

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

特別養護老人ホーム等に従事する看護職員の資質向上
のための研修体制の構築に関する調査研究事業

報告書
(テキスト編)

平成 26 (2014) 年 3 月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

テキスト編

施設に従事する看護職員が習得すべき知識と技能に関する研修会 テキスト

目 次

■介護保険制度と看護職員の役割②	1
■高齢者の心身の理解	5
■認知症高齢者の理解と看護の実際	12
■介護事故防止	40
■急変時の対応	54
■看取りケアの推進-エンド・オブ・ライフケアにおける看護職員の役割	61
■高齢者介護施設における感染対策	67

※介護保険制度と看護職員の役割①に関するテキストは含まれておりません。

■介護保険制度と看護職員の役割②

<概要>

- 医師がほぼ不在に近い状態のなかで、看護職員の役割は病院とは大きく異なっていることを理解する必要がある。
- また介護保険施設では多職種が働いている。これらの職員は個々にケアをするのではなく、情報共有・連携のうえ、チームとしてケアをすることが介護保険施設としては大切である。

介護保険施設、とりわけ特別養護老人ホームにおいては医師がほぼ不在に近い状態の中で看護師の果たす役割大きい。重度化する高齢者の医療ニーズへの対応、又看取りをしなければならない状況、更にオンコール体制を強いられている現状に於いては、法的定数はあまりにも少なく、現場の看護職に取っては、過酷な状況である。故に定着率も低いのは否めないと思える。

過去の風潮のまま、特別養護老人ホームは夜勤やオンコールが無いと安易に自己判断し就職してくる看護師もまだ見受けられているのが実情との報告もある。(特養の看護管理者) そのような状況の中に於いても施設は動いている訳である。

上記を踏まえ、介護保険施設等における看護職員の役割「生活の場」で提供される看護の特徴をここでは整理してみた。

○介護保険施設等における看護職員の役割

- *入居者の健康管理（生活のリズムの調整）
- *医療必要度（治療の有無）判断（フィジカルアセスメント）・・・医師への病状の提供で適切な指示を得る
- *摂食・嚥下ケア
- *褥瘡ケア
- *排泄ケア
- *服薬管理
- *緊急時の対応
- *看取り期のケア
- *認知症ケア
- *看護学生指導
- *介護福祉士への医療知識習得への支援

○「生活の場」で提供される看護の特徴

- *フィジカルアセスメント能力の向上（入居者の普段の健康状態の把握）
- *入居者の病歴把握し再発予防と異常の早期発見
- *入居者のADL機能の評価と維持向上のための援助
- *正しいポジショニングケア（誤嚥予防・褥瘡予防のため）
- *感染管理（予防）・面会者への啓蒙活動と家族指導
- *転倒・転落等への事故防止のための環境整備への配慮
- *配置医師への適切な状況報告と必要時には、家族への状況説明
- *栄養状態の把握・水分管理等の状況把握と対策
- *看取り（生活の延長上）特養に於いての出来る範囲を家族に理解してもらう。
- *認知症のある方への理解と援助

○組織の理解と多職種による支援

組織の理解に於いては個々の施設の理念・基本方針・事業計画（長期・中期・短期）を職員に理解し浸透させ具体的行動計画に迄下ろす事が重要である。

ある施設では、一年間の目標・実績・評価・次年度への課題、また一年間の研修受講状況と資格取得状況の情報の記録ファイル「キャリア アップファイル」一人1冊を配布している。本人はもとより管理者。充実させることは施設全体の介護・看護の質の向上が図れると考える。（別紙参照）

- *介護職員は入居者の日常生活の支援（食事・排泄・入浴・更衣・趣味、娯楽・買い物等）
- *看護職は健康管理への支援
- *理学療法士・作業療法士は日常生活動作維持のための生活リハビリ支援
- *管理栄養士は個々の病態・栄養状態に合わせて食事提供

上記職種の役割を個々にケアをするのではなく、それぞれが連携する為のカンファレンスを通し、情報共有の上、チームとして一人一人の入居者の対してケアをすることが介護施設に於いては大切である。

また各委員会に於いても、メンバーが多職種構成であれば、色々な角度からの考察が可能となり其々の能力が有機的に発揮されると考える。

■高齢者の心身の理解

<概要>

- | |
|--|
| ○高齢者は生活機能が低下するとともに、心身機能も低下してくる。ケアにあたっては高齢者特有の症候群や疾患について把握しておく必要がある。 |
| ○高齢者のヘルスアセスメントでは、多角的な視点が欠かせない。加齢によって起こる一般的な変化をベースに、個々の入居者の身体的、心理的、社会的要素とその人の長い人生経験を加味したアセスメントが必要となる。 |

1. 高齢者の心身の特徴とよくみられる疾患

高齢者とは一般に 65 歳以上の人を指すが、65 歳になったばかりの人もいれば 100 歳を超える人もいるように、年齢層が幅広い。このため、加齢変化の個人差が大きいだけでなく、同じ時代を生きていてもそのときの年齢が異なるので、経験やとらえ方も変わってくる*。また、ひとりの人の中に、健康な部分とそうでない部分が混在しているのも高齢者の特徴である**。

このように、「何重にも個人差の衣を着ている」¹⁾のが高齢者の特徴であり、多角的な視点でその人をみていく必要がある。

* 第二次世界大戦を例にとると、今の 90 歳代は成人しており出征経験などがある一方で、70 歳代は子どもであり学童疎開などを経験している。

** 認知症はあるが運動機能は低下していないなど。

(1) 4つの力の低下

高齢者は心身の安定を保つために人間に備わっている4つの力が低下する。このため、疾病になりやすい・悪化しやすいことに加え、疾病は治っても生活機能が低下することも多い。

適応力の低下：生体内部と外部の変化に対して、一定の状態を保とうとする力の低下

防衛力の低下：有害刺激や異物の侵入を阻止・排除する力の低下

予備力の低下：負荷がかかった場合に備えている余剰な力の低下

回復力の低下：一度変化した状態から本来の姿にもどろうとする力の低下

(2) 高齢者の心身機能の変化

高齢者は加齢にともない心身にさまざまな変化が起こる。特に、特養で暮らしているような心身が非常に脆弱な高齢者に対しては、それらの変化を踏まえたアセスメントとケアが必要である。

①呼吸器系

・肺の弾力性の低下、胸郭を動かす肋間筋の脆弱化により、十分なガス交換が行われにくい
・咳嗽反射や線毛運動が低下するため異物除去や喀痰しにくくなり、誤嚥性肺炎を起こしやすい

②循環器系

・心筋の細胞数が減少して線維化が進むため、心拍出量が低下する
・刺激伝導系の線維化により、不整脈がおこりやすい
・動脈壁の肥厚・硬化のため、収縮期血圧が上昇して拡張期圧が低下しやすい
・弁膜の石灰化により弁の閉鎖不全が起こりやすく、心不全のリスクが高まる
・血圧の変化をとらえる圧受容器の感度が低下するため、起立性低血圧をおこしやすい*

* 寝起きや排泄や入浴、食事の後に起こる場合が多く、転倒・転落の原因にもなる

③消化器系

口腔；舌の運動能力と唾液分泌量の低下、歯牙欠損により咀嚼能力が低下しやすい
喉頭；位置が下降するため*、嚥下時の喉頭蓋の閉鎖が不完全となりやすく、誤嚥のリスクが高まる
食道；蠕動運動が低下し食塊の通過に時間がかかる。下部食道括約筋の脆弱化に円背が加わると、胃が圧迫されて胃食道逆流**がおこりやすい
胃；胃液分泌と運動機能の低下により、消化不良や胃内容物の停滞時間が長くなる
小腸；粘膜・筋層の萎縮により消化吸収能力や蠕動運動が低下する 腸内細菌叢のバランスがくずれやすい（善玉菌<悪玉菌となりやすい）***
大腸；蠕動運動が低下して腸内停滞時間が長くなるため、水分吸収がすすんで便秘になりやすい

* 70歳代では男性で10mm、女性で4mm下降する²⁾

** 胃食道逆流は誤嚥性肺炎のリスク因子である

*** 絶食や抗生剤の投与は腸内細菌叢のバランスをさらに悪化させる

④腎泌尿器系

腎臓；尿濃縮能が低下し、薄い尿が大量に排出される* 尿中に排泄されるナトリウムが増え、低ナトリウム血症になりやすい** 抗利尿ホルモンの夜間分泌量が減り、夜間尿量が増える 赤血球産生をうながすエリスロポエチンの分泌が低下するため、貧血になりやすい
膀胱；排尿筋が弱まるため蓄尿困難と尿の排出力低下が起こる***
尿道；萎縮するため尿失禁や尿道炎を起こしやすい

* このため水分摂取量が低下すると容易に脱水になる

** 特にループ利尿薬（商品名；ラシックスなど）を服用している場合は、より低ナトリウム血症を起こしやすい

*** 頻尿、尿失禁、尿勢低下、排尿後尿滴下などの下部尿路症状がよくみられる

⑤生殖器系

前立腺；肥大により残尿の増加や溢流性尿失禁を起こしやすい*
子宮；骨盤底筋群が弱まるため、子宮下垂、子宮脱を起こしやすい**
膣；萎縮による膣炎や分泌物低下による外陰部掻痒症になりやすい

* 溢流性尿失禁は、腎機能低下の誘因となるため速やかな対応が必要である

** 子宮だけでなく直腸、尿道、膀胱なども脱出しやすい

⑥運動器系

・白筋が萎縮して瞬発力が低下する
・平衡機能が低下して姿勢バランスを保ちにくい
・関節軟骨の弾力性が低下することで、痛みが生じやすい
・神経伝達速度の低下により、「動きだし」が遅くなる
・女性は骨量が低下し、骨粗鬆症になりやすい

⑦感覚器系

視覚；水晶体の硬化による老視や水晶体の混濁による白内障が起こる 明暗順応（特に暗順応）が低下する*
聴覚；高音域の聞こえが悪い感音性難聴になりやすいが、耳垢閉塞による伝音性難聴が起こる場合もある
味覚；味蕾の減少により低下しやすいが、舌苔や薬物（抗がん剤など）が味覚の低下・異常の原因となる場合もある
嗅覚；嗅細胞の減少により、においの識別が難しくなる

* 明るい室外から暗い室内に入ったときや夜間中途覚醒時などに周りがよく見えないなどの現象が起こる

⑧外皮系

・表皮が薄くなるとともに真皮との結合力が弱まり、わずかな刺激でも表皮剥離する
・皮脂腺や汗腺の機能低下によりドライスキンとなり、皮膚のバリア機能が低下する*
・皮膚の回転周期（ターンオーバー）が遅くなり、創傷治癒に時間がかかる
・体温調節機能や知覚（触覚など）が鈍くなる
・爪は肥厚や縦溝が入りやすくなり、もろく割れやすい

* 異物が表皮から侵入しやすくなり感染、アレルギーなどが起こりやすい

⑨心理面

・新たに覚えたり学習する流動性知能は低下するが、経験や学習の積み重ねで獲得される結晶性知能は維持される
・老化や疾病による自分自身の ADL 低下や親しい人の死などの喪失体験が重なり、抑うつ的になりやすい
・環境の変化や体調が悪化したときにせん妄を起こしやすい

（3）老年症候群

老年症候群は「高齢者に多い、あるいは特有な症状所見の総称」³⁾である。その症状は 50 を超えるとも言われているが、代表的なものを表 1 に挙げる。

これら老年症候群は年齢を重ねるにつれ増加し、1)それぞれの症状が密接に関係する、2)治療だけでなくケアが予防や回復に重要な役割を果たすことが特徴である。

表 1 高齢者の主要な症候（文献 4 を一部改変して引用）

身体症状	精神症状・その他
骨粗鬆症、骨関節変形、骨折、転倒、夜間頻尿、尿失禁、便秘・下痢、脱水、発熱、低体温、浮腫、肥満・るい瘦、低栄養、褥瘡、喘鳴、喀痰・咳嗽、呼吸困難、手足のしびれ、間欠性跛行、動脈硬化、不整脈、痛み、出血傾向、吐血・下血、言語障害、聴覚視力障害	意識障害、せん妄、抑うつ、認知症、不眠、ADL 低下

(4) 高齢者によくみられる疾病

表 2 に高齢者に頻度が高い疾病を挙げた。高齢者は認知症などのために症状を訴えにくかったり、同じ疾患でも成人に比べると症状の現れ方が多彩であることに注意が必要である。

表 2 高齢者に頻度が高い疾病 (文献 5 を一部改変して引用)

精神神経疾患	脳血管障害 認知症関連疾患 パーキンソン病
呼吸器疾患	肺炎 慢性閉塞性肺疾患 肺結核 肺がん
循環器疾患	うっ血性心不全 虚血性心疾患 高血圧症 不整脈
消化器疾患	消化性潰瘍 胃食道逆流症 薬剤誘発性消化器障害 消化器悪性腫瘍
腎泌尿器疾患	慢性腎不全 前立腺がん
内分泌代謝疾患	糖尿病 甲状腺疾患 高脂血症
骨運動器疾患	骨粗鬆症 慢性関節リウマチ
血液免疫疾患	多発性骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群

<引用文献>

- 1)山崎智子監修,井上郁編著:「明解看護学双書 6 老年看護学」,p.9,金芳堂,2004.
- 2)田中靖代:「食べるって楽しい!看護・介護のための摂食・嚥下リハビリ」,p.29,日本看護協会出版会,2001.
- 3)日本老年医学会編:「老年医学テキスト改訂第3版」,p.66,メジカルビュー社,2008.
- 4)前掲書 3)p.67.
- 5)前掲書 3)p.25.

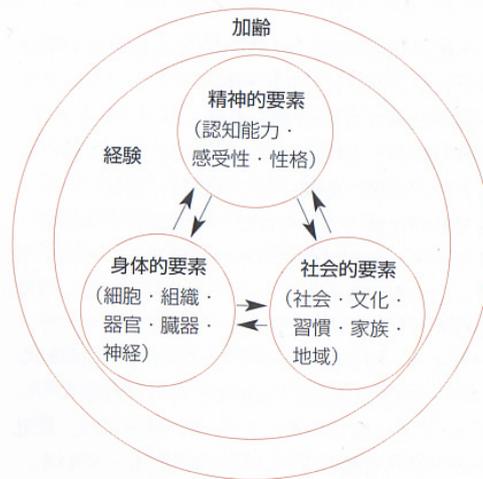
<参考文献>

- ・日本老年医学会編:「老年医学テキスト改訂第3版」,メジカルビュー社,2008.
- ・北川公子ほか:「系統看護学講座専門分野Ⅱ 老年看護学」,第7版,医学書院,2010.
- ・堀内ふき,大淵律子ほか:「ナーシンググラフィカ 26 老年看護学—高齢者の健康と障害」,第2版,メディカ出版,2008.

2. ヘルスアセスメント

特養入居者の重度化が進んでいる昨今では、高齢者の身体をみるフィジカルアセスメントへの関心が高まっている。しかし、入居者を全人的にみる「ヘルスアセスメント」という多角的な視点が欠かせない(図1)。高齢者に健康障害が起きた場合は、慢性的な経過をたどることや何らかの障害を残すことが多いことに加え、心理/社会的環境が健康状態や生活に大きく影響するからである。ゆえに、1.で述べたような加齢によって起こる一般的な変化をベースに、個々の入居者の身体的、心理的、社会的要素にその人の長い人生経験を加味したアセスメントが必要となる。

図1 高齢者の特徴の多重性(文献1より引用)



(1) 情報収集の留意点

①介護職員からの情報収集

アセスメントに必要な多くの情報はケアを行いながら得られるものである。特養では入居者に直接ケアを提供するのは介護職員であることが多いが、そのような機会に可能な限り関わることが重要である。ケアに同行することが難しい場合は、介護職員から情報収集するが、何が必要な情報でなぜそれが必要かをしっかり伝え、1つひとつ順を追って、ていねいに問いかけることが、的確な情報を集めるためには重要である。

②日常的な場面からの情報収集

簡単な質問や何気ない場面からも心身のさまざまなデータを得られることにも留意したい。例えば、「靴を脱いでください。」とこちらが指示しただけでも、相手の聴力や理解力、靴の脱着に必要な身体能力(指先の動きや前屈ができる柔軟性など)、足の形態(外反母趾の有無など)、適切な靴を履いているかなど、さまざまな情報が得られるのである。

③家族などからの情報収集

特養の入居者は重度認知症により、コミュニケーションが取りにくい場合も多い。この

ため、心理社会的な側面や歩んできた人生や価値観などを本人に尋ねることは難しく、家族をはじめとする周囲の人々からこれらの情報を集めていくことが必要である。毎日のケアに直接関係しないとも捉えられがちなこれらの情報は、その入居者の生活の質、さらには最期の迎え方に大きく影響する大切なものである。

(2) アセスメントの枠組み

アセスメントの枠組みには、個人の身体・心理・社会的要因および生活行動*をベースに、その人が抱える疾患と老年症候群に代表されるような機能障害を加えた視点が必要である。そして、それらがどのように影響しあっているかを分析していくが、その際には問題を明確化するだけでなくその人の持てる力（潜在能力）にも注目することが重要である。

*入居者の生活行動を構成する要素には、1)活動、2)睡眠、3)食事、4)排泄、5)清潔、6)整容、7)コミュニケーションなどがあげられる。

<引用文献>

1)山崎智子監修,井上郁編著：「明解看護学双書 6 老年看護学」,p.15,金芳堂,2004.

<参考文献>

- ・マテソン A.メアリー他/小野寺杜紀ほか：「看護診断にもとづく老人看護学 1 老人看護学の基礎」,医学書院,1988/1992.
- ・山田律子他編：「生活機能からみた老年看護過程」,医学書院,2008.
- ・山崎智子監修,井上郁編著：「明解看護学双書 6 老年看護学」,金芳堂,2004.

■ 認知症高齢者の理解と看護の実際

<概要>

○認知症の定義や原因を知るとともに、区別すべき病態について把握しておくことが必要である。
○認知症の症状および経過、治療方法について把握することが必要である。
○認知症の人への看護は、認知症の人の生命、生活の質、尊厳を尊重し、認知症の発症から終末期に至る病状管理ならびに療養生活環境を提供する看護実践が必要である。
○認知症の人が特別養護老人ホームで心身の安定を保ち、その人らしく生活するためには、家族をケアチームの一員として位置づけ、積極的なかかわりを持ち続ける工夫が必要である。
○超高齢社会では、高齢者や認知症の人の心身の特徴に配慮した擁護者としての看護職の役割発揮がますます求められる。

1. 認知症の医学的理解

(1) 認知症の定義¹⁾

代表的な認知症の診断基準には、世界保健機関による国際疾病分類第10版（ICD-10）や米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル、改定第3版（DSM-III-R）および第4版テキスト改訂版（DSM-IV-TR）がある。ICD-10による認知症の定義は「通常、慢性あるいは進行性の脳の疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、概念、理解、計算、学習、言語、判断など、多数の高次脳機能の障害からなる症候群」とされており、表1のように要約される。DSM-IV-TR（表2）では各認知症の基準の共通項が認知症の診断基準に相当する。

表1 ICD-10による認知症診断基準の要約

G1. 以下の各項目を示す証拠が存在する。

1) 記憶力の低下

新しい事象に関する著しい記憶力の減退、重症の例では過去に学習した情報の想起も傷害され、記憶力の低下は客観的に確認されるべきである。

2) 認知能力の低下

判断と思考に関する能力の低下や情報処理全般の悪化であり、従来の遂行能力水準からの低下を確認する。

1)、2)により、日常生活動作や遂行能力に支障をきたす。

G2. 周囲に対する認識(すなわち、意識混濁がないこと)が、基準G1の症状をはっきりと証明するのに十分な期間、保たれていること、せん妄のエピソードが重なっている場合には認知症の診断は保留。

G3. 次の1項目以上を認める。

1) 情緒異変性

2) 易刺激性

3) 無感情

4) 社会的行動の粗雑化

G4. 基準 G1 の症状が明らかに 6 か月以上存在していて確定診断される。

(出典) World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva: World Health Organization; 1993.

表 2 DSM-IV-TR による認知症新案基準の要約

A. 多彩な認知障害の発現。以下の 2 項目がある。

1. 記憶障害(新しい情報を学習したり、以前に学習していた情報を想起する能力の障害)

2. 次の認知機能の障害が 1 つ以上ある:

a. 失語(言語の障害)

b. 失行(運動機能は障害されていないのに、運動行為が障害される)

c. 失認(感覚機能が障害されていないのに、対象を認識または同定できない)

d. 実行機能(計画を立てる、組織化する、順序だてる、抽象化すること)の障害

B. 上記の認知障害は、その各々が、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、また、病前の機能水準から著しい低下を示す。

C. その欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではない。

(出典) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

(2) 認知症の原因²⁾

認知症や認知症様症状をきたす疾患は多く、その病態は極めて多彩である(表 3)。歴史的に認知症は進行性で非可逆性の経過を意味したが、ICD-10 および DSM-IV-TR には予後に関する項目はなく、認知症の経過は進行性、不変、改善のいずれかの経過を呈し得る。このようななか、正常圧水頭症(突発性、続発性)、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、脳内感染症、脳血管炎症候群、ビタミン欠乏症、甲状腺機能低下症、副甲状腺疾患(機能低下、機能亢進)、血糖異常(高血糖・低血糖)、肝疾患(肝性脳症)、腎疾患(尿毒症、透析脳症)、肺性脳症、電解質異常症、薬物性、アルコール性、金属中毒、低酸素脳症等のように、早期の診断と適切な治療・処置により治すことができる病態も多くなってきた。これらは認知症を診断するうえで第一段階に鑑別すべき病態であり、治療可能な認知症という概念として扱われるようになった。

表 3 認知症や認知症様症状をきたす主な疾患・病態

1. 中枢神経変性疾患

アルツハイマー病

前頭側頭型認知症

レビー小体型認知症/パーキンソン病

進行性核上性麻痺

大脳皮質基底核変性症

ハンチントン病

9. 内分泌機能異常症および関連疾患

甲状腺機能低下症

下垂体機能低下症

副腎皮質機能低下症

副甲状腺機能亢進または低下症

クッシング症候群

反復性低血糖

嗜銀顆粒性認知症	その他
辺縁系神経原繊維型認知症	10. 欠乏性疾患、中毒性疾患、代謝性疾患
その他	慢性アルコール中毒(ウェルニッケ・コルサコフ症候群、ペラグラ、マルキアファーク・ビニヤミ病、アルコール性)
2. 血管性認知症 (VaD)	一酸化炭素中毒
多発梗塞性認知症	ビタミン B12 欠乏、葉酸欠乏
戦略的な部位の単一病変による VaD	薬物中毒
小血管病変性認知症	A) 抗癌薬(5-FU、メトトレキサート、カルモフル、シタラビン等)
低灌流性 VaD	B) 向精神病薬(ベンゾジアゼピン系、抗うつ薬、抗精神病薬等)
脳出血性 VaD	C) 抗菌薬
慢性硬膜下血腫	D) 抗痙攣薬
その他	金属中毒(水銀、マンガン、鉛等)
3. 脳腫瘍	ウィルソン病
原発性脳腫瘍	遅発性尿素サイクル酵素欠損症
転移性脳腫瘍	その他
がん性髄膜腫	11. 脱髄性疾患等の自己免疫性疾患
4. 正常圧水頭症	多発性硬化症
5. 頭部外傷	急性散在性脳脊髄炎
6. 無酸素あるいは低酸素脳症	ベーチェット病
7. 神経感染症	シーグレン症候群
急性ウイルス性脳炎(単純ヘルペス、日本脳炎等)	その他
HIV 感染症(AIDS)	12. 蓄積症
クロイツフェルト・ヤコブ病	遅発型スフィンゴリポドーシス
亜急性硬化性全脳炎・亜急性風疹全脳炎	副腎皮質ジストロフィー
進行麻痺(神経梅毒)	脳腱黄色腫症
急性化膿性髄膜炎	<u>ニューロンセロイド脂褐素症</u>
亜急性・慢性髄膜円(結核、真菌性)	糖原病
脳腫瘍	その他
脳寄生虫	13. その他
その他	ミトコンドリア脳筋症
8. 臓器不全および関連疾患	進行性筋ジストロフィー
腎不全、透析脳症	ファール病
肝不全、門脈肝静脈シャント	その他
慢性心不全	
慢性呼吸不全	
その他	

(出典)日本神経学会(監修)「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会(編):第1章認知症の定義,概要,経過,疫学,認知症疾患治療ガイドライン2010, p5, 医学書院, 2010.

