力を利用して行う場合があります。立ち上がり動作を行うためには、抗重力筋の筋力と、重心位置を座面から足底部に移動するため、体幹を前傾した上肢でからだを押し上げたりする動作が必要です。立ち上がり動作が困難な人を介助するときは、立ち上がりの動きの方向に合わせて、引き上げる介助を行います。

▶▶ 立位保持

立位姿勢では、座位と比較してさらに支持基底面はせまくなり、重心の位置は高くなります。このため、自立して立位姿勢を保持するには、抗重力筋の筋力と、適切なバランス反応があることが条件になります。立位では、足関節周囲の動きや、股関節周囲の動き、体幹の動きによりバランスを保つよう姿勢を調整

していますが、高齢者の場合、とくに足関節周囲での姿勢調節能力が低下するため、ふらつきが大きくなるといわれています。

② 歩行するためのしくみ

▶▶ 歩行の動作

歩行は、立位姿勢を保ちつつ、両側の下肢を交互に軸足にしながら、反対側の下肢を前にふり出す動作です。体幹や下肢の筋力で体重を支え、さらに感覚器官からの情報をもとに、制御中枢が筋力を適切にコントロールしてバランスを保ちつつ、半ば自動的に両下肢を交互にふり出しています。歩行は、重心の位置が高いうえに、からだを支持する面を次々とつくり出していく動きであることから、不安定になりやすい状況といえます。

屋外の歩行では、人ごみを避けたり交差点を渡ったりしながら、目的地まで到着しなければなりません。周囲への注意力、判断力、道順などの記憶力も、実用的な歩行には必要になります。

▶▶ 身体状況の変化による歩容

歩行では、身体状況の変化により、特徴的な歩行の様子（歩容）が観察されます。高齢者によくみられる円背は、通常よりも前方に重心の位置を移動させるため、代償的に膝を屈曲して、安定した立位・歩行姿勢をとります。このような歩容では、足先の上がりが悪くなるため、つまずきやすくなります。

また、脳卒中などにより片麻痺がある場合には、麻痺側の下肢をふり回すようにして前に出します。ほかにも、股関節に痛みがあったり、股関節周囲の筋力が低下していたりすると、体幹を傾斜させた歩容になる場合があります。

③ 車いすを動かすためのしくみ

▶▶ 車いす上での適切な座位姿勢

車いすは、座位姿勢で、上肢や下肢の力を駆動力として利用し、移動するものです。したがって、自走で利用するには、安定した座位姿勢がとれること、車いすを駆動する力や関節の動きがあることが必要です。

車いす上で適切な座位姿勢をとるには、股関節、膝関節、足関節の屈曲可動域が保たれていなければなりません。また、安定した座位には、頭部・体幹から股関節までの筋が十分にはたらく必要があります。もし関節の可動域や筋力が不十分だったり、脊柱が変形したりするなどして安定した座位姿勢が保てないときは、クッションやバックサポート、体幹や骨盤を固定するベルトなどで姿勢を安定させます。

▶▶ 車いすの駆動

車いすは、通常、ハンドリムを前方に押すことにより駆動します。前進するためには、体側か体側のやや後方でハンドリムをにぎるか押さえつけたあと、前方に押し出します。したがって、両肩や肘関節の関節可動域が保たれている必要があるほか、前方に駆動するために三角筋や大胸筋などの筋力を必要とします。

そのほかの車いすの駆動方法としては、片麻痺の人が行う片手片脚での駆動方法があります。失調性の麻痺でハンドリムを正しくにぎることが困難な場合には、両脚で駆動する方法で行います。下肢を駆動力として使う場合には、座面の高さを低めに設定するなどの配慮をします。

■ 重要用語まとめ

用語	意味・説明
臥位（がい）	頭部・体幹・四肢がベッドや床と接した姿勢。仰臥位・腹臥位・側臥位などがある
座位（ざい）	殿部から大腿後面が座面に接した姿勢。端座位・椅座位・半座位などがある

立位（りつい）	まっすぐ立った姿勢。支持基底面が最もせまく、重心位置が最も高い
良肢位（りょうしい）	ADL で支障の少ない関節角度をとった肢位。麻痺がある場合の姿勢保持に重要
支持基底面	からだを支持している面のこと。広いほど安定しやすい
抗重力筋	立位・座位姿勢を重力に抗して保つためにはたらく筋肉
歩容（ほよう）	歩行の様子・特徴。身体状況の変化により特徴的な歩容が現れることがある
ハンドリム	車いすの大車輪の外側についているリム。これを押すことで車いすを駆動する

この節のまとめ

- ・姿勢は臥位・座位・立位に分けられ、立位になるほど重心が高くなり、支持基底面はせまくなる
- ・良肢位とは ADL で支障の少ない関節角度のことで、麻痺などの場合の姿勢保持に必要
- ・寝返り・起き上がり・立ち上がりはそれぞれ特有の動作パターンがある
- ・歩行は不安定になりやすい動きで、脳卒中や高齢化による歩容の変化が生じる
- ・車いすの駆動には安定した座位姿勢と上肢・下肢の筋力・関節可動域が必要

■ 確認評価チェックリスト

確認問題	○ / ×
Q1. 姿勢は臥位・座位・立位の 3 種類に大きく分けられる	
Q2. 臥位では四肢・体幹の筋活動がほとんど不要になりリラックスできる	
Q3. 良肢位とは、ADL で支障の少ない関節角度をとった肢位のことである	
Q4. 寝返り動作の介助では②（頭部を持ち上げ体幹を固定してから回旋する）の方法が多く用いられる	
Q5. 立位の支持基底面は座位より広くなる	
Q6. 高齢者の円背では重心が前方に移動するため、膝を屈曲して姿勢を安定させることがある	
Q7. 車いすを自走するためには、安定した座位姿勢と関節可動域・筋力が必要である	
Q8. 脳卒中による片麻痺がある場合、麻痺側の下肢をふり回すようにして前に出す歩容がみられる	

介護福祉士実務者研修 入口学習テキスト

【第 4 巻】 ことろとからだのしくみ

第 1 章 介護に関連するからだのしくみ（ことろとからだのしくみⅠ）

第 2 節 食事に関連するからだのしくみ

この節で学ぶこと

- ✓ 口腔から食道までの解剖図と名称を理解できる
- ✓ 摂食嚥下の5期とそれぞれの特徴を説明できる
- ✓ 消化器の全体的なしくみと各臓器の役割を理解できる
- ✓ 5大栄養素の種類と役割を説明できる
- ✓ 基礎代謝・エネルギー必要量の概念を理解できる
- ✓ 経管栄養法の種類と介護職が実施できる範囲を理解できる

1. 基本的なからだのしくみ

① 口腔内のしくみ

食事の機能を理解するうえで、口腔から食道までのおぼえておくべき解剖図とその名称を理解しておきましょう。口腔から食道までには、口唇・舌・硬口蓋・軟口蓋・鼻咽腔・喉頭・喉頭蓋・声帯・食道などがあります。

② 摂食と嚥下運動

食事の動作には、先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期といった段階があり、これを摂食嚥下の5期といいます。とくに、口腔期から食道期の3つの時期は「嚥下3期」といわれる嚥下運動を示します。口腔期は、咀嚼し食塊を形成する口腔準備期と、舌により食塊を咽頭に送りこむ口腔送りこみ期に分けられます。

時期	内容
先行期（認知期）	食物の形や色、においなどを認知する時期。食事を見ながら食物のかたさや味などを過去の経験から想像するが、条件反射的に、唾液が分泌され、食事の準備が行われる
準備期（咀嚼期）	食塊を整える時期で、捕食、咀嚼、食塊形成の3段階からなる。食事の取りこみには、姿勢や上肢の動き、口唇の力、スプーンや食器、あるいは集中できる環境などの要因が関係する。また、食事を口に取りこんだら、咀嚼し、食塊の形状を整える
口腔期	食塊を口腔から咽頭へ移送する時期。移送はおもに舌で行われる。舌は食塊を形成したり、辺縁を硬口蓋に押しつつたりして、送りこむのに重要なはたらきをしている。声帯は内転し、声門は閉鎖する
咽頭期	嚥下反射により、食塊が咽頭を通過する時期。軟口蓋が上がり鼻腔を閉鎖し、喉頭は舌骨上筋群により引き上げられ挙上し、舌が咽頭後壁に押しつけられ、咽頭が蠕動運動を生じ、喉頭蓋が反転して喉頭の入り口を閉鎖する
食道期	食塊が食道入口から胃へ移送される時期。食塊は輪状咽頭筋が弛緩し、食道に入りこむと、括約筋が閉鎖し、咽頭の蠕動運動、重力、腹腔内圧によって、胃へと移送される

③ 消化器のしくみ

消化器は、全長はおおよそ9mで、口腔、咽頭、食道、胃、肝臓、胆嚢、膵臓、小腸（十二指腸、空腸、回腸）、大腸（盲腸、上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸、直腸）、肛門からなっています。

消化とは、取りこんだ食べ物を栄養素の状態で吸収することです。吸収とはこの栄養素を小腸の粘膜などから取り入れ、血液やリンパ液のなかに送りこむことです。

口腔では、咀嚼によって唾液（アミラーゼ）と混ざり、糖質（炭水化物）を分解します。途中通過する咽頭、咽頭と胃をつなぐ食道では食べ物が蠕動運動によって移送されます。

胃は袋状の器官であり、入り口から噴門、胃底部、胃体部、幽門部と呼ばれます。食塊は胃液と混合し、さらに粥状にされます。

肝臓で生成される胆汁は胆嚢に貯蔵されますが、胆汁に含まれる胆汁酸は食物中の脂質を乳化し、酵素のリパーゼと反応し、小腸からの脂質の消化吸収に役立ちます。

肝臓は、おもにたんぱく質や脂質、炭水化物などの代謝、胆汁の生成、アンモニアの尿素への変換、解毒作用、アルブミンの合成、グリコーゲンの貯蔵とブドウ糖の生成、造血などの機能があります。

膵液は十二指腸へ排出され、アミラーゼによる糖質（炭水化物）分解、リパーゼによる脂質分解、トリプシンによるたんぱく質分解など3大栄養素の消化が行われます。

小腸で吸収された栄養素は、門脈系あるいはリンパ系といわれる2種類の経路によって全身に運ばれ利用されます。さらに、食べ物は蠕動運動によって大腸に運ばれ、大腸菌などの腸内細菌によって分解、発酵、腐敗され、一部の栄養素と水分の吸収が行われ、最終的に糞便として肛門から排出されます。

2. 栄養素とエネルギー

① 栄養素の種類

栄養素のなかで、たんぱく質、脂質、糖質（炭水化物）、ビタミン、ミネラルの5種類を5大栄養素といいます。たんぱく質のおもなはたらきとしては、からだをつくる材料となり、肉、魚、卵、大豆製品などに多く含まれます。また、脂質、糖質（炭水化物）はエネルギーのもととなり、脂質は、バター、マーガリン、植物油、魚の脂身などに含まれ、糖質（炭水化物）は、ご飯、パン、めん、いも、砂糖などに含まれます。また、ビタミン、ミネラルはからだの調子を整え、ミネラルはさらに骨や歯などをつくることに役だっています。ビタミンは、緑黄色野菜、果物、レバーなどに含まれ、ミネラルは、海藻、牛乳、乳製品、小魚などに含まれます。

② エネルギー必要量

日本人の食事摂取基準（2020年版）では、国民の健康の保持・増進、生活習慣病の発症予防および重症化予防に加え、高齢者の低栄養予防やフレイル予防も視野に入れ、摂取することが望ましいエネルギーおよび栄養素の量が定められています。

基礎代謝は、生命活動を維持するために生体で生理的に行われる活動に必要なエネルギーを指し、1日の基礎代謝量＝基礎代謝基準値×体重で計算することができます。また、推定エネルギー必要量は、年齢と活動レベルで変わります。1日の総エネルギー消費量のうち、安静時の基礎代謝量が約60%、食事誘発性熱産生（食後の代謝量の増加）が約10%で、残り30%が身体活動と運動の消費エネルギーとなります。

💡 5大栄養素の役割

たんぱく質：からだをつくる材料。肉・魚・卵・大豆製品に多い

脂質：エネルギーのもと。バター・マーガリン・植物油・魚の脂身に多い

糖質（炭水化物）：エネルギーのもと。ご飯・パン・めん・いも・砂糖に多い

ビタミン：からだの調子を整える。緑黄色野菜・果物・レバーに多い

ミネラル：からだの調子を整え、骨や歯をつくる。海藻・牛乳・小魚に多い

3. 代償的な栄養摂取法

① 経管栄養法とは

代償的な栄養摂取法は、機能障害、狭窄や炎症などで口から食べることが困難、あるいは不可能な場合に、必要な栄養や水分を取り入れるために実施されます。経管栄養法はチューブを用いた栄養法で、経鼻経管栄養、胃ろう経管栄養、腸（十二指腸、空腸）ろう経管栄養、および間歇的口腔食道経管栄養などがあります。ろうの造設部位は、障害の場所や状態によって決まります。口から少しでも食べることが可能な場合は、経口と経管を併用することがあります。

② 具体的な経管栄養法

種類	方法	特徴・注意点
経鼻経管栄養	鼻から細いチューブを胃まで挿入し流動食・水分を注入	本人は違和感を生じるが、外科的処置を必要とせず挿入・抜去を簡便に行うことができる。一時的に利用されることが多い
間歇的口腔食道経管栄養	栄養補給時にだけ経口的にチューブを挿入し食道先端に留置	チューブの挿入により間接的な嚥下訓練の効果をあらわす可能性がある
胃ろう経管栄養	腹部に小さな穴を開けて直接胃に栄養を入れる	少量でバランスのとれた高カロリーの栄養が得られ、消化吸収がよく副作用も少ない。外科的処置が必要
腸ろう経管栄養	食道や胃などを全摘出した術後の栄養路として造設	管理は容易だが、チューブの屈曲などが生じやすい

③ 経管栄養の実施に関する法律改正

社会福祉士及び介護福祉士法の改正により、2012（平成 24）年 4 月 1 日から、介護福祉士等の介護職も、一定の要件のもとで胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養の一部を実施することが可能になりました。研修実施要綱が示されており、介護職の実施可能な行為が明確になっているので、実施時は関係法令などを遵守します。

なお、経管栄養を実施する際は、高齢者の日常生活に必要なケア（義歯の取り扱いなど）、口腔ケア、胃ろう挿入部のケア、環境整備（気温・湿度）、胃・食道逆流症などの合併症、胃ろうまたは腸ろうの閉塞・抜去・誤接続、感染症対策・消毒（消毒薬の副作用の理解を含む）といった内容を理解したうえで、実施することが必要です。

△ 介護職が実施できる経管栄養（一定の要件のもと）

胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養の一部

※実施前に必ず所定の研修を修了していること

※実施時は関係法令・研修実施要綱を必ず遵守すること

※医師・看護職との連携のもとで行うこと

■ 重要用語まとめ

用語	意味・説明
摂食嚥下の 5 期	先行期・準備期・口腔期・咽頭期・食道期の 5 段階。食事の動作全体を指す
嚥下 3 期	口腔期・咽頭期・食道期の 3 つの時期。嚥下反射を含む嚥下運動
嚥下反射	食塊が咽頭を通過する際に自動的に起こる反射。軟口蓋が上がり喉頭蓋が閉鎖する
蠕動運動（ぜんどううんどう）	消化管などの管状臓器が波状に内容物を送る基本的な運動形式
5 大栄養素	たんぱく質・脂質・糖質（炭水化物）・ビタミン・ミネラルの 5 種類
基礎代謝	生命活動を維持するために必要な最低限のエネルギー量

経管栄養法	チューブを用いて胃や腸に直接栄養を送る方法。口から食べられない場合に使用
胃ろう	腹部に穴を開けて胃に直接チューブを通す経管栄養法。局所麻酔の内視鏡下で造設

🔗 この節のまとめ

- ・ 食事の動作は摂食嚥下の 5 期（先行期・準備期・口腔期・咽頭期・食道期）に分けられる
- ・ 消化器は口腔から肛門まで全長約 9m で、各臓器がそれぞれの役割を担っている
- ・ 5 大栄養素はたんぱく質・脂質・糖質・ビタミン・ミネラルで、それぞれ異なる役割がある
- ・ 基礎代謝は生命維持に必要なエネルギーで、年齢・体重・活動レベルにより変わる
- ・ 経管栄養法には経鼻・胃ろう・腸ろう・間歇的口腔食道経管栄養などの種類がある
- ・ 2012 年の法改正により、介護職も一定の要件のもとで経管栄養の一部を実施できる

■ 確認評価チェックリスト

確認問題	○ / ×
Q1. 食事の動作は摂食嚥下の 5 期に分けられ、口腔期から食道期の 3 つを嚥下 3 期という	
Q2. 口腔期では咀嚼と食塊形成が行われ、舌が食塊を咽頭に送り込む	
Q3. 咽頭期では嚥下反射が意識的に行われる	
Q4. 消化器の全長はおおよそ 9m である	
Q5. 肝臓のはたらきには、代謝・胆汁生成・解毒作用・グリコーゲン貯蔵などがある	
Q6. 5 大栄養素のうち、エネルギーのもととなるのは脂質と糖質（炭水化物）である	
Q7. 胃ろう経管栄養は、少量でバランスのとれた高カロリー栄養が得られる方法である	
Q8. 2012 年の法改正により、介護福祉士は研修修了後に経管栄養の一部を実施できる	

介護福祉士実務者研修 入口学習テキスト

【第 4 巻】 ころとからだのしくみ

第 1 章 介護に関連するからだのしくみ（ころとからだのしくみ I）

第 3 節 入浴・清潔保持に関連するからだのしくみ

🔗 この節で学ぶこと

- ✓ 皮膚の構造（表皮・真皮・皮下組織）と 6 つの機能を説明できる
- ✓ 発汗のしくみと汗腺（アポクリン腺・エクリン腺）の違いを理解できる
- ✓ 皮膚のよごれの 4 種類と清潔保持の方法を理解できる

- ✓ 入浴の三大効果（温熱・静水圧・浮力）を説明できる
- ✓ 毛髪・頭皮のしくみと洗髪のポイントを理解できる
- ✓ 月経・陰部のケアに関する基本的な知識を理解できる

1. 基本的なからだのしくみ

① 皮膚のしくみ

私たちのからだは、皮膚という薄い臓器で表面がおおわれています。成人の皮膚は約 1.6 m²の面積があり、重さは約 3kg あります。皮膚表面は弱酸性（pH4～6）に保たれ、細菌や真菌が繁殖しにくい環境をつくっています。

皮膚は大きく分けて表皮と真皮、皮下組織から成り立っています。

▶ 皮膚の機能

機能	内容
保護	表皮の弾力による衝撃吸収と表皮による強さにより、外界からの衝撃を吸収し、体内の臓器を保護する
防御	正常な皮膚にある常在菌が病的な細菌の増殖を防止し、外部からの化学的・生物学的な刺激を防ぐ
保湿	皮脂腺からの皮脂、汗腺からの汗により保湿する
漏出防止	角質、水分、皮脂により、バリア機能をもつ皮脂膜を形成し、体内の水分や血漿、栄養分の体外への漏出を防ぐ
感覚器	痛覚、触覚、温覚、冷覚、圧覚を受容する感覚点が分布する
体温調節	脂肪組織による保温、発汗による熱の放散により、体温を調節する

② 発汗のしくみ

▶▶ 汗の種類

汗には、次の 3 種類があります。①温熱性発汗（運動をしたり、気温が上昇したりするとかく）、②精神性発汗（緊張したときなどにかく）、③味覚性発汗（からいものや刺激の強いものを食べるとかく）。

▶▶ 発汗と汗腺

発汗は視床下部にある体温調節中枢が、自律神経を介して汗腺に指令を出すことで起こります。汗が皮膚を濡らし、蒸発するときに体熱を放散し、体温を調節します。

汗腺には、アポクリン腺とエクリン腺の 2 つがあります。汗腺がいちばん多く分布しているのは手のひらで、次に足底、額と続きます。

汗をかかない生活は能動汗腺を減少させ、汗をかきにくくします。すると、発汗による体温調節ができず、からだは熱の産生を抑えるために代謝活動を抑制し、低代謝の悪循環におちいります。

発汗以外にも生物学的放熱方法として、目には見えませんが、1 日に肺から約 300ml、皮膚から 500～600ml の水分が不感蒸泄として排出されています。したがって、からだを清潔にするだけでなく、衣服や寝具を適宜取り替え、清潔にする必要があります。

💡 アポクリン腺とエクリン腺の違い

アポクリン腺：わきの下・乳輪・肛門周辺に分布。有機成分を含み、体臭の原因となりやすい

エクリン腺：全身の皮膚表面に分布（手のひら・足底に最多）。汗を分泌し体温調節を担う

汗の成分：99%が水分、残りは塩化ナトリウム・尿素・乳酸・カリウムなどの電解質

汗の pH：4～6 の弱酸性。この酸性度が皮膚表面での細菌増殖を防いでいる

③ 皮膚のよごれのしくみ

私たちのからだは、常に日光やほこり、温度、湿気や乾燥、酸やアルカリなど、さまざまな外からの刺激にさらされています。また、日本は高温多湿の気候風土であり、汗をかきやすく、皮膚がよごれやすい傾向にあります。

皮膚のよごれには、①外部からつくよごれ、②皮膚からのよごれ、③頭皮からのよごれ、④体内から排出されたものが付着することによるよごれがあります。

▶▶ 外部からつくよごれ

外部からつくよごれには、ほこり、ごみ、油性の化粧品、細菌などがあります。油分を含まないよごれは水洗いで十分ですが、油分を含む場合は洗剤でよごれを落とします。この場合、洗剤は弱酸性のものを使用します。感染予防の観点から手指の清潔についてはとくに気をつけなくてはなりません。感染をひろげないようにするためにも液体石けんを使い、流水による十分な手洗が必要です。

▶▶ 皮膚からのよごれ

皮膚からのよごれには、汗、皮脂、垢があります。なかでも皮脂は、皮膚をなめらかにするとともに抗菌作用のある物質を含み、細菌からからだを保護する役割をもっています。しかし、分泌が過剰な場合は表皮のよごれといっしょになり、毛穴を詰まらせることがあります。入浴後はからだの水分をすぐに十分にふき取り、乾燥を防ぎます。必要に応じて、保湿クリームなどを使用します。

▶▶ 頭皮からのよごれ

頭皮や頭髮は、皮脂や汗、はがれ落ちた角質、ほこりなどによってよごれやすくなります。洗髪は1～3日に1回程度が適切とされています。毛髪はたんぱく質で構成され、熱によってたんぱく質を変性を起こします。濡れた毛髪では55℃程度で変性が始まるといわれています。ドライヤーを使用するときには注意が必要です。

▶▶ 体内から排出されたものが付着することによるよごれ

体内から排出される尿と便は、排出と同時にからだから離すことが必須です。排泄物は皮膚を刺激して炎症を起こす要因となりますので、付着したよごれはできるだけすみやかに取り除き、清潔を保つようにします。

陰部や肛門部は常に常在菌が多いこと、分泌物が多いこと、構造が複雑なこと、排泄物によりよごれやすいことなどから、皮膚のトラブルや感染が起こりやすくなります。清潔にする方法としては、清拭よりも機械的刺激の少ない洗浄のほうが望ましく、こすらずに、水分を軽く押さえるようにふき取ります。洗浄は1日1～2回までが適当とされています。

2. 入浴と清潔保持の意味

① なぜ入浴・清潔保持を行うのか

人はからだのよごれを落としたいとき、リラックスしたいとき、疲れをとりぐっすり眠りたいときなど、さまざまな理由で入浴や清拭などの方法を用い、からだを清潔に保ち、爽快感や満足感などを得ています。

日本人は世界的にみても入浴好きといわれています。昭和30年代に各家庭に内風呂が急速に普及しはじめましたが、それまでは共同浴場での入浴が一般的でした。今もくつろぎや楽しみを求めて温泉を利用する人たちは幅広い年齢層にみられます。

▶▶ 入浴の三大効果

💡 入浴の三大効果

- ①温熱作用：血管が拡張し、血行がよくなることで、利尿作用が高まるなど、体内の老廃物が排泄されやすくなり、内臓のはたらきが活発になる
- ②静水圧作用：からだが一回り小さくなるほどの水圧を受け、血液循環が促進されることにより、心臓のはたらきが活発になる
- ③浮力作用：体重が9分の1程度になり、重さから解放される

加齢や障害により代謝が低下したり、関節可動域が制限されたりするなど、日常生活に不自由さが生まれます。しかし、お湯の中に入ると、からだの重さから解放され、代謝も活発になるので、いくらか楽にからだを動かせるようになります。これらの作用を、心身機能を促進させる面と疲労の両面から考えて、入浴を効果的に取り入れるとよいでしょう。

② 入浴・清潔保持が身体・心理に与える影響

からだを清潔にするのは人間の基本的欲求の1つです。清潔にする方法としてもっとも効果的なのが入浴です。入浴によって、①皮膚を清潔にし、細菌感染を予防する、②血液やリンパの循環を促進する、③新陳代謝を促進し、老廃物の排出を助ける、④筋肉の緊張や疲労をやわらげる、⑤心身がリラックスする、⑥胃腸や腎臓など臓器の機能を高めるなどの効果があります。

⚠ 清潔保持に関する注意点

皮膚からのよごれを落とす際、洗いすぎにより皮脂を落としすぎないように注意する
垢は自然にはがれ落ちるものなので、ゴシゴシこすらないようにする
洗剤は弱酸性のものを使用し、感染予防のため手指の清潔に特に注意する
入浴後はからだの水分をすぐにふき取り、乾燥を防ぐ。必要に応じて保湿クリームを使用する
陰部の洗浄は1日1～2回が適当。こすらず水分を軽く押さえるようにふき取る

■ 重要用語まとめ

用語	意味・説明
表皮（ひょうひ）	皮膚の最外層。角質層・淡明層・顆粒層・有棘層・基底層から成る。約45日で垢となりはがれ落ちる
真皮（しんぴ）	表皮の下にある層。触覚・温度・圧力を受容する感覚受容器がある
皮下組織	真皮の下にある脂肪組織。保温・クッション・エネルギー貯蔵の役割をもつ
アポクリン腺	わきの下・乳輪・肛門周辺に分布する汗腺。有機成分を含み体臭の原因となりやすい
エクリン腺	全身に分布する汗腺（手のひらに最多）。体温調節を担う
不感蒸泄	皮膚・肺から目に見えない形で蒸発する水分。1日約800～900ml
温熱作用	入浴の効果の一つ。血管が拡張し血行促進・利尿作用が高まる
静水圧作用	入浴の効果の一つ。水圧により血液循環が促進され心臓のはたらきが活発になる

🔗 この節のまとめ

- ・皮膚は表皮・真皮・皮下組織の3層構造で、保護・防御・保湿・漏出防止・感覚器・体温調節の6機能をもつ
- ・汗腺にはアポクリン腺（体臭に関係）とエクリン腺（体温調節）の2種類がある
- ・皮膚のよごれは外部・皮膚・頭皮・体内排出物の4種類。それぞれ適切な清潔保持が必要
- ・入浴の三大効果は温熱作用・静水圧作用・浮力作用である
- ・入浴・清潔保持は感染予防・循環促進・新陳代謝促進・リラックスなど多くの効果をもつ
- ・洗浄剤は弱酸性を使用し、洗いすぎによる皮脂の除去には注意が必要

■ 確認評価チェックリスト

確認問題	○ / ×
Q1. 皮膚は表皮・真皮・皮下組織の3層構造からなっている	
Q2. 皮膚表面は弱酸性（pH4～6）に保たれ、細菌が繁殖しにくい環境をつくっている	
Q3. アポクリン腺は全身に分布し、体温調節を担う汗腺である	
Q4. 不感蒸泄とは皮膚・肺から目に見えない形で蒸発する水分のことである	
Q5. 入浴の三大効果は温熱作用・静水圧作用・浮力作用である	
Q6. 皮膚のよごれを落とす洗浄剤は弱アルカリ性のものを使用する	
Q7. 陰部の洗浄は皮膚を清潔にするため、1日3～4回行うことが推奨される	
Q8. 入浴には血液・リンパの循環促進、筋肉の緊張緩和、心身のリラックスなどの効果がある	

介護福祉士実務者研修 入口学習テキスト

【第4巻】 ころとからだのしくみ

第1章 介護に関連するからだのしくみ（ころとからだのしくみⅠ）

第4節 排泄に関連するからだのしくみ

🔗 この節で学ぶこと

- ✓ 尿の生成から排泄までのしくみを説明できる
- ✓ 尿の性質・状態と異常（無尿・乏尿・多尿）を理解できる
- ✓ 蓄尿と尿排出（排尿）のしくみを理解できる
- ✓ 便の生成から排泄までのしくみを説明できる
- ✓ ブリストル便形状スケールを使って便の状態を観察できる
- ✓ 人工膀胱・人工肛門の種類とケアのポイントを理解できる

1. 基本的なからだのしくみ

① 尿排出のしくみ

▶▶ 尿の生成

私たちが食べたり飲んだりしたものは、腸で吸収され、肝臓で代謝されて、栄養として動脈によって全身に運ばれます。全身をめぐる血液は腎臓でろ過されて、不要になった水分と老廃物を尿として排泄します。腎臓に運ばれる血液は1分間に約1ℓと大量ですが、腎臓の糸球体でろ過され、1日150～170ℓが原尿になります。この原尿のほとんどが尿細管から再吸収され、1日1～2ℓが尿になります。

▶▶ 尿の性質と状態

尿の性状は、水分摂取量にもよりますが無色から黄色で混濁なく、透明です。出た直後は基本的には無臭ですが、ある程度食べた物や薬などで色やにおいが変わります。空気に触れると細菌によって尿が分解され、アンモニア特有のにおいになります。にごっている、血液が混じって赤い色をしている、生ぐさいなどは、正常な状態ではありません。

▶ 尿量の異常

区分	基準	備考
無尿	50～100ml 以下／日	腎機能の著しい低下
乏尿	400ml 以下／日	脱水・腎不全などで生じる
多尿	体重 1kg × 40ml 以上 ／日	糖尿病・尿崩症などで生じる

▶▶ 蓄尿と尿排出のしくみ

腎臓でつくられた尿は、尿管という細い管を通して膀胱に運ばれます。膀胱は伸び縮みするやわらかい筋肉（平滑筋）でできた袋で、尿はいったんここにためられます。膀胱の下は尿道と呼ばれる管につながっていて、ここから尿は体外に排出されます。

尿道は、尿道括約筋と呼ばれる筋肉が栓のような役割を果たしていて、しめることでもらすことなく膀胱に尿をためたり、ゆるむことで出したりしています。膀胱の容量は人によって異なり、200～500ml です。その半分以上溜まったところから、尿意を感じはじめ、いっぱいになるまで波のように寄せては退く尿意をがまんすることができます。そして30分～1時間くらい経つと次第に強い尿意になり、がまんの限界となります。

トイレに移動し、便座に座るなどの排尿の体勢になってはじめて、脳から排尿してもよいという指示が出ます。それまで伸びていた膀胱は縮みはじめ（収縮）、同時に尿道括約筋がゆるんで（弛緩）、尿は尿道を通して出ていきます。尿をためることを蓄尿、尿を出すことを尿排出といいます。

膀胱と尿道のはたらきを調整しているのが自律神経です。自律神経は交感神経と副交感神経からなり、シーソーのようにどちらかが優位になって調節しています。蓄尿期は興奮するときにはたらく交感神経が優位なので、活動時は尿をもらさずにいることができます。尿排出では、リラックスするときにはたらく副交感神経が優位となり、気持ちよく出すことができます。

② 便排出のしくみ

▶▶ 便の生成

口から入った食べ物は、歯でかみくだかれ、唾液と混ぜ合わされて、飲みこんだあとは、咽頭、食道を通して胃に運ばれます。胃は約1300mlの容量の袋状の臓器で、胃液と混ぜ合わされて粥状になった食物を小腸へと送ります。小腸は十二指腸、空腸、回腸からなる管状の臓器で、全長6～7mあります。十二指腸で胆汁と胆汁と混ざり、空腸と回腸で消化し、栄養を吸収します。

水分の95%を小腸で吸収していますが、この段階では便はまだドロドロの状態です。残りの5%のうち

4%を大腸で吸収し、腸内細菌によって食物繊維が分解され、肛門にたどり着くまでには形のある便になります。大腸は小腸に続く全長 1.6m の管状の臓器で、盲腸、上行結腸、横行結腸、下行結腸、S 状結腸、直腸の順に肛門へと続きます。便が肛門まで移動できるのは、蠕動運動と呼ばれる腸の伸び縮みの動きによるものです。通常、食事をしてから排泄されるまでは 24～72 時間かかります。

▶▶ 便の性質と状態

便のかたさ（性状）には日によって差があるので、かかわる人が共通の基準で観察することが大切です。基準となるブリストル便形状スケールのタイプ 3、4、5 が正常便と呼ばれるかたさです。便に血液が混ざっている、生ぐさいなどは、正常な状態ではありません。便の量や回数も個人差があります。健常人では 1 回 150～200g、1 日 1～3 回ないし 3 日に 1 回程度が正常といわれていますが、摂取した食物繊維の量によります。

💡 ブリストル便形状スケール（タイプ 1～7）

タイプ 1：コロコロした硬い小塊（排便困難）

タイプ 2：ソーセージ状だが硬い

タイプ 3：表面にひび割れのあるソーセージ状【正常】

タイプ 4：表面がなめらかで軟らかいソーセージ状【正常・理想的】

タイプ 5：はっきりとした辺縁のある軟らかい半固形状【正常】

タイプ 6：ふわふわした境界のはっきりしない粥状

タイプ 7：固形物を含まない水様便

▶▶ 蓄便と便排出のしくみ

腸のはたらきは自律神経が調節しています。直腸に便が送られても便をもらさずにいられるのは、交感神経が優位で直腸を弛緩させ、肛門をしめている内肛門括約筋と外肛門括約筋を収縮させているからです。これが蓄便の状態です。

直腸に便がある程度たまると、直腸から脊髄神経を経て大脳までその刺激が伝わり、便意を感じます。排便が排尿と違うところは、便意がないと排便できないことです。便意は 15 分程度で感じなくなるので、がまんしないことが大切です。

トイレで排便の体勢がとれると、少しのいきみをきっかけに、内肛門括約筋と外肛門括約筋がゆるみ、直腸は収縮することによって、便を排出します。これが便排出です。

2. 人工膀胱・人工肛門のしくみとケア

① 人工膀胱（尿路ストーマ）

人工膀胱（尿路ストーマ）とは、尿管・膀胱・尿道の病気や、近くにある子宮や腸の病気の治療のために、使えなくなった尿管や膀胱の機能を代替するものをいいます。袋状の装具（ストーマ袋）を着ける場合と、管を入れる場合とがあります。いずれも定期的に袋の中の尿を捨て、袋を交換するか、管を入れて尿を出す（導尿もしくはカテーテルを留置している場合はカテーテルの交換）といったケアが必要です。

▶ 人工膀胱の種類

種類	説明
回腸導管	回腸でつくった袋に尿管を接続し、その袋を腹部の皮膚に固定して、皮膚にストーマ袋を着けて持続的に尿を排泄する
蓄尿型代用膀胱	腸でつくった膀胱を腹部の皮膚に固定し、間歇的に導尿して排尿する
自排尿型代用膀胱	腸でつくった膀胱を尿道につなげるので、装具やカテーテルを使用することなく、腹圧をかけて尿道から排尿する

尿管皮膚ろう	尿管を直接、腹部の皮膚に固定して、ストーマ袋に持続的に尿を排泄する
--------	-----------------------------------

▶▶ 人工膀胱のケア

尿は便に比べて消化酵素を含まない分、すぐに皮膚がただれることはありません。しかし、絶え間なく流れてくるので、まわりの皮膚は常に尿にさらされ、徐々に皮膚障害を起こします。できるだけ尿が皮膚につかないように装具を着けること、適切な頻度で交換することが大切です。装具を腹部の皮膚に固定する部分では、発汗がさまたげられ、はがす刺激で皮膚を傷めやすいので、やさしくはがすこと、こすらずやさしく洗い清潔にすること、適切な頻度で交換すること（1～7日）が大切です。

② 人工肛門（消化管ストーマ）

人工肛門（消化管ストーマ）とは、腸の病気や腸の近くにある臓器（膀胱や子宮など）の病気の治療のために、腸管をお腹の表面に出して、そこから便を排出するものをいいます。一般的には、袋状の装具を腹部に着けて、袋にたまった便を定期的に捨てたり、袋を交換したりするケアが必要になります。

残された腸が長いほど便の水分を吸収できるので、便はかたく排出回数も少なくなり、逆に残された腸が短いほど水様便で頻回となります。したがって、小腸につくられたストーマの便は多くが水様便です。便は消化酵素を含むため、皮膚につくと数時間でただれてしまいます。できるだけ便が皮膚につかないようにしなければなりません。装具をつけることによる皮膚への影響は、人工膀胱と同じです。

⚠ ストーマケアの注意点

- 装具はやさしくはがし、こすらずやさしく洗い清潔にする
- 適切な頻度（1～7日）で装具を交換する
- 尿・便が皮膚に触れると皮膚障害が起こりやすいため、装具のフィットを確認する
- 皮膚に発赤・ただれ・出血などの異常がある場合は医療職に報告する

■ 重要用語まとめ

用語	意味・説明
糸球体（しきゅうたい）	腎臓にある毛細血管の塊。血液をろ過して原尿をつくる
蓄尿（ちくによう）	膀胱に尿をためること。交感神経が優位のときに行われる
尿排出（にようはいしゅつ）	膀胱から尿を排出すること。副交感神経が優位のときに行われる
ブリストル便形状スケール	便のかたさを7段階に分類した国際的な分類。タイプ3・4・5が正常便
蠕動運動（ぜんどううんどう）	腸の伸び縮みの動き。便を肛門方向に移動させる
人工膀胱（尿路ストーマ）	尿管・膀胱の機能を代替する装具。回腸導管・蓄尿型・自排尿型・尿管皮膚ろうなどがある
人工肛門（消化管ストーマ）	腸管をお腹の表面に出して便を排出する装具。水様便が多い場合は皮膚ケアに特に注意
尿道括約筋	尿道の栓として機能する筋肉。収縮で蓄尿、弛緩で排尿を可能にする

🔗 この節のまとめ

- ・尿は腎臓の糸球体でろ過されてつくられ、膀胱にためられた後、尿道から排出される
- ・蓄尿は交感神経、尿排出は副交感神経が優位のときに行われる

- ・便は小腸で栄養・水分を吸収後、大腸でさらに水分が吸収されて形成される
- ・ブリストル便形状スケールのタイプ3・4・5が正常便
- ・人工膀胱と人工肛門のケアは皮膚保護が最重要。装具の適切な交換と清潔保持が必要

■ 確認評価チェックリスト

確認問題	○ / ×
Q1. 腎臓の糸球体でろ過された原尿は1日150～170ℓで、そのほとんどが再吸収されて1～2ℓの尿になる	
Q2. 尿量が400ml以下／日の状態を無尿という	
Q3. 蓄尿は副交感神経、尿排出は交感神経が優位のときに行われる	
Q4. ブリストル便形状スケールのタイプ4が最も理想的な便のかたとされる	
Q5. 便意は15分程度で感じなくなるため、がまんしないことが大切である	
Q6. 人工膀胱（尿路ストーマ）の装具交換は1～7日が目安である	
Q7. 小腸につくられた人工肛門（消化管ストーマ）からの便は多くが水様便である	
Q8. ストーマ周囲の皮膚に発赤・ただれが生じた場合は様子をみて医療職への報告は不要である	

介護福祉士実務者研修 入学習テキスト

【第4巻】こころとからだのしくみ

第1章 介護に関連するからだのしくみ（こころとからだのしくみⅠ）

第5節 着脱・整容・口腔清潔に関連するからだのしくみ

🔑 この節で学ぶこと

- ✓ 毛髪・毛包・立毛筋・皮脂腺のしくみを説明できる
- ✓ 爪の構造と機能を理解できる
- ✓ 口腔の構造とはたらきを説明できる
- ✓ 歯・舌・唾液のしくみと役割を理解できる
- ✓ 口臭の種類と原因を理解できる
- ✓ 身じたくを整えることの意義と4つの効果を説明できる

1. 基本的なからだのしくみ

① 毛髪のしくみ

日本人の場合、毛髪は1日に0.3～0.45mm伸びるといわれています。ひげは個人差もありますが、抜いても次に生えるまで90日間で、頭髮の120日間と比べて早いサイクルをもっています。

毛の色は、毛包で産生されるメラニン色素によって黒くなります。毛包の機能が低下すると、毛は細くなります。毛包はからだの部位により、大きさや分布が異なります。毛包内部の毛根下部にある毛球に

は、血管や神経があるので、無理に抜いたりすると痛みを感じます。

毛根に付着する立毛筋（起毛筋）は、寒さや興奮によりアドレナリンが分泌されると収縮します。そして、皮脂腺を圧迫して皮脂の排出をうながします。ただし、まつ毛やまゆ毛、わき毛にこの筋はありません。

日本人の毛髪は約 10 万本といわれ、白人より多く、太いとされています。頭髪には伸びるリズムである毛周期といわれるものがあります。人の毛は、1 本 1 本がそれぞれの周期をもっているのです。通常では一度に全部抜け落ちるようなことはありません。

② 爪のしくみ

爪は、皮膚の付属器官で、皮膚の成分であるたんぱく質がケラチンというかたい組織に変化したものです。その発生は母胎にいる胎生 7 週からです。

爪は爪根の内側にある爪床でつくられ、1 日に約 0.1mm ずつ伸びます。また、爪の下部には毛細血管があります。そのため、正常な爪の色は、桃色とされ、圧迫すると白くなります。爪半月は、白くはっきりしています。

爪と指の間は、よごれがたまりやすく、また残りやすい部分です。爪には、おもに指先を外力から保護する、指を支える、手足の動きを助ける機能があります。この機能によって、人は物をつかみ、からだを支えることができます。

③ 口腔内のしくみ

▶▶ 口腔の構造とはたらき

口腔内には、歯や舌があります。口腔は食べ物を取り入れ、味わい、かみくだき、嚥下しやすくするというはたらきがあるほか、呼吸器の一部にもなっている重要なからだの構造の 1 つです。

口腔内の構造とはたらきを知することは、口腔から食事をする喜び、他者との会話を楽しむ喜びのある生活を維持するためと、病気を防ぐために重要な知識になります。

💡 口腔のおもなはたらき

食べ物を取り入れる入口であり、咀嚼し、唾液を分泌し、嚥下する

呼吸器の入口である

発音をする

顔貌（顔の形）をつくる

▶▶ 歯の構造とはたらき

歯は、母胎にいるときからその形成を始め、おおむね生後 6～7 か月ごろから下顎や上顎の中央から生えはじめます。2 歳半くらいまでには乳歯が 20 本生えそろいます。乳歯は 6 歳ごろから抜けはじめ、永久歯へと徐々に生え替わります。ただし、大臼歯は最初から永久歯として生えます。智歯（＝親知らず）といわれる第三大臼歯がすべて生えそろえば永久歯は 32 本になりますが、智歯 4 本が生えそろわない場合もあるので、永久歯の数は 28～32 本となります。

歯の大きな役割は、取り入れた食べ物をかみくだくことにあります。切歯と犬歯は食べ物を食べやすい大きさに切るはたらきがあります。臼歯は、食べ物をかみくだき、すりつぶし、唾液と混ぜ合わせるはたらきがあります。虫歯や歯周病は、かみくだく作業に支障をきたす疾患です。加齢にともない歯が欠落することで、かみくだく機能が低下し、食べ物の消化が不完全になったりします。

▶▶ 舌の構造とはたらき

舌は、口腔の下に位置する粘膜におおわれた筋肉からなる組織です。成人で 7～9cm くらいの長さがあります。正常な状態の色はピンク色です。舌は咀嚼や話すために重要な器官です。また、舌の前 3 分の 2 の表面にある舌乳頭と味蕾は、味覚を感じる受容器でもあります。

舌のはたらきには、味覚を感じるもののほかに、食べ物を舌の上にのせ、歯で咀嚼したものと唾液とを混ぜ合わせるはたらき、舌の形を変え、発声を補助するはたらきなどがあります。

舌の上に白くみられるのは舌苔といわれるものです。唾液分泌量の低下、不十分な口腔ケア、疾患、喫煙などの生活習慣などの要因により多くみられ、口臭の原因になったりします。

▶▶ 唾液のはたらき

唾液は、口腔内を湿潤させ味覚を促進するはたらきや、歯やからだの健康を保つために、食べ物のカスを洗い流す自浄作用・抗菌作用、消化を助ける消化作用などのはたらきがあります。

唾液は食べ物を口にしたとき以外にも、食べ物を見たり、においをかいだりすることで分泌されます。唾液の分泌は、食べ物を咀嚼し、飲みこむことを補助する役割もあります。唾液は唾液腺から分泌されるもので、約99%以上が水分です。1日に約1ℓ分泌されるとされています。そのなかには、消化酵素や少量のホルモンも含まれます。

▶▶ 口臭のしくみ

口臭とは、口から吐く息にいやなにおいがあるものをいいます。口臭は、会話をする相手にいやな印象を与えたりすることで、互いを気まずくさせたりもします。口臭がある場合、原因のうち生理的なものや食べ物によらない場合には、口腔ケアを見直すことが重要になります。それでも改善されない場合には、医療職と連携して原因を追究することも必要になります。

▶ 口臭の種類と原因

種類	原因・説明
生理的な口臭	起床時・睡眠中（唾液分泌量の低下で口腔内が乾燥し食物残渣や澱などの変化が発生）、水分不足の状態唾液分泌量が少なくなると発生
食べ物などによる口臭	にんにく・にら・ネギなどにおいの強い食べ物を食べたときに発生。喫煙により発生
疾患による口臭	虫歯・歯周病等・口腔内疾患で発生。発熱による口腔内乾燥で発生。鼻炎・呼吸器・消化器疾患で発生
その他	義歯のよごれ、舌苔、不完全な歯みがき、口腔内乾燥

2. 着脱・整容・口腔清潔の意味

① なぜ身じたくを整えるのか

高齢であったり障害をもったり、介助が必要な状態になることで、自分らしい行動ができなくなったりすると、こころとからだのはたらきに制限が生じることになります。その結果、身じたくを整えることへの関心が薄れ、自分でしたいけれどもできない、だれかに頼みたいけど頼みにくいという気持ちを生みます。こころの動きとからだの動きが、自分らしい自己表現を抑えたり、他者とのかかわりの場を少なくしたり、社会参加の機会を少なくすることにもつながってしまいます。

▶▶ 身じたくの効果

介護職として、身じたくを整えることの意義とは、介護を必要とする人が、自立した生活を営むうえで、その人なりの自己表現を維持することにつながることでありと理解することが重要です。その人らしい身じたくは、やる気や自信を生み、生活を活性化させるという効果につながります。

また、身じたくを整えることは、からだの健康を維持するうえでも重要なことです。たとえば、歯みがきをして口腔内を清潔にすることは、虫歯や歯周病を防ぎます。髪を洗うことは、頭皮に分泌される皮脂を取り除き、悪臭やかゆみの原因を取り除くことになります。

さらに、身じたくにおける着脱は、体温調節をし皮膚を守り、健康的な生活にも効果があります。たとえば、外気の急激な変化に対して、衣服を脱いだり着たりして暑さや寒さから身を守り、健康を害さないようにしています。また、衣服を着るということは、外界からのよごれや危険物からからだを守るという効果があります。

▶ 身じたくの効果

①	生活のリズムが生まれる
②	社会生活の維持向上がはかれる
③	生活のなかに楽しみが生まれる
④	健康的な生活ができる

② 着脱・整容・口腔清潔に関するこころのしくみ

▶▶ 目的が行動につながる

着替えをしたり、歯みがきをしたりなど、それらは生活習慣として継続することが重要です。そのようななかで、私たちは「今日は大事な人に会う」という目的があると、何を着ていこうか、洋服ダンスを開けたり閉めたりしませんか。髪型はこれでよいか、鏡の前であれこれ考えませんか。人は目的があると、その場を想定し、多くのことを考え、判断し、行動します。高齢であっても、障害があってもこころの思いは変わりません。何かをしようとするとき、人はこころを動かすのです。それは意欲につながり、行動にもつながります。

▶▶ 利用者の価値観を大事に

利用者は、それぞれ身じたくについての価値観をもっています。その価値観は、利用者の個性や、これまでの生活習慣、文化などによって形成されたものです。この価値観は利用者の自己表現でもあります。利用者の思いは第1に優先されなくてははいけません。介護職は、その人らしい身じたくを整えるということを常に考えて、支援していく必要があります。また、その人らしい身じたくは利用者の安心になります。

▶▶ 意欲を大事に

さらに、介護職は利用者の「できる活動」「している活動」にも注目することが重要です。今の状態で、これはできない、これはできると決めつけてしまうことは、利用者の意欲を阻害することになります。また、活動の状況は日によって、時間によっても異なります。意欲を大事にするためにも、利用者を知ることが重要になります。また、このような支援方法を通じれば「できる活動」になるのではないかなど、常に利用者の状態を確認して、自立への支援を行っていくことが、利用者の生活を支援する介護職の専門性にもつながります。

■ 重要用語まとめ

用語	意味・説明
毛球（もうきゅう）	毛根下部にある部位。血管や神経があり、無理に抜くと痛みを感じる
立毛筋（りつもうきん）	毛根に付着する筋肉。寒さ・興奮でアドレナリンが分泌されると収縮し、皮脂を押し出す
爪床（そうしょう）	爪根の内側にある部位。爪はここでつくられ1日約0.1mm ずつ伸びる
舌苔（ぜったい）	舌の上に白くみられるもの。口臭の原因になることがある
唾液（だえき）	唾液腺から分泌される約99%が水分の液体。自浄・抗菌・消化の作用をもつ
味蕾（みらい）	舌の前3分の2にある舌乳頭上の味覚受容器
自己表現	着脱・整容は利用者の自己表現の一つ。利用者の価値観・個性を反映した支援が必要
口臭	口から吐く息のいやなにおい。生理的・食物・疾患・その他の4種類がある

🔗 この節のまとめ

- ・毛髪は毛包でつくられ、立毛筋・皮脂腺と連動している。毛周期をもち一度に全部は抜けない
- ・爪はケラチンでできた皮膚の付属器官。指先保護・指を支える・手足の動きを助ける機能がある
- ・口腔は食事・呼吸・発音・顔貌形成の役割をもつ。歯・舌・唾液がそれぞれ重要な機能を担う
- ・口臭には生理的・食物・疾患・その他の4種類があり、口腔ケアの見直しが基本対応
- ・身じたくを整えることは自己表現・生活活性化・健康維持・体温調節・感染予防に効果がある
- ・介護職は利用者の価値観・意欲を尊重し、「できる活動」「している活動」に注目した支援を行う

■ 確認評価チェックリスト

確認問題	○ / ×
Q1. 立毛筋は寒さや興奮によりアドレナリンが分泌されると収縮し、皮脂腺を圧迫して皮脂を押し出す	
Q2. 爪は1日に約0.1mmずつ伸び、指先保護・指を支える・手足の動きを助ける機能をもつ	
Q3. 口腔のはたらきには、食事・呼吸・発音・顔貌形成などがある	
Q4. 唾液は99%以上が水分で、1日に約1ℓ分泌される。消化酵素や少量のホルモンも含む	
Q5. 舌苔は健康な状態を示すものであり、口臭とは関係がない	
Q6. 口臭のうち、口腔ケアの見直しで改善されない場合は医療職と連携して原因を追究する	
Q7. 身じたくを整えることは自己表現の維持につながり、利用者のやる気や自信を生む	
Q8. 利用者の意欲を大事にするため、今の状態で「できる・できない」を固定的に決めてよい	

介護福祉士実務者研修 入学習テキスト

【第4巻】 ころとからだのしくみ

第1章 介護に関連するからだのしくみ（ころとからだのしくみⅠ）

第6節 休息・睡眠に関連するからだのしくみ

🔗 この節で学ぶこと

- ✓ 休息と睡眠それぞれの役割と違いを説明できる
- ✓ 脳と睡眠の関係（記憶の整理・定着）を理解できる
- ✓ 自律神経と睡眠の関係（交感神経・副交感神経）を説明できる
- ✓ 成長ホルモンと睡眠の関係を理解できる
- ✓ 概日リズム（サーカディアンリズム）とメラトニンのはたらきを説明できる
- ✓ 睡眠不足・ストレス・うつ病と睡眠の関係を理解できる

1. 基本的なからだのしくみ

① 休息・睡眠の役割

▶▶ 休息の役割

私たちのこころとからだには、休息が必要です。休息なしに活動し続ければ、疲労が蓄積されて、全身のだるさやイライラ感などの心身の不調があらわれます。休息には、心身の疲労を回復させて、活動を再開するための気力と体力を養う効果があります。

▶▶ 睡眠の役割

睡眠は、こころとからだの休息時間です。私たちは寝ているあいだに効果的に疲労を回復させて、心身の健康を維持しているのです。睡眠には休息だけでなく、からだやこころを整え、機能を回復させるさまざまな役割もあります。

必要な睡眠が不足したり、睡眠の質が低下したりすると、こころとからだは十分に休息することができません。その結果、こころとからだにさまざまな影響を及ぼし、生活の質（QOL）が低下します。

② 脳と睡眠

私たちの脳には、目覚めているあいだにさまざまな情報が収集されていきます。起きているあいだに見たり、聞いたりして得た情報は、一時的に脳の海馬に記憶されており、それらの情報を大脳皮質に移動し定着させなければ、長期間記憶しておくことはできません。この作業が行われるのが睡眠中です。睡眠は、日中に得た雑多な情報を整理したり、記憶を定着させたりして、起きているときの脳の活動を支える重要な役割を果たしています。

③ 自律神経系と睡眠

自律神経には、交感神経と副交感神経があります。活動しているときは、交感神経がはたらき、心拍数が増加して、筋肉が緊張します。一方、リラックスしているときは、副交感神経がはたらき、心拍数が減少して、筋肉がゆるみ、からだを休めます。この2つの神経のはたらきにより、自律神経のバランスが保たれています。

疲労回復のためには、副交感神経のはたらきが必要です。副交感神経は、血管を広げ、栄養や酸素を全身に行きわたらせて、体温を維持し、老廃物や疲労物質を排出するリンパの流れをよくします。眠るときには交感神経を抑制して副交感神経を優位にすることで、からだを休息させることができます。

▶ 自律神経と睡眠の関係

神経	はたらくタイミング	おもな作用
交感神経	活動時・興奮時	心拍数増加、筋肉緊張、血圧上昇。覚醒状態を維持する
副交感神経	リラックス時・睡眠時	心拍数減少、筋肉弛緩、血管拡張。疲労回復・睡眠を促す

④ 成長ホルモンと睡眠

「寝る子は育つ」といわれるように、睡眠中には脳下垂体から成長ホルモンが分泌されます。成長ホルモンには、骨の成長をうながす、筋肉量を増やすなどの身体組織の成長を促進するはたらきだけでなく、新陳代謝を活発にする、たんぱく質を合成して傷ついた細胞組織を修復する、免疫物質をつくって免疫機能をサポートする、などのはたらきもあります。

成長ホルモンの分泌量は、加齢とともに減少します。成長ホルモンは入眠直後のノンレム睡眠中に分泌されやすいため、寝つきをよくして質のよい睡眠をとることが大切です。

💡 ノンレム睡眠とレム睡眠

ノンレム睡眠：深い眠り。脳も体も休んでいる状態。成長ホルモンはこの時期に分泌されやすい

レム睡眠：浅い眠り。体は休んでいるが脳は活動している状態。記憶の整理・定着に関与

睡眠中はノンレム睡眠とレム睡眠が約 90 分周期で繰り返される

⑤ 生活リズムと睡眠

私たちには、おおよそ 1 日の周期でリズムを刻む体内時計が備わっています。人間の体内時計は脳の視床下部にある視交叉上核にあるといわれており、朝になると目覚めて活動を始め、夜になると眠くなる概日リズム（サーカディアンリズム）をつくり出しています。概日とは、「おおよそ 1 日」の意味です。

体内時計の周期は、朝、太陽の光を浴びることで 1 日の 24 時間周期にリセットされます。光を浴びることで覚醒がうながされ、活発に動ける状態になります。日光を浴びてから 14～16 時間後、脳の松果体からメラトニンと呼ばれる睡眠ホルモンが分泌されると、からだは睡眠に適した状態に切り替わります。そして、朝になるとメラトニンの分泌は弱まり、目を覚ますのです。

体内時計が乱れるとメラトニンの分泌が弱まり、なかなか眠くならない、睡眠中に目が覚めてしまうなどの状況を招きます。睡眠時の環境や生活習慣を整えて、メラトニンをしっかり分泌させることが質のよい睡眠につながります。

💡 質のよい睡眠のためのポイント

毎朝決まった時間に起きて太陽の光を浴びる（体内時計のリセット）

就寝前は強い光・スマートフォン・PC の画面を避ける（メラトニン分泌を妨げない）

適度な運動・バランスのとれた食生活・休養の 3 本柱を整える

寝室の温度・湿度・騒音・光など睡眠環境を整える

ストレスをためず、リラックスできる就寝前の習慣をつくる

2. こころのしくみ

① こころの健康と睡眠

睡眠による休息はこころの健康にも重要です。こころの健康を保つには、適度な運動、バランスのとれた栄養・食生活、そして休養が大切であり、十分な睡眠をとることはこころの健康に欠かせません。

必要な睡眠が不足したり、睡眠の質が低下したりすると、日中に眠気が残ります。そのような状態が長く続くと、疲労が蓄積して、やる気が起こらないという意欲の減退、注意力や集中力の低下、情緒の不安定などが生じます。

② ストレスと睡眠

ストレスを感じたまま眠ると、良質な睡眠は得られません。寝つきが悪くなったり、眠りが浅くなっても何度も目が覚めたりするのは、ストレスが交感神経を刺激して、こころとからだに興奮している状態になっているからです。ストレスや緊張、不安などを感じているときは交感神経が優位になるため、睡眠に適した状態になりません。

睡眠不足が続くと、心身が休まらず、ストレスを感じやすくなります。そのストレスがますます睡眠不足の要因となって、一時的に不眠になることもあります。睡眠不足とストレスは互いに影響し合い、悪循環を引き起こしてしまうのです。

⚠️ 睡眠不足が続くと起こりうること

意欲の減退・注意力・集中力の低下・情緒の不安定

免疫機能の低下（感染症にかかりやすくなる）
生活習慣病のリスク上昇（高血圧・糖尿病など）
ストレスとの悪循環（不眠→ストレス増大→さらに不眠）

③ うつ病と睡眠

近年、うつ病と睡眠には深い関係があることがわかってきました。しっかりと睡眠がとれている人はうつ病になりにくく、不眠の人はうつ病になりやすいことが報告されています。うつ状態になると、憂うつで物悲しいと感じること（抑うつ気分）が多くなり、興味や喜びの喪失、気力や集中力の減退、体重減退、性欲減退、体温減退、不定愁訴などがみられます。

その一方で、うつ病があると、早朝に目が覚める早朝覚醒や、熟睡感が得られない熟睡障害などの不眠の症状がみられます。このような特徴的な不眠を初期に発見し、適切に治療することで、うつ病の悪化を予防することが大切です。

■ 重要用語まとめ

用語	意味・説明
概日リズム（サーカディアンリズム）	約1日周期の体内リズム。朝の光でリセットされ、活動と睡眠のサイクルをつくる
メラトニン	松果体から分泌される睡眠ホルモン。日光を浴びてから14～16時間後に分泌が高まる
成長ホルモン	脳下垂体から分泌されるホルモン。入眠直後のノンレム睡眠中に多く分泌される
ノンレム睡眠	深い眠り。脳も体も休んでいる状態。成長ホルモン分泌・記憶定着に重要
レム睡眠	浅い眠り。体は休んでいるが脳は活動。夢を見ることが多い。記憶整理に関与
副交感神経	リラックス・睡眠時に優位になる自律神経。血管拡張・疲労回復を促す
早朝覚醒	うつ病に特徴的な不眠症状の一つ。早朝に目が覚めて再入眠できない状態
不定愁訴（ふていしゅうそ）	原因不明の体の不調。頭が重い・イライラ・疲労感・よく眠れないなどの自覚症状

🔗 この節のまとめ

- ・休息は疲労回復、睡眠は疲労回復に加え記憶定着・機能回復など多様な役割をもつ
- ・睡眠中に脳は日中の情報を整理・大脳皮質に定着させる重要な作業を行う
- ・副交感神経が優位になることで疲労回復・良質な睡眠が得られる
- ・成長ホルモンは入眠直後のノンレム睡眠中に分泌。質のよい睡眠が重要
- ・概日リズムは朝の光でリセットされ、14～16時間後のメラトニン分泌で睡眠が促される
- ・睡眠不足とストレスは悪循環を生む。うつ病では早朝覚醒などの不眠症状が現れやすい

■ 確認評価チェックリスト

確認問題	○ / ×
Q1. 睡眠中に脳の海馬に一時記憶された情報が脳皮質に移動・定着する	
Q2. 活動時は副交感神経が優位になり、心拍数が増加して筋肉が緊張する	
Q3. 成長ホルモンは入眠直後のノンレム睡眠中に分泌されやすい	
Q4. 概日リズムは脳の視床下部にある視交叉上核にあるといわれ、約1日周期のリズムである	
Q5. メラトニンは日光を浴びてから14～16時間後に分泌が高まる睡眠ホルモンである	
Q6. ストレスが交感神経を刺激するため、ストレスがある状態では良質な睡眠が得られにくい	
Q7. うつ病では早朝覚醒・熟睡障害などの不眠症状がみられることがある	
Q8. 睡眠不足が続いても、日常生活への影響はほとんどない	

第4巻 第2章 第1節 人間の心理

□ この節で学ぶこと

- ① 基本的欲求（生理的欲求・心理的欲求・社会的欲求）の種類と特徴
- ② マズローの欲求階層説（5段階）
- ③ こころのしくみの基礎（思考・学習の理論）
- ④ 記憶・認知・感情・意欲・適応のしくみ

1. 人間の欲求の基本的理解

① 基本的欲求

▶▶ 基本的欲求とは

生理的もしくは心理的不均衡が内部に生じ、それを回復するための行動に駆り立てる内的な動因を、要求または欲求と呼びます。人間には生きていくうえで必要なさまざまな欲求があります。ここでは、一次的欲求とも呼ばれる基本的欲求について、生理的欲求と心理的欲求に分けて述べます。

▶▶ 生理的欲求

生理的欲求とは、生理的に不足が生じ、それを回復しようとする欲求をいい、生命の維持に必要な不可欠な欲求です。それが満たされないと死につながることもあります。生理的欲求には、生命体が快適な状態を維持し発展させようとする個体保存の欲求と、その種族を維持していこうとする種保存の欲求とがあります。

表 2-1 ● 生理的欲求の種類

- ① 個体保存の欲求……呼吸の欲求、苦痛排除の欲求、水分補給の欲求、排泄の欲求、睡眠と休息の欲求、食物補給の欲求 など
- ② 種保存の欲求……性の欲求、母性の欲求 など

▶▶ 心理的欲求

心理的欲求には、「両親から愛されたい」「注目されたい」「関心をもたれたい」「やさしくされたい」という安心・安定感を求める欲求や、「仕事でがんばった成果に満足を得たい」「それを同僚・ほかの人にも認めてもらいたい」という成就の欲求があります。また、2～3歳児の「僕がやる」という自立の欲求、青年期の「自力でやりたい」という独立の欲求や自由を求める欲求などもあります。さらに、新しい経験をいろいろ試みてみたいという好奇心も生じます。

② 社会的欲求

▶▶ 社会的欲求とは

人間は、社会のなかでほかの人々とかかわりながら生活しています。社会的欲求は、人々との関係において発生する欲求で、社会的活動には欠かせない欲求です。

社会的欲求は、個人間の関係、所属グループ間の関係、または社会的価値や規範、制度などとの関連において形成されていくことが多いので、それに応じた社会的欲求もまた習得されることを意味します。

この社会的欲求は、基本的欲求を一次的欲求とすれば、二次的欲求と呼ばれます。この欲求は生後の学習によって習得されてくるもので、集団への所属、社会的な承認、自己実現などは、ほとんどの人に認められる社会的欲求です。

アメリカの心理学者であるマレー（Murray, H. A.）は、社会的欲求のあり方そのものが人格を表現するものと考え、みずからの理論のなかで社会的欲求を心理発生的欲求と呼び、動機の構造を明らかにするための欲求としています。

▶▶ 愛情の欲求

われわれはお互いに支え合いながら生きています。幸福な社会生活を営むために、なくてはならないのが人々の愛情です。愛情の欲求は、その対象が両親、同性の友人、異性の友人へと成長とともに変化し、社会でつながっていく人々へと拡大していきます。この欲求が満たされるか満たされないかは、人格の形成に大きな影響をもたらすので、臨床的にも重要な欲求です。

▶▶ 所属の欲求

人間は社会的動物であり、集団に属したい、仲間に加わりたいという所属の欲求があります。とくに、学校生活では、クラスや部活での友達が欲しいという友達への欲求があり、学校生活を楽しく充実したものにするには欠かせません。この欲求が満たされないと、臨床的には重要な問題となる場合があります。

▶▶ 承認の欲求

集団に同化したいという欲求がある反面、そのなかで、ほかの多くの人々と異なる目立った人でありたいと願う欲求が承認の欲求です。何ごとにつけて、ある集団のなかでは自分はきわだつ人間でいたい、仕事などで高く評価されたいという欲求であり、地位、名声、評判、有名さを気にする欲求です。

③ マズローの欲求階層説

これまで基本的欲求（一次的欲求）、社会的欲求（二次的欲求）について説明してきましたが、ここでは、このようなそれぞれの欲求が階層的構造をなして立ちあらわれるという考えを論じたマズロー（Maslow, A. H.）の欲求階層説について紹介します。

マズローは人間の欲求の階層論を発展させ、人間の欲求は次々と立ちあらわれてくる階層的な構造をなしていると説きます。その構造は「パンのないところでは、人はパンのみにて生きる。だが、パンが十分にあり、食欲が常に満たされているという状況になれば、食欲よりもむしろ別の高い次元の欲求があらわれてくる、この欲求も満たされるとまた新しい高い次元の欲求があらわれる」という具合に続いていきます。

このように、人間の欲求は、生理的な次元から始まり、心理的な安全へ、そして集団に所属し、人間関係のなかで愛情がはぐくまれ、社会参加という社会的次元へと発展させ、高い次元の自己実現が出現するまで階層をなしています。その階層は図 2-1 のように 5 段階になっています。

利用者一人ひとりについて、マズローの欲求の 5 段階のなかでどの階層まで満たされているか、到達しているかを確認することも、個別ケアのうえで役に立つのではないかと思います。

図 2-1 ● 人間のもつ欲求（マズローの欲求階層説）

【第 5 層】自己実現の欲求 ← 成長欲求

【第 4 層】承認の欲求

【第 3 層】所属・愛情の欲求 ← 欠乏欲求

【第 2 層】安全の欲求

【第 1 層】生理的欲求

2. こころのしくみの基礎

① 思考のしくみ

▶▶ 思考とは

私たちは日常生活のなかのさまざまな場面で思考活動をしています。思考は「ちょっと〇〇と思っただけ」「ぼんやり考えていた」などと、軽く受け流すような意味、また、「むずかしい問題を解いた」などと、苦しみながらやっと問題が解けた意味、哲学者デカルト（Descartes, R.）の言葉「われ思う、ゆえにわれあり」のように、深く考えた末に導き出された意味など、その意味の使用範囲は多様です。

われわれの環境への適応行動には、生まれつき身につけている反応様式の再生ですぐ反応できる場合と、問題状況によってはすぐには解決できないために反応が起こるまでに時間がかかる場合があります。この反応が起こるまでの間における問題状況を解決するための準備活動が、思考といわれています。

▶▶ 問題解決がなされるまでの過程

思考活動による問題解決がなされるまでの過程をまとめたものが、図 2-2 です。日常生活の場面ではさまざまな問題に直面せざるを得ません。その問題について解決を促進させたり、妨害させたりする要因にも留意しておく必要があります。思考活動に影響を与える要因として、情報の少なさ、特定の事象への執着、動機づけ、パーソナリティ（気質、性格）、発達レベルなどがあげられます。

①問題解決に必要とされる「情報」の収集



②多方面から収集した情報の「知識」への変換



③知識を操作し、問題解決をめざしていく内的過程（＝「推理」）

▼

④互いに類似した事象や相反する事象などの「分析・整理」

▼

⑤有効な情報の「明確化」

▼

⑥「問題解決」

図 2-2 ● 問題解決がなされるまでの過程

② 学習のしくみ

▶▶ 学習とは

人間の行動は本能による行動と、学習によって身についた行動の2つに分けられます。ただし、本能による行動についても経験、すなわち学習による影響を受けています。

学習とは「経験による比較的永続的な行動や認知の変化」と、心理学では定義されています。つまり、人間は学習を通じて行動を変化させることができるということです。

ここでは学習と行動との関係について、①パブロフの古典的条件づけ、②スキナーの道具的条件づけ、③ケーラーの洞察学習、④バンデューラの観察学習、という4つの理論を紹介します。

▶▶ パブロフの古典的条件づけ

「パブロフの犬」という言葉を聞いたことがあるでしょうか。これはロシアの生理学者パブロフ（Pavlov, I. P.）が行った実験に由来しています。

パブロフは実験のなかで、ベルを鳴らしてから犬に餌を与えることをくり返しました。その結果、ベルの音を聞いただけで犬は唾液を出すようになったのです。音の刺激と唾液の分泌という反応の連合が形成されたことを意味します。

この基本的な考え方は、問題行動や恐怖心などの軽減・改善にも応用されます。嫌いなものと並行して大好きなものを条件刺激（条件づけ）として用い、大好きなものへの肯定的感情を条件づけていくことにより、嫌いなものへの反応が弱められます。

▶▶ スキナーの道具的条件づけ

スキナー（Skinner, B. F.）は、箱の中でレバーを押すと餌がもらえるしくみの装置（スキナー箱）を考案しました。箱の中にネズミを入れ、ブザーが鳴ったときにレバーを押すと、ネズミは餌がもらえます。やがてネズミはブザーの音に反応してレバーを押すようになり、ブザーが鳴った直後にレバーを押す頻度が増加していきます。

レバーを押す反応は、餌を得るための道具的条件づけと呼ばれ、自発的に行う反応です。これは新しい学習を試みる、あるいは身につけさせたい行動がある場合に、本人が好む報酬を与えて行動を促進させるものです。

▶▶ ケーラーの洞察学習

ケーラー（Köhler, W.）は、試行錯誤する学習ではなく、洞察（見通し）による学習パターンがあると考えました。それは問題状況について、物理的な場の理論を参考にして構造やしくみを認知的に把握することです。

その例として、チンパンジーが問題解決のために道具を使うという実験があります。高い天井からバナナをひもでつるした部屋にチンパンジーを入れます。チンパンジーは大好物のバナナを何としても取ろうとしますが、手が届きません。やがて、部屋の隅にあった木箱に目をつけて箱を積み重ねて登り、うまくバナナを取ることができました。これは、部屋中を観察し、木箱を踏み台に見立てるという洞察に基づいた学習の例です。

▶▶ バンデューラの観察学習

バンデューラ（Bandura, A.）は大人が人形に暴力をふるう行動を子どもたちに見せたあと、同じおもちゃを使って子どもがどのような行動をとるかを観察したところ、乱暴な行動をする率が高くなることを見いだしました。このモデルを用いての模倣学習は、乱暴な行動の修正や仲間づくりにも応用できます。

3. 記憶のしくみ

① 記憶の過程

▶▶ 記憶とは

人の名前が思い出せない、通帳や鍵をどこに置いたか忘れてしまう、新しいことをなかなかおぼえられないなど、年をとることで自分の記憶力の低下を自覚するようになります。しかし、このような経験は若年期においても経験することです。

記憶は、日常の体験したことや認知したものを頭のなかに蓄えていく、大切な脳のはたらきの1つです。その記憶の過程は、①外界の情報を入力し記銘する、②記銘した情報を頭のなかに保持する、③保持した情報を必要に応じて想起するという段階をふみます。

図 2-3 ● 記憶の過程

記銘（情報をおぼえる） → 保持（情報を保存する） → 再生・想起（情報を想起する）

② 記憶の分類① 保持時間・容量による分類

記憶は、保持時間や容量によって、感覚記憶、短期記憶、長期記憶、という3つに分類されます。

種類	内容
感覚記憶	打ち上げ花火を見た直後のように、視覚や聴覚などの感覚器官で知覚した非常に短い記憶。ほとんどは時間とともに忘れ消えていくが、そのまま短期記憶へと転送される記憶もある。
短期記憶	電話番号を暗記してすぐにかける、数字の系列「5, 7, 2, 8」をおぼえて復唱する、直近の食事内容を思い出すなどの記憶。くり返しリハーサルされた情報は長期記憶へと転送される。
長期記憶	数か月、数年、ほぼ永久に貯蔵されている安定した記憶。膨大な量の知識が貯蔵され、意味的関係の構造をなしていて、必要に応じて活用される。

③ 記憶の分類② 内容による分類

また記憶は、その内容により、作動記憶、意味記憶、エピソード記憶、手続き記憶などに分類されます。

種類	内容
作動記憶	人前でスピーチをするときに頭のなかで話す内容や順序を考えたり、

	計算や推理をしたりするときに、必要な情報を一時的に頭のなかに保持し（短期記憶に相当）、その情報を操作する能動的な記憶。
意味記憶	大化の改新は 645 年に始まったという歴史的事実や、りんごは英語に訳すとアップルであるといった言葉の意味など、社会的に共有された知識としての記憶。
エピソード記憶	経験した出来事や情報に関する記憶で、昨日の出来事や修学旅行の思い出話など、「いつ、どこで、だれが、何を、どうした」を伝えることのできる記憶。
手続き記憶	自動車の運転や料理の仕方のような手続き・技能に関する記憶で、一度おぼえたとからだがおぼえていて、忘れにくい記憶。

なお、これらのうちの(2)から(4)までは、長期記憶に相当するものです。

4. 認知のしくみ

私たちは物事に注意を向けたり、言葉を記憶したり、状況を理解し判断するなどして自分の周囲の環境を認知しながら生活しています。認知は精神医学的には知能を、心理学的には知覚を中心とした意味でとらえています。ここでは、まず知能を中心に説明します。また、その認知が障害された場合に起こる失認と失行について次に説明します。

① 結晶性知能と流動性知能

▶▶ 結晶性知能

ウェクスラー（Wechsler, D.）は、知能を学習する能力、抽象的推理能力、適応する能力などと個々の具体的な能力ではなく、多面的で多くの要因によって決定される全体的な能力としてとらえました。その知能観を反映し、言語性知能、動作性知能から全検査知能を算出する考え方を導入しました。キャッテル（Cattell, R. B.）は、その言語性検査によって測定される知能を結晶性知能、動作性検査によって測定される知能を流動性知能と呼びました。

これまでの学びや経験の積み重ねにより、知識・教養が結晶となりでき上がった知能を結晶性知能といいます。学校教育や社会などでつちかわれたもので、むずかしい問題に出会ったときに、その解決方法を導き出すために必要な能力です。“おばあさんの知恵袋”がその例にあたります。

▶▶ 流動性知能

新しいことを学んだり、新しい環境に適応するときにはたらく知能を流動性知能といいます。新しい課題や問題に直面したときに、その解決方法を見つけ出すために必要な能力で、これまでに身につけた知識や教養などとは異なる能力とされています。瞬間的なひらめきやとっさの空間的認知・視覚構成等の能力がさまざまな状況下ではたります。

② 失認

失認とは、日常よく知っている物品を、感覚（視覚、触覚、固有感覚、聴覚など）をとおして認知することができなくなる障害で、脳血管障害のある人にしばしばみられます。身体失認や病態失認があり、身体図式にかかわるさまざまな障害をともなっており起ります。身体各部の名称やその関係がわからなくなったり、自分の腕に対して、自分の身体の一部として感じられないために「ぶつけてすみません」と自分に言ったりする例があげられます。

③ 失行

失行とは、筋力、感覚、協応（目と手の同時使用など）に障害がないのに、特定の熟練した目的運動が遂行できない症状で、大脳半球の損傷によって起こります。失行には障害される運動の種類によって構成失行、運動失行、観念失行、観念運動失行、着衣失行などがあります。お茶をいれるときに、ポット、茶葉、急須、湯呑み茶碗の個々についてはわかるのに、お茶をいれる一連の行為がわからなくなる、また、ズボンを頭から被ろうとしたり、ズボンの片方に両足を入れようとするなどが失行の例にあたります。

5. 感情のしくみ

① 感情とは

人間の感情は、日常生活において行動の原動力となり、行動を支配する重要な役割を果たしています。脳の扁桃体（→p. 175 参照）が感情をつかさどり、生物が生存していくうえで自分にとって安全で有益か、危険で有害かを見分けるきわめて重要な評価判断をになっています。

感情は、狭義には快-不快の次元で刺激に反応する比較的単純な意識レベルとされますが、身体的な表出をともなう一過性の比較的激しい感情と広義にとらえ、情緒とほぼ同義語で使用されることも多いです。

アメリカの心理学者エクマン（Ekman, P.）は、喜び、悲しみ、驚き、恐れ、怒り、嫌悪の顔面の表出（表情）が生まれつきのものか、文化による差があるのかについて、比較研究を行いました。その結果、人間の基本的な表情の表出は、どのような文化のもとにおいても同じであることがわかりました。人間が社会生活を営むうえで、他者の感情状態や意図を知る手がかりとなる顔の表情は、人間にとって重要な刺激となります。

② 感情の発達

感情はどのように発達するか、ブリッジス（Bridges, K. M. B.）の図でみてみましょう（図 2-5）。生後間もない時期に観察される感情である不快は、しだいに「怒り→嫌悪→恐れ」と分化していき、快は「得意→愛情（対大人→対子ども）」に分化していきます。2歳ごろまでには、嫉妬や喜びが出現することで大人にみられる感情（情緒）の基本型がつくられます。

図 2-5 ● 情緒の発達図式（ブリッジス）

出生：興奮（快・不快）

↓ 3か月：怒り・嫌悪・恐れ / 6か月：得意

↓ 12か月：愛情（対大人） / 18か月：嫉妬・喜び

↓ 24か月：愛情（対子ども）→大人の感情の基本型が形成

6. 意欲・動機づけのしくみ

① 意欲とは

人の行動は、行動を起こす何らかの理由、必然性があって発生します。その何らかの理由により、「～したい」「～しよう」と思う気持ち（意欲）が行動に結びつきます。その行動を起こし、行い続ける過程ないしはたらしきを動機づけ（motivation）といいます。

