
適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア

令和2年度改訂版

令和3年3月31日

株式会社 日本総合研究所

第1章 本手法の目的と基本的な考え方

1.本手法の目的

(1)背景

①経緯

- ・ 地域包括ケアシステムの構築を進めるとともに、2025 年よりも先の社会を見据えた取り組みとして、住み慣れた地域でできる限り暮らし続けられる地域づくりに向けた取り組みが進められている。高齢化が進展し、同居あるいは近くに住む家族がいない高齢者の世帯も増える中、心身の機能が低下していく高齢期の生活の質（QOL）を維持するために、本人自身が様々な社会資源を組み合わせ、目指す生活の実現に向けた本人の潜在能力を高めていくことが必要とされている。
- ・ また、社会資源を充実させる取り組みも重要である。介護給付サービスだけでなく、自助や互助など様々な社会資源の組み合わせが必要である。これをすべての高齢者が自ら行うのは現実的ではないため、効果的かつ効率的な組み合わせを支援する機能として、介護支援専門員がこれまで以上に多様な社会資源の組み合わせを考え、提案することが期待されている。
- ・ 多様な社会資源の組み合わせを実現するには、多職種あるいは多様なサービスとの連携が欠かせないため、介護支援専門員に対し、各職種が円滑に連携できるよう、ケアチームを組成し連携・協働を促進させていく役割の期待も高まっている。
- ・ こうした背景を踏まえ、「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、自立支援と重度化防止を推進するために「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課題認識

- ・ 高齢者本人の尊厳の保持を前提として、将来の生活予測を踏まえた自立支援と重度化防止を実現するには、かかりつけ医など多職種との連携をこれまでに以上に円滑化することが求められ、その実現のためには適切なケアマネジメントに関する知識を体系化し、多職種間で共有し活用できるようにすることが重要である。
- ・ 利用者の生活全般を支える介護は、様々な専門領域のケアが組み合わさって構成される。したがって、ケアマネジメントの質の平準化を図るためには、各専門領域で蓄積された「必要と想定される支援内容」の知見を統合し、ケアマネジメントプロセスの中でも特にアセスメントやモニタリングの過程で収集・分析し、共有すべき情報が何かを整理することが重要になる。
- ・ 介護保険制度の創設から約 20 年が経ち、介護現場の実践を通じて多くの経験やノウハウが蓄積されてきた今こそ、改めて、介護給付サービスの範囲にとどまらず、高齢者の生活全般を広く捉え、支えていくケアマネジメントの在り方を描きなおすことが求められている。

③これまでの調査研究で取り組んできたこと

- ・ 「適切なケアマネジメント手法に関する調査研究」は平成 28 年度に開始し、これまでに調査研究において整理する手法の検討や、検討において持つべき視点・アプローチの整理を行ってきた。具体的には次の3点であ

る。

- ・ 第一に、ケアマネジメントの実践知、特に支援内容の知識を、根拠に基づいて整理し共有できるよう体系化することである。ケアマネジメントで重要なことは、本人の尊厳を保持したうえで将来の生活を予測し、必要な支援内容の個別的な提供にある。本人の状況にあった必要な支援内容を選択するためには、介護支援専門員の個人的な経験知だけに基づいた実践では、必要な支援の偏りや見落としが起ころう。様々な専門領域でエビデンスに基づいて蓄積されてきた知見を整理し、共有できるよう体系化することで、必要な支援内容を多職種協働によって検討しやすくなる。
- ・ 第二に、疾患群ごとのアプローチである。前述のとおり、将来の生活を予測するためには、リスク対応や予防の観点に立って必要な情報を集めることが重要である。人の生活は、当然、疾患だけから捉えられるものではないが、疾患群別に整理することにより、医療をはじめ各専門職の領域で蓄積されてきた将来の見通しを予測する知見を活用しやすくなる。
- ・ 第三に、多職種連携の円滑化に向けた工夫である。本調査研究では、根拠に基づく想定される支援内容を体系的に整理するとともに、支援内容の必要性を判断するためのアセスメント・モニタリングで収集すべき情報についても整理した。こうした視点を多職種間で共有することで、単に情報を授受する多職種協働にとどまらず、共有すべき情報の洩れを防ぎ、支援内容の必要性を判断したり、本人に合った個別化されたケアを検討し提供したりする場面においても機能する多職種協働チームを構成しやすくなる。

(2)本手法の意味

- ・ 本手法は、自立支援に資する適切なケアマネジメントの推進、具体的には介護支援専門員個々が作成するケアプランの内容やケアマネジメントに関するばらつきを縮小を目的としている。具体的には、尊厳の保持と自立支援を踏まえうえで、高齢者の生活の継続の支援のために必要な支援内容について、ケアマネジメントだけでなく医療や看護、リハビリテーション、介護やソーシャルワークなど、各職種における知見に基づいて体系的に整理したものである。いわば、各職域の実践と研究を通じて、「根拠のある共通的な知見」である。
- ・ この手法を活用することで、介護支援専門員に対し必要な知識を付与することで、既の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、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、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などは、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。

