

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策定に向けた
調査研究事業 報告書**

令和3年3月

株式会社 日本総合研究所

適切ケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業 報告書

目次

第1章 本調査研究事業の概要	1
第1節 「適切なケアマネジメント手法」の検討経緯	1
1. 「適切なケアマネジメント手法」検討の背景と課題認識	1
(1) 背景	1
(2) 課題認識	1
2. 「適切なケアマネジメント手法」に関するこれまでの検討経緯	2
(1) これまでの調査研究で取り組んできたこと	2
(2) 過年度の調査研究事業の具体的な実施内容	3
第2節 本事業の実施内容	5
1. 本調査研究事業の検討範囲	5
2. 検討プロセス	5
(1) 基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理	5
(2) 検討案（認知症、誤嚥性肺炎の予防）の活用効果の検証	6
(3) 今後の普及・活用に向けた全体方針の検討	6
(4) ワーキング・グループでの検討	6
(5) 検討委員会での確認・検討	7
第3節 検討委員会における議論の概要	10
1. 第1回委員会（持ち回り開催）	10
(1) 議事	10
(2) 委員意見概要（持ち回り開催のため、事前ヒアリング及び提出いただいた意見より抜粋）	10
2. 第2回委員会	11
(1) 議事	11
(2) 委員意見（要旨抜粋）	11
第2章 基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理	14
第1節 これまでの検討の経緯	14
1. 基本ケアと疾患別ケアの考え方	14
2. 疾患別ケアの対象疾患	14
(1) 対象疾患の選定経緯	14
(2) 対象疾患ごとの選定理由	15
第2節 基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理	17
1. 基本ケアの再整理における基本的な考え方	17
2. 基本ケアの再整理の方針と進め方	17
(1) 基本ケアの再整理の方針	17

(2) 基本ケアの再整理の進め方	18
3. 基本ケアの再整理結果	19
第3章 検討案（認知症、誤嚥性肺炎の予防）の活用効果の検証	20
第1節 「効果」の捉え方	20
第2節 検証の実施方法	21
1. 検証の設計	21
(1) 検証の目的	21
(2) 検証の設計	21
2. 検証の手順	21
(1) 検証の流れ	21
(2) 検証で用いた資料	22
第3節 令和2年度検討案（認知症）の活用効果の検証	24
1. 検証の概要	24
(1) 検証の実施方法	24
(2) 参加者の属性	25
2. 介護支援専門員からの評価	27
(1) 介護支援専門員からみた使いやすさ・わかりやすさ	27
(2) 実務における有用性の認識	28
(3) 意思決定支援チームとの関わり	29
(4) 評価のまとめ	33
3. 検討案の検証結果	34
第4節 令和2年度検討案（誤嚥性肺炎の予防）の活用効果の検証	37
1. 検証の概要	37
(1) 検証の実施方法	37
(2) 参加者の属性	38
2. 介護支援専門員からの評価	39
(1) 介護支援専門員からみた使いやすさ・わかりやすさ	39
(2) 実務における有用性の認識	41
(3) 医師（かかりつけ医あるいは主治医）との関わり	41
(4) 評価のまとめ	44
3. 検討案の検証結果	45
第5節 検討案の見直しと今後の取り組みに向けた視点	47
第4章 今後の普及・活用に向けた検討	48
第1節 今後の普及・活用に向けた検討	48
第2節 長期的なデータの収集方策の検討	51
第5章 本調査研究事業のまとめ	53
第1節 本調査研究事業の成果	53

1. 基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理による「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」の作成.....	53
2. 今後の普及・活用に向けた検討.....	55
第2節 今後実施すべきこと.....	56
1. 適切なケアマネジメント手法の拡充.....	56
2. 全国での活用・普及.....	57
3. 長期データ収集による検証.....	58
4. 業務への組み込み検討.....	58

巻末資料・別冊資料

第1章 本調査研究事業の概要

第1節 「適切なケアマネジメント手法」の検討経緯

1. 「適切なケアマネジメント手法」検討の背景と課題認識

(1) 背景

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。

2. 「適切なケアマネジメント手法」に関するこれまでの検討経緯

(1) 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、これまでの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。具体的には以下の 3 点の視点・アプローチに基づき検討を進めてきた。

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。

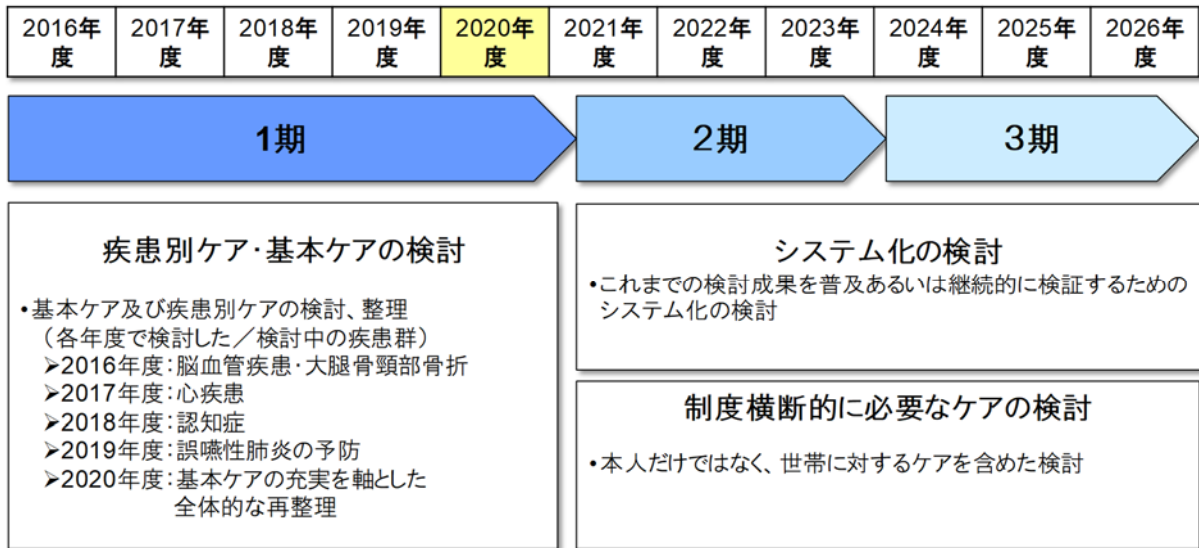
ケアマネジメントは利用者本人の生活全般に関わるため、その対象は広範であり、また考慮すべき要素が多岐にわたる。その為、生活全般に対する適切なケアマネジメントの検討から始めることは、議論が散漫となり、整理がされないことが懸念され、まずは一定の前提を置いた検討が必要と考えた。この点、利用者である本人の健康を守る観点から、最も本手法の検討の必要性が高いのは、疾患に関わるケアであると考え、まずは利用者の有する疾患別に標準的なモデルを検討することとした。

平成 28 年度の「適切なケアマネジメント手法」の検討から着手し、基本ケア及び 5 つの疾患別ケア（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）まで検討を進めてきた。

「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 年度から令和 2 年度までの 5 か年を「第 1 期」としてとらえており、令和 2 年度の本調査研究事業では、1 期のまとめとして、これまでに作成した基本ケア及び疾患別ケアの再整理、改訂版の作成を行った。

また、令和 3 年度以降の「第 2 期」からは、本手法をより多くの介護支援専門員に普及・啓発するための取り組みを進めるとともに、より現場の実践で使いやすいツールの開発なども検討する必要がある。したがって、本年度は来年度以降の「第 2 期」に向けた方針の検討までを行った。

図表1. 本調査研究事業の全体像



(2) 過年度の調査研究事業の具体的な実施内容

図表2. 過年度の調査研究事業の実施内容一覧

実施年度	実施事項
平成 28 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・適切なケアマネジメント手法の検討 ・「脳血管疾患」検討案の作成 ・「大腿骨頸部骨折」検討案の作成
平成 29 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・「脳血管疾患」検討案、「大腿骨頸部骨折」検討案の活用効果の検証 ・「心疾患」検討案の作成
平成 30 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・「心疾患」検討案の活用効果の検証 ・「認知症」検討案の作成 ・「介護支援専門員向け普及プログラム」の開発
令和元年度	<ul style="list-style-type: none"> ・「認知症」検討案の活用効果の検証 ※新型コロナウイルス感染症の影響により研修が一部中止となったため、翌年も継続実施。 ・「誤嚥性肺炎の予防」検討案の作成 ・「多職種連携促進プログラム」の開発

平成 28 年度に実施された「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」では、「適切なケアマネジメント手法の検討」に向け、要介護認定の原因疾患の上位であり、地域連携パスが作成されている、「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」について、優れたケアマネジメントを行う介護支援専門員の思考プロセスに関する調査結果を踏まえて、一定の条件下において想定される支援内容が「項目一覧」として整理され、介護支援専門員が備えておくべき知識が「検討案」としてまとめられた。

平成 29 年度に実施された「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」では、平成 28 年度の調査研究で作成された「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」の検討案の完成に向けた実践現場における活用効果の検証、及び新たな疾患群として「心疾患（心不全）」の検討案の作成を行った。

平成 30 年度の同研究事業では、検証済みの本手法（「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」）を用いた普及プログラムの開発、平成 29 年度の調査研究事業で作成された「心疾患」の検討案の完成に向けた実

実践現場における活用効果の検証、及び新たな疾患群として「認知症」の検討案の作成を行った。

令和元年度の同研究事業では、平成 30 年度の調査研究事業で作成された「認知症」の検討案の完成に向けた実践現場における活用効果の検証（新型コロナウイルス感染症の影響で検証が一部中止となったため、翌年度にも継続実施）、及び新たな疾患群として「誤嚥性肺炎の予防」の検討案の作成、「適切なケアマネジメント手法」を多職種協働の場で活用するための「多職種連携促進プログラム」の開発を行った。

第2節 本事業の実施内容

1. 本調査研究事業の検討範囲

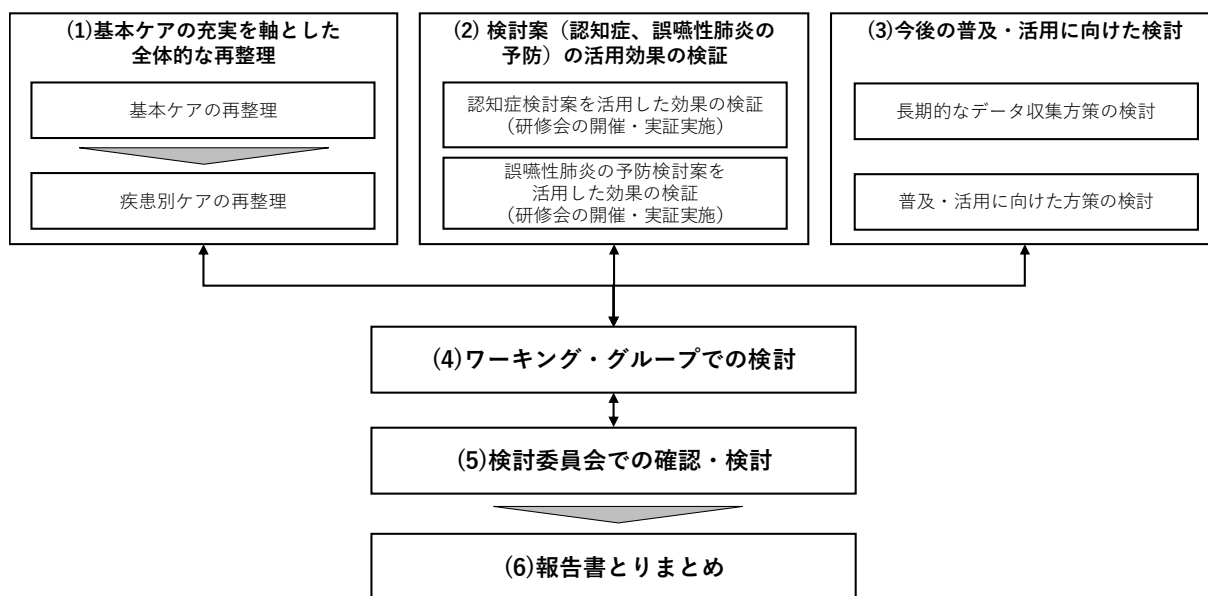
本調査研究事業では、平成28年度事業から作成してきた基本ケア及び疾患別ケア（脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症、誤嚥性肺炎の予防）について、基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理を行った。なお、「認知症」及び「誤嚥性肺炎の予防」については、過年度に作成した検討案を用いた実践現場における活用効果の検証を行い、その結果も反映している。また、「適切なケアマネジメント手法」の今後の普及・活用に向け、長期的なデータ収集スキームの検討、普及・活用策の検討を実施した。

2. 検討プロセス

本調査研究事業では検討の場として、検討委員会を設置するとともに、効果的な検討を行うために、有識者からなるワーキング・グループを開催した。

基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理及び今後の普及・活用に向けた全体方針の検討について、ワーキング・グループにおいて案を作成し、検討委員会にて、確認・検討を実施した。また、平成30年度検討案（認知症）及び令和元年度検討案（誤嚥性肺炎の予防）の活用効果の検証は、全国の介護支援専門員を対象とした研修会（検証）をオンラインで開催し、検証データの収集・分析を行った¹。

図表3. 実施事項・推進ステップ



(1) 基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理

平成28年度に作成した基本ケアについて、今後の普及・浸透を見据え、「わかりやすく」かつ「簡潔」にすることを狙いとして再整理を行った。

基本ケアの再整理については、ワーキング・グループで集中的に討議を行い、「基本方針」「大項目」

¹令和元年度事業では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う会議等の自粛に伴い実証研修会を一部中止した。令和2年度の本事業では、令和元年度に収集した検証のサンプルも合計して分析を実施した。

「中項目」「想定される支援内容」を整理した。また、基本ケアの再整理を踏まえて、これまで作成した5つの疾患別ケア（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）の項目も重複等を整理した。

上記の整理の結果は、「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア 令和2年度改訂版」（本報告書別冊資料）を作成した。これは本調査研究事業の中核となる成果物である。

なお、ワーキング・グループでの検討を踏まえて、学会や学会出版が取りまとめた書籍によって、エビデンスを確認し、巻末に書籍リストとして記載している。

(2) 検討案(認知症、誤嚥性肺炎の予防)の活用効果の検証

平成30年度検討案（認知症）及び令和元年度検討案（誤嚥性肺炎の予防）の活用効果の検証を目的とし、全国で介護支援専門員を対象とした研修会を開催し、検証データの収集を行った。収集した検証データの分析を行った。

なお、新型コロナウイルス感染症の影響を勘案し、実証研修会はすべてオンライン会議システムを用いて実施した。また、平成30年度検討案（認知症）の結果の分析においては、令和元年度事業で実施した分のサンプルも合計して分析を行った。

(3) 今後の普及・活用に向けた全体方針の検討

「適切なケアマネジメント手法」の活用効果を測定するためには、長期的なデータ収集が必要となる。そのための枠組みとして、長期的なデータ収集方策を検討した。

また、「適切なケアマネジメント手法」の今後の普及活用に向けた検討を行った。

(4) ワーキング・グループでの検討

ワーキング・グループでは、適切なケアマネジメント手法の策定に向けた論点確認やプロセス等の差異要因の検討、差をなくすための要点、プロセスの在り方等に関して検討した。ワーキング・グループはケアマネジメントの実務に明るい有識者で構成した。

図表4. ワーキング・グループにおける検討経緯

回	日程	主な検討事項
第1回	令和2年9月4日	<ul style="list-style-type: none"> 基本ケアの見直し検討方針について 基本ケアの再整理について <ul style="list-style-type: none"> ①項目構成案について ②疾患別ケアから基本ケアへ統合可能な項目について
第2回	令和2年10月17日	<ul style="list-style-type: none"> 基本ケアの再整理 <ul style="list-style-type: none"> ①大項目（長期）名称の見直し ②中項目（短期）構成及び名称の見直し
第3回	令和2年11月7日	<ul style="list-style-type: none"> 基本ケアの再整理 <ul style="list-style-type: none"> ①中項目構成見直し及び名称の見直し ②大大項目の設定 今後の普及方策について
第4回	令和3年1月23日	<ul style="list-style-type: none"> 「基本ケア」の再整理（キーワード以降の検討） 「認知症」修正案の検討 「誤嚥性肺炎の予防」修正案の検討 適切なケアマネジメント手法の普及に向けた方策の検討

(5) 検討委員会での確認・検討

検討委員会では、平成30年度検討案（認知症）及び令和元年度検討案（誤嚥性肺炎の予防）の活用効果の検証結果、ワーキング・グループで作成した基本ケアの再整理案、長期的なデータ収集方策、今後の普及促進策について議論を行った。

図表5. 検討委員会における検討経緯

回	日程	主な検討事項
第1回	令和2年11月 (持ち回り開催)	<ul style="list-style-type: none"> 適切なケアマネジメント手法全般に関して <ul style="list-style-type: none"> ①2021年度以降の方向性、今後検討すべき事項に関するご意見 ②普及啓発に向けた課題・方策に関するご意見 検討案の検証の実施予定のご報告 手法の再整理について <ul style="list-style-type: none"> ①「基本ケアの再整理案」に関するご意見 長期的なデータ収集方策の検討の概略のご報告
第2回	令和3年3月4日	<ul style="list-style-type: none"> 本調査研究事業の概要と本年度の実施事項 論点に沿っての議論 <ul style="list-style-type: none"> ①基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理について ②「適切なケアマネジメント手法」の今後の普及・活用に向けた方針について

検討委員会委員名簿(50音順、敬称略)

図表6. 検討委員会委員名簿

氏名	所属先・役職名
石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 事務局長
岡島 さおり	公益社団法人日本看護協会 常任理事
荻野 構一	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
川越 正平	あおぞら診療所 院長
小玉 剛	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
清水 恵一郎	一般社団法人日本臨床内科医会 特任常任理事
鈴木 邦彦	医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長
武久 洋三	医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長
新田 國夫	一般社団法人全国在宅療養支援医協会 会長 兼 日本在宅ケアアライアンス 議長
濱田 和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
東 祐二	国立障害者リハビリテーションセンター研究所 障害工学研究部長
○三浦 久幸	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部 部長

○印：委員長

ワーキング・グループ委員名簿（50音順、敬称略）

図表7. ワーキング・グループ委員名簿

氏名	所属先・役職名
石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授
遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 事務局長
大峯 伸一	一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会 副会長
落久保 裕之	一般社団法人広島市西区医師会 副会長 兼 一般社団法人広島県介護支援専門員協会 会長
○川越 正平	あおぞら診療所 院長
齊藤 眞樹	社会医療法人仁生会 西堀病院 企画部・地域包括支援部 部長
水上 直彦	石川県介護支援専門員協会 副会長
村田 雄二	特定非営利活動法人 静岡県介護支援専門員協会 会長

○印：座長

オブザーバ名簿

図表8. ワーキング・グループオブザーバ名簿

氏名	所属先・役職名
川部 勝一	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
熊野 将一	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
原 雄亮	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 人材研修係長
高田 陽介	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 人材研修係
勝田 滉平	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 人材研修係

第3節 検討委員会における議論の概要

1. 第1回委員会(持ち回り開催)

(1) 議事

- 適切なケアマネジメント手法全般に関して
 - ①2021年度以降の方向性、今後検討すべき事項に関するご意見
 - ②普及啓発に向けた課題・方策に関するご意見
- 検討案の検証の実施予定のご報告
- 手法の再整理について
 - ①「基本ケアの再整理案」に関するご意見
- 長期的なデータ収集方策の検討の概略のご報告

(2) 委員意見概要(持ち回り開催のため、事前ヒアリング及び提出いただいた意見より抜粋)

① 基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理に対する委員意見(要旨抜粋)

- 介護保険はケアマネジメントが要(かなめ)。介護支援専門員がきちんとしなければいけない。本手法の検討は非常に意義がある。
- 研究の成果物として作成されているチェック表はアセスメントやモニタリング時に聞き取りが必要な項目を網羅した素晴らしい形式と考える。可能な限り実務に就いている介護支援専門員の皆様に活用してもらえると良い。
- 適切なケアマネジメント手法の考え方にある、「QOLの維持・改善に向け必要性が想定される支援」(P5)のためには、(P20)の「家庭やコミュニティでの役割の維持や獲得の支援」はとても重要だ。これに関連して、自己実現の支援の観点も必要と考える。
- 「基本ケアが必要とされるタイミング」(P21)の類型は良く理解できるが、右側の図の矢印と矢印の関係など、意図することを少し説明した方がわかり易いのではないか。例えば、「タイミングを意識した基本ケアの実行体制を多職種連携で整える」のイメージはしづらいのではないか。
- 「自立支援」という言葉をきちんと出していくべきだ。介護保険の基本理念は尊厳の保持と自立支援である。この点が明確になるようにすべきだ。この理念を実現するために、リハビリテーションが必要となる。障害がある方だとしても、社会参加できる環境を整えることが重要だ。
- 居場所づくりの視点も必要だ。なじみの環境となじみの関係は在宅生活において大事な要素である。
- 適切なケアマネジメント手法の中に、新型コロナウイルス感染症の内容を過度に盛り込むことは必要ないのではないか。一般的な感染症に対する対応の記載があれば十分であり、高齢者のケアとして必要な視点をまとめていくことが重要だ。

② 普及啓発に向けた課題・方策に関する意見(要旨抜粋)

- 要介護高齢者の状態が変わってきて医療との関割が大きくなり、介護支援専門員にも医療と連携するために必要な知識が求められている。まずは、介護支援専門員は、医療的な観点が抜けていることの”認識”から始めてはどうか。医療をするわけではないが、連携を円滑にするために介護側のスタンスでどのように医療の知識を理解し、活用していくか考えるべきだ。
- 介護支援専門員には、御用聞きではなく専門的な能力を発揮して欲しい。例えば、医療では病気が良くなるのは良いことだ。介護の場合には要介護状態が良くなって本人が楽しく暮らせるのが良いこ

となのではないかと。要介護状態が改善されると（利用できるサービスが減って）、家族から文句が出るのは違うのではないかと。

③ 令和3年度以降の方向性、今後検討すべき事項に関する意見（要旨抜粋）

- 「家族等への支援」は介護支援専門員の役割として定着しているのか。「多職種連携」が本来業務であるとの認識があるか、この点の検討が今後必要だ。
- 今後のデータ蓄積は事例ベースだけで良いのか疑問である。本人の状態のデータとか、ケア内容のデータなども将来的には必要。
- 本手法の有用性について、長期的データによる検証は必要だ。後に検証できるような、科学的なアプローチが望ましい。
- 現行の成果物の形式が緻密であるがゆえに、この内容をすべて頭に入れることは困難であるとも考えられる。そのため「業務ソフト等への組み込み」をすることで、この内容を「覚える」のではなく、PC やタブレットのソフトから、チェック表に沿った助言・指摘がされる形になれば、有効に活用されるのではないかと（栄養や食事形態の確認がされてない・リハビリテーションの計画が策定されていない等）。介護業界でも少しずつ ICT 導入が進んでいるこのタイミングで、調査研究事業の成果をソフト会社を問わず、すべてのソフトの中に入れることを必須とすることを検討してはどうか。
- 現在の認定調査の書式については、介護保険制度が始まって以来、あまり手を入れられていないものと思われる。認定調査が、「認定調査結果」＝「介護の手間の時間」＝「要介護度」を判断するためだけに行われる調査ではなく、ケアの質の向上に資する調査となるよう、この研究事業のチェック項目が、認定調査の調査項目に反映されても良いのではないかと。

2. 第2回委員会

(1) 議事

- 本調査研究事業の概要と本年度の実施事項
- 論点に沿っての議論
 - ①基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理について
 - ②「適切なケアマネジメント手法」の今後の普及・活用に向けた方針について

(2) 委員意見（要旨抜粋）

① 「適切なケアマネジメント手法」の今後の進め方全般に関する意見（要旨抜粋）

- 本手法はケアマネジメントのあるべき姿や目指すべき方向性を示しており、どんどん検討を進めていくと良い。LIFE はデータベース構築だが、残念ながら現段階のものは、まずデータを収集蓄積することに主眼が置かれている。そのままではケアの質の向上に直結しない。この4月からがデータベースに本格的に取り組む元年とも言えるだろう。今後は現場のケアの質を高めていく、本調査研究事業のような取り組みが非常に重要である。LIFE を効果的に使っていくためにも、適切なケアマネジメント手法をうまくツールとして使って欲しい。
- LIFE は、データベース形式で表現する限界もあり、チェックリスト項目となっている。ケアの具体的な介入方法などは全く出てこない。例えば、リハビリテーションの計画書のデータは入るが、具体的にどういうケアや介入方法だったのか、その結果がどうだったのかというのは LIFE の中で

は表現しきれない。LIFE は全国の平均値がフィードバックされるものと考えべきだ。そのため、LIFE のデータを参考値としながら、本手法が LIFE を牽引する役割を担うべきだと思う。科学的介護のデータ蓄積は必要だが、それはそれとしてケアマネジメントの質の向上はあの手この手でやっていかないといけない。

- 今年度の報酬改定では要介護度を改善するという方向性が出ているが、現場の要介護者は改善をあまり喜ばないところがある。介護保険のマインドを変え、自立度が上がることはいいことだという方向性を持っていくべきだ。ケアマネジメントについても方向性は共通だろう。今後は、このあたりへの踏み込みが重要だと感じている。
- LIFE が始まり 3 年後にどうなるか次第だが、これだけ細かな項目を報告するため、3 年後は要介護認定の項目ややり方に影響する可能性がある。ケアマネジメントは要介護認定の項目に影響されるため、次の報酬改定を見据え、そのような観点も考えていく方向性が必要だろう。

