

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

令和元年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）
「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業」（実施主体：株式会社 日本総合研究所）

ケアマネジメントにおける アセスメント/モニタリング標準化 「誤嚥性肺炎の予防」のためのケア 【検討案】

令和2年3月31日

株式会社 日本総合研究所

※本資料の内容は継続検討中であり、完成版ではありません。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

目次

.....	1
第1章 本検討案作成の目的と活用方法	1
1. 本検討案作成の目的と適用範囲	1
(1)背景	1
(2)目的	1
(3)標準化の考え方	2
(4)適用範囲	2
2. 本検討案及び添付様式の活用方法と留意点	3
(1)活用方法	3
(介護支援専門員による活用)	3
(指導担当者による活用)	3
(地域包括支援センターにおける活用)	3
(保険者(自治体)における活用)	4
(2)留意点	4
(本人の生活を総合的に捉え、個別化することが必要)	4
(多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する)	4
(入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する)	4
3. 疾患別ケアマネジメントの構成に関する説明と活用方法	6
第2章 基本ケア	7
1. 病状・病態予測と予防の重要性	7
1-1 食事と栄養	7
1-1-1 健康を維持するための栄養の確保と指導	7
1-1-2 食事の状態の確認	9
1-2 嚥下	11
1-2-1 食事するための環境の確保	11
1-2-2 食形態の工夫	12
1-2-3 生活リズムを整える	13
1-3 口腔ケア	15
1-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保	15
1-3-2 口腔ケアの援助	15
1-3-3 口腔乾燥の防止	16
1-4 服薬管理の支援	18
1-4-1 服薬支援	18
2. 家庭や地域での役割を見出す	20
2-1 身体機能の維持・向上	20
2-1-1 自宅での活動の確保	20
2-1-2 外出の機会の確保	21
2-2 排泄	23
2-2-1 排泄に関わる本人の状態を確認する	23

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

2-2-2 排泄環境を確保する	25
2-3 コミュニケーション	27
2-3-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定	27
2-3-2 コミュニケーション方法の再構築.....	28
3. 生活の場における安全管理	30
3-1 身体機能の低下を防ぐ.....	30
3-1-1 転倒・骨折予防	30
3-1-2 廃用予防	31
3-2 嚥下	34
3-2-1 食事するための環境の確保	34
3-2-2 食形態の工夫	35
3-3 口腔ケア	37
3-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保.....	37
3-3-2 口腔ケアの援助.....	37
3-3-3 口腔乾燥の防止	38
3-4 感染予防.....	40
3-4-1 清潔ケア	40
3-4-2 感染症の予防	42
3-4-3 感染症の早期発見と治療	44
4. 家族支援	46
4-1 家族の受容に対する支援	46
4-1-1 家族の知識、技術の習得の支援.....	46
4-1-2 家族の生活ペースの再設計.....	47
4-1-3 精神的サポート	48
4-2 摂食動作・認知障害	51
4-2-1 理解.....	51
4-2-2 支援.....	51
4-3 排泄	52
4-3-1 状態の把握	52
4-3-2 支援.....	52
4-4 コミュニケーション	54
4-4-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定	54
4-4-2 コミュニケーション方法の再構築.....	55
第3章 誤嚥性肺炎の予防と対策	57
1. 誤嚥性肺炎の予防と対策に関する基本的理解	57
(1) 誤嚥性肺炎の特徴.....	57
(2) 誤嚥性肺炎の予防において留意すべきこと.....	57
(3) 誤嚥性肺炎の治療後の対策において留意すべきこと	58
2. 誤嚥性肺炎の予防のための取り組みの実務	60
誤嚥性肺炎の予防【検討案】.....	61
0. 誤嚥性肺炎予防の必要性の理解	61

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

0-1 誤嚥性肺炎予防の必要性の理解	61
0-1-1 必要性の理解	61
1. リスクの(再)評価	62
1-1 リスクの評価	62
1-1-1 誤嚥リスクの評価に資する情報の収集	62
1-1-2 誤嚥による肺炎のリスクの把握	64
2. 日常的な発症及び再発の予防	66
2-1 摂食嚥下機能の支援	66
2-1-1 摂食嚥下機能の改善・維持	66
2-1-2 摂食嚥下に関わる機能の活発化	68
2-2 リスクを小さくする支援	69
2-2-1 嚥下トラブルなく食事をとることの支援	69
2-2-2 フレイル予防のために必要な栄養の確保	71
2-2-3 口腔ケアの実施	72
3. 再評価	74
3-1 リスクの再評価	74
3-1-1 リスクの再評価	74
4. 変化を把握したときの対応体制の構築	75
4-1 変化を把握したときの対応体制の構築	75
4-1-1 変化を把握したときの対応体制の構築	75
第4章 多職種連携の重要性	78
1. 多職種連携の重要性	78
(1)入院・入所時の多職種連携	78
(2)かかりつけ歯科医との連携	78
(3)かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携	79
2. かかりつけ医との連携の重要性	80
巻末資料	3

第1章 本検討案作成の目的と活用方法

1. 本検討案作成の目的と適用範囲

(1)背景

- ・ 全国の各地域において、2025年を目標に地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが進んでいる。ケアマネジメントは地域包括ケアシステムを構成する様々な要素をつなぎ、高齢者ができる限り住み慣れた地域において暮らし続けられるよう支援するための重要な機能である。
- ・ 一方で、地域における高齢者の生活のありようが多様化し、ケアマネジメントにおいて取り扱うべき社会資源の範囲も広がっている。その結果、介護支援専門員はこれまで以上に多くの情報を収集・分析し、ケアマネジメントを推進していく必要に迫られている。
- ・ こうした状況において、今後は、介護支援専門員が一人ですべての情報の収集・分析を担うのではなく、これまで以上に多職種間での連携を進め、高齢者一人ひとりの生活や意欲を汲んだ、本人の状態の維持・改善に向けた支援が求められている。
- ・ 具体的には、各地域における包括的・継続的ケアマネジメント支援として、保険者（自治体）や地域包括支援センターによる介護支援専門員向けの相談対応や研修の実施、地域ケア会議の開催等の取り組みが行われている。
- ・ 加えて、政府においても、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）において、自立支援と介護の重度化防止を推進するため「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととされた。

(2)目的

- ・ 本調査研究は、自立支援に資する適切なケアマネジメントを推進し、ケアマネジメントの質の向上と多職種連携の推進を目指して実施するものである。
- ・ 適切なケアマネジメント手法として、ケアマネジメントプロセスの中でもアセスメント過程に着目し、利用者の状態に合わせて可能性を想起すべき支援内容の仮説を体系的に整理し、各事例において具体的にどの程度、どのような支援が必要かを判断するためのアセスメント項目を、要介護認定の原因疾患として多い疾患群別にとりまとめた。
- ・ 本調査研究はあくまでもアセスメントにおいて介護支援専門員が仮説として想定すべき共通的な支援内容を整理したものであり、ケアプランの画一化を目的とするものではない。ケアプランはあくまでも、その人・家族の生活を尊重し、その強みを活かして個別的に作成すべきである。
- ・ なお、平成28年度以降の検討を経て整理した適切なケアマネジメント手法について、多くの介護支援専門員向けに普及するための研修プログラムの開発も本事業の目的の一つとした。
- ・ こうした整理により、介護支援専門員に対し必要な知識を付与することで、既に実施しているケアマネジメントプロセスにおいて、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用できる。また、効果的なアセスメントを可能にし、サービス担当者会議の機能を高め、結果として、現在の生活課題の把握及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担や協働の推進、ひいてはケアマネジメントの質の向上を図ろうとするものである。
- ・ なお、行われるべき支援として想定される支援内容の中には、基礎疾患の種類にもよるが、必然的に医療によるケアを必要とするものが多く含まれる。療養に係る判断や利用者の状態が悪化したときの対応等は、当然、まず「医療につなぐこと」が重要であることは言うまでもない。ただし、そうした連携を円滑に行うことができるようにするた

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

めにも、介護支援専門員が医療によるケアが必要な場面について基礎的な知識を持つておくことが求められる。ケアマネジメントの標準化により、介護支援専門員が医療との関わりについて理解しやすくなることを企図する。

(3)標準化の考え方

- ・ 前項(2)に挙げたとおりとおり、本検討案は、介護支援専門員が作成するケアプランの内容に際して、ケアマネジメント段階で想定する支援内容に関するばらつき(思い描く仮説の違い)を縮小させることを目的としている。
- ・ この目的のために要介護状態となった原因疾患と状態(退院後から在宅での生活が安定するまでの期間)に着目し、同じ原因疾患や状態に対して必要性が想定される支援内容のパターンを「標準的な支援内容」として整理した。つまり、利用者の基本的な状態ごとの支援内容の「仮説」を定めたものである。これが、本検討案における標準化の考え方である。
- ・ なお、本検討案で標準として整理した支援内容はあくまでも「仮説」であって、利用者の一人ひとりに対し、その心身の状況や生活の状態に応じて、その人にとって必要な支援内容は異なる。つまり、本検討案で示しているのは想定される支援内容であって、この標準を出発点として、アセスメントの結果を踏まえた個別化(その人のニーズに応じた個別的なケアプラン案の作成)が必要なことはいうまでもない。

(4)適用範囲

- ・ 本年度の検討では、対象となる高齢者の数が多く、入院のリスクあるいは重症化した場合の死亡リスクが高いという観点から「誤嚥性肺炎の予防」を選んで検討を行った。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防は、医療的なアプローチだけではなく、日常的な生活や健康管理、セルフケアの領域における対応が重要である。入院時の管理された環境とは異なり、在宅での生活においてはすべてのリスクを取り除くことはできない。そのため、その人の普段の様子や生活の状況を把握し、普段の元気なときと比べて何か変化が見受けられた場合には、迅速に医療につないでいくことが必要である。
- ・ 本人の様子や状況の変化に、介護支援専門員をはじめとした周囲の人が気づき、適切なタイミングで医療につないでいくことができる体制の構築は、まさにケアマネジメントが果たすべき役割である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

2. 本検討案及び添付様式の活用方法と留意点

- ・ 本検討案は、介護支援専門員あるいは介護支援専門員の指導を担当する者、地域包括支援センター、保険者(自治体)が利用することを想定している。具体的に想定している活用方法・活用場面は以下のとおり。

(1)活用方法

(介護支援専門員による活用)

- ・ 目的に示したとおり、本検討案は介護支援専門員の資質向上を目的として整理したものであるため、まずは日々のケアマネジメントの実践において介護支援専門員に検討案を活用していただきたい。具体的には、本検討案が想定した状態の本人を担当することとなったときに、(再)アセスメントあるいはケアプラン原案の作成の段階で、本検討案を参考に支援内容の必要性を検討していただきたい。
- ・ 本検討案に記載したような内容が暗黙知として身につけている経験豊富な介護支援専門員の場合は、担当する都度、毎回参照する必要はなく、数ヶ月に一度程度、自らのケアマネジメント実践を振り返る機会に参照するような活用方法が考えられる。
- ・ 一方、初任段階の介護支援専門員においては、(再)アセスメントやケアプラン原案の作成段階において持つべき視点、必要な支援についての仮説を想起できないといった課題もある。こうした場合には、該当する事例を担当する都度に、本検討案の添付一覧表をチェックリストのような形で活用して、情報の収集・分析、検討の視点に抜け漏れがないようにするといった活用方法も有効であろう。

(指導担当者による活用)

- ・ 介護支援専門員の成長は座学によってのみ成されるものではなく、実践を通じた学びによって知識・技術あるいは考え方・姿勢が積み重ねられていくものである。したがって、事業所や地域において初任段階の介護支援専門員の指導・支援を担う指導者においては、初任段階の介護支援専門員の「実践を通じた学びの支援(OJT)」を重要視する必要がある。
- ・ 限られた業務時間の中でOJTを効果的なものとするためには、初任段階の介護支援専門員が「何を分らないでいるのか」「何につまずいているのか」を把握し、適切な助言や支援を提供することが重要だが、初任段階の者が「何が分らないか分らない」ことも多く、それがOJTを難しくしている一因でもある。
- ・ そこで、初任段階の者が担当する事例について、事業所での指導あるいは同行訪問等の指導の場面において、前述したように本検討案の添付一覧表を情報の収集・分析、検討の視点のチェックリストとして活用し、初任段階の者のつまずきを明らかにしたうえで指導・支援を行うような活用方法が有効だと考えられる。

(地域包括支援センターにおける活用)

- ・ 後述する留意点でも示すとおり、本検討案で整理した内容を検討するには、介護支援専門員が一人ですべての情報収集や分析を行うのではなく、他の職種との協働による情報収集や検討が必要である。
- ・ したがって、地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援において、介護支援専門員に対する多職種間での情報共有や多職種からの助言等の取り組みが重要になる。具体的には介護支援専門員向けの相談支援や研修、地域ケア会議等の場面において、介護支援専門員及び多職種の間で情報収集や検討の視点を共有するための参考として、本検討案を活用する方法が考えられる。

(保険者（自治体）における活用)

- ・ これからの地域包括ケアシステムの構築に向けたケアマネジメントの支援において、保険者（自治体）が担うべき最も重要な役割の一つに、個別支援や地域全体の定量的データに基づいて、高齢者の生活を支えていくうえで必要な社会資源の整備があると言える。
- ・ 本検討案は、疾患に着目し、退院後の高齢者に提供する必要性が考えられる支援内容を整理したものである。つまり、本検討案を個別支援に適用した検討を重ねたうえで、地域ケア会議等を通じて、地域に不足していると考えられる支援については、それに対応する社会資源の整備に向けた保険者（自治体）における検討に活用するといった方法が考えられる。

(2)留意点

(本人の生活を総合的に捉え、個別化することが必要)

- ・ 本検討案は、各疾患を持つ方について、ケアプランに盛り込みうる可能性のある支援内容を整理したものである。
- ・ 先行する論文等のエビデンス及び現場におけるケアマネジメント実践に基づいて「基本（標準）的に必要と考えられる」支援内容を整理したものであり、すべての支援内容がすべての方に必要というものではない。
- ・ あくまでも疾患の療養の側面から必要と考えられる内容を整理したものであるため、高齢者の生活支援や健康管理全般に共通する支援の必要性については、この検討案とは別に確認する必要がある。また、支援の内容についても、あくまでも一般的に考えられるものを整理し記載しているため、本人の生活状況、地域の特性等を総合的に捉えて、「個別化」の視点に立ったケアプランの作成が必要であることは言うまでもない。例えば、健康状態の確認を実施する場合にも、ケアプランに落とし込む段階では、介護保険サービスの中での実施だけでなく、同居する家族等が確認する、インフォーマル資源を活用する、自費サービスを活用する等、地域資源や本人の生活の状況や生活の意向に応じた検討及び本人との合意が必要である。
- ・ さらに、要介護者本人だけでなく、世帯・家族の支援という観点に立てば、本人と家族との関係性や介護に関わる家族の負担にも配慮する必要があることは言うまでもない。特に、本人の地域での生活を支えていくうえでの家族の協力を得る視点と、家族の負担を軽減する視点については、両者のバランスにも配慮していく必要があることにも注意が必要である。

(多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する)

- ・ 本検討案に挙げた支援の必要性を判断するための情報は、すべて介護支援専門員が一人で集めるのではなく、他の職種との連携によって収集することが必要である。また、支援の必要性の判断においても、療養に関わる点も含まれることから、すべて介護支援専門員が一人で判断するのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめ適切な職種の判断を仰ぐようにすることも留意が必要である。
- ・ 一方、他の職種における判断を円滑にするには、介護支援専門員から他の職種への情報提供も必要である。その際、どのような支援の必要性の判断のための情報共有なのかを見定めて、必要な情報をわかりやすく共有し、各職種の判断・意見を把握するよう留意する。

(入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する)

- ・ 本検討案では、多くの高齢者にとって発症のリスクのある「誤嚥性肺炎」の予防のためのケアについてとりまとめた。

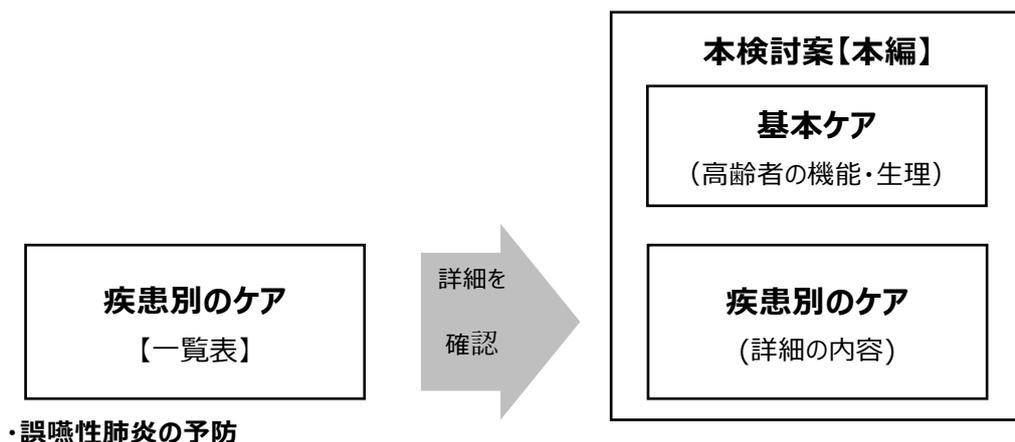
本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

誤嚥性肺炎の予防においては、在宅におけるその人の普段の生活からの変化に気づくことが重要となる。そのため、これまでと自分を取り巻く環境が大きく変わるタイミング(退院により在宅生活を開始するタイミングなど)においては、リスクを評価し、必要な可能性のあるケアが十分に検討されることが望ましい。

- ・ なお、こうした取り組みに付随する効果として、入院中から在宅での生活へと移行するにあたり、医療、リハビリテーション、介護をはじめ、生活支援サービスや福祉サービスを含め、切れ目のないケアが包括的に提供されるような体制を整えることにより、できる限り早期に生活を安定させ、自らできることを増やすような取り組みへと進んでいくことが期待される。
- ・ また、同居する家族がいる場合、退院直後は家族にとってもどのように介護に携わり、生活を支えていけば良いかわからず、大きな不安を抱えることもある。こうした同居家族の不安を軽減するためにも、退院後から在宅へと移行する際に、切れ目のないケアが提供される体制を整えることが重要となる。
- ・ 一方、高齢者の多くは複数の疾患を有しているため、入退院を繰り返す場合も多い。こうしたときに、それまでの在宅における生活の状況を入院先あるいは入所先に情報共有し、その人にとっての生活の目標や、必要とされるケアの内容等を伝達することも、切れ目のないケアが提供される体制整備の点で重要である。

3. 疾患別ケアマネジメントの構成に関する説明と活用方法

- ・ 本検討案は、基本ケアと疾患別のケア(誤嚥性肺炎の予防)で構成される。
- ・ 基本ケアは、高齢者の機能と整理を踏まえ、その高齢者が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について整理している。