2. 本手法の基本的な考え方

(1) 「適切なケアマネジメント」が目指すもの

尊厳を保持し、質の高い生活を実現する

- ・ ケアマネジメントが目指すことは、介護保険法第一条にも示されているように、「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」にある。これは、本人及びその家族等が、尊厳のある、その人自身にとっての本人らしい生活、すなわち質（QOL）の高い生活を実現できるよう、セルフケアや生活の実現に必要な支援、さらには意思形成及び意思決定の支援などを利用できるようにすることと言い換えることもできる。
- ・ つまりあくまでも、本人の尊厳ある生活の実現こそが、ケアマネジメントを通じて目指すべきことなのである。

将来にわたるQOLを維持・向上させるマネジメント

- ・ 人的資源や財政資源が限られる中、地域で続いていく高齢者本人とその家族等の生活を支えるためには、将来にわたり必要な支援を継続的に提供できる体制と方法の実現も求められる。
- ・ このような視点に立てば、「適切な」ケアマネジメントでは、現時点で利用者・家族等が困っていることの支援だけでなく、本人の持つ潜在能力やストレングスに着目して自分でできることの範囲を増やしていけるような支援が求められる。さらに将来の介護の発生を予防するための支援のあり方やケアといった、先に続く生活を見据え組み立てることに重点をおいた取り組みが重要になる。つまり、本人や家族等の将来の生活を見据え、将来のQOL低下を防ぐ、あるいは将来の介護の発生可能性を抑えることができるような支援の実現が求められている。
- ・ 具体的には、将来の生活に関する本人の意向を捉えたうえで、自分でできることを増やすとともに、疾患の再発の予防あるいは重度化の遅延化、転倒や誤嚥などのリスクの低減といった視点から支援を組み立てることが重要である。

セルフケアへの移行を見据えたマネジメント

- ・ 生活はあくまでも本人のものであり、サービス利用によってその人らしい生活が実現できないようであれば、それは尊厳が保持された状態とは言えない。QOLを生活の自由度を確保することだと捉えるならば、必要な外部サービスを利用しつつも、本人や家族等の能力を踏まえたできる範囲でセルフケアへと移行できるように環境を整えるという視点も重要になる。
- ・ 大切なことは、状態を維持したり再発を予防したりするために、予防やリスク軽減のための取り組みを継続的に実施できるよう支援することである。ただし、居宅における予防やリスク軽減の取り組みのすべてをフォーマルサービスだけで提供することは非現実的である。本人が自らあるいは同居者のサポートを得ながらセルフケアとして継続して実施できるようにすることを意識する必要がある。
- ・ なお、これは一律にセルフケアに移行することを意味するのではない。むしろ、時期によっては、将来の生活においてセルフケアを継続しやすいようにするために集中的にフォーマルサービスを活用する必要もあることを意味する。セルフケアの継続は、社会参加の実現と維持にとっても重要であり、地域におけるその人らしい生活の実現につながる。

資源の充実

- ・ 個別支援における目の前の一人の支援だけではなく、ケアチームや地域の力を高め、将来のニーズに対応できる資源を充実させていくことも、ケアマネジメントが目指す取り組みの一つである。
- ・ 具体的には、個別支援からみえてくる地域の課題に対し、それらの解決のために必要な社会資源の具体的な内容を地域ケア会議などで検討し、介護支援専門員と共に行い、他の専門職や保険者（自治体）とも連携し、社会資源の充実に向けた取り組みを進めていく。
- ・ ここで社会資源とは、共助・公助のサービス提供体制だけでなく、地域における互助の活動、あるいは自助として活用しうる自費サービスなどの資源が当然含まれる。しかし、こうしたサービスや活動だけでなく、例えば多職種間の円滑な関係性（ネットワーク・リンケージ）や、ケアチームのメンバー間での基本的な倫理観や尊厳の保持に対する基本的な姿勢を共有する規範的統合といった目に見えにくい資源も、その地域における社会資源として捉えることができる。
- ・ 個別支援を起点としたこうした取り組みは、地域包括ケアシステムの構築の推進においても重要な活動となる。

(2)「適切なケアマネジメント」を実現するために必要な機能

- ・ このような適切なケアマネジメントを実現するために、ケアマネジメントには次のような三つの機能が求められる。

情報を収集し、状況を分析し、見通しを立てること

- ・ 適切なケアマネジメントが目指すところは、将来志向のマネジメントであり、セルフケアを見据えて状況に応じてケアの関わり方を変えていくマネジメントである。そのときに必要な支援、ADL/IADLの改善を目指す支援、重度化や再発などの予防に重点をおくケア、セルフケアを実現するケアといったように、ケアの関わり方を変えていくためには、本人の心身の状態及び生活の状況を捉えるために必要な情報を収集・整理して分析し、見通しを立てることが必要になる。
- ・ なお、状況の把握と分析のどちらも、介護支援専門員が一人で行えるものではなく、その人の生活に関わる支援者の協働体制で実現するものである。ここで支援者とは、専門職だけを指すものではない。むしろ、認知症のある高齢者が地域で生活することを支えていくためには、家族等や近隣の住民などのインフォーマルな支援者もより重要になる。
- ・ したがって、ケアマネジメントに求められる機能としては、「状況を的確に分析し、見通しを立てられるチーム体制を整え、運用すること」ということができる。
- ・ 適切な見通しを立てるためには、疾患群ごとに把握すべき情報を確実に把握し、それを判断できる専門職と共有する必要がある。判断できる知見を持つ専門職が判断できるための必要な情報を共有する、そのような関わり方として医療介護連携が必須になるのである。

