認知症ケアマネジメント　～認知症の人への介護支援～

要介護高齢者の全体を把握する

ケアアセスメントは介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはな

らない。アセスメントは，この｢標準課題分析項目｣を具備すること。

１　健康状態

既往歴、主傷病、症状、痛み等

２　ＡＤＬ

寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等

３　ＩＡＤＬ

調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等

４　認　知

日常の意思決定を行うための認知能力の程度

５　コミュニケーション能力

意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーション

６　社会との関わり

社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等

７　排尿・排便

失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目

８　褥瘡・皮膚の問題

褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目

９　口腔衛生

歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目

10　食事摂取

栄養、食事回数、水分量等

11　問題行動（行動障害，周辺症状，ＢＰＳＤ：行動・心理症状）

暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等

12　介護力

介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等

13　居住環境

住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について

14　特別な状況

虐待、ターミナルケア等

**４　認知障害**

（１）ケアマネジャーの役割

①　認知障害があるかどうかを把握します。

　　②　認知障害を補うために，どのような方法をとることができるのかを判断します。

|  |
| --- |
| ～施　設～  （１）　ケアマネジャー及びケアスタッフの役割  　　①　認知障害があるかどうか，急性か慢性か，慢性なら，その障害を補い，生活の質を高めるためにどのような方法をとることができるのかを判断します。  　　②　認知障害のある入所者に，負担やストレスとならない活動を提供します。  　　③　関わる職員の適切な支援的役割を明らかにします。 |

（２）認知障害把握のポイント

　　①　短期記憶に問題があるか。

　　②　日常の判断力が弱く，支援が必要だったり，判断ができないか。

（３）認知障害

　　認知障害は，最近や昔の出来事を忘れる，錯乱する，言葉を探したり，話を理解する

　のが困難になる，社会生活に適応できなくなるなど，生活のほとんどすべてに影響しま

　す。

|  |
| --- |
| ～認知症～  　後天的な脳の器質的障害により、いったん正常に発達した知能が低下した状態をいい，「知能」の他に「記憶」「見当識」の障害や人格障害を伴った症候群として定義されます。  　以前，治らない場合に使用されていましたが，近年，正常圧水頭症など治療により改善する疾患に対しても認知症の用語を用いることがあります。  　単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や，統合失調症などによる判断力の低下は，認知症には含まれません。頭部の外傷により知能が低下した場合等にも認知症（高次脳機能障害）と呼ばれます。 |

|  |
| --- |
| ～認知症の分類～ １　血管性認知症 　　脳血管性認知症では，障害された部位によって症状は異なり，めまい，しびれ，言  　語障害，知的能力の低下等にはむらがあります。  　　症状が突然出現したり，階段状に悪化したり，変動したりすることがしばしばみら  　れます。また，脳血管障害にかかった経験があったり，高血圧，糖尿病，心疾患など脳血管障害の危険因子を持っていることが多いことも特徴です。更に，歩行障害，手足の麻痺，呂律が回りにくい，パーキンソン症状，転びやすい，排尿障害（頻尿，尿失禁など），抑うつ，感情失禁（感情をコントロールできず，ちょっとしたことで泣いたり，怒ったりする），夜間せん妄（夜になると意識レベルが低下して別人のような言動をする）などの症状が早期からみられることもしばしばあります。  （１）多発梗塞性認知症広範虚血型  （２）多発脳梗塞型  （３）限局性脳梗塞型  （４）遺伝性血管性認知症  ２　変性性認知症  （１）アルツハイマー型認知症  　　　症状は，徐々に進行する認知障害（記憶障害，見当識障害，学習の障害，注意の  　　障害，空間認知機能，問題解決能力の障害など）であり，社会的に適応できなくな  　　る。重度になると摂食や着替え，意思疎通などもできなくなり最終的には寝たきり  　　になる。  　　　階段状に進行する（ある時点を境にはっきりと症状が悪化する）脳血管性認知症  　　と異なり，徐々に進行する点が特徴的。症状経過の途中で，被害妄想や幻覚（とく  　　に幻視）が出現する場合もある。暴言・暴力・徘徊・不潔行為などの問題行動（周  　　辺症状）が見られることもあり，介護上大きな困難を伴う。  （２）前頭側頭型認知症（ピック病）  　　　これらは前頭葉機能の障害による反社会的行動（不作為の法規違反など），常同行  　　動（同じ行動を繰り返す），時刻表的生活、食嗜好の変化などがみられる。  （３）レビー小体病  　　　認知機能障害を必須に，具体的な幻視（子供が周りを走っている，小動物が走り  　　回っているなど），パーキンソン症状，変動する認知機能障害などの症状が見られる。  （４）パーキンソン病  （５）ハンチントン病  ３　感染  （１）クロイツフェルト・ヤコブ病  （２）ＨＩＶ関連認知症  ４　治療可能なもの  （１）慢性硬膜下血腫  （２）正常圧水頭症  （３）甲状腺機能低下症 |

