

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が、罹患者の総数が今後も増える可能性がある。
- ・心疾患は根治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。

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、日常生活の負担をおそれ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。

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：心疾患Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期）

- ・退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
- ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	
			想定される支援内容	支援の概要、必要性
1 再入院の予防	1-1 疾患の理解と確実な服薬	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的な診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気にに対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。
		1-1-2 服薬支援	2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。 ・処方された薬が適切に管理され、適切な服薬が継続されるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。
		1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援	3 併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のためには、併存疾患の把握と管理が必要。 ・併存疾患に関することやつけ医や看護士などの情報交換を行うとともに、併存疾患の管理に対する本人・家族等の理解を深める支援も重要。（※各疾患の個別的理解は本シートの対象外）
	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-1 体重の管理	4 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆するため、再入院や悪化防止のためには、本人・家族等による日常的な体重管理が重要。そのために、本人・家族等が体重管理に対する理解を深める支援が必要。 ・憎悪が疑われた場合には、活動制限、食塩制限を厳しくするとともに、速やかな受診が必要。
		1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	5 適切な塩分・水分摂取量が理解できる体制を整える	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。 ・本人・家族等がその人に必要な塩分・水分量と日常的に摂取している塩分・水分量を把握する体制を整えることが重要。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
1 再入院の予防	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	6 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。特に、心疾患のある方の場合には、「日常的な習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要。 ・本人・家族等が日常の塩分・水分の摂取量を把握できる体制を整えることが重要。 ・心機能が低下している人はからだに水分がたまりやすいため、心臓への負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限が必要。 ・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。そのため、本人の排尿や排便の日常の状態を把握する体制を整える。
			7 その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	・血圧の適切な管理は、急性期と慢性期の予後改善にとって極めて重要。 ・本人・家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を整えることが重要。 ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。不整脈の発生病況の確認も重要。
		1-2-3 血圧の管理	8 血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	・再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた医師の指導による適切な活動制限と安静が必要。 ・本人・家族等が疾患の特性や医師からの日常的な活動における制限の指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援が必要。
		1-2-4 活動制限が守られることの支援	9 活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	・高齢者は抵抗力の低下により様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一度疾病に罹患すると、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。 ・本人・家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。
		1-2-5 急性増悪の予防	10 感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
1 再入院の予防	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-6 非日常的な活動のリスクの管理	11 長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える	・心疾患患者にとって生活における長時間の活動（例：旅行、墓参り、運動等）は急性増悪のリスクとなる。 ・本人・家族等が長時間の活動が必要な場合の注意事項への理解を深め、必要に応じて医師からの指示・指導に基づいた対応を行う体制を整える。
	1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1 負荷のかかる環境の改善	12 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・急激な気温の変化は、血圧が急激に上がるきっかけの一つである。血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要。 ・日常生活において、気温差が縮小されるような体制を整える。
			13 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・強い負荷がかかるような動作（段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等）は、心臓への強い不可となるリスクがある。 ・自宅での行動の状況、強い負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える。
2 生活機能の維持・向上	2-1 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援	2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善	14 本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える	・慢性心不全による活動能力の低下は、QOLと充実度の低下につながるため、運動能力のみならず、心理的状态、認識能力、社会的環境等に依存する活動能力の評価が重要。 ・本人の日常生活における活動範囲、活動と参加の状況や、本人がどのような暮らしを望むのかを把握できる体制を整備。 ・危険が大きく伴う行動を予め確認し、本人の日常生活の活動に伴い発生するリスクを判断できる体制を整備。
		2-1-2 リハビリテーションの実施	15 医療的なリハビリテーションを受けることができる体制を整える	・疾患の状況に応じた生活・暮らしの実現に向け、医療的なリハビリテーションを受けることも重要。そのため、他の専門職と情報共有を行い、支援体制を整備。 ・医療的なリハビリテーションは、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成され、主要な目的は①心機能の改善、②骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
2 生活機能の維持・向上	2-1 心疾患の状況に応じた生活・暮らしの支援	2-1-2 リハビリテーションの実施	16 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。 ・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。そのことが、本人の機能向上を目指す。
		2-1-3 入浴習慣の支援	17 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・入浴は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いると負荷軽減効果により臨床症状の改善にも効果が示される。 ・本人の入浴への意向、入浴習慣・環境の把握、専門職からの指導を踏まえ、入浴を維持できる体制を整備。
		2-1-4 休養・睡眠の支援	18 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害は循環器疾患のリスク要因であり、十分な休養を取らないと再入院のリスクが高まるため、休養・睡眠の確保がなされるよう支援。 ・睡眠障害の予兆や睡眠時の状況変化を把握する体制の整備。
		2-1-5 禁煙の実現の支援	19 禁煙を実現できる体制を整える	・喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者の禁煙は死亡率や再入院率の低減につながるため、医師からの指導内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、必要に応じて禁煙が実現できるような体制の整備。
		2-1-6 本人・家族等への生活習慣を変えようの支援	20 本人・家族等が生活習慣を変えようを受け入れられるよう支援する	・退院後の生活においては、本人の自己管理能力が重要であり、自己管理能力を向上させ生活習慣を変えることで、予後の改善を目指す。 ・特に考慮しなければいけない生活習慣（例：飲酒、運動等）は医師からの指示内容や本人・家族の意向を確認のうえ、生活習慣を変えることを本人・家族等が受け入れるよう支援。
	2-2 心理的な支援	2-2 心理的な支援	21 精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える	・抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートは、心疾患患者の予後に影響するため、精神的な支援の検討が必要。 ・本人・家族等が抱える不安の状況や程度を把握し、必要に応じて専門家につなぐ体制の整備。

