

適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業

「適切なケアマネジメント手法」の 手引き **その3**

～疾患別ケアについて学ぶ～





はじめに

「適切なケアマネジメント手法」は、要介護高齢者本人と家族等の生活の継続を支えるために、介護支援専門員の先達たちが培ってきた知見に基づき、想定される支援を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント／モニタリングの項目を整理したものです。

この手法のねらいを知っていただくため、令和２年度に「「適切なケアマネジメント手法」の手引き（その１）」を作成しました。また、実際に「適切なケアマネジメント手法」を活用した介護支援専門員の皆様の声をもとに、令和５年度に「「適切なケアマネジメント手法」の手引き その２」を作成しました。

今回の「「適切なケアマネジメント手法」の手引き その３」は、多職種との連携でも活用が期待できる「疾患別ケア」を中心に解説しています。手引きその１、その２とあわせてご活用ください。



「適切なケアマネジメント手法」の手引き（その１）

ダウンロードはこちらから



https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu_betsushiryo.pdf



「適切なケアマネジメント手法」の手引き その２

ダウンロードはこちらから



<https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/caremanagement/240307.pdf>



冊子の作成にあたっては、以下の皆様にご協力いただきました。

■令和6年度厚生労働省老人健康増進等補助事業

適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業
ワーキング・グループ 委員（五十音順・敬称略）

氏 名	所属先・役職名
石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授
遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 事務局長
大峯 伸一	一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会 副会長
落久保裕之	一般社団法人広島市西区医師会 副会長 兼 一般社団法人広島県介護支援専門員協会 会長
〇川越 正平	松戸市医師会 会長
齊藤 眞樹	社会医療法人仁生会 西堀病院 経営企画部・在宅支援事業部 部長
高田 陽介	武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課 介護保険係長
能本 守康	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
水上 直彦	石川県介護支援専門員協会 副会長
村田 雄二	特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会 理事

〇印：座長

目 次



第1章

「適切なケアマネジメント手法」を知ろう 1

— 「適切なケアマネジメント手法」がどのようなねらいで作られたのかを解説します

- (1) 「適切なケアマネジメント手法」のなりたち
- (2) 「適切なケアマネジメント手法」の3つのねらい
- (3) 「適切なケアマネジメント手法」の取り入れ方

第2章

「適切なケアマネジメント手法」の構成を理解しよう 7

— 「適切なケアマネジメント手法」とその基盤となる「基本ケア」の構成について解説します

- (1) 「適切なケアマネジメント手法」の構成
- (2) 基盤となる「基本ケア」のおさらい
- (3) 「疾患別ケア」の構成
- (4) 「基本ケア」と「疾患別ケア」の関連性と考え方

第3章

「疾患別ケア」の各項目について学ぼう 13

— 「疾患別ケア」について、疾患ごとに各項目を解説します

- (1) 「疾患別ケア」とは
- (2) 各「疾患別ケア」を学ぼう
 - ①脳血管疾患がある方のケア
 - ②大腿骨頸部骨折がある方のケア
 - ③心疾患がある方のケア
 - ④認知症がある方のケア
 - ⑤誤嚥性肺炎の予防のためのケア

第4章

事例を通じて多職種連携のポイントを知ろう 162

— 「疾患別ケア」を活用した事例から、多職種連携のポイントや取り組みイメージを紹介
します

- (1) 多職種連携の重要性
- (2) 「疾患別ケア」を活用したケアマネジメントの効果
- (3) 「疾患別ケア」を活用した多職種連携の事例

参考資料 173

第1章 「適切なケアマネジメント手法」を知ろう

(1) 「適切なケアマネジメント手法」のなりたち

「適切なケアマネジメント手法」の基本ケア及び疾患別ケアの冊子・一覧表



ダウンロードはこちらから



ダウンロードはこちらから



介護支援専門員の役割に対する期待の変化

人口減少と高齢化が進み、地域に暮らす高齢者の生活のありようが大きく変化していく中、ご本人や家族等の介護者のニーズも多様化しています。同時に、ケアマネジメントで取り扱う社会資源の範囲は、介護給付サービスをはじめとするフォーマルサービスだけでなく、地域の互助の取り組みや自費サービスなどに広がっています。

介護支援専門員はこれまで以上に幅広く情報を収集・分析し、さまざまな社会資源を組み合わせることで効果的・効率的な支援を調整することが期待されます。

介護支援専門員の知見を体系化し、言語化した「適切なケアマネジメント手法」

さまざまな社会資源を組み合わせ、一定以上の水準でケアマネジメントを提供するために、これまで介護支援専門員が培ってきた知見を整理するためにまとめたのが「適切なケアマネジメント手法」です。

「適切なケアマネジメント手法」では、**想定される支援について“あたり”をつけやすくするために**、これまでに介護支援専門員をはじめ関連する多くの職域の中で培われてきた知見を体系化し、言語化しています。

「適切なケアマネジメント手法」って、何か新しいことが始まったのかと思ったけど、そうではないんですね！



介護支援専門員

そうなんです。

これまで、私たち介護支援専門員が取り組んできたことを、改めて文字に整理したものです。

よく内容を見ると、実はどれもなじみがある内容ですよ。



介護支援専門員

(2) 「適切なケアマネジメント手法」の3つのねらい

「適切なケアマネジメント手法」は、以下の3つを促進することをねらいとして検討されました。

多職種との協働
や情報収集が進
めやすくなる

支援内容やアセ
スメント項目の
「抜け漏れ」を
防ぐ

ケアプランや支
援内容の見直し
をしやすくなる

多職種との協働や情報収集が進めやすくなる

さまざまな領域の専門職等と円滑に連携するには、基本的な知識が必要です。「適切なケアマネジメント手法」はまさにその基本的な知識として作られたものであり、他の職種と連携する際の“共通言語”として活用することをねらいとしています。

情報の収集や、支援の必要性の検討、あるいは具体的な支援内容を検討する際の連携に関しては、本手法の中の「**相談すべき専門職**」や「**アセスメント/モニタリング項目**」を参考にしてください。

“誰(どの職種)に”、“何(どんなこと)を”確認すれば
よいが、「適切なケアマネジメント手法」を学ぶこと
で具体的にイメージできるようになりました！



支援内容やアセスメント項目の「抜け漏れ」を防ぐ

本手法の考え方を活用することで、アセスメントを行ったりケアプラン原案を検討したりする際に、考慮すべき**視点が大きく抜け落ちてしまうことを防ぐ**ねらいがあります。

情報収集の抜け漏れを防ぎ、どの利用者に対しても**一定以上の水準のケアマネジメントを提供**できるよう、「**想定される支援内容**」の必要性や視点をしっかり押さえ、お役立てください。

ケアプランや支援内容の見直しをしやすくなる

本手法はアセスメントやケアプラン原案の作成だけでなく、**多職種連携による、より掘り下げた情報の収集・共有**により、**ケアプランや支援内容の見直しをしやすくすること**もねらいとしています。

本手法で整理されている視点をもとに、より具体的な情報を収集・共有することで、**支援内容をより個別的なものに見直す**ことができます。ご本人の状態の変化に応じて支援内容の見直しや新たな支援内容の追加を判断する際に、本手法を参考にしてください。



経験の多い介護支援専門員であっても、ついすっかり視点が抜け漏れてしまうこともあります。
自分のケアマネジメントを再確認することにも「適切なケアマネジメント手法」は活用できそうですね。

(3) 「適切なケアマネジメント手法」の取り入れ方

では、普段の業務において「適切なケアマネジメント手法」をどのように取り入れたらよいのでしょうか？

1. アセスメントやケアプラン原案作成（介護支援専門員）

アセスメントやケアプラン原案作成時に「適切なケアマネジメント手法」を**チェックリスト**のような形で活用できます。そこで**支援の方針を効率的に見極めたり、情報収集や支援の抜け漏れに早めに気づいたりすること**で、個別化のための情報収集や調整により注力しやすくなります。

2. 事業所内や同行訪問での指導（指導担当者）

事業所内や同行訪問での指導で、「適切なケアマネジメント手法」を**チェックリスト**として活用できます。そうすることで、初任段階の介護支援専門員がどの項目の、どのような点でつまづいているかが明らかになり、指導担当者は**目線合わせ**や支援内容に対する**具体的な助言**を行いやすくなります。

ケアプランを作成する際に、抜け漏れている視点がないかをセルフチェックするのに活用できました！



指導の場面では、手法の内容に沿って考えることで、自分個人の意見ではない公平な助言ができるので重宝しています。

3. 地域のケアマネジメント支援 (地域包括支援センター、職能団体)

地域包括支援センターは包括的・継続的ケアマネジメント支援の一環で、**介護支援専門員向けの相談支援や研修、個別事例を取り上げる地域ケア会議**などを行っています。また、職能団体も職域での生涯学習としてさまざまなテーマの研修を実施しています。

例えばこのような場面で「適切なケアマネジメント手法」を活用することで、**事例検討の視点**を共有しやすくなります。

4. 社会資源の整備に向けた検討

住み慣れた地域でできるかぎり住み続けられる環境を整えるには、個別支援を支えられるような地域づくりが必要です。

そこで、「適切なケアマネジメント手法」を、介護支援専門員をはじめ個別支援に関わるさまざまな専門職との連携、さらに地域包括ケアシステムを推進・深化する施策・事業にも通じる**“共通言語”**として使うことで、地域の課題とその解決に向けた取り組みを具体的に把握・検討しやすくなり、**地域におけるケアマネジメントの知見を集約・充実**させやすくなります。

書かれている内容をすべて暗記するのではなく、必要なときに辞書のように参照することで、抜け漏れを確認できたり他の職種との連携がスムーズになったりするのですね。



第2章 「適切なケアマネジメント手法」の構成を理解しよう

(1) 「適切なケアマネジメント手法」の構成

「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成されている

「適切なケアマネジメント手法」は、「基本ケア」と「疾患別ケア」という2階建ての構造になっています。

「基本ケア」は、本人の生活の継続を支援する基盤となる支援内容であり、疾患や状態によらず共通して重視すべき事項です。高齢者の機能・生理の視点を踏まえ、想定される支援内容やそれを検討する必要性、さらに多職種連携による情報収集において必要な視点、連携すべき専門職の例などを整理しています。

「疾患別ケア」は、疾患に応じて特に留意すべき支援内容を体系的に整理したものです。疾患によっては、期別(退院後3ヵ月、退院後4ヵ月目以降など)の視点を盛り込んでいます。



「適切なケアマネジメント手法」を活用する際は、**まず「基本ケア」を踏まえたうえで、ご本人の状態に応じて「疾患別ケア」を参照**することが大切です。

(2) 基盤となる「基本ケア」のおさらい

基本ケアの3つの方針

本手法における「基本ケア」とは、生活の基盤を整えるための基礎的な視点であり、現在の生活をできるだけ継続できるようにするために想定される支援内容を体系化したものです。

その体系の基礎として、介護保険法の理念及び地域包括ケアシステムの理念規定を踏まえた、以下の3つの基本方針を掲げています。

3つの基本方針

I . 尊厳を重視した意思決定の支援

II . これまでの生活の尊重と継続の支援

III . 家族等への支援

この3つの基本方針に基づいて、
「基本ケア」の項目は構成されているんですね。



基本ケアの構成

基本方針を「理念」として、これらの理念を目指した支援を、「大項目」「中項目」「想定される支援内容」に細分化しています。理念を実現するための大項目、大項目を実現するための中項目…という構成です。

「基本ケア」の基本方針・大項目・中項目・想定される支援内容

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
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
			2. 併存疾患の把握の支援
			3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保
			4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認
		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
			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
			7. 食事及び栄養の状態の確認
			8. 水分摂取状況の把握の支援
			9. コミュニケーション状況の把握の支援
			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
		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
		Ⅰ-1-4. 緊急時の対応のための備え	12. 転倒などのからだに負担の掛かるリスクの予測
			13. 感染症の早期発見と治療
	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	14. 緊急時の対応
			15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握
		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
		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
			18. 意思決定支援体制の整備
		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
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
			21. 水分の摂取の支援
			22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		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
			24. 継続的な服薬管理の支援
		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
		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
			27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
		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
	Ⅱ-2. 日常的な生活の継続の支援	Ⅱ-2-1. 生活リズムを整える支援	29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援
			30. 休養・睡眠の支援
		Ⅱ-2-2. 食事の支援	31. 口から食事を摂り続けることの支援
			32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
		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
Ⅲ. 家族等への支援	Ⅱ-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	Ⅱ-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援
			35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
		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
			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
		Ⅱ-3-3. 家庭内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
	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	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
			40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備
		Ⅲ-1-2. 家族等の理解者を増やす支援	41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援
			42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援
	Ⅲ-2. ケアに参画するひとへの支援	Ⅲ-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備	43. 本人を取り巻く支援体制の整備
		Ⅲ-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援	44. 同意してケアに参画するひとへの支援

(3) 「疾患別ケア」の構成

大きな方針からより具体的な支援内容へ

「疾患別ケア」は、「大項目」から「中項目」「小項目」へと、大きな方針からより具体的な支援内容を示す構成になっています。

「疾患別ケア」の構成の例（抜粋）

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
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
		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
		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

大きな方針

具体的な支援内容

想定される支援内容

- 疾患への医療的なアプローチにとどまらず、ご本人や家族等の介護者の疾患への理解促進や状況が変化した際の体制構築など、ケアマネジメントが果たすべき役割を踏まえたものです。
- 想定される支援内容ごとに、その必要性や妥当性を判断するために確認すべき主なアセスメント/モニタリング項目、その際に相談すべき専門職を整理しています。
- 個別化の視点に立って支援の可否や具体的内容の検討のために、他の職種と連携して確認します。

「項目一覧」（概要版）では、疾患別・期別に、「想定される支援内容」、「支援の概要、必要性」、「アセスメント/モニタリング項目」、「相談すべき専門職」を一覧表形式で示していますので、全体を把握するうえで役立ちます。



(4) 「基本ケア」と「疾患別ケア」の関連性と考え方



まずは「基本ケア」をしっかりと理解することから

「基本ケア」は、**生活の基盤を整えるための基礎的な視点**のため、利用者に疾患等がない場合でも、また疾患が複数ある場合でも共通するものです。

したがって、「疾患別ケア」を検討する前に**まずは「基本ケア」をよく理解し**、視点の抜け漏れがないか、どのような掘り下げた情報収集が必要か、確認しましょう。

そのうえで、例えば退院直後であったり、病状の変化があったりなど、**医療との関わりが大きい状況にある方**については、「疾患別ケア」に示す視点を活用することが有効です。

ここで示される視点は、その疾患がある方のマネジメントで留意すべき点が整理されていますが、他にも類似の疾患がある方の個別支援においても、医療の専門職との連携において留意すべき視点として活用できます。

「基本ケア」と「疾患別ケア」で重複する項目の考え方

「疾患別ケア」の一部には、「**基本ケア**」と**重複する項目**もあります。これは、疾患の有無に関係なく重要であると同時に、疾患がある場合には特に留意すべき項目であることを意味します。

例えば、ご本人の意向を把握し、意思決定を支援する取り組みは疾患の有無に関わらず重要ですが、認知症がある方のマネジメントでは、特に重要です。ご本人の意向の把握の参考となる情報をより具体的に集めたり、意思決定支援のためにご本人を中心に、ケアに関わる関係者での連携体制を整える支援などが考えられます。

また、服薬の管理や支援、それまでの活動を維持・回復するためのリハビリテーションや機能訓練などは、疾患に関係なく大切な視点の1つですが、例えば、脳血管疾患や心疾患がある方のマネジメントでは、体調の管理が特に大事だったり、活動制限の指示があったりする場合もあります。したがって、かかりつけ医等の医療の専門職とよく連携して、留意すべき点をより詳細に具体的に把握することが求められます。

このように、**基本ケアと重複する項目は、特に留意して状況を把握し、支援の必要性や支援内容についてより具体的かつ詳細に他の職種とも連携して検討**しましょう。



「疾患別ケア」はあくまでも疾患に応じた視点となるので、まず「基本ケア」をきっちり押さえたうえで、「疾患別ケア」を組み合わせることが大切なんですね。

第3章 「疾患別ケア」の各項目について学ぼう

(1) 「疾患別ケア」とは

「疾患別ケア」のねらい

ご本人の生活が継続できるよう、そして状態がさらに重度化することを予防するには、**療養上の留意点**を押さえることが大切です。

「疾患別ケア」は、医療知識の獲得をねらいとしたものではありません。ご本人の生活を療養上の留意点を無理なく押さえたうえで支援が行えるよう、**多職種間で共有する視点**として役立てることをねらいとしています。

本手法で整理した支援を理解し、これらの疾患がある方のマネジメントにおいて、**かかりつけ医等をはじめ他の専門職との情報共有・連携**にお役立てください。

「疾患別ケア」で取り上げる疾患

「疾患別ケア」では、要介護認定の原因疾患となっている疾患（認知症、脳血管疾患、生活不活発のきっかけとなりうる骨折）、及び高齢者に罹患者が多く健康状態への影響も大きい疾患（心疾患、誤嚥性肺炎の予防）を念頭に、以下の5つの疾患を取り上げています。

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

「疾患別ケア」を活用することで複合課題への対応力を磨く

「疾患別ケア」の活用においては、まずは**1つの「疾患別ケア」をしっかりと理解し、かかりつけ医等をはじめ他の専門職と連携したマネジメントに活用することから始める**とよいでしょう。

「疾患別ケア」の活用に慣れてくることで、複数の「疾患別ケア」を同時に使う場合や、「疾患別ケア」では取り上げていない疾患の場合といった複合課題への対応力が磨かれていきます。

なお、「疾患別ケア」はあくまでも疾患に応じて特に留意が必要な事項のみを挙げているので、必ず**「基本ケア」と併用**してください。また、「疾患別ケア」にない疾患や複合課題の場合にも、**疾患の有無に関係なく重要となる「基本ケア」に立ち戻る**ことはとても有効です。

