

---

ケアマネジメントにおける  
アセスメント/モニタリング標準化  
「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」  
がある方のケア

---

平成 30 年 3 月 31 日  
株式会社 日本総合研究所



# 目次

<b>第1章 本標準項目作成の目的と活用方法</b> .....	<b>1</b>
1. 本標準項目作成の目的と適用範囲.....	1
(1)背景.....	1
(2)目的.....	1
(3)標準化の考え方.....	1
(4)適用範囲.....	2
2. 本標準項目及び添付様式の活用方法と留意点.....	2
(1)活用方法.....	2
(介護支援専門員による活用).....	2
(指導担当者による活用).....	3
(地域包括支援センターにおける活用).....	3
(保険者(自治体)における活用).....	3
(2)留意点.....	3
(本人の生活を総合的に捉え、個別化することが必要).....	3
(多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する).....	4
(入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する).....	4
3. 疾患別ケアマネジメントの構成に関する説明と活用方法.....	5
<b>第2章 基本ケア</b> .....	<b>6</b>
1. 病状・病態予測と予防の重要性.....	6
1-1 食事と栄養.....	6
1-1-1 健康を維持するための栄養の確保と指導.....	6
1-1-2 食事の状態の確認.....	8
1-2 嚥下.....	9
1-2-1 食事するための環境の確保.....	9
1-2-2 食形態の工夫.....	10
1-2-3 生活リズムを整える.....	12
1-3 口腔ケア.....	13
1-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保.....	13
1-3-2 口腔ケアの援助.....	14
1-3-3 口腔乾燥の防止.....	14
1-4 服薬管理の支援.....	15
1-4-1 服薬支援.....	15
2. 家庭や地域での役割を見出す.....	17
2-1 身体機能の維持・向上.....	17
2-1-1 自宅での活動の確保.....	17
2-1-2 外出の機会の確保.....	18
2-2 排泄.....	20
2-2-1 排泄に関わる本人の状態を確認する.....	20
2-2-2 排泄環境を確保する.....	22

2-3 コミュニケーション .....	24
2-3-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定 .....	24
2-3-2 コミュニケーション方法の再構築 .....	25
3. 生活の場における安全管理 .....	27
3-1 身体機能の低下を防ぐ .....	27
3-1-1 転倒・骨折予防 .....	27
3-1-2 廃用予防 .....	27
3-2 嚥下 .....	29
3-2-1 食事するための環境の確保 .....	29
3-2-1 食形態の工夫 .....	30
3-3 口腔ケア .....	32
3-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 .....	32
3-3-2 口腔ケアの援助 .....	33
3-3-3 口腔乾燥の防止 .....	33
3-4 感染予防 .....	34
3-4-1 清潔ケア .....	34
3-4-2 感染症の予防 .....	36
3-4-3 感染症の早期発見と治療 .....	38
4. 家族支援 .....	40
4-1 家族の受容に対する支援 .....	40
4-1-1 家族の知識、技術の習得の支援 .....	40
4-1-2 家族の生活ペースの再設計 .....	41
4-1-3 精神的サポート .....	42
4-2 摂食動作・認知障害 .....	44
4-2-1 理解 .....	44
4-2-2 支援 .....	44
4-3 排泄 .....	45
4-3-1 状態の把握 .....	45
4-3-2 支援 .....	45
4-4 コミュニケーション .....	46
4-4-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定 .....	46
4-4-2 コミュニケーション方法の再構築 .....	48
<b>第3章 脳血管疾患 .....</b>	<b>50</b>
脳血管疾患 I期 .....	50
1.再発予防 .....	50
1-1 血圧や疾病の管理の支援 .....	50
1-1-1 基本的な疾患管理の支援 .....	50
1-1-2 血圧等の体調の確認 .....	53
1-1-3 環境整備 .....	54
1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供 .....	57
1-2 服薬管理の支援 .....	58

