

適切なケアマネジメント手法

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）

項目一覧

株式会社日本総合研究所

令和6年12月版

【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。

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
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
		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
		1-1-3.環境整備	3.家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える
		1-1-4.その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	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
	1-2.服薬管理の支援	1-2-1.服薬支援	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
2.生活機能の維持・向上	1-3.生活習慣の改善	1-3-1.脱水予防	6.服薬管理の支援
			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
			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
	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）	9.自ら水分を摂取できるようにする体制を整える
			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
			11.受容促進のための働きかけを行う体制を整える
	2-2.心理的回復の支援	2-2-1.受容の支援	12.抑うつ状態の防止、改善が図れる体制を整える
			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
			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
	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）	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
			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
			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）
		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
			19.外出や交流の機会が確保できる体制を整える
	2-4.リスク管理	2-4-1.食事と栄養の確保	20.新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える
			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
		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

1.再発予防			1.基本的な疾患管理の支援	
	1-1.血圧や疾病の管理の支援		※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
	1-1-1.基本的な疾患管理の支援			

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
- 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	○	○	医師、 看護師、 介護職
	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）	－	○	
	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）	○	○	

1.再発予防			2.目標血圧が確認できる体制を整える
	1-1.血圧や疾病の管理の支援		
		1-1-2.血圧等の体調の確認	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
• 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。	• 目標血圧と通常の高血圧の状態	○	○	医師、 看護師、 介護職

1.再発予防			3.家庭（日常）血圧・脈拍等の把握 ができる体制を整える
	1-1.血圧や疾病の管理の支援		
		1-1-2.血圧等の体調の確認	

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				
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職	
- 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）	○	○	医師、 看護師、 介護職	

1.再発予防			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
	1-1.血圧や疾病の管理の支援		
	1-1-3.環境整備		

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
- 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）	○	○	看護師、PT/OT/ST、介護職
	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）	－	○	

1.再発予防			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
	1-1.血圧や疾病の管理の支援		
		1-1-4.その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
・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	○	○	医師、 看護師、 管理栄養士
	・生活習慣病への対応の状況	○	○	

1.再発予防			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
1-2.服薬管理の支援			
		1-2-1.服薬支援	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
- 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るか、飲み残しの有無など）	○	○	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
	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）	○	○	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
• 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（体重に基づく望ましい摂 取量、摂取と排泄・発汗のバランス）	○	－	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
	• 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）	－	○	

1.再発予防			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
	1-3.生活習慣の改善		
		1-3-1.脱水予防	

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			
支援の概要、必要性		主なアセスメント/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	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
• 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	○	○	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
		• 水分摂取に関する家族等の支援	○	○	

1.再発予防			9.自ら水分を摂取できるようにする体制を整える
	1-3.生活習慣の改善		
		1-3-1.脱水予防	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
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	○	○	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			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
	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）		

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・ 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	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 PT/OT/S T、 介護職
	・ 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	○	○	

2.生活機能の維持・向上			11.受容促進のための働きかけを行う体制を整える
	2-2.心理的回復の支援		
		2-2-1.受容の支援	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
・ 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	○	－	医師、 看護師、 PT/OT/S T、 介護職
	・ 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）	○	○	

2.生活機能の維持・向上			12.抑うつ状態の防止、改善が図れる体制を整える
	2-2.心理的回復の支援		
		2-2-1.受容の支援	

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			
支援の概要、必要性		主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・ 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	○	○	医師、 看護師、 介護職
		・ 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）	○	○	

2.生活機能の維持・向上			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
	2-2.心理的回復の支援		
	2-2-1.受容の支援		

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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。※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の必要性に対する本人・家族等の理解度	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	・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	－	○	
	・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）	○	－	
	・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	－	○	

2.生活機能の維持・向上		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
	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）	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 PT/OT/S T、 歯科衛生 士、 介護職
	・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	○	○	

2.生活機能の維持・向上		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
	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）	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・ 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、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	・ 日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会	○	○	

2.生活機能の維持・向上			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
	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		

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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/S T、 歯科衛生 士、 介護職
	・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	○	○	

2.生活機能の維持・向上			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
	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		

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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）	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 薬剤師、 PT/OT/S T、 歯科衛生 士、 介護職
	・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	○	○	

2.生活機能の維持・向上			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
	2-3.活動と参加に関わる能力の維持・改善		
	2-3-3.社会参加の機会の確保		

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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	○	○	医師、 看護師、 PT/OT/ST、 介護職
	・ 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	○	○	

2.生活機能の維持・向上			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
	2-3.活動と参加に関わる能力の維持・改善		
	2-3-3.社会参加の機会の確保		

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	・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、活用の可能性	○	○	

2.生活機能の維持・向上			20.新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える	
	2-3.活動と参加に関わる能力の維持・改善			
	2-3-3.社会参加の機会の確保			

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	・ 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	○	○	

2.生活機能の維持・向上			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
2-4.リスク管理			
		2-4-1.食事と栄養の確保	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
・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	○	○	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
	・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.生活機能の維持・向上		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
	2-4.リスク管理	
	2-4-2.転倒予防	

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			
支援の概要、必要性	主なアセスメント/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	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
・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）	○	○	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
	・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）	○	○	