



ICOPPE

高齢者のための包括的ケア ハンドブック

プライマリケアにおける人を中心とした
評価と手順に関するガイダンス

第2版



高齢者のための包括的ケア ハンドブック

プライマリケアにおける人を中心とした
評価と手順に関するガイダンス

第2版

目 次

謝辞	iv
略語と頭字語	v
用語集	vi
1 高齢者のための包括的ケア	1
2 内在的能力と機能的能力の最適化	11
3 プライマリケアにおける高齢者の包括的な ケアのための4段階の手順	15
4 関係者とプライマリケアにおける ICOPE ケア手順のための横断的サービス	41
5 認知機能低下に対するケア手順	53
6 移動能力向上のためのケア手順	63
7 栄養障害に対するケア手順	73
8 視覚障害に対するケア手順	85
9 聴覚障害に対するケア手順	95
10 抑うつ症状に対するケア手順	105
11 社会的ケアや支援のためのケア手順	115
12 介護者を支援するケア手順	125
13 尿失禁に対するケア手順	133
14 ICOPE の実装に関する考慮事項	143
参考文献	149
書誌	152
付録：簡易ケアプランの例	154

謝 辞

本ハンドブックは、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。世界保健機関 (WHO) 母子・新生児・青少年保健・高齢化部門の角由佳と Rachel Albone が中心となって、Anshu Banerjee のリーダーシップの下、このハンドブックが作成されました。同部局の他の同僚である Matteo Cesari、Hyobum Jang、Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan、YeJin からも貴重な貢献をしました。

その他、地域オフィスやさまざまな技術部局から多くの WHO スタッフがこの文書に協力してくれました： Andrew Briggs (WHO Regional Office for South-East Asia), Shelly Chadha (Sensory Functions, Disability and Rehabilitation), Neerja Chowdhary (Brain Health), Carolina Der Mussa (Sensory Functions, Disability and Rehabilitation), Shalini Desai (Essential Programme on Immunization), Laura Diaz (Brain Health), Megan Doherty (Clinical Services and Systems), Antony Duttine (Sensory Functions, Disability and Rehabilitation), Samer Elfeky (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean), Mai Eltigany (Noncommunicable Diseases), John Fogarty (Clinical Services and Systems), Maria Nieves Garcia-Casal (Food and Nutrition Action in Health Systems), Shoshanna Goldin (Health Emergency Programme), Yuriko Harada (Oral Health Programme), Thiago Herick De Sa (Demographic Change and Healthy Ageing), Stefania Ilinca (WHO Regional Office for Europe), Mikiko Kanda (WHO Regional Office for the Western Pacific), Catherine Kane (Health workforce), Amrita Kansal (WHO Regional Office for South-East Asia), Stuart Keel (Sensory Functions, Disability and Rehabilitation), Pauline Kleinitz (Sensory Functions, Disability and Rehabilitation), April Siwon Lee (WHO Regional Office for the Western Pacific), Silvio Paolo Mariotti (Sensory Functions, Disability and Rehabilitation), Chris Mikton (Demographic Change and Healthy Ageing), Patricia Morsch (WHO Regional Office for the Americas), Andreas Mueller (Sensory Functions, Disability and Rehabilitation), Triphonie Nkurunziza (WHO Regional Office for Africa), Asiya Ismail Odugleh-Kolev (Quality of Care), Alana Officer (Demographic Change and Healthy Ageing), Roberta Ortiz (Noncommunicable Diseases), Alexandra Rauch (Sensory Functions, Disability and Rehabilitation), Nicole Rendell (Oral Health Programme), Katrin Seeher (Brain Health), Kylie Shae (Health Products, Policy and Standards), Sangeeta Singh (WHO Regional

Office for Western Pacific), Shamsuzzoha Syed (Special programme on Primary Health Care), Abena Tannor (Sensory Functions, Disability and Rehabilitation), Emma Tebbutt (Health Products, Policy and Standards), Benoit Varenne (Oral Health Programme), Enrique Vega (WHO Regional Office for the Americas), Inka Weissbecker (Brain Health), Kazuki Yamada (Demographic Change and Healthy Ageing), Yongjie Yon (WHO Regional Office for Europe), Mitasha Yu (Sensory Functions, Disability and Rehabilitation), and Patrick Zuber (Special programme on Primary Health Care).

本ハンドブックは、高齢化と健康、高齢者のケアと支援に関する以下の専門家からの貴重な助言によって内容の充実が図られました： Hanadi Alhamad (WHO Collaborating Centre for Healthy Ageing and Dementia, Qatar University, Qatar), Márton JR Aliberti (University of São Paulo Medical School, Brazil), Hidenori Arai (National Center for Geriatrics and Gerontology, Japan), Prasert Assantachai (Mahidol University, Thailand), Liat Ayalon (Bar Ilan University, Israel), Paola Barbarino (Alzheimer's Disease International, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland[United Kingdom]), Jane Barratt (International Federation on Ageing, Canada), Ivan Bautmans (Vrije Universiteit Brussel, Belgium), John Beard (Columbia University, United States of America [USA]), Fatemah Bendhafari (Ministry of Health, Kuwait), Caroline Berbon (Toulouse University Hospital; WHO Collaborating Centre for Frailty, Clinical and Geroscience Research, and Geriatric Training, France), Heikea Bischoff-Ferrari (University of Zurich, Switzerland), Marco Canevelli, (National Institute of Health, Italy), Jagadish Chhetri (National Clinical Research Center for Geriatric Disorders, China), Stephen Connor (Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance, United Kingdom), Eduardo Ferriolli (University of São Paulo, Brazil), Roger Fielding (Tufts University, USA), Leon Geffen (Samson Institute for Ageing Research, South Africa), Celia Gregson (University of Bristol, United Kingdom), Eva Heras Muxella (Andorran Healthcare System, Andorra), Lee Hooper (University of East Anglia, United Kingdom), Yun-Hee Jeon (University of Sydney, Australia), Javier Jerez (University of Vic - Central University of Catalonia, Spain), Sebastiana Kalula (Albertina & Walter Sisulu Institute of Ageing in Africa, South Africa), Ramesh Kandel (Rapti Academy of Health Sciences, Nepal), Hongsoo Kim (Seoul National University, Republic

of Korea), Jan Kottner (Charité-Universitätsmedizin Berlin, Germany), Christine Lafont (IHU HealthAge, Toulouse University Hospital; WHO Collaborating Centre for Frailty, Clinical and Geroscience Research, and Geriatric Training, France), Caitlin Littleton (HelpAge International, United Kingdom), Peter Lloyd-Sherlock (Northumbria University, United Kingdom), Peter Lloyd-Sherlock (Northumbria University, United Kingdom), Carol Ma Hok Ka (Singapore University of Social Sciences, Singapore), Shiromi Maduwage (Ministry of Health, Sri Lanka), Finbarr Martin (King's College London, United Kingdom), Reshma Merchant (National University Health System, Singapore), Jean-Pierre Michel (Geneva University Medical School, Switzerland), Colin Milner (International Council on Active Aging, Canada), Kenneth Edmund Mugayehwenkyi (Reach One Touch One Ministries, Uganda), Cathy Murphy (University of Southampton, United Kingdom), Claudio Pedone (Campus Bio Medico University of Rome, Italy), Ian Philp (University of Kent, United Kingdom), Jean-Yves Reginster (University of Liège; WHO Collaborating Centre for Epidemiology of Musculoskeletal Conditions and Ageing, Belgium), Leocadio Rodriguez Mañas (Getafe University Hospital, Spain), Catherine Takeda (Toulouse University Hospital; WHO Collaborating Centre for Frailty, Clinical and Geroscience Research, and Geriatric Training, France), Hein Thet Ssoe (AGE Myanmar, Myanmar), Vira Tum (HelpAge Cambodia, Cambodia), Prakash Tyagi (Gramin Vikas Vigyan Samiti [GRAVIS], India), Adrian Wagg (University of Alberta, Canada), Poppy Walton (HelpAge International, United Kingdom), Sijiu Wang (Tsinghua University, China), Camilla Williamson (HelpAge International, United Kingdom), Jean Woo (Chinese University of Hong Kong, SAR, China), Gordon Wood (Northwestern University Feinberg School of Medicine, USA) and Anthony Woolf (Global Alliance for Musculoskeletal Health, United Kingdom).

2023 年 12 月に開催された WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing (CCHA) の年次集会の参加者からの意見も、本ハンドブックの作成に貴重なものとなりました。

WHO 母子・新生児・青少年保健・高齢化部門は、日本政府、ドイツ政府、神奈川県からの財政的支援に謝意を表します。

略語と頭字語

ADL	activities of daily living（日常生活活動）	SDG	Sustainable Development Goal（持続可能な開発目標）
BADL	basic activities of daily living（基本的日常生活活動）	SPPB	short physical performance battery （簡易版身体能力評価）
BMI	body mass index（体格指数）	TAP	Training in Assistive Products (WHO) （補助器具トレーニング（WHO））
CBT	cognitive behavioural therapy（認知行動療法）	UHC	universal health coverage（国民皆保険）
CCHA	Clinical Consortium on Healthy Ageing （健康長寿に関する臨床コンソーシアム）	UI	urinary incontinence（尿失禁）
CVD	cardiovascular disease（心血管疾患）	UN	United Nations（国連）
dBA	adjusted decibels（調整デシベル）	UTI	urinary tract infection（尿路感染症）
dBHL	decibels hearing level（デシベル聴力レベル）	WHO	World Health Organization（世界保健機関）
FPG	fasting plasma glucose（空腹時血糖）		
IADL	instrumental activities of daily living （手段的日常生活活動）		
ICOPE	integrated care for older people approach （高齢者のための包括的ケア）		
LBP	low back pain（腰痛）		
LTC	long-term care（介護）		
MUAC	mid-upper arm circumference（中上腕周囲長）		
ONS	oral nutritional supplements（経口栄養補助）		
PHC	primary health care（プライマリヘルスケア）		
PTA	pure tone audiometry（純音聴力検査）		

用語集

障害者差別（エイブリズム）：障害者をその障害によって定義し、障害のない人より劣っていると決めつける社会的偏見。

エイジフレンドリーエンバイロメント：家庭や地域社会など、生涯を通じて内在的能力を構築・維持し、あるレベルの能力を持つ人がより高い機能的能力を発揮できるようにすることで、健康長寿を培う環境。

エイジング・イン・プレイス：年齢、収入、能力に関係なく、自分の家や地域社会で安全で自立した快適な生活を送る能力。（適切な）場所での高齢化（エイジング・イン・プレイス）とは、この概念を、その人のニーズや嗜好に最も適した場所で生活する能力にまで広げたもので、自宅であるかどうかは問わない。

福祉用具（支援製品）：福祉用具は、機能的能力と自立性を維持または向上させ、それによってウェルビーイングを促進する。福祉用具には、車椅子、眼鏡、服薬管理ケース、トイレ用椅子、補聴器などの物理的な製品から、転倒アラーム、時間管理ソフトウェア、キャプションなどのデジタル・ソリューションまで、さまざまなものがある。支援技術とは、福祉用具および関連するシステムやサービスの総称である。

基本的日常生活活動（BADL）：入浴やシャワー、着替え、食事、ベッドや椅子の乗り降り、トイレの使用、家の中での移動など、日常生活に必要な基本的な動作。

脳の健康：認知、感覚、社会性、感情、行動、運動などの領域にわたって脳が機能している状態であり、障害の有無にかかわらず、その人の生涯を通じて潜在能力を最大限に発揮できる状態。

ケアコーディネーター：チームやサービス間の意思決定や情報の適切な伝達・調整を行い、高齢者や介護者がさまざまな制度を利用するのを容易にし、包括的ケアの提供を保証する医療従事者。ケアマネジャーがケアコーディネーターの役割を果たすことが多い。ケアコーディネーターは多職種チームのメンバーから選ばれることが多い。

ケアワーカー：必要な研修、報酬、監督、規制が整備された上で、家庭、医療、居住環境において、日常生活の日常的な作業を支援する直接的な介護サービスを提供する医療従事者。例えば、正規の介護士、ソーシャルワーカー、看護師などが含まれる。

介護者：家族、パートナー、友人、隣人など、家庭内またはコミュニティ内でケアを提供する個人で、一般的にケアを受ける人と感情的または社会的な結びつきを共有する。定期的、臨時的、または日常的なケアを提供したり、他者によるケア提供の組織化に関わったりする。介護者はケアワーカーとは異なり、サービスを調整し提供する権利を持つ組織に雇われていない。彼らの役割は非公式で無報酬である。

ケアマネジャー：高齢者、家族、介護者のケアを支援、指導、調整する医療従事者。個人と多職種チームのメンバーや地域社会の関係者をつなぐコミュニケーションの中心的役割を果たす。ケアマネジャーは通常、多職種チームのメンバーから選ばれる。

認知行動療法（CBT）：（例えば、非現実的な否定的思考を特定し、それに挑戦することを通して）違った考え方をすることを目的とした認知的要素と、（例えば、その人がよりやりがいのある活動をするのを助けることによって）違った行動をすることを目的とした行動的要素を組み合わせた心理学的治療法。

認知機能の低下：注意力、問題解決能力、学習能力、記憶力など、1 つまたは複数の認知機能の低下。

認知機能：（言語や社会規範を含む）知識の獲得と保持、情報の操作、推論、感情の調節に関わるプロセス。

認知刺激療法：非薬理的介入で、現実志向、妥当性確認、集団活動や社会的相互作用による回想など、さまざまなアプローチを含む。

認知トレーニング：非薬理学的介入の一群を指す包括的な用語で、さまざまな技法がさまざまな程度に広範かつ特異的に思考や認知に関与するように適用される。標準化された認知課題を個別に反復練習することで、孤立した認知機能（記憶など）を対象とする。

地域に根ざした保健医療：一般市民と専門家、正規と非正規、有給と無給など、訓練と能力に応じて地域で働くさまざまな医療従事者と、彼らを支援・監督し、訪問支援サービスやキャンペーンを提供する施設の職員によって提供されるサービス。

地域社会との関わり：地理的な位置および／またはテーマを共有する関係者が、健康に関連する問題に取り組み、健康への肯定的かつ持続可能な影響と成果を達成し、ウェルビーイングを促進するために協働することを可能にする関係を発展させ、維持するプロセス。

地域医療従事者：保健医療施設の医療従事者と連携して、保健教育を含む保健サービスを提供し、幅広いサービスの紹介を行い、地域社会、家族、個人への支援や援助をする医療従事者。予防的な保健対策を提供し、保健・社会・コミュニティサービスの提供者と、これらのサービスへのアクセスが困難なコミュニティとの橋渡しをすることで、適切な保健・社会サービスへのアクセスを容易にする。地域医療従事者は、村の医療従事者、コミュニティ健康補助員またはプロモーター、健康教育者、または他の用語としても知られている。

地域社会の関係者：ある地域社会に関心を持ち、あるいはその地域社会に何らかの関与があり、かつ、その地域社会における意思決定、政策、運営の影響を受ける、あるいはそれらに影響を与えることができる個人、家族、グループ、または組織。これには、市民社会組織（例：非政府組織、地域密着型組織、宗教団体）、民間セクターの構成員、高齢者団体、グループやクラブ、ピアサポートグループ、ボランティア、および組織的なプログラムの下で活動する在宅介護者が含まれるが、これらに限定されない。地域医療従事者は、医療従事者の定義に含まれると同時に、地域社会の関係者であるとみなされている。

ケアの継続性：健康増進、予防、治療、リハビリテーション、緩和ケア、介護ケアなど、ライフコース全体を通して、内在的能力、機能的能力、病気、怪我、出来事のあらゆる段階で必要とされる、個人的・集団的な健康・社会的ケアのスペクトラム。

機能的能力：人が価値ある存在であること、また価値あることを行うことを可能にする健康関連の属性。個人の内在的能力、関連する環境特性、および個人とこれらの環境特性との相互作用で構成される。

老年医学：高齢者の人を中心としたケアを提供することに重点を置いた医学専門分野。

医療従事者：主に健康増進を目的とした活動に従事するすべての人々（医療・介護従事者、医療専門家、健康プログラム管理者など）。

健康長寿：高齢期におけるウェルビーイングを可能にする機能的能力を開発し、維持するプロセス。

ICOPE ハンドブック：地域を含むプライマリケアで ICOPE を提供する医療従事者を支援するツール。

不適切な投薬：不適切な投薬とは、a) エビデンスに基づく適応がない、適応が切れている、不必要に量が多い、b) 1 つまたは複数の医薬品が治療目的を達成できない、c) 1 つまたは複数の医薬品の組み合わせが副作用を引き起こす、または引き起こす危険性がある、d) 患者が 1 つまたは複数の医薬品を意図したとおりに服用する意思がない、またはできない、などの理由で、必要でない、またはもはや必要でない医薬品が 1 つまたは複数処方されている場合である。

手段的日常生活活動 (IADL)：自立した生活を容易にする動作。電話を使う能力、買い物、食事の準備、家事、洗濯、移動手段、薬の服用、金銭管理など。

包括的ケア：人々が人を中心としたアプローチを通して医療的、社会的ケアにまたがる継続的なケアが受けられるよう管理し、提供されるサービス。これには健康増進、予防、診断、治療、リハビリテーション、緩和ケアおよび介護を含む社会的ケアサービスが含まれる。サービス提供は生涯にわたり部門、環境、場所を越えて統合されている。

高齢者のための包括的ケアアプローチ (ICOPE)：高齢者の内在的能力と機能的能力を最適化することを支援し、より個人を中心とした協調的なケアに向けて医療的、社会的サービスを方向転換させることを支援する、継続した包括的ケアを提供するためのWHOによるアプローチ。このアプローチは「ICOPE」と呼ばれている。

内在的能力：個人が引き出すことのできる身体的・精神的能力の総体。

孤独：期待されるつながりと実際のつながりの質と量の不一致から生じる主観的な経験。

介護 (LTC)：内在的能力を著しく喪失した状態の人々が、その基本的権利、基本的自由や人間としての尊厳に合致したレベルの機能的能力を維持できるようにする他者が行う活動。

多職種チーム：高齢者とその介護者のケアに関する意思決定を行い、協力的かつ協調的なケアを提供するための、さまざまな組織や職種（医師、看護師、理学療法士、ソーシャルワーカーなど）の医療・介護従事者のグループ。

多要素運動：（運動能力、認知能力などの）内在的能力を維持し、促進するために、バランスおよび有酸素運動能力、筋力、柔軟性、協調性を発達させ、転倒リスクを低減して、骨折を含む傷害を予防することを目的とした運動。

緩和ケア：生命を脅かす病気に伴う問題に直面している患者とその家族の生活の質を向上させるアプローチ。緩和ケアは身体的、心理社会的、スピリチュアルな側面のいずれでも、痛みや他の問題点を早期発見し、正しい評価、治療を通して、苦しみを防ぎ、和らげる。

人を中心としたケア：個人、家族、地域社会の視点を意識的に取り入れ、人道的で全人的な方法でニーズや嗜好に対応する保健医療や LTC（介護）システムの受益者であると同時に参加者であるときみなすケアのアプローチ。人を中心としたケアは、病気ではなく、個人のニーズ、価値観、嗜好、期待を中心に組織される。

身体活動：エネルギー消費を必要とする骨格筋によるあらゆる身体の動きのことで、仕事、遊び、家事、旅行、レクリエーションなどをする際の活動を含む。

身体運動：計画的、構造的、反復的で、身体能力の1つまたは複数の構成要素の改善または維持を目的とする身体活動のサブカテゴリー。

ポリファーマシー：複数の薬を同時に使用することで、しばしば5種類以上の薬を日常的に使用していると定義される。これには患者が用いる市販薬、処方薬／伝統的な薬、補完薬が含まれる。

プライマリケア：プライマリケア施設、コミュニティ・ヘルスセンター、ヘルスポスト、移動診療所、アウトリーチ・サービスを通じてしばしば提供されるケアの最初の接触をサポートする医療システムの主要なプロセス。プライマリケアは、人々の日常生活に近い場所で、個人を中心とした包括的ケアを継続的に提供することを可能にする。

プライマリヘルスケア (PHC)：国の健康システムを効果的に組織化・強化し、健康と福祉のためのサービスをコミュニティにより身近なものにするための社会全体のアプローチ。PHCには3つの要素がある。すなわち、生涯を通じて人々の健康ニーズを満たすための包括的医療サービス、多部門にわたる政策と行動を通じて健康の広範な決定要因に取り組むこと、そして個人、家族、地域社会が自らの健康を管理できるようにすることである。

心理教育：精神疾患のある人とその介護者・家族に対し、考えられる原因、進行、結果、予後、治療法などを含む疾患の性質に関する情報を提供する介入。

リハビリテーション：リハビリテーションとは、健康状態に問題のある個人が周囲の環境と関わりながら、機能を最適化し、障害を軽減することを目的とした一連の介入を指す。リハビリテーションは、高齢者が日常生活において可能な限り自立し、教育、仕事、レクリエーション、そして人生における意義ある役割への参加を可能にする。

リハビリテーションサービス：ニーズの特定、ケアの目標設定、ケア計画と提供およびモニタリングという構造化されたプロセスを通じて、通常は複数のセッションを通して、リハビリテーションのための介入（上記の定義を参照）を提供する。

セルフケア：個人、家族、地域社会が、医療従事者または介護従事者の支援の有無にかかわらず、自らの健康を促進・維持し、病気を予防し、病気に対処する能力。

自己管理：機器、医薬品、知識を用いて、自己投薬、自己治療、自己検査、自己注射を行う能力。

ソーシャルケア：生活の質とウェルビーイングを高めるため、個人とその家族が日常生活における基本的かつ手段的な活動（パーソナルケア）を行うための援助とサポート。

社会的孤立：個人が経験する社会的つながりや交流の客観的な数を指す。親族関係および非親族関係のネットワークが狭く、他者との交流がほとんどないか、頻度が低い場合、社会的に孤立している可能性がある。

社会保障：社会保障は人権であり、生涯を通じて貧困と脆弱性を軽減・予防するために設計された一連の政策とプログラムとして定義される。社会保障には、子どもと家族、出産、失業、労働災害、疾病、老齢、障害、そして医療保障のための援助が含まれる。

ソーシャルサポート：個人が他者、グループ、そしてより広範なコミュニティとの社会的なつながりを通じて利用できる心理的、身体的、そして経済的なサポート。これらは、人生における困難な出来事に対する緩衝材となり、レジリエンス（回復力）を育み、健康にとって有益な資源となる。

タスクシェア：特に人材不足に直面している医療従事者の活用を最適化するためのアプローチ。特定のタスクや役割を、必要に応じて、より専門性の低い医療従事者と共有することで、利用可能な人員をより効率的に活用する。教育、監督、管理支援、免許交付、規制、報酬といった適切な措置を講じる必要がある。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) (国民皆保険)：すべての人が、必要な時に、必要な場所で、経済的困難に直面することなく、必要な質の高い医療サービスをすべて受けられること。UHC は、健康増進から予防、治療、リハビリテーション、緩和ケアに至るまで、生涯にわたる基本的な医療サービスの全範囲を網羅する。



1

高齢者のための 包括的ケア

要点

- すべての人の健康な高齢化を支える鍵は、ライフコースを通じて、内在的能力と機能的能力を最適化することである。
- 身体的・社会的環境の整備を含め、内在的能力の低下を速やかに発見し、評価し、診断し、管理することができれば、介護依存を軽減したり、遅らせたり、予防したりすることができる。
- 内在的能力の各領域における低下は相互に関連しているため、評価と管理には包括的な本人中心のアプローチが必要である。
- 高齢者は自分自身の健康の鍵を握る存在であり、自分の健康を理解し、自分で決断し、自分で目標を設定する力を与えられるべきである。高齢者とその介護者の有意義な関与は極めて重要である。
- 地域社会を含むプライマリケアの医療従事者は、本ガイダンスを使用し、それを適用することで、内在的能力の喪失を抱える高齢者を特定し、エビデンスに基づいた介入を行うことができる。
- 地域の関係者は、高齢者のための包括的ケアの提供を支援し、セルフケアや自己管理に取り組む力を与える上で、重要な役割を担っている。

2015年のエイジングと健康に関する世界報告書では、健康な高齢化の目標を「高齢期におけるウェルビーイングを可能にする機能的能力の開発と維持を支援すること」と定義している。機能的能力とは、「人々が価値ある存在であり、価値ある行動をとることを可能にする健康に関連した属性」と定義されている。機能的能力は、内在的能力、環境、そして両者の相互作用から構成される。環境とは、個人の生活の背景を形成する外在的世界（住居およびその周辺環境、地域社会、より広い社会）にあるすべての要因からなる。これらの環境内の要因には、構築された（物理的な）環境、人々とその関係、態度や価値観、健康・社会政策、制度、サービスなどが含まれる。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・精神的能力の複合体」(1)である。

この健康な高齢化というコンセプトは、高齢者の保健医療に新たな焦点を当てることを鼓舞する。高齢者の内在的能力が変化すれば、医療サービスや社会的ケア、支援に対するニーズや嗜好も変化する。このような多様なニーズに応え、最適な機能的能力をサポートするためには、内在的能力と機能的能力の軌跡に沿った、継続した包括的ケアの提供が極めて重要である。継続的なケアとは、予防や健康増進から治療、リハビリテーション、緩和ケアに至るまで、あらゆるケアを含み、その人の変化するニーズや内在的能力、病気の進行に対応するものである。

内在的能力を著しく喪失した高齢者は、医療ケアだけでなく、適切な社会的ケアや、喪失を補うための支援も必要とする。このような支援は、介護者によって提供されることもあれば、環境を整えるための福祉用具の使用によって促進されることもある。介護（LTC）には以下が含まれる。内在的能力を著しく喪失した人が、その基本的権利および基本的自由と一致した機能的能力のレベルを維持し、尊厳ある生活を維持することを支援するために、他者によって行われる活動。介護は、自宅、地域社会、介護施設などさまざまな環境で提供される。高齢者が必要とする日常的なケアの多くは、介護者（多くの場合家族）によって提供される。

1.1

なぜ高齢者の包括的ケアが必要なのか？

高齢者が世界人口に占める割合は、かつてないほど大きくなっている。2024 年には、世界には 60 歳以上の高齢者が 11 億 8000 万人（世界人口の 14.5%）いると推定される。この割合は、今後数十年の間に、特に低・中所得国で急速に上昇する。2050 年までには 60 歳人口は 21 億人で、世界人口の 22%を占め (2)、65 歳以上の人口は 18 歳未満の人口を上回る (3)。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、平均寿命が延びたことの複合的な影響を反映している。

高齢者の健康を維持することは、人間的資本および社会的資本への投資である。

国連が掲げる持続可能な開発目標（SDGs）と、すべての人々が到達可能な最高水準の身体的・精神的健康を享受する権利を支援する。増加する高齢者人口をケアすることは、医療・社会福祉制度に課題をもたらす。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必要がある。

ケアの継続性には、高齢者の自宅、プライマリケア、病院、介護施設など、あらゆる医療・社会的ケアの場において、高齢者とその介護者のための包括的なサービスを実施することが必要である。
地域社会は、「住み慣れた場所で老いる」ことを可能にするために、特に重要な役割を担っている。

高齢者の保健医療に対する従来のアプローチは、多くの場合個々の病気に焦点を当て、その診断と管理を中心に行ってきた。これらの病気に対処することは重要であることに変わりはないが、それらに焦点を当てすぎると、聴力、視力、記憶力、運動能力など、加齢に伴って生じる一般的な内在的能力の低下が見落とされ、困難が生じる可能性がある。

プライマリヘルスケア（PHC）のアプローチに基づき、疾患への対応に加えて内在的能力や機能的能力に焦点を当てた、包括的で継続したケアへの転換が求められている。両者には双方向的な関係があり、コン

トロール不良の疾病は、内在的能力の低下の発現または進行を引き起こす可能性がある。

また内在的能力の障害は、疾患の経過に影響を及ぼす可能性がある。高齢者の内在的能力と機能的能力に対する医療・社会福祉制度全体を通じた注目により、大きく成長しつつある人口の一部の福祉に広く貢献する。

ケアワーカーを含む医療従事者は、内在的能力の低下を認識し、効果的に管理し、機能的能力を維持し、高齢者の多様な医療・ケアのニーズに対応する全体的かつ包括的な方法でケアを提供するための指導と訓練を必要としている。人口の高齢化に伴い、内在的能力の低下を予防または遅延させ、物理的・社会的環境を可能にすることで機能的能力を最適化し、介護者を支援するための介入を含む、地域社会に根ざした包括的なアプローチを開発することが急務となっている。

1.2

高齢者のための包括的ケア・アプローチとは？



ICOPE と呼ばれる高齢者のための包括的ケアの提供は、高齢者の内在的能力および機能的能力の最適化を支援する、人中心かつ連携の取れたケアを目指し、医療・社会サービスの方向転換を促進することを目的としている。

ICOPE は、PHC 志向の保健システムの中で、高齢者のための包括的ケアの提供を支援する WHO のアプローチである。

ボックス 1.1 エイジズム

エイジズムとは、年齢を理由にした固定観念（考え方）、偏見（感じ方）、差別（行動）を指す。エイジズムは、制度、人間関係（個人間）、そして自分自身（自己指向的）の中に存在する。エイジズムは高齢者の健康とウェルビーイングに悪影響を及ぼす（4）。

保健システムやサービスにおけるエイジズム：制度レベルでは、保健医療戦略が高齢者を十分に考慮していない場合が多く、年齢を理由に治療を否定するなどのエイジズムに基づく政策が含まれることもある。高齢者に対するケアや、高齢期に最も一般的に直面する課題に対応する特定のサービスはしばしば軽視され、資金配分も優先されていない。また、施設は高齢者にとってアクセスしやすいように設計されていないことが多い。さらに、研修や支援の不足、ならびに加齢に関する文化的認識が問い直されないままであることにより、医療従事者が高齢者や加齢の過程に対して否定的な態度を持つようになり、高圧的な対応を取ったり、高齢者のケアに対する希望を十分に相談しなかったり、臨床試験から高齢者を排除したりする状況が生じうる。内在的能力の低下は、しばしば医療従事者によって見過ごされ、医療従事者はそれを「正常な」加齢による徴候と解釈するが、これは一種のエイジズムである。医療従事者の態度や医療現場における高齢者の経験は、高齢者の受診行動に影響を与える。医療従事者が高齢者に対してエイジズム的な態度をどの程度とっているかは、認識されているとはいえ、不確かである。政策、教育、資源不足、性別、医療従事者が特に高齢者と働くことを選んだかどうか、世代間交流の経験、文化的背景など、さまざまな制度的・個人的要因が態度に影響を与える。

自己指向的エイジズム：自己指向的エイジズムとは、健康に悪影響を及ぼす自分自身に対するエイジズムのことである。人は、周囲の文化からくる年齢に基づく偏見に繰り返しさられるうちに、それが内面化していく。内在的能力の低下は加齢に伴う“正常な”ものであり、防ぐことも改善することもできないと考え、自分自身の健康とウェルビーイングを向上させるためにできることは何もないと感じているかもしれない。

ICOPE は、高齢者の健康と包括的ケアにおける医療従事者の能力を向上させ、高齢者と介護者をエンパワーすることによって、エイジズムに取り組む機会を提供する。地域社会の関係者は、高齢者自身を含め、エイジズムや高齢者の医療とケアに対する権利、高齢期における健康増進と予防の有効性、内在的能力の喪失を管理し、機能的能力を最適化することが可能であることについての認識を高めることによって、役割を果たすことができる。

ICOPE は以下の指針に沿って実施されるべきである。

- 高齢者は、到達可能な最高水準の身体的・精神的健康を得る権利を有する。
- 高齢者は、社会的・経済的地位、出生地、居住地、年齢、性別、その他の社会的要因に関係なく、健康長寿の決定要因に対処するサービスを利用し、健康的な行動をとるよう支援される平等な機会を持つべきである。
- 高齢者は、その自主性を尊重し、自らのケアにおける重要な意思決定者として参加すべきである。
- ケアは、差別、特に性差別、障害者差別、エイジズムなく、すべての人に平等に提供されるべきである（**ボックス 1.1**）。

WHO の「高齢者のための包括的ケア：内在的能力の低下を管理するための地域レベルの介入に関するガイドライン」では、医療従事者が地域を含むプライマリケアで高齢者のための人を中心とした包括的ケアを実施するための 13 のエビデンスに基づく勧告が示されている。これらの ICOPE 勧告を実践するために、WHO は 2019 年に「高齢者のための包括的ケアハンドブック：プライマリケアにおける人を中心とした評価と手順に関するガイダンス」を発表した（5）。内在的能力および機能的能力の低下を認識・効果的に管理し、包括的なケアを提供するための医療従事者向けの指針や研修の不足に対処している。同書は、高齢者に対する包括的ケアの提供において医療従事者がとるべきステップと、6 つの領域（認知機能の低下、移動能力の低下、栄養不良、視力障害、聴覚障害、抑うつ症状）にわたる内在的能力の低下を管理するための詳細なケア手順、さらに介護者を支援し、社会的ケアと支援を可能にするためのケア手順を提示した。

1.3 プライマリヘルスケア (PHC) に おける ICOPE

WHO は PHC を、健康増進、予防から治療、リハビリテーション、緩和ケアに至る一連の流れの中で、可能な限り早い段階で人々のニーズに焦点を当て、人々の日常に可能な限り近付けることによって、可能な限り高いレベルの健康と福祉、そしてそれらの公平な分配を確保することを目的とした、社会全体の健康に対するアプローチであると定義している。

アスタナ宣言に概説されているように、PHC には切り離すことができない、相互に影響し合う 3 つの要素が含まれている。

- プライマリケアと本質的な公衆衛生機能を包括的医療サービスの中核に据える。
- 多部門にまたがる政策と行動を活用する。
- 健康状態の共同創造者として、人々と地域社会に力を与える。

プライマリケアは、PHC のサービスの中核をなすもので、ファーストコンタクト、アクセス可能、継続的、包括的、協調的なケアを支援するもので、プライマリケア施設（ポリクリニック〔訳者注：幅広い疾患に対応した診療所〕、ウォークイン・クリニック〔訳者注：予約なしで受診できる診療所〕）、家庭、コミュニティ・ヘルスセンター、ヘルスポスト〔訳者注：僻地などにある規模の小さい保健所の下部組織〕、移動診療所、アウトリーチ・サービス〔訳者注：訪問支援〕を通じて提供されることが多い。プライマリケアの特徴は、個人を中心としたアプローチによって、人々が生活する身近な場所で、総合的な保健サービスを提供することである。プライマリケアは、地域社会と関わり、高齢者とその介護者に力を与えることで、PHC アプローチの他の要素も推進することができる。

最初の ICOPE ハンドブック（2019 年版）に掲載されたオリジナルのケア手順は、プライマリケアの医療従事者が、高齢者の日常に近いとこ

ろで、本人中心の包括的ケアを提供できるように支援するために作成された。しかし、オリジナルのケア手順のステップは、さまざまな環境において、また、重大な損失（介護ニーズ）を抱える高齢者を含め、内在的能力のレベルがさまざまな高齢者に対して適用することができる。したがって、本ハンドブック（第 2 版）は、4 つのステップからなる包括的なケア手順を提示している（図 1.1、p.5）。

ICOPE ケア手順は高齢者のニーズの特定、サービスの計画、設計、組織化、管理、モニタリングなどを支援する。各ステップの詳細なガイダンスを提供することで、さまざまな状況や設定（例えば、居住型介護施設の高齢者）での実施を可能にするため、適用・拡張が可能である。

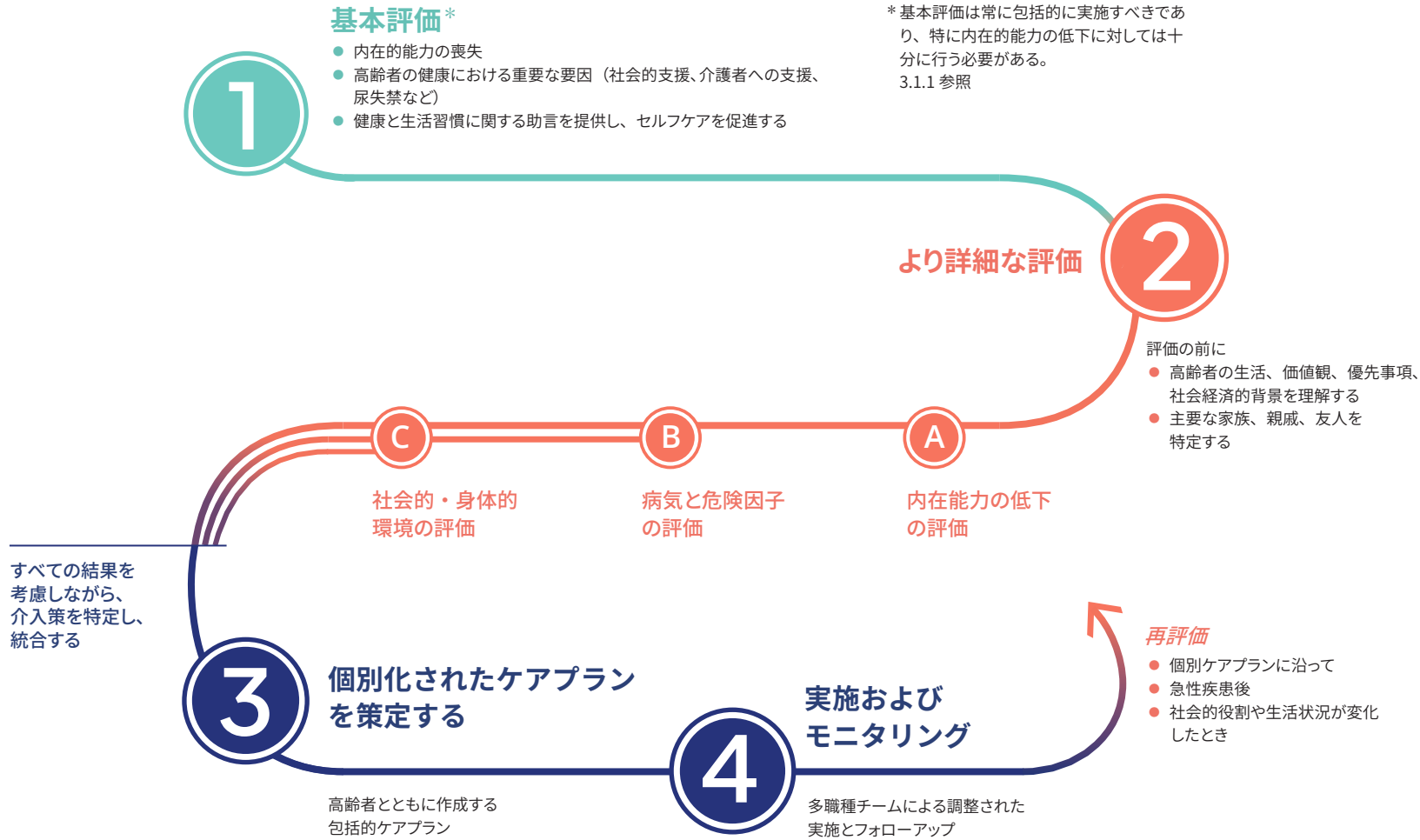
包括的なケア手順の適応と開発は、以下の点に重点を置くべきである；

- 個々のニーズ、嗜好、目標の評価。
 - 個別ケアプランの作成。
 - 多職種チームによるサービス提供。
 - 内在的な能力の軌跡に沿った、縦断的なケアの提供。
 - 内在的能力と機能的能力を維持するという 1 つの目標に向かって、医療と社会サービスを連携させる。
 - 地域社会を含むプライマリケアを通じて提供されるサービスにより、高齢者のニーズを満たす PHC アプローチへの方向転換。
-

この包括的ケア手順は、「国連健康長寿の 10 年」（2021 ～ 2030 年）のビジョンに沿い、住宅、交通、社会福祉など、保健以外の部門の重要な役割を認識し、多部門の政策や行動に情報を提供することができる（ボックス 1.2、p.6）。包括的ケア手順は、プライマリケアにおける ICOPE ケア手順と並行して、高齢者へのサービス提供に関する政策決定に影響を与えるために利用することができる。これは、高齢者のための継続的な包括的ケアの提供を可能にするために必要な、PHC 指向の医療システムの強化に貢献する（第 14 章）。ICOPE の実施は、より良い健康アウトカムの達成、公平性の改善、健康の安全性の向上、そして費用効率の改善も支援することができる。

詳細なケア手順（第 3 章～第 13 章）は、プライマリケアにおける高齢者の包括的ケアの実施に明確に焦点を当てている。

図 1.1
ICOPE ケア手順



ボックス 1.2 ICOPE の背景

国連「健康長寿の 10 年」(2021～2030 年)は、WHO の「*高齢化と健康に関する計画 (2016～2020 年)*」(6) で最初に概説された、内在的能力と機能的能力を最適化することによって健康長寿を促進する保健システムの役割に焦点を当てている。国連の「10 年」のビジョンは、すべての人々が健康で長生きする世界であり、健康長寿に関する協調的かつ触媒的な行動のための世界的な多部門連携を通じて実現される。これは 4 つの分野に焦点を当てており、その中には、高齢者に対応した人中心の包括的ケアおよびプライマリヘルスケアサービスの提供、ならびに支援を必要とする高齢者への介護 (LTC) へのアクセスの確保が含まれている。プライマリケアのための ICOPE 技術資料や、「*高齢者のための介護：国民皆保険のためのパッケージ*」(7) は、これらの公約達成に寄与するものである。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) は、SDGs の保健目標を達成するための基盤であり、すべての人々が、経済的な困難なしに、必要な時に、必要な場所で、必要な質の保健サービスをフルに利用できることを意味する (8)。UHC を達成するためには、PHC 志向の保健医療システムに基づく保健サービスを通じて、包括的ケアを継続して提供することで、高齢者の健康ニーズに対応することが不可欠である。

WHO は、UHC サービス計画・提供・実施 (SPDI) プラットフォームや UHC コンペンディウムなど、プライマリケアサービス提供を最適化するための一連のリソースを開発した。SPDI はオンラインによるサービスであり、ケア全般、そしてライフコース全体にわたって、各国がサービス提供を最適化し、統合できるよう支援するものである。各国は、ICOPE 技術資料を含む特定のツールやリソースを使用して、保健サービスのパッケージを構築することができる。

すべての人の健康を実現することが UHC の目標である。これを達成するためには、すべての高齢者を含むすべての人々が保健サービスを利用できるようにする必要がある。障害は加齢に伴って自然に生じるものではないが、障害の有病率は年齢とともに増加し、0～14 歳の子どもや青少年では 5.8%、60 歳以上では 34.4% に達する (9)。障害に包括的な保健サービスの提供には、障害のある高齢者を含む、すべての障害のある人々がアクセスできるよう部門間の行動が必要である。WHO の「*障害のある人々のための健康の公平性に関する世界報告*」は、保健システムを強化し、障害のある人々における健康格差を減らすために各国が取るべき 40 の主要な行動を概説している。

1.4

高齢者のための包括的ケア：プライマリケアにおける人を中心とした評価と手順のためのガイダンス (ICOPE ハンドブック) 第2版

プライマリケアにおける ICOPE ハンドブックの第 2 版は、世界中のさまざまな状況における高齢者の包括的ケアの実施からの学びと、WHO が作成した関連する新規または更新されたガイドラインを組み込んでいる。ICOPE ハンドブック (第 2 版) は、WHO の CCHA (Clinical Consortium on Healthy Ageing：健康長寿に関する臨床コンソーシアム) を通じて、健康長寿と高齢者ケアの専門家と、WHO のさまざまな技術部門や地域の同僚との協力の下に作成された。

ケア手順の更新が主要議題となった 2023 年会議を中心に、現場での経験や CCHA の会議を通じて意見が求められた。この会議の参加者やその他の専門家は、改訂されたケア手順や本ハンドブックのガイダンスを、その作成期間中継続的に見直しを行った。本ハンドブックの作成とレビューに携わったすべての関係者は、WHO の専門家による利益相反のための WHO フォームで利益相反を申告するよう求められた。申告された利害関係には重大なものはなかった。

ハンドブック第2版の主な変更点

1. 4段階のケア手順

ICOPE ケア手順は、基本的な評価と地域レベルの介入、詳細な評価、個別ケアプランの作成、そして実施とモニタリングという、4段階から構成されており、手順のすべての段階において、地域社会の関係者や介護者が重要な役割を担っている。

これを受けて、地域社会の関与と介護者の支援は、独立した第5のステップではなく、4つのステップ全体に組み込まれており、特にステップ1に重点が置かれている。

2. 拡大されたステップ1

高齢者との最初の接点において、重要な情報、サービス、支援を確実に提供するため、また、資源が限られた状況において、コミュニティ内やコミュニティ関係者による高齢者ケアの提供を可能にするため、ステップ1が拡大された。基本評価（以前は「スクリーニング」と呼ばれていた）と並行して、健康や生活習慣に関する助言や、内在的能力の低下に対処するための、地域に根ざした保健医療を提供することができる。スクリーニングではなく、「基本的評価」という用語が使われるのは、潜在的な内在的能力喪失だけに焦点を当てるのではなく、高齢者の健康に影響を与える重要な要因である、社会的支援のニーズ、介護者の支援のニーズ、尿失禁の有無も特定するためである。サービスや支援を含むステップ1の拡大は、詳細な評価を含む ICOPE 手順の後半ステップが実施不可能であったり、基本的な評価と詳細な評価の間に長期の遅れが生じたりする状況において、特に重要である。

3. 地域社会との関わり

ICOPE ハンドブック（第2版）は、地域社会との関わりにより焦点を当てている。本ハンドブックでは、拡大されたステップ1の実施、医療や社会的ケアへのアクセスの促進、直接的な支援の提供など、手順の各ステップにおいて地域社会の関係者ができることの例を示している。地域社会の関係者には、非政府組織、高齢者クラブ、地域密着型組織、ピアサポートグループ、世代間グループ、ボランティアなどの個人、グループ、組織が含まれる。

4. 介護者の支援ニーズ

介護者（そのほとんどが女性と少女で、通常は家族か友人）の役割と、彼女らがしばしば直面する支援不足を認識し、介護者の支援ニーズにより大きな注意が払われている。これには、情報とトレーニングの両方、および介護者自身の健康とウェルビーイングを確保するためのサポートの必要性が含まれる。この問題は、ハンドブックの旧版にも含まれていたが、第2版では全章に具体的な例が盛り込まれ、より重要視されるようになった。本ハンドブックでは、「介護者」という用語は、高齢者にインフォーマルな介護を提供する、家族、友人、隣人などの個人を指す。

5. 高齢者の健康における主要要素

高齢者の健康と機能的能力にとって重要な要素が追加され、より強調されている。これには、地域社会における社会的支援のニーズや介護者のニーズ（該当する場合）の早期発見、最も費用対効果の高い公衆衛生の1つであるワクチン接種の促進、高齢者の健康や機能的能力の向上、そして、尿失禁（UI）など的高齢者の健康や機能的能力の向上に重要なその他の要素が含まれ、そのための新しいケア手順が開発された。

1.5

ICOPE ハンドブック(第2版)の 使い方

プライマリケアでの実施は、文化的に適切な、既存のサービスの中で、また既存のサービスによって行われるべきである。

本ハンドブックは、医療従事者がプライマリケアにおける高齢者のための包括的ケアを、それぞれの状況に応じて提供するために利用できる、ICOPE 実施のためのグローバルな枠組みとガイダンスを提供するものである。本ハンドブックは、さまざまな国、状況、資源環境において実施可能な柔軟性を提供することを目的としている。この目的のために、プライマリケアで ICOPE を実施する前に、プログラムとシステムの管理者は提供能力や体制の準備状況を評価し、その評価に基づいてアプローチを現地状況に適合させる必要がある。これは、高齢者のニーズだけでなく、医療・社会ケアシステム、サービス提供構造、能力も異なるため、重要である。医療従事者は、自分たちの医療で利用可能な資源を特定するために、同様の作業を行うことができる。

→ 14.2

具体的なケア手順（第5章～第13章）の詳細は、使用するツールや装置、どのエビデンスに基づいた介入を、どこで、誰が行うかという点で、柔軟性があり、適応プロセスの一部として考慮されるべきである。

ICOPE ハンドブック（第2版）における適用の例には、以下のようなものがある。

- ICOPE 基本評価および主要な要素に関する質問とテストは、入手可能なエビデンスと専門家の協議に基づく例として示されており、地域の状況との関連性を確保するために修正することができる。社会的支援に関する質問は、たとえば、社会的支援に幅広く理解できるようにするためのものである。質問の仕方や言葉の選択は、文化的・宗教的・社会的背景を踏まえて適切かつ関連性のあるものとなるよう配慮するとともに、高齢者が理解できるよう調整する必要がある。
- 各ステップは、誰が、どこで、どのように行うのか？この更新された手順では、ステップ1は地域社会の関係者が実施することが示唆されているが（→ 4.1.3）、プライマリケア医療従事者が実施することもできる。
- また、詳細な評価で使用するためのツールは、世界的な検証や勧告に基づく例として意図されている。現地で検証された既存のツールが存在する場合は、それを使用することが重要である。
- 個別化されたケアプランに含めるよう提案された介入は、利用可能なエビデンスに基づく推奨事項である。個別化されたケアプランは、高齢者と介護者の意見を取り入れながら、医療従事者によって作成されるべきであり、高齢者の目標と嗜好に應えるものでなければならない。ケアプランのすべての介入は実行可能なものでなければならない。

状況によっては、医療や社会的ケアシステムの能力が、介入策の提供だけでなく、内在的能力の評価や、社会的ケアや支援の必要性の把握に影響するかもしれない。

基本評価の一環として提案された高血圧などの疾患のスクリーニングは、さらなる評価と治療へのアクセスを可能にする紹介体制が整備されていなければ、非倫理的であることに注意することが重要である。したがって、本ハンドブックのグローバルなガイダンスと枠組みは、状況によっては直ちに実現可能でない場合もあるが、将来的に目指すべき方向性を示すものとして活用できる。

どのような状況や資源環境においても、内在的能力を失った高齢者を支援するために できることはあるはずである。本ハンドブックは、拡大されたステップ1を通して、詳細な評価が不可能な場合、あるいは長期にわたる遅延が予想される場合、地域医療従事者や他の地域関係者による ICOPE 基本評価の直後に、地域で何ができるかを提言している。これらの行動には、内在的能力と機能的能力の低下を予防するための健康・生活習慣の助言や、内在的能力の低下に対処するための地域に根ざした医療が含まれる。

基本評価の際に地域レベルの介入を含める意図は、詳細な評価や個別化されたケアプランの作成と実施の重要性を低減することではない。むしろ、完全な手順を実施することがまだ不可能な状況において、出発点として何ができるかを示すためのものである。この情報は、全章の冒頭、ケア手順図に続いて記載されており、手順図上でも本文中でも、背景の色や影で強調されている。

1.6

ICOPE ハンドブックは誰のためのものか？

ICOPE ハンドブックの主な読者は、以下の医療従事者である。

医師、看護師、地域医療従事者、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカー、介護福祉士、理学療法士など、プライマリケアに携わる人々が対象である。高齢者の健康に関するトレーニングのレベルはさまざまで、英語が母国語ではない、できるだけ多くの医療従事者が本ハンドブックにアクセスできるように、使用されている言語は意図的にシンプルである。

高齢者向けサービス、助言、支援を提供する地域関係者は、本ハンドブックを活用して地域参加を促進することができる。本ハンドブックはまた、必要に応じて高齢者の評価とケア提供のために専門知識が求められる医療従事者への情報提供にも活用すべきである。

さらに、医学、看護、社会福祉、公衆衛生分野における研修・カリキュラム開発および認定を担当する部局において、ここに記載された概念と実践的アプローチの両方を参考にすることが望ましい。その他の対象読者には、医療サービスの計画・運営を担当する国・地域・地区レベルのプログラム管理者、医療政策立案者、ならびに公衆衛生プログラム（エイジフレンドリーな都市・地域におけるプログラムを含む）に資金を提供し、またこれを実施する機関などが含まれる。

1.7

ICOPE ハンドブックの内容

本ハンドブックは、多職種の医療従事者が、内在的能力の低下を特定し、管理できるよう支援することを目的としており、『高齢者のための包括的ケア (ICOPE)：内在的能力の低下を管理するための地域レベル介入に関するガイドライン』における推奨介入、および関連する WHO の技術的ガイドラインや指針に基づいている。これは、高齢者の医療と社会的ケアのニーズに取り組むことで、プライマリケアにおける包括的な人を中心としたケアの提供を促進するものである。

このガイダンスでは、以下の点について説明する。

- プライマリケアにおいて、地域レベルの介入を含め、段階的な ICOPE ケア手順を実施する (第 3 章)。
- 専門的なサービスを含め、関係者や部門を超えた関わりを確保する (第 4 章)。
- 関連する疾患や環境要因を考慮しながら、内在的能力の喪失を評価し、管理する (第 5 章～第 10 章)。
- 社会的ケアとサポートの必要性を評価し、提供する (第 11 章)。
- 介護者への支援の必要性を評価し、支援を提供する (第 12 章)。
- 尿失禁の評価と管理をする (第 13 章)。
- ICOPE を実施する際の重要な考慮事項に対応する (第 14 章)。

関連情報

- 🔗 *UHC Compendium Health interventions for Universal Health Coverage, Version 1.3.* WHO; 2024 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>).
- 🔗 *UHC Service Planning, Delivery & Implementation (SPDI) Platform.* WHO; 2024 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/related-tools>).
- 🔗 *UN Decade of Healthy Ageing: plan of action, 2021–2030.* WHO; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>).
- 🔗 *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity.* WHO; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/258981>).
- 🔗 *Implementing the primary health care approach: a primer.* WHO; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376777>).
- 🔗 *Operational framework for primary health care: transforming vision into action.* WHO and UNICEF; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/337641>).

