

【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			
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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>※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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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）</li> <li>・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・生活習慣病への対応の状況</li> <li>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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）</li> <li>・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・生活習慣病への対応の状況</li> <li>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> </ul>	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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）</li> <li>・生活習慣病への対応の状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・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</li> <li>・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）</li> <li>・生活習慣病への対応の状況</li> </ul>	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・（入院している場合）入院中の食事の種類、内容</li> <li>・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・息切れの有無</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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）</li> <li>・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・息切れの有無</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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）</li> <li>・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> </ul>	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・過去の転倒歴（転倒が起きた状況など）</li> <li>・転倒に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・本人の身体能力、生活動作の確認</li> <li>・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無</li> <li>・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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・本人の身体能力、生活動作の確認</li> <li>・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無</li> <li>・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）</li> </ul>	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li> <li>・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）</li> <li>・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・（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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li> <li>・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）</li> <li>・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> </ul>	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人にとって心地良いであろう生活リズム</li> <li>・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>・本人の週次や月次の生活リズム</li> <li>・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）</li> <li>・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候</li> <li>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・本人や家族等の交友関係</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人にとって心地良いであろう生活リズム</li> <li>・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>・本人の週次や月次の生活リズム</li> <li>・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）</li> <li>・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候</li> <li>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・本人や家族等の交友関係</li> </ul>	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把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食欲の有無は身体や心臓の状態を回るうえで重要である。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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嚥下障害に関係する病歴の有無（気管切開など）</li> <li>・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果</li> <li>・必要な栄養素、栄養素に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・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）</li> <li>・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・食欲の状況</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・医師への報告の必要性、方法、タイミング</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果</li> <li>・必要な栄養素、栄養素に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・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）</li> <li>・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・食欲の状況</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・医師への報告の必要性、方法、タイミング</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>水分の摂取に関する失敗のエピソード</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など</li> <li>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）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>水分の摂取に関する失敗のエピソード</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>コミュニケーションに関する本人のストレスの状況</li> <li>コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況</li> <li>本人と家族等のコミュニケーションの状況</li> <li>本人と家族等以外のコミュニケーションの状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>コミュニケーションに関する本人のストレスの状況</li> <li>コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況</li> <li>本人と家族等のコミュニケーションの状況</li> <li>本人と家族等以外のコミュニケーションの状況</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>金銭管理の状況</li> <li>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</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>金銭管理の状況</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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顎関節の発症につながる。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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食事の用意の方法、食事を用意する人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食事の用意の方法、食事を用意する人</li> </ul>	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"> <li>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、その要因となつたり転等未然に防ぐことが必要である。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>転倒に対する本人・家族等の理解度</li> <li>環境改善に関する本人・家族等の意向</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>筋力の低下の状態</li> <li>空間認識の状況</li> <li>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）</li> <li>本人の自覚（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>転倒に対する本人・家族等の理解度</li> <li>環境改善に関する本人・家族等の意向</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>筋力の低下の状態</li> <li>空間認識の状況</li> <li>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）</li> <li>本人の自覚（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
		I-1-4 緊急時の対応のための備え	13 感染症の早期発見と治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）</li> <li>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</li> <li>感染症へのかかりやすさ</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>感染症にかかった際の状況把握と対応体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>感染症にかかった際の状況把握と対応体制</li> </ul>	医師、看護師、介護職	
			14 緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力</li> <li>体調の変化を伝える相手とその関係性</li> <li>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</li> <li>本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>医師による判断の状況（入院すべきか否か）</li> <li>医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候</li> <li>日常と異なる状況の有無、その内容と程度</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力</li> <li>体調の変化を伝える相手とその関係性</li> <li>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</li> <li>本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>医師による判断の状況（入院すべきか否か）</li> <li>医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候</li> <li>日常と異なる状況の有無、その内容と程度</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活歴、成育歴</li> <li>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</li> <li>今の生活に対する本人の思い</li> <li>これからの生活に対する本人の思い</li> <li>本人が得意にしていること</li> <li>本人の趣味・嗜好</li> <li>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</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>今の生活に対する本人の思い</li> <li>これからの生活に対する本人の思い</li> <li>本人が得意にしていること</li> <li>本人の趣味・嗜好</li> <li>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</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活における意向の表明の状況</li> <li>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</li> <li>日常生活における決定を現実的に誰がしているか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活における意向の表明の状況</li> <li>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</li> <li>日常生活における決定を現実的に誰がしているか</li> </ul>	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	17 意思決定支援の必要性の理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>なお、ここでいう意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。