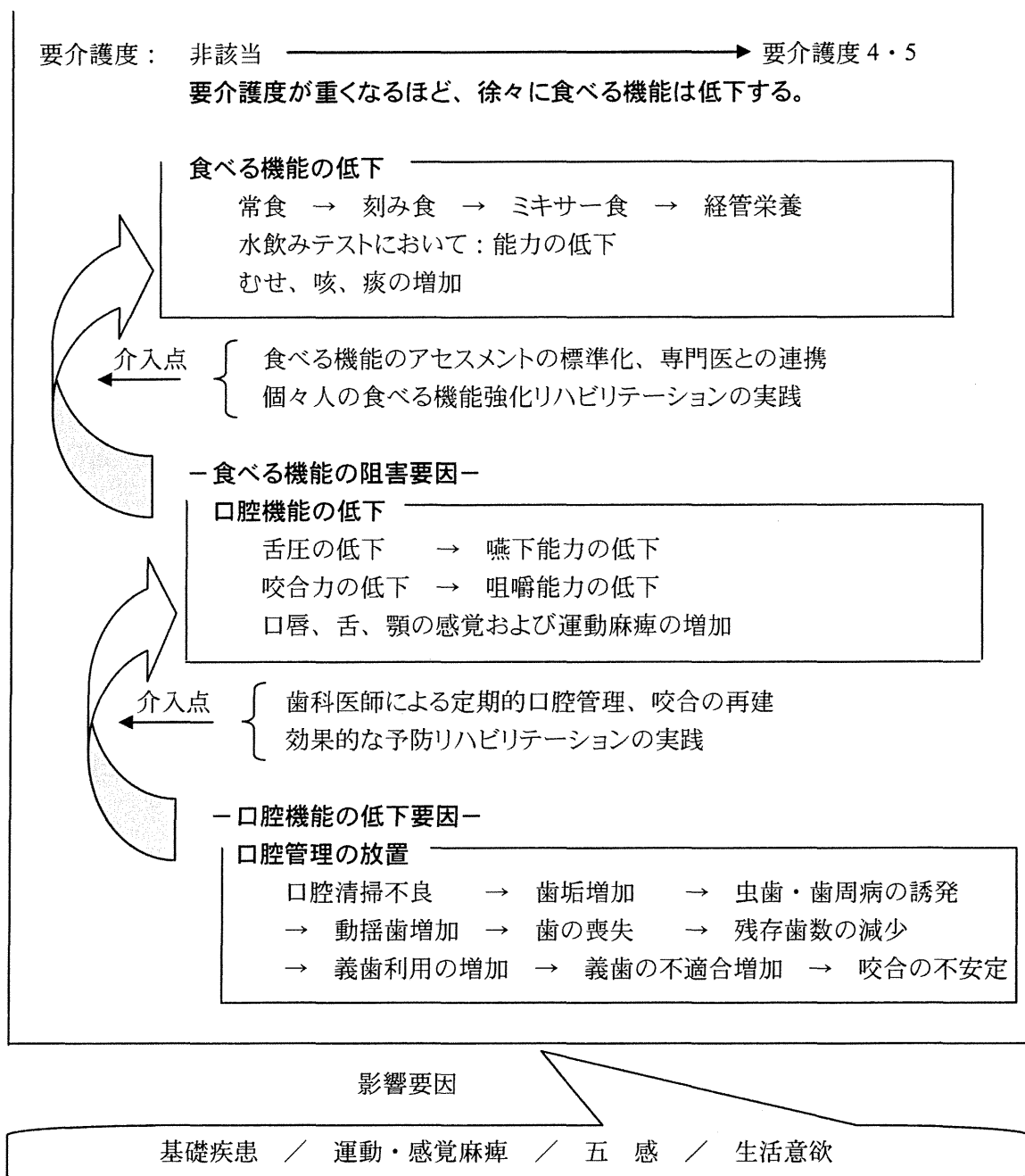


3) 食べる機能の評価と専門医との連携

要介護高齢者の食べる機能をまとめると、図 14 に示すように、介護度が重篤になるほど食べる機能が低下し、誤嚥のリスクが高くなる。専門医と連携し、定期的に、口腔内の状態、食べる機能の状態を評価することが重要である。