2

内在的能力と機能的能力の最適化

本ハンドブックは、内在的能力の低下に対処し、社会的・身体的環境（社会的ケアや支援を含む）を調整し、介護者のニーズへの支援、ならびに尿失禁の評価と管理を通じて、機能的能力の維持に向けたサポートを図るものである。

内在的能力の主要領域

- 5 認知機能 | 認知機能の低下
- 6 運動能力 | 移動能力の低下
- 7 活力 | 栄養不良
- 8 視覚 | 視覚障害
- 9 聴覚 | 聴覚障害
- 10 精神機能 | 抑うつ症状

高齢者の健康に関わる主な要素

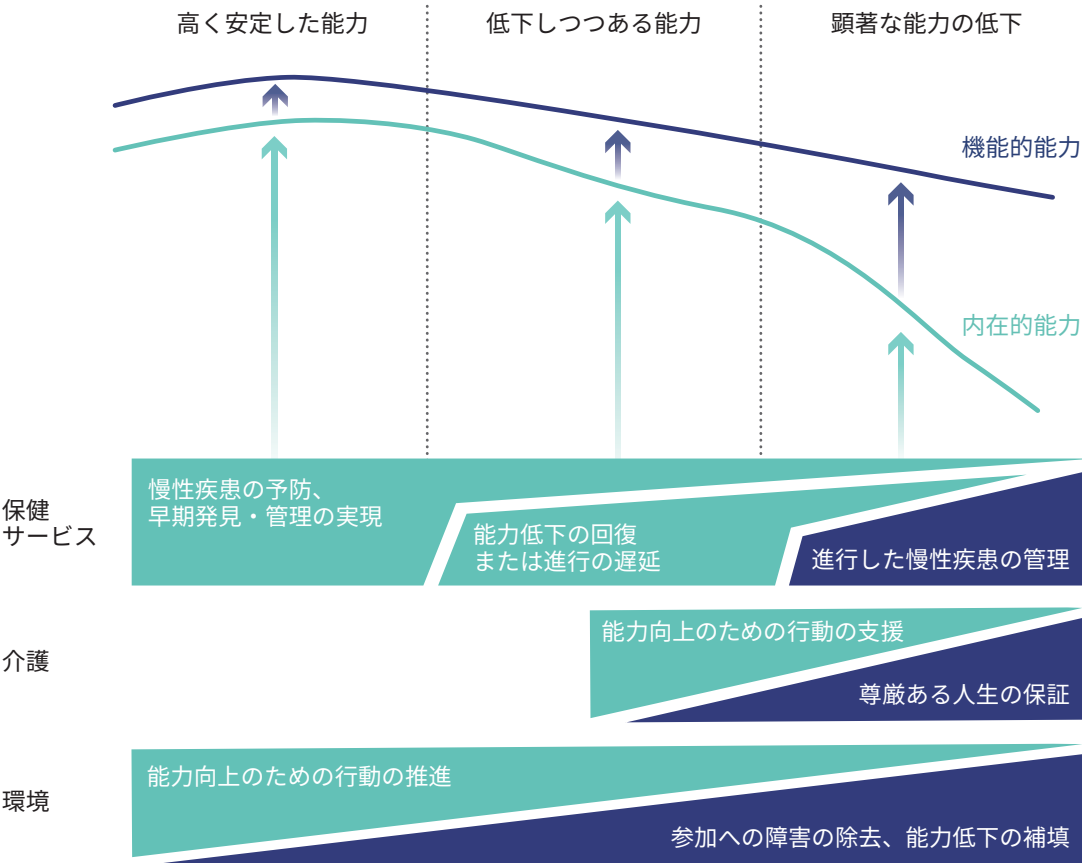
- 11 社会的ケアと支援
- 12 介護者支援
- 13 尿失禁

要点

- すべて内在的能力は、年齢が上がるにつれて低下する傾向にあるが、その範囲にはかなりの幅があり、個人に応じた継続した包括的ケアが重要である。
- プライマリケアにおいて、内在的能力の低下を積極的に把握することは、その低下を遅らせたり、回復させたりすることで、内在的能力と機能的能力を維持することにつながる。
- 内在的能力に影響を与える特性や行動は、健康的な生活習慣や行動を取り入れることによって、多くの場合、改善または修正することが可能である。
- 高齢者の身体的・社会的環境の改善は、内在的能力が低下するにつれて、機能的能力を最適化するためにますます重要になってくる。
- 地域社会の関係者は、高齢者が健康的な行動をとれる環境づくりを推進すると同時に直接的なサービスや支援を提供することができる。

図 2.1

健康長寿のための公衆衛生の枠組み：
人生の各段階における公衆衛生活動の機会



出典：高齢化と世界報告書。WHO; 2015.

2.1

内在的能力はどのように 変化するのか？

図 2.1 は、人生の後半における内在的能力と機能的能力の典型的なパターンを示している。内在的能力と機能的能力は、加齢の過程そのものに加え、基礎疾患などの影響を受けながら、年齢とともに低下する。このパターンは3つの一般的な時期に分けることができる。比較的能力が高く安定している時期、能力が低下していく時期、そして介護に依存し、能力が著しく低下している時期である。

ICOPE は主に、能力が低下しつつある、または顕著な能力低下している高齢者のニーズに対応することを目的としており、個人の目標や必要に応じた介護やエイジフレンドリーな環境を考慮に入れている。能力が高く安定している高齢者にとっては、ICOPE は健康増進と予防に向けた機会を提供する。

内在的能力には、国内でも国際的にも大きな個人差がある。これは平均寿命の違いにも反映されており、オーストラリア、イタリア、日本、大韓民国、スウェーデン、スイスの平均寿命は83歳以上であるのに対し、中央アフリカ共和国、チャド、レソト、ナイジェリアと南スーダンでは58歳未満である(10)。

内在的能力のばらつきは、若年層よりも高齢者の方がはるかに大きくなる。このような多様性は加齢の特徴の1つであり、人中心のアプローチにとっての課題であると同時に機会でもある。ある人は他の人より10歳年上であっても、同じような内在的能力および機能的能力を持っていたり、同じ年齢の2人の高齢者が全く異なる内在的能力を示すことがある。これが、年齢が高齢者の健康状態の指標としては不十分である理由である。

2.2

内在的能力と機能的能力を最適化するための介入

内在的能力の低下を特定することは、その低下を遅らせたり改善させたりして、内在的能力と機能的能力を維持するために介入する機会を提供する（図 2.1、p.12）。地域の関係者を含むプライマリケアに関係する医療従事者は、内在的能力の低下を把握する必要がある。

内在的能力に影響する特性や行動の多くは、修正することができる。例えば、健康的な食事、身体活動、座りっぱなしの生活を避けること、社会とのつながりを保つこと、予防接種、いつ、どこで医療サービスを受けるか、などの健康や生活習慣に関する助言を提供することが可能である。このような行動は内在的能力を維持するだけでなく、内在的能力低下につながる疾患のリスクも軽減する。プライマリケアにおける ICOPE は、こうした健康的な行動を支援し、人生の後半における内在的能力の最適化と危険因子の管理に向けた広範な取り組みを支援する。

繰り返しの評価と、定期的にフォローアップを行うことで、慢性疾患を管理しながら内在的能力の変化を把握することが可能になる。内在的能力の低下に対する具体的な介入に加え、社会的ケアや支援も必要なタイミングで適切に提供することが可能である。さまざまな内在的能力の低下に対する多面的な介入は、それぞれの能力の領域が相互に影響することから効果的である。

機能的能力の最適化において、高齢者の身体的・社会的環境に対する修正は内在的能力が低下するにつれてますます重要になってくる。高齢者の機能的能力の5つの領域（ボックス 2.1、p.14）は、住居やその周辺環境、その他の外部環境の改善によって、支援することが可能である。例えば、転倒のリスクを減らすために自宅を改修したり、移動補助具などを提供したりして、高齢者の移動の支援をすることができる。また、地域のイベント参加などに関する情報を提供することで、社会的参加の維持を促すことが可能である。これらは WHO の「エイジフレンドリーシティとコミュニティのグローバルネットワーク」に事例として示されている。

介護者も重要な役割を担っている。介護者自身も高齢であることが多く、介護や支援を必要としている場合もある。ICOPE ケア手順には、介護者のニーズの評価と、研修と支援の提供が含まれている。

内在的能力や機能的能力の低下を評価・管理し、介護を含む保険・医療と社会的支援を統合した継続的なケアを提供するためには、包括的なアプローチが必要である。

地域社会の関係者は、健康の社会的決定要因への取り組みに関して政府や地方自治体に説明責任を求めるとともに、高齢者が健康的な行動を実践できる環境づくりを推進し、サービスや支援を直接提供する役割を担うことができる。

ボックス 2.1 機能的能力の領域

- 経済的な安定、住居や身の安全、医療サービスへのアクセスといった基本的なニーズを満たすこと。
- 知識を学び、成熟し、意思決定を図ること。これには継続的に学び、知識を活用すること、問題解決に取り組むこと、自己成長を維持すること、選択する能力を持つことが含まれる。
- 移動ができること、家庭内の活動を継続できること、地域の店やサービス、施設にアクセスすること、社会的、経済的、文化的活動に参加すること。
- 子どもや他の家族との関係、友人や隣人との社会的関係、地域の保健医療従事者との関係など、幅広い人間関係を築き、維持すること。
- 地域や周囲に貢献することは、社会的・文化的活動への参加と密接に関連しており、これには友人や近隣住民をサポートすること、仲間や若者への助言、ボランティア活動、家族や地域社会のケアなどが含まれる。

3

プライマリケアにおける高齢者の包括的なケア (ICOPE) のための4段階の手順

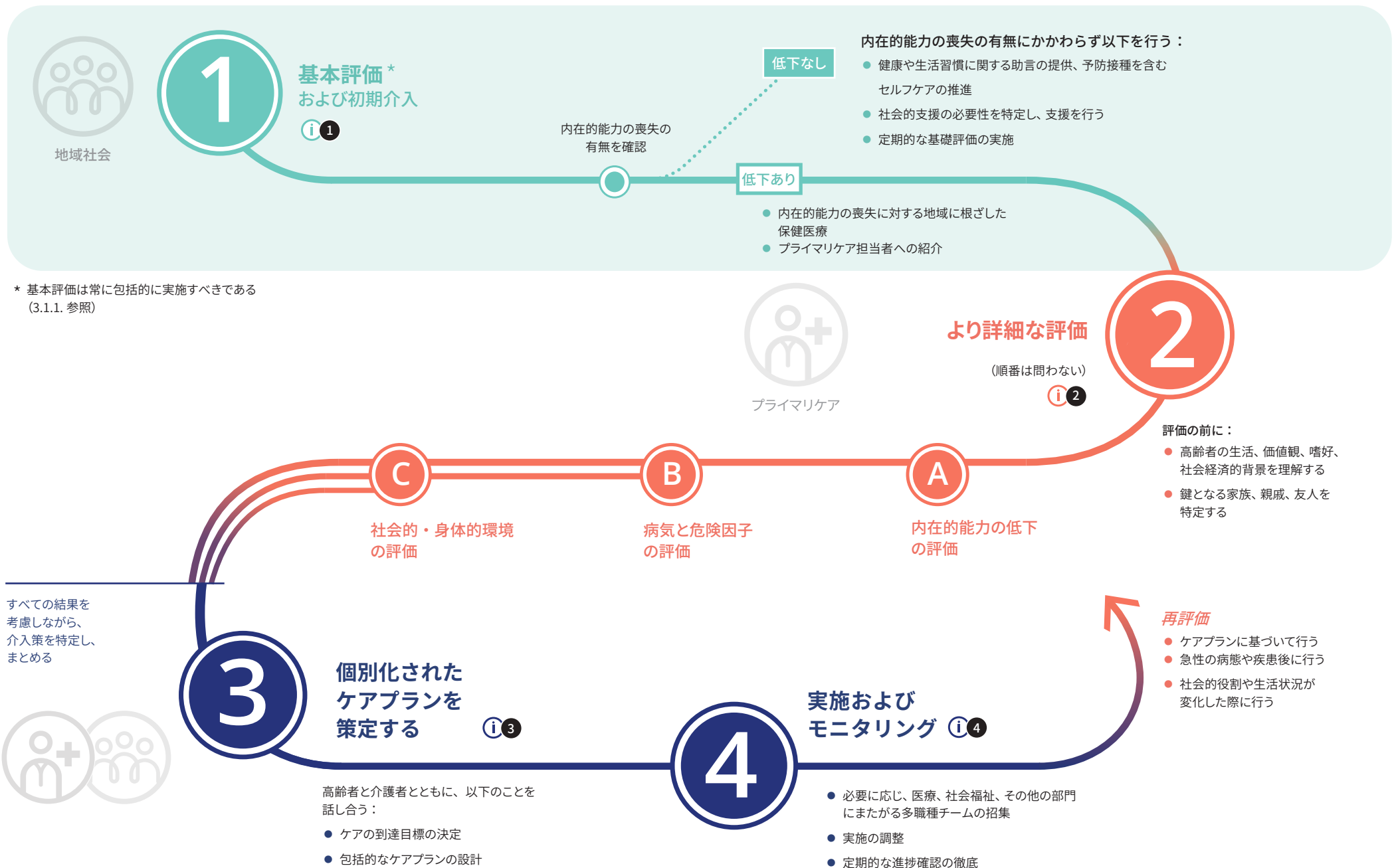
プライマリケアの場面における高齢者の包括的な医療・介護のためには、①基礎評価と地域社会での介入、②より詳細な評価、③個別化されたケアプランの作成、④その計画の実施とモニタリング、という4段階の手順が踏まれる。プライマリケアは、ケアに最初に出会う場であり、医療制度における重要なプロセスである。プライマリケアは、ウォークイン・クリニック、ポリクリニックなどのプライマリケア施設、家庭、保健所、ヘルスポスト、移動診療所、アウトリーチ・サービスを通じて提供されることが多い。プライマリケアを通じて、人々の日常生活に近い場所で、個人の価値観を尊重した包括的なケアを継続的に提供することができる。プライマリケアにおけるこのICOPEの手順は、上記のどのプライマリケアの場でも実施することができ、しばしば地域の関係者とともに担われる。

人を中心としたケアは、高齢者は独自の社会的背景の中で、固有のニーズや嗜好を持つ一人の人間であるであるという視点に基づいている。高齢者のケアは、病気や健康状態に対処するだけでなく、高齢者の選択や経験を十分に考慮しながら、介護の必要性も視野に入れた多様なニーズに応えるものである。また、高齢者の健康状態やケアニーズが、その家族や介護者に与える影響にも向き合う必要がある。

要点

- 内在的能力の低下の可能性や社会的支援の必要性は、地域社会の場にて見つけることができる。
- 地域社会の医療従事者や研修を受けた地域の関係者は、高齢者の基礎評価を行いながら、個人に合わせた健康や生活習慣に関して助言することが可能であり、さらに内在的能力の潜在的な喪失に対応するための具体的な行動や、危険因子の予防を支援することができる。
- 内在的能力の低下の可能性が特定された場合には、より詳細な評価のためにプライマリケアに紹介されるべきであり、詳細な評価により専門的な医療機関への紹介も含め、個別化されたケアプランの作成が可能となる。
- 個別化されたケアプランには、対象となる高齢者（および介護者）との話し合いで合意された、複数の介入が含まれる場合があり、内在的能力の低下への対応や、さらなる悪化の予防、ならびに機能的能力の最適化を目的とする。
- 介入の優先度と順番は、問題の緊急性、介入が成功する可能性、問題に取り組むことによる影響の度合い、そして高齢者本人の優先事項がその判断において最も重要である。
- 地域の関係者は、このケア手順の各段階において役割を果たすことができ、そのためには有意義に関与し、適切な支援を受けるべきである。

図 3.1 プライマリケアにおける ICOPE のケア手順



* 基本評価は常に包括的に実施すべきである
(3.1.1. 参照)

i 1

基礎評価と地域での介入→ 3.1

すべての高齢者に対して

- 内在的能力の喪失に関する基礎評価を行う (表 3.1)
- 予防接種や心血管疾患の危険因子の管理など、健康や生活習慣に関する助言を提供し、セルフケアを促進する (3.1.3、3.1.4)
- 社会的支援の必要性 (家庭環境、経済的安定、孤立、社会参加) と介護者支援の必要性を特定し、支援を提供する (表 3.2)

内在的能力低下が基礎評価で陽性と判定された高齢者に対して

- 上記に加えて、特定の内在的能力の喪失に対処するための地域に根ざした保健医療を提供する (3.1.5)
- プライマリケア担当者に紹介する

地域社会の関与→ 4.1.3

地域の医療従事者を含む地域の関係者は、高齢者、その家族、介護者への手助けを行う。プライマリケアにおける ICOPE の手順のどの段階においても、有意義で積極的な地域社会の関与が重要である。



地域アイコン

このアイコンは、地域における医療従事者やその他の研修を受けた地域関係者が取ることができる行動を示すために使用される。

i 2

より詳細な評価→ 3.2

A. 内在的能力の低下を評価する

基礎評価において内在的能力が喪失している可能性があると判定された領域を診断確認する

B. 病気と危険因子の評価

以下の必要性を評価する

- 疾病と危険因子の管理
- 処方内容の見直し
- ワクチンの接種

C. 社会的・身体的環境の評価

以下の必要性を評価する

- 環境の改善
- 福祉用具
- 虐待のリスクを含む社会的な側面からの介入や支援、および日常生活における身の回りの介助や支援 (11.2、11.4、11.5)
- 介護者への支援の必要性 (12.3)



医療従事者アイコン

このアイコンは、医師、看護師、社会福祉士、その他の医療専門職など、医療機関で主に医療・介護を提供する医療従事者が行うべき行動を示すために使用される。

i 3

個別化されたケアプランの作成→ 3.3

- セルフケアと自己管理
- 地域に根差した保健医療と支援
- 内在的能力と機能的能力のさらなる低下を管理し、予防するための複数の要素による介入
- 疾病と危険因子の管理
- ワクチンの接種
- 処方内容の見直し
- 福祉用具の提供および保守
- 社会的ケアと支援→ 11
- 介護者への支援→ 12
- 専門的な医療・介護への紹介 (老年医学的医療・介護、緩和ケア、リハビリの実施)

i 4

個別化されたケアプランの実施と監視→ 3.4

- 地域社会の中を含む、さまざまな場面における保健医療、介護、社会的ケアの連携・調整
- 専門医療・介護との連携
- 定期的かつ継続的な進捗確認
- 計画通りに実行できているかを監視し、必要に応じてケアプランの変更について話し合う。
- 介入の成果、障壁、合併症などの情報を、多職種チームの医療従事者間で定期的に共有する

プライマリケアにおける包括的なケアの取り組みを通して、高齢者の医療や社会的側面からの配慮の必要性に対処する際には、考慮すべき4ステップがある(図 3.1、p.16 参照)。すべてのステップにおいて、高齢者自身やより広範な地域社会を巻き込み、介護者の支援を確保することが重要である。4ステップは、通常、高齢者本人との一連の対話を通じて、時間をかけて実施される必要があり、その過程には複数の異なる保健医療従事者が関与する場合がある。ほとんどの場合、ステップ1は地域社会の関係者によって地域社会の中で実施可能である(プライマリケア施設で働く医療従事者が実施することもできる)。より詳細な評価は、プライマリケア施設で働く医療従事者によって実施されるべきである。より詳細な評価と個別化されたケアプランの作成には、時間と、異なる医療従事者間の調整が必要であることを考慮すると、ステップ2とステップ3は、予約診療を何回か開催しながら行うことが必要となりそうである。ステップ3およびステップ4では、介護職員を含む医療従事者、地域の関係者、介護者を交えて行うことが必要である。



3.1

基礎評価と地域での介入

プライマリケアの現場における ICOPE では、医療サービスへのアクセスが限られている可能性のある高齢者を含め、高齢者を巻き込む機会を提供する。これは、ヘルスリテラシーの向上、健康的な生活習慣の促進、必要に応じた社会的支援の提供、ならびに保健医療サービスを求める行動の促進を通じて、健康およびウェルビーイングの向上を図ることを目的としている。基礎評価を行うことにより、地域の医療従事者やその他の関係者は、高齢者に情報と支援を提供できるとともに、彼らが直面している可能性のある課題についての理解を深めることができる。

本ハンドブック第2版では、プライマリケアにおける ICOPE のケア手順のステップ1を拡大し、高齢者の基礎評価と、必要に応じて、地域レベルでの適時の介入を提供できる可能性に焦点を当てている。

- 基礎評価は、以下の事柄を特定することを目的としている。
 - 内在的能力の損失。
 - 尿失禁 (UI) (可能な場合) や、社会的支援および介護者支援のニーズなど、高齢者の健康に影響を与える主要な要因。
- 心血管疾患の危険因子に関連した内容を含む、健康と生活習慣に対する助言の提供。
- 高齢者の環境への適応の支援を含む、内在的能力の低下に対処するための地域に根ざした保健医療の提供。
- より詳細な評価のためのプライマリケアへの紹介(ステップ2)。

ステップ1の拡大は、健康増進と予防のために、高齢者との最初の接触を最大限に活用することを目的としている。内在的能力の喪失を検査することに加え、ステップ1は、ICOPE の手順のすべてを実施することがすぐには不可能であったり、高齢者本人がプライマリケア受診を希望しない場合であっても、具体的な情報や支援を提供し、地域に根ざした保健医療を届ける機会となる。そのため、基礎評価と健康・生活習慣に関する助言は、(可能な限り個別のニーズに対応する形で)すべての高齢者に提供されるべきである。内在的能力や健康に影響を及ぼす他の重要な要因に関連する項目を潜在的に喪失していると判定された高齢者は、プライマリケア施設や社会福祉機関に紹介し、必要に応じて地域に根ざした保健医療が提供されるべきである。

ICOPE における基礎評価では、簡単な質問とテストを用いることにより、内在的能力の6つの領域における潜在的な喪失(表 3.1、p.19)、社会的支援と介護者の支援の必要性、尿失禁の存在(表 3.2、p.27)を特定する。

表 3.1
内在的能力の喪失に関する基礎評価

	選別のための質問 「はい」の場合、より詳細な評価に進む (ステップ2)	テスト	丸にチェックのついた領域を 詳細に評価する	合格
5	認知機能の低下 (認知機能)	記銘力や見当識（自分のいる場所や曜日がわからないなど）に問題がありますか？	1. 3つの単語を覚えてもらおう（名詞を使う、例えば）：花、ドア、米 2. 時間と空間の見当識：今日の年月日は？ここはどこですか（自宅、診療所など）？ 3. 3つの単語を思い出せますか？	☐ どちらかの質問に不正解、もしくは、わからないという答え ☐ 3つの単語をすべて思い出せない ☐ どちらの質問にも正解
6	移動能力の低下 (運動機能)	椅子からの立ち上がりテスト 腕を使わずに椅子から5回立ち上がる 14秒以内に5回、椅子から立ち上がれましたか？	☐ いいえ	☐ はい
7	低栄養 (活力)	1. 体重減少 過去3ヶ月間に意図せず3kg以上体重が減りましたか？ 2. 食欲減退 食欲不振がありますか？	☒ はい ☒ はい	☒ 両方の質問に「いいえ」
8	視力障害 (視覚) * 普段眼鏡をかけている場合は眼鏡を着用した状態で	遠くや近くが見えにくい*、目の痛みや不快感など、目に何か問題がありますか？ 糖尿病、高血圧症、副腎皮質ステロイドや眼科の薬を使用していますか？	1. 外眼部の診察 2. WHO簡易視力検査表*を用いた視力検査： • 遠見視力（両眼とも6/12） • 近見視力（両眼ともN6）	☐ 不合格 ☐ 合格 ☐ 遠見視力と近見視力とも合格
9	聴覚障害 (聴覚)	聴力に問題がありますか？ 補聴器をご使用の方は「補聴器を使っている」を追加してください、	ささやき試験もしくは簡易聴力検査または騒音下3数字聞き取り試験（Digits-triplet-in-noise試験）	☐ 不合格 ☐ 合格
10	抑うつ症状 (精神面)	過去2週間、以下のいずれかに悩まされましたか？ • 落ち込んだり、憂鬱になったり、絶望的になりましたか？ • 何事をするのにもほとんど興味や喜びを感じませんか？	☐ はい ☐ はい	☐ 両方の質問に「いいえ」

3.1.1 内在的能力の喪失に関する基礎評価の 実施方法

内在的能力の喪失に関する基礎評価(表 3.1、p.19)は、通常 8 ～ 12 分
かかり、研修を受けた地域の医療関係者、地域ボランティア、看護助手、
看護師、医師、社会福祉士、またはその他の医療関係者によって実施
することができる。

内在的能力のすべての領域について、別々にではなく、一度にまとめ
て評価することを強く推奨する。認知機能、視覚、聴覚については、
選別のための質問をすることが推奨される。高齢者の回答が「はい」
であれば、より詳細な評価(手順のステップ 2)へ直接紹介することが
でき、これらの領域についてさらに基礎評価を行う必要はない。基礎
評価は、地域の保健医療システムや保健医療従事者の能力に応じて調
整することが可能である。

基礎評価 認知機能の低下

選別のための質問

“記銘力や見当識(自分のいる場所や曜日がわからないなど)
に問題がありますか?”

答えが「はい」なら、そのまま手順のステップ 2 へより詳
細な評価に進む。→ 5

簡単な記憶と見当識のテスト

1. 3 つ単語を覚えてもらう

これから言う 3 つの単語を覚えてもらう。「花」「ドア」
「米」など、簡単で具体的な名詞を使う。

2. 時間と空間の見当識

それから、“今日の年月日は?” および “ここはどこで
か?” (自宅、診療所など)、と尋ねる。

3. 3 つの単語を思い出す

最初に、あなたが言った 3 つの単語を繰り返してもらう。

次のような場合は、より詳細な評価が必要である

- 見当識に関する 2 つの質問のどちらかに答えられない、
もしくは
- 3 つの単語をすべて思い出せない。→ 5

基礎評価 移動能力の低下

椅子からの立ち上がりテスト

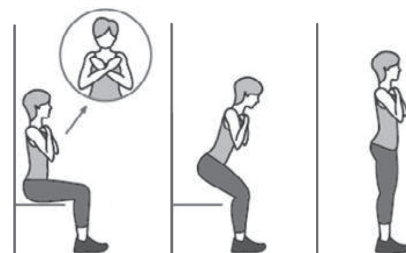
安全性を高めるために、理想的には肘掛けのない頑丈な椅子を壁の前に置き、被検者に対してテストのやり方を実演する。杖を使用している人が、杖を使用したほうがテストを安全に行えるように感じるようであれば、杖を使用してもらう。

被検者に以下のように尋ねる：“腕を使わず、痛みや不快感を伴わずに、椅子からできるだけ早く 5 回立ったり座ったりしてみても安全だと思いますか？”

もし答えが「はい」であれば、以下を行ってもらう。

- 椅子の中央に座る。
- 腕を交差させ、胸の上に保つ。
- 完全に立ち上がり、再び座る。
- 止まらずにできるだけ早く 5 回繰り返す。

被験者のかかった時間を秒単位で計る。



次のような場合は、より詳細な評価が必要である

- 椅子からの立ち上がりテストの動作ができない。もしくは
- 14 秒以内に 5 回立ち上がることができない。→ 6

基礎評価 低栄養

次の 2 つの質問をする。

- “過去 3 ヶ月の間に、意図せず 3kg 以上体重が減りましたか？”（体重が不明な場合は、“服や、ベルト、腕時計が緩くなったと思いますか？”と尋ねる）。
- “食欲不振はありますか？”

体重計が利用可能であれば、体重を測定し記録する。

次のような場合は、詳細な評価が必要である
どちらかの質問に「はい」と答える。→ 7

基礎評価 視力障害

選別のための質問

“遠くや近くが見えにくい（普段眼鏡をかけている場合は眼鏡をかけた状態で）、目の痛みや不快感など、目に何か問題がありますか？”

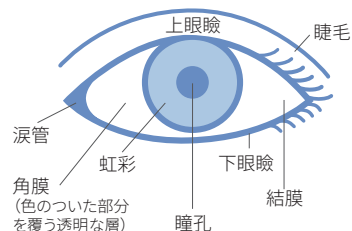
“糖尿病、高血圧症、副腎皮質ステロイドや眼科の薬を使用中ですか？”

いずれかの質問に「はい」と答えた場合は、そのまま手順のステップ2「詳細な評価」に進む。→ 8

1. 外眼部の診察

外眼部、眼瞼（まぶた）、睫毛（まつ毛）の様子、眼瞼の開閉の仕方を観察する。

外眼



次のような場合は、より詳細な評価が必要である

次のいずれかの外眼部の異常が認められた場合：眼瞼の縁に著しい眼脂や膿がある、目から過剰の水様性または粘液性の分泌物が出ている、まつ毛が内向きである、まぶたの閉じ方に異常がある、白目の部分に異常な赤味がある、目の色のついた部分が異常なかすみや赤味がある。→ 8

2. 視力検査

視力を検査する場合、以下の点を考慮する必要がある。

- 少なくとも 3m の距離を確保できる明るい場所が必要。
- E が向いている方向を指で指しながら、E テストのやり方を実演する。



- まず遠見視力を測定し、次に近見視力を測定する（普段眼鏡をかけている場合は眼鏡をかけた状態で）。

WHOeyes アプリは、視力スクリーニングのための無料の携帯電話アプリとして、国連の全 6 言語といくつかの追加言語で利用できる。

(<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/whoeyes>)

次のような場合は、より詳細な評価が必要である

- どちらかの目の遠見視力が 6/12 より悪い。もしくは
- 既製品の老眼鏡では N6 の大きさを見ることができない。→ 8

遠見視力検査

WHO 簡易視力検査表による

- 各眼を別々に（単眼で）検査をする。まず右目で、次に左目で。
- 遮眼子（または手）を使って、検査をしていない方の目を覆う。
- 患者が頭を回したり傾けたりせず、まっすぐ視力検査表を見ていることを確認する。
- 視力検査表が目から 3m 離れていることを確認する。
- 大きい E の字 (6/60) から始める。大きい E の字 (6/6) が少なくとも 2 つ答えられたら、小さい E の字 (6/12) で検査を続ける。
- 右目の検査結果を記録し、左目に対して検査手順を繰り返す。
- 遠見視力検査で合格と判定されるのは、それぞれの眼で小さな E の字を 3 つ以上 (6/12) 答えられる場合である。

近見視力検査

WHO 簡易視力検査表による

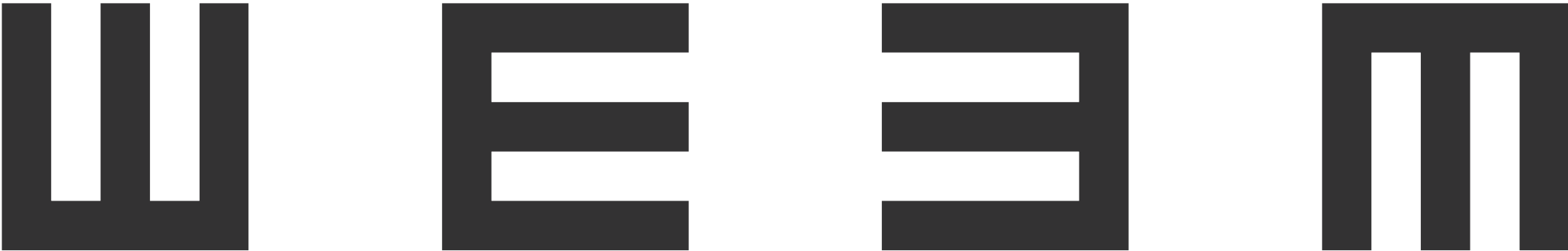
- 両目を一緒に（両眼）検査する。
- 近見視力表を目から 40 cm の位置に置く。
- 近見視力検査で合格となるのは、両目で E の字（N6 の大きさ）のうち少なくとも 3 つが見える場合である。
- 近見視力が N6 より悪い場合は、既製品の老眼鏡で N6 の大きさがはっきり見えるかどうかを確認する。

関連情報

🔗 *Vision and eye screening implementation handbook*. WHO; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375590>).

🔗 *Training on reading spectacles*. WHO; 2024 Training in Assistive Products (gate-tap.org).

WHO 簡易遠見視力檢查表
(檢查距離 3 m)



6
12



WHO 簡易近見視力檢查表
(檢查距離 40 cm)



N6

基礎評価 聴覚障害

選別のための質問

“聴力に問題はありますか？”（補聴器を使用している場合は、“補聴器を使用している”と付け加える）。

答えが「はい」の場合は、そのまま手順のステップ2—より詳細な評価（診断のための聴力検査）に進む。→ 9

聴力検査

聴力の基礎評価には、3種類の検査のうち可能なもの1種類を用いる。ささやき試験を除き、ヘッドホンが必要である。周囲の騒音レベルが40dBA（調整デシベル）以下である確認することが重要である。これは、騒音計を使用するか、検証済のスマートフォンアプリ（NIOSH Sound Level Meter など）を使用して検査することで確認できる。

関連情報

 *Hearing screening : considerations for implementation.* WHO; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/344797>).

1. ささやき試験（テスト 1）

これは最も簡単な選択肢であるが、他の検査ができない場合にのみ使用すべきである。可能であれば、テスト2とテスト3を使用すべきである。

- 被験者の背後の左右どちらか寄りに、腕の長さほど離れて立つ。
- 検査しない方の耳を、指1本を耳珠（耳の穴の手前にある小さく尖った軟骨の部分）に押し当てることにより、覆ってもらう。
- どのように行うか実演する。
- 大きく息を吸い、十分に息を吐く。



次に、お互いに関係のない一般的な単語を4つささやく（単語は被験者にとって馴染みのあるものでなければならない。米、魚、自転車、庭、黄色、空、犬など）。単語は1つずつささやき、被験者がそれぞれの単語を繰り返して言うのを待つ。

被験者が3つ以上の単語を繰り返すことができ、はっきりと聞き取れることが確認できれば、試験を行った側の耳の聴力は正常である可能性が高い。

- 被験者の左右反対側に移動し、異なる単語を使ってもう片方の耳の試験を行う。

次のような場合は、より詳細な評価が必要である：4つの単語のうち3つ以上を繰り返して言うことができない。→ 9

2. 簡易聴力検査（テスト 2）

3つの周波数（1 kHz、2 kHz、4 kHz）において、一定の音の大きさ（35 dBHL [聴力レベルのデシベル]）の純音を、両耳で（それぞれ別々で）聞き取ってもらう。結果は「合格」（検査で異常なし）または「不合格」（さらなる評価が必要）として記録する。

次のような場合は、より詳細な評価が必要である：1回以上、どちらかの耳で35 dBHLの大きさの音を聞き取れなかった場合 → 9

3. 騒音下3数字聞き取り試験（Digits-triplet-in-noise test）（テスト 3）

自動化された騒音下数字聞き取り試験を用いて、背景の雑音の中で、どの程度数字を識別できるかを、両耳を一緒に試験し、判定する。

- 背景の雑音とともに読み上げられる3つの数字の組み合わせ（例：4-7-3）を聞きとる。
- 数字は、1つずつ読み上げられる。
- 被験者は聞き取った数字を繰り返して言う。
- 結果は、「合格」（3つの数字の50%以上を正しく識別）または「不合格」（低得点）のいずれかで記録される。

 **hearWHO** は、無料の携帯電話アプリとして英語版、中国語版、スペイン語版、ロシア語版、オランダ語版、フランス語版が利用可能である。
(<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/hearwho>)

次のような場合は、より詳細な評価が必要である：35 dBHLの大きさの音での読み上げが聞き取れない（低得点と表示される成績、例えば hearWHO アプリの得点が50未満）。→ 9

基礎評価

抑うつ症状

次の2つの質問をする。

“過去2週間、以下のいずれかに悩まされましたか。

- 落ち込んだり、憂うつになったり、絶望的になりましたか？
- 何事をするのにもほとんど興味や喜びを感じませんか？”

次のような場合は、より詳細な評価が必要である
どちらかの質問に対し「はい」と答える。→ 10

内在的能力の喪失に関する基礎評価を終えてから

その結果と定期的な再評価の重要性を説明する。

すべての高齢者に対して

- 支援の必要性を特定し、支援を提供する。→ 3.1.2
- 健康と生活習慣に関する助言を提供する。→ 3.1.3
- 可能であれば、血圧を測定、高血圧の有無を確認し、心血管疾患の危険因子を管理して、必要に応じて医療機関を紹介できるようにするのが望ましい。→ 3.1.4

内在的能力の潜在的な損失があると判断された高齢者に対して

- もし、失われている内在的能力に対する対処がまだの場合は、より詳細な評価のためにプライマリケアの医療機関に紹介する（手順のステップ2）。
- 内在的能力の喪失に対する対処が適切と判断される場合、地域に根ざした保健医療を提供する。

3.1.2

高齢者の健康に影響を与える主な要因

内在的能力の喪失に関する基礎評価を行った後、基本評価の第2の要素として、社会的支援の必要性、介護者への支援、尿失禁を含む、高齢者の健康に影響を与える他の重要な要因を特定することができる。尿失禁は内在的能力ではなく疾患（老年症候群）であるため、内在的能力の領域とは別に扱われるが、内在的能力の喪失に影響し、影響を受ける要因である。

社会的支援と介護者への支援：個別化されたケアプランに適切な介入を盛り込むようにするために、高齢者とその介護者の社会的支援の必要性を理解すること、および、そしてこれらの介入を行うことは、包括的なケアの提供において極めて重要である。これらの問題は重要であるにもかかわらず後回しにされがちであるという認識の下、本ハンドブックでは、ICOPE 手順の早めの段階においてこれらに関する質問を含めることにより、社会的支援と介護者への支援により早くから注意を促している。

社会経済的状況、社会とのつながり、住居など、健康に影響を与える社会的な要因に着目することは、高齢者の健康に関する成果指標を改善し、機能的能力を最大限発揮するために重要である。すべての高齢者に対して、彼らの内在的能力にかかわらず、社会的支援の必要性を尋ねることが推奨される。これらの質問は、ICOPE の基礎評価に問題がなかった（すなわち、内在的能力の喪失はないと判定された）直後、あるいは、内在的能力の喪失の可能性があるものの、より詳細な評価が（すぐに）行えない場合に、基礎評価を担当した人が行うことができる。もしくは、プライマリケア施設でのより詳細な評価の際に、社会的・身体的環境に関するより広範な評価の一環として質問することもできる。

多様な社会的・文化的背景を考慮して、表 3.2 (p.27) の社会的支援・介護者支援に関する質問に用いる言葉は、質問する相手の背景に合わせるべきである。これらの質問に用いる言葉選びにおいて、年齢差別的な用語を含むエイジズムな言葉の使用につながらないようにすることが重要である。

高齢者の介護は、内在的能力が著しく低下した高齢者に対する場合は特に、肉体的にも心理的にも負担が大きく、介護者自身の健康やウェルビーイングにも影響を及ぼしかねない。基礎評価やより詳細な評価において、介護者の要望を把握し、個別化されたケアプランの作成と実施には介護者への支援を組み込むことが重要である。表 3.2 (p.27) には、介護者に尋ねるとよい質問が掲載されている。→ 11 12

尿失禁：尿失禁は、特に高齢女性に多く認められ、何百万人もの高齢者に影響を及ぼす一般的な病態であり (11)、高齢者の生活の質やウェルビーイングを低下させる (12)。尿失禁を話題にするのが恥ずかしいことであると感じている人が多いと予想され、その結果として診断、治療に結びつかないことが多いため、大多数の尿失禁が報告されずにいると考えられる。このことを考慮すると、地域における基礎評価やプライマリケア施設におけるより詳細な評価の際に、尿失禁に関連する内在的能力（例えば、認知機能の低下、移動能力の低下、抑うつ症状）を評価する際に、高齢者に対し尿失禁に関する質問をすることが推奨される。ICOPE の基礎評価が行われる環境で、尿失禁のような配慮を要する内容について対話を行うことに困難を伴う可能性があることが指摘されている。→ 13

表 3.2
高齢者の健康に影響を与える主要因の基礎評価

	質問／評価	さらなる評価／ 補足質問を検討	定期的に再度質問
11 社会的ケアと支援	居住環境 家の状態、場所、安全性など住居に関して問題がありますか？	☐ はい	☐ いいえ
	経済状況 食費や家賃、医療費が不足しがちですか？	☐ はい	☐ いいえ
	社会的孤立と孤独 孤独であると感じることが多いですか？	☐ はい	☐ いいえ
	社会への関与と社会参加 あなたにとって大切な趣味やその他の活動続けることに困難を感じますか？	☐ はい	☐ いいえ
12 介護者支援 (介護者に対し、介護する高齢者の居ないところで尋ねる)	介護をするうえで必要な支援はすべて受けているように感じますか？	☐ いいえ	☐ はい
	介護や支援を提供する能力に自信がありますか？	☐ いいえ	☐ はい
	介護者の役割を担うことで（身体的、精神的、経済的、社会的に）悪影響がありますか？	☐ はい	☐ いいえ
13 尿失禁	急に尿漏れが起こるなど排尿に関して何か問題がありますか？	☐ はい	☐ いいえ

注：例として示した社会的支援の質問の文言は、現地の状況に応じて適切なものになるよう調整することができる。

地域での介入

基礎評価によって内在的能力の潜在的な低下があると判断された高齢者は、可能な限り医療機関（プライマリケア施設）においてより詳細な評価を受けるよう紹介されるべきである（手順のステップ2）。

基礎評価を実施した地域の医療従事者またはその他の研修を受けた関係者が、より詳細な評価のための受診を促すことが望ましい。高齢者は、視力と聴力の評価（1-2年ごとでも可）を除き、定期的な基礎評価（少なくとも年に1回）を受けるよう促されるべきである。他にも急な出来事や病気の後、社会的役割や状況が変化した場合（転居した際や配偶者が亡くなった場合）にも基礎評価を受けなおすよう勧めることが望ましい。定期的に基礎評価を行うことにより、内在的能力の低下の早期発見や、迅速な介入が可能となる。高齢者は、健康維持のために自ら目標を設定することも奨励されるべきである。

医療機関や関連する社会福祉機関への紹介に加え、地域における他の介入も、基礎評価のために高齢者と接する機会に提供することができ、この最初の接点を有効に利用し、最善の助言と支援が提供されるようにする。

地域の医療従事者やその他の地域における研修を受けた関係者は、さまざまな種類の個人に合った支援やケアを提供することができる。それらには、健康や生活習慣に関する助言の提供による健康増進、高血圧などの心血管危険因子の有無の選別、内在的能力の喪失や高齢者の健康に影響を及ぼす他の要因に対処する、地域に根ざした保健医療などが含まれる。

3.1.3

健康的な生活習慣の促進

すべての高齢者は、行動変容のための助言を理解し実行することができる。内在的能力の程度にかかわらず、健康と生活習慣の助言から恩恵を受けることができる。助言をする際には、セルフケアを促進するための情報と、どのような時に、どこにある医療機関を受診すればよいかという情報も一緒に提供すべきである。高齢者に対しては、既存の病気や状態についても尋ね、自己管理を支援すべきである。

情報の学び方や、情報に対する反応の仕方が、人によって異なる点に注意することは重要である。情報の学習は、地域での会話、芸術、印刷物、従来のマスメディア、デジタルメディア、そして医療従事者との会話や交流という6つの主な道筋の組み合わせを介して行われる(13)。したがって、地域の医療従事者やその他の地域関係者は、高齢者に情報や助言を提供するさまざまな方法を検討すべきである。これには、1対1の会話、グループディスカッション、さまざまなコミュニケーション資料を用いた啓発キャンペーンなどが含まれる。高齢者クラブなどの地域の団体は、健康や生活習慣に関するメッセージを盛り込んだ仲間同士のディスカッションや地域のドラマ制作など、高齢者向けのイベントを企画するために関与するのが望ましい。

健康や生活習慣に関する助言を提供する際には、誰がどのような情報を提供するかについても考慮すべきである。健康やそれに関連する行動について、人々が単独で決定することはほとんどなく、家族や地域社会の人々、宗教指導者など、他の人々の影響を受ける可能性が高い。場合によっては、集団として決定を下すこともある。そのため、高齢者の地域の幅広い集団に接触し、活動に引き込むことが重要である。また、助言は、どのように行うのかという情報が添えられている場合に、より理解されやすく、したがってもらいやすくなる。例えば、どのような食事が健康的かという情報を提供する際には、食料品がどこで手に入り、どのように調理するかという助言と一緒に提供することが望ましい。

プライマリケアの場面における ICOPE のケア手順のステップ1として高齢者に提供される健康と生活習慣に関する助言には、健康とウェルビーイングを支援するための一般的な情報と、内在的能力の領域に関連したより具体的な行動の両方が含まれるべきである。可能であれば、助言は個々の高齢者とその高齢者の具体的な要望に的を絞ったものであるべきである。

高齢者のための健康的な生活習慣の助言

1. 定期的な身体活動→ 6.1

- すべての身体活動は役に立ち、すべての動きに意味がある。
- 軽い身体活動から始めて、ゆっくりと徐々に活動強度を上げていくのが望ましい。
- ウォーキング、サイクリング、家事、ガーデニング、ダンス、スポーツなどさまざまな選択肢があり、高齢者が楽しめる活動に重点を置いている。
- 座りっぱなしの生活習慣を避けることが重要である。
- 身体活動に対する認識は、文化的背景や女性の参加に対する姿勢も含め、積極的に受け入れ、参加する方向に変化する可能性がある。

2. 健康的な食事の摂取→ 7.1

- 高齢者はたんぱく質を多く摂るべきである。
- 他の人と食事することにより、食事を社会的な活動にすることは有用である。
- 地元で手ごろな値段で手に入る健康的な食品を提案する。
- 高齢者は1日に少なくとも 400 g (5 ポーション) の野菜と果物を食べ、塩分は 5 g または小さじ 1 杯以下にする。
- 全粒穀物、野菜、果物、パルス豆（炭水化物として）、ナッツ、種子（シード）、豆類（ビーンズ）、オリーブと魚（健康的な脂質として）が重要である。
- 1 度にたくさんの量の食事が難しければ、少量ずつ頻繁に食べても構わない。
- 食物繊維の多い食事は便秘を防ぐことができる。

3. 水分補給→ 7.1

- 最低でも 1 日 6 ～ 8 杯 (1.6 ～ 2.0L) の水分を飲むこと（医学的に制限されている場合を除く）。暑い気候ではより多くの量を飲むこと。
- 特に尿失禁がある場合はカフェインの摂取を減らす。

4. 口腔衛生→ 7.1

- フッ素配合の歯磨剤 (1000 ～ 1500 ppm) で 1 日 2 回歯を磨く。

5. 社会とのつながりと地域社会への参加→ 11.1

- 家族や友人と過ごすようにする。
- 社会的に活動し、楽しく有意義な方法で地域社会と関わる。

6. 疾病と心血管危険因子の予防と管理→ 3.1.4

- 病気に対する薬の服薬を含め、きちんと治療を受ける。
- 医療従事者の助言なしに、市販薬やサプリメントを使用することは避ける。
- 脂質や単純糖質摂取の制限など、肥満を防ぐための体重管理を行う。
- 衛生習慣の徹底（安全な水の飲用、食品衛生、手洗い）。
- アルコールや精神作用物質を避けるか減らす：
 - アルコールの有害な使用は、身体的、精神的、社会的、心理的、認知的健康に影響を与える。
 - アルコールの使用を避けることができるように支援を求める。
- 禁煙
 - 非喫煙者が喫煙を始めないようにする。
 - がん、呼吸器疾患、認知症、心血管疾患、口腔疾患、尿失禁などのリスクの増加など、タバコの使用に伴うリスクを強調する。
 - 禁煙の支援をどこで受けられるかについての情報を提供する。
- 視力障害の危険因子（糖尿病と高血圧）に注意する。

7. ワクチン接種

- 居住地域のワクチン接種規則に沿った定期接種 (14)。
- 予防接種を受けた記録を残すことは重要である。

8. メンタルヘルスの促進→ 10.1

- 必要に応じ、ストレスを軽減する。
- 介護をしている場合は定期的な休息をとる（介護者に対する助言として）。
- 楽しめる活動、もしくは以前楽しんでいた活動をする。

9. 質の良い規則正しい睡眠

- 一定の時間に就寝・起床するなど、健康的な睡眠習慣を維持する。
- 1日に十分な睡眠時間を確保する。

10. 脳の健康の最適化→ 5.1

- 読書、ゲーム、新しいことを学ぶ、音楽を演奏するなど、認知を刺激する活動を定期的に行う。

11. 目／視力の健康の促進→ 8.1

- 定期的に眼科検診と視力検査を受ける。
- メガネの使用法と使用時期に関する助言に従う。
- サングラスや帽子を着用し、紫外線への露出を制限する。
- 近距離作業（電子媒体の使用、読書、裁縫）から定期的に休息をとる。

12. 耳／聴力の健康の促進→ 9.1

- 定期的に聴力検査を受ける。
- 聴力低下が疑われる場合は相談する。
- 柔らかい布で耳の外側を清潔に保つ。
- 補聴器の使い方の助言に従う。
- 耳の中に物を入れてはいけない。
- 汚ない水の中で泳いだり耳を洗ったりしない。
- 大きな物音や大音量の音楽を聴かず、騒がしい場所では耳栓を使用する。

内在的能力の領域に関する具体的な健康と生活習慣の助言に関するさらなる情報は、本ハンドブックの関連する章に記載されている。

関連情報

 *WHO health topics: alcohol, tobacco.* WHO; 2024
(<https://www.who.int/health-topics/alcohol>;
<https://www.who.int/health-topics/tobacco>).

3.1.4

心血管疾患の危険因子のスクリーニングと予防

心血管疾患（CVD）は、冠動脈性心疾患や脳血管疾患（心筋梗塞、脳卒中など）など、心臓や血管の疾患群である。2021 年、CVD は世界的に死因の第 1 位であり（15）、高齢者における有病率が高かった（16）。心血管疾患のリスクには、タバコの使用、不健康な食事、アルコールの過剰摂取、不十分な身体活動などの行動的要因と、高い血圧（高血圧症）、高い血中コレステロール濃度、高い血糖値（糖尿病）などの代謝因子が含まれる。

高齢者の心血管疾患の有病率が高く、状況によっては診断されていない高血圧症の割合が高いことから（17）、ICOPE の手順の第 1 段階では、高齢者の意識を高め、可能であれば危険因子を特定する重要な機会を提供する（ボックス 3.1）。医療従事者は、行動変容を促す目的で、行動上の危険因子が特定された高齢者に対し、個別に助言や相談を行うことができる。

心血管疾患に関連した健康的な生活習慣のためのカウンセリングには、以下が含まれる。

心血管疾患に関連した健康的な生活習慣の相談には、高齢者が心血管疾患やその他の疾患（糖尿病、肺疾患、がん）、認知機能の低下や視力障害などによる内在的能力の低下のリスクを減らすために、特定の行動を変えるよう指導し支援することが含まれる。

基礎評価の際に、地域の医療関係者と高齢者（および必要に応じ介護者も）の間で簡単なカウンセリングの介入を行うことで、潜在的な問題を特定し、情報を提供し、高齢者の行動を変えるよう動機付け、支援することができる。5As ツール（Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange）は、危険因子を特定し、行動変容を支援するために用いることができる。

地域医療従事者は、次のように尋ねることができる。

以下のような質問、または類似の質問をする：

- 過去 12 ヶ月間に喫煙または他のタバコ製品を使用したことがありますか？
- 果物を毎日何皿食べますか？
- お酒を飲むことはありますか？
- 過去 1 週間で、合計 30 分体を動かした日は何日ありますか？ 例：ウォーキング、サイクリング、掃除、ガーデニングなど、階段の上り下り、ダンスなど

ボックス 3.1 高血圧症のスクリーニング

情報提供や行動変容の支援と並行して、地域の医療従事者は高血圧症のスクリーニングを行うことも可能である。地域の医療従事者やその他の関係者が適切な訓練を受け、適切な機器があり、より詳しい評価や治療のためにプライマリケアの医療機関に紹介できるのであれば、地域の中で血圧測定を行うことが可能である。紹介経路が整備されておらず、治療が受けられない場合に、高血圧症のスクリーニングを行うことは、非倫理的である。

血圧が高い人のほとんどは自覚症状がないため、血圧を測定することが高血圧症を診断する唯一の方法である。正確な血圧測定のために

- 適切な大きさのカフを使用する。
- 背中が支えられた姿勢で座り、足を組まず、排尿後の状態で、5 分間リラックスして座ってもらい、会話はしないでもらう。
- 少なくとも 2 回測定し、2 回目の値を使う。

一般に、高血圧症は異なる日の 2 回の診察で診断される：収縮期血圧が ≥ 140 mmHg、および/または拡張期血圧が ≥ 90 mmHg である場合に診断される。高血圧症と診断された場合は、さらなる評価や他の代謝危険因子（糖尿病や高コレステロール血症）を含めた治療のためにプライマリケアの医療機関に紹介されるべきである。高血圧症と診断された高齢者は、高血圧症に関連するリスクと、さらなる評価のために受診することの重要性に関する情報を提供されるべきである。

関連情報

 HEARTS: technical package for cardiovascular disease management in primary health care: healthy lifestyle counselling. WHO; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/260422>).