地域の実情に応じて社会資源をコーディネートすること

- ・ 尊厳を保持した、本人が望む生活の実現に向け、状況の分析結果と見通しに基づき、地域の実情に応じて本人を支える社会資源をコーディネートする。ここでいう社会資源とは、介護給付サービスに加え、他の制度や公的サービスはもちろん、地域で利用可能な自費サービス、さらにはインフォーマルサポートなども含まれる。さら

本手法の基本的な考え方

- ・ に、本人だけでなく家族等の支援に必要な社会資源も含める。
- ・ ただし、地域に必要とされ、かつ、利用可能な社会資源は地域によって異なる。地域にはその地域の歴史や生活文化があり、社会資源もそうした経緯を背景として、限られた人的資源の中で生まれたものであるため、地域によって社会資源の種類や量、それぞれの特徴は異なるものになる。
- ・ セルフケアの実現を支える視点に立てば、対人援助サービスだけでなく、本人が自らセルフケアを継続できるような環境整備（生活環境、用具、情報提供などの環境の整備）の実現に資する社会資源も含めて捉えることが重要である。これらに加え、個別支援で活用しうる社会資源の整備に向け、地域の課題を捉える視点も大切となる。地域に暮らす人びとの生活の支援をこれからも継続していくには、個別支援の実践のみならず、地域の課題を抽出し、その解決に資する社会資源を考え、資源の充実に向けた取り組みも求められる。
- ・ 介護支援専門員には、こうした取り組みを組織的に実施することが期待される。つまり、個別支援を起点として共有し、ケアの実践の場からみえてくる課題を保険者（自治体）に伝えたとともに、社会資源を構成する様々な主体のネットワークを構築していくといった取り組みが期待される。ここで大切なことは、社会資源が連携したシームレスな体制を作ることにある。人的資源が今後限られていく環境下では、社会資源が縦割りになって分断されてしまうと、地域に暮らす人びとを支える役割や機能を果たし切れなくなる。
- ・ 全国一律にすべての社会資源の整備を目指すのではなく、地域の実情を踏まえ、地域にある社会資源が相互に連携し、地域で求められる役割・機能を補い合っていくような体制を作っていく必要がある。

意思の形成・表出・決定・実行を支援すること

- ・ 本人の尊厳を保持し、利用者やその家族等が目指す生活を実現するためには、意思決定を支援する機能が必要です。具体的には意思の形成を支え、それをくみ取って周囲に伝え、意思決定を支援すること、そして決定した意思の実現を支えることが求められる。認知症の高齢者など、意思決定支援を必要とする高齢者が増えることが見込まれる社会において、この機能は今後特に重要になる。
- ・ 多くの高齢者は何らかの疾患を有するため、治療・療養に関わる意思決定を支えるためには、医療から介護へと必要な情報を提供する医療介護連携が当然必要になる。一方で、医療における判断を支えるためには、生活の場面での情報（本人の生活の様子、日常的な志向、大切にしていることなどの情報）を収集・集約して共有することも必要だ。つまり、介護から医療へと情報を共有する医療介護連携の実現も求められる。今後ますます双方向での連携が重要となってくる。

(3)「適切なケアマネジメント」を実現するための方法

職業倫理

- ・ 前述で示したケアマネジメントを実現するために、介護支援専門員には、専門的な知識・技術はもちろん、人権と尊厳を支える専門職に求められる姿勢を認識し、介護支援専門員としての職業倫理に基づき、日常業務で直面する倫理的課題に対応する実践力が求められている¹。
- ・ 人は、心身を病み、介護を必要とする状態となっても、一人の「人」として尊重されるべきかけがえない存在

¹ 老発 0704 第 2 号：平成 26 年 7 月 4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添 1 介護支援専門員実務研修 「人格の尊重及び権 利擁護並びに介護支援専門員の倫理」

本手法の基本的な考え方

であることは言うまでもない。本報告書で取り扱う支援の対象者は、要介護状態にあり、常に医療やケア、さらには人生の選択を迫られる状況にある。介護支援専門員は、人生にさえ関与しうる重要な支援を行っていることを再認識し、本人にとっての最善の選択が行われるよう、利用者本位、公正中立、利用者の代弁といった職業倫理に立ち返り、ケアマネジメントプロセスを省察しながら取り組み姿勢が求められる。

今後、認知症のある高齢者の数の増加が見込まれる中で、多職種連携においては、意思形成から意思表示、意思決定・遂行までの各プロセスに困難を伴う方への支援の必要性が高まっている。介護支援専門員には、本人、家族等、専門職を含めた関係者の間に生じる価値の調整にも目を向け、ときには倫理的ジレンマを適切に捉える倫理的な感受性、実践倫理の知識や技術も求められている。

ケアマネジメントプロセス

- ・ これまでの実践を通じて、ケアマネジメントプロセスが確立されてきた。これは正解がないものを捉える際の方法論として依って立つべきものである。大切なことは、プロセスを守れば良いのではなく、前述したような考え方を実現するための方法としてプロセスがあると捉えることである。
- ・ つまり、プロセスの各要素、特にアセスメントやモニタリングにおいては、前述した考え方の実現のために行うということを意識すべきである。具体的には、本人の目指す生活の実現に向け、将来にわたるQOLを維持するため、今どのような情報を把握し分析すべきなのか、またどのような支援の可能性を考えるべきなのかを意識することが重要になる。
- ・ 「適切なケアマネジメント手法」の調査研究では、疾患や状況に応じ状態の維持・改善の可能性、生活が継続できるような支援を軸に整理してきた。この知識体系を用いて、アセスメントやモニタリングに取り組むことが求められる。