また、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>意思決定支援に対する家族等の理解度</li> <li>意思決定に関する本人の思い、不安の状況</li> <li>本人が有する意思決定能力の状況</li> <li>金銭管理の状況</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>意思決定支援に対する家族等の理解度</li> <li>意思決定に関する本人の思い、不安の状況</li> <li>本人が有する意思決定能力の状況</li> <li>金銭管理の状況</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		I-2-4 将来の生活の見通しを立てることの支援	18 意思決定支援体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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）</li> <li>意思決定支援チームでの情報共有体制</li> <li>意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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）</li> <li>意思決定支援チームでの情報共有体制</li> <li>意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活歴、成育歴</li> <li>今の生活に対する本人の思い</li> <li>今後の治療に関する本人の意向</li> <li>将来の生活に対する本人、家族等の意向</li> <li>意思決定に関する本人の思い、不安の状況</li> <li>EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況</li> <li>EOLに対する家族等の意向</li> <li>家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況</li> <li>意思決定支援に対する家族等の理解度</li> <li>本人が得意にしていること</li> <li>本人が有する意思決定能力の状況</li> <li>金銭管理の状況</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>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</li> <li>ACPの実施状況</li> <li>現在、本人や家族等が心理面で支えている相手・内容の把握</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活歴、成育歴</li> <li>今の生活に対する本人の思い</li> <li>今後の治療に関する本人の意向</li> <li>将来の生活に対する本人、家族等の意向</li> <li>意思決定に関する本人の思い、不安の状況</li> <li>EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況</li> <li>EOLに対する家族等の意向</li> <li>家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況</li> <li>意思決定支援に対する家族等の理解度</li> <li>本人が得意にしていること</li> <li>本人が有する意思決定能力の状況</li> <li>金銭管理の状況</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>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</li> <li>ACPの実施状況</li> <li>現在、本人や家族等が心理面で支えている相手・内容の把握</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
II これまでの生活の尊重と継続の支援	II-1 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	II-1-1 水分と栄養を摂ることの支援	20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>必要な水分を確保できるような支援を確保する。また、食事については食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事の摂取に関する失敗のエピソード</li> <li>必要な栄養素、栄養素に対する本人、家族等の理解度</li> <li>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）</li> <li>口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> <li>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）</li> <li>食欲の状況</li> <li>食事の内容（種類、形態、量、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>居室等の環境で、失われる水分量の予測</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事の摂取に関する失敗のエピソード</li> <li>必要な栄養素、栄養素に対する本人、家族等の理解度</li> <li>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）</li> <li>口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> <li>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）</li> <li>食欲の状況</li> <li>食事の内容（種類、形態、量、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>居室等の環境で、失われる水分量の予測</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>水分の摂取に関する失敗のエピソード</li> <li>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）</li> <li>食事における咽嚥、飲み込みの状況、嚥下動作など</li> <li>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</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>水分の摂取に関する失敗のエピソード</li> <li>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）</li> <li>食事における咽嚥、飲み込みの状況、嚥下動作など</li> <li>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</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>（入院していた場合）入院中のリハビリテーションの内容</li> <li>（入院していない場合）入院中の口腔に関するケア内容</li> <li>嚥下障害に関係する病歴の有無（気管切開など）</li> <li>専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果</li> <li>口腔ケアの重要性に対する本人、家族等の理解度</li> <li>自宅内の室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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> <li>食事の内容（種類、形態、量、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食器の保持の状況</li> <li>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）</li> <li>食事と一緒に取る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）</li> <li>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）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるため、歯科医師に確認）</li> <li>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</li> <li>食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>本人に合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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>嚥下障害に関係する病歴の有無（気管切開など）</li> <li>専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果</li> <li>口腔ケアの重要性に対する本人、家族等の理解度</li> <li>自宅内の室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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> <li>食事の内容（種類、形態、量、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食器の保持の状況</li> <li>日常的に使っている食器</li> <li>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）</li> <li>食事と一緒に取る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）</li> <li>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）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるため、歯科医師に確認）</li> <li>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</li> <li>食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>本人に合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</li> </ul>	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	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-1-2 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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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</li> <li>今後の治療に関する本人・家族等の意向</li> <li>本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）</li> <li>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）</li> <li>本人の健康状態、生活状況</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>家族等の状況（同居者の有無、支援者は誰かなど）</li> <li>本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>医師による判断の状況（入院すべきか否か）</li> <li>医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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</li> <li>今後の治療に関する本人・家族等の意向</li> <li>本人の健康状態、生活状況</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>医師による判断の状況（入院すべきか否か）</li> <li>医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職</li> </ul>
		24 継続的な服薬管理の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>服薬支援機器の活用状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職</li> </ul>		
		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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等）</li> <li>血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度</li> <li>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</li> <li>体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力</li> <li>体調の変化を伝える相手との関係性</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況</li> <li>日常的な体調（食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等）</li> <li>目標血圧と通常の血圧の状態</li> <li>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下限など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>日常と異なる状況の有無、その内容と程度</li> <li>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）</li> <li>医師への報告の必要性、方法、タイミング</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職</li> </ul>	
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"> <li>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・向上や生きがいににつながる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>リハビリテーションに対する本人・家族等の意向</li> <li>本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>（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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>必要な支援を受けられる体制の確保</li> <li>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）</li> <li>機能回復のためのリハビリテーションの実施有無</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職</li> </ul>			