動機づけられた行動は速く、強く、積極的かつ一貫的で長続きします。反対に動機づけられていな

い行動は遅く、弱く、消極的で長続きしません、または気まぐれで散漫です。

② 内発的動機づけと外発的動機づけ

デシ (Deci, E.L.) は、やる気の源泉に注目して、内発的動機づけと外発的動機づけに分類しました。

種類	特徴
外発的動機づけ	人を外から駆り立てるという面が強い。競争させたり、圧力をかけたり、報酬をちらつかせたりして行動へ導こうとする。行動の目標が明確で、目標達成に向けて取り組みやすいことは確かだが、その効果はその場限りとなりやすく、人格的成長にはつながらないことが多い。
内発的動機づけ	その人の自発的な意思にまかせる。成果がただちには表面に出てこないという側面があるものの、ひとたび行動が始発すれば、強力かつ持続的に、高い人格的目標まで行動を導いていける。外発的動機づけがきっかけとなって活動が定着し、内発的動機づけへと転換していく例もある。

デシの実験（要約）

パズル課題を用いて実験参加者を 2 グループに分けた。

- ・報酬なしグループ：休憩時間も自発的にパズルを解いていた。
- ・報酬ありグループ：現金をもらえなくなるとパズルを解く数が減少した。

→ 外発的報酬（お金）が内発的動機づけを低下させることが示された。

以上のことから、教育場面や労働環境において動機づけのきっかけをつくることや、動機づけを高める指導を行う際には、人格的目標まで視野に入れた配慮が必要とされます。

7. 適応のしくみ

① 適応と不適応

▶▶ 適応とは

アメリカの心理学者であるサイモンズ (Symonds, P.M.) は、適応を「有機体とその環境との満足すべき関係」と定義しています。

適応には、内的適応と外的適応があります。その人自身が主観的に充足し、要求水準が満たされ、幸福感をもち、満足すべき状態を内的適応といいます。一方、他者からみても客観的にその人自身が社会的・文化的ルール（規範）に従い、他者と協調し、他者からも受け入れられる状態を外的適応といいます。

また、適応には、その人自身が環境に合わせて満足すべき状態をつくる受動的側面と、満足できない環境にあったときに、みずからはたらきかけて満足するように環境改善する能動的側面もあります。

人間にとって、内的適応と外的適応がうまくいかない状態を不適応といいます。そして、不適応な行動があらわれると、さまざまな問題が発生する可能性が出てきます。

表 2-2 ● ラザルスの不適応状態の基準

- ① 長期にわたる不安・抑うつ状態という心理的不快状態
- ② 外界を正しく認識する能力が低下している認知不全状態
- ③ 食欲不振などの身体機能の障害の状態
- ④ 社会的規範（ルール）からの逸脱行動が起こった状態

表 2-3 ● ライチャードの高齢者の適応とパーソナリティとの関係

適応型	①円熟型	自分の人生は実り多いとし、現実を受容し、現在の生活や人間関係に満足しているタイプ。社会的活動への参加、趣味などへの関心をもち、積極的で未来志向的である。
	②安楽椅子型	物質的にも精神的にも他者の援助を期待し、他者に依存して老後を安楽に暮らそうとするタイプ。野心もなく、現状に満足し、仕事をするをを好まない。
	③装甲型	他人の援助や世話を受けるのを嫌い、若者に負けないように精力的に活動することによってろう化・不安を抑制し、鎧を張ったような生き方をするタイプ。社会的活動を続け、仕事への責任感が強い。
	④憤慨型	自己の老いを受容できず、他人を非難するタイプ。偏見が強く、常に不安を示し、悲観的である。趣味もなく、自己閉鎖的である。
不適応型	⑤自責型	自分の人生の失敗や不幸を自分のせいにし、自分を責め立て、自分は不運であったと嘆くタイプ。何ごとに対しても悲観的で、自己の殻に閉じこもる傾向がある。時にはみずから自殺に追いこむこともある。

* 定年退職後の高齢者をモデルにした分類表

② 適応機制（防衛機制）

私たちが日常生活のなかで、新しい環境下におかれたり、不快な状況に遭遇したりしたとき、不安におそわれて緊張や葛藤が生じ、こころが不均衡な状態になることがあります。そして、その状態を解消し、バランスを保とうとして、無意識に自己を守ろうとします。

フロイト（Freud, A.）は、このしくみを適応機制（防衛機制）と名づけ、すべての人生の段階において考えられる適応機制をいくつかに分類しています（表 2-4）。

表 2-4 ● 適応機制（防衛機制）の種類

機制	内容
退行	耐えがたい状況におちいったとき、過去へ逃避して不安を解消し、満足を得ようとする幼児的な行動（幼児がえり）などをして受動的・依存的な行動をとる。
抑圧	不快な感情や思い出したくない記憶、実現困難な欲求などを無意識のうちに押しこめて意識しないようにする。
反動形成	自分の本心（思考や感情など）が行動や態度にあらわれないようにふたをして、それとはまったく逆の過度に強調した行動や態度をとる。そうすることで、みずからの衝動や欲望を制御しようとする。
隔離	みずからに受け入れがたい状況に直面したとき、起こった出来事とそれにまつわる感情とを切り離して、客観的に取り扱うことで不安を感

	じないようにする。他人事のように語る。
打ち消し	過去にとってしまった受け入れがたい行為がもたらす罪悪感や恥の感情から逃れるために、その行為を打ち消す行動をとる。叱責や非難をしたあとで、ほめたり機嫌をとったりする。
投影	自分自身のこころのうちに存在する受け入れがたい欲求や感情を、他者の側に転嫁し、他者にその欲求や感情があるかのように考えてしまう。みずからが怒りっぽいのに他人が怒りっぽいと認識してしまう。
取り入れ・同一視	自分にとって重要な人がもっている感情や思考をそのまま自分の内部に取りこもうとする。
自己自身への向け換え	自分が相手に対して抱いている強い感情や衝動を反転させて、逆に自分自身を責めるような抑うつ的・自虐的な行動をとる。
逆転	みずからが抱いている満たされない感情や欲望を、倒錯した形で満たそうとする。愛情が憎悪へと変わるような態度や行動をとる。
置き換え	自分自身のなかで受け入れられない感情、思考、欲求を、それを受けた対象にではなく、どこか似たところがある別の対象に向けたり、ぶつけることによって充足をはかる。いわゆる八つあたり、身代わりである。
昇華	こころのなかにある不安や攻撃性を直接発散せず、社会に受け入れられる価値の高い方法に置き換える。性や破壊の欲求をスポーツや芸術などに置き換え表現することで満足感を得る。

③ ストレスとストレッサー

▶▶ 適応とストレス

物事が思うようにいかず満足できないときに生じる精神的緊張をストレスといいます。物理的には、物（板、ゴム球等）に力を加えるとゆがみが生じ、力をゆるめるとともに戻ろうと反発する力が生まれ、この相反する力との間に生じるエネルギーのことをストレスとしています。図 2-6 のように加えられた有害刺激をストレッサー、その圧によってへこんだ状態をストレス反応といいます。

表 2-5 ● ストレス反応の種類

- ① 身体的反応：動悸、発汗、筋緊張による頭痛、腹痛、不眠 など
- ② 心理的反応：不安、いらいら、気力・集中力の低下、落ちこみ、怒り など
- ③ 行動的反応：生活の乱れから好ましくない行動にあらわれるもの（たばこやアルコールの量が増えたり、ギャンブルにのめりこんだりする）

ストレッサーには、寒暑、騒音などの物理的なもの、アルコール・麻薬など化学的なもの、飢え・睡眠不足など生物的なもの、経済危機・人間関係など社会的なものがあります。ストレスを受けた際のストレス反応は表 2-5 の 3 つに分類されます。いずれも一時的なものであれば回復しますが、長引くと治療が必要になってきます。

▶▶ ストレスへの対処法

同じストレスを受けても、まったくストレスを感じていない人、大きなストレスに感じる人とさまざまです。それはストレスをどうとらえ、どう対処できるかによって変わってきます。ラザルスはストレス対処法として、問題中心型と情動中心型の 2 つをあげています。

問題中心型の対処法は起こった問題について情報収集をし、問題解決のための計画を立てて、具体的に行動し、問題の軽減をはかり、ストレスフルな状況そのものを解決しようとする方法です。それに対して情動中心型は、直面する問題の直接的な解決ではなく、問題から生起する、行きたくない、いやだという情動に焦点をあてて緊張を緩和する方法です。

④ 欲求不満（フラストレーション）

欲求が生起すると緊張が生じ、それを解消しようと行動を起こします。その行動の発現や遂行がさまたげられると欲求は満たされず、行動に移せずにこころの緊張は解消しないまま、不快な緊張状態が存続します。このような状態を欲求不満（フラストレーション）といいます。

⑤ 適応機制の使用

適応機制が適切に用いられるか否かで問題が生じたり、病気につながる症状が出たりします。一時的に用いることで不安や緊張感を解消するならば必要なものとなりますが、その頻度がしだいに多くなり続けていくと、病的な症状や性格のかたよりなどとなって、日常生活にさまざまな支障が出て不適応状態となります。

適応機制については、退行は早期に、昇華はある程度の成熟を経てというように発達段階をふまえた考え方もありますが、いくつも同時に併用したり、くり返して用いているということも少なくはありません。いずれにしても症状に合わせ用いられる適応機制を詳細に調べてみることも大切な視点になります。

次に適応機制が用いられる症状や病気の例をみてみます。

適応機制	症状や病気の例
退行	自分の下に赤ちゃんが生まれると、自分も赤ちゃんぶるまいになり、これまで以上に母親に甘えたり、注意を引く行動をして以前の発達段階の逆戻り（退行）が起こります。これはふつうにみられる一時的な現象でしだいに落ち着きを取り戻してきますが、尾を引くと情緒不安定などを示し、指しゃぶりや夜尿などが症状としてあらわれ、落ち着かない不安な状態が続きます。
退行、反動形成、隔離、打ち消し	これらは、強迫神経症で用いられる（あらわれる）適応機制です。強迫神経症は本人が無意味だとわかっている考えが意思に反して、くり返し強く意識に侵入して（強迫観念）、制御できず、無理に考えを抑えたり、中断したり、打ち消そうとすると不安になり、くり返しの行為（強迫行為）がやめられなくなり、生活や精神状態に大きな影響を及ぼします。また、過度な戸じまり（施錠の確認）、無意味な長時間の手洗いなどの強迫行為がみられます。
取り入れ・同一視、投影	これらは、パラノイアで用いられる（あらわれる）適応機制です。パラノイアは、本人なりの論理や体系化された妄想を長時間にわたり確固としてもちつづけます。妄想内容は、高貴な血統であると確信する血統妄想などの誇大的内容のもの、自分の地位・財産・生命をおびやかされるという被害妄想、連れ合いの不貞を確信する嫉妬妄想などがあります。これらの妄想について語り始めると自我感情が高揚してその異常性が表面化し、不機嫌、攻撃性、猜疑的な傾向が顕著となり病的な状態を示します。
抑圧	外部から不快な刺激（ストレッサー）が加わって生体内のバランスが乱され、ひずみが生じるとストレス状態が生じます。適応機制でストレッサーを抑圧する手段が使われますが、それが長く続くと、心身に

不調があらわれ、日常生活に支障が出てきます。そのなかには「うつ病」の症状があらわれ、基本は「うつ気分」であり、不安感や焦燥感が強いと、不穏・焦燥・興奮状態となり、さらに強いと無感動になることもあります。また、思考が制止（抑制）したり、やらなければならない気持ち強いのおっくうでやれなくなったりします。頭痛・頭重、易疲労、倦怠感、性欲減退、睡眠障害などの身体症状も多くみられます。

🔗 第1節のまとめ

- 基本的欲求には生理的欲求（個体保存・種保存）と心理的欲求がある
- 社会的欲求は二次的欲求とも呼ばれ、愛情・所属・承認の欲求を含む
- マズローの欲求階層説：生理的→安全→所属・愛情→承認→自己実現の5段階
- 思考は問題状況を解決するための準備活動；学習はパブロフ・スキナー・ケーラー・バンデューラの4理論
- 記憶の分類①（保持時間）：感覚記憶・短期記憶・長期記憶
- 記憶の分類②（内容）：作動・意味・エピソード・手続き記憶
- 認知の障害：失認（物品を感覚的に認知できない）・失行（目的運動が遂行できない）
- 感情はエクマンが研究；ブリッジスの図で発達を確認
- 意欲・動機づけ：内発的（持続的・人格的成長）vs 外発的（即効的・限定的）
- 適応機制（防衛機制）：退行・抑圧・反動形成など11種類；過剰使用で不適応状態に
- ストレス反応は身体的・心理的・行動的の3種類；対処法は問題中心型と情動中心型

第4巻 第2章 第2節 人体の構造と機能

1. 生命の維持・恒常のしくみ

人体は、からだの内部・外部の環境が変化しても、一定の状態を保つ生態的機能がはたらいており、これをホメオスタシス（恒常性）といいます。この機能が低下すると人体にさまざまな影響を及ぼします。

人体への異常を早期に発見するには、バイタルサイン（生命徴候）の観察が欠かせません。バイタルサインとは、体温・呼吸・脈拍・血圧をさし、場合によっては意識の状態も含めます。

① 体温

▶▶ 体温とは

体温とは、身体内部の温度のことをいいます。腋窩（わきの下）や口腔内、直腸などの温度をはかることによって、その値を体温と呼んでいます。

▶▶ 体温の調節

人間は恒温動物であり、環境が変わっても体温を一定に保つ調節機能をもっています。これは、熱の産生と放散のバランスによって成り立っています。

体温の調節には、皮膚の血管と汗が関与しています。外界の温度が低いときは、血管が収縮して体表面を流れる血液量を少なくし、熱の放散を防ぎます。逆に外界の温度が高いときには、血管が拡張して体表面を流れる血液量を多くし、熱を放散して汗を出します。汗が蒸発する際の気化熱により、体温を下げるはたらきをします。

▶▶ 体温のはかり方

体温は、一般的に腋窩ではかる場合が多いですが、ほかにも口腔（舌下）、直腸（肛門）、耳腔内でもはか

ることができます。しかし、体温は部位によって違いがあるため、一定の部位ではかるようにします。口腔での測定は、乳幼児には適していません。直腸では正確に体内温度が測定できますが、不快感が大きいという欠点があります。また、耳腔内は短時間で測定値がわかるので、認知症のある人や体動がある人に適しているといえます。ただし、耳垢がつまっていると不正確になってしまうため、注意が必要です。

腋窩（わきの下）で体温をはかる際の留意点

- ① 体温計をはさむ前に汗をふく 漏れていると正確に測定できない。
- ② 片麻痺がある場合は、健側で測定する 患側は血液循環が悪く代謝も低いため、体温が低くなりがちである。また、利用者が側臥位になっている場合、とくに下にした部位での測定では、体温が低くなる。
- ③ 腋窩の中央より前寄りに、下方からくぼみに向かって差しこむ 体温計の先端部が皮膚に密着しているかどうか確認することが必要である。
- ④ 自分でできない場合、検温している間の腕を介護職の手でしっかり押さえる やせている利用者の場合、皮膚を密着することがむずかしいことがある。

区分	内容
① 個人差	利用者によって体温には差がある。ふだんの平熱を知ることが大切である。
② 日内差	早朝や睡眠中は体温は低めである。午後 3 時ごろがもっとも高いとされている。
③ 年齢差	高齢者は成人よりも体温は低めである。
④ 環境	電気毛布を使用していたり、衣服を多く着たりしている場合は、体温は高めになる。

② 呼吸

▶▶ 呼吸とは

呼吸とは、体内に酸素を取りこみ、体外に二酸化炭素を排出するガス交換のことをいいます。

具体的には、口や鼻から吸いこんだ空気が、咽頭、気管を通り、左右の気管支に分かれて肺にいたり、そこで酸素と二酸化炭素のガス交換が行われます。二酸化炭素を含んだ空気は、同じルートを通して口や鼻から外に吐き出されます。

呼吸は無意識のうちに行われていますが、自分の意志によっても調節することができます。たとえば、痰や異物が咽頭や気管支に近づくと、意識的に強い息（咳やくしゃみ）で追い出そうとします。

▶▶ 呼吸運動

呼吸運動とは、肺を伸び縮みさせて、その中の空気を入れ替える運動のことをいいます。肺は筋肉をもっていないので、外肋間筋（肋骨のあいだをつなぐ筋肉）と横隔膜の収縮によって呼吸運動が行われます。呼吸が絶え間なく行われるのは、延髄にある呼吸中枢からの刺激が、外肋間筋と横隔膜に達するためです。

▶▶ 呼吸数のほかり方

呼吸数をはかるときは、手を利用者の胸、もしくはおなかの上に軽く置いて、1 分間、その動きを数えます。また、胸腹部の上下運動を数える方法もあります。上下運動は、真正面から見るとより、やや斜め側面から見たほうがよくわかります。

なお、呼吸数をはかっていると感じると、速さやリズムが変化してしまうため、いつはかったか本人にわからないようにすることが大切です。

健康な成人の 1 分間あたりの呼吸数は、成人で約 12～18 回程度、5 歳児では約 25 回、乳児では約 30 回といわれています。

1 分間あたりの呼吸数が増加することを頻呼吸といいます。発熱、肺炎、呼吸不全でよくみられます。一方で、1 分間あたりの呼吸数が減少することを徐呼吸といい、脳圧亢進でよくみられます。

呼吸リズムの異常（表 2-8）	
チェンストークス呼吸	無呼吸が数十秒続いたあと、呼吸が徐々に増大し、次いで徐々に減少し、再び無呼吸になる。これをくり返す：脳出血、脳梗塞でよくみられる
ビオー呼吸	大きな呼吸がしばらく持続したあと、突然消失し、しばらく無呼吸が続く、再び大きな呼吸が始まる：髄膜炎でよくみられる
クスマウル呼吸	呼吸数が少なく、異常に深い呼吸が規則正しく続く：尿毒症、糖尿病性昏睡でよくみられる

呼吸音の異常（表 2-9）	
いびき音（グーグー）	比較的太い気管支が狭窄した場合
笛音（ヒューヒュー）	細い気管支が狭窄した場合（気管支喘息、異物吸引など）

③ 脈拍

▶▶ 脈拍とは

脈拍とは、心臓から血液を全身に送り出すときの鼓動で、からだの表面から感じとれる拍動のことです。脈拍に触れると、脈拍数だけでなく、脈のリズム、大きさ、緊張度などがわかるため、体温や呼吸とともに、高齢者のからだの状態を把握するうえで重要なサインとなります。

▶▶ 脈拍のはかり方

脈拍は、用具を使わなくてもはかることができます。測定できる部位としては、おもに①橈骨動脈、②上腕動脈、③浅側頭動脈、④頸動脈、⑤大腿動脈、⑥膝窩動脈、⑦足背動脈の7か所があります。

脈拍をはかるときは、人差し指・中指・薬指の3本をそろえて、指の腹を動脈に当ててはかります。親指では自分の脈を感じとってしまうために用いません。

強く押さえて拍動を感じない場合、血圧は正常です。また、押さえている指先に血圧が押し上げるように感じる場合には、血圧が高いおそれがあります。

健康な成人の脈拍数は1分間で60～80回程度であり、女性は同年の男性よりも多いとされています。また、運動後、食後、排便後、入浴直後は脈拍数が多く、睡眠時には減少します。

④ 血圧

▶▶ 血圧とは

血圧とは、心臓から全身に血液を送り出すとき、左心室の収縮によって生じる動脈の圧力のことをいいます。血圧は血液が血管の壁を押している力なので、動脈にも静脈にもそれぞれ血圧はありますが、静脈の場合は静脈圧と呼んで区別しています。私たちが一般的に血圧と呼んでいるのは、上腕動脈の血圧のことです。

血圧は、心臓の収縮期にもっとも高くなります。このときの血圧を最高血圧、あるいは収縮期血圧といいます。これに対して、心臓の拡張期に血圧は最低となるので、このときの血圧を最低血圧、あるいは拡張期血圧といいます。

▶▶ 血圧の正常値

血圧の正常値は、120／80mmHg未満と日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインで定義されていますが、年齢、性別、時間差、運動、気温、食事、睡眠、感情の変化などによって測定値は変わります。また、血圧は体位によって変動します。

分類	診察室血圧 収縮期血圧 (mmHg)	診察室血圧 拡張期血圧 (mmHg)	家庭血圧 収縮期血圧 (mmHg)	家庭血圧 拡張期血圧 (mmHg)
正常血圧	< 120	かつ < 80	< 115	かつ < 75
正常高値血圧	120-129	かつ < 80	115-124	かつ < 75
高値血圧	130-139	かつ/または 80-89	125-134	かつ/または 75-84
I 度高血圧	140-159	かつ/または 90-99	135-144	かつ/または 85-89
II 度高血圧	160-179	かつ/または 100-109	145-159	かつ/または 90-99
III 度高血圧	≥ 180	かつ/または ≥ 110	≥ 160	かつ/または ≥ 100
孤立性収縮期高血圧	≥ 140	かつ < 90	≥ 135	かつ < 85

2. 身体各部の名称・内臓の名称

▶▶ 身体各部の名称

身体各部の名称は、図 2-11 に示したとおりです（頭部・前頭部・後頭部・頸部・胸部・腹部・体幹・上肢・下肢・足など）。

▶▶ 内臓の名称

内臓の名称は、図 2-12・図 2-13 に示したとおりです。前面からみると、喉頭・甲状腺・気管・肺（右肺・左肺）・心臓・脾臓・肝臓・胆嚢・膵臓・胃・小腸・大腸・膀胱などがあります。

3. 骨の構造とはたらき

① 骨格

人体には、約 200 個の骨があるとされています。全身の骨は互いに結合して、頭蓋骨・脊柱・胸郭・骨盤・上肢骨・下肢骨の骨格をつくっています。

からだの骨格は、からだの頭部にある頭蓋骨、中心部分にある体幹と、上肢や下肢の体肢に分かれています。体幹部には、胸郭、脊柱、骨盤があります。

胸郭は、12 対の肋骨、12 個の胸椎、1 個の胸骨からなり、胸部の枠組みをつくっています。脊柱は、7 個の頸椎、12 個の胸椎、5 個の腰椎、仙椎の癒合した仙骨、尾椎の癒合した尾骨から構成されています。骨盤は寛骨（腸骨、坐骨、恥骨）、仙骨、尾骨からなり、体幹の底から内臓を支えるはたらきをしています。

上肢は鎖骨、肩甲骨の上肢帯と接している上腕骨、前腕部の親指側に接している橈骨、小指側に接している尺骨があります。下肢は、骨盤に接している大腿骨と下腿にある太い脛骨、細い腓骨があります。

② 骨の構造とはたらき

骨のはたらき	
支持（支える）	骨格を形成して、体重を支え、直立姿勢を保持する。
保護	頭蓋骨は脳を、胸郭は心臓や肺を保護する。

運動	筋肉の付着部として、てこの作用を利用した運動を可能にする。
造血	骨髄（赤色骨髄）で赤血球，白血球，血小板などをつくる。
貯蔵	カルシウムやリンを体内に蓄え，必要に応じて血液に供給する。

③ 関節のはたらき

▶▶ 関節とは

骨と骨をつなぐ連結部分が関節です。関節には，可動性（動く）と支持性（支える）という2つのはたらきがあります。また，骨の連結には，不動結合と可動結合があります。不動結合はほとんど運動性のない連結で，可動結合は比較的自由に動ける連結です。

▶▶ 関節運動

関節運動は，次の8つに分類することができます。①屈曲と伸展，②内転と外転，③内旋と外旋，④回内と回外です。

4. 筋肉のはたらき

▶▶ 筋肉のはたらき

筋肉（骨格筋）には，動きをつくり出す，関節を保護する，姿勢を保持する，血液の循環をうながす，エネルギーを消費する，代謝を行う，からだのラインをつくるといったはたらきがあります。

はたらき	内容
動きをつくり出す	からだの動きは，筋肉の収縮で行われる。
関節を保護する	筋肉は関節に加わる衝撃を吸収し，負担を軽減する。
姿勢を保持する	多くの筋肉で姿勢が保持されている。
血液の循環をうながす	下肢の筋肉は血液を心臓に戻すためのポンプのはたらきをしている。
エネルギーを消費する	1日に消費するエネルギーの70%は筋肉によって消費される。
代謝を行う	筋肉は糖の代謝の向上に関係している。
からだのラインをつくる	重力にさからい，からだの各部のパーツをもち上げるからだのラインがつくられる。

▶▶ 筋肉量の減少と影響

筋肉量は20～30歳代がピークで，それ以降は日常生活活動程度の動きでは，年々減少するといわれています。加齢にともない筋肉量が減少することをサルコペニア（sarcopenia）と呼びます。筋肉量が減少すると，日常生活や身体にさまざまな弊害が起こります。

たとえば，筋力の低下，基礎代謝の低下，スタイルがくずれる，姿勢が悪くなる，転倒リスクの増加，関節痛の発症・増加，医療費の増加があげられます。

▶▶ 筋肉量の減少に対する予防

大腿伸筋群は男女ともに，70歳代では，20歳代の約60%程度に減少するため，立ち上がり動作や歩行動作に支障が出るとされています。

しかし，たとえ高齢であっても，日常生活の維持を行いながら，運動により適度に刺激を加えたり，食事・休養を適切にとったりすることで，筋肉量の減少の予防につながります。

5. 感覚器のはたらき

① 視覚器のはたらき

▶▶ 視覚器とは

視覚器は視覚をつかさどる器官であり、眼球とその付属器（眼瞼・眼筋・涙器・結膜など）からなります。

▶▶ 眼球の構造

眼球は角膜、水晶体、硝子体、脈絡膜、網膜などからできています。光は角膜・水晶体・硝子体を通して網膜に達します。水晶体は、カメラのレンズに相当する部分で、毛様体によって厚さが調節されています。視力検査では、視覚の鋭さ（視力）を測定します。

眼球に映った光は、網膜の視細胞に達して電気信号に変わり、視神経を経て脳の視覚野に伝わり、像として認識されます。

② 聴覚・平衡感覚器のはたらき

聴覚・平衡感覚器は聴覚と平衡感覚をつかさどる器官であり、外耳、中耳、内耳からなります。音は「外耳→中耳→内耳」と進み、音の振動は蝸牛で電気信号に変わり、蝸牛神経を伝わって脳の聴覚野に達し、音を認識することができます。また内耳は、平衡感覚器の主要部であり、前庭と三半規管が感受しています。

部位	構造とはたらき
外耳	・耳介は音波を集める。 ・外耳道は音波を中耳に伝える通り道である。 ・音波は外耳道の突き当たりの鼓膜を振動させ、中耳に伝わる。
中耳	・鼓膜の奥に鼓室があり、3つの耳小骨（ツチ骨、キヌタ骨、アブミ骨）が鼓膜につながっている。 ・鼓膜が振動すると、耳小骨で増幅され内耳に伝わる。
内耳	・聴覚を担当する蝸牛と、平衡感覚をつかさどる三半規管と前庭からなる。 ・音の振動は蝸牛で電気信号に変換され、蝸牛神経を通して大脳に伝わる。 ・頭部の回転は三半規管で感知し、電気信号に変換され、前庭神経を通して大脳に伝わる。

③ 嗅覚器のはたらき

嗅覚器はにおいを感じる器官であり、鼻腔上部（鼻の奥の天井部分）には嗅細胞があります。においは嗅細胞で電気信号に変わり、その電気信号が脳の嗅覚野に達することでにおいを認識することができます。

④ 味覚器のはたらき

味覚器は味を感じる器官であり、舌の表面には舌乳頭が多数あり、多数の味蕾が分布しています。味蕾から感覚神経を伝わって脳の味覚野に達して味を認識することができます。味覚には甘味、苦味、酸味、塩味、旨味の5つの基本味があります。

⑤ 皮膚のはたらき

からだの表面をおおう皮膚と、毛や爪などの角質と、脂腺・汗腺・乳腺などの皮膚腺を総称して外皮といいます。皮膚感覚には、触覚、圧覚、痛覚、温度覚（温・冷）があります。皮膚より深部にある筋、骨、骨膜や関節などの受容器に刺激が加わることで生じる感覚を深部感覚といいます。

6. 神経のはたらき

人間のからだには、約1000億個もの神経細胞（神経細胞体）があるといわれています。神経は細胞はからだの隅々にまでネットワークをはりめぐらせ、さまざまな情報を受けとったり、送ったりしています。人間の神経は中枢神経系と末梢神経系に分けられます。中枢神経系は脳と脊髄からなり、末梢神経系のはたらきを調節します。末梢神経系は刺激や興奮を伝える脳脊髄神経と自律神経に分けられます。

① 中枢神経系のはたらき

▶▶ 脳

脳の重量は男女差がありますが、成人で1200～1500gの重さで、体重の約2～2.5%を占めています。軟膜、

くも膜，硬膜という薄い膜で三重に守られています。くも膜と軟膜の隙間は脳脊髄液で満たされ，脳はかたい頭蓋骨で囲まれています。大脳，間脳，中脳，橋，延髄，小脳に区分され，中脳，橋，延髄を脳幹といいます。

部位	役割
大脳	大脳の表面は大脳皮質と呼ばれ灰白質でできている。深部は大脳髄質と呼ばれ白質でできている。大脳皮質は部位により思考，感情，感覚，運動，言語などそれぞれの役割がある。大脳の機能低下という。
間脳	視床と視床下部に分けられる。視床は感覚系の神経経路の中継所である。視床に届いた感覚情報の「快」「不快」を認識するが，細かい認識は大脳皮質の感覚野で行う。視床下部は食欲・性欲・疼痛・口温などの中枢であり，自律神経やホルモンの分泌を管理する。
中脳	大脳と脊髄，小脳を結ぶ神経の通り道であり，さまざまな反射の中枢である。
橋	大脳，小脳，脊髄などとの連絡路である。橋を含む脳幹全体に網様体と呼ばれる灰白質があり，意識や覚醒，睡眠などにかかわっている。
延髄	生命維持に不可欠な呼吸，心拍，血圧，嚥下，嘔吐などの中枢がある。
小脳	運動の際の筋力の微妙な調整や筋緊張の制御，筋肉のバランスをとるはたらきがある。

▶▶ 脊髄

脊髄は脊柱管のなかにあります。身体各部の感覚の情報を脳に伝え，脳からの運動命令も脊髄を経て筋肉に伝えられます。また，脊髄には反射の中枢としての機能もあり，これを脊髄反射といいます。脳に行かず，脊髄だけで情報が素早く処理されます。

② 末梢神経系のはたらき

末梢神経系は中枢神経と末梢をつなぐ神経であり，脳脊髄神経と自律神経に分けられ，さらに脳脊髄神経は脳神経と脊髄神経に分けられます。脳神経は12対あり，頭部，頸部に分布しています。脊髄神経のなかの迷走神経は，頸部を下降して胸部や腹部の内臓に分布しています。脊椎神経は脊髄の両側面に入出入りする末梢神経で，頸神経・胸神経・腰神経・仙骨神経・尾骨神経に分かれます。内臓，筋肉，感覚器に分布しています。

③ 自律神経のはたらき

自律神経系は，内臓諸器官の機能調節に関与する神経系で，交感神経と副交感神経からなります。自律神経は，意識しなくてもはたらく神経で，血管，内臓，分泌腺などに分布しています。交感神経は活動時（緊張，興奮，運動），副交感神経は安静時（リラックス，休息，睡眠）に優位にはたかります。

7. 呼吸器のはたらき

▶▶ 肺の位置と構造

胸部とは，首と腹部にはさまれた部分をいいます。胸部には，中央よりやや左寄りに心臓があります。肺は胸部の大部分を占める臓器で横隔膜の上に位置し，右肺は3葉，左肺は2葉に分かれています。肺はぶどうの房のように集まった肺泡と，これらを囲む編み目のような毛細血管でできています。

▶▶ 上気道と下気道

空気が鼻腔から入って肺に達するまでの通り道を気道といいます。鼻腔，咽頭，喉頭，気管，気管支，肺からなり，鼻腔から喉頭までを上気道，喉頭から先の肺までを下気道といいます。

▶▶ 外呼吸と内呼吸

呼吸とは，代謝に必要な酸素を細胞に供給し，細胞から代謝の際に生じた二酸化炭素を除去することです。気道に吸いこまれた空気は肺泡に達し，肺泡周囲の毛細血管を流れる血液に酸素を与え，二酸化炭素を血液

から受けとります。このガス交換を外呼吸といいます。血液中に溶けこんだ酸素は赤血球内の血色素（ヘモグロビン）に結合して全身に運ばれ、末梢の毛細血管から細胞に移り、二酸化炭素は細胞から毛細血管内の血液に移ります。このガス交換を内呼吸といいます。

8. 消化器のはたらき

▶▶ 消化器系とは

消化器系は、食べ物を摂取し、それを腸管から吸収できる程度まで分解吸収して、血液中に送るはたらきをし、食物残渣の排泄を行う器官の集まりです。消化器系は、消化管と消化腺からなります。消化管は、口腔・咽頭・食道・胃・小腸・大腸・肛門から構成されており、消化腺は、唾液腺・肝臓・膵臓があります。

▶▶ 消化管

消化管は、口から始まり肛門までの1本の管腔臓器をいいます。口腔に取りこまれた食べ物は、下顎の運動により上下の歯の間で細かくかみくだかれ（咀嚼）、唾液と混ぜ合わされます。飲みこみやすい食塊が形成され、食塊は飲み下され（嚥下）、咽頭、食道、胃に送られます。

食道は、脊柱の前面で気管の後ろにある約25cmの管状器官です。生理的な狭窄が3か所あり、固いものなどがつまりやすい部分です。

胃に送られた食物は胃の蠕動運動と胃液の分泌により、消化されます。胃の中の食物の滞留時間は食材により異なりますが、脂質は滞留時間が長くなるとされています。

小腸は、十二指腸・空腸・回腸に区分されます。小腸は、全長が約5～7mあり消化管のなかでもっとも重要な部分です。胃から送られた食物は、蠕動運動により胆汁・膵液・腸液などの消化液と混和され移送され、そのあいだに化学的消化が行われ、栄養物に分解されて吸収されます。

大腸は、消化管の終末部で、腹腔のまわりを取り囲んで走っており、全長は約1.5mあります。大腸は盲腸（虫垂）・結腸・直腸に区分され、小腸で吸収された残りのものから水分を吸収し、糞便を形成し、肛門から排泄します。

9. 泌尿器のはたらき

▶▶ 泌尿器とは

泌尿器は、生きていくために摂取した食物や水などのなかで不要になったもの（老廃物）を尿として排泄するはたらきがあります。尿を生成する腎臓と、尿を体外に排泄する尿路である尿管、膀胱、尿道からなります。

▶▶ 泌尿器の構造

腎臓は脊柱の両側に左右1対あります。成人で長さ約11～12cm、厚さ約3～4cmで重さは約120～130gです。腎臓では、血液の中にあるからだに不要な老廃物や取りすぎた物質がろ過され、尿として体外に排泄されます。

尿管は、長さ約30cm、直径4～7mmで左右の腎臓から出て膀胱まで続く1対の管です。尿は尿管の筋肉の収縮と尿自体の重さにより、膀胱に送られます。

膀胱は、尿管から送られた尿を蓄える筋性で袋状の器官です。位置は、骨盤腔内で恥骨結合の後ろにあります。男性では直腸が、女性では子宮と膣が密接しています。容量には個人差がありますが、容量が約200～500mlで、尿意を感じるのは約300mlとされています。

尿道は、男性は約16～18cm、女性では約3～4cmと長さが異なる器官です。膀胱から尿道の始まる部分には膀胱括約筋があります。

▶▶ 尿の生成

腎臓を1分間に流れる血液量（腎血流量）は800～1200mlです。輸入細動脈から糸球体に血液が送りこまれ、血液から不要な成分が除去され、原尿として尿細管に送られます。糸球体から1分間にろ過される原尿は100～200mlです。

尿細管に入った原尿は、からだに必要な水・電解質・糖・アミノ酸などが尿細管を取り巻く毛細血管に再吸収され、不要な老廃物は尿として集合管に送られます。糸球体でろ過されずに残った成分については、尿細管口に分泌されて、尿として排泄されます。

【尿の性状】

- ・性状：淡黄色，pH5～7，比重 1.015～1.030
- ・固形物のおもな成分：尿素，尿酸，クレアチニン，塩素，ナトリウム，カリウム，アンモニアなど

10. 内分泌のはたらき

▶▶ 内分泌とは

内分泌とは，導管をもたない分泌腺が，分泌物を直接血液中に出すことをいいます。導管をもたない分泌腺を内分泌腺といい，そこでつくられて出される分泌物をホルモンといいます。ホルモンは特定の臓器において微量に産生される特殊な化学物質で，血液中に分泌され血流に乗って標的器官（目的とする組織や器官）に達し，その器官のはたらきの調節に関与しています。内分泌腺には下垂体，甲状腺，上皮小体，膵臓，副腎，性腺などがあります。

分泌器官	おもなホルモン
下垂体（前葉）	成長ホルモン（GH），甲状腺刺激ホルモン（TSH），副腎皮質刺激ホルモン（ACTH），性腺刺激ホルモン（FSH，LH），プロラクチン（PRL）
下垂体（後葉）	オキシトシン（OXT），抗利尿ホルモン（ADH）
甲状腺	サイロキシシン（T4），トリヨードサイロニン（T3），カルシトニン
上皮小体	パラソルモン（PTH）
膵臓	インスリン，グルカゴン，ソマトスタチン
副腎（皮質）	糖質コルチコイド，電解質コルチコイド
副腎（髄質）	アドレナリン，ノルアドレナリン
性腺（女性）	エストロゲン，プロゲステロン
性腺（男性）	テストステロン

11. 生殖器のはたらき

生物は個体維持のためだけでなく，種の保存をはかるために新しい個体をつくります。そのために行われるのが生殖です。人間の生殖では，男性の精子が女性の卵子に結合し，新しい個体を生みます。生殖を行う器官が生殖器です。生殖器は男性と女性では，形態的に異なる器官となります。

▶▶ 男性生殖器

男性生殖器は，精巣（睾丸）・精巣上体（副睾丸）・精管・尿道・精囊・前立腺からなります。

名称	おもなはたらき
精巣（睾丸）	体幹から外に突出した陰囊の中に左右 1 対あり，精巣上体とともにホルモンの分泌を行う。精子をつくる。
精巣上体（副睾丸）	精巣の後縁と上端につく後ろ状の器官。精巣でつくられた精子が精管を通じて射精されるまで蓄えられる。
精管	長さ約 30～40cm の管。精巣上体にある精巣上体管に連結する管で，精子を精巣上体から射精管に運ぶ。射精管は左右別々に尿道に開く。
尿道	精子は射精時に尿道を通過して外尿道口に運ばれる。
精囊	精管に連なる 1 対の袋状の器官で射精管に開口する。淡黄色を帯びたアルカ

	り性の分泌物を出し、射精の際に前立腺の分泌物とともに精液として排出される。
前立腺	膀胱の下で、恥骨結合と直腸のあいだにある。射精管と尿道起始部を取り巻く腺で、精臭のある乳白色の液を尿道中に出し、精子の動きを促進する。

▶▶ 女性生殖器

女性生殖器は、卵巣・卵管・子宮・膣からなります。卵巣は卵子をつくり、女性ホルモン（エストロゲン、プロゲステロン）を分泌します。卵管は卵巣から放出された卵子が子宮に運ばれる管で、受精の場にもなります。子宮は受精卵が着床して胎児が発育する器官です。

12. 循環器のはたらき

▶▶ 心臓のはたらき

心臓は全身に血液を送り出すポンプの役割をしています。心臓は右心房・右心室・左心房・左心室の4つの部屋からなっています。右心房に戻ってきた静脈血は右心室に送られ、肺動脈を通して肺に送られます。肺でガス交換を行った動脈血は左心房に戻り、左心室から大動脈を通して全身に送り出されます。この肺を経由する循環を肺循環（小循環）、全身を巡る循環を体循環（大循環）といいます。

心臓は1分間に約60～80回拍動し、1回の拍動で約70mlの血液を送り出します。1分間に全身に送り出される血液量（心拍出量）は約5～6リットルです。

▶▶ 血管のはたらき

血管は動脈・静脈・毛細血管からなります。動脈は心臓から送り出された血液を運ぶ血管で、壁が厚く弾力があります。静脈は心臓に戻る血液を運ぶ血管で、逆流を防ぐ弁があります。毛細血管は動脈と静脈の間をつなぐ細い血管で、組織との物質交換を行います。

▶▶ リンパ系

リンパ系はリンパ管、リンパ節からなり血管系とともに循環系を構成し、おもに生体防御に重要なはたらきをします。血管を流れる血液は心臓から拍出され、全身をめぐる心臓に戻ってきます。しかし、血液の液体成分は常に血管内を流れているのではなく、細胞に酸素と栄養分を届けるために、毛細血管の動脈側で血管から流れ出ます。そして静脈側で血管に戻れなかった水分はリンパ液となり、これを回収して血流に戻るのがリンパ管になります。

13. 血液・体液・リンパのはたらき

▶▶ 血液の成分とはたらき

血液は体重の7～8%を占めています。血液を構成する成分は、固形成分（赤血球、白血球、血小板）と液体成分（血漿）に分けられます。固形成分が約45%、液体成分が約55%です。

血液は酸素、二酸化炭素などを肺と組織細胞のあいだで交換したり、栄養素やホルモンの運搬などの作用をもちます。また、全身を循環して体温を均等にし、体表の血管から熱を放散するなど体温調節作用をもちます。体液のpHを一定値に保つはたらきや、感染から身を守る免疫作用や止血作用などのはたらきもあります。

成分	主なはたらき
赤血球	骨髄で生成される。血液中での寿命は約120日であり、肝臓および脾臓で破壊される。血色素（ヘモグロビン）によって酸素の運搬を行う。数は成人男性で約500万個/mm ³ 、成人女性で約450万個/mm ³ である。
白血球	骨髄やリンパ節で生成され、肝臓や脾臓で破壊される。体内に入った細菌や異物を食作用でとらえて処理する。数は4000～9000個/mm ³ である。
血小板	骨髄で生成され、約10日で脾臓で破壊される。血液の凝固の際にはたらく。
血漿	血液の約55%を占める液体成分で、その90%は水分である。血液たんぱく（線維素原、アルブミン、グロブリン）が含まれる。

▶▶ 体液のはたらき

体液とは体内に存在する水分の総称です。からだの内部環境を保つため、液量や浸透圧、pHなどが一定に維持されるように調節されています。液量は成人男性で体重の約60%です。体液は細胞内液と細胞外液に大別され、細胞外液はおもに間質液と血漿からなります。

▶▶ リンパのはたらき

リンパとはリンパ液ともいい、リンパ管の中を流れています。リンパには老廃物や余分な水分を回収するはたらきがあります。リンパ管が経由するリンパ節は、体内に侵入した細菌や異物を食いとめる役割をになっています。

14. 免疫系のはたらき

▶▶ 免疫とは

からだの外から入ってくる病原微生物（細菌やウイルスなど）や体内で発生したがん細胞などを、異物として認識し、排除するからだのはたらきを免疫といいます。もともと備わっている自然免疫と、一度感染することでできる獲得免疫があります。

▶▶ 病原微生物の侵入を防ぐ白血球

病原微生物が体内に侵入すると、まず白血球の一種であるマクロファージや好中球が血管の外に出て、病原微生物を食べて侵入が広がるのを防ぎます。またマクロファージには、食べた病原微生物の情報をリンパ球に送る役割もあります。情報を受けたリンパ球は病原微生物を記憶し、抗体をつくったり次の侵入に備えたりします。

白血球の種類には、単球（マクロファージとなる）、リンパ球（B細胞、T細胞、NK細胞）、顆粒球（好酸球、好中球、好塩基球）があります。

▶▶ 非特異的防御機構

自然免疫のことをいいます。自然免疫とは生まれつき備わっている先天的な防御機構で、あらゆる異物に対してその特異性に関係なく対応できるため、非特異的防御機構ともいわれます。

体外からの病原微生物の侵入は、まず生体表面（皮膚や粘膜など）の機械的なバリアでさまたげられます。皮膚は病原微生物の体内侵入を阻止し、粘膜は消化器や呼吸器表面において食物や空気に混ざって侵入した病原微生物をブロックします。

▶▶ 特異的防御機構

獲得免疫のことをいいます。獲得免疫は生後に異物が侵入してきたとき、その特異性を記憶することで獲得できるものです。一度侵入したことがある異物だけに対応するため、特異的防御機構ともいわれます。

リンパ球には液性免疫に関与するB細胞と、細胞性免疫に関与するT細胞の2つがあります。B細胞はそれぞれの抗原（病原体や腫瘍細胞）にしか反応しない抗体をつくり、抗原と結合してその抗原を破壊します。T細胞のうちキラーT細胞は、感染を受けた細胞を攻撃します。ヘルパーT細胞は、免疫活動を活性化します。NK細胞は、がん細胞や感染を受けた細胞をすぐに攻撃します。

3. ボディメカニクスの活用

① ボディメカニクスとは

ボディメカニクスとは、骨格や筋肉および内臓器官などの相互関係で起こる身体の動きのメカニズムのことです。

原則	内容
① 支持基底面積を広くとり、重心位置を低くする	支持基底面積が広く、重心位置が低いと、身体がより安定する（図2-36）。
② 介助する側とされる側の重心位置を近づける	重心位置を近づけることで、より少ない力での介助が可能になる（図2-37）。

③ 大きな筋群を利用する	背筋全体や大腿筋を利用することで介助が容易になり，腰痛を防ぐことができる（図 2-38）。
④ 介助される側の身体を小さくまとめる	介助される側の腕を組んだり膝を立てたりして，身体を小さく 1 つにまとめると動かしやすくなる（図 2-39）。
⑤ 「押す」よりも手前に「引く」	押すよりも引くほうが，摩擦を軽減でき，力を分散させないため，より少ない力で動かすことができる（図 2-40）。
⑥ 重心の移動は水平に行う	足を広げて立ち，介助する側が下肢の動きのみで水平に移動することで，安定した移動が可能になる（図 2-41）。
⑦ 身体をねじらず，骨盤と肩を平行に保つ	骨盤と肩を平行に保つことで，腰部への負担が軽減できる（図 2-42）。
⑧ てこの原理を応用する	より少ない力で介助することが可能になる（図 2-43）。

② 重心と姿勢の安定

身体の動きは重心の移動をともないます。人間の重心は，成人の場合，通常身長に対して床から約 55～56% の高さに位置します。介助場面では，身体の動きにともなって移動する重心を意識して介助します。また，姿勢の安定が重要です。支持基底面積を広く，重心の位置を低くし，安定した姿勢をとり，腰や背中に過剰な負担がかからないようにしましょう。

【本節のまとめ】

- ・ホメオスタシス（恒常性）とは，環境変化に対して一定状態を保つ生態的機能である。
- ・バイタルサインとは体温・呼吸・脈拍・血圧であり，観察が早期発見につながる。
- ・人体には約 200 個の骨があり，骨格は支持・保護・運動・造血・貯蔵のはたらきをする。
- ・筋肉量は加齢とともに減少し（サルコペニア），日常生活への影響が大きい。
- ・神経系は中枢神経系（脳・脊髄）と末梢神経系（脳脊髄神経・自律神経）に分けられる。
- ・感覚器（視覚・聴覚・嗅覚・味覚・皮膚）はそれぞれ異なる受容器を介して情報を脳に伝える。
- ・免疫系には自然免疫（非特異的）と獲得免疫（特異的）がある。
- ・ボディメカニクスの 8 原則を活用することで，安全で負担の少ない介助が可能になる。

【第 4 巻】第 2 章 第 3 節 移動・移乗における観察のポイント

（こころとからだのしくみⅡ）

☑ この節の学習目標

- ・移動・移乗を阻害する精神的・身体的な要因を理解する
- ・利用者の状態変化に気づくための観察のポイントを学ぶ
- ・医療職との連携における介護職の役割を理解する

1 移動・移乗を阻害する要因の理解

① 精神機能の低下が移動に及ぼす影響

▶▶ 意欲の低下

さまざまな原因により、物事に対する関心や何かに取り組む意欲が低下する場合があります。関心や意欲の低下は、座ったまま、あるいは寝たまままで過ごす時間を増加させ、廃用症候群を引き起こす原因になります。

また、意欲の低下がいちじるしい場合には、傾眠になる場合があります。このような場合には、仮に移動に必要な機能があったとしても、実際に移動することは困難でしょう。

物事に対する関心や何かをやろうとする意欲は、人が移動するうえでの基礎になるものです。

▶▶ 意欲を低下させる原因

認知症や脳卒中の後遺症などで、意欲が低下する場合があります。また、一般に高齢者では、新しいことに関する記憶力が低下するため、状況の変化に対応しにくくなります。たとえば転居などで環境が変わると、周囲の環境の変化に柔軟に対応できずに、混乱や不安を生じて、外出の意欲が低下することがあります。

そのほかにも、近親者との死別により生活の張りを失ったり、病気や転倒に対する不安などを感じたりするようになることも、外出に対する意欲の低下を招く原因になります。

高齢者や、軽度の認知症がある人の場合、適切な外出場所や外出の機会を確保することが重要になります。また、積極的に話しかけたり、可能ならば座位または立位をとったりするなどして、外部からの刺激を与えることも必要です。

② 身体機能の低下が移動に及ぼす影響

▶▶ 視覚・聴覚の障害と移動能力の低下

加齢にともない、老視（老眼）や白内障などによる視力低下のほか、緑内障などによる視野障害、水晶体のにごりなどによる色や明るさの識別能力の低下がみられるようになります。

これらの視覚障害は、段差が把握しにくくなるなど転倒の要因になります。また、交通量の多い場所では衝突などの危険性が高くなります。

聴覚については、50歳代以降に高音域での聴力低下が生じます。加齢性難聴では、語音が大きくなっても理解度が向上せず、単に声を大きくするだけでは伝わらないことがあります。

このように、感覚機能の低下は転倒などの不安を生じさせるほか、コミュニケーションを困難にするため、それまでご近所同士でのおしゃべりが好きだった人が外出する機会や意欲を失うきっかけになります。

▶▶ 臓器の機能低下と移動能力の低下

高齢者では、腎臓や尿路、消化器、肺、心血管系など、多くの臓器で機能低下がみられます。

腎臓機能障害などの疾患では疲労感の訴えが多くみられ、移動することをひかえがちになります。肺や心血管系の疾患では、息切れや運動制限などがみられ、以前よりも少ない運動量で疲労を感じるようになるため、休みがちになることもあります。

また、尿もれなどがあると、外出をひかえるきっかけにつながるほか、夜間の排尿頻度の増加はきちんと目を覚ましていない状態での移動となるため、転倒の危険性を高めたりします。

▶▶ 骨折にともなう移動能力の低下

加齢や疾患などにより筋力や神経伝導速度の低下、平衡感覚にかかわる器官（視覚や聴覚、体性感覚など）の機能低下が生じた場合、さまざまな刺激に対する反応速度が低下します。このためバランスをくずしやすくなり、転倒の危険性が高まります。

また、高齢者では骨密度が低下する傾向にあるため、転倒したときに骨折の危険性が高まります。転倒により、手首・肩・股関節・背骨・骨折しやすいとされています。とくに大腿骨頸部骨折では、長期間の臥床が余儀なくされるほか、尻もちをつくなどしたときに生じる椎体（圧迫骨折）の骨折も、腰痛が長期間続いて移動を困難にする原因になります。

▶▶ 切断にともなう移動能力の低下

事故や糖尿病性壊疽などによる下肢切断も移動を困難にします。

膝より下の切断者では、義足の利用により健常者と変わらない歩行を行っている場合もあります。ただし、高齢者では、義足を使いこなすことができなかったり、断端（切断面）の状態が不良で義足が使用できず、車いすの利用となる場合があります。

▶▶ 廃用症候群にともなう移動能力の低下

長期間の臥床や活動の低下にともなって2次的に生じる機能低下を廃用症候群といいます。具体的な症状としては、全身の筋力の低下（筋萎縮）や関節可動域の制限（関節拘縮）のほか、呼吸筋力が低下して、換気量が減少したり、心筋にも筋力低下が及ぶために、心拍出量が減少します。そのほか、起立性低血圧を生じやすくなり、起き上がったり、立ち上がったりした直後にふらつく場合もあり注意が必要です。

精神面でも、刺激が減少することにより意欲が低下したり、抑うつ状態を招いたりします。

これらの症状は離床をさまたげる原因となり、さらに機能低下をきたすといった悪循環になるおそれがあります。

▶▶ 変形性関節症や腰部脊柱管狭窄症にともなう移動能力の低下

変形性関節症では股関節や膝関節に多くみられ、立ち上がり動作や歩行、とくに階段や坂の昇降で疼痛を生じます。疼痛を生じると歩行に負担を感じるために生活範囲がせまくなり、廃用症候群による移動能力の低下を生じるおそれがあります。

腰部脊柱管狭窄症は、脊椎の変形などによって神経や神経近くの血管が圧迫されることで、腰痛や下肢のしびれを生じる疾患です。これらの症状は長距離の歩行を困難にするため、同様に廃用症候群を生じるおそれがあります。

▶▶ 脳血管障害にともなう移動能力の低下

脳梗塞や脳出血といったいわゆる脳血管障害は、その病原のある箇所や大きさにより症状や障害の程度はさまざまです。

下肢の麻痺の程度によっては、装具や杖などを利用して歩行することがあります。しかし、患側の下肢は、体重を支える能力が低下して不安定でいたり、すばやく自由に動かしたりすることが困難なため、バランスをくずしやすい状態になっています。

多くの場合、下肢と同じ側の上部にも麻痺がみられることから、患側にバランスをくずすと転倒の危険が大きく、介護職は患側に位置するようにします。

歩行が自立していても、装具を利用している場合には、段差や坂の昇降は不安定になりがちで、手すりを必要とする場合があります。また、麻痺が重度で立位や歩行が困難な場合には、車いすを利用します。

脳血管障害では、麻痺以外にも失語症や認知力の低下などの高次脳機能障害と呼ばれる障害を負う場合があります。失語症ではコミュニケーションが困難になるため、外出意欲や外出目的を喪失するきっかけになります。

また、認知力の低下は、片側（とくに左側が多い）を見落としがちになり、肩がぶつかる、足を踏みはずすなどの危険が生じたり、電車に乗っても降りるべき駅を通りすぎたりするなど、目的地までの移動を困難にする要因になります。

2 変化に気づくための観察のポイント

① エピソードの把握

活動量の低下や、そのきざしにいち早く気づくことは、生活の不活発による機能低下を未然に防ぐことにつながります。変化をつかむには、利用者のこれまでの生活や嗜好などを確認しておき、さらに日々の会話のなかからエピソードを把握することが重要です。

これまでの生活を把握するうえでは、家族構成や家族との関係などの家族歴、ついていた職業などの社会歴、これまでのけがや病気などの既往歴、本人の趣味や嗜好、生活スタイルなどを確認しておきます。これらを知っておくことは、その人の人となりをつかむことができるため、今後、どこに重点

をとおして接していけばよいかを考える材料になります。

会話のなかからは、気持ちや意欲の変化、生活の変化を把握することが大切です。本人、家族からは、移動動作やそのほかの生活動作で不安や疲労感がないかどうかを確認します。たとえば、最近階段の上り下りが不安になったとか、買い物に行くとなかなか疲れるなどといった訴えなどです。

不安や疲労の訴えは、生活範囲がせまくなる危険信号といえるでしょう。ふだんの会話のなかで、不安や疲労感がないかどうか、どれくらいの頻度でどこに外出しているのかなどを把握しておくと、具体的な変化に気づきやすくなります。

そのほか、近親者や友人との死別などは、生活に対する意欲を減退させます。人生のなかでの大きな出来事についても把握できると、早めに対処することが可能になります。

② 動作の変化・からだの異常の把握

動作の変化やからだの異常を把握することで、転倒を予防したり、動作の負担に気づき、いち早く対応できたりすることがあります。

利用者の動作を見るときは、ふだんと違う方法や姿勢、速さで行っていないか、ふだんより時間がかかっていないかに注意します。どこかに痛みがあると、その痛みを回避するために、ふだんとは違うやり方になります（下記表参照）。

歩行では、からだがいつもより大きく傾くときがないか、左右の足をふり出すタイミングに乱れがないか、歩幅や左右の足の幅がばらついて足を置く位置が一定しないことがないか、足先の上がりが悪くなってすり足になっていないか、などを観察します。これらの現象は、歩行が不安定になったり、つまずいたりして、転倒につながる場合があります、とくに注意が必要です。

高齢者は周囲への気兼ねから、自宅で転倒しても外ではそれを隠すことがあります。膝や手、顔面などにきずやあざがないかを、ふだんから見落とさないように注意しておくことも重要です。

表 2-23 足の痛みを回避することによる、ふだんとは違う動作の例

場面	ふだんとは違う動作の例
立ち座りや乗り移り動作を行うとき	・からだを痛くない側に傾けて動作を行う ・勢いをつけて立ち上がった り、落ちるように座ったりする ・肘置きやテーブルに手すりなどに 強く頼って動作を行う ・ソファなどの座面が低いすに座ることを避 ける
歩行時	・左右の足をふり出すタイミングや速さが異なる ・すり足になる ・ 手すりや杖に強く頼る
階段を昇降するとき	・1段ずつ、足をそろえるようにして行う ・手すりに強く頼る

3 医療職との連携のポイント

① 身体能力の判断

身体能力に見合った移動手段や介助方法の選択は、運動機能の維持につながるばかりでなく、本人の主体性や意思を尊重する場面をつくることにつながります。過剰な介助は本人の意欲を低下させ、かえって機能低下をもたらすおそれがあります。

移動に関する身体能力がどの程度あるか、こういった移動手段でどの程度の介助が必要なのかについては医師や理学療法士などに、また服薬による影響などは医師や看護師、薬剤師に確認します。これらの職種に移動手段を確認する場合は、その人の移動の目的や動線の環境、移動距離を伝え、より具体的な確認ができます。

手すりがついた廊下を歩いてトイレに行くのと、買い物などで屋外を長距離歩くのとでは移動手段が異なる場合があるからです。

また、脳卒中による片麻痺で下肢装具を利用している人では、夜間や入浴時は装具をはずす場合があります。寝室からトイレまでの動線上の環境や、浴室内の環境について、装具をはずした状態で安定した動作が行えるかどうかを確認しておく必要があります。脊柱管狭窄症などにより間欠性跛行がある場合、ふだん T 字型杖を利用して歩行していても、移動距離によっては歩行器や車いすが必要なこともあるでしょう。

② 障害の予後の判断

骨折後の安静が解除されたあとや、脳卒中の発症後 6 か月以内の回復期と呼ばれる期間にある場合などでは、適切な訓練により機能回復をとることが可能です。状態が変化しているにもかかわらず、同じ介助を続けていると、機能回復をさまたげかねません。

一方、進行性の疾患では、いつごろまで現状の移動手段が継続できるのか、次の移動手段は何か、どのような様子がみられたら、次の移動手段に変更するべきなのかを医師に確認しておく、より安全な生活の継続が可能になります。

パーキンソン病では、1 日のなかで移動能力が変化することもあるので、調子がいいときと悪いときの差が大きいときは、どのように対応するべきかも確認しておくといでしょう。筋力が徐々に低下する筋萎縮性側索硬化症（ALS）では、症状の悪化が早い場合もあるため、早めに計画を立てて準備しておくことが大切です。

介護職は直接利用者に接する機会が多く、変化を発見しやすい立場です。また、本人や家族と生活場面を共有するため、意向を把握しやすい立場でもあります。適時、介護職と医療職と情報交換することで、利用者が、より安全な生活を継続することが可能になります。

③ 装具・義足や福祉用具の適合判断

装具や義足は、身体機能や体型（体重）の変化でからだに合わなくなったり、調整部分に狂いが生じたりする場合があります。このような状態では、歩行時に痛みやすり傷が生じたり、歩きにくさを訴えたりします。感覚障害がある場合は、痛みを感じなかったり傷に気がつかなかったりすることがあります。小さな傷が悪化する場合もあるため、傷を発見した場合は、傷が小さくても医師や看護師に伝える必要があります。

歩行時に利用する歩行補助具や、移乗時に用いる移乗用具などの福祉用具にはさまざまな種類があり、身体機能や使用する環境を考慮して適切なものが選択されます。歩行補助具については、グリップの高さによっても歩きやすさや安定性が変わるため、利用者の状態にあわせて調整します。身体機能の変化があったときや、移動・移乗動作が不安定なとき、介助者の負担が大きいときなどは、利用している福祉用具を見直す必要があります。

また、車いすでは、タイプやサイズ、クッションなどの不適合があると、頻繁に座位姿勢がくずれたり、殿部に発赤がみられたりすることがあるほか、視線などの違いによる精神面への影響もあります。このような場合には、医師や理学療法士に適合をチェックしてもらう必要があります。

④ 住環境の適合判断

施設などは、段差部分がなく、またトイレなども十分な広さが確保され、必要な箇所には手すりがついています。一方で、ふだん過ごしている家は理想的な環境とは限りません。通常、玄関には段差があるほか、場合によっては門扉から玄関までに階段、飛び石などの不整地があることがあります。また、自宅内の動線上には、敷居などの段差部分や開き戸があり、通過しにくい環境になっている場合が多くあります。浴槽が深い場合もありますし、高齢者ではベッドをいやがって布団を利用している場合もあり、床からの立ち座り動作を行っている人もいます。

このように、施設では環境が整っていても、自宅では転倒を生じやすい、危険な状況にあるかもしれません。どのような住環境で過ごしているのかがわかったら、現状の身体機能で転倒などの危険がな

いかどうかを、理学療法士などに確認するとよいでしょう。

必要があれば、手すりの設置や段差解消などの環境整備、動作訓練などを行うことで、転倒を未然に防ぐことができます。

キーワードまとめ

用語	意味	用語	意味
廃用症候群	長期臥床や不活動により2次的に生じる全身の機能低下	加齢性難聴	高音域から始まる加齢に伴う聴力低下
起立性低血圧	立ち上がり時に血圧が下がってふらつく状態	間欠性跛行	歩行中に下肢痛が出現し、休むと軽快する症状
高次脳機能障害	失語症・認知力低下など脳損傷後の認知・言語障害	エピソード把握	日常会話から生活歴・変化・意欲を把握すること

学習のポイント

- ・ 移動・移乗を阻害する要因は精神的・身体的の両面から理解する
- ・ 廃用症候群は長期臥床や不活動により悪循環に陥る点に注意する
- ・ ふだんの会話や動作観察で生活変化に早めに気づくことが転倒予防につながる
- ・ 装具・福祉用具の適合は定期的に医師・理学療法士に確認が必要
- ・ 住環境のリスクは施設と自宅で大きく異なることを意識する

第4節 食事における観察のポイント

1. 食事を阻害する要因の理解

① 精神機能の低下が食事に及ぼす影響

▶▶ 認知症

認知症では、記憶障害のほか、認知機能に関連する機能障害、そのための社会・日常生活上の障害が生じることが問題となります。

認知症が進むと、食べ物の認知や取りこみといった摂食動作、咀嚼、嚥下などの一連の動作に影響が生じることがあります。アルツハイマー型認知症、前頭側頭葉変性症、レビー小体型認知症などの原因疾患と進行のステージによって摂食嚥下障害の症状が異なることが知られています。

認知症と診断されたら、行動障害のサインの内容に応じて早期から、より安心して楽しく、十分なエネルギーを確保できるように食事環境の整備を検討していくことが重要です。

具体的な解決法をもって食事を促進するための方法論の詳細はわかっていないのが現状ですが、行動障害を把握するツールとして、摂食サイクル測定記録シート（FCR）、認知症高齢者の自発摂食評価表（SFD）などがあります。

実際は直接介助することが必要となりますが、なるべくストレスが少ない状況下で食事が提供できる

ように、環境整備や食形態の工夫、体位の工夫、嗜好品を取り入れるといったことを心がけながら介助します。

▶▶ うつ病

うつ病では、興味や喜びが消失し、食欲の減退、疲れやすさ、気力の減退、思考力や集中力の減退、不眠などが生じるために、食事そのものができる状況が整いにくくなっているといえます。

リラックスできる環境下で、時間を十分に確保し、わかりやすい言葉で食事をうながすといった工夫が必要です。

▶▶ 心身症

心身症になりやすい性格として、みずからの感情を自覚・認知したり、表現したりすることが不得意で、空想力・想像力に欠ける傾向にある人などがあげられます。

こうした人たちには、消化器症状をはじめとするさまざまな慢性疾患、生活習慣病があらわれることがあります。原因となるこころの状態を改善することが大切です。

それぞれの病気に適切に対応することが重要となるため、疾患の特徴を理解することが必要です。

とくに疾患を有する場合、薬を服用していることが多く、効用、あるいは副作用として食事場面に影響することがあります。まずは食事場면을よく観察し、日によって、あるいは1日のなかで違いがあるかといったことを詳細に把握していきます。

表 2-24 ● 食欲不振の原因となるおもな疾患

番号	食欲不振の原因
①	がん、十二指腸などの潰瘍、肝硬変、胃炎、膵炎、腸炎、便秘などの消化器症状
②	うつ血性心不全などの循環器疾患
③	アジソン病、甲状腺機能低下症などの内分泌疾患
④	重症の気管支喘息などの呼吸器疾患
⑤	悪性リンパ腫などの血液・免疫系疾患
⑥	腎不全などの泌尿器系疾患
⑦	認知症、うつ病、心身症、神経性食思不振症、神経症、自律神経失調症、脳腫瘍、統合失調症などの精神神経系疾患
①～ ⑦の ほか には	亜鉛欠乏症、アルコール依存症、感染症、薬の副作用など

② 身体機能の低下が食事に及ぼす影響

▶▶ 加齢による機能の低下

加齢にともない、口腔内に残る歯の数は減少していきます。全部床義歯（総入れ歯）になると、かみくだく能力は健康な人の6分の1から3分の1になるといわれています。

また、加齢により咀嚼に関連する筋肉の低下が起きると、咀嚼に要する時間が長くなるほか、唇の閉じが悪くなり、食べこぼしが起きます。さらには、唾液の分泌量が減り、唾液のねばり気が強くなって、口腔内は不潔になりやすくなります。

▶▶ 感覚機能の低下

視覚、聴覚、味覚、嗅覚などの知覚が低下すると、反応に要する時間は遅くなります。たとえば、白内障や視野狭窄、半側空間無視といった障害があると、食器の置き場所が正確にわからず、食べ残したり、こぼしたりしやすくなります。

また、「ご飯を食べましょう」「もう一口食べましょう」といった言葉かけは、食事をする準備のた

めの重要な刺激ですが、聴力が低下すると、この刺激は遮断されてしまいます。

▶▶ 摂食嚥下機能の低下

摂食嚥下機能の低下は、以下の各期に分けて理解することが重要です。

(1) 先行期

覚醒レベルが悪いとき、高次脳機能障害により集中力や反応がとぼしいときには、食べ物をうまく認知することができず、食事動作が遅くなったり止まったり、誤嚥したりすることがあります。

(2) 準備期

姿勢が悪かったり（体幹や頸部をしっかり保持できなかったり）、テーブルの高さ、食器やスプーンといった自助具が合っていないかったりすると、食べ物を口に運び入れることが困難になります。また、歯が欠けていたり、義歯が合っていないかったりすると、歯肉などに痛みが生じるほか、咀嚼や食塊を形成する際のさまたげとなります。

唾液の分泌が低下すると口腔内はねばつきが増し、食事を適度なやわらかさに整えるまでに時間がかかります。さらに、食塊を形成することが十分にできなくなり、口腔内や咽頭壁への食べ物の付着や残留が多くなります。

本人の機能に合った食事形態を整えるという考え方が重要で、やわらかすぎたり、かたすぎたりしてもよくありません。その意味では、一口量や食べるペースも重要です。ほおばりすぎや、食べるペースが早すぎたり、ゆっくりしすぎたり、まちまちになったりしないように注意します。

▶▶ 障害による機能の低下

発声や会話は、構音機能と舌の動きの維持に関係します。そのため、黙って1日を過ごすことがないようにはたらきかけることが必要です。重要なことの1つに、口を清潔に保つことがあります。

口腔内の清掃は、においや細菌の繁殖防止のみならず、味覚や食欲、嚥下反射などにも影響しますので、義歯をつけている場合ははずして、口腔内、義歯ともにきちんと手入れします。

痰も可能な限り、取り除くことが大切です。自身で咳払いをして出せる場合には、こまめに吐き出してもらいます。

また、ふだんから離床の支援を心がけます。臥床状態であっても動作をできるだけ本人に手伝ってもらい、使える筋肉を用い、ADLや肺機能の低下などの廃用症候群の防止に努めます。

▶▶ 全身的な機能の低下

脱水、低栄養、全身状態の悪化（肺炎、心不全、がん、貧血、肝臓機能障害など）、嘔吐、下痢、食欲不振といった消化器症状、糖尿病や高血圧に対する不適切な食事制限などは、食事行為への影響を及ぼすとともに、食事からも影響を受けるといったような悪循環を誘導します。

当然、これらの状態がみられる場合には、食事の量や形状の制限、工夫、変更が必要になります。また、食事を上手にとらないと、これらの状態は悪化していきます。

2. 変化に気づくための観察のポイント

① おもな身体機能

▶▶ 姿勢

通常、座位時の頭部はまっすぐか顎を少し引くような姿勢で、体幹もまっすぐです。食事の姿勢（体幹の左右の傾き、円背）、頸部の支持力、顎の引き具合、座位可能時間（最低30分くらい）、補助具利用時の支持力、異常な姿勢（顎の突き出し、頸部のうなだれ、頸部後屈、全体的に無理な姿勢）の有無、疲れやすさや腹筋、背筋の力などを観察します。

▶▶ 顔と口腔

表情、顔色、顔のむくみ、口唇の開閉や動き、会話の明瞭さ、顔面癱攣などの不随意運動、また、利用者が食事をする際には、下顎関節の動きの円滑さ、左右差、痛みの有無、摩擦音なども確認します。口腔

ケアの際には、口唇の乾燥、口腔内の粘膜の色、炎症の有無、歯肉の色、腫脹（はれ）・出血・膿・退縮の有無、唾液分泌、義歯の適合性を確認します。

▶▶ 頸部・咽頭

頸椎可動域は、前後屈、左右側屈、左右回旋ができるか、あるいは頸のまわりの筋肉のかたさや疼痛などを確認します。声は、開鼻声（鼻に抜ける声）、嗄声（かれ声）、湿性嗄声（ゼロゼロした声）の有無を確認します。痰が喉にからむと声変化します。

▶▶ 胸部

嚥下と呼吸は協調関係にあり、無理な嚥下をくり返すことで呼吸が切迫することがあります。食事による疲労感、聞き慣れないふだんと異なる呼吸音などを注意深く観察します。誤嚥性肺炎が生じた場合、利用者は元気がなくなります。通常、高熱が出ますが、高齢者の場合には症状が出にくいことに留意します。

▶▶ 摂食行動

食器の持ち方、箸の使い方、口までの食物の運び方、口までの食べ物の取りこみ、取りこむまでの時間、飲みこむ時間、全体の食事時間、集中力、疲労感などを確認します。

② 緊急性をともなう異常

▶▶ 誤嚥

誤嚥がくり返されると、誤嚥性肺炎を引き起こし、時に死にいたることがあります。通常、健康な人の肺に誤って食べ物などが入ると、かなり激しい咳が出て、異物が除去されます。しかし、反射が低下していると咳も弱かったり、あるいは反射が消失していると誤嚥しても一見、問題がないようにみえたりします。誤嚥が疑われる状態には、表 2-25 のような内容があります。

表 2-25 ● 誤嚥が疑われる状態

左列	右列
●過去に誤嚥・窒息があった	●肺炎、発熱をくり返す
●脱水、低栄養状態がある	●拒食、食欲低下がある
●食事時間が1時間以上かかる	●食事の好みが変わった
●食事中・食事後にむせや咳が多い	●嗄声（かれ声）がある
●夜間に咳きこむ	●咽頭違和感・食物残留感がある

▶▶ 窒息

窒息の場合、声が出せなくなり、もがいたり、チョークサインがあらわれたりします。また、甲高い呼吸音や顔面の赤紫色（チアノーゼ）がみられるようになり、脈拍、血圧が上昇します。さらに進行すると、けいれん、脱糞をともない、激しくのた打ちまわるようになります。

1分を過ぎると、意識を消失し、表情は硬直し、昏睡状態、筋肉の弛緩、仮死状態におちいり、1分半を過ぎると回復の可能性は少なくなります。

義歯がゆるい場合や、大量の食事を一口ではおぼる行動がみられる利用者には、十分に注意を払います。

③ おもな症状

▶ 食欲不振

食欲不振は、胃、腸、肝臓などの消化器系の異常、心臓や肺などの病気、泌尿器系の問題、感染症や発熱、痛み、ストレス、中毒などが原因で生じます。食欲不振の症状は、食欲低下、疲れやすさ、気力の減

退、体重減少、胃の痛み、便秘などです。

▶▶ 脱水・低栄養

脱水症状の観察点は、口渇・口唇の乾燥、わきの下の乾燥、肌荒れ、尿量の減少・濃縮尿、頭痛、全身倦怠感、食欲不振、めまい、嘔気・嘔吐、発し微か、意識低下、けいれんなどを確認します。体重の2%に相当する水分が失われると、強い喉の渇きや食欲減退があらわれます。高張性脱水、低張性脱水の混合型が多くなります（表 2-26）。

低栄養は血清アルブミン値（3.5g/dL 以下）、体重減少率（1 か月で5%以上）をみます。症状には、食欲低下、そしゃく力・嚥下力の低下、唾液や消化液の分泌量の減少、腸蠕動の低下、味覚の低下、嗜好の変化、感染症、浮腫、活気・ADL の低下、うつ病、うつ状態などがあります。

表 2-26 ● 脱水の種類

種類	概要	症状の特徴
高張性脱水	水分が多く失われる水欠乏性の脱水	発熱といちじるしい口渇感をともない、口腔などの粘膜が乾燥する。意識は保てるが、不穏・興奮の状態となる。手足は冷たくならず、脈拍もしっかりとふれる。
低張性脱水	ナトリウムが多く失われる塩類欠乏性の脱水	発熱や口渇感をともないにくく、皮膚・粘膜の乾燥も少ない。全身倦怠感や眩暈がみられ、手足は冷たく、脈拍が弱くなる。
等張性脱水	水分とナトリウム欠乏とがほぼ同じ割合で起こっている混合性の脱水	高張性脱水と低張性脱水の両方の症状がみられる。

▶▶ 摂食嚥下障害

摂食嚥下障害の症状として、よだれが流れる、咀嚼ができない、嚥下の開始が困難である、鼻腔への逆流、咳・むせがみられる、喉への食べ物の残留感、食事時間が1 時間以上かかる、食事の量が少なくなる、食事前後のバイタルサインが不安定で疲労度が高いなどがあげられます。

3. 医療職との連携のポイント

① 治療食の提供、薬剤の投与

食事は、時に糖尿病食や腎臓病食などの治療食として提供されます。この場合、利用者の疾患の状態によって食事内容が変わります。治療食は、医師の指示により食事箋が発行されています。また、薬剤を併用していることも多いので、利用者の状態をふまえたうえで介助することが必要となります。

たとえば、糖尿病の利用者の場合には、血糖検査や尿検査が定期的にされていることが多く、食事前に血糖検査をして、インスリンなどの薬剤が投与されることがあります。とくに、血糖コントロールをしている場合は、薬剤の投与時間と食事時間との関係といったことをふまえておく必要があります。通常、薬剤管理は医師の処方後、薬剤師、看護師らを通じて行われていますが、薬の服用の是非や服用方法について把握しておきます。

② 合併症発生のリスクへの対応

疾患があったり、経管栄養を実施したりしている場合、合併症発生のリスクが生じるので十分な観察が必要となります。糖尿病による低血糖発作や経管栄養による下痢・嘔吐など、食事に関連する合併症の予備知識を理解しておく、と、異常の早期発見に役立ちます。何らかの異常を発見したときは、適切な治療的措置がとれるよう、すぐに医療職に連絡をします。

治療的措置には、リハビリテーションなども含まれます。利用者に麻痺などの障害がある場合、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士といった職種がかかわっていることがあります。リハビリテーションが実施されている場合、自力でどの程度の食事が可能かといった情報を共有し、本人の能力維持や回復のために計画にそってともに実践することが必要になります。

③ 義歯の調整

高齢者が義歯を使用している場合、義歯調整が必要となることがあります。口腔内の疼痛や異常発見時には、歯科医師に調整を依頼する必要があります。これらの問題発見時には、まず医療職に相談し、それから医師にコンサルテーションを依頼するといった手続きをふんでいきます。

■ キーワードまとめ

キーワード	説明
摂食嚥下障害	食べ物を口から取りこみ、胃に送りこむ一連の動作（先行期・準備期・口腔期・咽頭期・食道期）に障害が生じた状態。
誤嚥	食べ物や飲み物が食道ではなく気管に入ってしまうこと。誤嚥性肺炎の原因となる。
窒息（チョークサイン）	食べ物が気道をふさぎ、声が出なくなりもがく状態。顔面の赤紫色（チアノーゼ）も出現する。
脱水	体内の水分・電解質が失われた状態。高張性・低張性・等張性の3種類がある。
低栄養	血清アルブミン値 3.5g/dL 以下、体重減少率 5%以上/月が目安。
サルコペニア	加齢にともなう筋肉量の減少。転倒・廃用症候群リスクと関連する。
治療食	糖尿病食・腎臓病食など医師の指示により食事箋が発行される食事。
コンサルテーション	専門的な助言・相談を別の専門職に依頼すること。

■ 学習のポイント

- ① 食事を阻害する要因（精神・身体・全身的機能低下）を3つのカテゴリーで整理して理解する。
- ② 食欲不振・脱水・低栄養・摂食嚥下障害の各症状の観察ポイントを具体的に覚える。
- ③ 誤嚥と窒息は緊急対応が必要。チョークサインを含む緊急状態の見分け方を確認する。
- ④ 食事観察の際に確認する身体機能（姿勢・顔・口腔・頸部・胸部・摂食行動）を系統的に把握する。
- ⑤ 治療食・薬剤・義歯・リハビリテーションに関して医療職との連携が必要な場面を理解する。

第5節 入浴・清潔保持における観察のポイント

1. 入浴を阻害する要因の理解

① 精神機能の低下が入浴・清潔保持に及ぼす影響

▶▶ 認知機能の低下

加齢によって認知機能が低下すると、脳内で情報を処理する速度が遅くなります。そのため、行動するのに時間がかかるようになります。また、注意力や集中力を保つのがむずかしくなるため、同時に多くのことに注意を払いにくくなり、瞬時の反応や判断が遅く、むずかしくなります。

入浴しているときは、浴室の床面が濡れていること、石けんで床がすべりやすいこと、裸であること、お湯を使うことなどから、まわりの状況に注意を払い、瞬時に反応し判断を行うことが必要とされます。