多職種連携・多職種協働

- ・ ここまでに整理してきたような取り組みを実践するためには、各専門職域が培ってきた幅広い知見と視点が必要であり、これを介護支援専門員が一人ですべて身につけることは難しい。つまり、「適切なケアマネジメント手法」を実践するには、情報の収集・判断とその後の経過の把握などが共有できる各段階における多職種協働が必要不可欠である。
- ・ 特に重要なことが、想定される支援の必要性を判断し、本人に合った個別化されたケアを検討し提供するアセスメントプロセスにおける協働と、その後の経過に基づいてケアの内容を見直すモニタリングプロセスにおける協働である。
- ・ 自宅で生活する要介護高齢者の場合、判断できる知見を持つ専門職といえども24時間365日の生活のすべての様子を把握できない。したがって、それぞれ異なるタイミングで本人に接している専門職の情報を共有することが重要になる。したがって、ここでも多職種には、介護保険における在宅サービスを提供する介護職や医療職だけでなく、病棟の医師・歯科医師やコメディカル（看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護福祉士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーなど）も含まれる。各職種で背景が異なるが、「適切なケアマネジメント手法」で整理したように、共通の考え方や想定される支援内容を普及することにより、単語・用語の認識共有が進み、情報共有やコミュニケーションを円滑化することが期待される。
- ・ また、状態の維持・悪化の防止に向けた方向性や方針、個別の支援内容、さらにそうした支援内容を判断するために収集すべき情報をどのようにつなげて考えるべきかの視点が共有されることで、本人の状態や生活に合ったケアの見直しをタイムリーに行いやすくなることも期待される。

ケアの実践を支える体制の構築

- ・ 高齢者本人のその人らしい生活の実現を支えるためには適切なケアマネジメント手法に基づいて整理されたケアが実践される必要がある。したがって、多職種連携・多職種協働によってケアのねらいや位置づけ、本人に合った支援方法などを共有し、確実にケアが実践されるような体制を構築する必要がある。
- ・ 具体的には、サービス担当者会議などを通じて、本人の目指す生活の実現におけるケアの必要性や位置づけ、本人に合ったケアとするための方法や留意点などの情報を共有できるケアチームを作ることが大切である。
- ・ なお、適切なケアマネジメント手法で整理したケアは、必ずしも専門職によって提供されるものばかりではなく、本人や同居家族等などが実施するものも含めて捉えている。さらには、近隣住民や友人知人などのインフォーマルな関係者にも関わってもらう必要がある支援内容も含まれる。
- ・ したがって、専門職ではない本人や家族等、そのほかの関係者が、必要なケアを継続して実施できるような体制を整えることも重要である。具体的には、必要な情報やケアの方法を伝えたり、本人や家族などの支援者からの相談に応じたり、日常と違う状況を把握したときには専門職が対応できる体制を整えたりといった体制構築の取り組みが重要となる。

(4)「適切なケアマネジメント」の実現に向けて保険者（自治体）に期待される役割

- ・ 「適切なケアマネジメント手法」は、各職種における既存の知見や現場の実践で培われた知見に基づいて必要と考えられる支援内容を整理したいわば理想形である。実際にはこれらすべての知見を短期間に体得することは難しく、また支援を提供する社会資源が不足する場合もあるため、すべての介護支援専門員がこのすべてを実践できるわけではない。つまり、理想と現実にギャップがある。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築を目指して、理想と現実のギャップを解消していくためには、介護支援専門員や他の職種による取り組みだけでなく、保険者（自治体）とともに、以下のような取り組みを進めていく必要がある。

「適切なケアマネジメント手法」の共有

- ・ まず、介護支援専門員が「適切なケアマネジメント手法」の考え方や内容を理解し、共有する必要がある。なお、共有の方法は研修だけでなく、地域ケア会議や事例研究など、既存の実践的な場面を活用し、実務経験年数などに応じて段階的に理解し、共有できるようにすることが重要である。

多職種連携・多職種協働に必要なネットワークの構築

- ・ 「適切なケアマネジメント手法」は介護支援専門員だけで実現を目指すものではなく、多職種との連携・協働が一緒になってはじめて実現できる。多職種連携・多職種協働を促進するためには、各専門職の間でのネットワークを構築し、その継続に向けた取り組みを描くことが必要である。
- ・ なお、個別支援における多職種連携・多職種協働を円滑に行うには、各職種の業務を効率化するためにICTによる情報共有なども活用することが有効である。

社会資源の把握と充実

- ・ 地域の実情によっては、「適切なケアマネジメント手法」で整理された支援内容には、地域の中で利用可能な社会資源がわかりにくかったり、提供可能なサービスの量が少なかったりする場合もある。したがって、まずは地域で利用可能な社会資源を把握し、その情報を介護支援専門員が活用できるようにすることが重要である。
- ・ また、例えば地域ケア会議などを通じて、地域で不足している社会資源を具体的なケアのレベルで捉え、こうしたケアを実現できる社会資源の充実に取り組むことが期待される。
- ・ ただし、社会資源の充実と言っても、必ずしも新たな社会資源を創出する必要はない。むしろ、既存の社会資源が対応できるケアの範囲を広げたり、これまでは公的サービスが担っていたものを民間のサービスや互助的な活動が担えるようにしたり、といった取り組みが重要である。

