



ICOPE ハンドブック

プライマリケアにおけるパーソンセンタードな
評価と手順に関するガイダンス

CONTENTS 目次

謝辞	ii
略語	iii
1. 高齢者のための包括的ケア（ICOPE）	1
2. 能力の最適化のために：全ての人のヘルシーエイジングに向けて	5
3. 高齢者のニーズの評価と個別化されたケアプランの作成	9
4. 認知機能低下を有する高齢者のケア手順	19
5. 移動能力を改善するためのケア手順	25
6. 栄養障害に対するケア手順	33
7. 視覚障害に対するケア手順	41
8. 聴覚障害に対するケア手順	51
9. 抑うつ症状に対するケア手順	59
10. 社会的ケアや支援のためのケア手順	67
11. 介護者を支えるためのケア手順	75
12. 個別化されたケアプランの作成	78
13. 医療・介護制度によってWHO ICOPEをいかに実装化するのか？	81
参考文献	86

謝 辞

このハンドブックは高齢者のケアと支援に献身的な貢献をした世界中の多くの方々が築いた実績を記述したものです。

世界保健機構（WHO）の高齢化/ライフコース部局の Islene Araujo de Carvalho 氏と Yuka Sumi 氏が中心となってこのハンドブックが作成されました。Islene Araujo de Carvalho, John Beard, Yuka Sumi, Andrew Briggs (Curtin University, Australia) 並びに Finbarr Martin (King's College London, United Kingdom) はハンドブックの執筆やケアパスの作成のコアメンバーとして従事してくれました。Jura 出版社からの Sarah Johnson と Ward Rinehart は責任者として最終版の執筆に当たってくれました。

WHO の世界各地域オフィスや様々な部局からの多くのスタッフも、関連するそれぞれのセクションの執筆やケアパスの作成に貢献してくれました：

Shelly Chadha (WHO Department of Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention), Neerja Chowdhary (WHO Department of Mental Health and Substance Abuse), Tarun Dua (WHO Department of Mental Health and Substance Abuse), Maria De Las Nieves Garcia Casal (WHO Department of Nutrition for Health and Development), Zee A Han (WHO Department of Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention), Dena Javadi (WHO Department of Alliance for Health Policy and Systems Research), Silvio Paolo Mariotti (WHO Department of Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention), Alarcos Cieza (WHO

Department of Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention), Alana Margaret Officer (WHO Department of Ageing and Life Course), Juan Pablo Pena-Rosas (WHO Department of Nutrition for Health and Development), Taiwo Adedamola Oyelade (Family and Reproductive Health Unit, WHO Regional Office for Africa), Ramez Mahaini (Reproductive and Maternal Health, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean), Karen Reyes Castro (WHO Department of Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention), Enrique Vega Garcia (Healthy Life Course, Pan American Health Organization/WHO)。

このハンドブックは、多くの専門家や学識経験者からの豊富な助言によって内容の充実が図られました：

Matteo Cesari (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Italy), Jill Keeffe (WHO Collaborating Centre for Prevention of Blindness, India), Elsa Dent (The University of Queensland, Australia), Naoki Kondo (University of Tokyo, Japan), Arunee Laiteerapong (Chulalongkorn University, Thailand), Mikel Izquierdo (Universidad Pública de Navarra, Spain), Peter Lloyd-Sherlock (University of East Anglia, United Kingdom), Luis Miguel Gutierrez Robledo (Institutos Nacionales de Salud de Mexico, Mexico), Catherine McMahon (Macquarie University, Australia), Serah Ndegwa (University of Nairobi, Kenya), Hiroshi Ogawa (Niigata University, Japan), Helene Payette (Universite de Sherbrooke, Canada), Ian Philp

(University of Stirling, United Kingdom), Leocadio Rodriguez- Manas (University Hospital of Getafe, Spain), John Starr (University of Edinburgh, United Kingdom), Kelly Tremblay (University of Washington, United States of America), Michael Valenzuela (University of Sydney, Australia), Bruno Vellas (WHO Collaborating Centre for Frailty, Clinical Research and Geriatric Training, Gerontopole, Toulouse University Hospital, France), Marjolein Visser (Vrije Universiteit Amsterdam, the Netherlands), Kristina Zdanys (University of Connecticut, United States of America), and the WHO Collaborating Centres for Frailty, Clinical Research and Geriatric Training (Gerontopole, Toulouse University Hospital, France) and for Public Health Aspects of Musculoskeletal Health and Aging (University of Liege, Belgium).

Australian National Health and Medical Research Council や Global Alliance for Musculoskeletal Health 並びに Chulalongkorn University, Thailand からスタッフの動員や専門家会議の開催など多大な協力をいただきました。

2018年12月に行われたWHO Clinical Consortium on Healthy Ageingの年次集会の参加者からも豊富な助言と協力をいただきました。

WHO 高齢化/ライフコース部局は日本国政府、ドイツ国政府、神奈川県（日本）からの経済的支援に対して謝意を表します。

ABBREVIATIONS 略語

ADLs	activities of daily living (日常生活活動)
BMI	body mass index (体格指数)
CBT	cognitive behavioural therapy (認知行動療法)
ICOPE	integrated care for older people (高齢者のための包括的ケア)
MNA	mini nutritional assessment (ミニニュートリショナルアセスメント)
OSN	oral supplemental nutrition (経口栄養補助剤 (食品))
PTA	pure tone audiometry (純音オーディオメトリー)
SPPB	short physical performance battery (簡易版身体能力評価セット)
WHO	World Health Organization (世界保健機構)
★	ケアには専門的な知識や技術が必要であることを示しています。



I C O P E

1

高齢者のための 包括的ケア（ICOPE）

キーポイント

- ✓ ヘルスケアシステムにおいて、すべての人のヘルシーエイジングを支援する鍵は、たとえ加齢によって徐々に低下するにしても、内在的能力と機能的能力を最適化することです。
- ✓ 内在的能力の低下に関連する重要な状況が迅速に診断され管理されれば、要介護状態になることを予防することができます。
- ✓ 地域でプライマリーケアに従事する医療・介護従事者は、このガイダンスに従うことで、能力が低下した高齢者を特定し、その低下を回復または遅らせるための適切なケアを提供することができます。このアプローチはシンプルで低コストです。
- ✓ 内在的能力の低下に関連する状況は相互に関連しているため、評価と管理には包括的でパーソンセンタードなアプローチが必要です。

2015年のエイジングと健康に関するワールドレポートでは、ヘルシーエイジングの目標を、ウェルビーイングを可能とする機能的能力を身につけそれを維持することと定義しています。機能的能力とは、人々が価値ある存在であり、価値あることを行うことを可能にする健康関連の属性と定義されています。機能的能力は、個人の内在的能力、個人を取り巻く環境、およびそれらの間の相互作用から成り立っています。内在的能力とは、個人が引き出すことのできるすべての身体的および精神的能力が合わさったもの（1）です。

このヘルシーエイジングの概念は、高齢期のヘルスケアの新たな目標、すなわち加齢に伴って内在的能力と機能的能力を最適化するという目標を呼び起こします。

2017年10月、世界保健機関（WHO）は、高齢者のための包括的ケア：コミュニティレベルにおける内在的能力の低下を管理するための介入に関するガイドライン（2）を発表しました。このガイドラインでは、医療・介護従事者が高齢者のためのパーソンセンタードな包括的ケア（ICOPE）をコミュニティレベルで実行するために、13のエビデンスに基づく推奨を示しています。ICOPEのアプローチは、ヘルシーエイジングの鍵となる内在的能力と機能的能力の最適化に焦点を当てたものです。これらの推奨は、国のガイドラインの基盤となりうるものです。また、これらは、プライマリーケアプログラムやユニバーサルヘルスカバレッジのためのエッセンシャルケアパッケージにおいて、要介護状態を予防するためのサービスを含めることを支援するために使用することができます。

このハンドブックのガイダンスは、地域の医療・介護従事者が ICOPE 勧告を実践するのに役立ちます。移動能力の低下、栄養不良、視覚障害、聴覚障害、認知機能の低下、抑うつ症状など、内在的能力の低下に関連する重要な健康状態を管理するためのケアパスを提供しています。これらのパスは内在的能力の低下をすでに経験している可能性の高い高齢者を特定するためのスクリーニング検査から始まります。医療・介護従事者は、このスクリーニング検査を地域で容易に行うことができます。これが、高齢者の健康と社会的ケアのニーズをより詳細に評価するための入口となります。この評価は、次に能力の低下を回復させたり、遅らせたり、予防したり、病気を治療したり、社会的ケアのニーズを満たすための戦略を統合した個別のケアプランにつながります。個々の対象者を中心とした評価とケアプランの作成には、通常、プライマリーケアの場において、プライマリーケア医や看護師などの訓練された医療専門職が必要です。しかし、内在的能力の低下は、一般的に、高齢者と介護者が暮らす地域社会で、集学的チームの支援を受けて管理することができます。

なぜ高齢者のための包括的ケア (ICOPE) が必要なのか？

世界の人口に占める高齢者の割合は、かつてないほど大きくなっています。2017年には、60歳以上の高齢者が9億6,200万人いると推定され、世界人口の13%を占めています(3)。この割合は、今後数十年の間に、特に低・中所得国で急速に増加すると考えられます。2050年までには、5人に1人が60歳以上の高齢者になると言われています。この傾向は約50年前から始まっています。これは、世界の多くの地域で、社会経済の発展に伴い、出生率が急速に低下し、平均寿命が急速に伸びていることを反映しています。

高齢者の健康を維持することは、人的・社会的資本への投資であり、国連の持続可能な開発目標 (SDGs) を支えるものです(4)。同時に、増加する高齢者のケアは、医療システムに対する課題も引き起こします。保健医療資源は、年齢層別にバランスよく配分する必要があります。高齢化に対する公衆衛生のアプローチを根本的に変えることが必要です。

高齢者への健康管理に対する従来のアプローチは、医学的状況に焦点を当て、その診断と管理が中心でした。

疾患に対処することは重要ですが、疾患に焦点を当てすぎると、聴覚、視覚、記憶、動作やその他のよくある加齢に伴う内在的能力の低下などを見落としがちになります。すべての人の幸福は、これらの問題を特定し管理することによって、人生のある時期に恩恵を受けることとなります。ヘルスケアシステム全体で高齢者の内在的能力に注意を払うことは、大きくまた増加している高齢者の福祉に広く貢献することになります。

ほとんどの医療従事者は、内在的能力の低下を認識し、効果的に対応するための指針やトレーニングを受けていません。人口の高齢化に伴い、内在的能力の低下を防ぎ、ヘルシーエイジングを促進し、高齢者の介護者を支援するための介入を含む包括的な地域に根ざしたアプローチを開発することが急務となっています。WHOのICOPEアプローチは、このニーズに応えるものです。

この指針は誰のためのものか？

このハンドブックの主な対象者は、地域やプライマリーケアの現場で働く医療・福祉従事者です。また、この指針は、内在的能力や機能を失った人を評価し、ケア計画を立案するために、必要に応じて専門的な知識を要する医療従事者に専門的な情報を伝えるものです。

さらに、医療、看護、保健、公衆衛生の分野でのトレーニングの開発を担当する専門職は、ここで記載されたコンセプトと実践的なアプローチの両方を利用できると思われます。その他の対象者として、国、地域、地区のプログラムマネージャーなどヘルスケアの管理者や政策立案者、また公衆衛生プログラムに資金を提供したり、その実施をする機関、また地域で高齢者にサービスを提供する非政府組織や慈善団体が含まれます。

指針となる原則

このガイダンスは、以下の原則に基づいています。

高齢者は最良の健康状態を維持する権利がある。

高齢者は、社会的・経済的地位、出生地や居住地、その他の社会的要因にかかわらず、ヘルシーエイジングの決定要因にアクセスする機会を等しく持つべきである。

ケアはすべての人に差別なく平等に提供されるべきであり、特に性別や年齢による差別はあってはならない。

この指針は何を提供しているのか

この指針は、内在的能力の低下を管理し、高齢者の健康と社会的ケアのニーズに総合的に対応するための地域レベルの介入についてのWHOのガイドラインに基いて、地域で働く医療・介護従事者が内在的能力の低下を同定し管理することを支援することを目的としています。

この指針では、以下の方法を記載しています。

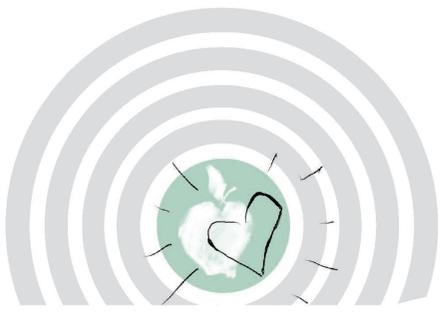
- パーソンセンタードケアの目標を設定する（第2章）。
- 自己管理を支援する（第2章）。
- 内在的能力の低下に伴う状態を管理するための複数の介入を含むケアプランを作成する（第3章）。
- 内在的能力の低下をスクリーニングし、医療および社会的ケアのニーズを評価する（第4～10章）。
- 介護者の支援（第11章）、
- および個別のケアプランの作成（第12章）

状況に応じたICOPEの アプローチ

国民皆保険（全ての人が必要な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる状態）は、SDGsの健康目標（4）を達成するための基盤です。SDGsを達成するためには、高齢者の健康と社会的ケアのニーズに包括的にかつ長期的なケアの継続性を持って対応する必要があります。WHOのエイジングと健康に関する戦略と行動計画（5）では、内在的能力を最適化することによるヘルシーエイジングを促進するための医療システムの役割が概説されています。ICOPEの提言（2）とこの指針は、この戦略の目標達成に貢献します。

この指針は、WHOの包括的なパーソンセンタードの保健サービスの枠組みを実装するためのツールでもあります（6）。この枠組みは、保健サービスの管理と提供の方法を、包括的なパーソンセンタードのアプローチに移行させることを求めています。この枠組みの中で、ICOPEは以下に基づいた高齢者のケアを提案します。

- 個人のニーズ、嗜好、目標の評価
- 個別のケアプランの作成
- 内在的能力と機能を維持するという一つの目標に向かって、可能な限りプライマリーケアと地域に根ざしたケアを通して提供される包括的サービス。



2

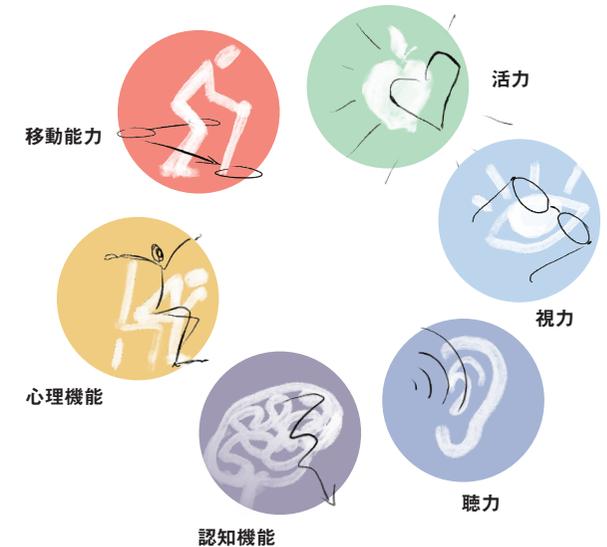
能力の最適化のために： 全ての人のヘルシーエイジングに向けて

WHOのエイジングと健康に関するワールドレポートでは、ヘルシーエイジングをウエルビーイングを育む機能的な能力を身につけ維持することと定義しています(1)。

この指針では、内在的能力(図1)の低下、高齢者の社会的ケアのニーズ、介護者の支援に関連する以下の優先課題に取り組むことで、ヘルシーエイジングを支援します。

- 認知機能の低下(第4章)
- 移動手段の制限(第5章)
- 栄養障害(第6章)
- 視覚障害(第7章)
- 聴力低下(第8章)
- 抑うつ症状(第9章)
- 社会的ケアと支援(第10章)
- 介護者支援(第11章)

図1. 内在的能力の主な領域



内在的能力は、ライフコースの中で どのように変化するのか？

図2は、成人してからの内在的能力と機能的な能力の典型的なパターンを示しています。内在的能力と機能的な能力は、エイジングや基礎疾患の結果として、加齢とともに低下します。この典型的なパターンは、3つの期間に分けることができます：能力が比較的高く安定している時期、能力が低下していく時期、そして能力が著しく低下し要介護となる時期です。

さまざまな内在的能力の平均的パターンには幅があります。このような違いは、一国の中でもまた様々な国の間でも見られます。これは、平均寿命の差がなかなか縮まらないことに反映されており、オーストラリア、日本、スイスなどの国々では82歳以上となっており、中央アフリカ共和国、チャド、ソマリアなどの国々では55歳未満です。

内在的能力のばらつきは高齢者の方が若い人よりもはるかに大きく、このような多様性は加齢変化の特徴の一つです。ある人は、別の人と10歳以上の年齢差があっても、同様の内在的能力や機能的能力をもっている場合もあります。これが、暦年齢が健康状態の指標にならない理由です。



内在的能力と機能的能力

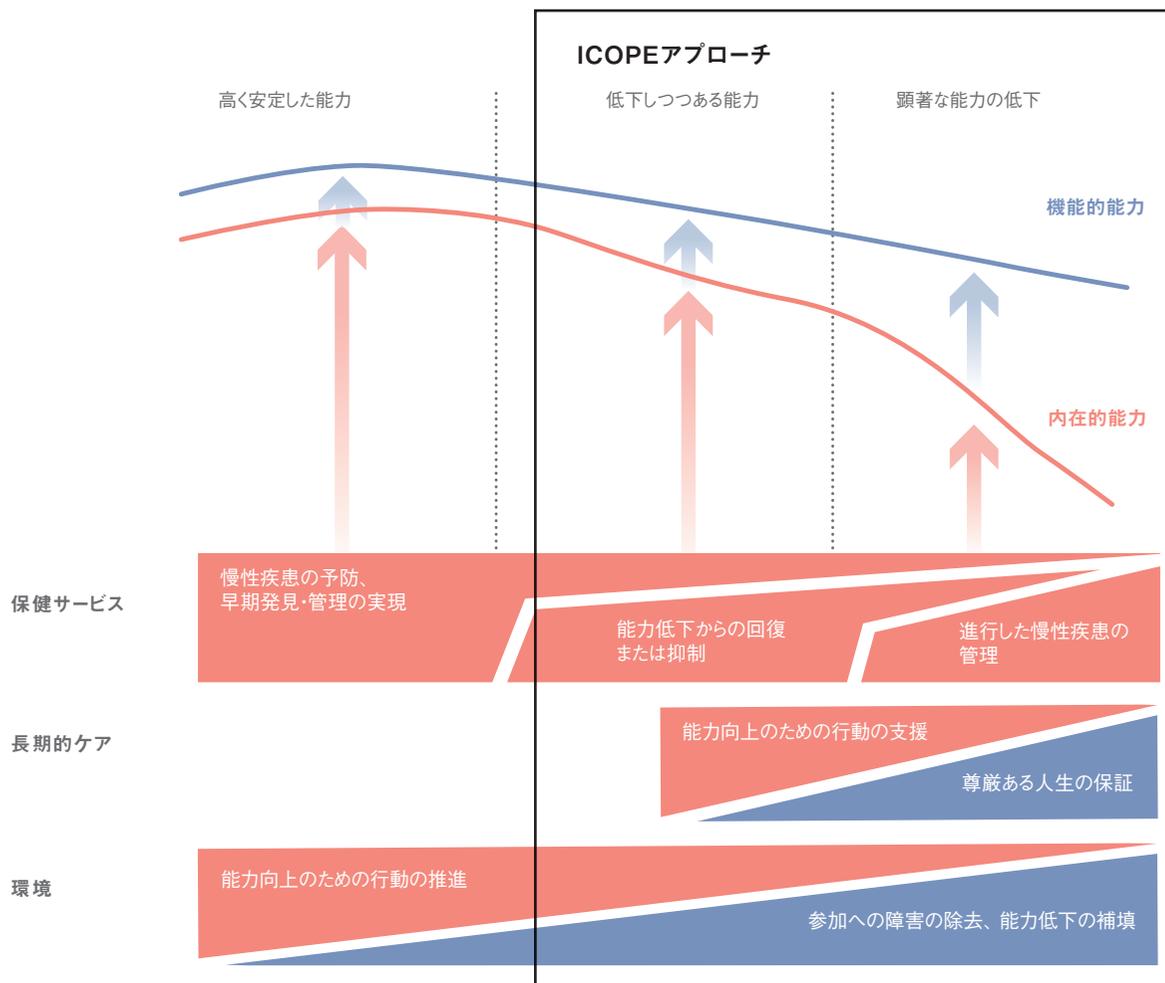
WHOは、内在的能力を個人の身体的および精神的能力（心理的機能を含む）の組み合わせと定義しています。機能的能力とは、内在的能力と生活環境との組み合わせや相互作用になります。

内在的能力の最適化のための介入

内在的能力の低下に関連する状態を特定することで、能力低下を遅らせたり、止めたり、元に戻したりするための介入の機会が得られます（図2）。臨床現場や地域の医療従事者は、内在的能力の低下に関連する指標を特定することができます。時間をかけて繰り返し評価を行うことで、予想以上に大きな変化をモニターすることができ、機能的能力が失われる前に特定の介入を行うことができるのです。

このようにして地域で行われる介入は、フレイルや要介護状態を防ぐことができます。複数の要素からなる複合介入は、より効果的であると思われます。

図2. ヘルシーエイジングのための公衆衛生の枠組み：
ライフコースを通じた公衆衛生活動の機会



内在的能力を決定する特性の多くは修正することができます。これらは、健康に関する行動や疾患を含みます。したがって、内在的能力を最適化するための効果的な介入を導入することには強い根拠があります。この根拠がICOPEアプローチとこの指針の基盤となっています。

内在的能力の低下に関連するさまざまな健康状態はいくつかのレベルで相互に関連しています。たとえば、難聴は認知機能の低下と関連しています。栄養は運動の効果を高め、筋量や筋力の増加に直接影響を与えます。これらの相互作用のため、内在的能力の低下をスクリーニング、評価、管理するための包括的なアプローチが必要です。



3

高齢者のニーズの評価と 個別化されたケアプランの作成

キーポイント

- ✓ 高齢者のための包括的ケア（ICOPE）スクリーニングツールを用いて、内在的能力の低下と関連する優先度の高い状態を持つ地域の高齢者を同定することができます。
- ✓ これらの状態と同定された人々は、徹底的な評価を受けるために、プライマリケアの診療所を紹介され、個々のケアプランが作成されることを知らされます。
- ✓ ケアプランは、内在的能力の低下を管理して、機能的な能力を最適化するために、運動、経口栄養補給、認知刺激、転倒を防止するための家のリフォームなど、複数の介入を含む可能性があります。