3.1.5

内在的能力の喪失に対処するための地域に根差した保健医療

ICOPE の基礎評価によって、内在的能力の潜在的な喪失が確認された場合、地域の医療従事者によって、地域の関係者の援助とともに地域社会に根ざした保健医療を提供することができる。場合によっては、医療機関との連携の下に行われることもある。プライマリケア施設でのより詳細な評価が不可能な場合や、完全な評価を計画したり実施するのに時間がかかる場合、高齢者が評価を受けに来ないことを選択すると考えられる場合などに、地域での介入は重要である。状況や資源を問わず実施可能な介入には、以下のようなものがある（詳細な情報については、以下に示した関連する章を参照）。

- 認知機能への刺激、身体運動、家族や介護者への助言。→ [5.2](#)
- 安全性に配慮した運動制限のある人のための身体運動プログラム。→ [6.2](#)
- 低栄養に対する高たんぱく質食品を含むバランスの取れた食事。→ [7.2](#)
- 老眼鏡の提供や、視力障害を念頭においた高血圧症の有無の判別。→ [8.2](#)
- 難聴に対するコミュニケーション法の助言。→ [9.2](#)
- 抑うつ症状や痛みに対するリラクセス法などのストレス管理法。→ [10.2](#)、[6.5.2](#)
- 社会参加と支援のための、利用可能な地域サービスや活動に関する助言や情報の提供。→ [11.1](#)
- 介護者を支援するために利用可能な地域サービスに関する助言や情報の提供。→ [12.2](#)
- 尿失禁を管理するための膀胱訓練。→ [13.2](#)

安全に介入を行うことができるかどうか、あるいはどのように安全に介入を行うことができるかについて疑問がある場合は、知識のある適切な医療従事者に助言を求める。



3.2

プライマリケア施設でより詳細な評価を受ける

この評価中に、配偶者など別の高齢者が家族内にいることが確認された場合、その高齢者の包括的なケアの必要性も考慮され、ICOPE の基礎評価が適切に提供されるべきである。

医療と社会的側面からの介入の必要性をプライマリケア施設においてより詳細に評価することは、適切なサービスと支援を提供するために非常に重要である。最初の手順は、現在の内服薬を含む病歴を聞き取り、健康状態、健康管理に対する価値観や優先順位、社会背景を尋ね、鍵となる家族、親戚や友人を特定することにより、その高齢者の人生をより良く理解することである。

より詳細な評価には、看護師や医師などの熟練した医療従事者が予定された訪問や診療・面談の機会を通じて実施する必要がある場合が多い。より詳細な評価には3つの重要な要素がある：それらは、内在的能力の低下の検査と確認、背景疾患と危険因子の評価、本人の社会的・身体的環境の評価である。これら3つの要素は、どのような順番で実施してもよい（特に断りのない限り）。これら3つの要素すべての所見に基づき、介入策の候補を特定する。それぞれの各ケア手順には、評価で考慮すべきことや介入に関する情報が記載されており、これらの情報は1つの包括的で個別化されたケア計画に反映されるべきである。

3.2.1

内在的能力の損失を評価する

内在的能力が低下している可能性のある場合、その地域で利用可能で妥当性が確認されているツールや検査を用いてその低下を確認する必要がある。ツールや検査の例は、各ケア手順（第5章～第10章）に示されている。

3.2.2

関連疾患と危険因子の評価

高齢になるにつれて、心血管疾患、高血圧症、糖尿病、がん、慢性閉塞性肺疾患、変形性関節症、骨粗鬆症、白内障、認知症などの病気を有する可能性や、マルチモビディティ（2つ以上の慢性疾患を有している状態）である可能性が高くなる。

関節炎のように症状を呈する危険因子もあれば、高血圧症や糖尿病のように何年も無症状のままの危険因子もある。したがって、プライマリケアにおいて早期発見することは極めて重要である。WHO は、リスクに応じた心血管疾患の管理や認知症などに関する非伝染性疾患の早期発見と管理に役立つさまざまなガイダンスを提供している。

血圧測定は、初診時を含め、プライマリケア施設への定期的な受診時にすべての成人に実施されるべきであり、正常であった場合でもその後も定期的に測定されるべきである。血圧が高値を示した場合は、定められたプロトコルにしたがって直ちに経過観察が必要である。糖尿病の発見には、症状が現れた人に対しては、空腹時血糖値（FPG）または随時血糖値を用いて検査することが推奨される。さらに、無症状な成人に関しては、40歳以上でBMIが25を超える場合は、FPGを用いて検査すべきである。

また、高齢者は時間の経過とともに免疫力が低下する傾向にあり、特定の感染症にかかるリスクが高くなる。ワクチンで予防可能な病気を減らすために、高齢者のワクチン接種状況を監視する必要がある。

マルチモビディティやポリファーマシー（→4.2.4）なども含めて、診断を行う際に、プライマリケアでは必ずしも利用できない特定の診断検査、機器、専門技術が必要となる場合がある。環境によっては、二次または三次レベルの専門的サービスを紹介する必要がある。

3.2.3

社会的・身体的環境の評価

自宅や地域、より広い社会における社会的・身体的（建物も含まれる）環境のより詳細な評価とともに、社会的ケアや支援のニーズを特定することが必要である。

社会環境には、生活環境、経済的安定、孤独（人間関係）、地域活動への参加状況や公共サービスの利用状況、虐待のない生活、などが含まれる。支援の必要性が確認された場合、高齢者が自分にとって重要なことができるように、サービスが提供されるべきである。高齢者は、内在的能力の程度に関係なく、社会的支援を必要としているかもしれない。

高齢者が直接身につけたり使用する福祉用具（補聴器、杖、車椅子など）の要望は、熟練した医療従事者が評価する。→ 4.2.2 家庭やその周囲の物質的環境の評価は、高齢者への質問や、可能であれば家庭訪問を通じて行われ、福祉用具の必要性、転倒のリスク、および環境をより安全で利用しやすい場所にする方法の特定を含め、どのような環境調整が必要かを知らるのに役立つ。→ 4.2.5

高齢者の内在的能力が著しく損なわれている場合、社会的ケア（身の回りの世話や日常生活の援助）が必要になることがある。社会的ケアのニーズは、高齢者が日常生活のさまざまな作業を、他人の助けなしで行えるかどうかを尋ねることで特定することができる。また、自宅、地域社会、施設での医療や介護の要望や好み、誰がそのケアを提供できるかを考えるべきである。これによって、介護サービス（利用可能な場合）の具体的な要望や、その要望の個別化されたケアプランへの反映が可能になる。

第 11 章で示すケア手順は、一般的な社会的ケアと支援のニーズを評価し、対処するための一連の質問を示している。加えて、各ケア手順には、内在的能力の領域や状態に対応した社会的ケアと支援の要望の可能性について記載されている。→ 11

また、高齢者のケアや支援に関わる家族やその他の介護者の潜在的な支援のニーズを考慮することも重要である。とりわけ、介護を受ける高齢者と同居している家族介護者は、継続的な介護や支援の責任による大きな負担を感じている場合がある。そのような介護者は、介護に関する研修や訓練を受けたこともなく、支援も受けていないこともある。これは燃え尽き症候群につながる可能性があり、介護者の心身の健康や提供できる介護の質に影響を与える。そのため、レスパイトケア（介護者が休息の機会を持つこと）の必要性を考慮すべきである。

第 12 章で示すケア手順は、介護者のニーズを評価し、管理するための一連の質問を示している。さらに、各ケア手順では、内在的能力の領域や状態に応じて介護者が必要となる可能性のある具体的な支援について記されている。→ 12

関連情報

- 🔗 *Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults.* WHO; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/344424>).
- 🔗 *HEARTS: technical package for cardiovascular disease management in primary health care: Evidence-based treatment protocols.* WHO; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/260421>).
- 🔗 *HEARTS: technical package for cardiovascular disease management in primary health care: Risk-based CVD management.* WHO; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/333221>).
- 🔗 *WHO packages of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary care.* WHO; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/334186>).
- 🔗 *WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults.* WHO; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/377825>).



3.3

個別化されたケアプランの作成

個別化されたケアプランとは、従来の病気中心のアプローチから脱却し、高齢者の要望、価値観、嗜好に焦点を当てた人を中心とした取り組みである。

この手順では、その人の能力と強み、経験、その人にとって最も重要な価値観や優先事項、そして社会的背景を認識する。個別化されたケアプランは、保健医療および社会的ケア・支援のあらゆる側面を方向づけるものであり、これらのサービスの統合と、高齢者が必要なサービスに適切にアクセスできるようにするうえで不可欠である。内在的能力の複数の領域にわたる詳細な評価の結果と、第5章から第13章に概説されているような介入策の候補として特定された内容は、以下の点を考慮しながら、包括的な個別化されたケアプランとしてまとめられるべきである。

- ・ 介入方法は、高齢者本人の目標、内在的能力の低下状況、疾患や危険因子、そして高齢者がさまざまな活動に従事することを支援する環境を促進する機会に基づいて合意されるべきである。
- ・ 個別化されたケアプランには、プライマリケアで提供される介入と、必要に応じて専門的治療・介護への紹介が含まれるべきである。また、社会的サービスも含まれるべきであり、サービスが提供される環境（家庭、地域社会、施設）に適切に合致したものでなければならない。
- ・ 効果的に包括的ケアを提供するために、継続的かつ定期的なフォローアップと再評価が不可欠である。
- ・ 地域に根ざしたサービスも含めるべきであり、地域の関係者が提供することもできる。

3.3.1

個人の価値観に合った到達目標を明確にし、設定する

ケアマネジャーやケアコーディネーターが中心となり、理想的には医師や看護師など医療従事者も交えた話し合いによって定められた高齢者の到達目標が、個別化されたケアプラン作成の出発点であるべきである。医師または看護師がケアマネジャー／ケアコーディネーターの役割を果たすこともできる。医療従事者は、高齢者（および適切な場合はその介護者）を自身のケアに関する意思決定に積極的に参画させるとともに、高齢者の要望、価値観、嗜好、優先順位を尊重しなければならない。このような取り組みにより、医療従事者の高齢者への関わり方に変革をもたらすことができる。

高齢者を支援する多職種チーム（ボックス3.2）にとって、内在的能力と機能的能力を最大限引き出せる到達目標を1つに設定することは、医療・介護とその進捗状況のモニタリングを適切に行う上で有用である。

ボックス 3.2 多職種チーム

多職種からなるチームは、高齢者のケアに関わる人々がまとめ、協調的かつ包括的な取り組みによって、幅広いサービスを提供する。プライマリケアにおける多職種チームの構成は、その環境によって異なるが、医師、看護師、地域の医療従事者、社会福祉士、各種療法士（理学療法士、作業療法士、言語療法士、心理療法士）、介護者、介護福祉士、薬剤師、ボランティアなどが含まれる。その地域の医療・社会福祉制度において可能な範囲内で、医療・介護の提供に最も直接的に関与する少数の医療従事者からなる中核となるチームを作り、可能な限り他の職種の従事者に議論に参加してもらうことが望ましい。

多職種チームの構成員が、チームとして協力し合うやり方が重要である。効果的な働き方を促進するためには、次のようなことが役に立つことがある。チームの活動を円滑に進める特定のケア・コーディネーターやケース・マネジャーを決めておくこと、知見や懸念事項を共有するために合同のミーティングを開催すること、記録を共有すること、そして包括ケアを受ける本人のニーズに応じて多様な職種や専門分野を含めること、などである。

高齢者自身の目標は、ケア計画の中心となるべきものであり、疾病の直接的な影響を減らすだけでなく、高齢者が最も大切にしていること、例えば、自立して安全に年を重ねること、個人的な成長を維持すること、自律性と健康を保ちながら地域社会に参加し貢献すること、などができるようになるための視点も考慮して設定することが望ましい。

回復が困難と思われる著しい内在的能力の喪失を複数認める高齢者や、人生の最終段階にある高齢者を含め、どのような高齢者に対しても、個別化されたケアプランを作成することができる。医療従事者と高齢者の話し合いにおいては、「死」や「死にゆくこと」に関連して高齢者が持つかもしれないあらゆる懸念を考慮し、高齢者が望まない医療やケアがあるかどうかを明らかにすることが重要である。予後が限られた重篤な疾患を有する高齢者に対しては、予想される疾患の経過の中で、個人の価値観に合った到達目標を設定するための特別な配慮が必要である。

個別化されたケアプランには、期限付きの具体的な目標を含めるべきである。中長期的な目標に加え、高齢者のやる気と意欲を維持するために、より早期に達成感や効果を実感できる短期的な目標も盛り込むことが推奨される。

個人の価値観に合った到達目標の設定方法

高齢者、その家族、介護者（適切な場合）とともに、医療従事者がどのように個人の価値観に合った到達目標の設定を行うことができるか、その例を以下に示す。この計画は、詳細な評価の結果と、それに応じて提供されうる介入策に基づくべきである。この取り組みは、地域の状況に合わせて行うことが望ましい。

以下の内容を話し合うことにより**到達目標を明確にする**。

- 人生のあらゆる場面で、高齢者にとって最も重要なこと。
- 高齢者が人生において持っているいくつかの具体的な目標。
- 健康に関する具体的な目標。
- 短期的（今後3ヶ月など）および長期的（6～12ヶ月など）な期間に高齢者がめざしたい3つの目標。

到達目標を設定する—これは、高齢者の要望や本人が捉えている課題に応じて目標を調整しながら次の内容を話し合う。

- 上記で決めた3つの到達目標について、具体的にどれを短期的および長期的に取り組みたいのか。
- 到達目標のために現在行っていること。
- 到達目標を達成する上で、理想的かつ可能な標的は何か。

到達目標の優先順位付け—高齢者と医療従事者の間で、ケアの優先順位付けされた到達目標について合意することが、転帰の改善につながる。優先順位付けは、以下の内容を話し合うことによって知ることができる。

- 自分で、あるいは医療従事者やケアコーディネーターの支援を受けながら、短期的・長期的にどの目標に最も意欲的に取り組みたいと高齢者が思っているのか。

出典：Javadi et al; 2018. Health Tapestry (<http://healthtapestry.ca>) による原文からの引用

3.3.2 包括的な個別化されたケアプランの策定

内在的能力の低下が認められたすべての領域を対象とした包括的な個別化されたケアプランを策定することが重要である。これは、複数の能力低下が共通の生理学的要因や行動要因によって生じている場合があり、包括的な対応により相乗的な効果が期待できるためである。その結果、介入は内在的能力の複数の領域にわたって有益な結果をもたらす。

例えば、筋力トレーニングは移動能力の低下を予防し対処するための重要な介入であるが、一方で間接的に抑うつ症状や認知機能の低下に対して保護的な効果があり、転倒予防にも役立つ。

いくつかの領域にわたって内在的能力が著しく低下している人の中には、より詳細な評価によって、その低下が回復する見込みがないことが示唆される場合がある。これは例えば、怪我や病気（脳卒中など）による障害や、認知症やパーキンソン病などの進行性の病気がある場合などである。個別化されたケアプランは、経過観察の計画と同様に、今後の疾患の進行を考慮する必要があり、これは生涯継続して考慮し続ける必要があるかもしれない。内在的能力の改善・維持に向けた取り組みと病気の治療、緩和ケア、介護者支援を含む社会的ケアと支援の提供のバランスは、時間の経過とともに変化していくだろう。

個別化されたケアプランの作成には、主に 3 つの段取りがある。

1. 評価結果を検討し、内在的能力、機能的能力、健康、ウェルビーイングをよりよいものにする機会について話し合う

到達目標を設定するための話し合いでは、より詳細な評価の結果と、内在的能力のさまざまな喪失に対する介入案を検討すべきである。臨床的な観点からの問題の緊急性、介入内容の成功の可能性、ある内在的能力の喪失への対処が別の内在的能力の喪失への対処にも影響を与えるなど、より広い影響、介入による予測される負担、などを参考にケアプランに含める介入の優先順位を決めることができ、その際に高齢者が自分にとって最も重要だと感じていることを考慮することが望ましい。

とりうる介入策を決定するためには、医療従事者は、医療的・社会的な両部門にわたって利用可能なサービスや資源に関する包括的な知識を必要とする。

2. 介入策について合意する

この合意は、インフォームド・コンセントに基づき、高齢者の同意を得て、高齢者の到達目標、ニーズ、好み、優先事項に沿ったものであるべきである。また、セルフケアや自己管理の要素を含め、物理的および社会的な環境を考慮し、必要性が認識された場合は介護者支援も組み込むべきである。とりうる介入策は、高齢者とひとつひとつ話し合う必要がある。個別化されたケアプランの内容の例は、**ボックス 3.3** (p.38) に掲載してある。

多くの場合、提案された介入策には、部門や分野を超えた医療従事者からの意見が必要となる。理想的には、一人のケースマネジャーまたはケアコーディネーターが、ケアプランの評価、作成、実施、監視に関わる多職種チーム (**ボックス 3.2**, p.35) のまとめ役となることが望ましい。高齢者と介護者、多職種チームの連携は、高齢者が生活する場所で高齢者のウェルビーイングを維持するために重要である。

3. ケアプランの仕上げと共有

ケアマネジャーまたはケアコーディネーターと認定された医療従事者は、合意された介入内容をケアプランの中に文書化し、高齢者の同意を得て、高齢者本人、その家族、介護者（必要に応じて）、および高齢者のケアに関わる多職種チームと共有すべきである。ケアプランの中の介入内容に、より高次の医療機関への紹介が必要な場合は、高齢者に予約の取り方と、医療従事者がその過程をどのように支援できるかについての助言を与えるべきである。ケアプランの例は巻末の**付録**に記載されている。

ボックス 3.3 個別化されたケアプランの構成要素

- 高齢の優先事項や嗜好に基づいた到達目標。
- 健康とウェルビーイングの促進に向けたセルフケアと自己管理。
- 地域に根ざしたサービスと支援。社会的処方が高齢者を地域のさまざまな医療以外のサービスにつなげ、健康とウェルビーイングの向上に寄与する（ボックス 11.1、p.124）。
- 内在的能力の低下を予防・管理するための複数の側面からの一連の介入策。多くのケアプランには、栄養状態を改善し、複合的な運動を奨励するための介入が含まれる。
- 基礎疾患、老年症候群（転倒、尿失禁など）、心血管疾患を含む危険因子の管理。
- 国ごとのワクチン計画に応じた COVID-19 や毎年インフルエンザ、その他のワクチンを含む定期的なワクチン接種。
- 不適切な処方を同定し、薬剤へのアクセス、服薬遵守、服薬管理上の問題を特定するための薬物療法の見直し。→ 4.2.4
- 該当する場合には、進行した慢性疾患や生命を脅かす疾患の管理を行い、必要に応じて緩和ケアを提供する。これにより、高齢者が意味や尊厳のある生活を継続できるよう支援するとともに、その権利を守ることを目指す。→ 4.2.3
- 住宅改修や福祉用具の提供・整備などの環境調整、家族、友人・地域社会やその他のサービスの助けを借りた社会的支援、さらに日常生活動作を支援するための身の回りのケアや介助が含まれる。これらは、自宅、地域社会、ならびに施設（デイセンター、老人ホーム、その他の長期療養施設）において提供することができる。
- 介護者自身との話し合いに基づいた介護者への支援。これには、介護技術やケア方法に関する助言、介護者自身のセルフケアの促進、休息の機会、心理社会的支援、経済的支援の利用法、死別や喪失に伴う悲嘆（グリーフ）への支援などが含まれる。
- 必要に応じリハビリテーション、緩和医療、老年医学的ケアなどの専門的サービスを、地域の紹介経路を通じたより高次の医療機関への紹介。
- 状態の変化や更なる能力の損失の確認や、それに応じたケア内容を調整できるよう、次回フォローアップの時期をあらかじめ決定。



ケアプランの実施を監視し、高齢者とともに定期的に再評価することは、合意された到達目標を達成するために不可欠である。

4

3.4

個別化されたケアプランの実施と監視

個別化されたケアプランで合意された介入を実施するためには、さまざまな階層や種類の医療・福祉サービスから集められた多職種チームの構成員間の連携と調整、およびケアコーディネーターやケアマネジャーによる統率が不可欠である。このような取り組みにより、介入による有害事象を含む合併症を早期発見しやすくなり、不測の出来事や病気、社会的役割や生活状況の変化に伴うあらゆる課題を特定できるようになる。また、内在的能力の新たな領域や追加的な領域における喪失を特定することもできる。定期的な計画の監視は、不必要な緊急事態を回避し、早期対応を可能にすることで費用を節約するのに役立つ。また、定期的な経過観察は、高齢者と医療従事者との頻繁な接触を可能にし、良好な関係を維持するために役に立つ。

経過観察の頻度は、必要とされる医療・ケアの強度、提供される介入の種類、その人の社会的背景に応じて、ケアコーディネーターまたはケアマネジャーにより決定され、その頻度に関して高齢者の同意を得ることが望ましい。ケアコーディネーターまたはケアマネジャーは、再評価を実施するために予定されているものも含め、すべての予約を忘れないように高齢者に対して注意喚起するのがよい。高齢者に対する経過観察は、対面、電話、ビデオ通話など、さまざまな方法で行うことができる。各個人に最も適切な方法は、医療従事者が決定し、高齢者（および適切な場合は介護者）に同意してもらうべきである。

経過観察の手順には以下のようなものが含まれるが、これらに限定されるものではない。

- 医療・ケア計画の各手順と介入策がうまくいっていることの確認。
- 介入によって起こりうる有害事象や予期せぬ結果を特定するための積極的な問い合わせ。
- 基礎評価および／またはより詳細な評価の反復的な実施。変化項目の記載。
- 介入を実施することによる成果、障壁、合併症のまとめ。
- 変化項目および新たに生じた要望の特定。
- 必要に応じたケアプランの変更。





3.5 コミュニケーションの技法

プライマリケアの現場における高齢者の包括的ケア（ICOPE）の手順のすべての段階において、医療従事者および地域社会の関係者による効果的なコミュニケーションが、個人の価値観に合った一貫した包括的なケアを成功させる鍵となる。

より詳細な評価を行い、ケアプランを作成する医療従事者は、信頼関係を築くために、時間をかけて高齢者と適切に関わる必要がある。そのためには、高齢者が困難に感じていることや嗜好、選択、到達目標について率直に打ち明けられるように高齢者に促すような適切な環境が必要である。

高齢者とのコミュニケーションにおいて、医療従事者や地域社会の関係者が留意すべき点がいくつかある。そのほとんどは、すべての人との会話において有用であるが、特に保健医療システムにおけるエイジズム（年齢に基づく偏見や差別）とその影響に関しては留意すべきである。

- 高齢者に初めて会うときは、文化的に適切な呼び方を使い、馴れ馴れしい言葉（英語では‘dear’など）は使わないようにする。信頼できる人間関係を築いた後、相手にどのように呼ばれるのを希望するか尋ねてみるのがよい。
- 敬意を払い、年齢差別的な態度や言動を避ける。高齢者の評価（聴力、認知機能など）を行うことなく、高齢者のコミュニケーション能力について当然としたり、決めつけたりしてはならない（**ボックス 1.1**、p.3）。
- 介護者からの情報収集が必要であったり、有用であったりする場合は、その状況に配慮し、プライバシーと高齢者の自己決定のバランスを考慮する。認知機能の低下など、特定の内在的能力の低下により必要と判断され、かつ法的枠組みに則っている場合に限り、介護

者またはその他の人に高齢者の代わりに話してもらうよう依頼するべきである。

- 高齢者の移動能力の観点から環境を確認し、車椅子利用者を含め、十分にアクセスしやすい環境であることを確保する。
- 相手から適切な距離をとり、開いた姿勢（訳注：腕や足を組んだり背中を丸めたりせず、肩を開き手をみせたりすることにより閉鎖的な印象を与えない姿勢）にて座る。
- 性別に関する配慮が必要となる可能性を考慮し、適切かつ可能であれば、同性の医療従事者が対応できるよう提案する。
- 話を始める前に、高齢者にどれくらいの時間話をしたいかを伝え、途中で話を続けてよいかを確認する。必要に応じて休憩を取ることも考慮する。
- 質問をするときは、急かさず、話を遮ったり気を散らしたりせず、相手の目をみながら、共感を示すようにする。適切な場合には、「はい」「いいえ」で答えられないような形式のオープンクエスションを用い、その人の経験、感情、考え方を共有しやすくなるようにする。
- 高齢者が確実に理解できるように、コミュニケーションの方法や言葉を工夫する。一度に1つの話題に限る、一度に多くの情報を与えない、短く簡単な単語や文章を使う、ゆっくりはっきり話す、専門用語を避ける、といった工夫がそれに該当する。
- 時折、高齢者の発言内容を要約したり、特定の点をもう一度確認したり、高齢者の気持ちを言葉にして明確にするなど、積極的な傾聴を実践する。
- 難聴の高齢者とコミュニケーションをとる際には、適切なコミュニケーション方法を用いる。→ [9.2.1](#)
- 視覚障害のある高齢者とコミュニケーションをとるときは、十分な明るさを確保し、その人が眼鏡を持参し、使用しているかどうかを確認し、すべての指示や資料が明瞭で、大きな文字で記載されていることを確認し、録音、図や補助具や支援機器を活用して情報が理解しやすいよう工夫する。→ [8.6](#)
- 推奨事項が明確で、高齢者（および必要に応じて介護者）に理解されていることを確認する。推奨事項、処方、今後のスケジュール、紹介状などを明確に文書化する。
- 虐待やネグレクトの兆候に注意し、観察する。→ [11.4](#)

高齢者の話し方や聞き方に気を配るだけでなく、医療従事者は、ボディランゲージを含む非言語的なコミュニケーション形態や、高齢者とその場にいる介助者や親族の行動を観察することの重要性を認識すべきである。

4 関係者とプライマリケアにおける ICOPE ケア手順のための横断的サービス

プライマリケアにおける ICOPE ケア手順の実施には、地域のさまざまな医療や介護などの関係者の関与と、職種や機関を超えた協力と調整が必要である。ICOPE を実施する計画を立てる際には、誰が関与すべきか、どのようなサービスが必要で、どのように提供できるかに焦点を当て、多くの要因を考慮することが重要である。これらの要因は、プライマリケアのあり方やサービスの使いやすさ、地域社会の関係者の存在や力など、その地域の状況によって決まる→14.2)。プライマリケアの中に専門的なサービスがない場合には、二次・三次の医療機関や、その他の地域社会サービスに紹介する必要がある。

要点

- プライマリケアにおける ICOPE ケア手順の導入を成功させるには、医療・福祉部門と地域社会にわたるさまざまな関係者の関与が必要である。
- 高齢者が主体的に参加することや、介護者が力を発揮できるように支えることは、ICOPE ケア手順のすべての段階で重要な支援になる。
- 地域の関係者は、高齢者のための包括的ケアを進めるうえで、有意義に関わり、適切に支援されることが重要である。
- 専門医療機関への紹介が必要な場合は、医療従事者間の調整と協力が重要である。
- 複数の内在的能力の低下に対応する横断的なサービスと支援は、全体を見ながら統合的に提供すべきである。

4.1

地域の医療・介護従事者の関与

4.1.1

高齢者の主体的な関与

高齢者が ICOPE やより広範な包括的ケアに積極的に関わり、支援を受けることで、ICOPE の成功に繋がる。また、高齢者自身のエンパワーメント意識を高め、自己実現にもつながる。この関わりには2つの形がある。1つは、ICOPE ケア手順を通じた高齢者自身の健康と福祉に関わることで、もう1つは、より広範な地域や社会に関わることである。例えば、高齢者コミュニティ団体などを通じて、地域で健康的に暮らすことを支援することである。高齢者に優しい都市や地域は、高齢者が積極的に社会参加するのに役立つ。高齢者コミュニティ団体が、包括的ケアを進めるうえでどのように関わるか例をご参照いただきたい。→ [4.1.3](#)

これらを達成するための重要な第一歩は、ケア経路のすべてのステップを地域の状況に適応させる際の重要な原則として、サービスにおける共同デザイン、フィードバックに基づくサービスの改善、意思決定の共有を優先させることである。ICOPE は、高齢者が自分のケアに主体的に関わり、自分の希望や目標を表明できる機会を提供することを重視している。また、地域の身近な仕組みを通して、高齢者への理解や認識を高める取り組みも必要である。→ [3.3.1](#) ケアプランには、高齢者が主体的に関わるためのセルフケアとセルフマネジメントの要素を含めるべきである（[ボックス 4.1](#)）。キャンペーンを工夫して行うことで、高齢者に対する偏見（エイジズムや虐待など）（[ボックス 1.1](#)、p.3）への理解を深めるのにも役立つ。→ [11.4](#)

ボックス 4.1 高齢者のセルフケアと自己管理

セルフケアやセルフマネジメントの支援とは、高齢者とその介護者に対して、健康とウェルビーイングを高め、危険因子を減らし、病気や合併症を管理・予防し、本来の能力を最大限に引き出して機能を維持するために必要な情報、スキル、ツールを提供することである。

これは、高齢者が“一人でやっていく”ことを期待されたり、不合理な要求や過度な要求をされたりすることを意味するものではない。むしろ、医療従事者、家族、その他の介護者と相談し、協力し合いながら、高齢者自身の自律性とケアを管理する能力を認めるものである。すべての高齢者は、現在の健康状態や能力に関係なく、健康や生活習慣についての助言を受けるべきである。→ [3.1.3](#)

WHO の加齢のためのモバイルヘルス（mAgeing）イニシアチブは、セルフケアや自己管理を支援することで、医療従事者の日常的なケアを補完することができる。携帯電話を通じて健康情報、アドバイス、リマインダーを配信することで、健康的な行動を促し、高齢者が本来持っている能力を向上させ、維持することを支援する。

関連情報

- 🔗 *Be healthy, be mobile: A handbook on how to implement mAgeing.* WHO; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/274576>).
- 🔗 *Voice and meaningful engagement in the UN Decade of Healthy Ageing: a discussion paper.* Decade of Healthy Ageing Platform; 2023 (<https://www.decadeofhealthyageing.org/find-knowledge/resources/publications/detail/voice-and-meaningful-engagement-in-the-un-decade-of-healthy-ageing-a-discussion-paper>).

4.1.2 介護者のエンパワーメントと支援

介護者（主に女性である場合が多い）は、高齢者のケアや個別のケアプランの実行を支える重要な役割を担っており、その役割において支援されるべきである。特に、介護者が質の高いケアを提供できるようにするための研修や助言、介護者自身の健康やウェルビーイングを守るための適切なサポートが求められる。主な支援の例として、レスパイトケアの利用、心理的支援、経済的支援などがあげられる。→ 12
これは、介護者が高齢者の場合は特に重要であり、場合によっては ICOPE の基本的な評価も受けるべきである。



4.1.3 地域社会の関係者を巻き込む

多くの ICOPE パイロット・プロジェクト (19) で強調されているように、地域社会の関係者は高齢者のケアにおいて中心的な役割を果たしている。

WHO が定義するコミュニティ・エンゲージメントとは、「地域の人や関係者が協力できる信頼関係をつくり、健康課題に取り組んで健康を向上させるための大切なプロセス」である (18)。

コミュニティ関係者の役割は、その地域の状況、つまり、存在する組織やインフラの種類、そして人材を含む関係者の重点分野や能力によって変わる。彼らは、高齢者の権利や権限についての理解を深め、高齢者やその介護者の意見や経験を、プログラムやサービスの計画に反映できるよう支援することができる。また、変化するニーズに迅速に対応できるよう、制度やサービスの改善を提案することもできる。地域関係者は、高齢者や他の地域関係者が参加できる仕組みを作り、運営することを支援できる。また、サービス提供者が説明責任を果たすよう、モニタリングや評価の場での役割も担う。さらに、地域保健医療従事者を含む地域社会の関係者が、高齢者に対するサービスおよび支援の直接的な提供に関与する場合は、適切な訓練、支援、監督、および監視が行われることが必要である。

医療制度は、そのパートナー、特に地域組織、ボランティア、介護者と適切に協力し、支援する責任を負っている。コミュニティの関係者は、しばしば高齢者と医療従事者の橋渡し役となり、適切なサービス提供におけるギャップを埋めてくれるが、医療・福祉責任であるサービスの提供を期待されるべきではない。

介護者としてであれ、有給・無給・ボランティアであれ、地域活動に参加する個人の権利やウェルビーイングが損なわれたり、参加によって不利益を受けたりしてはならない。彼らの健康とウェルビーイングは守られるべきである。ボックス 4.2 (p.44) は、地域保健に関わる関係者のためのセルフケアの助言である。

地域関係者は、それぞれの能力や役割に応じて、ICOPE ケア手順の各段階を支援することができる（第 5 章～第 13 章）。具体的な関わり方には、以下のようなものがある。

1 ステップ 1： 基本的評価と地域レベルの介入

例えば、年齢差別と闘い、「正常な老化」に関する固定観念をなくし、高齢期の健康や権利に関する知識と理解を深める。地域社会の関係者は、高齢者の参加を促す役割を果たせる。保健従事者は地域団体と協力して、高齢者クラブや高齢者協会を通じたり、家庭訪問を行ったりすることで、地域へのアウトリーチ活動ができる。基本的な評価の際には、地域保健の従事者やその他の訓練を受けた地域関係者は、高齢者一人ひとりに合わせた助言や支援、地域に根ざした保健医療を提供することができる。→ 3.1.3

ボックス 4.2 コミュニティ関係者のためのセルフケアの実践方法

やるべきこと

- ✓ 私生活と仕事の間に境界線を設ける。
- ✓ 仕事、家族、自由な時間のバランスをとるために、日課を設定し、日々の行動を整理するようにしよう。
- ✓ 食事や水分補給、睡眠、休養、振り返り、そしてリラックスする時間を持つようにしよう。
- ✓ 定期的に運動を心掛け、アルコールやタバコを控えるなど、健康的な生活習慣を身につける。
- ✓ 自分の感情を自覚し、感情に影響を及ぼす可能性のある状況を認識するよう努めよう。
- ✓ 家族や友人に相談し、サポートを求めよう。
- ✓ 同僚とつながり、職場で助け合う方法を見つける。
- ✓ 必要な場合は、医療・保健従事者に相談しよう。

避けるべきこと

- ✗ 不快に感じることを無理に行わないようにしよう。
- ✗ 日常的に過度な労働を避けよう。
- ✗ 自分だけで大丈夫、助けは不要だと考えないようにしよう。
- ✗ 不幸やつらい気持ちを話すことは、弱さの表れだと思わないようにしよう。

出典：mhGAP コミュニティ・ツールキット：メンタルヘルス・ギャップ・アクション・プログラム (mhGAP)。WHO; 2019.

② ステップ 2：詳細な評価

詳細な評価はプライマリケア領域の医療従事者が行うべきである。一方で、コミュニティの関係者は、高齢者の社会的・身体的環境の評価において医療従事者を支援するだけでなく、高齢者のための交通手段を提供することで、サービスへのアクセスを確保する役割を果たすことができる。また、評価後には高齢者にフォローアップを行い、評価結果を理解しているか確認したり、必要に応じて綿密な評価やその後のフォローの重要性を伝えたりすることも重要である。

③ ステップ 3：個別のケアプラン

ケアプランには社会的ケアや支援を含めるべきであり、これらはコミュニティの関係者によって提供される場合がある。そのため、ケアプランを作成する際には、地域社会の関係者と関わりを持ち、彼らのサービスを理解することが有益である。また、地域社会の関係者は、地域社会に根ざした組織、自治体、地元企業や営利団体など、地域で提供されているサービスや支援を詳細に把握しており、この情報は、医療従事者やケアマネジャーに提供され、個別のケアプランの作成に役立てられる。

④ ステップ 4：実施とモニタリング

地域社会の関係者がこのステップにおいて支援できる方法はいくつかある。

- 通所介護施設、在宅介護サービス、社会的な食事を奨励する「地域食堂」、配食サービス、家事支援サービスなど、社会的ケアや支援を組織・管理する。

- 例えば、高齢者がデジタル技術を使って家族や友人、地域社会とのつながりを保つことを支援することなどを通じて、参加を支援し、社会的孤立や孤独に陥らないためのグループ運動活動や社会的イベントを企画する。
- 高齢者やその介護者のセルフケアやセルフマネジメントを支援するための、イベント開催や情報提供キャンペーンを実施する。
- 医薬品の配達、交通手段の提供、保健キャンプや予防接種イベントなどのアウトリーチサービスのために、定期的な場所や時間を提供することで、医療施設へのアクセスを支援する。
- 心理社会的ウェルビーイングを支援するために、高齢者やその介護者向けに、ピアサポートや特定の課題に焦点を当てた支援グループを設立・運営し、促進する。
- 地域の企業や施設と連絡を取り合い、特定の問題についての認識を高める。例えば、商店、カフェ、スーパー、コンビニの従業員に対して、認知機能が低下した人への適切な接し方のヒントを提供したり、地域のなかで高齢者がトイレを利用しやすいよう依頼することが挙げられる。
- 経済的支援、地域の配食サービス、家の修繕、掃除、ガーデニングサービスなど、さまざまなサービスや支援の利用方法についての情報や助言を提供するリソースバンクを構築する。こうした支援は、時間を確保することが難しい介護者にとって特に重要である。これらのサービスを活用することで、介護者の時間的負担やそれに伴うストレスを軽減でき、介護対象者により集中できると同時に、自身の休息時間を確保することも可能になる。
- ICOPE の実施状況を監視し、サービス提供者（非営利・営利を問わず）や政策立案者が、包括的ケアの提供に関して行った公約に責任を持つよう促す。

4.1.4

多職種の医療従事者間の連携と調整

高齢者の包括的ケアを成功裏に提供するためには、さまざまなレベルや種類の保健・社会ケアに関わる従事者間の連携と調整が不可欠である。→ **3.4** プライマリケアの分野の医療従事者は多くのサービスを提供でき、専門的なサービスもプライマリケアで受けられる場合がある。しかし、急性期医療の提供を含む専門的サービスや、社会部門への迅速なアクセスを可能にする紹介経路を確保するためには、関係者間の協力が重要である。

このような調整や協力は、ケアコーディネーターやケアマネジャーの指導の下で行われるべきであり、多職種からなるチームによって提供される（**ボックス 3.2**, p.35）。プライマリケアに従事する医療従事者だけでは対応が難しい場合には、より専門的な知識や技術を持つ専門職の支援が必要になる。例えば、老年科医（**ボックス 4.3**）をはじめ、眼科医、言語聴覚士、心理士、歯科医、リハビリテーション専門職、緩和ケアの専門家などが含まれる。

ボックス 4.3 高齢者医療

高齢者医療の専門家は、急性期の対応から長期的な病状管理に至るまで、高齢者に対して包括的なケアを提供する上で重要な役割を担っている。老年医学的ケアは、老年科医によって提供され、老年看護専門看護師やその他の医療専門家によって支えられている。老年科医（Geriatricians）は、高齢者のケアを専門とする医師であり、転倒、尿失禁（UI）、褥瘡、せん妄などの老年症候群を含む高齢者の健康ニーズ、およびそれに伴う社会的影響を評価・管理する専門知識を持っている。また、多剤併用（ポリファーマシー）の管理にも精通している。老年科医と老年看護専門看護師は、高齢者の自立を支援するために活動しており、多職種チームの重要な一員として他の職種をサポートする役割を担っている。

4.2

医療サービスの枠を超えた統合的な連携

ICOPE ケア手順の提供や統合ケア全般に関わるさまざまな関係者間の調整や協力と並んで、サービスや部門を超えた連携・統合が不可欠である。例えば高齢者において、内在的な能力が低下すると、転倒リスクを高める。したがって、転倒予防のためのサービスや支援は、高齢者が抱えるすべての損失や危険因子に対応する必要がある。複数の損失や状態に対応するためには、以下のようなサービスや支援が必要と考えられる (4.2.1 ～ 4.2.5)。

さまざまな医療・福祉サービスを統合して提供する必要があるが、高齢者の全体的なニーズに対応する方法であり、個々の能力や特定の機能の喪失だけに対処するものではない。

4.2.1

リハビリテーション・サービス

リハビリテーションとは、身体機能・身体構造・活動といった「機能」を最適化し、痛みを緩和し、障害を軽減することを目的として行われる一連の介入である。これにより、回復期間の短縮、急性および慢性疾患に伴う合併症の予防、内在的な能力や機能の向上に効果がある。リハビリテーションのための介入には、治療技術や処置、エクササイズやトレーニング（例：筋力強化エクササイズ、認知トレーニング、呼吸エクササイズ、日常生活活動 [ADL] のトレーニング、社会的・コミュニケーションスキルの向上など）、補助用具の提供や使い方の指導、さらには環境の改善などが含まれる。リハビリテーションの介入には、健康状態や自己管理エクササイズに関する教育・助言の提供に加え、ケアに関わる技術や作業について、介護者や家族を対象としたトレーニングなど、自己管理スキルへの支援も含まれる。

リハビリテーション・サービスは通常、リハビリテーション看護師や医師、心理学者、作業療法士、理学療法士など、さまざまな医療専門家によって提供される。

しかし、プライマリケア施設の医療従事者も、一定のリハビリテーション介入を提供できるよう訓練を受けることができる。教育や助言、動機付け、コーチング、そして継続的なサポートを通じて、利用者の自立と主体性を高めることが重要である。また、リハビリテーションを提供する際には、発生し得るあらゆる問題に対応できるよう、安全面への十分な配慮が求められる。

リハビリテーション介入は、病気や危険因子による内在的な能力の低下に対応し、高齢者の社会的・身体的環境を支えるために必要となる場合がある。WHO の「リハビリテーション介入パッケージ」では、リハビリテーション介入について、必要となる人材、補助用具、機器、消耗品に関する情報とともに概要が示されている。内在的な能力の各領域における例としては、以下のようなものがある。

- **認知機能の低下**：リハビリテーション介入は、特定の認知機能を改善し、低下した認知機能を補うことを目的としており、さまざまな手法が用いられる。例えば、記憶補助具やピル・オーガナイザーなどの補助用品を使って記憶を刺激することができる。また、認知刺激療法、認知行動療法（CBT）、認知トレーニングは、医療機関の体制にもよるが、リハビリテーション・サービスの一環として心理士や作業療法士によって提供されることが多い。→ 5
- **運動能力に制限がある場合**：リハビリテーション介入は、ガイド付きのエクササイズやトレーニングを中心に行われるが、日常生活に適した運動を自ら開始・継続する方法についての助言も含まれる。提供された介入内容やその進捗状況を定期的に確認することが重要である。介入は、変形性関節症、骨粗鬆症、サルコペニアなどに伴う関節や筋肉の機能、筋力、関連する痛みや腫れを対象に実施できる。また、運動機能が制限されている人に対しては、栄養介入も重要な要素として含めることができる。→ 6

- 嚥下障害（嚥下困難）による低栄養：リハビリテーション介入には、姿勢法、声門上嚥下法、呼吸筋強化運動などのさまざまな手技および運動の指導および訓練が含まれる。これらの介入は、食物の摂取や咀嚼、唾液の分泌および嚥下機能などの改善を目的とする。これらの手技は繰り返し練習することが重要で、可能であれば本人が自己練習として継続できるようにする。→ **7**
- 視覚障害：リハビリテーション介入には、眼鏡や補助用具などの光学的・非光学的・電子的補助製品の提供、生活環境の改善に関する助言、方向感覚や移動能力の訓練、視覚技能のトレーニング、さらに心理的サポートなどが含まれる。→ **8**
- 難聴：リハビリテーション介入には、補聴器や補助具の提供および使用訓練が含まれる。また、知覚能力の向上やコミュニケーション・言語能力の発達を目的とした言語療法も行われる。さらに、手話やその他の感覚代替手段の使用訓練（音声読み上げ、点字、手話によるコミュニケーションなど）も介入に含まれることが多い。これらの介入は、主に言語聴覚士によって提供される。→ **9**

関連情報

- 🔗 *WHO's Package of interventions for rehabilitation.* WHO; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/370502>).
- 🔗 *Module 2: Musculoskeletal conditions* (<https://iris.who.int/handle/10665/370503>).
- 🔗 *Module 3: Neurological conditions* (<https://iris.who.int/handle/10665/370504>).
- 🔗 *Module 6: Sensory conditions.* (<https://iris.who.int/handle/10665/370508>).
- 🔗 *ining in assistive products (TAP).* TAP; 2024 (<https://www.gate-tap.org/>).

4.2.2 アシスト製品

補助具（支援用具やアシスティブデバイスとも呼ばれる）には、歩行器、食事・飲み物の補助具、眼鏡、ピル・オーガナイザー、失禁用品、記憶支援機器、補聴器などがある。これらは、内在的能力の低下や関連する病気、高齢者の生活環境への対応に役立ち、日常生活の機能を維持・改善して自立を支えることができる。

さらに、糖尿病用の靴や褥瘡予防マットレスなど、二次的な合併症を防ぐために使われたり、介護者の負担を減らす効果もある。

適切な支援製品は、訓練を受けた保健従事者と相談の上、何が必要かを判断するべきである。高齢者が確実にこれらの製品を使用できるようにするためには、差別に基づく補助具への偏見やスティグマを考慮し、必要に応じてそれを克服することが求められる。一方で、不要な使用は依存を招き、自立性を低下させる可能性がある。

補助具の適切な使用を確保するためには、以下のサービス提供のステップが必要である。

1. 利用者のニーズに最も適した製品を選定する。
2. 利用者に合うように製品を調整・装着する。
3. 利用者（および介護者）に対して、製品の使い方やお手入れ方法を指導する。
4. 利用者のニーズの変化を定期的に確認し、必要に応じてメンテナンスや修理を行う。

支援製品は、適切な能力を持つ職員によって、医療部門および／または社会部門から提供されることがある。ここでいう職員とは、補助具の提供や支援に関わる訓練を受けた医療・保健従事者を指す。例えば、補聴器は保健従事者が提供することが多い一方、ソーシャルケア部門はオーディオループの設置や管理を担当する場合がある。車椅子、杖、歩行補助器は通常、医療システムによって提供される。

ソーシャル・サービスによって。各部門が提供する補助具の種類は、国ごとの制度によって異なる。高齢者本人とその介護者には、補助具の種類、入手場所（居住地域に応じた情報）、使用方法やお手入れ方法について、適切に情報が提供されることが重要である。

簡単な補助具であれば、プライマリケアの医療従事者も、追加の訓練を受けることで提供できる場合がある。これにより、さまざまな専門サービスを何度も受診する必要が減る。WHO の「Training in Assistive Products (TAP)」は、医療従事者がさまざまな簡単な補助具を識別し、提供できるよう支援するためのトレーニングツールである。このオンラインリソースは、視覚、聴覚、認知、コミュニケーション、移動、セルフケア（身の回りの世話）の 6 つの領域ごとに構成されたトレーニングモジュールを提供している。

内在的能力のさまざまな領域を支援する製品の例は、各章の「社会的・身体的環境」の項目で紹介されている。

4.2.3 緩和ケア

緩和ケアとは、生命を脅かす病気に直面している患者とその家族の生活の質を向上させ、可能な限り積極的に生活できるよう支援するアプローチである。身体的、心理社会的、精神的な苦痛やその他の問題を早期に発見・評価・治療することで、苦痛を予防し、和らげることを目的とする。また、患者の闘病中や死別時に、家族が感情的、社会的、精神的苦痛に対処できるよう支援するサービスも含まれる。

緩和ケアは、高齢者の自宅を含むプライマリケアにおいて、多職種チームが高齢者のニーズや嗜好に応じて提供すべきである。症状緩和や治療的ケアと並行して、包括的なアプローチで提供されることが望ましい。すべての医療従事者は、症状を管理し、必要な緩和ケア薬（モルヒネやその他のオピオイドを含む）を処方し、個別化されたケアプランに緩和ケアを組み込むための基本的なスキルを身につけるべきである。さらに、専門的な緩和ケアが利用可能であれば、複雑な痛みやその他の症状を管理し、多面的な苦痛にも対応できる。

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は、日常的な医療実践の一部として位置付けられるべきである。本人の意思決定を支援する人（代理意思決定者）の指名や、将来の医療に関する本人の希望についての話し合いと記録は重要である。これらの話し合いでは、療養や最期を迎える場所（自宅や介護施設など）、入院や高度医療の選択（生命維持効果が期待される一方で、負担や苦痛を伴う可能性のある医療行為を含む）、宗教的・精神的実践、そして死に際しての実務的事項についても扱うべきである。

特に認知能力やコミュニケーション能力の著しい低下が予想される高齢者では、エンドオブライフ時期のケアについて早期に話し合い、意思決定を行うことが不可欠である。こうした話し合いは、死や死に対する個人的・文化的な認識や態度、緩和ケアの内容やその恩恵に関する理解を踏まえ、慎重かつ繊細な方法で実施されるべきである。

関連情報

- 🔗 *Palliative care: symptom management and end-of-life care.* WHO; 2004 (<https://iris.who.int/handle/10665/68535>).
- 🔗 *WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapy management of cancer pain in adults and adolescents.* WHO; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/279700>).
- 🔗 *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care.* WHO; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/274559>).

4.2.4 不適切な投薬とポリファーマシー

複数の疾患を抱える高齢者では、薬物動態や薬力学の変化が現れやすい。腎機能や肝機能など臓器系に影響を及ぼす生理的老化に伴い、薬物による有害リスクも増大する。最小のリスクで最大の効果を得るためには、薬物が個々の患者に適していることを確認することが不可欠である。

不適切な薬物使用とは、以下のいずれかの理由で、もはや必要でない、または不要な薬が処方されている場合を指す。

- エビデンスに基づく適応がない、既に適応が失効している、または投与量が不必要に多い場合
- 薬が治療目的を十分に達成できない場合
- 1 種類または複数の薬の組み合わせにより、副作用が生じる、または生じるリスクがある場合
- 患者が意図した通りに薬を服用する意思がない、または服用できない場合

ポリファーマシーとは一般的に、市販薬、処方薬、伝統薬、補完薬を含む 5 種類以上の医薬品を日常的に使用することを指す。このような多剤併用は、薬物による有害反応と関連する可能性があり、健康への悪影響リスクを高めるほか、潜在的に回避可能な機能低下や緊急入院を引き起こすことがある。

断片的なケアを受けている高齢者や、最近入院した高齢者（ケアの移行期）、そして複数の疾患を抱える高齢者は、ポリファーマシーや不適切な薬物使用のリスクが高くなる。そのことは、包括的かつ個別性の高いケアの重要性を示している。

服薬レビュー（medication review）とは、患者の服用薬を体系的に評価し、使用の最適化と健康成果の改善を目的としたプロセスである。不適切な薬物使用やポリファーマシーは、個人の内在的能力の複数の領域にわたる機能低下に寄与する可能性があるため、詳細な評価には服薬レビューが含まれるべきである。リスクは、不要または効果のない薬、同一成分を含む重複薬を中止し、薬の継続が必要な場合は代替薬に置き換えることで軽減できる（**ボックス 4.4**、p.50）。

地域の関係者は、不適切な薬剤の使用に対処し、治療を継続できるようサポートする役割を果たすことができる。地域の保健医療従事者は、地域の薬剤師と協力し、地域の規制に沿って高齢者が必要な薬を確実に受け取れるようにする。また、高齢者が正しく薬を服用できるよう支援し、鎮痛剤を含む薬剤の安全な使用に関する地域レベルの教育と啓発キャンペーンを実施する。

関連情報

 *Medication safety in polypharmacy: technical report.*
WHO; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/325454>).

4.2.5 転倒予防

内在的能力のいずれかの領域の低下は、転倒リスクを高める可能性がある。また、身体的環境や作業・活動の方法も要因となりうる。したがって、内在的能力と転倒リスクの両方に対処する介入を検討することが重要である。

転倒リスクを軽減し予防する取り組みにおいては、環境要因の評価が必要である。訓練を受けた保健従事者であれば、転倒リスクの評価を実施できる。家庭訪問が困難な場合には、高齢者や介護者に対し、家庭内の危険要因を特定し、安全な環境を整えるための一般的な指導を行うことが可能である。

ボックス 4.4 適切な薬物処方と投薬ミスの防止方法

- 市販薬や伝統薬（漢方など）、補完薬、ハーブ薬、効果がなく中止された薬や副作用のため中止された薬を含め、完全な服薬歴を把握する。
- 薬が内在的能力（intrinsic capacity）に悪影響を及ぼす可能性があるかを考慮する。
- 診断が確定する前に処方することは避ける。ただし、重度の急性疼痛の場合は例外とする。
- 適切な場合は、まず非薬物療法を試みる。
- 薬の定期的なレビューを行う。特に、重大な健康イベントや入院後（ケア移行期）、新しい薬を処方する前には必ず確認する。
- 薬の有害作用、副作用、相互作用、毒性をモニターする。
- 1 種類の薬で複数の疾患を治療できる場合は試みる（例：抗うつ薬で気分改善と睡眠障害の管理）とともに、減薬の機会を探す。
- お薬手帳を提供し、ピル・オーガナイザー（服薬補助具：お薬カレンダーなど）を利用できるようにする。
- 高齢者および介護者に対して、各薬の服用方法、潜在的副作用の症状、医療従事者に連絡すべきタイミング、有効期限の確認の重要性を教育する。
- 新たな症状が現れた場合は、それが副作用の結果であるかどうかを確認する。
- 高齢者が読み書きに困難を抱えている場合は、図や視覚的補助を用いて説明し、聴力の低下などコミュニケーションや理解に影響する要素にも注意する。

注：安全に投薬を中止できるかどうか疑わしい場合は、知識のある適切な医療従事者（薬剤師、老年病専門医など）に相談する。

これには、散らかった物を減らす、ほつれた敷物や滑りやすい床面やカバーを取り除く、床や段差の段差を滑らかにする、家具やその他の硬い物を移動して広くて邪魔にならない通常の歩行経路を作る、照明やトイレへのアクセス（特に夜間）を改善する、階段に手すりを付ける、浴室に手すりを付ける、などが含まれる。正面玄関にスロープを付ければ、車椅子を使う人も昇り降りが困難な人も楽になる。

転倒リスクの完全な評価には以下が含まれる。

- 転倒の既往歴を把握する際には、転倒時に行っていた活動内容も含めて記録する。
- 以下の評価を行う。
 - 内在的能力：筋肉・関節機能、歩行、バランス、柔軟性を含む運動能力、視力、認知機能
 - 心血管系および神経系の状態
 - 尿意切迫や失禁、夜間排尿
 - 足の問題：糖尿病や関節炎などの基礎疾患による足の変形や末梢神経障害を含む
 - 転倒恐怖
- 家庭内および住環境の物理的要因を評価し、潜在的な危険箇所を特定する。
- 精神作用薬などの服薬状況を確認する。

一部の人は、失神（意識消失）、てんかん、パーキンソン病などの神経疾患に対する追加評価や管理が必要となる場合がある。転倒リスクの包括的な評価と管理には、専門的な知識が求められる。

転倒リスクは、以下の方法で軽減できる。

- 太極拳のようなマルチモーダルな運動を通じて、高齢者のバランスとコーディネーションを改善する。
- 家庭内改修の必要性を特定し、住環境を適切に調整する。内在的能力の低下の具体的内容が、どの環境調整が最も重要かを判断する指標となる。
- 視覚障害に対する眼鏡や、適切な履物などの補助具の必要性を評価し、必要に応じて専門家への紹介や処方を行う。高齢者には、室内ではスリッポン型の履物ではなく、かかとのある丈夫な靴の着用を推奨する。

- 不適切な薬物を特定し、不要または有害な薬の中止を目的とした服薬レビューを行う。
- 視覚障害のある高齢者の生活や余暇活動をより安全かつ容易にし、転倒リスクを低減するために、住宅や日常生活の行動範囲に特別な改修や調整を行う。→ 8.6.2

— **照明の改善**：十分な照明は特に近見視力に重要である。廊下、階段、食器棚、狭く暗い場所には照明を設置し、直接光が当たるようにする。光は人の横方向から当てるのが望ましく、影ができないように配慮する。

— **まぶしさの軽減**：一般的には明るい照明が望ましいが、太陽光や強い照明がまぶしく感じる人もいるため、調整が必要である。

— **コントラストの活用**：物や間にコントラストをつけることで、見やすく、見つけやすく、回避しやすくなる。具体例としては以下が挙げられる：段差の縁にコントラストの強い印を付ける（特に片目しか見えない場合）、食べ物が目立つように皿の色を工夫する、字を書くときは黒いペンを使用する、家庭用品や台所用品の柄に色をつけて視認性を高め、安全性を向上させる（例：包丁の柄に明るい色の粘着テープを巻く、ペンキで塗る）。

医療保健従事者は、住宅や高齢者に配慮した取り組みに関連して注意すべき点について助言することができる。

地域社会の関係者は、エイジフレンドリーな家庭プログラムや地域マッピング、監査といった取り組みを通じて、家庭内外の高齢者に優しい環境づくりを支援できる可能性がある。具体的には、緑地、ベンチ、公衆トイレへのアクセス、地域サービスの状況などを評価・記録することが挙げられる。

歩道に侵入した生い茂った灌木や草、倒れた木や石などの障害物、小道の穴などの問題箇所をマッピングすることで、高齢者クラブや地域協会などの関係者が、自治体に対して修繕や維持管理の徹底を求める際に活用できる情報を提供できる。

さらに、適切な訓練や支援、補償が提供されれば、地域社会の関係者は自治体と協力して、これらの作業を実施することが可能である。

関連情報

🔗 *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course.* WHO; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/340962>).

