

# 高齢者のニーズに応える 在宅医療

国立長寿医療研究センター

鳥羽研二



# 基本的問題

1. 在宅医療の必要性について、2点あげよ
2. 在宅医療の利点について、2点あげよ
3. 当該地域の現状把握についての点検

在宅医療専門機関数を把握している (YES, NO)

往診、訪問診療の数を把握している (YES, NO)

訪問看護ステーションの数と訪問看護数を把握している (YES, NO)

訪問歯科の数と訪問歯科診療数を把握している (YES, NO)

在宅訪問薬剤指導数を把握している (YES, NO)

訪問リハビリテーション実施数を把握している (YES, NO)

# 在宅医療・介護連携推進事業研修

- 1) 人の確保:キーパーソンは誰か(職種は問わない)
- 2) 地域データの作成
- 3) 課題の抽出
- 4) 行動目標の設定
- 5) 工程表の作成
- 6) 評価項目の周知
- 7) 定期的会議 (3~6の確認と進捗状況)  
遅延の成分と困難要素の抽出  
解決策提案募集と決定
- 8) 中間とりまとめ(拠点機能別)
- 9) 拠点評価への対応
- 10) 評価を受けての対策
- 11) 最終とりまとめ(拠点機能別)

# 在宅医療の体制構築に係る基本的な考え方と専門用語

我が国の在宅医療の需要については、  
患者側からのニーズが潜在的に大きいにもかかわらず、  
その伸びは停滞している（**地域在宅医療課題と解決案**）

在宅医療は、地域に暮らす高齢者にとって、  
介護等のサービスの提供体制と一体となって（**多職種連携**）

高齢期を安心して住みなれた場所で生活し（**Aging in place**）  
人生の終局(終末期)においては本人・家族の希望等に応じた、  
真に質の高いケアや支援を受けながら（**End of life Care**）  
穏やかな死を迎えることを可能にする医療である。

また、障害者、小児、難病患者にとっては、  
日常、地域で生活していく上で（**生活と一体となった医療**）、  
欠くことのできないものである。

# 高齢者のニーズに応える在宅医療 —アウトライン—

1. 高齢者のニーズとは何か
2. 在宅医療に特有のニーズとは何か
3. 在宅医療において

高齢者医療ニーズに応えやすい点や連携が必要な点

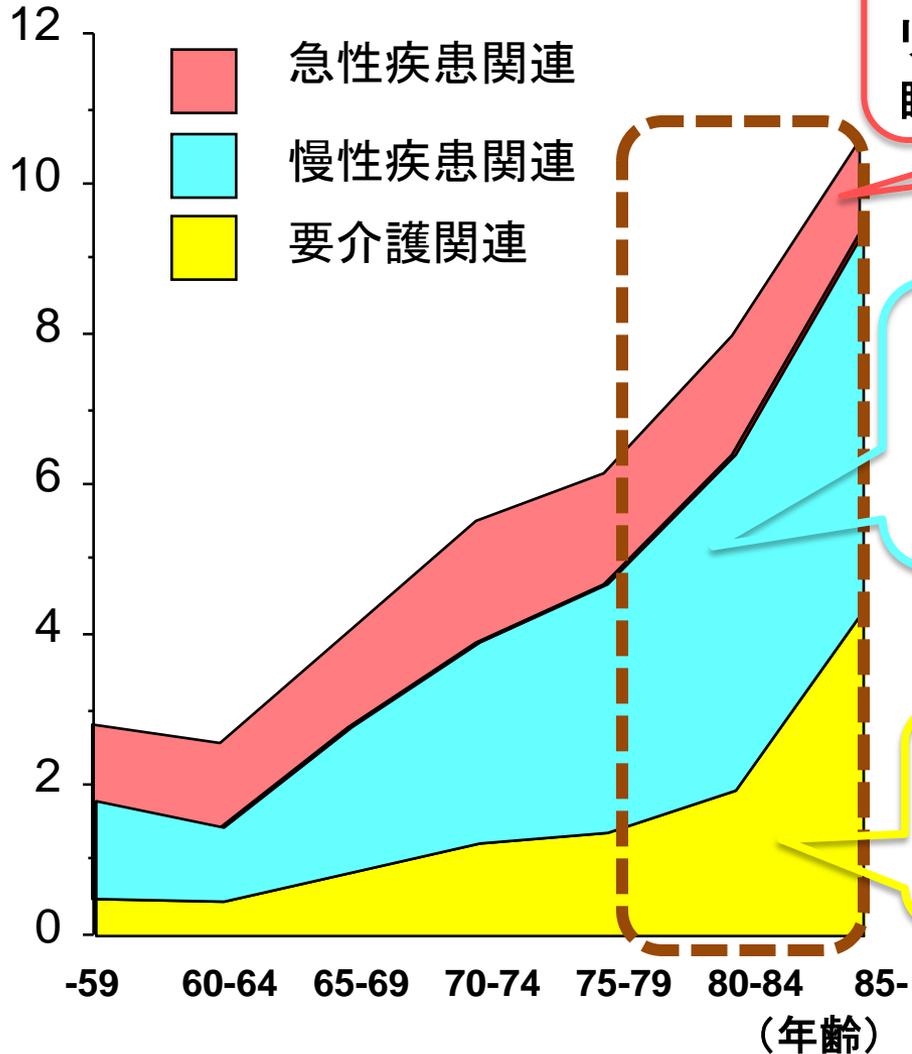
4. 実際の症例からニーズを引き出す -Q&A-
5. まとめ

以上から拠点が具備すべき、連携 教育機能と人材をリストアップする

# 1. 高齢者のニーズとは何か

## — 疾病構造と老年症候群 —

老年症候群数



めまい、息切れ、腹部腫瘤、胸・腹水、頭痛  
意識障害、不眠、転倒、骨折、腹痛、黄疸  
リンパ節腫脹、下痢、低体温、肥満、  
睡眠時呼吸障害、喀血、吐血・下血

**急性疾患症状**

認知症、脱水、麻痺、骨関節変形、視力低下  
発熱、関節痛、腰痛、喀痰・咳嗽、喘鳴  
食欲不振、浮腫、やせ、しびれ、言語障害  
悪心・嘔吐、便秘、呼吸困難、体重減少

**慢性疾患症状**

ADL低下、骨粗鬆症、椎体骨折、嚥下困難  
尿失禁、頻尿、せん妄、抑うつ、褥そう、難聴  
貧血、低栄養、出血傾向、胸痛、不整脈

**廃用症候群**

# 老年症候群 (Geriatric Syndrome) とは

**定義:** 高齢者に多くみられ、原因は様々であるが、治療と同時に介護・ケアが重要である一連の症状、所見を指す。

欧米では、この重要性から Geriatric Giant と呼ばれ、老年医学の教育の初日に行われている。高齢者に接する上での、最初の重要な手がかりと位置づけられる。

