平成 25 年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

介護支援専門員による医療と介護の連携促進に関する
調査研究事業

報告書

平成 26 年 3 月

一般社団法人
日本介護支援専門員協会

はじめに

少子高齢化が進む中、2025年に向け独居高齢者や高齢者のみ世帯、認知症高齢者が増加することが予想されています。

そのような中、多くの高齢者は住み慣れた地域で、自分らしい生活を継続することを望んでいます。そのためには、介護、医療、住まい、生活支援、予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が重要となっています。

一方、介護支援専門員は、介護保険制度施行以来、制度の要として利用者、その家族の生活を支える支援者として活動してきました。しかし、介護支援専門員については、地域包括ケアを推進するために不可欠である、医療との連携が必ずしも十分でない、多職種協働が機能していない等の課題が指摘されております。確かに、介護支援専門員の中には、医療分野との情報共有や連携について困難さを感じている方も少なくありません。

そこで、「介護支援専門員による医療と介護の連携に関する調査研究事業」（平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）として、学識経験者、医師（内科医と認知症専門医）、歯科医師、看護師、リハ専門職（理学療法士）、管理栄養士、社会福祉士、介護支援専門員で構成する委員会を設置し、介護支援専門員による医療との連携を促進するためのハンドブックの作成及び医療と介護の連携に向けた実践を促す方策について検討を行い、得られた見解を報告書ならびにハンドブックにとりまとめました。

今後、研修会等により医療知識のさらなる習得とともに、このハンドブックが、介護支援専門員の日常業務の中で活用され、ケアマネジメントを通じて多面的で自由度のある適切なケアの提供により、利用者の望む生活実現に向けた支援の一助になることを望みます。

本事業の実施にあたっては、委員長の東北大学大学院医学系研究科公衆衛生看護学分野 田口 敦子 助教をはじめ、公益社団法人日本歯科医師会、公益社団法人福岡県医師会、千葉県理学療法士会、山梨市立牧丘病院、医療法人社団水光会、前近江八幡市立総合医療センター、社会福祉法人慈照会の先生方に委員会にご参画いただき、事業推進に多大なご支援とご協力を頂戴しましたことを、この場をお借りし、厚く御礼申し上げます。

平成26年3月

一般社団法人 日本介護支援専門員協会
会長　鷲見　よしみ

目　次

要　約
1．事業目的 7
2．事業の概要 8
3．実践を促す方策 8

本　編

第１章　事業概要 13
1．事業目的 13
2．事業実施体制 14
3．ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブックの作成 17

第２章　実践を促す方策 20
（１）介護支援専門員が躊躇せず積極的に医療職にアプローチすることの重要性 20
（２）介護支援専門員が連携促進の場面を逃さず医療職に関わることの必要性 20
（３）介護支援専門員が利用者の立場に立って情報伝達を行うことの必要性 20
（４）医療職は介護保険システムへの知識・理解を深め、介護支援専門員は医療保険システムへの知識・理解を深めることの重要性 21
（５）介護専門員と医療職の連携促進には取り組みの継続性が必要 21

第３章　ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブック 23

要　約

1．事業目的

介護支援専門員については、「医療関係職種との連携が不十分なのではないか」といった指摘がされており、医療との連携は重要な課題である。医療との連携にあたり必要となる知識については、介護支援専門員に係る研修において医療に関するカリキュラムを充実することにより修得することが必要である。

しかしながら、医療との連携にあたっては、医療に関する知識を修得するだけではなく、実践につなげることが重要であり、介護支援専門員が実務に従事する中で、医療との連携に向けた実践を促す方策が必要である。

そこで、介護支援専門員による医療との連携を促進するため、実践に資する方策を検討するとともに、医療と介護の連携促進のためのハンドブックを作成する。

図表１　本事業の目的

●医療との連携を促すためのハンドブックを作成する。

・介護支援専門員は、ケースに潜む医療的課題に気づき、医療職等（医師、看護師、PT、栄養士など）と効果的に連携することが求められることから、その気づきと連携を促すための効果的なツールとしてハンドブックを作成する。

・具体的には、在宅の介護支援専門員が、ケアプラン立案時やモニタリング時に、利用者の生活場面に隠れている医学的原因や医療ニーズに気づくことを助けるツールであるとともに、それらの課題を解決するために、見落としてはいけない徴候や医療職等にどうアプローチすればよいのかを確認する内容のハンドブックとする。

●介護支援専門員による医療との連携を促す方策について検討する。

・介護支援専門員が躊躇せず積極的に医療職にアプローチすることの重要性
・介護支援専門員が連携促進の場面を逃さず医療職に関わることの必要性
・介護支援専門員が利用者の立場に立って情報伝達を行うことの必要性
・医療職が介護保険システムへの知識・理解を深め、介護支援専門員が医療保険システムへの知識・理解を深めることの重要性
・介護専門員と医療職の連携促進には取り組みの継続性が必要、など。

２．事業の概要

本事業では、学識経験者、医師（内科医と認知症専門医）、歯科医師、看護師、リハ専門職（理学療法士）、管理栄養士、社会福祉士、介護支援専門員で構成する委員会を設置し、介護支援専門員による医療との連携を促進するためのハンドブックの作成及び医療と介護の連携に向けた実践を促す方策について検討を行い、得られた見解を報告書ならびにハンドブックにとりまとめた。

３．実践を促す方策

（１）介護支援専門員が躊躇せず積極的に医療職にアプローチすることの重要性

介護支援専門員は、医療職へのアプローチをためらう傾向があり、その理由の一つに、医療的知識が不足していることが挙げられる。医療職が医療的知識や技術を専門とするのと同様に、最もサービス利用者に近い介護支援専門員は、生活を包括的に支援する専門家である。介護支援専門員は、他の如何なる職種より利用者の生活課題を把握する専門職であることを認識し、医療職にも積極的にアプローチすることが重要である。ひいては、それが、利用者の生活ニーズを適切に把握し、QOL の向上にもつながる。

（２）介護支援専門員が連携促進の場面を逃さず医療職に関わることの必要性

介護支援専門員が医師等の医療職との連携を促進するためには、効率的で日常的な関わりを充実させていくことも重要である。連携する主な場面として、医療ニーズが高まる等の利用者の変化により、支援の見直しが必要となった時や、定期的な要介護認定の更新時が挙げられる。

前者の場合、医療ニーズが高まることによって必要になる療養支援や、疾病の予後予測等を介護支援専門員は医師や看護師等に相談する必要がある。その際に、医師や看護師は相談を受けるにあたり、医療ニーズが高まった背景を知りたいと思うであろう。また、後者の定期的な要介護認定の更新時には、主治医意見書を記載する際に、介護支援の状況を正しく知りたいと思っている医師は多い。そのため、介護支援専門員はケアプランの提出等の情報提供を、適切な時期に行うことが求められる。

介護支援専門員は、これらの連携する機会をきっかけに、医師等の医療職となじみの関係をつくる必要がある。なじみの関係をつくる役割が介護支援専門員にはあることを自覚し、電話やＦＡＸ、医療ソーシャルワーカー等を活用しつつ、日頃から顔なじみ、声なじみ、書面なじみの関係を心がけていれば、介護支援専門員の必要性や役割を医師等に理解してもらうことが期待できるのではないだろうか。まずは、医療職に介護支援専門員と連携することのメリットを感じてもらうことが、よりよい連携の足がかりになると考える。

（３）介護支援専門員が利用者の立場に立って情報伝達を行うことの必要性

介護支援専門員にとっては、サービス利用者の立場に立って多職種との調整を行うことが重要であることは言うまでもないが、そのためにも医療職との連携の際には「介護支援専門員としての見解と意図」を伝えることが重要である。介護支援専門員としては利用者の状況をどのように考え、医療職に何を期待し、何を目指しているのかを伝えることが、サービス利用者の生活ニーズを代弁することになる上に、介護支援専門員の専門性を示すことにもつながる。「介護支援専門員としての見解と意図」を聞いた医療職は、より利用者の生活ニーズに応じた支援方法を検討することが可能になるであろう。

（４）医療職は介護保険システムへの知識・理解を深め、介護支援専門員は医療保険システムへの知識・理解を深めることの重要性

介護支援専門員は、介護保険システムに位置づけられたものであるため、介護保険システムの知識が乏しいと、介護支援専門員の役割や機能を理解することが難しい。現在、医療職の介護保険に関する知識不足が、連携を阻む要因の一つになっている側面もある。そのため、大学教育や現任研修の中で、医療職がその知識を習得できる機会が必要である。また、知識だけでなく、ケースの振り返りの場を持つことも効果的であろう。一方、介護支援専門員においては、医療保険システムに関する知識が不足している者も多いため、教育・研修等で継続的に知識の習得を進めていくことが必要である。

（５）介護専門員と医療職の連携促進には取り組みの継続性が必要

介護支援専門員と医療職との連携が重要であることは、制度開始時から言われてきたことであるが、情報を共有する内容については具体的に議論されてこなかった。本事業で作成した「ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブック」は、連携を促進する具体的なツールであり、これまでにない初の試みであった。本書は、その活用によって介護支援専門員と医療職との連携を促進させることが最終目的である。そのため、今後は本書の効果の検証、および項目の精選、使いやすさの向上は必須であろう。これまで重要だが難しいとされてきた課題を解決するには時間を要する。本書はその一手段を提示した。介護支援専門員による医療との連携促進に向けて、より効果的な方法を探索し、継続して取り組むことが必要不可欠である。

本　編

第１章　事業概要

１．事業目的

介護支援専門員については、「医療関係職種との連携が不十分なのではないか」といった指摘がされており、医療との連携は重要な課題である。医療との連携にあたり必要となる知識については、介護支援専門員に係る研修において医療に関するカリキュラムを充実することにより修得することが必要である。

しかしながら、医療との連携にあたっては、医療に関する知識を修得するだけではなく、実践につなげることが重要であり、介護支援専門員が実務に従事する中で、医療との連携に向けた実践を促す方策が必要である。

そこで、介護支援専門員による医療との連携を促進するため、実践に資する方策を検討するとともに、医療と介護の連携促進のためのハンドブックを作成する。

図表１　本事業の目的

●医療との連携を促すためのハンドブックを作成する。

・介護支援専門員は、ケースに潜む医療的課題に気づき、医療職等（医師、看護師、PT、栄養士など）と効果的に連携することが求められることから、その気づきと連携を促すための効果的なツールとしてハンドブックを作成する。
・具体的には、在宅の介護支援専門員が、ケアプラン立案時やモニタリング時に、利用者の生活場面に隠れている医学的原因や医療ニーズに気づくことを助けるツールであるとともに、それらの課題を解決するために、見落としてはいけない徴候や医療職等にどうアプローチすればよいのかを確認する内容のハンドブックとする。

●介護支援専門員による医療との連携を促す方策について検討する。

・介護支援専門員が躊躇せず積極的に医療職にアプローチすることの重要性
・介護支援専門員が連携促進の場面を逃さず医療職に関わることの必要性
・介護支援専門員が利用者の立場に立って情報伝達を行うことの必要性
・医療職は介護保険システムへの知識・理解を深め、介護支援専門員は医療保険システムへの知識・理解を深めることの重要性
・介護専門員と医療職の連携促進には取り組みの継続性が必要、など。

２．事業実施体制

（１）事業実施体制

本事業の事業目的の検討のため、学識経験者、医師（内科医と認知症専門医）、歯科医師、看護師、リハ専門職（理学療法士）、管理栄養士、介護支援専門員で構成された委員会を設置し、介護支援専門員による医療との連携を促進するためのハンドブックの作成及び医療と介護の連携に向けた実践を促す方策について検討した。

委員会の構成は、以下に示す名簿のとおりである。

委員会名簿

	氏　名	所　属
◎	田口　敦子	東北大学 大学院 医学系研究科 保健学専攻 基礎・健康開発看護学領域　公衆衛生看護学分野 助教
	大塚　剛	千葉県理学療法士会　職能局　介護保険部　部長 ほっとはぁと・蘇我ケアセンター 理学療法士　介護支援専門員
	小澤　幸子	山梨市立牧丘病院 内科医
	鎌石　佐織	医療法人社団水光会 水光会健康増進クリニック 看護主任
	瀬戸　裕司	公益社団法人福岡県医師会　常任理事 医療法人ゆう心と体のクリニック　院長
	東森　佳子	前近江八幡市立総合医療センター 栄養管理課 技師長
	細野　純	公益社団法人日本歯科医師会 地域保健委員会　委員
	前田　岳史	社会福祉法人慈照会 ケアプランセンターカルナハウス 管理者
	柴口　里則	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長
	唐木　美代子	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
	下出　和子	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 理事(近畿ブロック・奈良県支部)

敬称略・五十音順・所属は就任当時
◎：委員長

（２）会議の開催経緯

【委員会】

第１回
日時：　平成 25 年 10 月 5 日（土）16：00～18：00
場所：　ホテルマイステイズ御茶ノ水コンファレンスセンター　２階　ホール C
議事：　事業の概要について
　　事業実施計画（案）について
　　ハンドブック目次構成（案）について

第２回
日時：　平成 25 年 10 月 26 日（土）10：00～12：00
場所：　コンベンションホール・AP 浜松町 H ルーム
議事：　ハンドブックの構成及び内容について

第３回
日時：　平成 25 年 11 月 15 日（金）10：00～12：00
場所：　WTC コンファレンスセンター　38 階　「フルール」
議事：　ハンドブックの構成及び内容について
　　執筆分担について

第４回
日時：　平成 25 年 11 月 30 日（土）16：00～18：00
場所：　コンベンションホール・AP 浜松町 E ルーム
議事：　ハンドブック医療連携チェック表の内容について

第５回
日時：　平成 26 年 1 月 16 日（木）15：00～17：00
場所：　コンベンションホール・AP 浜松町 G ルーム
議事：　ハンドブック内容の検討について

第６回
日時：　平成 26 年 2 月 20 日（木）15：00～17：00
場所：　コンベンションホール・AP 浜松町 H ルーム
議事：　ハンドブック内容の検討について
　　報告書案について

第７回
日時：　平成 26 年 3 月 4 日（火）15：00～17：00
場所：　コンベンションホール・AP 浜松町 H ルーム
議事：　ハンドブック内容の検討について
　　報告書の内容について

（３）事業の実施フロー

調査研究の目的

調査の設計
・ハンドブックの作成
・実践を促す方策の検討

ハンドブックの作成

介護支援専門員による医療との連携を促進するためのハンドブックの作成

・「動く」「眠る・休息」「清潔」「コミュニケーション・認知」「排泄」「食べる」の 6 つの生活障害別の連携すべきポイントを示す。
・上記の生活障害別の連携ポイント毎に、①「医療連携が必要な状態」、②「考えられる主なこと」、③「連携する医療職」、④「医療職に伝える情報」、④「医療職に確認・入手する情報」を一覧表(医療連携チェック表)で表示する。
・連携のコツやツボを「コラム」で例示する。
・医療職との連携の際に便利な参照図表を掲載する、など

実践を促す方策の検討

介護支援専門員による医療と介護の連携に向けた実践を促す方策の検討

・介護支援専門員が躊躇せず積極的に医療職にアプローチすることの重要性。
・介護支援専門員が連携促進の場面を逃さず医療職に関わることの必要性。
・介護支援専門員が利用者の立場に立って情報伝達を行うことの必要性。
・医療職は介護保険システムへの知識・理解を深め、介護支援専門員は医療保険システムへの知識・理解を深めることの重要性
・介護専門員と医療職の連携促進には取り組みの継続性が必要、など

成果物

・「ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブック」
・事業実施報告書(実践を促す方策を掲載)

３．ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブックの作成

（１）ハンドブックの内容検討について

介護支援専門員は、ケースに潜む医療的課題に気づき、医療職等（医師、看護師、PT、栄養士など）と効果的に連携することが求められることから、その気づきと連携を促すための効果的なツールとしてのハンドブックの作成を検討した。

具体的には、在宅の介護支援専門員が、ケアプラン立案時やモニタリング時に、利用者の生活場面に隠れている医学的原因や医療ニーズに気づくことを助けるツールであるとともに、それらの課題を解決するために、見落としてはいけない徴候や医療職等にどうアプローチすればよいのかを確認する内容のハンドブックの完成を目指した。

内容の構成については、検討の結果、「動く」「眠る・休息」「清潔」「コミュニケーション・認知」「排泄」「食べる」の６つの生活障害別の連携すべきポイントを掲げ、上記の生活障害別の連携ポイント毎に章建てを行った。

冒頭に総説で各生活障害における連携ポイントを概説するとともに、医療連携チェック表で、①「医療連携が必要な状態」、②「考えられる主なこと」、③「連携する医療職」、④「医療職に伝える情報」、④「医療職に確認する情報、医療職から入手する情報」の一覧を表示することとした。

また、各章に連携のコツやツボを「コラム」で例示したほか、医療職との連携の際に便利な参照図表を適宜掲載した。

介護支援専門員が、本ハンドブックの活用によって、医療との連携に必要な知識を得ることで、医療関係職種との連携を図ることができ、その効果として主治医意見書の入手の促進や、主治医に対するケアプラン等の情報提供、地域ケア会議での多職種との円滑な連携、リハビリテーション専門職からの適切な助言を得ることなど、利用者に対する効果的な支援の実施につなげることを作成の目的とした。

なお、ハンドブックは、コンパクトにまとめた内容とし、かつ、介護支援専門員が日常の業務で携帯することができ、医師との対応に際し適宜活用できるような冊子(B5 判タテ型)とした。

①題　　名：　「ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブック」
②規　　格：　B5 判、208 ページ
③数　　量：　2,000 部
④配 布 先：　委員会委員、都道府県、研修実施機関、関係団体、当協会支部等

（２）ハンドブックの目次構成

まえがき
委員会委員一覧
序　章
　第１節「医療職と連携するために」
　第２節「この本の使い方」

第１章　「動く」
１．総説
２．医療連携が必要な状態一覧
３．医療連携チェック表
４．コラム

第２章　「眠る・休息」
１．総説
２．医療連携が必要な状態一覧
３．医療連携チェック表
４．コラム

第３章　「清潔」
１．総説
２．医療連携が必要な状態一覧
３．医療連携チェック表
４．コラム

第４章　「コミュニケーション・認知」
１．総説
２．医療連携が必要な状態一覧
３．医療連携チェック表
４．コラム

第５章　「排泄」
１．総説
２．医療連携が必要な状態一覧
３．医療連携チェック表
４．コラム

第６章　「食べる」

１．総説

２．医療連携が必要な状態一覧

３．医療連携チェック表

４．コラム

さくいん

第２章　実践を促す方策

（１）介護支援専門員が躊躇せず積極的に医療職にアプローチすることの重要性

介護支援専門員は、医療職へのアプローチをためらう傾向があり、その理由の一つに、医療的知識が不足していることが挙げられる。医療職が医療的知識や技術を専門とするのと同様に、最もサービス利用者に近い介護支援専門員は、生活を包括的に支援する専門家である。介護支援専門員は、他の如何なる職種より利用者の生活課題を把握する専門職であることを認識し、医療職にも積極的にアプローチすることが重要である。ひいては、それが、利用者の生活ニーズを適切に把握し、QOL の向上にもつながる。

（２）介護支援専門員が連携促進の場面を逃さず医療職に関わることの必要性

介護支援専門員が医師等の医療職との連携を促進するためには、効率的で日常的な関わりを充実させていくことも重要である。連携する主な場面として、医療ニーズが高まる等の利用者の変化により、支援の見直しが必要となった時や、定期的な要介護認定の更新時が挙げられる。

前者の場合、医療ニーズが高まることによって必要になる療養支援や、疾病の予後予測等を介護支援専門員は医師や看護師等に相談する必要がある。その際に、医師や看護師は相談を受けるにあたり、医療ニーズが高まった背景を知りたいと思うであろう。また、後者の定期的な要介護認定の更新時には、主治医意見書を記載する際に、介護支援の状況を正しく知りたいと思っている医師は多い。そのため、介護支援専門員はケアプランの提出等の情報提供を、適切な時期に行うことが求められる。

介護支援専門員は、これらの連携する機会をきっかけに、医師等の医療職となじみの関係をつくる必要がある。なじみの関係をつくる役割が介護支援専門員にはあることを自覚し、電話やＦＡＸ、医療ソーシャルワーカー等を活用しつつ、日頃から顔なじみ、声なじみ、書面なじみの関係を心がけていれば、介護支援専門員の必要性や役割を医師等に理解してもらうことが期待できるのではないだろうか。まずは、医療職に介護支援専門員と連携することのメリットを感じてもらうことが、よりよい連携の足がかりになると考える。

（３）介護支援専門員が利用者の立場に立って情報伝達を行うことの必要性

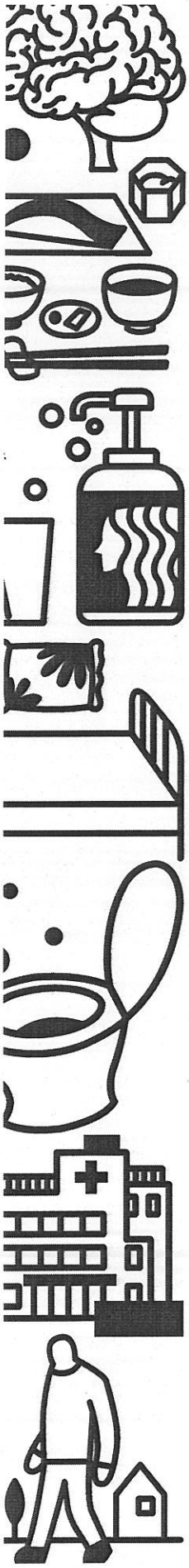
介護支援専門員にとっては、サービス利用者の立場に立って多職種との調整を行うことが重要であることは言うまでもないが、そのためにも医療職との連携の際には「介護支援専門員としての見解と意図」を伝えることが重要である。介護支援専門員としては利用者の状況をどのように考え、医療職に何を期待し、何を目指しているのかを伝えることが、サービス利用者の生活ニーズを代弁することになる上に、介護支援専門員の専門性を示すことにもつながる。「介護支援専門員としての見解と意図」を聞いた医療職は、より利用者の生活ニーズに応じた支援方法を検討することが可能になるであろう。

（４）医療職は介護保険システムへの知識・理解を深め、介護支援専門員は医療保険システムへの知識・理解を深めることの重要性

介護支援専門員は、介護保険システムに位置づけられたものであるため、介護保険システムの知識が乏しいと、介護支援専門員の役割や機能を理解することが難しい。現在、医療職の介護保険に関する知識不足が、連携を阻む要因の一つになっている側面もある。そのため、大学教育や現任研修の中で、医療職がその知識を習得できる機会が必要である。また、知識だけでなく、ケースの振り返りの場を持つことも効果的であろう。一方、介護支援専門員においては、医療保険システムに関する知識が不足している者も多いため、教育・研修等で継続的に知識の習得を進めていくことが必要である。

（５）介護専門員と医療職の連携促進には取り組みの継続性が必要

介護支援専門員と医療職との連携が重要であることは、制度開始時から言われてきたことであるが、情報を共有する内容については具体的に議論されてこなかった。本事業で作成した「ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブック」は、連携を促進する具体的なツールであり、これまでにない初の試みであった。本書は、その活用によって介護支援専門員と医療職との連携を促進させることが最終目的である。そのため、今後は本書の効果の検証、および項目の精選、使いやすさの向上は必須であろう。これまで重要だが難しいとされてきた課題を解決するには時間を要する。本書はその一手段を提示した。介護支援専門員による医療との連携促進に向けて、より効果的な方法を探索し、継続して取り組むことが必要不可欠である。

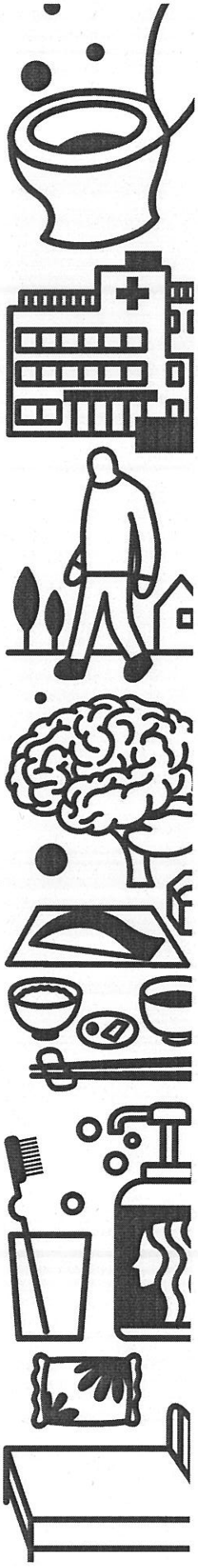


ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブック

Care Manager Iryo Renkei Handbook

平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
介護支援専門員による医療と介護の連携促進に関する調査研究事業

一般社団法人 日本介護支援専門員協会



まえがき

少子高齢化が進み、2025年に向け、独居高齢者や高齢者のみ世帯、認知症高齢者が増加することが予想されています。

そのような中、多くの高齢者は住み慣れた地域で、自分らしい生活を継続することを望んでいます。そのためには、介護・医療・住まい・生活支援・予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が重要となっています。

一方、介護支援専門員は、介護保険制度施行以来、制度の要として利用者、その家族の生活を支える支援者として活動してきました。しかし、介護支援専門員については、地域包括ケアを推進するために不可欠である、医療職との連携が必ずしも十分でない、多職種協働が機能していないなどの課題が指摘されています。確かに、介護支援専門員の中には、医療分野との情報共有や連携について困難さを感じている人も少なくありません。

そこでこのたび、「介護支援専門員による医療と介護の連携に関する調査研究事業」（平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）として、医療に関する知識を習得するだけでなく、介護支援専門員が実務に資する方策を検討するとともに、連携を促すためのハンドブックを作成しました。当ハンドブックは、高齢者が住み慣れた場所で生活を続けるために、生活障害に視点を置き、誰に、いつ、どのようにアプローチし、情報発信し共有していくかについてまとめています。なお、疾病から生じる生活障害のすべてを取り上げることは困難なため、代表的なものとしました。

介護支援専門員の皆様がこのハンドブックを日常業務の中で活用することにより、医療との連携が促進され、利用者の望む生活への支援につながることになれば幸いです。

一般社団法人 日本介護支援専門員協会

2

平成 25 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
介護支援専門員による医療と介護の連携促進に関する調査研究事業 委員会委員一覧

大塚剛 Otsuka Takeshi ……1章執筆
千葉県理学療法士会職能局介護保険部部長／ほっとはぁと・蘇我ケアセンター理学療法士・介護支援専門員

小澤幸子 Ozawa Sachiko ……2章執筆
山梨市立牧丘病院内科医

鎌石佐織 Kamaishi Saori ……5章執筆
医療法人社団水光会水光会健康増進クリニック看護主任

唐木美代子 Karaki Miyoko
一般社団法人日本介護支援専門員協会常任理事

柴口里則 Shibaguchi Satonori
一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長

下出和子 Shimode Kazuko
一般社団法人日本介護支援専門員協会理事（近畿ブロック・奈良県支部）

瀬戸裕司 Seto Yuji ……4章執筆
公益社団法人福岡県医師会常任理事／医療法人ゆう心と体のクリニック院長

田口敦子 Taguchi Atsuko ……委員長／編者／序章執筆
東北大学大学院医学系研究科公衆衛生看護学分野助教

東森佳子 Higashimori Yoshiko ……6章執筆
前・近江八幡市立総合医療センター栄養管理科技師長

細野純 Hosono Jun ……3章・6章執筆
公益社団法人日本歯科医師会地域保健委員会委員

前田岳史 Maeda Takeshi ……3章執筆
社会福祉法人慈照会ケアプランセンターカルナハウス管理者

3

CONTENTS

まえがき 2

委員一覧 3

序章……医療職と連携するために／この本の使い方 5

1章……動く 11

2章……眠る・休息 37

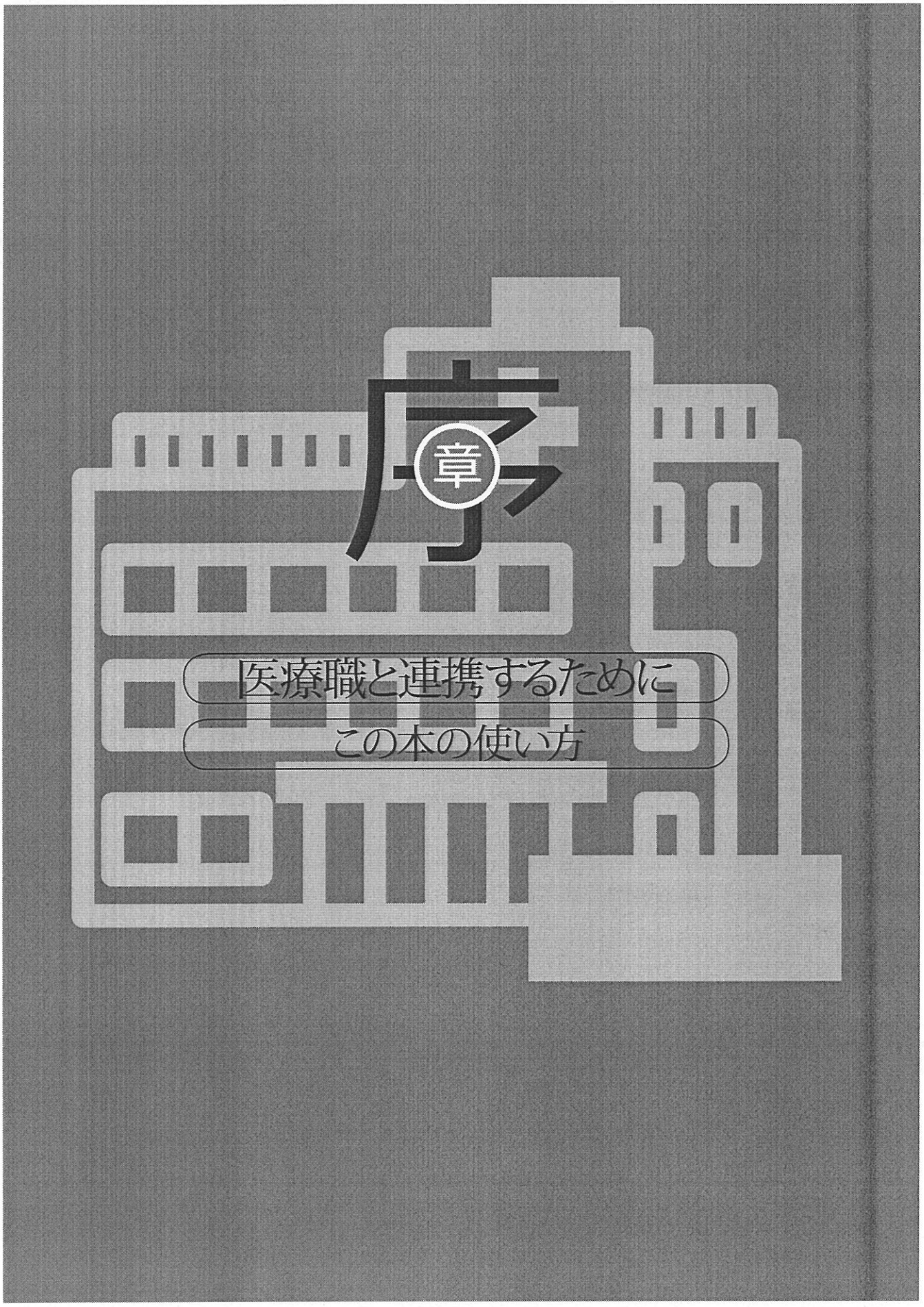
3章……清潔 63

4章……コミュニケーション・認知 105

5章……排泄 123

6章……食べる 151

さくいん 202



序章

医療職と連携するために
この本の使い方

医療職と連携するために

ケアマネジャーは医療職との連携が苦手?