② 「適切なケアマネジメント手法」の今後の普及・活用に向けた方針に関する意見（要旨抜粋）

- 介護支援専門員は直接ケアを提供するプレイヤーではないが、個別のケアの方針は理解しておかないといけない。例えば認知症のケアでは、現場では生活歴から様々なアセスメントを行い、なじみのスタッフがケアをする関係づくりをして、心のよりどころになるモノを持ち込んだりして、BPSD を穏やかにするあるいは予防するケアが推奨されている。つまり、介護支援専門員は、サービスの調整にとどまることなく個別ケアのレベルでの方針を理解する必要があるということだ。そこを今後の研修で掘り下げて理解してもらうことで、より個別化されたプランニングに活かせるのではないかな。
- 利用者の人物や生活、疾病や家族をきちんと見る、俯瞰的に見る必要があるだろう。認知症では意思決定支援や家族、誤嚥性肺炎ではかみ合わせなど。科学的に判断できるかという少しトレーニングが必要だが、合わせて口腔環境というのも理解してもらえると良い。普及策として、テキストも作ってもらえると良い。連続研修は何回あればという議論はあると思うが、まずは継続的に学んでもらうのが良いのではないかな。
- 介護支援専門員のマインドを変えていくことは非常に重要だ。自治体数か所で研修をしてきたが、水分や脱水に着目し、以前は緊急搬送された人がされなくなったり、栄養やリハビリテーションを含めて取り組み姿勢に改善がみられたりする事例が出てきた。要介護度は変わっていないが、家族や支援者のやりがい、喜びがあった。要介護度が改善すれば、介護支援専門員の報酬を含めてどう考えるかという論点もあるが、支援の過程に喜びや達成感があり、さらに報酬につながれば良い。
- 自分が関わっている研修では、5 回シリーズで実施している。①標準化の中身を知る、②参加者に理解しやすいように具体的なプランも交えて講義をする、③そのプランや視点を持ち帰って実践してもらうという 3 ステップである。例えば、基本ケアの場合には、水分や栄養を見ることで一日の生活リズムを把握し、そこからコミュニケーションが生まれ、かかりつけ医の指示・指導を踏まえご本人が自ら疾病を理解できるようになる。そこから意欲が湧き、セルフマネジメントができるようになるという流れだ。家族を含めてセルフマネジメントが出来るようになると、より適切なケアが提供されるようになる。水分、栄養のデータを指標として取ることで熱中症がゼロになったなどの効果があった事例もある。また、利用者に関心があることが分かってきた。寄り添う、優しくするではダメだと気づけている。かかりつけ医や PT、OT が話すことがわかるようにな

ったという効果もみられた。

- 本手法が全体としてまとめ、現場の実践で使えるようになるにはあと5年かかると理解している。既に介護支援専門員は膨大な研修を受けている。そのため、ここまでの5年間で固まった内容から順次既存の研修に埋め込んでいくべきではないか。5年後に一気に研修に組み込むと量も多くなるため、なかなか難しい。完全に完成するまで何もしないというのも違う。次年度以降、段階的で良いので普及展開を進めるべき。
- 法定研修に組み込む場合、講師養成、連続研修の標準化、指導者用の研修も考える必要が出てくる。実務から専門、主任と進む。介護支援専門員になりたてのときにエッセンスを周知するのか、主任レベルで伝えるのか。いずれにしても指導者養成が重要である。
- リハビリテーションとの連携も、今後研修の中でも展開が必要だ。認知症の検証結果で新たな役割・機能という支援が挙げられていた。さらっと書いているが重要で非常に難しいこと。地域を巻き込んだ取り組みが挙げられているが、この点においてもリハビリテーションとの連携も今後は必要だ。生活期のリハビリテーションは、具体的に実践しようとする、利用者一人ひとりの心身および生活環境を良く見て、リハビリテーションを組み立てる必要があり、専門職から見ても実は難しい。介護支援専門員だけでなくリハビリテーション専門職にも意識してもらうために、もっと強調しても良いと思う。
- 基本ケアで整理されている内容は、フレイルの対応、予防にも関係する。いろんな疾患が差し迫ったときも、呼吸器ケアやターミナルなど、一人の人をずっとリハビリで追っていけないというのも重要な視点だ。

③ 基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理に関する意見（要旨抜粋）

- 大項目の日常的な生活の継続の支援につながっている「暮らしやすい環境の保持」について、地域の環境や住環境、あるいは福祉用具や補装具も含まれているかと理解しているが良いか。また、「保持」もだが「改善」も必要ではないか。
- 資料2について、先ほど俯瞰的という言葉もあったが、今まではどちらかというと疾患で縦系列に利用者を見ていたが、横串で見ればフレイルという視点になる。最近の利用者はより高齢になり、疾病よりも老衰という状況にある方も多い。フレイルという視点で見ることでLIFEにもつながるのではないか。

第2章 基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理

第1節 これまでの検討の経緯

1. 基本ケアと疾患別ケアの考え方

適切なケアマネジメント手法は、「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成される。

「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を指す。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る。

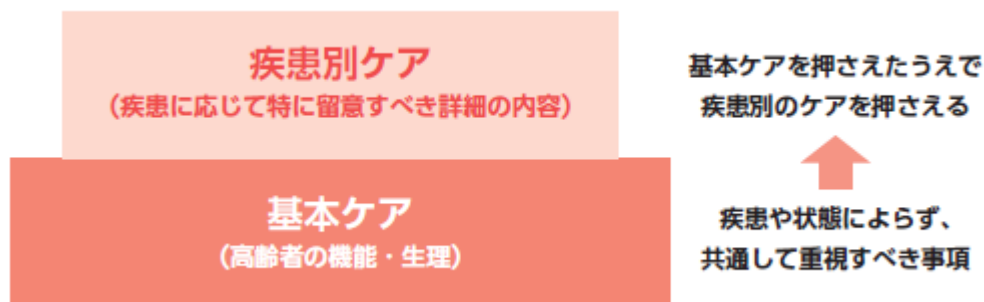
一方、「疾患別ケア」は、疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容を整理している。疾患によっては、期別（退院後3ヵ月、退院後4ヵ月目以降など）の視点を盛り込んでいる。こうした疾患では、時期によって本人の状況やそのときに必要な支援内容、さらには医療との連携における留意点が大きく変わることから、タイミングを見計らった支援内容の見直しが求められる。

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ある。

個別支援事例において本手法を活用する際は、「基本ケア」の内容を踏まえたうえで、本人の状態に応じて「疾患別ケア」の内容を参照するのが望ましい。本手法を通じて、これらの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る。

疾患別ケアとしては、これまでに、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」を作成した。

図表9. 基本ケアと疾患別ケアのイメージ



2. 疾患別ケアの対象疾患

(1) 対象疾患の選定経緯

「適切なケアマネジメント手法」では、利用者の有する疾患別に標準的なモデルを検討することを目指している。そのため、これまでに手法において検討した対象疾患は、第一に、要介護認定の原因疾患として上位の疾患であること、第二に、既に医療と介護の地域連携がある程度実践されている疾患であ

ることに着目して選定した。

地域連携については、具体的には地域連携クリティカルパスの活用状況に着目し、これと連携する形での取り組みを起点とすることを狙った。各都道府県の疾患別の地域連携クリティカルパスの普及状況は次図表のとおり。

図表10. 都道府県における疾患別の地域連携クリティカルパスの普及状況

NO.	都道府県	疾患						
		がん	脳血管疾患 (脳卒中)	急性心筋梗塞 (心不全)	糖尿病	大腿骨骨折	精神疾患 (認知症)	慢性腎臓病 (腎不全)
1	北海道	○	○	○	○	○	○	-
2	青森県	○	○	○	○	○	○	-
3	岩手県	○	○	○	予定	○	○	-
4	宮城県	○	○	-	予定	○	-	予定
5	秋田県	○	○	-	-	-	予定	-
6	山形県	○	○	○	-	○	予定	-
7	福島県	○	○	-	-	○	-	-
8	茨城県	○	○	-	○	○	○	○
9	栃木県	○	○	○	○	-	検討	-
10	群馬県	○	○	○	○	○	○	-
11	埼玉県	○	○	-	-	○	-	-
12	千葉県	○	○	○	○	-	○	-
13	東京都	○	○	-	○	-	検討	-
14	神奈川県	○	○	-	○	-	-	-
15	新潟県	○	○	-	○	-	○	-
16	富山県	○	○	○	○	○	○	-
17	石川県	○	○	○	○	-	検討	-
18	福井県	○	○	○	○	○	-	-
19	山梨県	○	○	○	○	○	-	検討
20	長野県	○	○	○	○	-	○	-
21	岐阜県	○	○	○	○	○	○	-
22	静岡県	○	○	○	○	○	予定	○
23	愛知県	○	○	○	○	○	-	-
24	三重県	○	○	○	○	○	○	-
25	滋賀県	○	○	○	○	○	予定	○
26	京都府	○	○	○	-	○	-	-
27	大阪府	○	○	○	○	○	○	○
28	兵庫県	○	○	○	○	○	○	-
29	奈良県	○	○	○	○	-	-	-
30	和歌山県	○	○	○	○	○	○	-
31	鳥取県	○	○	○	○	○	○	-
32	島根県	○	○	-	○	○	-	-
33	岡山県	○	○	○	○	○	○	○
34	広島県	○	○	○	○	○	○	○
35	山口県	○	○	○	○	○	-	-
36	徳島県	○	○	○	○	○	○	-
37	香川県	○	○	○	○	○	予定	-
38	愛媛県	○	○	-	-	○	○	-
39	高知県	○	○	検討	予定	○	○	-
40	福岡県	○	○	○	-	○	予定	○
41	佐賀県	○	○	○	○	○	-	-
42	長崎県	○	○	○	○	○	予定	○
43	熊本県	○	○	-	○	○	○	-
44	大分県	○	○	-	-	○	○	○
45	宮崎県	○	○	○	○	○	○	-
46	鹿児島県	○	○	○	○	○	○	-
47	沖縄県	○	○	○	○	○	-	○

(出所) 各都道府県レベルの医療計画 (2020 年度末時点版)

※注 各都道府県の医療計画に記載があるかどうかをまとめたものであり、県内一部圏域で展開されているものは反映できていない可能性がある点に留意が必要。

(2) 対象疾患ごとの選定理由

対象疾患の選定理由はそれぞれ以下のとおり。

① 脳血管疾患【平成 28 年度検討案作成】

- ✓ 要介護認定の原因疾患の最上位である
- ✓ 医療から介護につながりにくいとの課題意識がある
- ✓ 地域連携クリティカルパスが普及している
- ✓ 再発予防が重要である

② 大腿骨頸部骨折【平成 28 年度検討案作成】

- ✓ 適切な支援を提供することによって改善の可能性が高い
- ✓ 医療から介護につながりにくいとの課題意識がある
- ✓ リハビリテーションの重要性や生活機能の視点から、介護支援専門員が理解しておく必要がある

③ 心疾患【平成 29 年度検討案作成】

- ✓ 地域連携クリティカルパスが普及している
- ✓ 医療と介護の連携の重要性が高い
- ✓ 要介護認定の原因疾患の上位ではないが、発症率が高く、患者数が多い

④ 認知症(アルツハイマー型認知症の診断があつて、比較的初期～中期)【平成 30 年度検討案作成】

- ✓ 対象となる高齢者の数が多い
- ✓ 居宅での生活をできる限り継続できるよう重症化の防止に向け生活の領域における関わりの重要性が大きい
- ✓ これからの進行度に応じて、その状況を医師をはじめ関係者間で共有し、本人への関わり方も変えていく必要がある、その準備と支援においてマネジメントの重要性が大きい

⑤ 誤嚥性肺炎の予防【令和元年度検討案作成】

- ✓ 対象となる高齢者の数が多い。
- ✓ 入院のリスクあるいは重症化した場合死亡のリスクが大きい。
- ✓ 医療的アプローチだけではなく、日常的な生活や健康管理、セルフケアの領域における対応も重要となる。

第2節 基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理

1. 基本ケアの再整理における基本的な考え方

○「基本ケア」の捉え方

ケアマネジメントの役割は「全体を捉えて生活を整えること」にあるとの考えを前提とし、「基本ケア」は「生活基盤を整えるための基礎的な視点」である。したがって、「基本ケア」は、疾患がない場合でも反対に疾患が多数の場合にも共通する 24 時間の生活の基盤となる。一方、疾患がある場合は、その種類や時期に応じて、疾患別に特に気をつけるべき視点が「疾患別」に示されるという構造になる。

○「基本ケア」のねらい

前提として、今後は、要介護高齢者の特徴がこれまでとは変化していくことを踏まえる必要がある。具体的には、より高齢の方が増えることで、独居者や認知機能が低下する方の割合が増える、医療ニーズのある方の割合が増えるといった変化である。

介護保険制度の基本的な理念は尊厳の保持と自立支援であり、これらを踏まえれば、「基本ケア」で重視すべきことは「できるだけ生活を継続できるようにすること」にある。

これに対し、疾患別のケアでは、疾患や時期にもよるが、「改善できる部分は改善し、悪化や重度化を防ぐ」視点を意識的に持って捉えるものと整理できる。

2. 基本ケアの再整理の方針と進め方

(1) 基本ケアの再整理の方針

これまでの検討成果を踏まえ、本調査研究事業では、基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理を行った。今後の普及・浸透を見据え、「わかりやすく」かつ「簡素化」することを基本ケアの再整理のねらいとした。具体的な検討方針は次のとおり。

(ア) 構成は変えない

基本ケアの大項目・中項目の構成は、高齢者の機能と生理に基づき「どのようなケアの方向性が必要か」との視点に基づき作成したものである。

ケアの内容に着目した構成やケアの種類による分類（例：口腔ケア、服薬支援、排せつ支援など）の方がわかりやすいという意見もあるが、「適切なケアマネジメント手法」自体が想定される支援内容の仮説とその必要性・妥当性を確認するための情報収集項目を整理したものであるため、現行の分類のままとする。

(イ) 大項目・中項目はそれだけで中身がわかる表現とする

ケアマネジメントの実践においては、項目一覧だけを見て利用する場合も多い。できれば本編も読み込んで理解した上での活用が望ましいが、限られた時間で全体像を理解してもらうためには項目一覧だけを見る利用方法を否定できない。

したがって、多少表現が長くなったとしても、中項目・小項目は、それだけで中身がわかる表現とし、すぐには中身がわかりにくい・意図が伝わりづらい項目の表現を改める。

ただし、出来るだけキーワードのみを表記して、コンパクトに見えるよう留意する。

(ウ) 基本ケアと疾患別ケアで同じ内容の項目は基本ケアの表現に合わせる

疾患別ケアの項目は、疾患に特化して「特に重視すべき想定する支援内容」である。そのため、基本ケアに含むことで簡素化できるものは基本ケアに移す。

それでもなお、基本ケアと同じ内容だが疾患別でも重視すべき支援内容は、【基本ケア再掲】として疾患別ケアにも項目を再掲する。その際、項目の表現も基本ケアに合わせることにする。

(2) 基本ケアの再整理の進め方

基本ケアの再整理は、以下の手順で進めた。

(ア) 「疾患別ケア」のうち「基本ケア」と統合できる可能性のある支援内容の整理

これまでに作成した「基本ケア」と「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）の支援内容を一覧化した。なお、日常的な支援内容に着目するため、期別がある「疾患別ケア」は、医療とのかかわりが強いⅠ期ではなく、日常的な支援が中心となるⅡ期を抽出した。

その上で、中項目及びキーワードの類似性に着目して、支援内容を整理し、再構成した。

(イ) 大項目の項目名称の見直し

ICFを参考に、大項目の名称を見直した。特に、現行の「基本ケア」の大項目の名称はICFの構成と矛盾しないとの前提で見直し・整理を行った。

(ウ) 中項目構成及び名称の見直し

前述(イ)までの作業結果に基づき、中項目の構成と名称を見直した。また、項目数が多くなり過ぎないようにグルーピングを調整した。

大項目・中項目はそれだけを見てある程度内容がわかるような名称となるよう留意した。

(エ) ワーキング・グループでの検討

前述(ウ)までの作業に基づき、ワーキング・グループにおいて以下の視点で検討した。

- ✓ 普及を見据えた項目数、レベル感の妥当性
- ✓ 「基本ケア」の位置づけを踏まえた内容・範囲の網羅性
- ✓ 大～中項目の表現の適切性

ワーキング・グループでの議論をもとに事務局にて、修正素案を作成した。

基本ケアの再整理素案を検討委員会において検討した。

なお、基本ケアの再整理の方針（特に再整理の方針（ウ）「基本ケアと疾患別ケアで同じ内容の項目は基本ケアの表現に合わせる」との考え方）に基づき、疾患別ケアの再整理（改訂版の作成）も併せて実施した。

3. 基本ケアの再整理結果

基本ケアの再整理の結果（ダイジェスト版）は以下のとおり。基本ケアの再整理結果（詳細版）は巻末に掲載する。

図表11. 再整理後の基本ケア（ダイジェスト版）

基本方針	大項目	中項目
尊厳を重視した 意思決定の支援	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 共同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
	家庭・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	家族等を支援する体制の整備 支援を必要とする家族への対応
	ケアを提供するひとへの支援	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

注1) 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
 注2) 中項目以下の具体的な支援内容は、全てを横並びに提供するのではなく、当然、状況に応じて重要度や優先度が異なる

第3章 検討案（認知症、誤嚥性肺炎の予防）の活用効果の検証

第1節 「効果」の捉え方

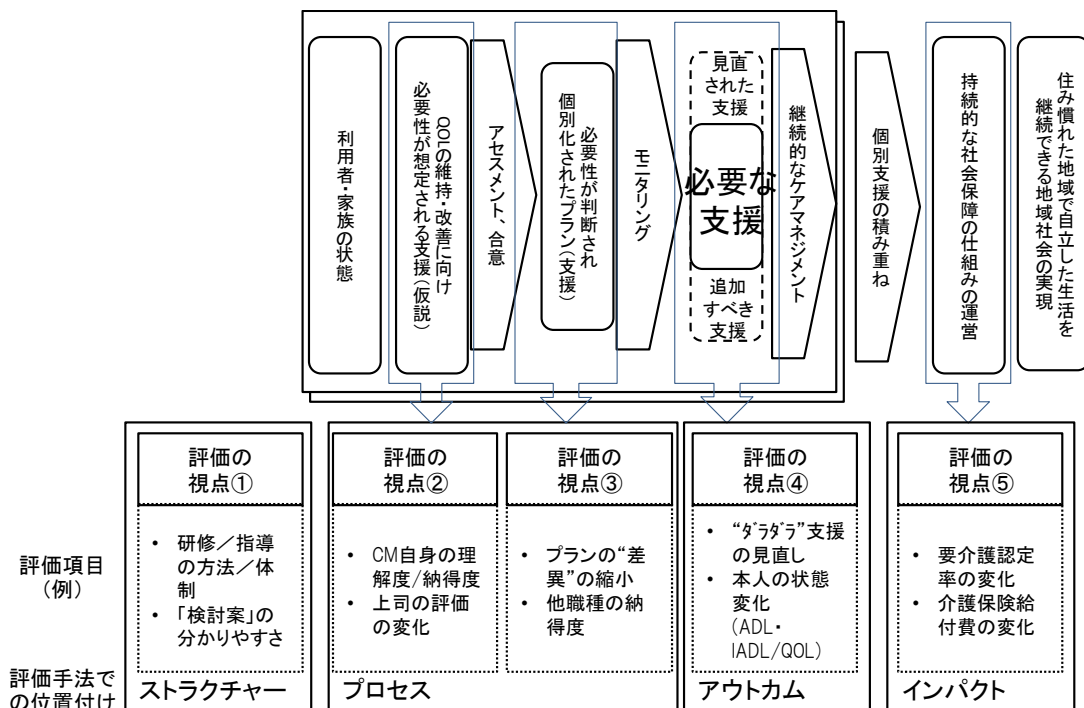
本調査研究事業が目指す適切なケアマネジメントとは、実務におけるケアマネジメントの平準化（介護支援専門員自身の経験や環境に寄らず一定の水準であること）であるため、本来ならばその「効果」は、下図でいう「アウトカム」や「インパクト」をみるべきものである。

しかし、そうした効果を把握するためには相当の時間が必要であり、さらに、そのような「アウトカム」や「インパクト」に影響を与える要因は多岐にわたるため、適切なケアマネジメント手法の「効果」を正確に評価するためには、他の要因を精査するデータの整備が必要となる。

本調査研究事業では、適切なケアマネジメント手法自体が受け入れられるものであるかどうかを検証するために、下図の「プロセス」に着目することとした。

具体的には、第一に、適切なケアマネジメント手法を介護支援専門員自身が理解し、納得できるかどうかである。第二に、こうした介護支援専門員が適切なケアマネジメント手法を活用する取り組みを他の職種が受けとめることができるかどうかである。

図表12. 「効果」の捉え方の概念図



第2節 検証の実施方法

1. 検証の設計

(1) 検証の目的

本調査研究事業では、前述の「効果」に関する考え方のもと、現場で活動する介護支援専門員に実際に「認知症」の検討案及び「誤嚥性肺炎の予防」の検討案を活用してもらう検証を実施した。検証は、①「適切なケアマネジメント手法」について理解を深めてもらうこと、②現場実践者から意見をもらうことで、今後の「認知症」の検討案及び「誤嚥性肺炎の予防」の検討案の項目の改善につなげること、③「認知症」及び「誤嚥性肺炎の予防のため」のケアマネジメントにおいて現場実践者が見落としがちな項目などの傾向の把握を行うことを目的とした。

(2) 検証の設計

検証は講義と演習で構成した。

講義では、本調査研究事業の概要や適切なケアマネジメント手法の狙いの説明を行った。演習では、各介護支援専門員に担当事例の中から、「認知症」あるいは「誤嚥性肺炎の予防が必要」な事例を無作為選定のうえ持参してもらい、その事例を対象に検討案を活用してケアマネジメントプロセスの振り返りを行った。

演習の結果は、「検証ヒアリング調査票(介護支援専門員調査票)」、「個別ケース基本情報確認シート」、「項目一覧(案)評価シート」の3種類の調査票に記入してもらい、検証データとして収集した。(各調査票の概要は後述)

2. 検証の手順

(1) 検証の流れ

令和2年度の検討案の検証は、オンライン研修の形で実施した。そのため、参加者には事前に資料を郵送配布したうえで、複数の研修開催時間のうち、都合の良い時間帯の研修に参加してもらった。

検証は以下の流れで実施した。

図表13. 検証の流れ

セクション	時間	内容(質疑応答を含む)
適切なケアマネジメント手法の意味(講義)	20分	本手法が開発された背景、考え方の講義・説明
適切なケアマネジメント手法の概説(講義)	20分	「基本ケア」に加え、疾患別(「認知症」)の本手法の主な内容等を解説
事例に基づく活用(演習)	50分	実際の事例に基づいて各項目一覧を読み込み、自己チェック(個人ワーク)
気づきの確認(演習)	10分	本手法の項目一覧や冊子を確認して気づいたこと(自分が見落とししていた点⇨自己の継続学習課題)の整理・確認
アンケートの記入(演習)	20分	個別ケース基本情報確認シート、検証ヒアリング調査票の記入

「適切なケアマネジメント手法」の意味

本手法が開発された背景として、高齢化の進展と個別化の必要性について講義を行った。特に、適切なケアマネジメント手法は、ケアプランの標準化ではなく、ケアマネジメントの標準化を目指しており、できるだけ自分でできることを増やす自立支援を目指していることなどを説明した。

また、ケアマネジメントにおいて期待される役割としては、介護保険サービスの調整だけでなく、自立支援に向けた生活全体の調整が必要であること、そのためには、介護保険サービス以外の社会資源（事業としてのサービス、保険外サービス、ボランティア団体等）の活用も検討する必要があることを説明した。

「適切なケアマネジメント手法」の概説

基本ケアの意味と基本ケアに含まれる主な項目とその必要性の解説を行った。そのうえで、「認知症」の検討案（平成30年度作成）あるいは「誤嚥性肺炎の予防」の検討案（令和元年度作成）を用いて、疾患の特徴と捉えるべき大まかな支援方針の解説を行った。検討案の解説では、本手法に含まれる主な項目とその必要性を説明したうえで、ケアマネジメント実践における多職種協働の重要性と留意点についても説明した。

事例に基づく活用と気づきの確認

参加者が持参した「認知症」あるいは「誤嚥性肺炎の予防に向けた」事例に基づいて、各自で本手法の項目を読み込み、自己チェックを行った。自己チェックでは、「項目一覧（案）評価シート」に、①ケアプラン作成時点ではどのような判断を行ったか、②本手法の項目（案）をみた時点で改めて見直すかどうかのような判断を行ったかを記録した。（個人ワーク）

また、各自の作業終了後に、本手法の項目（案）を用いて気づいたこと（特に自分が見落としていた点や自己の継続学習における課題など）について、周囲の人と意見交換をしたうえで、気づきについて、「検証ヒアリング調査票」に記入した。

(2) 検証で用いた資料

① 項目一覧(案)評価シート

「項目一覧(案)評価シート」では、介護支援専門員が持参したケアプランに関して、「項目一覧(案)」に記載している支援項目ごとに、主に以下の(ア)～(エ)について確認した。