5つの疾患の選定理由

- 「**脳血管疾患**」及び「**認知症**」は、要介護認定の原因となる上位の疾患という観点から選定しています。
- 「**大腿骨頸部骨折**」は、生活不活発に至るきっかけの大きな原因の一つであるという観点で選定しています。
- 「**心疾患**」は高齢者に罹患者が多く他の併発疾患も考慮し、医療との連携が重要であるため選定しています。
- 「**誤嚥性肺炎の予防**」は、疾患ではないものの、ひとたび誤嚥性肺炎を発症するとその後急速に健康状態が悪化する恐れが大きく、重度の場合はそれまでの暮らしの継続が難しくなる事例も多いため、こうした急な状態の悪化を予防することの重要性の観点から選定しています。

疾患別ケアの活用場面

「疾患別ケア」は、疾患における療養上の留意点を押さえたうえでかかりつけ医等をはじめ他の専門職との情報共有・連携するといった多職種連携の場面での活用が見込まれます。

「疾患別ケア」を活用する観点では、とりわけ以下に示す在宅医療介護連携の4つの場面を想定して活用すると、より大きな効果が期待されます。

日常の療養 支援

日々の暮らしの継続を支えるうえで留意すべき点を押さえられるよう、かかりつけ医等をはじめとする他の専門職と連携する

入退院時 支援

入院が必要になりその後退院するときも、それまでの暮らしから継続的に支援が受けられるように、医療機関の専門職と円滑に連携する

急変時の 対応

急変して医療による対応が必要になったときに、それまでのご本人の暮らしの状況や情報を的確に伝え、その後の治療が円滑なものとなるよう連携する

看取り

かかりつけ医等をはじめとする専門職と連携し、最期まで、ご本人の尊厳を保持し意思を踏まえた支援を実現するよう連携する

脳血管疾患がある方のケア

本手法におけるマネジメントの考え方

脳血管疾患は、要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つで、再発しやすい疾患です。仮に再発して入院すると、状態が悪くなりフレイルの進行にもつながる可能性があります。

そのため、ご本人のQOLの維持・向上と再発予防の観点から、退院後の生活への移行をできるだけ円滑にし、退院直後の生活における不安を小さくできるように調整すること、そして生活が安定してきた後は、再発の予防が大切です。

したがって、本手法における脳血管疾患がある方のマネジメントでは、「再発予防」と「生活機能の維持・向上」の2つを「大項目」とし、重視すべき基本的な考え方として位置づけています。さらに入院して治療した後に、退院して生活の場に移行するタイミングから介護の関わりが始まる場合が多いことを踏まえ、退院後の時期に応じて2つの段階に分けて支援内容を整理しています。

時期に応じたマネジメントの考え方

本手法では、退院後の時期によって、以下のように期を分けています。

Ⅰ期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

- Ⅰ期は、症状が安定し自宅での生活が送ることができる時期ということで、退院してきて安定するまでの時期です。
- この時期は特に生活が安定して送れるようにしていく、その療養に慣れていくということが大事な時期です。そのため、再発予防の中でも健康の管理や療養、生活機能の回復が重要になります。また、特に心理的な側面での回復も重要となります。

Ⅱ期

病状が安定して、個性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期

- Ⅱ期は、少し状態が安定してきて、継続的に暮らすためのセルフマネジメントに移行する時期です。
- この時期になると、療養管理や生活機能の維持や服薬、食事、活動参加による役割の維持など、自分でできるだけマネジメントを行っていく必要があります。また、リスク管理も重要な視点です。

マネジメントにおいて留意すべきこと

- 脳血管疾患の具体的な症状と障害の残り方はそれぞれ異なるため、ご本人の症状と生活障害の状況について、かかりつけ医等や病棟の専門職から情報を得ることが重要です。
- 脳血管疾患の療養では、まず再発予防が重要であり、そのためには血圧の管理とともに水分や栄養の状況の把握が基本となります。また、脳血管疾患の発症の原因となった生活習慣を捉えて多職種と共有したうえで、かかりつけ医等によるリスク評価に基づいて生活習慣の見直しを検討することも重要です。その際、ご本人の尊厳の保持や生活の意向も捉えた合意形成に留意しましょう。
- 生活機能の改善・維持も重要です。特に、麻痺等による歩行障害がある場合など、病前と比べてADLが下がったことによって日常の活動量が落ちてしまい、結果的にフレイルが進行するリスクもあります。適切な水分や栄養を確保したうえで、活動量を維持するような観点に立った生活機能の維持にも留意しましょう。
- 高次脳機能障害やうつ症状がみられる場合などは、ふさわしい専門職を交えた評価と生活を継続するうえでの留意点を把握する必要があります。ご本人の日常生活の状況についての情報を収集・共有することで、専門職間での連携が円滑になるよう調整することも重要です。

詳しく
知ろう！

脳血管疾患の特徴

介護はあくまで生活の場面での取り組みの支援をマネジメントするものですが、疾患に応じて特に留意すべき点を捉えるために、疾患の特徴を理解しておきましょう。

- 脳血管疾患とは、脳動脈の異常を原因とする疾患の総称で、脳出血と脳梗塞に分類されます。脳動脈の異常の原因は、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患であるとされており、発症の背景には生活習慣の影響が大きいとされています。
- 脳内での異常が脳の機能に影響を与えるため早期の治療が必要とされますが、症状やその後の経過等により、脳機能に影響が残り、麻痺や視野狭窄とそれに伴う歩行等の障害、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害などがあらわれる場合があります。そのため、要介護状態の原因疾患の上位となります。
- 脳血管疾患の治療では、疾患の種別や症状、発症後の経過時間によって薬物療法や外科治療が選択されるとともに、栄養状態や血圧の管理が行われます。その後、急性期や回復期におけるリハビリテーションや治療を経て、生活期の療養につながります。
- 生活期における療養では、まず疾患の再発を予防することが重要であり、その実現のためには血圧を下げたり水分や栄養を確保したりすることが必要です。また、脳血管疾患の発症の背景には高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患があるとされるため、ご本人の生活習慣や基礎疾患の状況について情報を共有するとともに、かかりつけ医等の指示に基づいて基礎疾患の治療の継続及びその背景にある生活習慣の見直しを検討することも重要です。

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
1. 再発予防	1-1. 血圧や疾病の管理の支援	1-1-1. 基本的な疾患管理の支援	1. 基本的な疾患管理の支援
		1-1-2. 血圧等の体調の確認	2. 目標血圧が確認できる体制を整える 3. 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える
		1-1-3. 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
		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
	1-2. 服薬管理の支援	1-2-1. 服薬支援	6. 服薬管理の支援
	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 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 9. 自ら水分を摂取できるようにする体制を整える
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
	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 12. 抑うつ状態の防止、改善が図れる体制を整える 13. リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える
	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 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
		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 17. コミュニケーション能力の改善を図る体制を整える（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）
		2-3-3. 社会参加の機会の確保	18. 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える 19. 外出や交流の機会が確保できる体制を整える 20. 新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える
	2-4. リスク管理	2-4-1. 食事と栄養の確保	21. 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認
		2-4-2. 転倒予防	22. 転倒しにくいよう体の機能あるいは環境整備するための体制を整える

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

1. 再発予防

1-1. 血圧や疾病の管理の支援

1-1-1. 基本的な疾患管理の支援

脳血管疾患は、その起因となっている生活習慣病への理解も重要です。また、定期的な受診の継続や病気に対する不安を取り除く支援も求められます。さらに、本人・家族等の介護者が病状悪化のサインを早期に捉えられるような支援も重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 再発予防や生活の質の低下を防ぐため、背景にある生活習慣病の管理が必要であることを、本人・家族等の介護者が理解できるよう支援を行う。
- 併せて、生活の縮小を防ぎ、生活改善につなげるため、病気に対する不安を取り除く支援を行う。
- 病状悪化の早期発見のため、本人・家族等の介護者が日常の状態と通常ではない状態の両方を理解し、健康状態の変化を把握できるよう支援を行う。
- 定期的な受診が可能となるよう、通院する環境や手段を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

1. 再発予防

1-1. 血圧や疾病の管理の支援

1-1-2. 血圧等の体調の確認

血圧の変動は再発につながる重要な要因であり、状況によっては日常生活への制限が必要となるなど、治療方針・内容に大きく影響を与えます。そのため、目標血圧の確認や、日々の血圧等の把握ができる体制を整備することが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

アセスメント/
モニタリング
項目

2. 目標血圧が確認できる体制を整える

- 目標血圧を確認できる体制を整える。特にⅠ期においては、入院中と自宅での環境は異なることから、入院環境下の状況を把握することも重要である。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

3. 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える

- 日々の血圧・脈拍等を正しく測定、記録できるような体制を整える。
- また、目標血圧の範囲内に収まっているか、不整脈が発生していないかなどを確認することを支援する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

1. 再発予防

1-1. 血圧や疾病の管理の支援

1-1-3. 環境整備

気温の変化が大きいと再発リスクが高まり、体調悪化の要因にもなりえます。そのため、生活の状況を把握するとともに、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認し、気温差の縮小を支援します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

アセスメント/
モニタリング
項目

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

- 居室内での一日の気温差は乾燥、脱水、冷えにつながり、再発リスクに加え体調悪化の要因にもなりうるため、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する。
- また、必要に応じて気温差の縮小を支援する。その際は、冷暖房等の調整に加え、衣服をこまめに調整する、急な移動を防ぐ、入浴時はしばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

1. 再発予防

1-1. 血圧や疾病の管理の支援

1-1-4. その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供

再発予防に向けて、背景にある生活習慣病の管理について、本人・家族等の介護者が理解することも重要です。特に本人の状態に応じて、適切な食事の提供がなされるよう支援することが求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 再発予防のために、背景にある生活習慣病（高脂血症、糖尿病等）について、適切な管理がなされるよう支援の体制を整える。
- なお、生活習慣病の各疾患の個別的な理解は本章の対象外とする。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

1. 再発予防

1-2. 服薬管理の支援

1-2-1. 服薬支援

自宅での療養において、処方された薬が適切に管理され、適切に服薬が行われるよう、本人・家族等の介護者に加え、必要に応じて専門職等と連携して支援体制の整備を行います。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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・家族等の介護者が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性とかかりつけ医等からの指示内容の理解を支援する。
- 処方された薬が適切に管理されるよう、本人・家族等の介護者に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。
- 服薬を適切に継続できるよう、本人・家族等の介護者に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

1. 再発予防

1-3. 生活習慣の改善

1-3-1. 脱水予防

脳血管疾患の再発予防に向けては、脱水の予防も重要です。そのため、本人に必要な水分量の確認と日常的に摂取している水分量の把握を支援するとともに、必要十分な水分量を出来るだけ自ら摂取できるよう支援する体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

アセスメント/
モニタリング
項目

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

- 脳血管疾患の再発リスクを軽減するため、本人に必要な水分量を確認するとともに、日常的に摂取している水分量を把握できる体制を整える。なお、直接摂取する水分だけでなく、食事から摂取する水分・栄養と併せて把握できるよう支援する。



相談すべき専門職

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

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できないと、脳血管疾患の再発リスクが大きくなるため、本人・家族等の介護者に対して水分摂取の重要性を伝え、理解して取り組めるよう支援する。



相談すべき専門職

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

9. 自ら水分を摂取できるようにする体制を整える

- 脱水予防のため、必要十分な水分量を摂取できるよう本人が自ら水分を摂取できる支援体制を整える。



相談すべき専門職

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

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

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）

I 期は、心身機能の回復が見込める時期である一方、病院と自宅とでは環境が大きく異なるため、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期でもあります。

心身機能の回復・維持に向けては、適切な機能訓練が重要であるため、状態を定期的に把握するとともに、リハビリテーション等に対する本人の意欲の維持・向上の支援が求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 心身機能の改善や維持を図るために、状態の継続的な把握を行うとともに、適切な機能訓練を行えるような支援体制を整える。
- また、退院後も本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上できるよう支援する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

2. 生活機能の維持・向上

2-2. 心理的回復の支援

2-2-1. 受容の支援

身体機能の改善や維持に向けては、適切なリハビリテーション等の継続が重要です。そのためには、本人・家族等の介護者の受容を促進し、不安や意欲の減退等の心理的側面に寄り添う支援が求められます。また、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あることにも留意が必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

11. 受容促進のための働きかけを行う体制を整える

- 本人・家族等の介護者が過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立した生活への取り組み（受容）ができるよう支援の体制を整える。
- なお、受容促進のためには、かかりつけ医等による予後の見通しと合わせて整理を行うことも重要となる。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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、その状況を把握し必要な支援につなげられるような体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

- 身体機能の改善や維持に向けたリハビリテーションの継続のため、本人・家族等の介護者の不安や意欲減退などの心理的側面を支援する。例えば、リハビリテーションの進捗を本人・家族等の介護者に伝える等も効果的である。
- なお、生活を補完するケア導入などによってリハビリテーションが中断される場合もあるため留意が必要である。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

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

2-3-1. 機能訓練（残存機能の維持・活用にに向けて）

活動と参加に関わる能力の維持・改善の観点から、ADL/IADLの状態に合った機能訓練による本人の機能向上のための支援が重要です。そのためには、定期的にADL/IADLを把握できる体制を整えるとともに、本人が元々持っている機能、あるいは残存機能に応じてADL/IADLを発揮できる支援体制を整える必要があります。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 自分でできることを増やし機能訓練につなげるため、ADL/IADLの状態を定期的に把握できる体制を整える。
- また、本人のADL/IADLの状況を、ケアに関わる専門職と共有する体制を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

- 本人の機能向上に向け、本人が元々持っている機能、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な体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

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

コミュニケーション能力の低下は、生活の縮小につながるリスクが大きくなります。特に、脳血管疾患がある方の場合には、構音障害や失語症等が発生する可能性があることにも留意が必要となります。そのため、本人のコミュニケーション能力を継続的に把握し、コミュニケーション能力の維持・向上を図る支援が求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「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低下に伴う生活の縮小を防ぐため、本人のコミュニケーション能力を継続的に把握する体制を整える。
- また、脳血管疾患の場合には、特に構音障害・失語症等が発生する可能性も踏まえ、これらへの対応や支援も検討する。



相談すべき専門職

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

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

- 生活の縮小リスクを小さくするため、本人のコミュニケーション能力の維持・向上を図る体制を整える。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討する。



相談すべき専門職

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

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

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

2-3-3. 社会参加の機会の確保

I 期では、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です。特に、本人の役割を確認し、社会参加の機会を回復することは、本人の尊厳を取り戻し保持していくことにもつながります。したがって、生活範囲を狭めないよう、外出や交流機会を確保する支援も併せて検討することが重要です。

また、障害や後遺症を抱える方の場合には、新しい価値・機能の構築を目指すことの支援も必要となります。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 日常生活（自宅内・自宅外）において、どのような役割の回復が見込めそうかを把握する。そのうえで、役割の回復・獲得がなされる体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

- II 期以降の移行を円滑にするため、外出や交流機会を確保し、I 期においても生活の範囲が狭くなり生活が縮小しないよう支援する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

20. 新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える

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



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

2. 生活機能の維持・向上

2-4. リスク管理

2-4-1. 食事と栄養の確保

生活機能の回復に向け、リハビリテーションを継続し、体力・体調の回復を図るためには、必要な栄養量を確保することが重要です。そのために、食事の支援がなされる体制を整えることが求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- リハビリテーションの継続や体力・体調の回復を図るため、必要な栄養量を把握し、食事で必要量を確保するための体制を整える。
- また、不足する栄養素を補うなど食事の支援を行う体制を整える。
- ただし、活動の範囲縮小によって、栄養過多にならないよう留意が必要である。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

2. 生活機能の維持・向上

2-4. リスク管理

2-4-2. 転倒予防

活動・参加が増えることに伴う転倒リスクへの対応が重要です。生活環境と本人の状況が変わることで転倒のリスクが高まることについての理解をうながすとともに、生活状況や本人の状態を専門職が判断できる体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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や状態の変化を専門職が判断できる体制を整える。ただし検討にあたっては、本人・家族等の介護者の住環境や経済状況、家族等の介護者の生活等を踏まえて、対応可能な範囲で工夫を行うことが重要である。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ期

病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
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
		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 3. 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える
		1-1-3. 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
		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
	1-2. 服薬管理の支援	1-2-1. 服薬支援	6. 服薬管理の支援
	1-3. 生活習慣の改善	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
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
	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 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 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
			12. 新たな価値・機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返し、残存機能と回復機能の限界を見つめることの支援）体制を整える
			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
		2-2-2. 行動変容の状況の確認と継続的な支援	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 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
	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）	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 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
		2-3-2. コミュニケーション能力の改善	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 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
		2-3-3. 社会参加の機会の維持・拡大	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
			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
	2-4. リスク管理	2-4-1. 食事と栄養の確保	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
		2-4-2. 転倒予防	

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

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

脳血管疾患は、その起因となっている生活習慣病への理解も重要です。また、定期的な受診の継続や病気に対する不安を取り除く支援も求められます。さらに、本人・家族等の介護者が病状悪化のサインを早期に捉えられるような支援も重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 再発予防や生活の質の低下を防ぐため、背景にある生活習慣病の管理が必要であることを、本人・家族等の介護者が理解できるよう支援を行う。
- 併せて、生活の縮小を防ぎ、生活改善につなげるため、病気に対する不安を取り除く支援を行う。
- 病状悪化の早期発見のため、本人・家族等の介護者が日常の状態と通常ではない状態の両方を理解し、健康状態の変化を把握できるよう支援を行う。
- 定期的な受診が可能となるよう、通院する環境や手段を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

1. 継続的な再発予防

1-1. 血圧や疾病の管理の支援

1-1-2. 血圧等の体調の確認

血圧の変動は再発につながる重要な要因であり、状況によっては日常生活への制限が必要となるなど、治療方針・内容に大きく影響を与えます。そのため、目標血圧の確認や、日々の血圧等の把握ができる体制を整備することが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