🔗 *Integrated care for older people (ICOPE) implementation pilot programme: Findings from the 'ready' phase.* WHO; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/353553>).

🔗 *Global Database of Age-friendly Practices.* WHO; 2024 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-practices/>).

🔗 *WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities.* WHO; 2024 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>).



5

認知機能

認知機能低下に対する ケア手順

認知機能の低下は、人によって現れ方が異なり、ものの忘れの増加、注意力の低下、言語障害、判断力の変化、問題解決能力の低下などがある。認知機能低下は、難聴や、うつ病、高血圧、糖尿病と関連している。認知機能低下のリスクを高める他の要因としては、運動不足、社会的孤立、低学歴などが挙げられる。

認知機能の低下は、一般的に気分、感情コントロール、行動、意欲の変化を伴い、その人が置かれた環境で効果的に機能する能力を妨げ始めたときに最大の懸念となる（＝認知症）。認知機能低下は、本人だけでなく、その介護者、家族、社会全体に、身体的、心理的、社会的、および経済的影響を及ぼす。認知機能の低下や認知症は正常な老化の一部ではなく、多くの人は高齢になっても認知機能の低下や認知症を経験することはない。2019 年における 60 歳以上の認知症推定有病率は、東南アジアの 2.9%からヨーロッパにおける 6.5%まで、地域によってばらつきがある。世界の有病率は年齢とともに急速に上昇し、60 ～ 64 歳の 1.1%から、90 歳以上では 35.9%に達する (20)。



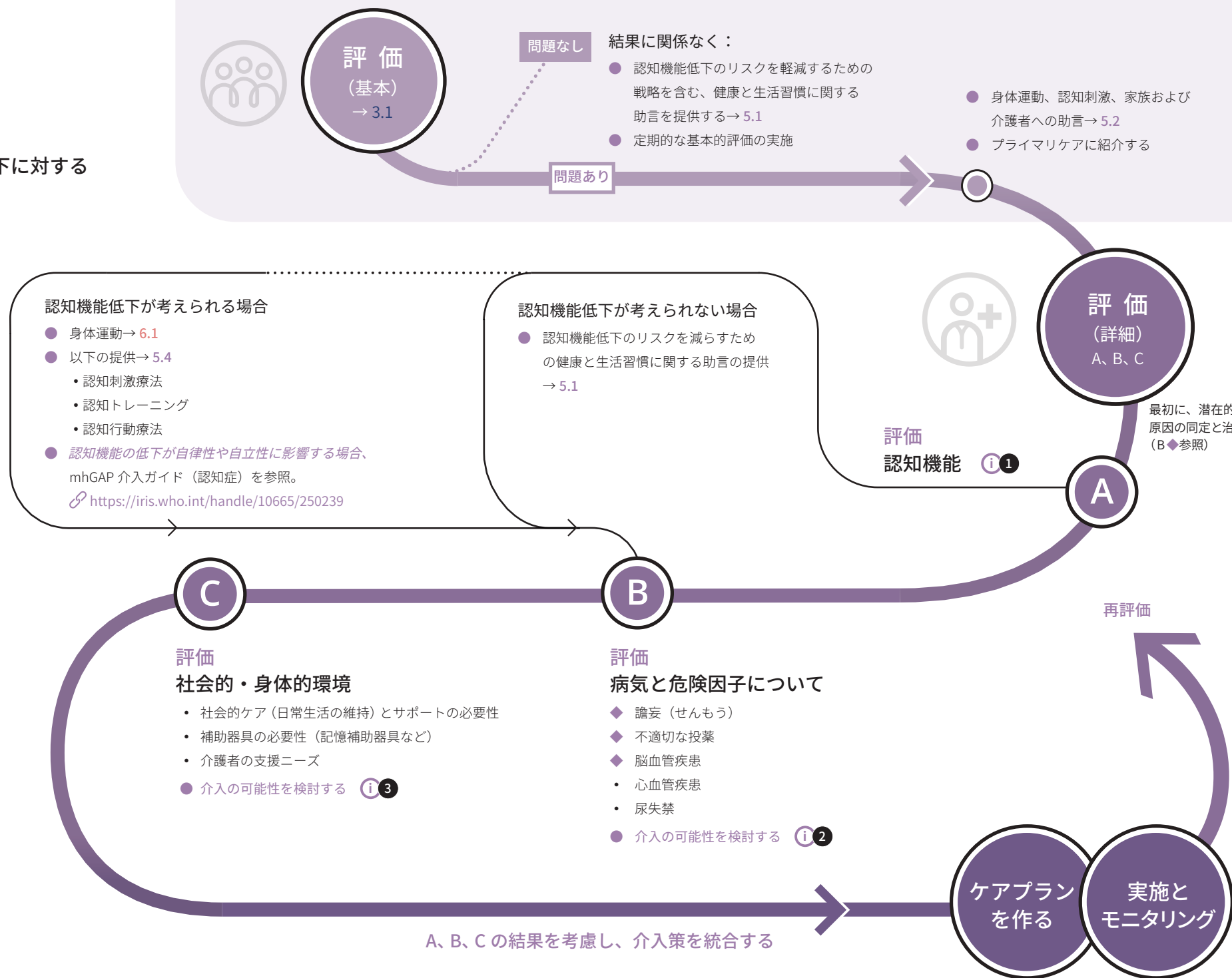
要点

- 地域の保健専門職は、一連の質問を使って認知機能低下の基本的な評価を行うことができる。
- 身体的運動、認知的刺激、社会参加など、健康的な生活習慣を促進することは、認知機能が低下している人を含め、脳の健康を最適化することができる。
- 認知機能が低下した人や認知症の人の介護者は、患者への適切なケアを提供するための助言を必要としているだけでなく、介護者自身の健康やウェルビーイングを支えるための助言を必要としている。
- 認知症の人には、よりその人に合った、あるいはテラーメイドのアプローチが必要である。
- 地域社会の関係者は、認知機能低下に関する地域社会の認識を高め、認知機能低下や認知症の人々がスティグマや差別に会わないようにすべきで、彼らの権利や尊厳が守られるようにすべきである。また、認知機能が低下した人々が社会的なつながりを維持できるように支援する。

5

認知機能

認知機能低下に対する ケア手順



専門知識とトレーニングの必要性

- 複数の疾患やせん妄を抱え、社会的に孤立しているなどの社会的背景を持つ人々の管理はより包括的なアプローチを必要とする
- 歩き回る、無気力（興味がなさそうに見える）、興奮、攻撃性、妄想、幻覚など、認知症に伴う行動や心理的症状の管理
- 認知行動療法の提供（5.4.3）

i1 認知の評価→ 5.3

認知能力の詳細な評価には、その国で検証されたツールを用いるべきである。表 5.1 にプライマリケアの現場における認知機能評価の選択肢を挙げる。

認知症とは何か？

認知症は、脳の変化による慢性かつ進行性の症候群である。アルツハイマー病が最も一般的だが、認知症はさまざまな病気や脳への傷害によって引き起こされる。認知症になると、認知機能が低下し、洗濯、衣服の着脱、食事、身の回りの衛生に加えて、お金の管理、家庭内での役割、家事などの日常生活に必要な記憶や技能に支障をきたす。その他の一般的な症状としては、感情コントロールの低下、社会的行動の劣化、意欲の低下がある。

→表 5.1 プライマリケアで使用する簡単な認知評価ツールの例

ツール / テスト	利点	不利な点	時間
 ミニコグ https://mini-cog.com/download-the-mini-cog-instrument/	短い；言語的、教育的、人種的バイアスを最小限に抑える；スクリーニングとして利用可	異なる単語リストの使用は採点に影響する可能性がある	2 ～ 4 分
 モントリオール認知評価 (MoCA) https://mocacognition.com/paper/	軽度認知障害を識別できる、さまざまな言語（母国語）で利用可能	教育的・文化的なバイアス；発表データが少ない；そしてトレーニングとコストの問題（著作権など）	10 ～ 15 分
 ミニ・メンタル・ステート検査 (MMSE) https://www.parinc.com/products/pkey/237	広く使用され、研究されている	年齢や文化的なバイアス、天井効果、トレーニングやコストの問題（著作権など）	7 ～ 10 分
 一般開業医による認知機能評価 (GPCOG) http://gpcog.com.au/index/downloads	文化的・教育的バイアスが最小限；多言語で利用可能	情報提供者の報告を得るのは難しいかもしれない	5 ～ 6 分
 ローランド・ユニバーサル認知症評価尺度 (RUDAS) https://www.dementia.org.au/professionals/assessment-and-diagnosis-dementia/rowland-universal-dementia-assessment-scale-rudas	言語的、教育的、社会文化的バイアスを最小限に抑える	限られた公表データ	10 分

i2 疾病と危険因子への介入→ 5.5

- せん妄 → ●原因（重度の脱水、感染、薬剤性、電解質代謝異常）を特定し、治療する（5.5.1）
- 不適切な投薬 → ●投与薬物を見直し、中止または代替薬を処方する（5.5.2）
- 脳血管と心血管疾患 → ●疾病の管理と危険因子の低減（5.5.3、5.5.4）
- 尿失禁 → ●尿失禁ケア手順を参照→ 13

i3 社会的・身体的環境への介入→ 5.6

- 社会的ケアとサポートの必要性
 - ●社会参加と日常生活のルーティンを維持できるようにする（5.6.1）
 - ●日常生活活動における身の回りの世話と支援を行う（11.6）
 - ●自宅および自宅周辺における転倒のリスクを特定し、管理する（4.2.5）
- 介助用品の必要性 → ●記憶補助具（メモ、リマインダー、カレンダー）に関する指導を行う（5.6.2）
- 介助者のサポートの必要性 → ●認知機能が低下した高齢者をどのようにサポートするかについての助言（5.2.3）やトレーニングを提供し、介護者自身のウェルビーイングのための支援（12.4）を行う

5.1

認知機能低下のリスクを減らすための健康と生活習慣の助言



地域医療従事者や地域の関係者は、高齢者やその介護者に、認知機能低下のリスクを減らすために、健康や生活習慣に関する助言や、戦略を提供することができる。

また、より一般的な助言を並行して提供する。→ **3.1.3** この助言は、認知機能が低下している人々にも有効であり、さらなる認知機能低下の予防も可能かもしれない。また、認知機能が低下している人々には、特定の絞った助言も有用であるかもしれない。

すべての高齢者にとって、重要なこと

- 心血管病の危険因子を管理する。
- 記憶力を向上させるために、反復練習による認知トレーニングを行う。
- 読書、ゲーム、何か新しいことを学ぶ、音楽を演奏するなど、一人で行う認知刺激活動を定期的に行う。
- 社会的に活動し、地域社会と関わる（例：子供や孫との交流、趣味の実践、ニュースや時事問題を聞いたり議論したりする）。
- 難聴とうつ病の管理。→ **9 10**

認知機能が低下している（可能性のある）高齢者にとって、重要なこと

- 現在の状態、利用可能な治療や、サポートを理解する。

情報は、一対一の会話、グループミーティングやディスカッション、啓発キャンペーンなどを通じて提供することができる。このような広範なキャンペーンは、認知機能低下にまつわる広く抱かれがちな誤解に挑戦する上で重要である。コミュニティは、認知機能低下は「加齢の正常な一部」ではないことを理解し、認知機能低下を「罰」や「魔女信仰」とみなす有害な文化的信念や、その結果、起こりうるスティグマや虐待に取り組むよう教育される必要がある。スティグマと差別は、認知症が本人、介護者、家族、地域社会に与える心理的、社会的、感情的、経済的な影響をさらに大きくする。

5.2

認知機能低下に対応する地域に根ざした保健医療



基本的な ICOPE 評価によって認知機能が低下している可能性がある判断されたものの、詳細な評価がすぐにはできない場合、地域の医療従事者や地域の関係者は、身体運動や認知刺激の支援や、家族への助言を提供することができる。

5.2.1

身体運動

身体を活発に動かすことは、さらなる認知機能低下のリスクを軽減する可能性がある。適度な強度の有酸素運動や、太極拳のようなバランスと筋力の強化運動など、さまざまな身体運動は、認知機能や日常生活機能にプラスの効果をもたらす (21) (22) (23)。地域の関係者は、運動プログラムを設定・運営し、これらのプログラムを利用しやすく、手ごろな価格にすることで、高齢者が身体運動（週 3～4 回、30～45 分、12 週間以上）を行うことを支援することができる。→ **6.1**

5.2.2 認知刺激

訓練を受ければ、地域の保健従事者や他の地域の関係者は、認知刺激を通して高齢者をサポートすることができる。地域社会の環境と能力に応じて、ラインダンスのグループやチェスクラブ、語学教室を組織するなど、正式なものからカジュアルなものまで、個人セッションやグループセッションを組織することができる。グループのメンバーが共通の目的をもっていれば、グループで活動することは効率的である。

5.2.3 家族や介護者への助言

家族や介護者に日常生活における実践的な助言を提供することは、認知機能が低下した高齢者の介護を支援する上で役に立つかもしれない。

- 予定を書き留め、リマインダーを設定し、その予定と1日の仕事の順番を書いたカレンダーを冷蔵庫や壁に貼ることで、高齢者をサポートする。
- 認知機能が低下した高齢者の社会的ケアのニーズを、日常生活動作の対処プラン作成を含めて支援する。
- 日付、直近の地域行事、訪問者の名前、天気、家族の近況など、オリエンテーションのための情報を提供する。
- 友人や家族との自宅や地域での会合や活動を奨励し、手配する。
- 転倒や怪我のリスクを減らすため、家を保全し、維持する。→ 4.2.5
- トイレ、寝室、勝手口など、本人が自分で行きたい場所を見つけやすいように、家の中にサイン（印）を貼る。
- 社会的活動を手配し、参加する（本人の能力に応じて）。→ 9 10

- 自分がケアをしている認知機能の低下している人の病状の性質、可能な治療の選択肢や支援について学び、理解する。
- ケアをする介護者本人の健康とウェルビーイングにも気を配ることの重要性を理解する。→ 12

関連情報



🔗 *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines.* WHO; 2019
(<https://iris.who.int/handle/10665/312180>).

🔗 *Field test version: mhGAP community toolkit: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP).* WHO; 2019
(<https://iris.who.int/handle/10665/328742>).

🔗 *Towards a dementia inclusive society: WHO toolkit for dementia-friendly initiatives.* WHO; 2021
(<https://iris.who.int/handle/10665/343780>).

5.3

認知機能の評価



認知機能とは、思考に関連するプロセスであり、推論、記憶、判断、問題解決、計画を含む。認知に関する診断テストの前に重要なステップは、可逆的な原因がないかを明らかにし、あれば、それを治療することである(◆)。→ 5.5

認知機能低下の基本的な評価や診断に用いられるほとんどすべての標準的な認知機能評価は、最低限の教育を受けていることを前提としている(表 5.1、p.55)。教育水準が低かったり、読み書きができなかったりすると、認知評価は限定的なことがある(24)(25)。使用する言語や社会経済的地位など、その他の社会文化的要因も評価の効率に影響を与えうる。これらの要因を考慮し、必要な場合には面接や臨床的判断を代わりに用いるべきである。このような人々には、脳の健康を促進するため、成人向け識字教育プログラム(利用可能な場合)への参加が強く推奨される。

ケア手順は、詳細な認知評価の結果に基づいて、2つの異なる進むべき道を概説している。認知機能が正常と評価された人でも、やはり病気や危険因子、社会的・身体的環境について評価されるべきである。

認知機能が低下している人は、日常生活活動(ADL)および手段的日常生活活動(IADL)についても評価されるべきである。移動能力の制限、難聴、抑うつ症状など、内在的な他の関連領域に関する基本的な評価もなされるべきで、必要であれば詳細な検討も行うべきである。→ 6 9 10 この情報は他の内在的能力の喪失も考慮に入れた社会的ケアと支援の、個別的なケア計画を立てることが重要である。→ 11

5.4

認知機能の低下を管理する



認知機能低下を管理するための介入は、他の身体機能への介入とともに、基礎疾患(CVD など)やせん妄などの症状、危険因子を考慮した包括的な個別化ケアプランの一部として提供されるべきである。

認知症の人に対しては、より具体的で、的を絞った、あるいはオーダーメイドのアプローチが適切である。複数の関連疾患の存在や、せん妄があったり、徘徊、無気力、いらいら、攻撃性、妄想、幻覚などの行動心理症状がある場合には、より専門的な知識を持つ人へ紹介する必要があるかもしれない。

地域で提供できる運動や認知刺激に加えて、認知機能低下を管理する方法は他にも複数ある。認知刺激療法、認知訓練、CBT(認知行動療法)やリハビリテーションサービスへの紹介(→ 4.2.1)は、WHO メンタルヘルス・ギャップ・アクション・プログラム(mhGAP)や精神障害、神経障害、薬物使用障害に対するガイドラインに沿って考慮されるべきである。このような介入は心理士や作業療法士が行うことが多いが、プライマリケア施設においても、訓練を受けた保健師が監督の下で行うこともできる。専門家への紹介については、地域のプロトコルを適用すべきである。

認知症の診断なしに、抗認知症薬を処方することは推奨されない。医療従事者は、診断の確定と抗認知症薬の処方のためのモニタリングについて、訓練され、監督される必要がある。

5.4.1 認知刺激療法

認知刺激療法には、現実（の場所や時間）のオリエンテーション、検証、回想などさまざまな方法がある。

標準的なグループ・アプローチでは、複数の認知機能を同時に刺激することで社会的相互作用を重視し、1回約45分を週2回、テーマ別セッションを最大14回、実施する。

通常、セッションは、ファシリテーターの指導の下、認知機能を使わないウォームアップ活動から始まり、現実のオリエンテーション（例えば、場所、日付、時間などの情報を表示するボード）を含むさまざまな認知的タスクに移行する。例えば、子供時代のこと、お金の使い方、言葉遊び、料理、音楽などである。このような活動では通常、事実の想起は避けられ、代わりに次のような質問に焦点が当てられる：「これらの（言葉や物の）共通点は何ですか？」

5.4.2 認知トレーニング

認知トレーニングとは、思考や認知にさまざまな程度で広範かつ特異的に従事するように行われるさまざまな技術を指す。標準化された認知タスクを個別にかつ反復して行うことで、独立した認知機能（例えば、記憶）を標的とする。例えば、5つの日用品（例：コップ、ペン、鍵など）をテーブルの上に置き、1分間でそれらを覚え、次に布で覆い、そこにあったアイテムを思い出そうとする。このエクササイズをさらに上達させるには、使用するアイテムの数を増やし、アイテムを布で覆ってから思い出すまでの時間を長くすればよい。目標としては、認知プロセスの改善や維持、あるいは、認知プロセスの障害がいかに日常生活における機能に影響を及ぼすかを評価することが挙げられる。

家族や介護者が、高齢者に日付、曜日、天気、時間や人の名前などの情報を普段から提供するように促して、高齢者が時間や場所の見当識を保てるようにすることが重要である。

新聞、ラジオ、テレビ番組、家族のアルバム、家にある物品などの資料を提供することで、コミュニケーションを促進し、高齢者が現在、身の回りで起こっている状況を知り、記憶を刺激し、さらに自分の経験を共有し価値あるものにすることができるようにする。



5.4.3 認知行動療法

認知行動療法（CBT）とは、感情機能の改善を目的とした幅広い心理学的アプローチを包括する言葉である。CBTは、自分の考えを受容できるように、内容よりもむしろ思考の過程に焦点を当てる。CBTは、日常生活機能やQOLにプラスの効果をもたらし、併存疾患としての抑うつ症状を軽減する。→ 10.4.2

関連情報



🔗 *Optimizing brain health across the life course: WHO position paper.* WHO; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/361251>).

🔗 *mhGAP guideline for mental, neurological and substance use disorders, [3rd ed.].* WHO; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374250>).

🔗 *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0.* WHO; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250239>).

5.5

関連疾患と危険因子の 評価と管理



認知機能低下の原因疾患と危険因子の評価は、まずは治療できる原因を特定し、治療することから始めるべきである(◆)。

認知機能低下の原因となり得る、よくある可逆的な病態や危険因子には、せん妄、薬物によるもの、脳血管疾患などがある。これらの病態の治療により認知機能が改善する場合もある。それでも認知機能低下が続く場合は、さらなる評価が必要である。

認知機能低下の可逆的な原因を突き止めるには、しばしば血液検査を含む完全な診断ワークアップが必要である。ケアプランのための正確なアプローチにたどり着くためには、症状を説明し得るいくつかの異なる可能性を探る必要があるかもしれない。

5.5.1 せん妄◆

せん妄とは、注意を向け、転換し、持続させ、集中させる能力を急性に、変動的に失うことである。また、せん妄になると、自分がどこにいるのか、時間は何時なのかがわからなくなる。せん妄は短時間で発症し、1日のうちに何度も出たり治ったり、繰り返される傾向がある。知覚や、記憶、思考、感情、集中力の障害を伴うこともある。認知症を含む、認知機能がある程度低下している人の場合、引っ越しや死別などの突然の環境の変化が、混乱やせん妄の悪化を誘発することがある。多くの場合、一般的な促進因子は、病気、特に感染症、脱水、新しい薬物の開始、代謝異常(低血糖、低ナトリウム血症、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症など)、外傷、薬物中毒、薬物離脱などである。

5.5.2 不適切な薬物療法◆

2つ以上の薬は相互に作用し、副作用を引き起こす可能性がある。→
4.2.4 これらの薬の潜在的な害は、人によってはその利点を上回ることもある。例えば、オピオイド、抗うつ薬、向精神薬、ジヒドロピリジン、抗ヒスタミン薬、抗ムスカリン薬などであるが、これ以外にもある(26)。

5.5.3 脳血管病◆

脳の血管疾患は認知機能の低下と密接に関係する。その患者に脳卒中や一過性脳虚血発作の既往がある場合、さらなるイベントの予防が認知機能低下の進行を止める第一のアプローチとなる。

5.5.4 心血管疾患と危険因子

心血管疾患や高血圧、糖尿病、脂質異常症などの危険因子は、認知機能低下に対して、修正可能な因子である。CVDの発症リスクは、健康的な生活習慣を身につけることで減らすことができる。CVDの早期診断や治療が、合併症を予防するために不可欠である。高血圧のスクリーニングは、血圧を測定し、速やかに医師に紹介することで達成できる。→ 3.1.5、3.2.2 糖尿病の早期発見は、プライマリケア施設において、症状のある人や過体重・肥満の人を検査することによって進められる。CVD患者に対しては、薬物療法を含む治療のアドヒアランスを確保するための支援を行う。

5.5.5 尿失禁→ 13

尿失禁は認知機能が低下した人によく見られるものであり、適切に評価し、管理すべきである。

5.6

社会的・身体的環境の 評価と管理



5.6.1

社会的ケアとサポート→ 11

医療従事者からのトレーニングと支援により、家族や介護者は、自立した活動を最大化し、機能的能力を高め、適用することや技術を身に付けることを助け、支援の必要性を最小化する ADL の為の計画を立てることができる。

地域社会の関係者は、高齢者にやさしく、認知症を包括的に受け入れる地域づくりを支援することができる。それは屋外スペースから公共サービス（図書館やカフェなど）やビジネスに至るまでを含む。



認知症の人の場合、その人の安全を守りながら日常生活を支援するために、特別な措置が必要になることがある。これらの対策は、その人の能力に見合ったものであるべきであり、症状の進行に伴って変化するものである。例えば、認知症の症状がより進行した場合、車の運転を中止したり、調理にガスを使用することを避け、誰かがそばにいるときに調理したり、道に迷ったときのために自分の名前と住所を書いたメモを持ち歩くべきである。

また、介護者は、認知症の人が道に迷い、近隣で発見されるような場合に備えて、友人や隣人にその人が認知症であることを知らせることができる。状況によって、緊急ボタンやその他の機器を含む遠隔支援サービスを利用できれば、認知症高齢者が自宅や外出先で安全に過ごせるよう支援することができるし、また、介護者に安心感を与えることもできる。

5.6.2

記憶の補助を含む補助器具

記憶の補助（メモ、リマインダー、カレンダー）を含む補助用品は、認知機能が低下した人が重要なことを思い出したり、ある程度の自立した生活を続けたりするのに役立つ。家庭内にメモやその他のリマインダーを置くのも有効で、例えば、外出するときに持っていくべきものを思い出させるように、リストや絵をドアの近くに置いておく。戸棚にラベルを貼って、どこに何があるかをわかるようにしたり、物に用途を明記したラベルを貼ったりするのも有効である。スマートフォンが使えるのであれば、アラート、アプリ、カレンダー機能が記憶の補助として役立つ。薬ボックスや整理ケースを使えば、処方された通りに薬を飲むのに役立つ。

リマインダーには次のようなものがある。

- 家事
- 薬とその服用タイミング
- 買い物リスト
- 親しい友人、家族、緊急サービスの電話番号
- 重要なタスクをどうこなすか

5.6.3

転倒のリスクを減らすために物理的環境を最適化する

転倒のリスクを減らすには、身体的環境の評価と修正が有効である。

→ 4.2.5

5.6.4

介護者へのサポート→ 12

認知症を含む認知機能が低下した高齢者の介護は、大変で圧倒されることがある。認知機能の低下が進むと、もの忘れがひどくなり、日常的な作業で手助けを必要とすることが増える。親族や友人を認識できなくなり、介護者にとって苦痛で管理するのが困難な行動の変化を起こすこともある。このような状況においては、介護者の健康とウェルビーイングが損なわれる可能性がある。

介護者が自らのウェルビーイングのためのサポートを受け、介助をする能力をサポートするための情報や訓練を受けることが重要である。

このサポートは、日常のルーティンの維持の重要性、転倒リスクとなる環境因子の同定と調整、転倒インシデントの詳細な記録（→ 4.2.5）、補助用具の使用方法、介護者への反発的な行動への対応、患者が介護者のことを覚えていない場合の対処方法などに焦点を当てることができる。

関連情報

🔗 *WHO iSupport for dementia: training and support manual for carers of people with dementia.* WHO; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/324794>).

6

運動能力

移動能力向上のための ケア手順

筋骨格系の健康とは、筋肉や骨、関節、神経、結合組織からなる運動器系のパフォーマンスを指す。運動器能力とは、持久力、バランス能力、筋力、機能、パワー、関節機能を含む、人の筋骨格系の状態であり、これらが時間とともにどのように変化するかを意味する (27)。移動能力とは、運動能力とその人の環境の相互作用である。移動能力は、自主性と自立性を維持するための重要な決定要因である。

栄養状態は運動能力と密接な関係がある。疼痛もまた運動能力、バランス、協調性に影響を与え、転倒のリスクを高める可能性がある。高齢期の運動能力と移動能力を改善し、維持するための効果的な戦略がある。



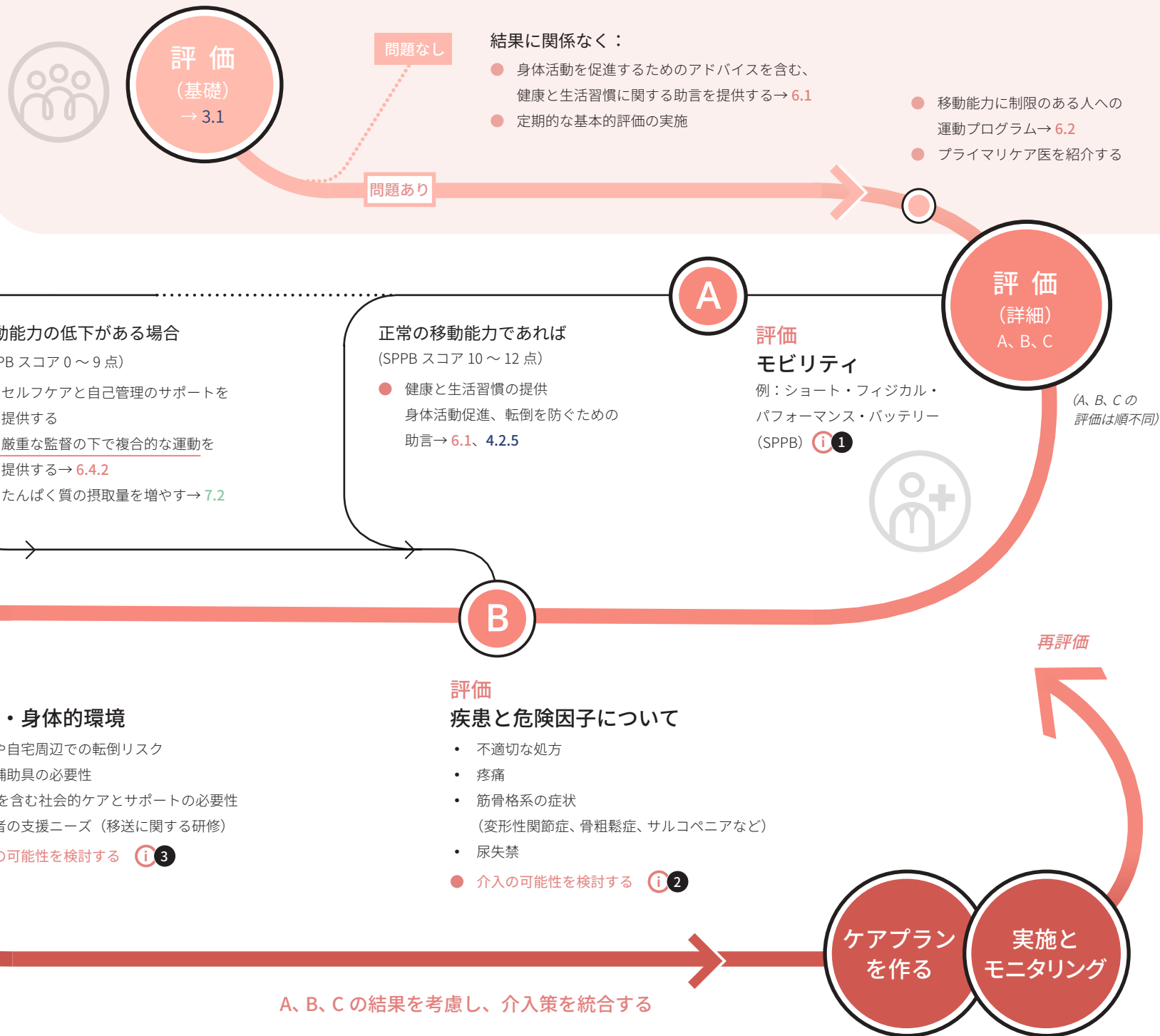
要点

- 地域における医療従事者は、簡単な検査で制限された運動能力の基本的な評価を行うことができる。
- 個人の能力や嗜好、ニーズに合わせた複合的な運動プログラムは、栄養への介入と並んで、運動能力を改善・維持するために最も重要なアプローチである。
- 医療従事者は疼痛を評価し、個別のケアプランに疼痛管理介入を含めるべきである。
- 高齢者は補助具の使用により、運動能力が低下していても移動能力を維持することができる。
- 自宅や自宅周囲への環境適応は、移動能力に制限のある高齢者の運動能力をサポートすることができる。
- 地域に根ざした組織や高齢者自身が、自分たちで活動を立ち上げたり、仲間同士で支え合うことを通じて、運動を含む身体活動の継続を支援することができる。

6

運動能力

移動能力向上のための ケア手順



複合的な運動

複合的な運動プログラムは、背中や大腿部、腹部、下半身の体幹筋群に重点を置いたさまざまなタイプの運動を組み合わせている。

専門知識とトレーニングの必要性

- ・ 本来の能力の著しい低下とマルチモビディティを有する人へのリハビリテーション（4.2.1）
- ・ 活動を制限する慢性疼痛の管理（6.5.2）
- ・ 生命を脅かす病気に関連した疼痛と多様な苦痛の管理（4.2.3）
- ・ 安全性リスクの評価に基づいて調整された運動（ボックス 6.1）
- ・ 移動補助具の提供およびメンテナンス（6.6.2）

i ① モビリティの評価→ 6.3

ショート・フィジカル・パフォーマンス・バッテリー（SPPB）

SPPB は、3 つの課題を 4 点満点で採点し、0 点（最低点）から 12 点（最高点）までの合計点を計測する。

各テストについて説明し、可能かどうかを尋ねる。できない場合は、それに応じた点数をつけ、次のステップに進む。

1. バランスをとる：3 つの姿勢でそれぞれ 10 秒間立つ。3 つの得点の合計を用いる。試行できなかった場合は、バランステストを終了する。

2. 歩行速度：4m 歩行時間

<4.82 秒	4 点
4.82 ～ 6.20 秒	3 点
6.21 ～ 8.70 秒	2 点
> 8.70 秒	1 点
完了できない	0 点

3. 椅子の立ち上がり：5 回椅子立ち上がりテスト

<11.19 秒	4 点
11.2 ～ 13.69 秒	3 点
13.7 ～ 16.69 秒	2 点
16.7 ～ 59.90 秒	1 点
>60 秒または完了できない	0 点

SPPB 最終スコア＝上記 3 つのテストのスコアの合計

i ② 疾病と危険因子への介入→ 6.5

不適切な投薬 → ●薬物療法を見直し、中止または代替薬を処方する（6.5.1）

痛み → ●運動や心理的介入による疼痛管理（6.5.2）

筋骨格系疾患 → ●疾病の管理（6.5.3）

尿失禁 → ●尿失禁ケア手順を参照→ 13

i ③ 社会的・身体的環境への介入→ 6.6

転倒のリスク → ●自宅および自宅周辺の物理的環境を最適化する（4.2.5）

補助製品の必要性 → ●移動補助用具を提供し、その使用と維持管理について助言する（6.6.2）

社会的ケアとサポートの必要性 → ●日常生活活動における身の回りの世話と支援を行う（11.6）

→ ●保健医療へのアクセスと薬の入手を支援する（6.6.3）

介護者の支援ニーズ → ●移動能力の低下した高齢者の体位変換と移乗に関するトレーニングの実施（12.4）



サイド・バイ・サイド・スタンド：

10 秒間保持	1 点
10 秒間保持しなかった	0 点
未施行	0 点



セミ・タンデム・スタンド

10 秒間保持	1 点
10 秒間保持しなかった	0 点
未施行	0 点



タンデムスタンド

10 秒間保持	2 点
3 ～ 10 秒間保持	1 点
3 秒未満保持	0 点
未施行	0 点

上記のいずれかができない場合は、バランステストを終了する。

疼痛が移動能力に与える影響→ 6.5.2

疼痛は、活動を制限したり日常生活を困難にしたりする、独特で不快な感覚的・感情的体験である。不快感を引き起こしたり、動作を制限したり、睡眠や社会参加に影響を与えたりすることもある。疼痛は、その人の身体的、心理的、社会的、文化的、精神的状況にも影響される。疼痛は気分や意欲、全体的なウェルビーイング、抑うつ症状にも影響する。

高齢者の場合、急性ではなく慢性（3 ヶ月以上）であることが多い。動作に伴う激しい疼痛は、運動を制限したり、妨げたりする。痛みに対処するためには包括的な痛みの評価、疼痛管理による目標の理解、最適な疼痛管理を得るための非薬物療法・薬物療法の活用などが必要である。

最適な疼痛コントロールを達成するための薬理学的および薬理学的アプローチ。

6.1

身体活動を促進するための健康と生活習慣の助言



誰もが定期的に体を動かすべきである。高齢者や疼痛を抱える人を含め、その有益性は十分に証明されている。その益とは、血管疾患の危険因子の予防とコントロール、抑うつ症状や不安の軽減、認知機能の向上、運動能力の向上と維持、転倒予防、骨の健康増進による骨粗鬆症の予防などである (28)。

地域の医療従事者やその他の地域関係者は、運動能力低下の可能性のある人を含め、すべての高齢者に身体活動に関する助言を提供することができる。この助言は、より一般的な健康や生活習慣に関する助言と並行して提供することができる。→ [3.1.3](#)

身体活動に関する助言はその人が本来持っている能力や社会的・物理的環境、文化の認識、そしてその背景における身体活動の受容可能性。また、肉体労働を含め、激しすぎる活動は有益でない可能性があることも助言に含めるべきである。

すべての高齢者と介護者のために

- すべての高齢者は、運動能力のレベルに関係なく、身体活動から恩恵を受けることができる。
- どんな動きも大切である。どんな運動量でも、何もしないよりはましである。高齢者は、緩めの身体活動からゆっくり始め、徐々に頻度と強度を上げていけばよい。ウォーキング、サイクリング、ジョギング、水泳、日常の家事、ガーデニング、ダンス、スポーツなどを試してみよう。
- 座りすぎは不健康である。体を動かし、座りっぱなしの時間をどんな強度の身体活動に置き換えても、健康上のメリットがある。
- 身体活動は、その人の能力に合わせて調整されるべきである。
- 健康的な食生活も重要である。→ [7.1](#)

毎週

- 少なくとも 150 分の中強度の有酸素性身体活動、または少なくとも 75 分の激しい強度の有酸素性身体活動、あるいは両方を組み合わせる。
- 健康上の充実した効果を得るためには、中程度の活動を 300 分、または強度の活動を 150 分行うことを目標とする。
- 一度に少なくとも 10 分間運動する。
- すべての主要筋群を使う筋力強化運動を 2 日以上行う。
- バランスを高める身体運動を 3 日以上行う。
- バランストレーニングと筋力トレーニングを組み合わせた複合的な身体活動を 3 日行う。
- 推奨される運動ができない場合は、できる限り体を動かすこと。

中強度の活動：心臓の鼓動がいつもより速く、汗をかく。会話を続けるのは難しいが不可能ではない。

激しい活動：心臓の鼓動が非常に速く、呼吸が荒い。会話を続けることはほとんど不可能で、大量の汗をかいている可能性が高い。

転倒を防止するため、移動能力の低下した（可能性のある）高齢者向け

- ヨガのようなバランス運動などは、転倒予防に役立つ。
- 照明やコントラスト、色の使用、手すりなどを設けるなど、家庭環境を整える。
- 適切な足のケアと衛生を実践し、適切な履物を着用する。

身体活動は介護者にも重要であり、彼らの身体的・精神的健康と回復力をサポートする。特に高齢者の運動能力が低下し、介護者が移動や移送、持ち上げに肉体的負担の大きいタスクをするときに重要である。

6.2

移動能力低下に対応する 地域に根ざした保健医療



6.2.1

身体運動

基本的な ICOPE 評価によって高齢者の運動能力が低下している可能性がある判断され、詳細な評価がすぐに実施できない場合、地域の医療従事者や他の地域関係者は、より具体的な助言を提供し、身体運動のための地域レベルでの活動へのアクセスを促すことができる。これには、組織化された運動教室や、よりインフォーマルなグループや活動が含まれる。高齢者グループを含む地域社会の関係者は、早歩きของกลุ่ม活動や地元の公園での太極拳の定期的なクラス、コミュニティホールでのヨガクラスなど、身体運動活動を実施し、運動を指導する訓練を受けた人を組織することができる。これによって、高齢者の社会参加とピアサポートの機会を提供し、高齢者が運動を継続しやすくするであろう。

運動の安全性について疑問がある場合は、知識のある適切な医療従事者に相談すること（**ボックス 6.1**、p.69）。

高齢者にとって適切で望ましい場合には、世代を超えた活動も提供できるだろう。地域の関係者は、自治体や他のサービス提供者（宗教団体、スポーツジムなど）と協力し、高齢者の運動のための専用の時間を確保したり、高齢者に優しい都市や地域社会のプログラムを通じて物理的環境を改善したりすることができるかもしれない。

関連情報



- 🔗 *Physical activity*. WHO; 2024
(<https://www.who.int/initiatives/behealthy/physical-activity>).
- 🔗 *Promoting physical activity for older people: a toolkit for action*. WHO; 2023
(<https://iris.who.int/handle/10665/373332>).
- 🔗 *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance*. WHO; 2020
(<https://iris.who.int/handle/10665/337001>).

6.3

移動能力の評価



移動能力の評価は、身体的なものを使ってより詳細に行うことができる。ショート・フィジカル・パフォーマンス・バッテリー (SPPB) (29) は、最も一般的に使用され、広く推奨されているツールの1つである。SPPB は、優れた測定項目があり、さまざまな能力範囲の測定に有用である。SPPB は、バランステスト、歩行速度テスト、椅子立ち上がりテストから構成され、これらのスコアを合計することで運動能力を含む身体能力を判定する。補助具を使用している場合は、補助具の有無にかかわらず、代替または修正された検査を考慮することができる。

このケア手順は、総得点に基づいた2つの異なる経路の概要を示している。運動能力が正常と評価された人でも疾患や危険因子、社会的・身体的環境の評価を受けるべきである。

栄養不良など、内因性の能力の他の関連領域に関する基本的な評価結果を検証し、必要に応じて評価を実施すべきである。→ 7

尿失禁は評価され、適切に管理されるべきである。→ 13

SPPB の詳細、内容、採点方法については p.65 を参照されたい。i 1

6.4

移動能力低下を管理する



移動能力低下への介入は、常に包括的な個別ケアプランの一部として提供されるべきであり、基礎疾患（筋骨格系の状態など）や痛みや関節の問題など、移動能力を低下させる要因に加え、内因性能力の他の領域に対する介入も含む。

地域で提供される運動など身体活動の促進に加え、移動能力低下を管理する方法は他にも複数ある。多種多様な運動プログラムやたんぱく質摂取量の増加、リハビリテーションサービスへの紹介などを検討すべきである。

6.4.1

セルフケアと自己管理のサポート

身体活動のセルフケアと自己管理をサポートすることで、運動へのアドヒアランスとベネフィットが向上し、疼痛にも対処しやすくなる。SPPB のスコアが 10 ～ 12 の範囲にある人（正常の移動能力とみなされる）は、助言、サポート、綿密なフォローアップがされれば、スコアが低い人と同様に、自宅や地域で自力で運動することができる。

6.4.2

複合的なエクササイズ

移動能力の低下した人には、個人の能力、ニーズ、嗜好に合わせた複合的な運動プログラムを提供し、運動の安全性を確保するために監督をつけるべきである（ボックス 6.1、p.69）。安全で使い慣れた器具を使用し、入念なウォーミングアップとクーリングダウンを行うことは、怪我を防ぐために優先されるべきである。運動の受容性との関連も含め、文化の認識や性別特有の要因に配慮する必要がある。複合的な運動は、転倒リスクの軽減にも役立つ。→ 4.2.5

疼痛によって運動能力が低下した場合、管理しやすい時間に区切って運動を行い、身体的なタスクを徐々に増やしていくことが身体の回復力を高め、痛みを管理するのに役立つ。疼痛管理は、身体運動と並行して考慮され、適切に提供されるべきである。運動が著しく低下している人の場合、ベッドや椅子に座った状態での運動トレーニングが出発点となる。認知機能低下や認知症の人では、シンプルであり体系化されていない運動プログラムが適していると思われる。

ボックス 6.1 運動の安全性

運動に関する助言や運動プログラムを計画する前に、運動の種類や強度に影響するような健康状態について尋ねてください。以下の質問のいずれかに「はい」と答えた場合は、医療専門家がその人に合った運動プログラムを作成する必要があります。

- 最近 1 ヶ月間に胸の痛みや動悸を感じたことがありますか？
- 過去 6 ヶ月以内に心臓発作を起こしたことがありますか？
- 気を失ったり、意識を失ったりしていませんか？
- 過去 12 ヶ月間に転倒したことがありますか？
- 最近 1 ヶ月で骨折しましたか？
- 着替えなど、家での普通の日常生活で息が切れることがありますか？
- 家具につかまったり、他の人に寄りかかったりするなど、歩行の際に支えが必要ですか。
- 運動が制限されるような関節や筋肉の病気がありますか？
- 医療従事者から運動を制限するよう勧められたことがありますか？

高齢者が慢性疾患を抱えていたり、内在的な能力が著しく低下している場合、あるいは痛みによって移動が制限される場合は、医療専門家に相談し、身体運動の種類と量についての助言を受ける。

運動が不自由な人のための複合的な運動プログラムは、利用できる運動施設や器具を考慮し、地域の状況を設計されるべきである。運動にはさまざまな方法があり、特定の種類のトレーニングに適応させることも可能だ。ジムや専門器具は必要ない。動きの不自由な高齢者のためのプログラムには、以下を含めるべきである。

- **筋力／レジスタンストレーニング**：重り、エクササイズバンド、またはスクワット、ランジ、座位から立位へのエクササイズなどの自重エクササイズを使い、負荷をかけて筋肉を鍛える。エクササイズ用のウェイトがない場合は、日用品を使うこともできる。例えば、缶詰や豆や米の袋などである。
- 早歩き、サイクリング、ダンスなど、少し息が切れるが会話を維持できる程度まで心拍数を上げる**有酸素／心臓血管系のトレーニング**を。有酸素運動の後は、軽いストレッチや緩やかなペースで歩くなど、ウォーミングアップとともにクールダウンを行うことが重要である。
- **バランス・トレーニング**は、静的および動的なエクササイズを含みバランスとコーディネーションに挑戦するもので、さまざまな表面の上や、目を開いたり閉じたりしながらすることができる。片足立ちや直線の上でタンデム歩行をするのがその例である。
- **柔軟性トレーニング**は、筋肉などの軟部組織の伸展性や関節の可動域を改善するもので、ストレッチ、ヨガ、太極拳、ピラティスなどのエクササイズがその例である。

Vivifrail プロジェクトでは、運動能力と転倒リスクに基づいてカスタマイズされた運動プログラムを開発するための実践的なガイドを提供している (30)。

たんぱく質の摂取量を増やすなどの食事指導を含む栄養介入は、運動プログラムの効果を高めることができる。→ **7**

6.5

関連疾患と危険因子の 評価と管理



6.5.1

不適切な投薬

薬の中には、運動能力を低下させたり妨げたりするものがあるが、それでも処方されることがある。これらの薬の潜在的な害は、人によってはその利点を上回ることがある (31)。抗コリン作用のある薬（ベンゾジアゼピン系、オピオイド、抗うつ薬など）を含む中枢神経系に作用する薬がそれに該当するが、これらに限定されない。→ 4.2.4

6.5.2

疼痛

疼痛は高齢者の日常生活を困難にする。疼痛を評価し、管理することが重要である。

痛みの評価

運動プログラムの立案や疼痛管理に役立てるため、患者中心の評価の一環として疼痛の程度を評価することは有用である。運動能力低下や抑うつ症状の管理を容易にするために、疼痛（の程度と原因）の早期発見を積極的に行うべきである。疼痛評価尺度には、以下のようなものがある。

数値評価スケールと Brief Pain Inventory (32)。疼痛の数値評価スケールは、痛みを自己申告するための 11 段階の尺度である。疼痛の重症度、痛みを感じる時間帯（朝、夜寝ている時、運動中、運動後）、痛みの持続時間などを評価してもらう。

疼痛の数値評価スケール

0 = 怪我なし

2 = 少し痛い

4 = もう少し痛い

6 = さらに痛い

8 = すごく痛い

10 = 想像以上に痛い

疼痛の管理

疼痛管理 (33) の目標は、生活の質を維持できるレベルまで疼痛を緩和することである。疼痛が運動や活動の重大な障害となっている場合は、リハビリテーションサービスや緩和ケアへの紹介も含め、疼痛管理の専門知識を有する医療専門家は、統合された個別ケアプランに統合するために、綿密なモニタリングを伴う薬物療法を含む疼痛管理介入を確立すべきである。→ 4.2.1、4.2.3

高齢者団体を含む地域社会の関係者は、ピアサポートグループの設立などを通じて、痛みとともに生きる高齢者に助言やサポートを提供することもできる。

痛みに対する介入には以下のようなものがある。

- 体を動かす、温めたり冷やしたりする、姿勢を変える、不活発な姿勢を減らす、リラクゼーション法やよく眠ること、ポジティブな思考に集中するよう考え方を修正するストレス管理などの自己管理。
- 身体運動
- マッサージ、関節マニピュレーション、関節モビリゼーションなどの手技療法
- CBTを含む心理療法 → 10.4
- 鍼治療
- 移動を補助する製品
- 非ステロイド性抗炎症薬などの薬剤は、消化器系の有害事象や腎機能障害のリスクが大幅に高まるため、十分に注意して使用する必要がある。どうしても必要な場合は、病歴、投薬の確認、綿密なフォローアップ、そして可能な限り短い治療期間に細心の注意を払った処方にすべきである。

疼痛に関連した重篤な疾患

疼痛は、重篤な疾患の患者が経験する最も頻繁で深刻な症状の 1 つである。緩和ケアは、生命を脅かす疾患、慢性および／または進行性の疾患（例：認知症や慢性閉塞性肺疾患、心不全）の患者を含め、早期に発見し、疼痛や他の問題の評価や治療を適正にしつつ苦痛を予防し和らげるために提供されるべきである。

鎮痛効果は、呼吸器系に影響を及ぼす副作用や過量投与のリスクとのバランスを考慮する必要がある。うつ病を悪化させないためには、定期的なモニタリングが重要である。オピオイドに関連するリスク、潜在的な副作用の早期発見に努める。

疼痛緩和は、EOL だけでなく、疾患のあらゆる段階で必要であろう。そのような患者には病状の進行とともに鎮痛剤の増量が必要となることから、定期的な再評価が必要である。→ 4.2.3

筋骨格系疾患に関連する痛み

運動能力を低下させる筋骨格系の疾患は、慢性疼痛を伴うことが多い。持続的な疼痛の特定の生物学的原因は常に同定できるとは限らない。そのため、包括的な評価と生物心理社会的観点からの個別ケアは、筋力、可動域、持久力などの身体的要因、痛みへの対処などの心理的ウェルビーイング、社会的、痛みに関連すると思われる複数の要因に対処することになる。

慢性腰痛

慢性／再発性腰痛（LBP）（3 ヶ月以上）は、他の筋骨格系疾患による痛みに加え、高齢者がよく経験する。慢性の腰痛は高いレベルの要介護状態をもたらし、生活の質に顕著な影響を与える。医療従事者は、高齢者の基礎疾患や構造的な病変（関節炎、骨折など）を特定することができるため、慢性的な LBP の診断には、医療従事者の臨床的判断と包括的アプローチが重要である。WHO の「プライマリケアとコミュニティケアにおける成人の慢性一次性腰痛の非外科的管理のためのガイドライン」では、教育、身体的介入、心理的介入、薬物介入、多成分介入に関する 10 の介入を推奨している (表 6.1)。これらの介入に加え、移動能力の補助具も考慮すべきである。

6.5.3 筋骨格系疾患の管理

変形性関節症、骨粗鬆症、サルコペニアなどの筋骨格系疾患は、運動能力を低下させる。

変形性関節症は、関節とその周辺影響を及ぼす退行性関節疾患である。疼痛や腫脹、こわばりを引き起こし、運動能力の著しい低下、社会参加や生活の質の低下、心理的苦痛の増大を招く。膝や腰、背骨、手に頻繁にみられる。

表 6.1 成人の慢性一次性腰痛で推奨される介入法

介入クラス	介入
教育	構造化され、標準化された教育や助言
身体的介入	• 構造化運動療法またはプログラム • 鍼治療 • 脊椎操作療法 • マッサージ • 移動支援製品
心理学的介入	• オペラント療法 • 認知行動療法
薬剤	• 非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）* • カイエナップ（トウガラシ）
多面的介入	• 多面的な生物心理社会的ケア

* この勧告には高齢者は含まれていない

関連情報

- 
-  *WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings.* WHO; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374726>).
 -  *Executive summary: WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings.* WHO; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374531>).

骨粗鬆症は、骨量の低下と骨構造的劣化を特徴とし、骨量の増加をもたらす。特に大腿骨近位部、脊椎、手首が骨折しやすくなる。骨粗鬆症は女性に多く、閉経後のホルモンの変化によって引き起こされることが多い。喫煙、アルコール、ステロイドの長期使用、カルシウムとビタミンDの不足、低体重などが主な危険因子である。

サルコペニアは、筋肉量と筋力の低下に関連する進行性の骨格筋疾患であり、転倒、ADLの制限、社会参加の減少、自立の喪失、死亡率の高まりなどの有害な転帰が増加する。→ 7.5.1

6.5.4 尿失禁→ 13

尿失禁と移動能力の低下(34)との関連性を示すエビデンスがあり、トイレへのアクセスに悪影響を及ぼす可能性がある。運動能力の低下が確認された場合、尿失禁を評価し、適切な管理を行うべきである。

6.6 社会的・身体的環境の 評価と管理



6.6.1 転倒のリスクを減少するための身体的環境の最適化

転倒のリスクを軽減するためには、身体的環境の評価と調整が有効である。→ 4.2.5

6.6.2 補助具

移動の補助具は、高齢者の自立と安全性を向上させ、できるだけ長く自宅で生活できるようにする。移動補助具には、歩行補助具、携帯用スロープ、手すり、移乗用ボード、車椅子などがある。→ 4.2.2

補助具により以下が可能となる。

- 補助具により以下が可能となる：座ったり、立ったり、歩いたりするのを助ける。
- 基本的なADLに対し一層自立できるよう支援する。
- 歩行中の転倒リスクを減らす。
- 歩けない人には別の移動手段を提供する。
- 医療・福祉へのアクセスを含め、その人の環境（自宅や自宅周辺）へのアクセスをサポートする。

6.6.3 社会的ケアとサポート→ 11

移動が不自由な高齢者は、洗濯、着替え、トイレ、外出など、日常的な作業に介助を必要とするだろう。移動能力低下に関連し、医療や薬の入手（薬局に行くなど）へのアクセスに関する潜在的な課題にも対処する必要があるが、介護者や地域社会の関係者はアクセスを容易にする別の方法を探る必要もあるだろう。

6.6.4 介護者へのサポート→ 12

介助者は、自身のケガから身を守るためにも、安全に移動するための介助方法について研修を受けるべきである。

関連情報

🔗 *Mobility assistive products, walking aids, portable ramps.*
TAP (<https://www.gate-tap.org/>).