I. ケアプラン作成時の判断

(ア) 「情報収集」の有無

ケアプランを作成時の、該当項目に関する情報収集の有無について尋ねた。

選択肢：情報収集を行った、情報収集を行っていない

(イ) 「支援の必要性」の判断

ケアプランを作成時の、該当項目に関する支援の必要性の判断について尋ねた。

選択肢：支援が必要だと判断した、支援は不要だと判断した

(ウ) 「支援の位置づけ」の有無

ケアプランを作成時の、該当項目に関する支援をケアプランに位置づけたかどうかについて尋ねた。

選択肢：ケアプランに支援を位置づけた、ケアプランに支援を位置づけなかった

(エ) 「具体的な支援内容」

ケアプランに位置づけた場合、ケアプラン2表の「援助内容（支援内容）」の記載事項について尋ねた。

II. 現在（本手法の項目（案）をみた後）の判断

(ア) 現時点での「支援の必要性」の有無

現時点での、該当項目に関する支援の必要性の判断について尋ねた。

選択肢：支援が必要である、支援は不要である

(イ) 現時点での「支援内容の見直し」の必要性

現時点で支援が必要だと判断した場合、持参したケアプランではどのように支援内容を見直すべきと考えるかについて尋ねた。

選択肢：支援内容は当初のままが良い、支援内容を見直す（追加する）必要がある、支援内容を見直す（縮小する）必要がある

(ウ) 追加すべき支援内容

支援内容を見直す（追加する）必要があると判断した場合、追加が必要と考える具体的な支援内容について尋ねた。

(エ) 縮小すべき支援内容

支援内容を見直す（縮小する）必要があると判断した場合、縮小が必要と考える具体的な支援内容について尋ねた。

② 事例基本情報シート

「基本情報確認シート」では、参加者が持参した事例の利用者について、基本属性やサービスの利用実績等、持参したケアプラン等の情報を確認した。

③ 参加者アンケート

「参加者アンケート」では、検討案の活用が想定される場面ごとに、その有用性に対する評価を確認した。そのうえで、検討案の内容について、実際に活用してみた感想及び改善要望、今後の普及・活用に向けた要望などについての確認を行った。

第3節 令和2年度検討案(認知症)の活用効果の検証

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」では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う会議の開催自粛等の影響により、予定していた検証会を一部中止したため、十分なサンプルを回収することができなかった。

本年度の調査研究事業では、令和元年度と同様のフォーマットを用いることで、令和元年度の実証結果、令和2年度の実証結果を統合し、結果分析・検証を行った。

1. 検証の概要

(1) 検証の実施方法

① 実施日程・開催地域・参加者数

「認知症」検討案の検証は、令和元年度は集合研修を4回、令和2年度はオンライン研修を3回実施した。合計参加者（参加予定者）合計参加者（参加予定者）は、348名であった。検証の実施日程、開催地域、参加者数（オンラインの場合には正確な参加者数を把握できないため、参加予定者数を記載）は以下の表のとおり。

図表14. 検証実施日程・開催地域・参加者数

開催日時	開催方法 (開催地域)	参加 予定者数
令和元年11月1日(金) 14:00~17:00	集合研修 (京都府京都市)	22名
令和元年11月18日(月) 14:00~17:00	集合研修 (宮崎県宮崎市)	69名
令和2年1月31日(金) 19:00~21:00	集合研修 (神奈川県横浜市)	34名
令和2年2月10日(月) 13:30~16:30	集合研修 (京都府木津川市)	41名
令和2年3月18日(水)	集合研修 (静岡)	新型コロナウイルス感染症の流行により中止
令和2年11月13日(金) 18:30~20:30	オンライン研修 (静岡県、京都府、宮崎県)	182名
令和2年11月23日(月) 10:00~12:00	オンライン研修 (静岡県、京都府、宮崎県)	
令和2年11月23日(月) 13:30~15:30	オンライン研修 (静岡県、京都府、宮崎県)	
合計		348名

※開催地域は集合研修を開催した地域であり、検証参加者数には他市町村からの参加者も含まれる。

② 検証地域・対象者の選定の考え方

検証地域は、ワーキング・グループ委員を中心に介護支援専門員のネットワークが形成されており、短期間に多くの参加動員が見込める地域を選定した。なお、検証実施に際しては開催地域の偏りがでな

いよう配慮した。

対象となる介護支援専門員の選定は、当該地域の職域団体から広く呼びかけを行い、保有資格、経験年数等を問わず、任意に参加を求めた。対象となる事例は、参加者の担当事例の中から、「認知症」に該当する事例を無作為選定のうえ、持参してもらった。

③ 調査票の回収状況

調査票の回収状況は以下の表のとおり。

図表15. 調査票の回収状況

検証ヒアリング調査票 (介護支援専門員調査票)	個別ケース基本情報 確認シート	評価シート 認知症
294 件	295 件	295 件

※回収した調査票のうち、記述内容が有効と判断されたもの。

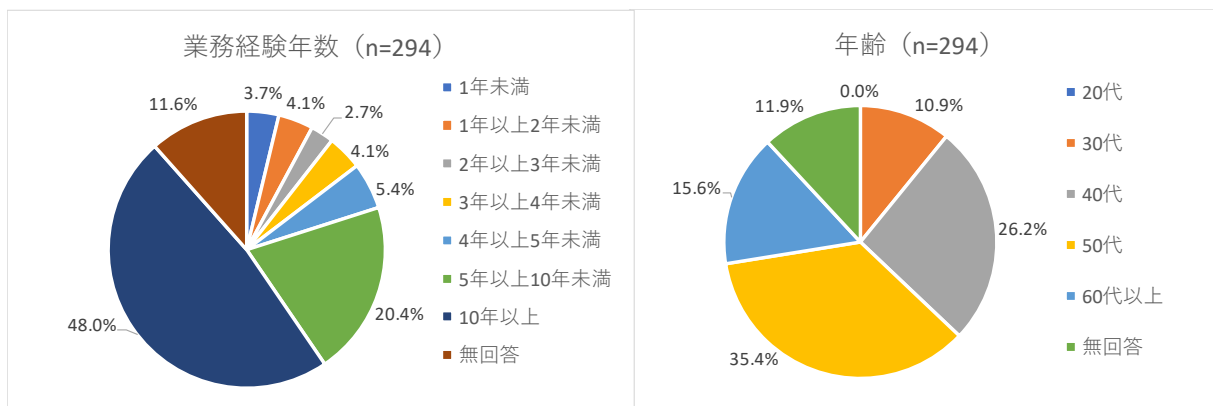
(2) 参加者の属性

① 介護支援専門員としての業務経験年数・年齢

検証参加者は、介護支援専門員としての業務経験年数が「10年以上」が48.0%と最も大きく、次いで、「5年以上10年未満」が20.4%だった。

年齢構成は、「50代」が35.4%と最も大きく、次いで「40代」が26.2%であった。

図表16. 介護支援専門員としての業務経験年数・年齢

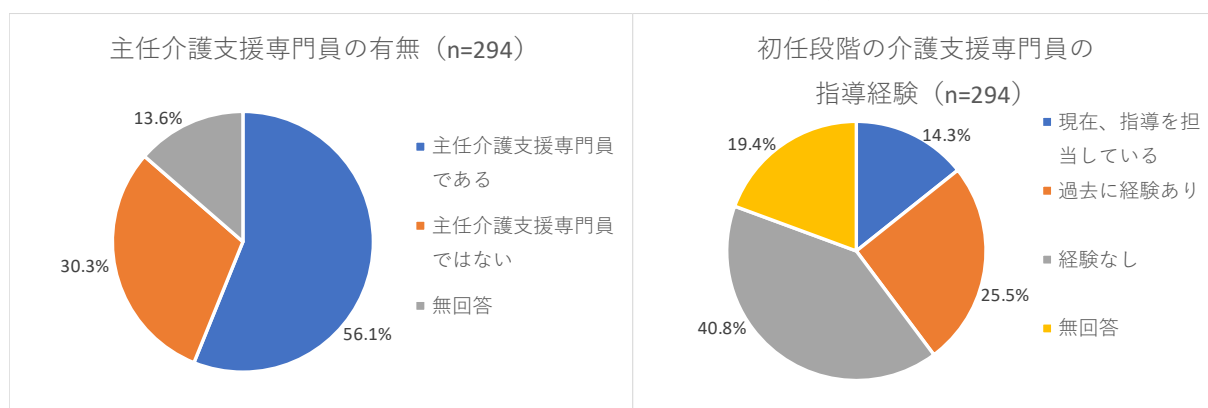


② 主任介護支援専門員の有無・初任段階の介護支援専門員の指導経験

検証参加者のうち、「主任介護支援専門員である」は56.1%、「主任介護支援専門員ではない」が30.3%であった。

初任段階の介護支援専門員の指導経験は、「現在、指導を担当している」が14.3%、「過去に経験あり」が25.5%、「経験なし」が40.8%であった。

図表17. 主任の有無・初任段階の介護支援専門員の指導経験



③ 保有資格

検証参加者の保有資格の状況は以下の表のとおり。

図表18. 保有資格

介護福祉士	180名	社会福祉士	71名
看護師、保健師	34名	精神保健福祉士	8名

2. 介護支援専門員からの評価

(1) 介護支援専門員からみた使いやすさ・わかりやすさ

検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価をみると、「とても使いやすいと思う」が2.0%、「使いやすいと思う」が53.7%と、肯定的な回答が全体の55.7%であった。

自由記述においても、「項目ごとに掘り下げて、アセスメントの視点が記されているため使いやすい。」(項目一覧(案))、「ポイントも整理され検討案の使いやすさしているので、確認しやすいツールだと思う。」(ケアの冊子)といった評価がみられた。

一方で、今後の活用に向けて、「記載事項も多く、ケアマネ業務の負担が大きい。」(項目一覧(案))、「項目が多く、もう少し具体的な事例など記載があればわかりやすい。」(ケアの冊子)といった指摘もみられた。

図表19. 検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価 (n=294)

N		とても使いやすい と思う	使いやすいと思う	使いにくいと思う	とても使いにくい と思う	無回答
294	件数	6	158	97	7	26
	比率	2.0%	53.7%	33.0%	2.4%	8.8%

《主要な自由記述回答》

- 項目一覧(案)について『とても使いやすいと思う』または『使いやすいと思う』と回答した方
【現場で活用する際の使いやすさ】

- ◇ 項目ごとに掘り下げて、アセスメントの視点が記されているため使いやすい。
- ◇ チェック項目で自己点検ができ、整理ができるので見落とししていた部分や「必要ない」と判断していた部分も再検討できる。
- ◇ チェックしながら聞き取りができるので、視点の漏れが少なくなると思う。
- ◇ 自分の気づかない点や、頭の中にはあるがケアプランに記載できていない内容が意識できる。
- ◇ 的確に自己表現できない利用者に対してアセスメント(追究)していくときに、視点を逃がさないため便利だと思う。
- ◇ 支援の概要、必要性等の項目が分かりやすく記載しており、また、それに対する支援内容とするためのアセスメント、モニタリングが分かりやすい。

- 項目一覧(案)について『使いやすいと思う』または『とても使いやすいと思う』と回答した方
【情報共有等への活用】

- ◇ 経験が浅いので、具体的に支援の概要、必要性が示されていて理解しやすい。
- ◇ 初任者及び現任者の研修資料として活用できると思う。
- ◇ 情報管理のツールとして活用できると思う。
- ◇ 認知症の利用者、家族の支援も早目に考えられ、家族やまわりの方の協力も得られやすいと思う。

- 項目一覧(案)について『使いにくいと思う』または『とても使いにくいと思う』と回答した方
【一覧項目の細かさや多さ】

- ◇ 文字数と質問項目が多すぎる為、重要な項目が何なのかわかりにくい気がする。
- ◇ 項目が細かくてどの場面に当てはまるのか逆に判断しにくい。
- ◇ 先に本編を読み込んでおかないと、表現されている意味を十分に理解するのに時間がかかると感じた。

- ◇ 項目が多く重複している内容も多いため、最後まで集中力が続かない。一度にアセスメントするには使いにくい。

【現場で活用する際の課題】

- ◇ 記載事項も多く、ケアマネ業務の負担が大きい。
- ◇ 日常の実務に活用する事は時間的に難しいように思った。
- ◇ 項目が多く使い慣れるまでに労力が掛かる。事業所内で研修を重ねる必要があると思うが、指導者が必要。
- ◇ 漏れはないが、多すぎて業務の中で利用するには難しいと思われる。

● ケアの冊子について『とても使いやすいと思う』または『使いやすいと思う』と回答した方

【見やすさやわかりやすさ】

- ◇ わかりやすく記載されている。しっかり読み込んで指導や助言に活用を今後できればと思う。
- ◇ 冊子であるため、見やすい。
- ◇ ポイントも整理されているので、確認しやすいツールだと思う。
- ◇ 51項目の内容の確認が、容易に行える。説明の動画のあと、自己の振り返りが行えて良かった。
- ◇ 細かくその必要性など記載してあり、テキストとしても使えそう。

【必要な視点の理解の促進】

- ◇ どのような視点で考えれば良いのか、何のために必要なのかの根拠が記されており、支援の指標となり得る。
- ◇ 内容確認や迷ったときに調べるという意味で活用できると思う。
- ◇ 悩んだときに、ふり返られる統一した文献、マニュアルがあるのは基礎の理解ができ非常にマネジメントにも参考になる。
- ◇ 自身のアセスメントの振り返り、見直しができ、不足している情報が抽出された。

● ケアの冊子について『使いにくいと思う』または『とても使いにくいと思う』と回答した方

【内容のわかりづらさや難しさ】

- ◇ 「本人、家族に依頼すべき支援内容」の表現があいまいであるため具体的に何をどう依頼するのが難しい。
- ◇ 項目が多く、もう少し具体的な事例など記載があればわかりやすい。
- ◇ 内容がわかりにくく量が多すぎる。
- ◇ 読んで即意味がわかる表現にして欲しい。

【認知症特有の事情の反映】

- ◇ 「認知症」として活用するのであれば、認知症の人の行動、症状の原因等もっと具体的に生活に密接した内容が良いと思う。
- ◇ 認知症の方は特にこれまでの生活歴、価値感、住環境など、ADL、IDAL、疾患以外の情報がケアに大きく影響する。その人の人となりが見える情報の確認が少ないと思う。

(2) 実務における有用性の認識

実務において想定される活用場面ごとに、検討案に対する介護支援専門員の評価をみると、いずれの活用場面においても「とても参考になると思う」または「参考になると思う」の肯定的な回答の割合が7割以上であった。認知症の検討案について、実務において活用が見込まれることが確認できた。

図表20. 各活用場面における検討案の有用性 (n=294)

		とても参考になる と思う	参考になると思う	あまり参考にならない と思う	全く参考にならない と思う	無回答
(再)アセスメントやケアプランの作成						
	件数	74	195	17	0	8
	比率	25.2%	66.3%	5.8%	0.0%	2.7%
他の専門職からの情報収集や意見聴取						
	件数	61	201	23	0	9
	比率	20.7%	68.4%	7.8%	0.0%	3.1%
非専門職からの情報収集や意見聴取						
	件数	43	187	48	0	16
	比率	14.6%	63.6%	16.3%	0.0%	5.4%
利用者やその家族等への、ケアプラン内容の説明、合意形成						
	件数	50	182	48	2	12
	比率	17.0%	61.9%	16.3%	0.7%	4.1%
他の専門職とのアセスメントやケア内容等に関する検討 (退院前のカンファレンス、サービス担当者会議、地域ケア会議など)						
	件数	73	187	22	0	11
	比率	24.9%	63.8%	7.5%	0.0%	3.8%
非専門職を交えたアセスメントやケア内容等に関する検討						
	件数	41	185	49	0	19
	比率	13.9%	62.9%	16.7%	0.0%	6.5%
事業所内外での事例に基づく検討 (所内の事例検討会、地域ケア会議など)						
	件数	75	192	17	1	9
	比率	25.5%	65.3%	5.8%	0.3%	3.1%

(3) 意思決定支援チームとの関わり

① 意思決定支援チームとして関わりうる人との留意点の確認状況(持参事例に関して)

研修当日に持参いただいた事例について、意思決定支援チームとして関わりうる人に「留意点を確認した」が42.5%であった。

意思決定支援チームとして関わりうる人の属性としては、家族や医療関係者、福祉関係者、近隣者等含むその他関係者が挙げられていた。

図表21. 意思決定支援チームとして関わりうる人との留意点の確認 (持参事例) (n=294)

N		意思決定チームとして関わり うる人を特定できていない	留意点を確認した	留意点を確認していない	どちらかわからない /覚えていない	無回答
294	件数	52	125	71	14	32
	比率	17.7%	42.5%	24.1%	4.8%	10.9%

《主要な自由記述回答》

意思決定支援チームとして関わりうる人の属性 (組織名含む) について

- 意思決定支援チームとして関わりうる人に『留意点を確認した』と回答した方

- ◇ 家族
 - 配偶者、本人や配偶者の兄弟姉妹、子ども、子どもの配偶者、孫、その他の親族
- ◇ 医療関係者
 - 主治医、看護師、薬剤師、歯科医、保健師
- ◇ 福祉等関係者

- ▶ 介護士、介護ヘルパー、介護支援専門員、サービス事業所相談員、デイサービス職員、生活保護ワーカー、高齢ケースワーカー、地域包括支援センター、通所介護スタッフ、社会福祉課職員、民生委員、認知症初期集中支援チーム、訪問マッサージ師、管理栄養士、機能訓練指導員、社会福祉協議会（日常生活自立支援、安心サポート）
- ◇ 上記以外の地域関係者
 - ▶ 近隣者、ガソリンスタンド職員、スーパーレジ担当者、本人が出入りする店の店主やスタッフ、大家、法人後見担当者

② 意思決定支援チームとして関わりうる人との留意点の確認状況(日常的な業務に関して)

普段の実践（認知症を有する方のケア）において、意思決定支援チームとして関わりうる人に留意点を確認している頻度として、「ほぼ毎回行っている」が25.2%、「半数程度は行っている」が19.7%、「一部は行っている」が31.6%で、全体の76.5%であった。

意思決定支援チームとして関わりうる人に留意点を「ほぼ毎回行っている」「半数程度は行っている」「一部は行っている」と回答した方は、「本人の意見以外にも、家族や介護者からみた本人の様子についても知りたいから」「新たに関わる人たちへ、現状の様子や対処方法などの情報を伝えることで、本人の不安や不穏を和らげたいため」といった理由を挙げている。

具体的には、「独居の方は、特に民生委員や地域住民、月1回のボランティア支援職員からの情報収集をするようにしている」や「家族の負担や不安定さがみられるため、本人家族の思いを聞くようにしている」といった関わり方を行っていた。

一方、意思決定支援チームとして関わりうる人に留意点を確認していない理由について、自由記述の中では、「意思決定支援チームはどのようなメンバーなのか意識したことがない。」「意思決定支援チームというが、誰をリーダー的存在にするのかわからない。」「介護支援専門員の役割が不明であるとともに、意見を取りまとめていくことに課題がある。」といった理由が挙げられていた。

図表22. 意思決定支援チームとして関わりうる人との留意点の確認（普段）(n=294)

N		ほぼ毎回行っている	半数程度は行っている	一部は行っている	行ったことはない	無回答
294	件数	74	58	93	39	30
	比率	25.2%	19.7%	31.6%	13.3%	10.2%

- 普段の実践（認知症を有する方のケア）において、意思決定支援チームとして関わりうる人に留意点を『ほぼ毎回行っている』、『半数程度は行っている』、『一部は行っている』と回答した方

【意思決定支援チームとの関わりに対する意識や必要性の認識】

- ◇ 症状が人それぞれであり、行動なども違う。介護支援専門員より、サービス事業所の方がわかっている面もあり、情報を共有し様々な事故等からも守れるように努めている。
- ◇ 自分は介護分野の専門職なので、多職種に確認しないと不足する視点があると考えている。
- ◇ 認知症に対する理解も温度差が激しく、今後の見通しや予測される危険性等についてあいまいな理解をそのままにしておくとなら、大きな問題となる。
- ◇ 専門職の考える自立支援と、ご家族が考える自立支援が異なる場合、確認することで摩擦を生じさせたり、関係性が崩れたりするので。

- ◇ 状況により意識するときと、スルーしてしまうときがある。考える時期があるように思う。
- ◇ 認知症のある方については、家族やその他支援に関わる方々との連携が重要と考えているため。
- ◇ 施設ケアマネだが、相談員との役割分担が難しい。インテークの段階で関わりたい。
- ◇ 本人の意見以外にも、家族や介護者からみた本人の様子についても知りたいから。介護負担（精神的）軽減の為。
新たに关わる人たちへ、現状の様子や対処方法などの情報を伝えることで、本人の不安や不穏を和らげたいため。

◇

【意思決定支援チームとの具体的な関わり方】

- ◇ 意思決定支援の必要性が大きくなった場合のみ、チーム支援を行っている。（会議の開催時）留意点の説明をする。
 - ◇ 独居の方は、特に民生委員や地域住民、月1回のボランティア支援職員からの情報収集をするようにしている。
 - ◇ 家族の負担や不安定さがみられるため、本人家族の思いを聞くようにしている。
 - ◇ 軽度の認知であれば、自宅で生活をしていくために家族支援が必要で、本人の意向を理解できる場を作っている。
 - ◇ 認知症が進行していく過程を家族と共有できた場合や、ケアマネと家族の関係性にもよるが、本人がお元気なときの意思や将来の希望を確認することができる。また、家族の意向の確認もでき、意思決定支援につながっている。
 - ◇ 通所にて認知症加算を算定しているので、プランを確認し評価を確認している。
 - ◇ 被害妄想の程度や兆しなど、そのときによって受診前に医師に連絡したり、サービスの場でトラブルを起こしたときは、家族と通所相談員で話すなど、そのときに必要な人との相談・確認をしている。（その都合、全員に相談の連絡をする時間がないことも多い）
- **普段の実践（認知症を有する方のケア）において、意思決定支援チームとして関わりうる人に留意点を『行ったことはない』と回答した方**
 - ◇ 意志決定支援チームはどのようなメンバーなのか意識したことがない。
 - ◇ 意思決定支援チームというが、誰をリーダー的存在にするのかわからない。
 - ◇ 介護支援専門員の役割が不明であるとともに、意見を取りまとめていくことに課題がある。
 - ◇ 地域的に、まだ各業種のコンセンサスがとれていない。

③ 今後の実践における意思決定支援チームとして関わりうる人とのケアにおける留意点の確認の促進

今後の実践（認知症を有する方のケア）において、項目一覧（案）の活用により、意思決定支援チームとして関わりうる人とのケアにおける留意点の確認の促進について「かなり促進されると思う」が12.9%、「やや促進されると思う」が57.5%、で、全体の70.4%であった。

今後の実践（認知症を有する方のケア）において、項目一覧（案）の活用により、意思決定支援チームとして関わりうる人とのケアにおける留意点の確認が『かなり促進されると思う』または『やや促進されると思う』と回答された方と回答した方は、「ケアプラン作成時に単なる意向確認ではなく、意思決定として本人家族がどこまでの能力があり、それに沿った支援をチームで関わることで進めていくことができる」「職種間において、支援にあたっての視点にばらつきがあるのでそれが改善されることが期待される」といった理由を挙げている。

現状で情報収集としては、「独居の方は、特に民生委員や地域住民、月1回のボランティア支援職員からの情報収集をするようにしている」や「家族の負担や不安定さがみられるため、本人家族の思いを聞くようにしている」といった関わり方を行っていた。

図表23. 意思決定支援チームとして関わりうる人とのケアにおける留意点の確認の促進 (n=294)

N		かなり促進される と思う	やや促進される と思う	あまり促進されない と思う	全く促進されない と思う	無回答
294	件数	38	169	44	1	42
	比率	12.9%	57.5%	15.0%	0.3%	14.3%

- 今後の実践（認知症を有する方のケア）において、項目一覧（案）の活用により、意思決定支援チームとして関わりうる人とのケアにおける留意点の確認が『かなり促進されると思う』または『やや促進されると思う』と回答した方

【項目一覧のケアマネ自身の活用について】

- ◇ ケアマネが意識することで今よりは確実に進むと思う。
- ◇ 項目別にわかれているため確認する部分では、わかりやすいと思う。また、具体的に書いてあるため応用しやすい。
- ◇ これだけ細かく記載されたものを活用するには、とても大変だと思うが、AIでの活用が実現できれば、アセスメントするときにとっても重要なことや「漏れ」「抜け」がなく情報収集ができるのでは…と思った。

【他の職種と連携した項目一覧の活用について】

- ◇ 以前はそれぞれ別々で、なかなか情報が得られなかった（個人情報と言われ）。しかし最近では近所の人たちの協力もあり、サービス事業所も意識してくれるようになった。
- ◇ ケアプラン作成時に単なる意向確認ではなく、意思決定として本人家族がどこまでの能力があり、それに沿った支援をチームで関わることで進めていくことができる。
- ◇ 職種間において、支援にあたっての視点にばらつきがあるのでそれが改善されることが期待される。
- ◇ 相談すべき専門職が具体的に記入されているため、参考になる。
- ◇ ケアについて検討する際の根拠として、共通認識が持てると思う（相手が一覧表を知っていれば）。
- ◇ 関わるすべての人が情報を共有することで、品質の高いケアをすることができると思う。
- ◇ 本人を中心とした認知症ケアのあり方、基本的な考えに立ち戻ることができるのではないかと考える。
- ◇ チームの方向性（何を目的として、今この話し合いを行い、どんな結論に至るまでを想定しているかなど）が、明確になる。

- 今後の実践（認知症を有する方のケア）において、項目一覧（案）の活用により、意思決定支援チームとして関わりうる人とのケアにおける留意点の確認が『あまり促進されないと思う』または『全く促進されないと思う』と回答した方

【項目一覧に対する意見】

- ◇ 表現方法が少し分かりにくいので、もう少しかみ砕いて欲しい。
- ◇ どのレベルにおける意思決定なのかによるため、段階的に具体的に評価する項目が必要かと思う。