例えば、転倒・骨折は、骨粗鬆症、脳血管障害、糖尿病による下肢血管障害、起立性低血圧などによる歩行不安定や、めまいなどによって起きる。

一旦骨折した後は、寝たきりになり、介護負担が発生することがある。

老年症候群は大きく3つに分類される。

主に急性疾患に付随する症候で、若い人と同じくらいの頻度でおきるが、対処方法は高齢者では若い人と違って工夫が必要な症候群。

主に慢性疾患に付随する症候で、65歳の前期老年者から徐々に増加する症候群。

75歳以上の後期高齢者に急増する症候で、日常生活活動度 (ADL) の低下と密接な関連を持ち、介護が重要な一連の症候群

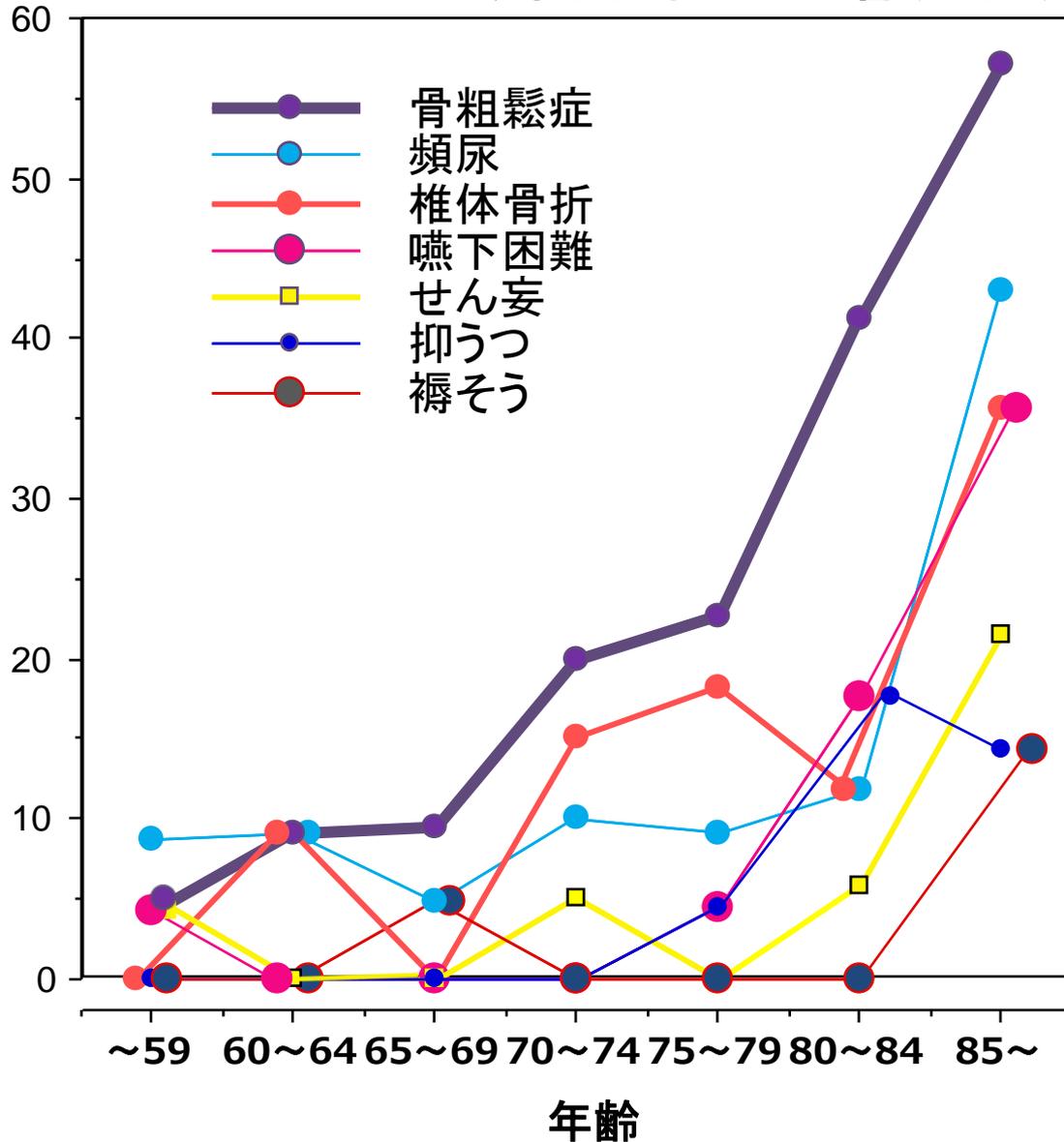
**意義:** この3つの老年症候群の分類と加齢変化は、高齢者の複合的疾患構造を説明し、医療と介護が不可分であることの実証である。

- 1) 急性疾患症状については、応急対応、トリアージ能力 (限界を知る)、連携力 (人脈、実績など) が求められる。
- 2) 慢性疾患症状については、日常対応、悪化時指示、終末期徴候との見分けが求められる。
- 3) 廃用症候群については、理解と応援依頼 (家族、ヘルパー、看護)、リハビリ介入、全身波及を防ぐ技能が求められる。

# 2. 在宅医療に特有のニーズとは何か

— 後期高齢者で急増する徴候 —

頻度 (%)



ADL低下に  
関連する症候群

【時間軸】

- 褥そう
  - 誤嚥
  - 失禁
  - 便秘
  - 筋萎縮
  - 拘縮
  - 心拍出量低下
  - 低血圧
  - 肺活量低下
  - 抑うつ
  - 認知機能低下
- 短 ↓ 長

**ADL**  
Activity of Daily Living  
生活機能

# 在宅医療では

- ADL低下によっておきる症候群(廃用症候群)を十分理解することが必要である。
- 後期高齢者で急増する老年症候群と寝たきり関連の症候群はほぼ同じである
- 寝たきり関連の症候群にも時間軸があり、大体並べた順におきる。
- 褥そう(床ずれ)は数時間でおきるが、筋萎縮には時間がかかる。
- さらに、心拍出量の低下は筋萎縮の結果としておき、ここに掲げていないが、食欲低下、低栄養、免疫低下、易感染性も二次的に発生してくる。