- ・ 一方、疾患別のケアは、想定する状態の対象者(誤嚥性肺炎の予防が必要な方)に、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について整理している。
- ・ 個別支援事例において本検討案を活用する際は、「疾患別」の内容に加えて「基本ケア」の内容も併せて参照し、情報共有や検討の視点の参考として頂きたい。疾患別のケアに掲載しているのはあくまでも疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容であるので、「基本ケア」に掲載しているような、高齢者の機能と生理に基づく、高齢者全般に共通する視点や支援内容を見落とさないよう、ご留意頂きたい。
- ・ なお、本検討案は、本編に掲載している内容を一覧して参照できるようにした添付の一覧表(簡易版)で構成されている。ケアマネジメント実践の場面においては、まずは一覧表(簡易版)を参照して、視点や必要性が想定される支援内容を参照し、その詳細について確認する必要があるれば本編の該当箇所を閲覧するといった活用方法が考えられる。
- ・ 本検討案においては、想定される支援内容を網羅的に記載しており、解説は重複する部分があることについてご留意いただきたい。

第2章 基本ケア

1. 病状・病態予測と予防の重要性

1-1 食事と栄養

1-1-1 健康を維持するための栄養の確保と指導

(i) 十分な栄養が確保される環境を整える

実施内容

本人や家族の日常の食生活を把握して、必要な栄養を補うことができているか確認する。

食事で十分に栄養を確保できていないことがわかった場合、主食、主菜、副菜、汁物を1日3回、定期的にバランスよく摂取するように、栄養指導する。原則として、食事をしっかりとって栄養を確保することが重要だが、必要に応じて、栄養補助剤を併用することで十分な栄養が補給されるように環境を整える。

必要性

食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要である。栄養改善は、疾患の予防、悪化防止、リハビリを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族の日常の食事に対する意識や食生活の内容
- 本人の身体(身長、体重、性別、疾患)
- 本人の食の好み

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 生活習慣病の起因となる食生活が行われていないか確認して、必要に応じて食

生活の改善を指導する

実施内容

疾患の基礎となる生活習慣病に悪影響を及ぼす食事がなされている場合がある。本人や家族の疾病に対する理解をうながす環境を整える。生活習慣病の起因となる食生活とは、塩分や脂質の摂取過多はもちろんのこと、便秘を生じている場合には食生活のリズムの確認や食事内容の確認を含む。

高齢者の場合、食べる意欲を維持し、豊かな食生活を実現するために、必要以上の制限が行われないように留意する。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

必要性

食事は心身の健康を維持するために重要な要素である。生活習慣病の起因となる食生活が行われている場合もあることから、食生活について確認して改善を指導することが必要となる。便秘を生じている場合には、食生活のリズムの確認や食事内容の確認を含む。便秘は排便の際にいきむことで、血圧の上昇を招いて脳血管疾患につながる可能性があるためである。

栄養過多は肥満につながる場合もある。肥満は腰やひざ、足への負担が大きいほか、動くことが億劫になると、身体活動量が低下して廃用につながる可能性もある。そのため、エネルギー摂取と消費のバランスを考えた食事にも留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の疾患
- 本人や家族の疾病に対する理解
- 本人・家族の日常の食生活の内容
- 本人の身体(身長、体重、性別、疾患)
- 本人の食の好みや生活歴
- 便秘の有無(便秘がある場合、食生活のリズムや食事の内容の見直し、日常生活における運動の取り入れを検討)

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

(iii)適切な水分補給を支援する

実施内容

食事と飲料によって摂取する水分量と、排泄や発汗によって失われる水分量を把握する。失われる水分を補うだけの水分を補給できるように、水分の摂取をうながす環境を整える。

血圧降下剤等、利尿作用がある薬を服用して排尿が多くなるケースもあり、服薬状況にも留意が必要である。

必要性

高齢者は代謝機能の変化によって、水や電解質のバランスを保つ調整能力の低下や、細胞内の水分量の低下がみられる。そのため、高齢者は水分のバランスを崩して脱水状態を起こしやすい状態にある。一方で、排尿回数を減らすために、水分を控える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れる等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の身体(身長、体重、性別、疾患)
- 本人が必要とする水分量の予測
- 居室等の環境で、失われる水分量の予測
- 排泄の状態の確認(頻尿や水溶便等で水分の排出、摂取に影響が出ていないか)
- 食事から摂取する水分量と、飲料として補給する水分の量(推計)

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

1-1-2 食事の状態の確認

(i) 本人の様子を観察して、食欲が普段とおりあるかを確認できる環境を整える

実施内容

体重の増減や BMI 値を使って栄養状態を把握する。食欲の有無について本人や家族に確認をして、食欲がない場合には、起因を探るため、1日の行動をたずねたり、体調の変化の有無と、変化が起きたとき、食欲がないとき、気になるエピソード等を聞きだす等して、状況を把握する。

介護支援専門員による定期的なアセスメントが求められるが、専門職と連携して普段の状態を随時把握できるような環境を整えることも重要である。

必要性

食欲の有無は身体の健康や心の状態を図るうえで重要である。

高齢者の身体の異常や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにする。咀嚼、嚥下力の低下や、薬の副作用で食欲が落ちて、低栄養の状態に陥る場合もあることから、専門職と連携して対応する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 食事の量
- 食事の様子(食べる速度が通常よりもゆっくりである、心配ごとや考え事等普段と異なる様子がみられる等)
 - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 本人が食事を楽しむことができるように支援する

実施内容

食事に集中できる快適な室内環境を整備したり、家族とともに食べる時間を確保したり、食べる喜びを引き出すような使い慣れた食器を使う等の工夫が期待される。

本人の好物は、食欲を引き出し、摂食・嚥下を促進することが知られることから、食事内容に定期的に組み込むように支援する。

必要性

食事は栄養を補給するだけでなく、より豊かに生きるために必要な行為でもある。本人が食事を楽しむことができるような支援が求められる。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 食事をする場所の環境
- 家族の生活リズム(本人と食事の時間を共にできるか)
- 食事の時間の確保
- 使い慣れた食器や食べやすい補助器具等の利用
- 本人の食の好み

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

1-2 嚥下

1-2-1 食事するための環境の確保

(i) 食事中に適切な食事の姿勢が確保されるように支援する

実施内容

食卓の机の高さや椅子の高さを調整して、適切な食事の姿勢が取れるようにする。高さ調整の方法として、クッションの使用も考えられる。

必要性

食事の姿勢によって、筋疲労が起きることがある。
適切な食事の姿勢を確保することで、誤嚥を防ぐことができる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 食卓の机や椅子の高さ
- 食事の本人の姿勢
- 食事にむせることがないか

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 食事には時間を確保し、本人の嚥下能力に合わせて食事が取れるような環境

を整える

実施内容

食事中は、本人が食事に集中できる環境を確保することが必要で、そのための雰囲気作りや、食事中は不用意に話しかけないようにする等の留意が必要である。

食事に十分な時間が確保できないために、本人の残存能力を無視した過剰な食事介助がなされないように留意する。

必要性

本人の嚥下能力を超えるスピードでの食事は、窒息の起因となる。
少量ずつよく噛んで食べることは、誤嚥を防ぐとともに、消化を助ける。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 食事の際の本人の様子(食事にむせることがないか、飲み込んだときに声がかすれる等の状況がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べものがよくのどに詰まるか)
- 本人の咀嚼能力、咀嚼を含む嚥下能力、認識能力

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無
- 食事をする場所の環境
- 食事の時間の確保
 - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

1-2-2 食形態の工夫

(i) 食事の提供の際には、本人の状態を考慮して、飲み込みやすい食形態を選択する

実施内容

本人や家族の状態を踏まえながら、適切な形態の食事を選択できるように援助する。

必要性

食物の形状や、水分、粘度、温度、酸味・辛味、本人の好み等によって、嚥下のしやすさは変化する。

嚥下障害がある場合には飲み込みやすい食形態を選ぶ必要がある。

本人の咀嚼機能が低下している場合には刻み食を選択する。

家族と別に食事を用意することは、家族の負担を増加させるため、調理方法の工夫や、食材の調達方法を家族に指導することが期待される。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 本人の食の好み
- 食事の用意について(本人・家族の家事能力、市販品での代替の考慮等)
 - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 本人の食べやすい量(一口量)を確認して、食事の援助がなされるような環境を整備する

実施内容及び必要性

本人の咀嚼能力や嚥下能力によって、食べやすい量は異なる。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

一口量よりも多すぎると誤嚥を引き起こしやすく、少なすぎると嚥下反射が起こりにくくなる。本人にとって適切な一口量を探すことが必要である。

嚥下できず、食塊がのどに残留すると、窒息や誤嚥性肺炎のリスクが高まるので、留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 口腔の状態

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

1-2-3 生活リズムを整える

(i) 食事の際に目覚めていられるように睡眠・覚醒リズムを把握して、生活リズムが

整うように環境を整備する

実施内容及び必要性

口から食べるためには、覚醒している状態が必要である。

食事の時間に覚醒した状態となるように、朝の覚醒時刻の見極めが重要となる。

特に認知症を患っている場合には睡眠・覚醒リズムが乱れやすく、また自分で生活リズムを整える事は難しいため、生活リズムを規則正しくする支援が受けられる環境の整備が必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族の生活リズム
- 睡眠の状態
- 朝の覚醒時刻の見極め
- 昼間の刺激(質の高い睡眠の確保)
 - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

(ii) 規則正しい食事が取れるような環境を整備する

実施内容及び必要性

規則正しい生活は、睡眠や排泄のリズムを整えることに役立つ。

食事のリズムは服薬のタイミングにも影響を与えることから、規則正しいリズムで、食事が取れるように環境を整備することは重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族の生活リズム
- 食事の提供方法、提供者について
 - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

相談すべき専門職

看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

1-3 口腔ケア

1-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

(i) 口腔内を観察して、異常を発見した場合には早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える

実施内容

口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか観察する。

異常を発見した場合には、早期に歯科受診や訪問歯科診療が受けられるように環境を整備することが必要である。

必要性

口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。

口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少につながったり、虫歯や誤嚥につながる。

正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。

異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔清掃状態(歯の周囲、舌等)
- 歯、歯肉、舌、口腔粘膜の状態
- 歯肉からの出血の有無
- 口腔内の感覚の異常(過敏、味覚障害等の症状、口内炎や傷等)の有無
- 唾液の状態、貯留の状況の有無(唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある)
- 義歯の汚れや破損の有無
- 食事の際の本人の様子(食欲や食事の仕方に違和感がないか、咀嚼時に痛みを感じていないか)
 - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

1-3-2 口腔ケアの援助

(i) 適切な口腔ケアが行われるような体制を整える

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

実施内容

義歯を装着している場合、義歯の手入れと残歯の手入れが十分に行われるように支援する。
適切な口腔ケアが行われるように、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保する。
本人による口腔ケアが難しい場合、必要に応じて介助が得られる環境を整える。

必要性

適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 口腔ケアの必要性に対する、本人・家族の理解の有無
- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔内の状態
- 義歯の手入れと残歯の手入れの状況
- 歯科医師の受診状況
- 口腔ケアの実施場所（洗面所あるいはベッド上）
- 口腔ケアにより誤嚥を起こさないように、姿勢の確保ができているか
- 口腔ケアの状態、家族による支援の有無
- 食物残渣の有無
- 就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認する。）

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

1-3-3 口腔乾燥の防止

（i）口腔内の乾燥に留意し、専門職によるケアがなされるように体制を整える

実施内容

口腔乾燥を防止するため、口腔内に適切な水分が保たれるように環境を見直す。唾液腺のマッサージや、保湿剤の活用等の口腔乾燥の防止も考えられることから、歯科医師と情報を共有して判断を仰ぐ。

必要性

水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が表れることがある。
口腔乾燥が生じると、肺炎のリスクが高まるほか、本人の不快感や口臭の起因ともなる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 口腔の状態
- 水分摂取状況

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 服薬状況(副作用として水分不足になっていないか)
- 居室の湿度
- 口腔乾燥の状態
 - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

1-4 服薬管理の支援

1-4-1 服薬支援

(i) 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える

実施内容及び必要性

再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。疾患を理解することで、継続的な正しい治療や生活の改善を目指す。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族に対する疾患についての説明の有無
- 本人・家族の疾患に関する理解
- 本人・家族に対する服薬についての説明の有無
- 本人・家族の服薬に関する理解

相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 薬を管理できる支援体制を整える

実施内容及び必要性

指示とおりの服薬が必要である。処方された薬によっては、食事内容の制限や副作用(出血しやすくなる等)についても知っておくことが重要である。服薬状況について、PT//OT//ST、介護職と共有する。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族に対する服薬についての説明の有無
- 本人・家族の服薬に関する理解
- 指示されたとおりに服薬しているか(薬の保管状況、残薬数、薬を服薬する時間帯、食事の時間等)
- 服薬の副作用が発現していないか確認
 - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する
- 服薬状況

相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

(iii) 服薬のうながし(声かけ)と服薬したことの確認ができる体制を整える

実施内容

服薬の状況と家庭の生活状況を考慮して、飲み忘れがないように、本人や家族に対して薬と病気への影響の理解をうながしたり、服薬方法を飲みやすい方法に変更したり、指示とおりの服薬ができるよう飲み忘れを防止する管理方法の導入等を提案する。服薬状況について、PT//OT//ST、介護職と共有する。

必要性

服薬が指示とおり行われるように、専門職と連携して薬の管理がきちんに行われるようにする。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族に対する服薬についての説明の有無
- 本人・家族の服薬に関する理解
- 指示されたとおりに服薬しているか(薬の保管状況、残薬数、薬を服薬する時間帯、食事の時間等)
- 服薬の副作用が発現していないか確認
 - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する
- 服薬状況

相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

2. 家庭や地域での役割を見出す

2-1 身体機能の維持・向上

2-1-1 自宅での活動の確保

(i) 家庭内での役割分担を設定して、本人が動く機会を確保する

実施内容

本人の身体能力に応じて、家事等の役割分担を設定する。このことによって、身体機能の維持・向上が期待できる。

必要性

本人に家事等家庭内での役割分担を設けることは、本人が自らの存在の意味を見出すことにもつながる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の家庭内における役割
- ベッド以外で過ごす機会や場所、時間

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 本人の残存能力を引き出せるよう、家族の理解と支援を引き出す

実施内容

家族等介護者である家族と、本人の状態を共有し、本人ができること、できないことを見極められるようになることを支援することが重要である。そのために、本人の ADL/IADL の状態を専門職に確認し、情報を共有することが必要である。

必要性

日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながる。

家族等介護者が、本人のためにと過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪うことにつながる。そのため、家族等介護者である家族が、本人のできることはなるべく本人に行わせて、見守る姿勢が欠かせない。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL の状態

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の家庭内における役割
- 家族の理解の状況
- 室内環境(本人が動きやすく、万が一転倒した場合にも大怪我にならないで済むような環境であるか、等)

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(iii) 本人の残存能力に合わせた支援が行われており、過度な生活支援が行われな

いように留意する

実施内容及び必要性

日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながる。

本人に対する過度な支援が行われないように、本人の状態を把握し、サービスメニューの選定を行う。また、本人の状態を定期的に把握して、必要なサービスの見極めを行う。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の家庭内における役割
- 家族の理解の状況
- 室内環境(本人が動きやすく、万が一転倒した場合にも大怪我にならないで済むような環境であるか、等)

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

2-1-2 外出の機会の確保

(i) 外出がしやすい環境を整える

実施内容

本人の身体状況・動作能力、家屋の立地状況等に応じて、外出支援を行う。

本人の状態や住環境によっては、スロープの設置や手すりの設置等、住環境の整備を伴う環境整備が有効な場合があるが、金銭的負担や調整のために時間がかかること等から、他の手段を併用して検討することが必要である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

必要性

自宅での閉じこもりは廃用が進む一因となる。できるだけ家の外へ生活圏が拡大されるよう、外出しやすい環境を整えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の趣味や生活範囲、外出していた場所や頻度、交友関係等
- 外出しやすい環境か(玄関周り、周囲の道路状況等)

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 家族以外の第三者と交流する機会を設定する

実施内容

できるだけ家の外へ生活圏が拡大されるよう、人と交流する機会を作るようにながす。

必要性

自宅での閉じこもりは廃用が進む一因となる。家族以外の他者と接することで、自らの役割や存在を改めて認識し、心理的に充実することも期待できる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の趣味や生活範囲、外出していた場所や頻度、交友関係等
- 地域で参加できる社会資源

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

2-2 排泄

2-2-1 排泄に関わる本人の状態を確認する

(i) 排出の量や性状に異常がないか、排泄の回数や周期、時間がどのようになっているか、確認できる環境を整備する

実施内容

排泄（排尿、排便）は、加齢による変化や個人差が大きい。そのため、まずは本人の排尿や排便の普段の状態を把握することが重要である。在宅における排泄の状態は、本人や家族、訪問介護員を通じて把握することとなる。排泄状況の把握にあたっては、一定期間の記録が有用であり、その情報を医療職と共有することで、異常の早期発見や、服薬指導、生活指導につなげる。

必要性

排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の普段の排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。また、便秘は排便の際にいきむ事で血圧上昇を招いて、脳血管疾患を誘発する可能性があるため、便秘の症状の有無を確認して対処することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 排泄の状態
 - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる環境を整える

実施内容

排泄は①尿意・便意を感じる、②排泄を意識する、③起居・移乗・移動する、④脱衣する、⑤尿器・便器を準備する、⑥排尿・排便する、⑦後始末をする、⑧着衣する、⑨移動する といった、連続する複雑な動作によって成り立つ。そのため、排泄に障害が生じている場合、一連の動作のどこに障害が生じているかを見極めて、必要な支援を行うことが重要となる。

本人が自立した排泄を行うためには、物理的な環境の整備と、本人に対する排泄介助が必要になる場合がある。

物理的な環境の整備は、本人の機能を考慮して、それを補うための手すりの設置や、洋式便座への変更、麻痺側を考慮した操作ボタン等の設置等が有効である。専門職と連携して、環境を整備することが期待される。

排泄介助は、本人の希望を重視して、本人が安心して排泄を行うことができるような環境を整えることが重要である。本人の生活リズムに配慮して、排泄のタイミングを踏まえた訪問介護員の訪問スケジュールの設定が望ましい。

必要性

排泄は人間の生命を維持するうえで重要な機能である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

排泄の自立を保つことは、本人の自尊心を高めることにもつながる。また、家族にとっても排泄の世話は、精神的、身体的に負担が大きい介護となる。排泄上の障害を取り除き、排泄の自立を高める事が期待される。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患（麻痺側の把握）
- トイレ内の環境
- 居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等
- 本人の希望
- 本人と家族の生活リズム
- 排尿・排便のパターン

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

（iii）食事摂取・水分摂取の状況を確認して、適切な摂取が行われる環境を整える

実施内容

食事摂取や水分摂取の状況を確認して、必要に応じて、食事内容や、食事や水分の摂取形態の工夫について、本人や家族に指導したり、適切な食事や水分の摂取をうながすように、専門職間で情報を共有して対応する。