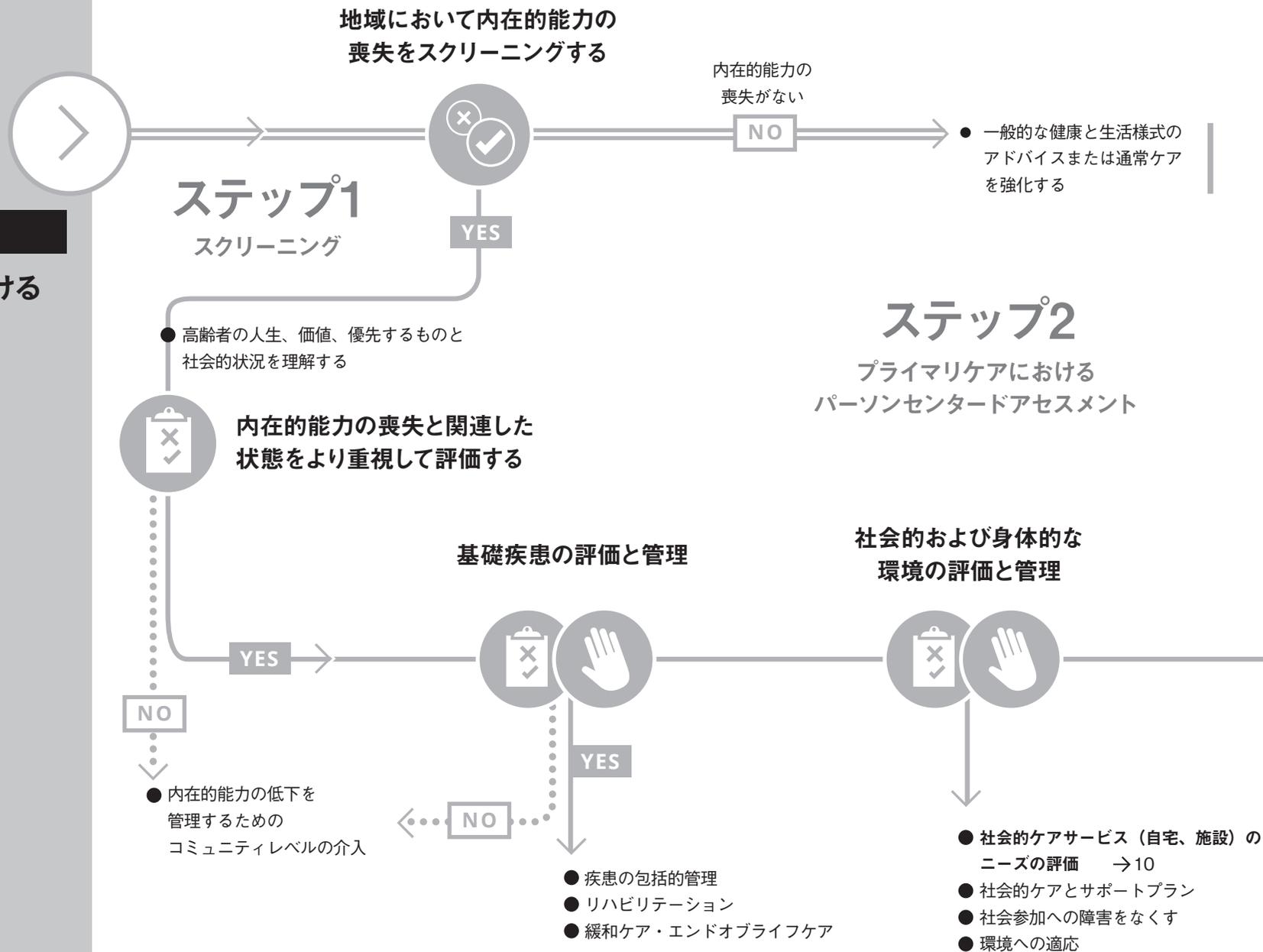
パーソンセンタードケアは、高齢者が様々な疾患や健康問題を抱えただけの人間ではない、という捉え方をしています。すなわち、すべての人々は、年齢にかかわらず、固有の経験、ニーズと嗜好をもつ個人であるという捉え方です。パーソンセンタードケアは、個々の健康問題または症状によって変化するよりはむしろ、個人の医療と社会介護ケアのニーズに対応するものです。パーソンセンタードな包括的アプローチは、個人の健康やニーズが身近な人や地域社会に与える影響など、個人の日常生活を重視します。

次の一般的な手順で示すように、包括的ケアのアプローチで高齢者の医療と社会介護ケアのニーズを満たすための5つのステップがあります。

3

一般的なケア手順

プライマリケアにおける パーソンセンタード アセスメントと手順



ステップ3

個人のケアプラン作成

- パーソンセンタードの目標設定
- 多くの専門にわたるチーム
- 多因子介入、基礎疾患、セルフケアと自己管理などの管理、および社会的ケアと支援などを含むケアプランを設計する。

ステップ5

地域とかかわりを持ち、
介護者を補助する

ステップ4

専門的な高齢者のケアに
結びついた照会経路と
ケアプランのモニタリングを
確実にする

表 1. WHO ICOPE スクリーニングツール

内在的能力の低下と関連した優先度の高い状態

試験

円にチェックを入れて、
すべての領域を完全に評価する

認知機能低下 (第4章)

1. 3つの言葉を覚えて下さい：桜、猫、電車（例）
2. 時間および空間の認識：今日は何年何月何日ですか。
いまどこにいますか？（家、診療所など）？
3. 3つの言葉を思い出せますか？

- どちらかの質問が間違っている、
または、知らない
- 3つの言葉全部を思い出すことが
できない

限られた運動能 (第5章)

椅子立ち上がり試験：腕を使わずに、椅子から5回立ち上がる。
14秒以内に椅子から5回立ち上がったか？

いいえ

栄養失調症 (第6章)

1. 体重減少：意図せずに最近3ヵ月間に、3kg以上減少しましたか？
2. 食欲不振：食欲不振がありましたか？

- はい
- はい

視力障害 (第7章)

眼に何か問題がありますか：遠くを見たり、読書が困難、眼の病気、
現在加療中（糖尿病、高血圧など）。

はい

聴力障害 (第8章)

ささやき声が聞こえるか（ささやき声試験）、スクリーニングの聴力検査結果が
35dB以下であるか、または、自動化したアプリを用いた
digits-in-noise 試験をパスする。

失敗

抑うつ症状 (第9章)

- 過去2週間、あなたは次のことで悩みましたか？
- 気分が落ち込む、抑うつ的になる、または絶望的になる??
 - 何かをすることにほとんど関心がないか、楽しくない？

- はい
- はい

ステップ 1

内在的能力の低下をスクリーニングする

このガイダンスにあるプロセスとツールを用いて、訓練されたヘルスケア従事者は、地域または家庭で内在的能力を喪失した人々を見つけることができます。そのために、彼らはICOPEスクリーニングツール（表1）を使用できます。ICOPEスクリーニングツールは第4～9章に示される各ケア手順の第一段階で、内在的能力（5ページの上の図1）の領域を通じて、6つの関連した状態をカバーします。地域支援戦略（例えば地域保健従事者による自宅への訪問と携帯電話を用いた自己評価）は、症例を捜し出すのに用いられます。

この第一段階で能力の損失の徴候を示すか、それを報告する人々は、完全な評価に進まなければなりません。完全な評価は、必要な訓練を受けたヘルスケア専門家を必要とすることになりますが、必ずしも医師が行う必要はありません。

医療やケア従事者は、常にICOPEスクリーニングツールで見いだすことができないものがあれば、更に徹底的な評価を確実に行わなければなりません。評価所見は、個人的なケアプランの作成に十分な情報を与えるものでなければなりません。

ステップ 2

プライマリケアにおけるパーソンセンタードな評価を保証する

高齢者の健康とプライマリケアにおける医療と社会介護ケアのニーズに関するパーソンセンタードな評価は、同時に内在的能力を最適化するために極めて重要です。

2A. 高齢者の生活・人生を理解する

パーソンセンタードな評価は、従来の病歴徴取だけでなく、個人の生活・人生、価値観、優先順位、彼らの健康とその管理の過程における嗜好を完全に理解することから始まります。

2B. 内在的能力の低下に関連する状態をより深く評価する

評価では内在的能力の喪失と関連する状態もまたより詳細に評価します。第4～9章に示される内在的能力の領域全体を通して鍵となる状態のための治療手順は、3つの構成要素に大きく分類され、地域におけるスクリーニングが最初、プライマリケアの評価が中間、個人的なケアプランが最後になります。

2C. 基礎疾患を評価し管理する

可能性のある慢性疾患に加えてポリファーマシー（複数の薬物の使用）の有無を調べる必要があります。ポリファーマシーと起こりうるいかなる副作用も内在的能力の複数の領域で喪失を引き起こす可能性があるため、常にチェックが必要です（Polypharmacy、18ページのBOXを参照）。

アルツハイマー病、うつ病、骨関節炎、骨粗鬆症、白内障、糖尿病と高血圧などのような、基礎疾患の診断はパーソンセンタードな評価にきわめて重要です。そのような診断はプライマリケアの診療所で必ずしも利用できない複雑な診断検査を必要とすることがあります。状況に応じて、第2または第3レベル（より高度な）の高齢者専門のケアが必要なケースがあります。

2D. 社会的、身体的環境および社会的ケアとサポートの必要性を評価する

社会的および身体的環境の評価と社会的およびサポート・サービスのあらゆるニーズを見いだすこといずれもが内在的能力の喪失のある人々のために必要です。これがプライマリケアにおける高齢者のパーソンセンタードな評価の本質的な部分です。社会的ケアのニーズは、他者の援助なしでさまざまな日々の作業を遂行することができるかどうか、高齢者に尋ねることによって明らかにできます。第10章のパスウェイは一般に社会的ケア・ニーズを評価して、決定するための一連の質問を提示しています。さらに、第4～9章の各治療手順は、治療の優先度により選択しうる社会的なケア・ニーズの候補を示しています。

3

自己管理のサポートは、高齢者に健康状態を管理し、合併症を予防し、内在的能力を最大にして、生活の質を維持するために必要となる情報、技術とツールを提供することを含んでいます。

これは高齢者が「ひとりでやる」ことを期待されているとか、彼らに不適切あるいは過剰な要求が課せられることを意味しているわけではありません。そのかわりに、ヘルスケア従事者、家族や他の介護者との相談や協力関係の中で、自分の自律性と自分自身のケアを管理する能力を認識させることが重要です。

WHOの高齢者モバイルヘルス (mAgeing) イニシアティブは、セルフケアと自己管理をサポートすることによって、ヘルスケア専門家の日常のケアを補完することができます。携帯電話によって健康情報、アドバイスと注意を送ることによって、健康的な行動を促し、高齢者がそれらの内在的能力を改善して、維持するのをサポートすることができます。

mAgeingプログラムのセットアップの方法と参考テキスト・メッセージに関する情報は以下を参照してください。

<https://www.who.int/ageing/health-systems/> が mAgeing.



ステップ 3

ケアの目標を定義して、個人的なケアプランを作成する

3A. 高齢者と一緒にケアの目標を定義する

内在的能力と機能的な能力の最適化に向けた一体的目標は、包括的ケアを確実にすること、更に介入による高齢者の変化のプロセスと効果をモニターすることを可能にします。高齢者と介護者が初めから意思決定と目標設定に関係していることは必須である—そして、その目的は個人の優先するもの、ニーズと嗜好によって設定され、優先されます。

3B. ケアプランを設計する

パーソンセンタードな評価からの情報により、個々のケアプランが立案しやすくなります。この個々のケアプランには、内在的能力のさまざまな領域での喪失に対応するための介入を実行するために、包括的アプローチが用いられます。すべての介入を検討し、一緒に適用する必要があります。

一般的なケア手順

プライマリケアにおける パーソンセンタード アセスメントと手順

内在的能力の喪失と関連した大部分の優先度の高い状態には、同じ基本的な生理的および行動的決定要因があるので、この包括的なアプローチは重要です。それゆえ、介入はすべての領域に有益となります。例えば、集中的な筋力トレーニングは、運動機能の喪失を予防する鍵となる介入です。同時に、筋力トレーニングは間接的にうつ病と認知機能低下を予防し、転倒予防に役立ちます。栄養は運動の効果を強化して、同時に筋肉量と筋力を増加させます。包括的、統一的アプローチを通して、要介護リスクを上げる一連の因子を改善することができるかもしれません。

個人的なケアプランは以下のような多くの構成要素を持ちます：

- 内在的能力の喪失を管理する多因子介入のパッケージ。多くのケアプランは、栄養を改善して、運動を促す介入を含みます；
- 基礎疾患、多病と老年症候群の管理と治療。WHOは、内在的能力の低下に関与する可能性のある関連する慢性疾患の多くに対処するために臨床ガイドラインを作成しました。すべてのヘルスケア提供者はこれらのガイドラインを参照すべきです；
- セルフケアと自己管理のサポート；
- あらゆる進行した慢性状態（緩和ケア、リハビリテーション）の管理、または、高齢者が意義と尊厳のある生活を確実に続けられるようにします；
- あらゆる機能的喪失を補うための環境への適応を含む社会的ケアと支援；
- 家族、友人と地域サービスの助けを得ながら、社会的ケアニーズを満たす計画。

医療および社会的ケア従事者は、地域またはプライマリケア環境でのケアプランの実施を支援することができます。地域のヘルスケア提供者からのアドバイス、教育、励ましに支えられた自己管理で、内在的能力の低下の原因となるいくつかの要因を修正することができます。高齢者、プライマリケア従事者、家族や社会が関与するパートナーシップは高齢化しても人々のウェルビーイングを維持するものと思われま

3

一般的なケア手順

プライマリケアにおける パーソンセンタード アセスメントと手順

ステップ 4

高齢者の専門ケアと連携した、紹介手順と ケアプランのモニタリングを確実にする

このガイダンスで推奨されている介入を実施するには、さまざまなレベルとタイプのケアサービスを統合した定期的かつ継続的なフォローアップが不可欠です。このようなアプローチは、合併症や機能状態の変化の早期発見を促し、それによって不必要な緊急事態を回避して早期に行動することによりコストも節減します。

定期的なフォローアップは、ケアプランに向けた進捗状況を監視する機会と、必要に応じての追加の支援を提供します。フォローアップと支援は、健康状態、治療計画、または個人の社会的役割や状況の大きな変化（たとえば、居住地の変更、または配偶者の死亡）の後に特に重要になる可能性があります。

転倒などの予期せぬ事態が発生した場合の急性期治療、緩和ケアおよびエンドオブライフケア、または退院後の迅速なケアを確保するには、強力な紹介手順（システム）が重要です。

専門的な老年医学的ケアへの連携も重要です。医療システムは、人々が必要なときに専門的な急性期ケアに適時にアクセスできるようにする必要があります。専門の急性期ケア老年科病棟が、一般的な病院ケアよりも短い入院期間と低コストで高品質のケアを提供しているという十分なエビデンスがあります。

老年科専門ケアの役割

老年科専門医は、老年症候群（失禁、転倒、せん妄など）、ポリファーマシー、認知症などの病気などの長期にわたる複雑な状態の高齢者に専門知識を集中させ、日常生活活動に制限のある人々にケアを提供します。疾病数が年齢とともに増加し、複雑な臨床像を呈するようになった時には、プライマリケア医は老年科専門医に相談すべきです。

ICOPEアプローチでは、老年科専門医は高齢者のケアを担当する学際的なチームの一部であり、プライマリケアチームの管理を支援し、専門的なケアが必要な場合に介入します。

ステップ 5

地域一体となって、介護者をサポートする

介護にはしばしば困難が伴い、能力を失った人々の介護者はしばしば孤独・孤立を感じ、心理的苦痛やうつ病のリスクが高くなります。個々のケアプランには、介護者を支援するためエビデンスに基づく介入を含めるべきです。介護者はまた、高齢者の健康状態に関する基本的な情報と、椅子からベッドに安全に移動する方法や入浴を手伝う方法など、ある範囲の実践的なスキルを身につけるトレーニングを必要とします。

高齢者と介護者は彼らが利用できる地域に密着した資源についての情報を持っておく必要があります。特にボランティア活動を奨励し、地域在住高齢者が貢献できるようにすることで、地域や近隣地域をより直接的にケアの支援に関与させる機会を模索する必要があります。このような活動は、高齢者が集まるような協会やグループでしばしば行われています。

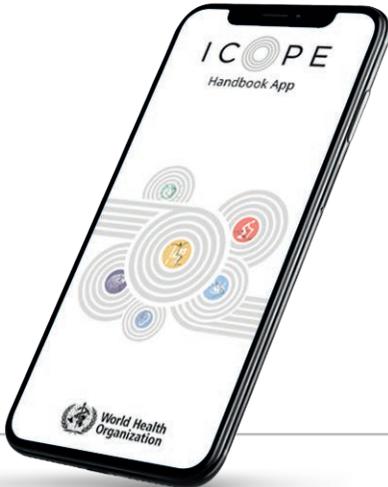
第11章には、介護者の負担を評価し、自らの介護と支援をする無給の介護者のニーズに対処するための介護パステイが含まれています。

ICOPEアプローチは、コミュニティまたはプライマリケアレベルに基づいており、極めて多くの人々が利用できます。同時に、このアプローチでは、栄養士や薬剤師など、それを必要とする人々のための専門的かつ三次的なレベルの（高度な）ケアとの強い連携が求められます。

3

一般的なケア手順

プライマリケアにおける パーソンセンタード アセスメントと手順



The image shows a smartphone displaying the ICOPE Handbook App interface. The screen features the text 'ICOPE Handbook App' at the top, a central graphic of a person surrounded by various icons representing different aspects of care, and the World Health Organization logo at the bottom.

ICOPEハンドブック・アプリ

モバイルアプリケーションは、スクリーニングから評価、個別のケアプランの立案まで、実施するすべてのステップで、ヘルスケアおよび社会的ケア従事者をガイドするために利用できます。アプリはまた、印刷可能なPDF形式でケアプランに含まれる評価と介入の結果の要約を作成することができます。

3

一般的なケア手順

プライマリケアにおける パーソンセンタード アセスメントと手順

ポリファーマシー

ポリファーマシーは、一般的に同時に5つ以上の薬を使用することであり、副作用の合併リスクが高くなります。複数の薬剤の使用は、健康への悪影響のリスクを高め、内在的能力の不必要な喪失をもたらす可能性があり、緊急入院の原因となることもあります。複数の医療機関を受診したり、最近入院した高齢者は、ポリファーマシーのリスクが高くなります。多病の高齢者は、薬物動態および薬力学を変化させる可能性のある加齢に伴う生理学的変化の影響をより受けやすい可能性があります。

ポリファーマシーは、内在的能力の複数の領域にわたる喪失の原因となる可能性があるため、パーソンセンタードな評価には、高齢者が服用している薬のレビューを含める必要があります。

ポリファーマシーは、不要で効果のない薬や効果の重複する薬を中止することで減らすことができます。

適切に処方し、医療過誤を減らす方法：

- 完全な投薬履歴を取得する；
- 薬が能力に影響を与える可能性があるかどうかを検討する；
- 重度の急性疼痛の場合を除いて、診断前に処方しない；
- 定期的に、そして新しい薬を処方する前に処方を見直す；
- 処方薬の作用、副作用、薬物相互作用、モニタリング要件および毒性を知る；
- 2つ以上の病態の治療に対して1つの薬の使用を試みる；
- 患者のために処方薬説明書を作成する；
- そして、各薬物について患者と介護者を教育する。

薬物が安全に中止できるか確信がない場合、適切な専門医に紹介します。

4

認知機能

認知機能低下のケア手順



認知機能低下は、もの忘れの進行や注意力の欠失、問題解決能力の低下を意味します。認知機能低下の正確な原因はわかりませんが、脳に加齢、病気（たとえば、高血圧や脳梗塞などの心血管病やアルツハイマー病）あるいは身体活動の不足や社会的孤立、教育年数と関係しています。認知機能低下は日常生活に支障をきたし始めると大きな問題となります、すなわちこれが認知症を発症するということにつながります。

この手順は、認知症ではないが何らかの認知機能低下のある高齢者に適用されることが強く望まれます。この方法で医療従事者は社会的ケアや支援の必要性を検討できるように（第10章を参照）。

キーポイント

- 認知機能低下はライフスタイルの改善や認知刺激、社会活動により抑制、あるいは時にはもとに戻すことが出来ます。
- 糖尿病や高血圧などの適切な治療は認知機能の低下を抑制できるかも知れません。
- 聴力や脚力などの他の能力低下も認知機能に影響を与えるので同様に評価され、対処されるべきです。
- 認知症の人に対する多岐にわたる介入を立案、遂行するには専門家によるケアが必要です。

4

認知機能

認知機能低下のケア手順

簡単な記憶と見当識のテスト

1. 3つの単語を記憶：

これから言う3つの単語を覚えるよう指示してください。簡単で具体的な単語を選んでください（例：桜、猫、電車、など）。

2. 時間と場所の見当識：

次に「今日は何年何月何日ですか？」と「いま居るところはどこですか？（家、病院、など）」を尋ねてください。

3. 3つの単語の再生：

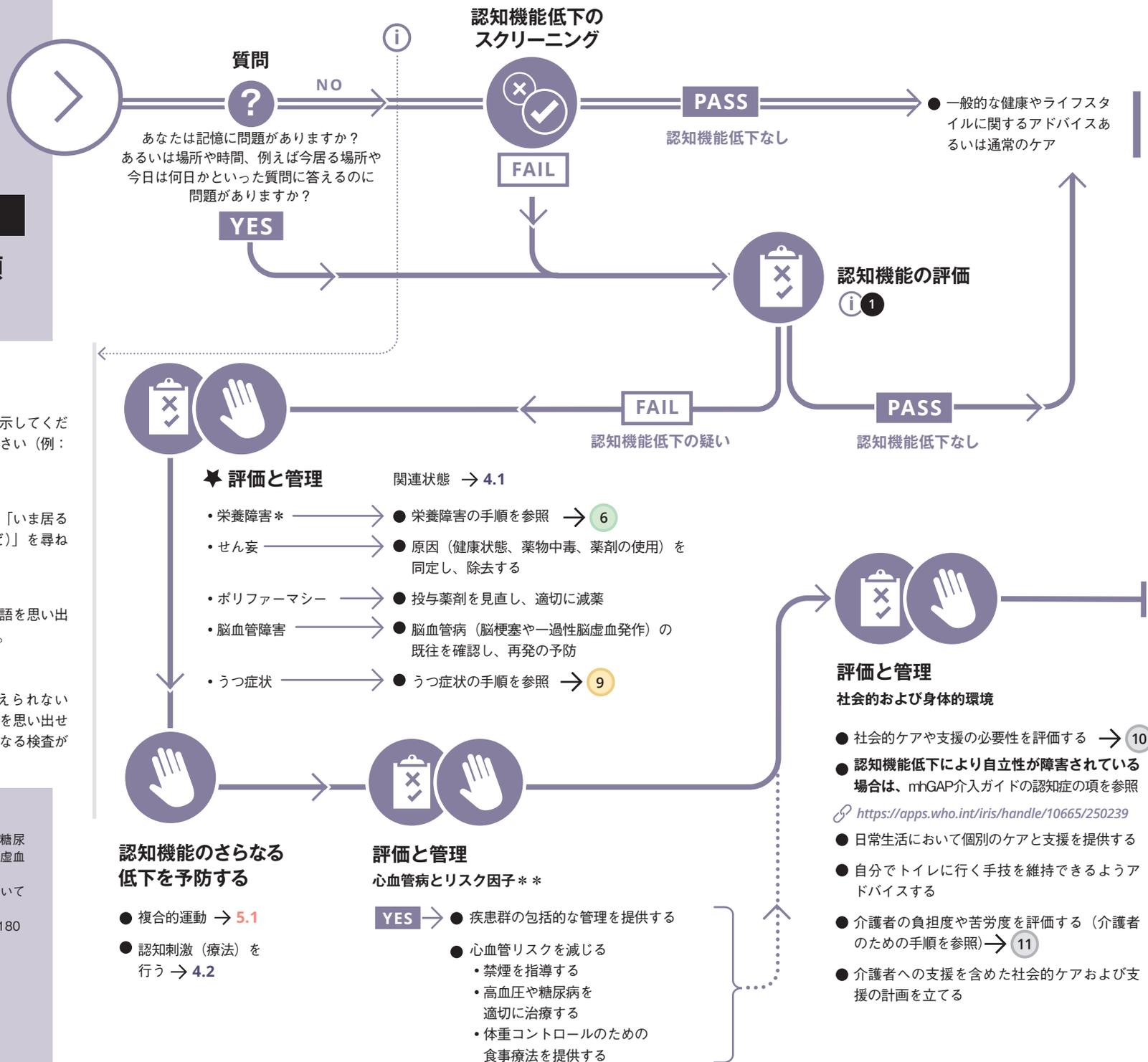
そして、さっき覚えてもらった3つの単語を思い出して言ってもらうよう指示してください。

採点方法

見当識の質問で2つのうち一つでも答えられないか、3つの単語の再生において、すべてを思い出せない場合、認知機能低下が疑われ、さらなる検査が必要となります。

* ビタミン不足、電解質異常、重度の脱水

* 心血管リスク因子：高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙、肥満、心臓病、脳梗塞や一過性脳虚血発作の既往。
認知機能低下および認知症のリスク軽減についてはWHOのガイドラインを参照：
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>



①

認知機能を検査する

さらなる詳細の認知機能の評価にはできればその国で検証された方法を用いるのが望ましいと思われまます。右下の表は初期医療の現場で高齢者に対して用いられる認知機能テストを比較したものです。

