



専門通信教育
3ヵ月修了コース

新規開講2004年5月

9月までの限定1,000名募集

※試験日に合わせて開講時期を限定させて頂きます。

全職種・全試験範囲対応

介護支援専門員受験対策

ケアマネジャー 最短合格講座2004

受講料(税込)/30,000円

◆責任編集・執筆・添削指導代表

★日総研会員制情報誌20誌の年間購読者は3,000円off

日総研介護支援専門員試験対策研究会

**色々なタイプの課題(穴埋め式・○×式・記述式)で
無理なく必要な知識が頭に入ります。**

特
色

- ①全職種の全試験範囲を網羅しているので、
どんな職種の方でも合格できるようサポートします。
- ②『改訂 介護支援専門員基本テキスト』を読む時間がない人のために、
合格に必要なポイントを効率的に学べます。
- ③介護支援専門員試験対策の第一人者から、
添削の質疑応答を通して的確な指導を受けることができます。
- ④本試験と同じ形式の予想問題とマークシートで、
実力をチェックし弱点を補強できます。
- ⑤職種別の試験範囲の免除に対応した編集になっているので、
効率的に必要な試験範囲のみの勉強ができます。

受講者特典

多忙な人のために、
試験の重要ポイントを簡潔にまとめた

『早わかり正文集600』を全受講者にもれなくプレゼント!

※4月末に教材と同時に送ります。



★詳しくは www.nissoken.com ★お申し込みは ☎0120-054977 cs@nissoken.com

ケアのエビデンス 学習講座

岩下由加里

医療法人社団愛優会/NPO法人クオリティケア 副理事長
看護師/介護支援専門員/日本医師会医療安全推進者/ISO審査員補



水分は命の源 介護専門家の力で高齢者の命を守る

はじめに

介護ケアプランには、2つの側面があると言われている。Morrisによると、「1つは各要介護度に応じた保険給付額の枠内で、日々のサービス内容を定めるための業務計画としての側面である。もう1つは、利用者のニーズを科学的に評価分析して、それに基づいて状態の改善や悪化の予防を目標に設定し(たとえば、ADLを1段階改善)、それを管理するための本来のケアプランとしての側面である」¹⁾という。

ケアを実践する介護従事者にとっては、ケアプランで定められたとおりに介護を提供するという旧体制の方法では、介護事業、さらには介護専門家としても生き残れなくなる時代が到来した。介護専門家として生き残るためには、Morrisの述べる2つ目の側面をケアとして実施できるような実力をつけることが重要である。

日本の介護と諸外国の介護を比較している多くの研究家が共通して述べていることは、

「日本では食事、排泄、入浴の介護にのみ力を注いでいる」という点である。確かに介護の基本ではあるが、これらを日常業務として単純に繰り返しているだけでは、「状態の改善や悪化の予防」を成し遂げることはできない。介護専門家は、いまや「状態の改善や悪化の予防」に関する知識、技術を身につける必要がある。

本連載は、「ケアのエビデンス(根拠)学習講座」と題して、介護専門家としての実力をつけるために重要なポイントを5回にわたり、わかりやすく解説する。高齢者の状態をどのようにして改善するのか、さらには、状態が悪化しないように医療ではなく、介護の力でどこまでできるのかを学習し、現場でぜひ実践していただきたい。

ナイチンゲールとケア

ナイチンゲール研究の第一人者である金井は、ナイチンゲールの「看護覚え書」を研究するなかで、「ケアとは、配慮したり、気遣っ

たりすることだ²⁾と述べている。介護的なケアは、この基本的な配慮するという点を含んだ介護のことを指している。

介護にもいろいろな定義があるが、筆者が最も適切であると判断する金井の定義は、「介護とは、1つの目的を持った生活援助行為である。その目的とは、高齢者や障害者が、各々の生命の質と生活の在り方に沿って、自己の持てる力を十分に発揮して、自立した（健康的な）生活が送れるように、その生命過程（暮らし）を整えることである³⁾」というものである。

この考えを基本にして、最も重要なケアのエビデンスを解説する。

水分がすべて

介護従事者は、身体を見ないという批判がある。しかし、「自己の持てる力を十分に発揮して、自立した（健康的な）生活が送れるように、その生命過程（暮らし）を整えること³⁾」を達成するには、身体の状態を見ることができるよう訓練していく必要がある。そのなかでも水分は、人間が生きていくための最も重要な物質であり、高齢者の死亡原因の多くは水分不足によるものである。

水分が不足すると、血液の粘度が濃くなり、脳梗塞や心筋梗塞が引き起こされる。特にもとのリスクファクター（危険要因）として、高血圧や動脈硬化がある場合には、さらにその危険度が高くなる。夏季には、原因不明の37度台の微熱が続くことがあり、高齢者がぐったりして元気のない場合は、その