7

活力 栄養不良に対する ケア手順

WHO では個人の内在的能力に資する生理学的要因を活力（vitality）という言葉で表現している。この活力には、体内のエネルギーバランスと代謝、神経筋機能、免疫やストレス応答などが含まれる（35）。加齢に伴って体組成は変化し、筋肉が脂肪に置き換わっていく。不十分な栄養は筋肉量や筋力の低下（サルコペニア）にもつながる。水分補給を含み、栄養状態は活力のキーファクターの1つであり、高齢者の健康、機能的な能力、生活の質にも大きな影響を与える。口腔機能の低下は咀嚼や嚥下能力に影響を及ぼし、その結果、栄養状態にも影響する可能性がある。本ハンドブックでは、栄養障害のうち特に「低栄養」に焦点を当てる。



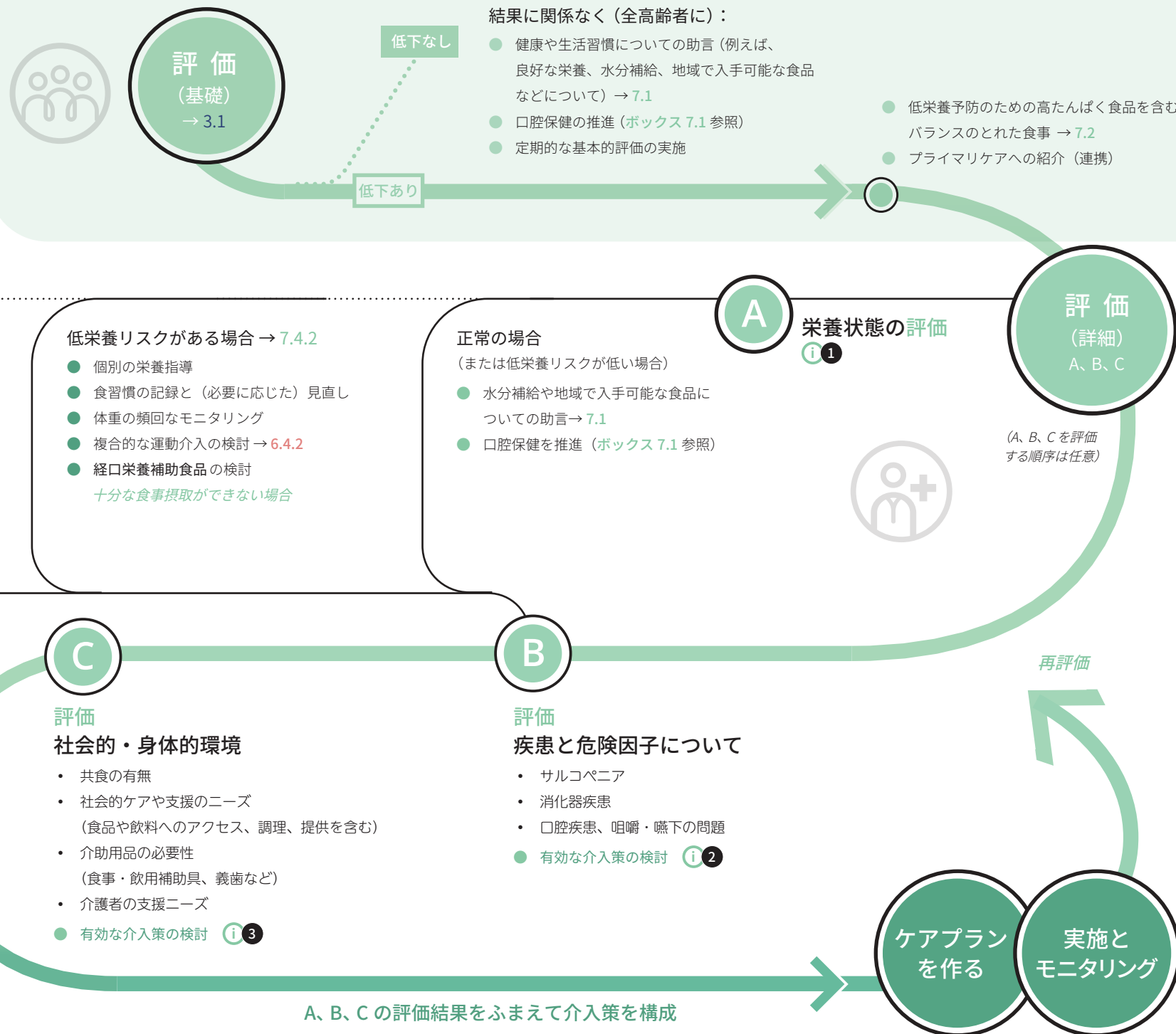
要点

- 地域の医療従事者は、容易に栄養状態の初期評価が実施できる。栄養状態の総合的評価には専門知識が必要であり、通常は血液検査を伴う。
- 高齢者にとっては、地域で入手可能な、たんぱく質を多く含む食品から構成される高たんぱく質食を摂取することが重要である。
- 水分を十分に摂取しないと脱水症状を引き起こす。高齢者には、しっかりと水分を摂取するよう促し、支援する必要がある。
- バランスのとれた食事を十分量とっていれば、通常、高齢者に必要なビタミンやミネラルは摂取できる。ただし、ビタミンDとビタミンB12は不足しがちである。
- 過体重および肥満は非感染性疾患の主な危険因子であり、食事や運動により予防し、管理する必要がある。
- 食事を社会的な活動とみなし、自宅で一緒に食べたり、地域のグループで共食したりすることは、孤食を回避し、高齢者の食事をより健康的なものへと導く。

7

活力

栄養不良に対する ケア手順



専門知識とトレーニングの必要性

- 消化器症状の管理（例：慢性的な嘔吐、下痢、腹痛）（7.5.2）
- 代謝に影響を及ぼす疾患がある場合の栄養障害の管理（例：がん、心不全、呼吸器疾患、腎機能障害、肝機能障害、糖尿病）
- 栄養障害がある人に対する個別の栄養相談
- 口腔疾患、咀嚼・嚥下の問題（7.5.3）

i 1

栄養状態の評価→ 7.3

血液検査を伴わず、低栄養リスク（正常な栄養状態／低リスク、中リスク、栄養不良／高リスク）を判定できる複数のツール（以下、例）がある。

- 🔗 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment: MNA) <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899900798001713>
- 🔗 栄養障害スクリーニングツール (Malnutrition Universal Screening Tool: MUST) https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf
- 🔗 在宅高齢者向け食事・栄養リスク評価質問票 第2版 (Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition Questionnaire, Version II: SCREEN II) <https://olderadultnutritionscreening.com/screen-tools/>
- 🔗 簡易栄養評価質問票 65+ (Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+: SNAQ65+) <https://clinicalnutrition.science/en/nrs/screen-ings/snaq-65-.html>

i 2 疾患や危険因子への介入→ 7.5

- サルコペニア → ● 筋機能改善のためのリハビリテーションを検討（7.5.1）
- 消化器疾患 → ● 疾患の管理（7.5.2）
- 口腔疾患、咀嚼・嚥下
の問題 → ● 口腔疾患の管理（7.5.3）
→ ● 飲食物の形態や食感（きざみ食、ミンチ食、ペースト食など）についての助言（7.5.3）

i 3 社会的・身体的環境への介入→ 7.6

- 共食の習慣 → ● 家族や仲間との共食を推奨（7.6.1）
- 社会的ケアや支援のニーズ → ● 飲食物へのアクセス、調理や提供に関する支援の手配（7.6.2）
- 介助用品の必要性 → ● 食事の際の正しい姿勢や介助についての助言（11.6）
- 介護者の支援ニーズ → ● 食事・飲用補助具や義歯の提供（7.6.3）
→ ● 飲食物の準備や調理、食事介助についての助言（12.4）

脱水とは？→ 7.3.2

脱水とは「体内の水分が不足している状態」を指し、高齢者に多くみられる（36）。

在宅や長期療養施設（LTC）入所の高齢者のうち、4人に1人に「低摂取型脱水」（水分摂取不足による脱水）が認められる（37）。個々の身体能力や社会的背景を踏まえて、水分を十分に摂取できるよう促し、支援する必要がある。

7.1

栄養と口腔の良好な状態を 促進するための健康・生活習慣 に関する助言



私たちの食事や食べ方は文化の影響を受け、多くの人にとって食事は人との交流を図る機会でもある。そのため、地域や家族、介護者などが、健康的な食生活の支援や口腔の健康づくりに積極的に関わるのが大切である。→ [3.1.3](#)

低栄養のリスクがある人や、既に低栄養の人を含め、すべての高齢者は、健康的な食事に関する助言の恩恵を享受することができる。食事（水分補給を含む）について助言を行う際には、持病や服薬の内容によっては特定の食品や飲み物を控える必要があるため、医師の指示に従うなど注意する必要がある。

留意点：高齢者本人だけでなく、家族や他の介護者にもこの指導（アドバイス）を行うことが重要である。この際、十分なエネルギー（例：炭水化物、たんぱく質）やビタミン、ミネラルなどの微量栄養素が豊富な、手頃な価格の食品を購入・調達できる地域の場所（店や市場）に関する情報も、あわせて提供する必要がある。

すべての高齢者にとっての重要事項

- 食品衛生：手や調理場所を清潔に保ち、生の食品と加熱した食品を分けて取り扱う。食品を十分に加熱し、適切に保存する。安全できれいな水を使用する。
- 十分な量を食べる：一度にたくさんの量を食べるのが難しい場合は、少量ずつ何回か（1日5～6回）に分けて食べる。
- 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、家族や仲間と一緒に食べるような共食が有効である。
- 炭水化物は主に全粒穀物、野菜、果物、豆類から摂取する必要がある。脂質はナッツ類、種実類、豆類、オリーブ、魚などの自然食品から摂取する。
- 水分補給：1日あたり1.6～2L（コップ6～8杯分）の水分を、1日を通してこまめに摂取する。水、紅茶、コーヒー、果汁、ソフトドリンク、スープなどを飲んでもよい。食品からも水分を摂取できる。暑い時期には水分の摂取量を増やす必要がある。
- 身体活動により、筋肉内で筋タンパク質の合成が進み、食欲増進につながる。過体重や肥満の予防・管理にも役立つ。→ [6.1](#)
- 皮膚でのビタミンD生成を促すための安全なレベルの日光浴：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ない。
- 口腔保健の推進（[ボックス 7.1](#)、p.77）。
- 過体重・肥満の高齢者に対しては、脂質や単純糖質（砂糖など）からのエネルギー摂取を制限し、果物・野菜・豆類・全粒穀物・ナッツの摂取を増やす必要がある。
- 尿漏れする場合や移動困難な高齢者は、夜間にトイレに行く回数を減らすことが望ましい。このような場合、夕方以降の水分摂取を控えるのが効果的である。

低栄養・低栄養の疑いがある高齢者への対応

- 何をどのくらい食べればよいか、指導する。糖尿病、腎機能障害、肝機能障害のある人には、医療従事者との栄養相談を勧める必要がある。
- 食事や間食で摂取した飲食物を、毎日表に記録するよう指導する。この記録は、健康的な食生活を送るためや、水分補給の上で役立つ。

栄養に関する助言を提供する地域の集会を開催するだけでなく、地域の関係者は昼食会や、食事を伴う定期的な地域交流会を企画・運営することなど、共食を通じて健康的な食生活を促すことができる。また、地域の自治体や関係者と協力して、地域菜園や共同農園として活用できる小さな土地を見つける支援を行うこともできるであろう。既に自家栽培を行っている高齢者や家族同士が、収穫物の余剰分を持ち寄って交換し合うことで、お互いの食の多様性を高めることも有効である。

関連情報

 *Nutrition and food safety poster*. WHO; 2024 (<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/multisectoral-actions-in-food-systems/five-keys-to-safer-food-poster>).

 *Healthy diet*. WHO; 2024 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>).

 *Oral health training course for community health workers in Africa*. OpenWHO; 2024 (<https://openwho.org/courses/oral-health-community-AFRO>).



ボックス 7.1 口腔の健康を促す

WHO は口腔の健康を「口腔、歯、および口や顔の構造が、食べる・呼吸する・話すといった基本的な機能を遂行できる状態」と定義している。

口腔の健康には、自己肯定感やウェルビーイング、痛みや不快感、恥ずかしさを感じることなく社会的交流を行うことや、仕事に参加できる能力といった心理社会的側面も含まれる。口腔衛生が不十分な場合、口腔疾患のリスクが高まり、栄養摂取にも悪影響を及ぼす。また口腔疾患は心血管疾患（CVD）の危険因子でもあり、特に糖尿病と関連している。

地域の関係者が助言できること

- 1 日 2 回、朝食後と就寝前にフッ素入り歯磨き粉（1000 ～ 1500 ppm）ときれいな水で歯を磨くことを勧める。歯がない場合でも、1 日 2 回、やわらかい歯ブラシで歯茎と舌をブラッシングし、食べかすや細菌を除去するよう指導する。
- 義歯を使用している場合、衛生管理を指導する。
- 遊離糖類の摂取を制限する。
- すべての形態のたばこの使用をやめる（噛みたばこ、ビンロウ（アレカ） ナッツ、キンマなどを含む）。

7.2

低栄養に取り組むための 地域に根ざした保健医療



7.2.1

たんぱく質を多く含む食事

ICOPE の基本的評価の結果、ある高齢者に低栄養の疑いがあり、詳細な評価をすぐに実施できない場合、地域の医療従事者はたんぱく質を多く含む食事を推奨することで健康支援を行うことができる。たんぱく質は細胞や組織の形成に必要であり、筋収縮や運動、消化機能や免疫機能も支える。加齢とともにたんぱく質の吸収は減少するため、低栄養の高齢者では特にたんぱく質を多く含む食事が推奨される。

低栄養の高齢者に対しては、体重 1kg あたり 1.0 ～ 1.2g のたんぱく質摂取を勧める。体重減少や急性疾患、外傷からの回復期には、体重 1kg あたり最大 1.5g のたんぱく質摂取が必要と考えられる場合がある。筋肉内で筋タンパクの合成を促し、食欲の増進につながるよう、身体活動を無理なく増やす方法についての指導も併せて行う必要がある。

たんぱく質を豊富に含む食品（100g あたり 20g 以上）には、ナッツ類、豆類（レンズ豆、エンドウ豆など）、種実類、穀類、チーズ、肉、魚などがある。地域の医療従事者は食品成分表を参照することで、たんぱく質や微量栄養素を多く含む、地元で入手可能な食品を見つけることができる（FAO 食品成分データベース <https://www.fao.org/infood/infood/tables-and-databases/faoinfood-databases/en/>）。

乾燥豆類のなかには動物性たんぱくに匹敵する量のたんぱく質を含むものもあるが、調理すると必ずしも同等ではなくなる。入手可能な食品や種類、文化的習慣や嗜好は多様であるため、地域で入手しやすい、たんぱく質を多く含む食品のリストを作成すると高齢者の役に立つであろう。



7.3

栄養状態の評価



地域で利用できる検証済みのツールを活用した詳細な評価により、栄養状態や低栄養のリスクを見極める必要がある。

ツールの例は p.75 を参照のこと



ほとんどの栄養評価ツール (38) では以下の項目を含む。

- 食物と水分の摂取
- 最近の体重減少
- 移動能力
- 最近の精神的ストレス、急性疾患の有無
- 精神状態
- 生活状況

次の内容についても記録する。

- 体重
- 身長
- body mass index (BMI – kg/m²)
- 上腕周囲長 (MUAC)、下腿周囲長

微量栄養素、すなわちビタミン (A、B12、D など) やミネラル (鉄、葉酸、カルシウムなど) の不足は、貧血や骨粗鬆症 (39) などの疾患や健康障害を引き起こす可能性がある。血液検査によって特定のビタミンやミネラルの不足の有無を確認し、栄養介入に役立てる必要がある。これらの栄養素の不足は特定の経口栄養補助食品や注射によっても補うことができる。

本ケア手順では、低栄養のリスクに応じて 3 つの手順を示す。正常な栄養状態 (低栄養リスクが低い) と評価された高齢者であっても、疾患や危険因子、社会的・身体的環境についての評価を継続して実施する必要がある。

他の関連する内在的能力、例えば移動能力の制限や抑うつ症状などについても、基本評価の結果を確認し、必要に応じて再度評価する。

→ 6 10

7.3.1

身体組成と老化

一般的に 60 歳前後から筋肉量は減少する傾向がある。栄養不足と運動不足の両方が、筋肉量と筋力の低下を促す。体重が減少する場合もあるが、変化がない場合もあり、老化に伴う有害な変化に気付きにくいことがある。

高齢者の BMI の使用には限界がある。例えば、椎体圧迫骨折や姿勢の変化により身長が低下することがある。また低栄養の高齢者であっても脂肪量が増加し、除脂肪組織の喪失があっても BMI は許容範囲 (あるいは、むしろ高い BMI) を示す場合がある。

栄養状態を評価するための簡便な指標として、上腕周囲長 (MUAC) や下腿周囲長といった身体計測の代替指標が有用である。既存のデータによると、利き腕でない方の腕の MUAC が 23.5 ~ 25.0 cm の場合、地域在住高齢者の低栄養リスクを識別する目安として用いることができるとされている (40) (41) (42)。

訓練を受けた医療保健従事者であれば、握力計を用いて筋力と栄養状態を評価することができる。この機器は、片手でどれくらい強く握れるかを測定するものである。握力が低い場合には、運動の推奨とともに、たんぱく質を多く含む食事が有効である。

7.3.2 脱水

脱水 (43) は、尿路感染症 (UTI)、腎不全、便秘、せん妄、認知機能低下などの健康上の有害事象と関連し、多くの要因が関与している。その中には、加齢に伴う口渇感や体内水分貯蔵量の減少、糖尿病や腎機能障害のコントロール不良が含まれる。認知機能低下、嚥下障害、移動能力の喪失、尿失禁 (UI)、摂食困難もまた、高齢者の水分不足を招く要因となる。尿失禁がある高齢者では、尿失禁を管理できると誤認し、自ら進んで水分摂取を抑える場合がある。利尿剤や下剤などの特定の薬剤も水分喪失を招く。高齢者は発熱、下痢、嘔吐を発症しやすく、これらはいずれも脱水を引き起こす可能性がある。

医療従事者ができること

- 脱水の症状を確認する。例えば、口・唇・舌の乾燥、眼のくぼみ、便秘、排尿回数の減少、頻脈、頭痛、脱力、混乱、めまいなど。ただし、高齢者は典型的な臨床症状や徴候を示さない場合もある (44)。
- 高齢者（および介護者）に、水、果汁、スープなど、水分摂取量を記録するよう指導する。
- 一日あたりの水分摂取目標を個別に設定する。臨床上、特別な対応が必要でない場合、少なくとも一日あたり 1.6～2L コップ 6～8 杯分）が推奨される。暑い気候などの環境要因も考慮に入れる必要がある。
- 高齢者（および介護者）が、好みの飲み物を手元に置いておくよう促す必要がある。必要に応じて飲用補助具（軽い容器、ストロー、スプーンなど）を活用できるようにサポートする。
- 高齢者が尿失禁を適切に管理できるよう話し合い、支援することで、十分な水分を摂取できるようにする。→ 13

7.3.3 肥満

高齢者における肥満の有病率は世界的に上昇している (45)。肥満は、心血管疾患 (CVD) やがんをはじめとする複数の慢性疾患だけでなく、移動機能や生活の質の低下とも関連する。高齢者では、減量に伴う利点と、筋肉量の減少といった潜在的なリスクを比較・検討する必要がある。筋肉量の減少はサルコペニアを招き、骨折リスクを高める可能性がある。このため、エネルギー制限を行う際には、筋肉量や骨密度を維持するために、健康的な生活習慣（栄養摂取、身体活動）を推奨することが極めて重要である。→ 3.1.3

プライマリケア施設の医療従事者が行うべきこと

- 高齢者の体重と身長を定期的に測定する。
- 健康的な食事や生活習慣についてカウンセリングを行う。
- 心血管疾患 (CVD) の危険因子をモニターし管理する (→ 3.1.4)。併存疾患（精神疾患を含む）の有無を評価する。
- 高齢者が過体重または肥満の場合：
 - 肥満コントロールのための医療サービスを提供する。それには、食事や運動療法、必要に応じて医学的介入を含む。
 - 糖尿病の有無を評価する。
 - 可能な際は、専門の管理栄養士に相談する。

関連情報

 *Obesity and overweight*. WHO; 2024
(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>).

7.4

低栄養の管理



栄養介入は、基礎疾患（例：消化器疾患、口腔疾患、悪性腫瘍）や、栄養不良の原因となる要因に対処するための、包括的かつ個別化されたケアプランの一部として、常を実施すべきである。内在的能力の他の領域に対処する別の介入とともに行う必要があるだろう。栄養不良の要因には、味覚や嗅覚の低下といった感覚機能障害、咀嚼や嚥下障害などの口腔機能の問題、社会的孤立や孤独、低所得、長期の慢性疾患が含まれる。一部の薬剤は、味覚や嗅覚に影響を与えたり、吐き気や嘔吐を引き起こしたりすることもある。

低栄養を管理する上で、たんぱく質を多く含む食事に加えて、体重のモニタリングを伴う栄養カウンセリング、複合運動介入、経口栄養補助（ONS）食品の利用など、複数の方法がある。

ボックス 7.2 経口栄養補助（ONS）：重要なポイント

- 食事が第一：ONS が緊急に必要な場合を除き、まずは食事内容の見直しと、食事回数を増やすことを試みるべきである。
- ONS は食事を補うもの：食事の代わりではない。ONS を摂取する人は、できる限り通常の食事を続ける意義（重要性）を理解する必要がある。
- 使用方法に関する指導が必要：ONS の混ぜ方、1 回あたりの摂取量、摂取タイミングについて指導を行う必要がある。
- 摂取のタイミング：ONS は食事中ではなく、食事と食事の間に摂取する必要がある。
- 継続的な支援と励まし：ONS を続けるためには、家族、介護者、医療従事者からの支援と励ましが必要である。
- 味や食感の飽き：同じ種類の ONS ばかりだと味や食感に飽きることがある。可能であれば、さまざまなフレーバーを用意するとよいであろう。
- 体重の管理：体重は注意深くモニターし、定期的に記録する必要がある。
- 最終的な目標：栄養障害のリスクがなくなり、通常の食事から十分な栄養が摂れるようになったら、ONS は中止するのが好ましい。

7.4.1 低栄養リスク

医療従事者は、低栄養を予防するために、体重を頻回にモニターしつつ個別栄養指導を行うことができる。まず、食事パターン（食物や水分の種類・量・頻度）を記録（把握）し、その後、個人の文化的背景や嗜好に合わせて食事内容を調整し、たんぱく質と必要な栄養素の摂取を増やす。高齢者が十分に食事を摂取できない場合（たんぱく質を含む）は ONS を検討すべきである（ボックス 7.2）。

低栄養のリスクが認められた場合、複合的運動介入も併せて検討することが重要である。栄養と運動は筋力と筋機能を維持・向上させるための重要な要素である。十分なエネルギーとたんぱく質の摂取は、複合運動プログラムの効果を高める。→ 6.4.2

7.4.2 栄養障害

栄養障害がある場合、医療従事者は直ちに個別の食事指導（栄養カウンセリング）を行い、原因を評価し、管理する必要がある。専門知識を持つ医療従事者（例えば栄養士など）が、詳細な栄養評価を行い、個別の食事指導を提供し、必要に応じて ONS を処方するべきであろう。

ONS によって、良質なたんぱく質やエネルギー、および適切な量のビタミンとミネラルを補うことができる。個別のニーズや身体的・心理的障害に合わせて ONS の計画を立てる際は専門知識が必要である。これらの評価を通して、栄養豊富な食品、ビタミンやミネラルのサプリメント、特殊な市販製品や非市販の栄養製剤（食品）のいずれかから、栄養障害に対し最適な補給方法を選択できる (46) (47)。

ONS は、通常の食事では十分なエネルギーや栄養素を摂取できない場合や、摂取エネルギーを増やすために通常の食事に一時的に追加する場合にのみ、活用すべきである。地域の医療従事者は、ONS 利用高齢者を支援し経過観察する必要がある（ボックス 7.2）。

7.5

関連する疾患と危険因子の 評価と管理



7.5.1

サルコペニア

サルコペニアは、筋肉量と筋力の低下により筋機能が低下した状態であり、リハビリテーション介入を必要とする場合がある。これには、たんぱく質摂取に重点を置く栄養管理が含まれる。→ [4.2.1](#)、[6.5.3](#)

7.5.2

消化器疾患

高齢期には、食べ物の移動（嚥下・蠕動運動等）、酵素やホルモンの分泌、消化、吸収といった消化管の全機能が影響を受ける可能性がある。消化器疾患は、意図しない体重減少の主な原因の1つである（48）。身体診察や病歴聴取によって、便秘、下痢、炎症性腸疾患、消化性潰瘍などの一般的な消化器疾患を特定でき、これらに対する疾患管理を行う必要があるだろう。

7.5.3

口腔疾患、咀嚼・嚥下の問題

口腔疾患や咀嚼・嚥下の問題は、栄養状態に大きな影響を及ぼす。主な口腔疾患には、う歯（虫歯）、歯周病、無歯顎（すべての歯を失った状態）、口腔がんが含まれる（49）。歯を失うことは、加齢に伴う避けられない現象と誤解されており、多くの文化圏で社会的に容認されている。しかし、歯の喪失は心理的外傷や社会生活への悪影響をもたらし、内在的能力や機能的能力を低下させる危険性がある。ほとんどの口腔疾患は、セルフケア（[ボックス 7.1](#)、p.77）や適切な口腔保健サービスを利用することで予防できる。

プライマリケア施設の医療従事者は、以下の質問を通して口腔疾患や口腔の状態を把握できる。

- 摂食／咀嚼困難
- 食べ物や飲み物の嚥下困難
- 残存天然歯の数（天然歯が20本未満の場合、予後不良と関連）
- う歯
- 歯磨き時の歯ぐきからの出血
- 口腔乾燥の経験
- 痛み／腫れ／治癒しない潰瘍の有無

口腔疾患は、地域包括ケアの枠組みでプライマリケア施設にて、訓練を受けた医療従事者によって対処できる。例えば、う歯の進行抑制、虫歯除去後の充填、食塩水や消毒用洗口液による歯周病管理などである。さらなる評価や管理が必要な場合は、歯科医師、歯科助手、歯科衛生士などの専門知識を持つ医療従事者への紹介が必要である。

嚥下障害（dysphagia）は、固形物や液体が、口から胃に移動する過程において生じる問題を指し、吸い込み、咀嚼、かみ砕き、口の中で食物をまとめる働き、唾液分泌、嚥下などが含まれる。重度の嚥下障害では、誤嚥、脱水、体重減少といった重大な合併症を引き起こす場合がある。これらの困難は、高齢期に多く起こる疾患、例えば食道機能障害、脳卒中、パーキンソン病、認知症などによっても生じ得る。

嚥下を容易にし、窒息や誤嚥のリスクを減らすために、食べ物や飲み物の形態や食感に配慮することの重要性についても助言が必要である。

高齢者の中には、食べ物をより細かく刻んだり、ミンチ食にしたり、ペースト状にしたりするほうが効果的な場合がある。嚥下障害のある人は、誤嚥のリスクを減らすため、スープの中に固形物が入っているような異なる食感が混在する食べ物を避けることが望ましい。

嚥下の筋肉を強化し、嚥下機能の協調性を改善するための訓練を行うことができる。訓練の内容には、咀嚼の練習、歌唱、口の周囲の筋肉を維持するために素早く言葉を発する練習などが含まれる。唾液腺マッサージを指導して唾液分泌を促すこともできる。高齢者に著しい嚥下障害がある場合、リハビリテーションサービスを受けられる環境が整っていれば、紹介すべきである。→ 4.2.1

入れ歯

入れ歯は、歯茎の上に装着する取り外し可能な義歯で、歯の欠損部分を補い、隙間による問題を解消する。食事の問題、それに伴う栄養不足や発話の問題を防ぐのに役立つ。また、見た目を変えることで自信を高めることもできる。

入れ歯の測定と装着は、専門知識を持つ医療専門家（歯科医、歯科技工士など）が行う。装着方法、洗浄方法、お手入れ方法についても助言を受けることができる。特に体重に変動がある場合は、フィット感など、定期的にチェックを受ける必要がある。

関連情報

 *Promoting oral health in primary health care settings.* OpenWHO; 2024
(<https://openwho.org/courses/oral-health-promotion-PHC>).



7.6

社会的・身体的環境の評価と管理



7.6.1

共食の習慣

食事を人との交流を介した社会的な活動にすることは、栄養や水分補給の面だけでなく、心理的にもプラスの影響を与え、帰属意識を育み、孤独を防ぐ上で有効である。

介護者や地域の関係者、高齢者向けの会食イベントを企画して会食や活動で食事を提供したり、家族と一緒に食事をしたりすることにより、高齢者の食習慣の社会的側面に対する障壁の除去を促すことができる。地域の団体は、地域菜園や地域食材のマーケットなどを通じて、より健康的な食品へアクセスしやすくすることができる。

7.6.2

社会的ケアと支援 → 11

低栄養や脱水のリスクがあり、あるいは既にその状態の高齢者に対する社会的ケアと支援には、調理済み食品や、すぐに食べられる食事へのアクセス支援、調理の手伝い、飲み物の提供（水の確保を含む）などが含まれる。

高齢者や介護者が食物へのアクセスが困難な場合は、地域の関係者が食料品の宅配を手配したり、経済面での助言や支援を行ったりすることができる。高齢者が食事動作に困難を抱えている場合には、食卓での適切な姿勢保持や、食事介助の支援を行うこともできるであろう。

7.6.3 補助用具

簡単な食事や飲み物の補助具を使うことで、筋力が弱い人や手の動きが不自由な人でも、自分で食べたり飲んだりしやすくなる。

地域の保健従事者は、こうした簡易な補助用具が役立つ場面を見極めることができる。歯を失った人では、食事のしづらさを改善するための義歯（入れ歯）が必要になる場合もある。食事・飲用補助具が有効かを判断し提供できるように、簡単な訓練を受けることができるであろう。

7.6.4 介護者への支援 → 12

介護者は、高齢者の水分補給の重要性や、咀嚼や嚥下が難しい場合に備えた柔らかい食事の調理方法などについて、適切な助言を受けられるようにする必要がある。また、食事介助の方法についても情報提供を受けられるようにすることが望まれる。

介護者には、人生の最終段階に何が起こるのかについての情報を提供し、理解を支えることが大切である。重い病気の終末期には、食事や水分の摂取量が減るのは自然な経過である。しかし、食事は人が互いに愛情を表す手段でもあるため、介護者にとってこの変化を受け入れるのは難しい場合がある。介護者が別の形で愛情を示せるよう、口腔ケアや皮膚のケアなどを通じた支援方法を含め、十分な情報と支援を提供する必要がある。

介護者自身にとっても、健康的な食生活を維持することは同じように大切である。しかし、介護の負担やストレスが大きいと、自分の食事をおろそかにしてしまうことがある。高齢者の食事介助が必要な場合、介護者は自分の食事よりも相手の食事に気を配り、自分の食事や楽しみを後回しにしてしまうこともある。そのようなときは、家族や友人と一緒に食事をするなど、他の人の支援が介護者自身の助けになるであろう。

関連情報

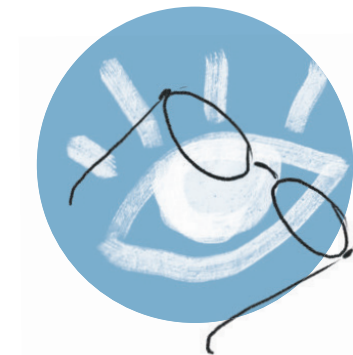
🔗 *Training on eating and drinking aids*. TAP; 2024
(<https://www.gate-tap.org/>).

8

視覚 視覚障害に対する ケア手順

視覚は、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する、内在的な能力の重要な要素である。50 歳以上になると、約 80% に遠見視力障害を、67% に近見視力障害が認められる (50)。遠視（老眼）、白内障、緑内障、加齢黄斑変性は、高齢者によく見られる目の障害である。

視覚障害は、生活の質に深刻な影響を及ぼし、うつ病、認知機能の低下、不安、社会的孤立、転倒リスクの上昇と関連する。そして、安全な移動、家族やその他の社会的関係の維持、就労による収入の確保、情報へのアクセスなどが困難になる。



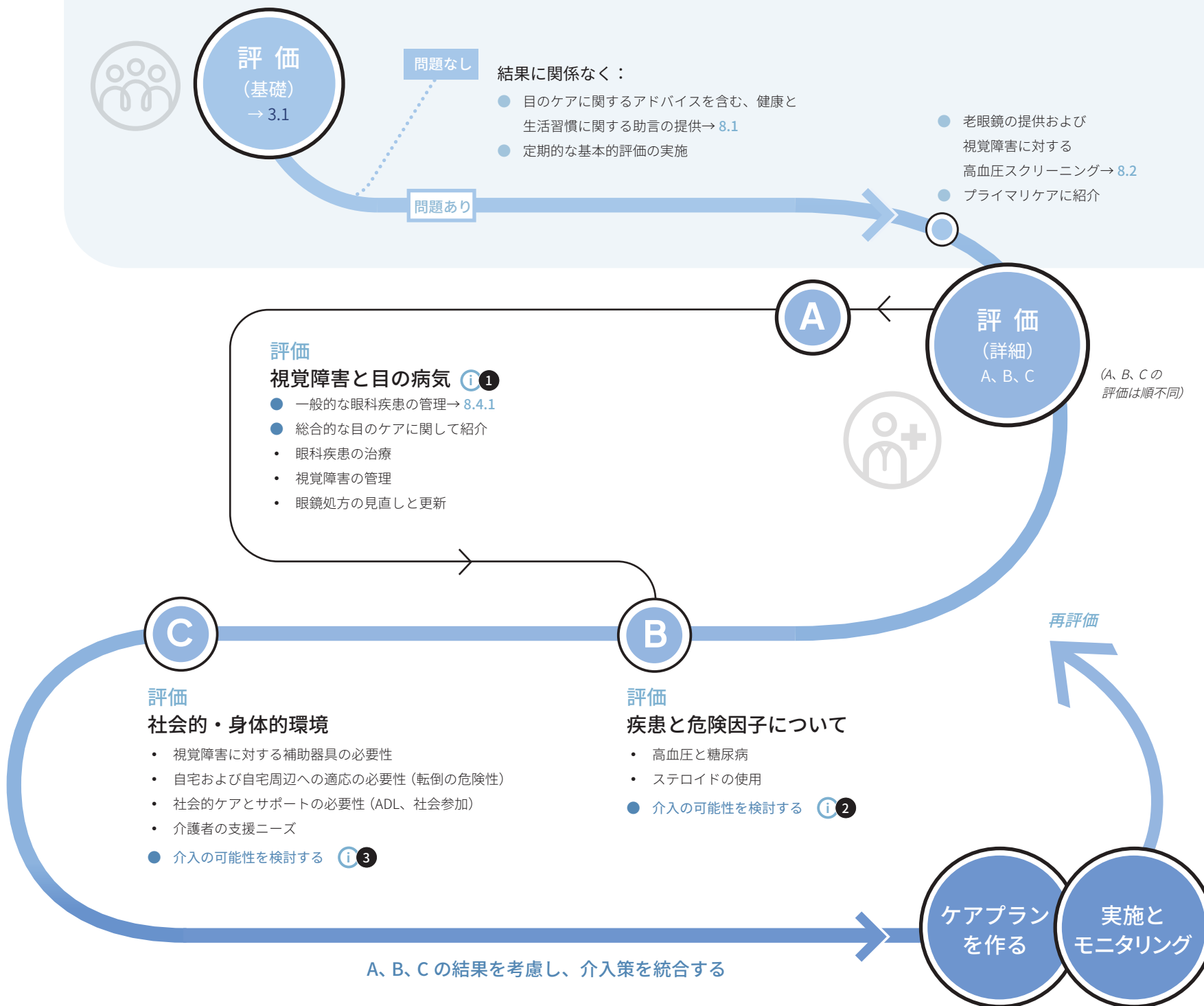
要点

- 簡単な視力表があれば、地域の保健従事者は視力の評価を行うことができる。
- 視覚障害や失明の大半は、早期発見と適時管理によって防ぐことができる。
- 眼鏡は多くの場合、近視や遠視の矯正が可能である。
- 拡大鏡や白杖などの補助器具は、眼鏡で矯正できない視覚障害者に有用である。
- 照明を改善するなどの環境改善は、視覚障害を持つ高齢者の機能的な能力を向上させ、転倒を防ぐことができる。
- 地域社会において、地域の環境を把握して監査し、ピアサポートグループを設立することによって、視覚障害を持つ高齢者を支援することが可能になる。

8

視覚

視覚障害に対する ケア手順



専門知識とトレーニングの必要性

- 突然または急速に進行する視覚障害
- 遠方視力障害の矯正用眼鏡の提供
- 高血圧や糖尿病に関連する網膜疾患と、その他の眼疾患（緑内障、白内障、黄斑変性症など）の管理（8.5）
- 外眼部の問題（例：膿を含む滲出物、白眼部の異常な充血、色眼部の異常なかすみや充血）。

① 視覚障害と目の病気の評価→ 8.3

ある距離で物や文字をはっきりと識別する能力（視力）は、タンブリング E チャートを用いて測定される。視力評価は、屈折異常を評価する際の重要な臨床指標である。

この評価を行うには、適切な照明の明るさと適切な検査距離（例えば、遠見視力は 3m、近見視力は 40cm）を確保できる広さのある空間が必要である。

既に眼鏡をかけている場合は、眼鏡をかけた状態での視力を調べる。

眼が赤い、まつ毛の異常、結膜炎、ドライアイなどの一般的な目の病気は、電灯を使って外眼部、まぶた、まつ毛の外観を調べることでさらに評価することができる。

② 疾病と危険因子への介入→ 8.5

- 高血圧、糖尿病
 - 心血管疾患危険因子の管理（8.5.1）
 - 年 1 回の網膜検査（8.5.1）
- ステロイド使用
 - ステロイド処方の定期的な見直し（8.5.2）
 - 定期的な眼科および視力検査（8.5.2）

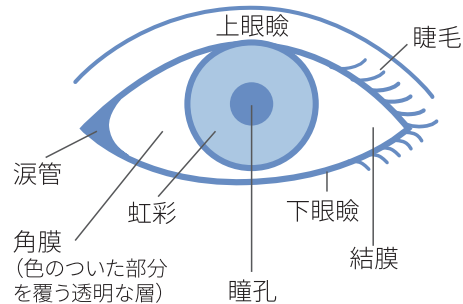
③ 社会的・身体的環境への介入→ 8.6

- 補助製品の必要性
 - 視覚障害に対する補助器具（視覚および非視覚サポート）の提供（8.6.1）
- 自宅および自宅周辺状況への適応
 - 転倒のリスクを減らすために、自宅および自宅周辺の環境を最適化（4.2.5）
 - より読みやすい大きな字体の家庭用品の使用について助言（8.6.2）
- 社会的ケアとサポートの必要性
 - 日常作業や社会参加の機会を支援（8.6.3）
 - 心理社会的支援を提供（8.6.3）
- 介護者の支援ニーズ
 - コミュニケーションの取り方を含む助言とトレーニングを提供（8.6.4）

屈折異常

未矯正の屈折異常は、最も一般的な視覚障害の原因である。屈折異常は、光が網膜に直接焦点を結ぶことができず、視界がぼやけて生じる。屈折異常の一般的なタイプには、近視（遠見視力障害）、遠視（近見視力障害）、老眼（加齢による近見視力障害）、乱視がある。

外眼



8.1



目と視力のケアを促進するための健康と生活習慣の助言

地域保健従事者や地域関係者は、視覚障害の可能性のある人を含むすべての高齢者に、目と視力のケアをサポートするために、以下のような助言を提供することができる。

すべての高齢者に対して

- ・ 視覚障害は通常の老化現象であるといった一般的な誤解に対処する。
- ・ 糖尿病、高血圧、ステロイド使用など、視覚障害の危険因子の管理の重要性を伝える。
- ・ 保健師による定期的な眼科検診を受け、何か問題があれば相談してもらう。
- ・ 電子メディア（スマートフォン、タブレットなど）の使用、読書、裁縫など、目の使用時には定期的に目を休める。
- ・ サングラスや帽子を着用し、紫外線の暴露を制限する。
- ・ 定期的に手を洗い、目をこすったり触ったりしないようにし、まぶたを洗うときは刺激の少ない石鹸のみを使用する。
- ・ 禁煙：喫煙は目の病気（白内障、黄斑変性症など）のリスクを高める。

視覚障害のある（可能性のある）高齢者に対して

- ・ 転倒のリスクを減らすために、照明、コントラスト、色彩などを用いて、自宅や自宅周辺環境を最適化する方法を伝える。
- ・ 眼鏡が必要だと言われた場合、眼鏡の使い方やタイミングについて助言する。

8.2



視覚障害に対処する地域に根ざした保健医療

8.2.1

老眼鏡の提供

高齢者が ICOPE による基本的な評価で視覚障害の可能性を指摘され、詳細な評価（目の病気、外見上の異常、視覚障害）をすぐに受けることができない場合、地域の保健員が手助けすることができる。近視視力障害のある人には、既製の老眼鏡を利用することができる。50 歳以上の方の中には、近距離を見たり本を読んだりすることが困難な方が多くいる。老眼鏡を使用すると、近くのことを大きく見せることで、老眼（近視視力障害）を効果的かつ迅速に矯正してくれる。

既製の老眼鏡は、さまざまな倍率（+1.00、+1.50、+2.00、+2.50、+3.00）があり、安価に入手できる。老眼鏡を処方する方法はいくつかあり、よく使われる方法の 1 つは年齢を目安にし試用を行うことである。

年齢層	老眼鏡の度数
40 ～ 50 歳	+1.00 DS ～ +2.00 DS
≥ 50 歳	+2.00 DS ～ +3.00 DS

老眼鏡は、明るい部屋で近視視力検査カードを用いて試用する（p.23）。フレームは小さすぎたり緩すぎたりせず、側頭部を圧迫することなく耳にフィットしていることを確認し、快適かつ正しくフィットしている必要がある。老眼鏡で問題が解決しない場合は、専門的な知識を持つ医療専門家（眼科看護師、検眼士、眼科医など）による総合的な眼科・視力検査が勧められる。

地域関係者は、既製の老眼鏡が地元で入手できる場所や、それがどのように機能するかについての情報を提供できる。高齢者団体を含む地域のグループは、保健従事者と協力して、高齢者に老眼鏡を提供したり試用したりするための移動支援サービスを促進することができる。

8.2.2

高血圧のスクリーニング

高血圧によって生じる眼疾患や視覚障害もスクリーニングできる。地域の医療従事者は適切なトレーニングを受けていれば、血圧を測定して心血管疾患の危険因子を特定し、これらの危険因子の管理について助言することが可能である。→ **3.1.4** 既に高血圧や糖尿病が診断されている場合は、プライマリケアに紹介し、経過観察を行うとともに、網膜の状態を確認する必要がある。

関連情報

🔗 *Training in provision of reading glasses, magnifiers, and telescopes.* TAP; 2024 (<https://www.gate-tap.org>).

🔗 *Vision and eye screening implementation handbook.* WHO; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375590>).



8.3

視覚障害と
眼科疾患の評価

眼科ケアサービスは、適切なトレーニングを受けた医療従事者を通じて、プライマリケア施設内で提供されることができる。また、固定施設または移動ユニットのプライマリ眼科ケアサービスを利用することもできる。

プライマリケア施設の医療従事者は、目や視力の診察を行うことができる。一定の距離で、物や文字をはっきり見分ける視力を測定する。また、眼が赤い、まつ毛の異常、結膜炎、ドライアイ、まぶたの炎症など、一般的な目の病気を電灯を使って調べることもできる。

専門的な知識が求められる場合は、医療専門家（眼科看護師、検眼士、眼科医など）を紹介する必要がある。ここでは、自覚的屈折検査、直接眼底鏡検査、網膜画像検査などの、より詳細な眼科検査、遠方視力障害（近視）に対する眼鏡やコンタクトレンズの提供、および糖尿病や高血圧によって生じる白内障や網膜症といった眼疾患の診断と治療が行われる。

認知機能の低下や抑うつ症状などの基本的な評価結果も確認し、必要に応じて詳細な評価を実施する。→ 5 10



“タンプリング E” チャートは広く普及しているが、LogMAR (EDTRS) チャートには、ラテンアルファベットの知識が必要である。

ボックス 8.1 白内障

白内障は眼球の水晶体が混濁し、鮮明な視界が得られなくなる病気で、多くの場合、加齢が関係している。また、糖尿病と肥満が危険因子となる。屈折異常に伴うもので、予防可能な視力障害や失明の主な原因となっている (51)。喫煙や紫外線への暴露を減らすことで、白内障の発症を予防したり遅らせたりすることができる。早期発見と白内障手術によって視力を回復し、多くの失明を防ぐことができる。手術では、濁った水晶体を取り除き、人工の眼内レンズを埋め込む。

8.4

視覚障害と 眼科疾患の管理



視覚障害や眼科疾患を管理するための介入は、基礎疾患（高血圧、糖尿病など）やその他の要因への対処も含めた包括的な個別ケア計画の一部として提供されるべきである。老眼鏡の提供や高血圧のスクリーニング以外にも、視覚障害をマネジメントする方法は複数ある。

8.4.1

一般的な眼科疾患の管理

眼の赤みや異常なまつ毛、感染性結膜炎やアレルギー性結膜炎、眼瞼炎、眼の異物感、角膜炎などを呈する人々に対して、保健従事者はプライマリケア施設で治療や応急処置を提供し、フォローアップの助言を行う。症状改善がほとんど見られない場合には、専門的な知識を持つ医療専門家に適時に紹介する必要がある。

8.4.2

屈折異常の管理

屈折異常の管理には、定期的な眼科検査と総合的な視力・眼科治療が含まれる。眼鏡、コンタクトレンズ、屈折矯正手術などの矯正方法は、効果的に管理することができる。これらの治療は安全で、視力を大幅に改善し、生活の質を高めることが可能である。

8.4.3

不可逆的な視覚障害と失明

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ない。このような方には、視覚支援機器を使用することで、本や新聞を読む、お金を識別する、ラベルを読む、裁縫をする、小さな物や大きな物の一部を確認するなど、近見視力を必要とする作業を可能にする。利用可能であればリハビリテーション・サービスにおいて、残存視力を最大限に活用し、視覚障害による社会的、心理的、経済的影響に対処するための実用的な方策を受授することで、社会生活への参加が可能になる。

→ 4.2.1

地域社会の関係者は、弱視または失明の方が地域社会で活動できるように支援することができる。例えば、自宅から家族の家までといった、その方が行きたいと思う道を歩いたりするのに付き添うこともできる。このようなことを何度も繰り返すことで、その人は環境に慣れ、移動に自信を持つようになる。地域の環境について、どこに何があるのか、特定の施設やサービスを見つけるにはどうすればよいのかを説明した音声地図を作成することも有効である。

関連情報

 *Package of eye care interventions.*
WHO; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/354256>).