学校教育年数のテストへの影響

認知機能障害のスクリーニングや診断に用いられるほとんどの標準的な認知機能テストは最低限の学校教育を受けていることを前提としています。5～6年以下の学校教育年数の場合または教育を受けていない場合、テストでの評価は困難です。その場合は質疑応答や臨床的な判断に委ねられます。これらの低教育年数の人々には（可能であれば）大人のための読み書きのプログラムに参加することが認知機能の維持に強く推奨されます。

もし標準的な評価ツールがない場合は医療従事者は本人、あるいは本人をよく知る人に記憶、見当識、話言葉に問題がないか、あるいは仕事や日常生活に支障がないか、を尋ねると良いです。

認知機能テストが出来なかったり、記憶や見当識の障害が訴えられたら（本人あるいはよく知る人から）、認知機能障害が示唆されます。そのような場合は日常生活活動（ADLs, activities of daily living）や手段的日常生活活動（IADLs, instrumental activities of daily living）も評価すべきです。これらの情報は個別化ケア計画の一環としての社会的ケアおよび支援の計画に重要な要素です。

認知機能低下が日常生活に支障をきたすようであれば、認知症あるいはアルツハイマー病（認知症の中で最も多い）などを診断するためにさらなる検査が必要です。認知症の検査や対処法に関してはWHO mhGAP intervention Guide を参照。

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

専門的なケアが必要な時とは

- ・ 認知症の診断と治療の時
- ・ せん妄などの関連疾患、脳心血管病が合併する時

初期医療の現場において用いられる認知機能テストの例

テスト	長所	短所	時間
Mini-Cog http://mini-cog.com/wp-content/uploads/2015/12/Universal-Mini-Cog-Form-011916.pdf	短時間でできる。言語能力、教育歴、人種差に左右されない。	選択する単語の組み合わせによって点数が異なるかも知れない。	2～4分
Montreal cognitive assessment (MoCA) https://www.mocatest.org/	軽度認知機能障害を同定しやすい。多言語に訳されている。	教育歴や文化の違いによってバイアスを受ける。公表データが多くない。	10～15分
Mini mental state examination (MMSE) https://www.parinc.com/products/pkey/237	広く使われ、研究されている。	年齢や文化によるバイアスや天井効果がある。	7～10分
General practitioner assessment of cognition (GPCOG) http://gpcog.com.au/index/downloads	教育歴や文化の違いによるバイアスが少ない。多くの言語に訳されている。	本人の家族や介護者などからの回答を得るのは若干、難しいかもしれない。	5～6分

認知症とは？

認知症とは脳内の変化によって慢性的に進行する病気です。認知症は認知機能の低下をもたらす、洗濯、食事、手洗いやトイレといった日常生活に支障をきたします。

詳細に関してはWHO mhGAP intervention Guide を参照。
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

4

認知機能

認知機能低下のケア手順

可逆的な認知機能低下の医学的原因を明らかにするには網羅的な診断が必要です。症状を説明するいくつかの原因を並行して考慮することにより迅速で正確なケアが可能となります。



評価と管理 関連疾患

認知機能低下の診断プロセスに入る前の重要なステップは、認知機能低下を呈する関連状態の存在を評価し、まずこれらに対処することです。

★ 4.1 認知症状を呈する病態

◀…………… 可逆性の認知機能低下をきたす病態としては脱水、栄養障害、感染、投与薬剤の問題があります。適切に対処することにより、認知機能は改善します。

重度の脱水

重度の脱水や他の栄養状態の問題はせん妄（認知症の症状に似ている）を起こし、ひどい場合、死に至ります。

せん妄

せん妄とは急激かつ強度に、注意を集中できなくなることです。また自分がどこに居るのか、今は何時であるかが全くわからず混乱します。せん妄は短時間で発症し、日内においても症状が出たり、消失したりします。感染症、薬剤の投与、代謝異常（例えば低血糖や低ナトリウム血症）、薬物中毒や離脱症状などの急性の全身の病態に起因することがあります。

ポリファーマシー

2つ以上の薬剤の投与は相互作用して有害な副作用（第3章、18ページのボックスを参照）を起こすことがあります。鎮静薬や催眠薬は高齢者において最も認知機能障害を起こしやすい薬剤です。

大手術と全身麻酔

大手術と全身麻酔はよく知られた認知機能低下のリスクです。医師は認知機能低下が大手術のあとから起こったのかを聞くべきです。もしそうであるならば、今後、大手術を受けた後にさらに認知機能低下が起こる確率が高くなる可能性があります。このリスクについて将来、手術や麻酔の際には手術チームや麻酔医の間で共有され、議論される必要があります。

脳血管障害

脳血管障害は認知機能低下に強く関わっています。脳梗塞、微少梗塞、一過性脳虚血発作の既往のある患者においては、さらなる発病を予防することが認知機能低下を抑制する第一歩です。



認知機能低下 の管理

- 認知機能低下のある人は認知刺激療法によって効果を得ることが出来ます。
- 他のICOPE介入、例えば**複合的運動**（第5章、移動能力の低下を参照）も脳の健康に役立ちます。
- **5**
- 認知機能以外の内在的能力のうち、特に聴力、視力、気分の変化は認知機能に影響を与えます。最大の効果を得るためにはこれらも対処される必要があるかもしれません。認知機能低下のある人はこのような他の能力が様々な形で低下しています。

4.2 認知刺激療法

認知刺激療法は認知機能の低下を軽減するかもしれませんが（7）。認知刺激療法は認知活動や想起、複数の感覚刺激や他の人との関わりを通じて参加者を刺激します。

認知刺激療法は個別あるいはグループで行われます。グループの方が良い場合があります：グループにおけるお互いの繋がりが役立つかもしれません。また健康増進などの共通の目的がある場合はグループの方が適しており、かつ有効かもしれません。

標準的なグループでの取り組みは一週間に2回、1回45分で7週にわたって行われます。案内役がこれらの集まりを先導します。典型的には、1回の集まりは認知機能とは関係のない軽いウォームアップで始まり次に認知機能に関係する課題に移ります。

その課題はたとえば、場所や日付、時間などの情報を描いたボードなどを用いた見当識を尋ねるものを含みます。毎回の集まりでは異なる話題について行われます。たとえば、子供のころの話、お金の使い方、顔や景色についてなどです。これらの集まりでは一般的に事実の想起は避けられ、その代わりに「これらの（単語あるいはモノ）に共通したものは何ですか？」といった質問が行われます。

誰が認知刺激療法を行えるか？

先進国においては認知刺激療法を行うのは精神科医や臨床心理士です。あるいは適切に訓練された非専門家がサポートを受けながら、行うこともできます。しかし、認知機能低下が顕著な人に対してより個別化の介入を提供する場合はより詳細な検討と計画が必要であり、専門的なスキルが要求されます。それゆえ、認知刺激療法を行うに当たっては精神科医などの専門家への照会に関する基準を個々のプロトコルに含むべきです。

家族と介護者は認知刺激において重要な役割を果たすことができます。家族や介護者に、今日は何曜日であるとか、日付、天気、時間、人の名前などについての情報を日常的に与えるよう促すことが重要です。この情報によって高齢者が時間や場所についての見当識を保つのに役立ちます。また新聞やラジオ、テレビの番組表、家族のアルバム、家財道具などの現物を見せたり触ったりすることも、コミュニケーションを促進し、高齢者に最近の出来事にも関心を持たせ、記憶を刺激し、自分たちの経験をシェアしたり、価値を認めたりするのに役立ちます。

4

認知機能

認知機能低下のケア手順



評価と管理

社会的および身体的環境

認知機能低下により自立性に制限が生じると、社会的ケアを受ける必要性が高まります。医療従事者は介護者に患者の日常生活のケアの立案に助言を与えることにより、患者の自立性を最大化し、機能を向上させ、スキルを獲得させ、支援の必要性を最小限にします。

家族と介護者は以下のことができます

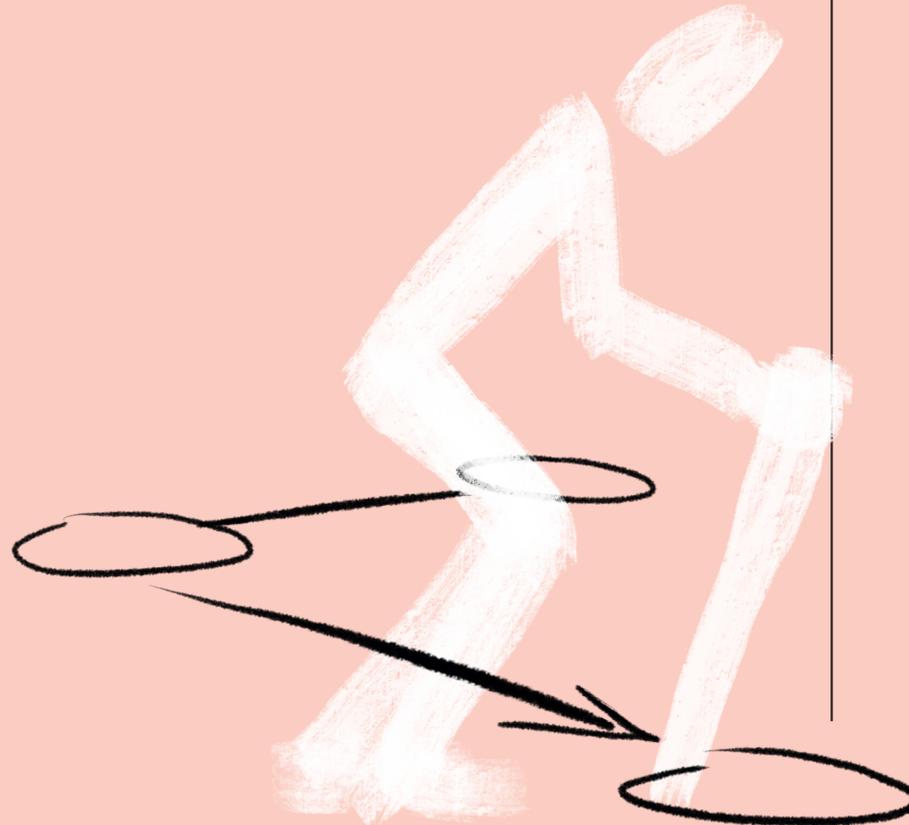
- 今日の日付、近所のイベント、訪問者がだれか、どのような天気か、家族の最近の出来事などについての情報を提供します。
- 友人や家族と家や近所で会えるよう勧めたり、アレンジします。
- 転倒や怪我のリスクを軽減できるよう自宅を安全にし、その状態を保ちます。
- 自宅において、たとえば、トイレ、寝室、外への扉、などといった標識（掲示板）を貼り、本人の行きたい場所に行けるようにします。
- (本人の能力に合わせて) 仕事（職業的活動）を調整しあげたり、一緒に手伝います。

重度の認知機能低下の人をケアする介護者は厳しい要求に答えなければなりません。このストレスは介護者の健康に影響を与えます。介護者のニーズに答えるには第11章を参照。→ 11

5

移動能力

運動機能を改善するための ケア手順



運動機能はヘルシーエイジングにおける重要課題です。自分で移動ができ、要介護にならないことは非常に重要です。各個人において、ある場所から他の場所に移動する身体能力は「locomotor capacity=移動能力」と呼ばれます。多くの高齢者とその家族は、移動能力の低下を受け入れざるを得ず、それに伴う苦痛は避けられないと考えています。しかしそれは違います。実際に高齢になっても運動機能を維持、向上する効果的な方策は存在します。

キーポイント

- 運動機能の制限は多くの高齢者で共通にみられますが、決して避けられないものではありません。
- 地域におけるヘルスケアワーカーは簡単なテストで運動能力の低下をスクリーニングできます。
- 高齢者それぞれの能力と必要性に即した習慣的な運動プログラム設定が、移動能力を維持、向上するために最も重要です。
- 移動能力が低下した高齢者においても、環境を整え且つ補助器具を用いることは運動機能維持に最良の手段です。

5

移動能力

運動機能を改善するための ケア手順

複合的運動 → 5.1

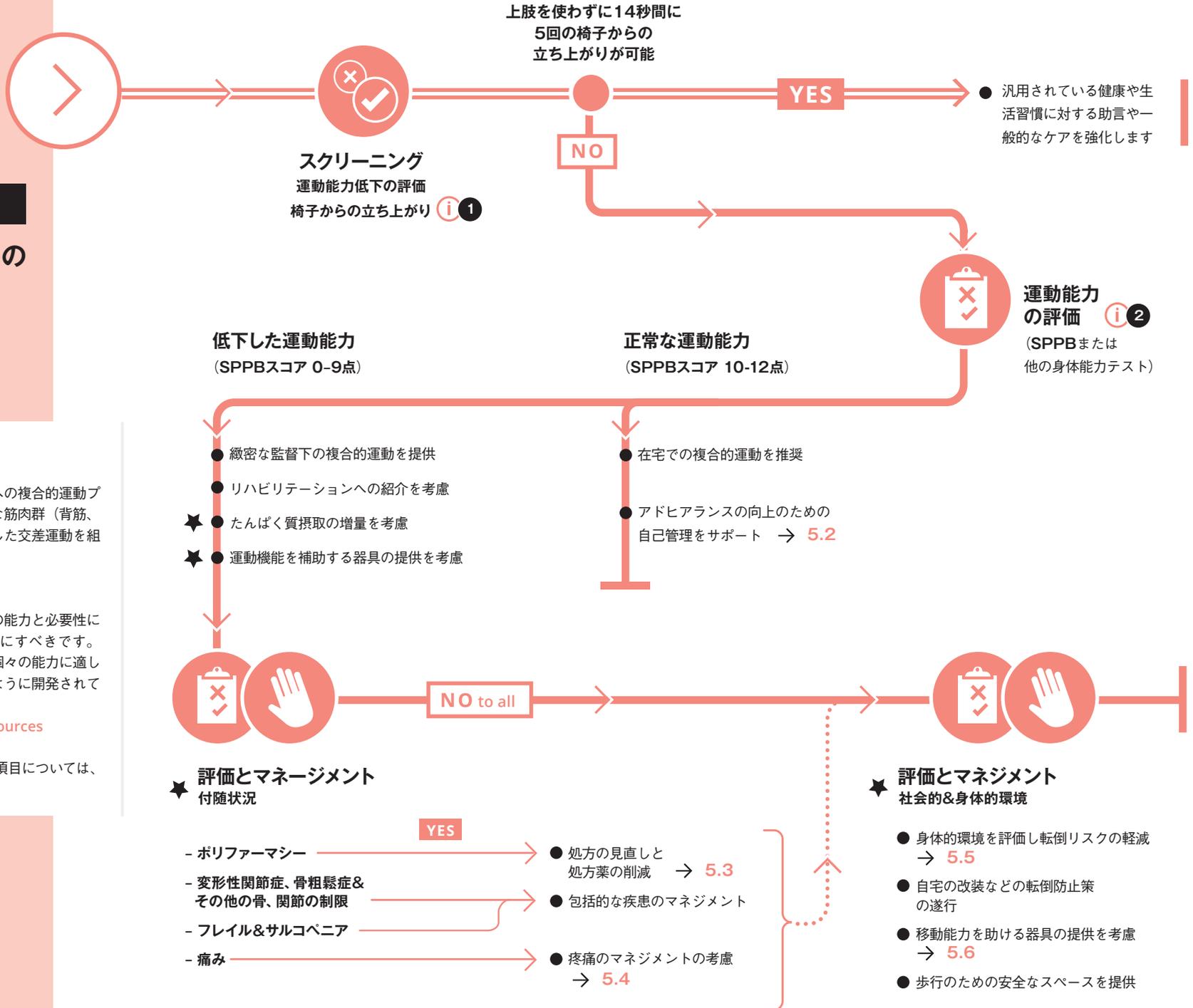
運動能力が制限されている人達への複合的運動プログラムには、全身運動と重要な筋肉群（背筋、大腿、腹部、下半身）への特化した交差運動を組み合わせます。

複合的運動プログラムは、個々の能力と必要性に合わせたテーラーメイドのものにすべきです。“Vivifrailプロジェクト”は、個々の能力に適した運動プログラムを設定できるように開発されています。

<http://www.vivifrail.com/resources>

WHOの身体能力への国際推奨項目については、30ページのboxを参照下さい。

★ 特別なケアが必要



5

移動能力

運動機能を改善するための ケア手順



A. 両足揃え起立

10秒起立可	1点
10秒未満起立可	0点
不可	0点

もし実施しようとすることも無理であればバランステストは終了



B. 半足ずらし起立:

4m歩行の時間を計測:	
10秒起立可	1点
10秒未満起立可	0点
不可	0点

もし実施しようとすることも無理であればバランステストは終了



C. 継ぎ足起立:

4m歩行の時間を計測:	
10秒起立可	2点
3~9.99秒起立可	1点
3秒未満	0点
実施不可	0点

特殊なケアが必要な場合

移動能力は、他の内在性要素（認知機能、活力、心理的能力）とともに評価されるべきです。もしも身体的、精神的機能に明らかな低下があったり合併症を有している場合、運動内容の決定はより複雑になります。専門家の知識を基に適切な運動プログラムの設定が必要です。リハビリテーション科への紹介も考慮されるべきです。

1

椅子からの立ち上がりテスト

この簡単なテストで高齢者が低下した移動性についてさらなる評価が必要かどうか判断できます。

まず最初に：「手を使わずに5回椅子から立ち上がることができそうですか？」と聞きます。（指示者がまずやって見せます）

答が「はい」の場合、以下を指示します：

- 椅子の真ん中に座って下さい
- 胸の前で腕を交差させます
- 完全に立ち上がってまた座ります
- これを休むことなくできるだけ早く5回繰り返します

このテストにかかった時間を測ります。もし、**14秒以内に5回の立ち上がりができなかった場合は、更なる評価を行います。**



2

簡易にできる身体能力評価セット (SPPB)

様々な身体能力検査がありますが、その評価基準が優れている点とカバーする身体能力の範囲の点からSPPBが推奨されます。所要時間を計測するSPPBは3種類の4点満点のタスクから成り立っており、0点（最低）から12点（最高）までの評価が可能です。

まずそれぞれのテストにおいて、それができそうか、できなさそうかを聞きます。もしできなさそうでしたら、その旨の点数をつけて次のステップに進みます。

1. バランステスト：両足を右図のそれぞれのポジションに置き、10秒間立ってもらいます。それぞれのポジションにおける点数を合計します。

2. 歩行スピードテスト：4m歩行の時間を計測：	
< 4.82秒	4点
4.82 - 6.20秒	3点
6.21 - 8.70秒	2点
> 8.70秒	1点
不可	0点

3. 椅子からの立ち上がりテスト：	
5回の椅子から立ち上がりの時間を計測	
< 11.19秒	4点
11.2 - 13.69秒	3点
13.7 - 16.69秒	2点
16.7 - 59.9秒	1点
> 60秒 または 不可	0点

最終のSPPBスコア = 上記の3件のテストからの得点の合計

🔗 SPPBテストに関する情報

http://hdcs.fullerton.edu/csa/research/documents/sp-pbinstructions_scoresheet.pdf

5

移動能力

運動機能を改善するための ケア手順

★ 特殊なケアが必要な場合（追加情報）

特別なケアは以下の高齢者に必要です

- 精神状態や他の機能に影響を与える持続的疼痛
- 関節の重大な障害
- 軽微な外傷による骨折
- 安全な実施を妨げるリスク（次ページのBOX）
- 移動のために適切な補助用具の選択が必要な場合



評価

移動能力

移動能力は3つの簡単なテストからなる各個人のパフォーマンススコアから十分な評価が可能です。これらのテストは「簡易版身体能力評価セット（SPPB）」として知られています。

椅子からの立ち上がりテストはこれらのテストの一つです。これは他の2つのテストの後に実施するとよいでしょう。

- **バランステスト** – それぞれの足の位置で10秒起立を続ける
- **歩行速度テスト** – 4mを何秒で歩けるかを測定する

それぞれのテストのスコアは総計されます。低い総得点は移動能力の低下を意味します。得られた総得点に従い、その後の方針は2つに分かれます。

評価テストについての更なる情報といかにスコア化するかについては、前のページをご参照下さい。



管理

低下した移動能力に対し

5.1 複合的運動プログラム

移動能力の低下した高齢者へ、複合的運動プログラムは個々の能力や必要性に合わせて最適化されるべきです。→

移動能力の低下した高齢者への複合的運動プログラムには以下が含まれます：

- **筋力/負荷を加えたトレーニング** これらはダンベル・バーベル、ゴムバンド、さらにスクワット、足の踏み込み、椅子からの立ち上がりといった自分の体重を抵抗とした運動が含まれます。
- **有酸素/心肺機能トレーニング** これには少し息が切れますが、会話は可能といったレベルまで心拍数を上げる早い歩行や自転車漕ぎが含まれます。
- **バランストレーニング** バランス機能を鍛えるものです。これには静的なもの動的なものがあります。また個々の状況に応じて開眼、閉眼で行うことがあります。例として片足立ちや一本の線の上を歩くタンDEM歩行などが含まれます。
- **柔軟トレーニング** 筋肉や関節可動域といった軟部組織の伸展性を向上させるものです。これにはストレッチ、ヨガ、ピラティス運動などが含まれます。

Vivifrail プロジェクトは個別の運動プログラムの設定のために実践的な手引きをいたします。

<http://www.vivifrail.com/resources>

栄養 たんぱく質摂取量の増量と他の栄養に関する介入は運動プログラムによる効果を高めてくれます。

第6章：低栄養を参照して下さい。→ ⑥

運動における安全 運動プログラムを計画したりアドバイスしたりする場合、運動の強度や時間に関連する高齢者の健康状態を確認すべきです。

もし高齢者が以下の質問のどれかに「はい」と答えた場合、熟練した医療スタッフが個別に運動プログラムを設定すべきです。

- これまで安静時に胸痛を感じたことがありますか？
- この6か月の間に心臓発作がありましたか？
- これまで気が遠くなったり、意識を失ったことはありますか？
- この1年間で転倒しましたか？
- この1か月間で骨折しましたか？
- 自宅での衣類の着脱などの一般的な日常生活活動で息が切れますか？
- 関節や筋肉の病気で運動に制限がありますか？
- 医療従事者から運動を制限すべきだと言われていませんか？

5

移動能力

運動機能を改善するための
ケア手順

5

移動能力

運動機能を改善するための ケア手順

運動の制限 もし痛みが可動性を制限している場合、遂行可能な単位時間からなるペースで身体運動を行うことが身体の抵抗性を増し、痛みを抑えることに繋がります。運動機能が高度に低下している高齢者ではベッド上や椅子に座って運動を開始することも考慮します。認知症などで認知機能が低下している高齢者においてはより簡易でフレキシブルな運動プログラムが推奨されます。

5.2 運動の自己管理へのサポート

自己管理のサポートは複合的運動プログラムの継続とそれにより得られる効果を向上させます。SPPBスコアが10-12の高齢者は自宅や地域コミュニティでの運動が可能です。運動機能がより落ちている高齢者は運動中の見守りやガイダンスが必要です。

WHOのmobile health for ageing (mAgeing) handbookでは、スマホアプリが自己管理、自己マネジメントをサポートすることにより、いかに医療従事者のルーチンケアを補ってくれるかを説明してくれます。

 更なる情報

<http://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>

WHOの身体活動に対する国際的推奨

全ての高齢者は、個々の健康状態を考慮し年齢に応じた身体活動へのアドバイスにより大きな利益を得られるでしょう。以下の項目は65歳以上の高齢者の身体活動に対するWHOの国際推奨になります。

- ✓ 毎週少なくとも150分間の中強度の有酸素運動か最低75分間の高強度の有酸素運動またはそれに相応する運動の組み合わせ
 - ✓ 1回に最低10分間の運動
 - ✓ より効果を高めるため、週あたり300分間の中強度の有酸素運動または150分間の高強度の有酸素運動またはそれに相応する運動の組み合わせ
 - ✓ 筋肉強化の運動を週2回あるいはそれ以上
 - ✓ もし運動能力が十分でなければ、バランス強化の運動を週3回あるいはそれ以上
 - ✓ もし推奨どおりに運動ができなければ、個々のできる範囲での実施
- 更なる情報

