

ニーズ		チェックポイント	
健康管理	1 慢性疾患の管理	病名を知る。 →全身状態に影響を与える治療が必要な病気がある。 →症状が安定しているか否か。	
	※対象とする疾患 ・高血圧、心臓疾患 などの循環器疾患 ・糖尿病 ・腎臓病 ・パーキンソン病 などの神経難病	○病名 ○病状 ・療養上の指示の有無 ・定期受診 ・服薬管理 ・生活指導の遵守	各項目ができていないか、問題あれば 訪問介護で受診援助、訪問看護等で対応 *治療食の指示→数日の食内容把握→栄養士評価
	○主治医情報	病状の安定性 不全の有無（心不全・呼吸不全・腎不全→訪問看護） 訪問看護；日常生活で通常の診療外で専門的な助言・指導が必要なとき	
	・看護師による状態観察や処置・指導を必要とするものがあるか。ある場合は訪問看護		
2 看護処置	・必要な看護処置が家族の技術で十分か、家族にとって負担はないか。 ・じょくそう・カテーテル・胃ろう・気管切開・在宅酸素など医療関係者が処置や管理を対象		
3 普段の体調	体調の変化に気をつけ、よい状態に保つ。 →脱水、便秘、急性の病気やけが、持病の慢性疾患の悪化に注意！		
※ 体調不良 →ADLの低下 →異常行動の激化 →夜間せん妄等の症状	○水分量のチェック ○便秘のケア (医学的には3日以上) ※問診項目 ・元気がない ・食欲がない ・気分が悪い ・不眠 ・発熱、胸が苦しい ・夜間せん妄 ・その他の異常	1日1500ml 「脱水の注意」 規則的な生活・食事、定時の排便習慣、座位排便 繊維の多い食品、食物繊維飲料、水分摂取、運動 →下剤→浣腸→摘便 関係者がその都度チェック <u>(いつも決まったことをこまめに聞く)</u> 急性増悪→医療機関受診 →ヘルパー等に状態変化について教えてもらう。 「気がついたら教えてね」といっておく。 高齢者は36.5度以上で発熱（平熱を知ること！）	
4 歯と口腔	○食事の様子 ○歯と歯茎の状態 ○歯磨きの習慣	食事の様子（おかゆ、軟菜、刻み食） →歯科受診で常食が可能になる例多い 口腔：発赤、腫脹、疼痛、出血、残渣、舌苔、口臭、潰瘍 「むせ」「嚥下障害」の有無確認→肺炎の危険 肺炎がある場合は必ず「口腔ケア・水分チェック」を行い再発予防を 誤嚥性肺炎は多職種協働によるケアで予防する	

<p>A</p> <p>D</p> <p>L</p>	<p>5 自立・ 重度化予防</p> <p>現状を作り出して いる原因を突き止 め、解決,よりよい 状態に必要なケア を考える。</p> <p>外出先と頻度</p>	<p>自立性の向上や重度化予防策がとられているか。規則的な生活か。 QOLの向上は図られているか…</p> <div data-bbox="598 201 949 571" data-label="Diagram"> </div> <p>麻痺などの永続的な もの、脱水、風邪</p> <p>諦め、孤立感が意欲をなくす。ヘルパーでない 友人、仲間等との関係</p> <p>人的環境；放置？過保護？ 物理的環境；家屋構造,手すり,ベッド等用具</p> <p>不規則な生活、閉じこもった生活は 体力・知力が低下する →離床→外出→活動的な生活</p> <p>ADL；入浴、排泄、食事の何に介護が必要か情報を集める。自立に向けたプランを 本人の「介護拒否」や意欲低下の原因は信頼関係を築きながら丁寧にアセスメントする</p>
<p>→</p> <p>在宅生活の基本</p>	<p>6 規則的な生活</p> <p>寝たりおきたりの不規則な生活；体力低下</p> <p>→虚弱化→家族のストレス,負担が増す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同居家族とのミスマッチ、家族との関係を築けない→家族関係の希薄化 ・独居は規則的な生活リズムをつけるため、メリハリのある生活が必要。 <p>→通所サービス→活動的な生活、デイサービス</p> <p><u>規則性の判断</u></p> <p>○睡眠覚醒のリズム ○食事の時間等</p>	
<p>7 認知症の症状 の軽減</p>	<p>症状があれば軽減のニーズあり→ケアの本質は孤独にしない。友人・仲間をつくる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○症状の軽減 ○ストレスの解消 ○介護負担の軽減 ○地域のストレスの解消 ○認知症なのかの鑑別 	<p>安定した関係；かおなじみの環境；新しい環境では緻密に関わる。 脱水や便秘、低栄養、病気やけがに気をつける 適応障害を少なくするために、受容的雰囲気・受容的環 境を用意 友人や仲間が作れるようなケアプランを！ →まず、ケアマネ自身がなじみの関係に</p> <p>時間的拘束→通所型サービス、ショートステイで解消 緊張感 孤立感 同じ立場の集まり 絶望感 「認知症の人と家族の会」(旧桜老人をかかえる家族の会)</p> <p>出火の恐怖 異常者への不気味さ 生活全般への心配と 援助できない無力感</p> <p>ストレス→緊張感 →認知症の症状の悪化</p> <p>独居では「近隣住民と丁寧に接触」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネの存在を明らかに ・ケアスタッフで問題に対処することを明らかにする。 ・問題が生じたときの連絡先を明らかにする ・出来る範囲での見守り ・地域への感謝の言葉を忘れずに <p>※認知症でないもの、治る認知症ではないのか確認する</p>