|  |
| --- |
| ～せん妄～  　急性の錯乱状態は，急激に（数時間から数日の間に）意識や行動が不安定になる状態であり，支離滅裂な思考や短期記憶の障害，睡眠覚醒周期の乱れや知覚障害を伴います。原因は通常，感染症，薬剤の副作用，脱水その他の急性期の症状です。  　※　早急に専門医に紹介する必要があります。 |

　　①　人の名前，出来事などを思い出せないといったことは，どの年齢層の人にもあっ

　　　て，特に問題はありません。しかし，認知症の初期の変化に気づくのは難しく，後

　　　になってから「あれが認知症の始まりだった。」と思い起こすことが多いのが実情で

　　　す。

　　②　認知症の初めの時期，多くの家族は対象者の認知能力の変化を認めたがらなかっ

　　　たり，気がつかないことがあります。そのため，生活に支障をきたす状況になって

　　　初めて，家族は認知障害に向き合うことになります。

　　　　この時期には，専門医の診察を受けるための紹介手続き，具体的な対応方法を示

　　　すことが重要になります。

　　③　まずは，以下を把握します。

　　　　認知障害の程度や原因を決定することまでは，ケアマネジャーやケアスタッフが

　　　できることではありません。

　　　ア　認知障害があるか。

　　　イ　それはいつ頃からなのか。

　　　ウ　日常生活のどのようなところに支障がでてきているのか。

　　④　認知障害を把握した場合は，まず，原因を把握するために専門医の診察を受けた

　　　かを確認します。

　　　ア　認知障害が長期（何カ月，何年）にわたり安定，あるいは徐々に進行している

　　　　場合でも，最近診察を受けたか確認する。

　　　イ　受けていなければ，悪化を防いだり，改善可能なこと（薬剤量の変更など）を

　　　　把握するため，受診を勧めます。

（４）認知障害対応の指針

　障害の確認

　認知障害があれば，以下を順に確認します。

　　①　せん妄ではないか確認し，せん妄の可能性が高い場合は専門医の受診を勧めます。

　　　ア　普段と比べて急激な精神状態の変化・変動，異常な行動があったか。

　　　イ　すぐ気が散るなど集中力の問題があったか。

　　　ウ　とりとめのない話をすることがあったか。

　　　エ　ぼーっとしている，うつらうつらしている，過敏になっている，など意識に問

　　　　題があったか。

　　　オ　失見当識があったか。自宅以外にいると思っている，時間や曜日を間違える，

　　　　などの混乱があったか。

　　　カ　最近のことを思い出せなかったり，言われたことを覚えられない，などの記憶

　　　　障害があったか。

　　　キ　実際にはないものが，いたり動いていると思う，などの幻覚か錯覚，思い違い

　　　　があったか。

　　　ク　落ち着きがない，何かをつかむ，指を鳴らす，急に動く，などの異常に活発な

　　　　状態や，のろのろしている，一点を見続けている，ずっと同じ姿勢でいる，など

　　　　の異常に緩慢な状態があったか。

　　　ケ　昼間眠りすぎて夜間不眠症になるなどの睡眠リズムの障害があったか。

　　②　せん妄ではないと判断した場合，最近，認知障害について医師の診察を受けてい

　　　るかどうか確認します。受けていなければ，専門医の受診を勧め，その必要性を説

　　　明します。

　　③　認知障害による生活上の支障や危険性・可能性の把握し，本人や家族の負担を減

　　　らすようなケアサービスを検討して対応します。

　　　ア　認知障害が影響しているＡＤＬなどについて把握します。表６

　　　イ　「電話をかけること」など，もっと上手く行いたいと思っている活動を特定し，

　　　　その方法を検討します。（短縮ダイヤルにする，よくかける電話番号を大きな字で

　　　　書いて電話機のそばに貼っておくなど。）

　　　ウ　利用者の動作・活動をできるだけ改善することと，介護者の身体的・精神的負

　　　　担を軽くする方法を検討し対応します。

表６　ＡＤＬ能力の確認

|  |
| --- |
| ＡＤＬ能力を正しく評価するため，以下のことを確認します。 |
| １：動作を行うときに順番を間違うことはあるか。  　　食事の場合「食べ物を箸でつまみ，口元にもっていき，食べる」，更衣の場合「下  　　着を上着の前に着る」など。  　※皿と箸を本人の前に置いたり，着るものを順番に並べるなどの準備をすることで，  　　身体的な援助はなくても自分で行えるか。 |
| ２：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。 |
| ３：単純な指示でできるか。  　　介護者が「お茶を飲んでください。」というと飲むだろうか。 |
| ４：動作を始めることができるか。  　　いつも使っているもの（箸や歯ブラシなど）を手渡されれば，適切に使い始めるこ  　　とができるだろうか（箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど）。  　※始められない場合，ＯＴ・ＰＴなどの専門家の評価を受ける必要があるか。 |
| ５：動作を１度始めれば，続けることができるか。  　　たとえば，１度食べ始めると食べ続ける。 |
| ６：介護者の身振りを真似ることができるか。  　　利用者と向き合い，眼を合わせて，単純でなれた動作（そでに腕を通す，口に触れ  　　るなど）をすると，真似ることができるだろうか。 |
| ７：身体的な援助を１度すると，動作を続けることができるか。  　　介護者がフォークに食べ物をさし，手に持たせ，腕を誘導して口元に持っていけば，  　　食べ続けることができるか。 |

