
適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア 令和7年度改訂版

令和8年3月 31 日
株式会社 日本総合研究所

目 次

第1章 本手法の目的と基本的な考え方	1
1. 本手法の目的	1
(1) 背景	1
① 経緯	1
② 課題認識	1
③ これまでの調査研究で取り組んできたこと	1
(2) 本手法の意味	2
2. 本手法の基本的な考え方	3
(1) 「適切なケアマネジメント」が目指すもの	3
(2) 「適切なケアマネジメント」を実現するために必要な機能	4
(3) 「適切なケアマネジメント」を実現するための方法	5
(4) 「適切なケアマネジメント」の実現に向けて保険者（自治体）に期待される役割	7
3. 本手法の活用方法と留意点	9
(1) 活用方法	9
(2) 留意点	10
① 本人の生活を総合的に捉え、個別化する	10
② 多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する	10
③ 入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する	11
4. 本手法の構成 基本ケア及び疾患別ケア	12

第2章 基本ケア 13

基本ケアの考え方	13
(1)本手法における基本ケアの意味	13
(2)基本ケアの活用において留意すべきこと	14
基本方針Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援.....	15
Ⅰ-1.現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え.....	15
Ⅰ-1-1 疾病や心身状態の理解.....	15
Ⅰ-1-2 現在の生活の全体像の把握	24
Ⅰ-1-3 目指す生活を踏まえたリスクの予測	35
Ⅰ-1-4 緊急時の対応のための備え	39
Ⅰ-2.意思決定過程の支援	43
Ⅰ-2-1 本人の意思を捉える支援	43
Ⅰ-2-2 意思の表明の支援と尊重	45
Ⅰ-2-3 意思決定支援体制の整備	47
Ⅰ-2-4 将来の生活の見通しを立てることの支援.....	48
基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援	50
Ⅱ-1.予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援.....	50
Ⅱ-1-1 水分と栄養を摂ることの支援.....	50
Ⅱ-1-2 継続的な受診と服薬の支援	59
Ⅱ-1-3 継続的な自己管理の支援	64
Ⅱ-1-4 心身機能の維持・向上の支援.....	67
Ⅱ-1-5 感染予防の支援	72
Ⅱ-2.日常的な生活の継続の支援	75
Ⅱ-2-1 生活リズムを整える支援	75
Ⅱ-2-2 食事の支援.....	79
Ⅱ-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援.....	83
Ⅱ-3.家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	89
Ⅱ-3-1 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	89
Ⅱ-3-2 コミュニケーションの支援	91
Ⅱ-3-3 家庭内での役割を整えることへの支援	93
Ⅱ-3-4 コミュニティでの役割を整えることへの支援	95
基本方針Ⅲ 家族等への支援.....	99
Ⅲ-1.家族等への支援	99
Ⅲ-1-1 支援を必要とする家族等への対応.....	99
Ⅲ-1-2 家族等の理解者を増やす支援.....	104
Ⅲ-2.ケアに参画するひとへの支援.....	106
Ⅲ-2-1 本人をとりまく支援体制の整備	106
Ⅲ-2-2 同意してケアに参画するひとへの支援	108

第3章 疾患別ケア 110

第1節 脳血管疾患がある方のケア 110

脳血管疾患の基本的理解 110

(1)脳血管疾患の特徴 110

(2)脳血管疾患のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと 110

脳血管疾患 I 期 112

1.再発予防 112

1-1 血圧や疾病の管理の支援 112

1-1-1 基本的な疾患管理の支援 112

1-1-2 血圧等の体調の確認 115

1-1-3 環境整備 117

1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供 119

1-2 服薬管理の支援 120

1-2-1 服薬支援 120

1-3 生活習慣の改善 122

1-3-1 脱水予防 122

2.生活機能の維持・向上 125

2-1 心身機能の回復・維持 125

2-1-1 機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて） 125

2-2 心理的回復の支援 126

2-2-1 受容の支援 126

2-3 活動と参加に関わる能力の維持・改善 129

2-3-1 機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて） 129

2-3-2 コミュニケーション能力の改善 131

2-3-3 社会参加の機会の確保 133

2-4 リスク管理 136

2-4-1 食事と栄養の確保 136

2-4-2 転倒予防 137

脳血管疾患 II 期 139

1.継続的な再発予防 139

1-1 血圧や疾病の管理の支援 139

1-1-1 基本的な疾患管理の支援 139

1-1-2 血圧等の体調の確認 142

1-1-3 環境整備 144

1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供 146

1-2 服薬管理の支援 147

1-2-1 服薬支援 147

1-3 生活習慣の維持 149

1-3-1 脱水予防 149

2.セルフマネジメントへの移行 150

2-1 心身機能の見直しとさらなる回復・維持.....	150
2-1-1 機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	150
2-2 心理的回復の支援.....	151
2-2-1 受容の支援	151
2-2-2 行動変容の状況の確認と継続的な支援	154
2-3 活動と参加に関わる能力の維持・向上	156
2-3-1 機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて）	156
2-3-2 コミュニケーション能力の改善	159
2-3-3 社会参加の機会の維持・拡大	161
2-4 リスク管理.....	164
2-4-1 食事と栄養の確保	164
2-4-2 転倒予防.....	165

第2節 大腿骨頸部骨折がある方のケア	166
大腿骨頸部骨折の基本的理解	166
(1)大腿骨頸部骨折の特徴	166
(2)大腿骨頸部骨折のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと	166
大腿骨頸部骨折 I 期	167
1.再骨折の予防	167
1-1 転倒予防	167
1-1-1 転倒予防	167
1-2 骨粗しょう症の予防	170
1-2-1 服薬支援	170
1-2-2 治療の継続の支援	172
2.骨折前の生活機能の回復	175
2-1 歩行の獲得	175
2-1-1 歩行機能訓練	175
2-1-2 心理的不安の排除	176
2-2 生活機能の回復	177
2-2-1ADL/IADL の回復	177
2-2-2 食事と栄養の確保	178
2-3 社会参加の回復	179
2-3-1 社会参加の機会の回復	179
大腿骨頸部骨折 II 期	181
1.再骨折の予防	181
1-1 転倒予防	181
1-1-1 転倒しないための身体機能の維持	181
1-2 骨粗しょう症の予防	182
1-2-1 服薬支援	182
1-2-2 治療の継続の支援	184
2.セルフマネジメントへの移行	187
2-1 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行）	187
2-1-1 ADL/IADL の確認とセルフマネジメントへの移行	187
2-1-2 食事と栄養のセルフマネジメントへの移行	189
2-1-3 環境整備	190
2-1-4 社会参加の機会の維持・拡大	191

第3節 心疾患がある方のケア	193
心疾患の基本的理解	193
(1)心疾患の特徴	193
(2)心疾患のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと	193
心疾患 I 期	194
1.再入院の予防.....	194
1-1 疾患の理解と確実な服薬.....	194
1-1-1 基本的な疾患管理の支援.....	194
1-1-2 服薬支援.....	197
1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援	199
1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理.....	201
1-2-1 体重の管理	201
1-2-2 塩分量・水分量のコントロール.....	203
1-2-3 血圧の管理	208
1-2-4 活動制限が守られることの支援.....	210
1-2-5 急性増悪の予防	212
1-2-6 非日常的な活動のリスクの管理.....	213
1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	214
1-3-1 負荷のかかる環境の改善.....	214
2.生活機能の維持・向上	217
2-1 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援	217
2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善.....	217
2-1-2 リハビリテーションの実施	220
2-1-3 入浴習慣の支援	223
2-1-4 休養・睡眠の支援	224
2-1-5 禁煙の実現の支援	226
2-1-6 本人や家族等への生活習慣を変えることの支援.....	227
2-2 心理的な支援	229
2-2-1 本人や家族等の不安の軽減	229
心疾患 II 期	230
1.再入院の予防.....	230
1-1 疾患の理解と確実な服薬.....	230
1-1-1 基本的な疾患管理の支援.....	230
1-1-2 服薬支援.....	233
1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援	235
1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理.....	237
1-2-1 体重の管理	237
1-2-2 塩分量・水分量のコントロール.....	239
1-2-3 血圧の管理	244
1-2-4 活動制限が守られることの支援.....	246
1-2-5 急性増悪の予防	248

1-2-6 非日常的な活動のリスクの管理	249
1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	250
1-3-1 負荷のかかる環境の改善	250
2.生活機能の維持	253
2-1 ステージに応じた生活・暮らし方の支援	253
2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善	253
2-1-2 継続的なリハビリテーションの実施	256
2-1-3 入浴習慣の支援	258
2-1-4 休養・睡眠の支援	259
2-1-5 禁煙の実現の支援	261
2-1-6 本人や家族等への生活習慣を変えることの支援	262
2-2 心理的な支援	264
2-2-1 本人や家族等の不安の軽減	264
3.EOL 準備	266
3-1EOL(エンドオブライフ)に向けた準備	266
3-1-1 末期心不全の EOL ケアの対応・準備の支援	266

第4節 認知症がある方のケア	268
認知症の基本的理解	268
(1)認知症の特徴	268
(2)認知症のある要介護者のケアマネジメントにおいて留意すべきこと	268
0.ここまでの経緯の確認	270
0-1 ここまでの経緯の確認	270
0-1-1 認知症と診断されるに至った経緯の把握	270
0-1-2 これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握	272
1.本人及び家族・支援者の認識の理解	273
1-1 本人と家族・支援者の認識の理解	273
1-1-1 本人や家族・支援者が抱く感情と想いの理解	273
1-1-2 本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識	274
1-2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解	276
1-2-1 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	276
2.将来の準備としての意思決定の支援	279
2-1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	279
2-1-1 意思決定支援の必要性の理解	279
2-1-2 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	282
2-2 意思決定支援体制の整備	284
2-2-1 意思決定支援体制の整備	284
3.必要に応じた連携体制の構築	286
3-1 必要に応じた連携体制の構築	286
3-1-1 かかりつけ医や専門職等との連携	286
3-1-2 その他の関係する人との連携	289
4.基本的な生活の支援	290
4-1 日常生活における本人の意向の尊重	290
4-1-1 日常生活における意向の尊重	290
4-2 一週間の生活リズムを支えることの支援	291
4-2-1 一週間の生活リズムと変化を把握することの支援	291
4-2-2 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支えることの支援	292
4-3 日常的に参加する役割を整えることの支援	294
4-3-1 家庭や地域での役割を担い続けるための ADL/IADL の支援	294
4-3-2 コミュニケーションを取ることの支援	297
4-3-3 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援	299
4-4 体調管理や服薬管理の支援	300
4-4-1 体調の変化を把握し伝えることの支援	300
4-4-2 服薬支援	303
4-5 基本的なセルフケアを継続することの支援	305
4-5-1 水分の摂取の支援	305
4-5-2 栄養の摂取の支援	307
4-5-3 排泄を続けることの支援	309

5.これまでの生活の尊重と重度化の予防	311
5-1 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備	311
5-1-1 その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	311
5-1-2 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	314
5-2 合併症や併発しやすい事故の予防	316
5-2-1 転倒の予防の支援	316
5-2-2 誤嚥の予防の支援	318
6.行動・心理症状の予防・重度化防止	320
6-1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握	320
6-1-1 行動・心理症状の具体的内容を把握する体制の構築	320
6-1-2 本人の不安やストレスの把握	322
6-2 背景要因に対する取り組みの支援	323
6-2-1 背景要因に対する取り組みの支援	323
7.家族等への対応	327
7-1 家族支援に必要なサービスの調整支援	327
7-1-1 家族等に対する支援の体制の整備	327
7-1-2 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援	331
7-2 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	332
7-2-1 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	332

第5節 誤嚥性肺炎の予防のためのケア	334
誤嚥性肺炎の予防と対策に関する基本的理解	334
(1) 誤嚥性肺炎の特徴	334
(2) 誤嚥性肺炎の予防において留意すべきこと	334
(3) 誤嚥性肺炎の治療後の対策において留意すべきこと	335
0. 誤嚥性肺炎予防の必要性の理解	337
0-1 誤嚥性肺炎予防の必要性の理解	337
0-1-1 必要性の理解	337
1. リスクの（再）評価	338
1-1 リスクの評価	338
1-1-1 誤嚥リスクの評価に資する情報の収集	338
1-1-2 誤嚥による肺炎のリスクの把握	343
2. 日常的な発症及び再発の予防	344
2-1 摂食嚥下機能の支援	344
2-1-1 摂食嚥下機能の改善・維持	344
2-2 リスクを小さくする支援	348
2-2-1 嚥下トラブルなく食事をとることの支援	348
2-2-2 フレイル予防のために必要な栄養の確保	352
2-2-3 口腔ケアの実施	354
3. 再評価	355
3-1 リスクの再評価	355
3-1-1 リスクの再評価	355
4. 変化を把握したときの対応体制の構築	356
4-1 変化を把握したときの対応体制の構築	356
4-1-1 変化を把握したときの対応体制の構築	356
4-2 入院後の生活復帰の見通しの共有	359
4-2-1 入院後の生活復帰の見通しの共有	359

第4章 多職種連携の重要 360

1. 多職種連携の重要性	360
(1) 入院・入所先時の多職種連携	360
(2) かかりつけ歯科医との連携	360
(3) かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携	361
2. かかりつけ医との連携の重要性	362

参考文献

巻末資料

- 巻末資料1 ケアマネジメントの標準化に関する概念図
- 巻末資料2 概要版(項目一覧)
- 巻末資料3 「適切なケアマネジメント手法」の手引き

第1章 本手法の目的と基本的な考え方

1. 本手法の目的

(1) 背景

① 経緯

- ・ 地域包括ケアシステムの構築を進めるとともに、2025 年よりも先の社会を見据えた取り組みとして、住み慣れた地域でできる限り暮らし続けられる地域づくりに向けた取り組みが進められている。高齢化が進展し、同居あるいは近くに住む家族がいない高齢者の世帯も増える中、心身の機能が低下していく高齢期の生活の質（QOL）を維持するために、本人自身が様々な社会資源を組み合わせ、目指す生活の実現に向けた本人の潜在能力を高めていくことが必要とされている。
- ・ また、社会資源を充実させる取り組みも重要である。介護給付サービスだけでなく、自助や互助など様々な社会資源の組み合わせが必要である。これをすべての高齢者が自ら行うのは現実的ではないため、効果的かつ効率的な組み合わせを支援する機能として、介護支援専門員がこれまで以上に多様な社会資源の組み合わせを考え、提案することが期待されている。
- ・ 多様な社会資源の組み合わせを実現するには、多職種あるいは多様なサービスとの連携が欠かせないため、介護支援専門員に対し、各職種が円滑に連携できるよう、ケアチームを組成し連携・協働を促進させていく役割の期待も高まっている。
- ・ こうした背景を踏まえ、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28 年6月2日閣議決定）において、自立支援と重度化防止を推進するために「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととされた。

② 課題認識

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

③ これまでの調査研究で取り組んできたこと

- ・ 「適切なケアマネジメント手法に関する調査研究」は平成 28 年度に開始し、これまでに調査研究において整理する手法の検討や、検討において持つべき視点・アプローチの整理を行ってきた。具体的には次の三点であ

本手法の目的

る。

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

(2)本手法の意味

- ・ 本手法は、自立支援に資する適切なケアマネジメントの推進、具体的には介護支援専門員個々が作成するケアプランの内容やケアマネジメントに関するばらつきを縮小を目的としている。具体的には、尊厳の保持と自立支援を踏まえたうえで、高齢者の生活の継続の支援のために必要な支援内容について、ケアマネジメントだけでなく医療や看護、リハビリテーション、介護やソーシャルワークなど、各職域における知見に基づいて体系的に整理したものである。いわば、各職域の実践と研究を通じて、「根拠のある共通的な知見」である。
- ・ この手法を活用することで、介護支援専門員に対し必要な知識を付与することで、既に実施しているケアマネジメントプロセスにおいて、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用でき、効果的なアセスメントを可能にし、サービス担当者会議の機能を高め、結果として、現在の生活課題の把握及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担や協働の推進、ひいてはケアマネジメントの質の向上を図ろうとするものである。
- ・ なお、行われるべき支援として想定される支援内容の中には、疾患の種類にもよるが、必然的に医療によるケアを必要とするものが多く含まれる。療養に係る判断や利用者の状態が悪化したときの対応などは、当然、まず「医療につなぐこと」が重要であることは言うまでもない。ただし、そうした連携を円滑に行うことができるようにするためにも、介護支援専門員が医療によるケアが必要な場面について基礎的な知識を持つておくことが求められる。ケアマネジメントの標準化により、介護支援専門員が医療との関わりについて理解しやすくなることを企図する。

2. 本手法の基本的な考え方

(1)「適切なケアマネジメント」が目指すもの

尊厳を保持し、質の高い生活を実現する

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

将来にわたるQOLを維持・向上させるマネジメント

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

セルフケアへの移行を見据えたマネジメント

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

資源の充実

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

(2)「適切なケアマネジメント」を実現するために必要な機能

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

情報を収集し、状況を分析し、見通しを立てること

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

地域の実情に応じて社会資源をコーディネートすること

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

本手法の基本的な考え方

に、本人だけでなく家族等の支援に必要な社会資源も含める。

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

意思の形成・表出・決定・実行を支援すること

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

(3)「適切なケアマネジメント」を実現するための方法

職業倫理

- ・ 前述で示したケアマネジメントを実現するために、介護支援専門員には、専門的な知識・技術はもちろん、人権と尊厳を支える専門職に求められる姿勢を認識し、介護支援専門員としての職業倫理に基づき、日常業務で直面する倫理的課題に対応する実践力が求められている¹。
- ・ 人は、心身を病み、介護を必要とする状態となっても、一人の「人」として尊重されるべきかけがえのない存在であることは言うまでもない。本報告書で取り扱う支援の対象者は、要介護状態にあり、常に医療やケア、さら

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

本手法の基本的な考え方

には人生の選択を迫られる状況にある。介護支援専門員は、人生にさえ関与しうる重要な支援を行っていることを再認識し、本人にとっての最善の選択が行われるよう、利用者本位、公正中立、利用者の代弁といった職業倫理に立ち返り、ケアマネジメントプロセスを省察しながら取り組む姿勢が求められる。

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

ケアマネジメントプロセス

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

多職種連携・多職種協働

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

ケアの実践を支える体制の構築

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

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

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

「適切なケアマネジメント手法」の共有

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

多職種連携・多職種協働に必要なネットワークの構築

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

社会資源の把握と充実

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

3. 本手法の活用方法と留意点

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

(1) 活用方法

介護支援専門員による活用

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

指導担当者による活用

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

地域包括支援センターにおける活用

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

本手法の活用方法と留意点

検討の視点を共有するための参考として、本手法を活用することが期待される。

保険者（自治体）における活用

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

(2)留意点

①本人の生活を総合的に捉え、個別化する

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

②多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する

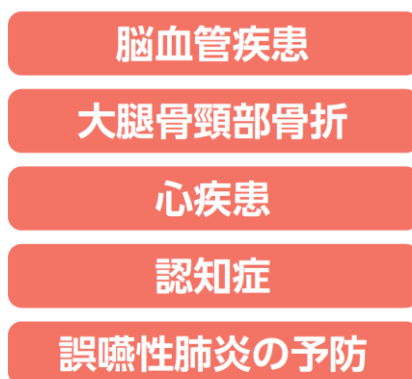
- ・ 本手法に挙げた支援の必要性を判断するための情報は、すべて介護支援専門員が一人で集めるのではなく、他の職種との連携によって収集することが必要である。また、支援の必要性の判断においても、療養に関わる点も含まれることから、すべて介護支援専門員が一人で判断するのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめ適切な職種の判断を仰ぐようにすることも留意が必要である。
- ・ 一方、他の職種における判断を円滑にするには、介護支援専門員から他の職種への情報提供も必要である。その際、どのような支援の必要性の判断のための情報共有なのかを見定めて、必要な情報をわかりやすく共有し、各職種の判断・意見を把握するよ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

③入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する

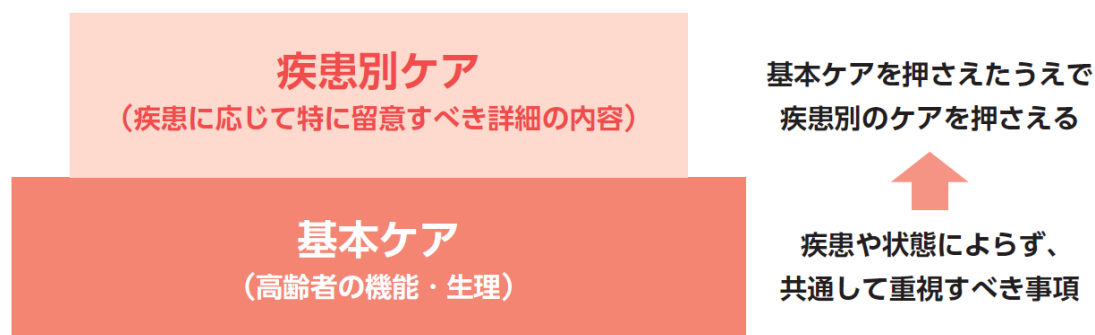
- ・ 本手法では、退院してから在宅での生活への移行が円滑に進み、かつそうした環境が大きく変わるタイミングに必要な可能性のあるケアが十分に検討されるよう、退院後生活が安定するまでの「Ⅰ期」と、その後生活の維持を目指す「Ⅱ期」に分けてとりまとめを行った。この前段階として、入院中から在宅での生活へと移行するにあたり、医療、リハビリテーション、介護をはじめ、生活支援サービスや福祉サービスを含め、切れ目のないケアが包括的に提供されるような体制を整えることにより、できる限り早期に生活を安定させ、自らできることを増やすような取り組みへと進んでいくことが期待される。
- ・ また、同居する家族等がいる場合、退院直後は家族等にとってもどのように介護に携わり、生活を支えていけば良いか分からず、大きな不安を抱えることもある。こうした同居家族等の不安を軽減するためにも、退院後から在宅へと移行する際に、切れ目のないケアが提供される体制を整えることが重要となる。
- ・ 一方、高齢者の多くは複数の疾患を有しているため、入退院を繰り返す場合も多い。こうしたときに、それまでの在宅における生活の状況を入院先あるいは入所先に情報共有し、本人にとっての生活の目標や、必要とされるケアの内容等を伝達することも、切れ目のないケアが提供される体制整備の点で重要である。
- ・ なお、利用者の状態が悪化したときの対応などは、当然、まず「医療につなぐこと」が重要であることは言うまでもない。ただし、そうした連携を円滑に行うことができるようにするためにも、介護支援専門員が医療によるケアが必要な場面について基礎的な知識を持っておくことが求められる。

4.本手法の構成 基本ケア及び疾患別ケア

- ・ 本手法は、基本ケアと疾患別・期別のケア（認知症、脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、誤嚥性肺炎の予防）で構成される。



- ・ 基本ケアは、高齢者の機能と生理を踏まえ、その高齢者が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について整理している。



- ・ 一方、疾患別・期別のケアについては、該当する疾患を有する高齢者の期別（退院後の時期別）に、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について整理している。
- ・ 個別支援事例において本手法を活用する際は、「疾患別・期別のケア」の内容に加えて「基本ケア」の内容も併せて参照し、情報共有や検討の視点の参考としていただきたい。疾患別・期別のケアに掲載しているのはあくまでも疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容であるので、「基本ケア」に掲載しているような、高齢者の機能と生理に基づく、高齢者全般に共通する視点や支援内容を見落とさないよう、ご留意いただきたい。

第2章 基本ケア

基本ケアの考え方

(1)本手法における基本ケアの意味

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

(2)基本ケアの活用において留意すべきこと

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

基本方針Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援

Ⅰ-1.現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

Ⅰ-1-1 疾病や心身状態の理解

1.疾患管理の理解の支援

実施内容

疾患管理の理解の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 疾患等の理解をうながす体制を整える。
- 日常と異なる状態を把握できるよう体制を整える。
 - 具体的には、本人や家族等が日常的な状態と異常な状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握する。
- 服薬が必要であることの理解をうながす体制を整える。
 - 疾患等を理解することで、継続的な正しい治療や生活の改善を目指す。
 - また、自宅での療養を円滑に進めるため、本人や家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性和医師からの指示内容を理解できるように支援する。さらに、専門職によるケアが縮小した後も適切に服薬を継続できるよう、本人や家族等における服薬の必要性和指示内容の理解を支援する。
- 薬を管理できる体制を整える。
 - 具体的には、処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。
※関連して疾患等の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること
- 服薬のうながし(声かけ)と服薬したことの確認ができる体制を整える。
 - 具体的には、服薬の状況と家庭の生活状況を考慮して、飲み忘れがないように、本人や家族等に対して薬と病気への影響の理解をうながしたり、服薬方法を飲みやすい方法に変更したり、指示どおりの服薬ができるよう飲み忘れを防止する管理方法の導入等を提案する。必要に応じて薬剤師、医師にも相談する。また、服薬状況について、薬剤師、医師に加えPT/OT/ST、看護職、介護職など関係する専門職と共有する。

必要性

再発予防や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要であり、起因となっている疾患等の管理についての理解が必要である。

また、再発予防や生活の悪化防止、自宅での療養においては、指示どおりの服薬が必要である。処方された薬によっては、食事の内容の制限や副作用(出血しやすくなる等)についても、本人や家族等が知っておくことが重要である。

指示どおりの服薬がなされなければ再入院を予防(急激な状態の悪化の予防)できない。そのため、服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用)についても、本人や家族等が知っておくことが重要となる。在宅での生活は、セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要となる。また、服薬が指示どおり行われるように、専門職と連携して薬の管理がきちんと行われるようにすることも求められる。

※関連して疾患等の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 生活習慣病への対応の状況
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）
- 介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）
- 日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 生活習慣病への対応の状況
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）
- 介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）
- 日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

2. 併存疾患の把握の支援

実施内容

併存疾患の把握の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する。
- 腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病（糖尿病性腎症）などの疾患の療養を支援する体制を整える。
 - 具体的には、腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病（糖尿病性腎症）などの心疾患の併存疾患の管理の重要性への本人や家族等の理解を深められるよう説明を行い、適切な併存疾患管理が徹底される体制を整える。
 - また、かかりつけ医あるいは看護師と併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報交換を密に行う、併存疾患の管理についてかかりつけ医や看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から説明するといった取り組みが考えられる。
- 上記の他併発している他の疾患の療養の支援について別途確認する。
 - 具体的には、上記以外の併存疾患の管理の重要性への本人や家族等の理解を深められるよう説明を行い、適切な併存疾患管理が徹底される体制を整える。

必要性

再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要である。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外）

心疾患の併存疾患には、高血圧や糖尿病などの疾患のほか、慢性腎臓病、貧血、末梢血管の疾患、慢性閉塞性肺疾患、睡眠時無呼吸症候群、消化管や肝機能障害、不眠症等が挙げられる。これらの疾患等により、心臓の機能が低下する場合もある一方で、併存疾患の治療により心疾患の状態が改善することもあり、循環器科への定期的な受診に加え、併存疾患の把握と管理も重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況
- 心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 生活習慣病への対応の状況

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

関連するモニタリング項目

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 生活習慣病への対応の状況

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 等

3.口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

実施内容

口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 口腔内を観察して、異常を発見した場合には早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える。
 - 具体的には、口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか観察する。
 - また、異常を発見した場合には、早期に歯科診療や訪問歯科診療が受けられるような体制を整える。

必要性

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

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

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

上記の観点を踏まえ、口腔内の異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- (入院していた場合)入院中の食事の種類、内容
- 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度
- 口腔内の状況(乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など)
- 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)
- 唾液の状態、貯留の状況の有無(唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある)
- 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング(例:動作時、食事の途中など)、咳・むせの頻度、咳のタイプなど
- 息切れの有無
- 口腔状態(口腔乾燥など)に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無
- 日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など
- 口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど)
- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況(有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

認

- 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候
- 連絡先(かかりつけ医等)、専門職種での対応体制
- 家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)
- 現在利用している専門的なサービス(訪問歯科、訪問歯科衛生士等)

関連するモニタリング項目

- 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度
- 口腔内の状況(乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など)
- 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)
- 唾液の状態、貯留の状況の有無(唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある)
- 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング(例:動作時、食事の途中など)、咳・むせの頻度、咳のタイプなど
- 息切れの有無
- 口腔状態(口腔乾燥など)に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無
- 日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など
- 口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど)
- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況(有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認
- 連絡先(かかりつけ医等)、専門職種での対応体制
- 家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)
- 現在利用している専門的なサービス(訪問歯科、訪問歯科衛生士等)

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職 等

4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認

実施内容

転倒・骨折のリスクや経緯の確認のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 自らの身体機能（反射、平衡感覚、視覚等）の理解の支援と指導ができる体制を整える。
 - 具体的には、本人の身体状態（反射、平衡感覚、視覚等）を定期的に測定する機会をつくる、身体機能が低下している場合には、それを前提とした日常的な動作を行えるような支援や指導の体制を整えるなどが考えられる。

必要性

転倒やそれに伴う骨折の予防のためには、転倒・骨折の経緯を確認したうえで、現在の身体機能（反射、平衡感覚、視覚等）の状態を理解し、それにあった生活動作を身につけることが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 過去の転倒歴（転倒が起きた状況など）
- 転倒に対する本人・家族等の理解度
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）
- 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）
- 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）
- 本人の身体能力、生活動作の確認
- 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無
- 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）

関連するモニタリング項目

- 転倒に対する本人・家族等の理解度
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）
- 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）
- 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）
- 本人の身体能力、生活動作の確認
- 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無
- 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

I-1-2 現在の生活の全体像の把握

5.望む生活・暮らしの意向の把握

実施内容

望む生活・暮らしの意向の把握のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 本人が望む生活・暮らしの意向と現状を把握する。
 - 具体的には、暮らしの中で特に継続したいことや重視したいことなどを本人から把握する、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これからについて本人が家族等に表明している意思を把握する、サービス事業者からサービス利用中の利用者の様子を把握するなどが考えられる。

必要性

活動能力の低下は、患者のQOLと充実度を直接に低下させるため、その改善が自宅での療養やケアマネジメントにおける主要目的である。活動能力は運動能力のみならず、心理的状态、認識能力、社会的環境等に依存する。これらの評価は初期の病態把握及び管理をするうえでも極めて重要である。

また、疾患等が生活に及ぼす影響は、身体機能の低下のみならず心理的適応にも及ぶため、患者が社会的あるいは精神的に隔離されないように注意する必要がある。

上記の観点を踏まえ、本人が望む暮らしの実現に向け、暮らしやすくするための環境の改善を、本人の活動能力を踏まえて支援することが重要となる。

特に、日常生活の状況は、身体機能、心理的要因、認識能力及び回復意欲、疾病と治療の理解に基づく服薬及び生活指導の遵守、家族等を含む周囲からの支援等により影響されるため、これらの因子については、定期的に把握・評価できる体制を整える必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族等が望む生活・暮らし(1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント)
- 望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動(現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など)
- 望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)
- 日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割
- (同居者がいる場合)同居者による本人の生活リズムの把握状況

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

関連するモニタリング項目

- 本人・家族等が望む生活・暮らし(1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント)
- 望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動(現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など)
- 望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 本人の日次(24 時間)の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)
- 日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

6.一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援

実施内容

一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 食事の際に目覚めていられるように睡眠・覚醒リズムを把握して、生活リズムが整うように環境を整える。
 - 具体的には、食事の時間に覚醒した状態となるように、朝の覚醒時刻の見極めが重要となる。
- 本人の生活のリズムを把握する。
 - 具体的には、本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等を把握する。
- 生活リズムの崩れを把握し、リズムを取り戻すことを支援する。
 - 具体的には、認知症などの疾患の進行や健康状態の変化により、生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握し、改めて本人にとって心地良い生活リズムを取り戻せるようにするための支援を行う。

必要性

本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地良い場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要である。

高齢者の健康状態や疾患等の状況は、時間の経過とともに変化するものである。したがって、心地良い生活リズムを捉えたとしてもどこかでそれが崩れることがあるため、その変化を把握して生活リズムを取り戻す支援が重要である。

なお、その際のリズムは、必ずしも元の生活リズムが正しいのではなく、その状況に合った本人にとって心地良いリズムを改めて把握し、それにそった生活を支援することが重要である。

口から食べるためには、覚醒している状態が必要である。特に、認知症を患っている場合には睡眠・覚醒リズムが乱れやすく、また自分で生活リズムを整えることは難しいため、生活リズムを規則正しくする支援が受けられる環境の整備が重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人にとって心地良いであろう生活リズム
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 本人の週次や月次の生活リズム
- 本人の日常生活リズムの変化(生活リズムの崩れの有無、その要因など)
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)
- 日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)
- 休養・睡眠の状況(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無)
- 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候
- 連絡先(かかりつけ医等)、専門職間での対応体制

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

- 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）
- 支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）
- 生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容
- 本人や家族等の交友関係

関連するモニタリング項目

- 本人にとって心地良いであろう生活リズム
- 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方
- 本人の週次や月次の生活リズム
- 本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）
- 休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）
- 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候
- 連絡先（かかりつけ医等）、専門職種での対応体制
- 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）
- 支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）
- 生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容
- 本人や家族等の交友関係

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

7.食事及び栄養の状態の確認

実施内容

食事及び栄養の状態の確認のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 本人の様子を観察して、食欲が通常どおりあるかを確認できる環境を整える。
 - 具体的には、体重の増減や BMI 値を使って栄養状態を把握する。食欲の有無について本人や家族等に確認をして、食欲がない場合には、起因を探るため、1日の行動をたずねたり、体調の変化の有無と、変化が起きたとき、食欲がないとき、気になるエピソード等を聞きだす等して、状態を把握するなどが考えられる。
 - また、介護支援専門員による定期的なアセスメント以外にも、専門職と連携し、日常生活での本人の状態を随時把握できるような体制を整える。

必要性

食欲の有無は身体健康や心の状態を図るうえで重要である。高齢者の身体異常や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにすることが重要である。

また、咀嚼、嚥下力の低下や、薬の副作用で食欲が落ち、低栄養の状態に陥る場合もあるため、専門職と連携して対応することも求められる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 嚥下障害に係る病歴の有無（気管切開など）
- 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果
- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
- 本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）
- 食欲の状況
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）
- 日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）
- 体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など）
- 日常生活（活動内容、休養・休息、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など）
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

- 医師への報告の必要性、方法、タイミング
- 摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション(実施有無、必要性、内容など)
- 本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果
- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 本人・家族等の理解度(適切な量、日常的な食事の塩分含有量など)
- 口腔機能(摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など)の状況
- 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)
- 本人及び同居家族等の生活リズム(特に食事のタイミング)
- 食欲の状況
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)
- 日常的な食事の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)
- 食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(食事内容や食事のとり方に関する留意点など)
- 体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など)
- 日常生活(活動内容、休養・休息、健康状態など)に関する記録(本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など)
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)
- 医師への報告の必要性、方法、タイミング
- 摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション(実施有無、必要性、内容など)
- 本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 等

8.水分摂取状況の把握の支援

実施内容

水分摂取状況の把握の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 本人にとって必要な水分量及び日常的に摂取している水分量を把握する体制を整える
 - 具体的には、日常的に水分を摂取する場面の把握や日常生活で使っているコップの大きさ・容量の確認、食事の際に摂取している水分量の把握が考えられ、これらを実行できる体制を整える。

必要性

必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響や併存疾患などの療養への影響が懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握し、適切にな水分量を摂取できるよう支援することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 水分の摂取に関する失敗のエピソード
- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

関連するモニタリング項目

- 水分の摂取に関する失敗のエピソード
- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

相談すべき専門職

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

9.コミュニケーション状況の把握の支援

実施内容

コミュニケーション状況の把握の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 日常生活におけるコミュニケーション(聞く、話す、見る)の状況を把握する。
 - 具体的には、本人のコミュニケーションに対する意向の確認、日常生活でコミュニケーションを取っている相手の把握、コミュニケーションを取っている状況などを把握するなどが考えられる。

必要性

本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状況であるためには、本人のコミュニケーションの状況を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格
- 電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード
- コミュニケーションに関する本人のストレスの状況
- コミュニケーション(聞く、話す、見る)の状況
- 本人と家族等のコミュニケーションの状況
- 本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況

関連するモニタリング項目

- 電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード
- コミュニケーションに関する本人のストレスの状況
- コミュニケーション(聞く、話す、見る)の状況
- 本人と家族等のコミュニケーションの状況
- 本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援

実施内容

家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 本人がこれまでに担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況を把握する。
 - 具体的には、疾患等を発症する以前の生活における家庭や地域における本人の役割と、現在の生活における実行状況、現在の生活で担っている役割を把握する。さらに、そうした役割をできるだけ担い続けるうえで捉えるべき疾患等の影響の現れ方を把握する。
- 日常生活における活動の環境や支援の体制を整える。
 - 疾患等の影響により、疾患等を発症する以前と比べると、生活環境や本人の状況が大きく変化していることが想定されるため、現在の本人の日常生活の状況について専門職が判断し、支援できる体制を整える。

必要性

認知症などの疾患の影響が現れても、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のIADLや社会参加を支援することが重要である。

具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 金銭管理の状況
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）

関連するモニタリング項目

- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 金銭管理の状況

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

I-1-3 目指す生活を踏まえたリスクの予測

11.口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測

実施内容

口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 口腔内を観察して、異常を発見した場合には、早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える。
 - 具体的には、口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか観察する。
 - また、異常を発見した場合には、早期に歯科診療や訪問歯科診療が受けられるような体制を整える。
- 適切な口腔ケアが行われるような体制を整える。
 - 具体的には、義歯を装着している場合、義歯の手入れと残歯の手入れが十分に行われるように支援する。
 - また、適切な口腔ケアが行われるように、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保する。
 - さらに、本人による口腔ケアが難しい場合、必要に応じて介助が得られる体制を整える。
- 誤嚥の予防を支援する。
 - 具体的には、口腔機能の状況だけでなく、その変化を本人がどのように捉えているかも含め、誤嚥のリスクを低下できるような体制を整える。

必要性

適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。

口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。加えて、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。また、口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少につながったり、虫歯や誤嚥につながる。

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

上記の観点を踏まえ、口腔内の異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。また、状態の重度化の要因となる誤嚥を予防するよう、日常生活における動線を把握するとともに環境を整えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況
- 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認）
- 口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など）
- 食事の用意の方法、食事を用意する人

関連するモニタリング項目

- 口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況
- 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認）
- 口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など）
- 食事の用意の方法、食事を用意する人

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測

実施内容

転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 転倒リスクのある要因の把握・評価を確認する体制を整える。
 - 具体的には、転倒リスクのある要因を把握し評価することで、転倒しやすい状況を改善したり、適切なリハビリテーション目標を設定する。また、本人の生活の動線の中で転倒につながる状況の把握、改善法方法の提案、本人の日常的な動作において気をつけるべき点を本人及び家族等と確認するなどが考えられる。
- 転倒の予防を支援する。
 - 具体的には、生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整える。
- 転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える。
 - 具体的には、リハビリテーションにより活動・参加が増えることで転倒リスクへの対応が必要になるため、本人の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整える。
- 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する。
 - 具体的には、自宅での行動の状況、強い負荷がかかるような動作（段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等）の要因となる環境を把握する。

必要性

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

状態の重度化の要因となる転倒を予防するよう、日常生活動線を把握するとともに環境を整えることも重要である。また、日常生活における食事、排便、入浴、洗濯、運動等における動作は、心臓への強い負荷となるリスクがあるため、留意が必要である。

これらの環境や動作の改善に際しては、支援の必要性及び本人や家族等の意向を確認することが最も重要になる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 転倒に対する本人・家族等の理解度
- 環境改善に関する本人・家族等の意向
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- 筋力の低下の状態
- 空間認識の状況
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など)
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)
- 自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況(住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど)
- 自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況(段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など)
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)
- 連絡先(かかりつけ医等)、専門職種での対応体制

関連するモニタリング項目

- 転倒に対する本人・家族等の理解度
- 環境改善に関する本人・家族等の意向
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など)
- 筋力の低下の状態
- 空間認識の状況
- 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など)
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)
- 自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況(住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど)
- 自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況(段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など)
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)
- 連絡先(かかりつけ医等)、専門職種での対応体制

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

I-1-4 緊急時の対応のための備え

13. 感染症の早期発見と治療

実施内容

感染症の早期発見と治療のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 感染症の症状が表れていないか、本人の状態の変化が把握でき、必要に応じて医療行為が受けられるように環境を整える。
 - 感染症の初期症状が表れた場合に、すみやかに医療機関を受診できるように、家族等や専門職と情報を共有するとともに、かかりつけ医との連携を図るなどが考えられる。

必要性

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）
- 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度
- 感染症へのかかりやすさ
- 家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）
- 軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況
- 感染症にかかった際の状況把握と対応体制

関連するモニタリング項目

- 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）
- 軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況
- 感染症にかかった際の状況把握と対応体制

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

相談すべき専門職

医師、看護師、介護職 等

14.緊急時の対応

実施内容

緊急時の対応のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 緊急時の連絡先などを確認し、対応する体制を整える。
 - 緊急時にすみやかに必要な先と連携が取れるよう、連絡すべき家族等、かかりつけ医などの連絡体制を本人や家族等に確認し、事前に連絡先と連絡方法を取り交わしておく。

必要性

本人の体調が急変して入院が必要になる等の状況では、特に独居の場合など、本人の意思の確認が難しい場合も想定される。緊急時の対応に際して、必要な先に必要な連絡が可能のように、連絡体制を整える必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力
- 体調の変化を伝える相手とその関係性
- 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど
- 本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- 医師による判断の状況（入院すべきか否か）
- 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候
- 日常と異なる状況の有無、その内容と程度
- 長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど）
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）
- いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい
- 連絡先（かかりつけ医等）、専門職種での対応体制

関連するモニタリング項目

- 体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力
- 体調の変化を伝える相手とその関係性
- 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど
- 本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- 医師による判断の状況（入院すべきか否か）
- 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候
- 日常と異なる状況の有無、その内容と程度
- 長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど）
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）
- いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい
- 連絡先（かかりつけ医等）、専門職種での対応体制

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

I-2.意思決定過程の支援

I-2-1 本人の意思を捉える支援

15.本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握

実施内容

本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 本人のこれまでの経緯（疾患等を発症するまでの生活）や考えを把握する（聞き取り、語りの記録）体制を整える。
- 本人の意思を把握する（聞き取り、語りの記録）体制を整える。

必要性

疾患等（例：認知症など）の影響が大きくなってきたとしても、本人の意思表示をする力は残っている。そのため、言葉による意思の表明が難しくなった場合でも、態度やしぐさなど、他の方法で意思を表明する場合もある。

したがって、本人の意思を捉えるためには、本人の何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要である。また、これらを捉えやすくするためにも、本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積できる体制を整えることも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 生活歴、成育歴
- 日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード
- 今の生活に対する本人の想い
- これからの生活に対する本人の想い
- 本人が得意にしていること
- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

関連するモニタリング項目

- 日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード
- 今の生活に対する本人の想い
- これからの生活に対する本人の想い
- 本人が得意にしていること
- 本人の趣味・嗜好

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

I-2-2 意思の表明の支援と尊重

16.日常生活における意向の尊重

実施内容

日常生活における意向の尊重のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 日常生活における意向の表明を支援する。
 - 具体的には、日常生活における選択（食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等）において、本人の意向が表明され反映されるように、意向の表明を支える体制を整える。

必要性

日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 日常生活における意向の表明の状況
- 日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ
- 日常生活における決定を実質的に誰がしているか

関連するモニタリング項目

- 日常生活における意向の表明の状況
- 日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ
- 日常生活における決定を実質的に誰がしているか

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

17.意思決定支援の必要性の理解

実施内容

意思決定支援の必要性の理解のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 意思決定支援の重要性に対する本人や家族等の理解をうながす体制を整える。
 - なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしも ACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。
- 意思決定支援に向けて、本人や家族等が判断を行うための適切な情報が提供される体制を整える。

必要性

将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の体制を整えることが重要である。その前提として本人及び家族等に対し、意思決定に必要な情報が提供されるような体制を整えることが必要である。

また、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 意思決定支援に対する家族等の理解度
- 意思決定に関する本人の想い、不安の状況
- 本人が有する意思決定能力の状況
- 金銭管理の状況
- キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性
- 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 意思決定支援に対する家族等の理解度
- 意思決定に関する本人の想い、不安の状況
- 本人が有する意思決定能力の状況
- 金銭管理の状況
- キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性
- 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

I-2-3 意思決定支援体制の整備

18.意思決定支援体制の整備

実施内容

意思決定支援体制の整備のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 意思決定支援チームによる支援体制を整える。
 - 意思決定支援の必要性が大きくなった場合に、その支援を行う体制を整える。
 - 特に、状況が変化するにつれて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化することから、本人の状況と合わせて、誰が意思決定支援の体制に入るかについても、継続的に把握し、支援体制を整える。

必要性

意思決定支援は一人でできるものではなく、チーム体制を整えることが重要である。

特に、ここでいう意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではなく、状況に応じて本人の重要な意思決定を支えるために関与する関係者が含まれることに留意する。

また、状況が変化するにつれて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化することから、誰が意思決定支援の体制に入るのかを継続的に把握することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の代理として意思決定する人の有無、本人との関係性
- 意思決定支援チームとして関わりうる人
(※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える)
- 意思決定支援チームでの情報共有体制
- 意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング

関連するモニタリング項目

- 本人の代理として意思決定する人の有無、本人との関係性
- 意思決定支援チームとして関わりうる人
(※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える)
- 意思決定支援チームでの情報共有体制
- 意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

I-2-4 将来の生活の見通しを立てることの支援

19. 将来の生活の見通しを立てることの支援

実施内容

将来の生活の見通しを立てることの支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 本人及び家族等が将来の生活の見通しを立てれるよう支援する。
 - 本人や家族等自身が判断できるよう支援するためには、状況に応じた介護の選択肢があることを知らせたり、本人や家族等の意向を引き出す相談援助を行う。

必要性

本人や家族等の生活は将来にわたって続くが、経験したことがない将来の生活の見通しを持つことは、多くの人にとって難しい。したがって、情報を提供したり、これまでに本人や家族等が感じていることを聞き取ったりすることを通じて、本人や家族等が意思を形成する支援を行う必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 生活歴、成育歴
- 今の生活に対する本人の想い
- 今後の治療に関する本人の意向
- 将来の生活に対する本人・家族等の意向
- 意思決定に関する本人の想い、不安の状況
- EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況
- EOLに対する家族等の意向
- 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況
- 意思決定支援に対する家族等の理解度
- 本人が得意にしていること
- 本人が有する意思決定能力の状況
- 金銭管理の状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- ACPの実施状況
- 現在、本人や家族等が心理面で支えている相手・内容の把握
- キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性
- 意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備
- 将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援
- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性

基本ケア 基本方針Ⅰ 尊厳を尊重した意思決定の支援

- 地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 生活歴、成育歴
- 今の生活に対する本人の思い
- 今後の治療に関する本人の意向
- 将来の生活に対する本人・家族等の意向
- 意思決定に関する本人の思い、不安の状況
- EOL に向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況
- EOL に対する家族等の意向
- 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況
- 意思決定支援に対する家族等の理解度
- 本人が得意にしていること
- 本人が有する意思決定能力の状況
- 金銭管理の状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- ACP の実施状況
- 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性
- 意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備
- 将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援
- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及び
その他サービスの選択肢の有無、利用可能性
- 地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-1. 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援

Ⅱ-1-1 水分と栄養を摂ることの支援

20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援

実施内容

フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 適切な水分補給を支援する。
 - 具体的には、食事と飲料によって摂取する水分量と、排泄や発汗によって失われる水分量を把握する。失われる水分を補うだけの水分を補給できるように、水分の摂取をうながす環境を整える。
 - また、血圧降下剤等、利尿作用がある薬を服用して排尿が多くなるケースもあり、服薬状況にも留意する。
- 十分な栄養が確保される環境を整える。
 - 具体的には、本人や家族等の日常的な食生活を把握して、必要な栄養を補うことができているか確認する。
 - 食事で十分に栄養を確保できていないことがわかった場合、主食、主菜、副菜、汁物を1日3回、規則的にバランスよく摂取するように、栄養指導する。原則として、食事をしっかりとって栄養を確保することが重要だが、必要に応じて、栄養補助剤を併用することで十分な栄養が補給されるように環境を整える。
- 食事からバランスよく栄養を摂取することを支援する。
 - 具体的には、日常の食事においてバランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を支える体制を整える。
- 食事からの栄養摂取状況を改善する。
 - 具体的には、十分な栄養を摂取できる食事に本人が集中し、食欲をもち食事を楽しむことができるよう、慣れ親しんだ食事環境を整えたり、好きなものを定期的にとれるようにしたりといったケア体制を整える。
- 食事中に適切な食事の姿勢が確保されるように支援する。
 - 具体的には、食卓の机の高さや椅子の高さを調整して、適切な食事の姿勢が取れるようにする。高さ調整の方法として、クッションの使用も考えられる。
- 食事には時間を確保し、本人の嚥下能力に合わせて食事が取れるような環境を整える。
 - 具体的には、食事中は、本人が食事に集中できる環境を確保することが必要で、そのための雰囲気作りや、食事中は不用意に話しかけないようにする等の留意が必要である。
 - また、食事に十分な時間が確保できないために、本人の残存能力を無視した過剰な食事介助がなされないように留意する。
- 食事の提供の際には、本人の状態を考慮して、飲み込みやすい食形態を選択する。
 - 具体的には、本人や家族等の状態を踏まえながら、適切な形態の食事を選択できるように援助する。
- 本人の食べやすい量（一口量）を確認して、食事の援助がなされるような環境を整える。
 - 具体的には、一口量よりも多すぎると誤嚥を引き起こしやすく、少なすぎると嚥下反射が起こりにくくなる。本人にとって適切な一口量を探すことが必要である。
 - また、嚥下できず、食塊がのどに残留すると、窒息や誤嚥性肺炎のリスクが高まるので、留意が必要である。

る。

必要性

食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要である。栄養改善は、疾患等の予防、悪化防止、リハビリテーションを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要である。栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患等の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である。

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

食事の姿勢によって筋疲労が起きたり、無理な体制での食事は誤嚥につながることもあるため、適切な食事の姿勢の確保が重要である。

本人の嚥下能力を超えるスピードでの食事は、窒息の起因となりうる。そのため、少量ずつよく噛んで食べることが重要である。これは、誤嚥を防ぐとともに、消化を助けることにもつながる。また、食物の形状や、水分、粘度、温度、酸味・辛味、本人の好み等によって、嚥下のしやすさは変化するため、留意が必要である。併せて、嚥下障害がある場合には、飲み込みやすい食形態を選ぶ、咀嚼機能が低下している場合には刻み食を選択する、食事の量にも配慮をするなどが必要である。

家族等と別に食事を用意することは、家族等の負担を増加させるため、調理方法の工夫や、食材の調達方法を家族等に指導することも必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 食事の摂取に関する失敗のエピソード
- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
- 口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況
- 本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 食欲の状況
- 食事の内容（種類、形態、量、内容など）
- 食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）
- 食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）
- 食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 居室等の環境で、失われる水分量の予測
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）

関連するモニタリング項目

- 食事の摂取に関する失敗のエピソード
- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
- 口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況
- 本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 食欲の状況
- 食事の内容（種類、形態、量、内容など）
- 食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）
- 食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）
- 食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）
- 食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 居室等の環境で、失われる水分量の予測
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）

相談すべき専門職

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

21.水分の摂取の支援

実施内容

水分の摂取の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 自ら水分を摂取することが維持できる体制を整える。
- 日常生活において必要な水分量を摂取できる体制を整える。

必要性

必要十分な水分量を摂取しないと、疾患等の再発リスクの上昇、併存疾患の療養や認知機能低下への影響が懸念される。そのため、必要な水分量と日常的な摂取量を把握して、適切な量の水分摂取ができるよう支援することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 水分の摂取に関する失敗のエピソード
- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など
- 本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など）
- 支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

関連するモニタリング項目

- 水分の摂取に関する失敗のエピソード
- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など
- 本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など）
- 支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援

実施内容

口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 適切な口腔ケアが行われるような体制を整える。
 - 具体的には、適切な口腔ケアが行われるように、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保する。
 - また、義歯を装着している場合、義歯の手入れと残歯の手入れが十分に行われるように支援する。
 - さらに、本人による口腔ケアが難しい場合、必要に応じて介助が得られる体制を整える。
(例えば、歯みがき、義歯の洗浄などに加え、どの程度実践できているかの確認を、セルフケアとして自ら行うあるいは、家族等や専門職などが行う体制を整えること)
- 口腔乾燥への支援の体制を整える。
 - 唾液分泌が減り、口腔乾燥が進むと、摂食嚥下のトラブルが起きやすくなる。そのため、これを防ぐために口の中が乾きすぎず、口腔内に適切な水分が保たれるように支援の体制を整える。
 - 具体的には、唾液腺のマッサージや、保湿剤の活用等の口腔乾燥の防止も考えられることから、歯科医師と情報を共有して判断を仰ぐ。また、口腔乾燥がある場合にその原因を評価するため、口渇、口腔乾燥をもたらす要因となる服薬内容等の情報を把握し、薬剤師等の専門職にその情報を共有するなどが考えられる。
- 摂食嚥下機能の維持・改善がなされるよう支援する。
 - 専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション(専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む)が提供されるようなケア体制を整える。また、セルフケアとして自身で実施可能な取り組みについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等にも共有する。
 - なお、過去に気管切開処置が行われている場合には、喉頭の運動の抑制から嚥下障害が生じるため、病歴を注意して把握し専門職と共有する。
- 食事の内容の見直しの支援の体制を整える。
 - 本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、メニューや調理方法、あるいは食形態が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。また、同居家族等などが主に調理している介護者である場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食事の内容に関する留意点を共有する。
- 食事をとる道具や環境を整える。
 - 具体的には、本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、必要に応じて食事をとる食具の使用や環境を見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。
- 食事の姿勢や行為の改善がなされるよう支援する。
 - 具体的には、本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、食事をとる姿勢や食事のとり方が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。
 - また、同居家族等などが一緒に食事をとることが多かったり、食事介助を行っている場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食事の摂取に関する留意点を共有する。
 - なお、食事介助を行っている場合、食事に十分な時間が確保できないために本人の残存能力を無視した過剰な食事介助とならないように留意する。
 - さらに、誤嚥のリスクを高めないように、適切な食事姿勢が介助者によって提供されるような体制を整える。
- 発声・発話の維持・改善がなされるようリハビリテーション・訓練を支援する。
 - 専門職によるリスク評価結果を踏まえ、発声・発話の維持・改善のリハビリテーションが提供されるようなケア

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

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

必要性

適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。

口腔乾燥の症状は、水分不足や薬の副作用によって表れることに留意が必要である。口腔乾燥が生じると、感染症や肺炎のリスクが高まるほか、本人の不快感や口臭の起因ともなる。

そのため、口腔乾燥に対するケアは、本人の摂食嚥下機能の維持改善だけではなく、社会参加を維持改善する観点からも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- (入院していた場合)入院中のリハビリテーションの内容
- (入院していた場合)入院中の口腔に関するケア内容
- 嚥下障害に関係しうる病歴の有無(気管切開など)
- 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果
- 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度
- 自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況(窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラインドの利用状況など)
- 口腔内の状況(乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など)
- 口腔状態(口腔乾燥など)に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無
- 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)
- 日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど)
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 食事の内容(種類、形態、量、内容など)
- 食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)
- 食事をとっている場所・環境(ベッドか机か、椅子や机の高さなど)
- 食事をとる際の姿勢・食事のとり方
- 食器の保持の状況
- 日常的に使っている食器
- 食事の調理者(外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)
- 食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況(有無、介助の方法、食べさせ方など)
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）
- 就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認）
- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無
- 摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など）
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容
- 評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具
- 評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境
- 評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる際の姿勢・食事のとり方
- 本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 嚥下障害に関係しうる病歴の有無（気管切開など）
- 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果
- 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度
- 自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況（窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラインドの利用状況など）
- 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
- 口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
- 日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 食事の内容（種類、形態、量、内容など）
- 食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）
- 食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）
- 食事をとる際の姿勢・食事のとり方
- 食器の保持の状況
- 日常的に使っている食器
- 食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）
- 食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など）
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）
- 就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

歯科医師に確認)

- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認
- 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無
- 摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション(実施有無、必要性、内容など)
- 口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど)
- 発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容
- 評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具
- 評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境
- 評価結果を踏まえて見直すべき食事をする際の姿勢・食事のとり方
- 本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

相談すべき専門職

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

Ⅱ-1-2 継続的な受診と服薬の支援

23.継続的な受診・療養の支援

実施内容

継続的な受診・療養の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 疾患等の理解を支援し、定期的な受診の体制を整える。
 - 定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除くことで、生活が縮小することなく、生活の改善を目指す。
 - そのためには、まず、本人や家族等が疾病の理解を深められるよう疾病に関する説明を行う体制を整える。後述する疾病の理解状況等を踏まえ、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。
 - また、必要に応じて訪問看護を通じて支援を行ったり、居宅療養管理指導（医師、看護師、薬剤師等）の介護保険サービスや在宅患者訪問薬剤管理等の医療サービスを活用したりといった取り組みも考えられる。
 - さらに、本人や家族等が自宅療養時の留意点や使用している医療機器への理解を深められるよう説明を行う体制を整える。かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。
 - そのうえで、定期的な受診が可能となるよう、通院する環境やその手段を整える。通院に際して付き添い介助が必要な場合には、移動手段の確保や訪問介護員の調整を行ったり、必要な福祉用具を判断してコーディネートしたりといった取り組みが考えられる。また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供を行うといったことも必要である。
- ケアに関わる関係者間での留意すべき兆候（長期的な変化）を共有する。
 - 具体的には、不顕性の誤嚥による肺炎の可能性も視野に入れ、日常との違いに気づきやすい体制を整えるため、ケアに関わる関係者の間で気を配っておくべき兆候を整理し共有する。
- 入退院時における回復後の生活復帰の見通しを共有する。
 - 具体的には、肺炎によって入院する場合でも、入院時点から退院後及び自宅での療養に際しての留意事項を把握し共有しておく、退院後の生活の回復を円滑に行うため、入院時に実施されたリスク評価の結果や、退院後の生活における指示内容の情報を把握するなどが考えられる。
 - なお、入院時点において、本人が肺炎を繰り返すリスクを小さくする治療に資するよう、日常から把握している本人の摂食嚥下や食事の状況等の情報を、病院のかかりつけ医等に伝達する。

必要性

再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）のポイントとして、起因となる疾患等の管理や薬の服用が挙げられる。具体的には、確実に服薬できることの支援、体重や水分・塩分の摂取及び排泄状況の管理等、医学的な管理が確実に実施できるような支援体制の構築が必要であり、そのためには、本人や家族等に疾病の理解をうながす支援体制が必要である。なぜなら、在宅においては本人や家族等によるセルフマネジメントを原則とするため、疾患等及び疾病管理に関して本人や家族等の理解と管理が正確に行われる必要があるためである。そのため、本人や家族等に対して、起因となった疾病についてかかりつけ医を筆頭とする専門職から説明がなされていること、本人や家族等がそ

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

れを理解して、疾患等の管理を行うことが必要となる。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外である）

関連して、継続的な疾病の治療を実現するための定期的な受診の支援、服薬支援の必要性も検討することが必要である。そのためには、受診している医療機関や、医療機関への通院状況について把握することに加え、定期的な受診の体制を整え、定期的かつ適切な通院をうながすことが重要である。

通院が行われていない場合、通院に関する阻害要因を把握することが必要である。万が一容態が悪化した場合や、通常と異なる状態がみられて医師に相談したい場合等、通院を含め医療を受けられる体制がないと、本人の状態の悪化に対応できない可能性がある。加えて、病気に対する不安があると、本人の日常生活における活動の範囲、内容、量等の縮小につながり、生活の改善につながらない可能性があるため、本人や家族等の病気に対する不安を把握することも必要である。本人にとっての留意すべき兆候は、健康状態や生活状況によって一人ひとり異なるため、まずは本人の日常の状況を把握し共有できる体制を整えることが重要である。