2. 目標血圧が確認できる体制を整える

- 目標血圧を確認できる体制を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

3. 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える

- 日々の血圧・脈拍等を正しく測定、記録できるような体制を整える。
- また、目標血圧の範囲内に収まっているか、不整脈が発生していないかなどを確認することを支援する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

1. 継続的な再発予防

1-1. 血圧や疾病の管理の支援

1-1-3. 環境整備

気温の変化が大きいと再発リスクが高まり、体調悪化の要因にもなります。そのため、生活の状況を把握するとともに、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認し、気温差の縮小を支援します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目



※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 居室内での一日の気温差は乾燥、脱水、冷えにつながり、再発リスクに加え体調悪化の要因にもなりうるため、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する。
- また、必要に応じて気温差の縮小を支援する。その際は、冷暖房等の調整に加え、衣服をこまめに調整する、急な移動を防ぐ、入浴時はしばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討する。

相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

1. 継続的な再発予防

1-1. 血圧や疾病の管理の支援

1-1-4. その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供

再発予防に向けて、背景にある生活習慣病の管理について、本人・家族等の介護者が理解することも重要です。特に本人の状態に応じて、適切な食事の提供がなされるよう支援することが求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 再発予防のために、背景にある生活習慣病（高脂血症、糖尿病等）について、適切な管理がなされるよう支援の体制を整える。
- なお、生活習慣病の各疾患の個別的な理解は本シートの対象外とする。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

1. 継続的な再発予防

1-2. 服薬管理の支援

1-2-1. 服薬支援

自宅での療養において、処方された薬が適切に管理され、適切に服薬が行われるよう、本人・家族等の介護者に加え、必要に応じて専門職等と連携して支援体制の整備を行います。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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・家族等の介護者が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性とかかりつけ医等からの指示内容の理解を支援する。
- 処方された薬が適切に管理されるよう、本人・家族等の介護者に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。
- 服薬を適切に継続できるよう、本人・家族等の介護者に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

1. 継続的な再発予防

1-3. 生活習慣の維持

1-3-1. 脱水予防

脳血管疾患の再発予防に向けては、脱水の予防も重要です。そのため、本人に必要な水分量の確認と日常的に摂取している水分量の把握を支援するとともに、必要十分な水分量を出来るだけ自ら摂取できるよう支援する体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 脳血管疾患の再発リスクを小さくするため、脱水予防の観点から、本人に必要な水分量を確認するとともに、日常的に摂取している水分量を把握できる体制を整える。
- また、水分摂取の重要性を本人・家族等の介護者が理解できるよう支援する。
- そのうえで、本人自ら必要十分な水分量を摂取できるよう体制を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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）

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

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 心身機能の改善や維持を図るため、心身機能の状態を継続的に把握するとともに、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させる体制を整える。特に、自宅では病院と異なり、リハビリテーションをうながす環境が不足しやすくなることに留意が必要です。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

2. セルフマネジメントへの移行

2-2. 心理的回復の支援

2-2-1. 受容の支援

身体機能の改善や維持に向けては、適切なリハビリテーション等の継続が重要です。そのためには、本人・家族等の介護者の受容を促進し、不安や意欲の減退等の心理的側面に寄り添う支援が求められます。また、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あることにも留意が必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 本人・家族等の介護者が過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立した生活への取り組み（受容）ができるよう支援の体制を整える。
- なお、受容促進のためには、かかりつけ医等による予後の見通しと合わせて整理を行うことも重要となる。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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、その状況を把握し必要な支援につなげられるような体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

- 身体機能の改善や維持に向けたリハビリテーションの継続のため、本人・家族等の介護者の不安や意欲減退などの心理的側面を支援する。例えば、リハビリテーションの進捗を本人・家族等の介護者に伝える等も効果的である。
- なお、生活を補完するケア導入などによってリハビリテーションが中断される場合もあるため留意が必要である。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

2. セルフマネジメントへの移行

2-2. 心理的回復の支援

2-2-2. 行動変容の状況の確認と継続的な支援

疾患による障害や後遺症等で失われた機能がある一方で、本人に残っている身体機能や、リハビリテーションによって再獲得した身体機能があることに目を向け、そのバランスの中で新しい生活環境が確立、維持されることを支援することが重要です。セルフマネジメントへの移行を見据え、生活の継続に向けて本人が意欲を持ち、具体的な助言を周囲から得られる環境を確立します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

- 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する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

- セルフマネジメントに向けて、自らの健康状態や生活を管理する力を高めることに對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支援体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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

2-3-1. 機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて）

活動と参加に関わる能力の維持・改善の観点から、ADL/IADLの状態に合った機能訓練による本人の機能向上のための支援が重要です。そのためには、定期的にADL/IADLを把握できる体制を整えるとともに、本人が元々持っている機能、あるいは残存機能に応じてADL/IADLを発揮できる支援体制を整える必要があります。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 自分でできる事を増やし機能訓練につなげるため、ADL/IADLの状態を定期的に把握できる体制を整える。
- また、本人のADL/IADLの状況を、ケアに関わる専門職と共有する体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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、本人の状態に応じた支援体制を整備する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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

コミュニケーション能力の低下は、生活の縮小につながるリスクが大きくなります。特に、脳血管疾患がある方の場合には、構音障害や失語症等が発生する可能性があることにも留意が必要となります。そのため、本人のコミュニケーション能力を継続的に把握し、コミュニケーション能力の維持・向上を図る支援が求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「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低下に伴う生活の縮小を防ぐため、本人のコミュニケーション能力を継続的に把握する体制を整える。
- また、脳血管疾患の場合には、特に構音障害・失語症等が発生する可能性も踏まえ、これらへの対応や支援も検討する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

- 生活の縮小リスクを小さくするため、本人のコミュニケーション能力の維持・向上を図る体制を整える。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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

2-3-3. 社会参加の機会の維持・拡大

本人の役割を確認し、社会参加の機会を回復することは、本人の尊厳を取り戻し保持していくことにもつながるため、新たな生活への移行において特に重要です。役割の回復・獲得に加えて、外出や交流機会を確保する支援も求められます。また、退院以降に新たに獲得した価値・機能の維持・継続の支援も必要となります。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 社会参加の回復を目指し、日常生活における役割の回復の状況を把握し、継続的に支援できる体制を整える。



相談すべき専門職

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

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する。



相談すべき専門職

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

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

- 脳血管疾患により、障害や後遺症が残る可能性もある。落胆体験を繰り返す中で、残存機能と回復機能の限界を見つめ、新しい価値・機能の構築を目指すことの支援が必要となる。Ⅱ期では、新たに獲得した価値・機能を維持・継続することについても留意が必要である。



相談すべき専門職

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

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

2. セルフマネジメントへの移行

2-4. リスク管理

2-4-1. 食事と栄養の確保

セルフマネジメントも見据えたリハビリテーションの継続には、必要な栄養量を確保する必要があります。そのために、食事の支援がなされる体制を整えることが重要です。

ただし、Ⅱ期ではⅠ期と比べ活動の範囲が広がることも多く必要な栄養量に変化する場合もあるため、本人の日常生活の活動量によっては、必要な栄養量を再度把握することも求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※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

- リハビリテーションの継続や体力・体調の回復を図るため、必要な栄養量を把握し、食事が必要量を確保するための体制を整える。
- また、不足する栄養素を補うなど食事の支援を行う体制を整える。
- ただし、Ⅱ期においては、Ⅰ期に比べると活動範囲が広がるため、疾患の影響による活動の範囲縮小と合わせて、必要な栄養量に留意が必要である。

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

2. セルフマネジメントへの移行

2-4. リスク管理

2-4-2. 転倒予防

活動・参加が増えることに伴う転倒リスクへの対応が重要です。

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

関連する「想定される支援内容」とその概要

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する。服薬と転倒の関連にも留意が必要である。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

大腿骨頸部骨折がある方のケア

本手法におけるマネジメントの考え方

大腿骨頸部骨折は、要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つです。骨折の程度にもよりますが、多くの場合、入院治療を経て在宅生活に戻ります。退院直後は生活機能が落ち、フレイルが進行している場合があります。そのため、再転倒による再骨折の予防を行うとともに、これまでの生活に戻っていくために、低下した生活機能をできるだけ早く取り戻していくことが重要となります。

再骨折の予防では、転倒しても骨が折れないようにするという観点から骨粗しょう症の予防などにも必要になります。また、生活機能の回復においては、歩行の回復だけではなく、社会参加を回復する取り組みも重要となります。ここにはリハビリテーションや機能訓練以外にも、転倒に対する心理的負担へのサポートといった取り組みも含まれます。

したがって、本手法における大腿骨頸部骨折がある方のマネジメントでは、「再骨折の予防」と「生活機能の回復」の2つを「大項目」とし、重視すべき基本的な考え方として位置づけています。さらに、入院して治療した後に、退院して生活の場に移行するタイミングから介護の関わりが始まる場合が多いことを踏まえ、退院後の時期に応じて2つの段階に分けて支援内容を整理しています。

時期に応じたマネジメントの考え方

本手法では、退院後の時期によって、以下のように期を分けています。

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

- I 期は、退院直後で自宅での生活を安定して送ることができるようになるまでの時期です。
- この時期は、再骨折の予防と骨折前の生活機能の回復が重要になります。入院時に行われていたリハビリテーションの状況などの情報を在宅ケアに携わる専門職やサービス事業所と共有し、在宅の場面で必要なリハビリテーションをいかに継続していくかを、病棟・在宅双方の関係者が連携して検討・準備することが大切です。
- また、骨折の原因となった転倒に対する恐怖心も大きい時期なので、環境を整えるとともに、例えば転倒への恐怖から外出を控えるなどに対する心理的なサポートも重要となります。

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

- II 期は、比較的状态が安定してきて生活機能もある程度回復してきた時期です。
- この時期も再骨折の予防は継続的に行いますが、生活機能の維持についてはセルフマネジメントへの移行を目指すことが重要になります。
- 生活機能の維持をセルフマネジメントに移行するためには、給付サービスの終結に向けたご本人や家族等の介護者の理解を促進するとともに、給付サービスがなくても機能を維持するための取り組みをご本人に定着させていくといった支援も必要となります。

マネジメントにおいて留意すべきこと

- 大腿骨頸部骨折の療養では、再転倒の予防と再骨折の予防とともに、そうした療養を通じた歩行と生活の回復が重要です。
- 再転倒の予防では、リハビリテーションの実施が重要です。特に生活期では、病棟などの管理された環境ではないことから、例えば段差の有無や室内の明るさなど、転倒のリスクを高める環境がないかどうかの評価（環境の評価）と調整も重要となります。
- また、リハビリテーションについては、手術を含めた入院中の運動量の低下も考慮し、生活期に移行した後の水分や栄養の摂取状況も意識的に把握するなど、活動量の維持という観点にも留意しましょう。
- 再骨折の予防では、骨粗しょう症の治療あるいは予防が想定されるため、かかりつけ医等や薬剤師の指示と、本人の普段の生活リズムや食事の内容を踏まえたうえで、骨粗しょう症の治療等続けられるように留意が必要です。
- なお、治療・療養によって歩行能力が回復し、歩行以外のADL/IADLも回復すれば、骨折に伴う生活支援は徐々に縮小し、ご本人や家族等の介護者、あるいはインフォーマルサポート等によるセルフマネジメントに移行することも考えられます。こうした支援の方向性について、ご本人の理解を深めるような説明や、ご本人との合意を図ることも大切となります。

大腿骨頸部骨折の特徴

介護はあくまで生活の場面での取り組みの支援をマネジメントするものですが、疾患に応じて特に留意すべき点を捉えるために、疾患の特徴を理解しておきましょう。

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

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
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
			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
			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
	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
		1-2-2. 治療の継続の支援	5. 継続的な受診の体制を整える
			6. 運動・活動の体制を整える
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
		2-1-2. 心理的不安の排除	8. 心理的な不安を小さくするリハビリテーションの継続と生活環境を整備する体制を整える
	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
		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
	2-3. 社会参加の回復	2-3-1. 社会参加の機会の回復	11. 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える
			12. 外出や交流の機会が確保できる体制を整える

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

1. 再骨折の予防

1-1. 転倒予防

1-1-1. 転倒予防

再骨折の予防のためには、今後の転倒を予防することが重要です。

そのためには、過去の転倒した状況や要因の把握・評価を行うとともに、自らの身体機能の理解の支援や、転倒しにくくするための身体機能を向上できる体制を整えることが求められます。

アセスメント/
モニタリング
項目



関連する「想定される支援内容」とその概要

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、転倒しやすい状況を改善し、適切なリハビリテーション目標を設定する。
- なお、これらの把握・評価は、一度きりの実施ではなく継続的に行う。

相談すべき専門職

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

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（反射、視聴覚等）を理解することを支援する。
- また、それにあつた生活動作を身に着けるための指導を受ける体制を整える。



相談すべき専門職

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

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

- 現在の身体機能の状態を理解することを支援する。
- また、転倒しにくくするための身体機能を維持・向上できる支援体制を整える。



相談すべき専門職

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

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

1. 再骨折の予防

1-2. 骨粗しょう症の予防

1-2-1. 服薬支援

再骨折の予防には、服薬支援による骨粗しょう症の予防も重要です。自宅での療養においては、処方された薬が適切に管理され服薬できるよう、本人や家族等の介護者に加え、必要に応じて専門職等と連携して支援体制の整備を行います。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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・家族等の介護者が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性とかかりつけ医等からの指示内容の理解を支援する。
- 処方された薬が適切に管理されるように、本人・家族等の介護者に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。
- 服薬を適切に継続できるように、本人・家族等の介護者に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

1. 再骨折の予防

1-2. 骨粗しょう症の予防

1-2-2. 治療の継続の支援

骨粗しょう症の予防においては、治療のための定期的な受診の継続や活動量の低下を防ぐことが求められます。そのため、それらが継続的に実施できるよう体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 治療の実効性を高めるために、定期的な受診を維持する体制を整える。
- なお、受診の継続を通じて病気に対する不安を取り除くことにより、生活改善をうながす。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

- 疾患による活動量の低下を防ぐため、運動・活動を継続できる支援体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

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

骨折前の生活機能の回復に向けて、I 期では早期に歩行機能訓練を行う必要があります。そのための体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

7. 歩行機能向上のための訓練ができる体制を整える

- 歩行機能の向上に向け、歩行機能訓練を行うための体制の整備を行う。なお、手術の術式や病院での経過によっては、体勢や力の掛け方の制限がある点に留意する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

2. 骨折前の生活機能の回復

2-1. 歩行の獲得

2-1-2. 心理的不安の排除

歩行機能の回復に向けては、転倒や歩き方の変化に対する心理的不安を軽減することも重要です。そのために、日常生活環境の整備を行うとともに、リハビリテーションの継続的な実施を支援します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 転倒に伴う不安感や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小さくするため、状況に合わせて継続的にリハビリテーションが実施される体制を整える。
- 加えて、転倒の不安を軽減するため、生活環境を整備する体制を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

2. 骨折前の生活機能の回復

2-2. 生活機能の回復

2-2-1. ADL/IADL の回復

骨折前の生活機能を回復するためには、本人が元々持っている機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが重要です。そのために、ADL/IADLを定期的に把握し、支援内容を適宜見直すことも求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態を目指し、ADL/IADLの状態を定期的に把握し、適宜支援を見直す。
- 本人の機能向上に向け、本人が元々持っている機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することができるような体制を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

2. 骨折前の生活機能の回復

2-2. 生活機能の回復

2-2-2. 食事と栄養の確保

生活機能の回復に向け、リハビリテーションを継続し、体力・体調の回復を図るためには、必要な栄養量を確保することが重要です。そのために、食事の支援がなされる体制を整えることが求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- リハビリテーションの継続や体力の回復を図るため、必要な栄養量を把握し、食事に必要な量を確保するための体制を整える。
- また、不足する栄養素を補うなど食事の支援を行う体制を整える。ただし、必要な栄養は活動範囲に応じて決まるので、本人の状態に応じたものとなるよう留意が必要である。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

2. 骨折前の生活機能の回復

2-3. 社会参加の回復

2-3-1. 社会参加の機会の回復

本人の尊厳を取り戻し、保持していく観点から、II期での社会参加の回復に向けて、I期ではまず、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です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 日常生活（自宅内・自宅外）において、どのような役割の回復が見込めそうかを把握する。そのうえで、役割の回復・獲得がなされる体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ期

病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
1. 再発予防	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
	1-2. 骨粗しょう症の予防	1-2-1. 服薬支援	2. 服薬管理の支援
		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
			4. 運動・活動の体制を整える
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
		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
		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
		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
			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

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

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

再骨折の予防のためには、今後の転倒を予防することが重要です。

そのためには、過去の転倒した状況や要因の把握・評価を行うとともに、自らの身体機能の理解の支援や、転倒しにくくするための身体機能を向上できる体制を整えることが求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

アセスメント/
モニタリング
項目



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、転倒しやすい状況を改善し、適切なリハビリテーション目標を設定する。
- なお、これらの把握・評価は、一度きりの実施ではなく継続的に行う。

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

1. 再骨折の予防

1-2. 骨粗しょう症の予防

1-2-1. 服薬支援

再骨折の予防には、服薬支援による骨粗しょう症の予防も重要です。自宅での療養においては、処方された薬が適切に管理され服薬できるよう、本人や家族等の介護者に加え、必要に応じて専門職等と連携して支援体制の整備を行います。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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の介護者における服薬の必要性和指示内容の理解を支援する。
- 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・家族等の介護者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する。
- 服薬を適切に継続できるように、本人・家族等の介護者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する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

1. 再骨折の予防

1-2. 骨粗しょう症の予防

1-2-2. 治療の継続の支援

骨粗しょう症の予防においては、治療のための定期的な受診の継続や活動量の低下を防ぐことが求められます。そのため、それらが継続的に実施できるよう体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

アセスメント/
モニタリング
項目

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

- 治療の実効性を高めるために、定期的な受診を維持する体制を整える。
- 受診の継続を通じて病気に対する不安を取り除くことにより、生活改善をうながす。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

- 疾患による活動量の低下を防ぐため、運動・活動ができる体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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