　できることを判断します

　　　利用者と家族に，できないことばかり尋ねるのではなく，本人が自分でできること

　　は何か，あるいは参加できることは何かを尋ねる。軽度の短期記憶の障害のような物

　　忘れは，安心させたり，それを補う工夫をすることによって対応できる。（たとえば，

　　メモをする，カレンダーを使う，鍵の置き場所を一定にする、など。）

　以下を確認し，援助の必要性を把握します

　　①　ＡＤＬやＩＡＤＬはどのように自立しているか。

　　　　利用者にとってＡＤＬ，特に食事と排泄の自立度を維持することは非常に重要な

　　　ことです。食事も排泄も，その人なりの方法を思い出すような工夫によって改善す

　　　ることがあります。

　　②　認知障害のために怪我をする危険性が大きいか，あるいは徘徊や他者への暴力，

　　　火事など問題となる行動が現われているか。

　　　　そうであれば，適切な安全対策をとるほか，介護者に対するそれらの危険性につ

　　　いての情報提供，環境評価をする機関への照会，身体や家事援助サービスの導入，

　　　行動への対応（セキュリティー，見守り，指示，誘導，言葉がけの方法など）を行

　　　ないます。

　必要な援助をします

　　①　家族が認知障害のある利用者の「世話を焼きすぎる」ことはよくみられることで

　　　すが，それは依存性を増大させ，自尊心も失わせることにつながる可能性がありま

　　　す。

　　　　認知症はゆっくりと進行するため，たとえば，それまでできていたスーパーでの

　　　買い物の支払いが，ある日できなくなるといった事態が起こります。

　　②　失行などにより，一部，行動を代行，援助，介助をする必要があるかもしれませ

　　　んが，高齢者にできる限り長い間，できるだけ多くの動作・活動・参加をしてもら

　　　うことが目標です。

　　③　行動を制限するのは本人の安全性に関わる場合であり，ガス台やストーブの火に

　　　よる火傷，徘徊の末に行方不明になる危険性があるときなどです。

　感情面へ対応します

　　①　軽度や中等度の認知症の高齢者は，自分自身認知能力の低下に対して怒ったり，

　　　落ち込んだり，不安になることがあります。

　　　「アルツハイマー病患者が自分の能力が衰えていくのに気づかない」という昔に言

　　　われていたことは間違っています。

　　②　ケアの目的は，利用者のできる活動をできるだけ把握して維持し，精神的負担，

　　　ストレスを少なくすることです。

　　③　認知症の１０～２５％はうつ状態にあり，認知の症状より早く現れる場合があり

　　　ます。

　　　　認知症のほとんどすべての高齢者に，ある時期行動の問題がみられます。認知症

　　　の人の多くは，妄想症を含めて幻覚や妄想，あるいはその両方がみられます。この

　　　ため，認知障害による記憶障害などの症状，行動障害にともなう感情的な面につい

　　　て，家族も含め，専門医との話し合いや，カウンセリングによって十分に対応する

　　　ことが重要です。

　家族支援を行ないます

　　①　情報提供

　　　ア　まず，本人と家族とともに利用者の行動や能力，家族の役割について現実的な

　　　　評価をして対応します。

　　　イ　利用者の認知障害が重症の場合，家族は極端な選択しか残されていないと感じ

　　　　ることがあります（たとえば，日中行動を制限したり，介護施設に入所させる，

　　　　車の鍵を隠してしまう）。

　　　　　必要なことは，家族に対し，利用者の症状の経過や予後，認知症であればどの

　　　　段階にあるか，などの情報を提供することです。

　　　ウ　アルツハイマー病や血管性認知症などの進行性の認知症の場合，家族は以下の

　　　　情報を必要としています。

　　　　a　今後予想されること

　　　　b　残された記憶や判断力に対して，どのような援助をすればよいか

　　　　c　症状に関すること

　　　　d　さまざまな周辺症状に対する治療やケアの可能性

　　　　e　多発性脳梗塞性認知症の場合家族は，更なる悪化を防ぐための方法（たとえ

　　　　　ば，血圧のコントロール，運動，ストレス解消など）。

　　②　介護者の健康管理

　　　　家族は長期にわたる２４時間の介護を要求されます。このため介護者は自分の健

　　　康管理をしっかりしなければ，自分達も体調を崩す可能性があることを伝えます。