ケアマネジャーのみなさんは、医療職との連携についてどのようにお感じですか？　ある地域のケアマネジャーを対象とした調査[1]によると、かかりつけ医への連絡がスムーズに行えていると感じるケアマネジャーは3割を下回る結果でした。連絡がスムーズに行えない理由として、「医師が忙しいため」「自分に医学的な知識がないため、躊躇してしまう」「どのような連絡方法がよいかわからない」などがあげられていました。みなさんも共感する点がありますか？

連携をスムーズにする大切なコツの1つに、日頃から十分に情報共有を行うことがあります。しかし、医学的な知識を医療職ほど持ち合わせていない場合、「どのような情報を伝えるべきか？」「どのような情報収集を行うべきか？」に戸惑い、それも忙しそうな医療職であればなおさら躊躇してしまうのは当然のことです。

しかし、医療職もケアマネジャーのみなさんと同じく、「どのような情報を伝えるとケアマネジャーの活動に役立つのか」「どのような情報をケアマネジャーから情報収集するとよいのか」を必ずしも意識しているわけではありません。お互いが、お互いの立場に立って情報共有し合うことが理想ですが、前述した調査結果からも現時点では難しいのが現状のようです。

そこで、本書は、ケアマネジャーが自信をもって必要な情報共有を医療職と共有できるようになることを目指し、ケアマネジャーと医療職が共同して作成しました。ケアマネジャーのみなさんが、医療職に適切にアプローチすることで、医療職にもケアマネジャーの役割や連携する意義を意識してもらうことにより、よりよい連携関係を築くことができると考えています。ただし、連携はあくまでも「手段」であって「目的」ではないことを忘れてはいけません。ケアマネジャーは利用者さんの代弁者でもあるため、適切な情報を、適切な場面で収集し伝えることこそ、利用者さんへの責任を果たすための重要なスキルだといえます。本書を傍らに、明日からは積極的に医療職と情報共有を行っていただければうれしく思います。

この本で扱う医療職とは

本書で扱う医療職は、かかりつけ医に限らず、歯科医師、薬剤師、看護師・訪問看護師、栄養士、理学療法士、作業療法士なども含みます。関わる医療職によって、情報共有する内容が異なる場合は、その職種ごとに示しています。

生活の中から異変に気づく

本書の特徴は、基本的な生活機能である「動く」「眠る・休息」「清潔」「コミュニケーション・認知」「排泄」「食べる」の章から成り立ってい

ることです。

医療職の場合、疾病を入り口に問題解決していく考え方が主流ですが、ケアマネジャーのみなさんは、利用者さんにもっとも近い立場で、その人らしい生活を支える役割を担っています。日々の生活の中でその人らしさを阻む要因をあらかじめ防いだり、既に生じている問題を解決したりすることが必要になるため、基本的な生活機能を入り口として本書を構成しました。他にも生活機能はありますが、今回は特に基本的なものに焦点を当てています。

また、本書は医療職との連携のポイントを示すことに重きを置いていますが、「医療連携が必要な状態」に示されていることは、ケアマネジャーのアセスメントポイントでもあります。ケアマネジャーの気づきがあってこそ医療職との連携は始まります。日々の関わりの中で「いつもと何か違う」と気づくためには、まずはアセスメントのポイントを知ることが大切です。アセスメントポイントを基に、日々の生活の中で、医療職につなげるタイミングを逃さないようにしましょう。

医療職につなげることの意味

医療職につなげるときには、疾病の悪化などにより治療が必要な場合と、その人の健康や生活機能が保持されることを目的とした予防的な場合とがあります。どちらも大切なことですが、後者の場合は、利用者さんの訴えがなかったり、今すぐ生活に支障が生じていないため、より気づきにくい傾向があります。医療職は、予防にも力を入れています。緊急性が低い場合、相談しにくいこともあるかもしれませんが、本書には予防的な視点も含めた連携ポイントも示されていますので、予防的な視点をもって利用者さんに関わり、利用者さんが住み慣れた地域でできるだけ長く過ごせることを目指しましょう。

1）永島徹・今井幸充「かかりつけ医と介護支援専門員の地域連携に関する調査（介護支援専門員調査）」老年精神医学雑誌 23: p599～607、2012

この本の使い方

この本は、介護サービス計画書の課題分析標準項目1）を基に、6章に分かれています。1章「動く」では『ADL・IADL・居住環境』の課題分析標準項目の内容を含んでいます。続いて2章「眠る・休息」では『ADL』を、3章「清潔」では『ADL・褥瘡・皮膚・口腔衛生』を、4章「コミュニケーション・認知」では『認知・コミュニケーション能力・社会との関わり・問題行動』を、5章「排泄」では『排尿・排便』を、6章「食べる」では『食事摂取』の項目内容を含んでいます。

また、ケアプランを立てるときや、訪問した際に本人の変化を感じたとき、ご本人やご家族から相談を受けたときなどに、索引を使って素早く必要な情報を参照いただけるように構成しています。手軽に医療職との連携のポイントを確認できるため、訪問鞄や机に常備し、ぜひご活用下さい。

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
身体全体	□皮膚に褥瘡ができている	**褥瘡をきたしやすい生活状態…** □寝たきりなどによる同一部分の長時間の皮膚接触 □暖房器具による火傷・低温火傷 □おむつなどのずれ・圧迫・湿潤・摩擦・汚染 □マット（体圧分散用具）が合っていない □低栄養状態 **褥瘡から招きやすい疾患…** □感染症 □その他の合併症

放置すると、在宅生活の継続が難しくなる状態や、医療職が関わることでよりご本人の生活が改善できる状態をあげています。当てはまる状態があれば、医療職との連携を検討しましょう。

「医療連携が必要な状態」の要因として考えられることを示しています。

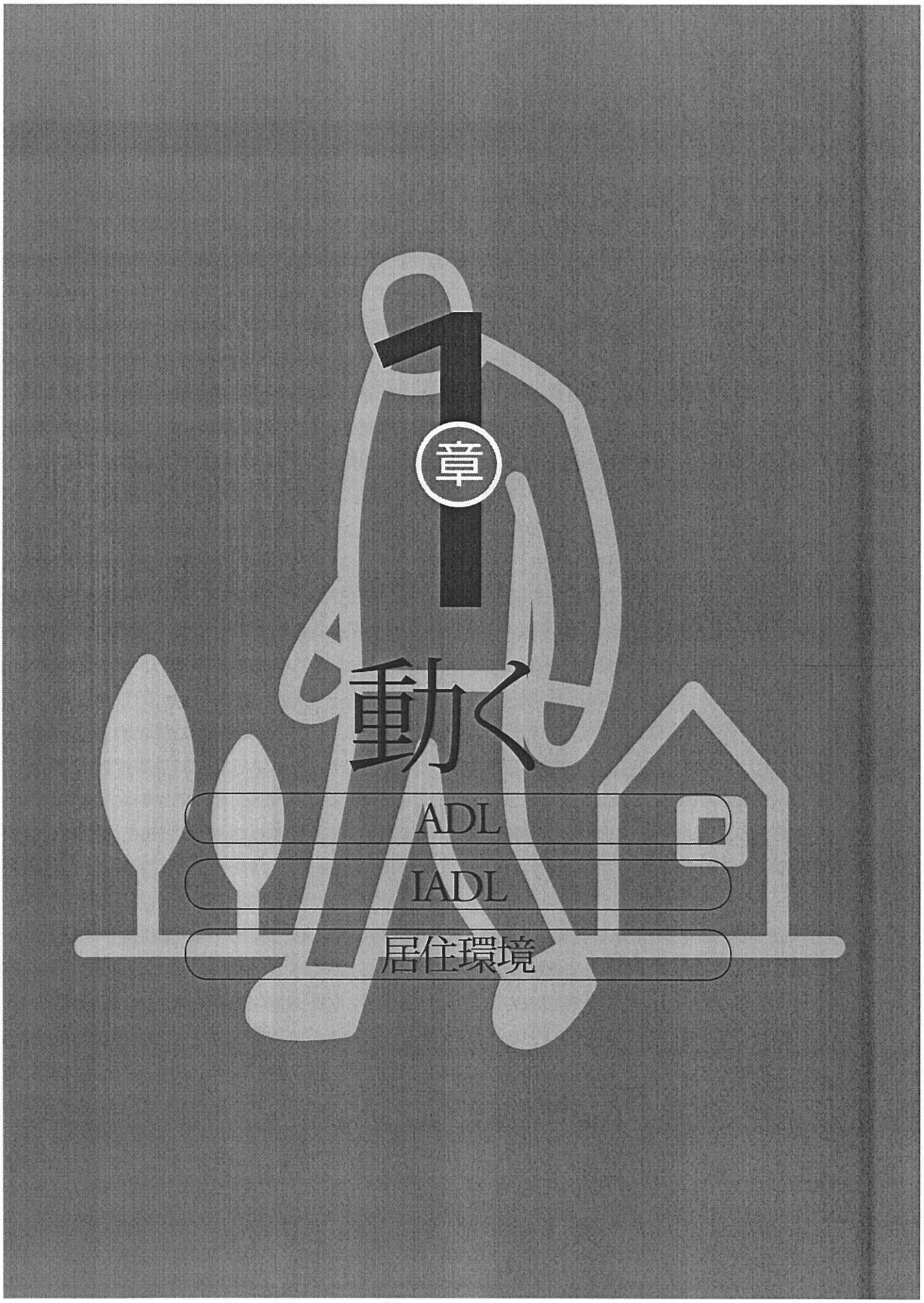
8

医療職との連携をスムーズにするために、医療職に伝えるとよい情報を示しています。どの状態にも共通することは、ここには示されていません。どの状態にも共通することとは、ご本人の年齢、主疾患、既往歴、服薬状況、ご家族の状況などの基本情報があります。他には、「ケアマネジャーとしての見解」があります。医療職は、ケアマネジャーとして「現在の状況をどう考え、どのようにしたいのか」を知りたいと思っています。医療的なアセスメントまでは必要ありませんので、ご本人・ご家族の生活を知る立場として「ケアマネジャーとしての見解」を医療職に伝えましょう。そこでは、ケアマネジャーが把握している「ご本人・ご家族の意向」を代弁することも大切です。これらを伝えることで、ご本人・ご家族の生活に適した方針を立てることや、有機的な連携が可能になります。

連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
□**医師**（かかりつけ医・皮膚科） □外科手術が必要な場合…**医師**（形成外科・外科）	□いつからできたのか □部位・色・大きさ・滲出液の有無・臭い・熱発度 □普段よくとる姿勢 □寝具の状況 □介護状況・介護力、その限界点 □他の疾患・服薬内容	□現在の褥瘡状態と処置手順 □処置計画 □今後の起こりうる可能性 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □生活上の注意点 □次回診察日・時間

ご本人の状態を改善するために連携するとよい医療職をあげています。

ご本人の支援内容やケアプランを考えるために、医療職から入手するとよい情報を示しています。



1章

動く

ADL

IADL

居住環境

介護保険では、動くということを調査する認定調査項目が多く、生活上でこの動くことが「できる」か「できない」かで介護度は大きく左右されます。また、ケアマネジャーは、日常生活の移動・ADLといった動きから、医療が必要となるポイントに気づくことがたくさんあります。ここから、医療職との連携をスムーズに実施できれば、ケアマネジメントの質は高まり、ひいては利用者さんのQOLを向上させることができると考えられます。

普段の動きを把握しておくこと

生活上の移動、ADLなどから利用者さんの異変に気づき、医療ニーズを発見できるようにするには、フローチャートやチェックシートなどを利用するだけでは不十分です。まずは、日々の利用者さんの動きの特徴を把握しておくことが重要です。これには、特別な動きを見抜く能力が必要というわけではありません。様子がいつもと違うときに自分の家族を心配するように、日々の動きの特徴（たとえば、歩くときの独特のリズムや起き上がるときの速さ・順序など）を把握しておくことが大切だということです。

したがって、脳卒中や骨折のように、急に身体の動きが変化する疾患を除き、家族を見守るような目や耳で利用者さんの動きを把握し、変化が起きたときは医師や訪問看護師、リハビリテーション職などの医療職にシグナルを発信できるようにすることが大事です。

動きの医療ニーズを発見するには

一般に、主要なアセスメント手法でケアマネジャーがADLをアセスメントする場合、自立・非自立を確認後、介護の内容や量を確認していきます。これは業務上重要なことですが、動きの医療ニーズを発見しようとするとき、この見方だけでは十分ではありません。

たとえば、変形性膝関節症の利用者さんにおいて、膝の痛みが進んでいくと、痛みのために歩行速度が徐々に遅くなり、痛みがないときと比べ、歩くときの足音・リズムなどが変化するといったことが生じます。このときが整形外科医と連携するタイミングとなります。この例のように、ケアマネジャーが使用しているアセスメントシートだけでは医療ニーズを発見するのは難しいということがわかります。

医療ニーズを発見できる見方とは、「いつもと違う動き方をしている」「いつもできていることが今日はできない」「動きの効率が悪い」といったことです。なお、利用者さんはいつもできていたことができなくなってくると、羞恥心などからそれを訴えなかったり、隠したりすることもあるため、注意が必要です。

いずれにしても、動きから現れる医療ニーズを発見していくには、普段使用しているアセスメントシートやフローチャートのようなものからだけではなく、実際の動きを生活の場面から直接見て、把握して（あるいは支援チームから情報を得て）おくことです。そうすることによって、利用者さんに代わり、ケアマネジャーが医

12

療ニーズのシグナルを出せるのです。

たとえば、関節リウマチでは、朝のこわばり（3時間以上継続して関節が動かなくなる症状）があるかないかが、診断の条件として必要とされます。そのため、ケアマネジャーは、この情報を医師に伝えることが非常に重要です。

ポイントは疾患ごとに異なる

動きから医療ニーズを見つけ、次に利用者さんを的確な医療職につなぐことができても、それで終わりではありません。ケアマネジャーは、診断時や治療時に利用者さんの生活上の情報を医師などに伝える必要があります。また、治療が開始されてからは、普段のケアマネジメントで関わっている医療職にこれらの情報（医療職はこれを非常に大事にしています）を提供し、必要に応じてケアプランに反映していくことが求められます。

なお、こうした生活に関する情報提供や、診断後のケアプラン調整、治療を考慮した生活などのポイントは、疾患ごとに（重度か軽度か、または急性期か生活期などの時期ごとの違いも含めて）異なるということを常に念頭においておきましょう。

たとえば、骨折の安静治療中には、下肢の荷重（地面に踏ん張ること）や正座といった条件が治療時期ごとに変更されながら生活上の制限が課せられることもあります。そのため、関わる医療職と調整してケアマネジメントを行う必要がでてきます。

「顔の見えるネットワーク」作り

ケアマネジャーが、自らの力だけで動きに関する医療ニーズを速やかにかつ的確に見つけることは容易ではありません。一方、リハビリテーション科の医師やリハビリテーション職は、変化を見抜くために日々学習・訓練を行っています。そこで、そうした専門職の知識やスキルを上手に借りることが重要です。それには、何か異変を感じたときはいつでも相談できるよう、あるいは変化が見つかったときに情報が得られやすいよう、普段から「顔の見えるネットワーク」を築いておくことが必要です。

医療連携が必要な状態一覧

□急な激しい頭痛……16
□片側上下肢に麻痺が現れた……16
□急に箸が使えなくなった……16
□急に立つことができなくなった……16
□呂律が回らなくなった……16
□物が二重に見える、ゆがんで見える、視野の一部が見えないなどの視覚障害が急に現れた……16
□嘔気……16
□中度・重度の片麻痺がある……16
□失語症がある……16
□嚥下障害がある……16
□高次脳機能障害がある……16
□転倒などによる身体の殴打や、関節をひねったことによる痛みがある……18
□起居動作などがまったくできないくらい急激に強い痛みを訴え、動きがとれなくなっている……18
□急に腰が痛くなって動けない……18
□ ADL を行えるが、継続した痛みがあり、時間がかかったり、ぎこちない……18
□歩行が小刻みになった……20
□歩くときに足が前に踏み出せない……20
□前傾姿勢がみられるようになった……20
□動きが遅くなった……20
□活動（ADL・IADL など）の量が著しく減ってきた……20
□表情が乏しくなった……20
□転倒が増えてきた……20
□手足に震えがある……20
□筋肉が硬くなる……20
□急な激しい胸痛（口腔・右腕・肩）……22
□急なひどい息切れ・動悸が現れ、動けなくなっている……22
□ショック症状……22
□むくみ……22
□チアノーゼ……22

14

□不整脈……22

□息切れがし、ADLが行いづらいことがある……24

□むくみ……24

□動悸……24

□不整脈（動悸として自覚されるあるいは頻度の多い心拍の乱れ・心拍数が1分間に100回以上が続く・心拍数が1分間に40回以下が続く・不規則な心拍が続く・失神やめまいを伴う）……24

□チアノーゼ……24

□少しの動き（特に階段の上り下り）で呼吸困難になる……26

□無意識に口をすぼめて「フー、フー」と息を吐く（口すぼめ呼吸）……26

□痰……26

□咳……26

□朝、手がかじかむ（こわばる）ような状態が3時間以上続き、動きにくい……28

□3か所以上の関節の腫れや痛み（殴打したなどの原因がはっきりしない）があり、ADLやIADLができなくなっている……28

□外出する回数が減った……30

□屋内移動で何かにつかまることが増えた……30

□車いすを利用することが増えた……30

□IADL・ADLの活動量が減ってきた……30

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
脳・神経系疾患の急性期	□急な激しい頭痛 □片側上下肢に麻痺が現れた □急に箸が使えなくなった □急に立つことができなくなった □呂律が回らなくなった □物が二重に見える、ゆがんで見える、視野の一部が見えないなどの視覚障害が急に現れた □嘔気	**症状が急激なとき…** □脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血） □頭部外傷 **症状の進行が緩やかなとき…** □脳腫瘍 □慢性硬膜下血腫 □多発性脳梗塞
脳・神経系疾患の生活期	□中度・重度の片麻痺がある □失語症がある □嚥下障害がある □高次脳機能障害がある	□起居動作・ADL・QOLの悪化 □脳卒中の再発 □褥瘡や肺炎などケアの不良による新たな疾患

16

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□症状が突然現れたとき…**医師**（救急） □症状が少しづつ進んできたとき…**医師**（脳神経外科・神経内科）	□いつ、どのように症状が現れたか □発症前のADLの状況 □普段から受けている医療（他科受診の情報） □転倒・頭部打撲歴の有無 □外傷歴がある場合…受傷した日時・そのときの状況・対応 □介護への抵抗の有無 □社会的状況（家族構成・キーパーソンなど）	□診断 □治療期間 □治療方法（リハビリテーションの必要性含む） □予想される症状 □ケアの注意点
	□**看護師** □**理学療法士** □**作業療法士** □**言語聴覚士**	□発症前のADL □普段から受けている医療 □介護への抵抗の有無 □社会的状況	□予想される症状 □ケアの注意点 □福祉用具・住宅改修の必要性の有無
	□**保健師** □**訪問看護師**	□診断 □障害の状況 □社会的状況	□社会的資源との調整方法
	□**かかりつけ医**	□既往歴 □普段の投薬や医療の状況 □起居動作・ADL・移動の状況 □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針 □現在関わっている医療職の状況	□治療内容の変更の有無 □今後の治療方針
	□**看護師** □**理学療法士** □**作業療法士** □**言語聴覚士**	□既往歴 □普段の投薬や医療の状況 □普段のケア状況 □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針	□ケア内容の変更点 □福祉用具・住宅改修の必要性の有無 □高次脳機能障害に対する注意点 □失語・嚥下障害に対する注意点

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
急激な痛み	□転倒などによる身体の殴打や、関節をひねったことによる痛みがある □起居動作などがまったくできないくらい急激に強い痛みを訴え、動きがとれなくなっている □急に腰が痛くなって動けない	□骨折 □捻挫 □打撲 □急性腰痛症（ぎっくり腰）
緩やかな痛み	□ ADL を行えるが、継続した痛みがあり、時間がかかったり、ぎこちない	□骨関節疾患（変形性膝関節症など） □腰痛症 □肩関節周囲炎（五十肩）

18

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（整形外科）	□痛みの原因となった状況 □いつから痛みが始まったか □痛みの場所 □痛みの強さ □痛みを訴える前のADLの状況 □普段から受けている医療（他科受診の状況など） □介護への抵抗の有無 □家族構成	□診断 □治療方針 □期間 □治療上行ってはいけないこと □入院が不必要なとき、あるいは退院時…在宅生活での注意点
	□**普段から関わりのある医療職**	□診断・治療方針	□診断を受けた医療機関
	□**医師**（かかりつけ医・整形外科）	□痛みの発生時期 □痛みの場所 □受診状況 □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針 □その他の医療状況 □起居動作・ADL・移動の状況	□診断 □治療方針 □予後 □生活への留意点
	□**理学療法士** □**作業療法士**	□診断・治療方針 □痛みの経緯 □起居動作・ADL・移動の状況 □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針	□リハビリテーションの内容 □起居動作・ADL・移動への留意点
	□**看護師**	□診断・治療方針 □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針 □その他の医療状況 □ ADLの状況	□具体的なケア方法 □服薬方法

緩やかな痛み	□ ADLを行えるが、継続した痛みがあり、時間がかかったり、ぎこちない	□骨関節疾患（変形性膝関節症など） □腰痛症 □肩関節周囲炎（五十肩）
パーキンソン症状	□歩きが小刻みになった □歩くときに足が前に踏み出せない □前傾姿勢がみられるようになった □動きが遅くなった □活動（ADL・IADLなど）の量が著しく減ってきた □表情が乏しくなった □転倒が増えてきた □手足に震えがある □筋肉が硬くなる	□パーキンソン病 □パーキンソン症候群を伴う疾患 □レビー小体型認知症

20

	その他必要に応じて □失語症があるとき…**言語聴覚士** □嚥下障害があるとき…**歯科医師・言語聴覚士** □高次脳機能障害があるとき…**作業療法士・言語聴覚士**	□生活状況 □コミュニケーションの状況 □嚥下・食物摂取の状況 □通常では考えられない注意力・集中力の低下などの有無	□ケアマネジメント上必要な情報・注意点
	□**医師**（神経内科） □神経内科が身近にいない場合…**かかりつけ医**	□パーキンソン症状と考えられる生活上の動き □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針 □生活状況 □その他の特別な医療	□診断名 □治療方針 □予後 □治療内容 □投薬の効果・副作用
	□**看護師**	□本人・家族の意向 □ケアマネジャーの意向 □起居動作・ADLの課題	□ケアの方法・工夫・注意点
	□**理学療法士** □**作業療法士** □**言語聴覚士**	□起居動作・ADL・移動（転倒の有無を含む） □コミュニケーションの状況（特に言語聴覚士へ） □認知症症状の有無　（特に言語聴覚士へ） □自宅の状況	□リハビリテーションの内容 □起居動作・ADL・移動（転倒状況含む）の状況 □住宅改修へのポイント
	□**薬剤師**	□医師の治療方針・診断 □普段のパーキンソン症候群の症状	□薬の効果・副作用 □服薬方法と注意点（現在の投薬内容も含む）

心臓疾患の急性期	□急な激しい胸痛（口腔・右腕・肩） □急なひどい息切れ・動悸が現れ、動けなくなっている □ショック症状 □むくみ □チアノーゼ □不整脈	□心筋梗塞 □狭心症 □急性心不全 □本態性高血圧症 □慢性心不全の急激な症状悪化（原因として、感染・不整脈・貧血・輸液・輸血）

22

	□**保健師** □**訪問看護師**	□診断名 □社会情報 □パーキンソン症状	□社会サービスの適応の有無 □サービスの申請の窓口 □その他社会サービス状況
	□**医師**（救急）	□症状がいつ、身体のどこに出てきたのか □発症前の ADL の状況 □他科受診の状況 □介護への抵抗の有無	□診断名 □治療方針 □入院の場合…予想入院期間・治療方法
	□**看護師**	□診断・治療内容 □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針 □ケア方法の状況	□診断・治療内容に留意したケアの方法 □在宅ケアでの注意点・工夫 □本人・家族に対する留意点
	□**薬剤師**	□診断・治療内容 □疾患の症状	□具体的服薬方法 □服薬の注意点
	□**理学療法士**	□診断・治療内容 □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針 □ ADL・移動・起居動作の状況 □家屋構造	□起居動作・ADL・移動の方法・注意点 □家屋構造における留意点

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
心臓疾患の生活期	□息切れがし、ADLが行いづらいことがある □むくみ □動悸 □不整脈（動悸として自覚されるあるいは頻度の多い心拍の乱れ・心拍数が1分間に100回以上が続く・心拍数が1分間に40回以下が続く・不規則な心拍が続く・失神やめまいを伴う） □チアノーゼ	□心筋梗塞 □狭心症 □慢性心不全（原因として、心臓弁膜症・心筋梗塞後・狭心症・高血圧性心臓疾患・肺性心） □本態性高血圧症

24

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・循環器科）	□生活上での状況・症状 □ケアプランの総合的な援助の方針 □他の医療状況	□治療の内容・注意点 □在宅生活での注意点
	□**看護師**	□診断・治療内容 □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針 □起居動作・ADLの状況 □介護への抵抗の有無	□診断・治療内容に留意したケアの方法 □在宅ケアでの注意点・工夫 □本人・家族に対する留意点
	□**薬剤師**	□診断・治療内容 □疾患の症状	□具体的服薬方法 □服薬の注意点
	□**理学療法士**	□診断・治療内容 □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針 □ ADL・移動・起居動作の状況 □家屋構造	□起居動作・ADL・移動の方法・注意点 □家屋構造における留意点

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
心肺機能に由来するADLの低下	□少しの動き（特に階段の上り下り）で呼吸困難になる □無意識に口をすぼめて「フー、フー」と息を吐く（口すぼめ呼吸） □痰 □咳	□慢性閉塞性肺疾患 □気管支喘息 □気管支拡張症（しばしば慢性副鼻腔炎の既往あり） □肺気腫 □肺炎 □肺結核（3 週間以上の咳・発熱を伴う） □その他の肺疾患

26

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・呼吸器科・内科）	□症状が始まった時期 □体重減少の有無 □呼吸の状態（呼吸数・口すぼめ呼吸の有無） □起居動作・ADL・歩行などの状況 □その他の医療状況（発熱の有無・喫煙歴・喫煙時期・検診歴の有無・結核・喘息の既往歴・じん肺歴・在宅酸素療法の吸引量など） □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針	□診断 □治療方針（投薬の有無・在他酸素療法導入の有無） □生活における留意点
	□**看護師**	□診断 □治療方針 □ ADL の状況 □その他の医療状況 □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針	□治療方針・意向を考慮したケア方法
	□**理学療法士**	□診断 □治療方針 □起居動作・ADL・移動の状況 □その他の医療状況 □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針	□リハビリテーションの内容 □起居動作・ADL・移動の方法・工夫・留意点

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
関節リウマチ	□朝、手がかじかむ（こわばる）ような状態が3時間以上続き、動きにくい □3か所以上の関節の腫れや痛み（殴打したなどの原因がはっきりしない）があり、ADLやIADLができなくなっている	□関節リウマチ

28

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・整形外科・内科・リウマチ科）	□こわばりの状況 □関節痛の場所・強さ □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針 □その他の医療状況 □起居動作・ADLの状況 □介護への抵抗の有無	□診断 □治療方針 □予後 □投薬の特徴・副作用 □生活における留意点
	□**理学療法士** □**作業療法士**	□診断・治療方針 □痛み・こわばりの状況（生活との関係） □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針 □家屋状況	□リハビリテーションの内容 □起居動作・ADL・移動に関する留意点 □自助具導入に対する意見 □住宅改修に対する意見
	□**看護師**	□診断・治療方針 □痛み・こわばりの状況（生活との関係） □本人・家族の意向 □ケアプランの総合的な援助の方針	□治療方針に伴うケア・メンタル面における留意点
	□**薬剤師**	□診断・治療方針 □服薬管理状況 □服薬時の症状	□処方薬の効果・副作用・注意点

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
生活不活発病	□外出する回数が減った □屋内移動で何かにつかまることが増えた □車いすを利用することが増えた □ IADL・ADL の活動量が減ってきた	□生活不活発病（廃用症候群）

30

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（リハビリテーション科）	□現状のケアプラン □活動量が低下した状況・原因 □本人・家族の意向	□医療・介護予防に対する医学的な方針（リハビリテーション・ケアの方針変更などの必要性）
	□**理学療法士** □**作業療法士**	□以前の生活状態 □現在の生活状態 □本人・家族の意向	□リハビリテーションについての内容 □生活不活発病の機能的影響（筋力・心肺機能・起居動作・移動能力など）
	□**保健師** □**看護師**	□現状のケアプラン □ケア内容の変化 □生活状態の変化 □体調・メンタル面の変化	□介護予防の具体的な方法 □状況に留意した具体的ケア内容 □メンタル面への対応法

リハビリのニーズ

リハビリテーションをケアプランに位置づける方法

リハビリテーションを直訳すると、「再び人間たるふさわしい状態にすること」という意味になります。決して機能訓練のみを表す言葉ではありません。

自立支援のケアマネジメントを行っているケアマネジャーは、重要なリハビリテーション従事者です。まずはこのことを意識することが大切です。

リハビリテーションをケアプランに位置づけるときに、単に「リハビリがやりたい」「訓練を行いたい」という利用者さんの要望だけでリハビリテーションサービスをケアプランに位置づけていないでしょうか。単にそれらを行いたいだけでは、意図が明確ではありません。どのような課題があり、具体的にどのようなリハビリテーションを実施するのか、そして目標は何かをきちんと整理する必要があります（たとえば、「膝に痛みがあり、歩くことができないので、歩けるようになるための鎮痛治療や歩行訓練などを行う」など）。

リハビリテーションのニーズを発見し、サービスをケアプランに位置づけるときの思考・整理法は、ICF（国際生活機能分類）を用いるのがよいと思われます。下記のTさんの例のように、ICFの各レベルの状況を記載して、それに対する可能な対応を見比べると整理しやすくなります。

ICF・レベル	Tさんの状態・ニーズ
健康状態	脳卒中後、高血圧治療中
身体機能	左片麻痺・左側上下肢感覚鈍麻
活動	立位は可能、屋内歩行レベル
参加	屋外歩行が行えないため、町内会活動に参加できていない
環境因子	町内会の方たちはTさんに町内会に参加してほしい
個人因子	町内会へ参加したい

このように、Tさんに対しては、脳卒中の経過観察を行いながら、「高血圧管理の治療継続」「左片麻痺・屋外歩行に対する機能訓練」「町内会との社会的な調整」がリハビリテーションとして必要だということが理解できます。そして、これをケアプランに組み入れていくのです。

連携のコツ　症状に応じた医療職との連携ポイント

1……投薬について

どのような疾患であろうと、利用者さんの現在の投薬状況を医療職に伝えることは重要です。特にパーキンソン病や関節リウマチでは薬物療法が治療の要となるとともに、細かな投薬内容の変更が考えられます。そのため、ケアマネジャーは薬物療法の状況を伝えたり、情報を入手したりすることを意識して行いましょう。

2……脳・神経系疾患の急性期

脳・神経系疾患は要介護状態となる疾患の原因の1位とされます。このため、ケアマネジメントにおいては、医療機関におけるリハビリテーション後、在宅生活をなるべく高い自立度で継続できように支援していきます。

脳・神経系疾患（特に脳卒中）は、さまざまな症状がみられます。失語症だけ現れるものや、激しい頭痛がないもの、パーキンソン症状がゆっくり進行するものなどがあります。その意味では、「いつもと何か違う」という観察眼が重要です。

3……脳・神経系疾患の生活期

脳・神経系疾患は症状がさまざまであるため、症状の把握がもっとも大切です（中には一目でわからない症状もあります）。各種症状に応じた連携すべき医療職についてかかりつけ医に確認することも重要です。

4……急激な痛み

急激な強い痛みは、場合によっては生命の危機につながることもあります。まずは医療機関へ診療することを優先して動きましょう。

診療後は、診断・治療方針・予想される治療期間などの情報を必ず得て、その後のケアマネジメントに反映できるように医療職と連携することが重要です。この場合、利用者さんにとって急激な環境の変化を伴うことが多いため、その後の生活が継続できようにケアマネジメントすることも大切です。

なお、利用者さんは突然痛みを訴えることがあります。普段からこうした突然の痛みに対し、いつでも相談できる医療職と関係性を築いておくことも必要です。これが普段から関わりのある医療職として重要なケアチームのメンバーとなります。

5……緩やかな痛み

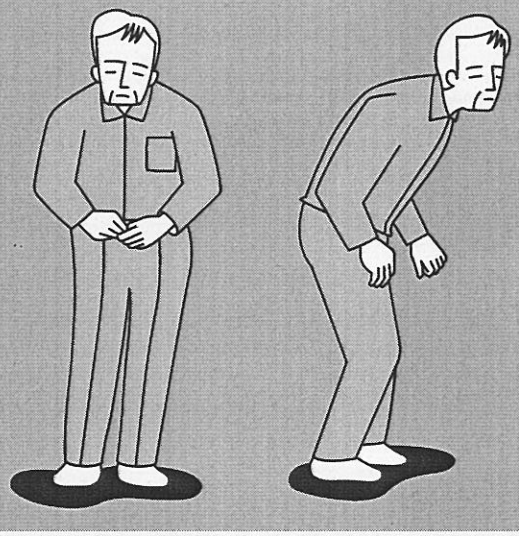
慢性的な痛みをきたすことの多い変形性関節症や慢性腰痛は、要介護状態が重度化しやす

い疾患です。ただし、症状の進行が緩やかなためか、医療ニーズが軽視されがちです。したがって、このような痛みがアセスメントできたら、ゆっくりでも確実に痛みをコントロールするケアマネジメントが必要になってきます。

6……パーキンソン症状

パーキンソン病やこれに類する種々の疾患はいずれも進行性で、かつADLなどが徐々に低下していき、要介護度も悪化していくことが多くあります。みられる症状がパーキンソン症状かどうか判断がつかない場合は、身近にいる医療職に必ず相談しましょう。なかには、失神を伴うパーキンソン症候群もあるため、正しい診断と安定した療養を行うために医療職との連携は不可欠です。なお、指定難病である場合は、医療ソーシャルワーカーなどに相談して、社会サービスの利用を図りましょう。

パーキンソン病の人に特徴的な前傾姿勢



7……心臓疾患

心臓疾患は、救急を要する状態から在宅で療養する状態まで多様で、治療方法も異なります。このため、医療職と連携し、利用者さんの状態・機能、治療方法などに沿ったケアマネジメントを行っていくことが必要です。

8……心肺機能に由来するADLの低下

呼吸器疾患と心臓疾患については共通した症状が多くみられます（右表）。これらについては、かかりつけ医または身近な看護師にまず連絡するとよいでしょう。

慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの在宅酸素療法（HOT）を行っている利用者さんの場合は、

34

医療連携が必要な状態	考えられること
急な咳・呼吸困難	誤嚥（肺塞栓・肺梗塞胸痛・血痰を伴うこともある）
痰を伴わない慢性の咳（3 週間以上）	胃食道逆流による咳
	風邪による慢性の咳
	アレルギー性の咳
	間質性肺炎（呼吸困難感を伴う）
	薬の副作用（一部の降圧薬による影響）
	心因性咳嗽（他の原因が当てはまらないとき）
痰を伴う急性の咳（3 週間以内）	急性気管支炎・肺炎・肺化膿症（発熱を伴う）
痰を伴うこともある慢性の咳（3 週間以上）	うっ血性心不全（喘鳴・呼吸困難・浮腫を伴う）
	気管支喘息
	肺結核（発熱・体重減少・血痰を伴うこともある）
	肺癌
	じん肺
	後鼻漏