1-2-1 服薬支援.....	58
1-3 生活習慣の改善.....	60
1-3-1 規則正しい生活リズムの構築.....	60
1-3-2 脱水予防.....	61
2. 生活機能の維持・向上.....	64
2-1 心身機能の回復・維持.....	64
2-1-1 機能訓練(機能障害の回復・改善に向けて).....	64
2-2 心理的回復の支援.....	65
2-2-1 受容の支援.....	65
2-3 活動と参加に関わる能力の維持・改善.....	67
2-3-1 機能訓練(機能障害の回復・改善に向けて).....	67
2-3-2 コミュニケーション能力の改善.....	68
2-3-3 社会参加の機会の確保.....	69
2-4 リスク管理.....	71
2-4-1 食事と栄養の確保.....	71
2-4-2 転倒予防.....	72
脳血管疾患 Ⅱ期.....	73
1. 継続的な再発予防.....	73
1-1 血圧や疾病の自己管理の支援.....	73
1-1-1 基本的な疾患管理の支援.....	73
1-1-2 血圧等の体調の確認.....	75
1-1-3 環境の維持.....	76
1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供.....	78
1-2 服薬の自己管理.....	79
1-2-1 服薬支援.....	79
1-3 生活習慣の維持.....	81
1-3-1 規則正しい生活リズムの構築.....	81
1-3-2 脱水予防.....	82
2.セルフマネジメントへの移行.....	84
2-1 心身機能の見直しとさらなる回復・維持.....	84
2-1-1 機能訓練(機能障害の回復・改善に向けて).....	84
2-2 心理的回復の支援.....	85
2-2-1 受容の支援.....	85
2-2-2 行動変容の状況の確認と継続的な支援.....	86
2-3 活動と参加に関わる能力の維持・向上.....	87
2-3-1 機能訓練(残存機能の維持・活用のための).....	87
2-3-2 コミュニケーション能力の改善.....	88
2-3-3 社会参加の機会の維持・拡大.....	89
2-4 リスクの管理.....	91
2-4-1 食事と栄養の確保.....	91
2-4-2 状態に合った環境整備.....	91

2-4-3 転倒予防.....	92
<b>第4章 大腿骨頸部骨折.....</b>	<b>94</b>
大腿骨頸部骨折 I期.....	94
1. 再骨折の予防.....	94
1-1 転倒予防.....	94
1-1-1 転倒予防.....	94
1-2 骨粗しょう症の予防.....	95
1-2-1 服薬支援.....	95
1-2-2 治療の継続の支援.....	97
2 骨折前の生活機能の回復.....	98
2-1 歩行の獲得.....	98
2-1-1 歩行機能訓練.....	98
2-1-2 心理的不安の排除.....	99
2-2 生活機能の回復.....	100
2-2-1 ADL/IADL の回復.....	100
2-2-2 食事と栄養の確保.....	101
2-2-3 環境整備.....	101
2-3 社会参加の回復.....	102
2-3-1 社会参加の機会の回復.....	102
大腿骨頸部骨折 II期.....	104
1. 再骨折の予防.....	104
1-1 転倒予防.....	104
1-1-1 転倒しないための身体機能の維持.....	104
1-2 骨粗しょう症の予防.....	104
1-2-1 服薬支援.....	104
1-2-2 治療の継続の支援.....	106
2. セルフマネジメントへの移行.....	108
2-1 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進(自助・互助への移行).....	108
2-1-1 ADL/IADL の確認とセルフマネジメントへの移行.....	108
2-1-2 食事と栄養のセルフマネジメントへの移行.....	109
2-1-3 環境整備.....	109
2-1-4 社会参加の機会の維持・拡大.....	110
<b>第5章 多職種連携の重要性.....</b>	<b>111</b>
1. 多職種連携の重要性.....	111
(1)入院・入所先時の多職種連携.....	111
(2)かかりつけ歯科医との連携.....	111
(3)かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携.....	112
2. かかりつけ医との連携の重要性.....	113
<b>巻末資料・別冊資料.....</b>	<b>115</b>
巻末資料1 項目一覧	
巻末資料2 ケアマネジメントの標準化に関する概念図	



# 第1章 本標準項目作成の目的と活用方法

## 1. 本標準項目作成の目的と適用範囲

### (1)背景

- ・ 全国の各地域において、2025年を目標に地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが進んでいる。ケアマネジメントは地域包括ケアシステムを構成する様々な要素を繋ぎ、高齢者ができる限り住み慣れた地域において暮らし続けられるよう支援するための重要な機能である。
- ・ 一方で、地域における高齢者の生活のありようが多様化し、ケアマネジメントにおいて取り扱うべき社会資源の範囲も広がっている。その結果、介護支援専門員はこれまで以上に多くの情報を収集・分析し、ケアマネジメントを推進していく必要に迫られている。
- ・ こうした状況において、今後は、介護支援専門員が一人ですべての情報の収集・分析を担うのではなく、これまで以上に多職種間での連携を進め、高齢者一人ひとりの生活や意欲を汲んだ、本人の状態の維持・改善に向けた支援が求められている。
- ・ 具体的には、各地域における包括的・継続的ケアマネジメント支援として、保険者（自治体）や地域包括支援センターによる介護支援専門員向けの相談対応や研修の実施、地域ケア会議の開催等の取り組みが行われている。
- ・ 加えて、政府においても、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）において、自立支援と介護の重度化防止を推進するため「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととされた。