認知機能の低下は安全をおびやかすことにもつながるので、利用者一人ひとりの心身の状態をよく知り、細心の注意を払うことが大切です。

なお、高齢者の認知機能は個人差が非常に大きいことにも留意します。

② 身体機能の低下が入浴・清潔保持に及ぼす影響

▶▶ 加齢にともなう皮膚の機能の変化

介護職は、高齢者に多い皮膚の変化と特徴を知り、入浴・清潔保持の介助方法に留意します。

表 2-27 ● 高齢者に多い皮膚の変化と特徴

番号	特徴
①	皮膚が薄くなり、血管が透けて見えるようになる。
②	拡張した毛細血管が皮膚の表層に浮き出してくる。
③	皮膚が乾燥しやすくなるため、かゆみを感じやすくなる。
④	真皮の弾力性線維が減少するため、皮膚の弾力性が低下する。
⑤	皮膚はたるみ、皮膚が重なる部分が増える。
⑥	皮膚の感覚機能が低下し、外からの刺激に対する反応がにぶくなる。

▶▶ かゆみ

かゆみを起こす刺激には物理的刺激、化学的刺激、心理的刺激などがあげられます。かゆみには、皮膚そのものの原因によりかゆみがある場合（表 2-28）と、皮膚以外の要因で皮膚症状がある場合（表 2-29）があります。

かゆみが気になったり緊張したりすると、さらにかゆみが増し、不快感が増します。かくことで皮膚を傷つけるだけでなく、精神的にも身体的にも大きな苦痛となります。

かゆみの原因を調べ、原因となるものを取り除きます。また、必要な予防をし、清潔で健康な皮膚を保持します。

表 2-28 ● 皮膚そのものの原因によりかゆみがある場合

疾患・状態	特徴・対処
皮脂欠乏性皮膚炎	発汗や皮脂分泌の減少に加え、表皮の角質層の水分保持機能が低下することで起こる。高齢者の場合は、腹部や下肢を中心に好発する。
接触性皮膚炎	異物との接触で起こるかぶれで、おむつ、装飾品、植物、洗剤などによるものが多い。
脂漏性皮膚炎	ふけ、落屑が増えるふけ症。皮膚の常在菌が皮脂を分解し、遊離脂肪酸を増加させることで皮膚の新陳代謝を早め、結果としてふけ症が生じる。
白癬	かびの 1 種で糸状菌がおもに皮膚の角質層下に寄生する。部位により足白癬、爪白癬、頭部白癬、体部白癬、股部や股部白癬などがある。感染力は弱い但不潔、湿潤、

	こすれ、糖尿病などで起こり、皮膚の乾燥、鱗屑（魚のうろこのようなカサカサ）が生じる。清潔と乾燥が有効である。
疥癬	ヒゼンダニ（疥癬虫）が、皮膚の角質層内に寄生して起こる皮膚感染症で、人から人への接触により感染する。毎日入浴して清潔に保つ。衣類、寝具も毎日取り替え、部屋を清潔にする。
その他	・低栄養や脱水などにより皮膚の乾燥が起こる。 ・温熱寒冷が刺激となる。体温が上昇するとかゆみが増す。 ・清潔保持が不十分でかゆみが生じる。

表 2-29 ● 皮膚以外の要因で皮膚症状がある場合

疾患・状態	特徴・対処
腎疾患	透析患者のかゆみはきわめて強く、透析痕が長いほど強い傾向にある。皮膚が非常に乾燥し、鱗屑がみられることが特徴。
肝疾患	黄疸のあるときには、ビリルビンや胆汁酸などの物質が血液中や組織内に増加して、皮膚の末梢神経を刺激するため、かゆみが生じる。
糖尿病	糖尿病のコントロールが悪いと軽い脱水症状におちいり、皮膚が乾燥する。糖尿病性の感染症を起こし、かゆみが生じる。
薬疹	薬物の副作用、体質（アレルギー）、肝臓などの臓器や身体の状態により出現する。薬疹は薬剤投与開始後数時間から 3 日、遅いときには 1 週間以上経ってから出現するものもある。
循環障害	・浮腫：循環障害のため、酸素・栄養不足、免疫力の低下で起こる。皮膚は弾力性にとぼしく、乾燥する。薄くなった皮膚は外的刺激で損傷を起こしやすい。皮膚温も低下する。 ・褥瘡：長時間の局所圧迫、ずれによる循環障害のため、酸素・栄養不足を起こし、組織が壊死する。汚染、湿潤なども誘因となる。入浴の際は、軽度の褥瘡は開放のまま創部はこすらずに洗い流し、重度の場合は防水フィルムでおおって入浴する。 ・壊疽：局所の神経障害、血管障害、感染などにより、末梢の循環障害を起こし、組織が壊死する。変性・変色をきたす。神経障害により足感覚が低下するので、熱湯によるやけどや打撲に注意する。皮膚が化膿している場合は濡れないように保護して入浴する。

▶▶ かぶれ

かぶれとは接触性皮膚炎のことで、一時刺激性のものとアレルギー性のものがあります。おむつをつけている場合、おむつの中は高温多湿となり、細菌が繁殖しやすいため、長期間にわたって使用していると「おむつかぶれ」を起こしやすくなります。

そこで、おむつは排泄のたびに交換し、よごれはすぐに取り除きます。よごれを取り除く場合、石けんは刺激の少ない弱酸性のものを使用し、洗浄効果を高め、皮膚への刺激を少なくするために十分に泡立てて洗います。石けんを使用しないで洗い流すだけのこともあります。

▶▶ 視覚機能の低下と影響

視覚機能が低下すると、視力、視野などに影響があらわれ、今までと同じように情報を得ることがむずかしくなります。浴室は、床がすべる、使用物品が多い、熱いお湯が出るなど、転倒ややけどの危険が多くなるので注意が必要です。

また、よごれが見えにくくなるので、洗い残しがないように言葉をかけたり、必要に応じて介助します。

▶▶ 運動機能の低下と影響

入浴には、居室からの移動、着脱、脱衣室から浴室内への移動、洗身、洗髪、シャワーの使用、浴槽をまたぐ、タオルをしぼるなどの一連の動作を必要とします。

運動機能が低下した場合、それらの動作に影響があらわれます。介護職は、個別の心身の状況や環境

などについても十分な観察を行うようにします。

また、福祉用具の使用を含め、自立に向けた安全で適切な介助の方法を検討します。

▶▶ 高血圧がある場合

冬に入浴する際、脱衣室と浴室とのあいだに急激な温度差があり、そのまま熱いお湯に入ると、血圧が上昇し、やがて温熱効果で血圧は下降します。このような温度変化は血管をいちじるしく伸縮させるとともに、血圧や脈拍を大きく変動させます。これにより、脳梗塞や脳出血を引き起こし、深刻な事故につながる可能性があります。

家庭内における不慮の事故死のなかでも、浴槽内での溺死・溺水は非常に多く発生します。部屋間の温度差、お湯の温度には十分な注意が必要です。

▶▶ 心疾患や呼吸器疾患がある場合

心臓や呼吸器に疾患がある場合、温度変化以外にも水圧による影響を受けます。全身浴では心臓や肺に集まる血液量が増して負担がかかります。そのため、負担の少ない半身浴やシャワーの使用が望ましいでしょう。

2. 変化に気づくための観察のポイント

① おもな身体機能

▶▶ 皮膚

裸になるので、ふだんは衣服に隠れて見えない皮膚の状態を把握できる機会です。ふだん乾燥している肌も濡れるとしっかりとするので、皮膚の観察は入浴前と入浴中、入浴後に行います。観察のポイントとしては、乾燥、湿疹、弾力、褥瘡、色素沈着、水虫、紫斑、発疹、発赤、傷、かゆみ、浮腫、爪の状態などです。

▶▶ 脱水

入浴の温熱作用によって発汗や利尿作用がうながされ、水分が失われます。その結果、血液のねばりけが増し、心臓に負担がかかります。また、半身浴よりも全身浴のほうが発汗量が多くなるので、入浴の方法も考慮する必要があります。脱水傾向にある場合、水分の吸収時間を考慮し、入浴の30分ほど前に水分をとっておきます。水分を失うとぼんやりしてくるので、入浴中の表情にも気をつけます。

▶▶ 麻痺、拘縮

四肢、体幹に麻痺や拘縮がある場合、歩行状態や関節可動域などを確認します。浴室内はすべりやすいので、移動には細心の注意を払います。利用者の機能を適切に評価して、利用者に危険なく最大限の力が発揮できるように介助します。また、身体を洗うときも自分でできる範囲はどこまでかを把握し、福祉用具の活用も視野に自分でできる範囲を広げ、満足感が得られるように介助します。

▶▶ 循環器

入浴で気をつけなければならないことの1つに、ヒートショックがあります。室温の変化、湯温の影響、入浴前後の行為が及ぼす循環機能への影響を確認しておきます。本人の意向も大事にしますが、血圧が高い場合には、シャワー浴や清拭など、入浴以外の方法を選択することもあります。からだにお湯をかける場合も、心臓から遠い足下から行います。

▶▶ 呼吸器

お湯につかると、静水圧作用により横隔膜がもち上げられ、肺の容量が縮小します。また、洗髪時の前屈姿勢などは胸郭をせばめ、呼吸しにくくさせます。肺疾患（肺気腫や慢性気管支炎など）がある場合は、呼吸器に負担の少ない半身浴や、水圧の影響が少ないシャワー浴などを行います。入浴中は呼吸の様子を確認します。

▶▶ 姿勢

脱衣室での衣服の着脱、浴室での座位、浴槽内での姿勢について、確認します。脱衣時には立位姿勢が可能でも、入浴後の疲労により座位姿勢での着衣が適切なことが多いです。体格に合ったいすを準備し、

股関節、膝関節、足関節が 90 度、足底が床についた安定した座位姿勢がとれるようにします。

浴室内においても、安定した座位姿勢で洗身や洗髪が行えるように、シャワーチェアの高さを合わせます。

浴槽内では浮力作用がはたらき、からだの重さが 9 分の 1 程度になります。頭はお湯につかっていないため重いままです。よそ向いた場合、浴槽内でしっかりと座位姿勢がとれていない場合、姿勢がくずれ、頭の重みで沈みこむ場合があるので、注意が必要です。手すりなどを利用して利用者のからだを支えることも可能です。

② おもな生活動作

▶▶ 食事

お湯につかるとからだの表面の血管が拡張し、血液が集まります。熱めのお湯は交感神経が優位に立ち、血行を促進させます。胃腸が活発にはたらくのは副交感神経の作用です。空腹時や食前後 1 時間は入浴を避けます。

▶▶ 排泄

入浴中は、静水圧作用やリラックス効果などにより括約筋の緊張もゆるみ、排泄しやすい状況になります。入浴中の排泄を避けるためにも先にすませておきます。ストーマをつけている場合は、周辺の皮膚の観察をします。浴槽には装具をつけたままでも、はずしても入れます。

▶▶ 服薬

降圧剤などを服用している場合、入浴前に服用していないことを確認します。

3. 医療職との連携のポイント

① 食事（胃ろう・腸ろうを造設している場合）

▶▶ 胃ろうや腸ろうを造設している場合

胃より少量の粘液が出ることがあり、ぬるま湯で湿らせたガーゼでふきとります。入浴とシャワー浴は、胃ろうの部位と全身状態に問題がなければ可能です。

たいがい、固定板の下や周囲の皮膚のよごれを石けんでやさしく洗い流し、水分を押さえぶきし、自然乾燥させます。胃ろうの周辺に発赤、腫脹、変色、痛みがある場合や、胃ろう部位から栄養剤や消化液が漏れている場合は、すぐに医療職に報告します。

腸ろうは、シャワー浴と入浴が可能です。カテーテルが洗身のときなどにひっかかって抜けてしまわないように、身体の外に出ているカテーテルをまとめてから入ります。

② 排泄（消化管ストーマ・尿道留置カテーテルがある場合）

▶▶ 消化管ストーマがある場合

人工肛門（消化管ストーマ）がある場合は、便を腹部から直接出すため、便意を感じることがありません。そのため、通常パウチをつけていますが、入浴時ははずすことも可能です。ストーマ装具の交換日に入浴する場合は装具をすべてはずし、ストーマのまわりをていねいに洗います。このときにストーマ周囲の皮膚をよく観察し、発赤や湿疹、ただれなど異変があればすぐに医療職に報告します。

▶▶ 尿道留置カテーテルを装着している場合

尿道留置カテーテルを装着している場合は分泌物や排便、下痢による汚染から細菌が繁殖しやすいので、清潔には十分に留意します。入浴時は感染予防のため、カテーテルと蓄尿袋の接続部をはずさずに入ります。尿が逆流しないように蓄尿袋は膀胱より低くしますが、浴槽で浮いて高くなることも予測されます。その場合でも逆流しないように、カテーテルをストッパーで止めて入ります。皮膚の状態とともにカテーテルの状態も確認し、いつもと異なる様子がみられる場合は、すみやかに医療職に報告します。

③ 循環（血圧が高い場合）

血圧は室温や湯温に影響を受けます。血圧は、入浴直後に上昇するといわれており、高血圧の人には危険が生じます。医師の指示に従い、入浴前に血圧の測定値にもとづいて、入浴の可否を決めます。脱衣室や浴室の温度や湿度など環境面からも見直し、入浴する時間帯や湯温、入浴の順番などを医療職と相談し、決めます。

④ 感染（疥癬・MRSA がある場合）

▶▶ 疥癬がある場合

感染力が強い角化型疥癬の場合は、毎日入浴し、清潔にすることが必要です。感染を拡大させないために入浴時のタオルの共用は避けます。疥癬の症状として丘疹、結節、皮膚トンネルができます。入浴時に皮膚の観察を行い、いつもと違う皮膚症状がある場合は医療職に報告し、適切な対応につなげて感染の拡大を防ぎます。

▶▶ MRSA がある場合

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）を保菌していて隔離が必要な人の入浴は最後にしますが、隔離を必要としない人であれば最後にする必要はありません。介護職からの感染が起きないように、入浴の前には手洗いをしっかりと行います。入浴後の浴槽は通常の方法できれいに洗います。過剰な対応は利用者を傷つけることになります。心配なことがあれば医療職に相談することが大切です。

⑤ その他

▶▶ 糖尿病により末梢神経の障害がある場合

糖尿病により末梢神経が障害を受けると刺激に対する感覚がにぶるため、外傷や熱傷に注意が必要です。また、免疫力も低下するため、感染を受けやすく、治りにくくなります。症状により対応が異なるので、入浴時は足の状態を観察し、小さな変化も見逃さず、変化を発見した場合は医療職に報告します。

▶▶ 褥瘡がある場合

入浴は血行をよくし、新陳代謝を促進するため、褥瘡があってもすすめます。感染がある場合は、医師の指示に従います。皮膚に刺激の少ない弱酸性の石けんを用い、手袋をつけて摩擦を避け、泡立ててからやさしく洗います。洗浄剤が皮膚に残ると真菌感染などを引き起こしやすくなるので、きれいに洗い流します。おむつ交換時や入浴時に、骨の突出部分の皮膚の状態を観察し、異常があれば医療職に報告します。

■ キーワードまとめ

キーワード	説明
ヒートショック	急激な温度変化により血圧が大きく変動し、脳梗塞や脳出血などを引き起こす危険な状態。
半身浴	心臓や肺への負担が少ない入浴方法。心疾患・呼吸器疾患がある場合に推奨される。
全身浴	発汗量が多く循環への影響が大きい。脱水傾向がある場合は入浴 30 分前の水分補給が重要。
疥癬（かいせん）	ヒゼンダニによる皮膚感染症。感染力が強い角化型疥癬の場合は毎日入浴・タオルの共有禁止が必要。
MRSA	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌。保菌者の入浴は最後（隔離不要の場合）、入浴後の浴槽は通常洗浄。
褥瘡（じょくそう）	長時間の局所圧迫・ずれによる皮膚壊死。入浴時は軽度は開放のまま洗い流す。
消化管ストーマ	人工肛門。入浴時は通常パウチをつけたまま。ストーマ交換日は装具をはずして

	入浴可能。
尿道留置カテーテル	感染予防のため入浴時も清潔管理が必要。蓄尿袋は膀胱より低く保つ。

■ 学習のポイント

- ① 入浴を阻害する要因（精神・身体・皮膚・循環器・呼吸器）を系統的に整理する。
- ② 高齢者に多い皮膚変化（表 2-27）とかゆみの原因（表 2-28・2-29）を具体的に理解する。
- ③ ヒートショックの仕組みと予防（温度差・血圧管理・入浴順序）を確実に押さえる。
- ④ 入浴観察の身体機能チェックリスト（皮膚・脱水・麻痺・循環・呼吸・姿勢）を活用できるようにする。
- ⑤ 医療器具（胃ろう・ストーマ・カテーテル）がある場合の入浴対応と感染管理（疥癬・MRSA）を理解する。

第 6 節 排泄における観察のポイント

1. 排泄を阻害する要因の理解

① 精神機能・判断力の低下が排泄に及ぼす影響

▶▶ 認知症が及ぼす影響

認知症の症状は、大きく分けて中核症状と BPSD（行動・心理症状）があります。たとえば、尿意・便意を訴えられないのは中核症状ですが、おむつをとってしまったり、トイレ以外の場所で排泄してしまうのは BPSD です。尿意を伝えられない、トイレの場所がわからない可能性がある場合は、排尿誘導やトイレの表示をわかりやすくするなど、その人にあった適切な対応ができればトイレで排泄できる可能性があります。

排尿誘導とは、自発的に排尿のためにトイレに行けない場合に、トイレに誘う方法です。①定時排尿法、②習慣排尿法、③排尿促進法の 3 つがあります。いずれも排尿日誌を記録すること、膀胱や尿道の機能に問題がないか確認することが必要です。

排便は排尿に比べて頻度が少ないことから、誘導などの管理をきちんとすれば排尿よりも先にトイレでできる可能性があります。また、便失禁は汚染やにおいが強いいため介護職の精神的負担をとめない、便による皮膚障害の危険性が高い点でもトイレで排泄できることは有益です。

▶▶ ストレスが及ぼす影響

排泄は自律神経によりコントロールされています。自律神経は緊張やリラックスといった精神的な影響を受けやすいのが特徴です。緊張すると頻尿や下痢、便秘になったりすることはよく経験することです。

心因性頻尿とは、膀胱や尿道の機能には問題がないにもかかわらず、気持ちの問題で早めに排尿してしまうことをいいます。「尿をがまんすると膀胱炎になる」などといった間違った知識によって習慣的に早めに排尿してしまう人は意外に多いようです。

また、不安や心身症などでも尿意に過敏になり、膀胱に尿が十分たまっていないうちに排尿することがあります。蓄尿機能に問題はないため、排尿日誌をつけるとよく眠れた起床時など、1 回あたりの排尿量は正常であり、もれがないことが特徴です。

② 身体機能の低下が排泄に及ぼす影響

▶▶ ADL の低下による排泄困難

筋力低下、運動麻痺、足腰の痛み、病気のために安静にしなければならないなどの理由から、1 人で排泄行為を行うことが困難になることがあります。

膀胱・尿道や肛門の機能に問題がなく、運動機能だけに問題がある場合、移動動作や介助方法の確立

さえできればトイレでの排泄が可能となります。尿意・便意に応じてトイレへの移動を介助したり、トイレに近い部屋にすることや手すりなどの用具の工夫も含めた環境整備を行います。

安易におむつを使用したり、できることを介助してしまうことは、利用者の残された能力をうばってしまうことにもなりかねません。できない部分にばかり目を向けるのではなく、できる部分や改善の可能性があるかどうかにも目を向け、最大限にいかせる方法を探ることが大切です。たとえば、足が不自由でも手が使えれば、ベッド上で尿器を使用できる場合があります。

▶▶ 膀胱尿道機能の低下による排尿障害

正常な排尿回数は日中（覚醒時）4～7回、夜（就寝時）は0回です。それより多い、つまり「トイレが近い」状態を頻尿といい、昼の回数が8回以上を昼間頻尿、夜の回数が1回以上の状態を夜間頻尿といいます。また、尿がもれることを尿失禁、尿を出しにくいことを尿排出障害といいます。

▶▶ 尿失禁の種類

(1) 腹圧性尿失禁

くしゃみや咳など、おなかに力が入ったときに少量の尿がもれるタイプを腹圧性尿失禁といいます。これは女性に多いタイプの尿失禁で、尿道をしめる骨盤底筋が弱くなることが原因です。出産後の若い女性にもみられますが、加齢にともない骨盤底筋の収縮力が弱くなるため、高齢者ではさらにその頻度が増加します。

(2) 切迫性尿失禁

切迫性尿失禁とは、急な強い尿意を感じてがまんできず、トイレに間に合わずにもれてしまうことをいいます。膀胱が過敏になって、十分に尿がたまっていないのに膀胱が収縮してしまう状態です。通常は昼間頻尿と夜間頻尿もともなうものです。

(3) 溢流性尿失禁

残尿があり、少量ずつあふれるようにもれるタイプを溢流性尿失禁といいます。尿道が開きにくい、膀胱が収縮しにくい、尿排出障害によって常に残尿があります。

▶▶ 消化器機能の低下にともなう排便障害

消化器機能の低下にともなう排便障害としては、便秘、下痢、便失禁があげられます。

便秘とは、排便が順調に行われず、排便回数が少なくなり、便性が固くなく、排便に苦痛をともなう状態です。その原因により機能性便秘と器質性便秘に分けられ、さらに細分されます（図 2-45）。

下痢とは、泥状便や水様便のように便が水分を多く含む状態です（ブリストル便形状スケールのタイプ 6～7）。通常の便の水分は 80%程度ですが、90%以上になると泥状便、100%近くになると水様便と表現されます。

便がもれることを便失禁といいます。多くは、肛門括約筋がしっかりしまらないために起こります。

▶▶ おもな便秘の種類

(1) 弛緩性便秘（排便回数減少型）

大腸の蠕動運動が低下することで、便が長時間排出できず、水分が吸収されて便が固くなるタイプです。加齢や運動不足による腸管の緊張低下や筋力低下、食物繊維の不足などが原因であるため、食物繊維の摂取や適度な運動がすすめられます。

(2) けいれん性便秘（排便回数減少型・排便困難型）

大腸がけいれんを起こしてせまくなるために、便が通過できないタイプで、腹痛や腹部不快をともなうことが特徴です。ストレスが関係していることが多いため、精神的なケアも並行して行います。

(3) 直腸性便秘（排便困難型）

直腸に便があるにもかかわらず、がまんしすぎたり、腹筋が弱く腹圧がかけられないために出せないタイプです。とくに病気がなければ朝食をきちんととり、食後に便意がなくてもトイレに座るといった行動療法をとります。それが困難な場合は、摘便、浣腸、座薬によって、直腸内の便を出し切ります。

▶▶ おもな下痢の種類

(1) 急性下痢

一時的な下痢で、食中毒などの感染によるものと、ストレスや暴飲暴食・食べ物のアレルギー・薬の副作用（とくに下剤）など感染によらないものがあります。

(2) 慢性下痢

4週間以上続くものをいいます。原因は、消化管の病気や全身性疾患です。

▶▶ おもな便失禁の種類

(1) 漏出性便失禁

内肛門括約筋が障害されるために、便意がなく、気づかずにもれます。固形便でももれる場合にはこのタイプが考えられます。便をもれないかたさに整えて、まとめて出したり、定期的な浣腸などにより直腸を空にしたりして対処します。

(2) 切迫性便失禁

外肛門括約筋が障害されるために、便意はありますが、トイレまでがまんできずにもれます。食事や薬剤で便をもれないかたさに整えたり、骨盤底筋訓練などを行ったりします。

(3) 下痢にともなう便失禁

肛門括約筋は正常であっても、下痢で直腸が過敏になり便失禁を起こすことがあります。この場合は下痢の改善が優先されます。

2. 変化に気づくための観察のポイント

① 排泄状態の観察

▶▶ 排泄物の観察

尿に混濁がみられたり、たんぱく質がくさったような悪臭がしたりする場合は、膀胱炎の可能性あります。その際、発熱をとまなう場合には、早急な受診が必要です。頻回に血尿が出る場合は、結石や膀胱がんの疑いがあります。

便に血液が混ざる、黒い色の場合は、消化管の出血が疑われます。

▶▶ 便秘の観察

ブリストル便形状スケール（図 2-46）で、タイプ 1 や 2 のかたく出にくい便は便秘と考えます。

一般的には 3 日以上排便がない状態を便秘といますが、個人差があります。その人の排便習慣を確認し、通常の排便周期を過ぎても排便がない場合や、腹痛やおなかが張る、すっきり出ないなどの症状がある場合には、便秘の可能性を考えます。

▶▶ 下痢の観察

ブリストル便形状スケールで、タイプ 6 や 7 の水分の多い便は下痢と考えます。下痢になると排便回数が増え、水分や電解質を失います。高齢者では、脱水から重篤な状態におちいりやすいために注意が必要です。また、便失禁が起こる可能性もあります。

下痢が始まったのはいつからか、便の性状、量、頻度、ほかにどんな症状があるか、水分や栄養をどれくらいとれているかなど、具体的に確認します。

発熱や嘔吐、腹痛などをともなった急激な下痢で、しかも集団で発生した場合は感染性の下痢の可能性があるので、早急な医師への報告と感染拡大の防止策が必要です。

図 2-46 ● ブリストル便形状スケール（概要）

タイプ 1：硬い塊状の便（ウサギの糞のような）＝重度の便秘

タイプ 2：ごつごつした塊状の便＝軽度の便秘

タイプ 3：表面にひび割れのあるソーセージ状＝正常に近い

タイプ 4：表面がなめらかで軟らかいソーセージ状＝正常

タイプ 5：軟らかい半固形状＝正常に近い軟便

タイプ 6：ふわふわした不定形の泥状便＝軽度の下痢

タイプ 7：固形物のない液体状の水様便＝重度の下痢

② おもな心身機能

▶▶ 皮膚の観察

失禁がある場合は、排泄物が皮膚に付着することによるただれや、紙おむつによるアレルギー性の湿疹が出ることもあるので、おむつ交換や入浴介助の際に皮膚の観察を行います。仙骨部や坐骨部には褥瘡がしやすいので注意が必要です。

膀胱留置カテーテルを装着している場合は、尿道口周囲の潰瘍や、テープ固定による皮膚障害がないかを観察します。

▶▶ 認知・こころの状態の観察

排泄は人の尊厳にかかわるため、利用者や介護職が排泄障害をどのように受けとめているかによって、介助方法も大きく変わります。介護職には、利用者の表情や言葉、態度などを観察し、その人の価値観、周囲との人間関係への配慮などが求められます。

③ その他

▶▶ 使用している用具や環境の確認

排泄関連用具には多くの種類があります。用具や環境が、利用者の尿意・便意の有無、ADL、性別、体格、利用者や家族の希望に合っているか、また、実際の使い方や介助方法についても確認します（表 2-30）。

▶▶ 排泄日誌

(1) 排尿日誌

排尿日誌とは、排尿時刻、尿量、失禁量、飲水量、強い尿意を感じてがまんできなかったなどの症状、どんなときにもれたかなどの状況を記録するもので、最低 24 時間、できれば 3 日間以上記録します（表 2-31）。

尿量が少なく、尿の色が濃い場合は脱水状態が考えられるので、飲水量を確認し、足りないようであればうながす工夫をします。また、極端に尿量が少ない場合は、高度の脱水や残尿、腎不全などが考えられるので、すぐに医師や看護師に相談します。

(2) 排便日誌

排便日誌は、排便時刻、便の性状、量、下剤使用時刻と内容などを記録するものです。便のものは食べ物ですから、食事日誌とあわせて記録することで、食事との因果関係がわかります。これは排便パターンがわかるまで続けて記録します。

表 2-30 ● 排泄に関する用具のおもな種類

尿意・便意	ADL	性別	おもな製品
なし	－	男女	おむつ、カテーテル、消臭・脱臭剤
あり	寝たきり（腰上げ不能）	男性	装着式収尿器
		男性	腰上げ不要な尿便器、手持ち式収尿器
	腰上げ可能	男女	差しこみ便器
	座位保持可能	男女	座位用尿器、ポータブルトイレ、リフター、水まわり用車いす、補高便座、昇降便座

表 2-31 ● 排尿日誌の例（切迫性尿失禁の場合）

時間	排尿量 mL	失禁量 g	飲水量 mL	備考
6 時 30 分	120		水 200	起床

8 時 30 分	80		牛乳 200 ・ お茶 200	
10 時 30 分		180		水の音を聞いたときにもれた
11 時 50 分	100			
12 時 40 分	150		お茶 200	
合計	900	680	1,500	回数：日中 10 回、夜間 3 回、失禁 4 回

3. 医療職との連携のポイント

基本的な考え方として、異常ととらえられるものは、医師や看護師などの医療職への報告が必要です（表 2-32）。芝尿や無尿は生死にかかわる危険信号ですし、便秘や下痢も病気の徴候である場合があります。頻尿や尿失禁はすぐに生死にかかわることはありませんが、溢流性尿失禁のように残尿をとまなうものでは感染症や腎臓機能障害を起こします。

治療や介助方法によって改善の可能性があるので、介護職は医療職と情報を共有して個別サービス計画を立案するとよいでしょう。

表 2-32 ● 排泄に関する症状とおもな対応

症状	おもな対応
無尿（50～100mL 以下/日）・芝尿（400mL 以下/日）	早急に医師の診察が必要
血尿・血便	少量で量が続かないようならば経過観察。大量または発熱をとまなう場合は医師の診察が必要
尿の混濁	医師の診察が必要。発熱をとまなう場合は早期に受診
その他の尿・便性状の変化	医師または看護師へ報告
尿の勢いが弱い・排尿途中で止まる・すっきり出ない・いきんで排尿する・排尿直後に尿意がある・溢流性尿失禁	排尿直後に医師または看護師による残尿測定
頻尿・尿失禁	医師または看護師へ報告。排尿日誌をつけ、アセスメントやプランにつなげる
下痢	発熱や嘔吐など随伴症状をとまなうものは医師へ報告と、感染が否定されるまでは感染性廃棄物に準じた対応
便秘・便失禁	医師または看護師へ報告。排便日誌・食事日誌をつけ、アセスメントやプランにつなげる
陰部や肛門周囲の皮膚の異常	医師または看護師へ報告。やさしく洗浄し、排泄物の皮膚への接触を避ける
人工肛門・人工膀胱のトラブル	医師または看護師へ報告

■ キーワードまとめ

キーワード	説明
尿失禁（腹圧性）	くしゃみや咳など腹圧がかかったときに少量もれる。骨盤底筋訓練が有効。
尿失禁（切迫性）	急な強い尿意でがまんできずにもれる。膀胱が過敏になって収縮する状態。

尿失禁（溢流性）	残尿があり少量ずつあふれるようにもれる。尿道閉塞や膀胱収縮不全が原因。
機能性便秘（弛緩性）	大腸の蠕動運動低下。食物繊維の摂取と適度な運動が重要。
機能性便秘（けいれん性）	腸がけいれんを起こして通過できない。精神的ケアも必要。
直腸性便秘（排便困難型）	直腸に便があるのに出せない。朝食と食後の座位姿勢、行動療法で対処。
ブリストル便形状スケール	便の形状を7段階で評価。タイプ1・2が便秘、タイプ6・7が下痢の目安。
排尿日誌	排尿時刻・尿量・失禁量・飲水量などを最低24時間記録する日誌。
排便日誌	排便時刻・便の性状・量・下剤使用状況などを記録する日誌。食事日誌とあわせて活用。
排尿誘導	定時排尿法・習慣排尿法・排尿促進法の3種。排尿日誌を記録しながら実施。

■ 学習のポイント

- ① 尿失禁の3種類（腹圧性・切迫性・溢流性）の違いと原因・対応を区別して理解する。
- ② 便秘の3種類（弛緩性・けいれん性・直腸性）とブリストルスケール（タイプ1～7）を覚える。
- ③ 排泄日誌（排尿日誌・排便日誌）の目的・記録項目・活用方法を把握する。
- ④ 表2-32「排泄に関する症状と対応」をもとに、医療職への報告が必要な症状を即座に判断できるようにする。
- ⑤ 認知症・ストレスによる排泄障害の特徴と、利用者の尊厳に配慮した介助の姿勢を理解する。

第7節 着脱、整容、口腔清潔における観察のポイント

1. 身じたくを阻害する要因の理解

① 精神機能の低下が身じたくに及ぼす影響

▶▶ 認知機能の低下

認知症のある人の場合は、中核症状としての記憶障害、見当識障害、判断力の低下などがあることにより、身じたくをするという行為自体を忘れてしまいます。また、場所に合わせた装いをするという意識、その行為で得られる効果を判断する能力がなくなることがあります。

表2-33のような場面が続くと、健康状態を維持できなくなる可能性があります。しかし、介護職が介助することで、その人らしい状態を維持することは可能です。介護職による適切な介助は、利用者に心地よいという感情を呼び起こすことにもなります。

認知症のある人にパジャマから日常着に着替えてもらう、食後の歯みがきをしてもらうという、利用者がいつも行っていた身じたくを介護職が介助することが、QOLの維持向上、健康の維持につながります。その人らしい身じたくを支援することは、利用者の気持ちの不安を安心に変える効果にもつながります。

表2-33 ● 認知機能の低下が身じたくに及ぼす影響の例

衣服着脱の場面：何日も衣服を着替えることを忘れる、場所に合わせた服装の見当がつかない、衣服を着替えることは清潔につながるという判断能力が低下する など

整容の場面：ひげが伸びてもそのことを忘れる、場所に合わせた整容の見当がつかない、不精ひげは他者に失礼につながるという判断能力が低下する など

口腔ケアの場面：歯をみがくことを忘れる、義歯ははずし清潔にする必要があるという判断能力が低下する など

▶▶ 意欲の低下

病気になると、人は生きるための欲求や健康になるための欲求が優先され、身じたくに関する意欲は薄れてしまいがちです。

高熱が続く汗をかいた状態になると、皮膚はよごれます。よごれた皮膚をそのままにしていると、皮膚のかゆみや悪臭の原因となります。また、汗でよごれた衣服を着替えないと、体温が失われるなど、病気や症状を悪化させることもあります。

また、高熱が続くと水分が失われ、口腔内も乾燥します。口の中がネバネバした状態は気持ちが悪いです。この状態をそのままにしておくと、口腔内の細菌が繁殖してしまいます。このようなときに口腔ケアを行えば、気分は爽快になり、口の中の健康も維持されます。

このように、身じたくを整えることは、病気の状態であっても、意欲の低下を防ぐことにつながります。

次に、脳卒中の後遺症として麻痺がみられる利用者の場合を考えてみましょう。身じたくを行ううえでの課題として、表 2-34 のような状態が考えられます。

これらの状態をそのままにしておくことは、意欲を低下させることにもなります。いつもしていたことができない苛立ちから、こころに不安やストレスを蓄積することにもなります。

たとえ麻痺があっても、その人らしい身じたくを維持することが QOL の維持向上につながります。介護職としては、利用者の残存能力を活用しながら、できない部分を介助することで、意欲の低下を防ぎます。

表 2-34 ● 麻痺が身じたくに及ぼす影響の例

- ・麻痺があることで、いつものように着替えることができない
- ・好きな衣服を着られないため、着替えをあきらめてしまう
- ・食べこぼしがあるよごれた衣服でも、着替えが面倒に感じる
- ・麻痺があることで、いつものように歯みがきができない など

② 身体機能の低下が身じたくに及ぼす影響

▶▶ 老化にともなう眼の変化

老化にともなう眼の機能低下では、まず老視（老眼）があります。この変化では、近くのものが見えにくくなったり、眼が疲れやすくなったりします。老視は、水晶体の弾力性が低下することが原因とされています。

さらに高齢になると、角膜の周囲に灰色のリングのようなものが見えることがあります。これは老人環と呼ばれるもので、角膜周囲にコレステロールなどの脂肪成分が沈着することで起こります。視力に変化はなく、治療も必要ありません。

眼の周囲では、眼窩やまぶたの脂肪組織が減少するために、眼が落ちくぼんでいるようにみえます。まぶたを上げる筋力の低下によって、まぶたが下がったような印象を受けます。そのまぶたを上げようとして、前額部に皮膚のしわが寄りやすい状態も、老化にともなう変化といえます。

涙は眼の表面をうるおす重要なはたらきをもっていますが、一般的に老化にともなって涙腺が萎縮し、高齢者は若い人よりも涙の量が減る傾向にあります。

▶▶ 老化にともなう毛髪の変化

老化にともなう毛髪の変化は、個人差が大きく、遺伝やストレス、食事が関係しているとされています。男女別の変化をみると、男性ではまゆ毛が長くなり、人によっては耳毛もみられるようになります。一方、60 歳以上の女性ではわき毛がなくなるとされています。皮脂腺の大きさは変化しませんが、分泌は低

下します。エクリン腺も 15%減少するといわれています。

毛髪はその人の外観にかかわることで、こころへの影響も大きいものです。白髪が出る、毛髪の数が少なくなること地肌が見えるなど、外観の変化は老いを感じることにともなります。

ただし、人が自分の老いをどのように感じるかは千差万別です。そのため、前述のような変化を自分らしいおしゃれにする人もいれば、自分らしいおしゃれができにくくなるということに不安を感じる人もいます。不安を感じる人は、その不安によるこころの変化が社会性を低下させることになります。

▶▶ 老化にともなう口腔の変化

歯の数が減ることで、喪失した歯の機能は、義歯により代用されることが多くなります。義歯は、部分床義歯（局部床義歯）や全部床義歯（総義歯）など、利用者に残っている歯の状態によって選択されます。近年は、インプラント（人工歯根）技術も発達してきています。

味蕾は、舌以外の咽頭粘膜などにも分布していますが、老化にともなってその数が減少し、舌乳頭の萎縮が起きます。また、味覚中枢への神経経路にも老化にともなう変化が起きるので、年をとるとともに味覚は低下します。とくに、苦味や塩味の低下がいちじるしいとされ、高齢者は濃い味のものを好みやすくなります。

歯の数の変化、咀嚼力の変化、味覚の変化、唾液分泌量の変化は、相互に関係するはたらきをもっています。そのため、老化にともなう口腔の変化は、栄養をとる際の支障につながります。

また、歯がないと、発音がうまくできなくなったり、口のまわりのしわが目立ち、顔貌も変化したりすることがあります。さらには、義歯の手入れがうまくできないと、口臭を感じることもあります。これらのことが原因となり、人前で話すこと、人とかかわることを苦手に感じる場合があります。

老化にともなう口腔の変化がこころの変化を起し、社会性を低下させることにもつながります。

2. 変化に気づくための観察のポイント

① 衣服の着脱における観察のポイント

衣服着脱の介助は、利用者の全身を確認するうえで重要な機会となります。日ごろ、衣服で隠れている部分の皮膚の状態が、衣服を脱ぐことでわかることが多くあります。また、いつもなら自分で着脱ができる利用者が、手間どっていたり、着やすい衣服だけを選ぶようになったりしたときは、その原因は何なのか考えることも重要な視点になります。

表 2-35 ● 衣服の着脱における観察のポイント

- ・皮膚に赤みや、ほかの部位と異なる色調はないか（表 2-36）
- ・ひっかいたあとや傷はないか
- ・異常にジクジクした皮膚の状態でないか
- ・衣服のあとが強くついていないか
- ・痛みのある部分はないか
- ・動きにくいからだの部分はないか（しびれ感や物をつかみにくいなど）
- ・衣服に出血のあとや、かさぶたはついていないか
- ・異常な湿りや臭気はないか
- ・生活に変化はないか など

表 2-36 ● 皮膚の色の変化

皮膚の色や状態	考えられる状態など
赤い色をしている	褥瘡の初期段階・湿疹・虫さされ・やけど
青紫色をしている	チアノーゼ・転倒・打撲・圧迫・虐待

白っぽい色をしている	腹部紫斑は肝臓病などが想定される 貧血
黄色っぽい色をしている	黄疸、柑橘系の食べ物を多量に食べた
カサカサしている	老人性皮膚掻痒症・脱水症
湿疹がある	蕁麻疹・薬疹・アレルギー・疥癬
水疱がある	带状疱疹・やけど
熱っぽい	発熱・感染症
ジクジクしている	皮膚真菌症・疥癬

② 整容における観察のポイント

▶▶ 毛髪

毛髪に関する観察のポイントとしては、表 2-37 のような内容があります。

表 2-37 ● 毛髪に関する観察のポイント

- ・ 異常な抜け毛はないか
- ・ かゆみや痛みはないか
- ・ 周囲の皮膚の状態に変化はないか（赤くないか、周囲の色とのあいだに変化はないか）
- ・ 全身状態に変化はないか
- ・ 生活に変化はないか など

▶▶ 爪

爪は、からだの状態をよく表す部位でもあります。深爪や、巻き爪、陥入爪、不適切な爪切りにより、周囲の皮膚を傷つけることがあります。糖尿病のある利用者の場合、血液の状態から感染症にかかりやすく、かつ治りにくいという特徴をもっているため、爪だけではなく、周囲の皮膚の観察をすることが重要です。

表 2-38 ● 爪の変化と予測されること

どのような変化か	予測されること
爪の色 Half and half nail（爪のほぼ中央に白色帯が出た状態）	腎疾患
全体に白い爪	肝障害や低栄養、貧血など
青紫色の爪：チアノーゼがみられる状態	心疾患や呼吸状態の悪化など
爪の性状 巻き爪・陥入爪（足指の爪の側縁が指に食いこんだ状態）	老化 足に合わない靴
スプーン爪（爪がスプーン状になっている）	重症の貧血

バチ状爪（指先が太鼓をたたくバチのようになっている）	おもに心臓疾患
その他 爪の白濁・肥厚がみられる	爪白癬（水虫） 白癬菌を原因とする

③ 口腔清潔における観察のポイント

▶▶ 口腔内

口腔内に関する観察のポイントとしては、表 2-39 のような内容があります。

表 2-39 ● 口腔内に関する観察のポイント

・グラグラした歯はないか ・入れ歯は合っているか ・口臭はないか ・痛みはないか ・出血はないか ・周囲の口腔粘膜と異なる色調はないか（赤くないか、白くないか） ・食事量の変化はないか ・食事に対する嗜好に変化はないか ・食事に対する気持ちの変化はないか ・全身状態に変化はないか ・生活に変化はないか など
--

▶▶ 虫歯

虫歯とは、「歯の硬組織の軟化とくぼみの形成をともなう局所的な歯牙の外因性疾患」と定義されています。進行状況は **Caries**（カリエス）を略して「**C1～C4**」で分類されています（表 2-40）。虫歯をそのままにすると、全身疾患につながる場合もあるので、注意が必要です。

虫歯の原因には、①歯質、②細菌、③食べ物の 3 つがあり、この 3 つが重なると虫歯になります。②の細菌は歯垢（プラーク）のなかにあります。歯みがきは、これらの原因を抑えることにつながります。とくに、歯垢がたまりやすい歯と歯の境界部分や、奥歯の溝にみがき残しがないようにします。

表 2-40 ● 虫歯の進行状況

程度	状況	症状
C1	歯の表面、エナメル質	とくになし
C2	歯の内面、象牙質	水がしみるなど
C3	歯の中心部、歯髄	神経圧迫による痛みがある
C4	歯表面の欠損部分が広い。歯髄の内部まで放置すると歯根膜へと広がる	持続的な痛みや腫れ 全身症状としての発熱につながる場合もある

▶▶ 歯周病

歯周病とは、歯肉や歯を支える骨である歯槽骨など、歯の周囲組織に起きる病気をまとめた呼び方です。歯周病の原因も歯垢（プラーク）のなかの細菌です。とくに、歯周病では、歯と歯肉の境界部分に付着した歯垢が原因とされます。定期的に歯石を除去することが、歯周病の予防になります。

▶▶ 口腔内アフタ

アフタとは、丸く白い偽膜をもつ小さな潰瘍をいいます。周囲は赤く腫れていて、痛みがあります。

原因には、細菌、食べ物、アレルギー、ビタミン不足などがあります。

慢性再発性の全身炎症性疾患であるベーチェット病では、外陰部潰瘍、皮膚症状、眼症状のほかに、再発する口腔内アフタが特徴的な症状としてみられます。

3. 医療職との連携のポイント

① 皮膚にかゆみのある場合

高齢者は、加齢にともなって皮脂が欠乏することにより、からだの一部や全身にかゆみが生じることがあります。老人性皮膚掻痒症では、かゆみが原因で、不眠や食欲不振などの症状がみられる場合があります。清潔な寝具や衣服の用意、入浴時の洗い方、使用する石けんなどに注意することが必要です。しかし、症状が強い場合には、医療職と連携し、かゆみ止めなどの薬を処方してもらい、かゆみを抑えることも重要になります。

また、糖尿病や肝臓病、腎臓病のある利用者は、それらの病気が原因となって、かゆみが生じやすくなります。その際には、事前に対応方法を医療職と連携しておきます。

高齢者にかゆみはつきものという考え方は、疥癬などの感染症を見逃すことにもなりかねません。全身の皮膚の状態をよく観察し、医療職と連携することが重要になります。

② 発疹や水疱がある場合

皮膚の状態をみて気づきやすいのが発疹です。発疹は皮膚の変化の初期症状なので、見逃してはいけません。かゆみや痛みがないようであれば、まず経過を観察することが重要になります。一時的な場合もあり、症状がなくなれば問題はありません。

発疹の次に生じる皮膚の変化として水疱があります。圧迫ややけどを原因として生じる場合もあります。水疱をみつけたら、破らないようにします。水疱を破ってしまうと感染を生じる危険性があるので、水疱をみつけたら医療職と連携して対応します。

高齢者では、帯状疱疹がみられる場合があります。帯状疱疹は水疱のウイルスが加齢や疲労などを原因として、皮膚に発疹と水疱を生じさせ、神経痛様の痛みをともなう病気です。痛みがあってから発疹が出て水疱になっていきます。神経走行にそってからだの片側にだけ出る痛みの強い発疹の場合には、医療職に報告します。症状がなくなっても痛みが数年残ることがあります。痛みを訴える利用者には注意してその訴えを聞き、医療職と連携して経過をみる必要があります。痛みのための不眠や食欲不振に注意することも重要です。

③ 爪の色が青紫色になっている

1本の指の爪の色が青紫色になっている場合には、打撲など外的要因が考えられるので、周囲の環境や利用者に痛みの有無などを確認します。痛みがない場合には、医療職に報告し、経過をみるだけでもよい場合があります。

指全体の色が青紫色になっており、反対側の指もその状態で、口唇の色も青紫色であった場合には、すぐに医療職に連絡しましょう。青紫色になった爪は、チアノーゼがあるということで、血液中の酸素濃度の低下を示しています。利用者が苦しさなどを訴えていなくても、医療職への連絡が必要な状態です。

④ 口腔内の出血や口臭がある場合

口臭や出血がある場合は、歯周病の可能性があります。日ごろの歯みがきで改善できる場合と、できない場合があります。そのため、気がついたら口腔内の確認をするとともに、医療職に報告し、状態を確認してもらいましょう。その後、利用者に合った介助のポイントを共有していきましょう。

また、口腔内の出血が止まらずに続いたり、全身状態が悪くなったりするような場合には、ほかの病気があることも考えられます。「この利用者は出血するから」と自分だけの気づきにとどめておくのではなく、そのときの状態を記録に残しておくことも、介護職としては重要になります。

■ キーワードまとめ

キーワード	説明
老視（老眼）	加齢による水晶体の弾力性低下。近くのものが見えにくくなる。
老人環	角膜周囲に灰色のリング状のものが見える。コレステロールの沈着。治療不要。
Half and half nail	爪のほぼ中央に白色帯が出た状態。腎疾患が疑われる。
巻き爪・陥入爪	老化や足に合わない靴による爪の変形。周囲の皮膚を傷つけることがある。
スプーン爪	爪がスプーン状に変形。重症の貧血が疑われる。
バチ状爪	指先が太鼓のバチのように丸くなる。おもに心臓疾患が疑われる。
虫歯（カリエス）	C1～C4 の 4 段階で進行状況を分類。放置すると全身疾患につながる場合がある。
歯周病	歯肉や歯槽骨などの歯の周囲組織に起きる病気。歯垢（プラーク）の細菌が原因。
带状疱疹	水痘・带状疱疹ウイルスが加齢や疲労などを原因として再活性化し発症する。神経痛をともなう。
チアノーゼ	血液中の酸素濃度の低下を示すサイン。爪や口唇が青紫色になる。心肺疾患悪化などを示す。

■ 学習のポイント

- ① 認知症・意欲の低下・麻痺が身じたくに与える影響（表 2-33・2-34）を理解し、残存能力を活かした介助を考える。
- ② 老化にともなう眼・毛髪・口腔の変化を系統的に把握し、観察のポイントに活かす。
- ③ 衣服着脱時の皮膚観察（表 2-35・2-36）、毛髪・爪・口腔内の観察（表 2-37～2-40）を系統的に実施できるようにする。
- ④ 爪の変化（色・性状）が示す疾患のサインを理解する。特にチアノーゼ（青紫色爪）は即時の医療職報告が必要。
- ⑤ 带状疱疹・歯周病・虫歯の進行状況を理解し、発見時の医療職連携手順を把握する。

第 8 節 休息・睡眠における観察のポイント

1. 睡眠を阻害する要因の理解

① 加齢による睡眠の変化

▶▶ 睡眠時間の変化

一般的に、年齢を重ねると必要な睡眠時間は短くなる傾向があります。標準的な睡眠時間は 6 時間以上 8 時間未満ですが、高齢者の場合、運動量が低下してエネルギーの消費が少なくなるため必要な睡眠量は減少します。無理に長い時間眠ろうとすると、睡眠が浅くなり熟睡感が得られません。

▶▶ 睡眠比率の変化

布団に入っていた時間のうち、実際に眠っていた時間の比率を睡眠比率といいます。10～20 歳代では睡眠比率はほぼ 100%ですが、加齢とともに徐々に低くなり、80 歳代では 70～80%まで低下します。

▶▶ 概日リズムの変化

体内時計による概日リズムにも、加齢による変化がみられます。一般的に高齢者が早寝早起きの

は、概日リズムが変化したためです。早寝早起きが極端になり、夕方などの早い時間帯に眠気を感じて就寝し、夜中に目が覚めてしまう状態は、概日リズムの過剰な前進が原因と考えられています。

▶▶ 睡眠リズムの変化

脳を休息させるノンレム睡眠は、睡眠の深さ（脳波の活動性）によって4段階に区分されます。加齢により、睡眠ホルモンと呼ばれるメラトニンの分泌が減少すると、ウトウトした眠りの段階1と浅い眠りの段階2が増えて、深い眠りの段階3と最も深い眠りの段階4が減少します。その結果、夜中に何度も目が覚めたり、ちょっとした物音で目覚めたりするようになります。

② 心身の機能の変化が睡眠に及ぼす影響

▶▶ からだの予備力の低下

老化によりからだの予備力が低下すると、睡眠の質が低下する原因になることもあります。

加齢とともに腎機能が変化したり、膀胱容量が減少したりすると、睡眠中にトイレに起きる回数が増えます。一般的に、眠っているあいだはトイレに行かなくても大丈夫のように尿が濃縮されて量が減りますが、高齢者の場合、夜間の尿の濃縮が不十分だったり、膀胱に十分な量の尿をためることができなくなります。睡眠中にトイレに起きる回数が増えると、睡眠が妨害され、眠りが浅くなります。

▶▶ 老年期のこころの問題

睡眠は、こころの問題とも関連しています。日常生活上の問題や精神的なストレスが原因となって、一時的に不眠になることがあります。

老年期に直面しやすいこころの問題には、老化に対する不安やとまどい、さまざまな喪失体験、病気の悩みや苦しみなどがあります。これらの問題がストレスとなって、不眠やうつ病を招くこともあります。

また、眠れない経験をくり返すと不安になり、眠れないことに対する心配が不眠を引き起こしていることがあります。「眠らなくては」と努力することで神経が興奮し、かえって眠れなくなってしまう、不眠が悪化したり慢性化したりします。このような状態を精神生理性不眠と呼びます。

③ 病気や障害が睡眠に及ぼす影響

▶▶ 身体的な要因

身体疾患にともなうかゆみや痛み、呼吸困難などがあると、睡眠が妨害され、不眠をもたらすことがあります。原因となる身体疾患としては、表2-41があげられます。

また、睡眠時無呼吸症候群は、睡眠中に無呼吸の状態が頻繁に生じる病気で、肥満体型の男性に多いという特徴があります。無呼吸から呼吸再開時に目が覚めてしまうため、長く睡眠をとっていても熟睡できません。症状が軽いときは夜中に目が覚めることを自覚している人もいますが、進行してくると目が覚めていることに気づくことはなくなります。知らないうちに極度の睡眠不足になり、日中に過剰な眠気や居眠り、集中困難が生じます。

表2-41 ● 睡眠をさまたげる身体疾患

- ・ 狭心症や心筋梗塞による胸苦しさ
- ・ 前立腺肥大による残尿、尿路系の刺激
- ・ 腰痛や神経痛、関節リウマチなどによる痛み
- ・ 慢性閉塞性肺疾患（COPD）や気管支喘息による咳、呼吸困難
- ・ 皮膚炎、疥癬、糖尿病による掻痒感（かゆみ）

▶▶ 精神的な要因

うつ病や神経症性障害、統合失調症などの精神疾患には不眠などの睡眠障害がともないます。うつ病では、朝早く目が覚めてそのあと寝つけなくなる早朝覚醒や、夜中に何度も目が覚める中途覚醒、朝に離床することが困難になるなどの症状があらわれる傾向があります。

アルツハイマー型認知症やパーキンソン病、脳血管障害などの脳器質性疾患にも、急性あるいは慢性の不眠が起こることがあります。

▶▶ 薬物的な要因

身体疾患の治療のために服用する薬剤のなかには、副作用として不眠を引き起こすものがあります。原因となる薬剤としては、抗パーキンソン病薬（レボドパ、アマンタジン）、降圧薬、副腎皮質ステロイド、消炎鎮痛剤、気管支拡張剤などです。

また、副作用として日中の眠気や過眠をきたす薬剤もあります。抗ヒスタミン作用のある風邪薬、抗アレルギー薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗精神病薬などのなかには、過眠を引き起こすものもあるため注意が必要です。

▶▶ 睡眠障害

睡眠と覚醒に関するさまざまな病気を睡眠障害と呼びます。

睡眠障害のなかでもっとも多いとされているのが、不眠症です。不眠症とは、その人の健康を維持するために必要な睡眠時間が量的あるいは質的に不足して昼間に強い眠気が起こり、そのために社会生活に支障をきたしている状態をいいます。必要とされる睡眠時間には個人差があるため、一般的に短いとされる睡眠時間であっても、本人に目覚めたときに満足感があり、昼間も活動できるようであれば不眠症とは呼びません。

不眠症の種類には、表 2-42 のようなものがあります。これらの症状が数日間持続する状態を一過性不眠、ストレスや身体の病気などにより 1～3 週間ほど続く状態を短期不眠、さまざまな理由により 1 か月以上続く状態を長期不眠と分類することもあります。

また、過眠症では、夜間の睡眠時間は十分なはずなのに、日中に強い眠気におそわれて日常生活に支障をきたします。代表的な過眠症には、日中に突然強い眠気が出現して眠りこんでしまうナルコレプシーがあります。日中の過剰な眠気は日常生活や社会生活に支障をきたすだけでなく、転落や転倒などの事故の原因にもなるため専門機関での検査や治療が必要です。

表 2-42 ● 不眠症の種類

- | | |
|--------|---|
| ① 入眠障害 | 布団に入ってから、寝つくまでに 30～60 分以上かかる状態が慢性的に続く。入眠困難ともいう。 |
| ② 熟眠障害 | 睡眠時間は十分でも、よく眠ったという満足感が得られない症状が続く。 |
| ③ 中途覚醒 | 夜中に何度も目が覚める状態が続く。睡眠中に何度もトイレに行きたくなるなどの症状を訴える人も多い。睡眠維持困難ともいう。 |
| ④ 早朝覚醒 | 早朝（午前 3 時や 4 時）に目が覚めてしまい、まだ睡眠が足りないにもかかわらず、それ以降眠れなくなる症状が続く。 |

2. 変化に気づくための観察のポイント

① 睡眠における観察のポイント

▶▶ 日中の眠気

必要な睡眠が十分にとれているかどうかは、日中の眠気の有無で判断できます。実際の睡眠時間が短めでも、日中の眠気がなければ必要な睡眠がとれているといえるでしょう。実際の睡眠時間が長くても、日中の眠気や居眠りで困っている場合は対策が必要です。

▶▶ 睡眠中の異常行動

睡眠中にあらわれる心身の変化は、専門的な治療を要する病気のサインである場合があります。

周期性四肢運動障害では、睡眠中に上肢や下肢が勝手にピクピクと動くこと（不随意運動）により、睡眠が浅くなり、中途覚醒を引き起こします。

レストレスレッグス症候群は、むずむず脚症候群とも呼ばれています。睡眠中の不随意運動がひどくなり、「むずむずする」「痛がゆい」という異常感覚が下肢を中心に起こります。下肢を動かしたいという強い衝動が出現し、布団のなかで脚を動かしたり、足踏みを続けたりして不眠になります。

レム睡眠行動障害は、夢のなかでの行動が実際の寝言や動作としてあらわれ、睡眠中に突然大きな声

で話したり、手足を動かして暴れだしたりします。パーキンソン病の人やレビー小体型認知症の人によくみられます。

▶▶ 睡眠中の異常呼吸

睡眠中の呼吸停止や激しいいびきは、睡眠時無呼吸症候群などの呼吸に関連した病気の可能性があります。睡眠中に異常呼吸があると熟睡できず、日中に強い眠気や居眠りが生じます。

▶▶ 睡眠日誌

睡眠の状態や原因について確認する方法に睡眠日誌があります。睡眠日誌では、睡眠の状態を1週間から10日間記録します。医療職に相談するときや、医療機関にかかるときにも役立ちます。

② 変化にともなって必要とされる対応

▶▶ 夜間に異常な行動や現象がある場合

夜間の異常な行動の原因は、周期性四肢運動障害、レストレスレッグス症候群、レム睡眠行動障害などの特殊な睡眠障害、てんかん、薬剤の副作用、せん妄などが考えられます。また、認知症などで脳の機能が低下している人が、ベンゾジアゼピン系の睡眠薬を服用すると、そのためにせん妄状態を生じてしまうことがあります。幻覚や妄想が生じて、精神的に落ち着かなくなることもあります。

不眠以外に異常な行動や現象がある場合には、医療機関で診察・検査をする必要があります。

▶▶ 日中にきちんと目覚められない場合

服用している薬剤がある場合、その副作用が考えられます。睡眠薬を服用しているときは、睡眠薬の効果が日中にまでもち越して、日中に眠気が出ることがあります。薬剤が原因と考えられるときには、かかりつけ医に症状を伝え、薬剤の変更や減量、あるいは中止することによって、睡眠の問題は改善します。

薬剤の影響のほかにも、就寝前のカフェインやアルコールの摂取、持病の症状など、何らかの原因で睡眠が浅く慢性的な睡眠不足の状態になっていると、日中目覚めていられなくなります。また、睡眠時無呼吸症候群やナルコレプシーでは、日中に強い眠気が出現します。

▶▶ 昼夜逆転の場合

昼間と夜間が逆転してしまい、夜間は眠くならず、日中に眠る状態です。日中の活動が少ないと睡眠の必要性が減り、昼夜逆転しやすくなります。また、日中に外出できないと光を浴びないために、体内時計のリズムがくずれてきます。1～2時間でも日中に外出したり、日光を浴びるようにすると、体内時計が修正されます。

▶▶ うつ病が疑われる場合

うつ状態では早朝覚醒や中途覚醒などの不眠や、過眠などの症状がみられます。睡眠障害にともなって、日中の気分の落ちこみ、意欲や集中力の低下、不安感、食欲不振などがみられる場合にはうつ病が疑われます。

早めに精神科医を受診して、うつ病の治療を優先します。

3. 医療職との連携のポイント

① 必要な情報をそろえて相談する

睡眠における変化に気づいたときには、医師や看護師、保健師などに相談し、連携をとることが必要になります。相談する前に、観察したり、アセスメントを行ったりして、必要と思われる情報をそろえましょう。これらの情報とともに介護職の気づきを伝え、医療職の考えを聞きましょう。

▶▶ アセスメント

睡眠の状態やこころとからだの状態を把握するだけでなく、生活習慣・睡眠環境などのライフスタイルからもアセスメントすることが必要です（表 2-43）。

睡眠に問題がある場合、それが急に起きたものなのか、あるいは、少しずつ時間をかけて生じたものかを確認します。急に起きた場合は、からだの状態の急激な変化や服用している薬の影響などが考えられます。逆に、少しずつ時間をかけて生じた場合は、慢性の病気や、環境、ストレス、習慣などが原因になっていることが考えられます。

表 2-43 ● アセスメントのポイント

項目	ポイント
睡眠の状態	・睡眠時間と熟睡度 ・問題となる症状の出現時期と頻度 ・睡眠に関する本人からの訴え
からだの状態	＜病気＞ ・既往歴と現病歴 ・睡眠をさまたげる痛みやかゆみなどの症状 ＜薬剤＞ ・服用している薬品名（処方薬、売薬）
こころの状態	・かかえている悩み ・不安に思っていること ・負担に感じていること ・イライラしてしまうこと ・最近とくにつらかったこと
ライフスタイル	＜生活習慣＞ ・起床時間と就寝時間 ・食事の時間と食事量 ・入浴の仕方と入浴時間 ・カフェインを含む飲み物の習慣 ・喫煙や飲酒の習慣 ・運動の習慣 ＜睡眠環境＞ ・寝室の環境 ・寝具や寝衣
家族介護者が気づいたこと	・睡眠中の様子（呼吸や行動の異常） ・日中の様子

② 緊急対応が必要な例

いつもと違う睡眠が観察されたときは注意が必要です。睡眠中の異常行動や異常呼吸、日中の強い眠気や居眠りなどがみられる場合には、早めに医療職に相談しましょう。

睡眠中の変化には、表 2-44 のような病気の可能性があります。

表 2-44 ● 睡眠中の変化と可能性のある病気

睡眠中の変化	可能性のある病気
激しいいびき・呼吸停止	睡眠時無呼吸症候群など
上肢や下肢が勝手にピクピク動く	周期性四肢運動障害など
下肢のむずむず感	レストレスレッグス症候群など
大きな声で叫ぶ、暴れる	レム睡眠行動障害、レビー小体型認知症など
早朝に目が覚める	不眠症、うつ病など

■ キーワードまとめ

キーワード	説明
睡眠比率	布団に入っていた時間のうち、実際に眠っていた時間の比率。10～20 歳代はほぼ 100%、80 歳代では 70～80%に低下。
概日リズム（サーカディアンリズム）	約 24 時間周期の体内時計。加齢とともに変化し、高齢者では早寝早起きになりやすい。
ノンレム睡眠	脳を休息させる睡眠。深さによって 4 段階に分類。加齢でメラトニン分泌が減少し、深い眠り（段階 3・4）が減る。
不眠症の 4 種類	①入眠障害、②熟眠障害、③中途覚醒、④早朝覚醒。数日間持続を一過性、1～3 週間を短期、1 か月以上を長期不眠と分類。
睡眠時無呼吸症候群	睡眠中に無呼吸の状態が頻繁に生じる病気。肥満体型の男性に多い。日中の強い眠気の原因となる。
周期性四肢運動障害	睡眠中に上肢や下肢が勝手にピクピク動き、中途覚醒を引き起こす。
レストレスレッグス症候群	むずむず脚症候群とも呼ばれる。下肢に「むずむずする」「痛がゆい」という異常感覚が起こり不眠の原因となる。
レム睡眠行動障害	夢の中での行動が実際の寝言や動作としてあらわれる。パーキンソン病やレビー小体型認知症の人によくみられる。
ナルコレプシー	日中に突然強い眠気が出現して眠りこんでしまう過眠症の代表。転落・転倒事故の原因にもなる。専門機関での検査・治療が必要。
精神生理性不眠	眠れない経験をくり返すと不安になり、眠れないことへの心配が不眠を引き起こす悪循環の状態。

■ 学習のポイント

- ① 加齢による睡眠の変化（睡眠時間・比率・概日リズム・ノンレム睡眠の変化）を系統的に理解する。
- ② 不眠症の 4 種類（入眠障害・熟眠障害・中途覚醒・早朝覚醒）を覚え、それぞれの特徴を区別する。
- ③ 睡眠中の異常行動（周期性四肢運動障害・レストレスレッグス症候群・レム睡眠行動障害）と対応を把握する。
- ④ 昼夜逆転・うつ病・薬物の影響など、変化にともなう対応パターンを理解する。
- ⑤ アセスメント（表 2-43）の 4 項目（睡眠状態・からだの状態・こころの状態・ライフスタイル）を網羅して医療職に伝える。

第 9 節 人生の最終段階のケアにおける観察のポイント

1. 終末期の理解

① 終末期への取り組み

高齢化の進展とあわせ社会保障制度が大きく変わり、団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となる 2025（令和 7）年に向けて、厚生労働省は、地域包括ケアシステムを推進しています。その内容には、「重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」ことが含まれています。予防から介護まで、医療と連携しながら、利用者の住まいで、生活支援とあわせて介護を提供することは、介護職の専門性が発揮される場面です。その人らしく最期まで住み慣れた地域で暮らすことを支えることは、死に向かうプロセスを支える終末期ケアへの取り組みといえます。

最期までその人らしく、尊厳を大切にしながら過ごすことの支援は、人生のなかで大切にしてきたことや日々の生活でのこだわりなど、一人ひとりの価値観を知ることから始まります。そのことは、介護するうえで基本となるアセスメントそのものです。終末期ケアは、アセスメントを通じた個別性の理解から始まるのです。

② 看取りの現状

高齢者人口の増大で今後死亡者数が増えていくことから、終末期ケアのあり方がより重要になっていきます。終末期ケアを行う場所についての現状は、日本人の死亡場所の約 8 割は病院や診療所で、約 2 割が自宅や施設となっています。しかし、「完治が見込めない病気の場合に迎えたい最期の場所」については、「自宅」が 51.0%と最も多く、次いで「病院・介護療養型医療施設」が 31.4%という結果が出ています（図 2-48）。

地域包括ケアでは、住みなれた地域で、最期まで自分らしい暮らしの継続を推進しているため、今後自宅での看取りのニーズが増えていくと考えられます。このことから、人生の最期の時間をどこでどのように過ごしたいのか、日常のケアのなかで利用者の本当の気持ちをつかむことが大切になります。

③ 終末期の医療・ケアの決定プロセス

高齢化が進むと同時に多死社会への対応が必要となります。地域包括ケアシステムによって、住み慣れた地域で最期までその人らしく過ごすことを支えるため、より身近な地域ごとに取り組みが求められています。これまで病院で迎えることが多かった、人生の最期の時間を過ごす場所について、在宅や施設での看取りができるよう、しくみが整えられてきました。

厚生労働省の検討会によって 2018（平成 30）年 3 月に改訂された「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」や、医療従事者だけでなく、広く国民にも理解を求め推進するための ACP 普及・啓発リーフレットも作成されました。

リーフレットによると、命の危険が迫った状態になると、約 70%の人が医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができなくなるといわれています。どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスでは、本人の病状の変化や家族の介護状況によって考えが変化することも十分に考えられます。状況の変化にともない気持ちが揺れ動くことも想定して、話し合いはくり返し行われることが重要になります。迷いや気持ちの揺れに寄り添いながら、その人らしさが尊重されるようにケアチームの一員としてかかわるようにします。

表 2-45 ● 人生の最終段階における医療・ケアのあり方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含め、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

④ 終末期のアセスメント

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」では、医療職ではな

く、医療・介護従事者、医療・ケアチーム、と記されています。本人の生活に寄り添う専門職として、意思決定を支えることの意義を考え、自分自身で考えたり、施設・事業所内で話し合ったりするなど、日ごろから準備を心がけましょう。看取り経験のない介護職は、不安になることがあるかもしれませんが、看取りは1人で支えるのではなく、家族を中心としたさまざまな職種との連携が必要です。そのため、介護職同士や他の専門職との話し合いの場を積極的につくることで、多様な考え方がわかり、自身の死生観をはぐくむことにもつながります。

人生の最終段階について考えることは、どのように生きていくかを考えることになり、家族はどのように介護をしたいのか、どこまでできるのか、家族の思いや介護力も含めてアセスメントする機会にもなります。介護職は、日常の介護場面を通して、今後の人生の最終段階の意思決定に向けて、本人や家族の思い、大切にしていることを観察しアセスメントすることが求められます。

たとえば、本人は「〇〇が好きだとおっしゃっていました」「〇〇しているときは、うれしそうにしていました」と利用者の思いを代弁することや、「〇〇と話しておりましたが、ご家族はどのように思われますか？」と、家族の意思を引き出すようなコミュニケーションをすることも、大切な介護です。

2. こころのしくみ

① 死に対するこころの変化

▶▶ 死生観

人の価値観が多様であるように、死に対する考え方も人それぞれ異なります。「1日でも長く生きてほしい」「できる限りの治療をしてほしい」「延命治療よりも苦痛の緩和をしてほしい」「最期は家族といっしょに過ごしたい」など、死生観には物事の考え方や価値観が反映されます。また、どのようにしたいのかという考え方は本人と家族の間で意見が異なる場合や、同居家族と別居家族の間で意見の食い違いがあることもあります。心身の状態の変化によっても、本人や家族の気持ちが変わることもあります。大切にしたい思いに寄り添いながら、今どのような状況なのかをていねいに把握しようと努める誠実な姿勢が大切です。

▶▶ 終末期の心理状態

アメリカの精神科医、キューブラー＝ロス（Kübler-Ross, E.）は、終末期にある人の心理状態は、「否認」「怒り」「取り引き」「抑うつ」「受容」の5つの段階をたどると説明しています（表2-46）。ただし、すべての人がこの段階を経るとは限らず、また、受容する人ばかりではありません。

このような心理状態では、やりきれない思いや不安や恐怖が言動となってあらわれて、そばにいる家族や周囲の人にとっても苦しい状況です。こころの変化があることを理解して、心情を察しながら少しでも苦痛が緩和できるように心がけます。

表2-46 ● 終末期にある人の心理状態（キューブラー＝ロスの5段階）

段階	説明
否認（孤立）	「自分が死ぬはずがない」「何かの間違いだ」と、死の運命の事実を拒否し否定する段階。周囲から距離をおくようになる。
怒り	死を否定しきれない事実だと自覚したとき、「なぜ私が死ななければならないのか」と問い、「死」に対して強い怒りの感情があらわれる段階。
取り引き	「神様どうか助けてください」「病気さえ治るなら何でもします」など、死の現実を避けられないかと、取り引きをするかのように神にすがろうとする状態。
抑うつ	取り引きが無駄だと認識して、何をしても「死は避けられない」とわかり、気持ちが滅入って、抑うつ状態になる。
受容	「死はだれにでも訪れる自然なことだから、受け入れよう」と、死を受容しこころおだやかになる。

▶▶ こころの揺れ

終末期には、身体的な痛みや不安、恐怖などさまざまな苦痛によって、「こうありたい」「こうした

い」と思っていた気持ちが変わることがあります。また、家族が不安になって、最期まで見取ることがむずかしくなることもあります。このように本人や家族の気持ちの揺れが生じていることを理解したうえで、その気持ちにつきあいながら介護する心構えも大切です。

死に対する不安や恐怖が少しでも軽減するための精神的なケアも大切な介護です。本人のしてほしいこと、してほしくないこと、残された時間をどのように過ごしたいのか、少しでも心地よくいられるように、こころおだやかに過ごせるように、誠意をもってこころに寄り添います。孤独感やさびしさを感じないように、家族や友人など身近な存在の人たちと相談しながらかわることも、看取りの体制を整えることになります。本人が納得するように、見送った家族が後悔しないように、その時々で精いっぱいことができるように支援します。

▶▶ 家族の心理

終末期のケアでは、本人だけでなく、身近な家族もつらい状況におかれるため、家族にも目を向ける必要があります。自宅での看取り経験がない家族は、この先どのような経過で死に向かうのかイメージできずにいるため、さまざまな症状や変化が起きたときに動揺して冷静な判断ができなくなることがあります。また、医師の説明に対して「わかりました」と答えていたとしても、実はわかっていないこともあります。説明を聞いてどのように感じたのか、心配なことはないか、家族が気持ちを表出できるように意図的なコミュニケーションをとることが不安を取り除くことにもつながります。

また、介護職は家族が疲弊している姿を目にすると、介護負担を軽減するために、できるだけ介護をゆだねてもらい少しでも休んでもらおうと考えがちです。しかし、家族にとって少しでも後悔が少なく、「十分にやってあげられた」と感じることができるよう、家族の様子を気づかいながらも、家族が介護に参加できるようにすることを忘れてはいけません。残された時間が充実したものであるように、多職種で連絡を取り合いながらきめ細かく支えていくようにします。

3. 終末期から危篤状態の変化の特徴

① 終末期における家族の変化

終末期は、死に向かい症状が不安定になる時期で、これまで行ってきたケアに対して、家族は「これでよいのだろうか」と不安になり、動揺することがあります。家族が落ち着いて最期までケアができるように支援することが大切です。看取りの時期になっていることを家族が受け入れられない場合もあります。ケアのときに、今起こっていることは自然な看取りのプロセスであることを伝えたり、医師や看護師から説明を受けられるように、家族の不安な様子を伝えたりすることも大切な役割です。そして、家族が看取りに向き合っていけるように、いっしょに支えていくことを伝え、不安を軽減することも介護の1つです。

終末期には、家族が利用者の死を少しずつ受容していけるようにかかわることが大切です。そのためには、身体機能の変化と死に向かうプロセスを学び、さまざまな変化に対応するための準備が必要です。準備としては、知識だけではなく、心構えも大切です。人生の終焉という尊い場面に接することの責任の重さの覚悟をしたうえで、自分の経験していない死に向かうプロセスを学ばせていただく、といった真摯な姿勢で介護を実践することが、自分なりの死生観をはぐくむことにもなります。

② 終末期の変化の特徴

終末期には、利用者の全身状態が急速に変化します。そのため、前回かかったときと違う、何となく様子が違うなどと気になるときは、昨日はどうだったのか、いつからこのような状態になったのか、かわる多職種で確認することが大切です。それにより、ケアチーム全体で情報を共有することができ、ケアチームの連携が深まり、利用者や家族にとっても安心や信頼につながります。命の終わりの診断をするのは医師ですが、その判断をするために必要な情報を伝えることも介護職の重要な役割です。

表 2-47 のような変化を早期に発見し、適切に対応するためには、もっとも身近な介護職が日々の状態を観察するとともに変化の状況を記録し、迅速に報告することが大切です。

表 2-47 ● 終末期の変化の特徴

- ・身体機能の変化が全身に及ぶ。

- ・身体機能の低下とともに介護量が増える。
- ・身体的、精神的に家族の負担が増える。

③ 終末期における身体状況の観察

▶▶ バイタルサインの変化

(1) 体温

脱水によって発熱している場合もありますが、死が近くなると、体温は低下し、四肢冷感がみられます。清拭や排泄ケアなど肌に触れる介護場面で意識して観察することで気づくことができます。

(2) 脈拍・血圧

心臓の機能が低下するため、脈拍のリズムは乱れ、脈が弱くなり、手首（橈骨動脈）では触れにくくなります。また、血圧も下降し、徐々に測定できなくなります。

(3) 呼吸

呼吸の間隔が不規則となり、深さも乱れてきます。死の直前には呼吸のパターンが変化することがよくあります。たとえば、チェーンストークス呼吸や下顎呼吸などがみられます。これらの苦しそうな様子を見て家族は不安になり、あわててしまうことがあります。介護職は、このような呼吸状態は自然の変化であり、苦しみのあらわれではないことを家族に伝え、見守ることも大切です。また、状態の変化に関しては、医師や看護師に報告し、時間と状態を記録します。

なお、呼吸が浅くなると、脳も低酸素状態になり、体内モルヒネが分泌されるため苦痛がやわらいできます。

(4) チアノーゼ

呼吸や循環状態の低下から酸素欠乏になり、皮膚や粘膜が青紫色になります。とくに、口唇や爪で目立ちます。呼吸状態とあわせて観察しましょう。

(5) 意識状態

覚醒時間・反応が低くなり、声をかけてもウトウトしているなど、目を閉じている時間が長くなり、名前を呼んでも反応しなくなります。覚醒状態の観察は、食事のときに食器や箸を把持できなくなり落したり、食べ物を口の中に入れたまま眠ってしまうなど、日常の介護の場面でも気づくことができます。

死が近づいてくると意識が低下し、ウトウトしている時間が長くなります。呼びかけても反応しないことがあります。動けなくなり、反応がなくなっても最期まで耳は聞こえているといわれており、手をにぎって呼びかけるなど、最期まで、できることがあることを家族に伝えます。

最期まで意識がはっきりしている場合があります。人間としての尊厳を大切に、本人を目の前にした会話の内容には十分留意します。

(6) 死前喘鳴

死に直面している場合や衰弱がひどく、喀痰を自力で出せない場合には、分泌物が下咽頭にたまるため、喉の奥で、ゼロゼロ、ヒューヒューという音を発しながら呼吸をします。死前喘鳴があらわれる死に直面した時期には、通常、意識は低下し、本人は苦痛でないことが多いのですが、家族にとっては、「苦しんでいるのに何もできない」という思いにかられるなど、つらい場面であることを十分理解して、言葉をかけるなどの配慮が大切です。

図 2-49 ● 終末期の身体状況の観察（主要サイン）

【意識状態】意識低下、ウトウト、呼びかけへの反応が弱い

【死前喘鳴】喉の奥で、ゼロゼロ、ヒューヒューという音

【体温】体温低下、四肢冷感

【排泄】尿量減少

【チアノーゼ】皮膚や粘膜が青紫色、口唇や爪で目立つ

【呼吸】呼吸間隔が不規則で深さの乱れ、チェーンストークス呼吸、肩呼吸、下顎呼吸など

【脈拍・血圧】脈拍リズムの乱れ・微弱、血圧下降

▶▶ 食事・水分量の減少

食事や水分の摂取量が徐々に減り、食べるときと食べないときのムラが出たり、食べられないことが増えてきます。また、食事のペースが遅くなる、口の中に入れても飲みこまずにためこんだり舌で吐き出したり、咀嚼や嚥下ができなくなってきました。少量で栄養がとれる高カロリー食や、トロミをつけて飲みこみやすく工夫するなど状態に合わせた栄養補給の方法を検討します。食欲の減少は栄養状態の低下に影響するため、食事以外の全身状態の変化も気をつけて観察します。食事や水分の摂取量の減少にともない、体重も減ってくるため、体重測定をしていない場合でも、「見た目がやせた」などの観察で気づくことができます。

食べられなくなると、「このまま何もしなくてよいのか、少しでも食べられないか」と心配になりますが、死に近づいていくプロセスであることを理解していれば、無理に食べてもらおうとするのではなく、受け入れて見守ることも介護であることを家族に伝えることができます。「食べたくない、食べ物が喉を通らない」と話したときに、単なる拒否と思わず、死が近づいたことによる変化の可能性も念頭に入れ、最近の様子を家族に詳しくたずねるなど日常のケアからの観察が大切です。