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：心疾患Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況にある時期）

- ・状態が安定から不安定な状況にある時期。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
- ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
1 再入院の予防	1-1 疾患の理解と確実な服薬	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気にに対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。
		1-1-2 服薬支援	2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるように、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。 ・処方された薬が適切に管理され、適切な服薬が継続されるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。
		1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援	3 併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のためには、併存疾患の把握と管理が必要。 ・併存疾患に関するかかりつけ医や看護師などの情報交換を行うとともに、併存疾患の管理に対する本人・家族等の理解を深める支援も重要。（※各疾患の個別的理解は本シートの対象外）
	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-1 体重の管理	4 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆するため、再入院や悪化防止のためには、本人・家族等による日常的な体重管理が重要。そのために、本人・家族等が体重管理に対する理解を深める支援が必要。 ・憎悪が疑われた場合には、活動制限、食塩制限を厳しくするとともに、速やかな受診が必要。
		1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	5 適切な塩分・水分摂取量の理解をうながす体制を整える	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。 ・本人・家族等がその人に必要な塩分・水分量と日常的に摂取している塩分・水分量を把握する体制を整えることが重要。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	
1 再入院の予防	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	6 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。特に、心疾患のある方の場合には、「日常的な習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要。 ・本人・家族等が日常の塩分・水分の摂取量を把握できる体制を整えることが重要。	
			7 その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	・心機能が低下している人はからだに水分がたまりやすいため、心臓への負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限が必要。 ・排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の日常的な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。そのため、本人の排尿や排便の日常の状態を把握する体制を整える。	
		1-2-3 血圧の管理	8 血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	・血圧の適切な管理は、急性期と慢性期の予後改善にとって極めて重要。 ・本人・家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を整えることが重要。 ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。不整脈の発生状況の確認も重要。	
			9 活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	・再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた医師の指導による適切な活動制限と安静が必要。 ・本人・家族等が疾患の特性や医師からの日常的な活動における制限の指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援が必要。	
		1-2-5 急性増悪の予防	10 感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・高齢者は抵抗力の低下により様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一度疾病に罹患すると、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。 ・本人・家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。	