# 3.在宅医療で高齢者医療ニーズに応えやすい点・連携が必要な点

—後期高齢者で急増する徴候—

【時間軸】

短

ADL低下に  
関連する  
寝たきり症候群

ADL  
Activity of Daily Living  
生活機能

褥そう

栄養士・看護師・薬剤師・介護福祉士

誤嚥

言語聴覚士・栄養士・看護師・介護福祉士

失禁

看護師・理学療法士・介護福祉士

便秘

筋萎縮

理学療法士・看護師・介護福祉士

拘縮

心拍出量低下

低血圧

肺活量低下

抑うつ

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士  
看護師・介護福祉士・臨床心理士

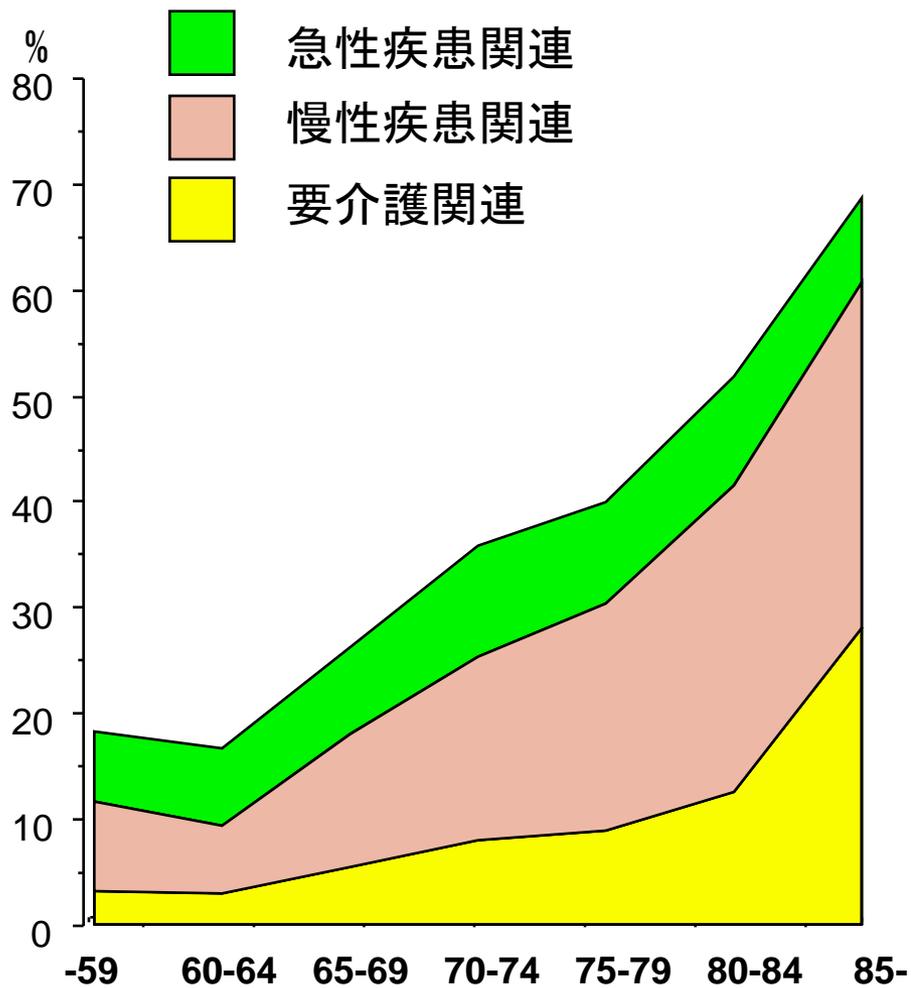
認知機能低下

長

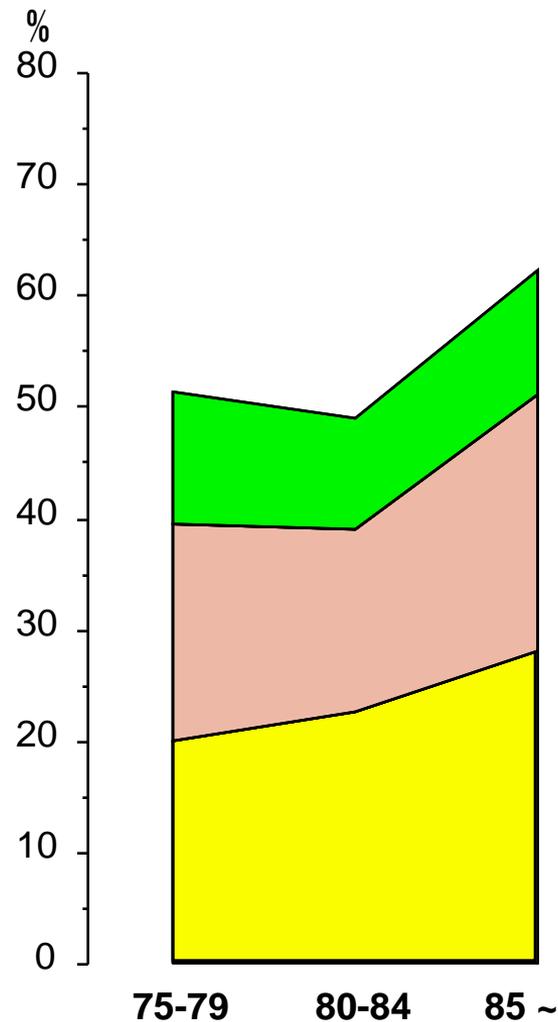
- ADLの評価はそれ自体は意味が少ないように取られがちであるが、このような悪循環が高齢者の医療の負担になっていることを考えると、大きな意味がある。
- この寝たきり関連症候群は、どれをとっても医師だけでは全く解決せず、家族と多職種の協力が必須である。

**ADL**  
Activity of Daily Living  
生活機能

# 急性期病院

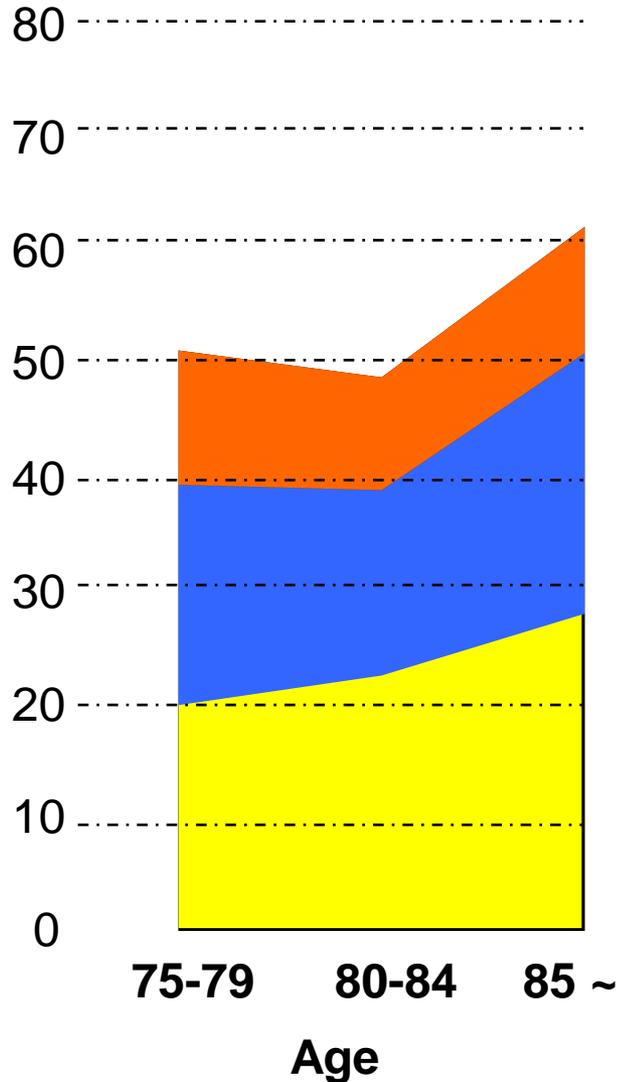


# 在宅看護



学習の優先順位 1) > 3) > 2)

## 在宅看護の症候



1)めまい、息切れ、、頭痛  
意識障害、転倒、骨折、腹痛、吐下血 などの 急性  
疾患症状

2)認知症、麻痺、関節痛、腰痛、骨関節変形、咳嗽、  
喘鳴浮腫、浮腫、呼吸困難などの 慢性疾患症状

3)嚥下困難、尿失禁、頻尿、せん妄、鬱、褥瘡、低栄養  
などの 廃用症候群

**1) 急性症状**

応急対応

トリアージ能力(限界を知る)