図 14 要介護高齢者の食べる機能の評価と専門医との連携



【参考文献】

- 藤島一郎：『脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版』、医歯薬出版株式会社、1998年
- 藤島一郎、他：『口から食べる 嚥下障害 Q&A』、中央法規、1998年
- 金子芳洋（編）：『食べる機能の障害 その考え方とリハビリテーション』、医歯薬出版株式会社、1987年
- 金子芳洋、千野直一（監修）：『摂食・嚥下リハビリテーション』、医歯薬出版株式会社、1998年
- 坂田三弥、中村嘉男（編）：『基礎歯科生理学』、医歯薬出版株式会社、1994年
- 吉江弘正、宮田隆（編）：『歯周病治療のストラテジー』、医歯薬出版株式会社、2002年
- 愛知県歯科医師会、他（監修）：『介護保険と口腔ケア』、財団法人口腔保健協会、1997年
- 鍋島史一、他：『人にやさしい食事支援技術講座』、デンタルハイジーン Vol.20 No.1～Vol.20 No.6、2000年
- 鍋島史一：『歯科・口腔衛生の重要性 ―要介護高齢者の服薬時の口腔内現状および問題点とその解決策―』、薬局 Vol.51 No.5、36(1356)～43(1363)、2000年
- 島根県健康福祉部高齢者福祉課：『平成15年度介護費用適正化特別対策事業 維持改善サービス調査研究事業報告』、2004年
- 島根県健康福祉部高齢者福祉課：『平成16年度老人保健健康増進等事業 軽度要介護者等への効果的なリハビリプログラムの構築と評価事業』、2005年

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 24 年度分担研究報告書

誤嚥防止に向けた姿勢・環境のあり方

研究協力者 栄健一郎（適寿リハビリテーション病院 理事・リハビリテーション部長）

【研究要旨】

一般的に、要介護高齢者は誤嚥により肺炎を引き起こしやすいことが知られている。誤嚥を防止するためには、①口腔内を清潔にする、②食形態の工夫をすることなどと共に、③誤嚥しにくい姿勢を保持すること、④そのための環境を整えることは重要である。しかしながら、現在、ケア職に姿勢・環境調整の重要性は十分に知られていない。

そこで本稿では、要介護高齢者の食事場面に直接関わるケア職が「良い姿勢とはどんな姿勢か」、「悪い姿勢とはどんな姿勢か」を見て分かる一覧を作成すると同時に「良い姿勢はなぜ誤嚥しにくいのか」、「悪い姿勢はなぜ誤嚥しやすいのか」についての理解を促すことを目的に、「誤嚥防止に向けた姿勢・環境のあり方」をまとめた。なお、資料は以下 3 つのポイントで構成した。

- ①誤嚥防止のために姿勢の重要性を理解する
- ②良い姿勢とはどのような姿勢で何故誤嚥しにくいかを知る
- ③悪い姿勢はどのような姿勢で何故誤嚥しやすいかについて知る。

A．研究目的

要介護高齢者の食事場面に直接関わるケア職が「良い姿勢とはどんな姿勢か」、「悪い姿勢とはどんな姿勢か」を見て分かると同時に「良い姿勢はなぜ誤嚥しにくいのか」、「悪い姿勢はなぜ誤嚥しやすいのか」についての理解を促すことを目的とする。

B．研究方法

「誤嚥防止に向けた姿勢・環境のあり方」について、以下3つのポイントに基づいてまとめた。

- ①誤嚥防止のために姿勢の重要性を理解する
- ②良い姿勢とはどのような姿勢で何故誤嚥しにくいかを知る
- ③悪い姿勢はどのような姿勢で何故誤嚥しやすいかについて知る。

C. 結果、D. 考察、E. 結論

1. 誤嚥しにくい姿勢とは 「飲み込みやすい」 + 「強い咳」

1) 飲み込みやすい姿勢 (図 1)

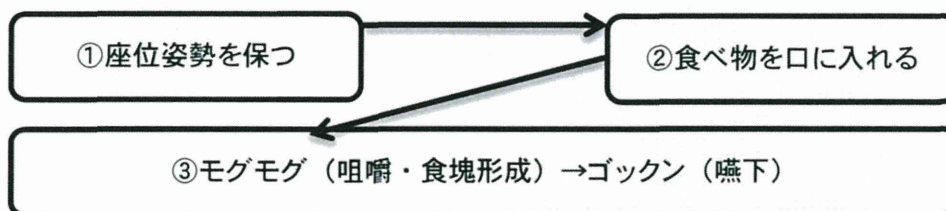
(1) 口がよく動く

モグモグする(咀嚼)力は顔とあごの筋肉の役割です。顔や口、顎がよく動けることも大切です。悪い姿勢により口を開けにくくなったり、閉じにくくなったりすると飲み込みにくくなります。

(2) 首の筋肉が動きやすい

ゴクンと飲む(嚥下)力は首の筋肉の役割です。悪い姿勢により首に力が入りすぎたり、逆に抜けすぎたりしていると飲み込みにくくなります。

図 1



2) 強い咳ができる姿勢

(1) 食べているものが気道に入らないように守ってくれているのは「咳」です。強い咳は誤嚥しないために重要な役割を果たしています。

(2) 悪い姿勢により、咳が弱くなることがあります。

2. 良い姿勢のチェックポイントと動き方（表 1）

1）食事はじめのチェック

（1）良い姿勢は、横からみて背中がまっすぐ伸びています（図 2）。

図 2



横からみて背中がまっすぐに伸びていると何故良いか？

- ① 呼吸が深くできるので強い咳ができます
- ② 首の筋肉が動かしやすいため飲み込みやすくなります。

（2）声のチェックポイント

- ① 大きな声をだせる人は強い咳ができる可能性が高まります。
- ② 言葉がはっきり聞き取れることは、口・頬・舌がよく動いている証拠ですので飲み込みやすい可能性が高まります。