【業務への導入の課題】

- ◇ 専門職はまだバラバラなツールで動いているため、よほど強く意識しないと一覧表の活用には至らないだろう。
- ◇ 認知症の方のチームとして、余り医療職が入らなく、受診同行をしても本人が同席しているため聞きづらい面が多く、家族も余り医療的分野への支援を望んでいない。
- ◇ 現在は、必要以上に人と関わりたくない方が増えているため。仕事以外では、意思決定支援チームとして関わってくれる人が余りいないと思うため。
- ◇ 本人と家族の思いが違う場合が多く、本人の尊厳と意思を決定していくことの難しさを日々感じている。
- ◇ 介護支援専門員が中心となって連携を取るようになるが、身近な方へのアプローチにとどまると思う。知識や実践が足りていないので自信がない。

(4) 評価のまとめ

今回の検証により、介護支援専門員からみて概ね検討案が使いやすく、わかりやすいものであることが示された。併せて、実務において想定される各活用場面において有用性も確認できた。検証会の意見交換でも、「自分が見落としがちな項目に気づけるのが良い」「体系的にまとまっていて、理解が促進される」という意見があった。一方で「項目数が多くて全部は覚えられない」「一覧を持ち歩くのは大変だ」という意見もあった。

また、認知症の方のケアにおいては、意思決定支援チームとの連携が重要であるが、検証の結果より「意思決定支援チームを特定できており留意点を確認した」割合は42.5%、「意思決定支援チームを特定できていない/特定できていても留意点を確認していない」割合は41.8%と、意思決定支援チームとの連携が必ずしもうまく進んでいないことが示唆された。

3. 検討案の検証結果

① 適切なケアマネジメント手法の効果が期待できる項目

検証結果より、「情報収集の実施」の割合が比較的少ない項目、「支援の見直しの必要性」の割合が比較的大きい項目がいくつかみられた。「支援の見直しの必要性」は、

①ケアプラン作成時にはみるべき項目として認識しておらず、項目案の提示により新たに視点を得た

②検証でケアプランを改めて見直すことで、当該項目における支援の必要性を再認識した

という二つのケースが推測される。特に、「情報収集の実施」の割合が比較的少なく、「支援の見直しの必要性」の割合が比較的大きい項目は、ケアプラン作成時点からみるべき項目として認識していなかった可能性が高い。

「アウトカム」としての効果を生むためには、介護支援専門員が実際にケアプランの修正を行うことが必要である。そのためには、「支援の見直しの必要性」を認識することが前提となるだろう。その意味において、支援の見直しの必要性の気づきを介護支援専門員に与えることは、検討案の活用による効果といえる。

情報収集の実施が少ない傾向の項目

以下の項目については、情報収集の実施が少ない傾向にある。²

- 10.意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える
- 13.意思決定支援チームによる支援体制を整える
- 15.かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携（※特に、精神疾患がある場合は専門の医師との連携が重要）
- 32.必要な水分量及び日常的に摂取する水分量の把握
- 33.水分を摂取することの支援
- 41.新たな役割・機能を獲得することの支援
- 46.背景要因に対する対応策の実施の支援
- 47.背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 50.本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援

支援の見直しの必要性が大きい傾向の項目

以下の項目については、支援の見直しの必要性が大きい傾向があった。³

- 10.意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える
- 41.新たな役割・機能を獲得することの支援
- 47.背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 50.本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援

情報収集の実施が少なく、かつ、支援の見直しの必要性が大きい傾向の項目

² ケアプラン作成時に情報収集を行ったと回答した割合が75%以下の項目を「情報収集の実施が少ない傾向」とした。

³ 「適切なケアマネジメント手法」を踏まえて、改めてケアプランを見返したときに、ケアプランに記載した支援の内容を見直す必要があると回答した割合が40%以上の項目を、「支援の見直しの必要性が大きい傾向」とした。

以下の項目については、情報収集の実施が少なく、かつ、支援の見直しの必要性が大きい傾向があった。

- 10.意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える
- 41.新たな役割・機能を獲得することの支援
- 47.背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 50.本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援

② 意思決定支援チームへのケアの留意点の確認の効果

実証の結果を、「意思決定支援チームへ留意点を確認した群 (n=125)」と「意思決定支援チームを特定できていない留意点を確認していない群 (n=123)」に分けて分析した。「支援の見直しの必要性」について比較すると、「意思決定支援チームを特定できていない/留意点を確認していない群」よりも、「意思決定支援チームへ留意点を確認した群」の方が、「支援の見直しの必要性」が大きい傾向の項目の数が少ない。

このことから、「認知症」の方のケアにおいて、意思決定支援チームが果たす役割は大きいといえる。意思決定支援チームも巻き込んで本人を支援できる体制を構築することは、「認知症」の方のケアにおいて必要であり、そういった役割を担うのがケアマネジメントの“マネジメント”機能であるともいえる。

「意思決定支援チームへ留意点を確認した群 (n=125)」の支援の見直しの必要性が大きい傾向の項目

以下の項目について、支援の見直しの必要性が大きい傾向があった。

- 47. 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 50. 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援

「意思決定支援チームを特定できていない/留意点を確認していない群 (n=123)」の支援の見直しの必要性が大きい傾向の項目

以下の項目について、支援の見直しの必要性が大きい傾向があった。

- 7. 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握
- 9. 意思決定支援の重要性への本人及び家族の理解をうながす支援体制を整える
- 10. 意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える
- 13. 意思決定支援チームによる支援体制を整える
- 15. かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携
- 39. その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握
- 41. 新たな役割・機能を獲得することの支援
- 45. 本人の不安やストレスの把握
- 46. 背景要因に対する対応策の実施の支援
- 47. 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 50. 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援
- 51. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

③ 認知症のケアマネジメントにおける特徴の示唆

平成30年度の「認知症」検討案の作成は、「認知症のケアマネジメントは、その人本人に対する直接的なケア（特に専門職によって提供される医療・介護サービス）だけでは不足であり、むしろ、その人の生

活で関わる家族をはじめとする人間関係や活動の環境を捉え、そうした周囲に対する支援、周囲の人の本人への関わり方を変えていくことに着目すべき」の観点のもと検討を進めた。

検証会における現場からの意見からも、認知症においては「ケアプランに位置づかない支援」が特に重要であるという指摘が多く寄せられた。今回の実証結果からもその点が明らかになったといえる。

「支援の必要性」を認めているが、「ケアプランに位置づけていない」割合が大きい項目

以下の項目について、ケアプラン作成時に「支援の必要性がある」ことを認めているものの、「ケアプランに位置づける」ことは行っていない割合が大きい傾向があった。⁴

- 5.疾患に対する家族・支援者の理解を深めることの支援
- 7.本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握
- 9.意思決定支援の重要性への本人及び家族の理解をうながす支援体制を整える
- 10.意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える
- 47.背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 48.家族に対し相談支援が提供される体制を整える
- 50.本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援
- 51.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 ケアプラン作成時に「支援の必要性がある」と回答しているが、「ケアプランに位置づけていない」と回答した割合が大きい（30%以上）の項目について、『支援の必要性』を認めているが、『ケアプランに位置づけていない』割合が大きい」とした。

第4節 令和2年度検討案(誤嚥性肺炎の予防)の活用効果の検証

1. 検証の概要

(1) 検証の実施方法

① 実施日程・開催地域・参加者数

「誤嚥性肺炎の予防」検討案の検証は、令和2年度にオンライン研修を5回実施した。検証の実施日程、開催地域、参加者数（オンラインの場合には正確な参加者数を把握できないため、参加予定者数を記載）は以下の表のとおり。

開催日時	開催方法 (開催地域)	参加 予定人数
令和2年12月3日(木) 18:30~20:30	オンライン研修 (静岡県、京都府、宮崎県)	163名
令和2年12月12日(土) 10:00~12:00	オンライン研修 (静岡県、京都府、宮崎県)	
令和2年12月12日(土) 13:30~15:30	オンライン研修 (静岡県、京都府、宮崎県)	
令和2年12月26日(土) 10:00~12:00	オンライン研修 (静岡県、京都府、宮崎県)	
令和2年12月26日(土) 13:30~15:30	オンライン研修 (静岡県、京都府、宮崎県)	

② 検証地域・対象者の選定の考え方

検証地域は、ワーキング・グループ委員を中心に介護支援専門員のネットワークが形成されており、短期間に多くの参加動員が見込める地域を選定した。なお、検証実施に際しては開催地域の偏りがでないよう配慮した。

対象となる介護支援専門員の選定は、当該地域の職域団体から広く呼びかけを行い、保有資格、経験年数等を問わず、任意に参加を求めた。対象となる事例は、参加者の担当事例の中から、「誤嚥性肺炎の予防」に該当する事例を無作為選定のうえ、持参してもらった。

③ 調査票の回収状況

調査票の回収状況は以下の表のとおり。

図表24. 調査票の回収状況

検証ヒアリング調査票 (介護支援専門員調査票)	個別ケース基本情報 確認シート	評価シート 誤嚥性肺炎の予防
113件	113件	112件

※回収した調査票のうち、記述内容が有効と判断されたもの。

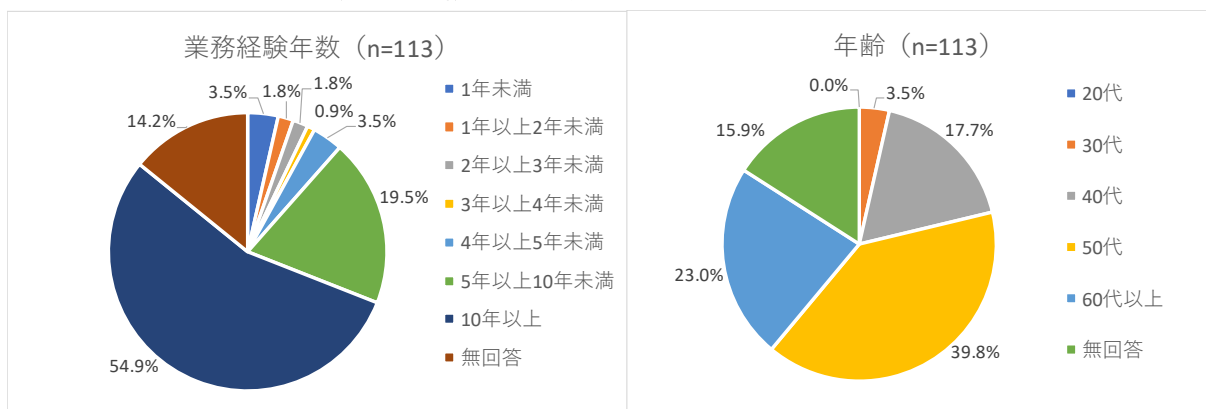
(2) 参加者の属性

① 介護支援専門員としての業務経験年数・年齢

検証参加者は、介護支援専門員としての業務経験年数が「10年以上」が54.9%と最も大きく、次いで、「5年以上10年未満」が19.5%だった。

年齢構成は、「50代」が39.8%と最も大きく、次いで「60代」が23.0%であった。

図表25. 介護支援専門員としての業務経験年数・年齢

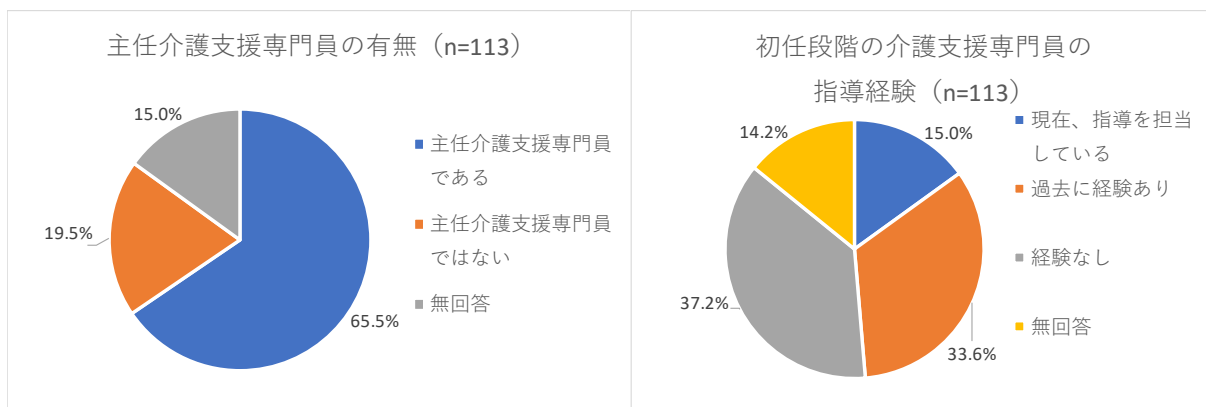


② 主任介護支援専門員の有無・初任段階の介護支援専門員の指導経験

検証参加者のうち、「主任介護支援専門員である」は65.5%、「主任介護支援専門員ではない」が19.5%であった。

初任段階の介護支援専門員の指導経験は、「現在、指導を担当している」が15.0%、「過去に経験あり」が33.6%、「経験なし」が37.2%であった。

図表26. 主任の有無・初任段階の介護支援専門員の指導経験



③ 保有資格

検証参加者の保有資格の状況は以下の表のとおり。

図表27. 保有資格

介護福祉士	66名	社会福祉士	27名
看護師、保健師	11名	精神保健福祉士	4名

2. 介護支援専門員からの評価

(1) 介護支援専門員からみた使いやすさ・わかりやすさ

検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価をみると、「とても使いやすいと思う」が5.3%、「使いやすいと思う」が74.3%と、肯定的な回答が全体の79.6%であった。

自由記述においても、「ケース検討するとき、「この点はどうかろう」とすぐ振り返れると思う。」(項目一覧(案))、「本編はさらに細かくアセスメントが関連項目として載っているので共有しやすいと思います。」(ケアの冊子)といった評価がみられた。一方で、今後の活用に向けて、「項目数が多いと思います。実際に現場で活用できるよう、表現を分かりやすく、項目数を絞り込んだり。」(項目一覧(案))、「項目が多く、もう少し具体的な事例など記載があればわかりやすい。」(ケアの冊子)といった指摘もみられた。

図表28. 検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価 (n=113)

N		とても使いやすい と思う	使いやすいと思う	使いにくいと思う	とても使いにくい と思う	無回答
113	件数	6	84	16	0	7
	比率	5.3%	74.3%	14.2%	0.0%	6.2%

《主要な自由記述回答》

- 項目一覧(案)について『とても使いやすいと思う』または『使いやすいと思う』と回答した方
【現場で活用する際の使いやすさ】

- ◇ 基本方針からキーワード等の記載があり、見やすかったです。日頃、使用しやすいと思います。
- ◇ 項目をチェックすることでアセスメント時に抜け落としたことが確認できる。
- ◇ ケース検討するとき、「この点はどうかろう」とすぐ振り返れると思う。
- ◇ リスク、再発の予防に関して詳しく分析されている。自分が作っているプランには全くない考えもあり、参考となった。再アセスメントし、自己研鑽に励みたいと思った。
- ◇ よく網羅されていると思います。整理された項目で、自分が感覚で行っていたアセスメントが実際に行っていた、行っていなかったをチェックできる。
- ◇ 専門職の方に確認することが具体的に記載されている。初対面者に対して指導する際に分かりやすく具体的で、指導する側、受ける側共に役立つと思います。

【情報共有等への活用】

- ◇ 日常の実践はもとより、新たにCMに就いた人の教育ツールとして活用できる。
- ◇ 持ち運びでき、点検を事業所で行えるので共通理解が目指せるため有効と思います。
- ◇ 教育ツールとして役立つと思います。現役CMも見落とし予防のためには活用できる。システム化して操作するのであれば、どれだけ業務負担を減らせるかが課題だと思う。
- ◇ 使いやすいとは思うが、ここまで意識してアセスメント、他の職種と連携を取ったことはなかった。

- 項目一覧(案)について『使いにくいと思う』または『とても使いにくいと思う』と回答した方

【一覧項目の細かさや多さ】

- ◇ 口腔ケアと口腔乾燥を区別するなど、同じような内容のものが分かれており、細かくなりすぎている印象。食事内容も同様。もう少し、シンプルに評価できるほうが使いやすい。
- ◇ 項目が多すぎるため、字が小さく読みにくい。老眼の者にとっては読みづらい。
- ◇ 字が小さく、言葉が多過ぎて読みにくいです。
- ◇ 項目数が多いと思います。実際に現場で活用できるよう、表現を分かりやすく、項目数を絞り込んだりと。
- ◇ 内容が重複するようなどころがあり、細かく分けすぎ。

【現場で活用する際の課題】

- ◇ 自分が使うには不自由しないが、部下、新人に対し利用をうながす場合、これだけでは活用できない。本編のひもときや、本人、家族から情報収集する情報（視点）のレクチャーから必要になる。
- ◇ 想定される支援の内容の項目については良いと思うが、「想定される支援の内容」も「支援の概要・必要性等」も表現がまわりくどくて、理解しにくいように感じた。実務で活用するためには、もう少し短い表現で分かりやすくして欲しい。
- ◇ 項目の重複や個別の特殊性に配慮した作りではないので、使用できるケースは限られるのではないかと思います。一般的に疾患、障害が重複してる方がほとんどで、全疾患について同じ様式で使うとなると1人の利用者にかかなりの労力です。

● ケアの冊子について『とても使いやすいと思う』または『使いやすいと思う』と回答された方

【本編の見やすさやわかりやすさ】

- ◇ 目次の項目が分かりやすく、読みたい箇所が見つけやすかったです。誤嚥性肺炎の記述以外の項目も参考になりそうな文が多く、今後も活用したいと思います。
- ◇ 実施内容や必要性が示されているので、とても分かりやすいです。
- ◇ 一覧だけでは、何を言われているのか分からないことも多かったので、本編を読むことで各項目で問われている内容が分かってくることも多かったです。
- ◇ 具体的な支援やアセスメント・モニタリング項目があるので分かりやすい。
- ◇ 内容量が多くてすべてをアセスメントするためには情報が把握できるか不安はありますが、確認すべきことは分かりやすく記入されていると思います。
- ◇ デイサービスとショートステイ各事業所の食形態や、好み、好き嫌いについて、それぞれのアセスメントに違いがあったことがある。日々の状況、状態を観察し、情報の共有をすることが大切。本編はさらに細かくアセスメントが関連項目として載っているのが共有しやすいと思います。
- ◇ 読みやすいので、事業所内での研修会で少しずつ読んでいくと良いと思った。

【必要な視点の理解の促進】

- ◇ 実施内容、必要性、関連するアセスメント項目、相談すべき専門職と分かりやすく記入されており良いと思う。
- ◇ 自分もだが、指導に役立つ。アセスメントの基本ができるから。
- ◇ 経験が浅いので、どこに目をつけ情報収集したり分析したらいいかが細かく書かれているのはとても助かります。
- ◇ 項目について理解しやすい→情報を取るポイントが明確になる→効率よく的を得た情報→課題整理しやすい。経験が浅い介護支援専門員を指導する際、経験値を基に指導しても偏りがありそうで不安だったが、一律の基準のようなものがあると良いと思う。
- ◇ 具体的にきめ細かく支援内容、支援の概要、必要性が記入されているので、一人一人の状況に照らし合わせながら確認し、プランに具体的に反映できる。個別化がより明確にできる。

● ケアの冊子について『使いにくいと思う』または『とても使いにくいと思う』と回答された方

【内容のわかりづらさや難しさ】

- ◇ 様々な視点が細かく記載されていて、自分自身の視点、アセスメント、ケアプランを点検する、学習の資料としては良いと思う。ただ余りにすべてを並列に項目を書いているため、一番大事なことと細かい視点が同列で、実際の場面では活用しにくいと思う。
- ◇ 重複する内容や、認知症のことが載っているのでは？と錯覚してしまう部分がありました（内容によっては、くどいくらいに重複せざるを得ない場合もあると思いますが…）一覧表と連動する形式でページ番号などが載っていると良いと思いました。アセスメント、モニタリング、場面が分けて記載していれば良いのではないかと思います（評価しやすいように）。

(2) 実務における有用性の認識

実務において想定される活用場面ごとに、昨年度検討案に対する介護支援専門員の評価をみると、いずれの活用場面においても「とても参考になると思う」または「参考になると思う」の肯定的な回答の割合が8割以上であった。誤嚥性肺炎の予防の検討案について、実務において活用が見込まれることが確認できた。

図表29. 各活用場面における検討案の有用性 (n=113)

		とても参考になる と思う	参考になると思う	あまり参考にならない と思う	全く参考にならない と思う	無回答
(再)アセスメントやケアプランの作成						
	件数	48	61	1	0	3
	比率	42.5%	54.0%	0.9%	0.0%	2.7%
他の専門職からの情報収集や意見聴取						
	件数	39	68	4	0	2
	比率	34.5%	60.2%	3.5%	0.0%	1.8%
かかりつけ医などの専門職とのアセスメントやケア内容等に関する検討（退院前のカンファレンスなど）						
	件数	31	73	5	0	4
	比率	27.4%	64.6%	4.4%	0.0%	3.5%
利用者やその家族等への、ケアプラン内容の説明、合意形成						
	件数	29	69	13	0	2
	比率	25.7%	61.1%	11.5%	0.0%	1.8%
日々の介護にかかわる方(家族介護者や専門職)とのケア内容の共有・モニタリングのための情報共有（サービス担当者会議など）						
	件数	37	70	3	0	3
	比率	32.7%	61.9%	2.7%	0.0%	2.7%
事業所内外での事例に基づく検討（所内の事例検討会、地域ケア会議など）						
	件数	38	66	6	0	3
	比率	33.6%	58.4%	5.3%	0.0%	2.7%

(3) 医師(かかりつけ医あるいは主治医)との関わり

① 医師(かかりつけ医あるいは主治医)との留意点の確認状況(持参事例に関して)

研修当日に持参いただいた事例について、医師(かかりつけ医あるいは主治医)に「留意点を確認した」が60.2%であった。

図表30. 医師（かかりつけ医あるいは主治医）との留意点の確認（持参事例）（n=113）

N		医師と留意点を 確認した	医師と留意点を 確認していない	どちらかわからない /覚えていない	無回答
0	件数	68	37	3	5
	比率	60.2%	32.7%	2.7%	4.4%

② 医師（かかりつけ医あるいは主治医）との留意点の確認状況（日常的な業務に関して）

普段の実践（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）において、医師（かかりつけ医あるいは主治医）に留意点を確認している頻度として、「ほぼ毎回行っている」が20.4%、「半数程度は行っている」が14.2%、「一部は行っている」が46.0%で、全体の80.6%であった。

医師（かかりつけ医あるいは主治医）に留意点を確認していない理由について、「主に介護場面のこととの認識しているので、余り主治医には聞かない。」「支援が必要と思われるケースは訪看ステーションのSTに相談しています。」といった理由が挙げられていた。

図表31. 医師（かかりつけ医あるいは主治医）との留意点の確認（普段）（n=113）

N		ほぼ毎回行っている	半数程度は行っている	一部は行っている	行ったことはない	無回答
113	件数	23	16	52	17	5
	比率	20.4%	14.2%	46.0%	15.0%	4.4%

- 普段の実践（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）において、医師（かかりつけ医あるいは主治医）に留意点を『ほぼ毎回行っている』、『半数程度は行っている』、『一部は行っている』と回答した方

【医師への留意点の確認の状況】

- ◇ 誤嚥性肺炎に特化した聞き方をしていない。
- ◇ 医療系のサービスを導入する際に、留意点の確認を行っている。摂食嚥下機能に問題がある場合は、その点についても確認している。
- ◇ 肺炎を起こしたり、逆流性の薬を飲んでいたり、頻繁にむせがある状態の方のみ留意点を確認するのみ。
- ◇ 誤嚥性肺炎で入院されたり、極めてリスクの高い方に対しては留意点の確認をするが、それ以外のケースについては特にしていない。
- ◇ 追加で受診のときに、状態の確認と利用（サービス）が大丈夫か確認している。
- ◇ 義歯が合わなくなった。飲み込みに時間がかかるようになった。水分でむせるようになったなど、症状が出現したときに往診または受診時に医師へ状態を伝え、支持を確認することあり。
- ◇ たんがらみのせきなどが出たときは、今後のケアの注意点など、ご指示いただいています。

【医師以外の職種への留意点の確認の状況】

- ◇ 主にSTに確認することが多い（食事介助をするヘルパーに確認した上で）。
- ◇ 入院中の方で嚥下機能に問題がある場合などは関係者から情報収集している。
- ◇ サービス事業所間では、誤嚥性肺炎の予防など（姿勢、食事内容等）についての話を行っているが、主治医とは話せていないことがある。ただ、急変時の対応については、主治医、家族、サービス事業所間で共有を行っている。
- ◇ 誤嚥性肺炎については、かかりつけ医または主治医への確認より、歯科医やSTなどに確認することも多い。

- ◇ 退院時や訪問診療・往診のときなどは行っているが、それ以外は定期受診時に付添職員から医師の指示や留意点の聞き取りを行っている程度だった。医療面で押さえておくべきポイントが頭に入っておらず、確認に結びつかなかった。

● 普段の実践（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）において、医師（かかりつけ医あるいは主治医）に留意点を『行ったことはない』と回答した方

- ◇ 主たる病気が中心になっており、誤嚥性肺炎の予防まで確認したことがない。誤嚥性肺炎になった場合に、対処していることが多かった。
- ◇ 医療系サービス利用がないため。誤嚥性肺炎で入院したことがないため。
- ◇ 主に介護場面のことと認識しているので、余り主治医には聞かない。
- ◇ 深刻と思えるケースはDrに相談することはあると思いますが、支援が必要と思われるケースは訪看ステーションのSTに相談しています。
- ◇ 施設看護師やケアスタッフからの情報収集。直接口腔内、食事の様子を見て状況把握。リスク高ければ口腔ケアの実施、食形態の検討。