			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"> <li>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・向上や生きがいににつながる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>リハビリテーションに対する本人・家族等の意向</li> <li>リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>ADL/IADLに合った機能訓練の実施状況</li> <li>必要な支援を受けられる体制の確保</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職</li> </ul>	

【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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）</li> <li>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</li> <li>口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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）</li> <li>感染症へのかかりやすさ</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>感染症にかかった際の状況把握と対応体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）</li> <li>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</li> <li>口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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）</li> <li>感染症へのかかりやすさ</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>感染症にかかった際の状況把握と対応体制</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人及び家族等のこれまでの生活歴</li> <li>本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等）</li> <li>本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>本人にとって心地よいであろう生活リズム</li> <li>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）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）</li> <li>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））</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>本人や家族等の生活に関わっている人の状況</li> <li>本人や家族等の交友関係</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人及び家族等のこれまでの生活歴</li> <li>本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等）</li> <li>本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>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）</li> <li>本人にとって心地よいであろう生活リズム</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）</li> <li>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））</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>本人や家族等の生活に関わっている人の状況</li> <li>本人や家族等の交友関係</li> </ul>	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	30 休養・睡眠の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>不眠症をはじめとする多くの睡眠障害が循環器疾患のリスク要因であることが示されている。また、十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増え、血圧が高くなったりする可能性があり、再入院のリスクが高まる。</li> <li>本人の休養・睡眠の状況及びその変化を把握し、適宜、専門医等と連携して必要な支援につなげられる体制を整える。</li> <li>また、状況に応じて、寝室の明るさ・温度や寝具の状況、休養・睡眠のタイミングやリズムの把握、同居者の生活リズムの把握や休養・睡眠を阻害する要因を解決する支援についても検討する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li> <li>睡眠時無呼吸症候群の診断の有無</li> <li>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）</li> <li>本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>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）</li> <li>休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li> <li>睡眠時無呼吸症候群の診断の有無</li> <li>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）</li> <li>本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>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）</li> <li>休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）</li> <li>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）</li> </ul>	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
		31 口から食事を摂り続けることの支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>食事の状況（種類、形態、量、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>本人や家族等の食生活と食の好み</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>食事の状況（種類、形態、量、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>本人や家族等の食生活と食の好み</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職	
	II-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	33 清潔を保つ支援	32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事は心身の健康を維持するために重要な要素である。生活習慣病の起因となる食生活が行われている場合もことから、食生活について確認して改善を指導することが必要となる。また、栄養が不足したり大きく偏るとは、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。</li> <li>本人や家族等の疾病に対する理解をうながす環境を整え、日常生活に必要な栄養を量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整備する。その際、食べる意欲を維持し、豊かな食生活を実現するために、必要以上の制限が行われないよう留意する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事の摂取に関する失敗のエピソード</li> <li>必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度</li> <li>口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食事の状況（種類、形態、量、内容など）</li> <li>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）</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事の摂取に関する失敗のエピソード</li> <li>必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度</li> <li>口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食事の状況（種類、形態、量、内容など）</li> <li>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）</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	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
			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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度</li> <li>入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度</li> <li>入浴に対する本人・家族等の希望・意向</li> <li>経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か）</li> <li>皮膚の状態（異常の有無など）</li> <li>本人の当日の健康状態（特に血圧、脈拍の状態など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度</li> <li>入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度</li> <li>入浴に対する本人・家族等の希望・意向</li> <li>経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か）</li> <li>皮膚の状態（異常の有無など）</li> <li>本人の当日の健康状態（特に血圧、脈拍の状態など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>	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	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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、日常生活の中で適度な運動・活動が確保されるよう支援体制を整える。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>排泄リズムに対する本人の認識</li> <li>排泄に関する失敗のエピソード</li> <li>日常的な排泄の方法（トイレ、Pトイレ、おむつなど）</li> <li>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）</li> <li>排泄動作の状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>排泄リズムに対する本人の認識</li> <li>排泄に関する失敗のエピソード</li> <li>日常的な排泄の方法（トイレ、Pトイレ、おむつなど）</li> <li>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）</li> <li>排泄動作の状況</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人のストレス</li> <li>本人の趣味・嗜好</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>本人が喜びや楽しみを感じる状況や状態</li> <li>本人が強みを発揮できる状況や状態</li> <li>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</li> <li>役割を実現するために必要な環境支援</li> <li>コミュニケーション能力回復のために必要な支援</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人のストレス</li> <li>本人の趣味・嗜好</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>本人が喜びや楽しみを感じる状況や状態</li> <li>本人が強みを発揮できる状況や状態</li> <li>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</li> <li>役割を実現するために必要な環境支援</li> <li>コミュニケーション能力回復のために必要な支援</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）</li> <li>コミュニケーションに関する本人のストレス状況</li> <li>コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況</li> <li>本人と家族等のコミュニケーションの状況</li> <li>本人と家族等以外のコミュニケーションの状況</li> <li>コミュニケーション能力回復のために必要な支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）</li> <li>コミュニケーションに関する本人のストレス状況</li> <li>コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況</li> <li>本人と家族等のコミュニケーションの状況</li> <li>本人と家族等以外のコミュニケーションの状況</li> <li>コミュニケーション能力回復のために必要な支援</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード</li> <li>本人にとっての快・不快の状況</li> <li>交流に対して本人が感じている困惑や葛藤</li> <li>再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安</li> <li>家庭内での本人の役割に対する本人の認識</li> <li>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</li> <li>清