　　③　介護者のストレスを最小限にする

　　　　認知障害の高齢者を介護することは，大きなストレスになりやすいため，認知障

　　　害に合わせた支援や介護，専門医などによるカウンセリングが必要です。短期・中

　　　期の外部サービス利用や関係する本を紹介したりするのも一つの方法です。

～認知症の基礎知識～

|  |
| --- |
| １　中心となる症状  　　認知症の症状は中心となる症状と、それに伴って起こる周辺の症状に分けられます。  　中心となる症状とは「記憶障害」や「判断力の低下」などで、必ずみられる症状です。（１）記憶障害：直近のことを忘れてしまう。同じことを繰り返す。  （２）見当識障害：今がいつなのか、ここはどこなのか、わからなくなる状態。  （３）知能（理解・判断）障害：寒くても薄着のまま外に出る。真夏でもセーターを着て  　　　　いる。考えるスピードが遅くなる。失行・失認・失語  （４）実行機能障害：段取りが立てられない。調理の動は出来ても食べるための調理がで  　　　　きない。失敗したとわかっても修正できない。  ２　周辺症状（ＢＰＳＤ：行動・心理症状）  　　周辺の症状は人によって差があり、怒りっぽくなったり、不安になったり、異常な行  　動がみられたりすることがあります。  （１）妄想  　　　しまい忘れたり、置き忘れたりした財布や通帳を誰かが盗んだ、自分に嫌がらせを  　　するために隠したという「もの盗られ妄想」の形をとることが多い。このような妄想  　　は、最も身近な家族が対象になることが多い。この他に「嫁がごはんに毒を入れてい  　　る」という被害妄想や、「主人の所に女が来ている」といった嫉妬妄想などということ  　　もあります。  （２）幻覚  　　　認知症では幻聴よりも幻視が多い。「ほら、そこに子供たちが来ているじゃないか。」  　　「今、男の人たちが何人か入ってきたのよ」などといったことがしばしば見られるこ  　　ともあります。  （３）不安  　　　自分がアルツハイマー病であるという完全な病識を持つことはないが、今まででき  　　たことができなくなる、今までよりもの忘れがひどくなってきているという病感があ  　　ることは珍しくなく、不安や焦燥などの症状が出現します。また、不安や焦燥に対し  　　て防衛的な反応として妄想がみられることもあります。  （４）依存  　　　不安や焦燥のために、逆に依存的な傾向が強まることがあります。一時間でも一人  　　になると落ち着かなくなり、常に家族の後ろをついて回るといった行動があらわれる  　　ことがあります。  （５）徘徊  　　　認知症の初期には、新たに通い始めた所への道順を覚えられない程度ですが、認知  　　症の進行に伴い、自分の家への道など熟知しているはずの場所で迷い、行方不明にな  　　ったりします。重症になると、全く無目的であったり、常同的な歩行としか思えない  　　徘徊が多くなります。アルツハイマー病に多く、脳血管障害による認知症では多くは  　　ありません。  （６）攻撃的行動  　　　特に、行動を注意・制止する時や、着衣や入浴の介助の際におきやすい。型にはめ  　　ようとすることで不満が爆発するということが少なくない。また、幻覚や妄想から二  　　次的に生じる場合もあります。  （７）睡眠障害  　　　認知症の進行とともに、夜間の不眠、日中のうたた寝が増加する傾向にあります。  （８）介護への抵抗  　　　理由はわかりませんが、認知症の高齢者の多くは入浴を嫌がるようになります。「明  　　日はいる」「風邪をひいている」などと口実をつけ、介護に抵抗したり、衣服の着脱が  　　苦手であること、浴室の床でころぶかもしれないことなど、運動機能や条件反射が鈍  　　くなっているための不安、水への潜在的な恐怖感などから生じると考えられます。  （９）異食・過食  　　　食事をしても「お腹がすいた」と訴える過食がみられたり、食べられないものを口  　　に入れる、異食がみられることがあります。口に入れるのは、ティッシュペーパー、  　　石けん、アイスノンの中身までさまざまです。  （１０）抑うつ状態  　　　意欲の低下（何もしたくなくなる）や、思考の障害（思考が遅くなる）といった、  　　うつ病と似た症状があらわれることがあります。うつ病では、「気分や感情の障害（悲  　　しさや寂しさ、自責感といったもの）を訴えることがあるが、認知症では訴えること  　　は少ないです。 |