表 1

「良い姿勢」のチェックポイント	
横からみる	背中がまっすぐ伸びている
首の動きをみる	天井に顔を向ける・左右に顔を向けることができる
声と言葉を聞く	「大きな声が出る」「言葉がはっきり聞き取れる」

2) 食事時の動き方～良い姿勢ではじまればよい姿勢に戻れる～(図3, 4)

食べ物を口に運ぶ時には体を前に傾ける動きが必要になります。

良い姿勢で食べはじめると前に傾けた後、元の良い姿勢に戻ることができます。

図3

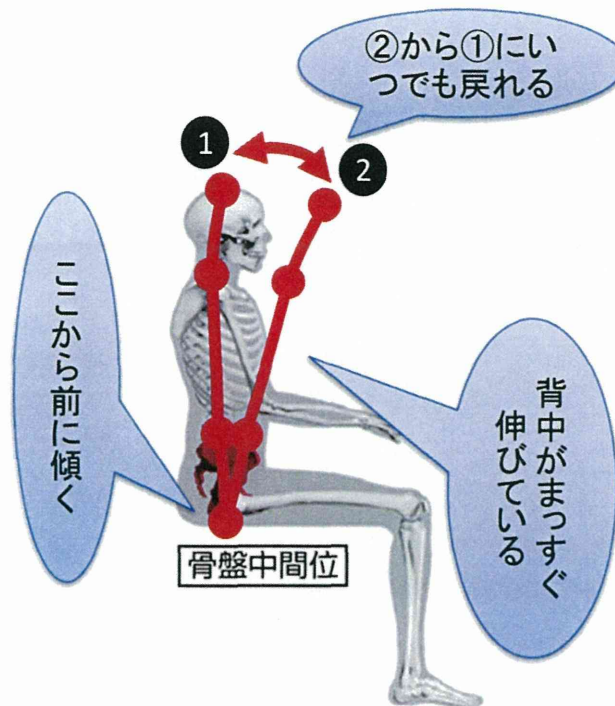
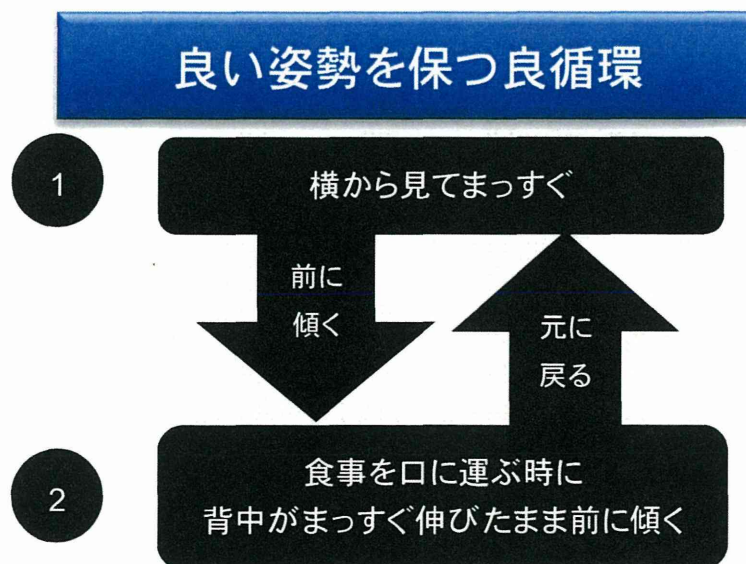


