|                          | 想定                                | される支援内容                    |                       | 支援の概要、必要性   |  | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等  |   |
|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------|---|--|---|---|
| 基本方針                     | 大項目                               | 中項目                        | 想定される支援内容             | 支援の概要、必要性   | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 相談すべき 専門職   |
| I 尊厳を重視した<br>意思決定の支<br>援 | I-1現在の全体<br>像の把上の標と<br>生活上の備<br>え | I-1-1 疾病や心身<br>状態の理解       | 支援<br>2 併存疾患の把握の      | ・再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用(出血しやすくなる等)についても知っておくことも重要である。 総続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養や生活の改善を支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。 ※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。   | ・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職から沿導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・処方薬のか客(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など) ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無な  | - 疾患に対する本人・家族等の理解度 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 医師及び専門職からが指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・ル方薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・ル方薬の必要性及び薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など) ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量・不足する水分量など)・日常的な水分摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)・実の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留慮事項、日常生活での制限の有無、日常生活で登理すべき車項の説明・判所の目女に関する意識申など)・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は維かなど)・上活習情病への対応の状況、本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など)・服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)・介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)・日常と異なる状態への対応(「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」な状態への対応(「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」な状態の対応(「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」な状態の対応、「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」な状態を発見の理解、「異常」な状態を発見の理解、「異常」な状態を発見する | 医師、看護師、<br>薬剤師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職<br>医師、看護師、              |
|                          |                                   |                            | 支援                    | 病や他の併発疾患の理解が必要である。 ・かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整える。   | - 腎疾患や糖尿病(糖尿病性腎症)などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通<br>院・服薬の状況<br>・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内<br>容、服薬の状況<br>・かかつけ医(主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡<br>先、関わり方など)の把握、連携方法の確認<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、<br>支援の必要性、支援者は誰かなど)<br>・生活習慣病への対応の状況  | <ul> <li>心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況</li> <li>日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど)</li> <li>生活習慣病への対応の状況</li> </ul>   | 薬剤師、管理栄養士、介護職   |
|                          |                                   |                            |                       | ・口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。 ・口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少につながったり、虫歯や誤嚥につながる。 ・正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。 ・異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。        | ・口腔内の状況(乾燥の柱度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の柱度、口臭、食べ<br>がすの状況など)<br>・吸合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)<br>・暖液の状態、貯留の状況の有無(唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑い<br>がある)<br>・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング(例:動作時、食事の途中など)、咳・むせ<br>の頻度、咳のタイプなど<br>・起切れの有無<br>・口腔状態(口腔乾燥など)に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無<br>・日常生活での口の間きの状況、小呼吸などの状況、常時間口を強いるような姿勢の有<br>無<br>・日常生活での口の間きの状況、小分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する<br>活動量、不足する水分量など<br>・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など<br>・口腔ケアの状況(白立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミング<br>など)の把握、連携方法の確認<br>・ための地解、使がより、専門職間での対応体制<br>・変成等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)<br>・現在利用している専門的なサービス(訪問歯科、訪問歯科衛生土等) | - 日常的な水分摂取の状況 (水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など) 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など。 「日本の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど) ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況 (有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など) の把握、連携方法の確認・ かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況 (有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など) の把握、連携方法の確認・ 連絡方に がかりつけ薬剤・水が良いは薬局・かかりのは薬剤・がりのでは、連絡方にのでは、・専門職間での対応体制・家族等及び専門職との情報共有 (情報共有の状況、共有方法など)・現在利用している専門的なサービス (訪問歯科、訪問歯科衛生士等)  | 5   |
|                          |                                   |                            | 4 転倒・骨折のリスク<br>や経緯の確認 | ・転倒やそれに伴う骨折の予防のためには、自らの身体機能(反射、平衡感覚、視覚等)の状態を理解し、それにあった生活動作を身につけるよう支援する必要がある。<br>・自らの身体機能の状態を理解するための支援、そのための体制を整える。具体的には、本人の身体状況を定期的に測定する機会をつくったり、身体機能が低下している場合はそれを前提とした日常的な動作を行えるような機能訓練等の体制を整える。   | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)   | ・自宅内での本人の生活習慣(ペッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)<br>・自宅内の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移  | 護職  |
|                          |                                   | I-1-2 現在の生活<br>の全体像の<br>把握 | 意向の把握                 | ・本人の尊厳を尊重した本人が望む暮らしの実現には、暮らしやすくするための環境の改善を、本人の活動能力を踏まえて支援することが重要である。・暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等を本人から把握したり、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これからについて本人が家族等に表明している意思を把握したりする。また、サービス事業者とも連携し、サービス利用中の利用者の様子も把握する。  | <ul> <li>ント)</li> <li>・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動(現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・参きらめの有無、内容など)</li> <li>・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているシレンマ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li> <li>へわし【/ADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)</li> <li>・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)・日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など・日常の活動の中不生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割・「何居者がいる場合」同居者によおる地域・社会(家庭外)での本人の役割・「何居者がいる場合」同居者による本人の生活リズムの把握状況</li> </ul>   | したいた、がまん・あきらめの有無、内容など) ・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど、本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方・自宅内での本人の生活習慣(よいる場所、動線 日課など)・日常的な運動の状況、日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)・日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割   | 薬剤師、<br>PT/OT/ST、社<br>会福祉士・<br>MSW、介護職                      |
|                          |                                   |                            | ムとその変化を把握<br>することの支援  | <ul> <li>・本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地良い場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要である。</li> <li>・特に認知症のある高齢者の場合、は睡眠・覚醒リズムが乱れやすく、また自分で生活リズムを整える事は難しいため、生活リズムを規則正しくする支援が受けられる環境の整備が必要となる。</li> <li>・本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等を把握する。そのうえて、認知症の進行や健康状態の変化により生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握して改めて本人にとって心地良い生活リズムを取り戻せるよう支援する体制を整える。</li> </ul> | ・本人の週次で月次の生活リ人ム ・本人の日本芸児ズムの変化(生活リズムの崩れの有無、その要因など) ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など) ・日常的な活動の状況、(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リルビリーランプにすなく生活動作を含むなど) ・日常的な運動の状況、(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など) ・休養・睡眠の状況、(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無) ・医師の判断を踏まえた。本人における留意すべき兆候 ・連絡先(かかりつけ医等)、専門職間での対応体制 ・家族等及び専門職との情報共有の状況、共有方法など) ・支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど) ・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容 ・本人や家族等の交友関係   | ・本人にとって心地良いであろう生活リズム・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・本人の日次(24時間)の生活リズムの崩れの有無、その要因など) ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など) ・日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リルビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)・日常的な運動の状況(日常的な運動の様会)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など) ・休養・睡眠の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など) ・休養・睡眠の状況(ワイミング・リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無) ・医師の判断を讃まえた。本人における留意すべき兆候 ・連絡な、(かかつつけ医等)、専門職間での対応体制・実施等及ど専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)・支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど) ・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容・本人や家族等の交友関係  | 医師、歯科医師、歯科医師、看護師、薬<br>剤師、<br>PT/OT/ST、社<br>会福祉士・<br>MSW、介護職 |
|                          |                                   |                            | 7 食事及び栄養の状態の確認        | ・食欲の有無は身体の健康や心の状態を図るうえで重要である。高齢者の身体の異常や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにする。 ・体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソートを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。・咀嚼、嚥下力の低下や薬の副作用で食欲が落ちて低栄養の状態に陥る場合もあることを考慮し、専門職と連携する体制を整える。  | <ul> <li>専門職による本人の損食嚥下機能の評価結果</li> <li>必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度</li> <li>本人・家族等の理解度 (適切な量、日常的な食事の塩分含有量など)</li> <li>□ D腔機能(摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など)の状況</li> <li>・咬合の状況、養歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)</li> <li>本人及び同居家族等の生活リズム(特に食事のタイミング)</li> <li>・食慾の状況</li> <li>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無な</li> </ul>  | ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(食事内容や食事のとり方に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など) ・日常生活(活動内容・体養・急速、健康状態など)に関する記録(本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など) ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は維かなど)・医師への報告の必要性、方法、タイミング・ ・投食施下機能改載のためのルピリテーション(実施有無、必要性、内容など)・本人にあったリルビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利   |   |

|          |                                       | される支援内容                             | In.                            | 支援の概要、必要性  | 適切な支援内容とするた。<br>主なアセスメント項目  | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等<br>主なモニタリング項目  | 相談すべき  |  |   |  |           |
|----------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--|---|---|--|--|---|--|-----------|
|          | 現在の全体                                 | 中項目<br>I-1-2 現在の生活                  | 想定される支援内容                      | 支援の概要、必要性 ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響ととも  | ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 ・水分の摂取に関する失敗のエピソード   | ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 ・水分の摂取に関する失敗のエピソード   | 専門職<br>医師、歯科医  |  |   |  |           |
| Eの支<br>5 | 現在の全体<br>像の把握と<br>生活上の将<br>来予測、備<br>え | I-1-2 現在の生活<br>の全体像の<br>把握          |                                | ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。 ・日常の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。  | ・ホブル県収に関する大阪のJLCソート、 ・ 水分量・場分量に対する本人・家族等の理解度 (適切な量、日常的な食事の塩分含有量など)・日常的な活動の状況 (日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リルピリテーションだけでなく生活動作を含むなど) ・日常的な食事の摂取の状況 (食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・日常的な水分摂取の状況 (水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など) ・ 本別スム (頻度、回数、タイミング、内容など) ・ 室内の状況 (温温度環境、家具や物の配置、照度など) ※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々、支援者の関わりの状況 (声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リスムなど)  | - 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度(適切な量、日常的な食事の塩分含有量など)<br>- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リルビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)<br>- 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する<br>活動量、不足する水分量など)<br>- 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無な   | 師、看護師、薬<br>剤師、<br>PT/OT/ST、能                         |  |   |  |           |
|          |                                       |                                     | 9 コミュニケーション状況の把握の支援            | ・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ことが重要になる。 ・日常生活におけるコミュニケーション(聞く、話す、見る)の状況を把握する。  | ・疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード・コミュニケーションに関ける本人のストレスの状況・コミュニケーション(間、に話す、見る)の状況・本人と家族等のコミュニケーションの状況・本人と家族等のコミュニケーションの状況   | ・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード ・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況 ・コミュニケーション(間、話す、見る)の状況 ・本人と家族等のコミュケーションの状況 ・本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況   | 看護師、<br>PT/OT/ST、社<br>会福祉士・<br>MSW、介護耶               |  |   |  |           |
|          |                                       |                                     | 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 | ・本人の状況によらず、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のIADLや社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握する必要がある。・生活環境と本人の状況が大きく変化する時期のため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。   | ・本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など) ・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・透践管理の状況 ・疾患発症前の日常生活における聚庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における聚庭内での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における歌庭内での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における歌庭、での本人の役割 ・疾患発症をの日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート ・日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リルピリテーシンだけでなど主動作を含むなど) ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況(住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど)   | ・本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など) ・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・透践管理の状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート ・日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リルピリテーシンだけでなど主動作を含むなど) ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況(住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど)   | 医師、看護師<br>PT/OT/ST、社<br>会福祉士・<br>MSW、介護職             |  |   |  |           |
|          |                                       | I -1-3 目指す生活<br>を踏まえた<br>リスクの予<br>測 | 11 口腔内及び摂食嚥<br>下機能のリスクの<br>予測  | ・口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。 ・また、正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。 ・口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか等の状況を把握し、異常を発見した場合には歯科医等に連携する支援体制を整える。 ・また、適切な口腔ケアを継続できるよう、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保したり、本人による口腔ケアが難しい場合には必要に応じて介助が得られる環境を整える。 | に戸かり416、取かたなどでに痛めかめる。良べたのかよいどに届まる。のどかコロコロ場<br>るなど)<br>・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など<br>・就寝時の養協審説の有無(頸提や頸関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が<br>必要な場合もあるので、歯科医師に確認)<br>・口腔や端下機能に関するかかりつけ髪・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況(受   | ・口腔機能(摂食端下機能、発話発声機能、味覚など)の状況 ・口腔内の状況(影燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など) ・砂合の状況、積崗等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など) ・口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は諸か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど) ・食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込むんだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる。のどがゴロゴロ鳴るなど) ・本人の食の好みやこだわり、無食の状況など ・水湿時の肉強・耐燥の円の無(頭提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認) ・口腔や端下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の対況(受診・相談の有無、受診・相談の方法、食事を用意する人                           | 医師、歯科医師、薄角師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、社会福祉士・<br>MSW、歯科衛生士、介護職 |  |   |  |           |
|          |                                       |                                     |                                | ・継続的な在宅生活を継続するためには、適度な日常生活の活動が必要である。骨折などにより活動量が低下することは、身体機能の低下につながる恐れがあるため、その要因となりうる転等を未然に防ぐことが必要である。・生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。・そのうえで、転倒しやすい状況や負荷の大きい活動の環境を改善したり、日常的な動作において気をつけるべき点を本人及び家族等と確認し必要なリルビリーテーションを継続する支援体制を整えたりする。・なお、環境や動作の改善に際しては、支援の必要性及び本人・家族等の意向も確認する。  | - 転倒に対する本人・家族等の理解度 - 環境改善に関する本人・家族等の題解度 - 環境改善に関する本人・家族等の意向 - ADL/IADLの状態 (している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど) - 本人の麻痺の状況 (麻痺の有無、麻痺の内容と程度 (麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など)・麻痺による生活への影響の有無など) - 筋力の低下の状態 - 空間認識の状況 - 映合の状況、義善等の状況 (利用有無、汚れや破損の有無など) - 本人の日次 (24時間)の生活リズム・過ごし方 - 自宅内での本人の生活習慣 (よくいる場所、砂線、日課など) - 貞宅内での本人の生活習慣 (よくいる場所、砂線、日課など) - 疾患その治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留慮事項。日常生活での刺吸の有無、日常生活でおりな内容、治療方針、日常生活での留意事項。日常生活での刺吸の有無、日常生活で自己に対している。 - 自宅内で食者がかかる行動や環境の有無及び対応状況(段差・階段、洗濯行為におけるうないたり持ち上げたりする動作など) - 日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含め体重管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がなり、専門職間での対応体制 | - 転倒に対する本人・家族等の理解度 - 環境改善に関する本人・家族等の連解度 - 環境改善に関する本人・家族等の意向 - ADL/IADL以悲 (している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど) - 本人の麻痺の状況 (麻痺の有無、麻痺の内容と程度 (麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など)・麻痺による生活への影響の有無など) - 筋力の低下の状態 - 空間認識の状況 - 映合の状況、義歯等の状況 (利用有無、汚れや破損の有無など) - 本人の日次 (24時間) の生活リズム・過ごし方 - 自宅内での本人の生活習慣 (よくいる場所、動線、日課など) - 自宅内での本人の生活習慣 (よくいる場所、動線、日課など) - 疾患その治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容 (疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での削限の有無、日常生活で寛潔さべき事項の説明、判断の目空に関する説明など) - 自宅内で食荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況 (段差・階段、洗濯行為におけるうないたり持ち上げたりする動作など) - 日常的な体重管理の状況及び支援の体制 (本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移 (急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は維かなど) - 連絡先 (がかりびは寒) 専門機関での対応体制   | 医師、歯科医師、看護師、<br>利師、<br>PT/OT/ST、<br>会福祉士・<br>MSW、介護期 |  |   |  |           |
|          |                                       | 【 -1-4 緊急時の対<br>応のための<br>備え         | 応のための                          | 応のための  | 応のための   | 応のための   | 13 感染症の早期発見<br>と治療                                   | <ul> <li>高齢者は、生体防御機能の低下が起こる。炎症反応が弱く、発熱や痛みの訴えが弱い場合があることに留意する。</li> <li>・感染症の初期症状が表れた場合に医療機関を受診できるように、家族等やかかりつけ医及び関連する専門職と情報を共有したり、必要なときに連携できる体制を整える。</li> </ul> | ・軽微なものを含む感染症の罹患履歴(過去の罹患歴) ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・感染症へのかかやすさ ・家族等の背景(特に小さい子どもの有無)、日常的な外出先(デイサービスの利用の | ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患とその治療に関する医師から指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で<br>管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など<br>・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(感染症の予防の<br>必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など) | 医師、看護師介護職 |
|          |                                       |                                     | 14 緊急時の対応                      | ・本人の体調が急変して入院が必要になる等の状況では、特に独居の<br>場合など、本人の意思が確認が難しくなる場合もある。急ぎの対応でも<br>必要な人に必要な連絡が届くよう、連絡体制を整備する必要がある。<br>・緊急時に連絡すべき家族等、かかりつけ医などの連絡体制を本人や<br>家族等とも確認し、事前に連絡先と連絡方法を取り交わしておく。  | 活動量、不足する水分量など<br>・食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだとき<br>に声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴<br>るなど)  | ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・体調の変化を伝えら相手とその関係性 ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング(例:動作時、食事の途中など)、咳・むせ の頻度、咳のタイプなど ・本人の日常生活リズム(起床就寝、食事、仕事や日課等) ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無な と) ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する 活動量、不足する水分量など) ・食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだとき に声がすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよぐのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴 ななど) ・医師たよる判断のは気に関する説明など) ・医師による判断のは気に関する説明など) ・医師による判断のは気に関する説明など) ・医師による判断のは気に関する説明など) ・医師となる状況の有無、その内容と程度 ・長期的な変化の光候(以前よりも円露まってき光候 ・長期的な変化の光候(以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど) ・未月の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制) ・してという時の入院候補たとなる医療機関(名前、場所、連絡先など)※予め決めておくことができると望ましい ・連絡先 (かかりつけ医等)、専門職間での対応体制 | 医師、看護師<br>PT/OT/ST、<br>会福祉士・<br>MSW、介護職              |  |   |  |           |
|          | 意思決定<br>過程の支援                         | I -2-1 本人の意思<br>を捉える支<br>援          |                                | ・意思決定支援においては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要である。 ・本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積・共有し、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて、本人の意思の形成や表明を支援できるようにするための体制を整える。   | ・日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード ・今の生活に対する本人の想い ・ これからの生活に対する本人の想い ・ 本人が得意にしていること ・ 本人の趣味・嗜好 ・ 疾患発症前の口常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・ 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割   | - 日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード - 今の生活に対する本人の想い - これからの生活に対する本人の想い - 本人が得意にしていること - 本人の趣味・嗜好 - 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 - 疾患発症値の日常生活における家庭内での本人の役割 - 疾患発症前の日常生活における歌庭内での本人の役割 - 疾患発症前の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行状況 - 疾患発症を後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行状況 - 未人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測   | 看護師、<br>PT/OT/ST、社<br>会福祉士・<br>MSW、介護職               |  |   |  |           |

| 基本方針   | 大項目  | される支援  | 中項目                            | 想定される支援内容             | 支援の概要、必要性   | 主なアセスメント項目   | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等  主なモニタリング項目   | 相談すべき  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |             |  |  |  |  |
|--|--|--------|--------------------------------|-----------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|-------------|--|--|--|--|
| 尊厳を重視した  | I -2 意思決定  |        | 意思の表明                          | 16 日常生活における           | ・日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、  | ※内容の詳細や留意点などは本細を参照 ・日常生活における意向の表明の状況 ・日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ   | ※内容の詳細や留意点などは本細を参照 ・日常生活における意向の表明の状況 ・日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ   | 専門職<br>看護師、  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |             |  |  |  |  |
| 瀬を重視した I-2 意思思決定の支 II-1 予心 を重と継続で変援 II-1 予心 の名 と で | 過程の支援  |        | の支援と尊<br>重                     | 意向の尊重                 | 日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要である。 ・日常生活における選択(食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等)において、本人の意向が表明され反映されるように、意向の表明を支える体制を整える。  | - 日常生活における決定を実質的に誰がしているか   | - 日常生活における決定を実質的に誰がしているか   | PT/OT/ST、<br>会福祉士・<br>MSW、介護耶                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |             |  |  |  |  |
|  |  |        |                                | 17 意思決定支援の必<br>要性の理解  | ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要である。 ・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援する。 ・なお、ここでの意思決定は、日常の生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP(アドバンスケアブランニング)だけを指すものではない。また、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意する。   | ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・意思決定に関する本人の想い、不安の状況 ・本人が有する意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・金銭管理の状況 ・オーバーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 ・オーバーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 ・オーバーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、サービス内容、利用 状況   | ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・意思決定に関する本人の想い、不安の状況 ・本人が有する意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・金銭管理の状況 ・士ーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 ・本一パーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用 状況  | 看護師、<br>PT/OT/ST、<br>会福祉士・<br>MSW、介護師                          |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |             |  |  |  |  |
|  |  | I -2-3 | 意思決定支<br>援体制の整<br>備            | 18 意思決定支援体制<br>の整備    | ・意思決定支援(あるいは意思推定支援)は一人でできるものではなく、チーム体制を整備することが重要である。 ・意思決定支援あるいは意思推定支援の必要性が大きくなった場合に、その支援を行う体制を整える。 ・なお、ここでいう意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではない、状況が変化するにつれて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化することから、まずは誰が意思決定支援(あるいは意思推定支援)の体制に入るのかを把握することに留意する。   | ・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性 ・意思決定支援チームとして関わりうる人 (※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える) ・意思決定支援チームでの情報共有体制 ・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング   | ・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性 ・意思決定支援チームとして関わりうる人 (※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える) ・意思決定支援チームでの情報共有体制 ・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング   | 医師、歯科医師、看護師、<br>剤師、<br>PT/OT/ST、<br>会福祉士・<br>MSW、歯科科<br>生士、介護職 |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |             |  |  |  |  |
|  |  | I -2-4 | 将来の生活<br>の見通しを<br>立てることの<br>支援 | 19 将来の生活の見通しを立てることの支援 | ・本人や家族等の生活は将来にわたって続くが、経験したことがない将来の生活の見通しを持つことは、多くの人にとって難しい。したがって、情報を提供したり、これまでに本人や家族等が感じていることを聞き取ったりすることを通じて、本人や家族等が意思を形成する支援を行う必要がある。 ・本人や家族等自身が判断できるよう支援するためには、状況に応じた介護の選択肢があることを知らせたり、本人や家族等の意向を引き出す相談援助を行う。   | ・生活歴、成育歴 ・今の生活に対する本人の想い ・今後の治療に関する本人の想い ・今後の治療に関する本人の意向 ・将来の生活に対する本人、家族等の意向 ・認思決定に関する本人の想い、不安の状況 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・EOLは向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・本人が得意にしていること ・本人が得意にしていること ・本人が有る意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における歌庭内での本人の役割 ・ACPの実施状況 ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・4ーバーソン(本人の意思決定を支援しつる人)の有無、本人との関係性 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備 ・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 ・本人や家族等の行来の生活の意向に応えうるフォーマルなしみ(例:成年後見、地域能利用選集事業等)及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・地域和利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 | ・生活歴、成育歴 ・今の生活に対する本人の想い ・今後の治療に関する本人の意向 ・将来の生活に対する本人、家族等の意向 ・認思決定に関する本人の想い ・不安の状況 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・EOLは向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・本人が得意にしていること ・本人が得意にしていること ・本人が有る意思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・疾患発症後の日常生活における歌庭内での本人の役割 ・ACPの実施状況 ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・4ーバーソン(本人の意思決定を支援しつる人)の有無、本人との関係性 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備 ・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 ・本人や家族等が和来の生活の意向に応えうるフォーマルなしが(例:成年後見、地域を利用蔵事業等)及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・地域を利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 | 看護師、<br>PT/OT/ST、<br>会福祉士・<br>MSW、介護職                          |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |             |  |  |  |  |
| D 尊重と継続 く心身<br>D 支援 の維邦<br>上、フ<br>や重度              | II-1 予測に基づ<br>く心身機能<br>の維持・向<br>上、フレイル<br>や重度化の<br>予防の支援 | Π-1-1  | 水分と栄養を摂ることの支援                  |                       | ・高齢者は代謝機能の変化によって、水や電解質のバランスを保つ調整能力の低下や、細胞内の水分量の低下がみられる。そのため、高齢者は水分のバランスを崩して脱水状態を起こしやすい状態にある。一方で、排尿回数を減らすために、水分を控える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れる等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要である。また、食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要である。栄養改善は、疾患の予防、悪化防止、リハビリを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要である。・本人や家族の日常的な食生活や飲み物の摂取状況、排泄や発汗によって失われる水分量を把握し、必要な水分や栄養を確保できているかを把握できる体制を整える。・必要な水分を確保できるような支援を確保する。また、食事については食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。 | HIDE DANG COSCIENT I WHILE SUBLISHED WHILE SKIPE OF STORY  | 関する留意点など)<br>・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把<br>握<br>・居室等の環境で、失われる水分量の予測  | 医師、歯科医師、看護師、3<br>剤師、<br>PT/OT/ST、1<br>科衛生士、管<br>栄養士、介護         |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |             |  |  |  |  |
|  |  |        |                                |                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | 2 | 21 水分の摂取の支援 | ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。<br>・日常の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。 | 法、体重の推移 (急激な増塩がなか)、支援の必要性、支援者は誰かなど) ・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・水分量・場分量に対する本人・家族等の理解度 (適切な量、日常的な食事の塩分含有量など) ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・本人の水分摂取能力 (水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など)と 状態に合わせた支援の有無 ・排泄リズム (頻度、回数、タイミング、内容など) ・日常的な活動の状況 (日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ・排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など) ・日常的な活動の状況 (食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) ・日常的な身事の摂取の状況 (食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) ・日常的な水分摂取の状況 (水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量 ・不足する水分量など) ・室内の状況 (温湿度環境、家具や物の配置、照度など) ※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・日常の水分摂取量の確認方法 (本人の確認方法、家族等の確認方法など) ・支援者の関わりの状況 (声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど) | 法、体重の推移(急激な増強がなかか)、支援の必要性、支援者は誰かなど) ・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・水分量・場分量に対する本人・家族等の理解度(適切な量、日常的な食事の塩分含有量など) ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・本人の水分摂取能力(水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など)と 状態に合わせた支援の有無 ・排泄以乙ム(頻度、回数、タイミング、内容など) ・日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ・排泄以乙ム(頻度、回数、タイミング、内容など) ・日常的な活動の状況(自常的な活動作を含むなど) ・日常的な身事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動機、不足する水分量など) ・室内の状況(温温度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・日常の水分摂取量の確認方法(本人の確認方法、家族等の確認方法など) ・支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど) | 医師、歯科医師、清護師、訓師、<br>別師、<br>PT/OT/ST、<br>理栄養士、介職 |
|  |  |        |                                | 22 口腔ケア及び摂食 嚥下機能の支援   | ・適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が表れることがある。口腔乾燥が生じると、肺炎のリスクが高まるほか、本人の不快感や口臭の起因ともなるため適切に口腔ケアが継続される必要がある。 ・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリバビリテーション(専門職によるリバビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む)が提供されるようなケア体制を整える。 ・セルフケアとして自身で実施可能なリバビリテーションについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有する。・・口腔乾燥を防止するため、口腔内に適切な水分が保たれるように環境を見直す。唾液腺のマッサージや、保温剤の活用等の口腔乾燥の防止の必要性も考慮し、歯科医師等と状況を共有し連携する体制を整える。   | 方など) ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など) ・排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など) ・排泄内容(便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど)  | と) ・食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだともに高がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる。のどがゴロゴロ鳴るなど) ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など。食事のか容(種類、形態、量、内容など)・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんばく質の不足など)・食事をとっている場所・環境(ベッドかれか、椅子や机の高さなど)・食事をとっている場所・環境(ベッドかれか、椅子や机の高さなど)・食事をとっている場所・環境(ベッドかれか、椅子や机の高さなど)・食事を会下の姿勢・食事のとり方・食器の保持の状況・日常的に使っている合器・食事の限理者(外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)・食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況(有無、介助の方法、食べさせど)・食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況(有無、介助の方法、食べさせど)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |             |  |  |  |  |