**１１　問題行動（行動障害）**

認知症の行動・心理症状

｢ＢＰＳＤ(behagical and psychological symptoms of dementia)｣

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

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

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

　　行動障害のある利用者を把握し，原因とその解決策を検討します。

　　また，行動障害は改善されたとしても，行動を制限してしまっている可能性のあるケ

　アを受けている利用者を把握して対応します。

（２）行動障害把握のポイント

　　①　徘徊がある。

　　②　暴言がある。

　　③　暴行がある。

　　④　社会的不適当な行為がある。

　　⑤　ケアに対する抵抗がある。

　　⑥　行動障害が改善した。

（３）行動障害対応の指針

　　行動障害を，重度のものと比較的容易に対処できるものとに区別することから始めま

　す。次に，行動障害が起こる原因とその解決策に進みます。

　重症度を把握します

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

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

　　①　行動障害を観察します。

　　　ア　一定期間，行動障害の重症度と持続する時間，その頻度と変化を把握します。

　　　イ　行動障害に規則性があったかを把握します。（１日のうちの時間帯，周囲の環境，

　　　　本人と周囲がしていたことに関連など）

　行動障害の規則性を明らかにします

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

　　長期的に観察することで，利用者の行動障害が理解できる場合があります。

　　規則性を把握して，問題の原因に取り組むことで行動障害は軽減したり，消失する可

　能性があります。

　　　ウ　行動障害はいつごろからどのように現れてきたかを把握します。

　　　エ　最近変わったことはなかったか把握します。

　行動障害の影響を把握します

　　　オ　行動障害は利用者本人にとって危険なものか，どのように危険なのかを把握し

　　　　ます。

　　　カ　周囲にとって危険なものか，どのように危険なのか把握します。

　　　キ　1日の中での心身の状態が変わることに行動障害は関係していないか，どのよう

　　　　に関係しているかを把握します。

　　　ク　ケアへの抵抗は行動障害によって現れているのかを把握します。

　　　ケ　対人関係の問題や適応の問題は，行動障害が原因なのかのかを把握します。

　潜在的な原因を確認します

　　行動障害は，急性病気，精神病的な状態と関連することが多い。

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

　　行動障害の原因を探っているうちに，回復可能な対応が見つかり，行動障害が落ち着く場合もあります。

　認知障害との関係を把握します

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

　気分の問題との関係を把握します

　　気分や対人関係の問題は，行動障害の原因になる場合がありますが，原因となる問題が解決されれば，行動障害が落ち着く場合もあります。

　　　コ　行動障害の原因となる，不安障害と攻撃性，うつや孤立と暴言など，気分の問

　　　　題はないか把握します。

　問題行動に影響する対人関係を把握します

　　　サ　対人関係，誰かがいることによって，あるいはいないことによって問題行動が