(3) 認知症と区別すべき病態

①せん妄と認知症の区別すべき要点 (表4)

せん妄は、身体疾患や外傷、薬物、手術、心理的ストレス、環境の変化などが引き金となって一時的に意識が曇り、記憶障害や見当識障害が起こった状態で、幻覚や妄想、行動障害を呈することがある。認知症と類似した症状を呈するため、認知症と最も間違われやすい病態だが、せん妄の発症は急激で、症状が一日の中でも動揺し可塑性であるという特徴をもつ。せん妄症状は適切な治療とケアにより消失するが、ひと目でせん妄と認知症を区別することは難しいが、認知症とせん妄の臨床病態の違いを理解し、入所者に現れている症状や発症経過をよく観察して見極める必要がある。

表4 せん妄と認知症の区別すべき要点

	せん妄	認知症
発症	急激	緩徐
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
持続	数日～数週間	永続的
身体疾患	合併していることが多い	時にあり
薬剤の関与	しばしばあり	なし
環境の関与	関与することが多い	なし

(出典)日本神経学会(監修)「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会(編):第1章認知症の定義,概要,経過,疫学,認知症疾患治療ガイドライン2010,p7,医学書院,2010.

②うつ状態と認知症の区別すべき要点 (表5)

老年期特有の身体的ならびに社会心理的な縮小・喪失体験がストレスとなり、うつ状態を呈することがある。具体的には、脳・身体機能の低下や疾病、引退などによる社会的役割や経済的縮小、家庭内葛藤、家族の減少や友人・配偶者の死別に伴う孤独感などが誘因となり、気分が落ち込み、気力や意欲がなくなり、注意集中困難となるために頭に情報が入りにくい、あるいはもの覚えが悪くなることがある(仮性認知症)。しかし、このようなうつ状態に伴う記憶力の低下は一過性で、基本的にうつ状態の改善とともに寛解される。

表5 うつ状態と認知症の区別すべき要点

	うつ状態	認知症
発症	発症の日時あるいは程度明解	発症は緩徐なことが多い
経過	発症後、症状は休息に進行し、日内・日差変動を認める	経過は一般的に緩徐で、変動が少ないことが多く、一般に進行性
持続	数時間～数週間	永続的
ものわすれの訴え	強調する	自覚がないこともある

自己評価	自分の能力低下を嘆く	自分の能力低下を隠す
言語理解・会話	困難でない	困難である
答え方	質問に「わからない」と答える	誤った答え、作話やつじつまを合わせようとする
症状の内容	最近の記憶も昔の記憶も同様に障害	昔の記憶より最近の記憶の障害が目立つ

(出典)日本神経学会(監修)「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会(編):第1章認知症の定義,概要,経過,疫学,認知症疾患治療ガイドライン2010, p7, 医学書院, 2010.

③加齢によるもの忘れと認知症の区別すべき要点(表6)

多くの高齢者では加齢に伴い生理的なもの忘れが生じる。生理的なもの忘れは脳の正常な老化の過程に伴い、精神機能が以前に比べて低下した状態であり、進行は緩徐で見当識は保たれるなど、認知症による症状とは異なる高齢者は加齢にともない心身にさまざまな変化が起こる。特に、特養で暮らしているような心身が非常に脆弱な高齢者に対しては、それらの変化を踏まえたアセスメントとケアが必要である。

表6 加齢によるもの忘れと認知症の区別すべき要点

	加齢によるもの忘れ	認知症
原因	加齢により生じる	病気により生じる
記憶障害	とっさに思い出せない 体験の一部を忘れる ヒントを与えられると思い出せる 時間や場所などは正しく認識できる	経験自体を忘れる 新しい出来事を記憶することができない ヒントを与えられても思い出せない 時間や場所などの認識が困難
日常生活	支障がない	支障が生じる
精神症状や行動障害	なし	伴うことが多い
自覚(病識)	あり	なし

(出典)得居みのり(著),中島紀恵子(編):認知症の病態と治療,新版認知症の人々の看護, p58, 医歯薬出版株式会社, 2013.

(4) 日本の認知症で頻度の高い疾患

日本ではアルツハイマー病が最も多く、次いで血管性認知症やレビー小体型認知症の頻度が高いと報告されている。

①アルツハイマー病

1907年にアロイス・アルツハイマーが51歳頃から記憶力低下・失見当識を進行性に呈した女性の剖検脳に、神経原線維変化が出現するとの報告を行ったことが病名の由来になっている。当初は初老期に発症する初老期性認知症の一つとされていたが、その後、老年期に発症する老人性認知症と言われていた疾患が、病理学的にアルツハイマー病と同様の変化を呈することが示され、これらを総称してアルツハイマー病あるいはアルツハイマー型認知症と呼ぶようになった。脳の病理学的所見は、脳萎縮、神経細胞の脱落、老人斑・神経原線維変化の出現を特徴としている。発症・進行は緩徐で、多くの場合、記憶障害から始まり、見当識障害、言語障害、構成障害、失行、失認がそれに引き続いて生じる。病期の進行に伴い、日常生活の障害が目立つようになり、末期では筋緊張の亢進やミオクロームスなどの神経症候を認めるようになる。

②血管性認知症

血管性認知症とは脳血管の狭窄や塞栓による虚血性変化、あるいは脳血管の破綻に伴う出血が原因で発現する複数の症候群の総称であり、脳梗塞によるものが最も多いとされている。脳梗塞による血管性認知症は、大脳皮質型、皮質下型、局在病変型の3群に分類されており、障害部位によって症状は異なる。

- (1) 大脳皮質型：失語、失行、失読・失書、脱抑制、無為・無気力、記銘力低下など
- (2) 皮質下型：判断力低下、注意力低下、性格変化、無為・無気力など
- (3) 局在性病変型：急性発症の傾眠、健忘、無為、意欲・自発性低下など

③レビー小体型認知症

1976年に小阪らが中枢神経系に多数のレビー小体が出現し、進行性の認知症とパーキンソン症状を主症状とする変性性認知症疾患を報告したことから、びまん性レビー小体病と名付けられた。その後、名称や概念の混乱に伴い、国際会議 DLB International Workshop を経てレビー小体を伴う認知症と呼ぶことが提唱された。欧米ではアルツハイマー病に次いで多い老年期の変性性認知症疾患である。発症・進行は緩徐で、アルツハイマー病と同様に記憶障害、見当識障害、言語障害、構成障害、失行、失認が生じる。アルツハイマー病に比べると記憶障害は軽微だが、視覚認知障害および視覚構成障害が強い傾向にある。精神症状としては幻視が出現し、神経症候としては病初期よりパーキンソン症状を呈する。また、夢にあわせて声をあげたり、歩いたりするなどの REM 睡眠行動障害を高頻度に示すことから、せん妄との鑑別に注意を要する。

(5) 認知症の症状

認知症疾患で認められる症状は大きく 3 つに分けられる。1 つは、記憶障害、言語障害などの認知機能障害（中核症状）であり、1 つは幻覚、妄想、徘徊などの行動・心理症状（(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia:BPSD)、最後の 1 つは、パーキンソン症候、歩行障害などの神経症候である。

①認知機能障害（中核症状）

認知症疾患でよくみられる認知機能障害には記憶障害、見当識障害、言語障害、構成障害、注意障害、視覚認知障害、行為障害、実行機能障害などがある。

1) 記憶障害

ほとんどすべての認知症疾患において中心となる症状として記憶障害を認める。記憶障害は大きく前向健忘と逆向健忘に区別される。前向健忘は新しい事実や事件を覚えることの障害であり、逆向健忘は以前の経験の再生ができなくなる障害である。アルツハイマー病の記憶障害の中心は前向健忘であり、過去の記憶は比較的保たれているが、認知症の進行とともに逆向健忘も強くなる。

2) 見当識障害

見当識は環境の中で自己を位置づける認知機能であり、時間、場所、人に分類される。

- a) 時間の見当識：年月日、時間、曜日、季節を含む
- b) 場所（空間）の見当識：自己の置かれた空間や地誌の定位をいう
- c) 人物の見当識：自分と他者に分けられる

見当識の強い入所者では、時間の見当識障害のため夜中に起きて出かけようとしたり、場所の見当識障害のため施設であることがわからず旅館にいるかのような行動をとったりする。また、記憶障害が軽度であるにもかかわらず、家族を他人と思い込み、まるで他人に話しかけるような言葉遣いで話をしたり、自宅にいるにもかかわらずここは自分の家ではないと主張し、家を出て行こうとしたりすることがある。

3) 言語障害

認知症疾患では血管障害で認められるようなウェルニッケ失語やブローカー失語などを呈することは稀である。アルツハイマー病の人の言語障害には、①発話は努力性でなく流暢で、②復唱と聴理解は比較的良好であるが、③喚語困難と読み書き障害は比較的病初期に認められることが多いとされている。

4) 構成障害

構成能力とはまとまりのある形態を形成する能力すなわち、部分を空間的に配置する行為能力をいう。構成障害は頭頂葉病変を生じやすいアルツハイマー病などで早期より認められる。

5) 注意障害

注意障害はせん妄などの意識障害で生じるが、レビー小体型認知症では著明な注意障害がしばしば認められ、またその注意障害の強さが変動することが知られている。その他、血管性認知症でも、時に強い注意障害が認められる。

6) 視覚認知障害

視覚認知には形態認知と空間認知がある。形態認知には大きさ、形、色、さらには顔や画像などの認知があり、空間認知には、動き、方向、奥行き、位置関係の認知などがある。形態認知は後頭葉から側頭葉にかけての病変で障害され、空間認知は後頭葉から頭頂葉にかけての病変により障害される。視覚認知障害はアルツハイマー病でも生じることがあり、レビー小体型認知症でより高頻度に生じる。

7) 行為障害

認知症疾患で認められる行為障害としては、まず失行があげられる。失行とは、目的とする行為が理解され、対象が理解でき、運動器官には麻痺・不随意運動・失調・筋緊張異常などの目的運動の遂行を妨害する障害がないにもかかわらず、目的に沿って運動を遂行できない状態をいう。

a) 肢節運動失行：ボタンを留めたり外したりするなどの巧緻運動が困難になる。

b) 観念運動失行：習慣化した象徴動作（おいでおいでをするなど）や日常慣用物品の使用模倣（歯を磨くまねをするなど）を言語命令や模範命令に応じて実現することができなくなる。

c) 観念失行：歯ブラシを実際に持って使用するなど、日常慣用の実物品を使用した一連の動作ができなくなる。

8) 実行機能障害

実行機能とは、目的をもった一連の活動を有効に行うのに必要な機能であり、人が社会的、自立的、創造的な活動を行うのに重要な機能である。実行機能が障害されると、状況に合わない不適切な目標や行動を選択することによる反社会的な行動や衝動的・断片的な行動をしたり、行動を変更できずに同じ行動を繰り返したりすることがある。実行機能障害は前頭側頭型認知症で特徴的に認められるが、進行期のアルツハイマー病などでも認められる。

②行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)

認知症性疾患でよくみられる行動・心理症状には幻覚、妄想、興奮、徘徊、などがある。

1) 幻覚・妄想

幻覚とは、実際には存在しない光・音・嗅い・味、あるいは身体の中や外の感じが、感覚器への刺激なしに知覚されることをいう。刺激があるにもかかわらず、それが誤っ

て認知される場合は錯覚といい幻覚とは区別される。幻覚では幻視が最も多く、幻聴、幻嗅の順番でみられる。認知症疾患のなかでも、レビー小体型認知症で認められる幻視は、人・動物・虫などが色彩を伴って明瞭にありありと見えることが特徴的で、恐怖を伴いやすいといわれている。

妄想とは根拠が薄弱であるのに確信が異常に強く、経験・検証・説得によって訂正不可能な、誤った内容の、一個人だけに限定された信念のことをいう。妄想は認知症疾患でみられる精神症状のなかで最も頻度の高い症状の一つで、アルツハイマー病の人に多く認められる。妄想の内容としては、アルツハイマー病の人では、被害妄想、特に自分が大切にしているもの（通帳、印鑑、財布など）を盗まれたという、もの盗られ妄想が多くみられる。

2) 興奮と攻撃性

興奮と攻撃性は種々の認知症疾患で高頻度に認められ、介護者に最も重大な負担を生じ、介護者のうつ・認知症の人の入院入所・虐待などにつながることを示されている。興奮と攻撃性はアルツハイマー病では進行とともに頻度が高くなること、左の側頭葉全部の機能障害と関連することが報告されている。また、攻撃性は介護者が認知症の人の言うことを否定・禁止する、命令する、早口で話す、急かすなど認知症の人にとって不快な状況で起こりやすく、適切な対応では問題が生じにくいといわれている。また、疼痛や苦痛、便意、尿意などの健康状態や認知症疾患の症状による影響（コミュニケーションの不良、介護者の認識ができない、焦燥感、不安感など）も攻撃性につながると考えられている。

3) 徘徊

徘徊とは、認知症の人が目的をもたずに、あるいは他者にその行動の目的が理解しがたい状況下で認知症の人が歩き回る行動をいう。徘徊には次のようなパターンがある。

a) 誤認パターン：見当識障害が著しいため、今いる場所がわからず探索することが徘徊につながる

b) 願望パターン：買い物に行きたい、家に帰りたい、貯金をおろしたい、会社に行く等の欲求があり、外出することが徘徊につながる

c) 無目的情動パターン：特に目的があるようにはみえず、漠然としており、廊下を行ったり来たりを繰り返す

d) 意識変容パターン：せん妄に伴う幻覚や妄想のために歩き回る。普段とは目つきや顔つきが違って見えることが多い

③ 神経症候

アルツハイマー病では末期に至るまで明確な神経所見を呈することは稀だが、その他の認知症疾患では比較的早期から特徴的な神経所見を呈することが多いとされている（表 7）。

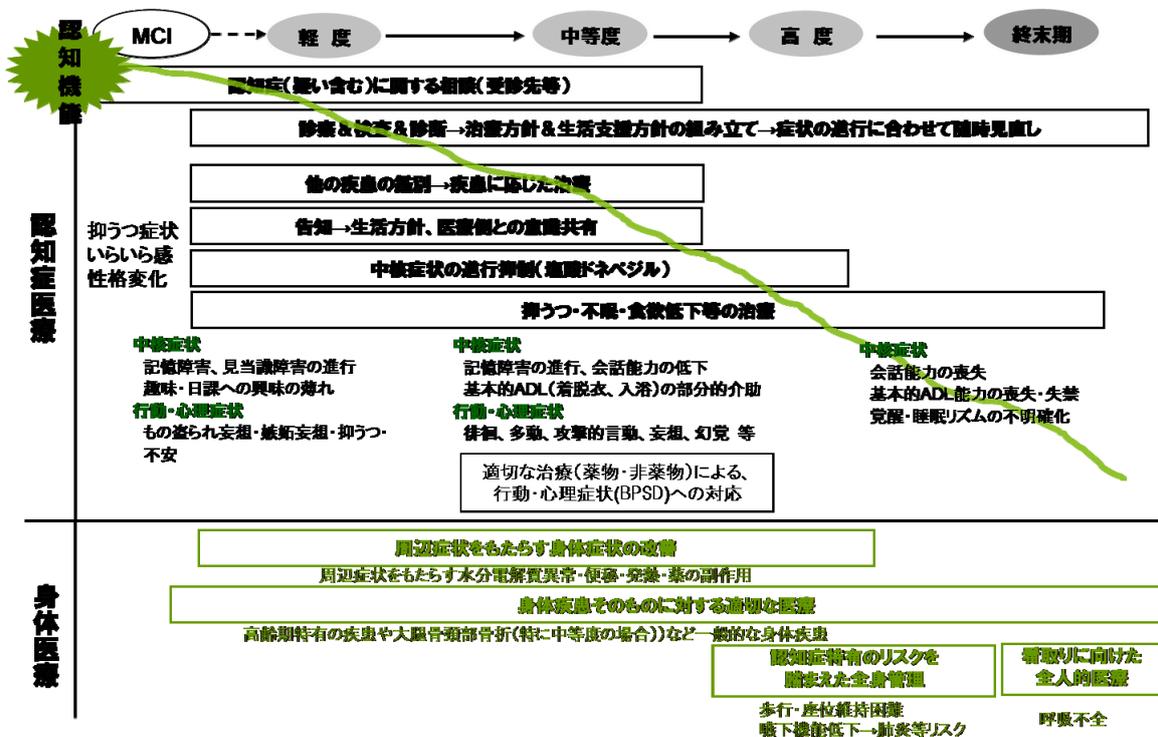
表 7 認知症の原因疾患別にみた特徴的な神経症候

認知症の原因疾患	神経症候
レビー小体型認知症	パーキンソン症候
ハンチントン病	舞踏運動
皮質基底核変性症	パーキンソン症候、ミオクローヌス、皮質性感覚障害、他人の手症候
前頭側頭葉変性症	把握反射、時に末梢性の筋委縮
進行性核上性麻痺	姿勢反射障害、体幹の禁緊張異常、核上性眼球運動障害、仮性球麻痺
正常圧水頭症	歩行障害、尿失禁

(6) 認知症の経過

認知症の経過は、原因疾患や類型によって様ではないが、アルツハイマー病など、比較的緩徐に進行する変性疾患の場合の一般的な経過と医療ニーズを把握することによって、認知症の地域ケアにおけるかかりつけ医の役割を見出すことができる。認知症の医療には、認知症そのものに対する医療、認知機能の低下や行動・心理症状の増悪要因となる心身状態の改善を図るための医療、認知症の人が罹った一般的な身体疾患に対する医療、やがては看取りに至るまでの全人的医療が必要となる(図)。

図 認知症の経過と必要な医療



(7) 認知機能障害に対する治療

①コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

平成 23 年 (2011 年) にガランタミン、リバスチグミンが発売されたことにより、ようやく世界と同等の薬物治療が可能になった (表 8)。それぞれの薬剤の特徴を表にまとめた。作用機序が少しずつ異なることから、治療効果の差異が報告されているが、この 3 剤の治療効果には明確な差はないと言われている。ドネペジルのみが全病期で投与可能であり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度から中等度で使用される。剤型ではリバスチグミンは貼付剤のみの発売である。拒薬や経口摂取が不能な際に使用できる。投与法はいずれも漸増法である。半減期はドネペジルが明らかに長く、1 日 1 回投与であるが、比較的半減期の短いガランタミンは 1 日 2 回投与となっている。

表 8 コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE阻害 (アセチルコリン エステラーゼ阻害)	AChE阻害/ ニコチン性ACh受容体 刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラ ーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤
初期投与法	3mg を 1-2 週投与後 5mg で維持	8mg で 4 週投与後 16mg で維持	4 週ごとに 4.5mg ずつ増 量し 18mg で維持
用法	1	2	1
半減期	70-80	5-7	10
代謝	肝臓	肝臓	腎臓
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)

②コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

コリンエステラーゼ阻害薬は比較的副作用が少なく、また他剤との相互作用も少ない薬剤である。しかし、房室伝導障害は要注意で、投与前に心電図をとる、受診時に脈拍数のチェックを行うといった配慮が必要である。また、気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往や、消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合も注意が必要である。認知症の人はその経過中に食欲不振や拒食といった摂食障害を呈することがあるが、その際にはコリンエステラーゼ阻害薬の影響も検討すべきである。頻度の高い副作用としては消化器系の副作用が多いが、減量、中止によって消失することが多い。またコリンエステラーゼ阻害薬を内服中のアルツハイマー型認知症の人に興奮や不穏が見られた際に薬剤の影響が否定できないことがある。この場合症状からは薬剤性かどうかは判定できず、漸減中止をして、症状の変化を見る以外に方法はない。

③メマンチンの特徴と副作用

メマンチンはグルタミン酸受容体の1つであるNMDA受容体の拮抗薬である。アルツハイマー病ではこのNMDA受容体が過剰に活性化するために機能的な長期増強現象の形成障害と器質的な神経細胞障害がおきると考えられている。コリンエステラーゼ阻害薬とは作用機序が異なるため、単剤で使用する以外に併用療法が期待される。

メマンチンも一定の副作用が存在するものの、比較的軽篤なものは少なく、他剤との相互作用も少ない薬剤である。国内の臨床試験での代表的な副作用として、浮動性めまいや便秘、体重減少などが挙げられる。また、市販後、傾眠が多いことが指摘されている。

(8) 行動・心理症状に対する治療

①向精神病薬使用上の注意点

認知症の人に行動・心理症状が出現した場合は、まずその発現に関連する因子や増悪・改善要因を評価しなければならない。行動・心理症状が高度で認知症の人や周囲に危害が及ぶ危険性がある場合は薬物療法を考慮する。抗精神病薬を投与する場合、薬物治療の利点と危険性の検討を十分に行うこと、認知機能や標的症状の定期的な評価を行うこと、薬物用量は少量より開始すること、期間を限定し定期的(3か月ごと等)に治療を見直すことに注意する。特にレビー小体型認知症は錐体外路症状を含めた薬物過敏反応に注意する。

②向精神病薬による治療の有害事象(転倒、ADL低下、認知機能低下、嚥下性肺炎等)

抗精神病薬では過鎮静、低血圧、脱力による転倒が多く、便秘や口渇も起きやすく、悪性症候群も生ずる。死亡率の上昇、リスペリドンによる錐体外路系の有害事象、オランザピンやクエチアピンなどによる体重増加、血糖値上昇との関連等が指摘されている。

抗うつ薬の選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルエピネフリン再取り込み阻害剤(SNRI)では消火器症状として吐き気や軟便がみられ、稀にセロトニン症候群も生ずる。

主としてベンゾジアゼピン系薬物である抗不安薬や睡眠導入剤では転倒、誤嚥、嚥下障害、日中の眠気、呼吸抑制等がみられる。高齢者や認知症の人の薬物療法は十分に注意すべきである。

<引用文献>

1) 2) 日本神経学会(監修)「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会(編):第1章認知症の定義,概要,経過,疫学,認知症疾患治療ガイドライン2010,p2,医学書院,2010.