|   | 想定                 | される支援内容                     |                          | 支援の概要、必要性  | 適切な支援内容とするた  | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等  |                    |
|---|--------------------|-----------------------------|--------------------------|--|--|---|--------------------|
| 基本方針  | 大項目                | 中項目                         | 想定される支援内容                | 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | ・<br>主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 相談すべき<br>専門職       |
| <ul><li>II これまでの生活</li><li>の尊重と継続</li></ul> | Ⅱ-1 予測に基づ<br>く心身機能 | II-1-2 継続的な受<br>診と服薬の       | 23 継続的な受診・療養の支援          | ・日常生活を通じて再入院の予防(急激な状態の悪化の予防)を<br>図るには本人・家族等によるセルフマネジメントが重要であり、疾患及び     | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度   | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度  | 医師、歯科医師、看護師、薬      |
| の支援   | の維持・向              | 支援                          | 長の又版                     | 疾病管理に関して本人・家族等の理解と管理が正確に行われる必要   | ・学後の治療に関する本人・家族等の意向<br>・本人が感じる不安(不安の有無、不安の内容、その程度など)   | ・今後の治療に関する本人・家族等の意向<br>・本人の健康状態、生活状況  | 剤師、                |
|   | 上、フレイル<br>や重度化の    |                             |                          | がある。これを確保するためには、本人・家族等に対して、起因となった<br>疾病についてかかりつけ医をはじめとする専門職から説明がなされている | <ul> <li>・家族等が感じている不安(不安の有無、不安の内容、その程度など)</li> <li>・本人の健康状態、生活状況</li> <li>・腎疾患や糖尿病(糖尿病性腎症)などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通</li> </ul>                   | ・腎疾患や糖尿病(糖尿病性腎症)などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通<br>院・服薬の状況<br>・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)の変更とそれらの服用状況(正しい量・頻度                                      | 科衛生士、介護            |
|   | 予防の支援              |                             |                          | こと、本人・家族等がそれを理解して、疾患の管理を行うことが大切で<br>ある。                                | 時・服薬の状況<br>・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服  | で服用ができているか、飲み残しの有無など)の変化及びその理由  | 職                  |
|   |                    |                             |                          | ・通院する環境やその手段を整えることで継続的な受診を維持する体制を整える。必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病気に対         | 用ができているか、飲み残しの有無など)<br>・使用している医療機器 (例:在宅酸素、ベースメーカーなど) の有無と種類、その使   | 用に係る留意点<br>・本人の日常生活リズム(起床就寝、食事、仕事や日課等)  |                    |
|   |                    |                             |                          | する不安を除くことで、生活の縮小ではなく、生活の改善をうながす。                                       | 用に係る留意点<br>・家族等の状況 (同居者の有無、支援者は誰かなど)   | ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)   |                    |
|   |                    |                             |                          | ・また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添つ家族等の負担も考慮して、代替手段         | <ul><li>・本人の日常生活リズム(起床就寝、食事、仕事や日課等)</li><li>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)</li></ul>  | <ul><li>・咳・むせの有無・咳・むせが出るタイミング (例:動作時、食事の途中など)、咳・むせの頻度、咳のタイプなど</li><li>・日常的な水分摂取の状況 (水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する</li></ul>        |                    |
|   |                    |                             |                          | を提案できるような情報提供にも配慮した支援体制を整える。   | ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング (例:動作時、食事の途中など)、咳・むせ<br>の頻度、咳のタイプなど  | 活動量、不足する水分量など<br>・医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を   |                    |
|   |                    |                             |                          |  | ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)  | ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的  |                    |
|   |                    |                             |                          |  | ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡<br>先、関わり方など)の把握、連携方法の確認<br>・医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を                                    | な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で<br>管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など<br>・医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活で                     |                    |
|   |                    |                             |                          |  | なが成る。<br>がげる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)<br>・疾患との治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的)   | の留意事項、判断の目安に関する説明など)<br>・状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導   |                    |
|   |                    |                             |                          |  | な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で<br>管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)   | の内容 (急変の判断の目安、急変時の対応方法など)<br>・医師による判断の状況 (入院すべきか否か)   |                    |
|   |                    |                             |                          |  | <ul> <li>医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など)</li> <li>状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導</li> </ul>                | <ul><li>・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候</li><li>・長期的な変化の兆候(以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど)</li><li>・家族等及び専門職との情報共有(情報共和の状況、共有方法など)</li></ul>  |                    |
|   |                    |                             |                          |  | の内容 (急変の判断の目安、急変時の対応方法など)<br>・医師による判断の状況 (入院すべきか否か)  |   |                    |
|   |                    |                             |                          |  | ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候<br>・長期的な変化の兆候(以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど)  |   |                    |
|   |                    |                             |                          |  | <ul><li>家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)</li></ul>   |   |                    |
|   |                    |                             | 24 継続的な服薬管理<br>の支援       | ・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は服薬が<br>重要であり、それを本人が可能な限り理解できるように支援することも重   | ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度  | ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度  | 医師、歯科医<br>師、看護師、薬  |
|   |                    |                             |                          | 要になる。・・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族等に                                  | ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方<br>・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する<br>活動量、不足する水分量など)   | <ul> <li>本人の日次 (24時間) の生活リズム・過ごし方</li> <li>日常的な水分摂取の状況 (水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)</li> </ul>                     |                    |
|   |                    |                             |                          | ・処方された条が適切に管理され版案されるように、本人や家族寺に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。             | 活動量、小足する水分量など) ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)   | 活動産、小足する水分量など)<br>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)   |                    |
|   |                    |                             |                          |  | 用ができているか、飲み残しの有無など)  | ・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)の変更とそれらの服用状況(正しい量・頻度<br>で服用ができているか、飲み残しの有無など)の変化及びその理由  | 相談                 |
|   |                    |                             |                          |  | <ul><li>・薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)</li><li>・かかりひけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡<br/>長、関わり方など)の把握、連携方法の確認</li></ul>                            | <ul><li>・薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)</li><li>・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡<br/>係、関わり方など)の把握、連携方法の確認</li></ul>               |                    |
|   |                    |                             |                          |  | ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況(有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など)<br>の把握、連携方法の確認  | ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況(有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など)<br>の把握、連携方法の確認   |                    |
|   |                    |                             |                          |  | ・服薬の確認体制(処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)  | ど)  | :                  |
|   |                    |                             |                          |  | ・介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)<br>・服薬支援機器の活用状況   | ・介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)<br>・服薬支援機器の活用状況  |                    |
|   |                    |                             |                          |  | かいがた。 38(1)が日本シバニノバリンハルし   | 「加い中に、米、184 (1981日マンバニ) アフリングし  |                    |
|   |                    | <b>Ⅱ-1-3</b> 継続的な自<br>己管理の支 | 25 体調把握と変化を<br>伝えることの支援  | ・高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え         | <ul><li>・フレイルの状況がわかるエピソード(転倒等)</li><li>・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度</li></ul>  | ・フレイルの状況がわかるエピソード(転倒等)<br>・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度  | 医師、歯科医<br>師、看護師、薬  |
|   |                    | 援                           | MA OCCUPANA              | 訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要である。                     | ・神論の多元ではなったのコニエニケーションドゥリ   | ・自分の体調に対するうけとめの状況、体調を把握する手段<br>・体調の変化を伝えられるコミュンケーション能力  | 剤師、<br>PT/OT/ST、管  |
|   |                    |                             |                          | ・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                                      | <ul> <li>・体調の変化を伝える相手とその関係性<br/>・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)</li> </ul>   | <ul> <li>・体調の変化を伝える相手とその関係性</li> <li>・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)</li> </ul>                       |                    |
|   |                    |                             |                          | 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<br>できるよう支援する体制を整える。                   | ・市販薬の服用状況(有無、薬の種類、頻度など)及びサプリメント・健康食品等の摂取状況   | ・市販薬の服用状況(有無、薬の種類、頻度など)及びサプリメント・健康食品等の摂取状況  | 相裁                 |
|   |                    |                             |                          | ・また、日常とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相<br>手にその変化を伝えられるような体制を整える。             | ・血圧に影響を与える行動(例: 睡眠や活動など)の状況 ・日常的な体調(食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ等) ・目標血圧と通常の血圧の状態  | - 血圧に影響を与える行動 (例: 睡眠や活動など) の状況<br>- 日常的な体調 (食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ等)<br>- 目標血圧と通常の血圧の状態   |                    |
|   |                    |                             |                          |  | ・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限な  | ・自体血圧こ地系の血圧の状態<br>・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(血圧コントロー<br>ルの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限な                             |                    |
|   |                    |                             |                          |  | と)<br>・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(体重管理の必要性、   | と) ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度(上限、下限)  |                    |
|   |                    |                             |                          |  | 目安となる体重についての説明など<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、<br>支援の必要性、支援者は誰かなど)  | <ul> <li>・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(体重管理の必要性、<br/>目安となる体重についての説明など)</li> <li>・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、</li> </ul> |                    |
|   |                    |                             |                          |  | ス接の心をは、又接着はほかなこ)<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)  | ・日帝的な赤球のバル及び文様の体制(本人を含む休元の近蝶体制、赤葉の内各、支援の必要性、支援者は誰かなど)<br>・日常的な休重管理の状況及び支援の体制(本人を含む休重の管理体制、管理方                                   |                    |
|   |                    |                             |                          |  | ・家庭血圧の計測状況 (機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など)  | 法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)<br>・家庭血圧の計測状況(機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方  |                    |
|   |                    |                             |                          |  | <ul><li>・日常と異なる状況の有無、その内容と程度</li><li>・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向(体重、外出頻度、家族等との関わり等)</li></ul>  | 法、記録における課題など<br>・日常と異なる状況の有無、その内容と程度<br>・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向(体重、外出頻度、家族等と  |                    |
|   |                    |                             |                          |  | いまれている。<br>・医師への報告の必要性、方法、タイミング<br>・いざとい時の入院候補先となる医療機関(名前、場所、連絡先など)※予め決めて  | ・ 要師の報告の必要性、方法、タイミング  |                    |
|   |                    |                             |                          |  | おくことができると望ましい  | ・いざという時の入院候補先となる医療機関(名前、場所、連絡先など)※予め決めて<br>おくことができると望ましい  |                    |
|   |                    | 維持·向上                       | 26 フレイルを予防する<br>ための活動機会の | ・日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助すると<br>いう支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつな | . ロルゼロニーミョンに対するます。家族等の奇向   | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・本人の日次 (24時間) の生活リズム・過ごし方  | 医師、看護師、<br>薬剤師、    |
|   |                    | の支援                         | 維持                       | がる。<br>・したがって、家族等介護者が、過度の支援をすることは、本人の身体                                | ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)<br>・自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など)  | ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)<br>・自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など)   | PT/OT/ST、介<br>護職   |
|   |                    |                             |                          | 能力を発揮する機会を奪う場合もあることに留意が必要であり、家族<br>等介護者である家族等が、本人のできることはなるべく本人自身が行え    | <ul> <li>ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できる<br/>と思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)</li> <li>自宅内での本人の生活習慣(ペッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課な</li> </ul> | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できる<br>と思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・自宅内での本人の生活習慣(ペッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課な             | 5                  |
|   |                    |                             |                          | るよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要である。<br>・また、高齢者は、数日動かないだけでも筋力の低下や関節の拘縮を          | *日セパケル学人の主治直接(ペット以外で過じ9機会、よいいの場所、動脈、口談はど)<br>・(医療/介護両方を使う場合)関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の  | ど)  | ,                  |
|   |                    |                             |                          | 引き起こしてしまうため、閉じこもりや活動が極端に少ないような状況にならないよう、日常生活の中で活動を確保することも重要である。        | 方法、共有する内容、情報共有のタイミング<br>・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(必要性、指示・<br>指導の内容、留意事項など)   | 方法、共有する内容、情報共有のタイミング<br>・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(必要性、指示・   |                    |
|   |                    |                             |                          | ・専門職と連携して、本人・家族等の、動くことに対する心理的不安を<br>軽減するとともに、本人の身体能力に応じて、家事等の役割分担を設    | ・医療的なリハビリテーションの実施状況(通院回数、頻度、時間など)や体制(提供  | 指導の内容、留意事項など)<br>・医療的なリルビリテーションの実施状況 (通院回数、頻度、時間など) や体制 (提供<br>可能な機関の名称、場所、連絡先など) の把握   |                    |
|   |                    |                             |                          | 定する。<br>・また、家族等介護者である家族等と、本人の状態を共有し、本人が                                | ・必要な支援を受けられる体制の確保<br>・介護保険によるリルビリテーションの目標・内容(※目標にはリハビリテーションの終了を  | ・必要な支援を受けられる体制の確保<br>・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容(※目標にはリハビリテーションの終了を   |                    |
|   |                    |                             |                          | できること、できないことを見極められるようになることを支援する体制を                                     | 含む) ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無 ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況   | 含む) ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無 ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況  |                    |
|   |                    |                             |                          | 整える。そのために、本人のADL/IADLの状態を把握して専門職等と<br>連携する体制を整え、必要な支援あるいはサービス内容を調整する。  | ・日帛いないにリテーションにおける家族等の支援の特無だでの不次<br>・家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内                                 | ・日吊いなリバロケーションにおける家族寺の支援の特無だでの状況、<br>・家族等及び専門職・サービス事業者間での情報共有の状況、共有方法など)<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内               |                    |
|   |                    |                             |                          |  | 容、情報共有のタイミング<br>・実施中の生活支援サービスの確認と見直し (過剰支援となっていないか)  | 容、情報共有のタイミング<br>・実施中の生活支援サービスの確認と見直し(過剰支援となっていないか)  |                    |
|   |                    |                             | 27 継続的なリハビリ              | ・日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助すると                                     |  | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度  | 医師、歯科医             |
|   |                    |                             | テーションや機能訓練の実施            | いう支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながる。                                    | ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲   | ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲<br>・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できる                              | 師、看護師、<br>PT/OT/ST |
|   |                    |                             |                          | ・生活機能の維持に向けて、必要なリバリテーションやセルフケアの継続ができるような環境を繋える。                        | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課な                              | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課な                 | 護職                 |
|   |                    |                             |                          | ・また、必要に応じて現在受けているリルビリテーションや実施しているセルフケアに対する本人や家族等の継続意向を確認し、関連する専門       | と) ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(必要性、指示・   | と) ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(必要性、指示・  |                    |
|   |                    |                             |                          | 職やサービス事業者と共有する、リハビリテーションやセルフケアが生活機                                     | 指導の内容、留意事項など)<br>・医療的なリビリテーションの実施状況 (通院回数、頻度、時間など) や体制 (提供可能な機関の名称、場所、連絡先など) の把握   | 指導の内容、留意事項など)<br>・医療的なリルビリテーションの実施状況 (通院回数、頻度、時間など) や体制 (提供<br>可能な機関の名称、場所、連絡先など) の把握   |                    |
|   |                    |                             |                          | 能の維持に必要であることを本人・家族等に改めて説明するなどの連<br>携体制を整える。                            | ・介護保険によるリルビリテーションの目標・内容(※目標にはリルビリテーションの終了を含む)  | ・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容(※目標にはリハビリテーションの終了を含む)   |                    |
|   |                    |                             |                          |  | ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況<br>・必要な支援を受けられる体制の確保  | ・全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性<br>・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況   |                    |
|   |                    |                             |                          |  | <ul> <li>・日常的なリルピリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況</li> <li>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタミング</li> </ul>                              | <ul><li>必要な支援を受けられる体制の確保</li><li>・日常的なリルビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況</li><li>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内</li></ul>      |                    |
|   |                    |                             |                          |  | ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し (過剰支援となっていないか)  | ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し(過剰支援となっていないか)  |                    |
|   | <u> </u>           |                             |                          |  |  |   |                    |

| 基本方針          | 想定<br>大項目                | 中項目                                     | 想定される支援内容               | 支援の概要、必要性 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目  | かの関連するアセスメント/モニタリング項目等  主なモニタリング項目  | 相談すべき   |  |
|---------------|--------------------------|---|-------------------------|--|---|---|---|--|
| これまでの生活       | Ⅱ-1 予測に基づ                | Ⅱ-1-5 感染予防の                             | 28 感染症の予防と対             | ・高齢者は抵抗力が低下して、様々な感染症にかかりやすい状態にあ  | <ul><li>・収集かたのを会れ成功庁の文献に対する大1、宏体学の研修庁</li></ul>   | ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 ・軽微なものを含む感染症の罹患履歴(過去の罹患歴) ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度  | 専門職 医師、歯科医  |  |
| の尊重と継続<br>の支援 | く心身機能<br>の維持・向<br>上、フレイル | 支援                                      | 応の支援体制の構<br>築           | る。また、一旦疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要である。<br>・家族等の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるような体制を整<br>ラス・また、似地によってオーや家族等が必ずいたりない。これのでは、これの場合をは、  | ・軽碗ないと言い感染症のナかに刈りる本人・家族寺の理解度<br>・口腔ケアの重要性に対する木人・家族等の理解度<br>・口腔内の状況(乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べ<br>かすの状況など)<br>・感染症へのかかやすさ   | ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  | 師、看護師、薬<br>剤師、<br>PT/OT/ST、歯<br>科衛生士、介護   |  |
|               | や重度化の予防の支援               |   |                         | える。また、外出によって本人や家族等が外部からウイルスや細菌を持ち込むため、手が触れる箇所の清掃を念入りに行ったり、手洗いやうがいを継続できるような支援体制を整える。  | ・家族等の背景(特に小さい子どもの有無)、日常的な外出先(デイサービスの利用の有無)など、少力薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容)治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診する状態の目安など)・かかつけ歯科医・かかつけ歯科の状況(有無、過院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況・感染症の予防のための環境整備の状況(定期的な部屋の換気、埃がたまっていないか、ゴニが放置されていないかなど)・のとかいます。  | ・家族等の背景 (特に小さい子どもの有無)、日常的な外出先(デイサービスの利用の<br>有無)など<br>・処方薬の内容 (有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況 (正しい量・頻度で服<br>用ができているか、飲み残しの有無など)<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容 (疾患の基本的<br>な内容、治療方針・日常生活での留意事項、日常生活での制度の有無、日常生活で<br>管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)<br>・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容 (感染症の予防の<br>必要性、具体的な対策、医療機関を受診する状態の目安など)<br>・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況 (有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方<br>など)の把握、連携方法の確認<br>・経数なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況<br>・感染症の予防のための環境整備の状況 (定期的な部屋の換気、埃がたまっていない<br>か、コジが放置されていないかなど)<br>・一即ケアの状況 (自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミング<br>など)   | 相联  |  |
|               | <b>Ⅲ-2</b> 日常的な生         | π-2-1 生活リズム                             | 29 一週間の生活リズ             | ・規則正しい生活は、睡眠や排泄のリズムを整えることに役立つ。本人   | ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制 ・本人及び家族等のこれまでの生活暦  | ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制 ・本人及び家族等のこれまでの生活暦  | 医師、看護師、   |  |
|               | 近 - 万の継続の<br>支援          | を整える支援                                  | ムにそった生活・活               | にとっての日課やリズム、本人にとってい地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えたうえで、あくまでも本人の心地良いリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要となる。本人の日常の生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常の生活における支援者の関わりの状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援を提供できる体制を整える。   | ・本人に力(24時間)の生港リスム・地ごし方 ・本人につて心地良いであうきた当人スム ・本人及び同居家族等の生活リズム(特に食事のタイミング) ・排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など) ・本人の日常生活リズムの変化(生活リズムの前れの有無、その要因など) ・日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リルピリテーションだけでなく生活動作を含むなど) ・日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など) ・休養・睡眠の状況(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状なり有無) ・休養・睡眠の状況(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状なり有無) ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度(禁止なの  | -本人の状態(運動機能、麻痺の程度、服薬状況等) -本人の日次(24時間)の生活リズム(おしょうのようが) -本人及び同語家族等の生活リズム(特に息事のタイミング) -本人にとつて心地鬼(いであろう生活リズム) - 非池リズム(頻度、回数、タイミング、内容など) - 本人にとつて心地鬼(いであろう生活リズム) - 非池リズム(頻度、回数、タイミング、内容など) - 本人の日常生活リズムの変化(生活リズムの所れの有無、その要因など) - 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リルピリテーションだけでなく生活動作を含むなど) - 日常的な運動の状況(タイミング、リズム、時間、眼れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無) - 休養・睡眠の状況(タイミング、リズム、時間、眼れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疾労感・息苦しさなどの自覚症状の有無) - 休養・睡眠する環境(寝室の明ると、温湿度、寝具の状態など) - 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の科室(制限や中止すべき息切れ<br>緩れなどの目安) - 大の大郎になったら中止なのかなど、活動制限の基準(制限や中止すべき息切れ<br>緩れなどの目安) - 支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リ<br>ズムなど) - 生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容 - 本人や家族等の全活に関わっている人の状況 - 本人や家族等の全活に関わっている人の状況 - 本人や家族等の交友関係 | PT/OT/ST、社会福祉士·<br>MSW、介護職  |  |
|               |                          |   | 30 休養・睡眠の支援             | ・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害が循環器疾患のリスク要因であることが示されている。また、十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高くなったりする可能性があり、再入院のリスクが高まる。 ・本人の休養・睡眠の状況及びその変化を把握し、適宜、専門医等と連携して必要な支援につなげられる休制を整える。 ・また、状況に応じて、寝室の明るさ・温度や寝具の状況、休養・睡眠のタイミングやリズムの把握、同居者の生活リズムの把握や休養・睡眠を阻害する要因を解決する支援についても検討する。                      | ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む) ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・服薬内容、服薬のタイミング(※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング) ・休養・睡眠する環境(寝室の明る:温湿度、寝具の状態など) ・休養・睡眠の状況(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無)  | ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む) ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・服薬内等・服薬のタイミング(※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング) ・休養・睡眠する環境(寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など) ・休養・睡眠の状況(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無)   | 医師、看護師、<br>薬剤師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職   |  |
|               | п                        | Ⅱ-2-2 食事の支援                             | 31 口から食事を摂り<br>続けることの支援 | ・食欲の有無は身体の健康や心の状態を図るうえで重要である。特<br>に、みずからの口を通じて食事を摂り続けられるようにすることは、食欲だ   | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把   | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把   | 医師、歯科医<br>師、看護師、  |  |
|               |                          |   |                         | けでなく本人の心の状態にも影響が大きい。 ・体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。 ・なお、食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。   | *** ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) ・食欲の状況 ・食家の内容(種類、形態、量、内容など) ・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など) ・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など) ・食事をとっている場所・環境(ベッドか机か、椅子や利の高さなど) ・日常的な塩分摂取が状況(塩分摂取量、塩分摂取制限の有無など) ・本人や家族等の食生活と食の好み ・日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は維かなど) ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は維かなど)  | 1日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)・食欲の状況・食事の内容(種類、形態、量、内容など)・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)・食事をとっている場所・環境(ベッドかれか、椅子や利の高さなど)・日常的な塩分摂取の状況(塩分摂取量、塩分摂取制限の有無など)・本人や家族等の食生活と食の好み・日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は誰かなど)・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)   | PT/OT/ST、使<br>科医衛生士、管<br>理栄養士、介意<br>職   |  |
|               |                          |   |                         | ・食事は心身の健康を維持するために重要な要素である。生活習慣病の起因となる食生活が行われている場合もあることから、食生活について確認して改善を指導することが必要となる。また、栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である。 ・本人や家族等の疾病に対する理解をうながす環境を整え、日常の生活で必要な栄養を量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整備する。その際、食べる意欲を維持し、豊かな食生活を実現するために、必要以上の制限が行われないように留意する。 | ・本人及び同居家族等の生活リズム(特に食事のタイミング)<br>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無な   | ・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・口陸機能、財食論下機能、味覚など)の状況 ・殴合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など) ・本人及び同居等族等の生活リズム(特に食事のタイミング)・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)・食飲の状況 ・食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだとき、食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど)・食事の内容(種類、形態、量、内容など)・食事の内容(種類、形態、量、内容など)・食事の内容(種類、形態、量、内容など)   | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護耶  |  |
|               |                          |   |                         |  | ・本人の食の好みやごだわり、偏気の状況など ・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんばく質の不足など)・食事をとている場所・環境(ベッドかれか、椅子や机の高さなど)・食事の調理者(外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)・排泄り容(頻を、回数、タイミング、内容など)・排泄り容(便秘や下療にいった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど)・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(食事内容や食事のとり方に関する医師から指示・指導の有無、指導の内容(食事内容や食事のとり方に関する医療がなど)・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把類との特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把は関いなど)・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把は関いなど)・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把など)・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把など)・ | ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)・食事をとっている場所・環境(ベッドが肌か、椅子や机の高さなど)・食事の調理者(外食や配食や憩菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)・排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)・排泄り内容(便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど)・食事に関する医療からの指示・指導の有無、指導の内容(食事内容や食事のとり方に関する医療がらの指示・指導の有無、指導の内容(食事内容や食事のとり方に関する医療になど)・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把援し、口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど)  |   |  |
|               |                          | II-2-3 暮らしやす<br>い環境の保<br>持、入浴や<br>排泄の支援 | い環境の保<br>持、入浴や          | 33 清潔を保つ支援   | ・清潔に対する意識は、本人や家族等の生活習慣や生活歴、家族等背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族等の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応することが必要となる。・清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケアの状態を視らして、必要な清潔ケアの状態を住認して、必要な清潔ケアの状態を生まる。なお、本人の健康状態に応じて入浴の安全性とリスケが変化する場合もあることから、かかりつけ医や看護師等と連携して、本人の状態を把握し、必要に応じて補助用具や入浴介助等の活用を検討する。  | <ul> <li>・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度</li> <li>・入浴に対する本人・家族等の希望・適向</li> <li>・経済状況 (福祉用具の設置や日用品の購入が可能か)</li> <li>・皮膚の状態 (異常の有無など)</li> <li>・本人の当日の健康状態 (特に血圧、脈拍の状態など)</li> </ul>   | ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制)管理方法、体重の推修(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・入浴に対する本人・家族等の解発・意向 ・経済状況(福祉用具の設置や日用品の購入が可能か)・ ・皮膚の状態(質常の有無など) ・本人の当日の健康状態(特に血圧、脈拍の状態など) ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)・自宅における入浴の状況、(答室の現場、入浴の方法(半身浴・シャワー浴など)、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは維か)・自宅の浴室以外における入浴(例:デイサービス、訪問入浴など)の状況・入浴を使えたり中止したける必要(不の経緯や理由、留意すべき状況・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握など)・入浴を控えたり中止したける必要性、その経緯や理由、留意すべき状況・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は維かなど)・番替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハピリテーションや支援の実施状況・サービス事業者から医師への情報提供の状況(有無、共有内容) |  |
|               |                          |   |                         | ・排泄は人間の生命を維持するうえで重要な機能であり、排泄の自立を保つことは、本人の自尊心を高めることにもつながる。一方、家族等にとっても排泄の世話は、精神的、身体的に負担が大きい介護となる。<br>排泄上の障害を取り除き、排泄の自立を高める事が期待される。<br>・同時に、排泄は病気のパロメーターにもなるため、本人の日常的な排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。   | ・排泄リズムに対する本人の認識<br>・排泄に関する失敗のエピソード<br>・日常的な排泄の方法(トイレ、Pトイレ、おむつなど)<br>・排泄内容(便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど)   | ・排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)<br>・排泄リズムに対する本人の認識<br>・排泄に関する失敗のエピント・<br>・日常的な排泄の方法(トイレ、Pトイレ、おむつなど)<br>・排泄内容(便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど)<br>・排泄動作の状況   | 医師、看護師、<br>薬剤師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職   |  |
|               |                          |   |                         |  |   |   |   |  |
|               |                          |   |                         |  |   |   |   |  |