図4

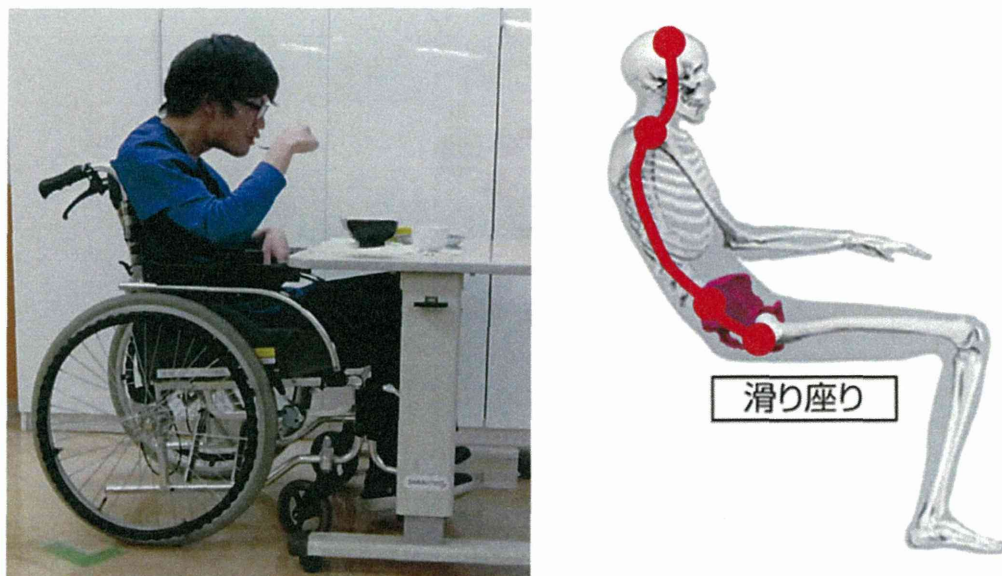


3. 悪い姿勢のチェックポイントと動き方（表2）

1）食事はじめのチェック

(1) 悪い姿勢は、横からみてお尻が前ずれて背中が曲がっています（図5）。

図 5



お尻が前ずれて背中が曲がっていると何故悪いか？

- ① 呼吸が浅くなって強い咳ができなくなります
- ② 頭が前に出て首の筋肉が動かしにくいので飲み込みにくくなります。

(2) 声のチェックポイント

- ① 大きな声をだせない人は咳が弱い可能性があります。
- ② 言葉がはっきり聞き取れないことは、口・頬・舌がよく動いていないかもしれないので飲み込みにくい可能性が高まります。

表 2

「悪い姿勢」のチェックポイント	
横からみる	お尻が前ずれて背中が曲がっている
首の動きをみる	天井に顔を向けることができない 左右に顔を向けることができない
声と言葉を聞く	「大きな声が出ない」「言葉がはっきり聞き取れない」

2) 食事時の動き方～悪い姿勢で食べ始めるとどんどん悪くなっていく～(図6, 7)

食べ物を口に運ぶ時に背中がさらに曲がって、頭を前に突き出すように動きます
元の姿勢になかなか戻れません(背中が曲がりっぱなし)

お尻がさらにずれていっそう悪い姿勢になっていきます。(悪い姿勢の悪循環)

図6

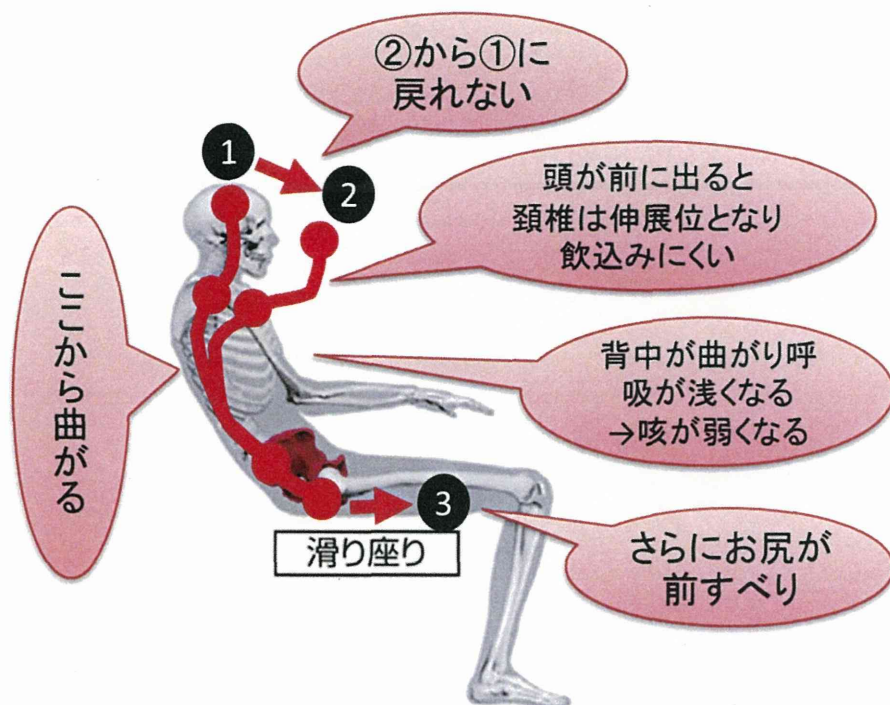
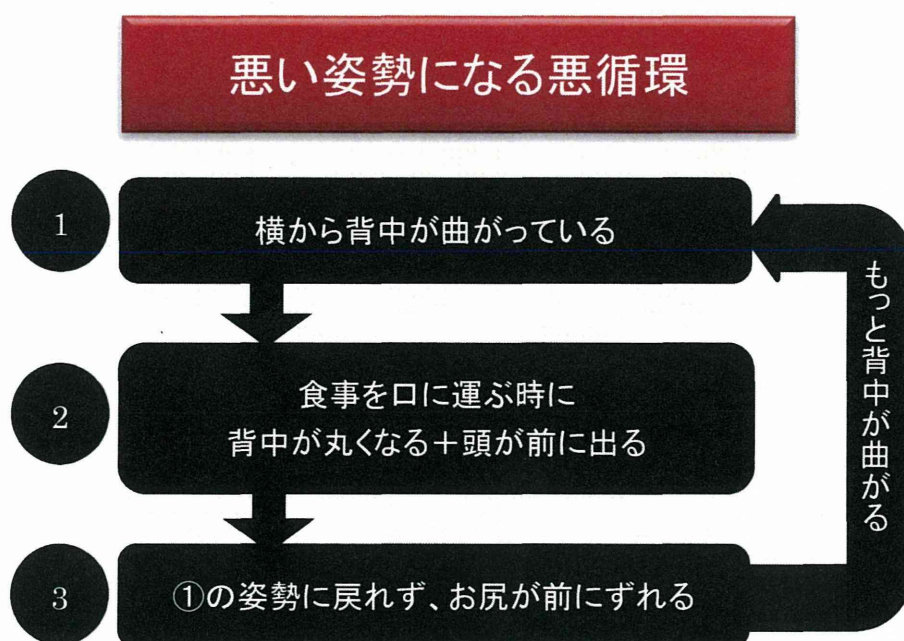