<参考文献>

博野信次:臨床認知症学入門ー正しい診療・正しいリハビリテーションとケア,金芳堂,2007.

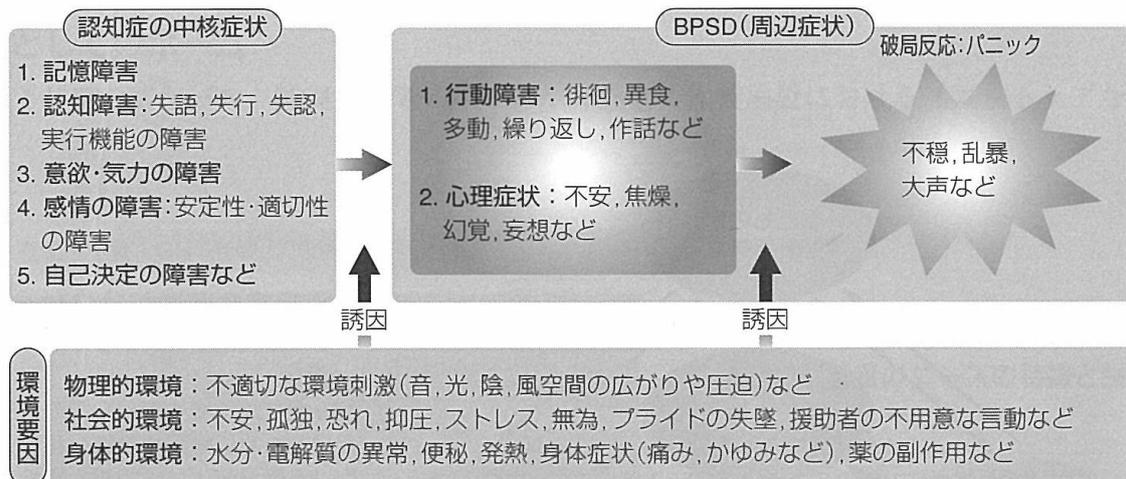
中島紀恵子(編):認知症の病態と治療,新版認知症の人々の看護,医歯薬出版株式会社,2013.

2. 認知症の人の生活のアセスメントと支援

(1) 老化と認知症の臨床像

正常な老化でも加齢関連性記憶障害 (Age-Associated Memory Impairment; AAMI) という記憶障害が生じるが、日常の基本的な行為・言動にまで自立を欠くような知的障害をおこすことはほとんどない。認知症は単一の機能側面に限局した障害ではなく、複数の機能側面にわたって障害されている状態である。認知症の行動・心理症状いわれる状態は、認知症の中核症状に、図 1 で示すようなさまざまな環境要因が誘因となって引き起こされることが多い。脳の器質的病変は、以前と全く同じ状態に戻すことがきわめて困難であるが、一方の物理的環境、社会的環境、身体的環境の要因によるものは、原則として元の状態に戻すことが可能である。この状態が複雑にからまって、それが総体として残存している精神機能を低下させ、認知症の経過や予後を多彩なものにしている。認知症の人への看護では、人間が本来もっている生物体としての恒常性維持機能に注目し、生体と環境要因との因果関係についても目を向け、ひとりひとり異なる認知症の人の臨床像を把握するプロセスを欠かせない。

図 1 認知症の中核症状と行動・心理症状 —増悪を招く多様な要因の関与



(出典)山田律子(著), 中島紀恵子(編): 認知症の人にとっての環境の意味と捉え方, 新版 認知症の人々の看護, p 113, 医歯薬出版株式会社, 2013.

(2) 認知症の人への看護で大切なこと

認知症の人への看護は、認知症の人の生命、生活の質、尊厳を尊重し、認知症の発症から終末期に至る病状管理ならびに療養生活環境を提供する看護実践である。認知症看護を実践するうえで重要なことは、①認知症患者の権利擁護、②行動心理学的症候の予防・緩和、③統合的アセスメントと各期に対応した看護の実践、④生活・療養環境づくり、⑤治療的援助を含む健康管理を行い、ケアする場の環境を整える、⑥チームケア、である。

①認知症患者の権利擁護

いかなる障害をもつようになって、人には誰でもしたいことをして暮らし、自分らしく生きる権利がある。しかし、認知症を患うことにより、ひとりの人として誰でも当然のこととして持っている権利を自ら守り、主張していくことが難しくなる。そのため、看護職には認知症の人の立場に沿ってさまざまなサインを敏感に察知する感性が求められる。認知症の人が理解しやすい環境を整えるための方策を模索しつつ、自分の思いを上手に表現することが苦手な認知症の人に代わり、看護職には、代弁者（advocate）としての役割が求められる。

②行動・心理症状の予防・緩和

認知症では中核症状の認知機能障害に加えて、さまざまな行動・心理症状がみられることが多く、認知症の人や介護者の QOL を低下させる大きな要因となっている。行動・心理症状は、脳の障害部位や中核障害の経過と関係しながら、他の身体状態や心理状態、周囲の不適切な対応や物理的環境などの影響も受けて現れてくる。そのため、認知症の人にかかわる看護職には、いかなる行動・心理症状かを特定し、症状を悪化させる要因・誘因に働きかけ、行動・心理症状の予防、緩和に努めなければならない。一見しただけでは、解釈が難しい症状にも多様な要因が関与していることを念頭に、看護職だけではなく幅広いケアをチームで考えていくために、認知症や行動・心理症状の学習会、入所者カンファレンスを積極的に開催することも必要である。

③統合的アセスメントと各期に対応した看護の実践

認知症の人アセスメントは、1)多面的、包括的に情報収集し、認知症患者を全人的に理解する、2)治療可能な健康上の問題を見だし、よりよい健康状態に導く、3)認知症の人の残存能力、潜在能力を明らかにし、その能力を発揮した生活を送れるように支援する、4)個別の課題やニーズを明らかにし、認知症の人と家族にとって最も重要なことに焦点を当てた具体的なケアプランを立案する、といった目的で行われる。ケアプランを立案するには、生活状況、個別的背景、生活環境、人的環境すべてを全体的に、かつ詳細に観察し、認知症の進行がどのように日常生活に影響するのか、他の疾患や加齢変化の影響を統合的にアセスメントしなければならない。また、認知症は脳の病変や損傷の増大に伴って、認知機能障害が増大し、種々の原因疾患によっても進行経過が異なる。そのため、日常生活行動を整える役割を担う看護職は、認知症の進行に伴った臨床症状と、その結果として生じる認知症患者の日常生活行動の変化の過程について、できるだけ詳細に観察し理解しておく必要がある。このような進行過程を踏まえてケア目標を設定し、具体的看護ケアを策定していくことで各期に対応した看護の実践が可能になる。

④生活・療養環境づくり

認知症の人は、自分自身の力だけで環境条件を整えることが難しく、認知症の進行に伴い環境からのストレス刺激閾値が低くなるため、環境の変化が行動・心理症状に直結しや

すい。認知症の人自らが居場所を認知できるような工夫や、居心地の良い環境が施設のなかに施されているか、などの視点で環境をアセスメントすることが重要となる。個々人に応じた環境づくりを行うことは決して容易ではないが、専門的環境支援指針（Professional Environmental Assessment Protocol ; PEAP）などを参考に、想像力と創造力を働かせて、エビデンスに基づいた計画的かつ意図的な環境づくりを実践してほしい。

⑤治療的援助を含む健康管理を行い、ケアする場の環境を整える

高齢者は、動脈硬化、高血圧、心不全、呼吸器疾患、変形性関節炎、白内障、難聴など複数の疾病をもつ場合が多く、薬物の副作用、脱水や電解質異常、低栄養なども起こりやすい。また、高齢者は病態の変化がわずかで、症状も典型的でないことから異常の発見がしにくい。このような特徴に加えて認知症の人では、身体的な苦痛を適切に表現することが難しいために、行動・心理症状として表現している場合がある。したがって認知症の人にかかわる看護職には、わずかな変化も見逃さない緻密な観察力が求められる。また、転倒や誤飲などの事故が起こる危険性もあるため、全身状態および生活の変化に常に関心をもち、安全管理、健康管理を行っていくことも重要である。

⑥チームケア

どれだけ個人で優れた認知症看護の知識と技術を持ちあわせていたとしても、認知症の人をひとりでケアすることはできない。また、周囲の理解や協力を得られないまま、個人の思いだけでケアをしていると、次第に周囲から孤立し、バーンアウトしてしまう可能性もある。それを回避するためには、自身の専門性や役割に固執せず、日頃から同僚や他職種に敬意を払い、話し合える場をつくる努力が必要となる。幅広い視点で、認知症の人にとって何が最善かを判断し、認知症ケアの質を高めていくにはチームケアが欠かせない。チームで個々のケース、それに伴う困難や課題を共有し、協力して問題の解決方法を模索していくなかで、より客観的な分析や幅広い視点からのアプローチが可能になり、それが認知症ケアの質向上に結び付く。

（3）認知症の人の生活支援

①認知症看護の基盤となる考え方

認知症看護では、たとえ認知症疾患やその他の身体疾患、障害を抱えていても認知症の人がいききと暮らすことができるように、その人の“もてる力”を大切に支援している。この基盤となる考え方が“生活行動モデル”である。“生活行動モデル”は、山田らが国際生活機能分類（International Classification of disability and health; ICF）を参考に老年看護の展開における考え方を示したものである。“生活行動モデル”では、以下の4つの視点を大切にしている。

a) 認知症患者を「身体的」「心理・霊的」「社会・文化的」なホリスティックな存在としてとらえる

b) 生活を営むために不可欠な6つの生活行動「活動」「休息」「食事」「排泄」「身じたく」

「コミュニケーション」にみる認知症患者のもてる力に着眼する

c)生活が拡充するように「生活環境」を整える

d)認知症患者が築いてきた生活史の道を基盤に、豊かな人生の統合へと向かって歩いていけるよう支援する

1) 情報収集と分析

認知症の人が入所してきたとき、主に、“入所に至るまでの経過”、“既往歴”、“家族歴”、“入所することをどのように受け止めているか”、“入所前の日常生活の様子”“入所時のバイタル・サインズ”についての情報を収集していく。このとき、看護職は主に現疾患とその症状に関する情報を重要視する傾向がある。身体所見についての分析も勿論重要だが、認知症の人の療養生活を支えることも看護職の重要な役割であることを考えると、入所前に認知症の人がどのような生活・人生を送ってきて、いかに活動、休息、食事、排泄、清潔、コミュニケーションをしていたのかという生活行動の情報にも目を向けることが大切になる。また、現在の生活行動をとらえるとき、“障害されている部分はなにか”といった観点だけでアセスメントするのではなく、“もてる力”にも着眼し、生活を営むうえで認知の人のプラスの側面を前面に引き出すことができるような情報の集積が求められている。

しかしながら、認知症の人のアセスメントは決して容易ではない。それは、認知症の人から明確な情報を得ることが難しく、また、核家族化が進み介護者自身も高齢であることから家族からも情報を得にくい現状があるからだ。したがって、認知症の人の情報収集では、聴取により得られた情報だけではなく、看護職自身の日々の観察が最も重要になる。認知症の人が安全で快適な入所生活を送ることができるように、認知症の人のもてる力や生活に影響を及ぼしている症状や状態、それをもたらす加齢変化、生活環境との関連に目を向けて継続的にアセスメントしながら、彼らが持つニーズに合わせたケアマネジメントをすることが必要になる。認知症の人のアセスメントは、①多面的、包括的に情報収集し、認知症の人を全人的に理解する、②治療可能な健康上の問題を見いだし、その能力を發揮した生活が送れるように支援する、④個別の課題やニーズを明らかにし、認知症の人と家族にとって最も重要なことに焦点を当てた具体的なケアプランを考案する、といった目的で行われる。“認知症の人が望む生活は何か”を重視し、その際、生活が円滑に営めないとするならばなぜなのか、疾患や障害は認知症の人の生活にどのように影響を及ぼしているのか、そして病態についてもしっかりと分析して、それぞれの関係のなかから具体的な看ケアプランを考案していくことが重要である。アセスメントするうえで必要な情報と分析のポイントを表1に示す。

表 1 認知症の人を理解するうえで、必要な情報と分析のポイント

I. 疾患関連情報、身体的要因
<p>1. 認知症疾患の種類、認知症の症状や程度</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症疾患の種類によって症状や病態が異なるため、診断名がついていればその認知症性疾患の特性を把握する ● 認知症の人本人から協力が得られる場合は、長谷川式認知症スケール(HDS-R;改訂長谷川式簡易知能評価スケール)やMini-mental State Examination(MMSE)などの質問式認知機能障害評価尺度を用いて記憶障害や判断力の障害などの認知機能を含む中核症状を把握する ● Clinical Dementia Rating(CDR;臨床的認知症尺度)やFunctional Assessment Staging(FAST)などの行動観察尺度を用いて、診断を受けた時期と照らし合わせながら重症度を把握する ● CT、MRI、SPECTなどの画像診断結果にも関心をもち、脳の萎縮部位や血流、代謝の状態と症状との関連を理解する ● 即時記憶(数十秒後までの記憶)、近時記憶(数分から数十日前の記憶)、遠隔記憶(数カ月から何十年前の記憶)について、どの時期の記憶が最も保持されているのかを把握する ● 意味記憶(事実・単語・概念など社会的に通用する知識)、エピソード記憶(個人生活の思い出や体験の記憶)、手続き記憶(繰り返し経験・練習することにより学習・獲得した技能)について、どの内容の記憶が最も保持されているのかを把握する ● 人、時間、場所に対する認識の程度(見当識障害)はどうか ● 記憶や見当識を引き出す手掛かりはないか ● 失行、失認、失語のそれぞれの程度、保持されている機能は何か ● せん妄、うつ状態は認知症と間違えられやすいため、それぞれの性質を見分ける <p>2. 行動・心理症状の有無</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 日本語版 BEHAVE-AD や、Dementia Behavior Disturbance Scale(DBD スケール;認知症行動障害尺度)などの行動・心理症状評価尺度を用いて症状の種類や程度を把握し、身体的環境(水分・電解質の異常、便秘、発熱、痛み、痒み、疲労、薬の副作用など)、社会的環境(不安、孤独、恐れ、抑圧、過度のストレス、無為、プライドの失墜など)、物理的環境(音、光、陰空間の広がりや圧迫などの不適切な環境刺激)との関連を把握する <p>3. 既往歴、健康レベル、バイタルサイン</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高血圧、脂質異常症(高脂血症)、糖尿病など、アルツハイマー病、血管性認知症に合併しやすい疾患の既往はないか ● 血管性認知症の予防は血管障害の一次予防、二次予防につけるため、原因となる脳梗塞や脳出血の既往について把握し再発予防に留意する ● 認知症の人の死因として肺炎が多いので、とくに肺炎の併発時には全身状況の詳細なアセスメントを要する ● 高齢者は、動脈硬化、高血圧、心疾患、貧血、呼吸器疾患、関節痛、難聴、白内障などの身体疾患を複合している場合が多い。認知症患者は身体不調を自ら訴えにくいため、合併している諸疾患の症状把握にはとくに留意する <p>3. 運動機能</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 麻痺・拘縮の部位、程度を把握し日常生活に及ぼしている影響について把握する ● 歩行能力、起居動作などが、日常生活に及ぼしている影響について把握する ● 手先の細かい動きがどの程度できるか、日常生活のなかで活用されているか把握する ● 身体機能そのものに障害があるのか、動作を司る指示系統に障害はあるのかを見極める <p>4. 視聴覚機能</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症の人とのコミュニケーションをより効果的に展開するために、視聴覚機能の問題(白内障や難聴など)によるコミュニケーション障害なのか、知的機能低下によるものなのかを把握する

5. 治療内容、服薬と副作用

- 抗認知症薬(塩酸ドネペジル(製品名:アリセプト®)、ガランタミン(製品名:レミニール®)、リバスチグミン(製品名:リバスタッチパッチ®/イクセロンパッチ®)、メマンチン(製品名:メマリール®))が処方されている場合、その量と服用・貼付期間、症状への有用性、副作用の有無について把握する
- 興奮、憂うつ、不眠などに対して向精神薬などが処方されている場合、その量と服用期間、症状への有効性、副作用の有無について把握する
- 高齢者はさまざまな疾患を抱えている現状があり、多数の薬剤を服用していることが多く、薬物性(医原性)疾患や有害反応によって重篤な結果を招くこともあるため、その量と服用期間、症状への有効性、副作用の有無について把握する

II. 心理霊的側面

1. 健康知覚・意向, 自己知覚

- 大人として果たせる役割や社会参加を実感できる入所環境になっているか
- 「すっかりわけがわからなくなってしまった」などのように病状の輪郭をとらえているような言動はないかどうか
- 自身をおとしめるような発言はないか
- 積極的に動こうとしたり、食べようとしたりする行為がみられるかどうか

2. 価値・信念

- 看護ケアへの抵抗の背景に、患者の価値や信念に反する援助者側の無理解がないか
- 言葉のみならず、表情や姿勢にも気分や感情があらわれているか
- 気分や感情の乱れが生活リズムを変動させることがあるので留意する
- 以前と比べて怒りっぽくないか(易怒性)、わずかな刺激で過剰に泣いたり、笑ったり、怒ったりすることはないか(感情失禁)
- 安心できる言葉、物、場所、雰囲気は何か

3. 信仰

- 経を唱えたり、仏壇に参ったりすることが心理的安定につながることもある

III. 社会・文化的側面

1. 役割・関係

- 出身地、子どもの人数、配偶者の名前などに関する記憶と、子どもや配偶者との現在の関係はどうか
- 人生で最も全身全霊を注いだ業績(たとえば、子育てや仕事など)は何か
- 現在、担っている役割は何か

2. 家事・学習、関係

- アクティビティや学習、レクリエーションプログラムへの親和性はどうか
- リハビリテーションプログラムへの親和性はどうか
- 人から見下されたり、仲間はずれにされたりすることがない環境になっているか

3. 社会参加

- 社会資源の活用状況はどうか
- 地域との交流や外出の頻度はどうか

IV. 活動

1. 行動範囲

- 独力で往復できる範囲はどれだけか
- 自室、トイレの位置関係を理解しているか

2. 移動能力

- 時間や場所、人の見当識を補う標識や掲示が用意されているか
- 歩行状態(すり足、小刻み歩行、障害物への気づき、危険回避行動)はどうか
- 車椅子、シルバーカー、杖などの自助具を使えそうか

3. 安全性

- 過去 1 年間に転倒経験がある場合は、頻度、時間、場所、状況、原因、怪我の有無などを

把握する

- 認知症性疾患、高血圧症、脳血管疾患、一過性脳虚血発作、心不全、パーキンソン症候群、関節リウマチ、白内障、せん妄状態、骨粗鬆症などは転倒リスクを有するため、各疾患の有無と現在の症状を把握する
- 降圧薬、利尿薬、向精神薬など、意識レベル、歩行機能、バランス感覚に影響を与える薬物が処方されている場合、患者の体重や食事摂取量との整合性を確認する
- 活動能力の低さに対して、活動意欲が高い場合、活動能力への過信や認識の欠如がある場合、転倒を起こしやすいので留意する

4. 物理的環境

- 部屋やトイレなど認知症の人に知ってほしい場所は目立つように、リネン室や非常口など入り込んでほしくない場所は目立たないように配慮があるか
- 慣れ親しんだ物が身近にある生活環境になっているか
- 生活習慣を考慮した環境が整えられているか

5. 活動を支える環境

- 不適切な身体拘束の適応を受けて活動が制限されていないか
- 過剰な抗精神病薬の使用により活動が制限されていないか

V. 休息

1. 睡眠

- 入眠・覚醒時間、夜間覚醒回数、再入眠に要する時間はどうか
- 不眠、昼夜逆転の有無、その原因は何か
- 睡眠の質はどうか

2. 休息

- 日中の休息と活動のバランスはとれているか
- 徘徊など過活動状況にあるとき、日中や夜間の休息がとれているか
- 他の入所者や援助者などとのコミュニケーションの問題が、認知症の人の気持ちに対してネガティブな影響を及ぼしていないか
- 室内、施設内における他の人々との関係づくりがうまくできずに居場所がなく、休まらない状況がないか
- 身体的な痛みや不安などが休息を妨げているか

VI. 食事

1. 食事準備

- 手洗いをするなど食事の準備を整える環境があるか
- 食前に尿意・便意を感じていないか

2. 食欲・嗜好

- 食欲の顕著な亢進や低下はないか
- 嗜好の変化はないか
- 痛みやかゆみ、便秘などが食欲に影響していないか

3. 認知

- 食べ物とそうでない物との区別がついているか
- 食べ物以外の物を口内に入れる行為がみられるか

4. 栄養状態・体格

- 体重、BM、アルブミン値などの経時的変化はどうか
- 徘徊、食べこぼし、嚥下障害はないか

5. 水分摂取

- 口渇感の低下、蛇口をひねって水を出すなどの飲水行為の障害などにより、自ら水分摂取ができない場合があるため水分摂取量を把握する

6. 食べる行為、食べ方

- 手指の動きはどうか(箸やスプーンとの適合性)、食器を持って順番に食べるたりすることができるか、自分と他者の食べ物を区別するなど社会性のある食べ方ができるかを把握する
-