セルフマネジメントへの移行を見据え、本人が元々持っている機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLが発揮できる支援体制の整備を行います。

そのためには、ADL/IADLの状態を定期的に確認し、支援内容を適宜見直すことも求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 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を目指し、ADL/IADLの状態を定期的に把握し、適宜支援を見直す。
- 本人の機能向上に向け、本人が元々持っている機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することができるような体制を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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)

2-1-2. 食事と栄養のセルフマネジメントへの移行

リハビリテーションの継続や体力・体調の回復を図るための、必要な栄養量の把握や食事の確保についても、セルフマネジメントへの意向を見据えた支援が必要となります。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- リハビリテーションの継続や体力の回復を図るため、必要な栄養量を把握し、食事が必要量を確保するための体制を整える。また、不足する栄養素を補うなど食事の支援を行う体制を整える。
- ただし、活動の範囲縮小によって、栄養過多にならないよう留意が必要である。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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)

2-1-3. 環境整備

ADL/IADLの維持のために、本人が持つ機能を活かして活動を継続しやすい環境の整備が重要です。生活に関する本人の意向や普段の行動の範囲も踏まえた環境整備が求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- ADL/IADLの向上に向けて、自ら活動しやすい環境（室内環境、用具等）の整備ができる体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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)

2-1-4. 社会参加の機会の維持・拡大

本人の尊厳の保持と、介護給付サービスの終結を見据え、日常における本人の役割及び社会参加の機会を維持・拡大できるよう、ADL/IADLの維持・向上を図ることが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

アセスメント/
モニタリング
項目

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

- 支援の終結を見据え、日常生活における本人の役割を維持することで、ADL/IADLを維持・向上を図る支援をする。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

本手法におけるマネジメントの考え方

心疾患¹は、高齢者の有病者が多い疾患の一つで、医療における「地域連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用が行われている例も多い疾患です。状態が安定してきても発作等で状態が悪くなり、また回復しても状態が悪くなり、波のような形で状態が変化しながら徐々に機能が低下するという特徴があるため、医療との関わりが強い傾向がある疾患です。

このため心疾患がある方のマネジメントでは、医療との関わりに応じた時期を2つに整理しています。完全に悪化を防ぐことを望むのは難しいですが、できるだけ急な悪化や再入院を予防すること、そしてなるべく安定した生活を継続できるように生活機能の維持向上を図っていくことが重要です。また、心疾患はステージによって治療と療養のバランスをとった禁忌指導が入る場合があるため、他の疾患に比べて特にかかりつけ医等をはじめ医療との連携が大切となります。一方で、制約がある中でもご本人の意向や意欲を尊重し、いかに活動・参加の機会を作れるように調整することがマネジメントに期待される役割であるといえます。

なお、ステージによってはエンドオブライフに向けた準備をご本人や家族等の介護者とともに進めていくことも求められる点も特徴です。

1 要介護高齢者の場合多くは慢性心不全が該当するが、入院・治療を経て退院・在宅復帰する心疾患患者の多くに共通する支援内容等を整理する観点に立ち、本資料においては慢性心不全に限定せず「心疾患」として表記している。

時期に応じたマネジメントの考え方

本手法では、退院後の時期によって、以下のように期を分けています。

I 期

退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期

- I 期は、医療との関わりが大きい時期のため、疾病についてよく理解し、療養の方針を理解していくこと、生活機能を維持することが重要な時期です。
- 生活機能の維持においては、心理的な面でのサポートも重要となります。その観点では、比較的安定している場合には、活動参加の場面を作ることも大事です。制約のある中でも活動を継続できることは、ご本人の意欲の維持・向上につながります。

II 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

- II 期は、退院後よりは状態が安定してきて、疾病がありながらも継続的に暮らしていくことに移行する時期です。
- 担当の専門医等と連携して医療的なケアが提供される環境を整えながら、何らかの制約・制限がある中でも参加と活動の場面を維持することを支援します。
- 心疾患は繰り返しながら徐々に機能が低下していく特徴があるため、ある程度ステージが進んできた場合には、エンドオブライフに向けた準備も考えていく必要があります。どのように準備をしていくのか、気持ちの面でも向き合っていくのかといった支援が求められます。

マネジメントにおいて留意すべきこと

- 心疾患がある方のマネジメントにおいては、再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）が極めて重要となり、そのためには確実に服薬できることの支援、体重や水分・塩分の摂取及び排泄状況の管理等、医学的な管理が確実に実施できるような支援体制の構築が必要となります。
- したがって、かかりつけ医等（加えて、必要に応じて循環器科の専門医）、看護師（あるいは訪問看護師）、薬剤師、管理栄養士といった専門職との連携体制を構築することが、他の疾患以上に重要です。
- また、医学的な管理の重要性とその具体的な方法について、ご本人や家族等の介護者が理解し、継続的に実施できるように支援することも重要です。心疾患の状態を把握する管理ツールの導入・活用が進んでいる地域であれば、こうしたツールの活用も検討してみましょう。
- 一方、日常生活の負荷をおそれて活動量を過度に下げってしまうことは、体力の維持（廃用予防）、社会的活動の維持による精神的な健康を妨げることになりかねません。したがって、かかりつけ医等の指示の範囲内において、ご本人のそれまでの生活歴に応じた社会的活動と参加が維持されるように支援することも重要です。
- 日常的な生活機能の維持に関しては、「心臓リハビリテーション」との連携が有効であり、地域において心臓リハビリテーションに関する社会資源が活用できる場合は、積極的に連携・活用してみましょう。

詳しく
知ろう！

心疾患の特徴

介護はあくまで生活の場面での取り組みの支援をマネジメントするものですが、疾患に応じて特に留意すべき点を捉えるために、疾患の特徴を理解しておきましょう。

- 心疾患は高齢者の多くに発症する可能性があるコモン・ディゼーズであり、罹患者の総数が今後も増える可能性があります。また、心疾患は根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患です。
- 心疾患患者の大半が心疾患以外の疾患を併発しており、再入院の予防及び日常生活における管理においては、併存疾患（特に腎疾患と糖尿病）の管理にも留意することが重要です。
- 心疾患は再発した場合に、急に状態が悪化し再入院に至ります。また、入院時の治療を経て退院すると一定程度は心機能や日常生活自立度が改善しますが、いずれまた状態が急に悪化することがあります。つまり、他の疾患と比較して、急激な状態の悪化と改善を繰り返しながら、徐々に疾患の状況が進行していくという特徴を持っています。
- なお、急激な状態の悪化に関しては、心疾患の再発だけでなく、その他の急激な健康状態の悪化を予防するような対応も必要となります。具体的には、感染症の予防、貧血や腎不全の予防といった視点も持ち、理解することが必要です。

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

I 期

退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
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
		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
		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
	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
		1-2-2. 塩分量・水分量のコントロール	5. 適切な塩分・水分摂取量が理解できる体制を整える
			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
			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
		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
		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
		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
		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
	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
			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
2. 生活機能の維持・向上	2-1. 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援	2-1-1. 活動と参加に関わる能力の維持・改善	14. 本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える
		2-1-2. リハビリテーションの実施	15. 医療的なリハビリテーションを受けることができる体制を整える
			16. ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える
		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
		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
		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
		2-1-6. 本人・家族等への生活習慣を変えることの支援	20. 本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する
	2-2. 心理的な支援	2-2-1. 本人・家族等の不安の軽減	21. 精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える

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

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

再発予防に向けては、心疾患の背景にある生活習慣病に対する本人・家族等の介護者の理解が大切です。本人・家族等の介護者が病状悪化のサインを早期に検知できるよう支援していきます。また、治療の実効性を高めるため、定期的な受診の体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 再発予防や生活の質の低下を防ぐために、背景にある生活習慣病の管理が必要であることを、本人・家族等の介護者が理解できるよう支援する。
- 本人・家族等の介護者が日常の状態と普段とは異なる状態の両方を理解することで、病状悪化を早期に発見できるよう支援する。
- 定期的な受診が可能となるよう通院する環境や手段を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

1. 再入院の予防

1-1. 疾患の理解と確実な服薬

1-1-2. 服薬支援

自宅での療養を円滑に進めるためには、かかりつけ医等からの指示内容を踏まえた服薬が重要です。本人・家族等の介護者が服薬の必要性やかかりつけ医等からの指示内容を理解し、自ら服薬を管理できるように支援していきます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 本人・家族等の介護者が服薬の必要性やかかりつけ医等からの指示内容を理解できるように支援する。
- 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、本人・家族等の介護者に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

1. 再入院の予防

1-1. 疾患の理解と確実な服薬

1-1-3. 併存疾患の把握と療養の支援

心疾患の再発予防や生活の悪化防止のためには、併存疾患の把握や管理も重要です。そのため、本人や家族等の介護者が併存疾患への理解を深められるよう支援します。

なお、ここでいう併存疾患には腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患などが含まれます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 併存疾患に関するかかりつけ医等や看護師などとの情報交換を行う。
- また、本人・家族等の介護者が併存疾患に関するかかりつけ医等からの指示内容を理解できるよう支援する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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

1-2-1. 体重の管理

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・家族等の介護者による日常的な体重管理が重要です。そのために、本人・家族等の介護者が体重管理に対する理解を深める支援を行います。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 本人・家族等の介護者が体重管理の重要性を理解できるよう支援する。
- そのうえで、日常的な体重管理を続けられる支援体制を整える。
- なお、憎悪が疑われた場合には、活動制限、食塩制限が厳しくなることも考えられるため、速やかな受診につなげることが必要である。

相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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

1-2-2. 塩分量・水分量のコントロール

過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となるため留意が必要です。また、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ことから、まず水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限、排泄状況の把握が必要です。

心疾患がある方の場合には、「日常的な食事の習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいことにも留意が必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

アセスメント/
モニタリング
項目

5. 適切な塩分・水分摂取量が理解できる体制を整える

- 過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となるため、本人・家族等の介護者が本人に必要な塩分・水分量を理解できるよう支援する。

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

6. 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える

- 過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となるため、本人・家族等の介護者が日常的な食事から摂取している塩分・水分量を把握できる体制を整える。
- 心疾患がある方の場合には、「日常的な習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいいため留意が必要となる。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

- 心臓への負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限が必要となる場合もある。かかりつけ医等による判断等を円滑に行うためにも、本人の排尿や排便の日常の状態を把握する体制を整え、普段の状態からの変化をより早く気づけるよう支援する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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

1-2-3. 血圧の管理

血圧の適切な管理は、本人の心身の状況の改善・維持にとって極めて重要です。特に、血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる場合もあります。そのため、本人・家族等の介護者が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認してかかりつけ医等とも共有できる環境を整えることが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 本人・家族等の介護者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。
- 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、かかりつけ医等とも共有できるよう支援する。
- 併せて、かかりつけ医等の指示も踏まえ、不整脈の発生が疑われる状況の有無の確認も行う。

アセスメント/
モニタリング
項目

相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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

1-2-4. 活動制限が守られることの支援

再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせたかかりつけ医等の指導による適切な活動制限と安静が必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 疾患の特性や日常的な活動における制限について、本人・家族等の介護者がかかりつけ医等からの指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援を行う。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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

1-2-5. 急性増悪の予防

高齢者は抵抗力の低下によりさまざまな感染症にかかりやすい状態にあります。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です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 本人・家族等の介護者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。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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

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ります。長時間の活動を行う場合には、かかりつけ医等からの説明・指導に基づいた、飲水量の調節、利尿薬の適宜使用、軽い体操等が必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 活動に伴う食事内容や食事時間の変化、気候の変化が水分バランスに悪影響を及ぼす可能性を本人・家族等の介護者が認識しておくことが重要となる。本人・家族等の介護者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、必要に応じてかかりつけ医等からの指示・指導に基づいた対応を行う体制を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

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

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り、血圧の変動による再発につながる重要なリスクファクターです。また、強い負荷がかかる動作は心臓への強い負荷となるリスクもあります。これらの状況や環境を把握し体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

- 血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターであり、急激な気温の変化はそのきっかけの一つであるため、日常生活において気温差の縮小がなされるよう体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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、心臓への強い負荷となるリスクがあるため、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。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

2. 生活機能の維持・向上

2-1. 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援

2-1-1. 活動と参加に関わる能力の維持・改善

慢性心不全による活動能力の低下は、QOLと生活の充実度の低下につながるため、運動能力のみならず、心理的状态、認識能力、社会的環境等に依存する活動能力の評価が重要です。本人がどのような暮らしを望むのか、把握できる環境を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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を整備する。
- 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する。

アセスメント/
モニタリング
項目

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

2. 生活機能の維持・向上

2-1. 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援

2-1-2. リハビリテーションの実施

疾患の状況に応じた生活・暮らし方の実現に向け、医療的なリハビリテーションを受けることも重要です。そのため、ADL/IADLの状況を定期的に把握するとともに、他の専門職と情報共有を行い、支援体制を整備します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

15. 医療的なリハビリテーションを受けることができる体制を整える

- 疾患の状況に応じた生活・暮らし方の実現に向け医療的なリハビリテーションを受けられるよう、他の専門職と情報共有を行い、支援体制を整える。
- なおここでの医療的なリハビリテーションは、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成され、主要な目的は①心機能の改善、②骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。

アセスメント/
モニタリング
項目

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

16. ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。
- 元々持っている機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することができるように体制を整える。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

2. 生活機能の維持・向上

2-1. 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援

2-1-3. 入浴習慣の支援

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も改善することが示されています。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します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

- 本人の入浴習慣や入浴環境を把握し、入浴を維持できるように支援する。具体的には、入浴のタイミングやお湯の温度、入浴の姿勢、入浴の時間などについて確認することなどが考えられる。

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

2. 生活機能の維持・向上

2-1. 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援

2-1-4. 休養・睡眠の支援

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ります。そのため、休養・睡眠の確保がなされるよう支援するとともに、睡眠時の変化を把握する体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

- 十分な休養をと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する。
- 睡眠障害の予兆や睡眠時の状況変化を把握する体制を整備する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

2. 生活機能の維持・向上

2-1. 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援

2-1-5. 禁煙の実現の支援

喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者では、禁煙により死亡率や再入院率が低減することが示されています。そのため、必要に応じて禁煙が実現できるよう支援していきます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

19. 禁煙を実現できる体制を整える

- かかりつけ医等からの指導内容や本人・家族等の介護者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を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

2. 生活機能の維持・向上

2-1. 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援

2-1-6. 本人・家族等への生活習慣を変えることの支援

退院後の生活においては、本人の自己管理能力が重要です。自己管理能力を向上させ生活習慣を変えることで、予後の改善を目指します。本人や家族等の介護者の意向も確認し、特に考慮しなければならない生活習慣を変えることを受け入れることができるよう支援していきます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

20. 本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する

- 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、かかりつけ医等からの指示内容や本人・家族等の介護者の意向を確認のうえ、生活習慣を変えることを本人・家族等の介護者が受け入れられるよう支援する。

アセスメント/
モニタリング
項目

相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

2. 生活機能の維持・向上

2-2. 心理的な支援

2-2-1. 本人・家族等の不安の軽減

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となります。

関連する「想定される支援内容」とその概要

アセスメント/
モニタリング
項目

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

- 本人・家族等の介護者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を整備する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ期

状態が安定から不安定な状況にある時期

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
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
		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
		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
	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
		1-2-2. 塩分量・水分量の コントロール	5. 適切な塩分・水分摂取量の理解をうながす体制を整える
			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
			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
		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
		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
		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
		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
	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
2. 生活機能の維持	2-1. ステージに応じ た生活・暮らし 方の支援	2-1-1. 活動と参加に関わ る能力の維持・改 善	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
		2-1-2. 継続的なリハビリ テーションの実施	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
		2-1-3. 入浴習慣の支援	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
		2-1-4. 休養・睡眠の支援	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
		2-1-5. 禁煙の実現の支援	17. 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える
		2-1-6. 本人・家族等への 生活習慣を変える ことの支援	18. 禁煙を実現できる体制を整える
	2-2. 心理的な支援	2-2-1. 本人・家族等の不安の軽減	19. 本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいれられる よう支援する
3.EOL 準備	3-1. EOL（エンドオブ ライフ）に向けた 準備	3-1-1. 末期心不全の EOL ケアの対応・準備 の支援	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
			21. 末期心不全の EOL ケアをどのようにするかの心構えを する支援を行う

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

1. 再入院の予防

1-1. 疾患の理解と確実な服薬

1-1-1. 基本的な疾患管理の支援

再発予防に向けては、心疾患の背景にある生活習慣病に対する本人・家族等の介護者の理解が大切です。本人・家族等の介護者が病状悪化のサインを早期に検知できるよう支援していきます。また、治療の実効性を高めるため、定期的な受診の体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 再発予防や生活の質の低下を防ぐために、背景にある生活習慣病の管理が必要であることを、本人・家族等の介護者が理解できるよう支援する。
- 本人・家族等の介護者が日常の状態と普段とは異なる状態の両方を理解することで、病状悪化を早期に発見できるよう支援する。
- 定期的な受診が可能となるよう通院する環境や手段を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

1. 再入院の予防

1-1. 疾患の理解と確実な服薬

1-1-2. 服薬支援

自宅での療養を円滑に進めるためには、かかりつけ医等からの指示内容を踏まえた服薬が重要です。本人・家族等の介護者が服薬の必要性やかかりつけ医等からの指示内容を理解し、自ら服薬を管理できるように支援していきます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 本人・家族等の介護者が服薬の必要性やかかりつけ医等からの指示内容を理解できるよう支援する。
- 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、本人・家族等の介護者に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

1. 再入院の予防

1-1. 疾患の理解と確実な服薬

1-1-3. 併存疾患の把握と療養の支援

心疾患の再発予防や生活の悪化防止のためには、併存疾患の把握や管理も重要です。そのため、本人や家族等の介護者が併存疾患への理解を深められるよう支援します。

なお、ここでいう併存疾患には腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患などが含まれます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 併存疾患に関するかかりつけ医等や看護師などとの情報交換を行う。
- また、本人・家族等の介護者が併存疾患に関するかかりつけ医等からの指示内容を理解できるよう支援する。