在宅酸素療法機器取扱い業者のサービス内容（ボンベの供給状況など）を把握しておくことも大事です。

9……関節リウマチ

利用者さんやご家族には、医師の正確な診断を受けずにリウマチだと思い込んでいる人たちが多々みられます。実際に診断してみると、変形性関節症・五十肩・関節拘縮・結晶誘発性関節炎・その他の関節リウマチ類似疾患などの場合があります。したがって、症状を注意深く見極めるよう努め、必ず正確な診断を医師から受けるように心がけましょう。そうすることによって治療方法や受診回数などに大きな差がでてきます。

10……生活不活発病

生活不活発病（廃用症候群）から現れる身体の変化を知り、それが介護度の悪化に起因して著しく QOL を低下させることを理解してケアマネジメントを行いましょう。生活不活発病では、次のように、全身のあらゆる機能が低下します。なお、これらの個々の心身機能の低下があらわれる前に、生活動作の不自由さがでてきます。

表　心身機能にあらわれる生活不活発病のさまざまな症状

全身に影響するもの	心臓のはたらきの低下
	起立性低血圧
	胃腸のはたらきの低下 a. 食欲不振 b. 便秘
	疲れやすさ　など
体の一部に起こるもの	関節の動きの制限（拘縮）
	筋力低下・筋萎縮
	骨萎縮
	床ずれ（褥瘡）
	静脈血栓症→肺塞栓症　など
精神・神経のはたらきに起こるもの	知的活動低下
	感情が鈍くなる
	周囲への無関心
	「うつ」状態　など

出典●大川弥生『「動かない」と人は病む―生活不活発病とは何か』p153、（講談社現代新書）講談社、2013

参考文献

●前田真治『新編 脳卒中の生活ガイド』医歯薬出版、1999

●大川弥生『「動かない」と人は病む―生活不活発病とは何か』（講談社現代新書）講談社、2013

●椎名晋一『心臓病の生活ガイド』医歯薬出版、1988

●前田真治『リウマチの生活ガイド』医歯薬出版、1994

●医療情報科学研究所編『病気が見える vol.4 呼吸器』メディックメディア、2013

●東京都老人総合研究所・鈴木隆雄・大渕修一監『指導者のための介護予防完全マニュアル』財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団、2004

2章 眠る・休息

ADL

誰もが一度は経験したことがある「眠れない」という症状。そのすべてが治療を必要とするとは限りませんが、ご本人にとってはQOLを左右する大問題です。一過性の場合や、生活のリズムを見直してリラックスできる環境を整えることで解消する場合も多くみられるため（p58「睡眠を導くための援助」参照）、何らかの医療的な介入が必要かどうかきちんと判定しなくてはなりません。

高齢者によくみられる睡眠障害

高齢者における睡眠と覚醒のリズムの乱れは、身体の不調や環境の変化と関連していることが多いという特徴があります。入院や施設の利用により環境が変わることで、認知症の人だけでなく、普段穏やかで日常生活に支障のない人であっても、大きな声をだしたり、そこにないものや人が見えてしまったり、「家に帰る」とベッド柵を乗り越えて歩き出そうとすることがあります。それらは、少しそわそわする程度から、幻覚や妄想を伴って興奮して動き回るような状態まで多彩です。

短期間のうちに出現し、日内変動を伴う意識障害のことを「せん妄」といい、特に夕方から夜にかけてみられる状態を「夜間せん妄」といいます。意識障害というと、意識がなくなってぐったりする状態を思い浮かべますが、せん妄のような状態を指すこともあります。

原因を取り除くことで、多くのせん妄は解消しますが（p60「せん妄の原因」参照）、数日にわたって続く場合には、血液検査や頭部CTなどの検査をして身体的要因がないか調べる必要があります。治療が遅れることで症状が慢性化したり、持病に悪影響がでたり、転倒して怪我をしたり、その結果入院が長期化したりと、さまざまな問題を引き起こすので、早期発見と早期治療が重要です。

治療には、睡眠導入剤や抗不安薬、抗うつ薬など薬物療法が効果的な場合もありますが、高齢者の場合は副作用が出やすく、1日中眠っていたり、そのために食事がとれなかったり、筋力低下を生じたり、むせて誤嚥することが増えたりしないか注意が必要です。安易に薬に頼ることも、薬をよくないものと決めつけることも適切ではありません。薬と上手に付き合っていくためには、医師や薬剤師からその必要性や副作用について十分な説明を受けておくとよいでしょう。

そのいびき、大丈夫？　睡眠時無呼吸症候群

介護者が不安や苦痛を訴える症状の1つに、睡眠時の無呼吸やひどいいびきがあります。不規則で苦しそうな呼吸やいびきに気づいて、このままずっと呼吸が止まってしまうのではないかと心配になったり、うるさくて介護者が眠れなかったり、ご本人の日中の眠気が強かったりします。

こうした症状の原因としてもっとも多い閉塞性睡眠時無呼吸症候群は、睡眠によって筋肉の緊張が緩むために空気の通り道がふさがってしまうことで生じます。ひどい眠気で事故を起こしそうな場合や、重症例で心不全や狭心症発作

など循環器疾患の合併がある場合には、重症度や治療方針の決定を目的に短期間入院して専門的な医療機器を装着して睡眠の様子を観察します。ただし、検査自体が高齢者に与えるストレスにも十分配慮する必要があります。軽症例では、睡眠時の体位を工夫したり、背中に枕を入れたり、マウスピースの装着を試すことで治ることもあるため、かかりつけ医や歯科医師、看護師に相談してみましょう。

休みたくても休めない、困ったBPSD・徘徊

あてもなく歩き回ることを「徘徊」といいますが、認知症の人の場合、何らかの目的があって歩いているうちに道に迷ってしまうことが多くあります。悪天候であってもお構いなしに出歩いてしまう結果、衰弱したり、行方不明になってしまったり、事故に巻き込まれたりするケースもあります。そのため、介護者は認知症の人から常に目が離せないため、心理的・身体的に大きな負担を強いられます。

徘徊はせん妄と違い、残念ながら薬物療法による効果は乏しいのが実情です。したがって、他のことに関心を向けさせる工夫やデイサービスの利用などが必要となります。実際に行方不明になったときの予防策としては、名札やGPS機能付き携帯の利用などを検討しておくとよいでしょう。

なお、徘徊と思われている行動のなかに、レストレスレッグス症候群が隠れている場合があるので注意が必要です（p61「レストレスレッグス症候群」参照）。

医療連携が必要な状態一覧

□就寝から入眠するまでに時間がかかる……40
□入眠後に何回か覚醒し、その後眠れない……42
□よく眠ったという感覚が得られない……46
□終始うとうとしている……48
□せん妄・不穏・夜間せん妄（昼夜逆転）がある……50
□いびきをかく……52
□眠っているときに息が止まる……52
□歩きまわる（徘徊する）……52
□足がむずむずする……56

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
入眠するまでに時間がかかる 40	□就寝から入眠するまでに時間がかかる	**眠れない状態（睡眠障害）をきたす疾患…** □気分障害（うつ病・そううつ病・うつ状態） □睡眠時無呼吸症候群 □夜間喘息発作 □むずむず脚症候群（レストレスレッグス症候群） □ BPSD **睡眠障害をきたしやすい状態…** □身体症状（せん妄・呼吸困難・頻尿・痛み・掻痒感・手足の冷えやほてり・不快感・加齢によるもの） □環境の影響（暑さ・寒さ・騒音） □薬剤による影響（服用している薬の副作用・睡眠導入剤の不適切な使用・アルコールやカフェインの影響） □社会心理的影響（生活環境の変化・ストレスなどによる過緊張・不安や孤独感・親しい人との死別など）

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□かかりつけ医	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □睡眠時の姿勢、使用寝具・マット □治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況 □介護への抵抗、声だし、暴力行為、不潔行為、火の不始末、妄想などの有無とその期間 □重篤な不眠、焦燥感、希死念慮（死にたいと思うこと）があれば対応の緊急性が高い	□症状の原因 □投薬治療の必要性 □副作用の注意点 □身体合併症 □介護支援に対する見解
	□看護師	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □睡眠時の姿勢、使用寝具・マット □治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況 □介護への抵抗、声だし、暴力行為、不潔行為、火の不始末、妄想などの有無とその期間 □重篤な不眠、焦燥感、希死念慮（死にたいと思うこと）があれば対応の緊急性が高い	□睡眠を導くための援助法 41

中途覚醒	□入眠後に何回か覚醒し、その後眠れない	**眠れない状態（睡眠障害）をきたす疾患…** □気分障害（うつ病・そううつ病・うつ状態） □睡眠時無呼吸症候群 □夜間喘息発作 □むずむず脚症候群（レストレスレッグス症候群） □ BPSD **睡眠障害をきたしやすい状態…** □身体症状（せん妄・呼吸困難・頻尿・痛み・掻痒感・手足の冷えやほてり・不快感・加齢によるもの） □環境の影響（暑さ・寒さ・騒音） □薬剤による影響（服用している薬の副作用・睡眠導入剤の不適切な使用・アルコールやカフェインの影響） □社会心理的影響（生活環境の変化・ストレスなどによる過緊張・不安や孤独感・親しい人との死別など）

42

	□**薬剤師**	□本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容	□薬の効果・副作用の情報
	□**かかりつけ医**	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □睡眠時の姿勢、使用寝具・マット □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況 □介護への抵抗、声だし、暴力行為、不潔行為、火の不始末、妄想などの有無とその期間 □重篤な不眠、焦燥感、希死念慮（死にたいと思うこと）があれば対応の緊急性が高い	□症状の原因 □投薬治療の必要性 □副作用の注意点 □身体合併症 □介護支援に対する見解

中途覚醒	□入眠後に何回か覚醒し、その後眠れない	**眠れない状態（睡眠障害）をきたす疾患…** □気分障害（うつ病・そううつ病・うつ状態） □睡眠時無呼吸症候群 □夜間喘息発作 □むずむず脚症候群（レストレスレッグス症候群） □ BPSD **睡眠障害をきたしやすい状態…** □身体症状（せん妄・呼吸困難・頻尿・痛み・掻痒感・手足の冷えやほてり・不快感・加齢によるもの） □環境の影響（暑さ・寒さ・騒音） □薬剤による影響（服用している薬の副作用・睡眠導入剤の不適切な使用・アルコールやカフェインの影響） □社会心理的影響（生活環境の変化・ストレスなどによる過緊張・不安や孤独感・親しい人との死別など）

44

	□**看護師**	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □睡眠時の姿勢、使用寝具・マット □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況 □介護への抵抗、声だし、暴力行為、不潔行為、火の不始末、妄想などの有無とその期間 □重篤な不眠、焦燥感、希死念慮（死にたいと思うこと）があれば対応の緊急性が高い	□睡眠を導くための援助法
	□**薬剤師**	□本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容	□薬の効果・副作用の情報

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
熟睡感の欠如 46	□よく眠ったという感覚が得られない	**眠れない状態（睡眠障害）をきたす疾患…** □気分障害（うつ病・そううつ病・うつ状態） □睡眠時無呼吸症候群 □夜間喘息発作 □むずむず脚症候群（レストレスレッグス症候群） □ BPSD **睡眠障害をきたしやすい状態…** □身体症状（せん妄・呼吸困難・頻尿・痛み・掻痒感・手足の冷えやほてり・不快感・加齢によるもの） □環境の影響（暑さ・寒さ・騒音） □薬剤による影響（服用している薬の副作用・睡眠導入剤の不適切な使用・アルコールやカフェインの影響） □社会心理的影響（生活環境の変化・ストレスなどによる過緊張・不安や孤独感・親しい人との死別など）

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□かかりつけ医	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □睡眠時の姿勢、使用寝具・マット □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況 □介護への抵抗、声だし、暴力行為、不潔行為、火の不始末、妄想などの有無とその期間 □重篤な不眠、焦燥感、希死念慮（死にたいと思うこと）があれば対応の緊急性が高い	□症状の原因 □投薬治療の必要性 □副作用の注意点 □身体合併症 □介護支援に対する見解
	□看護師	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □睡眠時の姿勢、使用寝具・マット □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況 □介護への抵抗、声だし、暴力行為、不潔行為、火の不始末、妄想などの有無とその期間 □重篤な不眠、焦燥感、希死念慮（死にたいと思うこと）があれば対応の緊急性が高い	□睡眠を導くための援助法

47

終始うとうとしている	□終始うとうとしている	**そのような状態（睡眠障害）をきたす疾患…** □気分障害（うつ病・そううつ病・うつ状態） □睡眠時無呼吸症候群 □夜間喘息発作 □むずむず脚症候群（レストレスレッグス症候群） □ BPSD **睡眠障害をきたしやすい状態…** □身体症状（せん妄・加齢によるもの） □周囲の人と隔絶された環境 □薬剤による影響（服用している薬の副作用・睡眠導入剤の不適切な使用） □社会心理的影響（生活環境の変化・ストレス・孤独感・親しい人との死別など）

48

	□薬剤師	□本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容	□薬の効果・副作用の情報
	□かかりつけ医	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □昼寝の時間 □睡眠時の姿勢、使用寝具・マット □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況	□症状の原因 □投薬治療の必要性 □副作用の注意点 □身体合併症 □介護支援に対する見解
	□看護師	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □昼寝の時間 □睡眠時の姿勢、使用寝具・マット □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況	□質のよい睡眠を導くための援助法

せん妄・不穏・夜間せん妄（昼夜逆転）	□せん妄・不穏・夜間せん妄（昼夜逆転）がある	**眠れない状態（睡眠障害）をきたす疾患…** □ BPSD □気分障害（うつ病・そううつ病・うつ状態） **睡眠障害をきたしやすい状態…** □社会心理的影響（生活環境の変化・ストレスなどによる過緊張・不安） □身体症状（呼吸不全・痛み・脱水・感染症・心不全など） □環境の影響（騒音） □薬剤による影響（服用している薬の副作用・睡眠導入剤の不適切な使用・アルコールやカフェインの影響）

50

	□**薬剤師**	□本人・介護者の生活スタイル □就寝時間・起床時間 □昼寝の時間 □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容	□薬の効果・副作用の情報
	□**医師**（かかりつけ医・認知症専門医）	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況 □介護への抵抗、声だし、暴力行為、不潔行為、火の不始末、妄想などの有無とその期間	□症状の原因 □投薬治療の必要性 □副作用の注意点 □身体合併症 □介護支援に対する見解
	□**看護師**	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況 □介護への抵抗、声だし、暴力行為、不潔行為、火の不始末、妄想などの有無とその期間	□睡眠を導くための援助法

いびき・無呼吸	□いびきをかく □眠っているときに息が止まる	**眠れない状態（睡眠障害）をきたす疾患…** □睡眠時無呼吸症候群 **睡眠障害をきたしやすい状態…** □身体症状（肥満・加齢・アルコールの影響） □重症化するときたす疾患（心不全・狭心症発作・多血症）
歩きまわる・徘徊	□歩きまわる（徘徊する）	**休めない状態をきたす疾患…** □ BPSD □気分障害（うつ病・そううつ病・うつ状態） □むずむず脚症候群（レストレスレッグス症候群） **徘徊をきたしやすい状態…** □見当識障害 □社会心理的影響（なじみのない環境・居心地の悪い環境・安心できない環境・介護者との関係性・ストレスなどによる過緊張・不安や孤独感・親しい人との死別など）

52

	□**薬剤師**	□本人・介護者の生活スタイル □治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容	□薬の効果・副作用の情報
	□**医師**（かかりつけ医・耳鼻咽喉科・歯科医師）	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □睡眠時の姿勢、使用寝具・マット □治療している疾患・治療の内容	□症状の原因 □精査・治療方法とその必要性 □副作用の注意点 □身体合併症 □介護支援に対する見解
	□**看護師**	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □睡眠時の姿勢、使用寝具・マット □治療している疾患・治療の内容	□睡眠時の姿勢・体位への助言
	□**医師**（かかりつけ医・認知症専門医）	□本人・家族の症状に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況 □介護への抵抗、声だし、暴力行為、不潔行為、火の不始末、妄想などの有無とその期間	□症状の原因 □投薬治療の必要性 □副作用の注意点 □身体合併症 □介護支援に対する見解

歩きまわる・徘徊	□歩きまわる（徘徊する）	**休めない状態をきたす疾患…** □ BPSD □気分障害（うつ病・そううつ病） □むずむず脚症候群（レストレスレッグス症候群） **徘徊をきたしやすい状態…** □見当識障害 □社会心理的影響（なじみのない環境・居心地の悪い環境・安心できない環境・介護者との関係性・ストレスなどによる過緊張・不安や孤独感・親しい人との死別など）

54

	□看護師	□本人・家族の症状に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況 □介護への抵抗、声だし、暴力行為、不潔行為、火の不始末、妄想などの有無とその期間	□睡眠・休息を導くための援助法
	□保健師	□本人・家族の症状に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容 □生活上の変化、本人の心配事の有無、食事・活動量の状況 □介護への抵抗、声だし、暴力行為、不潔行為、火の不始末、妄想などの有無とその期間	□状況に応じた対応策（安全・見守りのためのネットワークへの連携、行方不明時の対応など）
	□薬剤師	□本人・介護者の生活スタイル □他院で治療している疾患（特に精神疾患の有無とその疾患による入院歴の有無）・治療の内容	□薬の効果・副作用の情報

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
足がむずむずする	□足がむずむずする	**眠れない状態（睡眠障害）をきたす疾患…** □むずむず脚症候群（レストレスレッグス症候群） **関連が疑われる疾患…** □鉄欠乏性貧血 □腎不全（人工透析中の人） □パーキンソン病 □糖尿病 □関節リウマチ **間違われやすい疾患…** □糖尿病による末梢神経障害 □下肢静脈瘤 □腰椎ヘルニア □腰椎すべり症 □うつ病・そううつ病・うつ状態

56

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・神経内科・睡眠専門医）	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □他院で治療している疾患・治療の内容 □重篤な不眠、焦燥感、希死念慮（死にたいと思うこと）があれば対応の緊急性が高い	□症状の原因 □精査・投薬治療の必要性 □副作用の注意点 □身体合併症 □介護支援に対する見解
	□**看護師**	□本人・家族の睡眠障害に対する意向や心理状態 □いつから症状があるのか □本人・介護者の生活スタイル □他院で治療している疾患・治療の内容 □重篤な不眠、焦燥感、希死念慮（死にたいと思うこと）があれば対応の緊急性が高い	□生活習慣の見直しへの助言
	□**薬剤師**	□本人・介護者の生活スタイル □他院で治療している疾患・治療の内容	□薬の効果・副作用の情報

睡眠

睡眠を導くための援助

ケアマネジャーが利用者さんやご家族、関係者に助言したり、ケアプランを考えるうえで参考にできる睡眠を導くための援助には、以下のようなものがあります。

睡眠中の身体が安全に確保される	誰かがすぐかけつけられること	緊急のコールや電話などの設置を配慮する
	寝具などの周囲整備	手足が十分伸ばせるように枕などを整理し、飲み水・ティッシュペーパーなど、必要品を使用しやすい位置に置く
	ベッドの場合、柵の使用	体動の激しい人、掛け物を落としやすい人、1人で体動困難な人などの場合は安全確保のためベッド柵を使用する
	点滴やカテーテルなどの確認	滴数、流れ、漏れ、チューブ接続部の状態など、異常のないことを確認する
身体の安楽を配慮する	身体的苦痛症状の緩和に努める	症状に合わせた対症療法を実施（たとえば、かゆみには保湿剤の塗布、足の冷えには足浴など）
	心地よい疲労をもたらす	規則的な日課を定め、心身ともに軽く疲れる程度の運動を試みる
		運動と休息のバランスをとる
	日中の活性化を図る	日中はできるだけ目的をもった臥床を行うように工夫する
		決まった時刻に起床・就寝をする
		日光浴をする
	適度の食事をとる	夕食は満足に取るように介助し、夕食後の刺激の強い飲み物を避ける
		水分バランスに注意し、就寝前の飲水は取らなくてよいように日中に十分水分を取る
		空腹を訴えるときは少量の食べ物、お茶を使用するのもよい
	夕方の歯磨き、洗面、結髪を行う	
	リラクゼーションを取り入れる	寝具や枕の高さなども配慮し、リラックスできるような姿勢をとる
		就寝前の入浴、足浴、マッサージ、指圧の試み。なかなか寝つかれない人、冷え性の人には効果がある

	就寝前に排泄を済ませる	特におむつ使用者などは、局所を清潔にし、乾いたおむつを使用する
		尿器・便器、ポータブルトイレなどを設置し、安全で、安心して使用できるように周囲を整理してセットする
心を満たす	寝る前は心を落ち着かせ、おだやかな環境をつくる工夫をする	興奮する読み物やテレビなどは避ける
		心が落ち着く音楽を聴いたり、香をたくのも効果がある
		無理に寝る努力を強いない
	会話を望む場合は、その場を設ける	
	特に眠れない人には、眠る前に少しでも一緒にいて不安を解消する	
	おやすみなさいの挨拶を交わす	
環境を整える	室温、湿度、風向きは季節を考慮して調節する	
	排泄物や食べ物は素早く処理し、生花など臭気の強いものはそばに置かない	
	室内の照明の配慮	常夜灯などの多少の照明を取り入れたり、カーテンの工夫をしたりする
		照明のスイッチにすぐ手が届くように工夫する
	巡視・処置に伴う音や対応の配慮	足音、ドアの開閉、話し声、ワゴンを引く音など
		処置などの対応は荒々しくなく、穏やかな雰囲気で行う
	寝巻き、寝具の工夫	個々の好みに合ったものを使用する
		清潔で乾燥し、ゆったりしていて軽いものを使用する
		布団、シーツのしわを伸ばし、掛け物を掛ける
睡眠導入薬の使用	神経症、不穏などで入眠が困難な場合は、医師が処方することもあるが、薬の使用は最後の手段である	
	服用については指示された時間を守る。寝つきの悪い人は服用の時間を早めて日中に残らないようにする	
	飲み込んだことを確認する	
	夜間は睡眠状態を十分観察し、異常な行動に注意する	
	起床後もぼんやりしたり、足がもつれたり、ふらつき、うたた寝のような状態が続いていないか観察する	

出典●本間昭・六角僚子『認知症介護』小学館、p72～73、2007、一部加筆

せん妄と認知症

せん妄と認知症はどう違う？

せん妄は「発症が急激で症状が動揺し、せん妄から醒めると元のレベルに戻る」という特徴があります。アルツハイマー型認知症のように、ゆっくりと何年もかけて進行し、一度失われた脳の機能が元のレベルに戻るということがない病態とは異なります。両者は間違われることはなさそうですが、入院した高齢者がせん妄を起こすと中等度以上の認知症とされたり、軽い認知症にせん妄による認知機能の悪化が加わることで、重度の認知症と判断されたり、実際には誤診されることもしばしばあります。

注意しなくてはならないのは、せん妄が改善しなければ、認知症の診断や重症度の判定ができないということです。一般に認知症と診断されると、高齢者を取り巻く関係者は「もう治らないもの」ととらえ、症状や状態の改善に対する働きかけが消極的になりがちです。それが高齢者のQOLにおいて、取り返しのつかない結果を生むこともあります。したがって、医療職との連携の際には、いつから症状があるのか、普段の日常生活動作レベルや社会的活動への参加の有無、生活環境の変化など、診断の補助となる情報提供が重要となります。

	せん妄	認知症
意識	障害されている	おおむね正常
発症	急激（発症した日が明確）	いつから起こっているか特定できない
経過	一過性、数時間から数日	持続性
症状の動揺性	あり	目立たない
精神症状	幻視、興奮などが多彩に認められ、移り変わることが多い	記憶障害、失見当識が主。精神症状が出現することもあるが、持続性であることが多い

せん妄の原因	身体的要因	中枢神経系の疾患（脳血管障害、脳炎、外傷など）
		一般臓器の疾患（うっ血性心不全、腎不全、肝機能障害、糖尿病など）
		体調不良（脱水、貧血、低栄養など）
	環境・心理的要因	自らの疾患に対する不安
		痛み
		環境変化（施設入所、引越し、同居あるいは独居など）
	生理的要因	加齢による睡眠障害

出典●公益財団法人長寿科学振興財団「健康長寿ネット」
http://www.tyojyu.or.jp/hp/page000000600/hpg000000562.htm、一部改変

レストレスレッグス症候群

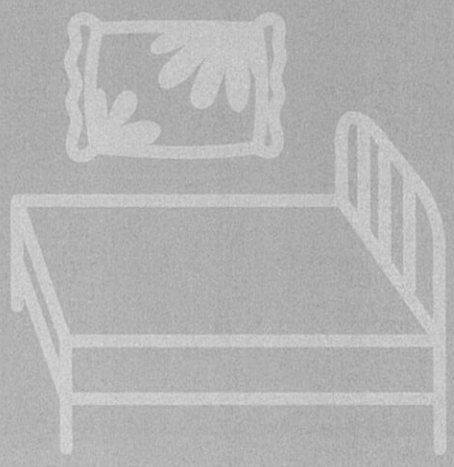
足がむずむずして眠れない

睡眠障害の１つであるレストレスレッグス症候群（別名・むずむず脚症候群）は、夕方から夜になると「足がむずむずする」「痛がゆい」「足がほてる」「じっとしていられない」といった不快な感覚を伴う病気です。

この異常な感覚は、足を動かすことで消えますが、じっとしているとすぐに現われます。患者さんは足をこすり合わせたり、疲れ果てるまで歩き回ったり、足だけ布団の外に出して扇風機の風を当てたりして対処しようとします。睡眠薬を飲んでも、なかなか眠りにつくことができません。何とか寝つけたとしても、ぐっすり眠ることができないため、昼夜逆転してしまうこともあります。

原因はよくわかっていません。中年以降の女性にやや多くみられ、鉄欠乏性貧血や腎不全（特に人工透析を受けている人）、パーキンソン病の人に多い傾向があります。まだあまり知られていない病気なので、潜在的な患者数は多いのではないかといわれています。

小児期に発症し、注意欠陥多動性障害（ADHD）と誤診されるケースもあります。その他に間違われやすい病気として、糖尿病による末梢神経障害や下肢静脈瘤、腰椎ヘルニアやすべり症などの整形外科疾患やうつ病があります。不眠の原因としてこの病気が疑われる場合は、睡眠障害を専門とする医療機関（精神科あるいは神経内科）で検査・治療を受けることを勧めましょう。治療はパーキンソン病の治療薬が有効といわれています。



体内時計の変化

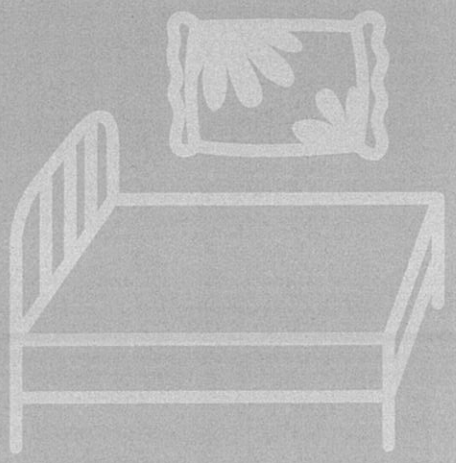
年齢を重ねると……

活動性の低い超高齢者の場合、たとえば1日中眠っていたと思えば、一晩中目を開けていることがあります。また、眠っているのか意識障害をきたしているのか判断が難しいこともあります。

眠っているときに苦しそうな表情や発熱、痙攣がみられず、血圧もいつもどおりで呼吸状態も安定、排尿も確認でき、過量服薬の疑いもないような場合は、慌てて救急車を呼ばなくて大丈夫です。それは、身体の基本的な機能を約24時間の周期で刻んでいる体内時計が、加齢によって変化した影響かもしれません。状態をよく観察して、かかりつけ医に相談してみましょう。

寝てばかりいると、足腰が弱ってしまったり、栄養不足や脱水に陥ったりするため、周囲の人からの声かけやデイサービスの利用など、日中に適度な刺激を与えることが必要です。ただし、無理やり起こすことで転倒させたり、口に食べ物を押し込んで誤嚥させてしまわないような関わり方が求められます。

生活リズムの修正を試みてもうまくいかないときは、状態を受け入れることも必要です。居室の室温を適切に保ち、こまめに観察しながら、しっかり目覚めているときに飲み込みやすい形態の食事や水分を適量与えましょう。また、褥瘡を作らないように適切なマットを使用しつつ体位交換することも大切です。なお、豆炭炬燵（まめたんこたつ）で眠っていて起きないようなときは要注意です。一酸化炭素中毒の疑いがあるため、すぐに部屋の換気をして救急車を呼びましょう。



3章 清潔

ADL

褥瘡・皮膚

口腔衛生

清潔とは

「清潔」と聞いて、私たちケアマネジャーは何を思い浮かべるでしょうか。「入浴」「ケアプランの『清潔保持』の文字」「整容」など……。一口に清潔といってもかなり範囲は広いものです。この清潔に関する章は、課題分析標準項目のうちの「ADL」「褥瘡・皮膚」「口腔衛生」に、ICFの生活維持機能の身辺処理における「整容、更衣、入浴」の項目を加味した内容となっています。

清潔の概念は、別の角度から分類すると、大きく4つに分けられます。①人体表皮部分の清潔、②衣類・肌着の清潔、③個人衛生・整容面での清潔、④居住環境の清潔、です。①人体表皮部分とは、代表的な皮膚の他、髪や爪、毛、眼、耳、鼻、口腔を指します。②衣類・肌着はその名のとおり、③個人衛生・整容面とは、入浴、髪とかし、歯磨き、ひげ剃り、顔や手洗いなどの行為が含まれます。④居住環境とは、浴室やトイレ、台所など、環境面での清潔を指します。どの側面も清潔を保つには大事な視点ですが、ここでは医療職と連携が必要な面に絞ります。

清潔を阻む原因

清潔状態が阻まれる原因にはさまざまなものがあげられます。大きく分けると、ご本人の内的原因（栄養不足、他の疾患による併発など）、外的原因（圧迫、受傷、ウイルス感染、家族などの環境の影響など）に分けられますが、清潔の維持のためには、これらの原因を予防的に、また早期に取り除こうとする意識が必要です。

多職種連携のポイント

他の章と同様、清潔というテーマにおいても多職種との連携が非常に大切です。ポイントは、関連する専門職が大勢いると認識すること、それらの知識・知恵を拝借すること、それをチーム間で統一徹底し、安心できる在宅生活に結びつけることです。しかし、ケアマネジャーが30～40人の利用者さんを担当にもっている現状では、「時間がない」と言う人もいるでしょう。そこでポイントとなるのが、他の章でも強調されているように、普段から関係多職種のキーマンとの「顔の見える関係」を築いておくことです。それが時間短縮にもなり、安心・信頼できる連携を可能にしていきます。

以下、主に連携が想定される職種とのポイントを述べます。

1……医師との連携ポイント

皮膚に関しては、皮膚科だけですべてカバーできるとは言い切れません。内科や循環器科、認知症の疑いがあれば神経内科なども考えられます。したがって、かかりつけ医がいる場合、まずはかかりつけ医に相談しましょう。相談の際には、短時間で要点を単刀直入に聞けるようにすることが大切です。具体的には、発症時期や経過、質問事項などをまとめたメモを用意して話したり、事前に質問表を窓口・地域連携室に送っておいたりするなどです。さらに、そうしたやり取りを積み重ねることが必要です。そ

うすれば、信頼関係がより強固に築かれていくことでしょう。

2……看護師・保健師との連携ポイント

日々のスキンケアの主担当であり、中には認定資格をもつスペシャリストもいるため、疑問点は何でも聞きましょう。ただし、相談する際には、経過に沿った変化の客観的かつ具体的な報告が大事になってきます（悪い報告例「この前発赤が見つかったらしい」。よい報告例「4/1の8:00食事前のおむつ交換時に家人が仙骨部に3cm × 4cm大の発赤を発見した」）。

3……管理栄養士との連携ポイント

2010年に「栄養サポートチーム（NST）加算」が診療報酬に加えられるなど、清潔の面においても栄養状態の評価・対応の重要性は高まるばかりです。その意味で、管理栄養士との連携は不可欠です。褥瘡はもちろん、瘻孔（ろうこう）ケア（胃ろうなど）、スキンケア全般に関わってきます。在宅においては、各種の栄養評価シート（SGAやMNAなど）を入手し、活用するのも連携の1つの手です。

4……薬剤師との連携ポイント

治療に服薬は欠かせません。しかし、現実には、自宅できちんと服薬されているか判断が困難な場合があります。薬剤師は、自宅での服薬方法に関するノウハウを数多くもっています。地域によっては、居宅療養管理指導として薬剤師が自宅訪問し、服薬の仕分けから指導まで行ってくれる場合がありますので、担当薬局や地元薬剤師会などに積極的に相談してみましょう。

5……リハビリテーション職との連携ポイント

清潔の維持、特に入浴の場面では、理学療法士・作業療法士の立ち会いのもと、手すりの取り付けや、ご本人に合ったシャワーチェアの選定、浴槽またぎに関するアドバイス、オムツ交換時における曲げられる体位の限界などを教えてもらえることも多いでしょう。相談を行う場合は、場所の写真・図面があるとわかりやすいでしょう。可能であれば、メジャーとカメラを用意し、現場で相談できればより効果的です。

6……専門業者との連携のポイント

清潔な環境面を保つためには、専門福祉用具の業者の商品知識やノウハウが非常に役立ちます。できればリハビリテーション職と同行訪問を行いながら検討すると、より効果的です。なお、用具は日進月歩で改良・開発されているので、普段から新商品が出たら教えてもらうなど、アンテナを張っておきましょう。