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
1 再入院の予防	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-6 非日常的な活動のリスクの管理	11 長時間の活動が必要なが場合の注意事項の理解をうながす体制を整える	・心疾患患者にとって生活における長時間の活動（例：旅行、墓参り、運動等）は急性増悪のリスクとなる。 ・本人・家族等が長時間の活動が必要なが場合の注意事項への理解を深め、必要に応じて医師からの指示・指導に基づいた対応を行う体制を整える。
	1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1 負荷のかかる環境の改善	12 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・急激な気温の変化は、血圧が急激に上がるきっかけの一つである。血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要。 ・日常生活において、気温差が縮小されるような体制を整える。
			13 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・強い負荷がかかるような動作（段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等）は、心臓への強い不可となるリスクがある。 ・自宅での行動の状況、強い負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える。
2 生活機能の維持		2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善	14 本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える	・慢性心不全による活動量の低下は、患者のQOLと充実度を直接に低下させるため、その改善は治療の主要な目標である。活動能力に応じた社会的活動は勧めるべきであり、ステージに応じた本人の活動・参加の範囲を維持・拡大できるように支援することが重要。 ・本人の日常生活における活動範囲、活動と参加の状況や、本人がどのような暮らしを望むのかを把握できる体制の整備。
	2-1 ステージに応じた生活・暮らしの支援	2-1-2 継続的なリハビリテーションの実施	15 必要ならリハビリテーションとセルフケアを継続できる体制を整える	・疾患の状況に応じた生活・暮らしの方の実現に向け、医療的なリハビリテーションやセルフケアの継続が重要。本人・家族等の意向を確認し、関連する他の専門職とリハビリテーションやセルフケアが継続できる体制を整備。 ・医療的なリハビリテーションは、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成され、主要な目的は①心機能の改善、②骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。
		2-1-3 入浴習慣の支援	16 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・入浴は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いると負荷軽減効果により臨床症状の改善にも効果が示される。 ・本人の入浴への意向、入浴習慣・環境の把握、専門職からの指導を踏まえ、入浴を維持できる体制を整備。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	
2 生活機能の維持	2-1 ステージに応じた生活・暮らし方の支援	2-1-4 休養・睡眠の支援	17 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害は循環器疾患のリスク要因であり、十分な休養を取らないと再入院のリスクが高まるため、休養・睡眠の確保がなされるよう支援。 ・睡眠障害の予兆や睡眠時の状況変化を把握する体制の整備。 ・喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者の禁煙は死亡率や再入院率の低減につながるため、医師からの指導内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、必要に応じて禁煙が実現できるような体制の整備。 ・退院後の生活においては、本人の自己管理能力が重要であり、自己管理能力を向上させ生活習慣を変えることで、予後の改善を目指す。 ・特に考慮しなければならない生活習慣（例：飲酒、運動等）は、医師からの指示内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、生活習慣を変えることを本人・家族等が受け入れるよう支援。	
		2-1-5 禁煙の実現の支援	18 禁煙を実現できる体制を整える		
		2-1-6 本人・家族等への生活習慣を変えることの支援	19 本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する		
	2-2 心理的な支援	2-2-1 本人・家族等の不安の軽減	20 精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える	・抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートは、心疾患患者の予後に影響するため、精神的な支援の検討が必要。 ・本人・家族等が抱える不安の状況や程度を把握し、必要に応じて専門家につなぐ体制の整備。 ・入退院を繰り返す終末期には、今後の治療意向や最期の迎え方などに関する本人・家族等との十分な意思確認が必要。 ・そのため、本人・家族等が抱えている不安・恐怖やストレスの状況の把握の支援を検討。 ・また、末期心疾患の支援は、多職種が連携してチームで取り組むことが重要であり、専門職と連携した適切なアドバンス・ケア・プランニング（ACP）が行われる体制を整備。	
3 EOL準備	3-1 EOL(エンドオブライフ)に向けた準備	3-1-1 末期心不全のEOLケアの対応・準備の支援	21 末期心不全のEOLケアをどのようにするか的心構えをする支援を行う		

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、働きが悪くなったり生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヵ月以上継続）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・心理症状が現れる。
- ・ 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なく、むしろ日常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ものであり、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。

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）

¹⁹ ここでのチームとは、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。

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：認知症

・本検討案は以下のような状態の方を想定した上で支援内容等を検討・整理したものである
 アルツハイマー型認知症の診断があって、比較的初期～中期（目安：ADLが自立あるいは一部介助程度までであって、認知症高齢者生活自立度でⅡb程度までの時期）