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

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

1-2-1. 体重の管理

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・家族等の介護者による日常的な体重管理が重要です。そのために、本人・家族等の介護者が体重管理に対する理解を深める支援を行います。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 本人・家族等の介護者が体重管理の重要性を理解できるよう支援する。
- そのうえで、日常的な体重管理を続けられる支援体制を整える。
- なお、憎悪が疑われた場合には、活動制限、食塩制限が厳しくなることも考えられるため、速やかな受診につなげることが必要である。

相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ期

状態が安定から不安定な状況にある時期

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

1-2-2. 塩分量・水分量のコントロール

過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となるため留意が必要です。また、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ことから、まず水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限、排泄状況の把握が必要です。

心疾患がある方の場合には、「日常的な食事の習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいことにも留意が必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

アセスメント/
モニタリング
項目

5. 適切な塩分・水分摂取量の理解をうながす体制を整える

- 過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となるため、本人・家族等の介護者が本人に必要な塩分・水分量を理解できるよう支援する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

6. 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える

- 過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となるため、本人・家族等の介護者が日常的な食事から摂取している塩分・水分量を把握できる体制を整える。
- 心疾患がある方の場合には、「日常的な習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きい場合のため留意が必要となる。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

- 心臓への負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限が必要となる場合もある。かかりつけ医等による判断等を円滑に行うためにも、本人の排尿や排便の日常の状態を把握する体制を整え、普段の状態からの変化をより早く気づけるよう支援する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

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

1-2-3. 血圧の管理

血圧の適切な管理は、本人の心身の状況の改善・維持にとって極めて重要です。特に、血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる場合もあります。そのため、本人・家族等の介護者が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認してかかりつけ医等とも共有できる環境を整えることが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 本人・家族等の介護者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。
- 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、かかりつけ医等とも共有できるよう支援する。
- 併せて、かかりつけ医等の指示も踏まえ、不整脈の発生が疑われる状況の有無の確認も行う。

アセスメント/
モニタリング
項目

相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ期

状態が安定から不安定な状況にある時期

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

1-2-4. 活動制限が守られることの支援

再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせたかかりつけ医等の指導による適切な活動制限と安静が必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 疾患の特性や日常的な活動における制限について、本人・家族等の介護者がかかりつけ医等からの指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援を行う。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

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

1-2-5. 急性増悪の予防

高齢者は抵抗力の低下によりさまざまな感染症にかかりやすい状態にあります。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です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 本人・家族等の介護者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。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

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

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ります。長時間の活動を行う場合には、かかりつけ医等からの説明・指導に基づいた、飲水量の調節、利尿薬の適宜使用、軽い体操等が必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 活動に伴う食事内容や食事時間の変化、気候の変化が水分バランスに悪影響を及ぼす可能性を本人・家族等の介護者が認識しておくことが重要となる。本人・家族等の介護者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、必要に応じてかかりつけ医等からの指示・指導に基づいた対応を行う体制を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目

相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

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

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り、血圧の変動による再発につながる重要なリスクファクターです。また、強い負荷がかかる動作は心臓への強い負荷となるリスクもあります。これらの状況や環境を把握し体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

- 血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターであり、急激な気温の変化はそのきっかけの一つであるため、日常生活において気温差の縮小がなされるよう体制を整える。



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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、心臓への強い負荷となるリスクがあるため、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。



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ期

状態が安定から不安定な状況にある時期

2. 生活機能の維持

2-1. ステージに応じた生活・暮らし方の支援

2-1-1. 活動と参加に関わる能力の維持・改善

慢性心不全による活動能力の低下は、QOLと生活の充実度の低下につながるため、運動能力のみならず、心理的状态、認識能力、社会的環境等に依存する活動能力の評価が重要です。本人がどのような暮らしを望むのか、把握できる環境を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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を整備する。
- 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する。

アセスメント/
モニタリング
項目

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

2. 生活機能の維持

2-1. ステージに応じた生活・暮らし方の支援

2-1-2. 継続的なリハビリテーションの実施

疾患の状況に応じた生活・暮らし方の実現に向け、医療的なリハビリテーションやセルフケアの継続が重要となります。本人・家族等の介護者の意向を確認し、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していきます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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・暮らし方の実現に向け、本人・家族等の介護者の意向を確認し、関連する他の専門職と医療的なリハビリテーションやセルフケアが継続できる体制を整える。
- なおここでの医療的なリハビリテーションは、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成され、主要な目的は①心機能の改善、②骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ期

状態が安定から不安定な状況にある時期

2. 生活機能の維持

2-1. ステージに応じた生活・暮らし方の支援

2-1-3. 入浴習慣の支援

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も改善することが示されています。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します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目



※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

- 本人の入浴習慣や入浴環境を把握し、入浴を維持できるように支援する。具体的には、入浴のタイミングやお湯の温度、入浴の姿勢、入浴の時間などについて確認することなどが考えられる。

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

2. 生活機能の維持

2-1. ステージに応じた生活・暮らし方の支援

2-1-4. 休養・睡眠の支援

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ります。そのため、休養・睡眠の確保がなされるよう支援するとともに、睡眠時の変化を把握する体制を整えます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

17. 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが特に留意して実施

- 十分な休養をと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する。
- 睡眠障害の予兆や睡眠時の状況変化を把握する体制を整備する。



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

2. 生活機能の維持

2-1. ステージに応じた生活・暮らし方の支援

2-1-5. 禁煙の実現の支援

喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者では、禁煙により死亡率や再入院率が低減することが示されています。そのため、必要に応じて禁煙が実現できるよう支援していきます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

18. 禁煙を実現できる体制を整える

- かかりつけ医等からの指導内容や本人・家族等の介護者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を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

2. 生活機能の維持

2-1. ステージに応じた生活・暮らし方の支援

2-1-6. 本人・家族等への生活習慣を変えることの支援

退院後の生活においては、本人の自己管理能力が重要です。自己管理能力を向上させ生活習慣を変えることで、予後の改善を目指します。本人や家族等の介護者の意向も確認し、特に考慮しなければならない生活習慣を変えることを受け入れることができるよう支援していきます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

19. 本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する

- 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、かかりつけ医等からの指示内容や本人・家族等の介護者の意向を確認のうえ、生活習慣を変えることを本人・家族等の介護者が受け入れられるよう支援する。

アセスメント/
モニタリング
項目

相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

2. 生活機能の維持

2-2. 心理的な支援

2-2-1. 本人・家族等の不安の軽減

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となります。

関連する「想定される支援内容」とその概要

アセスメント/
モニタリング
項目

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

- 本人・家族等の介護者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を整備する。



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

Ⅱ 期

状態が安定から不安定な状況にある時期

3.EOL 準備

3-1. EOL（エンドオブライフ）に向けた準備

3-1-1. 末期心不全の EOL ケアの対応・準備の支援

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の意思決定支援が重要です。そのためには本人・家族等の介護者との十分なコミュニケーションや、意思の形成・表出の支援が必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

21. 末期心不全の EOL ケアをどのようにするかの心構えをする支援を行う

- 本人・家族等の介護者が抱えている不安・恐怖やストレスの状況の把握の支援を検討する。また、末期心不全の方の支援では、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）や意思決定支援が行われる体制を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

認知症がある方のケア

本手法におけるマネジメントの考え方

認知症は、要介護認定の原因疾患として多い疾患の一つです。認知症は幅が広いため、ここでは比較的罹患している方が多い「アルツハイマー型認知症の診断があり、ADL/IADLは自立あるいは一部介助」の状態を念頭においています。

将来にわたる生活や介護の領域における支援、特に周囲への支援の必要性が大きいことから、本手法では「比較的初期～中期」を想定しています。目安としては、ADLが自立あるいは一部介助程度までであって、認知症高齢者生活自立度でⅡb程度までの時期を念頭において整理しています。ただし、認知症のタイプは変化したり、複数のタイプが併存する場合があることにも留意が必要です。

認知症がある方のマネジメントにおいては、何よりもまずご本人の尊厳が保持され、望む生活の実現やこれまでの生活の継続を目指すことが大切となります。ご本人の意思の形成、表出を支援しながら、それを実現した生活を続けていくようにすることが基本です。

ご本人の尊厳を保持し、生活の継続を支える体制を整えるためには、他の疾患と比べると医療の関わり以上に、認知機能低下等による生活状況の変化の把握と意思決定を支える体制をつくることに重きを置く必要があります。まずは現在までの経緯や、ご本人や家族等の介護者・支援者がどのような認識で現在の状況を見ているかを把握したうえで、現在の生活の支援に入る前に将来の準備としての意思決定支援の体制、さらには必要性に応じた連携体制を構築していきます。

加えて、認知症がある方のマネジメントにおいては、家族等の介護者への対応も重要な観点です。認知症がある方とどのように生活を継続していくかという観点で、家族等の介護者側のサポートの視点も見ていくことが必要です。認知症がある方のマネジメントは、生活全般を支えていく観点が重要となります。

マネジメントにおいて留意すべきこと

- 認知症がある方の支援では、中核症状や行動・心理症状の影響により、一見して意思決定が困難であるとみられる場合であっても、ご本人にとって適切な意思決定がなされながら尊厳を持って暮らしていくことを重視することが大切です。疾患やさまざまな機能障害への対応というよりもむしろ、その人らしさや残存機能を活かした生活の継続を支えるという姿勢が基本となります。
- したがって、マネジメントにおいてもまずは、ご本人のこれまでの生活や果たしてきた役割、日常生活のリズムやよく過ごす場所、日々の生活における人間関係、そうした生活の中でご本人自身が感じているであろう困りごと、不安や寂しさなどの感情や身体の不調などを総合的に捉え、共感の姿勢を持って、理解しようとするのが求められます。
- そのうえで、総合的なアセスメントに基づいて、認知症にともなう生活障害を小さくできるよう、また行動・心理症状がおきる要因を少なくできるよう、必要な支援を組み立てていきます。また、その際には、不要なストレスや失敗体験に配慮しながら、ご本人のストレングス（強み、残存機能等）を可能な限り活かし、その人らしい自立した生活が継続できような個別化された支援内容を考えることが重要です。例えば、口腔ケアはできるもののその継続や必要性の理解が難しくなる場合、口腔の衛生状態が悪化するリスクがあります。症状が出る前に、専門職とも相談して予防的な口腔衛生を保つ支援を検討するといった視点が考えられます。
- なお、行動・心理症状への対応においては、ご本人が感じる不安や不快、ストレス等が原因となる場合も多いことから、ご本人に対する直接的なケアだけでなく、ご本人の日常生活に関わる人（家族等の介護者やその他の支援者、地域に関わる人、ケアを提供する専門職など）の負担やご本人に対する関わり方や支援の状況等をアセスメントしながら見直す取り組みの必要性も考慮しましょう。
- また、将来にわたる長い生活を支えていくうえでは、家族等の介護者が感じる不安を軽減することも大切です。ご本人や家族等の介護者だけで不安を抱え込まずに済むよう、ご本人と家族等の介護者の生活を支えるチームを構築することが重要となります。その際、認知症の生活機能への影響の表われ方は多様でまた変化するものであり、その状況に応じて関わる必要のある支援者や専門職も、変化していくことに留意しましょう。

詳しく
知ろう！

認知症の特徴

介護はあくまで生活の場面での取り組みの支援をマネジメントするものですが、疾患に応じて特に留意すべき点を捉えるために、疾患の特徴を理解しておきましょう。

- 認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が障害され、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヵ月以上継続）を指します。中核症状である思考、推理、判断、適応、問題解決などの認知機能の障害に加え、健康状態や環境などの影響を受けながら、状況によっては行動・心理症状が現れます。
- 認知症の原因として多いのが、脳の神経細胞が比較的ゆっくりと進行していく「変性疾患」と呼ばれる疾患であり、アルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体型認知症などがあります。
- ただし、これ以外の疾患等が認知機能の低下に影響を与えたり、時間の経過とともに複数の原因疾患が認められ、症状が進行したり複雑になる場合もあり、固定的に捉えず変化する可能性があることを認識しておくことが大切です。したがって、ご本人の状況の変化を適切に捉え共有できるよう、かかりつけ医等をはじめご本人を支える専門職、さらには近隣住民や友人・知人等のネットワークを構築していく必要があります。
- 認知症に伴う行動・心理症状の治療においては、服薬による薬物療法よりもリハビリテーション等による非薬物療法が優先とされていますが、治療そのものだけでなく、むしろ日常生活を支える環境や人間関係への支援、将来の生活を見据えた情報提供といった支援が重要とされます。専門職だけでなく、むしろインフォーマルサポートを含めた、日常生活で接点を持つさまざまな支援者とのネットワークの構築が大切となります。具体的には、認知症の症状に伴う日常生活や社会での役割への影響や、ご本人や家族等の介護者が感じる不安を軽減できるよう、ご本人の日々の暮らしを支える環境を整えたり、支援体制を整えたりすることが重要です。

脳血管疾患

大脳骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
0. ここのまでの経緯の確認	0-1. ここのまでの経緯の確認	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
		0-1-2. これまでの医療及び他の専門職の関わり方の把握	2. 支援の前提としての医療及び他の専門職の関わり方の把握
1. 本人及び家族・支援者の認識の理解	1-1. 本人と家族・支援者の認識の理解	1-1-1. 本人や家族・支援者が抱く感情と想いの理解	3. 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援
		1-1-2. 本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識	4. 本人に対する受けとめや理解を深める支援 5. 疾患に対する家族・支援者の受けとめや理解を深めることの支援
	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
			7. 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握
2. 将来の準備としての意思決定の支援	2-1. 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	2-1-1. 意思決定支援の必要性の理解	8. 意思決定支援の重要性への本人及び家族等の理解をうながす支援体制を整える
		2-1-2. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	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
	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	10. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握
			11. 意思決定支援体制を整える
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)
		3-1-2. その他の関係する人との連携	13. かかりつけ医以外の専門職等との連携 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
4. 基本的な生活の支援	4-1. 日常生活における本人の意向の尊重	4-1-1. 日常生活における意向の尊重	15. 日常生活における意向の表明の支援
		4-1-2. 一週間の生活リズムと変化を把握することの支援	16. 本人の生活のリズムの把握
	4-2. 一週間の生活リズムを支えることの支援	4-2-1. 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支えることの支援	17. 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支援する体制を整える
		4-2-2. コミュニケーションを取ることに沿った生活・活動を支えることの支援	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
	4-3. 日常的に参加する役割を整えることの支援	4-3-1. 家庭や地域での役割を担い続けるためのADL/IADLの支援	19. 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備
		4-3-2. コミュニケーションを取ることに沿った生活・活動を支えることの支援	20. 日常生活においてコミュニケーションを取ることに沿った生活・活動を支えることの支援
	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	21. 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援
		4-4-2. 服薬支援	22. 体調管理の支援 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
	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	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
		4-5-2. 栄養の摂取の支援	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
	4-6. 排泄の継続することの支援	4-6-1. 排泄の継続することの支援	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
		4-6-2. 排泄の継続することの支援	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
5. これまでの生活の尊重と重度化の予防	5-1. 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備	5-1-1. その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	28. 活動と参加を通じた周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するための支援
		5-1-2. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	29. その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握
	5-2. 合併症や併発しやすい事故の予防	5-2-1. 転倒の予防の支援	30. 状態に合った活動と参加を実現する環境整備
		5-2-2. 誤嚥の予防の支援	31. 新たな役割・機能を獲得することの支援 32. 転倒の予防の支援 33. 誤嚥の予防の支援
6. 行動・心理症状の予防・重度化防止	6-1. 行動・心理症状の状況と背景要因の把握	6-1-1. 行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制の構築	34. 行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制を整える
		6-1-2. 本人の不安やストレスの把握	35. 本人の不安やストレスの把握
	6-2. 背景要因に対する取り組みの支援	6-2-1. 背景要因に対する取り組みの支援	36. 背景要因に対する対応策の実施の支援
		6-2-2. 背景要因に対する家族等の理解を深めることの支援	37. 背景要因に対する家族等の理解を深めることの支援
7. 家族等への対応	7-1. 家族支援に必要なサービスの調整支援	7-1-1. 家族等に対する支援の体制の整備	38. 家族等に対し相談支援が提供される体制を整える
		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	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
	7-2. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	7-2-1. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	40. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援
		7-2-2. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	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

0. ここまでの経緯の確認

0-1. ここまでの経緯の確認

0-1-1. 認知症と診断されるに至った経緯の把握

認知症がある方の支援において、症状や生活障害の状況ばかりに目を向けるのではなく、本人の受けとめや不安を捉えるため、認知症と診断されるに至った経緯や症状の現れ方などを確認することが重要です。そのために、認知症の診断に至る過程でのエピソードを把握します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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を把握する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

0. ここまでの経緯の確認

0-1. ここまでの経緯の確認

0-1-2. これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握

今後の医療領域の支援体制を構築するためには、これまでの医療及び他の専門職との関わりの経緯を把握することが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

2. 支援の前提としての医療及び他の専門職の関わりの把握

- 現在に至るまでにどのような医療及び他の専門職が関わってきたかを把握する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

1. 本人及び家族・支援者の認識の理解

1-1. 本人と家族・支援者の認識の理解

1-1-1. 本人や家族・支援者が抱く感情と想いの理解

これからの生活の継続を支えるうえでは、本人の不安や恐怖とその変化を把握することが最も重要です。そのためには、本人だけでなく家族等の介護者や支援者が抱く感情や想いと、その変化を捉え続けられるようにすることも重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

3. 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援

- 認知症と診断され、生活に認知機能低下の影響が現れ始めたことに対し、本人が抱く不安及び家族等の介護者・支援者が抱く感情や、その変化を継続的に捉えることのできる体制を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

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

1-1-2. 本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識

認知症という疾患に対して本人がどのように受けとめているかを把握することが重要です。また、認知症がある高齢者の不安や不快は、本人と家族等の介護者・支援者との関係性に起因する場合も多いため、家族等の介護者・支援者がどのように認知症を理解しているか、本人の状況をどう捉えているか等を把握することも求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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を把握する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