口腔ケア

1……口腔清潔保持と口腔機能管理の意義

口腔は呼吸器官と消化器官の入り口であり、摂食・咀嚼・嚥下機能、味覚、唾液分泌、発語といった生理機能だけではなく、コミュニケーションや情動の表出など心理的・社会的機能も担っています。したがって、口腔の機能は「いのち」「からだ」「こころ」といった「くらし」に必要なさまざまな条件を支え、人がその人らしく生きていくために欠かせない基本的機能です。

口腔のケアは、口腔清潔保持（一般的な口腔

ケア）と口腔機能管理を含んでおり、在宅療養者においても低栄養と誤嚥性肺炎などの予防、食べる楽しみ、話す楽しみの享受によるQOLの向上が大切です。また、障害のある口腔に対するリハビリテーションなど、口腔機能管理は生涯にわたるQOLの維持に深く関わっており、自立支援を目指した機能的なケアといえます。口腔のケアにより、口腔の環境が改善され、食生活、栄養状態、身体機能の改善をもたらし、生活意欲の回復にもつながると考えられます。したがって、口腔清潔に関わるアセスメントにおいては、「自立」「一部介助」「全介助」という評価だけでなく、口腔内の状況を確認し、歯や歯肉、舌や粘膜の状態、義歯などを確認することが大切です。

日常的なセルフケアは大切ですが、歯科専門職などによる定期的な口腔機能管理をチームケアとしてケアマネジメントに位置づけることも大切です。何らかの異常や問題があれば、かかりつけ歯科医や歯科衛生士と連携する必要があります。なお、歯科診療所に通院が困難な場合は、歯科訪問診療の依頼を行ってください。

2……歯科医師・歯科衛生士との連携ポイント

まず、利用者さんのかかりつけ歯科医を必ず確認してください。歯科医療が必要と判断される場合、通院が可能であれば、通院手段（独歩通院か車いす介助で通院かなど）や意思疎通の状態、会計処理方法についてご家族に確認し、歯科診療所に知らせるとよいでしょう。通院が困難で、かかりつけ歯科医の歯科訪問診療が可能であれば、まず依頼をします。もし、かかりつけ歯科医の訪問が困難な場合には、地区の歯科医師会や口腔保健センター、行政などに訪問歯科の相談窓口があるので相談してみましょう。

地域には、「在宅療養支援歯科診療所」（在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する訪問が可能な歯科診療所）があるので、これを把握をして、歯科訪問診療の依頼をするのもよいでしょう。在宅療養支援歯科診療所には歯科衛生士が配置されているので、口腔ケアの方法や歯ブラシの選択などについては相談するとよいでしょう。

また、地域行政の事業として、行政の歯科衛生士による訪問相談や訪問指導事業が行われている地域もあります。市区町村や地域包括支援センターなどに確認してみることも必要です。

医療連携が必要な状態一覧

□皮膚に発赤がある……70
□皮膚に紫斑（しはん）（赤紫色の斑）・びらん・水疱がある……70
□皮膚に褥瘡ができている……72
□皮膚に痣が出てきた……74
□皮膚の痣が大きくなってきた……74
□皮膚の色が変わってきた……74
□皮膚がかゆい、よく掻いている……76
□皮膚にしこりがある、コブがある……78
□発疹がみられる……78
□髪がよく抜ける……80
□目やにがひどい……80
□目がかゆい……80
□目が赤い……80
□目がゴロゴロする……80
□涙がこぼれる……80
□耳垂れがひどい……80
□耳が痛い……80
□鼻水が出る……82
□鼻汁に色がついている……82
□鼻に違和感を覚える……82
□口を開けてもらえない……82
□開口が保持できない……82
□口腔ケアに拒否がある……82
□口腔ケアで誤嚥しているようだ（むせ・咳・痰の増加など）……82
□口腔の乾燥がある……82
□歯・歯肉・舌などに汚れがついている……82
□口腔内に出血がある……84
□痛みや腫れがある……84
□舌や口腔内粘膜などに何か異常があるようだ……84

68

□唾液が多く、よだれが多い……84
□歯の動揺が強く、口腔ケアができない……86
□口臭が強い……86
□爪が汚れている……86
□爪が剥がれている……86
□爪にゴミがたまっている……86
□むくみがある……88
□冷たい……88
□傷ができやすい・治りにくい……88
□色が悪い（血色不良）……88
□内出血の痕（斑）がある……88
□服を脱がせると異常に皮膚落屑（らくせつ）がある（はがれ落ちる）……88
□服をこまめに着替えなくなった……88
□身体（服）からの臭いがきつくなった……90

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
身体全体	□皮膚に発赤がある □皮膚に紫斑(しはん)(赤紫色の斑)・びらん・水疱がある	**発赤・斑・びらん・水疱をきたす疾患…** □褥瘡 □白癬（水虫） □熱射病 □各種アレルギー □水疱性類天疱瘡 □湿疹 **発赤・斑・びらん・水疱をきたしやすい生活状態…** □寝たきりなどによる同一部分の長時間の皮膚接触 □暖房器具による火傷・低温火傷 □おむつなどのずれ・圧迫・湿潤・摩擦・汚染 □マット（体圧分散用具）が合っていない □低栄養状態 □湿布を常時貼っている

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・皮膚科）	□本人・家族の各疾患に対する意向・心理状態 □いつからできたのか □部位・色・大きさ・臭い・熱 □発赤部を3秒ほど指押しした後白く変化するか □普段よくとる姿勢 □寝具の状況	□現段階での手当の仕方 □今後の起こりうる可能性 □増悪した場合の対応方法、連絡先 □生活上の注意点 □診察日・曜日・時間
	□**訪問看護師** □**看護師** □**保健師** □**皮膚・排泄ケア認定看護師**	□いつからできたのか □部位・色・大きさ・臭い・熱 □発赤部を3秒ほど指押しした後白く変化するか □普段よくとる姿勢 □寝具の状況	□手当の仕方 □今後の起こりうる可能性 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □生活上の注意点 □訪問確認・処置してもらえる回数・程度

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
身体全体	□皮膚に褥瘡ができている	**褥瘡をきたす疾患…** □糖尿病・腎臓疾患・肝臓疾患 □（各疾患から生じる）麻痺・拘縮 □骨異常・骨突出 **褥瘡をきたしやすい生活状態…** □寝たきりなどによる同一部分の長時間の皮膚接触 □暖房器具による火傷・低温火傷 □おむつなどのずれ・圧迫・湿潤・摩擦・汚染 □マット（体圧分散用具）が合っていない □低栄養状態 **褥瘡から招きやすい疾患…** □感染症 □その他の合併症

72

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・皮膚科）（外科手術が必要な場合…形成外科・外科）	□いつからできたのか □部位・色・大きさ・滲出液の有無・臭い・熱発度 □普段よくとる姿勢 □寝具の状況 □介護状況・介護力、その限界点	□現在の褥瘡状態と処置手順 □処置計画 □今後の起こりうる可能性 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □生活上の注意点 □次回診察日・時間
	□**訪問看護師** □**看護師** □**保健師** □**皮膚・排泄ケア認定看護師**	□いつからできたのか □部位・色・大きさ・滲出液の有無・臭い・熱発度 □普段よくとる姿勢 □寝具の状況 □介護状況・介護力、その限界点 □全身のADL・体型 □栄養摂取状況 □何かきっかけがなかったか（不適切な処置など）	□現在の褥瘡状態と処置手順 □看護処置計画（特に介護者とのケア分担計画） □訪問看護を組み込む場合…必要回数、費用、介護保険・医療保険の対応 □介護者側のかかりうる処置備品など、その費用 □今後の起こりうる可能性 □増悪した場合の対応方法・連絡先（特に医師に連絡するタイミング） □生活上の注意点 □処置実施記録、今後の予定
	□**管理栄養士**	□いつからできたのか □部位・色・大きさ・滲出液の有無・臭い・熱発度 □普段よくとる姿勢 □寝具の状況 □食事量・水分量・嚥下状態・体重 □介護状況・介護力、その限界点 □本人の食事の好み・栄養状態	□必要なカロリー・水分量 □適切な食形態・食事摂取方法 □摂取可能食品の種類 □栄養改善のための在宅訪問する際には介護保険（居宅療養管理指導）・医療保険（在宅患者訪問栄養食事指導料）それぞれの対応

身体全体		
	□皮膚に褥瘡ができている	**褥瘡をきたす疾患…** □糖尿病・腎臓疾患・肝臓疾患 □（各疾患から生じる）麻痺・拘縮 □骨異常・骨突出 **褥瘡をきたしやすい生活状態…** □寝たきりなどによる同一部分の長時間の皮膚接触 □暖房器具による火傷・低温火傷 □おむつなどのずれ・圧迫・湿潤・摩擦・汚染 □マット（体圧分散用具）が合っていない □低栄養状態 **褥瘡から招きやすい疾患…** □感染症 □その他の合併症
	□皮膚に痣が出てきた □皮膚の痣が大きくなってきた □皮膚の色が変わってきた	**皮膚の痣をきたす疾患…** □各種良性母斑・母斑症 □有棘細胞がん・基底細胞がん □悪性黒色腫（メラノーマ） **皮膚の痣をきたしやすい生活状態…** □虐待 □薬の副作用 □不適切な拘束・姿勢・体位交換など □転倒・転落しやすい状況

74

	□**薬剤師**	□かかりつけ医 □処置などの指示内容 □お薬手帳の有無・履歴	□薬剤使用時の注意点 □保管時の注意点 □薬剤塗布量・頻度（特に限界）
	□**理学療法士** □**作業療法士**	□いつからできたのか □部位・色・大きさ・滲出液の有無・臭い・熱発度 □現在の治療・看護状況 □普段よくとる姿勢 □寝具の状況 □介護状況・介護力、その限界点 □以前のADL、その推移	□関節可動域制限 □拘縮度合い □訪問リハビリテーションを導入する場合…頻度、可能な内容、介護保険・医療保険の対応、費用 □除圧・体位変換・ポジショニング □福祉用具導入などに際してのポイント・注意点 □生活上の注意点 □リハビリテーション実施記録、今後の予定
	□**医師**（かかりつけ医・皮膚科・整形外科など） □特に虐待が疑われるとき…**保健師**	□いつ発症したか □生まれつきなかったか □全身的な症状はないか □増殖・拡大していないか	□診断 □処置手順 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □服用（塗布）の注意点 □生活上の注意点 □次回診察日・時間

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
身体全体	□皮膚がかゆい、よく掻いている	**皮膚のかゆみをきたす疾患…** □皮膚疾患（アトピー性皮膚炎・湿疹・皮膚炎・蕁麻疹・痒疹・乾皮症・虫刺症・疥癬・真菌症・皮膚瘙痒症・水疱症・薬疹など） □肝臓・胆道疾患（原発性胆汁性肝硬変・胆汁うっ滞症・肝硬変など） □腎臓疾患（慢性腎不全など） □内分泌・代謝疾患（生活習慣病・糖尿病・甲状腺機能異常など） □血液疾患（真性多血症・鉄欠乏性貧血など） □がん（悪性リンパ腫・消化器がんなど） □神経疾患（多発性硬化症・神経症など） □その他（AIDS・薬剤など） **皮膚のかゆみをきたしやすい生活状態…** □不衛生（手指や室内など） □生活習慣の乱れ □服を着替えない □肌の乾燥 □衣服・アクセサリー・ゴムなどによる圧迫 □湿布を常時貼っている

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師** □かかりつけ医 □皮膚疾患…皮膚科 □肝・胆道疾患…内科 □腎疾患…内科 □内分泌・代謝疾患…内科 □血液疾患…内科（循環器） □悪性腫瘍…外科・皮膚科 □神経疾患…神経内科・内科など □迷ったら…皮膚科	□掻痒部位 □痒みの程度 □いつ発症したか □全身的な症状はないか	□診断 □処置手順 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □薬の内容と注意点 □生活上の注意点 □次回診察日・時間

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
身体全体	□皮膚にしこりがある、コブがある	**皮膚のしこりなどをきたす疾患…** □眼…麦粒腫（ものもらい）・霰粒腫・バセドウ病など □乳房…乳がん・乳腺症・乳腺炎・乳腺繊維腺腫など □喉頭部…喉頭炎・喉頭がんなど □大腿（鼠蹊）部…大腿ヘルニアなど □どの部位にも…粉瘤（アテローマ）・脂肪腫・神経鞘腫・リンパ節炎・悪性リンパ腫・がん転移・甲状腺腫・皮下出血など **皮膚のしこりなどをきたしやすい生活状態…** □転倒による内出血
	□発疹がみられる	**発疹をきたす疾患…** □単純性血管腫 □老人性紫斑 □扁平母斑 □脂腺母斑 □涙管腫 □脂肪腫 □疱瘡 □粉瘤 □麻疹 □蕁麻疹 □湿疹 □疥癬 **発疹をきたしやすい生活状態…** □不衛生 □薬剤の影響

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師** □かかりつけ医 □眼…眼科 □乳房…外科（日本乳癌学会認定の乳腺専門医もいる） □喉頭部…耳鼻咽喉科 □大腿部…外科 □迷ったら…外科・皮膚科	□しこりの部位・程度 □いつ発症したか □全身的な症状はないか □増殖・拡大していないか	□診断 □処置手順 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □服用（塗布用）の注意点 □生活上の注意点 □次回診察日、時間
	□**医師**（かかりつけ医・皮膚科・整形外科）	□発疹の形状・色・部位 □いつ発症したか □全身的な症状はないか □増殖・拡大していないか □発熱しているか	□診断 □処置手順 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □服用（塗布用）の注意点 □生活上の注意点（伝染の危険など） □次回診察日・時間

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
頭髪	□髪がよく抜ける	**脱毛をきたす疾患…** □円形脱毛症 □ AGA（男性型脱毛症） □肝硬変 □肝臓病 □糖尿病 □甲状腺機能低下症 **脱毛をきたしやすい生活状態…** □ストレス □生活習慣の乱れ □栄養代謝障害・内分泌異常・感染症など □外傷 □薬の影響
眼	□目やにがひどい □目がかゆい □目が赤い □目がゴロゴロする □涙がこぼれる	□眼自体の異常（結膜疾患・角膜・強膜疾患・ぶどう膜疾患・水晶体疾患（白内障など）・緑内障・網膜硝子体疾患・視神経疾患・外眼部疾患・眼窩（がんか）疾患・がんなど） □全身疾患からくる眼の異常（高血圧・糖尿病の眼合併症・先天代謝異常の影響・皮膚疾患からの異常・膠原病からの異常・筋骨疾患からの異常・血液疾患からの異常・がんからの異常など）
耳	□耳垂れがひどい □耳が痛い	□耳自体の疾患（大きく分けて、外耳疾患・中耳疾患・内耳疾患・神経疾患） □全身疾患からくる耳の異常（高血圧・糖尿病の眼合併症・先天代謝異常の影響・皮膚疾患からの異常・膠原病からの異常・筋骨疾患からの異常・血液疾患からの異常・がんからの異常など）

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・皮膚科・内科）	□いつ発症したか □髪の抜け具合 □痛みはないか □シャンプー・頭髪剤などの利用状況	□診断 □処置手順 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □服用の注意点 □生活上の注意点 □次回診察日・時間
	□**医師**（眼科・他の専門科）	□違和感を感じたのはいつか、きっかけはあるか □眼の色 □痛み・痒みの度合い □腫れ具合など □普段使用している目薬など □目を使う頻度	□診断 □処置手順 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □薬の使用上の注意点 □生活上の注意点 □次回診察日・時間
	□**医師**（耳鼻咽喉科）	□いつ発症したか □痛み・痒みがあるか	□診断 □処置手順 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □薬の使用上の注意点 □生活上の注意点 □次回診察日・時間

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
鼻	□鼻水が出る □鼻汁に色がついている □鼻に違和感を覚える	□鼻自体の疾患（大きく分けて、鼻疾患・副鼻腔疾患） □全身疾患からくる鼻の異常（高血圧・糖尿病の眼合併症・先天代謝異常の影響・皮膚疾患からの異常・膠原病からの異常・筋骨疾患からの異常・血液疾患からの異常・がんからの異常など）
口腔	□口を開けてもらえない □開口が保持できない □口腔ケアに拒否がある	□認知障害 □原始反射 □心理的拒否 □失行 □顎関節症
	□口腔ケアで誤嚥しているようだ（むせ・咳・痰の増加など）	□嚥下障害 □不顕性誤嚥
	□口腔の乾燥がある	□脱水 □薬剤の影響 □唾液腺疾患 □口呼吸
	□歯・歯肉・舌などに汚れがついている	□口腔清掃不良 □食渣停滞 □舌・頬などの運動機能障害

82

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（耳鼻咽喉科）	□いつ発症したか □痛み・痒みがあるか	□診断 □処置手順 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □薬の使用上の注意点 □生活上の注意点 □次回診察日・時間
	□**歯科医師** □**歯科衛生士** □**かかりつけ医** □**薬剤師** □**看護師**	□開口できないなどの程度 □その時点で行っている口腔ケアの方法	□医療（歯科医療を含む）の必要性・緊急性 □応急処置があるか □薬剤（服薬） □歯科医師などの居宅療養管理指導における情報
	□**歯科医師** □**歯科衛生士** □**かかりつけ医** □**薬剤師** □**看護師**	□むせの状態や痰に食べ物が混じっているかなど □吸引器の有無	□医療（歯科医療を含む）の必要性・緊急性 □応急処置があるか □薬剤（服薬） □歯科医師などの居宅療養管理指導における情報
	□**歯科医師** □**歯科衛生士** □**かかりつけ医** □**薬剤師** □**看護師**	□乾燥の程度	□医療（歯科医療を含む）の必要性・緊急性 □応急処置があるか □薬剤（服薬） □歯科医師等の居宅療養管理指導における情報
	□**歯科医師** □**歯科衛生士** □**かかりつけ医** □**薬剤師** □**看護師**	□どこに多くの汚れが残っているか	□医療（歯科医療を含む）の必要性・緊急性 □応急処置があるか □薬剤（服薬） □歯科医師などの居宅療養管理指導における情報

83

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
口腔	□口腔内に出血がある	□歯周病 □口内炎 □外傷 □義歯による褥瘡 □鼻出血 □咽頭部・気管からの出血 □血液疾患 □薬剤の影響 □食道静脈瘤からの出血
	□痛みや腫れがある	□齲蝕（うしょく） □口内炎 □知覚過敏 □歯周病 □急性炎症
	□舌や口腔内粘膜などに何か異常があるようだ	□アフター □カンジダ症 □義歯による褥瘡口角炎 □白板症 □扁平苔癬 □口腔がん
	□唾液が多く、よだれが多い	□嚥下障害 □口唇閉鎖不全

84

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□歯科医師 □歯科衛生士 □かかりつけ医 □薬剤師 □看護師	□発生した時期 □部位・程度 □じわじわと出ている感があるか □歯が全部なくても出血があるか	□医療（歯科医療を含む）の必要性・緊急性 □応急処置があるか □薬剤（服薬） □歯科医師などの居宅療養管理指導における情報
	□歯科医師 □歯科衛生士 □かかりつけ医 □薬剤師 □看護師	□発生した時期 □部位・程度	□医療（歯科医療を含む）の必要性・緊急性 □応急処置があるか □薬剤（服薬） □歯科医師などの居宅療養管理指導における情報
	□歯科医師 □歯科衛生士 □かかりつけ医 □薬剤師 □看護師	□発生した時期 □部位・状況 □口の中に違和感があり、食べ物を食べにくくなったか	□医療（歯科医療を含む）の必要性・緊急性 □薬剤（服薬） □歯科医師などの居宅療養管理指導における情報
	□歯科医師 □歯科衛生士 □かかりつけ医 □薬剤師 □看護師	□口の中に溜まっているか □口唇が閉じられないか	□医療（歯科医療を含む）の必要性・緊急性 □薬剤（服薬） □歯科医師などの居宅療養管理指導における情報

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
口腔	□歯の動揺が強く、口腔ケアができない	□歯周病 □歯の破折
	□口臭が強い	□歯周病 □舌の汚れ □鼻・咽頭疾患 □消化器疾患 □義歯の汚れ □歯の破折 □齲蝕（うしょく）
爪	□爪が汚れている □爪が剥がれている □爪にゴミがたまっている	**爪の汚れなどからきたしやすい疾患…** □爪白癬 □爪甲剥離症 □ばち指 □メラノーマ（悪性黒色腫） □貧血 □肝機能異常 □咬爪症 □認知障害の進行による排泄の問題 **爪の汚れなどをきたしやすい生活状態…** □手洗いをしない □認知障害の進行による排泄の問題 □生活習慣の乱れ □爪の変形・割れなど

86

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**歯科医師** □**歯科衛生士** □**かかりつけ医** □**薬剤師** □**看護師**	□部位・程度 □歯が抜けそうか □痛みなどがあるか	□医療（歯科医療を含む）の必要性・緊急性 □応急処置があるか □薬剤（服薬） □歯科医師などの居宅療養管理指導における情報
	□**歯科医師** □**歯科衛生士** □**かかりつけ医** □**薬剤師** □**看護師**	□程度 □近くに寄るとわかる口臭か	□医療（歯科医療を含む）の必要性・緊急性 □薬剤（服薬） □歯科医師などの居宅療養管理指導における情報
	□皮膚関連…**医師**（皮膚科・整形外科） □認知症…**医師**（もの忘れ外来・神経内科など） □生活習慣…**保健師・看護師**	□いつ発症したか □色・その変化 □痛み・痒みがあるか □本人・家族が以前の状態と現在の状態の違いをどうみているか	□診断 □処置手順 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □薬の使用上の注意点 □生活上の注意点 □次回診察日・時間

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
主に足	□むくみがある □冷たい □傷ができやすい・治りにくい □色が悪い（血色不良） □内出血の痕（斑）がある	**むくみ・血色不良をきたす疾患…** □心不全・糖尿病・閉塞性動脈硬化症 □腎機能低下・肝機能低下・甲状腺機能低下症 □静脈瘤 □薬の副作用 **むくみ・血色不良をきたしやすい生活状態…** □水分量が不適切（過多または不足） □運動不足・睡眠不足 □冷えなどのホルモンバランス異常 □猫背などの骨格の歪み
衣服	□服を脱がせると異常に皮膚落屑（らくせつ）がある（はがれ落ちる）	□皮膚疾患 □生活習慣の乱れ（入浴ができていないなど）
	□服をこまめに着替えなくなった	**考えられる疾患…** □認知障害の進行 □生活不活発病（廃用症候群） □骨粗鬆症 **考えられる生活状態…** □ ADL の低下 □生活習慣の乱れ

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・皮膚科・内科など）	□いつ発症したか □普段よくとる姿勢 □食生活 □寝具の状況 □介護状況・介護力、その限界点	□現在の状態・処置手順 □処置計画 □今後の起こりうる可能性 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □生活上の注意点 □次回診療日・時間
	□皮膚関連…**医師**（皮膚科・整形外科） □生活習慣…**保健師・看護師**	□いつからか □本人・家族は気づいているか □他連携職はどう見ているか □痛み、痒み、不調感などはないか	□原因 □今後広がる可能性 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □生活上の注意点
	□認知症…**医師**（もの忘れ外来・神経内科など） □ ADL低下…**医師**（内科・整形外科）・**作業療法士・理学療法士** □生活習慣…**保健師・看護師**	□いつからか □着替える頻度はどれほどか □本人・家族は気づいているか □他連携職はどう見ているか □本人の不調感などはないか	□原因 □生活改善等、協力できる家族などの有無 □生活上の注意点

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
衣服	□身体(服)からの臭いがきつくなった	**きつい臭いをきたす疾患…** □皮膚疾患 □循環器障害 □膀胱炎 □耳鼻科疾患 □褥瘡 **きつい臭いをきたしやすい生活状態…** □食生活の乱れ □生活習慣の乱れ □認知障害の進行による判断能力の低下など □不衛生 □排泄障害 □ ADL の低下

90

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□皮膚疾患…**医師**（皮膚科・整形外科） □循環器…**医師**（内科） □認知症…**医師**（もの忘れ外来・神経内科など） □生活習慣…**保健師・看護師・管理栄養士** □ ADL低下…**医師**（内科・整形外科）・**作業療法士・理学療法士**	□いつからか □本人・家族は気づいているか □他連携職はどう見ているか □本人の不調感などはないか	□原因 □今後広がる可能性 □増悪した場合の対応方法・連絡先 □生活上の注意点

褥瘡の予防

褥瘡予防のコツ

1……説明・判断する際のコツ

◆創部の状態を説明するにあたっては、デジタルカメラや携帯電話などで写真を撮り、メール送信したり印刷したりすることで共有するのが便利です。ただし、ご本人・ご家族に撮影の許可を得るとともに、使用目的を説明し、了解を得ておきましょう。もちろん保管方法にも注意が必要です。

◆発赤が褥瘡の初期段階かどうかを見分ける簡単な方法があります。「指押し法」とよばれるもので、発赤部分を指で3秒間圧迫して、白くなるか否かを判定します。白くなれば褥瘡を否定でき、白くならなければ褥瘡初期を疑います。

2……医療職との連携

◆地域には必ず専門性の高い看護師がいるものです。具体的には、「皮膚・排泄ケア認定看護師」（褥瘡などの創傷管理およびストマ、失禁などの排泄管理に関し、専門的知識を有するとして日本看護協会が認定した資格）などです。こうした専門職がどの病院・診療所にいるか常にアンテナを張り、必要時には相談してみましょう。ちなみに「真皮を超える褥瘡の状態」にある在宅療養中の利用者さんには、この認定看護師と訪問看護ステーションなどの看護師が同一日に訪問し、指導を仰ぐことが報酬算定上可能となっています（2012年度より）。

◆褥瘡および皮膚を専門としないかかりつけ医が、「専門医の受診は不要」と主張するものの、その必要性が感じられる場合は、「ご本人・ご家族の強い希望があるので……」と訴えるのがよいでしょう。それでも必要ないという場合には、「ご本人・ご家族にその理由を説明してください」と依頼します。そう言われて無視できる医師は少ないはずです。

3……他のサービス事業者との連携

◆褥瘡の発見の情報は、介護者からの他、在宅サービス事業者（デイサービスやホームヘルパーなど）からも多く得られるものです。そのため、普段のモニタリング確認時から、努めて皮膚状態の変化があれば報告してもらうよう伝えておくことが有効です。

◆褥瘡治療は、その状況によっては介護者に多大な肉体的・精神的苦痛を強いることがあります。その場合、状況に応じて共倒れ予防ならびに治療を目的としたショートステイの利用、

レスパイト入院なども考えられます。その際には、ショートステイ所属の看護師による協力が必要不可欠ですが、期間・ゴールを明確化できたり、医師・看護師・家族などのチーム内の情報共有が促進されたりするなど、よいチャンスともなります。

◆褥瘡ケア・管理に関する勉強会や研修会は、日本褥瘡学会によって、あるいは各地域にて開催されています。積極的にそれらに参加する他、関連職種間で気軽に相談し合えるネットワークを作るのも1つの手です。ケアマネジャーはこうしたことが得意のはずです。

褥瘡の評価

褥瘡のアセスメントスケール

ケアマネジメントにおいて、医療職が褥瘡治療を行う際の判断基準を知っておけば、自身の判断や説明を行う際に役に立ちます。

褥瘡発生直後から約1～3週間を急性期、それ以降を慢性期とよびます。急性期は状態が変化しやすいため、発生原因を徹底して追求し、除去する他、創を注意深く観察します。落ち着いてきた段階（＝慢性期）に治療方針を立てることとなります。

日本では、日本褥瘡学会学術教育委員会が開発したDESIGN-Rとよばれる褥瘡状態評価スケールがあります（次頁）。この分類は、褥瘡を、①深さ、②浸出液、③大きさ、④炎症／感染、⑤肉芽組織、⑥壊死組織、⑦ポケットの各側面から観察します。この①～⑦をそれぞれ点数化することで、その合計点が高いほど重症度も高いと測定できます。

なお、よく「ステージ○○」という言い方がされますが、これは国際的な評価分類基準です。従来米国では、「ステージⅠ～Ⅳ」（米国褥瘡諮問委員会；NPUAP）、欧州では「グレードⅠ～Ⅳ」（欧州褥創諮問委員会；EPUAP）と分かれていましたが、2009年に共同ガイドラインとして「カテゴリ」という分類に統一されています。

DESIGN-R®

カルテ番号［　　］　患者氏名［　　］

Depth　深さ　創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する				
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3
	1	持続する発赤		4
	2	真皮までの損傷		5
				U
Exudate　滲出液				
e	0	なし	E	6
	1	少量：毎日のドレッシング交換を要しない		
	3	中等量：1日1回のドレッシング交換を要する		
Size　大きさ　皮膚損傷範囲を測定：［長径（cm）×長径と直交する最大径（cm）］[3]				
s	0	皮膚損傷なし	S	15
	3	4未満		
	6	4以上16未満		
	8	16以上36未満		
	9	36以上64未満		
	12	64以上100未満		
Inflammation/Infection　炎症／感染				
i	0	局所の炎症徴候なし	I	3
	1	局所の炎症徴候あり（創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛）		9
Granulation　肉芽組織				
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	G	4
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		5
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める		6
Necrotic tissue　壊死組織　混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する				
n	0	壊死組織なし	N	3
				6
Pocket　ポケット　毎回同じ体位で、ポケット全周（潰瘍面も含め）［長径（cm）×短径[1]（cm）］から潰瘍の大きさを差し引いたもの				
p	0	ポケットなし	P	6
				9
				12
				24

部位［仙骨部、坐骨部、大転子部、踵骨部、その他（　　）］
1）短径とは「長径と直交する最大径」である
2）深さ（Depth: d.D）の得点は合計には加えない
3）持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する

出典●日本褥瘡学会、2013、http://www.jspu.org/jpn/info/pdf/design-r.pdf

	月日	／	／	／	／	／	／
	皮下組織までの損傷						
	皮下組織を越える損傷						
	関節腔、体腔に至る損傷						
	深さ判定が不能の場合						
	多量：1日2回以上のドレッシング交換を要する						
	100以上						
	局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭など）						
	全身的影響あり（発熱など）						
	良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める						
	良性肉芽が、創面の10%未満を占める						
	良性肉芽が全く形成されていない						
	柔らかい壊死組織あり						
	硬く厚い密着した壊死組織あり						
	4未満						
	4以上16未満						
	16以上36未満						
	36以上						
	合計[2]						

胃ろう・ストマ

胃ろうのケア、ストマの支援における注意点

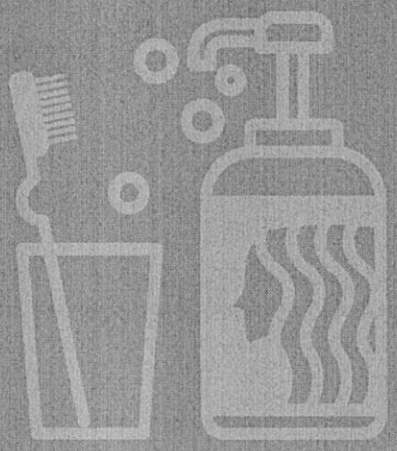
胃ろう（経皮的内視鏡下胃ろう造設術；PEG）やストマ（人工肛門）に対して、初めから及び腰になってはいませんか。確かに医療系基礎資格を有するケアマネジャーであれば、知識・技量の面で強いのは確かですが、ケアマネジャーの中心的役割は、利用者さんを中心とした、ご家族・関係職種間の医療介護連携の結び役です。求められる能力は、全体的な見通し（ケアプラン）と、治療・ケアにもっとも適した専門職を選ぶ眼、そして橋渡しをする行動力です。そのためにも、まずは必要な知識を押さえ、自信をもって担当を受けましょう。

胃ろうのメリット・デメリット

胃ろうのメリット	鼻からの栄養補給（経鼻胃管栄養）に比べ不快感がない
	経口摂取の練習ができる（嚥下訓練）
	経口摂取が可能になれば、創部は簡単に閉じることが可能
	そのまま入浴でき、外出もしやすい
	管理しやすいため、退院しやすく、自宅での栄養補給が簡単
胃ろうのデメリット	造設時・後に苦痛や合併症を起こすリスクがある
	毎日の観察・ケア、定期的なチューブ交換が必要
	栄養補給が簡単すぎて、経口摂取訓練が疎かになる可能性
	在宅でトラブルが起こった際の対応が必要
	高齢者・認知症症状がある場合の本人の意に沿わない延命になる可能性
主たるケアチーム	担当医
	看護師（スキンケアや体調管理）
	管理栄養士（栄養管理：NST ＝栄養サポートチームも確認を）
	言語聴覚士（嚥下機能評価）

ストマにおける支援のポイント

ストマに関する支援	造設の元の疾患、造設時期はいつかを確認する
	以下について担当医・看護師・業者と連携して、相談・共有しておく ◆装具は単品系・二品系のどちらを選ぶか ◆材質、面板と皮膚との合性 ◆コスト ◆本人の生活スタイル、住環境
	スキンケア方法・用具は本人まかせでなく、専門看護師などから確認・指導を受けておくと、その後の早期対応につながる
	その人に応じ、ガスが発生しやすい食事、便の臭い・硬さなどに配慮した食事を考えることも必要
	必要であれば身体障害者手帳の申請を行う。永久的ストマが必要であると医師が認めれば、用具の補助が受けられる
頼るべきケアチーム	担当医
	管理栄養士
	取扱専門業者
	看護師（認定資格である皮膚・排泄ケア認定看護師もいる）