必要性

必要な量の食事や水分の摂取は、排泄に不可欠な要素である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 食事の摂取量
- 水分の摂取量
- 服薬状況（副作用で利尿作用があるか等）
 - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

（iv）本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う

実施内容

本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、専門職間で共有し、本人が尿意や便意を感じやすい時間に排泄をうながしたり、腸の動きを促進する運動を取り入れる等、必要な支援を行う。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

必要性

規則正しい生活リズムは、排泄のリズムを整えることに役立つ。また、適度な運動は腸の動きを促進することに効果がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人や家族の生活リズム
- 本人や家族のこれまでの生活歴
- 夜間の排泄に関する情報
 - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する
 - 適度な運動が組み込まれるように PT/OT/ST と連携する

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

2-2-2 排泄環境を確保する

(i) 物理的な排泄環境の整備

実施内容

尿意や便意を感じても、居室からトイレへとスムーズにたどり着けないことで、排泄を失敗してしまうことがある。居室からトイレへの距離を短くしたり、動線を確保する等して、排泄の失敗を防ぐ。

居室と、廊下やトイレとの気温差があると、血圧の上昇を招くだけでなく、暑さや、寒さを我慢してトイレの回数を減らしてしまうことがある。排泄を我慢することがないように、環境を整備する。

洋式トイレにしたり、手すりをつける等して、自立した排泄が可能な環境を確保する。

移動や排泄時の動作が難しいために、自立した排泄が難しくなる場合がある。手すりの設置や、洋式便座への変更等、排泄環境を見直すことで、自立した排泄が可能な環境を整備する。

環境の確認には専門職の支援を引き出すことが有効である。

必要性

排泄環境を確保することで、排泄の失敗を防いだり、排泄を我慢したりすることを防ぐ。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患(麻痺側の把握)
- トイレ内の環境
- 居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等
- 本人の希望
- 本人と家族の生活リズム

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 排泄補助用具の使用状況を確認して、本人の機能に合った使用をうながす

実施内容

排泄補助用具が本人の状態に合わせて使用されているか確認して、なるべく本人による自立した排泄をうながす。不必要な排泄補助用具の使用は、家族の希望による場合が多いので、家族の理解と支援を引き出す。必要に応じて、排泄介助を検討する。

必要性

排泄に関する課題は、本人の身体的な苦痛や不快な症状を引き起こすほか、排泄の失敗に対する心理的な不安を引き起こし、外出や人との交流を控える等行動の制限につながることもある。また、排泄に対する介護を受けることで、家族等介護者に対する遠慮が生じるほか、本人の自尊心が傷つく場合がある。排泄に関する課題に対して、本人が快適に過ごせるようになるほか、また、家族の介護負担を軽減することが期待される。本人の残存機能があるにもかかわらず、排泄の失敗を過度におそれて、排泄補助用具を多用するケースがみられる。

排泄補助用具に頼る事は、本人の自尊心を傷つける場合があるほか、本人の不快感を助長することが考えられる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患（麻痺側の把握）
- トイレ内の環境
- 居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等
- 本人の希望
- 本人と家族の生活リズム
- 排泄補助用具の使用状況、昼間と夜間の使用状況の違い
 - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

2-3 コミュニケーション

2-3-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定

(i) 本人と家族のコミュニケーションの状態を把握する

実施内容

本人と最も身近な家族を含む他者とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができるかを把握する。

本人がもともとコミュニケーションをとることが苦手な場合もあることを考慮する。

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 疾病の影響（構音障害、失語症、認知障害等がないか）
- 感覚器（聴力、視力）の衰えがないか
- 本人と家族のコミュニケーションの状況
- 本人のストレスの状況
- 疾患を発症する前の本人の性格やコミュニケーションのとり方等
 - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) コミュニケーションを難しくしている要因を確認し、専門職の支援を受けられる環

境を整える

実施内容

本人が高齢の場合、コミュニケーションを阻害する要因は、加齢による視覚・聴覚の衰えや、口腔内・頭頸部の機能障害、筋・神経疾患を起因とする発音障害や構音障害、失語症等が考えられる。医療職と連携して、コミュニケーションを難しくしている要因を確認することが必要となる。

本人が抑うつ状態を生じていて、コミュニケーションが難しくなっている場合がある。抑うつ状態は、抗うつ薬等によって治療することができる。本人や家族の同意を得て、受診につなげることを検討する。また、抑うつ状態を生じている場合に無理にコミュニケーションをとろうとすると逆効果になることも考えられることから、状況を医療職と共有して、対応を検討することが必要である。

意識レベルの混濁や認知症によって、注意機能の低下が起こることで、コミュニケーションが阻害されている可能性がある。注意機能の低下が起きている場合、情報を医療職と共有して起因を探ることが必要である。（薬や認知症によ

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

って注意機能の低下が起きている場合があり、早期に適切な対応が必要。)周囲の音や光、人の動きによって注意能力が一層散漫になる可能性があるため、落ち着いた環境を整えて、本人の意欲や集中力が高まるように援助することも必要である。

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 疾病の影響(構音障害、認知障害等がないか)
- 感覚器(聴力、視力)の衰えがないか
- 本人と家族のコミュニケーションの状況
- 本人のストレスの状況
- 疾患を発症する前の本人の性格やコミュニケーションのとり方等
 - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

2-3-2 コミュニケーション方法の再構築

(i) 本人とのコミュニケーションが難しくなっている起因について、家族が理解できるよう

に支援体制を整える

実施内容

本人と最も身近な家族がコミュニケーションをとることができる環境を整える必要がある。

本人の状態に合わせて、家族がコミュニケーションをとることができるように、家族の理解をうながすことが重要となる。本人の現在の状況を理解し、今後の見通しを家族が把握することで、家族のストレスが和らぐことも期待される。

コミュニケーションをとるうえでの留意点を家族と共有することで、家族と本人のコミュニケーションが円滑に行われるように支援する。

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人とのコミュニケーションの状態
- 本人の疾病の影響
- 家族の疾病に対する知識や理解

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 本人の状態を踏まえて、本人とコミュニケーションをとる方法を家族とともに考える

実施内容

本人の状態を踏まえて、コミュニケーションをとる具体的な方法を家族と整理し検討する。既に確立されたコミュニケーション上の工夫を共有したり、コミュニケーションを補助する機器を紹介したりする。家族が行っている工夫も取り入れる。

コミュニケーションに課題を感じている家族が、心身共にストレスを抱えている状況に理解を示しながら対応する必要がある。

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 家族のストレスや本人との関係性についての把握
- 本人と家族のコミュニケーションの方法や内容

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

3. 生活の場における安全管理

3-1 身体機能の低下を防ぐ

3-1-1 転倒・骨折予防

(i) 転倒リスクのある要因の把握・評価を確認する体制を整える

実施内容

転倒リスクのある要因を把握し評価することで、転倒しやすい状況を改善したり、適切なりハビリ目標を設定する。具体的には、本人の生活の動線の中で転倒につながる状況の把握、改善法方法の提案、本人の日常的な動作において気をつけるべき点を本人及び家族と確認するなどが考えられる。

必要性

継続的な在宅生活を継続するためには、適度な日常生活の活動が必要である。骨折などにより活動量が低下することは、身体機能の低下につながる恐れがあるため、その要因となりうる転等を未然に防ぐことが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 転倒状況の確認
- 過去の転倒歴、状況の確認
- 住環境の確認
- 本人の身体能力の確認

相談すべき専門職

かかりつけ医、PT/OT/ST、介護職 等

(ii) 自らの身体機能の理解の支援と指導ができる体制を整える

実施内容

自らの身体機能(反射、平衡感覚、視覚等)の状態を理解するための支援、そのための体制の整備を行う。具体的には、本人の身体状況(反射、平衡感覚、視覚等)を定期的に測定する機会をつくる、身体機能が低下している場合には、それを前提とした日常的な動作を行えるような支援や指導の体制を整えるなどが考えられる。

必要性

転倒やそれに伴う骨折の予防のためには、自らの身体機能(反射、平衡感覚、視覚等)の状態を理解し、それにあった生活動作を身につけることが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の身体能力、生活動作の確認
- 本人、家族の認識の確認

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(iii) 転倒しにくくするための身体機能の向上ができる体制を整える

実施内容

転倒の予防に向けた身体機能の向上ができるような体制を整備する。具体的には、本人の日常生活の中で転倒の可能性のある動作を把握し、そういった動作に関連する筋トレやリハビリなどを行えるような支援の体制を整えるなどが考えられる。

必要性

転倒の予防のためには、現状の身体機能を理解したうえで、転倒しにくくなるような身体機能の向上を行うことが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の身体能力の確認
- 本人、家族の認識の確認
- 身体機能を維持、向上させる取り組みの有無の確認

相談すべき専門職

PT/OT/ST、介護職 等

3-1-2 廃用予防

(i) 動かない状態にしないように、リハビリが受けられる環境を整える

実施内容

専門職と連携して、必要なリハビリが行われる環境を整える。

必要性

高齢者は、数日動かないだけでも筋力の低下や関節の拘縮を引き起こしてしまうため、動かない状態にしないように、筋力と関節可動域の確保を支援する環境が必要になる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL の状態
- 日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間
- 日常生活において身体を動かす機会や程度
- 本人が身体を動かすことで痛み等が生じていないか
- 本人が身体を動かすことに対して不安を抱いていないか(再転倒のおそれ、動悸・息切れ等)

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 本人が自発的に身体を動かす動機は何か(なるべく取り入れて、運動量を増やす)

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 動くのが大変な状態を最小限にするように、住環境の改善や福祉用具の活用を

検討する

実施内容

畳での生活や玄関の段差等は、垂直移動を伴う動きであるため、運動機能の低下が認められる人には、動くのが大変な状況を作りやすい。動くことが大変になると、行動範囲が狭まり、運動機能の低下を引き起こす可能性がある。

居室内や廊下に手すりを設置したり、椅子やベッドでの生活に変えたりすることで、本人が楽に動くことのできる環境を整えることも必要である。

住環境の改善や福祉用具の活用は家族等介護者の負担を軽減し、より良い介護環境を整えることにも寄与する。

必要性

廃用を予防するため、本人が動きやすい環境を整える。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 離床の時間
- 居室や自宅周辺の環境
- 1日の生活リズム
- 本人の生きがい
- 動きやすい環境であるか(垂直運動が少なく済むか、段差がないか等)
- 過去の転倒の有無
- 動線

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(iii) 動くことによる痛みを軽減して、動きたくないと思うことを防ぐ

実施内容

動くことで関節に痛みが生じるため、動くことを抑制する場合がある。この場合、体重の減少や動作の工夫、筋力の増強等によって、関節の負荷を軽減することが有効である。専門職と連携して、対応が必要である。

痛みが強い場合、かかりつけ医と連携して、痛みを緩和するための服薬を検討することも考えられる。関節の可動域の制限や痛みを考慮して、椅子座の生活に変更したり、ベッドや洋式トイレの導入を検討することも重要である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

必要性

動くことで生じる関節の痛み等を取り除くことで、身体を動かすことをうながす。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 関節の痛みの有無（違和感に対する自覚症状の有無）
- 住環境（椅子座か床座か、トイレは洋式か和式か、ベッドか布団の上げ下げが必要か、玄関周辺の段差等）

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

（iv）本人・家族の、動くことに対する心理的不安を軽減する

実施内容

専門職と連携して、本人・家族の、動くことに対する心理的不安を軽減する。

必要性

転倒等のアクシデントがきっかけとなり、動く意欲の低下や、動くことに対する不安が生じる場合がある。本人だけでなく、再転倒をおそれる家族が本人の行動を制限することで、本人の身体機能の低下が進む場合もある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族が身体を動かすことについてどのように考えているか
- 動くようになることで、したいことは何か
- 転倒歴
- 心臓の疾患等、身体を動かすことで動悸や不整脈等の異常につながる疾病の有無

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

3-2 嚥下

3-2-1 食事するための環境の確保

(i) 食事中に適切な食事の姿勢が確保されるように支援する

実施内容

食卓の机の高さや椅子の高さを調整して、適切な食事の姿勢が取れるようにする。高さ調整の方法として、クッションの使用も考えられる。

必要性

食事中の姿勢によって、筋疲労が起きることがある。
適切な食事の姿勢を確保することで、誤嚥を防ぐことができる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 食卓の机や椅子の高さ
- 食事中の本人の姿勢
- 食事中にむせることがないか

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 食事には時間を確保し、本人の嚥下能力や残存能力に合わせて食事が取れる

ような環境を整える

実施内容

食事中は、本人が食事に集中できる環境を確保することが必要で、そのための雰囲気作りや、食事中は不用意に話しかけないようにする等の留意が必要である。

食事に十分な時間が確保できないために、本人の残存能力を無視した過剰な食事介助がなされないように留意する。

必要性

本人の嚥下能力を超えるスピードでの食事は、窒息の起因となる。
少量ずつよく噛んで食べる事は、誤嚥を防ぐとともに、消化を助ける。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 食事の際の本人の様子(食事中にむせることがないか、飲み込んだときに声がかすれる等の状況がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べものがよくのどに詰まるか)
- 本人の咀嚼能力、咀嚼を含む嚥下能力、認識能力
- 食事をする場所の環境

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無
- 食事の時間の確保
 - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

3-2-2 食形態の工夫

(i) 食事の提供の際には、本人の状態を考慮して、飲み込みやすい食形態を選択する

実施内容

嚥下障害がある場合には飲み込みやすい食形態を選ぶ必要がある。

本人の咀嚼機能が低下している場合には刻み食を選択する。

本人や家族の状態を踏まえながら、適切な形態の食事を選択できるように援助する。

家族とは別に食事を用意することは、家族の負担を増加させるため、調理方法の工夫や、食材の調達方法を家族に指導することが期待される。

必要性

食物の形状や、水分、粘度、温度、酸味・辛味、本人の好み等によって、嚥下のしやすさは変化する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 本人の食の好み
- 食事の用意について(本人・家族の家事能力、市販品での代替の考慮等)
 - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 本人の食べやすい量(一口量)を確認して、食事の援助がなされるような環境を整備する

実施内容

本人にとって適切な一口量で食べることができるようにする。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

必要性

本人の咀嚼能力や嚥下能力によって、食べやすい量は異なる。

一口量よりも多すぎると誤嚥を引き起こしやすく、少なすぎると嚥下反射が起こりにくくなる。嚥下できず、食塊がのどに残留すると、窒息や誤嚥性肺炎のリスクが高まるので、留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 口腔の状態

相談すべき専門職

看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

3-3 口腔ケア

3-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

(i) 口腔内を観察して、異常を発見した場合には、早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える

実施内容

口腔内を観察して、異常を発見した場合には早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える。

必要性

口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか観察する。

口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減退や食事の量、食品数が減少することも考えられる。

口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少につながったり、虫歯や誤嚥につながる。

正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。

異常を発見した場合には、早期に歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整備することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔清掃状態(歯の周囲、舌等)
- 歯、歯肉、舌、口腔粘膜の状態
- 歯肉からの出血の有無
- 口腔内の感覚の異常(過敏、味覚障害等の症状、口内炎や傷等)の有無
- 唾液の状態、貯留の状況の有無(唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある)
- 義歯の汚れや破損の有無
- 食事の際の本人の様子(食欲や食事の仕方に違和感がないか、咀嚼時に痛みを感じていないか)
 - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

3-3-2 口腔ケアの援助

(i) 適切な口腔ケアが行われるような体制を整える

実施内容及び必要性

適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

義歯を装着している場合、義歯の手入れと残歯の手入れが十分に行われるように支援する。
適切な口腔ケアが行われるように、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保する。
本人による口腔ケアが難しい場合、必要に応じて介助が得られる環境を整える。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 口腔ケアの必要性に対する、本人・家族の理解の有無
- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔内の状態
- 義歯の手入れと残歯の手入れの状況
- 歯科医師の受診状況
- 口腔ケアの実施場所（洗面所あるいはベッド上）
- 口腔ケアにより誤嚥を起ささないように、姿勢の確保ができているか
- 口腔ケアの状態、家族による支援の有無
- 食物残渣の有無
- 就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認する）

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

3-3-3 口腔乾燥の防止

（ i ）口腔内の乾燥に留意し、専門職によるケアがなされるように体制を整える

実施内容

口腔乾燥を防止するため、口腔内に適切な水分が保たれるように環境を見直す。唾液腺のマッサージや、保湿剤の活用等の口腔乾燥の防止も考えられることから、歯科医師と情報を共有して判断を仰ぐ。

必要性

水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が表れることがある。
口腔乾燥が生じると、肺炎のリスクが高まるほか、本人の不快感や口臭の起因ともなる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 口腔の状態
- 水分摂取状況
- 服薬状況（副作用として水分不足になっていないか）
- 居室の湿度
- 口腔乾燥の状態
 - 上記が確認できるように本人・家族、介護職から情報を収集する

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、薬剤師、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

3-4 感染予防

3-4-1 清潔ケア

(i) 清潔ケアの状態と本人の希望や状態を把握する

実施内容

清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケアが受けられる環境を整える。

清潔に対する意識は、本人や家族の生活習慣や生活歴、家族背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応することが必要となる。

必要性

皮膚疾患や感染症の予防と治療のためには、身体の清潔を保持することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人の清潔ケアに対する意識
- 本人や家族の希望
- 本人や家族の生活習慣、生活歴
- 家族背景
- 住環境
- 経済状況

相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 本人の希望や状態に応じて、必要な支援サービスの利用を検討する

実施内容

本人の健康状態に応じて入浴の安全性とリスクが変化する場合もあることから、かかりつけ医や看護職と連携して、本人の状態を把握できる環境を整えることが必要となる。

入浴に介助を要する場合に、本人の希望や家族だけで対応できる状態かを確認して、必要であればサービスの利用を検討する。

必要性

入浴は心臓に負担がかかる行為でもあることから、入浴の可否や方法について、医療職と連携して対応を検討する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 入浴の可否（医師の診断）
- 入浴を実施するにあたり、特に確認すべき観察のポイント（血圧、脈拍等）
- 本人の当日の健康状態

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 入浴の介助に対する本人の希望、家族の状態と入浴環境
 - 入浴時の血圧上昇が身体に与える負担等を考慮して決定する必要がある。疾患によっては医師の診断の結果、入浴ではなく身体を拭くことで清潔ケアを図る場合もある

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(iii) 本人の入浴や家族による入浴介助が容易になるような入浴環境を整備する

実施内容

本人の入浴や家族による介助を容易にするための手すりの設置や入浴用品の購入を検討する。

ただし、環境整備の検討にあたっては、本人・家族の住環境や経済状況、家族の生活等を踏まえて、対応可能な範囲で工夫を行うことが重要である。福祉用具だけでなく、日用品で代替できる場合もあることから、環境整備には工夫が求められる。

必要性

本人の状態によって、入浴に必要な介助の程度は異なる。自立した入浴を可能とする補助用具や、入浴介助をするうえで介助者の負担を和らげる補助用具の導入を検討する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 入浴の物理的環境
- 本人の身体能力
- 家族の介助能力
- 経済状況(福祉用具の設置や日用品の購入が可能か)