|                            | 想定   | される支援内容                                |                                     | 支援の概要、必要性  | 適切な支援内容とするた   | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等   |  |
|----------------------------|--|--|-------------------------------------|--|---|--|--|
| 基本方針                       | 大項目  | 中項目                                    | 想定される支援内容                           | 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目  | 主なモニタリング項目   | 相談すべき  |
| [ ごれまでの生活<br>の尊重と継続<br>の支援 | II-3 家事・コミュ<br>ニティでの<br>役割の維持<br>あるいは獲<br>得の支援 | II-3-1 喜びや楽し<br>み、強みを<br>引き出し高<br>める支援 |                                     | ・本人の尊厳を尊重した生活を実現するには、支援の内容を個別化する過程で、本人の強みが生かされる支援方法を工夫する必要があり、その前提としてまずは本人の強みを引き出すための情報収集が重要となる。 ・本人からの情報収集にもとづき、本人が強みを発揮しやすい環境や状況を捉え、生活の中でそうした環境や状況が整えられるような支援体制を整える ・なお、本人の強みは、置かれた環境によって発揮されやすいこともあれば発揮しにくい場合もあることに留意し、継続的に強みが発揮されるようにするためには本人の環境を整える支援体制を整える。  | ・本人の趣味・嗜好 ・本人・家族等が望む生活・暮らし(1日/1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント) ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動(現在できること、現在できないが実現   | ・本人のストレングス ・本人のストレングス ・本人の趣味・唱好 ・本人・事族等が望む生活・暮らし(1日/1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント) ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動(現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など) ・望む生活に毛制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ ・本人が盛じや楽しみを感じる状況や状態 ・本人が強りや楽しみを感じる状況や状態 ・本人が強みを発揮できる状況や状態 ・本人の強みを発揮できる状況や状態 ・本人の後子順大にリビリテーションによる回復の予測 ・役割を実現するために必要な環境支援 ・コミュニケーション能力回復のために必要な支援 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート   | 医師、看護師薬剤師、<br>下YT/OT/ST、<br>会福祉士・<br>MSW、介護期       |
|                            |  | II-3-2 コミュニケー<br>ションの支<br>援            | 36 コミュニケーションの 支援                    | ・コミュニケーションが阻害されると、本人と家族等が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族等が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。 ・本人と最も身近な家族等を含む他者とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができているかを把握する。・そのうえで、本人が日常的に接する機会の多い家族等や介護者等とコミュニケーションをとることができる環境を整える。・また、家族等や介護者等に対しても、本人の現在の状況を理解し、今後の見通しやコミュニケーションをとるうえでの留意点を理解できるよう支援及び連携の体制を整える。 | 西耳やファ レフ・ハ の利用は沢 ひがた 映のエピン じ  | ・疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード・本人の障害 (構音障害、失語症、耳の間こえなど) ・コミュケーションに関ける本人のストレスの状況 ・コミュケーション (間代、話す、見る) の状況 ・本人と家族等のコミュケーションの状況 ・本人と家族等のコミュニケーションの状況 ・コミュニケーションが記   | 医師、看護師<br>薬剤師、<br>PT/OT/ST、<br>会福祉士・<br>MSW、介護則    |
|                            |  | II-3-3 家庭内での<br>役割を整え<br>ることの支<br>援    | 37 本人にとっての活動<br>と参加を取り巻く交<br>流環境の整備 | ・本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要である。 ・本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制を整える。また、地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況を把握する。 ・なお、本人にとってのストレスを把握するため、必要に応じて日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握できるよう、他職種等との連携体制を整える。   | ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード ・本人にとっての大・代の状況 ・ 元人にとっての大・代の状況 ・ 元気にとっての大・代の状況 ・ 元素に関いて本人が感じている不安 ・ 家庭内での本人の役割に対する本人・家族等が感じている不安 ・ 家庭内での本人の役割に対する本人・家族等が感じている不安 ・ 家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・ 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度 ・ 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・ 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・ 本人の趣味・嗜好 ・ 本人の趣味・嗜好 ・ 本人の趣味・嗜好 ・ 本人の趣味・できる ・ こまる回復の予測 ・ リゾピリテーションによる回復の予測 ・ リゾピリテーションの実施状況 (機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む) ・ 治動作、とれらの維持・改善の見込みなど ・ 活動と参加に関わる各行為の状況 ・ 本人の機存能力とリゾピリテーションによる回復の予測 ・ リゾピリテーションの実施状況 (機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む) ・ 治者・整容・口腔ケア、入浴等の行為に関するリバビリテーションや支援の実施状況 ・ 本人の健康状態や生活状況を把握する体制 (家族等との連携の体制) ・ 日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制 (本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど) ・ 役割を担ことに対する家族等や支援者等による支援の状況・ | と思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど) ・活動と参加に関わる各行為の状況 ・木人の残存能力とリルビリテーションによる回復の予測 ・リルビリテーションの実施状況 (機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む) ・潜替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリルビリテーションや支援の実施状況 ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制 (家族等との連携の体制)   | 看護師、<br>PT/OT/ST、社<br>会福祉士・<br>MSW、介護聯             |
|                            |  | II-3-4 コミュニティ<br>での役割を<br>整えることの<br>支援 | 揮しやすい環境の                            | ・将来のフレイルの進行を出来るだけ予防するためには、疾患に関わる<br>留意点を踏まえたうえで、日常の活動量の低下を抑える必要がある。<br>・かかりつけ医等からの療養上の留意点と、本人のそれまでの生活での<br>活動範囲を把握したうえで、活動を継続するうえでの課題を把握することが重要である。<br>・活動量の低下を防ぐため、本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境と具体的な活動の継続を支援する体制を整える。  | ・生活歴、成育歴 ・本人・家族等の受容の程度 ・本人・家族等の受容の程度 ・本人・家族等の受容の程度 ・本人の麻痺の状況 (麻痺の有無、麻痺の内容と程度 (麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など) ・本人のストレンプス ・本人の日次 (24時間) の生活リズム・過ごし方 ・自宅の間取り (部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など) ・自宅内での本人の生活習慣 (よくいる場所、動線、日課など) ・自宅内の動線 (日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など) ・自宅外での本人の生活習慣 (よくいく場所、そこまでの動線、日課など)  | ・生活歴、成育歴 ・本人・家族等の受容の程度 ・本人・家族等の受容の程度 ・本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など) ・本人のストレンクス ・本人の担か(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・自宅の問取り(即屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など) ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線・日課など) ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、要室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など) ・自宅外での本人の生活習慣(よくい、場所、そこまでの動線、日課など) ・自宅外での本人の生活習慣(よくい、場所、そこまでの動線、日課など) ・自宅外での本人の生活習慣(よくい、場所、そこまでの動線、日課など) ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる助作、できるい動作、それらの維持・改論の見込みなど)  |  |
|                            |  |  |                                     | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験(残存機能と回復機能の限界を見つめる経験)を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要である。 ・また、認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、本人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。 ・日常の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霉藤を把握する。そのうえで、本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対する支援を検討し、本人の交流関係を継続するための支援や連携体制の構築と、交流を円滑にできるような本人に対する支援体制の整備を行う。               | ・本人、家族等の受容の程度 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・交流に対して本人が感じている困酷や転際 ・地域、社会(家庭外)での本人の役割に対する本人の認識 ・本人にとっての快・不快の状況 ・金銭管理の状況 ・本人の趣味・嗜好 ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど) ・活動と参加に関わる各行為の状況 ・疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患発症後の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患発症後の日常生活における地域、社会(家庭外)での本人の役割  | ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード ・本人・家族等の受容の程度 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・交流に対して本人が感じている困惑や思藤 ・地域・社会(家庭外)での本人の役割に対する本人の認識 ・本人にとっての快・不快の状況 ・金銭管理の状況 ・本人の趣味・嗜好 ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作・それらの維持・改蓄の見込みなど) ・活動と参加に関わる各行為の状況 ・疾患免症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患免症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患免症後の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・疾患免症後の日常生活におけるが地域・社会(家庭外)での本人の役割 ・他人との交流の方法 ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性 ・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況 ・本人の残存能力とリバビリテーションによる回復の予測 ・リゾビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む) ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制) ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制) ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制) | 医師、看護師<br>PT/OT/ST、<br>会福祉士・<br>MSW、介護 <sup></sup> |

|           | 想定                  | される支援内容                             |                            | 支援の概要、必要性   |  | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等   |   |
|-----------|---------------------|-------------------------------------|----------------------------|---|--|--|---|
| 基本方針      | 大項目                 | 中項目                                 | 想定される支援内容                  | 支援の概要、必要性   | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 相談すべき<br>専門職                              |
| ਡ 家族等への支援 | Ⅲ-1 家族等への<br>支援     | Ⅲ-1-1 支援を必要<br>とする家族<br>等への対応       | える支援及び連携                   | ・日々介護に携わっている家族介護者の不安とストレスを軽減し、家族介護者自身の生活の継続を実現するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要になる ・家族介護者が感じる不安を緩和できるよう、日々の介護に対する情緒的支援(ねぎらい)を提供する ・また、家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援を行う。                               | ・認知症に対する家族等の受け止めの状況 ・認知症に対する家族等が感じている不安 ・仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み ・介護の大きさに対する家族等の認識と理解 ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思わる動作、それらの維持・改善の見込みなど、 ・本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など)   | ・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・認知症に対する家族等の受け止めの状況 ・認知症に対する家族等の受け止めの状況 ・認知症に対する家族等の受け止めの状況 ・認知症に対する家族等の認識と理解 ・  | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、社<br>会福祉士・<br>MSW、介護職 |
|           |                     |                                     |                            | ・本人の尊厳のある生活を支えていくのは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要である。 ・本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようまずは本人の意向を把握するが、介護に関わる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる家族等(キーパーソン)の意向を把握する。 ・本人や意思決定にかかわる家族等の意向を踏まえたうえで、将来にわたる生活の継続のために活用可能な地域資源が存在すること、またその情報を提供する等の支援体制を整える。 | ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的<br>な内容・治療方針、日常生活での留慮事項、日常生活での刺眼の有無、日常生活で<br>管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)   | - 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 - 生活習慣に対する本人・家族等の理解度(生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など)・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 - 将来の生活に対する事法に対する障害の有無 - ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留露事項、日常生活での制限の有無、日常生活で電理する事項の説明、判断の目安に関する説明など)・特に考慮しなければならない生活習慣が何か(例:飲酒、運動など)、変更の重要性(例:絶対だめなのか、努力事項なのか)・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備・将来的に死後を意思や意向を反映できるようにすることの支援 - 本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ(例:成年後見、地域権利捕護事業等)及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性   | 会福祉士。<br>MSW、介護職                          |
|           |                     | Ⅲ-1-2 家族等の理<br>解者を増や<br>す支援         | 42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 | ・本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要である。 ・家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しと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体制を整える。  | ・将来の生活に対する本人・家族等の意向<br>・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解<br>・家族等が感じている不安 (不安の有無、不安の内容・その程度など)<br>・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握<br>・地域生活におけるキーパーソン (本人の意思決定を支援しうる人) の有無、本人との<br>問題を他  | ・地域とのトラブルのエピソード ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・家族等が感じている不安 (不安の有無、不安の内容、その程度など) ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・小容の把握 ・地域生活におけるキーパーソン (本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の空友関係 ・認知症に対する地域の理解の状況 ・惑知症に対する地域の理解の状況 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・将来的に死後も悪思や意向を反映できるようにすることの支援 ・家族等に対する支援 (相談、不安や悩みの解決など)を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくか (例) 成年後見、地域維利制議集事業等) 及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況・認知を対している。   |   |
|           | 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<br>体制の整備      | ・本人の状況にもよるが、家族等あるいは専門職による支援(フォーマルサービス)だけで支援を継続するのは資源が不足するため、さまざまなインフォーマルサポートが提供される体制を整えることは、本人のそれまでの生活の継続を尊重し、尊厳ある生活を実現する観点からも重要である。 ・家族等に加えてインフォーマルサポートを提供する人など、本人の状況を踏まえ、多様な専門職以外の人が支援に関わる体制を整える。   | ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況・疾患発症後の日常生活における歌庭内での本人の役割・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割・現在の実行状況・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割・地域生活におけるも地域・社会(家庭外)での本人の役割・地域生活におけるキーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性・本人や家族等の生活に関わっている人の状況・本人や家族等の空を関係・認知症に対する地域の理解の状況・本人や家族等の空を関係・認知症に対する地域の理解の状況・本人のかりかりが医、かかりけ歯科医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク・退院後のケアの体制(家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など)・在宅での対応が難しい場合に対応できる方態施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサボート、関係する人のネットワーク・地域で利用可能なインフォーマルサボート。関係する人のネットワーク・地域で利用可能なインフォーマルサボート。関係する人のネットワーク・地域で利用可能なインフォーマルサボートの資源の有無、サービス内容、利用状況・その地域に対ける認知症に関わる専門的な社会資源の状況(認知症疾患医療センター、認知症が別様中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症がポーター等)・精神症状に対応しらる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況・認知症がカナエなど、地域で利用可能なインフォーマルサボートの資源の有無、サービス内容、利用状況・認知症がよりました。 | *地域とのトラブルのエピソード ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における歌庭内での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 ・地域生活におけるキーバーソン(本人の意思決定を支援しつる人)の有無、本人との関係性 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人のかかつけ医、かかりつけ歯科医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク ・退院後のケアの体制(家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など)・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人の意思決定支援のために活用しつる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人の意思決定支援のために活用しつる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人の意思決定支援のために活用しつる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況・本人の意思決定支援のために活用しるも地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の有無、サービス内容、利用状況・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の有無、サービス内容、利用状況・認知症カアなど、地域で利用可能なインフォーマルサボートの資源の有無、サービス内容、利用状況・認知症カアなど、地域で利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況・本人や家族等の将来の生活の意向に応えつるフォーマルないの(例:成年後見、地域維利強護事業等)及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性・家族等に対する支援(相談、不安や悩みの解決など)を提供しつる地域の社会資源の内容の有無、状況 | 3   |
|           |                     | Ⅲ-2-2 同意してケ<br>アに参画す<br>るひとへの<br>支援 | 44 同意してケアに参画<br>するひとへの支援   | ・本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要がある。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要である。・家族等をはじめ本人の支援に関わる人に対し、ケアマネジャーを中心に、さまざまな情報の提供、不安や課題を聞く相談援助等の支援が提供される体制を整える。   | ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・意思決定支援に対する家族等の理解度  | ・今の生活に対する本人の想い ・今後の治療に関する本人の意向 ・将来の生活に対する本人、家族等の意向 ・意思決定に関する本人の想い、不安の状況 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・意思決定支援に対する家族等の理解度 ・EOLに対する家族等の意向 ・本人が高き思決定能力の状況 ・金銭管理の状況 ・本人が高速思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしみ(例:成年後見、地域権利謝護事業等)及びその世サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・家族等に対する支援(相談、不安や脳みの解決など)を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況  |   |

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

・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期.
 ・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。
 ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

|                      |                               | 想定され  | る支援内容                            |   | 支援の概要、必要性   | 適切な支援内容とするた   | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等  |  |
|----------------------|-------------------------------|-------|----------------------------------|---|---|---|---|--|
| 大項目                  | 中項目                           |       | 小項目                              | 想定される支援内容   | 支援の概要、必要性   | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 相談すべき  |
| 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<br>患管理の支<br>援              | 1 基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが 特に留意して実施                                     | ・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状悪化の早期発見を目指す。                              |   | ・疾患に対する本人・家族等の原状では、<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)<br>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・医院師から和系・指導の有解、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での<br>留意事項、判断の目安に関する説明など)<br>・医療機関等への受診の状況(受診たの名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨<br>がる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)<br>・日常的な療養の状況反び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支<br>提の必要性、支援者は維かなど)<br>・本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など)<br>・日常に関なる状態への対応(「異常」な状態や特徴の理解、「異常」な状態を発見する<br>体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など) | 医師、看護師、<br>介護職                               |
|                      |                               | 1-1-2 | 血圧等の体調の確認                        | 2 目標血圧が確認できる体<br>制を整える  | ・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを確認できる体制を整備。 I 期では病棟の状況を知ることも重要。   | ・目標血圧と通常の血圧の状態  | - 目標血圧と通常の血圧の状態   | 医師、看護師、介護職                                   |
|                      |                               |       |                                  | 3 家庭(日常)血圧・脈拍<br>等の把握ができる体制を<br>整える                                     | ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。<br>・不整脈の発生状況の確認。   | ・家庭血圧の計測状況(機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、<br>記録における課題など)  | - 家庭血圧の計測状況(機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など)   | 医師、看護師、<br>介護職                               |
|                      |                               | 1-1-3 | 環境整備                             | の改善ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが   | ・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間(居室等)の24時間の気温差を確認。 ・気温差の縮小を支援する。冷暖房等だけでなく、衣服の調整や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討。 ・居室内での一日の気温差は乾燥、脱水、冷えにつながり、再発リスクに加え体調悪化の要因にもなりつるため、これを把握し改善を図る。 | 所など各々   | ・本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度<br>感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など)<br>・自宅内での本人の生活習慣(よいいち場所・動線、日謀など)<br>・室内の状況(温温度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面<br>所など名々<br>・季節の変化に伴う居室空間の状況の変化(室温、日照時間、日当たり、湿度、風、及<br>びそれらの調整の方法、保有している冷暖房器具など)  | 看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                     |
|                      |                               | 1-1-4 | その他の基礎<br>疾患の把握と<br>適切な食事<br>の提供 |   | ・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。(※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外)   | ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病への対応の状況   | ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病への対応の状況   | 医師、看護師、<br>管理栄養士                             |
|                      | 1-2 服薬管理の支援                   | 1-2-1 | 服薬支援                             | 6 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが 服薬の継続ができるよう特 に留意して実施                             | ・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。        | ができているか、飲み残しの有無など)<br>・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方<br>・薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)   | ができているか、飲み残しの有無など) ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・震の管理状況(薬の食管場所、保管方法など) ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など) ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) ・服薬の確認体制(指示だおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかな   | 師、看護師、薬<br>剤師、<br>PT/OT/ST、歯                 |
|                      | 1-3 生活習慣の改善                   | 1-3-1 | 脱水予防                             | -   | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上<br>昇。必要な水分量と日常の摂取量を把握して、水分を補給することが<br>重要。  | -1日に必要な水分量(体重に基づ望ましい摂取量、摂取と排泄・発汗のバランス)     -日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)     ・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんばく質の不足など)     -日常の水分摂取量の確認方法(本人の確認方法、家族等の確認方法など)     ・水分摂取に関する家族等の支援 | ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する記動量、不足する水分量など)・<br>・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんばく質の不足など)・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)   | 師、看護師、薬                                      |
|                      |                               |       |                                  | •   | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上<br>昇。本人・家族等に対して水分摂取の重要性を伝え、理解を得ること<br>が必要。   | ・水分摂取に関する本人・家族等の理解度<br>・水分摂取に関する家族等の支援  | - 水分摂取に関する本人・家族等の理解度<br>- 水分摂取に関する家族等の支援  | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職              |
|                      |                               |       |                                  | 9 自ら水分を摂取できるよう<br>にする体制を整える   | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。本人が自ら水分を摂取できるように体制を整えることが重要。  | ・本人の水分摂取能力(水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など)と状態に合わせた支援の有無   | ・本人の水分摂取能力(水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など)と状態に合わせた支援の有無   | 医師、歯科医師、歯護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| 2 生活機能<br>の維持・向<br>上 | 2-1 心身機能の回復・維持                | 2-1-1 | 機能訓練<br>(機能障害<br>の回復・改善<br>に向けて) |   | ・ I 期は、身体機能の回復が見込める一方で、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期。<br>・身体機能の改善や維持を図るためには、状態を継続的に把握して、<br>適切な機能訓練が必要。また、本人のリバビリテーションに対する意欲<br>を維持・向上させることが重要。   | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると<br>思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課な   | ・・リルピリテーションに対する本人・家族等の意欲 ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど) ・自宅内での本人の生活習慣(ペッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など) ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況  | 医師、歯科医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介護職                 |
|                      | 2-2 心理的回復の<br>支援              | 2-2-1 | 受容の支援                            | 11 受容促進のための働きかけ<br>を行う体制を整える  | ・本人・家族等が過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活への取り組み(受容)を促進。※医師による予後の見通しと合わせた整理が重要。   | ・本人・家族等の受容の程度<br>・本人、家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定(医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など)  | ・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定(医師による予後の<br>説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など)   | E師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                  |
|                      |                               |       |                                  | 12 抑うつ状態の防止、改善が<br>図れる体制を整える  | ・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状況を把握することが重要。  | ・本人のうつ状態の発症の有無、程度<br>・本人の状態を把握する体制 (同居者、支援者、事業者など)  | - 本人のうつ状態の発症の有無、程度<br>- 本人の状態を把握する体制 (同居者、支援者、事業者など)  | 医師、看護師、<br>介護職                               |
|                      |                               |       |                                  | 13 リハビリテーションの継続が<br>なされるよう本人の不安を<br>軽減する体制を整える                          | ・適切なリハビリテーションは身体機能の改善や維持に有効。リハビリテーションを妨げる要素として、本人・家族等の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリテーションを中断する等。*リハビリテーションの進捗を、本人・家族等に伝える事も重要。  | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・リハビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む)  | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲<br>・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                  |
|                      | 2-3 活動と参加に関<br>わる能力の維<br>持・改善 | 2-3-1 | 機能訓練<br>(残存機能<br>の維持・活用<br>に向けて) | 14 ADL/IADLの状態の定期的な把握と共有がなされる体制を整える **基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・ADL/IADLの状態を把握して、自分でできる事を増やすことは機能<br>訓練につながるが、把握せずに行う生活の補完的ケアは、活動と参加<br>の向上を損なう。多職種がでのADL/ IADLの共有が必要。   | ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  | ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  | 医師、歯科医師、看護師、<br>PT/OT/ST、歯<br>科衛生士、介<br>護職   |
|                      |                               |       |                                  |   | • I 期は、環境が病院から自宅へと変化して、本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLの発揮をうながす機会が低下を招く。  | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど) ・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会  | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                  |

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

・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期.
 ・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。
 ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

|                      |                              | 想定され  | る支援内容                  |   | 支援の概要、必要性  | 適切な支援内容とするた  | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等  |  |
|----------------------|------------------------------|-------|------------------------|---|--|--|---|--|
| 大項目                  | 中項目                          |       | 小項目                    | 想定される支援内容   | 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 相談すべき<br>専門職                                 |
| 2 生活機能<br>の維持・向<br>上 | 2-3 活動と参加に<br>わる能力の維<br>持・改善 | 2-3-2 | コミュニケー<br>ション能力の<br>改善 | 16 コミュニケーション能力の状況の継続的な把握ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施                             | 血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。   | ・本人の障害 (構音障害、失語症、耳の間こえなど)<br>・本人のコミュニケーションの状況 (疾患発症前と発症後の比較)   | ・本人のコミュニケーションの状況(疾患発症前と発症後の比較)<br>・本人の障害(構音障害、失語症、耳の間こえなど)  | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職       |
|                      |                              |       |                        | 17 コミュニケーション能力の改善を図る体制を整える<br>(言語訓練、コミュニケーション手段の検討等)<br>※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        | 低減。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。  | ・本人のコミュニケーションの状況(疾患発症前と発症後の比較)<br>・本人の陽素(構首障害、失語症、耳の間こえなど)とコミュニケーション能力回復のために必要な支援  | ・本人のコミュニケーションの状況(疾患発症前と発症後の比較)<br>・本人の障害(構音障害、失語症、耳の聞こえなど)とコミュニケーション能力回復のために必要な支援   | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職       |
|                      |                              | 2-3-3 | 社会参加の機会の確保             | 18 日常生活(自宅内・自宅<br>外)における役割の回復・<br>獲得がなされる体制を整え<br>る<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施 | 加の回復に向けて、どのような役割の回復が見込めそうかを把握することが重要。)   | ・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行<br>状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割<br>・本人の残存能力とリルピリテーションによる回復の予測  | ・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行<br>状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割<br>・本人の残存能力とリバビリテーションによる回復の予測               | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>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  | 時期に交流を担保することが、II 期以降の移行を円滑にするために重要。  | ・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性  | ・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・疾患発症後(現在)の目常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                  |
|                      |                              |       |                        | 20 新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える   | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験(残存機能と回復機能の限界を見つめる経験)を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。 I 期は、新しい価値・機能の獲得を見据えた目標や可能性の設定を重視。 | + Lostins+ nitor   | ・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・態好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行 状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 ・本人の残存能力とリルビリテーションによる回復の予測   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                  |
|                      | 2-4 リスク管理                    | 2-4-1 | 食事と栄養の確保               | 21 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える<br>※誤嚥性肺炎の予防について別途確認<br>※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          | で、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動<br>の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。                                       | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把腹・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)  | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まれた必要な栄養量・栄養素の把握<br>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)   | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
|                      |                              | 2-4-2 | 転倒予防                   |   | 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。   | <ul> <li>本人の麻痹の状況(麻痹の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など)</li> <li>・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・交通の見込みなど)</li> <li>・転倒に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)</li> </ul> | - 本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度<br>感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など)<br>- ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると<br>思力れる動作、それらの維持・交話の見込みなど)<br>- 転倒に対する本人・家族等の場解度<br>- 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など) | 恋的命  |

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

・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期。 ・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。 ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