 <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>



評価と管理 関連状況

5

移動能力

運動機能を改善するための ケア手順

★ 5.3 ポリファーマシー

一部の薬剤は移動性を低下させたり、バランスを低下させる可能性があり、一部の高齢者には不要で且つ有益な効果がない可能性があります

- 抗てんかん薬
- ベンゾジアゼピン系薬
- 非ベンゾジアゼピン系睡眠導入薬
- 三環系抗うつ薬
- 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)
- 抗精神病薬
- オピオイド

不必要で効果がない薬剤の服用を中止するのに加え、同一の効果を持つ複数の服用薬剤を減薬することが必要です。**もし服用薬剤を安全に中止できるか疑問が生じた場合は、適切な専門家の意見に従いましょう。**

★ 5.4 疼痛

疼痛評価 動きに伴う激しい疼痛により、運動を制限されたり、できなくなったりします。そこで疼痛の強さを客観的に評価することが必要です。疼痛の評価は運動プログラムの設定と疼痛のマネジメントに活用します。簡易な疼痛評価は以下のwebsiteで可能です。 https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0015/212910/Brief_Pain_Inventory_Final.pdf

疼痛管理 (9) 筋骨格系における可動性の障害はしばしば持続性の疼痛を伴います。しかし、持続性疼痛に対する特定の生物学的原因が明らかになることはまれです。したがって疼痛管理における最善の方法は、疼痛と複数の要因に対し適切な対処をすることです。複数の要因には身体的要因 (筋力、関節可動域、我慢できる範囲)、精神的要因、栄養、睡眠などが含まれます。もし疼痛が、運動と活動性に最大の障壁になっている場合は、疼痛管理の専門家によるマネジメントが必要になってきます。

痛みへの介入には以下があります：

- 自己管理 → 5.2
- 運動や他の身体活動
- 使用薬剤には、アセトアミノフェン、非ステロイド系抗炎症薬、ガバペンチン、オピオイドなどが含まれます。
- マッサージ、関節徒手整復、関節可動化などの徒手療法
- 心理療法と認知行動療法 (うつ症状には第9章を参照) → 9
- 鍼治療
- 脊椎注射 / 硬膜外注射
- ラジオ波除神経

これらの介入法の中でいくつかは地域内で可能です。地域内で可能でないものについては医療機関などのアドバイスを御得て行います。

5

移動能力

運動機能を改善するための ケア手順

内因性の体力低下は転倒のリスクを高めます。身体的環境さらには課題や活動のやり方がリスクを左右する要素になります。



身体的環境の評価に加え、転倒の評価には以下の項目があります：

- ・ 転倒の既往をその起こった状況も含め注意深く聞くこと；
- ・ 歩行、バランス、移動能力、筋肉と関節の機能、柔軟性の評価；
- ・ 転倒の恐怖、視力、認知機能、心血管と神経機能の状態、排尿さらに夜尿（夜間の排尿のための起床）
- ・ ポリファーマシーになっていないか処方の確認（プランの作成に第3章を参照）

高齢者によってはさらなる評価と問題への対応が必要になります。それには失神（眼前暗黒感）、てんかん、パーキンソン病のような神経変性疾患が含まれます。



評価と管理 社会的&身体的環境

移動能力に制限のある高齢者は毎日の日常生活に介助が必要な時があります。その際にはまずソーシャルケアの必要性についての評価が必要です（第10章を参照）。移動能力に制限のある高齢者に対する特別なソーシャルケアの選択には、身体的環境の確認や補助用具の必要性を明らかにすることが重要です。運動プログラムは転倒予防に寄与することでしょう。

★ 5.5 転倒リスクを抑えるための 身体的環境の評価

身体的環境の評価の中に、自宅の周りを確認し危険がないかを確認し、アドバイスすることが含まれます。例として、散らかっているものの整理、滑りやすい床マットの撤去、床や階段のでこぼこの除去、家具を移動し障害のない広い空間の形成、照明の改善、特に夜間におけるトイレへのアクセスの改善（壁への手すりの設置など）。階段を登れない高齢者や車椅子利用者に対し玄関への通路にスロープを付けることが推奨されます。移動に制限をもつ高齢者が環境にいかに対応していくか援助することが最も重要です。

特別な講習を受けた後に、地域や施設に所属するヘルスケアの専門職は各個人の自宅の評価をします。もし実際の訪問が不可能な場合、プライマリケアを担当するケアワーカーが高齢者本人や介護者にどのように安全な家庭環境を構築するか一般的なアドバイスを行います。高齢者の転倒リスクについての十分な評価や環境整備には特殊な知識が必要です。

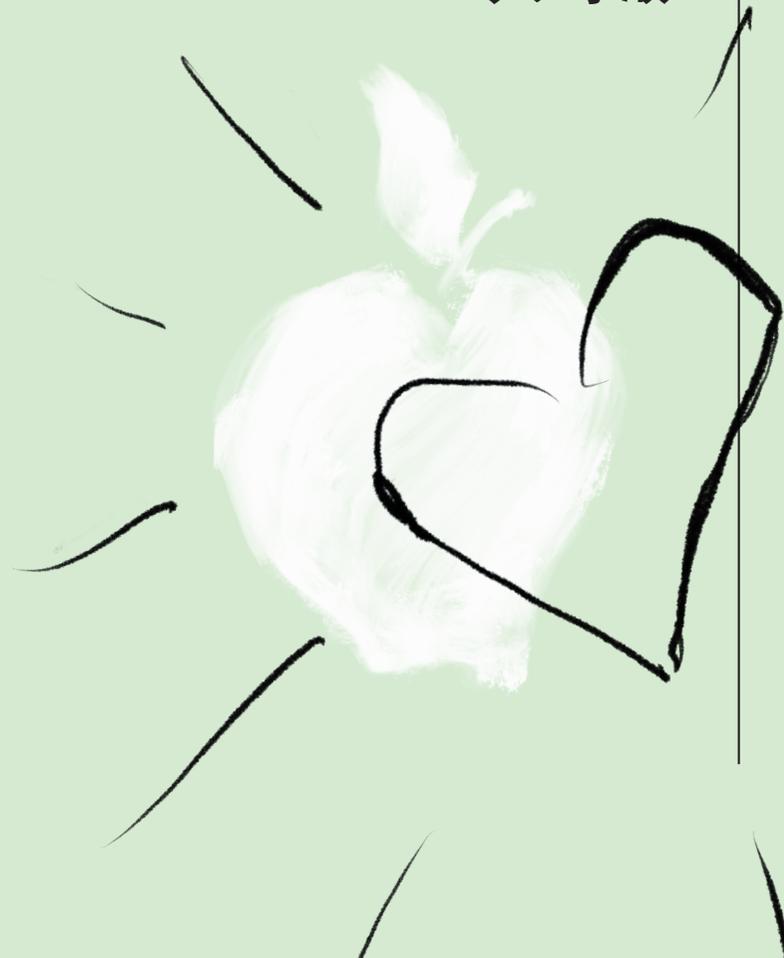
★ 5.6 補助器具の考慮と提供

移動に制限を持つ高齢者は移動時の補助器具が必要かもしれません。補助器具の第一の目的は、個々の身体機能と自立性を維持・向上させ、日常の諸事への参加を促進し、全体的な健康度を向上させることです（10）。補助器具には杖、松葉杖、歩行器、車椅子、義肢装具が含まれます。補助器具に関しては、その価格や入手が可能かどうかによって選択の幅が狭まることもあるかもしれませんが、もし可能であれば、医療者で補助器具に詳しい人から良いアドバイスを得て、より適切なものを選び、その安全な使用法の指導を受けることが望まれます。

6

活 力

栄養障害に対する ケア手順



WHO では個人の内在的能力に寄与する生理学的要因を活力 (vitality) という言葉で表現しています。この活力にはエネルギーバランスと代謝が含まれる場合があります。このハンドブックは、高齢者の活力が低下する主な要因の1つである栄養障害に焦点を当てています。

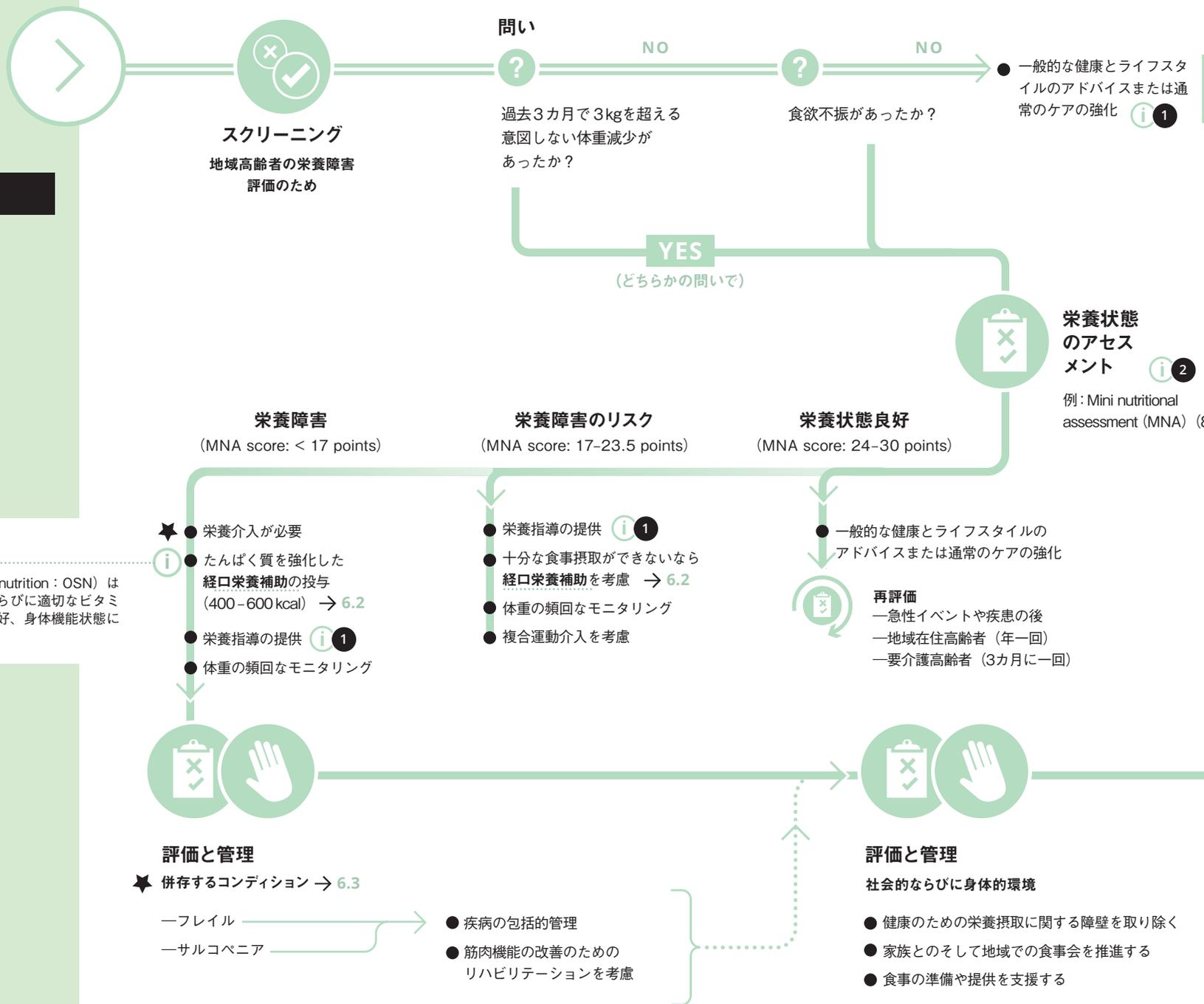
キーポイント

- プライマリケア医療従事者は、栄養状態の初期評価を簡便に実施できます。この評価は高齢者の健康状態の評価の一部である必要があります。栄養状態の完全な評価には専門知識と時には血液検査が必要です。
- 不十分な栄養と身体活動の低下の両方が筋肉量と筋力の低下につながります。
- 十分な量のバランスの取れた食事は通常高齢者に必要なビタミンとミネラルを提供しますが、ビタミンDとB₁₂の不足が起こりがちです。
- 栄養障害はしばしば体重減少につながりますが、常にではありません。
- 筋肉は脂肪に置き換わりますが、その際には体重の変動はありません。
- 栄養障害のもう1つの側面は肥満ですが、このガイダンスでは取り上げていません。

6

活力

栄養障害に対する ケア手順



★ 経口栄養補助

経口栄養補助（oral supplemental nutrition：OSN）は高品質たんぱく質、エネルギーならびに適切なビタミン、ミネラルを個々の必要度、嗜好、身体機能状態に合わせて補給するものである。

★ 特別なケアが必要

栄養障害に対する ケア手順

見開きページのケア手順では、**mini nutritional assessment (MNA)** を使用しています。

i 1

栄養提供に関するアドバイス

- プライマリケア医療従事者は高齢者に健康的な食事を勧めたり、アドバイスすることができます。特別なケアが必要かどうかにかかわらず、栄養障害のリスクがある、または低栄養の影響を受けている人を含めすべての高齢者はこのアドバイスの恩恵を受けることができます。食事の際や食事の合間に、毎日何を食べたかを記録すると、健康的な食事を摂りやすくなります。
- 入手可能で、十分なエネルギー（炭水化物）、たんぱく質、およびビタミンやミネラルなどの微量栄養素に富む食品を教えてください。またこれらの食品の適切な摂取量についてアドバイスしてください。
- たんぱく質の吸収は年齢とともに減少するため、高齢者には十分なたんぱく質を摂取するように指導してください。健康な高齢者には、体重1kgあたり1.0~1.2gのたんぱく質摂取が推奨されます。体重減少や急性の病気や外傷があるケースでは、体重1kgあたり最大1.5gを必要とする場合があります。高たんぱく質摂取は糸球体内圧の上昇と糸球体の過剰濾過につながる可能性があるため、腎機能を確認する必要があります。
- 筋肉内で筋たんぱく質の合成を促し、食欲の増進につながる身体活動を指導してください。
- 皮膚でのビタミンD生成を促進するために日光に当たることを促してください。食品中のビタミンDだけでは、高齢者が最適なレベルを維持するのに十分ではありません。ビタミンDレベルが適切かどうかは血液検査が必要です。
- 多くの場合、高齢者は十分な食事を食べていません。高齢者がより多くの食事を摂取できるように、特に一人暮らしの高齢者や社会的に孤立している高齢者には、孤食ではなく家族や仲間と一緒に食べるような場（ソーシャルダイニング）をできるだけ提供、提案してください。

覚えておいてください！

医療従事者は、上記のアドバイスを高齢者だけでなく、家族や他の介護者にも知らせる必要があります。

専門知識が必要な場合

地域および医療・介護施設のプライマリケア従事者は、すべての高齢者が健康的な食事摂取を維持できるようにアドバイスと支援をします。栄養障害またはそのリスクがある人々は、その原因と危険因子を同定し、個別の栄養計画のための専門知識を備えた専門家が必要です。

必要に応じて、現在の栄養状態が適切であると思われる場合でも、栄養障害の根底にある、または栄養障害につながる可能性のある状態の評価や情報を取得します。これらの栄養障害に関連する状態・兆候とは、消耗状態、急激な体重減少、口腔内の痛み、嚥下困難・嚥下時の痛み、慢性的な嘔吐または下痢、および腹痛の存在が含まれます。

i 2

栄養状態のアセスメント

優れたツールが利用可能です（11）。

その例：

- 🔗 Mini nutritional assessment (MNA) (8)
- 🔗 DETERMINE nutrition risk assessment (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>)
- 🔗 Malnutrition universal screening tool (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf)
- 🔗 Seniors in the community risk evaluation for eating and nutrition questionnaire (<https://www.flintbox.com/public/project/2750/>)
- 🔗 Short nutritional assessment questionnaire 65+ (SNAQ65+) (<http://www.fightmalnutrition.eu/toolkits/summary-screening-tools>).

6

活力

栄養障害に対する ケア手順



栄養状態の 評価

ほとんどの栄養評価ツールでは次のことについての問いが含まれています。

- 食物と水分の摂取
- 最近の体重減少（疾病診断の時の質問と同様）
- 移動能力
- 最近の精神的ストレスまたは急性疾患の有無
- 心理的な問題
- 生活状況

また、次の内容に関しても記録します。

- 体重
- 身長
- body mass index (BMI – weight in kg/height in m²) →
- 上腕や下腿周囲長

身体組成と老化

通常、約70歳を過ぎると筋肉量が減少し、活力に重要で潜在的に有害な影響を与える可能性があります。不十分な栄養と不十分な運動の両方が、筋肉量と筋力の低下につながります。

老化に伴い体重が減少するか、または変化がない場合もありますが、老化に伴い脂肪量が増加しやすくなることにより、老化に伴う有害な変化をマスクしている可能性があります。したがって、栄養不良の人で除脂肪組織の喪失があっても、許容範囲またはむしろ高いBMI値を示す可能性があります。

訓練を受けた非専門家でも、握力を測定するための握力計などのツールを使用して骨格筋機能、たんぱく質欠乏性栄養障害を評価することが可能です。握力が低いということは、運動とより多くのたんぱく質を含む食事の必要性を示しています。



高齢者栄養障害に対する 栄養管理

感覚障害（味覚と嗅覚の低下）、咀嚼障害や嚥下困難などの口腔の健康状態の悪化、孤立、孤独、低所得、複雑な長期慢性状態はすべて、高齢者の栄養障害のリスクを高めます。

6.1 栄養障害のリスクがある高齢者に対して

栄養障害のリスクがある高齢者（たとえば、MNAスコアが17～23.5）は、栄養に関するアドバイスの恩恵を受けることができます（35ページのボックスを参照）。栄養障害を発症するリスクのある人は、その予防のために、栄養介入の実施が望ましいです。

6.2 栄養障害のある高齢者に対して

栄養障害（たとえば、MNAスコアが17未満）と特定された人の場合、栄養介入をすぐに開始する必要があります。プライマリケア医療従事者はすぐに標準的な食事療法のアドバイスの提供が可能です（35ページのボックスを参照）。専門知識のある医療従事者は、できるだけ早く食事療法のアドバイスを提供し、必要に応じて経口的栄養補助を提供する必要があります（以下を参照）。

栄養介入は、移動能力の低下など内在的能力の他の領域に対処する別の介入とともに、栄養不良の原因となる根本的な要因に対処する包括的なケアプランの一部である必要があります。特に適切なエネルギーとたんぱく質の摂取により、複合的な身体運動プログラムがより効果的になります（移動の制限については第5章を参照）。→ 5

経口栄養補助

経口栄養補助剤（食品）（OSN）には、追加の高品質のたんぱく質、カロリー、および適切な量のビタミンとミネラルが含まれます。個人のニーズ、嗜好、身体的制限に合わせたOSNの計画を立てるには、専門知識が必要です。この評価により、栄養豊富な食品、ビタミンまたはミネラルのサプリメント、または特殊な市販製品または非市販の栄養製剤（食品）のいずれかから、最適なサプリメントの方法を選択できます。

6

活力

栄養障害に対する ケア手順

6

活力

栄養障害に対する ケア手順

地域の医療従事者は、OSNを使用している人をサポート
およびモニターすることが可能です（ボックスを参照）。 ………→

経口栄養補助は人が十分なカロリーと栄養密度の
高い通常の食品を摂取できない場合、またはカロ
リー摂取量を増やすために通常の食事に加えて一
時的な方法として使用すべきです。

血液検査

血液検査は、個々の栄養計画に有用です。血液検査は、不
足しているビタミンやミネラルを特定することができます。
特定の経口栄養補助剤（食品）または注射薬は、これらの
欠乏を治療することができます。たとえば、よくあるビタ
ミンDとB₁₂の欠乏症を治療するには、錠剤や注射薬の使
用が必要です。

OSNのキーポイント

- ✓ まずは食事のことを最初に考えます。OSNの
必要性が緊急でない限り、可能であれば食事
療法の改善、およびより頻繁な食事を最初に
試す必要があります。
- ✓ OSNはそれらの食事に追加しての使用を考慮
します。OSNは食事にとって代わるべきでは
ありません。OSNを使用している人ではでき
るだけ食事を継続する必要性を理解する必要
があります。
- ✓ OSNをどのように組み合わせるか、一度にど
れだけ使用するか、いつ使用するかについて
の指導が必要です。
- ✓ OSNは食事の時間ではなく、食事の合間に使
用する必要があります。
- ✓ OSNを継続して摂取し、可能な限り食事を続
けるために家族、介護者、医療従事者からの
継続的な支援と励ましを必要とすることがよ
くあります。
- ✓ しばらくすると、ある種のOSNの味や食感に
飽きてくるかもしれません。さまざまなフレー
バーを試したり、種類を変更することが役立
つ場合があります。
- ✓ 体重は定期的にモニターし記録する必要があ
ります。
- ✓ 理想的には栄養障害のリスクがなくなり、食
事から適切な栄養が摂取でき、OSNの中止が
できることを目標とします。



評価と管理 関連状況

★ 6.3 サルコペニアとフレイル

サルコペニアとフレイルは、栄養不良に関連する可能性のある病態です。より良い栄養と運動を含むライフスタイルの介入は、両方を予防、治療できる可能性があります。

サルコペニア サルコペニアは筋肉量、筋力、および身体機能が低下している状態を表します。それは、疾病、栄養不良、または身体活動の不足（たとえば、長時間ベッドに横たわっている）に起因する可能性があります。または、明らかな原因がなく、老化プロセスに関連している可能性もあります。

フレイル フレイルとは体重減少、筋力低下、身体活動量の低下、倦怠感、および動作緩慢（歩行速度の低下など）を伴う状態を指します。フレイルはトラウマ、病気、身内との死別などのような身体的または心理的ストレスから生じる場合もあります。フレイル状態は放置しておくと身体機能が低下し、要介護状態になる可能性があります。



評価と管理 社会・身体的環境

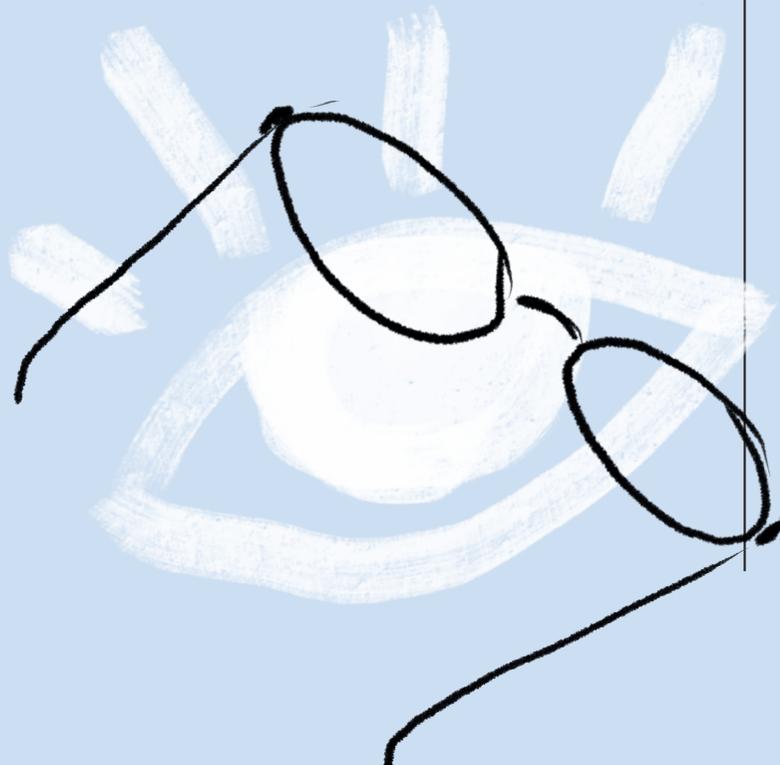
介護者や地域社会は、高齢者の栄養状態の悪化に係る障壁を除去することができるかもしれません。たとえば、地域にある様々な組織は高齢者向けの交流会での食事イベントを企画することもできます。

地域の医療・ケア従事者は地域高齢者の食料品の入手、財政・収入支援や、食事を準備するための支援を促進したり、地域の宅配サービスなどを介して給食や弁当を高齢者に供給したりすることができます。

7

視覚機能

視覚障害に対する ケア手順



視覚は内在的な能力の重要な要素であり、人々が移動したり、仲間や環境と安全に交流したりすることを可能にします。視覚障害の原因には、近視や遠視、白内障、緑内障、黄斑変性症など、加齢とともに多くなるものがあります。視覚障害があると、家族やその他の社会的関係の維持、情報へのアクセス、安全な移動（特にバランスと転倒のリスク）、手作業の遂行が困難になります。このような困難は、不安や抑うつにつながる可能性があります。視覚の評価は、パーソンセンタードな評価の重要な要素です。