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>本人の趣味・嗜好</li> <li>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）</li> <li>活動と参加に関わる各行為の状況</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード</li> <li>本人にとっての快・不快の状況</li> <li>交流に対して本人が感じている困惑や葛藤</li> <li>再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安</li> <li>家庭内での本人の役割に対する本人の認識</li> <li>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</li> <li>清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>本人の趣味・嗜好</li> <li>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）</li> <li>活動と参加に関わる各行為の状況</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活歴、成育歴</li> <li>本人・家族等の受容の程度</li> <li>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）</li> <li>本人のストレス</li> <li>本人の趣味・嗜好</li> <li>本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>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）</li> <li>自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>運動・活動を妨げる要因</li> <li>活動を支援する福祉用具の活用</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>役割を実現するために必要な環境支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活歴、成育歴</li> <li>本人・家族等の受容の程度</li> <li>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）</li> <li>本人のストレス</li> <li>本人の趣味・嗜好</li> <li>本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>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）</li> <li>自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>運動・活動を妨げる要因</li> <li>活動を支援する福祉用具の活用</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>役割を実現するために必要な環境支援</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード</li> <li>本人・家族等の受容の程度</li> <li>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</li> <li>交流に対して本人が感じている困惑や葛藤</li> <li>地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識</li> <li>本人にとっての快・不快の状況</li> <li>金銭管理の状況</li> <li>本人の趣味・嗜好</li> <li>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）</li> <li>活動と参加に関わる各行為の状況</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>他人との交流の方法</li> <li>地域の中での交流の機会の有無、活用可能性</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード</li> <li>本人・家族等の受容の程度</li> <li>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</li> <li>交流に対して本人が感じている困惑や葛藤</li> <li>地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識</li> <li>本人にとっての快・不快の状況</li> <li>金銭管理の状況</li> <li>本人の趣味・嗜好</li> <li>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）</li> <li>活動と参加に関わる各行為の状況</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>他人との交流の方法</li> <li>地域の中での交流の機会の有無、活用可能性</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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とえ、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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患に対する本人・家族等の理解度</li> <li>認知症に対する家族等の受け止めの状況</li> <li>認知症に対して家族等が感じている不安</li> <li>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</li> <li>介護の大きさに対する家族等の認識と理解</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li> <li>本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>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）</li> <li>同居していない家族等の生活リズム</li> <li>仕事をやる家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等）</li> <li>仕事をやる家族等の会社での役割の変化</li> <li>家族等の休養・睡眠の状況</li> <li>相談支援の実施の状況</li> <li>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</li> <li>家族等がねがいを得られる状況の有無</li> <li>家族等が必要な情報を収集する手段</li> <li>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</li> <li>家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患に対する本人・家族等の理解度</li> <li>認知症に対する本人・家族等の受け止めの状況</li> <li>認知症に対して家族等が感じている不安</li> <li>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</li> <li>介護の大きさに対する家族等の認識と理解</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li> <li>本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方</li> <li>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）</li> <li>同居していない家族等の生活リズム</li> <li>仕事をやる家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等）</li> <li>仕事をやる家族等の会社での役割の変化</li> <li>家族等の休養・睡眠の状況</li> <li>相談支援の実施の状況</li> <li>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</li> <li>家族等がねがいを得られる状況の有無</li> <li>家族等が必要な情報を収集する手段</li> <li>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</li> <li>家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>将来の生活に対する本人・家族等の意向</li> <li>認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>将来の生活に対する本人・家族等の意向</li> <li>認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域とのトラブルのエピソード</li> <li>将来の生活に対する本人・家族等の意向</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>現在、本人や家族等が心理面で支えたい相手・内容の把握</li> <li>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</li> <li>本人や家族等の生活に関わっている人の状況</li> <li>本人や家族等の交友関係</li> <li>認知症に対する地域の理解の状況</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域とのトラブルのエピソード</li> <li>将来の生活に対する本人・家族等の意向</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>現在、本人や家族等が心理面で支えたい相手・内容の把握</li> <li>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</li> <li>本人や家族等の生活に関わっている人の状況</li> <li>本人や家族等の交友関係</li> <li>認知症に対する地域の理解の状況</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域とのトラブルのエピソード</li> <li>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</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>本人や家族等の生活に関わっている人の状況</li> <li>本人や家族等の交友関係</li> <li>認知症に対する地域の理解の状況</li> <li>本人のかかりつけ、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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>その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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域とのトラブルのエピソード</li> <li>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</li> <li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>本人や家族等の生活に関わっている人の状況</li> <li>本人や家族等の交友関係</li> <li>認知症に対する地域の理解の状況</li> <li>本人のかかりつけ、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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>その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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	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 本人を取り巻く支援体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>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を軽減を図ることが重要である。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今の生活に対する本人の思い</li> <li>今後の治療に関する本人の意向</li> <li>将来の生活に対する本人・家族等の意向</li> <li>意思決定に関する本人の思い、不安の状況</li> <li>家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況</li> <li>意思決定支援に対する家族等の理解度</li> <li>EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況</li> <li>EOLに対する家族等の意向</li> <li>本人が有する意思決定能力の状況</li> <li>金銭管理の状況</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今の生活に対する本人の思い</li> <li>今後の治療に関する本人の意向</li> <li>将来の生活に対する本人・家族等の意向</li> <li>意思決定に関する本人の思い、不安の状況</li> <li>家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況</li> <li>意思決定支援に対する家族等の理解度</li> <li>EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況</li> <li>EOLに対する家族等の意向</li> <li>本人が有する意思決定能力の状況</li> <li>金銭管理の状況</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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を軽減を図ることが重要である。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今の生活に対する本人の思い</li> <li>今後の治療に関する本人の意向</li> <li>将来の生活に対する本人・家族等の意向</li> <li>意思決定に関する本人の思い、不安の状況</li> <li>家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況</li> <li>意思決定支援に対する家族等の理解度</li> <li>EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況</li> <li>EOLに対する家族等の意向</li> <li>本人が有する意思決定能力の状況</li> <li>金銭管理の状況</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職	

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：脳血管疾患Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようになる時期）