連携力(人脈、実績など)

**2) 廃用症候群**

理解と応援依頼(家族、ヘルパー、看護)

リハビリ介入

全身波及を防ぐ技能

**3) 慢性徴候**

日常対応

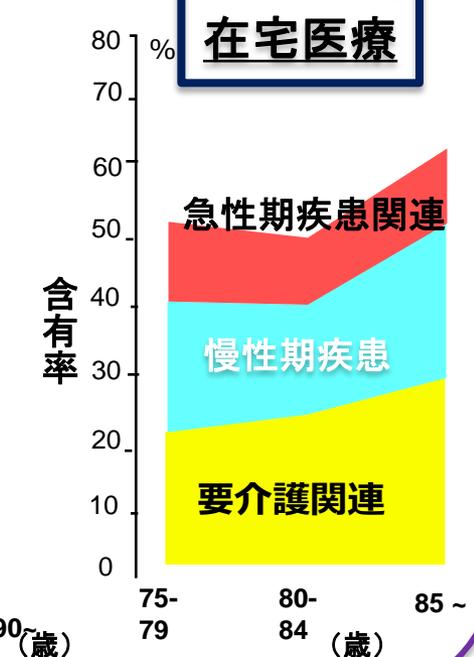
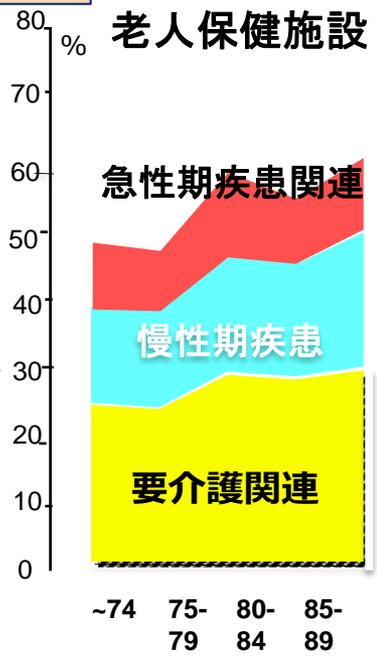
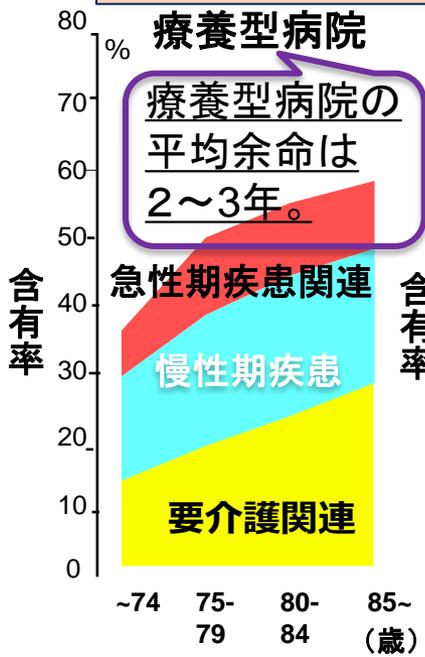
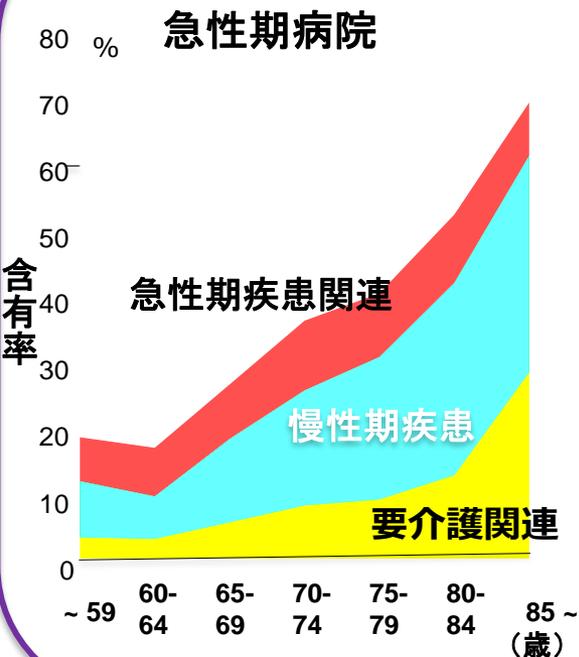
悪化時指示