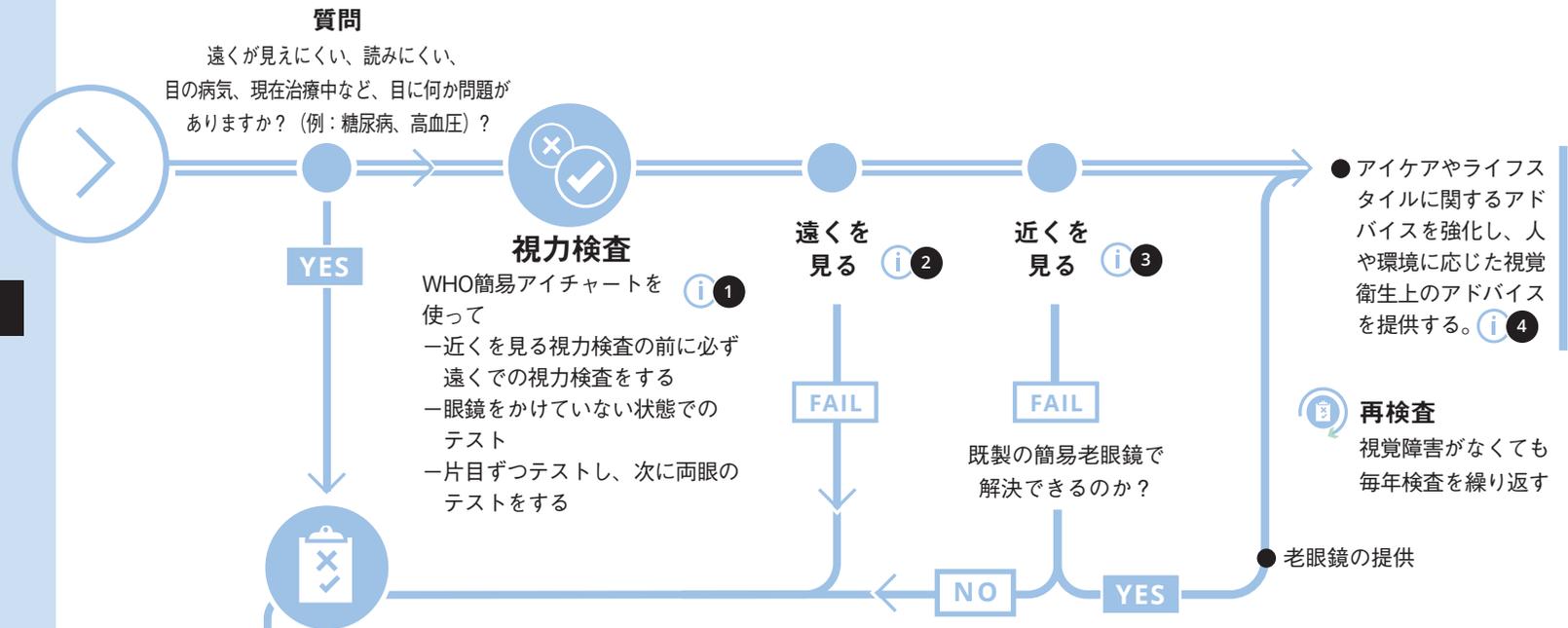
キーポイント

- プライマリーケアや保健活動に従事する専門職は、簡単な視力検査を行うだけで、視力が著しく低下しているかどうかを調べることができます。
- 視覚障害を有する人の多くは、その治療が可能です。診断されている眼疾患の有無を尋ね、評価し、確認することが重要です。
- 眼鏡は、近視や遠視による視力低下を補正することができます。
- 補助器具（拡大鏡、望遠鏡）により、眼鏡では矯正できない視覚障害の方をサポートすることが可能です。
- 家庭や地域社会では、照明を改善するなどの簡単な方法で、視覚障害を有する高齢者の機能的な能力を向上させることができます。

7

視覚機能

視覚障害に対する ケア手順



遠方の視力が低下した場合は、必ず
包括的診療科への紹介が必要です。

視覚障害（14）

遠視の障害

- 軽 度—視力が6/12より悪い
- 中程度—視力が6/18より悪い
- 重 度—視力が6/60より悪い
- 盲 目—視力が3/60より悪い。

近視の障害

- 既存の補正で近見視力がN6より悪い、
またはM.08

★ 特別なケアが必要

★ ⁱ 視覚障害および眼疾患の評価* → 7.4

- 眼疾患の治療
- 視覚障害の管理
- 眼鏡の処方箋の見直しと更新、または新しい眼鏡の提供
- 机や携帯電話の拡大鏡などの補助視覚装置を含む、目のリハビリテーションを
考慮する → 7.5



評価と管理

関連条件

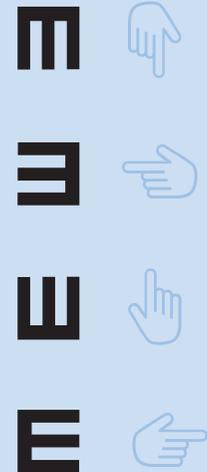
- YES**
- 高血圧 → ● 心血管危険因子の管理
 - 糖尿病 → ● 毎年、専門の眼科を紹介して網膜チェックを行う
 - ステロイドの使用 → ● 目の副作用を防ぐための薬の見直し → 7.9



★ 評価と管理

社会的・物理環境

- 視力低下時の日常生活に関するアドバイス
- 転倒防止のための住宅設備の導入（照明、色のコントラスト） → 7.10
- 通常の歩行経路から危険を除去



専門的なケアが必要な場合

眼疾患が診断されている人や、眼疾患があると判断された人は、眼科専門医が検査の頻度や種類を決定します。

i 1

プライマリーケアでの視力検査

- ・ 50歳以上の方には、少なくとも年1回、視力低下の簡易検査を実施してください。
- ・ WHOの簡易アイチャートを使って、遠方と近方の視力を検査することができます。使い方は右記の通りです。
- ・ プライマリーケア医がスクリーニングを行うことができます。眼科医の評価に関する正式なトレーニングは必要ありません（13）。
- ・ 市販の老眼鏡で問題が解決する場合は、総合的な検査は必要ないかもしれません。

i 4

視力の衛生

視力の衛生には、環境と人の両方が関係しています。環境要因や行動は、視覚機能を促進することもある（例：照明、コントラスト、色の使用）、有害なこともあります（例：長時間の電子メディアの視聴、近見の使用時間の長さ）。個人の衛生状態には、頻繁に手を洗う、目をこすらない、まぶたには刺激の少ない石鹸しか使わない、目元用の化粧品を控えるなど、目の衛生に関する一連の行動が含まれます。

i 2

WHO簡易視力チャートで遠近感を測る

Eが指す方向を示して、Eテストのやり方を人の近くで実演する。小さなEから大きなEまでテストする。

1. 4つの小型Eを3mの位置に置いてテストする。 7.1

視力は、小さなEの4つのうち3つ以上の方向が見えれば、6/18以上です（遠方視力スクリーニングテストのPASS）。小さなEのうち少なくとも3つが見えない場合（遠視スクリーニング検査で不合格）は、視覚障害や目の病気の評価が必要です。以下の追加検査は、視力の推定に役立つ可能性があります。

2. 大型のEを3mの位置に置いてテストする。 7.2

Eが見えていれば視力は6/60。

3mの距離で大型のEを3つ以上見ることができない場合

3. 大型のEを1.5mに置いてテストする。 7.2

4つのうち3つ以上が見えれば、視力は3/60。

i 3

近視の検査

簡単なアイチャートを持っている人 7.3

本人に近視検査カードを好きなだけ近づけさせます。最大のEから最小のEまでテストします。

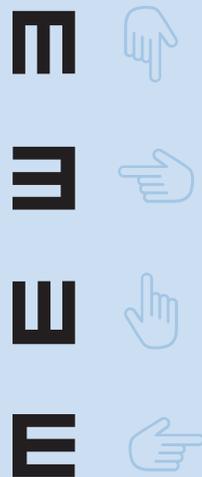
最大4つのEのうち、3つ以上のEの方向を識別できれば、近視スクリーニングテストは合格です。

そうでない場合は、市販の老眼鏡で対応できるかどうかを確認します。老眼鏡を使用しても、最大のEのうち少なくとも3つが見えなければ（近視視力検査で不合格）、視覚障害や眼疾患の評価が必要です。中型サイズは、本の活字に近い。最小のサイズは、書籍や雑誌の最小の活字に近いものです（見えなくても構いません）。

7

視覚機能

視覚障害に対する ケア手順



7.1 WHO簡易視力チャート（遠見視力用の4つの小さいE）

- 小さなEは、1.3cm×1.3cmの大きさで、お互いに1.3cmの位置にあります。
- 真っ白な紙に真っ黒なE。



7.2 WHO簡易視力チャート（遠見視力用の4つの大きいE）

- 大サイズのEは4.2cm×4.2cmで、4.5cm間隔で配置されています。
- 真っ白な紙に真っ黒なE。



7

視覚機能

視覚障害に対する
ケア手順



7.3 WHO簡易視力チャート（近見視用）





視覚障害や眼病の評価

7

視覚機能

視覚障害に対する ケア手順

7.4 視覚障害の評価と眼科疾患

- 片目または両目の視力が突然または急速に低下した場合は、基本的な目と視力の検査を行い、眼科専門医に紹介する必要があります。
- プライマリーケア医も目の診察をすることができます。目が赤い、分泌物がある、傷がある、疼痛の持続、日光に耐えられない、白内障があるなどの変化がある場合は、眼科医に診てもらわなければならない場合があります。
- プライマリーケア医は、一般的な眼疾患の兆候を調べるために目を検査することができます。この検査は一般的に包括的ではないため、専門家による検査が必要です。上記のような目の状態が続く場合は、専門的な眼科治療を受けることが推奨されます。
- 老眼鏡は、多くの高齢者が近くのものを見るのに役立ちます。しかし、中には老眼鏡では解決できない人もいます。例えば、遠視の方や乱視のある方は、眼科医が検査した上で眼鏡を処方する必要があります。
- 標準的な診断検査では、訓練を受けた専門家がスリットランプを使って眼球を詳細に検査します。この器具は、例えば白内障の診断に使用され、手術の必要性を判断するのに役立ちます。網膜と視神経の検査では、他の機器を使用したり、時には画像を撮影したりして、早期の変化を検出し、視力低下を防ぐための治療の指針とします。糖尿病の方は、定期的に網膜を検査することが特に重要です。

★ 白内障

白内障とは、眼球の水晶体が濁ることで、クリアな視界が得られないのは、多くの場合、加齢が関係しています。白内障は、現在でも失明の主要な原因となっています。喫煙と紫外線への暴露を減らすことで、白内障を予防したり、その進行を遅らせたりすることができます。糖尿病と肥満は、追加のリスク要因となります。白内障による視覚障害と失明は、白内障手術が安全であるため、避けることができます。

7

視覚機能

視覚障害に対する ケア手順



評価と管理 視覚障害

7.5 老眼鏡

50歳以上の方の中には、近距離のものを見たり読んだりするのが苦手な方が多くいらっしゃいます。そのような方には、老眼鏡（リーダー）をお勧めします。

シンプルな老眼鏡は低価格で手に入ります。倍率も様々なものがあります。老眼鏡は、近くにあるものを大きく見せるだけです。単純な老眼鏡で問題が解決しない場合は、眼と視力の総合的な検査を受けることをお勧めします。

可能であれば、50歳以上の方は、定期的に眼科医による検査を受けてください。簡単な視力検査や読影検査は、眼科医が行う総合的な検査の代わりにはなりません。

7.6 不可逆的な視力低下

眼鏡では十分な視力矯正ができない視覚障害の方は少なくありません。このような方には、眼鏡よりも大きな拡大率を提供する視覚支援機器（机上や携帯型の拡大鏡）をお勧めします。本や新聞を読む、お金を確認する、ラベルを読む、小さな物や大きな物の一部を確認するなど、近視による作業を可能にします。

地域の医療従事者やリハビリテーション従事者は、これらの上記の機器を手に入れる手助けをすることができます。

★ 視覚障害リハビリテーション

不可逆的な視覚障害の方には、心理的なサポートに加えて、オリエンテーション、移動能力、日常生活活動のトレーニングを含む包括的な視覚障害リハビリテーションサービスが必要です。アイケアやリハビリテーションの専門家は、視覚機能を高めるためのスキル、すなわち、認識、固視、走査、追跡などのスキルを視覚障害の方にトレーニングすることができます。これらのスキルは、通常、拡大鏡を効果的に使用するために必要ですが、他の状況でも役に立つことがあります。



評価と管理 関連疾患

7.7 高血圧症

高血圧は、網膜疾患や緑内障などの重要な危険因子です。

7.8 糖尿病

糖尿病の方は、毎年、眼科専門医による眼科検査を受け、糖尿病性網膜症の有無を確認する必要があります。

7.9 ステロイドの使用

一部の人では、ステロイドの長期投与により、眼球内の圧力（眼圧）が上昇したり、白内障を発症することがあります。この圧力の上昇は、視神経の損傷を伴う視力低下につながり、治療しなければ失明する可能性もあります。長期のステロイド治療を受けている人は、定期的な眼科検診と眼圧検査が必要です。

7

視覚機能

視覚障害に対する ケア手順

7

視覚機能

視覚障害に対する ケア手順



評価と管理 社会的・身体的環境

視覚障害の方がよりよい機能を楽しむためには、さまざまな方法があります。家族や介護者も協力できます。どこで視覚支援機器を入手するか、どのようにサービスを受けるかについては、状況に応じて本ガイダンスを地域ごとに適応する必要があります。

7.10 視覚障害者への対応

視覚補助器具の提供だけでなく、簡単な変更を加えることで、視覚障害の方が自分の活動を維持し、生活の質を保つことができます。家の中や普段の行動範囲を変えることで、普段の仕事や余暇活動をより安全で簡単なものにすることができます。次のような例があります。

照明の改善。 良い照明は、特に近見視力に重要です。光は、人の側面から（影ができないように）差し込むのがベストです。

眩しさを抑える。 明るい方がいいに決まっています。しかし、太陽や明るい光のまぶしさが気になる人もいますでしょう。

障害物を動かす。 家具やその他の硬い物などの危険物は、その人の通常の歩行経路から移動させるか、そこに必要であれば、常に同じ場所に置いておくべきです。

コントラストをつける。物体の中や間にコントラストがあると、見やすく、見つけやすく、避けやすくなります。例えば、段差の端にコントラストの強い印をつける（特に片目でしか見えない人のために）、食べ物が際立つように色のついた皿を使う、文字を書くときには黒のペンを使う、などです。弱視の人やその家族、介護者は、家庭用・台所用の道具の柄に色をつけて、より見やすく安全にすることができます。たとえば、包丁の柄を明るい色の粘着テープで巻いたり、ペイントしたりすることができます。

最も読みやすい文字を使用してください。 印刷物やコンピューター、電話機の電子ディスプレイ画面では、統一された背景色からはっきりと浮かび上がる大きな san serif 体の活字（本ハンドブックの活字のようなもの）が一番読みやすいと思います。

生活用品は、より大きな文字でコントラストのついたものを選ぶ。 店頭では、文字や数字を大きくしたり、コントラストを効かせた商品がよく売られています。例えば、時計や大判の本などがそうです。レジャー用品では、大きなゲーム盤や駒、大きな文字や記号を使ったトランプなどを購入したり、作ったりします。

視覚だけでなく聴覚にも配慮したツールを使用する。 時計、温度計、体重計など、多くの商品に音声機能が搭載されています。また、多くの携帯電話やコンピュータプログラムに音声合成機能が搭載されています。

8

聴覚

聴覚障害に対する ケア手順



加齢性難聴は高齢者で最も多い感覚障害でしょう。未治療の難聴はコミュニケーションに影響し、社会的孤立につながります。認知機能低下など他の能力の低下が、さらに社会的な影響を悪化させることもあります。難聴は認知機能低下や認知症のリスク、うつ病、不安、平衡機能障害、転倒、入院、早期死亡といった多くの健康問題に関連します。

このため、地域レベルで高齢者の内在的能力をモニタリングする際には、聴覚の評価が重要です。そして、高齢者の健康や社会的ケアの必要性を評価する場合、より詳細な聴覚の評価が求められます。

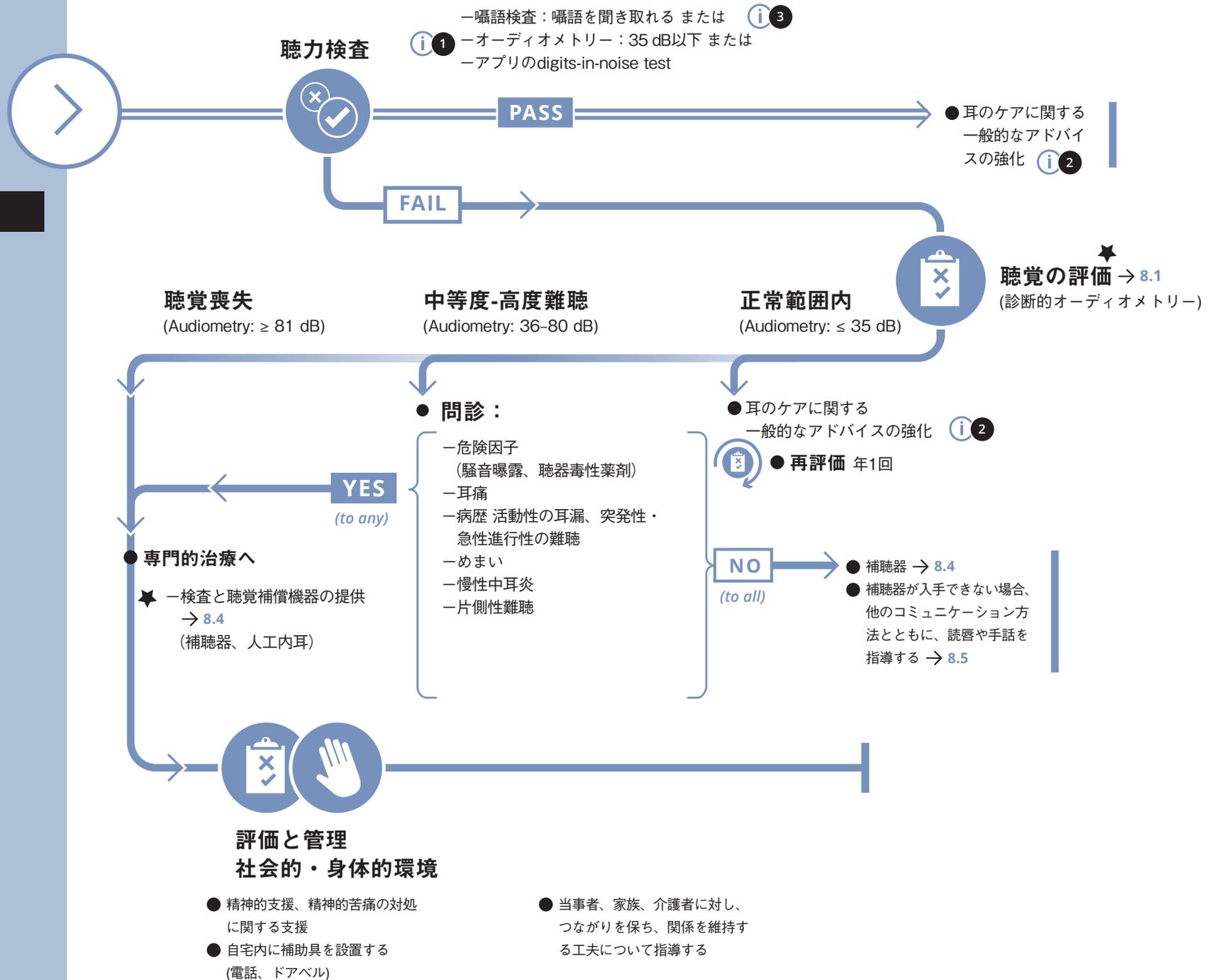
キーポイント

- コミュニティそして医療機関でプライマリケア従事者は、簡便なポータブル機器や囁語検査（whispered voice test）で難聴のスクリーニングができます。
- 家庭内や地域でも、簡単な取り組みで難聴の影響を減らすことができます。はっきり喋る、顔を見て話す、雑音を減らす、といったコミュニケーションの工夫で、よりよく聞こえるようになります。
- 聴力の改善法には補聴器や人工内耳がありますが、専門知識・設備が必要です。

8

聴覚

聴覚障害に対する ケア手順



★ 特別なケアが必要

聴覚障害に対する
ケア手順

被験者にとって馴染みのある囁語を用いる。

例：

- | | |
|-------|-------|
| －キリン | －積み木 |
| －椅子 | －ジュース |
| －雲 | －お風呂 |
| －段ボール | －馬 |

専門的なケアが必要な場合

- 高度の難聴／聴力喪失の場合の評価
- 聴覚補償機器のフィッティング
- 難聴の原因となる、あるいは難聴に寄与する背景問題の管理

1

聴覚の評価

下記3つのテストのうち1つを使って、初期アセスメントを行います。

囁語テスト (whisper voice test)

聴力が正常か、診断的オーディオメトリーによる評価が必要かどうかをスクリーニングする方法です。

スクリーニングオーディオメトリー (15)

機器があれば実施してください

スクリーニングオーディオメトリーでは正常聴覚の上限において、言語域の音域 (500–4,000 Hz) を評価することができます。結果は合格か要再検査かで示されます。音圧35 dB以下を聴取できれば基準範囲内と判定されます。専門家でなくても、短時間のトレーニングで正確な聴覚検査が可能です。

アプリのdigit-in-noiseテスト

自動化されたdigit-in-noiseテスト (ノイズ音の中の数字を聴き取る検査) によって、診断的オーディオメトリーをすべきかどうか判断できます。携帯電話のアプリを入手できます - 例:

🔗 **hearWHO:** <https://www.who.int/deafness/hearWHO>
(free, in English)

🔗 **hearZA:** <https://www.hearza.co.za/> (free, in English)

🔗 **uHear:** <http://unitron.com/content/unitron/nz/en/professional/practice-support/uhear.html> (free, for iPhone users, in English, French, German and Spanish).

Available as a **web-based service** - for example:

🔗 from **HearCom:** http://hearcom.eu/prof/DiagnosingHearingLoss/SelfScreenTests/ThreeDigitTest_en.html (free, in Dutch, English, German, Polish and Swedish).

