

巻末資料・別冊資料

本事業の成果物及び検討経過に使用した資料・文献等は以下のとおりである。

- 巻末資料1 ケアマネジメントの標準化に関する概念図
- 巻末資料2 認知症検討案(項目一覧)
- 巻末資料3 認知症検討案検証データ分析結果
- 巻末資料4 認知症検討案検証資料(評価シート)
- 巻末資料5 誤嚥性肺炎の予防検討案(項目一覧)
- 別冊資料1 誤嚥性肺炎の予防のためのケア【検討案】

過去の研究資料成果

平成 28 年度以降、「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は、株式会社日本総合研究所 HP 内に掲載している。なお、下記 URL 内に過去のすべての資料を掲載しておりますが、資料名を直接検索いただくことも可能です。

以下、株式会社日本総合 HP 内

【平成 28 年度「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=31083>

【平成 29 年度「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=34346>

【平成 30 年度「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」】

URL : <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=34346>

- ◆ ケアマネジメントにおけるアセスメント／モニタリング標準化「脳血管疾患及び大腿骨頸部骨折」がある方のケア
- ◆ ケアマネジメントにおけるアセスメント／モニタリング標準化「心疾患」がある方のケア
- ◆ ケアマネジメントにおけるアセスメント／モニタリング標準化「認知症」がある方のケア 【検討案】