<ul style="list-style-type: none"> ● 人の分までとって食べてしまうようなことはないか
7. 嚥下 <ul style="list-style-type: none"> ● むせの有無、むせる食品や調理形態は何か、どのような食べ方のときにむせるか
8. 満足感 <ul style="list-style-type: none"> ● 食事により満足感を得ているか
<hr/> VII. 排泄 <hr/>
1. 認知 <ul style="list-style-type: none"> ● トイレの場所がわかっているか
2. 尿意・便意 <ul style="list-style-type: none"> ● 尿意・便意の有無とその確かさはどうか ● 尿意・便意があるとき、トイレを探しているとき、どのような行動をしているか
3. 排尿 <ul style="list-style-type: none"> ● 日中の排尿間隔 ● 1回の排尿量と水分摂取量との関係はどうか、性状はどうか ● 夜間の排尿回数、時間帯 ● 尿失禁の有無と予測される原因は何か
4. 排便 <ul style="list-style-type: none"> ● 排便回数 ● 排便の量と水分摂取量との関係はどうか、性状、下剤使用の有無 ● 便秘時にみられる行動の特徴や気分への影響
5. 排泄動作 <ul style="list-style-type: none"> ● 立ち座り、衣類の上げ下ろし、排泄後の後始末をする動作などが適切に行えているかをアセスメントし、どこに援助が必要かを把握する ● 介助を受けることへの羞恥心、抵抗はあるか、どのような援助をすると円滑に受け入れられるか
<hr/> VIII. 身じたく <hr/>
1. 清潔 <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症になる前の入浴週間はどうか ● 入浴に対する嗜好性、心理的な抵抗はどうか ● 身体や頭を洗う動作がどこまでできるかをアセスメントし、どこに援助が必要かを把握する ● 入浴環境はどうか、必要な自助具はないか ● 介助を受けることへの羞恥心、抵抗はあるか、どのような援助をすると、円滑に受け入れられるか
2. 身だしなみ、更衣 <ul style="list-style-type: none"> ● 着衣、脱衣の動作性および手順のどこが不確かで、どこまで自力でできるか ● ボタンをとめる、紐を結ぶなどの手指の動きはどうか ● 介助を受けることの羞恥心、抵抗はあるか
<hr/> IX. コミュニケーション <hr/>
1. 意欲 <ul style="list-style-type: none"> ● 人と交流することへの意欲はあるか
2. メッセージの理解、送受信機能 <ul style="list-style-type: none"> ● どの程度の言語・非言語(表情やしぐさなど)メッセージを理解しているか ● 発語あるいは非言語的な表現として、どのような特徴をもっているか ● 理解可能な文章、文節、単語の範囲はどうか ● 身振り、しぐさ、表情として表出している意味や、気持ちの特徴について把握する ● 字を書く、文字を読んだりイラストの内容を理解したりするなどの機能がどの程度保持されているか

(出典)北川公子(著), 山田律子, 井出訓(編):生活機能からみた老年看護過程+病態・生活機能関連図, p61-64, 株式会社医学書院, 2008. を参考に作成

2) アセスメントの視点¹⁾

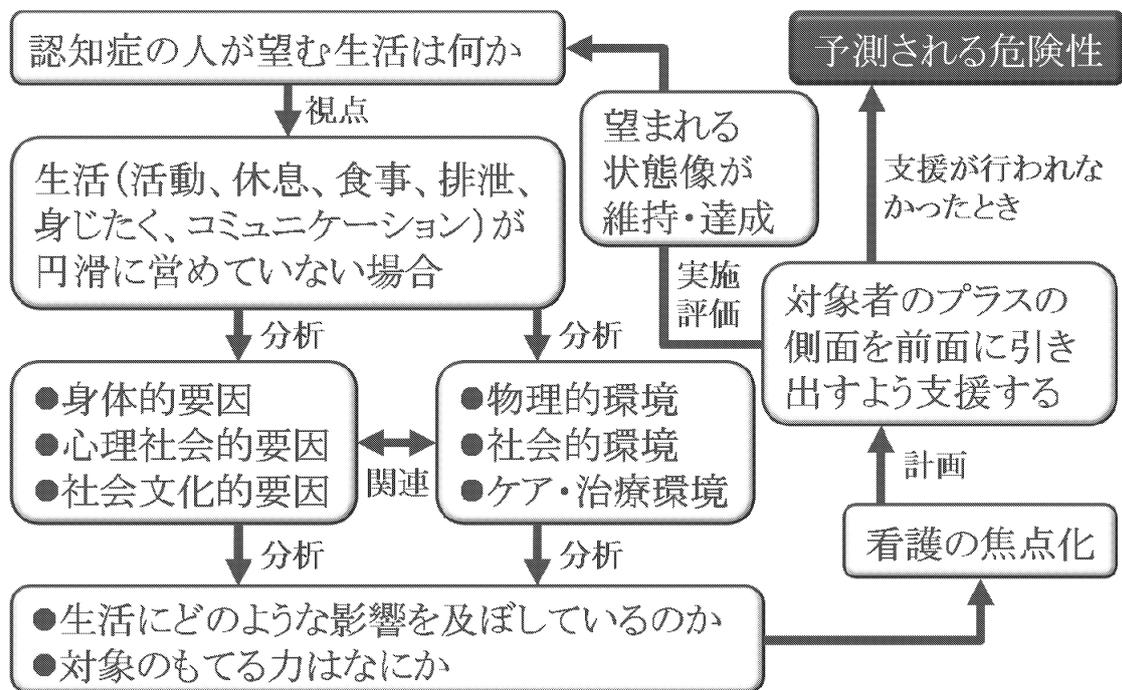
認知機能の低下が中等度～高度の高齢者の多くは、ある程度の身体活動性を保持し、かつ「自分のことは自分で行いたい、誰かの役に立ちたい」と願いながらも、日常生活の遂行にさまざまな不具合を生じている。この板ばさみの状態を放置すると、孤立化や行動・心理症状、あるいは身体的不調を招く危険性がある。

3) 看護の視点

認知症の人は、記憶力や見当識の不具合に見舞われながらも主体的に生きていたいと願いつつ、日々を送る人である。看護職は、認知症の人の示すちぐはぐな行動のなかから、どのような手掛かりや手助けがあれば支障なく日常生活を送ることができるのかを見出し、認知症を有しながらも、自分らしく過ごせるよう環境を整え、もてる力を引き出していくことが重要である²⁾。

認知症看護の展開では、「対象者が望む生活は何か」を重視する。その際、生活が円滑に行えていないとすればなぜなのか、疾患や障害は認知症の人の生活にどのように影響を及ぼしているのか、病態についてもしっかりと分析する必要がある。同時に、認知症の人のもてる力に着眼する。認知症看護では、生活を営むうえで認知症の人のプラスの側面を前面に引き出すことができるように支援する（図2）。

図2 認知症の人の全体像の捉え方



4) 日常生活の看護のポイント³⁾

1. 認知症の人自身が、受け入れられ、認められていると感じることのできる関係づくりを念頭におきながら援助する

2. よく食べ、排泄し、動き、眠ることのできる日常生活の再構築に向けて援助する
3. 身体的不調が早期に発見され、速やかに改善されるよう援助する
4. 認知症の進行予防に貢献するアクティビティを日々の生活に取り込む

<引用文献>

- 1) 北川公子（著），山田律子（編）：生活機能からみた老年看護過程＋病態・生活機能関連図第2版， p 64，医学書院，2012.
- 2) 3) 北川公子（著），山田律子（編）：生活機能からみた老年看護過程＋病態・生活機能関連図第2版， p 60，医学書院，2012.

<参考文献>

- 島橋誠：老年看護学からみた認知症．認知症学（下）－その解明と治療の最新知見－．2011 日本臨牀増刊号． p592-599， 2011.
- 山田律子（編）：生活機能からみた老年看護過程＋病態・生活機能関連図第2版，医学書院，2012.

3. 認知症の人の家族の理解と支援

(1) 認知症の人の介護家族の心理

介護家族の心理状態は、「驚愕」→「否認」→「怒り」→「抑うつ」→「適応」→「再起」の経過をたどっていることが多い。介護が始まるまでに医療を受診した場合、家族の心の準備ができていないうちに病名の告知を受けることもある。最初に介護家族に訪れるのは「驚愕」の段階である。その後に訪れるのは「否認」の段階である。誰でも大切な家族が認知症疾患の診断を受けたときに、「まさか自分の家族が認知症だなんて」と認めたくない気持ちが起こる。それでも認知症の症状はそのような家族の否認とは裏腹に進行していく。認知機能障害や行動・心理症状の出現に家族の心は疲れ、次に「怒り」の段階に進む。家族の心に芽生えた怒りを周囲に表出することができれば、介護家族の心にはカタルシス効果が期待されるかもしれない。しかし、誰か相談相手を見つけて、怒りを表出し、カタルシス効果が生まれる家族は少ない。多く場合、家族はその怒りを自らのうちに秘め、周囲に語ることなく日々の介護に努めながら怒りを溜め込んでしまう。怒りの内在化が起こりやすい熱心な介護家族ほど、あるとき怒りが形を変えて介護家族の「抑うつ」となることが多い。抑うつ状態にまで介護家族が追い詰められる前に、相談相手がいれば認知症の人に対して虐待をしたり、その人とともに命を絶とうとしたりする悲しい結末を迎えることもなくなるだろう。介護家族が支援者や同じ立場にある介護家族との関係のなかに、自分たちの苦悩を分かち合ってくれる誰かの存在に気づくことができれば、介護を破綻なく続けられるように「適応」し、本人を見送った後、傷ついた家族の心が時間の経過とともに癒えていくなれば、家族は「再起」することができる。

しかし、介護家族は何度か「適応」したようにみえても、再び新たな認知症の人の症状や出来事に直面するたびに「否認」や「怒り」と適応の間を行き来する。看護職は、その揺れ動く家族の心理の理解に努めながら支援をしていかなければならない。

(2) ケアチームの一員としての家族¹⁾

認知症の人が特別養護老人ホームで心身の安定を保ち、その人らしく生活するためには、家族をケアチームの一員として位置づけ、積極的なかかわりを持ち続ける工夫が必要である。

入所により、生活支援や健康管理など、それまで家族が担っていた役割が施設職員に移るが、情緒的・経済的支援の役割は離れて暮らす家族が担っている。看護職は、定期的な健康診断の結果や健康状態の変化、季節ごとの健康管理方法、さらに、認知症の人の暮らしぶりについて情報を提供し、イベントの参加協力を求めたり、認知症の人が家族と過ごす時間が増えるようにしたり、意図的に関わる必要がある。

また、入所者の生活の継続を支援するという点からは、自宅での暮らし方に関する家族との情報交換は重要である。認知症の人自身が身体的な苦痛や不快感・感情やこれまでの生活史などの自分のことを表現することが困難なため、家族から情報を得ることも、個々の認知症の人に合ったケア提供のために欠かせない。しかし、家族はこれまで認知症の人

をケアすることで、家族自身も負担感や疲労感を持っていることが多い。え、認知症の人の代わってさまざまな意思決定を担う部分も多くなるため、家族の身体的・心理的なサポートも重要となる。

（３）家族との信頼関係を築く²⁾

入所した認知症の人の健康状態や暮らしぶりについて、心配や不安、さらには自責の念をもつ家族がいる。また、面会頻度が少なくなり、家族の日常から入所した認知症の人の存在が薄れてしまう家族もいる。

家族にどんな事情があっても、特別養護老人ホームは認知症の人と家族にとって「安心して入所を任せられる場所」として存在することが求められる。そのためには、施設全体が家族を温かく迎え入れ、認知症の人とゆっくりと過ごすことのできる空間、雰囲気をつくり、施設職員の認知症人・家族へのかかわり方や提供されているケアへの満足度を高めることが基盤となる。家族の施設に対する評価に関心を持ち、提案や指摘などを施設ケア向上の機会にする。

（４）家族の連絡窓口を明確にする³⁾

家族同士は似た価値観や文化をもつことが多いが、一人ひとり違う個人である。そのため家族内の意見が一致しないことや、家族で一度決定した方針・方向性が覆ることがある。入所時に、緊急時の対応だけでなく、医療や生活全般に関連する事項の家族の連絡窓口となる人を確認し、施設職員が誰でもわかるように明記しておくことが大切である。また、家族内でその旨を周知し、変更時には早めに連絡するように伝えておくことよい。

家族の連絡窓口の混乱は、認知症の人の適時・適切なケア提供に支障を及ぼし、家族の心労にもつながる。これらを回避するためには日頃から家族と対話をもち、家族関係や家族連絡窓口に関する情報収集を適宜、意図的に行うことが大切である。

<引用文献>

1) 2) 3) 日本看護協会（編）：Ⅲ介護施設での看護実践の仕組みづくり—家族支援，介護施設の看護実践ガイド，148-149，医学書院，2013.

<参考文献>

松本一生：認知症の人の家族を支える，老年精神医学雑誌 23(増刊-1)，114-118，2012.

4. 意思決定支援と権利擁護

(1) 倫理的問題の現状と背景¹⁾

高齢者や認知症の人に対する病状の説明や治療・介護に関する情報提供は、家族を中心になされ、当事者本人よりも家族の意向が尊重されることが多い。その結果、当事者の意思表出の機会が少なくなり、医療や介護行為に関する情報が与えられなかったりすることもある。また、転転・転落のリスクのある高齢者や認知症の人の場合、看護職の関心は安全管理に集中することが多く、当事者の苦痛や不安への適切な評価や対応は遅れ、事態をますます悪化させていくことが多い。

終末期においても高齢者や認知症の人の意思が尊重されているとは言いがたい。認知症の人であれば、なおさら意思確認が困難な場合が多く、このことも終末期の方針決定を困難にしている。その結果、終末期医療に大きな偏りを生じさせている。加齢に伴い、合併する疾患の多様さや生活歴の長さで個性が際立ち、終末期の予後予測は非常に難しい。どの時点から終末期として対応するのか判然としないまま、急性期医療が延長され、予備力の低下した高齢者や認知症の人に痛ましい最期を強いる場合もある。その反面、もう高齢なのだからと当然あるはずの苦痛への対処すら行われぬ場合もある。

これらの背景には、「年を取れば難しい話は分からない」「認知症になると何も分からない」「高齢者は痛みに鈍い」といった加齢変化や認知症に対する無理解、高齢者への偏見やパターンリズムが垣間見える。安全確保や迅速さなど急性期医療を提供する場の特性が、これらの状況にさらに拍車をかけている。

(2) 認知症の人の真意と看護職の役割²⁾

高齢者や認知症の人の中には、自ら「家族の言うとおりでかまわない」、「医師に任せる」と意思表示する場合もある。十分な説明を受けた上での決定であれば、これも一つの選択と言える。しかし、このような言葉を発する時、その人自身が日頃から世話を受けている家族への遠慮や自身の希望を伝えることがわがままだと感じている場合もある。医療者の分かりにくい説明に対して諦めに似た気持ちを抱いているかもしれない。高齢者や認知症の人の真意を捉えかねると、結果としてその人の意思とはかけ離れた医療・介護の提供につながってしまうことも希ではない。

人生の終焉に近づきつつある最期が、高齢者や認知症の人のQOLの低下を招くばかりか、時には人としての尊厳さえ失いかねない状況に「果たしてこれで良いのか」と多くの看護職は疑問や葛藤を抱き苦しんでいる。しかし一方では、これらの倫理的問題に気付かず、見過ごされていることもある。超高齢社会では、高齢者や認知症の人の心身の特徴に配慮した擁護者としての看護職の役割発揮がますます求められる。

(3) アドボカシー³⁾

看護職は、認知症の人のできる可能性のある部分と援助を必要とする部分を見極めながら、アドボカシー機能を発揮することが重要である。アドボカシーとは、重要なことを積

極的に支援・サポートすることであり、自分自身で表現できない人の代わりに基本的人権を守ることをいう。

認知症の人の看護実践には、このアドボカシー機能を発揮し、本人を養護し、認知症の人ができないと判断された場合は本人に代わってその思いや意思を表現することが求められる。また、アドボカシーには、認知症の人の身体を拘束するなど、本人を危険にさらすような家族や同僚など、周囲の者のさまざまな行為からその人々を守る、ということも含まれている。アドボカイトは表 1 のような具体的行為を通して実践され、看護師ひとりではなく、同じ考えを持つ仲間をつくり、行動していくことが重要となる。

表 1 アドボカイトする働きかけ—個・集団に対して

・ 倫理的問題への敏感さを持つ—仕方がない、当たり前の払拭
・ 相手の立場に立った理解をする
・ 意思の力をもつ
・ コミュニケーションする
・ 主張する、たたかう
・ ネットワークをつくる
・ 関係者それぞれの持てる力を認める

(出典) 太田喜久子 (著), 中島紀恵子 (編): 認知症の看護における倫理的ジレンマ, 新版認知症の人々の看護, p19, 医歯薬出版株式会社, 2013.

(4) 倫理的ジレンマの分析と対応⁴⁾

認知症の人を看護する場面において、さまざまな倫理的問題が発生する。起こった問題が倫理にかかわるといえるかどうか、倫理的感受性を高めながら、どのように状況を分析し、対応していくのか、そのプロセスの手助けとなる方法を持つ必要がある。

ジェンセンらの臨床医学における倫理的意思決定のための症例分析を参考にして、次のような認知症の人への看護実践における倫理的分析と対応のプロセスが考えられる。

このプロセスを活用することにより、認知症の人の看護の場において、どのような倫理的問題が存在するかということへの認識を深め、さらに問題が起きたときへの対応ができるようになる。

<p>ステップ 1 (分析)</p> <p>表 2 を用いて、問題点をできるだけあげる。</p>
<p>ステップ 2 (検討)</p> <p>ステップ 1 の 4 つの項目それぞれについて問題点を検討し、必要な情報や資料を集める。</p>
<p>ステップ 3 (対応)</p> <p>事例に関するすべての問題点を、ステップ 1 の 4 つの項目いずれかに位置づける。全体が見えたところで何を優先させるかを考え、今後具体的にどのような対応ができるかを検討する。</p>

(5) 認知症の人の意思決定支援のための方策⁵⁾

高齢であったり、認知症であったりすることであることで、本来だれもが持つ人の権利をわずかでも脅かされる事があるとはならない。その最たるものが、意思の尊重である。高齢や認知機能の低下を理由に判断能力が問われる事は当然なく、抱える疾患名や日常生活の介助の有無で短絡的に判断能力を判断できるものでもない。高齢者や認知症の人が何を望むのかが要となり、そのための方策は以下のようにまとめられる。

①一般的なインフォームドコンセントへの留意点に加え、高齢者の視聴覚機能や話す速度等の加齢の変化や認知症の人の認知機能、言語機能障害の程度に対する環境整備への配慮など、その人の状態を十分にアセスメントすることが不可欠となる。難聴がある場合には、低めの声にゆっくりとしたテンポで話すことと伝わりやすく、雑音にも配慮し注意を集中できる環境を用意する。また、認知症の人の場合で、認知症の進行段階に合わせたコミュニケーションスタイルを使う。例えば、認知症の初期におけるメッセージの割合を“言語>非言語”とすると、中期では“言語=非言語”となり、末期には“言語<非言語”となる。高齢者や認知症の人が理解できる説明を行うことは、医療者の義務であるが、高齢者や認知症の人の理解能力を問う以前に、説明する側の説明能力を高め、分かりやすい説明を心掛けることが重要となる。

②高齢者や認知症の人の意思は、信頼関係を築き、意思を表出しやすい環境を作っていくことで引き出される。対象の価値観や生きてきた時代背景にも配慮し、安心して希望を伝えられるよう支えることが必要である。また、意思は変化することを念頭に置き、一度聴いて満足せず、状況の変化に応じて確認していくことも欠かすことはできない。

③高齢者や認知症の人の意思がいつでも確認できるとは限らない。どのような医療（あるいは終末期）を望むのか、早い段階から本人の意思を確認しておくことが必要である。また、家族が代弁する場面が多くなることに備え、早い段階から、家族と本人から意思を確認するシステムや家族への説明が必要である。すでに確認が困難な場合、もしくは家族がいない独居の高齢者や認知症の人の場合は、関係する人たちと、その人自身の人生観や価値観を十分に情報共有し合い、高齢者の“最善の利益”を考え、合意を形成することが必要となる。

④家族を自分のこと以上に思いやる高齢者や認知症の人にとって、家族の苦労はできるだけ回避したいものである。医療を受けることがどのように家族に影響するのか、家族を支援する様々なサービスについても説明できること、あるいは、多職種と連携することでその役割を果たすことも、ひいてはその人の意思を尊重することにつながる。

表2 臨床倫理の4分割法

<p>医学適応、看護介入</p> <p>診断と予後、治療目標、治療の効果とリスク、看護問題と計画、看護実践の効果とリスクなど</p>	<p>対象者の意向</p> <p>対象の判断能力と対応能力、意思表示力、インフォームドコンセント、治療やケアの拒否、事前の意思表示、代理決定など</p>
<p>生活の質、生命の価値</p> <p>身体、心理、社会的側面からの生活の質の評価、対象にとって最善なことは何か、生活の質に影響を及ぼす因子、生命の重みへの価値づけなど</p>	<p>周囲の状況</p> <p>家族など他者の理解、守秘義務、経済的側面、希少資源の配分、診療体制、看護・看護体制など</p>

<引用文献>

1)2)5)日本看護協会：看護倫理，高齢者の意思決定の支援.

<https://www.nurse.or.jp/rinri/basis/shien/index.html> [2013/08/30 確認]

3) 4) 太田喜久子（著），中島紀恵子（編）：認知症の看護における倫理的ジレンマ，新版認知症の人々の看護，p14-21，医歯薬出版株式会社，2013.

<参考文献>

清水哲郎：高齢者終末期の意思決定プロセス，*Geriatric Medicine*, 47(4), p439-442, 2009.

堀内ふき：高齢者の意思決定をすすめるために，*老年看護学*, 13(1), p4, 2008.

三宅貴夫：認知症高齢者の終末期ケアの特徴，*JIM*, 18(8), p661-663, 2008.