ほとんどが水分不足による脱水が原因である。緊急入院した高齢者が、病院で点滴を2、3本しただけで元気になる場合は、ほぼ間違いなく脱水が原因である。なぜなら、点滴のほとんどが、スポーツ飲料のような水分を補給するものだからである。

自立した生活を送るには、まずは、「生きる」という根本的なことから充実させていかなければならない。そして「生きる」ためには、十分な水分を摂取することが基本なのである。高齢になると、のどの渇きをキャッチする脳の機能が低下する。そのため、身体は水分不足を感じているが、脳で感じるができないため、「のどが渇いていませんか？」という介護従事者の問いかけにも「いいえ、渇いていません」となってしまうのである。

介護従事者は、のどの渇いていない高齢者に無理やり飲ませるのは、かわいそうとか、ひどいことだと感じることもある。それは、高齢者の身体の状態が理解できていないからである。脳でのどの渇きをキャッチできないことを理解していれば、かわいそうなどという感情的な表現にはならないはずである。

必要な水分量

次に理解すべきことは、高齢者はどの程度の量の水分を摂取しなければならないのかという点である。通常、健康的な生活を送る上でどれくらいの水分量を摂取するのが適切なかを理解できていない医療従事者も多いなか、介護従事者が適切な水分摂取量を理解できていないのは仕方のないことだろうか。筆

者が全国の講演で医療従事者や介護従事者へ、1日に必要な水分量を質問しても、まともに答えられる人はごくわずかである。日本の健康に関する知的レベルが低い証拠であると感じる。

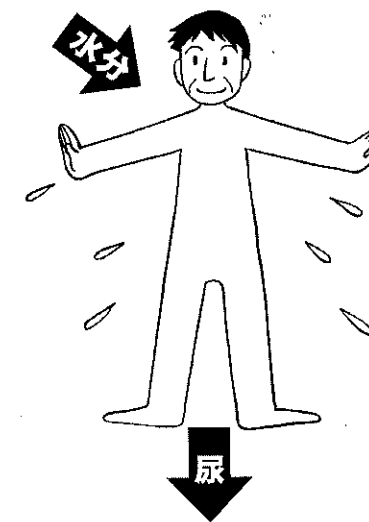
水分というと、水道の水しか飲んではいけないと勘違いする方がいるので説明しておくが、ここでいう水分とは、水、お茶、紅茶、ジュース、牛乳、スポーツ飲料など、食事以外の液体でできているものを指す。ただし、アルコールは除く。医学的に厳密に計算しなければならない疾患を持っている方以外の高齢者の場合には、食事の中に含まれる水分量は、あえて計算する必要はなく、食事以外の水分量を計算する。食事の時に飲むお茶や水は計算に入れる。

高齢者では、1日に650ml程度の尿量が必要となる。この「必要となる」という意味は、650ml以上の尿がないと、身体のおもむきを尿から排出することが不足するということであ

る。そして、650ml以上の尿を出すためには、そのほか汗や呼吸からも水分は失われてしまうので、1日当たり1,500ml前後の水分が必要となるのである。本来は、この1,500mlというのは、食事の中に含まれる水分量が加わっている。しかしこれは、1日3食必要な量の食事をきちんと取っている場合である。1日2食しか食べない方や、食事メニューに偏りのある方の場合には、食事以外での水分を多めに取らないと足りなくなってしまう。

高齢者ケアプラン策定指針では、「毎日1,500ml～2,000mlの水分を経口摂取できない場合には、水分や電解液の不足を他の方法で補わなければならない⁴⁾」とある。これは、口から水分を1,500ml以上飲めなければ、点滴をするくらい大変なことなのですよ、と注意を促しているのである。

このことからわかるように、医師から水分制限を指導されている方以外は、食事以外に1,500ml以上の水分を飲むことが必要である。



汗や呼吸からも水分は失われるので、尿を650ml排出するためには、1,500mlの水分が必要である。

どうやって1,500ml以上 飲んでいただくか

さて、どうやって1日に1,500ml以上の水分を食事以外に飲んでいただくか。高齢者の性格や特徴をつかみながら、いかに嫌がられずに水分を勧めていけるかが、介護専門職の技術の一つである。その前に、介護専門家の皆さん、自分自身が必要な水分量を摂取できているだろうか。自分ができないことを他人に勧めても、何の説得力もない。まずは、自分が1,500ml以上摂取するようにしていこう。