入浴

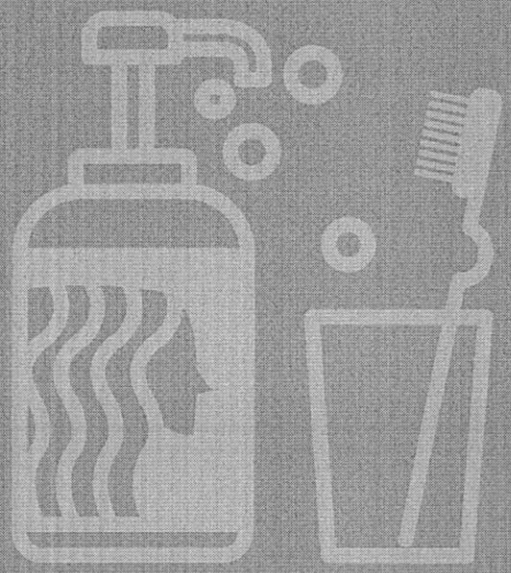
在宅での入浴支援のコツ

1……まずは、全体観察を行うことです。これが医療職・介護職にとっての基本です。具体的には、顔の表情、服装の乱れ、発熱度、むくみ、声、動きなどを観察します。

2……入浴中止の条件は、各地域所定の健康診断書などによることになりますが、診断書を依頼するにあたっては、これまでの体温・血圧などの経過も合わせて伝えたいものです（できれば定期的に）。また、状態が変われば定期的な見直しも必要になります。

3……私たちは、個々に入浴する際の習慣や好みをもっています。たとえば、頭から洗うのか足から洗うのか、右手からか左手からか、熱湯好きかぬる湯好きか、烏の行水（短湯）派か腰抜け風呂（長湯）派かなどです。入浴する時間帯や入る頻度もそれぞれです。こうした点を十分アセスメントし、その人のオリジナルのプランに仕立てあげましょう。

4……退院後の利用者さんのADLが以前と変わっている場合は、浴室環境の再整備が必要となってきます。入院時から治療経過を見守り、適切な時期に（できれば一時外出を行い、ご家族・担当理学療法士・住宅改修業者などと同行訪問することが望ましい）、扉・いす・床・材質・手すり状況・使用できる福祉用具・介助者などを再確認したうえで、万全の体制で在宅生活をスタートさせたいものです。



口腔の観察

口腔領域の観察の留意点

日常的な口腔ケアは、開口保持に安楽な姿勢を確保し、口の中をよく観察することから始めます。ペンライトなどを用意し、義歯（入れ歯）は必ず外して観察してください。

観察ポイントとしては、以下があげられます。

- 顔貌の変化
- 口唇の状態
- 歯・歯肉、舌の状態
- 口腔の乾燥状態
- 開口の状態
- 口腔清掃状態（歯の周囲、舌など）
- 口腔粘膜などに痛みや腫れがあるか
- 義歯の状態（咀嚼時の痛み、義歯の汚れ、破損）

認知症など意思の疎通が困難な場合でも、口腔内の問題が表情や日常動作の変化として表出することがあります。以下のような所見がある場合には、注意が必要です。

- 表情がいつもとちょっと違う
- 急に食べなくなった
- なんとなく手が口にいく
- いつもより口を開けなくなった
- 食事以外の介護にも拒否がでている

口腔ケア

日常における口腔ケアの留意点

1……口腔ケアの原則

口腔ケアが苦痛にならないよう、安全で次のケアにつなげるよう心がけるとともに、口腔ケアについての指導や内容などを関連職種間で共有することが大切です。在宅から医科病院などへの入院・入所・ショートステイなどの場合は、在宅での口腔ケアの方法、義歯の管理などについて必ず申し送りをして（義歯の有無、清掃、容器など）、入院・入所先でも継続した口腔ケアができるようにするとともに、義歯を紛失することのないよう十分注意してください。また、普段の食事形態や介助方法などについても伝えることが大切です。

2……口腔ケアを行う環境の整備

ご本人が安楽で安全に継続して口腔ケアができるような環境の整備が重要です。口腔ケアの実施場所として、洗面所あるいはベッド上となるかの判断が必要ですが、口腔ケアによって誤嚥などを起こさないような姿勢の確保は重要です。必要に応じて吸引器の準備も必要となります。

3……口腔ケアの実施時期

望ましいのは毎食後ですが、口腔ケアに長時間かけられない場合には、清掃する部位を分けて複数回で行うのもよいでしょう。１日１回は口腔内の汚れを完全にきれいにするような取り組みが大切です。義歯の清掃は必ず食後に行ってください。口腔ケアは単に清潔のためのケアだけではなく、口腔内に適正刺激を入れることにもなり、口腔機能の賦活化につながります。胃ろうなど経管栄養の場合であっても、誤嚥性肺炎予防に口腔ケアは重要です。経管栄養のスケジュールに合わせ、直後は避けて、栄養注入前に行うのがよいでしょう。

4……摂食・嚥下訓練など機能的なケアについて

担当する医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士などの指導に従い、適切に行ってください。

5……口腔ケア用品などの準備

状態に応じて、歯ブラシ・歯間ブラシ・粘膜用ブラシ・スポンジブラシ・義歯用ブラシ・含嗽剤・保湿剤・ガーグルベースンなどを用意します。用品の清掃、清潔や保管方法など管理に注意してください。義歯の紛失が、利用者さんの低栄養の原因になる可能性もあることを念頭にいれておくことが大切です。購入方法や使用方法などは、歯科医師、歯科衛生士にお尋ねください。

6……口腔ケアの実際と注意点

●口腔ケアが自立している場合

①口腔ケアの声かけをしながら暖かく見守り、口腔ケアを生活のリズムづくりにも活用しましょ

う。鏡などで口腔内を確認しながら行い、歯ブラシの形状は持ちやすいハンドルのもので、歯肉などの状態に適した毛先の硬さのものを選択するとともに、歯ブラシ圧に注意しましょう。
②本人の握力が弱い場合や届きにくい場合は、歯ブラシの柄の工夫や、電動歯ブラシなども検討しましょう。
③歯磨剤は発泡性が少ないものを少量使用し、誤嚥の可能性がある場合は使用しないでください。
④口腔から出血がある場合は、原因を確認することが大切です。
⑤歯がない顎堤(がくてい)部分、粘膜も柔らかいブラシやスポンジブラシなどで清掃します。
⑥舌の清掃や義歯の清掃を行い、セルフケア後の口腔内をチェックしましょう。

●一部介助の場合の口腔ケアについて

ご本人と介助者の役割分担を明確にしながら、ご本人の残された機能を最大限、維持することを基本として、できない部分を介助者が支援しましょう。

●全介助の場合の口腔ケア

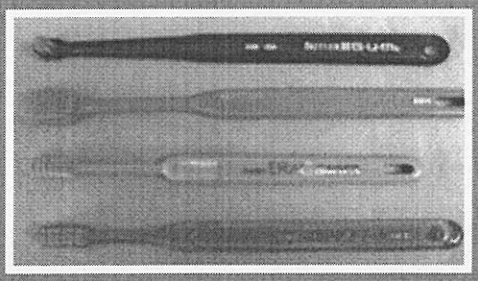
①誤嚥防止のため、適切な姿勢・体位の確保が重要です。座位がとれない場合でもできる限りギャッジアップし、枕やクッションなどで姿勢を確保してください。側臥位の場合には麻痺側を上にして誤嚥を防ぎましょう。
①乾燥がある場合は、口唇・口角に対して保湿剤などで保護をしてから義歯を外し、歯、歯肉、口腔粘膜、舌、舌と歯槽堤との間もよく観察してください。麻痺側には食物残渣が溜まりやすいので、よく注意しましょう。
②口腔ケアで疲労しないように手早く行うために、清掃用具、薬液、必要に応じて吸引器などの準備を十分に整えてから行いましょう。嚥下障害があるケースでは、口腔ケアでの誤嚥に十分注意しましょう。
③歯ブラシの毛先は、柔らかく小さめのものにし、スポンジブラシや粘膜ブラシなどをうまく利用してください。
④歯ブラシなどを水、薬液、含嗽剤などに軽く浸して、十分、水分を切ってから丁寧に毛先き磨きを行います。
⑤うがいについては、可能であればガーグルベースンなどを頬にしっかり密着させて吐き出させます。この場合、誤嚥に注意してください。吸引が可能な歯ブラシやスポンジブラシも販売されているので利用しましょう。口腔乾燥がある場合には、湿潤剤、保湿剤などを利用しましょう。
⑥次の口腔ケアにつなげるために清涼感、爽快感が大切です。口腔ケア後は可能であれば咳払いをさせ、むせや誤嚥を防止しましょう。

口腔ケアグッズ

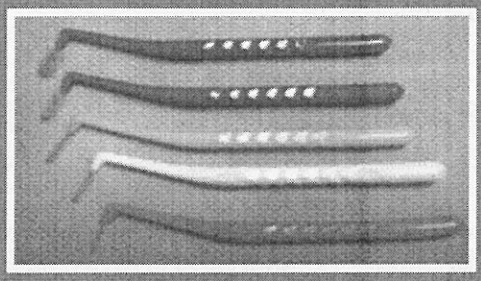
さまざまな口腔ケアグッズ

日常の口腔ケアにおいて、必要な歯ブラシ・歯間ブラシ・スポンジブラシなどの口腔ケアグッズについての知識は大切です。具体的な使用方法や保管方法、入手方法、さらに含嗽剤、口腔内の湿潤剤（保湿剤）などについては、歯科医師・歯科衛生士に相談しましょう。

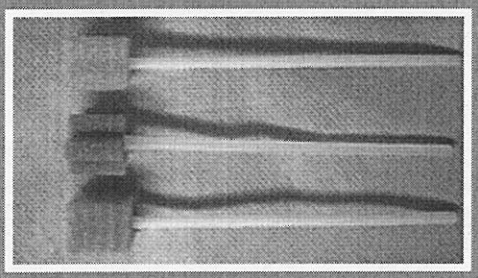
義歯の着脱方法、清掃方法、保管方法など不明なことがあれば、歯科医師・歯科衛生士に確認するとともに、義歯の洗浄剤や安定剤の使用についても指導を受けましょう。



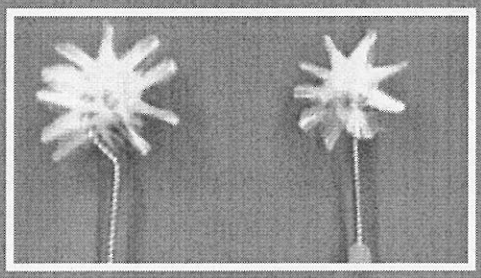
歯ブラシ



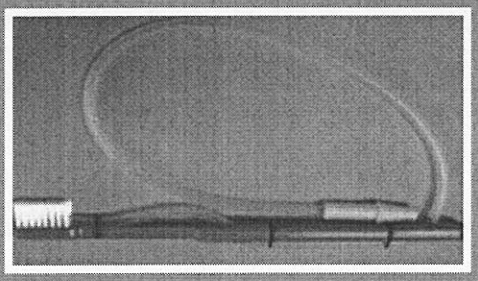
歯間ブラシ



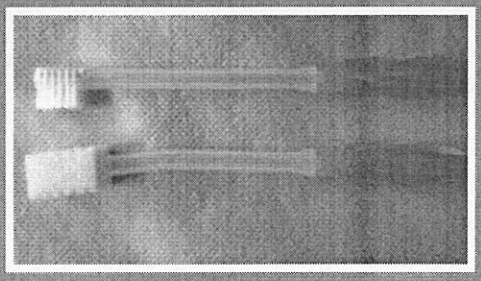
スポンジブラシ



球状ブラシ



吸引歯ブラシ



吸引歯ブラシ

義歯

義歯の適切な取り扱い

1……義歯の果たす機能

義歯による口腔機能回復は、顔貌の整容、発音や摂食・咀嚼・嚥下機能の維持向上だけではなく、社会参加や精神的な健康維持にも影響します。口腔機能が低下している場合には、適切な口腔のリハビリテーションを行い、義歯を適切に装着、調整することが大切です。

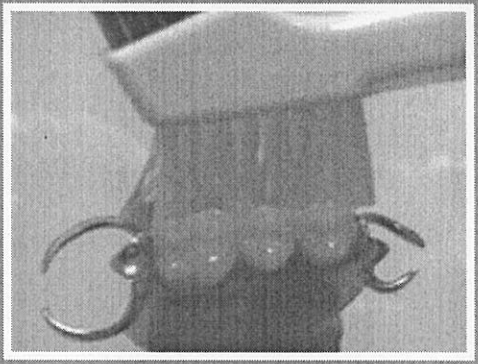
2……義歯の着脱と就寝時の取り扱い

着脱は義歯を回転させるようにします。局部床義歯（部分入れ歯）の場合は、クラスプ（固定する金具・バネ）を外す方向へ押し上げて外します。また、特殊な義歯もあるので、詳しい方法や義歯安定剤の使用の可否などについては歯科医師、歯科衛生士に相談しましょう。原則として、寝るときには義歯を外すことが望まれます。ただし、対合する顎提（がくてい）が損傷を受けたり、顎関節に過剰な負担がかかる場合などは夜間装着する場合もあります。そのときは、歯科医師と相談しましょう。

3……義歯の清掃と保管

口腔微生物のリザーバー（貯蔵庫）にならないように義歯は常に清潔しておくことが大切です。食後は、必ず外して清掃することを習慣にしましょう。義歯用ブラシなどを使用して清掃し、義歯洗浄剤は正しく使ってください。また、小さい義歯をティッシュペーパーなどに包まないようにしましょう。間違って捨てられることが多いためです。いずれにしても、義歯はデリケートな人工臓器でもあり、毎日の清掃と定期的な歯科医師による調整などが不可欠です。

義歯の清掃用具



参考文献

●日本褥瘡学会『褥瘡予防・管理ガイドライン』照林社、2009

●日本褥瘡学会『在宅褥瘡予防・治療ガイドブック（第２版）』照林社、2012

●東口高志編『徹底ガイド 胃ろう（PEG）管理 Q&A』総合医学社、2011

●ストーマリハビリテーション講習会実行委員会編『ストーマリハビリテーション』金原出版、2006

●山本由利子編『ストーマケア BASIC』メディカ出版、2008

●金子芳洋・加藤武彦・米山武義編『食べる機能を回復する口腔ケア』医歯薬出版、2003

●植田耕一郎『脳卒中患者の口腔ケア』医歯薬出版、1999

●菊谷武『介護のための口腔ケア』講談社、2008

●植松宏監『これからはじめる認知症高齢者の口腔ケア』永末書店、2009

●東京都医師会「介護職員・地域ケアガイドブック」2011

4章 コミュニケーション・認知

- コミュニケーション能力
- 社会との関わり
- 認知
- 問題行動

認知機能の障害を呈する原因疾患は多数ありますが、やはり代表的で急増しているものとして認知症があります。この章では、主にこの認知症について記載をしています。

認知機能の障害

認知障害を呈する代表疾患の認知症は、原因疾患が多岐にわたっており、もの忘れに先行する症状も多く認められます。代表的なアルツハイマー型認知症では、初期の症状としてもの忘れ（短期記憶障害・記銘障害）が極めて多くみられます。一方、他の認知症疾患では、むしろ他の症状が初発症状として認められるものが多かったりします。たとえば、抑うつ気分や無気力（アパシー）、そしてBPSD（behavioral and psychological symptoms of dementia; 認知症の精神症状および行動症状）などです。こうしたもの忘れなどの記憶障害以外の認知障害や精神症状が重要であり、ケアマネジャーには日常の状況変化に対する気づきや情報伝達が求められます。

認知症疾患は、一部を除いて治療が困難な疾患ですが、進行を遅らせたり、ご家族の負担を軽くしたり、ご本人自身の不安を軽減したりすることができます。そのためには、早期発見・早期介入、そしてその進行度に応じた適切な「ステージ・アプローチ」が重要であり、日頃の状態の情報を医療職に届けることが有用です。

認知症疾患の理解と現状

認知症にはいくつかの診断基準がありますが、一般に、私たちのあらゆる活動をコントロールしている脳細胞がさまざまな原因で死滅したり、機能不全を起こしたりして、日常生活に支障をきたしたものを認知症といいます。

日本における認知症有病率は、1980年代までの抽出調査において概ね4～6%でした。2013年6月に厚生労働省が公表した資料では、65歳以上の全国有病率は15%、認知症有病者数は約439万人と推計されています。また、正常でもない認知症でもない（正常と認知症の中間）状態の者を指すMCI（mild cognitive impairment）の全国有病率は、推定値13%、有病者数は約380万人とされています。したがって、両者を合わせて800万人を超えています。

認知症の人にとって、住み慣れた地域での生活を続けることが心身の安定に必要とされますが、「地域包括ケアシステム」はその点でも有用です。国は、認知症の人とそのご家族や周囲の人々への支援をより有効なものとするため、これまでの認知症の医療と介護を総括し、「新たな認知症の医療とケアの方向性」を発表するとともに、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を立てています。これらのキーマンであり、連携の中心役とされるのがケアマネジャーです。

代表的な認知症のタイプ

認知症のタイプは極めて多岐にわたりますが、代表的なものには次の4つがあげられます。これらで認知症の80～90%をカバーしてお

り、「4大疾患」とよばれることもあります。

1……アルツハイマー型認知症

認知症のなかで一番多く、新しいことが憶えられなくなり、時には出来事自体を忘れてしまいます。原因ははっきりわかっていませんが、老人班（アミロイドβ）がたまり、脳が全般的に萎縮します。場所や時間の判断がつかなくなるのも特徴で、ゆっくりと進行していきます。

2……脳血管性認知症

脳梗塞や脳出血などの脳血管障害が原因で起こる脳の機能低下です。障害の起きた場所によって症状は異なります。認知症症状以外に、言語障害、手足の麻痺、感情失禁、尿失禁などが起こることもあります。

3……レビー小体型認知症

脳に異常たんぱく（レビー小体）が蓄積し、神経細胞が障害されていきます。幻視・幻覚などの症状やパーキンソン病のような症状がみられ、日によって症状の変動が激しいことも特徴です。また、抗精神病薬などに対して過剰な反応が出やすかったりします。

4……前頭側頭型認知症

脳の前頭葉が萎縮していく認知症です。初期に記憶障害などはみられませんが、社会的逸脱行動や常同行為、強迫行為などが顕著であったり、別人のような行動上の変化がみられたりします。

認知症医療のネットワーク

認知症医療のネットワークの特徴は、医療・介護・福祉それぞれが大きな柱となることです。地域の特性により独自のネットワークの整備が行われていくのが一般的ですが、適切なケアを提供するためには、ネットワークの整備に加え、職種を超えた社会全体での幅広い支援と情報共有が求められています。

それぞれの役割としては、以下のものがあげられます。

1……認知症疾患医療センター

国の補助を受けて各都道府県に整備中の施設です。地域包括支援センターと連携し、医療から介護への切れ目のないサービス提供を行います。

2……地域包括支援センター

認知症連携担当者を配置した認知症コールセンターを整備し、医療と介護の橋渡しの役割を担います。

3……認知症サポート医

厚生労働省の定めた養成研修を修了した医師で、「認知症かかりつけ医」に対する助言などの支援を行うとともに、認知症初期診断・初期治療に加え、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター、ケアマネジャーと協働して研修企画や講師などを務めます。

修了者氏名は、都道府県医師会ホームページや行政ホームページに掲載されており、地域包括支援センターなどに周知されています。

4……認知症かかりつけ医

厚生労働省の定めた研修を修了した医師で、「認知症サポート医」と連携し、認知症を専門としない医師（かかりつけ医）が、認知症の人に適切な対応を行ったり、専門医や介護職と連

携しながら日常的に認知症治療を行います。サポート医と同じく、修了者氏名などの情報は公表されています。

5……認知症サポーター

認知症について正しく理解し、偏見をもたず、認知症の人やご家族を見守る「応援者」です。一般市民や企業などを対象にした養成講座を受講し、修了すると認知症サポーターの目印として「オレンジリング」が渡されます。

医療職との連携のポイント

このように、こうしたネットワークの中で、ケアマネジャーは中心役・連絡役としての機能が求められているわけです。

なお、認知症を主とした認知機能の低下について、医療職との連携の重要性はいうまでもありませんが、連携や伝達の際に大切なことは、利用者さんが「いつもと比べてどうか」「以前と比べてどうか」という視点です。そのときに難しく考えたり、医学用語を使う必要はまったくありません。自分の言葉で自分の感じたことをストレートに伝えることがとても大切です。また、情報をもらう場合も同様で、自分が理解できるように尋ねましょう。

医療連携が必要な状態一覧

□何らかの認知機能に関する異常を感じた……110
□落ち着きがなくなった……110
□約束をすっぽかすことが増えた……110
□性格が変わった……110
□以前よりだらしなくなった（身なりに構わない）……110
□以前より物事の興味や関心が失われた……110
□買い物や料理ができなくなった……110
□置き忘れやしまい忘れが多くなった……110
□薬の服薬忘れやミスが多くなった……110
□もの忘れを認めない……110
□怒りっぽくなった……110
□被害妄想（物盗られ妄想）……110
□幻聴・幻視……110
□不眠……110
□昼夜逆転……110
□過眠……110
□涙を流すことが多くなった……112
□呂律が回らなくなった……112
□特定の側の手足の動きが急に悪くなる……112
□興奮しやすい……112
□暴言……112
□暴行……112
□徘徊……112
□見えないものが見えると言う（人、特に子ども、小動物、虫など）……114
□抗認知症薬などの副作用が出やすい・効きすぎる……114
□前傾姿勢で小刻みな不安定歩行……114
□覚醒状態から急に眠ってしまう、意識がなくなる……114
□睡眠中に大声や叫び声をあげたり、身体を動かす……114
□言葉の意味がわからなくなった……114
□決まった時刻に決まったことをする……114
□我慢ができなくなった……114

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
認知症の疑いがある場合	□何らかの認知機能に関する異常を感じた □落ち着きがなくなった □約束をすっぽかすことが増えた □性格が変わった □以前よりだらしなくなった（身なりに構わない） □以前より物事の興味や関心が失われた □買い物や料理ができなくなった □置き忘れやしまい忘れが多くなった □薬の服薬忘れやミスが多くなった □もの忘れを認めない □怒りっぽくなった □被害妄想（物盗られ妄想） □幻聴・幻視	□何らかの認知症疾患 □うつ病などを含む機能性精神疾患
認知症と診断されている場合	□不眠 □昼夜逆転 □過眠	□うつ病・うつ状態 □ BPSD □脳血管性認知症 □脳波異常

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**訪問看護師** □**医師**（かかりつけ医・精神科医などの専門医） □**作業療法士** □**理学療法士** □**臨床心理士**	□本人の認識と家族の状態への理解 □その異常を感じたのは何年何月頃からか □日中生活上での具体的な問題点 □睡眠導入剤・精神安定剤・抗うつ剤その他で発症時期に新たに投薬されたものはないか（「お薬手帳」などの活用を） □最近中断した薬物はないか □何か新たに指摘された病気はないか（他科の疾患も含めて） □最近頭部の CT や MRI 検査を受けたことはないか □周囲の状況などで変わったことはないか	□認知症の有無・程度・病型 □その他の疾患の存在 □投薬治療の内容
	□**訪問看護師** □**医師**（かかりつけ医・精神科医などの専門医） □**作業療法士** □**理学療法士** □**言語聴覚士**	□就寝時刻 □睡眠状態 □起床時刻 □言動の異常（失見当識）	□投薬などの治療の必要性

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
認知症と診断されている場合	□涙を流すことが多くなった □呂律が回らなくなった □特定の側の手足の動きが急に悪くなる	□脳血管性認知症
	□興奮しやすい □暴言 □暴行	□ BPSD □前頭葉障害
	□徘徊	□認知症 □うつ状態 □不安焦燥状態

112

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**訪問看護師** □**医師**（かかりつけ医・精神科医などの専門医） □**作業療法士** □**理学療法士** □**言語聴覚士**	□状態の出現してきた時期	□画像診断の状態 □身体合併症
	□**訪問看護師** □**医師**（かかりつけ医・精神科医などの専門医） □**作業療法士** □**理学療法士** □**言語聴覚士**	□他の利用者への危害の有無	□自傷他害のリスク □入院の要否 □投薬などの治療の必要性
	□**訪問看護師** □**医師**（かかりつけ医・精神科医などの専門医） □**作業療法士** □**理学療法士** □**言語聴覚士**	□発見された状況 □本人の認識（徘徊の原因・契機）	□投薬などの治療の必要性

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
認知症と診断されている場合	□見えないものが見えると言う（人、特に子ども、小動物、虫など） □抗認知症薬などの副作用が出やすい・効きすぎる □前傾姿勢で小刻みな不安定歩行 □覚醒状態から急に眠ってしまう、意識がなくなる □睡眠中に大声や叫び声をあげたり、身体を動かす	□レビー小体型認知症 □器質性精神障害
	□言葉の意味がわからなくなった □決まった時刻に決まったことをする □我慢ができなくなった	□ピック病・前頭側頭型認知症

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**専門医** □**かかりつけ医** □**訪問看護師** □**作業療法士** □**理学療法士** □**言語聴覚士**	□症状の動揺性・変動性 □日内変動や日差変動の有無 □服薬前後の症状変化（過沈静を含めて） □睡眠状態 □転倒などの ADL に関する情報	□投薬などの治療の必要性 □副作用の注意点 □身体合併症の情報 □脳波所見について
	□**専門医** □**かかりつけ医** □**訪問看護師** □**作業療法士** □**理学療法士** □**言語聴覚士**	□感情の変化（多幸的・易興奮） □こだわりや強迫行為の有無	□投薬などの治療の必要性 □対応の基本的方針

認知症問診票

ご家族から得るさまざまな情報

これは、ご家族から情報を得るための問診票です（「北九州市小倉医師会・かかりつけ医認知症の会」作成）。これらの内容を情報として得ることで、医師は適切な診断・診療を行うことが可能となります。また、このような情報は、主治医意見書作成においてとても重要であり、記載に際して有意義なものとなります。いずれにしても、日頃の状態について医師は把握できていないことも多いため、ケアマネジャーからの情報提供が求められます。

氏名	年齢
1	少しでもおかしいと気づいたのはいつですか？ 平成（　　）年（　　）月頃 その時どのような症状でしたか？ （　　）
2	もの忘れ以外に現在、以下の症状はありますか？ （　　）落ち着かない （　　）性格が変わった （　　）買い物のミス （　　）もの忘れを認めない （　　）怒りっぽくなった （　　）被害妄想（盗られた） （　　）幻覚（ないものが見える）
3	今飲んでいる、あるいは最近まで飲んでいたクスリはありますか？ 薬剤名がわかればお書き下さい。おくすり手帳か、薬剤そのものがあればお見せ下さい。
4	大きな病気をしたことはありますか？　あればいつ頃かもお書き下さい。
5	CT や MRI などの画像検査をしたことがありますか？ あればいつ頃でどのように説明を受けましたか？
6	以下の症状はありますか？ （　　）ものの置き忘れやしまい忘れが目立つ （　　）同じことを何度も言ったりきいたりする （　　）約束を全く忘れる （　　）月日がわからない （　　）時間がわからない （　　）服がきちんとと着れない、ボタンがとめられない （　　）慣れた道に迷う （　　）家電製品が使えない （　　）料理が下手になった、献立が少なくなった （　　）一人で買い物ができない （　　）家事や仕事がさばけなくなった （　　）取りつくろう、言い訳をする …… （　　）見えないものが見えるという（人とくに子供、小動物、虫など）

116

（　　）クスリの副作用が出やすい、効きすぎる
（　　）からだの動きが悪い、遅い
（　　）転びやすい
（　　）前かがみになる
（　　）歩幅が狭い
（　　）普段できていることが時々できない
（　　）さっき起きていたのに急に眠ってしまう、意識がなくなる
（　　）眠っている時に大声や叫び声がある
（　　）眠っている時に体をよく動かす
（　　）亡くなった人が「生きている」という
（　　）立ちくらみがある
（　　）頑固な便秘がある
（　　）異常に汗をかく

……

（　　）怒りっぽくなった
（　　）威厳がなくなった
（　　）子供っぽい言動がふえた
（　　）理由もないのにニコニコしている
（　　）我慢ができない、待てない
（　　）周囲の者に対する配慮がない
（　　）金銭のトラブルがふえた（大金を使う、だましとられるなど）
（　　）万引きや盗みをする
（　　）異性に過剰に接近したり、さわったりする
（　　）放尿する
（　　）運転のマナーが悪くなった、ルールを守らない
（　　）同じ身体的訴えを１日に何度も言う
（　　）予定を１日に何度も確認する
（　　）１日に２回以上、決まったルートを散歩する
（　　）決まった時刻に決まったことをする
（　　）甘いものを好むようになった
（　　）味が濃いものを好む
（　　）砂糖を好んで使う
（　　）盗み食い、隠れ食いをする
（　　）食べ物でないものを食べる
（　　）決まった食べ物ばかり食べる
（　　）手づかみで食べる
（　　）変な食べ方をする（ご飯にコーヒーをかける、スイカに砂糖をかけるなど）
（　　）何もせずだらだらしている
（　　）歯磨き、入浴をしなくなった
（　　）身だしなみを気にしない
（　　）言葉が出にくくなった
（　　）「これ」「あれ」「それ」が多い
（　　）言葉の意味が判らない
（　　）夕方になると落ち着かなくなる
（　　）昼と夜が逆転している
（　　）泣き上戸になった
（　　）手足の力が急に弱った、動きが悪くなった
（　　）呂律が回らない
（　　）不安を訴える、悲観的になる
（　　）急にもの忘れが進んだ

認知症の重症度

FASTによるアルツハイマー型認知症のアセスメント

FAST（functional assessment staging）は、1986年にReisbergらが作成したアルツハイマー型認知症の評価尺度です。認知症の有無や重症度を、現在の状態像および発症から現在までの経過をもとに評価するのが特徴です。その人の現在の状況や過去の行動をもとに評価するため、進行状況を客観的に見ることができます。そのため、日頃の状態をよく知るケアマネジャーの情報が役立ちます。

1	正常	
2	年相応	物の置き忘れなど。
3	境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。
4	軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5	中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときに、なんとかなだめすかして説得することが必要なこともある。
6	やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7	高度のアルツハイマー型認知症	最大約6語に限定された言語機能の低下。理解しうる語彙はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

出典● Reisberg B et al. Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci. 1984; 435: 481-483

認知症の評価

臨床認知症評価尺度（CDR）

CDR（clinical dementia rating）は、1982年にHughesらによって作成された認知症の評価尺度です。この評価尺度は、認知症の有無や重症度を行動観察や介護者からの情報をもとに評価するもので、0から3までの5段階に分類されます。各評定項目ごとに認知症の程度を把握する仕組みですので、認知症の症状を多面的に評価できるのが特徴です。このような日常の状況観察や介護者からの情報を、ケアマネジャーから医療職にうまく伝えることが状態把握において役立ちます。

	異常なし CDR 0	疑いあり CDR 0.5	軽度認知症 CDR 1	中等度認知症 CDR 2	重度認知症 CDR 3
記憶	障害なし／時に軽いもの忘れ	良性のもの忘れ／もの忘れは物事の一部についてのみ	中等度の障害／最近の事柄を忘れる／日常生活に支障	重度の障害／古い記憶のみ残る	重度の障害／断片的記憶のみ
見当識	障害なし	障害なし	時間の見当識の不確実さ／地誌的見当識障害	時間についての失見当識／時には場所的失見当識	人物に対する見当識が残るのみ
判断と問題解決	問題なし	軽い障害が疑われる	複雑な問題の解決が困難／社会的態度変わらず	簡単な問題の解決ができない／社会的態度も変わる	判断力障害が著しく問題解決できない
社会での活動	問題なし	買い物、職業、経済的な事柄の軽い障害	独立した社会的行為ができない	家の外での独立した行為は不可能	
家での生活趣味	問題なし	軽い障害が疑われる	軽度であるが明らかな障害／日常の家庭の仕事、趣味に無関心	日常の簡単な行為ができる程度	家の内でもまとまった行為はできない
身の回り		ほとんど問題なし	ときに助けが必要	着衣、便所などで介助を要する	すべてに介助が必要／しばしば失禁

認知症の徴候

初期認知症徴候観察リスト（OLD）

下のスケールは、オランダでかかりつけ医のために作成されたもので、observation list for early signs of dementia を略して OLD といいます。長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）が質問式の診断方法であるのに比し、OLD は観察式なので、患者さんが協力的でなくても患者さんの日常生活をよく知っている人からの情報で実施が可能です。

12 項目のうち 4 項目以上が明らかにあれば認知症を疑います。ただし、チェックされた数の多い少ないにこだわらず、OLD を意識して診療することで、認知症の早期発見につなげていくことが求められます。このように、臨床現場では、その人の日常生活をよく知っている人からの情報がとても有用とされ、ケアマネジャーの日頃の気づきが大切になります。

記憶・忘れっぽさ	**1**	いつも日にちを忘れている （今日が何日かわからないなど）	
	2	少し前のことをしばしば忘れる （朝食を食べたことを忘れているなど）	
	3	最近聞いた話を繰り返すことができない （前回の検査結果など）	
語彙・会話内容の繰り返し	**4**	同じことを言うことがしばしばある （診察中に同じ話を繰り返しする）	
	5	いつも同じ話を繰り返す （前回や前々回の診察時にした同じ話（昔話など）を繰り返しする）	
会話の組み立て能力と文脈理解	**6**	特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある （仕事上の使い慣れた言葉などがでてこないなど）	
	7	話の脈略をすぐに失う （話があちこち飛ぶ）	
	8	質問を理解していないことが答えからわかる （医師の質問に対する答えが的外れで、かみ合わないなど）	
	9	会話を理解することがかなり困難 （患者さんの話がわからないなど）	
見当識障害作話・依存など	**10**	時間の観念がない （時間（午前か午後さえも）がわからないなど）	
	11	話のつじつまを合わせようとする （答えの間違いを指摘され、言いつくろおうとする）	
	12	家族に依存する様子がある （本人に質問すると、家族の方を向くなど）	

多職種連携

さまざまな職種と協働するには

本書には、さまざまな専門職があげられています。しかしながら、それぞれを連携内容で厳密に分けて考える必要はありません。いろいろな疑問や情報を「共有する」ことが協働の根幹です。そのうえで、各専門職との情報交換を行いましょう。