③ 今後の実践における医師（かかりつけ医あるいは主治医）とのケアにおける留意点の確認の促進

今後の実践（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）において、項目一覧（案）の活用により、医師（かかりつけ医あるいは主治医）とのケアにおける留意点の確認の促進について「かなり促進されると思う」が17.7%、「やや促進されると思う」が56.6%、で、全体の74.3%であった。

図表32. 医師（かかりつけ医あるいは主治医）とのケアにおける留意点の確認の促進（n=113）

N		かなり促進される と思う	やや促進される と思う	あまり促進されない と思う	全く促進されない と思う	無回答
113	件数	20	64	22	0	7
	比率	17.7%	56.6%	19.5%	0.0%	6.2%

● 今後の実践（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）において、項目一覧（案）の活用により、医師（かかりつけ医あるいは主治医）とのケアにおける留意点の確認が『かなり促進されると思う』または『やや促進されると思う』と回答した方

【根拠に基づいてケアマネジメントを行うことへの期待】

- ◇ 主治医に根拠を伝えることができる。
- ◇ 自分一人では思いつかなかったケアなどの視点に気が付くことができ、体調面での留意点の確認時により具体的な質問につながると感じました。
- ◇ 今までは自分の経験のみで確認していたが、基準や指標があることで偏らなくなると思う。
- ◇ こちらが確認したい項目が明確に言語化できること、それにより方向性が相談しやすくなると思います。
- ◇ 注目すべき点がわかったので、確認も行いやすくなった。
- ◇ 明らかに嚥下に障害がみられないと予防面では機能評価まで至らないケースがほとんどだが、留意点の確認にとどまらない方法で活用することで、より具体的な予防に関わり方が変わると思う。
- ◇ 通常の診療では分からない、細かな日常状況を伝えることでできると思われる。
- ◇ 誤嚥性肺炎によるリスクを考えると、かかりつけ医や主治医との連携が必要と思う。

【業務負担面からの導入への不安】

- ◇ ケアマネとしては、嚥下評価や状態の共有という点をという点を意識することになると

思うが、事務作業的になってしまうのではないかと。医師側も有益な情報量に対して、煩雑な事務作業の量のほうが多くなってしまっているのではないかと。

- ◇ 入院時の様子等がわかる（1日の様子が正しく伝わる）と、在宅に戻ってからできること、できないことがはっきりすると思います。在宅でのリスクも確認しやすい。在宅での三度三度の食事の管理（摂取状態も含め）は大変負担になると思う。

- 今後の実践（誤嚥性肺炎の予防のためのケア）において、項目一覧（案）の活用により、医師（かかりつけ医あるいは主治医）とのケアにおける留意点の確認が『あまり促進されないと思う』または『全く促進されないと思う』と回答した方

- ◇ 嚥下機能の低下=看取りとなりがちで、本人、家族が強い要望を出さない限り、細かく評価してケアをしていくというお考えにならないパターンが多い。もっともっとリスクが低い時期の予防であればまた見解も異なりますが…。
- ◇ 主治医との連携が図り難い場合がある。
- ◇ 訪問看護が入っているため、ケアマネとして積極的に主治医の先生とのやり取りをしていない。
- ◇ Drの認識を改めていくことも大切ではないかと日々感じます。
- ◇ 医師というより歯科医や歯科衛生士ではないか。

(4) 評価のまとめ

今回の検証により、介護支援専門員からみて概ね検討案が使いやすく、わかりやすいものであることが示された。併せて、実務において想定される各活用場面において有用性も確認できた。特に、寄せられた意見として、「注意すべき視点が明らかになった」「うまく言語化できなかったことが言語化されてまとまっている」など、実践知の体系化という本手法のねらいが表現できていることもうかがえた。

また、誤嚥性肺炎の予防のためのケアにおいては、医師（かかりつけ医あるいは主治医）との連携が重要であるが、検証の結果より「医師と留意点を確認した」割合は60.2%、「医師と留意点を確認していない」割合は32.7%という結果だった。一方、自由回答の結果も踏まえると、看護師、訪問看護師、歯科医、歯科衛生士などとの連携の様子もうかがえる。また、“むせ”や“たんがらみの咳”などの様子があった場合に連携しているという意見もあった。

誤嚥性肺炎の予防のためのケアにおいては、医療関係職との連携がある程度進んでいると考えられるが、「介護支援専門員は積極的には主治医とやり取りしていない」「介護支援専門員が見るべき視点だと思っていなかった」などの意見もみられた。

誤嚥性肺炎の予防のためのケアにおいては、本手法のような視点や考え方にに基づき、高齢者の生活全般を見通し、必要に応じて他の職種とも連携した支援を実施していくことが求められる。

3. 検討案の検証結果

① 適切なケアマネジメント手法の効果が期待できる項目

検証結果より、「情報収集の実施」の割合が比較的少ない項目、「支援の見直しの必要性」の割合が比較的大きい項目がいくつかみられた。「支援の見直しの必要性」は、

- ① ケアプラン作成時にはみるべき項目として認識しておらず、項目案の提示により新たに視点を得た
- ② 検証でケアプランを改めて見直すことで、当該項目における支援の必要性を再認識した

という二つのケースが推測される。特に、「情報収集の実施」の割合が比較的少なく、「支援の見直しの必要性」の割合が比較的大きい項目は、ケアプラン作成時点からみるべき項目として認識していなかった可能性が高い。

「アウトカム」としての効果を生むためには、介護支援専門員が実際にケアプランの修正を行うことが必要である。そのためには、「支援の見直しの必要性」を認識することが前提となるだろう。その意味において、支援の見直しの必要性の気づきを介護支援専門員に与えることは、検討案の活用による効果といえる。

情報収集の実施が少ない傾向の項目

以下の項目については、情報収集の実施が少ない傾向にある。⁵

- 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
- 6.咳や呼吸の状況の把握と共有
- 9.発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーション・訓練
- 10.口腔乾燥への支援
- 16.食事からの栄養摂取状況の改善
- 22.入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有

支援の見直しの必要性が大きい傾向の項目

以下の項目については、支援の見直しの必要性が大きい傾向があった。⁶

- 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
- 4.誤嚥リスクが疑われる出来事の把握
- 7.口腔ケアの状況及び口腔内衛生状態の把握
- 8.摂食嚥下機能の維持・改善のための支援
- 10.口腔乾燥への支援
- 14.食事の姿勢や行為の改善
- 18.一定期間ごとのリスクの再評価
- 19.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）の共有
- 20.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
- 21.変化した状況に応じた必要な支援の提供

⁵ ケアプラン作成時に情報収集を行ったと回答した割合が75%以下の項目を「情報収集の実施が少ない傾向」とした。

⁶ 「適切なケアマネジメント手法」を踏まえて、改めてケアプランを見返したときに、ケアプランに記載した支援の内容を見直す必要があると回答した割合が25%以上の項目を、「支援の見直しの必要性が大きい傾向」とした。

情報収集の実施が少なく、かつ、支援の見直しの必要性が大きい傾向の項目

以下の項目については、情報収集の実施が少なく、かつ、支援の見直しの必要性が大きい傾向があった。

- 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
- 10.口腔乾燥への支援

② 誤嚥性肺炎の予防のためのケアにおける特徴の示唆

令和元年度の「誤嚥性肺炎の予防」検討案の作成においては、「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」という考え方のもと、日常生活において実施すべき「誤嚥性肺炎の予防」に関する内容に着目して検討を進めた。そのため、一部「基本ケア」と重複する内容も含むが、高齢者の生活における誤嚥性肺炎の予防の観点から、重複しても記載する方針とした。

検証会や現場の実践者からの意見として、日常的な視点（基本ケアにも重複する視点）のために、その視点が誤嚥性肺炎の予防につながると気づけなかった、1度把握してから再アセスメントなどで支援の必要性の直しをおこなっていなかったという意見が上がった。今回の実証結果からもその点が明らかになったといえる。

「支援の必要性」を認めていないが、「支援の見直しの必要性」の割合が大きい項目

以下の項目について、ケアプラン作成時に「支援の必要性がない」と判断したもの、見直しの際に「支援の見直しの必要性」の割合が大きい傾向の項目である。⁷

- 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
- 6.咳や呼吸の状況の把握と共有
- 10.口腔乾燥への支援
- 18.一定期間ごとのリスクの再評価

⁷ ケアプラン作成時に「支援の必要性がない」と回答し、見直しの際に「支援の見直しの必要性がある」と回答した割合が大きい（12%以上）項目について、『支援の必要性』を認めていないが、『支援の見直しの必要性』の割合が大きい」とした。

第5節 検討案の見直しと今後の取り組みに向けた視点

検証結果及び実証での意見交換等で得られた意見を踏まえて、認知症検討案及び誤嚥性肺炎の予防検討案の見直しと今後の取り組みに向けた視点は以下のとおりである。

● 基本ケアと疾患群の項目整理

認知症の検討案、誤嚥性肺炎の予防の検討案の作成では、基本ケアと重複する内容も検討されている。基本ケアが重要であることを大前提とし、基本ケアをベースとしたうえで、疾患群ごとの特徴を踏まえ、各疾患群において特に実施すべき事項や気をつけるべき事項を取りまとめる再整理が必要である。

● 適切なケアマネジメント手法の普及の推進

認知症検討案、誤嚥性肺炎の予防検討案のいずれの検証においても「情報収集の実施」の割合が比較的少なく「支援の見直しの必要性」の割合が比較的大きい項目がいくつか見受けられた。また、自由記述や検証での意見交換で「自分の中にはない視点だった」「ケアプラン作成時には気づかなかった」という意見もあった。本手法を活用し、実際に自身が担当した事例に当てはめて考えることで、視点の抜け漏れや気づきにつながったといえる。これは、本手法の企図する活用法の一つであり、目指す効果が確認できたといえる。

また、指導の際に本手法を用いることで自信をもって指導にあたれる」「体系的にまとまっているため、初認段階の介護支援専門員などにも指導しやすい」などという指導的立場の介護支援専門員からの意見もあり、事業所内の研修等への活用も期待できる。さらに、「他の職種と連携すべき情報が明確になった」「主治医の先生との連携で活用してみたい」などの、他の職種との連携における活用効果も示唆された。

これらの結果を踏まえると、本手法は実践の現場においても一定の効果が期待されるため、今後、検証にとどまらない範囲に広く普及するような取り組みを行うべきである。

● 現場で活用しやすいツールの検討

本手法は、ある疾患に着目した場合に高齢者のケアマネジメントにおいて必要なケアマネジメントの視点を網羅的に記載しているため、項目数が多いことによる負担感や不便さに関する意見はたびたび寄せられている。本年度の検証においても、「項目数が多いためすべてを頭に入れるのは大変」、「チェックリスト的に使うためにも電子ツールの方が扱いやすい」といった意見があった。

本年検証した「認知症」「誤嚥性肺炎の予防」についても、疾患をベースにした手法の体系的な整理については一定の評価を得られているため、今後は、現場で使いやすいツールとして形を検討していくことが必要である。特に、前述のように全国的な普及を目指すのであれば、より多くの介護支援専門員に活用される形を目指す必要がある。

第4章 今後の普及・活用に向けた検討

本調査研究事業の第1期（平成28年度～令和2年度）においては、「適切なケアマネジメント手法」の基本ケア及び疾患別ケア（5疾患）についての整理、取りまとめが完了した。

第2期以降（令和3年度以降）の本調査研究事業においては、引き続き本手法のブラッシュアップやカバー範囲の拡大等の検討を行うとともに、全国の介護支援専門員に広く活用してもらうための取り組みを開始する必要がある。

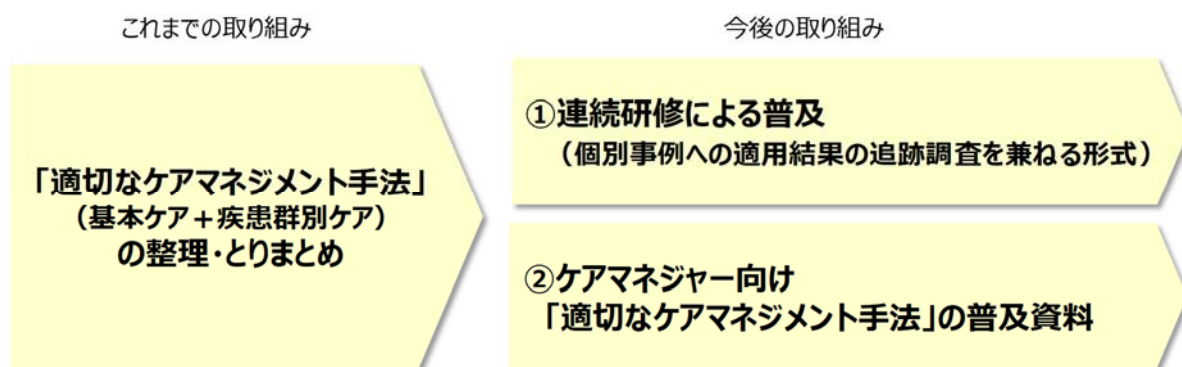
検討委員会およびワーキング・グループでのこれまでの議論では、これまでに第1期に検討してきた「適切なケアマネジメント手法」を普及推進するため、法定研修など、すべての介護支援専門員に周知できるような方法を検討するとともに、まず本手法の展開効果が大きい層への任意研修としての普及推進、および指導者層の育成が必要との方向が示された。

これらを踏まえ、令和2年度に本調査研究事業と別に実施された「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」において、今後の普及推進方策の具体的な検討を行った。本節では、その調査研究事業の成果から、今後の取り組みとして整理された内容を抜粋・引用する。

第1節 今後の普及・活用に向けた検討

令和2年度「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」における検討の結果、本手法の普及・活用に向けた、任意研修による早期の展開方策として、以下に示す2つの取り組みを想定することとした。なお、これらはいずれも任意研修としての展開であり、これとは別にすべての介護支援専門員に本手法を周知できるよう、法定研修カリキュラムの見直しに合わせて研修内容に盛り込むことも、下記取り組みとは別に必要である。

図表33. 適切なケアマネジメント手法の今後の活用に向けた取り組み



①連続研修による普及

本手法は、実践で使うべき知識であり、着実な普及を進めるためには座学と実践を繰り返す必要がある。これまでに、本調査研究事業の検討委員会の構成員である石山委員、遠藤委員が実践的に取り組んできた方法（連続研修）を踏まえ、連続研修による普及を実施する。

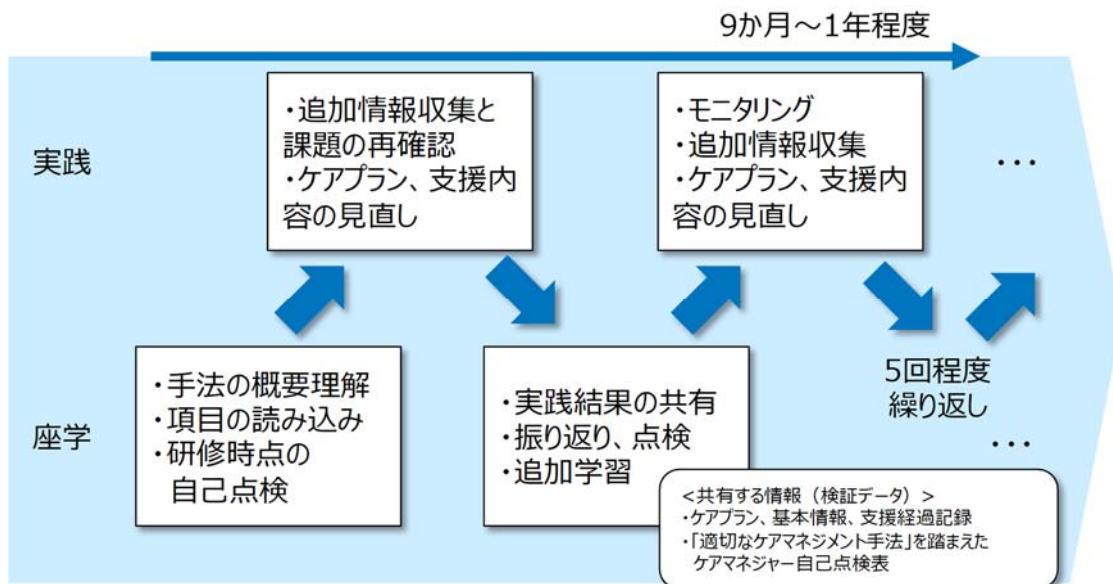
具体的には、令和3年度以降にモデル地域を選定の上、本手法を活用した連続研修に継続的に参加してもらい、研修の効果を検証する。

連続研修の実施に際しては、介護支援専門員への本手法導入に向けた戦略を策定の上、本手法の活用が見込まれる介護支援専門員の業務や対象とする介護支援専門員の特徴を踏まえて、参加者を募る必要がある。

なお、これまでの実証研修会や多職種との意見交換等の結果を踏まえると、本手法に期待される効果は以下のとおり。

- ✓ これからの健康管理・疾患の管理を本人自ら実施することについて、本人自身の意思の形成を支援
- ✓ 本人自ら、自分の日々の体調管理を実施する方法を導入（ノート記入、かかりつけ医にも共有）
- ✓ ケアプラン第二表、支援内容を見直し、具体化

図表34. 連続研修実施方法イメージ
(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」作成)



②介護支援専門員向け「適切なケアマネジメント手法」の普及資料

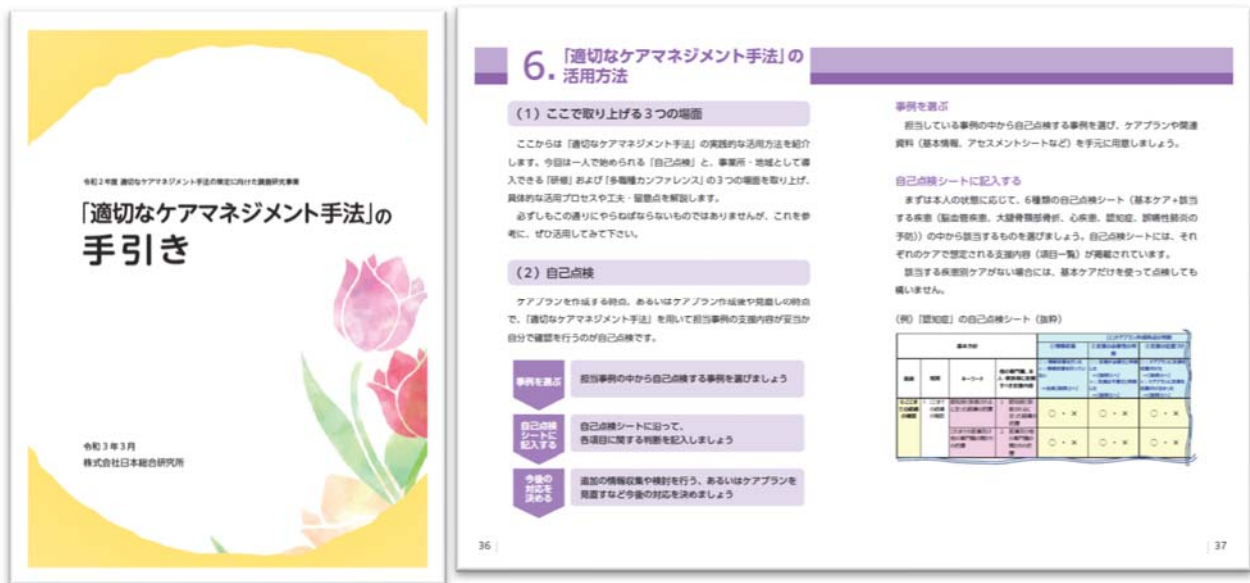
令和2年度老健事業「適切なケアマネジメント手法の普及に関する調査研究事業」において、適切なケアマネジメント手法の普及促進策の検討を行っている。

これらに対する現場の介護支援専門員の反応等も踏まえて、令和3年度以降には、より実践で活用しやすいツールの作成や、本手法を学ぶための教材としての資料を整える必要がある。

図表35. 「適切なケアマネジメント手法の手引き」概要
 (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」作成)

ねらい	<ul style="list-style-type: none"> ・初めて「適切なケアマネジメント手法」を知る人が、本手法の概略と、具体的な活用の一例として自己点検やカンファレンスでの適用例を示す
想定読者	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員 ・ケアマネジメントに関わる他の専門職
目次	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「ケアマネジメント標準化」って何だろう？ 2. 「ケアマネジメント標準化」の基本的な考え方 3. 「ケアマネジメント標準化」をどう取り入れる？ 4. 基本ケアの理解を深める 5. 疾患別・期別ケアの理解を深める 6. 「項目一覧」の読み解き方～自己点検のススメ 7. 多職種連携にも活用しよう

図表36. 「適切なケアマネジメント手法の手引き」イメージ
 (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」作成)



第2節 長期的なデータの収集方策の検討

①本手法におけるデータ収集の必要性

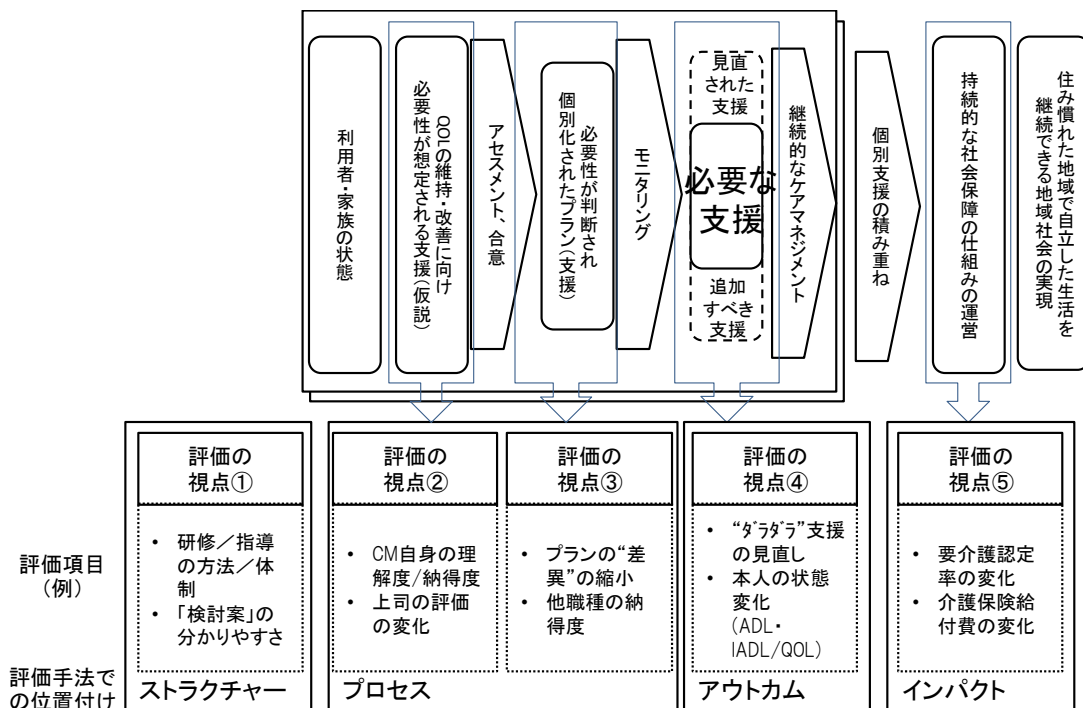
第1期に検討を重ね、本年度に再整理を行った適切なケアマネジメント手法は、医学、看護学、薬学、リハビリテーション学、栄養学など、ケアを構成する各領域においてエビデンスが蓄積されている支援内容に基づいて、要介護高齢者の尊厳を保持した生活の継続を支えるため、また自立支援の観点から疾患の再発予防や重症化防止のために有効と考えられる支援内容を、ケアマネジメント実践の実態を踏まえつつ整理したものである。

したがって、各支援内容は各領域においてはエビデンスが蓄積されている一方で、ケアマネジメントの観点つまり生活全般を捉え、様々な領域の支援内容を組み合わせる観点に立ったエビデンス（組み合わせることによる総合的な効果を検証しうるエビデンス）の蓄積は今後の課題となっている。

②本手法で期待される効果に基づくデータ

適切なケアマネジメント手法の活用によって想定される効果は、下図表のように「プロセス」、「アウトカム」、「インパクト」の各段階に現れると想定している。本手法の効果を評価するためには、こうした効果に関するデータを収集する必要がある。

図表37. 「効果」の捉え方の概念図（再掲）



上図表に示した評価の視点①～⑤のうち、個別事例において収集すべきデータは評価の視点②～④である。評価の視点②に挙げた「介護支援専門員自身の理解度」は、介護支援専門員自身の主観的評価によって測定される。これは本手法の検討案の検証に用いたチェックシートを活用することでデータ収集できる。チェックシートでは、想定される支援内容ごとに、ケアプラン検討時点での「情報収集」、「支援の必要性」、「ケアプランへの位置づけ」およびチェックした時点での「支援の必要性の見直し」を介護支援専門員自

身の評価として回答するものになっている。

評価の視点③は、ケアプラン（特に第2表および第3表）の内容で評価することができる。なお、本手法はサービス種別やその回数ではなく、支援内容のレベルに着目していることから、本手法を活用したことによる支援内容の変化は、ケアプラン第2表の「支援内容（援助内容）」あるいは第3表のスケジュール、さらには個別サービス計画に表現されるため、ケアプランに加えて個別サービス計画のデータを捉えることで評価できる。