終末期徴候との見分け

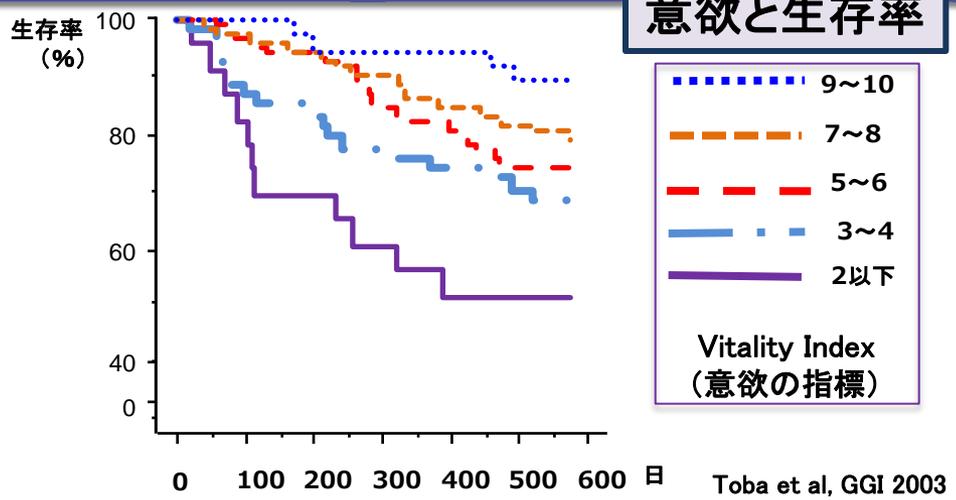


# 3.在宅医療で高齢者医療ニーズに応えやすい点・連携が必要な点

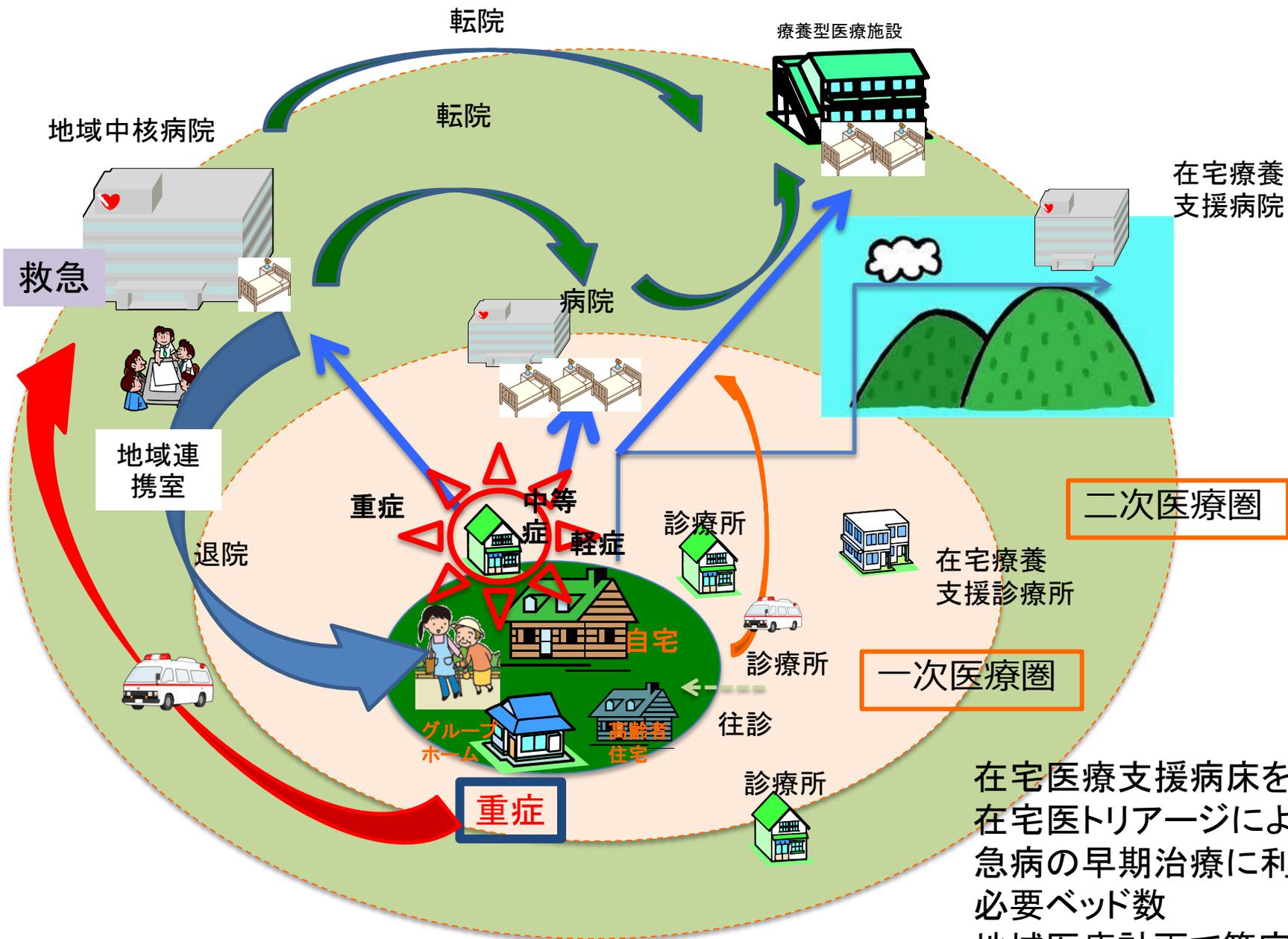
## 利用者(患者)の流れ



## 意欲と生存率



- 急性期病院では、急性症状と、慢性の病気に伴う症状、寝たきりに関連する症状が、混ざっており、80歳では平均8個の症状がある。
- そして、寝たきり関連症状が80歳以上で急増するのがわかる。
- 急性期を過ぎると、少なくとも3週間以内には、急性期病院は退院を余儀なくされる（7:1看護 入院日数18日以内基準）。80歳以上では、在宅復帰率は60%にとどまる。
- 療養型はその後の有力な受け皿ですが、基本的疾患構造（患者のニーズ）は、80歳以上の急性期病院入院患者と変わらない。慢性疾患に伴う症状は、軽減されやや落ち着いているといえる。
- この医療機関での生命予後は、我々の調査で、2～3年で、広い意味で「緩和医療」として捉える必要性がある。平成24年4月から、療養型も60日位内の入院を目指すことになった。（長期入院医療費の逡減）。患者は状態が落ち着いていれば、老人保健施設、不安定ならば中小病院への転院となる。在宅に直接復帰できる率は高くない。
- 老人保健施設では、在宅復帰にむけて「短期集中リハビリテーション」の活用が増えており、在宅復帰を助ける。6ヶ月くらいで、患者は自宅、在宅系、特養などへ移ってゆく。
- 在宅医療の患者のニーズは、基本的に療養型病床、老健の入所者と変わることはない。しかし、ADL低下に伴う症状、寝たきりに起きる症状（廃用症候群といいます）が症状の半分をしめることに、特に注目すべきといえる。
- キーワードは、生活能力とリハビリテーションである。
- この疾患構造は在宅医療においても、老人保健施設においても基本的に同じ3層構造であるが、介護型の施設においては、70歳のより若い時期から、後期高齢者に多い老年症候群の頻度が多くみられる。後期高齢者に多い老年症候群は、急性期病院においても、療養型病床群においても、在宅復帰阻害要因である。
- 疾患に加えADLや認知機能を評価する必要性は、このような疾患構造からも明らかである。



在宅医療支援病床を  
在宅医トリアージによる  
急病の早期治療に利用  
必要ベッド数  
地域医療計画で策定

# チェック

## 地域資源マップ

行政が現数を把握し、ホームページで公開している (YES, NO)

行政が地図上に、機関を表示したマップを公開している (YES, NO)

資源の問い合わせ窓口が設置されている (YES, NO)

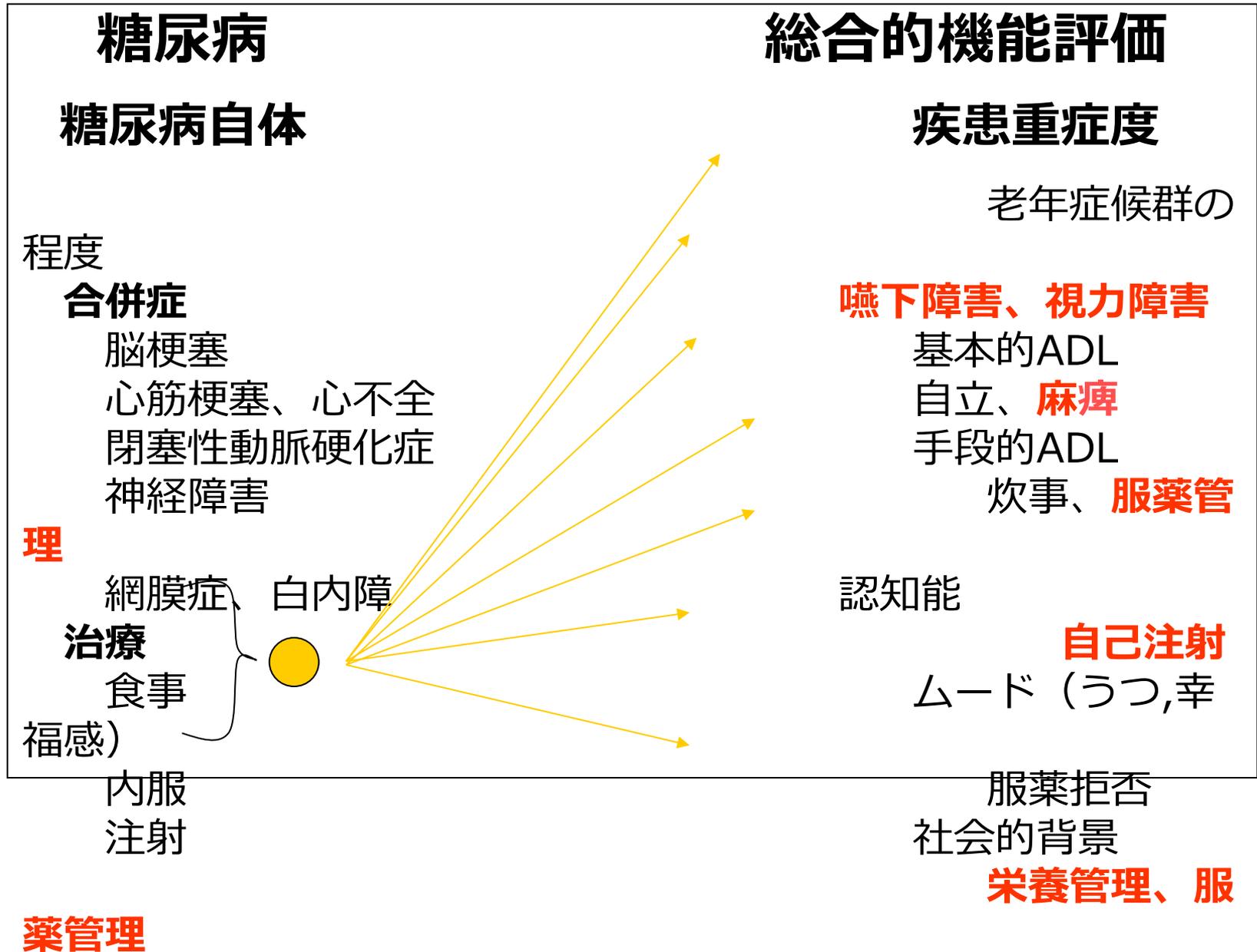
自己負担額を説明できる (YES, NO)