図7



F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 24 年度分担研究報告書

在宅医療受給者に対する主治医とケアマネジャーとの連携状況

研究代表者 川越雅弘 （国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【研究要旨】

目的：診療所における在宅医療の実施体制および実施状況（患者特性、ケアマネジャーとの連携状況を含む）を把握し、今後の在宅医療の提供体制のあり方の検討ならびに地域医療計画策定（在宅医療必要患者数の将来推計を含む）に向けた基礎資料とすること。

対象：A 県内の医師会に所属している診療所および、各診療所が 2012 年 10 月 1 日～10 月 31 日に往診または訪問診療を行った患者を対象とした。

分析方法：在宅医療を行っている 98 診療所とその患者 1,536 名を分析対象とし、これら患者に対する主治医とケアマネジャー間の連携状況を、医師の診療科目、在宅療養支援診療所の届け出の有無別に比較した。

結果：連携状況をみると、全体では、「まあまあ良好」が 52.1%と最も高く、次いで「非常に良好」33.7%、「連絡・相談が全くない」10.2%、「あまり良好でない」3.3%、「全く良好でない」0.7%の順であった。ここで、「非常に良好」の割合を診療科別にみると、「小児科」が 92.3%と最も高く、ついで「整形外科」46.4%、「外科」40.1%、「脳神経外科」36.4%、「内科」36.1%の順であった。また、「連絡・相談が全くない」の割合をみると、「眼科」が 96.8%と最も高く、次いで「皮膚科」27.5%、「脳神経外科」27.3%の順であった。

在宅療養支援診療所の届け出ありでは、「まあまあ良好」が 52.3%と最も高く、次いで「非常に良好」40.1%、「連絡・相談が全くない」4.2%、「あまり良好でない」2.8%、「全く良好でない」0.5%の順であった。一方、届け出なしでは、「まあまあ良好」が 50.4%と最も高く、次いで「連絡・相談が全くない」26.3%、「非常に良好」17.7%、「あまり良好でない」4.8%、「全く良好でない」1.0%の順であった。

考察および結論：

今回の調査は、在宅医療が提供された要支援・要介護者を対象に、主治医とケアマネジャーの連携状況をみたが、在宅療養支援診療所の届け出を行っている医師の方が、届け出を行っていない医師に比べ、ケアマネジャーとの連携が良好であることがわかった。

特に、「連絡・相談が全くない」割合をみると、「届け出あり」4.2%に対し、「届け出なし」26.3%と、両者の差が大きかった。また、眼科や皮膚科などの専門科目の医師に対し、相談や連絡をしていない割合が高かった。

今回の調査対象者の約半数は「要介護 3 以上」であった。要介護度が重度になるほど、医療リスクが一般的には高まると考えられる。したがって、在宅療養支援診療所の届け出の有無や診療科にかかわらず、ケアマネジャーが主治医に対し、報告・連絡・相談を適切に行う仕組みや具体的な方法論の開発が必要であると考えた。

A. 目的

診療所における在宅医療の実施体制および実施状況（患者特性、ケアマネジャーとの連携状況を含む）を把握し、今後の在宅医療の提供体制のあり方の検討ならびに地域医療計画策定（在宅医療必要患者数の将来推計を含む）に向けた基礎資料とすること。

B. 対象および方法

1）対象

A 県内の医師会に所属している診療所および、各診療所が 2012 年 10 月 1 日～10 月 31 日に往診または訪問診療を行った患者を調査対象とした。

2）方法

A 県内の 6 医師会を通じて、対象となる 825 診療所の院長宛に、調査依頼文章および、在宅医療の実施状況に関する調査票（Ⅰ.在宅医療の実施状況／実施体制調査、Ⅱ.在宅医療受給者調査）を郵送した。回答のあった 472 診療所（回収率 57.2%）とその患者 1,771 名のうち、在宅医療を行っている 98 診療所とその患者 1,536 名を分析対象とした。