8.5

関連する疾患と危険因子の 評価と管理



8.5.1

高血圧と糖尿病

高血圧と糖尿病は網膜疾患と緑内障（予防可能な視覚障害と失明の主な原因）の重要な危険因子である。糖尿病網膜症は糖尿病の微小血管合併症として最も一般的なものである。心血管疾患危険因子の管理に加え（→ 3.1.4）、高血圧や糖尿病のある方には、網膜検査を行い（年1回または2年に1回）、必要に応じて治療を行うことが推奨される。網膜症は、専門的な知識を持つ医療者による検眼、または現地での読影あるいは遠隔医療ベースの網膜画像検査によって検出やモニターすることができる。

8.5.2

ステロイドの使用

コルチコステロイドによる長期治療によって眼球内の圧力上昇や白内障になったりする場合がある。この眼圧上昇（緑内障）は、治療しなければ視神経を損傷し、視力障害や失明につながる可能性がある。長期ステロイド治療を受けている方は、眼圧チェックを含む定期的な総合眼科・視力検査が必要である。また投与量を含め、ステロイド処方の適切性を定期的に見直す必要がある。

8.6

社会的・身体的環境の 評価と管理



8.6.1

視覚低下に対する補助器具

視覚障害のある高齢者が日常生活や趣味を続けるために、さまざまなサポート器具を使用することができる。これには、拡大鏡、テレスコープ、眼鏡などの視覚補助製品、オーディオブックやプレーヤーなどの非視覚補助製品、トーキングウォッチ、白杖、スクリーンリーダー、携帯電話などがある。現在、多くの携帯電話やコンピュータ・プログラムにテキストを音声合成する機能がある。浮き彫りの文字や点字が付いた薬ケースが役に立つかもしれない。

8.6.2

自宅および自宅周辺の環境改善

視覚低下に対する補助器具の使用に加えて、視覚障害のある高齢者の転倒リスクを軽減するために、家屋や家の周囲に簡単な改築を加えることができる。→ 4.2.5 このような改造の他に、日常作業や余暇活動を容易にするための変更には以下のようなものがある。

- **読みやすい活字を使用する：**印刷物・コンピュータや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くっきりと浮き出ている、大きくかかれたサンセリフ体の活字（本ハンドブックの活字など）が最も読みやすい。

- 文字が大きく、コントラストのよい家庭用品を選ぶ：例えば、時計や腕時計、大きな活字の本など。レジャーでは、大きなゲーム盤や駒、大きな文字や記号の入ったトランプを利用することができる。
- 音声を発する補助製品の使用：音声で教えてくれる時計、体温計、体重計の利用を検討する。

8.6.3

社会的ケアとサポート → 11

視覚障害のある高齢者は、ADL のサポートが必要な場合がある。食事や着替えのような日常生活の支援に加えて、高齢者は自分の持ち物を見つけやすく区別しやすいように整理するサポートも受けられる。

例えば、食卓で使用するカトラリーなどはまとめて引き出しに入れ、スクリュードライバーとは一緒にしたりしない。洋服は、引き出しや戸棚の中で、コーディネートされた服で揃えたり、着るシーン別にしたりする。

視覚障害を持つ高齢者は不幸、孤独、絶望を感じることがあり、（進行性の）視力喪失に関連したうつ病、不安、疲労、悲嘆のリスクが高まる。特に、社交的な集まりや行事に参加するために外出するのが困難な場合、社会的孤立を経験することがあり、心理的なサポートが有益な場合もある。

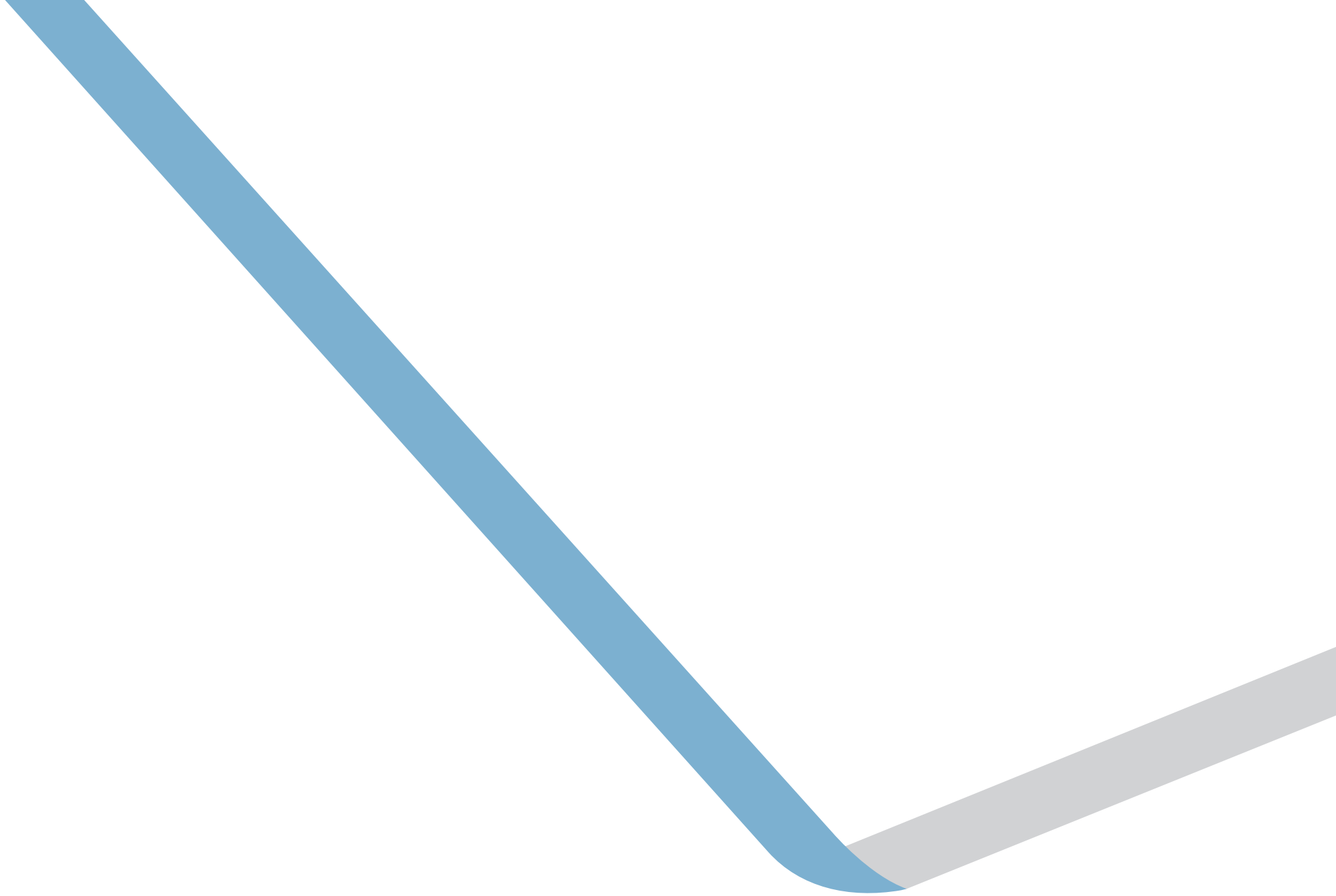
介護者や地域社会の関係者は、地域のイベントを企画したり、参加者に同行したり、地域の環境をマッピングしたり、ピアサポートグループを設立したりすることで、支援することが可能である。また、民間施設や公共施設、例えば、医療施設やレストランのメニューや屋外の交通標識や道路標識などの読みやすさを改善するための解決策を提案し、実施することもできる。

8.6.4

介護者へのサポート → 12

視覚障害のある高齢者の介護者に対する研修では、より安全に過ごせるための家庭環境の改善から、視覚障害のある方と一緒に歩く方法まで、その方が動くのを助ける方法を学ぶことができる。また、以下のようなコミュニケーションスタイルや適応方法にも焦点を当てることができる。

- 忍耐強く一特に不慣れな環境では、移動するのに十分な時間をかける。
- 必要なときには手助けをするが、本人の自立心を尊重し、可能な限りできるようにする。
- 環境について説明する。例えば、周囲、レイアウト、室内の物や人物など。
- 警戒する一歩先を歩いて合図を送り、段差などの危険を知らせる。
- 視覚障害者ができないと決めつけないようにする。ニーズや好みを伝えることができるようにする。
- 自立あるいは人とつながってられるように、補助用具の使用を奨励する。



9

聴覚

聴覚障害に対する ケア手順

加齢に伴う難聴は、高齢者の最も一般的な感覚障害かもしれない。未治療の聴覚障害はコミュニケーションを妨げ、社会的孤立を招きかねない。認知機能の低下など、他の内在的な能力領域が制限されると、これらの社会的影響はさらに悪化する。聴覚障害は、抑うつや不安、バランス感覚の低下、転倒など、他の多くの健康問題と関連している。聴覚障害は、認知症の潜在的な修正可能な危険因子として同定されている(52)。補聴器の使用による管理は、このリスクを効果的に軽減することができる。



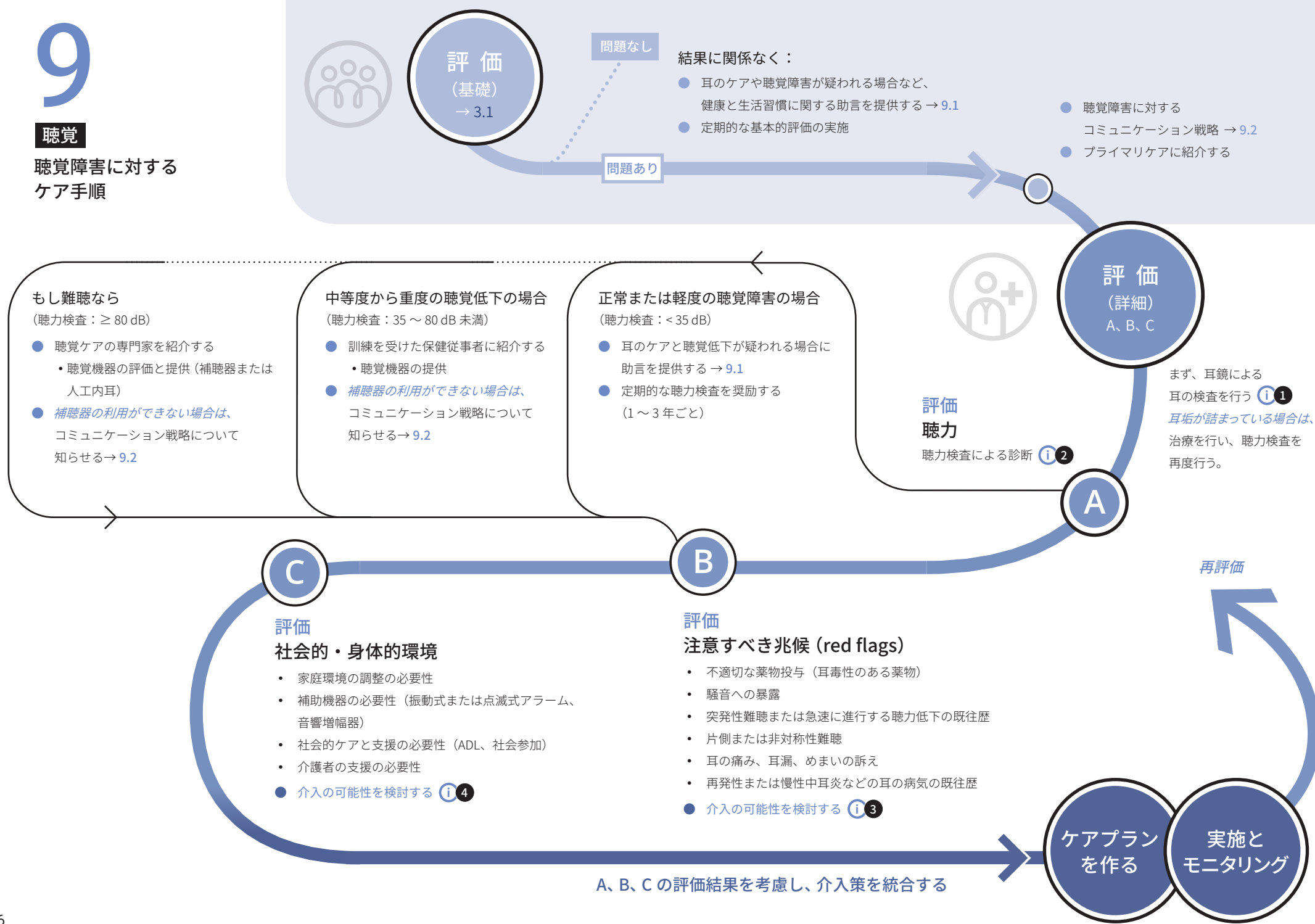
要点

- 地域の保健専門職は、簡易な携帯機器やささやき声検査で聴覚障害の基本的な評価を行うことができる。
- 家庭や地域社会での簡単な行動（例えばコミュニケーションの工夫を行うこと）で聴覚障害の影響を軽減できる。
- 補聴器は、訓練を受けた保健専門職によりフィッティングが行える。しかし、補聴器の効果を最大限に引き出すには、専門家によるフィッティングや使用に関する助言が必要な場合もある。
- 地域社会の関係者は、情報の提供や助言を行い、地域社会のイベントや会合におけるコミュニケーションスタイルを調整したり、ピアサポートグループを設立することによって、聴覚障害を有する高齢者を支援することができる。

9

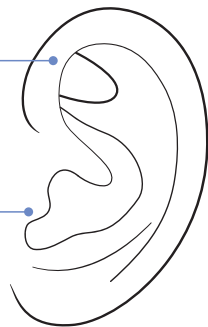
聴覚

聴覚障害に対する ケア手順



① 耳鏡による耳の検査

- 片手で**耳介**を後方かつ上方に軽く引っ張り耳道をまっすぐにする。
- もう一方の手で、指を使って**耳珠**をそっと前方に引っ張り、外耳道を開く。
- 外耳道に光を当てる
(耳鏡があれば使用し、または懐中電灯を持つ介助者に補助してもらう)。
以下の点を確認する。
 - 耳垢、膿、分泌物
 - 腫脹、発赤
 - 外耳道異物



耳垢は、耳洗浄によって取り除くことができる。
耳垢を除去した後に聴力検査を再度行うべきである。

② 診断オーディオメトリ→ 9.3.2

非侵襲的な聴力検査で、さまざまな音、高さ、または周波数を聞き取る能力を測定する。検査には静かな部屋とイヤホンが必要である。純音聴力検査と語音聴力検査の2種類がある。

耳垢

耳垢は耳を清潔にするために外耳道で作られ、通常は耳自体によって排出される。耳垢が詰まると痛みや難聴を引き起こし補聴器の性能に影響を与える。高齢者が聴覚スクリーニング不合格になった場合、耳垢が詰まっていないことを確認し、もしあれば対処する必要がある。

耳垢は、清潔で体温程度 (37°C) の水を用いた耳洗浄で取り除くことができる。安全に除去できない場合は、専門的なケアを受ける必要がある。

専門知識とトレーニングの必要性

- 中等度の聴力低下に対する補聴器のフィッティング (9.4.3)
- 高度の聴力低下／難聴の評価と管理、および聴覚機器の提供と使用
- 聴力低下の原因または一因となる根本的な問題の管理
- 注意すべき兆候 (red flags) が認められた場合 (9.5)

③ 注意すべき兆候への介入→ 9.5

- 不適切な薬物投与 (耳毒性のある薬物) → ● 投薬内容を見直し、中止または代替薬を処方する (9.5.1)
- 騒音暴露 → ● 安全な聴取音量と耳栓の使用について助言する (9.5.2)
- 突発性難聴または急速進行性難聴の既往歴 → ● 聴覚ケア専門家を紹介する
- 片側性または左右非対称性の難聴
- 耳の痛み、耳漏、めまいの訴え
- 再発性または慢性中耳炎など耳の病気の既往歴

④ 社会的・身体的環境への介入→ 9.6

- 家庭環境の調整の必要性 → ● コミュニケーションを助けるために家庭環境を整える (9.6.1)
- 補助製品の必要性 → ● 振動式または点滅式の電話や呼び鈴、携帯用音響増幅器などの補助製品を提供する (9.6.2)
- 社会的ケアと支援のニーズ → ● 日常生活活動の支援や社会参加の機会を提供する (11.6)
- 介護者の支援のニーズ → ● 介護者に対しコミュニケーション戦略に関する助言をする (9.2)

9.1

耳と聴覚のケアを促進するための健康と生活習慣の助言



地域保健専門職やその他の地域関係者は、聴覚障害者を含むすべての高齢者のために、一般的な耳や聴覚のケアや生活習慣の助言を提供する役割を担う。共有できる情報には、健康な耳のためにすべきこと、してはいけないこと、定期的な聴力検査の重要性、難聴を疑う時期、医療を受けるべき時期などが含まれる。

すべての高齢者への助言

- 柔らかい布で耳の外側だけを拭きましょう。
- 綿棒、ホーピーキャンドル、オイル、灯油などの液体、スティック、自家製治療薬、汚れた指などを耳の中に入れないようにしましょう。
- 不衛生な場所で泳いだり、汚れた水で耳を洗ったりしないでください。
- イヤホンや耳栓を他人と共有しないでください。
- 大きな音や音楽を聴かず、騒がしい場所では耳栓を使用してください。
- 保健従事者による定期的な聴力検査を受け、耳の痛み、耳漏、聴こえにくさがある場合は相談しましょう。

- 以下のように**難聴が疑われる場合**は、保健従事者に相談してください。
 - 一人に繰り返し話を聞き返すことが多い。
 - ラジオやテレビの音量を上げる。
 - 騒がしい場所での会話についていけない。
 - 電話で言われたことを理解するのが難しい。
 - 耳鳴り（キーンという音）がする。
 - ドアベルやアラーム、電話などの音が聞こえにくい。
 - 他人から「声が大きい」と言われる。

地域社会の関係者は、補聴器やその他の補助使用を含め、聴覚障害をどのように管理できるかについての説明会や討論会を企画することもできる。また、補聴器の使用に伴う偏見の解消にも対処することができる。啓発キャンペーンを行うことで、聴覚障害は恥ずかしいことでも、隠すべきことでもないことを人々に伝えることができる。20人に1人が管理が必要な聴覚を抱えている(53)。

9.2

難聴に対応する 地域に根ざした保健医療



9.2.1

コミュニケーション戦略

高齢者が基本的な ICOPE 評価によって聴覚障害の可能性を指摘され、すぐに診断的オーディオメトリーが実施できない場合、補聴器が利用できるかどうかに関わらず、地域の保健従事者や地域の関係者はコミュニケーション戦略について助言することができる。助言には以下が含まれる。

- 特に言語障害がある場合は、相手に十分な注意を払うこと。
- あなたが話するとき、相手にあなたの顔を見せ、アイコンタクトをとることで、あなたが積極的に話を聞いていること、相手の話していることを大切に思っていることを示している。
- 聞き手があなたの唇を見えるように、顔に十分な光が当たるようにしてください。唇の動きを誇張したり歪めないでください。
- 話す前に相手の注意を引くこと。
- 周囲の雑音を減らすか、静かな場所に移動すること。
- はっきりと、ゆっくりと話すこと。大声で話す必要はありません。
- 相手が話す時間を十分にとること。相手の話を遮ったり、言葉を代わりに言わないこと。
- 相手がコミュニケーションをとるのに、時間が必要な場合があることを忘れないこと。忍耐強く、敬意を払うこと。
- 頷くなどの非言語的なサインを使って、会話についてきていることを示すこと。

- グループにおいては、全員が同時に話をしないこと。一人ずつ話すように促すこと。
- 難聴者と話すことをあきらめないこと。
- 話すことが困難な方には絵やメモ書きなどの視覚的な補助を使って助けること。
- 認知機能障害など、聴覚障害に関係しないコミュニケーション障害のさまざまな原因を認識し注意すること。

関連情報



[Tips for healthy ears.](https://www.who.int/publications/m/item/community-resource-5-tips-for-healthy-ears) WHO; 2023
(<https://www.who.int/publications/m/item/community-resource-5-tips-for-healthy-ears>).

[Hearing loss in adults.](https://www.who.int/publications/m/item/community-resource-1a-when-to-suspect-hearing-loss-in-an-adult) WHO; 2023 (<https://www.who.int/publications/m/item/community-resource-1a-when-to-suspect-hearing-loss-in-an-adult>).

[Basic ear and hearing care resource.](https://iris.who.int/handle/10665/331171) WHO; 2020
(<https://iris.who.int/handle/10665/331171>).

[Tips for hearing aid users.](https://www.who.int/publications/m/item/community-resource-4-tips-for-hearing-aid-users) WHO; 2023
(<https://www.who.int/publications/m/item/community-resource-4-tips-for-hearing-aid-users>).

9.3

耳の問題と聴力を評価する



聴力に関する診断検査を行う前の重要なステップとして、耳垢の有無を耳鏡検査（オトスコーピー）で確認し、除去することが挙げられる。

9.3.1 耳鏡検査

耳鏡検査は、耳垢や鼓膜の穿孔など、聴力障害の原因となる状態を特定するための手技である。耳鏡には多くの種類がある。コンピュータやスマートフォンに接続して、観察中の画像や動画を記録できるものがある。

9.3.2 詳細な聴力評価

詳細な聴力評価では、以下の3つの機器を用いた検査が行われることがある。純音聴力検査用の診断用オーディオメーター、語音聴力検査、そして中耳機能を評価するティンパノメーターである。これらの検査は、補聴器などの聴覚支援機器の必要性を判断するのに役立つ。これらの検査を実施するには専門的な訓練が必要である。

- **純音聴力検査（PTA）**：さまざまな純音周波数（音の高さ）に対する聴取能力を評価する検査である。録音された音を徐々に大きくして再生し、被検者が聞こえた時点で反応することで、聴力の閾値（聞こえ始める最小音量）を測定する。125Hz（非常に低い）から8000Hz（非常に高い）までの周波数の聴力閾値を評価するために、音の空気伝導と骨伝導を検査する。この検査は、難聴の程度とタイプを判定するのに役立つ。

- **語音聴力検査**：高齢者にはこの追加検査が有効である。語音聴力検査では、あらかじめ録音された簡単な単語を、音量を上げながら再生し、その単語を聞いた人に復唱してもらう。語音認識がPTAの結果と一致しているかどうか、PTAでは予測できない語音認識の左右差があるかどうかを判断するのに役立つ。また、補聴器を片耳のみに装着する場合、どちらの耳に装着すべきかを決定する際にも有用である。
- **ティンパノメトリー**：鼓膜のコンプライアンス（可動性）を評価する検査で、鼓膜が音を中耳腔、ひいては内耳にどれだけ効果的に伝えることができるかを検査する。この検査は、純音聴力検査や語音聴力検査の結果を支持し、聴力障害の種類を決定するために活用される。

ケア手順では、3つのカテゴリー（正常、中等度～重度、難聴）に分けて聴覚障害を管理することを示している。医療システムのキャパシティに余裕があり、より適切と思われる場合は、軽度難聴（20<35 dB）も特定することができる（表 9.1、p.101）。聴覚能力が正常であると評価された人も、注意すべき兆候（red flags）や社会的・物理的環境について評価されるべきである。

聴力検査に加え、認知機能の低下や抑うつ症状など、内在的能力に関連する他の領域についても基本的評価の結果を確認し、必要に応じて詳細な評価を実施すべきである。→ 5 10

表 9.1
重症度による難聴の分類

グレード	よく聞こえる耳の 聴力閾値 (dB)	静かな環境での聴覚体験
正常な聴力	<20 dB	音を聞くのに問題はない。
軽度の聴覚障害	20 ～ <35 dB	静かな環境での会話の聞き取りに問題がない。
中～重度聴覚障害	35 ～ <80 dB	静かな環境での会話の聞き取りが困難。 重度の聴覚障害の場合、声を張り上げても聞き取れない。
難聴	≥ 80 dB	大声を聞き取るのが非常に難しい。

9.4

難聴の管理



聴覚障害のある人は、恥ずかしさ、不安、自尊心の低下といった気持ちを抱くことがあり、その結果、社会活動への参加が減少し、社会的孤立や孤独感につながることもある。そして、これらすべてが、うつ
の原因となることがある。→ 10

聴覚障害を管理するための介入は、常に、内在的能力の他の領域に対処する介入とともに、根本的な要因に対応する包括的な個別ケアプランの一部として提供されるべきである。コミュニケーション戦略の支援に加え、聴力低下への対応にはさまざまな方法がある。例えば、補聴器の提供やリハビリテーションサービスへの紹介などが含まれる。
→ 4.2.1

聴覚障害に対する基本的な教育とカウンセリングは、心理的な受容と適応を促すために提供されるべきである。これには、コミュニケーション戦略、環境の調整、補聴器の使用法、ピアメンタリングなどが含まれる。高齢者、その家族、介護者は、他人の汚名を着せるような態度を克服することを含め、聴覚障害を受け入れ、適応するためのカウンセリングが有益である。

9.4.1

中等度～重度の聴覚障害

中等度～重度の聴覚障害を持つ高齢者が、聴覚障害に適応し、生活するための情報と支援を提供することが重要である。補聴器などの聴覚機器の利点は、聴覚障害者とその介護者の両方に説明されるべきであり、入手先や使用方法に関する情報も提供されるべきである。補聴器を手に入れたら、保健従事者はその使用を支援し、継続的な使用を推奨することができる。

9.4.2 難聴

重度の聴力低下や難聴がある高齢者、またはこれまでの介入が有効でない場合は人工内耳の提供など、別のアプローチが必要になる。これは、聴覚ケアの専門家と相談して決めるべきである。

9.4.3 聴覚支援機器

ほとんどの聴覚支援機器は、地域の規則や法令にしたがって、認可を受けた訓練済みの保健従事者により提供されるべきである。聴覚支援機器が利用できない場合は、地域の保健従事者やその他の地域の関係者が、コミュニケーション戦略に関する情報を提供することができる。

補聴器：耳の上または内側に装着する電子機器である。音を増幅させ、聴力低下のある人が会話やその他の音を聞き取りやすくする。補聴器は通常、聴力低下のある高齢者にとって最も便利で有用な技術である。聴力検査だけで補聴器の必要性を判断すべきではない。補聴器を提案する前に、本人の全体的なニーズを評価しなければならない。補聴器は聴力低下を「治す」ものではないことを、本人にきちんと説明することが重要である。電池やイヤープースの定期的な交換など、補聴器の使用やメンテナンスについても助言する必要がある。

補聴器の使用に関する助言や情報を以下に示す。

- 補聴器の仕組みと、起きている時間帯に継続して使用することの重要性。
- 補聴器のケア。
 - 使用しないときは安全で涼しい場所に保管し、常に水や熱を避ける
 - 入浴中やシャワーを浴びているときには外す
 - 就寝中は電池フォルダーを開ける
 - 使用しないときは必ず電源を切る
 - 毎日乾いた布でイヤープースを清掃する

- 電池の交換または充電と、手頃な価格のバッテリーを入手できる場所に関する情報。
- 補聴器を使用する際によくある問題と対処法。
- 補聴器が効果的である可能性一期待値の調整。

人工内耳：人工内耳は、補聴器から十分な効果が得られない重度の聴力低下者のための電子医療機器である。音を拾う外付けのプロセッサと、耳の中に外科的に埋め込まれる部品の2つの部位から構成される。音を電気信号に変換し、耳の神経に伝達する。人工内耳が役に立つかどうかは、慎重に評価されなければならない。人工内耳が利用できない、または実現できない場合、高齢者とその家族に対し、さまざまなコミュニケーション戦略提供を行うべきである。

関連情報

[🔗 Training on hearing assistive products.](https://www.gate-tap.org/) TAP; 2024 (https://www.gate-tap.org/).

[🔗 Hearing aid service delivery approaches for low-and middle-income settings.](https://iris.who.int/handle/10665/376092) WHO; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/376092).

[🔗 Primary ear and hearing care: training manual.](https://iris.who.int/handle/10665/366334) WHO; 2023 (https://iris.who.int/handle/10665/366334).

国によってはあらかじめプログラムされた補聴器やセルフフィッティング補聴器など、処方箋なしで市販の補聴器を利用できる規制が整備されている。これらの補聴器は、一般的に特に注意すべき兆候のない、軽度または中等度の難聴の方に適している。あらかじめプログラムされた補聴器は、聴力低下のある高齢者にとって最も一般的なタイプに合わせてプログラムされている。訓練を受けた保健従事者が、どのプログラム済み補聴器が適しているかを判断し装着することを決定できる。

9.5

red flags (注意すべき兆候) の 評価と管理



聴力低下に関連して、専門的な知識を持つ医療従事者（耳鼻咽喉科専門医など）への紹介が必要と考えられる原因や問題など、いくつかの「注意すべき兆候（red flags）」がある。

9.5.1

不適切な薬剤の使用

特定の薬剤は内耳に障害を引き起こし、聴力低下や平衡感覚の喪失を招くことがある (54)。以下に例を示す。

- ストレプトマイシンやゲンタマイシンなどの抗菌薬
- キニーネやクロロキンなどの抗マラリア薬
- 多剤耐性結核に対する注射治療
- フロセミドなどの利尿薬
- アスピリンなどの非ステロイド性抗炎症薬

十分な薬物療法の見直しと薬の調整には、専門的な知識が必要な場合がある。このような耳毒性のある治療が不可欠な場合、聴力検査を定期的に行い、聴力低下を早期に発見し、適切な対応をとることが重要である。

9.5.2

騒音暴露

騒音性難聴は、職場、家庭、レクリエーション活動など、さまざまな環境や行動によって引き起こされる可能性がある。音の大きさ、聴取時間、大音量にさらされる頻度など、すべてが聴力に影響を及ぼす。個人用音響機器の安全でない使用による聴力低下の場合、音量を安全な聴取レベル内に保つ、騒音環境に従事する時間を制限するなど、簡単に効果的な方法がある。

9.5.3

その他の注意すべき兆候

聴力低下の原因になる可能性があり、専門的な診断と管理が必要な状態には以下が含まれる。

- 突発性または急速に進行する聴力低下の既往歴
- 片側性または非対称性の聴力低下
- 中等度から重度の聴力低下を伴う、耳の痛み、耳漏、めまいの訴え
- 再発性または慢性中耳炎（中耳感染症）などの耳疾患の既往歴

9.6

社会的・身体的環境の 評価と管理



9.6.1

家庭での環境調整

家庭内およびその周辺環境の工夫は、聴力低下のある人々の支援につながる。例えば、会話中に相手が見えるように照明を追加する、コミュニケーションを助けるために椅子が向かい合うように家具を配置する、家のさまざまな場所に呼び鈴を固定する、点滅アラームを設置する、などが挙げられる。

9.6.2

補助機器

補聴器以外にも、聴覚低下者を支援する製品として、電話音量増幅器、携帯用拡声器、文字メッセージ端末、音声コンテンツに字幕やキャプションを付けたり、音声を文字に変換するアプリやプログラム、などがある。聴覚誘導ループも役に立つ。これは、空間（会議室やサービスカウンターなど）の周囲に設置された1本または複数のワイヤで構成される。ワイヤにより、マイクと増幅器から特定の種類の補聴器に信号が送られる。

地域社会の関係者は、地域で利用可能なものを特定し、情報提供や支援することができる。高齢者がデジタル技術について学び、利用するのを支援するための教室を運営する地域団体は、音声に字幕を付けるアプリや音声を文字に変換するアプリの使い方に焦点を当てたセッションを含めることができる。



9.6.3

社会的ケアとサポート→ 11

定期的な社会的交流は、聴力低下による認知機能の低下、うつ病、その他の心理的および行動的影響のリスクを軽減する可能性がある。特に苦痛を感じている時には、社会的支援ネットワークが助けになる。

地域の関係者や家族は、聴力低下のある人とのコミュニケーションを継続し、社会的ネットワークに参加し続ける活動を企画することで、その役割を果たすことができる。

社会参加を可能にする支援に加えて、聴力低下のある人は日常生活において他の形の支援を必要とする場合がある。例えば、コミュニケーションに問題がある場合、電話をかけたり予約を取ったりする際に支援が必要になるかもしれない。

9.6.4

介護者への支援→ 12

介助者は、上記のコミュニケーション戦略を採用することで、聴力障害のある高齢者を支援することができる。また、介護者自身も支援が必要な場合がある。

10

精神機能

抑うつ症状に対する ケア手順

「抑うつ症状」とは、2週間以上にわたり2つ以上の症状を同時に持つが、うつ病の診断基準を満たさないものとされる。抑うつ症状は、長期的に障害のある高齢者によくみられ、内在的能力のすべての領域の低下と関連している可能性がある。また、社会的に孤立している人や、大変な介護責任を負う介護者が抑うつ症状を経験することもよくある。抑うつ症状は、家族、友人、地域社会との関係の中で、生活のあらゆる側面に影響を及ぼす可能性がある。

抑うつ症状は、精神機能を構成する多くの次元（不安、人格特性、対処、自己統制感）のうちの1つの次元を表している。

本章では、高齢者の抑うつ症状の予防と管理に関するガイダンスを示す。不安やうつ（中等度～重度）への介入に関するさらなる詳細なガイダンスは、*mhGAP 介入ガイド*および*mhGAP ガイドライン*を参照のこと。



要点

- 質問をすることで、地域の保健専門職は抑うつ症状のある人を確認することができる。
- 心理学的介入により、訓練を受け指導された非専門家の保健専門職は、抑うつ症状を持つ人々を助けることができる。
- うつ（中等度～重度）の方には、より具体的で、焦点を絞った、または個別のアプローチが必要である。
- 自傷や自殺の切迫した危険が確認された場合は、速やかに専門的なケアに紹介する必要がある。
- 地域社会の関係者は、社会的偏見から生じる不当な扱いに対処するために、うつ症状に対する認識と理解を深め、社会的孤立に陥らないように配慮する必要がある。

10

精神機能

抑うつ症状に対する ケア手順

リスクが差し迫っている場合

- 専門的な知識と訓練を積んだ医療専門家に直ちに紹介する。
- 家族、友人、同僚などを動員し、緊密なモニタリングを行う。
- メンタルヘルスや自殺ホットラインなど、地域資源や支援につなぐ。
- 自傷手段へのアクセスを排除する



評価
(基礎)
→ 3.1

問題なし

結果に関係なく：

- メンタルヘルスを促進するためのアドバイスを含む、健康と生活習慣に関する助言の提供→ 10.1
- 定期的な基本的評価の実施

問題あり

- 抑うつ症状に対するリラクゼーション法を含むストレス管理→ 10.2
- プライマリケアに紹介

うつ病（中等度～重度）の場合
(≥ 3 追加症状) → 10.4.4

- 自傷／自殺のリスクを評価する
- うつ病を管理する
mhGAP 介入ガイド（うつ病）を参照。
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

抑うつ症状がある場合
(0-2 追加症状) → 10.4

- ストレスマネジメント→ 10.2
- 心理教育
- 短期間の構造化された心理的介入



評価
抑うつ症状
i 1

評価
(詳細)
A、B、C

まず、潜在的な原因を確認する (B ◆ 参照)

C

評価
社会的・身体的環境

- ・ 社会的孤立と孤独
- ・ 社会的ケアとサポートの必要性 (ADL、社会参加)
- ・ 介護者の支援ニーズ
- 介入の可能性を検討する i 3

B

評価
病気と危険因子について

- ◆ 不適切な投薬
- ◆ 貧血、栄養不良、甲状腺機能低下症
- ◆ 痛み
- ・ 過去6ヶ月間に大きな喪失（死別）があった
- ・ 病気や怪我による障害
- ・ 躁状態の病歴
- 介入の可能性を検討する i 2

再評価

ケアプラン
を作る

実施と
モニタリング

A、B、Cの結果を考慮し、介入策を統合・強化する

i① 抑うつ症状の評価→ 10.3

気分が落ち込んだり、憂うつになったり、絶望的な気分になったり、何かをすることにあまり興味や喜びを感じなくなったりといった、少なくとも1つの核となる症状がある場合、さらに詳しい評価を行う。

質問：この2週間で、次のような問題に悩まされましたか？

- 寝つきが悪い、眠りが浅い、眠りすぎる。
- 疲れを感じる、気力がない。
- 食欲不振または過食。
- 自分のことを考えると不快になる、自分はダメな人間だ、自分自身や家族を落胆させてしまったと感じる。
- 新聞を読んだり、テレビを見ることなどに集中できない。
- 動作や会話がゆっくりだと周囲から指摘される。
- いつも以上にそわそわしたり、落ち着きなく動き回る。
- 死んだ方がましだと思ったり、何らかの方法で自分を傷つけたいと思った。

さらに2つ以上の症状がある場合は、うつ病（中等度～重度）の可能性がある。抑うつ症状とうつ病は治療法が異なるため、区別することが重要である。

→ 質問する際のヒント

- 可能であれば、プライベートなスペースで相手と会う。
- 相手に共感し、繊細に接する。
- 難しい問題にはより繊細に対応する。
- 自傷行為や自殺の危険がない限り、話したことは秘密にされることを本人に確認しておく。
- 人を振る舞いや見た目で判断してはいけない。
- 人に対して情報を開示することが困難であったかもしれないことを認める。
- 介助者が同席している場合は、本人一人と話すことを勧める。

専門知識とトレーニングの必要性

- 自傷または自殺の差し迫った危険（10.4.4）
- 双極性障害または精神症状（妄想、幻覚、無秩序な行動、感情障害）の管理（10.5.4）
- 簡潔に構造化された心理学的介入の提供（10.4.2）
- 包括的ケアを含む慢性疼痛の管理（6.5.2）

i② 疾病と危険因子への介入→ 10.5

- 不適切な投薬 → ● 投薬の見直し、中止または代替薬の処方（10.5.1）
- 貧血、栄養不良、甲状腺機能低下症 → ● 疾患の管理（10.5.2）
- 痛み → ● 痛みを評価し管理する（6.5.2）
- 過去6ヶ月間の大きな損失（死別） → ● 文化的に適切な適応と喪失のプロセスへの助言
- 病気や怪我による障害 → ● ストレス軽減への助言と社会的支援の強化
- 躁病の履歴 → ● mhGAP 介入ガイド（精神症状）を参照

i③ 社会的・身体的環境への介入→ 10.6

- 社会的孤立と孤独 → ● 孤独感や社会的孤立感を特定し、それに対処する（11.3.3）
- 社会的ケアと支援の必要性 → ● ADLを含む日常生活上の課題を支援する（11.6）
→ ● 地域活動への参加を促す（11.3.4）
- 介護者の支援ニーズ → ● 心理教育や心理社会的支援を行う（12.4）

10.1

メンタルヘルスを促進するための健康と生活習慣の助言



地域保健従事者やその他の地域関係者は、うつを経験している人を含むすべての高齢者に、心の健康を促進し、うつを管理するための健康的な生活習慣について助言を提供することができる。

すべての高齢者への助言は、以下の点が重要である。

- 定期的な運動。
- 睡眠時間と起床時間を日常的に同じにするなど、質の良い睡眠をとる。
- 健康的でバランスのとれた食事をとる。
- 社会とのつながりを維持し、社会的に活動的である。
- ストレス解消法の利点。
- アルコールやその他の精神作用物質の有害な使用を避け、減らす。アルコール障害とうつ病はともに自殺のリスクを高め、睡眠の質に影響する。

健康的な生活習慣の助言と並行して、地域の関係者はうつ症状やその他の精神的健康状態に関する情報を提供することができる。その認知度を高めることは、高齢者や介護者が抑うつ症状を理解し、管理する能力を高めることにつながる。精神的健康状態を正常化することは、偏見、差別、社会的排除を減らし、自分の感情をよりオープンにすることを支援することにもつながる。また、抑うつ症状は加齢に伴う正常なものでも避けられないものでもないが、もしそうであっても、治療や管理は可能であることを伝えることも重要である。

10.2

抑うつ症状に対処するための地域に根ざした保健医療



10.2.1

ストレス管理

基本的な ICOPE 評価によって高齢者が抑うつ症状を持つ可能性があるとして特定され、詳細な評価がすぐにできない場合、地域の保健師はストレス管理に関するガイダンスを提供することができる。このガイダンスは、ガイドなしのセルフヘルプまたはガイド付きの形式によって提供される。このガイダンスは介護者にも提供できる。→ **12.1**

身体運動、質の良い睡眠、大切な人と充実した時間を過ごすことは、すべてストレス管理に役立つ。身体運動は、ストレスを軽減し、不安や悲しみの症状を和らげ、エネルギーレベルを高め、睡眠を改善する効果があるため、その人の運動能力や好みに合わせて奨励されるべきである。→ **6.1**

リラクゼーションテクニックや、友人や恋人と興味のある楽しい活動に参加することも効果的である。深呼吸やストレッチ、筋肉のリラクゼーションは、ストレスによる身体的・心理的影響を軽減するための手軽で効果的な方法である。これらのテクニックを日常的に実践しておく、特に必要な困難な時に回復力を維持するのに役立つ。

関連情報

🔗 *Field test version: mhGAP community toolkit: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP).* WHO; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/328742>).

🔗 *Doing what matters in times of stress: an illustrated guide.* WHO; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/331901>).



10.3

抑うつ症状の評価



抑うつ症状の詳細な評価を行う際の重要な最初のステップは、抑うつ症状に似ていたり、抑うつ症状を悪化させたりする可能性のある可逆的な原因を特定し、治療することである。

症状(◆)。→ 10.5

医療従事者は、死別やトラウマとなるような出来事など、抑うつ症状を説明できるような心理的なストレス要因も評価すべきである。

医療従事者は、プライマリケア施設において、一連の質問をすることにより、抑うつ症状のある人を識別し、抑うつ症状とうつ病（中等度～重度）を区別することができる。中核症状（気分が落ち込む、憂うつになる、絶望的になる、物事に対する興味や喜びが乏しくなる）のうち少なくとも1つと、さらに1つか2つの徴候があれば、抑うつ症状である可能性がある。さらに2つ以上の症状があれば、中等度～重度のうつ病と診断される。中等度～重度のうつ病患者は、通常、個人的、家族的、社会的、またはその他の状況において、日常かなりの支障をきたしている。

抑うつ症状に関する詳細な評価に加え、認知機能の低下、視力障害、難聴など、内在的能力の他の関連領域に関する基本的な評価の結果も必要に応じて確認し、詳細な評価をすべきである。→ 5 8 9

評価の実施方法の詳細については、*mhGAP 介入ガイド*のうつ病のセクションを参照のこと。さまざまなツールがうつ病の評価に使用できる（例えば、患者健康調査票（PHQ-9）など）。

詳細は 107 ページを参照  1

10.4

抑うつ症状の管理



抑うつ症状を管理するための介入は、他領域の内在的要因に対処する介入とともに、根底にある要因に対応する包括的な個別化ケアプランの一部として常に提供されるべきである。

ストレス管理に関するガイダンスに加え、心理教育や短期間の構造化された心理学的介入など、抑うつ症状を管理する多数の方法がある。自助的な低強度の介入（ストレス管理）から始め、症状を観察し、改善しないか悪化した場合にはさらなる介入を行うという段階的ケアアプローチを適用することが推奨される。

10.4.1

心理教育

心理教育とは、抑うつ症状のある高齢者とその介護者を対象とした教育プログラムのことで、ADL や問題解決における高齢者特有の困難を考慮しながら、原因と思われる症状、症状のモニタリング、対処戦略など、高齢者の症状に対する理解を深めることに焦点を当てたものである。この情報は、以下のことに役立つ。

- 自分の状態についての知識を深め、治療に関して情報に基づいた意思決定が可能になる。
- 治療がどのように役立つのか、なぜ役立つのかについての理解を深め、治療のアドヒアランスを促し、現実的な期待を抱かせる。
- 自己制御と活力の感覚を高め、不安を低下させる可能性がある。
- 回復への希望を与える。
- 介護者や家族の知識を向上させ、本人をよりよくサポートするのに役立つ。

重要なのは、簡単な言葉と適切な例を使って、一度に少ない情報を提供すること、そして提供された情報を本人やグループが理解しているかどうかを確認することである。

心理教育は治療の構成要素が構造化された心理教育フォーマットとして提供されるように適応されれば、個人でもグループでも実施できる。

10.4.2
簡潔に構造化された心理学的介入

心理学的介入とは、心理学的原則に基づいて開発された臨床技法を情報に基づき意図的に用いて、人々の心理学的スキル（例えば、感情的スキル、対人関係スキル、行動スキル、認知スキル）の修正を支援することである。ストレス管理に関する指導や心理教育を行っても抑うつ症状の改善が見られない場合は、行動活性化療法、CBT、問題解決療法、第3世代心理療法などの、簡潔に構造化された心理学的介入が考慮される。

高齢者に対しては、個人および／またはグループでの対面心理学的治療を含む、さまざまな形式の心理学的介入（平均8～10セッション）の実施が考慮される。心理学者のような精神衛生の保健専門家は、通常これらの介入を行うであろう。プライマリケア施設の保健師は、高齢者が直面する精神衛生問題について熟練し訓練を受けていれば、有益性が有害性を上回るため、これらの介入を提供することができる。

対面式の心理療法は、指導のない自己啓発よりも良い結果をもたらす可能性が高いが、自己啓発による方法は対面式の心理療法を受けられないか、そのような治療を受けたくない人に適しているかもしれない。

- **行動活性化療法**：これは、現在の気分が低下しているにもかかわらず、課題志向的で、以前楽しかった活動に（再び）参加することによって気分を改善することに焦点を当てたものである。単独の治療法としても用いられるが、CBTの構成要素でもある。

- **認知行動療法（CBT）**：抑うつ症状のある人は、非現実的で歪んだ否定的な考えを持っていることがあり、それが有害な行動につながる可能性がある。CBTは、異なる考え方（例えば、非現実的な否定的思考を特定し、それに挑戦することによって）と異なる行動（例えば、その人がよりやりがいのある活動をするのを助けることによって）を組み合わせるもので、抑うつ症状に有用である。
- **問題解決療法**：問題解決療法では、何回かのセッションを通じて、問題の特定と問題解決の技法を系統的に用いていく。問題を具体的に管理可能なタスクに分解し、特定の問題に対する対処法に発展させることで、直接的で実践的なサポートを提供する。
- **第3世代心理療法**：マインドフルネスに基づく介入、アクセプタンス&コミットメント療法、メタ認知療法、弁証法的行動療法などが含まれる。「マインドフルネスに基づく介入」とは、マインドフルネス、瞑想、ヨガの技法、マインドフルネスに基づく認知療法、マインドフルネスに基づくストレス軽減療法の総称である。マインドフルネスとは、過去、未来、希望、責任、後悔などの思考に流されることなく、今この瞬間に起きていることに注意を向けることである。

地域社会の関係者は、利用可能なサービスや支援に関する情報を提供し、メンタルヘルスにまつわる偏見をなくす手助けをすることができる。これは、信仰指導者を含む、信頼され尊敬されている地域社会の指導者が関与していれば、特に効果的である。地域に根ざした組織はうつ病の症状を経験し、支援を必要としている可能性のある地域社会の人々や、自らも症状を呈している可能性のある介護者を特定するのを助けることができる。適切なサービスを紹介したり、ピアサポートグループを設立したり、社会参加を促すためのイベントを企画したり、ストレスの原因となっている日々の仕事を手伝ったりすることで、支援することができる。

10.4.3

認知機能の低下→ 5

認知機能の低下や認知症は、抑うつ症状と関連している可能性がある。認知機能の基本的な評価の結果を検証し、必要に応じて詳細な評価を行うべきである。抑うつ症状で影響を受けうる認知機能は、注意機能と記憶、および実行機能である。抑うつ症状はまだ日常支障をきたし始めていない、軽度の認知機能低下に対する個人の自己認識に対する心理的反応である可能性がある。

認知症患者は、興味の欠如、感情コントロールの喪失、通常の仕事、家事、社会活動の困難など、気分や行動の問題を訴えることが多い。CBT、対人関係療法、構造化カウンセリング、行動活性化療法などの心理学的介入は、認知症で軽度から中等度のうつ病を呈している患者に対して考慮されるべきである（mhGAP ガイドライン 参照）。

10.4.4

中等度～重度のうつ病を管理する

うつ病患者（中等度～重度）に対しては、より具体的で、的を絞った、あるいはオーダーメイドのアプローチが必要である。これには、潜在的な自傷行為や自殺の考え、計画、行為の評価や、抗うつ薬や短期間の構造化された心理学的介入などのエビデンスに基づいた介入が含まれる。

自傷や自殺について尋ねることは、自傷行為を誘発するものではなく、こうした考えや行為に伴う不安を軽減し、安心感を与えることが多い。しかし、そのような質問をする前に、本人との人間関係を築くことが重要である。自殺についての質問を導入するには、本人が非常に動揺しているときや絶望的な気分になっているときに、死について考えたり、自分の人生を終わらせたりすることがあること、そして、このような考えは決して珍しいことではなく、恥ずかしいと思うべきでないことを知っておく。

本人がこれらの問題について話し合うことに同意するかどうかを確認した後、「過去1ヶ月の間に、人生を終わらせようと真剣に考えたり、人生を終わらせる計画を立てたりしたことがありますか？あるいは、過去1年間に人生を終わらせるために何か行動を起こしましたか」といった質問ができる。

自傷や自殺の差し迫った危険が確認された場合は、直ちにメンタルヘルスに関する訓練を受けた、できれば専門的ケアのできる保健専門職に紹介すべきである。家族、友人、その他の同僚や隣人を動員してその人を監視し、自傷手段へのアクセスを取り除くべきである。本人とその介護者は、助言や支援を提供するメンタルヘルスや自殺ホットラインなど、地域社会の資源につなげるべきである。

抗うつ薬の処方には、メンタルヘルス状態の管理に関する知識が必要である。うつ病（中等度～重度）患者に対する抗うつ薬の処方は、構造化された心理学的介入が利用できない場合にのみ考慮されるべきである。

関連情報



 *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorder in non-specialized settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0.* WHO; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250239>).

 *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders, [3rd ed.].* WHO; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374250>).

 *Psychological interventions implementation manual: integrating evidence-based psychological interventions into existing services.* WHO; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376208>).

10.5

関連する疾患と危険因子の 評価と管理

抑うつ症状の疾患と危険因子の評価は、考えられる原因を特定し治療することから始めるべきである（◆）。

抑うつ症状を引き起こす一般的な状態や危険因子には、薬物、貧血、栄養不良、甲状腺機能低下症、疼痛などがある。場合によっては、これらの疾患の治療によって抑うつ症状が改善する。抑うつ症状が持続する場合は、さらなる評価が必要である。抑うつ症状の可能性のある原因を明らかにするには、時には血液検査も含めた入念な診断的精密検査が必要となる。

10.5.1 不適切な投薬 ◆

うつ症状を引き起こす可能性のある薬もある。これには、抗ヒスタミン薬、向精神薬、筋弛緩薬、抗コリン作用のある非向精神薬、ステロイドなど、主に中枢神経系に作用する薬が含まれるが、これらに限定されない。これらの薬の潜在的な害は、人によってはその利点を上回ることもある。不必要で効果のない薬や、有効成分を共有する薬を排除することで、ポリファーマシーを減らすことができる。→ 4.2.4

10.5.2 貧血、栄養不良、甲状腺機能低下症 ◆

心臓病、慢性閉塞性肺疾患、がん、自己免疫疾患、貧血、栄養不良、甲状腺機能低下症など、さまざまな病気が抑うつ症状に影響を及ぼす。抑うつ様の症状を呈したり、抑うつを悪化させたりするこれらの病気をコントロールすることが重要である。

貧血や栄養不良は、鉄分、葉酸、ビタミン B6、ビタミン B12 などのビタミンが欠乏するため、うつを引き起こす可能性がある。逆に、うつも貧血の発症に関与することがある。例えば、食欲不振や日常的な活動（買い物や料理など）への関心の欠如は、いずれもうつに関連しており、栄養の質と量を低下させ、貧血や栄養不良の発症につながる可能性がある。うつを管理するためには、貧血を管理し、栄養状態を改善することが極めて重要である。→ 7

甲状腺機能低下症は、高齢者、特に女性によく見られる疾患である。甲状腺機能低下症の症状は、疲労や皮膚の乾燥など非特異的なものから、抑うつ症状を含むこともある。甲状腺機能低下症の診断には通常、血液検査が必要で、ケアは専門的な知識を持つ医療従事者が行う必要がある。

10.5.3 痛み ◆

痛みと抑うつ症状には双方向の関係がある。慢性疼痛を訴える人は抑うつ症状を持つことが多く、抑うつ症状は漠然とした痛みや身体症状として現れることがある。痛みがうつを悪化させ、その結果、うつが痛みの感情を増幅させるという悪循環を経験する人もいる。痛みとうつには、包括的で全人的な対処することが重要である。→ 6.5.2

10.5.4

その他の関連疾患

以下のような関連疾患があれば、うつに対する治療とは異なるアプローチが必要であることが示唆される。

- **過去6ヶ月以内に大きな喪失（死別）があった：**死別は、喪失、悲嘆、回復の正常なプロセスである。悲しみには精神的、身体的影響があり、強い感情を示したり、限定的な反応を示したりするなど、人によって悲しみ方が異なる。ほとんどの場合、悲嘆は時間とともに軽減していく。悲嘆に対処するためには、文化的に適切な適応および／または喪失のプロセスを通して話し合い、支援することが重要である。日常生活にかなりの支障をきたし、その症状が6ヶ月以上続き、死別した人に強い執着やあこがれを抱き続け、強い精神的苦痛を伴う場合、悲嘆障害が疑われる。この場合は、専門的な知識を持つ医療保健従事者に相談すべきである。
- **病気や怪我による障害：**病気や怪我による障害を経験した人はストレスを受け、人生の転換にも対処しなければならない。新しい障害に適応する段階には、ショック、否認、適応／受容がある。新しい障害を持つ高齢者は、不安や抑うつを発症するリスクがある。ほとんどの場合、社会的支援を得たり、ストレス軽減に取り組んだりすれば、症状は軽減していく可能性が高い。
- **躁病の病歴：**躁病とは、気分が高揚し、エネルギーと活動性が増大するエピソードのことである。躁病エピソードを経験する人は双極性障害に分類され、躁病エピソードとうつ病エピソードが交互に現れるのが特徴である。躁病の既往歴は、睡眠欲求の低下、饒舌または早口の増加、衝動的または無謀な行動が同時に起こり、少なくとも1週間持続し、仕事や社会活動に大きな支障をきたすか、入院または閉じこもりを必要とするほど重症であるなど、いくつかの症状をチェックすることで確認できる。躁病の管理には、メンタルヘルスや専門的ケアのトレーニングを受けた医療専門家が必要である。

10.6

社会的・身体的環境の 評価と管理



10.6.1

社会的孤立と孤独

以前は興味深かったり楽しかったりした活動への興味がなくなること、抑うつ症状のある人によく見られ、社会的孤立や孤独につながることもある。抑うつ症状だけでなく、社会的孤立や孤独を招いたり、悪化させたりしている要因を理解することが重要である。個人的人間関係も要因に含まれる。高齢者がやってみたい活動や参加したい活動があるかどうかを尋ね、それを可能にするサポートを提供することは有用である。→ [11.3.3](#)

10.6.2

社会的ケアとサポート

抑うつ症状のある高齢者は、日常生活を管理することが難しく、社会的ケアや支援を必要とするかもしれない。これは、基本的なニーズへの対応、サービスへのアクセスの促進、家族やその他の社会的支援とのつながりを支援することから始めることができる。

家族や人間関係の問題、住居、経済、基本的な保障やサービス、偏見に基づく汚名、差別、マルトリートメント（ネグレクトを含む高齢者への虐待）など（ただしこれらに限定されない）、その人にストレスを与え、かつ／またはその人の生活に影響を与える問題を特定し、話し合うことが重要である。→ [11.4](#)

10.6.3

介護者へのサポート→ 12

抑うつ症状のある人の介護者には、心理教育的介入を含め、情報と助言を提供すべきである。心理教育により、介護者の抑うつ症状、介護の負担、ストレス、不安の軽減、ウェルビーイングや健康関連の QOL の向上など、さまざまなプラスの効果が得られる可能性がある。

医療従事者は次のような方法で介護者をサポートすることができる。

- 抑うつ症状はよくあることだと理解させる。それは弱さや怠惰の表れではなく、意志の力でコントロールできるものでもない。
- 介護者間のオープンなコミュニケーションの促進、以下を含む。
 - 批判することなく、共感をもって耳を傾ける。
 - 彼らに寄り添い、自分は孤独ではなく、理解されていると感じさせること。
 - 彼らの気持ちを認めること。
- うつとメンタルヘルスサービスに関する知識の提供。
- 抑うつ症状のある人は、次のような傾向があると説明する。自分自身や自分の人生について、非現実的な否定的考えを抱いているが、症状が改善すれば、それも改善される可能性が高い。

- 介護者が患者本人が治療を続けるためにできることを、支援する。（例：予約の補助など）
- 自傷行為や自殺を考えたたり行動したりするなどの緊急事態が発生した場合の危機管理計画や対処法について、介護者を教育する。
- 抑うつ症状のある人の尊厳と権利を尊重することの重要性を説明する。

また、抑うつ症状のある人を介護することは難しく、介護者自身の健康とウェルビーイングのために支援が必要であることを認めることも重要である。適切な支援が提供できるように、介護者の心理社会的影響とニーズを評価すべきである。

11

社会的ケアと支援 社会的ケアや支援のための ケア手順



すべての高齢者は、有意義で尊厳のある生活を送るために、ある時点で社会的ケアと支援を必要とするかもしれない。このようなニーズは、本来の能力とは関係なく生じる可能性があり、時間の経過とともに変化する可能性もある。社会的ケアや支援のニーズは、例えば基本的 ADL (BADL) や手段的 ADL (IADL) における支援の必要性など、内在性の能力や機能的な能力の変化から生じるかもしれないが、支援に対するニーズや嗜好、そしてその提供方法に対する受容性は、個人的にも社会文化的にも異なるものである。社会的ケアとサポートの提供は、高齢者が自分の好きな場所で、自分にとって大切なことをし続けることを可能にするはずである。

社会的ケアや支援のニーズについて尋ねるのに最も適切な人は、ほとんどの場合、高齢者自身である。しかし、他の人に質問すべき状況もあるだろう。例えば、ある高齢者の認知機能が低下している場合、BADL や金銭に関する質問は、家族や介護者など、その人をよく知っている人に聞くのがよいだろう。

要点

- 地域のソーシャルワーカーやその他の地域の医療関係者は、社会的支援のニーズを特定するために地域の高齢者に質問することができる。
- 高齢者を支援するには、介護サービス、金融機関、社会保障、法律サービスなどの社会サービスなど、複数のセクターからの介入や助言が重要である。
- 入浴、衣服の着脱、排泄、食事などの日常的な、本来の能力が著しく低下している高齢者をサポートするために、個人的な介助が必要となる場合がある。
- プライマリケアの医療従事者や地域の関係者は、高齢者に対する虐待やネグレクトの潜在的な兆候を観察し、行動を起こすべきである。
- 地域の関係者は、社会的ケアと支援の重要な提供者であり、在宅ケアプログラムやコミュニティ・クラブの組織・運営に携わることが多い。

11

社会的ケアと支援

社会的ケアや支援のための ケア手順

* これらはよく使われる質問例です。
あなたの言葉に置き換えて使ってください。

質問*

家庭環境

?

住居のことで問題を抱えていますか？
例えば、住居の状態、立地、安全性など

はい

経済状況

?

経済的に困窮することがよくありますか？
食費、住居費、医療支払いなど

はい

社会的孤立と孤独

?

孤独を感じる人が多いですか？

はい

社会への関わりと参加

?