▶▶ 排泄の変化

(1) 尿量の減少

腎臓機能の低下や、食事・水分量の減少による脱水などの影響から、尿量が減少していきます。食事や水分量が減少したときには排泄にも合わせて観察し、24時間通してどのくらいなのかを見るために、自分がかかわったときだけではなく、ほかの時間・ほかの人がかかわっているときはどのくらいだったのか、情報を集めます。記録を確認したり、家族に具体的にたずねるなどして、継続的に把握する視点が大切です。

(2) 便秘・下痢

食事・水分量の減少による栄養状態の低下や脱水は、排便にも影響します。痛みを緩和するためのモルヒネなど薬剤の影響で便秘になっていることもあります。また、消化機能の低下から下痢になることもあります。排泄状態の変化の原因を確認するためにも、医師や看護師などの医療職にも報告・相談します。

排泄状態の変化を情報共有する方法は、家族を通しての伝達や、記録、電話やFAX、メールなど、介護の環境やかかわり方に合わせて効果的な手段で行います。また、体力やADLが低下すると排泄の介助が必要になりますが、「トイレだけは自分で行きたい」「はっでも自分で行きたい」など、尊厳にかかわるデリケートな問題であることを忘れてはいけません。羞恥心に配慮しながら、可能な限り利用者が望む排泄方法を継続できるように、ポータブルトイレや尿器など福祉用具の活用や介護環境の調整も視野に入れて多職種で話し合うことが大切です。

▶▶ 不眠

痛み・吐き気・呼吸困難・不安などの症状は、睡眠にも影響するため、不眠に対しては、室温・換気・照明などの環境を整え、落ち着いて眠れるように配慮します。

人によっては、夜の静かな環境で不安を感じる場合もあります。利用者が不眠である場合、介護している家族も不眠になっていることがあるため、家族の様子にも気を配ります。

痛みや不安で眠れないときには、痛みを緩和するために睡眠薬が処方される場合があります。睡眠薬を服用しているときには、夜間トイレに歩こうとしたときにふらついて転倒しないように手すりを活用したり歩行を見守るなど、注意が必要です。不眠の原因と対応を考えるときには、本人の状態とあわせて、家族の介護量や疲労の度合いもアセスメントする必要があります。

▶▶ 褥瘡

褥瘡の主な原因は、圧迫、摩擦、ずれですが、終末期には、体力や身体機能が低下して、自分で寝返りできなくなり、臥床して過ごす時間が多くなります。そして、関節の拘縮や栄養状態の低下からやせて骨が突出すると、圧迫されて褥瘡ができやすい原因になります。

褥瘡の予防として、長時間の圧迫や同一姿勢を避け、状態のよいときにはいすや車いすに座るなど、離床をうながすことも大切です。排泄の介助のときには、紙おむつが長時間濡れてよごれた状態になっていないか、体位変換や更衣、清潔ケアのときなどに、皮膚の状態を注意深く観察します。痛みを訴えたときには、骨突出部の皮膚の圧迫、ずれ、発赤などがないかいていねいに観察することで、早期発見や対応ができるのです。

とくに、むくみがひどいときや、抗がん剤やステロイドなどの薬の影響で免疫力が低下している場合には、皮膚に負担をかけないように、ゆっくりと優しくケアするように気をくばります。

褥瘡の好発部位を意識して観察し、皮膚状態の変化に気づいたときには早急に医療職に報告し、適切な治療が受けられるように連携をはかります。また、介護支援専門員（ケアマネジャー）や看護師、福祉用具専門相談員といっしょに床ずれ防止用具を検討するなど、ケアチームで悪化の予防に努めることも大切です。

■ キーワードまとめ

キーワード	説明
地域包括ケアシステム	重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するしくみ。
ACP（アドバンス・ケア・プランニング）	もしもの時のために、本人と家族・医療ケアチームがあらかじめ話し合い、今後の医療・ケアについて意思決定を支援するプロセス。ACP 普及・啓発リーフレットも作成されている。
死生観	死に対する考え方・価値観。「できる限り長く生きてほしい」「苦痛なく逝かせてほしい」など人によって異なる。
キューブラー＝ロスの 5 段階	①否認（孤立）→②怒り→③取り引き→④抑うつ→⑤受容。終末期にある人の心理状態の変化モデル。すべての人が全段階を経るとは限らない。
チェンストークス呼吸	死の直前に多くみられる呼吸パターン。浅い呼吸が徐々に深くなり、また浅くなって無呼吸になるサイクルをくり返す。
下顎呼吸	死の直前にみられる、顎だけを動かすような途切れ途切れの呼吸。
死前喘鳴	死に直面した状態で、喉の奥にたまった分泌物が呼吸のたびにゼロゼロ・ヒューヒューと音を出す状態。
看取り	施設や在宅で、終末期にある人を最期まで見守り、その人らしい死を支えること。

■ 学習のポイント

- ① 地域包括ケアシステムと ACP の意義を理解し、終末期ケアにおける介護職の役割を把握する。
- ② キューブラー＝ロスの 5 段階（否認→怒り→取り引き→抑うつ→受容）を理解し、こころの揺れに寄り添う姿勢を持つ。
- ③ 終末期の身体変化（バイタルサイン・チェンストークス呼吸・死前喘鳴・チアノーゼ・意識低下）を観察できるようにする。
- ④ 食事・水分量の減少、排泄変化（尿量減少・便秘・下痢）、不眠、褥瘡の各観察ポイントと対応を理解する。
- ⑤ 終末期は本人だけでなく家族へのケアも重要。家族の心理的变化を理解し、多職種連携で支える体制をつくる。

第 4 巻 第 3 章 老化に伴うこころとからだの変化

（発達と老化の理解 I）

【到達目標】 ● 老化に伴う心理的な変化の特徴と日常生活への影響を理解している。 ● 老化に伴う身体機能の変化の特徴と日常生活への影響を理解している。

第1節 こころの変化と日常生活への影響

1. 老化が及ぼす心理的影響

▶▶ ① 老化による心理や行動を理解するための視点

老化は時間経過（加齢）にともなう生理的機能の低下（生物学的老化）としてとらえられがちです。しかし、高齢者を取り巻くさまざまな社会的側面の変化も、高齢者の生活機能に大きな影響を与えています。

また、加齢によって生じる老化現象に病気やけがなどが加わると、さらに強く心理や行動に影響を与える要因となります。

▶▶ 高齢者を個人として理解する視点

一般的には「高齢者とはこのような人だ」というイメージをもちがちです。このような「高齢者とは…」という一律な考え方はステレオタイプと呼ばれ、一人ひとりの高齢者の個別的な心理的理解のさまたげになる場合があります。

年齢によるステレオタイプにもとづいた態度や行動をとることは、エイジズム（年齢による差別）と呼ばれています。高齢者とコミュニケーションをはかったり、支援をしたりするときにはエイジズムにおちいらず、個人を理解する視点が非常に重要です。

ステレオタイプ	ある集団の成員全般に対する認知・信念など。実際にはどんな集団でも個人差があり、そのステレオタイプが全員にあてはまることはないが、ステレオタイプが集団の全員にあてはまると考えがちである。
エイジズム	年齢による差別のこと。高齢者を年齢だけで一律に判断し、個人差を無視した対応をとること。コミュニケーションや支援の妨げになる。

▶▶ 老化の個人差が大きいこと

老化による心身機能の変化は、だれにでも生じることです。しかし、変化の程度は、同じ年齢であっても個人差が大きいことが特徴です。同じ年齢であれば、だれでも同じように老化による機能低下が生じていると考え、対応することは誤りです。

たとえば、老化によって聴力の低下が生じます。そのため、高齢者に対して「大きな声でゆっくりとはっきり話す」という方法がよくみられます。しかし、聞こえにくさには個人差があって、必要以上に大きな声を出したり、ゆっくり話したりすることはかえって高齢者の自尊心を損なう場合があります。年齢だけを基準にして、同じように対応することは個人差を無視した対応といえます。

若いころからの生活習慣は、その人の生活スタイルに大きな影響を与えており、心理や行動の理解には、生活歴や経験を知ることが大きなヒントになります。

▶▶ 社会的影響が大きいこと

人は社会的な存在であり、職業経験、家族関係、社会的役割などが、その人の心理や行動に強い影響を与えています。老年期には、子どもとの関係が変化したり、孫が誕生したりといった家族関係の変化や、職業からの引退などを経験することが多くなります。また、配偶者や友人との死別といった喪失体験をする人が多くなります。

このような社会的関係や役割の大きな変化は、心理や行動にも大きな影響を与えられれます。生き方が多様化している現在では、こうした経験自体に個人差があり、個別的な理解が必要です。

▶▶ 経験の違いによる個人差

人のさまざまな心理や行動は、生得的な要素と学習的な要素の両面に影響されています。高齢者は、だれにでも生じる生物学的な変化によって同じような心理や行動の傾向をもつとみられがちで

す（生得的）。しかし、生物的老化の程度は暦年齢（実際の年齢）と必ずしも一致しているわけではなく、個人差が大きいことが特徴です。

また、人生を長く生きているということは、それだけ経験の期間が長く、その影響が大きいことで個人差が大きいといえます（学習的）。人間関係や職業、生活習慣などによる生活経験の個人差は心理や行動に影響を及ぼします。

さらに、若いころからの運動習慣が老年期の運動機能の維持に関係があるように、生物学的老化に影響を与える場合があることも理解する必要があります。

★ **ポイント** 老化による心理や行動には、さまざまな要因が影響を与えていると考えられます。高齢者一人ひとりの個人差を大切にしたい対応が求められます。

▶▶ ② 老化による身体機能の変化と心理的影響

老化による身体機能は、だれでも若いころに比べて低下しますが、低下の程度には個人差が大きいのが特徴です。また、正常な老化の範囲内では、いろいろなことができなくなってしまうというわけではありません。しかし、若者や若いころの行動と比べて、機能が低下することに過剰にとらわれてしまうと、意欲が失われ、自尊心が損なわれ、行動が不活発におちいってしまう可能性があります。

老化による身体機能の変化と、その心理的影響を理解するには、下表に示すような姿勢が大切になります。「新しいことは試すことが怖い」「どうもやる気が出ない」「どうせできない」といった不活発性が言動にあらわれたときには、ただ叱咤激励するのではなく、その気持ちを受容・共感しつつ、できることがあるということに目を向けるようにはたらきかけることが有効です。

表 3-1 老化による身体機能の変化と心理的影響を理解する姿勢

姿勢	内容
①	どのような状態であるのか、客観的に把握すること
②	適切な機能的補助の可能性を検討すること（補聴器や杖の使用など）
③	適切な環境を整えることで、自発的な行動を可能な限り保つこと

▶▶ 視覚の変化と心理的影響

高齢者は、視力だけではとらえられない「見えにくさ」を経験しており、そのことで行動の自由度が制限されている場合があります。たとえば、老化によって生じる老視（老眼）によって近くのものに焦点が合いにくくなることは、本や新聞を「読む」という行為に影響を及ぼし、知的好奇心や社会的関心が低下することにもつながりやすくなります。

また、暗い場面での明暗差への感度が低下したり、暗いところに慣れる（暗順応）速度が低下したりしますが、このことによって、とくに夕方の薄暗い状態で外の状況が見えにくいという現象が生じやすくなります。

高齢社会においては、文字を拡大し見やすくする（新聞や雑誌、掲示など）、細かい作業を必要とする器具を改良して使いやすくする、つまずきやすい段差を減らす、薄暗いなかでも見えやすい色や形などを自転車や自動車に用いるなど、環境を調整することを考えていく必要があります。

▶▶ 聴覚の変化と心理的影響

老化による聴覚機能の低下は、個人差があるものの、だれにでも生じる現象です。とくに、高い周波数の音に対する感度が低下します。

また、高齢者の聴覚機能の低下は、感音性といわれ、単に音を大きくすればよく聞こえるようになるのではないことを理解することが大切です。逆に音を大きくしすぎると、聞きとりにくくという現象（補充現象）が生じる場合もあります。とくに、会話を聞きとりにくくなるのが特徴であり、雑音が多い場面ではさらに聞きとりにくくなります。

このような聴覚機能の低下によるコミュニケーション不全の状態は、社会的交流を避けるような

行動につながる可能性があり、周囲の配慮が必要です。

また、聴力の低下が生活の支障となる場合には、本人の意向をふまえたうえで、補聴器の使用を検討することが欠かせませんが、一方で補聴器を使っても健聴者と同じように聞こえるわけではないことも知っておく必要があります。

音は自動車や人の接近を感知し、危険回避のためにも重要な情報です。聴覚機能の低下は危険回避力の低下にもつながりやすいので注意が必要です。

▶▶ 運動機能の低下と心理的影響

老化による身体機能の変化は、形態的な変化（見た目の変化）と機能的変化（生理的機能の変化）の複合であり、筋力の低下による動きにくさ、関節可動域の制限、神経痛などの運動時の痛み、持久力・持続力の低下、反応速度の低下、運動後の疲労回復の遅さなどが生じやすくなります。身体機能の変化によって、運動機能の低下はだれにでも生じますが、低下の程度に個人差が大きいことが特徴です。

運動機能の低下による疲れやすさ、痛み、ふらつきなどは、さらに運動をおっくうにさせてしまい、それによって生活が不活発になると、さらに運動機能が低下してしまい、廃用症候群が生じやすくなります。生活不活発をきっかけにした「もうできない」というあきらめは、生活全体への意欲低下の原因の1つだと考えられるため、運動機能の維持・向上とともに、意欲に対するはたらきかけが大変重要な役割をもっています。

【介護職として押さえるポイント】 運動機能の低下を感じている高齢者に対しては、叱咤激励するのではなく、まずその気持ちを受容・共感することが大切です。そのうえで、できることがあるということに目を向けるようにはたらきかけましょう。廃用症候群（はいようしょうこうぐん）の予防のためにも、適度な身体活動を継続することが重要です。

▶▶ ③ 老化による社会的環境の変化と心理的影響

高齢者の自己イメージと社会的環境

社会からの老化に対する否定的な情報は、高齢者自身の自己イメージに対して否定的な影響を強めると考えられています。

たとえば、他者や社会から「年をとったのだから、社会とかかわらなくてもよい」といった反応が示されると、ますます自己イメージが悪化していきます。このような悪循環を断ち切るためには、高齢者に対して積極的な活動や参加を評価することが必要です。

▶▶ 家族との関係

高齢者にとって家族との関係は、それ以前にも増して重要な位置づけとなります。しかし、急速に家族の構造は変化してきました。1980（昭和55）年には、高齢者のいる世帯のうち、3世代同居の世帯が約半数を占めていましたが、現在では高齢者夫婦世帯がもっとも多く、単独世帯と合わせて半数を超えており、高齢の親とその子どもが別居する世帯形態が多数派となっています。

一方で、別居している子との接触頻度については、2020（令和2）年度の「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」によると国際的に比較して低い頻度にとどまっている傾向があり、高齢の親と別居している子とのコミュニケーションが1つの課題といえます。

また同じ調査では、「同居の家族以外に頼れる人」についての項目があり、別居の家族・親族が63.1%なのに対して、友人が14.9%、近所の人が15.0%にとどまっており、地域での人間関係づくりも大きな課題といえます。

急激に進んだ世帯構造の変化に対して、家族の関係や機能を考えていくことは今後の大きな課題と考えられます。

▶▶ 喪失体験（家族との死別など）

老年期の社会的関係の変化の特徴として、喪失体験があげられます。とくに配偶者との人間関係が重要な位置づけとなっている場合に、その死別は残された高齢者に大きな影響を与えます。その適応は「喪失－悲嘆－回復」という経過をたどると考えられています。

喪失体験による悲嘆から回復にいたる過程にはいくつかの段階があることが知られていますが、基本的にはキューブラー＝ロス（Kubler-Ross, E.）の死の受容過程に類似した考え方が示されています。

喪失とは、感情的に強く結びついていた対象が自分の人生から失われたことを意味しています。喪失を悲嘆することで、情動的、知覚的、身体的なさまざまな反応が生じます。その状態から抜け出し、喪失対象がいない生活を再構築することが回復と考えられます。

配偶者と死別した人は、身体的な愁訴が多かったり、医療機関への受診が多かったりといったストレスに対する心身の反応があらわれ、健康を損なうことすらあります。また、死をめぐる儀式である葬儀は、死者の社会的価値や死に対する信仰を表明し、死者に別れを告げる機会と位置づけられます。また同時に、残された者の悲嘆をやわらげ、死についてみつめ、死んでしまった人がいない人生を考える機会でもあるといわれます。

【介護職として押さえるポイント】 喪失体験をした高齢者に寄り添うとき、その悲嘆を否定せず、受容・共感することが大切です。「喪失－悲嘆－回復」の過程を理解し、その人のペースを尊重した関わりが求められます。

2. 自己概念と生きがい

▶▶ ① 自己概念の視点

▶▶ 自己概念とは

自己概念とは、自分で自分自身をとらえたイメージのことです。身体的特徴、周囲の人との社会的関係、性格、能力や価値観といった心理的側面など幅広い内容が含まれています。自己概念は自己観察だけでなく、周囲の人の言葉や評価を通じて形成されていきます。どのような自己概念をもっているかということは、その人の行動に影響を与えていると考えられます。

▶▶ 自己概念とライフステージ

自己概念は、発達段階ごとの自分の身体・精神の状況、さらに、自分を取り巻く環境や社会の状況の組み合わせによって影響を受け、つくり出されていると考えられます。

表 3-3 発達段階ごとにみる自己概念の形成

発達段階	特徴
①乳幼児期・児童期	この時期の子どもは、身体・精神ともに発達過程にあり、親との信頼関係を構築したり、行動面では自分自身を行動をコントロールすることを学習したりする。
②思春期・青年期	身体的には第2次性徴を迎え、精神的には大人になるための猶予期間であり、自分とはこういう人間だというアイデンティティを確立する。取り巻く環境は学校から社会へと広がる。
③成人期	職場、家庭、社会とかかわる環境も多岐にわたり、連帯感が生じる一方、その環境ごとに義務と責任が生じることにより、ストレスも感じられる。
④老年期	加齢にともなう身体機能や精神機能がおとろえ、喪失体験がある一方、経験が蓄積され、人格も円熟・調和される。この場合、これまでの自分の人生の意味や価値、新たな方向性を見いだすことによる自己実現への接近も可能となる。

▶▶ ② 生きがいと QOL の視点

▶▶ 生きがいと自己実現、尊厳

マズロー（Maslow, A.H.）は、人間のもつ欲求を5段階に階層化しました。生理的欲求から承認欲求までは、外部からの物や人によって充足される欲求不足欲求と呼ばれています。欠乏欲求が満たされることによって自己実現の欲求が生じます。自己実現の欲求は成長欲求とも呼ばれています。

自己を実現したいということは、人間の欲求の特徴の1つであり、自己の才能、能力、可能性を十分にいかし、みずからを完成させ、なし得る最善を尽くそうとすることを求めます。これが生きがいにつながります。

このような自己実現の欲求の達成、すなわち、人が一生を通じて個人として尊重され、その人らしく暮らしていくことはだれもが望むものです。そうした思いにこたえるためには、自分の人生を自分で決め、また、周囲からも個人として尊重される社会（尊厳を保持した生活を送ることができる社会）を構築していくことが必要となります。

マズローの欲求階層説（5段階）

欲求の段階	内容
⑤ 自己実現の欲求（成長欲求）	自己の才能、能力、可能性を十分にいかし、みずからを完成させ、なし得る最善を尽くそうとする欲求。生きがいにつながる。
④ 承認欲求	他者から認められたい、尊重されたいという欲求。
③ 所属・愛情の欲求	集団に属したい、愛されたいという欲求。
② 安全欲求	安心・安全な環境で生活したいという欲求。
① 生理的欲求	食事・睡眠・排泄など、生命維持に必要な基本的欲求。

▶▶ QOL という指標

老化による心理や行動への影響を考えるとときには、その人の生活の全体像をもとに考える必要があります。生活の全体像を考えるための1つの指標としてQOL（Quality of Life：生活の質）があります。QOLとは、ある個人の生活全体としての継続的な質の高さに着目する考え方です。近年、介護の領域でもその概念は重視されており、QOLの維持・向上は介護の目標ということもできます。

QOL	Quality of Life（クオリティ・オブ・ライフ）の略。「生活の質」「人生の質」「生命の質」などと訳される。ある個人の生活全体としての継続的な質の高さに着目する考え方。介護の目標の1つ。
自己実現の欲求	マズローが提唱した欲求階層説における最高位の欲求。自己の才能・能力・可能性を十分にいかし、みずからを完成させ、なし得る最善を尽くそうとすること。これが生きがいにつながる。

第3章第1節 学習のポイント

1	老化の個人差	老化による心身機能の変化はだれにでも生じるが、変化の程度は同じ年齢でも個人差が大きい。年齢だけを基準に一律に対応することは誤りである。
2	エイジズム	年齢によるステレオタイプにもとづいた態度や行動はエイジ

		ズム（年齢による差別）と呼ばれる。個人を理解する視点が重要。
3	老化の社会的影響	老年期には家族構造の変化、退職、配偶者や友人との死別など喪失体験が重なりやすく、心理・行動への大きな影響をもたらす。
4	視覚・聴覚の変化	老視や感音性難聴など、視覚・聴覚の変化は個人差があるが社会的交流の制限につながりやすい。環境調整と本人の意向をふまえた対応が重要。
5	運動機能と廃用症候群	運動機能の低下による不活発は廃用症候群を招く悪循環につながる。意欲へのはたらきかけと適度な活動継続が重要。
6	自己概念と生きがい	自己実現の欲求は生きがいにつながる。QOLの維持・向上は介護の目標であり、その人らしく生きることを支える支援が求められる。

【介護職として押さえるポイント】 老化によるところとからだの変化は多様であり、個人差が大きいことを常に念頭においてください。高齢者一人ひとりの生活歴・経験・価値観を理解し、その人らしい生活を支援することが介護の基本です。

第4巻 第3章 老化に伴うところとからだの変化

第2節 からだの変化と日常生活への影響

【到達目標】 ● 老化に伴う身体機能の変化の特徴と日常生活への影響を理解している。

1. 加齢にともなう身体機能の変化と日常生活への影響

① 加齢にともなう生理機能の全体的低下

人は、生まれてから時間の経過とともに成長し、老い（老化）を経て、死を迎えます。

人の生理的な機能は、成長していく過程のなかで、機能を最大限に発揮したあと、少しずつ低下していきます。これを「生理的老化」といいます。

生理的老化は少しずつ生じるため、全体的な恒常性は維持されています。しかし、臓器の予備力が低下するため、病気にかかったとき急激に障害を受けたときなどに、適応力や回復力が低下します。また、ストレスを受けたときには免疫機能が十分発揮できないなど、防衛力も低下します。

生理的老化がいちじるしく進行し、病的な状態を引き起こすものを「病的老化」といいます。

② 恒常性を維持する機能（ホメオスタシス）

人の身体には、体内の生理的機能と外部環境のバランスを調整する能力があります。たとえば、体内の水電解質バランスを維持したり、体温などを一定に保ったりする能力です。この能力を「恒常性の維持（ホメオスタシス）」といいます。

生理的老化は徐々に生じるため、全体としての恒常性は維持されます。しかし、加齢とともに、恒常性にかかわる機能が低下すると、さまざまな影響を及ぼします。たとえば、熱中症や脱水症を起こしやすくなります。

恒常性を維持するためには、防衛力・予備力・適応力・回復力などの力がはたらきます。

●防衛力：ストレス要因を避けたり、たたかったりすることで、身体の恒常性を保つ能力。加齢で低下。 ●予備力：身体に蓄えられているゆとりの能力。加齢で低下（暑さ寒さに耐えにくい、階段で息切れなど）。 ●適応力：ストレス要因が身体にとってストレスにならないように、順応していく能力。加齢で低下。 ●回復力：何らかのストレスを受けたとき、修復してもとに戻そうとする能力。加齢で低下。 ●フレイル：高齢者の筋力や活力が低下した段階のこと。フレイルへの適切な介入で生活機能の維持・向上につながる。

2. さまざまな機能の変化

① 免疫機能の変化

▶▶ 免疫とは

細菌などの病原体から、人体を守るために備わっているしくみを「免疫」といいます。免疫には、T細胞（細胞性免疫）とB細胞（液性免疫）がはたらきます。

免疫機能が低下する原因は、T細胞が減少することです。胸腺は思春期をピークに徐々に萎縮していきます。そのため、高齢者は成人に比べてインフルエンザや肺炎などの感染症にかかりやすく、重症化することが多いです。

免疫機能を維持するためには、規則正しい生活、栄養のバランスのとれた食事、十分な睡眠、適度な運動などが重要です。

② 感覚機能の変化

▶▶ 視覚機能の変化

視覚は人間の活動において重要な役割を果たします。外界からの情報の約8割は視覚によるといわれています。

人間の視力は40歳くらいから低下し、75歳を過ぎると急激に低下します。視力が低下することによって、近くのものが見えづらく、遠くのものが見えづらく、これを「老視（老眼）」といい、だれにでも訪れる老化現象です。

視野も加齢にともなって狭くなります。そのため、ものによくぶつかる、転倒する、近くのものを探せないなどということが生じます。

光覚は光の明暗を識別する能力です。加齢により瞳孔の光量の調節能力が低下するため、明暗順応が低下します。明るい場所から暗い場所への移動は、暗がりに慣れるまでのあいだは、視覚情報が途絶えるため、足元を照らすなどの工夫が必要です。

色覚の低下は、水晶体の変性により起こります。物が黄色がかった見えるようになり、白色と黄色の区別、紺色と黒色の区別が困難になります。逆に、赤色や橙色などの暖色系は高齢者の目に留まりやすいといえます。

▶▶ 聴覚機能の変化

加齢にともなう最も大きな変化は内耳にあらわれ、小さく聞こえるだけでなく、音にゆがみが加わり、はっきりと聞こえなくなります。このような難聴を「感音性難聴」といい、高齢者の難聴の多くを占めます。

特徴として、「1時（いちじ）」や「7時（しちじ）」というような似た音に対しての聞きとりが悪くなったり、どちらの方向から声や音がしているのかがわかりにくくなったりします。

また、耳鳴りなどの現象もみられます。高音域が聞きとりにくいいため、本人は「変に聞こえている」と感じることが多いようです。

高齢者との対話においては、声の高さや大きさ、話す速度、文章の長さ、表情や身ぶり手ぶりを交えた表現、静かな環境づくり、内容が聞きとれているかの確認などの配慮が必要です。

▶▶ 皮膚感覚機能の変化

皮膚感覚は、温度覚、触覚、振動覚、痛覚などから成り立っています。加齢にともない、皮膚にある感覚受容器（感覚点）の機能が低下すると、外的な刺激に対しての反応が鈍くなります。さらに、加齢による体

温調節機能の障害、寒冷刺激に対する知覚の低下などが適応力の低下をもたらします。

たとえば、夏に衣服を何枚も重ねて着たり、若い人には快適な冷房でも寒くてふるえていたりする高齢者もいます。

痛覚の加齢変化はやや複雑です。痛みは身体の内外的にある脅威を警告し、身を守る役割を果たします。しかし、高齢者の場合、ふだんからあちこちに痛みがある場合が多く、異常時の痛みを感じず過ごしていることもあるため、全身の状態観察が重要です。

③ 咀嚼機能・消化機能の変化

▶▶ 咀嚼機能の変化

咀嚼とは、取り入れた食べ物を歯でかみ、粉砕することを意味します。これにより消化を助け、栄養をとることができます。

その役割を果たす歯は、加齢とともに摩耗し、もろくなります。歯の老化はエナメル質の産生が減少することで、表面にさまざまな物質が付着し、黄ばんでよごれた感じになるほか、冷たさや熱さに対して過敏になります。

また、歯肉の後退や歯周病により、虫歯や歯の脱落が起こりやすくなり、義歯にせざるを得なくなることも増えてきます。

唾液分泌量の減少も咀嚼に影響します。さらには、食べ物をかみくだくときに必要な咬筋力、唇や頬の筋力なども加齢とともに低下します。

▶▶ 嚥下機能の変化

咀嚼を終えて食塊となった食べ物は食道を通して胃に送られます。この一連の過程を「嚥下」といいます。

嚥下反射は延髄の嚥下中枢で行われているため、自分の意思でコントロールできません。咽頭からの嚥下反射によって食道に送りこまれるときには、喉頭が挙上し、喉頭蓋が閉鎖します。引き続き食道の蠕動運動などによって食塊は食道内を通過し、噴門にいたります。食塊が逆流しないように、上部食道括約筋が閉鎖し、嚥下が終了します。

高齢者の場合、舌骨上筋群（舌骨を前上方に引き上げる）、舌骨下筋群（喉頭蓋の閉鎖）の萎縮や緊張低下が起こります。また、喉頭挙上がしにくく、喉頭閉鎖が弱まります。そのため、誤嚥をしやすくなります。さらに、喉頭表面の感覚低下や咳嗽反射が低下し、誤嚥があってもむせにくい状態になります。

▶▶ 消化・吸収機能の変化

高齢者の場合、消化酵素が減少するために消化・吸収機能がおとろえます。また、胃壁の運動や腸管の蠕動運動の低下も加わり、消化管内の食物停滞時間を延長させます。このことが高齢者の便秘や下痢を起こす原因になっています。

④ 循環器の機能の変化

▶▶ 血液の変化

高齢になると、白血球数はほとんど変化しませんが、赤血球数は減少します。赤血球の数が減少すると、十分な量の酸素を運ぶことができず、疲労や衰弱、からだのだるさなど、貧血のような症状を訴えることが増え、活動にぶりがちとなります。

▶▶ 血管壁の変化

加齢とともに血管壁が厚くなりはじめ、弾力が低下しかたくなり、血流に対する抵抗が増して、高血圧になる傾向があります。

血管壁の変化は加齢のほかに生活習慣が大きく影響します。自覚症状がなく、血圧測定してはじめて気づくこともあります。動悸やめまい、頭痛、息切れ、気分の悪さをともなう場合は、治療が必要なこともあるので注意が必要です。また、脈拍も刺激伝導系細胞の消失や変化などにより不整脈の頻度が増加します。

▶▶ 血圧の変化

加齢により収縮期血圧の上昇、拡張期血圧の低下がみられます。血圧の変化を受容する調整するはたらきが低下するため、血圧の上昇や下降に対応するのに時間がかかるようになります。急に立ち上がったときの立ちくらみや、興奮して高くなった血圧も、若い人のようにすぐには戻りません。したがって、姿勢の変化時には起立性低血圧を起こしていないかを確認することが大切です。

▶▶ 血液循環の変化

加齢にともない、静脈の拡張や蛇行が起こり、静脈の弁がきちんと閉まらず、下肢静脈瘤ができることがあります。弾力圧迫、足・足首・膝の運動、マッサージや足浴などで血行をよくし、心臓への還流を促進し、下肢の静脈炎や血栓を予防します。

臥床している場合でも、足首や膝を曲げ伸ばしをするなどレッグパンピング（下肢のポンプ作用）に準じた下肢の運動を取り入れ、血液循環をよくすることが大切です。

⑤ 呼吸器の機能の変化

▶▶ ガス交換の機能の低下

高齢になると、肺胞におけるガス交換の機能が低下し、若い人と同じ量の空気を吸っても血中酸素分圧が低い状態になります。

▶▶ 呼吸器に関連するその他の変化

加齢とともに脊柱が前屈し、胸郭の前後径が広がります。それにより横隔膜の形が変わり、収縮による上下運動が制限されます。

また、肋軟骨の石灰化が起こり、換気機能が低下します。さらに、加齢とともに肺活量が減り、予備能力が低下するため、高齢者では軽い運動でも息切れしやすくなります。

ほかにも、高齢になると喉頭蓋の反射が低下し、誤嚥の危険性が増加します。気管内は線毛細胞と粘液が異物を外に排出する作用がありますが、高齢になると、その機能も低下し、咳嗽反射も低下するため、誤嚥しても吐き出せず、誤嚥性肺炎の危険性が増加します。

⑥ 筋肉・骨・関節の機能の変化

▶▶ 筋肉の変化

加齢とともに筋線維の萎縮が進み、筋量に比例した筋力を発揮できなくなります。脚の伸展力は70歳では男女ともに20歳代の50%にまで減少します。この機能は、いすからの立ち上がりや歩行、階段昇降などを行うためにもっとも必要な力です。

下肢に比べ上肢の筋量が維持されているのは、高齢になっても日常生活において上肢を使用する機会が多いためと考えられます。このことは、適度の身体運動が筋機能の維持向上に効果があることを示しています。

▶▶ 骨の変化

高齢になると、骨をつくる骨芽細胞よりも、骨を破壊する破骨細胞のはたらきが活発になり、骨密度（骨量）が低下します。女性の場合、更年期になると女性ホルモンが減少するため、男性より早く骨密度が減少しはじめます。その結果、海綿骨の中に空洞が増え、もろくなります。この状態を「骨粗鬆症」といいます。

合併症としての骨折は高齢者のQOL（生活の質）を損なわせるので、骨折予防に細心の注意が必要です。また、脊椎骨が加齢とともに退行性変化を起こし、腰痛や下肢痛、しびれが起こりやすくなるため、痛みをかばうような歩行となります。

▶▶ 運動中枢神経の変化

神経伝達物質のドーパミンは、ドーパミンニューロン（神経細胞）から産生されます。しかし、加齢とともにドーパミンニューロンが減少し、ドーパミンの分泌を減少させ、神経回路の情報処理に異常が起こり、結果としてパーキンソン病の症状を出現させます。

具体的には、立ち上がって歩こうとしてもからだがつくんだり、どのように筋肉を動かしたらよいのかわからなくなったり、手足がふるえたり、運動そのものができなくなるといわれています。

▶▶ 関節の変化

加齢にともない、関節軟骨のコラーゲン線維は増加し、軟骨基質の水分が減少します。そのため、関節軟骨に負荷が集中すると、コラーゲン線維が損傷し、関節軟骨の変性が起こります。変形した軟骨は関節運動により摩耗し、関節の痛みと同時に関節の運動制限が起きます。

膝や股関節が変形性関節症にかかった場合も関節可動域が小さくなり、移乗・移動時の動きに影響が出ます。バランスをくずしやすくなるので、注意が必要です。

⑦ 泌尿器の機能の変化

▶▶ 腎臓の変化

腎臓の機能が低下すると、薬物が排泄されにくく、体内にたまるようになり、副作用が起きやすくなります。また、電解質のバランスもくずれやすくなります。加齢により、腎血流量、糸球体ろ過量、尿濃縮力が減少するため、尿の回数が増加したり、塩分が失われやすくなったりするので注意が必要です。

▶▶ 膀胱の変化

膀胱は加齢とともに収縮力が低下するので、尿を出しきれず、残尿を起こしやすくなります。また、膀胱の容量も減少するため、蓄尿機能が低下して頻尿になりやすくなります。

さらに、高齢になると、夜間に産生される尿量が増えるために、夜間頻尿が多くなります。また、加齢にともない抗利尿ホルモンの分泌も減少するため尿量が増えます。

▶▶ 尿道の変化

女性は尿道が約3～4cmと短く、解剖学的にも尿失禁が起こりやすいのです。年のせい、出産の影響とあきらめてしまう人がいますが、治療は可能なので、受診することは大事です。

男性の場合、尿道が16～18cmと長く、膀胱の出口は前立腺に囲まれています。加齢にともない前立腺が肥大すると尿道を圧迫して、排尿困難を起こしやすくなります。

尿失禁の種類 ●腹圧性尿失禁：咳、くしゃみ、走る、跳ぶ、階段を下りるなどの日常生活で腹圧がかかったときに起こる。 ●切迫性尿失禁：急に起こるがまんのできない強い尿意（尿意切迫感）とともにみられる。過活動膀胱の中核的症候。 ●溢流性尿失禁：排尿障害にともない膀胱内の残尿がダラダラともれてくる。前立腺肥大による下部尿路閉塞等が原因。 ●機能性尿失禁：関節の痛みや脳血管障害後遺症などによる歩行障害、認知症による認知機能障害などにより、間に合わずにもれる。

⑧ 生殖機能の変化

▶▶ 女性にみられる変化

女性では、45～50歳ごろから月経周期が不規則になり、やがて月経は停止（閉経）します。この閉経前後の数 years を「更年期」といいます。個人差が大きいです。更年期には、熱感や多量の発汗をとともなう顔面の紅潮をはじめ、疲れやすさや不安など、さまざまな身体症状や精神症状があらわれます。

エストロゲンの分泌減少により、骨粗鬆症になりやすくなります。また、骨盤底筋群の弛緩により、子宮脱や腹圧性尿失禁が起こりやすくなります。

▶▶ 男性にみられる変化

男性では、睾丸が60歳ごろから萎縮し、精液の産生が減少しますが、70～80歳になっても精子の形成能力はあるといわれています。個人差が大きいです。加齢とともに勃起能力は低下し、射精を行う筋肉群の弾力が弱まり、射精の勢いがなくなるといわれています。

前立腺は加齢にともない、肥大してきます。肥大により尿道を圧迫し、尿が出にくくなります。勢いも弱くなり、残尿感、尿の切れが悪い、頻尿などの症状が出現します。

⑨ 体温維持機能の変化

▶▶ 体温の維持

人間は恒温動物で、細胞がもっとも活動しやすい温度として体内の温度は37℃に保たれています。体温が一定に保てるのは、産熱（熱の産生）と放熱（熱の放散）のバランスがとられているからです。

体温調節中枢である視床下部の指令のもとに、産熱と放熱のはたらきを調節して体温を維持します。

▶▶ 高齢期の体温

加齢によるさまざまな身体機能の変化にともない、体温を維持する機能にも変化が起こります。

高齢期の体温維持機能の変化（主なもの） ① 基礎代謝が低下し、30～40歳代と比較すると熱産生量が減少する。 ② 筋肉量が減少し、熱産生が減少する。 ③ 末梢血管の収縮反応が遅れ、熱の放散が起きやすく低体温になる。 ④ 骨量や筋肉量が減少し、活動の低下につながり、骨格筋による熱産生が減少

する。⑤ 暑さ、寒さを感じにくく、反応するのに時間もかかるようになる。⑥ 加齢とともに、動脈の壁は弾力を失い、かたくなり、血流がおとろえる。⑦ 体温調節中枢の機能が低下し、発汗をうながす自律神経からの汗腺への指令が遅れる。⑧ 成人のからだの総水分量は約 60%であるが、男女ともに 10%減少し、水分不足が起こりやすくなる。⑨ 腎機能の低下により尿の濃縮機能低下が起こり、尿量が増し、からだの水分が減少する。⑩ 口渇感が減り、水分摂取量が減少する。⑪ 高温の環境にいた場合の核心温（身体深部の温度）の上昇度が若い人よりも大きくなり、熱中症にかかりやすくなる。

産熱と放熱のバランスがくずれることにより、熱中症の危険が増します。発汗時には水分を十分にとることが必要です。

⑩ 記憶機能の変化

▶▶ 記憶とは

記憶は情報を入力する「符号化（記銘）」と、情報を蓄える「貯蔵（保持）」と、保持された情報を探し出し利用する「検索（想起）」の 3 つの過程から成り立っています。

記憶は異なる機能の複合体であり、感覚記憶・短期記憶・長期記憶（宣言的記憶・非宣言的記憶）に分けられています。

▶▶ 短期記憶

短期記憶とは、ほんの数秒程度、限られた容量のことをおぼえておく記憶です。

単純なことを短時間でおぼえる短期記憶は加齢にともなう低下が小さいと考えられています。

計算しながら途中の結果をおぼえておく、文章を読みながらその前の内容をおぼえておくといった複雑な知的活動の途中において使われている記憶を「ワーキングメモリ」といいます。ワーキングメモリは、加齢にともない大きく低下しやすい記憶だと考えられています。

▶▶ 長期記憶（宣言的記憶）

長期記憶とは、ほぼ無限の容量をもつ、永続的な記憶です。言語的な記憶である宣言的記憶（陳述記憶）は、言葉の意味やさまざまな知識に関する「意味記憶」と、個人の経験や出来事に関する「エピソード記憶」に分類されています。

一般的には意味記憶の機能は加齢によってあまり低下しないと考えられており、高齢者にとって知識を活用することは得意な分野といえます。

しかし、エピソード記憶は加齢にともない低下しやすいことがわかっています。「年をとるとおぼえが悪くなる」という場合の多くは、エピソード記憶をさしていると考えられます。おぼえ方や思い出し方に工夫をしたり、こまめにメモをとるなど、記憶の補助となる工夫をしたりすることで、うまくエピソード記憶の機能を使うことができると考えられます。

▶▶ 長期記憶（非宣言的記憶）

言語的に想起されない長期記憶を「非宣言的記憶」といいます。代表的なものは手続き記憶です。

手続き記憶は技能の記憶であり、たとえば、自転車に乗ることや自動車を運転することなど、練習して身につけた技術です。手続き記憶は加齢によってあまり低下しないと考えられており、若いころに取得した技能は老年期にもいかせるものが多いといえます。ただし、感覚機能や運動機能の低下によって、その技能を若いころと同じような速さでは再現できない場合もあります。

⑪ 認知機能の変化

▶▶ 認知機能とは

認知機能とは身体各部からの情報の認識や、感覚機能を通じて外部から取り入れる情報の認識、話す、計算する、判断する、記憶する、思考するなど、脳における知的機能を総称しています。

高齢者の認知機能は、教育、職業、趣味、心身の状況、生活環境、人間関係などさまざまな影響を受け、個人差が非常に大きいです。

▶▶ 認知機能に影響を及ぼす感覚器の変化

個人差が非常に大きいといわれていますが、加齢とともに脳の萎縮が始まります。脳が萎縮する原因の 1 つに神経細胞の減少があげられます。大脳には平均 140 億個の神経細胞があり、誕生してからは増えることは

なく、1日に10万個ずつ死滅しているといわれています。

脳の機能を維持するためには、安定した血液供給が必要になります。脳は安静時、心臓が送り出す血流量のうち15%を受けとっています。加齢にともない、動脈硬化など血管に変化が起こり、血流障害が生じると脳のはたらきにも支障が生じるので注意が必要です。

また、加齢にともなう変化として、脳内における情報処理速度が遅くなるために、瞬時の反応や判断が遅くむずかしくなり、課題を遂行するのにも時間を要します。しかし、時間をかければ正しく遂行できることが多いとされているので、急がずゆっくりと待つことが必要です。若い人の感覚で進めると高齢者の能力を低く見積もる危険性があるので、そのことを念頭におく必要があります。

▶▶ 認知機能の低下が及ぼす日常生活への影響

私たちは多くの刺激（情報）のなかで生活しています。そのなかから必要な情報に注意を向けて意識を集中させたり（選択的注意）、逆に同時に複数の情報に注意を向け（分散的注意）、情報を処理したりしながら行動しています。認知機能の低下はこれらにも影響を及ぼし、情報が多い環境では1つのことに集中しにくかったり、たくさんの情報を同時に提供されるとおぼえにくいとか、わかりにくいということが起こります。

第3章 学習のポイント

■ 第2節 からだの変化と日常生活への影響

加齢にともなう身体機能の変化と日常生活への影響

- 人の生理的な機能は、成長していく過程のなかで、機能を最大限に発揮したあと、少しずつ低下していきます。これを、人が生きる過程においてほとんどすべての人にみられ、「生理的老化」と呼ばれています。（p. 190）

さまざまな機能の変化

- 加齢にともなう身体機能の低下や病気、喪失体験などによるストレスが、高齢者の感染症やがんの罹患率を高める要因になっています。（p. 193）
- 視力が低下することによって、近くのものが見えづらく見えるようになります。これを老視（老眼）といい、だれにでも訪れる老化現象です。（p. 194）
- 唾液分泌量の減少は、咀嚼に影響します。さらには、食べ物をかみくだくときに必要な咬筋力、唇や頬の筋力なども加齢とともに低下します。（p. 196）
- 急に立ち上がったときの立ちくらみや、興奮して高くなった血圧も、若い人のようにすぐには戻りません。したがって、姿勢の変化時には起立性低血圧を起こしていないかを確認することが大切です。（p. 198）
- 気管内は線毛細胞と粘液が異物を外に排出する作用がありますが、高齢になると、その機能も低下し、咳嗽反射も低下するため、誤嚥しても吐き出せず、誤嚥性肺炎の危険性が増加します。（p. 200）
- 加齢とともに筋線維の萎縮が進み、筋量に比例した筋力を発揮できなくなります。脚の伸展力は70歳では男女ともに20歳代の50%にまで減少します。（p. 202）
- 高齢になると、骨をつくる骨芽細胞よりも、骨を破壊する破骨細胞のはたらきが活発になり、骨密度（骨量）が低下します。その結果、海綿骨の中に空洞が増え、もろくなります。この状態を骨粗鬆症といいます。（p. 202）
- 産熱と放熱のバランスがくずれることにより、熱中症の危険が増します。発汗時には水分を十分にとることが必要です。（p. 209）
- 一般的に新しいものをおぼえる能力、計算・暗記などの学習能力など、生まれながらにもっている流動性知能は加齢とともに低下するといわれています。一方で、判断力や理解力など経験や学習で獲得された結晶性知能はほとんど変化しないといわれています。（p. 212）

用語解説

① ステレオタイプ（すてれおたいぷ）

ある集団の成員全般に対する認知・信念などのこと。実際にはどんな集団でも個人差があり、そのステレオタイプが全員にあてはまることはないが、ステレオタイプが集団の全員にあてはまると考えがちである。

② 関節可動域（かんせつかどういき）

個々の関節は、それぞれの関節構造・形状によって、固有の動く方向と可動の範囲がある。関節可動域とは、身体各関節が、傷害などが起きないで生理的に運動することができる範囲（角度）のことを示す。ROM（Range of Motion）ともいわれる。

③ 廃用症候群（はいようしょうこうぐん）

安静状態が長期にわたって続くことにより、身体的には筋・骨の萎縮や関節拘縮などが、精神的には意欲の減退や記憶力低下などがあらわれること。

④ 感音性難聴（かんおんせいなんちょう）

内耳（蝸牛）の障害で起こる難聴。小さく聞こえるだけでなく、音にゆがみが生じ、話し言葉の聞き取りが難しくなる。高齢者の難聴の多くを占める。

⑤ フレイル（ふれいる）

高齢者の筋力や活力が低下した段階のこと。今後、後期高齢者の多くが、フレイルという段階を経て、徐々に要介護状態になると考えられている。フレイルになっている高齢者に適切な介入を行うことで、生活機能の維持・向上にもつながる。

⑥ 骨粗鬆症（こつそしょうしょう）

骨の密度が低下し、骨の内部の海綿骨がもろくなった状態。骨折の危険ラインを下回ると骨折しやすくなる。女性の閉経後に急速に進む。

⑦ 起立性低血圧（きりつせいていけつあつ）

立ち上がった際に血圧が急激に下降し、立ちくらみや失神などが起こる状態。加齢による血圧調整機能の低下で起こりやすくなる。

⑧ 誤嚥性肺炎（ごえんせいはいえん）

細菌が食べ物や唾液などとともに誤って気管から肺に入り、肺に炎症を起こしたもの。高齢者で多くみられる。

⑨ 頻尿（ひんにょう）

排尿回数が多い状態のこと。一般に昼間8回以上、夜間2回以上の排尿を頻尿という。

⑩ ワーキングメモリ（わーきんぐめもり）

計算しながら途中の結果をおぼえておく、文章を読みながらその前の内容をおぼえておくといった複雑な知的活動の途中において使われている記憶。加齢にともない大きく低下しやすい。

⑪ 流動性知能（りゅうどうせいちのう）

新しいものをおぼえる能力、計算・暗記などの学習能力など、生まれながらにもっている能力。加齢とともに低下するといわれている。

⑫ 結晶性知能（けっしょうせいちのう）

判断力や理解力など経験や学習で獲得された能力。高齢者でもほとんど変化しないといわれている。

第4章 老年期の発達、成熟と健康（発達と老化の理解Ⅱ）

【到達目標】

- ライフサイクル各期の発達の定義、発達段階、発達課題について理解している。
- 老年期の発達課題、心理的な課題（老化、役割の変化、障害、喪失、経済的不安、うつ等）と支援の留意点について理解している。
- 高齢者に多い症状・疾病等と支援の留意点について理解している。

第1節 人間の成長・発達

1 発達の定義

▶▶ 発達の定義

発達とは、年齢を重ねるなかで心身に生じる変化と定義されます。

一般的に、加齢にともなって生じる身体的・生理的変化（身長や体重のように量的に増加する現象）を成長といい、成長が一定水準に到達することを成熟といいます。

これまで人間の発達は、身体的側面の成長・成熟を中心に考えられていました。現在では、精神的側面の質的な変化も含めて、受胎から死にいたるまでの一生の変化すべてを発達と呼びます。

▶▶ 発達の要因

発達は、身体的・生理的な成熟と、後天的な経験や学習、環境からの影響などとの相互作用によって規定されます。

スイスの心理学者であるピアジェ（Piaget, J.）は、発達の生物学的要因（身体的・生理的な成熟）を重視しつつも、子どもが環境にはたらきかけ、また環境が子どもにはたらきかけるという相互作用を強調しています。

発達を規定する要因として、相互作用の時期も重要です。オーストリアの動物行動学者であるローレンツ（Lorenz, K.）は、ガンなどの大型の鳥が、卵からかえった直後の一定期間内にはじめて見るものの動きを追いかける刷りこみ現象（インプリンティング）を発見しました。

一定期間を過ぎるとこのような現象が起こらないことから、発達にはその特性を獲得するためにもっとも適した時期があると考えられています。この時期を逃したら習得できないという意味で臨界期と呼ばれていましたが、近年では言語や運動機能の習得が行われやすい時期という意味で敏感期と呼ぶようになっています。

▶▶ 生理的発達と心理的発達

生理的発達とは、おもに身体面の成長・成熟を意味します。

最近の研究から、胎児の視覚、聴覚、触覚などの感覚系は、かなり早い時期から発達していることが明らかになってきました。誕生するまでの約10か月間に、胎児は母親の胎内でさまざまな感覚機能を発達させ、生後間もなくから、環境を知覚したり、外界からの情報を取り入れたりして、まわりの世界を認識していくと考えられています。

人間は身長50cm程度、体重3000g程度で誕生したあと、生後2年目までに急激な発達がみられます。身長や体重の増加とともに、運動機能もいちじるしく発達します。歩行や階段の上り下りなどができるようになり、子どもの行動範囲が広がります。また、手指の運動も発達し、箸をもつ、衣服のボタンをとめるなど、自分でできることが増えていきます。

6歳ごろから12・13歳ごろまでのあいだは緩慢期となり、発達のスピードが落ちますが、そのあと、再び急成長期が訪れます（第二次性徴）。性的成熟という身体的変化が生じると、女兒は女性ホルモンの分泌により、月経が始まり、からだつき全体に丸みを帯びてきます。男児は男性ホルモンの分泌により、ひげが生える、声変わりするなど、精通が生じるなどの変化が起こり、筋肉や骨格が発達します。性的成熟の段階を経て、身体の成長は終了の時期を迎えます。

40歳代に入ると徐々に、体力のおとろえ、運動能力の低下などの身体的変化が自覚されるようになります。頭髪の変化、しわの拡大、視力の低下などの外見的な変化があらわれ、さまざまな病気、とくに生活習慣病にかかる比率も上昇しはじめます。

さらに60歳代には、加齢にともなう心身の変化、すなわち老化という現象に直面します。若いころと比べて、さまざまな生理的機能が確実に低下しますが、その程度には個人差が大きいと考えられています。

心理的発達とは、おもに精神的側面の質的な変化を意味します。からだの成長・成熟とともに、こころも変化し、相互に関連し合って、人間は発達していくのです。

生まれたばかりで、環境からの影響をほとんど受けていない乳幼児にも、泣き方やそのタイミングなどの行動に個人差が観察されることがわかっています。遺伝的、生物学的に規定されると考えられる個人差を、心理学では気質といいます。トマス（Thomas, A.）らは、気質を3つに分類しています。

気質のタイプ	生活リズム	特性
扱いやすい子 (Easy child)	規則的	いつも機嫌がよく、環境の変化に適応しやすい。はじめての経験にも積極的。
扱いにくい子 (Difficult child)	不規則	泣いたり、ぐずったりしやすく、すぐ機嫌が悪くなる。新しい状況には消極的。
エンジンがかかりにくい子 (Slow to warm up child)	規則的だが、活動水準が低い	全体的に反応が弱い。環境の変化に順応するのに時間がかかる。新しい状況には消極的。

2 発達段階と発達課題

▶▶ 発達段階とは

発達の過程において、発達現象や特徴を示す区切り（区分）を発達段階と呼びます。

人間は発達段階を飛び越えたり、逆戻りしたりすることなく、一定の順序で、1つずつ段階を進みながら発達しています。

現在では、人間は一生発達しつづけるという生涯発達の考え方をもとに、誕生から死にいたるまでの過程をいくつかに分けて、各段階における発達の特徴を理解する方法が広く支持されています。

▶▶ 発達区分とは

発達の一般的な区分には、赤ちゃんの時期（乳児期・幼児期）、子どもの時期（児童期）、青年の時期（思春期・青年期）、大人の時期（成人期）、高齢者の時期（老年期）などがありますが、発達過程をどのように区分するのか、発達段階の数をいくつにするのかは、それぞれの発達段階説によって異なります。

また、発達段階には年齢の目安がありますが、それは絶対的なものではなく、個人的なパーソナリティ、家族や地域などの環境、社会状況、文化の影響によって大きく異なります。

▶▶ ピアジェの発達段階説

ピアジェは、子どもが論理的思考や判断ができるようになる過程を、4つの段階に区分しました。この理論は認知発達理論とも呼ばれています。

発達段階（年齢の目安）	知的機能の特徴
感覚運動期（生後～2歳ごろ）	・直接何らかの動作をすることによって、刺激と感覚器官との結びつきを通して外界とかわかっている。・対象の永続性が獲得される。
前操作期（2～6歳ごろ）	・自己以外の視点に立って物事を考えることができない自己中心性が特徴である。・量や数の保存が欠如しているため、見た目による判断を優先させる。・模倣などの象徴遊びができる。
具体的操作期（6～12歳ごろ）	・自分と異なる他者の視点を理解できるようになり、社会化された思考ができる。・量や数の保存が理解でき保存の概念が獲得される。・具体的なものに対しては、論理的な思考ができる。
形式的操作期（12歳以降）	・抽象的な概念の理解や、論理的思考ができる。・具体的な場面を離れ、仮説を立てて思考する仮説的思考ができる。

▶▶ フロイトの発達段階説

フロイト (Freud, S.) は性的エネルギーをリビドーと呼び、リビドーのあらわれ方や充足の仕方によって、自我の発達を5つの段階に区分しました。

発達段階（年齢の目安）	特徴
口唇期（生後～1歳）	授乳・摂食によって口唇から快感を得る時期。授乳という行為を通じて外界（養育者）との交流を行う。
肛門期（3歳ごろまで）	排泄と保留によって肛門から快感を得る時期。トイレット・トレーニングを経験し、自分をコントロールできる自信を身につける。
男根期（5歳ごろまで）	生殖器への関心と異性の親に対する小児性欲（エディプスコンプレックス）

	ス)が特徴で、性役割り・社会的規範を意識し、性役割を獲得する。
潜在期（11歳ごろまで）	精神エネルギーが外部（学業や友人関係など）に向けられる時期。リビドーは潜伏し、安定状態になる。
性器期（思春期以降）	身体的成熟とともに性器性欲が出現する時期。部分的なリビドーが統合され、異性を愛するエネルギーになる。

▶▶ エリクソンの発達段階説

エリクソン（Erikson, E. H.）は生まれてから死にいたるまでが発達過程であると考え、自我の心理・社会的側面の発達を8つの段階に区分しました。発達の概念をライフサイクルへと拡張したことから、この理論は生涯発達理論とも呼ばれています。

発達段階（年齢の目安）	発達課題	心理社会的危機
乳児期（0～1歳ごろ）	基本的信頼の獲得	不信
幼児期前期（～3歳ごろ）	自律性の獲得	恥・疑惑
幼児期後期（～6歳ごろ）	自主性の獲得	罪悪感
学童期（～11歳ごろ）	勤勉性の獲得	劣等感
青年期（～20歳ごろ）	同一性の獲得	同一性拡散
成人期前期（～30歳ごろ）	親密性の獲得	孤立・孤独
成人期後期（～65歳ごろ）	生殖性の獲得	停滞
老年期（65歳ごろ～）	自我の統合	絶望

▶▶ 発達課題とは

発達課題とは、それぞれの発達段階において達成することが期待される課題をいいます。

私たちには、各発達段階において身につけておくべき技術や能力、あるいは心理特性があり、それらを獲得して次の段階へと発達を進めていきます。

エリクソンは、8つの発達段階で解決しなければならない固有の課題を発達課題として示しました。それぞれの段階で直面する心理・社会的な危機を克服することで、人間は発達を続けると考えています。

3 各ライフサイクルの発達

▶▶ ①乳児期：発達課題は基本的信頼の獲得

乳児は、1人では何も行うことができない未熟な状態です。言葉を使って必要な訴えができるわけでもありません。そこで、養育者は乳児が発した信号（泣く、発声するなど）から「ミルクがほしい」「おむつが濡れて気持ちが悪い」などのメッセージを受けとって対応します。

乳児は、自分の発した信号に養育者が適切に反応してくれることで、自分を取り巻く環境が信頼できるものであるという感覚を形成します。同時に、自分が発した信号が状況を変えた（ミルクを飲むことができた、濡れたおむつを取り替えてもらうことができたなど）という体験を通して、自分自身に対する信頼感も養っていくのです。

エリクソンによれば、基本的信頼の獲得が乳児期の発達課題であり、その課題達成に失敗すると不信という危機に直面するとしています。

▶▶ 愛着（アタッチメント）の形成

乳児には、泣く、ほほえむ、発声するなどして、積極的に対人関係を求めていく能力が備わっています。そして、自分の発した信号にタイミングよく反応してくれる人と、愛着を形成します。愛着（アタッチメント）とは、発達初期に形成される養育者との情緒的な絆のことをいいます。この絆は、こころの発達にとって重要であり、そのあとの人格形成や社会的適応にも影響を及ぼすと考えられています。

▶▶ ②幼児期：反抗期と自我の芽生え

幼児期になると、自分でできることが増えてくると同時に、排泄や食事、衣服の着脱などのしつけも始まる時期です。

「いや」と言って指示を拒否したり、言われたこととは反対のことをしたりする反抗的態度が多くみられるようになり、「自分でできる」「自分でやる」などの自己主張をするようになります。この現象は、自我の芽生えのあらわれであり、自我の発達に重要な意味をもちます。その一方で、保育所や幼稚園などの集団生活において、がまんする、順番を待つ、きまりを守るなど、自己を抑制することもおぼえていきます。

エリクソンによれば、幼児期の発達課題は前期が自律性の獲得、後期が自主性の獲得です。子どもはしだいに自分の意志によって、自分の行動をコントロールするようになります。「自分でできる」という体験は子どもの自信となり、自分の力で行動することの充実感や、自分で何かを成し遂げた効力感をもたらします。

▶▶ 社会性をはぐくむ子どもの遊び

子どもの遊びは、社会性をはぐくむうえで大きな役割を果たします。

1歳までは1人遊びをする様子が多くみられますが、やがて子ども同士の遊びへと変化し、2歳を過ぎるころにはルールや役割を決めて集団で遊ぶようになります。集団で遊ぶためには、友だちに伝わるように自分の要求や考えを表現することが必要です。友だちにもそれぞれ要求や考えがあり、意見が食い違ったときには調整することも必要になるでしょう。このような体験を通して、子どもはコミュニケーション能力や自律性、社会性を身につけていきます。

▶▶ ③学童期：生活の中心が家庭から学校へ

小学校に入学すると、子どもの社会的環境はさらに広がります。家庭から、学校や近隣へと生活の中心が移り、学業や友人関係にエネルギーが注がれるようになります。親や家庭からの解放感を獲得すると同時に、自分だけの秘密をもつようになり、友だち関係や勉強など、家庭以外に関する課題にも自分自身で対応し、解決しなければならない時期です。

エリクソンは、学童期の発達課題を勤勉性の獲得としています。勤勉性とは、何かに熱中し、注意力と忍耐力で成し遂げることに喜びを見いだすことです。

▶▶ ④青年期：アイデンティティの探索と確立

中学生になるころには、急激な身体的変化とともに、「自分自身への関心」が生まれます。

エリクソンは、同一性の獲得を青年期の発達課題としています。進学や就職などの進路の問題、友達や異性との人間関係に関する問題、価値観の獲得などを通して、アイデンティティ（自己同一性：「自分とは何者であるか」という自己定義）を確立すると考えられています。

自己の存在感や同一性を獲得していくなかで、その内面の発達に支えられながら、人とのかかわりをもつ力や社会的態度などの社会性も発達します。

この時期の子どもには自立と依存という、相反する複雑な感情が混在しており、子どものころと大人のころが同時に存在します。また、親や周囲の人々の態度や期待にも変化がみられるようになり、保護される存在から、自立や責任ある行動を期待される存在へと、子どもに対する社会的な見方も段階的に移行します。しかし実際には、社会的な義務や責任は猶予されており、社会からは大人として認められていないという不安定な段階ともいえます。

エリクソンは、青年期を心理・社会的モラトリウム（大人になるための準備や修行を行うための猶予期間）と位置づけています。

▶▶ ⑤成人期：親密な人間関係を築く前期

身体的に成熟し大人になったあとも、こころの発達は続きます。青年期に獲得したアイデンティティは、成人期以降も修正が加えられたり、変化したりします。

エリクソンによれば、成人期前期（30歳ごろまで）の発達課題は親密性の獲得です。親密性の獲得とは、結婚や家族の形成に代表される親密な人間関係を築くこと、人とかかわり愛する能力をはぐくみ連帯感を獲得することを意味します。

▶▶ 次世代をはぐくみ導く後期

成人期後期（65 歳ごろまで）は中年期あるいは壮年期とも呼ばれ、職場においては責任のある立場に、家庭においては家族を支える存在になる段階です。エリクソンは、この時期の発達課題を生殖性の獲得としています。さまざまな期待と役割を引き受けるなかで、子どもや次の世代をになう世代をはぐくむこと（生殖性）に関心が向かいます。自分の子どもでなくても、地域の子どもや若者を育てること、学問的、技術的、職業的な後輩を育てること、さらには、次世代に残すものとして、作品や建築物など、形ある物を残すことも含まれています。

▶▶ ⑥老年期：最後の発達課題は人生の総括

エリクソンによると、老年期の発達課題は自我の統合です。これまでの人生をふり返し、「自分の人生には失敗や悔いもあったけれど、全体としてみればこれでよかった」と、肯定的に受けとめて受容することを意味しています。自分の人生の意味や価値を見いだすことができれば人間としての総括ができますが、失敗した場合には絶望という心理的な危機に直面すると考えられています。

▶▶ 成熟した人格への発達

ハヴィガースト（Havighurst, R. J.）は、老年期において果たさなければならない課題には、次のようなものがあると考えています。

- ①肉体的衰弱への適応 ②退職後の生活と収入減少への適応 ③同年齢集団との親密な関係の確立
- ④配偶者の死に対する適応 ⑤社会的責任への関与 ⑥満足な生活空間の確保

老年期にうまく適応して、サクセスフル・エイジング（幸福な老後を迎えることができる状態）になるためには、老年期にいたるまでの人生のそれぞれの時期に、どのように発達課題に取り組み、人格的に成長してきたかが重要と考えられています。

◆ この Section のポイント

- ✓ 発達とは年齢を重ねるなかで心身に生じる変化。成長（量的増加）と成熟（一定水準到達）を含む。
- ✓ 発達の要因は遺伝的素因と環境との相互作用。敏感期（臨界期）の概念も重要。
- ✓ ピアジェは認知発達を 4 段階、フロイトは自我発達を 5 段階、エリクソンは生涯発達を 8 段階に区分。
- ✓ 乳児期：基本的信頼 幼児期：自律性・自主性 学童期：勤勉性 青年期：同一性 成人期：親密性・生殖性 老年期：自我の統合
- ✓ ハヴィガーストは老年期の発達課題として①身体的衰弱への適応など 6 項目を示している。

第 2 節 老年期の発達・成熟と心理

1 老年期の定義

▶▶ なぜ老年期を定義する必要があるのか

老年期を定義することは意外にむずかしく、定義することによって、よい面もあれば、課題や支障が生じてくることもあります。たとえば、80 歳でも自分を「高齢者」と思わない人がいる一方で、50 歳代で老年期特有の病気にかかっているにもかかわらず、「高齢者」の対象外とされて、不自由な生活を強いられてしまう人もいます。

老年期を定義しないとどうなるのでしょうか。老年期を定義しないまましていると、老年期に自然にみられる心身の老化や、老年期にかかりやすくなる病気によって生活の不自由を強いられている多くの国民に、国全体として支える施策や体制をつくることができなくなります。老年期を定義することによってはじめて、それに該当する人々を介護や福祉の対象とすることができるのです。

介護福祉士をはじめとする介護職は、老年期の定義を正確に理解する一方で、個々の高齢者の理解に

においては、自分がつくった高齢者に対するステレオタイプをそのままあてはめてしまうことがないよう
に注意することが必要です。

▶▶ 国際的な高齢者の定義

世界保健機関（WHO）では、65 歳以上を高齢者として人口統計資料を作成しています。しかし、世界
全体の高齢化の状況は国によって大きく異なっています。WHO が発表した 2019 年時点の平均寿命をみ
ると、日本では 84.3 歳ですが、世界全体の平均は 73.3 歳ですから、世界全体で統計をとる場合に
は、65 歳を高齢者とみることも妥当なことといえるでしょう。しかし、2060 年には中国やシンガポ
ールの高齢化率も 30% 台に、平均寿命も 70 歳代後半となって、日本の高齢化率と大きな差がなくな
ると予想されています。

▶▶ 日本における高齢者の定義

日本は世界のなかでもまれにみる長寿国であるとともに、少子化が進んで高齢社会を迎えています。
日本では、法律のなかで高齢者はおおむね 65 歳と考えられていますが、平均寿命や健康寿命が延び
てきたことを背景に、この定義は今後も時代とともに変化していくと考えられています。

法律名	内容
老人福祉法	老人の定義は明確にしていないが、その内容は 65 歳以上を対象とした福祉について定められており、事実上 65 歳以上を老人として位置づけている。
介護保険法	65 歳以上の者を第 1 号被保険者と位置づけており、原因にかかわらず要介護状態になったときは介護保険制度を利用することができる。
高齢者の医療の確保に関する法律	65 歳以上 75 歳未満を前期高齢者、75 歳以上を後期高齢者と定めている。
高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律	高齢者を 65 歳以上と定めている。
高年齢者等の雇用の安定等に関する法律	高年齢者を 55 歳と定めている。企業が定年を設ける場合には 60 歳未満としてはならないことを定めている。

▶▶ 老年期という発達段階

人は法律などに規定されて高齢者となるばかりでなく、生物学的な身体機能の変化や、心理学的な変
化も経験しながら、老年期という人生のなかの 1 つの段階に到達します。

たとえばレビンソン（Levinson, D.）は、生涯最後の生活構造の大きな変化として 60 歳ごろに老年
期への過渡期があるといいます。このころ、身体のおとろえを無視できなくなるとともに、老年期に
経験しやすいライフイベントを経験することで老性自覚が進みます。そのような状況に適応するた
めに、生活構造を、その後の生活に向けた新しい構造に替えていくことが老年期の課題であると説明し
ました。

老年期という発達段階は、心身の老化と社会的な役割の喪失への適応が課題となる段階であるといえ
るでしょう。

2 老年期の心理的課題と適応

▶▶ ① 老いの自覚

人間は加齢とともに老いを自覚するようになります。自分自身の老いを自覚することを老性自覚と呼
びますが、自覚をもつきっかけは人によりさまざまです。また、早くから自覚が芽生える人もいれ
ば、そうでない人もいます。

老性自覚をうながすきっかけには、内からの自覚と外からの自覚の 2 つに分けることができます。内
からの自覚とは、身体的徴候や認知的徴候、精神的減退などによってうながされるものです。一方、
外からの自覚とは、定年退職、引退、離別、死別といった社会的な経験や出来事によって引き起こさ
れます。

人間が老いを自覚するということは、どうしてもネガティブな側面ばかりにかたよりがちです。しか

し、高齢化が急速に進む現代社会では、老いはすべての人々がわが身に起きる事実としてとくに意識せざるを得ません。言い換えれば、自分自身の人生をとらえるための主体的な老年観が、新たにつくり出されるべきだといえるでしょう。

▶▶ ②役割の変化・喪失

老年期における家庭内での役割の変化や、退職に代表される社会的な役割の喪失は、高齢者の存在感や生きがいの変化・喪失にもつながるといわれています。

しかし、見方を変えると、自由な時間が増える、職場のストレスから解放されるなど、プラスの面から役割の変化をとらえることも可能です。

役割が変化・喪失したからといって、高齢者がそれまでの生活や仕事でつちかった豊富な経験、知識や技術が必要でなくなるわけではありませんし、失われるわけでもありません。家庭内における新たな役割の創出や社会参加を通じて、老年期の自己実現をはかることは可能です。

▶▶ ③喪失体験

老年期の社会的関係の変化の特徴として、喪失体験があげられます。とくに配偶者との人間関係が重要な位置づけとなっている場合に、その死別は残された高齢者に大きな影響を与えます。

喪失とは、感情的に強く結びついていた対象が自分の人生から失われることを意味しています。喪失を悲嘆することで、情動的、知覚的、身体的にさまざまな反応が生じます。その状態から抜け出し、喪失対象がいない生活を再構築することが回復と考えられます。

配偶者と死別した人のなかには、身体的愁訴が多かったり、医療機関への受診が多かったりするといったストレスに対する心身の反応があらわれ、健康をそこなう場合があるので注意が必要です。

▶▶ ④経済的不安

2021（令和3）年の国民生活基礎調査における生活意識に関する調査結果をみると、高齢者世帯では「大変苦しい」が21.3%、「やや苦しい」が29.1%となっており、高齢者世帯の約半数が「生活が苦しい」と感じていることがわかります。

また、高齢者世帯の場合、1世帯当たりの平均所得金額の構成割合をみると、「公的年金・恩給」が62.3%であり、「稼働所得」は21.5%にすぎません。

このことから、高齢者が経済状況に関して何らかの不安をかかえやすいことがうかがえます。

▶▶ ⑤老年期のうつ

老年期のうつは、高齢者の精神的健康を大きく阻害するものといえます。老年期のうつは、ほかの年代でみられるうつと異なるわけではありませんが、その症状のあらわれ方には特徴があります。

高齢者で注意しておかなければならないのは、認知症と間違われるような状態になることがあるということです。ここで大事なことは、もともとその人がどのような生活を送っていたか、それがいつごろからどのような変化が生じるようになったかということをよく把握することです。

きちんと家事や身のまわりのことをこなし、趣味にも打ちこんでいたような人が、2～3か月のあいだに意欲がなくなって、ひきこもるような状態になっているのであれば、うつの可能性が考えられます。

2 老いの受容とサクセスフル・エイジング

▶▶ サクセスフル・エイジングとは

老化に適応した幸せな老年期の生き方をサクセスフル・エイジングと呼び、さまざまな議論が行われてきました。たとえば、可能な限り自立した生活を継続できることや、社会的役割やかかわりをもっていること等が求められ、身体的健康、精神的健康、社会的機能や生産性などが関係していると考えられています。とくに、サクセスフル・エイジングを包括的に示すために、生活全般に対する幸福感である主観的幸福感を指標とすることが提案されています。幸せの感じ方は個人差があるため、本人が幸せを感じる主観的評価を重視しようという考え方です。

疾病をかかえていたり、介護を必要としたりしている高齢者では、主観的幸福感が阻害されやすい傾

向があります。心理的動揺を起こしやすかったり、孤独感を深めたり、阻害される側面や程度にも個人差があります。

▶▶ 死生観

死生観とは、生きることと死ぬことを表裏のこととしてとらえ、生死の両方を通じて、その価値やあり方をどのように考えるかということです。社会、文化、宗教によって特徴があるとともに、個人による価値観の差も大きいといえます。死生観をどのようにもつということは、生命への尊厳や死に対する考え方に関係しており、どの世代にもかかわる問題です。とくに老年期においては、「死」はほかの世代に比べて身近なことであり、死生観のもち方は生活や心理に影響を与えていると考えられています。

2012（平成 24）年の経済産業省による全国調査の結果によれば、「死ぬのがとても怖い」と感じる人は、年齢層が高くなるほど割合が低くなっています。また、自分自身が最期を迎える際の不安については、「病気の悪化にともない、痛みや苦しみがあること」がどの年代でも多く、高齢者層でも半数弱の人が不安を感じているという結果でした。

現代社会は、長寿化、高齢者との同居の減少、病院での死亡が多くなったことなどによって、日常生活において直接的に「死」を経験することが少なくなったといわれています。死はだれにでも訪れる不可避なものであり、とくに老年期においては、自分自身の身体的変化や身近な人との死別体験等を通じて、より身近なものになっていくことで死生観が変化していくものと考えられています。

長くなった老年期を生きていくうえで、死にとらわれすぎたり、過度の不安や恐怖を感じていたりすることは、生活への活力や幸福感に影響を与えられと考えられます。現代の日本では、超高齢社会の時代に応じた死生観の醸成が必要になっており、若い世代からの教育や準備が必要だといえるでしょう。

3 動機にもとづく理解と支援

動機とは、人間の行動の原動力であり、食物や水分等を対象とした欲求（生理的欲求）や仕事や学習等の目標を対象とした「やる気」等を含んでいます。老年期には老化にともなって、さまざまな機能の低下が生じやすくなります。そのため、高齢者へのかたよった見方として、高齢になるとだれでも同じように欲求ややる気が低くなると誤解されがちです。しかし、高齢者といっても、60 歳代後半の人から、100 歳以上の人まで幅広い年代の人が含まれています。

また、高齢になったからといって、急に価値観や性格が変わって、皆同じような考え方や行動になってしまうわけではありません。高齢者は個人差の大きい多様な人で構成されている世代であり、それぞれの人の心身の状態、生活歴、価値観等によって動機の向かう方向性や大きさが違うのです。

▶▶ 目標を達成するための支援

目標を達成したいという動機を達成動機といいます。たとえば、自宅で暮らし続けたい、機能回復して社会参加したい、というようなケアにおける支援目標の達成への取り組みには、達成動機がかかわっています。目標を達成するためには、みずからの行動が必要であり、達成動機を高めることが大切です。そのためには目標の設定がまず大切です。

達成動機を高めるためには、目標の「価値」が高いことが必要であり、支援する側の常識や押しつけではなく、本人にとって価値がある目標を共有できることが大切です。十分にコミュニケーションをとり、本人の価値観や生活の志向等を知ることが求められます。

▶▶ 自己効力感を高める

さらに、達成動機を高めるためには、目標の価値に加えてその目標が達成できそうだという見こみである期待が重要です。価値の高い目標でも達成できないと感じてしまえば、動機が失われてしまいます。とくに、目標そのものの達成見こみよりも、目標を達成するための必要な行動ができそうかどうかということが影響を与えていると考えられています。目標を達成するための行動ができそうだという期待を自己効力感と呼びます。

自己効力感を高めるためには、目標を達成するための行動に納得したうえで、たしかに達成できそうだという手ごたえを感じながら、ステップアップして進んでいくことが必要です。そのために、目標を達成するための道筋がわかりやすい計画を立てること、その計画をわかりやすく説明して共有する

こと、計画の進行にともない、少しずつ成功や達成を感じられるように適切な評価やはげましをしながら進めていくことなどの、援助計画の活用が必要です。

4 不適応状態を緩和する心理

▶▶ 適応機制（防衛機制）とは

欲求が充足されない状態（欲求不満の状態）が継続すると、心理的な不適応状態が生じやすくなります。それを緩和し、心理的適応（安心、満足など）を得るためのこころのはたらきのことを適応機制（防衛機制）といいます。

もちろん、適応機制によって真の欲求に対する満足が得られるわけではなく、場合によっては社会的に不適応な行動を引き起こす場合もあります。

要介護状態によって欲求が充足されない状態が継続していくことは、適応機制による行動を引き起こすことがあります。そうしなければ心理的に耐えられず、そうせざるを得なかったという場合もあります。

すべての行動が適応機制で説明できるわけではありませんが、行動の背景にある心理的理解の1つの可能性だと考えてください。高齢者の適応機制には次のようなものがあげられます。

種類	説明
攻撃	物や他者に対して、感情をぶつけたり、乱暴したりする。自傷といった自分自身への攻撃に向かうこともある。
逃避	困難な状況や場面を避けたり、ほかのことに熱中して問題に向き合うことを避けたり、空想の世界に逃れたりする。
退行	過去への逃避であり、現在の問題を避けるために楽しかった過去に生きようとする。赤ん坊や子どものようにふるまって依存的な態度を示すこともある。
拒否	課題となっている事実が存在しないかのようにふるまう。障害を認めなかったり、肉親の死を認めなかったりする場合もある。
隔離	ある観念からその人がもっている感情的な意味を切り離して、客観的に取り扱うことで不安を感じないようにする。自分に関連した問題であっても評論家のように論じる。
代償	本来の目標がかなわない場合に、容易に達成できる目標を達成することで満足を得ようとする。
合理化	自分の失敗や欠点をそのまま認めず、社会的に容認されそうな理由をつけて、正当化する。
昇華	基本的な衝動などを社会的に価値の高い方法に置き換える。たとえば、性や破壊の欲求をスポーツや芸術などに表現することで満足感を得る。
同一視	自分の欲求が満たされなくても、心理的に自分に近い他人の行動をあたかも自分のことのように感じて、欲求が満たされているように感じる。
投影	自分自身がもつ不安を引き起こす衝動や考えを否認し、他者にその衝動や考えがあるかのように考える。
抑圧	過去の不快な記憶が抑制されて、楽しいこと、いいことだけを思い出す。
反動形成	自分もっている否認すべき感情と正反対の行動をとる。好きな人に乱暴な態度をとってしまうといった例があげられる。

▶▶ 無力感や依存心の学習

みずからの能力を使って環境にはたらきかけても効果がない状況が続くと、自分のコントロールの範囲を超えていることが認識され、無力感（自分では何もどうしようもない感覚）が生じやすくなります。無力感が生じると、そのあとに自力で可能なことがあっても、あきらめてそれに取り組まない傾向があらわれます。要介護状態は、それまで可能であった日常のさまざまなことを困難にするため、無力感が生じやすく、本来できるはずのことまであきらめてしまう原因ともなります。

また、高齢者は心身機能の低下のために依存心をもちやすくなるといわれています。要介護状態になると、なおさら依存的になりやすいことが指摘されています。しかし、高齢者はみずからの心身の状態によってのみ依存的になるのではなく、環境のなかでの本人と他者との交流の結果、依存的になる