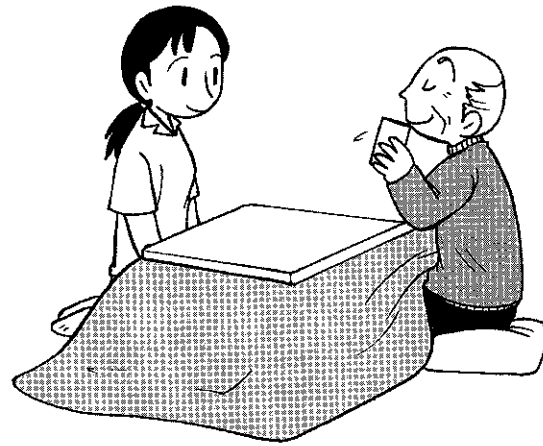
医療法人社団愛優会では、「脱水への挑戦」として、高齢者ケアのなかでも最も重要な水分摂取に関して、日々研究を積み重ね、そして在宅や通所介護での実践を積み重ねてきた。そのなかから、どのような方法で高齢者の脱水を予防するかについて述べる⁵⁾。

約2年間の在宅利用者調査の結果では、1日1,500ml以上飲むことができない利用者は、「夜間の排尿が増えるのではないか」「水分を勧められても、何を飲んでいいのかわからな

い」といった不安がある。よって、まず水分の必要性を知識として説明しながら、このような不安の一つひとつ答えていくことが大切である。そして、コップ約10杯の飲み物を1日の中でどのように割り振って飲んでいくかを、その利用者の生活パターンに合わせて計画することが大切である。

施設入所の方であれば、1日の日課はほとんど決まっているので、さらに実行に移しやすいであろう。ただ、施設の問題点は、お茶の準備はするのだが、その後勧めたり、飲んだかどうかをきちんと確認したりしないで、そのままになっている点である。きちんと飲んだことを確認しなければ意味がない。飲んだ時間と量を記入できる水分摂取表を、家庭でも使用するように指導していくことが大切である。

この調査研究の結果では、1日1,500ml以上飲むことをテーマとして取り組む前には、全利用者の17%しか飲めなかったのが、取り組み後には、59%の利用者が飲めるようになっていた。



お茶を出したら、勧めて、飲んだかを確認する。

ただし、1日1,000ml未満の利用者も存在しており、脱水の危険が高いため個別のケアが必要になった。分析を続けると、水分を十分に取れない方にはいくつかの共通点が見出された。

- ① 独居または日中独居の方
- ② 介護・看護の訪問回数が少ない、または訪問時間が短い方
- ③ 摂食・嚥下困難である方

以上の3点のうちいずれかに当てはまる方が、脱水で入院をし、最悪死亡するという危険性をはらんでいる。このような方のケアは、特に看護師が中心となって活躍すべきであり、その利用者に合ったさまざまな個別のケアが必要である。

さらに、覚えておいてほしいことは、スポーツ飲料のような電解質の豊富な飲み物の活用である。高齢者は中年成人と異なり、実は塩分であるナトリウムが不足している方が多い。よって、塩化ナトリウムやそのほかのイオン、電解質がバランスよく含まれているスポーツ飲料を、1日にコップ1杯程度は飲むようにしたい。特に風呂上がりは一番汗をかいているので、スポーツ飲料がぴったりの時間帯である。運動やリハビリテーションをした後もスポーツ飲料が良い。汗の中には塩分が含まれているからである。

このように、汗をかく入浴や運動の後にはスポーツ飲料、朝起きた時や寝る前、夜途中で起きた時は真水が良いなど、その場に適した水分を選ぶことも必要である。真水が良い理由は、朝起きた時は血液が一番濃くなっているのをそれを薄めるために、寝る前や夜中

も血液がどんどん濃くなる時なので事前に薄めておこうという意味である。そのほかの時間帯は、ジュースでも牛乳でもお茶でも、その方の好きな飲み物で構わない。

1,500ml以上飲んでは いけない人々

例外的に、水分を1,500ml以上摂取してはいけない方がいる。医師から水分制限を指導されている方、つまり飲んだ水分を身体の外に排泄できない病気の方である。

腎臓の機能が悪い場合は、水分を排泄する機能が障害されているので、身体に水がたまり、むくみが出てしまう。その水は、むくみだけでなく、ひどくなると心臓や胸に溜まり、心臓が必要以上に大きくなる状況に陥ってしまう。心臓が大きくなりすぎると、ポンプの役割ができにくくなり、心不全と呼ばれる状況になってしまう。よって、腎不全、心不全などの場合には、水分制限がないかを医師に確認する必要がある。