かかりつけ医は、その人の医療に関わる情報を一番身近で知っている存在です。伝えたいことや知りたい情報がある場合には、まずはかかりつけ医と連携することが大切です。かかりつけ医を抜きにして、いきなり専門医を訪ねることのないように心がけましょう。ただし、専門医からはBPSD（認知症の精神症状および行動症状）の対応方法や薬物療法についての情報、今後の病態の見通しなどの知見を得ることができますので、ケアマネジャーは日頃の状態をきちんと伝えて連携することも必要となります。

訪問看護師は日常的な医療管理の中心的役割を果たします。在宅ケアの医療情報に関する連携キーパーソンといえます。また、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などのリハビリテーション職は、自立支援のための在宅ケアや地域リハビリテーションの役割を担っています。

いずれにしても、認知症は多彩な症状・病態をもつ病気であり、伝える情報も入手する情報も連携相手もさまざまですが、ケアマネジャーこそがそれら多職種協働の鍵となることが必要です。

参考文献

●日本医師会雑誌 141(3)、2012

●公益社団法人日本医師会「かかりつけ医の在宅医療」2013

●公益社団法人福岡県医師会「福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修テキスト」

5章 排泄

排尿・排便

排泄にケアマネジメントが必要な理由

排泄は、生命維持に欠かせない機能の１つであるとともに、快適な日常生活を営むうえで重要な役割を担っています。しかし、加齢や治療が必要な疾患の影響により、排尿の悩み（尿失禁や頻尿など）や排便の困りごと（便失禁や下痢、便秘など）は増えやすいものです。失禁に伴う不自由さに悩まされたり、痛みに気が滅入る生活が続くと、身体的な問題だけでなく、精神的な負担を感じて、社会生活にも影響が及んでしまいます。そのため、排泄にはケアマネジメントが必要なのです。

アセスメントやモニタリングの際に情報として把握しておいたほうがよいのは、以下の内容です。収集したこれらの情報を整理すると、排泄支援のタイミングや方法を見出しやすくなります。

◆**排尿に関するもの**……尿意の有無、尿失禁の有無、排尿の回数（昼間の回数、夜間の回数、1日の総回数）

◆**排便に関するもの**……便意の有無、便失禁の有無、排便の回数と排泄時間帯

◆**排泄場所に関するもの**……トイレの使用の有無と使用時間帯、ポータブルトイレの使用の有無と使用時間帯、排泄補助用具（尿器など）の使用の有無と使用時間帯

◆**使用しているおむつに関するもの**……おむつの使用の有無と使用時間帯、使用枚数とサイズ、パットの使用の有無と使用時間帯、使用枚数とサイズ

ケアマネジャーの姿勢として、排泄に関わる支援の際は、言葉かけや対応に配慮が必要です。羞恥心を伴うデリケートな問題であることを忘れないようにしましょう。

ケアマネジメントに必要な排尿の知識

排尿のしくみ

体内にたまった老廃物は、血管を通して腎臓に集められ、血液が濾過されて尿ができます。尿は尿管を通って膀胱にためられ、一定量（250～300ml）に達すると尿意を催し、膀胱括約筋がゆるんで尿道を通って排泄されます。尿意を催しても、大脳からの指令がないと尿は排泄されないため、人為的に尿を我慢することができます。自分の意思によって、適切な場所（トイレ）で、1日に数回程度排泄されるのが正常な排尿です[1)]。

医師との連携が必要な排尿状態

以下のような症状がみられるときは、早急に受診が必要です。主治医や泌尿器科の医師と連携を図りましょう。

◆発熱を伴うとき
◆尿意があるのに尿が出ないとき
◆尿に血が混じるとき
◆尿が残っている感じがあるとき
◆腰や腎臓のあたりが痛むとき

排尿トラブルのマネジメント

1……尿失禁

尿失禁は骨盤底筋の筋力低下などによって、高齢の女性に起こりやすい症状です。失禁対策

が遅れると衛生的な生活が損なわれ、感染症やスキントラブルなどの二次的な課題が生じやすくなります。さらに、睡眠障害が起こったり、失禁への不安から気持ちが落ち込んだりして外出を控えるようになるなど、生活全般にも問題が発生しやすい症状なので、適切な支援が求められます。

尿失禁の主な種類とその原因は、次のとおりです。

	主な原因
腹圧性尿失禁	加齢による骨盤底筋の衰え
真性尿失禁	尿道や膀胱の括約筋の衰え
反射性尿失禁	脊髄損傷や神経疾患などによる尿意の消失
切迫性尿失禁	泌尿器疾患などにより我慢することができない
機能性尿失禁	困難な排尿動作
溢流性尿失禁	泌尿器疾患などにより漏れたり残尿がある

2……頻尿

朝起きてから就寝までの排尿回数が8回以上の場合を頻尿といいますが、1日の排尿回数は人によって異なります。マネジメントのコツ（視点）は、排尿回数が多いことで日常生活に困っている気持ちに寄り添うことです。また、注意しておきたいことは、夜間に頻繁にトイレに行くと、睡眠が阻害されます。覚醒状態が低下したまま移動すると、転倒などの心配もでてきますので、早めの対策が必要です。

3……認知症

認知症の人は、重症でないかぎり、尿意は維持されています。ただし、尿意を言葉で的確に伝えることが難しい傾向にありますので、ケアの担い手がそのサインを察知する必要があります。尿意のサインを察知することが、失禁や心因性頻尿への対策の基本となります。

なお、尿意のサインの例としては、「トイレを探してソワソワする」「トイレを探してうろうろする」「落ち着かなくなる」「我慢する表情に変わる」などがあげられます。

認知症の人への排泄ケアでは、ケアする者の都合で決めた画一的な時間誘導は好ましくありません。排泄を含む生活全体のリズムを把握することで、ご本人の気持ちと生活に寄り添った支援ができるようになります。ケアマネジャーとして、認知症専門医や看護師と支援目標を共有しつつ、日々のささやかな変化やエピソードを話題としてもてるようなチームワーク作りが大切です。

ケアネジメントに必要な排便の知識

排便のしくみ

胃や小腸で体内に栄養分として吸収された食物の残りが大腸で便となり、腸管の蠕動運動によって次第に押し出され、便意を催し、排便しようとする意思によって肛門括約筋がゆるみ、排泄されます。個人差はありますが、1日1回程度形のある状態で便が排泄されるのが正常です[2)]。

医師との連携が必要な排便状態

次のような症状がみられるときは、早急に受診が必要です。かかりつけ医や消化器科の医師

と連携を図りましょう。

◆腹痛を伴うとき
◆発熱を伴うとき
◆嘔気・嘔吐を伴うとき
◆便に血が混ざっているとき
◆黒い便や白い便が出るとき

排便トラブルのマネジメント

1……便失禁

肛門括約筋の弛緩によって、高齢者は便失禁が起こりやすい状態にあります。さらに、便失禁は下痢が原因であることが多いため、下痢へのケアを合わせて行うことが大切です。

便失禁の主な種類とその原因は、次のとおりです。

	主な原因
腹圧性便失禁	加齢による肛門括約筋の衰え
切迫性便失禁	下痢を伴う消化器疾患や感染症など
機能性便失禁	困難な排便動作
溢流性便失禁	便秘や便意の鈍麻を生じる消化器疾患や神経疾患など

2……下痢

下痢とは、水様便が排出されることをいいます。1日数回であっても有形便なら下痢ではありません。下痢は腸管内の腐敗、発酵や感染、炎症、神経の過敏性の亢進などの理由により、腸管の蠕動運動が亢進したり、水分の再吸収が低下したことにより起こります。下痢を起こすことで脱水になったり、栄養不良を招き、全身状態に悪影響を及ぼすため、適切な対応が求められます。

3……便秘

便秘は、排便回数の減少ばかりでなく、便の性状も考慮します。たとえ排便間隔が2～3日であっても、正常な性状の便が排出されていれば、正常な排便です。一方、毎日便通があっても、硬く乾燥した便で、排便に困難をきたせば便秘となります。便秘のなかでもっとも多いのが習慣性便秘です。便の回数や性状を情報収集し、便秘を早期に把握して、習慣性便秘にならないような支援を心がけましょう。

1）介護支援専門員テキスト編集委員会編『六訂 介護支援専門員基本テキスト』一般財団法人長寿社会開発センター、第3巻「高齢者保健医療・福祉の基礎知識」p66～67、2012
2）前掲書、p67

医療連携が必要な状態一覧

□尿失禁している……128
□尿が近い……132
□尿の回数が多い（1日8回以上）……132
□便失禁している……134
□下痢をしている……140
□便秘をしている……142

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
排尿に関わること	□尿失禁している	**尿失禁を招く疾患…** □脳血管疾患による尿意の低下（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血など） □神経疾患による尿意の低下および消失（パーキンソン病・多発性硬化症など） □認知機能の低下による尿意の低下（アルツハイマー型認知症など） □脊髄損傷による尿意の消失 **尿失禁を招きやすい生活状態…** □カフェインの取りすぎ □便秘 □肥満 □運動不足による骨盤底筋の筋力低下 □排尿しにくい着衣・環境

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・泌尿器科・内科）	□本人・家族の失禁に対する意向 □排尿回数 □１回の尿量・色・臭い □尿意の有無 □排尿時の苦痛の内容（痛みの有無など） □発熱の有無 □急に失禁するようになった場合…その頃の生活状況	□失禁の原因 □治療の必要性 □失禁の原因となった疾患の治療方針 □処方されている薬の内容と作用・副作用 □介護支援に対する見解 □認知レベルの低下がみられる場合…支援上の留意点
	□**看護師**	□本人・家族の失禁に対する意向 □排尿回数 □１回の尿量・色・臭い □尿意の有無 □排尿時の苦痛の内容（痛みの有無など） □発熱の有無 □急に失禁するようになった場合…その頃の生活状況 □治療している疾患・治療内容・かかりつけ医 □１日の水分摂取量 □食事内容と嗜好品の有無 □便秘の有無 □介護者の心身状態	□受診のタイミング □認知レベルに合わせたケアの仕方 □陰部の保清方法 □失禁に対する不安な気持ちへの支援方法 <腹圧性尿失禁の場合> □尿取りパットの工夫 □運動習慣の作り方 □下着の工夫 □精神的支援の仕方 <真性尿失禁・反射性尿失禁の場合> □医師の指示と生活リズムに合わせた時間誘導 □治療継続ができる環境の調整 <溢流性尿失禁の場合> □糖尿病や前立腺肥大・前立腺癌の治療と合わせた支援方法

排尿に関わること		
	□尿失禁している	**尿失禁を招く疾患…** □脳血管疾患による尿意の低下（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血など） □神経疾患による尿意の低下および消失（パーキンソン病・多発性硬化症など） □認知機能の低下による尿意の低下（アルツハイマー型認知症など） □脊髄損傷による尿意の消失 **尿失禁を招きやすい生活状態…** □カフェインの取りすぎ □便秘 □肥満 □運動不足による骨盤底筋の筋力低下 □排尿しにくい着衣・環境

	□**訪問看護師**	□本人・家族の失禁に対する意向 □排尿回数 □１回の尿量・色・臭い □尿意の有無 □排尿時の苦痛の内容（痛みの有無など） □発熱の有無 □急に失禁するようになった場合…その頃の生活状況 □治療している疾患・治療内容・かかりつけ医 □１日の水分摂取量 □食事内容と嗜好品の有無 □便秘の有無 □介護者の心身状態	＜切迫性尿失禁の場合＞ □尿意を感じるたびに排泄できる環境の調整 □パットや下着の工夫 □精神的支援の仕方 ＜機能性尿失禁の場合＞ □リハビリテーション職と連携した排尿動作の工夫点 □排尿環境の調整方法 □精神的支援の仕方
	□**管理栄養士**	□本人・家族の失禁に対する意向 □排尿回数 □１回の尿量・色・臭い □生活状況 □治療している疾患・治療内容・かかりつけ医 □１日の水分摂取量 □食事内容と嗜好品の有無	□利尿作用の少ない飲み物 □食物繊維を十分に含んだ便秘を予防する調理方法 □肥満を予防・改善する調理内容 □介護支援に対する見解
	□**リハビリテーション職**（作業療法士が望ましい）	□本人・家族の失禁に対する意向 □排尿回数 □１回の尿量・色・臭い □尿意の有無 □家屋環境 □ADL状況（臥床レベル・車いす使用などの座位レベル・歩行レベルなど）	□腹圧性尿失禁の症状改善体操 □機能性尿失禁者の動作改善方法・環境調整ポイント □介護支援に対する見解

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
排尿に関わること	□尿が近い □尿の回数が多い（1日8回以上）	**尿が近くなり回数が多くなる疾患…** □尿路感染症 □脳血管疾患による排尿コントロールの不良…過活動膀胱 □パーキンソン病による排尿コントロールの不良…過活動膀胱 □前立腺肥大症…残尿・過活動膀胱 □膀胱を収縮させる神経の障害（糖尿病・腰部椎間板ヘルニア・子宮がん・直腸がん） **尿が近くなったり回数が多くなりやすい生活状態…** □水分の多量摂取 □利尿剤の服用 □排尿や失禁に対する不安がある（心因性頻尿）

132

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・泌尿器科・内科）	□本人・家族の排尿に対する意向 □排尿回数 □１回の尿量・色・臭い □残尿感の有無 □排尿時の苦痛の内容 □急に回数が増えるようになった場合…その頃の生活状況	□頻尿の原因 □治療の必要性 □頻尿の原因となった疾患の治療方針 □処方されている薬の内容と作用・副作用 □介護支援に対する見解
	□**看護師**	□本人・家族の排尿に対する意向 □排尿回数 □１回の尿量・色・臭い □残尿感の有無 □排尿時の苦痛の内容 □急に回数が増えるようになった場合…その頃の生活状況 □１日の水分摂取量 □食事内容と嗜好品の有無 □便秘の有無 □介護者の心身状態	□受診のタイミング □排尿しやすい環境の作り方 □着脱しやすい服装の工夫 □飲水方法の指導 □保温の仕方 □陰部の保清方法 □頻尿や失敗時の不安に対する精神的な支援方法

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
排便に関わること	□便失禁している	**便失禁を招く疾患…** □脳血管疾患による便意の低下（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血など） □神経疾患による便意の低下・消失（パーキンソン病・多発性硬化症など） □認知機能の低下による便意の低下（アルツハイマー型認知症など） □脊髄損傷による便意の消失 **便失禁を招きやすい生活状態…** □食あたりによる下痢 □水あたりによる下痢 □消化不良による下痢 □ストレス □冷房のかけすぎや気温の変化による身体の冷え □抗生物質の服用による下痢 □下剤の乱用による擬似性下痢 □便秘をしていて便が完全に出ていない □不規則な食生活 □排便しにくい着衣・環境

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・消化器科・内科）	□本人・家族の失禁に対する意向 □排便回数 □便の状態 □便意の有無 □排便時の苦痛の内容（腹痛・肛門痛・皮膚のただれの有無など） □急に失禁するようになった場合…その頃の生活状況	□失禁の原因 □治療の必要性の有無 □失禁の原因となった疾患の治療方針 □処方されている薬の内容・作用 □介護支援に対する見解 □認知レベルの低下がみられる場合…支援上の留意点

排便に関わること

□便失禁している

便失禁を招く疾患…

□脳血管疾患による便意の低下（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血など）

□神経疾患による便意の低下・消失（パーキンソン病・多発性硬化症など）

□認知機能の低下による便意の低下（アルツハイマー型認知症など）

□脊髄損傷による便意の消失

便失禁を招きやすい生活状態…

□食あたりによる下痢

□水あたりによる下痢

□消化不良による下痢

□ストレス

□冷房のかけすぎや気温の変化による身体の冷え

□抗生物質の服用による下痢

□下剤の乱用による擬似性下痢

□便秘をしていて便が完全に出ていない

□不規則な食生活

□排便しにくい着衣・環境

136

	□看護師	□本人・家族の失禁に対する意向 □排便回数 □便の状態 □便意の有無 □失禁する時間帯・場所 □排泄方法（介助の有無・おむつ使用の有無・排泄場所） □排便時の苦痛の内容（腹痛・肛門痛・皮膚のただれの有無など） □急に失禁するようになった場合…その頃の生活状況 □治療している疾患・治療内容・かかりつけ医 □１日の水分摂取量・摂取内容 □食事内容 □介護者の心身状態	□陰部の保清方法 □失禁に対する不安な気持ちへの支援方法 <腹圧性便失禁の場合> □パットや下着の工夫 □運動習慣の作り方 □排便習慣の把握方法 □精神的支援の仕方 <溢流性便失禁の場合> □医師との相談のうえで設定する定期的な排便方法 □医師へ浣腸や服薬によるコントロールを依頼する仕方
	□訪問看護師	□本人・家族の失禁に対する意向 □排便回数 □便の状態 □便意の有無 □失禁する時間帯・場所 □排泄方法（介助の有無・おむつ使用の有無・排泄場所） □排便時の苦痛の内容（腹痛・肛門痛・皮膚のただれの有無など） □急に失禁するようになった場合…その頃の生活状況 □治療している疾患・治療内容・かかりつけ医 □１日の水分摂取量・摂取内容 □食事内容 □介護者の心身状態	<切迫性便失禁の場合> □下痢の改善方法 □便意を感じるたびに排泄できる環境の調整 □便意を我慢しないですむ環境作りの仕方 □パットや下着の工夫 □精神的支援の仕方 <機能性便失禁の場合> □リハビリテーション職と連携した排便動作向上の工夫点 □排便環境の調整方法 □精神的支援の仕方

排便に関わること	□便失禁している	**便失禁を招く疾患…** □脳血管疾患による便意の低下（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血など） □神経疾患による便意の低下・消失（パーキンソン病・多発性硬化症など） □認知機能の低下による便意の低下（アルツハイマー型認知症など） □脊髄損傷による便意の消失 **便失禁を招きやすい生活状態…** □食あたりによる下痢 □水あたりによる下痢 □消化不良による下痢 □ストレス □冷房のかけすぎや気温の変化による身体の冷え □抗生物質の服用による下痢 □下剤の乱用による擬似性下痢 □便秘をしていて便が完全に出ていない □不規則な食生活 □排便しにくい着衣・環境

138

	□**管理栄養士**	□本人・家族の失禁に対する意向 □排便回数 □失禁回数 □生活状況 □１日の水分摂取量 □食事内容	□お腹に負担の少ない食事 □治療上必要な服薬の副作用による下痢症状の場合の食事の工夫 □調理が困難な場合の代替方法 □水分摂取の工夫点 □介護支援に対する見解
	□**リハビリテーション職**（作業療法士が望ましい）	□本人・家族の失禁に対する意向 □排便回数 □失禁回数 □排泄環境 □排泄動作 □ ADL 状況（臥床レベル・車いす使用などの座位レベル・歩行レベルなど） □介護者の介護状況	□腹圧性便失禁の症状改善体操 □機能性便失禁者の動作改善方法・環境調整ポイント □介護支援に対する見解

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
排便に関わること	□下痢をしている	**下痢を招きやすい疾患…** □風邪 □感染症 □過敏性腸症候群 □腸自体の炎症やがん **下痢を招きやすい生活状態…** □食あたり □水あたり（いつもと違う飲み水を飲んだ、水分の摂りすぎ、飲酒など） □消化不良（牛乳や乳製品の摂取、脂肪や糖分の取りすぎ、刺激の強い食べ物や香辛料の取りすぎ） □ストレス □冷房のかけすぎや気温の変化による身体の冷え □抗生物質の服用

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・消化器科・内科）	□本人・家族の下痢に対する意向 □排便回数 □便の状態 □発熱の有無 □排便時の苦痛の内容（腹痛・肛門痛の有無など） □失禁の有無 □急に下痢になった場合…その頃の生活状況	□下痢の原因 □治療の必要性の有無 □下痢の原因となった疾患の治療方針 □処方されている薬の内容・作用 □介護支援に対する見解
	□**看護師**	□本人・家族の下痢に対する意向 □排便回数 □便の状態 □排便時間 □排泄方法（介助の有無・おむつ使用の有無・排泄場所） □排便時の苦痛の内容（腹痛・肛門痛の有無など） □失禁の有無 □急に下痢になった場合…その頃の生活状況 □１日の水分摂取量・摂取内容 □食事内容 □介護者の心身状態	□看護師から得る情報 □受診のタイミング □感染症にかかっている時の自宅療養生活上の注意点 □治療上必要な服薬の副作用による下痢症状のケアの仕方 □水分摂取の工夫点 □陰部の保清方法 □失禁への不安に対する精神的な支援方法 □介護者の介護負担の軽減方法 □介護支援に対する見解
	□**管理栄養士**	□本人・家族の下痢に対する意向 □排便回数 □１日の水分摂取量 □食事の内容	□感染症にかかっているときの食事例 □治療上必要な服薬の副作用による下痢症状の食事の工夫 □調理が困難な場合の代替方法 □水分摂取の工夫点 □介護支援に対する見解

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
排便に関わること	□便秘をしている	**便秘を招きやすい疾患…** <器質性便秘> □消化管内外の腫瘤 □炎症性の狭窄 □腸重積 □過去の手術などによる癒着 <症候性便秘> □甲状腺機能低下症 □褐色細胞腫 □下垂体機能低下症 □副甲状腺機能亢進症 □膠原病 □糖尿病 □アミロイドーシス □尿毒症 □パーキンソン病 □脳血管疾患 □脳腫瘍 □多発性硬化症 □痔 □肛門周囲膿瘍 □結腸がん **便秘を招きやすい生活状態…** □排便の我慢 □水分の摂取不足 □食事量の低下 □偏食 □運動不足 □利尿剤や抗うつ剤の服用

142

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**医師**（かかりつけ医・消化器科・内科）	□本人・家族の便秘に対する意向 □排便回数・最終排便日 □便の状態 □排便時の苦痛の内容（便が硬い、お腹が張るなど） □急に便秘傾向になった場合…その頃の生活状況	□便秘の原因 □治療の必要性の有無 □便秘の原因となった疾患の治療方針 □処方されている薬の内容・作用 □介護支援に対する見解
	□**看護師**	□本人・家族の便秘に対する意向 □排便回数・最終排便日 □便の状態 □排便時間 □排泄方法（介助の有無・おむつ使用の有無・排泄場所） □排便時の苦痛の内容（便が硬い、お腹が張るなど） □急に便秘傾向になった場合…その頃の生活状況 □１日の水分摂取量 □食事内容 □介護者の心身状態	□便秘が改善できる生活リズムの作り方 □トイレ環境の作り方 □本人の気持ちを汲んだ声かけの仕方 □水分摂取の工夫点 □介護者の介護負担の軽減方法 □介護支援に対する見解

	□**管理栄養士**	□本人・家族の便秘に対する意向 □排便回数 □最終排便日 □１日の水分摂取量 □食事内容	□食物繊維を十分に含んだ調理の工夫点 □水分摂取の工夫点 □介護者の介護負担の軽減方法 □介護支援に対する見解
	□**リハビリテーション職**（便秘解消のための運動療法を知っている者が望ましい）	□本人・家族の便秘に対する意向 □排便回数 □最終排便日 □ ADL 状況（臥床レベル・車いす使用などの座位レベル・歩行レベルなど）	□自宅で毎日続けられる無理のない腹部体操 □介護支援に対する見解

尿失禁

尿失禁における連携のポイント

受診が必要な尿失禁

◆尿失禁がご本人の苦痛になっているとき

◆尿失禁が介護者の負担になっているとき

◆尿失禁の心配を昼夜問わず抱えているとき

医療職との連携のポイント

◆溢流性（いつりゅうせい）尿失禁は、糖尿病や前立腺肥大、前立腺がんなどの疾患が原因で、漏れたり、残尿感を引き起こします。主疾患の治療と合わせた支援が欠かせませんので、かかりつけ医と連携を図っておきましょう。

◆真性尿失禁や反射性尿失禁は、原因となる疾患が重度化している場合も多いため、かかりつけ医や看護師と連携を図り、全身状態を把握しておくことが必要です。

◆腹圧性尿失禁は高齢の女性によくみられる症状です。肥満対策や利尿作用の少ない飲み物など日常生活で予防できることがありますので、栄養士に相談してみましょう。また、1日10分程度で行える簡単な体操が有効ですので、リハビリテーション職に相談してみるとよいでしょう。

◆機能性尿失禁で困っている利用者さんに対しては、一連の排尿動作を1つひとつ確認しながら改善点を見出すことが必要です。リハビリテーション職に同行訪問を依頼し、一緒に確認してもらいましょう。

頻尿

頻尿における連携のポイント

受診が必要な頻尿

◆昼夜を問わず排尿の心配を抱えているとき

◆頻尿を理由に外出を控えているとき

◆頻尿を理由に対人交流を控えているとき

医療職との連携のポイント

◆頻尿は、回数以上に、ご本人が感じている思いに寄り添う支援が大切です。回数だけでなく、排泄時間や排泄量、臭い、排泄環境などの把握にも努めましょう。排尿は、生活上の細かな変化にも影響されやすいものです。ご本人はもちろんのこと、ご家族などからも、日常生活についてお話ができる関係作りを心がけておきましょう。

◆夜間頻尿によって十分な睡眠が確保されていない場合は、かかりつけ医に相談することが重要です。夜間の不眠は、トイレ移動時の転倒を招くだけでなく、休息不足から治療中の疾病を悪化させてしまいます。夜間頻尿の治療とあわせて、訪問看護師にも協力を仰ぎ、夜間の休息環境を整える支援を行いましょう。

便失禁

便失禁における連携のポイント

受診が必要な便失禁

◆便失禁がご本人の苦痛になっているとき

◆便失禁が介護者の負担になっているとき

◆便失禁が続いて身体がやせてきたとき

医療職との連携のポイント

◆失禁対策が遅れると衛生的な生活が損なわれ、感染症や褥瘡などの二次的な課題が生じやすくなりますので、看護師へ相談してください。

◆腹圧性便失禁は下痢で失禁していることがよくありますので、ある程度の便の塊が期待できる食生活が大切です。栄養士または管理栄養士に相談してみてください。

下痢

下痢における連携のポイント

受診が必要な下痢

◆下痢とともに食事量が減っているとき

◆下痢が続いて身体がやせてきたとき

医療職との連携のポイント

◆高齢者の下痢には消化性下痢がよくみられます。原因の１つに、歯の欠損により咀嚼が不十分であることがあげられます。下痢を繰り返している利用者さんへの支援では、一度、歯科医師へ相談してみましょう。

◆高齢者の消化性下痢は、たんぱく質と脂肪の消化が不十分なため生ずるものもあります。特に脂肪の不消化がみられ、脂肪便が下痢として排出されている場合が少なくありません。下痢を繰り返している利用者さんへの支援では、食事内容を確認し、動物性のたんぱく質や脂肪の多い食生活を改善するポイントを栄養士または管理栄養士に相談してみましょう。

便秘

便秘における連携のポイント

受診が必要な便秘

◆１週間以上排便がないとき

◆便秘をしていて食欲がないとき

◆便秘をしていて偏食があるとき

◆変形した便が出るとき

医療職との連携のポイント

下痢と便秘を繰り返している人は、どちらの状態のときに苦痛が大きく、介護負担が増しているかをアセスメントしてみてください。その結果をふまえて、看護師と連携を図り、後手にまわらない支援を心がけましょう。

感染症

感染症による嘔吐・下痢時の連携のポイント

感染症によって支援が必要となる原因に、ノロウイルスによる感染性胃腸炎があげられます。1年を通して発生しますが、冬期には特に流行します。

1……感染経路

◆飛沫感染（他者と接触する機会が多い家庭や公共機関などで感染）

◆二次感染（ノロウイルスが大量に含まれる便や吐物から人の手を介して感染）

◆食事を通して感染（食品の製造などに従事する者や飲食店の調理従事者、家庭で調理をする者などが感染しており、その者を介して汚染した食品を食べて感染）

2……主な症状

手指や食品などを介して口に入ったノロウイルスは腸管で増殖します。そのため、嘔気・嘔吐、下痢、腹痛が発症し、1～2日間続きます。

3……予防接種・治療

ノロウイルスに対するワクチンはありません。治療は、輸液などの対症療法に限られます。

4……受診の目安

症状が出始めたら、すぐにかかりつけ医や訪問看護師などに相談しておくことが必要です。最寄りの保健所も相談に応じてもらえるので、活用してみるとよいでしょう。症状が強く、体力を消耗している場合は輸液などの対処療法が必要です。しかし、受診などで外出せざるをえない状態になってしまうと、体力を消耗するばかりでなく、ヒトからヒトへ感染を広げてしまうことになりかねませんので、後手にまわらない支援を心がけましょう。

5……感染者への支援上の注意点

高齢者は脱水症状を起こしやすいので、十分な水分と栄養の補給が必要です。訪問看護師や栄養士・管理栄養士に相談するとよいでしょう。また、高齢者は、吐物を詰まらせてしまうことが少なくないため、注意が必要です。療養上の支援策を訪問看護師に相談し、協力を依頼しておきましょう。

6……感染の拡大を予防するための注意点

主な注意点は、「食事の前やトイレの後の手洗い」「感染者に接する者は、感染者の便や吐物を適切に処理し、感染を広げないようにする」「調理器具などは使用後に殺菌洗浄する」「嘔気・嘔吐や下痢の症状のある者は直接食品を取り扱う作業をしない」「加熱が必要な食品は中心部まで十分に加熱する」などです。かかりつけ医や訪問看護師と一緒になって、生活環境に合った具体的な方法を確認しておくことが必要です。

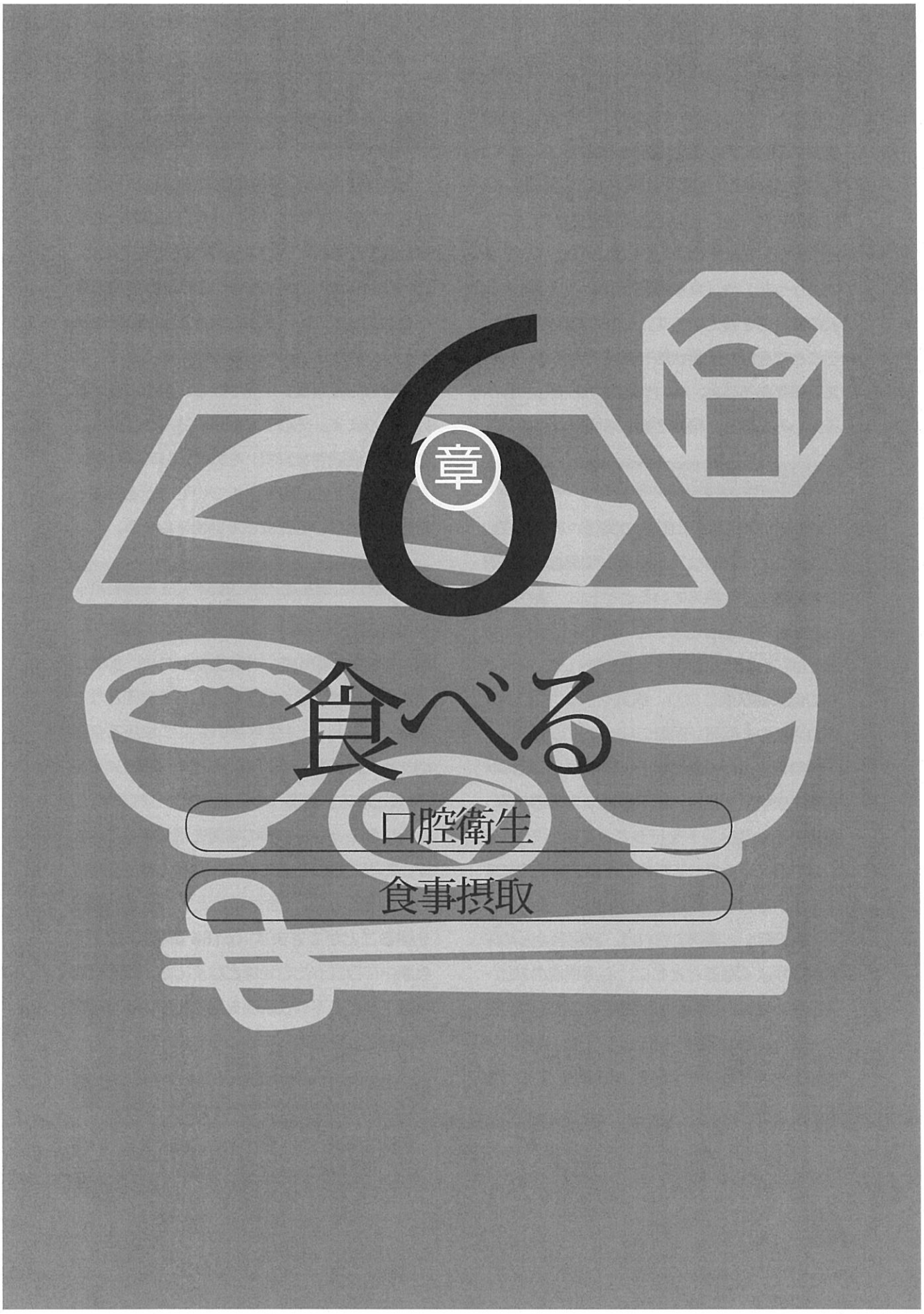
参考文献

●一般社団法人日本介護支援専門員協会編「医療ニーズが高い利用者に対する地域における支援（特に訪問看護）に関する調査研究事業報告書」2011

●一般社団法人日本介護支援専門員協会編「医療ニーズが高い要介護者への訪問看護導入等に向けた課題に関する調査研究事業報告書」2012

●一般社団法人日本介護支援専門員協会編「利用者が自分らしく豊かに生活するためのケアマネジメント――訪問看護の上手な利用例」2012

●介護支援専門員テキスト編集委員会編『六訂介護支援専門員基本テキスト』第3巻「高齢者保健医療・福祉の基礎知識」一般財団法人長寿社会開発センター、2012



6章 食べる

口腔衛生

食事摂取

私たちは「いただきます」から「ごちそうさま」までの間にいろいろな思いを巡らせています。「いただきます」には「お腹がすいた」「おいしいものを食べたい」などの期待を込めて、また、「ごちそうさま」では「楽しくおしゃべりできてよかった」や「食事療法がうまくいった」などの満足感を得ています。しっかり上手に食べることで良好な栄養状態を維持できると、たとえ疾患があろうと、体力や筋力が回復し、食べる楽しみも増し、精神活動も活発になります。