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(iv) 清潔ケアの実践の中で、身体に異常がみられないか確認し専門職と情報を共有する体制を整える

実施内容

家族や専門職と情報を共有して、本人の状態を把握するとともに、必要な情報は医療職と共有して判断を仰ぐ。また、リハビリ専門職と共有して、必要な支援が受けられるようにする。

必要性

入浴のための脱衣や、その後の清浄の過程で、普段は観察が難しい部位の皮膚の状態の確認が容易になる。また、座位保持ができるか、ふらついたりしないか等、入浴に関する一連の動作を観察することで、普段と変わった様子はないかを把握することができる。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 皮膚の異常がみられるか
- 座位保持ができるか、ふらつく等の症状がないか
 - 介護職と連携して、異常の早期共有を行う
 - 情報は医療職と共有して異常の早期発見につなげる
 - リハビリ専門職と共有して必要な支援が受けられるようにする

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

3-4-2 感染症の予防

(i)居室の衛生が保たれるように、本人や家族の理解をうながす。必要に応じて、支

援を検討する

実施内容

家族の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるようにうながすことが重要である。

感染症を防ぐためには、感染経路を断つことが重要である。居室内のほこりは、カビが生える等して感染症を引き起こす起因となるため、居室の衛生を保つことが重要である。

外出によって本人や家族が外部からウイルスや細菌を持ち込むため、手が触れる箇所の清掃を念入りに行うことも有効である。

部屋の換気は定期的に行う。

必要性

高齢者は抵抗力が低下して、様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一旦疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 居室内は清潔が維持されているか(ほこりがたまっていないか、ゴミが放置されていないか)
- 人の手が触れやすい箇所の掃除が行われているか
- 部屋の換気が定期的に行われているか
- 家族は清掃に協力的か
 - 介護職と情報を共有して、必要な情報が入るようにする

相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

(ii) 本人や家族が手指衛生の徹底や、うがいの実施、咳エチケットの指導を受けられる環境を整備する

実施内容

手指衛生の徹底やうがいの実施、咳エチケットの指導等、基本的な指導を行って、環境を整備する。

必要性

高齢者は抵抗力が低下して、様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一旦疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要である。

家族によって外部から細菌が持ち込まれることを防ぐことが重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 家族の清潔に対する考え方
- 感染症予防の基本(手指衛生の徹底、うがいの徹底、咳エチケット等)の指導の有無
- 感染症予防の基本を本人・家族が理解しているか
- 感染症予防の基本を実践できているか

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

(iii) 口腔内の衛生状態が保たれるよう支援する

実施内容

口腔内の衛生を保つことで、細菌の繁殖を抑えて呼吸器感染症を予防する。

口腔ケアは1日のうち複数回に分けて定期的実施される必要があることから、本人や家族の理解をうながし、継続的に口腔ケアが実施される環境を整えることが必要である。

必要性

口腔内には多くの常在菌が存在する。加齢や疾病によって唾液の分泌量が減少すると、口腔内の衛生状態が悪化して、呼吸器感染症を発症するおそれがある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 口腔内の衛生状態
- 口腔内の乾燥の状況
- 口腔ケアの実践の有無、頻度
- 本人・家族の生活歴
- 口腔ケアに対する理解
- 歯科医師による定期的な診療を受けているか否か
 - 必要に応じて、歯科医師等による指導の機会を確保

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

3-4-3 感染症の早期発見と治療

(i) 感染症の症状が表れていないか、本人の状態の変化が把握でき、必要に応じて医療行為が受けられるように環境を整備する

実施内容

感染症の初期症状が表れた場合には、医療機関を受診できるように、家族や専門職と情報を共有するとともに、かかりつけ医との連携を図る。

必要性

高齢者は、生体防御機能の低下が起こる。炎症反応が弱く、発熱や痛みの訴えが弱い場合があることに留意する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 感染症の初期症状の有無
- 本人・家族による検温や血圧の測定結果
 - 感染症の初期症状が疑われる場合、医療職と連携して早期受診につなげる

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 医療機関受診後、診断結果を踏まえた指示が守られ、回復に向かっているか確認できる体制を整える

実施内容

医療機関受診後、診断結果を踏まえた指示が守られ、回復に向かっているか確認できる体制を整える。

必要性

本人あるいは家族の判断によって服薬が中断されていたり、指示が守られなかったりすると、適切な診療方針が立てられない。専門職と連携して、診断結果を踏まえた指示が守られているか確認することができる環境を整えることが必要である。

高齢者は消化管の機能低下から薬剤の吸収速度が遅くなり、効果が表れるまでに時間を要することがある。そのため、薬剤の効果が表れるまでに時間がかかる場合がある。

代謝や排泄機能の低下によって、薬剤の排泄に時間を要する結果、血中濃度が上昇して、副作用を生じる可能性もあることに留意する。家族や専門職と情報を共有して、異常が表れた場合に早期に対応できるようにする。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- かかりつけ医の指示を本人・家族が理解しているか
- かかりつけ医の指示が守られているか
- 服薬のうえで留意すべき点がないか
- 服薬の結果、注意すべき副作用がないか
- 服薬の効果がきちんと表れているか
- 服薬の結果、副作用が表れていないか
 - 診断結果を共有し、かかりつけ医の指示が守られているかを確認できる体制を取る
 - 感染症を発症したことで新たな服薬が加わるため、服薬の効果と影響を確認できる体制を取り、必要な情報を薬剤師と共有する
 - 服薬上の留意点を介護職と共有して、異常が表れた場合早期に発見できるようにする

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

4. 家族支援

4-1 家族の受容に対する支援

4-1-1 家族の知識、技術の習得の支援

(i) 疾患の理解の程度を把握し、必要な情報が得られるような環境を整える

実施内容

疾病に関して、主治医やかかりつけ医からの指示をきちんと受けているかどうか、指示をきちんと理解できたかどうか、指示をきちんと守ることができているかを確認することが重要になる。

本人または家族が必要とする情報を得て、疾病に正しく対処できるような環境を整える。

必要性

セルフケアが中心となるため、本人または家族が疾病について理解し、対策を生活に取り入れる必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族への疾病に対する説明の有無
- 本人・家族の疾病に対する理解の有無
- 本人・家族が疾病に対する指示を守っているか
 - 必要に応じて、かかりつけ医からの説明の機会を確保したり、指示を守りやすいような工夫を行う

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 起こりうる病状の変化や、症状、家族に求められる観察や一次対応について、

説明を受けられる機会を確保する

実施内容及び必要性

疾病によって、あるいは薬の副作用によって起こりうる症状について、家族と共有する。これにより、家族が異常に気づき、必要な一次対応を行う事ができる環境を整える。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 疾病に対する家族の知識、理解の程度
- 異常が表れた場合の一次対応に関する知識や技術
- 万が一の場合に対応する、かかりつけ医やかかりつけ薬局、訪問看護ステーションの連絡先
- かかりつけ医や訪問看護ステーションとの連携状況
 - 家族で一次対応ができるようにしておくとともに、万が一の場合に専門的な支援が受けられるように、かかりつけ医や訪問看護ステーションとの連携を確認する

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、介護職、介護支援専門員 等

4-1-2 家族の生活パースの再設計

(i) 家族の生活ペースが安定し、仕事や自身の生活と介護が両立できるように支援する

実施内容

本人の状態や家族の生活を考慮して、介護を行っていくうえで家族が負担と感じていることを把握して、家族に対して支援することが期待される。

必要性

在宅での生活を行うためには、家族による心身の支援が不可欠となる。

在宅での生活が始まることで、家族の生活にも大きな影響が生じる。

家族の生活ペースに療養上の医療介護の支援対象が組み込まれ、生活基盤が整うことで、無理のない生活を始める事ができる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 家族の生活リズム
- 介護と仕事の状況
- 本人の介護の状態
- 家族の介護に対する意欲や技術、介護に対する経験の有無
- 周囲に対して介護に対する不安や心配ごとを打ち明けられているか
- 家族に対して、周囲のサポートがあるか
 - 家族の状況を自ら確認するとともに、普段の様子ができるように介護職から情報を得る
- 主介護者以外の家族・親族と方向性が共有されているか

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 家族等介護者である家族の生活が犠牲とならないよう、趣味や楽しみを可能な限り継続できる環境を整備する

実施内容

本人の状態や家族の生活を考慮して、家族が趣味や楽しみを可能な限り継続できる環境や、適度に休息をとることができる環境を整備することで、家族の精神的安定が期待でき、生活が充実する。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

必要性

在宅での生活を行うためには、家族による心身の支援が不可欠となる。

家族による十分な支援を引き出すためには、家族の生活ペースが安定し、家族が自らの生活や楽しみも充実させた状態であることが必要となる。

一方で、介護を行うことで時間的、体力的、精神的な余裕が失われやすく、本人に対する遠慮や周囲の目を気にして、自らの趣味の場や友人関係から遠ざかる場合がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 家族の生活リズム
- 介護と仕事の状況
- 本人の介護の状態
- 家族の介護に対する意欲や技術、介護に対する経験の有無
- 周囲に対して介護に対する不安や心配ごとを打ち明けることができるか
- 家族に対して、周囲のサポートがあるか
- 主介護者以外の家族・親族と方向性が共有されているか
- 家族の精神状態
- 家族が息抜きをしたり休息を取ることができる場所や時間があるか
 - 家族の状況を自ら確認するとともに、普段の様子が変わるように介護職から情報を得る

相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

4-1-3 精神的サポート

(i) 家族の心理的ストレスの程度や、ストレスへの適切な対処ができているかを把握

する

実施内容

まずは、家族の心理的ストレスの程度とそのストレスに対処できているかを確認することが必要となる。心理的ストレスは発現に波があることから、家族のサポートに入る専門職と協働して、家族の様子を把握できる環境を整えることが重要である。

必要性

家族が要家族等介護者となったことに対する心理的な揺らぎが、精神的、身体的な健康問題につながらないように、家族に対する精神的サポートをすることが必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 家族の心理的ストレスの程度
- 家族が自分なりにストレスを解消する手段を持っているか

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 普段の状態や日々の変化を把握できるように、介護職と連携して情報を得る

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 家族の話に十分耳を傾けて、肯定的なフィードバックや悩みの整理を支援する

実施内容

家族の抱える悩みや不安を受け止めて整理することが期待される。

家族の抱える悩みや不安に対して、家族が自ら解決に向かって進むことができるように、悩みを整理することも期待される。

必要性

家族が家族等介護者となったことに対する心理的な揺らぎが、精神的、身体的な健康問題につながらないように、家族に対する精神的サポートをすることが必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 家族が抱える不安や悩み

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(iii) 他の介護家族との交流を支援したり、過去の事例を共有する等して、家族の不安を和らげる

実施内容

家族が悩みを打ち明けたり、自分の体験を相対化するための一つの方法として、他の介護家族との交流が有効な場合がある。そのほかに、専門職の支援で、他の介護の事例について共有することが家族の不安を和らげる場合もある。

必要性

介護生活を続ける中で、家族が持つ不安や孤立感、喪失感、葛藤等を深める場合がある。

家族が要家族等介護者となったことに対する心理的な揺らぎが、精神的、身体的な健康問題につながらないように、家族に対する精神的サポートをすることが必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 家族が悩みを打ち明けられる場があるか
- 経験者の体験を共有する機会があったか

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

4-2 摂食動作・認知障害

4-2-1 理解

(i) 家族が認知障害を理解して対処できるような環境を整える

実施内容

本人と家族が、新たな役割関係やコミュニケーションのとり方を獲得していくまでの、家族に対するサポートが必要である。

必要性

認知症特有の記憶障害によって、本人が家族を家族として認識できなくなる場合がある。その場合、家族は本人との間に新たな役割関係を築くことが必要になる。

認知障害によって、コミュニケーションをとりにくくなることも予想される。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 認知症発症の有無
- 認知障害に対する本人や家族の理解

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

4-2-2 支援

(i) 食事に関する援助が行われるように環境を整備する

*食事と栄養の項目を参照

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

4-3 排泄

4-3-1 状態の把握

(i) 自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる環境を整える

実施内容及び必要性

排泄は①尿意・便意を感じる、②排泄を意識する、③起居・移乗・移動する、④脱衣する、⑤尿器・便器を準備する、⑥排尿・排便する、⑦後始末をする、⑧着衣する、⑨移動する といった、連続する複雑な動作によって成り立つ。そのため、排泄に障害が生じている場合、一連の動作のどこに障害が生じているかを見極めて、必要な支援を行うことが重要となる。便秘の症状がある場合、排便の際にいきむ事で血圧上昇を招いて、脳血管疾患を誘発する可能性があるため、便秘の症状の有無を確認して対処することが必要である。

本人が自立した排泄を行うためには、物理的な環境の整備と、本人に対する排泄介助が必要になる場合がある。

物理的な環境の整備は、本人の機能を考慮して、それを補うための手すりの設置や、洋式便座への変更、麻痺側を考慮した操作ボタンの設置等が有効である。専門職と連携して、環境を整備することが期待される。

排泄介助は、本人の希望を重視して、本人が安心して排泄を行うことができるような環境を整えることが重要である。本人の生活リズムに配慮して、排泄のタイミングを踏まえた訪問介護員の訪問スケジュールの設定が望ましい。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 麻痺の有無や、ADL/IADL の状態
- 自立した排泄を行うことができるか、介助が必要な状態か
- 自立して排泄しやすい環境にあるか
- 排泄介助に対する本人や家族の希望
- 本人や家族の生活リズム
- 排尿・排便のパターン

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

4-3-2 支援

(i) 本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う

実施内容及び必要性

規則正しい生活リズムは、排泄のリズムを整えることに役立つ。また、適度な運動は腸の動きを促進することに効果がある。

本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、専門職間で共有し、本人が尿意や便意を感じやすい時間に排泄をうながしたり、腸の動きを促進する運動を取り入れる等、必要な支援を行う。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族の生活リズム、生活習慣
- 排泄のリズム
- 食事の状況、運動の状況
- 服薬の有無

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

4-4 コミュニケーション

4-4-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定

(i) 本人と家族のコミュニケーションの状態を把握する

実施内容

本人と最も身近な家族を含む他者とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができるかを把握する。

本人がもともとコミュニケーションをとることが苦手な場合もあることを考慮する。

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人と家族のコミュニケーションの状態
- 本人・家族が抱えているストレス
- 本人の疾病(失語症、麻痺等の症状の有無)
- 本人の性格(もともとのコミュニケーションの状態)
 - 本人と家族の関係性の中で、コミュニケーションに不都合がないか、また、支援に入る介護職との間で、コミュニケーションの課題が生じることによる不都合がないかを確認

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) コミュニケーションを難しくしている要因を確認し、専門職の支援を受けられる環

境を整える

実施内容

本人が高齢の場合、コミュニケーションを阻害する要因は、加齢による視覚・聴覚の衰えや、口腔内・頭頸部の機能障害、筋・神経疾患を起因とする発音障害や構音障害、失語症等が考えられる。医療職と連携して、コミュニケーションを難しくしている要因を確認することが必要となる。

本人が抑うつ状態を生じていて、コミュニケーションが難しくなっている場合がある。抑うつ状態は、抗うつ薬等によって治療することができる。本人や家族の同意を得て、受診につなげることを検討する。また、抑うつ状態を生じている場合に無理にコミュニケーションをとろうとすると逆効果になることも考えられることから、状況を医療職と共有して、対応を検討することが必要である。

意識レベルの混濁や認知症によって、注意機能の低下が起こることで、コミュニケーションが阻害されている可能性がある。注意機能の低下が起きている場合、情報を医療職と共有して起因を探ることが必要である(薬や認知症によ

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

て注意機能の低下が起きている場合があり、早期に適切な対応が必要)。周囲の音や光、人の動きによって注意能力が一層散漫になる可能性があるため、落ち着いた環境を整えて、本人の意欲や集中力が高まるように援助することも必要である。

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人と家族のコミュニケーションの状態
- 本人・家族が抱えているストレス
- 本人の疾病(失語症、麻痺等の症状の有無)
- 本人の性格(ももとのコミュニケーションの状態)
- 抑うつ状態になっていないか、意識レベルの混濁や認知症の症状がみられないか
 - 本人と家族の関係性の中で、コミュニケーションに不都合がないか、また、支援に入る介護職との間で、コミュニケーションの課題が生じることによる不都合がないかを確認
 - 抑うつ状態や意識レベルの混濁、認知症の症状が疑われる場合、情報を医療職と共有して判断を仰ぐ

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

4-4-2 コミュニケーション方法の再構築

(i) 本人とのコミュニケーションが難しくなっている起因について、家族が理解できるように支援体制を整える

実施内容

本人の状態に合わせて、家族がコミュニケーションをとることができるように、家族の側の理解をうながすことが重要となる。本人の現在の状況を理解し、今後の見通しを家族が把握することで、家族のストレスが和らぐことも期待される。

コミュニケーションをとるうえでの留意点を家族と共有することで、家族と本人のコミュニケーションが円滑に行われるように支援する。

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- コミュニケーションの変化に対する家族の知識と理解
- 今後の状況について、家族が説明を受け理解しているかどうか
- 家族のストレスの状況

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

(ii) 本人の状態を踏まえて、本人とコミュニケーションをとる方法を家族とともに考える

実施内容

本人の状態を踏まえて、コミュニケーションをとる具体的な方法を家族と整理し検討する。既に確立されたコミュニケーション上の工夫を共有したり、コミュニケーションを補助する機器を紹介したりする。家族が行っている工夫も取り入れる。

コミュニケーションに課題を感じている家族が、心身共にストレスを抱えている状況に理解を示しながら対応する必要がある。

必要性

本人と最も身近な家族がコミュニケーションをとることができる環境を整える必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人と家族のコミュニケーションの状態
- コミュニケーションの変化に対する家族の知識と理解
- 今後の状況について、家族が説明を受け理解しているかどうか
- 家族のストレスの状況

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

第3章 誤嚥性肺炎の予防と対策

1. 誤嚥性肺炎の予防と対策に関する基本的理解

(1) 誤嚥性肺炎の特徴

- ・ 誤嚥性肺炎は、摂食嚥下機能の低下した高齢者、脳梗塞後遺症やパーキンソン病などの神経疾患や寝たきりの患者に多く発生する。¹
- ・ 口腔内の清潔が十分に保たれていなかったり、摂食嚥下機能が低下している場合、誤嚥によって口腔内の細菌が肺へと至り、肺炎が発症しやすくなる。このように誤嚥性肺炎の発症の背景には、基礎となる病態があるため、ひとたび肺炎を治癒できてもまた繰り返してしまう可能性が大きい。
- ・ また、誤った口腔ケアの方法によって誤嚥性肺炎が生じることもある。例えば、横になった姿勢のまま口腔ケアを行うことによって、歯垢で汚染された唾液を誤嚥してしまい、肺炎になることもある。
- ・ さらに、寝室や普段の居場所に行っている部屋の陽射しや、サービスの提供時間、同居する家族の生活時間や生活スタイルなどの影響を受けて、特定の日に、普段と違う生活リズムが生じ、それが原因となって誤嚥性肺炎につながる場合もある。
- ・ 高齢者の場合、回復に時間を要することで、結果的に入院期間が長くなり、長い入院生活にともなう生活不活発も懸念される。例えば治療のために口から食事を摂ることをしばらく中止したことによる影響や、病床上に寝ている時間が長くなることに伴う重力の影響や全身の筋力低下の影響も、摂食嚥下機能の低下に関係することがある。結果として、自宅への復帰が難しくなるなど、発症前に比べて状態が悪くなってしまう場合も多いとされる。
- ・ 誤嚥性肺炎はひとたび発症するとその影響が非常に大きいため、誤嚥性肺炎の発症に至るリスクを小さくすることを旨とした、日常的な予防の取り組みが重要になる。
- ・ 誤嚥性肺炎の発症原因は、本人の心身の状況、生活環境や生活リズム、口腔ケアの方法など、多種多様である。したがって介護支援専門員には、複数の専門職の視点から情報を多面的に収集し、分析することが求められる。