### (2)目的

- ・ 本標準項目は、自立支援に資する適切なケアマネジメントの推進、具体的には介護支援専門員個々が作成するケアプランの内容やケアマネジメントに関するばらつきの縮小を目的として、一定の条件下において想定される支援内容の整理と共有化を試みたものである。
- ・ こうした整理により、介護支援専門員に対し必要な知識を付与することで、既に実施しているケアマネジメントプロセスにおいて、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用でき、効果的なアセスメントを可能にし、サービス担当者会議の機能を高め、結果として、現在の生活課題の把握及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担や協働の推進、ひいてはケアマネジメントの質の向上を図ろうとするものである。
- ・ なお、行われるべき支援として想定される支援内容の中には、基礎疾患の種類にもよるが、必然的に医療によるケアを必要とするものが多く含まれる。療養に係る判断や利用者の状態が悪化したときの対応などは、当然、まず「医療につなぐこと」が重要であることは言うまでもない。ただし、そうした連携を円滑に行うことができるようにするためにも、ケアマネジャーが医療によるケアが必要な場面について基礎的な知識を持つことが求められる。ケアマネジメントの標準化により、ケアマネジャーが医療との関わりについて理解しやすくなることを企図する。

### (3)標準化の考え方

- ・ 前項(2)に挙げたとおりとおり、本標準項目は、介護支援専門員が作成するケアプランの内容やケアマネジメントに関するばらつきを縮小させることを目的としている。この目的のために要介護状態となった原因疾患と状態（退

院後から在宅での生活が安定するまでの期間)に着目し、同じ原因疾患や状態に対して必要性が想定される支援内容のパターンを「標準的な支援内容」として整理した。つまり、利用者の基本的な状態ごとの支援内容の「仮説」を定めたものである。これが、本標準項目における標準化の考え方である。

- ・ なお、本標準項目で標準として整理した支援内容はあくまでも「仮説」であって、利用者の一人ひとりに対し、その心身の状況や生活の状態に応じて、その人にとって必要な支援内容は異なる。つまり、本標準項目で示しているのは想定される支援内容であって、この標準を出発点として、アセスメントの結果を踏まえた個別化(その人のニーズに応じた個別的なケアプラン案の作成)が必要なことはいうまでもない。

## (4)適用範囲

- ・ 本標準項目では、要介護認定の起因疾患として多い疾患の中から、「脳血管疾患」と「大腿骨頸部骨折」を取り上げている。これらの疾患は、医療における「連携パス(クリティカルパス)」の整備や活用が行われている例が多い疾患でもあり、退院後から在宅生活への円滑な移行やその状態に応じた支援の検討が行われやすいとも考えられるためである。
- ・ 退院後(急性期あるいは回復期からの退院後)、在宅に移行した後に必要と考えられる支援内容については、退院後の時期によって変化することから、本標準項目においては退院後の時期に着目して「Ⅰ期(概ね退院後3ヵ月程度)」と「Ⅱ期(4ヵ月以降)」と整理した。3ヵ月としたのは、診療報酬上リハビリテーションにおいて急性期からの退院後のフォローが算定される時期でもあり、生活が安定して在宅における療養を続けていく体制を整えるまでの時期として整理できると考えられるためである。

## 2. 本標準項目及び添付様式の活用方法と留意点

- ・ 本標準項目は、介護支援専門員あるいは介護支援専門員の指導を担当する者、地域包括支援センター、保険者(自治体)が利用することを想定している。具体的に想定している活用方法・活用場面は以下のとおり。