5. 疾患に対する家族・支援者の受けと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等の介護者・支援者が認知症をどのように受けとめているか及びどのように理解しているかを把握する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

1. 本人及び家族・支援者の認識の理解

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

認知症に伴う本人の状況は変化することを念頭に置いて捉えることが重要です。そのうえで、家族等の介護者・支援者が負荷を抱え込まなくてよいよう、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体制の構築が重要です。認知症がある高齢者においては、不安や安心が生活環境や周囲の人との関係性に起因する場合も多いため、住まい・地域などの生活環境、本人を取り巻く家族等の介護者との関係性、及びその変化を捉える支援も必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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を把握し、必要に応じて体制を整える。
- 短期目標の期間程度を目安に、本人の状況に変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかを把握する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

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を把握する。特に、本人を取り巻く人との関係性及びその変化を捉えられる体制を整える。
- 短期目標の期間程度を目安に、本人の状況に変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかを把握する。



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

2. 将来の準備としての意思決定の支援

2-1. 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援

2-1-1. 意思決定支援の必要性の理解

将来の生活に向けた準備として、まずは本人や家族等の介護者に意思決定支援の必要性や重要性を理解してもらうことが大切です。そのうえで、本人及び家族等の介護者に対し、意思決定支援の必要性を判断するための情報が提供されるよう支援します。

なお、ここでの意思決定とは、日常生活を継続するうえでのさまざま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ことに留意が必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等の介護者が理解できるように支援する。
- また、意思決定支援が必要になった場合には、支援体制が必要であることについても本人や家族等の介護者に理解をうながす。
- なお、ここでの意思決定とは、日常生活を継続するうえでのさまざま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。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

9. 意思決定支援に向けて、本人及び家族等に適切な情報が提供される支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 本人及び家族等の介護者に意思決定支援の必要性を判断するために必要な情報が提供されるように支援する。
- なお、ここでの意思決定とは、日常生活を継続するうえでのさまざま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。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

2. 将来の準備としての意思決定の支援

2-1. 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援

2-1-2. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握

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ります。そのため、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るとともに、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す。

関連する「想定される支援内容」とその概要

10. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 本人の形成や意思の表明（言葉以外にも態度・しぐさなどほかの方法も含む）の様子を日々捉え、蓄積できるような体制を整備する。
- また、本人の意思の形成を支援し、表明を捉えやすくするために、本人が認知症になるまでの生活における経緯や考えを捉え、蓄積できる体制を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

2. 将来の準備としての意思決定の支援

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

意思決定支援は一人でできるものではないため、チーム体制を整備することが重要です。なお、ここでいう意思決定支援チームは、専門職のみで構成される固定的なチームではなく、状況に応じて本人の重要な意思決定あるいは意思推定を支えるために関与する関係者が含まれます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

11. 意思決定支援体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 誰が意思決定支援チームに参加すべきかを把握し、必要になった場合に意思決定支援を行うための体制を整備する。
- ただし、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は変化することに留意する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

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

短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医等や関連する専門職等に対し、本人の生活の状況の変化について情報共有することが重要です。特に、認知症がある方の状況は変化していくものであるため、日常生活の状況の変化等を的確にかかりつけ医等や関連する専門職に連携することが求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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かかりつけ医等の指示内容を理解できているか、また日常生活の変化をかかりつけ医等に伝えられているかを把握する。
- 日常生活の様子を見ていて変化がみられれば、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医等に情報提供し、その後の支援の方針についての意見を共有する。
- 認知機能や生活障害の状況によっては、必要に応じて、かかりつけ医等だけではなく、地域の認知症サポート医や認知症の専門医等とも連携し、意思決定支援体制を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

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

※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。

13. かかりつけ医以外の専門職等との連携

- 日常生活の変化を把握し、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医・かかりつけ歯科医等以外の専門職等（薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護福祉士や社会福祉士、管理栄養士等）と本人の生活の状況の変化について情報共有する。そのうえで、新たに連携すべき専門職等がいれば、その専門職とも連携できる体制を構築する。



相談すべき専門職

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

※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。

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

3-1-2. その他の関係する人との連携

短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医等や専門職等に加え、関連するサービス事業者や地域の関係する人との間でも本人の生活の状況の変化について情報共有することが重要です。状況に応じて、新たに連携すべき相手との連携体制を構築することも検討します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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、短期目標の期間程度を目安として、関係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）に関わる人との間で本人の生活の状況の変化について情報共有する。また、必要に応じて、新たに連携すべき相手との連携体制を構築する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

4. 基本的な生活の支援

4-1. 日常生活における本人の意向の尊重

4-1-1. 日常生活における意向の尊重

本人の意向を尊重する観点から、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よう支援することは重要です。意向の表明や反映は日常生活における本人のストレスの軽減にもつながります。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

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

4-2-1. 一週間の生活リズムと変化を把握することの支援

本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地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必要があります。そのために、まずは一週間の生活を把握することが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 本人を中心とした支援体制の構築のため、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。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

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

一週間の生活リズムや支援者の関わり状況を把握したうえで、本人にとって心地よいリズムに沿った生活を支援することが重要です。

認知症の進行や健康状態の変化により、生活リズムが崩れる場合もありますが、その場合には必ずしも元の生活リズムに戻すのではなく、その状況において本人にとって心地よいリズムを改めて把握し、それにそった生活を支援することが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

17. 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支援する体制を整える

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 本人の日常生活の中でも、特に食事・起床就寝等の生活リズム、及び日常生活における支援者の関わり状況を把握し、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する。
- 認知症の進行や健康状態の変化により、生活リズムが崩れた場合には、その状況を把握し、改めて本人にとって心地よい生活リズムを取り戻せるようにするための支援をする。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

4. 基本的な生活の支援

4-3. 日常的に参加する役割を整えることの支援

4-3-1. 家庭や地域での役割を担い続けるための ADL/IADL の支援

認知症により生活への影響が現れ始めても、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 ADL/IADL や社会参加の継続を支援することが重要です。具体的な支援を考えるために、まずは、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握することが必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目



※基本ケアとも重複するが「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での家庭や地域における本人の役割と、現在の生活におけるそれらの実行状況、現在の生活で担っている役割を把握する。
- さらに、そうした役割をできるだけ担い続けるうえで、捉えるべき認知症による生活への影響の現れ方を把握する。

相談すべき専門職

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

※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。

19. 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 認知症があっても本人が自分の役割を継続できるように支援するため、必要なリハビリテーションや支援の提供体制を整備する。



相談すべき専門職

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

※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。

4. 基本的な生活の支援

4-3. 日常的に参加する役割を整えることの支援

4-3-2. コミュニケーションを取ることの支援

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

関連する「想定される支援内容」とその概要

20. 日常生活においてコミュニケーションを取ることの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況を把握する。
- 本人の状況に合わせて、家族等の介護者及び周囲の人との間でコミュニケーションを取りやすいような環境を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

4. 基本的な生活の支援

4-3. 日常的に参加する役割を整えることの支援

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

清潔を保つことは、本人が地域での活動と参加を維持し周囲との関係性を円滑にするためにも重要です。

本人の清潔の状況を把握するとともに、本人の清潔を保つことへ対する認識の確認も行います。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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、清潔の状況を把握するとともに、本人の清潔を保つことへの認識を確認する。
- 本人が清潔を保つことを支える環境を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

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

認知症がある高齢者においては、日常の状態と異なる状態であることを自ら捉え訴えることが難しい場合もあります。そのため、長期的にみたフレイルの進行や日常の状況とその変化を捉え、共有できる体制を整えることが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

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を整備する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

4. 基本的な生活の支援

4-4. 体調管理や服薬管理の支援

4-4-2. 服薬支援

認知症あるいは併発疾患の療養においては、かかりつけ医等の指示にしたがった適切な服薬が重要です。本人の状況を踏まえ、服薬の必要性を本人が理解し、継続して服薬できるような体制を整えることが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目



※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等の介護者に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。
- 適切な服薬を継続できるように、本人・家族等の介護者に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備する。
- 認知症への対応だけでなく、併発している疾患の再発防止あるいは重度化防止のためにも服薬が重要であることを、本人が可能な限り理解できるように支援する。

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

4. 基本的な生活の支援

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

必要十分な水分量の摂取がなされないと、認知機能の低下や、併発疾患の療養への影響が懸念されます。そのため、必要な水分量と日常の摂取量を把握し、日常生活で摂取を続けられるよう支援する体制を整えることが求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目

※基本ケアとも重複するが「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を整備する。
- 日常生活において、必要な水分量の摂取を続けられるよう支援する体制を整備する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

4. 基本的な生活の支援

4-5. 基本的なセルフケアを継続することの支援

4-5-2. 栄養の摂取の支援

栄養の不足や大きな偏り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るようにすることが重要です。

そのため、必要な栄養量や日常的な食事の摂取状況を把握し、必要な栄養の摂取を続けられるように支援します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目



※基本ケアとも重複するが「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、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。
- 日常的な食事においてバランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を続けられるよう支える体制を整備する。

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

4. 基本的な生活の支援

4-5. 基本的なセルフケアを継続することの支援

4-5-3. 排泄を続けることの支援

尊厳の保持及びセルフケアの継続の観点からも、排泄をできるだけ自分で続けられるようにすることが重要です。そのため、排泄リズムや排泄内容、排泄方法を把握し、自立した排泄を続けられるよう支援します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

アセスメント/
モニタリング
項目



※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 日常的な排泄リズム、排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無）、排泄方法を把握できるような支援体制を整備する。
- 自分で排泄を続けられるよう排泄リズムに対する本人の認識を高めたり、排泄動作を維持できるような支援体制を整備する。

相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

5. これまでの生活の尊重と重度化の予防

5-1. 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備

5-1-1. その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備

本人の役割を尊重し、活動と参加を継続できるよう支援することが重要です。そのためには、状況が変化することを前提としつつ、認知症がある人の周囲の人々との日常的な交流を支援します。また、本人にとっての快・不快とその変化を捉えることも求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

28. 活動と参加を通じた周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するための支援

アセスメント/
モニタリング
項目



※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 日常生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びととの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的な困惑や葛藤を捉える。
- それらを踏まえ、本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような支援（交流関係に対する支援及び交流を円滑にするための本人に対する支援など）を検討し、環境を整える。

相談すべき専門職

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

※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。

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

- 認知症がある人でも活動と参加を継続できるよう、日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況やその変化を把握する。



相談すべき専門職

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

※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。

5. これまでの生活の尊重と重度化の予防

5-1. 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備

5-1-2. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備

認知症と診断されても、従前の生活や役割を単に縮小するだけではなく、新たな役割・機能の獲得の可能性があると捉え、本人が参加できるように支援することが重要です。

そのためには、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤として、生活を継続・拡充できるような環境整備も求められます。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 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、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤に、生活を継続し拡充できるような生活環境・活動環境を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

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維持・縮小するだけでなく、本人の関心や意向を踏まえ、さらに新たな役割・機能を獲得できるように支援する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

5. これまでの生活の尊重と重度化の予防

5-2. 合併症や併発しやすい事故の予防

5-2-1. 転倒の予防の支援

認知機能の低下により、事故のリスクも増加します。特に、本人の状況が変化の中で転倒には注意が必要です。転倒予防に向けては、専門職と連携するとともに日常生活における動線の把握や環境の整備も必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

32. 転倒の予防の支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 転倒予防の観点から、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。
- 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支援を行い、転倒を予防できるような体制を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

5. これまでの生活の尊重と重度化の予防

5-2. 合併症や併発しやすい事故の予防

5-2-2. 誤嚥の予防の支援

認知機能の低下に伴い、誤嚥のリスクも増加します。誤嚥を予防するため、口腔機能の状況や、その変化に対する本人の捉え方を把握し、必要に応じて専門職と連携する体制を整えることが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

33. 誤嚥の予防の支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 口腔機能の状況だけでなく、その変化を本人がどのように捉えているかも含め、誤嚥のリスクを低下できるような体制を整備する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

6. 行動・心理症状の予防・重度化防止

6-1. 行動・心理症状の状況と背景要因の把握

6-1-1. 行動・心理症状の具体的内容を把握する体制の構築

行動・心理症状に対しては、その背景要因を把握して対応することが基本です。そのため、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必要があります。

関連する「想定される支援内容」とその概要

34. 行動・心理症状の具体的内容を把握する体制を整える

- 行動・心理症状がどのような状況やタイミングで起きているか（どのような状況で起きやすいのか、定期的に起きているのか等）を把握する体制を整備する。
- なお、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には、一定の期間にわたって行動・心理症状の現れ方を把握するとともに、日常の本人の状況や意向を併せて把握する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

6. 行動・心理症状の予防・重度化防止

6-1. 行動・心理症状の状況と背景要因の把握

6-1-2. 本人の不安やストレスの把握

行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因です。そのため、行動・心理症状の予防に向けては、本人が不安や不快、ストレスを感じる状況を把握して分析し、対応策を実施することが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

35. 本人の不安やストレスの把握

- 本人が感じている不安や不快の程度を把握し、可能な限りこれを解消するような支援をする。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

6. 行動・心理症状の予防・重度化防止

6-2. 背景要因に対する取り組みの支援

6-2-1. 背景要因に対する取り組みの支援

行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされます。行動・心理症状の予防に向けては、背景要因となる本人からみた不安や不快、ストレス等を解消する支援が求められます。併せて、背景要因に関する家族等の介護者の理解をうながすことも重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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、特に本人からみた不安や不快、ストレス等を解消するための取り組みと支援を行う。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

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みた不安や不快、ストレスが要因となっていること、そうした背景要因の解決こそが重要であることについて、家族等の介護者の理解を深める支援を行う。
- さらに、本人から見た不安や不快、ストレスの解消のために、家族等の介護者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、家族等の介護者が受けとめ、理解を深められるよう支援する。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

7. 家族等への対応

7-1. 家族支援に必要なサービスの調整支援

7-1-1. 家族等に対する支援の体制の整備

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、家族等の介護者自身の受けとめの支援も重要です。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よいようにするための社会資源の紹介などを行います。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 家族等の介護者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、相談支援や地域の社会資源をつなぐような支援を行う。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

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

- 家族等の介護者自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の介護者の生活を捉えたいうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援を行う。



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

7. 家族等への対応

7-1. 家族支援に必要なサービスの調整支援

7-1-2. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援

認知症がある方のケアでは、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す。そのため、家族等の介護者が一人で抱え込まなくてよいように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことも重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

40. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 家族等の介護者が一人で抱え込まなくてよいよう、家族等の介護者だけでなく、本人を理解しともに関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があった近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援を行う。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

7. 家族等への対応

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

認知症がある方の支援は長期間にわたるうえ、将来の生活に対する不安を持ちやすい傾向にあります。将来にわたって生活を継続できるようにするため、本人や家族等の介護者の意向を把握しつつ、活用可能な地域資源があることを伝えることが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 将来にわたり、本人の尊厳を守り、できる限り今の生活を継続できるよう、本人や家族等の介護者の生活の意向を捉えとともに、将来の生活に備えて利用可能な地域資源があることを伝える支援を行う。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

※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。

本手法におけるマネジメントの考え方

誤嚥性肺炎は発症すると入院する可能性が高い非常にリスクの大きい疾患で、入院からガクンと状態が悪くなってしまうことも多いといった特徴があります。最終的に誤嚥性肺炎が原因で亡くなる方も一定数いることから、死亡のリスクも大きい疾患といえます。

誤嚥性肺炎になってからは医療が必要となりますが、「予防」は生活の面でできることが多くあります。誤嚥性肺炎においては、この予防の重要性を本人や家族等の介護者が理解することが大切です。

まずはご本人にどの程度発症リスクがあり、予防のための対策をするべきなのかといったことをしっかりと捉えることが重要です。ここでは、発症予防のためのリスク評価や過去に発症している場合には再発予防といった観点を大項目として整理しています。

誤嚥性肺炎のリスク評価は、誤嚥をしてしまう嚥下の課題と合わせて、口腔内の衛生環境と咀嚼機能というリスクもあります。そのため、摂食嚥下機能の評価だけではなく、口腔内の環境や実際にどのようなものを食べているかといったことを含めて判断が必要となります。また、フレイルやオーラルフレイルが進行している場合には、飲み込む力も一緒に低下が見込まれるため、総合的な視点でのリスク評価が求められます。なお、誤嚥性肺炎が発症した場合には、変化が早いといった特徴があるため、その状況を迅速に把握し、医療につなげるように事前の体制整備も重要です。

マネジメントにおいて留意すべきこと

誤嚥性肺炎の予防において留意すべきこと

- 誤嚥性肺炎の治療は医療の対象ですが、その要因は多様であるため、幅広い視点から予防のために取り組むべきことを整理し、本人がそれを実行できるようにすることが重要です。
- 具体的にどのようなマネジメントや対応を実施すべきかについては、ご本人の状態ごとに異なることから、疾患の診断と治療のように明確に指し示すことは難しいですが、早期に日常との違いを把握するためには、気づきが重要となります。例えば、歯垢で汚染された唾液や口腔内の食べ残しによる誤嚥があると、これが原因となって誤嚥性肺炎を発症する場合があります。このように、誤嚥性肺炎に直接的・間接的に関連する可能性のある要因に注意して、現在の状況を把握し、他の専門職とともに予防のための取り組みを検討する必要があります。
- ご本人の日常の健康状態や生活状況、食事や栄養の状況、摂食嚥下機能とその障害などの情報を、可能であれば一時点ではなく変化を捉えるために一定の期間において収集し、それをリスク評価に関わりうる専門職と共有し、判断してもらうことが重要となります。誤嚥リスクや誤嚥による肺炎のリスク評価に関わりうる専門職としては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士などが考えられます。
- 具体的な情報に基づくリスク評価を踏まえて、ご本人にとって必要なケアや環境の改善を実現できるようにコーディネートすることが、誤嚥性肺炎のリスクがある方あるいは過去に誤嚥性肺炎を発症したことがある方のマネジメントに求められる役割といえます。
- なお、リスク評価とその結果を踏まえた対応策は、ご本人の日常の健康状態や生活状況、食事の様子など具体的な状況に基づいて決まるため、ご本人の日常の状態の変化を捉えることも重要です。ここで変化には大きく二つの観点があります。短期的で急な変化と長期的で緩やかな変化です。