2

一般的な耳のケアに関するアドバイス

- 耳に汚れた指を入れない、食品を触る前には手を洗う、汚れた手で食事をしない
- トイレの後には必ず手を洗う
- 汚れた水で手を洗ったり、泳いだりしない
- 耳に物を入れない
 - －熱い・冷たい油
 - －ハーブ
 - －灯油のような液体

3

囁語テスト (whisper voice test)

- 被験者の右または左後方に、腕の長さほどの距離を取って立つ。
- 被験者が補助者に、耳珠を押さえて対側の耳を塞ぐように指示する (耳珠は耳の前方にあり、耳孔を部分的に覆っている突起です)。
- 息を吐いた後、4つの単語を囁く。
一般的で、相互に関連性のない単語を用いる。
- 被験者に単語を繰り返して喋るように指示する。一語ごとに繰り返させ、反応を待つ。もし被験者が3語以上正答すれば、明瞭に聞こえており、その耳は正常な聴力であると考えられる。
- 対側に移動し、別な単語を用いて反対側の耳を検査する。

8

聴覚

聴覚障害に対する ケア手順



聴覚の評価

★ 8.1 包括的評価のための3つの検査

専門機器を用いた3つの検査によって、聴覚を評価できます
— 診断的純音オーディオメトリー、語音オーディオメトリー、内耳評価のためのティンパノメトリーです。これらの検査によって、リハビリテーションの必要性を判断できます。これらの検査を行うには専門的なトレーニングが必要です。

純音オーディオメトリーでは被験者の様々な周波数の純音を聴き取る能力を評価します。被験者が聴き取れる聴力閾値まで、録音された音源の音量を上げていきます。周波数125 Hz（非常に低い）から8000 Hz（非常に高い）の聴力閾値を評価するために、気導と骨導のテストを行います。これによって、難聴の程度と種類を判断できます。

語音オーディオメトリー 高齢者に対する語音オーディオメトリーの追加実施は有用です。この検査では録音された単純な単語を徐々に音量を上げて再生し、被験者には単語が聞えた段階でその単語を繰り返すよう指示します。語音オーディオメトリーの結果は、純音オーディオメトリーの結果と照らし合わせます。純音オーディオメトリーの結果と一致性をみることで、純音オーディオメトリーでは認められなかった音声認識の非対称性や、一側のみ補聴器を作成する場合、どちらの耳が適しているか判断します。

ティンパノメトリーでは鼓膜の反応性（または可動性）を評価します。純音オーディオメトリーと語音オーディオメトリーの結果から、聴覚障害の種類を判断する一助になります。



難聴の管理

難聴の管理には、コミュニケーションの工夫と聴覚補助機器の両者を考慮すべきです。

難聴の管理に対しては、その人の内在的な聴覚を完全に評価することで一番よいアプローチができます。認知機能障害や歩行能力の障害、上肢巧拙運動障害、家族やコミュニティからのサポート状況にもすべて配慮が必要です。

8.2 中等度から高度の難聴の高齢者に対して

• 難聴の人とその家族に対し、補聴器のような聴覚補助機器の有用性、入手場所や使用方法を説明しましょう。使用后、医療従事者は使用についてサポートし、継続するよう勧めます。

• オーディオメトリーだけで補聴器が必要かどうか判断すべきではありません。多くの難聴の人は騒音があるときのコミュニケーションが難しいと感じています。補聴器を勧める前に、どのような必要性があるのかすべて評価しなくてはなりません。

• 難聴の人とその家族、介護者に、機能を改善する可能性があるコミュニケーションの工夫について、わかりやすく説明しましょう。→ 8.5

• 内耳障害を引き起こす薬剤があり、難聴や平衡障害の原因となります。ストレプトマイシンやゲンタマイシンといった抗菌薬や、キニンやクロロキシンなどの抗マラリア薬が含まれます。他にも聴覚に影響を与える薬剤があります。可能であればこれらの薬剤を減らすことで、さらなる聴覚低下を防ぐことができるかもしれません。→

8.3 聴力喪失した高齢者に対して

高度の難聴がある高齢者（高度または聴力喪失）や、前述の介入で改善が見込まれない場合には、聴覚補助機器のフィッティングのような特別なケアが必要になります。聴覚補助機器を提供するには、検査や処方、フィッティングに専門技術が必要です。

8

聴覚

聴覚障害に対する ケア手順

★ 専門的な難聴管理に関するその他の危険信号

専門的な診断や管理が必要となる難聴の原因になり得る状況として、下記が挙げられます。

- 耳痛
- 慢性中耳炎（中耳感染）
- 突発性または急速進行性の難聴
- 中等度から高度の難聴を伴うめまい
- 活動性の耳漏
- 騒音曝露や聴器毒性薬剤の使用などの危険因子の存在

8

聴覚

聴覚障害に対する ケア手順

★ 8.4 聴覚補助機器

補聴器 補聴器は通常、難聴の高齢者にとって一番重要な機器です。補聴器は音を増強します。多くの場合有効で、耳に入れたり引っ掛けたりして使用するので簡便です。補聴器は難聴を完治したり、治療したりするものではないことを説明することも重要です。

人工内耳 人工内耳は補聴器が無効の高度難聴の例に有効な場合があります。人工内耳は外科的に耳の内部に埋め込まれます。音を電気信号に変換し、聴神経に送ります。人工内耳が有効かどうかは慎重に評価しなくてはなりません。人工内耳が入手できない、適していない場合には、高齢者とその家族に読唇や手話のトレーニングについてアドバイスしましょう。

磁気誘導ループと増音器 磁気ループと増音器も有効です。磁気誘導ループ（またはヒヤリングループ）は空間（会議室やサービスカウンターなど）の周囲に這わせるワイヤーです。ワイヤーはマイクやアンプの信号を特定の補聴器に送ります。

 追加のガイダンスについて「発展途上国における補聴器やサービスに関するWHOのガイドライン」を参照してください。
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43066>



評価と管理 社会的・身体的環境

難聴による影響を極力小さくすることで、自立性を維持し、高齢者が日々の生活に必要な地域サービスに頼る必要性を減らすことができます。

難聴は時に精神的ストレスや社会的孤立につながります。このため聴覚リハビリテーションは心理的さらには社会的に重要と位置づけられており、高齢者と介護者に個別の目標を持って行われます。

・定期的な社会的交流は認知機能障害や抑うつ、その他の難聴に起因する感情的・行動的悪影響のリスクを減らすでしょう。特定のストレスが生じた場合、社会的サポート網が一助となります。

・配偶者や家族の力で、孤独や孤立を防ぐことができます。彼らには対処法のアドバイスが必要なこともあります。たとえば、難聴のある人にコミュニケーションをとり続けるべきで、社会的ネットワークに参加し続けられるような活動を計画すること、などです。難聴の人との話し方について、右のboxを参考にしてください。→ **8.5**

・自宅の環境対策として、自宅内で聴き取ることのできるドアベルや電話器の設置が挙げられます。

8.5 家族や介護者に対する コミュニケーションの工夫

医療従事者は家族や介護者に対して、難聴の人と会話する時にシンプルな工夫を取り入れることを勧めましょう（14）。

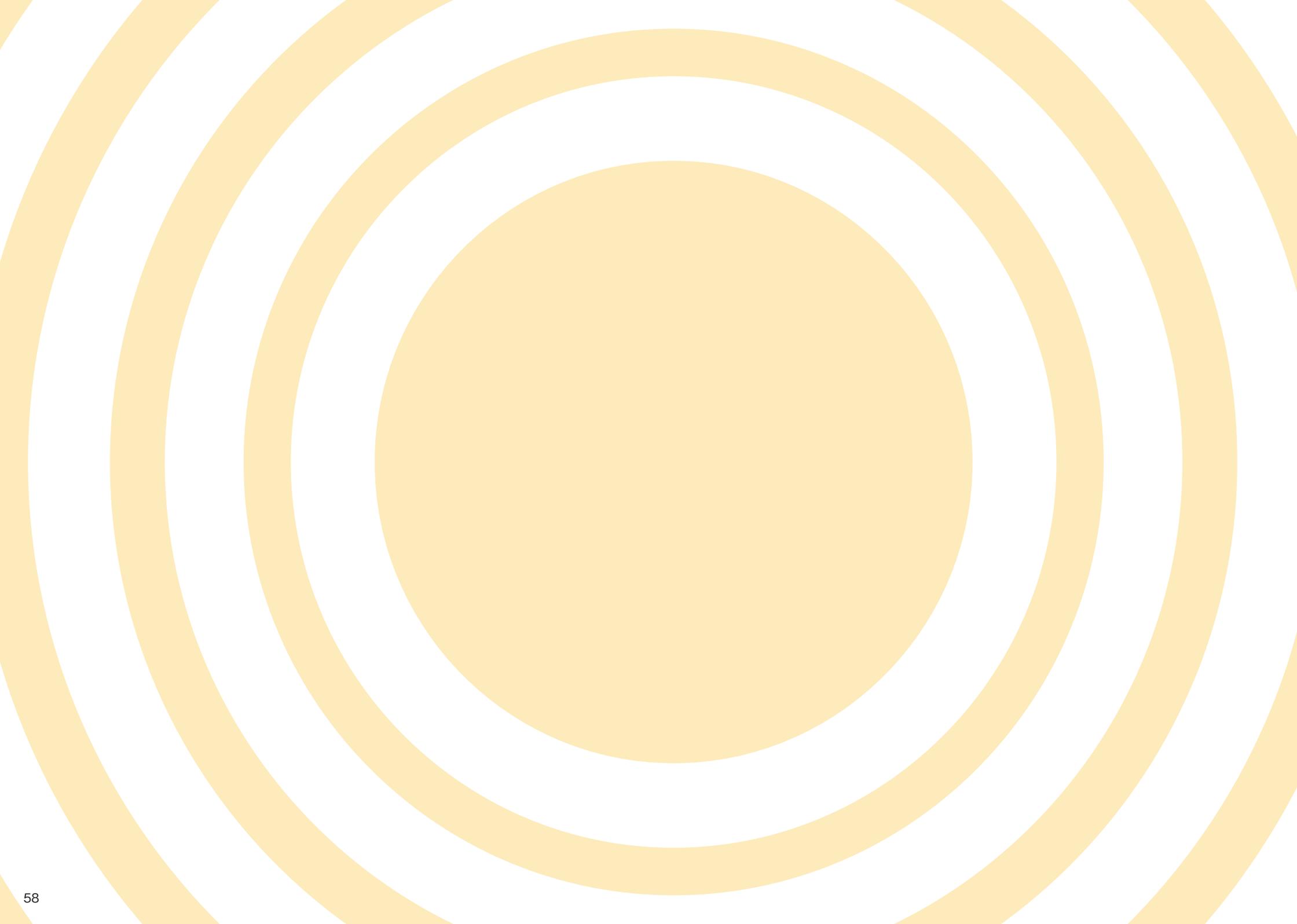
- ✓ お互いの顔を見て話しましょう。
- ✓ 口元がよく見えるよう、明るくしましょう。
- ✓ 話し始める前に、話し手に注意を向けてもらいましょう。
- ✓ 大きな騒音や雑音のような注意をそらす物を避けましょう。
- ✓ はっきり、ゆっくり喋りましょう。決して叫んではいけません。
- ✓ 話しかけるのを諦めないで下さい。孤立や抑うつにつながります。

これらの工夫は聴覚補助機器の使用の有無に関わらず有効です。

8

聴覚

聴覚障害に対する ケア手順



9

精神機能

抑うつ症状に対する ケア手順



「抑うつ症状」（または気分の落ち込み）という用語は、2週間以上にわたり2つ以上の症状を同時に持ち、大うつ病の診断基準を満たさないものに適用されます。この抑うつ症状は、長期的に障害をもつ高齢者や社会的に孤立している高齢者、過酷な介護を求められる介護者により生じやすいのです。この問題は、抑うつ症状を管理し、包括的なアプローチを行う際に重要です。

抑うつ症状は、とても大切な心理的な能力の現れですが、ある一面を捉えているに過ぎません。その他、不安、パーソナリティ、性格などがあり、その対応は複雑で、技術習得が必要です。

この章では、高齢者の抑うつ症状の防止と管理に関するガイダンスを示します。さらなる詳細なガイダンスやうつ病への介入については、WHOのホームページをご覧ください。（mhGAP介入ガイド

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

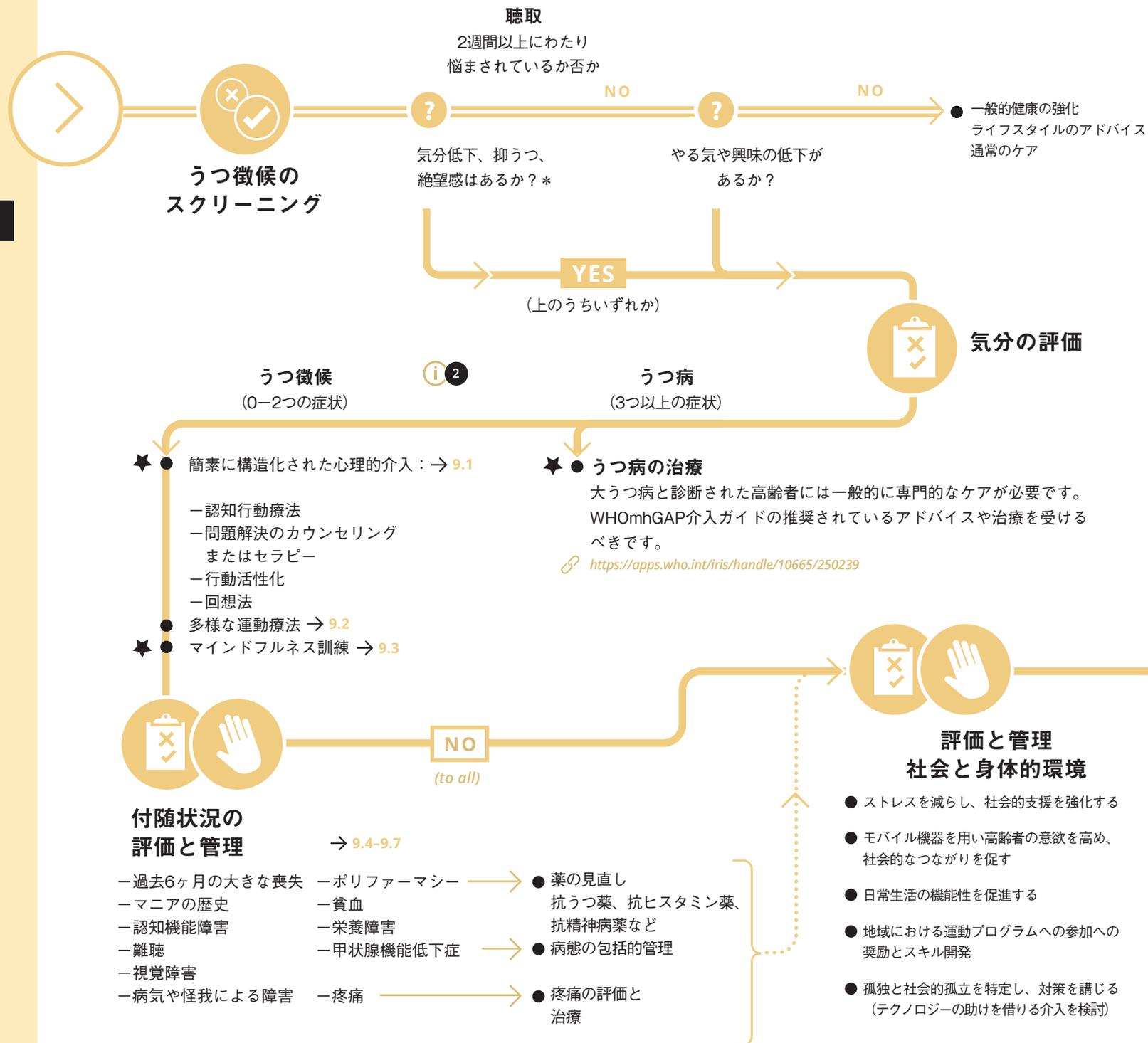
キーポイント

- 地域におけるプライマリケア医は一連の質問をおこない、抑うつ症状のある人を特定し、うつ症状とうつ病を区別します。
- 簡便な構造化された心理的介入法を使用し、適切な指導のもとで訓練を受ければ非専門医であっても、地域およびその他のプライマリケアにおける抑うつ状態の患者を助けることができます。
- うつ病は通常は専門医による包括的治療が必要です。
- 聴覚や機動性などの精神以外の内在的能力の衰えは、機能的障害をもたらす社会活動の参加を減らし、抑うつ症状の発現に関与することがあります。

9

精神機能

抑うつ症状に対する ケア手順



★ 特別なケアの必要性

* 高齢者では悲嘆、うつ、落ち込む、など
多彩な表現を使用する

抑うつ症状に対する
ケア手順

i 1

気分の評価

次のような主な症状の少なくとも1つ認められた場合さらに気分の評価が必要になります。（例えば、落ち込んでいる、抑うつ、または絶望的で、物事を行うことへの興味や喜びがほとんどない）2つのスクリーニングの質問事項に適さない場合、別のようない問かけをします。

質問：

2週間以上、次のような問題に悩まされていますか？*

- 転倒したり、眠り続けたり、眠りすぎたりすることがある。
- 疲れている、または気力がない。
- 食欲不振または過食がある。
- 自分自身のことを考えると不快になったり、自分自身または家族を失望させたと思う。
- 新聞を読んだりテレビを見ることに集中できない。
- 歩行速度が落ちたと周囲から指摘されたり、話し方が遅かったりする。
- いつも以上にそわそわして動き回り、または落ち着きがない。
- 何らかの方法で自分自身を傷つけたり、死んだほうがいいと思う。

* These questions can be found in the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf), which is one tool for the assessment of depressive symptoms. Or see the depression section of the *mhGAP intervention guide*, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

特別なケアが必要な場合

- うつ病の管理にはもっと包括的で通常は専門家による個別のケアプランが必要です。
- 抑うつ症状を管理するために、構造化された心理学の特定のトレーニングを受けた医療従事者が必要です。
- 甲状腺機能低下症などの特定の関連症状には、専門的な診断と管理が必要な場合があります。

i 2

うつ病の症状

少なくとも1つの中核症状と1つまたは2つの追加の症状があれば、うつ病の可能性があります。また、3つ以上の症状がある場合、うつ病の診断を受けるかもしれません。抑うつ状態とうつ病は、その治療法が異なるため、区別することが重要です。

- 認知機能低下と認知症はうつ症状を伴っている場合があります、評価する必要があります。認知症者はしばしば、アパシーや、感情的な抑制困難、仕事や家庭で社会活動を行うことが困難になるような気分や日常生活の障害を伴い医療機関を受診します。
- 同時に、感覚や移動など、他の内在的機能障害により身体機能の低下や社会参加が困難になり、抑うつ病状態となります。
- 抑うつ症状へ同時に対応すれば、認知や聴覚などの他の内在的能力の機能低下に対する介入はより効果的になるかもしれません。個別ケアプランを作成するうえで考慮する必要があります。

9

精神機能

抑うつ症状に対する ケア手順

- ★ メンタルヘルスの訓練を受けた医療専門家が通常、これらの介入を行います。地域保健専門職はこれらの技術に熟練し、高齢者特有のメンタルヘルスの問題に対する訓練を受けていればそれらを提供することもできます。これらの介入には有害なことはありません。



うつ病の症状を 管理する

★ 9.1 簡潔に構造化された 精神心理学的介入

認知行動療法、問題解決のアプローチ、行動活性化法、回想法などのシンプルで構造化された精神心理学的介入は、高齢者の抑うつ症状を大幅に軽減させることがあります。複合運動とマインドフルネス訓練も抑うつ症状を軽減させることができます。

高齢者の同意を得て、高齢者特有の問題を解決することが難しいことを理解しながら、多くの精神心理学的介入を試みます。精神心理学的な治療は構造化されており、そこに運動療法を組み入れ、運動を有効的に活用しながら、高齢者の気分を改善させます。(運動制限がある場合は第5章参照) → ⑤

しかしながら、メンタルヘルスの専門知識をもたないプライマリケア医による抗うつ薬の投与は推奨できません。

認知行動療法

認知行動療法 (CBT) においては感情は信念と行動の影響を受けるといった考えに基づいています。うつ病の症状をもつ (または精神疾患と診断された) 人々は、非現実的でゆがんだ否定的な考えを持ち、注意しないと有害な行動をとる可能性があります。このように CBT は典型的には、まず、認知的な要素として患者の非現実的で否定的な考えに気付かせ、行動的要素として前向きな行動を増やし後ろ向きな行動を減らします。手順として (1) 彼らの人生の中の問題点を同定する、(2) これらの問題について考え、その問題に関する感情、信念を認識させる、(3) その問題点に対する否定的または不正確な思考を特定する、(4) この考えをより現実的にするために思考を再構築させます。

問題解決のカウンセリングと治療法

問題解決のカウンセリングと治療法は、うつ病と診断されていないが、抑うつ症状をもつ人々で、苦痛を感じているか、ある程度の社会的機能が損なわれているものに対して行われます。

問題解決療法は、その対象者に直接かつ実践的な支援を提供します。セラピストとして活動する医療者と高齢者が協力し、抑うつ症状の原因になる主要な問題を特定してゆきます。同時に、彼らは問題を解決し特定の問題に対処する戦略を立てることにより、これらを管理可能な課題へと変えてゆきます。

抑うつ症状に対する
ケア手順**行動の活性化**

抑うつ症状を軽減する手段として、やりがいのある活動に参加するように促し行動の活性化を図る方法があります。

この手法は、他のエビデンスに基づく心理的治療よりも速やかに習得できます。非専門家も学べ、患者の抑うつ症状のケアの機会を増やすことができます。この方法は、主に専門家によって実施され複数セッションとして研究されました。しかし、訓練を受けた医療専門家によってより簡素なものに変更され、プライマリケアにおける補助治療や包括的なケアの第一段階として提供される可能性があります。

回想法

回想法は、セラピストが患者に自分の過去を思い出させ、その価値を見出し、自身の人生を安らぎとともに受容させる治療法です。この治療法では、人生を俯瞰し、友人や愛する人についての大切な記憶を思い出します。高齢者のうつ病の治療に役立ち、人生の最終段階に向かう人に救いの手を差し伸べます。

セラピストは、本人の今まで生きてきた目的に基づき、幼少期や仕事に就いていた頃や親や祖父母として過ごした時間など、特定の期間を振り返り、治療を行います。

9.2 多様な運動療法

人の身体能力と嗜好に合わせた運動プログラムは、短期的にも長期的にも抑うつ症状を軽減させます。行動が制限される場合は、第5章を参照してください。→ ⑤

9.3 マインドフルネス訓練

マインドフルネスとは、過去、未来、願望、責任、後悔などの一連の思いに捉われず、今この瞬間に何が起きているかに集中することです。この方法は、抑うつ症状のある人にとっては負のスパイラルになる可能性があります。マインドフルネス訓練には、実に多くの種類があります。広く行われている方法は、静かに座り、横になったりして、呼吸をしている状態に集中することです。ヨガやウォーキングなどのように身体の動きに集中することが役立つこともあります。

9

精神機能

抑うつ症状に対する ケア手順



評価と管理 関連状況

次のような状態では、うつ病の治療とは異なるアプローチが必要になります。

- **過去6か月以内の大うつ病**
- **躁病の既往** 躁は気分高揚とエネルギーと活動の増加のエピソードです。躁病の症状を経験した人々は、双極性障害に分類されます。躁病では、仕事や社会活動を著しく妨げたり、入院または監禁が必要になるほど深刻な症状が同時に生じ、少なくとも1週間以上継続します。
mhGAP 介入ガイド
https://www.paho.org/mhgap/en/biolar_flowchart.html を参照してください。
- **認知機能の低下** うつ病と認知機能低下は複雑に絡み合っています。疫学研究では、うつ病の存在はアルツハイマー病の発症に関連するとされています。うつ病で影響される認知機能は、注意、学習、視覚的記憶、および実行機能です。うつ病は、日常生活の障害を生じていない軽度の認知機能低下に対する個人の自己認識に対する精神的反応である可能性があります。
- **難聴** 難聴の高齢者は、羞恥心を持ち、不安や自尊心の喪失を呈する可能性がありますと多く報告されています。そして、社会的活動や身体活動の低下につながり、社会的孤立や孤独を経験し、最終的にはうつ病になりやすくなります (15)。
- **視覚障害および加齢性黄斑変性症や緑内障などの主要な加齢性眼疾患があると、うつ病の発症リスクが増加します (16)。**多くの視覚機能低下者は、不幸、孤独、さらには絶望を感じていると報告されています。
- **病気や怪我による障害への反応** さまざまな障害を持つとうつ病になりやすくなります。病気や怪我で障害をもつとストレスを受け、生活様式を変更しなければなりません。障害をもったまま日常生活に適応できるようになるまでには、ショックを感じ、否定し、怒りや抑うつ症状を伴いながら、それを受け入れ適応する必要があります。高齢者が新たな障害を持つと不安やうつ病を発症するリスクが生じます。

抑うつ症状に対する
ケア手順

★ 9.4 ポリファーマシー

ポリファーマシー（多剤併用）は抑うつ症状を引き起こす可能性がある一方、抑うつ症状はポリファーマシーを引き起こす可能性があります。ポリファーマシーへの対応と同時に抑うつ症状に対処することは、悪循環を断ち切るために重要です。主に中枢神経系作動薬に加え、抗ヒスタミン薬や抗精神病薬などの向精神薬、筋弛緩薬、および抗コリン作用を持つ他の非向精神薬は、抑うつ症状と関連している可能性があります。不要で効果のない薬を中止するだけでなく、効果が重複している薬を排除することで、ポリファーマシーをなくすことができます。