### (1)活用方法

#### (介護支援専門員による活用)

- ・ 目的に示したとおり、本標準項目は介護支援専門員の資質向上を目的として整理したものであるため、まずは日々のケアマネジメントの実践において介護支援専門員に標準項目を活用していただきたい。具体的には、本標準項目が想定した状態の本人を担当することとなったときに、(再)アセスメントあるいはケアプラン原案の作成の段階で、本標準項目を参考に支援内容の必要性を検討していただきたい。
- ・ 本標準項目に記載したような内容が暗黙知として身につけている経験豊富な介護支援専門員の場合は、担当する都度、毎回参照する必要はなく、数ヵ月に一度程度、自らのケアマネジメント実践を振り返る機会に参照するような活用方法が考えられる。
- ・ 一方、初任段階の介護支援専門員においては、(再)アセスメントやケアプラン原案の作成段階において持つべき視点、必要な支援についての仮説を想起できないといった課題もある。こうした場合には、該当する事例を担当する都度に、本標準項目の添付一覧表をチェックリストのような形で活用して、情報の収集・分析、検討の視点に抜け漏れがないようにするといった活用方法も有効である。

## **(指導担当者による活用)**

- ・ 介護支援専門員の成長は座学によってのみ成されるものではなく、実践を通じた学びによって知識・技術あるいは考え方・姿勢が積み重ねられていくものである。したがって、事業所や地域において初任段階の介護支援専門員の指導・支援を担う指導者においては、初任段階の介護支援専門員の「実践を通じた学びの支援(OJT)」を重要視する必要がある。
- ・ 限られた業務時間の中でOJTを効果的なものとするためには、初任段階の介護支援専門員が「何を分かっていないのか」「何につまずいているのか」を把握し、適切な助言や支援を提供することが重要だが、初任段階の者が「何が分からないか分からない」ことも多く、それがOJTを難しくしている一因でもある。
- ・ そこで、初任段階の者が担当する事例について、事業所での指導あるいは同行訪問等の指導の場面において、前述したように本標準項目の添付一覧表を情報の収集・分析、検討の視点のチェックリストとして活用し、初任段階の者のつまずきを明らかにした上で指導・支援を行うような活用方法が有効である。

## **(地域包括支援センターにおける活用)**

- ・ 後述する留意点でも示すとおり、本標準項目で整理した内容を検討するには、介護支援専門員が一人ですべての情報収集や分析を行うのではなく、他の職種との協働による情報収集や検討が必要である。
- ・ したがって、地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援において、介護支援専門員に対する多職種間での情報共有や多職種からの助言等の取り組みが重要になる。具体的には介護支援専門員向けの相談支援や研修、地域ケア会議等の場面において、介護支援専門員及び多職種の間で情報収集や検討の視点を共有するための参考として、本標準項目を活用することが期待される。

## **(保険者（自治体）における活用)**

- ・ これからの地域包括ケアシステムの構築に向けたケアマネジメントの支援において、保険者（自治体）が担うべき最も重要な役割の一つに、個別支援や地域全体の定量的データに基づいて、高齢者の生活を支えていく上で必要な社会資源の整備があると言える。
- ・ 本標準項目は、疾患に着目し、退院後の高齢者に提供する必要性が考えられる支援内容を整理したものである。つまり、本標準項目を個別支援に適用した検討を重ねた上で、地域ケア会議等を通じて、地域に不足していると考えられる支援については、それに対応する社会資源の整備に向けた保険者（自治体）における検討に活用することが期待される。

## **(2)留意点**

### **(本人の生活を総合的に捉え、個別化することが必要)**

- ・ 本標準項目は、各疾患を持つ方について、退院後の時期ごとに、ケアプランに盛り込みうる可能性のある支援内容を整理したものである。
- ・ 先行する論文等のエビデンス及び現場におけるケアマネジメント実践に基づいて「基本(標準)的に必要と考えられる」支援内容を整理したものであり、すべての支援内容がすべての方に必要というものではない。
- ・ あくまでも疾患の療養の側面から必要と考えられる内容を整理したものであるため、高齢者の生活支援や健康

管理全般に共通する支援の必要性については、この標準項目とは別に確認する必要がある。また、支援の内容についても、あくまでも一般的に考えられるものを整理し記載しているため、本人の生活状況、地域の特性等を総合的に捉えて、「個別化」の視点に立ったケアプランの作成が必要であることは言うまでもない。例えば、健康状態の確認を実施する場合にも、ケアプランに落とし込む段階では、介護給付サービスの中での実施だけでなく、同居する家族等が確認する、インフォーマル資源を活用する、自費サービスを活用する等、地域資源や本人の生活の状況や生活の意向に応じた検討及び本人との合意が必要である。

- ・ さらに、要介護者本人だけでなく、世帯・家族の支援という観点に立てば、本人と家族との関係性や介護に関わる家族の負担にも配慮する必要があることは言うまでもない。特に、本人の地域での生活を支えていく上での家族の協力を得る視点と、家族の負担を軽減する視点については、両者のバランスにも配慮していく必要があることにも注意が必要である。