医療職との連携の必要性

高齢者の多くは、口腔内の問題や消化吸収能力の低下・精神的なストレス・調理能力、経済力の問題などを抱えているとともに、食べる楽しみを忘れた生活を送っています。そうした状況では、必要な栄養素が十分に取れず、心身ともに低栄養状態になり、病気を悪化させたり、体力や筋力の回復が困難になったりします。

利用者さんの喫食の様子を観察し、口腔の状態や栄養状態・摂食・嚥下機能や食形態の適・不適のアセスメントを行うことによって、「安心しておいしく食べるための課題」を明確にできます。それらの課題解決のために「食べる分野の医療職」と連携できれば、利用者さんの栄養状態がよくなるとともに、心身機能の向上・活動量の増加や社会参加が期待できます。なお、ターミナル期の食欲不振にあっても、人間の基本的な欲求である食べる楽しみは感じてもらえます。

連携のきっかけの見つけ方

「食べられない」。この言葉に関するいろいろな心身の変化を見つけることから医療職との連携は始まります。「食べたい気持ちがあるのに、○○だから食べられない」「こういう理由で食べられないので、○○になった」。医療連携チェック表からこの○○を確認することで「食べる分野の医療職」が見つかり、連携のきっかけになります。そして、利用者さんの「食べることの価値観や食習慣」を大事にして、「何を、どう工夫して食べるか」についてもっとも適した方法を模索して提供していきましょう。

潜在化している障害に注意

摂食・嚥下障害は外部から見えない障害です。脳血管疾患や認知症、神経難病以外に、加齢による機能減退や筋力低下などもその原因となります。「喜び」と「生きがい」につながる食事のためには、「楽しく」「おいしく」「誤嚥しない」「栄養となる」食事への支援が求められます。

大切なことは、食事の場面を観察することです。お昼ご飯のときにでも、食事の様子を観察してみることで、「食べること」の多くの情報を得ることができます（p186 参照）。たとえ食事中に目立ったむせなどなくても、口腔機能の低下などで不顕性誤嚥（ふけんせいごえん）を起こしている可能性もあることを想定しましょう。

誤嚥性肺炎を繰り返す場合

誤嚥性肺炎とは、食べ物や口腔内などの細菌

を多く含む唾液などを誤嚥して、気管に入り込み、肺炎を起こすことです。摂食・嚥下障害があると、食べ物だけではなく、唾液なども誤嚥し、口腔内の細菌によっても肺炎が引き起こされます。また、不顕性誤嚥は、目立ったむせなどが起こらなくても、唾液や胃からの逆流物などを少量ずつ持続的に誤嚥している状態です。経鼻経管栄養などのチューブがのどに入っているケースや、よく嘔吐するケースも要注意です。誤嚥性肺炎予防には、口腔のケアの充実が重要であり、歯科専門職との連携は必須です。

口から食べることをいかに支えるか

摂食・嚥下障害が進行すると経口からの食事摂取が困難となり、低栄養、脱水などを引き起こします。また、胃ろうなど人工的水分・栄養補給方法を考えることが多くなります。老年医学会は、高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインを作成していますが、近年、重度の認知症の人の胃ろう造設というご本人の意思決定が困難なケースについて、ご家族やかかりつけ医とのコミュニケーションがますます重要となっています。たとえ胃ろうなどになっても、口から食べることを支援することは、人としての尊厳を守ることにもつながるでしょう。

口から食べることを支えるためには、関連する多くの職種の連携・協働が不可欠です。病院、介護施設、在宅などの療養の場が変化しても、その人の「栄養状態や食べる機能と食事環境、食事内容や必要な摂食・機能訓練、口腔のケアなどの情報」が共有されることが大切です。その役割を担うのは、地域で活躍するケアマネジャーであり、少しでも摂食・嚥下障害が疑われた場合には、関連する医療職との連携が重要です。また、服薬については薬剤師の指導を受けましょう。

摂食・嚥下に関わる医療職との連携

食に関わるケースで医師・看護師・管理栄養士との連携は当然ですが、歯科医師や歯科衛生士とも、歯科疾患や義歯などの歯科治療だけではなく、摂食・嚥下障害への対応で関わりをもつことが必要です。摂食機能療法の担い手である歯科医師・歯科衛生士は、摂食・嚥下機能の検査・評価などを行います。そして、多職種と連携しながら、必要な歯科治療や口腔のケア、摂食・嚥下訓練などを行います。

また、管理栄養士は栄養アセスメントをはじめとする栄養管理、食環境、食形態、食事介助、調理など食に関わるプロです。病院だけではなく、市区町村の保健所・保健センターなどにも管理栄養士がいますので、相談するとよいでしょう。

その他、歯科大学病院などには、摂食・嚥下障害者に対応できる口腔リハビリテーション科などがあります。地域での歯科医療機関を確認、把握しておくことも大切です。

なお、かかりつけ医やかかりつけ歯科医と連携して、継続的な口腔機能管理が提供できるようなケアプランを作成することが大切なのはいうまでもありません。それが、最期まで口から食べることを支えるポイントとなります。

医療連携が必要な状態一覧

□肺炎と診断されたことがある……156
□食事量・おやつが急に増えた……156
□水分摂取量が急に減った・増えた……156
□唾液が口の中に溜まる……156
□唾液が嚥下できないようだ……156
□口腔内の痛みなどで食事や飲水ができない……156
□夜、咳で眠れなかったり、目覚めることがある……156
□食事姿勢の確保ができない……158
□食事に集中できない……158
□摂食・嚥下機能に適した食事形態への調理が困難……158
□嚥下調整食やとろみの付け方などがわからない……158
□義歯が入れられない……158
□義歯による痛みなどがある……158
□口が開かない……158
□口が閉じない……160
□よだれが出る……160
□舌苔が多い……160
□食べ始めることができない……160
□口に運ぶ前にこぼす……162
□口に入れるときにこぼす……162
□咀嚼しているときに口からこぼれる……162
□嚥下するときにこぼす……162
□一度に口に入れる量が多い……162
□口に入れるペースが早い……162
□あごの上下の動きはあるが、左右には動いていない……164
□咀嚼ができない……164
□長時間口にため込んで飲み込めない……164
□頬部に食物がたまる……164
□食べ続けることができない……164

154

□食事中に落ち着かない……164
□義歯が合わない……166
□義歯が落ちる、はずれる……166
□固い物が食べにくくなった……166
□固いものが噛めない……166
□丸飲みをするようになった……166
□上を向いて嚥下している……166
□食事中にむせたり、咳き込む……166
□お茶を飲むときにむせる……166
□物が飲み込みにくいと感じる……168
□のどに食べ物が残る感じがする……168
□胸に食べ物が残ったり、つまった感じがする……168
□声が変化する……168
□声がかすれてきている（がらがら声・かすれ声など）……168
□食べる時間が長くなった……168
□食べるのが遅くなった……168
□残食量が増加している……168
□食後にむせたり、咳き込む……168
□食事中・食後に痰が増える……170
□のどがゴロゴロする……170
□痰に食べ物が混じる……170
□声が変化する……170
□薬を飲むことが困難……170
□食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることがある……170
□嘔気・嘔吐……170
□急減にやせた（体重が 3 か月で 3kg 以上減少）……172
□最近緩やかにやせてきた（体重が 6 か月で 2～3kg 減少）……174
□体重に変化はないが、ぶよぶよになってきた……176
□体重が増えた……176
□やせている（BMI20 以下）……180

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
食事前	□肺炎と診断されたことがある	□誤嚥性肺炎の可能性
	□食事量・おやつが急に増えた	□糖尿病 □栄養障害（肥満） □認知障害
	□水分摂取量が急に減った・増えた	□糖尿病 □脱水 □摂食・嚥下障害
	□唾液が口の中に溜まる □唾液が嚥下できないようだ	□摂食・嚥下障害
	□口腔内の痛みなどで食事や飲水ができない	□口内炎 □歯科疾患
	□夜、咳で眠れなかったり、目覚めることがある	□誤嚥（不顕性誤嚥を含む） □気管支炎 □肺炎 □胃・食道逆流

156

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□かかりつけ医 □看護師 □歯科医師	□いつごろか	□既往歴 □服薬 □栄養状態 □食事の量・食形態・調理法
	□かかりつけ医 □医師（精神科） □管理栄養士 □看護師	□食事の回数・時間帯 □間食の有無	□既往歴 □服薬 □栄養食事指導
	□かかりつけ医 □歯科医師 □管理栄養士 □看護師	□いつからか □おおよその摂取量	□既往歴 □服薬 □栄養食事指導
	□かかりつけ医 □歯科医師 □管理栄養士 □看護師	□いつからか □程度	□既往歴 □服薬
	□歯科医師 □歯科衛生士 □看護師	□時期 □部位 □痛みの程度	□既往歴 □服薬
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師	□いつからか □症状・程度	□既往歴 □服薬

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
食事前	□食事姿勢の確保ができない	□姿勢保持が困難 □食卓・いすなどの問題
	□食事に集中できない	□認知障害 □周囲に気をとられる □皿や食具の問題
	□摂食・嚥下機能に適した食事形態への調理が困難 □嚥下調整食やとろみの付け方などがわからない	□介護力・介護量に配慮した調理方法（食形態）や介助方法 □とろみ調整などの食品の選択
	□義歯が入れられない	□認知障害 □義歯の不適・破折 □歯科疾患
	□義歯による痛みなどがある	□義歯の不適 □口内炎 □口腔乾燥 □歯科疾患
	□口が開かない	□開口障害 □顎関節症 □歯科疾患

158

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**理学療法士** □**作業療法士** □**歯科医師**	□テーブル・いすの高さなど	□食環境調整
	□**管理栄養士** □**歯科医師** □**歯科衛生士**	□食事の時間・程度	□食環境調整 □食形態
	□**管理栄養士** □**歯科医師** □**歯科衛生士**	□状況 □既往歴 □服薬内容 □健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □むせの状態	□栄養食事指導
	□**歯科医師** □**歯科衛生士**	□いつからか □症状・程度	□歯科治療
	□**歯科医師** □**歯科衛生士**	□いつからか □症状・程度	□歯科治療
	□急に生じた場合…**かかりつけ医・歯科医師**もしくは**救急** □以前からみられる場合…**歯科医師・かかりつけ医・看護師・歯科衛生士**	□いつからか □症状・程度	□既往歴 □服薬

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
食事前	□口が閉じない	□顎関節脱臼 □口唇閉鎖不全
	□よだれが出る	□口唇閉鎖不全 □唾液嚥下困難 □唾液分泌過多
	□舌苔が多い	□口腔清掃不良 □舌運動機能障害 □カンジダ症
食事中	□食べ始めることができない	□認知障害

160

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□急に生じた場合…**かかりつけ医・歯科医師**もしくは**救急** □以前からみられる場合…**歯科医師・かかりつけ医・看護師・歯科衛生士**	□いつからか □症状・程度	□対処方法
	□急に生じた場合…**かかりつけ医・歯科医師**もしくは**救急** □以前からみられる場合…**歯科医師・かかりつけ医・看護師・歯科衛生士**	□いつからか □症状・程度	□既往歴 □服薬
	□**歯科医師** □**かかりつけ医** □**看護師**	□程度 □痛みの有無	□清掃方法 □服薬
	□**かかりつけ医** □**歯科医師** □**看護師** □**管理栄養士** □**言語聴覚士**	□程度・状況 □むせの有無	□食事環境調整 □食事形態 □食事介助方法 □摂食・嚥下訓練

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
食事中	□口に運ぶ前にこぼす □口に入れるときにこぼす □咀嚼しているときに口からこぼれる □嚥下するときにこぼす	□巧緻性低下 □筋力低下 □運動可動域減少 □手と口の協調運動障害 □認知障害 □口唇閉鎖不全 □早食い □一口量が合わない □口腔内保持力低下 □半側空間無視 □高次脳機能障害 □舌の突出
	□一度に口に入れる量が多い	□認知障害 □早食い □一口量が合わない
	□口に入れるペースが早い	□認知障害 □習癖

162

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士 □歯科衛生士	□程度・状況 □むせの有無	□食事環境調整 □食事形態 □食事介助方法 □摂食・嚥下訓練
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士 □歯科衛生士	□程度・状況 □むせの有無	□食事環境調整 □食事形態 □食事介助方法 □摂食・嚥下訓練
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士 □歯科衛生士	□程度・状況 □むせの有無	□食事環境調整 □食事形態 □食事介助方法 □摂食・嚥下訓練

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
食事中	□あごの上下の動きはあるが、左右には動いていない □咀嚼ができない	□運動障害性咀嚼障害 □高次脳機能障害
	□長時間口にため込んで飲み込めない □頬部に食物がたまる	□舌運動機能低下 □咀嚼機能低下 □嚥下失行 □認知障害 □神経麻痺 □口腔乾燥
	□食べ続けることができない □食事中に落ち着かない	□認知障害 □食事姿勢がとれない □食事以外へ関心が向く

164

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士 □歯科衛生士	□程度・状況 □むせの有無	□食事環境調整 □食事形態 □食事介助方法 □摂食・嚥下訓練
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士 □歯科衛生士	□程度・状況 □むせの有無	□食事環境調整 □食事形態 □食事介助方法 □摂食・嚥下訓練
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士 □歯科衛生士	□食事環境 □生活環境の変化	□食事環境調整 □食事形態 □食事介助方法 □摂食・嚥下訓練

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
食事中	□義歯が合わない □義歯が落ちる、はずれる	□義歯不適合 □口腔乾燥
	□固い物が食べにくくなった □固いものが噛めない	□歯科疾患 □義歯不適合 □摂食・嚥下障害
	□丸飲みをするようになった	□咀嚼機能低下 □舌運動機能低下 □義歯不適合
	□上を向いて嚥下している	□舌運動機能低下 □咽頭への送り込み障害
	□食事中にむせたり、咳き込む □お茶を飲むときにむせる	□摂食・嚥下障害（誤嚥を含む）

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□歯科医師 □歯科衛生士	□状況 □痛み	□歯科治療 □調理の工夫
	□歯科医師 □歯科衛生士 □管理栄養士	□状況 □痛み	□歯科治療 □調理の工夫
	□歯科医師 □かかりつけ医 □歯科衛生士 □看護師 □管理栄養士 □言語聴覚士	□いつからか □状況	□摂食・嚥下障害の程度と対応 □摂食・嚥下訓練方法 □医師・歯科医師・言語聴覚士…嚥下機能の状態、嚥下訓練の到達レベル □管理栄養士…調理の工夫(とろみ)
	□歯科医師 □かかりつけ医 □衛生士 □訪問看護師 □管理栄養士 □言語聴覚士	□いつからか □状況	□摂食・嚥下障害の程度と対応 □摂食・嚥下訓練方法 □医師・歯科医師・言語聴覚士…嚥下機能の状態、嚥下訓練の到達レベル □管理栄養士…調理の工夫(とろみ)
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士	□いつからか □状況	□摂食・嚥下障害の程度と対応 □摂食・嚥下訓練方法 □医師・歯科医師・言語聴覚士…嚥下機能の状態、嚥下訓練の到達レベル □管理栄養士…調理の工夫(とろみ)

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
食事中	□物が飲み込みにくいと感じる □のどに食べ物が残る感じがする □胸に食べ物が残ったり、つまった感じがする	□摂食・嚥下障害（誤嚥を含む）
	□声が変化する □声がかすれてきている（がらがら声・かすれ声など）	□摂食・嚥下障害（誤嚥を含む）
	□食べる時間が長くなった □食べるのが遅くなった	□摂食・嚥下障害 □認知障害
食後	□残食量が増加している	□摂食・嚥下障害（誤嚥を含む）
	□食後にむせたり、咳き込む	□摂食・嚥下障害（誤嚥を含む）

168

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士	□いつからか □状況	□摂食・嚥下障害の程度と対応 □摂食・嚥下訓練方法 □医師・歯科医師・言語聴覚士…嚥下機能の状態、嚥下訓練の到達レベル □管理栄養士…調理の工夫(とろみ)
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士	□いつからか □状況	□摂食・嚥下障害の程度と対応 □摂食・嚥下訓練方法 □医師・歯科医師・言語聴覚士…嚥下機能の状態、嚥下訓練の到達レベル □管理栄養士…調理の工夫(とろみ)
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士	□いつからか □状況	□摂食・嚥下障害の程度と対応 □摂食・嚥下訓練方法 □医師・歯科医師・言語聴覚士…嚥下機能の状態、嚥下訓練の到達レベル □管理栄養士…調理の工夫(とろみ)
	□管理栄養士 □かかりつけ医 □歯科医師	□量 □内容	□摂食・嚥下障害の程度・対応 □摂食・嚥下訓練 □栄養状態 □栄養食事指導
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □言語聴覚士 □理学療法士	□いつからか □状況	□摂食・嚥下障害の程度・対応 □摂食・嚥下訓練

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
食後	□食事中・食後に痰が増える □のどがゴロゴロする □痰に食べ物が混じる □声が変化する	□摂食・嚥下障害（誤嚥を含む）
	□薬を飲むことが困難	□摂食・嚥下障害（誤嚥を含む）
	□食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることがある	□胃・食道逆流
	□嘔気・嘔吐	□胃・食道疾患 □髄膜炎 □脳血管疾患

170

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□かかりつけ医 □歯科医師 □看護師 □管理栄養士 □言語聴覚士 □理学療法士	□いつからか □状況	□摂食・嚥下障害の程度・対応 □摂食・嚥下訓練
	□薬剤師 □かかりつけ医 □歯科医師 □看護師	□いつからか □状況	□服薬指導 □服薬方法
	□かかりつけ医 □看護師	□いつからか □状況	□医療対応
	□かかりつけ医 □看護師	□いつからか □状況	□医療対応

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
急性期	□急減にやせた（体重が3か月で3kg以上減少）	**急激な体重減少がみられる疾患…** □糖尿病の急な出現または悪化 □がんの悪化 **急激な体重減少がみられる状態…** □脱水の急な進行

172

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□かかりつけ医 □歯科医師	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □家族の意向	□体重減少の原因 □治療方針 □服薬内容 □歯周病の有無 □嚥下機能の状態 □栄養状態
	□看護師	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □家族の意向	□生活管理全般 □医療器具の管理 □水分管理 □食事介助
	□薬剤師	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □家族の意向	□服薬指導 □副作用の対応 □特殊製剤管理
	□栄養士 □管理栄養士	□診断 □治療方針 □健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □食事内容（間食含む） □くせ □むせの状態 □家族の意向	□適正な栄養量・調理の技術 □嚥下調整食の調理法 □水分管理(特に脱水時の水分補給) □生活管理 □各種調整食品の活用購入方法

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
生活期	□最近緩やかにやせてきた（体重が6か月で2～3kg減少）	**緩やかな体重減少がみられる疾患…** □糖尿病の出現または悪化 □がんの悪化 □慢性呼吸器疾患 **緩やかな体重減少がみられる状態…** □摂食嚥下機能の低下による摂取量の不足 □加齢によるもの（サルコペニア）

174

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□かかりつけ医 □歯科医師	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □家族の意向	□体重減少の原因 □治療方針 □服薬内容 □歯周病の有無 □嚥下機能の状態 □栄養状態
	□看護師	□診断 □治療方針 □健常時の体重 □体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □家族の意向	□生活管理全般 □医療器具の管理 □水分管理 □食事介助
	□薬剤師	□診断 □治療方針 □服薬の仕方 □副作用（低血糖など） □健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □家族の意向	□服薬指導 □副作用の対応 □特殊製剤管理

生活期	□最近緩やかにやせてきた（体重が6か月で2～3kg減少）	**緩やかな体重減少がみられる疾患…** □糖尿病の出現または悪化 □がんの悪化 □慢性呼吸器疾患 **緩やかな体重減少がみられる状態…** □摂食嚥下機能の低下による摂取量の不足 □加齢によるもの（サルコペニア）
	□体重に変化はないが、ぶよぶよになってきた □体重が増えた	**体重増加がみられる疾患…** □糖尿病が出現または進行 □腎臓疾患・心臓疾患が進行し、浮腫が出現 **体質の変化がみられる状態…** □食事や間食の偏り（たんぱく質不足）による筋肉量の減少と脂肪量の蓄積 □活動量の低下

	□**栄養士** □**管理栄養士**	□診断 □治療方針 □健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □食事内容（間食含む） □くせ □むせの状態 □家族の意向	食事療法 □適正な栄養量・調理の技術 □嚥下調整食の調理法 □水分管理 □生活管理 □各種調整食品の購入方法
	□**理学療法士** □**言語聴覚士**	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □家族の意向	□リハビリテーションの内容 □摂食・嚥下訓練
	□**かかりつけ医** □**歯科医師**	□健常時の体重 □体重減少の経緯・体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □歯周病の有無 □むせの状態 □家族の意向	□原因 □治療方針 □服薬内容 □嚥下機能の状態 □栄養状態

生活期	□体重に変化はないが、ぶよぶよになってきた □体重が増えた	**体重増加がみられる疾患…** □糖尿病が出現または進行 □腎疾患・心疾患が進行し、浮腫が出現 **体質の変化がみられる状態…** □食事や間食の偏り（たんぱく質不足）による筋肉量の減少と脂肪量の蓄積 □活動量の低下

178

	□**看護師**	□診断 □治療方針 □健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □家族の意向	□生活管理全般 □医療器具の管理 □水分管理 □食事介助
	□**薬剤師**	□診断 □治療方針 □服薬の仕方 □副作用（低血糖など） □健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □家族の意向	□服薬指導 □副作用の対応 □特殊製剤管理
	□**栄養士** □**管理栄養士**	□診断 □治療方針 □健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □食事内容（間食含む） □くせ □むせの状態 □家族の意向	食事療法 □適正な栄養量・調理の技術 □嚥下調整食の調理法 □水分管理 □生活管理 □各種調整食品の活用購入方法

	医療連携が必要な状態	考えられる主なこと
生活期	□やせている（BMI20 以下）	やせることがみられる疾患… □低血圧 □胃下垂 □慢性閉塞性肺疾患 □慢性腎臓病 □糖尿病 □認知症

	連携する医療職	医療職に伝える情報	医療職に確認する情報 医療職から入手する情報
	□**かかりつけ医** □**歯科医師**	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □提供量・提供時間・提供方法 □家族の意向	□原因の疾患 □治療方針 □服薬内容 □嚥下機能の状態 □栄養状態
	□**看護師**	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □提供量・提供時間・提供方法	□生活管理全般 □医療器具の管理 □水分管理 □食事介助
	□**薬剤師**	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □提供量・提供時間・提供方法	□必要栄養量・水分量 □嗜好に合う薬剤の情報
	□**栄養士** □**管理栄養士**	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □提供量・提供時間・提供方法	食事療法 □適正な栄養量・調理の技術 □嚥下調整食の調理法 □水分管理 □生活管理 □各種調整食品の活用購入方法

生活期	□やせている（BMI20 以下）	**やせている原因となっている状態…** □加齢によるもの □食べているつもりでも食事量が少ない（特におかずが少ない） □食事の回数が 2 回以下
		□流動食や飲み物が中心 □口から食べられない（経管栄養である）

182

	□**看護師**	□生活リズム □嗜好 □買い物・調理能力（経済力・家族の力含む） □食事内容（間食含む）	□生活管理全般 □医療器具の管理 □水分管理 □食事介助 □栄養状態 □今後の想定できる状態
	□**栄養士** □**管理栄養士**	□生活リズム □嗜好 □買い物・調理能力（経済力・家族の力含む） □食事内容（間食含む）	食事療法 □適正な栄養量・調理の技術 □嚥下調整食の調理法 □水分管理 □生活管理 □各種調整食品の活用購入方法
	□**かかりつけ医** □**歯科医師**	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □提供量・提供時間・提供方法 □家族の意向	□原因の疾患 □治療方針 □服薬内容 □嚥下機能の状態 □栄養状態
	□**看護師**	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □提供量・提供時間・提供方法 □家族の意向	□生活管理全般 □医療器具の管理 □水分管理 □食事介助

生活期	□やせている（BMI20 以下）	□流動食や飲み物が中心 □口から食べられない（経管栄養である）

184

	□**薬剤師**	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □提供量・提供時間・提供方法 □家族の意向	□服薬指導 □副作用の対応 □特殊製剤管理
	□**栄養士** □**管理栄養士**	□健常時の体重・体重変化の経緯 □体調の変化 □生活環境（活動量含む）の変化 □むせの状態 □提供量・提供時間・提供方法 □家族の意向	□適切な食事の量・仕方 □水分管理 □生活管理 □調理の技術 □嚥下調整食の調理法 □食品の購入方法

食事の観察

食事場面の観察ポイント

食事を観察することによって、食に関わるさまざまな問題点などを発見することができます。

食事のステップに沿った食事と口腔のケアの目標と観察ポイントは、以下の表が参考になります。医療連携チェック表を利用しながら、栄養評価とともに食事場面を観察して、潜在する摂食・嚥下機能障害や口腔内の問題を把握して、専門職と連携することが大切です。

食事のステップ		目標と観察ポイント	
食事の準備・用意	食事時間や場所の配慮 調理方法、食形態 とろみ調整剤などの適切な使用 食べる意欲と食べ物へのこだわりへの配慮 配食サービス、デイサービス、ショートステイなどでの食形態の確認	楽しくおいしく食べることへの導き 食べる環境の整備と準備	1…食前のトイレと手指の清潔 2…雰囲気・食卓の準備・配膳 ◆食事姿勢の確保、食具の準備 3…食べるための口の準備 ◆口腔内の確認、義歯の準備 ◆嚥下体操、関節訓練など
食事摂取と介助	食事の姿勢の確保・声かけ 食形態の確認 食べこぼし 口へ入れるタイミング 飲み込むことの確認 口の中の残留の確認 食事にかかる時間と疲労度 残食量の確認	安全においしく必要量を食べること 食事介助と見守り	1…体幹角度調整と保持 2…食具の使用状況、口へ運ぶ状態 3…口への取り込み、介助の位置・角度 4…食べるペース、一口量、口からのこぼれ 5…食事への集中、声かけのタイミング 6…むせ、咳の状態、声の変化 7…義歯の具合
食後のケア	服薬、残留の確認 口腔ケアグッズやうがいの準備 口腔ケア時の姿勢の確保 安全で安楽な口腔ケア 誤嚥に十分注意 義歯の清掃・管理の徹底	食後の団らんと服薬・口腔清潔保持 食後の見守りと口腔ケア	1…服薬管理、食後の姿勢保持 2…食後の咳などの有無 3…食後の口腔清掃 ◆食物残渣の除去、うがい ◆歯ブラシ、舌の清掃など ◆必要に応じて含嗽剤などの使用 4…義歯の清掃、清掃用具・洗浄剤の使用

誤嚥の徴候

摂食・嚥下障害、誤嚥を発見しよう

摂食・嚥下障害によって、誤嚥性肺炎や窒息の危険性が高くなります。それは、脱水や低栄養だけではなく、食べる楽しみの喪失につながります。また、食事形態など食事の準備にも課題が多くなり、介護者の負担も大きくなります。

誤嚥の徴候として、下記が認められた場合は、特に要注意と考えましょう。

	過去に誤嚥があった
	肺炎（発熱）を繰り返す
	脱水、低栄養状態がある
	拒食、食欲低下がある
	食事時間が１時間以上かかる
	食事の好みが変わった
	食事中、食後にむせや咳が多い
	食後に嗄声がある
	夜間に咳き込む
	咽頭違和感、食物残留感がある

摂食・嚥下障害にはさまざまな原因があります。器質的原因として、歯の欠損、義歯の未装着や口腔、咽頭、食道疾患が、機能的原因には、中枢神経障害として、脳梗塞、脳出血などの脳血管障害、パーキンソン病や筋萎縮性側索硬化症などの変性疾患、頭部外傷、その他末梢神経障害、神経筋疾患など、また、加齢による機能減退、サルコペニアによると考えられる嚥下障害などもあります。その徴候を早期に発見し、医療職と連携し、適切な評価・診断、食事指導や摂食・嚥下訓練などにつなげることが大切です。

摂食・嚥下障害

摂食・嚥下障害の評価・検査など

摂食・嚥下障害の疑いがあれば医療職と連携が必要になります。専門職による摂食・嚥下障害の評価・診断が必要になりますが、摂食・嚥下障害の評価や検査についても理解し、摂食・嚥下障害の程度を把握しておくことは、経口摂取を維持するためのケアプランの作成にも役立つと思われます。

詳細は、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会のホームページからマニュアル「摂食・嚥下障害の評価（簡易版）」などがダウンロードできますので、参考にするとよいでしょう。

医療面接	原因となる疾患の確認
	病歴聴取、服薬内容の確認
	栄養評価
神経学的所見	意識状態、意思疎通
	脳神経学的所見
口腔内歯科的所見	口腔清潔状況
	歯、歯周組織の状態
	咬合、義歯の状態
スクリーニングテスト	反復唾液嚥下テスト（RSST）
	改訂水飲みテスト
	フードテスト
	咳テスト
	頸部聴診
精密検査	嚥下造影検査（VF）
	嚥下内視鏡検査（VE）

出典●日本歯科医師会編「高齢者の口腔機能管理」2008

「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会作成マニュアル」

http://www.jsdr.or.jp/doc/doc_manual1.html

●摂食・嚥下障害の評価（簡易版）（PDF）　●嚥下内視鏡検査　●嚥下内視鏡検査の手順 2012 改訂（PDF）
●嚥下造影　●嚥下造影の検査法（詳細版）2011 版案（PDF）　●訓練法のまとめ（改訂 2010）（PDF）

摂食機能療法

摂食機能療法の算定が可能な医療職について

医療保険における摂食機能療法は、「医師又は歯科医師が直接行う場合と医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が行う場合に算定できる」とされています。

介護保険の介護療養型医療施設および療養病床を有する病院、または診療所である短期入所療養介護事業所の特定診療費における摂食機能療法については、「介護報酬に係るQ&A」（平成15年5月30日付け厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）において、「理学療法士、作業療法士を含まない」とされていますが、摂食の際の体位の設定などについては理学療法士または作業療法士も行うことができることから、これらを摂食機能療法として算定することができるものとしています。

なお、摂食機能療法に含まれる嚥下訓練については、「医師又は歯科医師と医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士に限り行うことが可能である」とされています（厚生労働省老健局老人保健課・保険局医療課、平成19年7月3日事務連絡）。

ケアマネジャーは、摂食機能療法の算定が可能な医療職を地域で把握し、利用者さんの摂食・嚥下障害の状態などについて連絡することが大切です。

認知症と食

認知症の人の食事の特徴

認知症が進むと「なかなか、食べ始めることができない」「食事に集中できず、食べ続けることができない」「食具の使い方などがわからない」「むせることが多くなる」など、食べることへの支援が必要となります。

食事前の準備としては、「食べるための準備」「食べることに集中できる環境」「食べやすい姿勢」などの配慮が大切です。食事中では「食べ始めることができない」「食べ続けることが難しい」「食べるペースが速い」「口にいっぱい詰め込む」「一口量の調整が難しい」「手で食べるようになる」「食具がうまく使えない」「食べ残しが多くなる」などさまざまな状況がみられるようになります。いずれにしても、食事前の環境を整え、食事場面を観察することにより、その人の残された食べる力が発揮できるような支援を考えていくことが必要です。特に食事環境の調整は重要です。認知症の人の尊厳を守りながら、その人の食べる機能を高める環境づくりを考えることです。

また、認知症の原因疾患やその経過をふまえた食事支援を考えておくことも大切です。アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など、認知症の原因疾患によっても食事の困難性に違いがあります。たとえば、血管性認知症では、麻痺などの運動障害の影響があり、脳血管障害の部位による個人差が大きく、早期に摂食・嚥下障害が認められる場合もあります。アルツハイマー型認知症では、中等度までは習慣性行動は可能なことが一般的ですが、認知障害、特に実行機能障害の影響が大きくなり、重度になると嚥下機能が低下します（p192「FAST」参照）。前頭側頭型認知症では、習慣性行動は比較的保持されますが、脱抑制の影響が大きく、食事の乱れとその変動が多くなり、人の食事に手を出すこともあり、嚥下障害は重度で低下します。レビー小体型認知症では、認知障害よりパーキンソニズムなどの影響が大きく、幻視などが認められ、早期に嚥下障害が認められる場合もあり、食事の乱れと変動があるなどの特徴があります。

かかりつけ医はもとより、認知症専門医、歯科医師にも相談してほしいと思います。

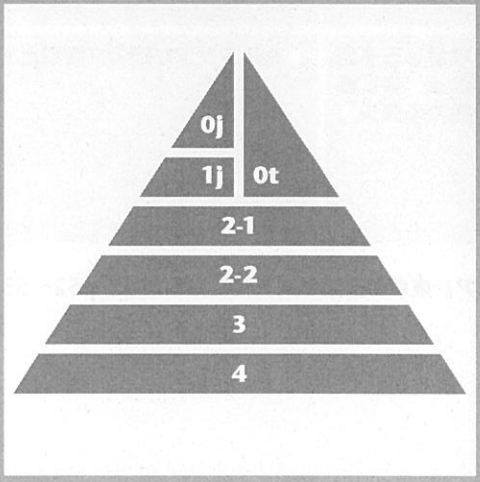
嚥下
調整食

統一された嚥下調整食分類

現在、通販やスーパーなどにおいて、ユニバーサルデザインフードやとろみ調整剤などが多数販売されています。ただ、その使用については、利用者さんやご家族が迷われることも多くあります。