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
1 本人及び家族・支援者の認識の理解	0-1 ここまでの経緯の確認	0-1-1 認知症と診断されるに至った経緯の把握	1 支援の前提としての認知症と診断されるに至った経緯の把握	・認知症と診断されるに至った経緯、診断の状況とその過程でのエピソードの把握。 ・認知症の症状がどのような部分に現れたかを把握し、本人の不安を捉えるために、診断に至るエピソードを把握することが重要。
		0-1-2 これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握	2 支援の前提としての医療及び他の専門職の関わりの把握	・現在に至るまでにどのような医療及び他の専門職が関わってきたかの把握。 ・今後の医療領域の支援体制を構築するために、これまでの医療の関わりの経緯を把握することが重要。
	1-1 本人と家族・支援者の認識の理解	1-1-1 本人や家族・支援者が抱く感情と想いの理解	3 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援	・認知症と診断され、生活に認知機能低下の影響が現れ始めたことに対し、本人が抱く不安及び家族・支援者が抱く感情、その変化を捉える体制を整備。 ・これからの生活を支えるうえで最も重要な本人の不安とその変化を把握するために、本人自身の不安や恐怖に加えて家族・支援者が抱く感情や想いとその変化を捉え続けられることが重要。
		1-1-2 本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識	4 本人に対する受けとめや理解を深める支援	・認知症に対し本人がどのように受けとめているかの把握。 ・本人が感じている不安や恐怖を捉えるために、認知症という疾患に対する受けとめの状況を把握することが重要。
			5 疾患に対する家族・支援者の受け止めや理解を深めることの支援	・本人の生活を取り巻き家族・支援者の、認知症に対する考え方、理解の程度の把握。 ・認知症のある高齢者の不安や不快は、本人と家族・支援者との関係性に起因するものも多いため、家族・支援者がどのように認知症を理解しているかを把握することが重要。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	支援の概要、必要性
1 本人及び家族・支援者の理解	1-2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解	1-2-1 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	6 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	・本人の変化を捉えられる体制の把握。 ・短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかの把握。 ・認知症に伴う本人の状況は変化していくものであり、かつ家族や支援者が負荷を抱え込まなくて良いようにするためにも、本人の変化を捉え、必要に応じてさらに支援を求められるようにする体制の構築が重要。 ・認知症のある高齢者が、日常の生活において自ら行動しやすいようにするため、住環境、地域環境などの生活環境を捉えることが重要。	・本人を取り巻く状況でもとくに、本人を取り巻く人との関係性の把握。・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかの把握。
			7 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握	・認知症に伴う本人の不安や安心は周囲の人との関係性に起因する場合も多いため、本人を取り巻く人との関係性、及びその変化を捉えることが重要。	・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。
2 将来の準備としての意思決定の支援	2-1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	2-1-1 意思決定支援の必要性の理解	8 意思決定支援の重要性への本人及び家族等の理解をうながす支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。 ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要。なお、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意。	・意思決定支援を判断するために必要な情報が提供されるように支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。
			9 意思決定支援に向けて、本人及び家族等に適切な情報が提供される支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・意思決定支援を判断するために必要な情報が提供されるように支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。 ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要だが、その前提として本人及び家族に対し、意思決定に必要な情報が提供されるような体制を整えることが必要。	・意思決定支援を判断するために必要な情報が提供されるように支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。 ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要だが、その前提として本人及び家族に対し、意思決定に必要な情報が提供されるような体制を整えることが必要。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
2 将来の準備としての意思決定の支援	2-1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	2-1-2 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	10 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の言葉を日々捉えられるような体制の整備 ・本人の、認知症になるまでの生活における経緯や考えの把握。 ・言葉による意思の表明が難しくなった場合でも、態度やしぐさなど、他の方法で意思を表明する場合がある。したがって、意思決定支援においては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要。加えて、これらを捉えやすくするためには、本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積できる体制を整えることも重要。 ・意思決定支援あるいは意思決定支援の必要性が大きくなった場合に、その支援を行う体制の整備。なお、状況が変化することについて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化することから、まずは誰が意思決定支援（あるいは意思決定支援）の体制に入るのかを把握することが必要。 ・意思決定支援（あるいは意思決定支援）は一人でできるものではなく、チーム体制を整備することが重要である。なお、ここでいう意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではなく、状況に応じてその人の重要な意思決定あるいは意思決定を支えるために関係者が含まれることに留意。
	2-2 意思決定支援体制の整備	2-2-1 意思決定支援体制の整備	11 意思決定支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・受診に際して介護者が医師の指示内容を理解できているか、また日常生活の変化を医師に伝えられているかの状況とその変化の把握。 ・日常生活の様子を見ていて変化がみられれば、概ね短期目標の期間程度を目安として、医師に情報提供し、その後の支援の方針についての意見をもらう。 ・認知機能の状況によっては、必要に応じて、医師（かかりつけ医だけでなく、地域の認知症サポート医、認知症の専門医も含む）と連携して医療に関する意思決定支援の体制の整備。 ・認知症は状況が変化していくものであり、医師の指示の理解だけでなく日常生活の状況を的確に医師に伝えることが難しい場合もあるため、短期目標の期間程度を目安として、医師に対し、本人の生活の状況の変化の情報共有をしておくことが重要。
3 必要に応じた連携体制の構築	3-1 必要に応じた連携体制の構築	3-1-1 かかりつけ医や専門職等との連携	12 かかりつけ医との連携 （※必要に応じて専門医や認知症サポート医等とも連携）	