### **(多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する)**

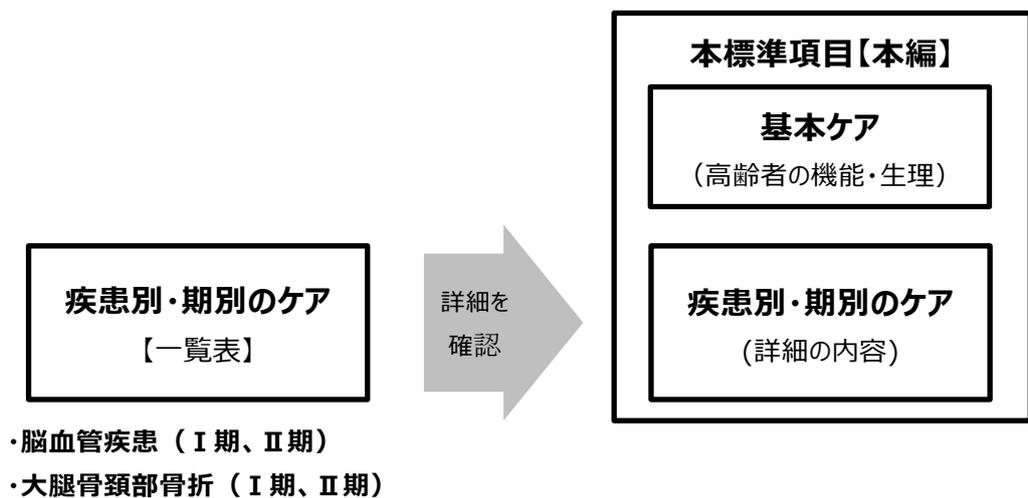
- ・ 本標準項目に挙げた支援の必要性を判断するための情報は、すべて介護支援専門員が一人で集めるのではなく、他の職種との連携によって収集することが必要である。また、支援の必要性の判断においても、療養に関わる点も含まれることから、すべて介護支援専門員が一人で判断するのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめ適切な職種の判断を仰ぐようにすることも留意が必要である。
- ・ 一方、他の職種における判断を円滑にするには、介護支援専門員から他の職種への情報提供も必要である。その際、どのような支援の必要性の判断のための情報共有なのかを見定めて、必要な情報をわかりやすく共有し、各職種の判断・意見を把握するよう留意する。

### **(入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する)**

- ・ 本標準項目では、退院してから在宅での生活への移行が円滑に進み、かつそうした環境が大きく変わるタイミングに必要な可能性のあるケアが十分に検討されるよう、退院後生活が安定するまでの「Ⅰ期」と、その後生活の維持を目指す「Ⅱ期」に分けてとりまとめを行った。この前段階として、入院中から在宅での生活へと移行するにあたり、医療、リハビリテーション、介護をはじめ、生活支援サービスや福祉サービスを含め、切れ目のないケアが包括的に提供されるような体制を整えることにより、できる限り早期に生活を安定させ、自らできることを増やすような取り組みへと進んでいくことが期待される。
- ・ また、同居する家族がいる場合、退院直後は家族にとってもどのように介護に携わり、生活を支えていけば良いか分からず、大きな不安を抱えることもある。こうした同居家族の不安を軽減するためにも、退院後から在宅へと移行する際に、切れ目のないケアが提供される体制を整えることが重要となる。
- ・ 一方、高齢者の多くは複数の疾患を有しているため、入退院を繰り返す場合も多い。こうしたときに、それまでの在宅における生活の状況を入院先あるいは入所先に情報共有し、その人にとっての生活の目標や、必要とされるケアの内容等を伝達することも、切れ目のないケアが提供される体制整備の点で重要である。
- ・ なお、利用者の状態が悪化したときの対応などは、当然、まず「医療につなぐこと」が重要であることは言うまでもない。ただし、そうした連携を円滑に行うことができるようにするためにも、ケアマネジャーが医療によるケアが必要な場面について基礎的な知識を持つておくことが求められる。

### 3. 疾患別ケアマネジメントの構成と活用方法

- ・ 本標準項目は、基本ケアと疾患別・期別のケア(脳血管疾患、大腿骨頸部骨折)で構成される。
- ・ 基本ケアは、高齢者の機能と整理を踏まえ、その高齢者が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について整理している。