|                         |                                | 想定される | 5支援内容                            |   | 支援の概要、必要性  | 適切な支援内容とするた  | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等   |  |
|-------------------------|--------------------------------|-------|----------------------------------|---|--|--|--|--|
| 大項目                     | 中項目                            |       | 小項目                              | 想定される支援内容   | 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 相談すべき  |
| 1 継続的な<br>再発予防          | 1-1 血圧や疾病の<br>管理の支援            | 1-1-1 | 基本的な疾<br>患管理の支<br>援              | ※基本ケアとも重複するが  | ・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。<br>・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対   | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)<br>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、  | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な<br>内容、治療が針、日常生活で管理   | 医師、看護師、介護職                                       |
|                         |                                |       |                                  | 特に留意して実施  | する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。<br>・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、<br>異常の発見、病状の悪化を把握。  | 関わり方など)の把握、連携方法の確認 ・医師から指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での<br>観雷事項、判断の目安に関する説明など)<br>・医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨<br>げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)<br>・生活習慣辨へ対抗の状況<br>・本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など)<br>・日常に異なる状態への対応(「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する<br>体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など) | すべき事項の説明、判断の目女に関する説明など)<br>医療機関等への受診の状況(受診か名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨<br>げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制(体人を含む状況の把握体制、療養の内容、支<br>援助必要性、支援者は誰かなど)<br>・本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など)<br>・日常と異なる状態への対応(「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する<br>体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など)   |  |
|                         |                                | 1-1-2 | 血圧等の体<br>調の確認                    | 2 目標血圧が確認できる体<br>制を整える  | ・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを確認できる体制を整備。  |  |  | 医師、看護師、<br>介護職                                   |
|                         |                                |       |                                  | 3 家庭(日常)血圧・脈拍<br>等の把握ができる体制を<br>整える   | ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。<br>・不整脈の発生状況の確認。  | 記録における課題など)  | 記録における課題など)  | 医師、看護師、<br>介護職                                   |
|                         |                                | 1-1-3 | 環境整備                             | の改善ができる体制を整え<br>る<br>※基本ケアとも重複するが   | <ul> <li>・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間(居室等)の24時間の気温差を確認。</li> <li>・気温差の縮小を支援する。冷暖房等だけでなく、衣服の調整や急な移動を防ぐ、しばらな湯を出してから入浴する等の工夫も検討。</li> <li>・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つるため、これを把握し改善を図る。</li> </ul> | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できなと<br>思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・本人の麻痺が状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度<br>感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など)<br>・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日謀など)<br>・室内の状況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)※複奎、居室、トイレ、洗面<br>所など各々   | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる影性、できない動作、できると思われる動作。それらの維持、心臓の見込みなど、<br>・本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度<br>感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など)<br>・自宅内での本人の生活習慣(ないる場所、動縁・日謀など)、寝室の<br>・室内の状況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)、寝室、居室、トイレ、洗面<br>所などる々<br>・季的の変化に伴う居室空間の状況の変化(室温、日照時間、日当たり、湿度、風、及<br>びそれらの調整の方法、保有している冷暖房器具など)                    | 看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                         |
|                         |                                | 1-1-4 | その他の基礎<br>疾患の把握と<br>適切な食事<br>の提供 | 5 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施                     | ・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。(※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外)  | ・生活習慣病へ管理・指導に対する本人・家族等の理解度     ・生活習慣病への対応の状況   | - 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>- 生活習慣病への対応の状況  | 医師、看護師、<br>管理栄養士                                 |
|                         | 1-2 服薬管理の支援                    | 1-2-1 | 服薬支援                             | 6 服薬管理の支援  ※基本ケアとも重複するが 服薬の継続ができるよう特 に留意して実施  | ・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるよう支援。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。  | ができているか、飲み残しの有無など) ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・未入の日次 (24時間)の生活プズム・過ごし方 ・薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)   | -処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など) - 服薬の心要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 - 薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など) - 日常的な水分損取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など) - 日常的な水分量など) - 日常的なかり最など) - 日常的な事の財取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) - 介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど) - 保護・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 師、看護師、薬<br>剤師、<br>PT/OT/ST、歯<br>科衛生士、管<br>理学等士、介 |
|                         | 1-3 生活習慣の維持                    | 1-3-1 | 脱水予防                             | 7 自ら水分を摂取できること<br>が維持できる体制を整える  | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクを高める。<br>・本人が自ら水分を摂取できるように支援体制を整えることが重要。   | ・1日に必要な水分量(体重に基ブ望まし、摂取量、摂取と排泄・発汗のバランス)・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)・食事から摂取している水分学栄養(水分の不足、カリーやたんばく間の不足など)・本人の水分摂取能力(水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など)と状態に合わせた支援の有無・日常の水分摂取量の確認方法(本人の確認方法、家族等の確認方法など)   | - 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)<br>・本人の水分摂取能力(水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など)と状態に合わせた支援の有無<br>・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)  | 師、看護師、薬<br>剤師、                                   |
| 2 セルフマネ<br>ジメントへ<br>の移行 | 2-1 心身機能の見<br>直しとさらなる<br>回復・維持 | 2-1-1 | 機能訓練<br>(機能障害<br>の回復・改善<br>に向けて) | 8 ADL/IADLの定期的な<br>把握と機能の向上ができる<br>体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施 | ・身体機能の改善や維持を図るためには、身体機能の状態を継続的に把握することが必要。<br>・病院と異なりリハビリをうながす環境が不足しやすい自宅において、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させることが重要。   | ・リハピリテーションに対する本人・家族等の意欲 ・ADL/IADLの状態(している動作、できな助作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど) ・自宅内での本人の生活習慣(ペッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など) ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況  | ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲 ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると 思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど) ・自宅内での本人の生活習慣(ペッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など) ・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況   | 医師、歯科医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介護職                     |
|                         | 2-2 心理的回復の<br>支援               | 2-2-1 | 受容の支援                            | 9 受容促進のための働きかけ<br>の確認と継続的な支援体<br>制を整える  | ・過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な<br>生活に取り組む(受容)ことをうながす。※医師による予後の見通しと<br>合わせた整理が重要。  | ・本人・家族等の受容の程度<br>・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定(医師による予後の<br>説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など)   | -本人・家族等の受容の程度<br>・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定(医師による予後の<br>説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など)   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                      |
|                         |                                |       |                                  | 確認と継続的な支援体制<br>を整える   | ・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状況を把握することが重要。   | ・本人の快感を把握する体制(同居者、支援者、事業者など)   | ・本人のうつ状態の発症の有無、程度<br>・本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など)  | 医師、看護師、<br>介護職                                   |
|                         |                                |       |                                  | 11 リハビリテーションの継続が<br>なされるよう本人の不安を<br>軽減する体制を整える  | ・適切なリパピリテーションは身体機能の改善や維持に有効である。リハビリテーションを妨げる要素として、本人・家族等の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリテーションを中断する等がある。 *リハビリテーションの進捗を、本人・家族等に伝える事も重要。  | ・リルビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・リルビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リルビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む)   | ・リルビリテーションに対する本人・家族等の原向<br>・リルビリテーションの変性に対する本人・家族等の理解度<br>・リハビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む)  | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                      |
|                         |                                | 2-2-2 | 行動変容の<br>状況の確認と<br>継続的な支<br>援    | 12 新たな価値・機能の獲得<br>の支援(落胆体験の繰り<br>返し、残存機能と回復機<br>能の限界を見つめることの<br>支援)体制を整える               | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験(残存機能と回復機能の限界を見つめる経験)を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援を検討。  | + 1 o tont n#47  | ・本人・家族等の受容の程度 ・本人の劇味・唱好 ・未人の劇味・唱好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行 状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測  | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                      |
|                         |                                |       |                                  | 13 セルフケマネジメントに向け<br>たリハビリテーションの継続<br>がなされるよう本人の不安<br>を軽減する体制を整える                        | ・自らの健康状態や生活を管理する力を高めることに対して、本人が<br>意欲を持ち、具体的な助言を周囲から得られるような環境を確立。  | <ul> <li>・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br/>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安 (不安の内容、程度など)<br/>・リルビリテーションに対する本人・家族等の悪向<br/>・ADL/IADLの状態 (している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると<br/>思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br/>・リハビリテーションの実施状況 (機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む)</li> </ul>                                      | <ul> <li>・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)・リハビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む)</li> </ul>  | 医師、看護師、<br>薬剤師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職              |
|                         | 2-3 活動と参加に関<br>わる能力の維<br>持・向上  | 2-3-1 | 機能訓練<br>(残存機能<br>の維持・活用<br>に向けて) |   | ・ADL/IADLの状態を把握して、自分でできる事を増やすことは機能<br>訓練につながるが、状態を把握せずに行う生活の補完的ケアは、活動<br>と参加の向上を損なう。多職種が異なる場面で関わるので、ADL/<br>IADLの共有が必要。  | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると<br>思われる動作、それらの維持・支援の原込みなど)<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、<br>情報共有のタイミング<br>・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況   | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると 思われる動作、それらの維持、改画の見込みなど) ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                      |
|                         |                                |       |                                  |   | ・退院後、リバビリテーション等で再獲得された身体機能など、本人のADL、IADLの機能を継続的に把握することで、本人の状態に体制の整備。   | ・ADL/IADLの状態(している動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど) ・必要な支援を受けられる体制の確保   | Block 75 / 740 20 / 44 3 - 4 2 2 2 3 3 4 1 2   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                      |
|                         |                                |       |                                  |   |  |  |  |  |

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

・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期。
・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。
・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

|                       |                       | 想定され  | る支援内容                  |    |  | 支援の概要、必要性   | 適切な支援内容とするた   | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等  |  |
|-----------------------|-----------------------|-------|------------------------|----|--|---|---|---|--|
| 大項目                   | 中項目                   |       | 小項目                    |    | 想定される支援内容  | 支援の概要、必要性   | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 相談すべき<br>専門職                                 |
| ソルフマネ<br>ジメントへ<br>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<br>ション能力の<br>改善 | 16 | コミュニケーション能力の継続的な把握の確認と継続的な支援体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施                               | ・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが大きくなる。脳血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。                          | - 本人の障害(精質障害、失語症、耳の間こえなど)<br>- 本人のコミュニケーションの状況(疾患発症前と発症後の比較)  | - 本人の障害(構育障害、失語症、耳の間こえなど)<br>- 本人のコミュニケーションの状況(疾患発症前と発症後の比較)  | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職       |
|                       |                       |       |                        | 17 |  | ・コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低くする。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。                               | - 本人のコミュニケーションの状況(疾患発症前と発症後の比較)<br>- 本人の障害(構管障害、失語症、耳の間こえなど)とコミュニケーション能力回復のために必要な支援   | -本人のコミュニケーションの状況(疾患発症前と発症後の比較)<br>-本人の障害(構首障害、失語症、耳の間こえなど)とコミュニケーション能力回復のために必要な支援   | 医師、歯科医師、養養師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職       |
|                       |                       | 2-3-3 | 社会参加の<br>機会の維持・<br>拡大  | 18 | 日常生活(自宅内・自宅<br>外)における役割の回復・<br>獲得の支援の確認と継続<br>的な支援体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施 | ・役割を確認することにで尊厳を取り戻すことが可能。<br>・社会参加の回復を目指した回復を支援。  | ・本人の趣味・暗好 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症的の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 ・本人の残存能力とリバリテーションによる回復の予測                               | ・本人の趣味・鳴好 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 ・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                  |
|                       |                       |       |                        | 19 | 外出や交流の機会の確保<br>の確認と継続的な支援体<br>制を整える<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施                      | <ul> <li>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べため、状態に応じた外出や交流の機会の確保を支援。</li> </ul> | ・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など・疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など・疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性  | - 疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など・疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など・・疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など・・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                  |
|                       |                       |       |                        | 20 | 新たな価値・機能の獲得<br>の支援の確認と継続的な<br>支援体制を整える   | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験(残存機能と回復機能の限界を見つめる経験)を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。                           | ・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・電好・疾患勢能前の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行状況・疾患等能後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割・本人の残存能力とリビリテーションによる回復の予測  | ・本人・家族等の受容の程度 ・本人の趣味・嗜好 ・本人の趣味・嗜好 ・赤人の趣味・嗜好 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行 状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 ・本人の残存能力とリビリテーションによる回復の予測  | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                  |
|                       | 2-4 リスク管理             | 2-4-1 | 食事と栄養の確保               | 21 |  | ・必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。    | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴(身長 性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)   | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まれた必要な栄養量・栄養素の把握・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)   | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、虚科衛生士、管理栄養士、介護職 |
|                       |                       | 2-4-2 | 転倒予防                   | 22 |  | ・リハビリテーションにより活動・参加が増えることで転倒リスクへの対応が必要になるため、本人の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備。                  | ・本人の麻痹の状況(麻痹の有無、麻痹の内容と程度(麻痹によりできない動作、温度<br>感覚の麻痺など)、麻痹による生活への影響の有無など)<br>・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると<br>思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・宏傾に対する本人・家族等の理解度<br>・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など) | ・・本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度<br>感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など)<br>・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると<br>思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・転倒に対する本人・家族等の理解度<br>・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)    | 医師、看護師、<br>薬剤師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職          |

## 【概要版(項目一覧)】疾患別ケア:大腿骨頸部骨折 I 期(病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期)

・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期。
・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。
・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

|                       |                   | 想定される | 5支援内容           |  | 支援の概要、必要性   | 適切な支援内容とするた   | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等  |                             |
|-----------------------|-------------------|-------|-----------------|--|---|---|---|-----------------------------|
| 大項目                   | 中項目               | ,     | 小項目             | 想定される支援内容  | 支援の概要、必要性   | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 相談すべき                       |
| 1 再骨折の<br>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   | ・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<br>の改善や、適切なりハビリテーション目標を設定。   | ・過去の転倒歴(転倒が起きた状況など)<br>・転倒に対する本人・家族等の理解度  | ・転倒に対する本人・家族等の理解度 ・過去の転倒歴に対する家族等の理解度 ・過去の転倒歴に対する家族等の認識 ・自宅内の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など) ・自宅の間取り(部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など) ・本人の身体能力、生活動作の確認                                     | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST 介       |
|                       |                   |       |                 | ※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施                                       |   |   |   |                             |
|                       |                   |       |                 | 2 自らの身体機能(反射、<br>視聴覚等)の理解の支援<br>と指導を受ける体制を整える。 ※基本ケアとも重複するが                      | ・自らの身体機能を理解し、それにあった生活動作を身に着けることで、転倒予防をし、再骨折を予防。   | - 疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の身体能力、生活動作の確認  | - 疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の身体能力、生活動作の確認  | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職 |
|                       |                   |       |                 | 「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 転倒しにくくするための身体   | ・現状の身体機能を理解し、身体機能を向上することで転倒予防を  | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の身体能力、生活動作の確認   | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の身体能力、日常生活に必要な動作の状況   | 医師、看護師、                     |
|                       |                   |       |                 | 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                            | し、再骨折を予防。   | ・身体機能を維持、向上させる取り組みの有無の確認  | -ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況  | PT/OT/ST、介<br>護職            |
|                       | 1-2 骨粗しょう症の<br>予防 | 1-2-1 | 服薬支援            | 4 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが   | ・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理<br>できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容の理解を支援。<br>・処方された薬が適切に管理されるように、本人・家族等に加え、必要  | ができているか、飲み残しの有無など)<br>・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度  | ・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用<br>ができているか、飲み残しの有無など)<br>・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度   | 師、看護師、薬<br>剤師、              |
|                       |                   |       |                 | 服薬の継続ができるよう特<br>に留意して実施  | に応じて専門職と連携して支援体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。  | ・本人の日次 (24時間) の生活リズム・通こか方<br>薬の管理状況、(薬の保管場所、保管方法など)<br>・日常的な水分摂取の状況 (水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)<br>・日常的な食事の摂取の状況 (食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)<br>・介護者の関わりの状況 (事かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)<br>・飛展薬の確認体制 (指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかな<br>と) | - 薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)<br>- 服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)   | PT/OT/ST、歯<br>科衛生士、介<br>護職  |
|                       |                   | 1-2-2 | 治療の継続の支援        | 5 継続的な受診の体制を整<br>える<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施                | ・定期的な受診を維持することで、必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病気に対する不安の除去により、生活の縮小ではなく、生活改善をうながす。  | ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、<br>関わり方など)の把握、連携方法の確認   | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)<br>・医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨ける要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど)    | PT/OT/ST11                  |
|                       |                   |       |                 |  |   |   |   |                             |
|                       |                   |       |                 | 6 運動・活動の体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施                     | ・運動・活動の体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。<br>・活動量の低下を防ぐことで、再発を防止。  | - 日常的な活動の状況 (日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リルピリテーションだけでなく生活動作を含むなど)<br>- 日常的な運動の状況 (日常的な運動 (体操、散歩など) の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)<br>- 運動・活動を妨げる要因  | - 日常的な活動の状況 (日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リルピリテションだけでなく生活動作を含むなど)<br>- 日常的な運動の状況 (日常的な運動)(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など<br>・運動・活動を妨げる要因  | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職 |
| 2 骨折前の<br>生活機能<br>の回復 | 2-1 歩行の獲得         | 2-1-1 | 歩行機能訓<br>練      | 7 歩行機能向上のための訓<br>練ができる体制を整える   | I 期では早期に機能向上のための訓練が必要だが、術式や病院での経過によっては、体位や過重の制限がある点に留意。   | ・術式や病院での経過 ・術式や病院での経過 ・活動制限の内容・程度(体の動かし 方や体への負荷の制限など) ・本人の残存能力とリビリテーションによる回復の予測 ・介護保険によるリバビリテーションの目標・内容(※目標にはリバビリテーションの終了を含む)   | ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度(体の動かし<br>方や体への負荷の制限など)<br>・本人の残存能力とリビリテーションによる回復の予測<br>・介護保険によるリリビリテーションの目標・内容(※目標にはリハビリテーションの終了を含む)  | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職 |
|                       |                   | 2-1-2 | 心理的不安<br>の排除    | 8 心理的な不安を小さくする<br>リハビリテーションの継続と<br>生活環境を整備する体制<br>を整える                           | ・転倒に伴う不安感と、手術したことに伴って歩き方が変わることによる<br>不安感を乗り越えて、リハビリテーションが継続的になされるように支援<br>して、歩行の獲得を目指す。<br>・日常生活環境が整えられ、転倒の不安が軽減されるように支援する<br>ことで、歩行の獲得目指す。 | - 今後の見通しに対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安(再転倒の不安や歩き方が変わったことによる違和感)<br>・ リルビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・ 自宅内の配倒リスの評価及び対応状況 (住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど)<br>・ ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況   | - 今後の見通しに対する本人・家族等の理解度 ・ リバビリテーションに対する本人・家族等の適向 ・ 疾患に対して本人・家族等が感じている不安(両転倒の不安や歩き方が変わったことによる遺和感・<br>自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況(住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど)<br>・ ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況                    | 看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職    |
|                       | 2-2 生活機能の回復       | 2-2-1 | ADL/IA<br>DLの回復 |  | ・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。  | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)  | ・自宅内での本人の生活習慣(ペッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など) ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると<br>思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)  | PI/OI/SI、函                  |
|                       |                   |       |                 | ※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施                                       | ・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮する<br>ことが出来るように体制を整える。その事が、本人の機能向上を目指<br>す。   | - 家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)<br>- 機能回復のためのリパピリテーションの実施有無<br>- 実施中の生活支援サービスの確認と見直し(過剰支援となっていないか)   | ・家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など) ・機能回復のためのリ化リテーションの実施有無、設定している目標、内容と見通し ・実施中の生活支援サービスの確認と見直し(過剰支援となっていないか)   | 科衛生士、介護職                    |
|                       |                   | 2-2-2 | 食事と栄養の確保        | 10 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえ                       | ・必要な栄養量を把握して食事を確保する。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。  | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)<br>・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握   | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)<br>・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握   | 医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
|                       | 2-3 社会参加の回        | 2-3-1 | 社会参加の           | て特に留意して実施<br>11 日常生活(自宅内・自宅  | ・役割を確認することで、尊厳を取り戻す。  | ·本人の趣味・暗好   | -本人の趣味·噶砂   | 看護師、                        |
|                       | 復                 |       | 機会の回復           | 外)における役割の回復・<br>獲得がなされる体制を整える<br>。<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施 | <ul> <li>I 期はII 期での社会参加の回復に向けて、どのような役割の回復が<br/>見込めそうかを把握することが重要。</li> </ul>   | ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行状況・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割・本人の残存能力とリバビリテーションによる回復の予測  | - 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>- 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>- 疾患発症後の日常生活における地域・社会 (家庭外)での本人の役割と現在の実行<br>状況<br>- 疾患発症後の日常生活における地域・社会 (家庭外)での本人の役割<br>- 本人の残存能力とリバビリテーションによる回復の予測 | PT/OT/ST、介<br>護職            |
|                       |                   |       |                 | 12 外出や交流の機会が確保<br>できる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施        | ・本人の社会生活を確保し、リハビリテーションに対する意欲の回復や新たな生活への移行につなげていくため、状態に応じた外出や交流の機会の確保を支援。  | ・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など・・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性   | ・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職 |

## 【概要版(項目一覧)】疾患別ケア:大腿骨頸部骨折Ⅱ期(病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期)

・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期。 ・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。 ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

|                       |   | 想定され  | る支援内容                                 |   | 支援の概要、必要性  | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等  |   |  |        |  |  |  |  |                          |
|-----------------------|---|-------|---------------------------------------|---|--|--|---|--|--------|--|--|--|--|--------------------------|
| 大項目                   | 中項目   |       | 小項目                                   | 想定される支援内容   | 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 相談すべき<br>専門職                                       |        |  |  |  |  |                          |
| . 再骨折の<br>予防          | 1-1 転倒予防  | 1-1-1 | 転倒しないた<br>めの身体機<br>能の維持               |   | ・転倒した状況や要因を把握し評価することで、転倒しやすい状況の<br>改善や、適切なリハビリテーション目標を設定。  |  | ・自宅内の動線(日常的に過ごす場所、機塞と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など)<br>・自宅の間取り(部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など)<br>・本人の身体能力、日常生活に必要な動作の状況  |  |        |  |  |  |  |                          |
|                       | 1-2 骨粗しょう症の<br>予防                                   | 1-2-1 | 服薬支援                                  | 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<br>あるいは家族等における服薬の必要性と指示内容の理解を支援。<br>・処方された薬が適切に管理される状態が続くように、本人・家族等を<br>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。<br>・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等とケアに携わる他職種<br>との体制を整え、必要な時に専門職に相談できる体制を整備。 | ・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など) ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日次(4時間)の主義リズム・過ご人方 ・薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など) ・日常的な水分担取の状況(水分担取職、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など) ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) ・介護者の関わりの状況(声小灯が必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど) ・服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど) |   | 医師、歯科医師、看護師、書<br>剤師、<br>PT/OT/ST、紅<br>科衛生士、介<br>護職 |        |  |  |  |  |                          |
|                       |   | 1-2-2 | 治療の継続<br>の支援                          | 3 継続的な受診の体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施                     | ・定期的な受診を維持することで、必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除くことで、生活の縮小ではなく、生活の改善をうながす。  | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)<br>・かかつけ医(上治医・かかつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、<br>関わり方など)の把機、連携方法の確認<br>・医療機関等への受診の状況(受診れの名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨<br>げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)   | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)<br>・医療機関等への受診の状況(受診たの名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨<br>げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支<br>援の必要性、支援者は誰かなど)                                  | 医師、看護<br>師、、<br>PT/OT/ST介<br>護職                    |        |  |  |  |  |                          |
|                       |   |       |                                       | 4 運動・活動の体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施              | ・運動・活動の体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。<br>活動量の低下を防ぐことで、再発を防止。  | - 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リバビリテーションだけなく生活動作を含むなど)<br>・一日常的な運動が状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)<br>・運動・活動を妨げる要因   | - 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リバビアーションだけでなく生活動作を含むなど)<br>・川水ビリアーションだけでなく生活動作を含むなど)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など<br>容、運動の時間など<br>・運動・活動を切げる要因  | 医師、看護師<br>PT/OT/ST、が<br>護職                         |        |  |  |  |  |                          |
| セルフマネ<br>ジメントへ<br>の移行 | 2-1 介護給付サービ<br>スの終結に向け<br>た理解の促進<br>(自助・互助へ<br>の移行) | 2-1-1 | ADL/IA<br>DLの確認と<br>セルフマネジメ<br>ントへの移行 |   | ・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。 ・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。その事が、本人の機能向上を目指す。   | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)   | - 自宅内での本人の生活習慣(ペッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など) - ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作。それらの維持・改善の見込みなど) - 家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など) - 機能回復のためのリバリテーションの実施有無、設定している目標、内容と見通し - 実施中の生活支援サービスの確認と見直し(過剰支援となっていないか) | 医師、歯科医師、看護師、<br>PT/OT/ST、於<br>科衛生士、介護職             |        |  |  |  |  |                          |
|                       |   | 2-1-2 | 食事と栄養の<br>セルフマネジメ<br>ントへの移行           |   | ・必要な栄養量を把握して食事を確保する。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を目指す。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。  | ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)  | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動無等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)   | 医師、歯科医師、看護師、植科衛生士、管理栄養士、介護職                        |        |  |  |  |  |                          |
|                       |   | 2-1-3 | 環境整備                                  | 7 自ら活動しやすい環境の整備(室内環境、用具等)ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・活動しやすい室内環境、用具をそろえることで、活動の範囲や幅が広がり、ADLやIADLの向上を目指す。  | - 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など) - ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる助作、できない動作、できると 思力にる動作。それらの維持・な語の見込みなど) - 本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度 感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など。 - 自宅の間取り 医豚の配置。原路・段差の有無、外幕の状況など) - 自宅の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など) - 活動を支援する福祉用具の活用  | - 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など) - ADL/IADLの状態(している動作、ではい動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作。それらの維持、必能の見込みなど) - 本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など) - 自宅の問題の (  | 医師、看護師<br>PT/OT/ST、が<br>護職                         |        |  |  |  |  |                          |
|                       |   | 2-1-4 | 社会参加の<br>機会の維持・<br>拡大                 | 機会の維持・  | 機会の維持・   | 機会の維持・   | 機会の維持・  | 機会の維持・   | 機会の維持・ | 8 日常生活における生活機能の回復と支援の終結 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・日常生活において本人の役割が維持されることで、ADLやIADLの向上を目指す。 | ・再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症をの日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行<br>状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 | ・再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症線の日常生活における態度内での本人の役割<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割と現在の実行<br>状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 | 看護師、<br>PT/OT/ST、が<br>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<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施       | ・病前の生活を取り戻す、あるいは地域における新たな役割を獲得できるよう、地域における外出や交流の機会の拡大を支援。  | ・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など・・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性  | ・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など・疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、                               |        |  |  |  |  |                          |

# 【概要版(項目一覧)】疾患別ケア:心疾患I期 (退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期) ・退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期。 ・前側し場合には、目標の再設定が必要で、後ろ側しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