あなたが楽しいことや、
生活で大切に思っていることを実行できないことが
ありますか？

はい

補足質問

以下の理由ですか？

- 不適切な薬、安全と安心
- メンテナンスを含む住宅の状態
- 場所
- 介護度
- 家の大きさ

- あなたは自分のお金と経済状況を管理できますか？
- 経済的援助や福利厚生についてアドバイスを望みますか？

- 精神的に頼りになる人（配偶者、家族、友人など）がいますか？
- 地域での社会活動や社会貢献の機会を知っていますか？
- 友人や家族と連絡を取り合うことはできますか？

あなたがそれを実行できないのは以下の理由ですか？

- コスト
- 交通移動
- 距離
- 機会がない

もし1つ以上「はい」があったり、
基本的な精神的・身体的機能が失われている場合

評価

AとB

B

本質的な機能が失われた場合

評価

日常生活活動（例：BADL、IADL）における

個人への介助の必要性 → 11.5

- ベッドから椅子への移乗などの移動
- 個人衛生・トイレ、入浴、着替え
- 食事の準備と配膳
- 薬の服用と治療へのアドヒアランス
- 電話の使用と交通手段の利用

i 3

A

評価

虐待のリスク

行動を観察し、ネグレクトの兆候を
見つける → 表 11.1

虐待が疑われる場合 i 2

生命または身体に対する差し迫った脅威がある場合
専門家による評価や一時保護施設や法執行システムなどの
保護制度に依頼する

再評価

BADL と IADL

基本的日常生活活動（BADL）とは、入浴、着替え、
排泄、食事など、日常生活を自立して営むために必
要な基本的技能。

手段的日常生活活動（IADL）とは、自立した生活の
上で、より複雑な動作のことで、電話を使う、買い
物、食事の準備、掃除、洗濯、移動手段、服薬管理、
金銭の取り扱いなどである。

結果に関係なく：

- 社会参加の情報を含む健康と生活習慣に
関する助言の提供 → 11.1
- 定期的な再質問

i 1

専門知識とトレーニングの必要性

社会的ケアと支援には、多くの部門が関わっている。健康だけでなく、住宅、経済についても、輸送と行政のサービスを提供することができる。

- 住宅の大規模な改修や修理とこれらのサービス利用の安全性や金銭面などの住宅に関する争議に法的助言を受ける (11.3.1)。
- 経済的支援と資金、社会保護費 (年金、手当、助成金) の受給資格や受給権などの助言 (11.3.2)。
- 金銭面ならびに保健医療に関する意思決定の委任の必要性についてその評価と法制度による保護 (11.3.2)。
- 雇用、教育、ボランティアの機会、支援団体、権利に関する助言の提供 (11.3.3)。
- 虐待のリスクの評価とそれに対する保護と法執行 (11.4)。
- 正式な介護サービスの適格性評価 (11.6)。
- 福祉用具の必要性を評価し、利用を確保し、その使用とメンテナンスに関する助言を提供する (4.2.2)。

i ① 社会的支援 → 11.3

居住環境 → 11.3.1

- 家庭への適応性を考える
- 代替の宿泊施設を検討する
- 社会福祉、コミュニティ・ハウジング・プログラム、支援ネットワークへの紹介を検討する

経済状況 → 11.3.2

- 社会的保障 (年金、助成金、手当) を利用するための社会サービスを紹介する
- 経済支援の助言
- 経済的選択の委任への助言、経済的困窮に対する保護

社会的孤立と孤独 → 11.3.3

- 困難な人間関係に対処するためのサポートを提供する
- 地域社会での社会活動、ボランティア活動、雇用、教育の機会を提供する
- 友人や家族との連絡を維持するためにデジタル技術に関する助言やサポートを提供する

社会への関わりと参加 → 11.3.4

- 個人の興味や嗜好について語り合う
- レジャー施設やクラブ、成人教育プログラム、ボランティア活動、雇用相談サービスなど地域のコミュニティ・サービスを提供する
- 交通費補助、無料アクティビティ、高齢者向け割引など、参加を支援するサービスに関する助言を提供する
- 宗教的または精神的な団体や指導者を含め、信頼できる団体や組織との繋がりを支援する

i ② 高齢者に対する虐待 → 11.4

- 社会福祉サービスを通じて、虐待をより正確に把握する
- 地域の保健従事者やソーシャルワーカーによる訪問や、保健施設やその他の支援サービスに通うよう促すなどして、状況を注意深く監視する
- カウンセリングなどの心理社会的サービスへの紹介を検討する
- 生命や身体の違いに迫った脅威がある場合、法執行システムに照会し、可能であれば一時的な避難場所を提供する

i ③

身の回りのケアと日常生活の援助 → 11.6

- 移動しやすく転倒を予防するために家庭環境を改善する (4.2.5)
- 介助用具 (シャワーチェア、着替え補助具、高齢者向けに改良された箸、スプーン、フォーク、皿、コップ、錠剤入れなど) の使用を、アクセスやメンテナンスに関する情報とともに提供する (4.2.2)
- リハビリテーションサービスの必要性を評価し、利用可能であれば利用できるように促す (4.2.1)
- 配偶者、家族、その他の介護者からのサポートを確認し、介護者のニーズを把握する
- ケアワーカーによるサポートの必要性を再確認する (12.3)
- 地元で利用可能なサービスへのリンクを検討する
- 在宅ケア、デイケア、居住型長期ケアなどの介護サービスの紹介

11.1

社会的支援と社会参加の 機会に関する助言



最初のスクリーニングで高齢者に対する社会的サポートが必要だと考えられた場合、また詳しい情報が得られない場合、情報を得るまでの間、地域保健従事者や他の地域関係者は助言や指導を提供することができる。このガイダンスには以下が含まれる。

- 転倒予防のような基本的な居住環境の整備 → 4.2.5
- 利用可能な経済的支援（例えば、社会保障の受給資格や、収入の機会を提供する団体など）についての基本的な助言
- 友人、家族、隣人たちと連絡を取り、関わることを奨励する
- 地域社会への参加についての提案。例えば、高齢者クラブに参加するなど
- 日常生活において個別のケアや介護の必要性が高い高齢者に、地域レベルの情報や提供体制を提示する

11.2

社会的支援のニーズを 把握する



社会的支援は、個別化されたケアプランの一部として含まれるべきである。支援は、社会的孤立や孤独感を軽減するために、地域社会や社会活動に参加できるようにすることに重点を置く。

環境や経済状況など、生活における重要な要因に取り組む。社会的支援の必要性を確認する機会は、地域での基本的な評価の際や、プライマリケア施設での詳細な評価など、いくつかある。高齢者によっては他の高齢者よりも大きなリスクを抱えている場合があるため、虐待のリスクも考慮する必要がある（表 11.1、p.122）。

日常生活に必要な能力を著しく喪失した高齢者は、社会的ケアとサポートの必要性を十分に評価し、もはや他人の助けなしに自分の身の回りのことができなくなったかどうかを示すことが重要である。この評価には、最初に 4 つの質問があり、その後、虐待のリスク、身の回りの世話や日常援助の必要性についての評価が行われる。

これらの質問と評価を通して扱われる問題や、高齢者が直面する具体的な課題は、非常に状況や環境に左右される。社会的ケアと支援手順で提供されている質問は、1 つの例であり、状況や環境に合うように適応されるべきである。

11.3

社会的支援のニーズを 管理する



高齢者を支援するには多くの部署が協同する必要がある。支援内容としては、住宅サービス、社会的サービス、労働衛生、給付金サービスならびに緊急事態や避難が必要な災害時の人道的支援などが含まれる。

社会的支援には家庭での支援、経済的安定、孤立の回避、社会参加と関与（公共施設や高齢者サービス等を通じて）などが含まれる。医療従事者は、地域のコミュニティにおける各種団体（これらは多くの場合、最も重要なサービス提供者である）からの高齢者サービスやサポートを得る機会に目を光らせておく必要がある。→ 4.1.3 また医療従事者は、社会福祉、雇用、教育、ボランティアサービス、交通サービス、宗教など、専門的知識を持つ人々との連携を促進するべきである。高齢者に優しい都市やコミュニティの各種プログラムはこれらの良い情報源となる。

11.3.1 居住環境

高齢者が住む場所は、その人の健康、ウェルビーイング、自立度、社会参加に大きな影響を与える。もし、住居の広さ、アクセス、状態、立地、安全性、セキュリティに問題がある場合、それらが与える影響は深刻である。

居住環境の問題は、新たなセキュリティの導入、緊急時の連絡先（電話番号等）の有無、自立した生活を維持する安全環境の導入などによって軽減できる。→ 4.2.5

住居費、修繕費、維持費についての経済的給付が得られる場合がある。もし給付が得られる場合、よりその高齢者に適した快適な住居に移行することが推奨される。

11.3.2 経済状況

高齢者の経済状況は、その人の健康、自立度、ウェルビーイングと強く関連する。問題になるのは、基本的ニーズや社会活動に参加するのに十分な経済的余裕がないことや、経済的に困窮するのでは、という不安である。また、高齢者は自分の財産や資産を自分で管理できなくなるかも、という不安も有している。

基本的な生活費が払えない等の経済的問題は、資金計画、年金、障害者手当、介護者への支給など、利用可能な社会的支援の受給資格やその権利について個別の助言より軽減される。こうした分野の専門的知識を持った医療や福祉関係者（給付相談サービス、雇用サービス、収入を得ることに関わる団体、ソーシャルワーカーなど）からの助言が有用である。特に認知機能が低下している高齢者の場合、経済的虐待を防ぐための法律が整っているのであれば、金銭管理の権限を信頼できる第三者に移譲する取り決めが可能である。

もし介護者が被介護高齢者に金銭の支払いを求めたり、介護において費用が発生したりする場合、その被介護高齢者の機能的能力が低下し、介護とサポートの必要性が高まるにつれて、介護者は、介護費用がどのように変化するかについての情報と助言を得るべきである。

11.3.3
社会的孤立と孤独

社会的孤立と孤独は社会的ネットワークの乏しい高齢者によく見られ、高齢者の3分の1までが孤独を感じているとの報告がある(55)。孤独感は主観的なものであり、その人がどう感じているかを聞くことでその評価をする。社会的孤立や孤独は、予防可能なはずの死亡の増加に加え、心血管疾患、脳卒中、不安、うつ、認知症などの身体疾患や精神疾患の増悪に関連している。これらの背景を考慮し、もし孤独が潜在的な問題として確認された場合、その高齢者の孤独と内在している能力に対し、より掘り下げた評価と確認が必要である。→ [5](#) [9](#) [10](#)

どのように質問するか、どのような状況下で質問するかによって返答が左右されることを念頭に置き、慎重に問題について話し合うことが重要である。質問される高齢者には、支援者との相談や話し合いにおいて、それらの内容が公になることへの不安がつきまとうものだが、個人情報や秘密は厳守されることを再認識してもらうのが重要である。

高齢者が孤独を感じたり、社会的繋がりがほとんどないと明かしたりした場合、支援の必要性や適切な介入を判断するフォローアップの質問集がある。孤独にはネガティブなイメージが付きまとうことが多く、高齢者が孤独に陥る原因が、困難な人間関係であることは少なくない。一人であること(一人で暮らしていること)がそのまま孤独であるとは限らない、なぜなら家族や知り合いに囲まれていてもその人達との関係が薄ければ、その高齢者は孤独である。

孤独を訴える高齢者に、家族や知人との接触や、同じような趣味や興味を持つ人との関わりを増やすことが、孤独軽減に繋がるか否かを尋ねるべきである。このような話し合いが、ケアプランに盛り込まれる介護策の選択に繋がっていく。

高齢者クラブ、宗教活動、デイケア、スポーツクラブ、レジャー団体、学習教室などのコミュニティ施設の利用が推奨される。これらにはボランティアや有給の雇用者が関わることになる。さまざまな世代の人々と関わる機会を通じて、社会的繋がりが増えていく。高齢者にとってペットの飼育も孤独の軽減に繋がる。地域の関係者や関係団体は、高齢者の社会的孤立を軽減するために、イベントを企画したり、交流機会へのアクセスを良くしたりすることが重要である。→ [4.1.3](#)

11.3.4
社会への関わりと参加

高齢者にはそれぞれ個性があり、物事の優先順位、価値観、嗜好が異なる。趣味、余暇の過ごし方、仕事、学習、スピリチュアルな活動など、その人の人生、優先事項、嗜好を理解することで、高齢者の喜びや意義を見出して理解することが重要である。これらの情報は、社会参加と、社会参加に関連した個別ケアプランの作成指針となる。

補足の質問は、社会参加にかかる費用、アクセス(距離や交通手段)、参加の機会の有無、といった社会参加への障害になりうるものを明らかにするために行う。医療関係者は地域での社会参加への機会を把握し、それらがその高齢者にとって興味を持ちうるものか確認し、参加へのサポートをすべきである。低所得高齢者でも参加が可能になるよう、こうしたサービスの一部には補助制度がある。

11.4

高齢者への虐待



約 6 人に 1 人の高齢者が何らかの虐待を経験していると言われており (57)、これは以前の推定値より高い値である (58)。虐待にはネグレクト、心理的、身体的、性的、経済的（財産や相続権を含む）など、さまざまなものがある。虐待は誰でも経験する可能性があるが、高齢者をより脆弱にする危険因子は幾つかあり、認知機能の低下、心身の健康状態不良、身体障害などが挙げられる。その他の危険因子としては、社会的孤立や孤独、虐待歴、家庭内の暴力や不和、民族や人種的背景、低所得や貧困などがある。認識がまだ低く、適切に取り組まれておらず、女性に対する暴力は高齢になっても続いているものである。2018 年、60 歳以上の女性において、彼女らの生涯における身体的暴力や親密なパートナーからの攻撃を受けた割合は 23% である (59)。

これらの危険因子に関して、基本的な機能や能力が失われた高齢者について、虐待の徴候の有無について確認されるべきである。高齢者における虐待と社会的孤立や低所得との間には関連があることから、家庭環境、経済状況、社会的孤立や孤独、社会参加に問題があると見なされた高齢者に対しては虐待の徴候について評価がなされるべきである。認知機能が低下している高齢者における虐待の徴候においては、虐待そのものより、その高齢者の体調や行動や行為の変化について注意が必要である。

潜在的な虐待を見つけるために、その高齢者自身、介護者、家族、親族の行動の観察による情報や身体的虐待の徴候に注意を払うべきである (表 11.1、p.122)。

どのような情報交換の際にも、地域の医療従事者は、高齢者の絶望、恐怖、目つきの様子などの状態に気を配り、爪、皮膚、身だしなみなど、身体的外観と衛生状態に注意すべきである。→ 3.5

さらにプライマリケアの現場で、診察の際、医療従事者は高齢者に虐待の身体的徴候がないかどうか確認すべきである。もし身体に傷害の跡が確認できたら、医療従事者は、治癒の過程、あざの大きさ、報告された原因／理由と傷跡が一致するか否かについて注意する。脱水、栄養不良、服薬や受診の怠りなどが確認されれば、ネグレクトの疑いが強まる。

虐待の疑いがある場合は、更なる確認と対応が必要である。医療従事者は高齢者自身にその懸念を伝え、ソーシャルワーカーや法律家といった専門家に援助を得るよう伝えるべきである。また懸念点と取った行動を記録し、専門家の介入まで状況を注意深く監視していく。医療関係者が虐待による高齢者の生命、身体の危機的状況を確認した場合、専門家によるその確認と措置（一時保護施設など）、成人の保護サービス、さらには法的措置に結び付けるべきである。カウンセリングを含む心理社会的サービスへの紹介も、可能であれば考慮すべきである。

関連情報

 *Abuse of older people: key facts.* WHO; 2024
(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>).

表 11.1
虐待の可能性を示す観察上の手がかり

高齢者の行動	介護者の行動	身体的虐待	ネグレクト
- 介護者に対して恐怖心や敵意を抱いているように見える - 聞かれても答えがらない、または答える前に不安そうに介護者を見る - 介護者の入退室時に行動が変化する - 介護者について、「気が強い」「疲れている」「常に機嫌が悪い」「イライラしやすい」「心配性である」「ストレスを受けやすい」と言う - 介護者に対して大げさな尊敬や極端な敬意を示したり、介助者の前では非常に落ち着きがなかったり、冷淡に見えたりする	- 医療関係者と高齢者の会話を妨げる理由を探したりする - 高齢者に向けられた質問を遮ったり、自分からしつこく答えようとしたりする - ある出来事について高齢者の証言と食い違う説明をする - 高齢者の在宅支援において医療関係者やソーシャルワーカーが訪問するのを妨げる言い訳を見つける - 高齢者の世話をしなければならないことへの不満が強い - 高齢者が決してそうでないのに「気が狂っている」あるいは「頭が悪い」、あるいは錯乱しているために本人が何を言っているのかわからない、と医療従事者に思わせようとする - 面接中、無関心、不注意、圧倒されている、イライラしている、他者に敵意がある、怒っている、疲れている、焦っている - 介護者（または被介護高齢者）がアルコールや薬物の濫用に陥っている	- 偶然に起こったとは考えにくい怪我（切り傷、火傷、打撲、擦り傷など） - 説明と一致しない怪我 - 隠れていたり保護されている部位（脇の下など）の怪我や傷 - 手荒い扱いによる指の形が残ったあざ（上腕に多い） - 未治療の傷害を含む、治癒段階の異なる複数の傷害 - 薬の過少使用または過剰使用 - 同じような傷害で、医療施設、特に救急外来を繰り返し受診する	- 栄養不良、脱水、褥瘡 - 身体と口腔の不衛生 - 体が汚れている、ひどく着古した衣服、そのままの失禁パッド／パンツ - 服薬、予約、医療従事者の指示の不順守 - 病気や怪我の発症から医療機関を受診するまでの遅れ

11.5

社会的ケアのニーズを 評価する（介護・介助）



介護や介助に対する具体的なニーズは、被介護者が本来持っている能力の喪失において、本人の能力を最適化することである。機能的能力には、基本的ニーズを満たすこと、学習、成長、意思決定すること、移動すること、人間関係を築き維持すること、貢献すること、さらには嗜好、選択、目標が含まれる。

BADL と IADL に関連した高齢者の能力を理解することで、ニーズを決定するために詳細な評価を行う。機能を測定するためによく使われる質問票には、Katz Index of Independence in Activities of Daily Living や Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale などがある。IADL の制限には、性別、文化、社会規範などさまざまな要因が影響する。

評価とパーソナルケアの提供には以下が含まれるが、これらに限定されるわけではない。

- **移乗：**ベッドから椅子への移動など、さまざまな動作が含まれる。運動能力の低下は転倒の危険性が高まり、これに伴い身の回りの世話が必要になる。
- **個人の衛生：**排泄、入浴、衣服の着脱—トイレに行き、トイレを使用する能力、入浴する能力、服を着る能力、歯や髪を磨き、爪を切るなどの身だしなみを整える能力。これは特に、運動能力や認知機能が低下している高齢者の場合著しい。
- **食事の準備と摂食：**食料品の買い物、食事の準備、自立した摂食の能力は、運動能力の低下、認知機能の低下、視力障害によって影響を受ける。また、低栄養の結果でもあり、要因でもある。

- **薬の服用：**マルチモビディティを持つ高齢者にとって、薬物療法や補助具（補聴器など）を含め、処方された薬の服用を守ることは非常に重要である。安全な服薬には、処方された通りに服薬すること、つまり正しい薬を正しい量、正しく服用することが含まれる。また、食事の準備や食事の摂り方に問題があると、薬剤の効果に影響することがある。認知機能の低下や視力障害のある人にとって、服薬アドヒアランスを保つのは難しいかもしれない。
- **電話の使用や種々の交通手段の利用：**この問題は電話やインターネットや窓口での受診予約の困難さに結びつき、医療福祉サービスの利用に影響を与える可能性がある。また、医療施設への行き帰りについての担当者とのやり取りの困難さに結びつく。これらは運動能力の低下、難聴や視覚障害、認知機能低下を抱える高齢者にとってより深刻である。

抑うつ症状のある高齢者にとっても、これらのタスクはまた困難である。これは、身体的な能力よりもむしろ、興味の消失によるものである。

関連情報

 *WHO Long-term care for older people: package for universal health coverage.* WHO; 2024
(<https://iris.who.int/handle/10665/376585>).

11.6

社会的ケアのニーズを把握する



高齢者の多くは日常生活について他人に頼ることを嫌がる。そこで、サポートやリハビリテーションによって高齢者の機能をできる限り向上させるべきである。例えば入浴において介助が必要な高齢者においても身体の幾つかの部分は自分自身で洗える場合があり、その場合は本人に洗わせてやるべきである。同じように、自分で屈んで自分の靴を履けない高齢者でも自分で服は着られることがある。介護者は高齢者の身の回りの世話について、できる限り情報や助言を用いて援助さ

ボックス 11.1 社会的処方

社会的処方とは、人々の健康と福祉を向上させるために、地域のさまざまな非臨床的サービスに人々をつなげる手段であり、社会的ケアや支援のニーズに対処する方法として用いる。これはさまざまな形をとることができ、地域や状況によって調整する。プライマリケア施設の医療従事者は、高齢者に「ケースワーカー」または「ケアマネジャー」を紹介し、その人は高齢者と協力して社会的ケアと支援のニーズを特定し、個人に合わせた計画を立てる。またケースワーカーまたはケアマネジャーは高齢者のフォローアップも定期的に行う。社会的処方は、個別のケアプランの一部として含めることができる。→ 3.3

社会的処方の重要なステップは、紹介可能な情報を得るために、地域のサービス、団体、組織をマッピングすることである。このマッピングには、福祉、法律、財政、住宅支援、食の安全などのサービス、メンタルヘルスや障害者支援を含む社会的ケアサービス、被虐待者の支援、社会活動、雇用サービス、生涯学習や教育のための活動、身体活動や栄養を含む保健医療や健康増進サービス、都市部では屋外で過ごす機会、文化関連の活動、ボランティア活動の機会などを含める。

医療従事者からの適切な支援と監督があれば、市民社会組織のメンバーは、多職種の保健従事者と密接に働くケースワーカーやケアマネジャーとして活動することができる。地域社会の関係者もまた、利用可能なサービスのマッピングを作るのに最も適した立場にいることが多い。

れるべきであり、高齢者にはできる限りその自立を支援することが重要である。もし介護者が疲労し、無理をしている際には、できるだけ仕事を早く終わらせる。ソーシャルワーカーを含む医療従事者から介護者に、高齢者と時間をともにすることだけでも意義があることだと伝え、できることだけをすればよいと介護者に伝え元気づけるべきである。

本来の機能が著しく低下し、BADL や IADL も低下した場合、リハビリテーションサービス (→ 4.2.1)、介護支援器具の提供 (→ 4.2.2)、また環境を最適化することで、その人の機能や能力を最大限発揮できるようになる。このような支援を利用することが、高齢者の日常生活の助けになり、介護者への依存も少なくなる。

高齢者の自宅での介護者によるパーソナルケアに加え、自宅外でのサービスや支援も必要である。これらには、自宅でのケアやサポート、その地域で利用可能なデイケアサービス、その他の施設ベースのケアや介護サービスが含まれる。地域の関係者は、介護に関する情報や助言を提供し、正式な長期ケアサービスに繋げる。また、レスパイトケアやピアサポートを促進させることで、介護者の心理社会的なウェルビーイングを増幅させることが可能である。→ 12

社会的処方とは、ソーシャルケアやサポートを適切に提供する仕組みであり、コミュニティにおける関係者との正式契約を締結し、確実にサービスが実行されるための一助になる (ボックス 11.1)。

関連情報

 *A toolkit on how to implement social prescribing.* WHO; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/354456>).

 *Social prescribing.* Open WHO; 2024 (<https://openwho.org/courses/social-prescribing-WPRO>).



12

介護者支援 介護者を支援する ケア手順

内在的能力や機能能力が大きく低下した高齢者のケアに伴う負担やストレスは、介護者自身の健康やウェルビーイングに影響を及ぼす可能性がある。介護者が果たす役割は、十分に認識・評価されず、必要な支援も十分に提供されていないことが多く、そのことが介護に伴う負担をさらに増大させている。介護を担うことは、特に女性において、有償労働に従事する機会を制限する結果ともなり得る。したがって、介護者のニーズを適切に評価し、介護者支援を含む介護計画を個別のケアプランに組み込むことが不可欠である。



要点

- 地域で活動する保健医療従事者は、介護者のニーズを把握し、その健康とウェルビーイングを支えるための支援方法を見いだすことができる。
- 助言、研修、レスパイトケア、経済的支援、心理的介入など、さまざまな支援策は、介護者が自身の健康とウェルビーイングを保ちながら、満足度の高い健全な介護関係を維持し、質の高いケアを提供し続けることを可能にする。
- 介護者自身が高齢者である場合には、その介護者の内在的能力を含む健康状態の評価を行うことが推奨される。
- 地域従事者を含むすべての保健医療従事者は、高齢者またはその介護者を評価する際に、虐待の兆候に留意すべきである。
- 介護者の役割は正当に認識され、評価され、支援されるべきであり、ケアにかかる負担を再分配する取り組みも求められる。地域の関係者は、このような認識を社会に広げる役割を果たすとともに、介護者に対して継続的な研修（再研修を含む）や支援を提供することができる。

12

介護者支援

介護者を支援する ケア手順

介護者自身が高齢者である場合、
ICOPE 基本評価による評価と支援を
受けるよう助言する

介護者と話をする際は、高齢者本人とは別の部屋で、
プライバシーが確保された場で行うことが重要である

質 問

- ? 介護者の役割について、支援を受けていると感じますか？
- ? 介護を担ううえで、十分な自信がありますか？

いいえ (どちらの質問に対しても)

- 介護者への支援を提供する：→ 12.4
 - ・ 介護に必要な技能・知識の研修 **i 1**
 - ・ レスパイトケアの提供
 - ・ 地域資源の活用 (例：ボランティアプログラム、ピアサポートグループなど)
- 介護者の燃え尽き症候群 (バーンアウト) や虐待のリスクに配慮すること **i 2**

はい

両方の質問に対して

結果に関係なく：

- 介護者に対して、セルフケアの推進を含む健康
および生活習慣に関する助言を行う → 12.1
- 定期的に同様の質問を繰り返す

評 価

介護者の役割が及ぼす影響を評価する
もし以下の項目に悪影響があれば：

↓ 社会的ウェルビーイング

- レスパイトケアの提供
- 社会的交流や参加を促進
するための助言と支援

↓ 経済状況

- 公的な介護 (LTC) 制度および
地域支援との連携を強化
- 地域における経済的支援制度
の活用可能性の検討

↓ 身体的健康

- セルフケアの推進
- 介護者に健康診断の推奨

↓ 精神・心理的健康

- 抑うつの評価 → 10
- 不安の評価
- 心理社会的介入の提供 → 12.4.3
 - ・ ストレスマネジメント → 10.2
 - ・ マインドフルネスに基づく介入
 - ・ 心理教育
 - ・ 心理療法/カウンセリング
 - ・ 複合的介入

再評価

①

介護者に必要な研修と助言→ 12.4.1

介護者は、質の高いケアを提供できるように、適切な研修と助言による支援が行われるべきである。機能低下の兆候の見極め方、服薬管理、保健・福祉サービスや制度の利用方法に加え、介護者自身のニーズへの対処など、必要とされる研修や情報の内容は、介護対象者の内在的能力の低下によって異なる。

- ・ **認知機能の低下**：日課（ルーティン）を維持する重要性、記憶補助具の使い方、問題行動への対応方法、介護される人が介護者を思い出さない場合のコミュニケーション方法。
- ・ **移動能力の低下**：本人を安全に移動させる方法と、介護者自身の身体を保護する方法、福祉用具の入手と使用方法。
- ・ **低栄養**：（高齢者本人または介護者が）食事用の支援用具を使用・活用する方法、必要な食事・水分の種類と量、それらを適切に準備する方法。
- ・ **視覚障害**：移動の介助、家庭環境の安全な調整、視覚障害のある人と歩く方法、空間把握を助ける支援、コミュニケーション方法の工夫、補助具の使用法。
- ・ **難聴**：最適なコミュニケーション方法、補聴器・補助機器の使用と維持管理方法。
- ・ 抑うつ症状高齢者との開かれた対話、自己傷害リスクが疑われる場合の対処、社会的孤立を防ぐ方法。
- ・ **尿失禁**：個人衛生の援助、失禁用品（パッド等）の使用法、誘導排尿の促し、不衛生な衣類・寝具・パッドの適切な清掃と廃棄。

②

虐待のリスク

介護を受ける人と介護者との関係は、しばしば複雑である。健康でウェルビーイングな介護者は、非常に高いレベルの支援を提供することができるが、一方で、介護関係が困難なものとなることもあり、当事者の一方または双方がその関係を望んでいない場合すらある。十分な支援が得られない場合、介護者は過度の負担を抱え、燃え尽き症候群（バーンアウト）に陥る可能性がある。これにより、介護を受ける高齢者への虐待リスクが高まる。

虐待は、ネグレクト（世話の放棄）、経済的・物質的虐待、身体的・心理的・性的虐待など、さまざまな形をとる。ネグレクトは意図的な場合もあれば、介護に必要なスキルや知識の不足、外部からの支援や監督の欠如によって生じる場合もある。

また、**介護者自身が虐待を受けることもある**。虐待は被介護者から介護者に対して起こる場合もあり、その形態は上述と同様であり、原因も類似している。特に認知症の人を介護している場合、認知症に伴う行動障害によって、介護者が暴言や暴力などのリスクにさらされることがある。

高齢者本人も介護者も、虐待が起きている状況を保健医療従事者に話さないことがある。そのため、保健医療従事者にとっては、高齢者や介護者、家族の行動に基づく観察情報や、身体的虐待の兆候を見逃さないことが極めて重要である（表 11.1）。

虐待が疑われる場合は、より詳細な評価が必要であり、地域の紹介ルート（リファラルパス）が存在する場合にはそれに従い、利用可能な適切な支援機関やサービスへつなげることが求められる。多くの場合、懲罰的対応よりも、介護者への追加的な支援を提供することのほうが、虐待への対処として効果的である場合がある。保健医療従事者は、必要に応じて法的助言を求めるべきである。

専門知識と研修の必要性

- ・ 抑うつまたは不安を抱える介護者への支援
- ・ 介護者自身に内在的能力の著しい低下や多疾患がある場合
- ・ 介護者に自傷や自殺の切迫リスクがある場合（10.4.4）
- ・ 虐待が疑われる場合（11.4）
- ・ 短期の構造化された心理的介入（10.4.2）
- ・ 経済支援および助言（介護に関連する給付や権利を含む）（11.3.2）

→ 虐待を受けるリスクを高める要因：

介護を受ける高齢者が

- ・ 高度な介護依存がある
- ・ 認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）を呈している
- ・ 低所得または貧困状態にある

虐待の加害者になるリスクを高める要因：

介護者が

- ・ 精神的健康状態が不良である
- ・ 物質乱用や依存（アルコール・薬物など）がある
- ・ ストレスや燃え尽き症候群（バーンアウト）に陥っている
- ・ 介護対象者に経済的に依存している

虐待のリスクを高めるその他の要因としては、家族内またはパートナー間での暴力の既往や、長期的な関係の悪化などがある。

12.1

介護者のウェルビーイングを 促進するための健康および 生活習慣に関する助言



介護を行うことは、特に同居して介護を担っている家族介護者にとって、疲労やストレスの要因となりやすく、介護者自身の健康やウェルビーイングに影響を及ぼす可能性がある。地域の保健従事者やその他の地域資源は、介護者のウェルビーイングを支えるために、以下のような助言を提供することができる。

- かつて楽しんでいた活動を、再び始める（あるいは続ける）こと
- 規則的な睡眠習慣を維持すること
- 可能な範囲で身体活動を保つこと
- 健康的でバランスの取れた食事をとり、食事を抜かないこと
- 友人や家族との時間を持つこと
- 地域や社会活動に参加すること
- 定期的に休息やリフレッシュの時間を確保すること

12.2

介護者のウェルビーイングを 促進するための地域に根ざした 保健医療



介護者は、日常的あるいは定期的に介護を提供する場合もあれば、ときどき支援を行ったり、他者による介護体制を調整する役割を担ったりすることもある。政策が整備されている国では、介護者が有給休暇や介護手当などの社会的給付を受けられる場合もある。介護者のニーズに基づき、介護者自身のウェルビーイングと質の高いケアの提供を両立させるために、多様な支援が検討されるべきである。

地域に根ざした組織は、支援を必要とする介護者を特定する役割を果たすことができる。こうした組織は、ピアサポートグループを設立したり、介護者が集い、経験を共有できるコミュニティホールなどの場を提供したりすることができる。また、介護者が自分の時間を持ち、楽しみや交流の機会を得られるように、外出行事やお茶会などの活動を企画することも可能である。

地域社会において利用可能な支援資源や、その利用方法に関する情報も提供されるべきである（例：在宅でのレスパイトケア、あるいはデイケアセンターでの一時的介護など、利用可能で文化的に受容される形で）。有償の介護職員やボランティアと連携して在宅ケアプログラムを実施する組織は、情報や助言を提供し、可能であれば高齢者への介護を代替することで、家族介護者に休息の機会を与えることができる。

介護者がその役割によって悪影響を受けていると判断され、すぐに詳細な評価ができない場合でも、地域の保健医療従事者には支援を提供するためにとれる行動がある。健康や生活習慣に関する助言とともに、ストレス軽減やリラクゼーションに関する指導（→ 10.2）、簡易的なマインドフルネスの技法などを提供することができる。

12.3

介護者のニーズの評価



介護者の支援ニーズは時間の経過とともに変化する可能性があるため、その評価は定期的かつ継続的に行うべきである。状況の変化に応じて、異なる支援手段を導入する必要がある場合もある。

介護者が支援を必要としているかどうかを評価することは重要であり、その際には、介護者自身の健康とウェルビーイングに加えて、介護提供による社会的・経済的影響や、介護役割を果たす上での自信の有無も含めて評価する必要がある。

12.3.1

介護者への聞き取り

介護者のニーズについて話し合う際は、介護者が率直に話しやすいようなよう、介護を受けている高齢者のいない場で行うことが望ましい。これは高齢者の評価と同じ時間内に、別室または別のスペースで実施してもよいし、場合によっては別の面談を設ける必要がある。高齢者本人と介護者の語る内容が異なることは珍しくなく、それは高齢者に認知機能低下がある場合には特に起こりやすい。したがって、高齢者に対して実施された基本的評価や詳細な評価の結果を念頭に置くことが重要である。

介護者支援手順では、介護者がどのように感じているか、どの程度支援を受けている（または必要としている）かを把握するための例示的な質問が提示されている。これらの質問に対して、介護者が困難や負担を感じていることが示唆される回答をした場合には、研修、レスパイトケア、地域資源との連携など、実質的な支援につなげる必要がある。さらに、介護者の心理的・身体的健康、社会的・経済的ウェルビーイングを含む役割の影響について、詳細な評価が実施されるべきである。心理的ウェルビーイングに関する話し合いで抑うつや不安が示唆される場合には、介護者本人との別の面談を設定し、詳細な評価を行う必要がある。

介護による経済的負担が懸念される場合には、介護者が利用できる経済支援策や相談先の情報を提供する必要がある。

介護者と面談する際には、保健医療従事者は疲労、怒り、苛立ち、あるいは配慮に欠ける態度などの兆候に注意を払う必要がある。介護者がストレスや燃え尽き症候群（バーンアウト）の状態にあると見受けられる場合には、介護者が介護対象者に対して虐待やネグレクトを行っている可能性にも留意すべきである（→ 11.4 参照）。同時に、介護者自身が介護対象の高齢者から虐待を受けている可能性についても認識しておくことが重要である。こうした状況は、介護者から自ら語られるとは限らないため、保健医療従事者は観察に基づき、実際に何が起きているのかを慎重に見極めることが求められる（[図 2](#)、p.127）。

12.3.2

抑うつと不安の評価

介護は、一般的に介護者のメンタルヘルスに悪影響を及ぼしやすく、特に抑うつや不安が高頻度でみられる。また、介護者が配偶者である場合などには、かつての関係性や役割を失ったことに伴う喪失感や悲嘆が複雑に影響することもある。介護が極めて辛く、苛立ちやストレスを伴うものであることを、保健医療従事者が理解し、認めることは重要である。その上で、介護者に抑うつや不安の評価が必要かどうか、さらには何らかの支援やケアを要しているかを慎重に検討すべきである。→ [10](#)

12.4

介護者への支援

介護者には、さまざまな形の支援が必要となる場合がある。有償の介護職員や支援団体による直接的な援助、特に同居介護の場合には介護を行いやすくするための福祉用具や住宅改修、不安や抑うつに対処するための心理社会的支援、そしてレスパイトケアなどが含まれる。さらに、介護者に対する情報提供や研修の実施も重要な支援要素である。

保健医療従事者と地域関係者は、介護者向けの研修に利用できる資源や、心理社会的支援を含む各種支援の利用先に関する情報を共有するためのネットワークを構築することができる。介護者同士が交流し、経験や気持ちを分かち合える集いの場や話し合いの機会は、他の支援策と組み合わせた複合的な介入の一部として取り入れることができる（ボックス 12.1）。

ボックス 12.1 デジタル支援機器

遠隔モニタリングや介護支援ロボットなどの革新的なデジタル支援機器は、高齢者の機能能力を高め、本人だけでなく介護者の生活の質を向上させる可能性がある。これらの機器は、高齢者の選択肢、安全性、自立性、および自己の生活に対する主体性を高め、「住み慣れた地域での暮らし」を支える。これらの機器の活用は、高齢者および介護者のニーズと希望に基づいて行われるべきであり、資源の利用可能性や、適切な研修・使い方の習得も考慮する必要がある。



12.4.1 研修

介護職員は、保健・福祉制度やサービス提供組織による支援と監督の下で、介護者に対して研修と助言を提供すべきである。介護者の研修ニーズを理解するために、保健医療従事者（介護職員を含む）は、介護対象である高齢者の 内在的能力 や 機能能力の低下に基づき、どのような介護ケアが必要か、またそれがどの程度の頻度で実施されているかを尋ねることができる。また、研修や助言、実践的支援によって改善が見込めるケアの側面を観察することも重要である。提供される支援は、介護者自身の選択や意向を尊重しながら、ケアの質の向上 と 介護者のウェルビーイングの最適化 を重視した内容であるべきである。

介護者向けの研修内容には、高齢者への援助だけでなく、機能低下の兆候を見極める方法、転倒の予防と対応、服薬管理、疼痛のマネジメント、医療・福祉サービスおよび制度の活用方法、介護を受ける高齢者との効果的なコミュニケーションの取り方、そして介護者自身のニーズへの対処が含まれるべきであるが、これらに限定されるものではない。介護者が受けるべき研修の内容は、支援している高齢者のケアニーズによって決定される。内在的能力の低下や尿失禁に関連する特定の研修トピックについても提案されている（**i**1、p.127）。さらに、より正式な技能の習得に関心を持つ介護者に対しては、将来的に就労機会へとつながる可能性のある教育や訓練の機会を提供することも重要である。

WHO *iSupport* は、認知症の人を介護する介護者を対象としたセルフヘルプ型のスキルおよびトレーニングプログラムであり、介護に伴う精神的・身体的健康問題を予防または軽減し、認知症の人を介護する者の生活の質を向上させることを目的としている。

12.4.2 レスパイトケア

レスパイトケアとは、在宅介護、デイケア、あるいは介護を受ける高齢者の一時的な施設入所など、代替的なケアの提供を通じて、介護者を一時的に介護責任から解放する支援を指す。介護から一定期間離れる機会は、介護関係を健全かつ持続可能なものとして維持するのに寄与し得るものであり、適切に計画・運営されている場合には、介護を受ける本人に対して否定的な影響を及ぼすことはない。

介護が過度に負担となっている場合には、レスパイトケアの活用を検討すべきである。保健医療従事者は、高齢者を一時的に見守り、ケアを担うことができる他の人物の有無を確認し、その実現を支援する必要がある。その担い手は、家族や同居者であってもよく、また、在宅や介護施設において介護を提供する専門職またはボランティアの社会的ケア提供者であってもよい。

一部の状況においては、デイケアが適切とみなされなかったり、文化的に受け入れられなかったり、高齢者本人の嗜好や希望と一致しない場合がある。そのような場合には、昼食会、高齢者の交流会や社会的活動など、地域に根ざした他の形態のケアや支援が、同様のレスパイトを提供し得る。

高齢者がデイケアセンターに通所したり、在宅で日中のケアを受けたりする機会は、主たる介護者を一定時間介護から解放し、その間に休息をとったり、他の活動を行ったりすることを可能にする。デイケアは地域における支援サービスの一形態であり、入浴、食事、整容、排泄などの個人的ケアに加えて、レクリエーションや社会的交流のプログラム、食事、送迎などを、週に複数日、1日数時間にわたり提供する。また、デイケアは、介護者に対しても、家庭訪問、家族向けの活動、交流の機会、研修といった支援サービスを提供する役割を担っている。

関連情報

 *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders, [3rd ed.].* (WHO); 2023
(<https://iris.who.int/handle/10665/374250>).

12.4.3 心理的介入



保健医療従事者は、マインドフルネスに基づく介入、複合的介入、心理教育、心理療法・カウンセリングなどの心理社会的介入を通じて、介護者が抱える心理的ストレスに対応することができる。これらの介入は、提供される介護が複雑かつ広範であり、介護者への負担が大きい場合に特に有用である。心理社会的介入の提供方法には、対面によるものだけでなく、デジタルまたは遠隔によるものも含まれ、いずれも効果が報告されている。介護者同士の交流を伴う集団形式の介入は、より高い効果をもたらす可能性がある。

心理社会的介入には以下のようなものがある。

- **マインドフルネスに基づく介入**には、マインドフルネス、瞑想、ヨガの技法、マインドフルネス認知療法、マインドフルネスストレス低減法などが含まれる。
- **心理教育**とは、高齢期に一般的にみられる状態に関する標準化された情報を提供し、介護に伴う課題に対処するための特定の対処スキルを養うことを目的とした教育プログラムである。→ 10.4.1
- **心理療法・カウンセリング**とは、個別または集団形式の特定の治療的介入を伴うものであり、行動療法、認知療法、従来の認知行動療法 (CBT)、あるいはアクセプタンス&コミットメント・セラピーなど新たな理論的枠組みに基づくプログラムを含む。これらは通常、心理学者やセラピストなど、専門的知識を有する保健医療従事者によって実施され、治療過程の一部として、治療的関係の構築と活用が重視される。
- **複合的介入**とは、カウンセリング、介護者同士の交流の場、レスパイトなど、複数の支援手法を1つのプログラムの中で組み合わせて用いるものであり、いずれか1つの手法が中心となるのではなく、総合的な支援として提供されるものである。

12.4.4

身体的健康と社会的ウェルビーイングを支援する介入

介護者は、自らの健康を維持するために、定期的な健康診断を受けるよう助言されるべきであり、介護者自身が高齢である場合には、その内在的能力を含めた評価も推奨される。また、孤独や社会的孤立に対処し、社会的交流や社会参加を維持あるいは促進するための助言と支援を提供することが重要である。→ 11.3.3、11.3.4

12.4.5

経済的支援

介護が介護者の経済状況に悪影響を及ぼしている場合には、保健医療従事者は助言を行い、財政的支援に関する情報や、正式な介護（LTC）制度を通じて利用可能な支援策など、適切な情報源や支援窓口へ介護者をつなげるべきである。介護者自身も、介護手当や無拠出型年金などの社会保障制度を通じて、経済的支援を受ける資格を有する場合がある。また、雇用者が介護者に対して、休暇制度や柔軟な就労形態を認めていることもある。

関連情報

- 🔗 *Long-term care for older people: package for universal health coverage (Annex 6).* WHO; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376585>).
- 🔗 *WHO iSupport for dementia: training and support manual for carers of people with dementia.* WHO; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/324794>).

13

尿失禁

尿失禁に対する ケア手順

尿失禁 (UI) は、多くの者に影響を及ぼす一般的な症状であり、男性よりも女性の方が罹患する可能性が高い (11) が、加齢や必然的な経過として生じるものではない。尿失禁は認知度が低く、報告も少ない。その原因はさまざまな要因によるものであり、烙印を押されたり、高齢者は高齢になってもそれが普通だと思っていることなどがある。また、うつ病、運動能力の低下、認知機能の低下、尿路感染症 (UTI)、肥満、脳卒中、糖尿病などの併存疾患と関連しており、生活の質 (QOL) やウェルビーイングに大きな影響を与える。尿失禁は高齢者の自尊心や外出に対する自信に影響を与え、ひいては社会参加の減少につながり、孤立や孤独を招く可能性がある (60)。



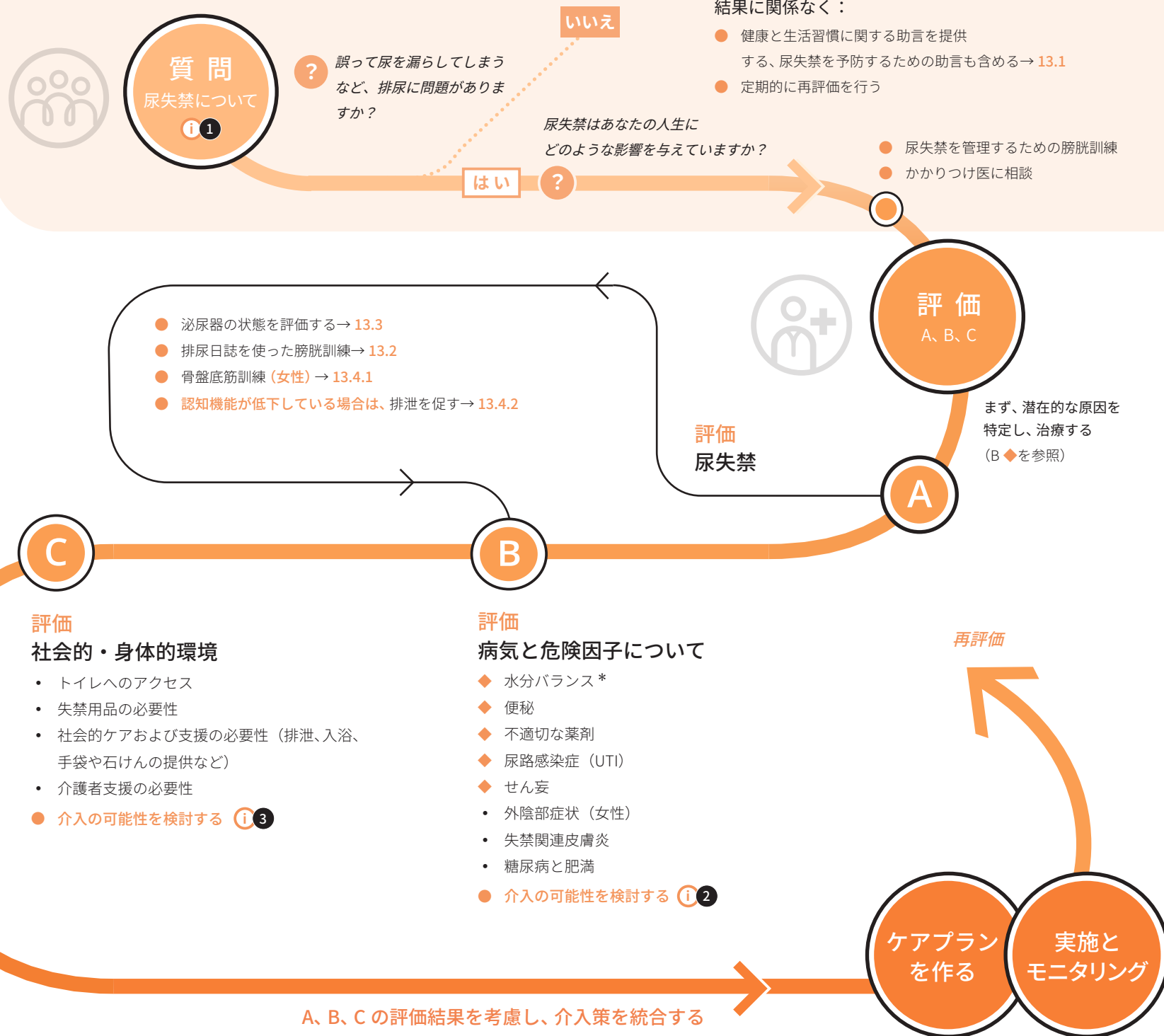
要点

- 医療従事者は、尿失禁について積極的に話し合うべきであるが、この問題はデリケートであり、当事者は恥ずかしさを感じ、評価を受けることに消極的であるため、質問の仕方に注意すべきである。
- 尿失禁を管理するために、骨盤底筋訓練などの効果的な行動戦略や介入がある。
- 尿失禁にライフコース的なアプローチをすることで、肥満などのリスク因子を人生の早期に特定し発症を予防するために対処できる。
- ポータブルトイレ、尿器、失禁用品などの補助器具は、尿失禁を管理し、生活の質を向上させるのに役立つ。
- 地域社会の関係者は、ピアサポートグループの設立を通じて、尿失禁が加齢の「普通の」一部ではないという認識を高め、尿失禁を持つ高齢者を支援することができる。

13

尿失禁

尿失禁 (UI) に対する ケア手順



* 水分バランス

適切な水分バランスに留意する。
水分摂取を制限すると尿路感染症
や脱水症状のリスクを高めるかも
しれない。→ 7.3.2

i 1

尿失禁について質問する

尿失禁は繊細な話題であり、本人が自ら問題を提起することや、質問された際に答えることに恥ずかしさを感じる場合がある。そのため、高齢者と同じ性別の医療従事者が対応することが望ましいとされている。

尿失禁について議論するとき。

- ・ 話すためのプライベートな場所を見つける。
- ・ 信頼と信用を築くために時間を費やす。
- ・ 積極的に耳を傾け、判断を示唆するような言葉を避ける。
- ・ 必要であれば簡単な言葉を使う。おもらしをするなど。

尿失禁が高齢者の生活に与える悪影響についても議論することで、さらなる評価を促し、介入の可能性を示唆することができる。多くの高齢者が尿失禁を当然であると感じており、このような見方が尿失禁の影響の深刻さに作用する可能性があることに注意することが重要である。

高齢者に、尿失禁が日常の行動や活動に影響を及ぼしているかどうかを尋ねる。

- ・ 外出
- ・ 友人、家族、地域社会との関わり
- ・ 趣味と社会参加
- ・ 運動を含む身体活動
- ・ 水分摂取
- ・ 着る服の種類
- ・ 性生活
- ・ 心理状態：恥ずかしさ、不安、自信
- ・ パッドなどの失禁用品の必要性

専門知識とトレーニングの必要性

- ・ 以下の泌尿器系疾患の可能性が示唆される場合には、十分な評価と管理が必要（13.3）：
 - 膀胱脱、膀胱瘤
 - 骨盤内腫瘍
 - 肉眼的血尿（肉眼で尿に血が混じっているのが見える）
 - 症候性尿路感染症の再発
 - 前立腺肥大（男性）
 - 脱出（子宮、子宮頸部、膣壁の下垂）（女性）
 - 瘻孔の疑い（女性）
- ・ 骨盤照射や手術歴のある尿失禁
- ・ 尿失禁を管理するための介入が3～6ヶ月経ってもうまくいかない場合（13.4）

i 2 疾患や危険因子への介入→ 13.5

- 水分バランス —————→ ● 正常な水分バランスとカフェイン制限の試行を奨励する（13.5.1）
- 便秘 —————→ ● 高繊維食と身体活動を含む便秘の治療（13.5.2）
- 不適切な薬剤 —————→ ● 投薬を見直し、中止または代替薬を処方する（13.5.3）
- 尿路感染症 —————→ ● 症状があれば尿路感染症を治療する（13.5.4）
- せん妄 —————→ ● 原因を特定して治療する（5.5.1）
- 外陰部症状（女性） —————→ ● 膣外用保湿剤を処方する（13.5.6）
- 失禁関連皮膚炎 —————→ ● 皮膚の衛生と二次感染の治療（13.5.7）
- 糖尿病および肥満 —————→ ● 疾患と心血管疾患危険因子の管理（13.5.8）

i 3 社会的・身体的環境への介入→ 13.6

- トイレへのアクセス —————→ ● アクセスしやすくするための住宅改修（13.6.1）
 - 補助用具（例：便座の高さ調整、ポータブルトイレ、椅子など）を検討する（13.6.1）
- 失禁用品の必要性 —————→ ● 失禁用品へのアクセスを支援する（13.6.2）
- 社会的ケアとサポート —————→ ● 排泄、入浴、着替え、衛生・衛生用品（手袋、ウェットティッシュ、石けん）の提供を支援する（13.6.3）
 - 心理社会的支援を提供する（13.6.3）
- 介護者支援の必要性 —————→ ● 誘導排尿（促し排尿）および失禁用品の適切な使用に関する研修の提供（13.6.4）

13.1

健康と生活習慣
尿失禁予防の助言



尿失禁は依然としてスティグマ化され、しばしばタブー視されるテーマであるため、人々はサポートを求めず、必要なサービスを受けられない可能性がある。地域の関係者は、尿失禁者を含むすべての高齢者に、リスクを減らし、尿失禁を管理するための健康や生活習慣に関する助言を提供し、以下の重要性を強調することができる。

- 健康的な飲水習慣を維持すること、すなわち少なくとも以下の飲水をする。基礎疾患（心臓病や腎臓病など）のために医療専門家に指示されない限り、1日1.6～2L（コップ6～8杯）。飲水量が少ないと、膀胱の容量が減って尿失禁が悪化し、脱水症状を引き起こす可能性がある。→ 7.3.2
- 特に夜間は、尿意を高めるカフェインやアルコールを抑える。コーヒー、紅茶、カフェイン入りの炭酸飲料は、低カフェインの飲料に代用できる。
- 食物繊維を含む健康的な食生活を心がけ、便秘のリスクを減らす。便秘によって排便時に強くいきむと、骨盤底筋が弱まり、尿失禁が悪化する可能性がある。
- 体重管理—肥満は骨盤底筋を弱める。→ 7.3.3
- 体を動かすことは筋肉を強化し、尿失禁を改善するのに役立つ。どのような運動がよいかは、個別に助言を受ける必要がある。
- 喫煙は膀胱の機能を弱め、咳によって骨盤底筋に負担がかかり、尿失禁を悪化させる。

啓発キャンペーンは、尿失禁に関連するスティグマに対処し、人々が医療を受けるよう促す上でも有用である。

13.2

尿失禁に対処するための
地域に根ざした保健医療



13.2.1
膀胱訓練

高齢者が尿失禁の可能性があり、詳細な評価がすぐにできない場合、地域の保健従事者は高齢者とその介護者を膀胱訓練でサポートすることができる。排尿日誌は、その人の排泄パターンを記録し、適切な介入や行動変容の参考にするために用いられる。これは新しい習慣の定着を強化するのに役立つ。切迫性尿失禁のある方に対しては、漸進的な排尿スケジュールが有効な場合がある。これは、最初は2時間ごとに排尿を行い、徐々に排尿間隔を延ばしていく方法である。併せて、注意をそらすための工夫（硬い椅子に座る、集中力を要する作業を行うなど）を取り入れることで、より効果的に習慣化を促すことができる。画一的な対応を避け、個人の限界や能力を尊重することが重要である。排尿日誌を用いた膀胱訓練は、少なくとも6週間継続する必要がある。