また、自宅療養時の留意点は、使用している医療機器の種類、基礎疾患の内容及びその重症度等により大きく異なる。使用している医療機器の特徴や疾病の状況を把握し、療養時の身体活動の制限の要否や程度等を検討することも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 今後の治療に関する本人・家族等の意向
- 本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 本人の健康状態、生活状況
- 腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に係る留意点
- 家族等の状況（同居者の有無、支援者は誰かなど）
- 本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

る説明など)

- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など)
- 状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(急変の判断の目安、急変時の対応方法など)
- 医師による判断の状況(入院すべきか否か)
- 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候
- 長期的な変化の兆候(以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど)
- 家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 今後の治療に関する本人・家族等の意向
- 本人の健康状態、生活状況
- 腎疾患や糖尿病(糖尿病性腎症)などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況
- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)の変更とそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など)の変化及びその理由
- 使用している医療機器(例:在宅酸素、ペースメーカーなど)の有無と種類、その使用に係る留意点
- 本人の日常生活リズム(起床就寝、食事、仕事や日課等)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング(例:動作時、食事の途中など)、咳・むせの頻度、咳のタイプなど
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など)
- 状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(急変の判断の目安、急変時の対応方法など)
- 医師による判断の状況(入院すべきか否か)
- 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候
- 長期的な変化の兆候(以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど)
- 家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

24.継続的な服薬管理の支援

実施内容

継続的な服薬管理の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 服薬が必要であることの理解をうながす体制を整える。
 - 認知症あるいは併存する疾患等の療養のためには、医師の指示にしたがった適切な服薬が必要であるため、このことを本人や家族等が理解できる体制を整える。
- 薬を管理できる体制を整える。
 - 処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。
- 服薬のうながし(声かけ)と服薬したことの確認ができる体制を整える。
 - 適切な服薬を継続的に実施できるよう、本人や家族等に加えケアに携わる他の専門職と連携して支援体制を整える。また、必要な時に専門職に相談できる体制を整える。

必要性

療養中の疾患等に限らず、併存している疾患の再発防止あるいは重度化防止のためにも、適切な服薬の継続が重要である。そのためには、本人や家族等が服薬の重要性を理解することが必要である。また、適切に薬が管理され、適切な服薬が行われる体制を整えることも必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)
- 薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況(有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認
- 服薬の確認体制(処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)
- 介護者の関わり方の状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
- 服薬支援機器の活用状況

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

関連するモニタリング項目

- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 本人の日次(24 時間)の生活リズム・過ごし方
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)の変更とそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)の変化及びその理由
- 薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況(有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認
- 服薬の確認体制(処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)
- 介護者の関わり方の状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
- 服薬支援機器の活用状況

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

Ⅱ-1-3 継続的な自己管理の支援

25. 体調把握と変化を伝えることの支援

実施内容

体調把握と変化を伝えることの支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 体調管理を支援する。
 - 日常の体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものを把握し、そのうえで日常的な体調を管理できるよう支援する体制を整える。
- 日常と異なる状態の把握とそれを表明することを支援する。
 - 日常とは異なる様子がみられた場合に、それを把握し、必要な相手にその変化を伝えられる体制を整える。
- 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える。
 - 具体的には、本人や家族等の体重管理の重要性への理解を深めるとともに、日常的な体重管理を行う環境を整える。かかりつけ医あるいは看護師等と連携し、体重管理の方法（誰が、いつ、どのように管理するか等）を明確にし、本人及びその家族等に説明を行い、日常的な体重管理を定着させるといった取り組みが考えられる。
- 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える。
 - 血圧の変動は、疾患等によっては再発につながる重要なリスクファクターであり、治療方針・内容に大きく影響を与えるため、日常生活の範囲の制限を生じる可能性もある。したがって、家庭血圧が適切に計測される体制を整える。
 - 具体的には、本人や家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を整える。そのために、まずはかかりつけ医からの説明を受けて目標血圧を本人や家族等が理解することを支援する。必要に応じて、本人や家族等だけでなく、訪問介護員等の介護職も目標血圧を確認できるよう情報共有することも考えられる。
 - また、継続的に、日々の血圧を正しく測定、記録し、目標血圧の範囲内に収まっているかを確認する体制を整える。特に、目標血圧を超えた場合に、かかりつけ医等、誰にどのようなタイミングで連絡すれば良いのかを確認することも支援する。
 - 家庭血圧の確認と併せて、不整脈の発生状況も確認できる体制を整える。

必要性

高齢者全般の基本的な機能と生理として、長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症などの疾患のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要である。

再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）のためには、本人の自己管理能力を向上させることが重要となる。特に、毎日の体重管理は重要であり、短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆する。増悪が疑われた場合には活動制限、食塩制限を厳しくするとともに、速やかに受診することを指導する必要がある。

高血圧は、心筋障害を進展させるリスクがあり、心疾患患者の急性期と慢性期の予後改善にとって、高血圧の適切な管理は極めて重要である。

上記の支援に際しては、本人や家族等が自己管理の重要性を理解することが必要である。

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- フレイルの状況がわかるエピソード(転倒等)
- 血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度
- 自分の体調に対するうけとめの状況、体調を把握する手段
- 体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力
- 体調の変化を伝える相手とその関係性
- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)
- 市販薬の服用状況(有無、薬の種類、頻度など)及びサプリメント・健康食品等の摂取状況
- 血圧に影響を与える行動(例:睡眠や活動など)の状況
- 日常的な体調(食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ等)
- 目標血圧と通常の高血圧の状態
- 血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など)
- 体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など)
- 日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど)
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)
- 家庭血圧の計測状況(機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など)
- 日常と異なる状況の有無、その内容と程度
- 季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向(体重、外出頻度、家族等との関わり等)
- 医師への報告の必要性、方法、タイミング
- いざという時の入院候補先となる医療機関(名前、場所、連絡先など)※予め決めておくことができると望ましい

関連するモニタリング項目

- フレイルの状況がわかるエピソード(転倒等)
- 血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度
- 自分の体調に対するうけとめの状況、体調を把握する手段
- 体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力
- 体調の変化を伝える相手とその関係性
- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)
- 市販薬の服用状況(有無、薬の種類、頻度など)及びサプリメント・健康食品等の摂取状況
- 血圧に影響を与える行動(例:睡眠や活動など)の状況

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 日常的な体調（食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ等）
- 目標血圧と通常の高血圧の状態
- 血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など）
- 動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限）
- 体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など）
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）
- 日常と異なる状況の有無、その内容と程度
- 季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等）
- 医師への報告の必要性、方法、タイミング
- いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

Ⅱ-1-4 心身機能の維持・向上の支援

26.フレイルを予防するための活動機会の維持

実施内容

フレイルを予防するための活動機会の維持のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 家庭内での役割分担を設定して、本人が動く機会を確保する。
 - 本人の身体能力に応じて、家事等の役割分担を設定することで、身体機能の維持・向上が期待できる。
 - 具体的には、家族等と、本人の状態を共有し、本人ができること、できないことを見極められるようになることを支援する。そのために、本人の ADL/IADL の状態を専門職に確認し、情報を共有する体制を整える。
- 本人の残存能力に合わせた支援が行われており、過度な生活支援が行われないように留意する。
 - 本人に対する過度な支援が行われないように、本人の状態を把握し、サービスメニューの選定を支援する。また、本人の状態を定期的に把握して、必要なサービスの見極めを行う。
- 動かない状態にしないように、専門職と連携して、リハビリテーションが受けられる環境を整える。
- 転倒しにくくするための身体機能の向上ができる体制を整える。
 - 具体的には、本人の日常生活の中で転倒の可能性がある動作を把握し、そういった動作に関連する筋トレやリハビリテーションなどを行えるような支援の体制を整えるなどが考えられる。
- 動くのが大変な状態を最小限にするように、住環境の改善や福祉用具の活用を検討する。
 - 具体的には、運動機能の低下が認められる人が日常生活で動くのが大変になりうる状況（畳での生活や玄関の段差等の垂直移動を伴う動きが必要な環境）を改善する支援を検討する。
 - また、居室内や廊下に手すりを設置したり、椅子やベッドでの生活に変えたりすることで、本人が楽に動くことのできる環境を整える。ただし、金銭的負担や調整のために時間がかかることから、他の手段も検討する。住環境の改善や福祉用具の活用は、家族等の負担を軽減し、より良い介護環境を整えることにも寄与する。
- 動くことによる痛みを軽減して、動きたくないと思うことを防ぐ。
 - 身体の状態によっては、動くことで関節に痛みが生じるため、動くことを抑制する場合がある。この場合、体重の減少や動作の工夫、筋力の増強等によって、関節の負荷を軽減することが有効である。専門職と連携して、支援体制を整える。
 - また、痛みが強い場合、かかりつけ医と連携して、痛みを緩和するための服薬を検討することも考えられる。関節の可動域の制限や痛みを考慮して、椅子座の生活に変更したり、ベッドや洋式トイレの導入を検討する。
- 本人や家族等の動くことに対する心理的不安を軽減する。
 - 専門職と連携して、本人や家族等の動くことに対する心理的不安を軽減する体制を整える。
- 家族以外の第三者と交流する機会を設定する。
 - できるだけ家の外へ生活圏が拡大されるよう、人と交流する機会を作るようにうながし、交流機会が設定されるよう支援する。
 - 特に、動くことが大変になると、行動範囲が狭まり、運動機能の低下を引き起こす可能性があることに留意する。
- 外出がしやすい環境を整える。
 - 具体的には、本人の身体状態・動作能力、家屋の立地状況等に応じて、外出支援を行う。住環境によっては、スロープの設置や手すりの設置等の環境整備を支援する。

必要性

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

家族等が、本人のためにと過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪うことになりうるため、本人のできることはなるべく本人に行わせて、見守る姿勢が重要である。本人に家事等家庭内での役割分担を設けることも、本人が自らの存在の意味を見出すことにもつながるため効果的な方法である。

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

動くことで生じる転倒リスクの予防のためには、現状の身体機能を理解したうえで、転倒しにくくなるような身体機能の向上を行うことが必要である。また、動くことで生じる関節の痛み等を取り除くことも、身体を動かすことをうながすために必要である。

さらに、転倒等のアクシデントがきっかけとなり、動く意欲の低下や、動くことに対する不安が生じる場合がある。本人だけでなく、再転倒をおそれる家族等が本人の行動を制限することで、本人の身体機能の低下が進む場合もある。そのため、本人や家族等の動くことに対する心理的不安を取り除く支援も重要である。

自宅での閉じこもりは廃用が進む一因となる。できるだけ家の外へ生活圏が拡大されるよう、外出しやすい環境を整えることが重要である。また、家族以外の他者と接することで、自らの役割や存在を改めて認識し、心理的に充実することも期待できる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など)
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)
- (医療／介護両方を使う場合)関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、共有する内容、情報共有のタイミング
- リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(必要性、指示・指導の内容、留意事項など)
- 医療的なリハビリテーションの実施状況(通院回数、頻度、時間など)や体制(提供可能な機関の名称、場所、連絡先など)の把握
- 必要な支援を受けられる体制の確保
- 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容(※目標にはリハビリテーションの終了を含む)

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無
- 日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況
- 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング
- 実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）

関連するモニタリング項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）
- （医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、共有する内容、情報共有のタイミング
- リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など）
- 医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握
- 必要な支援を受けられる体制の確保
- 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）
- 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無
- 日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況
- 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング
- 実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施

実施内容

継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施のためには、以下の実施内容が考えられる。

- ADL/IADL の状態の定期的な把握と共有の体制を整える。
 - ADL/IADL の状態を把握して、自分でできることを増やすことは機能訓練につながるが、状態を把握せずに行う生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。リハビリテーションや機能訓練には、多職種が異なる場面に関わるため、定期的に ADL/IADL の状態の共有ができる体制を整える。
 - また、身体機能の状態（下肢筋力・麻痺、状態、構音障害・嚥下等）の定期的な確認と共有ができる体制を整える。
- 状態に合った ADL/IADL の機能の向上の確認と継続的な支援体制を整える。
 - 具体的には、退院後、リハビリテーション等で再獲得された身体機能など、本人の ADL/IADL の機能を継続的に把握することで、本人の状態に応じた体制を整える。
- 身体機能の回復に向けた機能訓練の実施（下肢筋力・麻痺、状態、構音障害・嚥下等）の確認と継続的な支援の体制を整える。
- 必要なリハビリテーションとセルフケアを継続できるような体制を整える。
 - 生活機能の維持に向けて、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続ができるような環境を整える。
 - 具体的には、現在受けているリハビリテーションや実施しているセルフケアに対する本人や家族等の継続意向を確認し、関連する専門職やサービス事業者と共有する、リハビリテーションやセルフケアが生活機能の維持に必要であることを本人や家族等に改めて説明するなどが考えられる。

必要性

身体機能が日常生活全体に及ぼす影響が最も大きいことから、適切な機能訓練が必要である。また、身体機能の改善や維持を図るために、状態の定期的な把握も併せて行う必要がある。

例えば骨折の事例では、目指すべき「出口」を確認することが重要である。完全に病前の状態に戻る事例もあるが、ほとんどの場合、老化の影響もあるため完全に同じ状態に回復することができないことが多い。このような事例においては、まずは本来有する機能、あるいは残存機能に応じた ADL/IADL が十分に発揮されることを目指す必要がある。そのうえで、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につなげて、いわゆる「終結」を目指すことが重要である。なお、自ら行う ADL/IADL はそれ自体が機能を向上させる機会となるため、状態・状況にあった機能の向上や福祉用具の活用も検討をすることが重要である。

身体機能の回復の実感を持つことは、意欲の向上にもつながるため、リハビリテーションや治療の継続のための意欲の持続という観点からも重要である。

家族等が要因でリハビリテーションへの意欲を低下させる場合もあるため、本人や家族等のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させることも留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

関連するアセスメント項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)
- リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(必要性、指示・指導の内容、留意事項など)
- 医療的なリハビリテーションの実施状況(通院回数、頻度、時間など)や体制(提供可能な機関の名称、場所、連絡先など)の把握
- 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容(※目標にはリハビリテーションの終了を含む)
- ADL/IADL に応じた機能訓練の実施状況
- 必要な支援を受けられる体制の確保
- 日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング
- 実施中の生活支援サービスの確認と見直し(過剰支援となっていないか)

関連するモニタリング項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)
- リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(必要性、指示・指導の内容、留意事項など)
- 医療的なリハビリテーションの実施状況(通院回数、頻度、時間など)や体制(提供可能な機関の名称、場所、連絡先など)の把握
- 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容(※目標にはリハビリテーションの終了を含む)
- 全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性
- ADL/IADL に応じた機能訓練の実施状況
- 必要な支援を受けられる体制の確保
- 日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング
- 実施中の生活支援サービスの確認と見直し(過剰支援となっていないか)

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

Ⅱ-1-5 感染予防の支援

28.感染症の予防と対応の支援体制の構築

実施内容

感染症の予防と対応の支援体制の構築のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 居室の衛生が保たれるように、本人や家族等の理解をうながす。必要に応じて、支援を検討する。
 - 居室の衛生を保つ重要性に対する本人や家族等の理解をうながす。
 - また、居室の衛生を保つ体制を整える。具体的には、居室のほこりなど感染症を引き起こす起因を取り除く、外出によって本人や家族等が外部から持ちこんだウイルスや細菌を清掃する（手が触れる箇所の清掃を念入りに行うなど）、部屋の換気を定期的に行うことを支援するなどが考えられる。
- 本人や家族等が手指衛生の徹底や、うがいの実施、咳エチケットの指導を受けられる環境を整える。
- 口腔内の衛生状態が保たれるよう支援する。
 - 口腔内の衛生を保つことで、細菌の繁殖を抑えて呼吸器感染症を予防する。
 - 口腔ケアは1日のうち複数回に分けて定期的実施される必要があることから、本人や家族等の理解をうながし、継続的に口腔ケアが実施される体制を整える。
- 医療機関受診後、診断結果を踏まえた指示が守られ、回復に向かっているか確認できる体制を整える。

必要性

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

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

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

感染症を防ぐためには、感染経路を断つことが重要である。また、居室内のほこりは、カビが生える等して感染症を引き起こす起因となるため、居室の衛生を保つことが重要である。そのため、家族等の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるようにうながすことが重要である。また、本人や家族等によって外部から細菌が持ち込まれる可能性があることにも留意が必要である。

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）
- 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度
- 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
- 感染症へのかかりやすさ
- 家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）
- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況
- 感染症の予防のための環境整備の状況（定期的な部屋の換気、埃がたまっていないか、ゴミが放置されていないかなど）
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 感染症にかかった際の状況把握と対応体制

関連するモニタリング項目

- 軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）
- 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度
- 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度
- 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
- 感染症へのかかりやすさ
- 家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）
- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況
- 感染症の予防のための環境整備の状況（定期的な部屋の換気、埃がたまっていないか、ゴミが放置されていないかなど）
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 感染症にかかった際の状況把握と対応体制

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

Ⅱ-2. 日常的な生活の継続の支援

Ⅱ-2-1 生活リズムを整える支援

29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援

実施内容

一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 食事・起床就寝等の生活リズムを整えることの体制を整える。
- 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支援する。
 - 具体的には、本人の日常生活の中でも、特に食事・起床就寝等の生活リズム、及び日常生活における支援者の関わりの状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援を行う。
- 日中の運動・活動の機会が確保できる体制を整える。
- 休養・睡眠が確認できる体制を整える。

必要性

規則正しい生活は、睡眠や排泄のリズムを整えることに役立つ。また、食事のリズムは服薬のタイミングにも影響を与えることから、規則正しいリズムで、食事が取れるように環境を整えることは重要である。

本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地良い場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えたうえで、あくまでも本人の心地良いリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要となる。

生活リズムが乱れていると、疾患等の再発リスクが高まる。また、服薬時間がずれることで、適切な服薬が妨げられる。※急に生活リズムを変えることは難しいので、過去からのリズムを把握することも必要となる。

日中の運動・活動量が少なかったり、十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高まる可能性がある、動脈硬化が進んで、再発リスクが高まる可能性がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人及び家族等のこれまでの生活歴
- 本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等）
- 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方
- 本人にとって心地良いであろう生活リズム
- 本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）
- 休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさな

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

どの自覚症状の有無)

- 休養・睡眠する環境(寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など)
- 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度(禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準(制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安))
- 支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
- 生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容
- 本人や家族等の生活に関わっている人の状況
- 本人や家族等の交友関係

関連するモニタリング項目

- 本人及び家族等のこれまでの生活歴
- 本人の状態(運動機能、麻痺の程度、服薬状況等)
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 本人及び同居家族等の生活リズム(特に食事のタイミング)
- 本人にとって心地良いであろう生活リズム
- 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)
- 本人の日常生活リズムの変化(生活リズムの崩れの有無、その要因など)
- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)
- 日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)
- 休養・睡眠の状況(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無)
- 休養・睡眠する環境(寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など)
- 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度(禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準(制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安))
- 支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
- 生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容
- 本人や家族等の生活に関わっている人の状況
- 本人や家族等の交友関係

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

30.休養・睡眠の支援

実施内容

休養・睡眠の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える。
 - 具体的には、寝室の明るさ・温度や寝具の状況、休養・睡眠のタイミングやリズムの把握、同居者の生活リズムの把握や休養・睡眠を阻害する要因の検討などが考えられる。
 - また、睡眠障害の予兆として、睡眠時の状況の変化を把握する体制を整える。変化が生じた場合には、適宜専門医などと連携することも検討する。

必要性

不眠症をはじめとする多くの睡眠障害が循環器疾患のリスク要因であることが示されている。また、十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高くなったりする可能性があり、再入院のリスクが高まる。

不眠症状は、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟睡障害等の症状があり、それらは、動悸、息切れ、体重減少、頭痛、めまい、胃腸不良、腰痛、肩こり、慢性疲労等の身体症状や、気力低下、いらつき、注意集中力の低下等の精神症状を誘発しやすく、身体的な疲労回復を妨げるのみならず、心疾患などの疾患の回復を遅らせ、再発へのリスクを上げる要因ともなる。

一般的に、過度な運動やアルコールの摂取等への誤った対応や、睡眠薬への誤った知識等により症状を遅延あるいは悪化させる対応がとられることも少なくない。

適宜、専門医と連携し、休養・睡眠を確保できる環境・体制を整えることが重要になる。そのうえで、適宜、専門医と連携し、睡眠時の状況の変化を把握し、必要な支援につなげられる体制を整えることが重要になる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 睡眠時無呼吸症候群の診断の有無
- 同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む)
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 服薬内容、服薬のタイミング(※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング)
- 休養・睡眠する環境(寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など)
- 休養・睡眠の状況(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無)

関連するモニタリング項目

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 睡眠時無呼吸症候群の診断の有無
- 同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む)
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 服薬内容、服薬のタイミング(※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング)
- 休養・睡眠する環境(寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など)
- 休養・睡眠の状況(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無)

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

Ⅱ-2-2 食事の支援

31.口から食事を摂り続けることの支援

実施内容

口から食事を摂り続けることの支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 必要な栄養量の把握、食事の支援の確認と継続的な支援の体制を整える。
 - ※ 誤嚥性肺炎の予防については、別途疾患別の項目を確認
 - 具体的には、必要な栄養量を把握して食事を確保する。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意する。
- 栄養摂取状況を把握できる体制を整える。
 - 特に、塩分摂取量過多は疾患等によっては再発リスクを高めることから、まずは日常的な摂取量を把握する。※体調・意欲の低下を招かないよう、生活全体のバランスを医師に相談する。

必要性

リハビリテーションの継続、体力・体調の回復のためには、本人にとって必要な栄養量を把握し、食事を確実に取れるようにすることが重要である。

塩分摂取量が多くなると、血圧が上昇し、再発のリスクを高めるため、食事をとる際には塩分摂取量に留意する必要がある。特に、疾患等を発症したことのある高齢者の場合には、「日常的な習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいと、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要である。

かかりつけ医や医師による塩分制限などの指示・指導がある場合には、指導の内容を踏まえつつ、体調・意欲の低下を招かないよう、生活全体に目配りすることが必要となる。必要に応じて生活全体のバランスを医師に相談することも重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食欲の状況
- 食事の内容（種類、形態、量、内容など）
- 食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）
- 食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）
- 日常的な塩分摂取の状況（塩分摂取量、塩分摂取制限の有無など）
- 本人や家族等の食生活と食の好み
- 日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は誰かなど）

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）

関連するモニタリング項目

- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食欲の状況
- 食事の内容（種類、形態、量、内容など）
- 食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）
- 食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）
- 日常的な塩分摂取の状況（塩分摂取量、塩分摂取制限の有無など）
- 本人や家族等の食生活と食の好み
- 日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）

相談すべき専門職

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

32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援

実施内容

フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 必要な栄養及び日常的に摂取している栄養を把握する(摂取方法を含む)。
 - 日常生活で必要な栄養を、量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整える。
- 食事の内容を把握する。
 - 食事からの栄養摂取ができていないか、食欲があるかを把握する。
 - 特に、高齢者の状態は日々変化するため、一度きりではなく継続的に状況が把握できるよう、介護者や他の専門職等とも連携して日常の状態を随時把握できるような体制を整える。
- 生活習慣病の起因となる食生活が行われていないか確認して、必要に応じて食生活の改善を指導する。
 - 疾患等の基礎となる生活習慣病に悪影響を及ぼす食事がなされている場合があることから、本人や家族等の疾患に対する理解をうながす環境を整える。生活習慣病の起因となる食生活とは、塩分や脂質の摂取過多はもちろんのこと、便秘を生じている場合には食生活のリズムの確認や食事の内容の確認を含む。
 - また、高齢者の場合、食べる意欲を維持し、豊かな食生活を実現するために、必要以上の制限が行われないように留意する。

必要性

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

また、栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患等の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である。

一方、栄養過多は肥満につながる場合もある。肥満は腰やひざ、足への負担が大きいほか、動くことが億劫になると、身体活動量が低下して廃用につながる可能性もある。そのため、エネルギー摂取と消費のバランスを考えた食事にも留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 食事の摂取に関する失敗のエピソード
- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 口腔機能(摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など)の状況
- 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)
- 本人及び同居家族等の生活リズム(特に食事のタイミング)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 食欲の状況
- 食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

むとときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど)

- 食事の内容(種類、形態、量、内容など)
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)
- 食事をとっている場所・環境(ベッドか机か、椅子や机の高さなど)
- 食事の調理者(外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)
- 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)
- 排泄内容(便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど)
- 食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(食事内容や食事のとり方に関する留意点など)
- 本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど)
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)

関連するモニタリング項目

- 食事の摂取に関する失敗のエピソード
- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 口腔機能(摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など)の状況
- 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)
- 本人及び同居家族等の生活リズム(特に食事のタイミング)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 食欲の状況
- 食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど)
- 食事の内容(種類、形態、量、内容など)
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)
- 食事をとっている場所・環境(ベッドか机か、椅子や机の高さなど)
- 食事の調理者(外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)
- 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)
- 排泄内容(便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど)
- 食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(食事内容や食事のとり方に関する留意点など)
- 本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど)
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)

相談すべき専門職

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

Ⅱ-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援

33.清潔を保つ支援

実施内容

清潔を保つ支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 清潔ケアの状態と本人の希望や状態を把握する。
 - 清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケアが受けられる体制を整える。
- 清潔ケアの実践の中で、身体に異常がみられないか確認し専門職と情報を共有する体制を整える。
 - 具体的には、家族等や専門職と情報を共有して、本人の状態を把握するとともに、必要な情報は医療職と共有して判断を仰ぐ。また、リハビリテーション専門職と共有して、必要な支援が受けられるようにする。
- 入浴に関する本人の希望や状態に応じて、必要な支援サービスの利用を検討する。
 - 具体的には、本人の健康状態に応じて入浴の安全性とリスクが変化する場合もあることから、かかりつけ医や看護職と連携して、本人の状態を把握できる体制を整える。
 - また、入浴に介助を要する場合に、本人の希望や家族等だけで対応できる状態かを確認して、必要であればサービスの利用を検討する。
- 本人の入浴や家族等による入浴介助が容易になるような入浴環境を整える。
 - 具体的には、本人の入浴や家族等による介助を容易にするための手すりの設置や入浴用品の購入を検討する。
 - ただし、環境整備の検討にあたっては、本人や家族等の住環境や経済状況、家族等の生活等を踏まえて、対応可能な範囲で工夫を行うことが重要である。福祉用具だけでなく、日用品で代替できる場合もあることから、環境整備には工夫が求められる。
- 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える。
 - 具体的には、入浴のタイミングやお湯の温度、入浴の姿勢、入浴の時間などについて確認することなどが考えられる。そのうえで、医師等の専門職からの指導内容と本人の意向のすり合わせを行い、過度におそれることなく適切な入浴ができる環境を整える。

必要性

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

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

入浴は慢性心疾患患者においても禁忌ではなく、適切な入浴法を用いればむしろ負荷軽減効果により臨床症状の改善をもたらすことが示されている。また、熱いお湯は交感神経緊張をもたらすこと、深く湯につかると静水圧により静脈環流量が増して心内圧を上昇させることから、温度は 40～41℃、鎖骨下までの深さの半座位浴で、時間は 10 分以内が良いとされる。一方で、入浴は心臓に負担がかかる行為でもあることから、入浴の可否や方法について、医療職と十分に連携して対応を検討することが重要である。

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

入浴のための脱衣や、その後の清浄の過程で、日常は観察が難しい部位の皮膚の状態の確認が容易になる。座位保持ができるか、ふらつきたりしないか等、入浴に関する一連の動作を観察することで、日常と変わった様子はないかを把握することができるため、これらの情報を専門職間で共有することも重要である。

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度
- 入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度
- 入浴に対する本人・家族等の希望・意向
- 経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か）
- 皮膚の状態（異常の有無など）
- 本人の当日の健康状態（特に血圧、脈拍の状態など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か）
- 自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴など）の状況
- 入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える／中止する必要がある場合の判断基準など）
- 入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況
- 日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況
- サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容）

関連するモニタリング項目

- 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度
- 入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度
- 入浴に対する本人・家族等の希望・意向
- 経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か）
- 皮膚の状態（異常の有無など）
- 本人の当日の健康状態（特に血圧、脈拍の状態など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か）
- 自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴など）の状況
- 入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える／中止する必要がある場合の判断基準など）
- 入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況
- 日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰か）

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

など)

- 着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況
- サービス事業者から医師への情報提供の状況(有無、共有内容)

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

34.排泄状況を確認して排泄が続けられることを支援

実施内容

排泄状況を確認して排泄が続けられることの支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 排泄の状態（量や性状）及び排泄リズム（回数や周期、時間）を確認する体制を整える。
 - 排泄（排尿、排便）は、加齢による変化や個人差が大きい。そのため、まずは本人の排尿や排便の日常の状態を把握することが重要となる。そのために、日常の排泄リズム、排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無）、排泄方法を把握できるような体制を整える。
 - また、在宅における排泄の状況は、本人や家族等、訪問介護員を通じて把握することとなる。したがって、排泄状況の把握にあたっては、一定期間の記録が有用であり、その情報を医療職と共有する体制を整える。その結果、異常の早期発見や、服薬指導、生活指導につなげていくことができる。
- 本人や家族等の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う。
 - 本人や家族等の生活リズムや生活習慣を確認して、専門職間で共有し、本人が尿意や便意を感じやすい時間に排泄をうながしたり、腸の動きを促進する運動を取り入れるなどの支援の体制を整える。
- 排泄リズムを保ち、自分で排泄することを支援する。
 - 自分で排泄が続けられるよう、排泄リズムに対する本人の認識を高めたり、排泄動作を維持できるような体制を整える。
- 自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる体制を整える。
 - 排泄は、①尿意・便意を感じる、②排泄を意識する、③起居・移乗・移動する、④脱衣する、⑤尿器・便器を準備する、⑥排尿・排便する、⑦後始末をする、⑧着衣する、⑨移動するといった、連続する複雑な動作によって成り立つ。そのため、排泄に障害が生じている場合、一連の動作のどこに障害が生じているかを見極めて、必要な支援を行うことが重要となる。そのため、障害が生じている動作を確認する体制を整え、必要な支援を検討する。
 - 本人が自立した排泄を行うためには、物理的な環境の整備と、本人に対する排泄介助が必要になる場合がある。物理的な環境の整備においては、本人の機能を考慮して、それを補うための手すりの設置や、洋式便座への変更、麻痺側を考慮した操作ボタン等の設置等の排泄環境を見直すことが有効である。そのために、本人の状況を確認し、多職種と連携して環境を整える。
 - 排泄介助は、本人の希望を重視して、本人が安心して排泄を行うことができるような環境を整えることが重要である。本人の生活リズムに配慮して、排泄のタイミングを踏まえた訪問介護員の訪問スケジュールの設定が望ましい。
- 物理的な排泄環境を整える。
 - 排泄環境を確保することで、排泄の失敗を防いだり、排泄を我慢したりすることを防ぐ。特に、尿意や便意を感じても、居室からトイレへとスムーズにたどり着けないことで、排泄を失敗してしまうことがある。そのため、居室からトイレへの距離を短くしたり、動線を確保する等して、排泄の失敗を防ぐ環境を整える。
 - また、居室と、廊下やトイレとの気温差があると、血圧の上昇を招くだけでなく、暑さや、寒さを我慢してトイレの回数を減らしてしまうことがある。排泄を我慢することがないような環境を整える。
 - 自立した排泄のためには、本人の状態に応じて、洋式トイレにしたり、手すりをつける等の環境を整える。
 - 環境の確認や整備においては、専門職との連携が有効である。
- 排泄補助用具の使用状況を確認して、本人の機能に合った使用をうながす。
 - 本人による自立した排泄のために、排泄補助用具が本人の状態に合わせて使用されているか確認する体制を整える。特に、不必要な排泄補助用具の使用は、家族等の希望による場合が多いので、家族等の

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

理解と支援を引き出す。

- さらに、必要に応じて、排泄介助を検討する。
- 食事摂取・水分摂取の状況を確認して、適切な摂取が行われる環境を整える。
 - 食事摂取や水分摂取の状況を確認して、必要に応じて、食事の内容や、食事や水分の摂取形態の工夫について、本人や家族等に指導したり、適切な食事や水分の摂取をうながすように、専門職間で情報を共有する体制を整える。

必要性

排泄は人間の生命を維持するうえで重要な機能である。排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要である。特に、規則正しい生活リズムは、排泄のリズムを整えることに役立つ。また、適度な運動は腸の動きを促進することに効果がある。また、必要な量の食事や水分の摂取は、排泄に不可欠な要素である。

排泄に関する課題は、本人の身体的な苦痛や不快な症状を引き起こすほか、排泄の失敗に対する心理的な不安を引き起こし、外出や人との交流を控える等行動の制限につながることもある。

また、排泄に対する介護を受けることで、家族等に対する遠慮が生じるほか、本人の自尊心が傷つく場合がある。排泄に関する課題に専門職を含めて対応することは、本人が快適に過ごせるようになるほか、家族等の介護負担を軽減することが期待される。本人の残存機能があるにもかかわらず、排泄の失敗を過度におそれて、排泄補助用具を多用するケースもみられるが、過度に排泄補助用具に頼りすぎることは、本人の自尊心を傷つける場合があるほか、本人の不快感を助長することも懸念される。

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 排泄リズムに対する本人の認識
- 排泄に関する失敗のエピソード
- 日常的な排泄の方法（トイレ、Ｐトイレ、おむつなど）
- 排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）
- 排泄動作の状況

関連するモニタリング項目

- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 排泄リズムに対する本人の認識
- 排泄に関する失敗のエピソード
- 日常的な排泄の方法（トイレ、Ｐトイレ、おむつなど）
- 排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 排泄動作の状況

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

Ⅱ-3.家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援

Ⅱ-3-1 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援

35.喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援

実施内容

喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 本人が喜びや楽しみを感じる状況、強みを発揮できる状態を把握する。
 - 本人の強み(ストレングス)を把握し、生活の中での本人の役割やケア方法に反映する体制を整える。
- 本人が喜びや楽しみを感じ、強みを発揮しやすい体制を構築する。
 - 具体的には、本人からの情報収集に基づき、本人が強みを発揮しやすい環境や状況を捉え、生活の中でそうした環境や状況が整えられるような体制を整える。

必要性

本人の尊厳を尊重した生活を実現するには、支援の内容を個別化する過程で、本人の強みが生かされる支援方法を工夫する必要があり、その前提としてまずは本人の強みを引き出すための情報収集が求められる。

強みは、置かれた環境によって発揮されやすいこともあれば発揮しにくい場合もある。したがって、本人にとって強みが発揮しやすい環境を整え、それらが継続されるよう支援することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人のストレングス
- 本人の趣味・嗜好
- 本人・家族等が望む生活・暮らし(1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント)
- 望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動(現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など)
- 望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ
- 本人が喜びや楽しみを感じる状況や状態
- 本人が強みを発揮できる状況や状態
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測
- 役割を実現するために必要な環境支援
- コミュニケーション能力回復のために必要な支援
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート

関連するモニタリング項目

- 本人のストレングス
- 本人の趣味・嗜好
- 本人・家族等が望む生活・暮らし(1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント)

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など）
- 望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ
- 本人が喜びや楽しみを感じる状況や状態
- 本人が強みを発揮できる状況や状態
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測
- 役割を実現するために必要な環境支援
- コミュニケーション能力回復のために必要な支援
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

Ⅱ-3-2 コミュニケーションの支援

36.コミュニケーションの支援

実施内容

コミュニケーションの支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 本人と家族等のコミュニケーションの状態を把握する。
 - 本人と最も身近な家族等とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができるかを把握する。ただし、本人がもともとコミュニケーションをとることが苦手な場合もあることを考慮する。
- コミュニケーションを難しくしている要因を確認し、専門職の支援を受けられる環境を整える。
 - 高齢者の場合、コミュニケーションを阻害する要因は、加齢による視覚・聴覚の衰えや、口腔内・頭頸部の機能障害、筋・神経疾患を起因とする発音障害や構音障害、失語症等が考えられる。医療職と連携して、コミュニケーションを難しくしている要因を確認する体制を整える。
 - また、本人が抑うつ状態を生じていて、コミュニケーションが難しくなっている場合も考えられる。抑うつ状態は、抗うつ薬等によって治療することができる。本人や家族等の同意を得て、受診につなげることを検討する。また、抑うつ状態を生じている場合に、無理にコミュニケーションをとうとうとすると逆効果になることも考えられることから、医療職と状況を共有して対応を検討する。
 - 意識レベルの混濁や認知症などの疾患によって、注意機能の低下が起こることで、コミュニケーションが阻害されている可能性もある。注意機能の低下が起きている場合、情報を医療職と共有して起因を探ることが必要である。（薬や認知症などの疾患によって注意機能の低下が起きている場合があり、早期に適切な対応が必要。）周囲の音や光、人の動きによって注意能力が一層散漫になる可能性があるため、落ち着いた環境を整えて、本人の意欲や集中力が高まるように援助することも必要である。
- 本人とのコミュニケーションが難しくなっている要因について、家族等が理解できるように体制を整える。
 - 本人の状態を家族等が理解し、その状態に合わせて、家族等がコミュニケーションをとることができるような体制を整える。本人の現在の状態を理解し、今後の見通しを家族等が把握することで、家族等のストレスが和らぐことも期待される。
 - また、コミュニケーションをとるうえでの留意点を家族等と共有することで、家族等と本人のコミュニケーションが円滑に行われるよう支援する。
- 本人の状態を踏まえて、本人とコミュニケーションをとる方法を家族等とともに考える。
 - 本人の状態を踏まえて、コミュニケーションをとる具体的な方法を家族等と整理し検討する。具体的には、既に確立されたコミュニケーション上の工夫を共有したり、コミュニケーションを補助する機器を紹介したりする。家族等が行っている工夫も取り入れる。
 - コミュニケーションに課題を感じている家族等が、心身ともにストレスを抱えている状態に理解を示しながら対応する必要がある。
- 日常生活においてコミュニケーションを取りやすい環境を整える。
 - 本人の状態に合わせて、家族等及び家族等以外の周囲の人との間でコミュニケーションを取りやすいような環境を整える。
- コミュニケーション能力の状況の継続的な把握と確認、継続的な改善支援（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）の体制を整える。
 - コミュニケーション能力を継続的に把握する体制を整える。
 - また、コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低くする。特に構音障害・失語

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

症等への対応・支援を検討する。

必要性

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

本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションの状態を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要になる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格
- 電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード
- 本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）
- コミュニケーションに関する本人のストレスの状況
- コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況
- 本人と家族等のコミュニケーションの状況
- 本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況
- コミュニケーション能力回復のために必要な支援

関連するモニタリング項目

- 疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格
- 電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード
- 本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）
- コミュニケーションに関する本人のストレスの状況
- コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況
- 本人と家族等のコミュニケーションの状況
- 本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況
- コミュニケーション能力回復のために必要な支援

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

Ⅱ-3-3 家庭内での役割を整えることの支援

37.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備

実施内容

本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制を整える。
- 本人にとっての快・不快とその変化の状況を把握する。
 - 本人の状態や快・不快の感じ方は日々変化することを前提として、本人が快・不快を感じる状況や環境を継続的に把握する体制を整える。
- 清潔を保つことに対する本人の認識や状況を把握する。
 - 本人が清潔を保つことの認識や状況を把握することを支援し、地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないような体制を整える。
- 清潔を保つことを支援する。

必要性

認知症などの疾患があっても、本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要である。

また、本人の活動と参加の継続を支援する一方で、本人の状態は変化することを前提として、継続的に活動と参加の状況の変化、本人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。

加えて、本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも、清潔を保つことが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード
- 本人にとっての快・不快の状況
- 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤
- 再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安
- 家庭内での本人の役割に対する本人の認識
- 家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 本人の趣味・嗜好
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 活動と参加に関わる各行為の状況

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測
- リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）
- 着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）
- 日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート

関連するモニタリング項目

- 地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード
- 本人にとっての快・不快の状況
- 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤
- 再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安
- 家庭内での本人の役割に対する本人の認識
- 家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 本人の趣味・嗜好
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 活動と参加に関わる各行為の状況
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測
- リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）
- 着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）
- 日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

Ⅱ-3-4 コミュニティでの役割を整えることの支援

38.持っている機能を発揮しやすい環境の整備

実施内容

持っている機能を発揮しやすい環境の整備のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 状態に合った活動と参加を実現する環境を整える。
 - 本人の心身の状態にあった生活環境・活動環境を整える。
- 新たな役割・機能を獲得することを支援する。
 - 認知症などの疾患を発症する前の生活と比較して、役割を縮小させるだけでなく、さらに新たな役割機能を獲得できるよう支援する。
- 運動・活動の体制を整える。
 - 運動・活動の体制を整えることで、疾患等による活動量の低下を防ぐ。活動量の低下を防ぐことで、疾患等の再発を防止する。

必要性

認知機能の低下や疾患等の影響によりできることに制限が生じて、本人が自ら活動・参加できるようにするために、人的な支援だけでなく、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤に、そうした生活を継続し、拡充できるように生活環境・活動環境を整えることが重要である。

特に、認知症などの疾患と診断されることは、そのまま従前の生活や役割を縮小することではなく、状況にあった新たな役割・機能の獲得の可能性があることと捉え、本人が参加できるように支援することが重要である。

そのため、かかりつけ医等からの療養上の留意点と、本人のそれまでの生活での活動範囲を把握したうえで、活動を継続するうえでの課題を把握することが重要である。

また、将来のフレイルの進行をできるだけ予防するためには、疾患等に関わる留意点を踏まえたうえで、日常の活動量の低下を抑える必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 生活歴、成育歴
- 本人・家族等の受容の程度
- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- 本人のストレングス
- 本人の趣味・嗜好
- 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方
- 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

- 自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など)
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)
- 日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)・運動・活動を妨げる要因
- 活動を支援する福祉用具の活用
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測
- 役割を実現するために必要な環境支援

関連するモニタリング項目

- 生活歴、成育歴
- 本人・家族等の受容の程度
- 本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など)
- 本人のストレングス
- 本人の趣味・嗜好
- 本人の日次(24 時間)の生活リズム・過ごし方
- 自宅の間取り(部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など)
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 自宅内の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など)
- 自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など)
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)
- 日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)・運動・活動を妨げる要因
- 活動を支援する福祉用具の活用
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測
- 役割を実現するために必要な環境支援

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

39.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備

実施内容

本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 日常生活(自宅内・自宅外)における役割の回復・獲得を支援する体制を整える。
 - 認知症などの疾患を発症する前の生活における本人の役割の回復・獲得を確認し、支援する継続的な体制を整える。本人の役割は、本人の状態、周囲の状況によっても変わりゆくものであるため、継続的な確認や支援が求められる。
- 交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える。
 - コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが大きくなる。特に、コミュニケーション能力の中でも疾患等の影響で縮小しがちな能力である、構音障害・失語症等への対応・支援を検討する。
- 新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える。
- 活動と参加を通じた周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するために支援する。
 - 本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対する支援を検討するために、日常生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びととの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的な困惑や葛藤を捉える。これを踏まえ、交流関係に対する支援及び交流を円滑にできるような本人に対する支援を検討する。

必要性

コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが大きくなる。そのため、本人のコミュニケーション能力を確認し、本人の活動と参加を可能なかぎり継続することを支援する必要がある。また、本人の状態や周囲の環境が変わる中で、新たな役割機能を獲得できるよう支援することも重要となる。

特に、疾患等の影響により障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験(残存機能と回復機能の限界を見つける経験)を重ね、新しい価値・機能を再構築する支援は重要である。

また、認知症などの疾患の影響のある人にとっても、活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、本人にとっての快・不快の変化を捉えることも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード
- 本人・家族等の受容の程度
- 地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤
- 地域・社会(家庭外)での本人の役割に対する本人の認識
- 本人にとっての快・不快の状況
- 金銭管理の状況
- 本人の趣味・嗜好
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それら

基本ケア 基本方針Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

の維持・改善の見込みなど)

- 活動と参加に関わる各行為の状況
- 疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割
- 他人との交流の方法
- 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性
- 役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測
- リハビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む)
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制)
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート

関連するモニタリング項目

- 地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード
- 本人・家族等の受容の程度
- 地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤
- 地域・社会(家庭外)での本人の役割に対する本人の認識
- 本人にとっての快・不快の状況
- 金銭管理の状況
- 本人の趣味・嗜好
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 活動と参加に関わる各行為の状況
- 疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割
- 他人との交流の方法
- 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性
- 役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測
- リハビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む)
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制)
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

基本方針Ⅲ 家族等への支援

Ⅲ-1.家族等への支援

Ⅲ-1-1 支援を必要とする家族等への対応

40.家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備

実施内容

家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 家族等の仕事と生活のリズムが保たれるよう支援する。
 - 家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援を行う。
 - 家族等に対し相談支援が提供される体制を整える。
 - 具体的には、家族等が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社会資源をつなぐような体制を整える。
 - 自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる環境を整える。
 - 本人が自立した排泄を行うためには、物理的な環境の整備と、本人に対する排泄介助が必要になる場合がある。
 - 物理的な環境の整備は、本人の機能を考慮して、それを補うための手すりの設置や、洋式便座への変更、麻痺側を考慮した操作ボタンの設置等が有効である。専門職と連携して、環境を整えることが期待される。
 - 排泄介助は、本人の希望を重視して、本人が安心して排泄を行うことができるような環境を整えることが重要である。本人の生活リズムに配慮して、排泄のタイミングを踏まえた訪問介護員の訪問スケジュールの設定が望ましい。
- ※「Ⅱ-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援」の項目を参照
- 家族等が認知障害を理解して対処できるような環境を整える。

必要性

日々介護に携わっている家族等の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要になる。

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

また、排泄に関する課題に専門職を含めて対応することは、本人が快適に過ごせるようになるほか、家族等の介護負担を軽減することが期待される。

認知症特有の記憶障害により、本人が家族等を家族等として認識できなくなる場合がある。その場合、家族等は本人との間に新たな役割関係を築くことが必要になる。また、認知障害によって、コミュニケーションをとりにくくなることも予想されるため、そのような状況への対応も重要となる。本人と家族等が、新たな役割関係やコミュニケーションのとり

基本ケア 基本方針Ⅲ 家族等への支援

方を獲得していくまでの、家族等に対するサポートが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 認知症に対する家族等の受け止めの状況
- 認知症に対して家族等が感じている不安
- 仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み
- 介護の大きさに対する家族等の認識と理解
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）
- 同居していない家族等の生活リズム
- 仕事をする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等）
- 仕事をする家族等の会社での役割の変化
- 家族等の休養・睡眠の状況
- 相談支援の実施の状況
- 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況
- 家族等がねざらいを得られる状況の有無
- 家族等が必要な情報を収集する手段
- 家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる地域の社会資源の状況
- 家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 認知症に対する家族等の受け止めの状況
- 認知症に対して家族等が感じている不安
- 仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み
- 介護の大きさに対する家族等の認識と理解
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無

基本ケア 基本方針Ⅲ 家族等への支援

- 本人の日次(24 時間)の生活リズム・過ごし方
- 同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む)
- 同居していない家族等の生活リズム
- 仕事をする家族等の勤務の特徴(例:出張や変則勤務の有無等)
- 仕事をする家族等の会社での役割の変化
- 家族等の休養・睡眠の状況
- 相談支援の実施の状況
- 家族等に対する支援(相談、不安や悩みの解決など)を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況
- 家族等がねぎらいを得られる状況の有無
- 家族等が必要な情報を収集する手段
- 家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる地域の社会資源の状況
- 家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

4.1.将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

実施内容

将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 将来にわたり生活を継続できるように支援する。
 - 将来にわたり本人の尊厳を守り、できる限り今の生活を継続できるよう、本人や家族等の生活の意向を継続的に捉える体制を整える。
 - また、将来の生活に備えて利用可能な地域資源があることを伝える支援を行う。

必要性

認知症などの疾患がある方の尊厳のある生活を支えていくことは、長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすい。そのため、本人や家族等の意向を継続的に把握し、活用可能な地域資源を伝えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など）
- 認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解
- 将来の生活に対する本人・家族等の意向
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：飲酒、運動など）、変更の重要性（例：絶対だめなのか、努力事項なのか）
- 意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備
- 将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援
- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性

関連するモニタリング項目

- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など）
- 認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解
- 将来の生活に対する本人・家族等の意向
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日

基本ケア 基本方針Ⅲ 家族等への支援

常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)

- 特に考慮しなければならない生活習慣が何か(例: 飲酒、運動など)、変更の重要性(例: 絶対だめなのか、努力事項なのか)
- 意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備
- 将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援
- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ(例: 成年後見、地域権利擁護事業等)及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

Ⅲ-1-2 家族等の理解者を増やす支援

42.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援

実施内容

本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことを支援する。
 - 家族等が一人で抱え込まなくて良いう、家族等だけでなく、本人を理解しともに関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があった近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援体制を整える。
- 食事に関する援助が行われるように環境を整える。
※「Ⅱ-2-2 食事の支援」の項目を参照
- 本人や家族等の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う。
 - 本人や家族等の生活リズムや生活習慣を確認して専門職間で共有し、必要に応じて声かけや促しなどの体制を整える。

必要性

在宅における高齢者のケアにおいては、本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いうに、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要である。

また、規則正しい生活は、睡眠や排泄のリズムを整えることに役立つ。また、食事のリズムは服薬のタイミングにも影響を与える。家族等の生活リズムや生活習慣も考慮したうえで、本人や家族等が負担を感じないよう支援を検討することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 地域とのトラブルのエピソード
- 将来の生活に対する本人・家族等の意向
- 認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解
- 家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 現在、本人や家族等が心理面で支えとしている相手・内容の把握
- 地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性
- 本人や家族等の生活に関わっている人の状況
- 本人や家族等の交友関係
- 認知症に対する地域の理解の状況
- 意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備・認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援
- 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況

基本ケア 基本方針Ⅲ 家族等への支援

- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性
- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況
- 認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 地域とのトラブルのエピソード
- 将来の生活に対する本人・家族等の意向
- 認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解
- 家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- 地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性
- 本人や家族等の生活に関わっている人の状況
- 本人や家族等の交友関係
- 認知症に対する地域の理解の状況
- 意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備・認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援
- 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況
- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性
- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況
- 認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職 等

Ⅲ-2.ケアに参画するひとへの支援

Ⅲ-2-1 本人をとりまく支援体制の整備

43.本人を取り巻く支援体制の整備

実施内容

本人を取り巻く支援体制の整備のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 家族等をはじめ状況に応じて本人の支援に関わる体制を整える。
 - 家族等に加えてインフォーマルサポートを提供する人など、本人の状況を踏まえ、多様な専門職以外の人
が支援に関わる体制を整える。

必要性

本人の状況にもよるが、家族等あるいは専門職による支援（フォーマルサービス）だけで支援を継続するのは資源が不足するため、様々なインフォーマルサポートも交えた支援体制を整える必要がある。

特に、インフォーマルサポートが提供される体制を整えることは、本人のそれまでの生活の継続を尊重し、尊厳ある生活を実現する観点からも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 地域とのトラブルのエピソード
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性
- 本人や家族等の生活に関わっている人の状況
- 本人や家族等の交友関係
- 認知症に対する地域の理解の状況
- 本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク
- 退院後のケアの体制（家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など）
- 在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 本人にあたりハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート
- 本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク
- 地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況
- その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等）

基本ケア 基本方針Ⅲ 家族等への支援

- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況
- 免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性
- 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況

関連するモニタリング項目

- 地域とのトラブルのエピソード
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性
- 本人や家族等の生活に関わっている人の状況
- 本人や家族等の交友関係
- 認知症に対する地域の理解の状況
- 本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク
- 退院後のケアの体制（家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など）
- 在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート
- 本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク
- 地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況
- その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等）
- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況
- 免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性
- 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、管理栄養士、介護職等

Ⅲ-2-2 同意してケアに参画するひとへの支援

44.同意してケアに参画するひとへの支援

実施内容

同意してケアに参画するひとへの支援のためには、以下の実施内容が考えられる。

- 家族等をはじめ本人の支援に関わる人がケアに継続して関わることができるよう支援する。
 - 家族等をはじめ本人の支援に関わる人に対し、様々な情報の提供、不安や課題を聞く相談援助等の支援が提供される体制を整える。

必要性

本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることができるようにすることが必要不可欠である。

家族等の負担感や不安を軽減するためにレスパイトケアだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供されるよう、介護支援専門員による相談援助あるいは他の相談機関との連携が求められる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 今の生活に対する本人の想い
- 今後の治療に関する本人の意向
- 将来の生活に対する本人・家族等の意向
- 意思決定に関する本人の想い、不安の状況
- 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況
- 意思決定支援に対する家族等の理解度
- EOL に向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況
- EOL に対する家族等の意向
- 本人が有する意思決定能力の状況
- 金銭管理の状況
- キーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性
- 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ(例: 成年後見、地域権利擁護事業等)及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性
- 家族等に対する支援(相談、不安や悩みの解決など)を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況

関連するモニタリング項目

- 今の生活に対する本人の想い
- 今後の治療に関する本人の意向
- 将来の生活に対する本人・家族等の意向

基本ケア 基本方針Ⅲ 家族等への支援

- 意思決定に関する本人の想い、不安の状況
- 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況
- 意思決定支援に対する家族等の理解度
- EOL に向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況
- EOL に対する家族等の意向
- 本人が有する意思決定能力の状況
- 金銭管理の状況
- キーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性
- 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況
- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ(例:成年後見、地域権利擁護事業等)及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性
- 家族等に対する支援(相談、不安や悩みの解決など)を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職 等

第3章 疾患別ケア

第1節 脳血管疾患がある方のケア

脳血管疾患の基本的理解

(1)脳血管疾患の特徴

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

(2)脳血管疾患のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと

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

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患の基本的理解

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

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

脳血管疾患 Ⅰ期

1.再発予防

1-1 血圧や疾病の管理の支援

1-1-1 基本的な疾患管理の支援

1.基本的な疾患管理の支援

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

本人や家族等が疾病の理解を深められるよう、疾病に関する説明を行う体制を整える。具体的には、後述する疾病の理解状況等を踏まえたうえで、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。

また、必要に応じて訪問看護を通じて支援を行ったり、居宅療養管理指導（医師、看護師、薬剤師等）の介護給付サービスや在宅患者訪問薬剤管理等の医療サービスを活用したりといった取り組みも考えられる。

定期的な受診が可能となるよう、通院する環境やその手段を整える。具体的には、通院に際して付き添い介助が必要な場合には、移動手段の確保や訪問介護員の調整を行ったり、必要な福祉用具を判断してコーディネートしたりといった取り組みが考えられる。

また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供を行うといったことも必要である。

本人の健康状態が日常の状態と大きく変化した場合に迅速にかかりつけ医等に連絡し、状態の変化に早期に対応できる体制を整える。この体制を整えるためには、本人のケアに関わる家族等だけでなく、インフォーマル支援の担い手も含めて情報共有する環境をつくり、関係者が本人の日常的な状態を把握しやすいようにすることが重要である。

併せて、日常とは異なる状態を把握したときに、救急車を呼ぶか、かかりつけ医等に連絡するかを予め決めておく。かかりつけ医がいる場合の連絡先の把握と、連絡体制、連絡の方法についても共有しておくことが考えられる。

必要性

脳血管疾患の場合は疾患の起因となる生活習慣病があるため、脳血管疾患の再発防止や生活の悪化防止には生活習慣の改善が必要で、そのために、本人や家族等に疾病の理解をうながす支援体制が必要である。

なぜなら、在宅においては本人や家族等によるセルフマネジメントを原則とするため、疾患及び疾病管理に関して本人や家族等の理解と管理が正確に行われる必要があるためである²。そのために、本人や家族等に対して、起因となった疾患についてかかりつけ医を筆頭とする専門職から説明がなされていること、本人や家族等がそれを理解して、

² 「患者・家族に対し、現在の患者の状態や治療、再発予防を含めた脳卒中に関連する知識、障害を持つてからのライフスタイル、リハビリテーションの内容、介護方法やホームプログラム、利用可能な福祉資源等について、早期からチームにより、患者・家族の状況に合わせた情報提供に加えて、教育を行うことが勧められる。」日本脳卒中学会「脳卒中ガイドライン」、2015年

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患Ⅰ期

疾患の管理を行うことが必要となる。(※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外である³。)

関連して、疾病管理のための定期的な受診の支援、服薬支援の必要性も検討することが必要である。

脳血管疾患の再発予防のポイントとして、起因となる疾患の管理や薬の服用が挙げられる。受診している医療機関や、医療機関への通院状況について把握して、定期的な受診の支援体制を整え、定期的かつ適切な通院をうながすことで本人に対して継続的な治療を実現する必要がある。

通院が行われていない場合、通院に関する阻害要因を把握することが必要である。万が一容態が悪化した場合や、通常と異なる状態がみられて医師に相談したい場合等、通院を含め医療を受けられる体制がないと、本人の状態の悪化に対応できない可能性がある。加えて、病気に対する不安があると、本人の日常生活における活動の範囲、内容量等の縮小につながり、生活の改善につながらない可能性があるため、本人や家族等の病気に対する不安を把握することも必要である。

脳血管疾患は、一定の人が再発するとされている。そのため、日常生活に留意するとともに、本人や家族等が日常と異なる本人の状態を把握できるよう体制を整えることが必要である。なぜなら、日常の状態が分からないと「異常」が分からないほか、日常の状態を把握しておくことで、異常の早期発見や、病状の悪化の早期発見を期待するためである。

そのためには、本人や家族等が日常の状態と異常や注意すべき症状の両方を理解していることが必要で、これによって本人や家族等から専門職へ、異常を早期に伝達できる体制を取ることが求められる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など)
- 医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)
- 生活習慣病への対応の状況
- 本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など)
- 日常と異なる状態への対応(「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など)

³ 本人が高次脳機能障害等により適切に認識することが難しい場合、家族あるいは他の介護者における疾病の理解に配慮が必要である。

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患Ⅰ期

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）

相談すべき専門職

医師、看護師、介護職 等

1-1-2 血圧等の体調の確認

2. 目標血圧が確認できる体制を整える

実施内容

脳血管疾患の再発の防止のため、本人あるいは家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認する体制を整える。また、必要に応じて、本人や家族等だけでなく訪問介護員等の専門職とも目標血圧を確認できるよう情報共有する体制を整える。

必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要である⁴。

血圧の管理のためには、まずはかかりつけ医からの説明を受けて、本人あるいは家族等が目標血圧を理解することが必要である。

また、血圧に関して、入院中の環境と自宅の環境は大きく異なるので、Ⅰ期では入院中の環境下での状況（服薬内容や服薬状況、生活における制限や禁忌事項等）を把握することも重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 目標血圧と通常の高血圧の状態

関連するモニタリング項目

- 目標血圧と通常の高血圧の状態

相談すべき専門職

医師、看護師、介護職 等

⁴ 高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意（疾患の理解の章を参照）

3.家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える

実施内容

日々の血圧を正しく測定、記録できるような体制を整え、目標血圧の範囲内に収まっているか、不整脈が発生していないかなどを確認する。また、目標血圧を超えた場合に、かかりつけ医等、誰にどのようなタイミングで連絡すれば良いのかなどを確認しておくことも考えられる。

必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要である⁵。血圧の変動が大きいと、日常生活の範囲の制限につながり、結果として廃用につながるリスクが高いといえる。家庭血圧（特に起床時、就寝時）は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、家庭血圧が把握できる体制を整えることが必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）