- ・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/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名前・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） ・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） ・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） ・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。Ⅰ期では病棟の状況を知ることも重要。	・目標血圧と通常の血圧の状態	・目標血圧と通常の血圧の状態	医師、看護師、介護職	
			3 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える	・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。 ・不整脈の発生状況の確認。	・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）	・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）	医師、看護師、介護職	
		1-1-3 環境整備	4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。 ・気温差の縮小を支援する。冷暖房等だけでなく、衣服の調整や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討。 ・居室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得るため、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（よける場所、動線、日課など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・季節の変化に伴う居室空間の状況の変化（室温、日照時間、日当たり、湿度、風、及びそれらの調整の方法、保有している冷暖房器具など）	・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（よける場所、動線、日課など） ・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・季節の変化に伴う居室空間の状況の変化（室温、日照時間、日当たり、湿度、風、及びそれらの調整の方法、保有している冷暖房器具など）	看護師、PT/OT/ST、介護職	
	1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	5 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の把握の支援について別途確認する ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外）	・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病への対応の状況	・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病への対応の状況	医師、看護師、管理栄養士		
	1-2 服薬管理の支援	1-2-1 服薬支援	6 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、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） ・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（体重に基づいた摂取量、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） ・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） ・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、カリウムやたんぱく質の不足など） ・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職	
			8 適切な水分を摂取することの理解をうながす体制を整える	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。本人・家族等に対して水分摂取の重要性を伝え、理解を得ることが重要。	・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	・Ⅰ期は、身体機能の回復が見込める一方で、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期。 ・身体機能の改善や維持を図るためには、状態を継続的に把握して、適切な機能訓練が必要。また、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させることが重要。	・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、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、よける場所、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、よける場所、動線、日課など） ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		2-2 心理的回復の支援	2-2-1 受容の支援	11 受容促進のための働きかけを行う体制を整える	・本人・家族等が過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活への取り組み（受容）を促進。※医師による予後の見通しと合わせた整理が重要。	・本人・家族等の受容の程度 ・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）	・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
				12 抑うつ状態の防止、改善が図れる体制を整える	・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状況を把握することが重要。	・本人のうつ状態の発症の有無、程度 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）	・本人のうつ状態の発症の有無、程度 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）	医師、看護師、介護職
			13 リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える	・適切なリハビリテーションは身体機能の改善や維持に有効。リハビリテーションを妨げる要素として、本人・家族等の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリテーションを中断する等。*リハビリテーションの進捗を、本人・家族等に伝える事も重要。	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職	
	2-3 活動と参加に関わる能力の維持・改善	2-3-1 機能訓練（残存機能の維持・活用にに向けて）	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、歯科衛生士、介護職	
			15 状態に合ったADL/IADLの機能向上がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・Ⅰ期は、環境が病院から自宅へと変化して、本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLの発揮をうながす機会が低下を招く。	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、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状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）
	2-4-2 転倒予防	22 転倒しにくいよう体の機能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） ・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）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職

**【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：脳血管疾患Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）**

・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期。  
 ・時期はあくまで目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。  
 ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後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 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、問い合わせ方）の把握、連携方法の確認 ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・生活習慣病への対応の状況 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	医師、看護師、介護職	
		1-1-2 血圧等の体調の確認	2 目標血圧が確認できる体制を整える	・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを確認できる体制を整備。	・目標血圧と通常の血圧の状態	・目標血圧と通常の血圧の状態	医師、看護師、介護職	
			3 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える	・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。 ・不整脈の発生状況の確認。	・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）	・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）	医師、看護師、介護職	
		1-1-3 環境整備	4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。 ・気温差の縮小を支援する。冷暖房等だけでなく、衣服の調整や急な移動を防ぐ、しぼら（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（室温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・室内の状況（室温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・季節の変化に伴う居室空間の状況の変化（室温、日照時間、日当たり、湿度、風、及びそれらの調整の方法、保有している冷暖房器具など）	看護師、PT/OT/ST、介護職	
		1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	5 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外）	・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病への対応の状況	・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病への対応の状況	医師、看護師、管理栄養士	
	1-2 服薬管理の支援	1-2-1 服薬支援	6 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性和医師からの指示内容を理解できるよう支援。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、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） ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職	
	1-3 生活習慣の維持	1-3-1 脱水予防	7 自ら水分を摂取できることが維持できる体制を整える	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクを高める。 ・本人が自ら水分を摂取できるように支援体制を整えることが重要。	・1日に必要な水分量（体重に基づき望ましい摂取量、摂取と排泄・発汗のバランス） ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・食事から摂取している水分と栄養（水分の不足、カフェインやたんぱく質の不足など） ・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無 ・日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など）	・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、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。 ・病院と異なる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に合わせた整理が重要。	・本人・家族等の受容の程度 ・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）	・本人・家族等の受容の程度 ・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
				10 抑うつ状態の防止、改善の確認と継続的な支援体制を整える	・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状況を把握することが重要。	・本人のうつ状態の発症の有無、程度 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）	・本人のうつ状態の発症の有無、程度 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）	医師、看護師、介護職
11 リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える				・適切なリハビリテーションは身体機能の改善や維持に有効である。リハビリテーションを妨げる要素として、本人・家族等の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリテーションを中断する等がある。 *リハビリテーションの進捗を、本人・家族等に伝える事も重要。	・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職	
2-2-2 行動変容の状況の確認と継続的な支援		12 新たな価値・機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返しの防止、残存機能と回復機能の限界を見つめることの支援）体制を整える	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援を検討。	・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職		
	13 セルフマネジメントに向けたリハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える	・自らの健康状態や生活を管理する力を高めることに対して、本人が意欲を持ち、具体的な助言を周囲から得られるような環境を確立。	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職			