- ・ 一方、疾患別・期別のケアについては、該当する疾患を有する高齢者の期別(退院後の時期別)に、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について整理している。
- ・ 個別支援事例において本標準項目を活用する際は、「疾患別・期別のケア」の内容に加えて「基本ケア」の内容も併せて参照し、情報共有や検討の視点の参考としていただきたい。疾患別・期別のケアに掲載しているのはあくまでも疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容であるので、「基本ケア」に掲載しているような、高齢者の機能と生理に基づく、高齢者全般に共通する視点や支援内容を見落とさないよう、ご留意いただきたい。
- ・ なお、本標準項目のエッセンスは、巻末資料1の一覧表で全体像をつかむことができる。ケアマネジメント実践の場面においては、まずは一覧表を参照して、視点や必要性が想定される支援内容を参照し、その詳細について確認する必要があるれば本編の該当箇所を閲覧するといった活用方法が期待される。
- ・ 本標準項目においては、想定される支援内容を網羅的に記載しており、解説は重複する部分があることについてご留意いただきたい。

## 第 2 章 基本ケア

### 1. 病状・病態予測と予防の重要性

#### 1-1 食事と栄養

##### 1-1-1 健康を維持するための栄養の確保と指導

###### ( i ) 十分な栄養が確保される環境を整える

###### 実施内容

本人や家族の日常の食生活を把握して、必要な栄養を補うことができているか確認する。

食事で十分に栄養を確保できていないことが分かった場合、主食、主菜、副菜、汁物を一日 3 回、規則的にバランスよく摂取するように、栄養指導する。原則として、食事をしっかりとって栄養を確保することが重要だが、必要に応じて、栄養補助剤を併用することで十分な栄養が補給されるように環境を整える。

###### 必要性

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繋がるため重要である。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族の日常の食事に対する意識や食生活の内容
- 本人の身体(身長、体重、性別、疾患)
- 本人の食の好み

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

###### ( ii ) 生活習慣病の起因となる食生活が行われていないか確認して、必要に応じて

#### 食生活の改善を指導する

###### 実施内容

疾患の基礎となる生活習慣病に悪影響を及ぼす食事がなされている場合がある。本人や家族の疾病に対する理解をうながす環境を整える。生活習慣病の起因となる食生活とは、塩分や脂質の摂取過多はもちろんのこと、便秘を生じている場合には食生活のリズムの確認や食事内容の確認を含む。

高齢者の場合、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。

### 必要性

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。便秘を生じている場合には、食生活のリズムの確認や食事内容の確認を含む。便秘は排便の際にいきむことで、血圧の上昇を招いて脳血管疾患に繋がる可能性があるためである。

栄養過多は肥満に繋がる場合もある。肥満は腰やひざ、足への負担が大きいため、動くことが億劫になると、身体活動量が低下して廃用に繋がる可能性もある。そのため、エネルギー摂取と消費のバランスを考えた食事にも留意が必要である。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の疾患
- 本人や家族の疾病に対する理解
- 本人・家族の日常の食生活の内容
- 本人の身体(身長、体重、性別、疾患)
- 本人の食の好みや生活歴
- 便秘の有無(便秘がある場合、食生活のリズムや食事の内容の見直し、日常生活における運動の取り入れを検討)

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## **(iii) 適切な水分補給を支援する**

### 実施内容

食事と飲料によって摂取する水分量と、排泄や発汗によって失われる水分量を把握する。失われる水分を補うだけの水分を補給できるように、水分の摂取をうながす環境を整える。

血圧降下剤等、利尿作用がある薬を服用して排尿が多くなるケースもあり、服薬状況にも留意が必要である。

### 必要性

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。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の身体(身長、体重、性別、疾患)
- 本人が必要とする水分量の予測
- 居室等の環境で、失われる水分量の予測

- 排泄の状態の確認(頻尿や水溶便等で水分の排出、摂取に影響が出ていないか)
- 食事から摂取する水分量と、飲料として補給する水分の量(推計)

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-1-2 食事の状態の確認

### ( i ) 本人の様子を観察して、食欲が普段とおりあるかを確認できる環境を整える

#### 実施内容

体重の増減や BMI 値を使って栄養状態を把握する。食欲の有無について本人や家族に確認をして、食欲がない場合には、起因を探るため、一日の行動をたずねたり、体調の変化の有無と、変化が起きた時、食欲がない時、気になるエピソード等を聞きだす等して、状況を把握する。