利用者の声を反映する仕組みがある (YES, NO)

**訪問看護における相談機能**

**(事例対応能力)**

# 在宅の糖尿病患者相談例



# モデル機関能力（医療機関の場合）

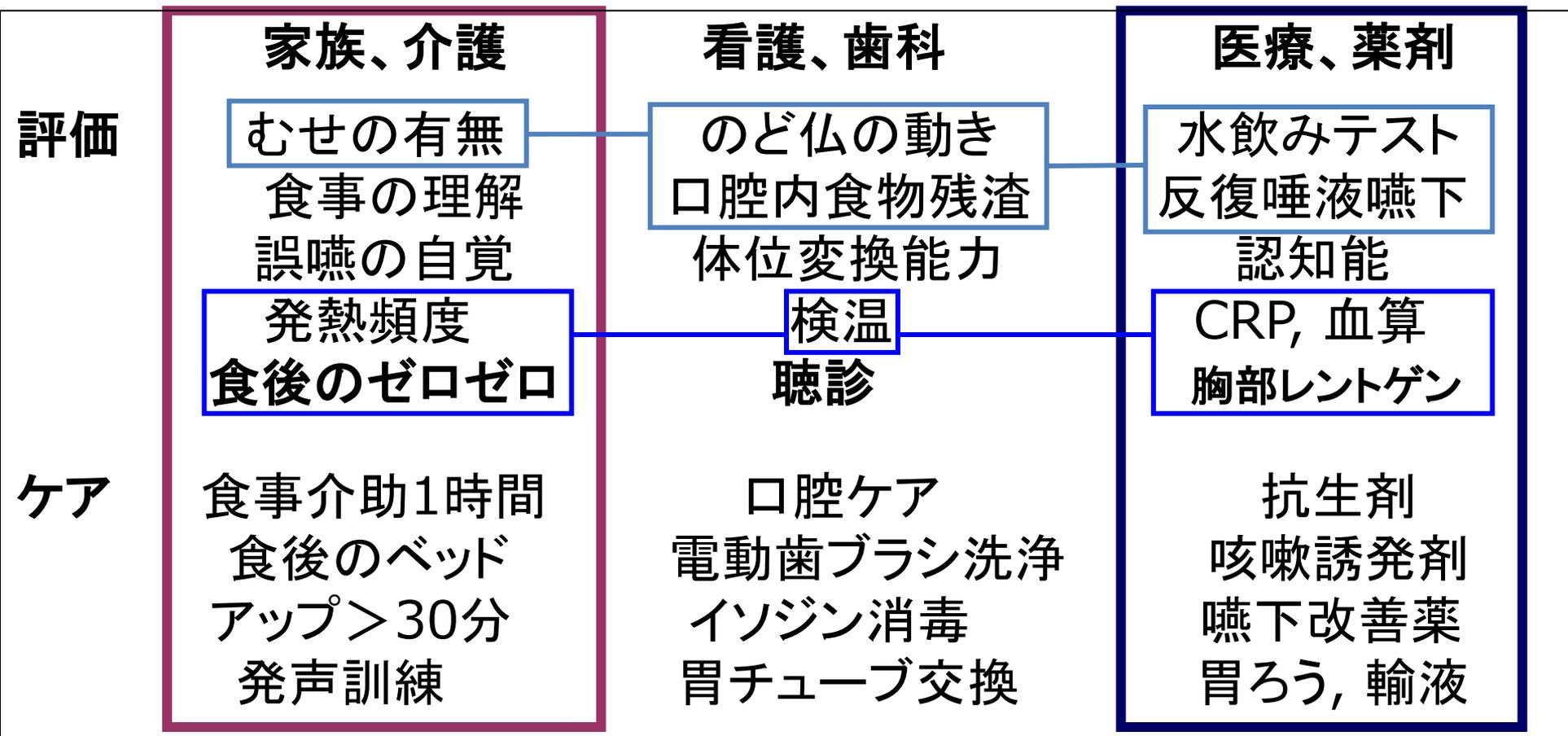
救急対応、

診診、病診連携機能、

**多職種協働の重複と分担戦略**

# チーム医療・看護・介護の共通言語=老年症候群

総合的機能評価/老年症候群を通じたケアカンファランスの一例  
嚥下困難、誤嚥性肺炎



## 4. 実際の症例からニーズを引き出す

【ねらい】

ある事例をもとに、9つの問いから  
患者・家族の状況の予測や関わるポイント(視点)  
関わる専門職と連携の必要性について  
考えてみる

# 【事例】

Aさん(77歳男性)

- ・建築業の営業を長年続け、60歳で退職、以降は年金暮らしを続けている。
- ・現役のころから、仕事上宴席が多く、50歳ころから、高血圧、脂質異常症、糖尿病を指摘され、168cm、75kg、BMI =  $\text{体重kg} \div (\text{身長m})^2$ は、26.6であり軽度の肥満もある。
- ・72歳の時に、朝右手がしびれ、翌日かかりつけの病院で脳梗塞と診断され、以降、脳梗塞の再発予防の投薬を受けていた。

- ・昨年の8月、ベッドから起きてこないことに家人が気づき、意識がもうろうとしているのを発見し、救急車で大学病院に搬送された。CTで新規脳梗塞と右半身麻痺、これに伴う意識障害と診断され、保存的に治療された。