3. 本手法の活用方法と留意点

- ・ 本手法は、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、本手法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本手法を活用していただきたい。具体的には、本手法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、本手法を参考に支援内容の必要性を検討していただきたい。
- ・ 本手法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、本手法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、検討の視点を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る。

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「何が分からないか分からない」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、前述したように本手法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である。

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、本手法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

本手法の活用方法と留意点

検討の視点を共有するための参考として、本手法を活用することが期待される。

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。
- ・ 本手法は、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、本手法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ことが期待される。

(2)留意点

①本人の生活を総合的に捉え、個別化する

- ・ 本手法は、各疾患を持つ方について、退院後の時期ごとに、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、本手法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、介護給付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・家族等の支援という観点に立てば、本人と家族等との関係性や介護に関わる家族等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等の協力を得る視点と、家族等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。
- ### ②多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する
- ・ 本手法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。

③入退院・入退所を経て切れ目のないケアを実現する

- ・ 本手法では、退院してから在宅での生活への移行が円滑に進み、かつそうした環境が大きく変わるタイミングに必要な可能性のあるケアが十分に検討されるよう、退院後生活が安定するまでの「Ⅰ期」と、その後生活の維持を旨とする「Ⅱ期」に分けてとりまとめを行った。この前段階として、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、同居する家族等がいる場合、退院直後は家族等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分からず、大きな不安を抱えることもある。こうした同居家族等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、本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。
- ・ なお、利用者の状態が悪化したときの対応などは、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っておくことが求められる。

4. 本手法の校正 基本ケア及び疾患別ケア

- ・ 本手法は、基本ケアと疾患別・期別のケア（認知症、脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、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・期別のケアについては、該当する疾患を有する高齢者の期別（退院後の時期別）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手法を活用する際は、「疾患別・期別のケア」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を参考としていただきたい。疾患別・期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き、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、ご留意いただきたい。

第2章 基本ケア 基本ケアの考え方

(1)本手法における基本ケアの意味

- ・ 本手法において基本ケアとは、高齢者及びその家族等の生活の基盤を整えるための基礎的な視点であり、介護保険の基本的な理念である尊厳の保持と自立支援を踏まえ、現在の生活をできるだけ継続できるようにするために想定される支援内容を、関連するアセスメント/モニタリング項目とともに整理したものである。
- ・ 基本ケアは高齢者の生活を支えるうえで必要性が大きい支援内容であるため、利用者に疾患等がない場合でも、また疾患が複数ある場合でも共通する支援内容である。したがって、疾患別ケアを検討する前にまずこの基本ケアを理解し、視点の抜け漏れや情報収集に不十分なものはないか確認する必要がある。
- ・ 高齢者の生活の継続を支えるうえでまず必要なのは、こことからだの機能を維持する視点である。高齢者は、加齢や疾患に伴って体の機能が低下し、例えば水分の摂取が不足しがちになったり、転倒しやすくなったり、温度の変化を捉えにくくなったりといった傾向がある。したがって、こうした変化やリスクを小さくし、それを維持できるようにするための支援の体制を整えることが重要になる。
- ・ ただし、高齢者の生活を支えるために必要な視点は、高齢者自身のところやからだの状態だけでない。心身の状態に応じてその人らしい生活を送り、過程や地域での役割を持つことができるような体制を整える視点、つまり「活動と参加」の視点も当然必要である。自立支援の観点から、適切なリハビリテーションの活用を検討することも重要である。また同時に、本人のストレスを捉えて活かす視点や、その人を取り巻く人的、物的環境を整える視点も重要である。物的環境については、介護給付サービスの対象となる住環境や福祉用具だけでなく、日常的に使う家具や食器、生活用具なども含めて捉えることが大切である。
- ・ このように幅広い視点に立って支援の体制を整えるうえで基本となるのは、本人の意思を尊重し、本人が自ら決められるよう支援することである。ここでいう意思決定の支援には、いわゆるACP(アドバンストケアプランニング)だけでなく、日常的な生活の中での小さな選択や、療養や支援の必要性を理解して同意することなども広く含まれる。
- ・ したがって、生活に対する自分の意向の認識に基づいて療養や介護の方針などを理解したうえで意思を形成し、それを表明して実現できるような支援体制を整えることは、認知機能の状況に関わらず重要である。
- ・ 高齢者の尊厳を保持した生活の継続を支えるには、必要に応じて高齢者本人だけでなく家族等を支援する体制を整えることも重要になる。例えば高齢の夫婦世帯のみの世帯であって介護者も要介護高齢者である場合は、介護者の負担軽減が本人の生活の継続に大きく影響しうる。また、本人の子や孫が日常的な介護に携わっている場合は、子や孫の生活と介護との両立の支援も重要になる。
- ・ さらに、家族等の中でも、要介護高齢者本人との関わり方は一人ひとり異なるため、日常的な介護を担う家族(同居や近居の家族)以外の家族についても状況を把握する必要がある。