- 短期的で急な変化がみられる場合は遅滞なく把握して医療につなぎ、治療を受けられるよう支援することが必要になります。一方、長期的で緩やかな変化は、月の単位や年の単位で体重の減少や筋力の低下、行動範囲の縮小など、ご本人のフレイルの進行が疑われる場合であり、誤嚥性肺炎のリスクの高まりを捉えた専門職との連携や再評価、必要なケア体制の再構築が求められます。つまり、アセスメント時点で状況を把握して終わり、ではなくモニタリングを通じて継続的に状況把握することが必要となります。
- 入院や入所の環境と異なり、自宅で生活を送る要介護者の場合、専門職が常時、ご本人の状況を把握できるわけではないため、日常の状態の変化を捉えるまでに時間差が発生する可能性があります。したがって、在宅サービスに携わる専門職はもちろん、同居者がいる場合はその同居者やその他ご本人の日常の様子を把握できる関係者を確認し、日常の様子やその変化の兆候に気づきやすい体制を整えることも、マネジメントに求められる役割です。
- 特に、誤嚥性肺炎の予防において重要となる口腔清潔の状態や摂食嚥下の状況（咳や痰がらみの様子、むせなどトラブルのエピソード等）、日常の食事の様子（食べ方、食事中的咀嚼や飲み込みの様子等）、食事介助が行われている場合は食事介助の方法（食べさせ方）等の状況を把握し、かかりつけ医等の医師や歯科医師などに共有することが求められます。
- 誤嚥性肺炎は予防によって発症リスクを一定程度抑えることができるものであり、かつ体制を整えておくことで発症しても重度化を防ぎその後の回復を円滑にすることができます。そのため、ご本人にとって必要な予防上の留意点を踏まえ、日常生活におけるご本人の状況を多職種と共有し、予防を重視した連携体制を構築することが重要となります。いうなれば、療養と再発予防（二次予防）以上に、発症の予防（一次予防）に着目したマネジメントが求められます。

誤嚥性肺炎の治療後の対策において留意すべきこと

- 誤嚥性肺炎を発症した高齢者の治療後の対策では、生活を取り戻す支援と再発の予防が重要になります。療養場所にもよりますが、療養期間の長期化に伴う生活不活発の助長がみられる恐れもあります。退院後に本人が望む生活を取り戻すことを目標とし、その道程として摂食嚥下機能の回復や口腔ケア、食事からの栄養摂取の方法などケア内容と関わる専門職の範囲が、入院前と大きく変わりうる点に留意が必要です。
- また、過去に誤嚥性肺炎を発症したことがある高齢者は、再発のリスクが大きいことから、予防上の留意点を踏まえ、特に再発予防に重点をおく必要があります。
- 入院して治療する場合、退院後の生活へと円滑につなげるためには、入院前の在宅での健康や生活の状況に関する情報を、病院へ提供することも大切です。同時に、退院後の生活の回復を円滑に行うため、入院後の早い段階、例えば診断や治療方針が定まった時点から退院に向けた調整を始めることも重要です。
- なお、在宅でのケア内容、特に退院後間もない期間のケア内容は、ご本人の健康状態や在宅での生活状況、家族等の介護者の状況はもちろん、入院中にどのようなケアが行われていたか（あるいは、行われていなかったか）によっても変化します。したがって、退院時カンファレンスなどの機会も活用し、病棟でケアにあたった専門職からの情報提供や助言を踏まえて退院後のケア内容を検討することが重要です。

誤嚥性肺炎の特徴

介護はあくまで生活の場面での取り組みの支援をマネジメントするものですが、疾患に応じて特に留意すべき点を捉えるために、疾患の特徴を理解しておきましょう。

- 誤嚥性肺炎は、摂食嚥下機能の低下した高齢者、脳梗塞後遺症やパーキンソン病などの神経疾患や寝たきりの患者に多く発生します。
- 口腔内の清潔が十分に保たれていなかったり、摂食嚥下機能が低下している場合、誤嚥によって口腔内の細菌が肺へと至り、肺炎が発症しやすくなります。このように誤嚥性肺炎の発症の背景には、基礎となる病態があるため、ひとたび肺炎を治癒できてもまた繰り返してしまう可能性が大きくなります。
- また、誤った口腔ケアの方法によって誤嚥性肺炎が生じることもあります。例えば、横になった姿勢のまま口腔ケアを行うことによって、歯垢で汚染された唾液を誤嚥してしまい、肺炎になることもあります。
- さらに、寝室や日常的に居場所になっている部屋の日差しや、サービスの提供時間、同居する家族等の生活時間や生活スタイルなどの影響を受けて、特定の日に、日常と違う生活リズムが生じ、それが原因となって誤嚥性肺炎につながる場合もあります。
- 高齢者の場合、回復に時間を要することで、結果的に入院期間が長くなり、長い入院生活にともなう生活不活発も懸念されます。例えば、治療のために口から食事を摂ることをしばらく中止したことによる影響や、病床に寝ている時間が長くなることに伴う重力の影響や全身の筋力低下の影響も、摂食嚥下機能の低下に関係することがあります。結果として、自宅への復帰が難しくなるなど、発症前に比べて状態が悪くなってしまう場合も多くなります。
- 誤嚥性肺炎はひとたび発症するとその影響が非常に大きいため、誤嚥性肺炎の発症に至るリスクを小さくすることを目指した日常的な予防の取り組みが重要です。

- 誤嚥性肺炎の発症原因は、ご本人の心身の状態、生活環境や生活リズム、口腔ケアの方法など、多種多様です。したがって介護支援専門員には、複数の専門職の視点から指導や指示を受けることが求められます。

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
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
1. リスクの（再）評価	1-1. リスクの評価	1-1-1. 誤嚥リスクの評価に資する情報の収集	2. 日常の健康状態や生活状況の継続的な把握と共有 3. かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況等の継続的な把握と共有 4. 誤嚥リスクが疑われる出来事の把握
		1-1-2. 誤嚥による肺炎のリスクの把握	5. 咳や呼吸、口腔衛生の状況の把握と共有
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 7. 口腔乾燥への支援
	2-2. リスクを小さくする支援	2-2-1. 嚥下トラブルなく食事をとることの支援	8. 食内容の見直しの支援 9. 食事のとり方や環境の整備
		2-2-2. フレイル予防のために必要な栄養の確保	10. 食事内容と栄養摂取状況の把握と改善
		2-2-3. 口腔ケアの実施	11. 口腔ケアの実施
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
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 14. 留意すべき兆候を把握し共有する支援体制の整備
	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

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

誤嚥性肺炎は高齢者に多く起こり、罹患すると重篤な影響を及ぼす可能性が大きい疾患です。一方で、予防できる余地が大きい疾患であるため、まずは予防の必要性の理解をうながす支援が重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

1. 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解

- 誤嚥性肺炎は罹患すると重篤な影響を及ぼす可能性が大きいことの理解をうながす。
- 誤嚥性肺炎の予防には、リスクの評価と予防の取り組みが重要であることの理解をうながす。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

1. リスクの（再）評価

1-1. リスクの評価

1-1-1. 誤嚥リスクの評価に資する情報の収集

誤嚥性肺炎の予防を適切に行うためには誤嚥リスクの評価が重要です。

リスクの評価の材料となる咀嚼や飲み込みなどに関わる健康や生活の状態を把握し、リスク評価に関わる専門職と共有します。なお、これらの状態は変化することがあるので、継続的な把握・共有も必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

2. 日常の健康状態や生活状況の継続的な把握と共有

- 誤嚥リスクの評価のため、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する。
- 疾患や障害による影響を評価できるよう、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、リスク評価に関わる専門職と共有する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

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

3. かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況等の継続的な把握と共有

- 摂食嚥下機能と誤嚥リスクの評価の材料とするため、かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況、サービスを利用しない間の義歯の管理の状態など、摂食嚥下機能に関わる日常の状態を把握し、評価に関わる専門職と共有する。



相談すべき専門職

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

4. 誤嚥リスクが疑われる出来事の把握

- 誤嚥リスクの評価の材料となる、咀嚼や嚥下に関わるトラブルなどの出来事を把握し、リスク評価に関わる専門職と共有する。



相談すべき専門職

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

1. リスクの（再）評価

1-1. リスクの評価

1-1-2. 誤嚥による肺炎のリスクの把握

誤嚥性肺炎の予防のためには、誤嚥による肺炎のリスクの把握も重要です。日常的な口腔ケアの状況、口腔内の衛生状態、咳がある場合はその状況等を把握し、それらの情報をリスク評価に関わる専門職と共有します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

5. 咳や呼吸、口腔衛生の状況の把握と共有

- 肺炎の発症につながるリスクを評価する根拠とするため、日常的な口腔ケアの状況や口腔内衛生状態の概要を把握し、リスク評価に関わる専門職と共有する。
- また、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、リスク評価に関わる専門職と共有する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

日常的な誤嚥性肺炎の予防には、摂食嚥下機能と発声・発話の維持・改善の支援が必要です。専門職によるリハビリテーションの体制を整えるとともに、セルフケアとして実施可能な取り組みも家族等の介護者と共有します。また、口腔乾燥にも留意が必要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

6. 摂食嚥下機能、発声・発話の維持・改善のための支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 専門職によるリスク評価の結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション（専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む）が提供されるようなケア体制を整える。
- セルフケアとして本人が実施できる取り組みの実施方法や留意点を家族等の介護者にも共有する。
- 専門職によるリスク評価の結果を踏まえ、発声・発話の維持・改善のリハビリテーションが提供されるようなケア体制を整える。
- なお、過去に気管切開処置が行われている場合には、喉頭の運動の抑制から嚥下障害が生じるため、病歴を注意して把握し専門職と共有する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

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

7. 口腔乾燥への支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 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、口の中が乾きすぎないためのケア体制を整える。
- 口腔乾燥の原因を評価するため、本人の健康状態や部屋の環境などの情報に加え、服薬内容等の情報を把握し、薬剤師等の専門職にその情報を共有する。



相談すべき専門職

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

2. 日常的な発症及び再発の予防

2-2. リスクを小さくする支援

2-2-1. 嚥下トラブルなく食事をとることの支援

食内容や食事のとり方、食事をとる環境から、嚥下トラブルにつながる可能性もあります。本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、専門職からの食内容や食事のとり方や環境等に関する留意点を確認し、家族等の介護者とも共有します。

関連する「想定される支援内容」とその概要

8. 食内容の見直しの支援

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 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。
- 専門職からの食内容に関する留意点を、主に調理を担当している家族等の介護者に共有する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

9. 食事のとり方や環境の整備

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、食事をとる食具の使用や環境、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す。
※同居家族などが一緒に食事をとることが多かったり、食事介助を行ったりしている場合は、食事に十分な時間が確保できないために本人の残存能力を無視した過剰な食事介助とならないように留意する。
- 誤嚥のリスクを高めないように、適切な食事姿勢が家族等の介護者によって提供されるような体制を整える。



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

2. 日常的な発症及び再発の予防

2-2. リスクを小さくする支援

2-2-2. フレイル予防のために必要な栄養の確保

フレイル予防のためには、食事によって必要な栄養を確保することが重要です。なお、本人の栄養の確保の状況は変化しうるため、家族等の介護者や他の専門職等とも連携して日常の状態を適宜把握できるような体制を整えることも大切です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

10. 食事内容と栄養摂取状況の把握と改善

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 食事からの栄養摂取ができているか、食欲があるかを把握する。
- 家族等の介護者や他の専門職等とも連携して、日常の栄養の確保の状況を適宜把握できるような体制を整える。
- 食事に集中し、食欲をもち食事を楽しめるよう、慣れ親しんだ食事環境の整備や、好きなものを定期的にとれるような支援をする。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

2. 日常的な発症及び再発の予防

2-2. リスクを小さくする支援

2-2-3. 口腔ケアの実施

感染症の予防のためには、口腔内の衛生状態を保つための口腔ケアも重要です。
定期的な口腔ケアの実施がなされるよう、支援体制を整える必要があります。

関連する「想定される支援内容」とその概要

11. 口腔ケアの実施

※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

- 口腔ケアの実施において、歯みがき、義歯の洗浄の状況を確認することに加え、どの程度実践できているかを確認する。特に、セルフケアとして自ら行うのか、あるいは家族等の介護者や専門職などが行うのかを確認したうえで、必要な支援体制を整える。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

3. 再評価

3-1. リスクの再評価

3-1-1. リスクの再評価

誤嚥と肺炎発症のリスクは、本人の健康状態や生活環境の変化によって変化するため、一定期間ごとにリスクを再評価することが重要です。また、過去に発症したことがある方は、前回発症した際の状況の振り返りも併せて行いましょう。

関連する「想定される支援内容」とその概要

12. 一定期間ごとのリスクの再評価

- 一定期間ごとにリスク評価を再度実施する。
- 過去に誤嚥性肺炎を発症している場合は、前回発症した際の状況の振り返りも併せて行う（二次予防に加えて三次予防の観点も踏まえたリスク評価を行う）。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

肺炎は進行が速い疾患であるため、健康状態の変化を把握した場合には迅速にかかりつけ医等につなぐ体制の構築が重要です。

また、高齢者は顕著な体調の変化が現れにくいことも踏まえ、不顕性の誤嚥性肺炎の可能性も視野に入れ、ケアに関わる関係者の間で留意すべき兆候を事前に整理し共有しておくことも大切です。

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です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 家族等の介護者が、短期的な変化を把握したときに迅速にかかりつけ医等の他の職種につなぐことができるよう、連絡・対応体制を事前に整理し共有する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

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

- 日常の状態との違いに気づきやすい体制を整えるため、ケアに関わる関係者の間で、本人の状態について気を配っておくべき兆候（例えばむせや咳の状況、食事のときにのどがゴロゴロ鳴るなどの様子、以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど）を事前に整理し共有する。
- そのうえで、かかりつけ医等に共有・相談し必要と指示されたケアが提供されるよう調整する。



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

4. 変化を把握したときの対応体制の構築

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

誤嚥性肺炎は、状況によっては入院して治療となる場合もあります。円滑な治療につなぐため、入院時に、必要に応じてかかりつけ医等に本人の日常の摂食嚥下等に関する情報を伝達します。そのうえで、退院後に円滑に生活復帰するため、かかりつけ医等や専門職等からの留意事項や指示内容を把握し、家族等の介護者と退院前に共有することが重要です。

関連する「想定される支援内容」とその概要

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

- 入院時に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、かかりつけ医等に伝達する。
- 退院後の生活の回復を円滑に行うため、入院中に実施されたリスク評価の結果や、退院後の生活における指示内容の情報を把握する。
- 退院後の移行を円滑にするため、自宅での療養に際しての留意事項を退院前に把握し、家族等の介護者と共有する。

アセスメント/
モニタリング
項目



相談すべき専門職

医 師

歯科医師

看護師

薬剤師

PT/OT/ST

社会福祉士・MSW

歯科衛生士

管理栄養士

介護職

第4章 事例を通じて多職種連携のポイントを知ろう

(1) 多職種連携の重要性

多職種連携はなぜ重要なのか

今後はより高齢で、医療の関わりの必要性が大きい方のケアマネジメントが必要になります。加えて在宅では、同居する家族等がいないか少人数である事例もさらなる増加が見込まれます。

したがって、療養上の留意点を踏まえ、ご本人の暮らしをその人らしく続けられるように支援するうえで、これまで以上に多角的視点が求められるため、多職種連携が必要不可欠です。

多職種連携で期待される効果

ご本人の状況を捉える視点が增える

各専門職が持つ知見を活かし組み合わせることで、より具体的に状況を捉え、分析する視点が增えます。それによってこれまで見えなかった課題が明らかになったり、支援の工夫が見つかったりすることが期待されます。

支援の工夫を考えやすくなる

各専門職が持つ詳細な知見を活かし、ご本人の状況を掘り下げて捉え、共有することで、各専門職が支援の工夫を考えやすくなり、結果的にご本人に合った支援内容に改善できることが期待されます。

多職種連携が主に必要となる場面

これからのケアマネジメントにおいて、多職種連携は、これまで以上に必要不可欠であり、すべての事例、あらゆる場面で必要です。

「疾患別ケア」を活用する観点では、とりわけ以下に示す在宅医療介護連携の4つの場面を想定して活用すると、より大きな効果が期待されます。

日常の療養 支援

日々の暮らしの継続を支えるうえで留意すべき点を押さえられるよう、かかりつけ医等をはじめとする他の専門職と連携する

入退院時 支援

入院が必要になったときも、その後退院するときも、それまでの暮らしから継続的に支援が受けられるように、医療機関の専門職と円滑に連携する

急変時の 対応

急変して医療による対応が必要になったときに、それまでのご本人の暮らしの状況や情報を的確に伝え、その後の治療が円滑なものとなるよう連携する

看取り

かかりつけ医等をはじめとする専門職と連携し、最期まで、ご本人の尊厳を保持し意思を踏まえた支援を実現するよう連携する

(2) 「疾患別ケア」を活用したケアマネジメントの効果

疾患別ケアを活用することで、多職種連携が活発になり、その結果として、以下のような効果が期待されます。



視点の抜け漏れの防止

疾患に応じて特に留意すべき視点がありますが、そうした視点の抜け漏れ防止と、かかりつけ医等との連携の円滑化に役立ちます。

疾患がある方のケアマネジメントにおいては、医療との連携が重要ですから、疾患に応じて特に留意すべき視点に応じた情報を収集し、かかりつけ医等とその情報を共有し、療養方針を確認することが大切です。