ことを学習しているという考え方も示されています。

たとえば、介護の場面では、依存的な行動を指示し、それに従わせる場面がみられます（「危ないから、1人で歩かないで待っていて」）。また、自律的な行動を失敗したとき、しかられるといった「罰」を与えられることもあります（「こんなに散らかして！」）。このような環境においては、要介護高齢者は自発性を抑え、依存性が高まりやすくなり、そのことによって介護の負担が増してしまいます。

このような無力感や依存心は、介護の工夫によって、できる限り防ぐ必要があります。

◆ この Section のポイント

- ✓ 老年期の定義は WHO では 65 歳以上。日本法律上もおおむね 65 歳以上が高齢者。
- ✓ 老年期の心理的課題：老いの自覚・役割の変化喪失・喪失体験・経済的不安・老年期のうつ。
- ✓ サクセスフル・エイジングとは老化に適応した幸せな老後。主観的幸福感を重視。
- ✓ 動機には達成動機と自己効力感が重要。目標の「価値」と「達成できそう」という期待の両方が必要。
- ✓ 適応機制（防衛機制）には攻撃・逃避・退行・昇華など 12 種類。無力感や依存心の学習にも注意が必要。

第 3 節 高齢者に多くみられる症状・疾病等

1. 高齢者に多くみられる症状・訴えとその留意点

① 痛み（腹痛）

腹部には胃腸や肝臓などの消化器系と、腎臓・膀胱・生殖器などの生殖泌尿器系という大切な器官があります。腹痛の大半は、これらの器官に関連した病気によって起こるものです。

腹痛の原因となる病気のうち高齢者で留意したいものは、腸閉塞（イレウス）、消化性潰瘍（胃・十二指腸潰瘍）、大腸腫瘍の 3 つです。

高齢者では、消化性潰瘍による腹痛はあまり強くあらわれません。たまたま見つかった潰瘍が驚くほど大きいこともしばしばあります。血液の混じった便が排出されたり便秘がひどくなったりしてきたら、大腸の腫瘍やポリープを疑います。

② 痛み（胸痛）

胸の痛みがあらわれた場合、まず疑うのは心臓や肺を流れている血管の病気です。そのなかでもっとも重要なのは、心臓に血液を送っている冠動脈の血栓で起こる心筋梗塞、心臓から全身に血液を送っている大動脈の壁が剥がれて起こる大動脈解離、そして肺に流れる肺動脈の血栓症である肺血栓・塞栓症（肺塞栓症）の 3 つです。いずれも適切な治療を早く開始するかどうかでそのあとの経過が大きく変わることから、早期発見が大事な病気です。ただし、後期高齢者では、心筋梗塞のときの胸痛があまり目立たないなど、非典型的な場合も多いことに留意すべきです。

骨粗鬆症の頻度が高くなる女性高齢者では、脊椎骨や大腿骨の骨折と同様に、軽い胸部の打撲や外傷でも肋骨骨折が起こり、胸痛の原因になることがあります。

③ 痛み（筋肉・骨・関節）

高齢者では関節や骨の疼痛が問題になります。おもな疾患は、変形性関節症、関節リウマチ、腰背部脊椎骨の骨粗鬆症です。とくに多い症状として、腰痛や膝の関節痛があります。

変形性関節症は股関節と膝関節によくみられます。関節リウマチは関節の疾患でもっとも重要なもので、左右の手指、手首、肘、肩などの関節に対称性の腫脹、疼痛があらわれ、からだのほかの場所の関節にも広がっていくことが多い進行性の全身疾患です。

④ 発熱

高齢者では、気管支炎や肺炎にかかってもあまり高熱が出ないことがあります。一方で、かなりの発熱が

出現する感染症もあります。頻度の高いものとして、まず尿路感染症があります。次に、胆道系感染症（胆嚢炎や胆管炎など）でも突然の発熱がみられます。褥瘡があるときは、そこでの感染から発熱することもしばしばです。これらの尿路感染症、胆道系感染症、褥瘡感染症のいずれも、血液内を細菌がめぐる重篤な状態である敗血症を起こすことが多く、敗血症性ショックにいたる場合もあります。

ウイルス性感染症もめずらしくありません。代表例は、インフルエンザとノロウイルスによる胃腸炎です。インフルエンザは毎年、冬期を中心に流行する気道系の感染症で、A型、B型を中心に流行しますが、年によって流行するタイプが変化するため、それを予測してワクチン接種が行われます。ノロウイルス胃腸炎は、施設や病院などで集団感染を起こすこともあるウイルス性感染症で、集団感染を予防する対策が重要です。

臥床していることの多い要介護高齢者や、やせて低栄養状態の高齢者では、基礎代謝が低下して体温の維持機能がうまくはたらかず、室温の上昇や寝具内の暖房器具によって発熱することがあります。その重症例が熱中症で、死亡することも少なくありません。

⑤ めまい

めまいといっても、自覚症状の内容はさまざまです。立ちくらみや、目の前が真っ暗になって失神するようなめまい、目がぐるぐる回るような方向のはっきりしている回転性のめまい、そして、酩酊してからだがふらふら動揺するような不快感をとともうめまいがあります。

回転性のめまいは本人も明瞭に自覚でき、はっきり訴えることができます。高齢者では、良性発作性頭位眩暈症が頻度の高いものの1つです。ある決まった頭の位置をとると、グラグラという回転性のめまい、時には非回転性のめまいが数秒から数十秒起こります。

立ちくらみや失神をとともうめまいは、転倒・転落事故や骨折に直接つながるため、注意が必要です。脳は血液量が不足すると敏感に反応して、立ちくらみや失神を起こします。降圧剤の過量投与による低血圧、心不全による低血圧や不整脈による血流低下、そして、ADL（とくに食事後、排泄後、入浴中）にとともなう一過性の低血圧があります。

⑥ 体重減少・食欲不振

食事の状況を家族や職員が把握できる場合は、食欲の変化に気づくことができるでしょう。一人暮らしや高齢の夫婦世帯などでは、数か月に1回程度体重を測定する機会を設けたいものです。

食が細くなりがちな高齢者といえども、体重が1か月で2kg以上減少したら、何らかの疾患を疑うべきです。高齢前期であれば悪性腫瘍の可能性があります、それを疑わせるようなその他の症状の有無を確認めます。高齢後期では食欲低下が単独であられることも多く、悪性腫瘍以外にうつ病やうつ状態、慢性疾患の悪化（心不全、呼吸不全、腎不全など慢性臓器不全の増悪）などを念頭におくべきでしょう。

体重減少や食欲不振があらわれる消化器疾患として、胃潰瘍、胆嚢がん、大腸がんの頻度が高いようです。

低栄養がかなり進行した場合の典型的な症状は浮腫（むくみ）で、足関節や下腿にあらわれ、ひどくなると背面や上肢にも広がります。

⑦ しびれ

しびれは、痛みと同じように本人にしかわからない症状なので、急にあらわれた場合などはともかく、本人がはっきり訴えなかったり、反対に始終訴えたりすると、まわりの人は気に留めないことも多いものです。

ほとんどのしびれは手足にあらわれますが、その理由は神経の分布の密度と関係があるようです。もっとも敏感なのは手の指先で、指全体、手のひら、腕と上がっていくにしたがって、神経の分布もまばらになります。

しびれの原因としてもっとも頻度が高いのは、加齢そのものによる場合でしょう。高齢者における手足の末梢神経障害の頻度はきわめて高く、半数をはるかに超えるとする指摘もあります。次に多いのが、物質代謝にかかわる疾患が進行したときにあらわれる神経性障害です。そのなかでも糖尿病と慢性腎不全のときの神経障害の頻度が高く、治療も容易ではありません。

⑧ 浮腫（むくみ）

浮腫（むくみ）があらわれる理由の1つに、血管のはたらきの弱まりがあります。立ち仕事を長くやっていた人にみられる膝下から足首にかけての浮腫や、脳卒中で半身が麻痺した人にみられる麻痺側の浮腫などがその典型です。

おもな浮腫の原因は静脈にあります。静脈血はごく弱い力で重力に反して心臓に戻ってくる血液なので、

足を動かさずに長く立っていたり、臥床していたりすると、下肢の筋肉収縮にともなう静脈血を心臓に押し上げる力（レッグポンピング）が弱まるため、浮腫が出現しやすくなるのです。

もう1つの浮腫の原因は、血液成分の変化によるものです。アルブミンという血液中のたんぱく質成分は粘り気を与え、物質の移動や交換に重要な役割を果たしていますが、そのためにはアルブミン濃度が一定水準以上に保たれている必要があります。アルブミンは食事のたんぱく質を材料として肝臓でつくられるので、食事をとる量が低下し、低栄養になると血液中の濃度も下がってきます。その結果、血管のなかにとどまっている水分を保持する力が弱まって、水分が血管と臓器のあいだのスペースにも染み出して浮腫になります。

⑨ 咳・痰

高齢期になると、空気中のほこりや異物を外に押し出すはたらきが弱まって、咳が出やすくなります。とくに喫煙者ではその傾向が強く、一般の人より高頻度に咳や痰が出ます。慢性の咳の原因でもっとも多いのは閉塞性換気障害といわれる病態で、病名としては慢性気管支炎、または肺気腫のことで、この2つの病気を合わせて慢性閉塞性肺疾患（COPD）といいます。

今まであまり咳のみられない高齢者に咳が出現した場合、感染症の可能性もあります。そのなかでも肺結核は忘れてはならないものです。また、病院や施設など集団で生活しているところでは、湿気の多い場所に繁殖するレジオネラ菌による肺炎も重要なものです。

⑩ 息切れ・息苦しさ

息切れや息苦しさは、心臓と肺のはたらきに関連した症状です。どちらも生命活動の基本になっている器官で、心肺機能というように合わせて表現されることもあります。その機能は異なっています。

心臓と肺はまったく異なる機能を果たしていても、そのはたらきが不調になったときには、いずれの場合も「もっと酸素を供給してほしい」とからだが要求する共通の症状が息切れや息苦しさです。

心不全を引き起こす病気で多い原因は虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）と高血圧性心疾患です。呼吸不全の原因としてもっとも多いのは閉塞性換気障害を起こす慢性閉塞性肺疾患（COPD）です。在宅で酸素を吸入する在宅酸素療法（HOT）の主要な基礎疾患です。

⑪ 掻痒感（かゆみ）

通院している高齢者の5人に1人が何らかの皮膚掻痒症をもっているといわれますが、そのなかでもとりわけ多いのが掻痒感（かゆみ）という訴えです。皮膚症状や皮膚疾患で生命にかかわることはほとんどないとしても、なかなかよくならない掻痒感のQOLを低くするに違いありません。

掻痒感の原因には、皮膚組織で炎症が起きたり、発疹があらわれたりといった皮膚そのものに問題がある場合と、皮膚以外の要因によって皮膚症状があらわれている場合とがあります。

一方、皮膚以外の要因によって皮膚症状があらわれている場合の代表は、内臓疾患や代謝性疾患によるかゆみと、薬剤による薬疹です。内臓疾患としては腎不全や肝・胆道疾患、糖尿病のときに頑固な皮膚掻痒症がみられます。

⑫ 不眠（睡眠障害）

布団に入ると数分後には寝入ってしまうという高齢者もいますが、なかなか眠れないことで悩んでいる人も少なくありません。高齢期の睡眠の特徴として、深い眠りと浅い眠りのリズムがずれてくるのがわかっており、熟睡感といった眠りの質が低下している場合も多いようです。

高齢前期ではしばしば不眠になった具体的なきっかけがあります。たとえば、配偶者の死、自分の病気、家族関係での悩みなどで、このような不眠は、うつ病（気分障害）や神経症の徴候であることもあります。

高齢後期になると、最近の出来事といったきっかけよりも、慢性疾患による生活障害や、睡眠リズムそのものの変化などが不眠の背景にあると考えられます。睡眠剤により転倒や呼吸障害が起きてしまうと、本人が感じている不眠の苦痛よりも転倒などに目が向けられ、訴えは軽視される傾向にあります。閉じこもりがちな生活をしている場合は、外出や社会交流の機会を増やすこと、通所サービスを利用して生活にリズムをつけることが望まれます。

⑬ 便秘

高齢者の半数が便秘の問題をもち、施設利用者では7、8割にも達するといわれます。排便をいかにうまくコントロールするかということは本人や介護職を大いに悩ませるもので、ひどい苦痛をともなうこともめずらしくありません。

高齢者の便秘の原因は、腸の病気によるもの（器質性便秘）よりも、腸の動きが悪いもの、排便のタイミングやプライバシーのなさといった環境によるもの（機能性便秘）が大半を占めます。

⑭ 下痢

からだの不自由な高齢者にとって、下痢はやっかいなものの1つです。下痢が続くと、トイレに行くことを気にして外出をひかえるようになったり、食事をひかえて体力を消耗したりして、急速に活動量の低下を招くことがあります。

まず、感染症によるものであるかどうかを見きわめることが大切です。ウイルス性のものと細菌性のものがあります。程度の差はあっても、嘔吐ないし吐き気、発熱、食欲不振をとまなうことがほとんどで、下痢症状だけがみられることはまれです。

ノロウイルスによる下痢症では、ウイルスに対する強力な感染力があり、まわりの人にも急速に広がるかもしれないので、疑われる場合には、予防のための手洗いや消毒を徹底するとともに、医療機関の受診を要します。

⑮ 誤嚥

誤嚥の予防としての口腔ケアが大切です。食事中に咳きこんだり、むせたりする高齢者では、誤嚥、窒息の危険性があるので、口腔ケアを行うこと、のみこみやすいように食事の調理を工夫することが大切です。

口腔ケアの基本は、食後のブラッシングやデンタルフロスによって食物残渣を取り除くこと、口腔清掃によって口腔内の菌の付着をできるだけ少なくすることです。これによって細菌を含んだ唾液、痰、菌垢などを睡眠中に誤嚥するために起こる不顕性肺炎を予防することができ、また、口腔の清潔感から食欲増進にもよい効果を発揮するといわれています。

嚥下しやすい献立としては、マッシュ状のものや茶碗蒸し、卵豆腐などがあります。水はむせやすいですが、コンソメスープやポタージュスープ、牛乳などろみがあるものは、栄養もとりにやすく、比較的むせることも少ないようです。また、1回の摂取量が少なすぎてもむせやすいことがあり、大き目のスプーンなど、その人に合った適量を観察しながら介助することが大切です。

⑯ 出血

口から血が出る喀血（血痰）や吐血、便に血が混じる下血や血便、尿に血が混じる血尿があります。

喀血は気管支など気道系組織からの出血であり、吐血とは違って吐き気や食物残渣の嘔吐などをとまなうことはなく、咳きこんだとき咳といっしょに出ることが多いものです。血痰（痰に血が混じる）がある場合は、出血が少量であっても肺がんなどによることがあり、要注意です。

消化器疾患に起因する吐血は、頻度が高いものです。排便動作が自立している高齢者の下血は、本人が訴えない限り見逃されやすいものです。大腸ポリープや大腸がんでは、腫瘍がある程度大きくなると、便に血液が混じって血便として排出されます。

⑰ 熱中症

熱中症になる人のおよそ半数は高齢者で、特別な活動中ではなく部屋の中で発見される場合がもっとも多くみられます。熱中症とは、日射病や熱射病と呼ばれるものと同じ状態で、生命にとって危険なほど体温が上昇して高体温症になることがその本態です。

高齢者が熱中症を起こしやすい身体面の原因は、発汗機能と口渇感覚の低下にあると考えられています。あまり水分をとらないようであれば家族や介護職が飲水をうながす必要があります。また、風通しの悪い室内ではからだに熱がこもりやすく、湿度が高いときはとくに注意します。

段階	重症度	症状	対応
I 度	軽症、現場での応急処置で対応	めまい、生あくび、立ちくらみ、大量の発汗、筋肉痛や筋肉の硬直（こむら返り）、意識障害を認めない	涼しい場所で安静、からだを冷やす、水分・塩分補給
II 度	中等症、基本的に病院へ搬送	頭痛、気分の不快、吐き気、嘔吐、倦怠感、虚脱感、意識状態はやや ぼんやりする	現場で I 度の対応をしつつ医療機関へ搬送
III 度	重症、入院して集中治療が必要	明らかな意識障害、けいれん発作、手足の運動障害、高体温（体表面が熱い）	救急搬送、集中治療

⑱ 貧血

貧血とは、血液中の赤血球量が減少し、血が薄い状態のことです。たとえば、人ごみのなかでくらくらして気分が悪くなったり、立ち上がろうとしてふらふらしたりするのは、貧血の症状のなかの脳貧血のことをいいます。これは、脳を流れる血液量が足りずに一過性の脳血流障害を起こした状態です。

血が薄くなる原因の1つは、からだのどこかから出血が続いて血液が失われ、造血が追いつかない場合合です。その多くは消化管からの出血や食事からの鉄分摂取不足です。また、腎臓機能が中程度以上低下すると、腎臓でつくられているエリスロポエチンという造血ホルモンの分泌が不足して貧血になります。胃をすべて摘出した人のなかには、造血作用のあるビタミンB₁₂が足りなくて貧血になる人がいます。

⑲ 脱水症

脱水症とはからだ全体の水分量が減少した状態をさします。細胞の中の水分量が減ると細胞でエネルギーをうまく利用できなくなり、とくに、脳細胞では脳機能低下を起こし、意識障害から昏睡にいたる致命的な結果となります。

飲水量が少なかったり下痢などで水分が失われると脱水状態になります。乾燥による唾液の減少、口腔内や皮膚のかさつきは大事なサインです。また、尿量、尿回数の減少や尿の色が濃くなっている点にも注意が必要です。進行すると、血圧が下がったりふらつきや失神が起きたりします。筋肉のけいれんや意識障害がみられるのは生命の危機が迫っているときなので緊急の医療処置が必要です。

活動量が落ちている高齢者では、水分を欲せず、自分で積極的に水分をおぎなう習慣がなくなっています。認知機能のおとろえがあって判断力が低下している場合は介護職が適度な補給を心がけなければなりません。あまり水分をとらない高齢者には、1回に提供する量を少なめにして時刻や就寝前などこまめに回数を増やし、麦茶やスポーツドリンク、スイカなどの果物といったいろいろな補給源を利用します。

2. 介護を要する高齢者によくみられる病気・病態

① 生活習慣病

生活習慣病に含まれる疾患としては、運動・活動状態や食生活と密接な関連のある糖尿病、高血圧症、脂質異常症（高脂血症）、痛風（高尿酸血症）、アルコール性肝炎などが代表的なものです。また、これらの疾患が引き金となって発症するといわれている脳血管疾患や冠動脈疾患（狭心症や心筋梗塞）、閉塞性動脈硬化など血管病変や、肺がん、大腸がんなどの悪性新生物も生活習慣病の範疇に入れられています。

病名	特徴	介護職が知っておくべき点
脳血管疾患（脳血管障害、脳卒中）	脳組織に栄養と酸素を送る脳血管の血栓や出血による脳組織が壊死状態で、脳梗塞、脳（内）出血、くも膜下出血に区別される。	中程度以上の発作では症状や観察から判断できるが、軽い脳梗塞は確定診断がむずかしいので、CTやMRIなどで検査を行う。
心筋梗塞	心臓の栄養血管を「冠動脈」といい、その動脈に起こった血栓症のことである。冠動脈は左右に分岐し、左はさらに2本に分岐し、計3本である。	前胸部の痛みがなく、圧迫感や不快感、あるいは消化器症状がまったくなった状態、心不全やショック状態となって気づかれることがある。
高血圧症	安静時に複数回測定した血圧が、いずれも120/80mmHg未満である場合を正常血圧、常にどちらかが140/90mmHg以上の場合を高血圧とする。	加齢にともない収縮期（最高）血圧が上昇し、拡張期（最低）血圧との差、脈圧が大きくなる。4、5種類の降圧剤のなかから組み合わせて使う。
糖尿病	主要な栄養素であるブドウ糖をうまく代謝できず、血液中のブドウ糖レベル（血糖値）が上昇して、慢性的な合併症を起こす。	糖尿病による自覚的な症状はほとんどしない。空腹時血糖値や、随時、またはブドウ糖負荷後血糖値、HbA1cの値で診断する。
脂質異常症（高脂（質）血症）	高コレステロール、高LDLコレステロール、低HDLコレステロール、高トリグリセリド（中性脂肪）のいずれかの異常をいう。	要介護状態の高齢者について、治療するほうが有益であるかどうか明らかでない。栄養の低下とともに脂質レベルも正常化する。
閉塞性動脈硬化症	動脈硬化は、心臓、脳、しょう臓などの主要臓器ばかりでなく、大動脈や中小動脈でも進展し、とくに下肢に流れる動脈が閉塞しかかった状態をいう。	歩くと下肢の痛みが出現し、休むと軽減する間欠性跛行が典型的な症状である。左右の下肢の色差や冷たさの差をみる。

■ 介護時のチェックポイント

- ・ 3大生活習慣病にかかわりの深い症状の変化（食欲の変化、息切れ、体重変化、四肢の運動・感覚障害）はないか
- ・ 食事や運動、喫煙、飲酒の習慣で極端なものはないか
- ・ 血液検査や身体計測の健康診断で注意すべきと指摘されている点はないか
- ・ 長期間服用したり、過去に服用していた薬にはどんなものがあるか

② 運動系の病気

骨格は、骨、靭帯、腱、軟骨、関節からつくられています。骨格についている筋肉を骨格筋といい、歩行や姿勢の維持、手を使った動作など運動全般に用いられています。骨格はからだを支持しているだけでなく、内臓器官の保護の役割もになっています。

病名	特徴	介護職が知っておくべき点
骨粗鬆症	栄養的要因（カルシウムやビタミンD摂取不足）と身体的要因（運動不足）、疾患（腎・肝慢性疾患）などが複合的に関与して進行する。	適度な日光浴と歩行のように体重をかけるような運動、乳製品や脂肪を含む食品の摂取とともに転倒の予防に努める。
大腿骨頸部骨折	ほとんどが骨粗鬆症のある高齢者が転倒したことによって起こる。倒れたときに大腿部の側面を打つと骨折の危険性はいちじるしく高まる。	若年者のスポーツや事故にともなう骨折と違って痛みも強くなく、はっきりわからないことがある。骨折した下肢は外側を向く。
転倒	原因として、筋力・バランス力の低下や視聴覚のおとろえ、床面や室温、住宅環境に加え、転倒が高頻度で起こる疾患がある。	同じ行動や行動でも、時間帯、室温、その日の体調、ほかに気になっていることの有無によって危険性は大きく変わる。
変形性関節症	加齢にともなう関節の変形が起こり、可動性が損なわれて関節面直接による運動時痛がつよくなってくるもので、膝関節と股関節に多い。	気温や湿度などの気候や、1日のなかでも症状が変化する。体重増加や下肢の筋力低下によって痛みは悪化しやすい。
変形性頸椎症	脊髄をおおっている椎骨やまわりの骨が、加齢にともなう変形やすり減りによって脊髄を圧迫するため、両上肢のしびれ、運動制限があらわれる。	症状が進行してきたら脊髄を圧迫している変形した骨を除いたり、スペースをひろげる手術が必要で、進行例では、項部（うなじ）を強く打ったりしないようにする。
腰部脊柱管狭窄症	頻度の高い原因は、脊椎骨の加齢変化によって骨が変形し、長く歩いたりすると中心を走る脊髄を圧迫して痛みが出るものである。	おもな症状は、腰痛・下肢痛・下肢しびれなどで重篤な場合が少ないが、痛みが強ければ整形外科で手術を必要とする。
関節リウマチ	組織を自己破壊する物質が産生される自己免疫性疾患の1つであり、左右の手指や膝などの関節痛、腫脹から関節の変形に進行する。	朝の手のこわばり、運動時関節痛から始まり、進行すると、関節、軟骨、骨まで障害され、生活全般に影響を受ける。

■ 介護時のチェックポイント

- ・ 身長急激な短縮はないか
- ・ 屋外での運動不足や食事の嗜好のかたよりはないか
- ・ 腰背部痛、関節痛、四肢末梢のしびれはないか
- ・ 今までみられなかった歩行中の障害（安定性、歩き方の変化、速度の変化、体幹の傾きなど）はないか

③ 知覚系の病気

加齢にともなう視覚や聴覚変化はよく知られていますが、年齢の影響以外に、まだよくわかっていないほかの要因も関与しているようです。

病名	特徴	介護職が知っておくべき点
白内障	物を見るときに焦点を合わせるレンズの役割をもつ水晶体が、紫外線などの影響で白く濁し、徐々に視力が低下する。	視力が極度に低下して視神経が萎縮する前に水晶体の白濁を除去し、人工的な眼内レンズを入れ、視力を回復させる。

緑内障	眼球内に含まれている液体がつくる圧力（眼圧）が、液体の出入りバランスの不調で上昇し、視神経を圧迫して視野や視力が悪化する。	初期には眼圧の上昇による頭痛や眼の痛みが主症状である。視野狭窄が唯一の症状である正常眼圧緑内障が増加している。
黄斑変性症	物を見るときに脳の網膜上の焦点を結ぶ場所を「黄斑部」といい、原因は不明であるが、この黄斑部の細胞壊死、変性によって視力が低下する。	現在、先進国を中心としてこの疾患による視力低下が増加しているが、原因も不明で、有効な治療法もまだ確立していない。
加齢性難聴	鼓膜の奥の内耳にある「蝸牛」と呼ばれる小器官に、「コルチ器」という聞こえのセンサーがあり、このコルチ器の有毛細胞の脱落や変性による。	有毛細胞の変化は、高音をとらえる蝸牛の入り口付近から進むので、聴力低下は高音から低音へと徐々に広がる。

■ 介護時のチェックポイント

- ・ かすみがかかったように見えていないか
- ・ 今まで見えていた範囲が見えにくくなっていないか
- ・ 急激な視力低下はないか
- ・ 音や声の聴きにくさに変化はみられないか

④ 呼吸器の病気（COPD・肺がん）

慢性閉塞性肺疾患（COPD）：喫煙による健康への影響は、肺がんや食道がんなど、悪性腫瘍の発生リスクの高さが注目されます。さらに、気管支から肺胞にいたる酸素と二酸化炭素の交換の場そのものへの影響によって呼吸機能が悪化することは、ほぼ確実だと考えられています。肺の末梢組織が破壊されると、最終的には肺気腫、または、慢性気管支炎といった慢性の肺疾患に進行します。これら2つの疾患を合わせて、慢性閉塞性肺疾患（COPD）と呼び、在宅酸素療法（HOT）の主要な基礎疾患です。

肺がん：肺がんは、乳がんなどととも増加しています。がん細胞のタイプごとに化学療法や手術法が開発されていますが、完治がむずかしいことも多く、早期発見が鍵をにぎります。

病名	特徴	介護職が知っておくべき点
慢性閉塞性肺疾患（COPD）・呼吸不全	喫煙などのため長期間肺の細胞に負荷がかかって破壊され、二酸化炭素と酸素の交換がうまくできない。重症の場合、「呼吸不全」と呼ぶ。	全身への酸素の供給不足に対して、簡便な酸素の生成装置が発達したため酸素吸入が容易になり、外出の範囲も広がっている。
肺がん	近年急増している悪性腫瘍である。喫煙が主因といわれているが、環境汚染など複合的な要因が関与している。	頻度が高いけれどもはっきりした症状が出にくいので、空咳が続くときや年1回程度の定期的なレントゲン検査、ときにはCTで調べる。

■ 介護時のチェックポイント

- ・ 喫煙者では、喫煙指数（1日の喫煙本数×喫煙年数）が600を超えていないか
- ・ 息切れがある場合、どの程度の活動で息が切れるか
- ・ 明らかな発熱をともなわない咳が続くか
- ・ 定期的な胸部レントゲン検査を受けているか

⑤ 腎・泌尿器の病気

慢性腎疾患のおもな原因：体液を絶え間なく過して、老廃物以外の大部分を再度吸収し、体液量や酸とアルカリの平衡を維持している腎臓は、とても大切な臓器です。現在は、生活習慣病に起因するものへと大きく様変わりしました。とくに長い時間をかけて進行する糖尿病に合併した糖尿病性腎症は、慢性腎不全のもっとも多い原因です。

慢性腎不全と人工透析：慢性腎不全になると、貧血や食欲低下、骨量の低下などから尿毒症へと進行し、ほうっておくと死にいたります。このような場合合には、人工透析か腎移植か臓器移植が必要になります。人工透析には2種類あり、動脈と静脈をつないだ血管を利用して血液を体外に出し、透析器で透析す

る血液透析と、腹膜内に透析液を入れ、一定の時間後に腹膜によってこし出された老廃物を含む透析液を排出する腹膜透析があります。

生殖器の疾患：男性の前立腺肥大症、女性の膣炎や子宮脱が多くみられます。尿路感染症は男女ともに高い頻度で見られますが、とくに女性では、症状のない無症候性感染もめずらしくなく、腎盂炎から敗血症を招くことがあります。男性でも後期高齢期になると、膀胱機能のおとろえから残尿があらわれ、前立腺肥大症による尿の排出障害が合併すると尿路感染症の頻度は高くなります。そのため、急な発熱時には注意が必要です。

■ 介護時のチェックポイント

- ・ 排尿障害（頻尿、尿失禁、排尿困難）の症状はないか
- ・ （男性では）PSA の血液検査（前立腺がん）を受けたことがあるか
- ・ （女性では）陰部のかゆみや痛み、下着の汚れはないか
- ・ 尿検査の異常はないか

⑥ 消化器の病気

高齢者の消化機能：栄養を体内に取りこむために必須である消化機能は、高齢になっても比較的維持されるといわれています。ただし、唾液量の減少、食べ物の胃通過時間の延長、蠕動運動の遅延などは、空腹感のとぼしさや食欲の低下に関係しているものと思われます。

消化性潰瘍（胃・十二指腸潰瘍）：胃潰瘍・腸潰瘍の原因にピロリ菌感染が注目されています。高齢者では急性疾患のストレスにともなう広範囲の出血性胃潰瘍が多い。

胃・食道逆流症（逆流性食道炎）：脊椎の変形などで食道と胃の位置がずれ、胃液が食道を傷つけて起こる胃・食道逆流症（逆流性食道炎）も頻度が高いものです。嘔吐のほか、胸やけがあらわれるのが特徴です。

肝硬変：長い時間をかけて進行した肝硬変も高齢期に発症することがあり、ほとんど症状がみられないまま経過することで知られています。

胃がん、大腸がん：徐々に減少してきたとはいえ、胃がんもめずらしい疾患ではなく、増加傾向にある大腸がんとともに、代表的な消化器系の悪性腫瘍です。

■ 介護時のチェックポイント

- ・ 便が黒かったり血液が混じったりしていないか
- ・ 食事摂取量や体重の変化はみられないか
- ・ 最近、便通の変化（便秘や下痢・軟便の出現、排便回数の変化）はないか
- ・ 消炎鎮痛剤を過量に服用していないか

⑦ 循環器の病気

心不全：高血圧によって心臓が肥大したり、冠動脈疾患によって動脈の血流が不足したりすると、心機能の低下が一挙に進み、心臓が収縮して血液を拍出する力が弱まり、息切れ、動悸、呼吸の苦しさがあります。このような状態を心不全と呼びます。心不全は、さまざまな心臓の病気が原因で心臓の機能が悪くなり、息切れや倦怠感、下肢のむくみなどの症状を呈する疾患群で、100 万～200 万人の患者がいるといわれています。心不全は高齢者に多く、死亡率も高い病気で、しばしば入院が必要となります。

不整脈：加齢とともに増える不整脈としては、心房細動や洞全症候群といった病気があります。とくにこわい不整脈の症状としては、急に失神状態になる（アダムス・ストークス症候群）、脈拍が減り（毎分 40 未満）、強い息切れを感じるなどがあります。そのほかには、突然、動悸が始まり、脈拍数が毎分 150 以上になる、脈拍がバラバラでしかも速く打つなどがあります。

■ 介護時のチェックポイント

- ・ 心疾患の症状（息切れ、呼吸困難、むくみ、動悸など）はみられないか
- ・ 急なめまいや意識喪失発作はないか
- ・ 安静時にも動悸が続くことはないか
- ・ 定期的に血圧や脈拍数を調べているか

⑧ 脳・神経、精神の病気

脳血管疾患：脳に栄養を補給している動脈の障害によって、補給先の大脳や小脳、脳幹部など、脳組織の機能低下をきたした状態を脳血管疾患といいます。起こり方から3つに区別され、血栓によって血流が滞った状態を脳梗塞、動脈が破綻して出血を起こした状態を脳（内）出血、脳の外の動脈にできたコブ（脳動脈瘤）が破れた状態をくも膜下出血といいます。発症とともに片麻痺や感覚障害、失語、構音障害、失調などの症状があらわれ、後遺症として残ることも多くみられます。

パーキンソン病：原因が血管ではなく、特定の部位の神経細胞の変性壊死がきっかけになる脳神経疾患を、まとめて神経変性疾患と呼ぶことがあります。その代表がパーキンソン病です。歩行がゆっくりとなり、細かい動作をうまく行えなかったり、手指がふるえたりします。中脳の黒質の神経細胞の変化によるもので、ドーパミンと呼ばれる物質が不足するため薬剤によっておぎなう治療を行います。

認知症、うつ病：認知症や脳血管疾患などは、CT スキャンの画像上の病変によって、症状や病態を説明することが可能な場合があります。しかし、人間の精神のはたらきは、個人の経験や教育、環境など、多くの要因の影響を受けています。そのため、うつ病や神経症のような精神疾患の診断は、画像検査によって得られる情報が少なく、病歴や病状の評価にもとづいて行われます。

■ 介護時のチェックポイント

- ・手足の麻痺やしびれなどはないか
- ・歩行の変化（速度や歩幅、歩行中の傾きなど）はみられないか
- ・短期記憶の低下や会話における同じ内容のくり返しはみられないか
- ・抑うつ、焦燥感、過度の身体症状の訴えがみられないか

⑨ 介護保険の特定疾病（16 疾病）

介護保険制度において、40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者が要介護認定を受けるためには、要介護状態等の原因である身体上または精神上的の障害が、介護保険法施行令で定める 16 の疾病（特定疾病）によることが要件とされています。

特定疾病名	説明
がん（がん末期：医師が一般に認められている医学的見にもとづき回復の見こみのない状態にいたったと判断したものに限る）	悪性新生物であると診断され、かつ治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状況にあるものが対象となる。治癒困難な状態とは、おおむね余命が 6 か月程度であると判断される場合を指す。
関節リウマチ	全身の多くの関節に起こり、疼痛、変形、動作機能障害があらわれる。30～50 歳代に多く発症し、女性に多い。原因は不明であり、根治療法はない。
筋萎縮性側索硬化症（ALS）	脊髄と脳の運動神経細胞が減少していくことにより、進行性に全身の筋力が低下し、筋肉が萎縮していく疾患。四肢筋力低下や構音障害・嚥下障害などで発症し、発症後 3～5 年の経過で呼吸筋力が低下し、死亡ないし長期人工呼吸器が必要な状態となる。原因不明でおもな治療法は対症療法である。
後縦靱帯骨化症	脊椎の背側にある後縦靱帯が骨化し増大した結果、脊髄が入っている脊柱管がせまくなり、脊髄や神経根が圧迫されて、知覚障害や運動障害等の神経障害を引き起こす病気。原因は不明である。
骨折をとともう骨粗鬆症	骨に含まれるカルシウムなどの骨量は、若年期をピークに年齢とともに減っていく。そして骨量が減少すると、骨のなかの構造が壊れ、骨は非常にもろい状態になり、折れやすくなる。とくに更年期以降の女性において目立つ。
初老期における認知症	診断基準としては、記憶障害が必須で、さらに失語、失行、失認、遂行機能の障害のいずれかを合併する場合に該当する（この診断基準はアルツハイマー型認知症のものだが、認知症は前頭側頭型認知症（ピック病）などのほかの認知症もある）。
進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病	これらはパーキンソン症状（振戦、筋強剛、動作緩慢など）があらわれる疾患群で、認知症がみられることもある。
脊髄小脳変性症	運動失調（歩行時ふらつき、手がうまく使えない、しゃべるときに舌がもつれるなどの症状）が徐々に悪化する神経変性疾患の総称。遺伝性のもも非遺伝性のもも原因不明のもも含み、根治療法はなく、対症療法やリハビリテーションが行われる。
脊柱管狭窄症	脊椎に入っている脊柱管がせまくなることにより、四肢・体幹の痛み、しびれ、

	筋力低下、閉塞性跛行（数十～数百 m で歩行困難となり、立ち止まってしばらく休むと回復する）、排尿・排便障害を起こす。症状は悪化・軽快をくり返し、次第に悪化する。軽微な外傷により、症状が急激に悪化し、重篤な四肢麻痺になることがある。
早老症	早期に老化が始まり、寿命が短縮するまれな疾患で、各疾患の原因となる遺伝子異常が見つかっている。
多系統萎縮症	オリブ橋小脳萎縮症、線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群という 3 つの疾患の総称。中年期以降の発病で、小脳性運動失調（起立や歩行が不安定になるなど）、パーキンソン症状（筋強剛、動作緩慢など）、自律神経症状（起立性低血圧など）のいずれかを初発症状とし、経過とともにそれ以外の症状も明らかになる。進行例では、睡眠時に激しいいびきや無呼吸がみられることが多く、まれに突然死を起こすことがあり注意が必要である。
糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症	糖尿病のおもな合併症として、神経障害、腎症、網膜症がある。糖尿病があり、しびれ感や筋力低下、起立性低血圧、神経伝導検査異常などを認めるときに糖尿病性神経障害と診断される。糖尿病性腎症は人工透析を導入する原因疾患としてもっとも多い。糖尿病性網膜症は進行すると失明の主要な原因疾患となっている。
脳血管疾患	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血が急性発症し、片麻痺、痛覚障害、意識障害などが残ることが多く、長期間のリハビリテーションを必要とすることがある。
閉塞性動脈硬化症	動脈硬化は全身性疾患だが、とくに閉塞性動脈硬化症は、腹部から下肢の動脈硬化のために血液の流れが悪くなり、血行障害を起こした状態である。冷感（足が冷たい感じ）だけでなく、間欠性跛行、安静時痛、潰瘍、壊死がみられる場合が該当する。
慢性閉塞性肺疾患（COPD）	慢性気管支炎と肺気腫の 2 つを総称して慢性閉塞性肺疾患（COPD）と呼ぶ。進行すると、在宅酸素療法が必要となることがある。気管支や肺に障害が生じ、肺への空気の通りが薄くなり、呼吸がしにくくなる。慢性気管支炎では咳や痰が増加するなどの症状があらわれる。肺気腫では、息切れ、息苦しさなどを感じるようになる。
両側の膝関節または股関節に著しい変形をともなう変形性関節症	変形性関節症は、軟骨・骨の病変がみられ、痛みや歩行障害を生じる病気。体重がかかる膝関節と股関節に起こりやすく、介護保険の特定疾病では、両所見の膝関節と股関節に X 線所見上、いちじるしい変形をともない、疼痛や歩行障害がある場合に該当する。

学習のポイント（重要事項の確認）

第 1 節 人間の成長・発達

■発達の定義：発達とは、年齢を重ねるなかで心身に生じる変化と定義されます。一般的に、加齢にともなって生じる身体的・生理的变化（身長や体重のように量的に増加する現象）を成長といい、成長が一定水準に到達することを成熟といいます。

■発達段階と発達課題：発達の過程において、発達現象や特徴を示す区切り（区分）を発達段階と呼びます。現在では、人間は一生発達しつづけるという生涯発達の考え方をもとに、誕生から死にいたるまでの過程をいくつかに分けて、各段階における発達の特徴を理解する方法が広く支持されています。発達課題とは、それぞれの発達段階において達成することが期待される課題をいいます。

第 2 節 老年期の発達・成熟と心理

■老年期の定義：人は法律などに規定されて高齢者となるばかりでなく、生物学的な身体機能の変化や、心理学的な変化も経験しながら、老年期という人生のなかの 1 つの段階に到達します。老年期という発達段階は、心身の老化と社会的な役割の喪失への適応が課題となる段階であるといえるでしょう。

■老年期の心理的課題：老年期における家庭内での役割の変化や、退職に代表される社会的な役割の喪失は、高齢者の存在感や生きがいの変化・喪失にもつながるといわれています。

■要介護状態と高齢者の心理：要介護状態にともなう ADL の低下により、生理的欲求や安全欲求が充足されにくい状態になります。要介護状態は自立的な行動を制約することが多いため、人間関係や社会的活動が縮小しやすくなります。

■不適応状態を緩和する心理：欲求が充足されない状態（欲求不満の状態）が継続すると、心理的な不適応状態が生じやすくなります。それを緩和し、心理的適応（安心、満足など）を得るためのこころのはたらきのことを適応機制（防衛機制）といいます。無力感や依存心は、介護の工夫によって、できる限り防ぐ必要があります。

第3節 高齢者に多くみられる症状・疾病等

■高齢者に多くみられる症状と留意点（一部）：腹痛の原因となる病気のうち高齢者で留意したいものは、腸閉塞（イレウス）、消化性潰瘍（胃・十二指腸潰瘍）、大腸腫瘍の3つです。胸の痛みがあらわれた場合、もっとも重要なのは、心筋梗塞、大動脈解離、肺血栓・塞栓症（肺塞栓症）の3つです。高齢者では関節や骨の疼痛が問題になります。とくに多い症状として、腰痛や膝の関節痛があります。体重減少や食欲不振があらわれる消化器疾患として、胃潰瘍、胆嚢がん、大腸がんの頻度が高いようです。浮腫（むくみ）があらわれる理由の1つに、血管のはたらきの弱まりがあります。慢性の咳の原因でもっとも多いのは閉塞性換気障害といわれる病態です。病名としては慢性気管支炎、または肺気腫のことで、この2つの病気を合わせて慢性閉塞性肺疾患（COPD）といいます。心不全を引き起こす病気で多い原因は虚血性心疾患と高血圧性心疾患です。高齢者が熱中症を起こしやすい身体面の原因は、発汗機能と口渴感覚の低下にあると考えられています。飲水量が少なかったり下痢などで水分が失われると脱水状態になります。

■介護を要する高齢者によくみられる病気：生活習慣病に含まれる疾患としては、運動・活動状態や食生活と密接な関連のある糖尿病、高血圧症、脂質異常症（高脂血症）、痛風（高尿酸血症）、アルコール性肝炎などが代表的なものです。生活習慣病のなかでも、がん（悪性新生物）、心疾患（心臓病）、脳血管疾患（脳血管障害、脳卒中）は日本での死因の上位を占めている病気です。

■介護保険制度において、40歳以上65歳未満の第2号被保険者が要介護認定を受けるためには、要介護状態等の原因である身体上または精神上の障害が、介護保険法施行令で定める16の疾病（特定疾病）によることが要件とされています。

用語解説

用語	読み	説明
刷りこみ現象（インプリンティング）	すりこみげんしょう	動物の生活史のある時期に、特定の物事がごく短時間で覚えこまれ、それが長時間持続する学習現象の一種。
アイデンティティ	あいでんていてい	アメリカの精神分析学者エリクソンが提唱した概念で、自己同一性などと訳される。アイデンティティとは、社会生活のなかで、ある個人が変化・成長しながらも基本的には同一で連続しているという感覚、つまり、自分は自分であり真の自分は不変であるという感覚を意味する。
ステレオタイプ	すてれおたいぷ	ある集団の成員全般に対する認知・信念などのこと。実際にはどんな集団でも個人差があり、そのステレオタイプが全員にあてはまることはないが、ステレオタイプが集団の全員にあてはまると考えがちである。
世界保健機関（WHO）	せかいほけんきかん	国際連合の専門機関の1つ。世界中の人々が最高水準の健康を維持することを目的に、感染症対策、衛生統計、基準づくり、研究開発などを行っている。
健康寿命	けんこうじゅみょう	健康状態で生活することが期待される平均期間のこと。日本では、健康寿命延伸プランとして、2040年までに健康寿命を3歳延伸させ、75歳以上とすることをめざしている。
ADL	エーディーエル	Activities of Daily Livingの略。「日常生活活動」「日常生活かつ動作」などと訳される。人間が毎日の生活を送るための基本的動作群のことで、食事、更衣、整容、排泄、入浴、移乗、移動などがある。
胃・食道逆流症	い・しょくどうぎゃくりゅうしょう	以前からなじみのある別名を逆流性食道炎という。胃と食道は胃の噴門部で隔てられているが、加齢とともにこの境目が胸郭のなかにずれこんだり、噴門の閉鎖がゆるんだりして、胃液による食道炎を起こした状態のこと。
疼痛	とうつう	ずきずきする痛み。うずき。
脳梗塞	のうこうそく	脳血栓や脳塞栓などによる脳血流障害により、脳細胞が壊死におちいった状態のこと。
意識障害	いしきしょうがい	対象の知覚や認知、周囲への注意、思考や判断、物事に対する反応などの精神活動の障害された状態をいう。一般に、自分が今どこにいてどんな状態かわからず、あとになってもその間の記憶が存在しない。
胃穿孔	いせんこう	胃に発生した潰瘍病変が大きく深くなって、胃壁を破ってしまった状態をいう。胃液などが腹腔内に散布されるので、腹膜

		炎、腸閉塞を起こす。
ALP	エーエルピー	エネルギー代謝にかかわる酵素の1つ。多くは胆道から出ているため、肝臓や胆道などの細胞が障害を受けると細胞外に出てくるため、血液中のALPの数値が高くなる。
頸椎症	けいついしょう	頸椎という骨の変形によって、そこを通る神経の束である脊髄を圧迫して神経障害を引き起こすもので、正確には頸椎症性脊髄症（頸椎が原因で起こる脊髄の障害）という。
エコノミークラス症候群（旅行者血栓症）	えこのみーくらすしょうこうぐん	航空機のせまいエコノミークラス席などで長時間座り続けることで起こる下肢や骨盤内の深部静脈血栓症に続いて発症した肺動脈の血栓塞栓症（肺梗塞ともいう）のこと。旅行者血栓症ともいう。
アルブミン	あるぶみん	血液中や筋肉中に広く分布し、細胞のはたらきを助ける機能をもつたんぱく質成分。1日に約12gがおもに肝臓でつくられており、所定の役目を果たしたあとは再び肝臓で分解される。
閉塞性換気障害	へいそくせいかんきしょうがい	肺のおもな役割は酸素と炭酸ガスのガス交換、すなわち換気にあるが、換気の障害をきたすもののうち、呼吸を吐き出せないタイプをいう。
肺胞	はいほう	肺の末端で小型の風船のようにふくらんだり縮んだりして、酸素と炭酸ガスのガス交換のはたらきをになっているところをいう。
レジオネラ菌	れじおねらきん	自然界の土壌や淡水に生息し、日常的に接する可能性は高いが、健康な成人が発症することは少ないといわれている。しかし、免疫機能の弱い新生児や高齢者、病人などが感染すると、咳や発熱、悪寒などの症状があらわれることがある。風呂や冷却塔水からの感染も多く報告されている。
皮脂欠乏性皮膚炎	ひしけつぼうせいひふえん	皮膚組織の脂肪と水分が不足して、表皮が乾いてかさかさした状態になり、かゆみや発赤をとともう疾患をいう。
接触性皮膚炎	せつしよくせいひふえん	異物との接触で刺激を受けるために起こる皮膚組織のかぶれで、おむつ、装飾品などの金属、植物、洗剤によるものが多い。
脂漏性皮膚炎	しろうせいひふえん	頭部や顔面にふけ、落屑が増え、紅斑をとともうゆいわるふけ症で、不規則な生活やアルコールで悪化する。
器質性便秘	きしつせいべんぴ	大腸などの病気が原因で、大腸が部分的にせまくなるなど、便が通過しにくい状態により起こる便秘。血液が混じる場合などに疑われる。
機能性便秘	きのうせいべんぴ	大腸の運動機能や反射の異常による便秘。その原因により弛緩性便秘、けいれん性便秘、直腸性便秘などに分類される。
ノロウイルス	のろいうす	感染性胃腸炎の原因となるウイルスの1つ。感染すると激しい腹痛とともに嘔吐や下痢の症状を引き起こす。糞便や嘔吐物を通じて経口感染する。
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）	めちしりんたいせいおうしよくぶどうきゅうきん	耐性を獲得し、通常は有効なメチシリンという抗生物質が効かなくなった黄色ブドウ球菌。院内感染の原因ともなり、抗力の弱い手術後の患者や高齢者、未熟児などが感染しやすい。
食物残渣	しょくもつざんさ	口腔内に残された食べ物のかすのこと。
罹患者	りかんしゃ	病気にかかっている人のこと。
残気量	ざんきりょう	肺機能の目安の1つで、肺から空気を吐き出したあとに残っている気体の量のこと。
肺結核	はいけっかく	結核菌で起こる感染症を結核というが、そのうち肺に感染し発病したもの。結核は、初期感染のほとんどすべてが肺に起こる。
蠕動運動	ぜんどううんどう	消化管などの管状の臓器の、その内容物を波状に送る基本的な運動形式のこと。
敗血症	はいけつしょう	からだのどこかに細菌による疾病があり、ここから細菌が血液の流れのなかに入って増殖し、その産生した毒素などによって中毒症状を起こしたり、細菌が血液の循環によって全身に広がったりして、二次的にいろいろな臓器に感染を起こす重い疾病。

◆ この Section のポイント

✓ 高齢者に多い症状：腹痛（腸閉塞・消化性潰瘍・大腸腫瘍）、胸痛（心筋梗塞・大動脈解離・肺塞栓

症)、関節痛(変形性関節症・関節リウマチ・骨粗鬆症)

✓ 体重減少・食欲不振→消化器疾患(胃潰瘍・胆嚢がん・大腸がん)、浮腫→静脈・アルブミン低下

✓ 慢性の咳→COPD(慢性閉塞性肺疾患)。在宅酸素療法(HOT)の主要基礎疾患

✓ 心不全の主原因→虚血性心疾患・高血圧性心疾患。熱中症→発汗機能・口渴感覚の低下

✓ 生活習慣病の代表: 糖尿病・高血圧症・脂質異常症・痛風。3大生活習慣病: がん・心疾患・脳血管疾患

✓ 介護保険の特定疾病は16疾病(40~65歳未満の第2号被保険者に関係)

第4巻 第5章 認知症の基礎的理解(認知症の理解Ⅰ)

第1節 認知症ケアの理念と視点

【到達目標】

- 認知症ケアの取組みの経過を踏まえ、今日的な認知症ケアの理念を理解している。
- 認知症による生活上の障害、心理・行動の特徴を理解している。
- 認知症の人やその家族に対する関わり方・支援の基本を理解している。

1. 認知症ケアを取り巻く状況

▶▶ ① 認知症ケアのこれまでと現状

認知症ケアの歴史には、いくつかの転機があります。最初の転機は、認知症が病気として認められたときでした。それ以前は、老化と考えられることも多く、「呆け」とも呼ばれていました。どう対応したらよいかわからないときには、社会や地域から排除されることもありました。

認知症が病気と診断されることで、原因がわかり家族は一時的には安心することができました。しかし、治らない病気であることを告げられるだけで、これといった支援もなく、絶望するだけでした。

この段階では、医療が認知症ケアの中心になりました。しかし、徘徊や妄想といったBPSD(行動・心理症状)の説明が中心で、本人の立場からケアを考えることはほとんどありませんでした。その結果、認知症の人はますます不安を感じたり混乱するようになり、ケアもむずかしくなっていました。

特別養護老人ホームなどの高齢者施設では、最初は集団行動ができないことを理由に認知症の人を受け入れていませんでしたが、入居者のなかに認知症になる人が出てきて、施設でも認知症ケアの必要性に迫られました。施設のなかには、認知症の人が食べてしまったり隠したりすることで物をかずどんどん殺風景になり、生活感がなくなっていました。認知症の人の行動に対するさまざまな試みが行われましたが、認知症の人の行動だけに着目し、内面の心理を考えたものではありませんでした。

認知症の人の立場に立ってケアをするために、小規模ケアを考え出したのが次の転機です。小規模ケアは、単に小集団ということではなく、一人ひとりに寄り添う個別ケアであり、そして、私たちが人間関係のなかで暮らしていることを前提としたケアです。認知症を病気としてよりも、障害としてとらえ、認知症による生活障害、関係障害に目を向けるケアを行うようになりました。このようなケアの場として、在宅支援を多機能的に行う宅老所、認知症対応型通所介護、グループホームなどが生まれました。さらに、高齢者施設でも、ユニットケアや、パーソン・センタード・ケアも実践されるようになりました。し

かし、認知症ケアのこのような段階的な発展は、前の段階を残しながら拡大的に発展してきたものであり、以前の古いケアがあることも現状です。

▶▶ ② 認知症ケアのこれから

これまでの認知症の人の支援は、寄り添ったケアをすることで共感的に理解できることを学んできましたが、今では認知症の人たちが、認知症の経験を直接教えてくれる時代になりました。診断される前の日常生活での違和感や混乱、診断後のくやしい気持ちや絶望感、適切な支援を受けることの喜びや、差別や疎外感などの内面の意識をわかりやすく伝えてくれています。

近年、個別支援を中心としたパーソン・センタード・ケアが広まってきていますが、今後重要なことは、全体的な視点、統合的な視点をもって、認知症の人といっしょに、社会全体で認知症ケアを発展させていくことです。そこで介護職の役割はますます重要になります。施設においても、在宅においても、認知症の人を社会の一員として、地域社会とのかかわりを継続でき、地域社会のなかで生きがいを感じられるよう支援していくことが大切です。

2. 認知症ケアの理念

① その人を中心としたケア

▶▶ ▶ その人らしくあり続けるための支援

その人を中心としたケアとは、その人らしくあり続けるための支援です。しかし、「その人らしい」とはどういうことでしょうか。なぜ認知症ケアでは、その人らしさが大切にされるのでしょうか。

私たちはだれしも、1人の人間として尊重されることを望んでいます。もし子どものように扱われたり、無視されたり、自分の望まないことを押しつけられたり、もの扱いにされたりしたとしたらどんな気持ちになるでしょうか。悲しくなったり、怒りの感情がこみ上げてきたりすることもあるでしょう。このようなことが続けば、最悪の場合、すべての努力をあきらめてしまい、自分の殻に閉じこもり、人間として生きていく意欲さえ失われてしまうかもしれません。このような気持ちは認知症をかかえていても変わることはありません。

▶▶ ▶ 尊厳の保持

その人らしい生き方とは、何よりも人間らしい生き方です。このことはだれもが望むことであり、お互いに尊重しなければならないことです。これは認知症ケアの大前提であり、認知症ケアはそれを実現するためにあるのです。

認知症が進行すると人間らしい生き方はできないとか、本人もそのことを理解することはできないと考えられることもまだ少なくありません。認知症の人が人間らしい生き方をできるかどうかは、介護職やまわりの人たちがどれだけ認知症の人の尊厳を保っているかにかかっています。

また、介護職やまわりの人たちが認知症の人の言葉や行動を理解できないとき、本人も理解できていないと決めつけることが多いのです。そしてこれらは、認知症という障害そのものによって引き起こされるよりも、介護職やまわりの人たちのかかわりが不適切なために起こることが多いのです。その結果、認知症の人は、認知症という障害に加え、不適切なケアという障害も負うことになります。

② その人らしくあり続けるための支援を実現する

▶▶ ▶ 介護職の視点の変化

認知症がよく理解されていないときには、「時間とともに認知症の症状は悪化し、これまでの自立した生活は困難になって、介護職のできることは、本人の安全と身体的ニーズを満たすことぐらいしかない」と考えられてきました。認知症の研究もその病気の解明が中心で、認知症の人にどのような支援ができるのか、どのような支援が望ましいのかという研究は非常に限られたものでした。

しかし、日々認知症の人をケアしている家族や介護職は、新しい考えをもつようになりました。それは、「認知症という病気になったと考えるよりも、認知症をかかえながらどのようにその人らしく暮らしていくことができるのか」を考えることでした。

このことは、認知症の人や家族、介護職にとって、「あきらめ」から「希望」への大きな方向転換を意味していました。認知症の人の気持ちを知り、その人の立場に立つことで、認知症をかかえていてもできることがたくさんあることがわかったからです。

このことは、介護職の視点が、認知症という病気から、認知症のあるその人へと移り変わったことを意味します。

▶▶ ▶ 認知症ケアを取り巻く古い考え方の見直し

もし認知症の症状の緩和や改善だけがケアの目的ならば、人ではなくて、認知症を中心に考えていることになります。うまくいかないことが続くと、「認知症が進行したので、これ以上できることはないだろう」と、介護職があきらめてしまうかもしれません。

介護職が希望を失うことは、認知症の人や家族も希望を失うことにつながります。介護職として大切なのは、その人らしい生活を続ける支援をあきらめないことです。

たしかに、特定の介護職がすべてを負担するようなケアのやり方では、1人の認知症の人を支えることさえむずかしいでしょう。しかし、家族、地域の人、ほかの介護職や専門職と協力していくことができれば、ともに生きていくよい方法を見つけることができ、これまで無理だと思われてきたことにも道が開かれるものです。しかも、認知症の人にも、この協力関係に参加できる力があることを発見することがあるのです。

しかし、すべての人たちがそのことを理解し、認知症ケアを評価しているとは限りません。問題は、新しい考え方がむずかしいのではなく、古い考え方を見直すことがむずかしいのです。したがって、認知症の人とともに暮らしていく支援が可能なことを共有していくことが大切です。

3. 認知症ケアの視点

① 問題視するのではなく、人として接する

▶▶ ▶ 自由を保障する

医療では「病気を明らかにすること」が期待されますが、介護では「障害をかかえていても、その人らしく暮らせる可能性を明らかにすること」が期待されます。問題に対処することばかりがケアの中心になると、その人自身が問題であるとみられることも起こります。そうすると、本人を抑制したり行動をコントロールしたりすることがケアだと考えられるようになります。

その人を中心としたケアとは、本人にできる限りの自由を保障することです。そのためには、その人

をよく知らなければなりません。これまでどのような生活を送ってきたのか、どのような仕事をしてきたのか、さまざまな困難をどのように乗り越えてきたのか、何を大切にしてきたのか、どのような好みがあるのかなど、その人を理解するために知るべきことがたくさんあります。

▶▶ ▶ 物語に参加する

人はそれぞれ独自の人生の物語を生きています。たとえ本人が忘れてしまうことがあったとしても、ほかの人たちが忘れない限り、その物語は生きているのです。認知症になったからといって、その物語が消えてしまうわけではないのです。

認知症の人にかかわるということは、その物語に参加することですが、その物語を勝手に書き換えることはありません。本人が自分の物語を生き続けられるよう支援していくことが、自由を保障していくことなのです。このことにやりがいを見いだすとき、介護職の物語も豊かになっていきます。その人を中心としたケアでは、認知症の人だけではなく、介護職やまわりの人たちのその人らしさも大切にすることになるのです。

▶▶ ▶ 共感的に受け入れる

認知症の人とコミュニケーションをはかるときに大切なことは、本人が考え、思っている「現実」を否定するのではなく、それを認めて、共感的に受け入れることです。どちらの「現実」が正しいかではなく、さまざまな「現実」があることを認め、相手の立場に立って考えることです。

人は自分が認められ受け入れられたと感じるとき、充実感や自信をもつことができますが、認知症をかかえていても同じです。このとき、ともに時間を共有し、寄り添うことが何よりも重要になります。

② できないことではなく、できることをみて支援する

▶▶ ▶ 寄り添って、平等な関係を築く

寄り添うとは、認知症の人を共感的に受け入れ、そのかたわらにということです。これは介護の技術ではなく、介護職の姿勢ということができるとでしょう。「支援する－支援される」という関係ではなく、平等な関係を築くことなのです。

しかし、介護職は知らず知らずのうちに、急かしていたり、その場しのぎの言い訳を言ったり、本人がしはじめたことを中断させたりすることで、認知症の本人ができること、したいことをうばってしまうことがあります。

むろん、これは悪意から起こることではなく、介護職が忙しすぎたり、疲れていたり、必要なサポートを受けていなかったり、あるいは認知症ケアについて十分な研修を受けていなかったりするときに起こりやすいのです。

だからといって正当化できることはありません。このようなときには、介護職は認知症の人の尊厳を侵害していることに気づかなければなりません。介護職が意識することで、尊厳の侵害をなくしていくことができます。

▶▶ ▶ 本人のもっている力や本人の思いに気づく

介護職が本人はできないと思っていたこと、したくないだろうと思っていたことが、何かの機会に間違っていたことがわかることもあります。これは介護職にとって発見であったり、驚きであったりします。介護職は援助関係のなかで一面的にしかみていなかったことを知るのですが、こういうときこそ、本人のもっている力や本人の思いに気づくことがあるのです。

これは予期できない偶然の出来事である場合が多いのですが、それを見逃さないためには介護職の力量を必要とします。

できることをみて支援するということは、介護職にとって創造的な取り組みです。それは技術的な問題解決ではなく、認知症の人を中心にそのほかの人たちと協力して、認知症という困難を乗り越えていく物語をつくっていくようなものです。

■ キーワードまとめ

用語	説明
小規模ケア	一人ひとりに寄り添う個別ケア。人間関係のなかで暮らすことを前提とし、認知症を病気でなく障害としてとらえる。
パーソン・センタード・ケア	個別支援を中心に置き、「認知症の人」という視点から「前向きな人」という視点にとらえ方を変えるケアの理念。
BPSD	行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）の略。認知症にともなう行動面・心理面の症状。
自由の保障	本人にできる限りの自由を保障すること。そのためにその人をよく知り、できることをみて支援する。
物語への参加	認知症の人の人生の物語に参加すること。物語を勝手に書き換えるのではなく、本人が物語を生き続けられるよう支援する。
共感的受け入れ	本人の「現実」を否定せず認めて共感的に受け入れること。相手の立場に立って考え、ともに時間を共有する。
尊厳の保持	その人らしい生き方＝人間らしい生き方を互いに尊重すること。認知症ケアの大前提。

【学習のポイント】

- 施設においても、在宅においても、認知症の人を社会の一員として、地域社会とのかかわりを継続でき、地域社会のなかで生きがいを感じられるよう支援していくことが大切です。（p.295）
- 認知症の人が人間らしい生き方をできるかどうかは、介護職やまわりの人たちがどれだけ認知症の人の尊厳を保っているかにかかっています。（p.296）
- その人を中心としたケアとは、本人にできる限りの自由を保障することです。（p.298）
- 認知症の人にかかわるということは、その人独自の人生の物語に参加することですが、その物語を勝手に書き換えることではありません。（p.298）
- 認知症の人とコミュニケーションをはかるときに大切なことは、本人が考え、思っている「現実」を否定するのではなく、それを認めて、共感的に受け入れることです。（p.298）

第4巻 第5章 認知症の基礎的理解（認知症の理解Ⅰ）

第2節 認知症による生活障害、心理・行動の特徴

1. 「人」と「生活」の理解

介護の目的の1つに、個別ケアによりQOL（生活の質）の向上をめざすことがあります。そのため、「人」と「生活」を支える手段として、これらを正しく理解することは、介護職にとって重要なことです。しかし、一口に「人」と「生活」を理解するといっても、個別性が高く、わかりにくいことが数多くあります。

▶▶ ①「人」の理解

「人」を理解する際に、生物学的側面、心理学的側面、社会的側面、実存的側面の4つの側面から理解することを考えてみます。これら4つの側面がお互いに関係し合いながら総体として活動するものが、「人」ということになります。

▶▶ ②「生活」の理解

「生活」を理解する際に、「食事」「入浴」「排泄」「整容」などを単に生活行為ととらえるのではなく、次の2つの側面でとらえることが大切です。

1つは、一人ひとりの1日の過ごし方から四季を通した1年の過ごし方、さらに、人生の永きにわたる「過去・現在・未来」につながる時間軸にそった活動の側面です。どのように過ごしてきたか、生きてきた時間の連続性が「生活」といってもよいでしょう。

もう1つは、住居・物品・金銭などの物理的環境、家庭・学校・職場・地域社会などの社会的環境、家族・知人・同僚などの人的環境など、環境の影響を受けた活動の側面です。これは、どこで、どのように過ごしてきたかという、周囲の環境との関係性が「生活」といってもよいでしょう。

2. 認知症ケアはなぜ「人」と「生活」に焦点をあてる必要があるのか

① 認知機能の障害が生活に及ぼす影響

▶▶ ▶ 認知機能の障害と生活

認知症は、脳神経疾患による認知機能の障害がおもな要因です。そのため、いったん獲得された経験や知識、人格や社会性が徐々に失われ続け、これまで築いてきた人間関係や社会資源とのつながりが途切れ、生活に大きな影響を及ぼします。

たとえば、記憶障害により、先ほどまで何をしていたのかを思い出ことができず、脈絡のない途切れ途切れの行動になります。そのため、ある人は抑うつ的になり、ある人は不安と混乱状態におちいります。

また、見当識障害が起きることにより、時間や場所がわからずに、早朝と夕方を取り違え夕方に仕事

の準備を始めたり、外出しても自分がどこにいるのかわからず迷子になったりすることがあります。

このように、それまでとくに問題なく自力で行ってきたことが認知機能の障害により困難になり、他者の支援を受けなければ自立した生活ができなくなります。

▶▶ ▶ パーソン・センタード・ケアとは

認知症の人が自立した生活を継続するためには、認知機能の障害（一般的には、中核症状と呼ばれる）と「人」の両面を理解した支援が必要になります。

認知症ケアの理念であるパーソン・センタード・ケアは、1990年代にイギリスのブラッドフォード大学の心理学者キットウッド（Kitwood,T.）により提唱されました。

これまで認知症は治療不可能な脳神経疾患により人格が保たれないため、おもに医療によって管理されることが望ましいと考えられてきました。しかし、キットウッドは、「人」の側面に着目し、100人が100通りの人生をもつように、かかわり方によって認知症の症状は変化するため、不治の病とあきらめるのではなく、認知症の人に前向きにかかわることでケアの可能性が広がると主張しています。

つまり、視点を「認知症」という疾患においた「受け身な人」ととらえるのではなく、「人」の側面に重点をおき「前向きな人」というとらえ方に変えることをしています。その結果、介護職が勝手にあきらめたり、仕方ないと考えたりするのではなく、認知症のどの段階でも、だれであっても「人」や「生活」に焦点をあてて、よりよく生きることを支えることができるとしています。

② 生活とは、残された能力をいかすこと

▶▶ ▶ 不適切な環境やかかわりが残された能力に及ぼす影響

認知症が進行するのは、原因疾患があるためです。認知症は、失われる能力が増えて、残されている能力が減っていくという特徴をもっています。しかしそれは、時間に比例して変化するものではなく、また、どの段階でも、残された能力をいかにしながら生活することができない状況に直面すると、せっかく残っている能力も、失われた能力同様に活用することはできなくなります。

したがって、認知機能の障害が常に生活に悪影響を及ぼしているのではなく、物理的な環境や人とのかかわりが、認知機能に悪影響を及ぼしているとも考えられます。認知症の症状は、適切でない環境やかかわりによって、いわばつくられた障害ということもできます。

▶▶ ▶ 能力を見きわめるための「人」と「生活」の視点

環境と能力の関係は、その人のもっている能力をいかす環境をどのようにつくるのか、ということになりますが、この能力を見きわめるためには、「人」と「生活」からの視点が必要になります。つまり、認知症という病気による認知機能の障害が、環境への不適応を起こしているおもな要因にはなりますが、そのほか「人」と「生活」から介護のヒントを見いだすということです。

「私にとってわからない環境におかれたとき、混乱します。しかしそれは、私にとってふつうの行為です」と、認知症の人が自分自身の体験から語っています。混乱している認知症の人の行動を、私たちは「問題行動」と整理してしまいがちですが、それが認知症の人にとって「わからないから助けて！」というメッセージだとしたら、その行動を「混乱＝問題」ではなく、「混乱＝SOS」ととらえることが大切です。

▶▶ ▶ 認知症の人の行動（サイン）の意味

身体の痛みや空腹、便秘、寝不足などの身体状況の変化や、うるさい環境、暑さ、ひどいにおいな

ど、感覚に影響する環境のなかにおかれていると、それが不安やさみしさ、かなしみ、心配などの気持ちにさせます。私たちが「なんでこんなことをするのか」と不思議に思う行動を、単に病気の症状としてとらえるのではなく、環境やその他の要因との組み合わせによるサインとみることが大切です。

また、認知機能が行動や周囲に影響を及ぼしているとき、その行動（サイン）をみる介護職にとって「よい行動、悪い行動」と評価するのではなく、本人にとってよい状態なのか、悪い状態なのかに焦点を切り替えて考えるようにします。1つひとつのサインは、その人にとって意味のある行動と考え、その意味を探ることが認知症ケアの第一歩になります。

3. 認知症の中核症状

認知症の人は「何もわからなくなる」わけではありません。病気の進行にともなってあらわれる中核症状とBPSD（行動・心理症状）をしっかりと把握することで、目の前の認知症の人をよりよく理解することができます。

① 代表的な中核症状

▶▶ ▶ 記憶障害

だれでも年をとれば記憶力の低下はあるものですが、年相応の物忘れの場合は認知症ではなく、だれにでもある生理的健忘です。認知症の記憶障害は明らかに病気の結果としてものを忘れていく状態のことです。記憶には3つの力がありますが、認知症により3つとも弱くなっていきます。

人間の記憶がもつ3つの力（表 5-1）

- ① 記銘力（新しいことをおぼえこむ力）
- ② 保持力（おぼえたことを記憶のなかにとどめておく力）
- ③ 想起力（あらためて過去の記憶を呼び起こす力）

記憶は最近のものから過去にさかのぼって忘れるようになります。認知症が軽度であれば最近の出来事は忘れますが、過去の出来事はよく覚えています。前日に通所介護（デイサービス）の仲間といっしょに出かけた公園の名前は忘れても、苦労した時代の隣近所の人の名前は忘れていないことなどは、現場でよくみられます。しかし、過去の忘れられないはずの出来事を忘れていれば認知症は確実に進行しているといえます。

▶▶ ▶ 見当識障害

時間と場所を把握する力を見当識といいます。この力の低下が見当識障害（失見当）です。日付変更線を越えて海外旅行をした翌朝に、一瞬だけ今が朝か夜かわからなくなることを経験した人がいるかもしれません。旅行による環境の激変がある状況では、たとえ病気がなくても、人間のリズムは一瞬混乱するものです。認知症の人は病気のために、より大きな混乱があり、昼夜のわからない状態が起こりやすくなります。

▶▶ ▶ 失語・失行・失認

失語とは、言葉を話すことにかかわる器官、たとえば唇や舌、口の筋肉など、それぞれはまったく正常であるにもかかわらず、言葉を話そうとしても話せない状態をさします。この状態は、脳の中で言葉を

話すことにかかわっている部分が機能しなくなっているのです。

失行は、手足の機能は保たれているのに、脳の運動野に障害があって行為ができないことをさします。服を着ることができない、携帯電話を持ち上げることができないなど、行為ができない状態です。

失認は、目や視神経などに問題がないにもかかわらず、目の前で見ているものを脳が認識できない場合をさします。脳で物を見ているのは後頭葉のはたらきですから、その部分に変化が起きると「見えているのに見えない」という失認が起きます。

▶▶ ▶ 計算力の低下

認知症の人は、数字が関係したことを把握する力や計算力の低下が初期の段階から目立ちます。ほかの症状が表面化していなくても、数字に関することでは混乱が起きていることも多いため、初期症状を理解するためには大切なポイントです。安い物を買うにもかかわらず、いつも 1000 円札を出している人を見た場合には、計算力が低下している場合があるので、注意して見守りましょう。

▶▶ ▶ 判断力の低下

記憶力が悪くなり、見当識も低下してくるにつれて、その人には物事を判断する力の低下がみられるようになります。判断が必要なときに頭の中が真っ白になり、どうすればよいのかわからなくなる経験はだれにもあることだと思いますが、認知症になると、見当識と同様に、判断力も一般的な程度を超えて低下します。

4. BPSD（行動・心理症状）

① BPSD のなかの行動症状

▶▶ ▶ 徘徊、帰宅行動

自宅から外出して帰り道がわからなくなり、町内を歩き回ることなどが起きます。徘徊は夕刻から激しくなることが多く、施設でも帰宅行動が目立つようになります。

帰宅行動は自宅にいても生じます。その人の自宅や自室にいても、そこが自分の家であり自分の居場所であることがわからず、以前に住んでいたところに行っても、やはり「家に帰る」との訴えをくり返します。近年、徘徊という言葉がもつマイナスイメージを変えようとする試みが各地で行われています。認知症の人の人権に配慮しながら用語を使うよう心がけることが必要です。

▶▶ ▶ 攻撃的な言動、介助への抵抗

認知症の夫のからだをふこうとした妻が近づいたときに、認知症の夫が「からだをふく」ということを理解できないとすると、「だれか知らない人がやってくるが、何をするんだろう」と疑い、恐怖感をもちます。そうとは知らずに、妻が夫に近寄ると、夫は恐怖を避けるため、妻に拳をふり上げて（他者からみると）攻撃的な言動をとるかもしれません。夫のからだをふこうとして、突然殴られたら妻も困惑することでしょう。

介助への抵抗も、同じようなメカニズムで起こります。認知症の人に対して「介助をしている」と思っていることが、実は本人にとって攻撃であるかのように感じられた場合、本人は介助に対して抵抗します。しかし、このような行動はいつまでも続くわけではありません。認知症が進行するにしたがってあらわれないようになっていきます。

▶▶ ▶ 昼夜逆転

認知症という病気自体には、意識障害（混濁）はありません。私たちが、寝起きでぼんやりしているときに何かを質問されても答えられないように、意識障害があるとの確な返事はできないものです。のちに記す「せん妄」は軽く意識が混濁した状態です。

認知症では、意識障害（混濁）がなくても、知的水準の低下がみられます。BPSD のなかの行動症状のうちもっとも介助が大変なものの1つに、昼夜逆転があります。

朝から夕刻までは、目を覚ましているつもりでも何となく意識が軽度混濁した状態で過ごし、夕刻以降は逆に活発になり、場合によっては興奮状態になるような昼夜逆転がみられると、介護する人の負担は急激に増大します。

▶▶ ▶ 不潔行為

不潔行為と呼ばれる行動について、その言葉だけを聞いて「認知症になると、不潔なことをしたくなる」と解釈してはなりません。

認知症の中核症状が進み、BPSD が表面化してくるにつれて、認知症の人には、とっさに起こったことをどう解釈してよいかわからないだけでなく、より困惑して短絡的な処理をしようとする傾向が出てきます。たとえば、中等度のアルツハイマー型認知症の人が街を歩いていて、自分のお尻のあたりが気持ち悪いことに気づくと、とっさの反応でそこに手をやり、手に便がついてしまいますが、手洗いに行って洗い流せばよいことが理解できません。目の前にいる人に近づいて手をなすりつけてしまうこともあります。

▶▶ ▶ 収集癖

収集癖には、さまざまなケースが考えられます。散歩のたびに、近所の家々で栽培している花を手折って帰る場合や、スーパーに行けばほかの物をまったく買わず、なぜか同じ調味料の小びんを買って帰るため、自宅には何十本とそのびんが並んでいる場合などがあります。

このような行為が起きる状態では、すでに中核症状もある程度進行しているため、物を買う、もしくは集めて帰った直後には自分の行為を忘れていて、何ごともなかったかのように収集をくり返します。

▶▶ ▶ 異食行為

食べられない物を口に入れる、あるいは食べてしまうことを異食といいます。目につく物を何でも口にもっていく傾向にありますが、本人は何も本気で「食べたい」と思っているわけではありません。「目につくもの＝口に運ぶ行動」に結びついていただけだと考えてください。側頭葉の変化にともなって出やすい症状です。

▶▶ ▶ 失禁

脳の変化により、これまでコントロールされてきた排尿、排便のメカニズムがうまくはたらかなくなると、失禁が始まります。人によっては尿意、便意が感じられたあと、トイレに行くのに間に合わなくなることから始まる場合もあります。

認知症の場合は、脳の全般的な変化から排尿や排便の感覚がぶくなる人もいるため、注意するだけでは解決しないことも増えてきます。本人には失禁した場合の不快感が少なく、周囲の人が気づくこともあります。そのような場合には、本人を強く責められても何についてしかられているのかわからず、とまどいや混乱が激しくなることがあります。

② BPSD のなかの心理（精神）症状

▶▶ ▶ 不安感・心気状態

初期の認知症の人の精神症状としてとくに注意しなければならないのが、不安感と焦燥感、抑うつ気分です。不安や気分の沈みなどは、それぞれ独立した病気（不安障害、うつ病）としても存在しますが、その一方で、認知症の初期の BPSD としても認められるため、注意していなければ間違えてしまいます。

急に起こる胸のドキドキ（動悸）がとてつもない恐怖となって、その後、外出できなくなることもあります。このような状況をパニック発作といい、若い人に多くみられる不安障害ですが、これと似た症状が認知症の初期に出てくる場合があります。

また、実際にはからだのどこにも悪いところがないにもかかわらず、自分のからだのある部分にこだわって具合の悪さを心配することを心気状態といいます。この状態が続いたあとに、認知症が表面化してくることもあります。「自分のからだに何か悪い病気があるに違いない」と主張して、いくつもの医療機関の受診をくり返す人もいます。

▶▶ ▶ 強迫症状

認知症の不安感でとくに強迫の症状が出る人もいます。なかには洗浄強迫といって、自分の手が汚いと感じ、洗い続けないと気がすまない状態になり、本人にとってとてもつらい状況が続きます。確認強迫といって、鍵を自分の家のドアにかけたことの確認をくり返さないと気が治まらない人もいます。

▶▶ ▶ 抑うつ状態と無気力状態

初期の認知症が始まる前に、いくどもわたり気分の沈みをくり返すことがあります。典型的なうつ病であれば3か月ほどのあいだ、不眠や食欲の低下があり、自分の部屋にこもって窓のカーテンを閉めたままで1日中過ごすといったイメージがありますが、認知症になる前の抑うつ状態はそのようなものではありません。気分が滅入る時期を数か月から数年間過ごしたあとに、あるときふと、気分が改善することがあります。

急速に抑うつ状態が改善したことを素直に喜んでいたところ、気分の沈みが改善するのとは逆に、物の忘れが激しくなる例があります。そのような場合、BPSD が先に出て、のちに中核症状としての記憶障害がそれを追いついて出現したと考えられます。また、「何もする気にならない」といった無気力状態が出る場合もあります。抑うつ状態では自分を責めて「悪いのは私だ」と自責的になるのに対し、無気力状態はやる気のなさが前面に出ます。

▶▶ ▶ 幻覚

幻覚とは、現実にはないことを見たり聞いたりすることをいいます。しかも一瞬の錯覚ではなく、一定の時間の経過のなかで、「あり得ないこと」の体験は継続します。

いないはずの人が見えることを幻視、聞こえるはずのない声を聞くことを幻聴といいます。認知症の人自身にとっては、まさに事実として体験しているのですから、本人はあたりまえの反応としてその声に応えます。そこに見える人や声をかけます。それを頭ごなしに否定すると、認知症の人は深く傷つきます。しかし、こちらがその病的体験を本人に無条件に受け入れてしまうと、今度はそのような病的体験が本人の頭から離れなくなるので、注意が必要です。