(2)基本ケアの活用において留意すべきこと

- ・ 基本ケアは、疾患の有無にかかわらず、尊厳を保持と自立支援を踏まえ高齢者の生活の継続を支えるうえで重要な視点である。したがって、疾患別ケアの視点を活用する場合も、必ず基本ケアと組み合わせて活用する必要がある。
- ・ なお、各疾患別ケアの想定される支援内容には、基本ケアと重複するものもある。これは、疾患の有無に関係なく重要である（＝基本ケアの視点）と同時に、疾患がある場合には特に留意すべき支援内容であることを意味する。したがって、このような支援内容が想定されるときは、関連するアセスメント/モニタリング項目について、特に注意して状況を把握し、具体的な支援の必要性や内容を他の職種とも連携して検討する必要がある。
- ・ 基本ケアだけを活用する場合も、疾患別ケアと組み合わせて活用する場合も、本手法では、整理して示している想定される支援内容のすべてを、同時に実施することは想定していない。
- ・ むしろ、高齢者本人や家族等の状況に応じて優先度や重要度が異なるため、関連するアセスメント/モニタリング項目に示すような具体的な細かい情報収集・分析を踏まえ、高齢者本人や家族等のそのときの状況に必要かつ個別的な支援を組み立てるよう留意する必要がある。

第3章 疾患別ケア

第1節 脳血管疾患がある方のケア

脳血管疾患の基本的理解

(1) 脳血管疾患の特徴

- ・ 脳血管疾患とは、脳動脈の異常を原因とする疾患の総称であり、脳出血と脳梗塞に分類される。脳動脈の異常の原因は、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患であるとされており、生活習慣が発症リスクに影響を与える。
- ・ 脳内での異常が脳の機能に影響を与えるため早期の治療が必要とされるが、症状やその後の経過等により、脳機能に影響が残り、麻痺や視野狭窄とそれに伴う歩行等の障害、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害などがあらわれる場合があり、このために要介護状態となった原因疾患の上位となっている。
- ・ 脳血管疾患の治療では、疾患の種別や症状、発症後の経過時間によって薬剤療法や外科治療が選択されるときにも、栄養状態や血圧の管理が行われる。その後、急性期や回復期におけるリハビリテーション治療を経て、生活期の療養につながる。
- ・ 生活期における療養では、まず疾患の再発を予防することが重要であり、その実現のためには血圧を下げたり水分や栄養を確保したりすることが必要とされる。また、脳血管疾患の発症の背景には高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患があるとされる。したがって、本人の生活習慣や基礎疾患の状況について情報を共有することともに、医師の指示に基づいて基礎疾患の治療の継続およびその背景にある生活習慣の見直しを検討することも重要である。
- ・ なお、高次脳機能障害がある場合は、その状況を評価し、生活への影響や療養の方法を検討する必要があるとされる。また、うつ症状が現れる場合もあり、これについても別途その状況を評価し、生活への影響や症状を改善するための取り組みを検討する必要がある。いずれの場合においても、専門多職種による評価が重要である。

(2) 脳血管疾患のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと

- ・ ここでは脳血管疾患と総称しているが、具体的な症状と障害の残り方はそれぞれ異なるため、ご本人の症状と生活障害の状況について、医師や病棟の専門職から情報を得ることがまず重要である。生活障害の程度が小さくなるよう、生活機能のリハビリテーションが実施されている場合は、リハビリテーションの目標や具体的な実施内容についても把握する。
- ・ こうした情報について、退院時の情報連携書類を活用するとともに、地域連携クリティカルパスが運用されている場合はバスの情報を参照することも有効である。例えば回復期から生活期に移行する方の場合において、急性期での状況の把握に役立つ。
- ・ 疾患の特徴でも挙げたように、脳血管疾患の療養では、まず再発予防が重要であり、そのためには血圧の管理とともに水分や栄養の状況の把握が基本となる。また、脳血管疾患の発症の原因となった生活習慣を捉えて多職種と共有したうえで、医師等によるリスク評価に基づいて生活習慣の見直しを検討することも重要である。その際、本人の尊厳の保持や生活の意向も捉えた合意形成に留意する。
- ・ さらに、生活機能の改善・維持も重要である。特に、麻痺等による歩行障害がある場合など、病前と比べてAD

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患の基本的理解

し下がったことによって日常の活動量が落ちてしまい、結果的にフレイルが進行するリスクもある。適切な水分や栄養を確保したうえで、活動量を維持するような観点に立った生活機能の維持にも留意する。

なお、高次脳機能障害がある場合やうつ症状がみられる場合などは、ふさわしい専門職を交えた評価と生活を継続する上での留意点を把握する必要がある。本人の日常生活の状況についての情報を収集・共有することで、専門職間での連携が円滑になるよう調整することも重要である。