(2) 誤嚥性肺炎の予防において留意すべきこと

- ・ 重篤な誤嚥性肺炎の治療は医療の対象となるものだが、その要因は多様であるため、幅広い視点から、予防のために取り組むべきことを整理し、本人がそれを実行できるようにすることが重要である。
- ・ なお、早期に普段との違いを把握するためには、気づきが重要である。例えば、歯垢で汚染された唾液や口腔内の食べ残しの不顕性誤嚥²があると、これが原因となって誤嚥性肺炎を発症する場合もある。
- ・ 具体的にどのようなケアや対応を実施すべきかについては、その人の状態ごとに異なることから、疾患の診断と治療のように明確に指し示すことは難しい。したがって、誤嚥性肺炎に直接的・間接的に関連する可能性のある要因に注意して、現在の状況を把握し、他の専門職とともに予防のための取り組みを検討する必要がある。
- ・ 具体的には、本人の普段の健康状態や生活状態、食事の様子、摂食嚥下機能とその障害などの情報を、可能であれば一時点ではなく変化を捉えるために一定の期間において収集し、それをリスク評価に関わりうる専門職

¹ 一般社団法人日本呼吸器学会 WEB ページ「誤嚥性肺炎」より

² 不顕性誤嚥とは、本人の無意識のうちに唾液が気道に入ってしまうことを指す。むせたり、咳き込んだりといった、異物が気道に入ったときの「反射」がみられない。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

と共有し、判断してもらうことが重要になる。誤嚥リスクや誤嚥による肺炎のリスク評価に関わりうる専門職としては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士などが考えられる。

- ・ 具体的な情報に基づくリスク評価を踏まえて、その人にとって必要なケアや環境の改善を実現できるようにコーディネートすることが、誤嚥性肺炎のリスクがある方あるいは過去に誤嚥性肺炎を発症したことがある方のケアマネジメントに求められる役割となる。
- ・ なお、リスク評価とその結果を踏まえた対応策は、その人の普段の健康状態や生活状態、食事の様子など具体的な状況に基づいて決まるため、その人の普段の状態の変化を捉えることも重要になる。ここで変化には大きく二つの観点がある。つまり、短期的で急な変化と長期的で緩やかな変化である。
- ・ 短期的で急な変化がみられる場合は遅滞なく把握して医療につなぎ、治療を受けられるよう支援することが求められる。一方、長期的で緩やかな変化は、月の単位や年の単位で体重の減少や筋力の低下、行動範囲の縮小など、その人のフレイルの進行が疑われる場合であり、誤嚥性肺炎のリスクの高まりを捉えた、専門職との連携や再評価、必要なケア体制の再構築が求められる。
- ・ つまり、アセスメント時点で状況を把握して終わり、ではなくモニタリングを通じて継続的に状況把握することが必要である。
- ・ 入院や入所の環境と異なり、自宅で生活を送る要介護者の場合、専門職が常時、その人の状況を把握できるわけではないので、普段の状態の変化を捉えるまでに時間差が発生しうる。したがって、在宅サービスに携わる専門職はもちろん、同居者がいる場合はその同居者やその他その人の普段の様子を把握できる関係者を把握し、普段の样子の把握やその変化の兆候に気づきやすい体制を整えることも、ケアマネジメントに求められる役割となる。
- ・ 特に、誤嚥性肺炎の予防において重要となる口腔清潔の状態や摂食嚥下の状況(咳や痰がらみの様子、むせなどトラブルのエピソード等)、普段の食事の様子(食べ方、食事の咀嚼や飲み込みの様子等)、食事介助が行われている場合は食事介助の方法(食べさせ方)等の状況を把握し、医師・歯科医師などに共有することが求められる。
- ・ 誤嚥性肺炎は予防によって発症リスクを一定程度抑えることができるものであり、かつ体制を整えておくことで発症しても重度化を防ぎその後の回復を円滑にしたりすることができる。
- ・ したがって、その人にとって必要な予防上の留意点を踏まえ、日常生活におけるその人の状況を多職種と共有し、予防を重視した連携体制を構築することが重要となる。いうなれば、療養と再発予防(二次予防)以上に、発症の予防(一次予防)に着目したマネジメントが求められる。

(3) 誤嚥性肺炎の治療後の対策において留意すべきこと

- ・ 誤嚥性肺炎を発症した高齢者の治療後の対策では、生活を取り戻す支援と、再発の予防が重要になる。療養場所にもよるが、療養期間の長期化に伴う生活不活発の助長がみられる恐れもある。退院後に本人が望む生活を取り戻すことが目標になるが、その道程として摂食嚥下機能の回復や口腔ケア、食事からの栄養摂取のやり方などケア内容と関わる専門職の範囲が、入院前と大きく変わりうる点に留意が必要である。
- ・ また、ひとたび誤嚥性肺炎を発症したことがある高齢者は、再発のリスクが大きいことから、予防上の留意点を踏まえ、特に再発の予防に重点をおく必要がある。
- ・ 入院して治療する場合、退院後の生活へと円滑につなげるためには、入院前の在宅での健康や生活の状況に関する情報を、病院へ提供することも大切である。同時に、退院後の生活の回復を円滑に行うため、入院後の早い段階、例えば診断や治療方針が定まった時点から退院に向けた調整を始めることも重要である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- ・ なお、在宅でのケア内容、特に退院後間もない期間のケア内容は、本人の健康状態や在宅での生活状況、介護者の状況はもちろん、入院中にどのようなケアが行われていたか(あるいは、行われていなかったか)によっても変化する。したがって、退院時カンファレンスなどの機会も活用し、病棟でケアにあたった専門職からの情報提供や助言を踏まえて退院後のケア内容を検討することが重要である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

2. 誤嚥性肺炎の予防のための取り組みの実務

- ・ 誤嚥性肺炎の予防は、すべての高齢者に必要な取り組みである。また、その人の摂食嚥下機能や食事の状況は、月単位、半年の単位、年単位といったように月日を重ねるとともに変化する。
- ・ 誤嚥性肺炎の原因は多様であるため、多職種と連携して情報を収集し、専門職による摂食嚥下機能のリスク評価を把握することが重要である。
- ・ その際、まずは収集した情報に基づいてチェックリスト³などを用いて状況を整理し、何らかの誤嚥のリスクが想定される場合は、さらに詳細に情報を収集・整理して専門職によるリスク評価が実施されるよう多職種連携を実施する。
- ・ 介護支援専門員は、リスク評価結果に基づいて、サービスを選定し、ケアプラン(案)を作成し、提供する。特に、アセスメントの段階で他の専門職に相談できるようにするためには、普段から他の専門職との関係性を構築しておくことが必要である。

³ 「基本チェックリスト」(厚生労働省)、「摂食・嚥下機能障害チェックシート」(東京都福祉保健局)など。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

誤嚥性肺炎の予防 【検討案】

0. 誤嚥性肺炎予防の必要性の理解

0-1 誤嚥性肺炎予防の必要性の理解

0-1-1 必要性の理解

(i) 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解

実施内容

誤嚥性肺炎は高齢者に多く起こりうる疾患であり、罹患すると重篤な影響を及ぼす可能性が大きいことの理解をうながす。

誤嚥性肺炎は、リスクの評価と予防で対応できるので、そのための取り組みが重要であることの理解をうながす。特に、誤った方法によるケアは、誤嚥性肺炎のリスクをかえって高める場合があることにも注意が必要である。

必要性

予防のための取り組みは、リハビリテーションや援助と異なり、現時点で何か困りごとや不便が明らかなものではないため、本人やその介護者が必要性や重要性を理解することが、取り組みを継続するために肝要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 誤嚥性肺炎の概要に対する本人や家族の理解
- 誤嚥性肺炎のリスクや予防のための取り組みに対する本人や家族の理解
- 本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

1. リスクの(再)評価

1-1 リスクの評価

1-1-1 誤嚥リスクの評価に資する情報の収集

(i) 普段の健康状態や生活状態の継続的な把握と共有

実施内容

誤嚥性肺炎の予防のためにはまず誤嚥リスクの評価が重要であるため、その人の普段の健康状態や生活状態を把握し、誤嚥リスクを評価する専門職と共有する。

なお、状態は変化することがあるので、一度で終わらせず継続的に把握・共有する。

必要性

誤嚥性肺炎の背景には、その人が有する誤嚥リスク(摂食嚥下機能の低下や健康状態・生活状態に基づく感染リスクなど)を専門職が評価し、何が必要かを見定めることが重要である。専門職が評価するためには、その人の普段の生活状況が判断の材料となるため、介護支援専門員はそうした情報を収集して共有することが必要になる。

また、高齢者の健康状態や生活状態は変化することがあるので、一度で終わらせず継続的に把握・共有することも大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 健康状態や生活状態
- 生活における覚醒、活発度の状況
- 健康状態や生活状態を把握するキーパーソン
- 健康状態や生活状態の変化

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職 等

(ii) 噛み合わせや咀嚼及び義歯の状況等の継続的な把握と共有

実施内容

摂食嚥下機能と誤嚥リスクの評価の根拠とするため、噛み合わせや咀嚼及び義歯の状況、舌運動の様相、サービスを受ける前の期間における義歯の管理の状態など、摂食嚥下機能にかかわる普段の状況を把握し、評価する専門職と共有する。

なお、状態は変化することがあるので、状況の把握は一度で終わらせず継続的に把握・共有する。

必要性

誤嚥性肺炎の背景には、その人が有する誤嚥リスク(摂食嚥下機能の低下や健康状態・生活状態に基づく感染リスクなど)を専門職が評価し、そのリスク評価結果に基づいてその人にどのような支援が必要かを見定めることが重要である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

専門職が評価するためには、その人の普段の生活状況の情報が必要になるため、介護支援専門員はそうした情報を収集して分析しつつ、その人の現在の生活状況の情報を共有することも重要である。

なお、高齢者の健康状態や生活状態は変化することがあるので、一度で終わらせず継続的に把握・共有することも大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 食事をとる場所、姿勢
- 食事における咀嚼、飲み込みの状況
- 食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人、介助の方法（食べさせ方）
- 咬合の状況、義歯等の利用の有無（入院していた場合は入院中の義歯の利用の有無）
- （入院していた場合）入院中の食事の種類
- かかりつけ歯科医師など、本人の嚥下機能の評価に関わりうる専門職のネットワーク

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

（iii）誤嚥リスクが疑われる出来事の把握

実施内容

誤嚥リスクの評価の根拠となる、咀嚼や嚥下に関わるトラブルなどの出来事を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。

必要性

その人が有する誤嚥リスクを専門職が評価する際、咀嚼や嚥下に関するトラブルなどの出来事の情報が、判断の有力な材料になる。したがって、こうした情報を本人や介護者等から収集して共有することが重要になる。

なお、高齢者の健康状態や生活状態は変化することがあるので、一度で終わらせず継続的に把握・共有することも大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 咀嚼や嚥下に関わるトラブル（出来事）

情報収集すべき専門職

看護師、介護職 等

（iv）疾患・障害による影響の有無の把握

実施内容

疾患や障害による影響を評価できるようにするため、その人の疾患の履歴や、障害の有無、認知機能の低下とそれに伴う生活障害等の状況を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

必要性

その人が有する誤嚥リスクを専門職が評価する際、背景にある疾患や障害等の状況の情報は、判断の基本的な材料になるため、こうした情報を本人や介護者等から収集して共有することが必要になる。また、必要に応じてかかりつけ医等の多職種から疾患・障害による影響等の情報を収集することも大切である。

なお、摂食嚥下機能の低下は、疾患や障害だけでなく、誤った知識に基づくケア（例えば、「歯が無くても食べられる」と称するような柔らかい食事が高齢者には好ましい、等）が要因となって起こる場合もある。したがって、明確な疾患や障害がない場合も、ほかに摂食嚥下機能低下の要因を検討することが重要である。

また、高齢者の健康状態や生活状態は変化することがあるので、一度で終わらせず継続的に把握・共有することも大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 疾患歴（特に脳血管疾患など嚥下機能に影響を与える疾患の履歴）
- 障害の有無と程度
- 認知機能の状況、生活障害の状況
- 疾患の治療・療養に関わる通院先、主治医
- 利用している医療・介護サービス
- （入院していた場合）入院中に受けていたケア内容（医療的ケアに加え栄養管理やリハビリテーションの内容を含む）

情報収集すべき専門職

医師看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

1-1-2 誤嚥による肺炎のリスクの把握

（i）咳や呼吸の状況の把握と共有

実施内容

誤嚥による肺炎のリスクを把握するため、普段の咳の状況（咳をする頻度、どのようなタイプの咳か、いつ多くなるか、むせの有無など）を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。

必要性

その人が有する誤嚥リスクを専門職が評価する際、その人が普段している咳の様子に関する情報が、判断の有力な材料になるため、こうした情報を本人や介護者等から収集して共有する。

なお、高齢者の健康状態や生活状態は変化することがあるので、一度で終わらせず継続的に把握・共有することも大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 咳の頻度、咳のタイプ
- むせの有無
- 息切れの有無

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 咳が出るタイミング(例:動作時、食事の途中など)

情報収集すべき専門職

看護師、介護職 等

(ii) 口腔ケアの状況及び口腔内衛生状態の把握

実施内容

肺炎の発症につながるリスクを評価する根拠とするため、普段の口腔ケアの状況や口腔内衛生状態の概要を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。

必要性

その人が有する誤嚥リスクを専門職が評価する際、その人の口腔衛生状態や普段の口腔ケアに関する情報が、判断の有力な材料になるため、こうした情報を本人や介護者等から収集して共有する。また、必要に応じて歯科医師等の多職種から情報を収集し、共有することも重要である。

なお、高齢者の健康状態や生活状態は変化することがあるので、一度で終わらせず継続的に把握・共有することも大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 口腔内衛生の状態(口臭、食べかすなどの状況)
- 普段の口腔ケアの実施状況(ケアのタイミング、ケアの方法、回数、ケアをしている人(本人あるいは他の人))
- 利用している専門的なサービス(訪問歯科、訪問歯科衛生士等)
- かかりつけ歯科医師など、本人の嚥下機能の評価に関わりうる専門職のネットワーク

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

2. 日常的な発症及び再発の予防

2-1 摂食嚥下機能の支援

2-1-1 摂食嚥下機能の改善・維持

(i) 摂食嚥下機能の維持・改善のための支援

実施内容

専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション(専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む)が提供されるようなケア体制を整える。

セルフケアとして自身で実施可能な取り組みについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有する。

必要性

摂食嚥下機能の低下は誤嚥のリスクを大きくするため、摂食嚥下機能を維持あるいは改善できるよう、可能なかぎりリハビリテーションを行うことが重要である。ただし、摂食嚥下機能の評価も、その維持・改善のために必要なリハビリテーションの内容も、それぞれに関連する領域の専門職が判断すべきものであり、専門職による判断結果やリハビリテーションに関する留意点を丁寧に把握する必要がある。

なお、摂食嚥下機能を維持する取り組みは、日々の生活の中で続けていくことが大切である。したがって、介護サービスによって提供するだけでなく、その人が自ら取り組めるよう、セルフケアとして実施できるような内容については、実施方法や留意点を、担当の専門職から伝えてもらうように調整することも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- その人のリスク評価の結果
- 摂食嚥下機能の機能・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容
- その人にあつたリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源
- 栄養状態(フレイルの有無)
- (入院していた場合)入院中の口腔に関するケア内容
- (入院していた場合)入院中のリハビリテーションの内容

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職 等

(ii) 発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーション・訓練

実施内容

専門職によるリスク評価結果を踏まえ、発声・発話の維持・改善のリハビリテーションが提供されるようなケア体制を整える。

セルフケアとして自身で実施可能なリハビリテーションについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有する。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

なお、過去に気管切開処置が行われている場合には、喉頭の運動の抑制から嚥下障害が生じるため、病歴を注意して把握し専門職と共有する。

必要性

摂食嚥下機能の低下は誤嚥のリスクを大きくするため、摂食嚥下機能を維持あるいは改善できるよう、可能なかぎりリハビリテーションを行うことが重要である。この観点から、発声・発話の機能を維持あるいは改善するためのリハビリテーションについても必要に応じて提供できるようなケア体制を整えることが重要である。

発声・発話と摂食嚥下機能は、からだの機能としては異なるが、疾患や姿勢の問題等によって両方の機能低下が同時にみられることもあるため、発声・発話の状況やその要因となりうる状況の情報を収集することが大切になる。

なお、発声・発話を維持する取り組みは、日々の生活の中で続けていくことが大切である。したがって、介護サービスによって提供するだけでなく、その人が自ら取り組めるよう、セルフケアとして実施できるような内容については、実施方法や留意点を、担当の専門職から伝えてもらうように調整することも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- その人のリスク評価の結果
- 発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容
- その人にあつたリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源
- 気管切開など嚥下障害に関係しうる病歴の有無

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

(iii) 口腔乾燥への支援

実施内容

加齢によって唾液腺は萎縮するため、萎縮を防止するためのプログラムが必要となる。

食事が軟食であると咀嚼運動の必要性が無くなり、唾液腺の萎縮は進行するため、口腔乾燥自体への対応だけでは解決できないことを知る。

唾液分泌が減り、口腔乾燥が進むと、摂食嚥下のトラブルが起きやすくなるため、これを防ぐために口の中が乾きすぎないようにするようなケア体制を整える。

口腔乾燥がある場合にその原因を評価するため、口渇、口腔乾燥をもたらす要因となる服薬内容等の情報を把握し、薬剤師等の専門職にその情報を共有する。

必要性

唾液分泌が減ることは、口腔内の細菌量が増えたり、口腔乾燥が進んだりする原因となり、誤嚥性肺炎の発症リスクを高める。

口の中が乾きすぎると唾液の分泌が減る場合があり、唾液が少ないことに伴う嚥下のトラブルの原因になりうる。したがって、口の中の状況も踏まえた嚥下リスクの評価結果に基づき、必要に応じて口の中が乾きすぎないようにするためのケアが提供されるようにすることが重要である。