■介護事故防止

<概要>

○「施設設備」「マニュアル化されたケア技術」「職員教育」等を柱とした介護事故防止の活動により介護事故防止に努める必要がある。
○「報告制度」「安全管理委員会」「安全管理研修体制」の整備により、事故の予防、速やかな報告による再発防止体制をつくる必要がある。
○介護事故が事件に発展しないために重要なポイントは、入居者やそのご家族との日常的なコミュニケーションを大切に積み重ねることである。
○介護事故で最も多いのは転倒転落（約60%）であり、移動中の転倒、車椅子や便座からの転落、入浴の着脱の際にバランスを崩して転倒など、入居者の生活のあらゆる場面様々な状況の中で発生している。ケアの提供や医療措置の実施時にも事故は起こる。

1. 介護事故防止の理念・考え方

(1) 特別養護老人ホームにおける介護事故の特性

高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増加・介護期間の長期化など社会における介護ニーズの高まりは、施設入居者の傾向にも表れている。

平成22年の調査では85歳以上の入居者が半数を超えており（図表1）、要介護3以上の入居者が9割弱を占めている。また認知症を有する割合も高く、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さを伴う入居者が7割を超え、更には入居者の7割が寝たきりの状態にある。

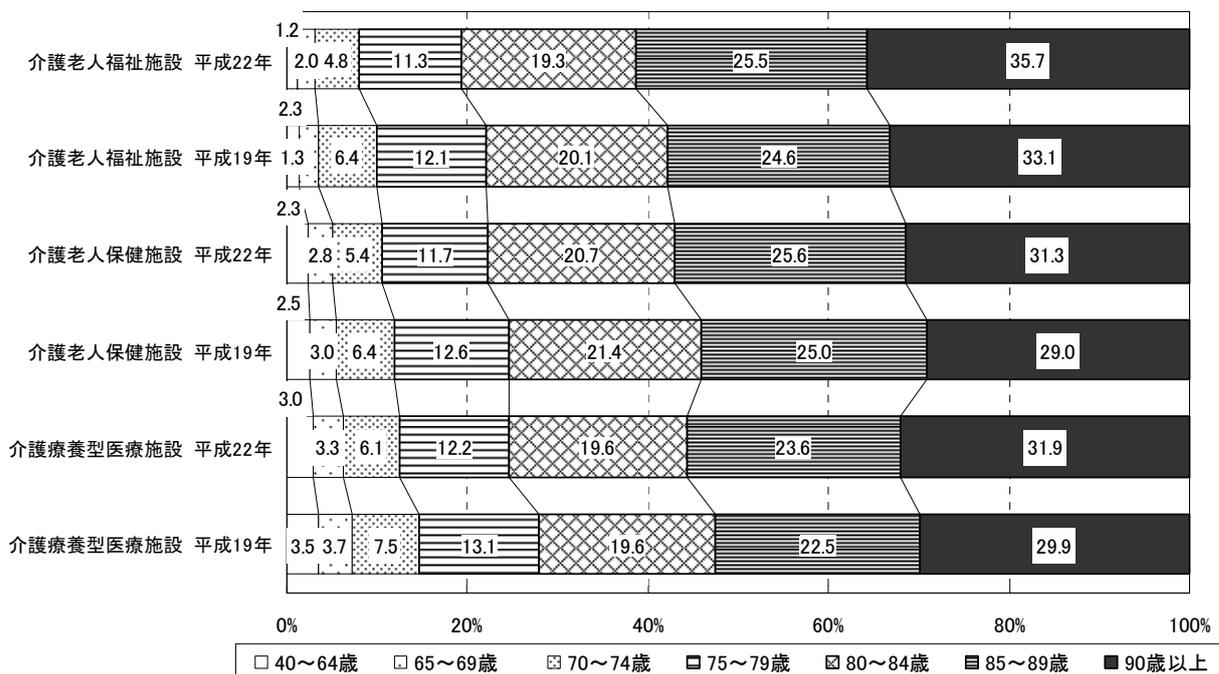
介護度が高くなれば、それに付随した医療処置の必然性も増してくる。

現在の特別養護老人ホームで提供されている医療処置は、経鼻胃管や胃瘻による経腸栄養や喀痰吸引だけではない。実施状況の割合は極めて少ないとはいえ、気管切開や中心静脈栄養、インスリン投与、酸素療法、重度の褥瘡などの処置が必要な入居者も存在する（図表2）。この傾向は高齢化や介護度の増大、病院を退院する高齢患者が、それまで生活していた自宅に戻ることが困難になるケースが増えていることなどに伴い、今後加速度的に増加すると予測される。

特別養護老人ホームの運営基準である「入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援しなければならない」という理念に基づき、施設内での身体拘束は緊急やむを得ない場合以外には禁止されている。

そのため前述した身体的精神的状態にある入居者に対し、自立を念頭に置いた日常生活は、非常に多くの潜在するリスクを抱えていると認識する必要がある。

図表 1 在所者数の年齢別構成割合 (%)



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成 22 年)

図表 2 施設に全く受け入れていない患者・入所者の状態像 (複数回答)

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設		介護療養型医療施設	
		介護療養型	従来型	病院	診療所
総数	1,024件	30件	1,006件	932件	211件
気管切開をしている	74.4%	26.7%	62.3%	22.6%	41.7%
中心静脈栄養をしている	83.3%	53.3%	83.9%	37.6%	37.9%
経鼻経管栄養をしている	33.5%	13.3%	37.6%	1.7%	7.1%
胃ろう・腸ろうをしている	5.6%	0.0%	8.3%	1.3%	10.0%
インスリンを投与している	16.1%	6.7%	8.8%	3.8%	5.7%
酸素療法をしている	23.1%	16.7%	39.0%	11.5%	14.7%
人工透析をしている	72.5%	80.0%	78.0%	84.1%	89.6%
人工呼吸器をつけている	89.0%	76.7%	89.1%	78.0%	81.0%
喀痰吸引の必要がある	8.9%	3.3%	7.9%	1.7%	4.7%
重度の褥瘡がある	14.6%	6.7%	28.2%	12.4%	12.8%
感染症 (MRSA、緑膿菌など) がある	15.5%	26.7%	15.2%	8.7%	20.9%
重度の認知症(徘徊を含む)の状態にある	3.4%	30.0%	11.4%	33.0%	44.1%
重篤な合併症を併発している	56.6%	56.7%	62.7%	44.0%	46.9%
当該施設での看取りを希望する	9.9%	10.0%	29.2%	2.8%	4.3%

(出典) 医療経済研究機構「介護療養病床等における入所者の実態に関する調査研究」(平成 23 年 3 月)

実際に発生している介護事故のほとんどが、入居者側の身体的精神的要因に起因したものであることから、特別養護老人ホームにおける看護の役割は、入居者の「健康管理」以外にも「安全性を確保する」視点が極めて重要である。

これまでの日常生活の延長線上にある施設内での生活の中に、入居者にとってマイナスの影響を与える可能性があるものは何か、またそのような事態を回避するためにはどのような対策を講じることが必要なのかを、事前に的確にアセスメントする能力が求められる。

また施設内での安全性を追求するだけでは、入居者の快適性が損なわれてしまう問題が生じる。安全で快適な生活環境を提供するにはどうすればよいか、何をすべきか、各々の施設が安全管理目標として組織全体で取り組む課題である。

(2) 施設の体制整備

介護保険制度の導入により、特養への入居が措置によるものから、介護サービス契約によるものになったことで、介護事故が発生した場合に法令や契約に照らし合わせて、それがどうであったのか、施設側の管理上の責任が問われるようになった。

介護保険施設などにおける事故防止及び安全管理の取り組みは、国全体として推進されているが、専門職として機能する職員は安全管理の意識を高めるために、国の取り組みに関する情報には常にアンテナを高くして意識的に取り込む姿勢が望ましい。

安全管理は個人と組織と両者の視点で取り組むものであり、組織の一員である職員は施設の目指す理念や指針を理解していることが求められる。安全管理基準の必要を満たす体制づくりは、一人ひとりの職員のリスクセンスを強化し、組織がこれを活かす環境を整えて継続的安定的に安全確保のレベルを維持する。それが施設の安全確保力となる。

下記は厚生労働省老健局からの「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」(平成12年3月)の通達である。

—抜粋—

17 事故発生の防止及び発生時の対応 (基準第31条)

(1) 事故発生の防止のための指針 (第1項第1号)

特別養護老人ホームが整備する「事故発生の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- ① 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方
- ② 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- ③ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
- ④ 施設内で発生した介護事故、及び現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いもの(以下「介護事故等」という)の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- ⑤ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦ その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

上記を踏まえた「施設設備」「マニュアル化されたケア技術」「職員教育」等を柱とした介護事故防止の活動が、プラス効果に転じる鍵は、一人ひとりの職員の日常的に安全行動を遵守する姿勢にある。

2. 事故に対する体制づくり

(1) 報告制度

介護事故が発生した場合に、それが日常的に頻発し尚且つ入居者の身体面への影響度が小さいものであっても看過してはいけない。医療事故防止の考え方には、患者が死亡するなどの重大な医療事故と同様に、患者影響度の小さいものであっても頻度の高い事象に関しては、対応の緊急性は異なるがそれらも重要視すべき問題として位置付けている。

患者死亡等の重篤な1件の医療事故の下には、29件の類似した患者影響度の比較的大きいアクシデントが発生しており、さらにその下には患者への直接的な影響はなかったがヒヤリとしたインシデントが300件発生しているといわれている（ハインリッヒの法則）。

したがって日常生活において発生する入居者への影響度が小さい事故も、施設内の教訓としてその情報を職員間で共有し、「再発防止」に繋げることが重要である。

これに関する要件は下記に示す通りである。

—抜粋—

(2) 事実の報告及びその分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底(第1項第2号) 特別養護老人ホームが、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

- ① 介護事故等について報告するための様式を整備すること。 (参考資料添付)
- ② 介護職員その他の職員は、介護事故等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、介護事故等について報告すること。
- ③ (3)の事故発生の防止のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
- ④ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。
- ⑤ 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。
- ⑥ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

(2) 安全管理委員会（事故防止検討委員会）

入居者の生活に伴う介護事故は、被害の最小化を目指した環境整備を行うことが必要であり、ケア提供に伴う介護事故には発生ゼロを目指したケア技術の向上が必要である。

この基本的考え方を前提として、入居者一人ひとりの安全確保のための計画（plan）・実施（do）・評価（check）・改善（action）の PDCA サイクルが実現する。

ポイントは PDCA サイクルを継続的に回していくことである。陥りやすい問題点として、往々にして計画立案の段階に時間をかけ過ぎてしまうことであるが、ポイントはタイムリーに動くことである。そのため現在では、先ずは実践（do）してみようという姿勢で取り組みを開始することが推奨されている。その実践結果を評価（check）し、修正した行動（action）をとり、最終的にまた計画（plan）の見直しを行い再び実践する。この DCAP サイクルのプロセスがスムーズに展開する組織は、常に継続的にサービスの質的改善を図ることが可能である。

現場で入居者の生活支援を行う職員の安全行動をモニタリングしながら、入居者への安全性と快適性を確保するための取り組みが適切に行われているかを検討し、DCAP サイクルを継続的に展開していくための中枢機関である。

—抜粋—

(3) 事故発生の防止のための委員会（第1項第3号）

特別養護老人ホームにおける「事故発生の防止のための検討委員会」（以下「事故防止検討委員会」という）は、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておくことが必要である。

なお、事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して積極的に活用することが望ましい。

また、事故防止検討委員会に施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

(3) 安全管理研修

特養の介護事故の多くが入居者側の身体的精神的特性に起因したものであり生活に伴うものなので、発生をゼロにすることは非現実的である。しかし職員側の技術的なミスによる「してはならないことをした」事故を未然に防ぐ方法は存在する。介護の現場には、潜在するリスク要因と同じくらい解決策のヒントも存在している。

日常的に行う入浴介助や食事介助などのケアの質は、常に一定に保たれ標準化されている必要がある。職員の経験年数や個性がケアの質に影響することは最小限に抑えなければならぬ。

入居者の尊厳を重視した個別的なケアの提供のためには、質の高いヘルスケアが求められる。

病院などの医療機関では、どうしても疾患や治療に視点を置いた問題志向型であるが、特養においては、入居者にとって質・量ともに充実した生活が送れるように援助する、ケアの視点が重要となる。特養の看護職員に期待されるこの目的志向型のヘルスケアアプローチを通して、入居者の安全確保のために必要な「すべきこと」、「してはならないこと」を明確化し新しいやり方を標準化し、実践していくプロセスが重要である。このようにして構築された既存のマニュアルについてもケアの標準化の継続の中で、現状より良いといえるアイデアが生まれたら、それをまた新たな標準にしていく取り組みが大切である。

常により良いケアの提供を目指す意識を、一人ひとりの職員にしっかりと定着させていくためには、学習する組織づくりが必要であり、そのためにも学習する機会を整備しなければならない。

—抜粋—

(4) 事故発生の防止のための職員に対する研修（第1項第3号）

介護職員その他の職員に対する事故発生の防止のための研修の内容としては、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該特別養護老人ホームにおける指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該特別養護老人ホームが指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差支えない。

3. 法的責任

(1) 結果の予見可能性と対策の適切性

安全管理は、入居者に不幸な事態が発生しないことを目的に行う活動であり、法的な過失の有無を問われないようにするために実施するものではない。

入居者の介護事故で最も頻繁に発生している転倒は、入居者側の身体的精神的要因によるものがほとんどであるが、廊下に段差や溝などがあった場合や床に水がこぼれていたために滑って転倒した場合等は、過失の有無を問わずに施設の責任が問われる。また、入居時に施設側と入居者は契約を交わしているため、職員の不注意によって転倒してけがを負った場合は、注意義務違反による債務不履行責任が求められる。

過失とは注意義務違反のことであるが、注意義務の基準となるべきものは、医療事故でいえばその当時の医療水準である。その医療事故の発生を当時の医療水準において予測できたか、それを回避することが可能であったか、適切な対策を予め講じていたかなどの判断基準になるものである。介護現場においては、介護従事者がその時代における理論的・実践的水準（介護知識・介護技術・介護サービスの提供方法など）に適合したサービス提供がなされていたかが問われるものである。

施設整備上問題がなければ廊下で転倒しても当事者の自己責任であるが、発生要因との因果関係によっては注意義務違反や施設責任が問われる。

注意義務違反が認められた過失行為と、発生した事故との間に因果関係が成立した場合には損害賠償責任が発生する。施設の設備が不十分であったために歩行中に転倒した場合は、過失がなくとも施設設置者は転倒したものに対して損害を賠償しなければならない。
(無過失責任)

—抜粋—

(5) 損害賠償（第4項）

特別養護老人ホームは、賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。そのため、損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましい。

(2) 説明責任

介護事故が事件に発展しないために重要なポイントは、入居者やそのご家族との日常的なコミュニケーションを大切に積み重ねることである。伝える、聞き取る、合意点を見つけるなどのコミュニケーションスキルを高め、入居者やご家族が話しやすい環境を整えることも必要である。

高齢者ケアの意思決定プロセスには家族の関与が不可欠である。安全管理の観点からだけでなく、終末期を特養で迎える入居者とその家族への倫理的視点からもいえることだ。入居者本人の意思や最善について家族と話し合い、合意を目指す情報共有の在り方は、特養で人生の最期を迎える人々の満足度充足度を高めることに役立つ。

入居者のリスクに関する情報は全て公開・共有し、ケア方針の意思決定に家族も参画し

協力しあうケアパートナーの関係になることが望ましい。

4. 介護関連事故

(1) 入居者の日常生活で発生する事故防止の視点

筋力低下、バランス機能低下、視聴覚機能の低下など加齢に伴う身体的認知的機能低下が進んでいる高齢者は、危険を察知し回避する能力が著しく低下した状態にある。

介護事故で最も多いのは転倒転落（約 60%）であり、移動中の転倒、車椅子や便座からの転落、入浴の着脱の際にバランスを崩して転倒など、入居者の生活のあらゆる場面、様々な状況の中で発生している。

介護サービス中の打撲、裂傷がそれに次いで多い事故である。高齢者の皮膚は非常に脆弱なため、移乗時の介助や入浴時の不適切なケアにより容易に表皮剥離を起こす。また入居者が死亡する等の生命予後に最も重大な影響を及ぼす誤嚥・誤飲（4%）は、施設内死亡事故の 78%を占めている。＜平成 19 年事故発生原因年間集計＞

窒息事故の頻度は少ないが、最期まで口から食べることを支援する施設においては、入居者への影響度の極めて高いリスク因子である。

①転倒の内的要因

転倒転落が介護事故の第 1 位である理由は、何よりも入居者の尊厳と自立支援を尊重していることによる。転倒の危険性を予測できても安全確保の目的で身体拘束を実施しない。これは施設の運営基準であり理念でもあるから、今後も転倒転落事故の占める割合は同様に推移するであろう。だからこそ発生することを前提に対応を考える必要がある。転倒転落事故が起きて、入居者への被害の程度を最小限に食い止めることである。そのためには入居者側の内的要因である、加齢による運動機能低下や感覚機能低下、認知症やせん妄、運動機能に影響する疾患、薬物服用などを転倒転落リスクアセスメントのチェックポイントとして確実に評価することが大切である。リスクの高い入居者の情報は必ず職員間で共有し、危険予知に基づいた個別的、効果的な対策を講じる。

②転倒の外的要因

家屋内外の生活環境について下記外的要因や状況要因（危険を増幅させるような要因）を可能な限り排除し、安全な環境を整える必要がある。

- ・居室、トイレ・共有スペース
- ・ベッドの高さ・ベッド柵の不備
- ・車椅子や歩行器等の歩行補助具（の調整不備）
- ・1～2cmほどの段差
- ・滑りやすい床
- ・まくれやすい敷物（カーペットの端、ほころび）
- ・電気器具のコード類
- ・薄暗い照明

- ・入居者の裾の長い衣類や脱げやすい履物・サイズの合わない履物

転倒転落事故は夜間帯に発生することが多いが、事故が発生した時の入居者の行動目的を把握することで、対策を導き出す。歩行中の転倒やベッドからの転落事故の直接要因の多くが「トイレに行こうとした」ことによる。日中ならばトイレでの排泄は自立していても、睡眠薬などの薬剤服用による影響で足元のふらつきがあれば当然転倒リスクが高まる。すなわち入居者にとっては同じ排泄行動であっても、日中と夜間帯とでは危険性が異なることが多い。このような場合には夜間の排泄行動レベルのランクを日中よりも下げて検討し、入居者との合意を得たうえで、夜間帯は必ず巡視の際にトイレ誘導をして、目を離さず見守りをする、安定性のよいポータブルトイレを設置する、足元灯をつけ安全な移動を行えるようにする、などソフト、ハードの両面と環境要因への対策を講じる。

生活の場の事故防止の視点のポイントは、「入居者にとって不利な事象の発生を防ぐこと」「入居者にとって不利な事象が発生しても、被害を最小限に食い止めること」であり、危険の予測評価が最も重要視される。

（２）ケアの提供に関連する介護事故

前述したような入居者側要因に起因する転倒ばかりではない。例えば看護職員が車椅子介助中に入居者が転倒するような看護側要因の事故も少なくない。

転倒転落以外にも、入浴介助中の火傷やストレッチャーからの転落、ケアを介した皮膚剥離などの外傷や打撲、湯たんぼ使用による低温やけど、食事介助中の窒息なども報告されている。

このような不適切な技術・知識不足が関与して発生した事故に対しては、ケア提供者側の要因の見直しを行う。

- 1) 技術の標準化と既存のマニュアルの見直し
- 2) 技術や知識の習得のための勉強会・研修会
- 3) 職員間での情報共有化や伝達方法の検討
- 4) 勤務体制・業務内容の見直し
- 5) 適正な人員配置の検討と強化 など

（３）医療処置に関連した介護事故防止の視点

特養入居者の入居期間の長期化に伴う寝たきりや身体状態の重篤化は、発生する介護事故の傾向にも影響を与える。現在実施されている医療処置は「喀痰吸引」「経腸栄養」がほとんどであるが、今後加速度的に進む高齢化と重篤化は医療処置を有する入居者の割合を高め、それに伴い気管切開、酸素療法、中心静脈栄養管理、インスリン投与など医療処置に関連した事故が増える可能性が高い。

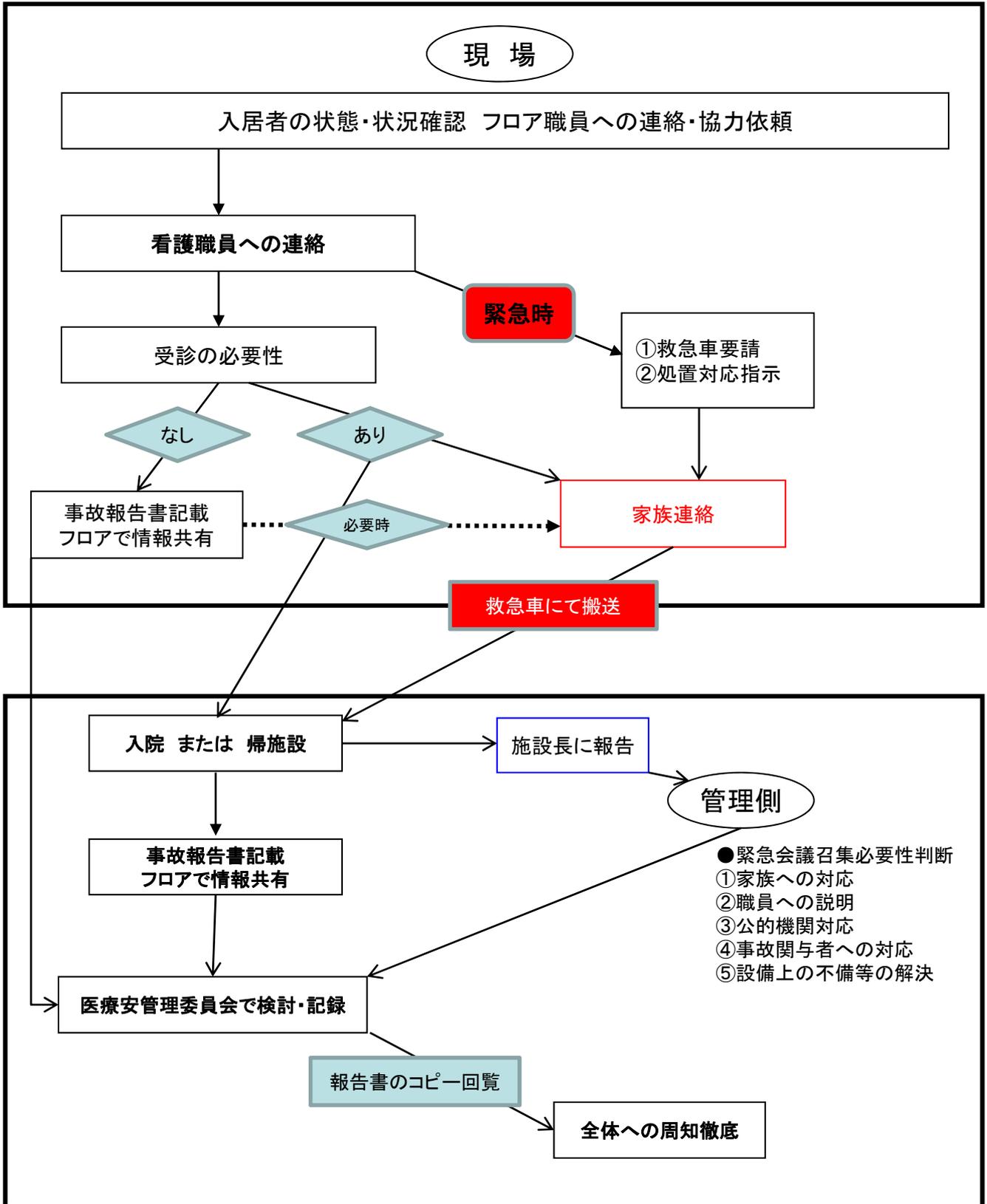
医療処置業務の危険要因は看護側にある。事故防止のポイントは、入居者に障害を及ぼしかねない「間違いをおかさない」ことである。