関連するモニタリング項目

- 家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）

相談すべき専門職

医師、看護師、介護職 等

⁵ 高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意（疾患の理解の章を参照）

1-1-3 環境整備

4.室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

生活の状況と中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認し、気温差を縮小する体制を整える。具体的には、居室と廊下などの間の扉を開放するように決めておく、気温差が大きい部分に冷暖房器具を追加して設置するよう調整する、移動する際には一旦扉を開けてしばらくしてから移動するように本人や家族等に理解を促しておくといった方法が考えられる。また、冷暖房器具の設置だけでなく、衣服の工夫や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討する。

加えて、日常生活を送っている居室の気温差が生じやすい場所、時間帯を理解したうえで、気温差を縮小するための取り組みとしてカーテンの開け閉めをうながす、室内の空気を循環するように整える（サーキュレーターの活用等）といった取り組みも考えられる。

本項目は季節の影響を多分に受けることから、退院時に十分なアセスメントを実施した場合であっても、季節の変化を踏まえて再度確認すべき重要項目である。

必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要である⁶。血圧が急激に上がるきっかけの一つとして、急激な気温の変化が挙げられる。そのため、適切な室内気温の維持・調整によって、急激な気温の変化が生じないようにする体制を整えることが必要である。また、気温差の縮小がなされるよう体制を整えることも重要である。

特に、一般的な日本家屋の場合、廊下や水周りは気温差が大きい場所として挙げられるため、その場所と居室との気温差が縮小されるように確認と対策を行う必要がある。

高齢者は、体感、体温調整の問題から、感受性や恒常性の低下が生じるため、意識的に周囲が留意して室温を調整する必要がある。特に、中心となる生活空間での一日の気温差が血管に与える影響が大きい。そのため、居室の24時間の気温差を確認して対応することが必要である。

また、エアコンの位置や日当たりによっては、ベッドにいる間の気温差や日照により、乾燥や、脱水、冷えの症状につながり、再発リスクを高めたり、体調悪化の要因となる可能性もある。居室の24時間の気温差や日照を確認して日常生活を送っている居室の気温差の改善を図ることが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）

⁶ 高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意（疾患の理解の章を参照）

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患Ⅰ期

- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 室内の状況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々

関連するモニタリング項目

- 本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など)
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 室内の状況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 季節の変化に伴う居室空間の状況の変化(室温、日照時間、日当たり、湿度、風、及びそれらの調整の方法、保有している冷暖房器具など)

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職 等

1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供

5.高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する。

必要性

再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要である。そのため、高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理のための支援については、別途確認が必要である。

※各疾患の個別的な理解は本シートでは対象外となる

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病への対応の状況

関連するモニタリング項目

- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病への対応の状況

相談すべき専門職

医師、看護師、管理栄養士 等

1-2 服薬管理の支援

1-2-1 服薬支援

6.服薬管理の支援

※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施

実施内容

再発の予防のためには指示どおりの服薬が重要である。そのため、本人や家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性和医師からの指示内容に対して、本人や家族等の理解をうながす体制を整える。

また、自宅での療養を円滑に進めるため、処方された薬が適切に管理され、服薬される状態が継続できるように、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。

必要性

自宅での療養はセルフマネジメントが原則のため、本人や家族等が自ら服薬を管理することが必要である。そのため、本人や家族等が服薬の必要性和医師からの指示内容を理解することが重要である。

また、服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や副作用(出血しやすくなる等))や薬の適切な管理方法についても、本人や家族等が知っておくことも重要である。

脳血管疾患の場合は、起因となる生活習慣病があることが多く、再発防止や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要となることにも留意が必要である。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
- 服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)

関連するモニタリング項目

- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患Ⅰ期

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）

相談すべき専門職

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

1-3 生活習慣の改善

1-3-1 脱水予防

7.必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える

実施内容

日常的に必要な水分量と日常の摂取量を把握する体制を整える。具体的には、本人や家族等が水分摂取量を把握できるかどうかを確認し、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。

必要性

日常的に必要な水分量を摂取しないと脱水となるリスクがある。脱水傾向になると血液の粘度が高まり、脳血管疾患の再発リスクが高まる。また、一人ひとりに適切な水分量は異なるため、本人に必要な水分量と日常的に摂取している水分量を把握することが重要である。

また、直接摂取する水分だけでなく、食事から摂取する水分・栄養と併せて一体的に評価することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 1日に必要な水分量(体重に基づく望ましい摂取量、摂取と排泄・発汗のバランス)
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)
- 日常の水分摂取量の確認方法(本人の確認方法、家族等の確認方法など)
- 水分摂取に関する家族等の支援

関連するモニタリング項目

- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)
- 日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 等

8.適切な水分を摂取することの理解をうながす体制を整える

実施内容

適切な水分量を摂取することに対して、本人や家族等の理解をうながす体制を整える。

必要性

日常的に必要な水分量を摂取しないと脱水となるリスクがあり、脱水傾向になると血液の粘度が高まり、脳血管疾患の再発リスクが高まる。そのため、日常的に必要な水分量の摂取の重要性を本人や家族等に伝え、理解を得ることが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 水分摂取に関する本人・家族等の理解度
- 水分摂取に関する家族等の支援

関連するモニタリング項目

- 水分摂取に関する本人・家族等の理解度
- 水分摂取に関する家族等の支援

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 等

9.自ら水分を摂取できるようにする体制を整える

実施内容

本人が自ら日常的に必要な水分量を摂取する体制を整える。また、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。

必要性

日常的に必要な水分量を摂取しないと、脱水となるリスクがあり、脱水傾向になると血液の粘度が高まり、脳血管疾患の再発リスクが高まる。

また、一人ひとりに適切な水分量は異なるため、本人に必要な水分量と日常的に摂取している水分量を把握したうえで、本人が自ら水分を摂取できるように体制を整えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無

関連するモニタリング項目

- 本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無

相談すべき専門職

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

2.生活機能の維持・向上

2-1 心身機能の回復・維持

2-1-1 機能訓練(機能障害の回復・改善に向けて)

10.ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

身体機能の改善や維持を図るために、状態を定期的に把握し、適切な機能訓練を実施する体制を整える。

必要性

Ⅰ期は、適切な機能訓練があれば、身体機能の回復が見込める時期である。一方で、病院とは環境が大きく異なる(リハビリテーションの実施が少なくなるなど)ため、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期でもある。

身体機能が日常生活全体に及ぼす影響が最も大きいことから、適切な機能訓練が必要である。また、身体機能の改善や維持を図るために、状態の定期的な把握も併せて行う必要がある。

病院ではリハビリテーションをうながす環境が整っているが、自宅に戻ると一時的に体調が低下したり、家族等がリハビリテーションへの意欲を低下させる場合があるため、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させることも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)
- ADL/IADL に応じた機能訓練の実施状況

関連するモニタリング項目

- リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)
- ADL/IADL に応じた機能訓練の実施状況

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-2 心理的回復の支援

2-2-1 受容の支援

11.受容促進のための働きかけを行う体制を整える

実施内容

本人や家族等が過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活への取り組み（受容）を促進することを支援する体制を整える。

必要性

本人や家族等による過度の期待、拒否・否定、あきらめ等により機能の維持・向上が難しくなる可能性がある。そのため、受容の支援が必要となる。そのためには、早期に現実を目を向けてもらい、主体的に自立的な生活に取り組んでもらうことが重要である。これらは、医師からの予後の見通しと併せて整理することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族等の受容の程度
- 本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）

関連するモニタリング項目

- 本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

12.抑うつ状態の防止、改善が図れる体制を整える

実施内容

脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状態を把握する体制を整える。本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。

必要性

心理的な課題が大きかったり、揺れ動く時期である。

脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状態を把握することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人のうつ状態の発症の有無、程度
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）

関連するモニタリング項目

- 本人のうつ状態の発症の有無、程度
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）

相談すべき専門職

医師、看護師、介護職 等

13.リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える

実施内容

適切なリハビリテーションの継続がなされるように、本人や家族等の不安を軽減する体制を整える。また、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。

必要性

Ⅰ期では、適切なリハビリテーションは身体機能の改善や維持に有効である。一方で、本人や家族等の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入などによってリハビリテーションが中断される場合もある。また、脳血管疾患の後遺症としての抑うつ状態になることで、リハビリテーションを中断してしまうこともある。

リハビリテーションを中断してしまうと、生活機能の維持・改善が実現できなくなるため、リハビリテーションの継続がなされるよう、本人や家族等の不安を軽減する体制を整えることが重要である。さらに、リハビリテーションの進捗を介護支援専門員が認識し、本人や家族等にそのことを伝えることも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）

関連するモニタリング項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲
- ADL/IADL に応じた機能訓練の実施状況

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-3 活動と参加に関わる能力の維持・改善

2-3-1 機能訓練(残存機能の維持・活用に向けて)

14.ADL/IADL の状態の定期的な把握と共有がなされる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

適切な機能訓練を実施するために、定期的に ADL/IADL の状態や本人の目標を把握し、多職種で共有する体制を整える。

必要性

自立に向けた支援により、ADL/IADL の改善が見込める時期である。

自分でできる ADL/IADL を増やすことは、そのまま機能訓練につながるため、日常生活における ADL/IADL の状態を把握することが必要である。また、一度獲得した ADL/IADL が失われやすい時期であり、かつ病院と大きく環境が変化するため、定期的に状態を把握することが重要である。

一方、ADL/IADL の状態を共有しないままに生活の補完的なケアを行い続けると、活動と参加の向上に対してマイナスの効果を与える恐れもあるため、共有が大事になる。特に、病院と異なり、在宅では多職種が異なる場面に関わるので、ADL/IADL の状態を共有する体制を整えることは重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング
- 日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況

関連するモニタリング項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング
- 日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

15.状態に合った ADL/IADL の機能向上がなされる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

自宅での生活において、本来有する機能あるいは残存機能に応じた ADL/IADL を十分に発揮するために、現在の状態・状況に合った機能の向上を支援する体制を整える。

必要性

Ⅰ期は、環境が病院から自宅へと大きく変化し、本来有する機能、あるいは残存機能に応じた ADL/IADL が発揮されにくい時期である。そのため、現在の状態・状況に合った機能の向上が重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 日常生活における ADL/IADL の発揮をうながす機会

関連するモニタリング項目

- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 日常生活における ADL/IADL の発揮をうながす機会

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-3-2 コミュニケーション能力の改善

16.コミュニケーション能力の状況の継続的な把握ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人のコミュニケーション能力を継続的に把握する体制を整える。

また、脳血管疾患の場合には、特に構音障害・失語症等が発生する可能性も踏まえ、これらへの対応や支援も検討する。

必要性

コミュニケーションは生活全体の基盤であり、コミュニケーション能力が低下すると、集団に入っていけなくなったり、閉じこもり等が発生し、結果的に生活が縮小するリスクが大きくなる。

そのため、本人のコミュニケーション能力を継続的に把握することが重要である。

また、脳血管疾患の場合には、特に構音障害・失語症等が発生する可能性があることにも留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）
- 本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）

関連するモニタリング項目

- 本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）
- 本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

17.コミュニケーション能力の改善を図る体制を整える（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人のコミュニケーション能力の改善を図る体制を整える。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討する。

必要性

コミュニケーションは生活全体の基盤であり、コミュニケーション能力が低下すると、集団に入っていけなくなったり、閉じこもり等が発生し、結果的に生活が縮小するリスクが大きくなる。

そのため、コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低減することが重要である。特に、脳血管疾患の場合には、構音障害・失語症等への対応・支援を検討することも必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）
- 本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援

関連するモニタリング項目

- 本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）
- 本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

2-3-3 社会参加の機会の確保

18.日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活（自宅内・自宅外）における、役割の回復・獲得がなされる体制を整える。

必要性

日常生活における役割を確認することによって、自分の存在感がわかり、尊厳を取り戻すことができる。

Ⅰ期のこの時点での社会参加をいきなり回復させるというよりも、Ⅱ期に向けてどのような役割の回復が見込めそうかを把握しておくことが、Ⅱ期以降の移行を円滑にするためには重要である（※特に、もともと楽しみが少ない人の場合、病院でのリハビリテーション等を通して新たに楽しみやこだわりを見つける場合もあるので、その把握が重要である）。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

関連するモニタリング項目

- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

19.外出や交流の機会が確保できる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活(自宅内・自宅外)において、外出や交流の機会の確保がなされる体制を整える。

必要性

Ⅰ期では生活の範囲が狭くなる(病院、自宅、事業所)ため、生活が縮小しやすくなるこの時期に交流を確保することが、Ⅱ期以降の移行を円滑にするために重要である(将来の可能性を見出すこと)。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性

関連するモニタリング項目

- 疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

20.新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える

実施内容

障害や後遺症を抱えた生活の中で、新しい価値・機能を獲得できる（目標や可能性を設定できる）体制を整える。

必要性

脳血管疾患により、障害や後遺症が残る可能性もある。落胆体験を繰り返す中で、残存機能と回復機能の限界を見つめ、新しい価値・機能の再構築を目指すことの支援が必要となる。

Ⅰ期では退院直後のタイミングのため、将来に向けて新たに獲得していく価値・機能を見据える（目標や可能性を設定する）ことに重点を置く必要がある。また、日常生活や交流だけでなく、場合によりボランティア、就労まで見据えた将来の価値・機能の獲得を捉えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族等の受容の程度
- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

関連するモニタリング項目

- 本人・家族等の受容の程度
- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-4 リスク管理

2-4-1 食事と栄養の確保

2.1. 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

※誤嚥性肺炎の予防については、疾患別ケアを別途確認すること

実施内容

本人に必要な栄養量を把握し、食事を確保する体制を整える。

日常生活の活動量によって必要な栄養量は変わってくるため、本人の活動量も把握する体制を整える。

必要性

リハビリテーションの継続、体力・体調の回復のためには本人にとって必要な栄養量を把握し、食事を確実に取るようにすることが重要である。

Ⅰ期では活動の範囲が小さくなりがちであり、本来必要な栄養量が取れない、あるいは取りすぎとなるリスクが大きい点にも留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）

関連するモニタリング項目

- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）

相談すべき専門職

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

2-4-2 転倒予防

22. 転倒しにくいよう体の機能あるいは環境整備するための体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

活動・参加が増える時期のため、転倒リスクへの対応のために、本人の日常生活の状況や状態の変化を専門職が判断できる体制を整える。

特に、服薬と転倒の関連にも留意が必要である。また、歩行やふらつき等に影響を与えうる関連する疾患や体力・筋力の低下等については「高齢者の生理」も参照することが望ましい。

本人の日常生活の状況によっては、環境整備に対する支援も検討する。ただし、環境整備の検討にあたっては、本人や家族等の住環境や経済状況、家族等の生活等を踏まえて、対応可能な範囲で工夫を行うことが重要である。

必要性

Ⅰ期では、病院から自宅へと環境が大きく変化する。自宅の生活環境は病後の状況からみると病前の状況と変化しているため、本人の認識にも留意が必要である。また、リハビリテーションの進展とともに状態が変化し、できることが増える時期でもあり、活動・参加が増えることに伴う転倒リスクへの対応も必要である。

さらに、麻痺があることにより転倒しやすい状態にあり、転倒すると骨折等で再入院のリスクが大きくなる。一方、転倒しやすいことに不安を持って活動しにくくなると廃用につながるリスクもある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 転倒に対する本人・家族等の理解度
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）

関連するモニタリング項目

- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 転倒に対する本人・家族等の理解度
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患Ⅰ期

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

脳血管疾患 Ⅱ期

1.継続的な再発予防

1-1 血圧や疾病の管理の支援

1-1-1 基本的な疾患管理の支援

1.基本的な疾患管理の支援

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

生活維持期に入るⅡ期においても、継続して健康管理が維持される体制を整える。

本人や家族等が疾病の理解を深められるよう、疾病に関する説明を行う体制を整える。具体的には、後述する疾病の理解状況等を踏まえたうえで、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。

また、必要に応じて訪問看護を通じて支援を行ったり、居宅療養管理指導（医師、看護師、薬剤師等）の介護給付サービスや在宅患者訪問薬剤管理等の医療サービスを活用したりといった取り組みも考えられる。

治療の実効性を高めるために、定期的な受診を維持する体制を整える。具体的には、通院に際して付き添い介助が必要な場合には、移動手段の確保や訪問介護員の調整を行ったり、必要な福祉用具を判断してコーディネートしたりといった取り組みが考えられる。また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供を行うといったことも必要である。

本人や家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握する体制を整える。具体的には、本人の健康状態が日常の状態と大きく変化した場合に迅速にかかりつけ医等に連絡し、状態の変化に早期に対応できるような体制を整える。この体制を整えるためには、本人のケアに関わる家族等だけでなく、インフォーマル支援の担い手も含めて情報共有する環境をつくり、関係者が本人の日常の状態を把握しやすいようにすることが重要である。

併せて、日常とは異なる状態を把握したときに、救急車を呼ぶか、かかりつけ医等に連絡するかを予め決めておく。かかりつけ医がいる場合の連絡先の把握と、連絡体制、連絡の方法についても共有しておくことが考えられる。

必要性

脳血管疾患の場合は疾患の起因となる生活習慣病があるため、脳血管疾患の再発防止や生活の悪化防止には生活習慣の改善が必要で、そのために、本人や家族等の疾病の理解をうながす支援体制が必要である。

なぜなら、在宅では本人や家族等によるセルフマネジメントを原則とするため、疾患及び疾病管理に関して本人や家族等の理解と管理が正確に行われる必要があるためである⁷。生活維持期に入るⅡ期においても、継続して健康

⁷ 「患者・家族に対し、現在の患者の状態や治療、再発予防を含めた脳卒中に関連する知識、障害を持つてからのライフスタイル、リハビリテーションの内容、介護方法やホームプログラム、利用可能な福祉資源等について、早期からチームにより、患者・家族の状況に合わせた情報提供に加えて、教育を行うことが勧められる。」日本脳卒中学会「脳卒中ガイドライン」、2015年

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患Ⅱ期

管理が維持される体制を整えることが必要となる。関連して、疾病管理のための定期的な受診の支援、服薬支援の必要性も検討することが必要である。

脳血管疾患の再発予防のポイントとして、起因となる疾患の管理や薬の服用が挙げられる。受診している医療機関や、医療機関への通院状況について把握して、定期的な受診の支援体制を整え、定期的かつ適切な通院をうながすことで本人に対して継続的な治療を実現する必要がある。

なぜなら、本人に対して治療・検査が提供されているかを確認しないと、在宅でのケアの必要性が定められず、治療の実効性が低下してしまう可能性があるためである。通院が行われていない場合、通院に関する阻害要因を把握することが必要である。万が一容態が悪化した場合や、通常と異なる状態がみられて医師に相談したい場合等に通院を含め医療を受けられる体制がないと、本人の状態の悪化に対応できない可能性がある。加えて、病気に対する不安があると、本人の日常生活における活動の範囲、内容量等の縮小につながり、生活の改善につながらない可能性があるため、本人や家族等の病気に対する不安を把握することも必要である。

脳血管疾患は、一定の人が再発するとされている。そのため、日常生活に留意するとともに、本人や家族等が日常と異なる本人の状態を把握できるよう体制を整えることが必要である。

なぜなら、日常の状態が分からないと「異常」が分からないほか、日常の状態を把握しておくことで、異常や病状の悪化の早期発見を期待するためである。そのためには、本人や家族等が日常の状態と異常や注意すべき症状の両方を理解していることが必要で、これによって本人や家族等から専門職へ異常が早期に伝達される体制をとることが求められる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）
- 生活習慣病への対応の状況
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患Ⅱ期

- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）

相談すべき専門職

医師、看護師、介護職 等

1-1-2 血圧等の体調の確認

2. 目標血圧が確認できる体制を整える

実施内容

脳血管疾患の再発の防止のため、本人あるいは家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認する体制を整える。また、必要に応じて、本人や家族等だけでなく訪問介護員等の専門職とも目標血圧を確認できるよう情報共有する体制を整える。

必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要である⁸。血圧の変動が大きいと、日常生活の範囲の制限につながり、結果として廃用につながるリスクが高いといえる。家庭血圧（特に起床時、就寝時）は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、家庭血圧が把握できる体制を整えることが必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 目標血圧と通常の高血圧の状態

関連するモニタリング項目

- 目標血圧と通常の高血圧の状態

相談すべき専門職

医師、看護師、介護職 等

⁸ 高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意（疾患の理解の章を参照）

3.家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える

実施内容

血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測する体制を整える。また、不整脈の発生状況の確認をする体制も整える。

必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要である⁹。診察室と家庭での血圧の数値が違う場合がある。特に家庭内血圧が大事である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）

関連するモニタリング項目

- 家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）

相談すべき専門職

医師、看護師、介護職 等

⁹ 高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意（疾患の理解の章を参照）

1-1-3 環境整備

4.室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

生活の状況と中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認し、気温差を縮小する体制を整える。具体的には、居室と廊下などの間の扉を開放するように決めておく、気温差が大きい部分に冷暖房器具を追加して設置するよう調整する、移動する際には一旦扉を開けてしばらくしてから移動するように本人や家族等に理解を促しておくといった方法が考えられる。また、冷暖房器具の設置だけでなく、衣服の工夫や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討する。

加えて、日常生活を送っている居室の気温差が生じやすい場所、時間帯を理解したうえで、気温差を縮小するための取り組みとしてカーテンの開け閉めをうながす、室内の空気を循環するように整える（サーキュレーターの活用等）といった取り組みも考えられる。

本項目は季節の影響を多分に受けることから、十分なアセスメントを実施した場合であっても、季節の変化を踏まえて再度確認すべき重要項目である。

必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要である¹⁰。血圧が急激に上がるきっかけの一つとして、急激な気温の変化が挙げられる。そのため、適切な室内気温の維持・調整によって、急激な気温の変化が生じないようにする体制を整えることが必要である。また、気温差の縮小がなされるよう体制を整えることも重要である。

特に、一般的な日本家屋の場合、廊下や水周りは気温差が大きい場所として挙げられるため、その場所と居室との気温差が縮小されるように確認と対策を行う必要がある。

高齢者は、体感、体温調整の問題から、感受性や恒常性の低下が生じるため、意識的に周囲が留意して室温を調整する必要がある。特に、中心となる生活空間での一日の気温差が血管に与える影響が大きい。そのため、居室の24時間の気温差を確認して対応することが必要である。

また、エアコンの位置や日当たりによっては、ベッドにいる間の気温差や日照により、乾燥や、脱水、冷えの症状につながり、再発リスクを高めたり、体調悪化の要因となる可能性もある。居室の24時間の気温差や日照を確認して日常生活を送っている居室の気温差の改善を図ることが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）

¹⁰ 高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意（疾患の理解の章を参照）

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患Ⅱ期

- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々

関連するモニタリング項目

- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 季節の変化に伴う居室空間の状況の変化（室温、日照時間、日当たり、湿度、風、及びそれらの調整の方法、保有している冷暖房器具など）

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職 等

1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供

5.高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する。

必要性

再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要である。そのため、高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理のための支援については、別途確認が必要である。

※各疾患の個別的な理解は本シートでは対象外となる

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病への対応の状況

関連するモニタリング項目

- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病への対応の状況

相談すべき専門職

医師、看護師、管理栄養士 等

1-2 服薬管理の支援

1-2-1 服薬支援

6.服薬管理の支援

※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施

実施内容

再発の予防のためには指示どおりの服薬が重要である。そのため、本人や家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性和医師からの指示内容に対して、本人や家族等の理解をうながす体制を整える。

また、自宅での療養を円滑に進めるため、処方された薬が適切に管理され、服薬される状態が継続できるように、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。

必要性

自宅での療養はセルフマネジメントが原則のため、本人や家族等が自ら服薬を管理することが必要である。そのため、本人や家族等が服薬の必要性和医師からの指示内容を理解することが重要である。

また、服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や副作用(出血しやすくなる等))や薬の適切な管理方法についても、本人や家族等が知っておくことも重要である。

脳血管疾患の場合は、起因となる生活習慣病があることが多く、再発防止や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要となることにも留意が必要である。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 介護者の関わり方の状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
- 服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)

関連するモニタリング項目

- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患Ⅱ期

- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）
- 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）

相談すべき専門職

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

1-3 生活習慣の維持

1-3-1 脱水予防

7.自ら水分を摂取できることが維持できる体制を整える

実施内容

必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクを上昇させる。日常的に必要な水分量と日常の摂取量を把握し、自ら水分を摂取できることを維持する体制を整える。

必要性

日常的に必要な水分量を摂取しないと脱水となるリスクがある。脱水傾向になると血液の粘度が高まり、脳血管疾患の再発リスクが高まる。また、一人ひとりに適切な水分量が異なるため、本人に必要な水分量と日常的に摂取している水分量を把握することが重要である。

直接摂取する水分だけでなく、食事から摂取する水分・栄養と併せて一体的に評価することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 1日に必要な水分量(体重に基づく望ましい摂取量、摂取と排泄・発汗のバランス)
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)
- 本人の水分摂取能力(水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など)と状態に合わせた支援の有無
- 日常の水分摂取量の確認方法(本人の確認方法、家族等の確認方法など)

関連するモニタリング項目

- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 本人の水分摂取能力(水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など)と状態に合わせた支援の有無
- 日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)

相談すべき専門職

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

2.セルフマネジメントへの移行

2-1 心身機能の見直しとさらなる回復・維持

2-1-1 機能訓練(機能障害の回復・改善に向けて)

8.ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

適切な機能訓練の実施に向けた、ADL/IADLの継続的な把握と身体機能の改善や維持を図る体制を整える。

必要性

身体機能の低下は生活機能全体の悪化につながるが多いため、適切な機能訓練が必要である。改善や維持を図るためには、身体機能の状態を継続的に把握することが必要である。

自宅では、病院と異なりリハビリテーションをうながす環境が不足しやすいため、自宅においても本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させることが重要である。退院後、リハビリテーションの結果が思うように出ない場合、リハビリテーション意欲が低下する場合もある。新たな価値・機能獲得への転換とリハビリテーションに対する意欲を維持向上させることも重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲
- ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)
- ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況

関連するモニタリング項目

- リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲
- ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)
- ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-2 心理的回復の支援

2-2-1 受容の支援

9.受容促進のための働きかけの確認と継続的な支援体制を整える

実施内容

本人や家族等が過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活への取り組み（受容）を促進することを支援する体制を整える。

必要性

本人や家族等による過度の期待、拒否・否定、あきらめ等により機能の維持・向上が難しくなる可能性がある。そのため、受容の支援が必要となる。そのためには、早期に現実を目を向けてもらい、主体的に自立的な生活に取り組んでもらうことが重要である。これらは、医師からの予後の見通しと併せて整理することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族等の受容の程度
- 本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）

関連するモニタリング項目

- 本人・家族等の受容の程度
- 本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

10.抑うつ状態の防止、改善の確認と継続的な支援体制を整える

実施内容

脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状態を把握する体制を整える。本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。

必要性

心理的な課題が大きかったり、揺れ動く時期である。

脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状態を把握することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人のうつ状態の発症の有無、程度
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）

関連するモニタリング項目

- 本人のうつ状態の発症の有無、程度
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）

相談すべき専門職

医師、看護師、介護職 等

11.リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える

実施内容

適切なリハビリテーションの継続がなされるように、本人や家族等の不安を軽減する体制を整える。また、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。

必要性

適切なリハビリテーションは、身体機能の改善や維持に有効である。一方で、本人や家族等の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入などによってリハビリテーションが中断される場合もある。また、脳血管疾患の後遺症としての抑うつ状態になることで、リハビリテーションを中断してしまうこともある。

リハビリテーションを中断してしまうと、生活機能の維持・改善が実現できなくなるため、リハビリテーションの継続がなされるよう、本人や家族等の不安を軽減する体制を整えることが重要である。さらに、リハビリテーションの進捗を介護支援専門員が認識し、本人や家族等にそのことを伝えることも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）

関連するモニタリング項目

- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-2-2 行動変容の状況の確認と継続的な支援

12.新たな価値・機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返し、残存機能と回復機能の限界を見つめることの支援）体制を整える

実施内容

失われた機能がある一方で、本人に残っている身体機能や、リハビリテーションによって再獲得した身体機能があり、そのバランスの中で新しい生活環境が確立、維持されることを支援する体制を整える。

必要性

障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を再構築することの支援が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族等の受容の程度
- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

関連するモニタリング項目

- 本人・家族等の受容の程度
- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

13.セルフマネジメントに向けたリハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える

実施内容

今後の生活の継続に向けて、自らの健康状態や生活を管理する力を高めること(エンパワメント)に向けて、本人が意欲を持ち、具体的な助言を周囲から得られるような環境を確立する。

必要性

今後の生活の継続においては、本人によるセルフマネジメントが重要となる。セルフマネジメントの実施に向けては、本人が自ら健康状態や生活を管理すること(エンパワメント)を高めることが重要である。

そのためには、疾患や治療等に対する本人の理解を促し、今後の生活に関して本人の不安を軽減することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- リハビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む)

関連するモニタリング項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- リハビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む)

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

2-3 活動と参加に関わる能力の維持・向上

2-3-1 機能訓練(残存機能の維持・活用に向けて)

14.ADL/IADL の状態の定期的な把握及び共有の確認と継続的な支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

適切な機能訓練を実施するために、定期的に ADL/IADL の状態や本人の目標を把握し、多職種で共有する体制を整える。

必要性

自立に向けた支援により、ADL/IADL の改善や社会参加が見込める時期である。

自分でできる ADL/IADL を増やすことは、そのまま機能訓練につながるため、日常生活における ADL/IADL の状態を把握することが必要である。

この時期は、社会参加に伴う新しいニーズが発生する可能性がある。そのため、定期的に ADL/IADL の状態を把握することも重要である。また、一度獲得した ADL/IADL が失われないことへの留意も必要である。

ADL/IADL の状態を共有しないままに生活の補完的なケアを行い続けると、活動と参加の向上に対してマイナスの効果を与える恐れもあるため、ADL/IADL の状態の共有が大事になる。そのため、多職種が異なる場面で関わる在宅においては、ADL/IADL の状態を共有する体制を整えることも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング
- 日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況

関連するモニタリング項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング
- 日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患Ⅱ期

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

15.状態に合った ADL/IADL の機能の向上の確認と継続的な支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

リハビリテーション等で再獲得された身体機能など、本人の ADL/IADL の機能を継続的に把握し、本人の状態に応じた支援をする体制を整える。

必要性

退院後、リハビリテーション等で再獲得された身体機能など、本人の ADL/IADL の機能を継続的に把握し、本人の状態に応じた支援を行うことが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 必要な支援を受けられる体制の確保

関連するモニタリング項目

- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 必要な支援を受けられる体制の確保

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-3-2 コミュニケーション能力の改善

16.コミュニケーション能力の継続的な把握の確認と継続的な支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人のコミュニケーション能力を継続的に把握する体制を整える。

また、脳血管疾患の場合には、特に構音障害・失語症等が発生する可能性も踏まえ、これらへの対応や支援も検討する。

必要性

コミュニケーションは生活全体の基盤であり、コミュニケーション能力が低下すると、集団に入っていけなくなったり、閉じこもり等が発生し、結果的に生活が縮小するリスクが大きくなる。

そのため、本人のコミュニケーション能力を継続的に把握することが重要である。

また、脳血管疾患の場合には、特に構音障害・失語症等が発生する可能性があることにも留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）
- 本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）

関連するモニタリング項目

- 本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）
- 本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

17.コミュニケーション能力の改善支援（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）の確認と継続的な支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人のコミュニケーション能力の改善を図る体制を整える。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討する。

必要性

コミュニケーションは生活全体の基盤であり、コミュニケーション能力が低下すると、集団に入っていけなくなったり、閉じこもり等が発生し、結果的に生活が縮小するリスクが大きくなる。

そのため、コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低減することが重要である。特に、脳血管疾患の場合には、構音障害・失語症等への対応・支援を検討することも必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）
- 本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援

関連するモニタリング項目

- 本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）
- 本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

2-3-3 社会参加の機会の維持・拡大

18.日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活（自宅内・自宅外）における役割を回復・獲得する体制を整える。

必要性

日常生活（自宅内・自宅外）における自分の役割を確認することで、自分の存在感がわかり、尊厳を取り戻すことができる。また、これからの生活における役割の回復や獲得の支援を円滑に行うためにも、今後どのような役割の回復が見込めそうか把握しておくことは重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

関連するモニタリング項目

- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

19.外出や交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活(自宅内・自宅外)において、外出や交流の機会の確保がなされる体制を整える。

必要性

リハビリテーションに対する意欲の回復や新たな生活への移行につなげていくためには、本人の社会生活を確保し、状態に応じた外出や交流の機会を確保することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性

関連するモニタリング項目

- 疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

20.新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える

実施内容

障害や後遺症を抱えた生活の中で、新しい価値・機能を獲得できる（目標や可能性を設定できる）体制を整える。

必要性

脳血管疾患により、障害や後遺症が残る可能性もある。落胆体験を繰り返す中で、残存機能と回復機能の限界を見つめ、新しい価値・機能の再構築を目指すことの支援が必要となる。

Ⅱ期では、新たな価値・機能の獲得を見据えるだけでなく、新たに獲得した価値・機能を維持・継続することも留意が必要となる。なお、日常生活や交流だけでなく、場合によりボランティア、就労まで見据えた将来の価値・機能の獲得を捉えることも重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族等の受容の程度
- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

関連するモニタリング項目

- 本人・家族等の受容の程度
- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-4 リスク管理

2-4-1 食事と栄養の確保

2.1.必要な栄養量の把握、食事の支援の確認と継続的な支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

※誤嚥性肺炎の予防について別途確認

実施内容

本人に必要な栄養量を把握し、食事を確保する体制を整える。

日常生活の活動量によって必要な栄養量は変わってくるため、本人の活動量も把握する体制を整える。

必要性

リハビリテーションの継続、体力・体調の回復のためには本人にとって必要な栄養量を把握し、食事を確実に取れるようにすることが重要である。

Ⅱ期では、Ⅰ期と比べると活動の範囲が広がるが多いため、必要な栄養量が増える場合もある。そのため、本人の日常生活の活動量を把握したうえで、必要な栄養量を再度把握することも重要となる。

また、リスク管理の観点とは別に、再発予防の観点からの栄養の把握やコントロールにも留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）

関連するモニタリング項目

- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）

相談すべき専門職

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

2-4-2 転倒予防

22. 転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える

実施内容

活動・参加が増える時期のため、転倒リスクへの対応のために、本人の日常生活の状況や状態の変化を専門職が判断できる体制を整える。

特に、服薬と転倒の関連にも留意が必要である。また、歩行やふらつき等に影響を与えうる関連する疾患や体力・筋力の低下等については「高齢者の生理」も参照することが望ましい。

本人の日常生活の状況によっては、環境整備に対する支援も検討する。ただし、環境整備の検討にあたっては、本人や家族等の住環境や経済状況、家族等の生活等を踏まえて、対応可能な範囲で工夫を行うことが重要である。

必要性

Ⅱ期は、リハビリテーションの進展とともに状態が変化し、活動・参加が増える時期である。活動・参加が増えることに伴う転倒リスクへの対応が必要となる。

さらに、麻痺があることにより転倒しやすい状況にあり、転倒すると骨折等で再入院のリスクが大きくなる。一方、転倒しやすいことに不安を持って活動しにくくなると廃用につながるリスクもある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 転倒に対する本人・家族等の理解度
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）

関連するモニタリング項目

- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 転倒に対する本人・家族等の理解度
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

第2節 大腿骨頸部骨折がある方のケア

大腿骨頸部骨折の基本的理解

(1) 大腿骨頸部骨折の特徴

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

(2) 大腿骨頸部骨折のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと

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

¹¹ 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン（改訂第3版）

大腿骨頸部骨折 Ⅰ期

1.再骨折の予防

1-1 転倒予防

1-1-1 転倒予防

1.転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

過去の転倒した状況や要因の把握、日常的な生活環境や身体機能の状態の継続的な確認や評価をする体制を整える。

必要性

再骨折の予防のためには、過去の転倒歴やその状況、現在の日常生活において転倒しやすい状況を把握し、それらを改善することが必要である。

そのためには、日常的な生活環境の確認と評価、本人の ADL/IADL の状態に応じたりハビリテーション等による身体機能能力の維持・向上などが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 過去の転倒歴（転倒が起きた状況など）
- 転倒に対する本人・家族等の理解度
- 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）
- 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）
- 本人の身体能力、生活動作の確認

関連するモニタリング項目

- 転倒に対する本人・家族等の理解度
- 過去の転倒歴に対する家族等の認識
- 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）
- 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）
- 本人の身体能力、生活動作の確認

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2. 自らの身体機能（反射、視聴覚等）の理解の支援と指導を受ける体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人が自らの身体機能（反射、平衡感覚、視覚等）の状態を理解する体制を整える。また、本人の状態にあった生活動作に関する指導を受け、それらを身につける体制を整える。

必要性

再骨折の予防のためには、転倒の防止が重要である。そのためには、本人が自らの身体機能（反射、平衡感覚、視覚等）の状態を理解し、それにあった生活動作を身につけたり、適切な指導を受けることが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 本人の身体能力、生活動作の確認

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 本人の身体能力、生活動作の確認

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

3.転倒しにくくするための身体機能の向上ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

転倒予防のために、身体機能の向上ができる体制を整える。

必要性

再骨折の予防のためには、転倒の防止が重要である。

そのためには、現状の身体機能を理解し、身体機能を向上することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 本人の身体能力、生活動作の確認
- 身体機能を維持、向上させる取り組みの有無の確認

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 本人の身体能力、日常生活に必要な動作の状況
- ADL/IADL に応じた機能訓練の実施状況

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

1-2 骨粗しょう症の予防

1-2-1 服薬支援

4.服薬管理の支援

※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施

実施内容

再発の予防のためには指示どおりの服薬が重要であるため、本人や家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性和医師からの指示内容を理解できるように支援する。

また、自宅での療養を円滑に進めるため、処方された薬が適切に管理され、服薬される状態が継続できるように、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。

必要性

自宅での療養はセルフマネジメントが原則のため、本人や家族等が自ら服薬を管理することが必要である。そのためには、本人や家族等が服薬の必要性和医師からの指示内容を理解することが重要である。

また、服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や副作用(出血しやすくなる等))や薬の適切な管理方法についても、本人や家族等が知っておくことも重要である。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
- 服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)

関連するモニタリング項目

- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度

疾患別ケア 大腿骨頸部骨折がある方のケア 大腿骨頸部骨折Ⅰ期

- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

1-2-2 治療の継続の支援

5.継続的な受診の体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人や家族等が疾病の理解を深められるよう疾病に関する説明を行う体制を整える。具体的には、後述する疾病の理解状況等を踏まえうえで、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、もしくはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。

継続的な受診が可能となるよう、通院する環境やその手段を整える。具体的には、通院に際して付き添い介助が必要な場合には、移動手段の確保や訪問介護員の調整を行ったり、必要な福祉用具を判断してコーディネートしたりといった取り組みが考えられる。また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供を行うといったことも必要である。

必要性

本人に対する治療・検査の提供状況が確認できなければ、自宅でのケアの必要性が定められない。したがって、定期的な受診を維持することは、必要なケアを見定め、治療の実効性を高めるために重要である。受診を継続するためには、通院に関する阻害要因の把握や、通院時の体制を整えることも必要となる。さらに、緊急時や困ったときに医療を受けられる体制を確保しておくことも、状態の悪化への対応のためには重要である。

また、本人や家族等の不安から、生活の縮小(本人の日常生活における活動範囲、内容等の縮小)につながってしまう恐れもある。そのため、本人や家族等の疾患に対する理解を深め、不安を軽減することも、生活改善をうながすためには重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認
- 医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)
- 日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど)

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)

疾患別ケア 大腿骨頸部骨折がある方のケア 大腿骨頸部骨折Ⅰ期

- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

6.運動・活動の体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

活動量の低下を防ぐために、運動・活動ができる体制を整える。

必要性

在宅における高齢者の運動療法は、転倒数や転倒者数（転倒率）をともに減少させ、転倒の再発予防やそれに伴う再骨折の予防に有効である¹²。

また、適度な運動や活動を行うことは、社会参加の機会を得ることや、歩行回復能力の実感を持つことによる意欲の向上も見られるため、リハビリテーションや治療の継続のための意欲の持続という観点からも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）
- 運動・活動を妨げる要因

関連するモニタリング項目

- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）
- 運動・活動を妨げる要因

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

¹² 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 2021 改訂第3版より

2.骨折前の生活機能の回復

2-1 歩行の獲得

2-1-1 歩行機能訓練

7.歩行機能向上のための訓練ができる体制を整える

実施内容

歩行機能の向上に向け、本人の状態を継続的に把握し、適切な機能訓練の実施を支援する体制を整える。

必要性

Ⅰ期では早期に機能向上のための訓練が必要だが、術式や病院での経過によっては、体位や過重の制限がある場合がある。そのため、かかりつけ医や専門職からの指示・指導を踏まえたうえで、機能訓練を実施する必要がある。

また、病前と現在で、本人の感覚や視覚等が異なっている場合もあるため、それらの違いを把握したうえで、歩行機能の向上を図ることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 術式や病院での経過
- 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（体の動かし方や体への負荷の制限など）
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測
- 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）

関連するモニタリング項目

- 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（体の動かし方や体への負荷の制限など）
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測
- 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-1-2 心理的不安の排除

8.心理的な不安を小さくするリハビリテーションの継続と生活環境を整備する体制を整える

実施内容

リハビリテーションの継続のために、転倒や歩き方の変化に対する心理的な不安（恐怖）の軽減を支援する体制を整える。また、本人の状態に応じた日常生活環境の評価や、改善に向けた指導を受ける体制も整える。

必要性

転倒に対する不安感が生まれたり、手術したことに伴い歩き方が変わることなどによって不安感が生まれる時期である。歩行の獲得のためには、リハビリテーションを継続する必要があるため、これらの不安感を乗り越える心理的支援が重要である。

また、日常生活環境や本人の状態を評価し、転倒リスクや不安の要因を取り除くことも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 今後の見通しに対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安（再転倒の不安や歩き方が変わったことによる違和感）
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- 自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）
- ADL/IADL に応じた機能訓練の実施状況

関連するモニタリング項目

- 今後の見通しに対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安（再転倒の不安や歩き方が変わったことによる違和感）
- 自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）
- ADL/IADL に応じた機能訓練の実施状況

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-2 生活機能の回復

2-2-1 ADL/IADL の回復

9. ADL/IADL の定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

身体機能の改善や維持を図るために、状態を定期的に把握し、適切な機能訓練を実施する体制を整える。

必要性

Ⅰ期は、適切な機能訓練があれば、身体機能の回復が見込める時期である。一方で、病院とは環境が大きく異なる(リハビリテーションの実施が少なくなるなど)ため、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期でもある。

身体機能が日常生活全体に及ぼす影響が最も大きいことから、適切な機能訓練が必要である。また、身体機能の改善や維持を図るために、状態の定期的な把握も併せて行う必要がある。

病院ではリハビリテーションをうながす環境が整っているが、自宅に戻ると一時的に体調が低下したり、家族等がリハビリテーションへの意欲を低下させる場合があるため、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させることも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)
- 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無
- 実施中の生活支援サービスの確認と見直し(過剰支援となっていないか)

関連するモニタリング項目

- 自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)
- 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無、設定している目標、内容と見直し
- 実施中の生活支援サービスの確認と見直し(過剰支援となっていないか)

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

2-2-2 食事と栄養の確保

10.必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人に必要な栄養量を把握し、食事を確保する体制を整える。

日常生活の活動量によって必要な栄養量は変わってくるため、本人の活動量にも留意する。

必要性

リハビリテーションの継続、体力・体調の回復のためには本人にとって必要な栄養量を把握し、食事を確実に取れるようにすることが重要である。

Ⅰ期では活動の範囲が小さくなりがちであり、本来必要な栄養量が取れない、あるいは取りすぎとなるとリスクが大きい点にも留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握

関連するモニタリング項目

- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 等

2-3 社会参加の回復

2-3-1 社会参加の機会の回復

11.日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活（自宅内・自宅外）における、役割の回復・獲得がなされる体制を整える。

必要性

日常生活における役割を確認することによって、自分の存在感がわかり、尊厳を取り戻すことができる。

Ⅰ期のこの時点での社会参加をいきなり回復させるというよりも、Ⅱ期に向けてどのような役割の回復が見込めそうかを把握しておくことが、Ⅱ期以降の移行を円滑にするためには重要である。（※特に、もともと楽しみが少ない人の場合、病院でのリハビリテーション等を通して新たに楽しみやこだわりを見つける場合もあるので、その把握が重要である）

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

関連するモニタリング項目

- 本人の趣味・嗜好
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職 等

12.外出や交流の機会が確保できる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人の社会生活を確保し、リハビリテーションに対する意欲の回復や新たな生活への移行につなげていくため、状態に応じた外出や交流の機会を確保する体制を整える。

必要性

Ⅰ期では生活の範囲が狭くなる（病院、自宅、事業所）ため、生活が縮小しやすくなる、この時期に交流を確保することが、Ⅱ期以降の移行を円滑にするために重要である。（将来の可能性を見出すこと）

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性

関連するモニタリング項目

- 疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

大腿骨頸部骨折 Ⅱ期

1.再骨折の予防

1-1 転倒予防

1-1-1 転倒しないための身体機能の維持

1.転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

過去の転倒した状況や要因の把握、日常的な生活環境や身体機能の状態の継続的な確認や評価をする体制を整える。

必要性

再骨折の予防のためには、過去の転倒歴やその状況、現在の日常生活において転倒しやすい状況を把握し、それらを改善することが必要である。

そのためには、日常的な生活環境の確認と評価、本人の ADL/IADL の状態に応じたりハビリテーション等による身体機能能力の維持・向上などが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）
- 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）
- 本人の身体能力、生活動作の確認

関連するモニタリング項目

- 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）
- 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）
- 本人の身体能力、日常生活に必要な動作の状況

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

1-2 骨粗しょう症の予防

1-2-1 服薬支援

2.服薬管理の支援

※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施

実施内容

専門職によるケアが縮小した後も適切に服薬を継続できるよう、本人や家族等が自ら服薬を管理できるように、服薬の必要性和医師からの指示内容を理解できるように支援する。

また、自宅での療養を円滑に進めるため、処方された薬が適切に管理され、服薬される状態が継続できるように、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して体制を整える。

必要性

自宅での療養はセルフマネジメントが原則のため、本人や家族等が自ら服薬を管理することが必要である。そのため、本人や家族等が服薬の必要性和医師からの指示内容を理解することが重要である。

また、服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や副作用(出血しやすくなる等))や薬の適切な管理方法についても、本人や家族等が知っておくことも重要である。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
- 服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)

関連するモニタリング項目

- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度

疾患別ケア 大腿骨頸部骨折がある方のケア 大腿骨頸部骨折Ⅱ期

- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

1-2-2 治療の継続の支援

3.継続的な受診の体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人や家族等が疾病の理解を深められるよう疾病に関する説明を行う体制を整える。具体的には、後述する疾病の理解状況等を踏まえうえて、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、もしくはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。

継続的な受診が可能となるよう、通院する環境やその手段を整える。具体的には、通院に際して付き添い介助が必要な場合には、移動手段の確保や訪問介護員の調整を行ったり、必要な福祉用具を判断してコーディネートしたりといった取り組みが考えられる。また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供を行うといったことも必要である。

必要性

本人に対する治療・検査の提供状況が確認できなければ、自宅でのケアの必要性が定められない。したがって、定期的な受診を維持することは、必要なケアを見定め、治療の実効性を高めるために重要である。受診を継続するためには、通院に関する阻害要因の把握や、通院時の体制を整えることも必要となる。さらに、緊急時や困ったときに医療を受けられる体制を確保しておくことも、状態の悪化への対応のためには重要である。

また、本人や家族等の不安から、生活の縮小（本人の日常生活における活動範囲、内容等の縮小）につながってしまう恐れもある。そのため、本人や家族等の疾患に対する理解を深め、不安を軽減することも、生活改善をうながすためには重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）

疾患別ケア 大腿骨頸部骨折がある方のケア 大腿骨頸部骨折Ⅱ期

- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

4.運動・活動の体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

運動・活動の体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぎ、再発を防止する。

必要性

在宅における高齢者の運動療法は、転倒数や転倒者数（転倒率）とともに減少させ、転倒の再発予防やそれに伴う再骨折の予防に有効である¹³。

また、適度な運動や活動を行うことは、社会参加の機会を得ることや、歩行回復能力の実感を持つことによる意欲の向上も見られるため、リハビリテーションや治療の継続のための意欲の持続という観点からも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）
- 運動・活動を妨げる要因

関連するモニタリング項目

- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）
- 運動・活動を妨げる要因

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

¹³ 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 2021 改訂第3版より

2.セルフマネジメントへの移行

2-1 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行）

2-1-1 ADL/IADL の確認とセルフマネジメントへの移行

5.ADL/IADL の定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、ADL/IADL の状態の定期的な把握と共有ができる体制を整える。

また、本来有する機能、あるいは残存機能に応じた ADL/IADL を発揮することができる体制を整える。そのことが、本人の機能向上を目指すことにもつながる。

必要性

大腿骨頸部骨折の事例では、目指すべき「出口」を確認することが重要である。完全に病前の状態に戻る事例もあるが、ほとんどの場合、老化の影響もあるため完全に同じ状態に回復することができないことが多い。

そのため、まずは本来有する機能、あるいは残存機能に応じた ADL/IADL が十分に発揮されることを目指す必要がある。そのうえで、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につなげて、いわゆる「終結」を目指すことが重要である。

なお、自ら行う ADL/IADL はそれ自体が機能を向上させる機会となるため、状態・状況にあった機能の向上や福祉用具の活用も検討をすることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）
- 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無
- 実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）

関連するモニタリング項目

- 自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）
- 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無、設定している目標、内容と見通し
- 実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）

疾患別ケア 大腿骨頸部骨折がある方のケア 大腿骨頸部骨折Ⅱ期

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

2-1-2 食事と栄養のセルフマネジメントへの移行

6.必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人に必要な栄養量を把握し、食事を確保する体制を整える。

日常生活の活動量によって必要な栄養量は変わってくるため、本人の活動量も把握する体制を整える。

必要性

リハビリテーションの継続、体力・体調の回復のためには本人にとって必要な栄養量を把握し、食事を確実に取れるようにすることが重要である。

Ⅱ期では、Ⅰ期と比べると活動の範囲が広がるが多いため、必要な栄養量が増える場合もある。そのため、本人の日常生活の活動量を把握したうえで、必要な栄養量を再度把握することも重要となる。

また、リスク管理の観点とは別に、再発予防の観点からの栄養の把握やコントロールにも留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握

関連するモニタリング項目

- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 等

2-1-3 環境整備

7.自ら活動しやすい環境の整備（室内環境、用具等）ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人が自ら活動しやすい環境（室内環境、用具等）を整備できる体制を整える。

必要性

活動の範囲や幅を広げ、ADL や IADL の向上を目指すためには、本人が自ら活動しやすい室内環境、用具をそろえることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）
- 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）
- 活動を支援する福祉用具の活用

関連するモニタリング項目

- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）
- 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）
- 自宅内の転倒リスクの評価及

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-1-4 社会参加の機会の維持・拡大

8.日常生活における生活機能の回復と支援の終結

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活において、本人の役割が獲得され、ADL や IADL の向上を目指す体制を整える。

また、日常生活における ADL/IADL の回復・向上に伴うサービスの終結に向けた体制を整える。

必要性

大腿骨頸部骨折の事例では、目指すべき「出口」を確認することが重要である。完全に病前の状態に戻る事例もあるが、ほとんどの場合、老化の影響もあるため完全に同じ状態に回復することができないことも多い。そのため、病後の日常生活における新たな本人の役割の獲得や、新しい形での生活機能の回復が必要となる。

本来有する機能、あるいは残存機能に応じた ADL/IADL が十分に発揮されることを目指し、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につなげて、いわゆる「終結」を目指すことも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割

関連するモニタリング項目

- 再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職 等

9.外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加の体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

病前の生活を取り戻す、あるいは地域における新たな役割を獲得できるよう、地域における外出や交流の機会の拡大を支援する。

必要性

外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加をする事は、本人の社会生活が維持されることとなり、リハビリテーションに対する意欲の回復や新たな生活への移行につながるため重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性

関連するモニタリング項目

- 疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

第3節 心疾患がある方のケア

心疾患の基本的理解

(1)心疾患の特徴

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

(2)心疾患のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと

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

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

心疾患 Ⅰ期

1.再入院の予防

1-1 疾患の理解と確実な服薬

1-1-1 基本的な疾患管理の支援

1.疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

本人や家族等が疾病の理解を深められるよう疾病に関する説明を行う体制を整える。また、本人や家族等が自宅療養時の留意点や使用している医療機器への理解を深められるよう説明を行う体制を整える。具体的には、後述する疾病の理解状況等を踏まえたうえで、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。

また、必要に応じて訪問看護を通じて支援を行ったり、居宅療養管理指導（医師、看護師、薬剤師等）の介護保険サービスや在宅患者訪問薬剤管理等の医療サービスを活用したりといった取り組みも考えられる。

定期的な受診が可能となるよう、通院する環境やその手段を整える。通院に際して付き添い介助が必要な場合には、移動手段の確保や訪問介護員の調整を行ったり、必要な福祉用具を判断してコーディネートしたりといった取り組みが考えられる。

また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供を行うといったことも必要である。

医師等の専門職からの指示のうち、生活や介護の領域において、本人が自ら自己管理可能な事項、自己管理の実現に向けて周囲が支えるべき事項を本人・住環境や経済状況、生活状況を踏まえたうえで、確認する。

必要性

再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）のためには確実に服薬できることの支援、体重や水分・塩分の摂取及び排泄状況の管理等、医学的な管理が確実に実施できるような支援体制の構築が必要で、そのためには、本人や家族等に疾病の理解をうながす支援体制が必要である。

なぜなら、在宅においては本人や家族等によるセルフマネジメントを原則とするため、疾患及び疾病管理に関して本人や家族等の理解と管理が正確に行われる必要があるためである。そのために、本人や家族等に対して、起因となった疾病についてかかりつけ医をはじめとする専門職から説明がなされていること、本人や家族等がそれを理解して、疾患の管理を行うことが必要となる。

自宅療養時の留意点は、使用している医療機器の種類、基礎疾患の内容及びその重症度等により大きく異なる。使用している医療機器の特徴や疾病の状況を把握し、療養時の身体活動の制限の要否や程度等を検討する必要がある。

関連して、起因となる疾患の管理や薬の服用も重要である。受診している医療機関や、医療機関への通院状況について把握して、定期的な受診の体制を整え、定期的かつ適切な通院をうながすことで本人に対して継続的な治療を実現する必要がある。

※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外である

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

また、通院が行われていない場合、通院に関する阻害要因を把握することも必要である。万が一容態が悪化した場合や、通常と異なる状態がみられて医師に相談したい場合等、通院を含め医療を受けられる体制がないと、本人の状態の悪化に対応できない可能性がある。加えて、病気に対する不安があると、本人の日常生活における活動の範囲、内容量等の縮小につながり、生活の改善につながらない可能性があるため、本人や家族等の病気に対する不安を把握することも必要である。

在宅では、本人や家族等によるセルフマネジメントが基本となるため、本人が自ら自己管理可能な事項については、できる限り本人の自己管理に任せることも必要である。一方で、リスクの管理という観点からは、どこまでを本人の自己管理に任せることができるかどうかは、介護支援専門員が状況に応じて判断する必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）
- 今後の治療に関する本人・家族等の意向
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況
- 使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に係る留意点
- 心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など）
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- 日常的な療養に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、判断の目安に関する説明、自己管理の実施方法など）
- 状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（急変の判断の目安、急変時の対応方法など）
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング
- 家族等の状況（同居者の有無、支援者は誰かなど）

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

関連するモニタリング項目

- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 介護者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 等

1-1-2 服薬支援

2.服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える

※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施

実施内容

本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解をうながすことを支援する。そのうえで、服薬の状況と家庭の生活状況を考慮して、飲みやすい服薬方法への変更や指示どおりの服薬ができるよう飲み忘れを防止する管理方法の導入等について必要に応じて薬剤師、医師に相談する。

また、服薬状況について、薬剤師、医師に加え PT/OT/ST、看護師、介護職など関係する専門職と共有する。

必要性

指示どおりの服薬をしなければ再入院を予防（急激な状態の悪化の予防）できない。服薬に伴って気をつけるべきこと（食事の内容への注意や、副作用）についても知っておくことが重要となる。セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要である。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）
- 介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

関連するモニタリング項目

- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）
- 介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援

3. 併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病（糖尿病性腎症）の心疾患の併存疾患の管理の重要性への本人や家族等の理解を深められるよう説明を行い、適切な併存疾患管理が徹底される体制を整える。

具体的には、かかりつけ医あるいは看護師と併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報交換を密に行う、併存疾患の管理についてかかりつけ医や看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。

また、上記以外の併存疾患の管理の重要性への本人や家族等の理解を深められるよう説明を行い、適切な併存疾患管理が徹底される体制を整える。

必要性

心疾患の併存疾患には、高血圧や糖尿病のほか、慢性腎臓病、貧血、末梢血管の疾患、慢性閉塞性肺疾患、睡眠時無呼吸症候群、消化管や肝機能障害、不眠症等が挙げられる。

これらの疾患により、心臓の機能が低下する場合もある一方で、併存疾患の治療により心疾患の状態が改善することもあり、循環器科への定期的な受診に加え、併存疾患の把握と管理も重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 術式や病院での経過
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）

関連するモニタリング項目

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、介護職 等

1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理

1-2-1 体重の管理

4. 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人や家族等の体重管理の重要性への理解を深めるとともに、日常的な体重管理を行う環境を整える。具体的には、かかりつけ医あるいは看護師等と連携し、体重管理の方法（誰が、いつ、どのように管理するか等）を明確にし、評価するなどの取り組みが考えられる。

また、体重管理の重要性を本人及び家族等に説明を行い、日常的な体重管理を定着させることを支援する。

必要に応じて、心疾患の状態を把握する管理ツールの利用状況の確認や利用方法の説明を行う。

必要性

再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）のためには本人の自己管理能力を向上させることが重要となる。特に、毎日の体重管理は重要であり、短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆する。増悪が疑われた場合には活動制限、食塩制限を厳しくするとともに、速やかに受診することを指導する必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度
- 浮腫の有無
- 心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など）
- 体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など）
- 体重の「急激な変化」に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（「急激な変化」の目安、「急激な変化」が発生した場合の対応方法など）
- 医師への報告の必要性、方法、タイミング
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）

関連するモニタリング項目

- 心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度
- 浮腫の有無
- 心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など）
- 体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重について

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

の説明など)

- 日単位での緩やかな体重変化の把握
- 医師への報告の必要性、方法、タイミング
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 等

1-2-2 塩分量・水分量のコントロール

5.適切な塩分・水分摂取量が理解できる体制を整える

実施内容

本人とその家族等が適切な塩分・水分摂取量を理解できる体制を整える。

必要性

過度な塩分・水分摂取は心臓への負荷となる。一人ひとりに適切な塩分・水分量が異なるため、本人に必要な塩分・水分量と日常的に摂取している塩分・水分量を把握することが重要となる。また、水分に関しては、直接摂取する水分だけでなく食事から摂取する水分・栄養と併せて一体的に評価する必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（水分量・塩分量の制限などに関する説明、日常生活における留意点など）
- 専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）

関連するモニタリング項目

- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（水分量・塩分量の制限などに関する説明、日常生活における留意点など）
- 専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 等

6.食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える

実施内容

日常的に食べている食事メニューごとに、どの程度の塩分量が含まれているかをわかりやすく示し、本人や調理者が一食あたり、あるいは1日あたりにどの程度の塩分摂取量があったかを理解しやすくする。

また、必要があればその日に摂った食事やおおよその塩分量を看護師や管理栄養士等の専門職と共有し、本人の塩分摂取状況を把握できるような体制を整えることも考えられる。

必要性

塩分摂取量が多くなると、血圧が上昇し、再入院（急激な状態の悪化）のリスクを高めるため、塩分摂取状況の確認は重要である。

特に、心疾患のある方の場合には、「日常的な食事の習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要である。特に、自宅に戻ると塩分摂取量を把握しにくい場合、抜け漏れがちな視点である。