▶▶ ▶ 妄想

周囲からみると明らかにあり得ないようなことでも、自分が直感的に感じるのが妄想です。認知症の妄想の場合、「お金がない」「だれかが部屋に入ってきた」「食事に毒が入っている」などの被害感が出てくる場合があります。

その反面、みずからの感情はかなりの程度までしっかりしていると考えられます。人間の感情には喜怒哀楽がありますが、「周囲から攻撃されているのではないか」といった精神的な症状が出てくる状態であれば、喜と楽の感情はあらわれにくくなり、むしろ怒と哀の感情が表面化しやすくなります。

▶▶ ▶ 睡眠障害

認知症にともなう脳の萎縮があると、睡眠は乱れ、認知症の悪化につながりやすくなります。代表的な睡眠障害として、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒があります。

これらのうち、中途覚醒と早朝覚醒はうつ病などの病気にもともなう不眠の場合にも出やすいので、注意が必要です。とくに BPSD として、初期に抑うつ気分が表面化しているときには、中途覚醒と早朝覚醒が混在したような形で不眠が表面化します。

5. 意識障害の理解

▶▶ ▶ 認知症と意識障害

認知症ケアでもっとも重視しなければならないのが、意識障害（混濁）です。認知症と意識障害は、本来まったく別のものですが、多くの場合で合併するために、BPSD をみていくうえで、常に注意が必要になります。

▶▶ ▶ せん妄

意識障害の最たるものがせん妄です。せん妄になると、軽度に意識が混濁し、しっかりと状況を把握することができません。しかし、この状態は、あくまでも軽い意識の混濁があるだけなので、一見すると目を開いてしっかりと答えているようにみえて、実はその人の頭の中はぼんやりとしています。

せん妄は、認知症だけで起こる状態ではありません。表 5-3 のような場合にも、せん妄の発症がみられます。言い換えれば、せん妄はその人の生物学的・心理的・社会的背景が変化することによって発症します。

せん妄が発症するケースの例（表 5-3）

- ① 体液の電解質バランスが乱れた場合
- ② 高熱や脱水になった場合
- ③ 不眠になった場合
- ④ その人の社会的背景が急激に変化した場合

せん妄は、ぼんやりしている間に、ゴソゴソと一晩中ベッドで動き回るものの、それほど激しい動きにはならない低活動性せん妄と、夕刻以降に急激に運動性が高まり、大声を出して暴れるのに、本人はそのときのことをまったくおぼえていない場合もある高活動性せん妄に分けて考えると、介助の際の対応がしやすくなります。

せん妄は認知症自体とは別に起こるものがある一方、中等度以上の認知症からはあわせて起こることが多くあります。症状の特徴として、何の症状もないときとせん妄が始まったときとでは、まるで電灯のスイッチをオン・オフするかのように、状態が刻々と変化することがあります。

せん妄は認知症自体とは異なり、数日から数週間で改善させることができます。

6. 生活障害の理解

▶▶ ▶ 生活障害とは

認知症の人の特徴的な状況として記憶障害などの中核症状や BPSD が注目されますが、認知機能障害に関連して、生活するうえで今までできていたことができなくなる生活障害と呼ばれる状況も同時に起こります。生活障害は、認知症の人の生活の質をいちじるしく低下させるだけでなく、家族や介護職の介護負担も増大させます。

生活障害は認知機能障害である記憶障害、実行機能障害、見当識障害に関係して引き起こされます。

▶▶ ▶ 在宅・施設でみられる生活障害

在宅の認知症の人では、記憶障害、実行機能障害、見当識障害などのために IADL が遂行できなくなり、自動車の運転、電話、調理器具などの使用が徐々にできなくなります。これにより運転ができなくなった認知症の人の交通手段などの生活支援の問題や、ガスコンロ等の不適切な使用による火事の危険や冷暖房器具の操作ができないことによる熱中症の危険が考えられます。

認知症の人の生活障害は、工程が複雑で難易度の高いものから始まり、徐々にできることが断片的になっていきますが、現状と同じような生活を行うためには、生活障害をおぎなうための支援が必要となります。現在も維持している能力をアセスメントし、その能力のできる生活とそれを支えるための支援を考えることが重要です。

▶▶ ▶ 身のまわりの障害

在宅の認知症の人の生活障害は、内服薬の管理、食事の準備、買い物、電化製品の使用方法などでみられるようになります。内服薬の管理では、具体的には医師に処方の一包化を頼んだり、家族や他職種と協力して適切な服薬支援や服薬カレンダーなどを用いて配薬方法を工夫するなどの支援を行います。電化製品の使用では、周囲の人がいっしょに行ったり、具体的な方法を伝えることができるようにもなります。食事の準備もいっしょに行いながら細かく確認したり、買い物をするときも紙に書き、次はどこへ行って何をかうのかを確認しながら行くと混乱は少なく、買い物ができるようになります。

▶▶ ▶ 生活行為の障害

重度の認知症の人になると、排泄、食事、入浴など多くの生活行為が障害されるようになります。食事では、食事ということがわからない、食事動作を途中で中断するなどがあります。排泄では、トイレに行くことを拒むなどがあります。入浴では、入浴をいやがるなどがあります。コミュニケーション障害などもあるために介護職が説明してもうまく伝わっていないこともあります。

一方的にこれらの日常生活の支援を行うのではなく、これから行う支援の目的を伝えたり、本人の意思を確認する必要があります。本人の意思を大切に、本人が安心できるコミュニケーションを行い、具体的な動作を説明しながらいっしょに行ったり、できない部分のみの介助を行うことで、維持している能力を発揮して生活できるようにします。

■ キーワードまとめ

用語	説明
中核症状	認知症の病気の進行にともなって必ずあらわれる症状。記憶障害・見当識障害・失語・失行・失認・計算力低下・判断力低下など。
BPSD	行動・心理症状。中核症状の結果として、または環境・かかわりとの相互作用で生じる行動症状（徘徊・攻撃・失禁・収集癖など）と心理症状（不安・妄想・幻覚・抑うつなど）。
記憶障害	記銘力・保持力・想起力の3つが弱くなる。最近の記憶から失われ、過去の記憶は比較的保たれる。
見当識障害（失見当）	時間・場所・人物の把握力が低下する症状。昼夜逆転や迷子などの原因となる。
せん妄	軽度の意識混濁。認知症とは別物だが合併しやすい。数日～数週間で改善可能。
生活障害	認知機能の障害に関連して、これまでできていた日常生活行為ができなくなること。IADL→ADLの順に障害される。
パーソン・センタード・ケア	キットウッドが提唱。「認知症の人」でなく「前向きな人」としてとらえ、生活の質向上を目指すケア理念。

【学習のポイント】

- 認知症の人が自立した生活を継続するためには、認知機能の障害（中核症状）と「人」の両面を理解した支援が重要になります。（p.301）
- 病気の進行にともなってあらわれる中核症状とBPSD（行動・心理症状）をしっかりと把握することで、目の前の認知症の人をよりよく理解することができます。（p.303）
- 初期の認知症の人の精神症状としてとくに注意しなければならないのが、不安感と焦燥感、抑うつ気分です。（p.307）
- 認知症ケアでもっとも重視しなければならないのが、意識障害（混濁）です。認知症と意識障害は本来まったく別のものでありますが、多くの場合で合併するために、常に注意が必要です。（p.309）
- 生活障害は認知機能障害である記憶障害、実行機能障害、見当識障害に関係して引き起こされます。（p.310）

第4巻 第5章 認知症の基礎的理解（認知症の理解Ⅰ）

第3節 認知症の人や家族へのかかわり・支援の基本

1. 認知症の人にかかわる際の前提

① 認知症の人にかかわる前に

▶▶ ▶ より鋭敏になっている部分もある

認知症の人への基本的なかわり方は、特別なことではありません。今は認知症になっていても、それまでは普通の社会生活を送ってきた人々ですから、私たちが社会生活のなかで人間関係を円満にするために気をつけることと同じです。

認知症になったからといって、すべての能力が損なわれているわけではありません。ある人は記憶障害が強いけれども計算能力は残っていたり、ある人は記憶障害はあまり強くないけれども言葉の理解ができなかったりと、人によって認知機能の障害もさまざまです。

介護職として配慮しなければいけないのは、認知症になったために、より鋭敏になっている部分もあるということです。

▶▶ ▶ まわりのちょっとした支援で乗り越えることができる

たとえ重度の認知症でも、ほとんどの人はまわりの動きをじっと観察しています。そして、できるだけその場にあわせた適切な行動をとりたいと思っているのです。実際、認知機能の障害があるために、場面にあわせた適切な行動がなかなかとれないことが多くなりますが、まわりのちょっとした支援で乗り越えることができます。

認知症の人への対応のなかで大切にしなければならないのは、まずは、介護職としての自分の姿勢や態度などを確認することです。これは自己覚知ということですが、そのなかでチェックすべき重要なポイントを検討して、認知症ケアに必要な事柄を考えてみます。

② あらかじめ確認しておくこと

▶▶ ▶ 自分自身の特徴を知る

人はそれぞれ、自分なりの考え方や受けとり方、行動パターンがあります。白黒つけなければ落ち着かない人、なかなか自分では決められない人、常に自分の意見をはっきり言う人、まわりの人の意見に従う人、前向きな人、自信がなくて否定的な人などさまざまです。

そこで、自分の特徴を把握しておきましょう。自分の特徴や傾向を知ったうえで、他者とのかわり方を調整していく必要があります。そうすれば、異なる特徴をもつ人々とうまくあわせていくことができ、信頼されるようになります。

▶▶ ▶ 自分の気持ちを確認する

認知症の人は、言葉の意味を理解しなくても、表情や印象などでこちらの気持ちを感じとります。あなたの今日の気持ちはどのようなものですか？ 自分の気持ちをじっとみつめてみましょう。

あなたがイライラしていれば相手も落ち着かなくなります。相手の反応の起点は、あなたの気持ちなのです。あなたの気持ちが自然に相手に伝わって、あなたの機嫌が悪いときは相手も機嫌が悪く、よいときは相手もよくなります。

自分の気持ちを確認したら、努めておだやかなところで臨みましょう。おだやかなころをもてば、自然と表情や行動もおだやかになります。

▶▶ ▶ 自分の心身の状態を確認する

おだやかなころをもつために必要なものは、健康なからだです。こころとからだは密接に関係しています。健やかな心身になるように自己管理しましょう。

専門職ですから、自分の健康管理は必須です。

▶▶ ▶ 自分の表情を確認する

「自分の顔は自分だけのものではない」と意識しましょう。あなたが自分の顔を鏡で見るのは多くても1日に数回でしょう。しかし、あなたの顔は他人からずっと見られているのです。

顔は、感情をあらわしています。一番大切なのは、こころを落ち着けて、相手を安心させて楽しくさせるような表情を意図的につくるといことです。それには笑顔が一番です。笑顔は楽しい気持ちを伝えます。そして、笑顔はあなたからほかの人に伝わります。意識的に笑顔をつくってください。

事例1 表情から察する

二人暮らしの夫婦。夫がアルツハイマー型認知症になり、妻ははじめての介護に疲れていました。日常生活のなかで夫ができないことが増えてくるので、妻は1日中そばで見守りながら介護していました。また、できるだけ行動を禁止したり怒ったりしないように、気を張りつめていました。

ある日のこと、妻は、学生時代の友達から電話がきて、懐かしい話に楽しく笑いながらおしゃべりをしていました。すると、横にいた夫が「そうだよ、その顔だよ」とポツリと言ったそうです。妻は「自分では怒らないように気をつけていたのですが、気持ちのうえでは次は何をされるのかとハラハラしながら見ているし、おかしいことをしたらイライラしていたのですね。言葉では怒らないようにも思っているのに表情には出ていたのですね。笑顔がいちばんだと教えられました」と話していました。

▶▶ ▶ 相手のプライドを傷つけない

認知症の人は、自分ができなくなっていることに気づいています。それは、本人の言葉を聞きとっていると「私はこんなにできなくなった」というように、自分が以前と違うことに本人がいちばんとまどっていることを示しています。

そのような状況のときに、行動が不適切だったとして本人を責めたら、その人のプライドを傷つけてしまうでしょう。すると、認知症の人は自分を守ろうとして暴力的になったり、反対に閉じこもってしまったりします。だれもが自分なりの尊厳を守りたいと思っています。お互いを尊重したかわり方が大切です。

▶▶ ▶ 相手の話に耳を傾ける

認知症の人の言っていることに耳を傾けて聴くことが大切です。耳を傾けているときにはこころが動きます。「また同じ話をしている」と思ったら、聴こうとする姿勢は出てこないでしょう。「こんなに忙しいときに、また話しはじめて」と思ったら、傾聴はできません。その人を受け入れようと思ったときに、はじめて耳を傾けられるのです。

▶▶ ▶ 相手をそのまま受け入れる

相手をそのまま受け入れることを受容といいます。受容の気持ちとは、その人のおだやかな部分も、混乱している部分もすべてを受け入れることです。これは、わが子を受け入れる母親の愛情に似ていると思います。そこまで他者を受け入れることはむずかしいと思いますか？ 介護職は、それを仕事とする尊いものなのです。

▶▶ ▶ 非審判的態度をとる

認知症の人は他者のこころの動きを鋭敏に読みとります。そのため、介護職は非審判的態度をとりましょう。「あなたは人の食事に手を出しました。それは悪いことです」などと介護職が判断して、他人の

食事に手を出すことを禁止したとします。そのとき、相手が興奮して怒ってしまったとします。これは、介護職が審判したということが、認知症の人を傷つけ興奮させてしまった結果といえるでしょう。

本人には本人なりの理由があるのです。認知症のため、やってよいことと悪いことの区別がつかなくなっているだけで、おいしそうなのがほしくなるのは本人にとっては当然なことだったかもしれません。介護職による一方的な判断は、認知症の人の言動に大きな影響を与えます。

▶▶ ▶ 相手の価値観を尊重する

認知症の人はそれぞれ、これまでの人生のなかでつくりあげてきた価値観をもっています。介護職は、その人が大切にしている生活スタイルやこだわりなどを最大限に尊重しましょう。

「その人らしさ」という言葉は、その人のこれまでの生活を守ること、価値観を尊重し、ひいては積極的に人権を守ることを意味しています。

2. 実際のかかわり方の基本

① 相手の気持ちを読みとる

▶▶ ▶ 相手の気持ちを読みとることの意味

認知症の人とのかかわりでは、相手の気持ちを読みとることが大切です。相手の気持ちを読みとることができる人は、交渉能力も高くなります。「今は機嫌がよさそうだから、ここまで話そう」「今暗い表情だけど何かあったのかな、複雑な話はあとにしよう」など、相手の気持ちを読みとって行動を変えているのです。

気持ちを読みとるには、相手の表情に注意を払うことです。介護の現場では表情の変化には日常的に気がついてはいるはずなので、決してむずかしいことではないと思います。

▶▶ ▶ 相手の気持ちの読みとりと介護の方向性

認知症ケアでも、相手のそのときの気持ちを読みとることによって、介護の方向性が変わることがあります。

たとえば、おむつに便をしていても、触られることがいやな雰囲気があったら、無理に交換するのはよい介護ではありません。もし、清潔保持のために3人がかりで押さえつけてでも交換しようとする、何をされるかわからないという恐怖心と介護職に対する不信感が本人には刷りこまれてしまうでしょう。それは、次に介護をするときにも残っていて、再度抵抗を引き起こすことになります。

そこで、本人に不安を与えない介護方法をみんなで検討しましょう。まず、トイレに誘導できるか試してみます。トイレに誘導するとき、あらかじめ清拭用のおしぼりと着替えを準備してから声をかけましょう。「便が出ているからトイレに行きましょう」と声をかけると羞恥心が出てしまいます。「食事の前にトイレに行きましょう」や「新しいズボンに替えましょう」、「午後から出かけるので着替えましょう」など、便失禁にふれないように言葉を選びます。トイレ誘導ができないときは、入浴に誘うことで、羞恥心を刺激することなく衣服を脱ぐことができます。また、足浴に誘い足を洗う際にズボンが濡れたから交換しましょうなどと工夫することでおむつ交換ができます。

② 本人の行動をさまたげない

認知症ケアで重要なことは、「本人は何か思いがあって行動している」ということを理解することです。そばからみているとろうろうと歩きまわっている行動も、本人には何か目的があるのです。その思いと目的を理解して共有することが重要です。

認知症の人の思いと目的を知るには、本人が行動しているときに何を話しているのか、その言葉を聴くことから始まります。

認知症の人は、認知症がかなり進んでも「おいしい」「お腹がすいた」「トイレはどこ」「帰らなければいけないんです」など、簡単な気持ちをあらわす言葉をいろいろ話しています。そのとき、介護職が本人の気持ちを聴こうともせずに、無理やりやめさせようとすると、興奮してしまうことがあります。本人にとって必要な行動を止められるため、怒りが出てくるのです。ですから、本人の気持ちに寄り添って介護を組み立てましょう。

本人の気持ちが読み取れないときのために、家族から本人の好きな話や得意なこと、こだわりなど、いろいろな情報を聞いておきましょう。

事例2 「帰りたい」という行動の理由

夕方になると帰りたいと訴える人が施設内ではよくみられますが、その理由は人によってさまざまです。「どこに帰りたいのですか」とたずねると、ある人は、仕事をしていた場所を答えました。家族に確認すると、「仕事一筋の人で、やり残した仕事があると思っているのでしょう。几帳面な性格で、きちんと片づけないと終わらない人だったので、今仕事への思いが出てきて、早く帰って仕事をすませようと思っているのかもしれない」という貴重な情報が得られました。

重要な仕事があると思っているのならば、無理やり引き止めようとすると怒るのはあたりまえです。そこで、本人がいちばん信頼している仕事仲間の名前を出して、「代わりにやってくれるそうです」という状況を説明することで落ち着いてもらうことにしました。

帰りたいという行動1つにしても、「子どものご飯をつくる」「家にだれもいないと困るから、自分は留守番をする」など、理由はさまざまです。本人が何をしたいと思っているかは、本人に聞く以外にはわかりません。

③ 上手に質問する

本人の思いを聞き出すためには、上手に質問を組み立てることが大切です。本人の言葉にとらわれすぎると、次の事例のように、どのように質問を続けたらよいのかわからなくなることがあります。

事例3 言葉にとらわれて、思いに近づけなかったケース

Aさん：早く帰らなければ……。

介護職：どこへ帰るのですか？

Aさん：急いでるんだよ！

介護職：もう遅いから明日にしましょう。

Aさん：何言ってるんだ！

事例4 本人の思いを共有したケース

Aさん：早く帰らなければ……。

介護職：どこへ帰るのですか？

Aさん：急いでるんだよ！

介護職：急いで行きたいのですね。どんな用事ですか？

A さん：お金のことだよ。

介護職：そうですか。大事なことですから、まずご家族に連絡をとってみますね。ここで、お待ちいただけますか。

A さん：わかったよ。

本人に質問をすることは、質問と同時に「あなたに関心をもっています。そして、あなたのお手伝いをしたいのです」という気持ちも伝えることにもなります。この気持ちがつながると信頼関係が構築され、その後の介護がうまくいきます。

④ 感謝の気持ちを伝える

できるだけ機会を見つけては、認知症の人に感謝の気持ちを伝えましょう。人は感謝されることに非常に喜びを感じます。どんな小さなことでも感謝すれば、認知症の人の気持ちはおだやかで豊かになります。

介護職は、日ごろから認知症の人ができなくなっていることを見つけて介護することを意識していますが、上手なところや、できている行動をほめることが少ないようです。

ほめて感謝することは、本人のプライドを満足させる行動を増やしていくことと同じです。できることはできるだけやってもらい、そのときにすぐに感謝しましょう。

事例 5 デイサービスでの出来事

B さんは認知症があるので、家事は長男の妻がすべて行うようになっていました。家でもデイサービスでも、あまり話をする事なく、沈んだ様子でした。

ある日、デイサービスで、「お彼岸なので、おはぎをつくりましょう」と皆であんこを丸めていたら、「昔は濡れた布巾であんこを包んで、形を整えていたのよ」と、手なれた様子でつくってくれました。

そのとき、若い職員が「すごいですね。生活の知恵ですね。教えてくれてありがとうございます。皆さんもこうしてつくっていらしたのですか」と言うのととてもうれしそうで、まわりの人も昔話に花が咲きました。いつも静かな B さんも、楽しそうに話の中心になっていました。

介護の現場で大切なのは、利用者の尊厳を守ることです。認知症の人に対しては、本人のプライドを大切に、本人の気持ちに寄り添ったかわり方が必要です。

3. 家族への支援

① 家族介護者の心理過程と葛藤

▶▶ ▶ 家族の心理状況の段階的变化

介護を必要とする認知症の人に対し、それぞれ異なるかわり方や支援計画を立てることと同じように、家族介護者に対してもそれぞれ異なるかわり方が求められます。ひとくくりに家族介護者としてとらえるのではなく、1 人の人として、心理状態や今の家庭状況によく耳を傾け、いっしょに考えていく姿勢が必要です。そのための 1 つの指標が、心理過程のステージ理論です。ここで紹介するプロセスには、当然個人差があります。このプロセスの各段階で何らかの支援が不足すると、家族介護者は社会的に孤立し疲弊してしまいます。そこで、介護職は専門家として相談に乗り、その心理状態に社会資源がつながるような支援をすることが求められます。

▶▶ ▶ 「とまどい・ショック・否認」

認知症かもしれないという疑いや違和感をおぼえはじめる段階です。頻繁に起こる記憶の障害や不可解な行動を目にしたとき「まさか」という思いと同時に、正常な部分を見つけようとします。不安に思い医療機関に相談や受診をしに行くと、認知症を告知され大きなショックを受けます。一時的なもので治るかもしれないという希望は絶たれ、その事実を受けとめきれず疑い、混乱します。多くの家族介護者はこれまでに経験をしていないことなので、将来が見えずとまどいます。自身の気持ちを受け入れる際には、介護者同士のピア・サポート（同様の経験や体験を共有する人同士による支え合い）が有効です。

▶▶ ▶ 「混乱・怒り・防衛」

生活のなかでさまざまな理解しがたい出来事が頻繁に起こり混乱し、今の状況に怒りさえおぼえはじめる時期です。この怒りは、認知症の人の言動に対する怒りや憤りと同時に、怒ってしまったという後悔と人に話せないという孤独感も生じさせます。また、徐々に目が離せない状況になり、家族介護者のこれまでの生活の流れを変えたり仕事を制限したりしなくてはならなくなる時期です。

家族介護者にとって不可解な言動は、家庭内で生じることが多いことから、親戚や周囲の人からは「まだ大丈夫そうね」と言われ、理解してもらえなかったりします。認知症とわかっていてもつらくあたってしまい、そのたびに後悔し身体的・精神的に疲弊し反省をくり返すこともあります。家族、周囲の人が認知症について理解するための情報提供や話し合いの場をつくっていくことが大切です。

▶▶ ▶ 「あきらめ・割り切り」

今の状況を受け入れると同時に、周囲の助けに限界を感じてあきらめ、介護者として生きていこうといった割り切りも生まれる時期です。徐々に「私にしかこの介護はできない」「私が最後まで面倒をみなければだれもこの人をみてくれない」という介護への依存傾向が出現することがあります。また、孤立したり、人と接触を避け、家庭で密室化になることによる抑うつ傾向もみられはじめます。家族介護者の心身健康に注意を払い、休息時間を設けることも大切です。

▶▶ ▶ 「適応・受容」

家族介護者自身が生活のリズムを調整したり、上手に介護サービスを活用して介護をすることで、自己の成長や新たな価値観を見いだす時期です。また、できること、できないことの見定めや、認知症の人の生活のQOL（生活の質）の向上のために何が必要かを分析的に受け入れることができる時期でもあります。しかし、本質的には介護の負担は変わっていないため、認知症の人の症状や家族介護者の環境や健康状況によって、再び混乱することもあります。

▶▶ ▶ 家族の葛藤を支える

認知症ケアは、診断の直後から家庭生活に変化と選択を迫られます。具体的には、「だれが」「どこで」「どのように」介護生活をするのかということです。だれがおもにみるのか、仕事をしている場合、仕事はどうするかという選択があります。介護者としての生活を選択した場合、趣味や外出をひかえなければならないのかという不安もあります。家族介護者は、介護が始まった段階から「Yes」or「No」の選択を迫られ、葛藤から疲弊していきます。この選択の際に、認知症の人も家族もっともQOLが高くなる選択を家族とともに考え、支援することが、介護職による家族支援の基本姿勢として求められます。

② 認知症の人を介護する家族へのレスパイトケア

▶▶ ▶ レスパイトケアとは

レスパイトケアとは、自宅で介護をする家族に、一時的な休息や息抜きを行う支援のことです。家族が生活の一部として長期にわたり介護を継続するためには、家族がころもからだも健康でなければなりません。在宅の介護者の状況を見ると、2019（令和元）年の調査では、65 歳以上の高齢者が高齢者を介護する老老介護の世帯は、全体の半数を占めています。身体的な負担も重く、自分自身の健康状態の悩みも増え、精神的にも経済的にも負担が大きくなるのしかかります。

介護の負担感は、急に重くなるのではなくさまたちが少しずつ蓄積していきます。そのことから、長期間にわたる介護生活を継続するためには、レスパイトケアが行われることが大切です。レスパイトケアが行われることで、介護職とのかかわりも増え、介護にかかわる助言を受ける機会も増加します。

▶▶ ▶ 介護保険サービスにおけるレスパイトケア

（1）認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）：日中の時間に利用ができるために、家族は家事や自分の時間をつくる助けになります。また、通常のデイサービスとの違いは、認知症と診断された人のみが利用できることです。通常のデイサービスより小規模で 12 人が定員となっています。小規模であることは認知症の人にとって混乱が少なく、安心する環境で過ごすために大切です。

（2）通所介護（デイサービス）：日中の時間の介護者の一時的な休息に役立ちます。どの地域にも多くあり、特別養護老人ホームや短期入所生活介護（ショートステイ）等との併設が多いので、利用しやすいサービスです。日中の活動性を高めることで生活リズムが回復することも期待できます。一方、認知症ではない利用者とのトラブルが生じることもあるので、本人や家族からこれまでの生活や趣味について事前にアセスメントし、その人に合う通所介護を利用することが必要です。

（3）小規模多機能型居宅介護：「通い（デイサービス）」「訪問（ホームヘルプサービス）」「泊まり（ショートステイ）」のすべてのサービスを一体的に組み合わせて利用できるように、家族の都合にあわせて利用することができるサービスの 1 つです。24 時間在宅生活を見守られているという安心感も得ることができ、精神的なケアとしても効果が期待できます。

（4）短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ）：まとまった期間利用することが可能で、食事、入浴、排泄の介護やレクリエーション、相談支援なども行われるためにレスパイトケアとして大きな効果があります。しかし認知症の人にとって環境が急に変わるとは混乱をきたし、せん妄や妄想などの精神症状が起こることがあります。これをリロケーションダメージといいます。利用の際には、本人の自宅での生活や排泄のリズム、食事量などをよく把握し、できるだけこれまでの生活を継続することが大切です。また、自宅に帰ってからも混乱することがあるので注意しましょう。

▶▶ ▶ 介護保険サービス以外のレスパイトケア

（1）家族会：同じ境遇にある家族同士の語り合いの場は、家族のころのよりどころになり、心理的な休息につながります。家族会は全国的な組織である「認知症の人と家族の会」が開催するものや、市町村が地域支援事業のなかで開催する家族介護支援事業での介護者交流会などがあります。同じ境遇の人が、同じ立場で、「支援する－支援される」という関係ではなく、対等で水平な関係でありお互いから学ぶ姿勢をもつことから始まります。

（2）介護者教室：認知症ケアは、がんばりすぎて疲弊してしまうことが多くあります。そのなかで介護者教室は、認知症の知識や介護方法を学ぶことで客観的に自分の介護を見つめ直す機会になります。内容は、認知症の症状や対応、生活上の工夫、食事介助、健康管理、排泄介助やおむつの使い方、移乗の方法、介護保険制度や費用など、介護をするうえで知っておくべき内容についての講話や実技などが中心です。

(3) 認知症カフェ：実際のカフェや公民館など地域のなかのオープンな場所で認知症の人、家族や友人、地域住民、専門職が語り合う場所です。認知症の人も家族もいっしょに気兼ねなく利用することができます。この活動によって認知症があっても過ごしやすく理解のある地域づくりがなされ、本人も介護をする家族の、地域でのストレスが軽減し介護生活がしやすくなることが期待されています。

③ 介護職が行う認知症の家族への支援

▶▶▶ 入所施設での家族支援

家族支援は、在宅介護をしている家族だけでなく、施設入所をしてからも行われなければなりません。入所をしても家族の一員です。入所にあたって自分の家族を他人にまかせてしまっているという罪責感を感じる家族も少なくありません。どのように生活しているか、健康でいるか等の不安をもつ家族もあります。

本人も、入所後は環境になじめずしばらく落ち着かなかったり、これまでにない症状があらわれたりすることがあります。介護職は、家族から自宅での生活の様子や本人の好みや趣味を詳しく聞く機会を設けましょう。その機会をつくることで施設でも変わらない支援を考えてくれるという家族の安心感につながり、信頼関係にもつながります。それにより、本人にとってよい介護計画や支援につながるヒントも得られることがあります。また、家族が面会に訪れたときにもあいさつだけではなく、日常生活の様子、家族が不安なことはないかなど、コミュニケーションをとることを心がけます。

▶▶▶ 居宅系サービスでの家族支援

訪問サービスや通所系サービスの職員は、家族の負担感をやわらげる役割もあります。家族とかわる機会が多く、そのつど観察し声かけを積極的に行うことが望めます。家族は、申し訳ないという気持ちも多くあり、要望を言いがたく遠慮している場合もあります。表情や様子から、今困っていることはないか、何か不安なことはないかを察し、声をかけるようにします。家族の体調や睡眠時間、健康についてさりげなく聞きとり、サービスの提案や相談が必要であれば、介護支援専門員（ケアマネジャー）や相談支援専門員につなげることを伝えます。

在宅介護がうまくいっている、ていねいに行えているなど評価することも介護職の役割です。「わたしを見てくれている人がいる」と感じることで介護を続けるはげみにもなり、孤立感も軽減していきます。また、通所介護（デイサービス）等で家族が見ていないときの様子を伝えることも家族の安心と気づきにつながります。自宅では何もしなかった人が通所介護では明るく楽しそうに過ごしていることもあります。家族は、通所介護に行っているときも、どうしているか不安が頭から離れないことがあるので、こうしたことを伝えると、不安が軽減し介護サービスを利用してよかったと思える気持ちになります。

④ 家族への情報提供と助言の方法

▶▶▶ 理想論だけを述べない

「認知症になっても心は生きています」ということを伝えても、「あなたには何もわからない」と思われてしまうことがあります。「問題行動という言葉はやめましょう、本人にとっては問題ではないのです」と言うのも同じように感じられてしまうことがあります。家族が知りたいのは、理想ではなくどのように今の状況を回避すればよいのかという現実的な生活の工夫なのです。

家族にとっては、生活をおびやかす問題行動なのかもしれません。その際は、まずは十分に話を聞く

ことが重要です。何に困っていてどんな気持ちなのかについて耳を傾けましょう。そして、すぐに助言をするのではなく、家族が望ましい生活をするためにどうしていくことがよいのかを考えましょう。もしかしたら、買い物に行く時間や友達に会う時間がほしいのかもしれない。こうした要望をかなえるためにどうしたらよいのかをいっしょに考えたうえで、対応方法について助言するようにします。

▶▶ ▶ あいまいな概念を使わない

「その人らしさが大切です」「パーソン・センタード・ケアが基本です」「説得より納得」などのあいまいな概念での説明は避けましょう。家族は、具体的な助言を聞きたいのです。たとえば「何度も時間を聞いてきてイライラする」という悩みに対して、「怒ってはだめです。その人の気持ちになってみましょう」では具体性がありません。まずは、家族の気持ちを受けとめ、「怒りたくなる気持ち」を理解し、そのうえで、いくつかのアイデアを出していきます。たとえば、時計を目の前に置く、もっと大きな時計に変える、またはできるだけ本人の目の前に行って伝える、それでもだめなときは3回までしっかり答えて、そのあとは別の話題にするなど、具体的で実用的な、試すことができる助言を心がけます。

▶▶ ▶ 家族が助かったと感じる言葉

言葉は、同じ言葉でもだれに言われたかによって感じ方が異なります。2012（平成24）年に認知症介護研究・研修仙台センターが行った調査で、認知症の人を介護する家族838人に「専門職から言われて嬉しかった言葉」を聞いたアンケートでは、家族への「体調への気づかい」や「介護者への気づかい」を嬉しいと感じる人が多いという結果でした。サービスを利用する認知症の人への声かけや対応は少しばかりはありますが、家族の体調を聞いてくれることがないと感じているからこそ、体調を気づかった声かけを嬉しいと思うのかもしれません。家族介護者が健康でなくては、在宅介護は成り立ちません。家族介護者が健康であれば、介護職の助言や情報提供ももっと活用できることでしょう。介護職と家族が協力し合うことが、よりよい介護につながる近道なのかもしれません。

■ 第5章 学習のポイント

第1節 認知症ケアの理念と視点

- 施設においても、在宅においても、認知症の人を社会の一員として、地域社会とのかかわりを継続でき、地域社会のなかで生きがいを感じられるよう支援していくことが大切です。（p.295）
- 認知症の人が人間らしい生き方をできるかどうかは、介護職やまわりの人たちがどれだけ認知症の人の尊厳を保っているかにかかっています。（p.296）
- その人を中心としたケアとは、本人にできる限りの自由を保障することです。（p.298）
- 認知症の人にかかわるということは、その人独自の人生の物語に参加することですが、その物語を勝手に書き換えることではありません。（p.298）
- 認知症の人とコミュニケーションをはかるときに大切なことは、本人が考え、思っている「現実」を否定するのではなく、それを認めて、共感的に受け入れることです。（p.298）

第2節 認知症による生活障害、心理・行動の特徴

- 認知症の人が自立した生活を継続するためには、認知機能の障害（中核症状）と「人」の両面を理解した支援が重要になります。（p.301）

- 病気の進行にともなってあらわれる中核症状と BPSD（行動・心理症状）をしっかりと把握することで、目の前の認知症の人をよりよく理解することができます。（p.303）
- 初期の認知症の人の精神症状としてとくに注意しなければならないのが、不安感と焦燥感、抑うつ気分です。（p.307）
- 認知症ケアでもっとも重視しなければならないのが、意識障害（混濁）です。認知症と意識障害は本来まったく別のものですが、多くの場合で合併するために、常に注意が必要です。（p.309）
- 生活障害は認知機能障害である記憶障害、実行機能障害、見当識障害に関係して引き起こされます。（p.310）

第 3 節 認知症の人や家族へのかかわり・支援の基本

- 介護職は自分の特徴や傾向を知ったうえで、他者とのかかわり方を調整していく必要があります。（p.313）
- 介護職は認知症の人の言っていることに耳を傾けて聴くことが大切です。（p.315）
- 介護職は認知症の人のおだやかな部分も、混乱している部分もすべてを受け入れることが大切です。（p.315）
- 介護職は認知症の人に対して非審判的態度をとることが大切です。（p.315）
- 介護職は認知症の人が大切にしている生活スタイルやこだわりなどを最大限に尊重することが大切です。（p.315）
- 認知症の人とのかかわりでは、相手の気持ちを読みとることが大切です。（p.316）
- ひとくくりに家族介護者としてとらえるのではなく、1 人の人として、心理状態や今の家庭状況によく耳を傾け、いっしょに考えていく姿勢が必要です。（p.320）
- 認知症の人も家族ももっとも QOL が高くなる選択を家族とともに考え、支援することが、介護職による家族支援の基本姿勢として求められます。（p.321）
- レスパイトケアとは、自宅で介護をする家族に、一時的な休息や息抜きを行う支援のことです。（p.322）
- 介護職は家族に対して具体的で実用的な、試すことができる助言を心がけます。（p.325）

■ 第 5 章 用語解説

番号・用語	解説
① ユニットケア	特別養護老人ホームなどにおいて、居室をいくつかのグループに分けて 1 つの生活単位とし、少人数の家庭的な雰囲気の中で行うケアのこと。ユニットごとに食堂や談話スペースなどを設け、また職員の勤務形態もユニットごとに組むなど、施設のなかで居宅に近い居住環境をつくり出し、利用者一人ひとりの個別性を尊重したケアを行う試みといえる。
② QOL	Quality of Life の略。「生活の質」「人生の質」「生命の質」などと訳される。一般的な考えは、生活者の満足感・安定感・幸福感を規定している諸要因の質のこと。諸要因の一方に生活者自身の意識構造、もう一方に生活の場の諸

	環境があると考えられる。
③ 生物学的側面	身体機能や能力、疾病や障害、老化などを通じて生活者として人をとらえる側面。
④ 心理学的側面	認知、知性、感情、性格、対処行動などの精神活動を通じて人をとらえる側面。
⑤ 社会学的側面	人間関係や社会関係に加えて、政治、経済、文化、風習、歴史、教育などの社会的つながりや活動を通じて人をとらえる側面。
⑥ 実存的側面	価値観、人生観、死生観、宗教観など、経験によって得られた物事に対する考え方の基準を通じて人をとらえる側面。
⑦ BPSD（行動・心理症状）	従来、認知症の「周辺症状」と呼ばれていたものが、最近では BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）と表現されることが増えた。BPSD という言葉により、認知症の初期から行動面・心理面の変化があらわれることを理解し、より本人の気持ちに寄り添ったケアをめざすようになった。
⑧ IADL	Instrumental Activities of Daily Living の略。「手段的日常生活活動」と訳される。ADL が食事、入浴、排泄などの日常生活の基本動作であるのに対し、IADL は、バスに乗って買い物に行く、電話をかける、食事のしたくをするなどのように、より広義かつ ADL で使用する動作を応用した動作（ADL より複雑な動作）をさす。
⑨ ADL	Activities of Daily Living の略。「日常生活活動」「日常生活活動能力」などと訳される。人間が毎日の生活を送るための基本的動作群のことで、食事、更衣、整容、排泄、入浴、移乗、移動などがある。
⑩ 自己覚知	介護職がみずからの能力、性格、個性を知り、感情や態度を意識的にコントロールすること。

■ キーワードまとめ

用語	説明
自己覚知	介護職がみずからの能力・性格・個性を知り、感情や態度を意識的にコントロールすること。認知症ケアの基盤となる。
受容	相手のおだやかな部分も混乱している部分もすべてを受け入れること。認知症ケアにおける基本的態度。
非審判的態度	介護職が一方的に善悪を判断せず、本人の行動の背景にある理由を尊重する姿勢。

ピア・サポート	同じ経験や体験をもつ人同士による支え合い。家族介護者の心理的安定に有効。
レスパイトケア	在宅で介護する家族に一時的な休息や息抜きを提供する支援。デイサービス・ショートステイなどが活用される。
リロケーションダメージ	環境が急激に変わることによって認知症の人に混乱・せん妄・妄想などの症状が起きること。施設入所やショートステイ時に注意が必要。
家族の心理ステージ	とまどい・ショック・否認→混乱・怒り・防衛→あきらめ・割り切り→適応・受容という段階的变化。介護職はそれぞれの段階に応じた支援を行う。

第4巻 第6章 第1節 医学的側面からみた認知症の理解

（認知症の理解Ⅱ）

【到達目標】

- ・代表的な認知症（若年性認知症を含む）の原因疾患、症状、障害、認知症の進行による変化、検査や治療等についての医学的知識を理解している
- ・認知症の人の生活歴、疾患、家族・社会関係、居住環境等についてアセスメントし、本人主体の理念に基づいた支援ができる
- ・地域におけるサポート体制を理解し、支援に活用できる

1. 認知症とは

① 脳の機能と認知症

▶▶ 脳の構造と機能

脳は脊髄とともに中枢神経を構成していて、生命維持のほかにヒトでは感情や思考・判断、運動の制御、さまざまな神経活動をつかさどる部位です。

脳は大腦・小脳・脳幹からなります。大腦は前頭葉、側頭葉、後頭葉、頭頂葉に分かれており、それぞれ役割が異なります。

■ 大腦各葉の機能

部位	主な機能
前頭葉	総合的な思考・判断、感情や衝動のコントロール、動作のコントロール（脳全体の約40%）
側頭葉	記憶・言語（ウェルニッケ野）。内側には短期記憶にかかわる海

	馬がある
後頭葉	視覚野：視覚情報の処理・記憶形成
頭頂葉	感覚情報の解釈・数字・道具の操作・空間的な認知と記憶

▶▶ 認知症の脳

認知症ではさまざまな原因により神経細胞死または細胞が変性してしまうことで脳が機能低下を起こし、障害を受けた部位によりそれぞれ異なる症状が出現します。

側頭葉の海馬が変性すると記憶障害が出現し、新しいことを記憶しておくことが難しくなります（近時記憶の障害）。前頭前野の障害では思考や判断の障害が起こり、感情や衝動のコントロールがうまくできなくなります。

② 老化と脳の変化

▶▶ 神経細胞の老化

神経細胞は生後3か月以降増加せず、毎日10万個の細胞減少が起こっているといわれています。50歳ごろから脳萎縮が始まって減少していきます。

加齢による変化では前頭葉・側頭葉の萎縮が強くみられますが、生理的变化では神経細胞数が減少しても、樹状突起が成長してネットワークが構築されて脳機能は維持されます。

高齢になると、アミロイドβたんぱくという異常たんぱくが凝集し、老人斑という細胞のごみのようなものが出現します。また、タウたんぱくが変性（リン酸化）して凝集し、神経細胞に神経原線維変化と呼ばれる構造が出現します。

▶▶ 血管系の老化

高血圧症、脂質異常症、糖尿病、肥満などのメタボリックシンドロームは動脈硬化の原因となります。動脈硬化が起こると脳の細い血管系にコレステロールが沈着して血管がせまくなり、血液循環が悪くなります。脳血管系の老化は脳梗塞や脳出血を起こすばかりでなく、アルツハイマー型認知症のリスクともなります。

③ 認知症とは何か

▶▶ 認知機能とは

ヒトは生活のなかで多くの情報を受けとりながら過去の経験や記憶、関連する知識を利用して状況を判断し、行動を決定しています。物事を正しく理解・判断して適切に実行するために必要な知的機能を認知機能といいます。

▶▶ 認知症とは

認知症の定義（DSM-5）

認知症とは、一度正常に発達した認知機能が障害されたために、職業上・日常生活上の支障をきたした状態です。

条件：①明らかな認知機能障害があること ②生活の自立が阻害されていること ③ほかの精神疾患やせん妄ではないこと

※最新の DSM-5 では記憶障害が必須ではなくなっています

認知機能障害が認められても日常生活が自立している状態は MCI（軽度認知機能障害）といわれます。MCI は認知症への進行リスクが高いとされていますが、最近では MCI 期にさまざまな介入をすることにより、認知症への進行を抑制できる可能性があるといわれています。

▶▶ 認知症の統計

加齢とともに認知症の有病率は増加し、70 歳代では 10%前後、80 歳代では 30%、90 歳代では 60%以上となります。団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年には認知症者が 700 万人を超え、老年人口の 20%になると推測されました（2025 年問題）。

④ 認知症ともの忘れの違い

▶▶ 記憶について

記憶は①記銘（物事をおぼえこむ）、②保持（記銘した情報をとどめおく）、③想起（保持している情報を思い出す）という過程を経て、不要な情報は忘却されます。健康な人が経験するもの忘れは、想起がスムーズにできない状態であり、何らかのきっかけがあれば思い出すことができます。

▶▶ 認知症の記憶障害

海馬の機能低下が起こると、記銘と保持の機能が低下し、新しい情報をおぼえておくことがむずかしくなります。きっかけがあっても思い出せず、再認ができず、自身の記憶にないことを「なかったこと」と否定するようになります。

認知症では記憶障害のために過去・現在・未来の出来事をつなぐことができずに、目の前の「現在」の体験のみに生きることになります。点と点が繋がらない状態は不安な気分を引き起こし、過去の記憶（遠隔記憶）と現在を混同させ、混乱を招きます。

認知症の人は事実と異なる話をすることがあります。これを「取りつくろい」といい、記憶にないことについて記憶にあるものを組み合わせて自動的に話すという特性です。認知症では「本当にすっかり忘れて思い出すことができない」ということを周囲が理解することが重要です。

⑤ 認知症に類似した状態

▶▶ せん妄

せん妄とは、一過性の意識障害により脳機能が混乱した状態であり、幻覚や見当識障害、多動や興奮が出現した状態をいいます。せん妄の発症には3つの因子が関与しています。高齢・認知症が準備因子となるため、認知症ではせん妄を起こしやすいといえます。

■ せん妄の3因子

因子	内容
準備因子（せん妄のなりやすさ）	高齢、認知症、脳血管障害、せん妄の既往など
誘発因子（せん妄発症を促進）	環境（入院・明度・騒音）、睡眠（不眠・昼夜逆転）、身体（疼痛、便秘、発熱）など
直接因子（せん妄発症の引き金）	炎症、低酸素、脱水、貧血、電解質異常、薬剤、手術など

■ 認知症とせん妄の違い

	認知症	せん妄
発症	緩徐	急性・夜間に多い
持続時間	持続的	数日から1週間
思考	貧弱	緩慢/性急、錯乱
認知機能	記憶障害が多い	注意障害が目立つ

▶▶ せん妄への対応

せん妄の発症には何らかのきっかけ（因子）があるため、その確認と対応が必要です。準備因子は対応が困難であるため、誘発因子・直接因子の評価と対応が重要となります。せん妄を発症しているときには強い不安や混乱のなかにいるため、ゆったりと接すること、本人が安心できるようなかわりが大切です。

▶▶ うつ病

うつ病は気分の障害を引き起こす精神疾患で、高齢者にも多くみられます。食欲の低下や睡眠障害、不安や焦燥感がみられ、時には生きていても仕方ないという希死念慮が出現します。

思考力の低下、注意・集中力の低下が起こると、考えることがむずかしくなり、認知機能検査の得点が低下して認知症のようにみえることがあります。このような状態は仮性認知症と呼ばれていますが、うつ病の治療をすれば思考機能が改善します。

うつ病の治療は、休養と抗うつ薬治療が原則です。うつ病の人に対して周囲は話を聞くことが大切です。

「がんばって」などのはげましは禁句とされます。「つらいですね」などの共感と「大丈夫」といった安心を与える声かけ、支えが大切です。

2. 認知症の診断

① 診断の過程

▶▶ 認知症の診断基準

認知症の診断では、①認知症か否かの判断の後に、②原因は何かを調べていきます。認知症か否かの判断では、症状の変化を確認して診断基準と照合します。本人との面接も重要ですが、事実を思い出せないことも多いため、同居する家族や介護にかかわる人からも生活の様子を聞きとります。

▶▶ 認知機能のスクリーニング検査

検査名	概要
MMSE	国際的に広く使用されているアメリカのフォルスタイン（Folstein, M.F.）が開発した検査。11 項目の質問があり、記憶障害のほかに失行などを確認できます。30 点満点で 23 点以下は認知症の疑いが高いとされています
改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）	日本の長谷川和夫が開発した検査。9 項目からなり MMSE と比較して記憶障害の検出に優れています。30 点満点で 20 点以下は認知症の疑いが高いとされています

スクリーニング検査の注意点：体調や環境などが影響する場合があるので、確認が必要です。この検査のみでは認知症か否かの判断はできません。また総得点が基準を超えても正常ではない可能性があることも注意する点です。

② 認知症の原因疾患の診断（鑑別診断）

認知症の原因疾患は非常に多く、脳内疾患がほとんどをしめますが、内分泌疾患、代謝性疾患、血液疾患、中毒性疾患などの全身性疾患も原因となる場合があります。なかには適切な治療で認知症の治癒が望めるものもあるため、早期の正しい診断が重要です。

補助診断として血液検査、心電図、脳波、頭部画像検査などを行います。頭部画像検査には脳の形をみる検査（CT・MRI）と機能をみる検査（脳血流 SPECT）などがあります。

③ 認知症の重症度の評価

▶▶ CDR（Clinical Dementia Rating）

CDR は認知機能や生活機能などに関する 6 項目についての観察式の重症度評価尺度で、国際的に広く使われています。

■ CDR の分類

CDR 段階	名称	記憶の特徴
CDR 0	健康	記憶障害なし。若干のものの忘れ
CDR 0.5	認知症の疑い	一貫した軽いものの忘れ。近時記憶障害があり日常生活に支障
CDR 1	軽度認知症	中等度記憶障害。著しく新しく学習した記憶は保持。残存
CDR 2	中等度認知症	重度の記憶障害。高度に学習した記憶のみ残存
CDR 3	高度認知症	重度記憶障害。断片的な記憶のみ

▶▶ FAST (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)

FAST はアルツハイマー型認知症の病期ステージを生活機能から分類した観察式の評価尺度です。典型的なアルツハイマー型認知症では、FAST のように病状が進行します。FAST によりアルツハイマー型認知症の重症度を知ること、今後の進行に予測が付き必要な介護を事前に検討することも可能になります。

■ FAST の分類（主要ステージ）

ステージ	特徴
1 正常	認知機能正常
2 年齢相応	物の置き忘れなど、主観的困難
3 境界状態	仕事上の障害、新しい場所への旅行が困難
4 軽度アルツハイマー型認知症	夕食の客を招く段取り、家計の管理、買い物などが困難
5 中等度アルツハイマー型認知症	衣類の選択が困難、着替えや入浴にうながしが必要
6 やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な衣装・入浴に介助を要する・トイレを1人で使えない・尿失禁・便失禁
7 高度のアルツハイマー型認知症	話せる言葉が5～6語に減少→1つとなる・歩行能力の喪失・座位保持不能・笑う能力の喪失・寝たきり

3. 認知症の原因疾患とその病態

① アルツハイマー型認知症

▶▶ 病態

進行性の記憶障害と妄想を主症状として初老期に発症し、病理解剖では老人斑と神経原線維変化を認める認知症として、ドイツの精神科医アルツハイマー（Alzheimer, A.）が報告しました。その後研究が進み、アミロイドβたんぱく、リン酸化タウたんぱくが関与することがわかっています。

画像検査では海馬に目立つびまん性的大脑萎縮、脳血流 SPECT では頭頂側頭葉・後部帯状回・楔前部の血流低下が特徴です。

▶▶ 症状

（1）記憶障害：記憶障害が初発・必発の症状です。エピソード記憶の障害によって、日常生活に支障がみられるようになります。自分の物が見つからないことが増えることで、誰かが盗ったのではないかと家族や周囲の人を犯人扱いすること（もの盗られ妄想）がみられます。

（2）遂行機能障害：何かをしようと考えたときには、そのための準備・手順などを計画して、状況を確認しながら、よりよい結果が得られるように適切に修正をしながら手順を実行します。認知症では段取りの障害が起こり、たとえば料理を作ろうと思ってもその材料の準備や調理手順がうまく実行できません。

（3）判断の障害：認知症になると、目の前の状況は把握できても近時記憶の障害のために関連する最近の情報を想起できません。代わって過去の記憶や自己の習慣などから状況へ対応しようとしています。

（4）見当識障害：アルツハイマー型認知症では時間→場所→人物の順で見当識が障害されていきます。症状が進行すると人物の見当識障害が出現し、目の前の人が誰かわからなくなります。

▶▶ 経過

アルツハイマー型認知症は発症時期がはっきりせず、加齢によるもの忘れと思っていたものが徐々に進行して日常生活に支障をきたすようになります。初期には記憶障害、遂行機能障害などによって日常生活の比較的複雑な行為（家事や金銭管理など）に支障をきたしますが、中等度になると失行が出現して道具の使用が困難、家事は不可能となり、更衣などに支援をきたします。さらに進行すると更衣・入浴・排泄などのセルフケア全般に介助が必要となります。BPSD も病期により傾向があります。初期には不安・抑うつやもの盗られ妄想が多く、中等度では徘徊や興奮が目立つようになります。平均余命は 8～12 年とされていますが、適切な介護と生活の工夫で延長も期待できます。

② 血管性認知症

▶▶ 病態

血管性認知症は脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化などの脳血管障害による認知症です。かつては認知症の原因で最多とされていましたが、脳血管障害のリスクとなる生活習慣病のコントロールが良好となり、脳梗塞や脳出血による脳卒中が減少したことで、最近の報告では認知症の原因としての割合は 10～20%となっています。

▶▶ 症状

脳血管障害と関連した麻痺などの運動症状や高次脳機能障害の局所症状が出現して認知症をきたします。血管性認知症では、障害部位によっては記憶障害が目立たないことがあります。遂行機能障害、注意障害が目立つことが多く、自発性の低下・不安・抑うつ、感情失禁、せん妄がみられやすいことが特徴です。障害されていない部位の脳機能は保たれるため、まだら認知症ともいわれます。

▶▶ 経過

(1) 階段状の経過：脳梗塞や脳出血を原因とした血管性認知症では、脳血管障害を発症するたびに急激な症状の変化がみられますが、急性期を過ぎると症状は安定し、進行は目立たなくなります。脳卒中の減少や治療の進歩にともない、階段状の経過を示す血管性認知症は減少傾向にあります。

(2) 緩徐進行性の経過：白質の動脈硬化を原因とした血管性認知症では、症状は緩徐に進行します。徐々に出現し、局所症状はとぼしいのが特徴です。

■ アルツハイマー型認知症と血管性認知症の違い

	アルツハイマー型認知症	血管性認知症
発症年齢	70 歳以上の発症が多い	50 歳以上に多い
性差	女性に多い	男性に多い
原因	神経細胞の障害	脳血管の障害
経過	緩徐進行・徐々に全般性知能低下	階段状または緩徐進行・障害部位による「まだら」
初期症状	記憶障害	頭痛、めまい、もの忘れ
みられやすい症状	もの盗られ妄想、取りつくろい	感情失禁、抑うつ、せん妄

③ レビー小体型認知症

▶▶ 病態・症状

パーキンソン病の病理変化としてのレビー小体が大脳皮質にも存在する認知症があることを、日本の精神科医である小阪憲司が発見しました。厚生労働省の資料では、認知症の原因の 4.3%となっていますが、実際には 10～20%と考えられています。

特徴的な症状として、①認知機能の動揺、②具体的な幻視、③レム睡眠行動障害、④パーキンソン症状があります。

①認知機能の動揺によって注意力・覚醒レベルの変動が大きく、日によって ADL も大きく変化することがあります。②幻視は具体的、しきさい豊かであることが特徴です。③人はレム睡眠で夢をみているときには身体が弛緩して発声や体動ができない状態になっています。しかし、夢をみながら叫んだり、身体を動かす症状をレム睡眠行動障害といい、認知機能障害を認める前から出現することがあります。④パーキンソン症状では動作が緩慢、表情がとぼしくなる（仮面様顔貌）、歩行障害（すくみ足、前傾、小刻み歩行、突進歩

行)、手のふるえ(振戦)、嚥下障害などがみられます。

④ 前頭側頭葉変性症

▶▶ 病態・症状

大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性をきたすために人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが緩徐に進行する神経変性疾患です。複数の疾患を含み、65歳未満の発症が多いのが特徴です。

障害部位により、(1)行動障害型、(2)言語障害型に大別されます。

(1)行動障害型：前頭葉の変性・機能障害によって、人格変化といわれる症状がみられます。自発性が低下して無関心となりますが、一方で衝動のコントロールや社会通念が欠如するために周囲をかまわない自己本位な言動や社会ルールを無視した行動(万引きなど)が出現します。同じことをくり返す常同性、決まったスケジュールでの強迫的な行動(時刻表的生活)などの症状がみられ、食事をとらずに甘い物ばかり食べるようになるなど食行動・嗜好の変化・偏食がみられることもあります。

(2)言語障害型：前頭側頭葉変性症では初期には記憶障害が目立たないことが多く、見当識障害をとまなわず、通い慣れた道では迷子になりづらいという特徴があります。

⑤ クロイツフェルト・ヤコブ病

クロイツフェルト(Creutzfeldt, H.G.)とヤコブ(Jacob, A.M.)によって報告された急速に進行する認知症の原因疾患です。異常プリオンたんぱくの中枢神経への沈着が原因とされ(プリオン病)、大脳から脊髄に至るまで海綿状の空胞をつくって機能障害を引き起こします。50~60歳代にみられることが多く、症状発現から死亡までは1~2年です。

初期にはめまい、倦怠感、視覚異常、抑うつ、記憶障害など非特異的症状がみられます。その後、認知症が急速に進行して言語機能障害のために疎通困難となり、筋肉がピクツとなる不随意運動(ミオクローヌス)が出現し、運動機能障害が急速に進行して歩行困難、寝たきりとなります。現在有効な治療法はありません。

⑥ 治療で回復する認知症

認知症の原因は①~④で大部分を占めています。現在の医学では治療による回復は困難ですが、適切な治療により回復可能な認知症もあるので、正しい診断と対応が重要です。

原因	概要・治療
慢性硬膜下血腫	転倒などの際に頭部を打撲したことが原因で起こります。画像検査をするとすぐに見つかり、脳神経外科で血腫を取り除く手術をすると症状が改善します
特発性正常圧水頭症	特徴的な症状は①認知機能障害、②歩行障害、③尿失禁です。脳室に過剰にたまった髄液を外に流す、シャント術という手術を行うことで、脳機能・症状が改善します

ビタミン欠乏による認知機能障害	特にビタミン B 群欠乏は認知機能障害の原因となることがあります。 ビタミン摂取により治療します
甲状腺ホルモン機能低下による認知機能障害	甲状腺ホルモンは全身の代謝にかかわるホルモンです。ホルモン不足が生じるとさまざまな症状が出現します。ホルモン異常の原因の確認と治療を進めていきます
糖尿病による認知機能障害	記憶障害よりも注意障害が目立つとされ、適切な糖尿病治療による血糖コントロールにより症状が改善することが期待できます

⑦ 若年性認知症

65 歳未満で発症した認知症を若年性認知症と呼んでいます。人口 10 万人当たり 50.9 人、全国で 4 万人弱の患者がいると推定されています。以前は若年性認知症では血管性認知症が約 40%で最多でしたが、2020（令和 2）年の報告ではアルツハイマー型認知症が 52.6%で最多、血管性認知症は 17.1%とされています。

若年性認知症では本人の多くが現役世代であり、仕事がつまみできない、子育てや家事がむずかしくなったなどの変化がみられ、就労や経済的な問題、家庭機能などへの影響が大きく、幅広い支援が必要となります。

若年性認知症の介護者は同年代で現役世代の配偶者か、親世代が多いですが、未成年の子どもが介護をになう必要に迫られる（ヤングケアラー）こともあり、公的サービスでのサポートが重要となります。

4. 認知症の治療と予防

① 認知症の治療

▶▶ 認知症の治療とは

認知症の治療とは症状の安定と進行を抑制して本人・介護者の生活を維持することであり、住み慣れた地域・家庭での生活を継続できることが目標となります。認知症の治療で重要なことは、健康・体調の管理です。肺炎などで入院してしまったことをきっかけに認知症が急激に進行する場合があります。そのような事態にならないためには日々の健康管理が大切で、食事や内服の管理、必要な医療治療継続の管理が重要です。

また、脳機能を維持するためには生活のなかで適切な刺激があることが必要です。脳も使わないと衰えますので、活発な生活を送ることが望ましいと考えられています。日常的には自宅に閉じこもらずに外出をする、適度な運動、趣味などの楽しみのほか、他人との交流が重要です。周囲との（社会的交流）を保つことは脳機能を維持するだけでなく、孤立を防ぎ、気分の安定にも有効とされます。

▶▶ 認知症の非薬物療法

療法名	概要
リアリティ・オリエンテーション	本人に対して正しい日時や場所、人物の情報をくり返し伝えることで現実の認識、見当識を高めようとするアプローチ
認知トレーニング	記憶、注意、問題解決などの領域に焦点をあてたプログラムで、個人療法と集団療法がある
音楽療法	音楽を聴く、歌う、楽器を演奏する、リズム運動などの方法がある。不安や抑うつ、行動障害に効果がある可能性があると考えられる
回想法	高齢者の人生の歴史に焦点をあてて、ライフヒストリーを聞き手が受容的・共感的・支持的に傾聴することを通じて、こころを支えることを目的とする
運動療法	有酸素運動、筋力強化訓練、平衡感覚訓練などがあり、複数を組み合わせたプログラムを作成して、週2回～毎日、20～75分で設定されることが多い

▶▶ アルツハイマー型認知症の薬物治療

アルツハイマー型認知症では記憶障害がおもな症状ですが、脳内ではアセチルコリンの減少が起こっていることがわかりました。そこで、アセチルコリンを間接的に増やす作用をもつ薬剤（コリンエステラーゼ阻害薬）が開発されました。

また、アルツハイマー型認知症ではグルタミン酸という神経伝達物質が過剰であり、そのために神経伝達があまくいかないことが考えられています。そこで、グルタミン酸の過剰な神経伝達を調整する薬剤（NMDA受容体拮抗薬）としてメマンチンが開発されました。

■ 抗認知症薬の種類

薬剤名	対象重症度	主な副作用
ドネペジル（コリンエステラーゼ阻害薬）	軽・中・高	嘔気・食欲低下・徐脈・心ブロック
ガラントミン（コリンエステラーゼ阻害薬）	軽・中	嘔気・食欲低下
リバスチグミン（コリンエステラーゼ阻害薬）	軽・中	発赤・かゆみ（貼付剤）
メマンチン（NMDA受容体拮抗薬）	中・高	眠気・めまい・便秘

▶▶ BPSD（行動・心理症状）の治療

BPSD の対応の原則は非薬物的アプローチです。同じ人であっても時・場所・相手によって症状が変動するのが BPSD の特徴です。BPSD に対してはケアや環境などが大きな影響を与えていると考えられます。ケアや環境のよしあしにより BPSD の様子は大きく変わります。そのため、症状の出現する状況や変化（悪化・改善）する状況を評価、対応することが BPSD 治療の第一歩となります。

非薬物的アプローチによっても改善が得られない場合、または症状が重くて緊急の対応を要する場合には薬物療法が検討されます。妄想や興奮には抗精神病薬、不安や抑うつには抗うつ薬の効果が期待されます。いずれの薬物療法についても過鎮静や転倒、誤嚥などの副作用には十分注意が必要で、薬による 2 次的なトラブルは避けなくてはなりません。

② 認知症の予防

▶▶ 認知症の危険因子

血管性認知症では加齢の影響はありますが、もっとも重要な危険因子は中高年以降の高血圧です。そのほかに脂質異常症や糖尿病、肥満、喫煙、メタボリックシンドロームなども危険因子です。アルツハイマー型認知症では加齢が最大の危険因子であり、性別（女性）もリスクとされます。以前は高血圧や糖尿病、メタボリックシンドロームなどによる動脈硬化は血管性認知症のリスクとされていましたが、最近ではアルツハイマー型認知症のリスクにもなることがわかってきました。

▶▶ 認知症の予防

2017 年にイギリスのランセット誌に認知症のリスクと予防に関するレポートが発表されました。9 つのリスクへの対応・治療により、認知症の 3 分の 1 が予防できる可能性があるとされています。

時期	主なリスク要因
若年期（～15 歳）	十分な教育の欠如
中年期（40～65 歳ごろ）	高血圧、肥満、難聴
老年期（65 歳～）	うつ病、糖尿病、不活発、喫煙、社会的孤立

2019 年には WHO（世界保健機関）が認知症・認知機能障害の予防ガイドラインを発表しました。生活習慣病のコントロールのほか、運動や食習慣、社会的交流などの重要性が書かれています。

2019（令和元）年に厚生労働省が公表した「認知症施策推進大綱」のなかで「予防」という言葉が用いられています。ここでの予防は「認知症にならない」ことではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味になります。認知症予防について多くの研究が行われていますが、現在のところ完全な予防は不可能です。さまざまな努力をしても、認知症になってしまう可能性が十分にあることを前提に、同じく「認知症施策推進大綱」でうたわれている「共生」のための 1 人ひとりの意識

づけ、地域づくりが重要です。

学習のポイント（第 1 節）

- 認知症とは、一度正常に発達した認知機能が障害されたために、職業上・日常生活上の支障をきたした状態をいいます
- 加齢とともに認知症の有病率は増加します
- 海馬の機能低下が起こると、記銘と保持の機能が低下し、新しい情報をおぼえておくことがむずかしくなります。きっかけがあっても思い出せず、再認ができず、自身の記憶にないことを「なかったこと」と否定するようになります
- 認知症の人は「本当にすっかり忘れて思い出すことができない」ということを周囲が理解することが重要です
- せん妄とは、一過性の意識障害により脳機能が混乱した状態であり、幻覚や見当識障害、多動や興奮が出現した状態をいいます
- MMSE・HDS-R などの認知機能のスクリーニング検査には、体調や環境などが影響する場合があるので、この検査のみでは認知症か否かの判断はできません
- アルツハイマー型認知症は発症時期がはっきりせず、加齢によるもの忘れと思っていたものが徐々に進行して日常生活に支障をきたすようになります
- 血管性認知症は脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化などの脳血管障害による認知症です
- レビー小体型認知症の特徴的な症状として、①認知機能の動揺、②具体的な幻視、③レム睡眠行動障害、④パーキンソン症状があります
- 65 歳未満で発症した認知症を若年性認知症と呼んでいます。高齢発症の認知症と比較して若年性認知症では遺伝的な要因の関連が多く、症状の進行が速い傾向があるといわれています
- 認知症の治療とは症状の安定と進行を抑制して本人・介護者の生活を維持することであり、住み慣れた地域・家庭での生活を継続できることが目標となります
- BPSD に対してはケアや環境などが大きな影響を与えていると考えられます。そのため、症状の出現する状況や変化（悪化・改善）する状況を評価、対応することが BPSD 治療の第一歩となります

用語解説

■ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）

内臓の周囲についた脂肪が蓄積されて、生活習慣病になりやすくなっている状態のこと。心筋梗塞、脳卒中を発症しやすいとされ、予防と改善が課題になっている。その予防と改善を目的に行われるのが特定健診である

■ 見当識

自分が今、どんな状況にいるかという認識。自分と家族の関係や自分が誰かという人間関係的認識、今が何月何日なのかという時間的関係の認識、今自分がどこにいるのかという地理的関係の認識などを行う

■ 脳血管障害

血管不全による脳障害で、多くは突発的に発症し、脳障害の部位、程度によりさまざまな神経症状を呈する。脳梗塞では脳血管の閉塞が続くと脳壊死の過程が進む（脳卒中）

■ ADL

Activities of Daily Living の略。「日常生活活動」などと訳される。人間が毎日の生活を送るための基本的動作群のことで、食事、更衣、整容、排泄、入浴、移乗、移動などがある

■ BPSD（行動・心理症状）

従来、認知症の「周辺症状」と呼ばれていたものが、最近では BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）と表現されることが増えた。BPSD という言葉により、認知症の初期から行動面・心理面的変化があらわれることを理解し、より本人の気持ちに寄り添ったケアをめざすようになった

第4巻 第6章 第2節 認知症の人への支援の実際

アセスメント～チームアプローチ

1. 認知症のアセスメント

① 認知症ケアの進め方

▶▶ 介護職による思考の整理

介護職による一連の介護過程のなかでも、認知症の人の場合は、事実からアセスメントにつなげる前段階として、介護職による思考の整理が重要になります（図 6-11）。つまり、「困った人」への対応を考えるのではなく、「困っている人」への支援と考え方を変える必要があります。認知症の人とのかかわりを通じて得られた声なき声を拾うことで、あらかじめ知ることのできなかった情報が広がり、より個別ケアに近づけることが可能になるからです。

▶▶ 認知症の人の行動や言葉の背景

認知症の人は、認知機能の障害により、自分の力だけでは環境をうまく調整することが困難になります。そのため、環境から受ける影響により心身に対する負担感や不快感、不安感が起こります。そうした感覚を解消するための行動が、周囲の人たちから見ると「問題行動」ととらえられ、問題行動への対応が認知症ケアだと誤解されています。

しかし、認知症の人の行動や言葉の背景にはさまざまな原因があります。つまり、認知症の人の行動は、何らかのメッセージやサインとみることができるのです。

▶▶ 認知症の人の行動や言葉の背景を読み解く

認知症を理解するための3つのステップ

評価的理解：認知症の人の行動や発言に感わされて表面的に「好き・嫌い・苦手・得意・いい人・悪い人」と理解してしまう

分析的理解：本人の立場に立って「行動・言葉」の「意味をつける」。そのために「なぜ?」「どうして?」と疑問を抱く。そしてそのわけを探る

共感的理解：分析の結果、「言葉や行動の意味」がわかり、本人の気持ちが自分の中で共感できる。「なるほど・そうだったのか・もっともだな」と...