介護負担	8 動作別負担	<p>介護負担に影響する要素：介護者の状況（年齢、人数、仕事、病気や障害、体力、介護技術）：環境（福祉用具、手すり、段差等）の確認</p> <p>おむつで便の介助は大変なので、排便リズムを見つける。</p> <p>本人の機能をうまく使えているか、自立に向けたプランになるよう留意</p>	
	9 時間帯別負担	<p>介護負担が大きい時間帯；起床時から朝食終了時～就寝時、どの時間帯が大変か。</p> <p>介護が集中する時間帯と介護者の家事や仕事との関係で増大する。</p> <p>家族の生活時間帯と違う場合、負担は増える。</p> <p>ヤングケアラー、ダブルケアラーなど家族の状況に応じた支援を</p>	
家事	家事は本人らしく健康的に行なわれるように。介護負担を軽減したあとも、家事援助が必要かで判断する。		
	10 食事	<p>ADLがほぼ自立：1500kcal 寝たきり：1300kcal</p> <p>アセスメントには1～2日の献立を聞く→栄養士の評価</p> <p>・お粥と聞いたら栄養不足と判断。医師からの治療食の指示をチェック（糖尿病、慢性腎不全）</p>	
		<p>摂食能力</p> <p>○献立</p> <p>○買出し</p> <p>○調理</p> <p>○衛生管理</p>	<p>1週間の食事をトータルで考える。</p> <p>訪問介護、配食サービス、デイサービス</p>
	11 掃除・整理 12 洗濯	<p>能力に問題あり ←意欲がなくなった、能力が落ちた。</p> <p>→介護者がどんどん作業のみを行なうのは×。一緒に行なう○</p>	
13 生活全般の管理	<p>生活全般の管理</p> <p>冷暖房の調節、家の戸締り、衣替え、火の始末、ゴミの分別等</p>		
経済	14 収入	経済的に生活が成り立つ収入があること。本人の生活にいくらまで負担できるか確認	
	15 支出	必要な支出ができるか。	
	16 金銭管理	<p>金銭管理ができているか。→地域福祉権利擁護事業、成年後見制度</p> <p>悪質販売（布団、清浄機、浄水器、健康食品、新聞、家の改修等チェックの癖をつける）</p> <p>日常的な金銭管理には第三者を介入させる（ケアマネによるチェックなど）</p>	
家族関係	<p>家庭生活継続に大きな問題がないことが必要。在宅生活の継続に問題があればニーズがある。 注：家族を介護の現場にひきこまない。</p> <p>在宅生活を継続している点を重視する。ストレスから来る関係を誤解しない。</p> <p>「悪い家族はいない」との認識を持つ→両者の引き離し、仲裁、弱者の愚痴聞き</p> <p>★介護放棄か過保護かチェック ★保健福祉課などとの連携が必要な場合あり</p>		
社会交流	18 本人の社会交流	<p>地域の中での人々との交流が欠かせない。社会的孤立は閉じこもりを生み、寝たきり・認知症の重度化を引き起こす。外出と外出先をチェック。</p> <p>サービススタッフとの交流は×。友人知人との関係やデイでの人のつながりは○</p> <p>地域包括ケアシステム構築に向け地域資源の情報収集と利用者への情報提供を</p>	
	19 介護者の社会交流	<p>介護のため、外出・自由時間がなくなれば、ストレスが高まる。</p> <p>家族会の情報集めと提案。ヤングケアラー、ダブルケアラーについては留意</p>	
ストレス	20 本人のストレス	<p>後天的障害の比較的若い人。認知症の初期、葛藤期の認知症のかた</p> <p>何となく生気がない、憔悴している顔つき。不安、気分が重い、気分が暗い等と言う。</p>	
	21 介護者のストレス	<p>確認は本人のストレスと同じ。</p> <p>自由時間の確保、人との交流、気分転換。</p> <p>就労介護者には、就労可能なケアプランの工夫を</p>	

【対応に苦慮する事例…いわゆる困難事例への対応】

困難性の分析とその原因に対する的確なアプローチが必要

- 対応の仕方：
- しっかりしたケアプラン
 - 困難性の分析
 - 信頼関係の構築
 - 時に「暫定ケアプラン」(要望)
 - ピアカウンセリング

- 信頼関係づくり：
- 頻回な接触
 - 傾聴(話をよく聞く、愚痴聞きをいとわない)
 - 共感(相手の役割の評価、苦勞へのねぎらい)