※塩分制限を踏まえつつ、生活全体に目配りし、体調・意欲の低下を招かないよう、生活全体のバランスを医師に相談することが重要。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 食事内容に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度
- 本人や家族等の食生活と食の好み
- 本人の食事内容（回数、食事内容、食事量等）
- 食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）
- 日常生活（活動内容、休養・休息、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など）
- 日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 地域で利用可能な栄養に関する支援サービスの有無、状況

関連するモニタリング項目

- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 本人や家族等の食生活と食の好み
- 本人の食事内容（回数、食事内容、食事量等）
- 食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）
- 日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は誰かなど）

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 等

7.その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える

実施内容

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

必要性

心機能が低下している人はからだに水分がたまりやすいため、心臓への負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限が必要となる。

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度
- 尿便意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状）
- 日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状）
- 日常生活（活動内容、休養・休息、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など）
- 日常的な排便と異なる状況の判断目安（医師からの指示・指導に基づくものなど）
- 日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な排泄の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な排泄と異なる状況がみられた場合の報告先と報告方法

関連するモニタリング項目

- 食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度
- 尿便意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状）
- 日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状）
- 日常生活（活動内容、休養・休息、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など）
- 日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な排泄の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な排泄と異なる状況がみられた場合の報告先と報告方法

相談すべき専門職

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

1-2-3 血圧の管理

8.血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える

実施内容

本人や家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を整える。そのためにまずはかかりつけ医からの説明を受けて目標血圧を本人や家族等が理解することが必要である。

必要に応じて、本人や家族等だけでなく訪問介護員等の介護職も目標血圧を確認できるよう情報共有することも考えられる。

継続的に、日々の血圧を正しく測定、記録できるような体制を整え、目標血圧の範囲内に収まっているかを確認する。また、目標血圧を超えた場合に、かかりつけ医等、誰にどのようなタイミングで連絡すれば良いのかを確認しておくことも考えられる。

必要性

病態の進行した心疾患患者では血圧が低下した症例が多いが、高血圧を合併する症例では心機能改善・病態進行抑制のために、心疾患に対する一般的な治療法に加えて高血圧治療が重要になる。

高血圧は、心筋障害を進展させるリスクがあり、心疾患患者の急性期と慢性期の予後改善にとって、高血圧の適切な管理は極めて重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など）
- 動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限）
- 医師への報告の必要性、方法、タイミング
- 家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）
- 血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況
- 市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況

関連するモニタリング項目

- 血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など）

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

- 動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限）
- 血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況
- 市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 等

1-2-4 活動制限が守られることの支援

9.活動制限と安静の必要性を本人や家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える

実施内容

再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた活動制限と安静が必要となる。

そのため、本人及び家族等が日常的な活動において制限を守り、安静に生活できる環境を整える。

具体的には、医師からの日常生活動作における活動制限の指示について本人や家族等の理解をうながす、日常的な生活において気をつけるべき場面・活動について本人や家族等と認識を擦り合わせる、日常的な活動状況を記録できるような体制を構築する、日常的な活動において違和感がある場合にはどのような点に違和感があるのかを明らかにできるようにするなど考えられる。

必要性

浮腫を有する非代償性心不全や急性増悪時には運動は禁忌であり活動制限と安静が必要である。しかし、状態の安定した慢性心不全では、安静によるデコンディショニングは運動耐容能の低下を助長するとともに、労作時の易疲労感や呼吸困難等の症状を悪化させる要因となる。

特に高齢患者においては、日常生活動作(ADL)の低下が顕著にみられ、排泄行動や、家事、社会活動等、患者の日常生活全般に影響を及ぼすため、心疾患患者の一般管理において、ADLの評価は重要となる。

上記のとおり、再入院の予防に際しては、専門職の指導のもと適切な活動制限と安静を行うことが重要となる。

※長い期間安静にしすぎると、筋肉萎縮、筋力低下、呼吸機能(肺活量)低下、起立性低血圧(立ちくらみ・ふらつき)、骨粗鬆症(骨がもろくなる病気)等、全身の働きを調節するしくみの異常が起こる。これらの異常が発生し、全身の働きの調節がうまくできていない状態を「デコンディショニング」と呼ぶ。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)
- 活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(活動制限、安静の指示、判断の目安など)
- 専門職による指導の状況(実施の有無、指導の内容など)
- 日常生活(活動内容、休養・休息、健康状態など)に関する記録(本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など)
- (同居者がいる場合)同居者による本人の生活リズムの把握状況
- 医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度
- (他の職種やサービス事業者からの報告に基づく)サービス利用中の本人の状況

関連するモニタリング項目

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など）
- 活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（活動制限、安静の指示、判断の目安など）
- 専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）
- （同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況
- 医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度
- （他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

1-2-5 急性増悪の予防

10. 感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

本人や家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。特に、感染症の感染により、急性増悪の可能性があることは、医師等の専門職の指示に基づき、本人及び家族等に丁寧に説明をする必要がある。

具体的な取り組みとしては、本人や家族等の日常的な予防に向けた取り組みの推奨や、家族内の小さな子供からの感染予防、外出先のデイサービスでの感染予防なども考えられる。

必要性

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）
- 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度
- 感染症へのかかりやすさ
- 家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）
- 軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況
- 感染症にかかった際の状況把握と対応体制

関連するモニタリング項目

- 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度
- 家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など
- 軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、介護職 等

1-2-6 非日常的な活動のリスクの管理

11. 長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える

実施内容

本人や家族等が長時間の活動が必要な場合の注意事項への理解を深められるよう、説明を行う体制を整える。具体的には、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から説明するといった取り組みが考えられる。

必要性

心疾患患者にとって生活における長時間の活動(例:旅行、墓参り、運動等)は急性増悪のリスクとなる。長時間の活動を行う場合には、医師からの説明・指導に基づいた、飲水量の調節、利尿薬の適宜使用、軽い体操等が必要となる。

また、活動に伴う食事内容や食事時間の変化、気候の変化が水分バランスに悪影響を及ぼす可能性を本人及び家族等が認識しておくことが重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など)
- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)
- 家族等や介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、家族等の生活リズムなど)

関連するモニタリング項目

- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など)
- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)
- 本人の状況や家族等が現在提供しているケアの内容

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

1-3 療養を続けるための環境・体制の整備

1-3-1 負荷のかかる環境の改善

12.気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

気温差が縮小されるよう、例えば居室と廊下の間の扉を開放するように決めておく、気温差が大きい部分に冷暖房器具を追加して設置するよう調整する、移動する際には一旦扉を開けてしばらくしてから移動するように本人や家族等に理解をうながしておくといった方法が考えられる。

必要性

高血圧は、心疾患患者にとっての危険因子である。そのため、血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要である。血圧が急激に上がるきっかけの一つとして、急激な気温の変化が挙げられる。そのため、気温差の縮小がなされるよう体制を整えることが必要である。

一般的な日本家屋の場合、廊下や水周りは気温差が大きい場所として挙げられるため、その場所と居室との気温差が縮小されるように確認と対策を行う。気温差を縮小する方法は、冷暖房器具の設置だけでなく、衣服の工夫や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の方法もあることに留意することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 環境改善に関する本人・家族等の意向
- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 環境改善に関する支援の必要性

関連するモニタリング項目

- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職 等

13.強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

自宅での行動の状況、強い負荷がかかるような動作（段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等）の要因となる環境を把握する。

環境や動作の改善に際しては、支援の必要性及び本人や家族等の意向を確認することが重要になる。

必要性

日常生活における食事、排便、入浴、洗濯、運動等における動作は、心臓への強い負荷となるリスクがある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 環境改善に関する本人・家族等の意向
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など）
- 環境改善に関する支援の必要性

関連するモニタリング項目

- 環境改善に関する本人・家族等の意向
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など）
- 環境改善に関する支援の必要性

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2.生活機能の維持・向上

2-1 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援

2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善

14.本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える

実施内容

本人がどのような暮らしを望むのか、把握できる環境を整える。具体的には、暮らしの中で特に継続したいことや重視したいことなどを本人から把握する、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これからについて本人が家族等に表明している意思を把握する、サービス事業者からサービス利用中の利用者の様子を把握するなどが考えられる。

日常生活における本人の活動の範囲の把握を行う。具体的には、日常生活に戻ったときの動線や日課などの確認、日常生活において活動負荷が大きい事項の把握などが考えられる。

また、本人が希望する活動の範囲と医師等の専門職から指示された活動制限を踏まえて、最終的にどの程度の活動範囲とするかについて、本人や家族等、関連する専門職等とのすり合わせを行う。

日常生活における活動と参加の状況を維持・改善するための環境を整える。具体的には、本人が日常的に生活する範囲において、負荷となりうる動作やその要因について改善方法を検討したり、本人と関わる関係者やサービス事業者と活動負荷になりうる行動の情報共有を行うことなどが考えられる。

また、全く活動を行わないことも、かえって身体機能の低下につながるため、ある程度の日常生活における活動は必要であることを、本人及び家族等に説明する。

日常生活で活動するに伴い発生するリスクを判断できるような環境を整える。具体的には、危険が大きく伴う行動を予め確認する、活動を控えた際に注意すべき兆候や違和感等の自覚症状について予め確認する、日常生活において注意すべき場面を予め確認する、危険を感じた際にどのように対応すべきかなどについて予め決めておくなどが考えられる。

また、前述のような危険を伴うと考えられる行動や場面について、予め本人や家族等、関連する専門職等に伝えておくことも重要である。

必要性

慢性心不全による活動能力の低下は、患者のQOLと充実度を直接に低下させるため、その改善は治療の主要目的である。活動能力は運動能力のみならず、心理的状态、認識能力、社会的環境等に依存するため、これらの評価は初期の病態把握及び管理をするうえで極めて重要である。

慢性心不全では、安静によるデコンディショニングは運動耐容能の低下を助長するとともに、労作時の易疲労感や呼吸困難等の症状を悪化させる要因となる。特に高齢患者においては、加齢による退行性変化等により、ADLが低下する。高齢者は下肢筋力やバランス機能の低下が著しいため、歩行や階段昇降等の移動動作が制限されやすく容易に転倒し、排泄行為や家事、社会活動等、患者の日常生活全般に影響を及ぼす。そのため、日常生活で無理のない範囲での活動を行うことは、極端な身体機能低下を防ぐことにつながる。

また、慢性心不全の生活に及ぼす影響は身体機能の低下のみならず、心理的適応にも依存しており、患者が社

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

会的あるいは精神的に乖離されないように注意しなければならない。活動能力に応じた社会的活動は勧めるべきであり、ステージに応じた本人の活動・参加の範囲を維持・拡大できるよう支援することが重要となる。また、本人が望む暮らしの実現に向け、暮らしやすくするための環境の改善を、本人の活動能力を踏まえて支援することも重要となる。

一方で、行動の拡大や参加の拡大は、リスクの発生も伴う。そのため、常にADLの評価や状態に応じた活動量・リスクを把握しながら、活動参加の支援を行うことが重要となる。また、介護支援専門員一人ですべての活動を見守ることはできない。そのため、本人や家族等に関わる専門職と、積極的に情報共有を行い、リスクを判断できる体制を整えることは重要である。

さらに、日常生活の状況は、身体機能、心理的要因、認識能力及び回復意欲、疾病と治療の理解に基づく服薬及び生活指導の遵守、家族等を含む周囲からの支援等により影響される。これらの因子についても、定期的に把握・評価できる体制を整える必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 活動しないことに関するリスクへの本人・家族等の理解度
- 現在の社会的活動に関する本人・家族等の意向
- 環境改善に関する本人・家族等の意向
- 望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など）
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）
- 日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など）
- （他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況
- 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安））
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- （同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況
- 自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

げたりする動作など)

- 環境改善に関する支援の必要性
- 医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング
- 疾患発症前の社会的活動の内容、程度
- 疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)に対する本人の認識(疾患発症前と比較して縮小した事項の有無、あきらめ・がまんの状態など)
- 日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割に対する家族等の認識(同居者の有無、把握している人は誰か、把握している内容など)

関連するモニタリング項目

- 環境改善に関する本人・家族等の意向
- 望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動(現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など)
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 本人の日次(24 時間)の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)
- 日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)
- 日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)
- (他の職種やサービス事業者からの報告に基づく)サービス利用中の本人の状況
- 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度(禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準(制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安))
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)
- (同居者がいる場合)同居者による本人の生活リズムの把握状況
- 自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況(段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など)
- 環境改善に関する支援の必要性
- 疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割に対する家族等の認識(同居者の有無、把握している人は誰か、把握している内容など)

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

2-1-2 リハビリテーションの実施

15. 医療的なリハビリテーションを受けることができる体制を整える

実施内容

疾患の状況に応じた生活・暮らし方の実現に向けて、他の専門職と本人の状況について情報共有を行い、本人や家族等だけではなかなか利用に至らない医療的なリハビリテーションを受けることができる環境を整える。

必要性

医療的なリハビリテーション¹⁵は、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成されている。

心疾患に対する医療的なリハビリテーションの主要な目的は①心機能の改善、②骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。特に運動耐容能の改善によるADLやQOL、予後の改善は重要な目的の一つである。その他、運動によるインスリン抵抗性改善、脂質プロファイル改善、血圧低下効果等は、経口薬剤量を減らすことができ、腎臓への負担や副作用を減少させることができる。また、骨格筋量増加は骨格筋ポンプ機能を改善させる。自律神経活性の安定化、不整脈抑制、血管の過剰な緊張改善、血圧安定化等による突然死や心疾患に起因する死を減少させる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）
- 医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握

関連するモニタリング項目

- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

¹⁵ 医療的なリハビリテーションの中には、心臓病を持つ方々の体力や不安・抑うつ状態を改善し、社会復帰を実現し、病気の進行を防ぎ、再発・再入院を減らすことを目指して、運動療法、生活指導、カウンセリングなどをおこなうプログラムとして「心臓リハビリテーション」がある（日本リハビリテーション学会 HP より）が、取り組みの程度や名称の浸透度合いは、地域によって異なる。そのため、本冊子では介護の領域において理解が行いやすいよう、あえて「医療的なリハビリテーション」と表記している。

16.ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活における ADL/IADL の状態を把握し、改善に向けたリハビリテーションを受けることができる環境を整える。

具体的には、家族等や多職種などの本人と関わる様々な立場に対して、本人がどのようなことができ、どのようなことができないかといった ADL/IADL の状態を確認する、本人に対してもどのような生活を送りたいか、具体的な行動単位で目標や意向を確認することが考えられる。

リハビリテーションにより改善の見込みがあり、本人にも改善の意向がある場合には、他の専門職と本人の状態について情報共有を行い、本人の状態に応じたリハビリテーションを受けることができる環境を整える。

必要性

自分でできる ADL/IADL を増やすことは、そのまま機能訓練につながるため、日常生活における ADL/IADL の状態を把握することが必要である。特に、自立に向けた支援により、ADL/IADL の改善が見込める時期であり、また、一度獲得した ADL/IADL が失われやすい時期でもあり、かつ病院と大きく環境が変化するため、定期的に状態を把握することが重要である。

病院と異なり、在宅では多職種が異なる場面で関わるので、ADL/IADL の状態を共有する必要がある。ADL/IADL の状態を共有しないままに生活の補完的なケアを行い続けると、活動と参加の向上に対してマイナスの効果を与えるおそれもあるため、共有が大事となる。また、本人の目標を共有し目標に向けて支援することも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- 疾患発症前の ADL/IADL の状態
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など）
- 医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握
- 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）
- （医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、共有する内容、情報共有のタイミング

関連するモニタリング項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性
- リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など）
- 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-1-3 入浴習慣の支援

17.入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

本人の入浴習慣や入浴環境を把握し、入浴を維持できるように支援する。具体的には、入浴のタイミングやお湯の温度、入浴の姿勢、入浴の時間などについて確認することなどが考えられる。そのうえで、医師等の専門職からの指導内容と本人の意向のすり合わせを行い、過度におそれることなく適切な入浴ができる環境を整える。

必要性

入浴は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いればむしろ負荷軽減効果により臨床症状の改善をもたらすことが示されている。

熱いお湯は交感神経緊張をもたらすこと、深く湯につかると静水圧により静脈環流量が増して心内圧を上昇させることから、温度は 40～41℃、鎖骨下までの深さの半座位浴で、時間は 10 分以内が良いとされる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 入浴に対する本人・家族等の希望・意向
- 入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度
- 自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か）
- 入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など）
- 入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況
- 自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴など）の状況
- サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容）

関連するモニタリング項目

- 入浴に対する本人・家族等の希望・意向
- 入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度
- 自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か）
- 入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など）
- 入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-1-4 休養・睡眠の支援

18. 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

休養・睡眠を確保する体制を整える。具体的には、寝室の明るさ・温度や寝具の状況、休養・睡眠のタイミングやリズムの把握、同居者の生活リズムの把握や休養・睡眠を阻害する要因の検討などが考えられる。

また、睡眠障害の予兆として、睡眠時の状況の変化を把握する体制を整える。変化が生じた場合には、適宜専門医などと連携する。

必要性

不眠症をはじめとする多くの睡眠障害が循環器疾患のリスク要因であることが示されている。また、十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高くなったりする可能性があり、再入院のリスクが高まる。

不眠症状は、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟睡障害等の症状があり、それらは、動悸、息切れ、体重減少、頭痛、めまい、胃腸不良、腰痛、肩こり、慢性疲労等の身体症状や、気力低下、いらつき、注意集中力の低下等の精神症状を誘発しやすく、身体的な疲労回復を妨げるのみならず、心疾患の回復を遅らせ、再発へのリスクを上げる要因ともなる。

一般的に、過度な運動やアルコールの摂取等への誤った対応や、睡眠薬への誤った知識等により症状を遅延あるいは悪化させる対応がとられることも少なくない。適宜、専門医と連携し、休養・睡眠を確保できる環境・体制を整えることが重要になる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 睡眠時無呼吸症候群の診断の有無
- 服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング）
- 休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）
- 休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）
- 同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）

関連するモニタリング項目

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング）
- 休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）
- 休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）
- 同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

2-1-5 禁煙の実現の支援

19.禁煙を実現できる体制を整える

実施内容

医師からの指導内容を確認し（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか）、本人や家族等の意向も確認のうえ、禁煙が必要である場合には、禁煙を実現できるような環境を整える。

必要性

喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者では、禁煙により死亡率や再入院率が低減することが示されている。喫煙者に対しては積極的に禁煙治療を進める必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向
- 禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど）
- 疾患発症前の日常生活における喫煙量、タイミング
- 禁煙の継続の有無
- 禁煙が実施できなかった場合の医師への報告方法

関連するモニタリング項目

- 禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向
- 禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど）
- 禁煙の継続の有無

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、介護職 等

2-1-6 本人や家族等への生活習慣を変えることの支援

20.本人や家族等が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する

実施内容

医師からの指示の内容を確認し、特に考慮しなければならない生活習慣（例：飲酒、運動等）については、どの程度対応が必要なのか（改善が必須なのか、改善が推奨される程度なのか）を確認したうえで、本人や家族等の意向も確認し、生活習慣を変えることを本人や家族等が受け入れることができるよう支援する。

必要性

本人の自己管理が重要な役割を果たし、自己管理能力を向上させ、生活習慣を変えることにより、予後は改善する。外来患者における、毎日の体重測定や塩分制限の遵守率は約 50%程度と報告されており、本人の自己管理が適切に行われているかを評価し、本人及び家族等に対する教育、相談支援により本人の自己管理能力の向上に努めることが必要になる。

特に、アルコール性心筋症が疑われる場合、禁酒が不可欠である。また、他の患者においても、適切な飲酒習慣に努め、大量飲酒を避けることは重要である。

本人や家族等の理解度を高め、自己管理能力の向上、生活習慣の改善をうながすために、教材の活用も有効である。

自己管理能力を高めて生活習慣を変えることをうながすために、本人の理解度を高めるための教材を有効に活用することも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など）
- 飲酒量のコントロールに対する本人・家族等の理解度
- 飲酒に対する本人・家族等の意向
- 日常生活における飲酒の状況（飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒か自宅外での飲酒かなど）
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：飲酒、運動など）、変更の重要性（例：絶対だめなのか、努力事項なのか）
- 家族等の状況（同居者の有無、支援者は誰かなど）

関連するモニタリング項目

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など）
- 飲酒量のコントロールに対する本人・家族等の理解度

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅰ期

- 日常生活における飲酒の状況（飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒か自宅外での飲酒かなど）
- 飲酒に関する医師からの指示・指導の有無、制限の内容・程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いかなど）

相談すべき専門職

医師、看護師、介護職 等

2-2 心理的な支援

2-2-1 本人や家族等の不安の軽減

2.1.精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える

実施内容

日常生活のリズムや本人が感じている不安の状況を把握し、心理的な支援の必要性を確認できるような体制を構築する。

本人や家族等が抱える不安の状況や程度を把握できる体制を整える。本人や家族等の不安の内容や程度によっては、必要に応じて精神科医や心療内科や臨床心理士等の専門職につなぐことができるような体制を整える。

必要性

抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートが、心疾患患者の予後に影響する。したがって、心疾患患者に対する支援には精神的支援を含む必要がある。さらに、症状によっては、精神科医あるいは心療内科医による診断・専門的治療や臨床心理士等によるカウンセリングも考慮すべきである。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の抑うつや不安の程度
- 本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）
- 本人の心理状況や不安などの状況をかかりつけ医へ報告する方法
- 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況
- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 本人の抑うつや不安の程度
- 本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）
- 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況
- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、介護職 等

心疾患 Ⅱ期

1.再入院の予防

1-1 疾患の理解と確実な服薬

1-1-1 基本的な疾患管理の支援

1.疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

本人や家族等が疾病の理解を深められるよう疾病に関する説明を行う体制を整える。また、本人や家族等が自宅療養時の留意点や使用している医療機器への理解を深められるよう説明を行う体制を整える。具体的には、後述する疾病の理解状況等を踏まえたうえで、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。

また、必要に応じて訪問看護を通じて支援を行ったり、居宅療養管理指導（医師、看護師、薬剤師等）の介護保険サービスや在宅患者訪問薬剤管理等の医療サービスを活用したりといった取り組みも考えられる。

定期的な受診が可能となるよう、通院する環境やその手段を整える。通院に際して付き添い介助が必要な場合には、移動手段の確保や訪問介護員の調整を行ったり、必要な福祉用具を判断してコーディネートしたりといった取り組みが考えられる。

また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供を行うといったことも必要である。

必要性

再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）のためには確実に服薬できることの支援、体重や水分・塩分の摂取及び排泄状況の管理等、医学的な管理が確実に実施できるような支援体制の構築が必要で、そのためには、本人や家族等に疾病の理解をうながす支援体制が必要である。

なぜなら、在宅においては本人や家族等によるセルフマネジメントを原則とするため、疾患及び疾病管理に関して本人や家族等の理解と管理が正確に行われる必要があるためである。そのために、本人や家族等に対して、起因となった疾病についてかかりつけ医をはじめとする専門職から説明がなされていること、本人や家族等がそれを理解して、疾患の管理を行うことが必要となる。

自宅療養時の留意点は、使用している医療機器の種類、基礎疾患の内容及びその重症度等により大きく異なる。使用している医療機器の特徴や疾病の状況を把握し、療養時の身体活動の制限の要否や程度等を検討する必要がある。

関連して、起因となる疾患の管理や薬の服用も重要である。受診している医療機関や、医療機関への通院状況について把握して、定期的な受診の体制を整え、定期的かつ適切な通院をうながすことで本人に対して継続的な治療を実現する必要がある。

※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外である

また、通院が行われていない場合、通院に関する阻害要因を把握することも必要である。万が一容態が悪化した場合や、通常と異なる状態がみられて医師に相談したい場合等、通院を含め医療を受けられる体制がないと、本人

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

の状態の悪化に対応できない可能性がある。加えて、病気に対する不安があると、本人の日常生活における活動の範囲、内容量等の縮小につながり、生活の改善につながらない可能性があるため、本人や家族等の病気に対する不安を把握することも必要である。

在宅では、本人や家族等によるセルフマネジメントが基本となるため、本人が自ら自己管理可能な事項については、できる限り本人の自己管理に任せることも必要である。一方で、リスクの管理という観点からは、どこまでを本人の自己管理に任せることができるかどうかは、介護支援専門員が状況に応じて判断する必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）
- 今後の治療に関する本人・家族等の意向
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況
- 使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に係る留意点
- 心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など）
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（急変の判断の目安、急変時の対応方法など）
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）
- 家族等の状況（同居者の有無、支援者は誰かなど）

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）
- 今後の治療に関する本人・家族等の意向
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況
- 使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に係る留意点
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

み残しの有無など)の変化及びその理由

- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)
- 日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど)
- 医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 等

1-1-2 服薬支援

2.服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える

※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施

実施内容

本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解をうながすことを支援する。そのうえで、服薬の状況と家庭の生活状況を考慮して、飲みやすい服薬方法への変更や指示どおりの服薬ができるよう飲み忘れを防止する管理方法の導入等について必要に応じて薬剤師、医師に相談する。

また、服薬状況について、薬剤師、医師に加え PT/OT/ST、看護師、介護職など関係する専門職と共有する。

必要性

指示どおりの服薬をしなければ再入院を予防（急激な状態の悪化の予防）できない。服薬に伴って気をつけるべきこと（食事の内容への注意や、副作用）についても知っておくことが重要となる。セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）
- 介護者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

関連するモニタリング項目

- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）
- 介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援

3. 併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病（糖尿病性腎症）の心疾患の併存疾患の管理の重要性への本人や家族等の理解を深められるよう説明を行い、適切な併存疾患管理が徹底される体制を整える。

具体的には、かかりつけ医あるいは看護師と併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報交換を密に行う、併存疾患の管理についてかかりつけ医や看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。

また、上記以外の併存疾患の管理の重要性への本人や家族等の理解を深められるよう説明を行い、適切な併存疾患管理が徹底される体制を整える。

必要性

心疾患の併存疾患には、高血圧や糖尿病のほか、慢性腎臓病、貧血、末梢血管の疾患、慢性閉塞性肺疾患、睡眠時無呼吸症候群、消化管や肝機能障害、不眠症等が挙げられる。

これらの疾患により、心臓の機能が低下する場合もある一方で、併存疾患の治療により心疾患の状態が改善することもあり、循環器科への定期的な受診に加え、併存疾患の把握と管理も重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況
- 心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）

関連するモニタリング項目

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、介護職 等

1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理

1-2-1 体重の管理

4. 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人や家族等の体重管理の重要性への理解を深めるとともに、日常的な体重管理を行う環境を整える。具体的には、かかりつけ医あるいは看護師等と連携し、体重管理の方法（誰が、いつ、どのように管理するか等）を明確にし、評価するなどの取り組みが考えられる。

また、体重管理の重要性を本人及び家族等に説明を行い、日常的な体重管理を定着させることを支援する。

必要に応じて、心疾患の状態を把握する管理ツールの利用状況の確認や利用方法の説明を行う。

必要性

再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）のためには本人の自己管理能力を向上させることが重要となる。特に、毎日の体重管理は重要であり、短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆する。増悪が疑われた場合には活動制限、食塩制限を厳しくするとともに、速やかに受診することを指導する必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度
- 浮腫の有無
- 心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など）
- 体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など）
- 体重の「急激な変化」に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（「急激な変化」の目安、「急激な変化」が発生した場合の対応方法など）
- 医師への報告の必要性、方法、タイミング
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）

関連するモニタリング項目

- 心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度
- 浮腫の有無
- 心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など）
- 体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重について

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

の説明など)

- 日単位での緩やかな体重変化の把握
- 医師への報告の必要性、方法、タイミング
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 等

1-2-2 塩分量・水分量のコントロール

5.適切な塩分・水分摂取量の理解をうながす体制を整える

実施内容

本人とその家族等が適切な塩分・水分摂取量を理解できる体制を整える。

必要性

過度な塩分・水分摂取は心臓への負荷となる。一人ひとりに適切な塩分・水分量が異なるため、本人に必要な塩分・水分量と日常的に摂取している塩分・水分量を把握することが重要となる。また、水分に関しては、直接摂取する水分だけでなく食事から摂取する水分・栄養と併せて一体的に評価する必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 塩分量・水分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（水分量・塩分量の制限などに関する説明、日常生活における留意点など）
- 専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）

関連するモニタリング項目

- 塩分量・水分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（水分量・塩分量の制限などに関する説明、日常生活における留意点など）
- 専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 等

6.食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える

実施内容

日常的に食べている食事メニューごとに、どの程度の塩分量が含まれているかをわかりやすく示し、本人や調理者が一食あたり、あるいは1日あたりにどの程度の塩分摂取量があったかを理解しやすくする。

また、必要があればその日に摂った食事やおおよその塩分量を看護師や管理栄養士等の専門職と共有し、本人の塩分摂取状況を把握できるような体制を整えることも考えられる。

必要性

塩分摂取量が多くなると、血圧が上昇し、再入院（急激な状態の悪化）のリスクを高めるため、塩分摂取状況の確認は重要である。

特に、心疾患のある方の場合には、「日常生活の食事の習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要である。特に、自宅に戻ると塩分摂取量を把握しにくい、抜け漏れがちな視点である。

※塩分制限を踏まえつつ、生活全体に目配りし、体調・意欲の低下を招かないよう、生活全体のバランスを医師に相談することが重要。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 食事内容に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度
- 本人や家族等の食生活と食の好み
- 本人の食事内容（回数、食事内容、食事量等）
- 食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）
- 日常生活（活動内容、休養・休息、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など）
- 日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 地域で利用可能な栄養に関する支援サービスの有無、状況

関連するモニタリング項目

- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 本人や家族等の食生活と食の好み
- 本人の食事内容（回数、食事内容、食事量等）
- 食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）
- 日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は誰かなど）

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 等

7.その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える

実施内容

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

必要性

心機能が低下している人はからだに水分がたまりやすいため、心臓への負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限が必要となる。

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度
- 尿便意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状）
- 日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状）
- 日常生活（活動内容、休養・休息、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など）
- 日常的な排便と異なる状況の判断目安（医師からの指示・指導に基づくものなど）
- 日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な排泄の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な排泄と異なる状況がみられた場合の報告先と報告方法

関連するモニタリング項目

- 食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度
- 尿便意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状）
- 日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状）
- 日常生活（活動内容、休養・休息、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など）
- 日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 日常的な排泄の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 等

1-2-3 血圧の管理

8.血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える

実施内容

本人や家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を整える。そのためにまずはかかりつけ医からの説明を受けて目標血圧を本人や家族等が理解することが必要である。

必要に応じて、本人や家族等だけでなく訪問介護員等の介護職も目標血圧を確認できるよう情報共有することも考えられる。

継続的に、日々の血圧を正しく測定、記録できるような体制を整え、目標血圧の範囲内に収まっているかを確認する。また、目標血圧を超えた場合に、かかりつけ医等、誰にどのようなタイミングで連絡すれば良いのかを確認しておくことも考えられる。

必要性

病態の進行した心疾患患者では血圧が低下した症例が多いが、高血圧を合併する症例では心機能改善・病態進行抑制のために、心疾患に対する一般的な治療法に加えて高血圧治療が重要になる。

高血圧は、心筋障害を進展させるリスクがあり、心疾患患者の急性期と慢性期の予後改善にとって、高血圧の適切な管理は極めて重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など）
- 動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限）
- 医師への報告の必要性、方法、タイミング
- 家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）
- 血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況
- 市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況

関連するモニタリング項目

- 血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など）

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

- 動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限）
- 血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況
- 市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 等

1-2-4 活動制限が守られることの支援

9.活動制限と安静の必要性を本人や家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える

実施内容

再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた活動制限と安静が必要となる。

そのため、本人及び家族等が日常的な活動において制限を守り、安静に生活できる環境を整える。

具体的には、医師からの日常生活動作における活動制限の指示について本人や家族等の理解をうながす、日常生活において気をつけるべき場面・活動について本人や家族等と認識を擦り合わせる、日常的な活動状況を記録できるような体制を構築する、日常的な活動において違和感がある場合にはどのような点に違和感があるのかを明らかにできるようにするなど考えられる。

必要性

浮腫を有する非代償性心不全や急性増悪時には運動は禁忌であり活動制限と安静が必要である。

しかし、状態の安定した慢性心不全では、安静によるデコンディショニングは運動耐容能の低下を助長するとともに、労作時の易疲労感や呼吸困難等の症状を悪化させる要因となる。

特に高齢患者においては、日常生活動作(ADL)の低下が顕著にみられ、排泄行動や、家事、社会活動等、患者の日常生活全般に影響を及ぼすため、心疾患患者の一般管理において、ADLの評価は重要となる。

上記のとおり、再入院の予防に際しては、専門職の指導のもと適切な活動制限と安静を行うことが重要となる。

※長い期間安静にしすぎると、筋肉萎縮、筋力低下、呼吸機能(肺活量)低下、起立性低血圧(立ちくらみ・ふらつき)、骨粗鬆症(骨がもろくなる病気)等、全身の働きを調節するしくみの異常が起こる。これらの異常が発生し、全身の働きの調節がうまくできていない状態を「デコンディショニング」と呼ぶ。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)
- 活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(活動制限、安静の指示、判断の目安など)
- 専門職による指導の状況(実施の有無、指導の内容など)
- 日常生活(活動内容、休養・休息、健康状態など)に関する記録(本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など)
- (同居者がいる場合)同居者による本人の生活リズムの把握状況
- 医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度
- (他の職種やサービス事業者からの報告に基づく)サービス利用中の本人の状況

関連するモニタリング項目

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など）
- 活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（活動制限、安静の指示、判断の目安など）
- 専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）
- （同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況
- 医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度
- （他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

1-2-5 急性増悪の予防

10. 感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

本人や家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。特に、感染症の感染により、急性増悪の可能性があることは、医師等の専門職の指示に基づき、本人及び家族等に丁寧に説明をする必要がある。

具体的な取り組みとしては、本人や家族等の日常的な予防に向けた取り組みの推奨や、家族内の小さな子供からの感染予防、外出先のデイサービスでの感染予防なども考えられる。

必要性

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）
- 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度
- 感染症へのかかりやすさ
- 家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）
- 軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況
- 感染症にかかった際の状況把握と対応体制

関連するモニタリング項目

- 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度
- 家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など
- 軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、介護職 等

1-2-6 非日常的な活動のリスクの管理

11.長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える

実施内容

本人や家族等が長時間の活動が必要な場合の注意事項への理解を深められるよう、説明を行う体制を整える。具体的には、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から説明するといった取り組みが考えられる。

必要性

心疾患患者にとって生活における長時間の活動(例:旅行、墓参り、運動等)は急性増悪のリスクとなる。長時間の活動を行う場合には、医師からの説明・指導に基づいた、飲水量の調節、利尿薬の適宜使用、軽い体操等が必要となる。

また、活動に伴う食事内容や食事時間の変化、気候の変化が水分バランスに悪影響を及ぼす可能性を本人及び家族等が認識しておくことが重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など)
- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)
- 家族等や介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、家族等の生活リズムなど)

関連するモニタリング項目

- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など)
- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)
- 本人の状況や家族等が現在提供しているケアの内容

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

1-3 療養を続けるための環境・体制の整備

1-3-1 負荷のかかる環境の改善

12. 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

気温差が縮小されるよう、例えば居室と廊下の間の扉を開放するように決めておく、気温差が大きい部分に冷暖房器具を追加して設置するよう調整する、移動する際には一旦扉を開けてしばらくしてから移動するように本人や家族等に理解をうながしておくといった方法が考えられる。

必要性

高血圧は、心疾患患者にとっての危険因子である。そのため、血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要である。血圧が急激に上がるきっかけの一つとして、急激な気温の変化が挙げられる。そのため、気温差の縮小がなされるよう体制を整えることが必要である。

一般的な日本家屋の場合、廊下や水周りは気温差が大きい場所として挙げられるため、その場所と居室との気温差が縮小されるように確認と対策を行う。気温差を縮小する方法は、冷暖房器具の設置だけでなく、衣服の工夫や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の方法もあることに留意することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 環境改善に関する本人・家族等の意向
- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 環境改善に関する支援の必要性

関連するモニタリング項目

- 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職 等

13.強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

自宅での行動の状況、強い負荷がかかるような動作（段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等）の要因となる環境を把握する。

環境や動作の改善に際しては、支援の必要性及び本人や家族等の意向を確認することが重要になる。

必要性

日常生活における食事、排便、入浴、洗濯、運動等における動作は、心臓への強い負荷となるリスクがある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 環境改善に関する本人・家族等の意向
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など）
- 環境改善に関する支援の必要性

関連するモニタリング項目

- 環境改善に関する本人・家族等の意向
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など）
- 環境改善に関する支援の必要性

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2.生活機能の維持

2-1 ステージに応じた生活・暮らし方の支援

2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善

14.本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える

実施内容

本人がどのような暮らしを望むのか、把握できる環境を整える。具体的には、暮らしの中で特に継続したいことや重視したいことなどを本人から把握する、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これからについて本人が家族等に表明している意思を把握する、サービス事業者からサービス利用中の利用者の様子を把握するなどが考えられる。

日常生活における本人の活動の範囲の把握を行う。具体的には、日常生活に戻ったときの動線や日課などの確認、日常生活において活動負荷が大きい事項の把握などが考えられる。

また、本人が希望する活動の範囲と医師等の専門職から指示された活動制限を踏まえて、最終的にどの程度の活動範囲とするかについて、本人や家族等、関連する専門職等とのすり合わせを行う。

日常生活における活動と参加の状況を維持・改善するための環境を整える。具体的には、本人が日常的に生活する範囲において、負荷となりうる動作やその要因について改善方法を検討したり、本人と関わる関係者やサービス事業者と活動負荷になりうる行動の情報共有を行うことなどが考えられる。

また、全く活動を行わないことも、かえって身体機能の低下につながるため、ある程度の日常生活における活動は必要であることを、本人及び家族等に説明する。

日常生活で活動するに伴い発生するリスクを判断できるような環境を整える。具体的には、危険が大きく伴う行動を予め確認する、活動を控えた際に注意すべき兆候や違和感等の自覚症状について予め確認する、日常生活において注意すべき場面を予め確認する、危険を感じた際にどのように対応すべきかなどについて予め決めておくなどが考えられる。

また、前述のような危険を伴うと考えられる行動や場面について、予め本人や家族等、関連する専門職等に伝えておくことも重要である。

必要性

慢性心不全による活動能力の低下は、患者のQOLと充実度を直接に低下させるため、その改善は治療の主要目的である。活動能力は運動能力のみならず、心理的状态、認識能力、社会的環境等に依存する。これらの評価は病態の把握及び管理をするうえで極めて重要である。

慢性心不全の生活に及ぼす影響は身体機能の低下のみならず心理的適応にも依存しており、患者が社会的あるいは精神的に隔離されないように注意する必要がある。本人が望む暮らしの実現に向け、暮らしやすくするための環境の改善を、本人の活動能力を踏まえて支援することが重要となる。そのため、活動能力に応じた社会的活動は勧めるべきであり、ステージに応じた本人の活動・参加の範囲を維持・拡大できるよう支援することが重要となる。

日常生活の状況は、身体機能、心理的要因、認識能力及び回復意欲、疾病と治療の理解に基づく服薬及び

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

生活指導の遵守、家族等を含む周囲からの支援等により影響される。これらの因子については、定期的に把握・評価できる体制を整える必要がある。

慢性心不全では、安静によるデコンディショニングは運動耐容能の低下を助長するとともに、労作時の易疲労感や呼吸困難等の症状を悪化させる要因となる。特に高齢患者においては、加齢による退行性変化等により、ADLが低下する。特に下肢筋力やバランス機能の低下が著しいため、歩行や階段昇降等の移動動作が制限されやすく容易に転倒し、排泄行為や家事、社会活動等、患者の日常生活全般に影響を及ぼす。したがって、心疾患患者の一般管理において、ADLの評価及び状態に応じた適切な活動量・リスクの把握は重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族等が望む生活・暮らし（1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント）
- 望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など）
- 望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）
- 日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など）
- 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（体の動かし方や体への負荷の制限など）
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- （同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割

関連するモニタリング項目

- 本人・家族等が望む生活・暮らし（1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント）
- 望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきら

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

めの有無、内容など)

- 望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 本人の日次(24 時間)の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など)
- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)
- 日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)
- 日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)
- 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度(禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準(制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安))
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

2-1-2 継続的なリハビリテーションの実施

15. 必要なリハビリテーションとセルフケアを継続できる体制を整える

実施内容

生活機能の維持に向けて、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続ができるような環境を整える。具体的には、現在受けているリハビリテーション（医療的なリハビリテーションを含む）や実施しているセルフケアに対する本人や家族等の継続意向を確認し、関連する専門職やサービス事業者と共有する、リハビリテーションやセルフケアが生活機能の維持に必要であることを本人や家族等に改めて説明するなどが考えられる。

必要性

医療的なリハビリテーション¹⁶は、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成されている。

心疾患に対する医療的なリハビリテーションの主要な目的は①心機能の改善、②骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。特に運動耐容能の改善によるADLやQOL、予後の改善は重要な目的の一つである。その他、運動によるインスリン抵抗性改善、脂質プロファイル改善、血圧低下効果等は、経口薬剤量を減らすことができ、腎臓への負担や副作用を減少させることができる。また、骨格筋量増加は骨格筋ポンプ機能を改善させる。自律神経活性の安定化、不整脈抑制、血管の過剰な緊張改善、血圧安定化等による突然死や心疾患に起因する死を減少させる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など）
- 医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握
- 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）
- （医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、共有する内容、情報共有のタイミング

¹⁶ 医療的なリハビリテーションの中には、心臓病を持つ方々の体力や不安・抑うつ状態を改善し、社会復帰を実現し、病気の進行を防ぎ、再発・再入院を減らすことを目指して、運動療法、生活指導、カウンセリングなどをおこなうプログラムとして「心臓リハビリテーション」がある（日本リハビリテーション学会 HP より）が、取り組みの程度や名称の浸透度合いは、地域によって異なる。そのため、本冊子では介護の領域において理解が行いやすいよう、あえて「医療的なリハビリテーション」と表記している。

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

関連するモニタリング項目

- リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度
- リハビリテーションに対する本人・家族等の意向
- ADL/IADL の状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)
- 全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性
- リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(必要性、指示・指導の内容、留意事項など)
- 自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)
- 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容(※目標にはリハビリテーションの終了を含む)
- 実施中の生活支援サービスの確認と見直し(過剰支援となっていないか)

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-1-3 入浴習慣の支援

16.入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

本人の入浴習慣や入浴環境を把握し、入浴を維持できるように支援する。具体的には、入浴のタイミングやお湯の温度、入浴の姿勢、入浴の時間などについて確認することなどが考えられる。そのうえで、医師等の専門職からの指導内容と本人の意向のすり合わせを行い、過度におそれることなく適切な入浴ができる環境を整える。

必要性

入浴は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いればむしろ負荷軽減効果により臨床症状の改善をもたらすことが示されている。

熱いお湯は交感神経緊張をもたらすこと、深く湯につかると静水圧により静脈環流量が増して心内圧を上昇させることから、温度は 40～41℃、鎖骨下までの深さの半座位浴で、時間は 10 分以内が良いとされる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 入浴に対する本人・家族等の希望・意向
- 入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度
- 自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か）
- 入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など）
- 入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況
- 自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴など）の状況
- サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容）

関連するモニタリング項目

- 入浴に対する本人・家族等の希望・意向
- 入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度
- 自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か）
- 入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など）
- 入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況

相談すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 等

2-1-4 休養・睡眠の支援

17. 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

実施内容

休養・睡眠を確保する体制を整える。具体的には、寝室の明るさ・温度や寝具の状況、休養・睡眠のタイミングやリズムの把握、同居者の生活リズムの把握や休養・睡眠を阻害する要因の検討などが考えられる。

また、睡眠障害の予兆として、睡眠時の状況の変化を把握する体制を整える。変化が生じた場合には、適宜専門医などと連携する。

必要性

不眠症をはじめとする多くの睡眠障害が循環器疾患のリスク要因であることが示されている。また、十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高くなったりする可能性があり、再入院のリスクが高まる。

不眠症状は、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟睡障害等の症状があり、それらは、動悸、息切れ、体重減少、頭痛、めまい、胃腸不良、腰痛、肩こり、慢性疲労等の身体症状や、気力低下、いらつき、注意集中力の低下等の精神症状を誘発しやすく、身体的な疲労回復を妨げるのみならず、心疾患の回復を遅らせ、再発へのリスクを上げる要因ともなる。

一般的に、過度な運動やアルコールの摂取等への誤った対応や、睡眠薬への誤った知識等により症状を遅延あるいは悪化させる対応がとられることも少なくない。

適宜、専門医と連携し、休養・睡眠を確保できる環境・体制を整え、必要な支援につなげる体制を整えることが重要になる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 睡眠時無呼吸症候群の診断の有無
- 服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング）
- 休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）
- 休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）
- 同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）

関連するモニタリング項目

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング）
- 休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

- 休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）
- 同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

2-1-5 禁煙の実現の支援

18.禁煙を実現できる体制を整える

実施内容

医師からの指導内容を確認し（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか）、本人や家族等の意向も確認のうえ、禁煙が必要である場合には、禁煙を実現できるような環境を整える。

必要性

喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者では、禁煙により死亡率や再入院率が低減することが示されている。喫煙者に対しては積極的に禁煙治療を進める必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向
- 禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど）
- 疾患発症前の日常生活における喫煙量、タイミング
- 禁煙の継続の有無
- 禁煙が実施できなかった場合の医師への報告方法

関連するモニタリング項目

- 禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向
- 禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど）
- 禁煙の継続の有無

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、介護職 等

2-1-6 本人や家族等への生活習慣を変えることの支援

19.本人や家族等が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する

実施内容

医師からの指示の内容を確認し、特に考慮しなければならない生活習慣（例：飲酒、運動等）については、どの程度対応が必要なのか（改善が必須なのか、改善が推奨される程度なのか）を確認したうえで、本人や家族等の意向も確認し、生活習慣を変えることを本人や家族等が受け入れることができるよう支援する。

必要性

本人の自己管理が重要な役割を果たし、自己管理能力を向上させ、生活習慣を変えることにより、予後は改善する。外来患者における、毎日の体重測定や塩分制限の遵守率は約 50%程度と報告されており、本人の自己管理が適切に行われているかを評価し、本人及び家族等に対する教育、相談支援により本人の自己管理能力の向上に努めることが必要になる。

特に、アルコール性心筋症が疑われる場合、禁酒が不可欠である。また、他の患者においても、適切な飲酒習慣に努め、大量飲酒を避けることは重要である。

本人や家族等の理解度を高め、自己管理能力の向上、生活習慣の改善をうながすために、教材の活用も有効である。

自己管理能力を高めて生活習慣を変えることをうながすために、本人の理解度を高めるための教材を有効に活用することも重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度
- 飲酒量のコントロールに対する本人・家族等の理解度
- 飲酒に対する本人・家族等の意向
- 日常生活における飲酒の状況（飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒か自宅外での飲酒かなど）
- 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）
- 特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：飲酒、運動など）、変更の重要性（例：絶対だめなのか、努力事項なのか）
- 生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など）

関連するモニタリング項目

- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など）
- 飲酒量のコントロールに対する本人・家族等の理解度

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

- 飲酒に関する医師からの指示・指導の有無、制限の内容・程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いかなど）
- 日常生活における飲酒の状況（飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒か自宅外での飲酒かなど）

相談すべき専門職

医師、看護師、介護職 等

2-2 心理的な支援

2-2-1 本人や家族等の不安の軽減

20.精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える

実施内容

日常生活のリズムや本人が感じている不安の状況を把握し、心理的な支援の必要性を確認できるような体制を構築する。

本人や家族等が抱える不安の状況や程度を把握できる体制を整える。本人や家族等の不安の内容や程度によっては、必要に応じて精神科医や心療内科や臨床心理士等の専門職につなぐことができるような体制を整える。

必要性

抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートが、心疾患患者の予後に影響する。したがって、心疾患患者に対する支援には精神的支援を含む必要がある。さらに、症状によっては、精神科医あるいは心療内科医による診断・専門的治療や臨床心理士等によるカウンセリングも考慮すべきである。

日常生活のリズムや本人や家族等が感じている不安の状況を把握し、心理的な支援の必要性を確認できるような体制を構築することが必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の抑うつや不安の程度
- 本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）
- 本人の心理状況や不安などの状況をかかりつけ医へ報告する方法
- 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況
- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 本人の抑うつや不安の程度
- 本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）
- 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況
- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

相談すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、介護職 等

3.EOL 準備

3-1EOL(エンドオブライフ)に向けた準備

3-1-1 末期心不全の EOL ケアの対応・準備の支援

21.末期心不全の EOL ケアをどのようにするか心の構えをする支援を行う

実施内容

今後の本人の治療意向や暮らし方の意向を把握する。本人や家族等が抱えている不安・恐怖やストレスの状況の把握を行ったうえで、他の専門職等と連携、情報交換を行い、適切なアドバンス・ケア・プランニング(ACP)が行われる体制を整え、本人の意思に則した EOL ケアが提供されるような環境を整える。

※アドバンス・ケア・プランニング(ACP): 本人の人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標として、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、その家族等や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセス

必要性

終末期には増悪と寛解により入退院を繰り返すようになる。この時期においては、今後の治療手段や見通し、終末期のことを本人や家族等に十分に説明、相談し、意思確認を行うことが必要である。

末期心疾患の支援体制を確立するためには、適切な薬物療法、自己管理の方法、支援体制の利用をうながすために、多職種が連携してチームとして取り組むことが必要である。末期心疾患患者の症状を調整するためには、患者の身体的、神経的、社会的、精神的な評価を頻繁に繰り返すことが必要である。ケアの目標は、症状のコントロールと生活の質を保持すること、本人と家族等の精神的・情緒的支援を提供することに移行する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 今後の暮らし方に対する本人の意向
- 今後の治療に関する本人の意向
- EOL に対する家族等の意向
- EOL に向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況
- 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況
- 医師からの末期心不全の EOL ケアの実施状況(インフォームドコンセントの実施状況)
- 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- ACP の実施状況、末期心不全時における医療及びケアの体制の確認

関連するモニタリング項目

- 今後の暮らし方に対する本人の意向
- 今後の治療に関する本人の意向
- EOL に対する家族等の意向
- EOL に向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況

疾患別ケア 心疾患がある方のケアの 心疾患Ⅱ期

- 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況
- 医師からの末期心不全の EOL ケアの実施状況（インフォームドコンセントの実施状況）
- 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- ACP の実施状況、末期心不全時における医療及びケアの体制の確認

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

第4節 認知症がある方のケア

認知症の基本的理解

(1) 認知症の特徴

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

(2) 認知症のある要介護者のケアマネジメントにおいて留意すべきこと

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

¹⁷ 「認知症疾患診療ガイドライン 2017」（日本神経学会監修）

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

疾患別ケア 認知症がある方のケア 認知症の基本的理解

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

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

0.ここまでの経緯の確認

0-1 ここまでの経緯の確認

0-1-1 認知症と診断されるに至った経緯の把握

1.支援の前提としての認知症と診断されるに至った経緯の把握

実施内容

認知症がある方の支援においては、支援体制を整えることが重要となるので、認知症と診断されるに至った経緯、診断の状況とその過程でのエピソードを把握する。

必要性

認知症の症状がどのような部分に現れたかを把握し、本人の不安を捉えるために、診断に至るエピソードを把握することが重要である。

一般に、認知症の症状は中核症状と行動・心理症状に大別される。障害の内容や程度は個人ごとに異なるが、具体例としては以下のようなものが挙げられる。

- ・ 記憶障害(もの忘れ)：記憶は、記銘(覚える)・保持(保存する)・再生(呼び起こす)という三つの段階から成り立っている。記憶障害とはそのいずれかが障害された状態である。
- ・ 見当識障害：時間・場所・人物などその場の状況の把握・理解に関する障害をいう。例えば、「自分が誰であるか、どこにいるのか、自分の周りにいる人が誰なのか」が認知できない状態である。
- ・ 実行(遂行)機能障害：計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化するといった機能が障害される。記憶障害、失語、失行、失認などが複合的に関与され、行動の開始、維持、中止が困難になる状態である。
- ・ 問題解決能力の障害：予想外の出来事などが起こるとそのことに対処できず、混乱を起こしてしまう。
- ・ 判断力の障害：筋道を立てて考えることができなくなる。

診断は医療の分野において行われるものだが、認知症の症状が現れたかの経緯、エピソードを把握し、かかりつけ医等と共有することは診断の判断材料となるだけでなく、本人や家族等に対する診断後のサポートをどのように行っていくかを判断する材料としても重要である。

特に、診断されるまでの症状の現れ方、エピソードにおいては、本人も家族等も認知症の症状の現れ方に対して戸惑い、不安、ストレスなどを感じている場合があり、今後の生活におけるそうした不安の解消に向けた、生活や介護の分野における支援を考える起点としても、これまでの経緯やエピソードを把握することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 診断に至るまでのエピソード
- 中核症状の現れ方
- 疾患に対する本人の思い
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など)
- 医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受

疾患別ケア 認知症がある方のケア

診の際の同行者の有無、必要性など)

関連するモニタリング項目

- 中核症状の現れ方
- 疾患に対する本人の思い
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など)
- 医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、看護師 等

0-1-2 これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握

2.支援の前提としての医療及び他の専門職の関わりの把握

実施内容

認知症がある方の支援においては、支援体制を整えることが重要となるので、現在に至るまでにどのような医療及び他の専門職が関わってきたかを把握する。

必要性

今後の医療領域の支援体制を構築するために、これまでの医療の関わりの経緯を把握することが重要である。

認知症の医療とケアは、早期支援機能と危機回避支援を早く実施することを対応の基本に置くことが求められる。ただし、医療の関わりといっても、診断を担った担当医やかかりつけ医だけでなく、認知症初期集中支援チームの関わり方も把握する必要がある。認知症初期集中支援チームの運用方法は地域によって異なるが、基本的には専門家チームが訪問し、地域での生活が維持できるような支援を早い段階で包括的に提供する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 医師による判断の状況（かかりつけ医意見書等による把握）
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）
- 腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況
- 認知症初期集中支援チームの関わり方

関連するモニタリング項目

- 医師による判断の状況（かかりつけ医意見書等による把握）
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）
- 腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況
- 認知症初期集中支援チームの関わり方

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

1. 本人及び家族・支援者の認識の理解

1-1 本人と家族・支援者の認識の理解

1-1-1 本人や家族・支援者が抱く感情と想いの理解

3. 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援

実施内容

認知症と診断され、生活に認知機能低下の影響が現れ始めたことに対し、本人が抱く不安及び家族・支援者が抱く感情、その変化を捉えられるようにする。

必要性

これからの生活を支えるうえで最も重要な本人の不安とその変化を把握するために、本人自身の不安や恐怖に加えて家族・支援者が抱く感情や想いとその変化を捉え続けられることが重要である。

本人への支援を検討する際は、一人で抱えずに他の専門職等と協力・分担・相談・情報共有を行うことが前提となる。そのうえで、本人に対して、受容的・支持的・共感的な理解に努めることが基本である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人が抱く恐怖や不安
- 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況
- 疾患に対して家族等を感じる負担感
- 家族等が感じている葛藤

関連するモニタリング項目

- 本人が抱く恐怖や不安
- 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況
- 疾患に対して家族等を感じる負担感
- 家族等が感じている葛藤

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

1-1-2 本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識

4.本人に対する受けとめや理解を深める支援

実施内容

認知症に対し本人がどのように受けとめているかを把握する。

必要性

本人が感じている不安や恐怖を捉えるために、認知症という疾患に対する受けとめの状況を把握することが重要である。介護サービスなどの専門的なケアありきで考えるのではなく、今の生活を支える視点とこれから認知症の方の家族等の生活を支える視点で考えることを起点にすべきであり、本人の幼少期から現在までの生活歴、いま感じている困りごとについて、まず耳を傾けて共感することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 認知症に対する本人の受けとめの状況

関連するモニタリング項目

- 認知症に対する本人の受けとめの状況

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

5.疾患に対する家族・支援者の受け止めや理解を深めることの支援

実施内容

本人の生活を取り巻く家族・支援者の、認知症に対する考え方、理解の程度を把握する。

必要性

認知症のある高齢者の不安や不快は、本人と家族・支援者との関係性に起因するものも多いため、家族・支援者がどのように認知症を理解しているかを把握することが重要である。

認知症の特性として、より身近な者、最も熱心に介護している介護者に対して認知症の症状がより強く出現し、本人の残存する能力も発揮されないことが知られており、家族や支援者の不安やストレス、非常に大きな介護負担を招くことがある²⁰。

つまり、最も近くにいる家族や支援者自身が本人にとっての不安やストレスの源になる場合があることを、家族や支援者自身が理解できるよう、まずはその理解の程度を把握することが必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 認知症の特徴や進行、ケアの方法に関する家族等の理解度
- 家族等に対する支援(情緒的支援、情動的支援、手段的支援)の必要性

関連するモニタリング項目

- 認知症の特徴や進行、ケアの方法に関する家族等の理解度
- 家族等に対する支援(情緒的支援、情動的支援、手段的支援)の必要性

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

²⁰ 国立長寿研究センター「認知症・せん妄サポートチームマニュアル 2016 年度版」

1-2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解

1-2-1 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施

6.変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施

実施内容

本人の変化を捉えられる体制（とくに本人を取り巻く人との関係性、生活環境）がどのようになっているかを把握する。

また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかを把握する。

必要性

認知症に伴う本人の状況は変化していくものであり、かつ家族や支援者が負荷を抱え込まなくて良いようにするためにも、本人の変化を捉え、必要に応じてさらに支援を求められるようにする体制の構築が重要になる。

さらに、認知症のある高齢者が、日常生活において自ら行動しやすいようにするため、住環境、地域環境などの生活環境を捉えることも重要である。

なお、本人の変化を捉える際には、「できないこと」ばかりではなく「できること」、ストレングス（強み、残存機能）にも着目することが重要である。一部を介助すればできることや時間をかければできることを見極めることで、本人の可能性を引き出すケアへつなげることができる。本人の持てる能力を維持・向上できるような支援を組み立てることは、情緒面の安定、人間性・社会性の回復、尊厳の保持へとつながる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の日常生活の状況（サービス事業者にあつてはサービス利用中の状況）
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 本人に関わっている人の体制の把握（同居者、支援者、事業者など）
- 現在、本人や家族等が心理面で支えている相手・内容の把握
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）
- 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）
- 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- エアコン等の家電の操作状況

関連するモニタリング項目

- 本人の日常生活の状況（サービス事業者にあつてはサービス利用中の状況）
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）

疾患別ケア 認知症がある方のケア

- 本人に関わっている人の体制の把握(同居者、支援者、事業者など)
- 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認
- 自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など)
- 自宅内の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など)
- 自宅の間取り(部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など)
- 室内の状況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- エアコン等の家電の操作状況

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

7.本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握

実施内容

本人を取り巻く状況でもとくに、本人を取り巻く人との関係性がどのようになっているかを把握する。

また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかを把握する。

必要性

認知症に伴う本人の不安や安心は周囲の人との関係性に起因する場合も多いため、本人を取り巻く人との関係性、及びその変化を捉えることが重要である。

本人と周囲の方の気持ちは「合わせ鏡」のような関係であるといわれている。周囲の方の負担感や、不快感、いらつき、不満、ストレスなどがそのまま本人に伝わって行動・心理症状の要因になる場合が多いことから、周囲の人との関係性を捉える必要がある²¹。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人からみて快／不快に感じている関係性
- 本人からみて重要な関係性、信頼を置いている相手
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 本人に関わっている人の体制の把握（同居者、支援者、事業者など）