★ 9.5 貧血、栄養障害

貧血と栄養障害では、鉄分及び葉酸、ビタミンB₆、ビタミンB₁₂などのビタミンが不足し、抑うつ症状を引き起こす可能性があります。一方、うつ病の症状が貧血の発症に影響を与える可能性があります。食欲不振や日常の活動（買い物や料理など）への関心の欠如は、貧血と栄養障害の発症を促進し、高齢者の栄養の質と量を低下させる可能性があります。うつ病の症状を良くするには、貧血を管理し、栄養状態を改善することが重要です。 → ⑥

★ 9.6 甲状腺機能低下症

甲状腺機能低下症は、高齢者、特に女性によく見られます。その症状は非特異的であり、人によって異なりますが、うつ症状が含まれる場合があります。専門知識を持つ医療従事者が評価し管理する必要があります。

★ 9.7 疼痛

慢性疼痛を訴える患者は、抑うつ症状を示し易くなります。痛みを適切に評価し管理することが重要となります（移動能力の制限については第5章を参照してください） → ⑤

9

精神機能

抑うつ症状に対する ケア手順



評価と管理 社会的および身体的環境

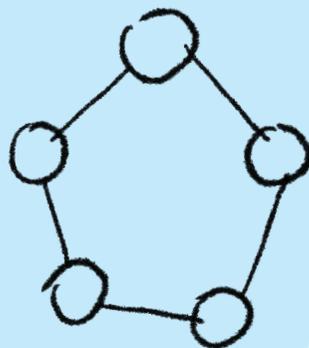
うつ病では、以前は面白くて楽しかった活動に興味を失います。家族や介護者は、コミュニティベースの運動プログラムやその技術開発により、より多くの身体活動を行い、社会的なつながりを強くし、穏やかな励ましとサポートが大切となります。

高齢者が難聴や運動の制限などの機能喪失を呈した場合、家族や介護者は社会的孤立を避けるために特に注意を払う必要があります。社会的孤立は、抑うつ症状を引き起こす可能性があります。電話またはインターネットを駆使した支援活動を検討し、高齢者を孤立させないように配慮してください。

10

社会的ケアと支援

社会的ケアや支援 のためのケア手順



内在的能力が著しく低下した人にとって、尊厳を保つことは、他者からのケア、支援、手助けがあって初めて可能になることが多いと思われます。尊厳のある有意義な生活を送るためには、社会的ケアと支援の利用が不可欠です。社会的ケアと支援には、日常生活活動（ADL）や身の回りの世話だけでなく、地域の施設や公共サービスへのアクセスを容易にすること、孤立感や孤独感を軽減すること、経済的な安定を図ること、適切な生活の場を提供すること、嫌がらせや虐待からの解放、人生に意味を与える活動への参加などが含まれます。

社会的ケアと支援のニーズについて誰に尋ねるのが最も適切かは、質問によって異なります。高齢者の認知機能が低下している場合、ADLや経済に関する質問は、家族、介護者、友人など、その人をよく知っている人に聞くのが最適でしょう。

キーポイント

- 機能的能力の低下は、高齢者、特に内在的能力が低下している人によく見られますが、必然的なものではありません。
- 地域医療従事者は、簡単な質問で機能的能力の低下をスクリーニングすることができます。
- 高齢者の優先事項に合わせた介入を行うことで、機能的能力を改善することができます。
- 効果的な介入には、内在的能力、機能的能力、および社会的ケアと支援の提供を改善するものが含まれます。

10

社会的ケアと支援

社会的ケアや支援のためのケア手順

評価する
社会的ケアと
支援ニーズ



ASK

A

1. 室内での移動が困難ですか？
2. トイレの使用が困難ですか？（便器を使うことが困難ですか？）
3. 自分で服を着るのが難しいですか？
4. お風呂やシャワーを使うのが難しいですか？
5. 身だしなみを整えるのが苦手ですか？
6. 自分で食事をするのが難しいですか？

YES

社会的ケアによる支援（個人的な支援や補助具の使用）

- 内在性能力の低下を補い、移動性を向上させ、転倒を防止するための身体的な環境の評価と調整
- 支援技術、補助器具、適応器具の使用を検討する
- 配偶者、家族、その他のインフォーマルな介護者によるサポートの評価、および介護者のニーズの評価を含む
- 有償の介護従事者によるサポートの必要性を検討する
- 在宅介護、デイケア、介護施設など、介護者やサービスの利用が可能であること

補足的な質問をする

以下の理由で不安を感じていますか。

1. 住んでいる場所の安全・安心について
2. 住んでいる家の状態は？
3. あなたの家の場所は？
4. 住居にかかる費用？
5. 家の修理やメンテナンスについて
6. 今いる場所で自立して生活するためには？

YES

● 検討する

- リフォーム
- 代替施設
- 社会福祉や地域の住宅プログラム、既存の支援ネットワークを紹介する

B

7. 住んでいる場所（住居）に問題がありますか？
8. 経済的な問題はありますか？
9. 寂しさを感じますか？
10. 余暇の趣味、仕事、ボランティア、家族のサポート、教育、精神的な活動など、自分にとって大切なことを追求することができますか？

YES

YES

YES

補足質問をする

1. 一般的に、月々の家計はどうなっていますか？
2. 自分のお金や財務を管理することができますか？
3. 経済的な手当や給付についてアドバイスが欲しいですか？

● 検討する

- 専門家による財務アドバイスの紹介
- 金銭的虐待を防止するための金銭的意思決定の委任に関する助言

促進する方法を検討する

- 身近な社会的つながり（配偶者、家族、友人、ペット）
- 地域社会のリソースの利用（クラブ、信仰団体、デイセンター、スポーツ、レジャー、教育）
- 貢献する機会（ボランティア活動、雇用）
- 通信技術によるつながり

NO

11. 高齢者虐待のリスクを評価する

高齢者の行動、介護者や親族の行動、あるいは身体的虐待の兆候に基づく観察情報は、潜在的な虐待を特定するために使用されるべきです。①

- 差し迫った脅威がある場合は、ソーシャルワーク、市区町村、または法的相談窓口を通じた専門家による評価を紹介する。

課題を特定するために補足的な質問をする。

あなたが...を追求することができないのは、以下の理由からでしょうか：

1. 費用、2. 距離、3. 交通手段、4. 機会の欠如、5. その他？

- レジャー施設やクラブ、学習教室、ボランティア活動、雇用相談など、高齢者が利用できる地域社会のサービスのリストを提供する。
- 高齢者の参加を増やすために、これらのサービスを利用するように促す。

専門的な知識が必要な場合

医療従事者は、高齢者が専門家の評価を受けるために誰に紹介されるべきかを知っておくべきです。手順は、利用可能性に応じて異なります。自治会長、学校の校長、僧侶、信仰グループのリーダーなどは、環境によってはソーシャルワーカーの代わりになる適切な人の例です。包括的な社会的ケアと支援には多方面からのサポートが必要であることを考えると、専門家やサービス間の信頼関係を育むための定期的なミーティングが重要です。高齢者のケアに関わるさまざまな専門家の専門分野の例を以下に示します。

- 生活条件：住宅サービス、ソーシャルワーカー、作業療法士。
- 金銭面：ソーシャルワーカー、給付金相談窓口。

- 孤独：ソーシャルワーカー、ボランティアサービス、主治医。
- 参加：ソーシャルワーカー、レジャー、雇用、ボランティアサービス
- 虐待：ソーシャルワーカー、市区町村、法的相談窓口。
- 日常生活活動：作業療法士、社会福祉士、看護師、または学際的な高齢者専門チーム。
- 屋内移動：理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、または学際的な高齢者専門家チーム。
- 屋外移動：理学療法士、社会福祉士、ボランティア輸送サービス。

1 高齢者虐待の可能性を示す観察の手がかり

高齢者の行動

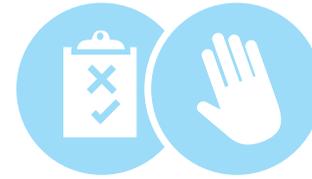
- 家族やプロの介護職を怖がっているように見える。
- 質問されても答えようとしなかったり、答える前に不安そうに家族介護者を見たりする。
- 家族介護者が部屋を出入りすると行動が変わる。
- 家族介護者のことを、「意志が強い」、「疲れている」、「気性が荒い」などと言ったり、「イライラする」、「不安が強い」、「ストレスが多い」、「すぐにキレル」などと言ったりする。
- 介護者に対して大げさに敬意を表したり、極端に敬遠したりする。

介護者・親族の行動

- 専門家と高齢者が二人きりで話すのを妨げたり、評価面接の流れを中断する理由を探し続けたりしている（例えば、何度も部屋に入ってくる）。
- 本来、高齢者に向けられている質問に自ら答えようとする。
- 高齢者が自宅で援助を受ける際に障害となる。
- 高齢者の世話をしなければならないことに強い不満を示している。
- 実際にはそうではないのに、高齢者が「気が狂っている」とか「頭が鈍っている」とか、あるいは「混乱していて何を言っているのかわからない」などと、専門職を説得しようとする。
- 質問中に敵意をむき出しにしたり、疲れていたたり、焦っていたり、高齢者の前で非常に落ち着きがなく、無関心だったりする。

身体的な虐待

- 切り傷、やけど、あざ、ひっかき傷。
- 説明のつかない傷。
- 偶発的に発生したとは考えにくい傷。
- 隠された場所にある怪我や傷。
- 乱暴な扱いで指のような形をしたあざ（多くの場合、上腕部）。
- 脇の下など、本来傷のつきにくい保護された部分の傷。
- 治療していない傷。
- 治癒段階の異なる複数の傷。
- 薬の飲みすぎ、使いすぎ。



評価と管理 社会的支援ニーズ

10.1 日常生活における対人ケアと介助の必要性の評価と管理 (方針のセクションA)

6つの質問は、人の助けを借りずに自分の身の回りのことをすることができなくなったかどうかを評価するために使用されます。内在的能力が著しく低下している高齢者は、この評価を受けるとよいでしょう。

屋内での移動には、ベッドから椅子への移動、歩行、トイレへの移動と使用、階段の使用など、さまざまな活動が含まれます。移動能力が限られていると、個人的なケアを受けるリスクが高まったり、必要になったりします。服を着たり、食事をしたり、入浴したり、身だしなみを整えたりすることはADLに含まれます。ADLができないと、パーソナルケアが必要になります。多くの高齢者は、ADLの手助けを他人に頼りたくなく、自分でなんとかすることを望んでいます。

ADLや移動の問題を抱える高齢者には、リハビリテーションのプログラムが有効です。これは能力の向上に焦点を当てたものですが、内在的能力に限界があるにもかかわらず、機能的な能力を最適化するための支援技術や環境適応を含むこともあります。屋外での移動を支援するために輸送サービスを提供することも含まれます。

困難が残る場合は、配偶者、家族、その他の無償の介護者からの支援を、それらの必要性の検討も含めて見直すべきです。さらなる支援が必要な場合は、ボランティア、民間、または公的な在宅介護サービスを提供すべきです。

10.2 社会的支援ニーズの評価と管理 (方針のセクションB)

内在性能力や機能的な能力のレベルに関わらず、社会的支援ニーズの評価は高齢者にとって有益です。社会的支援を行うことで、高齢者は自分にとって大切なことを行うことができます。これには、生活環境、経済的安定、孤独感、コミュニティ施設などの地域資源や公共サービスへのアクセス、高齢者虐待に対する支援などが含まれます。

B7 住居環境

高齢者が住む場所は、その人の健康、自立、幸福に影響を与えます。問題は、場所の大きさ、アクセス、状態、安全性、セキュリティなど、さまざまなことに関連しています。補足的な質問は、対処すべき分野を特定するのに役立ちます。

住環境の問題は、新たなセキュリティ対策を導入したり、緊急時の連絡先を確保したり、自立した生活を維持するための適応策を講じたりすることで、軽減することができます。住居費や修理・メンテナンスのために、経済的な支援が受けられる場合もあります。すべてがうまくいかない場合は、より適切な住居への移転を検討する必要があります。

B8 経済

経済的資源は、高齢期の健康、自立、幸福感と強く関連しています。問題は、基本的に必要なお金が足りない、あるいは社会に参加するために必要なお金が少なすぎるなどの場合です。また、高齢者はお金がこの先枯渇するのではないか、あるいは自分で金銭管理ができなくなるのではないかと心配することがあります。さらに質問をすることで、対処が必要な分野を特定することができます。

経済的な問題は、家計や財産管理に関するアドバイスによって軽減することができます。金銭的な虐待を防ぐための法的保護が整備されているようであれば、信頼できる第三者に金銭管理の権限を委譲する取り決めを行うことができます。

B9 孤独感

孤独感は、高齢者によく見られ、うつ病や早期死亡の可能性を高めることに関連しています。抑うつ症状のスクリーニングに関するガイダンスは、第9章を参照してください。一人であることと孤独であることは同じではありません。高齢者は、他の人に囲まれていても、人間関係の質が悪ければ、孤独になることがあります。

孤独な高齢者に、家族や友人との社会的な接触を増やしたり同じような興味を持つ人と会ったりすることが孤独感を軽減するのに役立つかどうかを尋ねることは有益です。しかし、接触を増やすことが助けになるかどうかを高齢者に尋ねるときは、個人的な人間関係の状況を明らかにすることへの不安を解消するために、その質問はプライベートなものであることを安心できるよう説明してください。

ペットを飼うことで、多くの高齢者が孤独感を軽減することができます。クラブ、信仰団体、デイセンター、スポーツ、レジャー、教育サービスなど、地域のコミュニティ施設の利用を奨励すべきです。ボランティア活動や雇用を通して貢献する機会もあるでしょう。社会的なつながりは、通信技術の利用によって増やすことができます。孤独と闘うために、これらの対策の全般的な見直しを行うべきです。評価者は、地域の幅広い資源を認識する必要があります。

10

社会的ケアと支援

社会的ケアや支援 のためのケア手順

B10 社会的関与と参加

ICOPEアプローチの目的は、高齢者が自分にとって大切なことを行えるように支援することです。高齢者の生活、優先順位、嗜好を理解することで、高齢者にとって何が大切かを知ることは、社会参加を増やす方法を見つけることができるかもしれないので、役に立ちます。

余暇活動、趣味、仕事、学習、精神的活動などが社会参加の例です。すべての高齢者は個性的であり、自分にとって重要なことはそれぞれ異なります。しばしば非常に具体的な個人個人の優先順位を持っています。個別のケアプランを立てるためには、これらを尋ね、記録する必要があります。

さらに、費用、アクセス性、機会などの課題を特定するための質問をする必要があります。評価者は、地域のレジャー施設やクラブ、学習教室、ボランティアサービス、雇用相談サービスなどの利用の可能性について知っておく必要があります。これらが高齢者の関心事になるかどうかを議論しておくことが大切です。交通手段は重要な問題かもしれませんが、アクセスを良くすることによりサービスが利用できるかもしれません。これらのサービスの中には、高齢者や低所得者が参加できるように料金が補助されているものもあります。

B11 高齢者虐待

介護を必要とする高齢者の多くは虐待を受けやすく、高齢者の約6人に1人が何らかの虐待を経験しており、この数字は以前の推定値よりも高くなっています(20)。虐待には、ネグレクト、心理的虐待、身体的虐待、性的虐待、経済的虐待など、さまざまな形態があります。

高齢者の行動、介護者や家族の行動、または身体的虐待の兆候に基づく観察情報は、潜在的な虐待を特定するために使用されるべきです。① 虐待の疑いがある場合は、専門家による評価と管理が必要です。あなたが懸念していること、専門家の助けを求めることを高齢者に伝える必要があります。あなたの懸念を記録し、高齢者に専門家の助けを求めることを伝えなければなりません。差し迫った脅威を確認した場合は、ソーシャルワーク、市区町村、または法的相談窓口を通じて、専門家による評価を依頼してください。

11

介護者支援

介護者を支えるための ケア手順



内在的能力や機能的能力の低下により介護が必要となった場合、多くの場合、介護は配偶者、家族や家庭の別の人にかかってきます。高齢者のニーズに左右され、介護の負担が介護者の健康状態を損ねることがあります。

地域レベルでの医療従事者や介護従事者は介護者の健康状態を観察し、介護者自身の健康に必要なケアや介護の援助を受けているか調査することができます。

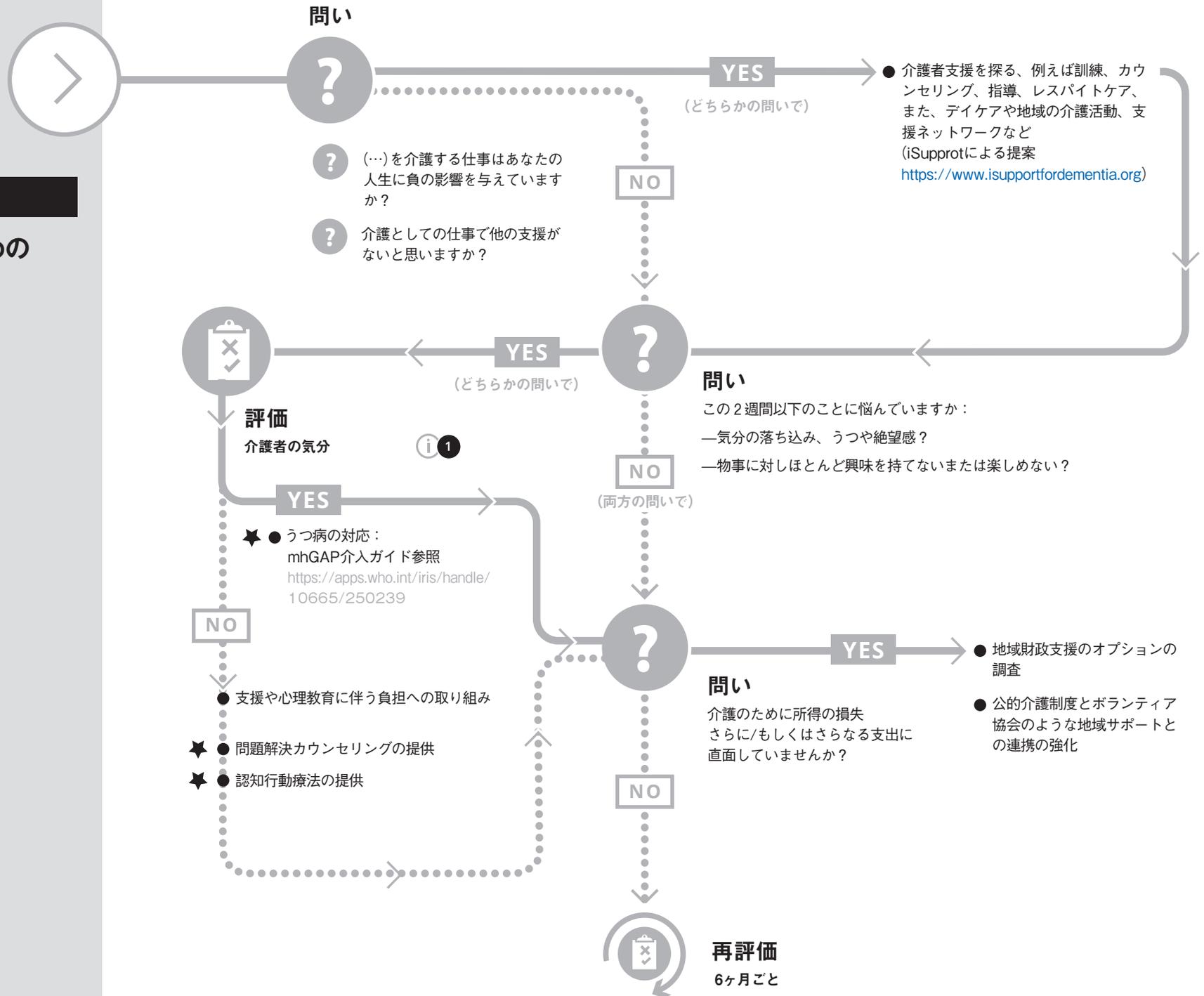
キーポイント

- 内在的能力や機能的能力の有意な低下をきたした高齢者への介護の負担やストレスは介護者として仕えている家族や友人の健康を害する可能性があります。また、その介護は彼らに一特に女性一として無報酬で行われています。
- 援助を必要としている介護者を見つけることは能力が低下した高齢者を見出し対応する上でも重要な部分です。
- 介護者へのさまざまな介入範囲—レスパイトケア、アドバイス、教育、財政支援や精神的介入—があり、それぞれ満足で好ましい関係を維持できるよう介護者を支援できます。
- 介護は虐待を伴うことがあります。福祉従事者は高齢者や介護者を評価し虐待のサインに気づくことがあります。この時には、専門家への紹介が必要です。

11

介護者支援

介護者を支えるための ケア手順



★ Specialized care needed

介護者を支えるための ケア手順

専門的知識が必要な場合

- うつ病を治療するため
- 抑うつ症状を来した介護者への問題解決カウンセリングや認知行動療法を提供するため
- 虐待関係を疑った時



介護者の情緒の評価

人に主症状—気分—の落ち込み、うつ症状もしくは絶望感または物事に対し興味や楽しみが持てない—が一つでも当てはまれば、さらに情緒の評価を行います。もし2つのスクリーニング問題での言葉に馴染まなければ別の言葉を使用してもかまいません。

問い：“この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？”

- 寝付きが悪い、途中で目が覚める、また逆に眠り過ぎる
- 疲れた感じがする、または気力がない
- あまり食欲がない、または食べ過ぎる
- 自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、また自分自身あるいは家族に申し訳ないと感じる
- 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい
- 他人が気づくくらいに動きや話し方が遅くなる
- そわそわしたり、落ち着かず、普段よりも動き回ることがある
- 死んだ方がまし、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある

虐待のリスク

要介護者と介護者との相互関係は通常複雑です。健康で幸せな介護者は異常なほどのサポートが可能ですが、時には思いやりのある関係は片方または両者にとって有難くないものになることがあります。これは高齢者が虐待を受けやすくなる問題を引き起こします。虐待はネグレクト、身体的な優位性（例えば、財政的に）もしくは身体的、精神的、性的虐待の形をとることがあります。ネグレクトは無知や介護者の技術不足もしくは外部の支援や監督の欠如から起こることがあります。高齢者も介護者も医療従事者に虐待について言及しないかもしれません。高齢者の態度や介護者や親せきの態度、また身体的虐待のサインに基づいた観察情報は潜在的虐待を認識するために使用する必要があります。（第10章社会的ケアと支援を参照）

虐待関係の可能性を高める要因とは：

- 長期的関係がとばしい
- 家庭内暴力の既往
- 介護者が必要とされる介護を一貫して行うことが困難；さらに
- 介護者の身体的、精神的問題、特にうつ病、特に男性で飲酒や薬物乱用

虐待の可能性は、認知症者の行為により起こる課題のように、提供される介護の特質や介護者のストレスに関連する要因が単独で関係している訳ではありません。

もし、虐待関係が疑われるなら地域の紹介手順に沿い、より詳細な専門家の評価が必要です。

* これらの質問はPatient Health questionnaire (PHQ-9) (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf) によっており、うつ症状の評価を行うツールの1つです。または、mhGAPの介入ガイドのうつ分野を参照にしてください。
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

11

介護者支援

介護者を支えるための ケア手順

11.1 介護者への質問

74ページの手順が介護者との話し合いを手引きします。この手順では面談を受けた介護者は3つの領域について質問されます。

1. 介護の負担（2つの質問）、もしかすると介護者を支援する実用的な戦略につながります。
2. うつ病の2つの主な症状、もしかするとうつ病の完全な評価を行うことになるかもしれません（9章 うつ病参照）。
3. 介護者の財務コスト、もしかすると利用できる地域の財政支援や組織化された社会的ケアの源泉につながることができるかもしれません。

介護者と話をするとき、医療従事者は疲労、怒り、不満や無関心のサインを探します。また、医療従事者は介護者に社会的ケア提供者からのさらなる評価や支援を望むかどうか尋ねることができます。時間と共に、介護者の負担は積み重なっていきます。6ヶ月ごとの再評価が適切です。