2-3 活動と参加に関わる能力の維持・向上	2-3-1 機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて）	14 ADL/IADLの状態の定期的な把握及び共有の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・ADL/IADLの状態を把握して、自分で行える事を増やすことは機能訓練につながるが、状態を把握せずに行う生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。多職種が異なる場面で関わるので、ADL/IADLの共有が必要。	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況	・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職		
		15 状態に合ったADL/IADLの機能の向上の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・退院後、リハビリテーション等で再獲得された身体機能など、本人のADL、IADLの機能を継続的に把握することで、本人の状態に体制を整備。	・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
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（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			20 新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。	・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	2-4 リスク管理	2-4-1 食事と栄養の確保	21 必要な栄養量の把握、食事の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人の特徴（身長・性別・年齢・活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・本人の特徴（身長・性別・年齢・活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	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、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）	・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）

**【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。

想定される支援内容				支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本欄を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本欄を参照	相談すべき 専門職
1 再骨折の 予防	1-1 転倒予防	1-1-1 転倒しな いための 身体機 能の維持	1 転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える  ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・転倒した状況や要因を把握し評価することで、転倒しやすい状況の改善や、適切なリハビリテーション目標を設定。	・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・本人の身体能力、生活動作の確認	・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・本人の身体能力、日常生活に必要な動作の状況	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		1-2 骨粗しょう症の 予防	2 服薬管理の支援  ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・専門職によるケアが縮小した後も適切に服薬を継続できるよう、本人あるいは家族等における服薬の必要性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・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など） ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・本人の目次（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（指示どおりに服用ができていないか、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・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など） ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・服薬の確認体制（指示どおりに服用ができていないか、誰が、いつ、どのように確認するか）	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）	・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ないか、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ないか、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ないか、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
	1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	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） ・日常的な排便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） ・日常的な排便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ないか、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ないか、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、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要。 ・本人・家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。	・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴） ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・感染症へのかかりやすさ ・家族等の背景（特に小さい子どもも有無）、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の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・家族等や介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、家族等の生活リズムなど）	・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・本人の状況や家族等が現在提供しているケアの内容	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1 負荷のかかる環境の改善	12 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える  ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・急激な気温の変化は、血圧が急激に上がるきっかけの一つである。血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要。 ・日常生活において、気温差が縮小されるような体制を整える。	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・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
	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、運動の時間帯など）	・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、運動の時間帯など）	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、運動の時間帯など） ・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、運動の時間帯など） ・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
			2-1-2 リハビリテーションの実施	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  16 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える  ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・疾患の状況に応じた生活・暮らしの実現に向け、医療的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。  ・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。そのことが、本人の機能向上を目指す。	・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名前・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  ・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	・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）
		2-1-3 入浴習慣の支援	17 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える  ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・入浴は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いると負荷軽減効果により臨床症状の改善にも効果が示される。 ・本人の入浴への意向、入浴習慣・環境の把握、専門職からの指導を踏まえ、入浴を維持できる体制を整備。	・入浴に対する本人・家族等の希望・意向 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合は誰か） ・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伝えることへの支援	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

**【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		
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。病状に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など） ・今後の治療に関する本人・家族等の意向 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に係る留意点 ・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用（利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など） ・処方箋の内容（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） ・1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。	・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	・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高いため、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・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、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・地域で利用可能な栄養に関する支援サービスの有無、状況	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分量・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、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	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、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な排便と異なる状況の判断の目安（医師からの指示・指導に基づくもの） ・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（回数、タイミング、性状） ・日常生活（活動内容、休養、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・日常的な排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）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職	
		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	
		9 活動制限が守られること、その制限が守られる体制を整える	・再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた医師の指導による適切な活動制限と安静が必要。 ・本人・家族等が疾患の特性や医師からの日常的な活動における制限の指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援が必要。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（活動制限、安静の指示、判断の目安など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など） ・日常生活（活動内容、休養、急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度 ・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など） ・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（活動制限、安静の指示、判断の目安など） ・専門職による指導の状況（実施の有無、指導の内容など） ・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度 ・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
		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 ・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	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職	
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		相談すべき専門職
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	
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 ・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	看護師、PT/OT/ST、介護職