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

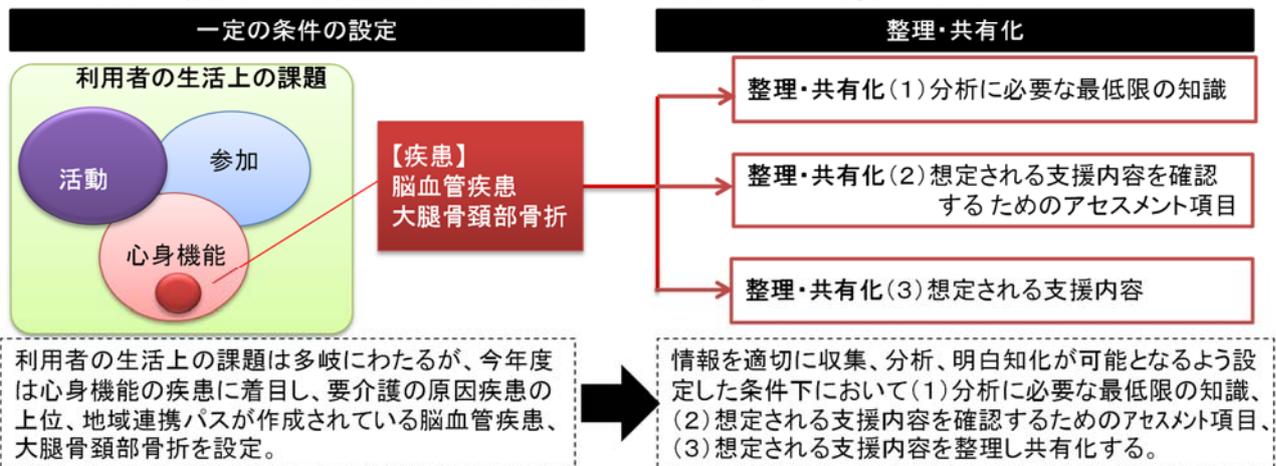


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

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。

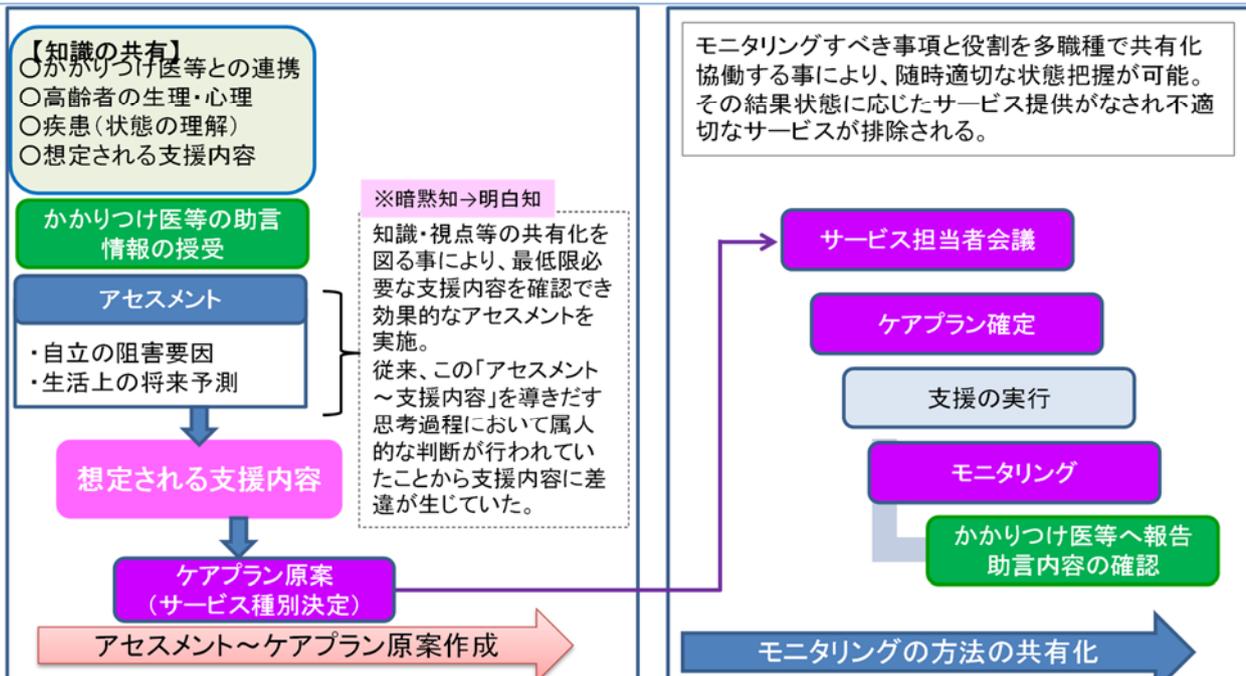


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

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

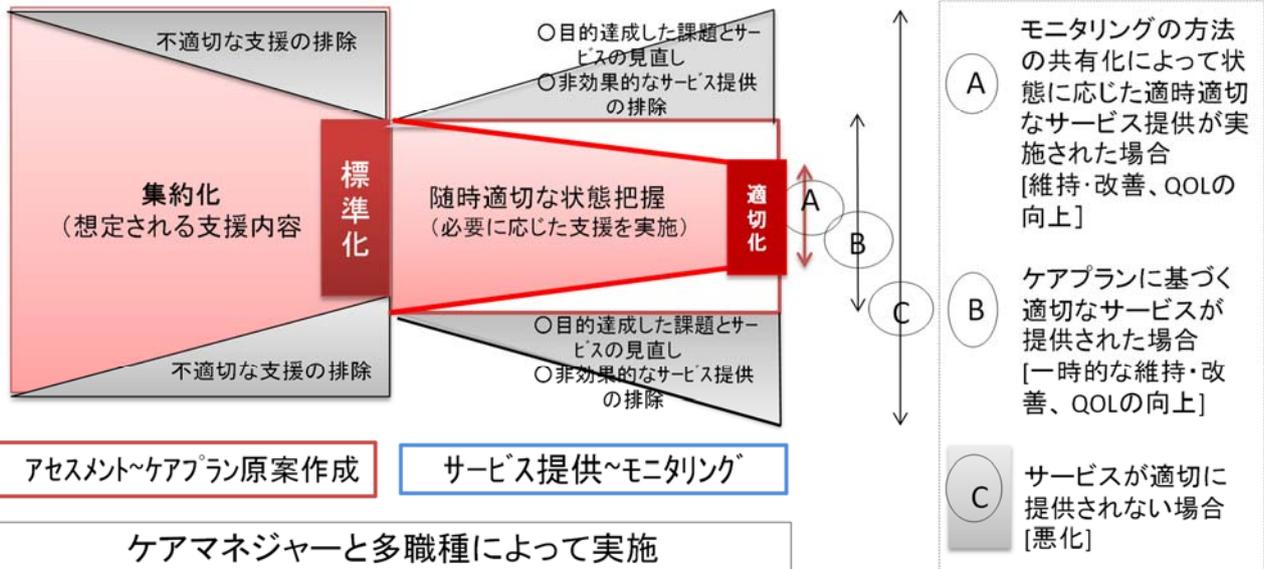


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

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

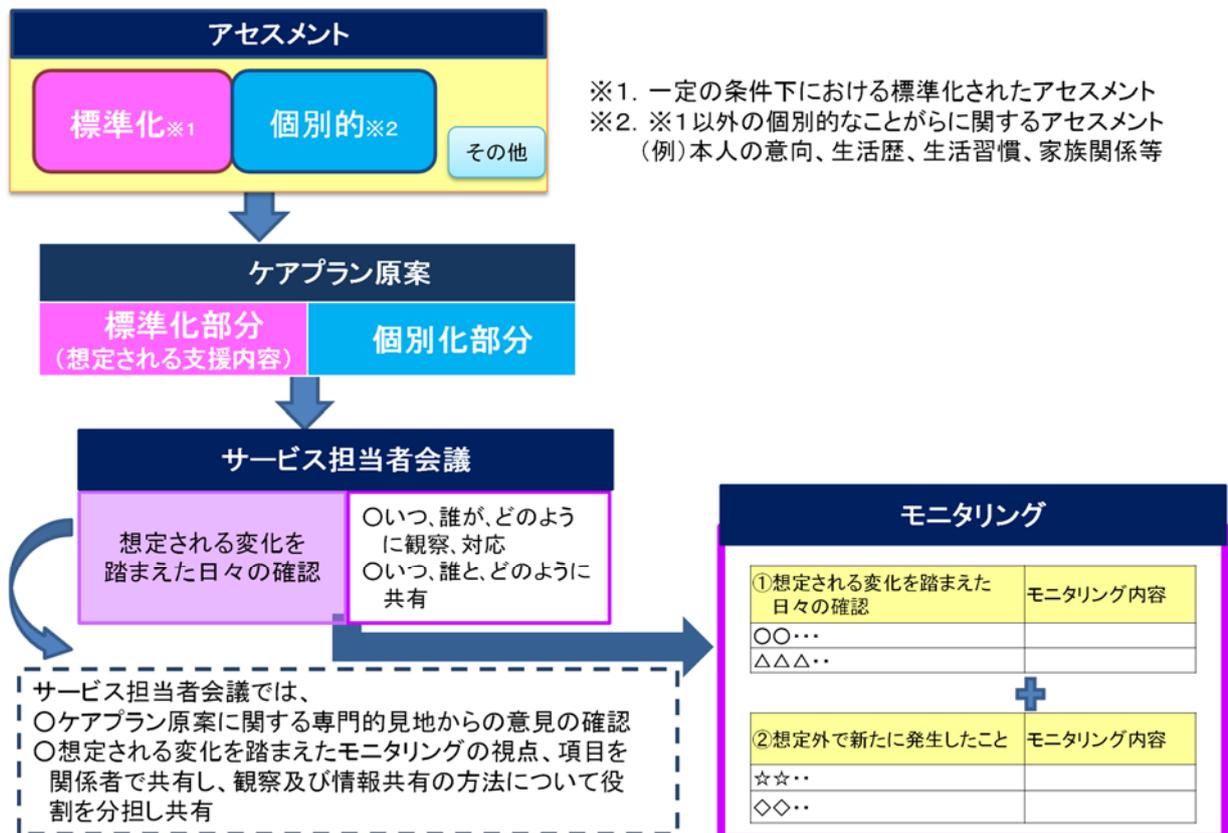


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

卷末資料2 認知症検討案(項目一覧)

【検討案】項目一覧 認知症

※本検討案は以下のような状態の方を想定した上で支援内容等を検討・整理したものである

アルツハイマー型認知症の診断があって、比較的初期～中期（目安：ADLが自立あるいは一部介助程度までであって、認知症高齢者生活自立度でⅡb程度までの時期）

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の場合は特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人の連携が重要であることに留意が必要

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等		
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*	
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	・認知症と診断されるに至った経緯、診断の状況とその過程でのエピソードを把握する ・認知症の症状がどのような部分に現れたかを把握し、本人の不安を捉えるために、診断に至るエピソードを把握することが重要である	・診断に至るまでのエピソード ・中核症状の現れ方 ・受診した医療機関、診断の内容 ・診断に対する本人の思い	医師、歯科医師、看護師	
		これまでの医療及び他の専門職の関わり等の把握	2 医療及び他の専門職の関わり等の把握	・現在に至るまでにどのような医療及び他の専門職が関わってきたかを把握する ・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等の把握することが重要である	・医師による判断の状況（主治医意見書等による把握） ・認知症初期集中支援チームの関わり方 ・併発疾患の有無、その治療に関わる医師と治療の状況 ・現在利用している医療・介護の有無とその内容（引き継ぎを含む）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
	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・支援者が抱く感情と想いの理解	3 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援	・認知症と診断され、生活に認知機能低下の影響が現れ始めたことに対し、本人が抱く不安及び家族・支援者が抱く感情、その変化を捉えられるようにする ・これからの生活を支えるうえで最も重要な本人の不安とその変化を把握するために、本人自身の不安や恐怖に加えて家族・支援者が抱く感情や想いとその変化を捉え続けられることが重要である	・本人が持つ恐怖や不安 ・家族・支援者が持つ恐怖や不安 ・家族・支援者が感じている葛藤 ・介護の大きさに対する家族の認識	医師、歯科医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職
			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	・認知症に対し本人がどのように受けとめているかを把握する ・本人が感じている不安や恐怖を捉えるために、認知症という疾患に対する受けとめの状況を把握することが重要である	・本人の認知症に対する受けとめの状況	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
本人や家族・支援者の理解を深めることの支援			5 疾患に対する家族・支援者の理解を深めることの支援	・本人の生活を取り巻く家族・支援者の、認知症に対する考え方、理解の程度を把握する ・認知症のある高齢者の不安や不快は、本人と家族・支援者との関係性に起因するものも多いため、家族・支援者がどのように認知症を理解しているかを把握することが重要である	・家族・支援者の認知症に対する認識や理解の状況 ・家族・支援者に対する支援（情緒的支援、情動的支援、手段的支援）の必要性	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解	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	・本人の変化を捉えられる体制がどのようになっているかを把握する ・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるかを把握する ・認知症に伴う本人の状況は変化していくものであり、かつ家族や支援者が負荷を抱え込まなくて良いようにするためにも、本人の変化を捉え、必要に応じてさらに支援を求められるようにする体制の構築が重要になる	・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化 ・本人に関わる人や関係者、及びその変化 ・かかりつけ医への報告の状況 ・関係者間での情報共有の状況	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
		本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握	7 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握	・本人を取り巻く状況でもとくに、本人を取り巻く人との関係性がどのようになっているかを把握する ・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるかを把握する ・認知症に伴う本人の不安や安心は周囲の人との関係性に起因する場合も多いため、本人を取り巻く人との関係性、及びその変化を捉えることが重要である	・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化 ・本人に関わる人や関係者、及びその変化 ・本人からみて重要な関係性、信頼を置いている相手 ・本人からみて快／不快に感じている関係性	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
		本人の日常生活を取り巻く生活環境とその変化の把握	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	・本人を取り巻く状況でもとくに、生活環境がどのようになっているかを把握する ・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるかを把握する ・認知症のある高齢者が、普段の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である	・普段の暮らしで多くの時間を過ごす居宅内の場所 ・良く過ごす場所の環境（温熱環境、光環境、動線上の環境） ・エアコン等の家電の操作状況 ・地域の中で普段よく行く場所、及びそこまでの動線上の環境 ・困ったときに知らせる手段、知らせを受けられる体制	看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
		本人の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	・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族が理解できるよう支援する。なお、ここでの意思決定は、普段の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である。なお、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意する	・本人の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の理解の程度 ・本人の意思決定を支援しうるキーパーソンの有無、本人との関係性 ・日常的な金銭管理の主体、本人との関係性	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
2 意思決定支援体制の整備	2 意思決定支援体制の整備	本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	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	・意思決定支援を判断するために必要な情報が提供されるように支援する。なお、ここでの意思決定は、普段の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である	・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・本人の意思決定を支援しうるキーパーソンの有無、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、状況	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
		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	・本人の言葉を日々捉えられるような体制を整える ・認知症の影響が大きくなってきても、本人の意思表明をする力は残っている。言葉による意思の表明が難しくなった場合でも、態度やしぐさなど、他の方法で意思を表明する場合がある。したがって、意思決定支援においては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要である	・これからの生活に対する本人の思い ・今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 ※これらの項目を本人からだけでなく、家族からも聞き取る	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
		本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	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	・本人の、認知症になるまでの生活における経緯や考えを把握する ・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、これを捉えやすくするためにも、本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要である	・これまでの生活に対する本人の思い ・生活歴、成育歴 ・仕事や社会生活の概要 ・本人が得意にしていること ・以前の生活における地域での役割 ・以前の生活における家庭内での役割	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
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）	・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、また普段の生活の変化を医師に伝えられているかの状況とその変化を把握する ・普段の生活の様子を見ていて変化がみられれば、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医やかかりつけ歯科医に情報提供し、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、医師と連携して医療に関する意思決定支援の体制を整える ・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普段の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、かかりつけ医やかかりつけ歯科医に対し、本人の生活の状況の変化の情報共有をしておくことが重要である。特に、認知症の状況の進行とともに、本人が自ら症状を訴えることが難しくなる場合もあるため、かかりつけ歯科医師との連携が重要である。	・かかりつけ医及びかかりつけの医療機関 ・かかりつけ歯科医師及びかかりつけの歯科医院 ・受診の頻度（訪問診療の有無） ・受診の同行者の有無（受診に同行するキーパーソンが誰か） ・かかりつけ医への情報提供の手段、頻度 ・かかりつけ歯科医師への情報提供の手段、頻度 ・医療に関する意思決定支援の必要性、意思決定に関する支援者と体制 ※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、介護職	
		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）	・普段の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を構築する ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連する専門職等との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要である	・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外への受診の有無、担当医及び医療機関 ・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外の専門職の関わり方 ・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
		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	・普段の生活の状況やその変化を把握し、必要に応じて新たに連携すべき相手がいれば連携体制を構築する ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連するサービス事業者やインフォーマルサポート（民生委員、ボランティア等を含む）において関係する人との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要である	・本人の普段の生活の状況（サービス事業者によってはサービス利用中の状況） ・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化 ・生活の状況の変化（特に短期目標の期間程度での変化） ・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 ・地域における認知症への理解の状況 ※これらの項目に加え、「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」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	