第2節 大腿骨頸部骨折がある方のケア

大腿骨頸部骨折の基本的理解

(1) 大腿骨頸部骨折の特徴

- ・ 大腿骨頸部骨折とは、大腿骨の関節部分の股関節とつながる骨頭のしたにあるくびれた部分（大腿骨頸部）で起きる骨折であり、転倒が最も大きな要因となって発生する。高齢化や寝たきり状態の継続、骨粗しょう症などを背景とした骨の強度の低下が原因となっている。
- ・ なお、大腿骨で起きる骨折に大腿骨転子部骨折がある。これは頸部のすぐ下の脚側の膨らんだ部分（転子部）で起きる骨折であり、頸部骨折とは区別される。
- ・ 大腿骨頸部骨折は、骨の強度の低下と転倒を原因としているため、高齢者、特に骨の強度が相対的に低い女性において発生しやすく、特に70歳を超えると発生率が急増する¹¹⁾。
- ・ 骨折の程度によるが、外科手術により骨の接合を行ったり、人工骨頭に置き換えたりといった治療が行われる。病棟での治療中は病床から動かない時間も多くなるため、フレイルの進行や褥瘡のリスクなどが懸念されることがある。術後の経過や症状に応じて水分と栄養の管理やリハビリテーションが実施される。
- ・ 歩行能力の回復には、年齢、骨折前の歩行能力、認知症の程度が影響を及ぼすとされる。
- ・ 生活期における療養では、再度の骨折の予防が重要であり、具体的には転倒予防と骨折予防（骨の強度の低下の予防）が求められる。転倒予防には、リハビリテーションとして上下肢の機能訓練、可動域訓練、歩行訓練などが想定される。
- ・ また、骨折予防については、医師の評価にもとづいて骨粗しょう症の治療等が行われる。なお、高齢者の場合、転倒に加えて骨の強度の低下が原因となっている可能性が大きいいため、骨折した側とは反対側についても骨折予防の観点から転倒予防のためのリハビリテーションを実施することもある。

(2) 大腿骨頸部骨折のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと

- ・ 大腿骨頸部骨折の療養では、再転倒の予防と再骨折の予防とともに、そうした療養を通じた歩行と生活の回復が重要になる。
- ・ 再転倒の予防についてはリハビリテーションの実施が重要である。これに併せて、生活期では、病棟などの管理された環境ではないことから、例えば段差の有無や室内の明るさなど、転倒のリスクを高める環境がないかどうかの評価（環境の評価）も重要になる。
- ・ また、リハビリテーションについては、手術を含めた病棟での治療期間中に運動量が低下も考慮し、生活期に移行した後の水分や栄養の摂取状況も意識的に把握するなど、活動量の維持の観点にも留意する。
- ・ 再骨折の予防については骨粗しょう症の治療あるいは予防が想定されるため、医師や薬剤師の指示と、本人の普段の生活リズムや食事の内容を踏まえたうえで、骨粗しょう症の治療等続けられるように留意する。
- ・ なお、治療・療養によって歩行能力が回復し、歩行以外のADL/IADLも回復すれば、骨折それ自体に伴う生活支援は徐々に縮小し、利用者あるいは同居者等、あるいはインフォームドサポート等によるセルフマネジメントに移行することも考えられる。こうした支援の方向性について、要介護高齢者本人の理解を深めるように説明と、合意を形成することも重要である。

¹¹⁾ 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン（改訂第3版）

第3節 心疾患がある方のケア

心疾患の基本的理解

(1)心疾患の特徴

- ・ 心疾患¹⁴は高齢者の多くに発症する可能性があるコモン・ディージーズであり、罹患者の総数が今後も増える可能性がある。
- ・ 心疾患は根拠が望めない進行性かつ、致死性の悪性疾患である。
- ・ 心疾患患者の大半が心疾患以外の疾患を併発しており、再入院の予防及び日常生活における管理においては、併存疾患（特に腎疾患と糖尿病）の管理にも留意することが重要である。
- ・ 心疾患は再発した場合に急に状態が悪化し、再入院に至る。入院時の治療を経て退院すると一定程度心機能や日常生活自立度が改善するが、いずれまた状態が急に悪化することがある。つまり、他の疾患と比較して、急激な状態の悪化と改善を繰り返しながら、徐々に疾患の状況が進行していくという特徴を持つ。
- ・ なお、急激な状態の悪化に関しては、心疾患の再発だけでなく、その他の急激な健康状態の悪化を予防するような対応も必要となる。具体的には、感染症の予防、貧血や腎不全の予防といった視点も持ち、理解することが必要である。

(2)心疾患のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと

- ・ 心疾患のある要介護者のマネジメントにおいては、再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）が極めて重要となり、そのためには確実に服薬できることの支援、体重や水分・塩分の摂取及び排泄状況の管理等、医学的な管理が確実に実施できるような支援体制の構築が必要である。
- ・ したがって、かかりつけ医（加えて、必要に応じて循環器科の専門医）、看護師（あるいは訪問看護師）、薬剤師、管理栄養士といった専門職との連携体制を構築することが、他の疾患以上に重要となる。
- ・ また、医学的な管理の重要性和その具体的な方法について、本人及び家族等が理解し、継続的に実施できるように支援することも重要である。心疾患の状態を把握する管理ツールの導入・活用が進んでいる地域であれば、こうしたツールの活用も推奨される。
- ・ 一方、日常生活の負荷をおそれて活動量を過度に下げてしまうことは、体力の維持（廃用予防）、社会的活動の維持による精神的な健康の維持を妨げることになる。したがって、医師の指示の範囲内において、本人のそれまでの生活歴に応じた社会的活動と参加が維持されるように支援することも重要である。
- ・ 日常的な生活機能の維持に関しては、「心臓リハビリテーション」との連携が有効であり、地域において心臓リハビリテーションに関する社会資源が活用できる場合は、積極的に連携・活用すべきである。

¹⁴ 要介護高齢者の場合多くは慢性心不全が該当するが、入院・治療を経て退院・在宅復帰する心疾患患者の多くに共通する支援内容等を整理する観点に立ち、本資料においては慢性心不全に限定せず「心疾患」として表記している。