- ・1ヶ月の入院後回復期リハビリテーションを受け、その後在宅療養となった。紹介された近所の医師が、月一回の往診、訪問看護を週に一回受けている。介護保険を申請し、要介護3となっているが、妻が面倒を看ており、ヘルパーは入れていない。

小高い丘の中腹にある自宅を訪問した。  
門から玄関までに、ビン・缶・雑誌などが乱雑に積まれている。

問1) どのような原因が考えられるか？

手段的ADL (Lawton)=独居機能の評価



## 問1の解答

着眼点	想定されること	関わるのが最適な専門職
家事能力が十分ではない	妻の独居機能(手段的ADL)低下?	理学療法士・作業療法士
環境の影響	坂道を下って、指定のゴミ収集場まで出すのが困難?	行政・理学療法士
移動能力の影響	妻の歩行不安定性 膝や腰などの疾患、転倒恐怖?	医師・理学療法士
家事援助を入れない理由	要介護者の意思? 妻の意思?	医療ソーシャルワーカー
子供の援助が不十分	家族構成の状況は? 他の家族の訪問頻度は?	医療ソーシャルワーカー

「ごめんください……」  
インターフォンで呼ぶが、返事がない……

## 問2) どのような状況が考えられるか？

庭をまわって、縁側から声をかけると、妻と思しき婦人が出てきた。  
「どなたでございますか？」 どうやら忘れていらしい……。  
「こんにちは、Aさんの看護に来た、看護師のBと申します。  
玄関から上がっていいですか？」  
「あー そうでしたね、最近物忘れがひどくて、すみません……  
今すぐ 鍵をあけます。」

## 問2の解答

考えられる状況	想定される理由	関わるのが最適な職種
不在	<ul style="list-style-type: none"><li>①偶然かやむを得ない事情</li><li>②約束時間を忘れている</li><li>③妻の記憶力低下による約束時間忘れ</li></ul>	医師・看護師・心理士等 で 心理検査実施
声が届いていない	<ul style="list-style-type: none"><li>①インターフォンの位置が聞こえる場所がない。</li><li>②難聴により、インターフォンの音が聞こえない状況にある。 (聴力の問題)</li></ul>	医師

## 手段的ADL

(Lawton & Brody:1969)

- ・独居機能に関連：買い物、金銭管理、交通機関の利用、服薬管理、電話の利用、料理、家事、洗濯
- ・男女共通のもの：電話、買い物、金銭管理、交通機関の利用、服薬管理
- ・独居機能：男女とも重要であるが、個体間で比較する場合、性差を考慮する必要がある、炊事、家事、洗濯の合計8項目に分類。
- ・集団で比較する場合には、男性では料理、家事、洗濯をしないもしくは、出来ない場合があり、注意する。
- ・認知症で早期から脱落しやすい機能は、男女共通に買物、服薬管理であり、女性では料理である。

# 認知機能の低下を 不自然なく感知する方法

## 1: 同じ事を話す

訪問時に数回同じ事を話せば、ほぼ軽度の認知症が疑われる。  
しかし、うつ状態でも同様の反応の場合があり注意。

※うつは物忘れを強く訴える。

## 2: 昨日の夕食を尋ねる

しっかりした目撃者が必要だが、すらすら言えれば、大丈夫。

## 3: 料理が出来ない

店屋物、弁当の空が多い。

## 4: 買い物が出来ない

冷蔵庫の中をみせていただくと、同じ物が多く買ってある。

上手な口実は、「期限切れの食材がないか、チェック致しますね」

玄関をあけていただき、家の中の様子を見る。  
照明は暗く、空気は淀んでいる。  
尿と汗の混ざったような臭いが、微かに感じられる。

問3) どのような状態が予想されるか？  
患者、介護者それぞれについて述べよ。

## 問3の解答

問題の着眼点	対象者	発生が想定される 問題点・課題	評価の上、 関わりが 妥当な職種
空気が淀んでいるので 窓や戸の開放が少ない	患者 家族(介護者)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・来客が少ない</li> <li>・二人で閉じこもっている</li> </ul>	
電気が暗い	患者 家族(介護者)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(公共料金が未払いで) 経済的困窮の可能性が ある</li> </ul>	医療ソーシャル ワーカー
尿と汗が混ざったような 臭い	患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄機能が不十分 (トイレ歩行困難、自力排泄 困難)</li> </ul>	理学療法士
〃	患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(おむつ交換頻度等の随伴) 褥そう発生</li> <li>・(おむつ使用による) 二次的湿疹</li> </ul>	医師
〃	家族(介護者)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄介助が不十分 (おむつ交換頻度の問題、 トイレ歩行や排泄動作の 介助が困難)</li> </ul>	

患者の寝ている部屋は、台所の脇を通り、ふすまが開けっ放しの和室。  
異臭は更に強まり、患者からのものであることが確信された。  
布団の脇に座って、話しかけてみる。  
布団は湿っており、異臭も放っている。  
患者は天井を見たまま、こちらを見ようとしなない。

「こんにちは」の呼びかけには、  
「こんにちは、どなたさまですか？」と答える。

「起き上がれますか？」とたずねたところ、力をいれて左手で支えて、  
なんとか起き上がった。 座位を持続するのは困難なようだ。

**問4)この患者の意欲をどう評価するか？  
もし、低下しているとしたら原因は？**

## 問4の解答

### 【ポイント:「呼びかけへの反応状況」】

・呼びかけに反応して挨拶がある: 高度の低下ではない。

呼びかけに反応がない場合 : 起床意欲、排泄意欲、  
活動意欲、食事の意欲など  
全般的な低下が考えられる。

### ・低下している場合に想定される原因

①脳血管障害後遺症: 脳血管障害後無力 (Post Stroke Apathy)

→【測定方法】Apathy Scale (やる気スコア): 高値、意欲の指標: 低値。

②ねたきり

寝かせきり状態では刺激が入らず、脳血流の低下により、  
廃用性の脳萎縮を起し、意欲の低下、植物状態に至る。

# Vitality Index: 意欲の指標

設問 (点数)	質問内容	回答	得点
1 (2点)	<b>起床 (Wake up)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● いつも定時に起床している</li> <li>● 起こさないと起床しないことがある</li> <li>● 自分から起床することがない</li> </ul>	2 1 0	
2 (2点)	<b>意志疎通 (communication)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 自分から挨拶する、話しかける</li> <li>● 挨拶、呼びかけに対し返答や笑顔がみられる</li> <li>● 反応がない</li> </ul>	2 1 0	
3 (2点)	<b>食事 (feeding)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 自分で進んで食べようとする</li> <li>● 促されると食べようとする</li> <li>● 食事に関心がない、全く食べようとしない</li> </ul>	2 1 0	
4 (2点)	<b>排泄 (On and Off Toilet)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排便、排尿を行う</li> <li>● 時々尿意、便意を伝える</li> <li>● 排泄に全く関心がない</li> </ul>	2 1 0	
5 (2点)	<b>リハビリ、活動 (Rehabilitation ,Activity)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 自らリハビリに向かう、活動を求める</li> <li>● 促されて向かう</li> <li>● 拒否、無関心</li> </ul>	2 1 0	
<b>合計得点</b>			/ 10