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*
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	・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 ・日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要である	・日常生活における意向の表明の状況 ・日常生活における決定を主体的に誰がしているか ・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	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
	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	18 本人の生活リズムの把握	・本人の普段の一週間の生活リズム、日課等を把握する ・本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要である	・本人の日次（24時間）の生活リズム、よく居る場所 ・本人の週次や月次の生活リズム ・本人の生活リズムを把握しうる家族などのキーパーソン	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		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	19 一週間の生活リズムにそった生活・活動の支援	・本人の普段の生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び普段の生活における支援者の関わりや状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援を行う ・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ようとして、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	・本人の日次（24時間）の生活リズム ・本人の日課における介助の必要性 ・本人の日課の支援者と支援内容 ・本人の日次の生活リズムを把握しうる家族などのキーパーソン ・日中の運動・活動の量と内容 ・日中の運動・活動の場所 ・運動や活動を控えることがある場合、その理由 ・普段の生活における休養・睡眠のタイミング、時間、睡眠の質 ・普段の生活において休養する場所、環境 ・普段の生活において睡眠をとっている場所、環境	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		生活リズムの崩れの把握と取り戻すことの支援	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	・認知症の進行や健康状態の変化により、生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握し、改めて本人にとって心地よい生活リズムを取り戻せるようにするための支援を行う ・認知症は状況が変化するものであり、高齢者の健康状態もまた、時間の経過とともに変化するものである。したがって、心地よい生活リズムを捉えたとしてもどこかでそれが崩れることがあるため、その変化を把握して生活リズムを取り戻す支援が重要である ・なお、その際のリズムは、必ずしも元の生活リズムが正しいのではなく、その状況に合った本人にとって心地よいリズムを改めて把握し、それにそった生活を支援することが重要である	・生活リズムの変化 ・生活リズムの変化の要因 ・本人にとって心地よいであろう生活リズム ・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	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
	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 本人がこれまで担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握	・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を把握する ・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必要である	・以前の生活における地域での役割と現在の実行状況 ・現在の生活における地域での役割 ・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 ・以前の生活における家庭内での役割と現在の実行状況 ・現在の生活における家庭内での役割 ・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 ・金銭管理の状況 ・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 ・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
				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	・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 ・認知症があっても本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要である	・地域や家庭での役割を担うことに対する本人の認識 ・地域や家庭での役割を担うことに関わるADL/IADLの概況 ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード ・地域や家庭での役割を担い続けられるようにするための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や支援者等による支援の状況
		コミュニケーションを取りやすくなることの支援	23 日常生活におけるコミュニケーションの状況の把握	・日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況を把握する ・本人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	・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況 ・本人と家族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 ・以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	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
				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	・本人の状況に合わせて、家族及び家族以外の周囲の人との間でコミュニケーションを取りやすいような環境を整える ・本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションの状況を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要になる	・本人と家族とのコミュニケーションの方法や内容 ・本人と家族以外とのコミュニケーションの方法や内容
		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	・地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況を把握する ・本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要である	・清潔を保つことに対する本人の認識 ・清潔に関する周囲が感じている変化の把握 ・着替え、整容、口腔ケア、入浴の実施状況	歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
				26 清潔を保つことの支援	・本人が清潔を保つことを支える環境を整える ・本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要である	・着替え、整容、口腔ケア、入浴の実施状況 ・清潔を保つことに対する本人や家族の認識 ・清潔を保つことに対する本人のこだわり、興味 ・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
	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	・普段の体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものかを把握し、そのうえで日々の体調を管理できるような支援する体制を整える ・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、長期的な変化と普段の状況を捉える体制を整えておくことが重要である	・普段の体調（食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等） ・体調を把握する手段 ・フレイルの状況が分かるエピソード（転倒等） ・自分の体調に対するうけとめ、体調を把握する手段 ・日常的な療養と体調管理を続けることの支援体制 ・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、家族との関わり等）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
				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	・普段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 ・認知症のある高齢者の場合、普段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、普段の状況を捉える体制を整えておくことが重要となる	・体調を把握する手段 ・普段と異なる状況の程度 ・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 ・いざという時に入院候補先となる医療機関の把握（※探索し、予め決めておくことができることが望ましい）
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	・認知症あるいは併発疾患の療養のためには、医師の指示にしたがった適切な服薬が必要であることを本人が理解できるような支援体制を整える ・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になる	・処方内容、服薬状況 ・処方内容や服薬状況に変更があった場合は変更内容と変更理由 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
		30 薬を管理できる支援体制を整える	・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法 ・かかりつけ医やかかりつけ薬剤師との相談の状況 ・かかりつけ薬剤師による関わりや程度	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
	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	・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を整備する	・処方されたおりに服薬できているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わりや状況 ・服薬支援機器の活用状況 ・服薬の状況、飲み残しの有無	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職		