ここまで挙げた評価の視点②～③の情報については、一時点ではあるが本手法の検証過程でも収集しており、同様の情報を時系列的に収集することで長期データとすることができる。

一方、評価の視点④はアセスメント情報に相当するが、別事業である「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」において、連続研修形式の実施方法を検証した結果を踏まえると、支援内容を適用した効果を検証するためには、個別サービスにおけるアセスメントほどに詳細かつ具体的な情報を収集する必要がある。水分摂取状況の把握を例に挙げると、概括的なアセスメントでは「水分摂取しているか」かどうかの情報だけだが、本手法の効果を評価するには「推定で何ミリリットル程度摂取しているか」「普段どのようなコップを使っているか」「何回くらい水分を摂っているか」「どのような飲み物が好きか」といった細かさで把握する必要がある。連続研修形式の検証においても、前述の評価の視点②～③の情報を記録する資料に加えて、独自の情報収集シートを用いて食事やその他の機会での水分および栄養の摂取状況を把握した。

ただし、ここでいう細かさですべての領域の情報を収集するのはデータが膨大になるため、想定される支援内容の領域を絞ったうえで（例えば基本ケアの中でも水分や栄養分の摂取に着目するといったように実施する支援内容の範囲を絞って）データを収集する必要がある。

③データの収集方法

別事業である「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」での検証対象とした連続研修では、約半年の期間に本手法の項目をもとに介護支援専門員自身が実施状況を点検するチェックシートについて、一か月に一回程度、アセスメントシートについては一度収集した。

「想定される支援内容」の検討経緯も踏まえると、項目にもよるが3か月～6か月に一度程度データを蓄積することが妥当と考えられる。なお、これまでの研修では紙資料で情報を収集していたが、今後、幅広く長期データを蓄積するためには、ITを活用したデータ収集のしくみも今後、検討する必要がある。

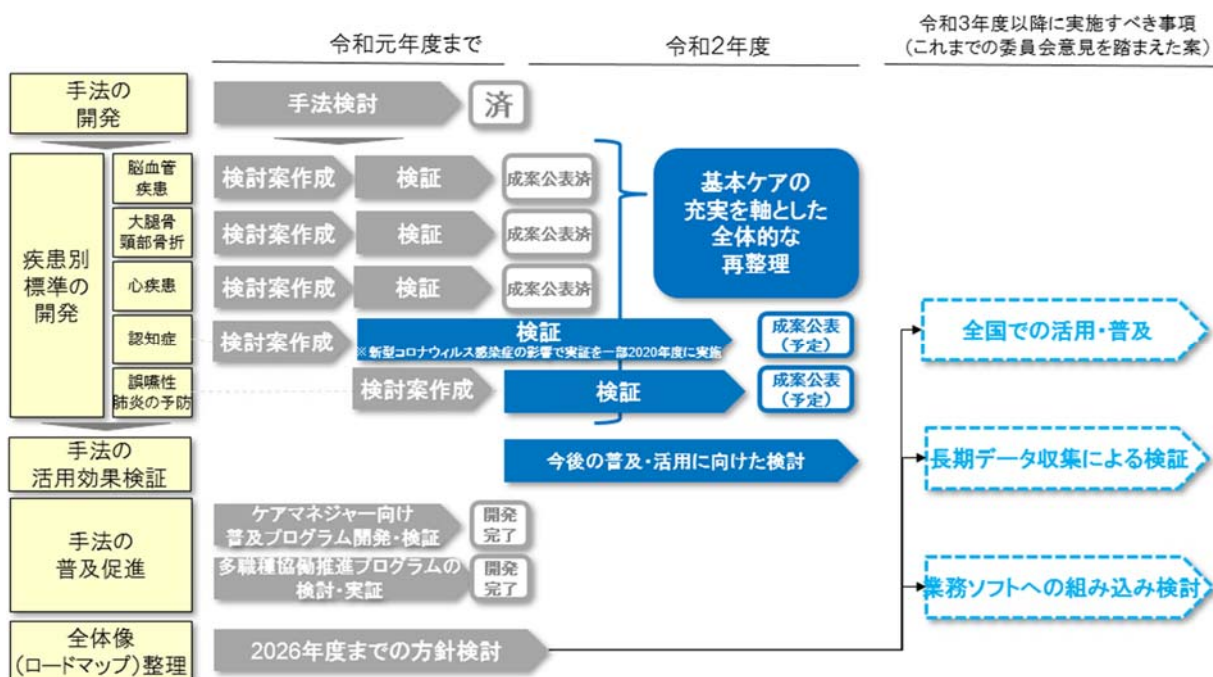
第5章 本調査研究事業のまとめ

第1節 本調査研究事業の成果

平成28年度から実施してきた本調査研究事業の成果を整理すると図表のとおりである。

特に本年度の成果としては、①基本ケアを軸とした全体的な再整理による「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア」の作成、②長期的なデータ収集方策の検討の2点である。

図表38. 本調査研究事業の成果のまとめ



1. 基本ケアの充実を軸とした全体的な再整理による「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」の作成

「適切なケアマネジメント手法」に関する調査研究では、平成28年度に手法の概念の検討から着手し、基本ケア及び5つの疾患別ケア（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）まで検討を進めてきた。令和2年度の本事業では、平成28年度から令和2年度までの5か年を「第1期」としてとらえ、第1期のまとめとして、これまでに作成した手法について再整理を行った。

手法の再整理は、今後の普及・浸透を見据え「わかりやすく」かつ「簡潔」にすることをねらいとして、まずは以下を「基本ケアの再整理の方針」と定めて検討を進めた。

- (ア) 構成は変えない
- (イ) 大項目・中項目はそれだけで中身がわかる表現とする
- (ウ) 基本ケアと疾患別ケアで同じ内容の項目は基本ケアの表現に合わせる

本年度事業における再整理後の基本ケアの項目（基本方針～中項目までの抜粋）は以下の通り。

図表39. 【再掲】本年度事業における再整理後の基本ケアの項目（基本方針～中項目までの抜粋）

基本方針	大項目	中項目
尊厳を重視した 意思決定の支援	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 共同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
	家庭・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	家族等を支援する体制の整備 支援を必要とする家族への対応
	ケアを提供するひとへの支援	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

注1) 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
 注2) 中項目以下の具体的な支援内容は、全てを横並びに提供するのではなく、当然、状況に応じて重要度や優先度が異なる

次に、基本ケアの再整理に合わせて本年度までに作成している疾患別ケアの再整理も実施した。

本手法において、ケアマネジメントの役割は「全体を捉えて生活を整えること」にあるとの考えを前提とし、基本ケアは「生活基盤を整えるための基礎的な視点」ととらえている。したがって、基本ケアは、疾患がない場合でも反対に疾患が多数の場合にも共通する24時間の生活の基盤となる。一方、疾患がある場合は、その種類や時期に応じて、疾患別に特に気をつけるべき視点が疾患別ケアに示されるとい構造になる。

そのため、基本ケアと疾患別ケアに重複する項目は、基本ケアに位置付ける整理とした。ただし、基本ケアと重複する内容であっても、疾患に特有の観点や留意点がある場合には、「基本ケアと重複するが留意して実施」としたうえで、疾患別ケアにも位置付けた。

また、本年度の再整理にあたり、今後のシステムへの組み込みにおけるデータベースとしての活用も見込み、①項目の枠組みの名称の統一、②項目内で使用する表記や表現の統一（同一の内容を指す場合には表記を統一）、③アセスメント項目・モニタリング項目の再整理（重複の削除など）も行った。

上記の結果を「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年度改定版」としてとりまとめた。

本年度の取りまとめで、第1期で作成した「適切なケアマネジメント手法」の基本ケア及び疾患別ケア（5つの疾患）についての全体的な再整理と改訂が完了した。

今後、全国的な普及等を見込むのであれば、以下の観点での手法のブラッシュアップが求められる。

- 対象とする疾患群の範囲の拡大
- 複数の疾患群がある方のケアにおける本手法の活用方法の検討
- 疾患以外の高齢者の特徴に着目した手法の検討
- 本手法のツール化、システムへの導入による実践的で効率的な活用方法の検討

2. 今後の普及・活用に向けた検討

検討委員会およびワーキング・グループでのこれまでの議論では、これまでに第1期に検討してきた「適切なケアマネジメント手法」を普及推進するため、法定研修など、すべての介護支援専門員に周知できるような方法を検討するとともに、まず本手法の展開効果が大きい層への任意研修としての普及推進、および指導者層の育成が必要との方向が示された。

これらを踏まえ、令和2年度に本調査研究事業と別に実施された「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」において、今後の普及推進方策の具体的な検討等を行った。（①連続研修による普及方策の検討及び②介護支援専門員専門員向け「適切なケアマネジメント手法」の普及資料の作成を実施）

また、第1期に検討を重ね、本年度に再整理を行った適切なケアマネジメント手法は、医学、看護学、薬学、リハビリテーション学、栄養学など、ケアを構成する各領域においてエビデンスが蓄積されている支援内容に基づいて、要介護高齢者の尊厳を保持した生活の継続を支えるため、また自立支援の観点から疾患の再発予防や重症化防止のために有効と考えられる支援内容を、ケアマネジメント実践の実態を踏まえつつ整理したものである。

したがって、各支援内容は各領域においてはエビデンスが蓄積されている一方で、ケアマネジメントの観点つまり生活全般を捉え、さまざまな領域の支援内容を組み合わせる観点に立ったエビデンス（組み合わせることによる総合的な効果を検証するエビデンス）の蓄積は今後の課題となっている。

適切なケアマネジメント手法の活用によって想定される効果は、「プロセス」、「アウトカム」、「インパクト」の各段階に現れると想定している。本手法の効果を評価するためには、こうした効果に関するデータを収集する必要がある。

第2節 今後実施すべきこと

検討委員会での検討を踏まえると、今後実施すべきこととして以下のような点を挙げるができる。

1. 適切なケアマネジメント手法の拡充

①複数の疾患がある方のケアマネジメントへの対応

これまでの疾患群に着目した疾患別ケアの検討では、単一の疾患がある方を想定し、検討を進めてきた。平成30年度の沖縄県全域の要介護認定データ⁸によると、誤嚥性肺炎の予防を除くこれまでに作成した4つの疾患（脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症）がある方のうち、1割以上が他の3つ疾患のいずれかを併発していることがわかった。

今後の活用・普及を見据えると、これまでに整理した疾患別ケアを組み合わせ、複数の疾患がある方のケアマネジメントにおいても、本手法を活用できるようにする必要がある。

具体的には、これまでに取りまとめた疾患別ケアを組み合わせ、活用が必要な対象者を想定し、その場合に想定される支援内容や留意すべき事項を取りまとめるなどが考えられる。

特に、複数の疾患がある方のケアマネジメントでは、相反する支援内容が想定される場合もあるため、どの支援内容を優先して検討するべきかといった医療的観点も含めた知識の体系化は、現場での手法の活用に向けては重要である。

また、複数の疾患のある高齢者のケアマネジメントでは、緩和ケアの領域の知識も必要となる。複数の疾患のある高齢者の多くは、人生の最終段階に向けた段階であることが多いため、身体機能の維持・向上だけでなく、意思決定支援も重要となる。加えて、令和3年4月から、ターミナルケアマネジメント加算が開始される状況も踏まえると、終末期に向けたケアマネジメントにおいて、必要な視点や想定される支援内容を取りまとめることは非常に重要である。意思決定支援に関するガイドライン等も踏まえ検討が求められる。

②疾患以外の高齢者の特徴に着目したケアマネジメント手法の検討

「適切なケアマネジメント手法」は、介護支援専門員が行うケアマネジメントのバラツキを最小限に留める観点で、平成28年度に手法の概念を定義し、医療的なエビデンスに基づき、疾患群において想定される支援内容を体系化してきた。しかしながら、ケアマネジメントを必要とする高齢者の特徴は、必ずしも疾患だけに限られるものではなく、本人らしい質（QOL）の高い生活の実現のためには、生活環境や家族構成などにも着目する必要がある。

したがって、今後の本手法の拡充にあたっては、疾患以外の高齢者の特徴に着目したケアマネジメント手法も検討する必要がある。具体的には、本手法の概念や考え方に基づき、ある一定の条件（疾患以外の高齢者の特徴）を定め、その条件に該当する高齢者のケアマネジメントにおいて、持つべき視点や想定される支援内容を整理し、体系化することが考えられる。①その特徴を持つ高齢者が多く今後増加する傾向にある、②介護支援専門員と多職種との連携による自立支援や重度化防止が見込まれることなどが特徴を選定する際の視点となりうる。

⁸ 2018年11月1日時点。無効回答を除く4694件のデータでの算出。

2. 全国での活用・普及

①効果的な普及方策の検討

第2期以降（令和3年度以降）は、「適切なケアマネジメント手法」をより多くの介護支援専門員に普及促進していく必要がある。したがって、介護支援専門員への本手法の導入に向けた戦略を策定し、それに基づき各種の施策を実行していく必要がある。

なお具体的な施策については、本調査研究事業とは別に実施された「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」の結果も踏まえ検討すべきである。なお、当該事業で検討・検証された本手法の普及推進施策は次の2つである。

②継続研修による本手法導入の検証 ※「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」にて実施

本来、「適切なケアマネジメント手法」は、実践で使うべき知識であるため、着実な普及を進めるためには、座学と実践を繰り返すことが必要である。これまでも、一部地域において、本事業の委員を中心とした研修会が独自に開催されており、一定の効果がうかがえる。

今後、「適切なケアマネジメント手法」の全国的な普及促進を目指すならば、座学と実践を繰り返す継続的な研修のプログラムの開発、及びそれらの全国への拡大方策の検討が必要である。

そのため、来年度以降の本事業において、モデル地域を選定の上、継続的な研修プログラムを開発し、実証を通じて研修効果や運営面の検証を行う必要がある。具体的には、継続的な研修プログラムでは、アクションラーニングの手法を取り入れ、「適切なケアマネジメント手法」の理解（座学）とその活用（実践）を5回程度繰り返して実施することが考えられる。また、研修プログラムの検討にあたっては、研修の理解を深めるための地域内でのフォローアップ体制の構築手法及びオンラインでの実施方法も検討の範疇とする必要がある。併せて、継続的な研修プログラムの参加者の習熟効果を測定するためのデータ入力のしくみも検討が必要である。

③適切なケアマネジメント手法を活用するためのツールの整備

※「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」にて検討

現在の項目一覧は項目が体系的に整理されており、専門的見地からはこのくらいの項目数が必要ということが検証を通じて確認されたが、今後、さらに多くの介護支援専門員が活用できるよう普及していくためには、適切なケアマネジメント手法の概要を理解するために初めに手に取る「初心者向けの」解説資料が必要である。具体的には、本手法の背景やねらい、具体的な項目の構成などについて簡単に読むことができる読本とともに、解説した映像資料などの整備が有効である。法定研修についてもオンライン研修環境を活用する検討が進むなど、介護支援専門員の研修の多くがオンラインで開催されている現状では、動画資料の整備が必須である。一方で、実践で活用しながら何度も参照し、基本的な考え方に立ち返るような活用を想定すると、コンパクトなボリュームの冊子にして配布することも意味がある。

さらに、こうした資料を活用して初期的な理解をもったうえで、継続的にケアマネジメント実践で活用できるよう、業務において活用しやすいツールやその展開方法も併せて必要である。

例えば、情報の整理においては、想定される支援内容の項目のみを一覧化したり、情報収集した項目をチェックすることで、その項目がどの支援内容において必要な情報なのかをわかるようにするツール、情報収集が抜け漏れている項目をハイライトするような簡易なアプリケーションなども考えられる。また、情報の収集においても、IoT センシング機器等の利用やコミュニケーションツールの活用による省力化・

効率化は期待できる。また、eラーニングや電子的な教材による研修の実施も検討すべきである。

上記のように、従来の紙ベースの資料による対応のみでは限界があるため、本手法の活用・普及を見込むならば、IT ツールによる業務への導入や適応を検討していくことが必要である。また、これらの検討は、本手法への取り組みやすさを高める観点からも重要である。

3. 長期データ収集による検証

これまでの調査研究事業においては、介護支援専門員にとっての理解度・納得度を中心に、本項目を活用することによるプロセスの視点での効果検証を行った。今後、本手法の全国的な普及・活用を見込むのであれば、本手法を活用することによるアウトカムやインパクトの評価を行う必要がある。特に、本手法の活用による支援内容の標準化・平準化に伴う利用者への効果（ADL/IADL や QOL の維持または改善）について、エビデンスベースの研究を行う必要がある。

今後の調査研究事業では、本項目を適用することによって、その事例における利用者・家族のQOL、あるいは健康状態、ADL/IADL等がどのように変化したか等を時系列で分析できるようなデータセットの整備に向けた検討が必要である。令和3年度以降に実施する研修・検証等では、これらのデータセットを取得することも想定する必要がある。

介護分野におけるデータ蓄積やデータ活用に関する検討は、複数の調査研究事業で進められている。今後、本手法をより活用していくためには、これらの他の調査研究事業の成果も踏まえ、どのように連携していくのかといった検討も重要である。

4. 業務への組み込み検討

「適切なケアマネジメント手法」について、全国の研修等での活用・普及を見込むのであれば、業務ソフト等への本手法の組み込みについても検討を進めるべきである。

これまでの様々な調査研究においても、介護支援専門員の書類作成業務の負荷が大きいことは指摘されている。この原因として、保険者ごとに提出すべき帳票が異なっていること、事業所によって帳票のフォーマットがバラバラであることなどが指摘されている。本手法の全国での活用を見込むならば、全国統一で業務ソフト等へ組み込むことを検討する必要があるだろう。本手法は書類作成業務の業務負荷を下げることを目的に開発されたものではないが、本手法の活用を通して、本来の介護支援専門員が行うべきケアマネジメントに注力できるようになることは望ましい形である。

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。

- 参考文献
- 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 本調査研究事業における「適切なケアマネジメント」の考え方
- 巻末資料3 概要版(項目一覧)基本ケア令和2年度改訂版
- 巻末資料4 概要版(項目一覧)疾患ケア別令和2年度改訂版
 - ✓ 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
- 巻末資料5 認知症検討案検証データ分析結果
- 巻末資料6 誤嚥性肺炎の予防検討案検証データ分析結果
- 巻末資料7 認知症検討案・誤嚥性肺炎の予防検討案検証資料(評価シート)
- 別冊資料1 適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア 令和2年度改訂版

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ある。

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>

参考文献

本手法の検討にあたり、参考とした主な文献は以下のとおり。

【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 鎌谷書店）
- 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. バートレット他 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/hoken_josakusei.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）

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

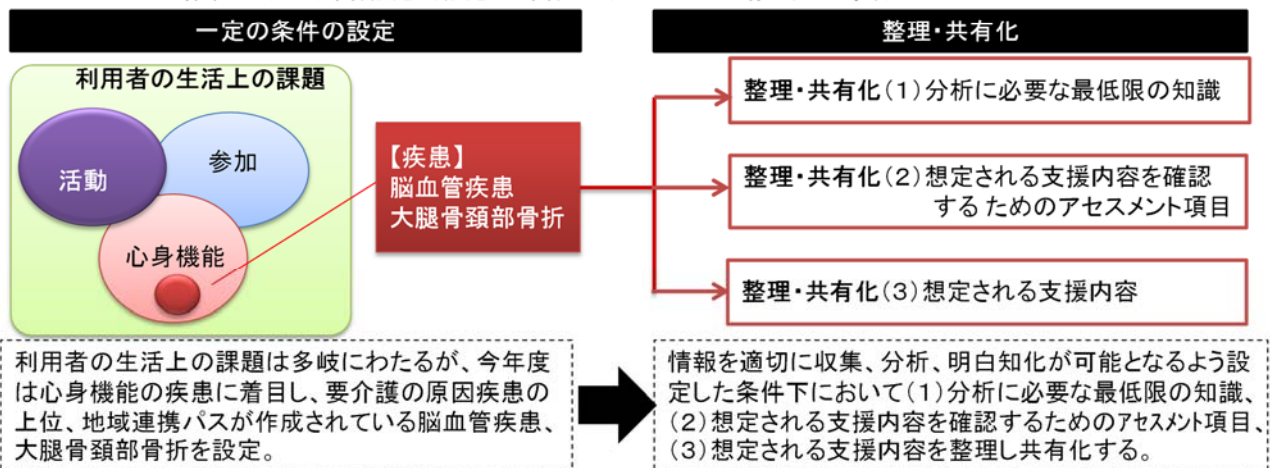


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

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。

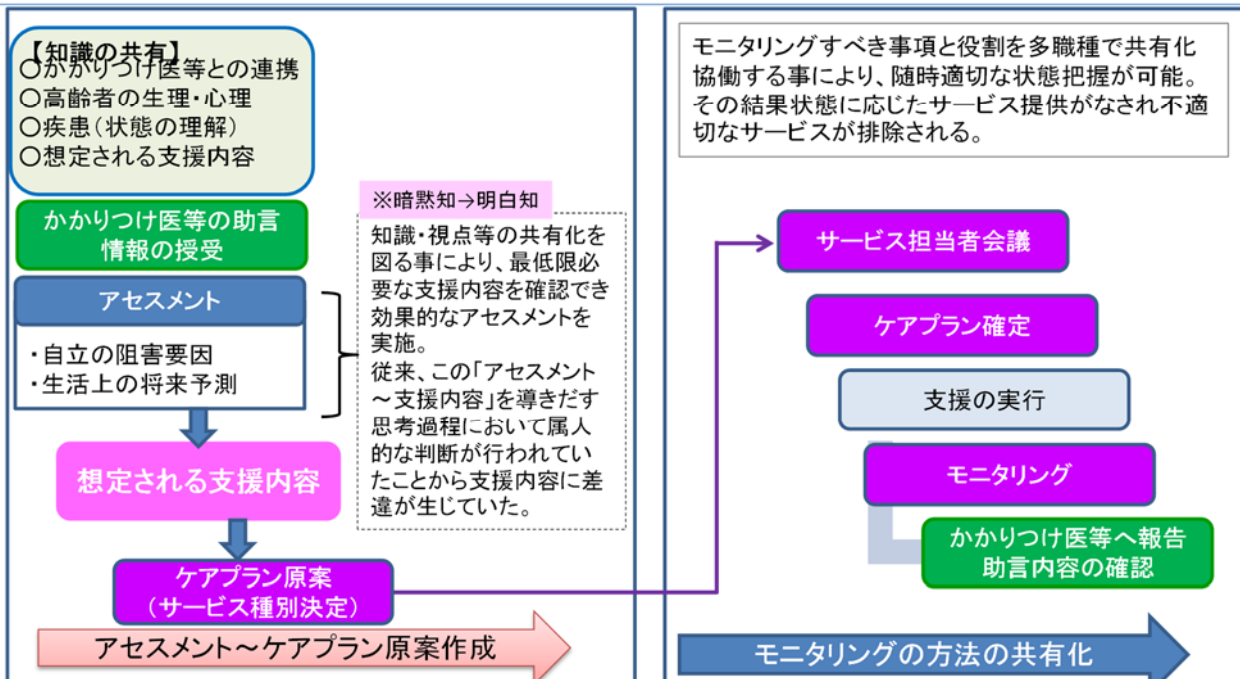


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

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

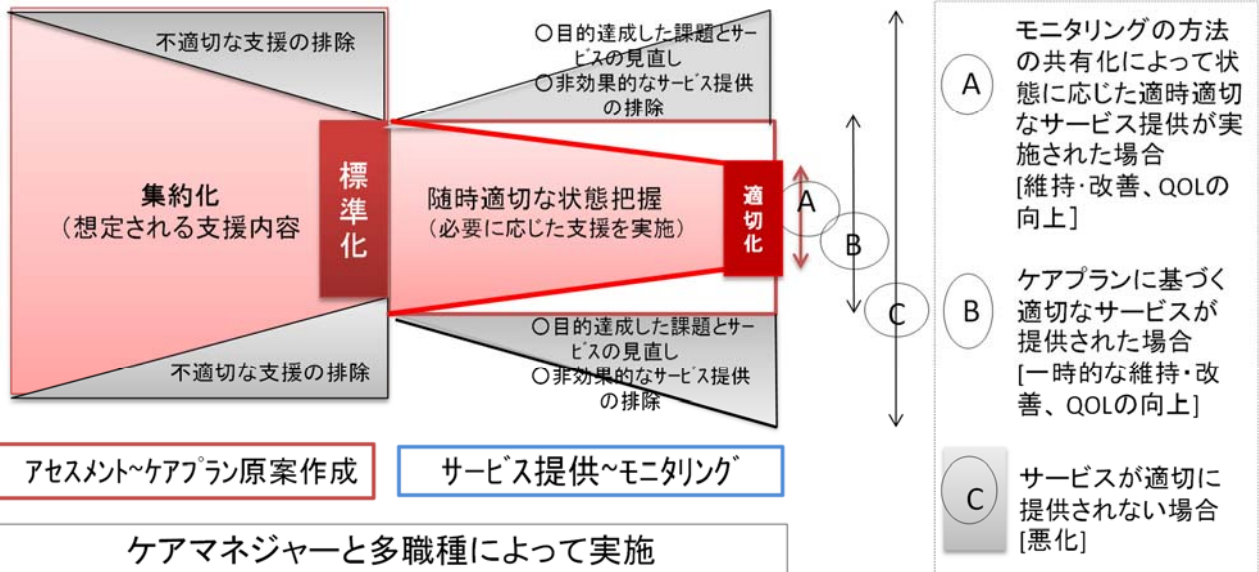


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

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

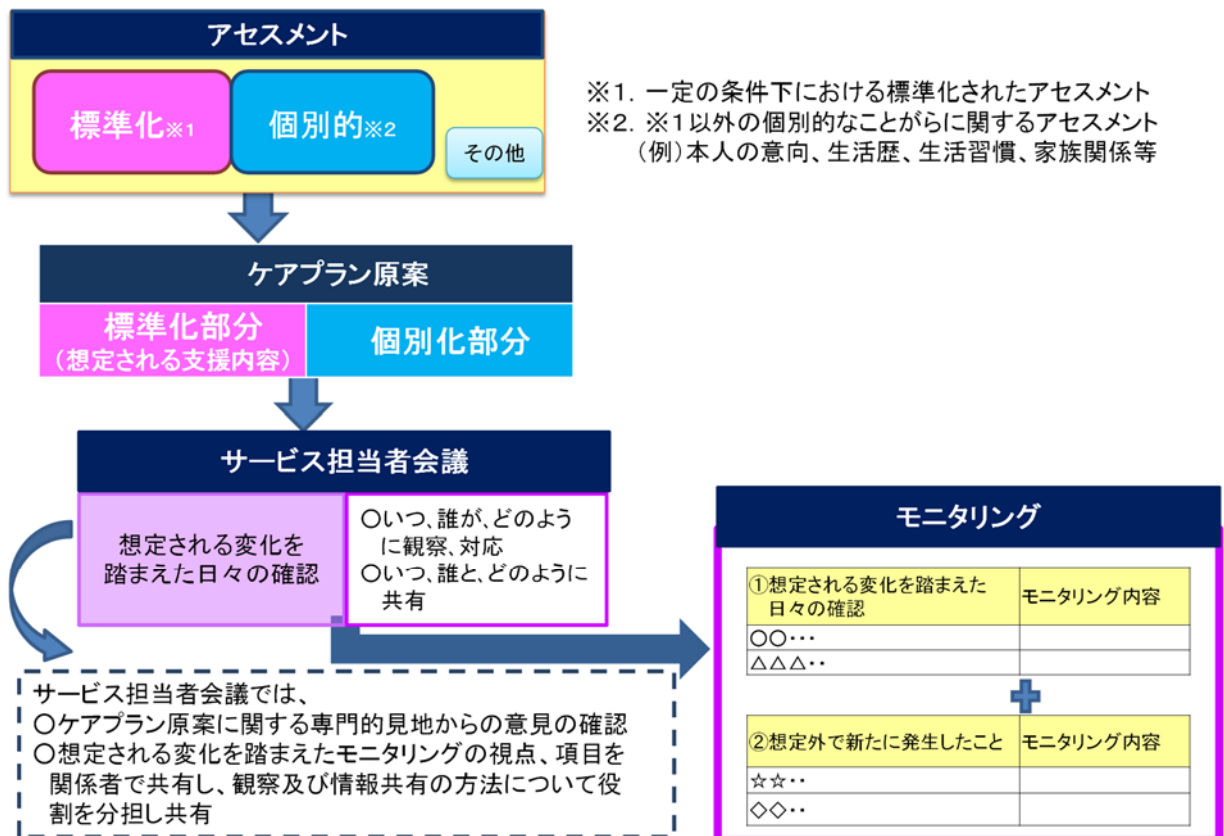


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

**巻末資料2 本調査研究事業における
「適切なケアマネジメント」の考え方**

本調査研究事業における「適切なケアマネジメント」の考え方

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」においてとりまとめたもの。

1. 本調査研究事業における「適切なケアマネジメント」の考え方

(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。

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、その人や家族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、ケアマネジャーどうしで共有し、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以下のような三つの機能が求められる。