【意欲ある生活の確立】

老年期は一般に「うつ」状態。特に、脳血管性うつ～脳梗塞既往歴のある人は要注意
うつ病：食欲が落ちる。うつ病の症状の軽減(改善)のためには、依存できる人を作る。
信頼関係を構築し、「あなたが言うなら…」という関係を作る。

【リハビリ】

医療機関でのリハビリは、機能を回復させるため。例：歩く機能の回復
◎生活では、歩く機能の回復だけでなく、「量」をこなせることが必要

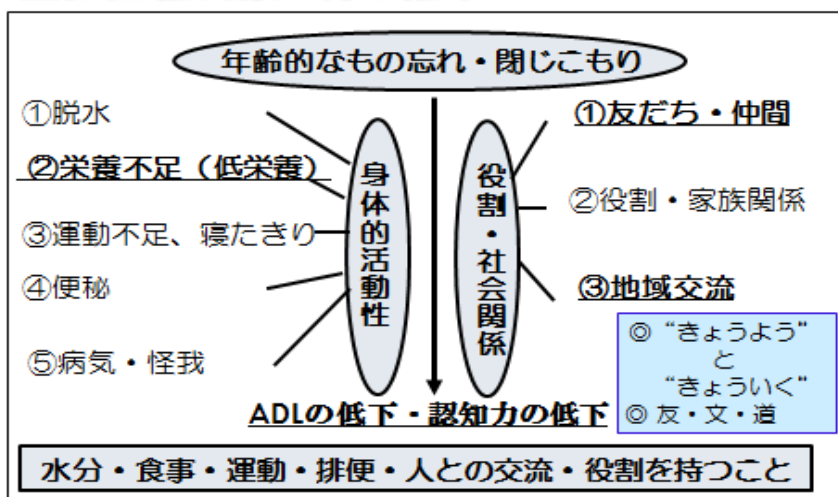
【ケアマネジメントとは】

ケアをマネジメントすること。ただプランを作るのは、ケアプランナー
マネジメントするためには、介護の現場に足を運び、ケアの内容が依頼通り行われているか
確認する。

【虐待】

介護負担が虐待につながる。介護負担軽減のプランを！介護者のストレスを軽減するプラン
を！

■自立性、認知力を低下させないために！



【生活の工夫とコツ】

- ・水：1500ml
- ・めし(食事)：1500Kcal
3度の食事を美味しく食べる
- ・うん(便)：便秘にならない
- ・うん(運動)外出して歩く
+口腔ケア
役割を持つこと

【参考】平成19年度ケアマネリーダー研修から

《介護予防》

特定高齢者にしても、要支援1の人にもケアの核心は、閉じこもり解消と社会交流の復活。社会的孤立から寝たきり・認知症が起きる、予防給付のケースは閉じこもり解消と社会交流のアセスメントが中心となる。ニーズ一覧では、**重度化予防**と**社会交流**が重要。外出先と頻度、「誰と」の付き合いが「どのくらい（頻度）」をチェックする必要がある。

《失禁》

どんな場合に失禁があるのか。朝から晩まで変わらないのかを観察することが改善へのドア。夜間の多尿・頻尿は特に介護負担が大きい。日中の活動量を増やすと夜間の尿量が減る。楽しんでいるとき・外出時は尿量が減る。自宅でぼんやりしていると多尿になる。失禁がどういうときにおきるか、観察⇒原因究明⇒対策⇒「必要なケア」を現場に指示を出す。

《排尿のメカニズム》

脳幹に排泄中枢があり、脳幹から前頭葉に信号を送ると尿意を感じて膀胱に投影する。前頭葉では状況を認知することにより、排泄か抑制か判断する。（今は授業中なのでトイレにいけない…、ここはトイレでないので排泄できない等）状況認知、抑制が働くには意識レベルが高くなければだめ。高齢者は一般に意識レベルが低くなっている。楽しいことや外出で脳の働きが活発になると意識レベルが高くなる。脳の意識レベルを決めるのに姿勢が重要。立位は全身の筋肉を使い、脳幹が刺激を受ける。寝てばかりいると脳幹の刺激が少なく意識レベルは低下する。意識レベルの低下は圧倒的に脱水、次が低栄養。大脳生理学からのアプローチが理論的・科学的ケアのアセスメントのポイント

《夜間の多尿・頻尿》

夜間の尿量の減少のためには日中の活動量をあげる必要がある。年をとると心臓の力が衰え、筋肉（特に下半身）が失われる。⇒末端に行った血液を戻せなくなる。そのために、尿量が減る。夜、体を横にすると縦の動きの制限がなくなるので血液が沢山回るようになる。夜間尿量を減らすには日中の血液循環の効率を上げる、ウォーキングやパワーリハビリが効果がある。

《水分摂取の技術》

コーヒーでもジュースでも良い。好きなものを見つけて勧める。時間配分も大切。便秘対策には起きぬけの水が実際効果がある。「お通じにいいわよ」と言って勧める。食前、食中、おやつなど機会をとらえて飲んでもらう。習慣をつければ飲めるようになる。