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*
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	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要水分量、必要水分量に対する認識 ・日常的に摂取している大まかな水分量、及びその摂取経路 ・普段の生活での日中の活動の状況 ・良く過ごす場所の温熱環境（寒暖、日当たり、エアコン等の設備の状況等） ・普段の生活での排泄リズム、排泄の状況 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			33 水分を摂取することの支援	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の生活において、必要な水分量を摂取できるよう支援する体制を整える ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・声かけの必要の程度（必要な支援は準備か、声かけか、摂取の介助か） ・食事摂取や嚥下動作 ・食事や水分の摂取の方法と手段 ・水分の摂取に関する失敗のエピソード 	
		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）	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の生活で必要な栄養量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整える ・栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な栄養の量とバランス、必要な栄養に対する認識 ・日常的に摂取している大まかな栄養の量とバランス、その摂取経路 ・口腔機能の状況、口腔ケアの実施状況 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			35 食事からバランスよく栄養を摂取することの支援	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の食事においてバランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を支える体制を整える ・栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の種類、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） ・食事量、食べ残しの状況 ・食に関する医師からの指示の有無とその内容 ・食の好みやこだわり、食の嫌いや偏食の状況 ・嚥下機能、義歯や咬合の状況、歯科受診・治療の状況 ・食事の形態、摂取状況 ・食事の摂取に関する失敗のエピソード 	
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の排泄リズム、排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無）、排泄方法を把握できるような支援体制を整える ・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常的な排泄の方法（トイレ、Pトイレ、おむつなど） ・排泄リズム、頻度 ・排泄内容の変化の有無（便秘や下痢といった状況とその変化の有無） ・排泄に関する失敗のエピソード 	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			37 排泄リズムを保ち自分で排泄することの支援	<ul style="list-style-type: none"> ・自分で排泄を続けられるよう排泄リズムに対する本人の認識を高めたり、排泄動作を維持できるような支援体制を整える ・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄動作の状況 ・排泄リズムに対する本人の認識 	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対する支援を検討するために、普段の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捉える。これを踏まえ、交流関係に対する支援及び交流を円滑にできるような本人に対する支援を検討する ・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である 	<ul style="list-style-type: none"> ・活動と参加に関わる各行為の状況 ・普段の生活を通じて交流している人、人間関係の広がり ・他人との交流の方法 ・交流に対する、本人が感じている心理的な困惑や葛藤 ・本人の活動と参加の状況を頻回に把握できる人（キーパーソン） ・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、介護職
			39 その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握する ・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である 	<ul style="list-style-type: none"> ・その人にとっての快・不快の状況 ・快・不快の状況の変化 ・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） 	
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境を整える ・認知機能が低下しても、本人が自ら活動・参加できるようにするために、人的な支援だけでなく、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤に、そうした生活を継続し、拡充できるように生活環境・活動環境を整えることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の日次（24時間）の生活リズム ・自宅の住環境、物品や用具の使い方 ・普段よく行く地域の場所と動線 	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
			41 新たな役割・機能を獲得することの支援	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症になる前の生活と比較して役割を縮小させるだけでなく、さらに新たな役割機能を獲得できるよう支援する ・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である 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活歴 ・現在の家庭や地域での役割 ・本人のストレングス ・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、移動サービスの把握 	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・状況の重度化の要因となる転倒を予防するよう、日常生活動線を把握するとともに環境を整えることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・体重の変化（特に体重の顕著な減少がないかどうか） ・筋力の低下の状況 ・空間認識の状況 ・咬合の状況 ・本人の日次（24時間）の生活リズム ・居宅内外の動線 ・日常生活におけるADL/IADLの状況 ・居宅内外の移動における用具等の利用状況 ・本人や家族の転倒に対する認識 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
		43 誤嚥の予防の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能の状況だけでなく、その変化を本人がどのように捉えているかも含め、誤嚥のリスクを低下できるような体制を整える ・状況の重度化の要因となる誤嚥を予防するよう、日常生活における動線を把握するとともに環境を整えることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアの自立の程度 ・口臭の有無 ・口腔内の清潔の状況 ・口腔内の感覚の異常（過敏、口内炎や傷等）の有無 ・義歯の使用の有無、義歯の汚れや破損の有無 ・かかりつけ歯科医の有無、歯科の受診の状況 ・食事の際の本人の様子 ・本人の咀嚼能力、嚥下能力 ・本人の食の好み ・食事の用意の方法、食事を用意する人 ・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 		医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等		
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*	
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	<ul style="list-style-type: none"> 行動・心理症状がどのような状況やタイミングで起きているか（どのような状況で起きやすいのか、定期的に起きているのか等）を把握する体制を整える 行動・心理症状を予防するためにも、どのような状況が本人にとっての要因になっているかを分析する必要があるため、まずはどのような状況・タイミングで行動・心理症状が起きているかを把握することが重要である なお、行動・心理症状に対しては背景要因を把握して対応することが基本だが、実際には本人の意思の尊重と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、普段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である 	<ul style="list-style-type: none"> 行動・心理症状の状況、内容（どのようなことが起きているか） 行動・心理症状が起きるタイミングと現れ方 本人の生活リズムに対する家族の関わり方 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 本人の日次（24時間）の生活リズム 居宅内の生活環境 服薬の状況 行動・心理症状の状況を把握する体制（同居家族だけでなく、他のキーパーソンを含めた連携の体制） 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、ソーシャルネットワークサービスの利用など） ※これらの項目に加え、「0.ここまでの経緯の確認」や「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、介護職	
			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	<ul style="list-style-type: none"> 本人が感じている不安や不快の程度を把握し、可能な限りこれを解消するような支援を提供する 行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であり、こうした状況を把握して分析し、解消策を実施することは行動・心理症状の予防に重要である 	<ul style="list-style-type: none"> 本人が感じている不安の程度、内容 痛みやゆきみなどの不快（言葉にならないストレス）を伴う状況の有無、その内容と程度 生活環境（音や光など）からくる不快の有無、その内容と程度 生活環境に対する本人の好み 	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
	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	<ul style="list-style-type: none"> 行動・心理症状の背景要因を捉え、特に本人から見た不安や不快、ストレス等を解消するための取り組みと支援を提供する 行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法の原則とされる したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要である 	<ul style="list-style-type: none"> 行動・心理症状の背景要因 ※ここでは前項で把握される背景要因を指すため、基本方針・短期「1.行動・心理症状の把握と背景要因の把握」で把握する事項も併せて確認することが必要 本人の生活歴 本人の日次（24時間）の生活リズム 普段の状況、健康状態 本人の生活に関わっている人、それらの人との関係性 ケアやリハビリテーションを提供する体制 ケアを提供した結果（状況の変化）を共有する手段 在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の資源の把握 	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	
			47 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援	<ul style="list-style-type: none"> 行動・心理症状には背景要因があること、その多くが本人から見た不安や不快、ストレスが要因となっていること、そうした背景要因の解決こそが重要であることについて、家族の理解を深める支援を提供する 行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法の原則とされる したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要である さらに、本人から見た不安や不快、ストレスの解消のためには、家族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、家族の理解をうながすことも大切である 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の生活リズムに対する家族の関わり方 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 背景要因に対する家族の理解の程度 行動・心理症状の背景要因 ※ここでは前項で把握される背景要因を指すため、基本方針・短期「1.行動・心理症状の把握と背景要因の把握」で把握する事項も併せて確認することが必要 本人の日次（24時間）の生活リズム 行動・心理症状が起きやすい時間帯にケアを提供する体制 ケアを提供した結果（状況の変化）を共有する手段 	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	
	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	<ul style="list-style-type: none"> 家族が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社会資源をつなぐような支援を提供する 日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族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 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症に対する家族の受容の状況 認知症に対する家族の不安の状況、ねぎらいが得られる状況 家族が必要な情報を収集する手段 相談支援の状況 家族に紹介しうる地域の相談支援に関する社会資源の状況 介護の大きさに対する家族の認識と理解 	医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職
				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	<ul style="list-style-type: none"> 家族自身の生活のリズムが保たれるよう、家族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 日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族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 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の生活リズムとその変化 同居している家族の生活リズム（仕事などの状況を含む） 同居していない家族の生活リズム 仕事や生活との両立に関わる家族の不安、悩み 家族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 家族の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況 仕事をする家族の会社での役割の変化 仕事をする家族の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等） 家族の睡眠・休養の状況 	医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職
本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援		50 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援	<ul style="list-style-type: none"> 家族が一人で抱え込まなくて良いよう、家族だけでなく、本人を理解しとにも関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があった近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援を行う 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 	<ul style="list-style-type: none"> 本人や家族の生活に関わっている人の状況 本人や家族の近所づきあいの状況 本人や家族の交友関係 地域生活における本人や家族にとってのキーパーソンの有無 地域とのトラブルのエピソード 地域における認知症への理解の状況 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状況 	医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職		
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	<ul style="list-style-type: none"> 将来にわたり、本人の尊厳を守り、できる限り今の生活を継続できるよう、本人や家族の生活の意向を捉えたとともに、将来の生活に備えて利用可能な地域資源があることを伝える支援を行う 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である 	<ul style="list-style-type: none"> 本人や家族の将来の生活に対する意向 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の理解 本人や家族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、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 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職		