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
3 必要に応じた連携体制の構築	3-1 必要に応じた連携体制の構築	3-1-1 かかりつけ医や専門職等との連携	13 かかりつけ医以外の専門職等との連携	・日常生活の変化を把握し、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等（薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護福祉士や社会福祉士、管理栄養士等）と共有する。そのうえで、新たに連携すべき専門職等がいれば連携体制の構築。 ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連する専門職等との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要。
		3-1-2 その他の関係する人との連携	14 サービス事業者や地域の関係する人との連携体制を整える	・日常生活の状況やその変化を把握し、必要に応じて新たに連携すべき相手がいれば連携体制の構築。 ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連するサービス事業者やインフォーマルサポート（民生委員、ボランティア等を含む）において関係する人との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要。
4 基本的な生活の支援	4-1 日常生活における本人の意向の尊重	4-1-1 日常生活における意向の尊重	15 日常生活における意向の表明の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活における選択（食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等）において、本人の意向が表明され反映されるように、意向の表明を支える体制の整備。 ・日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要。
	4-2 一週間の生活リズムを支えること の支援	4-2-1 一週間の生活リズムと変化を把握することの支援	16 本人の生活のリズムの把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等の把握。 ・本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
4 基本的な生活の支援	4-2 一週間の生活リズムを支えることの支援	4-2-2 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	17 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の日常生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常生活における支援者の関わり方の状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送られるような支援。 ・認知症の進行や健康状態の変化により、生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握し、改めて本人にとって心地よい生活リズムを取り戻せるようにするための支援。 ・本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えたうえで、あくまでも本人の心地よいリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要。 ・心地よい生活リズムを捉えたとしても、時間の経過とともにどこかでそれが崩れることがあるため、その変化を把握して生活リズムを取り戻す支援が重要である。なお、その際のリズムは、必ずしも元の生活リズムが正しいのではなく、その状況に合った本人にとって心地よいリズムを改めて把握し、それにそった生活を支援することが重要。
	4-3 日常的に参加する役割を整えることの支援	4-3-1 家庭や地域での役割を担い続けるためのADL/IADLの支援	18 本人がこれまでに担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・認知症と診断される以前の生活における家庭や地域における本人の役割と、現在の生活における実行状況、現在の生活で担っている役割を把握する。さらにそうした役割をできるだけ担い続けるうえで捉えるべき認知症の影響の現れ方の把握。 ・認知症の影響が現れても、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のIADLや社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握することが必要。 ・本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制の整備。
			19 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・認知症があっても本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
4 基本的な生活の支援	4-3 日常的に参加する役割を整えることの支援	4-3-2 コミュニケーションを取り取ることの支援	20 日常生活においてコミュニケーションを取り取ることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況の把握。 ・本人の状況に合わせて、家族及び家族以外の周囲の人との間でコミュニケーションを取りやすいような環境の整備。 ・本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションの状況を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要。
		4-3-3 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援	21 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況の把握。 ・本人が清潔を保つことを支える環境の整備。 ・本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要。
	4-4 体調管理や服薬管理の支援	4-4-1 体調の変化を把握し伝えることの支援	22 体調管理の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常的な体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものを把握し、そのうえで日々の体調を管理できるよう支援する体制の整備。 ・高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要。