|              |                     | 想定され  | る支援内容           |   |                                   | 支援の概要、必要性  | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等   |  |                                  |
|--------------|---------------------|-------|-----------------|---|-----------------------------------|--|---|--|----------------------------------|
| 大項目          | 中項目                 |       | 小項目             |   | 想定される支援内容                         | 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 相談すべき専門<br>職                     |
| 1 再入院の<br>予防 | 1-1 疾患の理解と<br>確実な服薬 | 1-1-1 | 基本的な疾<br>患管理の支  | 1 | 疾患の理解を支援し、定<br>期的に診察が受けられる体       |  | ・疾思に対する本人・家族等の理解度<br>・疾思に対して本人・家族等が感じている不安(不安の内容、程度など)<br>・今後の治療に関する本人・家族等の意向   | ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)   | 医師、看護師、 薬剤師、管理栄                  |
|              |                     |       | 援               |   | 制を整える                             | ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。                               | ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・腎疾患や糖尿病(糖尿病性腎症)などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・  | ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況 (有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など)の<br>把握、連携方法の確認   | 養士、介護職                           |
|              |                     |       |                 |   | ※基本ケアとも重複するが<br>特に留意して実施          | ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、<br>異常の発見、病状の悪化を把握。   | 服薬の状況<br>・使用している医療機器 (例:在宅酸素、ペースメーカーなど) の有無と種類、その使用に<br>係る留意点   | <ul> <li>・薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)</li> <li>・服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)</li> </ul>  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | ・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用(利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など)・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用  | ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方<br>・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)   | i                                |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な   | <ul><li>・一日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)・介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズム</li></ul>  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | 内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理<br>すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)<br>・医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での  | など)  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | 福意事項、判断の目安に関する説明など)<br>・日常的な景養に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での留意  |  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | 事項、日常生活での制限の有無、判断の目安に関する説明、自己管理の実施方法な<br>と)<br>・状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の   |  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | 内容 (急変の判断の目安、急変時の対応方法など)<br>・医療機関等への受診の状況 (受診死の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨<br>げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、<br>情報共有のタイミング<br>・家族等の状況 (同居者の有無、支援者は誰かなど) |  |                                  |
|              |                     | 1-1-2 | 服薬支援            | 2 | 服薬の必要性や薬の管理<br>を理解し、服薬が確認でき       | ・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理<br>できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支                          | ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用  | ・・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度・・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれちの服用状況(正しい量・頻度で服用   | 医師、看護師、<br>薬剤師、                  |
|              |                     |       |                 |   | る体制を整える                           | 援。   | ができているか、飲み残しの有無など)<br>・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方<br>・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活   | ができているか、飲み残しの有無など)<br>・本人の日次 (24時間) の生活リズム・過ごし方<br>・日常的な水分摂取の状況 (水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活   | PT/PT/ST、介                       |
|              |                     |       |                 |   | ※基本ケアとも重複するが<br>服薬の継続ができるよう特      | 人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援   | 動量、不足する水分量など)<br>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)  | 動量、不足する水分量など) ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)  |                                  |
|              |                     |       |                 |   | に留意して実施                           |  | ・薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)<br>・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況(有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など)の<br>把握、連携方法の確認   | <ul><li>・薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)</li><li>・服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)</li></ul>   |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | ・服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど) ・介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズム   | ・介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)   |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | ・ 川波省の国がかかれた(P-かりかむ安々等間、P-かりをしている人、川波省の土冶プスムなど)   |  |                                  |
|              |                     | 1-1-3 | 併存疾患の<br>把握と療養の | _ | 併存疾患(腎機能の低下<br>にかかわる疾患、糖尿病        | ・再発予防や生活の悪化防止のためには、併存疾患の把握と管理が必要。  | ・術式や病院での経過<br>・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度   | ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度  | 医師、看護師、<br>薬剤師、介護職               |
|              |                     |       | 支援              |   | (糖尿病性腎症)、その                       | ・併存疾患に関するかかりつけ医や看護師などとの情報交換を行うとと<br>もに、併存疾患の管理に対する本人・家族等の理解を深める支援も                           | <ul> <li>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、<br/>服薬の状況。</li> </ul>  | <ul><li>・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、<br/>服薬の状況</li><li>・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支</li></ul>   | ACADERY 71 BEAM                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   | 重要。(※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外)  | ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認   | ・ロードのはが成めれたなくと残め手術(本人を含むれたのた経行手術、が残め付合、文<br>援の必要性、支援者は誰かなど)  |                                  |
|              |                     |       |                 |   | ※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ     |  | <ul><li>・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど)</li></ul>   |  |                                  |
|              |                     |       |                 |   | て特に留意して実施                         |  |   |  |                                  |
|              | 1-2 自己管理能力 の向上とリスク  | 1-2-1 | 体重の管理           | 4 | し、継続的に日々の体重                       | ・短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆するため、再入院や悪化防止のためには、本人・家族等による日常的な体重管理が                                 | ・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度<br>・浮腫の有無<br>・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用(利用の有無、種類、利用方法、支援の必   | ・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度<br>・浮腫の有無<br>・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用(利用の有無、種類、利用方法、支援の必  | 医師、看護師、<br>薬剤師、管理栄               |
|              | の管理                 |       |                 |   |                                   | 重要。そのために、本人・家族等が体重管理に対する理解を深める支援が必要。   | 要性、支援者の有無など)<br>・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(体重管理の必要性、目   | 要性、支援者の有無など)<br>・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(体重管理の必要性、目  | 養士、介護職                           |
|              |                     |       |                 |   | 「リスク評価」結果を踏まえ                     | ・憎悪が疑われた場合には、活動制限、食塩制限を厳しくするととも<br>に、速やかな受診が必要。  | 安となる体重についての説明など<br>・体重の「急激な変化」に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容 (「急激な変<br>化」の目安、「急激な変化」が発生した場合の対応方法など)  | 安となる体重についての説明など) ・日単位での緩やかな体重変化の把握 ・医師への報告の必要性、方法、タイミング  |                                  |
|              |                     |       |                 |   | て特に留意して実施                         |  | ・医師への報告の必要性、方法、タイミング<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、  | ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | 体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)   |  |                                  |
|              |                     | 1-2-2 | 塩分量・水分<br>量のコント | _ | 適切な塩分・水分摂取量<br>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。<br>・本人・家族等がその人に必要な塩分・水分量と日常的に摂取してい                                     | ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度 (適切な量、日常的な食事の塩分含有量など)<br>・水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容 (水分量・塩分量の   | ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度 (適切な量、日常的な食事の塩分含<br>有量など)<br>・水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容 (水分量・塩分量の  | 医師、看護師、<br>薬剤師、管理栄               |
|              |                     |       | ロール             |   |                                   | る塩分・水分量を把握する体制を整えることが重要。   | 制限などに関する説明、日常生活における留意点など)<br>・専門職による指導の状況(実施の有無、指導の内容など)  | 制限などに関する説明、日常生活における留意点など)<br>- 専門職による指導の状況(実施の有無、指導の内容など)  | 養士、介護職                           |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  |   |  |                                  |
|              |                     |       |                 | _ |                                   | ・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。 特に、心疾患のある方の場合には、「日常的な習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性                              | ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度 (適切な量、日常的な食事の塩分含<br>有量など)<br>・食事内容に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度  | ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度(適切な量、日常的な食事の塩分含<br>有量など)<br>・本人や家族等の食生活と食の好み  | 医師、看護師、<br>薬剤師、管理栄               |
|              |                     |       |                 |   | 8                                 | が大きいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握すること<br>が重要。   | <ul><li>・本人や家族等の食生活と食の好み</li><li>・本人の食事内容(回数、食事内容、食事量等)</li></ul>   | <ul><li>・本人の食事内容(回数、食事内容、食事量等)</li><li>・食事の調理者(外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)</li></ul>   | 養士、介護職                           |
|              |                     |       |                 |   |                                   | ・本人・家族等が日常の塩分・水分の摂取量を把握できる体制を整えることが重要。   | ・食事の調理者(外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)<br>・日常生活(活動内容、休養・急速、健康状態など)に関する記録(本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など)  | <ul><li>・日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、把握<br/>方法、支援の必要性、支援者は誰かなど)</li></ul>  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | <ul> <li>・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)</li> <li>・地域で利用可能な栄養に関する支援サービスの有無、状況</li> </ul>   |  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | TOWN CITITIFIED ON BRICKING SOCIETY CANDIST   |  |                                  |
|              |                     |       |                 | 7 | その人と生活に合った水分の場所は出いた               | ・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ため、心臓への発生ないます。   | ・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度<br>・尿便意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度   | ・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度<br>・尿便態に対する本人の認識の有無、認知機能の程度  | 医師、歯科医                           |
|              |                     |       |                 |   | の摂取、排泄の状況と変<br>化を把握できる体制を整え       |  | ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)   | ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)  | 師、看護師、薬<br>剤師、                   |
|              |                     |       |                 |   | 3                                 | ・排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の普段の排泄バターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。そのため、本人の排尿や排便の日常の状態を把握する体制を整える。 | <ul> <li>日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)</li> <li>日常的な排尿の状態(尿量、回数、タイミング、性状)</li> <li>日常的な排尿の状態(回数、タイミング、性状)</li> </ul>   | <ul> <li>- 日常的な食事の摂取の状況 (食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)</li> <li>- 日常的な排尿の状態 (尿量、回数、タイミング、性状)</li> <li>- 日常的な排尿の状態 (回数、タイミング、性状)</li> </ul>   | PT/OT/ST、歯<br>科衛生士、管理<br>栄養士、介護職 |
|              |                     |       |                 |   |                                   | ため、本人の肝が下げたの口市の人がでした建する呼呼で起える。   | <ul> <li>・日常生活(活動内容、休養・急速、健康状態など)に関する記録(本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など)</li> <li>・日常的な排便と異なる状況の判断目安(医師からの指示・指導に基づくものなど)</li> </ul>   | <ul> <li>・日常生活(活動内容、体養・急速、健康状態など)に関する記録(本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など)</li> <li>・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必</li> </ul>  | 不接工、月酸嘅                          |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | ・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援<br>の必要性、支援者は誰かなど)  | 要性、支援者は誰かなど)<br>・日常的な排泄の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必   |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | <ul> <li>日常的な食事の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)</li> <li>日常的な排泄の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必</li> </ul>  | 要性、支援者は誰かなど)<br>・日常的な排泄と異なる状況がみられた場合の報告先と報告方法  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | 要性、支援者は誰かなど)<br>・日常的な排泄と異なる状況がみられた場合の報告先と報告方法   |  |                                  |
|              |                     | 1-2-2 | 血圧の管理           | 8 | 血圧のコントロールが継続                      | ・血圧の適切な管理は、急性期と慢性期の予後改善にとって極めて重  | ・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度  | ・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度   | 医師、看護師、                          |
|              |                     | 1-2-3 | 血圧の目埋           | 0 | 血圧のコントロールか軽続<br>的に実施される体制を整え<br>る |  | ・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)   | ・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)  | 薬剤師、管理栄                          |
|              |                     |       |                 |   |                                   | をえることが重要。<br>・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方  | <ul> <li>・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など)</li> <li>・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度(上限、下限)</li> </ul>  | ・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(血圧コントロールの<br>必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など)<br>・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度(上限、下限)   | ) BQ_L\/TUXHW                    |
|              |                     |       |                 |   |                                   | 針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。不整脈の発生状況の確認も重要。  | <ul><li>・医師への報告の必要性、方法、タイミング</li><li>・家庭血圧の計測状況 (機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など)</li></ul>  | ・血圧に影響を与える行動(例:睡眠や活動など)の状況<br>・市販薬の服用状況(有無、薬の種類、頻度など)及びサブリメント・健康食品等の摂取<br>状況   |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | ・血圧に影響を与える行動 (例:睡眠や活動など) の状況<br>・市販薬の服用状況 (有無、薬の種類、頻度など) 及びサブリメント・健康食品等の摂取  | 17/20  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | 状況  |  |                                  |
|              |                     | 1-2-4 | 活動制限が守られることの    | _ | 活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、           | ・再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた医師の指導による<br>適切な活動制限と安静が必要。  | ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無  | ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無  | 医師、看護師、<br>薬剤師、                  |
|              |                     |       | 支援              |   | その制限が守られる体制を整える                   | ・本人・家族等が疾患の特性や医師からの日常的な活動における制限の指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援が                                | ・日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)<br>・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(活動制限、安静の指示、判断の目安など)   | ・日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)<br>・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(活動制限、安静の指示、判断の目安など)  | PT/OT/ST、介<br>護職                 |
|              |                     |       |                 |   |                                   | 必要。  | <ul><li>・専門職による指導の状況 (実施の有無、指導の内容など)</li><li>・日常生活 (活動内容、休養・急速、健康状態など) に関する記録 (本人による実施有</li></ul>   | ・専門職による指導の状況(実施の有無、指導の内容など)<br>・(同居者がいる場合) 同居者による本人の生活リズムの把握状況   |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | 無、記録方法、記録に関する支援の必要性など)<br>・ (同居者がいる場合) 同居者による本人の生活リズムの把握状況<br>・医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度  | ・医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度<br>・(他の職種やサービス事業者からの報告に基づく)サービス利用中の本人の状況  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | ・ (他の職種やサービス事業者からの報告に基づく) サービス利用中の本人の状況   |  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  |   |  |                                  |
|              |                     | 1-2-5 | 急性増悪の<br>予防     |   | 理解をうながす体制を整え                      | ・高齢者は抵抗力の低下により様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一度疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したり                              | ・軽微なものを含む感染症の罹患履歴 (過去の罹患歴) ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度 ・感染症へのかかりやすさ   | ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・豪族等の理解度<br>・家族等の背景(特に小さい子どもの有無)、日常的な外出先(デイサービスの利用の有<br>無)など  | 医師、歯科医<br>師、薬剤師、看                |
|              |                     |       |                 |   | 3                                 | することがあるため、感染症を予防することが重要。<br>・本人・家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、                                  | ・家族等の背景(特に小さい子どもの有無)、日常的な外出先(デイサービスの利用の有無)など  | THE SECOND SECON | 護師、歯科衛生士、介護職                     |
|              |                     |       |                 |   | ※基本ケアとも重複するが<br>特に留意して実施          | 感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。  | ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な<br>内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理<br>すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)  |  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | ・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など)   |  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  | ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況<br>・感染症にかかった際の状況把握と対応体制  |  |                                  |
|              |                     |       |                 |   |                                   |  |   |  |                                  |
|              |                     | 1     |                 |   |                                   |  | 1   | 1  |                                  |

# 【概要版(項目一覧)】疾患別ケア:心疾患I期 (退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期) ・退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期。 ・前側し場合には、目標の再設定が必要で、後ろ側しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

|                      |                                  | 想定され  | る支援内容                  |    |   | 支援の概要、必要性   | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等   |  |   |  |
|----------------------|----------------------------------|-------|------------------------|----|---|---|---|--|---|--|
| 大項目                  | 中項目                              |       | 小項目                    |    | 想定される支援内容   | 支援の概要、必要性   | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 相談すべき専門職  |  |
| 1 再入院の<br>予防         | 1-2 自己管理能力<br>の向上とリスク<br>の管理     | 1-2-6 | 非日常的な<br>活動のリスク<br>の管理 | 11 | 長時間の活動が必要な場<br>合の注意事項の理解をう<br>ながす体制を整える                                       | ・心疾患患者にとって生活における長時間の活動(例:旅行、墓参り、運動等)は急性増悪のリスクとなる。 ・本人・家族等が長時間の活動が必要な場合の注意事項への理解を深め、必要に応じて医師からの指示・指導に基づいた対応を行う体制を整える。  | ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での<br>留電車項、判断の目安に関する説明など。<br>・日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リルビリテンキョンだけてなく生活動作を含むなど)  | - 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での<br>留意事項、判断の目安に関する説明など)<br>- 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リバリテーションだけなく生活動作を含むなど)   | 医師、養護師、薬剤師、<br>薬剤師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                   |  |
|                      | 1-3 療養を続けるた<br>めの環境·体制<br>の整備    | 1-3-1 | 負荷のかかる<br>環境の改善        | 12 | 気温差の縮小(居室と廊<br>下、浴室、洗面所、トイレ<br>など)がなされる体制を整<br>える<br>※基本ケアとも重複するが<br>特に留意して実施 | ・急激な気温の変化は、血圧が急激に上がるきっかけの一つである。血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要。 ・日常生活において、気温差が縮小されるような体制を整える。   | ・環境改善に関する本人・豪族等の意向 ・本人の麻痺の状況(麻痺によりできない動作、温度 感覚の麻痺など)麻痺による生活への影響の有無など) ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると 思われる動作。それらの維持・改善の見込みなど) ・自宅内でかよりの生活習慣(ないる場所、動線、日建など) ・室内の状況(温温度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面 所など各々 ・環境改善に関する支援の必要性                            | ・本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度<br>感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など)<br>、ADL/IADLが態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると<br>思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・自主内での本人の生活習慣(よいら場所、動線、日課など)<br>・室内の状況(温温度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面<br>所など各々   | 看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                                  |  |
|                      |                                  |       |                        | 13 | 握する体制を整える   | ・強い負荷がかかるような動作(段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等)は、心臓への強い不可となるリスクがある。<br>・自宅での行動の状況、強い負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える。  | ・環境改善に関する本人・豪族等の意向<br>・疾患ともの治療に関する医療からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な<br>内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理<br>すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)<br>・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況(段差・階段、洗濯行為におけ<br>るうつむいとり持ち上げたりする動作など)<br>・環境改善に関する支援の必要性  | ・環境改善に関する本人・家族等の意向<br>・疾患との途解に関する医院からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な<br>内容、治療力針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理<br>すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)<br>・自宅れて食荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況(段差・階段、洗濯行為におけるうせいたり持ち上げたりする動作など)<br>・環境改善に関する支援の必要性   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                               |  |
| 2 生活機能<br>の維持·向<br>上 | 2-1 心疾患の状況<br>に応じた生活・<br>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 |   | ・慢性心不全による活動能力の低下は、QOLと充実度の低下につながるため、運動能力のみならず、心理的状態、認識能力、社会的環境等に依存する活動能力の評価が重要。 ・本人の日常生活における活動範囲、活動と参加の状況や、本人がどのような暮らしを望むのかを把握できる体制を整備。 ・危険が大きく伴う行動を予め確認し、本人の日常生活の活動に伴い発生するリスクを判断できる体制を整備。  | ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無  | ・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動(現在できること、現在できないが実現した いこと、が歩ん・あきらめの有無、内容など) ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・ADL/ADLの状態(している動作、できない動作、できる動作、できない動作、できると 思力れる動作、それらの維持・交流をの見込みなど) ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方・自主的での本人の生活習慣(よいら場所、助線、日課など) ・日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リルビリテーションだけでなく生活動作を含むなど) ・日常的な運動の状況(日常的な運動(体制、散歩など)の機会の有無、残度、内容など ・日常の活動の中で本人が感しる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など) ・「他の職種やサービス事業者からの報告に基づく)サービス利用中の本人の状況・ 活動制限の内容・程度(禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準(制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安))・疾患その治療に関する医師から指示・指導の有無、指導の内容、疾患の基本的な内容、治療方針・日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理する時即はどり ・「個局番析いる場合)同居者による本人の生活リズムの把握状況 ・自主的で負荷がかわる行動や環境の精無及じ対応状況(段差・階段、洗濯行為におけるうらないの場合)同居者による本人の生活リズムの把握状況・自主的で負荷がかわる行動や環境の精無及じ対応状況(段差・階段、洗濯行為におけるうらないの対策を持ち上がよりまる時でなど ・環境改善に関する支援の必要性 ・疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・日常生活における地域・社会 ・環境の必要性 ・疾患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など ・日常生活における地域・社会 ・原発・発症をは、原発・の音をと) | PF、信息のPF、来<br>利師、<br>PT/OT/ST、歯<br>科衛生士、介護<br>職           |  |
|                      |                                  | 2-1-2 | リハビリテーションの実施           |    | を受けることができる体制を整える  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                           | ・疾患の状況に応じた生活・暮らし方の実現に向け、医療的なリバリテーションを受けることも重要。そのため、他の専門職と情報共有を行い、支援体制を整備。 ・医療的なリバリテーションは、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成され、主要な目的は①心機能の改善、②骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。 ・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。 ・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。そのことが、本人の機能向上を目指す。 | 留意東項、判断の目安に関する説明など) ・医療機関等への受診の状況(受診をの名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨ける要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など) ・医療的なりパピリテーションの実施状況(通院回数、頻度、時間など)や体制(提供可能な機関の名称、場所、連絡先など)の把握 ・リルピリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リルピリテーションに対する本人・家族等の趣向 ・疾患発症前のADL/IADLの状態 ・人のL/IADLの状態(していない動作、できる動作、できない動作、できると | ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での<br>留意事項、判断の目安に関する説明など)<br>・医療機関等への受診の状況(受診たの名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨<br>げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)<br>・リルビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リルビリテーションに対する本人・家族等の理解度<br>・リルビリテーションに対する本人・家族等の連解度<br>・リルビリテーションに対する本人・家族等の連解度<br>・リルビリテーションに対する本人・家族等の連解度<br>・北京・できる動作、できない動作、できると<br>思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性<br>・リルビリテーションに関する医師からの指示・指導の内無、指導の内容(必要性、指示・指導の内容、留意事項など)<br>・介護保険によるリバビリテーションの目標・内容(※目標にはリハビリテーションの終了を含む)  | 師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職<br>医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職 |  |
|                      |                                  | 2-1-3 | 入浴習慣の<br>支援            | 17 |   | ・入浴は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いると負荷軽減効果により臨床症状の改善にも効果が示される。<br>・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。  | <ul><li>・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度</li><li>・自宅における入浴の状況(浴室の環境、入浴の方法(半身浴・シャワー浴など)、頻</li></ul>  | ・入浴に対する本人・家族等の希望・意向     ・入浴に対する本人・家族等の希望・意向     ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度     ・自宅における入浴の状況、(浴室の環境、入浴の方法(半鼻浴・シャワー浴など)、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者が心る場合それは誰か     ・入浴の側断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など)     ・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況  | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                               |  |
|                      |                                  |       | 支援                     |    | で、睡眠時の状況の変化<br>を把握して必要な支援につ<br>なげられる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが<br>特に留意して実施        | ・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害は循環器疾患のリスク要因であり、十分な休養を取らないと再入院のリスクが高まるため、休養・睡眠の確保がなされるよう支援。<br>・睡眠障害の予兆や睡眠時の状況変化を把握する体制の整備。   | ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・服薬内容、服薬のタイミング(※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の解薬のタイミング) ・休養・睡眠が状況(タイミング・リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない。彼労感・息苦しさなどの自覚症状の有無) ・休養・睡眠する環境(寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など) ・同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む)  | - 認知機能の程度、日常生活における障害の有無 - 認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・ 服薬内容、服薬のタイミング(※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング) ・ 休養・睡眠の状況、(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労・感・見苦しさなどの自覚症状の有無) ・ 休養・睡眠する環境(寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など) - 同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む)  | 医師、看護師、<br>薬剤師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職                       |  |
|                      |                                  |       | の支援                    |    | える  | ・   | ・禁煙の必要性に対する本人・素族等の理解度及び意向 ・禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのが無現なのかは) ・疾患発症前の日常生活における喫煙量、9イミング・禁煙の継続の有無 ・禁煙が実施できなかった場合の医師への報告方法  | ・禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向<br>・禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのか推奨なのかなど)<br>・禁煙の継続の有無  | 来月JDIP、月 6支400  |  |
|                      |                                  | 2-1-6 | 本人・家族等への生活習慣を変えることの支援  | 20 |   | ・退院後の生活においては、本人の自己管理能力が重要であり、自己管理能力を向上させ生活習慣を変えることで、予後の改善を目指す。<br>・特に考慮しなければいけない生活習慣(例:飲酒、運動等)は、<br>医師からの指示内容や本人・家族の意向を確認のうえ、生活習慣を<br>変えることを本人・家族等が受け入れるよう支援。   | ・生活習慣に対する本人・家族等の理解度(生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など)<br>・飲酒量のコントロールに対する本人・家族等の理解度<br>・飲酒に対する本人・家族等の題向   | - 認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・生活習慣に対する本人・豪族等の理解度(生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など・飲酒量のコントロールに対する本人・豪族等の理解度 ・日常生活における飲酒の状況(飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒か自宅外での飲酒がなど。<br>・飲酒に関する医師からの指示・指導の有無、制限の内容・程度(断酒すべき水準なのか、控える程度で良いかなど)  | 医師、看護師、介護職  |  |
|                      | 2-2 心理的な支援                       | 2-2-1 | 本人・家族等<br>の不安の軽<br>減   | 21 | 精神的な不安を把握し、<br>必要に応じて支援する体制<br>を整える   | ・抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートは、心疾患患者の予後に影響するため、精神的な支援の検討が必要。 ・本人・家族等が抱える不安の状況や程度を把握し、必要に応じて専門家につなぐ体制の整備。  | ・本人の抑うつや不安の程度 ・本人が駆じる不安(不安の有無、不安の内容、その程度など) ・家族等が感じている不安(不安の有無、不安の内容、その程度など) ・本人の日常生活リズムの変化 (生活リズムの解化 (生活リズムの解化 (生活リズムの解化 (生活リズムの解化 (生活リズムの解化 (生活リズムの解化 (生活リズムの解化 (生活リズムの解化 (生活リズムの解化 (生活リズムの解じなど) を提供しる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・精神症状に対応しるる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況        | ・本人の即うつや不安の程度 ・本人が鳴じる不安(不安の有無、不安の内容、その程度など) ・家族等小鳴じている不安(不安の有無、不安の内容、その程度など) ・家族等小感じている不安(不安の有無、不安の内容、その程度など) ・ 本人の日常生活リズムの変化 (七浩リズ人の劇化の有無、その要因など) ・ 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・ 家族等に対する支援 (相談、不安や悩みの解決など) を提供しつる地域の社会資源の 内容の有無、状況 ・ 精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況   | 医師、看護師、<br>薬剤師、介護職  |  |

# 【概要版(項目一覧)】疾患別ケア:心疾患Ⅱ期(状態が安定から不安定な状況にある時期) ・状態が安定がら不安定な状況にある時期。 ・前側しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ側しの場合には向故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