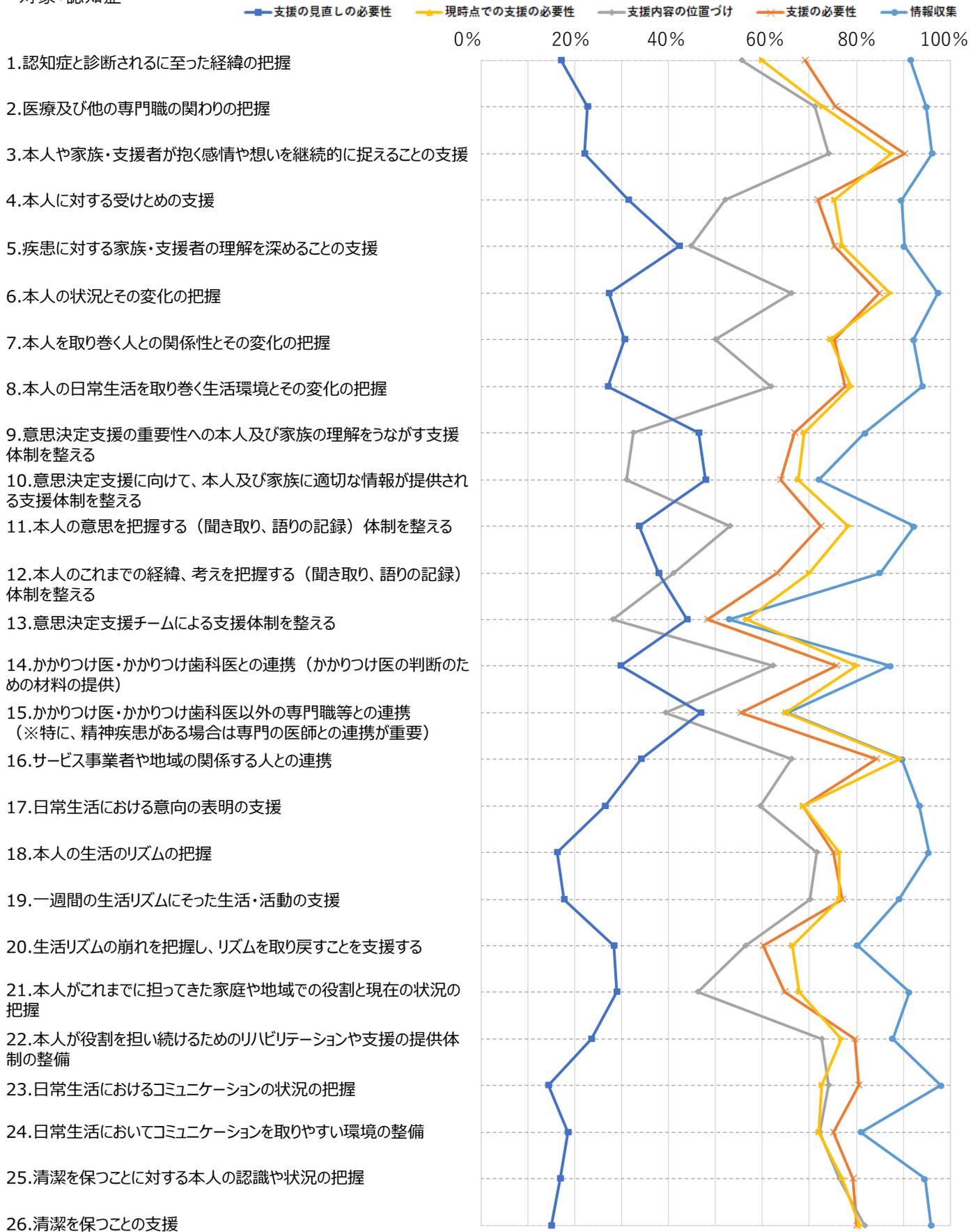
卷末資料3 認知症検討案検証データ分析結果



全国 集計結果(令和元年度実施分)

対象: 認知症

n=159

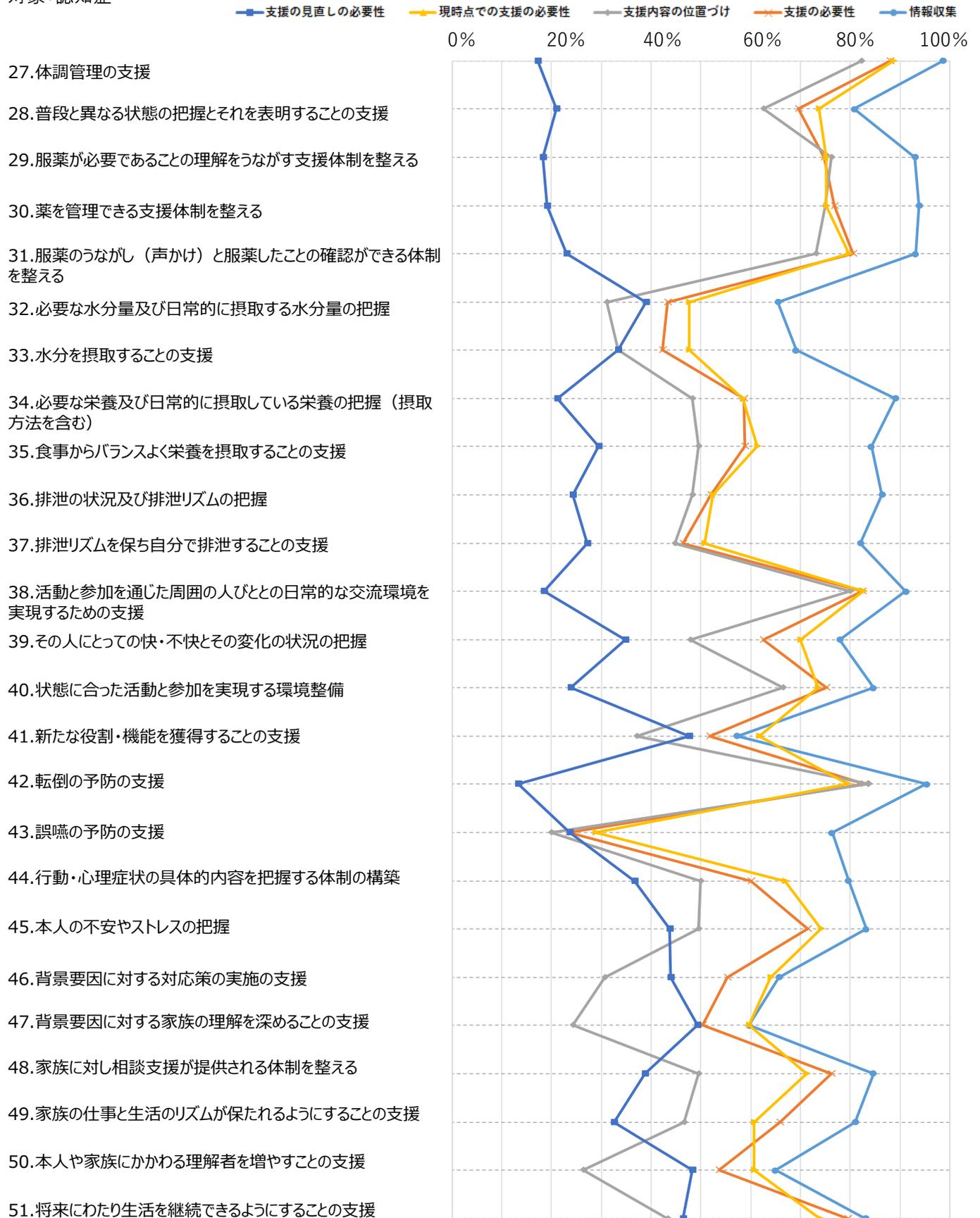




全国 集計結果(令和元年度実施分)