口の中の乾きの原因としては、普段の口の開きや水分摂取量だけでなく、薬を飲んでいる場合はその服薬内容や、居室の温湿度、食事物性なども関係する場合があるので、こうした情報も含めて収集・共有し、専門職の判断と指

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

示を得ることが大切である。また、唾液量は体内の水分量と関連することから、排泄（特に尿）の状況についても可能な限り把握することが大切である。

なお、口の中の乾きを防ぐケアは毎日の生活に関わるため、専門職によって提供されるケアだけでなく、本人や介護者が自らケアを実施できるように調整することも必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 服薬内容（口腔乾燥をもたらす可能性のある薬の有無、その副作用の可能性の有無）
- 普段の口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無
- 水分摂取の状況（水分の取り方、水分の種類、頻度等）、脱水の有無
- 食事内容
- 排泄（特に尿）の回数、性状の異常（回数、量、色、臭いが普段と違うなど）
- 居室の温湿度、エアコンの吹き出し口の位置

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、介護職 等

2-1-2 摂食嚥下に関わる機能の活発化

（i）安定した生活リズムの実現

実施内容

生活リズムを把握したうえで、摂食嚥下に関わるトラブルが起きにくくなるよう、生活リズムの見直しとそのリズムを継続の実現を支援する。

特に、食事の時間に摂食嚥下機能が発揮される状況とすることで、食事における誤嚥のリスクを小さくできる。したがって、食事の際に覚醒した状態となるよう、朝の覚醒時刻を見極めたうえで、生活リズムを規則正しくしたり、食事の準備の習慣を整えたり、食事をとる意識付けを行うなどのケア体制を整える。

必要性

食事をとるときに十分に覚醒した状態になっていないがゆえに、摂食嚥下のトラブルが起きやすくなる場合がある。特に朝食については、体が覚醒状態になってから朝食を摂るような生活リズムになっていることが重要である。

また、朝食以外の食事においても、例えば日中傾眠傾向がある場合などは、食事を摂るタイミングで十分な覚醒状態になっていない可能性もある。こうした観点を考慮し、普段の生活リズム（食事のタイミング、睡眠・休養をとっているタイミング等）を把握し、それが大きく崩れないように支援することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- その人の生活リズム、同居家族の生活リズム（特に、食べ物や飲み物をとるタイミング、口腔ケアをおこなうタイミング）
- 摂食嚥下に関わるトラブルが起きやすいタイミング
- サービスによるケアが提供されるタイミング（曜日、時間）
- 専門職による評価を踏まえた生活リズムの見直し余地

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 朝の覚醒時刻の見極め、睡眠の状態
- 食事をとるときの覚醒状況、一日を通じての活発度
- 寝室や居室の日照状況、生活音の程度

情報収集すべき専門職

看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、介護職 等

2-2 リスクを小さくする支援

2-2-1 嚥下トラブルなく食事をとることの支援

(i) 食内容の見直しの支援

実施内容

その人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、メニューや調理方法、あるいは食形態が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。

同居家族などが主に調理している介護者である場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食内容に関する留意点を共有する。

必要性

専門職による摂食嚥下機能の評価の結果によっては、食事の内容や食形態を見直した方が誤嚥リスクを小さくできる場合もあるため、評価結果を踏まえ、必要に応じて専門職の判断・指示を得たうえで食内容が見直されるよう調整する。具体的には、普段調理している介護者や介護サービス事業者への情報提供や、配慮された食事サービスの利用を提案・調整するなどが考えられる。

ただし、要介護状態になったからと言って食文化や嗜好は変わらない。そして、提供される食事が食欲の湧くものかどうかによっても結果は異なる。好みにあった食事では問題が生じることは少ないとされる場合もあり、専門職の判断・指示を踏まえつつも、本人の尊厳を保持し、本人が食べたいと思うような食内容を検討することが重要である。

なお、きざみ食などの食形態の変更は、摂食嚥下機能の状況によっては、かえって誤嚥リスクを高めてしまう場合もある。摂食嚥下機能が低下しているからといってただちに食形態を見直すのではなく、専門職の判断と指示を得て、その人の状況にあった食形態が提供されるようにすることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 専門職によるその人の摂食嚥下機能の評価結果
- 食事の調理者(購入している場合は購入先)、食事の内容、食形態
- 食事にむせることがないか
- 本人の食の好み

情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

(ii) 食事を摂る道具や環境の整備

実施内容

その人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、必要に応じて食事を摂る食具の使用や環境を見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。具体的には、その人の状況に応じて使いやすい食器に見直したり、食事を摂る際に誤嚥リスクの小さい姿勢が取れるよう、机や椅子の高さを調整したり、クッション等を用いて食事のあいだ姿勢が保たれるように工夫したりすることが考えられる。

安全な嚥下姿勢の基本は、うなずき頭位、体幹の保持、足底を地面につけること、膝よりも足底が手前になることとされる。こうした点を踏まえ、専門職の判断・指示に基づいて、本人の姿勢が保たれるよう環境を整える。

必要性

食事を摂る姿勢などを工夫することで、誤嚥リスクを小さくできる場合がある。食事は日々行われるものであるため、介護者が立ち会って支援できない場合も多い。

したがって、食事を摂る道具や環境を整えることは、介護者の負担軽減の観点からも取り組む必要性が大きい。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 普段使っている食器、食事をとる環境
- 専門職によるその人の摂食嚥下機能の評価結果
- 評価結果を踏まえて見直すべき道具や環境、そうした道具や環境を提供しうる地域の社会資源

情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

(iii) 食事の姿勢や行為の改善

実施内容

その人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、食事をとる姿勢や食事のとり方が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。具体的には、その人の状況に応じて使いやすい食器に見直したり、食事を摂る際に誤嚥リスクの小さい姿勢が取れるよう、机や椅子の高さを調整したり、クッション等を用いて食事のあいだ姿勢が保たれるように工夫したりすることが考えられる。

安全な嚥下姿勢の基本は、うなずき頭位+体幹保持+足底接地に加えて膝よりも足底が手前になることである。これらの点を担保するための体制を整える。

なお、同居家族などが一緒に食事をとることが多かったり、食事介助を行っていたりする場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食事の摂取に関する留意点を共有する。

なお、食事介助を行っている場合、食事に十分な時間が確保できないために本人の残存能力を無視した過剰な食事介助とならないように留意する。

食事介助する介護者の介助の方法(利用者との平面的、垂直的位置関係)によっては、上記の安全な嚥下姿勢が障害されることがあるため、介助の方法の評価も行う。

誤嚥のリスクを高めないように、適切な食事姿勢が介助者によって提供されるような体制を整える。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

必要性

食事姿勢はその人の摂食嚥下機能や食事を取る環境によって異なる。したがって、安易に車椅子に座ったまま食事を取るのではなく、本人の状態や介助の方法にあった福祉用具の使い方の選定と調整がなされるように調整し、食事姿勢を整える必要がある。

食事を摂る姿勢などを工夫することで、誤嚥リスクを小さくできる場合がある。食事は日々行われるものであるため、介護者が立ち会って支援できない場合も多い。

したがって、食事を摂るときの姿勢や行為を改善することは、介護者の負担軽減の観点からも取り組む必要性が大きい。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 普段使っている食器、食事をとる環境(机や椅子の高さ)
- 食事をとっている場所、食事をとるときの姿勢、食器を自身で保持できるかどうか
- 食事の際の本人の様子(食事中にむせることはないか、飲み込んだときに声がかすれる等の状況がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べものがよくのどに詰まるか)
- 専門職によるその人の摂食嚥下機能の評価結果
- 評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる姿勢、食事のとり方
- 食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人、介助の方法(食べさせ方)
- 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無

情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職 等

2-2-2 フレイル予防のために必要な栄養の確保

(i) 食事内容の把握

実施内容

食事からの栄養摂取ができていないか、食欲があるかを把握する。

状況が変化しうるため、一度きりではなく継続的に状況が把握できるよう、介護者や他の専門職等とも連携して普段の状態を随時把握できるような体制を整える。

必要性

背景にフレイルがあって摂食嚥下機能が低下している場合、フレイルの進行を抑える必要があり、そのために重要な視点の一つとして、必要な栄養を日々の食事等を通じて摂れているかどうかを確認することが大切である。

もし、食事を通じた栄養の摂取に課題がみられる場合、そもそも食欲がどの程度あるのか、食の好みによる栄養の偏りはないかなどの状況も把握することが重要である。

なお、食事からの栄養摂取の状況は、食欲や健康状態、食事をとる様子などによっても変化することから、一度把握して終わりではなく、継続的に状況を把握できるようにすることも必要である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 食欲の状況
- 食事回数、食事の量、間食の有無
- 食事の様子(食べる速度がいつもと違うなど)
- 本人の食の好み
- 体重の変化(特に体重減少)
- 普段の排泄回数、排泄の異常(便秘や下痢の有無など)

情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

(ii) 食事からの栄養摂取状況の改善

実施内容

十分な栄養を摂取できる食事に本人が集中し、食欲をもち食事を楽しむことができるよう、慣れ親しんだ食事環境を整えたり、好きなものを定期的にとれるようにしたりといったケア体制を整える。

必要性

食事からの栄養摂取が不足したり偏ったりしている場合、フレイルの進行を予防する観点から、食事からの栄養摂取が改善するようにする必要がある。

その際、ただ食事の量や内容を変えるのではなく、その人本人がすすんで食事を摂れるよう、本人の食の好みや食欲を喚起するような工夫を施したり、食欲がわきやすいよう食事のタイミングを見直したりすることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 食事内容(特に、水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)
- その人の生活リズム、同居家族の生活リズム(特に食事のタイミング)
- 普段使っている食器、食事をとる環境
- 本人の食の好み

情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

2-2-3 口腔ケアの実施

(i) 口腔ケアの実施

実施内容

感染症を防ぐため定期的な口腔ケアを行うことができるよう、ケア体制を整える。

(例えば、はみがき、義歯の洗浄などに加え、どの程度実践できているかの確認を、セルフケアとして自ら行うあるいは、家族介護者や専門職などが行う体制を整えること)

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

必要性

誤嚥性肺炎の原因の一つに、汚れた歯垢や食べ残しを（不顕性の）誤嚥に伴って飲み込み、それが肺に至って肺炎を引き起こすというものがある。

つまり、誤嚥性肺炎を予防するためには、摂食嚥下機能の改善・維持に資するケアに取り組むとともに、誤嚥性肺炎の原因の一つとなりうる口腔内の衛生状況を改善・維持する必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 口腔内の衛生状態
- 口腔内の乾燥の状況
- 口腔ケアの重要性に対する本人や家族の理解
- 口腔ケアの実施の頻度、方法、タイミング
- 口腔ケアを実施する人（本人なのか介護者なのか専門職なのか）
- かかりつけ歯科医師の有無、定期的な歯科受診、歯科衛生士の訪問などの有無

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

3. 再評価

3-1 リスクの再評価

3-1-1 リスクの再評価

(i) 一定期間ごとのリスクの再評価

実施内容

本人の健康状態や生活環境の変化に伴ってリスクは変化するので、一定期間ごとに上記のようなリスク評価を再度実施する。

過去に一度誤嚥性肺炎を発症している場合(二次予防)は、前回発症した際の状況の振り返りも併せて行う。

必要性

誤嚥性肺炎を短期間に繰り返す場合、全身予備力の低下によって重度の肺炎が発症し、入院となることが多い。肺炎治療が優先されるために一般的に臥床した状態で経過し、一日リズムも変調をきたすことや開口した状態で経過することも多く、全身機能が廃用化していることも多い。そのため、退院後の短期間で再発、入院することもある。前回と同じ原因で発症しているとは限らないため、新たなリスク評価を短期間に複数回行う必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- (※リスク評価で把握する項目と同じ)

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

4. 変化を把握したときの対応体制の構築

4-1 変化を把握したときの対応体制の構築

4-1-1 変化を把握したときの対応体制の構築

(i) ケアに関わる関係者間での留意すべき兆候(長期的な変化)の共有

実施内容

不顕性の誤嚥による肺炎の可能性も視野に入れ、普段との違いに気づきやすい体制を整えるため、ケアに関わる関係者の間で気を配っておくべき兆候を整理し共有する。

必要性

その人にとっての留意すべき兆候は、健康状態や生活状態によって一人ひとり異なるため、まずはその人の普段の状況を把握し共有できる体制を整えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- かかりつけ医等の判断を踏まえた、その人における留意すべき兆候
- 健康状態、生活状態
- 生活リズム(特に食事、排せつ、睡眠等の状況)
- 食事や水分摂取の量
- 家族等の介護者と専門職との間での情報共有の方法

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職 等

(ii) 短期的な変化を把握したときの連絡・対応体制の事前検討

実施内容

肺炎は進行が速い疾患なので、短期間に普段の状況から変化したときには、迅速にかかりつけ医等に情報共有することが重要である。

家族や介護者が、短期的な変化を把握したときに迅速に医療者等の他の職種につなぐことができるよう、連絡・対応体制を事前に整理し、共有する。

必要性

誤嚥性肺炎はその人の健康状態や発症状況によっては、短時間のうちに症状が変化することもあり得る。したがって、その人にとっての留意すべき兆候を多職種間で事前に共有しておき、その兆候を早期に把握しやすくするとともに兆候を把握したときには速やかに対応できるようにするため、連絡・対応体制を事前に検討しておくことが必要になる。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- かかりつけ医等の判断を踏まえた、その人における留意すべき兆候
- 家族等の介護者と専門職との間での情報共有の方法
- 連絡先(かかりつけ医等)、専門職間での対応体制

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職 等

(iii) 変化した状況に応じた必要な支援の提供

実施内容

留意すべき兆候が把握されたときに、かかりつけ医等の指示に基づき重篤であれば入院となるが、そうでない場合もかかりつけ医等の指示に基づいて、状態の悪化が進まないよう必要なケア体制を整える。

留意すべき兆候が把握され、かかりつけ医等に情報共有した結果、必要と支持されたケアが提供されるよう調整する。

必要性

事前に多職種間で共有していた留意すべき兆候が把握されたとしても、かかりつけ医等の判断に基づき、状況によってはすぐに入院するのではなく、それ以上状態が悪化しないようにケア体制を整えたうえで経過をみる場合もある。そのような場合は、かかりつけ医等の指示に基づいて必要なケア体制を整えることが重要になる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- かかりつけ医等による入院すべきか否かの判断結果
- 医師の指示に基づく、状態の悪化が進まないようにするためのケア内容

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職 等

(iv) 入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有

実施内容

肺炎によって入院する場合でも、入院時点から退院後及び自宅での療養に際しての留意事項を把握し共有しておく。

退院後の生活の回復を円滑に行うため、入院時に実施されたリスク評価の結果や、退院後の生活における指示内容の情報を把握する。

なお、入院時点において、その人が肺炎を繰り返すリスクを小さくする治療に資するよう、普段から把握しているその人の摂食嚥下や食事の状況等の情報を、病院の主治医等に伝達する。

必要性

治療のために入院した場合でも、回復後の生活復帰を早める観点に立てば、入院して治療している段階から、退

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

院後の自宅での療養に関する留意点を共有する必要がある。情報を共有しておくことにより、退院後の生活への移行を円滑にするとともに、入院前の生活状態の情報を得ることにより入院先での治療やリハビリテーションの内容を具体化し、その人の生活にあったものになるよう個別化するために役立てることができる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 退院の見込み時期
- 退院後のケア体制(家族等介護者の介護力、サービス資源の利用可能状況)
- かかりつけ医、主治医の指示内容の把握

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職 等

第4章 多職種連携の重要性

1. 多職種連携の重要性

- ・ 本標準化検討において示した検討の視点に基づき、必要性が想定される支援内容について検討するには、介護支援専門員が一人ですべての情報を収集し、分析することは現実的ではないため、介護支援専門員は他の職種と連携して多職種がチームとなって、担当する利用者に関する情報を収集し、その高齢者の日常の生活における状況を把握することが必要である。
- ・ 特に、退院後の高齢者のケアマネジメントにおいては、在宅ケアに関わる多職種との情報収集だけでなく、入院中の情報も併せて情報収集する必要がある。
- ・ 一方、情報の分析や判断についても、療養に関わる事項も含まれることから、介護支援専門員が一人ですべての判断を行うのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめとする他の職種の判断や意見を聞き、それを踏まえてケアマネジメントを進めていくことが重要である。

(1)入院・入所時の多職種連携

- ・ 本標準化項目では、対象となる高齢者の数が多く、入院のリスクあるいは重症化した場合の死亡リスクが高いという観点から、「誤嚥性肺炎の予防」を選んで検討を行っている。
- ・ 入院時の整備された環境とは異なり、退院後の在宅生活では個別に環境が異なる。また、医療的視点でのリスク評価がなされにくくなるタイミングでもある。在宅生活に戻っても、切れ目のないケアが提供されるよう、入院した病院や入所した施設の多職種との間での情報共有、連携を加速させることが重要である。

(2)かかりつけ歯科医との連携

○かかりつけ歯科医の必要性

- ・ 高齢者において歯の喪失を防止することは、咀嚼機能を維持して自ら食事をとり続けられるようにするために重要な取り組みとなる。具体的には、高齢者においても歯の喪失が10歯以下であれば食生活に大きな支障を生じないとの先行研究もあり、「8020(ハチマル・ニイマル)」運動が提唱・推進されているところである。
- ・ このように歯の健康の維持は個人に合わせて生涯を通じた取り組みが必要であり、定期的な健診受診や早期の治療が肝要になることから、かかりつけ歯科医を持つことが重要とされる。
- ・ かかりつけ歯科医の推進のため、2016年診療報酬改定において、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が設けられ、必要な要件を満たす歯科診療所が認定・公表されている。

○かかりつけ歯科医との連携の必要性

- ・ 高齢者の場合、歯の喪失や歯周病の進行に伴って口腔内の状況が複雑となるため、一人ひとりの口腔内の状況に合った歯口清掃が実施できるよう、きめ細かな指導・支援の必要がある。また、認知症がある場合、認知症の進行に伴って自身での歯口清掃が困難になる場合もある。
- ・ したがって、利用者にとってのかかりつけ歯科医の有無を確認したうえで、口腔内の状況が悪化する前に、早期にかかりつけ歯科医と連携して口腔内の衛生状況及び日々の歯の健康管理の方法について情報共有しておくこと

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

が必要である。また、口腔内の状況は嚥下にも大きく影響するため、嚥下に関するトラブルの可能性やその対応についても、早期にかかりつけ歯科医と連携して情報共有やアセスメントを実施することが重要である。