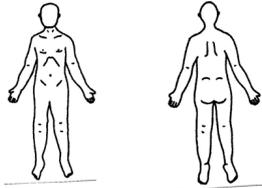
技術に関する手順書の不整備や周知不徹底、教育や組織体制の不整備などソフトウェアの要因と職員の不安全行動、不確かな観察能力、機械操作ミス、技術や知識不足などの人的要因が大きく影響する。

これらの医療処置に関連した介護事故は「してはならないことをした」ために発生するものであり、医療事故の特色を帯びている。

このような医療処置に関連する介護事故を未然に防ぐことができるのは、それに携わる看護職員の安全遵守行動である。

参考 事故発生から周知までのながれ



事故報告書		施設長	施設部長	看護部長	相談課長	栄養課長	担当課長	報告者	最終ランク	
利用者氏名 年 齢	様(歳)	性 別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
		利用サービス		<input type="checkbox"/> 本入所 <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 通所						
発生日	平成 年 月 日	発生時 : 時 分								
上司への報告日	平成 年 月 日	報告時 : 時 分			上司名 :					
相談室報告日	平成 年 月 日	報告時 : 時 分			相談員 :					
当日の勤務者										
第一発見者		発生の状態								
区分	Sランク <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 暴行、虐待 <input type="checkbox"/> 施設外徘徊									
	Aランク <input type="checkbox"/> 与薬ミス(□ご利用者間違い <input type="checkbox"/> 服薬忘れ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 頭部打撲 <input type="checkbox"/> 点滴の針の抜去 <input type="checkbox"/> 膀胱留置バルーン抜去(外的要因) <input type="checkbox"/> 誤嚥/誤飲 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 外傷、打撲斑のある転倒、転落 <input type="checkbox"/> 胃ろうPEG抜去(外的要因)									
	Bランク <input type="checkbox"/> 外傷、打撲斑のない転倒、転落 <input type="checkbox"/> 表皮剥離、擦過傷 <input type="checkbox"/> 膀胱留置バルーン抜去(自然抜去) <input type="checkbox"/> 胃ろうPEG抜去(自然抜去)									
	Cランク <input type="checkbox"/> 紛失/盗難 <input type="checkbox"/> 打撲斑 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 器物破損 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> その他 () ※怪我の状態や頻度により上記のランクと異なる場合があります									
身体の状態記述										
発生場所及び詳細										
身体の状態	前	後	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩部(左・右) <input type="checkbox"/> 腕(左・右) <input type="checkbox"/> 手(左・右) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 脚/足(左・右) <input type="checkbox"/> その他()					報告者提出日時 (介護⇒医務)		
								平成 年 月 日 時 分		
医療処置内容 (医務室記入)									報告者提出日時 (医務⇒介護)	
									平成 年 月 日 時 分	
	受診結果						ランク	対応職員	確認者	

記 述				
発生時の状況及び 具体的な事故内容	発生時の状況とその時の対応 <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 100px; vertical-align: top;">☒</td> </tr> </table>	☒		
	☒			
発生原因(不明な場合は可能性があるものを記入) <input type="checkbox"/> 利用者要因(日常の生活状況) <input type="checkbox"/> 職員要因(その時の状況など) <input type="checkbox"/> その他(設備など)				
今後の予防策	<input type="checkbox"/> フローアー対応 <input type="checkbox"/> 全体での対応 <input type="checkbox"/> その他(設備など)			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">ランク</th> <th style="width: 50%;">対応職員</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ランク	対応職員	
ランク	対応職員			

平成25年3月31日改定 第7版

家族への連絡 連絡日時 (相談員記入)	連絡した家族名: 様 (続柄:)				
	平成 年 月 日 / 時 分	通話・留守電・メール・FAX・その他			
対応後の家族の反応 (相談員記入)	<input type="checkbox"/> 単身のため、家族連絡無し <input type="checkbox"/> 家族背景を考え、今回の事では連絡せず <input type="checkbox"/> 以前より、大事に至らない場合には、連絡不要との話しを家族より受けているため、特に連絡せず <input type="checkbox"/> その他				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">対応職員</th> <th style="width: 50%;">確認者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 50px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		対応職員	確認者	
対応職員	確認者				
施設長からの指示					

■急変時の対応

<概要>

○心身が脆弱な要介護高齢者は急変のリスクが高だけでなく、それが生命の危機につながりやすいので、急変を回避あるいは早期発見することが重要である。

心身が脆弱な要介護高齢者は急変のリスクが高だけでなく、それが生命の危機につながりやすいので、急変を回避あるいは早期発見することが重要である。一方、「急変」と思われる症状が、看取り期に入るサインとなっている場合もある。

個々の入居者がもつ急変のリスクに備えるとともに、看取り期にどのような医療やケアを本人や家族が望んでいるかを把握しておくことも大切である。

(1) 高齢者の急変の特徴

- 1) 症状や訴えがはっきりしないため、急変のサインがとらえにくい
例)認知症や失語のために言葉で症状が訴えられないなど
- 2) 成人に比べて症状の現れ方が多彩なため、病態を特定しにくい
例)心筋梗塞が起きていても胸痛ではなく、背部痛や肩や顎先の痛みとして感じるなど
- 3) 生活行動の変化や「いつもの様子との違い」が、急変の前兆であることも多い
例)認知症のある人の BPSD の悪化、元気や活気のなさなど
- 4) よくみられる症状や生活の変化が急変のきっかけとなる場合も少なくない
例)慢性的な便秘による腸閉塞、発熱とそれにともなう食欲低下による脱水など
- 5) 基礎疾患に老年症候群が合併して病態が複雑になりやすい
例)尿路感染にせん妄が合併して転倒し、大腿骨頸部骨折するなど
- 6) 薬物が急変の原因となったり、主要な症状を隠してしまう場合も多い
例)催眠作用のある薬物を服用しているため、睡眠と意識レベル低下の判断がつきにくいなど
- 7) 事故による急変も多い
例)誤嚥による窒息、入浴時の溺水など

(2) 急変時の観察ポイント

急変時には入居者の全身を大まかに見た後に、系統的に順を追って確認する。まずは、意識レベル、呼吸・循環状態、体温をチェックし、その後に頭の先からつま先までの状態を観察し、左右差や前後差も確認していく。また、特養の入居者の多くは状況を自分で説明するのが難しいため、介護職員から「何が(what)」「どこが(where)」「いつから(when)」「どのように(how)」変化したかを情報収集する。

介護職員からの情報収集がスムーズに行えるよう、日頃からそれぞれの入居者の観察ポイントを伝えておくことや、よいコミュニケーションがとれる関係性を作っておくことが望ましい。

表1 急変のサインとなる症状

意識状態	意識レベル低下 活気がない 落ち着かない 不眠 せん妄
呼吸状態	呼吸困難 咳・痰のからみ 喘鳴
循環状態	血圧上昇・低下 脈の緊張低下 頻脈 除脈 不整脈
消化器症状	食欲低下 拒食 嚥下障害 悪心・嘔吐 吐血 下血 便秘 下痢
腎・泌尿器症状	尿失禁 尿閉 尿量低下 尿性状の変化(色・混入物)
皮膚の状態	冷汗 顔面蒼白 浮腫 褥瘡 蜂窩織炎
運動症状	麻痺 脱力 活動性の低下 転倒・転落
痛み	胸痛 腹痛 要背部痛 首から肩の痛み 痛みの種類(ずきずきする、しぶる)
その他	脱水 体温異常(発熱・高体温・低体温)

(3) 急変時のアセスメントに必要な技術ーフィジカルアセスメント

特別養護老人ホームでは医療機関と違い、各種検査(血液検査やレントゲン撮影など)をタイムリーに実施することが難しい。このため、日頃からのフィジカルアセスメントをとおして、それぞれの入居者の正常な状態を把握しておくことが、急変時の的確なアセスメントに結びつく。

急変時のアセスメントの際は、個々の入居者の病歴や高齢者に起こりやすい疾病を念頭におきながら身体所見をとり、直ちに救急搬送が必要な状態なのか、配置医師との相談あるいは経過観察でよいのか等、状態を見きわめていくことが必要である。

① 身体所見の取り方

視診→聴診→打診・触診の順に行う。

A. 視診

入居者の動作や全身の皮膚(粘膜含む)をくまなく、繰り返し診る。視診の際には、衣類は脱がせ、ドレッシングや包帯など皮膚を覆うものは取り除いておく。

大きさ・形・位置・色・対称性・臭い・動き・分泌物の有無などを注意深く確認し、左右対称の部位については左右差についても確認する。

B. 聴診

聴診器を肌にしっかり接触させて行う。チェストピースが膜型とベル型になっているもの、もしくは一体型のものを準備し、聴診部位に応じて使い分ける。一般に、膜型は呼吸音や腸蠕動音のような高周波音を、ベル型は心音(Ⅲ音・Ⅳ音の聴取のみ)のような低周波音が聴き取りやすい。聴診では、音の高低・強弱・性質(ザーザー、ポコポコなど)をとらえる。

C. 打診

左手中指の第2関節までを打診部位の皮膚に密着させ、屈曲させた右手中指を左手中指の第1関節の上に垂直に落とすようにしてポンポンと叩く。

表2 打診音の種類

打診音の種類	音の性質	内部の状態	聴取部位
鼓音	ポコポコという音	空洞(外側は柔らかい袋状)	正常：胃、腸 異常：気胸、肺気腫
濁音	詰まった音	組織や水で詰まっている	正常：心臓、肝臓、骨 異常：無気肺・胸水・血胸
共鳴音(清音)	よく響く音	空洞(外側は硬い構造)	正常：肺

文献1) p.134 を一部改変して引用

D. 触診

手でさする、押す、つまむなどによって、臓器の位置や腫大・腫瘤・圧痛・可動性などを確認する。痛みが疑われる部分の触診は最後に行い、周りからやさしく触れるようにするとともに、入居者の顔色や表情も観察する。

② 身体各部位のアセスメント

ここでは、急変時にアセスメントすることの多い頭部、胸部、腹部などについて、説明する。

A. 頭部

瞳孔：左右の瞳孔の大きさをみる。正常は3~4mmで左右差はない。2mm以下は縮瞳、5mm以上を散瞳と呼ぶ。瞳孔の大きさを観察した後に、対光反射を確認する。

頸部：くも膜下出血や髄膜炎で生じる髄膜刺激症状(項部硬直など*)の有無、うっ血性心不全などで起こる頸静脈怒張の有無を確認する。

*拘縮がある場合は確認が難しい

B. 胸部

肺：視診⇒呼吸パターン(数、深さ、換気異常、リズム異常)、胸郭の動きが左右均等か、シーソー呼吸*や努力呼吸(いわゆる肩呼吸や鼻翼呼吸、起座呼吸など)の有無を観察する。

*上気道閉塞(窒息)時に起こる、胸部と腹部の動きが逆になる呼吸
聴診⇒呼吸音の消失*や異常呼吸音(表 3)がないかを確認する。(図 1)

*呼吸が浅い、気道閉塞、肺気腫、胸水、気胸、無気肺などで起こる

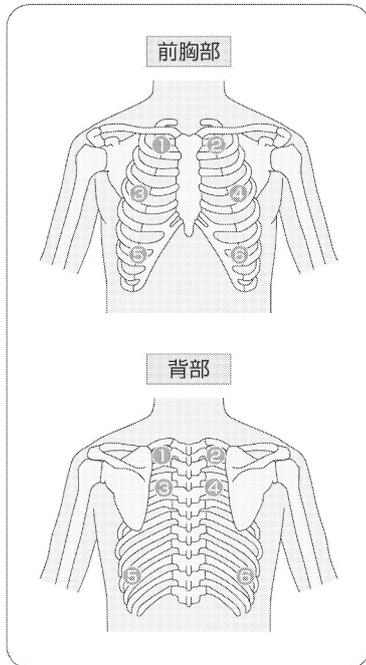


図 1 緊急性の高い場合の肺の聴診部位と順序 文献 2)より引用

表 3 異常呼吸音

音の種類		音の特徴	異常の原因
断続性 複雑音	細かい副雑音 (捻髪音)	バリバリ、パチパチ という乾いた音	間質性肺炎、肺線維症など
	粗い副雑音 (水泡音)	ブクブク、ゴロゴロ という湿った音	肺炎、気管支炎、肺水腫、心不全 など
連続性 複雑音	低調性副雑音 (いびき音)	グ——ッという低く 長い音	痰の貯留、気道異物、COPD 急性 増悪など
	高調性副雑音 (笛音)	ピィ——ッという高 く長い音	気管支喘息発作など

文献 1) より引用

心臓：聴診⇒房室弁の閉鎖時に起こるのが I 音(ドッという音)、動脈弁の閉鎖時に
起こるのが II 音(クンという音)である。図 2 の聴診部位で、I 音と II
音のリズムと心雑音の有無をチェックする。高齢者に多い弁の狭
窄・閉鎖不全は基本的にはその弁の領域で聴取される。

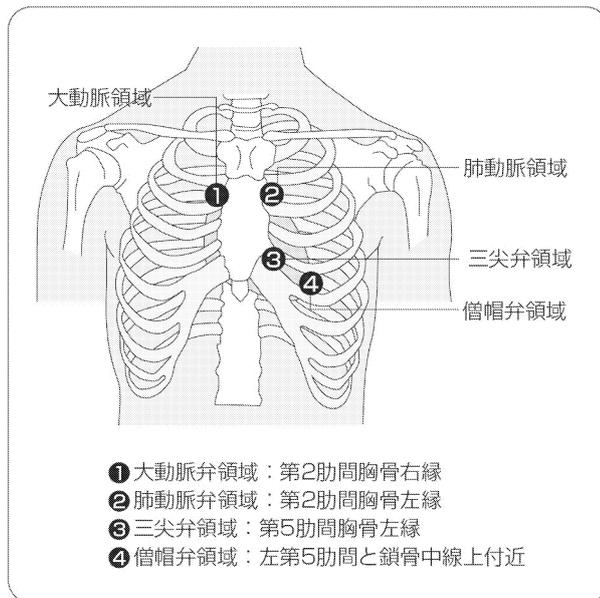


図2 心音の聴診部位

C. 腹部

視診⇒手術痕の有無を確認する。腹部の手術を受けていると腸閉塞のリスクが高いためである。

聴診⇒聴診器は押しつけずに当てて聴診する。腸蠕動音は、1分間に5回以上を正常、それ未満を減弱、2分以上聴診して聞こえなかった場合は消失と評価する。減弱や消失は麻痺性イレウスまたは腹膜炎を、亢進や高音(金属音)では腸閉塞が疑われる。腹部大動脈瘤がある場合は、血管雑音も聴取される。

触診⇒必ず聴診の後に行う。聴診の前に触診を行うと、腸蠕動音の頻度が変化することがあるためである。また、リラックスさせることが適切な評価につながるためやさしく触れ、痛みがあると推測される部位は最後に触れる。腹膜炎の場合は反動性疼痛や筋硬直がみられる。

D. その他

痛み⇒高齢者にとって痛みは5番目のバイタルサインと言われているが、前述のように通常なら痛みを伴う重篤な疾患であっても痛みが軽い、あるいは感じていない場合もあるので注意する。図3に臓器別の痛みの出現部位を示す。

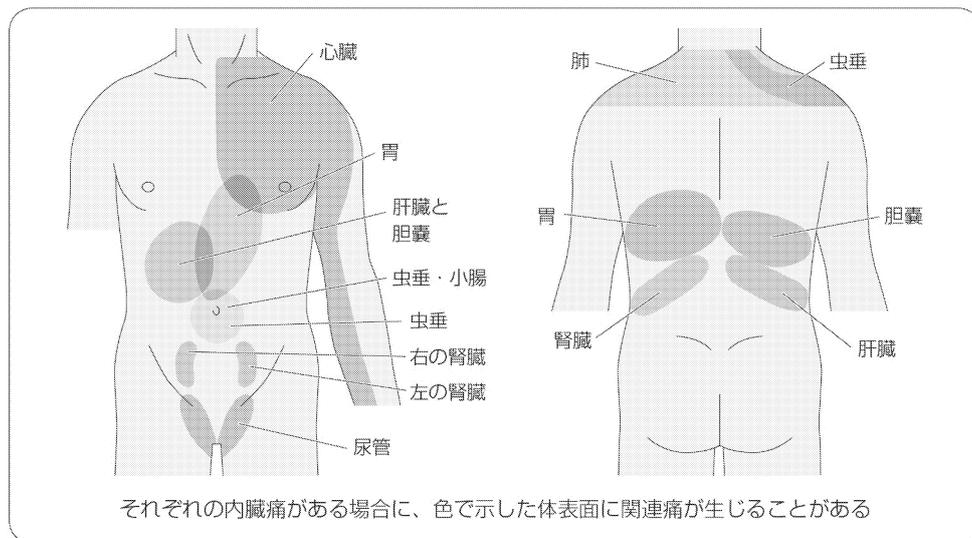


図3 臓器別関連痛 文献3)より引用

姿勢・肢位・動き⇒意識レベルが低下したときは、麻痺や脱力、異常肢位(除脳硬直や除皮質硬直など)といった四肢の神経脱落症状もアセスメントする。

(4) 一次救命処置(BLS:Basic Life Support)の実施(必要時)

入居者に救命処置が必要な場合は、すみやかに一次救命処置を開始する。そのために、看護職員だけでなく介護職員(可能な場合は全職種)にも定期的に研修を実施しておく。また、一次救命処置のガイドラインは数年毎に改訂されるため、最新版を習得し実施できるようにしておくことが必要である。

*現在は2010年版が最新である

(5) 医療機関との連携

配置医への報告あるいは医療機関を受診する際は、状況をすみやかに的確に伝えることが必要である。その場合は、系統的なフィジカルアセスメントの結果にもとづき、「何が(what)」「どこが(where)」「いつから(when)」「どのように(how)」変化したか、バイタルサインや随伴症状も統合して報告する。

入院治療が必要となった場合は、入居者の生活機能やQOLが低下しないためのケアが引き続き提供できるよう、日頃の生活状況やその人の価値観、急変時や看取り時の希望(例:蘇生を希望しない、経管栄養を希望しないなど)も情報提供することが重要である。

(6) 急変時への備え

急変時に適切な対応ができるよう、以下を行っておくとよい。

- 1) 既往歴・現病歴と治療状況を把握し、起こりうる急変をある程度想定しておく
- 2) 高齢者の心身の特徴やよくみられる疾病と観察ポイントについてスタッフ教育を行

う

- 3) 職種間で入居者の状態について、日頃から密に情報交換しておく
介護職員：ADL/IADL/意識レベル、生活パターンなど、ふだんの様子の情報提供
看護職員：個々の入居者の健康上の問題、観察してほしい項目や看護職員に報告が必要な状況についての情報提供
- 4) 急変時もしくは看取り時の方針を本人・家族と相談しておく

<引用文献>

- 1) 山内豊明総監修：事例から学ぶ訪問看護におけるフィジカルアセスメント,コミュニティケア臨時増刊号,8(12),2006.
- 2) 岩田充永：JJN スペシャル高齢者救急 急変予防&対応ガイドマップ,医学書院,2010.
- 3) 真田弘美編：看護学テキストシリーズ NiCE 老年看護技術 最後までその人らしく生きることを支援する,南江堂,2011.

<参考文献>

- ・岩田充永：「JJN スペシャル高齢者救急 急変予防&対応ガイドマップ」,医学書院,2010.
- ・伊刈弘之：「認知症高齢者の身体状態 見方と急変対応」,日総研出版,2007.
- ・日本老年医学会：「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2005」,メジカルビュー社,2005.
- ・徳田安春：「Dr.徳田のバイタルサイン講座」,日本医事新報社,2012.
- ・森皆ねじ子：ねじ子のぐつとくる体のみかた,医学書院,2013. ・Bickly,L. S./ 福井次矢、井部俊子日本語版監修：ベイツ診察法 第9版、メディカル・サイエンス・インターナショナル、2008.