対象: 認知症

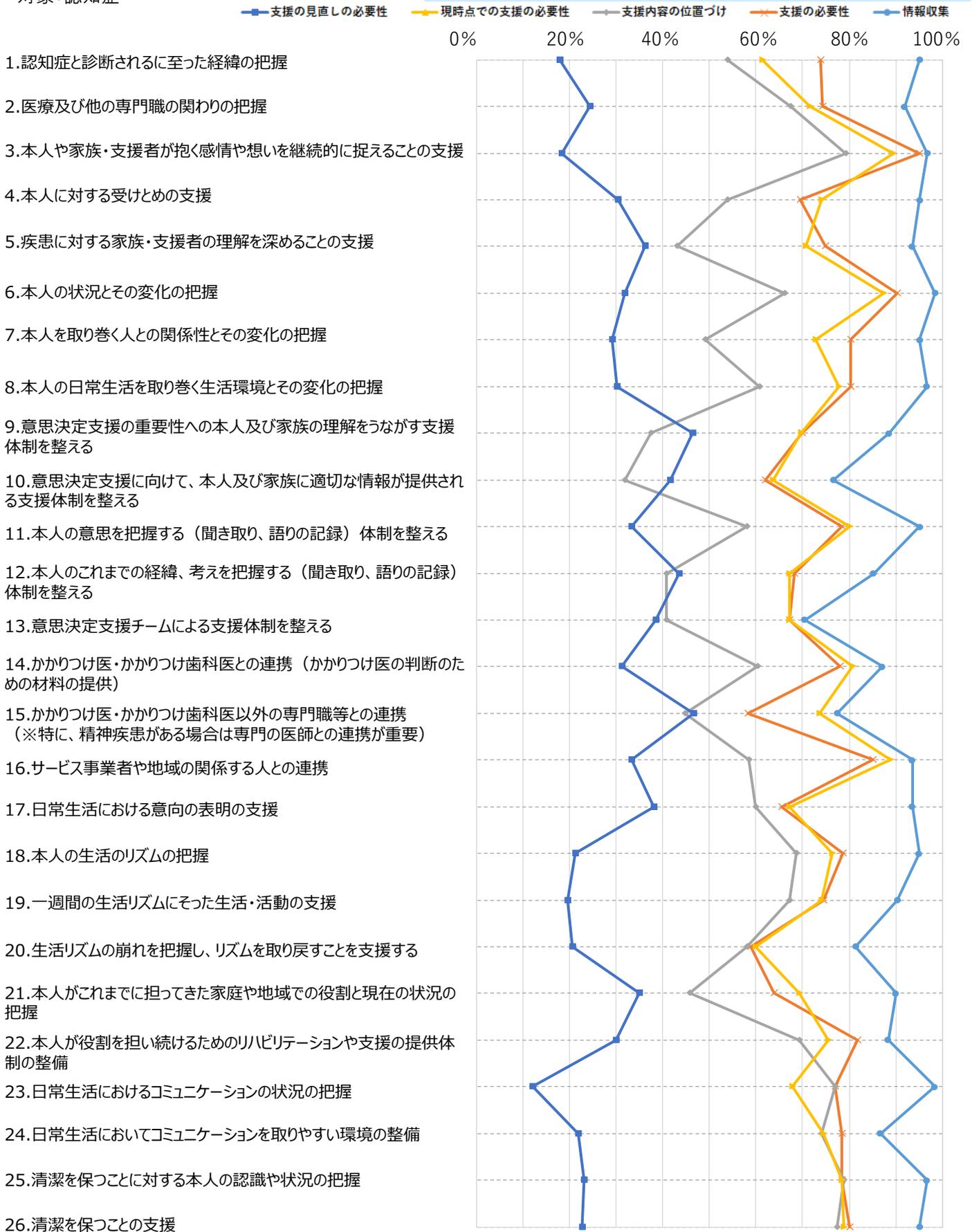
n=159





全国 集計結果(令和元年度実施分)
対象: 認知症

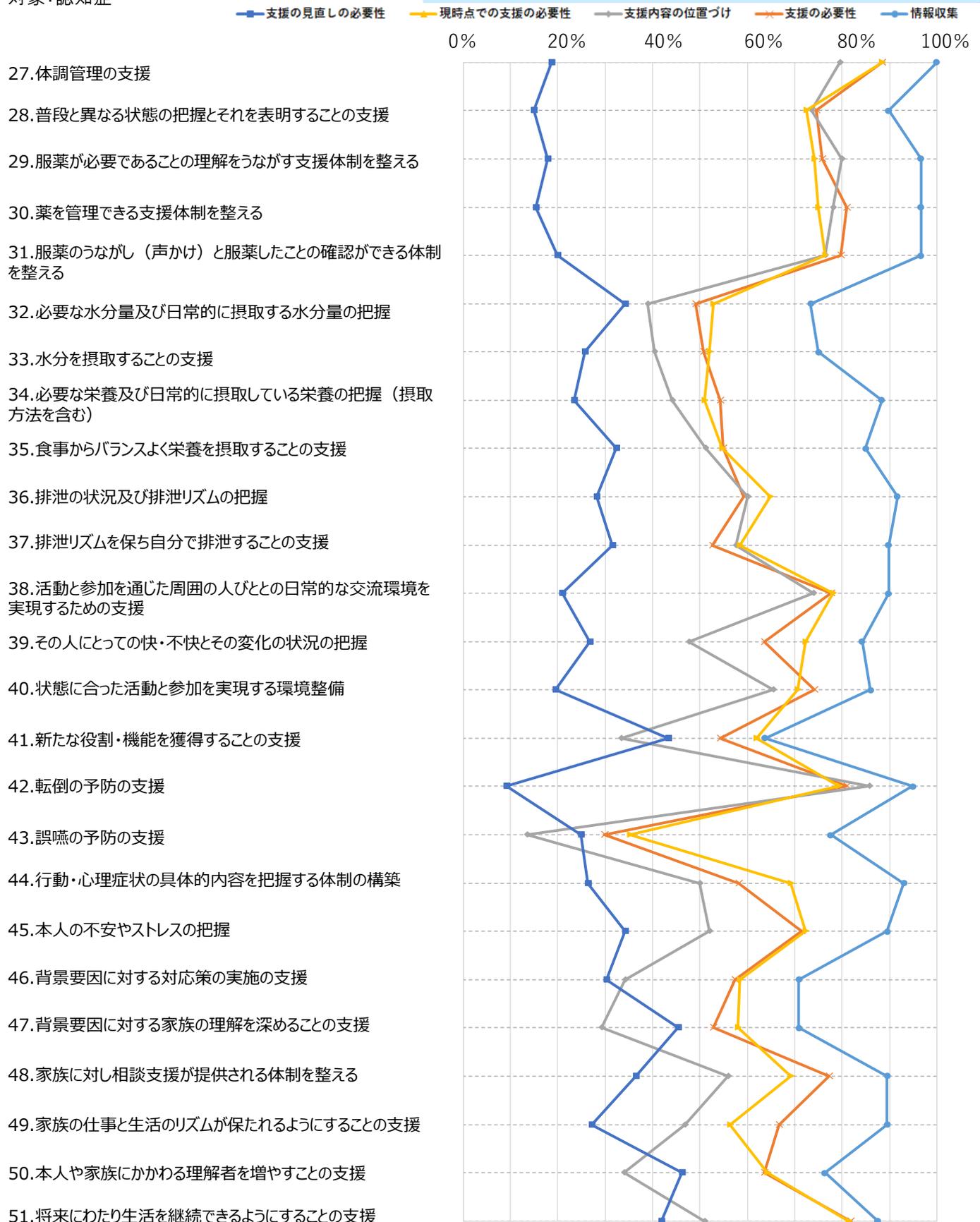
意思決定支援チームに留意点を確認した(n=63)