			23 日常と異なる状態の把握とそれを表明することの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常の状態とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制の整備。 ・認知症のある高齢者の場合、日常の状態と異なる状態を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、日常の状態を捉える体制を整えておくことが重要。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
4 基本的な生活の支援	4-4 体調管理や服薬管理の支援	4-4-2 服薬支援	24 薬の管理と服薬を一定の水準で継続できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・認知症あるいは併発疾患の療養のためには、医師の指示にしたがった適切な服薬が必要であることを本人が理解できるように支援体制の整備。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制の整備。 ・適切な服薬を継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制の整備。 ・認知症への対応だけでなく、併発している疾患の再発防止あるいは重度化防止のためには服薬が重要であり、それを本人が可能な限り理解できるように支援することも重要。
	4-5 基本的なセルフケアを継続することの支援	4-5-1 水分の摂取の支援	25 必要な水分量の把握と必要な水分量を摂取できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制の整備。 ・日常生活において、必要な水分量を摂取できるように支援する体制の整備。 ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要。
		4-5-2 栄養の摂取の支援	26 必要な栄養及び日常的な摂取状況（摂取方法を含む）の把握と必要な栄養を摂取することを支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活で必要な栄養を量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制の整備。 ・日常的な食事においてバランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を支える体制の整備。 ・栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要。
		4-5-3 排泄を続けることの支援	27 できるだけ自立した排泄を続けられるようにすることの支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常的な排泄リズム、排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無）、排泄方法を把握できるように支援体制の整備。 ・自分で排泄を続けられるよう排泄リズムに対する本人の認識を高めたり、排泄動作を維持できるように支援体制の整備。 ・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするために、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
5 これまでの生活の尊重と重度化の予防	5-1 本人の役割の維持・拡充に向けた持った持っている機能を発揮しやすい環境の整備	5-1-1 その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	28 活動と参加を通じた周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するための支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の活動と参加を可能な限り継続できるような人間関係に対する支援を検討するために、日常の生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びとの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的な困惑や葛藤を捉える。これを踏まえ、交流関係に対する支援及び交流を円滑にできるような本人に対する支援を検討。 ・認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要。 ・日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況の把握。 ・認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要。
		5-1-2 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	30 状態に合った活動と参加を実現する環境整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境の整備。 ・認知機能が低下しても、本人が自ら活動・参加できるようにするために、人的な支援だけでなく、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤に、そうした生活を継続し、拡充できるように生活環境・活動環境を整えることが重要。 ・認知症になる前の生活と比較して役割を縮小させるだけでなく、さらに新たな役割機能を獲得できるよう支援。 ・認知症と診断されることがそのまま従前の生活や役割を縮小することではなく、状況にあった新たな役割・機能の獲得の可能性があると捉え、本人が参加できるように支援することが重要。
		5-2-1 転倒の予防の支援	32 転倒の予防の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制の整備。 ・状況の重度化の要因となる転倒を予防するよう、日常生活動線を把握するとともに環境を整えることが重要。
		5-2-2 誤嚥の予防の支援	33 誤嚥の予防の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・口腔機能の状況だけでなく、その変化を本人がどのように捉えているかも含め、誤嚥のリスクを低下できるような体制の整備。 ・状況の重度化の要因となる誤嚥を予防するよう、日常生活における動線を把握するとともに環境を整えることが重要。
	5-2 合併症や併発しやすい事故の予防			