　　　　起きていることはないか把握します。

　　　シ　他者の考えや行動に対しての妄想があり，攻撃的な行為につながっていない

　　　　か把握します。

　　　ス　最近の身近な人の死亡等が行動障害を引き起こしていないか把握します。

　環境の問題を把握します

　　周囲の環境は利用者の行動に深く影響することが多いため，慎重に検討します。

　　　セ　家族は入所者の慣れ親しんだ日課を尊重しているか確認します。

　　　ソ　騒音や混雑，あるいは部屋の暗さは行動に影響していないか確認します。

**１２　介護力**

（１）　ケアマネジャーの役割

　　①　介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。

　　②　家庭で，新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。

　　③　在宅での生活が続けられるような支援を提案します。

（２）　介護力を把握するポイント

　　①　定期的に介護する介護者がいない

　　②　介護者が，まわりの人に不満を感じている

　　③　介護者が，介護することに負担を感じている

　　④　介護者が，これからも介護を続けることができない

（３）介護力

　　家庭によって環境が様々です。家庭介護が負担なくできているのか，関わっている家

　族のうち誰に負担がかかり，介護が続けられなくなる可能性があるかを把握するのは簡

　単ではありません。

　　家族等の介護は，高齢者の将来の見通しがたたなくなったり，死期が近づいたり，新

　たな病気や怪我が発症した時に，重い負担がかかることになります。介護者の介護負担

　は，介護の責任が重く複雑になったときに起こります。

　　①　高齢者の現在の介護状態と，介護量の増加

　　②　介護者の現在の状態と，介護者の健康状態等の変化

　　③　今までの高齢者と介護者の間の関係，愛情

　　④　介護者が予測していた高齢者の変化，予測していなかった変化

　　⑤　介護の役割を分担できる在宅サービスがあるか

　介護力問題の整理

　　①　ケアを適切に提供できない家族を把握します。

　　　　この場合，在宅サービスを利用したり強化しなければ，利用者に必要な介護を行

　　　うのは難しくなります。

　　　　介護が必要な高齢者への介護は，家族でも介護保険のサービス事業者でも誰が行

　　　っても良いのです。

　　②　なぜ家族は対応できないのか，どのＡＤＬや精神的支援・介護が負担になってい

　　　るのか，また，この状況を解決するにはどのようにすればよいか手順を明らかにし

　　　ます。

　　③　目標は，改善可能な介護，あるいは代りにできる介護を把握することです。

（４）介護力対応の指針

　　介護負担（下記の項目を参照）が認められれば，介護の改善，家族の代替介護を検討

　し，どの部分の介護を補えば負担が軽くなり，在宅生活が続けられるかを把握して提案

　します。

　　①　家族は，自分たちで対応できるかを疑問に感じている。

　　②　介護者は，今以上の役割を担うことができない。

　　　　毎日介護のために訪問することや特別な介護に対応できない。トイレ介助のよう

　　　な基本的な介助ができないなど。

　　③　介護を分担して行っていたが，これからは十分でない，対応できない。

　　④　家族は，今後とも高齢者の状態がどんどん悪くなると思っている。

　　⑤　周囲に迷惑をかける問題行動がある。

　　⑥　介護者は，周りの助けが適切でないと思っている。

　　⑦　介護者は，穏やかな環境での介護を提供できない。

　　⑧　高齢者の介護度が重度である。

　　　　認知やコミュニケーションの障害も重度である場合，その度合いが高まります。

　　⑨　介護者の健康状態が悪く，介護に支障がある。

2012.12.28. 宮城県ケアマネジャー協会　小湊 純一。