介護支援専門員による定期的なアセスメントが求められるが、専門職と連携して普段の状態を随時把握できるような環境を整えることも重要である。

#### 必要性

食欲の有無は身体健康や心の状態を図る上で重要である。

高齢者の身体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。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から、専門職と連携して対応する。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の量
- 食事の様子(食べる速度が通常よりもゆっくりである、心配事や考え事等普段と異なる様子がみられる等)
  - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

### ( ii ) 本人が食事を楽しむことができるように支援する

#### 実施内容

食事に集中できる快適な室内環境を整備したり、家族とともに食べる時間を確保したり、食べる喜びを引き出すような使い慣れた食器を使う等の工夫が期待される。

本人の好物は、食欲を引き出し、摂食・嚥下を促進することが知られることから、食事内容に定期的に組み込むように支援する。

### 必要性

食事は栄養を補給するだけでなく、より豊かに生きるために必要な行為でもある。本人が食事を楽しむことができるような支援が求められる。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事をする場所の環境
- 家族の生活リズム(本人と食事の時間をともにできるか)
- 食事の時間の確保
- 使い慣れた食器や食べやすい補助器具等の利用
- 本人の食の好み

### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-2 嚥下

### 1-2-1 食事するための環境の確保

#### ( i ) 食事中に適切な食事の姿勢が確保されるように支援する

#### 実施内容

食卓の机の高さや椅子の高さを調整して、適切な食事の姿勢が取れるようにする。高さ調整の方法として、クッションの使用も考えられる。

#### 必要性

食事時の姿勢によって、筋疲労が起きることがある。

適切な食事の姿勢を確保することで、誤嚥を防ぐことができる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食卓の机や椅子の高さ
- 食事時の本人の姿勢
- 食事中にむせることがないか

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 食事には時間を確保し、本人の嚥下能力に合わせて食事が取れるような環境

### を整える

#### 実施内容

食事中は、本人が食事に集中できる環境を確保することが必要で、そのための雰囲気作りや、食事中は不用意に話しかけないようにする等の留意が必要である。

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がなされないように留意する。

#### 必要性

本人の嚥下能力を超えるスピードでの食事は、窒息の起因となる。

少量ずつよく噛んで食べることは、誤嚥を防ぐとともに、消化を助ける。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の際の本人の様子(食事にむせることがないか、飲み込んだときに声がかすれる等の状況がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べ物がよくのどに詰まるか)
- 本人の咀嚼能力、咀嚼を含む嚥下能力、認識能力
- 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無
- 食事をする場所の環境
- 食事の時間の確保
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 1-2-2 食形態の工夫

### (i) 食事の提供の際には、本人の状態を考慮して、飲み込みやすい食形態を選択

### する

#### 実施内容

本人や家族の状態を踏まえながら、適切な形態の食事を選択できるように援助する。

#### 必要性

食物の形状や、水分、粘度、温度、酸味・辛味、本人の好み等によって、嚥下のしやすさは変化する。

嚥下障害がある場合には飲み込みやすい食形態を選ぶ必要がある。

本人の咀嚼機能が低下している場合には刻み食を選択する。

家族と別に食事を用意することは、家族の負担を増加させるため、調理方法の工夫や、食材の調達方法を家族

に指導することが期待される。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 本人の食の好み
- 食事の用意について(本人・家族の家事能力、市販品での代替の考慮等)
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 本人の食べやすい量(一口量)を確認して、食事の援助がなされるような環境を

### 整備する

#### 実施内容及び必要性

本人の咀嚼能力や嚥下能力によって、食べやすい量は異なる。

一口量よりも多すぎると誤嚥を引き起こしやすく、少なすぎると嚥下反射が起こりにくくなる。本人にとって適切な一口量を探すことが必要である。

嚥下できず、食塊がのどに残留すると、窒息や誤嚥性肺炎のリスクが高まるので、留意が必要である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 口腔の状態

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-2-3 生活リズムを整える

( i ) 食事の際に目覚めていられるように睡眠・覚醒リズムを把握して、生活リズムが

### 整うように環境を整備する

#### 実施内容及び必要性

口から食べるためには、覚醒している状態が必要である。

食事の時間に覚醒した状態となるように、朝の覚醒時刻の見極めが重要となる。

特に認知症を患っている場合には睡眠・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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族の生活リズム
- 睡眠の状態
- 朝の覚醒時刻の見極め
- 昼間の刺激(質の高い睡眠の確保)
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## ( ii ) 規則正しい食事が取れるような環境を整備する