認知症の人の行動や言葉の背景は、環境要因と欲求の2つの側面から考えることができます。そして、介護過程にそって認知症の人をアセスメントする際には、①介護職本位の視点から認知症の人本位の視点に切り替えること、②事実にもとづいて行動や言葉の背景にある要因と欲求を読み解いていくことが重要です。なかでも①のことを評価的理解から共感的理解へのリフレーミング（視点を替える）と呼んでいます。

② アセスメントの視点

アセスメントとは、認知症の人に起きているさまざまな状況を理解するための、必要な情報収集と情報の整理です。

認知症の人のアセスメントの視点（8つの側面）

- ① 病気や薬の副作用による影響
- ② 身体的な痛みや身体の不調などによる影響
- ③ 精神的苦痛や性格などの心理的背景による影響
- ④ 音や光、寒暖などの五感への刺激や苦痛の影響
- ⑤ 周囲の人のかかわり方や態度による影響
- ⑥ 住まいなどの物的環境により生じる居心地の悪さや影響
- ⑦ 要望や障害程度、能力の発揮とアクティビティ（活動）とのずれによる影響
- ⑧ 生活歴、習慣、なじみのある暮らし方と現状とのずれ、本人のもつ価値観やこだわりによる影響など

2. 中核症状へのかかわり方の実際

① 中核症状に対するアセスメントの視点

認知症には、大きく分けて、中核症状とBPSD（行動・心理症状）という2つの症状があります。中核症状は、すべての認知症の人にみられる症状です。BPSD（行動・心理症状）は、中核症状に本来の性格や取り巻く環境などが影響して引き起こされる2次的な症状です。

▶▶ 記憶障害に対するアセスメントの視点

認知症の人にみられる代表的な症状の1つが記憶障害です。自分の体験した出来事や過去についての記憶が抜け落ちてしまう障害のことをいいます。最近のことから、だんだんと忘れていくという特徴があります。体験自体が抜け落ちてしまうので、「食事を食べたのに、食べていないと言う」「同じことを何度も聞いてくる」という症状があらわれます。

記憶障害の程度も人それぞれです。日によって、ばらつきもあります。アセスメントを行う際のポイントとして、どの程度の記憶保持力があるのかを知ることが必要となります。5分程度前のことであればおぼえていることができるのか、数秒前のことがおぼえていられないのかによって、支援の方法が変わってきます。また、記憶障害は大きく分けて、①短期記憶障害、②長期記憶障害、③エピソード記憶障害、④手続き記憶障害、⑤意味記憶障害があります。それぞれ症状が異なってくるため、どの記憶に障害があるのかも大きなポイントとなります。

▶▶ 見当識障害に対するアセスメントの視点

見当識障害とは、自分がおかれている状況、たとえば年月日、時間、季節、場所、人物などの状況を正しく認識できない障害のことです。症状は、時間・場所・人物の順で進んでいきます。アセスメントを行う際には、何に対する見当識が立てられないのかが大きなポイントとなります。

▶▶ 遂行機能障害に対するアセスメントの視点

遂行機能障害は、目的を果たすための、①計画を立てる、②計画を実行する、③効率よく行う、ということがむずかしくなる障害です。遂行機能障害のアセスメントのポイントは、すべてできなくなるわけではないということです。計画や順序だった行動は困難になりますが、1つひとつの作業はできることが多いものです。料理でたとえるのであれば、料理という一連の流れのなかで、どの部分ができて、どこに支援が必要なのかをきちんとアセスメントすることが大切になります。

② 介護職としてのかかわり

▶▶ 記憶障害のある人へのかかわり方

記憶障害は、本人に自覚はありません。しかし、忘れていくことへの不安な気持ちは残っています。記憶が薄れていくことへの不安や焦りから、混乱し怒りの感情をあらわすこともあります。まず、本人の訴えを受けとめ、安心してもらうことが大切です。それ以外にも、物の置き場所を固定する、日にちや時間をわかりやすくするなど、環境を整えることが大切です。新しいことが発生する場合は、言葉だけでなく絵を使う、メモを貼るなど、本人のおぼえやすい方法を探します。

▶▶ 見当識障害のある人へのかかわり方

場所がわからずトイレの失敗をしたり、家族がわからず「あなたはどなた」というような発言をする場合も

あります。障害による症状という状態であることを理解し、対応することが大切です。見当識障害のある人には、環境の整備がとても重要です。時間の見当識障害がある場合は、時間の確認ができるよう、本人に合った時計を近くに置くなどの工夫をします。また、「今日は 10 時に出かけるので、準備をしましょう」など時間を意識し、行動をうながすような言葉を心がけます。

また、見当識障害のある人には 24 時間リアリティ・オリエンテーションとくに効果的です。リアリティ・オリエンテーションでは、個々の見当識障害の状況に応じて見当識を補い、現実意識を深めて症状の改善につなげていきます。日常的な会話のなかで、「12 時だから、お昼の時間ですね」等、時間・場所・季節・天気などを自然な形で伝えます。

▶▶ 遂行機能障害のある人へのかかわり方

段取りがつけられないだけのため、介護職はどの部分ができないのかを見きわめ、できる部分は本人にしてもらうことで達成感につながり意欲も向上します。抽象的な表現は避け、具体的に示します。また、動作ごとに説明するとより安心するでしょう。

3. BPSD（行動・心理症状）へのかかわり方の実際

① BPSD に対するアセスメントの視点

BPSD は認知症のすべての人にあらわれる症状ではありません。何らかの不適切な外的刺激や、体調不良等の内的刺激によって引き起こされます。BPSD は、徘徊や攻撃的行為のように行動にあらわれる行動症状と、幻覚や幻視のような心理症状とに分類されています。代表的な症状として、帰宅願望・徘徊・介護拒否等があげられます。アセスメントする際の視点の根幹は、介護職の視点から、本人の視点へと切り替えることです。

▶▶ 帰宅願望に対するアセスメントの視点

帰宅願望は「家に帰りたい」と訴えたり、実際に家を出て行ってしまう症状です。帰宅願望は認知症の多方向にみられることが多いです。大前提として、中核症状である見当識障害や記憶障害が要因となっています。今いる場所がわからなかったり、なぜそこにいるのかの理由がわからないなど、本人はとても不安な状況であることを理解する必要があります。本人にとって慣れない場所はもちろんですが、住み慣れた場所であっても、物の置き場所が変わっているだけで混乱してしまうこともあります。また、おなかがすいた・トイレに行きたい・体調が悪いなどの欲求から、「家に帰りたい」との思いがわく場合もあります。体調が悪いのか、記憶が子育てをしていたころに戻っているのかなど、本人の不安がどこにあるのかを考える視点が大切になります。

▶▶ 介護拒否に対するアセスメントの視点

介護拒否といっても、その内容はさまざまです。お風呂に入らない・薬を飲まない・着替えをいやがるなどがあげられます。介護職の視点からすると、「とても困った」「介護しづらい」などといった症状であると思いますが、何の理由もなく拒否をすることはありません。本人にとって「いや」な理由が必ずあります。

認知症の人に限らず、人に頼らなければならないという思い、迷惑をかけてしまっているという悲しみ、自信の喪失などをしっかりと受けとめつつ、何がイヤなのか、言動の奥に隠された理由をしっかりと聞き、本人の思いにそった介護を考えることが大切です。

▶▶ 徘徊に対するアセスメントの視点

認知症の人が目的なく歩きまわることではなく、必ず理由があります。多くの場合は何かを探しているケースになります。最初は目的があっても、途中でその目的を忘れてしまうこともあります。しかし、本人にとって目的ある行動ですので強制的に止めるようなことをしてはいけません。実際に徘徊が起こったら、本人に理由をたずねるようにしましょう。多くの場合は何かを探しているケースであると述べましたが、トイレ等の場所を探している場合もあるので、「トイレ」「部屋」の表示など、わかりやすい環境の整備もとても大切です。

② 介護職としてのかかわり

▶▶ 帰宅願望のある人へのかかわり方

「帰りたい」という欲求があれば、その気持ちを否定せず、気持ちを受けとめることが大切です。「帰れませんよ」などと否定的な言葉はひかえましょう。そして、本人の気持ちを聞きとるなど理由を探ってみてください。時間がきたら帰宅できるような場合は、「〇〇時になったら帰ります」等、時計などを使い目安を提示したりします。視覚からの情報は、情報の約 8 割を占めるともいわれています。本人は不安な気持ちでいっぱいなので、そのつど不安な気持ちを解消することも必要です。また、居心地の悪さから帰宅願望の欲求につながることもあるので、今の環境が本人にとって居心地のよい場所となっているのか、本人の居場所となるように環境への配慮も大切になります。

▶▶ 介護拒否のある人へのかかわり方

本人にとっての拒否する理由が必ずあるため、その理由をしっかりと聞き、何が理由なのかを考えて介護を行うことが大切です。また、介護職から次に何をされるのか理解できず、恐怖を感じて拒否している場合も多くあります。入浴介助の場合、羞恥心から拒否する場合があります。また、生活習慣から昼間に入浴することがなかった（デイサービスでの入浴等）という場合があります。さまざまな視点から「なぜ」を考えることが大切です。

▶▶ 徘徊のある人へのかかわり方

認知症の人が目的なく歩きまわることではなく、必ず理由があります。多くの場合は何かを探しているケースになります。最初は目的があっても、途中でその目的を忘れてしまうこともあります。しかし、本人にとって目的ある行動ですので強制的に止めるようなことをしてはいけません。実際に徘徊が起こったら、本人に理由をたずねるようにしましょう。

本人が安心できる環境であれば、認知症であっても、その人らしく生活を送ることができます。そのためにも、その人にとって適切な環境が提供されているか、健康状態は良好か、1 人の人として尊厳ある介護が行われているか、介護職はこまめに立ちどまり、ふり返ることが必要なのです。

4. 環境の整備

① 環境づくりの重要性

▶▶ 認知症と環境

認知症の人にとって環境はとても重要な要素です。環境のあり方次第では、認知症という病は治せなくてもその症状を落ち着かせ、その人らしい暮らしを支えることや、その人の自立を高めることも十分可能です。認知症の人を支える一要素としての環境を意識し、適切に整えていくことはとても大切です。

認知症は脳の病気です。脳はその人そのものです。その人の人格や背負ってきた人生や記憶、そして時間のすべてをきざみこむ尊いものです。だからこそ認知症ケアはむずかしくも、深く尊いのです。認知症の人を理解し、また支えることはできません。その人の歩んできた歴史とそこにきざまれた「記憶」に向き合い、その人がおかれてきた（そして今、おかれている）状況や環境を的確に把握し、理解することから認知症ケアは始まります。

② 環境づくりの実際

▶▶ 施設での環境づくりのポイント

観点	内容
(1) わかりやすい環境	「わかりやすい環境」と「単純で単調な環境」とは異なります。本来「あるべきところ」に部屋やもの、空間のしつらえがないような環境では認知症の人は混乱します。逆にその環境が「あるべき」姿をもち、ふさわしい雰囲気を用意していれば、それをきっかけにして生活が展開されます。家庭的で親しみやすい環境と言い換えることもできます
(2) 五感に訴えかける環境	記憶を頼りにした生活や行動が困難になるため、五感によるはたらきかけが重要になります。五感が記憶に訴えかけ、生活や行為を導くこともあります。五感に対して積極的にはたらきかける環境づくりをすることで、大きな効果を生み出す可能性もあります
(3) 自立心・自尊心・個性を高める環境	認知症になっても自立心や自尊心、個性は残ります。それらを奪うような環境づくりは避けなければなりません。自分にあった生活が実現できるような選択性のある環境づくりや、個性をいかした生活が送れるような環境づくりが必要です
(4) 「暮らし」のための環境	普通で自然な「暮らし」ができる環境づくりが求められます。なじみのない非日常的な環境とならないように、その人らしく暮らせるような細やかな配慮と温かみのある環境づくりが大切です

5. 認知症ケアにおけるチームアプローチ

① 本人や家族はチームの一員である

家族だけでは認知症の人をサポートできなくなってくると、専門職のかかわりが必要となってきます。認知症ケアにかかわる多職種の人たちが、支援目標を統一してかかわっていくためには、チームでアプローチすることが必要です。本人や家族も、そのチームの一員となり役割をになっていくと考えてみましょう。すべてサービスでおこなうことが必要なわけではありません。本人や家族が認知症とうまくつきあっていくお手伝いがチームの役割です。

② 権利擁護の視点をチームでもつ

認知症の人自身に希望を聞くことが基本ですが、うまく自分の気持ちを言葉にできず、自分にとって不利益になることを支援者に伝えてしまうことがあります。そんなときに、チームで本人にとって必要なサポートとは何かを考えていくことが必要になります。家族や後見人の意見を尊重することは重要ですが、できるだけ本人が望んでいることをチームで想像し、試していき（モニタリングし）、本人が望む生活に近づけていくことが重要になります。本人が表現できるように環境を整えていたり、時にチームが、本人の代弁者になり、本人の望む生活を支援することも必要になります。

③ 生活の継続性を支える

認知症により本人だけでは、生活のなかで続けていたことが継続されないことがあります。たとえば、日曜日ごとに通っていた教会に行けなくなり、ずっと続けていた信仰が途絶えてしまったり、好きだったものを買いにいけなくなり食べられなくなったりしていないでしょうか。本人がどのようなことを基本とし、何を選択してきたのか、その人の生活してきた習慣や好みを知って継続できるようにしていけると、BPSDとされていた言動に意味があることに気づくことができます。

また、ショートステイや入所などの居所の変化により地域での暮らしが分断されてしまうことがあります。このような場合も、在宅でかかわっていたサービス提供者や地域の人から、その人の暮らしぶりを聞いて、本人がどのように生きてきた人なのか想像してみると本人が求めていることがわかることがあります。現在かかわっている人だけでなく、過去にかかわってきた人たちもチームのメンバーなのです。

④ 本人の言動の原因や背景を考える

介護する人にとってはBPSDとしか見えない言動も、本人にとっては意味のある行動です。行動の動機や目的が本人にはあってもうまく表現できなかったり、最後まで作業が到達できなくて、まわりで見ている人にはその意味がわからないと、介護者にとっての困りごととしか見えない場合があります。

そこで、チームのなかで、本人はこんなときこう言っていた、過去にこんな仕事をしていたなどの情報を集め、そのシーンを回顧しながら、本人なりの意味を考えていくことが重要となります。また、その言動には中核症状としての記憶障害や失認、失行、失語などが影響を与えているかもしれません。介護の方法や薬なども影響しているかもしれません。それらの影響を考慮しながら、本人の言動の意味をチームで考えてみましょう。

⑤ スーパービジョンを受ける

本人の言動がチームで話をしてもわからないときは、認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式（以下、センター方式）やひもときシートを使ってみましょう。センター方式は、すべてのシートを1から始めるのではなく、心身の情報についてのシートからはじめてみましょう。複数の介護職の言葉を思い浮かべるだけでも、本人なりの理由を知ることにつながります。また、家族にも書いてもらいやすいシートです。

これらのシートをより有効に活用するために、スーパービジョンを受けたり事例検討をするとよいでしょう。チームアプローチが行きづまったときに、上司や指導者からアドバイスを受けるスーパービジョンがあれば、チームに新しい視点が生まれ、チームを育てていくことにつながります。事例検討によって、違う視点を共有し、本人を中心に考えていくということを具体的に実践する習慣をチームにつくることができま

6. 認知症の人へのさまざまなアプローチ

① ユマニチュード

▶▶ ユマニチュードとは

ユマニチュードとは、フランス語で「人間らしさ」をあらわす言葉がもとになっていて、フランス人のジネスト（Gineste, Y.）とマレスコッティ（Marescotti, R.）の2人によって開発されたケアの哲学・技法です。「人とは何か」「ケアする人とは何か」という哲学と実際のケア技法が示されています。

ユマニチュードは「基本の4つの柱」と「5つのステップ」によるケアを行うことによって、ケアを受ける人に「人間である」という意識・尊厳を回復してもらうことを目標としています。ユマニチュードは単なるテクニックではありません。認知症の人を人間として、大切に思うという気持ちをもって実践することがとても重要です。

▶▶ 基本の4つの柱

柱	内容
(1) 見つめる	ケアする側が「私の目を見てください」と声をかけて、「視線をつかみにいく」ことが基本です。真正面から同じ高さに視線を合わせる、後ろからは声をかけないなどの意識が大切になります
(2) 話しかける	認知症のために会話がスムーズでない場合など、ケアする側がコミュニケーションをおろそかにすると「ケア」を「処置」としてとらえられるかもしれません。ユマニチュードではゆっくりとおだやかに話しかけ、返答がない場合にはオートフィードバックという技法を用います

(3) 触れる	ケアの場面では身体に触れる機会が多くなりますが、ユマニチュードでは「広くやさしくゆっくり」触れることが重要とされています。認知症では「快」「不快」の情動が重要で、本人に「快」を感じてもらうためのケアが大切です
(4) 立つ	認知症になると活動性の低下、また加齢による身体機能の低下もあり、立って歩くことが減り、徐々に座って過ごす、寝て過ごすことが増えてしまいます。本人の身体機能や残存能力を評価したうえで、ユマニチュードでは「立つこと」を支援していきます

▶▶ 5つのステップ

ステップ	内容
(1) 出会いの準備	ケアに際しての出会いの準備です。来訪を伝えるために、部屋にいる場合にはノックをして返答を待ち、返答がない場合には3秒待って再度ノックします。ノックにより人が来たという認識ができるとともに、受け入れるかどうかの選択をしてもらうこともできます
(2) ケアの準備	まずしっかりと相手を見つめたうえで、「あなたに会いに来た」と声をかけて関係を築きます。そのあとでポジティブな言葉でケアに関する提案をして、同意を確認します。3分以内に同意が得られない場合には、その場でのケアはあきらめます。本人の意思を尊重して、ケアする側の都合によって無理強いしてはいけません
(3) 知覚の連結	ユマニチュードの基本の柱の「見つめる」「話しかける」「触れる」のうち2つ以上を用いて「あなたを大切に思っている」というメッセージを継続的に伝えます。安心と心地よさを感じてもらうために、相手の五感に伝わるものすべてがポジティブなものとなるようにかかわることが大切です
(4) 感情の固定	ケアが終わった際に、その経験をポジティブな感情記憶として残せるようなかかわりです。「気持ちよかったですね」などポジティブな言葉かけや、ケアに協力してくれたことに対してのお礼を伝えます。認知症であっても感情記憶は残りやすいといわれます
(5) 再会の約束	ケアが終わったら「また会いたいですね、また来ます」など再会を約束します。認知症の場合、言葉のやりとりは忘れてしまうこ

	とが多いですが、ポジティブな感情のやりとりはイメージとして残ることが期待できます
--	--

② バリデーション

バリデーションとは「承認」という意味があり、認知症の人とのコミュニケーション方法です。認知症の人が尊厳を保ち、ひきこもらないようにとアメリカのファイル（Feil, N.）により提案されました。認知症でも保たれる感情の焦点をあて、尊厳と傾聴、共感をもってかかわることが基本です。本人が感情表出できること、人生の未解決課題への奮闘を支援することが目標です。

▶▶ バリデーションの基本的態度

態度	内容
(1) 傾聴する	ただ話を聞くのではなく、本人の訴えたいことをくみとりながら、耳を傾けて聞くことが大切です
(2) 共感する	本人が感じていることについて、同じように感じることを伝えることで、本人の感情を受け入れていることを伝えます
(3) 受容する・評価しない	本人の言動をそのまま受け入れ、否定や評価はしないようにします。「怒らないで」などと感情を制御しようとしなくても大切です
(4) 誘導しない	本人のペースにあわせることが大切で、介護職からの誘導や強制をしないことが重要です
(5) うそをつかない、ごまかさない	本人の訴えに対してうそやごまかしでその場をやり過ごそうとしてはいけません。本人の訴えや感情に向き合うことが信頼関係の基本となります

▶▶ バリデーションの基本テクニック（主要）

テクニック	内容
センタリング	ケアする側自身が気持ちを落ち着かせて、認知症の人の気持ちを感じ取れるようにする
オープンクエスチョン	「はい」「いいえ」を求めるクローズドクエスチョンではなく、本人が自由に話せる声かけを用いることで、本人の考えを具体的に知ることができる
リフレージング	本人の言葉を否定するのではなく、ケアする側がくり返すことで「自分

	の言葉を聞いてくれている」という安心を感じることができる
極端な表現を使う	本人の言葉に対して、極端なたとえ・表現を用いて返答することで、本人が自分の気持ちを表現しやすくなる
反対のことを想像する	本人のネガティブな訴えに対して、その反対の状況である場合のことについて話をすすめると、本人が安心できる状況を見つけることができる場合がある
レミニシング	過去の思い出話をすることで、問題の解決方法が見つかる場合がある
アイコンタクト	親しみをこめたアイコンタクトを送り、やさしく見つめることで本人が「自分が認められている」と感じることができる
音楽を使う	音楽は多くの人に親しみのあるものです。ケアに音楽を取りこむことにより円滑なコミュニケーションをとることができる

③ 認知症ケアマッピング

認知症ケアの基本的考えとしてパーソン・センタード・ケアがあります。認知症の人を1人の人間として尊重し、その人の視点や立場に立って理解しながらケアを行うという考え方で、認知症の人の言動を理解してケアをするうえでは、「認知症の人の心理的ニーズ」を理解することがとても大切になります。

パーソン・センタード・ケアを実践するために開発されたツールが認知症ケアマッピング（Dementia Care Mapping：DCM）です。認知症の人を6時間以上観察し、5分ごとに本人の状態を記録していきます。その結果を確認・評価してケアの改善方法を介護職間で話し合います。ケアマッピングにより、施設で暮らす認知症の人のQOLと影響を及ぼすケアの質を評価することができ、認知症の人がよりよく暮らしていけるようにケアプランの作成、人材育成、職場の改善などにつなげることが可能となります。

7. 地域生活の支援

① 公的サービスと地域資源の共同

認知症の人や家族を支えるためには、介護保険や医療保険などにもとづいた公的サービスだけでなく、地域を基盤とする資源の創造・共有が求められています。また、認知症の本人や家族も単なる支援される対象ではなく、それぞれのもつ力が出せるようにするという視点も重要です。

公的サービスを使いながら、サービスにない支援を地域住民の助け合いなど、地域資源を活用していくことも必要になります。また、支援される側であった家族が、障害福祉サービスのヘルパーなどの支援のもとで、支援者となるということもあります。

② 地域を基盤とするサポート体制

地域を基盤とするサポート体制は、大きく地縁型と都市型に分けられます。地縁型の場合は高齢になっても

地域の祭りや行事に活躍の場が残っている場合が多くあります。しかし、認知症が出てくると、そういう場にも出にくくなり、自宅に閉じこもりがちとなります。このような場合、従来の活躍の場に出ていくのではなく、健康体操などを行う地域のサロンなど参加しやすい場所から誘い出すことが有効な場合があります。

都市部では、地縁が少なくなってきたおり、高齢者だけの世帯や単身世帯が増えています。介護保険サービスは充実していますが、若年性認知症や初期の認知症の人へのサービスは少なく、認知症のステージに合ったサービスを新たにつくっていくことが望まれます。

地縁型、都市型いずれにしても、地域包括支援センターや社会福祉協議会、認知症地域支援推進員などが、地域のニーズをくみとり、本人・家族、公的サービス、地域の人・地域活動を結びつけられるようなコーディネートをすることが重要となります。また、地域資源として認知症サポーターの活躍できる場所を高齢者サロンや通所介護などにつくっていくことが望まれます。

③ 認知症に関する施策の動向

2015（平成 27）年には、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が発表され、7 つの柱が示されました。また、2019（令和元）年 6 月 18 日には、認知症施策推進大綱が認知症施策推進関係閣僚会議においてとりまとめられました。これは、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」をめざし、「認知症バリアフリー」の取り組みを進めていくとともに、「共生」の基盤のもと、通いの場の拡大など「予防」の取り組みを進めていこうとするものです。

■ 認知症施策推進大綱の 5 つの柱

①	普及啓発・本人発信支援
②	予防
③	医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
④	認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
⑤	研究開発・産業促進・国際展開

▶▶ 認知症の本人からの発信を

新オレンジプランのなかで「認知症の人やその家族の視点の重視」が 7 つの柱に盛りこまれ、日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）が認知症の人たちにより立ちあげられました。認知症施策推進大綱のなかにも、認知症の人本人からの発信の機会が増えるよう、地域で暮らす本人とともに普及啓発に取り組むとしています。JDWG は、2018（平成 30）年 11 月に「認知症とともに生きる希望宣言」を表明しました。

2005（平成 17）年から認知症サポーター養成講座が開始され、認知症サポーターは 2022（令和 4）年 6 月 30 日現在、1300 万人以上が養成されています。認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を支援することを目的に養成されます。

④ 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援

認知症の人が必要と感じていることについて実態調査を実施することが提案されています。認知症の初期の段階では、診断を受けても必ずしも、介護が必要な状態にあるわけではありません。この時期を「診断後の空白期間」として、本人が求める今後の生活に対するさまざまなサポートが求められています。

診断後に本人や家族が、認知症やこれからの生き方について学ぶ場や相談・ピアカウンセリングの場が必要です。そこで、正しい知識を知ることや、仲間と出会い1人ではないと知ることは大きな力になります。また、定期的集まり、作業などを行うなかで、仕事や地域活動、趣味活動に再挑戦できる人もいます。そのためには、サポートする側に本人の能力の評価や、必要な支援機関と連携できる知識が必要となります。

学習のポイント（第2節）

- 認知症ケアでは、介護職の評価尺度により、認知症の人の行動を単に問題や症状にとらえる（評価的理解）のではなく、行動の背景を推測することで行動の意味をとらえ（分析的理解）、認知症の人が自分の心配事や気がかりなことを解決しようとしていると理解すること（共感的理解）が重要です
- 認知症の人は記憶が薄れていくことへの不安や焦りから、混乱し怒りの感情をあらわすこともあります。本人の訴えを受けとめ、安心してもらうことが大切です
- 安心できる環境であれば、認知症であっても、その人らしく生活を送ることができます。適切な環境が提供されているか、健康状態は良好か、1人の人として尊厳ある介護が行われているか、介護職はこまめに立ちどまり、ふり返ることが必要です
- 環境には、その人がおかれている状況や物理的な環境、その人のまわりにいる人とのかかわり、介護サービスのあり方、そして過去から現在、未来までの時間などがあり、これらすべてが認知症の人に影響を与える要素になります
- 認知症ケアにかかわる多職種の人たちが、支援目標を統一してかかわっていくためには、チームでアプローチすることが必要です
- 認知症の人や家族を支えるためには、介護保険や医療保険などにもとづいた公的サービスだけでなく、地域を基盤とする資源の創造・共有が求められています。また、認知症の本人や家族も単なる支援される対象ではなく、それぞれのもつ力が出せるようにするという視点も重要です

用語解説（第2節）

■ 若年性認知症支援コーディネーター

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、都道府県ごとに若年性認知症の人やその家族からの相談窓口を設置することとなっており、そこに配置されるもの。おもな役割として、若年性認知症の人やその家族、職場からの電話などによる相談窓口、適切な専門医療へのアクセスと継続の支援、利用できる制度やサービスの情報提供、関係機関との連絡調整などがある

■ ひもときシート

認知症介護研究・研修東京センターで開発したツール。パーソン・センタード・ケアを基本につくられ

ており、課題や問題とと思っていることを、援助者中心の思考から本人中心の思考に転換していく。思考の整理や考え方をチームで共有するための教材として活用可能である

■ エコマップ

利用者と家族やさまざまな社会資源との関係を、地図のように系統的・図式的に描き出したもの。利用者と取り巻く人間関係や社会関係が明確に把握できるという利点がある

■ 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式

認知症の人が最期まで尊厳のある生活を送れるように支援するため、利用者本位のケアを普及するための教育的な効果と、地域のサービス提供者の協働・連携の促進をねらいとして開発された、認知症の人の側に立ったケアマネジメントモデル

■ BPSD（行動・心理症状）

従来、認知症の「周辺症状」と呼ばれていたものが、最近では BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）と表現されることが増えた。認知症の初期から行動面・心理面の変化があらわれることを理解し、より本人の気持ちに寄り添ったケアをめざすようになった

■ スーパービジョン

熟練した指導者であるスーパーバイザーが、スーパーバイジー（スーパービジョンを受ける側の専門職）から、日ごろ担当している事例の内容や援助方法について報告を受け、それにもとづきスーパーバイジーに適切な援助指導を行うこと

■ 認知症サポーター

認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を支援することを目的に、「地域ケア政策ネットワーク全国キャラバンメイト連絡協議会」が実施する認知症サポーター養成講座を受講・修了した人の名称

第4巻 第7章 障害の基礎的理解（障害の理解Ⅰ）

第1節 障害者福祉の理念

【到達目標】

- 障害の概念の変遷や障害者福祉の歴史を踏まえ、今日的な障害者福祉の理念を理解している
- ICF（国際生活機能分類）の考え方と構成要素を理解している
- ノーマライゼーション・リハビリテーション・インクルージョン・エンパワメントの意義を理解している
- 障害の法的定義（障害者基本法・障害者総合支援法など）を理解している

1. 「障害」のとらえ方

① 医学モデルと社会モデルの概念

国際生活機能分類（ICF）の誕生の背景となった医学モデルと社会モデルの2つの対比的な考え方を取り上げます。

▶▶ 医学モデル

ICF によれば、医学モデルは、障害を個人の問題としてとらえ、病気・外傷などを原因として直接的に生じるものであり、専門職による個別的な治療という形で医療などの援助を必要とするものとしています。

▶▶ 社会モデル

これに対して、社会モデルは、障害を社会への完全な統合の問題としてみて、その多くが社会的環境によってつくり出されたものであるとしています。

▶▶ 個人モデルとの対比

ICF の制定以前から、「障害に対する見方」に関しては、社会モデルと、個人に障害の主たる要因があるという見方の個人モデルとを対比しながら、その特徴を整理する考え方がありました。このような整理は、「障害」をめぐる社会的な差別や権利保障、政治的な取り組みのあり方に関しての見方を広げる点できわめて重要です。

▶▶ 障害者の権利に関する条約（2006 年）

2006 年に国連総会で成立し、2014（平成 26）年には日本政府が批准した「障害者の権利に関する条約」の第 1 条で、障害の考え方についてふれています。そこでは、「障害者には、長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害であって、様々な障壁との相互作用により他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げ得るものを有する者を含む」（政府公定訳）としています。

この内容は、障壁となる環境との相互作用により障害が生み出されていることと、他の者との平等からみて社会への参加がさまたげられている状況を障害として考えており、この点で「社会モデル」の考えを強く意識したものとなっています。

▶▶ ICF とモデルの統合

ICF に関しては、医学モデルと社会モデルの 2 つの対立するモデルの統合にもとづいているとされています。医学モデルから社会モデルへの転換としてとらえるのではなく、2 つのモデルの統合としてとらえることが重要です。言い換えれば、医学モデルと社会モデルとの概念的な対立を超えた両者の考え方の対話の道をひらいた、と考えることもできます。

② 障害者の定義

社会モデルを意識した障害者基本法の定義、障害名・疾患名を列記した医学モデルの考え方を含む身体障害者福祉法、精神保健福祉法、発達障害者支援法の定義など、法制度によって基本となる考え方が異なっていることを理解する必要があります。

▶▶ 障害者基本法の定義

障害者基本法では、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状況にあるものをいう」とされています。この定義は、障害と環境との相互作用をかなり意識したもので、障害者の権利に関する条約と ICF の障害の考え方をふまえたものです。

▶▶ 身体障害者福祉法の定義

身体障害者福祉法における身体障害者の定義は、「身体上の障害がある 18 歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう」とされ、障害の特性と機能障害を中心に規定しています。

▶▶ 知的障害者福祉法の定義

知的障害者福祉法では知的障害の定義はなされていません。このため実際は、厚生省（当時）の通知「療育手帳制度について」（昭和 48 年 9 月 27 日厚生省発児第 156 号）で示された考え方（重度を A、それ以外を B とする）が代用されています。

▶▶ 精神保健福祉法の定義

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）における精神障害者の定義は、「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者をいう」とされ、病名を列記する形をとっています。

▶▶ 発達障害者支援法の定義

発達障害者支援における定義では、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」を発達障害としています。2016（平成 28）年には障害者基本法の改正をふまえて一部改正が行われ、「発達障害がある者であって発達障害及び社会的障壁により日常生活又は社会生活に制限を受けるもの」が発達障害者の定義とされました。

2. 国際障害分類と国際生活機能分類

① 国際障害分類（ICIDH）とは

「障害」を概念として整理しようとする最初の国際的な試みとして、世界保健機関（WHO）の国際障害分類（ICIDH）（1980 年）が重要です。ICIDH の目的は、障害に関する統計データの整備、それをういた研究、障害者支援のための実践、障害福祉政策の立案とその評価、市民の障害に関する理解と啓発、とされています。

ここで提案された障害の 3 つの次元は、「機能障害」「能力障害」「社会的不利」です。

図：国際障害分類（ICIDH）の障害モデル

Disease or disorder（病気・変調） → Impairment（機能障害） → Disability（能力障害） → Handicap（社会的不利）

② 国際生活機能分類（ICF）とは

▶▶ ICF の目的

その後、2001 年に、ICIDH に代わるものとして国際生活機能分類（ICF）が WHO により正式に決定され、日本語訳は 2002（平成 14）年に公表されました。

ICF の目的は、「健康状況と健康関連状況」の研究のための科学的基盤の提供、「健康状況と健康関連状況」を表現するための共通言語の確立です。

具体的には、ICF では、環境因子と個人因子をより重視した形で、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」という 3 つの次元を提案し、それらが相互に影響し合うモデルが提案されています。なお、ICF は、中立的な用語を使用し、否定的な用語は使用しないことを原則としています。

ICIDH の概念	ICF の概念
機能障害（心理的・生理的・解剖的な構造・機能の何らかの喪失または異常）	心身機能・身体構造 ①心身機能＝身体系の生理的機能（心理的機能を含む） ②身体構造＝器官・肢体とその構成部分などの身体の解剖学的部分 ③機能障害＝心身機能または身体構造上の問題
能力障害（人間として正常とみなされる方法や範囲で活動していく能力の制限・欠如）	活動 ①活動＝課題や行為の個人による遂行のこと ②活動制限＝個人が活動を行うときに生じるむずかしさのこと
社会的不利（機能障害や能力障害の結果として、その個人に生じた不利益）	参加 ①参加＝生活・人生場面へのかかわりのこと ②参加制約＝個人が何らかの生活・人生場面にかかわるときに経験するむずかしさのこと

▶▶ ICF のもっとも大きな特徴

ICF のもっとも大きな特徴は、環境因子、個人因子によって、機能障害が生じたり、活動の制限が生じたり、社会参加の制約が生じたりすることが示されているところにあります。

③ ICIDH から ICF への変化

さまざまな要因が相互に影響し合っ、て、「機能障害」「活動制限」「参加制約」が発生するという考え方を

する ICF のほうが、ICIDH に比べてより複雑なモデルになっています。

なぜ 20 年の経過で、より複雑なモデルになったのでしょうか。この大きな理由としては、この 20 年間の障害者福祉にかかわる思想と支援の考え方の変化といった社会的な流れが大きく影響していると考えられます。

とくに、1981 年の国際障害者年以降、障害者運動による当事者主体、エンパワメント、自己選択と自己決定といった考え方が支援の中心的な位置を占めるようになってきました。このような思想と支援の考え方の変化のなかで、ICIDH よりも、さらに、環境、社会参加、環境と個人との相互作用を重視した障害に関するモデルの必要性が高まってきたことが ICF を生み出してきた背景として考えられます。

3. 障害者福祉の基本理念

① ノーマライゼーション

ノーマライゼーションは、歴史的には、北欧で生まれた考えと、アメリカで生まれた考えの 2 つの大きな流れが、徐々に 1 つの方向になっていったと理解することができます。

▶▶ バンクーミケルセンのノーマライゼーション論

バンクーミケルセンの考え方に一貫していることは、障害者を市民生活に適応するためにノーマルに教育するのではなく、逆に、障害者の生活条件をノーマルにしていく環境を提供することです。

▶▶ ニィリエのノーマライゼーション論

また、ニィリエは、ノーマルな社会生活の条件をノーマライゼーションの 8 つの原理にまとめています。具体的には① 1 日のノーマルなリズム、② 1 週間のノーマルなリズム、③ 1 年間のノーマルなリズムなどをあげています。

▶▶ ヴォルフフェンスベルガーのノーマライゼーション論

ヴォルフフェンスベルガーは、「障害者を社会から逸脱している人として考え、逸脱としてとらえる社会意識のあり方」を問題視しました。障害者を逸脱者としてとらえることは社会から価値を低められた人としてみなすことであり、いかにその価値を高めていくか、社会的な役割を実現していくかにノーマライゼーションの意味を見いだしています。したがって、障害者の社会的役割の実現をノーマライゼーションに代わる考えとして重視しました。

今日では障害者福祉施策の基礎となる思想として広く受け入れられている考え方です。

② リハビリテーション

リハビリテーションという言葉を知れば、一般的には高齢者の歩行能力を回復させたり、障害者の ADL を回復させたりする機能訓練と理解されています。しかし、中世では「身分、地位、資格の回復や破門の取り消し」という意味に用いられ、近代に入って、公民権の回復、名誉の回復などの意味に使われるようになってきました。

▶▶ リハビリテーションの定義

1969 年、世界保健機関（WHO）は、「リハビリテーションとは、医学的、社会的、教育的、職業的手段を組み合わせ、かつ、相互に調整して、訓練あるいは再訓練することによって、障害者の機能的能力を可能な最高レベルに達せしめることである」と定義しました。

この WHO の定義によって、リハビリテーションは、理論的に、医学的リハビリテーション、社会的リハビリテーション、教育的リハビリテーション、職業的リハビリテーションの専門的な分野に明確に分類されました。

その後、1982 年に、国際連合は、障害者に関する世界行動計画のなかでリハビリテーションを定義しています。その定義は、「リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人がみずからの人生を変革していくための手段を提供していくことをめざし、かつ、時間を限定したプロセスである」としています。この定義の特徴は、障害のある人みずからがもっとも適した機能水準を決定する自己決定の原理も盛り込まれていることです。

③ インクルージョン

▶▶ インクルーシブな教育

インクルージョンは、まず教育分野を中心に注目されました。教育分野で強調されたインクルーシブな教育（Inclusive Education）とは、特別なニーズのあるあらゆる子ども（障害児を含む）に、必要な支援が提供されることを意味しています。

1994年、国際連合教育科学文化機関（UNESCO）がサラマンカ宣言を採択し、「すべての者への教育を（Education for All）」という方針を打ち出したことにより、この考え方が世界に広まっています。

▶▶ 障害者福祉とソーシャル・インクルージョン

日本では、1997（平成9）年からの社会福祉基礎構造改革において、「措置から契約へ」が強調されるなかで、厚生労働省はソーシャル・インクルージョン（Social Inclusion）という言葉に注目します。高齢者や障害者、ホームレスや外国籍の人など、あらゆる人が包みこまれて生きる地域のあり方を提言したのです。

2006年に国際連合で採択された「障害者の権利に関する条約」では、第19条で示されるインクルージョン（「包容」と訳されている）が中心的な理念になりました。この条約では、障害者を社会や環境に適応させるのではなく、社会や環境が障害者の多様性に合わせていく「社会モデル」の障害者観を強調し、政策の柱としての「多様性の尊重」が提唱されています。

2022年9月、日本における条約の実施状況について、国際連合による勧告が出されました。日本のさまざまな課題が指摘されたなかで、強く改善を求められたことが2つあります。1つが、障害児だけを分離する教育ではなく、ともに学ぶインクルーシブ教育の推進です。もう1つは、入所施設や精神科病院からの地域移行、すなわち、ともに生きるインクルージョンの実現です。

④ エンパワメント

▶▶ エンパワメントとは

エンパワメントとは、問題をかかえた人自身が自己決定（意思決定）、問題解決能力をつけていくという考え方です。

障害者福祉におけるエンパワメントでは、病気や障害への対応を中心とした「医学モデル」にもとづいて利用者（障害者）の病理や弱さの側面を強調する考え方から、病気や障害をかかえつつも利用者（障害者）の健康や強さ（ストレングス）の側面を重視する強さ志向の視点の強調という援助視点への転換としてとらえることが大切です。

障害者福祉の支援実践では、ともすれば、過度のサービス提供によって、サービス利用者である障害者の自己決定や問題解決の力をうばい、障害者の本来もっている力をうばってしまうことがあります。このことを克服するために、障害者自身のエンパワメントを促進していく考えを重視して支援を行うことはとても重要です。

▶▶ エンパワメントの広まり

エンパワメントは、ソーシャルワークの実践のなかでももっていた機能である利用者（障害者）の生活と環境との調整や権利擁護（アドボカシー）といった方法が、セルフヘルプ（自助・自立）運動、ピアサポート（相互支援）活動、ソーシャルアクション（社会改革）活動という、障害者にかかわる社会運動の影響を受けたことで生まれたと考えられていたりしています。

さらに、エンパワメントは、ソーシャルワークという専門的な支援方法を越えて、サービス利用者を中心にする利用者中心の考えをより推進していく思想で大きな力を発揮することになりました。

▶▶ 自立とエンパワメント

これまで障害者運動のなかで強調されてきた「自立」の概念とエンパワメントとの結びつきは強いものがあります。自立は、障害者の自己決定権と選択権が最大限に尊重されていることとしてとらえると、「自立生活」とは、障害者の自己決定にもとづいた生活の主體的な営みとして考えることができます。そして、その主體的な営みを生活のさまざまな側面に応じて支援していくことを自立生活支援といえることができます。

4. 障害の法的定義

日本での障害者に関する法的定義は、障害福祉サービスの利用、障害基礎年金の受給資格、障害者雇用の対

象など、関係法律の目的によってそれぞれ異なっています。ここでは、障害福祉サービスの利用に関係する法律の定義をみてみましょう。

法律	障害者の定義の概要
障害者基本法	身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）その他の心身機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状況にあるもの
身体障害者福祉法	身体上の障害がある 18 歳以上の者で、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたもの
知的障害者福祉法	定義なし。実際は「療育手帳制度について」（昭和 48 年）の考え方が代用される
精神保健福祉法	統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者
発達障害者支援法	自閉症、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害で症状が通常低年齢において発現するもの
障害者総合支援法	身体障害者、知的障害者（18 歳以上）、精神障害者（発達障害者を含む）、難病患者など（第 4 条）

▶▶ 障害者基本法の特徴

障害者基本法は、わが国の障害者福祉の憲法ともいわれる性格をもっており、障害者に関する法律の基本となっています。この法律の定義の特徴は、人がおかれている環境によって社会的障壁があり、生活にくくなっている状態を規定しているところです。環境とは、障害者を取り巻くすべての物理的、心理的、制度的なものを含んでいます。この法律の障害者の定義では、具体的な障害や社会的障壁を規定していません。

▶▶ 障害者総合支援法の特徴

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）は、おもに自立支援のサービス体系を規定しています。この法律にもとづいて、障害者は、自立訓練、居宅介護、短期入所等の障害福祉サービスを利用することができます。

障害者総合支援法の障害児および障害者の定義は、身体障害者福祉法などの関係法律を根拠としています。また、「治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病」とは、難病等をさしています。

【学習のポイント】

第 1 節 障害者福祉の理念 重要事項

- 2001 年に、ICIDH に代わるものとして国際生活機能分類（ICF）が WHO により正式に決定された
- ICF では、環境因子と個人因子をより重視した形で、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」という 3 つの次元を提案し、それらが相互に影響し合うモデルが提案されている
- 1981 年の国際障害者年以降、障害者運動による当事者主体、エンパワメント、自己選択と自己決定といった考え方が支援の中心的位置を占めるようになった
- WHO の定義によって、リハビリテーションは、医学的・社会的・教育的・職業的リハビリテーションの専門的な分野に明確に分類された
- 障害者福祉におけるエンパワメントでは、病気や障害をかかえつつも利用者（障害者）の健康や強さ（ストレングス）の側面を重視する強さ志向の視点が大切
- 障害者基本法は障害福祉の憲法的性格をもち、ICF の考え方を反映した社会的障壁の概念を中心に定義している

【用語解説】

用語	解説
国際生活機能分類（ICF）	International Classification of Functioning, Disability and Health の略。ICIDH の改定版として、2001 年に WHO 総会で採択。心身機能・身体構造、活動、参加という 3 つの概念を包摂した生活機能という概念を用いる
国際障害分類（ICIDH）	1980 年に世界保健機関（WHO）が国際疾病分類の補助分類として発表したもの。障害を 3 つのレベルに分け、機能障害（impairment）、能力障害（disability）、社会的不利（handicap）とした
ノーマライゼーション	障害者を社会から逸脱している人として考えるのではなく、障害者の生活条件をノーマルにしていく環境を提供することを核心とする考え方。バンクーメルセン、ニイリエ、ヴォルフエンスベルガーらが提唱
ソーシャル・インクルージョン（Social Inclusion）	社会的つながりから疎外された人々を社会的に包摂する施策。もともとは、1980 年代にヨーロッパで社会問題となった外国籍労働者への社会的排除（ソーシャル・エクスクルージョン）に対する施策として導入された概念
エンパワメント	問題をかかえた人自身が自己決定（意思決定）、問題解決能力をつけていくという考え方。障害者福祉では、利用者の強さ（ストレングス）の側面を重視する援助視点と結びついている

第 4 巻 第 7 章 障害の基礎的理解（障害の理解 I）

第 2 節 障害による生活障害、心理・行動の特徴（前半：身体障害）

【到達目標】

- 各身体障害（視覚・聴覚言語・運動機能・心臓機能・呼吸器機能・腎臓機能・膀胱直腸機能・小腸機能・HIV・肝臓機能）による生活上の障害を理解している
- 各身体障害のある人の心理的特徴を理解している
- 各身体障害のある人への介護上の留意点を理解している

1. 身体障害による生活上の障害と心理・行動の特徴

① 視覚障害

▶▶ 中途視覚障害のある人の心理的理解

中途視覚障害のある人の多くは、精神的に大きな打撃を受けます。介護にあたっては、中途視覚障害のある人がどのような心理的プロセスの段階かを把握する必要があります。その心理的プロセスは、リハビリテーション・プログラムの観点から、次の 5 つの時期に分けられます。

中途視覚障害のある人の心理的プロセス（5 段階）

- ① 失明恐怖の時期 ……眼の症状が治るかどうか、このまま失明してしまうのではないかなど、失明に対する恐怖をいだき、しかも生活への不安をもってしまう時期
- ② 葛藤の時期 ……将来の生活設計に見通しを立てられず、失明による精神的な打撃がもっとも強い時期
- ③ 生活適応の時期 ……見えないという現実を直視し、生きる意欲を見いだそうとする段階
- ④ 職業決定の時期 ……果たして職業について経済的に安定した生活を取り戻せるかどうかなど、将来の生活を具体的にどのようにするか悩む段階
- ⑤ 職業獲得の時期 ……職業についてから、現実のさまざまな困難を克服しながら、自分の経済的な基盤を確保する時期

▶▶ 移動の介助

視覚障害のある人の移動手段は、手引きによる歩行、白杖による歩行、盲導犬による歩行、電子機器を用いた歩行、電子機器と白杖を併用した歩行、残存視覚による歩行などがあります。

介護職が習得しておくべき介護技術として、手引き歩行があります。手引き歩行は、手引きする介護職と視覚障害のある人がいっしょに歩行する方法です。移動の介助を行うときには、安全を優先させます。また、室内の様子や物の位置を知らせる介護もあります。

▶▶ コミュニケーションの介護

視覚障害のある人のコミュニケーション手段には、点字、音声言語、ICレコーダー（テープレコーダーを含む）、ハンドライティング、弱視眼鏡の利用、拡大鏡の利用、拡大読書器の利用、パソコンの利用などがあります。なかでも、点字は、文章の読み書きのためだけでなく、衣類や書類・書棚等の整理のためのたんす・書棚等の点字ラベルの作成などにも用いられます。

▶▶ 日常生活の介護

日常生活において、視覚障害のある人に対する介護は、身辺、家事、情報収集など、広範囲に及びます。視覚障害のある人が何に困っているか、どのような援助を求めているかをたずねながら介護しましょう。具体的には、身のまわりの物の位置の情報提供、食事場面、入浴場面、清掃後の物の位置の情報提供、衣類の収納、情報収集、買い物、冷蔵庫内の食べ物の位置の情報提供、調理、洗濯などがあります。

② 聴覚・言語障害

▶▶ 聴覚障害のある人の心理的理解

聴覚障害のある人は、音声だけでなく周囲の物音を認識し理解することがむずかしくなります。さらに、身体的特徴がないこともあり、本人が聞こえの困難さに対して周囲の理解が得られにくいといったことがあります。そのため、音声を用いた会話や状況の把握に制限が生じ、周囲から疎外されていると感じることがあります。

このような状況が続くと、人とのかかわりに対する不安が高まり、心理的な疲弊につながります。また、聴覚障害が言語習得前に出現した場合、適切な支援がなされないと、乳幼児期からの愛着形成や言語習得、学童期の教科学習、その後の就労などにさまざまな課題が出てきます。一方、成人後に聴覚障害になった場合、言語習得に問題はないものの、聞こえることが当然の生活からの変化にとまどい、その変化に適応できない場合は、家族や職場での関係性に影響をきたすことになります。

▶▶ 聴覚障害のある人の生活の理解

聴覚障害のある人は、音声や周囲の物音が聞こえにくくなるだけでなく、音声がかきこえても何を言っているかわからない、音声を聞き誤るといったことが起こります。聴力レベルは、その人が聞こえる最小の音の強さであり、聴力に問題がない場合は0dB程度の音から聞くことができます。難聴が軽度（25dB以上）の場合は、小さな声や騒音下での会話の聞き間違いや聞きとりのむずかしさがみられ、中等度（40dB以上）では、普通の大きさの声での会話の聞き間違いや聞きとり困難が生まれます。さらに高度（70dB以上）では、非常に大きな声か補聴器を用いないと会話がかきこえず、重度（90dB以上）になると、補聴器でも、聞きとれないことが多く、人工内耳を装用している人もいます。

聴覚障害のある人は、自身の聴覚障害の特徴や会話の相手や内容に応じて、手話や指文字、筆談を使用する、相手の表情や口の動きを読みとるなど、視覚的な手段を多く用いることがあります。

▶▶ コミュニケーションのはかり方

聴覚障害によるコミュニケーションのむずかしさへの対応として、補聴器、人工内耳の使用による聞こえにくさの軽減があります。補聴器は、マイクから入った音を増幅器で大きくしてイヤホンから出す機器です。人工内耳は、手術が必要で、おもに高度以上の難聴で補聴器の装用効果が少ない人が適応になります。

そのほか、コミュニケーションの成立を援助する手段として、スマートフォンやパソコンでの音声を文字化するアプリケーションを使用したり、板書や身ぶりの使用のほか、要約筆記者や手話通訳者を要請することが必要な場合もあります。会話の場面では、音声言語とともに、表情や身ぶり、時には文字や絵を使いながら、お互いの意思疎通をはかります。会話の方法や求められる支援は、聴覚障害のある人それぞれに違いますので、本人に確認してから行うようにします。

▶▶ 言語障害のある人の心理的理解

言語障害が生じた場合、対人的なコミュニケーションの問題のみではなく、学校生活や職業生活を含めた生活全般に何らかの支障が生じます。言語障害の1つである失語症のある人では、会話場面で、相手から伝えてくる内容が理解できなかったり、自分の伝えたいことを音声や文字で表現することができなくなります。また、ラジオや新聞などからの情報を理解することがむずかしくなります。その結果、本人はあせりや不安を感じるとともに、周囲の理解が得られなければ、疎外感が高まります。このような疎外感は、本人自身の仕事や社会への関心をより低下させます。その結果、失語症のある人は、自分に対して否定的な認識を持ち、ひっこみ思案になることもあります。

▶▶ 言語障害のある人の生活の理解

言語障害は、発音にかかわる機能または言語の理解と表現にかかわる機能の障害と考えられます。そのため、言語障害には、発音の障害（構音障害）、音声障害、失語症や聴覚障害による障害が含まれます。

(1) 構音障害・音声障害：構音障害または音声障害のある人では、言語の理解に問題はなく、表現に障害がみられます。自分の考えや気持ちが伝わりにくい、もしくは伝わらないというコミュニケーションの問題が起こります。

(2) 失語症：失語症は、状況の理解は保たれているものの、言語表現（話す、書く）と言語理解（聞く、読む）において障害が出現します。そのため、周囲とのコミュニケーションや、テレビや新聞などから情報を得ることがむずかしくなります。

▶▶ コミュニケーションのはかり方（言語障害）

言語障害のある人とのコミュニケーションで重要なポイントは、まず、年齢相応に尊厳をもって接することです。大人になってから言語障害が生じると、今までなかった言い間違いや聞き間違いがみられるようになります。その際、支援者は急かすような声かけや態度を示すと、本人はさらにあせり、うまく理解や表現ができなくなります。そのような場合、聞き手は言語以外の情報伝達手段を活用します。道具や機器を使用した方法は、さまざまな入力方法ができ、支援者の介入を減らすことができる反面、高価で機器がなければ意思疎通がはかれなくなります。各方法とも長所と短所があり、使用する場面や相手を想定してさまざまな方法を組み合わせることが大切です。

③ 運動機能障害

▶▶ 運動機能障害のある人の心理的理解

肢体不自由による運動機能障害では、入浴、排泄、食事、着替えなどについて、他者に介助してもらう必要が生じますが、これらの動きは通常、他者に見られることがない大変個人的な動作であって、介助してもらうことによって、プライバシーを見せることになります。また、移動についても介助が必要になれば、常に介助者の確保のため、そのスケジュールやペースに自分の行動を合わせざるを得ないことも多くなります。結果として、好きなときに好きなところに行くことができないといった状況不満が生まれることがあるわけです。これらのことは、大きなストレスとなる場合があります。

さらに、仕事や学校など、さまざまな社会活動への参加に制限を受けることも多く、今までになってきた役割を果たせなくなる場合もあり、自信の喪失や自己概念の変化など、さまざまな心理的影響を受けることになります。しかし、肢体不自由のある人すべてが社会生活を行ううえで障壁となるような、あるいは、障害のない人とは違う特別な心理的課題を永続的にもつということではありません。本人を取り巻く環境によってその影響の程度や内容は異なります。

▶▶ 運動機能障害のある人の介護上の留意点

介護を行うにあたって、介護に関する専門的な知識や技術をもっていることは重要ですが、利用者との信頼関係を築くことがすべての前提になります。そのうえでなければ、専門的な知識や技術も有効に活用できません。

介護職は一方的に何かを介助する、支援するというのではなく、その人に寄り添い、いっしょに悩んだり考えたりする人であることが重要です。その人が望むごくあたりまえの生活の実現を支援したり、可能性に気づいたりするためには、障害ありきではなく、1人の生活者として接する視点を持ち、生活上の課題に目を向けることが重要です。また、介助を行う際には、単にできない動作を代わって行うだけでなく、その人の持っている力を引き出す、自信をもってもらう視点での支援が大切です。

④ 心臓機能障害

▶▶ 心臓機能障害のある人の心理的理解

虚血性心疾患やうつ病性心不全の背景の1つとして、うつ病が大きく関与しているといわれています。心疾患の発症後はうつ病を合併しやすく、また、うつ病を合併すると予後が悪化することが知られています。抑うつ状態におちいると、食事や運動に注意を払わなくなり、飲酒や喫煙の機会が増え、社会的に孤立していくことが考えられます。

心不全患者は入退院をくり返すことでも、精神的ストレスを受けていますが、その他の社会的要因でも抑うつ症状が悪化することがあります。本人の訴えに共感し、傾聴するという態度が必要です。

▶▶ 心臓機能障害のある人の生活の理解

多くの高齢の心臓病患者は、生活習慣病といわれる高血圧、糖尿病、脂質異常症などが複数みられるほかに、腎臓病や尿路感染症、慢性の関節疾患、脊椎症、前立腺肥大や難聴や白内障、不眠症や認知症、う歯（虫歯）や白癬にいたるまで複数の診療科に及ぶさまざまな疾患が重なり合っています。これらの疾患が慢性的に経過して臓器障害を引き起こし、利用者のQOLを低下させ、生活障害を引き起こすのです。

▶▶ 心臓機能障害のある人の介護上の留意点

心疾患のある高齢者は再入院が多く、いったん入院すると入院が長期化するという特徴があります。また、認知機能障害という問題が隠されていることが多く、外来指導のみでは限界があり、患者を取り巻く環境を視野に入れた包括的なケアが必要となります。医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士などによる疾患の重症度や合併症などの評価に加え、生活活動状況や介護の問題点の評価、服薬遵守の評価、福祉サービスの評価、服薬指導、栄養状態の評価、リハビリテーションの必要性などの評価と調整を行い、疾病の発症や増悪を予防することを目的とした医療マネジメントシステムの構築が必要とされています。

⑤ 呼吸器機能障害

▶▶ 呼吸器機能障害のある人の心理的理解

呼吸器機能障害のある人は、呼吸の苦しさから生活を制限していたり、鼻カニューレを装着しながら外出することに躊躇していたり、呼吸が苦しくなったらどうしようという恐感や不安感をもったりして生活している人もいます。先の生活が想像できず、うつや悲しみの状態にあることもあります。外見からはわかりにくい呼吸器機能障害を理解して、本人主体の安楽な生活方法を支援することが重要です。

▶▶ 呼吸器機能障害のある人の介護上の留意点

支援方法として、①効率的に呼吸をするための協力、②呼吸困難を起こさないための予防的な行動、があります。身体に障害があっても、家族と生活したり、仕事をしたり、旅行をしたりするなど、自宅を出て社会生活を楽しむことは重要です。

外出を支援するための注意点は、①医師に指示されている活動量を守ること、②清浄な空気を吸うこと、③外出先での呼吸器感染を予防すること、があげられます。

⑥ 腎臓機能障害

▶▶ 腎臓機能障害のある人の心理的理解

腎臓機能障害は無症状で進行することが多く、自覚症状があらわれたころにはすでに重度の障害になっているということもあります。また、慢性腎不全では、腎臓機能が改善することはありません。腎臓機能障害の管理は、正しい服薬、食事・水分制限、運動制限による病状の維持が中心となります。自己管理の継続をするためには、障害のある本人が自分の生活習慣を見直し、自分に合った管理方法を見いだすことが必要になります。自己管理に努めていても思うような成果が出ず、精神的ストレスとなり、生活管理を続ける意欲の低下から症状を悪化させる危険性もあります。

腎臓機能障害のある人は、障害を受容していたとしても、生活全般を自己管理しつづけるといった大きな心理的負担をかかえています。介護職との信頼関係ができていたとしても、その時々その人の不安や希望に寄り添う姿勢を忘れずに、生活管理の意欲を支えるかわりをしていくようにします。

▶▶ 腎臓機能障害のある人の介護上の留意点

生活面では、食事制限が長期間にわたって必要になります。制限のあるなかで、いかにおいしく食事をとることができるか、調味料や調理の仕方の工夫が求められます。また、腎臓機能障害のある人は、腎性貧血、低栄養、免疫力の低下、易疲労感、活動性の低下などが起こってきます。感染予防に注意しながら、日常生

活の活動と休息のバランスに注意し、腎臓の負担を減らすことが重要です。

介護職は本人の健康状態を適切に観察できるようにしておくこと、医療職との連携のもとに、個別の利用者の日常生活上の留意事項を把握し、適切な自己管理が行われているのか観察できるようにしておくことが必要です。また、本人が障害についてどのように理解しているのか、どんな生活を望んでいるのかなどについても把握し支援していくことが求められます。

⑦ 膀胱・直腸機能障害

▶▶ 膀胱・直腸機能障害のある人の心理的理解

排泄のコントロールがつかなくなると、人間の尊厳が損なわれたと感じ、排泄が絶えず気になり、日常生活に大きな影響を及ぼします。このため膀胱や直腸の障害に対して強い否定的な感情をもち、障害を受け入れられないことがあります。また排泄の障害を人に話すことは羞恥心をともなうため、困っていても受診や相談ができない人が多い現状があります。身体を動かすことで排泄物がもれる不安により活動性が低下したり、トイレの場所がわからないところには出かけられず、社会性がおびやかされたりすることがあります。

以上のような本人の気持ちを理解して、排泄の介護や排泄物を扱う際の態度や言動に注意しなければなりません。排泄物からの感染の予防は必要ですが、介護者が排泄物に対する不快感や嫌悪感を表出することは、本人に屈辱感を与え、心理的な虐待になることを理解しておきましょう。

▶▶ 膀胱機能障害のある人の生活上の理解と介護上の留意点

適切な飲水量は必要ですが、過剰な飲水は尿量が増えすぎて導尿の回数や、ストーマ袋からの排出処理回数が増えます。動くときには、留置カテーテルが抜ける危険や屈曲が起こらないよう注意します。入浴・シャワー浴ではカテーテルの挿入部周囲の皮膚を、刺激の少ない石けんを泡立ててやさしく洗い、ぬるま湯でよく洗い流します。留置カテーテルを挿入しつづけることで細菌感染を起こし、膀胱炎をくり返す場合には、根本的な原因を取り除くため、看護師や医師と相談してカテーテルを留置せず間欠導尿に切り替えます。

⑧ 小腸機能障害

▶▶ 小腸機能障害のある人の心理的理解

内部障害の人の共通の悩みとして、外見からは障害があることをわかってもらえない、いわゆる「見えない障害」であるという点があります。そのため、小腸機能障害のある人の多くも、症状の変化や障害そのものによる身体的な苦痛、中心静脈栄養や経管栄養にともなう身体的・心理的な負担感に加え、周囲の理解が得られにくく社会生活のなかで孤立感や不全感を感じるといったように、幾重にも重なった心理的負担をかかえています。

また、青年期・成人期では、社会生活において障害を周囲に理解してもらえるかどうかということが重要になる場合もあります。心理的な負担や動揺が少ないことが、本人自身の自己管理の質を高め、生活のリズムを守り、体調を維持することにつながります。

▶▶ 小腸機能障害のある人の介護上の留意点

長期間にわたって経管栄養や中心静脈栄養に頼っていると、食べるための筋力や消化管の機能はおとろえていきます。また、口を使わない分、唾液の分泌が少なくなるので自浄作用が減り、口腔内に細菌が増えやすくなります。口腔ケアや口腔体操といったケアが重要です。

社会的な側面では、社交の場としての食事を他者と楽しむということに支障が出ているため、そういったストレスをかかえていることへの理解が必要です。また、栄養補給のために必要な時間と場所の配慮が求められます。決まった時間に水分や栄養の補給を行う場合には、十分に休息がとれる状況を確保します。

⑨ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

▶▶ 免疫機能障害のある人の心理的理解

ヒト免疫不全ウイルス（HIV）感染症は、内部障害です。基本的には目に見えない障害であり、本人でも何が障害なのか見えづらい点があります。HIVに感染することにより、さまざまな困難が生じやすくなりますが、なかでも、HIV感染を知られることによる差別・偏見を恐れて、日常生活で気をつかいつづけることがあります。周囲の人、場合によっては家族にすらHIVに感染した事実を伝えられないために、支援を得られないこともあります。

さらに、定期通院をし、半永久的に感染薬を続けなければなりません。また、HIVに感染しているために、

結婚したり、恋人をつくったりすることをあきらめざるを得ないと思っている場合もあります。将来についてまったく見通しが立たない場合もあるでしょう。このような、身体面だけでなく、心理面や、活動・参加といった社会面にまでまたがる多様な困難を、HIVに感染している人はかかえる可能性があるのです。

▶▶ HIV 感染による免疫機能障害のある人の介護上の留意点

介護でもっとも気をつけるべき点の1つは、感染防御です。しかしながら、ふだんから標準予防策（スタンダード・プリコーション）を採用していれば、HIVに感染している人の介護をむやみに恐れる必要はありません。具体的には、手洗いや手指消毒をきちんと行い、血液・体液・分泌液などを触るときには手袋を着用する、それらが飛び散るおそれがある介護をするときには、マスクなどをすることです。なお、治療によりウイルス量が半年間以上検出限界値未満であれば、性行為による感染リスクはゼロであり介護でも感染しません。

⑩ 肝臓機能障害

▶▶ 肝臓機能障害のある人の心理的理解

肝臓機能障害が起こる背景にはさまざまな原因がありますが、なかでもウイルス性肝炎がある人では、他者へ感染させてしまうかもしれないという不安や、周囲の理解が不十分であれば誤解と偏見の目にさらされてしまうかもしれないという不安から病気や障害のことを隠して日常生活を送っている人もいます。

肝臓機能障害によって引き起こされる全身倦怠感や、浮腫、腹水の貯留による呼吸困難感、皮膚のかゆみや食欲不振は、本人のQOLを低下させます。身体的苦痛が他者に十分理解されないこと、症状コントロールのためにも定期的な受診や検査が欠かせないことなどから、治療継続の意欲が低下したり、就労や社会生活に支障が生じたりします。本人の状況によって、さまざまな苦痛や負担を感じながら生活しているということを理解し、治療の継続と生活への意欲を支えるようなかわりをする必要があります。

▶▶ 肝臓機能障害のある人の介護上の留意点

介護によってウイルス性肝炎の感染が起こることはまれだと考えられますが、血液や体液に触れるときは必ず手袋をするなど、基本的な感染予防対策をとることは重要です。介護職が感染に対する正しい知識を持ち、適切な対応ができることは、障害のある本人にとっても安心につながり、信頼関係を築く第一歩になります。

肝臓機能障害のある人にあらわれる全身倦怠感、浮腫、腹水の貯留などには、十分な休息が必要です。筋肉量の減少も多く起こりますので、安静と活動のバランスについて医療職と連携しながら日常生活を支えます。食欲不振に加え食事制限がある場合は、管理栄養士と連携しながら、おいしく、かつ必要な栄養が摂取できる支援が重要になります。さらに、皮膚のかゆみや黄疸については、清潔保持や衣類の素材の検討などで、皮膚への刺激を避けることと、保湿に努め傷を防ぐことが必要です。

【学習のポイント】—第2節前半（身体障害）

身体障害 重要事項まとめ

- 手引き歩行は、手引きする介護職と視覚障害のある人がいっしょに歩行する方法
- 日常生活において、視覚障害のある人に対する介護は、身辺、家事、情報収集など、広範囲に及ぶ
- 聴覚障害のある人は、音声や周囲の物音が聞こえにくくなるだけでなく、音声がかきこえても何を言っているかわからない、音声を聞き誤るといったことが起こる
- 言語障害のある人とのコミュニケーションでは、年齢相応に尊厳をもって接することが重要
- 運動機能障害のある人のなかには、自信を失い、自分のもつ力に気づいていない人も多く、本人のもつ力や可能性に気づいてもらえるような視点からの支援が必要
- 心臓機能障害では、うつ病の合併に注意し、本人の訴えに共感・傾聴する姿勢が必要
- 呼吸器機能障害のある人は、外見からはわかりにくいので、本人主体の安楽な生活支援が重要
- 腎臓機能障害では食事・水分制限が長期にわたるため、個人に応じた調理の工夫と心理的支援が必要

- 排泄の障害に対する不快感や嫌悪感の表出は、本人に屈辱感を与える心理的虐待になる
- HIV 感染による介護では、標準予防策（スタンダード・プリコーション）を採用すれば過度に恐れる必要はない
- 肝臓機能障害のある人の支援では、感染予防対策・栄養管理・皮膚ケアが重要な柱となる

第4巻 第7章 障害の基礎的理解（障害の理解Ⅰ）

第2節 障害による生活障害、心理・行動の特徴（後半：知的・精神・高次脳・発達・難病）

【到達目標】

- 知的障害による心理・行動の特徴と生活上の障害を理解している
- 精神障害による生活上の障害と心理・行動の特徴を理解している
- 高次脳機能障害による心理・行動の特徴と介護上の留意点を理解している
- 発達障害（自閉症・学習障害・ADHD）の生活ニーズと介護上の留意点を理解している
- 難病の特性と心理・行動の特徴を理解している

2. 知的障害による生活上の障害と心理・行動の特徴

① 知的障害による心理・行動の特徴

▶▶ 抽象的な物事や複雑なことの理解が苦手

知的障害があるということは、抽象的な物事や複雑なことを理解するのが苦手だということです。一方で、身体的な発達は障害のない人と同じである場合が多く、脳機能の発達状態と、身体が発達状態のあいだにアンバランスが生じます。

知的障害のある人の状態は、理解力に応じた年齢相応の情報提供や年齢相応の生活体験の有無によって、自信や自己肯定感を育むことができる支援環境の有無によって、大きく影響を受けます。そのため、知的障害のある人の介護に携わる際には、環境との交互作用に目を向けてその人をとらえていくことが大切です。

▶▶ 環境との交互作用

環境との交互作用は、人が環境（制度的・物的・人的なものを含む）に影響を与え環境が変化し、変化した環境が人に影響を与えることで人が変化し、変化した人が環境に影響を与えることで環境がさらに変化する、ということくり返すことを意味します。

たとえば、Aさんがダンスを披露する→親が感動する→賞賛を受けたAさんは、ダンスの練習を積む→親がAさんのダンス能力を生かした就職先を模索するというように、肯定的な交互作用としてあらわれる場合があります。また、否定的な交互作用としてあらわれる場合の例として、Bさんの意思表示が少しわかりにくかった→周囲の人は、Bさんを何もできない人と理解した→Bさんは自分でやりたいことがあったので意思表示したが、わかってもらえなかった→周囲の人がすべてやってあげる対応をくり返した→Bさんは、意思表示する意欲を失った、ということがあげられます。知的障害の状態によって、物事の見方や意思表示の仕方が異なるので、それぞれに応じたコミュニケーション方法を工夫し、意思の把握に努めることが大切です。

▶▶ 認知力・コミュニケーション力の把握

知的機能の状態に応じた認知力・コミュニケーション力の特徴を把握することが意思の把握に役立ちます。とくに、IQではなく、精神発達年齢を手がかりにすることによって、特徴がよりよく理解できると思います。そのうえで、脳機能の状態と生活年齢とのアンバランスをどのようにして改善していけるかを考えるようにします。

② 知的障害のある人の生活の理解と介護上の留意点

▶▶ 生活の理解

生活を理解するうえで重要な点は、「体験して初めてわかる」ことが多いということと、ライフステージ（実際の年齢にともなう人生における段階）に応じた生活体験をさせてもらっていない場合が多いということです。

周囲の人が、知的障害がある＝一生子どものまま、と思いこんでいると、大人になっても幼児のような行動様式を取っていてよいという対応になり、知的障害のある人は大人になることを自覚できませんし、適切な行動様式を身につけることもできません。知的機能の発達状態をふまえた支援を行うことと同時に、ライフステージに応じた生活体験ができるよう支援することも重要となるのです。

▶▶ ライフステージに応じた生活体験への支援

乳幼児期は、安心・安全な環境で暮らすことや、身近な大人たちのあいだに絆ができること、五感を通して外界の情報を取りいれること、好きか嫌い・心地よいか悪いかを発信すること、などが大切になります。子どもの能力を伸ばしていくはたらきかけをすること、不安を減らせるような工夫をすることが必要です。

学齢期は、能力に応じた学習、余暇の充実、地域での人間関係を広げる、自己理解（心身の状態や障害のおぎない方）を深める、サービスの利用・選択の練習をしたりすることが大切な時期です。知的障害のある人が自信（自己肯定感）をもてるようにすることや、試行錯誤を通して生活体験を積んでいくことを大切にします。

青年期・壮年期は、大人としてのアイデンティティを構築する、親離れするための生活スキルを習得する、政治・余暇・就労などの社会参加スキルを高める、自身の心身機能や苦手部分のおぎない方を理解する、そのための学習機会を継続的に得ること、等が大切です。人生の主人公は知的障害のある人自身なのだとすることを忘れずに、意思決定を大切に支援していきます。

老年期には、できていたことができなくなっていくため、介護の必要性が増していきます。老いの自覚がもてない場合もあるので、尊厳を損なわないようにかかわっていくことが大切です。

3. 精神障害による生活上の障害と心理・行動の特徴

① 精神障害による心理・行動の特徴

▶▶ 病気や他の要因の影響による生活のしづらさ

精神障害は疾患と障害の両方をあわせもつ特性があります。障害としての生活のしづらさは、疾患のほかに薬の副作用、生活上のストレスなどさまざまな影響を受けてあらわれます。自信がもてず自己肯定感が低いという傾向がありますが、社会経験や成功体験の不足が大きく影響しているといえるでしょう。疾患の経過や症状のあらわれ方においては変動しやすい特性があります。

▶▶ 環境からの影響による生活のしづらさ

社会からの精神障害に対する偏見は、社会参加の制限に影響します。社会から参加を制限された精神障害のある人は、孤立を深め、やがて心身の不調、そして生活の困難へとつながっていきます。また、入院治療の必要性がないにもかかわらず、長期間の入院を経験した場合、社会生活に適応する力や、退院の意欲や希望を喪失することがあります。これも長期入院という環境による生活のしづらさといえます。

▶▶ 統合失調症を例にした生活のしづらさ（ICF 参照）

ICF の次元	統合失調症の場合の例
健康状態	統合失調症：脳における神経伝達機構の失調
機能（構造）障害	認知行動障害：対人関係面のぎこちなさ。他者の気持ちへの共感がむずかしい。幻覚や妄想であることを自分で認識しにくい。思考の障害：全体をつかみにくく、細かいところにこだわりがある。意欲がわからない。
活動制限	社会生活能力：食事、金銭管理、みだしなみ、服薬管理、生活リズムの確立、社会資源の利用などがうまくできない。作業能力：仕事での技術習得や集中力・持続力の低下、疲れやすさがある。

参加制約	就学、就労、人づきあい、余暇活動などの社会生活上の参加の制約。自分は価値がないと思いこむ。
環境因子	生活支援サービスの整備状況。市民や周囲の人々の精神障害者に対する偏見や理解の程度や関わる態度
個人因子	性別、年齢、教育歴、生活歴、生活習慣、病気の経過、医療での経験（入院経験など）。社会生活での経験、成功体験が少ない

② 精神障害のある人の生活の理解と介護上の留意点

▶▶ 本人の意思を尊重し、生活全体をとらえる

支援の基本姿勢は、1人の人間として本人の意思を尊重し、生活全体をとらえる視点をもつことです。精神疾患の症状やその結果生じた障害による生活上の困難が時に目立つのですが、そこに注意が向くと、その人のできる部分や長所、あるいは過去に経験した仕事や趣味などのその人らしさ、つまりストレングスを見過ごしかねません。生活上の困難には、疾患や能力障害のみならず、多様な要因が相互に関連します。その人の生活状況や生活歴を、生活の場で、たとえばいっしょに家事作業をしながらコミュニケーションを通してうかがい知ること、的確に生活全体からアセスメントすることができます。また、病状の変化が生活面にあらわれることや、食生活や生活リズムの乱れが服薬の乱れにつながることもあり、支援者は生活環境を調整しながら、生活のなかで療養を助けていく視点をもつことが重要です。

▶▶ 支援関係の形成

他者への警戒心や不安などを強くもつ傾向があり、対人関係に苦手を感じている人が多くいます。支援者は、緊張や不安を与えるような態度ではなく、柔和な態度でかかわります。ひきこもりがちの人に対して、無理に外出を誘うことや安易なほげましは、本人の心理的負担を高め、支援の拒否につながることもあります。本人の不安な気持ちに寄り添い、急がずに信頼関係を構築していくことを心がけます。一方、人間関係の距離を適切に保つことがむずかしく、支援者への精神的な依存などが課題になることがあります。その際、本人にあいまいな態度をとらず、支援チームで一貫した態度をとるようにします。

▶▶ 医療面の支援

精神疾患と障害の両方をあわせもつので、保健医療の支援者との連携が重要です。病状の変化や精神疾患の再発のおそれのほか、同時的に行動・意思決定障害や身体症状の出現などの生命の危機にかかわる緊急場面において、事前に情報共有と対応の準備をしておきます。また、そのような場面では職場の上司に連絡や相談をして、複数の職員で対応します。

▶▶ 障害者福祉の社会資源の活用

孤立や孤独は、生活上のストレスを増し、精神的な不調の引き金になります。家族や知人らを含めた地域の人々とのかかわりをもつことができる支援環境は重要です。そして、QOL（生活の質）を向上していくために専門的な障害者福祉サービスの利用やその利用に関する相談（障害者相談支援事業）、保健所や市町村保健センターの精神保健相談など、社会資源の活用が役立ちます。社会資源についての情報を知っておくとういでしょう。

4. 高次脳機能障害による生活上の障害と心理・行動の特徴

① 高次脳機能障害による心理・行動の特徴

▶▶ 病識低下・病識欠如

脳の損傷によって生じる高次脳機能障害は、一見してわかりにくいこともあり、障害であることが理解されないことがあります。同じ脳の損傷の後遺症である半身麻痺は、身体障害として認定されても、高次脳機能障害については見落とされることもあります。

また、本人も高次脳機能障害の症状を認識しづらいということがあります。このような状態は、病識低下または病識欠如といわれます。心理学的には、自己意識性の障害ともいわれ、高次脳機能障害の症状の1つでもあります。そのため、本人に障害があることを指摘すると、本人は強く否定するばかりか、時には怒り出すことがあり、その結果、本人との信頼関係を壊してしまうこともあり留意が必要です。体調や疲労感にも

気づきにくい場合もあることから、周囲が本人の様子をとらえながら、体調不良のサインを見逃さないなどの配慮も必要です。

▶▶ 気づきと心理的反応

症状や障害に対する気づきの程度には、個人差があります。また、個人のなかでも一定というわけではありません。退院して自宅や地域での生活に戻ること、しだいに気づきが得られる場合もあります。実生活での失敗も含めてさまざまな体験をすることによって気づきが得られることから、体験的気づきともいわれます。こうして、症状や障害に気づくようになることは、「以前はあたりまえにできていたことができなくなった」など自分自身の変化や、「友人が離れていった」などの周囲の変化にも気づくことになります。これは、同時に不安や無力感、怒り、気分の落ちこみなどの心理的反応を引き起こす場合があります、介護職としても配慮が必要となります。

▶▶ 家族の心理

家族の心理的反応に対する理解も重要です。家族は、生命の危機を脱したことの喜びもつかのま、退院後に生活をともにするようになると、「自分からは何もしようとしない」「ほかの家族の分まで食べってしまう」「さっさいなことで怒る」など、以前にはみられなかった言動にとまどうことがあります。それを止めようとする、かえって暴言や暴力が激しくなり、家族だからこそ怒りの矛先が向けられてくることもしばしばです。こうした状況が長く続くと、家族にも不安や無力感、気分の落ちこみ、孤立感などの心理的反応がみられることがあります。

② 高次脳機能障害のある人の生活の理解と介護上の留意点

▶▶ 生活面の理解

高次脳機能障害の症状や障害のあらわれ方が一人ひとり異なるように、発症前の生活背景も重なります。新たな環境や生活様式で生活を始めることは、障害の特性から非常に大きな負担となります。そこで、症状を正しく理解するとともに、発症前の生活背景やどのような生活を望んでいるのかをふまえて、支援の目標を具体化していくことが重要です。

意識障害や重度の身体障害がなければ、トイレに行く、入浴する、食事をするなどの動作そのものは、たいいていの場合可能となります。しかし、高次脳機能障害のため、声かけをしないと入浴しない、家族の分まで食べてしまう、明け方近くまでインターネットやテレビなどを見て過ごしてしまい朝起きられないなどといったことがみられたりします。また、買い物をする、料理をするなどの多くの手順を必要とする活動や、1日、1週間、1か月間という単位での予定管理、金銭管理などでは、支援が必要となることもあります。

▶▶ 環境調整

もっている力を最大限に発揮し、安心して過ごすことができる環境を整えることを環境調整といいます。環境調整では、薬を一包化してカレンダーに貼る、大切な物の置き場所を決めるなどの物理的環境を整えることのみではなく、生活のルールや日課を一定にすることも含みます。症状や生活背景、生活様式にあわせて、苦手になったことをおぎなう手段の検討と、実際に活用できるように支援することが重要となります。

▶▶ 社会的行動障害

生活面の支援をする場面では、ささいなことでの暴言やセクシャルハラスメントなど、欲求や感情のコントロール低下という社会的行動障害が問題となることがあります。イライラした様子がみられるときに、注意や説得をしようとする、かえって興奮やすくなります。その場合は、話題を変える、その場を離れることなどによって興奮が収まることもあります。暴言や行動のきっかけとなる言葉や刺激などを見きわめて、そこを避けることで減ってくる場合もあります。本人といっしょに解決していくという姿勢で日ごろから信頼関係を築いていくようにします。

5. 発達障害による生活上の障害と心理・行動の特徴

① 発達障害の生活ニーズ

▶▶ コミュニケーションのニーズ

発達障害のある人は、一般的に人の話を聞いて会話を行うことが苦手です。一方的に話したり、意味を取り

違えて会話する場合もあります。また、相手の言葉も字義どおりに受け取りやすく、比喻や言葉の裏にある意味を理解できないこともあります。発達障害のある人は、その人に合った方法で、自分の意見や望みなどを他者に適切に伝えていく技術を身につけていく必要があるといえます。

▶▶ 対人関係のニーズ

人と仲良くしたり、他者と適切な関係をつくるスキルが、日常生活や社会生活を送るうえで必要です。発達障害のある人は、他者の感情や思考を理解することが困難なため、他者と適切な関係をつくることができない場合があります。とくに、他者と協力してしよに活動して1つのものをつくり上げていくことに困難があります。適切な対人関係を構築していく技術を身につける必要があるといえるでしょう。

▶▶ 自己認識のニーズ

日常生活や社会生活において力を発揮するためには、自分が「できること」や「できないこと」など自分の能力を適切に把握することが重要です。発達障害のある人はこのような自己認識のスキルを身につけることに困難をかかえ、能力以上の事柄に挑戦し、挫折感を味わったりする場合があります。自分自身を客観的に認識できるスキルを身につけることは、発達障害のある人にとって、日常生活や社会生活を営むうえで、重要なニーズといえます。

② 発達障害のある人の生活の理解と介護上の留意点

▶▶ 自閉症のある人の生活の理解

発達障害のある人の生活の理解や支援については、基本的には私たちと同じですが、異なるところもあります。自閉症（関連：広汎性発達障害、自閉スペクトラム症、アスペルガー症候群）を例に説明します。

生活を支えるうえでは、自閉症が①視線が合わない、仲間をつくることができないなどの社会性の障害、②言葉が出ない、会話が続かないなどのコミュニケーションの障害、③同じことをくり返す、こだわりがあるなどの想像力の障害の3つにより特徴づけられる障害であることを理解する必要があります。これらは、さまざまな「生活のしづらさ」を発達障害のある人にもたらすものです。

▶▶ 自閉症の3つの障害

自閉症の3つの障害（表 7-16 参照）

- ① 社会性の障害：人と人との基本的なつながりに生まれつきの苦手さがあるので、本人は他者とよい関係をつくろうとしても、他者にとっては自分のことしか考えていない人と誤解を受けて、のけもの扱いをされたりいじめの対象になったりする場合もある
- ② コミュニケーションの障害：言葉が出ない、会話が続かないなどのコミュニケーションの障害は、言葉の遅れがあらわれたり、オウム返しが続いたりするふるまいにあらわれる。しかしこの言葉の遅れは単なる遅れではなく、他者との体験が重ならないことにより、体験を共有できないことが原因と考えられる
- ③ 想像力の障害：同じことをくり返す、こだわりがあるなどは想像力の障害といわれる。こだわりはそれが好きだからというより、他者と体験を共有できないために、発展的な行動を形成しづらくなり、安心になり、同じ行動に固執するからではないかと考えられている

▶▶ 自閉症のある人の介護上の留意点

ICFによれば、これら発達障害の特徴は、その人が生来もっているもの（属性）にとらえるのではなく、障害を環境とのあいだに生じているもの（関係性）としてとらえるものとしています。また、本来その人がもっている障害（1次的障害）とは別に、周囲の無理解や差別などの環境による2次的障害で生じている場合も多いといえます。このように発達障害のある人は、周囲の理解不足により「生活のしづらさ」が増幅します。安心した生活のためには、何よりも発達障害のある人をただしく理解し、彼らとの関係を調整したり環境を整えるなどの適切な支援をしていくことが重要です。

6. 難病による心理・行動の特徴

① 難病の特性の理解

難病は根本的な治療がむずかしく、慢性的な経過をたどる疾患です。そのため、今後症状が悪化したり、長

期にわたって療養したりすることへの不安が生じやすくなります。症状が進行すると、ベッド上での生活や喀痰吸引などのケアが必要になる場合もあります。それによって、学校や職場などの社会生活への参加や役割に制約が生まれ、経済的な負担も加わることがあります。しかし、適切な治療を受け、痛みや活動などをコントロールすることで、日常生活や社会参加を継続することもできます。長期にわたる療養生活は、本人とともに家族の生活にも影響を及ぼすことが考えられます。そのため、難病のある人一人ひとりの身体的側面、心理的側面および生活面、それぞれの側面からアセスメントすることが必要です。

▶▶ 難病のある人を理解するときの側面

側面	理解すべき内容
身体的側面の理解	①根本的な治療は困難であり、慢性的な経過をたどる ②痛みなどの症状により活動への影響がある ③症状に変化がみられる（日によって症状の変化に差があることがある）
心理的側面の理解	①原因が不明で、治療法が確立していないことへの不安 ②長期にわたって療養することへの不安 ③痛みなどの症状に対する苦痛
生活面の理解	①痛みなどの症状から生まれる生活への影響 ②学校、職場などの社会生活上の参加制約 ③QOL への影響 ④治療費などの経済的負担 ⑤家族介護者への負担

② 難病のある人の生活の理解と介護上の留意点

介護職は、難病のある人が症状をコントロールしながら、安心して生活が送れるように QOL の向上をめざして支援します。難病によって活動が制限されたり、役割を失ったりすると、本人の身体的・心理的な負担も大きいので、現状と向き合い受容できるように支援します。

中途障害の場合、障害を受容するにいたる過程は年齢や環境にも影響されるといわれています。介護職は、一人ひとりの生活状況を理解し、状況に応じて本人や家族の日常生活を再構築できるように支援します。

【学習のポイント】—第2節後半（知的・精神・高次脳・発達・難病）

重要事項まとめ

- 知的障害のある人には、脳機能の発達状態をふまえた支援を行うことと同時に、ライフステージに応じた生活体験ができるよう支援することも重要
- 精神障害のある人の生活上の困難には、疾患や能力障害のみならず、多様な要因が相互に関連する。支援者は生活環境を調整しながら、生活のなかで療養を助けていく視点をもつことが重要
- 高次脳機能障害のある人には、症状をただしく理解するとともに、発症前の生活背景やどのような生活を望んでいるのかをふまえて、支援の目標を具体化していくことが重要
- 安心した生活のためには、発達障害のある人をただしく理解し、彼らとの関係を調整したり環境を整えるなどの適切な支援をしていくことが重要
- 難病のある人は症状が悪化したり長期にわたって療養したりすることへの不安が生じやすく、身体的側面、心理的側面、生活面、それぞれの側面からアセスメントすることが必要

第4巻 第7章 障害の基礎的理解（障害の理解Ⅰ）

第3節 障害のある人や家族へのかかわり・支援の基本

【到達目標】

- 障害のある人へのかかわりの基本（生活ニーズの把握・信頼関係の構築）を理解している
- 家族の理解と障害の受容支援のあり方を理解している

1. 障害のある人へのかかわり・支援の基本

① 障害のある人へのかかわりの基本

▶▶ 生活ニーズの把握

障害のある人への支援でもっとも重要な点は、障害のある人（原則は本人）の希望と生活ニーズの把握です。これは、本人が社会生活をしていくうえで、何をしたいのかといった希望の把握と、何に困っているのかといった生活に基盤をおいたニーズの把握です。本人の「何をしたいのか」の思い（希望）に迫るには、インテーク（初回面接）における信頼関係の構築が重要です。とくに、障害のある人の場合は、なかなか自分から積極的に思いを語ることは少ないので、はたらきかけに工夫が必要です。あわせて、介護職が一方向的に情報やサービスを提供するのではなく、本人の生活をつくり上げていく思いの強さ（ストレングス）に着目することや本人が問題解決能力をつけていくこと（エンパワメント）への支援も重要です。

▶▶ 信頼関係の構築

障害のある人の思いに迫るために、コミュニケーションを円滑にするには、表出された言葉の背景の理解、言葉の奥にあるニーズの把握が必要です。そのためには、障害のある人とのコミュニケーションの方法を含めた関係づくりが重要であり、障害の程度に応じて、絵や図を多用したコミュニケーションの方法を用いるなどの工夫が必要です。また、インテークの際に、本人が信頼している人がいれば、その人といっしょに会うといった工夫も必要です。

とくに、精神障害や発達障害のある人（場合によっては家族）への支援で重要な点は、まわりから理解されないことに対する本人とその家族の悩み・苦しみです。この悩み・苦しみに対しての介護職の理解と共感が信頼関係を形成するうえで重要です。このような障害では多くの場合、障害に関して専門的な診断（判断）が下されるまで、時間がかかることがあります。ひどい場合は、専門機関にかかることなく、正確な診断（判断）を受けずに、周囲の助言や世の中の情報によってふりまわされ、混乱している場合もみられます。そのような困難な時期を経て、相談に来ているということを介護職は理解し、悩みや苦しみに共感して話を聞くことが信頼関係の構築の基礎になります。