3）調査内容

【調査票Ⅰ】在宅医療実施状況／実施体制調査

- ・ 基本情報（所在地、病床の有無、医師数、主たる診療科、サービスの併設状況）
- ・ 在宅医療の実施状況（6 月中の往診・訪問診療の有無とレセ件数、看取りの経験の有無）
- ・ 在宅医療体制（緊急時対応体制の有無、後方病院の確保、看取り依頼への対応）

【調査票Ⅱ】在宅医療受給者調査

- ・ 患者特性（年齢階級、性、主傷病、要介護度）
- ・ 在宅医療の実施状況（6 月中の往診・訪問診療の実施回数、訪問先、訪問看護の有無）
- ・ ケアマネジャーとの関係（同一法人か否か、連携状況）

C. 結果

1）基本属性

対象患者 1,536 名のうち、男性は 442 名（28.8%）、女性は 1,094 名（71.2%）であった。
年齢階級別にみると、全体では 85-84 歳、男性では 75-84 歳、女性では 85-84 歳の割合が高かった（表 1）。

表 1 性別にみた年齢階級別の人数および構成割合

	総数	65 歳未満	65-74 歳	75-84 歳	85-84 歳	95 歳以上
総数	1,536 (100.0%)	83 (5.4%)	137 (8.9%)	473 (30.8%)	691 (45.0%)	152 (9.9%)
男性	442 (100.0%)	50 (11.3%)	75 (17.0%)	154 (34.8%)	142 (32.1%)	21 (4.8%)
女性	1,094 (100.0%)	33 (3.0%)	62 (5.7%)	319 (29.2%)	549 (50.2%)	131 (12.0%)

注：上段は人数、下段は構成割合を示す。

要介護度別にみると、全体では、「要介護 1」が 17.1%と最も多く、これを性別にみると、男性では「要介護 3」16.7%、女性では「要介護 1」18.2%が最も多かった（表 2）。

主たる疾患をみると、全体では、「認知症」が 24.2%と最も多く、次いで「高血圧性疾患」19.4%、「脳血管疾患」16.7%の順であった（表 3）。

表 2 要介護度別にみた性別の人数および構成割合

	総数	なし	要支援 1・2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	不明
総数	1,536 (100.0%)	42 (2.7%)	132 (8.6%)	262 (17.1%)	246 (16.0%)	245 (16.0%)	245 (16.0%)	203 (13.2%)	161 (10.5%)
男	442 (100.0%)	19 (4.3%)	46 (10.4%)	63 (14.3%)	69 (15.6%)	74 (16.7%)	65 (14.7%)	55 (12.4%)	51 (11.5%)
女	1,094 (100.0%)	23 (2.1%)	86 (7.9%)	199 (18.2%)	177 (16.2%)	171 (15.6%)	180 (16.5%)	148 (13.5%)	110 (10.1%)

注：上段は人数、下段は構成割合を示す。

表 3 主たる疾患別にみた性別の人数および構成割合

	総数	悪性 新生物	脳血管 疾患	心疾患	高血圧 性疾患	呼吸器 疾患	消化器 疾患	糖尿病
総数	1,536 (100.0%)	66 (4.3%)	256 (16.7%)	156 (10.2%)	298 (19.4%)	66 (4.3%)	45 (2.9%)	100 (6.5%)
男	442 (100.0%)	23 (5.2%)	99 (22.4%)	43 (9.7%)	75 (17.0%)	30 (6.8%)	14 (3.2%)	35 (7.9%)
女	1,094 (100.0%)	43 (3.9%)	157 (14.4%)	113 (10.3%)	223 (20.4%)	36 (3.3%)	31 (2.8%)	65 (5.9%)

	肺炎	骨折	神経難病	関節症	認知症	老衰	その他
総数	11 (0.7%)	31 (2.0%)	62 (4.0%)	86 (5.6%)	372 (24.2%)	41 (2.7%)	157 (10.2%)
男	5 (1.1%)	5 (1.1%)	25 (5.7%)	11 (2.5%)	80 (18.1%)	3 (0.7%)	55 (12.4%)
女	6 (0.5%)	26 (2.4%)	37 (3.4%)	75 (6.9%)	292 (26.7%)	38 (3.5%)	102 (9.3%)

2) 主治医とケアマネジャーの連携状況

(1) 診療科別

全体では、「まあまあ良好」が52.1%と最も高く、次いで「非常に良好」33.7%、「連絡・相談が全くない」10.2%、「あまり良好でない」3.3%、「全く良好でない」0.7%の順であった。

ここで、「非常に良好」の割合を診療科別にみると、「小児科」が92.3%と最も高く、ついで「整形外科」46.4%、「外科」40.1%、「脳神経外科」36.4%、「内科」36.1%の順であった。また、「連絡・相談が全くない」の割合をみると、「眼科」が96.8%と最も高く、次いで「皮膚科」27.5%、「脳神経外科」27.3%の順であった。