全国 集計結果(令和元年度実施分)
対象: 認知症

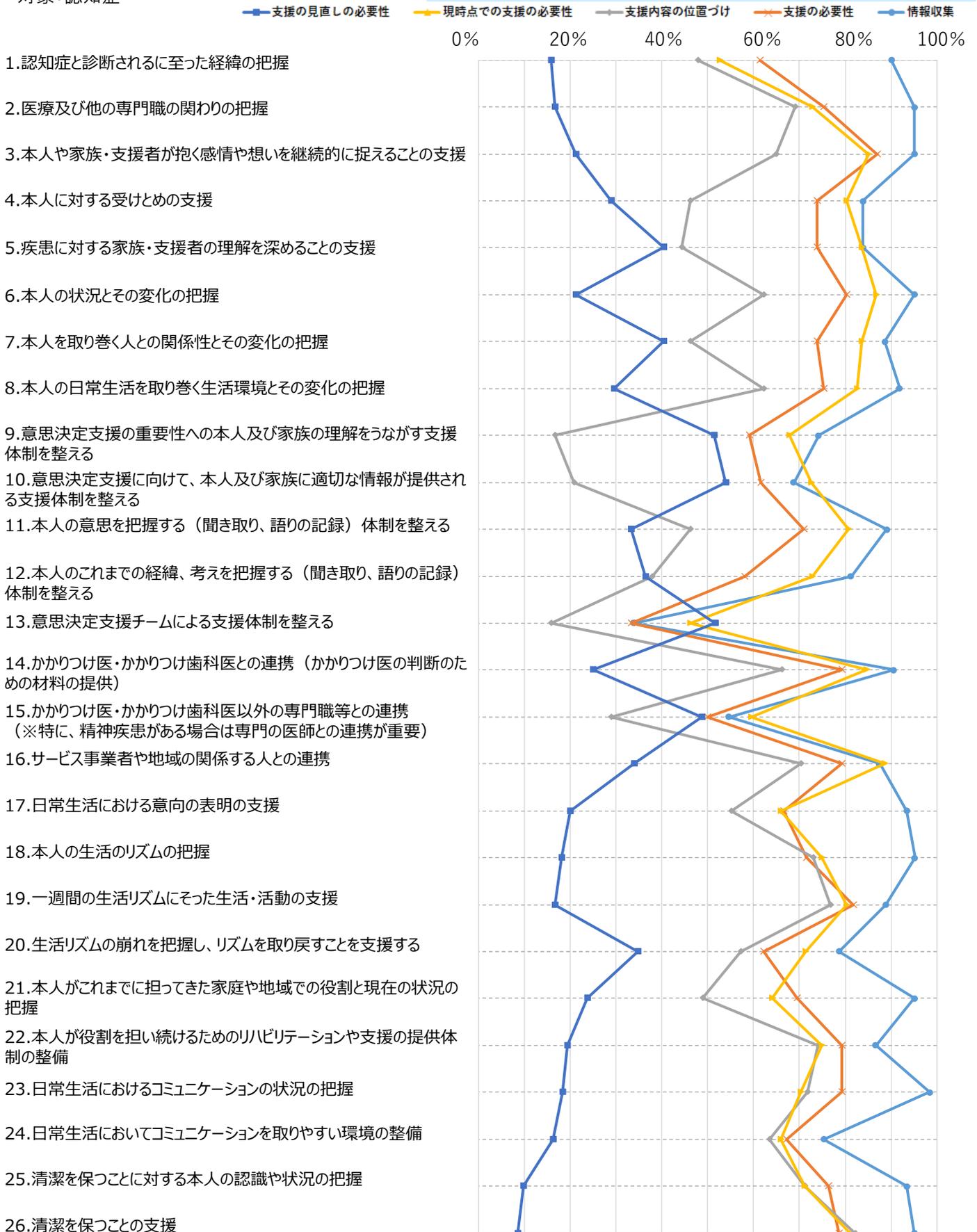
意思決定支援チームに留意点を確認した(n=63)





全国 集計結果(令和元年度実施分)
対象: 認知症

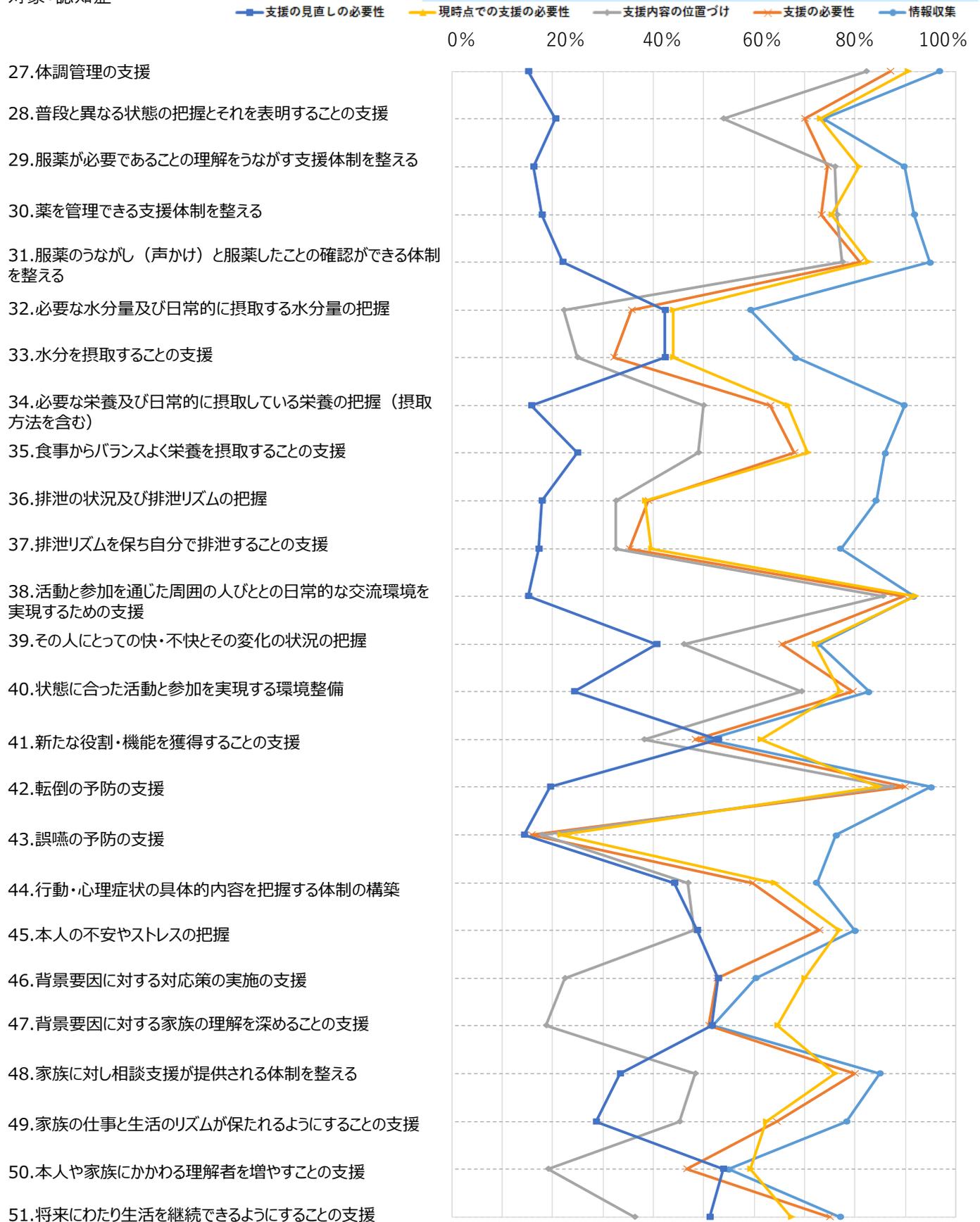
意思決定支援チームとして関わろうる人を特定できていない
& 留意点を確認していない(n=64)





全国 集計結果(令和元年度実施分)
対象: 認知症

意思決定支援チームとして関わりうる人を特定できていない
& 留意点を確認していない(n=64)



卷末資料4 認知症検討案実証資料(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	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ための支援	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	
	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			

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	
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		
			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	○・×	○・×	○・×		○・×	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 本人の不安やストレスの把握	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		
			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		
			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		
	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	
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	○・×	○・×	○・×		○・×	1・2・3			

卷末資料5 誤嚥性肺炎の予防検討案(項目一覧)

【検討案】項目一覧 誤嚥性肺炎の予防

※本案は、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で、日常生活における「予防」を対象範囲とする。
 ※本案では、誤嚥性肺炎を「A D Lや全身機能の低下、特に脳血管障害を有する場合に認められやすい嚥下機能障害を背景に起きる肺炎」として捉える。不顕性の誤嚥によって起こる肺炎も含める。