|              |                              | 想定され  | る支援内容           |    |  | 支援の概要、必要性  | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等  |   |  |  |
|--------------|------------------------------|-------|-----------------|----|--|--|--|---|--|--|
| 大項目          | 中項目                          |       | 小項目             |    | 想定される支援内容                                  | 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 相談すべき専門職                               |  |
| 1 再入院の<br>予防 | 1-1 疾患の理解と<br>確実な服薬          | 1-1-1 | 基本的な疾<br>患管理の支  | 1  | 疾患の理解を支援し、定<br>期的に診察が受けられる体                | ・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病<br>の管理の理解が必要   |  | ・ ※内谷の手棚や笛恵点などは本権を参照<br>・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安 (不安の内容、程度など)   | 医師、看護師、薬剤師、管理栄                         |  |
| 7783         | 唯夫な版梁                        |       | 忠官理の文<br>援      |    | 期的に診禁が受けられる体<br>制を整える                      | ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対  | ・今後の治療に関する本人・家族等の意向<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度   | ・今後の治療に関する本人・家族等の意向<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度  | 条 利 即 、 官 理 未 養 士 、 介 護 職              |  |
|              |                              |       |                 |    | ※基本ケアとも重複するが                               | する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。<br>・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、   | ・腎疾患や糖尿病(糖尿病性腎症)などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・<br>服薬の状況   | ・腎疾患や糖尿病(糖尿病性腎症)などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況  |  |  |
|              |                              |       |                 |    | 特に留意して実施                                   | 異常の発見、病状の悪化を把握。  | ・使用している医療機器(例:在宅酸素、ペースメーカーなど)の有無と種類、その使用に<br>係る留意点   | ・使用している医療機器(例:在宅酸素、ペースメーカーなど)の有無と種類、その使用に<br>係る留意点  |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | ・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用(利用の有無、種類、利用方法、支援の必要性、支援者の有無など)・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用                               | ・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)の変更とそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)の変化及びその理由<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な                         |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | ができているか、飲み残しの有無など)<br>・疾患との治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な   | 内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理<br>すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | 内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理<br>すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)  | ・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど)   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | ・状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(急変の判断の目安、急変時の対応方法など)  | ・医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨ける要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など)   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | <ul> <li>日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど)</li> <li>医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨</li> </ul> |   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | はおきない。<br>「お妻因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など」<br>・家族等の状況(同居者の有無、支援者は誰かなど)   |   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  |  |   |  |  |
|              |                              | 1-1-2 | 服薬支援            | 2  | 服薬の必要性や薬の管理<br>を理解し、服薬が確認でき                | ・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理<br>できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支  | <ul> <li>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)</li> </ul>     | ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など)  | 医師、看護師、<br>薬剤師、                        |  |
|              |                              |       |                 |    | る体制を整える                                    | 援。<br>・処方された薬が適切に管理され、適切な服薬が継続されるように、本   | ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方  | ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方<br>・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活   | PT/PT/ST、介<br>護職                       |  |
|              |                              |       |                 |    | ※基本ケアとも重複するが<br>服薬の継続ができるよう特               | 人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援<br>体制を整備。   | 動量、不足する水分量など)<br>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)   | 動量、不足する水分量など) ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)   |  |  |
|              |                              |       |                 |    | に留意して実施                                    |  | ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況(有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など)の<br>把握、連携方法の確認  | <ul><li>・薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など)</li><li>・服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなり</li></ul>   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | - 薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など) - 服薬の確認体制(指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど)   | (こ)<br>・介護者の関わりの状況 (声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)  | ,                                      |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | ・介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)   |   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  |  |   |  |  |
|              |                              | 1-1-3 | 併存疾患の<br>把握と療養の |    | 併存疾患(腎機能の低下<br>にかかわる疾患、糖尿病                 | ・再発予防や生活の悪化防止のためには、併存疾患の把握と管理が必要。  | ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・腎疾患や糖尿病(糖尿病性腎症)などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・                   | <ul> <li>・医筋及び専門職から指導内容に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度</li> <li>・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容</li> </ul>    | 医師、看護師、<br>薬剤師、介護職                     |  |
|              |                              |       | 支援              |    | (糖尿病性腎症) 、その<br>他の疾患など) を把握し療              | ・併存疾患に関するかかりつけ医や看護師などとの情報交換を行うとと<br>もに、併存疾患の管理に対する本人・家族等の理解を深める支援も   | ・育疾志や椹床病(糖尿病性育症)などの併行疾志の有無、程度、治療の内容、趣味・<br>服薬の状況<br>・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、                              | ・心疾患の返因となっている生活首領病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、<br>服薬の状況<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支  |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  | 重要。(※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外)  | 服薬の状況<br>・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、   | 援の必要性、支援者は誰かなど)   |  |  |
|              |                              |       |                 |    | ※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まる              |  | 関わり方など) の把握、連携方法の確認<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支<br>提高心・歴報・支援者に持わなど)  |   |  |  |
|              |                              |       |                 |    | 「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施                 |  | 援の必要性、支援者は誰かなど)  |   |  |  |
|              | 1-2 自己管理能力                   | 1-2-1 | 体重の管理           | 4  | 体重管理の重要性を理解                                | ・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   | ・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度   | ・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用方法に対する本人・家族等の理解度  | 医師、看護師、                                |  |
|              | 1-2 自己管理能力<br>の向上とリスク<br>の管理 | 1-2-1 | デェット任           | 4  | 体里管理の里安性を理解<br>し、継続的に日々の体重<br>管理ができる体制を整える | ・ 現中間 じの ・ 東京 ・ のは ・ のは ・ のは ・ のは ・ ない ・ な   | ・浮腫の有無<br>・心疾患の状態を把握する管理ソールの活用(利用の有無、種類、利用方法、支援の必  | ・浮腫の有無<br>・心疾患の状態を把握する管理ツールの活用(利用の有無、種類、利用方法、支援の必   | 医師、有護師、<br>薬剤師、管理栄<br>養士、介護職           |  |
|              | の日珪                          |       |                 |    |  | 援が必要。  | 要性、支援者の有無など) ・体重管理に関する医院からの指示・指導の有無、指導の内容(体重管理の必要性、目<br>を比れる体重管理についての対理など)   |   | 食工、八碳嘅                                 |  |
|              |                              |       |                 |    | 「リスク評価」結果を踏まえ                              | ・憎悪が疑われた場合には、活動制限、食塩制限を厳しくするととも<br>に、速やかな受診が必要。  | 安となる体重についての説明など) ・体重の「急激な変化」に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(「急激な変化」が発生した場合の対応方法など)   | 安となる体重についての説明など)<br>・日単位での緩やかな体重変化の把握<br>・医師への報告の必要性、方法、タイミング   |  |  |
|              |                              |       |                 |    | て特に留意して実施                                  |  | ・医師への報告の必要性に方法・タイミング<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、   | ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、  |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | 体重の推移 (急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど)   |   |  |  |
|              |                              |       | E00 1.0         |    |  | VII of A May (A. J. (A MITTALL A DITTALL A DIT |  | 按八里 山八里(小村本7十 ) 常杜尔 (阿和西京 / 张阳 ) 里 (日始 ) (小本) 市 (本)   | FEAT #5#AT                             |  |
|              |                              | 1-2-2 | 塩分量・水分<br>量のコント | 5  | 適切な塩分・水分摂取量<br>の理解をうながす体制を整                | ・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。<br>・本人・家族等がその人に必要な塩分・水分量と日常的に摂取してい   | <ul><li>・塩分量・水分量に対する本人・家族等の理解度(適切な量、日常的な食事の塩分含<br/>有量など)</li><li>・水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(水分量・塩分量の</li></ul>      | <ul> <li>・塩分量・水分量に対する本人・家族等の理解度(適切な量、日常的な食事の塩分含<br/>有量など)</li> <li>・水分量・塩分量に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(水分量・塩分量の</li> </ul>                  | 医師、看護師、<br>薬剤師、管理栄                     |  |
|              |                              |       | ロール             |    | える   | る塩分・水分量を把握する体制を整えることが重要。   | 制限などに関する説明、日常生活における留意点など)<br>・専門職による指導の状況(実施の有無、指導の内容など)   | 制限などに関する説明、日常生活における留意点など)<br>・専門職による指導の状況(実施の有無、指導の内容など)  | 養士、介護職                                 |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  |  |   |  |  |
|              |                              |       |                 | 6  | 食事からの栄養の摂取状                                | ・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。特に、心疾患のある方  | ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度(適切な量、日常的な食事の塩分合   | ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度(適切な量、日常的な食事の塩分含  | 医師、看護師、                                |  |
|              |                              |       |                 |    | 況を把握できる体制を整え<br>る                          | 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<br>が大きいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握すること  | 有量など)<br>・食事内容に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度<br>・本人や家族等の食生活と食の好み  | 有量など) ・本人や家族等の食生活と食の好み ・本人の事内容 (回数、食事内容、食事量等)   | 薬剤師、管理栄<br>養士、介護職                      |  |
|              |                              |       |                 |    |  | が重要。<br>・本人・家族等が日常の塩分・水分の摂取量を把握できる体制を整え  | ・本人の食事内容(回数、食事内容、食事量等)   | ・食事の調理者(外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)<br>・日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、把握  |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  | ることが重要。  | ・日常生活 (活動内容、休養・急速、健康状態など) に関する記録 (本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など)   | 方法、支援の必要性、支援者は誰かなど)   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | <ul> <li>日常的な食事の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)</li> <li>地域で利用可能な栄養に関する支援サービスの有無、状況</li> </ul>                |   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | - 100% ( イソ/コ 10 00 00 284 ( 1843 グ も) メンス 28.2 「ころいた日 MK、1人がし   |   |  |  |
|              |                              |       |                 | 7  | その人と生活に合った水分<br>の摂取、排泄の状況と変                | <ul><li>・心機能が低下している人はからだに水分がたまりやすいため、心臓への負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂</li></ul>   | ・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度<br>・尿便意に対する本人の認識の有無、認知機能の程度  | ・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度<br>・尿便蔵に対する本人の認識の有無、認知機能の程度   | 医師、歯科医<br>師、看護師、薬                      |  |
|              |                              |       |                 |    | 化を把握できる体制を整え<br>る                          | 取量の制限が必要。 ・排泄は病気のパロメーターにもなるため、本人の日常的な排泄パター   | <ul><li>・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)</li><li>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)</li></ul>  | <ul><li>・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)</li><li>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)</li></ul>                 | 剤師、歯科衛生<br>士、管理栄養                      |  |
|              |                              |       |                 |    |  | ンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。その<br>ため、本人の排尿や排便の日常の状態を把握する体制を整える。  |  | ・日常的な排便の状態(原量、回数、タイミング、性状)<br>・日常的な排便の状態(回数、タイミング、性状)   | 士、介護職                                  |  |
|              |                              |       |                 |    |  | ため、本人の対抗など対抗性の自治の人がでしたほうな神神でを超える。  | ・日常生活 (活動内容、休養・急速、健康状態など) に関する記録 (本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など)   | ・日常生活 (活動内容、休養・急速、健康状態など) に関する記録 (本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など)  |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | <ul><li>-日常的な排便と異なる状況の判断目安(医師からの指示・指導に基づくものなど)</li><li>-日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)</li></ul>    | <ul><li>- 日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)</li><li>- 日常的な食事の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必</li></ul>                 |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | ・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)   |   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | - 日常的な排泄の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど) - 日始的が排泄を取る2442043と2015年2月の8月6年と8月6年方法                               |   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | - 日常的な排泄と異なる状況がみられた場合の報告先と報告方法   |   |  |  |
|              |                              | 1-2-3 | 血圧の管理           | 8  | 血圧のコントロールが継続                               | ・血圧の適切な管理は、急性期と慢性期の予後改善にとって極めて重要   | ・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度<br>・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用  | ・・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度<br>・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用  | 医師、看護師、<br>薬剤師、管理栄                     |  |
|              |                              |       |                 |    | 的に実施される体制を整え<br>る                          | ・本人・家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を  | ができているか、飲み残しの有無など)<br>・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(血圧コントロールの   | ができているか、飲み残しの有無など)<br>・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(血圧コントロールの  | 差十 小蒜噌                                 |  |
|              |                              |       |                 |    |  | 整えることが重要。 ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方   | 必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など)<br>・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度(上限、下限)   | 必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など)<br>・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度(上限、下限)  |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  | 針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。不整脈の発生状況の確認も重要。  | <ul><li>・医師への報告の必要性、方法、タイミング</li><li>・家庭血圧の計測状況 (機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など)</li></ul>                       | <ul><li>・血圧に影響を与える行動(例:睡眠や活動など)の状況</li><li>・市販薬の服用状況(有無、薬の種類、頻度など)及びサブリメント・健康食品等の摂取<br/>状況</li></ul>                                    |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | ・血圧に影響を与える行動 (例: 睡眠や活動など) の状況<br>・市販薬の服用状況 (有無、薬の種類、頻度など) 及びサプリメント・健康食品等の摂取  |   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | 状況   |   |  |  |
|              |                              | 1-2-4 | 活動制限が           | _  | 活動制限と安静の必要性を木人・家族等が理解し                     | ・再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた医師の指導による<br>適力が手動制限と完整が必要   | ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無  | ・医筛及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無   | 医師、看護師、                                |  |
|              |                              |       | 守られることの<br>支援   |    | を本人・家族等が理解し、<br>その制限が守られる体制を               | 適切な活動制限と安静が必要。 ・本人・家族等が疾患の特性や医師からの日常的な活動における制  | ・日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)<br>・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(活動制  | ・日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)<br>・活動量や安静の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(活動制   | 薬剤師、<br>PT/OT/ST、介                     |  |
|              |                              |       |                 |    | 整える  | 限の指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援が必要。   | ・専門職による指導の状況(実施の有無、指導の内容など)  | 限、安静の指示、判断の目安など)<br>・専門職による指導の状況(実施の有無、指導の内容など)   | 護職                                     |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | <ul><li>・日常生活(活動内容、休養・急速、健康状態など)に関する記録(本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など)・(同居者がいる場合)同居者による本人の生活リズムの把握状況</li></ul>            | <ul> <li>(同居者が心る場合)同居者による本人の生活リズムの把握状況</li> <li>・医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度</li> <li>(他の職種やサービス事業者からの報告に基づく)サービス利用中の本人の状況</li> </ul> |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | 「同活有がいる場合」「同活有によるや人の生活が入心がた遅れれて、<br>医師及び専門職からの指導内容に対するサービス事業者の理解度     「他の職種やサービス事業者からの報告に基づく)サービス利用中の本人の状況               | - ハテルロルシャREIC金ノソフーLATINTでからWMJ  |  |  |
|              |                              |       | <b>△₩₩</b> =-   |    | 耐染点をフルットで                                  | <b>宣松孝小仏持事ではよりは、ひまみをといった。</b>  |  | - 製造がた.//方舎お原むを介工R社にサオフォー 1 - 東午台・NTEAD7年   | EGT #50E                               |  |
|              |                              | 1-2-5 | 急性増悪の<br>予防     | 10 | 理解をうながす体制を整え                               | ・高齢者は抵抗力の低下により様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一度疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したり  | <ul> <li>軽微なものを含む感染症の罹患履歴(過去の罹患歴)</li> <li>軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度</li> <li>感染症へのかりやすさ</li> </ul>                   | <ul><li>・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度</li><li>・家族等の背景(特に小さい子どもの有無)、日常的な外出先(デイサービスの利用の有無)など</li></ul>                                    | 帥、有護帥、梁                                |  |
|              |                              |       |                 |    | 3  | することがあるため、感染症を予防することが重要。<br>・本人・家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、  | ・家族等の背景(特に小さい子どもの有無)、日常的な外出先(デイサービスの利用の有無)など   |   | 剤師、歯科衛生<br>士、介護職                       |  |
|              |                              |       |                 |    | ※基本ケアとも重複するが<br>特に留意して実施                   | 感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。  | ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な<br>内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理  |   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)<br>・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(感染症の予防の必要性)具体的な対策 医脊椎間段を受されてき状態の日安など)                          |   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  | 要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など) ・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況 ・感染症にかかた際の状況把握と対応体制  |   |  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  |  |   |  |  |
|              |                              | 1-2-6 | 非日常的な<br>活動のリスク | 11 | 長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をう                     | ・心疾患患者にとって生活における長時間の活動(例:旅行、墓参り、運動等)は急性増悪のリスクとなる。  | 留意事項、判断の目安に関する説明など)  | ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での<br>留意事項、判断の目安に関する説明など)  | 医師、看護師、<br>薬剤師、                        |  |
|              |                              |       | の管理             |    | ながす体制を整える                                  | ・本人・家族等が長時間の活動が必要な場合の注意事項への理解を<br>深め、必要に応じて医師からの指示・指導に基づいた対応を行う体制  | - 日常的な活動の状況 (日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リバリテーションだけでなく生活動作を含むなど)<br>※生然や小の様子の贈わいなおり、信かはない思い得る。言いはもしている 人。家生学の         | ・日常的な活動の状況 (日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リルピリテーションだけでなく生活動作を含むなど)   | <sup>架月361</sup> 、<br>PT/OT/ST、介<br>護職 |  |
|              |                              |       |                 |    |  | 深の、必要に応し(医師か)の指示・指導に基 Jいに対応を行う体制を整える。  | <ul><li>- 家族等や介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声がけをしている人、家族等の<br/>生活リズムなど)</li></ul>   | ・ 本へいれんでいますか現住提供しているググの内容   | D受HUX                                  |  |
|              |                              |       |                 |    |  |  |  |   |  |  |

# 【概要版(項目一覧)】疾患別ケア:心疾患Ⅱ期(状態が安定から不安定な状況にある時期) ・状態が安定がら不安定な状況にある時期。 ・前側しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ側しの場合には向故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

|           |                                 | 想定され  | る支援内容                             |    |   | 支援の概要、必要性  | 適切な支援内容とするた  | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等  |   |
|-----------|---------------------------------|-------|-----------------------------------|----|---|--|--|---|---|
| 大項目       | 中項目                             |       | 小項目                               |    | 想定される支援内容   | 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目   | 主なモニタリング項目  | 相談すべき専門                                 |
|           |                                 | 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<br>下、浴室、洗面所、トイレ<br>など)がなされる体制を整<br>える<br>※基本ケアとも重複するが<br>特に留意して実施 | ・急激な気温の変化は、血圧が急激に上がるきっかけの一つである。血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要。 ・日常生活において、気温差が縮小されるような体制を整える。  | ※内容の詳細や国意点などは本編を参照  ・環境改善に関する本人・家族等の意向 ・本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容と程度(麻痺によりできない動作、温度<br>感覚の麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無など) ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると<br>思かれる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)<br>・室内のな況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面<br>所など各々<br>・環境改善に関する支援の必要性  | ※内容の詳細や電景点などは本編を参照  ・本人の麻痹の状況(麻痹の有無、麻痹の内容と程度(麻痹によりできない動作、温度<br>感覚の麻痺など)、麻痺によを生活への影響の有無など) ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できる助作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・自宅内での本人の生活習慣(よいな場所、動線、日課など)<br>・室内の状況(温温度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面<br>所など各々   | 看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>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<br>※基本ケアとも重複するが特に留意して実施                      | ・強い負荷がかかるような動作(段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等)は、心臓への強い不可となるリスクがある。 ・自宅での行動の状況、強い負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える。  | ・環境改善に関する本人・家族等の意向<br>・環患との治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な<br>内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理<br>すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)<br>・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況(段差・階段、洗濯行為におけ<br>るうつむいたり持ち上げたりする動作など)<br>・環境改善に関する支援の必要性  | ・環境改善に関する本人・家族等の意向<br>・環境との治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な<br>内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理<br>すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など)<br>・自宅内で負荷がから行動や環境の有無及び対応状況(段差・階段、洗濯行為におけ<br>るうつむいたり持ち上げたりする動作など)<br>・環境改善に関する支援の必要性  | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職             |
| 2 生活機能の維持 | 2-1 ステージに応じ<br>た生活・暮らし<br>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量の低下は、患者のQOLと充実度を直接<br>に低下させるため、その改善は治療の主要な目標である。活動能力に<br>応じた社会的活動は勧めるべきであり、ステージに応じた本人の活動・<br>参加の範囲を維持・拡大できるよう支援することが重要。<br>・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<br>のような暮らしを望むのかを把握できる体制の整備。 | ・本人・家族等が望む生活・暮らし(1日ノ1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント)・望む生活・暮らにたおいて本人が希望する活動(現在できること、現在できないが実現したいこと、が非小・あきらめの有無、内容など)・望む生活と生活制限との間で本人・素族等が感じているジレンマ・認む生活と生活制限との間で本人・素族等が感じているジレンマ・認知機能の程度、日常生活における障害の香棚・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)・4日宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動縁、日課など)・1日宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、数は、日課など)・1日宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、数は、日課など)・1日常的な運動の状況(日常的な運動の様の名称、内容、負荷の度合い、活動量※リルビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)・日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)・活動制限に関する医療がから相宗・指導の有無、活動制限の内容・程度(体の動か)方や体への負荷の制限など)・疾患その治療に関する医療がらる指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容・治療方針・日常生活での健康事頂、日常生活での制限の有無、日常生活での観歌事頂、日常生活での制限の有無、日常生活での観歌事項、日常生活での制限の有無、日常生活での観歌事項、日常生活での制限の有無、日常生活での制限の有無、日常生活での間でする説明など)・疾患・のいな場合(日常生活での制限の有無、日常生活での制度の有無、日常生活での観電事項、判断の自安に関する説明など)・「保護生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 | ト)・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動(現在できること、現在できないが実現した いこと、がおいるきらめの有無、内容など)・望む生活と生活制限との間で本人・実族等が感じているジレンマ ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 へねしバADLの大服(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると 思われる動作。それらの維持・改善の見込みなど) ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・自宅内での本人の生活習慣(よいい場所、動縁、日課など)・自宅内での本人の生活習慣(よいい場所、動縁、日課など)・自宅内での本人の生活習慣(よいい場所、表示までの動縁、日課など)・日常の活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リバビリテーションだけなく生活動作を含むなど)・日常の活動の状況(日常的な運動)が状況(日常的な運動)が決定(日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)・日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)・活動制限の内容・程度(禁止なのか、一定が状態になったら中止なのかなど、活動制限の内容・程度(禁止なのか、一定が状態になったら中止なのかなど、活動制限の内容・程度(禁止なのか、一定が発起になったら中止なのかなど、活動制限の関連を(制限や中止すべき息切れぬれなどの目安)) | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、介護職        |
|           |                                 | 2-1-2 | 継続的なリハ<br>ビリテーション<br>の実施          | 15 | 必要なリハビリテーションと<br>セルフケアを継続できる体<br>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、医療的なリバリテーションやセルフケアの継続が重要。本人・家族等の意向を確認し、関連する他の専門職とリバリテーションやセルフケアが継続できる体制を整備。 ・医療的なリバビリテーションは、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成され、主要な目的は①心機能の改善、② 骨格筋機能改善、③ 自律神経活性改善である。           | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の態向 ・ハレリテーションに対する本人・家族等の態向 ・ADL/IADLの状態(している助作、していない動作、できる動作、できない動作、できると 思力れる動作。それらの維持・支部の見込みなど ・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(必要性、指示・指導の内容(必要性、指示・指導の内容(必要性、指示・指導の内容(必要性、指示・経療のなりビリテーションの無続状況(通院回数、頻度、時間など)や体制(提供可能な機関の名称、場所、連絡先など)の把握 ・・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容(※目標にはリハビリテーションの終了を含む) ・・(医療/介護両方を使う場合)関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、共有する内容、情報共有のタイミング   | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度 ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ハレリテーションに対する本人・家族等の意向 ・ADL/ADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると 思かける動作、それらの維持・公路の見込みなど ・全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性 ・リルビリテーションに関する医防からの指示・指導の有無、指導の内容(必要性、指示・指導の内容(必要性、指示・指導の内容(必要性、指示・指導の内容(必要性、指示・指導の内容(必要性、指示・指導の内容(必要性、指示・指導の内容(必要性、指示・指導の内容(必要性、指示・指導の内容(※目標にはリルビリテーションの終了を含む)・・実施中の生活支援サービスの確認と見直し(過剰支援となっていないか)  | 医師、歯科医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介護職            |
|           |                                 | 2-1-3 | 入浴習慣の<br>支援                       | 16 | 入冷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<br>※基本ケアとも重複するが特に留意して実施            | ・入治は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入治法を用いると負荷軽減効果により臨床症状の改善にも効果が示される。<br>・本人の入治への意向、入治習慣・環境の把握、専門職からの指導を踏まえ、入治を維持できる体制を整備。   | ・、   | ・入治に対する本人・家族等の希望・感向 ・入治に対する本人・家族等の希望・感向 ・入治に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・自宅における入治の状況(治室の環境、入治の方法(半身治・シャワー治など)、頻度、タイミング、時間、入治時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者が心る場合それは誰か ・入治の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(入治を控える/中止する必要がある場合の判断基準など)・入治を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況   | 医師、看護師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職             |
|           |                                 | 2-1-4 | 休養・睡眠の<br>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 ※基本ケアとも重複するが 特に留意して実施       | ・・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害は循環器疾患のリスク要因であり、十分な休養を取らないと再入院のリスクが高まるため、休養・睡眠の確保がなされるよう支援。     ・・睡眠障害の予兆や睡眠時の状況変化を把握する体制の整備。   | - 認知機能の程度、日常生活における障害の有無 - 睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 - 睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 - 服薬内容、服薬のタイミング (米特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング) - 休養・睡眠が扱、タイミング、リズム、時間、眼れていない・中途覚醒がある・寝付けない・渡沙海・息活しさなどの自覚症状の有無) - 休養・睡眠する環境 (寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など) - 同居者の有無、同居者の生活リズム (仕事などの状況を含む)  | - 認知機能の程度、日常生活における障害の有無 - 服薬内容、服薬のタイミング(※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング) - 体養・睡眠が大沈(タイミング、リズム、時間、眼代でいない・中途整確がある・提付けない。 現分が、最近こなどの自覚が此め有無) - 体養・睡眠する環境(寝室の明名と、温湿度、寝具の状態など) - 同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む)   | 医師、看護師、薬剤師、<br>薬剤師、<br>PT/OT/ST、介<br>護職 |
|           |                                 | 2-1-5 | 禁煙の実現<br>の支援                      | 18 | 禁煙を実現できる体制を整<br>える  | ・喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者の禁煙は死亡率や再入院率の低減につながるため、医師からの指導内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、必要に応じて禁煙が実現できるような体制の整備。  | - 禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向<br>- 禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(禁煙の必要性の程<br>度、禁煙が必須なのか埋異なのかなど)<br>- 疾患発症前の日常生活における喫煙量、タイミング<br>- 禁煙の総続の有無<br>- 禁煙の総続の有無<br>- 禁煙の能洗の有無  | ・禁煙の必要性に対する本人・家族等の理解度及び意向<br>・禁煙の必要性に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(禁煙の必要性の程度、禁煙が必須なのが推奨なのかなど)<br>・禁煙の継続の有無   | 医師、看護師、<br>薬剤師、介護職                      |
|           |                                 | 2-1-6 | 本人・家族等<br>への生活習慣<br>を変えること<br>の支援 |    | 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   | ・退院後の生活においては、本人の自己管理能力が重要であり、自己管理能力を向上させ生活習慣を変えることで、予後の改善を目指す。・特に考慮しなければいけない生活習慣 (例: 飲酒、運動等) は、医師からの指示内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、生活習慣を変えることを本人・家族等が受け入れるよう支援。  | ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度 ・飲酒屋のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・飲酒に対する本人・家族等の悪解度 ・飲酒に対する本人・家族等の悪所 ・飲酒のタイミング、自宅での飲酒かは) ・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など) ・特に考慮しなければならない生活習慣が何か(例:飲酒、運動など)、変更の重要性(例:絶対ためなのか、努力事項なのか) ・生活習慣に対する本人・家族等の理解度(生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など)  | ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無 ・生活習慣に対する本人・家族等の理解度(生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など) ・飲酒園のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・改査園のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・改査国のコントロールに対する本人・家族等の理解度 ・改査国的する医師からの指示・指導の有無、制限の内容・程度(断酒すべき水準なのか、控える程度で良いかなど) ・日常生活における飲酒の状況(飲酒の量、飲酒のタイミング、自宅での飲酒か自宅外での飲酒かなど)   | 医師、看護師、介護職                              |
|           | 2-2 心理的な支援                      | 2-2-1 | 本人·家族等<br>の不安の軽<br>減              | 20 | 精神的な不安を把握し、<br>必要に応じて支援する体制<br>を整える   | ・抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートは、心疾患患者の予後に影響するため、精神的な支援の検討が必要。 ・本人・家族等が抱える不安の状況や程度を把握し、必要に応じて専門家につなく体制の整備。   | ・本人の抑うつや不安の程度 ・本人が鳴じる不安 (不安の有無、不安の内容、その程度など) ・家族等が感じている不安 (不安の有無、不安の内容、その程度など) ・家族等が感じている不安 (不安の有無、不安の内容、その程度など) ・本人の日常生活リズムの変化 (生活リズムの崩れの有無、その要因など) ・本人の心理状況や不安などの状況を主治医、発悟する方法 ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・家族等に対する支援 (相談、不安や悩みの解決など) を提供しつる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況   | ・本人の抑うつや不安の程度 ・本人が鳴じる不安 (不安の有無、不安の内容、その程度など) ・家族等が感じている不安 (不安の有無、不安の内容、その程度など) ・家族等が感じている不安 (不安の有無、不安の内容、その程度など) ・本人の日常生活リズムの変化 (生活リズムの崩れの有無、その要因など) ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・家族等に対する支援 (相談、不安や悩みの解決など) を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況  | 医師、看護師、<br>薬剤師、介護職                      |
| 3 EOL準備   | 3-1 EOL(エンドオ<br>プライフ)に向け<br>た準備 | 3-1-1 | 末期心不全<br>のEOLケアの<br>対応・準備の<br>支援  |    | 末期心不全のEOLケアをど<br>のようにするかの心構えを<br>する支援を行う                                      | ・入退院を繰りかえす終末期には、今後の治療意向や最期の迎え方などに関する本人・家族等との十分な意思確認が必要。 ・そのため、本人・家族等が抱えている不安・恐怖やストレスの状況の把握の支援を検討。 ・また、末期心疾患の支援は、多職種が連携してチームで取り組むことが重要であり、専門職と連携した適切なアドバンス・ケア・ブランニング(ACP)が行われる体制を整備。                | ・今後の暮らし方に対する本人の意向<br>・今後の治療に関する本人の意向<br>・EOLに対する家族等の意向<br>・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・医師からの末期心不全のEOLかアの実施状況(インフォームドコンセントの実施状況)<br>・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握<br>・ACPの実施状況、末期心不全時における医療及びケアの体制の確認  | ・今後の暮らし方に対する本人の意向 ・今後の浩療に関する本人の意向 ・をOLに対する家族等の意向 ・EOLに対する家族等の意向 ・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況 ・家族等が現在投えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・医師からの末期心不全のEOLケアの実施状況 (インフォームドコンセントの実施状況) ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・ACPの実施状況、末期心不全時における医療及びケアの体制の確認   | 医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、<br>PT/OT/ST、介護職      |