表4 主たる診療科別にみた主治医とケアマネジャーの連携状況

	総数	非常に良好	まあまあ良好	あまり良好でない	全く良好でない	連絡・相談が全くない
総数	1,536 (100.0%)	518 (33.7%)	800 (52.1%)	51 (3.3%)	10 (0.7%)	157 (10.2%)
内科	1,130 (100.0%)	408 (36.1%)	575 (50.9%)	43 (3.8%)	8 (0.7%)	96 (8.5%)
外科	137 (100.0%)	55 (40.1%)	63 (46.0%)	6 (4.4%)	0 (0.0%)	13 (9.5%)
整形外科	56 (100.0%)	26 (46.4%)	29 (51.8%)	0 (0.0%)	1 (1.8%)	0 (0.0%)
精神科	48 (100.0%)	6 (12.5%)	40 (83.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.2%)
皮膚科	40 (100.0%)	1 (2.5%)	28 (70.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11 (27.5%)
眼科	31 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.2%)	0 (0.0%)	30 (96.8%)
心療内科	30 (100.0%)	0 (0.0%)	30 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
リハ科	17 (100.0%)	6 (35.3%)	8 (47.1%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)
小児科	13 (100.0%)	12 (92.3%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
脳神経外科	11 (100.0%)	0 (36.4%)	11 (36.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (27.3%)
胃腸科	11 (100.0%)	4 (0.0%)	4 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.0%)
循環器科	5 (100.0%)	0 (0.0%)	4 (80.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)
泌尿器科	4 (100.0%)	0 (0.0%)	4 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

注1：総数は、欠損値のある3件を含む。

注2：主たる診療科について、複数回答があった場合は筆頭のものを採用した。

(2) 在宅療養支援診療所の届け出の有無別

在宅療養支援診療所の届け出ありでは、「まあまあ良好」が 52.3%と最も高く、次いで「非常に良好」40.1%、「連絡・相談が全くない」4.2%、「あまり良好でない」2.8%、「全く良好でない」0.5%の順であった。

一方、届け出なしでは、「まあまあ良好」が 50.4%と最も高く、次いで「連絡・相談が全くない」26.3%、「非常に良好」17.7%、「あまり良好でない」4.8%、「全く良好でない」1.0%の順であった。

表 5 在宅療養診療所の届け出の有無別にみた主治医とケアマネジャーの連携状況

	総数	非常に良好	まあまあ 良好	あまり良好 でない	全く良好 でない	連絡・相談 が全くない
総数	1,527 (100.0%)	518 (33.9%)	791 (51.8%)	51 (3.3%)	10 (0.7%)	157 (10.3%)
届け出あり	1,108 (100.0%)	444 (40.1%)	580 (52.3%)	31 (2.8%)	6 (0.5%)	47 (4.2%)
届け出なし	419 (100.0%)	74 (17.7%)	211 (50.4%)	20 (4.8%)	4 (1.0%)	110 (26.3%)

注 1：9 名に届け出有無の記載が無かったため、総数は 1527 名となっている。

D. 考察および E. 結論

在宅医療の実施の有無とケアマネジャーの連携状況に関する先行研究では、在宅医療実施医師の方がケアマネジャーとの連携が良好であるとの結果が示されている。

今回の調査は、在宅医療が提供された要支援・要介護者を対象に、主治医とケアマネジャーの連携状況をみたが、在宅療養支援診療所の届け出を行っている医師の方が、届け出を行っていない医師に比べ、ケアマネジャーとの連携が良好であることがわかった。

特に、「連絡・相談が全くない」割合をみると、「届け出あり」4.2%に対し、「届け出なし」26.3%と、両者の差が大きかった。また、眼科や皮膚科などの専門科目の医師に対し、相談や連絡をしていない割合が高かった。

今回の調査対象者の約半数は「要介護 3 以上」であった。要介護度が重度になるほど、医療リスクが一般的には高まると考えられる。したがって、在宅療養支援診療所の届け出の有無や診療科にかかわらず、ケアマネジャーが主治医に対し、報告・連絡・相談を適切に行う仕組みや具体的な方法論の開発が必要であると考えた。

【参考文献】

1. 川越雅弘，鍋島史一，信友浩一：介護保険への医師の関与度と介護支援専門員との連携状況－在宅医療実施の有無による関与度・連携状況比較－，病院管理，38(4)，13-19，2001.10.

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 24 年度分担研究報告書

テキスト「疾患の観察ポイントと医療連携－脳卒中－」の作成

研究代表者 川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【研究要旨】

平成 23 年度に滋賀県介護支援専門員連絡協議会が行った退院事例調査、病院でも看取り事例調査から、

- ①自宅退院した要介護者の入院元の約 7 割は一般病床であった
（一般病床から直接自宅に退院される要介護者が多い）
- ②入院原因疾患では、脳血管疾患・心疾患・肺炎等、高齢者にとってリスクの高い疾患が多い。
- ③これら入院者のうち、入院前から担当していたのが 70%であった、
- ④脳卒中で入院された方に対し、ケアマネジャーの約半数は、「急変の可能性はあまりない／ほとんどない」と認識していた