起床、挨拶、食事、排泄、リハビリ/活動の5項目からなる。要介護者の生活の順番に沿って、家族、介護者が自然に想起出来るようになっている。

うつとの相関が検討され、妥当性が実証された。

リハビリ介入による感度のよいことが判明している。

寝たきり高齢者の生命予後と最も強い相関を示しているため、胃ろうの適応をきめる指標として注目されている。

除外規定；意識障害、高度の臓器障害、急性疾患（肺炎などの発熱）

判定上の注意

- 1) 薬剤の影響（睡眠薬など）を除外。起座できない場合、開眼し覚醒していれば2点
- 2) 失語の合併がある場合、言語以外の表現でよい
- 3) 器質的消化器疾患を除外。麻痺で食事の介護が必要な場合、介助により摂取意欲があれば2点（口まで運んでやった場合も積極的に食べようとするれば2点）
- 4) 失禁の有無は問わない。尿意不明の場合、失禁後にいつも不快を伝えれば2点。
- 5) リハビリでなくとも散歩やリクエーション、テレビでもいい。寝たきりの場合、受動的理学運動に対する反応で判定する。

# やる気スコア

	全くない	少し	かなり	大いに
1) 新しいことを学びたいと思いますか？	3	2	1	0
2) 何か興味を持っていることがありますか？	3	2	1	0
3) 健康状態に関心がありますか？	3	2	1	0
4) 物事に打ち込めますか？	3	2	1	0
5) いつも何かしたいと思っていますか？	3	2	1	0
6) 将来のことについての計画や目標を持っていますか？	3	2	1	0
7) 何かをやるようとする意欲はありますか？	3	2	1	0
8) 毎日張り切って過ごしていますか？	3	2	1	0

=====

	全く違う	少し	かなり	まさに
9) 毎日何をしたらいいか誰かに言ってもらわなければなりませんか？	0	1	2	3
10) 何事にも無関心ですか？	0	1	2	3
11) 関心を惹かれるものなど何もないですか？	0	1	2	3
12) 誰かに言われないと何にもしませんか？	0	1	2	3
13) 楽しくもなく、悲しくもなくその中間位の気持ちですか？	0	1	2	3
14) 自分自身にやる気がないと思いますか？	0	1	2	3

合計 \_\_\_\_\_

Apathy Scale 島根医科大学第3内科版: 16点以上を「apathyあり」と評価  
(Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Leiguarda R, Robinson RG:

Apathy following cerebrovascular lesions. Stroke 24: 1625-1630, 1993から引用、翻訳作成)

座椅子を添え、起きた状態で、  
「少し見せてくださいね」と言って、頭から観察する。

フケが多く、一部に湿疹も見られ、洗髪ができていないことが判明。

髪の毛を清拭しながら、目やに、耳垢などが溜まっていることも確認し、清潔ケアを行う。

「お口を開けて下さい」  
舌苔多く、歯と歯肉には、多量の歯垢と食物残渣がある。

問5) 口腔ケアが出来ていない患者で、  
次にチェックすべき観察項目をあげよ。

## 問5の解答

### 口腔ケアと嚥下障害と誤嚥性肺炎のつながりに着目

- ①口腔ケアが出来ていない患者で、嚥下障害を起こす病態があれば、誤嚥性肺炎の評価をしなければならない。（実施者：医師、言語療法士）
- ②事例の患者で想定されること
  - ・脳梗塞、寝たきり状態で、いずれも誤嚥の危険が高い。
- ③誤嚥性肺炎のチェックポイント：**体温と肺雑音**
  - ・体温は、前額部（おでこ）や首に手の甲をあて、自分の体温より高いか確認。
  - ・高齢者の平熱は36℃前後が多いので、温かく感じれば異常。（微熱）
  - ・熱さを感じれば、38℃以上の高熱。
    - ※訓練しなくても、0.5℃の差は、分かるようになる。体温計を取り出して発熱に気づくようではいけない。
  - ・肺雑音は、聴診器で背中肋骨の飛び出した位置（第7胸椎）の左右と、その下に聴診器をあて、深呼吸をしてもらう。
  - ・麻痺側では、腕を上下に動かすことで、吸気が促され、深呼吸の代用になる。  
ブツブツとした副雑音（fine crackle）が聞こえれば、肺炎の可能性がある。

**問6) 肺炎の疑いがある時、どう指導するか？**

## 問6の解答

- ・意識障害や高熱があれば、入院加療を考える。
- ・単純な少量の痰などの誤嚥では、一日で解熱することも多いので医師に連絡し、経口の抗生物質で様子を見ても良い。
- ・点滴をする場合は、肺炎では低ナトリウム血症になりやすいので、1号輸液が無難である。
- ・口腔ケアを実践し、家族にできることを教える。
- ・ベッドのギャッジアップ(背面傾斜 $30^{\circ}$ 程度)で就寝し、不可能なら高い枕にして胃食道逆流を防ぐ。

幸い、熱もなく、肺の音も異常なしであった。

「どんな食事をされていますか？」

「最近は、料理も面倒で、うどんや親子丼を買って来たり、  
出前してもらって、二人で分けています」

腕を見ると、筋肉は細っている。

「痩せてきていませんか？」

「そうね・・・小さくなったわね・・・歳のせいかしら・・・」

**問7) 栄養状態が悪そうであるが、  
他にどんな点を観察するか？**

## 問7の解答

- ・**上腕周囲径**や**下腿周囲径**が**栄養の指標**とされる。
- ・**上腕**を握って指が付きそうなほど痩せていれば、  
まちがいなく**低栄養、筋肉減少症**である。
- ・その他、**くるぶし**や**仙骨部の浮腫**も、**\*低蛋白血症を伴う**  
**低栄養の徴候**である。（\*血液検査必要→医師対応）

**問8) 今後の栄養指導をどうするか？**

## 問8の解答

- ・ 栄養指導(訪問による栄養指導)等、栄養士の協力も得て、調理習慣、調理機能(身体・判断力等)の有無の見極めが必要である。
- ・ 介護保険による訪問介護の家事援助、宅配サービス、ボランティアによる調理援助など、多彩な支援が必要である。



※支援調整、実施者: 栄養士、医療ソーシャル・ワーカー、行政担当者

腹部は膨満しており、お腹の音を聞くと、蠕動音は小さい。  
ぜんどうおん

「お通じは、どうですか？」

「たまにしか出ないね・・・出る時は、ドロドロした便を漏らしてしまうがね・・・」

「下剤は飲まれていますか？」

「先生がくれたのを、毎日飲んでいるがね・・・  
便のことはひどく気にしているから・・・」

問9) 排便の状態をどう評価するか？

## 問9の解答

- ・ねたきり高齢者特有の症状で、腹圧がかからないため泥状便が一杯になると、失禁する状態。
- ・腹臥位療法が第一選択である。

## 腹臥位療法

- ・有働尚子医師により開発された療法
- ・ベッド上で腹臥位で寝かせることによって、活動の向上などを期待する。
- ・1日に何回かうつ伏せになるだけのことで、排便が良くなり、痰が排泄され、気分が爽快になる。
- ・腹臥位が窒息など危険が予想される場合は、車椅子で腹圧をかけることでも効果がある。
- ・腹臥位は実際、生活意欲の向上に役立つ。