② 支援の具体例

事例 1：重度の身体障害者が地域生活へ移行する支援

A さん（45 歳、女性）は、脳性麻痺による四肢体幹機能障害と言語障害（身体障害者手帳 1 種 1 級）があります。A さんが 3 歳時に脳性麻痺の診断を受け、その後、身体障害者手帳の交付を受けました。12 歳時に家庭の都合で、障害児入所施設に入所し、18 歳になるまで過ごしました。その後、障害者支援施設に転所し、44 歳まで過ごしました。幼少時に父母が離婚し、兄弟もいないので、A さんにとって母親が唯一の家族でした。A さんと母親の関係も悪く、母親は A さんの地域移行を望んでいなかったのですが、A さんが 43 歳時に母親が死亡し、A さんは障害者支援施設を出て地域で生活することを強く望むようになりました。

A さんが 43 歳時に、担当職員が A さんをどのような段取りで施設から地域での生活に移行させるかを話し合う検討会議を施設内で開催することが決まりました。しかし、障害者支援施設の職員だけの検討では不十分なことがわかり、A さんと地域の相談支援事業所などの職員を交えて個別支援会議を始めました。

具体的な支援としては、相談支援事業所での（身体障害のある相談支援専門員による）ピア・カウンセリング、この相談支援事業所が行っている地域での自立生活プログラム研修の紹介を行いました。次に、個別支援会議で住宅の確保と必要な住宅の改修を検討しました。A さんには言語障害があるので、コミュニケーション手段としてコミュニケーションエイドの導入を検討しました。介助は居宅介護（ホームヘルプサービス）のほか、社会福祉協議会に登録されているボランティアや学生などのボランティアを募ることにしました。

6 か月間にわたる自立生活プログラムへの参加を終えて、その間に住宅の確保と改修を行い、最初の 1 か月は試験外泊として実施しました。その後、12 名のボランティアを確保することができ、支給決定された居宅介護とあわせて活用することによって A さんの在宅支援体制が整い、障害者支援施設から退所

し、住宅を借りて地域生活に移行しました。

この事例は、障害者自身の強い地域生活への希望を障害者支援施設の職員が受け止めながら、障害者支援施設と相談支援事業所などとの連携をつくり、障害者支援施設から地域生活へスムーズに移行を成し遂げた点で特徴的です。

2. 家族の理解と障害の受容支援

① 家族支援の視点

▶▶ 家族自身の社会参加や自己実現に対する支援

これまでの障害者福祉では、家族と同居している場合、ほとんどの家族は介護者として位置づけられてきました。そのため、これまでの障害者福祉で家族支援の意味するところは、家族介護の肩代わりをする支援という意味で大きな位置を占めていました。

しかしながら、家族介護の肩代わりをする支援だけではなく、家族自身の社会参加や自己実現に対する支援も必要で、その延長線上に障害のある本人の生活の継続支援があるということに着目していく必要があります。

▶▶ 障害者ケアマネジメントの重視

これまでの障害者福祉施策では、在宅サービスや施設サービスを利用する目的として、家族の介護負担の軽減や介護からの解放がありました。また、利用した場合でも、自宅から遠い施設での短期入所（ショートステイ）や施設入所が行われ、障害のある人の生活の継続性に大きな問題を生み出してきました。

このような制度の問題を克服するために、相談支援事業における障害者ケアマネジメント、とくに、サービス調整、ケアプラン（サービス等利用計画）の作成が重視されています。

② 障害の受容と家族

▶▶ 家族にも必要な「障害の受容」

障害の受容とは、どういうことを意味しているのでしょうか。リハビリテーション分野においては、障害の受容の意味として、障害のある人自身の価値観の転換と積極的な生活態度の2点が強調されてきました。もちろんここでは、障害の受容の主体は「障害のある人」が考えられていますが、価値観の転換を考えるならば、障害の受容の主体には家族や社会（環境）も含まれることが考えられます。

これまでどちらかといえば障害のある人自身の障害の受容が強調されてきており、家族や社会は、障害のある人自身の障害の受容をうながすための環境要因としてとらえられることが多かったと思います。ここで重要なことは、家族も障害の受容のための中心的なはたらきかけの対象であるという理解です。

▶▶ 障害受容のプロセス

障害を負ったあとの過程には、一連の流れがあり、その流れのなかで、障害の受容がなされるということがいわれています。代表的なものは、「ショック期」（衝撃が大きいため現実には生じている状況に無関心な時期）、「否認期」（障害を負うという現実を受け入れられない時期）、「混乱期」（これから先の不安でどうしてよいかわからない時期）、「解決への努力期」（まわりからの支援を受けながら冷静になってこれからのことを考え始める時期）などの段階を経て、最終的に受容にいたるプロセスです。これは、障害を負うことから受容にいたるまでのプロセスを一連の流れとして整理する点で特徴的です。ただし、現実の障害を負ったからの歩みは、必ずしもこのような段階を上がっていくように進むのではないともいわれており、悩みや苦しみをかかえながら歩む人も多いため、共感的な理解が重要です。

▶▶ 介護職に求められる対応（事例2）

事例2：家族のなかでの役割の喪失

Bさん（55歳、女性）は、脳卒中を発症したあとに長男夫婦と同居することになりました。発症前は専業主婦で家事の一切をとりしきっていました。「家事がまったくできないので、嫁に迷惑をかけているのがつらい。1日も早くよくなりたいと思って家のなかで体操をしているが、一向によくならないので困っている」と語っていました。

事例では、発症前にもっていた家族のなかでの役割（家事）を喪失したことによって、Bさんが家族に気兼ねをしている状況が示されています。脳卒中の発症にともなって生じた家族の負担が、Bさんに心理的な葛藤を生み出しているのではないかと考えられます。

事例でのほたらきかけとしては、Bさんと家族に対する心理的な支援に加えて、家族の負担そのものを軽減させ、本人が家族に気兼ねしないような状況を生み出すことが重要です。リハビリテーション心理学では、専門職の対応として、①家族の考えを明確につかんでおくこと、②利用者の背景として、経済的側面、環境的側面、心理的側面の3点を理解すること、③家族をリハビリテーションチームの一員として考え、家族とともに検討することが強調されています。まさに、家族とともに考える介護職の新たな専門性が必要とされています。

3. 介護負担の軽減

① 家族を取り巻く社会環境

▶▶ ハード面の社会環境

ハード面の環境の問題では、介護負担や経済的負担の軽減といった家族支援の問題にかかわっています。障害のある人では、家庭のなかで機能訓練のための運動にいくらはげんでも、近所の坂や段差を考えると外出する意欲を失ってしまうといったことがよくいわれます。このことから、機能訓練の意欲に対して、物理的な環境が及ぼしている影響の大きさを理解することができます。

介護職には、①障害のある人自身・家族による障害の受容（または、意欲的な生活の創出）に、居宅介護のような制度的な介護サービスの提供が必要であることを、行政やサービス事業者などに伝える役割、②障害のある人自身・家族にサービスを利用することの重要性（権利性）を伝える役割が求められます。

▶▶ ソフト面の社会環境

障害のある人の社会参加を阻むソフト面の環境の問題では、まわりの人の偏見の問題に加えて、まわりの人の偏見に影響される障害のある人自身の意識の問題も重要です。このことに関して、社会福祉実践では、セルフヘルプグループの役割の重要性が認識されています。介護職は、障害のある人と家族の支援において、セルフヘルプグループの形成、発展を支えていくことを意識する必要があります。

② 家族支援となるレスパイトサービス

▶▶ レスパイトサービスの定義

レスパイトサービスという言葉は、あまり聞いたことがないかもしれません。しかし、諸外国では、障害のある人とその家族を支えるためのサービスとして、この言葉がよく使用されています。

日本では、1991（平成3）年から1994（平成6）年にかけて、当時の厚生省・心身障害児研究班が次の2つの定義づけを行いました。

定義	内容
定義①	「レスパイトサービスとは、障害児・者をもつ親・家族を、一時的に、一定の期間、障害児・者の介護から解放することによって、日頃の心身の疲れを回復し、ホッと一息つけるようにする援助である」
定義②	「レスパイトサービスは、サービスの利用者（障害のある本人を含めた家族）が必要とする一時的な介護サービスを利用者中心に提供するサービスである」

▶▶ レスパイトサービスに類似した取り組み

2012（平成24）年の障害者自立支援法（現・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法））の改正法と児童福祉法の改正法の施行により、障害児向けの放課後等デイサービスが制度化されました。これに2006（平成18）年の障害者自立支援法の施行時からある、短期入所と地域生活支援事業における相談支援事業、移動支援事業などのサービスを組み合わせて、システムとして一体的に運用することによって、制度の上でもレスパイトサービスに類似した取り組みをつくり出すことも可能になりました。

【学習のポイント】－第3節

障害のある人や家族へのかかわり・支援の基本 重要事項

- 家族支援においては、家族介護の肩代わりをする支援だけではなく、家族自身の社会参加や自己実現に対する支援も必要で、その延長線上に障害のある本人の生活の継続支援があることに着目する必要がある
- 障害の受容の主体は「障害のある人」が考えられているが、価値観の転換を考えるならば、障害の受容の主体には家族や社会（環境）も含まれることが考えられる
- 介護職は、障害のある人と家族の支援において、セルフヘルプグループの形成・発展を支えていくことを意識する必要がある

【用語解説】－第3節

用語	解説
ピア・カウンセリング	障害のある人が、みずからの体験にもとづいて、同じ仲間である他の障害のある人の相談に応じ、問題の解決をはかること
コミュニケーションエイド	発話が困難な人のために、文字や記号を選んで合成音声で会話したり、画面に文章を打って意思を伝えたり、打った文字を電子メールで送信したりする福祉用具の一種
障害者ケアマネジメント	どのような人生・生活を送りたいかを本人とケアマネジャー（障害者ケアマネジメント従事者、相談支援専門員）が十分に話し合い、ケアプラン（サービス等利用計画）を立案して、総合的なサービスを提供する方法
セルフヘルプグループ	同じ障害や疾病のある者同士が情報交換したり、助け合ったりすることを目的として結成し、活動を行うグループや団体のこと
レスパイトサービス	障害のある人とその家族を支えるための一時的な介護サービス。家族介護者の休息を確保しながら、障害のある本人の生活を支援する

第4巻 第8章 障害の医学的理解と支援の実際 (障害の理解Ⅱ)

第1節 医学的側面からみた障害の理解（前半）

視覚障害／聴覚・言語障害／運動機能障害／心臓機能障害／呼吸器機能障害

【到達目標】

- 様々な障害の種類・原因・特性、障害に伴う機能の変化等についての医学的知識を習得している
- 障害の特性、家族・社会関係、居住環境等についてアセスメントし、その状況に合わせた支援ができる
- 地域におけるサポート体制を理解し、支援に活用できる

1. 視覚障害

① 視覚機能

視覚機能のなかで、よく知られているのは視力です。視覚機能には視力以外にも、視野、色覚、光覚、屈

折、調節、両眼視などの機能があります。ここでは、視覚障害の指標として用いられている視力と視野について解説します。

▶▶ 視力

視力とは、物の形や存在を認識する能力をさします。視力を測定する視標は、ランドルト環を用います（外径 7.5mm、切れ目の幅 1.5mm、通常検査距離 5m）。

視力は、裸眼視力・矯正視力・片眼視力・両眼視力・遠方視力・近見視力などに区別されます。

裸眼視力は屈折異常を矯正しない状態での視力をいい、矯正視力は眼鏡やコンタクトレンズなどによって矯正した視力をさします。一般的に視力を測定するときは、右眼・左眼と別々に測定しますが、その場合を片眼視力といい、両眼で開放して測定した場合を両眼視力といいます。

▶▶ 視野

視野とは、目を動かさずに同時に見える範囲のことです。一般的な視野は、耳側 95 度、鼻側と上方が 60 度、下方が 70 度までといわれています。

② 視覚障害を引き起こすおもな眼疾患

▶▶ 白内障

白内障は、水晶体が白くにごっている状態にあるものです。老人性白内障のほか、先天的に水晶体が白くにごっている先天性白内障という眼疾患もあります。先天性白内障の人は、眼鏡またはコンタクトレンズにより屈折異常を矯正し、視距離に応じた眼鏡などの視覚補助具を用いることが大切です。

▶▶ 緑内障

眼球は、一定の眼内の圧力（眼圧）によって維持されています。緑内障は、何らかの原因で眼圧が上昇する病気です。また、視神経が萎縮し、視力障害や視野障害を引き起こすこともあります。突発性緑内障では完全に失明してしまう危険性があります。

▶▶ 網膜色素変性

網膜色素変性は、遺伝性疾患で幼児期に夜盲がみられ、成長するにしたがって視野が周辺部から障害を受け、中心部に向かって視野の障害が進展します。中心の視野が残る場合もありますが、完全に失明してしまうこともあります。

▶▶ 視神経萎縮

視神経萎縮は、先天性で出生直後から視力が低下しているケース、頭部外傷や脳腫瘍などによるものがあります。視神経萎縮では、中心暗点があり、中心部が見えないために、読書や細かい作業をすることが不自由になることがあります。また、薄暗く見えて、色の区別がはっきりしないので、色に配慮した支援も大切です。

▶▶ 糖尿病性網膜症

糖尿病性網膜症は、網膜の血管に異常をきたし、視力の低下を引き起こします。血糖値のコントロール状態によっては、低血糖や過血糖を引き起こし、生命の危険をとまなうこともあるので、支援する場合、医療機関との連携を必要とすることもあります。

▶▶ ベーチェット病

ベーチェット病は、原因不明で、難病の患者に対する医療等に関する法律の指定難病となっています。ぶどう膜炎を頻繁に起こし、口内炎、陰部潰瘍などの主症状をもっています。また、皮膚の紅斑、関節痛、消化器症状、発熱などの症状をくり返すこともあります。網膜の出血や浮腫があらわれて、網膜剥離を引き起こして失明することもあります。

視覚障害 まとめ	
主な眼疾患	白内障・緑内障・網膜色素変性・視神経萎縮・糖尿病性網膜症・ベーチェット病
視力測定	ランドルト環使用。裸眼視力・矯正視力・片眼/両眼視力など区別あり
視野	耳側 95 度・鼻側と上方 60 度・下方 70 度が一般的範囲
支援のポイント	視覚補助具の活用、色や明るさへの配慮、医療機関との連携

2. 聴覚・言語障害

① 聴覚障害

音は、外耳道から入り、鼓膜を振動させ、中耳にある耳小骨（ツチ骨→キヌタ骨→アブミ骨）に伝わり、内耳の蝸牛で電気信号に変換されます。そして、聴神経を経て、大脳の皮質で音を認識し、さらに、言葉の意味が理解されます。聴覚障害は、この経路のいずれかに障害が起きることで生じます。

外耳と中耳である伝音部の障害は、伝音性難聴と呼ばれます。内耳から大脳皮質までの経路は感音部であり、その障害は感音性難聴と呼ばれます。さらに、感音性難聴は、内耳の障害である内耳性難聴と、それ以降の聞こえの経路の障害である後迷路性難聴に分類されます。

▶▶ 伝音性難聴

伝音性難聴になると、今まで聞こえていた音が、聞こえなくなったり、聞こえにくくなります（聴力レベルの低下）。一方で、本人が聞こえる音まで大きくすると、今まで通り正確に聞きとることができます。この難聴を引き起こす原因としては、中耳炎や耳小骨奇形、耳垢栓塞などがあります。

▶▶ 感音性難聴

感音性難聴になると、聴力レベルの低下を示すとともに、正確に聞きとる能力も低下します。とくに後迷路性難聴では聞きとる能力がいちじるしく低下します。そのため、単に音を大きくしたとしても、必ずしも聞きとりがよくなる訳ではありません。さらに、内耳性難聴では、大きい音ではかえって聞きとりにくくなる場合があります。

感音性難聴に該当する疾患として、加齢性難聴があげられます。加齢性難聴は、加齢にともない聴力が低下するもので、一般的に高い音（高周数）から聞きとりがむずかしくなります。そのため、人の声は聞こえていても聞き誤る、意識を向けないと聞きとれないといったことがあるので、周囲からは聞こえないふりをしているなど誤解されることがあります。

伝音部と感音部の両方が障害された場合は、混合性難聴と呼ばれます。

② 言語障害

▶▶ 言語障害とは

言語障害を音声言語によるコミュニケーションの過程から整理します。コミュニケーション場面において、話し手の大脳では、自分が伝えたい内容を考え、単語や文を用いた言語表現をつくり（言語機能レベル）、それを声帯や舌や口唇など発声発話器官を適切に動かすことで音声言語（話し言葉）として出し（発声発話運動レベル）、相手（聞き手）に伝わります。話し手の音声は、聞き手の耳から入って大脳に伝わり（聴覚レベル）、伝えられた内容を理解します（言語機能レベル）。この過程のいずれかが障害された場合、言語障害が生じることになります。

▶▶ 言語機能の障害

言語機能レベルの障害では、言語発達障害や失語症があげられます。失語症とは、大脳の言語の理解と表現にかかわる部位が障害を受けることで、いったん獲得された言語機能に障害が生じた状態をさします。症状は個人差がありますが、聞く・話す・読む・書くの4つの言語様式すべてに障害が生じます。

▶▶ 発声発話の障害

発声発話運動レベルの障害には、音声障害、がんなどにより舌を切除した場合などに起こる構音障害（器質性構音障害）や、発声発話に関連する器官の麻痺や筋力低下により起こる構音障害（運動障害性構音障害）があります。そのほか、吃音も発話の流暢性の問題として、このレベルの障害に含めることができます。

発声発話運動レベルの障害は、言語機能レベルの障害と比較すると、聞く・読む・書く能力には障害がありません。また、話す側面の問題としても、単語や文を用いた言語表現の問題ではなく、音声言語の明瞭度や流暢性が問題となります。さらに、構音障害では、食べ物を食べたり飲んだりする機能（摂食嚥下機能）にも障害が起こることが多くあります。

聴覚・言語障害 まとめ	
難聴の分類	伝音性（音を大きくすれば正確に聞こえる）／感音性（音を大きくしても改善しにくい）／混合性
加齢性難聴	高音域から低下。聞き誤りや意識が必要。誤解されやすい
失語症	大脳の言語中枢の障害。聞く・話す・読む・書くすべてに障害

構音障害	発声発話器官の問題。言語理解は保たれる。摂食嚥下障害を伴うことも
------	----------------------------------

3. 運動機能障害

① 肢体不自由

▶▶ 肢体不自由とは

肢体不自由とは、上肢や下肢、体幹の永続的な運動機能障害をさし、その程度は身体障害者福祉法などに規定されています。四肢・手指の切断などのほか、脳性麻痺や脳血管管障害、あるいは外傷による脳損傷、脊髄損傷などの中枢神経損傷および筋肉や骨自体の疾患などによって生じる筋力低下、関節可動域の制限、運動コントロール困難などの運動機能障害があります。

2016（平成 28）年の実態調査（厚生労働省）によれば、全国の身体障害者手帳所持者数は 428 万 7000 人と推計されており、そのうち 4 割以上の 193 万 1000 人が肢体不自由であると推計されています。年齢構成では、65 歳以上が約 68%となっており、高齢化が進んでいることがわかります。

▶▶ 肢体不自由の状態像

肢体不自由の状態像や原因は多様であり、四肢・手指の切断による機能の喪失や低下、脳の損傷によって運動や感覚の伝達および運動コントロールが困難となることがあります。また、脊髄損傷などの中枢神経の障害では、脳と四肢、体幹などとの伝達が阻害されたり、筋肉自体の疾患や関節の拘縮などによる筋力低下や痛みがみられたりするなどさまざまです。

② 上肢・下肢の機能障害

肢体不自由の形態には、四肢などの切断による運動機能の喪失、関節などの拘縮、変形による可動域制限、糖尿病による末梢神経麻痺や凍傷、あるいは細菌感染などによる細胞壊死などがあります。

また、麻痺には、随意運動が困難となる運動麻痺と、触覚・痛覚・温冷覚などの感覚消失がある感覚麻痺、知覚麻痺があります。麻痺は部位によって分類することができます。

麻痺の種類	特徴
片麻痺	右または左側の半身に麻痺。脳の損傷部位によって音声・言語障害が生じることがある
対麻痺	両下肢に麻痺があるもので、脊髄損傷などによるものが多く、損傷レベルによっては排泄障害をともなう
四肢麻痺	両上下肢に麻痺があり、多くは脳性麻痺や頸髄損傷によるもの。頸椎損傷等の場合には排泄障害・感覚麻痺・発汗困難・心肺機能低下などの合併症を有する

③ 脳性麻痺による麻痺

脳性麻痺による麻痺には、痙直型（強い筋緊張から四肢の突っ張りが強い）・アテトーゼ型（運動コントロールが困難となり不随意運動が生じる）・強直型（関節可動域の制限をともなう）・失調型（運動バランスが悪く歩行のふらつきなどを生じる）・混合型（さまざまな形が混じっている）の種類があります。

脳性麻痺の場合には、音声・言語に関係する筋肉などにも麻痺があるため、言葉が出にくい、不明瞭な発音などの音声・言語障害をともなうことがあります。

④ 体幹機能の障害

上下肢の機能障害と同様に、脳性麻痺、脊髄・頸髄損傷などの場合には、腹筋や背筋などの筋肉の麻痺などによって、身体を支えたり、起こしたり、バランスを保ったりすることが困難になります。これを体幹機能障害といいます。車いすに座る、ベッドで起き上がる、入浴、排泄など、さまざまな日常生活活動に支障をきたすことがあります。

たとえば、脊髄損傷の場合は、損傷部位によって可能な動作、介助方法が異なります（損傷レベル別の可能な動作・介助方法は教科書 p. 452 参照）。

【脊髄損傷の症状・介護の留意点】 ・運動・知覚障害：同じ部位の皮膚への圧迫が続くと褥瘡を生じやすくなる。一定時間ごとの体位変換が必要。 ・排便・排尿障害：排泄のコントロールができなくなる。排尿・排

便の管理が必要。・発汗障害：麻痺部分の皮膚からの発汗が障害され、からだの熱の放散が減少し、うつ熱の状態になりやすい。空調管理が必要。・起立性低血圧：臥位から座位になると血圧が下がり貧血状態となる。急に起こさないなどの対応が必要。・自律神経過反射：麻痺した膀胱に一定以上の尿がたまりと自律神経過反射が起こり、血圧が上昇する。

運動機能障害 まとめ	
肢体不自由	上肢・下肢・体幹の永続的な運動機能障害。全国約 193 万人（65 歳以上が約 68%）
麻痺の種類	片麻痺・対麻痺・四肢麻痺（部位による）
脳性麻痺の型	痙直型・アトローゼ型・強直型・失調型・混合型
体幹機能障害	腹筋・背筋の麻痺により起き上がり・座位保持・バランス保持が困難

4. 心臓機能障害

① 心臓機能障害の医学的理解

▶▶ 心臓機能障害を引き起こすおもな疾患

心臓機能障害にはいくつかの原因があります。それぞれの原因疾患をよく理解するとともに、疾患の重症度も考慮に入れ、利用者の介護にあたる必要があります。

日常よく遭遇する疾患には、虚血性心疾患（心筋梗塞・狭心症）と心不全があります。心不全は1つの疾患として独立しているものではなく、心機能が低下することによって起こる病態なので、さまざまな原因疾患が考えられます。

心臓自体の機能障害のほかに、循環器系の疾患として、大動脈疾患（大動脈瘤、大動脈解離）や末梢動脈疾患（閉塞性動脈硬化症）、静脈瘤などが高齢者に特徴的な疾患として知られています。さらに、循環器疾患を複数かかえることがあることや、高齢になればなるほど他疾患（たとえば脳血管疾患や糖尿病）を合併していることが多くなるということは知っておく必要があります。

▶▶ ペースメーカーの理解

今日のペースメーカー機器の発達は目をみはるものがあります。植込み型除細動器（ICD）はもとより、心臓再同期療法（CRT）の両心室ペーシングや、CRT に ICD 機能を取り入れた両室ペーシング機能付き植込み型除細動器（CRT-D）も日本に導入されてきています。

ICD を植え込んだ人に対しては、ICD が作動する心拍数を熟知しておく必要があります。運動強度が強く、心拍上昇にともない、ICD 作動の危険性がある場合は医師の判断で強度を下げます。ペースメーカー本体が挿入されている部位（鎖骨下の前胸部）には衝撃が加わらないように注意します。

△ ペースメーカー装着者への注意：リード断線や心筋電極がはずれる可能性から、極端に上肢や肩の運動をともなう日常活動は好ましくありません。また、電磁波により誤作動を起こすことが知られているため、強い電磁波を発生する可能性のある機器類を近づけることは避けるようにします。

心臓機能障害 まとめ	
主な疾患	虚血性心疾患（心筋梗塞・狭心症）・心不全・大動脈疾患・末梢動脈疾患
心不全	心機能低下によって起こる病態。さまざまな原因疾患がある
ICD（植込み型除細動器）	心室頻拍や心室細動などの致死的不整脈を止め、心臓のはたらきを回復する装置
ペースメーカー装着者	衝撃・電磁波に注意。上肢・肩の激しい運動は避ける

5. 呼吸器機能障害

① 呼吸器機能障害の医学的理解

呼吸器機能障害には、おもに酸素と二酸化炭素を交換する肺胞でのガス交換に障害がある場合や、胸郭や横隔膜の動きによって肺を膨張させたり収縮させたりする「空気を吸う・吐く」といった動作や、空気の通り道である気道などがせばまる換気の障害があるものがあります。

その基礎疾患には、①肺自体がおかされガス交換がしにくくなる慢性閉塞性肺疾患（COPD）や肺結核の後遺症、②脳の障害によって換気が困難になる脳出血や脳梗塞、③気道がせばめられ換気が困難になる喘息、④

神経や筋肉の障害により換気が困難になる筋萎縮性側索硬化症（ALS）や筋ジストロフィーなどがあります。

おもな症状は、呼吸困難感（息苦しい・息切れ）、咳・痰の増加、喘鳴（呼吸時に「ゼイゼイ・ヒューヒュー」といった音が聞かれる）などがあります。治療法として、薬物療法、酸素療法、気管切開による気道確保、人工呼吸療法などがあります。

② 在宅における呼吸器機能障害の治療

▶▶ 在宅酸素療法（HOT）

慢性閉塞性肺疾患などの肺胞のガス交換に障害がある場合には、室内の空気よりも高濃度の酸素を含む空気を吸う治療が行われ、高濃度酸素を得るため酸素濃縮器・酸素ボンベ・液化酸素装置を置き、そこから酸素を含んだ空気をチューブで本人の鼻元まで流し、本人は鼻カニューレから吸いながら生活します（在宅酸素療法 HOT）。

▶▶ 気管切開

鼻腔、咽頭を通しての換気が困難であったり、胸郭をふくらませる力が弱く換気量が少なかったりする場合は、気管部を切開し（気管切開）、気管カニューレを挿入し、そこから空気を取りこみます。自力で痰を吐き出すことが困難になるので吸引器を使用することもあります。

▶▶ 在宅人工呼吸療法

自力での換気が困難な人には、機械的に空気を肺に送りこむため、人工呼吸器を装着します。人工呼吸器装着で、気管切開をしない場合には鼻マスクを使用して、鼻から空気を送りこみ、換気します。

呼吸器機能障害 まとめ	
主な基礎疾患	COPD・脳血管障害・喘息・ALS・筋ジストロフィーなど
おもな症状	呼吸困難感・咳・痰・喘鳴
在宅酸素療法（HOT）	酸素濃縮器・鼻カニューレを使用。高濃度酸素を吸入しながら生活
気管切開	気管カニューレ挿入。吸引器使用が必要なことも
在宅人工呼吸療法	換気困難者に人工呼吸器装着（鼻マスクまたは気管切開と組み合わせ）

第8章 第1節（前半） 学習のポイント

🔑 学習のポイント

- ・視覚障害を引き起こす主な眼疾患には、白内障・緑内障・網膜色素変性・視神経萎縮・糖尿病性網膜症・バネーチェット病がある
- ・難聴は伝音性・感音性・混合性に分類される。伝音性では音を大きくすれば正確に聞こえるが、感音性では音を大きくしても改善しにくい
- ・失語症は脳の言語中枢の障害による。聞く・話す・読む・書くの4つすべてに障害が生じる
- ・肢体不自由の全国人数は約193万人で、65歳以上が約68%を占める
- ・麻痺は部位によって片麻痺（半身）・対麻痺（両下肢）・四肢麻痺（両上下肢）に分類される
- ・脳性麻痺には痙直型・アテトーゼ型・強直型・失調型・混合型の5種類がある
- ・脊髄損傷では損傷レベルによって褥瘡・排泄障害・発汗障害・起立性低血圧・自律神経過反射に注意が必要
- ・心臓機能障害の主な疾患は心筋梗塞・狭心症（虚血性心疾患）と心不全
- ・ペースメーカー・ICD装着者には衝撃・電磁波への注意と上肢・肩の激しい運動制限が必要
- ・呼吸器機能障害の在宅治療には在宅酸素療法（HOT）・気管切開・在宅人工呼吸療法がある

用語解説

用語解説	
ランドルト環	視力測定に用いられる国際標準視標。外径7.5mm、切れ目の幅1.5mmの環で、通常5mの距離で検査する
伝音性難聴	外耳・中耳（伝音部）の障害による難聴。音を大きくすれば正確に聞こえる
感音性難聴	内耳から大脳皮質（感音部）の障害による難聴。音を大きくしても改善しにくい
失語症	脳の言語の理解と表現にかかわる部位が障害を受け、いったん獲得された言

	語機能に障害が生じた状態
脳性麻痺	胎生期・周産期・出生時あるいは出生直後に生じた非可逆的な脳障害による運動障害の総称
ペースメーカー	心臓本来がもっている自動能が障害されたとき、正常なリズムをつくるために電気を流す装置
ICD（植込み型除細動器）	心室頻拍や心室細動などの致死的不整脈を止め、心臓のはたらきを回復する装置
鼻カニューレ	酸素吸入に用いる器具。両鼻腔に短いチューブを挿入して固定し、酸素を送る
在宅酸素療法（HOT）	慢性閉塞性肺疾患などで自宅で酸素吸入を行う療法。酸素濃縮器と鼻カニューレを使用

第4巻 第8章 障害の医学的理解と支援の実際（障害の理解Ⅱ）

第1節 医学的側面からみた障害の理解（後半）

腎臓機能障害／膀胱・直腸機能障害／小腸機能障害／HIV免疫機能障害／肝臓機能障害／知的障害／精神障害／高次脳機能障害／発達障害／難病

6. 腎臓機能障害

① 腎臓機能障害の医学的理解

腎臓機能障害とは、腎臓の機能が低下し、日常生活に支障をきたした状態をいいます。腎臓機能障害により、生体の恒常性が維持できなくなった状態を腎不全といいます。腎不全が急速に生じた場合を急性腎不全、長期間かけて持続的な機能障害におちいったものを慢性腎不全といいます。慢性腎不全では、腎機能の改善は望めません。近年では、慢性に経過するすべての腎臓病を慢性腎臓病（CKD）としています。CKDは生活習慣病とも関連しており、腎臓以外でも動脈硬化が進行し、とくに心血管疾患を引き起こす危険性が高いことも明らかになっています。

腎臓機能障害はある程度進行するまでは無症状です。高血圧や浮腫が目立つころには、腎機能はかなり低下しています。腎臓が行っている電解質の調整などが障害されるので、血液中の電解質の異常や腎性貧血が起きます。末期の腎不全になると、本来尿中に排泄される物質が排泄されず体内にとどまることから、尿毒症の症状がみられたり、体液量が増加するために腎臓に負担がかかり、心不全を引き起こしたりします。腎臓機能障害の管理は、正しい服薬、食事・水分制限、運動制限による病状の維持が中心となります。

② 腎臓機能障害の治療

▶▶ 血液透析

血液透析（HD）は、半透膜を介して血液浄化をはかります。血液を体外に導き出すために、動脈と静脈を手術でつなぎ合わせシャントを造設します。

▶▶ 腹膜透析

腹膜透析（PD）は自分の腹膜を半透膜として使用します。腹腔内に挿入した腹膜透析カテーテルに、腹膜透析液の入ったバッグをつなぎ、定期的に腹腔内に貯留した腹膜透析液を交換します。自動腹膜透析装置を用いて夜間就寝中に透析液の交換を行う夜間間欠式腹膜透析（NIPD）や、持続可動式腹膜透析（CAPD）など、生活のなかに治療を組みこむことが可能なものもあります。

▶▶ 腎移植

末期腎不全の根本的な治療法としては、腎移植があります。腎移植後は健康時と同様の生活ができるので、小児や青年期の人には、腎移植が望ましいといえます。

腎臓機能障害 まとめ	
腎不全の分類	急性腎不全（急速に発症）・慢性腎不全（長期間かけて進行）。慢性は腎機能改善困難
CKD（慢性腎臓病）	慢性に経過するすべての腎臓病。生活習慣病・心血管疾患との関連大

血液透析 (HD)	半透膜で血液浄化。シャント（動静脈吻合）が必要
腹膜透析 (PD)	自分の腹膜を利用。NIPD・CAPD など生活に組み込める
腎移植	根本的治療。小児・青年期に特に望ましい

7. 膀胱・直腸機能障害

① 膀胱機能障害の医学的理解と支援の実際

膀胱機能障害の原因となる先天性の疾患は、二分脊椎症があり、自己導尿を永久的に行います。後天性の疾患は、膀胱がんがあり、膀胱を摘出することで尿路変向（更）術が行われ、腎ろう・腎盂ろう・尿管ろう・膀胱ろう・回腸（結腸）導管などの多様な種類のなかから、カテーテル管理を行うか尿路ストーマを造設して長期にわたりストーマ用装具の装着を続けます。

膀胱に溜まった尿が排出できない場合に膀胱留置カテーテル法を用いますが、尿道を経由する尿道留置カテーテルと、経腹的に膀胱ろうを造設する場合があります。尿道留置カテーテルの合併症として、結石や尿路感染を生じることがあり、男性では陰茎の亀頭部からの裂傷があります。合併症を防ぐには、間欠導尿を行います。合併症を考慮し、長期の留置カテーテルの使用は避けて、膀胱ろうを造設することを医療職と検討します。定期交換は医療職が実施します。

② 直腸機能障害の医学的理解と支援の実際

直腸機能障害の原因となる先天性の疾患は、二分脊椎症に起因する神経障害や、先天性鎖肛（肛門や直腸が閉鎖している）です。小腸肛門吻合術などのあとに高度な排便機能障害が生じることがあり、支援としては排便や浣腸や洗腸を行います。成人期以降は、腸のがんにより腸管にストーマを造設すると、空腸・回腸ストーマや上行・横行・下行・S状結腸ストーマとなり、管理が必要です。

ストーマとは、手術でつくる排泄口です。がんの切除後や外傷により、本来の排泄口から排泄できない場合に、腹部から直接排泄します。尿路ストーマと消化管ストーマがあります。排尿や排便を腹部から直接出すため、便意や尿意を感じることがなくなり、腹部に採便袋や採尿袋を貼り、排泄物を受けとめて管理します。慣れることで徐々にストーマ袋を自分で交換することができるようになることが多いですが、高齢になり要介護になると生活スタイルが変わり、自己管理や家族の管理が困難になることがあります。

膀胱・直腸機能障害 まとめ	
二分脊椎症	膀胱・直腸障害の主な先天性疾患。自己導尿が必要なことが多い
尿路ストーマ	腎ろう・尿管ろう・回腸導管など。長期のストーマ管理が必要
間欠導尿	留置カテーテルの合併症（結石・感染・裂傷）防止のため推奨
消化管ストーマ	空腸・回腸・結腸ストーマなど。便意なし。採便袋での管理

8. 小腸機能障害

① 小腸機能障害の医学的理解

小腸機能障害は、小腸が疾病の治療のために広く切除されたり、疾患そのものによって消化吸収がさまたげられ、必要な栄養維持が困難になり、日常生活に支障をきたした状態です。原因となる疾患には、上腸間膜動脈閉塞症、小腸軸捻転症、先天性小腸閉鎖症、クローン病、腸管ペーチェット病、ひとで消化性潰瘍などがあります。

小腸機能障害では、栄養維持のための手段として中心静脈栄養法や経管栄養法が行われていますが、同時に経口摂取する場合においても、状態に応じた食事のコントロールが行われます。障害された部位や状態によって、電解質の補正や欠乏する栄養素の補充が必要です。

② 小腸機能障害の治療

▶▶ 中心静脈栄養法

中心静脈栄養法（TPN）は、一般的には鎖骨下を通る静脈から中心静脈にカテーテルを挿入して、栄養を直接注入します。消化管を介さず高濃度の栄養を輸液という形で投与できるので、多くのエネルギー量を摂取することが可能です。小型の輸液ポンプを用いた在宅中心静脈栄養法（HPN）は、入院して病気の治療を行う必要がなく、状態が安定している場合や、通院が困難で在宅での栄養療法が必要になった場合に行いま

す。カテーテル挿入部から菌が入りこむと感染症にかかりやすいので、常に清潔を保つ必要があります。

▶▶ 経管栄養法

経管栄養法は、胃ろうや腸ろうを造設して栄養剤を注入する方法と、経鼻経管栄養法があります。残っている小腸の機能を使うことができるので、中心静脈栄養法に比べると生理的な方法といえます。消化管関連合併症（下痢や便秘、腹痛・腹部膨満など）やチューブやカテーテルに関連したトラブルも起こり得るので、医師の指示のもと、医療機関との密接な連携が必要です。

小腸機能障害 まとめ	
原因	クローン病・腸管ペーチェット病・上腸間膜動脈閉塞症・先天性小腸閉鎖症など
中心静脈栄養（TPN）	鎖骨下静脈からカテーテル挿入。在宅版（HPN）も可能。感染予防が重要
経管栄養法	胃ろう・腸ろう・経鼻。生理的な方法。消化管合併症に注意

9. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

① ヒト免疫不全ウイルス（HIV）

ヒト免疫不全ウイルスは、Human Immunodeficiency Virus の日本語訳で、この頭文字をとって一般に HIV と略されます。感染者の精液、膣分泌液、血液、母乳に含まれており、これらに含まれる HIV が粘膜や傷口からからだの中に入ることによって感染が起こる可能性があります。代表的な感染経路は、性交渉、注射針の共用、母子感染です。

HIV 感染症は、1980 年代前半に台頭してきた新興感染症で、全世界的には 2021 年時点で 3840 万人程度の人々が HIV に感染していると推定されています。日本では 2021（令和 3）年末時点で約 3 万人の感染（エイズ患者含む）が報告されています。

HIV 感染者が何も治療をしなければ、免疫力は徐々に低下していきます。そして、通常はとるに足らないような弱い菌やウイルスなどが活性化して感染症（日和見感染症）が起こることがあります。最近では HIV 感染症に対する治療はきわめて進歩しています。何も治療しなければ 10 年程度でエイズを発症しやすくなりますが、適切な治療を受ければ発症を大幅に遅らせ、感染していない場合とほぼ同じ寿命をまっとうすることができます。

② 後天性免疫不全症候群（エイズ：AIDS）

エイズ（AIDS）は HIV とは異なります。エイズは、Acquired Immune Deficiency Syndrome（後天性免疫不全症候群）の略称であり、HIV に感染して、免疫機能が低下し、厚生労働省が定めた 23 の合併症のいずれかを発症した場合に、エイズ発症と診断されることになります。したがって、HIV に感染したからといってエイズになったわけではありません。感染症法上、エイズは 5 類に分類されます。

合併症のなかには、ニューモシスチス肺炎、難治性の単純ヘルペスウイルス感染症、子宮頸がん、活動性結核などが含まれ、どの合併症を起こしたのかにより症状はまったく異なります。

HIV 免疫機能障害 まとめ	
感染経路	性交渉・注射針の共用・母子感染
HIV 感染症	全世界 3840 万人（2021 年）。日本では約 3 万人
エイズ（AIDS）	HIV に感染し、厚労省指定 23 合併症のいずれかを発症した状態
治療の進歩	適切な治療で発症を大幅に遅らせ、ほぼ通常の寿命が可能

10. 肝臓機能障害

① 肝臓機能障害の医学的理解

肝臓機能障害は、ウイルス性肝炎、自己免疫性肝炎などによって、肝機能の低下が起こり、日常生活に支障をきたした状態です。肝臓は糖やたんぱく質、脂質の代謝や、アルコールや薬剤、老廃物などの有害な物質の分解（解毒）、胆汁の生成・分泌と、多くの役割をになっています。

ウイルス性肝炎には、いくつかのタイプがありますが、B 型肝炎・C 型肝炎の一部が慢性肝炎となり、肝硬変や肝がんへと進行することがあります。急性肝炎を発症すると全身倦怠感や食欲不振、吐き気、黄疸が出現することがありますが、慢性肝炎になるとはっきりとした自覚症状はありません。現代では、抗ウイルス療法で完治が可能です。

肝硬変は、慢性肝炎などによって肝細胞の破壊と再生がくり返された結果、肝臓が線維化し、組織がかたくなって本来の機能を十分に果たせなくなった状態をいいます。あらゆる肝疾患の終末像ともいえます。肝硬変が進むと、黄疸や腹水、肝性脳症などのさまざまな症状や食道静脈瘤などの合併症があらわれます。初期のうちに悪化を食い止めること、肝硬変を予防することが重要です。

肝がん（肝細胞がん）は、肝硬変と関係の深いがんです。C型肝炎では、適切な治療が行われなかった場合、ウイルスに感染してから慢性肝炎・肝硬変を経て約30年後に肝細胞がんにいたるということが知られています。

② 肝臓機能障害の支援の実例

肝臓機能障害のある人は、医師による治療や症状のコントロールが重要です。原因となる疾患だけでなく、症状に対する治療により生活のしやすさが変わります。たとえば、浮腫や腹水に対しては利尿剤、肝性脳症に対してはラクツロースという薬の使用などです。

さらに、症状のコントロールのためには食事にも注意します。浮腫や腹水は、過剰な塩分摂取をすると悪化するため、塩分をひかえることが重要です。また、たんぱく質をうまく代謝できなくなるため、たんぱく質の質や摂取量についても注意します。さらに、便秘があると症状が悪化するため、生活習慣や食事への配慮が重要です。近年、適応条件に合致した場合には、肝臓移植が行われる例が増えてきています。

肝臓機能障害 まとめ	
主な疾患	ウイルス性肝炎（B型・C型）・自己免疫性肝炎
慢性肝炎→肝硬変→肝がん	C型肝炎は感染から約30年で肝細胞がんに至ることがある
肝硬変の症状	黄疸・腹水・肝性脳症・食道静脈瘤など
食事管理	塩分制限・たんぱく質管理・便秘予防

1 1. 知的障害

① 知的障害の心理学的概念

▶▶ 国際疾病分類に基づく知能区分

国際疾病分類（ICD-10）では、知能テストにもとづいて測定した知能の状態によって、知的障害を、軽度（およそIQ69～50）・中度（IQ49～35）・重度（IQ34～20）・最重度（IQ19以下）に分けています。

また、身辺自立の状態をみると、軽度の場合は自立でき、中度の場合はおおむね自立可能、重度の場合は部分的に自立可能、最重度の場合は自立できない、とされています。ただし、知的な能力と日常生活における活動能力は、必ずしも比例するわけではありません。人的・物的な支援を適切に受けることができれば、その人の自立度は向上します。

▶▶ スウェーデンで用いられている知能区分

スウェーデンにおける知能区分の特徴は、その人の発達段階に応じてどのような支援が必要かという観点から知能をみている点にあります。知的障害の状態をとらえるときには、「何ができないか」だけでなく、その人にとって身のまわりの世界が「どのように認識されているか」「何ができるか」「どのような支援（人的・物的支援）があれば能力をおぎなえるか」ということに注目することが大切です。

【知能区分（スウェーデン）の特徴】 ・精神発達年齢0か月～1歳半くらい（IQ10以下相当）：目の前にあれば好きか嫌いかは判断できるが、目の前にないものを思い浮かべることができない ・精神発達年齢1歳半～4歳くらい（IQ25～10相当）：量の多少、大きい小さい「1」の概念がわかるようになる ・精神発達年齢4～7歳くらい（IQ45～25相当）：物の性質が前段階よりもさらにわかるようになる。理解できるものは実際に体験したもののみ ・精神発達年齢7～11歳くらい（IQ70～45相当）：書き言葉の理解が始まり、読み書きが可能になる

② 知的障害の原因

知的障害の原因は多岐にわたっており、米国知的・発達障害協会（AAIDD）による知的障害の危険因子には、①染色体異常・遺伝子疾患・代謝異常・出生前の外傷・栄養不足・髄膜炎等々の明らかな病理作用によって脳の発達に支障が生じる生物医学的要因、②貧困・母親の栄養不良・出生前ケアの未実施・適切な養育環境の欠如等の社会や家族の状況による社会的要因、③親の薬物使用・親の喫煙や飲酒・養育拒否等といった親の行動問題と関連する行動的要因、④支援の欠如や不適切な育児等のような知的発達をうながす状況が阻害されることによる教育的要因があげられています。

▶▶ ダウン症候群

ダウン症候群はダウン症とも呼ばれる先天性の疾患で、精子や卵子がつくられるときの染色体の分離がうまくいかないという突然変異が原因で、90～95%は21番目の常染色体が3本ある（通常は2本）ために生じます。発生率は出生1000人に対し1人の割合で、母親の年齢が高くなるほど染色体の分離がうまくいなくなるため、高齢出産の場合には発生率が100人に1人といわれています。

ダウン症には多くの合併症があることが知られています。先天的な心疾患、肺血管がかたくなる肺高血圧症、十二指腸閉鎖、鎖肛、頸椎の異常である環軸椎不安定症、難聴、眼科的な異常（近視・遠視などの屈折異常や白内障）などがあり、とくに難聴や心疾患を合併している割合が高いことがわかっています。

知的障害 まとめ	
ICD-10の分類	軽度（IQ69～50）・中度（IQ49～35）・重度（IQ34～20）・最重度（IQ19以下）
ダウン症候群	21番染色体トリソミー。出生1000人に1人。高齢出産で発生率上昇
支援の視点	「できないこと」だけでなく「どう認識しているか」「何ができるか」に注目
危険因子	生物医学的・社会的・行動的・教育的の4要因（AAIDD）

12. 精神障害

① 精神障害（疾患）の理解

▶▶ 統合失調症

統合失調症は、発病後の経過や病気のタイプにより多様で個別的な症状を引き起こし、再発や安定の波をくり返すことがあります。病気の症状が精神状態に強くあらわれているにもかかわらず、それが病気によるものであると自分で認識できないときがしばしばみられます。治療の基本は継続的な薬物療法による症状の軽減のほか、本人や家族などへの心理教育や社会生活面のリハビリテーションなど包括的な支援が必要です。

症状の種類	主な症状
陽性症状	不適切な感情をともなう知覚障害が目立つ。幻覚、妄想、支離滅裂な言動、異常な体験など
陰性症状	無関心、喜怒哀楽のとぼしさ、意欲の減退など
認知機能障害	記憶や作業能力の減退、集中力や注意力の低下
よく抑うつ・不安	うつ症状や絶望感など、極度の場合は自殺念慮をいだくこともある

▶▶ 気分障害（うつ病・双極性障害）

気分障害は、生活環境上の変化やストレスが発症の契機となることが多いとされます。うつ病は、気分が沈み、意欲が低下し、行動や動作がとてもしんどくなり、疲れやすく食欲低下や不眠や頭痛などの身体症状もあらわれ、日常生活が立ちゆかなくなります。不安や悲観的感情、自責感、自殺をしたいという思いをめぐらせる自殺念慮も生じてきます。自殺のリスクが高まるのは、うつ病の初期と回復期です。

双極性障害（躁うつ病）は、躁状態とうつ状態をくり返すものです。躁状態は、考えが次々とわいて気分が高揚し、イライラしたり、疲れをみせず不眠不休で活動できたりします。また、自分が考えられないほどの財力や権力をもっていると思ってしまうこと（誇大妄想）や、自己中心的な言動で偉くなったような言動により周囲の人を傷つけたり、浪費や過大な契約で生活に多大な影響をおよぼすことがあります。いずれも治療は、薬物療法のほか、家族療法や精神療法が用いられ、とくにうつ病の場合は心身の休養が重要です。

▶▶ アルコール依存症

アルコール依存症は、アルコールの習慣的・長期的摂取によって、精神依存、身体依存を示し、日常・社会生活、健康面で深刻な問題を引き起こします。おもな症状は、急激な中断による離脱症状で、からだのふるえとせん妄（意識混濁、幻視、錯視や）、精神運動興奮、不眠、幻聴や妄想、アルコール性コルサコフ症候群（新しく体験したことや数分前のことを記憶できない記憶力障害、健忘、今いる場所や日付け、季節を正しく認識できない見当識障害、作話）があります。回復のためには断酒が不可欠です。入院や抗酒薬（嫌酒薬）などの医療的治療のほかに、家族を含めた支援や断酒会などの自助グループへの参加が断酒・回復に有効であるといわれています。

② おもな精神症状とその対応

▶▶ 幻覚や幻聴

幻覚とは実際には感覚刺激がないのに知覚することで、幻聴とはあるはずのない声が聞こえてくる体験です。幻聴そのものより、それによる影響で集中力の低下や、不愉快な気持ちや恐怖感、不安感、混乱などのつらさを体験します。場合によっては、それが被害妄想につながったりします。そのような場面で介護職は、本人の聞こえる内容を肯定するのではなく、その影響で苦しんでいることに対して落ち着いた態度で受けとめます。

▶▶ 不安感

精神障害のある人の場合は、不安が強くなるとその疾患特有の症状や行動面での悪化、再発につながることがあります。不安を直接訴えるほかに、不安に由来したさまざまな身体的症状や心理的反応、不適切な行動、あるいは精神疾患の症状の悪化などがみられることがあります。

精神障害 まとめ	
統合失調症	陽性症状（幻覚・妄想）・陰性症状（意欲低下）・認知機能障害。継続的薬物療法と包括的支援
うつ病	気分の沈み・意欲低下・身体症状。自殺リスクは初期と回復期に高い
双極性障害	躁状態とうつ状態をくり返す。躁状態では誇大妄想・浪費など
アルコール依存症	離脱症状・コルサコフ症候群。断酒が回復の鍵。自助グループへの参加も有効
幻聴への対応	内容を肯定せず、苦しんでいることに落ち着いた態度で受けとめる

13. 高次脳機能障害

① 高次脳機能障害とは

病気やけがが原因で脳が損傷すると、外界からの情報を取り入れることや、取り入れた情報を記憶すること、情報をもとに何らかの判断をくだして行動することなどがうまくいかなくなり、感情のあらわれ方にも変化が生じて、日常生活や社会生活に大きな支障をもたらすことがあります。これらの症状は、認知障害と呼ばれます。

2001（平成13）年度から開始された高次脳機能障害支援モデル事業において、脳の損傷による記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害をおもな原因として、日常生活や社会生活への適応に困難が生じる障害を高次脳機能障害と呼ぶという行政的な定義が定められました。

高次脳機能障害が生じる原因には、病気によるものとけがによるものがあります。脳の血管の異常によって生じる脳血管障害（脳卒中）がもっとも多く、とくに50代以上の年代に多くみられます。頭部外傷（外傷性脳損傷）は、交通事故やスポーツ事故、転倒などによって頭部に強い力が加わり脳に損傷が生じることで

▶▶ 記憶障害

高次脳機能障害でもっともよくみられる記憶障害は、発症前に経験したことや学んだことは比較のおぼえているのに対して、新しいことをおぼえることが苦手となります。長年住み慣れた場所ではまったく困らなくても、はじめて行く場所では道順がおぼえられず何度も道に迷ったりします。また、約束事を忘れてたり、自分で置いたにもかかわらず物の置き場所がわからなくなり、混乱することもあります。おぼえられないことから、同じことを何度も質問して確認することも記憶障害の症状です。

▶▶ 注意障害

注意障害によって注意のはたらきが低下すると、集中できずにぼんやりしている、ミスが多くなる、2つ以上のことをやろうとすると混乱する、1つのことにとりかかると切り替えて次に進めなくなるなどの症状がみられます。

▶▶ 遂行機能障害

実行機能の障害ともいわれます。自分で計画を立てて実行できない、人から指示されないと行動を起こせない、外出の予定があっても事前にかからとりかかたらよいのかわからず約束に遅れてしまうなどといったことは、遂行機能障害のあらわれ方の例です。

▶▶ 社会的行動障害

社会的行動障害は、身近にいる家族や介護職にとって、もっとも対応に苦慮する症状です。言動が子どもっぽくなる（退行）、何でも人に頼る（依存性）、がまんできずに欲しただけ食べてしまう（欲求コントロールの低下）、ささいなことで怒り出す（感情コントロールの低下）、1つのことにこだわる（固執性）、場面に応じた言動がとれず人間関係が壊れやすい（対人技能拙劣）などは、その例です。

高次脳機能障害 まとめ	
主な原因	脳血管障害（脳卒中）が最多。頭部外傷なども
記憶障害	新しいことが覚えられない。同じ質問をくり返す
注意障害	集中困難・ミス増加・2つのことで混乱
遂行機能障害	計画・実行が困難。人からの指示なしには動けない
社会的行動障害	退行・依存・感情コントロール低下・対人技能拙劣など。家族・介護職が最も対応困難

14. 発達障害

① 発達障害の理解

▶▶ 自閉症（広汎性発達障害・自閉スペクトラム症・アスペルガー症候群）

広汎性発達障害に含まれる自閉症やアスペルガー症候群などは、①視線が合わない・仲間をつくるのが困難などの社会性の障害、②言葉が出ない・会話が続かないなどのコミュニケーションの障害、③同じことをくり返す・こだわりがあるなどの想像力の障害、という3つにより特徴づけられる障害です。

▶▶ 学習障害

学習障害はLD（Learning Disabilities）ともいわれ、医学的な立場からの定義としては、「読む」「書く」「計算する」の困難さをもつ障害とされています。その原因として中枢神経系における機能障害があげられており、社会性、運動、情緒面の困難さをもかかえている場合が多い障害です。

▶▶ 注意欠陥多動性障害

注意欠陥多動性障害はADHD（Attention-Deficit Hyperactivity Disorder）ともいわれ、不注意（集中力を保つのが苦手）、多動性（じっとしているのが苦手）、衝動性（順番を待つのが苦手）という3つを特徴とした障害です。

② 発達障害の特性

発達障害は、ほかの障害のような「見えやすい障害」とは異なった「生活のしづらさ」、あるいは、「生きにくさ」がある障害といわれています。いわば、この社会の当然とされているルールがわからなくて、生活に困難をかかえているともいえます。発達障害のある人への介護のポイントは、できるだけ彼らが生きやすい環境をつくっていくことです。

【発達障害の特性と支援のポイント（表8-10より）】 ①多くの情報を同時に処理することに困難がある場合が多いので、できるだけ情報量を減らし、同時に2つ以上の情報を出さないことが重要である ②まわりの環境を視覚的に理解しやすいものに変える必要がある。色彩や騒音など不必要な刺激を減らし、見てもらいたいものに注意がいくようにする ③時間概念の理解にとぼしく、見通しをもって生活することが困難で、不安になりやすい場合がある。活動を見通せるよう予定を直線上にならべ、行ったことにはチェックをしていくなど視覚的スケジュール化が効果的な場合がある ④予期しない事態に直面し混乱する場合には、生活の流れをできるだけ一定にし、変化はできるだけ避けるとともに、予定を変えるような場合にはあらかじめ明示しておく ⑤感覚過敏への対策が必要な場合がある。スムーズな生活のさまたげとなる雑音・光や色・においなどの環境の調整が必要な場合がある

発達障害 まとめ	
自閉症スペクトラム	社会性・コミュニケーション・想像力の3障害
学習障害（LD）	読む・書く・計算するの困難。中枢神経の機能障害
ADHD	不注意・多動性・衝動性の3つが特徴
支援のポイント	情報量を減らす・視覚的支援・スケジュール化・環境の一定化・感覚過敏への配慮

15. 難病

① 難病とは

難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）が2015（平成27）年1月に施行されました。この法律のなかで、難病の定義は「発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもの」と規定されています。

② 難病の種類

医療費助成の対象となる難病は、指定難病として規定されています。具体的な要件は、①患者数が日本において一定の人数（人口の0.1%程度以下）に達しないこと、②客観的な診断基準（またはそれに準ずるもの）が確立していることです。2015（平成27）年1月に110疾病が指定され、2021（令和3）年11月からは338疾病となりました。難病は、疾患群に分類され、筋萎縮性側索硬化症（ALS）、パーキンソン病、筋ジストロフィーなどは神経・筋系疾患に、悪性関節リウマチは免疫系疾患に分類されます。

疾患名	主な症状	治療
筋萎縮性側索硬化症（ALS）	箸が持ちにくいなど上下肢の筋力低下が多い。進行により舌などの筋肉による嚥下障害・呼吸筋の委縮による呼吸困難を生じる	筋肉や関節痛に対する対症療法、症状の進行を遅らせる薬物療法・リハビリ
パーキンソン病	安静時振戦・筋強剛（固縮）・姿勢反射障害・無動・寡動の4大症状。初発は手がふるえる安静時振戦が最多	減少したドーパミンを補充。近年効果的な治療法も開発
筋ジストロフィー	筋力低下による運動機能障害。歩行・嚥下・呼吸・血液循環に影響。20歳前後で呼吸機能低下	根本的治療法はない。症状を少しでも遅らせることが基本
悪性関節リウマチ	起床時手指の関節が動きにくくなる「朝のこわばり」。関節の腫脹や疼痛。関節外症状として間質性肺炎など	リウマチ症状緩和・関節外症状抑制にステロイドや薬物療法・血漿交換療法

難病 まとめ	
難病の定義	発病の機構が不明・治療法が確立していない・希少・長期療養が必要（難病法）
指定難病	2021年11月時点で338疾病。医療費助成の対象
ALS	運動ニューロンが変性・脱落。感覚障害・排尿障害はあらわれにくい
パーキンソン病	安静時振戦・筋強剛・姿勢反射障害・無動の4大症状
筋ジストロフィー	進行性の筋力低下。デュシェンヌ型が最多で発症頻度が高い
悪性関節リウマチ	関節外症状（血管炎・間質性肺炎など）をとともなう重症リウマチ

第8章 第1節（後半） 学習のポイント

🔗 学習のポイント

- ・腎臓機能障害の治療は血液透析（HD）・腹膜透析（PD）・腎移植の3種類。CKDは慢性に経過するすべての腎臓病の総称
- ・ストーマは手術でつくる排泄口。尿路ストーマと消化管ストーマがある
- ・間欠導尿は留置カテーテルの合併症（感染・結石）防止のため推奨される
- ・HIV感染症とエイズ（AIDS）は異なる。エイズは厚労省指定23合併症のいずれかを発症した状態
- ・肝硬変はあらゆる肝疾患の終末像。黄疸・腹水・肝性脳症が主症状
- ・知的障害のICD-10分類は軽度・中度・重度・最重度の4段階
- ・ダウン症候群は21番染色体トリソミー。難聴・心疾患の合併率が高い
- ・統合失調症の陽性症状は幻覚・妄想、陰性症状は意欲低下・感情鈍麻
- ・高次脳機能障害の主な症状は記憶障害・注意障害・遂行機能障害・社会的行動障害
- ・発達障害（自閉症・LD・ADHD）への支援は、情報量を減らし視覚的手段を活用する
- ・難病の指定難病は2021年11月時点で338疾病。ALS・パーキンソン病・筋ジストロフィー・悪性関節リウマチが代表的

用語解説

用語解説	
シャント	主として腕の皮下で、橈骨動脈と橈骨静脈を吻合して静脈側に動脈血が流れるようにした部分。血液透析に必要
膀胱留置カテーテル法	バルーンカテーテルを用いて膀胱内から尿を排出する方法。尿道留置カテーテルが多く用いられる
間欠導尿	間欠的に尿道口からカテーテルを挿入して膀胱内の尿を排出する方法。感染・結石防止に有効
日和見感染症	免疫力が低下しているために、通常なら感染症を起こさないような弱い病原体が原因で起こる感染症
尿毒症	糸球体腎炎等の腎疾患により腎の濾過機能が障害され、体液の恒常性も維持できなくなるために生じる状態
IQ（知能指数）	知能程度を精神年齢と生活年齢の比によって示す知能検査結果の表示法。IQ＝精神年齢÷生活年齢×100
高次脳機能障害	病気やけがで脳が損傷し、記憶・注意・遂行機能・社会的行動に障害が生じた状態
ADHD	Attention-Deficit Hyperactivity Disorder（注意欠陥多動性障害）。不注意・多動性・衝動性が特徴

第4巻第8章 障害の医学的理解と支援の実際（障害の理解Ⅱ）

第2節 障害の特性に応じた支援の実際

アセスメントの視点と個別支援／障害のある人がふつうに暮らせる地域づくり／地域におけるサポート体制

1. アセスメントの視点と個別支援

① アセスメントの視点

▶▶ 障害のある人たちのとらえ方

何らかの支援が必要な障害者・者と向かい合うとき、私たちはつい、障害（できないこと）に目を向けてしまい、「歩くのが不自由な人」「会話の声やまわりの音が聞こえづらい人」などととらえがちです。このようにマイナス面を中心にしたとらえ方は、障害のない人と比較して、どこが違っているか（機能が劣っているか）をとらえることにつながり、介護職として障害のある人たちと信頼関係を築いていくことのさまたげになります。

重要なことは、尊厳をもって自己実現を求める、私たちと変わらない1人の人間であるにとらえることです。そのうえで、「車いすを利用して移動できる人」「手話や筆談でコミュニケーションをとることができる人」というように、プラス面を中心にみていきます。そうすることで、どのように支援すればその人にとってよりよい生活ができるのかがみえてくるのではないのでしょうか。

知的障害があって会話がむずかしい人の場合、家族の希望を優先して、本人の望む生活とはどのようなものかを置き去りにしたまま支援していることもよくあります。あくまでも本人を中心に支援していくことが重要です。

▶▶ アセスメントとは何か

アセスメントとは、情報の収集と分析からニーズを明らかにし、支援の内容を検討し、個別支援計画の作成につなげていく最初の段階です。この作業は初回面談だけで終わるものではありません。サービス利用開始後もアセスメントを絶え間なく行い、本人の理解をさらに深めていくことが重要です。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）（児童の場合は児童福祉法）のサービスを利用するにあたっては、相談支援専門員がサービス等利用計画を作成します。そして、それにもとづいて各事業所のサービス管理責任者（児童の場合は「児童発達支援管理責任者」）が個別支援計画を作成することになります。最初に作成した計画の内容は、あくまでもサービス利用開始当初のニーズであり、目標であり、サービス内容ということになります。しかし、支援を続けていくなかで新たなニーズが生まれたり、めざす方向性が違ってきていることがわかる場合も十分に考えられます。そのときは、計画

を修正する必要があります。

▶▶ ICF の視点にもとづくアセスメントと多職種連携

国際生活機能分類（ICF）は、人間の生活機能と障害の分類法として、2001 年 5 月に世界保健機関（WHO）総会において採択されました。それまでの国際障害分類（ICIDH）は「機能障害」「能力障害（能力低下）」「社会的不利」といったマイナス的な側面から障害の概念を整理しようとする考え方が中心でした。それに対して ICF は、生活機能というプラス面からとらえるように視点を転換し、さらに環境因子と個人因子をより重視した考え方になっています。

生活機能とは「生きることの全体像」を示す共通言語であり、心身機能・身体構造、活動、参加のすべてを含む用語です。ICF は、人が生きる全体像を「生命レベル」「生活レベル」「人生レベル」という 3 つのレベルから包括的にとらえることを目標に開発されました。

本人をプラスの面からとらえようとすれば、できないことを単に介助するという考え方ではなく、公的な制度やインフォーマルサービス等の環境因子を活用することで、その人らしい人生を送ること（社会参加）ができるという考え方に転換することができます。ICF にもとづくアセスメントの視点に立てば、医師や看護師、介護職など、1 つの職種だけで本人を支援することは不可能であると気づきます。こうした考え方のなかから多職種連携が自然発生する形が望ましいといえるでしょう。

② 個別支援の重要性

▶▶ 個別支援の必要性

ICF にもとづくアセスメントを行うことで、本人のできないことだけにとらわれず、できることをさらに伸ばすこと、また、公的な制度やインフォーマルサービスの活用によって自己実現を可能とすることに目が向けられるようになります。

同じ障害がある利用者が 2 人いるとして、その 2 人に対してまったく同じ支援をしてよいわけではありません。なぜなら、本人の得意なことはもちろん、本人にとっての夢や希望は当然一人ひとり異なるからです。ここに個別支援の必要性があるといえます。

▶▶ 個別支援計画の作成

介護職は、相談支援専門員が本人との面談を通じて収集した情報（本人の障害状況やおかれている環境、望んでいる生活など）をもとに総合的に勘案し、本人理解（見立て）をします。その際、もじていど程度で記述してみると見立てをみえる化できます。個別支援の内容を具体的に書きあらわしたのが個別支援計画です。

【事例】A さん（50 歳、男性）の個別支援計画 A さん（50 歳、男性、右片麻痺、運動性失語、高次脳機能障害、車いす使用）は元小学校の教員で、妻と長男の三人暮らし。A さんはもとの身体には戻らないと悲観し、家にひきこもっていました。最近、前向きな気持ちになりつつありますが、自信がありません。できれば得意なパソコンをいかして、何らかの仕事につきたいと考えています。 【長期目標】得意なパソコンをいかして、何らかの職業につきたい 【短期目標】体力をつけ、就労移行支援事業所への通所を週 3 回から週 5 回に増やす 【ニーズと支援内容（抜粋）】 ①体力をつけたい→少しは歩行が可能なため、歩行距離を伸ばしていく ②パソコンの入力速度を上げたい（高次脳機能障害で速度が遅いため）→習慣のための訓練を行う ③小学校の児童たちとかかわりたい→元職場の教員に相談する ④仕事につきたい→現時点では作業能率のアップをはかりつつハローワークに相談

このように本人の個別性を重視し計画を作成すると、1 つの事業所だけでは本人の目標を達成することはできず、さまざまな関係機関と連携をとらなければならないことがわかります。また、長期・短期の目標にそってニーズに対する方針が検討され、さらに支援する際の留意事項や詳細な支援内容が具体的に決まっています。介護職をはじめとする支援者は、支援の全体像を把握したうえで自分が担当する部分を明確にする姿勢が必要です。

アセスメントと個別支援 まとめ	
ICF	2001 年 WHO 採択。生活機能（プラス面）から障害をとらえる。環境因子・個人因子を重視
生活機能の 3 レベル	生命レベル・生活レベル・人生レベル
アセスメント	情報収集→ニーズ明確化→個別支援計画作成の最初の段階。継続的に実施
個別支援計画	相談支援専門員のサービス等利用計画をもとに、サービス管理責任者が作成
個別支援の意義	同じ障害でも一人ひとりのニーズ・夢・希望は異なる。個別支援が必要

2. 障害のある人がふつうに暮らせる地域づくり

① 障害のある人が地域で暮らすということ

▶▶ 障害のある人と出会わない社会

第2次世界大戦後、日本で障害児・者福祉の法律が整備された当初は、障害のある人を施設に入所させて保護することが支援の中心でした。地域住民の理解が得られないため、町から離れた場所に施設が建てられることも少なくありませんでした。

障害のある人が町から離れた施設に入所すると、町のなかで障害のある人と出会う機会がなくなります。目の前にいる人に対しては「どんなことで困っているのだろう」「何を望んでいるのだろう」と考え、行動することができますが、目の前にいない人のことを考えて行動することはなかなかできません。障害のある人となない人が別々の場で生活する社会とは、障害のある人の生活への想像力をうばってしまう社会ともいえるのです。

▶▶ 地域社会での生活の場

かつては世界の多くの国々で、障害のある人は施設に収容保護されていました。そうながなかで1950年代にノーマライゼーションという考え方が生まれました。障害のある人となない人が、ともに生活する社会こそがノーマルな社会である、という理念です。

さらに、国際連合は1981年を国際障害者年と宣言しました。これをきっかけに日本においても、障害のある人は保護の対象としてではなく、社会に完全に参加し、平等な権利をもつ存在であるという認識が広がっていきました。

日本も政策として施設の定員を減らし、地域生活へ移行する人を増やしています。現在では、施設で生活する人よりもグループホームで生活する人が多くなりました。グループホームの支援体制も手厚くなり、重い障害のある人もグループホームで生活することができるようになりました。また、居宅介護（ホームヘルプサービス）を利用して、アパートなどで自立した生活を送ることもできるようになってきました。

日本も批准している障害者権利条約や、障害者基本法、障害者総合支援法の基本理念は、障害のある人もない人も、ともに同じ地域で生活することができる共生社会の実現をめざすことです。障害のある人がふつうに暮らせる地域づくりを進めるために、介護職は専門職としての立場だけではなく、地域住民の1人としての取り組みも求められるのではないのでしょうか。

② 障害のある人が暮らすための地域づくり

▶▶ 共生社会とはどのような社会か

障害のある人もない人も、ともに同じ地域で生活することができる共生社会とは、具体的にどのような社会でしょうか。共生社会を実現するためには、社会生活において障害のある人となない人を分けないことをめざす必要があります。

障害のある人もない人も、乳幼児期には同じ保育所・幼稚園に通って遊んで育ち、学齢期には同じ学校で学び、卒業したら同じように社会で働いて地域で生活することができれば、障害のある人となない人が分かれずに生活することができます。そのためには、障害のある人が障害者専用の施設や学校に行かないと支援を受けることができないというしくみを見直して、一般の保育所や幼稚園、学校、会社、住居のなかで、障害のある人が必要とする支援が提供される必要があります。

地域づくり まとめ	
ノーマライゼーション	1950年代に生まれた理念。障害のある人となない人がともに生活する社会がノーマル
国際障害者年	1981年。「完全参加と平等」がテーマ
共生社会	障害の有無にかかわらず同じ地域で生活できる社会
現在の動向	施設定員減少・グループホーム増加・居宅介護の活用

3. 地域におけるサポート体制

① 行政、関係機関との連携

▶▶ 役割分担と連携

地域における支援体制を構築していく過程において、行政の果たす責務は重大です。しかし、行政の業務のあり方の基本が申請主義である以上、支援を必要とする人を把握することには限界があります。

このような現状から、行政に代わってアウトリーチを中心に生活実態の把握と課題整理を実施しているのが、相談支援専門員と呼ばれる障害分野の相談支援事業者です。とくに行政から委託を受けた委託相談支援事業者は、行政相談の弱点をカバーしながらきめ細やかな相談支援業務に心がけ、行政相談と委託相談がそれぞれの機能の特長をいかしながら、役割分担して支援を進めています。

また、障害のある人が相談する機関は、行政や相談支援事業者だけではなくありません。日ごろからつながりのある医療・療育・保育・学校・施設・企業などの機関も大切な相談窓口の1つです。障害のある人はそれぞれのおかれている環境やライフステージにより、さまざまな機関につながっています。それぞれで発信された生活ニーズが受けとめられ、課題解決に向けた地域連携が進められていくことも重要です。

▶▶ さまざまな社会資源

社会資源といわれる機能には、医療・保健・福祉・教育・労働分野をはじめとするフォーマルサービスと、当事者団体やボランティア団体等有する機能や、身近な人や地域住民によるインフォーマルサービスが存在しています。自分が所属する機関をはじめ、日常の業務に近いところに存在する社会資源もあれば、かわりがありあまりない社会資源もあります。しかし、いつどのような形でさまざまな社会資源との連携がはじまるか予測がつかません。したがって、日ごろからみずからの地域に存在している社会資源の情報を収集しておく必要があります。

② 地域における「協議会」との連携

▶▶ 地域における「協議会」の活用

2006（平成18）年に施行された障害者自立支援法（現・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法））はさまざまな課題をかかえながらも、障害のある人の自立と共生を目標に推進されてきました。また、目標を達成するために求められている社会連携のための基盤として、地域における「協議会」の設置が2012（平成24）年に法制化されました。

地域に根ざした「協議会」の活動が展開されるかどうかは、今後の地域福祉を構築するのに大きく影響するといわれています。それぞれの地域の実情に応じた施策を考える場が地域における「協議会」であり、みずからの地域に対応できる施策の運用を行うためにも、活性化した活動にしなければなりません。

▶▶ 個別の支援会議による個別ニーズへの対応

地域連携の原点となる課題の中心は、障害のある人一人ひとりの暮らしのなかから出てくる生活ニーズでなければなりません。発信された生活ニーズに対して、きめ細やかに対応することが求められています。

さらに、支援機関がチームを組むことで、支援の継続性と連続性が生まれ、切れ目のない支援体制が構築されることになります。このチームアプローチを生み出しているのが個別の支援会議といえます。この会議は、一人ひとりの生活ニーズにもとづき、地域のさまざまな社会資源がチームを組み、支援に必要な協議・検討を積み重ねて、お互いの役割分担と地域課題を共有する大切な会議です。個別の支援会議は、地域における「協議会」の成功の鍵をにぎる会議ともいわれています。

③ インフォーマルサービスのネットワーク

▶▶ フォーマルサービスの限界

社会資源と呼ばれている多くの機関は、行政であろうと、民間であろうと財源は税金です。これらはフォーマルサービスと位置づけられていますが、よい支援体制をつくっても、フォーマルサービスだけですべての生活ニーズがカバーできるとは限りません。したがって、フォーマルサービスで不足する部分をインフォーマルサービスで補填するという視点が重要となります。インフォーマルな支援として身近な当事者団体やボランティア団体などがなっていることも少なくなく、また有効性も確認されているところです。障害者福祉は当事者や支援者だけが考えることなく、地域住民みんなで考えることを啓発していくことが必要です。

▶▶ 当事者・支援者の輪を住民の輪へ

高齢者福祉や児童福祉は「自分ごと」としてとらえられても、障害者福祉は「他人ごと」と認識している地域住民が圧倒的多数を占めている現実があります。高齢・児童・障害のみならず、何らかの困難があり、生活のしづらさがあれば、地域全体の課題として取り組む姿勢を構築する必要があります。

ノーマライゼーションやインクルーシブな社会の構築に向け、地域住民の意識と身近な具体的支援のネットワークづくりこそ、共生社会への第一歩であり当面の最重要課題でもあります。

④ 相談支援事業等との連携

▶▶ 相談支援事業とは

インクルーシブ社会構築の中心として、相談支援事業者が存在します。相談支援が事業化した歴史は、1990（平成2）年の知的障害分野における「障害児・者地域療育等支援施設事業」が出発点といわれています。2000（平成12）年に施行された社会福祉事業法の改正において、生活支援事業から相談支援事業へ転換され、現在、障害者総合支援法下においては、3障害に対応する総合的な相談支援事業となっています。

2012（平成24）年に施行された障害者自立支援法改正において、サービス等利用計画対象者の拡大、支給決定プロセスの見直し、基幹相談支援センターの設置等がうたわれ、相談支援事業の役割も細分化されました（相談支援事業体制）。いずれの相談支援事業等も「利用者主体」「意思決定の尊重」「権利擁護」がベースにあり、きめ細やかな対応と相談者に寄り添いつづける姿勢が求められています。

サポート体制 まとめ	
相談支援専門員	障害のある人が自立した日常生活・社会生活を送れるよう全般的な相談支援を行う専門職
協議会	障害のある人の地域における自立生活を支援するために関係機関・団体・障害者等が地域の課題を共有し支援体制整備について協議を行う場
個別の支援会議	個人の課題を解決するために課題解決に役割を果たす機関や適切な支援につながる情報をもつ機関が集まる多職種チーム会議
フォーマル／インフォーマル	フォーマル：行政・法人サービス。インフォーマル：当事者団体・ボランティア・地域住民
ICFの活用	医師・看護師・介護職など多職種が連携し、生命・生活・人生の各レベルで一体的に支援

第8章 学習のポイント（第2節）

📌 学習のポイント

- ・ICFは2001年にWHOが採択した国際生活機能分類。生活機能（プラス面）から障害をとらえ、環境因子・個人因子を重視する
- ・生活機能は「生命レベル」「生活レベル」「人生レベル」の3つから包括的にとらえる
- ・アセスメントは情報収集→ニーズ明確化→個別支援計画作成の最初の段階。継続的に実施する
- ・個別支援計画はサービス等利用計画（相談支援専門員）をもとにサービス管理責任者が作成する
- ・同じ障害をもつ利用者でも一人ひとりのニーズ・夢・希望は異なる。個別支援が不可欠
- ・ノーマライゼーションは1950年代に生まれた理念。障害のある人となない人がともに生活する社会がノーマルという考え方
- ・国際障害者年は1981年。テーマは「完全参加と平等」
- ・共生社会の実現に向け、介護職は専門職の立場だけでなく地域住民の一人としても取り組むことが求められる
- ・地域における「協議会」は障害者総合支援法で2012年に法制化。個別の支援会議が協議会の命綱
- ・相談支援事業は「利用者主体」「意思決定の尊重」「権利擁護」がベース

用語解説

用語解説	
ICF（国際生活機能分類）	「International Classification of Functioning, Disability and Health」の略。2001年にWHO総会で採択。ICIDHの改定版として、生活機能と障害の分類法
ICIDH（国際障害分類）	1980年にWHOが発表。障害を機能障害・能力障害・社会的不利の3レベルに分け、マイナス面から整理した分類
相談支援専門員	障害のある人が自立した日常生活や社会生活を送ることができるよう、全般的な相談支援を行う専門職。サービス等利用計画を作成するほか、関係機関との連絡・調整をはかることなどをおもな役割としている
サービス管理責任者	障害福祉サービスを提供する事業所などにおいて、生活支援・個別支援計画作成・職員研修など、サービスの質の担保をになう職種
協議会	障害のある人の地域における自立生活を支援するために、関係機関・団体・障害

	者等やその家族・障害福祉サービス事業者・医療・教育・雇用を含めた関係者が、地域の課題を共有し、地域の支援体制の整備について協議を行う場
個別の支援会議	個人の課題を解決するために、課題解決に役割を果たす機関や適切な支援につながる情報をもつ機関が集まり、個別の支援計画や支援体制をつくる多職種によるチーム会議
社会資源	福祉ニーズを充足するために活用される施設・機関、個人・集団などの総称
ライフステージ	人間の一生において節目となる出来事（出生・入学・卒業・就職・結婚・出産・子育て・退職など）によって区分される生活環境の段階
ノーマライゼーション	障害のある人となない人がともに普通に生活できる社会こそノーマルであるという考え方・理念
国際障害者年	国際連合は、障害者の権利宣言を単なる理念としてではなく、社会において実現するという考えのもとに、1976年の総会において、1981年を国際障害者年とすることを議決した。そのテーマは「完全参加と平等」である