■看取りケアの推進-エンド・オブ・ライフケアにおける 看護職員の役割

<概要>

○入所者の重度化が進み、看取りの場所となるなど特別養護老人ホームの役割が変化している。
○特別養護老人ホームに入所している高齢者の生活を支える看護職員は、高齢者や家族の希望に沿った人生の終焉を支える重要な役割を担うこととなる。
○「高齢者の終の棲家である特別養護老人ホームにおいて、看取りケアは日常ケアの延長線上にあるニュートラルなケアである」という認識を持つことが重要である。
○看取りケアにおいては、日常的なケアの中で高齢者が最期に向かっているという徴候（サイン）をキャッチし、入所者本人や家族に後悔が残らず、安心して安らかに過ごせる環境を提供し、支援を行うことが望まれる。
○看取りケアでは、通常の日常ケアとともに、身体の衰弱に伴う細やかなケア、家族や職員に対するケアも求められる。

0. エンド・オブ・ライフケア

(1) エンド・オブ・ライフケアとは

1990年代から米国で使われるようになった、比較的新しい言葉であり、緩和ケアやホスピスケアと同義語として用いられることが多い(EAPC, 2009)。「エンド・オブ・ライフ・ケア」という言葉が使われるようになった背景としては、近年、主として使われてきた「緩和ケア」が、定義としては疾患を限定していないものの、現実としてはがん患者を中心として提供されてきたという経緯があり、「緩和ケアはがん患者のためのもの」という意識が、一般市民や医療スタッフの中にも根づいているということがある。そのため、認知症や脳血管障害などの疾患や高齢者などを広く含み、疾患を限定しないことを強調する言葉として、「エンド・オブ・ライフ・ケア」という言葉が新たに使われるようになってきた。ヨーロッパではエンド・オブ・ライフ・ケアを狭い概念として捉え、死が差し迫った患者(がんに限定しない)に提供される包括的なケアとして用いている。また、北米においてはエンド・オブ・ライフを、「患者・家族と医療スタッフが死を意識するようになった頃から始まる年単位に及ぶ幅のある期間であり、がんに限定される言葉・考え方ではない」とし、エンド・オブ・ライフ・ケアも広い概念として捉えている。

(2) 緩和ケアとは

1970年代からカナダで提唱された考え方で、2002年に世界保健機関(WHO)が定義を発表した。

<WHOによる緩和ケアの定義(2002)>

- ・緩和ケアは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、痛みや身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである。(Sepulveda C et al, 2002)

全人的にケアを行うこと、多職種チームアプローチを重視していることなど、緩和ケアはホスピスケアの考え方を受け継ぐものであり、同義語として使われることも多い。

(3) ケアに関する用語

- ターミナルケア：進行がん患者や予後不良の患者に対する包括的なケアであり、疾患や予後が限定されている。最近ではあまり使われなくなった、古い言葉とされることもある。
- ホスピスケア：1960年代から英国で使われるようになった言葉であり、患者・家族の身体、精神、社会、スピリチュアルなニーズを満たすことを目的とする全人的アプローチである。多職種チームによって、その人のニーズと選択に基づいたケアを提供する。人生の終末にある人に対し、痛みなどの身体的な問題だけでなく、精神的・社会的・スピリチュアルな側面を含めトータル（全人的）にケアを提供していくこと、そのケアを多職種チームで行っていくことが特徴である。

1. 高齢者の終末期と特別養護老人ホーム

特別養護老人ホームの入所者では高齢者特有の疾病や障害などにより介護を要する者が多く、状態の重度化が進むケースもみられている。

平成18年度の介護保険制度の改正において、特別養護老人ホームにおける看取り介護加算と重度化対応加算が創設され、死を迎える（看取りが行われる）場所が、病院から施設へと移行することに期待が寄せられ、特別養護老人ホームは真の意味での「終の棲家」としての機能を果たすことが求められている。

また、日本老年医学会は、「高齢者の終末期*の医療およびケア」に関する「立場表明」を2012年に改訂し、『高齢者にとって「最善の医療およびケア」とは必ずしも最新もしくは高度の医療やケアの技術のすべてを注ぎ込むことを意味するものではなく、過少でも過剰でもない適切な医療、および残された期間の生活の質（QOL）を大切にする医療およびケアが「最善の医療およびケア」であると考えられる。』と述べ、認知症の末期で「口から食べられなくなった」状態などを含めた高齢者の終末期と医療のあり方について検討が重ねられている。

高齢者や家族にとって、人生の最期をどこで、誰と、どのように過ごすかということは重要かつ迷いを生じやすいことであり、その方法や時期の決断に際しては支援を要する場面も多い。

特別養護老人ホームに長期に渡って入所している高齢者にとって、施設は住み慣れた（家同様の）場所となり、（家族同様の）なじみの人と（自分らしい）落ち着いた生活を送る場所となることが考えられ、その生活を支える看護職員は、高齢者や家族の希望に沿った人生の終焉を支える重要な役割を担うこととなる。

* **終末期**：病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態。

2. 看取りケアのあり方

特別養護老人ホームでは、高齢者が個人として尊重され、その人らしい人生を全うできるような支援が求められ、人生の終焉にむかう高齢者本人と家族の思いを受け止め、望みをかなえ、安らかな最期を迎える準備や環境調整を行うこととなる。

本来、看取りケアそのものは日常ケアの延長線上にあるものとして基本的な方針を定めておくことが重要とされて久しいが、未だ、その内容や進度には施設ごとのばらつきがみられる現状があり、医療的な知識やバックグラウンドを持たない職種にとっては混乱や不安をもたらしやすいケアおよびシステムとなっている。

特別養護老人ホームに勤務する看護職員では、「高齢者の終の棲家である特別養護老人ホームにおいて、看取りケアは日常ケアの延長線上にあるニュートラルなケアである」ということを認識するとともに、自施設における看取りケアの方針を把握し、看取りケアを進めていくにあたっては、他職種チームにおけるリーダーシップやコーディネーターの役割を発揮することも期待したい。

本人や家族に対しては、施設の方針や看取りケアの基本的な考え方について説明を行った上で、「最期を過ごす場所」についての希望や思いを丁寧に確認しておくことが重要となる。看取りケアを行っている期間に起こり得る身体・精神的な状態の変化やその対応について、緩和ケアや救急対応を提供する可能性などについて例を挙げながら詳細に説明を行うようにする。また、職員が家族に対して同じ対応を行うことができるように、職員間の意思統一とコミュニケーションにつとめるようにする。

看取りケアのあり方に関しては、ケアを受ける高齢者本人と家族はもとより、ケアを提供する施設の管理者をはじめとした職員それぞれの死生観、価値観、生活環境、体験等、個々人が持つ文化や背景の影響を受けているということを意識し、入所者の個別性や多様性を尊重しながら状況の変化に対してフレキシブルな対応が行えるような準備と調整につとめたい。

3. 看取りケアを導入するにあたって

看取りケアにおいては、日常的なケアの中で高齢者が最期に向かっているという徴候（サイン）をキャッチし、入所者本人や家族に後悔が残らず、安心して安らかに過ごせる環境を提供し、支援を行うことが望まれる。老衰の場合では、死亡の半年から1年位前から身体機能が低下し、生命力の低下に気付くことが多く、経口摂取量や体重の減少、バイタルサイン、皮膚の状態の変化などの全身状態の観察を通じてエンド・オブ・ライフ期であることを確認していることが多い。そして、長いスパンの間に状態の悪化と改善を繰り返しながらゆっくりと最期に向かうプロセスを辿る。長いスパンでの不可逆的な状態の悪化を認識していない家族や介護職員では、症状の変化に一喜一憂する場面もみられるが、看取りケアを行うことが決定しているケースでは、回復の見込みがないという医師の判断を伝え、現実を認識して悔いが残らないように準備を行うことを支援する必要がある。

4. 看取りケアの実践

看取りケアでは、通常の日常ケアとともに、身体の衰弱に伴う細やかなケアを必要とする場合が多い。

(1) 日常のケア

①環境整備

家族が気兼ねなく付き添い、入所者本人とよい時間を過ごせるように居室の調整（個室の準備等）を検討する。室温の調整、採光、換気などの環境整備に注意し、本人にとって心地よく安心できる環境を提供するように心がける。

②栄養・食事

経口摂取量の減少や嚥下困難が目立つ時期であるため、本人の嗜好に合った食事の提供や誤嚥予防のための食事形態の工夫が必要となる。脱水予防のための水分補給を考える場面も多いが、死期がせまっている高齢者に過剰な補液を行うことで浮腫による苦痛や呼吸困難などの二次的な障害を招くことなども考慮する必要がある。

③清潔

入所者自身の心地よさを重視したケアを心がける。本人に負担がかからないようなケアの工夫が重要ではあるが、最期にきれいなご遺体であることが家族のグリーフケアにとって意味をもつことを考慮し、清潔を保つようにしたい。

④排泄

食事・水分摂取量と尿量・排便量の確認が重要となる。便秘やガスの貯留がみられることで不快な症状を伴うことも多いため、腹部マッサージや場合によっては下剤・浣腸の使用の検討を行う。

⑤疼痛緩和

関節炎、血管の炎症、がんなどによる疼痛を抱えているケースでは、体位の工夫、マッサージ等のケアの工夫を行い、医師に鎮痛剤（麻薬を含む）の投与についての相談を行う。

⑥精神的サポート

入所者本人が不安や孤独感、苦痛を感じることをないように、出来る限り共に寄り添うケアの工夫を行う。

⑦家族へのケア

家族がかかえる不安や気持ちの揺れを受け止め、随時詳しく説明を行い、入所者本人のために共に行えるケアを工夫し、最期のよい時間を過ごせるような調整を行う。

(2) 死亡直前のケア

臨死期の兆候（食欲低下、尿量減少、喘鳴等）を把握し、状況に応じて医師と連絡をとりながら状態の観察を行う。安楽な体位の工夫、体位変換、マッサージ、疼痛緩和等の処置を行う。入所者本人に不安感や孤独感を与えないように寄り添いながらスキンシップや声かけを行い、最期の時間を穏やかなよい時間とするようにつとめる。

(3) 死亡時・死後のケア

医師による死亡確認が行われた後、家族が十分にお別れの時間をとることができるように配慮する。家族が落ち着いてきた段階で家族の気持ちに配慮しながら看護職員は死後の処置の準備を行う。家族が希望した場合には死後の処置をともに行うようにする。家族の悲しみや辛い気持ち、入所者本人の思い出話などを傾聴し、ともに悲しみを分かち合う時間を大切にする。

(4) 家族へのグリーフケア

家族が入所者本人に対して「出来る限りのことをやれた」と思えるような支援や言葉かけを行うようにする。臨死期のみならず、エンド・オブ・ライフ期に入った早い段階からの入所者本人へのケアのあり方や入所者本人の最期の状態、死後の処置の際にケアスタッフと悲しみや辛い気持ちを分かち合った体験などのすべてが家族のグリーフケアにつながっている。家族をねぎらい、家族にとっても納得のいく最期であったと思えるような支援も重要である。

(5) 職員のケア

看取りケアに関わった職員の支援も重要である。看取りケアに関わる職員は精神的にも身体的にも緊張状態が続き、負担が大きくなりやすい。深い悲しみや辛さ、後悔を感じたりしている場合もある。お互いにねぎらいの言葉をかけ、入所者本人をしのんで思い出を語る、デスカンファレンスなどの「振り返りカンファレンス」を開き、良かった点や頑張った点を明らかにして今後の看取りケアにつなげていくなどのフォローを行うようにする。

■高齢者介護施設における感染対策

<概要>

○高齢者は感染症に対しても脆弱な場合が少なくない。介護福祉施設では看護職が業務の中心となって感染対策を実施する必要がある、具体的な方策を知っておく必要がある。

1. はじめに

高齢者は外見的には健康でも、運動機能の衰えや慢性疾患の存在、中枢神経機能の低下などから、自己管理能力に種々の制約を生じ、感染症に対しても脆弱な場合が少なくありません。

この手引きで述べられる感染対策のあり方は、介護福祉施設で勤務し始める看護・介護職の皆さんに感染対策の基礎知識を提供することを目的としています。また、高齢の人々が集団で生活する施設の環境特性に配慮し、感染制御に携わる機会が少ない事務職あるいは面会に訪れるご家族に必要な基礎知識、配慮事項、さらに季節的に流行する感染症への備え、施設内で患者が発生した際の対処も具体的に記されています。

感染対策は予防策への集団としての理解が必要であり、具体的な行動を事前に検討することが重要です。わけでも看護職はこれらの業務の中心となる職種であり、知識を常に最新に保つこと、また施設長は現場職員の模範となるよう、施設内の感染対策に関する研修に積極的に参加することが求められています。

2. 高齢者介護施設と感染対策

1) 感染対策の基礎知識

感染症は、病原体である微生物（細菌）・ウイルス・寄生虫などが、種々の経路を通じて、本来病原体が存在しない身体部位に進入して増殖した場合に発症します。そこで、感染症に対する対策は以下(1)から(3)の3項目が柱です。

(1) 感染源（病原体）の排除

「感染源」とは、感染症の原因となる微生物（細菌、ウイルスなど）が含まれる血液・体液、排泄物やそれらが付着した器具などを指します。これらを取り扱う際や、触れる可能性がある場合は必ず手袋を装着し、直接素手では触らないようにすることと、手指衛生が重要です。手指衛生は、標準予防策（スタンダード・プリコーション）の中でも、最も基本的で重要な「感染制御技術」です。詳しくは「4. 平常時の衛生管理」を参照してください。

(2) 感染経路の遮断

感染経路の遮断とは、上述の標準予防策のみでは対応できない病原体に対する追加予防策です。空気感染予防策、飛沫感染予防策、接触感染予防策の3種類がありますので、詳しくは「6. 個別の感染対策」を参照してください。

(3) 宿主（入所者）の抵抗力の向上

病原体を不用意に持ち込まないため、入所時点で発熱や倦怠感、上気道症状、消化器症状、皮膚症状などを観察・把握することが重要であり、その身体観察状態を記録・保存しておくことも必要です。治療が可能な感染症がある場合は、感染防止の観点からも治療や対策を講じたうえで入所していただくことを考慮します。しかし、感染症の存在のみを理由に入所を拒否することは望ましくなく、必要な準備のもとで受入れることが重要です。また、すべての職員を含む定期健康診断や予防接種の推進、日常的な感染症発生状況の把握をすることで、施設内での感染症蔓延を防止することも重要です。

3. 高齢者介護施設における感染管理体制

1) 施設内感染対策委員会の設置

感染対策は施設内すべての職員が心がけなければならない基本事項であり、組織的で幅広い活動が必要です。そのため、施設内の感染対策委員会は、他の委員会と独立して設置・運営される必要があり、構成メンバーは特定の職種に偏らないよう、施設内の代表的部署の管理者を網羅する形で構成される必要があります。また、実務担当者には施設内における一定の権限と責任が与えられ、組織横断的な活動を行うことができる体制が必要です。

具体的な構成メンバーとしては、施設管理責任者（施設長、設置者）を委員長とし、医師（嘱託医、提携医療機関の代表者など）、看護職（看護師、保健師）介護職（ヘルパー、ケア・マネージャー）、食品栄養管理部門（栄養士、調理師）、事務部門（事務責任者、経理や人事担当者）、技能部門（搬送車運転、ボイラー等の施設管理）などから構成します。特に施設長の参加は施設総体としての感染管理に取り組む姿勢を職員に伝え、推進する役割があります。さらに各部門の代表者が参加することで情報が即時に共有できます。委員は定期的開催し、加えて感染症の集団発生時など、緊急の事態に際して随時開催することも必要です。

施設内感染対策委員会の主な目的と役割は、利用者と職員を感染から守ることです。そのためには平常時の「感染防止策」と「感染症発生時の対応」が円滑に進むよう、以下の様なプログラムを立案して実践していくことが必要です。

- ① 感染対策に関する施設方針の明文化
- ② 感染対策のためのマニュアル整備
- ③ 感染管理教育プログラムの策定
- ④ 職業感染管理の徹底（健康管理指針）
- ⑤ 感染症発生時の対応（アウトブレイク指針）
- ⑥ 安全な療養環境確保のための環境管理

2) 感染対策のためのマニュアル整備

感染対策活動を行っていくためには、根拠となる「施設内感染対策指針」、具体的な感染対策マニュアルの整備が必要です。全ての職員に信頼され、有効に利用されるマニュアルとするためには、エビデンスに基づいて作られるだけでなく、自施設的环境や実情を考慮し、現場に即した調整が必要です。また、定期的に遵守状況を実際に確認し、マニュアルの内容を再評価し、追加・修正を検討することが求められます。

そのためには、市販のテキスト等をそのまま流用あるいは引用するのではなく、自施設の実態に合わせて「いつ」「どこで」「誰が」「何を」「どう」するのかを明記することができるよう、独自に編集することが望まれます。

マニュアルが備えるべき項目としては、感染管理組織、感染防止技術、職業感染対策、集団発生時の対応（アウトブレイク・マネジメント）、施設維持・整備基準（ファシリティ・マネジメント）等を中心に自施設の状況にあった内容を検討します。作成したマニュアルの実践と遵守に必要な事項として、以下があげられます。

- ① 職員全員がマニュアルの内容を確実に理解すること。
- ② 委託職員も含め、研修会等による周知徹底を行い、必要時実践演習を行うこと。
- ③ 利用されやすい場所、部署を考慮して配置すること。
- ④ マニュアルの評価時には、記載内容が実践可能な内容か、実際に行動できる表現かどうかを確認すること。

3) 職員の健康管理

集団生活では、様々な病原体に曝露される機会が多くあります。職員自身が感染源にならないように健康状態に留意するとともに、ワクチン等によって予防可能な疾患（インフルエンザ、B型肝炎、麻疹、水痘、風疹）については、禁忌でない限り接種します。禁忌等により接種できない者は、一般的な健康管理とともに、感染症発生時は休業を考慮します。また、職員が入所者の血液や体液等に曝露（粘膜、傷のある皮膚等）した場合の対応として、発生時の報告体制、緊急処置（曝露部位の洗浄、医療機関受診）の手順等を整備しておきます。

4) 早期発見の方策

感染が疑われる職員・利用者の早期発見のため、発熱、下痢・嘔吐（感染性胃腸炎）、咳（結核、インフルエンザ、百日咳）、発疹（水痘、麻疹、疥癬）、眼脂（流行性角結膜炎）等の症状を観察する。利用者については記録に残すことが勧められます。ボランティアや面会者へも同様の配慮をします。

5) 職員研修の実施

施設内の十分な感染対策には、全職員（委託職員も含む）、利用者、面会者、ボランティアなどへの啓発と教育（講義のほか、演習、グループワーク、ビデオ、掲示物など、対象や時期によって検討）が必要です。定期的な研修に加え、感染症が流行する時期に合わせて事前研修会を開催することを考慮します。

4. 平常時の衛生管理

1) 高齢者介護施設内の衛生管理

施設内環境の清潔を保つことは感染管理の面から極めて重要です。整理整頓をし、見た目にも清潔な状態を保てるように清掃を行います。目に見える汚れを除去し、居心地の良い、住みやすい環境作りを優先します。

(1) 環境の整備

施設内の衛生管理の基本として、手洗い場や擦式アルコール消毒液の適切な設置、汚物処理室などの感染対策に必要な設備を入所者や職員が利用しやすく整備する事が大切です。特に、手洗い場では乾燥状態を保つことが必要で、以下の様に、清潔な手洗いが実施できる環境を整備する必要があります。

- ・手洗い流しを専用化する（物品の洗浄作業を行わない）
- ・自動水栓、肘押し式、センサー式または足踏み式蛇口の設置
- ・使い捨てペーパータオルの設置（温風乾燥機は病原体拡散の可能性あり）
- ・手洗い場近くに足踏み式ゴミ箱を設置

(2) 環境清掃

多数が触れる可能性がある環境表面は洗浄剤を用いて1日1回以上、湿式清掃を行い、乾燥させます。特に、職員や入所者が高頻度に触れる部位（ドアノブ、リモコン、ベッド柵、トイレや洗面台周辺）は回数を増やし汚染が放置されないよう重点的に行います。

湿性生体物（血液、分泌物、排泄物など）が付着した際には、周囲の状況など考慮（感染症発生動向）し、必要に応じて消毒薬を使用した消毒を行います。

清掃用具は、入所者1名ごとに交換することを原則とするため、可能な限り使い捨ての不織布クロスの使用を推奨します。ふき取りによって感染が拡大することを避けるために、雑巾などを再利用する場合には、目に見えない血液・体液・排泄物などによる汚染を考慮し、清掃用具は次の方法で消毒を行います。

- ・熱水（80℃10分以上）による洗濯
- ・流水と洗剤による完全な洗濯後、次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬消毒する（0.01%で60分以上浸漬、0.1%で30分以上浸漬）

(3) 嘔吐物・排泄物の処理

嘔吐物や排泄物は特に危険な感染源であり、取扱う際に職員が感染しないよ

う目に見えない汚染に十分に配慮し、個人用防護具を着用し処理作業を行う事が原則です。直ぐに処理できるよう、処理用キットなど予め準備しておく事も重要です。吐物や排泄物で汚染されたと考えられる場所とその周囲は、新聞紙等を用いて可能な限り吐物を覆い、その上から 0.5%~1%の次亜塩素酸ナトリウム液を十分に浸み込ませて除去します。そして、0.5%~1%の次亜塩素酸ナトリウム液を含む不織布クロスなどで清拭消毒を行い、その後さらに水拭きします。この際、次亜塩素酸を吸入しないよう、窓を開け放つなど十分な換気を行います。処理の際、消毒薬の散布・噴霧は効果が無いばかりか、吸入毒性があるため原則として用いません。終了後は、液体石けんと流水で十分な手洗いを行い、手洗い後に擦式アルコール手指衛生薬による手指消毒を加えます。

(4) 血液・体液の処理

職員への感染を防止するため、血液・体液を取り扱う際には、汚染が予測される、自らの身体部位を防護するため個人用防護具を着用し、使い捨てとします。血液・体液汚染された物品は特別産業廃棄物（感染性廃棄物）として密閉できる容器に入れ、専門業者に処理を依頼し適切に廃棄します。

2) 介護・看護ケアの感染対策

(1) 標準予防策

標準予防策は「汗を除くすべての血液、体液、分泌物、排泄物、傷のある皮膚、粘膜は伝播しうる病原体を含んでいる可能性がある」という原則に基づき、それらの物質を扱う場合あるいは暴露する可能性がある場合には、いつでもどこでも誰に対しても行なうべき防護策です。つまり、感染症の存在が判明している入所者だけではなく、すべての利用者の血液や体液が実施対象となります。

①職員の手洗い・手指衛生

衛生的手洗いおよび手指衛生は感染対策の基本中の基本であり、感染のリスクを減少させるために、最も重要で欠くことのできない技術です。すべての職員が、正しい方法を身につけ、適切な衛生的手洗いを行なう必要があります。

・ 手指衛生の種類

手指衛生の方法には、石けんと流水による衛生的手洗いと消毒薬（擦式アルコール製剤）による手指衛生があります。目に見える汚れが確認されない場合は、擦式アルコール手指衛生薬を選択し、目に見える汚れがある場合には、石けんと流水による衛生手洗いを行います。ただし、食品を取扱う前や排泄物や嘔吐物の取扱い後には、アルコールに抵抗性を示す細菌やウイルスによる汚染を想定し、石けんと流水による衛生手洗いを行い、その後に擦式アルコール手指衛生薬で手指衛生を行うことを推奨します。

②個人用防護具の着脱

個人用防護具は、必要な場面に応じて、単体もしくは複数選択して着用します。着用時は手指衛生を行い、清潔に取り扱います。また、部屋に入室する直前に着用します。個人用防護具を外す際には、用具で自分自身を汚染しないことが重要です。また、個人用防護具を外した後にも必ず手指衛生を行います。