(3)かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携

○かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局の必要性

- ・ 高齢者の多くは複数の疾患の治療を継続しているため、複数の医療機関あるいは複数の診療科から複数の薬を処方され服用しており、薬の管理や服薬コンプライアンスの維持など、在宅生活において療養を続けていくうえでの課題も多く発生しやすい。
- ・ そこで、高齢者一人ひとりの健康状態や生活の状況を見て、高齢者自身の立場から、薬の管理や服薬コンプライアンスの改善を支援し、薬の管理方法や市販薬や健康食品等との飲み合わせに関する相談、健康状態の変化に応じた支援などを担う薬剤師として、かかりつけの薬剤師あるいはかかりつけの薬局を持つことが重要とされている。
- ・ 2016年診療報酬改定において、かかりつけ薬剤師制度が本格的に開始され、かかりつけ薬剤師に対する指導料が新設されたところである。さらに、「かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する(健康サポート)機能を備えた薬局」として、「健康サポート薬局」についても新設された。

○かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携の必要性

- ・ 医師に処方された薬を適切に管理し、服用することは、療養と健康管理の基本となる重要な取り組みだが、在宅の場合、同居家族のいない高齢者や判断能力が低下した高齢者をはじめ、薬の管理や服用を確実に実施することが困難な場合も多い。また、健康状態の変化に応じて薬の効果や副作用に留意が必要であり、処方薬だけでなく市販薬や健康食品との飲み合わせも含めて把握し、専門的な見地から指導・助言を実施する必要がある。
- ・ したがって、薬の管理や服用をしている高齢者であって、薬の管理や服用の管理を本人あるいは同居家族が十分に実施できない可能性がある場合は、早期にかかりつけ薬剤師あるいはかかりつけ薬局と情報共有し、高齢者・家族への支援の必要性を検討することが重要である。
- ・ なお、かかりつけ薬剤師あるいはかかりつけ薬局は、その高齢者の日常生活や健康状態を把握していることから、薬の管理や服用が十分に実施できているかどうかをアセスメントする段階から、かかりつけ薬剤師あるいはかかりつけ薬局と情報共有し、連携して支援の必要性を判断するといった取り組みが重要である。

2. かかりつけ医との連携の重要性

○「できる限り自分でできることを増やしていく」ための予防の管理

- ・ 本標準化項目では、できる限り自分でできることを増やしていくことを目指す支援、いわゆる自立支援を展開していくうえで検討すべき、ケアの方向性及びその必要性を判断するアセスメント項目を整理した。
- ・ 特に、疾患の予防を基本としつつ、状況に応じて生活面、さらには社会参加に関する支援を展開していくという考え方を基本としている。
- ・ したがって、まずは予防の管理を、本人あるいは同居している家族等介護者などが確実に実施できるようにする支援・環境の整備が重要であり、そうした支援が適切なものとなっているかどうかを判断するためにこそ、医療との連携が重要となる。

○予防に関する情報のかかりつけ医と共有する必要性

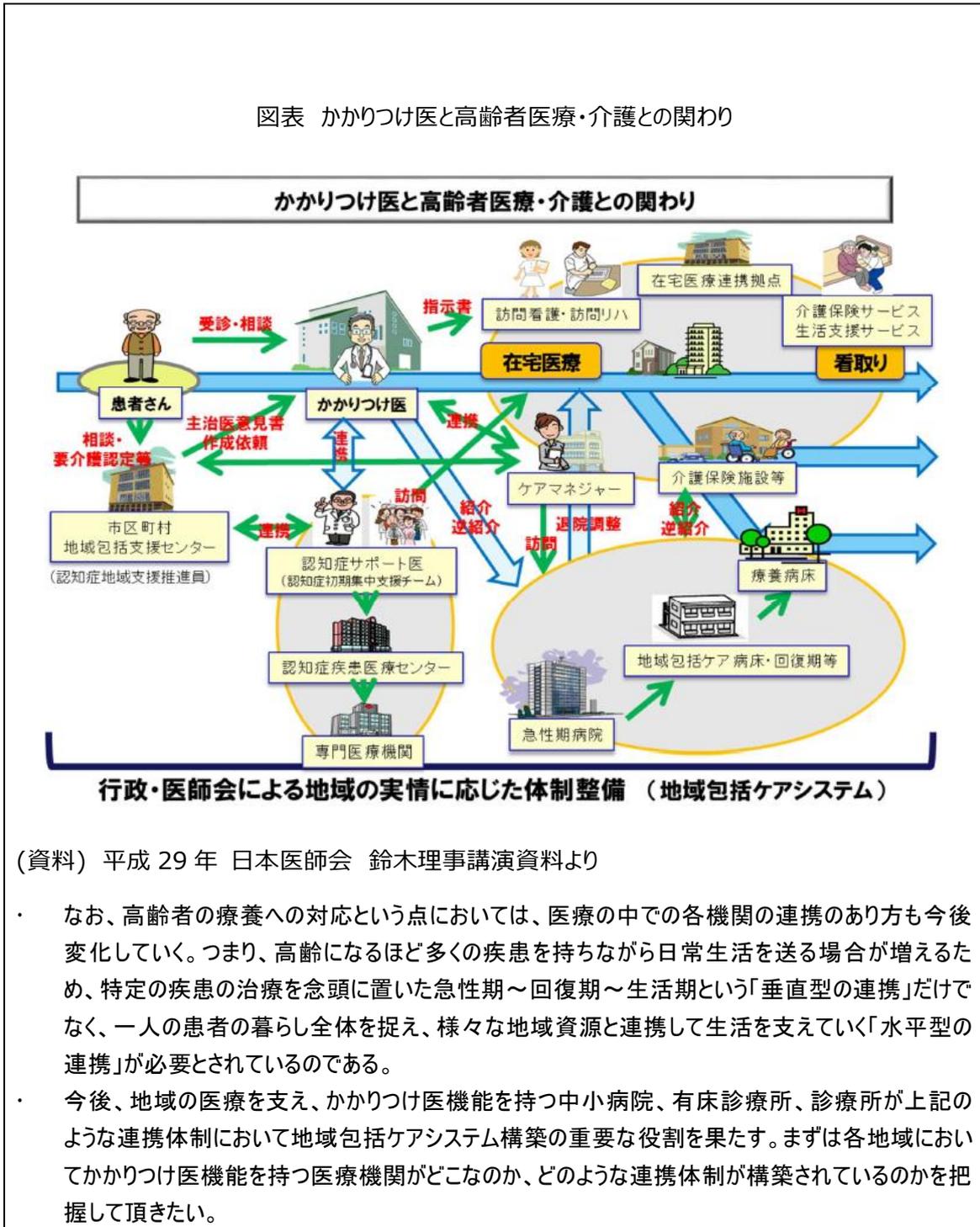
- ・ 自宅での日常的な予防の支援を行うためには、それまでの疾患に関する情報、求められる予防の内容、本人あるいは家族等介護者の予防に対する理解度、日常における本人のこころ・からだの状況変化など、様々な情報を収集し、共有する必要がある。
- ・ なお、医師と一口に言っても、入院していた病院・病棟の医師、通院している病院の医師等、在籍している機関によって様々であるが、中でも在宅における日常的な療養に関する判断を仰ぐという点では、かかりつけ医との情報の共有が重要である。
- ・ かかりつけ医とは、「なんでも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」⁴と定義されたもので、在籍する機関に関らず、その人(患者)の日常的な療養に対して総合的に判断・助言できるような役割を担う医師である。
- ・ したがって、介護支援専門員が本人の日常的な療養について情報を共有すべき相手としては、医師の中でも特にかかりつけ医と連携していくことが最も重要である。

<かかりつけ医の意義と地域包括ケアシステムにおける位置付け>

- ・ かかりつけ医が必要とされる背景には、今後さらに進展する高齢化と、これまでに培われてきたわが国の地域における医療資源の特徴(中小病院、診療所が地域に遍く存在していること)がある。
- ・ こうした地域資源との連携を念頭に、住み慣れた地域でできる限り自立した生活を実現しようとする地域包括ケアシステムにおいて、かかりつけ医は医療におけるキーパーソンとして位置づけられる。

⁴ 日本医師会・四病院団体協議会 「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(2013年8月8日)

図表 かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり



(資料) 平成 29 年 日本医師会 鈴木理事講演資料より

- ・ なお、高齢者の療養への対応という点においては、医療の中での各機関の連携のあり方も今後変化していく。つまり、高齢になるほど多くの疾患を持ちながら日常生活を送る場合が増えるため、特定の疾患の治療を念頭に置いた急性期～回復期～生活期という「垂直型の連携」だけでなく、一人の患者の暮らし全体を捉え、様々な地域資源と連携して生活を支えていく「水平型の連携」が必要とされているのである。
- ・ 今後、地域の医療を支え、かかりつけ医機能を持つ中小病院、有床診療所、診療所が上記のような連携体制において地域包括ケアシステム構築の重要な役割を果たす。まずは各地域においてかかりつけ医機能を持つ医療機関がどこなのか、どのような連携体制が構築されているのかを把握して頂きたい。

○かかりつけ医との連携において留意すべき点

- ・ 本標準化項目で示したような情報の中でも疾患や療養の内容、普段のこころ・からだの状況に対する判断については、医師が専ら判断すべき事項である点に注意が必要である。つまり、医師でない者が安易に判断することは適切でないことに注意が必要である。
- ・ また、お互い忙しい業務時間の中で効率的に情報を共有するためには、「どのような情報を確認したいか」「どのような情報を共有(報告)したいか」「どのような判断・助言を期待するか」といったことを整理して臨むと良い。本標準化項目では、疾患別にアセスメントにおいて、なぜ、どのような情報を確認すべきかを整理しているので、各項目の記載内容を、かかりつけ医との情報共有のための準備に活用していただきたい。

卷末資料

- 卷末資料1 項目一覧
- 卷末資料2 ケアマネジメントの標準化に関する概念図
- 卷末資料3 参考文献

卷末資料1 項目一覽

【検討案】項目一覧 誤嚥性肺炎の予防

※本案は、誤嚥性肺炎のリスクが大きい要介護高齢者が、日常生活において発症予防／再発予防のために必要と想定される支援を整理したもの。日常生活における「予防」を対象範囲とする。
 ※本案では、誤嚥性肺炎を「A D Lや全身機能の低下、特に脳血管障害を有する場合に認められやすい嚥下機能障害を背景に起きる肺炎」として捉える。不顕性の誤嚥によって起こる肺炎も含める。

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職
0.誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	必要性の理解	1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	・誤嚥性肺炎は高齢者に多く起こる疾患であり、罹患すると重篤な影響を及ぼす可能性が大きいことへの理解を促す。 ・誤嚥性肺炎は、リスクの評価と予防で対応できるので、そのための取り組みが重要であることへの理解をうながす。	・誤嚥性肺炎の概要に対する本人や家族の理解 ・誤嚥性肺炎のリスクや予防のための取り組みに対する本人や家族の理解 ・本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
	1.リスクの(再)評価	誤嚥リスクの評価に資する情報の収集	2 普段の健康状態や生活状態の継続的な把握と共有	・誤嚥性肺炎の予防のためにはまず誤嚥リスクの評価が重要であるため、本人の普段の健康状態や生活状態を把握し、誤嚥リスクを評価する専門職と共有する。 ・なお、状態は変化することがあるので、一度で終わらず継続的に把握・共有する。	・健康状態や生活状態 ・生活における覚醒、活発度の状況 ・健康状態や生活状態を把握するキーパーソン ・健康状態や生活状態の変化	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職
			3 かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況等の継続的な把握と共有	・摂食嚥下機能と誤嚥リスクの評価の根拠とするため、かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況、舌運動の様相、サービスを受ける前の期間における義歯の管理の状態など、摂食嚥下機能にかかわる普段の状況を把握し、評価する専門職と共有する。 ・なお、状態は変化することがあるので、状況の把握は一度で終わらず継続的に把握・共有する。	・食事をとる場所、姿勢 ・食事における咀嚼、飲み込みの状況 ・食事と一緒にとる人あるいは食事介助を行う人、介助の方法（食べさせ方） ・咬合の状況、義歯等の利用の有無（入院していた場合は入院中の義歯の利用の有無） ・（入院していた場合）入院中の食事の種類 ・かかりつけ歯科医師など、本人の嚥下機能の評価に関わりうる専門職のネットワーク	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			4 誤嚥リスクが疑われる出来事の把握	・誤嚥リスクの評価の根拠となる、咀嚼や嚥下に関わるトラブルなどの出来事を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。	・咀嚼や嚥下に関わるトラブル（出来事）	看護師、介護職
			5 疾患・障害による影響の有無の把握	・疾患や障害による影響を評価できるようにするため、本人の疾患の履歴や、障害の有無、認知機能の低下とそれに伴う生活障害等の状況を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。	・疾患歴（特に脳血管疾患など嚥下機能に影響を与える疾患の履歴） ・障害の有無と程度 ・認知機能の状況、生活障害の状況 ・疾患の治療・療養に関わる通院先、主治医 ・利用している医療・介護サービス ・（入院していた場合）入院中に受けていたケア内容（医療的ケアに加え栄養管理やリハビリテーションの内容を含む）	医師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			6 咳や呼吸の状況の把握と共有	・誤嚥による肺炎のリスクを把握するため、普段の咳の状況（咳をする頻度、どのようなタイプの咳か、いつ多くなるか、むせの有無など）を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。	・咳の頻度、咳のタイプ ・むせの有無 ・息切れの有無 ・咳が出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）	看護師、介護職
	7 口腔ケアの状況及び口腔内衛生状態の把握	・肺炎の発症につながるリスクを評価する根拠とするため、普段の口腔ケアの状況や口腔内衛生状態の概要を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。	・口腔内衛生の状態（口臭、食べかすなどの状況） ・普段の口腔ケアの実施状況（ケアのタイミング、ケアの方法、回数、ケアをしている人（本人あるいは他人）） ・利用している専門的なサービス（訪問歯科、訪問歯科衛生士等） ・かかりつけ歯科医師など、本人の嚥下機能の評価に関わりうる専門職のネットワーク	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職		
2.日常的な発症及び再発の予防	1 摂食嚥下機能の支援	摂食嚥下機能の改善・維持	8 摂食嚥下機能の維持・改善のための支援	・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション（専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む）が提供されるようなケア体制を整える。 ・セルフケアとして自身で実施可能な取り組みについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有する。	・本人のリスク評価の結果 ・摂食嚥下機能の機能・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容 ・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源 ・栄養状態（フレイルの有無） ・（入院していた場合）入院中の口腔に関するケア内容 ・（入院していた場合）入院中のリハビリテーションの内容	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
			9 発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーション・訓練	・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションが提供されるようなケア体制を整える。 ・セルフケアとして自身で実施可能なリハビリテーションについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有する。 ・なお、過去に気管切開処置が行われている場合には、喉頭の運動の抑制から嚥下障害が生じるため、病歴を注意して把握し専門職と共有する。	・本人のリスク評価の結果 ・発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容 ・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源 ・気管切開など嚥下障害に関係する病歴の有無	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			10 口腔乾燥への支援	・唾液分泌が減り、口腔乾燥が進むと、摂食嚥下のトラブルが起きやすくなるため、これを防ぐために口の中が乾きすぎないようにするようケア体制を整える。 ・口腔乾燥がある場合にその原因を評価するため、口渇、口腔乾燥をもたらす要因となる服薬内容等の情報を把握し、薬剤師等の専門職にその情報を共有する。	・服薬内容（口腔乾燥をもたらす可能性のある薬の有無、その副作用の可能性の有無） ・普段の口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いような姿勢の有無 ・水分摂取の状況（水分の取り方、水分の種類、頻度等）、脱水の有無 ・食事内容 ・排泄（特に尿）の回数、性状の異常（回数、量、色、臭いが普段と違うなど） ・居室の温湿度、エアコンの吹き出し口の位置	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
	2 リスクを小さくする支援	嚥下トラブルなく食事をとることの支援	11 安定した生活リズムの実現	・生活リズムを把握したうえで、摂食嚥下に関わるトラブルが起きにくくなるよう、生活リズムの見直しとそのリズムの継続の実現を支援する。 ・特に、食事の時間に摂食嚥下機能が発揮される状況とすることで、食事における誤嚥のリスクを小さくできる。したがって、食事の際に覚醒した状態となるよう、朝の覚醒時刻を見極めたうえで、生活リズムを規則正しくしたり、食事の準備の習慣を整えたり、食事をとる意識付けを行うなどのケア体制を整える。	・本人の生活リズム、同居家族の生活リズム（特に、食べものや飲みものをとるタイミング、口腔ケアをおこなうタイミング） ・摂食嚥下に関わるトラブルが起きやすいタイミング ・サービスによるケアが提供されるタイミング（曜日、時間） ・専門職による評価を踏まえた生活リズムの見直し余地 ・朝の覚醒時刻の見極め、睡眠の状態 ・食事をとるときの覚醒状況、一日を通じての活発度 ・寝室や居室の日照状況、生活音の程度	看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
			12 食内容の見直しの支援	・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、メニューや調理方法、あるいは食形態が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。 ・同居家族などが主に調理している介護者である場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食内容に関する留意点を共有する。	・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・食事の調理者（購入している場合は購入先）、食事の内容、食形態 ・食事中におせることがないか ・本人の食の好み	看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
			13 食事をとる道具や環境の整備	・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、必要に応じて食事をとる食具の使用や環境を見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。	・普段使っている食器、食事をとる環境 ・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・評価結果を踏まえて見直すべき道具や環境、そうした道具や環境を提供しうる地域の社会資源	看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			14 食事の姿勢や行為の改善	・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、食事をとる姿勢や食事のとり方が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。 ・同居家族などが一緒に食事をとることが多かったり、食事介助を行っている場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食事の摂取に関する留意点を共有する。 ・なお、食事介助を行っている場合、食事に十分な時間が確保できないために本人の残存能力を無視した過剰な食事介助とならないように留意する。 ・誤嚥のリスクを高めないように、適切な食事姿勢が介助者によって提供されるような体制を整える。	・普段使っている食器、食事をとる環境（机や椅子の高さ） ・食事をとっている場所、食事をとるときの姿勢、食器を自身で保持できるかどうか ・食事の際の本人の様子（食事中におせることはないか、飲み込んだときに声がかかる等の状況がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べものがよくのどに詰まるか） ・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる姿勢、食事のとり方 ・食事と一緒に取る人あるいは食事介助を行う人、介助の方法（食べさせ方） ・食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無	看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
			15 食事内容の把握	・食事からの栄養摂取ができているか、食欲があるかを把握する。 ・状況が変化しういため、一度きりではなく継続的に状況が把握できるよう、介護者や他の専門職等とも連携して普段の状態を随時把握できるように体制を整える。	・食欲の状況 ・食事回数、食事の量、間食の有無 ・食事の様子（食べる速度がいつもと違うなど） ・本人の食の好み ・体重の変化（特に体重減少） ・普段の排便回数、排便の異常（便秘や下痢の有無など）	看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			16 食事からの栄養摂取状況の改善	・十分な栄養を摂取できる食事に本人が集中し、食欲をもち食事を楽しむことができるよう、慣れ親しんだ食事環境を整えたり、好きなものを定期的にとれるようにしたりといったケア体制を整える。	・食事内容（特に、水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・本人の生活リズム、同居家族の生活リズム（特に食事のタイミング） ・普段使っている食器、食事をとる環境 ・本人の食の好み	看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			17 口腔ケアの実施	・感染症を防ぐため定期的な口腔ケアを行うことができるよう、ケア体制を整える。（例えば、はみがき、義歯の洗浄などに加え、どの程度実践できているかの確認を、セルフケアとして自ら行うあるいは、家族介護者や専門職などが行う体制を整えること）	・口腔内の衛生状態 ・口腔内の乾燥の状況 ・口腔ケアの重要性に対する本人や家族の理解 ・口腔ケアの実施の頻度、方法、タイミング ・口腔ケアを実施する人（本人なのか介護者なのか専門職なのか） ・かかりつけ歯科医師の有無、定期的な歯科受診、歯科衛生士の訪問などの有無	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職
3.再評価	1 リスクの再評価	リスクの再評価	18 一定期間ごとのリスクの再評価	<ul style="list-style-type: none"> 本人の健康状態や生活環境の変化に伴ってリスクは変化するので、一定期間ごとに上記のようなリスク評価を再度実施する。 過去に一度誤嚥性肺炎を発症している場合（二次予防）は、前回発症した際の状況の振り返りも併せて行う。 	(※リスク評価で把握する項目と同じ)	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			19 ケアに関わる関係者間での留意すべき兆候（長期的な変化）の共有	<ul style="list-style-type: none"> 不顕性の誤嚥による肺炎の可能性も視野に入れ、普段との違いに気づきやすい体制を整えるため、ケアに関わる関係者間で気を配っておくべき兆候を整理し共有する。 本人にとっての留意すべき兆候は、健康状態や生活状態によって一人ひとり異なるため、まずは本人の普段の状況を把握し共有できる体制を整えることが重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医等の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 健康状態、生活状態 生活リズム（特に食事、排せつ、睡眠等の状況） 食事や水分摂取の量 家族等の介護者と専門職との間での情報共有の方法 	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職
			20 短期的な変化を把握したときの連絡・対応体制の事前検討	<ul style="list-style-type: none"> 肺炎は進行が速い疾患なので、短期間に普段の状況から変化したときには、迅速にかかりつけ医等に情報共有することが重要である。 家族や介護者が、短期的な変化を把握したときに迅速に医療者等の他の職種につなぐことができるよう、連絡・対応体制を事前に整理し、共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医等の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 家族等の介護者と専門職との間での情報共有の方法 連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制 	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職
			21 変化した状況に応じた必要な支援の提供	<ul style="list-style-type: none"> 留意すべき兆候が把握され、かかりつけ医等に情報共有した結果、必要と支持されたケアが提供されるよう調整する。 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医等による入院すべきか否かの判断結果 医師の指示に基づき、状態の悪化が進まないようするためのケア内容 	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職
4.変化を把握したときの対応体制の構築	1 変化を把握したときの対応体制の構築	変化を把握したときの対応体制の構築	22 入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有	<ul style="list-style-type: none"> 肺炎によって入院する場合でも、入院時点から退院後及び自宅での療養に際しての留意事項を把握し共有しておく。 退院後の生活の回復を円滑に行うため、入院時に実施されたリスク評価の結果や、退院後の生活における指示内容の情報を把握する。 なお、入院時点において、本人が肺炎を繰り返すリスクを小さくする治療に資するよう、普段から把握している本人の摂食嚥下や食事の状況等の情報を、病院の主治医等に伝達する。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院の見込み時期 退院後のケア体制（家族等介護者の介護力、サービス資源の利用可能状況） かかりつけ医、主治医の指示内容の把握 	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職