率直にまたすべて話すことに対する介護者の困惑やためらいを軽減するため、介護者の役割や効果の評価は高齢者と離れて行うことが最も望ましいです。

高齢者の認知機能の問題も踏まえると、高齢者と介護者の

評価は様々な理由で異なる場合があります。従って、評価は固有の能力から得られた知識に照らし合わせて検討する必要があります。

11.2 介護者のための支援の提供

医療従事者や介護従事者による支援や監修により、適切な研修を受けた専門家や報酬のある介護者が無報酬の介護者を支援するべきです。地域において、医療従事者や社会福祉従事者—専門家またボランティアとも—無報酬介護者の支援のための利用可能な資源を振り分けるネットワークを形成することができます。

iSupportはWHOのオンライントレーニングプログラムで、認知症の介護者が良い世話をする助けや介護者自身のケアを行っています。

<https://www.isupportfordementia.org>を参照

支援は家族の主要な介護者に焦点をあてています。介護者のニーズを理解するため、支援者はアドバイスや実用的な支援や革新的な支援技術により援助できるケアを念頭におきながら、介護者にどのようなことが行われているか、方法や頻度を尋ねることができます。（77ページのBOX参照）支援は介護者の選択を尊重し、介護者のウェルビーイングを最適化することを重視すべきです。

介護者を支えるための ケア手順

医療従事者や介護従事者が可能な事項

- 介護者に特殊なケアの技術の提供—例えば困難な行動の対応；
- レスパイトケアのような実質的な支援の提供や手配の検討；そして
- 機能性能力を喪失した人が社会的給付や政府や非政府からの社会的もしくは財政支援を受けることができるかの検討

アドバイスを与える。 介護者はかなりのイライラやストレスを感じることがあります。それはまた高齢者と介護者との以前の関係が失われていくという悲しい気持ちにより複雑になります。特に介護者が配偶者のときにはなおさらです。

介護者には可能なかぎり高齢者本人の人生やケアの意思決定に関与しながら高齢者の尊厳を尊重するように働きかけます。

レスパイトケアの手配。 介護が負担や疲弊してきた時、別の人が一時的に高齢者を監督し介護を行うことができますか？専門の人やボランティアにかかわらず、家族や家庭の別の人や研修を受けた介護従事者が行うことができます。デイケアのような、レスパイトケアでは主な介護者から解放され、休息を取ったり、他の活動を行ったりすることができます。デイケアは地域支援の1つの形で、1週間に数日、1日数時間、個別のケア（入浴、食事、散髪、排泄）やリハビリテーション、レクリエーションや社会活動プログラム、食事、移送を提供します。また、デイケアは介護者のための家庭訪問、家族活動、支援グループや研修などを介護者に提供することができます。介護から少しの期間離れることは介護関係を健全で持続可能な状態を維持する助けになるかもしれませんが、また、通常介護者から離れる期間は要介護者にとっても有害なことではありません。

精神的サポートの提案。 特に、介護が複雑で広範にわたり介護者の負担が大きくなった時、介護者の精神的ストレスに対し支援や問題解決カウンセリングを試みて下さい。

革新的補助技術

遠隔モニタリングや介助ロボットのような革新的補助医療技術は、介護者はもちろん高齢者のQOLを改善し、高齢者の機能的能力を高め、選択肢、安全性を増し、自立や自制感を増加し、住み慣れた地域での生活を可能にするための手段となる可能性があります。これらの技術の使用は高齢者や介護者のニーズや自分たちの選択に基づくべきで、また、使用者には適切なトレーニングが必要です。研究や発展のために資金調達システムを充実させることや公正な履行を確実にする為には慎重な注意が必要です。

革新的補助技術の例：

- 社会的支援ロボットPARO。このロボットペットは仲間付き合いを提供します (22)。
<http://www.parorobots.com>
- ハイブリッド補助肢 (HAL) 腰タイプ。これは要介護者をベッドから椅子や浴槽に抱き上げて移す際に必要とする介護者の筋機能を補助します。
https://www.cyberdyne.jp/english/products/Lumbar_CareSupport.html

12 個別化されたケアプランの作成

キーポイント

- ✓ パーソンセンタードケアとは包括的かつ個別に調整されたケアで、医療従事者と高齢者、および高齢者を支える家族や友人の協力的な関係によって支えられる
- ✓ 多職種チームは、高齢者が自身の目標を設定することを助けることができる
- ✓ パーソンセンタードケアを支える介入については、高齢者において優先されるニーズや目標に鑑みて、合意に至るべきである
- ✓ 目標を達成するためには、継続的で定期的なフォローアップが必須である

高齢者個人のためのケアプランをたてることは、伝統的な疾患中心の方法とは異なる方向性をもつ人間的なアプローチであり、かわりに高齢者のニーズや価値観、嗜好に焦点を当てます。ひとたびこれらが記載されれば、医療および社会福祉ケアのすべての面において、パーソンセンタードケアのプランが主導して、現実的なニーズにあった目標をサポートします。

個別化されたケアプランを作成するステップ

1. 機能的な能力、健康、ウェルビーイングを向上させる機会をみなおし、議論する

高齢者とその家族および/あるいは介護者（必要に応じて）とともに、多職種チームは、ケアの過程で提案されたパーソンセンタードケアの評価と介入を今から見直しましょう。パーソンセンタードケアの評価は、ケアプランに含まれ、患者と話し合うべき介入案のリストの作成につながるでしょう。ICOPE アプローチは、この過程で医療従事者の役に立つことが出来ます。多職種チームには、プライマリケア医、専門医、看護師、地域のケアワーカー、ソーシャルワーカー、セラピスト（理学療法、作業療法、言語聴覚、心理療法）、有償あるいは無償の介護者、薬剤師、およびボランティアなど、高齢者のケアに関わるすべての人が含まれます。

2. パーソンセンタードケア目標の設定

目標を特定、設定し、優先順位をたてるための、パーソンセンタードケアの目標の設定は、ケアプラン作成において重要な要素です。多職種チームには、高齢者に自身のケアに関する意思決定に関わらせること、そして、そのニーズ、価値観、嗜好、および優先順位を理解し尊重することが、重要です。このことは、現在、医療従事者が患者と関わる方法の大きな改革です。

ケアの目標は、医学的な問題による直接的な影響を軽減するだけでなく、高齢者が自身が最も価値をおくこと、すなわち、介助されずに安全にエイジング・イン・プレイスを実現することであったり、個人的な成長を継続することにより焦点をおくことを可能にします。中期から長期的な（6から12か月）の目標に加えて、高齢者がやる気を維持し関わり続け、急な変化あるいは恩恵を得るため短期的な（3か月）ゴールも含めることが推奨されます。

3. 介入への同意

パーソンセンタードケアのアセスメントと経過の結果として、ケアプランに加える介入を提案するにあたっては、次のことが必要です。

- a) 高齢者からの同意
- b) 高齢者の目標、ニーズ、嗜好、および優先順位にあわせること
- c) 身体的状態や社会的状況を含めて考えること

続いて、ケアワーカーやソーシャルワーカーは高齢者とそれぞれの介入について、ひとつひとつ、最終のケアプランに残すものについて同意をえるための議論をすべきです。

4. ケアプランの決定と共有

ここまできたら、医療従事者はケアプランのなかに議論の結果を記録し、その記録を高齢者やその家族、介護者、およびそのケアに関わりうる他の人々と共有し、同意を得る必要があります。ICOPE mobile app は、優先順位の高い目標や、定められた条件を含む、ケアプランの要約に従事するすべてのひとを補助することで、このプロセスをサポートします。

5. モニタリングとフォローアップ

ケアプランの実施を定期的にフォローアップしモニターすることは、合意された目標を達成するために必須です。これは、進捗状況をモニターする機会をつくり、介入に参加することの困難、介入の悪影響、機能状態の変化を早期に発見することを可能にします。それはまた、高齢者とそのケア提供者との間の良好な関係を維持することを手助けします。フォローアップのプロセスには、以下の内容、その他が含まれます。

- ひとつひとつケアプランがうまく実施されていることを確認する
- パーソンセンタードケアのアセスメントを繰り返し、変化があれば記録する
- 医学的および社会的ケア介入の実施における結果、障害、合併症をまとめる
- 変化や新しいニーズを同定する
- 必要なときには新しい介入を採用することや、必要に応じてプランを改め発展させることを含め、変化やニーズに対応をさらに深めることに合意する
- このサイクルを繰り返す

機能的能力の領域

1. 財産の保全、住居の維持、身の回りの安全のような基本的なニーズに対応できる。
2. 学び、成長し、決断すること。それには、知識を学び応用することや、問題の解決に従事すること、個人の成長を維持することへの努力、そして選択する力が含まれる。
3. 動けること。このことは、家のまわりのことをしたり、お店や地域のサービスや施設を使用したり、社会的、経済的、文化的な活動に参加するために必要である。
4. 子供や他の家族との関係性、および友人や近所の人たち、同僚との非公式の関係性、および、地域のケアワーカーとの公式の関係性を幅広く築き維持すること。
5. 貢献すること。このことは、社会的、文化的な活動に従事することと強く関係する。これには、友人や近所の人たちを助けたり、仲間や若い人たちを指導したり、家族や地域のひとたちの介助をしたりすることが含まれる。

12

どのようにしてパーソンセンタードケアの目標設定するか

目標をさだめる：

高齢者やその家族、介護者とともに目標をさだめます (23)。

• 質問 1

あなたの人生のすべてにおいて、もっとも大切なものを説明してください。

• 質問 2

あなたの人生で、いくつかの具体的な目標は何ですか？

• 質問 3

あなたの健康に関して、いくつかの具体的な目標は何ですか？

• 質問 4

さきほど議論した、人生および健康に関する目標に基づいて、これからの3か月に、あなたが集中したいと思う3つを選んでいただけませんか。これからの6から12か月では、どうですか？

目標を設定する：

目標は高齢者のニーズやかれらが感じる問題の定義にあわせることができます。

• 質問 5

それぞれの目標 1、2、3 について、これからの3か月、具体的に何に従事したいですか。これからの6から12か月ではどうですか？

• 質問 6

現時点で、あなたは目標に関連して何をしていますか？

• 質問 7

この目標を達成するにあたって、あなたにとって理想的な、しかし可能なターゲットは何ですか？

目標に優先順位をつける：

高齢者とケア提供者の間で優先順位をたてた目標の合意は、よりよい結果の実現につながります。

• 質問 8

これらの目標のなかで、これからの3か月、どれにあなたは最も従事したいですか。あなた一人で行いますか、それとも (医師のXやそのチームから) 助けをもらいたいですか。これからの6から12か月ではどうですか？

13 医療・介護制度はWHO ICOPEの実装に どのように寄与するのか？

キーポイント

- ✓ ICOPEによるアプローチを効果的に実施するには医療と社会福祉サービスをつなぐ包括的なアプローチが必要です。
- ✓ 高齢者の内在的能力や機能を最適化することは、地域社会や地域で働く医療従事者から始まります。健康および社会部門のシステムは、地域のレベルに焦点を合わせたケアをサポートする必要があります。
- ✓ 個別のケアプランは、ICOPEアプローチの中心です。これらの計画を実行し管理するために、従事者はケースマネジメントの特定のトレーニングを必要とする場合があります。

高齢化と健康に関するWHO World report は、医療・介護制度の新たな方向性を示しています(1)。この報告書では、高齢者の機能的能力を維持・向上させることを目的として、高齢者の内在的能力の最適化に焦点を当てるよう、これらの制度に求めています。2017年に発表された「内在的能力の低下を管理するためのコミュニティレベルの介入に関するWHOガイドライン」は、この新しい方向性を、地域レベルでの評価とケアの実践的な取り組みとして具体化したものです(2)。これらは共に、パーソンセンタードな、包括的な医療・社会的ケアと支援を発展させるものです。この取り組みは、地域の医療・ケア従事者が実行可能な、パーソンセンタードな健康と社会的ケアのニーズの評価から始まります。

本章では、ICOPEの取り組みを実装する際に考慮すべき重要な点に焦点を当てます。ICOPEアプローチを実施するためのシステムとサービスのためのWHO ICOPE ガイダンスでは、実装について詳しく説明しています。
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>)

13

13.1 実施のための国の支援

最初のステップとして、WHOの推奨事項とこのハンドブックの両方を、介護福祉士、介護者、および高齢者自身の地域の状況や文化、言語に適合させる必要があります。適応に関する包括的な進め方は、まずは新しい取り組みに対する幅広い支援を構築することから始めます。

ICOPEの取り組みを実施するには、政策立案者、医療専門家、社会福祉従事者、研究者、地域社会、高齢者などの関係者が、あらゆるレベルや段階で継続的に協力する必要があります。地域の知恵により、世界的なガイダンスを実現可能で受容可能なサービスに翻訳することが可能となります。

ヘルシーエイジングを促進するためには、医療と社会的ケアの両部門の関与が必要です。国の政策が医療と社会的ケアの包括的アプローチを支援していれば、両部門はICOPEの取り組みを採用し適用することができます。従って政策は医療と社会的ケアの間の連携が国、地域、およびコミュニティレベルでどのように機能するかを明記する必要があります。

インセンティブと報酬、資金調達方法、取り組みに関するモニタリングにより、内在的能力と機能的能力を最適化する高齢者のケアの優先順位を上げることができます。情報システムは、国や地域のレベルでこの変革をモニタリングすることに向けられるべきです。

13.2 予算と人的資源の要件

ICOPEの取り組みの実装化による効果を分析して、どこに追加投資が必要かを特定する必要があります。たとえば、医療従事者のトレーニング、テクノロジーの使用、健康情報システムの適用などです。特に、地域保健および社会福祉従事者、プライマリーケアチームは、新しい取り組みを理解し、適用するための支援が必要となります。国や地域の職能団体は、すべての利害関係者が関与する参加型取り組みの一環として重要な役割を果たします。

国内導入のための重要な検討事項

ICOPEの取り組みを医療・介護制度に統合するためには、以下を確認する必要があります。

- **実現可能性** — 財政的、組織的
- **持続可能性** — 効率性と労働力
- **一貫性** — ヘルシーエイジングを支援する政策との整合性
- **統合** — 医療と社会的ケアサービスの連携

13.3 医療・社会的サービス間のケアと支援の統合

すべての包括的ケアによる介入は、2005年にWHOが「関連する利害関係者による知識の統合、交換、適用により、医療制度の強化と人々の健康の改善における世界および地域における新たな考え方・取り組みのメリットを加速する」と定義したknowledge translation（学術成果の実装化）の原則に従う必要があります。WHOが2012年に発表した「高齢化と健康に関するknowledge translationの枠組み」は、特に複数の併存疾患や医療サービスへのアクセスが困難な高齢者のケアに適用するために開発されました（24）。

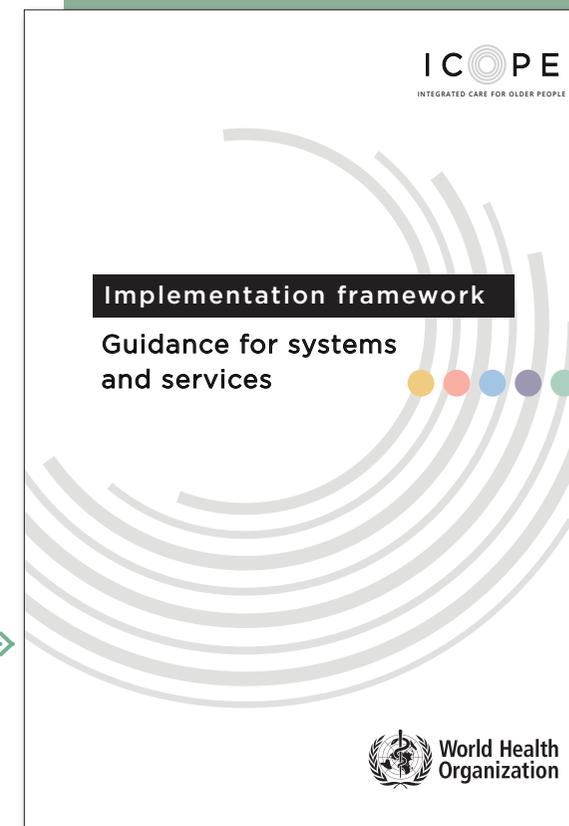
WHOが2016年に発表した「人を中心とした統合医療サービスに関する枠組み」では、質の高い包括的ケアを実現するための主要なアプローチが提案されています（6）。包括的ケアの重要な要素は、医療・社会的ケアの複数の領域にまたがる可能性が高いケアプランの設計、調整、およびモニタリングを支援する強力なケースマネジメントです。健康と社会的ケアワーカーは、ケースマネジメントおよびICOPE勧告の臨床的側面において特定のトレーニングを必要とする場合があります。

WHOのICOPE実装の枠組みでは、ICOPEを実施するためのサービスおよびシステムレベルでの重要な行動が強調されています（25）。ガイダンスでは、包括的ケアを提供するためにサービスやシステムの管理者がとるべき行動（84ページ）を取り上げています。この枠組みでは、既存の健康・社会サービスの範囲に応じて、具体的な行動を推奨しています。

13.4 実施を支援するための地域の健康と社会的ケアサービスの調整

ICOPEの介入は、ageing in placeを支援するという観点から実施されるべきです。つまり、高齢者が自分の家や地域で安全に、自立して、快適に暮らせるように、健康と社会的ケアサービスを提供する必要があります。介入は、プライマリーケアと地域を基盤としたケアを優先したケアモデルを通じて提供されるように設計されています。これには、在宅介入、地域社会への参加、完全に包括的な紹介システムなどが重点的に含まれます。

この焦点は、プライマリヘルスケアと国民皆保険へのアクセスを増やす上で地域医療従事者・ケア従事者が果たす重要な役割を認識し、支援することによってのみ達成できます。地域に根ざしたヘルスワーカーのプログラムを最適化するための健康指針とシステム支援に関するWHOガイドラインでは、地域の医療・ケア従事者の選択、訓練、核となる能力、監督、および報酬に関するエビデンスに基づいた提案と推奨を行っています（26）。



<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>

13

ICOPE 実装の枠組みからの活動の概要

サービスのための行動

- ✓ **人々やコミュニティを巻き込み、力を与える。** 高齢者、その家族、市民社会をサービス提供に関与させ、介護者を支援・訓練する。
- ✓ **多職種チームによるサービスの調整を支援する。** 地域社会でケアを必要とする高齢者を特定し、総合的な評価を行い、総合的なケアプランを作成する、医療・社会福祉従事者のネットワークを構築する。
- ✓ **サービスを地域密着型のケアに向ける。** 十分なインフラに裏打ちされた地域密着型の従事者とサービスを通じて、機能的能力に焦点を当てた効果的で納得のいくケアを提供する。

システムのための行動

- ✓ **ガバナンスと説明責任のシステムを強化する。** 政策とサービスの開発に利害関係者を参加させる。包括的ケアと高齢者虐待への対応を支援するための政策と規制を策定する。継続的な品質保証と品質改善に着手する。ケアを公平に提供する能力を定期的に評価する。
- ✓ **システム強化を可能にする。** 労働者の能力、資金調達、人的資源管理を開発する。サービス提供者間の情報交換のためのテクノロジーの活用。内在的能力と機能的能力に関するデータを収集して報告する。自己管理を支援するためのデジタル技術の活用。

専門的なケアが必要な場合は、二次・三次レベルの医療従事者のネットワークが、地域の医療従事者の活動を支援する必要があります。明確な紹介基準と経路は、業務レベルですべての関係者の合意を通じて確立され、品質保証のためにモニタリングされなければなりません。ケアプランが適切に維持され、ヘルスケアと支援の提供が効果的であることを保証するために、フォローアップのための取り決めを明確にする必要があります。フォローアップと支援は、健康状態に大きな変化があった場合や、高齢者が転居や配偶者・介護者の死などの大きなライフイベントを経験した場合に特に重要となります。

13.5 コミュニティへの参加と 介護者への支援

介護従事者は、地域社会の追加の資源の助けを必要としています。高齢者のケアと支援に地域社会や近隣がより積極的かつ直接的に関与するためには、地域の組織化と政治的な高い意識の両方が必要であり、特にボランティア活動を奨励し、高齢のコミュニティメンバーの貢献を促進することが必要です。高齢者のクラブや協会は、この取り組みの自然な味方です。

同時に、ヘルスケアシステムは、健康的な高齢社会をサポートするパートナー、コミュニティ組織、高齢者の家族やその他の無償の介護者に対して責任を負っています。この責任には、第11章で述べたように、介護者の健康と福祉への配慮や、ヘルシーエイジングのための健全な環境を作るための地域社会や地域組織との相互支援、協力、調整が含まれます。

REFERENCES

1. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization (WHO); 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, accessed 2 April 2019).
2. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>, accessed 2 April 2019).
3. Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2017: Highlights. New York: United Nations; 2017 (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf, accessed 2 April 2019).
4. Sustainable Development Goals [website]. New York: United Nations; no date (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, accessed 2 April 2019).
5. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO; 2017 (<http://www.who.int/ageing/global-strategy>, accessed 2 April 2019).
6. Framework on integrated, people-centred health services: report by the secretariat. Geneva: WHO; no date (A69/39; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>, accessed 2 April 2019).
7. Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, et al. Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(1):16–24. doi: 10.1111/jgs.12607.
8. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227–46. doi: 10.1111/jgs.13702.
9. painHEALTH. Pain management. East Perth: Department of Health, Western Australia; no date (<https://painhealth.csse.uwa.edu.au/pain-management>, accessed 1 May 2019).
10. Assistive devices and technologies. Geneva: WHO; no date (<https://www.who.int/disabilities/technology>, accessed 1 May 2019).
11. Texas Department of Aging and Disability Services. Instructions for completing the Nutrition Risk Assessment (NRA): DETERMINE Your Nutritional Health. Washington (DC): Nutrition Screening Initiative; 2010 (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>, accessed 2 April 2019).
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*. 1996;54(1,part 2):S59–65. doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x.
13. Camicelli AP, Keeffe JE, Martin K, Carbone J, Balding C, Taylor H. Vision screening for older people: the barriers and the solutions. *Australas J Ageing*. 2003;22(4):179–85.
14. Blindness and vision impairment Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO; 2018 (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>, accessed 2 April 2019).
15. Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. Davis A, Smith P, Ferguson M, Stephens D, Gianopoulos I. *Health Technology Assessment*, 2007, 11(42).
16. Primary ear and hearing care training resource. Geneva: WHO; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43333>, accessed 2 April 2019).
17. Li CM, Zhang X, Hoffman HJ, Cotch MF, Themann CL, Wilson MR. Hearing impairment associated with depression in us adults, national health and nutrition examination survey 2005-2010. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;140(4):293–302. doi: 10.1001/jamaoto.2014.42.
18. Zhang X, Bullard KM, Cotch MF, Wilson MR, Rovner BW, McGwin G Jr, et al. Association between depression and functional vision loss in persons 20 years of age or older in the United States, NHANES 2005–2008. *JAMA Ophthalmol*. 2013;131(5):573–81. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2013.2597.
19. Spotting the signs of harm, abuse and neglect Scotland. Streatham: Action on Elder Abuse; no date (<https://www.elderabuse.org.uk/spotting-the-signs-of-harm-abuse-and-neglect>, accessed 2 April 2019).
20. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
21. Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest*. 2005;128(6):3925–36. doi: 10.1378/chest.128.6.3925.
22. Liang A, Piroth I, Robinson H, MacDonald B, Fisher M, Nater UM, et al. A pilot randomized trial of a companion robot for people with dementia living in the community. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(10):871–8. doi: 10.1016/j.jamda.2017.05.019.
23. Javadi D, Lamarche L, Avilla E, Siddiqui R, Gaber J, Bhamani M, et al. Feasibility study of goal setting discussions between older adults and volunteers facilitated by an eHealth application: development of the Health TAPESTRY approach. *Pilot Feasibility Stud*. 2018;4:184. doi: 10.1186/s40814-018-0377-2.

24. Knowledge translation. Geneva: WHO; no date (https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation, accessed 2 April 2019).
25. Integrated care for older people: Guidance for systems and services. Geneva: WHO; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>, accessed June 2019).
26. Community-based health workers (CHWs). Geneva: WHO; no date (<https://www.who.int/hrh/community>, accessed 2 April 2019).

© 一般社団法人日本老年医学会 2021

この翻訳は、世界保健機関（WHO）によって作成されたものではありません。WHOはこの翻訳の内容や正確さに責任を負いません。オリジナルの英語版は、Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care、ジュネーブ、世界保健機関；[2019] であり、オリジナルの英語版を拘束力のある正統な版としています。本翻訳版は、CC BY-NC-SA 3.0 のもとに、公開されています。