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

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

ここでは専門職のみ記載するが、認知症の場合は特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要 想定される支援内容 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 支援の概要、必要性 主なアセスメント項目 主なモニタリング項目 相談すべき 大項目 中項目 小項目 想定される支援内容 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 専門職\* ここまでの経緯 0-1-1 0 ここまでの 認知症と診断 1 **支援の前提としての認知症** ・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 ・診断に至るまでのエピソー 医師、看護師 中核症状の現れ方 ・疾患に対する本人の想い の確認 されるに至っ と診断されるに至った経緯 経緯の確 ソードの把握。 疾患に対する本人の想い ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での 認知症の症状がどのような部分に現れたかを把握し、本人の不安を 「保護によっている」という。 「保護の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での 経営事項、判断の目安に関する説明など) ・医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨 げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など) 捉えるために、診断に至るエピソードを把握することが重要。 fる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など) これまでの医 支援の前提としての医療及 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の 医師による判断の状況(主治医意見書等による把握) ・医師による判断の状況(主治医意見書等による把握) 医師、歯科医 0-1-2 ・医師から別籍、指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での 留意事項、判断の目安に関する説明など) 療及び他の び他の専門職の関わりの 把握。 師、看護師、 今後の医療領域の支援体制を構築するために、これまでの医療の関 専門職の関わ 把握 PT/OT/ST、社 医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨 ・医療機関等への受診の状況(受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨 わりの経緯を把握することが重要。 りの把握 会福祉士・ fる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など) げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など) ・腎疾患や糖尿病(糖尿病性腎症)などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院 ・腎疾患や糖尿病(糖尿病性腎症)などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院 **MSW、歯科衛** 服薬の状況 ・認知症初期集中支援チームの関わり方 生士、介護職 認知症初期集中支援チームの関わり方 ・本人が抱く恐怖や不安 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・本人が包く恐怖や不安 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・疾患に対して家族等が感じる負担感 1-1 本人と家族・支 1-1-1 本人や家族・ ・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 1 本人及び 本人や家族・支援者が抱く 医師、歯科医 3 感情や想いを継続的に捉 援者の認識の 対し、本人が抱く不安及び家族・支援者が抱く感情、その変化を捉え 師、看護師、 家族·支援 支援者が抱く 疾患に対して家族等が感じる負担感 者の認識 理解 感情と想いの えることの支援 る体制を整備。 PT/OT/ST、社 家族等が感じている葛藤 家族等が感じている葛藤 これからの生活を支えるうえで最も重要な本人の不安とその変化を把 の理解 理解 会福祉士・ 握するために、本人自身の不安や恐怖に加えて家族・支援者が抱く感 MSW、介護職 情や想いとその変化を捉え続けられることが重要。 1-1-2 本人や家族・ 本人に対する受けとめや理 ・認知症に対し本人がどのように受けとめているかの把握。 ・認知症に対する本人の受けとめの状況 ・認知症に対する本人の受けとめの状況 医師、歯科医 本人が感じている不安や恐怖を捉えるために、認知症という疾患に対 支援者の疾 解を深める支援 師、看護師、 患に対する受 する受けとめの状況を把握することが重要。 PT/OT/ST、社 けとめと認識 会福祉士: MSW、介護職 疾患に対する家族・支援者 本人の生活を取り巻く家族・支援者の、認知症に対する考え方、理 ・認知症の特徴や進行、ケアの方法に関する家族等の理解度 ・認知症の特徴や進行、ケアの方法に関する家族等の理解度 医師、歯科医 家族等に対する支援(情緒的支援、情報的支援、手段的支援)の必要性 家族等に対する支援(情緒的支援、情報的支援、手段的支援)の必要性 の受け止めや理解を深める 解の程度の把握。 師、看護師、 ・認知症のある高齢者の不安や不快は、本人と家族・支援者との関係 PT/OT/ST、社 ことの支援 性に起因するものも多いため、家族・支援者がどのように認知症を理解 会福祉士・ ているかを把握することが重要。 4SW、介護職 本人と家族・支 1-2-1 変化していくこ 6 変化していくことを念頭に置 本人の変化を捉えられる体制の把握。 本人の日常生活の状況(サービス事業者にあってはサービス利用中の状況) 本人の日常生活の状況(サービス事業者にあってはサービス利用中の状況 医師、歯科医 1-2 本人の日常王治の人が、(ターこ人事業者にありてはターこ人が用中の本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など)本人に関わっている人の体制の把握(同居者、支援者、事業者など) ・本人の日本王治の人が、(ソーと人事集者にあってはジーと人が所下が ・本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など) ・本人に関わっている人の体制の把握(同居者、支援者、事業者など) 援者を取り巻く とを念頭に置 いた認知症の総合アセスメ 短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとす 師、看護師、薬 いた認知症の りばどのような変化があるのかの把握。 環境の理解 ントの実施 剤師、 ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・認知症に伴う本人の状況は変化していくものであり、かつ家族や支援 総合アセスメ ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、诵院・連絡頻度、連絡先 PT/OT/ST、 歯 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先 ントの実施 者が負荷を抱え込まなくて良いようにするためにも、本人の変化を捉え、 引わり方など) の把握、連携方法の確認 関わり方など)の把握、連携方法の確認 科衛生士、介護 自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など) 自宅内の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動 (東介が)かるこう の元3歳、走557点の幅益 ・自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など) ・自宅内の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動 必要に応じてさらに支援を求められるようにする体制の構築が重要・ ・認知症のある高齢者が、日常の生活において自ら行動しやすいように するため、住環境、地域環境などの生活環境を捉えることが重要。 自宅の間取り(部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など) ・自宅の間取り(部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など) 室内の状況 (温湿度環境、家具や物の配置、照度など) ※寝室、居室、トイレ、洗面 ・室内の状況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面 听など各々 エアコン等の家電の操作状況 ・エアコン等の家電の操作状況 ・本人からみて快/不快に感じている関係性 ・本人からみて重要な関係性、信頼を置いている相手 ・本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など) ・本人からみて快/不快に感じている関係性 ・本人からみて重要な関係性、信頼を置いている相手 ・本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など) 本人を取り巻く人との関係 ・本人を取り巻く状況でもとくに、本人を取り巻く人との関係性の把握。 医師、歯科医 性とその変化の把握 また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あ 師、看護師、薬 るとすればどのような変化があるのかの把握。 剤師、 本人に関わっている人の体制の把握(同居者、支援者、事業者など) ・本人に関わっている人の体制の把握(同居者、支援者、事業者など) ・認知症に伴う本人の不安や安心は周囲の人との関係性に起因する PT/OT/ST. 歯 場合も多いため、本人を取り巻く人との関係性、及びその変化を捉える 科衛生士、介護 本人が有する意思決定能力の状況 意思決定に関する本人の想い、不安の状況 本人の意思決 2-1-1 意思決定支 本人が有する意思決定能力の状況 2 将来の準 意思決定支援の重要性へ 意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう 2-1 8 意思決定に関する本人の想い、不安の状況 備としての 定能力を尊重し 援の必要性 の本人及び家族等の理解 支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々 PT/OT/ST、社 意思決定支援に対する家族等の理解度 意思決定支援に対する家族等の理解度 意思決定 た意思決定支 の理解 をうながす支援体制を整え 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 会福祉士・ キーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 キーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 MSW、介護職 の支援 グ)だけを指すものではない。 金銭管理の状況 金銭管理の状況 将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその ※基本ケアとも重複するが 必要になった場合の支援体制を整えることが重要。なお、状況に応じて 「リスク評価」結果を踏まえ 必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要 て特に留意して実施 があることに留意。 意思決定支援に向けて、 ・意思決定支援を判断するために必要な情報が提供されるように支 看護師 キーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 キーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な 本人及び家族等に適切な PT/OT/ST、社 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用 情報が提供される支援体 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) 会福祉士・ 制を整える だけを指すものではない。 MSW、介護職 将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその ※基本ケアとも重複するが 必要になった場合の支援体制を整えることが重要だが、その前提として 「リスク評価」結果を踏まえ 本人及び家族に対し、意思決定に必要な情報が提供されるような体 て特に留意して実施 制を整えることが必要。 今の生活に対する本人の想い 今の生活に対する本人の想い 2-1-2 本人の意思を 10 本人の意思を捉えるための ・本人の言葉を日々捉えられるような体制の整備 看護師 これからの生活に対する本人の想い これからの生活に対する本人の想い 本人の、認知症になるまでの生活における経緯や考えの把握。 PT/OT/ST、社 捉えるための エピソード等の把握 生活歴、成育歴 日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード 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 エピソード等 会福祉士・ 本人が得意にしていること 疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード ※基本ケアとも重複するが の把握 か方法で意思を表明する場合がある。したがって、意思決定支援にお MSW、歯科衛 本人が得意にしていること 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割 これらの項目を本人からだけでなく、家族等からも聞き取る いては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気な 「リスク評価」結果を踏まえ 生士、介護職 疾患発症前の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 い言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であ て特に留意して実施 疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 り、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要。加えて、これらを これらの項目を本人からだけでなく、家族等からも聞き取る 捉えやすくするためには、本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積で きる体制を整えることも重要。 意思決定支 ・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性 2-2 意思決定支援 11 意思決定支援体制を整え 意思決定支援あるいは意思推定支援の必要性が大きくなった場合 ・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性 医師、歯科医 2-2-1 ・意思決定支援チームとして関わりうる人 (※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える) ・意思決定支援チームでの情報共有体制 意思決定支援チームとして関わりうる人 (※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える) 体制の整備 援体制の整 、その支援を行う体制の整備。なお、状況が変化するにつれて、意思 師、看護師、 決定支援チームに参加すべき人も変化することから、まずは誰が意思 PT/OT/ST、社 意思決定支援チームでの情報共有体制 ※基本ケアとも重複するが 決定支援(あるいは意思推定支援)の体制に入るのかを把握するこ 会福祉士・ ・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング 意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング 「リスク評価」結果を踏まえ MSW、歯科衛 とが必要。 なく、チーム体制を整備することが重要である。なお、ここでいう意思決 定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではなく、 状況に応じてその人の重要な意思決定あるいは意思推定を支えるため に関与する関係者が含まれることに留意。

・本検討案は以下のような状態の方を想定した上で支援内容等を検討・整理したものである アルツハイマー型認知症の診断があって、比較的初期~中期(目安:ADLが自立あるいは一部介助程度までであって、認知症高齢者生活自立度でII b程度までの時期)

|                         |     |                            | 想定される | 支援内容  |    |  | 支援の概要、必要性  |   | 込み記載するが、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<br>めの関連するアセスメント/モニタリング項目等   | てめることに由息か必要  |
|-------------------------|-----|----------------------------|-------|---|----|--|--|---|---|--|
| 大項目                     |     | 中項目                        |       | 小項目   |    | 想定される支援内容  | 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目 ※内容の詳細や紹舎よかり仕ま編を発展   | 主なモニタリング項目 ※内容の詳細も母音よれずけま類を発展   | 相談すべき  |
| 3 必要に応じ<br>た連携体<br>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<br>や専門職等と<br>の連携                       |    | かかりつけ医との連携<br>(※必要に応じて専門医<br>や認知症サポート医等とも<br>連携)   | ・受診に際して介護者が医師の指示内容を理解できているか、また日常生活の変化を医師に伝えられているかの状況とその変化の把握。 ・日常の生活の様子を見ていて変化がみられれば、概ね短期目標の期間程度を目安として、医師に情報提供し、その後の支援の方針についての意見をもらう。 ・認知機能の状況によっては、必要に応じて、医師(かかりつけ医だけではな、地域の認知症サポート医、認知症の専門医も含む)と連携して医療に関する意思決定支援の体制の整備。 ・認知症は状況が変化していくものであり、医師の指示の理解だけでなく日常の生活の状況を的確に医師に伝えることが難しい場合もあるため、短期目標の期間程度を目安として、医師に対し、本人の生活の状況の変化の情報共有をしておくことが重要。   | げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など) ・医療に関する意思決定支援の必要性の有無 ・キーパーソン(本人の意思決定を支援の必多、)の有無、本人との関係性 ※認知症は状況が変化していくため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ佐及びかかりつけ歯科医院に情報共有されることが望ましい  | ※内容の詳細や貿高点などは本編を参照 ・かかりいは医/主然医・かかりいは医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方なり、の把機、連携方法の確認 ・かかりいは歯科の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方な と)の把機、連携方法の確認 ・医療機関等・の受診の状況(受診失の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨ける要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など) ・医療に関する意思決定を支援の必要性の有無 ・キーバーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 ・※認知症は状況が変化していため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師に情報共有されることが望ましい   | 専門職業<br>医師、歯科医師、養養師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、社会福祉士・<br>MSW、歯科衛生士、介護職 |
|                         |     |                            |       |   | 13 | かかりつけ医以外の専門職<br>等との連携  | ・日常の生活の変化を把握し、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等(薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護福祉士や社会福祉士、管理栄養士等)と共有する。そのうえで、新たに連携すべき専門職等がいれば連携体制の構築。 ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連する専門職等との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要。   | ・かかりひけ医/主治医・かかりひけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認<br>・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外の専門職の関わり方<br>・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況(認知症疾患医療セン<br>ター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等)  | ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把握、連携方法の確認<br>・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外の専門職の関わり方<br>・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況(認知症疾患医療セン<br>ター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等)  | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、社会福祉士・<br>MSW、歯科衛生士、介護職         |
|                         |     |                            | 3-1-2 | その他の関係する人との連携                                 | 14 |  | ・日常の生活の状況やその変化を把握し、必要に応じて新たに連携すべき相手がいれば連携体制の構築。<br>・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連するサービス事業者やインフォーマルサポート(民生委員、ボランティア等を含む)において関係する人との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要。   | (他の職種やサービス事業者からの報告に基づく) サービス利用中の本人の状況 ・生活の状況の変化 (特に短期目標の期間程度での変化) ・連絡先 (かかりつけ医等) 、専門職間での対応体制 ・本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク・認知症に対する地域の理解の状況 ※ごれらの項目に加え、「6・変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施」で把握する事項も併せて確認する。 | ・(他の職種やサービス事業者からの報告に基づく) サービス利用中の本人の状況・生活の状況の変化 (特に短期目標の期間程度での変化)・連絡先、化かかつけ医等)、専門職間での対応体制・本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク・認知症に対する地域の理解の状況・※これらの項目に加え、「6・変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施」で把握する事項も併せて確認する。   | 会福祉士・  |
| 4 基本的な<br>生活の支<br>援     | 4-1 | 日常生活におけ<br>る本人の意向<br>の尊重   | 4-1-1 | 日常生活における意向の尊重                                 |    |  | <ul> <li>・日常生活における選択(食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等)において、本人の意向が表明され反映されるように、意向の表明を支える体制の整備。</li> <li>・日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要。</li> </ul>  | - 日常生活における意向の表明の状況<br>- 日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ<br>- 日常生活における決定を実質的に誰がしているか  | - 日常生活における意向の表明の状況<br>- 日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ<br>- 日常生活における決定を実質的に誰がしているか  | 看護師、<br>PT/OT/ST、社<br>会福祉士・<br>MSW、介護職                       |
|                         | 4-2 | 一週間の生活<br>リズムを支える<br>ことの支援 | 4-2-1 | 一週間の生<br>活リズムと変<br>化を把握する<br>ことの支援            | 16 | 本人の生活のリズムの把握<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施                               | ・本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等の把握。 ・本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要。   | ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・本人の週次や月次の生活リズム ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動縁、日課など) ・支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)  | ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・本人の週次や月次の生活リズム ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など) ・支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)  | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、社会福祉士・<br>MSW、介護職               |
|                         |     |                            | 4-2-2 | 一週間の生<br>活リズムに<br>沿つた生活・<br>活動を支える<br>ことの支援   | 17 | た生活・活動を支援する体<br>制を整える  | ・本人の日常の生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常の生活における支援者の関わりの状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援。 ・認知症の進行や健康状態の変化により、生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握し、改めて本人にとって心地よい生活リズムを取り戻せるようにするための支援。 ・本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えたうえで、あくまでも本人の心地よいリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要。 ・心地よい生活リズムを捉えたとしても、時間の経過とともにどこかでそれが崩れることがあるため、その変化を把握して生活リズムを取り戻す支援が重要である。なお、その際のリズムは、必ずしも元の生活リズムが正しいのではなく、その状況に合った本人にとって心地よいリズムを改めて把握し、それにそった生活を支援することが重要。 | 運動の時間など) ・休養 睡眠の状況 (タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労略・息苦したなどの自覚症状の有無) ・本人や家族等の交友関係 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況  | ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・本人にとて心地良いであろう生活リズム ・本人の日常生活リズムの変化(生活リズムの崩れの有無、その要因など) ・生活リズムを取り戻すために関わりる支援者と支援内容 ・日常的な活動の状況(日常的な活動が融会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リルピリテーシェルだけなな仕事的作金含ながと ・活動制限の内容・程度(禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の両容・程度(禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準(制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安)・日常的は運動の時間など ・日常的は運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容・運動の時間など ・休養・睡眠の状況(タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない。要が感・息活しさななの自覚症状の有無) ・本人や素疾等の支援関係 ・本人や素疾等の支援関係 ・本人や素疾等の支援関係 ・本人や素疾等の支援関係 ・本人や素疾等の支援関係 ・本人と家疾等の支援関係 | 医師、歯科医師、養養師、薬剤師、<br>門師、門子/OT/ST、社会福祉士・<br>MSW、歯科衛生士、介護職      |
|                         | 4-3 | 日常的に参加する役割を整えることの支援        | 4-3-1 | 家庭や地域で<br>の役割を担い<br>続けるための<br>ADL/IADL<br>の支援 |    | 家庭や地域での役割と現在の状況の把握  ※基本ケアとも重複するが   | ・認知症と診断される以前の生活における家庭や地域における本人の役割と、現在の生活における実行状況、現在の生活で担っている役割を把握する。さらにそうした役割をできるだけ担い続けるうえで捉えるべき認知症の影響の現れ方の把握。 ・認知症の影響が現れても、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のIADLや社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに増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。   | ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況   | -本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、事業者など)<br>-家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方<br>-地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方<br>-金銭管理の大切発生活における家庭内での本人の役割<br>-疾患発症後の日常生活における歌庭内での本人の役割<br>-疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割<br>-本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート  | 看護師、<br>PT/OT/ST、社<br>会福祉士・<br>MSW、介護職                       |
|                         |     |                            |       |   | 19 | 本人が役割を担い続ける<br>ためのリハビリテーションや<br>支援の提供体制の整備<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施 | <ul> <li>・本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制の整備。</li> <li>・認知症があっても本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要。</li> </ul>   | 思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・家庭内での本人の役割に対する本人の認識<br>・地域・社会(家庭外)での本人の役割に対する本人の認識  | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作。それらの維持・改善の見込みなど)・家庭内での本人の役割に対する本人の認識・地域・社会(家庭分)での本人の役割に対する本人の認識・リハビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む)・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード  | 看護師、<br>PT/OT/ST、社<br>会福祉士・<br>MSW、歯科衛<br>生士、介護職             |
|                         |     |                            | 4-3-2 | コミュニケー<br>ションを取るこ<br>との支援                     |    |  | ・日常生活におけるコミュニケーション(聞く、話す、見る)の状況の把握。 ・本人の状況に合わせて、家族及び家族以外の周囲の人との間でコミュニケーションを取りやすいような環境の整備。 ・本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションが択りやすいような環境を整えることが重要。   | ・疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格 ・コミュニケーション (間く、話す、見る) の状況 ・本人と家族等のコミュフケーションの状況 ・本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況 ・コミュニケーションに関する本人の大トノスの状況 ・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード   | - コニュニケーション (間く、話す、見る) の状況 - 本人と家族等のコミュニケーションの状況 - 本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況 - コミュニケーションに関する本人のストレスの状況 - 電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード  | 歯科医、看護師、<br>PT/OT/ST、社会福祉士・<br>MSW、歯科衛生士、介護職                 |
|                         |     |                            | 4-3-3 | 清潔に関する<br>状況の変化を<br>把握し保つこ<br>との支援            |    |  | ・地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況の把握。<br>・本人が清潔を保つことを支える環境の整備。<br>・本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を<br>円滑にする観点からも清潔を保つことが重要。  | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると<br>思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)<br>・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況  | - 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度 - ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど) - 着替え、整容 口腔ケア、入冷等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況・日常的は清潔の状況の把握及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど)  | 歯科医師、看護師、<br>PT/OT/ST、社会福祉士・<br>MSW、歯科衛生士、介護職                |

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

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

ここでは専門職のみ記載するが、認知症の場合は特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要 相定される支援内突 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 支援の概要、必要性 主なアセスメント項目 相談すべき 主なモニタリング項目 想定される支援内容 大項目 中項目 小項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 専門職\* 体調管理や服 4-4-1 体調の変化を 22 ・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 自分の体調に対するうけとめの状況、体調を把握する手段 自分の体調に対するうけとめの状況、体調を把握する手段 4 基本的な 体調管理の支援 医師、歯科医 日常的な体調(食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ等) 日常的な体調(食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ等) 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 薬管理の支援 把握し伝える 師、看護師、薬 生活の支 季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向(体重、外出頻度、家族等との ・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向(体重、外出頻度、家族等との 理できるよう支援する体制の整備。 ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ 高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化して 本人の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制) 本人の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制) PT/OT/ST、 歯 て特に留意して実施 イルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え フレイルの状況がわかるエピソード(転倒等) フレイルの状況がわかるエピソード(転倒等) 科衛生士、介護 ・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支 ・日常的な療養の状況及び支援の体制(本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支 訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉え 爰の必要性、支援者は誰かなど) 暖の必要性、支援者は誰かなど) る体制を整えておくことが重要。 23 日常と異なる状態の把握と 日常と異なる状況の有無、その内容と程度 ・日常と異なる状況の有無、その内容と程度 ・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 医師、歯科医 体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 相手にその変化を伝えられるような体制の整備。 それを表明することの支援 師、看護師、薬 本人の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制) 本人の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制) ・認知症のある高齢者の場合、日常の状態と異なる状態を自ら捉え訴 剖師. ・体調の変化を伝える相手とその関係性 体調の変化を伝える相手とその関係性 ※基本ケアとも重複するが えることが難しい場合もあるため、日常の状態を捉える体制を整えておく いざという時の入院候補先となる医療機関(名前、場所、連絡先など)※予め決めてお いざという時の入院候補先となる医療機関(名前、場所、連絡先など)※予め決めてお PT/OT/ST、介 とができると望ましい 「リスク評価」結果を踏まえ とができると望ましい ことが重要。 護職 て特に留意して実施 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 24 薬の管理と服薬を一定の ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 4-4-2 服薬支援 ・認知症あるいは併発疾患の疹養のためには 医師の指示にしたがった 医師、看護師、 水準で継続できるようにす ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 適切な服薬が必要であることを本人が理解できるような支援体制の整 薬剤師、 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 PT/OT/ST、管 る支援体制を整える ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) 処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族に加 カ量、不足する水分量など) 理栄養士、介護 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) ※基本ケアとも重複するが え、必要に応じて専門職と連携して支援体制の整備。 職 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用 ・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)の変更とそれらの服用状況(正しい量・頻度で 「リスク評価」結果を踏まえ 適切な服薬を継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他 できているか、飲み残しの有無など) **吸用ができているか、飲み残しの有無など)の変化及びその理由** て特に留意して実施 Dメンバーや専門職と連携して支援体制の整備。 できているが、以めが近いの中無なこ) 薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など) かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、 版内ができているが、飲めたの名の有無なと)の変化及びていま日・薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法など) ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、 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は服薬が重要であり、それを本人が可能な限り理 関わり方など)の把握、連携方法の確認 関わり方など)の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況(有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など)の ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況 (有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など) の 解できるように支援することも重要。 把握,連携方法の確認 巴握、連携方法の確認 服薬の確認体制(処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかな ・服薬の確認体制(処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかな ・介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズム・介護者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズム ・服薬支援機器の活用状況 ・服薬支援機器の活用状況 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度(適切な量、日常的な食事の塩分含 ・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度 (適切な量、日常的な食事の塩分含 4-5 基本的なセルフ 4-5-1 水分の摂取 25 必要な水分量の把握と必 ・日常の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制 医師、歯科医 可量など) 有量など) ケアを継続する の支援 要な水分量を摂取できるよ の整備。 師、看護師、薬 水分の摂取に関する失敗のエピソード 水分の摂取に関する失敗のエピソード ことの支援 うにする支援体制を整える ・日常の生活において、必要な水分量を摂取できるよう支援する体制 部師. ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活 D整備。 量、不足する水分量など) 量、不足する水分量など) PT/OT/ST、管 )重、 个足する水分量など) 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、 負荷の度合い、活動量 ミリハピリテーションだけでなく生活動作を含むなど) リ重、小アミョッ・ハア重ねこ) 日常的な活動の状況(日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 くリハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど) ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響ととも ※基本ケアとも重複するが 理栄養士、歯科 「リスク評価」結果を踏まえ こ、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な 衛生士、介護贈 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) て特に留意して実施 水分量と日常の摂取量を把握することが重要。 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など) ・室内の状況(温温度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面 听など各々 ・支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズム・支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズム ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 4-5-2 栄養の摂取 ・日常の生活で必要な栄養を量及びバランスともに十分に取れているか ・本人の特徴(身長・性別・年齢、活動量等)を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握 26 必要な栄養及び日常的な 医師、歯科医 ・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度 摂取状況(摂取方法を含 把握する体制の整備。 師、看護師、薬 食事の摂取に関する失敗のエピソード 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 む) の把握と必要な栄養 剤師. 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) 食事の内容(種類、形態、量、内容など) 理、食事の摂取を支える体制の整備。 ・食事の内容 (種類、形態、量、内容など)
・食事の調理者 (外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)
・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(食事内容や食事のとり方に関 を摂取することを支援する 食事の調理者(外食や配食や物菜なのか、介護者が調理しているのか、購入失など) PT/OT/ST、管 ・栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつなが 食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容(食事内容や食事のとり方に関 理栄養士、歯科 体制を整える こめ、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要。 衛生士、介護聯 する留意点など) ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ※基本ケアとも重複するが 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など □腔機能(摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など)の状況 「リスク評価」結果を踏まえ 口腔機能(摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など)の状況 口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングな 口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングな て特に留意して実施 . 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など) ・ 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など) 排:)サリズハ (頻度、回数、タイミング、内容など) 4-5-3 排泄を続ける 27 できるだけ自立した排泄を ・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 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など) 医師、看護師、 続けられるようにすることの 無)、排泄方法を把握できるような支援体制の整備。 薬剤師 ことの支援 排泄に関する失敗のエピソード ・排泄に関する失敗のエピソード 支援体制を整える 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。 PT/OT/ST, 管 ·日常的な排泄の方法(トイレ、Pトイレ、おむつなど) 日常的な排泄の方法(トイレ、Pトイレ、おむつなど) )、排泄動作を維持できるような支援体制の整備。 排泄内容(便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど) 排泄内容(便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど) 理栄養士、介護 ※基本ケアとも重複するが ・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや 「リスク評価」結果を踏まえ 排泄方法を把握することが重要。 て特に留意して実施 5 これまでの 本人の役割の その人にとって 28 活動と参加を通じた周囲の 本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対す 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤 5-1-1 看護師 生活の尊 維持・拡充に向 の活動と参加 人びととの日常的な交流 る支援を検討するために、日常の生活を通じて交流している人間関係 PT/OT/ST、社 長患発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など 悪発症後(現在)の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など 環境を実現するための支援 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 重と重度 けた持っている を取り巻く交 会福祉士・ 活動と参加に関わる各行為の状況 リハビリテーションの実施状況 (機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む) 活動と参加に関わる各行為の状況 リハビリテーションの実施状況 (機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む) 機能を発揮しや 理的な困惑や葛藤を捉える。これを踏まえ、交流関係に対する支援及 MSW、介護職 化の予防 流環境の整 すい環境の整 び交流を円滑にできるような本人に対する支援を検討。 本人の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制) 本人の健康状態や生活状況を把握する体制(家族等との連携の体制) ※基本ケアとも重複するが ・認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ 「リスク評価」結果を踏まえ 状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、その人に て特に留意して実施 こっての快・不快の変化を捉えることが重要。 本人にとっての快・不快の状況 ・本人にとっての快・不快の状況 29 その人にとっての快・不快と ・日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況の把握。 看護師 ハビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む) リハビリテーションの実施状況(機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む) その変化の状況の把握 ・認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ PT/OT/ST、社 状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、その人に 会福祉士・ ※基本ケアとも重複するが MSW、歯科衛 とっての快・不快の変化を捉えることが重要。 「リスク評価」結果を踏まえ 生士、介護職 て特に留意して実施 5-1-2 持っている機 30 状態に合った活動と参加を 本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境の整備。 看護師 自宅内の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動 ・自宅内の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動 実現する環境整備 能を発揮しや 認知機能が低下しても、本人が自ら活動・参加できるようにするため PT/OT/ST、社 すい環境の割 人的な支援だけでなく、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤 会福祉士・ 自宅の間取り(部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など) 自宅の間取り(部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など) ※基本ケアとも重複するが こ、そうした生活を継続し、拡充できるように生活環境・活動環境を整 自宅外での本人の生活習慣(よくいく場所、そこまでの動線、日課など) MSW、介護職 「リスク評価」結果を踏まえ えることが重要。 て特に留意して実施 新たな役割・機能を獲得す ・認知症になる前の生活と比較して役割を縮小させるだけでなく、さらに 生活歴、成育歴 本人のストレングス 看護師 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・役割を実現するために必要な環境支援 ることの支援 新たな役割機能を獲得できるよう支援。 PT/OT/ST、社 疾患発症前の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割 認知症と診断されることがそのまま従前 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有 ※基本ケアとも重複するが ではなく、状況にあった新たな役割・機能の獲得の可能性があると捉 MSW、介護職 ・役割を実現するために必要な環境支援 無、サービス内容、利用状況 ・免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有 「リスク評価」結果を踏まえ え、本人が参加できるように支援することが重要。 て特に留意して実施