巻末資料2 ケアマネジメントの標準化に関する概念図

本調査研究事業の目的等

<背景及び目的>

ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)において、自立支援と介護の重度化防止を推進するため、今年度は「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととされている。

<方法>

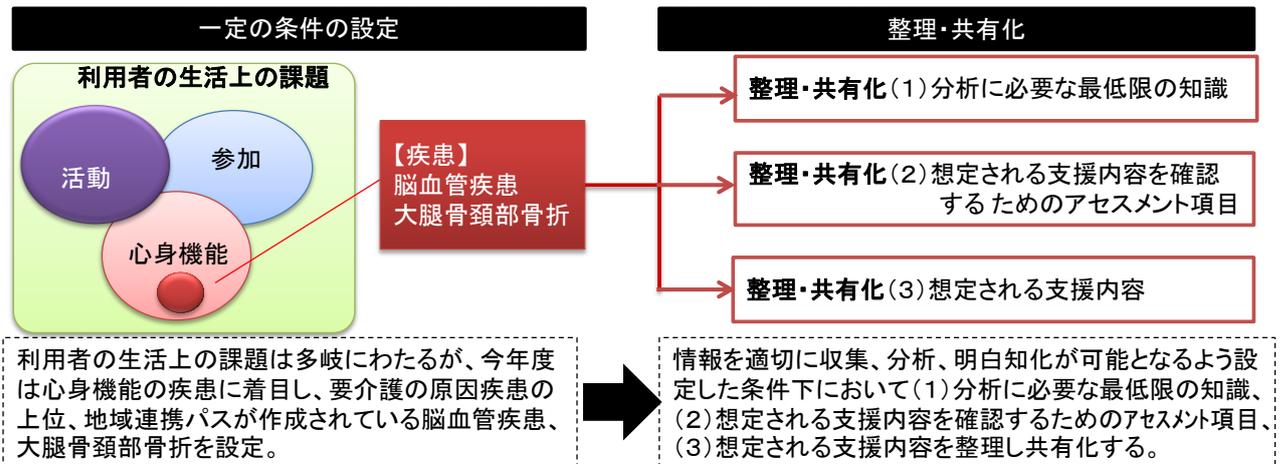
介護支援専門員個々が作成する要介護者のケアプランの内容やケアマネジメントについて「差違」を少なくするため、一定の条件下において『想定される支援内容』を整理し、共有化を試みる。

- ・ケアマネジメントの標準化について概念の整理を行う
- ・一定の条件を定め、『想定される支援内容』を整理する
- ・上記を理解し分析可能とするために介護支援専門員が備えておくべき知識を整理する。【知識の共有】

<具体的な取り組み>

利用者の生活上の課題は多岐にわたるが、今年度は要介護認定の原因疾患の上位、また地域連携パスが作成されている疾患に着目し、脳血管疾患及び大腿骨頸部骨折について整理し、報告書を作成する。

ケアマネジメントの標準化における条件設定と、設定した条件下において整理・共有化すべき事項のイメージ

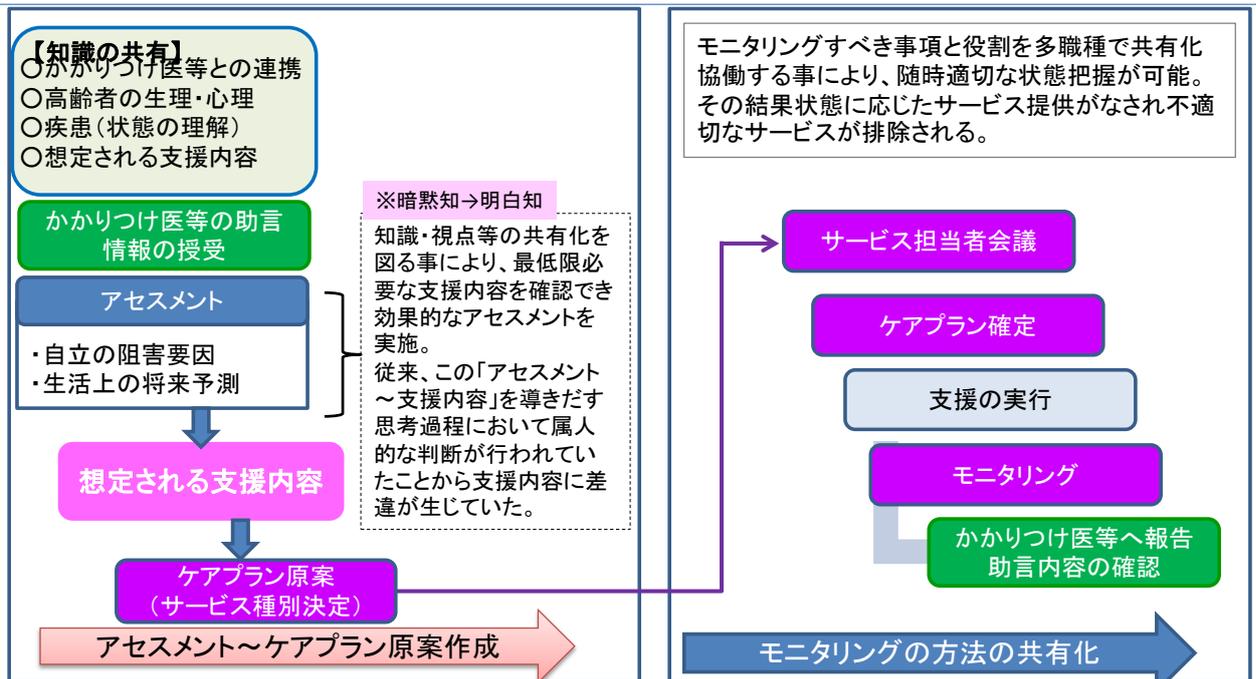


図：厚生労働省(遠藤・石山)作成

ケアマネジメントの標準化(共有化)のイメージ

○介護支援専門員は必要な知識を共有することで、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用でき、効果的なアセスメントが可能となる。そのことにより現在の生活課題及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担、協働が推進される。

○その結果、不適切な支援は排除され、自立支援に資する適切なケアマネジメントが推進される。

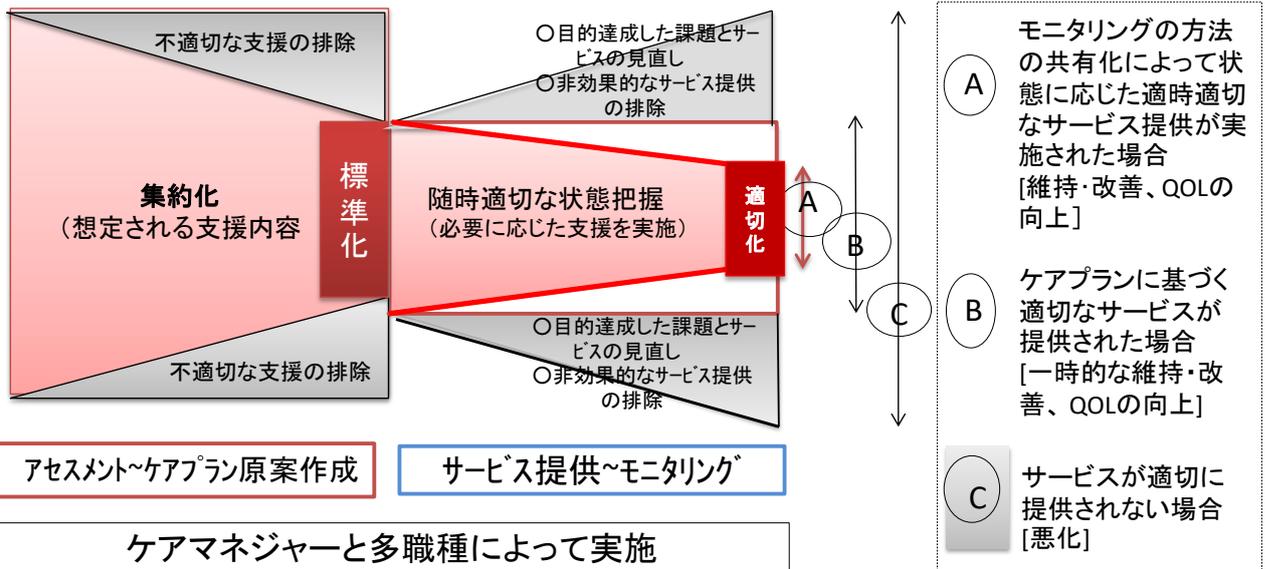


図：厚生労働省(遠藤・石山)作成

適切なケアマネジメント手法の策定（ケアマネジメントの標準化）について（イメージ）

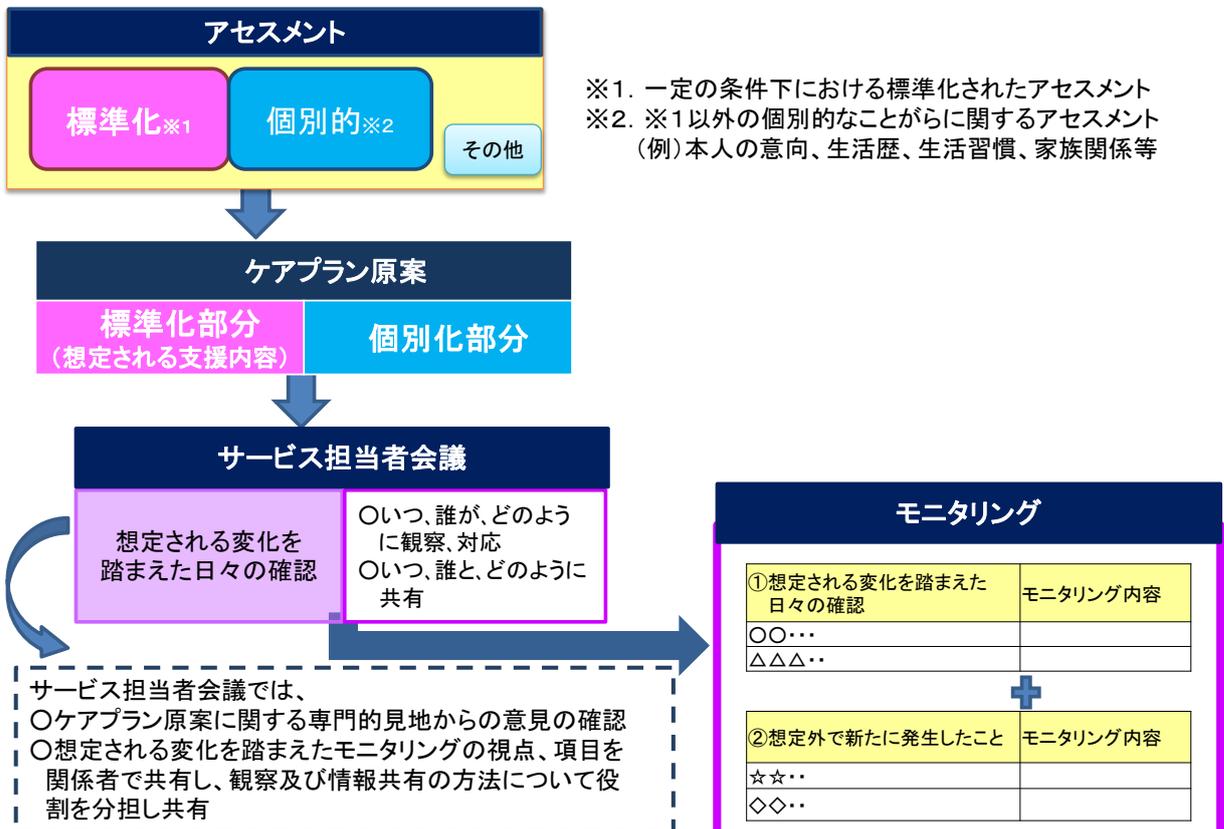
- ケアマネジメントの標準化に向けて、アセスメントからケアプラン原案作成までの過程につき、暗黙知を明文化することにより方向性を集約させていく。
- しかしケアプランが作成されても提供主体がそのケアプランに基づき適切にサービス提供を行わなければ、効果は期待できない。また利用者の心身状態の変化に応じた対応ができなければ同じく効果は期待できない。
- そのため、モニタリングの機能が適切に発揮されることが重要であり、モニタリングの方法を共有化し、モニタリングを通じて、より本人の状態に応じた適切なケアプランが作成されることで、自立支援に資する適切なサービス提供が可能となる。

支援内容の共有化 + 予測に基づく多職種でのサービス提供とモニタリング ⇒ 適切なサービス提供・給付の適切化



図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

適切なケアマネジメントに向けた支援内容の手法のイメージ



図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

卷末資料3 参考文献

参考文献

検討案を作成するにあたり、参考とした主な文献は以下のとおり。

- ・ 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2017 作成委員会 編集「成人肺炎診療ガイドライン 2017」(2017年4月2日、一般社団法人日本呼吸器学会 (JRS))
- ・ 「ナース専科 2017年8月号」(2017年7月12日、株式会社エス・エム・エス)
- ・ 一般社団法人日本作業療法士協会 編集・著作「作業療法マニュアル 55 摂食嚥下障害と作業療法ー吸引の基本知識を含めて」(2013年3月31日、一般社団法人日本作業療法士協会)
- ・ ケアマネットふじのくに 編著「生活支援がわかるケアマネジャーの医療知識」(2011年4月5日、中央法規出版株式会社)
- ・ 一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会 編集「嚥下障害診療ガイドライン 2018年版」(2018年9月10日、金原出版株式会社)
- ・ 谷口洋 編集「先生、誤嚥性肺炎かもしれません 嚥下障害、診られますか?」(2015年9月20日、株式会社羊土社)
- ・ ジョン G. パートレット他 著/河野茂 監訳「米国感染症学会ガイドライン成人市中肺炎管理ガイドライン第2版」(2005年1月1日、株式会社医学書院)
- ・ 渡辺裕子 監修「家族看護を基盤とした在宅看護論Ⅱ実践編 第3版」(2014年11月25日、株式会社日本看護協会出版会)
- ・ 前川厚子 編著「在宅医療と訪問看護・介護のコラボレーション」(2009年1月20日、株式会社オーム社)
- ・ 中島紀恵子 監修「実践看護技術学習支援テキスト老年看護学」(2002年5月31日、株式会社日本看護協会出版会)
- ・ 渡辺裕子 監修「家族看護を基盤とした在宅看護論Ⅰ概論編 第3版」(2014年10月31日、株式会社日本看護協会出版会)
- ・ 栢下淳 編集「Monthly Book MEDICAL REHABILITATION No. 238 摂食嚥下障害患者の食にチームで取り組もう!」(2019年7月15日、株式会社全日本病院出版会)
- ・ 舘村卓 著「臨床の口腔生理学に基づく摂食嚥下障害のキュアとケア 第2版」(2017年9月15日)

日、医歯薬出版株式会社)

- ・ 障害者福祉研究会 編集「ICF 国際生活機能分類－国際障害分類改定版－」（2002年8月15日、中央法規出版株式会社）
- ・ 大川弥生 著「「よくする介護」を实践するための ICF の理解と活用－目標指向的介護に立って」（2009年7月27日、中央法規出版株式会社）
- ・ 社団法人日本介護福祉士会 編集「生活7領域から考える自立支援アセスメント・ケアプラン作成マニュアル（ver. IV）」（2008年4月1日、中央法規出版株式会社）

※本調査研究事業は、令和元年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金において実施したものです

令和元年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）

ケアマネジメントにおける
アセスメント/モニタリング標準化
「誤嚥性肺炎の予防」のためのケア

【検討案】

令和2年3月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-10-2 東五反田スクエア

TEL: 03-6833-8761 FAX: 03-5447-5695