関連するモニタリング項目

- 本人からみて快／不快に感じている関係性
- 本人からみて重要な関係性、信頼を置いている相手
- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 本人に関わっている人の体制の把握（同居者、支援者、事業者など）

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

²¹ 国立長寿研究センター「認知症・せん妄サポートチームマニュアル 2016 年度版」

2. 将来の準備としての意思決定の支援

2-1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援

2-1-1 意思決定支援の必要性の理解

8. 意思決定支援の重要性への本人及び家族等の理解をうながす支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援する。

なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしも ACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。

必要性

将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要である。なお、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意する。

ここでの「意思決定支援」とは、「認知症の方であっても、その能力を最大限活かして、日常生活や社会生活に関して自らの意思に基づいた生活を送ることができるようにするために行う、意思決定支援者による本人支援」をいう。また、「意思決定支援者」とは「特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、認知症の方の意思決定に関わるすべての人」をいう。

意思決定支援の実施に際しては、本人の意思を最大限に尊重することが求められる。認知症の症状の程度にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有するということを前提にすることが必要である。本人の意思の尊重は、本人が尊厳を持って暮らしていくために必要不可欠な要素であり、その必要性について本人や家族が適切に理解できるように支援を行うことが重要である²²。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人が有する意思決定能力の状況
- 意思決定に関する本人の思い、不安の状況
- 意思決定支援に対する家族等の理解度
- キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性
- 金銭管理の状況

²² 厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」H30年6月

疾患別ケア 認知症がある方のケア

関連するモニタリング項目

- 本人が有する意思決定能力の状況
- 意思決定に関する本人の思い、不安の状況
- 意思決定支援に対する家族等の理解度
- キーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性
- 金銭管理の状況

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

9.意思決定支援に向けて、本人及び家族等に適切な情報が提供される支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

意思決定支援を判断するために必要な情報が提供されるように支援する。

なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしも ACP(アドバンスケアプランニング)だけを指すものではない。

必要性

将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要だが、その前提として本人及び家族等に対し、意思決定に必要な情報が提供されるような体制を整えることが必要である。

本人が自ら意思決定できる早期の段階で、今後、本人の生活がどのようになっていくかの見通しを、本人や家族、関係者で話し合い、今後起こりうることについてあらかじめ決めておくなど、先を見通した意思決定の支援を繰り返す行うことが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 意思決定に関する本人の想い、不安の状況
- キーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性
- 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 意思決定に関する本人の想い、不安の状況
- キーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性
- 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

2-1-2 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握

10. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人の言葉を日々捉えられるような体制を整える。

本人の認知症になるまでの生活における経緯や考えを把握する。

必要性

認知症の影響が大きくなってきたとしても、本人の意思表示をする力は残っている。言葉による意思の表明が難しくなった場合でも、態度やしぐさなど、他の方法で意思を表明する場合がある。したがって、意思決定支援においては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要である。加えて、これらを捉えやすくするためには、本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積できる体制を整えることも重要である。

本人が言語による意思表示が上手くできない場合においても、意思決定支援者は、身振りや手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限行うことが求められる。さらに、本人の示した意思は、時間の経過や本人がおかれた状況等によって変わり得るので、最初に示された意思に縛られることなく、適宜その意思を確認することが必要である²³。

また、日常生活で本人に接するなど本人を良く知る人や地域近隣で見守りをしてくれている方などから情報を収集することも重要である。なお、本人の思いや意思は繰り返し確認することが必要である。本人の意思を理解したと判断しても、その過程や判断が適切であったかどうかを確認・検証し、支援の質の向上を図ることが求められる。意思決定支援が適切になされたかどうかを確認・検証するために、支援のときに用いた情報を含め、プロセスを記録し、振り返ることができるようにすることが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 今の生活に対する本人の思い
- これからの生活に対する本人の思い
- 生活歴、成育歴
- 日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード
- 本人が得意にしていること
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割

※これらの項目を本人からだけでなく、家族等からも聞き取る

²³ 厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」H30年6月

疾患別ケア 認知症がある方のケア

関連するモニタリング項目

- 今の生活に対する本人の想い
- これからの生活に対する本人の想い
- 日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード
- 本人が得意にしていること
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割

※これらの項目を本人からだけでなく、家族等からも聞き取る

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

2-2 意思決定支援体制の整備

2-2-1 意思決定支援体制の整備

11.意思決定支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

意思決定支援の必要性が大きくなった場合に、その支援を行う体制を整える。なお、状況が変化するにつれて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化することから、まずは誰が意思決定支援の体制に入るのかを把握することが必要である。

必要性

意思決定支援は一人でできるものではなく、チーム体制を整備することが重要である。なお、ここでいう意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではなく、状況に応じて本人の重要な意思決定を支えるために関与する関係者が含まれることに留意する。

意思決定支援にあたっては、本人の意思を踏まえて、身近な信頼できる家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制（「意思決定支援チーム」）を整えることが重要である。

本人の意思決定能力に疑義があったり、本人の意思決定能力向上・支援方法に困難があったりする場合は、意思決定支援チームで情報を共有し、再度本人の意思決定支援の方法について話し合いを行うことが重要である。

なお、本人の意思決定支援をするうえで、本人をよく知る家族等は本人を理解するうえで欠かすことができない。したがって、本人をよく知る家族等が意思決定支援チームの一員となることが望ましい²⁴。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性
- 意思決定支援チームとして関わりうる人
（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える）
- 意思決定支援チームでの情報共有体制
- 意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング

関連するモニタリング項目

- 本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性
- 意思決定支援チームとして関わりうる人
（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える）
- 意思決定支援チームでの情報共有体制

²⁴ 厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」H30年6月

疾患別ケア 認知症がある方のケア

- 意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

3.必要に応じた連携体制の構築

3-1 必要に応じた連携体制の構築

3-1-1 かかりつけ医や専門職等との連携

12.かかりつけ医との連携（※必要に応じて専門医や認知症サポート医等とも連携）

実施内容

受診に際して介護者が医師の指示内容を理解できているか、また日常生活の変化を医師に伝えられているかの状況とその変化を把握する。

日常生活の様子を見ていて変化がみられれば、概ね短期目標の期間程度を目安として、医師に情報提供し、その後の支援の方針についての意見をもらう。

認知機能の状況によっては、必要に応じて、医師（かかりつけ医だけではなく、地域の認知症サポート医、認知症の専門医も含む）と連携して医療に関する意思決定支援の体制を整える。

必要性

認知症は状況が変化していくものであり、医師の指示の理解だけでなく日常生活の状況を的確に医師に伝えることが難しい場合もあるため、短期目標の期間程度を目安として、医師に対し、本人の生活の状況の変化の情報共有をしておくことが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状況から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）
- 医療に関する意思決定支援の必要性の有無
- キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性

※認知症は状況が変化していくため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医に情報共有されることが望ましい

関連するモニタリング項目

- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受

疾患別ケア 認知症がある方のケア

診の際の同行者の有無、必要性など)

- 医療に関する意思決定支援の必要性の有無
- キーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性

※認知症は状況が変化していくため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医に情報共有されることが望ましい

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

13.かかりつけ医以外の専門職等との連携

実施内容

日常生活の変化を把握し、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等（薬剤師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、介護職等）と共有する。そのうえで、新たに連携すべき専門職等がいれば連携体制を構築する。

必要性

認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連する専門職等との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- かかりつけ医及びかかりつけ歯科医以外の専門職の関わり方
- その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等）

関連するモニタリング項目

- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- かかりつけ医及びかかりつけ歯科医以外の専門職の関わり方
- その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等）

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

3-1-2 その他の関係する人との連携

14. サービス事業者や地域との関係する人との連携体制を整える

実施内容

日常生活の状況やその変化を把握し、必要に応じて新たに連携すべき相手がいれば連携体制を構築する。

必要性

認知症の方の生活を、前述した医師、あるいはその他の専門職だけで支えていくのは限界があり、むしろ日常的な暮らしを支えることとなるのだから、本人の地域や家庭での日々の暮らしで関わりを持つ人びと、インフォーマルサポートを含めた地域の資源との関わりを重視すべきである。

なお、認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連するサービス事業者やインフォーマルサポート（民生委員、ボランティア等を含む）において関係する人との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- （他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況
- 生活の状況の変化（特に短期目標の期間程度での変化）
- 連絡先（かかりつけ医等）、専門職種での対応体制
- 本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク
- 認知症に対する地域の理解の状況

※これらの項目に加え、「6. 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施」で把握する事項も併せて確認する。

関連するモニタリング項目

- （他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況
- 生活の状況の変化（特に短期目標の期間程度での変化）
- 連絡先（かかりつけ医等）、専門職種での対応体制
- 本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク
- 認知症に対する地域の理解の状況

※これらの項目に加え、「6. 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施」で把握する事項も併せて確認する。

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

4.基本的な生活の支援

4-1 日常生活における本人の意向の尊重

4-1-1 日常生活における意向の尊重

15.日常生活における意向の表明の支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活における選択（食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等）において、本人の意向が表明され反映されるように、意向の表明を支える体制を整える。

必要性

日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要である。

日常生活における意向の表明としては、例えば、食事・入浴・衣服の好み、外出、排泄、整容などの基本的生活習慣や、日常提供されたプログラムへの参加を決める場合などが考えられる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 日常生活における意向の表明の状況
- 日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ
- 日常生活における決定を実質的に誰がしているか

関連するモニタリング項目

- 日常生活における意向の表明の状況
- 日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ
- 日常生活における決定を実質的に誰がしているか

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

4-2 一週間の生活リズムを支えることの支援

4-2-1 一週間の生活リズムと変化を把握することの支援

16.本人の生活のリズムの把握

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等を把握する。

必要性

本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地良い場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要である。

必要な睡眠時間には個人差が大きく、画一的に「睡眠は〇〇時間以上必要」とする基準はないので、本人にあった休息をとれるような支援体制を整備することが重要である。そのためには、本人の生活習慣を把握し、もともとの生活リズムを意識したケアを心がけ、本人にとって何が必要かという視点で考えることが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の日次(24 時間)の生活リズム・過ごし方
- 本人の週次や月次の生活リズム
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)

関連するモニタリング項目

- 本人の日次(24 時間)の生活リズム・過ごし方
- 本人の週次や月次の生活リズム
- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)
- 支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

4-2-2 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支えることの支援

17.一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支援する体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人の日常生活の中でも、特に食事・起床就寝等の生活リズム、及び日常生活における支援者の関わりの状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援を行う。

認知症の進行や健康状態の変化により、生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握し、改めて本人にとって心地良い生活リズムを取り戻せるようにするための支援を行う。

必要性

本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地良い場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えたうえで、あくまでも本人の心地良いリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要となる。

認知症は状況が変化するものであり、高齢者の健康状態もまた、時間の経過とともに変化するものである。したがって、心地良い生活リズムを捉えたとしてもどこかでそれが崩れることがあるため、その変化を把握して生活リズムを取り戻す支援が重要である。なお、その際のリズムは、必ずしも元の生活リズムが正しいのではなく、その状況に合った本人にとって心地良いリズムを改めて把握し、それにそった生活を支援することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 本人にとって心地良いであろう生活リズム
- 本人の日常生活リズムの変化(生活リズムの崩れの有無、その要因など)
- 生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容
- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)
- 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度(禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準(制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安))
- 日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)
- 休養・睡眠の状況(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無)
- 本人や家族等の交友関係
- 本人や家族等の生活に関わっている人の状況
- 支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)

関連するモニタリング項目

- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方

疾患別ケア 認知症がある方のケア

- 本人にとって心地良いであろう生活リズム
- 本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）
- 生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安））
- 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）
- 休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）
- 本人や家族等の交友関係
- 本人や家族等の生活に関わっている人の状況
- 支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

4-3 日常的に参加する役割を整えることの支援

4-3-1 家庭や地域での役割を担い続けるための ADL/IADL の支援

18.本人がこれまでに担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

認知症と診断される以前の生活における家庭や地域における本人の役割と、現在の生活における実行状況、現在の生活で担っている役割を把握する。さらにそうした役割をできるだけ担い続けるうえで捉えるべき認知症の影響の現れ方を把握する。

必要性

認知症の影響が現れても、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人の IADL や社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握することが必要である。

本人の寄り添い、向かい合い、本人の持つ能力を最大限に活用するとともに、社会の一員としての存在を本人が実感できるように支援することは、本人の尊厳を最大限に保つことにつながる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 金銭管理の状況
- 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート

関連するモニタリング項目

- 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）
- 家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方
- 金銭管理の状況
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート

疾患別ケア 認知症がある方のケア

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

19.本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制を整える。

必要性

認知症があっても本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要である。

本人の認知能力や言語能力を把握し、残された能力に合わせて役割を継続できるよう、リハビリテーションや支援を調整することが大切である。具体的には、本人の行動や表情などの非言語から得られる事実に向け、本人の意思の表現方法を把握し、本人がそうした表現を実施しやすいよう支援するとともに、本人に関わる周囲の人びとがそうした表現方法を理解し、意思疎通ができる関係性を構築することも大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 家庭内での本人の役割に対する本人の認識
- 地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識
- リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）
- 役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況
- 地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード

関連するモニタリング項目

- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 家庭内での本人の役割に対する本人の認識
- 地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識
- リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）
- 役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況
- 地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

4-3-2 コミュニケーションを取ることの支援

20. 日常生活においてコミュニケーションを取ることの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況を把握する。

本人の状況に合わせて、家族及び家族以外の周囲の人との間でコミュニケーションを取りやすいような環境を整える。

必要性

本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションの状況を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要になる。

本人の行動や表情などの非言語から得られる事実を目を向け、本人の意思の表現方法を把握して、意思疎通を行うことも重要である。また、電話やスマートフォンなどのコミュニケーションに活用できる道具の利用状況、利用できる程度等の把握も必要である。

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族等がお互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人や家族等が心身ともに強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。こうした観点からも、日常的にコミュニケーションを取りやすいような環境を整える必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格
- コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況
- 本人と家族等のコミュニケーションの状況
- 本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況
- コミュニケーションに関する本人のストレスの状況
- 電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード

関連するモニタリング項目

- コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況
- 本人と家族等のコミュニケーションの状況
- 本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況
- コミュニケーションに関する本人のストレスの状況
- 電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード

疾患別ケア 認知症がある方のケア

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

4-3-3 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援

21. 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況を把握する。
本人が清潔を保つことを支える環境を整える。

必要性

本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要である。

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

とくに、認知症の発症により、清潔について自分では気づきにくくなったり、清潔を保つ行為に障害が現れたりすることも多い。本人や家族等の認識やこだわりを尊重しつつ、清潔を保つことができる支援体制を整える必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況
- 日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）

関連するモニタリング項目

- 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度
- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況
- 日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

4-4 体調管理や服薬管理の支援

4-4-1 体調の変化を把握し伝えることの支援

22. 体調管理の支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常の体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものかを把握し、そのうえで日々の体調を管理できるよう支援する体制を整える。

必要性

高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要である。

また、認知症高齢者では脳機能正常の高齢者と比較して、フレイルを合併しやすい傾向があり、近年、フレイルと認知障害の関連が注目されている²⁵。こうした観点からも長期的な視点にたった体調管理の支援が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 自分の体調に対するうけとめの状況、体調を把握する手段
- 日常的な体調（食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ等）
- 季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等）
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）
- フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等）
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）

関連するモニタリング項目

- 自分の体調に対するうけとめの状況、体調を把握する手段
- 日常的な体調（食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ等）
- 季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等）
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）
- フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等）
- 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）

²⁵ 日本神経学会等「認知症疾患診療ガイドライン 2017」

疾患別ケア 認知症がある方のケア

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

23. 日常と異なる状態の把握とそれを表明することの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制を整える。

必要性

認知症のある高齢者の場合、日常と異なる状態を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 日常と異なる状況の有無、その内容と程度
- 体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）
- 体調の変化を伝える相手とその関係性
- いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい

関連するモニタリング項目

- 日常と異なる状況の有無、その内容と程度
- 体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）
- 体調の変化を伝える相手とその関係性
- いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

4-4-2 服薬支援

24.薬の管理と服薬を一定の水準で継続できるようにする支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

認知症あるいは併存疾患の療養のためには、医師の指示にしたがった適切な服薬が必要であることを本人が理解できるような支援体制を整える。

処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。

適切な服薬を継続できるように、本人や家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備する。

必要性

認知症への対応だけでなく、併発している疾患の再発防止あるいは重度化防止のためには服薬が重要であり、それを本人が可能な限り理解できるように支援することも重要になる。

認知症の方は複数の疾患に罹患している頻度が高く、多剤の併用が長期化しやすい。かかりつけ医やかかりつけ薬剤師などに指示を仰ぎ、数が多くなりがちな薬を適切に管理できるよう支援する体制を整える。なお、一度に服用すべき薬の管理が難しい状況がみられる場合は、その状況を共有して医師や薬剤師と相談のうえ、薬剤の一包化など、管理をしやすくする工夫についても検討する。

記憶障害により、服薬を行っていないのに、服薬を行ったと思い込んだり、失認により、薬剤を薬剤と認識できなかつたりすることがある。そのため、適切な服薬が継続されるように積極的に声かけをするとともに、服薬したことを確認する支援体制を構築する必要がある。

また、本人が内服を拒否することもある。拒否する理由は、「病気ではないから飲みたくない」、「薬がたくさんありすぎる」、「毒を飲まされる」など多岐にわたる、妄想によって内服を拒否する場合には、本人が体験していることが「事実」であるので、否定はせず、本人の気持ちを理解し、支持的に関わることが重要である。

薬剤師や医師と連携することはもちろんのこと、口の中に薬が残ってしまう場合もあるので、服薬状況の適切な確認には歯科医師等との連携も重要である²⁶。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)

²⁶ 国立長寿研究センター「認知症・せん妄サポートチームマニュアル 2016 年度版」

疾患別ケア 認知症がある方のケア

- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）
- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）
- 介護者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）
- 服薬支援機器の活用状況

関連するモニタリング項目

- 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）の変化及びその理由
- 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）
- 介護者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）
- 服薬支援機器の活用状況

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

4-5 基本的なセルフケアを継続することの支援

4-5-1 水分の摂取の支援

25.必要な水分量の把握と必要な水分量を摂取できるようにする支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活において、必要な水分量を摂取できるよう支援する体制を整える。

日常生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。

必要性

必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併存疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。

水分が必要な状態でも本人が気づかずに、脱水症状に陥ることがある。また、記憶障害により、水分摂取を行っていないのに、水分摂取を行ったと思い込んだり、失認により、飲み物を飲み物と認識できなかったりすることがある。そのため、必要な水分を摂取するように積極的に声かけなどを行う支援体制を構築することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 水分の摂取に関する失敗のエピソード
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

関連するモニタリング項目

- 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）
- 水分の摂取に関する失敗のエピソード
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）

疾患別ケア 認知症がある方のケア

- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

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

4-5-2 栄養の摂取の支援

26.必要な栄養及び日常的な摂取状況（摂取方法を含む）の把握と必要な栄養を摂取することを支援する体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活に必要な栄養を量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整える。

日常の食事においてバランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を支える体制を整える。

必要性

栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である。

なお、認知症と食事、栄養に関しては、数多くの研究が行われているが、特定の食物、栄養素、あるいは食事パターンが認知症の発症リスクを高める、ないし抑制するという確定的な結果には至っていない。そのため、バランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を支える体制を整えることが重要である²⁷。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握
- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 食事の摂取に関する失敗のエピソード
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食事の内容（種類、形態、量、内容など）
- 食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）
- 食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）

関連するモニタリング項目

- 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度
- 食事の摂取に関する失敗のエピソード
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食事の内容（種類、形態、量、内容など）
- 食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）

²⁷ 日本神経学会等「認知症疾患診療ガイドライン 2017」

疾患別ケア 認知症がある方のケア

- 食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

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

4-5-3 排泄を続けることの支援

27.できるだけ自立した排泄を続けられるようにすることの支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常の排泄リズム、排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無）、排泄方法を把握できるような支援体制を整える。

自分で排泄を続けられるよう排泄リズムに対する本人の認識を高めたり、排泄動作を維持できるような支援体制を整える。

必要性

排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要である。特に、便秘症状の把握が重要である。認知症の場合、便秘があっても症状が分かりにくく、訴えることも少ない。便秘は認知症者のQOLを阻害し、せん妄等の原因となることもある。

排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要である。

排泄と一口にいっても、①トイレに行けない、②トイレの場所が分からない、③放尿する、④ズボンが下ろせない、⑤トイレに行く意欲がなくなるなどのプロセスに分解して捉えることが必要である。他の専門職と連携し、行動療法だけでなく認知機能や身体機能に合わせた環境整備、衣服の工夫などの取り組みの検討を行うことも大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 排泄リズムに対する本人の認識
- 排泄に関する失敗のエピソード
- 日常的な排泄の方法（トイレ、Pトイレ、おむつなど）
- 排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）
- 排泄動作の状況

関連するモニタリング項目

- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 排泄リズムに対する本人の認識
- 排泄に関する失敗のエピソード
- 日常的な排泄の方法（トイレ、Pトイレ、おむつなど）
- 排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）
- 排泄動作の状況

疾患別ケア 認知症がある方のケア

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

5.これまでの生活の尊重と重度化の予防

5-1 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備

5-1-1 その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備

28.活動と参加を通じた周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するための支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対する支援を検討するために、日常生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びととの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的なむずかしさを把握する。これを踏まえ、交流関係に対する支援及び交流を円滑にできるような本人に対する支援を検討する。

必要性

認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、本人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。

活動と参加の状況は認知機能のみならず、運動能力、心理的状态、社会的環境等にも依存するため本人が社会的にあるいは精神的に乖離されないように注意する必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤
- 他人との交流の方法
- 疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 活動と参加に関わる各行為の状況
- リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）

関連するモニタリング項目

- 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤
- 他人との交流の方法
- 疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など
- 活動と参加に関わる各行為の状況
- リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）

疾患別ケア 認知症がある方のケア

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

29.その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握する。

必要性

認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、本人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人にとっての快・不快の状況
- リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）

関連するモニタリング項目

- 本人にとっての快・不快の状況
- リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

5-1-2 持っている機能を発揮しやすい環境の整備

30.状態に合った活動と参加を実現する環境整備

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

本人の心身の状態にあった生活環境・活動環境を整える。

必要性

認知機能が低下しても、本人が自ら活動・参加できるようにするために、人的な支援だけでなく、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤に、そうした生活を継続し、拡充できるように生活環境・活動環境を整えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 自宅内の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など)
- 自宅の間取り(部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など)
- 自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など)

関連するモニタリング項目

- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 自宅内の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など)
- 自宅の間取り(部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など)
- 自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など)

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

31.新たな役割・機能を獲得することの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

認知症になる前の生活と比較して役割を縮小させるだけでなく、さらに新たな役割機能を獲得できるよう支援する。

必要性

認知症と診断されることがそのまま従前の生活や役割を縮小することではなく、状況にあった新たな役割・機能の獲得の可能性があるため、本人が参加できるように支援することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 生活歴、成育歴
- 本人のストレングス
- 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 役割を実現するために必要な環境支援
- 免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 本人のストレングス
- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割
- 役割を実現するために必要な環境支援
- 免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

5-2 合併症や併発しやすい事故の予防

5-2-1 転倒の予防の支援

32. 転倒の予防の支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整える。

必要性

状況の重度化の要因となる転倒を予防するよう、日常生活動線を把握するとともに環境を整えることが重要である。

なお、認知症者は非認知症者よりも転倒のリスクは約8倍、骨折のリスクは約3倍高いという報告もある²⁸。したがって、基礎疾患の治療、薬物の調整、運動、歩行とバランス訓練、補助具を装着しての訓練、環境整備、家庭環境への適応訓練など、多面的に転倒を予防する支援の体制を検討する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）
- 筋力の低下の状態
- 空間認識の状況
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）
- 自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制

関連するモニタリング項目

- ADL/IADL の状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）

²⁸ 日本神経学会等「認知症疾患診療ガイドライン 2017」

疾患別ケア 認知症がある方のケア

- 筋力の低下の状態
- 空間認識の状況
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
- 本人の日次（24 時間）の生活リズム・過ごし方
- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）
- 自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）
- 自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）
- 連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

5-2-2 誤嚥の予防の支援

33.誤嚥の予防の支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

口腔機能の状況だけでなく、その変化を本人がどのように捉えているかも含め、誤嚥のリスクを低下できるような体制を整える。

必要性

状況の重度化の要因となる誤嚥を予防するよう、日常生活における動線を把握するとともに環境を整えることが重要である。

認知症を発症して歯科治療が途絶えてしまう、治療の意味を理解できず拒否反応を示すこともある。早い段階から歯科医師等の専門職と連携し、予防的に口腔衛生管理を継続的に提供される体制を整えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況
- 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など）
- 食事の用意の方法、食事を用意する人

関連するモニタリング項目

- 口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況
- 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
- 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など）
- 食事の用意の方法、食事を用意する人

疾患別ケア 認知症がある方のケア

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

6.行動・心理症状の予防・重度化防止

6-1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握

6-1-1 行動・心理症状の具体的内容を把握する体制の構築

34.行動・心理症状の具体的内容を把握する体制を整える

実施内容

行動・心理症状がどのような状況やタイミングで起きているか(どのような状況で起きやすいのか、定期的に起きているのか等)を把握する体制を整える。

必要性

行動・心理症状を予防するためにも、どのような状況が本人にとっての要因になっているかを分析する必要があるため、まずはどのような状況・タイミングで行動・心理症状が起きているかを把握することが重要である。

なお、行動・心理症状に対しては、背景要因を把握して対応することが基本だが、実際には本人の意思の尊重とバランスを取ることが難しい場合もあるため、一定の期間にわたって行動・心理症状の現れ方を把握するとともに、日常の本人の状況や意向を併せて把握しておくことが大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 行動・心理症状の状況(起きるタイミングと現れ方、どのようなことが起きているか、背景要因の特定など)
- 室内の状況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)
- 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性
- 支援者の関わり方の状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
- 行動・心理症状の状況を把握する体制(家族等との連携の体制)
- 行動・心理症状の状況を共有する手段(サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など)

※これらの項目に加え、「(大項目0)ここまでの経緯の確認」や「(大項目1)本人及び家族・支援者の認識の理解」で把握する事項を併せて確認する

関連するモニタリング項目

- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 行動・心理症状の状況(起きるタイミングと現れ方、どのようなことが起きているか、背景要因の特定など)
- 室内の状況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々
- 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)

疾患別ケア 認知症がある方のケア

- 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性
- 支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）
- 行動・心理症状の状況を把握する体制（家族等との連携の体制）
- 行動・心理症状の状況を共有する手段（サービス担当者会議、介護記録、IT を活用した情報共有システムの利用など）

※これらの項目に加え、「（大項目 0）ここまでの経緯の確認」や「（大項目 1）本人及び家族・支援者の認識の理解」で把握する事項を併せて確認する

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、歯科衛生士、介護職等

6-1-2 本人の不安やストレスの把握

35.本人の不安やストレスの把握

実施内容

本人が感じている不安や不快の程度を把握し、可能な限りこれを解消するような支援を提供する。

必要性

行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であり、こうした状況を把握して分析し、解消策を実施することは行動・心理症状の予防に重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 痛みやかゆみなどの不快（言葉にならないストレス）を伴う状況の有無、その内容と程度
- 生活環境に対する本人の好み
- 室内環境（音や光など）からくる不快・ストレスの程度及び対応状況（温湿度調整、機械音の軽減、カーテンの活用など）

関連するモニタリング項目

- 本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）
- 痛みやかゆみなどの不快（言葉にならないストレス）を伴う状況の有無、その内容と程度
- 生活環境に対する本人の好み
- 室内環境（音や光など）からくる不快・ストレスの程度及び対応状況（温湿度調整、機械音の軽減、カーテンの活用など）

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、介護職 等

6-2 背景要因に対する取り組みの支援

6-2-1 背景要因に対する取り組みの支援

36.背景要因に対する対応策の実施の支援

実施内容

行動・心理症状の背景要因を捉え、特に本人から見た不安や不快、ストレス等を解消するための取り組みと支援を提供する。

必要性

行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法を優先するとされる。したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要である。具体的には声かけや話し方などの姿勢を工夫して接することが基本である。また、専門職の指導のもとで、ソーシャルサポートの利用や回想法、音楽療法の提供などの取り組みを行うことも有効とされる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の健康状態、生活状況
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性
- 本人や家族等の近所づきあいの状況
- ケアやリハビリテーションを提供する体制
- 行動・心理症状の状況を共有する手段(サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など)
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング
- 在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 本人の健康状態、生活状況
- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性
- 本人や家族等の近所づきあいの状況
- ケアやリハビリテーションを提供する体制
- 行動・心理症状の状況を共有する手段(サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など)
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング

疾患別ケア 認知症がある方のケア

グ

- 在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、歯科衛生士、介護職等

37.背景要因に対する家族等の理解を深めることの支援

実施内容

行動・心理症状には背景要因があること、その多くが本人から見た不安や不快、ストレスが要因となっていること、そうした背景要因の解決こそが重要であることについて、家族等の理解を深める支援を提供する。

必要性

行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法を優先するとされる。したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要である。

認知症の特性として、より身近な者、最も熱心に介護している介護者に対して認知症の症状がより強く出現し、本人の残存する能力も発揮されないことが知られており、家族や支援者の不安やストレス、非常に大きな介護負担を招くことがある。家族等自身が本人から見た不安や不快、ストレスの要因となっている可能性もあることを捉え、その解消のために家族等の関わり方を見直す必要がある場合もあることへの理解をうながすことが大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 認知症に対する家族等の理解度
- 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性
- 支援者の関わり状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
- 行動・心理症状の状況を把握する体制(家族等との連携の体制)
- 行動・心理症状の状況を共有する手段(サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など)
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング

関連するモニタリング項目

- 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方
- 認知症に対する家族等の理解度
- 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性
- 支援者の関わり状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)
- 行動・心理症状の状況を把握する体制(家族等との連携の体制)
- 行動・心理症状の状況を共有する手段(サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など)
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング

疾患別ケア 認知症がある方のケア

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、歯科衛生士、介護職等

7. 家族等への対応

7-1 家族支援に必要なサービスの調整支援

7-1-1 家族等に対する支援の体制の整備

38. 家族等に対し相談支援が提供される体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

家族等が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社会資源をつなぐような支援を提供する。

必要性

日々介護に携わっている家族等の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要になる。

家族等は、認知症の方の行動の理解や対応に困難を感じ、将来起こるかもしれない介護上の課題に不安を持つことも少なくない。「目が離せず気が休まらない」、「どのように生活すれば良いか悩んでいる」、「社会活動への参加の機会が少なくなったと感じる」、「家族等や友人との付き合いが難しいと思う」、「しなければならぬ家事が増加した」、「本人から非難されたり拒否されたりすることがつらい」等の負担感やストレスを背景として家族等が心身の健康を損なう可能性もある。そのため、家族等の心身の不調の訴えや兆候に早期に気づき、家族等に対し相談支援が提供される体制を整えることが必要である²⁹。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 認知症に対する家族等の受け止めの状況
- 認知症に対して家族等が感じている不安
- 家族等がねぎらいを得られる状況の有無
- 家族等が必要な情報を収集する手段
- 相談支援の実施の状況
- 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況

²⁹ 認知症介護研究・研修仙台センター「専門職のための認知症の本人と家族がともに生きることを支える手引き」（H29年度厚生労働省老人健康保健増進等事業）

疾患別ケア 認知症がある方のケア

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 認知症に対する家族等の受け止めの状況
- 認知症に対して家族等が感じている不安
- 家族等がねざらいを得られる状況の有無
- 家族等が必要な情報を収集する手段
- 相談支援の実施の状況
- 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、看護師、社会福祉士・MSW、介護職 等

39. 家族等の仕事と生活のリズムが保たれるようにすることの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援を行う。

必要性

日々介護に携わっている家族等の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねざらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要になる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の日次(24 時間)の生活リズム・過ごし方
- 同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む)
- 同居していない家族等の生活リズム
- 仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み
- 家族等の休養・睡眠の状況
- 仕事をする家族等の勤務の特徴(例:出張や変則勤務の有無等)
- 仕事をする家族等の会社での役割の変化
- 家族等に対する支援(相談、不安や悩みの解決など)を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況
- 家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度

関連するモニタリング項目

- 本人の日次(24 時間)の生活リズム・過ごし方
- 同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む)
- 同居していない家族等の生活リズム
- 仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み
- 家族等の休養・睡眠の状況
- 仕事をする家族等の勤務の特徴(例:出張や変則勤務の有無等)
- 仕事をする家族等の会社での役割の変化
- 家族等に対する支援(相談、不安や悩みの解決など)を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況
- 家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度

疾患別ケア 認知症がある方のケア

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、看護師、社会福祉士・MSW、介護職 等

7-1-2 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援

40. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

家族等が一人で抱え込まなくて良いう、家族等だけでなく、本人を理解しともに関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があった近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援を行う。

必要性

認知症のある方のケアでは、本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いうに、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要である。

住み慣れた地域での生活の継続が、心理的な安定・行動面での安定につながる。本人とその家族等が安心して、住み慣れた地域で暮らしていくためには、地域全体で見守り、支えていくこと、そのためのネットワークを構築することが大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人や家族等の交友関係
- 本人や家族等の生活に関わっている人の状況
- 本人や家族等の近所づきあいの状況
- 地域とのトラブルのエピソード
- 認知症に対する地域の理解の状況
- 地域生活におけるキーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性
- 認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 本人や家族等の交友関係
- 本人や家族等の生活に関わっている人の状況
- 本人や家族等の近所づきあいの状況
- 地域とのトラブルのエピソード
- 認知症に対する地域の理解の状況
- 地域生活におけるキーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性
- 認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 等

7-2 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

7-2-1 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

4.1. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

将来にわたり、本人の尊厳を守り、できる限り今の生活を継続できるよう、本人や家族等の生活の意向を捉えとともに、将来の生活に備えて利用可能な地域資源があることを伝える支援を行う。

必要性

認知症の方の尊厳ある生活を支えていくのは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、意向を把握しつつ活用可能な地域資源を伝えることが重要である。

また、家族等に対しては、介護生活を続ける中で、家族等が持つ不安や孤立感、喪失感、葛藤等が深まる場合があることに留意が必要だ。家族等の心理的な揺らぎが、本人の精神的、身体的な健康問題につながらないように、状況に応じて家族等に対する精神的サポートを提供できるようにすることも必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 将来の生活に対する本人・家族等の意向
- 認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解
- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性
- 地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況
- 将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援
- 意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備

関連するモニタリング項目

- 将来の生活に対する本人・家族等の意向
- 認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解
- 本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性
- 地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況
- 将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援
- 意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備

疾患別ケア 認知症がある方のケア

相談すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の方のケアにおいては、特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要。

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

第5節 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

誤嚥性肺炎の予防と対策に関する基本的理解

(1) 誤嚥性肺炎の特徴

- ・ 誤嚥性肺炎は、摂食嚥下機能の低下した高齢者、脳梗塞後遺症やパーキンソン病などの神経疾患や寝たきりの患者に多く発生する。³⁰
- ・ 口腔内の清潔が十分に保たれていなかったり、摂食嚥下機能が低下している場合、誤嚥によって口腔内の細菌が肺へと至り、肺炎が発症しやすくなる。このように誤嚥性肺炎の発症の背景には、基礎となる病態があるため、ひとたび肺炎を治癒できてもまた繰り返してしまう可能性が大きい。
- ・ また、誤った口腔ケアの方法によって誤嚥性肺炎が生じることもある。例えば、横になった姿勢のまま口腔ケアを行うことによって、菌垢で汚染された唾液を誤嚥してしまい、肺炎になることもある。
- ・ さらに、寝室や日常的に居場所に行っている部屋の陽射しや、サービスの提供時間、同居する家族等の生活時間や生活スタイルなどの影響を受けて、特定の日に、日常と違う生活リズムが生じ、それが原因となって誤嚥性肺炎につながる場合もある。
- ・ 高齢者の場合、回復に時間を要することで、結果的に入院期間が長くなり、長い入院生活にともなう生活不活発も懸念される。例えば治療のために口から食事を摂ることをしばらく中止したことによる影響や、病床上に寝ている時間が長くなるに伴う重力の影響や全身の筋力低下の影響も、摂食嚥下機能の低下に関係することがある。結果として、自宅への復帰が難しくなるなど、発症前に比べて状態が悪くなってしまう場合も多いとされる。
- ・ 誤嚥性肺炎はひとたび発症するとその影響が非常に大きいため、誤嚥性肺炎の発症に至るリスクを小さくすることを旨とした、日常的な予防の取り組みが重要になる。
- ・ 誤嚥性肺炎の発症原因は、本人の心身の状態、生活環境や生活リズム、口腔ケアの方法など、多種多様である。したがって介護支援専門員には、複数の専門職の視点から情報を多面的に収集し、分析することが求められる。

(2) 誤嚥性肺炎の予防において留意すべきこと

- ・ 重篤な誤嚥性肺炎の治療は医療の対象となるものだが、その要因は多様であるため、幅広い視点から、予防のために取り組むべきことを整理し、本人がそれを実行できるようにすることが重要である。
- ・ なお、早期に日常との違いを把握するためには、気づきが重要である。例えば、菌垢で汚染された唾液や口腔内の食べ残しの不顕性誤嚥³¹があると、これが原因となって誤嚥性肺炎を発症する場合もある。
- ・ 具体的にどのようなケアや対応を実施すべきかについては、本人の状態ごとに異なることから、疾患の診断と治療のように明確に指し示すことは難しい。したがって、誤嚥性肺炎に直接的・間接的に関連する可能性のある要因に注意して、現在の状況を把握し、他の専門職とともに予防のための取り組みを検討する必要がある。
- ・ 具体的には、本人の日常の健康状態や生活状況、食事の様子、摂食嚥下機能とその障害などの情報を、可能であれば一時点ではなく変化を捉えるために一定の期間において収集し、それをリスク評価に関わりうる専門職と共有し、判断してもらうことが重要になる。誤嚥リスクや誤嚥による肺炎のリスク評価に関わりうる専門職とし

³⁰ 一般社団法人日本呼吸器学会 WEB ページ「誤嚥性肺炎」より

³¹ 不顕性誤嚥とは、本人の無意識のうちに唾液が気道に入ってしまうことを指す。むせたり、咳き込んだりといった、異物が気道に入ったときの「反射」がみられない。

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

ては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士などが考えられる。

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

(3) 誤嚥性肺炎の治療後の対策において留意すべきこと

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

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

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

0.誤嚥性肺炎予防の必要性の理解

0-1 誤嚥性肺炎予防の必要性の理解

0-1-1 必要性の理解

1.誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解

実施内容

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

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

必要性

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク

関連するモニタリング項目

- 疾患に対する本人・家族等の理解度
- 本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク

相談すべき専門職

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

1. リスクの(再)評価

1-1 リスクの評価

1-1-1 誤嚥リスクの評価に資する情報の収集

2. 日常の健康状態や生活状況の継続的な把握と共有

実施内容

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

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

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

必要性

誤嚥性肺炎の背景には、本人が有する誤嚥リスク(摂食嚥下機能の低下や健康状態・生活状況に基づく感染リスクなど)を専門職が評価し、何が必要かを見定めることが重要である。専門職が評価するためには、背景にある疾患や障害等の状況の情報は、判断の基本的な材料になるため、こうした情報を本人や介護者等から収集して共有することが必要になる。また、本人の日常生活の状況も判断の材料となるため、介護支援専門員はそうした情報を収集して共有することが必要になる。さらに、必要に応じてかかりつけ医等の多職種から疾患・障害による影響等の情報を収集することも大切である。

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

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 疾患歴(特に脳血管疾患など嚥下機能に影響を与えうる疾患の履歴)
- (入院していた場合)入院中に受けていたケア内容(医療的ケアに加え栄養管理やリハビリテーションの内容を含む)
- 本人の健康状態、生活状況
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 障害の有無と程度
- 生活における覚醒、活動度の状況
- 咀嚼や嚥下に関わるトラブル(出来事)
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認

疾患別ケア 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（同居家族等だけでなく、支援者を含めた連携体制）
- 現在利用している医療サービスの有無と種類、介護サービスの有無と種類

関連するモニタリング項目

- 本人の健康状態、生活状況
- 認知機能の程度、日常生活における障害の有無
- 障害の有無と程度
- 生活における覚醒、活発度の状況
- 咀嚼や嚥下に関わるトラブル（出来事）
- かかりつけ医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（同居家族等だけでなく、支援者を含めた連携体制）
- 現在利用している医療サービスの有無と種類、介護サービスの有無と種類

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

3.かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況等の継続的な把握と共有

実施内容

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

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

必要性

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

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

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- (入院していた場合)入院中の食事の種類、内容
- 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など
- 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)
- 食事をとっている場所・環境(ベッドか机か、椅子や机の高さなど)
- 食事をとる際の姿勢・食事のとり方
- 食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況(有無、介助の方法、食べさせ方など)
- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認

関連するモニタリング項目

- 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など
- 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)
- 食事をとっている場所・環境(ベッドか机か、椅子や机の高さなど)
- 食事をとる際の姿勢・食事のとり方
- 食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況(有無、介助の方法、食べさせ方など)
- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認

疾患別ケア 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

4.誤嚥リスクが疑われる出来事の把握

実施内容

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

必要性

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

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 咀嚼や嚥下に関わるトラブル(出来事)

関連するモニタリング項目

- 咀嚼や嚥下に関わるトラブル(出来事)

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職 等

1-1-2 誤嚥による肺炎のリスクの把握

5. 咳や呼吸、口腔衛生の状況の把握と共有

実施内容

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

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

必要性

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

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど
- 息切れの有無
- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 現在利用している専門的なサービス（訪問歯科、訪問歯科衛生士等）

関連するモニタリング項目

- 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど
- 息切れの有無
- かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認
- 現在利用している専門的なサービス（訪問歯科、訪問歯科衛生士等）

相談すべき専門職

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

2. 日常的な発症及び再発の予防

2-1 摂食嚥下機能の支援

2-1-1 摂食嚥下機能の改善・維持

6. 摂食嚥下機能、発声・発話の維持・改善のための支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

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

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

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

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

必要性

摂食嚥下機能の低下は誤嚥のリスクを大きくするため、摂食嚥下機能を維持あるいは改善できるよう、可能な限りリハビリテーションを行うことが重要である。この観点から、発声・発話の機能を維持あるいは改善するためのリハビリテーションについても必要に応じて提供できるようなケア体制を整えることが重要である。特に、発声・発話と摂食嚥下機能は、からだの機能としては異なるが、疾患や姿勢の問題等によって両方の機能低下が同時にみられることもあるため、発声・発話の状況やその要因となりうる状況の情報を収集することが大切になる。

ただし、摂食嚥下機能の評価も、その維持・改善のために必要なリハビリテーションの内容も、それぞれに関連する領域の専門職が判断すべきものであり、専門職による判断結果やリハビリテーションに関する留意点を丁寧に把握する必要がある。

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- （入院していた場合）入院中の口腔に関するケア内容
- （入院していた場合）入院中のリハビリテーションの内容
- 嚥下障害に係りうる病歴の有無（気管切開など）
- 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）

疾患別ケア 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

- 食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）
- 摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など）
- 発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容
- 本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

関連するモニタリング項目

- 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）
- 摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など）
- 発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容
- 本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況

相談すべき専門職

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

7. 口腔乾燥への支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

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

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

必要性

加齢によって唾液腺は萎縮するため、萎縮を防止するためのプログラムが必要となる。特に、食事が軟食であると咀嚼運動の必要性が無くなり、唾液腺の萎縮は進行するため、口腔乾燥自体への対応だけでは解決できなくなる点に留意が必要である。

唾液分泌が減ることは、口腔内の細菌量が増えたり、口腔乾燥が進んだりする原因となり、誤嚥性肺炎の発症リスクを高める。口の中が乾きすぎると唾液の分泌が減る場合があり、唾液が少ないことに伴う嚥下のトラブルの原因になりうる。したがって、口の中の状況も踏まえた嚥下リスクの評価結果に基づき、必要に応じて口の中が乾きすぎないようにするためのケアが提供されるようにすることが重要である。

口の中の乾きの原因としては、日常的な口の開きや水分摂取量だけでなく、薬を飲んでいる場合はその服薬内容や、居室の温湿度、食事物性なども関係する場合があるので、こうした情報も含めて収集・共有し、専門職の判断と指示を得ることが大切である。また、唾液量は体内の水分量と関連することから、排泄（特に尿）の状況についても可能な限り把握することが大切である。

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無
- 口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 食事の内容（種類、形態、量、内容など）
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）
- 自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況（窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラインドの利用状況など）

関連するモニタリング項目

- 日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無

疾患別ケア 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

- 口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 食事の内容（種類、形態、量、内容など）
- 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）
- 排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）
- 自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況（窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラインドの利用状況など）

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 等

2-2 リスクを小さくする支援

2-2-1 嚥下トラブルなく食事をとることの支援

8.食内容の見直しの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

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

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

必要性

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

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

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 食事の内容（種類、形態、量、内容など）
- 食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など

関連するモニタリング項目

- 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 食事の内容（種類、形態、量、内容など）

疾患別ケア 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

- 食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 等

9.食事のとり方や環境の整備

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

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

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

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

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

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

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

必要性

食事を摂る姿勢などを工夫することで、誤嚥リスクを小さくできる場合がある。

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

また、食事は日々行われるものであるため、介護者が立ち会って支援できない場合も多い。したがって、食事を摂る道具や環境を整え、改善することは、介護者の負担軽減の観点からも取り組む必要性が大きい。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 食器の保持の状況
- 食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）
- 評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境
- 食事をとる際の姿勢・食事のとり方
- 評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる際の姿勢・食事のとり方
- 日常的に使っている食器
- 評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具

疾患別ケア 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

- 食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など）
- 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無
- 食器や道具・食事をとる環境を提供しうる地域の社会資源の有無、状況

関連するモニタリング項目

- 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 食器の保持の状況
- 評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境
- 評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる際の姿勢・食事のとり方
- 評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具
- 食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など）
- 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無
- 食器や道具・食事をとる環境を提供しうる地域の社会資源の有無、状況

相談すべき専門職

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

2-2-2 フレイル予防のために必要な栄養の確保

10.食事内容と栄養摂取状況の把握と改善

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

食事からの栄養摂取ができているか、食欲があるかを把握する。

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

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

必要性

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

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

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

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人及び同居家族等の生活リズム(特に食事のタイミング)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど)
- 食欲の状況
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 食事をとっている場所・環境(ベッドか机か、椅子や机の高さなど)
- 日常的に使っている食器
- 食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)
- 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)
- 排泄内容(便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど)
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)

疾患別ケア 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

関連するモニタリング項目

- 本人及び同居家族等の生活リズム(特に食事のタイミング)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど)
- 食欲の状況
- 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など
- 食事をとっている場所・環境(ベッドか机か、椅子や机の高さなど)
- 食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)
- 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)
- 排泄内容(便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど)
- 日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)

相談すべき専門職

看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

2-2-3 口腔ケアの実施

11. 口腔ケアの実施

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

感染症を防ぐため定期的な口腔ケアを行うことができるよう、ケア体制を整える。

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

必要性

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

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度
- 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認

関連するモニタリング項目

- 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度
- 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）
- 口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）
- かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認

相談すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 等

3.再評価

3-1 リスクの再評価

3-1-1 リスクの再評価

12.一定期間ごとのリスクの再評価

実施内容

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

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

必要性

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

※「（大項目1）リスクの（再）評価」で把握する項目と同じ

関連するモニタリング項目

※「（大項目1）リスクの（再）評価」で把握する項目と同じ

相談すべき専門職

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

4.変化を把握したときの対応体制の構築

4-1 変化を把握したときの対応体制の構築

4-1-1 変化を把握したときの対応体制の構築

13.短期的な変化を把握したときの連絡・対応体制の事前検討

実施内容

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

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

必要性

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候
- 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）
- 連絡先（かかりつけ医等）、専門職種間での対応体制

関連するモニタリング項目

- 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候
- 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）
- 連絡先（かかりつけ医等）、専門職種間での対応体制

相談すべき専門職

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

14.留意すべき兆候を把握し共有する支援体制の整備

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

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

具体的には、むせや咳の状況、食事のときにのどがゴロゴロ鳴るなどの様子が考えられる。また、以前よりも元気がない、食欲が低下しているなどの長期的な変化の兆候を把握する。

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

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

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

必要性

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

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 本人の健康状態、生活状況
- 本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）
- 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
- 食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）
- 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）
- 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）
- 医師による判断の状況（入院すべきか否か）
- 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候
- 長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど）
- 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）

関連するモニタリング項目

- 本人の健康状態、生活状況
- 本人の日常生活リズム(起床就寝、食事、仕事や日課等)
- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)
- 食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど)
- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)
- 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング(例:動作時、食事の途中など)、咳・むせの頻度、咳のタイプなど
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など)
- 医師による判断の状況(入院すべきか否か)
- 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候
- 長期的な変化の兆候(以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど)
- 家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)

相談すべき専門職

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

4-2 入院後の生活復帰の見通しの共有

4-2-1 入院後の生活復帰の見通しの共有

15.入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

実施内容

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

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

なお、入院時点において、本人が肺炎を繰り返すリスクを小さくする治療に資するよう、日常的に把握している本人の摂食嚥下や食事の状況等の情報を、病院のかかりつけ医等に伝達する。

必要性

治療のために入院した場合でも、回復後の生活復帰を早める観点に立てば、入院して治療している段階から、退院後の自宅での療養に関する留意点を共有する必要がある。情報を共有しておくことにより、退院後の生活への移行を円滑にするとともに、入院前の生活状況の情報を得ることにより入院先での治療やリハビリテーションの内容を具体化し、本人の生活にあったものになるよう個別化するために役立てることができる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

なお、アセスメントの時点の状態から変化している場合もあるため、モニタリングにおいては、以下の項目における状態の“変化”を改めて捉えることが重要である。

関連するアセスメント項目

- 退院の見込み時期
- 退院後のケアの体制（家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など）
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）

関連するモニタリング項目

- 退院の見込み時期
- 退院後のケアの体制（家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など）
- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）

相談すべき専門職

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

第4章 多職種連携の重要

1. 多職種連携の重要性

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

(1) 入院・入所先時の多職種連携

- ・ 本手法では、退院してから生活が安定するまでを「Ⅰ期」とし、特にこの時期に必要と考えられるケアを整理し、退院後から在宅へと、最も支援が必要な時期にケアが切れ目なく提供される体制を整えることを重要と捉え、項目を整理した。
- ・ ここに挙げたような退院の場面に加え、退所の場面においても切れ目のないケアが提供されるよう、入院した病院や入所した施設の多職種との間での情報共有、連携を加速させることが重要である。

(2) かかりつけ歯科医との連携

○かかりつけ歯科医の必要性

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

○かかりつけ歯科医との連携の必要性

- ・ 高齢者の場合、歯の喪失や歯周病の進行に伴って口腔内の状況が複雑となるため、一人ひとりの口腔内の状況に合った歯口清掃が実施できるよう、きめ細かな指導・支援の必要がある。また、認知症がある場合、認知症の進行に伴って自身での歯口清掃が困難になる場合もある。

多職種連携の重要性

- ・ したがって、利用者にとってのかかりつけ歯科医の有無を確認したうえで、口腔内の状況が悪化する前に、早期にかかりつけ歯科医と連携して口腔内の衛生状況及び日々の歯の健康の管理の方法について情報共有しておくことが必要である。また、口腔内の状況は嚥下にも大きく影響するため、嚥下に関するトラブルの可能性やその対応についても、早期にかかりつけ歯科医と連携して情報共有やアセスメントを実施することが重要である。

(3)かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携

○かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局の必要性

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

○かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携の必要性

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

2. かかりつけ医との連携の重要性

○「できる限り自分でできることを増やしていく」ための療養の管理

- ・ 本手法では、退院後の時期を「Ⅰ期」、「Ⅱ期」と分け、できる限り自分でできることを増やしていくことを目指す支援、いわゆる自立支援を展開していくうえで検討すべき、ケアの方向性及びその必要性を判断するアセスメント項目を整理した。
- ・ 退院後の時期で分けて想定しているため、特に疾患の療養を基本としつつ、状況が改善するにつれて生活面、さらには社会参加に関する支援を展開していくという考え方を基本としている。
- ・ したがって、まずは療養の管理を、本人あるいは同居している家族等が確実に実施できるようにする支援・環境の整備が重要であり、そうした支援が適切なものとなっているかどうかを判断するためにこそ、医療との連携が重要となる。

○療養に関する情報をかかりつけ医と共有する必要性

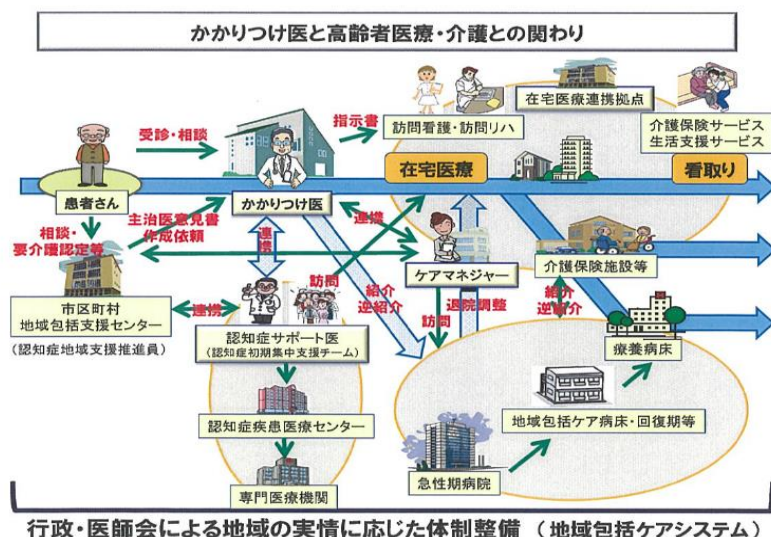
- ・ 自宅での日常的な療養の支援を行うためには、それまでの疾患に関する情報、求められる療養の内容、本人や家族等の療養に対する理解度、日常における本人のこころ・からだの状況変化等、様々な情報を収集し、共有する必要がある。
- ・ なお、医師と一口に言っても、入院していた病院・病棟の医師、通院している病院の医師等、在籍している機関によって様々であるが、中でも在宅における日常的な療養に関する判断を仰ぐという点では、かかりつけ医との情報の共有が重要である。
- ・ かかりつけ医とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」³²と定義されたもので、在籍する機関に関らず、その人（患者）の日常的な療養に対して総合的に判断・助言できるような役割を担う医師である。
- ・ したがって、介護支援専門員が本人の日常的な療養について情報を共有すべき相手としては、医師の中でも特にかかりつけ医と連携していくことが最も重要である。

<かかりつけ医の意義と地域包括ケアシステムにおける位置づけ>

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

³² 日本医師会・四病院団体協議会 「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」（2013年8月8日）

図表 かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり



14

（資料）日本医師会 鈴木理事講演資料より

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

○かかりつけ医との連携において留意すべき点

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

参考文献

【ケアマネジメント全般】

- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（改訂平成 30 年 3 月、厚生労働省）
- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（平成 30 年 6 月、厚生労働省）
- 専門職のための認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き（平成 30 年 3 月、厚生労働省）

【高齢者の機能と生理】

- [八訂] 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（2018 年 6 月、介護支援専門員テキスト編集委員会、一般財団法人 長寿社会開発センター）
- 介護職員スキルアップ研修 2016 年（平成 28 年度介護職員スキルアップ研修 研修運営委員会、東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課）
- 家族看護を基盤とした在宅看護論Ⅰ概論編第 4 版（平成 30 年 2 月、渡辺裕子他、株式会社日本看護協会出版会）
- 家族看護を基盤とした在宅看護論Ⅱ実践編第 4 版（平成 30 年 2 月、渡辺裕子他、株式会社日本看護協会出版会）
- 最新 老年看護学 第 3 版 2020 年版（令和 2 年 1 月、水谷信子他）
- 実践看護技術学習支援テキスト 老年看護学（平成 18 年、中島紀恵子他、株式会社日本看護協会出版会）

【脳血管疾患】

- 脳卒中治療ガイドライン 2015 [追補 2019 対応]（令和元年 11 月 25 日、日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会、株式会社協和企画）
- 高血圧治療ガイドライン 2019（平成 31 年 4 月 25 日、日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会、日本高血圧学会 ライフサイエンス出版 鯉谷書店）
- 作業療法ガイドライン 2018 年度版（平成 31 年 2 月、一般社団法人日本作業療法士協会）
- 介護職員スキルアップ研修 2016 年（平成 28 年度介護職員スキルアップ研修 研修運営委員会、東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課）
- 医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成 25 年 8 月 8 日、日本医師会・四病院団体協議会）

【大腿骨頸部骨折】

- 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 2021 改訂第 3 版（令和 3 年 2 月 27 日、日本整形外科学会 日本骨折治療学会 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会 大腿骨頸部/転子部骨

折診療ガイドライン策定委員、南江堂)

- 作業療法ガイドライン 2018 年度版 (平成 31 年 2 月、一般社団法人日本作業療法士協会)
- 大腿骨近位部骨折のリハビリテーション (平成 30 年、林泰史 末永健一、インターメディカ)
- 医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言 (平成 25 年 8 月 8 日、日本医師会・四病院団体協議会)

【心疾患】

- 高齢心不全患者の治療に関するステートメント (平成 28 年、日本心不全学会ガイドライン委員会)
- 在宅医療テキスト第 3 版 (平成 27 年、在宅医療テキスト編集委員会)
- 2016 年度版心臓サルコイドーシスの診療ガイドライン (平成 28 年、日本循環器学会他)
- 脳血管障害、慢性腎臓病、末梢血管障害を合併した心疾患の管理に関するガイドライン 2014 年改訂版 (平成 26 年、日本循環器学会他)
- ペースメーカ、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン 平成 25 年改訂版 (平成 25 年、日本循環器学会他)
- 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 年改訂版 (平成 24 年、日本循環器学会他)
- 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン (平成 24 年、日本循環器学会他)
- 急性・慢性心不全診療ガイドライン 2017 年改訂版 (平成 30 年 3 月 23 日、日本循環器学会他)
- 在宅医療 午後から地域へ (平成 22 年、日本医師会雑誌 第 139 巻・特別号 (1))
- 高齢者診療マニュアル (平成 21 年、日本医師会雑誌 第 138 巻・特別号 (2))
- 家族看護を基盤とした在宅看護論 I 概論編第 4 版 (平成 30 年 2 月、渡辺裕子他、株式会社日本看護協会出版会)
- 最新 老年看護学 第 3 版 2020 年版 (令和 2 年 1 月、水谷信子他)
- 心臓リハビリテーション (日本リハビリテーション学会 HP)
- 医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言 (平成 25 年 8 月 8 日、日本医師会・四病院団体協議会)

【認知症】

- 2 訂／介護支援専門員研修テキスト 専門研修課程 I (2 訂／介護支援専門員研修テキスト編集委員会、一般社団法人日本介護支援専門協会)
- 2 訂／介護支援専門員研修テキスト 専門研修課程 II (2 訂／介護支援専門員研修テキスト編集委員会、一般社団法人日本介護支援専門協会)
- 2 訂／介護支援専門員研修テキスト 主任介護支援専門員更新研修 (2 訂／介護支援専門員研修テキスト編集委員会、一般社団法人日本介護支援専門協会)
- 認知症疾患診療ガイドライン 2017 総論 (一般社団法人日本神経学会 など)
- 認知症ケアマニュアル (公益社団法人大阪府看護協会)
- 認知症・せん妄サポートチームマニュアル (国立長寿医療研究センター)
- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン (厚生労働省)
- 作業療法ガイドラインー認知症 第 1 版 (平成 31 年 4 月 20 日、一般社団法人日本作業療法士

協会 学術部、一般社団法人日本作業療法士協会)