		13 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える  ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・強い負荷がかかるような動作（段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等）は、心臓への強い不可となるリスクがある。 ・自宅での行動の状況、強い負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える。	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・環境改善に関する支援の必要性	・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など） ・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など） ・環境改善に関する支援の必要性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職	
2 生活機能の維持	2-1 ステージに応じた生活・暮らしの支援	2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善	14 本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える  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（よくなる場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくなる場所、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（よくなる場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくなる場所、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備。 ・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、よくなる場所、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備。	・入浴に対する本人・家族等の希望・意向 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か） ・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など） ・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況 ・自宅の浴室以外における入浴（例：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（寝室の明るさ、室温、寝具の状態など） ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）	・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、室温、寝具の状態など） ・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		2-1-5 禁煙の実現の支援	18 禁煙を実現できる体制を整える	・喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者の禁煙は死亡率や再入院率の低減につながるため、医師からの指導内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、必要に応じて禁煙が実現できるような体制の整備。	・禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向 ・禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど） ・疾患発症前の日常生活における喫煙量、タイミング ・禁煙の継続の有無 ・禁煙が実施できなかった場合の医師への報告方法	・禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向 ・禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど） ・禁煙の継続の有無	医師、看護師、薬剤師、介護職
		2-1-6 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
		3-1 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体制を整える	・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

【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の専門職の関わりの把握	現在に至るまでどのような医療及び他の専門職が関わってきたかの把握。 今後の医療領域の支援体制を構築するために、これまでの医療の関わりの経緯を把握することが重要。	医師による判断の状況（主治医意見書による把握） 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も、本人の変化を捉え、必要に応じてさらに支援を求められるようにする体制の構築が重要。 認知症のある高齢者が、日常生活において自ら行動しやすいようにするため、住環境、地域環境などの生活環境を捉えることが重要。	本人の日常生活の状況（サービス事業者によっ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（よくいく場所、そこまでの動線、日課など） 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） 自宅の間の取り（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（サービス事業者によっ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（よくいく場所、そこまでの動線、日課など） 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） 自宅の間の取り（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うながす支援体制を整える	意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。 将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要。なお、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意。	本人が有する意思決定能力の状況 意思決定に関する本人の思い、不安の状況 意思決定支援に対する家族等の理解度 キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 金銭管理の状況	本人が有する意思決定能力の状況 意思決定に関する本人の思い、不安の状況 意思決定支援に対する家族等の理解度 キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 金銭管理の状況		看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
			9 意思決定支援に向けて、本人及び家族等に適切な情報が提供される支援体制を整える	意思決定支援を判断するために必要な情報が提供されるように支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。 将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要だが、その前提として本人及び家族に対し、意思決定に必要な情報が提供されるような体制を整えることが必要。	意思決定に関する本人の思い、不安の状況 キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	意思決定に関する本人の思い、不安の状況 キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況		看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
2-1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	2-1-1 意思決定支援の必要性の理解	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	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らう人（※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らう人（※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
		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
		4-1-1 日常生活における本人の意向の尊重	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	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 ・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 ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
4 基本的な生活の支援	4-2 一週間の生活リズムを支えることの支援	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ようとする。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。	・本人の日常（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や支援内容 ・日常的な活動の状況（日常的な活動の有無、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、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れや疲れなどの目安）） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・休養・睡眠の状況（タイミグ、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・本人や家族等の交友関係 ・本人や家族等の生活に関わっている人との状況 ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	・本人の日常（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や支援内容 ・日常的な活動の状況（日常的な活動の有無、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、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れや疲れなどの目安）） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など） ・休養・睡眠の状況（タイミグ、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・本人や家族等の交友関係 ・本人や家族等の生活に関わっている人との状況 ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
		4-3-1 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必要。	・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・家庭での役割を担い続けるうえで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
		4-3-2 コミュニケーションを取り取ることの支援	20 日常生活においてコミュニケーションを取り取ることの支援 ※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の支援	21 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況の把握。 ・本人が清潔を保つことを支える環境の整備。 ・本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要。	・清潔の必要性に対する本人、家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・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	・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・渴き、痛み、排泄、眠さ等） ・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・自分の体調に対するうらみための状況、体調を把握する手段 ・日常的な体調（食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等） ・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			23 日常と異なる状態の把握とそれを表明することの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常の状態とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制の整備。 ・認知症のある高齢者の場合、日常の状態と異なる状態を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、日常の状態を捉える体制を整えておくことが重要。	・日常と異なる状況の有無、その内容と程度 ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・体調の変化を伝える相手との関係性 ・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など） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬支援機器の活用状況	・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日常（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） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬支援機器の活用状況	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
	4-5 基本的なセルフケアを継続することの支援	4-5-1 水分の摂取の支援	25 必要な水分量の把握と必要な水分量を摂取できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常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（室温や湿度、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）	・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（室温や湿度、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、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。 ・日常生活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篤化の予防	5-1 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備	5-1-1 その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	28 活動と参加を通じた周囲の人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限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、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）	・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、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）	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させるのではなく、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との連携が重要であることに留意が必要		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職 <sup>※</sup>