①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、本人の心身の状況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、ケアマネジャー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。

②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、その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。さらに、本人だけでなく家族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、その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。

ケアマネジャーには、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）に伝えるとともに、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。

③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（その人の生活の様子、普段の志向、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。

2. 「適切なケアマネジメント」を実現するための方法

(1) 職業倫理

前述「2. 本調査研究事業における「適切なケアマネジメント」の考え方」で示したケアマネジメントを実現するために、ケアマネジャーには、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、さらには人生の選択を迫られる状況にある。ケアマネジャーは、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。ケアマネジャーには、本人、家族、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。

(2) 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、その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。

(3) 多職種連携・多職種協働

ここまで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、これをケアマネジャー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、その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ブ

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」

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その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、その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。

(4) 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、その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、本人や同家族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、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、本人や家族などの支援者からの相談に応じたり、普段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。

3. 「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、すべてのケアマネジャー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、ケアマネジャー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。

①「適切なケアマネジメント手法」の共有

まず、ケアマネジャーが「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。

②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」はケアマネジャー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。

③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、その情報をケアマネジャー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。

4. 「適切なケアマネジメント」の期待される効果

前述してきたように当該事業において期待される効果は多々あるが、これによりケアマネジメントプロセス(アセスメント～モニタリング)が共有化されたことにより、質の向上による自立支援の推進や業務の効率化も期待できる。

卷末資料3

【概要版(項目一覧)】基本ケア 令和2年度改訂版

【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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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） ・本人の日常（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） ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・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） ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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存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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。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、虫歯や齦齦につながる。 ・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。正しいかみ合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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・（入院している場合）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、常時開口を強いような姿勢の有無 ・日常的な水分摂取状況（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）、専門職間での対応体制 ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・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、常時開口を強いような姿勢の有無 ・日常的な水分摂取状況（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）、専門職間での対応体制 ・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、看護師、歯科衛生士、介護職
		4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・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くらせ、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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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・洗面所への移動など） ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・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・洗面所への移動など） ・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・暮らしの意向の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の尊厳を尊重した本人が望む暮らしの実現には、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である。 ・暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等を本人から把握したり、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これらについて本人が家族等に表明している意思を把握したりする。また、サービス事業者とも連携し、サービス利用中の利用者の様子も把握する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人にとって心地良いであろう生活リズム ・本人の日常（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・覆けない・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 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人にとって心地良いであろう生活リズム ・本人の日常（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・覆けない・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 ・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 食事及び栄養の状況の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・食欲の有無は身体や心臓の状態を回らうことで重要である。高齢者の身体や心臓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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・必要な栄養素、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 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・必要な栄養素、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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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む） 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（室温湿度環境、家具や物の配置、照明など） ※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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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む） 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） 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（室温湿度環境、家具や物の配置、照明など） ※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、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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 本人と家族等以外のコミュニケーションの状況 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。正しいかみ合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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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ため、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 	<ul style="list-style-type: none"> 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ため、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 転倒などのからたに負荷の掛かるリスクの予測	<ul style="list-style-type: none"> 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荷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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 本人の自覚（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（よくいる場所、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、洗濯行為におけるつむむり持ち上げりする動作など） 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）、専門職間での対応体制 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 本人の自覚（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（よくいる場所、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、洗濯行為におけるつむむり持ち上げりする動作など） 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）、専門職間での対応体制 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
			13 感染症の早期発見と治療	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者は、生体防御機能の低下が起こる。炎症反応が弱く、発熱や痛みなど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、必要に応じて連携できる体制を整える。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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）、専門職間での対応体制 	<ul style="list-style-type: none"> 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）、専門職間での対応体制 	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	15 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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思い これからの生活に対する本人の思い 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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思い これからの生活に対する本人の思い 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 ※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
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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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現実的に誰がしているか 	<ul style="list-style-type: none"> 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現実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の理解	<ul style="list-style-type: none"> 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に支援する。 なお、ここでいう意思決定は、日常生活を継続するうえで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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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
		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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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
			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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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
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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 食事の摂取に関する失敗のエピソード 必要な栄養素、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食リズム（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（ベッドが机か、椅子や机の高さなど） 食器の調理者（外食や配達や惣菜なのか、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素・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） 	<ul style="list-style-type: none"> 食事の摂取に関する失敗のエピソード 必要な栄養素、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食リズム（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（ベッドが机か、椅子や机の高さなど） 食器の調理者（外食や配達や惣菜なのか、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素・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） 	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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 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、照明など）※居室、浴室、トイレ、洗面所など各々 本人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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 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、照明など）※居室、浴室、トイレ、洗面所など各々 本人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
		II-1-2 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援	22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> （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 口腔ケアの重要性に対する本人、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 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（ベッドが机か、椅子や机の高さなど） 食器をとる際の姿勢・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 食器の調理者（外食や配達や惣菜なのか、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ため、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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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（ベッドが机か、椅子や机の高さなど） 食器をとる際の姿勢・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 食器の調理者（外食や配達や惣菜なのか、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ため、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 ※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
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-1-2 継続的な受診と服薬の支援	23 継続的な受診・療養の支援	<ul style="list-style-type: none"> 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にも配慮した支援体制を整える。 	<ul style="list-style-type: none"> 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ないか、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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 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） 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（処方に沿って服用ができていないか、誰が、いつ、どのように確認するか） 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 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 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（処方に沿って服用ができていないか、誰が、いつ、どのように確認するか） 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、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職	
		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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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受けとめ方の状況、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ないか、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 	<ul style="list-style-type: none"> 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受けとめ方の状況、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ないか、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 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
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	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活において、できることは自らが、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、必要に応じて適切な姿勢が重要である。 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 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） 	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	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活において、できることは自らが、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なことを本人・家族等に改めて説明するなどの連携体制を整える。 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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、改善の可能性 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） 	医師、歯科医師、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
					※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	<ul style="list-style-type: none"> 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可能性があるため、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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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ないか、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の実施状況 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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ないか、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の実施状況 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 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	<ul style="list-style-type: none"> 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、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、及び日常の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を提供できる体制を整える。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 本人にとって心地よ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 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 本人にとって心地よ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 2 食事の支援	31 口から食事を摂り続けることの支援	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 食事の状況（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（ベッドが机か、椅子や机の高さなど） 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水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 日常的な水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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 食事の状況（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（ベッドが机か、椅子や机の高さなど） 日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水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 日常的な水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、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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 食事の状況（種類、形態、量、内容など） 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（ベッドが机か、椅子や机の高さなど） 食事の調理者（外食や配達や惣菜なのか、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） 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、入浴時の支障の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合は誰か） 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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、入浴時の支障の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合は誰か） 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 排泄状況を把握して排泄を続けられることを支援	<ul style="list-style-type: none"> 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、日常生活の中で適切な運動・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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	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 ※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	相対すべき 専門職
II これまでの生活の尊重と継続の支援	II-3 家事・コミュニケーション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	<ul style="list-style-type: none"> 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つき、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。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人のストレス 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 	<ul style="list-style-type: none"> 本人のストレス 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 	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	<ul style="list-style-type: none"> 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、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に支援及び連携の体制を整える。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 本人の心身の状況に関わらず、できる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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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（日常的に通る場所、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 	<ul style="list-style-type: none"> 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（日常的に通る場所、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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 日常生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びとの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的な困惑や葛藤を把握する。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に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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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		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	
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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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有無、状況 家族等がねが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 	<ul style="list-style-type: none"> 疾患に対する本人・家族等の理解度 認知症に対する本人・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有無、状況 家族等がねが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	<ul style="list-style-type: none"> 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に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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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、努力事項のものか） 意思決定の支援が必要になったとき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 	<ul style="list-style-type: none"> 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、努力事項のものか） 意思決定の支援が必要になったとき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-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	<ul style="list-style-type: none"> 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、本人を理解しとら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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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たい相手・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 	<ul style="list-style-type: none"> 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たい相手・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 	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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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有無、状況 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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なる必要がある。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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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有無、状況 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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有無、状況 	医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職
			Ⅲ-2-2 同意してケアに参画するひとへの支援	<ul style="list-style-type: none"> 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なる必要がある。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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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有無、状況 	医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職	

卷末資料4

【概要版(項目一覧)】疾患別ケア 令和2年度改訂版

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

【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なる時期）

・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようになる時期。
 ・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。病気に對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/生医/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、連絡方法の確認 ・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） ・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） ・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。1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	
		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（よくなる場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温環境、家具や物の配置、湿度など）※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）	・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（よくなる場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温環境、家具や物の配置、湿度など）※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に特に留意して実施	・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。	・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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） ・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 ・服薬の必要性及び服薬の方法に対する本人・家族等の理解度 ・本人の目次（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）	・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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） ・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 ・服薬の必要性及び服薬の方法に対する本人・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）	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が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、理解を得ることが重要。	・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	・1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、よくなる場所、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、よくなる場所、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）
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		
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、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、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	・1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） ・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	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なる時期）

・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようになる時期。
 ・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 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	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） ・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 ・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：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。

大項目	中項目	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		相談すべき専門職	
		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			
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。病気に對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、開き方など）の把握、連携方法の確認 ・医師からの指示・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） ・日常生活習慣への対応の状況 ・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） ・日常生活習慣への対応の状況 ・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）	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		
		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、しぼらお湯を出してから入浴する等の工夫も検討。 ・居室内で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（室温環境、家具や物の配置、照明など）※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（室温環境、家具や物の配置、照明など）※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。	・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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 ・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・薬の保管状況（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）	・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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） ・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）	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ている体制を整える	・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、カリウム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 ・日常的な水分摂取の確認方法（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	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	・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つなぐ機会の設定（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つなぐ機会の設定（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 ・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をつなぐ機会の設定（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） ・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 ・本人の興味・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 ・本人の興味・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、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の機能の向上を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、本人の状態に体制を整備。	・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で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 ・疾患発症後の（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 ・疾患発症後の（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
	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）	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）

【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、それにあつ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）	・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） ・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）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			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	・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。病状に対する不安の除去により、生活の縮小ではなく、生活改善をうながす。	・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、開き方など）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進めら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
	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の有無 ・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の有無、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
	2-3 社会参加の回復	2-3-1 社会参加の回復	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。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進んでいない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	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		
	中項目	小項目	想定される支援内容		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と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 ・本人の目次（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。病状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 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	・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、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の有無 ・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の有無、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
	2-1-4 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、後戻りした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。病気に對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高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 ・服薬の必要性及び服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） ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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）	・服薬の必要性及び服薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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） ・本人の日常生活（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、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。 ・処方された薬が適切に管理され、適切な服薬が継続されるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・服薬の必要性及び服薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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） ・本人の日常生活（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、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、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
			5 適切な塩分量・水分摂取量が理解できる体制を整える	・過度な塩分量・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量・水分量と日常的に摂取している塩分量・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量含有量など） ・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量含有量など） ・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	・過度な塩分量・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」における塩分量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量・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量含有量など） ・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（外食や配達や惣菜なのか、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、急診、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量含有量など） ・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（外食や配達や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・日常的な塩分量摂取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） ・日常的な排便の状態（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、急診、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） ・日常的な排便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） ・日常的な排便の状態（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、急診、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） ・日常的な排便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	・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 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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、急診、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、回復が遅く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（特に小さい子どもも有無）、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、管理栄養士、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、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、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	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） ・室内での本人の生活習慣（よいる場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温環境、家具や物の配置、湿度など） ※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（よいる場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温環境、家具や物の配置、湿度など） ※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々	看護師、PT/OT/ST、介護職
	1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	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） ・自宅内での本人の生活習慣（よいる場所、動線、日課など） ・自宅内での本人の生活習慣（よいる場所、動線、日課など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会、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、頻度、内容、運動の時間など）	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・疾患と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） ・自宅内での本人の生活習慣（よいる場所、動線、日課など） ・自宅内での本人の生活習慣（よいる場所、動線、日課など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会、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、頻度、内容、運動の時間など）	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・暮らしの支援	2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善	14 本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える	・慢性心不全による活動能力の低下は、QOLと充実度の低下につながるため、運動能力のみならず、心理的状態、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（現在できている、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、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、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感などの目安）） ・疾患と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 ・自宅内での本人の生活習慣（よいる場所、動線、日課など） ・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・がまんの状況など） ・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）	・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（現在できている、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、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、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感などの目安）） ・疾患と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 ・自宅内での本人の生活習慣（よいる場所、動線、日課など） ・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
			15 医療的リハビリテーションを受けることができる体制を整える	・疾患の状況に応じた生活・暮らしの実現に向け、医療的リハビリテーションを受けたいという意向を、他の専門職と情報共有を行い、支援体制を整備。 ・医療的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。	・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（受診先の名前・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前、場所、連絡先など）の把握	・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（受診先の名前・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、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		16 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。 ・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。そのことが、本人の機能向上を目指す。	・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前、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	・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、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 ・自宅内での入浴の状況（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：テイクサービス、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 ・自宅内での入浴の状況（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 ・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、寝具の状態を含む） ・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への支援	20 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ならない生活習慣（例：飲酒、運動等）は、医師からの指示内容や本人・家族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 ・生活習慣に関する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかつ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 ・生活習慣に関する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかつ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）	医師、看護師、介護職
2-2 心理的支援	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、不安や悩みへの解決など）を提供している地域の社会資源の有無、状況 ・精神症状に対応す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、不安や悩みへの解決など）を提供している地域の社会資源の有無、状況 ・精神症状に対応す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 再入院の予防	1-1 疾患の理解と確実な服薬	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的な診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気になる不安を除去して、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） ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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） ・本人の自覚（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） ・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）	・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 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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 ・疾患と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） ・日常的な服薬の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、服薬の内容、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 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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） ・本人の自覚（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） ・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 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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） ・本人の自覚（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、併存疾患の把握と管理が必要。 ・併存疾患に関するかかりつけ医や看護師などの情報交換を行うとともに、併存疾患の管理に対する本人・家族等の理解を深める支援も重要。（※各疾患の個別的理解は本シートの対象外）	・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 ・日常的な服薬の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、服薬の内容、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 ・日常的な服薬の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、服薬の内容、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、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） ・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、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
			5 適切な塩分量・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量・水分量） ・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量・水分量） ・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	6 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。特に、心疾患のある方の場合には、「日常的な習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要。 ・本人・家族等が日常の塩分・水分の摂取量を把握できる体制を整えることが重要。	・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・水分量） ・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（外食や配達や惣菜なのか、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、急急、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量・水分量） ・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（外食や配達や惣菜なのか、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、急急、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、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） ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状） ・日常生活（活動内容、休養、急急、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） ・日常的な排泄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） ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状） ・日常生活（活動内容、休養、急急、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、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 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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） ・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 ・処方箋の内容（有無、処方箋の種類）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） ・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、急急、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りと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、管理栄養士、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（日常的な活動の機会、内容、負荷の度合い、活動量 ※リビ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、内容、負荷の度合い、活動量 ※リビ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何故状態の改善が進んでいない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		
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（よいる場所、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（よいる場所、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
		1-3-1 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 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QOLと充実度を直接に低下させるため、その改善は治療の主要な目標である。活動能力に応じた社会的活動は始めるべきであり、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（現在できている、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ナジー ・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（よいる場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よいる場所、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、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、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（現在できている、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ナジー ・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（よいる場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よいる場所、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、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、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するなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ感などの目安）） ・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 継続的なり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 疾患の状況に応じた生活・暮らしの実現に向け、医療的なり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える。 ・医療的なり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） ・医療的なり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・見直し（過剰支援になっていないか）	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える。	・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：テイクサービス、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（寝るの明るさ、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（寝るの明るさ、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
		2-1-6 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）	医師、看護師、介護職
2 心理的支援	2-2 心理的支援	2-2-1 本人・家族等の不安の軽減	20 精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える 抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートは、心疾患患者の予後に影響するため、精神的な支援の検討が必要。 ・本人・家族等が抱える不安の状況や程度を把握し、必要に応じて専門家につなぐ体制の整備。	・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、不安や悩みを解決など）を提供しうる地域の社会資源の有無、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、不安や悩みを解決など）を提供しうる地域の社会資源の有無、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	
		2-2-1 本人・家族等の不安の軽減	20 精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える 抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートは、心疾患患者の予後に影響するため、精神的な支援の検討が必要。 ・本人・家族等が抱える不安の状況や程度を把握し、必要に応じて専門家につなぐ体制の整備。	・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、不安や悩みを解決など）を提供しうる地域の社会資源の有無、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を話し合う支援を行う 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）

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 これまでの経緯の確認	0-1 これまでの経緯の確認	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 これまでの医療及他者の専門職の関わりの把握	2 支援の前提としての医療及他者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者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・支援者が抱く感情や想いの理解	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、本人が抱く不安及び家族・支援者が抱く感情、その変化を捉える体制を整備。 ・これからの生活を支えるうえで最も重要な本人の不安とその変化を把握するために、本人自身の不安や恐怖に加えて家族・支援者が抱く感情や想いとその変化を捉え続けられることが重要。	・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	・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		医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
			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	・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
		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、情報的支援、手段的支援）の必要性	・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、情報的支援、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	
	1-2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解	1-2-1 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	6 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	・本人の変化を捉えられる体制の把握。 ・短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかの把握。 ・認知症に伴う本人の状況は変化していくものであり、かつ家族や支援者が負荷を抱え込まなくて良いようにするために、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、本人や家族等が心理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（よく行く場所、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） ・自宅の間の取り（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、照明など）※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	・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（よく行く場所、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） ・自宅の間の取り（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、照明など）※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
			7 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握	・本人を取り巻く状況でもとくに、本人を取り巻く人との関係性の把握。 ・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかの把握。 ・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。	・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）	・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）		医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			8 意思決定支援の重要性への本人及び家族等の理解を深める	・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ようとする人）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ようとする人）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ようとする人）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ようとする人）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
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、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要。加えて、これらを捉えやすくするためには、本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積できる体制を整えることも重要。	・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			
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	・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、状況が変化することから、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）は一人で行うのではなく、チーム体制を整備することが重要である。なお、ここでいう意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではなく、状況に応じてその人の重要な意思決定あるいは意思推定を支援す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ろうとする人（※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ろうとする人（※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（受診先の名前・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（受診先の名前・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 ・その他地域における認知症に関す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 ・その他地域における認知症に関す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）、専門職間での対応体制 ・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）、専門職間での対応体制 ・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現実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現実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	4-2-1 一週間の生活リズムと変化を把握することの支援	16 本人の生活のリズムの把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等の把握。 ・本人にとって心地よい場所や相手を探し、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）
		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	・本人の日常生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常生活における支援者の関わり方の状況を把握し、その本人のリズムに合わせ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合わせ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、それに合わせ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 ・本人にとって心地よ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らざ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、内容、負荷の含み、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感などの目安）） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会、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、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 ・本人にとって心地よ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らざ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、内容、負荷の含み、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感などの目安）） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会、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、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べき認知症の影響の現れ方の把握。 ・認知症の影響が現れても、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のIADLや社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにも、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重要。	・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ために、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	歯科医師、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	21 清潔に関する状況の変化を把握し保つこと ※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※
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に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らみための状況、体調を把握する手段 ・日常的な体調（食欲・満ち、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らみための状況、体調を把握する手段 ・日常的な体調（食欲・満ち、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れば望ましい	・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れば望ましい	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に支援体制の整備。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制の整備。 ・適切な服薬を継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制の整備。 ・認知症への対応だけでなく、併発している疾患の再発防止あるいは重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） ・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） ・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） ・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） ・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）の变化及びその理由 ・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） ・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	・日常生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制の整備。 ・日常生活において、必要な水分量を摂取できるようにする支援体制の整備。 ・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量有無など） ・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、内容、負荷の割合、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（室温環境、家具や物の配置、湿度など）※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量有無など） ・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、内容、負荷の割合、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（室温環境、家具や物の配置、湿度など）※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	・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の整備。 ・日常的な食事においてバランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を支える体制の整備。 ・栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要。	・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素・栄養素の把握 ・必要な栄養素、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）	・必要な栄養素、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）
		4-5-3 排泄を続けることの支援	27 できるだけ自立した排泄を続けられるようにすることの支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常的な排泄リズム、排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無）、排泄方法を把握できるようにする支援体制の整備。 ・自分で排泄を続けられるよう排泄リズムに対する本人の認識を高めたり、排泄動作を維持できるようにする支援体制の整備。 ・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ひ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に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ひ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。	・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内の動線（日常的に通る場所、居室・居間の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間の取り（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（よく行く場所、そこまでの動線、日課など）	・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内の動線（日常的に通る場所、居室・居間の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間の取り（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（よく行く場所、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に支援。 ・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 [※]	
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、日常生活動線と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） ・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・室内の状況（室温、湿度、照明、床の状態、段差の有無、清潔の状態、口臭、食べかすの有無など） ・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、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） ・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・室内の状況（室温、湿度、照明、床の状態、段差の有無、清潔の状態、口臭、食べかすの有無など） ・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、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、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの有無など） ・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（自らの程度、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（食べる速度がいつとも違う、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、食事を留意する人	・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、食べかすの有無など） ・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（自らの程度、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（食べる速度がいつとも違う、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、食事を留意する人	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。	・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・行動・心理症状の状況（起きてい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（室温環境、家具や物の配置、照明など）※居室、居間、トイレ、洗面所など ・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） ・本人の生活に関わっている家族以外の本人、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）これまでの経緯の確認」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	・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・行動・心理症状の状況（起きてい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（室温環境、家具や物の配置、照明など）※居室、居間、トイレ、洗面所など ・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） ・本人の生活に関わっている家族以外の本人、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）これまでの経緯の確認」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感の程度を把握し、可能な限りこれを解消するよう支援。 ・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快感、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。	・本人が感じている不安（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、その内容や程度 ・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（室温調整、機械音の軽減、カーテンの活用など）	・本人が感じている不安（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、その内容や程度 ・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（室温調整、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 背景要因に対する対応策の実施の支援	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感、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、本人の不安や不快感、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされる。 ・したがって、本人から見た不安や不快感、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 ・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・本人の生活に関わっている家族以外の本人、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 ・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・本人の生活に関わっている家族以外の本人、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感、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、本人の不安や不快感、ストレスが要因であるため、本人から見た不安や不快感、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感、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、家族等の理解を深めることも大切。	・本人の日常生活リズム・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本人、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） ・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	・本人の日常生活リズム・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本人、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	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	・家族等が感じてい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や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 ・認知症に対する本人・家族等の理解度 ・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 ・認知症に対する本人・家族等の理解度 ・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、家族等の生活を促すうえで、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や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。	・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・同居の有無、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 ・仕事を必要とする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等） ・仕事を必要と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	・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・同居の有無、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 ・仕事を必要とする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等） ・仕事を必要と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
			7-1-2 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 ※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	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、本人を理解しとて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 ・地域で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 ・地域で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
	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	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にすることの支援 ・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選択の有無、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 ・将来的に死後も意向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き継ぎの準備	・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選択の有無、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 ・将来的に死後も意向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き継ぎの準備	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「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こる肺炎」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	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎は高齢者に多く起こる疾患であり、罹患すると重篤な影響を及ぼす可能性が大きいことへの理解をうながす。 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への理解をうながす。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎の予防のためにはまず誤嚥リスクの評価が重要であるため、本人の日常の健康状態や生活状況を把握し、誤嚥リスクを評価する専門職と共有。 なお、状態は変化することがあるので、一度で終わらせず継続的に把握・共有。 疾患や障害による影響を評価できるようにするため、本人の疾患の履歴や、障害の有無、認知機能の低下とそれに伴う生活障害等の状況を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。 	<ul style="list-style-type: none"> 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）入院中のケア内容（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 咀嚼や嚥下に関するトラブル（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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 咀嚼や嚥下に関するトラブル（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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> （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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥リスクの評価の根拠となる、咀嚼や嚥下に関す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。 	<ul style="list-style-type: none"> 咀嚼や嚥下に関するトラブル（出来事） 	<ul style="list-style-type: none"> 咀嚼や嚥下に関するトラブル（出来事） 	歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職
			5 咳や呼吸、口腔衛生の状況の把握と共有	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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
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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> （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） 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 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
			7 口腔乾燥への支援	<ul style="list-style-type: none"> 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中が乾か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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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、日間の排泄内容との違いなど） 自宅内の室温湿度の状況及び対応状況（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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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、日間の排泄内容との違いなど） 自宅内の室温湿度の状況及び対応状況（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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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（外食や配達や惣菜なのか、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 	<ul style="list-style-type: none"> 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（外食や配達や惣菜なのか、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	<ul style="list-style-type: none"> 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くなり、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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 食事からの栄養摂取ができていないか、食欲があるかを把握。 状況が変化しうするため、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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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、カリウム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、日間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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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、カリウム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、日間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	<ul style="list-style-type: none"> 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の判断を踏まえ、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 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の判断を踏まえ、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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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、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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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、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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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