などの事実が明らかとなった。

そこで、今回、「ケアマネジャーは、高齢者のリスクの的確な把握と事実関係の報告、医療職との連携強化を図る必要がある」と考え、高齢者に起こりやすい疾患と症状のテキストを作成することとなった（まず、脳卒中から）。

滋賀県介護支援専門員連絡協議会のメンバー、ならびに医師に参加頂き、「ケアマネジメントの資質向上のためのテキスト作成班」をまず構成し、メンバーで複数回の検討を行った結果、

- ・脳卒中の概要（脳の構造と働き、脳卒中とは、発症メカニズム、主な後遺症）
- ・再発予防のためのケアマネジメントのポイント
- ・観察ポイントに関する Q&A

の章立てとなった。

今後、心疾患、肺炎、認知症などの疾患に関するテキストも順次作成する予定である。

A. 開発の背景および目的

平成 23 年度に滋賀県介護支援専門員連絡協議会が行った退院事例調査、病院でも看取り事例調査から、

- ①自宅退院した要介護者の入院元の約 7 割は一般病床であった
(一般病床から直接自宅に退院される要介護者が多い)
- ②入院原因疾患では、脳血管疾患・心疾患・肺炎等、高齢者にとってリスクの高い疾患が多い。
- ③これら入院者のうち、入院前から担当していたのが 70%であった、
- ④脳卒中で入院された方に対し、ケアマネジャーの約半数は、「急変の可能性はあまりない／ほとんどない」と認識していた

などの事実が明らかとなった。

そこで、今回、「ケアマネジャーは、高齢者のリスクの的確な把握と事実関係の報告、医療職との連携強化を図る必要がある」と考え、高齢者に起こりやすい疾患と症状のテキストを作成することとなった(まず、脳卒中から)。

B. 方法

滋賀県介護支援専門員連絡協議会のメンバー、ならびに医師に参加頂き、「ケアマネジメントの資質向上のためのテキスト作成班」をまず構成し、メンバーで複数回の検討を行った。

C. 結果、D. 考察、E. 結論

滋賀県介護支援専門員連絡協議会のメンバー、ならびに医師に参加頂き、「ケアマネジメントの資質向上のためのテキスト作成班」をまず構成し、メンバーで複数回の検討を行った結果、

- ・脳卒中の概要(脳の構造と働き、脳卒中とは、発症メカニズム、主な後遺症)
- ・再発予防のためのケアマネジメントのポイント
- ・観察ポイントに関する Q&A

の章立てとなった。

今後、心疾患、肺炎、認知症などの疾患に関するテキストも順次作成する予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

疾患の観察ポイントと医療連携 —脳卒中—



ケアマネジメントの資質向上のためのテキスト作成班

平成 25 年 3 月

はじめに

滋賀県における高齢化の状況は、平成 25 年 1 月 1 日現在、65 歳以上人口は 305,500 人（21.8%）で全国平均（24.4%）を下回っているものの、県下 19 市町のうち高齢化率が 25%を超えている市町が多賀町の 30.3%を筆頭に 6 市町あります。

2025 年に向けた国の動向では、一般病床の機能分化と平均在院日数の短縮化に向けた施策が展開されようとしています。長期入院の受け皿となる療養病床も、近年は減少傾向にあります。こうした状況を踏まえると、医療ニーズの高い高齢者の在宅化が、今後より一層進んでいくことになるでしょう。

平成 23 年度に滋賀県介護支援専門員連絡協議会が行った退院事例調査からは、一般病床から直接自宅に退院される要介護者が多く、今後、一般病床との連携を強化する必要があることがわかりました。「平均在院日数が短縮化されるなかでの円滑な退院」を実現するためには、私達介護支援専門員が、「医療と介護」のつなぎ手として大きな役割があることを今一度、認識する必要があります。

また、平成 23 年度の調査研究の結果、①入院となった原因疾患では脳血管疾患・心疾患・肺炎等、高齢者にとってリスクの高い疾患が多いこと、②入院前から担当していたのが 70%であったこと、③脳卒中で入院された方に対し、半数のケースで、「急変の可能性はあまりない／ほとんどない」と認識していたなどが明らかとなりました。

今回、このような背景から、「介護支援専門員は、高齢者のリスクの的確な把握と事実関係の報告、医療職との連携強化を図る必要がある」と考え、高齢者に起こりやすい疾患と症状のテキストを作成する運びとなりました。目標は、医療職との連携強化により、可能な限り在宅での療養が維持できるように支援することにあります。

これらは、介護支援専門員のみで対応できるものではありません。関係者がリスクを共有することで、はじめて利用者と家族の安心した生活が保障されます。今回の資料を、日頃のケアマネジメントやケア提供場面でご活用頂ければ幸いです。

今回は「脳卒中」に関するテキストを作成しましたが、今後も引き続き、高齢者に多い疾患に関するテキストを順次作成予定です。内容などに関し、ご意見を頂ければ幸いです。

ケアマネジメントの資質向上のためのテキスト作成班