急性期病院から回復期病院、あるいは病院から施設・在宅などへの「食」に関する連携が推進されてきていますが、日本においては、従来統一された嚥下調整食の段階が存在せず、地域や施設ごとに多くの名称や段階が混在しているのが現状です。こうした背景の下、嚥下調整食の統一基準・統一名称が必要とされ、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会による「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会作成マニュアル」として「嚥下調整食分類 2013」が出されました（p194 ～196 参照）。利用者さんの摂食・嚥下機能に適した食形態などの指導に役立つと考えます。

「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会作成マニュアル」
http://www.jsdr.or.jp/doc/doc_manual1.html
- 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013（PDF）
- 学会分類 2013（食事）早見表（PDF）（p194 ～195 参照）
- 学会分類 2013（とろみ）早見表（PDF）（p196 参照）



学会分類 2013（食事）では、コード番号をもって段階名としている。ピューレやペーストなどの食形態の名称については、個人や経歴によって想起する食形態が異なり、共通認識が得られにくいことから、学会分類 2013（食事）の段階は、「コード 0j」「コード 0t」「コード 1j」「コード 2-1」「コード 2-2」「コード 3」「コード 4」よりなっている。コード番号は、必ずしもすべての症例で難易度と一致するものではなく、コードの数字の大小を参考に、個々の症例において、その時点でのもっとも適切な食形態を検討することになっている。

FASTにおけるアルツハイマー型認知症の重症度と口腔機能・ケア

FAST stage	FASTにおける特徴	口腔ケア（セルフケア）
1 正常	◆主観的および客観的機能低下は認められない	◆正常
2 年相応	◆物の置き忘れを訴える◆喚語困難	
3 境界状態	◆熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる◆新しい場所に旅行することは困難	◆従来のブラッシング法は保持されるものの、口腔清掃にむらが生じる◆新たな清掃器具、手技などの指導の受け入れが困難となるケースがある
4 軽度のアルツハイマー型認知症	◆夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす	◆従来のブラッシング法は何とか保持されるものの、口腔清掃状況に低下を認める◆新たな清掃器具、手技などの指導の受け入れは極めて困難となる
5 中等度のアルツハイマー型認知症	◆介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない◆入浴させるときなだめすかすなどの説得の必要性が出現する	◆自らのブラッシング行為は遂行困難となる
6 やや高度のアルツハイマー型認知症	◆不適切な着衣◆入浴に介助を要する◆入浴を嫌がる◆トイレの水を流せなくなる◆尿・便失禁	◆セルフケアが困難となる◆清潔行為が困難となるためブラッシングなども行わなくなるが、歯ブラシなどを提示するとブラッシング行為は行うことがあるが、清掃行為としての認識は低下
7 高度のアルツハイマー型認知症	◆言語機能の低下◆理解しうる語彙は限られた単語となる◆歩行能力、着座能力、笑う能力の喪失◆昏迷および昏睡	◆セルフケアが顕著に困難となる

出典●本間昭・平野浩彦『実践！認知症を支える口腔のケア』東京都高齢者研究福祉振興財団、p52～53、2009、一部改変

	口腔機能 （摂食・嚥下機能）	口腔のケア （支援・介助）
	◆正常	◆健常者と同じ対応
		◆認知症との診断がされていないケースが多く、口腔清掃の低下を契機に認知症と診断される可能性がある時期である
		◆複雑な指導の受け入れが困難となるため、単純な指導を適宜行うことにより口腔清掃の自立を促すことが必要となる◆一部介助も必要となる時期であるが、介助の受け入れは自尊心が障害となり困難な場合が多い
	◆認知機能の低下により、先行期に障害を認めるケースがある◆食事摂取に偏りが出現し、自己の嗜好性に合った品目のみの摂取などを認めることがある	◆口腔清掃を促すことにより口腔清掃の自立は困難ながら保持できるが、介助は導入に配慮が必要で、不適切な導入は介助拒否となることもある◆対象者の食事への嗜好性に配慮した食事提供が必要となる
	◆先行期障害が顕著◆食具の使用が限られる◆摂食・嚥下機能は保持されているが、一口量、ペーシングが不良となり、それが原因でむせ、食べこぼしなどが出現する	◆口腔清掃は一部介助が必要となり、全介助のケースもあるが、対象者の不快感を極力軽減する配慮が必要となる◆使用可能な食具を選択し、その際、一口量が過剰にならない配慮が必要となる◆食事の配膳などにも配慮が必要となり、ケースによっては一品ごとに提供することも効果的である
	◆食具の使用が困難となる◆多くの場合嚥下反射の遅延が認められるものの、咀嚼機能、嚥下機能は保持されている◆姿勢の保持が困難となり、そのために摂食・嚥下障害が出現する◆廃用症候により摂食・嚥下障害の出現も認められる	◆口腔清掃は全介助となり、口腔内感覚の惹起を目的に食事提供前の口腔ケアも効果的なケースもある◆食事環境（配膳、食形態、姿勢など）の整備に配慮が必要となり、食事も一部介助から全介助となるケース、さらには経口摂取が困難となり、経管栄養などの方法も必要となる

学会分類 2013（食事）早見表

コード【1-8 項目】		名称	形態	目的・特色
0	j	嚥下訓練食品 j	◆均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー◆離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	◆重度の症例に対する評価・訓練用◆少量をすくってそのまま丸のみ可能◆残留した場合にも吸引が容易◆たんぱく質含有量が少ない
	t	嚥下訓練食品 t	◆均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ水（原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ＊のどちらかが適している）	◆重度の症例に対する評価・訓練用◆少量ずつ飲むことを想定◆ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合たんぱく質含有量が少ない
1	j	嚥下調整食 1j	◆均質で、付着性・凝集性・硬さ・離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	◆口腔外で既に適切な食塊状となっている（少量をすくってそのまま丸のみ可能）◆送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある◆ 0j に比し表面のざらつきあり
2	1	嚥下調整食 2	◆ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの◆スプーンですくって食べることが可能なもの	◆口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの（咽頭では残留、誤嚥をしにくいように配慮したもの）
	2		◆ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む◆スプーンですくって食べることが可能なもの	
3	嚥下調整食 3		◆形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの◆多量の離水がない	◆舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの◆押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し（あるいはそれらの機能を賦活し）、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの
4	嚥下調整食 4		◆硬さ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの◆箸やスプーンで切れるやわらかさ	◆誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの◆歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽提間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難

学会分類 2013 は、概説・総論、学会分類 2013（食事）、学会分類 2013（とろみ）からなり、それぞれの分類には早見表を作成した。
本表は学会分類 2013（食事）の早見表です。本表を使用するにあたっては必ず「嚥下調整食学会分類 2013」の本文をお読みください。
なお、本表中の【 】表示は、本文中の該当箇所を指します。
上記 0t の「中間のとろみ・濃いとろみ」については、学会分類 2013（とろみ）を参照ください。

	主食の例	必要な咀嚼能力 【I-10 項】	他の分類との対応 【I-7 項】
		（若干の送り込み能力）	◆嚥下食ピラミッド L0 ◆えん下困難者用食品許可基準 I
		（若干の送り込み能力）	◆嚥下食ピラミッド L3 の一部（とろみ水）
	◆おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリーなど	（若干の食塊保持と送り込み能力）	◆嚥下食ピラミッド L1・L2 ◆えん下困難者用食品許可基準 II UDF 区分 4（ゼリー状） ◆ *UDF：ユニバーサルデザインフード
	◆粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥	（下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力）	◆嚥下食ピラミッド L3 ◆嚥下困難者用食品許可基準 II・III ◆ UDF 区分 4
	◆やや不均質（粒がある）でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類	（下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力）	
	◆離水に配慮した粥など	◆舌と口蓋間の押しつぶし能力以上	◆嚥下食ピラミッド L4 ◆高齢者ソフト食 ◆ UDF 区分 3
	◆軟飯・全粥など	◆上下の歯槽提間の押しつぶし能力以上	◆嚥下食ピラミッド L4 ◆高齢者ソフト食 ◆ UDF 区分 1・2

本表に該当する食事において、汁物を含む水分には原則とろみをつける。【I-9 項】
ただし、個別に水分の嚥下評価を行ってとろみ付けが不要と判断された場合には、その原則は解除できる。
他の分類との対応については、学会分類 2013 との整合性や相互の対応が完全に一致するわけではない。【I-7 項】

出典●日摂食嚥下リハ会誌 17(3)、p255～267、2013

学会分類 2013（とろみ）早見表

	段階 1 薄いとろみ 【III-3 項】	段階 2 中間のとろみ 【III-2 項】	段階 3 濃いとろみ 【III-4 項】
英語表記	Mildly thick	Moderately thick	Extremely thick
性状の説明 （飲んだとき）	◆「drink」するという表現が適切なとろみの程度◆口に入れると口腔内に広がる◆液体の種類・味や温度によっては、とろみがついていることがあまり気にならない場合もある◆飲み込む際に大きな力を要しない◆ストローで容易に吸うことができる	◆明らかにとろみがあることを 感じ、かつ「drink」するという表現が適切なとろみの程度◆口腔内での動態はゆっくりですぐには広がらない◆舌の上でまとめやすい◆ストローで吸うのは抵抗がある	◆明らかにとろみがついていて、まとまりが良い◆送り込むのに力が必要◆スプーンで「eat」するという表現が適切なとろみの程度◆ストローで吸うことは困難
性状の説明 （見たとき）	◆スプーンを傾けるとすっと流 れおちる◆フォークの歯の間から素早く流れ落ちる◆カップを傾け、流れ出た後には、うっすらと跡が残る程度の付着	◆スプーンを傾けるととろとろと流れる◆フォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちる ◆カップを傾け、流れ出た後には、全体にコーテイングしたように付着	◆スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくい◆フォークの歯の間から流れでない◆カップを傾けても流れ出ない（ゆっくりと塊となって落ちる）
粘度 (mPa・s) 【III-5 項】	50-150	150-300	300-500
LST 値 (mm) 【III-6 項】	36-43	32-36	30-32

学会分類 2013 は、概説・総論、学会分類 2013（食事）、学会分類 2013（とろみ）から成り、それぞれの分類には 早見表を作成した。
本表は学会分類 2013（とろみ）の早見表です。
本表を使用するにあたっては必ず「嚥下調整食学会分類 2013」の本文をお読みください。
なお、本表中の【 】表示は、本文中の該当箇所を指します。

粘度：コーンプレート型回転粘度計を用い、測定温度 20℃、ずり速度 $50sec^{-1}$ における 1 分後の粘度測定結果。【III-5 項】
LST 値：ラインスプレッドテスト用プラスチック測定板を用いて直径 30mm の金属製リングに試料を 20ml 注入し 30 秒後にリングを持ち上げ、30 秒後に試料の広がり距離を 6 点測定し、その平均値を LST 値とする。【III-6 項】

注 1.LST 値と粘度は完全には相関しない。そのため、特に境界値付近においては注意が必要である。
注 2. ニュートン流体では LST 値が高く出る傾向があるため注意が必要である。

出典●日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 http://www.jsdr.or.jp/doc/doc_manual1.html
日摂食嚥下リハ会誌 17(3)、p255～267、2013

栄養情報と指導

管理栄養士はどこに？

保険医療機関や介護保険施設に勤務している管理栄養士は、入院患者さんや利用者さんに栄養アセスメントを行い、低栄養状態であれば、栄養量や食形態を調整し、食環境・食事介助・調理などの支援をしています。また最近では、地域のクリニックに勤務する管理栄養士が増え、在宅療養者やご家族により身近で同様の支援を受けていただけます。

各施設の退院時および退所時には、患者さんや利用者さんを通じて詳細な「栄養管理情報」を提供しています。したがって、退院時カンファレンスなどで栄養状態の把握を行って、その課題を在宅に引き継ぐと、栄養状態の改善や維持をスムーズに行うことができます。

入院中の栄養食事指導は、栄養管理の情報提供や食習慣・食行動の修正など個別の課題の抽出が主になることが多く、食習慣や食行動の修正にはやはり実践に向けての時間をかけたトレーニングが必要となります。そこで、在宅での生活に合わせた支援が大切になり、折にふれ、トレーニングが横道に逸れていないか、そしてそれが在宅での生活を不便にしていないか、地域のクリニックの管理栄養士による栄養食事指導や訪問栄養食事指導での確認が必要になります。また、市町村の保健所、保健センターにも管理栄養士がいますので、ご相談ください。

管理栄養士の技術料	外来栄養食事指導料	130点
	入院栄養食事指導料	130点
	集団栄養食事指導料	80点
	在宅患者訪問栄養食事指導料	530点
特別食	腎臓食／肝臓食／糖尿食／胃潰瘍食／貧血食／膵臓食／脂質異常症食／痛風食／フェニールケトン尿症食／楓糖尿食／ホモシスチン尿症食／ガラクトース血症食／治療乳・無菌食・小児食物アレルギー食（外来栄養食事指導料および入院栄養食事指導料に限る）／特別な場合の検査食（単なる流動食および軟食を除く）	
訪問栄養食事指導料◆	居宅療養管理指導Ⅰ	530単位
	居宅療養管理指導Ⅱ	450単位

◆月2回。通院通所困難な在宅療養患者に対し、医師の指示により管理栄養士が実施。対象範囲は特別食と低栄養状態、情報提供および指導または助言、摂食嚥下配慮、栄養ケア計画を策定

筋肉量の低下

加齢などに起因するサルコペニア

サルコペニア（Sarcopenia）については、これまで統一された見解がありませんでしたが、2010年に欧州関連学会から、加齢によるサルコペニアについての実際的な臨床定義と診断基準の統一的見解が提示されました。

サルコペニアは、「身体的な障害やQOLの低下、および死などの転帰のリスクを伴うものであり、進行性および全身性の骨格筋量および骨格筋力の低下を特徴とする症候群」とされています。診断は、「筋肉量の低下」と「筋力の低下」または「身体能力の低下」に基づくとされ、「歩行速度」「握力」「筋量」の3つからサルコペニアの有無を判断するアルゴリズムが示されています。

サルコペニアは下表のとおり分類されており、加齢のみが原因の場合は「原発性（一次性・加齢性）サルコペニア」といわれます。

原発性サルコペニア	加齢以外の原因なし
二次性サルコペニア	活動に関連（廃用、無重力）
	栄養に関連（エネルギー摂取不足、飢餓）
	疾患に関連（侵襲、悪液質、神経筋疾患など）

二次性サルコペニアのなかで、栄養に関連したものは、エネルギーとたんぱく質の摂取量不足によって生じます。神経性食思不振症や不適切な栄養管理による飢餓はここに含まれます。高齢者においては、筋たんぱく質の合成促進反応や分解抑制反応が減弱され、サルコペニアが起こりやすいと考えられています。高齢者のサルコペニアの予防や治療おいては、運動と栄養管理が重要であり、必須アミノ酸を十分に摂取することが求められます。

こうしたことを十分に理解し、かかりつけ医、看護師、管理栄養士、栄養士などの専門職と密に連携しましょう。

低栄養

やせていなくても、もしかしたら……

利用者さんの「食べているつもりなのに……」「もともとこんなものです」といった言葉は、低栄養の徴候かもしれません。

低栄養状態が続くと、体力低下・筋力低下・抵抗力の低下を招き、生活機能低下から日常生活を営めなくなります。また、低栄養状態に陥ると、身体機能の低下から消化吸収力が落ちて、さらに低栄養を悪化させることになります。

下表のように、低栄養には体型から3つのタイプがみられます。

	状態	よくみられる原因
がりがりタイプ	エネルギーが不足している	食べる量が少ない 食事回数が2回である
ぷよぷよタイプ	たんぱく質が不足している	ご飯しか食べない ジュースしか飲まない 間食が多い
高齢者・病者に多いタイプ	エネルギーもたんぱく質も不足している	嚥下障害・疾患・治療のため、食べられない 食べる気がない

在宅でできる栄養評価として、MNA（mini nutritional assessment）（簡易栄養状態評価表）は、問診表を主体とする簡便なスクリーニング法です。高齢者の栄養状態の変化を気づくツールとして用いられています。最初の6項目（A～F）のスクリーニングによって、短時間で栄養状態を把握することができます。なお、続く12項目のうち、具体的な問い（主にJ～O）から、食事の仕方や食事内容の偏りなどをアセスメントすることができます。

食欲や食事摂取量の低下の状態、あるいは体重減少を生じた状態においては、数か月で状況を改善することが可能な場合もあります。したがって、低栄養状態に陥らないように、できるかぎり速やかに医療職と連携し、栄養改善につなげていきましょう。安心しておいしく食べられ、栄養改善も図れれば、在宅での生活に明るさや喜びを感じるようになります。そのためには、利用者さんやご家庭の状況に合った工夫や情報提供が大切です。

MNA（簡易栄養状態評価表）
http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_japanese.pdf

便秘対策

便秘のタイプに合わせた食品・料理

便秘対策として、一般的に便を形成するには不溶性食物繊維（ごぼう・筍・レンコンなど）が、便に水分を含ませるには水溶性繊維（りんご・バナナ・きゃべつなど）が大切です。腸の中で便の動きを進めるには多少の脂肪（植物油・ごま・クルミ・ピーナッツなど）も必要です。また、乳酸菌は腸内細菌を良好にし、便臭も改善してくれます。

高齢者によくみられる便秘は、腸の動きが悪い場合や排便に必要な力が不足している場合が多くあります。腸の動きをよくするには、体が冷えていれば温める効果のあるほうじ茶や蜂蜜入りの紅茶・生姜湯を、日中にのどが渇くと感じなくても、１時間おき程度の間隔で、湯のみ１杯の水分をとるように勧めます。食事には、南瓜の煮物やニラや葱を汁物に入れたり、海老・さば・さんま・牛肉・鶏肉などをゆでたり炊いたりする料理がいいでしょう。また、排便する力をつけて、たまっている老廃物を排泄するには、じゃがいもなどのいも類、しいたけ・しめじなどのきのこ類をシチューや煮物にしたり、蜂蜜入りのりんごジュースや栗・クルミ・ピーナッツをおやつにするのもいいでしょう。便がころころと乾燥気味な場合には、腸の中で便がスムーズに動くのを促すよう、キャベツとにんじんのソテーややほうれん草のごま和え、ピーナッツ和えが効果的です。また、脂っこいもの・お酒・辛いものが大好きだが野菜は嫌いといわれる人には、バナナ・パイナップル・りんご・ヨーグルトを朝一番に勧めてみてください。もちろん、排便の習慣（時間を決めてトイレに行く）、水分摂取、散歩や腹筋運動などが大切なことはいうまでもありません。

なお、糖尿病や慢性腎臓病の場合などでは、食品の摂取量や種類は、栄養食事指導に準じてください。また、経管栄養の場合の下痢や便秘は、個別に医師・薬剤師・管理栄養士に相談することが必要です。

参考文献

●山田律子『認知症の人の食事支援 BOOK』中央法規出版、2013

●菊谷武『「食べる」介護がまるごとわかる本』メディカ出版、2012

●日本歯科医師会日本歯科総合研究機構「高齢者の口腔機能管理」2008

●菊谷武『図解 介護のための口腔ケア』講談社、2008

●富田かをり『摂食・嚥下を滑らかに』中央法規出版、2007

●聖隷嚥下チーム『嚥下障害ポケットマニュアル』医歯薬出版、2011

●植松宏監修『これからはじめる認知症高齢者の口腔ケア』永末書店、2009

●東京都福祉保健局『東京都摂食・嚥下機能支援推進マニュアル』一世印刷、2011

●戸原玄編『訪問で行う摂食・嚥下リハビリテーションのチームアプローチ』全日本病院出版会、2007

●本間昭・平野浩彦『実践！認知症を支える口腔のケア』東京都高齢者研究福祉振興財団、2009

●大熊るり・藤島一郎他「摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発」日本摂食・嚥下リハビリテーション学会誌 6(1): 3-8、2002

● Baumgartner RN, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. Am J Epidemiol. 1998; 147(8): 755-763

● Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010; 39(4): 412-423

●高齢者における加齢性筋肉減弱現象（サルコペニア）に関する予防対策確立のための包括的研究研究班「サルコペニア：定義と診断に関する欧州関連学会のコンセンサスの監訳とQ&A」2012

●鈴木隆雄監修『サルコペニアの基礎と臨床』新興医学出版社、2011

●若林秀雄「筋肉は健康のバローメーター――サルコペニアを知ろう」週間医学界新聞：2920、2011

●日本介護支援専門員協会「介護支援専門員の医療ケア（リハビリテーション、口腔ケア、栄養改善）の知識向上のための研修会テキスト」2011

さくいん

A-Z

ADL 16 18 20 24 26 28 30 88
AGA 80
AIDS 76
BMI 180
BPSD 40 42 46 48 50 52 106 110 112
CDR 119
COPD 34
DESIGN-R 93
FAST 118 192
HOT 34
IADL 20 28 30
ICF 32
MCI 106
MNA 199
OLD 120
PEG 96
QOL 16

あ

悪性黒色腫 74 86
悪性リンパ腫 76 78
あご 164
痣 74
足 88
アテローマ 78
アトピー性皮膚炎 76
アフター 84
アミロイドーシス 142
アルコール 40 42 46 50 52
アルツハイマー型認知症 107 118 128 134 192
アレルギー 70
胃下垂 180
息 26 52
息切れ 22 24
胃・食道逆流 156 170
胃・食道疾患 170
痛み 18 28 33 40 42 46 50 84
溢流性尿失禁 125 146
溢流性便失禁 126
いびき 38 52
衣服 76 88
胃ろう 96
齲蝕 84 86
うつ状態 40 42 46 48 50 52 56 110 112
うつ病 40 42 46 48 50 52 56 110
運動障害性咀嚼障害 164
運動不足 88 128 142
栄養障害 156
栄養代謝障害 80
円形脱毛症 80
嚥下失行 164
嚥下障害 16 82 84
嚥下調整食 194
嚥下調整食分類 191
殴打 18
嘔気 16 170
嘔吐 149 170
おむつ 70 124
オレンジプラン 106

か

外眼部疾患 80
開口 82
開口障害 158
外耳疾患 80
外出 30
外傷 80 84
疥癬 76 78
過活動膀胱 132
顎関節症 82 158
顎関節脱臼 160
覚醒 42
角膜・強膜疾患 80
下肢静脈瘤 56
下垂体機能低下症 142
かすれ声 168
風邪 140
片麻痺 16

褐色細胞腫　142
活動　20　30　176
過敏性腸症候群　140
カフェイン　40　42　46　50　128
髪　80
過眠　110
かゆみ　76
がらがら声　168
がん　76　78　80　82　172　174
眼窩疾患　80
肝機能異常　86
肝機能低下　88
肝硬変　76　80
カンジダ症　84　160
関節　18　28
関節リウマチ　13　28　35　56
感染　22
感染症　50　72　80　140　149
感染性胃腸炎　149
乾燥　76
肝臓疾患　72　76
肝臓病　80
乾皮症　76
管理栄養士　197
簡易栄養状態評価表　199
気管支炎　156
気管支拡張症　26
気管支喘息　26
起居動作　16　18
義歯　84　86　103　158　166
器質性精神障害　114
器質性便秘　142
傷　88
ぎっくり腰　18
基底細胞がん　74
機能性精神疾患　110
機能性尿失禁　125　146
機能性便失禁　126
気分障害　40　42　46　48　50　52
虐待　74
急性炎症　84
急性心不全　22
急性腰痛症　18
狭心症　22　24
狭心症発作　52
協調運動障害　162
胸痛　22
筋骨疾患　80　82
筋肉　20　198
筋力低下　162　198
口呼吸　82
口すぼめ呼吸　26
くも膜下出血　16　128　134
車いす　30
経管栄養　182
経皮的内視鏡下胃ろう造設術　96
下剤　134
血液疾患　76　80　82　84
血色不良　88
結腸がん　142
結膜疾患　80
下痢　126　134　140　148　149
肩関節周囲炎　18
幻視　110
原始反射　82
幻聴　110
見当識障害　52
原発性胆汁性肝硬変　76
抗うつ剤　142
口腔　82　99
口腔がん　84
口腔乾燥　158　164　166
口腔ケア　65　82　86　100
高血圧　80　82
高血圧性心臓疾患　24
膠原病　80　82　142
高次脳機能障害　16　162　164
口臭　86
拘縮　72
甲状腺機能異常　76
甲状腺機能低下症　80　88　142
甲状腺腫　78
口唇閉鎖不全　84　160　162
抗生物質　134　140
咬爪症　86

203

拘束　74
喉頭炎　78
喉頭がん　78
口内炎　84　156　158
興奮　112
肛門周囲膿瘍　142
声　168　170
誤嚥　82　156　166　168
　170　187
誤嚥性肺炎　100　152　156
呼吸困難　26　40　42　46
呼吸不全　50
国際生活機能分類　32
腰　18
五十肩　18
骨異常　72
骨関節疾患　18
骨折　13　18
骨粗鬆症　88
骨突出　72
骨盤底筋　128
言葉　114
コブ　78
こわばり　28

さ

在宅酸素療法　34
在宅療養支援歯科診療所　66
サルコペニア　174　198
霰粒腫　78
視覚障害　16
歯科疾患　156　158　166
子宮がん　132
しこり　78
歯周病　84　86
視神経疾患　80
姿勢　74　158　164
脂腺母斑　78
舌　82　84　86
失行　82
失語症　16
失神　24
湿疹　70　76　78
湿布　70　76
歯肉　82
紫斑　70
耳鼻科疾患　90
脂肪腫　78
視野　16
循環器障害　90
消化器がん　76
消化器疾患　86
消化不良　140
症候性便秘　142
静脈瘤　88
初期認知症徴候観察リスト　120
食事　186　194
食事量　156
褥瘡　16　70　72　90　92
褥瘡口角炎　84
食道静脈瘤　84
ショック症状　22
心因性頻尿　132
腎機能低下　88
心筋梗塞　22　24
真菌症　76
神経疾患　76　80　128　134
神経症　76
神経鞘腫　78
神経麻痺　164
人工肛門　96
人工透析　56
真性多血症　76
真性尿失禁　125　146
心臓疾患　22　24　34　176
腎臓疾患　72　76　176
心臓弁膜症　24
心肺機能　26　34
心拍数　24
心不全　50　52　88
腎不全　56
蕁麻疹　76　78
水晶体疾患　80
水分　88　142　156
水疱　70
水疱症　76
水疱性類天疱瘡　70
髄膜炎　170
睡眠　38　58
睡眠時無呼吸症候群　38　40
　42　46　48　52
睡眠障害　38
睡眠導入剤　40　42　46　48

204

50 59
睡眠不足 88
頭痛 16
ストマ 96
ストレス 40 42 46 48 50 52 80 134 140
生活習慣病 76
生活不活発病 30 35 88
清潔 64
咳 26 35 82 156 166 168
脊髄損傷 128 134
舌 82 84 86
舌運動機能障害 160
舌運動機能低下 164 166
摂食・嚥下障害 152 156 166 168 170 187 188
摂食機能療法 189
舌苔 160
切迫性尿失禁 125
切迫性便失禁 126
前傾姿勢 20 114
先天代謝異常 80 82
前頭側頭型認知症 107 114
前頭葉障害 112
せん妄 38 40 42 46 48 50 60
前立腺肥大症 132
そううつ病 40 42 46 48 50 52 56
爪甲剥離症 86
掻痒感 40 42 46
鼠蹊部 78
咀嚼 162 164
咀嚼機能低下 164 166

た

体圧分散用具 70 72
体位交換 74
体重減少 172 174
体重増加 176
大腿ヘルニア 78
体内時計 62
唾液 84 156
唾液嚥下困難 160
唾液腺疾患 82
唾液分泌過多 160
多血症 52
脱水 50 82 156 172
脱毛 80
多発性硬化症 76 128 134 142
多発性脳梗塞 16
打撲 18
痰 26 35 82 170
胆汁うっ滞症 76
単純性血管腫 78
男性型脱毛症 80
胆道疾患 76
たんぱく質 176
痔 142
チアノーゼ 22 24
知覚過敏 84
中耳疾患 80
虫刺症 76
中途覚醒 42
昼夜逆転 50 110
腸重積 142
直腸がん 132
爪 86
爪白癬 86
手洗い 86
低栄養状態 70 72 199
低温火傷 70 72
低血圧 180
鉄欠乏性貧血 56 76
転倒 18 20 74 78
転落 74
動悸 22 24
糖尿病 56 72 76 80 82 88 132 142 156 172 174 176 180
頭髪 80
頭部外傷 16
特別食 197
とろみ 158 196

な

内耳疾患 80
内出血 78 88
内分泌異常 80
内分泌・代謝疾患 76
涙 80 112

臭い　90
乳がん　78
乳腺炎　78
乳腺症　78
乳腺繊維腺腫　78
乳房　78
入眠　40
入浴　88　98
尿失禁　124　128　146
尿毒症　142
尿路感染症　132
認知症　60　99　106　125　180　190
認知障害　82　88　156　158　160　162　164　168
認知症かかりつけ医　107
認知症サポート医　107
認知症施策推進5か年計画　106
認知症疾患医療センター　107
認知症サポーター　108
猫背　88
寝たきり　70　72
熱射病　70
捻挫　18
脳血管疾患　132　142　170
脳血管性認知症　107　110　112
脳梗塞　16　128　134
脳出血　16　128　134
脳腫瘍　16　142
脳・神経系疾患　16　33
脳卒中　16　32
脳波異常　110
のど　170
ノロウイルス　149

は

歯　82　86
パーキンソン症候群　20
パーキンソン症状　20　34
パーキンソン病　20　56　128　132　134　142
肺炎　16　26　156
徘徊　39　52　112
肺気腫　26
肺結核　26
肺疾患　26
肺性心　24
排泄　124
排尿　124　128
排便　125　134
廃用症候群　30　35　88
白癬　70
白内障　80
白板症　84
麦粒腫　78
バセドウ病　78
ばち指　86
発熱　26
鼻　82
鼻水　82
歯ブラシ　100　102
早食い　162
腫れ　28　84
斑　70
反射性尿失禁　125　146
半側空間無視　162
冷え　40　42　46　88
被害妄想　110
皮下出血　78
鼻汁　82
鼻出血　84
ピック病　114
皮膚炎　76
皮膚疾患　80　82　88　90
皮膚瘙痒症　76
皮膚・排泄ケア認定看護師　92
皮膚落屑　88
肥満　52　128　156
表情　20
びらん　70
貧血　22　86
頻尿　40　42　46　125　147
不安　40　42　46　50　52　112
不衛生　76　78　90
不穏　50
不快感　40　42　46
腹圧性尿失禁　125　146
腹圧性便失禁　126
副甲状腺機能亢進症　142
副鼻腔疾患　82
不顕性誤嚥　82　152　156
浮腫　176

206

不整脈　22　24
ぶどう膜疾患　80
不眠　110
震え　20
粉瘤　78
閉塞性動脈硬化症　88
変形性膝関節症　12　18
便失禁　126　134　147
便秘　126　128　142　148
　200
扁平苔癬　84
扁平母斑　78
暴言　112
暴行　112
膀胱炎　90
疱瘡　78
訪問栄養食事指導料　197
歩行　20
発疹　78
発赤　70
ほてり　40　42　46
母斑　74
ホルモンバランス異常　88
本態性高血圧症　22　24

ま

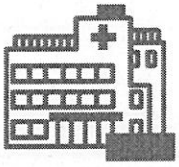
麻疹　78
末梢神経障害　56
マット　70　72
麻痺　16　72
慢性硬膜下血腫　16
慢性呼吸器疾患　174
慢性腎臓病　180
慢性心不全　22　24
慢性腎不全　76
慢性副鼻腔炎　26
慢性閉塞性肺疾患　26　34
　180
水虫　70
耳　80
耳垂れ　80
むくみ　22　24　88
無呼吸　52
むずむず脚症候群　40　42　46
　48　52　56　61
むせ　82　166　168
眼　78　80
めまい　24
目やに　80
メラノーマ　74　86
網膜硝子体疾患　80
物盗られ妄想　110
ものもらい　78
もの忘れ　106　110

や

夜間喘息発作　40　42　46　48
夜間せん妄　38　50
薬疹　76
火傷　70　72
やせ　172　174　180　199
有棘細胞がん　74
輸液　22
輸血　22
指押し法　92
痒疹　76
腰椎すべり症　56
腰椎ヘルニア　56
腰痛症　18
腰部椎間板ヘルニア　132
よだれ　84　160

ら

利尿剤　132　142
リハビリテーション　32
流動食　182
緑内障　80
臨床認知症評価尺度　119
リンパ節炎　78
涙管腫　78
レストレスレッグス症候群　40
　42　46　48　52　56　61
レビー小体型認知症　20　107
　114
老人性紫斑　78
呂律　16　112



平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
介護支援専門員による医療と介護の連携促進に関する調査研究事業

ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブック

平成26年3月25日発行

発行◆一般社団法人 日本介護支援専門員協会

会長◆鷲見よしみ

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町1-11 金子ビル2階

TEL03-3518-0777　FAX03-3518-0778

http://www.jcma.or.jp

この冊子は、平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）により作成したものです。

非売品●禁無断転載

介護支援専門員による医療と介護の連携促進に関する
調査研究事業
報告書

この事業は、平成25年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)により実施したものです。

平成26年3月発行

発行　一般社団法人 日本介護支援専門員協会
会 長　鷲見　よしみ

〒101-0052　東京都千代田区神田小川町1-11金子ビル2階
TEL ： 03-3518-0777　FAX ： 03-3518-0778
URL ： http://www.jcma.or.jp

禁無断転載