- -研究報告- 介護老人保健施設における認知症ケアガイドラインの開発 (原祥子 他)
- 「認知症家族・介護者」のための認知症・BPSD 介護マニュアル (平成 27 年 4 月発行/令和元年改訂、一般社団法人 葛飾区医師会 認知症対策委員会)
- 「認知症の薬物療法」第 105 回日本精神神経学会総会 教育講演 (中村 祐 (香川大学医学部精神神経医学講座))
- 薬剤師認知症対応力向上研修テキスト (薬剤師分科会 (平成 27 年度 老健事業))
- 優しさを伝えるケア技術: ユマニチュード (本田美和子 (第 56 回日本心身医学会総会ならびに学術講演会資料))
- ユマニチュードを学ぶ (一條智康)
- 認知症ケアガイドブック (平成 28 年 6 月、公益社団法人日本看護協会 ※一部のみ WEB 公開、<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/ninchisyo/pdf/careguide.pdf>)
- 認知症を理解する (厚生労働省ホームページ 政策レポート、<https://www.mhlw.go.jp/seisaku/19.html>)
- 専門職のための認知症の本人と家族がともに生きることを支える手引き (認知症介護研究・研修仙台センター (平成 29 年度厚生労働省老人健康保健増進等事業))
- 医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言 (平成 25 年 8 月 8 日、日本医師会・四病院団体協議会)

【誤嚥性肺炎の予防】

- 成人肺炎診療ガイドライン 2017 (平成 29 年 4 月 2 日、日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2017 作成委員会 編集、一般社団法人日本呼吸器学会 (JRS))
- ナース専科 2017 年 8 月号 (平成 29 年 7 月 12 日、株式会社エス・エム・エス)
- 作業療法マニュアル 55 摂食嚥下障害と作業療法ー吸引の基本知識を含めて (平成 25 年 3 月 31 日、一般社団法人日本作業療法士協会)
- 生活支援がわかるケアマネジャーの医療知識 (平成 23 年 4 月 5 日、ケアマネットふじのくに 編著、中央法規出版株式会社)
- 嚥下障害診療ガイドライン 2018 年版 (平成 30 年 9 月 10 日、一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会 編集、金原出版株式会社)
- 先生、誤嚥性肺炎かもしれません 嚥下障害、診られますか? (平成 27 年 9 月 20 日、谷口洋 編集、株式会社羊土社)
- 米国感染症学会ガイドライン成人市中肺炎管理ガイドライン第 2 版 (平成 17 年 1 月 1 日、ジョン G. パートレット他 著/河野茂 監訳、株式会社医学書院)
- 家族看護を基盤とした在宅看護論Ⅱ実践編第 4 版 (平成 30 年 2 月、渡辺裕子他、株式会社日本看護協会出版会)
- 在宅医療と訪問看護・介護のコラボレーション (改訂 2 版) (平成 27 年 4 月、前川厚子 編著、株式会社オーム社)
- 実践看護技術学習支援テキスト老年看護学 (平成 14 年 5 月 31 日、中島紀恵子 監修、株式会社日本看護協会出版会)
- 家族看護を基盤とした在宅看護論Ⅰ概論編第 4 版 (平成 30 年 2 月、渡辺裕子他、株式会社日本

看護協会出版会)

- Monthly Book MEDICAL REHABILITATION No.238 摂食嚥下障害患者の食にチームで取り組もう！
(令和元年7月15日、栢下淳 編集、株式会社全日本病院出版会)
- 臨床の口腔生理学に基づく摂食嚥下障害のキュアとケア 第2版 (平成29年9月15日、舘村卓著、医歯薬出版株式会社)
- ICF 国際生活機能分類－国際障害分類改定版－ (平成14年8月15日、障害者福祉研究会 編集、中央法規出版株式会社)
- 「よくする介護」を実践するための ICF の理解と活用－目標指向的介護に立って (平成21年7月27日、大川弥生 著、中央法規出版株式会社)
- 生活7領域から考える自立支援アセスメント・ケアプラン作成マニュアル (ver. IV) (平成20年4月1日、中社団法人日本介護福祉士会 編集、中央法規出版株式会社)
- 呼吸器の病気「誤嚥性肺炎」 (平成28年12月、一般社団法人日本呼吸器学会 WEB ページ https://www.jrs.or.jp/uploads/uploads/files/disease_qa/disease_a12.pdf)
- 基本チェックリスト (厚生労働省)
- 摂食・嚥下機能障害チェックシート (平成19年、東京都福祉保健局、https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/shikahoken/pamphlet/hokenjo_sakusei.html)
- 医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言 (平成25年8月8日、日本医師会・四病院団体協議会)

巻末資料・別冊資料

本事業の成果物及び検討経過に使用した資料・文献等は以下のとおりである。

- 巻末資料1 ケアマネジメントの標準化に関する概念図
- 巻末資料2 適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア 令和2年度改訂版
概要版(項目一覧)
 - ◇ 基本ケア
 - ◇ 疾患別ケア:脳血管疾患Ⅰ期、Ⅱ期
 - ◇ 疾患別ケア:大腿骨頸部骨折Ⅰ期、Ⅱ期
 - ◇ 疾患別ケア:心疾患Ⅰ期、Ⅱ期
 - ◇ 疾患別ケア:認知症
 - ◇ 疾患別ケア:誤嚥性肺炎の予防
- 巻末資料3 適切なケアマネジメント手法の手引き
(令和2年度老健事業「適切なケアマネジメント手法の普及に関する調査研究事業」成果物)

過去の研究資料成果

平成28年度以降の「適切なケアマネジメント手法」に関して実施した調査研究事業の成果については、株式会社日本総合研究所 HP 内に掲載している。なお、資料名を直接検索いただくことも可能です。

以下、株式会社日本総合 HP 内

平成28年度「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業」

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=31083>

平成29年度「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=34346>

平成30年度「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=34346>

令和元年度「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業」

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=36013>

卷末資料1 ケアマネジメントの標準化に関する概念図

本調査研究事業の目的等

<背景及び目的>

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

<方法>

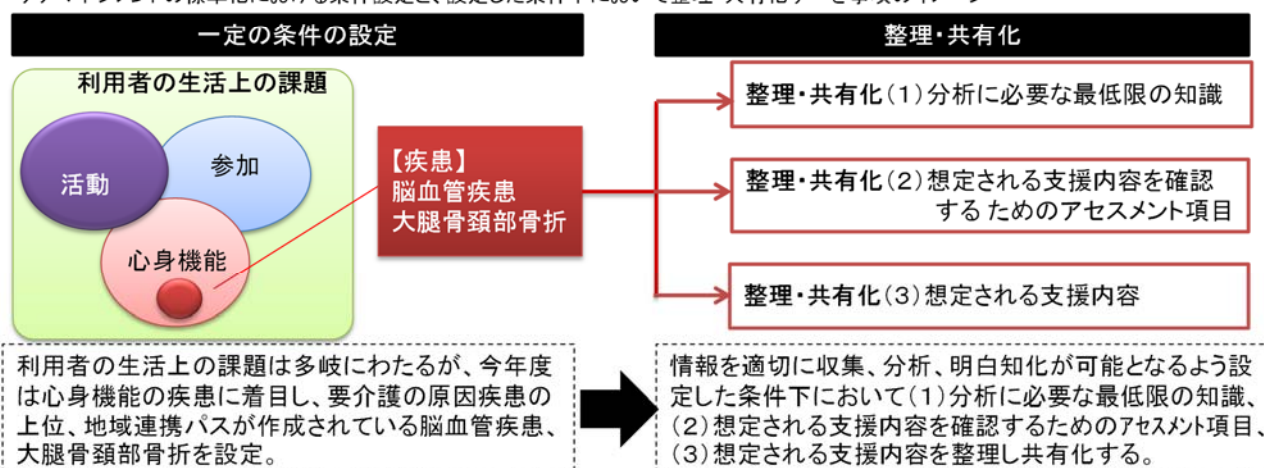
介護支援専門員個々が作成する要介護者のケアプランの内容やケアマネジメントについて「差違」を少なくするため、一定の条件下において『想定される支援内容』を整理し、共有化を試みる。

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

<具体的な取り組み>

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

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

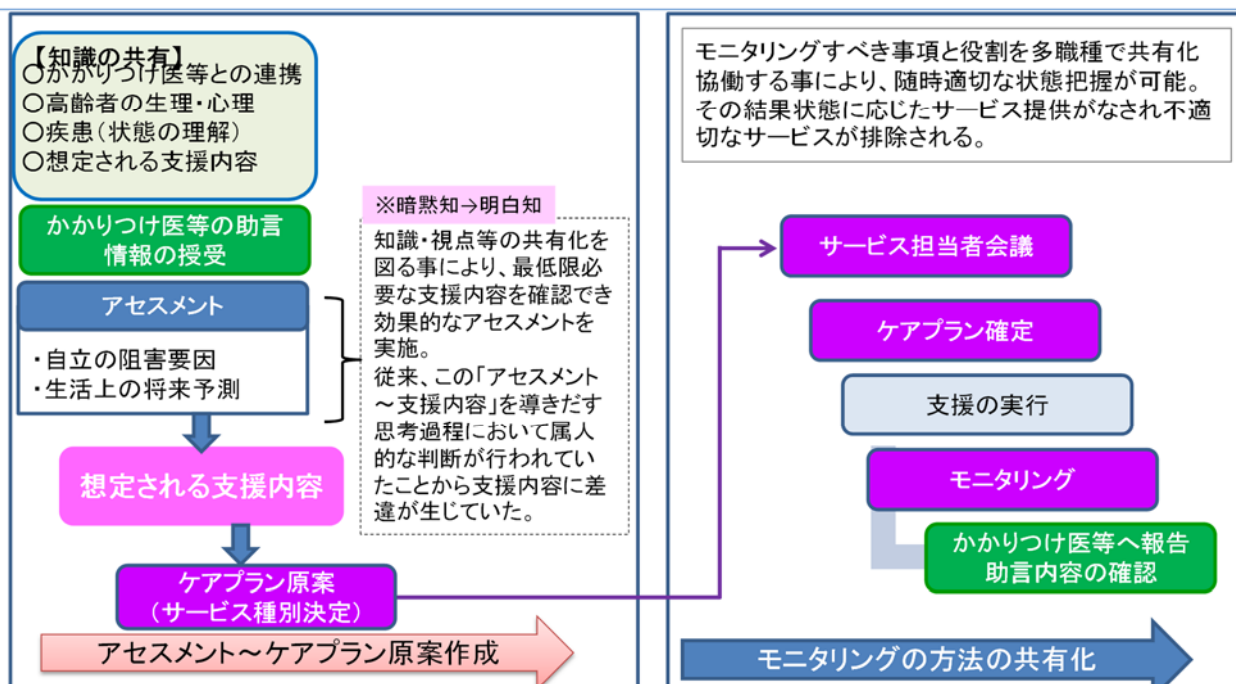


図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

ケアマネジメントの標準化(共有化)のイメージ

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

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

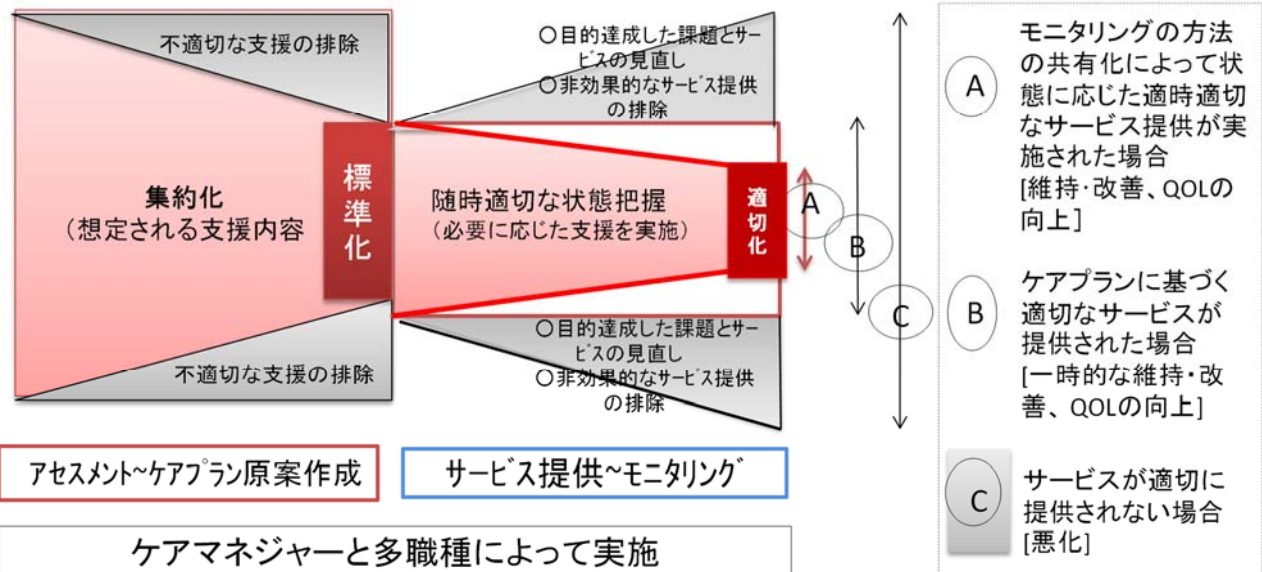


図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

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

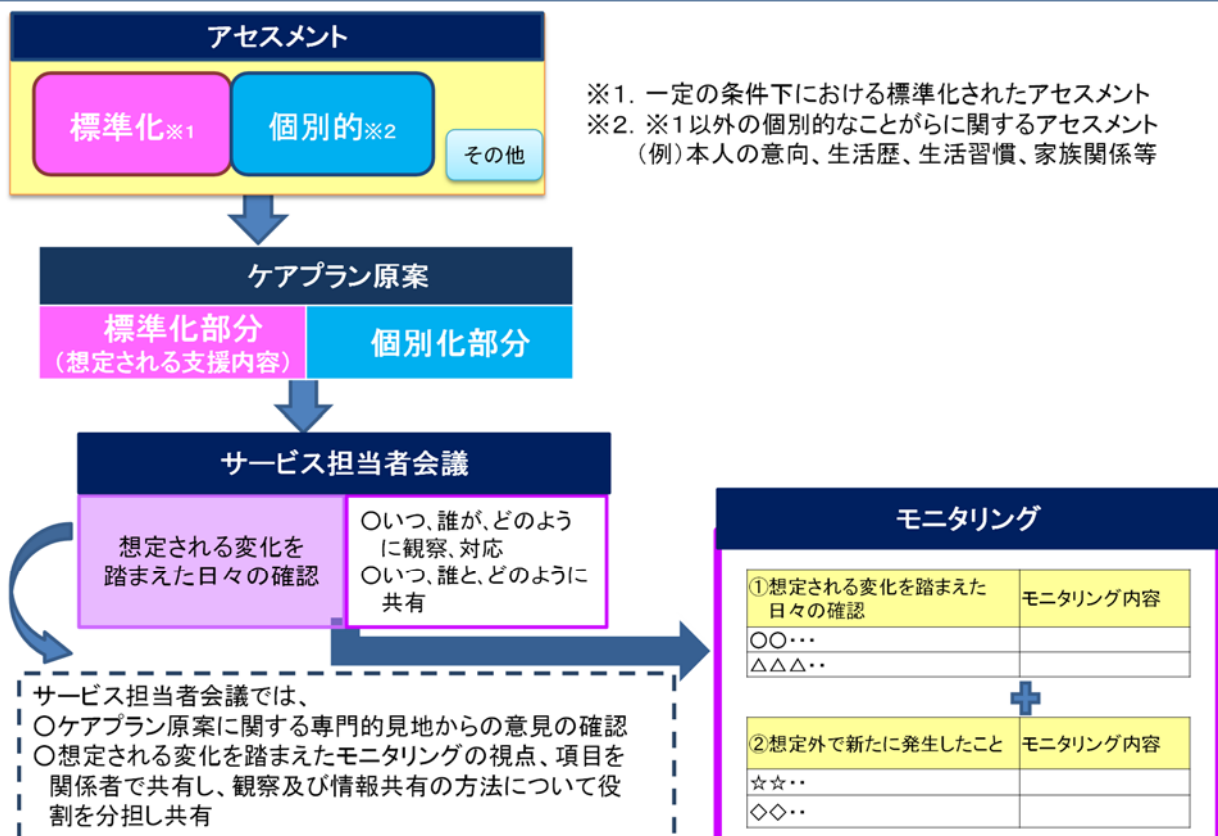
- ケアマネジメントの標準化に向けて、アセスメントからケアプラン原案作成までの過程につき、暗黙知を明白知化することにより方向性を集約させていく。
- しかしケアプランが作成されても提供主体がそのケアプランに基づき適切にサービス提供を行わなければ、効果は期待できない。また利用者の心身状態の変化に応じた対応ができなければ同じく効果は期待できない。
- そのため、モニタリングの機能が適切に発揮されることが重要であり、モニタリングの方法を共有化し、モニタリングを通じて、より本人の状態に応じた適切なケアプランが作成されることで、自立支援に資する適切なサービス提供が可能となる。

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



図：厚生労働省(遠藤・石山)作成

適切なケアマネジメントに向けた支援内容の手法のイメージ



図：厚生労働省(遠藤・石山)作成

巻末資料2 適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア 令和2年度改訂版 概要版(項目一覧)

【概要版（項目一覧）】基本ケア

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目	主なモニタリング項目	相談すべき専門職
I 尊厳を重視した意思決定の支援	I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1 疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援	・再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすい等）についても知っておくことも重要である。 ・継続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養や生活の改善を支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。 ※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な食事の摂取状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応の状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応の状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
			2 併存疾患の把握の支援	・再発予防や生活の悪化防止のためには、起因となっている生活習慣病や他の併発疾患の理解が必要である。 ・かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整える。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応の状況	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・生活習慣病への対応の状況	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
			3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保	・口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすいくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。 ・口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少につながったり、虫歯や誤嚥につながる。 ・正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしぼることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。 ・異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。	・（入院していた場合）入院中の食事の種類、内容 ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・唾液の状態、貯留の状況の有無（唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある） ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど ・息切れの有無 ・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無 ・日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制 ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・現在利用している専門的なサービス（訪問歯科、訪問歯科衛生士等）	・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・唾液の状態、貯留の状況の有無（唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある） ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど ・息切れの有無 ・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無 ・日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制 ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・現在利用している専門的なサービス（訪問歯科、訪問歯科衛生士等）	医師、歯科医師、科衛生士、介護職
			4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認	・転倒やそれに伴う骨折の予防のためには、自らの身体機能（反射、平衡感覚、視覚等）の状態を理解し、それにあった生活動作を身につけるよう支援する必要がある。 ・自らの身体機能の状態を理解するための支援、そのための体制を整える。具体的には、本人の身体状況を定期的に測定する機会をつつたり、身体機能が低下している場合はそれを前提とした日常的な動作を行えるような機能訓練等の体制を整える。	・過去の転倒歴（転倒が起きた状況など） ・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よい場所、動線、日課など） ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・本人の身体能力、生活動作の確認 ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無 ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）	・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よい場所、動線、日課など） ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・本人の身体能力、生活動作の確認 ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無 ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			I-1-2 現在の生活の全体像の把握	5 望む生活・暮らしたい意向の把握	・本人・家族等が望む生活・暮らし（1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況	・本人・家族等が望む生活・暮らし（1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援	・本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地良い場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要である。 ・特に認知症のある高齢者の場合、は睡眠・覚醒リズムが乱れやすく、また自分で生活リズムを整える事は難しいため、生活リズムを規則正しくする支援が受けられる環境の整備が必要となる。 ・本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等を把握する。そのうえで、認知症の進行や健康状態の変化により生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握して改めて本人にとって心地良い生活リズムを取り戻せるよう支援する体制を整える。	・本人にとって心地良いであろう生活リズム ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人の週次や月次の生活リズム ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制 ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容 ・本人や家族等の交友関係	・本人にとって心地良いであろう生活リズム ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人の週次や月次の生活リズム ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制 ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容 ・本人や家族等の交友関係	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			7 食事及び栄養の状態の確認	・食欲の有無は身体の健康や心の状態を図るうえで重要である。高齢者の身体の異常や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにする。 ・体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。 ・咀嚼、嚥下力の低下や薬の副作用で食欲が落ちて低栄養の状態に陥る場合もあることを考慮し、専門職と連携する体制を整える。	・嚥下障害に係りうる病歴の有無（気管切開など） ・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など） ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・食欲の状況 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など） ・日常生活（活動内容、休養・急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など） ・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など） ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・食欲の状況 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など） ・日常生活（活動内容、休養・急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など） ・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職

【概要版（項目一覧）】基本ケア

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等			
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目		主なモニタリング項目	相談すべき専門職
					※内容の詳細や留意点などは本編を参照		※内容の詳細や留意点などは本編を参照	
I 尊厳を重視した意思決定の支援	I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-2 現在の生活の全体像の把握	8 水分摂取状況の把握の支援	・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。 ・日常生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。	・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）		・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
			9 コミュニケーション状況の把握の支援	・本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションの状況を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要になる。 ・日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況を把握する。	・疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格 ・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード ・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況 ・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況 ・本人と家族等のコミュニケーションの状況 ・本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況		・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード ・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況 ・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況 ・本人と家族等のコミュニケーションの状況 ・本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	・本人の状況によらず、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のIADLや社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握する必要がある。 ・生活環境と本人の状況が大きく変化する時期のため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。	・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・金銭管理の状況 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）		・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・金銭管理の状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
		I-1-3 目指す生活を踏まえたリスクの予測	11 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測	・口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。 ・また、正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。 ・口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか等の状況を把握し、異常を発見した場合には歯科医等に連携する支援体制を整える。 ・また、適切な口腔ケアを継続できるよう、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保したり、本人による口腔ケアが難しい場合には必要に応じて介助が得られる環境を整える。	・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・就寝時の義歯着脱の有無（顎堤や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認） ・口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など） ・食事の用意の方法、食事を用意する人		・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・就寝時の義歯着脱の有無（顎堤や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認） ・口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など） ・食事の用意の方法、食事を用意する人	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
			12 転倒などのからだと負担の掛かりのリスクの予測	・継続的な在宅生活を継続するためには、適度な日常生活の活動が必要である。骨折などにより活動量が低下することは、身体機能の低下につながる恐れがあるため、その要因となりうる転等を未然に防ぐことが必要である。 ・生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。 ・そのうえで、転倒しやすい状況や負担の大きい活動の環境を改善したり、日常的な動作において気をつけるべき点を本人及び家族等と確認し必要ならリハビリテーションを継続する支援体制を整えたりする。 ・なお、環境や動作の改善に際しては、支援の必要性及び本人・家族等の意向も確認する。	・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・筋力の低下の状態 ・空間認識の状況 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・通し方 ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制		・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・筋力の低下の状態 ・空間認識の状況 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・通し方 ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
		I-1-4 緊急時の対応のための備え	13 感染症の早期発見と治療	・高齢者は、生体防御機能の低下が起こる。炎症反応が弱く、発熱や痛みへの訴えが弱い場合があることに留意する。 ・感染症の初期症状が表れた場合に医療機関を受診できるように、家族等やかかりつけ医及び関連する専門職と情報を共有したり、必要ときに連携できる体制を整える。	・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴） ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・感染症へのかかりやすさ ・家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など） ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況 ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制		・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など） ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況 ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制	医師、看護師、介護職
			14 緊急時の対応	・本人の体調が急変して入院が必要になる等の状況では、特に独居の場合など、本人の意思が確認が難しくなる場合もある。急ぎの対応でも必要なら人に必要な連絡が届くよう、連絡体制を整備する必要がある。 ・緊急時に連絡すべき家族等、かかりつけ医などの連絡体制を本人や家族等とも確認し、事前に連絡先と連絡方法を取り交わしておく。	・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・体調の変化を伝える相手とその関係性 ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど ・本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医師による判断の状況（入院すべきか否か） ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・日常と異なる状況の有無、その内容と程度 ・長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・いざという時の入院候補充となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができれば望ましい ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制		・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・体調の変化を伝える相手とその関係性 ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど ・本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医師による判断の状況（入院すべきか否か） ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・日常と異なる状況の有無、その内容と程度 ・長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・いざという時の入院候補充となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができれば望ましい ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
I-2 意思決定過程の支援	I-2-1 本人の意思を捉える支援	I-2-1 本人の意思を捉える支援	15 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	・意思決定支援においては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要である。 ・本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積・共有し、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて、本人の意思の形成や表明を支援できるようにするための体制を整える。	・生活歴、成育歴 ・日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード ・今の生活に対する本人の想い ・これからの生活に対する本人の想い ・本人が得意にしていること ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測		・日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード ・今の生活に対する本人の想い ・これからの生活に対する本人の想い ・本人が得意にしていること ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職

【概要版（項目一覧）】基本ケア

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等			
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目		主なモニタリング項目	相談すべき専門職
Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援	Ⅰ-2 意思決定過程の支援	Ⅰ-2-2 意思の表明の支援と尊重	16 日常生活における意向の尊重	・日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要である。 ・日常生活における選択（食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等）において、本人の意向が表明され反映されるように、意向の表明を支える体制を整える。	※内容の詳細や留意点などは本編を参照		・日常生活における意向の表明の状況 ・日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ ・日常生活における決定を実質的に誰がしているか	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			17 意思決定支援の必要性的理解	・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要である。 ・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援する。 ・なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。また、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意する。	・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・本人が有する意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況		・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・本人が有する意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			18 意思決定支援体制の整備	・意思決定支援（あるいは意思推定支援）は一人でできるものではなく、チーム体制を整備することが重要である。 ・意思決定支援あるいは意思推定支援の必要性が大きくなった場合に、その支援を行う体制を整える。 ・なお、ここでいう意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではない。状況が変化するにつれて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化することから、まずは誰が意思決定支援（あるいは意思推定支援）の体制に入るのかを把握することに留意する。	・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性 ・意思決定支援チームとして関わりうる人（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える） ・意思決定支援チームでの情報共有体制 ・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング		・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性 ・意思決定支援チームとして関わりうる人（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える） ・意思決定支援チームでの情報共有体制 ・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
			19 将来の生活の見通しを立てることの支援	・本人や家族等の生活は将来にわたって続くが、経験したことがない将来の生活の見通しを持つことは、多くの人にとって難しい。したがって、情報を提供したり、これまでに本人や家族等が感じていることを聞き取ったりすることを通じて、本人や家族等が意思を形成する支援を行う必要がある。 ・本人や家族等自身が判断できるよう支援するためには、状況に応じた介護の選択肢があることを知らせたり、本人や家族等の意向を引き出す相談援助を行う。	・生活歴、成育歴 ・今の生活に対する本人の思い ・今後の治療に関する本人の意向 ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・EOLに対する家族等の意向 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・本人が得意にしていること ・本人が有する意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・ACPの実施状況 ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備 ・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況		・生活歴、成育歴 ・今の生活に対する本人の思い ・今後の治療に関する本人の意向 ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・EOLに対する家族等の意向 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・本人が得意にしていること ・本人が有する意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・ACPの実施状況 ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備 ・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援	Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	Ⅱ-1-1 水分と栄養を摂ることの支援	20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援	・高齢者は代謝機能の変化によって、水や電解質のバランスを保つ調整能力の低下や、細胞内の水分量の低下がみられる。そのため、高齢者は水分のバランスを崩して脱水状態を起こしやすい状態にある。一方で、排尿回数を減らすために、水分を控える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れる等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要である。 ・また、食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要である。栄養改善は、疾患の予防、悪化防止、リハビリを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要である。 ・本人や家族の日常的な食生活や飲み物の摂取状況、排泄や発汗によって失われる水分量を把握し、必要な水分や栄養を確保できているかを把握できる体制を整える。 ・必要な水分を確保できるような支援を確保する。また、食事については食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。	・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食欲の状況 ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・居室等の環境で、失われる水分量の予測 ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）		・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食欲の状況 ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・居室等の環境で、失われる水分量の予測 ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
			21 水分の摂取の支援	・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。 ・日常生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。	・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分量含有量など） ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無 ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など） ・支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）		・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分量含有量など） ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無 ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など） ・支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援	・適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が表れることがある。口腔乾燥が生じると、肺炎のリスクが高まるほか、本人の不快感や口臭の起因ともなるため適切に口腔ケアが継続される必要がある。 ・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション（専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む）が提供されるようなケア体制を整える。 ・セルフケアとして自身で実施可能なリハビリテーションについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有する。 ・口腔乾燥を防止するため、口腔内に適切な水分が保たれるように環境を見直す。唾液腺のマッサージや、保湿剤の活用等の口腔乾燥の防止の必要性も考慮し、歯科医師等と状況を共有し連携する体制を整える。	・（入院している場合）入院中のリハビリテーションの内容 ・（入院していない場合）入院中の口腔に関するケア内容 ・嚥下障害に関係しうる病歴の有無（気管切開など） ・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況（窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラインドの利用状況など） ・口腔内の状況（乾燥の程度、口腔内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・食事をとる際の姿勢・食事のとり方 ・食器の保持の状況 ・日常的に使っている食器 ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認） ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無 ・摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容 ・評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具 ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境 ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる際の姿勢・食事のとり方 ・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況		・嚥下障害に関係しうる病歴の有無（気管切開など） ・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況（窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラインドの利用状況など） ・口腔内の状況（乾燥の程度、口腔内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・食事をとる際の姿勢・食事のとり方 ・食器の保持の状況 ・日常的に使っている食器 ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認） ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無 ・摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容 ・評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具 ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境 ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる際の姿勢・食事のとり方 ・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職

【概要版（項目一覧）】基本ケア

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目		相談すべき専門職
				※内容の詳細や留意点などは本編を参照		※内容の詳細や留意点などは本編を参照	
Ⅱ これまでの生活の尊重と継続的支援	Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	Ⅱ-1-2 継続的な受診と服薬の支援	23 継続的な受診・療養の支援	・日常生活を通じて再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）を図るには本人・家族等によるセルフマネジメントが重要であり、疾患及び疾病管理に関して本人・家族等の理解と管理が正確に行われる必要がある。これを確保するためには、本人・家族等に対して、起因となった疾病についてかかりつけ医をはじめとする専門職から説明がなされていること、本人・家族等がそれを理解して、疾患の管理を行うことが大切である。 ・通院する環境やその手段を整えることで継続的な受診を維持する体制を整える。必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病気にに対する不安を除くことで、生活の縮小ではなく、生活の改善をうながす。 ・また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供にも配慮した支援体制を整える。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・今後の治療に関する本人・家族等の意向 ・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・本人の健康状態、生活状況 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に係る留意点 ・家族等の状況（同居者の有無、支援者は誰かなど） ・本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（急変の判断の目安、急変時の対応方法など） ・医師による判断の状況（入院すべきか否か） ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど） ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・今後の治療に関する本人・家族等の意向 ・本人の健康状態、生活状況 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）の変化及びその理由 ・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に係る留意点 ・本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（急変の判断の目安、急変時の対応方法など） ・医師による判断の状況（入院すべきか否か） ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど） ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			24 継続的な服薬管理の支援	・併発している疾患の再発防止あるいは重度化防止のために服薬が重要であり、それを本人が可能な限り理解できるように支援することも重要になる。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬支援機器の活用状況	・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）の変化及びその理由 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬支援機器の活用状況	
			Ⅱ-1-3 継続的な自己管理の支援	・高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要である。 ・日常的な体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものかを把握し、そのうえで日々の体調を管理できるように支援する体制を整える。 ・また、日常とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制を整える。	・フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等） ・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・自分の体調に対するうけとめ、体調を把握する手段 ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・体調の変化を伝える相手とその関係性 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況 ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況 ・日常的な体調（食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等） ・目標血圧と通常の血圧の状態 ・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など） ・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など） ・日常と異なる状況の有無、その内容と程度 ・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等） ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい	・フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等） ・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・自分の体調に対するうけとめ、体調を把握する手段 ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・体調の変化を伝える相手とその関係性 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況 ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況 ・日常的な体調（食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等） ・目標血圧と通常の血圧の状態 ・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など） ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限） ・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など） ・日常と異なる状況の有無、その内容と程度 ・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等） ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい	
Ⅱ-1-4 心身機能の維持・向上の支援			26 フレイルを予防するための活動機会の維持	・日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながる。 ・したがって、家族等介護者が、過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪う場合もあることに留意が必要であり、家族等介護者である家族等が、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要である。 ・また、高齢者は、数日動かないだけでも筋力の低下や関節の拘縮を引き起こしてしまうため、閉じこもりや活動が極端に少ないような状況にならないよう、日常生活の中で活動を確保することも重要である。 ・専門職と連携して、本人・家族等の、動くことに対する心理的不安を軽減するとともに、本人の身体能力に応じて、家事等の役割分担を設定する。 ・また、家族等介護者である家族等と、本人の状態を共有し、本人ができること、できないことを見極められるようになることを支援する体制を整える。そのために、本人のADL/IADLの状態を把握して専門職等と連携する体制を整え、必要な支援あるいはサービス内容を調整する。	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よい場所、そこまでの動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よい場所、動線、日課など） ・（医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、共有する内容、情報共有のタイミング ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など） ・医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握 ・必要な支援を受けられる体制の確保 ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む） ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無 ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況 ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よい場所、そこまでの動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よい場所、動線、日課など） ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など） ・医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握 ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む） ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無 ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況 ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
			27 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施	・日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながる。 ・生活機能の維持に向けて、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続ができるような環境を整える。 ・また、必要に応じて現在受けているリハビリテーションや実施しているセルフケアに対する本人や家族等の継続意向上を確認し、関連する専門職やサービス事業者と共有する。リハビリテーションやセルフケアが生活機能の維持に必要であることを本人・家族等に改めて説明するなどの連携体制を整える。	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よい場所、動線、日課など） ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など） ・医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握 ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む） ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・必要な支援を受けられる体制の確保 ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況 ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よい場所、動線、日課など） ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など） ・医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握 ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む） ・全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性 ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・必要な支援を受けられる体制の確保 ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況 ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	

【概要版（項目一覧）】基本ケア

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等				
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目		主なモニタリング項目		相談すべき専門職
					※内容の詳細や留意点などは本編を参照		※内容の詳細や留意点などは本編を参照		
Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援	Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	Ⅱ-1-5 感染予防の支援	28 感染症の予防と対応の支援体制の構築	・高齢者は抵抗力が低下して、様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一旦疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要である。 ・家族等の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるような体制を整える。また、外出によって本人や家族等が外部からウイルスや細菌を持ち込むため、手が触れる箇所の清掃を念入りに行ったり、手洗いやうがいを継続できるような支援体制を整える。	・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴） ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・感染症へのかかりやすさ ・家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など） ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況 ・感染症の予防のための環境整備の状況（定期的な部屋の換気、埃がたまっていないか、ゴミが放置されていないかなど） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制	・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴） ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・感染症へのかかりやすさ ・家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など） ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況 ・感染症の予防のための環境整備の状況（定期的な部屋の換気、埃がたまっていないか、ゴミが放置されていないかなど） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職		
			Ⅱ-2 日常的な生活の継続の支援	Ⅱ-2-1 生活リズムを整える支援	29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援	・規則正しい生活は、睡眠や排泄のリズムを整えることに役立つ。本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えたうえで、あくまでも本人の心地良いリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要となる。 ・本人の日常生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常生活における支援者の関わりの状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援を提供できる体制を整える。	・本人及び家族等のこれまでの生活歴 ・本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人にとって心地良いであろう生活リズム ・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など） ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安）） ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の交友関係	・本人及び家族等のこれまでの生活歴 ・本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・本人にとって心地良いであろう生活リズム ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など） ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安）） ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の交友関係	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	Ⅱ-2-1 生活リズムを整える支援	30 休養・睡眠の支援	30 休養・睡眠の支援	・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害が循環器疾患のリスク要因であることが示されている。また、十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高くなったりする可能性があり、再入院のリスクが高まる。 ・本人の休養・睡眠の状況及びその変化を把握し、適宜、専門医等と連携して必要な支援につなげられる体制を整える。 ・また、状況に応じて、寝室の明るさ・温度や寝具の状況、休養・睡眠のタイミングやリズムの把握、同居者の生活リズムの把握や休養・睡眠を阻害する要因を解決する支援についても検討する。	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職		
			Ⅱ-2-2 食事の支援	31 口から食事を摂り続けることの支援	・食欲の有無は身体の健康や心の状態を図るうえで重要である。特に、みずからの口を通じて食事を摂り続けられるようにすることは、食欲だけでなく本人の心の状態にも影響が大きい。 ・体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。 ・なお、食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食欲の状況 ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・日常的な塩分摂取の状況（塩分摂取量、塩分摂取制限の有無など） ・本人や家族等の食生活と食の好み ・日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食欲の状況 ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・日常的な塩分摂取の状況（塩分摂取量、塩分摂取制限の有無など） ・本人や家族等の食生活と食の好み ・日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職	
			32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援	32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援	・食事は心身の健康を維持するために重要な要素である。生活習慣病の起因となる食生活が行われている場合もあることから、食生活について確認して改善を指導することが必要となる。また、栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である。 ・本人や家族等の疾病に対する理解をうながす環境を整え、日常生活で必要な栄養を量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整備する。その際、食べる意欲を維持し、豊かな食生活を実現するために、必要以上の制限が行われないように留意する。	・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食欲の状況 ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食欲の状況 ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職	
Ⅱ-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援			33 清潔を保つ支援	・清潔に対する意識は、本人や家族等の生活習慣や生活歴、家族等背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族等の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応することが必要となる。 ・清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケアが受けられる環境を整える。なお、本人の健康状態に応じて入浴の安全性とリスクが変化する場合もあることから、かかりつけ医や看護師等と連携して、本人の状態を把握し、必要に応じて補助用具や入浴介助等の活用を検討する。	・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・入浴に対する本人・家族等の希望・意向 ・経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か） ・皮膚の状態（異常の有無など） ・本人の当日の健康状態（特に血圧、脈拍の状態など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か） ・自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴など）の状況 ・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など） ・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況 ・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況 ・サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容）	・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・入浴に対する本人・家族等の希望・意向 ・経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か） ・皮膚の状態（異常の有無など） ・本人の当日の健康状態（特に血圧、脈拍の状態など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か） ・自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴など）の状況 ・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など） ・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況 ・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況 ・サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職		
			34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援	・排泄は人間の生命を維持するうえで重要な機能であり、排泄の自立を保つことは、本人の自尊心を高めることにもつながる。一方、家族等にとっても排泄の世話は、精神的、身体的に負担が大きい介護となる。排泄上の障害を取り除き、排泄の自立を高める事が期待される。 ・同時に、排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の日常的な排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。 ・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするため、排泄リズムや排泄方法を把握し、本人がそのリズムを理解できるよう支援する体制を整える。 ・具体的には、トイレ等の排泄する環境を整えるとともに、食事や水分を摂ったり薬を飲んだりするタイミングの調整や、日常生活の中での適度な運動・活動が確保されるよう支援体制を整える。 ・なお、排泄補助用具の活用においては、本人の自尊心を傷つける場合があるほか、本人の不快感を助長する場合もあることに留意する。	・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄リズムに対する本人の認識 ・排泄に関する失敗のエピソード ・日常的な排泄の方法（トイレ、トイレ、おむつなど） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・排泄動作の状況	・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄リズムに対する本人の認識 ・排泄に関する失敗のエピソード ・日常的な排泄の方法（トイレ、トイレ、おむつなど） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・排泄動作の状況	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職		

【概要版（項目一覧）】基本ケア

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目	主なモニタリング項目	相談すべき専門職
Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援	Ⅱ-3 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	Ⅱ-3-1 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	・本人の尊厳を尊重した生活を実現するには、支援の内容を個別化する過程で、本人の強みが生かされる支援方法を工夫する必要があり、その前提としてまずは本人の強みを引き出すための情報収集が重要となる。 ・本人からの情報収集にもとづき、本人が強みを発揮しやすい環境や状況を捉え、生活の中でそうした環境や状況が整えられるような支援体制を整える ・なお、本人の強みは、置かれた環境によって発揮されやすいこともあれば発揮しにくい場合もあることに留意し、継続的に強みが発揮されるようにするためには本人の環境を整える支援体制を整える。	・本人のストレングス ・本人の趣味・嗜好 ・本人・家族等が望む生活・暮らし（1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ ・本人が喜びや楽しみを感じている状況や状態 ・本人が強みを発揮できる状況や状態 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 ・役割を実現するために必要な環境支援 ・コミュニケーション能力回復のために必要な支援 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート	・本人のストレングス ・本人の趣味・嗜好 ・本人・家族等が望む生活・暮らし（1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ ・本人が喜びや楽しみを感じている状況や状態 ・本人が強みを発揮できる状況や状態 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 ・役割を実現するために必要な環境支援 ・コミュニケーション能力回復のために必要な支援 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
		Ⅱ-3-2 コミュニケーションの支援	36 コミュニケーションの支援	・コミュニケーションが阻害されると、本人と家族等が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族等が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。 ・本人と最も身近な家族等を含む他者とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができているかを把握する。 ・そのうえで、本人が日常的に接する機会が多い家族等や介護者等とコミュニケーションをとることができる環境を整える。 ・また、家族等や介護者等に対しても、本人の現在の状況を理解し、今後の見通しやコミュニケーションをとるうえでの留意点を理解できるよう支援及び連携の体制を整える。	・疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格 ・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど） ・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況 ・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況 ・本人と家族等のコミュニケーションの状況 ・本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況 ・コミュニケーション能力回復のために必要な支援	・疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格 ・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード ・本人の障害（構音障害、失語症、失聴症、耳の聞こえなど） ・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況 ・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況 ・本人と家族等のコミュニケーションの状況 ・本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況 ・コミュニケーション能力回復のために必要な支援	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
		Ⅱ-3-3 家庭内での役割を整えることの支援	37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	・本人の心身の状況に関わらず、できかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要である。 ・本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制を整える。また、地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況を把握する。 ・なお、本人にとってのストレスを把握するため、必要に応じて日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握できるよう、他職種等との連携体制を整える。	・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード ・本人にとっての快・不快の状況 ・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤 ・再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安 ・家庭内での本人の役割に対する本人の認識 ・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・本人の趣味・嗜好 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・活動と参加に関わる各行為の状況 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） ・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況 ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート	・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード ・本人にとっての快・不快の状況 ・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤 ・再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安 ・家庭内での本人の役割に対する本人の認識 ・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・本人の趣味・嗜好 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・活動と参加に関わる各行為の状況 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） ・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況 ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
		Ⅱ-3-4 コミュニティでの役割を整えることの支援	38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	・将来のフレイルの進行を出来るだけ予防するためには、疾患に関わる留意点を踏まえたうえで、日常の活動量の低下を抑える必要がある。 ・かかりつけ医等からの療養上の留意点と、本人のそれまでの生活での活動範囲を把握したうえで、活動を継続するうえでの課題を把握することが重要である。 ・活動量の低下を防ぐため、本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境と具体的な活動の継続を支援する体制を整える。	・生活歴、成育歴 ・本人・家族等の受容の程度 ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・本人のストレングス ・本人の趣味・嗜好 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくいる場所、そこまでの動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）・運動・活動を妨げる要因 ・活動を支援する福祉用具の活用 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 ・役割を実現するために必要な環境支援	・生活歴、成育歴 ・本人・家族等の受容の程度 ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・本人のストレングス ・本人の趣味・嗜好 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくいる場所、そこまでの動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）・運動・活動を妨げる要因 ・活動を支援する福祉用具の活用 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 ・役割を実現するために必要な環境支援	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要である。 ・また、認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、本人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。 ・日常の生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びととの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的な困惑や葛藤を把握する。そのうえで、本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対する支援を検討し、本人の交流関係を継続するための支援や連携体制の構築と、交流を円滑にできるような本人に対する支援体制の整備を行う。	・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード ・本人・家族等の受容の程度 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤 ・地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識 ・本人にとっての快・不快の状況 ・金銭管理の状況 ・本人の趣味・嗜好 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・活動と参加に関わる各行為の状況 ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・他人との交流の方法 ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性 ・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート	・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード ・本人・家族等の受容の程度 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤 ・地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識 ・本人にとっての快・不快の状況 ・金銭管理の状況 ・本人の趣味・嗜好 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・活動と参加に関わる各行為の状況 ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・他人との交流の方法 ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性 ・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職

【概要版（項目一覧）】基本ケア

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職
Ⅲ 家族等への支援	Ⅲ-1 家族等への支援	Ⅲ-1-1 支援を必要とする家族等への対応	40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備	・日々介護に携わっている家族介護者の不安とストレスを軽減し、家族介護者自身の生活の継続を実現するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要になる ・家族介護者が感じる不安を緩和できるよう、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）を提供する ・また、家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援を行う。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・認知症に対する家族等の受け止めの状況 ・認知症に対して家族等が感じている不安 ・仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み ・介護の大きさにに対する家族等の認識と理解 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容や程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む） ・同居していない家族等の生活リズム ・仕事をする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等） ・仕事をする家族等の会社での役割の変化 ・家族等の休養・睡眠の状況 ・相談支援の実施の状況 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・家族等がねぎらいを得られる状況の有無 ・家族等が必要な情報を収集する手段 ・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる地域の社会資源の状況 ・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・認知症に対する家族等の受け止めの状況 ・認知症に対して家族等が感じている不安 ・仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み ・介護の大きさにに対する家族等の認識と理解 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容や程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む） ・同居していない家族等の生活リズム ・仕事をする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等） ・仕事をする家族等の会社での役割の変化 ・家族等の休養・睡眠の状況 ・相談支援の実施の状況 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・家族等がねぎらいを得られる状況の有無 ・家族等が必要な情報を収集する手段 ・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる地域の社会資源の状況 ・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	・本人の尊厳のある生活を支えていくのは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要である。 ・本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようなまずは本人の意向を把握するが、介護に関わる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる家族等（キーパーソン）の意向を把握する。 ・本人や意思決定にかかわる家族等の意向を踏まえたうえで、将来にわたる生活の継続のために活用可能な地域資源が存在すること、またその情報を提供する等の支援体制を整える。	・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など） ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：飲酒、運動など）、変更の重要性（例：絶対的なものか、努力事項なのか） ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備 ・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性	・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など） ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：飲酒、運動など）、変更の重要性（例：絶対的なものか、努力事項なのか） ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備 ・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	Ⅲ-2 ケアに参画するひとへの支援	Ⅲ-1-2 家族等の理解者を増やす支援	42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援	・本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要である。 ・家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しともに関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があった近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援体制を整える。	・地域とのトラブルのエピソード ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の交友関係 ・認知症に対する地域の理解の状況 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況	・地域とのトラブルのエピソード ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の交友関係 ・認知症に対する地域の理解の状況 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況	医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職
			43 本人を取り巻く支援体制の整備	・本人の状況にもよるが、家族等あるいは専門職による支援（フォーマルサービス）だけで支援を継続するのは資源が不足するため、さまざまなインフォーマルサポートも交えた支援体制を整える必要がある。特に、インフォーマルサポートが提供される体制を整えることは、本人のそれまでの生活の継続を尊重し、尊厳ある生活を実現する観点からも重要である。 ・家族等に加えてインフォーマルサポートを提供する人など、本人の状況を踏まえ、多様な専門職以外の人が支援に関わる体制を整える。	・地域とのトラブルのエピソード ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の交友関係 ・認知症に対する地域の理解の状況 ・本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク ・退院後のケアの体制（家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など） ・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート ・本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク ・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 ・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等） ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 ・免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	・地域とのトラブルのエピソード ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の交友関係 ・認知症に対する地域の理解の状況 ・本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク ・退院後のケアの体制（家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など） ・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート ・本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク ・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 ・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等） ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 ・免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
Ⅲ-2 ケアに参画するひとへの支援	Ⅲ-2-1 本人をとりまく支援体制の整備	44 同意してケアに参画するひとへの支援	・本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要がある。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要である。 ・家族等をはじめ本人の支援に関わる人に対し、ケアマネジャーを中心に、さまざまな情報の提供、不安や課題を聞く相談援助等の支援が提供される体制を整える。	・今の生活に対する本人の想い ・今後の治療に関する本人の意向 ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・意思決定に関する本人の想い、不安の状況 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・EOLに対する家族等の意向 ・本人が有する意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	・今の生活に対する本人の想い ・今後の治療に関する本人の意向 ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・意思決定に関する本人の想い、不安の状況 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・EOLに対する家族等の意向 ・本人が有する意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職	
		45 同意してケアに参画するひとへの支援	・本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要がある。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要である。 ・家族等をはじめ本人の支援に関わる人に対し、ケアマネジャーを中心に、さまざまな情報の提供、不安や課題を聞く相談援助等の支援が提供される体制を整える。	・今の生活に対する本人の想い ・今後の治療に関する本人の意向 ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・意思決定に関する本人の想い、不安の状況 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・EOLに対する家族等の意向 ・本人が有する意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	・今の生活に対する本人の想い ・今後の治療に関する本人の意向 ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・意思決定に関する本人の想い、不安の状況 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・EOLに対する家族等の意向 ・本人が有する意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職	

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：脳血管疾患Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）

- ・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期。
- ・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
- ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき 専門職
1 再発予防	1-1 血圧や疾病の 管理の支援	1-1-1 基本的な疾患 管理の支援	1 基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが 特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の 管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対 する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、 異常の発見、病状悪化の早期発見を目指す。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・かかりつけ医・主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、 関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での 留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を防 げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・生活習慣病への対応の状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する 体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での 留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を防 げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支 援の必要性、支援者は誰かなど） ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する 体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	医師、看護師、 介護職
		1-1-2 血圧等の体 調の確認	2 目標血圧が確認できる体 制を整える	・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを 確認できる体制を整備。Ⅰ期では病棟の状況を知ることも重要。	・目標血圧と通常の血圧の状態	・目標血圧と通常の血圧の状態	医師、看護師、 介護職
			3 家庭（日常）血圧・脈拍 等の把握ができる体制を 整える	・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方 針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。 ・不整脈の発生状況の確認。	・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、 記録における課題など）	・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、 記録における課題など）	医師、看護師、 介護職
		1-1-3 環境整備	4 室内気温の調整や気温差 の改善ができる体制を整え る ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、 中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。 ・気温差の縮小を支援する。冷暖房等だけでなく、衣服の調整や急な 移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討。 ・居室内での一日の気温差は乾燥、脱水、冷えにつながり、再発リスク に加え体調悪化の要因にもなりうるため、これを把握し改善を図る。	・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度 感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・自宅内での本人の生活習慣（よいいる場所、動線、日課など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面 所など各々	・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度 感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・自宅内での本人の生活習慣（よいいる場所、動線、日課など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面 所など各々 ・季節の変化に伴う居室空間の状況の変化（室温、日照時間、日当たり、湿度、風、及 びそれらの調整の方法、保有している冷暖房器具など）	看護師、 PT/OT/ST、介 護職
		1-1-4 その他の基礎 疾患の把握と 適切な食事 の提供	5 高脂血症、糖尿病等の個 別疾患の管理の支援につ いて別途確認する ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の 管理の理解が必要。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対 象外）	・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病への対応の状況	・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病への対応の状況	医師、看護師、 管理栄養士
	1-2 服薬管理の支 援	1-2-1 服薬支援	6 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが 服薬の継続ができるよう特 に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理 できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支 援。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加 え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる 他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用 ができていないか、飲み残しの有無など） ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズム など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用ができていないか、誰が、いつ、どのように確認するかな ど）	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用 ができていないか、飲み残しの有無など） ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用ができていないか、誰が、いつ、どのように確認するかな ど）	医師、歯科医 師、看護師、薬 剤師、PT/OT/ST、歯 科衛生士、管 理栄養士、介 護職
	1-3 生活習慣の改 善	1-3-1 脱水予防	7 必要水分量と日常の摂取 量が把握できる体制を整え る	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上 昇。必要な水分量と日常の摂取量を把握して、水分を補給することが 重要。	・1日に必要な水分量（体重に基づき望ましい摂取量、摂取と排泄・発汗のバランス） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 動量、不足する水分量など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など） ・水分摂取に関する家族等の支援	・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 動量、不足する水分量など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援 の必要性、支援者は誰かなど）	医師、歯科医 師、看護師、薬 剤師、歯科衛 生士、管理栄 養士、介護職
			8 適切な水分を摂取すること の理解をうながす体制を整 える	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上 昇。本人・家族等に対して水分摂取の重要性を伝え、理解を得ること が必要。	・水分摂取に関する本人・家族等の理解度 ・水分摂取に関する家族等の支援	・水分摂取に関する本人・家族等の理解度 ・水分摂取に関する家族等の支援	医師、歯科医 師、看護師、薬 剤師、歯科衛 生士、管理栄 養士、介護職
			9 自ら水分を摂取できるよう にする体制を整える	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上 昇。本人が自ら水分を摂取できるように体制を整えることが重要。	・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状 態に合わせた支援の有無	・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状 態に合わせた支援の有無	医師、歯科医 師、看護師、薬 剤師、PT/OT/ST、歯 科衛生士、管 理栄養士、介 護職
2 生活機能 の維持・向 上	2-1 心身機能の回 復・維持	2-1-1 機能訓練 （機能障害 の回復・改善 に向けて）	10 ADL/IADLの定期的な 把握と機能の向上ができる 体制を整える ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・Ⅰ期は、身体機能の回復が見込める一方で、日々状態が変化しや すく、機能が低下しやすい時期。 ・身体機能の改善や維持を図るためには、状態を継続的に把握して、 適切な機能訓練が必要。また、本人のリハビリテーションに対する意欲 を維持・向上させることが重要。	・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できたと 思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よいいる場所、動線、日課な ど） ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できたと 思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よいいる場所、動線、日課な ど） ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	医師、歯科医 師、看護師、 PT/OT/ST、介 護職
	2-2 心理的回復の 支援	2-2-1 受容の支援	11 受容促進のための働きかけ を行う体制を整える	・本人・家族等が過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主 体的に自立的な生活への取り組み（受容）を促進。※医師による予 後の見通しと合わせた整理が重要。	・本人・家族等の受容の程度 ・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の 説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）	・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の 説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）	医師、看護師、 PT/OT/ST、介 護職
			12 抑うつ状態の防止、改善が 図れる体制を整える	・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいた め、その状況を把握することが重要。	・本人のうつ状態の発症の有無、程度 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）	・本人のうつ状態の発症の有無、程度 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）	医師、看護師、 介護職
			13 リハビリテーションの継続が なされるよう本人の不安を 軽減する体制を整える	・適切なリハビリテーションは身体機能の改善や維持に有効。リハビ テーションを妨げる要素として、本人・家族等の不安や意欲減退、生 活を補完するケア導入のためリハビリテーションを中断する等。*リハビ テーションの進捗を、本人・家族等に伝える事も重要。	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲 ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	医師、看護師、 PT/OT/ST、介 護職
	2-3 活動と参加に関 わる能力の維 持・改善	2-3-1 機能訓練 （残存機能 の維持・活用 に向けて）	14 ADL/IADLの状態の定 期的な把握と共有がなさ れる体制を整える ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・ADL/IADLの状態を把握して、自分でできる事を増やすことは機能 訓練につながるが、把握せずに行う生活の補完的ケアは、活動と参加 の向上を損なう。多職種がでのADL/ IADLの共有が必要。	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できたと 思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、 情報共有のタイミング ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できたと 思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、 情報共有のタイミング ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況	医師、歯科医 師、看護師、 PT/OT/ST、歯 科衛生士、介 護職
			15 状態に合ったADL/IADL の機能向上がなされる体 制を整える ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・Ⅰ期は、環境が病院から自宅へと変化して、本来有する機能、ある いは残存機能に応じたADL/IADLの発揮をうながす機会が低下を招 く。	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できたと 思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できたと 思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会	医師、看護師、 PT/OT/ST、介 護職

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：脳血管疾患Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）

- ・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期。
- ・時期はあくまで目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が運くなっているのかを確認する必要がある。
- ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等			
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき 専門職	
2 生活機能 の維持・向 上	2-3 活動と参加に関 わる能力の維 持・改善	2-3-2 コミュニケー ション能力の 改善	16 コミュニケーション能力の状 況の継続的な把握ができ る体制を整える ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが上昇。脳 血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど） ・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	医師、歯科医 師、看護師、薬 剤師、 PT/OT/ST、歯 科衛生士、介 護職	
			17 コミュニケーション能力の改 善を図る体制を整える （言語訓練、コミュニケー ション手段の検討等） ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを 低減。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために 必要な支援	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために 必要な支援	医師、歯科医 師、看護師、薬 剤師、 PT/OT/ST、歯 科衛生士、介 護職	
			2-3-3 社会参加の 機会の確保	18 日常生活（自宅内・自宅 外）における役割の回復・ 獲得がなされる体制を整え る ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・役割を確認することにて尊厳を取り戻す。（Ⅰ期はⅡ期での社会参 加の回復に向けて、どのような役割の回復が見込めそうかを把握するこ とが重要。）	・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行 状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行 状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	医師、看護師、 PT/OT/ST、介 護職
				19 外出や交流の機会が確保 できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・Ⅰ期では生活の範囲が狭くなるため、生活が縮小しやすくなる、この 時期に交流を担保することが、Ⅱ期以降の移行を円滑にするために重 要。	・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・地域の中で交流の機会の有無、活用可能性	・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・地域の中で交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、 PT/OT/ST、介 護職
		20 新たな価値・機能の獲得 がなされる体制を整える	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機 能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援 が必要。Ⅰ期は、新しい価値・機能の獲得を見据えた目標や可能性 の設定を重視。	・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行 状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行 状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	医師、看護師、 PT/OT/ST、介 護職		
		2-4 リスク管理	2-4-1 食事と栄養の 確保	21 必要な栄養量の把握と食 事の支援がなされる体制を 整える ※誤嚥性肺炎の予防につ いて別途確認 ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うこ とで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動 の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	医師、歯科医 師、看護師、薬 剤師、 PT/OT/ST、歯 科衛生士、管 理栄養士、介 護職
2-4-2 転倒予防	22 転倒しにくいよう体の機能 あるいは環境整備するため の体制を整える ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施		・生活環境と本人の状況が大きく変化する時期のため、本人の日常生 活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備。	・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度 感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると 思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）	・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度 感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると 思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）	医師、看護師、 薬剤師、 PT/OT/ST、介 護職		

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：脳血管疾患Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）