第4節 認知症がある方のケア

認知症の基本的理解

(1) 認知症の特徴

- ・ 認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまい、働きが悪くなったために様々な障害が起こり生活するうえで支障が出ている状態（およそ6カ月以上継続）を指す。中核症状である思考、推理、判断、適応、問題解決などの認知機能の障害に加え、健康状態や環境などの影響を受けながら、状況によっては行動・心理状態が現れる。
- ・ 認知症の原因として多いのが、脳の神経細胞がゆっくりと死んでいく「変性疾患」と呼ばれる疾患であり、アルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体型認知症などがある。
- ・ ただし、これ以外の疾患等が認知機能の低下に影響を与えたり、時間の経過とともに複数の原因疾患が認められ、症状が進行したり複雑になる場合もあり、固定的に捉えず変化する可能性があることと認識しておくことが大切である。したがって、本人の状況の変化を適切に捉え共有できるよう、かかりつけ医をはじめ本人を支える専門職、さらには近隣住民や友人・知人等のネットワークを構築していく必要がある。
- ・ 認知症に伴う行動・心理症状の治療においては、服薬による薬物療法よりもリハビリテーション等による非薬物療法が優先とされているが、治療そのものだけではなく、むしろ日常の生活を支える環境や人間関係への支援、将来の生活を見据えた情報提供といった支援が重要とされる¹⁷。専門職だけでなく、むしろインフォーマルサポートを含めた、日常生活で接点を持つ様々な支援者とのネットワークの構築が大切となる。
- ・ 具体的には、認知症の症状に伴う日常生活や社会での役割への影響や、本人や家族等が感じる不安を軽減できるよう、本人の日々の暮らしを支える環境を整えたり、支援体制を整えたりすることが重要である。

(2) 認知症のある要介護者のケアマネジメントにおいて留意すべきこと

- ・ 認知症のある要介護者の支援では、中核症状や行動・心理症状の影響により、一見して意思決定が困難であるとみられる場合であっても、本人にとって適切な意思決定がなされながら尊厳を持って暮らしていくことを重視すべきである¹⁸。疾患や様々な機能障害への対応というよりもむしろ、その人らしさや残存機能を活かした生活の継続を支えるという姿勢を基本とすべきである。
- ・ したがって、ケアマネジメントにおいてもまずは、本人のこれまでの生活や果たしてきた役割、日常生活のリズムや良く過ごす場所、日々の生活における人間関係、そうした生活の中で本人自身が感じているであろう感情などを総合的に捉え、共感の姿勢を持って、理解しようとすることが求められる。
- ・ そのうえで、総合的なアセスメントに基づいて、認知症にともなう生活障害を小さくできるよう、また行動・心理症状がおきる要因を少なくできるよう、必要な支援を組み立てていく。また、その際には、不要なストレスや失敗体験に配慮しながら、本人のストレングス（強み、残存機能等）を可能な限り活かし、その人らしい自立した生活が継続できような個別化された支援内容を考えることが重要である。
- ・ なお、行動・心理症状への対応においては、本人が感じる不安や不快、ストレス等が原因となる場合も多いことから、本人に対する直接的なケアだけでなく、本人の日常生活に関わる人（家族等やその他の支援者、地域で

¹⁷ 「認知症疾患診療ガイドライン 2017」（日本神経学会監修）

¹⁸ 「認知症の人の日常生活・社会における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省）

疾患別ケア 認知症がある方のケア 認知症の基本的理解

関わる人、ケアを提供する専門職など）の本人に対する関わり方を見直す取り組みの必要性も考慮する。

- ・ また、将来にわたる長い生活を支えていくうえでは、介護者や家族等を感じる不安を軽減することも大切である。本人や介護者・家族等だけで不安を抱え込まずに済むよう、本人と家族等の生活を支えるチーム¹⁹を構築することが重要である。その際、認知症の生活機能への影響の現れ方は多様でまた変化するためであり、その状況に応じて関わる必要のある支援者や専門職も、変化していくことに留意する。

¹⁹ ここでいうチームとは、専門職で構成される固定的なチームではない。本人の生活の支援に関わっている専門職以外の様々な支援者で構成し、さらに状況に合わせてその構成員も変化するものである。

第5節 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

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。³⁰
- ・ 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、肺炎が発生しやすいくなる。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、寝室や日常的に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、同居する家族等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、日常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目指した、日常的な予防の取り組みが必要になる。
- ・ 誤嚥性肺炎の発症原因は、本人の心身の状態、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み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、早期に日常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³¹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、本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示することは難しい。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、本人の日常の健康状態や生活状況、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

³⁰ 一般社団法人日本呼吸器学会 WEB ページ「誤嚥性肺炎」より

³¹ 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。

疾患別ケア 誤嚥性肺炎の予防のためのケア 誤嚥性肺炎の予防と対策に関する基本的理解

職と共有し、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きリスク評価を踏まえて、本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、本人の日常の健康状態や生活状況、食事の様子など具体的な状況に基づいて決まるため、本人の日常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、本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、本人の状況を把握できるわけではないので、日常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本人の日常の様子を把握できる関係者を把握し、日常の様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）、日常の食事の様子（食べ方、食事中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、本人にとって必要な予防上の留意点を踏まえ、日常生活における本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

疾患別ケア 誤嚥性肺炎の予防のためのケア 誤嚥性肺炎の予防と対策に関する基本的理解

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。

- ・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。