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職
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	・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促す。 ・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。	・誤嚥性肺炎の概要に対する本人や家族の理解 ・誤嚥性肺炎のリスクや予防のための取り組みに対する本人や家族の理解 ・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、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
	1.リスクの(再)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	・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、本人の普段の健康状態や生活状態を把握し、誤嚥リスクを評価する専門職と共有する。 ・なお、状態は変化することがあるので、一度で終わらず継続的に把握・共有する。	・健康状態や生活状態 ・生活における覚醒、活発度の状況 ・健康状態や生活状態を把握するキーパーソン ・健康状態や生活状態の変化	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職
			3 かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況等の継続的な把握と共有	・摂食嚥下機能と誤嚥リスクの評価の根拠とするため、かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況、舌運動の様相、サービスを受ける前の期間における義歯の管理の状態など、摂食嚥下機能にかかわる普段の状況を把握し、評価する専門職と共有する。 ・なお、状態は変化することがあるので、状況の把握は一度で終わらず継続的に把握・共有する。	・食事をとる場所、姿勢 ・食事における咀嚼、飲み込みの状況 ・食事と一緒にとる人あるいは食事介助を行う人、介助の方法（食べさせ方） ・咬合の状況、義歯等の利用の有無（入院していた場合は入院中の義歯の利用の有無） ・（入院していた場合）入院中の食事の種類 ・かかりつけ歯科医師など、本人の嚥下機能の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、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			4 誤嚥リスクが疑われる出来事の把握	・誤嚥リスクの評価の根拠となる、咀嚼や嚥下に関わるトラブルなどの出来事を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。	・咀嚼や嚥下に関わるトラブル（出来事）	看護師、介護職
			5 疾患・障害による影響の有無の把握	・疾患や障害による影響を評価できるようにするため、本人の疾患の履歴や、障害の有無、認知機能の低下とそれに伴う生活障害等の状況を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。	・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） ・障害の有無と程度 ・認知機能の状況、生活障害の状況 ・疾患の治療・療養に関わる通院先、主治医 ・利用している医療・介護サービス ・（入院していた場合）入院中に受けていたケア内容（医療的ケアに加え栄養管理やリハビリテーションの内容を含む）	医師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			6 咳や呼吸の状況の把握と共有	・誤嚥による肺炎のリスクを把握するため、普段の咳の状況（咳をする頻度、どのようなタイプの咳か、いつ多くなるか、むせの有無など）を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。	・咳の頻度、咳のタイプ ・むせの有無 ・息切れの有無 ・咳が出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）	看護師、介護職
	7 口腔ケアの状況及び口腔内衛生状態の把握	・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、普段の口腔ケアの状況や口腔内衛生状態の概要を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有する。	・口腔内衛生の状態（口臭、食べかすなどの状況） ・普段の口腔ケアの実施状況（ケアのタイミング、ケアの方法、回数、ケアをしている人（本人あるいは他人）） ・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） ・かかりつけ歯科医師など、本人の嚥下機能の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、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職		
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	・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。	・本人のリスク評価の結果 ・摂食嚥下機能の機能・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 ・栄養状態（フレイルの有無） ・（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	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
			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	・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、発声・発話の維持・改善のため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。 ・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。 ・なお、過去に気管切開処置が行われている場合には、喉頭の運動の抑制から嚥下障害が生じるため、病歴を注意して把握し専門職と共有する。	・本人のリスク評価の結果 ・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 ・気管切開など嚥下障害に関係する病歴の有無	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			10 口腔乾燥への支援	・唾液分泌が減り、口腔乾燥が進むと、摂食嚥下のトラブルが起きやすくなるため、これを防ぐために口の中が乾きすぎないようにするようケア体制を整える。 ・口腔乾燥がある場合にその原因を評価するため、口渇、口腔乾燥をもたらす要因となる服薬内容等の情報を把握し、薬剤師等の専門職にその情報を共有する。	・服薬内容（口腔乾燥をもたらす可能性のある薬の有無、その副作用の可能性の有無） ・普段の口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いような姿勢の有無 ・水分摂取の状況（水分の取り方、水分の種類、頻度等）、脱水の有無 ・食事内容 ・排泄（特に尿）の回数、性状の異常（回数、量、色、臭いが普段と違うなど） ・居室の温湿度、エアコンの吹き出し口の位置	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
	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	11 安定した生活リズムの実現	・生活リズムを把握したうえで、摂食嚥下に関わるトラブルが起きにくくなるよう、生活リズムの見直しとそのリズムの継続の実現を支援する。 ・特に、食事の時間に摂食嚥下機能が発揮される状況とすることで、食事における誤嚥のリスクを小さくできる。したがって、食事の際に覚醒した状態となるよう、朝の覚醒時刻を見極めたうえで、生活リズムを規則正しくしたり、食事の準備の習慣を整えたり、食事をとる意識付けを行うなどのケア体制を整える。	・本人の生活リズム、同居家族の生活リズム（特に、食べものや飲みものをとるタイミング、口腔ケアをおこなうタイミング） ・摂食嚥下に関わるトラブルが起きやすいタイミング ・サービスによるケアが提供されるタイミング（曜日、時間） ・専門職による評価を踏まえた生活リズムの見直し余地 ・朝の覚醒時刻の見極め、睡眠の状態 ・食事をとるときの覚醒状況、一日を通じての活発度 ・寝室や居室の日照状況、生活音の程度	看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
			12 食内容の見直しの支援	・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、メニューや調理方法、あるいは食形態が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。 ・同居家族などが主に調理している介護者である場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食内容に関する留意点を共有する。	・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・食事の調理者（購入している場合は購入先）、食事の内容、食形態 ・食事中におせることがないか ・本人の食の好み	看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
			13 食事をとる道具や環境の整備	・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、必要に応じて食事をとる食具の使用や環境を見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。	・普段使っている食器、食事をとる環境 ・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・評価結果を踏まえて見直すべき道具や環境、そうした道具や環境を提供しうる地域の社会資源	看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			14 食事の姿勢や行為の改善	・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、食事をとる姿勢や食事のとり方が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。 ・同居家族などが一緒に食事をとることが多かったり、食事介助を行っている場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食事の摂取に関する留意点を共有する。 ・なお、食事介助を行っている場合、食事に十分な時間が確保できないために本人の残存能力を無視した過剰な食事介助とならないように留意する。 ・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。	・普段使っている食器、食事をとる環境（机や椅子の高さ） ・食事をとっている場所、食事をとるときの姿勢、食器を自身で保持できるかどうか ・食事の際の本人の様子（食事中におせることはないか、飲み込んだときに声がかかる等の状況がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べものがよくのどに詰まるか） ・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果 ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる姿勢、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、介助の方法（食べさせ方） ・食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無	看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
		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	・食事からの栄養摂取ができているか、食欲があるかを把握する。 ・状況が変化しうするため、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普段の状態を随時把握できるような体制を整える。	・食欲の状況 ・食事回数、食事の量、間食の有無 ・食事の様子（食べる速度がいつもと違うなど） ・本人の食の好み ・体重の変化（特に体重減少） ・普段の排便回数、排便の異常（便秘や下痢の有無など）	看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			16 食事からの栄養摂取状況の改善	・十分な栄養を摂取できる食事に本人が集中し、食欲をもち食事を楽しむことができるよう、慣れ親しんだ食事環境を整えたり、好きなものを定期的にとれるようにしたりといったケア体制を整える。	・食事内容（特に、水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など） ・本人の生活リズム、同居家族の生活リズム（特に食事のタイミング） ・普段使っている食器、食事をとる環境 ・本人の食の好み	看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			17 口腔ケアの実施	・感染症を防ぐため定期的な口腔ケアを行うことができるよう、ケア体制を整える。（例えば、はみがき、義歯の洗浄などに加え、どの程度実践できているかの確認を、セルフケアとして自ら行うあるいは、家族介護者や専門職などが行う体制を整えること）	・口腔内の衛生状態 ・口腔内の乾燥の状況 ・口腔ケアの重要性に対する本人や家族の理解 ・口腔ケアの実施の頻度、方法、タイミング ・口腔ケアを実施する人（本人なのか介護者なのか専門職なのか） ・かかりつけ歯科医師の有無、定期的な歯科受診、歯科衛生士の訪問などの有無	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職
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	<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する。 過去に一度誤嚥性肺炎を発症している場合（二次予防）は、前回発症した際の状況の振り返りも併せて行う。 	(※リスク評価で把握する項目と同じ)	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			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	<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、普段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する。 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、まずは本人の普段の状況を把握し共有できる体制を整えることが重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医等の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 健康状態、生活状態 生活リズム（特に食事、排せつ、睡眠等の状況） 食事や水分摂取の量 家族等の介護者と専門職との間での情報共有の方法 	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職
			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	<ul style="list-style-type: none"> 肺炎は進行が速い疾患なので、短期間に普段の状況から変化したときには、迅速にかかりつけ医等に情報共有することが重要である。 家族や介護者が、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、共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医等の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 家族等の介護者と専門職との間での情報共有の方法 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、歯科衛生士、介護職
			21 変化した状況に応じた必要な支援の提供	<ul style="list-style-type: none"> 留意すべき兆候が把握され、かかりつけ医等に情報共有した結果、必要と支持されたケアが提供されるよう調整する。 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医等による入院すべきか否かの判断結果 医師の指示に基づき、状態の悪化が進まないようするためのケア内容 	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職
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	22 入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有	<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しておく。 退院後の生活の回復を円滑に行うため、入院時に実施されたリスク評価の結果や、退院後の生活における指示内容の情報を把握する。 なお、入院時点において、本人が肺炎を繰り返すリスクを小さくする治療に資するよう、普段から把握している本人の摂食嚥下や食事の状況等の情報を、病院の主治医等に伝達する。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院の見込み時期 退院後のケア体制（家族等介護者の介護力、サービス資源の利用可能状況） かかりつけ医、主治医の指示内容の把握 	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職