掘り下げた情報の収集

かかりつけ医等をはじめ他の専門職の連携のためには、各専門職が必要とする具体的な情報の収集・共有が重要です。

疾患別ケアを活用することで、他の専門職が必要としている情報が何かを把握しやすくなり、掘り下げた情報の収集・共有を円滑に行いやすくなります。



具体的な支援の工夫の検討

掘り下げた情報を収集し、それを他の専門職と共有することで、他の専門職が持つ詳細な知見を活かして、支援や関わり方に関する具体的な工夫を検討しやすくなり、支援内容をより良いものに見直すヒントを得ることができます。



尊厳の保持と意向の尊重の実践

疾患がある方のケアマネジメントにおいては、疾患特有の留意点を守りすぎるあまりに、ご本人の尊厳の保持や意向の尊重が疎かになってしまう懸念もあります。

「基本ケア」で示される視点を併用し、かかりつけ医等の意思決定支援に関わる専門職と連携することで、ご本人の尊厳の保持や意向の尊重を大切にしたケアマネジメントを実践しやすくなります。

事例 1

地域ケア会議で他の専門職と検討をする中で、 視点の抜け漏れに気が付いた事例

事例概要

- 要支援 1、78 歳男性。独居、妻は離別、長女が遠方在住。
- 既往に狭心症（カテーテル治療歴あり）あり。
- 知人の助けを借りながら 1 人で生活してきたが、昨年脱水にて緊急搬送。
- 入院時は体調が安定するが、退院後の自宅生活では食事量が減ってしまう。
デイサービスでは食事を全量摂取できる。

（家族等の状況）

- 知人が市内に在住し、買い物や外出支援をしている。

（支援の状況）

- 【介護予防・生活支援サービス事業（訪問型）】 週 1 回、調理支援。
- 【介護予防・生活支援サービス事業（通所型）】 週 1 回。



視点の抜け漏れの防止

～個別事例について検討する地域ケアマネジメント会議の場面～



担当介護支援専門員

心疾患がある方のケアについて、自宅に戻っても療養を継続できるよう、
1 番「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」の
体制整備を行い、関連するサービスの方々へも情報共有をしています。

独居のため、体調不良の兆候をご本人で把握するなどのセルフ
マネジメントも重要になります。例えば、**8 番「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」**について、かかりつけ医
等と相談のうえ、異常な血圧の数値や注意すべき症状など、**具体的な内容で相談の目安をご本人と共有**してはどうでしょうか。



看護師



担当介護支援専門員

関連する介護サービスの方々への共有や依頼を考えていましたが、
ご本人によるセルフマネジメントの観点は抜けていました…。

ご本人に認知機能の低下はまだ見られないので、十分にセルフマネジメント
ができると思います。かかりつけ医等に体調不良の兆候や疾患管理の留意
点を説明してもらうことで、ご本人も納得感をもってセルフマネジメントに
取り組めるのではないのでしょうか。



看護師

自宅での食事量が減っているということですが、6番「**食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える**」を考えてみてはどうでしょうか。

義歯が合っていないと、かみ合わせ等の問題から食事がうまく取れず、食欲の低下につながる場合があります。口腔機能に関して再度アセスメントを行ってはどうでしょうか。



歯科衛生士



担当介護支援専門員

口腔機能や義歯の状態に関するアセスメントの視点は**持っていませんでした**。歯科受診をうながしてみたいと思います。



歯科医師

疾患の管理はもちろん大切ですが、在宅での療養継続や活動参加の維持・継続に向けては、**栄養摂取の状況の確認**も重要です。これは、**基本ケアの22番「口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援」**に含まれる内容です。

疾患別ケアを用いた疾患特有の視点も大切ですが、高齢者の生活を支援するための基礎となる**基本ケアも併せて確認することが重要**です。

取り組み実施後



担当介護支援専門員

かかりつけ医等からの説明でご本人の**安心と納得が深まった様子**です。具体的な確認内容がわかったため、毎日の血圧測定や体調についてのメモをノートに記録するようになりました。記録をとることで、服薬を忘れる心配も減ったようです。

着目した疾患別ケアの項目

心疾患Ⅰ期・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**」

心疾患Ⅰ期・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**」

心疾患Ⅰ期・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**」



担当介護支援専門員の気づき

専門職だけで疾患を管理しなくてはいけないと思い込み、視野が狭くなっていたと反省しています。疾患別ケアを用いて他の専門職と連携することで、セルフマネジメントの視点が抜けていたことに気づきました。

また、疾患の管理に目が向いていましたが、在宅での療養継続という観点では、疾患別ケアだけでなく基本ケアも併せて活用することが重要だと改めて気づきました。

事例概要

- 要介護3、92歳男性。妻、娘と3人暮らし。
- 既往に高血圧、高脂血症あり。アルツハイマー型認知症の症状がある。難聴もあり、聞こえにくさがある。
- 病気になる前は、多趣味で家族と出かけるのも好きだった。

(家族等の状況)

- 妻は腎不全の影響で定期的に入退院をしており、十分な介護は難しい。
- 娘は仕事をしている。本人から目が離せないため、通所サービスや短期入所を希望しているが本人が拒否している。

(支援の状況)

- 【訪問看護】週1回、体調管理と簡単なリハビリ、かかりつけ医への定期報告。
- 【訪問介護】週1回、家事支援。

💡 掘り下げた情報の収集

～個別事例について検討する地域ケアマネジメント会議の場面～



担当介護支援専門員

認知症がある方のケアについて、29番「その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握」に着目して情報収集をしました。

現在、交流範囲が家族や看護師、ヘルパー、介護支援専門員と限定的です。難聴があるためだと思うのですが、外出機会も少なく引きこもりがちです…。

ご本人がなぜ引きこもりがちなのか、29番「その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握」をもう一段階深掘りしてみてもどうでしょうか？例えば、外出機会の創出や交流環境の整備のためには、ご本人が感じている不安や葛藤を理解すること、そして興味があることや関心を引き出すことも必要です。

そのうえで、28番「活動と参加を通じた周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するための支援」として、ご本人にとって価値のある活動について、興味関心チェックシートを活用して、**より掘り下げた情報を収集**してみてもどうでしょうか。



作業療法士



担当介護支援専門員

自分では情報収集が十分にできているつもりでしたが、**深掘りが不十分だったことに気づき**ました。情報の深掘りに取り組んでみようと思います。

情報収集実施後



担当介護支援専門員

興味関心チェックシートを実施したところ「家族と共に買い物に出かけたい」「体操、運動がしたい」というご本人の意向が引き出せました。

また、チェックシートの活用をきっかけに、さらに話を聞くことができ「体力に自信がない」という思いもご本人から引き出せました。

情報が不足しているポイントが明確になったので、何を聞けばよいかが具体的になり、しっかり深掘りできました。

ご本人の興味関心を優先順位づけすることで、31番「新たな役割・機能を獲得することの支援」として、セルフケアにつなげたり、趣味や地域の活動への参加や家庭内のご本人の役割分担をうながすといった、「新たな役割・機能を獲得する」支援が検討しやすくなりますね。



作業療法士

取り組み実施後



担当介護支援専門員

運動に興味があるとわかったため、「新たな役割・機能を獲得する」支援として、通所リハビリテーションを提案しました。週1～2回通うようになり、運動にも積極的に参加しているそうです。

「家族と買い物に出かける」ことを新たな目標として、リハビリテーションを頑張っているようです。

 着目した疾患別ケアの項目

認知症・28 「活動と参加を通じた周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するための支援」

認知症・29 「その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握」

認知症・31 「新たな役割・機能を獲得することの支援」



担当介護支援専門員の気づき

十分に情報収集ができているつもりでしたが、自分の情報収集では粒度が荒かったのだと気づきました。また、チェックシートを活用してご本人のことを聞いていくことで、ご本人の想いを引き出すことにもつながったので、情報収集は単に情報を集めるだけではないことも学びになりました。

事例3

専門職からの情報提供をきっかけに、 具体的な支援の工夫につながった事例

事例概要

- 要介護2、81歳女性。長男との2人暮らし。近隣に身内はいない。
- 既往に右大腿骨頸部骨折、骨粗鬆症あり。
- 自宅トイレに行く際に、トイレのドアを開けようとしたところバランスを崩して転倒し右大腿骨頸部骨折との診断。積極的にリハビリテーションを行い入院前までのADLに改善した。転倒予防や安全に移動できるように環境を整えて退院し、自宅での生活を継続している。

(家族等の状況)

- 長男は日中仕事、買い物等は長男が行っている。

(退院後の支援の状況)

- 【訪問介護】週1回、入浴介助。
- 【福祉用具貸与】歩行器。
- 【訪問リハビリテーション】週2回、歩行訓練。
- 【住宅改修】手すり。

具体的な支援の工夫の検討

～サービス担当者会議＋法人内での相談の場面～



担当介護支援専門員

最近の状況で気になる点がありますか？

入院中は自宅に戻ることを目標にリハビリテーションに取り組んでいたと聞いていたのですが、自宅に戻ってからは意欲が低下し、日中ベッドに横になっている時間も多いそうです。



(訪問リハ)
理学療法士

入浴介助の際に話をしていたら「最近では息子が買ってくるレトルト食品を食べることが多い」とおっしゃっていました。栄養の観点で大丈夫だろうかと心配になりました。



(訪問介護)
介護福祉士



担当介護支援専門員

そこについて考えるならば、生活機能の回復に向けて、9番「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」や10番「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」の支援内容を検討していきたいです。

訪問リハビリテーションの際に、歩行訓練と併せて、ADL/IADLの動作の確認もしてはどうでしょうか？専門職の定期的な確認は、自主リハビリテーションの促進にもつながります。



(訪問リハ)
理学療法士

法人内での相談



担当介護支援専門員

食事に関して、入院前はご本人が調理等の家事を行っていたそうです。
11番「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」ことで、ご本人の意欲の向上にもつなげたいです。何か良い工夫はありますか？

レトルト食品の食事が続くと、必要な栄養量が取れていない可能性がありますね。食事の支援が必要だと思います。

栄養補助食品や配食サービスの利用を検討してみてもどうでしょうか。また、息子さんに食材を買ってきてもらい、野菜を入れたみそ汁などの簡単な調理ができると望ましいです。

(法人内)
管理栄養士

訪問リハビリテーションの際に、台所で調理訓練を行うのはどうでしょうか。食事の支援にとどまらず、日常生活における役割の回復獲得による生活全体の意欲を高める効果が見込めます。

(法人内)
理学療法士

取り組み実施後



担当介護支援専門員

訪問リハビリテーションの際の専門職の声かけがご本人の励みになり、自宅での自主リハビリメニューに毎日取り組むようになりました。また、調理訓練によって日常生活における役割への自信を取り戻し、生活全体の意欲の向上にもつながったようです。

着目した疾患別ケアの項目

大腿骨頸部骨折Ⅰ期・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」

大腿骨頸部骨折Ⅰ期・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」

大腿骨頸部骨折Ⅰ期・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」



担当介護支援専門員の気づき

支援を提供する専門職からの情報により、具体的な支援内容を変更する必要性に気がつきました。疾患別ケアの項目に着目した具体的な支援の工夫では、他の専門職からの助言がとても役に立ちました。

どのサービスを導入するだけでなく、その先のどのような支援内容が良いかまで落とし込んで考えることの重要性に気づきました。

事例概要

- 要介護2、75歳男性。一人暮らし。次女が団地の隣区画に在住。
- 既往に内頸動脈狭窄症、両目白内障手術、脂質異常症、不安定狭心症あり。
- 5年前に妻を亡くしてから独居で生活。
- アクティブな志向。社交的で積極的に町内会やグランドゴルフ、いきいき百歳体操に参加。

(入院から退院までの経緯)

- (4カ月前) 脳梗塞(左被殻)で脳外科に入院。
- (3カ月前) 回復期リハビリテーションへ転院。
- (2カ月前) 認定調査実施。
- (1カ月前) 要介護2の認定。
- 来月退院予定。

💡 尊厳の保持と意向の尊重の実践

～退院時カンファレンスの場面～



担当介護支援専門員

最初に作ったケアプランについて、ご本人から「楽しくなさそうなプランだ…」と言われてしまいました。

再発防止や機能向上ばかりに気が向いていて、**ご本人の意向を尊重した支援内容になっていません**でした。改めて、**ご本人の意向を尊重した支援内容**を検討したいです。



担当介護支援専門員

まずは、ご本人の意向である「もっとしっかり歩けるようになって公園でグラウンドゴルフがしたい」の実現に向けて、**13番「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」**の観点で検討をしたいです。

利き手と逆側でもスティックを持って打つことはできると思いますが、持ちながら歩くのはなかなか難しいかもしれません。



(病院) 理学療法士

まずはスタッフが手を添えながら取り組んでみます。少しずつできるようになることで、**通所リハビリテーションに来ることが楽しみ**になり、**リハビリテーションの継続**にもつながるでしょう。様子を見ながらスティックを持って歩けるよう支援していきたいです。



(在宅・通所リハ) 理学療法士

10番「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」のために、**通所リハビリテーションの利用日以外の過ごし方**は体力をつけていく観点でも重要です。症状は安定しているので、**無理のない範囲で体を動かしてもよい**と思います。運動は好きかなそうですね。入院中はどうか？



(在宅) 医師

入院中は、リハビリテーションがない時間は自主トレーニングをしていました。ご自身でカレンダーにトレーニングの記録をつけているので、**継続していけるよう声かけ**をしてもらえるとよいと思います。



(病院)
理学療法士



担当介護支援専門員

ご本人の「話しにくさをなくしたい」という意向の実現に向けて、**17番「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）」**について、トレーニング方法の検討を行います。**ご本人は歌うことが好き**、特に演歌が好きと伺っています。

歌うのはよいですね。声をしっかり出す、のどの筋力をつける意味で、**高い声を出すのは喉のトレーニング**になります。



(病院)
言語聴覚士

疾患の影響で発話がしづらかもしれませんが、**しっかりと口を開けることは、嚥下機能のトレーニング**にもつながります。



(病院)
医師

通所リハビリテーションには、演歌のラインナップはいくつかあります。高い声を出すものを探しておくので、**お好きな歌を選んでいただく**のはどうでしょうか。



(在宅・通所リハ)
理学療法士



担当介護支援専門員

他の専門職の方々の知見が参考になります。**ご本人の意向を踏まえたプラン**を検討していきたいと思います。

着目した疾患別ケアの項目

脳血管疾患Ⅰ期・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」
脳血管疾患Ⅰ期・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」
脳血管疾患Ⅰ期・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）」



担当介護支援専門員の気づき

当初のプランは、再発防止や機能向上にばかり着目しており、今見返すと**ご本人の意向を踏まえていないプラン**でした。

ご本人からのコメントを踏まえて、**病院側と在宅側の専門職で意見を出し合うことで、とても充実した支援内容の検討**につながりました。疾患別ケアの項目を**共通言語**とすることで、複数の専門職が集まっても目線が合わせやすく、スムーズに話をすることができました。

「適切なケアマネジメント手法」に関わる資料

「適切なケアマネジメント手法」の手引き

令和2年度に作成した手引きで、「適切なケアマネジメント手法」の考え方や概要を紹介しています。



https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu_betsushiryō.pdf



「適切なケアマネジメント手法」の手引き その2

令和5年度に作成した手引きで、「基本ケア」の考え方や具体的な事例を紹介しています。



<https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/caremanagement/240307.pdf>



ケアの冊子（適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア令和2年度改訂版）

「適切なケアマネジメント手法」の目的や基本的な考え方、基本ケア及び疾患別ケアの詳細を記載した冊子です。



https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_tekisetunacare_r2kai.pdf

「適切なケアマネジメント手法」に関連する動画

「適切なケアマネジメント手法」に関する動画を日本総研公式 YouTube にアップロードしています。

「適切なケアマネジメント手法」や「適切なケアマネジメント手法実践研修」などの理解にご活用ください。



<https://www.jri.co.jp/service/special/content11/corner113/caremanagement/05/>



「適切なケアマネジメント手法」の概要版（項目一覧）

「適切なケアマネジメント手法」を一覧化した概要版です。



基本ケア

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/230403_kihoncare.pdf



脳血管疾患Ⅰ期

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_noukekanshikkan1.pdf



脳血管疾患Ⅱ期

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_noukekanshikkan2.pdf



大腿骨頸部骨折Ⅰ期

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_daitaikotsukeibukossetsu1.pdf



大腿骨頸部骨折Ⅱ期

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_daitaikotsukeibukossetsu2.pdf



心疾患Ⅰ期

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_shinsikkan1.pdf



心疾患Ⅱ期

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_shinsikkan2.pdf



認知症

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_ninchisho.pdf



誤嚥性肺炎の予防

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/241206_goenseihaienyobo.pdf

その他の参考資料

課題分析標準項目

令和 5 年 10 月に厚生労働省より課題分析標準項目の一部改正及び Q&A が発表されました（介護保険最新情報 Vol.1178・Vol.1179）。

【介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について】の一部改正について



<https://www.mhlw.go.jp/content/001157205.pdf>

【課題分析標準項目の改正に関する Q&A】の発出について



<https://www.mhlw.go.jp/content/001157102.pdf>

令和6年度厚生労働省老人健康増進等補助事業
適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業
検討委員会 委員名簿（五十音順・敬称略）

氏 名	所属先・役職名
石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授
井深 宏和	公益社団法人日本薬剤師会 理事
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 事務局長
川越 正平	松戸市医師会 会長
清水恵一郎	医療法人社団清令会 阿部医院 理事長
鈴木 邦彦	医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長・院長
武久 洋三	平成医療福祉グループ 会長
田母神裕美	公益社団法人日本看護協会 常任理事
新田 國夫	一般社団法人全国在宅療養支援医協会 会長 兼 一般社団法人日本在宅ケアアライアンス 理事長
野村 圭介	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
濱田 和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
東 祐二	一般社団法人日本作業療法士協会 事務局長
○三浦 久幸	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部 部長

○印：委員長

※本調査研究事業は、令和6年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金において実施したものです。

令和6年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）
適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業

「適切なケアマネジメント手法」の手引き その3
～疾患別ケアについて学ぶ～

令和7年3月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田2-18-1 大崎フォレストビルディング