今まで必要な水分量を取れていなかった高齢者が1,500ml以上の水分摂取を始めた場合には、足にむくみがきていないかを常に確認していく必要がある。医師が水分制限なしと言っても、検査をしていないために判明していないだけの場合もあるので、むくみのチェックは重要である。さらに、体重測定も客観的にわかりやすい方法である。特に食事が増えたわけでもないのに、体重が1~2kgも増えてきた場合は、飲んだ水分を尿として排泄できていない=腎臓の機能が悪い、

と判断するヒントになることがある。その場合は、主治医に相談することが必要である。これらを見逃すと良いケアであるはずの水分摂取が、身体に害を及ぼすケアになってしまうのである。

高齢者の命を守る

介護の現場でも、高齢者の命を守ることはできる。水分の問題は、その典型的な一つである。介護専門家が、水分の必要性を理解し、1日に水分を1,500ml以上取るための方法を実践できていれば、高齢者の死亡率を減らすことができるのである。

高齢者の命は、医師などの医療従事者だけが握っていると勘違いしている介護従事者は、水分摂取のエビデンス（根拠）を理解し、実践することで、高齢者の大切な命を救える介護専門家になるべきである。

引用・参考文献

- 1) John N. Morris他編著、池上直己訳：日本版MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル、P.3、医学書院、1999.
- 2) 金井一薫：ケアの原形論—看護と福祉の接点とその本質、P.115、現代社、1998.
- 3) 前掲2)、P.137.
- 4) 厚生省老人保健福祉局老人保健課老人福祉計画課監修：高齢者ケアプラン策定指針、P.166、厚生科学研究所、1996.
- 5) 大塚製薬工場大塚薬報編集部：脱水への挑戦、大塚薬報、No.586、P.44、2003.

痴呆性高齢者の状態像とケアのポイントが一目でわかるチャート付

痴呆性高齢者 標準ケアサービス

好評増刷



福島 富和

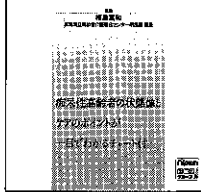
群馬県立高齢者介護総合センター明風園 園長

B5判 112頁 定価 2,415円(税込)

アセスメント→ケアサービス決定までが一目瞭然！
痴呆性高齢者の状態像把握により、
個別性のあるケアプランが立案できる！

計画項目
食事 ●過拒食のあるケース ほか
排泄 ●歩行障害のあるケース ほか
入浴 ●入浴拒否のあるケース ほか
コミュニケーション ●作話のあるケース ほか
行動面 ●収集癖のあるケース ほか
付録 ●痴呆性高齢者介護マニュアル ●ケアプラン事例 ほか

痴呆性高齢者
標準ケアサービス



ページ見本(試読)や目次の詳細をホームページでご案内中です。

お申し込みも
ホームページから便利です。 www.nissoken.com 844

お問い合わせ・お申し込みは ☎0120-054977 cs@nissoken.com



利用者・家族と 信頼関係を 築くための技術

関西国際大学人間学部 人間行動学科
助教授 松山 真

第1回

「ひと」が「ひと」を援助する際に必要なこと—対人援助の要点

はじめに

「ひと」と「ひと」が出会い、関係がつけられていく、そしてその関係を通してさまざまなことがなされる。良好な関係を築き、その関係を通してサービスを提供する時、そのサービスは生き生きとしたものになる。

介護を担当する専門家も、当然「ひと」に向かっているものであり、そこに良好な関係を築くことができなければ、真のケアを提供することはできないであろう。

本稿では、「信頼関係」がいかに重要であるか、信頼関係を築いていくための具体的な技術について解説していきたい。

対人援助専門職とは

「ひと」にかかわる専門職(医師やソーシャルワーカー、看護師などはもちろんのこと、介護支援専門員、介護福祉士、あるいは教師)は、ひとにかかわり、ひとを援助していく専門家であり「対人援助専門職」としてまとめることができる。身体的ケアを提供している

場合でも、その身体を対象にしているのではなく、身体を持ち主である「ひと」を援助しているはずである。また、家事援助を提供している場合であっても、その「ひと」の生活、すなわち生き方を援助しているのである。

多くの対人援助専門職が、担当領域の技術(テクニック)を身につけることに関心と力を注ぐ。しかし、そのことで逆に「ひと全体」を見ることができなくなってしまう。ひとは身体的、精神的、あるいは人間関係も含めすべてが一体となって生活しているものであり、一つひとつを切り離して考えることはできない。全体が密接に関係合っているのである。「ひと」を援助している対人援助専門職であるという意識を持つこと、それがこの仕事の第一歩であり、豊かな援助をする重要なポイントであると思う。

「ひと」は皆、異なる存在

パソコンや車が壊れたら、修理に出す。自分では直せなくても、専門技術を持った人に任せられることで直すことができる。専門家がマ