卷末資料5 認知症検討案検証データ分析結果



全国 集計結果(令和元年度実施分+令和2年度実施分)

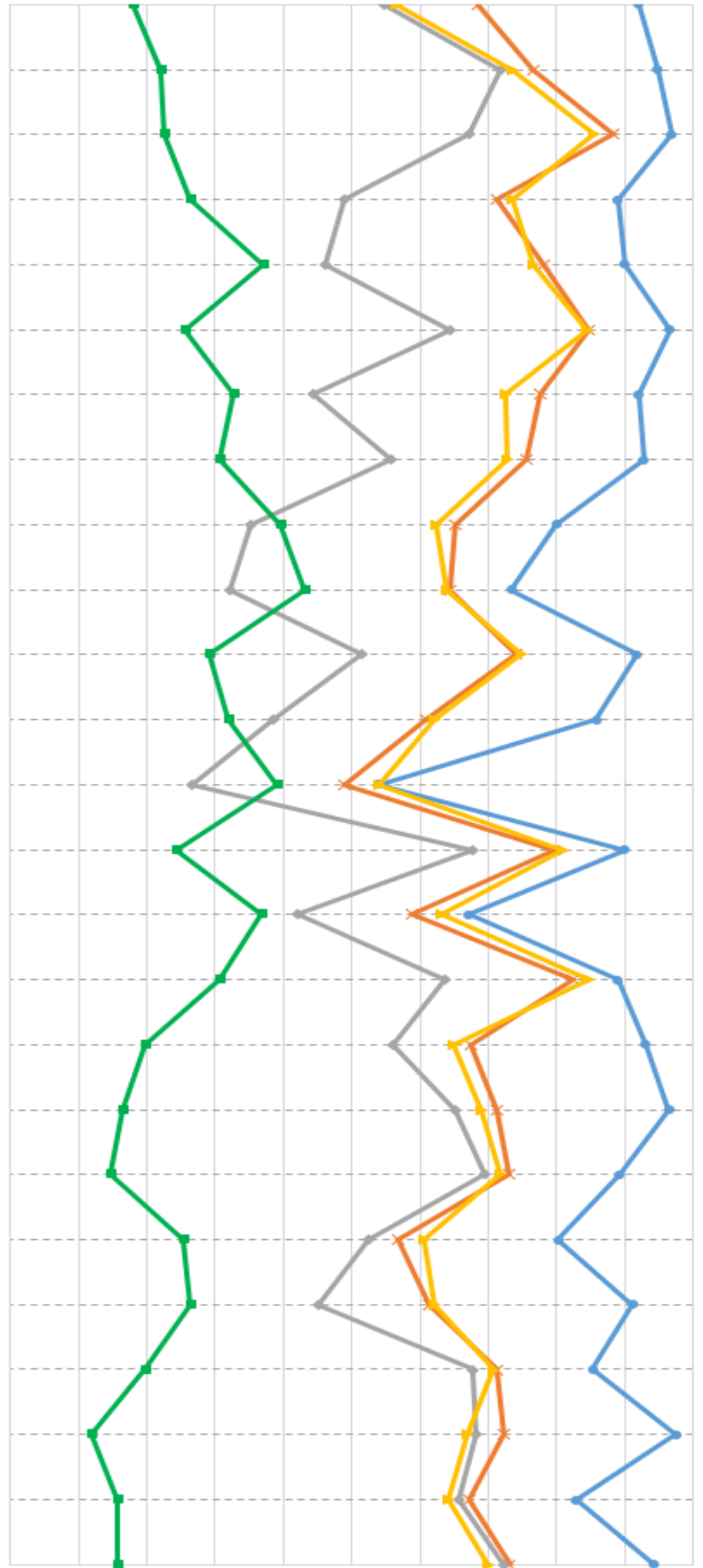
n=295

対象: 認知症

情報収集 支援の必要性 支援内容の位置づけ 現時点での支援の必要性 支援の見直しの必要性

0% 20% 40% 60% 80% 100%

1. 認知症と診断されるに至った経緯の把握
2. 医療及び他の専門職の関わりの把握
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
4. 本人に対する受けとめの支援
5. 疾患に対する家族・支援者の理解を深めることの支援
6. 本人の状況とその変化の把握
7. 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握
8. 本人の日常生活を取り巻く生活環境とその変化の把握
9. 意思決定支援の重要性への本人及び家族の理解をうながす支援体制を整える
10. 意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える
11. 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
12. 本人のこれまでの経緯、考えを把握する(聞き取り、語りの記録)体制を整える
13. 意思決定支援チームによる支援体制を整える
14. かかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携(かかりつけ医の判断のための材料の提供)
15. かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携(※特に、精神疾患がある場合は専門の医師との連携が重要)
16. サービス事業者や地域との関係する人との連携
17. 日常生活における意向の表明の支援
18. 本人の生活のリズムの把握
19. 一週間の生活リズムにそった生活・活動の支援
20. 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
21. 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
22. 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
23. 日常生活におけるコミュニケーションの状況の把握
24. 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の整備
25. 清潔を保つことに対する本人の認識や状況の把握





全国 集計結果(令和元年度実施分+令和2年度実施分)

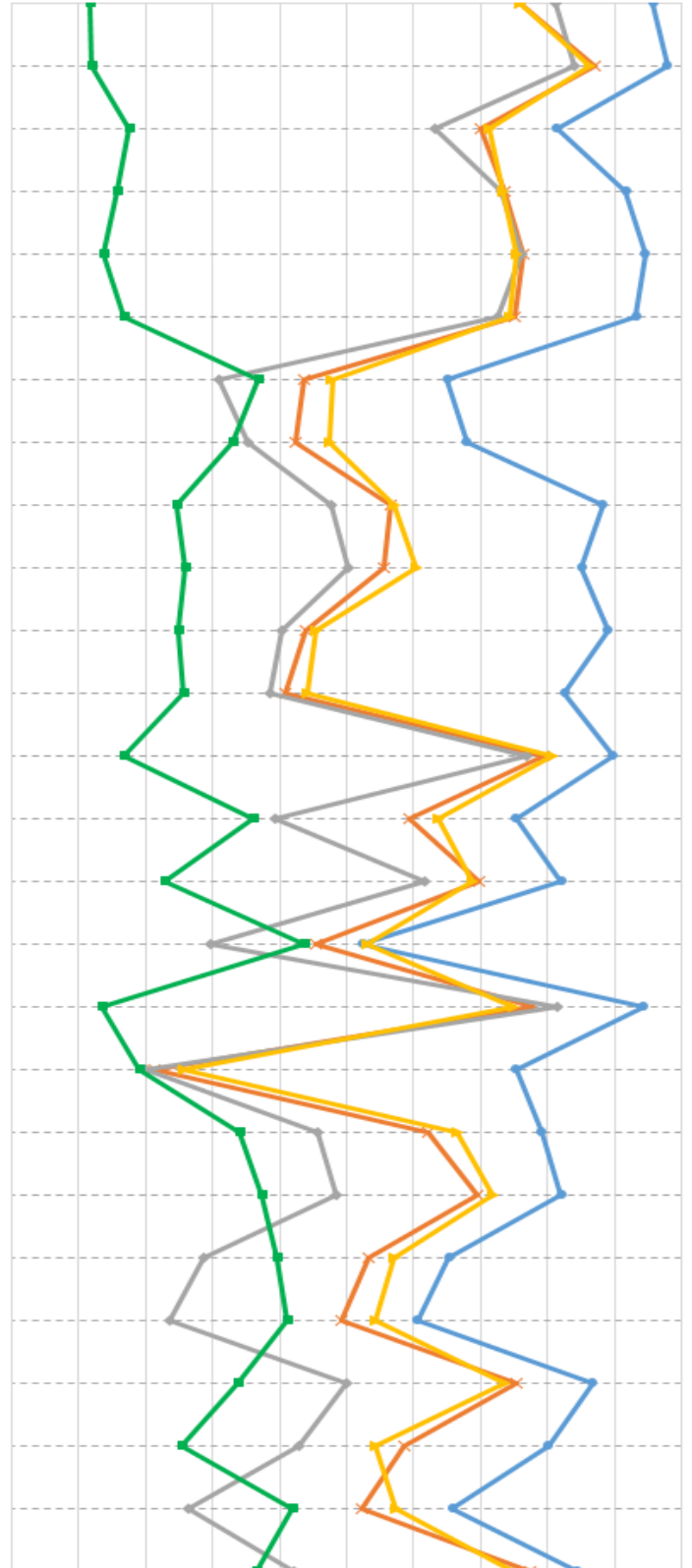
n=295

対象: 認知症

情報収集 支援の必要性 支援内容の位置づけ 現時点での支援の必要性 支援の見直しの必要性

0% 20% 40% 60% 80% 100%

- 26.清潔を保つことの支援
- 27.体調管理の支援
- 28.普段と異なる状態の把握とそれを表明することの支援
- 29.服薬が必要であることへの理解をうながす支援体制を整える
- 30.薬を管理できる支援体制を整える
- 31.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
- 32.必要な水分量及び日常的に摂取する水分量の把握
- 33.水分を摂取することの支援
- 34.必要な栄養及び日常的に摂取している栄養の把握(摂取方法を含む)
- 35.食事からバランスよく栄養を摂取することの支援
- 36.排泄の状況及び排泄リズムの把握
- 37.排泄リズムを保ち自分で排泄することの支援
- 38.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
- 39.その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握
- 40.状態に合った活動と参加を実現する環境整備
- 41.新たな役割・機能を獲得することの支援
- 42.転倒の予防の支援
- 43.誤嚥の予防の支援
- 44.行動・心理症状の具体的内容を把握する体制の構築
- 45.本人の不安やストレスの把握
- 46.背景要因に対する対応策の実施の支援
- 47.背景要因に対する家族の理解を深めることの支援
- 48.家族に対し相談支援が提供される体制を整える
- 49.家族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
- 50.本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援
- 51.将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援



**巻末資料6 誤嚥性肺炎の予防検討案
検証データ分析結果**



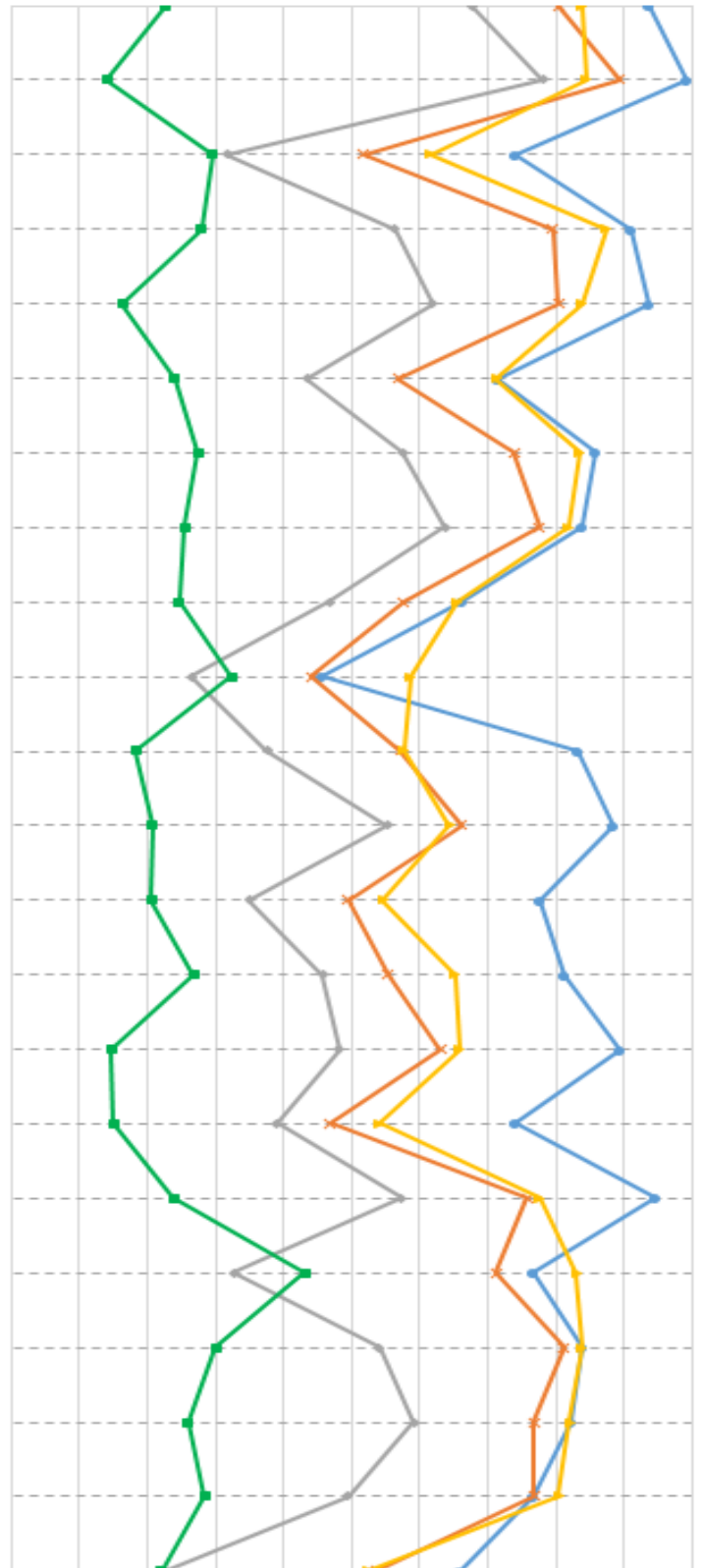
全国 集計結果(令和2年度実施分)

対象:誤嚥性肺炎の予防

n=112



1. 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解
2. 普段の健康状態や生活状態の継続的な把握と共有
3. かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況等の継続的な把握と共有
4. 誤嚥リスクが疑われる出来事の把握
5. 疾患・障害による影響の有無の把握
6. 咳や呼吸の状況の把握と共有
7. 口腔ケアの状況及び口腔内衛生状態の把握
8. 摂食嚥下機能の維持・改善のための支援
9. 発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーション・訓練
10. 口腔乾燥への支援
11. 安定した生活リズムの実現
12. 食内容の見直しの支援
13. 食事をとる道具や環境の整備
14. 食事の姿勢や行為の改善
15. 食事内容の把握
16. 食事からの栄養摂取状況の改善
17. 口腔ケアの実施
18. 一定期間ごとのリスクの再評価
19. 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）の共有
20. 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
21. 変化した状況に応じた必要な支援の提供
22. 入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有



**巻末資料7 認知症検討案・誤嚥性肺炎の予防検討案
検証資料(評価シート)**

評価シート：認知症

(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）)

令和元年度、令和2年度実施
認知症検討案
実証資料

- ・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。

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)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	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援の見直しの必要性	⑦追加/縮小すべき支援内容
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	○：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】	ケアプラン1～3表のいずれかに記載した事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるものどれか一つ 1：支援は当初のままで良い 2：支援を見直す（追加する）必要がある⇒【設問⑦へ】 3：支援を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑦へ】	追加/縮小が必要と思われる具体的な支援内容
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	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
		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	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
1.本人及び家族・支援者の認識の理解	1 本人と家族・支援者の認識の理解	本人や家族・支援者が抱く感情や想いの理解	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	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
		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の支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
			5 疾患に対する家族・支援者の理解を深めることの支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
	2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解	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（こころ、からだ、中核症状）	6 本人の状況とその変化の把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
			7 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
			8 本人の日常生活を取り巻く生活環境とその変化の把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
2.将来の準備としての意思決定の支援	1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	意思決定支援の必要性の理解	9 意思決定支援の重要性への本人及び家族の理解をうながす支援体制を整える	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
			10 意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
		本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	11 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	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
			12 本人のこれまでの経緯、考えを把握する（聞き取り、語りの記録）体制を整える	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
	2 意思決定支援体制の整備	意思決定支援体制の整備	13 意思決定支援チームによる支援体制を整える	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
3.必要に応じた連携体制の構築	1 必要に応じた連携体制の構築	かかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携	14 かかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携（かかりつけ医の判断のための材料の提供）	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
		かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職との連携	15 かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携（※特に、精神疾患がある場合は専門の医師との連携が重要）	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
		その他の関係する人との連携	16 サービス事業者や地域の関係する人との連携	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	

評価シート：認知症

(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）)

令和元年度、令和2年度実施
認知症検討案
実証資料

- ・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。

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)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	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援の見直しの必要性	⑦追加/縮小すべき支援内容	
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	○：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た なかった ⇒【設問⑤へ】	ケアプラン1～3表のいずれかに記載した事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるものどれか一つ 1：支援は当初のままで良い 2：支援を見直す（追加する）必要がある⇒【設問⑦へ】 3：支援を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑦へ】	追加/縮小が必要と思われる具体的な支援内容	
4.基本的な生活の支援	1 日常生活における本人の意向の尊重	日常生活における意向の尊重	17 日常生活における意向の表明の支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
			2 一週間の生活リズムを支えることの支援	一週間の生活リズムと変化を把握することの支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
				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	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
				生活リズムの崩れの把握と取り戻すことの支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
	3 日常的に参加する役割を整えることの支援	家庭や地域での役割を担い続けるためのADL/IADLの支援	21 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	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
			22 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	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
		コミュニケーションを取ることを支援	23 日常生活におけるコミュニケーションの状況の把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
			24 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の整備	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
		清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援	25 清潔を保つことに対する本人の認識や状況の把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
			26 清潔を保つことの支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
	4 体調管理や服薬管理の支援	体調の変化を把握し伝えることの支援	27 体調管理の支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
			28 普段と異なる状態の把握とそれを表明することの支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
		服薬支援	29 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
30 薬を管理できる支援体制を整える			○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3			
31 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			○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3			

評価シート：認知症

(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）)

令和元年度、令和2年度実施
認知症検討案
実証資料

- ・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。

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)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	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援の見直しの必要性	⑦追加/縮小すべき支援内容
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	○：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】	ケアプラン1～3表のいずれかに記載した事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるものどれか一つ 1：支援は当初のままで良い 2：支援を見直す（追加する）必要がある⇒【設問⑦へ】 3：支援を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑦へ】	追加/縮小が必要と思われる具体的な支援内容
4.基本的な生活の支援	5 基本的なセルフケアを継続することの支援	水分の摂取の支援	32 必要な水分量及び日常的に摂取する水分量の把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
			33 水分を摂取することの支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
		栄養の摂取の支援	34 必要な栄養及び日常的に摂取している栄養の把握（摂取方法を含む）	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
			35 食事からバランスよく栄養を摂取することの支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
		排泄を続けることの支援	36 排泄の状況及び排泄リズムの把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
			37 排泄リズムを保ち自分で排泄することの支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
5.これまでの生活の尊重と重度化の予防	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	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	38 活動と参加を通じた周囲の人びとの日常的な交流環境を実現するための支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
			39 その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
		持っている機能を発揮しやすい環境の整備	40 状態に合った活動と参加を実現する環境整備	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
			41 新たな役割・機能を獲得することの支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
	2 合併症や併発しやすい事故の予防	転倒の予防の支援	42 転倒の予防の支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
		誤嚥の予防の支援	43 誤嚥の予防の支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
6.行動・心理症状の予防・重度化防止	1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握	行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制の構築	44 行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制の構築	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
		本人の不安やストレスの把握	45 本人の不安やストレスの把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
	2 背景要因に対する取り組みの支援	背景要因に対する取り組みの支援	46 背景要因に対する対応策の実施の支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
		背景要因に対する家族の理解を深めることの支援	47 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	

評価シート：認知症

(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）

令和元年度、令和2年度実施
認知症検討案
実証資料

- ・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。

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)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	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援の見直しの必要性	⑦追加/縮小すべき支援内容
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	○：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】	ケアプラン1～3表のいずれかに記載した事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるものどれか一つ 1：支援は当初のままで良い 2：支援を見直す（追加する）必要がある⇒【設問⑦へ】 3：支援を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑦へ】	追加/縮小が必要と思われる具体的な支援内容
7.家族等への対応	1 家族支援に必要なサービスの調整支援	家族に対する支援の体制の整備	48 家族に対し相談支援が提供される体制を整える	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×		○ ・ ×	1 ・ 2 ・ 3	
			49 家族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	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×		○ ・ ×	1 ・ 2 ・ 3	
		本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×		○ ・ ×	1 ・ 2 ・ 3		
	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	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	51 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×		○ ・ ×	1 ・ 2 ・ 3	

評価シート：誤嚥性肺炎の予防

・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。

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)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	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援の見直しの必要性	⑦追加/縮小すべき支援内容			
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	○：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】	ケアプラン1～3表のいずれかに記載した事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるものどれか一つ 1：支援は当初のままで良い 2：支援を見直す（追加する）必要がある⇒【設問⑦へ】 3：支援を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑦へ】	追加/縮小が必要と思われる具体的な支援内容			
0.誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	必要性の理解	1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3				
			1.リスクの(再)評価	1 リスクの評価	誤嚥リスクの評価に資する情報の収集	2 普段の健康状態や生活状態の継続的な把握と共有	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
						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	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
						4 誤嚥リスクが疑われる出来事の把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
						5 疾患・障害による影響の有無の把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
						6 咳や呼吸の状況の把握と共有	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3	
			7 口腔ケアの状況及び口腔内衛生状態の把握	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3				
2.日常的な発症及び再発の予防	1 摂食嚥下機能の支援	摂食嚥下機能の改善・維持	8 摂食嚥下機能の維持・改善のための支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3				
			9 発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーション・訓練	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3				
			10 口腔乾燥への支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3				
			11 安定した生活リズムの実現	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3				
			2 リスクを小さくする支援	嚥下トラブルなく食事をとることの支援	12 食内容の見直しの支援	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
					13 食事をとる道具や環境の整備	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3		
	14 食事の姿勢や行為の改善	○・×			○・×	○・×		○・×	1・2・3				
	フレイル予防のために必要な栄養の確保	15 食事内容の把握			○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3			
		16 食事からの栄養摂取状況の改善	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3					
			口腔ケアの実施	17 口腔ケアの実施	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3			

評価シート：誤嚥性肺炎の予防

・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。

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)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	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援の見直しの必要性	⑦追加/縮小すべき支援内容
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	○：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】	ケアプラン1～3表のいずれかに記載した事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるものどれか一つ 1：支援は当初のままで良い 2：支援を見直す（追加する）必要がある⇒【設問⑦へ】 3：支援を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑦へ】	追加/縮小が必要と思われる具体的な支援内容
3.再評価	1 リスクの再評価	リスクの再評価	18 一定期間ごとのリスクの再評価	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×		○ ・ ×	1 ・ 2 ・ 3	
4.変化を把握したときの対応体制の構築	1 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	19 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）の共有	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×		○ ・ ×	1 ・ 2 ・ 3	
			20 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	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×		○ ・ ×	1 ・ 2 ・ 3	
			21 変化した状況に応じた必要な支援の提供	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×		○ ・ ×	1 ・ 2 ・ 3	
			22 入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×		○ ・ ×	1 ・ 2 ・ 3	

※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策定に向けた
調査研究事業報告書

令和3年3月

株式会社日本総合研究所

〒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: 080-9673-8693 FAX:03-6833-9481