・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期。
・時期はあくまで目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。
・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき 専門職
1 継続的な 再発予防	1-1 血圧や疾病の 管理の支援	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、問い合わせなど）の把握、連携方法の確認 ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・生活習慣病への対応の状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	医師、看護師、介護職
		1-1-2 血圧等の体調の確認	2 目標血圧が確認できる体制を整える	・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを確認できる体制を整備。	・目標血圧と通常の血圧の状態	・目標血圧と通常の血圧の状態	医師、看護師、介護職
			3 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える	・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。 ・不整脈の発生状況の確認。	・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）	・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）	医師、看護師、介護職
		1-1-3 環境整備	4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。 ・気温差の縮小を支援する。冷暖房等だけでなく、衣服の調整や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討。 ・居室内での一日の気温差は乾燥、脱水、冷えにつながり、再発リスクに加え体調悪化の要因にもなりうるため、これを把握し改善を図る。	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・季節の変化に伴う居室空間の状況の変化（室温、日照時間、日当たり、湿度、風、及びそれらの調整の方法、保有している冷暖房器具など）	看護師、PT/OT/ST、介護職
		1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	5 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外）	・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病への対応の状況	・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病への対応の状況	医師、看護師、管理栄養士
	1-2 服薬管理の支援	1-2-1 服薬支援	6 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性和医師からの指示内容を理解できるよう支援。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていか、飲み残しの有無など） ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていか、飲み残しの有無など） ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
	1-3 生活習慣の維持	1-3-1 脱水予防	7 自ら水分を摂取できることが維持できる体制を整える	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクを高める。 ・本人が自ら水分を摂取できるように支援体制を整えることが重要。	・1日に必要な水分量（体重に基づき望ましい摂取量、摂取と排泄・発汗のバランス） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無 ・日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など）	・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無 ・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
2 セルフマネジメントへの移行	2-1 心身機能の見直しとさらなる回復・維持	2-1-1 機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	8 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・身体機能の改善や維持を図るためには、身体機能の状態を継続的に把握することが必要。 ・病院と異なりリハビリをうながす環境が不足しやすい自宅において、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させることが重要。	・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など） ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など） ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		2-2 心理的回復の支援	9 受容促進のための働きかけの確認と継続的な支援体制を整える	・過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活に取り組む（受容）ことをうながす。※医師による予後の見通しと合わせた整理が重要。	・本人・家族等の受容の程度 ・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）	・本人・家族等の受容の程度 ・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			10 抑うつ状態の防止、改善の確認と継続的な支援体制を整える	・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状況を把握することが重要。	・本人のうつ状態の発症の有無、程度 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）	・本人のうつ状態の発症の有無、程度 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）	医師、看護師、介護職
			11 リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える	・適切なリハビリテーションは身体機能の改善や維持に有効である。リハビリテーションを妨げる要素として、本人・家族等の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリテーションを中断する等がある。 *リハビリテーションの進捗を、本人・家族等に伝える事も重要。	・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		2-2-2 行動変容の状況の確認と継続的な支援	12 新たな価値・機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返し、残存機能と回復機能の限界を見つめることの支援）体制を整える	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援を検討。	・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			13 セルフケアマネジメントに向けたリハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える	・自らの健康状態や生活を管理する力を高めることに対して、本人が意欲を持ち、具体的な助言を周囲から得られるような環境を確立。	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
	2-3 活動と参加に関わる能力の維持・向上	2-3-1 機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて）	14 ADL/IADLの状態の定期的な把握及び共有の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・ADL/IADLの状態を把握して、自分でできる事を増やすことは機能訓練につながるが、状態を把握せずに行う生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。多職種が異なる場面で関わるので、ADL/IADLの共有が必要。	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			15 状態に合ったADL/IADLの機能の向上の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・退院後、リハビリテーション等で再獲得された身体機能など、本人のADL、IADLの機能を継続的に把握することで、本人の状態に体制の整備。	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・必要な支援を受けられる体制の確保	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・必要な支援を受けられる体制の確保	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：脳血管疾患Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）

- ・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計を可能とする時期。
- ・時期はあくまで目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
- ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等			
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職	
2 セルフマネジメントへの移行	2-3 活動と参加に関わる能力の維持・向上	2-3-2 コミュニケーション能力の改善	16 コミュニケーション能力の継続的な把握の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが大きくなる。脳血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど） ・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）	・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど） ・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職	
			17 コミュニケーション能力の改善支援（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低くする。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職	
			2-3-3 社会参加の機会の維持・拡大	18 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・役割を確認することにて尊厳を取り戻すことが可能。 ・社会参加の回復を目指した回復を支援。	・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
				19 外出や交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の社会生活を確保し、リハビリテーションに対する意欲の回復や新たな生活への移行につなげていくため、状態に応じた外出や交流の機会の確保を支援。	・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		20 新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。	・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職		
			2-4 リスク管理	2-4-1 食事と栄養の確保	21 必要な栄養量の把握、食事の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
		2-4-2 転倒予防			22 転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える	・リハビリテーションにより活動・参加が増えることで転倒リスクへの対応が必要になるため、本人の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備。	・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・自宅内での本人の生活習慣（よいいる場所、動線、日課など）	・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・自宅内での本人の生活習慣（よいいる場所、動線、日課など）

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：大腿骨頸部骨折Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）

・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期。 ・時期はあくまで目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。 ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき 専門職
1 再骨折の 予防	1-1 転倒予防	1-1-1 転倒予防	1 転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・転倒した状況や要因を把握し評価することにより、転倒しやすい状況の改善や、適切なリハビリテーション目標を設定。	・過去の転倒歴（転倒が起きた状況など） ・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・本人の身体能力、生活動作の確認	・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・過去の転倒歴に対する家族等の認識 ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・本人の身体能力、生活動作の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			2 自らの身体機能（反射、視聴覚等）の理解の支援と指導を受ける体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・自らの身体機能を理解し、それにあった生活動作を身に着けることで、転倒予防をし、再骨折を予防。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・本人の身体能力、生活動作の確認	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・本人の身体能力、生活動作の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			3 転倒しにくするための身体機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・現状の身体機能を理解し、身体機能を向上することで転倒予防をし、再骨折を予防。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・本人の身体能力、生活動作の確認 ・身体機能を維持、向上させる取り組みの有無の確認	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・本人の身体能力、日常生活に必要な動作の状況 ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	1-2 骨粗しょう症の 予防	1-2-1 服薬支援	4 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容の理解を支援。 ・処方された薬が適切に管理されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・介護者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			1-2-2 治療の継続の支援	5 継続的な受診の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、看護師、PT/OT/ST介護職
			6 運動・活動の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・運動・活動の体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。 ・活動量の低下を防ぐことで、再発を防止。	・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・運動・活動を妨げる要因	・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・運動・活動を妨げる要因	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
2 骨折前の 生活機能の回復	2-1 歩行の獲得	2-1-1 歩行機能訓練	7 歩行機能向上のための訓練ができる体制を整える	・Ⅰ期では早期に機能向上のための訓練が必要だが、術式や病院での経過によっては、体位や過重の制限がある点に留意。	・術式や病院での経過 ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（体の動かし方や体への負荷の制限など） ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）	・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（体の動かし方や体への負荷の制限など） ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		2-1-2 心理的不安の排除	8 心理的不安を小さくするリハビリテーションの継続と生活環境を整備する体制を整える	・転倒に伴う不安感と、手術したことによって歩き方が変わることによる不安感を乗り越えて、リハビリテーションが継続的になされるように支援して、歩行の獲得を目指す。 ・日常生活環境が整えられ、転倒の不安が軽減されるように支援することで、歩行の獲得を目指す。	・今後の見通しに対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（再転倒の不安や歩き方が変わったことによる違和感） ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	・今後の見通しに対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（再転倒の不安や歩き方が変わったことによる違和感） ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	看護師、PT/OT/ST、介護職
	2-2 生活機能の回復	2-2-1 ADL/IADLの回復	9 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。 ・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。その事が、本人の機能向上を目指す。	・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よい場所、動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無 ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よい場所、動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無、設定している目標、内容と見直し ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
		2-2-2 食事と栄養の確保	10 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・必要な栄養量を把握して食事を確保する。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
	2-3 社会参加の回復	2-3-1 社会参加の機会の回復	11 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・役割を確認することで、尊厳を取り戻す。 ・Ⅰ期はⅡ期での社会参加の回復に向けて、どのような役割の回復が見込めそうかを把握することが重要。	・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	看護師、PT/OT/ST、介護職
			12 外出や交流の機会が確保できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の社会生活を確保し、リハビリテーションに対する意欲の回復や新たな生活への移行につなげていくため、状態に応じた外出や交流の機会の確保を支援。	・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：大腿骨頸部骨折Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期）

- ・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期。
- ・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が滞っているのかを確認する必要がある。
- ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本欄を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本欄を参照	相談すべき 専門職
1 再骨折の 予防	1-1 転倒予防	1-1-1 転倒しないための身体機能の維持	1 転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・転倒した状況や要因を把握し評価することで、転倒しやすい状況の改善や、適切なリハビリテーション目標を設定。	・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・本人の身体能力、生活動作の確認	・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・本人の身体能力、日常生活に必要な動作の状況	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		1-2 骨粗しょう症の予防	2 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・専門職によるケアが縮小した後も適切に服薬を継続できるよう、本人あるいは家族等における服薬の必要性和指示内容の理解を支援。 ・処方された薬が適切に管理される状態が続くように、本人・家族等を支援するとともに、必要な時に専門職に相談できる体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等とケアに携わる他職種との体制を整え、必要な時に専門職に相談できる体制を整備。	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・介護者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
		1-2-2 治療の継続の支援	3 継続的な受診の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・定期的な受診を維持することで、必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病気にに対する不安を除くことで、生活の縮小ではなく、生活の改善をうながす。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）	医師、看護師、PT/OT/ST介護職
			4 運動・活動の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・運動・活動の体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。活動量の低下を防ぐことで、再発を防止。	・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・運動・活動を妨げる要因	・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・運動・活動を妨げる要因	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	2-1 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行）	2-1-1 ADL/IADLの確認とセルフマネジメントへの移行	5 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。 ・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。その事が、本人の機能向上を目指す。	・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無 ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無、設定している目標、内容と見直し ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
		2-1-2 食事と栄養のセルフマネジメントへの移行	6 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・必要な栄養量を把握して食事を確保する。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を目指す。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
		2-1-3 環境整備	7 自ら活動しやすい環境の整備（室内環境、用具等）ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・活動しやすい室内環境、用具をそろえることで、活動の範囲や幅が広がり、ADLやIADLの向上を目指す。	・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・活動を支援する福祉用具の活用	・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） ・活動を支援する福祉用具の活用	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
2 セルフマネジメントへの移行		2-1-4 社会参加の機会の維持・拡大	8 日常生活における生活機能の回復と支援の終結 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活において本人の役割が維持されることで、ADLやIADLの向上を目指す。	・再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	・再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	看護師、PT/OT/ST、介護職
			9 外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・病前の生活を取り戻す、あるいは地域における新たな役割を獲得できるよう、地域における外出や交流の機会の拡大を支援。	・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職

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

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

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の経緯や留意点などは本欄を参照	主なモニタリング項目 ※内容の経緯や留意点などは本欄を参照	相談すべき専門職
1 再入院の 予防	1-1 疾患の理解と 確実な服薬	1-1-1 基本的な疾患 管理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病氣に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・今後の治療に関する本人・家族等の意向 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院、服薬の状況 ・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に係る留意点 ・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など） ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、判断の目安に関する説明、自己管理の実施方法など） ・状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（急変の判断の目安、急変時の対応方法など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・家族等の状況（同居者の有無、支援者は誰かなど）	・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
		1-1-2 服薬支援	2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性和医師からの指示内容を理解できるように支援。 ・処方された薬が適切に管理され、適切な服薬が継続されるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、看護師、薬剤師、PT/PT/ST、介護職
		1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援	3 併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のためには、併存疾患の把握と管理が必要。 ・併存疾患に関するかかりつけ医や看護師などの情報交換を行うとともに、併存疾患の管理に対する本人・家族等の理解を深める支援も重要。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外）	・術式や病院での経過 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、看護師、薬剤師、介護職
	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-1 体重の管理	4 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆するため、再入院や悪化防止のためには、本人・家族等による日常的な体重管理が重要。そのために、本人・家族等が体重管理に対する理解を深める支援が必要。 ・憎悪が疑われた場合には、活動制限、食塩制限を厳しくするとともに、速やかな受診が必要。	・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度 ・浮腫の有無 ・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など） ・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など） ・体重の「急激な変化」に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（「急激な変化」の目安、「急激な変化」が発生した場合の対応方法など） ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度 ・浮腫の有無 ・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など） ・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など） ・日単位での緩やかな体重変化の把握 ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
		1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	5 適切な塩分・水分摂取量が理解できる体制を整える	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。 ・本人・家族等がその人に必要な塩分・水分量と日常的に摂取している塩分・水分量を把握する体制を整えることが重要。	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など） ・水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（水分量・塩分量の制限などに関する説明、日常生活における留意点など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など） ・水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（水分量・塩分量の制限などに関する説明、日常生活における留意点など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
			6 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。特に、心疾患のある方の場合には、「日常的な習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大いため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要。 ・本人・家族等が日常の塩分・水分の摂取量を把握できる体制を整えることが重要。	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など） ・食事内容に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・本人や家族等の食生活と食の好み ・本人の食事内容（回数、食事内容、食事量等） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・日常生活（活動内容、休養、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・地域で利用可能な栄養に関する支援サービスの有無、状況	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など） ・本人や家族等の食生活と食の好み ・本人の食事内容（回数、食事内容、食事量等） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
			7 その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	・心機能が低下している人はからだに水分がたまりやすいため、心臓への負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限が必要。 ・排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の普段の排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。そのため、本人の排尿や排便の日常の状態を把握する体制を整える。	・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・尿便意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状） ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状） ・日常生活（活動内容、休養、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な排便と異なる状況の判断目安（医師からの指示・指導に基づくものなど） ・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な排泄の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な排泄と異なる状況がみられた場合の報告先と報告方法	・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・尿便意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状） ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状） ・日常生活（活動内容、休養、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な排泄の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な排泄と異なる状況がみられた場合の報告先と報告方法	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
	1-2-3 血圧の管理	8 血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	8 血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	・血圧の適切な管理は、急性期と慢性期の予後改善にとって極めて重要。 ・本人・家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を整えることが重要。 ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。不整脈の発生状況の確認も重要。	・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限・下限など） ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限） ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など） ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況 ・市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況	・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限・下限など） ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限） ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況 ・市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
	1-2-4 活動制限が守られることの支援	9 活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	9 活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	・再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた医師の指導による適切な活動制限と安静が必要。 ・本人・家族等が疾患の特性や医師からの日常的な活動における制限の指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援が必要。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（活動制限、安静の指示、判断の目安など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など） ・日常生活（活動内容、休養、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度 ・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（活動制限、安静の指示、判断の目安など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度 ・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
	1-2-5 急性増悪の予防	10 感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	10 感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・高齢者は抵抗力の低下により様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一度疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要。 ・本人・家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。	・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴） ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・感染症へのかかりやすさ ・家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など） ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況 ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制	・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職

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

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

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等				
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の経緯や留意点などは本欄を参照		主なモニタリング項目 ※内容の経緯や留意点などは本欄を参照		相談すべき専門 職
1 再入院の 予防	1-2 自己管理能力 の向上とリスク の管理	1-2-6 非日常的な 活動のリスク の管理	11 長時間の活動が必要な場 合の注意事項の理解をう ながす体制を整える	・心疾患患者にとって生活における長時間の活動（例：旅行、墓参り、運動等）は急性増悪のリスクとなる。 ・本人・家族等が長時間の活動が必要な場合の注意事項への理解を深め、必要に応じて医師からの指示・指導に基づいた対応を行う体制を整える。	・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・家族等や介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、家族等の生活リズムなど）	・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・本人の状況や家族等が現在提供しているケアの内容	医師、看護師、 薬剤師、 PT/OT/ST、介 護職		
	1-3 療養を続けるた めの環境・体制 の整備	1-3-1 負荷のかかる 環境の改善	12 気温差の縮小（居室と廊 下、浴室、洗面所、トイレ など）がなされる体制を整 える ※基本ケアとも重複するが 特に留意して実施	・急激な気温の変化は、血圧が急激に上がるきっかけの一つである。血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要。 ・日常生活において、気温差が縮小されるような体制を整える。	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・環境改善に関する支援の必要性	・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々	看護師、 PT/OT/ST、介 護職		
			13 強く負荷がかかるような動 作の要因となる環境を把 握する体制を整える ※基本ケアとも重複するが 特に留意して実施	・強い負荷がかかるような動作（段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等）は、心臓への強い不可となるリスクがある。 ・自宅での行動の状況、強い負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える。	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・環境改善に関する支援の必要性	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・環境改善に関する支援の必要性	医師、看護師、 PT/OT/ST、介 護職		
2 生活機能 の維持・向 上	2-1 心疾患の状況 に応じた生活・ 暮らし方の支援	2-1-1 活動と参加に 関わる能力の 維持・改善	14 本人が望む暮らしの意向 の把握と活動・参加の状況 を維持・改善する体制を整 える	・慢性心不全による活動能力の低下は、Q O Lと充実度の低下につながるため、運動能力のみならず、心理的状态、認識能力、社会的環境等に依存する活動能力の評価が重要。 ・本人の日常生活における活動範囲、活動と参加の状況や、本人がどのような暮らしを望むのかを把握できる体制を整備。 ・危険が大きく伴う行動を予め確認し、本人の日常生活の活動に伴い発生するリスクを判断できる体制を整備。	・活動しないことに関するリスクへの本人・家族等の理解度 ・現在の社会的活動に関する本人・家族等の意向 ・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できると、現在できないが実現したこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況 ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき意切れ感れなどの目安）） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・環境改善に関する支援の必要性	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できると、現在できないが実現したこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況 ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき意切れ感れなどの目安）） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・環境改善に関する支援の必要性 ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・日常生活における地域、社会（家庭外）での本人の役割に対する家族等の認識（同居者の有無、把握している人は誰か、把握している内容など）	医師、歯科医 師、看護師、薬 剤師、 PT/OT/ST、歯 科衛生士、介護 職		
			2-1-2 リハビリテ ーションの実施	15 医療的なリハビリテーシ ョンを受けることができる体制 を整える 16 ADL/IADLの定期的な 把握と機能の向上ができる 体制を整える ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・疾患の状況に応じた生活・暮らしの実現に向け、医療的なリハビリテーションを受けることも重要。そのため、他の専門職と情報共有を行い、支援体制を整備。 ・医療的なリハビリテーションは、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成され、主要な目的は①心機能の改善、②骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。 ・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。 ・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。そのことが、本人の機能向上を目指す。	・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握 ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・疾患発症前のADL/IADLの状態 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など） ・医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握 ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む） ・（医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、共有する内容、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング	・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性 ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など） ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）	医師、歯科医 師、看護師、 PT/OT/ST、介 護職	
			2-1-3 入浴習慣の 支援	17 入浴習慣や入浴環境を把 握し、過度におそれることな く適切な入浴を維持できる 体制を整える ※基本ケアとも重複するが 特に留意して実施	・入浴は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いると負荷軽減効果により臨床症状の改善にも効果が示される。 ・本人の入浴への意向、入浴習慣・環境の把握、専門職からの指導を踏まえ、入浴を維持できる体制を整備。	・入浴に対する本人・家族等の希望・意向 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か） ・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など） ・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況 ・自宅の浴室以外における入浴（例：デイスパース、訪問入浴など）の状況 ・サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容）	・入浴に対する本人・家族等の希望・意向 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か） ・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など） ・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況	医師、看護師、 PT/OT/ST、介 護職	
	2-1-4 休養・睡眠の 支援	18 休養・睡眠を確保したうえ で、睡眠時の状況の変化 を把握して必要な支援につ なげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが 特に留意して実施	・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害は循環器疾患のリスク要因であり、十分な休養を取らないと再入院のリスクが高まるため、休養・睡眠の確保がなされるよう支援。 ・睡眠障害の予兆や睡眠時の状況変化を把握する体制の整備。	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、室温、寝具の状態など） ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、室温、寝具の状態など） ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）	医師、看護師、 薬剤師、 PT/OT/ST、介 護職			
	2-1-5 禁煙の実現 の支援	19 禁煙を実現できる体制を整 える	・喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者の禁煙は死亡率や再入院率の低減につながるため、医師からの指導内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、必要に応じて禁煙が実現できるような体制の整備。	・禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向 ・禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど） ・疾患発症前の日常生活における喫煙量、タイミング ・禁煙の継続の有無 ・禁煙が実施できなかった場合の医師への報告方法	・禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向 ・禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど） ・禁煙の継続の有無	医師、看護師、 薬剤師、介護職			
	2-1-6 本人・家族等 への生活習慣 を変えること の支援	20 本人・家族等が生活習慣 を変えることを受けいれら れるよう支援する	・退院後の生活においては、本人の自己管理能力が重要であり、自己管理能力を向上させ生活習慣を変えることで、予後の改善を目指す。 ・特に考慮しなければいけない生活習慣（例：飲酒、運動等）は、医師からの指示内容や本人・家族の意向を確認のうえ、生活習慣を変えることを本人・家族等が受け入れるよう支援。	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など） ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・飲酒に対する本人・家族等の意向 ・日常生活における飲酒の状況（飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒が自宅外での飲酒かなど） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：飲酒、運動など）、変更の重要性（例：絶対的なものか、努力事項なのか） ・家族等の状況（同居者の有無、支援者は誰かなど）	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など） ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・日常生活における飲酒の状況（飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒が自宅外での飲酒かなど） ・飲酒に関する医師からの指示・指導の有無、制限の内容・程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いかなど）	医師、看護師、 介護職			
	2-2 心理的な支援	2-2-1 本人・家族等 の不安の軽減	21 精神的な不安を把握し、 必要に応じて支援する体制 を整える	・抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートは、心疾患患者の予後に影響するため、精神的な支援の検討が必要。 ・本人・家族等が抱える不安の状況や程度を把握し、必要に応じて専門家につなぐ体制の整備。	・本人の抑うつや不安の程度 ・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・本人の心理状況や不安などの状況を主治医へ報告する方法 ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	・本人の抑うつや不安の程度 ・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	医師、看護師、 薬剤師、介護職		

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

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

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門 職
1 再入院の 予防	1-1 疾患の理解と 確実な服薬	1-1-1 基本的な疾 患管理の支 援	1 疾患の理解を支援し、定 期的に診察が受けられる体 制を整える ※基本ケアとも重複するが 特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病 の管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対 する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、 異常の発見、病状の悪化を把握。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・今後の治療に関する本人・家族等の意向 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・ 服薬の状況 ・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に 係る留意点 ・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必 要性、支援者の有無など） ・処方案の内容（有無、処方案の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用 ができていくか、飲み残しの有無など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な 内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理 すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の 内容（急変の判断の目安、急変時の対応方法など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支 援の必要性、支援者は誰かなど） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨 げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・家族等の状況（同居者の有無、支援者は誰かなど）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・今後の治療に関する本人・家族等の意向 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・ 服薬の状況 ・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に 係る留意点 ・処方案の内容（有無、処方案の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で 服用ができていくか、飲み残しの有無など）の変化及びその理由 ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な 内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理 すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支 援の必要性、支援者は誰かなど） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨 げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）	医師、看護師、 薬剤師、管理栄 養士、介護職
		1-1-2 服薬支援	2 服薬の必要性や薬の管理 を理解し、服薬が確認でき る体制を整える ※基本ケアとも重複するが 服薬の継続ができるよう特 に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理 できるよう、服薬の必要性和医師からの指示内容を理解できるように支援。 ・処方された薬が適切に管理され、適切な服薬が継続されるように、本人 ・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援 体制を整備。	・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方案の内容（有無、処方案の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用 ができていくか、飲み残しの有無など） ・本人の曰次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の 把握、連携方法の確認 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用ができていくか、誰が、いつ、どのように確認するかな ど） ・介護者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズム など）	・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方案の内容（有無、処方案の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用 ができていくか、飲み残しの有無など） ・本人の曰次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用ができていくか、誰が、いつ、どのように確認するかな ど） ・介護者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズム など）	医師、看護師、 薬剤師、 PT/PT/ST、介 護職
		1-1-3 併存疾患の 把握と療養の 支援	3 併存疾患（腎機能の低下 にかかわる疾患、糖尿病 （糖尿病性腎症）、その他 の疾患など）を把握し療 養を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のためには、併存疾患の把握と管理が 必要。 ・併存疾患に関するかかりつけ医や看護師などとの情報交換を行うと ともに、併存疾患の管理に対する本人・家族等の理解を深める支援も 重要。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外）	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・ 服薬の状況 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、 服薬の状況 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、 関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支 援の必要性、支援者は誰かなど）	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、 服薬の状況 ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支 援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、看護師、 薬剤師、介護職
	1-2 自己管理能力 の向上とリスク の管理	1-2-1 体重の管理	4 体重管理の重要性を理解 し、継続的に日々の体重 管理ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	・短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆するため、再入 院や悪化防止のためには、本人・家族等による日常的な体重管理が 重要。そのために、本人・家族等が体重管理に対する理解を深める支 援が必要。 ・憎悪が疑われた場合には、活動制限、食塩制限を厳しくするとと に、速やかな受診が必要。	・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度 ・浮腫の有無 ・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必 要性、支援者の有無など） ・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目 安となる体重についての説明など） ・体重の「急激な変化」に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（「急激な変 化」の目安、「急激な変化」が発生した場合の対応方法など） ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、 体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度 ・浮腫の有無 ・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必 要性、支援者の有無など） ・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目 安となる体重についての説明など） ・日単位での緩やかな体重変化の把握 ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、 体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、看護師、 薬剤師、管理栄 養士、介護職
		1-2-2 塩分量・水分 量のコント ロール	5 適切な塩分・水分摂取量 の理解をうながす体制を整 える	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。 ・本人・家族等がその人に必要な塩分・水分量と日常的に摂取してい る塩分・水分量を把握する体制を整えることが重要。	・塩分量・水分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含 有量など） ・水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（水分量・塩分量の 制限などに関する説明、日常生活における留意点など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）	・塩分量・水分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含 有量など） ・水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（水分量・塩分量の 制限などに関する説明、日常生活における留意点など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など）	医師、看護師、 薬剤師、管理栄 養士、介護職
			6 食事からの栄養の摂取状 況を把握できる体制を整え る	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。特に、心疾患のある方 の場合には、「日常的な習慣」における塩分摂取量が既に高い可能性 が大きいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握するこ が重要。 ・本人・家族等が日常の塩分・水分の摂取量を把握できる体制を整え ることが重要。	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含 有量など） ・食事内容に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・本人や家族等の食生活と食の好み ・本人の食事内容（回数、食事内容、食事量等） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・日常生活（活動内容、休養、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有 無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必 要性、支援者は誰かなど） ・地域で利用可能な栄養に関する支援サービスの有無、状況	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含 有量など） ・本人や家族等の食生活と食の好み ・本人の食事内容（回数、食事内容、食事量等） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、把握 方法、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、看護師、 薬剤師、管理栄 養士、介護職
			7 その人と生活に合った水分 の摂取、排泄の状況と変 化を把握できる体制を整え る	・心機能が低下している人はからだに水分がたまりやすいため、心臓へ の負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂 取量の制限が必要。 ・排泄は病気の「バロメーター」にもなるため、本人の日常的な排泄パ ターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。その ため、本人の排尿や排便の日常の状態を把握する体制を整える。	・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・尿便意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状） ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状） ・日常生活（活動内容、休養、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有 無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な排便と異なる状況の判断の目安（医師からの指示・指導に基づくものなど） ・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援 の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必 要性、支援者は誰かなど） ・日常的な排泄の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必 要性、支援者は誰かなど） ・日常的な排泄と異なる状況がみられた場合の報告先と報告方法	・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・尿便意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状） ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状） ・日常生活（活動内容、休養、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有 無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援 の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必 要性、支援者は誰かなど） ・日常的な排泄の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必 要性、支援者は誰かなど）	医師、歯科医 師、看護師、薬 剤師、歯科衛生 士、管理栄養 士、介護職
	1-2-3	血圧の管理	8 血圧のコントロールが継続 的に実施される体制を整え る	・血圧の適切な管理は、急性期と慢性期の予後改善にとって極めて重 要。 ・本人・家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を 整えることが重要。 ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方 針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。不整 脈の発生状況の確認も重要。	・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・処方案の内容（有無、処方案の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用 ができていくか、飲み残しの有無など） ・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの 必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など） ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限） ・医師への報告の必要性、方法、タイミング ・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、 記録における課題など） ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況 ・市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取 状況	・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・処方案の内容（有無、処方案の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用 ができていくか、飲み残しの有無など） ・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの 必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など） ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限） ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況 ・市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取 状況	医師、看護師、 薬剤師、管理栄 養士、介護職
	1-2-4	活動制限が 守られること の支援	9 活動制限と安静の必要性 を本人・家族等が理解し、 その制限が守られる体制を 整える	・再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた医師の指導による 適切な活動制限と安静が必要。 ・本人・家族等が疾患の特性や医師からの日常的な活動における制 限の指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援が 必要。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（活動制 限、安静の指示、判断の目安など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など） ・日常生活（活動内容、休養、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有 無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度 ・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（活動制 限、安静の指示、判断の目安など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度 ・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況	医師、看護師、 薬剤師、 PT/OT/ST、介 護職
	1-2-5	急性増悪の 予防	10 感染症の予防の必要性の 理解をうながす体制を整え る ※基本ケアとも重複するが 特に留意して実施	・高齢者は抵抗力の低下により様々な感染症にかかりやすい状態にあ る。また、一度疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したリ することがあるため、感染症を予防することが重要。 ・本人・家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、 感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。	・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴） ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・感染症へのかかりやすさ ・家族等の背景（特に小さい子ども有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有 無）など ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な 内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理 すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必 要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など） ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況 ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制	・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有 無）など ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況	医師、歯科医 師、看護師、薬 剤師、歯科衛生 士、介護職
	1-2-6	非日常的な 活動のリスク の管理	11 長時間の活動が必要な場 合の注意事項の理解をう ながす体制を整える	・心疾患患者にとって生活における長時間の活動（例：旅行、墓参 り、運動等）は急性増悪のリスクとなる。 ・本人・家族等が長時間の活動が必要な場合の注意事項への理解を 深め、必要に応じて医師からの指示・指導に基づいた対応を行う体制 を整える。	・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での 留意事項、判断の目安に関する説明など） ・日常的な活動の状況（本人の日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・家族等や介護者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、家族等の 生活リズムなど）	・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での 留意事項、判断の目安に関する説明など） ・日常的な活動の状況（本人の日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・本人の状況や家族等が現在提供しているケアの内容	医師、看護師、 薬剤師、 PT/OT/ST、介 護職

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

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

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職
1 再入院の予防	1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1 負荷のかかる環境の改善	12 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・急激な気温の変化は、血圧が急激に上がるきっかけの一つである。血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要。 ・日常生活において、気温差が縮小されるような体制を整える。	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・環境改善に関する支援の必要性	・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々	看護師、PT/OT/ST、介護職
		13 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・強い負荷がかかるような動作（段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等）は、心臓への強い不可となるリスクがある。 ・自宅での行動の状況、強い負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える。	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・環境改善に関する支援の必要性	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・環境改善に関する支援の必要性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職	
2 生活機能の維持	2-1 ステージに応じた生活・暮らしの支援	2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善	14 本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える ・慢性心不全による活動量の低下は、患者のQ O Lと充実度を直接に低下させるため、その改善は治療の主要な目標である。活動能力に応じた社会的活動は動めるべきであり、ステージに応じた本人の活動・参加の範囲を維持・拡大できるように支援することが重要。 ・本人の日常生活における活動範囲、活動と参加の状況や、本人がどのような暮らしを望むのかを把握できる体制の整備。	・慢性心不全による活動量の低下は、患者のQ O Lと充実度を直接に低下させるため、その改善は治療の主要な目標である。活動能力に応じた社会的活動は動めるべきであり、ステージに応じた本人の活動・参加の範囲を維持・拡大できるように支援することが重要。 ・本人の日常生活における活動範囲、活動と参加の状況や、本人がどのような暮らしを望むのかを把握できる体制の整備。	・本人・家族等が望む生活・暮らし（1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在でできること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているシレンマ ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よい場所、そこまでの動線、日課など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（体の動かし方や体への負荷の制限など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	・本人・家族等が望む生活・暮らし（1日／1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在でできること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など） ・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているシレンマ ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よい場所、そこまでの動線、日課など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安）） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		2-1-2 継続的なリハビリテーションの実施	15 必要なリハビリテーションとセルフケアを継続できる体制を整える ・医療的なリハビリテーションは、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成され、主要な目的は①心機能の改善、②骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。	・疾患の状況に応じた生活・暮らしの実現に向け、医療的なリハビリテーションやセルフケアの継続が重要。本人・家族等の意向を確認し、関連する他の専門職とリハビリテーションやセルフケアが継続できる体制を整備。 ・医療的なリハビリテーションは、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成され、主要な目的は①心機能の改善、②骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など） ・医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握 ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む） ・（医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間で情報共有の方法、共有する内容、情報共有のタイミング	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性 ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など） ・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よい場所、動線、日課など） ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む） ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		2-1-3 入浴習慣の支援	16 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・入浴は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いると負荷軽減効果により臨床症状の改善にも効果が示される。 ・本人の入浴への意向、入浴習慣・環境の把握、専門職からの指導を踏まえ、入浴を維持できる体制を整備。	・入浴に対する本人・家族等の希望・意向 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か） ・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など） ・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況 ・自宅の浴室以外における入浴（例：サービス、訪問入浴など）の状況 ・サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容）	・入浴に対する本人・家族等の希望・意向 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か） ・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など） ・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		2-1-4 休養・睡眠の支援	17 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害は循環器疾患のリスク要因であり、十分な休養を取らないと再入院のリスクが高まるため、休養・睡眠の確保がなされるよう支援。 ・睡眠障害の予兆や睡眠時の状況変化を把握する体制の整備。	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、室温、寝具の状態など） ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、室温、寝具の状態など） ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		2-1-5 禁煙の実現の支援	18 禁煙を実現できる体制を整える ・喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者の禁煙は死亡率や再入院率の低減につながるため、医師からの指導内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、必要に応じて禁煙が実現できるような体制の整備。	・禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向 ・禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど） ・疾患発症前の日常生活における喫煙量、タイミング ・禁煙の継続の有無 ・禁煙が実施できなかった場合の医師への報告方法	・禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向 ・禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど） ・禁煙の継続の有無	医師、看護師、薬剤師、介護職	
			2-2 心理的な支援	2-1-6 本人・家族等への生活習慣を変えることの支援	19 本人・家族等が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する ・退院後の生活においては、本人の自己管理能力が重要であり、自己管理能力を向上させ生活習慣を変えることで、予後の改善を目指す。 ・特に考慮しなければいけない生活習慣（例：飲酒、運動等）は、医師からの指示内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、生活習慣を変えることを本人・家族等が受け入れるよう支援。	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・生活習慣の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・飲酒に対する本人・家族等の意向 ・日常生活における飲酒の状況（飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒か自宅外での飲酒かなど） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：飲酒、運動など）、変更の重要性（例：絶対的なものか、努力事項なのか） ・生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など）	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など） ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・飲酒に関する医師からの指示・指導の有無、制限の内容・程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いかなど） ・日常生活における飲酒の状況（飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒か自宅外での飲酒かなど）
2-2-1 本人・家族等の不安の軽減	20 精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える ・抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートは、心疾患患者の予後に影響するため、精神的な支援の検討が必要。 ・本人・家族等が抱える不安の状況や程度を把握し、必要に応じて専門家にたなぐ体制の整備。			・本人の抑うつや不安の程度 ・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・本人の心理状況や不安などの状況を主治医へ報告する方法 ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	・本人の抑うつや不安の程度 ・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	医師、看護師、薬剤師、介護職	
3 EOL準備	3-1 EOL(エンドオブライブ)に向けた準備	3-1-1 末期心不全のEOLケアの対応・準備の支援	21 末期心不全のEOLケアをどのようにするか心構えをする支援を行う ・入退院を繰り返す終末期には、今後の治療意向や最期の迎え方などに関する本人・家族等との十分な意思確認が必要。 ・そのため、本人・家族等が抱えている不安・恐怖やストレスの状況の把握の支援を検討。 ・また、末期心疾患の支援は、多職種が連携してチームで取り組むことが重要であり、専門職と連携した適切なアドバンス・ケア・プランニング（ACP）が行われる体制を整備。	・今後の暮らし方に対する本人の意向 ・今後の治療に関する本人の意向 ・EOLに対する家族等の意向 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・医師からの末期心不全のEOLケアの実施状況（インフォームドコンセントの実施状況） ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・ACPの実施状況、末期心不全時における医療及びケアの体制の確認	・今後の暮らし方に対する本人の意向 ・今後の治療に関する本人の意向 ・EOLに対する家族等の意向 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・医師からの末期心不全のEOLケアの実施状況（インフォームドコンセントの実施状況） ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・ACPの実施状況、末期心不全時における医療及びケアの体制の確認	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職	

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：認知症

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

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の場合は特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要								
想定される支援内容				支援の概要、必要性		適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性		主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき 専門職 [※]
0 ここまでの経緯の確認	0-1 ここまでの経緯の確認	0-1-1 認知症と診断されるに至った経緯の把握	1 支援の前提としての認知症と診断されるに至った経緯の把握	・認知症と診断されるに至った経緯、診断の状況とその過程でのエピソードの把握。 ・認知症の症状がどのような部分に現れたかを把握し、本人の不安を捉えるために、診断に至るエピソードを把握することが重要。		・診断に至るまでのエピソード ・中核症状の現れ方 ・疾患に対する本人の思い ・医師に対する本人の思い ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）	・中核症状の現れ方 ・疾患に対する本人の思い ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）	医師、看護師
		0-1-2 これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握	2 支援の前提としての医療及び他の専門職の関わりの把握	・現在に至るまでどのような医療及び他の専門職が関わってきたかの把握。 ・今後の医療領域の支援体制を構築するために、これまでの医療の関わりの経緯を把握することが重要。		・医師による判断の状況（主治医意見書等による把握） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・認知症初期集中支援チームの関わり方	・医師による判断の状況（主治医意見書等による把握） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・認知症初期集中支援チームの関わり方	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
	1 本人及び家族・支援者の認識の理解	1-1 本人と家族・支援者の認識の理解	1-1-1 本人や家族・支援者が抱く感情と想いの理解	3 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援	・認知症と診断され、生活に認知機能低下の影響が現れ始めたことに對し、本人が抱く不安や家族・支援者が抱く感情、その変化を捉える体制を整備。 ・これからの生活を支えるうえで最も重要な本人の不安とその変化を把握するために、本人自身の不安や恐怖に加えて家族・支援者が抱く感情や想いとその変化を捉え続けられることが重要。		・本人が抱く恐怖や不安 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・疾患に対して家族等が感じる負担感 ・家族等が感じている葛藤	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			1-1-2 本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識	4 本人に対する受けとめや理解を深める支援	・認知症に対し本人がどのように受けとめているかの把握。 ・本人が感じている不安や恐怖を捉えるために、認知症という疾患に対する受けとめの状況を把握することが重要。		・認知症に対する本人の受けとめの状況	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			1-2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解	5 疾患に対する家族・支援者の受け止めや理解を深めることの支援	・本人の生活を取り巻く家族・支援者の、認知症に対する考え方、理解の程度の把握。 ・認知症のある高齢者の不安や不快は、本人と家族・支援者との関係性に起因するものも多いため、家族・支援者がどのように認知症を理解しているかを把握することが重要。		・認知症の特徴や進行、ケアの方法に関する家族等の理解度 ・家族等に対する支援（情緒的支援、情報の支援、手段的支援）の必要性	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
				6 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	・本人の変化を捉えられる体制の把握。 ・短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかの把握。 ・認知症に伴う本人の状況は変化していくものであり、かつ家族や支援者が負荷を抱え込まなくて良いようにするためにも、本人の変化を捉え、必要に応じてさらに支援を求められるようにする体制の構築が重要。 ・認知症のある高齢者が、日常生活において自ら行動しやすいようにするため、住環境、地域環境などの生活環境を捉えることが重要。		・本人の日常生活の状況（サービス事業者にあつてはサービス利用中の状況） ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・本人に関わっている人の体制の把握（同居者、支援者、事業者など） ・現在、本人や家族等が心面での支えとしている相手・内容の把握 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など） ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・室内の状況（室温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・エアコン等の家電の操作状況	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
2 将来の準備としての意思決定の支援	2-1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	2-1-1 意思決定支援の必要性の理解	8 意思決定支援の重要性への本人及び家族等の理解をうながす支援体制を整える	・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。 ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要。なお、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意。		・本人が有する意思決定能力の状況 ・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・金銭管理の状況	・本人が有する意思決定能力の状況 ・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・金銭管理の状況	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			9 意思決定支援に向けて、本人及び家族等に適切な情報が提供される支援体制を整える	・意思決定支援を判断するために必要な情報が提供されるように支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。 ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要だが、その前提として本人及び家族に対し、意思決定に必要な情報が提供されるような体制を整えることが必要。		・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
		2-1-2 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	10 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	・本人の言葉を日々捉えられるような体制の整備 ・本人の、認知症になるまでの生活における経緯や考えの把握。 ・言葉による意思の表明が難しくなった場合でも、態度やしぐさなど、他の方法で意思を表明する場合がある。したがって、意思決定支援においては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、それをつれて蓄積できる体制を整えることが重要。加えて、これらを捉えやすくするためには、本人のこれまでの経緯や考えをつれて蓄積できる体制を整えることも重要。		・今の生活に対する本人の思い ・これからの生活に対する本人の思い ・生活歴、成育歴 ・日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード ・本人が得意にしていること ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ※これらの項目を本人からだけでなく、家族等からも聞き取る	・今の生活に対する本人の思い ・これからの生活に対する本人の思い ・日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード ・本人が得意にしていること ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ※これらの項目を本人からだけでなく、家族等からも聞き取る	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
			11 意思決定支援体制を整える	・意思決定支援あるいは意思推定支援の必要性が大きくなった場合に、その支援を行う体制の整備。なお、状況が変化するとつれて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化することから、まずは誰が意思決定支援（あるいは意思推定支援）の体制に入るのかを把握することが必要。 ・意思決定支援（あるいは意思推定支援）は一人でするものではなく、チーム体制を整備することが重要である。なお、ここという意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではなく、状況に応じてその人の重要な意思決定あるいは意思推定を支えるために関与する関係者が含まれることに留意。		・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性 ・意思決定支援チームとして関わりうる人（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える） ・意思決定支援チームでの情報共有体制 ・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング	・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性 ・意思決定支援チームとして関わりうる人（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える） ・意思決定支援チームでの情報共有体制 ・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：認知症

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

想定される支援内容				支援の概要、必要性	※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の場合は特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職 [※]
3 必要に応じた連携体制の構築	3-1 必要に応じた連携体制の構築	3-1-1 かかりつけ医や専門職等との連携	12 かかりつけ医との連携 （※必要に応じて専門医や認知症サポート医等とも連携）	・受診に際して介護者が医師の指示内容を理解できているか、また日常生活の変化を医師に伝えられているかの状況とその変化の把握。 ・日常生活の様子を見て変化がみられれば、概ね短期目標の期間程度を目安として、医師に情報提供し、その後の支援の方針についての意見をもらう。 ・認知機能の状況によっては、必要に応じて、医師（かかりつけ医だけではなく、地域の認知症サポート医、認知症の専門医も含む）と連携して医療に関する意思決定支援の体制の整備。 ・認知症は状況が変化していくものであり、医師の指示の理解だけでなく日常生活の状況を的確に医師に伝えることが難しい場合もあるため、短期目標の期間程度を目安として、医師に対し、本人の生活の状況の変化の情報共有をしておくことが重要。	・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・医療に関する意思決定支援の必要性の有無 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ※認知症は状況が変化していくため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師に情報共有されることが望ましい	・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・医療に関する意思決定支援の必要性の有無 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ※認知症は状況が変化していくため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師に情報共有されることが望ましい	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
			13 かかりつけ医以外の専門職等との連携	・日常生活の変化を把握し、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等（薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護福祉士や社会福祉士、管理栄養士等）と共有する。そのうえで、新たに連携すべき専門職等がいれば連携体制の構築。 ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連する専門職等との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要。	・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外の専門職の関わり方 ・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等）	・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外の専門職の関わり方 ・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
		3-1-2 その他の関係する人との連携	14 サービス事業者や地域の関係する人との連携体制を整える	・日常生活の状況やその変化を把握し、必要に応じて新たに連携すべき相手がいれば連携体制の構築。 ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連するサービス事業者やインフォーマルサポート（民生委員、ボランティア等を含む）において関係する人との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要。	・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況 ・生活の状況の変化（特に短期目標の期間程度での変化） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門職種での対応体制 ・本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク ・認知症に対する地域の理解の状況 ※これらの項目に加え、「6.変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施」で把握する事項も併せて確認する。	・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況 ・生活の状況の変化（特に短期目標の期間程度での変化） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門職種での対応体制 ・本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク ・認知症に対する地域の理解の状況 ※これらの項目に加え、「6.変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施」で把握する事項も併せて確認する。	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
4 基本的な生活の支援	4-1 日常生活における本人の意向の尊重	4-1-1 日常生活における意向の尊重	15 日常生活における意向の表明の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活における選択（食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等）において、本人の意向が表明され反映されるように、意向の表明を支える体制の整備。 ・日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要。	・日常生活における意向の表明の状況 ・日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ ・日常生活における決定を実質的に誰がしているか	・日常生活における意向の表明の状況 ・日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ ・日常生活における決定を実質的に誰がしているか	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
		4-2 一週間の生活リズムを支えることの支援	16 本人の生活のリズムの把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等の把握。 ・本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要。	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人の週次や月次の生活リズム ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人の週次や月次の生活リズム ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
		4-2-2 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支えることの支援	17 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支える体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の日常生活の中でも、特に食事・就寝等の生活リズム、及び日常生活における支援者の関わり方の状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援。 ・認知症の進行や健康状態の変化により、生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握し、改めて本人にとって心地よい生活リズムを取り戻せるようにするための支援。 ・本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えたうえで、あくまでも本人の心地よいリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要。 ・心地よい生活リズムを捉えたとしても、時間の経過とともにどこかでそれが崩れることがあるため、その変化を把握して生活リズムを取り戻す支援が重要である。なお、その際のリズムは、必ずしも元の生活リズムが正しいのではなく、その状況に合った本人にとって心地よいリズムを改めて把握し、それにそった生活を支援することが重要。	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人にとって心地良いであろう生活リズム ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容 ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会、有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安）） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・休養・睡眠の状況（タイミグ、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・本人や家族等の交友関係 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人にとって心地良いであろう生活リズム ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容 ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会、有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安）） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・休養・睡眠の状況（タイミグ、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・本人や家族等の交友関係 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
	4-3 日常的に参加する役割を整えることの支援	4-3-1 家庭や地域での役割を担い続けるためのADL/IADLの支援	18 本人がこれまでに担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・認知症と診断される以前の生活における家庭や地域における本人の役割と、現在の生活における実行状況、現在の生活で担っている役割を把握する。さらにそうした役割をできるだけ担い続けるうえで捉えるべき認知症の影響の現れ方の把握。 ・認知症の影響が現れても、できかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のIADLや社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握することが必要。	・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・金銭管理の状況 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート	・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・金銭管理の状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			19 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制の整備。 ・認知症があっても本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要。	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・家庭内での本人の役割に対する本人の認識 ・地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） ・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況 ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・家庭内での本人の役割に対する本人の認識 ・地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） ・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況 ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
		4-3-2 コミュニケーションを取ることの支援	20 日常生活においてコミュニケーションを取ることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況の把握。 ・本人の状況に合わせて、家族及び家族以外の周囲の人との間でコミュニケーションを取りやすいような環境の整備。 ・本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションの状況を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要。	・疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格 ・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況 ・本人と家族等のコミュニケーションの状況 ・本人と家族等以外のコミュニケーションの状況 ・本人と家族等以外のコミュニケーションの状況 ・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況 ・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード	・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況 ・本人と家族等のコミュニケーションの状況 ・本人と家族等以外のコミュニケーションの状況 ・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況 ・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード	歯科医、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
		4-3-3 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援	21 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況の把握。 ・本人が清潔を保つことを支える環境の整備。 ・本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要。	・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況 ・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況 ・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：認知症

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

想定される支援内容				支援の概要、必要性	※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の場合は特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき 専門職 [※]
4 基本的な生活の支援	4-4 体調管理や服薬管理の支援	4-4-1 体調の変化を把握し伝えることの支援	22 体調管理の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常的な体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものかを把握し、そのうえで日々の体調を管理できるよう支援する体制の整備。 ・高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要。	・自分の体調に対するうけのための状況、体調を把握する手段 ・日常的な体調（食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等） ・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・自分の体調に対するうけのための状況、体調を把握する手段 ・日常的な体調（食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等） ・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			23 日常と異なる状態の把握とそれを表明することの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常の状態とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制の整備。 ・認知症のある高齢者の場合、日常の状態と異なる状態を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、日常の状態を捉える体制を整えておくことが重要。	・日常と異なる状況の有無、その内容と程度 ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・体調の変化を伝える相手とその関係性 ・いざという時の入院候補充となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい	・日常と異なる状況の有無、その内容と程度 ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・体調の変化を伝える相手とその関係性 ・いざという時の入院候補充となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		4-4-2 服薬支援	24 薬の管理と服薬を一定の水準で継続できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・認知症あるいは併発疾患の療養のためには、医師の指示にしたがった適切な服薬が必要であることを本人が理解できるような支援体制の整備。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制の整備。 ・適切な服薬を継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制の整備。 ・認知症への対応だけでなく、併発している疾患の再発防止あるいは重症化防止のためには服薬が重要であり、それを本人が可能な限り理解できるように支援することも重要。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬支援機器の活用状況	・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など）の変化及びその理由 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬支援機器の活用状況	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
	4-5 基本的なセルフケアを継続することの支援	4-5-1 水分の摂取の支援	25 必要な水分量の把握と必要な水分量を摂取できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制の整備。 ・日常の生活において、必要な水分量を摂取できるように支援する体制の整備。 ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要。	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など） ・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事における咽咽、飲み込みの状況、嚥下動作など ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など） ・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事における咽咽、飲み込みの状況、嚥下動作など ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
			4-5-2 栄養の摂取の支援	26 必要な栄養及び日常的な摂取状況（摂取方法を含む）の把握と必要な栄養を摂取することを支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
		4-5-3 排泄を続けることの支援	27 できるだけ自立した排泄を続けられるようにすることの支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常的な排泄リズム、排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無）、排泄方法を把握できるような支援体制の整備。 ・自分で排泄が続けられるよう排泄リズムに対する本人の認識を高めたり、排泄動作を維持できるような支援体制の整備。 ・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要。	・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄リズムに対する本人の認識 ・排泄に関する失敗のエピソード ・日常的な排泄の方法（トイレ、トイレ、おむつなど） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・排泄動作の状況	・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄リズムに対する本人の認識 ・排泄に関する失敗のエピソード ・日常的な排泄の方法（トイレ、トイレ、おむつなど） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・排泄動作の状況	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
5 これまでの生活の尊重と重篤化の予防	5-1 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備	5-1-1 その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	28 活動と参加を通じた周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するための支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対する支援を検討するために、日常の生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びととの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的な困惑や葛藤を捉える。これを踏まえ、交流関係に対する支援及び交流を円滑にできるように本人に対する支援を検討。 ・認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要。	・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤 ・他人との交流の方法 ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・活動と参加に関わる各行為の状況 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）	・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤 ・他人との交流の方法 ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・活動と参加に関わる各行為の状況 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			29 その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況の把握。 ・認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要。	・本人にとっての快・不快の状況 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	・本人にとっての快・不快の状況 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
		5-1-2 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	30 状態に合った活動と参加を実現する環境整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境の整備。 ・認知機能が低下しても、本人が自ら活動・参加できるようにするために、人的な支援だけでなく、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤に、そうした生活を継続し、拡充できるように生活環境・活動環境を整えることが重要。	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、廊下・段差の有無、外構の状況など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、廊下・段差の有無、外構の状況など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			31 新たな役割・機能を獲得することの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・認知症になる前の生活と比較して役割を縮小させるだけでなく、さらに新たな役割機能を獲得できるよう支援。 ・認知症と診断されることがそのまま従前の生活や役割を縮小することではなく、状況にあった新たな役割・機能の獲得の可能性があると捉え、本人が参加できるように支援することが重要。	・生活歴、成育歴 ・本人のストレングス ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・役割を実現するために必要な環境支援 ・免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	・本人のストレングス ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・役割を実現するために必要な環境支援 ・免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：認知症

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

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の場合は特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要							
想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職 [※]
5 これまでの生活の尊重と重度化の予防	5-2 合併症や併発しやすい事故の予防	5-2-1 転倒の予防の支援	32 転倒の予防の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制の整備。 ・状況の重度化の要因となる転倒を予防するよう、日常生活動線を把握するとともに環境を整えることが重要。	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・筋力の低下の状態 ・空間認識の状況 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よい場所、そこまでの動線、日課など） ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・筋力の低下の状態 ・空間認識の状況 ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よい場所、そこまでの動線、日課など） ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
		5-2-2 誤嚥の予防の支援	33 誤嚥の予防の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・口腔機能の状況だけでなく、その変化を本人がどのように捉えているのかも含め、誤嚥のリスクを低下できるような体制の整備。 ・状況の重度化の要因となる誤嚥を予防するよう、日常生活における動線を把握するとともに環境を整えることが重要。	・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口腔内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など） ・食事の用意の方法、食事を用意する人	・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口腔内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など） ・食事の用意の方法、食事を用意する人	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
6 行動・心理症状の予防・重度化防止	6-1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握	6-1-1 行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制の構築	34 行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制を整える	・行動・心理症状がどのような状況やタイミングで起きているか（どのような状況で起きやすいのか、定期的に起きているのか等）を把握する体制の整備。 ・行動・心理症状を予防するためにも、どのような状況が本人にとっての要因になっているかを分析する必要があるため、まずはどのような状況・タイミングで行動・心理症状が起きているかを把握することが重要。 ・なお、行動・心理症状に対しては背景要因を把握して対応することが基本だが、実際には本人の意思の尊重とのバランスを取ることが難しい場合もあるため、一定の期間にわたって行動・心理症状の現れ方を把握するとともに、日常のその人の状況や意向を併せて把握しておくことが大切。	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・行動・心理症状の状況（起きるタイミングと現れ方、どのようなことが起きているか、背景要因の特定など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・行動・心理症状の状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・行動・心理症状の状況を共有する手段（サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など） ※これらの項目に加え、「（大項目0）ここまでの経緯の確認」や「（大項目1）本人及び家族・支援者の認識の理解」で把握する事項を併せて確認する	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・行動・心理症状の状況（起きるタイミングと現れ方、どのようなことが起きているか、背景要因の特定など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など） ・本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・行動・心理症状の状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・行動・心理症状の状況を共有する手段（サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など） ※これらの項目に加え、「（大項目0）ここまでの経緯の確認」や「（大項目1）本人及び家族・支援者の認識の理解」で把握する事項を併せて確認する	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
		6-1-2 本人の不安やストレスの把握	35 本人の不安やストレスの把握	・本人が感じている不安や不快の程度を把握し、可能な限りこれを解消するような支援。 ・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であり、こうした状況を把握して分析し、解消策を実施することは行動・心理症状の予防に重要。	・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・痛みやかゆみなどの不快（言葉にならないストレス）を伴う状況の有無、その内容と程度 ・生活環境に対する本人の好み ・室内環境（音や光など）からる不快・ストレスの程度及び対応状況（温湿度調整、機械音の軽減、カーテンの活用など）	・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・痛みやかゆみなどの不快（言葉にならないストレス）を伴う状況の有無、その内容と程度 ・生活環境に対する本人の好み ・室内環境（音や光など）からる不快・ストレスの程度及び対応状況（温湿度調整、機械音の軽減、カーテンの活用など）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、介護職
	6-2 背景要因に対する取り組みの支援	6-2-1 背景要因に対する取り組みの支援	36 背景要因に対する対応策の実施の支援	・行動・心理症状の背景要因を捉え、特に本人から見た不安や不快、ストレス等を解消するための取り組みと支援。 ・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされる。 ・したがって、本人からみた不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要。	・本人の健康状態、生活状況 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 ・本人や家族等の近所づきあいの状況 ・ケアやリハビリテーションを提供する体制 ・行動・心理症状の状況を共有する手段（サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	・本人の健康状態、生活状況 ・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 ・本人や家族等の近所づきあいの状況 ・ケアやリハビリテーションを提供する体制 ・行動・心理症状の状況を共有する手段（サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
			37 背景要因に対する家族等の理解を深めることの支援	・行動・心理症状には背景要因があること、その多くが本人から見た不安や不快、ストレスが要因となっていること、そうした背景要因の解決こそが重要であることについて、家族の理解を深める支援。 ・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされる。 ・したがって、本人からみた不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要。 ・さらに、本人から見た不安や不快、ストレスの解消のためには、家族等の関わり方を見直す必要がある場合もあることについて、家族等の理解をうながすことも大切。	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・認知症に対する家族等の理解度 ・本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・行動・心理症状の状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・行動・心理症状の状況を共有する手段（サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・認知症に対する家族等の理解度 ・本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・行動・心理症状の状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・行動・心理症状の状況を共有する手段（サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
7 家族等への対応	7-1 家族支援に必要なサービスの調整支援	7-1-1 家族等に対する支援の体制の整備	38 家族等に対し相談支援が提供される体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社会資源をつなぐような支援。 ・日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・認知症に対する家族等の受け止めの状況 ・認知症に対して家族等が感じている不安 ・家族等がねぎらいを得られる状況の有無 ・家族等が必要な情報を収集する手段 ・相談支援の実施の状況 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・認知症に対する家族等の受け止めの状況 ・認知症に対して家族等が感じている不安 ・家族等がねぎらいを得られる状況の有無 ・家族等が必要な情報を収集する手段 ・相談支援の実施の状況 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	医師、看護師、社会福祉士・MSW、介護職
			39 家族等の仕事と生活のリズムが保たれるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援。 ・日々介護に携わっている家族等の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む） ・同居していない家族等の生活リズム ・仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み ・家族等の休養・睡眠の状況 ・仕事をする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等） ・仕事をする家族等の会社での役割の変化 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む） ・同居していない家族等の生活リズム ・仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み ・家族等の休養・睡眠の状況 ・仕事をする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等） ・仕事をする家族等の会社での役割の変化 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度	医師、看護師、社会福祉士・MSW、介護職
	7-2 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	7-2-1 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	40 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しともに関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があった近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援。 ・認知症のある方のケアでは、本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要。	・本人や家族等の交友関係 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の近所づきあいの状況 ・地域とのトラブルのエピソード ・認知症に対する地域の理解の状況 ・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況	・本人や家族等の交友関係 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の近所づきあいの状況 ・地域とのトラブルのエピソード ・認知症に対する地域の理解の状況 ・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況	医師、歯科医師、看護師、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
			41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・将来にわたり、本人の尊厳を守り、できる限り今の生活を継続できるよう、本人や家族の生活の意向を捉えるとともに、将来の生活に備えて利用可能な地域資源があることを伝える支援。 ・認知症の方の尊厳のある生活を支えていくのは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、意向を把握しつつ活用可能な地域資源を伝えることが重要。	・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 ・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備	・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 ・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：誤嚥性肺炎の予防