- ・手袋 → 手を守る、入所者を守る
血液、体液などに触れる時、汚染された物品や環境の表面を取り扱うとき、点滴などの薬剤の作成や交換などを行うときなどに着用します。同時に職員の手についた病原体を患者に付けないためにも用います。
- ・エプロン・ガウン → 皮膚や衣類を守る
血液や体液、排泄物で衣類が汚染されそうとき、吸引、おむつ交換、褥瘡のケアを行うときなどに着用します
- ・サージカルマスク → 鼻腔・咽頭（口）を守る
- ・レスピレーター（N95マスク） → 空気感染病原体から気道を守る
- ・ゴーグル → 目と目の周囲の粘膜を守る
- ・フェイスシールド → 顔、咽頭（口）、鼻腔、目を守る
血液や体液などが鼻や口に入る可能性のあるとき、咳をしている利用者と接するとき、自分自身に熱がある、咳があるときなどに着用します

(2) 食事介助

食事介助の際は、介護担当職員が食中毒病原体の媒介者とならないように厳重に手指衛生を行います。入居者や環境などに存在する微生物が職員の手に着し、汚染した職員の手を介して他の入居者に伝播し、交叉感染が成立します。特に、排せつ介助後に食事介助を行なう場合には、目に見える汚染がない場合でも液体石けんと流水による衛生手洗いを行なうことが必須です。

入所者についても、食事の前に可能な限り石けんと流水による手洗いを実施することが望まれます。手洗いが困難な場合には、使い捨てのおしぼりやウェットティッシュなどで目に見える汚れを除去したあと、擦式アルコール手指衛生薬を用いた手指衛生を試みる。おしぼり加温器は、細菌汚染事例が多数報告されているため、温度管理と使用当日に準備し、その日のうちに使い切り、機器を十分に乾燥させることを推奨します。

(3) 排泄介助（おむつ交換）

排泄物には多数の微生物や病原体が含まれます。冬期に流行しやすいノロウイルスによる感染性胃腸炎は、しばしば排泄物を介して伝播拡大し、施設内流行（アウトブレイク）を引き起こします。

排泄介助の際には、介護担当職員・看護職員が病原体の媒介者となることを回避することが最も重要です。介助前に必ず適切な個人用防護具を装着し、入所者ごとの作業前後に手指衛生を行い、手袋を交換します。使用済のおむつはビニール袋に密封して廃棄します。

(4) 医療的処置

高齢者介護施設が在宅医療の場となることは稀ではありません。また、在宅酸素療法や気管切開による呼吸管理、在宅人工呼吸療法、インスリン等の自己注射、自己導尿などの医療行為が行なわれることがあります。

① 喀痰吸引

喀痰吸引は、吸引カテーテルを口腔や鼻腔などから上気道に挿入し、口腔・鼻腔・咽頭から分泌物・貯留物を機械的に除去する医療行為であり、誤嚥による肺炎や気道閉塞（窒息）を防止する目的で行われます。吸引操作に伴い、口腔や鼻腔からチューブを通じ、本来無菌の部位である下気道（声門下）に細菌が侵入する恐れがあります。また、気管切開を行っている場合には、既に下気道が開放されるため、気道の浄化機能低下や唾液の誤嚥（垂れ込み）なども起こるため無菌的なカテーテル管理と清潔な吸引操作が必須です。

② チューブ管理（胃瘻）

胃瘻を用いた栄養管理は、胃瘻周囲の皮膚を微温湯と石けんを用いて洗浄し、清潔に保つことで瘻孔周囲炎を予防します。胃瘻周囲皮膚は粘液や膿が付着したり、汗や皮脂などにより汚染したりするため、瘻孔周囲の発赤や粘液の付着状況や汚れなどの有無を毎日観察します。

③ 尿道留置カテーテル

尿道留置カテーテルの管理は、閉鎖性（外界との遮断）の保持、交差感染の予防、尿の逆流防止などに留意した対策の実施が求められます。

④ 点滴や採血

注射や採血は血液曝露リスクが最も高い手技の一つです。また、真空採血管は不適切な手技から、吸引した血液の逆流による採血者への感染のリスクもあります。これら血液汚染、針刺し・切創の防止には、針などの鋭利物は専用廃棄容器を活用し、使用者自らが適切に廃棄する。安全機能付き器材を使用し、針のリキヤップはしない。などの基本的対策を講じることが求められます。

(5) 日常の観察

介護施設は高齢者が集団で生活するため、感染が拡大しやすい環境といえます。高齢者は、加齢に伴う身体機能の低下により、清潔行動がとりにくい、変化や訴えに乏しく、基礎疾患の症状・兆候が隠され、免疫や体温調節機能の低下から発熱もみられにくいなど感染症の発見も遅れがちです。

効果的に微生物の伝播を予防するためには、まず標準予防策の徹底が必要ですが、入所者の健康状態を平常時から観察し、把握することが早期発見につながります。また、介護施設等で問題となりやすい感染症の感染経路と主な症状、原因となる細菌やウイルスについて、予め理解しておくことも重要です。

表：高齢者介護施設で問題となる感染症

感染経路	感染症	主な症状	原因となる微生物
空気感染	結核	咳(特に2週間以上持続)、痰、胸痛・発熱、体重減少、倦怠感など	結核菌
飛沫感染	インフルエンザ	発熱・下痢	インフルエンザウイルス
	肺炎・気管支炎	呼吸器症状・発熱	肺炎球菌など
	レジオネラ	発熱・咳・重症となると意識障害	レジオネラ菌
接触感染	疥癬	皮膚の発疹、掻痒感	ヒゼンダニ
	感染性胃腸炎	腹痛・下痢・悪心・嘔吐・下痢など	ノロウイルスなど
	腸管出血性大腸菌感染症	水溶性便・腹痛・血便	O-157 などの腸管出血性大腸菌

5. 「警戒すべき感染症」への対応

1) 感染症発生状況の把握〈発生前〉

- (1) 流行情報の入手(地域を知る)
- (2) 自施設内の発生状況をデータ化(自施設を知る)
- (3) 入所者・利用者の健康背景把握(個人を知る)

2) 感染症発生時の対応〈発生後〉

(1) 施設内での流行開始をどう把握すればよいか

入所後あるいは外出からの帰室後48時間は症状が見られなかった入所者に、症状が出現した場合には「施設内感染の可能性」を考慮します。同時期に複数(概ね3名以上)の患者が発生する状況を「アウトブレイク(施設内流行)」と呼びます。

(2) アウトブレイク時、まず何をすればよいか

- ①未発症の同室者や接触者の状態を慎重に観察する

感染症には、多くの場合「潜伏期」があります。一般的な症状である、「発熱」、「嘔吐」、「下痢」、「発疹」の出現に注意して十分に観察して下さい。

②接触者をむやみに移動させない

症状が出現していないからといって、集団の中で過ごさせたり、感染を避けようと居室を移動させたり、無防備に接したりすることの無いようにします。

③発症動向を記録する

感染症担当者は、よく似た症状や同じ病状の入所者を、発生日時、発生場所ごとに時系列的（日時を追って）に記録しておくことも有用です。

④終息したと考えられる場合の対応

一度発生した感染症が終息してから1週間は、毎日のチェックを継続します。

⑤終息せず、発症者が増加し続ける場合

発症者が増加し続ける場合（概ね5名以上や毎日新たな発症者が出現するなど）には、受診医療機関あるいは連携医療機関の医師や感染制御担当者に、なるべく早い時期に支援を要請、あるいは所轄の保健所に相談し、対策方針を明確にすることが解決への近道です。

(3) 急速な感染拡大への対応

①施設長はアウトブレイク事例発生の報告に基づき、同症状者の把握と発症者の個室管理、あるいは同一症状者の同室収容の指示を与え、非常事態を宣言します。

②全ての職員に対し、普段とは異なる状況であること通知し、処置前後の手指衛生の厳密な実施を指示します。

③発見時、既に多数（概ね10名以上）の発症者が見られた場合には、施設長は所轄の保健所に早期に報告し、感染対策の方針を確立します。来訪者にも、協力を求め、必要な入館制限（面会制限）等を行ないます。食堂や談話室を一時的に閉鎖し、集団での入浴や食事は接触者と非接触者を分割します。これらの対策は入所者にストレスとなることから、実施の際には十分な説明が必要です。

④潜伏期が存在する感染症では、治療薬以外の対応としてコホート管理（個室管理や移動制限など）があります。最初の発症者をただちに個室に収容し、同室の入所者は移動しないように協力を求めます。発症者が複数の場合は同じ部屋に集め、感染性がある期間が過ぎるまで、慎重に観察します。このような対策には、法的な拘束力はなく、本人と保護者の理解（同意）を得る必要があります。

表 アウトブレイクしやすい警戒すべき感染症の潜伏期と治療手段

感染症	感染経路	潜伏期間	治療薬
結核	空気	数ヶ月～2年	あり
インフルエンザ	飛沫	1～5日	あり
ノロウイルス	飛沫・接触	1～2日	なし
疥癬	接触	約1ヶ月	あり

【感染症が疑われる職員の就業制限規定の整備】

インフルエンザに感染した職員は、解熱して3日間、または発症後7日就業を制限するなど、施設ごとに基準を決めて運用する必要があります。

ノロウイルスに感染した職員は症状が消失しても3～5日就業制限を行いません。さらに、食品を扱う業務を避け、排泄後の石けんと流水による手洗いを入念に行なうよう指示することが必要です。

【職員の家族が感染症に罹患している場合の対応】

職員家族がインフルエンザやノロウイルス等の感染性胃腸炎を発症した場合は、症状がない職員が業務をすることは差し支えありませんが、手指衛生を徹底しサージカルマスクの着用を指示します。始業前に症状の確認を実施し、就業中に症状が出現した時点で管理者に報告し、業務制限を開始します。

【感染症の入所者や接触者の対応についての留意点】

- ・ インフルエンザ・ノロウイルスに罹患した入所者は個室管理にします。同じ感染症の入所者を同室で集団隔離することも考慮しますが、異なる感染症の入所者を「感染症」というくくりで同室に収容することは不適切です。
- ・ 感染者の個室管理期間は、季節型インフルエンザでは、抗ウイルス薬による治療を前提とし、解熱した日から3日間かつ発症後7日間、ノロウイルスは下痢・嘔吐が落ち着いてから3日間が一般的です。
- ・ インフルエンザ・ノロウイルスに罹患した入所者との接触者の管理が不十分だと、感染拡大の危険性があります。感染者は感染者で個室管理し、接触者は潜伏期間の間、接触していない入所者とは別室で観察する必要があります。
- ・ ノロウイルス・インフルエンザとも感染者と別室にしてから約48時間は注意深く観察し、その間に発症の兆候が見られなければ、個室管理を解除します。接触者が隔離中に発症した場合は、発症した入所者を個室管理とした時点からさらに48時間観察するというように措置します。

(4) 高齢者介護施設の感染拡大に関する課題

- ① 多くの入所者が1カ所に集合し、集団で参加する行事等がある
- ② 認知症患者や徘徊が見られる入所者も利用し、手洗い・咳エチケット・マスクの着用・個室管理等の感染拡大防止策が困難な場合がある

③ 病院とは異なり住居（居住スペース）であるため、私物が多く、個室管理するためのスペースがない場合が多く、感染管理のための部屋移動が困難であり、あらかじめ個室管理のための「観察用個室」を設けるなどの検討が必要です。

④ アウトブレイク時の施設全体の対応についての規定が未整備である場合は、以下に関する施設内規定を整備することを推奨します

- ・ 食堂など共用スペースの一時閉鎖基準
- ・ 集団での入浴や行事の制限基準
- ・ 面会制限の基準
- ・ 食品の持込制限基準
- ・ 入所者の移動制限基準
- ・ ケアするスタッフの配置基準 ほか

※ 開始基準のみでなく、解除の基準も検討しておくこと

(5) 医療処置

発症した入所者を速やかに医療機関に受診させることが原則ですが、受診するまでの間の病状悪化を防ぐため、発熱による脱水症状には特に留意します。受診後に感染症の診断が確定した場合には、法令に従って保健所に報告します。その際、保健所からの指導やアドバイスを頂き、以後の対応を決定します。

(6) 医療機関との連携

入院施設を有する医療機関では、さまざまな感染対策を実施しており、感染対策は地域の問題であり、医療保険施設との連携が必要となってきました。

(7) 行政への報告

法律に定められた感染症については行政への報告が義務となっていますが、不確実でも迅速な第一報を保健所に提供し、取りあえず相談することが肝心です。特に集団発生が疑われる場合は速やかな報告と相談が望まれます。更に、常日頃から保健所や医療機関の ICT や感染管理認定看護師との連絡を密にし、相談しやすい状況にしておくことをお奨めします。

6. 個別の感染対策（参考）

1) 感染経路別予防策

(1) 空気感染病原体

①結核菌（肺結核など）

【概要】

結核は結核菌による慢性感染症です。多くの人は感染しても発症しないままですが、高齢者や免疫低下状態の人では潜在的な慢性感染からの発症が問題になります。

結核は、あらゆる臓器に結核性の疾患を起こしますが肺結核が最も多く、免疫の低下した人では全身感染症（粟粒結核）になることがあります。結核の症状は、呼吸器症状（痰、咳、時に血痰・喀血）と全身症状（発熱、寝汗、倦怠感、体重減少）などが見られ、特に原因が不明の咳や痰が2週間以上続く場合は要注意です。高齢の場合、全身の衰弱、食欲不振などのみで、典型的な症状を示さない例や、特に高齢者では、過去に罹患した結核が、免疫力低下で再発することがあります。

【結核の検査】

喀痰塗抹検査、結核菌遺伝子（PCR）検査、培養検査などで結核菌の存在を診断し、胸部レントゲン撮影などにより活動性の病気かどうかを検査します。最近では、BCG接種の影響を受けずに、潜在性結核も見つけられるQFT（クオンティフロン）検査などの結核菌特異インターフェロノン測定法が普及しつつあります。

【平常時の対応】

入所の時点で、結核症の疑いがないことを医師の診断書などにに基づき確認しましょう。併せて、家族歴も聴取しましょう。定期的に胸部レントゲン検査を受けるなど、入所者の状態変化に注意しましょう。体調変化に留意し、症状が見られる場合は、まず医療機関を受診できる体制をつくる必要があります。

【発生時の対応】

- ・ 2週間以上続く咳や喀痰、微熱など、疑わしい症状がある入所者には、医師の診察と検査を促します。
- ・ 医療機関での検査結果が判明するまで、一般入所者とは別の区画（可能なら個室）で医療用不織布マスクの着用を促します。
- ・ 職員は特別な結核防護用マスク（N95）を装着して接します。
- ・ 検査の上で結核が確定あるいは疑われた場合は保健所に相談し、指示に従います。

(2) 飛沫感染病原体

①インフルエンザウイルス（インフルエンザ）

【概要】

インフルエンザは飛沫感染が主流ですが、手についたウイルスがドアノブやつり革に付着し、汚染した手から鼻や口へと運ばれる「接触感染経路」があります。高齢者では典型症状（高熱と全身倦怠感）を欠き、微熱やカゼ様症状を呈する場合も少なくありません。インフルエンザ後の肺炎では、しばしば生命の危険を伴います。

【平常時の対応】

インフルエンザは感染力が非常に強いことから、ウイルスを施設内に持ち込まないよう配慮することが、施設内感染防止の基本です。事前対策として、入所者と職員に毎年ワクチン接種を促し、平素から手洗いを習慣化することが必要です。

【発生時の対応】

自施設の感染対策委員会で策定した行動計画（実際に発生した際の具体的な対策）に従い対応するようにします。要領は結核の際とほぼ同じですが、インフルエンザでは、N95 マスクは不要です。治療薬の予防投薬を行う場合がありますので医師に相談することになります。

②レジオネラ菌（レジオネラ症）

【概要】

レジオネラ菌で汚染された浴槽や冷却塔の溜まり水が飛散し、エアロゾル（気体中に浮遊する微小な液体または固体の粒子）となって肺に入ることによって感染します。一度に多くの感染者が発生する場合があります、重症化して死亡する例もあります。

【平常時の対応】

シャワーの出口や空調から飛散するため、冷却等や水道、循環浴槽の浄化装置など施設・設備の管理（定期点検・清掃・消毒）を徹底することが必要です。

【発生時の対応】

患者が発生は、肺炎患者の多発として認識されます。診断後は速やかに保健所に連絡し、入浴設備が感染源である可能性が高いため、直ちに入浴施設の使用見合わせ措置が必要となる場合があります。

③肺炎球菌（肺炎、気管支炎など）

【概要】

肺炎球菌は、ヒトの鼻腔や咽頭などに常に存在し、高齢者など免疫力が低下している場合に市中肺炎や気管支炎、副鼻腔炎、中耳炎、髄膜炎として発症します。肺炎の原因として、最も頻度の高い細菌の一つです。

【平常時の対応】

うがいや手洗いを推奨し、栄養や睡眠の状態を維持します。高齢者では、重症化予防として5年ごとの肺炎球菌ワクチン接種が有効とされています。

【発生時の対応】

職員は標準予防策と飛沫感染予防策で対応します。入所者は有症状者との接触を控え、手洗いと手指衛生を励行します。

(3) 接触感染（経口感染、創傷感染、皮膚感染）病原体

①ノロウイルス（感染性胃腸炎：経口感染・飛沫感染あり）

【概要】

嘔気、嘔吐、下痢などで発症し、潜伏期は約24～48時間、症状の持続期間は数日（平均1～2日）ですが、長引く場合もあります。ノロウイルスを保有する二枚貝の摂取、感染者の便や嘔吐物からヒトーヒト感染があります。環境消毒には次

亜塩素酸ナトリウム（ハイター™など）を使用、手の汚染にはアルコール消毒の効果が低いため、流水と液体石鹸により衛生的な手洗いを行った後にアルコール消毒を加えます。

②腸管出血性大腸菌（腸管出血性大腸菌感染症：接触感染・経口感染）

【概要】

潜伏期は平均3～5日、発症後は激しい腹痛と血便がみられます。血便が見られたら、重症となる前に医療機関で診断を受けます。診断後、患者と職員は排便後、食事の前などに手洗いを励行し、ドアノブなどの高頻度手指接触表面や、便座などアルコールで清拭します。食品や食器を介する感染が多いため、衛生的な取扱いが必要です。

③メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA 感染症：接触感染）

【概要】

MRSAとして有名で、治療薬が効かない耐性菌ですが、健康な抵抗力がある人ならば感染することはありません。物品や環境に付着し、手などの接触によって褥瘡や喀痰、便などから検出され、施設内に蔓延する場合があります。その施設で、手指衛生や手袋の交換など、標準予防策や接触感染予防策が適切に実施されているかどうかの目安となる菌です。

④ 緑膿菌（緑膿菌感染症：接触感染）

【概要】

緑膿菌は流しやトイレなどの「水まわり」に生息し、高齢者では抵抗力が弱いために湿潤した創部や呼吸器、尿路などに感染症を起こします。薬剤耐性緑膿菌も増加しており一旦感染するとなかなか消えないことがあります。対策として、水回りの環境を完全に乾燥させること、布巾やスポンジなど水を含みやすい用具を可能な限り減らすことが重要です。予防策と感染経路はMRSAと同様です。

⑤ ヒゼンダニ（疥癬：接触感染）

【概要】

疥癬は、ダニの一種であるヒゼンダニが皮膚に寄生することで発生する皮膚病の一種であり、腹部、胸部、大腿内側などに激しいかゆみを伴う皮疹を生じます。角化型疥癬では感染力が極めて強く、接触した職員や汚染したリネンなどを介して集団感染を生じます。入所者の身体観察を行い早期発見ができれば、有効な治療薬があります。患者の着衣やリネン類は使い捨てガウンなどを装着して扱い、洗濯までビニール袋などに封入します。ダニは熱に弱いので、布団などを交換し、衣類やリネン類の熱水による洗濯を行います。

執筆者一覧

(五十音順)

島橋 誠 認知症高齢者の理解と看護の実際
公益社団法人日本看護協会看護研修学校 認定看護師教育課程

白川 美保子 介護保険制度と看護職員の役割
社会福祉法人悠人会ベルタウン特別養護老人ホームベルファミリア 施設長

得居 みのり 老人看護専門看護師 看取りケアの推進
医療法人財団姫路聖マリア会 姫路聖マリア病院 地域連携室 室長

松本 佐知子 老人看護専門看護師 高齢者の心身の理解・急変時の対応
財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団 松戸ニッセイ聖隷クリニック 看護介護課 課長

松本 美香 介護事故防止
一般財団法人育生会横浜病院 副看護部長
聖路加看護大学臨床教授

福田 祐子 感染管理認定看護師 感染管理対策（代表執筆者）
岩手県立中央病院 感染管理部 看護師長

(執筆者リスト)

いわて感染制御支援チーム(ICAT)

施設名	所属部署	役職	感染制御資格	氏名
岩手医科大学医学部付属病院	医療安全管理部 感染対策室 室長	医学部 准教授	ICD	櫻井 滋
岩手医科大学医学部付属病院	医療安全管理部 感染対策室 専従 薬剤師	主任薬剤師	BCICPS	小野寺 直人
岩手医科大学医学部付属病院	医療安全管理部 感染対策室 専従 看護師	主任看護師	CNIC	近藤 啓子
岩手県立磐井病院	感染対策室 室長	院長	ICD	加藤 博孝
岩手県立磐井病院	臨床検査科	検査技師長	ICMT	高橋 幹夫
岩手県立磐井病院	感染対策室	主任看護師	CNIC	吉田 裕子
岩手県立胆沢病院	感染対策部門 専従 看護師	主任看護師	CNIC	岩淵 玲子
岩手県立久慈病院	感染管理室 専従 看護師	主任看護師	CNIC	小笠原 里美
岩手県立中央病院	感染管理部 専従 看護師	看護師長	CNIC	福田 祐子
岩手県立中央病院	感染管理部 専任 看護師	看護師長補佐	CNIC	外館 善裕
岩手県立中部病院	看護科 専従 看護師	主任看護師	CNIC	小石 明子
岩手県立宮古病院	看護部 専従 看護師	看護師長補佐	CNIC	吉川 百合江

*感染制御資格

ICD(インフェクションコントロールドクター)

BCICPS(感染制御専門薬剤師)

ICMT(感染制御認定臨床微生物検査技師)

CNIC(感染管理認定看護師)