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
6 行動・心理症状の予防・重度化防止	6-1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握	6-1-1 行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制を整える	34 行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制を整える	・行動・心理症状がどのような状況やタイミングで起きているか（どのような状況で起きやすいのか、定期的に起きているのか等）を把握する体制の整備。 ・行動・心理症状を予防するためにも、どのような状況が本人にとっての要因になっているかを分析する必要があるため、まずはどのような状況・タイミングで行動・心理症状が起きているかを把握することが重要。 ・なお、行動・心理症状に対しては背景要因を把握して対応することが基本だが、実際には本人の意思の尊重とのバランスを取ることが難しい場合もあるため、一定の期間にわたって行動・心理症状の現れ方を把握するとともに、日常のその人の状況や意向を併せて把握しておくことが大切。 ・本人が感じている不安や不快の程度を把握し、可能な限りこれを解消するような支援。
		6-1-2 本人の不安やストレスの把握	35 本人の不安やストレスの把握	・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であり、こうした状況を把握して分析し、解消策を実施することは行動・心理症状の予防に重要。
	6-2 背景要因に対する取り組みの支援	6-2-1 背景要因に対する取り組みの支援	36 背景要因に対する対応策の実施の支援	・行動・心理症状の背景要因を捉え、特に本人から見えた不安や不快、ストレス等を解消するための取り組みと支援。 ・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされる。 ・したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	支援の概要、必要性
6 行動・心理症状の予防・重度化防止	6-2 背景要因に対する取り組みの支援	6-2-1 背景要因に対する取り組みの支援	37 背景要因に対する家族等の理解を深めることの支援	・行動・心理症状には背景要因があること、その多くが本人から見た不安や不快、ストレスが要因となっていること、そうした背景要因の解決こそが重要であることについて、家族の理解を深める支援。 ・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされる。 ・したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要。 ・さらに、本人から見た不安や不快、ストレスの解消のためには、家族等の関わり方を見直す必要がある場合もあつて、家族等の理解をうながすことも大切。	・行動・心理症状には背景要因があること、その多くが本人から見た不安や不快、ストレスが要因となっていること、そうした背景要因の解決こそが重要であることについて、家族の理解を深める支援。 ・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされる。 ・したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要。 ・さらに、本人から見た不安や不快、ストレスの解消のためには、家族等の関わり方を見直す必要がある場合もあつて、家族等の理解をうながすことも大切。
			38 家族等に対し相談支援が提供される体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社会資源をつなぐような支援。 ・日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。	・家族等が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社会資源をつなぐような支援。 ・日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。
7 家族等への対応	7-1 家族支援に必要なサービスの調整支援	7-1-1 家族等に対する支援の体制の整備	39 家族等の仕事と生活のリズムが保たれるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援。 ・日々介護に携わっている家族等の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。	・家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援。 ・日々介護に携わっている家族等の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。
		7-1-2 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援	40 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しともに関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があつた近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援。 ・認知症のある方のケアでは、本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要。	・家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しともに関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があつた近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援。 ・認知症のある方のケアでは、本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
7 家族等への対応	7-2 将来にわたり生活を継続できるような支援	7-2-1 将来にわたり生活を継続できるような支援	41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・将来にわたり、本人の尊厳を守り、できる限り今の生活を継続できるよう、本人や家族の生活の意向を捉えるとともに、将来の生活に備えて利用可能な地域資源があることを伝える支援。 ・認知症の方の尊厳のある生活を支えていくのは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、意向を把握しつつ活用可能な地域資源を伝えることが重要。