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

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職
0 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	0-1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	0-1-1 必要性の理解	1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	・誤嚥性肺炎は高齢者に多く起こりうる疾患であり、罹患すると重篤な影響を及ぼす可能性が大きいことの理解をうながす。 ・誤嚥性肺炎は、リスクの評価と予防で対応できるので、そのための取り組みが重要であることの理解をうながす。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
			2 日常の健康状態や生活状況の継続的な把握と共有	・誤嚥性肺炎の予防のためにはまず誤嚥リスクの評価が重要であるため、本人の日常の健康状態や生活状態を把握し、誤嚥リスクを評価する専門職と共有。 ・なお、状態は変化することがあるので、一度で終わらせず継続的に把握・共有。 ・疾患や障害による影響を評価できるようにするため、本人の疾患の履歴や、障害の有無、認知機能の低下とそれに伴う生活障害等の状況を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。	・疾患歴（特に脳血管疾患など嚥下機能に影響を与える疾患の履歴） ・（入院していた場合）入院中に受けていたケア内容（医療的ケアに加え栄養管理やリハビリテーションの内容を含む） ・本人の健康状態、生活状況 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・障害の有無と程度 ・生活における覚醒、活発度の状況 ・咀嚼や嚥下に関わるトラブル（出来事） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（同居家族等だけでなく、支援者を含めた連携体制） ・現在利用している医療サービスの有無と種類、介護サービスの有無と種類	・本人の健康状態、生活状況 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・障害の有無と程度 ・生活における覚醒、活発度の状況 ・咀嚼や嚥下に関わるトラブル（出来事） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（同居家族等だけでなく、支援者を含めた連携体制） ・現在利用している医療サービスの有無と種類、介護サービスの有無と種類	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			3 かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況等の継続的な把握と共有	・摂食嚥下機能と誤嚥リスクの評価の根拠とするため、かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況、舌運動の様相、サービスを受ける前の期間における義歯の管理の状態など、摂食嚥下機能にかかわる日常の状態を把握し、評価する専門職と共有。 ・なお、状態は変化することがあるので、状況の把握は一度で終わらせず継続的な把握・共有。	・（入院していた場合）入院中の食事の種類、内容 ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・食事をとる際の姿勢・食事のとり方 ・食事と一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など） ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・食事をとる際の姿勢・食事のとり方 ・食事と一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など） ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			4 誤嚥リスクが疑われる出来事の把握	・誤嚥リスクの評価の根拠となる、咀嚼や嚥下に関わるトラブルなどの出来事を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。	・咀嚼や嚥下に関わるトラブル（出来事）	・咀嚼や嚥下に関わるトラブル（出来事）	歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職
		1-1-2 誤嚥による肺炎のリスクの把握	5 咳や呼吸、口腔衛生の状況の把握と共有	・誤嚥による肺炎のリスクを把握するため、日常的な咳の状況（咳をする頻度、どのようなタイプの咳か、いつ多くなるか、むせの有無など）を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。 ・肺炎の発症につながるリスクを評価する根拠とするため、日常的な口腔ケアの状況や口腔内衛生状態の概要を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。	・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど ・息切れの有無 ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・現在利用している専門的なサービス（訪問歯科、訪問歯科衛生士等）	・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど ・息切れの有無 ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・現在利用している専門的なサービス（訪問歯科、訪問歯科衛生士等）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
			6 摂食嚥下機能、発声・発話の維持・改善のための支援	・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション（専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む）が提供されるようなケア体制を整える。 ・セルフケアとして自身で実施可能な取り組みやリハビリテーションについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有。 ・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、発声・発話の維持・改善のリハビリテーションが提供されるようなケア体制を整える。 ・なお、過去に気管切開処置が行われている場合には、喉頭の運動の抑制から嚥下障害が生じるため、病歴を注意して把握し専門職と共有。	・（入院していた場合）入院中の口腔に関するケア内容 ・（入院していた場合）入院中のリハビリテーションの内容 ・嚥下障害に関係する病歴の有無（気管切開など） ・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など） ・発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容 ・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など） ・発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容 ・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
		2-2 リスクを小さくする支援	7 口腔乾燥への支援	・唾液分泌が減り、口腔乾燥が進むと、摂食嚥下のトラブルが起きやすくなるため、これを防ぐために口の中が乾きすぎないようにするようなケア体制を整える。 ・口腔乾燥がある場合にその原因を評価するため、口渇、口腔乾燥をもたらす要因となる服薬内容等の情報を把握し、薬剤師等の専門職にその情報を共有。	・日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いような姿勢の有無 ・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況（窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラインドの利用状況など）	・日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いような姿勢の有無 ・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況（窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラインドの利用状況など）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
			8 食内容の見直しの支援	・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、メニューや調理方法、あるいは食形態が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。 ・同居家族などが主に調理している介護者である場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食内容に関する留意点を共有。	・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など	・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など	歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
			9 食事のとり方や環境の整備	・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、必要に応じて食事をとる食具の使用や環境を見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。 ・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、食事をとる姿勢や食事のとり方が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。 ・同居家族などが一緒に食事をとることが多かったり、食事介助を行っている場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食事の摂取に関する留意点を共有。 ・なお、食事介助を行っている場合、食事に十分な時間が確保できないために本人の残存能力を無視した過剰な食事介助とならないように留意。 ・誤嚥のリスクを高めないように、適切な食事姿勢が介助者によって提供されるような体制を整える。	・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食器の保持の状況 ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境 ・食事をとる際の姿勢・食事のとり方 ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる際の姿勢・食事のとり方 ・日常的に使っている食器 ・評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具 ・食事と一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など） ・食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無 ・食器や道具・食事をとる環境を提供しうる地域の社会資源の有無、状況	・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食器の保持の状況 ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境 ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる際の姿勢・食事のとり方 ・評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具 ・食事と一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など） ・食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無 ・食器や道具・食事をとる環境を提供しうる地域の社会資源の有無、状況	歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
			10 食事内容と栄養摂取状況の把握と改善	・食事からの栄養摂取ができているか、食欲があるかを把握。 ・状況が変化しうするため、一度きりではなく継続的に状況把握できるように、介護者や他の専門職等とも連携して日常の状態を随時把握できるように体制を整える。 ・十分な栄養を摂取できる食事に本人が集中し、食欲をもち食事を楽しむことができるよう、慣れ親しんだ食事環境を整えたり、好きなものを定期的にとれるようにしたりといったケア体制を整える。	・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食欲の状況 ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・日常的に使っている食器 ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・食欲の状況 ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど） ・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
		2-2-3 口腔ケアの実施	11 口腔ケアの実施	・感染症を防ぐため定期的な口腔ケアを行うことができるよう、ケア体制を整える。 （例えば、はみがき、義歯の洗浄などに加え、どの程度実践できているかの確認を、セルフケアとして自ら行うあるいは、家族介護者や専門職などが行う体制を整えること）	・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
3 再評価	3-1 リスクの再評価	3-1-1 リスクの再評価	12 一定期間ごとのリスクの再評価	・本人の健康状態や生活環境の変化に伴ってリスクは変化するので、一定期間ごとに上記のようなリスク評価を再度実施。 ・過去に一度誤嚥性肺炎を発症している場合（二次予防）は、前回発症した際の状況の振り返りも併せて行う。	※「（大項目1）リスクの（再）評価」で把握する項目と同じ	※「（大項目1）リスクの（再）評価」で把握する項目と同じ	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：誤嚥性肺炎の予防

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

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職
4 変化を把握したときの対応体制の構築	4-1 変化を把握したときの対応体制の構築	4-1-1 変化を把握したときの対応体制の構築	13 短期的な変化を把握したときの連絡・対応体制の事前検討	・肺炎は進行が速い疾患なので、短期間に日常の状態から変化したときには、迅速にかかりつけ医等に情報共有することが重要。 ・家族や介護者が、短期的な変化を把握したときに迅速に医療者等の他の職種につなぐことができるよう、連絡・対応体制を事前に整理し、共有。	・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制	・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
			14 留意すべき兆候を把握し共有する支援体制の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・不顕性の誤嚥による肺炎の可能性も視野に入れ、日常の状態との違いに気づきやすい体制を整えるため、ケアに関わる関係者の間で気を配っておくべき兆候を整理し共有。 ・留意すべき兆候が把握され、かかりつけ医等に情報共有した結果、必要と支持されたケアが提供されるよう調整。 ・具体的には、むせや咳の状況、食事のときにのどがゴロゴロ鳴るなどの様子が考えられる。また、以前よりも元気がない、食欲が低下しているなどの長期的な変化の兆候を把握。 ・なお、本人にとっての留意すべき兆候は、健康状態や生活状態によって一人ひとり異なるため、まずは本人の日常の状況を把握し共有できる体制を整えることが重要。	・本人の健康状態、生活状況 ・本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医師による判断の状況（入院すべきか否か） ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど） ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）	・本人の健康状態、生活状況 ・本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など） ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医師による判断の状況（入院すべきか否か） ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど） ・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
	4-2 入院後の生活復帰の見通しの共有	4-2-1 入院後の生活復帰の見通しの共有	15 入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・肺炎によって入院する場合でも、入院時点から退院後及び自宅での療養に際しての留意事項を把握し共有。 ・退院後の生活の回復を円滑に行うため、入院時に実施されたリスク評価の結果や、退院後の生活における指示内容の情報を把握。 ・なお、入院時点において、本人が肺炎を繰り返すリスクを小さくする治療に資するよう、日常的に把握している本人の摂食嚥下や食事の状況等の情報を、病院の主治医等に伝達。	・退院の見込み時期 ・退院後のケアの体制（家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）	・退院の見込み時期 ・退院後のケアの体制（家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職

巻末資料3 「適切なケアマネジメント手法」の手引き

適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業

「適切なケアマネジメント手法」の 手引き



はじめに

介護保険制度の基本理念は、一人ひとりの尊厳の保持と自立支援、そして住み慣れた地域での生活をできるだけ継続することにあります。これを実現するには、幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測に基づく支援の調整が必要であり、介護支援専門員が一人で抱え込むのではなく、各職種の視点や知見を活かし、連携して取り組む体制を整えることが肝要です。

ただし、円滑な多職種連携の実現は簡単ではありません。それぞれに多忙な業務のなかで信頼関係を構築し、必要な情報の共有や有意義な意見交換を実現するには、お互いの職域を尊重する気持ちを持ち、連携のルールを定めるとともに、双方が共通する知識や視点を持つことが必要不可欠です。

「適切なケアマネジメント手法」は、要介護高齢者本人と家族の生活の継続を支えるために、各職域で培われた知見に基づいて想定される支援を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント/モニタリングの項目を整理したものです。

ケアマネジメントの質の確保は、介護給付費分科会審議報告でも今後の課題とされました。まずはこの手法のねらいや概要を知り、介護支援専門員の質の平準化や初任段階の介護支援専門員の育成を加速化させるために活用して頂きたいと思います。

目 次

1. 「適切なケアマネジメント手法」って何だろう？…… 4

- (1) 「適切なケアマネジメント手法」とは …………… 4
- (2) 「適切なケアマネジメント手法」を作成した理由 ……… 6
- (3) 「適切なケアマネジメント手法」を使う意義 …………… 8

2. 「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方… 10

- (1) “あたり”をつけて効率よく個別化を行う …………… 10
- (2) 「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成される …………… 12
- (3) 想定される支援内容からアセスメント/モニタリング
項目がつながっている …………… 14
 - ① 想定される支援内容…………… 14
 - ② 支援の概要、必要性…………… 14
 - ③ 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/
モニタリング項目等…………… 15

3. 「適切なケアマネジメント手法」をどう取り入れる？… 16

- (1) こんな場面で使おう …………… 16
- (2) 使う時の留意点 …………… 19
 - ① 「基本ケア」と「疾患別ケア」はセットで用いる … 19
 - ② 生活の場面で取り組むべきことに意識を向ける…… 19
 - ③ 本人の生活を総合的に捉え、個別化する…………… 20

4. 「基本ケア」の理解を深める	22
(1) 「基本ケア」とは	22
(2) 「基本ケア」の構成	22
(3) 「基本ケア」を活用する際の留意点	22
 5. 「疾患別ケア」の理解を深める	 24
(1) 脳血管疾患のある方のケア	24
(2) 大腿骨頸部骨折のある方のケア	26
(3) 心疾患のある方のケア	28
(4) 認知症のある方のケア	30
(5) 誤嚥性肺炎の予防のためのケア	34
 6. 「適切なケアマネジメント手法」の活用方法.....	 36
(1) ここで取り上げる3つの場面	36
(2) 自己点検	36
(3) 研修	40
(4) カンファレンス	42

1 「適切なケアマネジメント手法」って何だろう？

（１）「適切なケアマネジメント手法」とは

健康寿命が伸び、地域の高齢者の状況や生活のありようが多様化し、ケアマネジメントにおいて取り扱う社会資源の範囲がより広がっています。介護支援専門員には、これまで以上に幅広く情報を収集・分析し、ケアマネジメントを推進していくことが求められます。

同時に、専門職として、たとえ初任段階であっても、利用者が必要とするケアマネジメントを一定以上の水準で提供することも求められます。

そこで、利用者の尊厳を保持し、生活の継続を支えるケアマネジメントの実践にあたり、介護支援専門員の先達たちが培ってきた知見の中で共通化できる知見に着目し、それを体系化することにしました。これが本冊子で取り上げる「適切なケアマネジメント手法」です。



この手法では、支援内容くらい具体的なレベルで、根拠に基づいた「仮説」を持ち、その必要性や個別的内容を検証するために情報の収集・分析を展開するという考え方に基づいて、「想定される支援内容」を体系化しています。



利用者やその家族の生活を支えるうえで解決すべき課題を捉えるため、先入観を持つことなく、網羅的に情報収集し、支援を組み立てるのがケアマネジメントの基本です。

一方で、利用者や家族のある状況に共通して、当然必要性を検討しなければならない視点もあります。このように共通的に「漏らしてはいけない視点」については、多職種間で共有し、具体的な支援の必要性を検討したり、ケアを実施してその効果等を検証したりすることが重要です。こうした取り組みにより、ケアマネジメントの水準を一定以上に確保できます。

したがって、この手法を介護支援専門員だけのツールとせず、他の職種のみなさんにも知ってもらい、地域全体で活用していくことが望めます。

なお、体系化にあたっては、まずは高齢者の生活を継続する基盤を支える「基本ケア」を老年学等の知見に基づいて作りました。そのうえで、既存のエビデンスがあり、多職種協働の必要性が大きいという観点で「疾患ごとのケア」に着目しました。具体的には、要介護状態となる要因の上位、あるいは重度化するとその後の影響が大きい疾患群や状況（脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症、誤嚥性肺炎の予防）を先行して検討しました。

（２）「適切なケアマネジメント手法」を作成した理由

介護保険制度設立20年が経ち、介護支援専門員の数も増え、多様な背景を持つ人が要介護高齢者のマネジメントに携わっています。一方で、人数が増えたことに伴い、一人ひとりの介護支援専門員によるケアマネジメントの質のばらつきが大きくなっているとの指摘があります。

ケアマネジメントが目指すのは本人の尊厳を尊重し、住み慣れた地域でできるだけ暮らし続けられるよう、生活全般を支える体制を整え、自立支援を実現することです。そのためには、介護はもちろん医療や福祉、さまざまな生活支援サービス領域の知見やネットワークが必要ですし、相談援助や意思決定支援に関する知識や技術も必要です。

一方、各分野・領域の知見が深まっていますから、介護支援専門員が一人で全ての領域の知見を身につけるのは現実的ではありません。さまざまな領域の専門職等と円滑に連携できるようにする基本的な知識が必要です。

「適切なケアマネジメント手法」はまさにその基本的な知識として作られたものであり、他の職種と連携する際の“共通言語”として活用することを期待しています。

課題

本来必要なケアの抜け漏れ
(知識のばらつき)

例) 脳血管疾患のある方の栄養面の
支援: 情報収集していない 51.2%

解決策

「疾患」※別に想定すべき
支援内容を体系化

※これまでの検討範囲

- ・基本ケア
- ・脳血管疾患
- ・大腿骨頸部骨折
- ・心疾患
- ・認知症
- ・誤嚥性肺炎の予防



ねらい

- ケアプラン検討時の「抜け漏れ」の防止
- 多職種協働の推進
- ケアプランの見直しの円滑化

（３）「適切なケアマネジメント手法」を使う意義

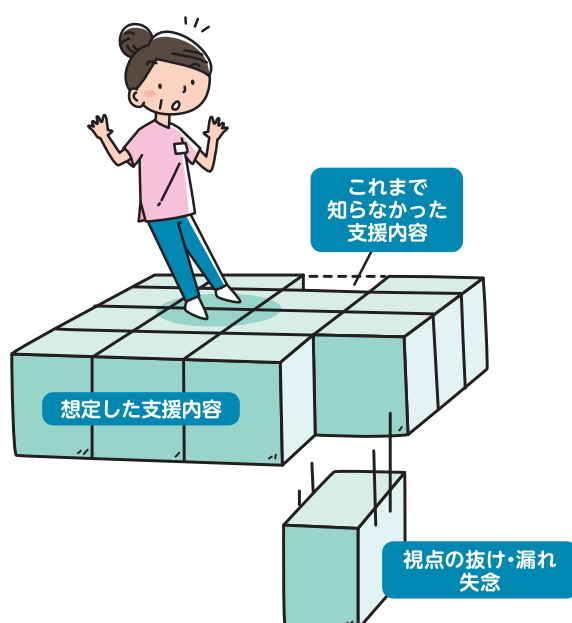
経験豊富な介護支援専門員のみなさんは、普段の業務において「こんな支援が必要かも？」「もう少しこの辺りの話を詳しく聞いてみよう」といったことを半ば無意識で考え、実践しています。

「適切なケアマネジメント手法」はこうした知見を体系化したものですが、一人ひとりが経験とともに培っていくこれらの知見を他の人にも見えやすくすることには、どのような意義があるのでしょうか？

1. 支援内容やアセスメント項目の「抜け漏れ」を防ぐ

介護支援専門員がアセスメントを行ったりケアプラン原案を検討したりする際に、「適切なケアマネジメント手法」を参照することで、支援内容の仮説や、その必要性を判断するためのアセスメントの視点がうっかり抜け落ちてしまうことを防ぐ効果があります。

それによって、どの利用者に対しても、一定以上の水準のケアマネジメントを提供できるようになります。



2. 他の職種との協働や役割分担を進めやすくなる

支援の必要性を判断するためには情報が必要ですが、「適切なケアマネジメント手法」では、アセスメント/モニタリング項目と合わせて「相談すべき専門職」を示しています。

そのため、介護支援専門員と他の職種が、どのような支援の必要性を判断するために、何の情報を把握するのに誰と連携・共有するとよいかをお互いに理解しやすくなります。

アセスメント/モニタリングが効果的にできることで、生活課題の把握や、生活の将来予測、個別化をしやすくなり、その人らしい生活の継続の支援にそれぞれの職種の専門性をより発揮することにつながります。

3. ケアプランの見直しをしやすくなる

モニタリングを通じて把握した状況を活用して、支援内容の見直しを行う際に「適切なケアマネジメント手法」を参照することで、状態の変化に応じて引き続き必要な支援、見直す支援、新たに追加する支援を判断しやすくなる効果があります。

例えば脳血管疾患Ⅱ期に関する実証では、その人らしい生活の継続に加えて、疾患の療養に特徴的な以下のような支援の必要性に気づく効果が見られました。

- 目標血圧が確認できる体制を整える
- 家庭（日常）血圧の把握ができる体制を整える
- 塩分摂取状況が把握できる体制を整える

このように、どのような視点の支援内容が必要かを、個別的に確認し、次の見直しに反映させやすくなる効果が期待されます。

2. 「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方

(1) “あたり”をつけて効率よく個別化を行う

経験豊富な介護支援専門員は、網羅的な情報収集の前に、インテークで得られた限られた情報から、「どのような支援が必要そうか」、「何を詳しく確認すべきか」の“あたり”をつけています。

(インテークの一例)



脳血管疾患の既往があって今度退院する方です。ご夫婦でお暮しですよ。少し麻痺が残っているけど、在宅生活を続けていきたいそうです。



こんな支援が必要かも？
病棟の情報を聞いてこよう。
遠方の家族はどう思っている？
福祉用具も考えなきゃ。

これらの「～かも？」は単なる思いつきではなく、知識や技術、そして長年の経験に裏付けられた専門職として意味のある“あたり”です。“あたり”をつけることで、限られた時間で効率的にかつ重要な領域の情報を重点的に収集できる、つまり個別化に資する情報の収集と整理を効率よく行うことができます。

また、インタビュー前に“あたり”をつけておき、本人や家族等とお話をする過程で大事な領域を早めに絞り込み、より具体的な情報の収集に注力できるようにすることで個別化したケアプランを考えやすくなります。

「適切なケアマネジメント手法」を、介護支援専門員が「必要性が想定される支援（仮説）」の引き出しを増やし、“あたり”の精度を高められるようにするための、基本的な知識の体系として活用してください。

コラム 「ケアプランの標準化」ではない

本人のニーズや具体的な支援内容はきわめて多様・多彩であるため、ケアプランは一人ひとりに個別的です。

「適切なケアマネジメント手法」が目指しているのは、どの介護支援専門員が担当しても、本人から見て一定の水準のケアマネジメントを提供できるようになることであり、そのために仮説を持って情報収集・分析できるようになることを目指しています。決して「ケアプランの標準化」ではありません。

個別性の高いケアプランを作りやすくなる



適切なケアマネジメント
手法が土台となることで……

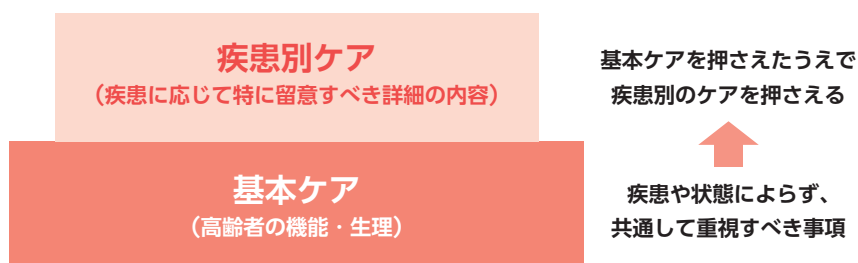
（２）「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成される

「適切なケアマネジメント手法」は、「基本ケア」と「疾患別ケア」という２階建ての構造になっています。

「基本ケア」は、本人の生活の継続を支援する基盤となる支援内容であり、高齢者の機能と生理を踏まえたケアです。本人が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容を整理しています。

一方、「疾患別ケア」は、疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容を整理しています。疾患によっては、期別（退院後３ヵ月、退院後４ヵ月目以降など）の視点を盛り込んでいます。

こうした疾患では、時期によって本人の状況やその時に必要な支援内容、さらには医療との連携における留意点が大きく変わることから、タイミングを見計らった支援内容の見直しが求められます。



「適切なケアマネジメント手法」を活用する際は、まず「基本ケア」を踏まえた上で、本人の状態に応じて「疾患別ケア」を参照しましょう。

疾患に着目した理由は、どのような支援を検討しておくかと将来の再発や重度化のリスクを小さくすることができるかという知見が疾患ごとに整理されているからです。

「適切なケアマネジメント手法」を通じてそのような知見を取り入れることで、アセスメントに基づく生活の将来予測を行い、リスクを見極め、先回りしてケアを調整することができ、結果として、本人や家族等のQOLの維持・向上を図りやすくなります。



「疾患別ケア」としては、これまでに右の5つを体系化し、それぞれ「項目一覧」（概要版）と「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア」を用意しています。

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

(3) 想定される支援内容からアセスメント/モニタリング項目がつながっている

「適切なケアマネジメント手法」では、「基本ケア」あるいは各「疾患別ケア」において、①想定される支援内容、②支援の概要、必要性、③適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等を一体的に整理しています。

「基本ケア」では、尊厳の保持や自立支援に基づく基本的な考え方として「基本方針」が示されています。また、「疾患別ケア」では、医療とのかかわりの程度に応じた「期別の考え方」が示されているものもあります。

① 想定される支援内容

- 想定される支援内容は、大項目、中項目、小項目で整理されています。
- 疾患への医療的なアプローチにとどまらず、本人や家族の疾患への理解促進や、状況が変化した際の体制構築など、ケアマネジメントが果たすべき役割を踏まえたものです。

② 支援の概要、必要性

- ここでの支援内容とは、どのような支援を、誰が行うか、さらにその支援がなぜ必要になりうるかを列挙したものです。
- また、個別化に向けた「仮説」ですので、次の「適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等」を踏まえて必要性やその内容を具体化します。

③ 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 想定される支援内容ごとに、その必要性や妥当性を判断するために確認すべき主なアセスメント/モニタリング項目、その際に相談すべき専門職を列挙したものです。
- 個別化の視点に立って支援の要否や具体的内容の検討のために、他の職種と連携して確認します。

「項目一覧」（概要版）では、疾患別・期別に、「想定される支援内容」、「支援の概要、必要性」、「アセスメント/モニタリング項目」を一覧表形式で示していますので、全体を把握する上で役立ちます。

支援内容やアセスメント/モニタリング項目の詳細を確認したい場合は、「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア」の本編の該当箇所を参照してください。

3. 「適切なケアマネジメント手法」をどう取り入れる？

(1) こんな場面で使おう

「適切なケアマネジメント手法」は、介護支援専門員の気づきや他の職種との協働を促す特長を持っています。そのため、介護支援専門員の日々の実践に活かすことに加え、指導や研修の場面で活用することでより効果が発揮されます。具体的には、以下の場面が考えられます。

介護支援専門員：アセスメントやケアプラン原案作成

第一の活用場面としては、介護支援専門員の日々のケアマネジメント実践、特にアセスメントやケアプラン原案の作成の段階での活用が挙げられます。

その段階で「適切なケアマネジメント手法」をチェックリストのような形で活用して、支援の方針を効率的に見極めたり、情報収集や支援の抜け漏れがあるかもしれないと早めに気づいたりすることで、個別化のための情報収集や調整により注力しやすくなります。



担当事例で支援内容をもう少し広げたいから確認してみよう

ここ数ヶ月の事例を振り返るときのポイントを見てみよう



指導担当者：事業所内や同行訪問での指導

第二に、OJTでの活用です。初任段階の介護支援専門員は、「何が分からないか」「何につまずいているか」を自分では分からないことが往々にしてあります。そこで、事業所内や同行訪問での指導で、「適切なケアマネジメント手法」をチェックリストとして活用するとよいでしょう。

初任段階の介護支援専門員がどの項目の、どのような点でつまずいているかを明らかにし、それを初任者と指導担当者の双方で共有することで、指導担当者は目線合わせや支援内容に対する具体的な助言を行いやすくなります。



地域包括支援センター、職能団体：相談支援や研修、地域包括ケア会議

第三に地域のケアマネジメント支援での活用です。地域包括支援センターは包括的・継続的ケアマネジメント支援の一環で、介護支援専門員向けの相談支援や研修、地域包括ケア会議などを行っています。また、職能団体も職域での生涯学習としてさまざまなテーマの研修を実施しています。例えばこのような場面で「適切なケアマネジメント手法」を活用することで、事例検討の視点を共有しやすくなります。

なお、研修やカンファレンスでのより具体的な活用方法については、第6章を参照してください。

保険者（自治体）：社会資源の整備に向けた検討

第四に地域全体を捉える検討での活用です。住み慣れた地域でできるかぎり住み続けられる環境を整えるには、個別支援とともに地域づくりが欠かせません。保険者（自治体）を中心に、「適切なケアマネジメント手法」を“共通言語”として使い、地域におけるケアマネジメントの知見を集約していくことで、地域で特に必要とされる支援内容の傾向や社会資源の不足といった課題を具体的に捉えやすくなります。

エビデンスに基づいた検討・整理を重ねてきた「適切なケアマネジメント手法」を活用し、具体的にどのような支援内容を提供できる資源が不足しているのか、それを提供できるようにするにはどんな課題を解決すべきなのか検討することが期待されます。

(2) 使う時の留意点

① 「基本ケア」と「疾患別ケア」はセットで用いる

「適切なケアマネジメント手法」はすでに紹介した通り、「基本ケア」と「疾患別ケア」という2階建ての構造であり、これを必ず組み合わせて使う必要があります。

というのも、「疾患別ケア」はあくまでも疾患に応じた視点であって、それがケアの全てではないからです。まずは「基本ケア」をきっちり押さえたうえで、「疾患別ケア」を適宜組み合わせるようにしましょう。

なお、どの内容についても、一度見て終わりではなく、繰り返し組み合わせ確認することが大切です。自分で分かったつもりになっている知識こそ、「基本ケア」と「疾患別ケア」を組み合わせ確認しましょう。

② 生活の場面で取り組むべきことに意識を向ける

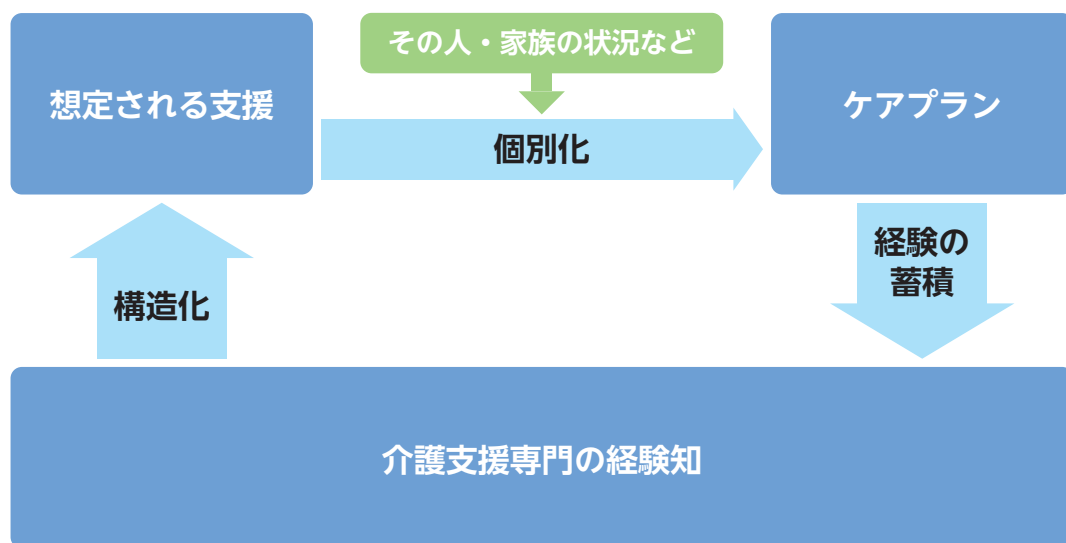
「疾患別ケア」には医療との連携が必要になる内容が多く含まれます。ただし、あくまで医療を提供するのは医療なので、介護支援専門員は医療的ケアが必要になる想定で情報収集を行い、判断・ケアに関わる職種と連携し、つないでいく役割を担います。

医療の範囲は医療につなぎ、介護支援専門員としては、生活の場面でのケアや本人・家族へのサポートに意識を向けて取り組むようにしましょう。その際、かかりつけ医等からの指示を把握するのはもちろん重要ですが、生活の場面での本人・家族の様子や感じている課題などの情報を、かかりつけ医の判断材料となるよう伝えることも大切です。

③ 本人の生活を総合的に捉え、個別化する

「適切なケアマネジメント手法」では、想定される支援を幅広く押さえて構造化しています。ただし、それらの支援がそのまま全てケアプランに入るわけではない点に注意しましょう。

例えば薬の管理の支援と一口に言っても、お薬カレンダーの活用、家族の声かけ、一包化など様々な方法があります。どのケアが、どの程度必要かの判断は一人ひとりの状況で異なります。また、同じような支援内容であっても、その人に合わせたやり方に工夫する余地があります。これこそが「個別化」です。



また「適切なケアマネジメント手法」は、疾患によっては期を分けていますが、時期はあくまで目安で、本人の状態に応じて前後する可能性があります。

繰り返しになりますが、ケアマネジメントが目指すのは、尊厳を保持し、自立支援を図りながら、継続した生活を実現できるよう支えることです。そのために生活の将来予測が必要であり、疾患別の支援内容はこうした検討のための基礎知識となるものです。

したがって、本人の意思や意向を捉え、ストレングスや家族の関わり、実現したい生活の希望などを総合的に把握することが何よりも重要です。こうしたポイントを忘れず、想定される支援をふまえつつ個別化してケアマネジメントを推進しましょう。

4. 「基本ケア」の理解を深める

(1) 「基本ケア」とは

本手法における「基本ケア」とは、生活の基盤を整えるための基礎的な視点であり、介護保険の基本的な理念である尊厳の保持と自立支援を踏まえ、現在の生活をできるだけ継続できるようにするために想定される支援内容を体系化したものです。

したがって、利用者に疾患等がない場合でも、また疾患が複数ある場合でも共通するものです。「疾患別ケア」を検討する前にまずこの「基本ケア」を理解し、視点の抜け漏れや情報収集に不十分なものはないか確認しましょう。

(2) 「基本ケア」の構成

「基本ケア」の構成は次頁の通りです。ここでは中項目までしか掲載していませんが、各中項目にそれぞれより具体的な支援内容が整理されています。

なお、「疾患別ケア」の項目には、「基本ケア」と重複するものもあります。これは、疾患の有無に関係なく重要であると同時に、疾患がある場合には特に留意すべき項目であることを意味します。

そうした項目が該当するときは、特に注意して現状を把握し、具体的な支援の必要性や内容を、他の職種とも連携して検討しましょう。

(3) 「基本ケア」を活用する際の留意点

全ての支援内容を横並びに実施するのではなく、状況に応じて優先度や重要度が異なりますから、情報の収集・分析を踏まえて具体的な内容を組み立てることが大切です。

なお、自立支援の観点から、「これまでの生活の尊重と継続の支援」では、状況に応じた適切なリハビリテーションの実施が特に重要であることに留意します。

【基本ケア】

基本方針	大項目	中項目
決定の支援 尊厳を重視した意思	現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	疾病や心身状態の理解
		現在の生活の全体像の把握
		目指す生活を踏まえたリスクの予測
		緊急時の対応のための備え
	意思決定過程の支援	本人の意思を捉える支援
		意思の表明の支援と尊重
		意思決定支援体制の整備
		将来の生活の見通しを立てることの支援
これまでの生活の尊重と継続の支援	予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	水分と栄養を摂ることの支援
		継続的な受診と服薬の支援
		継続的な自己管理の支援
		心身機能の維持・向上の支援
		感染予防の支援
	日常的な生活の継続の支援	生活リズムを整える支援
		食事の支援
		暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援
	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
		コミュニケーションの支援
		家庭内での役割を整えることの支援
		コミュニティでの役割を整えることの支援
家族等への支援	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応
		家族等の理解者を増やす支援
	ケアに参画するひとへの支援	本人をとりまく支援体制の整備
		同意してケアに参画するひとへの支援

5. 「疾患別ケア」の理解を深める

(1) 脳血管疾患のある方のケア

脳血管疾患は、要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つで、医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用が行われている例も多いです。

脳血管疾患のある方のケアの項目は以下の通りです。

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
再発予防	血圧や疾病の管理の支援
	服薬管理の支援
	生活習慣の改善
生活機能の維持・向上	心身機能の回復・維持
	心理的回復の支援
	活動と参加に関わる能力の維持・改善
	リスク管理

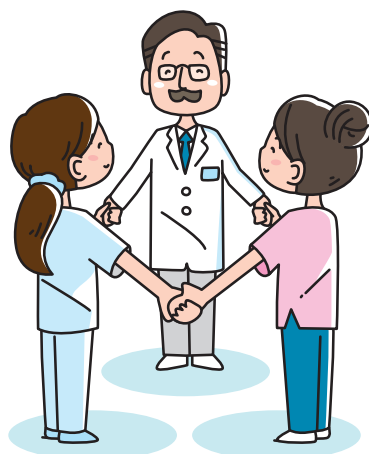
【Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）】

大項目	中項目
継続的な再発予防	血圧や疾病の自己管理の支援
	服薬の自己管理
	生活習慣の維持
セルフマネジメントへの移行	心身機能の見直しとさらなる回復・維持
	心理的回復の支援
	活動と参加に関わる能力の維持・向上
	リスク管理

脳血管疾患は再発しやすい疾患であり、仮に再発すると入院も含めて状態が悪くなりやすい傾向があります。そのため、本人のQOLの維持・向上と再発予防の観点からは、退院後の生活への移行をできるだけ円滑にするとともに、退院直後の生活における不安を小さくできるように調整すること、そして生活が安定してきた先はいかに再発を予防していくかが大切です。そこで退院後の時期によって、以下のように期を分けています。

I 期	● 病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期
II 期	● 病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期

退院時は病棟の多職種から在宅チームの多職種にケアを引き継いでいくことになります。I 期で示されている基本方針や支援内容について認識を合わせながら、病棟・在宅間の連携を取っていくことで、在宅での生活を安定させるためのケアを検討しやすくなります。



（２）大腿骨頸部骨折のある方のケア

大腿骨頸部骨折は、脳血管疾患と同様、要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つで、医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用が行われている例も多いです。

大腿骨頸部骨折のある方のケアの項目は以下の通りです。

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防
	骨粗しょう症の予防
骨折前の生活機能の回復	歩行の獲得
	生活機能の回復
	社会参加の回復

【Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期）】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防
	骨粗しょう症の予防
セルフマネジメントへの移行	介護給付サービスの終結に向けた理解の促進 （自助・互助への移行）

大腿骨頸部骨折の場合、骨折そのものはいずれかのタイミングで治っていきますが、退院直後は生活機能が落ちている場合もあるため、再骨折の予防と生活機能の早い回復が肝要です。一方、生活が安定した後は、本人の生活場面をよく見て、セルフマネジメントをできるように支援することが求められます。

そこで退院後の時期によって、以下のように期を分けています。

I 期	● 病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期
II 期	● 病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期

退院後の生活への移行の支援では、入院時に行われていたリハビリテーションの状況などの情報を在宅ケアに携わる専門職やサービス事業所と共有し、在宅の場面で必要なリハビリテーションをいかにして継続していくかを、病棟・在宅双方の関係者が連携して検討・準備することが大切です。

また安定したII期では、支援がいずれ終結する可能性があることを意識しつつ、セルフマネジメントを定着させることも検討します。



(3) 心疾患のある方のケア

心疾患は、要介護認定の原因疾患の上位ではないものの、高齢者に有病者が多く、患者数も多い疾患です。医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用が行われている例も多いです。

心疾患のある方のケアの項目は以下の通りです。

【Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期）】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬
	自己管理能力の向上とリスクの管理
	療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持・向上	心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援
	心理的な支援

【Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況にある時期）】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬
	自己管理能力の向上とリスクの管理
	療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持	ステージに応じた生活・暮らし方の支援
	心理的な支援
EOL準備	EOL（エンドオブライフ）に向けた準備

心疾患は、繰り返し発症をしやすい特徴を持っていることから、前述の2疾患以上に医療との関わりが強い傾向があります。そのため再入院の予防として、かかりつけ医あるいは担当の専門医等と連携して医療的なケアが提供される環境を整えながら、何らかの制限・制約がある中でも参加と活動の場面を維持するというバランスが求められます。

状態が少しずつ安定して、医療との関わりが弱まる時期もありますが、いずれかのタイミングで再発・再入院の可能性が大きいことから、突然の発症に対する心理的な支援も必要です。また、ステージによってはエンドオブライフに向けた準備を認識し、検討することも大切です。

そこで退院後の時期によって、以下のように期を分けています。

Ⅰ期	● 退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期
Ⅱ期	● 状態が安定から不安定な状況にある時期

心疾患の特徴ゆえ、Ⅰ期とⅡ期を繰り返す可能性が大きいいため、再発・再入院を出来る限り予防することが、ケアマネジメントの大きな柱となります。ただし、再発を恐れて不活発が進んでしまわないよう、医療と連携し、状況に応じた本人の生活・暮らし方を支援することを意識します。



（４）認知症のある方のケア

認知症は、要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つです。認知症は幅が広いため、ここでは比較的数量が多い「アルツハイマー型認知症の診断があり、IADL/ADLは自立あるいは一部介助程度」の状態を念頭においています。ただし、認知症の疾患のタイプは変化したり複数のタイプが併存したりすることもあるとされることに留意が必要です。

また将来にわたる生活や介護の領域における支援、特に周囲への支援の必要性が大きいことから、本章では「比較初期～中期」を想定しています。目安としては、ADLが自立あるいは一部介助程度までであって、認知症高齢者生活自立度でⅡb程度までの時期となります。

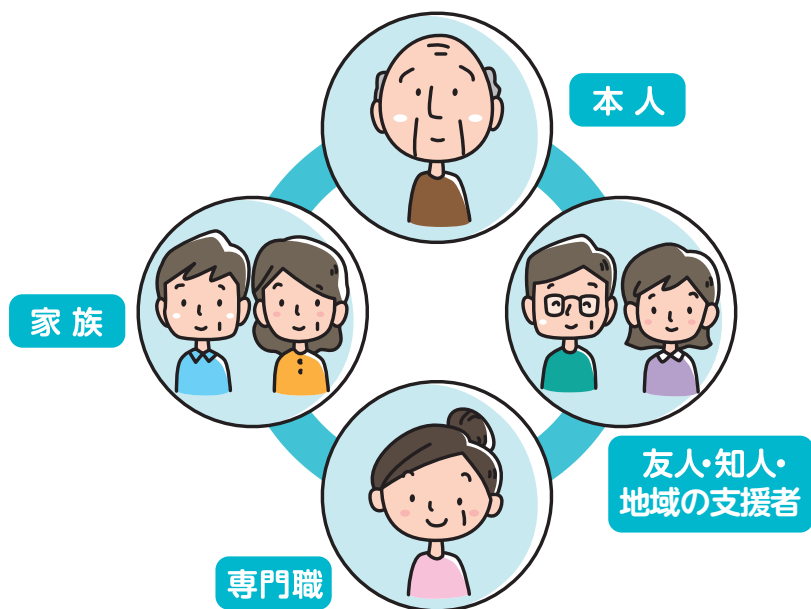
認知症のある方のケアの項目は以下の通りです。

大項目	中項目
ここまでの経緯の確認	ここまでの経緯の確認
本人及び家族・支援者の認識の理解	本人と家族・支援者の認識の理解
	本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解
将来の準備としての意思決定の支援	本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援
	意思決定支援体制の整備
必要に応じた連携体制の構築	必要に応じた連携体制の構築
基本的な生活の支援	日常生活における本人の意向の尊重
	一週間の生活リズムを支えることの支援
	日常的に参加する役割を整えることの支援
	体調管理や服薬管理の支援
	基本的なセルフケアを継続することの支援
これまでの生活の尊重と重度化の予防	本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備
	合併症や併発しやすい事故の予防
行動・心理症状の予防・重度化防止	行動・心理症状の状況と背景要因の把握
	背景要因に対する取り組みの支援
家族等への対応	家族支援に必要なサービスの調整支援
	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

家族等や支援者の連携を促し、彼らを支える環境を整える

認知症は、中核症状である認知機能の低下とそれに起因する生活障害に加え、状況によっては行動・心理症状が現れます。症状が変化する可能性を念頭に置いて、家族等、かかりつけ医、専門職、さらには友人・知人などが連携して支援する体制づくりが必要です。

特に家族等や支援者と本人との関わり方に着目し、状況に応じて関わり方を見直したり、家族等や支援者の不安を軽減できるよう介護者を支援する体制を整えたりすることも大切です。



尊厳を保持し、その人らしさや残存機能を活かした生活を支える

認知機能が低下しても本人の尊厳が保持されるような生活の実現を目指すことが基本です。日常生活における本人の意向を尊重しながら、生活リズムや役割、人間関係、セルフケアなどを維持するために、認知症にともなう生活障害の影響を小さくできるような支援を組み立てていきます。また、意思決定支援ができるような体制を整えることも重要です。

さらに行動・心理症状がおきる要因を少なくできるよう、不要なストレスや失敗体験に配慮しながら、残存機能を可能な限り活かせるような、その人らしさに着目し、個別化した支援内容を考えます。

（５）誤嚥性肺炎の予防のためのケア

誤嚥性肺炎は、ADLや全身機能の低下、特に脳血管障害を有する場合に認められやすい嚥下機能障害を背景に起きる肺炎です。

発症するリスクの大きい高齢者の数が多く、発症すると入院のリスクあるいは重症化した場合の死亡リスクが高い特徴があります。過去に誤嚥性肺炎を発症したことがある人や、総合的なアセスメントの結果として誤嚥性肺炎のリスクが大きいと判断された人について、日常生活において発症予防/再発予防を行うことが重要なことから、「予防」に着目しました。

誤嚥性肺炎の予防のためのケアの項目は以下の通りです。

大項目	中項目
リスクの評価	誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解
	リスクの評価
日常的な発症及び再発の予防	摂食嚥下機能の支援
	リスクを小さくする支援
リスクの再評価	リスクの再評価
変化を把握したときの対応体制の構築	変化を把握したときの対応体制の構築

生活の状況の情報を収集しリスク評価につなぐ

誤嚥性肺炎のリスクの要因には、摂食嚥下機能の低下、口腔の衛生状態の低下、生活環境や生活リズムの変動、フレイルの進行など様々であり、またどのような要因が影響しているかは個別に異なります。

そのため、本人や家族などに肺炎の予防がいかに大切かを理解してもら

うのが第一歩となります。その上で、本人の心身の状況や普段の様子情報を集め、ふまえてどのようなところにリスクがあるかを専門職が評価できるように連携し、日常生活の中でリスクを低減できるようにする支援を行います。



早めに変化に気づき、すみやかに医療につなぐ

要介護高齢者の心身や生活の状況は変化するため、心身の状況や生活環境の変化に応じて、定期的にリスクを再評価します。その際、日常で起きたちょっとしたトラブルなどエピソードを記録しておき再評価で活用することで、その方に合ったケアを見極めやすくなります。なお、フレイルに伴う摂食嚥下機能の低下を捉えるには、例えば数か月前と比べてどうか、普段の様子と比べてどうかといった長期的な変化の観察が必要です。こうした観察は生活の場面だからこそできることであり、介護支援専門員にはモニタリングを通じてこうした変化を捉える体制を整えることが期待されます。

なお、普段と比べて顕著な変化が見受けられたときは、誤嚥性肺炎の進行が非常に速いことにも留意し、迅速に医療につなぐことが必要です。

6. 「適切なケアマネジメント手法」の活用方法

(1) ここで取り上げる3つの場面

ここからは「適切なケアマネジメント手法」の実践的な活用方法を紹介します。今回は一人で始められる「自己点検」と、事業所・地域として導入できる「研修」および「多職種カンファレンス」の3つの場面を取り上げ、具体的な活用プロセスや工夫・留意点を解説します。

必ずしもこの通りにやらねばならないものではありませんが、これを参考に、ぜひ活用してみてください。

(2) 自己点検

ケアプランを作成する時点、あるいはケアプラン作成後や見直しの時点で、「適切なケアマネジメント手法」を用いて担当事例の支援内容が妥当か自分で確認を行うのが自己点検です。

事例を選ぶ

担当事例の中から自己点検する事例を選びましょう

自己点検
シートに
記入する

自己点検シートに沿って、
各項目に関する判断を記入しましょう

今後の
対応を
決める

追加の情報収集や検討を行う、あるいはケアプランを見直すなど今後の対応を決めましょう

事例を選ぶ

担当している事例の中から自己点検する事例を選び、ケアプランや関連資料（基本情報、アセスメントシートなど）を手元に用意しましょう。

自己点検シートに記入する

まずは本人の状態に応じて、6種類の自己点検シート（「基本ケア」＋「疾患別ケア」（脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症、誤嚥性肺炎の予防））の中から該当するものを選びましょう。自己点検シートには、それぞれのケアで想定される支援内容（項目一覧）が掲載されています。

該当する「疾患別ケア」がない場合には、「基本ケア」だけを使って点検しても構いません。

（例）「認知症」の自己点検シート（抜粋）

想定される支援内容				(1)ケアプラン作成時点の判断		
				①情報収集	②支援の必要性の判断	③支援の位置づけ
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【設問③へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【設問⑤へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒【設問④へ】 ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ⇒【設問⑤へ】
0.ここまでの経緯の確認	1 ここまでの経緯の確認	認知症と診断されるに至った経緯の把握	1 認知症と診断されるに至った経緯の把握	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×
		これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握	2 医療及び他の専門職の関わりの把握	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×

次に各項目について、以下の観点からケアプランを点検し、○×や番号を記入しましょう。

【ケアプラン作成時点】

- ✓ ケアプラン作成時のアセスメントで情報収集したか？
- ✓ ケアプラン作成時に支援が必要だと判断したか？
- ✓ ケアプランに支援を位置づけたか？
- ✓ ケアプランに支援を位置づけた場合、具体的にどんな内容にしたか？



【ケアプラン作成後や見直しの時点】

- ✓ 現時点で支援は必要か？
- ✓ 支援内容の見直しは必要か？
- ✓ 支援内容の見直しが必要な場合、具体的にどんな内容を追加・縮小すべきか？



判断を行った状況や理由を振り返りながら

「その時は見落としていた」

「この方の状況に照らした落とし込みが足りなかった」

という“気づき”を得ることが、自分のケアマネジメント実践を振り返る手がかりになります。

今後の対応を決める

自己点検シートへの記入を通じて得られた“気づき”をケアマネジメントに今後どう活かしていくかを考えましょう。対応方法としては、例えば以下のようなものがあります。

追加の情報収集

必要性を見落としていた項目や、より詳しい情報収集が必要と考えた項目は、他の職種と連携しながら追加で情報収集を行いましょう。



個別化の検討

支援内容の工夫や見直しが必要と考えた項目は、他の職種からも意見をもらいながら、より本人の状態に合った工夫や留意点を考えてみましょう。



ケアプランの見直し

支援内容の追加や縮小が必要と考えた項目は、適切なタイミングでケアプランに反映させましょう。



状況の推移の見守り

状態の変化などを見ていく必要があると考えた項目は、他の職種と連携しながらモニタリングを実施しましょう。

(3) 研修

地域全体で「適切なケアマネジメント手法」を活かしたケアマネジメントを定着させていくには、介護支援専門員向けの研修（地域や職域での法定外研修、事業所や法人内での内部研修など）を通じてこの手法の意義や内容、活用方法の理解を促すとよいでしょう。

「適切なケアマネジメント手法」は、実際に使ってみることで理解が深まることから、担当事例での自己点検を事前学習あるいは演習して組み込み、参加者どうしで共有しながら“気づき”を深めていくやり方が有効です。

(研修の一例)

【第1回】 考え方の 理解

「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方や各種シートの使い方を説明する

【第2回】 自己点検 結果の共有

事前に自己点検を行い、その結果を持ち寄って共有しあう

【第3回】 強化すべき 項目の解説

第2回の結果を踏まえ、参加者の理解が不足している項目を取り上げ、支援内容の詳細や留意点を解説する

自己点検結果を参加者どうしで共有する際は、以下のような問いを用いるとよいでしょう。

【自己点検に関する問い】

- ✓ 項目のうち、よく分からなかったものは何か？
- ✓ 支援内容やアセスメント項目の「抜け漏れ」はあったか？
- ✓ 情報収集が粗かった（もっと細かく情報収集しなければならない）と気付いた項目はあったか？
- ✓ 支援内容をより個別化する上で、何らかの助言やアイデアがほしい項目はあったか？

自己点検結果の共有を通じて、参加者の理解が不足している項目が浮かび上がってきたら、その項目に詳しい介護支援専門員または他の職種に各項目を解説した本編などを用いながら説明してもらうことで、想定しうる支援内容の理解を深め、提案する支援の幅を広げることができます。

なお、このときに一度見て終わりにするのではなく、視点の抜け漏れに気づいた項目を丁寧に読み返したり、ケアマネジメント実践にも応用してアセスメント/モニタリングの情報収集のやり方を見直したりして、繰り返し使うことが大切です。面倒に聞こえるかもしれませんが、自分で「分かったつもり」の知識こそ、特に丁寧に振り返ることが、活かせる知識として身につける早道です。

(4) カンファレンス

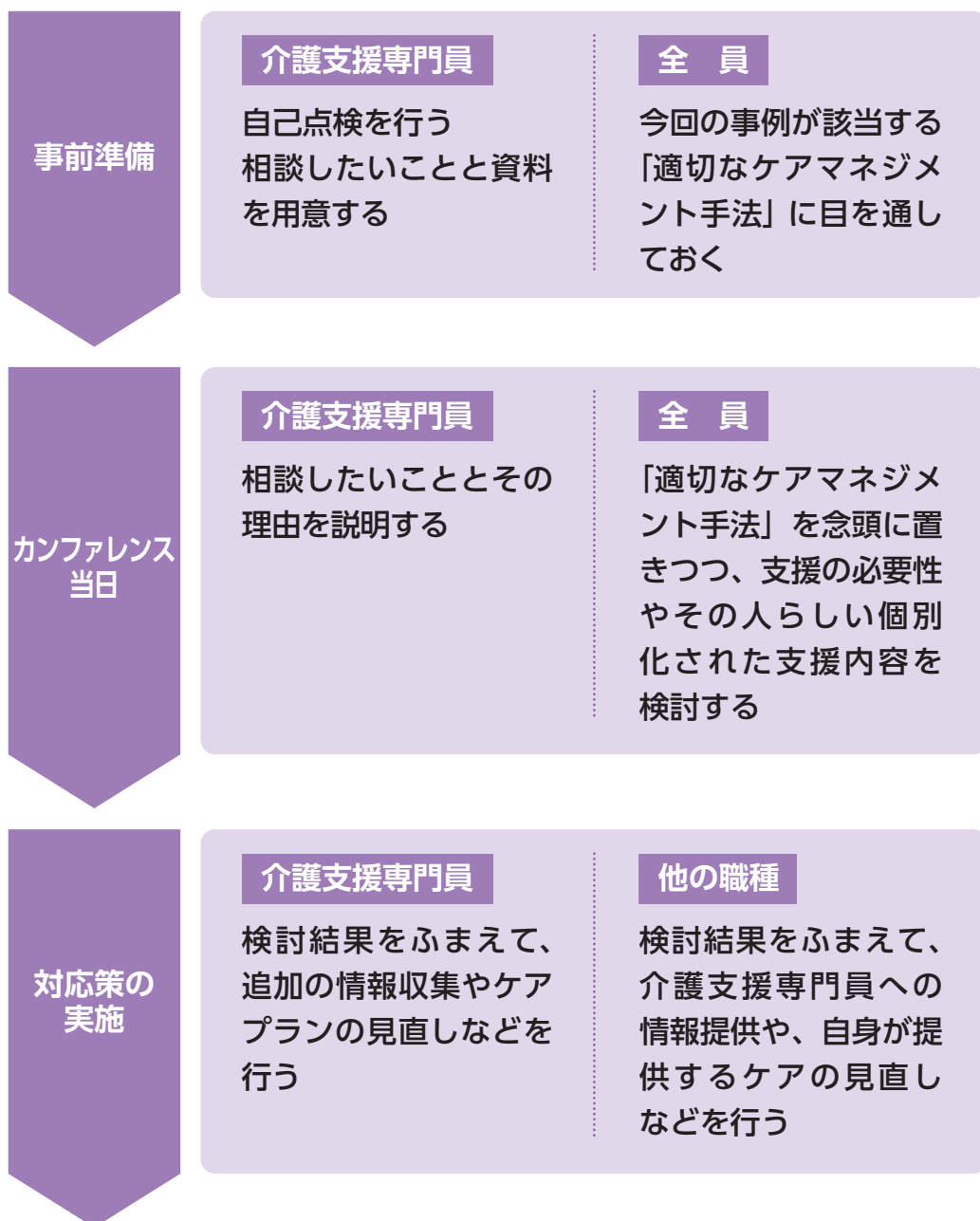
ケアマネジメントは高齢者を取り巻く支援チームで対応する必要があります。その際に「適切なケアマネジメント手法」を“共通言語”として活用することで、情報収集や検討の視点を共有しやすくなります。



支援チームと一緒に検討を行うカンファレンスとしては、サービス担当者会議、個別事例を扱う地域ケア会議、入退院時に実施されるカンファレンスなどがあります。

その中でも、本人の心身や生活環境の変化が大きく、多職種協働の必要性が大きい“退院時”は「適切なケアマネジメント手法」を導入する効果が大きいカンファレンスの一つです。

カンファレンスでの活用ステップは以下の通りです。



事前準備

まず、カンファレンスで事例を提示する介護支援専門員は、前述の「自己点検」を行います。

次に、カンファレンスで他の職種に相談したいことを絞り込み、議題として設定します。自己点検を通じて得られた“気づき”や、自身で考えた今後の対応方法は多岐にわたるかもしれませんが、カンファレンスの時間の制約を踏まえて優先順位をつけ、項目の中から数個を取り上げると良いでしょう。

議題に応じて、カンファレンスでの説明や記録に必要な資料を用意します。自己点検の段階でケアプランの見直しが必要と考えた場合は、現在のものと見直し案の両方を用意しても良いでしょう。

なお、介護支援専門員を含め、カンファレンスに参加する人はあらかじめ今回の事例で用いる「適切なケアマネジメント手法」にあらかじめ目を通しておくことも大切です。



カンファレンス当日

まず担当の介護支援専門員が、事例の概要とともにカンファレンスで他の職種に相談したいことを議題として提示します。そして、なぜその項目が重要だと思ったか、どの専門職等に相談したいと思ったかを説明します。

介護支援専門員から説明を受けた後、参加者全体で項目ごとに検討を行います。検討の視点は主に2つあります。

【検討の視点】

- ✓ 現時点でその支援は必要か？
- ✓ 支援が必要な場合、“その人らしい個別化された支援”としてどのような内容・方法があるか？

支援の必要性や、その人らしい個別化された支援が明らかになったら、カンファレンスのまとめとして、介護支援専門員や他の職種が今後対応すること（追加の情報収集、ケアプランの見直しなど）を合意します。

介護支援専門員は、カンファレンスの検討の経過を記録します。記録の方法は自由ですが、予め様式を定めておくと記録の手間を小さくでき、かつ検討したいこと（目的）にそった意見交換ができたかどうかをその場で振り返ることが出来ます。記録シートの一例を次頁に示すので、適宜活用ください。

(例) カンファレンス記録シート (イメージ)

日時：

介護支援専門員名：

利用者名：

項 目	着目した理由	議論の経過	今後の対応策

上記以外に議論したこと

対応策の実施

介護支援専門員は、検討結果をふまえて、追加の情報収集やケアプランの見直しなどを行います。また必要に応じて、「(例)カンファレンス記録シート」を他の職種にも共有します。

他の専門職等は、検討結果をふまえて、介護支援専門員に情報提供したり、自身が担当するケア内容を見直したりします。

このようにカンファレンスの場で「適切なケアマネジメント手法」を“共通言語”として活用し、その実践を積み重ねることで、カンファレンスでより効率的・効果的に個別化された支援を検討しやすくなることが期待されます。

【適切なケアマネジメント手法を活用した見直し例】

ここでは本手法を自己点検やカンファレンスで活用し、支援内容を見直した例を紹介します。あくまでも一例ですが、これを参考に本手法を活用ください。

例1 水分摂取をより具体的に把握することで脱水を予防した例

- 自分が現在担当している事例の自己点検に「基本ケア」を活用。
水分を摂っているかどうかは、これまで本人の言葉で把握していたが、関連するアセスメント項目を見てより具体的に状況を把握したところ水分不足を捉えきれていなかったことが分かった。
- 毎年、数回脱水する方だったこともあり、医師とも相談して、水分量を確保することの必要性を本人に説明し、無理なく摂れるように飲むタイミングや飲み方などを調整。
- ケアプランの短期目標や支援内容も変更し、訪問介護でも水分摂取状況を確認してもらうことにした。結果としてその年の夏は脱水を起こさずに過ごすことが出来た。

例2 抜けていた視点を踏まえて短期目標とリハビリテーションの内容を見直した例

- 事業所内での事例検討で疾患別ケア（脳血管疾患）を活用。「新たな機能の獲得の支援」の視点が抜けていたことに気づき、アセスメントと支援内容を見直し。日常生活動作の機能訓練は既にケアプランに位置づけていたが、本人が病前に果たしていた役割と現在の意向を踏まえ、「家族の仕事を手伝いとしてPC操作や電話応対できるようになる」という具体的な短期目標に変更。
- 併せて、目標に合ったリハビリテーションをより個別的に実施できるよう、本人の意向も反映して、サービス種別を見直し。半年間のリハビリテーションを経て、家族の仕事を手伝えるようになり、ケアプランの見直しに併せてサービスを終結とした。

例3 退院時カンファレンスで利用し退院後の支援における本人のストレングスを活かす内容に見直した例

- 退院時カンファレンスに提出するケアプラン（案）の作成と、病棟のスタッフとの間で特に議論したいポイントを整理するために活用。事前に、視点の抜け漏れがないかを自己点検したうえで、特に意見交換したい支援内容をいくつか示すことで、病棟／在宅の両方のスタッフの意見交換を網羅的かつ円滑に進行できた。
- 一方で、疾患別の視点に偏っており、本人のストレングスを活かす視点が抜けていることを確認。本人の意向や病棟での本人のストレングスを共有してもらうことで、退院後のケアプランにも本人のストレングスを反映して修正し、成案として見直した。病棟で自分が好きだった活動を自宅に戻っても続けるケアプランになり、本人も家族も積極的に受け止め、取り組むことができた。

※本調査研究事業は、令和２年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金において実施したものです。

令和２年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）
適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業

「適切なケアマネジメント手法」の手引き

令和３年３月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田2-18-1 大崎フォレストビルディング
TEL：080-1145-7438 FAX：03-6833-9481

※本調査研究事業は、令和7年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金において実施したものです。

令和7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)

適切なケアマネジメント手法
基本ケア及び疾患別ケア
令和7年度改訂版

令和8年3月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング
TEL: 080-9436-3638 FAX:03-6833-9481 E-mail:100860-care@ml.jri.co.jp