5	これまでの生活の尊重と重度化の予防	5-2-1	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、滑りやすさ、床の材質など） ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・自宅外の本人の生活習慣（よくいる場所、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、滑りやすさ、床の材質など） ・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） ・自宅外の本人の生活習慣（よくいる場所、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 ※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、のどが口内口咽頭鳴るなど） ・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、のどが口内口咽頭鳴るなど） ・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	6-1-1	行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制の構築	・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（室温湿度環境、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 ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・行動・心理症状の状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・行動・心理症状の状況を共有する手段（サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など） ※これらの項目に加え、「大項目0」ここまで経緯の確認」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（室温湿度環境、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 ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・行動・心理症状の状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・行動・心理症状の状況を共有する手段（サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など） ※これらの項目に加え、「大項目0」ここまで経緯の確認」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	・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。	・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・痛みやかゆみなどの不快（言葉にならないストレス）を伴う状況の有無、その内容と程度 ・生活環境に対する本人の好み ・室内環境（音や光など）からくる不快・ストレスの程度及び対応状況（室温調整、機械音の軽減、カーテンの活用など）	・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・痛みやかゆみなどの不快（言葉にならないストレス）を伴う状況の有無、その内容と程度 ・生活環境に対する本人の好み ・室内環境（音や光など）からくる不快・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	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、家族等の理解をうながすことも大切。	・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 ・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	
7	家族等への対応	7-1-1	家族等に対する支援の体制の整備	38 家族等に対し相談支援が提供される体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 ・家族等が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社会資源をつなぐような支援。 ・日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・認知症に対する本人・家族等の受け止め状況 ・認知症に対して家族等が感じている不安 ・家族等がねぎらいを得られる状況の有無 ・家族等が必要な情報を収集する手段 ・相談支援の実施状況 ・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・家族等の受け止め状況 ・認知症に対して家族等が感じている不安 ・家族等がねぎらいを得られる状況の有無 ・家族等が必要な情報を収集する手段 ・相談支援の実施状況 ・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とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。	・本人の日常生活リズム・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 ・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 ※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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>誤嚥性肺炎の予防のためにはまず誤嚥リスクの評価が重要であるため、本人の日常の健康状態や生活状態を把握し、誤嚥リスクを評価する専門職と共有。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>（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）</li> <li>本人の健康状態、生活状況</li> <li>認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li> <li>障害の有無と程度</li> <li>生活における覚醒、活発度の状況</li> <li>咀嚼や嚥下に関するトラブル（出来事）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の健康状態、生活状況</li> <li>認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li> <li>障害の有無と程度</li> <li>生活における覚醒、活発度の状況</li> <li>咀嚼や嚥下に関するトラブル（出来事）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>（入院していた場合）入院中の食事の種類、内容</li> <li>食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食事をとる際の姿勢・食事のとり方</li> <li>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）</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食事をとる際の姿勢・食事のとり方</li> <li>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）</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>咀嚼や嚥下に関するトラブル（出来事）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>咀嚼や嚥下に関するトラブル（出来事）</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>息切れの有無</li> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>息切れの有無</li> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>（入院していた場合）入院中の口腔に関するケア内容</li> <li>（入院していた場合）入院中のリハビリテーションの内容</li> <li>嚥下障害に関係する病歴の有無（気管切開など）</li> <li>専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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きすぎないようにするようなケア体制を整える。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>食事の内容（種類、形態、量、内容など）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>食事の内容（種類、形態、量、内容など）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果</li> <li>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）</li> <li>食事の内容（種類、形態、量、内容など）</li> <li>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）</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果</li> <li>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）</li> <li>食事の内容（種類、形態、量、内容など）</li> <li>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）</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果</li> <li>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）</li> <li>食器の保持の状況</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>日常的に使っている食器</li> <li>評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具</li> <li>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）</li> <li>食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果</li> <li>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）</li> <li>食器の保持の状況</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具</li> <li>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）</li> <li>食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食欲の状況</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> <li>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）</li> <li>日常的に使っている食器</li> <li>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）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>食欲の状況</li> <li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など</li> <li>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）</li> <li>日常的に使っている食器</li> <li>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）</li> <li>排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>（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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	※「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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候</li> <li>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）</li> <li>連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候</li> <li>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）</li> <li>連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制</li> </ul>	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の健康状態、生活状況</li> <li>本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>医師による判断の状況（入院すべきか否か）</li> <li>医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の健康状態、生活状況</li> <li>本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>医師による判断の状況（入院すべきか否か）</li> <li>医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
	4-2 入院後の生活復帰の見通しの共有	4-2-1 入院後の生活復帰の見通しの共有	15 入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院の見込み時期</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院の見込み時期</li> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>	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