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いかたり、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、肺炎が発症しやすい。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、菌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、特定の日には、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、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目指した、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、短期的で急激な変化と長期的で緩やかな変化である。
- ・ 短期的で急激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の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、食事中的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ら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。

- ・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。

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。

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：誤嚥性肺炎の予防

- ・本疾患別ケアは、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。
- ・本疾患別ケアでは、誤嚥性肺炎を「ＡＤＬ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る肺炎」として捉える。不顕性の誤嚥によって起る肺炎も含める。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
0 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	0-1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	0-1-1 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。
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	2 日常の健康状態や生活状況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、本人の日常の健康状態や生活状況を把握し、誤嚥リスクを評価する専門職と共有。 ・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。 ・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。
			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況など、摂食嚥下機能にかかわる日常の状態を把握し、評価する ・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な把握・共有。
			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。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
1 リスクの (再) 評価	1-1 リスク の評価	1-1-2 誤嚥による肺 炎のリスクの把 握	5 咳や呼吸、口腔衛生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、日常的な咳の状況（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。 - 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、日常的な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。
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	6 摂食嚥下機能、発声・発話の維持・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や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、家族等の介護者の介護者にも共有。 - 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。 - 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。
			7 口腔乾燥への支援 ※ 基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果 を踏まえて特に留意して実施	- 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。
	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	8 食内容の見直しの支援 ※ 基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果 を踏まえて特に留意して実施	- 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。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
2 日常的な発症及び再発の予防	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	9 食事のとり方や環境の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	- 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。 - 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。 - 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。 - 誤嚥のリスクを高めないように、適切な食事姿勢が介護者によって提供されるような体制を整える。
		2-2-2 フレイル予防のために必要な栄養の確保	10 食事内容と栄養摂取状況の把握と改善 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	- 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。 - 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日常の状態を随時把握できるような体制を整える。 - 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。 - 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。
		2-2-3 口腔ケアの実施	11 口腔ケアの実施 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	（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）
3 再評価	3-1 リスクの再評価	3-1-1 リスクの再評価	12 一定期間ごとのリスクの再評価	- 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。 - 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。

想定される支援内容				支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性
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	13 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	- 肺炎は進行が速い疾患なので、短期間に日常の状態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。 - 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。
			14 留意すべき兆候を把握し共有する支援体制の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	- 不顕性の誤嚥による肺炎の可能性も視野に入れ、日常の状態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。 - 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。 - 具体的には、むせや咳の状況、食事のときにのどがゴロゴロ鳴るなどの様子が考えられる。また、以前よりも元気がない、食欲が低下しているなどの長期的な変化の兆候を把握。 - なお、本人にとつ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、まずは本人の日常の状況を把握し共有できる体制を整えることが重要。
	4-2 入院後の生活復帰の見通しの共有	4-2-1 入院後の生活復帰の見通しの共有	15 入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	- 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。 - 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。 - 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、日常的に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。

参考資料等

適切なケアマネジメント手法の資料については、以下ホームページに掲載されている。

厚生労働省 適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進	 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hoken/jissi_00006.html	 https://www.jri.co.jp/service/special/content11/corner113/caremanagement/04/
-----------------------------	--	---

主な資料等は以下のとおり。

①「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）本編

基本ケア及び疾患別ケアの全体について詳細に記載された資料。

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_tekisetunacare_r2kai.pdf



②適切なケアマネジメント手法の手引き（PDF）

適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方や活用方法を簡潔にまとめた入門的資料。

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu_betsushiryo.pdf



③「適切なケアマネジメント手法」に関連する動画

適切なケアマネジメント手法の活用方法、手引きの解説等の動画が多数作成されている。

<https://www.jri.co.jp/service/special/content11/corner113/caremanagement/05/>



④令和2年度概要版（項目一覧）（PDF）

基本ケア	脳血管疾患 Ⅰ期	脳血管疾患 Ⅱ期	大腿骨頸部 骨折Ⅰ期	大腿骨頸部 骨折Ⅱ期	心疾患Ⅰ期	心疾患Ⅱ期	認知症	誤嚥性肺炎 の予防
								

出典一覧

- ・保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン
(平成26年3月東京都発行)(令和6年3月一部改変)
…資料1、2
- ・3訂版 介護支援専門員実務研修テキスト 令和6年6月 東京都福祉保健財団
…資料1
- ・要介護認定調査員テキスト 2009改訂版 令和6年4月 厚生労働省
…資料1
- ・介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・更新研修テキスト 令和6年6月 東京都福祉保健財団
…資料3
- ・リ・アセスメント力 令和2年1月東京都福祉保健財団 一部改変
…資料4
- ・出典：居宅サービス計画書(居宅ケアプラン)標準様式改正の解釈と計画作成に当た
るの考え方(東京都介護支援専門員法定研修資料)
令和4年3月 東京都(令和6年3月一部改変)
…資料5
- ・「社会保障審議会 介護給付費分科会(第220回)」居宅介護支援・介護予防支援 令
和5年7月24日 厚生労働省
…資料6
- ・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 報告書
令和3年3月 株式会社日本総合研究所
…資料6