・本検討案は以下のような状態の方を想定した上で支援内容等を検討・整理したものである アルツハイマー型認知症の診断があって、比較的初期~中期(目安:ADLが自立あるいは一部介助程度までであって、認知症高齢者生活自立度でII b程度までの時期)

|                                |  | 想定される | 支援内容                                 |    |  | 支援の概要、必要性  |   | ひみ記載するが、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<br>めの関連するアセスメント/モニタリング項目等  | であることに留意が必要   |
|--------------------------------|--|-------|--------------------------------------|----|--|--|---|--|---|
| 大項目                            | 中項目                                      |       | 小項目                                  |    | 想定される支援内容                                      | 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 相談すべき 専門職*  |
| 5 これまでの                        | 5-2 合併症や併発                               | 5-2-1 | 転倒の予防                                | 32 | 転倒の予防の支援                                       | ・生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況  | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると   | ・ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると  | 医師、歯科医  |
| 生活の尊重と重度化の予防                   | <b>しやすい事故の</b><br>予防                     |       | の支援                                  |    |  | を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制の整備。 ・状況の重度化の要因となる転倒を予防するよう、日常生活動線を把握するとともに環境を整えることが重要。  | 思われる動作。それらの維持・改善の見込みなど) ・筋力の低下の状態 ・窓間認識の状況 ・咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など) ・本人の日沢(24時間)の生活リズム・過こし方 ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など) ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、長さまでの動線、日課など) ・自宅内への関ソクの呼信放び対応状況(任きな後、福祉用具の利用、片付けなど) ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど) ・連絡先(かかりつけ医等)、専門職間での対応体制  | 思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど) ・筋力の低下の状態 ・空間認識の状況 ・空間の状況、義健等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など) ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過こい方 ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など) ・自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、長さまでの動線、日課など) ・自宅内の電別ノの列等風のど切がなが、代生で改修、福祉用具の利用、片付けなど) ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど) ・連絡先(かかりつけ医等)、専門職間での対応体制  | 師、看護師、薬<br>剤師、<br>PT/OT/ST、社<br>会福祉士・<br>MSW、介護職            |
|                                |  | 5-2-2 | 誤嚥の予防<br>の支援                         | 33 |  | ・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の整備。 ・状況の重度化の要因となる誤嚥を予防するよう、日常生活における動線を把握するとともに環境を整えることが重要。  | ・口腔機能(摂食幅下機能、発話発声機能、味覚など)の状況・<br>・口腔内の状況(乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかす<br>が状況など)<br>・咬合の状況、義論等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)<br>・口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングな<br>ど)<br>・食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに<br>声がかすれる、飲み込むときに痛みがある。食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るな<br>ど)<br>・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など<br>・口腔や落下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況(受診・<br>相談の有無、受診・相談の無、受診・相談の頼度など)<br>・食事の用意の方法、食事を用意する人 | - 口腔機能(摂食順下機能、発話発声機能、味覚など)の状況・<br>- 口腔内の状況(乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかす<br>が状況など)<br>- 吸合の状況、義曲等の状況(利用有無、汚れで破損の有無など)<br>- 口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングな<br>と)<br>- 食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに<br>声がかすれる、飲み込むときに痛みがある。食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るな<br>と)<br>- 本人の食の好みやこだりり、偏食の状況など<br>- 口腔や端下機能に関するかかついびを、かかりつけ歯科医への受診・相談の状況(受診・<br>相談の有無、受診・相談の頻度など)<br>・食事の用意の方法、食事を用意する人   | 部、有護部、梁<br>剤師、  |
| 6 行動・心理<br>症状の予<br>防・重度化<br>防止 | 6-1 行動·心理症状<br>の状況と背景<br>要因の把握           | 6-1-1 | 行動・心理症<br>状の具体的<br>内容を把握す<br>る体制の構築  |    | 2.2  | ・行動・心理症状がどのような状況やタイミングで起きているか(どのような状況で起きやすいのか、定期的に起きているのか等)を把握する体制の整備。 ・行動・心理症状を予防するためにも、どのような状況が本人にとっての要因になっているかを分析する必要があるため、まずはどのような状況・タイミングで行動・心理症状が起きているかを把握することが重要。 ・なお、行動・心理症状に対しては背景要因を把握して対応することが基本だが、実際には本人の意思の尊重とのパランスを取ることが難しい場合もあるため、一定の期間にわたって行動・心理症状の現れ方を把握するとともに、日常のその人の状況や意向を併せて把握しておくことが大切。 | の特定など<br>・室内の状況 (温湿度環境、家具や物の配置、照度など) ※寝室、居室、トイレ、洗面<br>所など各々<br>・処方薬の内容 (有無、処方薬の種類) 及びそれらの服用状況 (正しい屋・頻度で服用<br>ができているか、飲み残しの有無など)<br>・本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性   | ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・行動・心理症状の状況(起きるタイミグと現れ方、どのようなことが起きているか、背景要因の特定など) ・室内の状況(温湿度環境、家具や物の配置、照度など)※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそれらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など) ・本人の生活に収力しているが、飲み残しの有無など) ・本人の生活に関わている家族以外の人、それらの人との関係性 ・支援者の関わりの状況(声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど) ・行動・心理症状の状況を把握する体制(家族等との連携の体制)・行動・心理症状の状況を共有する手段(サービス担当者会議、介護起録、ITを活用した情報共有システムの利用など) ※ごれらの項目に加え、「(大項目の)ここまでの経緯の確認」や「大項目1)本人及び家族・支援者の認識の理解」で把握する事項を併せて確認する | 利師、<br>PT/OT/ST、社   |
|                                |  | 6-1-2 | 本人の不安や<br>ストレスの把<br>握                | 35 | 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。 ・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であり、こうした状況を把握して分析し、解消策を実施することは行動・心理症状の予防に重要。   | ・本人が感じる不安(不安の有無、不安の内容、その程度など)<br>・痛みやかかみなどの不快、信葉にならないストレス)を伴う状況の有無、その内容と程度<br>・生活環境に対する本人の好み<br>・室内環境(昔や光など)からくる不快・ストレスの程度及び対応状況(温湿度調整、機<br>械首の軽減、カーテンの活用など)  | ・本人が鳴じる不安(不安の有無、不安の内容、その程度など)<br>・痛みやかゆみなどの不快(言葉にならないストレス)を伴う状況の有無、その内容と程度<br>・生活環境に対する本人の好み<br>・室内環境(音や光など)からくる不快・ストレスの程度及び対応状況(温湿度調整、機<br>械管の軽減、カーテンの活用など)   | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、社会福祉士・<br>MSW、管理栄養士、介護職        |
|                                | 6-2 背景要因に対<br>する取り組みの<br>支援              | 6-2-1 | 背景要因に<br>対する取り組<br>みの支援              |    |  | ・行動・心理症状の背景要因を捉え、特に本人から見た不安や不快、<br>ストレス等を解消するための取り組みと支援。<br>・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<br>ため、その対応も非薬物療法が原則とされる。<br>・したがって、本人からみた不安や不快、ストレス等の状況を把握したう<br>えで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・<br>心理症状の予防に重要。  | ・ケアや川にリーランタを提供する体制・<br>・行動・心理症状の状況を共有する手段(サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など)・<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、<br>情報共有994ミング   | ・本人の健康状態、生活状況 ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・本人の生活に関わている家族以外の人、それらの人との関係性 ・本人や家族等の近所できあいの状況 ・ケアやリバリテーションを提供する体制 ・行動・心理症状の状況を共有する手段(サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有2天足の利用など) ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況  | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、社会福祉士・<br>MSW、管理栄養士、歯科衛生、土、介護職 |
|                                |  |       |                                      | 37 |  | ・行動・心理症状には背景要因があること、その多くが本人から見た不安や不快、ストレスが要因となっていること、そうした背景要因の解決こそが重要であることについて、家族の理解を深める支援。 ・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る。 ・したがって、本人からみた不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要。 ・さらに、本人から見た不安や不快、ストレスの解消のためには、家族等の関わり方を見直す必要がある場合もあることについて、家族等の理解をうながすことも大切。  |   | - 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 - 認知症に対する家族等の理解度 - 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 - 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 - 支援者の関わりの状況(唐かけが必要な場面、海かけをしている人、介護者の生活リズムなど) - 行動・心理症状の状況を起情する体制(家族等との連携の体制) - 行動・心理症状の状況を共有する手段(サービス担当者会議、介護記録、ITを活用した情報共有システムの利用など) - 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング   | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、社会福祉士・<br>MSW、管理栄養士、歯科衛生士、介護職  |
| 7 家族等への対応                      | 7-1 家族支援に必要なサービスの<br>調整支援                | 7-1-1 | 家族等に対す<br>る支援の体制<br>の整備              |    | 提供される体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ   | ・家族等が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援<br>(ねぎらい) が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社<br>会資源をつなぐような支援。<br>・日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、<br>家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対する<br>ねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹<br>介といった支援が重要。  | ・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・認知症に対する家族等の受け止めの状況 ・認知症に対して家族等が感じている不安 ・家族等が必要な情報を収集する手段 ・相談支援の実施の状況 ・家族等に対する支援(相談、不安や悩みの解決など)を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況   | ・疾患に対する本人・家族等の理解度 - 認知症に対する家族等の受け止めの状況 - 認知症に対して家族等が感じている不安 - 家族等が必要な情報を収集する手段 - 相談支援の実施の状況 - 家族等に対する支援(相談、不安や悩みの解決など)を提供しうる地域の社会資源の<br>内容の有無、状況   | 医師、看護師、<br>社会福祉士・<br>MSW、介護職                                |
|                                |  |       |                                      | 39 | ズムが保たれるようにすることの支援<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえ | ・家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたう<br>えて、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<br>介する等の支援。<br>・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<br>も、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対<br>するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の<br>紹介といった支援が重要。  | ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む) ・同居としていない家族等の生活リズム ・仕事や生活との間立に関わる家族等が感じている不安及び悩み ・家族等の作器・睡眠の状況 ・仕事をする家族等の動務の特徴(例:出張や変則動務の有無等) ・仕事をする家族等の会社での役割の変化 ・家族等に対する支援(相談、不安や悩みの解決など)を提供しうる地域の社会資源の<br>内容の有無、状況 ・家族等の不安や悩みの解決に紹介しつる他制度  | ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 ・同居者の有無、同居者の生活リズム(仕事などの状況を含む) ・同居していない家族等の生活リズム ・仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み ・家族等の代養・睡眠の状況 ・仕事をする家族等の動務の特徴(例:出張や変則動務の有無等) ・仕事をする家族等の会社での役割の変化 ・家族等に対する支援(相談、不安や悩みの解決など)を提供しうる地域の社会資源の<br>内容の有無、状況 ・家族等の分子を対したの解決など)を提供しうる地域の社会資源の   | 医師、看護師、<br>社会福祉士・<br>MSW、介護職                                |
|                                |  | 7-1-2 | 本人や家族<br>等にかかわる<br>理解者を増や<br>すことの支援  |    | 解者を増やすことの支援<br>※基本ケアとも重複するが                    | ・家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しと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。・認知症のある方のケアでは、本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要。  | - 本人や家族等の交友関係 - 本人や家族等の生活に関わている人の状況 - 本人や家族等の近所でき扱いの状況 - 地域とのトラブルのエピソード - ・認知能に対する地域の世解の状況 - 地域生活におけるキーパーソン (本人の意思決定を支援しうる人) の有無、本人との関係性 - ・ 認知能力など、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況   | - 本人や家族等の空法に関わている人の状況 - 本人や家族等の空法に関わている人の状況 - 本人や家族等の近所できないの状況 - 地域とのトラブルのエピソード - 認知症に対する地域の理解の状況 - 地域生活におけるキーパーソン(本人の意思決定を支援しうる人)の有無、本人との関係性 - 認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況   | 医師、歯科医師<br>医、看護師、社<br>会福祉士・<br>MSW、歯科衛<br>生士、介護職            |
|                                | 7-2 将来にわたり生<br>活を継続できる<br>ようにすることの<br>支援 | 7-2-1 | 将来にわたり<br>生活を継続で<br>きるようにする<br>ことの支援 |    | きるようにすることの支援<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ  | ・将来にわたり、本人の尊厳を守り、できる限り今の生活を継続できるよう、本人や家族の生活の意向を捉えるとともに、将来の生活に備えて利用可能な地域資源があることを伝える支援。 ・認知症の方の尊厳のある生活を支えていくのは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、意向を把握しつつ活用可能な地域資源を伝えることが重要。  | ・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・志人や家族等の将来の生活の意向に応うるカイーマルなしな・例:成年後見、地域 権利譲襲事業等)及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 ・地域で利用可能なインフォースルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 ・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備   | - 将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・本人小家族等の将来の生活の意向に応えろるフォーマルなしみ (例: 成年後見、地域 権利辩護事業等) 及びその他サービスの選択股の有無、利用可能性 ・地域で利用可能なインフォーフルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 ・将来的に死後も意思や簡向を反映できるようにすることの支援 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備   | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、社会福祉士・<br>MSW、介護職              |

## 【概要版(項目一覧)】疾患別ケア: 誤嚥性肺炎の予防

・本疾患別ケアは、誤嚥性肺炎のリスケが大きし要介護高齢者が、日常生活において発症予防/再発予防のために必要と想定される支援を整理したもの。日常生活における「予防」を対象範囲とする。 ・本疾患別ケアでは、誤嚥性肺炎を「ADLや全身機能の低下、特に脳血管障害を有する場合に認められやすい嚥下機能障害を背景に起きる肺炎」として捉える。不顕性の誤嚥によって起こる肺炎も含める。

|                               |                             | 想定され  | る支援内容                          |  | 支援の概要、必要性   | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等  |  |  |  |
|-------------------------------|-----------------------------|-------|--------------------------------|--|---|--|--|--|--|
| 大項目                           | 中項目                         |       | 小項目                            | 想定される支援内容  | 支援の概要、必要性   | 主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 相談すべき  |  |
| O 誤嚥性肺<br>炎の予防<br>の必要性<br>の理解 | 0-1 誤嚥性肺炎の<br>予防の必要性<br>の理解 | 0-1-1 | 必要性の理<br>解                     | 1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解  | ・誤嚥性肺炎は高齢者に多く起こりうる疾患であり、罹患すると重篤な<br>影響を及ぼす可能性が大きいことの理解をうながす。<br>・誤嚥性肺炎は、リスクの評価と予防で対応できるので、そのための取り<br>組みが重要であることの理解をうながす。  |  | ・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・本人のかかりつけ態利医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク   | 医師、歯科医   |  |
| 1 リスクの<br>(再) 評<br>価          |                             | 1-1-1 | 誤嚥リスクの<br>評価に資する<br>情報の収集      | 2 日常の健康状態や生活状<br>況の継続的な把握と共有   | ・誤嚥性肺炎の予防のためにはまず誤嚥リスクの評価が重要であるため、本人の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。 ・おお、状態は変化することがあるので、一度で終わらせず継続的に把握・共有。 ・疾患や障害による影響を評価できるようにするため、本人の疾患の履歴や、障害の有無、認知機能の低下とそれに伴う生活障害等の状況を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。  | ・疾患歴(特に脳血管疾患など嚥下機能に影響を与えつる疾患の履歴)<br>・(入院していた場合)入院中に受けていたケア内容(医療的ケアに加え栄養管理やリハ<br>ピリテーションの内容を含む)<br>・本人の健康状態、生活状況<br>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・障害の有無と程度<br>・生活における覚慮、活発度の状況<br>・咀嚼や痛下に関わるトラブル(出来事)<br>・かかりつけ医(主法医・かかりつけの医療機関の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、<br>関わり方など)の把握、連携方法の確認<br>・本人の健康状態や生活状況を把握する体制(同居家族等だけでなく、支援者を含めた<br>連携体制)<br>・現在利用している医療サービスの有無と種類、介護サービスの有無と種類   | ・本人の健康状態、生活状況 - 認知機能の程度、日常生活における障害の有無 - 障害の有無と程度 - 生活における障害、日常生活における障害の有無 - 障害の有無と程度 - 生活における障理、活発度の状況 - 咀嚼や喘下に関わるトラブル (出来事) - 功かりつけ医(主治医・かかりつけの医療機関の状況 (有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など) の把握、連携方法の確認 - 本人の健康状態や生活状況を把握する体制 (同居家族等だけでなく、支援者を含めた連携体制) - 現在利用している医療サービスの有無と種類、介護サービスの有無と種類   | 医師、歯科医師、看護師、<br>門/OT/ST、歯科衛生士、介護職                  |  |
|                               |                             |       |                                | 3 かみ合わせや咀嚼及び義<br>歯の状況等の継続的な把<br>握と共有                                   | ・摂食嚥下機能と誤嚥リスクの評価の根拠とするため、かみ合わせや咀<br>噌及び義歯の状況、舌運動の様相、サービスを受ける前の期間におけ<br>る義歯の管理の状態など、摂食嚥下機能にかかわる日常の状態を把<br>握し、評価する専門職と共有。<br>・なお、状態は変化することがあるので、状況の把握は一度で終わらせ<br>ず継続的な把握・共有。  | ・食事における明朝、飲み込みの状況、幅下動作など<br>・咬合の状況、微曲等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)<br>・食事をとてはる場所・環境(ベッドが机か、椅子や机の高さなど)<br>・食事をとる際の姿勢・食事のとり方<br>・食事をとる際の姿勢・食事のとり方<br>・食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況(有無、介助の方法、食べさせ方<br>など)   | ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れや破損の有無など)・食事をとつている場所・環境(ペットが低か、椅子や机の高さなど)・食事をこ務の姿勢・食事のとり方・りないが、(有無、介助の方法、食べさせたなど)・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の把爆、連携方法の確認  | 職  |  |
|                               |                             |       |                                | 4 誤嚥リスクが疑われる出来<br>事の把握   | ・誤嚥リスクの評価の根拠となる、咀嚼や嚥下に関わるトラブルなどの出来事を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。  | ・咀嚼や嚥下に関わるトラブル(出来事)  | ・咀嚼や嚥下に関わるトラブル(出来事)  | 歯科医師、看護師、歯科衛生<br>士、介護職                             |  |
|                               |                             | 1-1-2 | 誤嚥による肺<br>炎のリスクの<br>把握         | 5 咳や呼吸、口腔衛生の状<br>況の把握と共有   | ・誤嚥による肺炎のリスクを把握するため、日常的な咳の状況(咳をする頻度、どのようなタイプの咳か、いつ多くなるか、むせの有無など)を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。 ・肺炎の発症につながるリスクを評価する根拠とするため、日常的な口腔ケアの状況や口腔内衛生状態の概要を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。  | の状況など<br>・口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど)<br>・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング(例:動作時、食事の途中など)、咳・むせの   | ・口腔内の状況(乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など) ・口腔ケアの状況(自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど) ・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング(例:動作時、食事の途中など)、咳・むせの頻度、痰のタイプなど ・息切れの有無 ・力かりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況(有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など)の形態、連携方法の確認 ・現在利用している専門的なサービス(訪問歯科、訪問歯科衛生士等)   | 師、看護師、薬<br>剤師、<br>PT/OT/ST、歯<br>科衛生士、管理<br>栄養士、介護職 |  |
| 2 日常的な<br>発症及び<br>再発の予<br>防   | 2-1 摂食嚥下機能<br>の支援           | 2-1-1 | 摂食嚥下機<br>能の改善・維<br>持           |  | ・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション(専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む)が提供されるようなケア体制を整える。 ・セルフケアとして自身で実施可能な取り組みやリハビリテーションについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有。 ・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、発声・発話の維持・改善のリハビリテーションが提供されるようなケア体制を整える。 ・なお、過去に気管切開処置が行われている場合には、喉頭の運動の抑制から嚥下障害が生じるため、病歴を注意して把握し専門職と共有。  | (人院していた場合) 入院中の口腔に関するケア内容     (入院していた場合) 入院中のリピリテーションの内容     ・嚥下障害に関係しろる病歴の有無(気管切開など)     ・専門職による本人の摂食場下機能の評価結果     日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)     ・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カリーやたんぱく質の不足など)     ・投資・所能改善のためのリピリテーション(実施有無、必要性、内容など)     ・発声・発話の維持・改善のためのリピリテーションの必要性とその内容     ・本人にあったリルピリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況   | ・専門職による本人の摂食場下機能の評価結果<br>・日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)<br>・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など)<br>・摂食場下機能改善のためのリビリテーション(実施有無、必要性、内容など)<br>・発声・発話の維持・改善のためのリビリテーションの必要性とその内容<br>・本人にあったリビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用が況  | 医師、歯科医師、看護師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、管理<br>《栄養士、介護職      |  |
|                               |                             |       |                                | 7 口腔乾燥への支援<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施               | <ul> <li>・唾液分泌が減り、口腔乾燥が進むと、摂食嚥下のトラブルが起きやすくなるため、これを防ぐために口の中が乾きすぎないようにするようなケア体制を整える。</li> <li>・口腔乾燥がある場合にその原因を評価するため、口渇、口腔乾燥をもたらす要因となる服薬内容等の情報を把握し、薬剤師等の専門職にその情報を共有。</li> </ul>   | ・口腔状態(口腔乾燥など)に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無  | - 日常生活での口の間きの状況、口呼吸などの状況、常時間口を強いるような姿勢の有無 - 口腔状態 (口腔乾燥など) に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無 - 日常的な水分損取の状況 (水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など) - 食事の内容 (種類、形態、量、内容など) - 排泄切容 (極類、形態、量、内容など) - 排泄切法 (頻度、回数、タイミング、内容など) - 排泄内容 (使移下平泉にいた状況の有無、日常の排泄内容との違いなど) - 自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況 (窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・プラインドの利用状況など)  | 師、看護師、薬<br>剤師、歯科衛生<br>士、管理栄養<br>士、介護職              |  |
|                               | 2-2 リスクを小さくする支援             | 2-2-1 | 嚥下トラブル<br>なく食事をと<br>ることの支援     | 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                     | <ul> <li>本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、メニューや調理方法、あるいは食形態が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。</li> <li>・同居家族などが主に調理している介護者である場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食内容に関する留意点を共有。</li> </ul>  | ・専門職による本人の摂食塔下機能の評価結果<br>・食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもご違う、食事中にむせる、飲み込んだときに<br>声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るな<br>ど)<br>・食事の内容(種類、形態、量、内容など)<br>・食事の調理者(外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)<br>・本人の食の好みやこだかり、傷食の状況など   | - 専門職による本人の摂食矯下機能の評価結果 - 食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもご違う、食事中にむせる、飲み込んだときに<br>声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るな<br>ど)・食事の内容(種類、形態、鬃、内容など)<br>・食事の調理者(外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など)<br>・ 本人の食の好みやごだりの、偏食の状況など   | 歯科医師、看護師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職              |  |
|                               |                             |       |                                | 9 食事のとり方や環境の整備<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>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、必要に応じて食事をとる食具の使用や環境を見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。<br>・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、食事をとる姿勢や食事のとり方が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。<br>・同居家族などが一緒に食事をとることが多かったり、食事介助を行っている場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食事の摂取に関する留意点を共有。<br>なお、食事介助を行っている場合、食事に十分な時間が確保できないために本人の残存能力を無視した過剰な食事介助とならないように留意。<br>・誤嚥のリスクを高めないように、適切な食事姿勢が介助者によって提供されるような体制を整える。 | ・食事の際の本人の様子(食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに<br>声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るな<br>ど)  | ・専門職による本人の摂食場下機能の評価結果 ・食事の際の本人の根食「食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに<br>声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなと) ・食器の保持の状況 ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境 ・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる際の姿勢・食事のとり方 ・評価結果を踏まえて見直すぐき食器や道具 ・食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況(有無、介助の方法、食べさせ方など) ・食剤の口腔体操、嚥下体操の実施の有無 ・食剤や道具・食事をとる環境を提供しうる地域の社会資源の有無、状況  | 歯科医師、看護師、薬剤師、<br>下T/OT/ST、歯科衛生士、管理<br>栄養士、介護職      |  |
|                               |                             | 2-2-2 | フレイル予防<br>のために必要<br>な栄養の確<br>保 | 10 食事内容と栄養摂取状況<br>の把握と改善<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>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。 ・状況が変化しうるため、一度きりではなく継続的に状況が把握できるよう、介護者や他の専門職等とも連携して日常の状態を随時把握できるような体制を整える。 ・十分な栄養を摂取できる食事に本人が集中し、食欲をもち食事を楽しむことができるよう、慣れ親しんだ食事環境を整えたり、好きなものを定期的にとれるようにしたりといったケア体制を整える。  | ・本人及び同居家族等の生活リズム(特に食事のタイミング) ・日常的な食事の摂取の状況(食事回該、食事量、食水規しの有無、間食の有無など) ・食事の際の本人の様子(食べる速度がいちと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに<br>声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど) ・食欲の状況 ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事をとつている場所・環境(ベッドか机か、椅子や机の高さなど) ・日常的に使っている食器 ・食事から現取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など) ・排泄内ズム(頻度、回数、タイミング、内容など) ・排泄内容(便秘や下痢といた状況の有無、日常の排泄内容との違いなど) ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど) | ・本人及び同居家族等の生活リズム(特に食事のタイミング) ・日常的な食事の摂取の状況(食事回飲、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) 食事の際の本人の様子(食べる速度が、いちと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに<br>声がかすれる。飲み込むときに痛みがある。食べものがよくのどに詰まる。のどがゴロゴロ鳴るなど) ・食欲の状況 ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・食事をとっている場所・環境(ベッドが札か、椅子や机の高さなど) ・食事から摂取している水分や栄養(水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など) ・排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など) ・排泄内容(便秘や下海にいった状況の有無、日常の排泄内容との遺いなど) ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制(本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移(急激な増減がないか)、支援の必要性、支援者は誰かなど) | 看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、管理栄養士、介護職                     |  |
|                               |                             | 2-2-3 | 口腔ケアの実<br>施                    | 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                       | ・感染症を防ぐため定期的な口腔ケアを行うことができるよう、ケア体制を整える。<br>(例えば、はみがき、義歯の洗浄などに加え、どの程度実践できているかの確認を、セルフケアとして自ら行うあるいは、家族介護者や専門職などが行う体制を整えること)  | ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度 ・口腔内の状況 (乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など) ・口腔ケアの状況 (自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミンガなど) ・かかりつけ薬局・かかつけ薬剤師の状況 (有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など) の 把握、連携方法の確認  | ・  | か、有護的、条<br>剤師、<br>PT/OT/ST、歯                       |  |
| 3 再評価                         | 3-1 リスクの再評価                 | 3-1-1 | リスクの再評 価                       |  | ・本人の健康状態や生活環境の変化に伴ってリスクは変化するので、一定期間ごとに上記のようなリスク評価を再度実施。<br>・過去に一度誤嚥性肺炎を発症している場合(二次予防)は、前回発症した際の状況の振り返りも併せて行う。   | ※「(大項目1)リスクの(再)評価」で把握する項目と同じ   | ※「(大項目1)リスクの(再)評価」で把握する項目と同じ   | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職       |  |
|                               |                             |       |                                |  |   |  |  |  |  |

## 【概要版(項目一覧)】疾患別ケア: 誤嚥性肺炎の予防

・本疾患別ケアは、誤嚥性肺炎のリスケが大きい要介護高齢者が、日常生活において発症予防/再発予防のために必要と想定される支援を整理したもの。日常生活における「予防」を対象範囲とする。 ・本疾患別ケアでは、誤嚥性肺炎を「ADLや全身機能の低下、特に脳血管障害を有する場合に認められやすい嚥下機能障害を背景に起きる肺炎」として捉える。不顕性の誤嚥によって起こる肺炎も含める。

|                     |                               | 想定され  | る支援内容                     |    |  | 支援の概要、必要性  | 適切な支援内容とするた   | めの関連するアセスメント/モニタリング項目等   |  |
|---------------------|-------------------------------|-------|---------------------------|----|--|--|---|--|--|
| 大項目                 | 中項目                           |       | 小項目                       |    | 想定される支援内容  | 支援の概要、必要性  | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照  | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照   | 相談すべき<br>専門職                                     |
| 4 変化を把握したときの対応体制の構築 | 4-1 変化を把握した<br>ときの対応体制<br>の構築 | 4-1-1 | 変化を把握し<br>たときの対応<br>体制の構築 | 13 | 短期的な変化を把握したと<br>きの連絡・対応体制の事<br>前検討                       | ・肺炎は進行が速い疾患なので、短期間に日常の状態から変化したときには、迅速にかかりつけ医等に情報共有することが重要。<br>・家族や介護者が、短期的な変化を把握したときに迅速に医療者等の他の職種につなぐことができるよう、連絡・対応体制を事前に整理し、<br>共有。   |   | ・医師の判断を踏まえた。本人における留意でへき氷候<br>・家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)<br>・連絡先(かかりつけ医等)、専門職間での対応体制   | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職     |
|                     |                               |       |                           | 14 | 有する支援体制の整備<br>※基本ケアとも重複するが<br>「リスク評価」結果を踏まえ<br>て特に留意して実施 | ・不顕性の誤嚥による肺炎の可能性も視野に入れ、日常の状態との違いに気づきやすい体制を整えるため、ケアに関わる関係者の間で気を配っておくべき兆候を整理し共有。 ・留意すべき兆候が把握され、かかりつけ医等に情報共有した結果、必要と支持されたケアが提供されるよう調整。・具体的には、むせや咳の状況、食事のときにのどがゴロゴロ鳴るなどの様子が考えられる。また、以前よりも元気がない、食欲が低下しているなどの長期的な変化の兆候を把握。・なお、本人にとっての留意すべき兆候は、健康状態や生活状態によって一人ひとり異なるため、まずは本人の日常の状況を把握し共有できる体制を整えることが重要。 | 動庫、不足9の水刀無値と)<br>・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング(例:動作時、食事の途中など)、咳・むせの<br>頻度、咳のタイプなど   | ・本人の健康状態、生活状況 ・本人の日常生活リズム(起床就寝、食事、仕事や日課等) ・日常的は食事の摂取の状況(食事回飲、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など) 食事の服物な人の様子(食み透速度がいったと贈う、食事中にむせる、飲み込んださに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがコロゴロ鳴るなど) ・日常的な水分摂取の状況(水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など) ・咳、むせの有無、咳、むせが出るタイミング(例:動作時、食事の途中など)、咳・むせの頻度、咳のサイカなど ・医師から指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など) ・医師による判断の状況(人族等でもか苦か) ・医師になり期の状況(人族等でもか苦か) ・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候 ・長期的な変化の兆候(以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど) ・家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など) | 1) 告出 答理   |
|                     | 4-2 入院後の生活<br>復帰の見通し<br>の共有   | 4-2-1 | 入院後の生<br>活復帰の見<br>通しの共有   | 15 | 有<br>※基本ケアとも重複するが  | ・肺炎によって入院する場合でも、入院時点から退院後及び自宅での<br>療養に際しての留意事項を把握し共有。<br>・退院後の生活の回復を円滑に行うため、入院時に実施されたリスク<br>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。<br>・なお、入院時点において、本人が肺炎を繰り返すリスクを小さくする治<br>療に資するよう、日常的に把握している本人の摂食嚥下や食事の状<br>況等の情報を、病院の主治医等に伝達。  | ・退院の見込み時期<br>・退院後のケアの体制(家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など)<br>・医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での<br>留意事項、判断の目安に関する説明など) | - 退院の見込み時期<br>- 退院後のケアの体制(家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など)<br>- 医師からの指示・指導の有無、指導の内容(日常生活での制限の有無、日常生活での<br>留意事項、判断の目安に関する説明など)   | 医師、歯科医師、養育師、薬剤師、<br>PT/OT/ST、歯科衛生士、管理<br>栄養士、介護職 |