排尿日誌

日付、時刻	水分摂取		排尿		漏れ		
	種類	量 (mL)	体積 (mL or *S/M/L)	尿意切迫感 (1-5)	体積 (S/M/L)	従事している活動	パッド交換

* 排尿量を mL 単位で測定または推定することが困難な場合は、「少量」「中等量」「多量」といった表現で記録する

13.3

失禁と泌尿器疾患の評価



尿失禁とは、不随意に尿が漏れてしまうことである。尿失禁は下部尿路機能障害だけでなく運動能力の低下、認知機能の低下、その他の疾患とも関連して起こる。尿失禁を詳細に評価する前の重要なステップは、可逆的な原因を特定し治療することである（◆）。→ 13.5

尿失禁の可能性は、突然の切迫感や、咳や物を持ち上げた際による尿漏れについて尋ねることで特定できる。そこで、尿漏れの程度と量、失禁エピソードの頻度、症状の持続期間に関する情報を集めるべきである。尿失禁にはさまざまなタイプがある（ボックス 13.1）。初期診療では、介入を行うために尿失禁の病型の特定は必須ではない。

ボックス 13.1 尿失禁の病型

- 切迫性尿失禁：尿意切迫感の直後に起こる尿失禁。高齢者に多い。
- 腹圧性尿失禁：骨盤底筋の衰えや尿道括約筋の弱さが原因で、腹圧の急激な上昇（咳や物を持ち上げるなど）で起こる尿失禁。肥満や経膈分娩を経験した女性に多い。
- 混合性尿失禁：腹圧性尿失禁と切迫性尿失禁の混合。
- 溢流性尿失禁：膀胱の収縮機能の低下や尿道閉塞により膀胱内に尿が過剰にたまり、漏れ出すタイプの尿失禁。男性に多い。
- 障害関連尿失禁：認知機能の低下、運動能力の制限、併存疾患によるもの。

泌尿器疾患の評価は、訓練を受けた医療従事者によって実施されるべきであり、以下に列挙する検査を含む。ほとんどの場合、初期評価では泌尿器科的な詳細な評価は必要ないが、可逆的な原因を特定し、治療する必要がある。

- 腹部診察で触知可能な膀胱を確認する。
- 直腸診で骨盤内腫瘍、肥大した前立腺（男性の場合、ピンポン玉大、40cc 以上）、便塊（便秘）を確認する。
- 血尿と尿路感染を特定するための尿検査。尿試験紙には限界があり、ヘモグロビンとミオグロビンを区別できないことに注意する。可能であれば、血尿の確認には顕微鏡検査が推奨される。
- 女性の場合は、外陰部の診察で子宮・子宮頸部・膣壁の下垂（脱）や、膣と膀胱の間に孔が生じる瘻孔（ろうこう）の有無を確認する。瘻孔は、異常なおりもの、持続的な尿漏れ、尿の臭いなどから疑われる。

認知機能の低下、移動能力の制限、抑うつ症状など、内在的能力の他の関連領域に関する基本的評価の結果も確認し、詳細な評価を実施すべきである。→ 5 6 10

13.4 尿失禁の管理



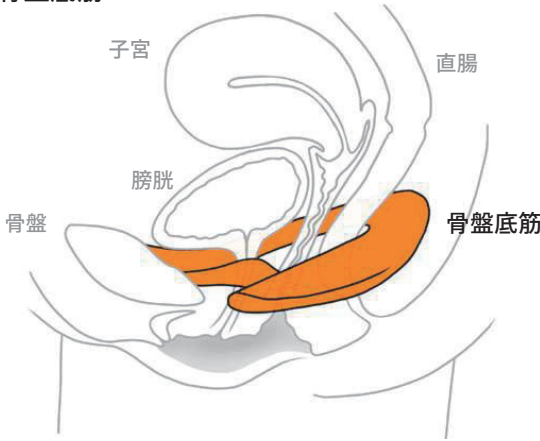
尿失禁への介入は、常に基礎的な要因に対応した包括的かつ個別化されたケアプランの一環として提供されるべきであり、内在的能力の他の領域（例：認知機能、移動能力、心理的健康など）に対する介入も併せて実施される必要がある。膀胱訓練に加えて、女性には骨盤底筋体操、認知機能が低下している人には促し排尿（声かけによる排尿誘導）など、尿失禁を管理する方法は複数ある。

13.4.1 骨盤底筋訓練

骨盤底筋訓練は、尿失禁の高齢女性に勧められる。この訓練は産後ケアの一環として医療サービスにおいて一般的に行われているため、十分な研修と資源があれば、医療従事者は高齢女性に情報提供とサポートを提供することができるはずである（ボックス 13.2）。
1 日につき 10 回の収縮を 1 セットとして、これを 3 セット行い、収縮と収縮の間に十分な弛緩を挟むことを勧める。骨盤底機能を改善するためには、これらの体操を少なくとも 3 ヶ月は続ける必要がある。

骨盤底筋は骨盤の底部に広がり、骨盤内臓器（膀胱、腸、女性では子宮）を支えている（図 13.1）。

図 13.1 骨盤底筋



ボックス 13.2 骨盤底筋体操の方法

医療従事者は、高齢女性に骨盤底筋体操に関する情報を提供することができる。高齢の女性にとっては正しい体操を行うことを学び、定期的に正しく行われているかどうかをチェックすることが重要である。医療従事者は、図やイラスト、模型を使ったり、次のようなコツを伝えたりすることで、高齢女性が体操を理解するのを助けることができる。

- 座位の場合、足と膝を広げて楽に座る。希望があれば、両足を少し開いてあおむけで行うこともできる。終始呼吸を整え、腹筋、脚、臀部の筋肉をリラックスさせておく。
- 肛門からのガスの排出を止める感覚と、膀胱からの尿の流れを止めようとしている感覚を同時にイメージする。その際、膣と肛門の周囲が持ち上げられ、締めを感じるはずである。
- 最初、骨盤底筋を十分に収縮・弛緩させることが困難な場合がある。練習が必要で、時間をかければほとんどの女性ができるようになる。

13.4.2

排尿を促す声かけ

高齢者が認知症であったり、協力が難しい場合、または移乗に二人以上の介助を必要とする場合、これらの対策が困難になる可能性がある。

認知機能が低下している人は、尿失禁に対する特別なサポートが必要になる。

排尿を促す声かけを行うことで、高齢者のトイレ使用頻度を高め、尿失禁の回数を減らすことができる。介助者は、日中は高齢者に2時間ごとにトイレに行くように促し、必要に応じて介助をする。トイレで時間を過ごし、会話をし、急かさないようにすることで、高齢者の頻繁にトイレに行くという前向きな行動を強化することができる。介助者はまた、濡れているかどうかを尋ねることで、高齢者が自身の状態に気づき、対応する意識を促すことができる。本人が確実に自己申告できない場合は、介護者はトイレに行ったときに濡れているかどうかをチェックし、濡れたかどうかを排尿日誌に記録する。

上記の各介入の効果を3～6ヶ月間モニターすべきである。改善が見られない場合、高齢者を専門的医療機関に紹介するべきである。

13.5

関連疾患と危険因子の評価と管理



尿失禁の疾患と危険因子の評価は、水分バランスの乱れ、便秘、薬物、尿路結石、せん妄などの可能性のある原因を特定し、治療することから始めるべきである。尿失禁の可逆的な原因を特定するには、プライマリケア施設での包括的な診断評価が必要である。適切なケアプランを立てるためには、症状について複数の異なる可能性を検討する必要がある場合もある。

13.5.1

水分バランス ◆

過剰な水分摂取は尿失禁の危険因子となりうる。尿量過多の潜在的な原因を特定するために、水分バランスをチェックすべきである。カフェインなどの特定の飲料や食品は利尿薬として作用し、尿量を増加させる可能性がある。正常な水分バランスを奨励し、水分摂取制限のリスク（尿路感染、脱水のリスク増加）を説明すべきである。カフェインの減量を6週間かけて試みることができる。→ [7.3.2](#)

13.5.2

便秘 ◆

排便回数の減少、または排便困難は、腸蠕動の低下が原因で生じ、尿失禁の原因または一因である可能性がある。糞便塞栓は、症状、排便日誌、身体的評価（直腸診など）によって特定することができる。食物繊維の多い食事、十分な水分摂取、定期的な身体活動、毎日同じ時間帯（朝食後など）に排便することは、便秘の管理に役立つ。

13.5.3 不適切な薬剤 ◆

尿失禁を引き起こす可能性のある薬剤を特定するために、服薬の見直しを行うべきである。

尿失禁の原因となる可能性のある薬剤

- 利尿剤
- α アドレナリン受容体拮抗薬
- アンジオテンシン変換酵素（ACE）阻害薬
- カルシウム拮抗薬
- 向精神薬（クロザピン、選択的セロトニン再取り込み阻害薬、ベンゾジアゼピン、リチウム）
- 抗パーキンソン病薬
- 抗ヒスタミン薬

薬剤の見直し後、医療従事者の判断により、薬剤の中止や、代替薬の処方が行われる場合がある。

13.5.4 尿路感染（UTI） ◆

急性尿路感染は、尿検査に基づいて疑う必要がある。尿路感染は、尿意切迫感や頻尿、排尿時の灼熱感、血尿などの症状を引き起こす。尿路感染は、発熱を伴わずに、せん妄や混乱として現れることも一般的である。

細菌尿の治療は、症状がある場合、またはそれが尿失禁の原因であるという証拠がある場合にのみ適応となる。症候性尿路感染の再発（6 ヶ月間に 2 回以上、または 1 年間で 3 回以上の感染）には、専門医療機関への紹介が必要である。

13.5.5 せん妄 ◆

せん妄とは、注意を向ける、切り替える、持続する、集中する能力が突然かつ変動的に失われる状態であり、尿失禁の原因となりうる。せん妄のある人は、膀胱が充満していることや排尿の必要性に気づかないことがある。→ [5.5.1](#)

3.5.6 外陰部症状（女性）

外陰部症状には、閉経関連尿路性器症候群の一部として、女性外陰部周囲の不快感（かゆみ、乾燥感、灼熱感、痛みなど）が含まれる。これらは生活の質に多大な悪影響を及ぼす。女性にこれらの問題を認識させ、可能であれば、膣用保湿剤やエストロゲンの投与を含めた治療を行うべきである。

13.5.7 失禁関連皮膚炎

長時間の尿接触による皮膚炎の可能性を評価するため、外陰部の診察を実施すべきである。失禁用パンツやパッドなどの失禁防止用品を長期間使用すると、皮膚炎や感染症を引き起こす可能性がある。失禁関連皮膚炎は、最初は紅斑として現れるが、肌の色によって異なる。肌の色が薄い場合は、ピンクから赤になり、肌の色が濃い場合は、肌が青白くなったり、暗くなったり、紫色になったり、暗赤色や黄色になったりする。

患部は通常、境界がはっきりせず、斑状または広範囲に連続する。進行した失禁関連皮膚炎では、痛みを伴う表皮のびらんが見られる。皮膚炎がある場合は、マイルドな洗浄、バリアクリームやフィルムなどの適切な外用剤による皮膚の保護、二次感染の治療、適切な失禁防止用品を勧める。

13.5.8 糖尿病と肥満

糖尿病は、尿量の過多および排尿筋機能の変化により、尿失禁と関連している。肥満は尿失禁の強力な危険因子であることが示されており、特に高齢女性における尿失禁の有病率の高さは、BMI の高さと線形に相関している [\(61\)](#)。肥満により腹腔内圧が上昇すると、膀胱内圧の上昇により骨盤底が弱くなる。心血管疾患とその危険因子の管理は、薬物療法とともに、健康的な食事と運動を含む身体活動を通じて行われるべきである。高齢者の場合、減量の利点と、同時に起こる筋肉量の減少などの潜在的なリスクとを比較検討する必要がある。→ [7.3.1](#)

13.6

社会的・身体的環境の 評価と管理



13.6.1

トイレへのアクセス

高齢者のトイレへのアクセスは、家庭内でのトイレまでの距離、自宅外でトイレを共有している場合は、距離、地形、安全性、セキュリティなどを含めて評価されるべきである。トイレのタイプ（洋式か和式か）、手すりの必要性、移動補助用具を使用している人が操作できるスペースなど、トイレ自体の使いやすさも考慮する必要がある。

トイレまでの距離が長い場合や、本人がトイレを使えない場合は、ポータブルトイレや尿器が役に立つ。トイレに照明を追加したり、段差を示すコントラストのあるテープをつけたり、洗浄レバーに色のついた目印をつけたりすることは、視覚障害のある人に役立つ可能性がある。着脱しやすい服装も有効かもしれない。

また、地域社会のトイレ施設へのアクセスを評価することも有用である。アクセスが悪いと、高齢者が外出したり活動に参加したりする能力や意欲が低下し、社会的孤立や孤独につながる可能性がある。

地域の関係者は、公衆トイレがどこにあるか地図を提供したり、地元の店舗、カフェ、その他の事業者、そのトイレ設備を高齢者が利用できるかどうか働きかけることができる。



13.6.2 失禁用品

尿失禁に対する治療が不可能、または効果がない場合、失禁防止用品を使用することで、生活の質を改善することができる。失禁用品には、失禁用パンツやパッドなどがあり、時間帯や活動内容に応じて異なる製品を使い分けることが推奨される。例えば日中は小さめの製品を使用し、夜間は大きめの製品が必要となる場合がある。失禁用パッドは、再利用可能なものや使い捨てのものがある。再利用可能な製品は、丁寧に洗って乾燥させる必要がある。これらの製品は高額となる場合もあるが、状況によっては、さまざまな制度の利用によって補助が受けられる場合もある。

地域社会の関係者は、自治体や医療従事者と協力して製品を入手できるようにし（しかも手ごろな価格で）、公約の履行を求めることで、失禁防止用品へのアクセスを支援することができる。

尿道留置カテーテルは、感染を引き起こしたり、カテーテルチューブ内に血液やゴミが溜まって排尿システムを詰まらせるなどの害があるため、避けるべきである。

関連情報

 *Training on self-care assistive products and absorbent (containment) products.* TAP; 2024
(<https://www.gate-tap.org/>).

13.6.3

社会的ケアと支援→ 11

社会的ケアや支援のニーズには、排泄、入浴、着替えの介助が含まれる。尿失禁用品を使用している尿失禁患者がトイレや着替えに介助者のサポートを必要とする場合、外衣を脱がずに着替えが可能かどうかなど、尿失禁用品の使いやすさを考慮する必要がある。地域のデイケアやその他の高齢者施設では、高齢者がトイレに行ったり着替えたりする際に、高齢者のための十分なスペースを確保すべきである。

尿失禁のある高齢者は、ピアサポートを含む心理社会的サポートから恩恵を受ける可能性がある。地域の関係者は、高齢者が自分の経験を分かち合い、同じような状況にある人たちから助言を求める機会を与えるために、支援グループを設立することができる。これは、尿失禁を抱える高齢者が声を上げ、支援を求める力を与えるのに役立つだろう。

13.6.4

介護者への支援→ 12

尿失禁を持つ人の介護をすることは、肉体的にも心理的にも負担が大きなことである。高齢者と一日中家庭で過ごす家族を含む介護者は、適切なケアの方法について研修を受けるべきである。研修内容には、安全に歩行やトイレへの移乗を補助する方法、感染を防ぐための清拭や皮膚ケアなどの個人ケアの支援方法、必要以上に尿失禁予防用品に依存しないための適切な使用方法、水分摂取を制限せず促す方法、排尿を促す声かけの方法、汚れた衣類・寝具・保持製品の安全な洗浄と廃棄方法などを含む。

また、介助者が身の回りの世話をすることに伴う羞恥心や不安感にどのように対処すればよい かにについて、介助者に支援や助言を提供することも重要である。介護者は、介護対象者と尿失禁に関する問題を話し合うことが難しく、個人的な介護をすることに気まずさを感じるかもしれない。デリケートな会話にどのように臨むか、また尊厳と自立を尊重する方法でケアをどのように提供するかについて、助言と情報を与えるべきである。

14 ICOPE の実装に関する 考慮事項

ICOPE は高齢者の機能的能力の最適化を目的とし、包括的な本人中心の継続的なケアを提供するために、医療・社会ケアシステムとサービスの変革を支援することができる。プライマリヘルスケア（PHC）アプローチにおける包括的な ICOPE ケア手順は、高齢者のニーズの特定とサービスの提供をサポートすることができる（図 1.1、p.5）。したがって、ICOPE の実践は、WHO およびユニセフの「プライマリヘルスケアのための運用枠組み」に概説されているプライマリヘルスケアの手段を活用し、プライマリヘルスケアの強化に向けた取り組みと緊密に連携すべきである。

ICOPE は、世界中のさまざまな所得水準の国々で、保健・社会ケアシステム内の異なる構造や能力を有する状況下で試験的に導入されてきた。これらの試験的な導入から得られた知見は、プロジェクトやシステム管理者にとって重要な実施上の検討事項を浮き彫りにしている。

要点

- ICOPE ケア手順を実施する前に、以下の評価を行う。サービスおよびシステムレベルでの準備状況の評価が推奨される。
- 地域のケア手順の適応と開発は、利用可能な資源をマッピングし、ICOPE アプローチを実施するための導入点と機会を特定することから始まる。
- 高齢者とその介護者の関与は、包括的なケアの成功と持続可能な実施の鍵である。
- 高齢者が本来持っている能力と機能的能力を最適化することは、コミュニティから始まる。医療・社会保障制度は、プライマリケアの強化と地域関係者との関わりを通して、地域レベルのサービス提供を支援し、可能にすべきである。
- 医療従事者は、日常診療の中で本人中心の包括的ケアを提供できるよう、研修、支援、適切な報酬を受ける必要がある。
- ICOPE には、介護ケア（LTC）を含む保健・社会ケアの統合が求められる。ケアは複数のセクターや環境を横断して提供可能であり、効果的な部門間・環境間・サービス間の調整と協働が不可欠である。

14.1

ICOPE の地域的状況への適応

ICOPE を大規模に実施する前に、各国は包括的ケアを提供するための準備状況を評価し、そのアプローチを地域的状況への適用に役立てるべきである。WHO の ICOPE 実施フレームワークは、プライマリケアにおける包括的ケア提供に向けた保健・社会ケアサービスや、システムの総合的機能評価を導くスコアカードを提供するとともに、実施するための準備度（未実施～最小限、導入段階、定着段階）に基づいた実施行動計画を示すものである。スコアリングは改善の余地がある領域を特定し、実施の進捗状況を継続的に監視するために活用することができる。

ICOPE は、ケア手順の各段階が既存のサービスや環境において、文化的に適切かつ持続可能な方法で効果的に実施できるように適用されるべきである。

これは重要なステップである。なぜなら、すべての保健・社会ケアシステムは異なり、サービス提供アプローチ、労働力構造と規制、紹介経路、資源能力がさまざまだからである。ICOPE は、地域の関係者を巻き込みながら、地域や臨床の場で試験的に導入することが可能である。

地域または国家レベルでの適応策立案のためには、高齢者、介護者、さまざまな環境の医療・社会福祉従事者、公衆衛生当局、地域関係者を巻き込んだ包括的なマッピング作業（ボックス 14.1、p.145）を実施すべきである。このマッピングプロセスは、本アプローチへの支持と協働関係を構築するために活用できる。

マッピング作業を通して収集された情報は、その地域の状況に特化したケア手順の開発に反映されるべきである。この作業では、既存の日常的な実践と連携し、内在的能力と機能的能力を評価する、既にある検証済みの基礎的・詳細な評価ツールを活用することに重点を置くべきである。また必要に応じて、人材育成とインセンティブの構築、サービスの強化を図る。適用されたケア手順は、関連言語に翻訳され、その実現可能性と受容性を検証するための試験的な実施が行われるべきである。

医療従事者は同様の手法を用いて、自施設の医療環境における利用可能な資源を特定し、多職種チームを構築するとともに、異なる医療・社会福祉サービス間の連携体制を整備し、ICOPE ケア手順を日常的な臨床実践に統合するための導入ポイントを特定できる。このプロセスによって、どこで、どのように、誰と、このアプローチの試験的導入を開始すればよいかわかる。パイロットの第一段階は、ICOPE 導入の実現可能性を評価し、その導入における障壁と実現を促進する要因を特定することである。



ボックス 14.1 ICOPE 適応のための包括的なマッピングの要素

高齢者とその介護者：

- 鍵となる情報提供者へのインタビューと調査（人口ベースまたは施設ベース）により、高齢者の健康と福祉に関する状況分析を行う。
- 高齢者とその介護者のヘルス・リテラシー。
- 介護を必要とする高齢者の所在の特定（医療施設へのアクセスが困難な人々を含む。これらの人々への関与は自宅や地域社会で行う必要がある）。

ケアモデル：ケアモデルとは、ケアのプロセス、提供者の組織化、サービスの管理など、サービスがどのように提供されるべきかを概念化したものであり、マッピングすることで裏付けられる。

- 医療システムのさまざまなレベルにおける、高齢者向けサービスの利用可能性、アクセシビリティ（費用、距離、交通手段、高齢者への配慮）、受容性、および質。
- ケア手順（通常の初回および定期的な接触点、紹介メカニズム）。
- 既存のサービス提供体制内での ICOPE を実施するための入口（例：非感染性疾患クリニックや移動型アウトリーチサービスを通じたもの）。
- 利用可能なインフラ（診断機器、医療・介護データの収集と共有の仕組み、評価のためのスペース）。
- 内在的能力障害のスクリーニング・評価ツール。
- 必須医薬品、ワクチン、医療製品（補助器具を含む）。
- 介護ケア（LTC）を含む社会的ケア・サービス、および社会的支援のためのコミュニティ・サービスの利用可能性、アクセシビリティ、受容性。

パートナーシップ：

- 異なる環境における医療・社会福祉部門と地域関係者の間の正式な連携。
- 役割と責任の明確化。
- 地域関係者の認識、研修、支援。

調整：

- 医療・社会福祉サービスおよび従事者間の協力メカニズム。
- 多職種チームアプローチを可能にする業務方法。
- 介護サービスおよび従事者の体制と能力。
- 社会的処方などの社会的支援の活用。
- 交通、教育、雇用、司法、法執行機関など、他セクターなどとの既存連携。

人的資源：

- プライマリケアにおける医療従事者（地域保健従事者を含む）、その能力（時間、知識、技能、報酬）、および多職種チームの構成（既に存在する場合）。
- 現在受けている研修内容と、現在提供されていない必要な知識。
- 医療現場（一次、二次、三次）および LTC を含む社会福祉現場における、さまざまな医療従事者の役割と責任。
- ボランティアや地域社会の関係者を含むその他の人的資源。

財政資源：

- 高齢者向け質の高い個人中心ケアの推進に活用可能な現在の予算。
- 包括的ケア提供の費用と予算不足額。

注：ICOPE 適用のための包括的なマッピングの要素は、どのような順序で行ってもよい。

ボックス 14.2 ICOPE 実施フレームワークに基づく行動要約

システムのための行動（マクロレベル）

- ✓ **ガバナンスと説明責任システムの強化**
政策・サービス開発への利害関係者の参画、高齢者虐待への包括的ケア・対応を支援する政策・規制の整備、継続的な品質保証・品質改善の実施、公平なケア提供能力の定期的な見直し。
- ✓ **システム強化の実現**
労働力の能力開発、資金調達、人的資源管理を育成する。サービス提供者間の情報交換に技術を活用する。内在的能力と機能能力に関するデータを収集・報告する。自己管理を支援するデジタル技術を活用する。

サービスのための行動（メゾレベル）

- ✓ **人々とコミュニティとの関与とエンパワーメント**
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連携の支援**
地域でケアを必要とする高齢者を特定し、包括的な評価を実施し、包括的なケアプランを作成する。
- ✓ **地域密着型ケアへのサービス転換**
適切な高齢者向けインフラを基盤とし、地域密着型従事者・サービスを通じて機能能力に焦点を当てた効果的かつ受容可能なケアを提供する。

14.2 実施上の留意点

ICOPE の準備状況評価と適応に続き、その実施にはさらにいくつかの考慮事項がある。WHO とユニセフの「プライマリヘルスケア（PHC）のための運用フレームワーク」は、相互依存かつ相互に関連する（戦略的・運用上の）手段を提供し、PHC 指向の保健システム強化に向けた各国の取り組みを導くものである。

ICOPE 実施フレームワークは、加盟国を支援するため、PHC のレバレッジを補完する19の行動を提示しており、システム（マクロ）レベルとサービス（メソ）レベルに焦点を当てている（**ボックス 14.2**）。マクロレベルの構成要素は、政策立案者、システムレベルの計画担当者、資金提供者、意思決定者を支援することを目的としており、一方でメソレベルの行動は、サービスおよびプログラムの管理者、意思決定者を対象としている。ケアモデル、PHC の人材、デジタル技術、モニタリング・評価といった PHC の運用上のレバレッジと連携し、実施フレームワークと ICOPE パイロットプログラムから得られた知見に基づく以下の実施上の考慮事項は、サービスレベルでの実施を支援することを目的としている。

14.2.1 医療サービスの統合、プライマリケアの優先化

世界中のほとんどの医療制度は、疾病の治療と治癒を目的として設計されており、しばしば縦割りサービスを通じて行われている。PHC の強化に向けた取り組みにもかかわらず、より水平的な包括的アプローチを必要とする統合的な患者中心のケアを提供するための体制が整っておらず、柔軟性と多職種連携を可能とする仕組みが不足している。したがって、プライマリケアサービスは、最初の定期的な接点として、また PHC の第一の構成要素として、統合されたケアの連続性を提供することを主要な目的として優先される必要がある。これにより、ICOPE ケア手順の実施を含む質の高いケアを実現できる。これは、プライマリケアにおける必須サービスパッケージに ICOPE の介入を含めることで支援できる。

保健システム間の連携レベルについて検討すべきである。これには、インフラの適切性および高齢者への配慮、医薬品・ワクチン・補助器具などの医療製品を含む適切なツール・技術の可用性、二次・三次医療における専門医療を含む保健サービス内および保健・社会福祉サービス間の効果的な紹介メカニズムの確保、ならびにデータ収集・共有システムの確立および強化が含まれる。

14.2.2 人的・財政資源

ICOPE の実施を支援するには追加投資が必要となる可能性が高く、特に人材面では、より効果的かつ効率的なアプローチを確保しつつ、現在および将来の住民ニーズとの整合性を高めることが求められる。多職種医療従事者の能力構築には通常、ICOPE の理解と適用方法の向上を目的とした、特にプライマリケア現場における全段階での能力ベースの研修の提供が含まれる。

多くの状況において、地域における保健従事者は、保健サービスの提供においてますます重要な役割を果たしているが、研修や支援が不足している場合があり、しばしばボランティアや無報酬の立場で働いている。これらはすべて持続可能性（例：採用、定着）に影響を与える。雇用の保障、支援的な監督とキャリア開発の道筋の提供が重要である。進化する保健医療ニーズや人口に対応するため、環境や資源の可用性に基づいて、代替的な労働力構成が必要となる可能性がある。医療従事者間のタスクシェアリングは統合ケアの提供を支援し得るが、規制の調整、新たな役割の認知、特定の報酬体系も必要となる。

公衆衛生へのインセンティブ構築、統合ケアに対する医療従事者への報酬、資金調達メカニズム、パフォーマンスモニタリングは、高齢者向け質の高いケアへの移行を促進し得る。研修・カリキュラム開発、認定提供を担当する当局、ならびに国・地域の専門職団体が重要な役割を果たし得る。

医療従事者のスキルミックスを最適化する多職種チームは、包括的かつ継続的な患者中心のケアの提供を可能とすべきである。

14.2.3 医療と社会福祉分野間の連携

サービスレベルでは、ケアコーディネーターが調整役となり、多職種チームの一環として、保健・医療と社会福祉間の紹介や保健医療従事者とソーシャルワーカー間の協働を可能とする体制と仕組みが必要である。この連携には、長期療養サービス（LTC）の統合、情報システムと品質保証システムの統合を含むべきである。

WHO の「高齢者のための長期ケア：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのためのパッケージ」は、各国が検討し、優先順位をつけ、提供すべき LTC 介入策のリストを提供している。一部の国では、長期ケアサービスの受給資格審査とケア提供の仕組みが異なる部門によって組織されている。地域ごとの取り決めにかかわらず、人を中心とした統合的アプローチの原則は同じであるが、異なるスタッフ（地域社会または居住施設内）や専門的スキルが必要となる場合がある。保健・社会ケア分野は、国家政策が保健・社会ケアへの統合的アプローチを支援する場合、ICOPE の採用・適用をより効果的に行える。こうした政策は、特に民間セクターによる LTC 提供の役割や官民連携強化の必要性を含め、保健・社会ケアサービスの提供方法と提供主体を考慮すべきである。

14.2.4 デジタル技術

ICOPE パイロット事業からの知見により、デジタル技術が潜在的な促進要因として活用可能であることが明らかになった。その活用は統合ケアの効率性と有効性の向上につながることが示されている。

デジタルツールは、医療従事者が研修（e ラーニング）にアクセスしたり、ICOPE ケア手順の基本的・詳細な評価を実施したり、介入の結果をモニタリング・分析したりすることを支援できる。デジタル技術はまた、遠隔医療やモバイルヘルス、ビデオやその他のオンラインメディアを活用した高齢者や介護者とのコミュニケーションを可能にし、統合ケアの認知度向上や健康・生活習慣に関する助言の提供にも寄与する。さらに機能能力の維持支援、介護必要性の低減、介護者の役割支援にも活用可能である（ボックス 12.1、p.130）。

高齢者はデジタル技術を利用できない、あるいは利用したがないという年齢差別的な思い込みに対処すべきである。

プライマリヘルスケア（PHC）の文脈において、各国はギャップを評価し、優先順位を決定し、基準値と目標を設定し、保健・社会ケアシステム全体におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成に向けた進捗状況と実績を追跡する必要がある。

また、情報通信技術（電子カルテ）の進歩により、地域保健従事者やソーシャルワーカーを含む医療従事者間のリアルタイムデータ共有が容易になり、公衆衛生施策の的を絞った実施を監視・改善するためのデータ集約も支援されるようになった。

デジタル技術の利用を検討する際には、高齢者のデジタルリテラシーや技術へのアクセス格差、相互運用性、完全性、データガバナンス、サイバーセキュリティ、ユーザビリティといった潜在的な課題を考慮する必要がある。

14.2.5
モニタリングと評価

高齢者の健康の進捗状況のモニタリング、評価、レビューは、合意された目標と指標に基づき、優先行動と決定が計画通りに実施されることを保証するために不可欠である。高齢者の健康状態（内在的能力と機能的能力）および高齢人口に焦点を当てた ICOPE の堅牢なモニタリングと評価は、この広範なモニタリング・評価プロセスの一部として組み込まれるべきである。地域の意思決定のためにデータを収集、分析、利用する能力を構築することは極めて重要である。標準化された指標を通じて収集された信頼性の高いサービスレベルのデータは、ICOPE の有効性の理解を支え、優先順位設定やサービス提供の変更に情報を提供し、高齢者やその介護者を含む説明責任を保証するのに役立つ。

地域社会の関係者は、説明責任において以下の役割を果たし得る：医療システムが高齢者集団のニーズに対して説明責任を果たすよう促すこと、医療のガバナンス、計画、提供、評価における説明責任に貢献すること。

プライマリヘルスケア（PHC）のモニタリング・評価手段における ICOPE のモニタリング手法の開発は、WHO の枠組みと指標に基づき、「国連健康長寿の 10 年」（2021–2030）の進捗と影響を測定する、より広範な健康長寿モニタリング・評価の一環として推進することも可能である。

関連情報

-  *Evidence, policy, impact: WHO guide for evidence-informed decision-making.* WHO; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/350994>).
-  *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services.* WHO; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/325669>).
-  *Long-term care for older people: package for universal health coverage.* WHO; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376585>).
-  *Operational framework for primary health care: transforming vision into action.* WHO and UNICEF; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/337641>).
-  *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes.* WHO; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/275474>).

参考文献*

- World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/186463>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World population prospects 2024: probabilistic population projections. New York : United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2024 (<https://population.un.org/wpp/>). Licence: CC BY 3.0 IGO.
- World population prospects 2024: summary of results. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2024 (https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2024_Key-Messages.pdf). Licence: CC BY 3.0 IGO.
- Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/340208>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Integrated care for older people handbook: guidance on person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/326843>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/329960>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Long-term care for older people: package for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376585>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Universal health coverage (UHC). Key facts [website]. Geneva: World Health Organization; 2023 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))).
- Global Burden of Disease 2021: findings from the GBD 2021 Study. Seattle WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2024 (<https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-burden-disease-2021-findings-gbd-2021-study>).
- World population prospects 2024: demographic indicators by region, subregion and country, annually for 1950-2100. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2024 (<https://population.un.org/wpp/>). Licence: CC BY 3.0 IGO.
- Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokaei S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatr.* 2021; 21:212 (<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02135-8>).
- Todhunter-Brown A, Hazelton C, Campbell P, Elders A, Hagen S, McClurg D. Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;9(9):CD012337 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012337.pub2>).
- Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 2: a globally relevant perspective. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/364204>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Table 1: summary of WHO position papers - recommendations for routine immunization [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/m/item/table1-summary-of-who-position-papers-recommendations-for-routine-immunization>).
- Global Health Observatory: global health estimates: leading causes of death [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>).
- Qu C, Liao S, Zhang J, Cao H, Zhang H, Zhang N et al. Burden of cardiovascular disease among elderly: based on the Global Burden of Disease Study 2019. *Eur Heart J.* 2024;10(2):143-153 (<https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcad033>).
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet.* 2021;398:957-80 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)).
- Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/334379>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Integrated care for older people (ICOPE) implementation pilot programme: findings from the 'ready' phase. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/353553>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/344701>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Rampengan DDCH, Gunawan FA, Rampengan JAH, Ramadhan RN, Iqhrammullah M, Yufika A. Effectiveness of Tai Chi as a non-invasive intervention for mild cognitive impairment in the elderly: a comprehensive review and meta-analysis. *Narra J.* 2024;4(1):e724 (<https://doi.org/10.52225/narra.v4i1.724>).
- Li Z, Guo H, Liu X. What exercise strategies are best for people with cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2024;124:105450 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105450>).
- Liu X, Liu L, Liu C. Summary of the effect of an exercise intervention on elderly with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 2024;103(24):e38025 (<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038025>).
- Tavares-Júnior JWL, Caetano de Souza AC, Sousa Alves G, De Carvalho Bonfadini J, Ibiapina Siqueira-Neto J, Braga-Neto P. Cognitive assessment tools for screening older adults with low levels of education: a critical review. *Front Psychiatry.* 2019;10(878) (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00878>).

* Accessed 2 December 2024.

25. Pellicer-Espinosa I, Díaz-Orueta U. Cognitive screening instruments for older adults with low educational and literacy levels: a systematic review. *J Appl Gerontol*. 2022; 41(4):1222-1231 (<https://doi.org/10.1177/07334648211056230>).
26. Reisinger M, Reininghaus EZ, De Biasi J, Fellendorf FT, Schoberer D. Delirium-associated medication in people at risk: a systematic update review, meta-analyses, and GRADE profiles. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;147(1):16-42 (<https://doi.org/10.1111/acps.13505>).
27. Veronese N, Honvo G, Thiagarajan JA, Rizzoli R, Cooper C, Bruyère O. Attributes and definitions of locomotor capacity in older people: World Health Organisation (WHO) locomotor capacity working group meeting report. *Aging Clin Exp Res*. 2022;34(3):481-483 (<https://doi.org/10.1007/s40520-022-02080-5>).
28. Promoting physical activity for older people: a toolkit for action. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373332>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
29. Short Physical Performance Battery (SPPB) [website]. National Institute of Aging; 2023 (<https://www.nia.nih.gov/research/labs/leaps/short-physical-performance-battery-sppb>).
30. Vivifrail. Materials for professionals responsible for the prescription of a program of physical exercise [website]. University of Navarra; 2024 (<http://www.vivifrail.com/resources>).
31. 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 (<https://doi.org/10.1111/jgs.13702>).
32. Chiarotto A, Maxwell LJ, Ostelo RW, Boers M, Tugwell P, Terwee CB. Measurement properties of Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, and Pain Severity Subscale of the Brief Pain Inventory in patients with low back pain: a systematic review. *J Pain*. 2019;20(3):245-263 (<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.07.009>).
33. painHEALTH Pain Management [website]. East Perth: Department of Health, Western Australia; 2024 (<https://painhealth.csse.uwa.edu.au/pain-management/>).
34. Sanses TV, Kudish B, Guralnik JM. The relationship between urinary incontinence, mobility limitations, and disability in older women. *Curr Geriatr Rep*. 2017;6(2):74-80 (<https://doi.org/10.1007/s13670-017-0202-4>).
35. Bautmans I, Knoop V, Thiagarajan JA, Maier AB, Beard JR, Freiburger E et al. WHO working definition of vitality capacity for healthy longevity monitoring. Personal view. *Lancet Healthy Longev*. 2022;3(11):E789-E796 ([https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00200-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00200-8)).
36. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019;38(1):10-47 (<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>).
37. Parkinson E, Hooper L, Fynn J, Wilsher SH, Oladosu T, Poland F et al. Low-intake dehydration prevalence in non-hospitalised older adults: systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr*. 2023;42(8):1510-1520 (<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.06.010>).
38. de van der Schueren MAE, Jager-Wittenaar H. Malnutrition risk screening: new insights in a new era. Opinion paper. *Clin Nutr*. 2022;41(10):P2163-2168 (<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.08.007>).
39. Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in older adults – recent advances and remaining challenges. *Nutrients*. 2021;13(8):2764 (<https://doi.org/10.3390/nu13082764>).
40. Tang AM, Chung M, Dong KR, Bahwere P, Bose K, Chakraborty R et al. Determining a global mid-upper arm circumference cut-off to assess underweight in adults (men and non-pregnant women). *Public Health Nutr*. 2020;23(17):3104-3113 (<https://doi.org/10.1017/S1368980020000397>).
41. Goswami AK, Kalaivani M, Gupta SK, Nongkynrih B, Pandav CS. Usefulness of mid-upper arm circumference in assessment of nutritional status of elderly persons in urban India. *Int J Med Public Health*. 2018;8(1):34-37 (<https://pdfs.semanticscholar.org/0ceb/7bca7a43da3b664d85cf396446d112cedc3d.pdf>).
42. Dawed A, Mekonnen TS, Genetu M, Tadesse SE, Dewau R, Muche A et al. Comparing the validity of anthropometric measurements in identifying malnutrition status of older age people in Borena district, North Central Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2022;22:776 (<https://doi.org/10.1186/s12877-022-03467-9>).
43. International Classification of Diseases 11th Revision [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://icd.who.int/en>).
44. Hooper L, Abdelhamid A, Attreed NJ, Campbell WW, Channell AM, Chassagne P et al. Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;4:CD009647 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009647.pub2>).
45. Malenfant JH, Batsis JA. Obesity in the geriatric population – a global health perspective. *J Glob Health Rep*. 2019;3:e2019045 (<https://doi.org/10.29392/joghr.3.e2019045>).
46. van Wijngaarden JP, Wojzischke J, van den Berg C, Cetinyurek-Yavuz A, Diekmann R, Luiking YC et al. Effects of nutritional interventions on nutritional and functional outcomes in geriatric rehabilitation patients: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(9):1207-1215.e9 (<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.04.012>).
47. Khor PY, Vearring RM, Charlton KE. The effectiveness of nutrition interventions in improving frailty and its associated constructs related to malnutrition and functional decline among community-dwelling older adults: a systematic review. *J Hum Nutr Diet*. 2022;35(3):566-582 (<https://doi.org/10.1111/jhn.12943>).
48. Gaddey HL, Holder KK. Unintentional weight loss in older adults. *Am Fam Physician*. 2021;104(1):34-40 (<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0700/p34.html>).

49. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/364538>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
50. Vision and eye screening implementation handbook. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375590>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
51. World report on vision. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/328717>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
52. Dawes P, Völter C. Do hearing loss interventions prevent dementia? *Z Gerontol Geriatr.* 2023;56(4):261-268 (<https://doi.org/10.1007/s00391-023-02178-z>).
53. World report on hearing. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/339913>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
54. Rizk HG, Lee JA, Liu YF, Endriukaitis L, Isaac JL, Bullington WM. Drug-induced ototoxicity: a comprehensive review and reference guide. *Pharmacotherapy.* 2020;40(12):1265-1275 (<https://doi.org/10.1002/phar.2478>).
55. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/343206>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
56. WHO Evidence and gap maps for the UN Decade of Healthy Ageing [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing/evidence-gap-map>).
57. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating intervention for elder abuse and neglect in the emergency department. *Clin Geriatr Med.* 2018;34(3):435-451 (<https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.04.007>).
58. 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 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)).
59. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341337>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
60. Yip SO, Dick MA, McPencow AM, Martin DK, Ciarleglio MM, Erekson EA. The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(2):146.e1-7 (<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.11.010>).
61. Chen X, Jiang S, Yao Y. Association between obesity and urinary incontinence in older adults from multiple nationwide longitudinal cohorts. *Commun Med.* 2023;3(142) (<https://doi.org/10.1038/s43856-023-00367-w>).

書 誌

The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Malnutrition Universal Screening Tool [website]. 2003 (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf).

Continence Product Advisor [website]. 2024 (<https://www.continenceproductadvisor.org>).

De Looze C, Feeney J, Seeher KM, Thiagarajan JA, Diaz T, Kenny RA. Assessing cognitive function in longitudinal studies of ageing worldwide: some practical considerations. *Age Ageing*. 2023;52(4):iv13-iv25 (<https://doi.org/10.1093/ageing/afad122>).

Dementia & Alzheimer's Australia Ltd. Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) [website]. 2004 (<https://www.dementia.org.au/professionals/assessment-and-diagnosis-dementia/rowland-universal-dementia-assessment-scale-rudas>).

Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care. General practitioner assessment of cognition (GPCOG) [website]. 2016 (<https://gpcog.com.au/index/downloads>).

Department of Health and Social Security. Improving care for people with long term conditions: personalised care planning, an 'at a glance' guide for healthcare professionals. United Kingdom Government [website]. 2010 (<https://www.gov.uk/government/publications/improving-care-for-people-withlong-term-conditions-at-a-glance-information-sheets-forhealthcare-professionals>).

Dutta C, Pasha K, Paul S, Abbas MS, Nassar ST, Tasha T et al. Urinary tract infection induced delirium in elderly patients: a systematic review. *Cureus*. 2022;14(12):e32321 (<https://doi.org/10.7759/cureus.32321>).

Eammons-Bell S, Johnson C, Roth G. Prevalence, incidence and survival of heart failure: a systematic review. *Heart*. 2022. 108(17):1351-1360 (<https://doi.org/10.1136/heartjnl-2021-320131>).

Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010;341:c5146 (<https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>).

Food and Agriculture Organization. International Network of Food Data Systems. FAO/INFOODS Food Composition Databases [website]. 2024 (<https://www.fao.org/infoods/infoods/tables-and-databases/faoinfoods-databases/en/>).

Forman DE, Maurer MS, Boyd C, Brindis R, Salive ME, McFarland Horne F. Multimorbidity in older adults with cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):2149-2161 (<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.03.022>).

Government of BritishColumbia, Canada, Patient Health Questionnaire (PHQ9) [website] 2024 (https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/depression_patient_health_questionnaire.pdf).

Hopkins S, Gajagowni S, Qadeer Y, Wang Z, Virani SS, Meurman JH. Oral health and cardiovascular disease. Review. *Am J Med*. 2024;137(4):304-307 (<http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.11.022>).

Huang W, Zhu W, Chen H, Li F, Huang J, Zhou Y et al. Longitudinal association between depressive symptoms and cognitive decline among middle-aged and elderly population. *J Affect Disord*. 2022;303:18-23 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.107>).

International Urogynecological Association. Pelvic floor exercises [website]. No date (https://www.yourpelvicfloor.org/media/Pelvic_Floor_Exercises_RV2-1.pdf).

Jeyasingam N, McLean L, Mitchell L, Wand APF. Attitudes to ageing amongst health care professionals: a qualitative systematic review. *Eur Geriatr Med*. 2023; 14(5): 889-908 (<https://doi.org/10.1007/s41999-023-00841-7>).

Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31(12):721-7 (<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x>).

Kawahara T, Ito H, Yao M, Uemura H. Impact of smoking habit on overactive bladder symptoms and incontinence in women. *Int J Urol*. 2020;27(12):1078-1086 (<https://doi.org/10.1111/iju.14357>).

Kwok M, McGeorge S, Mayer-Coverdale J, Graves B, Paterson DL, Harris PNA et al. Guideline of guidelines: management of recurrent urinary tract infections in women. *BJU Int*. 2022;130 (Suppl 3):11-22 (<https://doi.org/10.1111/bju.15756>).

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86 (https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179).

Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*. 2014;43(1):116-128 (<https://doi.org/10.1093/ije/dyt215>).

Mini Cog © Mini Cog Quick screening for early dementia detection [website]. 2024 (<https://mini-cog.com/download-the-mini-cog-instrument/>).

MoCA Test Inc. MoCA Cognition test [website]. 2024 (<https://mocacognition.com/paper/>).

Muchna A, Najafi B, Wendel CS, Schwenk M, Armstrong DG, Mohler J. Foot problems in older adults associations with incident falls, frailty syndrome, and sensor-derived gait, balance, and physical activity measures. *JAPMA*. 2018;108(2) (<http://doi.org/10.7547/15-186>).

Musa IR, Omar SM, Adam I. Mid-upper arm circumference as a substitute for body mass index in the assessment of nutritional status among adults in eastern Sudan. *BMC Public Health*. 2022;22:2056 (<https://doi.org/10.1186/s12889-022-14536-4>).

National Institute of Aging. What's on your plate? Smart food choices for healthy aging. Bethesda: US Department of Health and Human Services; 2022 (<https://order.nia.nih.gov/publication/whats-on-your-plate>).

Older adult nutrition screening. Screen 14 Seniors in the community risk evaluation for eating and nutrition questionnaire [website]. 2024 (<https://olderadultnutritionscreening.com/screen-tools/>).

PAR Inc. Mini-Mental State Examination [website]. 2024 (<https://www.parinc.com/products/MMSE>).

Perini G, Cotta Ramusino M, Sinforiani E, Bernini S, Petrachi R, Costa A. Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;15:1249-1258 (<http://doi.org/10.2147/NDT.S199746>).

Ungar A, Cherubini A, Fratiglioni L, De La Fuente-Núñez V, Fried L, Krasovitsky MS et al. Carta of Florence against ageism. No place for ageism in health care. *Eur Geriatr Med*. 2024;15(2):285-290 (<https://doi.org/10.1007/s41999-024-00938-7>).

United Nations. Sustainable Development Goals [website]. 2024 (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/>).

Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S et al. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999;15 (2):116-122 ([https://doi.org/10.1016/S0899-9007\(98\)00171-3](https://doi.org/10.1016/S0899-9007(98)00171-3)).

Wijnhovena H, Schilpa J, van Bokhorst-de van der Schuerenb M, de Vet H, Kruizengaa H, Deeg D et al. Development and validation of criteria for determining undernutrition in community-dwelling older men and women: The Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+. *Clin Nutr*. 2012;31(3):351-358 (<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2011.10.013>).

World Health Organization. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/328123>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. 2007 (<https://iris.who.int/handle/10665/43755>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Human Rights [website]. 2023 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>).

World Health Organization. Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategyto-leave-no-one-behind>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Musculoskeletal health [website]. 2022 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>).

World Health Organization. Quick guide to avoid ageism in communication. 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/quick-guide-to-avoid-ageism-in-communication>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Social isolation and loneliness. [website] 2024 (<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>)

World Health Organization. WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing 2023 meeting report, 5–7 December 2023. 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/378710>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. World Osteoporosis Day. Simple ways to prevent osteoporosis [website]. WHO Western Pacific Region; 2019 (<https://www.who.int/westernpacific/articles/item/simple-ways-to-prevent-osteoporosis>).

Yan F, Xiao LD, Zhou K, Li Z, Tang S. Perceptions and helpseeking behaviours among community-dwelling older people with urinary incontinence: a systematic integrative review. 2022;78(6):1574-1587 (<https://doi.org/10.1111/jan.15183>).

付録：簡易ケアプランの例

これは、ケアマネジャーやケアコーディネーターが高齢者と共有できる簡易なケアプランの例である。
完全な病歴を記録したり、医療記録として機能することを意図したものではない。

日付：年／月／日 場所：×××プライマリケアクリニック

個人情報

生年月日（年齢）：（75） 性別：男性 ID：×××

本人中心の目標

（短期）来月、孫娘の学校のサッカーの試合に参加したい。そのためには、学校まで歩いて行けるようにしたい。

（長期的に）来年も教会まで歩いて行ける状態を維持したい。これは次第に難しくなっている。

評価概要

本質的な能力

- ― 膝痛による移動制限
- ― 危険徴候を伴わない中程度の難聴

疾患と危険因子

- ― コントロールされている高血圧および高脂血症
- ― 変形性膝関節症

社会環境・物理的環境

エレベーターのない3階で妻と二人暮らし。息子夫婦と孫は地元に住んでおり、週1回は訪問している。

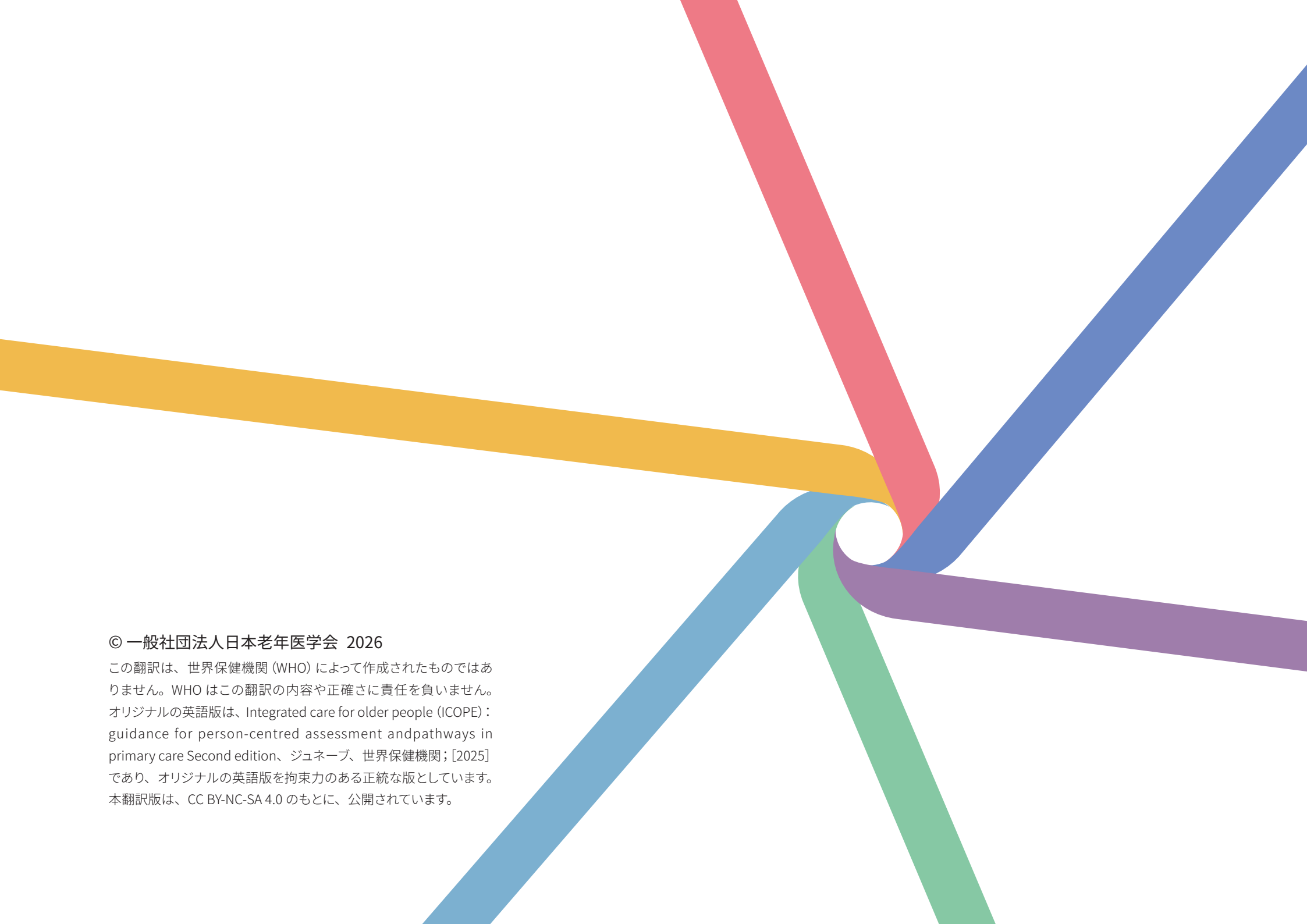
教会のグループや友人とコーヒーを飲むなど、定期的に地域の活動に参加しているが、最近では運動能力の制限から参加する機会が減り始めている。また、周囲が騒がしいと会話についていけないこともある。

提案され合意された介入

介入の提案	高齢者の同意	行動
リハビリテーションサービスへの紹介を伴う複合運動プログラム	はい	リハビリサービスの予約を取るための紹介状を準備中
聴覚ケアへの紹介	はい	紹介状を作成中 ヒアリングケアの予約
痛みの評価と管理	いいえ	疼痛評価のための紹介を拒否。痛みを感じたときと痛みの強さ（0～10）を記録するよう助言
疾患（高血圧、高脂血症）の継続管理	はい	自宅で血圧測定を続ける 処方された薬を服用し、次の血液検査は2ヶ月後
たんぱく質摂取量を増やすための食事アドバイス	いいえ	たんぱく質の摂取量は増やしたくないと述べた。地元で手に入るたんぱく質の豊富な食品を食べるように勧めた
自宅での転倒リスクの評価	いいえ	家庭と家庭の周囲を安全にする方法について助言する
介護者の評価（妻の）ニーズ	はい	介護者（妻）との評価が予定されている
移動補助具	はい	リハビリテーションサービスの予約を取るための紹介状を作成する

査定者名：×××

次回予約推奨日：年／月／日



© 一般社団法人日本老年医学会 2026

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 Second edition、ジュネーブ、世界保健機関；[2025] 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 4.0 のもとに、公開されています。