#### 実施内容及び必要性

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。

食事のリズムは服薬のタイミングにも影響を与えることから、規則正しいリズムで、食事が取れるように環境を整備する事が重要である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族の生活リズム
- 食事の提供方法、提供者について
  - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-3 口腔ケア

### 1-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

#### ( i ) 口腔内を観察して、異常を発見した場合には早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える

##### 実施内容

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観察する。

異常を発見した場合には、早期に歯科受診や訪問歯科診療が受けられるように環境を整備することが必要である。

##### 必要性

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、対人交流の減少に繋がったり、虫歯や誤嚥に繋がる。

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繋がる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下に繋がる。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。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔清掃状態(歯の周囲、舌等)
- 歯、歯肉、舌、口腔粘膜の状態
- 歯肉からの出血の有無
- 口腔内の感覚の異常(過敏、味覚障害等の症状、口内炎や傷等)の有無
- 唾液の状態、貯留の状況の有無(唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある)
- 義歯の汚れや破損の有無
- 食事の際の本人の様子(食欲や食事の仕方に違和感がないか、咀嚼時に痛みを感じていないか)
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

##### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-3-2 口腔ケアの援助

### ( i )適切な口腔ケアが行われるような体制を整える

#### 実施内容

義歯を装着している場合、義歯の手入れと残歯の手入れが十分に行われるように支援する。  
適切な口腔ケアが行われるように、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保する。  
本人による口腔ケアが難しい場合、必要に応じて介助が得られる環境を整える。

#### 必要性

適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 口腔ケアの必要性に対する、本人・家族の理解の有無
- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔内の状態
- 義歯の手入れと残歯の手入れの状況
- 歯科医師の受診状況
- 口腔ケアの実施場所(洗面所あるいはベッド上)
- 口腔ケアにより誤嚥を起ささないように、姿勢の確保ができていないか
- 口腔ケアの状態、家族による支援の有無
- 食物残渣の有無
- 就寝時の義歯着脱の有無(顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認する)

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-3-3 口腔乾燥の防止

### ( i )口腔内の乾燥に留意し、専門職によるケアがなされるように体制を整える

#### 実施内容

口腔乾燥を防止するため、口腔内に適切な水分が保たれるように環境を見直す。唾液腺のマッサージや、保湿剤の活用等の口腔乾燥の防止も考えられることから、歯科医師と情報を共有して判断を仰ぐ。

#### 必要性

水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が現れることがある。  
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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 口腔の状態
- 水分摂取状況
- 服薬状況（副作用として水分不足になっていないか）
- 居室の湿度
- 口腔乾燥の状態
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-4 服薬管理の支援

### 1-4-1 服薬支援

#### **（ i ）服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える**

##### 実施内容及び必要性

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。疾患を理解することで、継続的な正しい治療や生活の改善を目指す。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族に対する疾患についての説明の有無
- 本人・家族の疾患に関する理解
- 本人・家族に対する服薬についての説明の有無
- 本人・家族の服薬に関する理解

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

#### **（ ii ）薬を管理できる支援体制を整える**

##### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬が必要である。処方された薬によっては、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が重要である。服薬状況について、PT//OT//ST、介護職と共有する。

※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

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族に対する服薬についての説明の有無
- 本人・家族の服薬に関する理解
- 指示されたとおりに服薬しているか(薬の保管状況、残薬数、薬を服薬する時間帯、食事の時間等)
- 服薬の副作用が発現していないか確認
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する
- 服薬状況

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **(iii) 服薬の促し(声かけ)と服薬したことの確認ができる体制を整える**

#### 実施内容

服薬の状況と家庭の生活状況を考慮して、飲み忘れがないように、本人や家族に対して薬と病気への影響の理解を促したり、服薬方法を飲みやすい方法に変更したり、指示とおりの服薬ができるよう飲み忘れを防止する管理方法の導入等を提案する。服薬状況について、PT//OT//ST、介護職と共有する。

#### 必要性

服薬が指示とおりに行われるように、専門職と連携して薬の管理がきちんと行われるようにする。

※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

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族に対する服薬についての説明の有無
- 本人・家族の服薬に関する理解
- 指示されたとおりに服薬しているか(薬の保管状況、残薬数、薬を服薬する時間帯、食事の時間等)
- 服薬の副作用が発現していないか確認
  - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する
- 服薬状況

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

## 2.家庭や地域での役割を見出す

### 2-1 身体機能の維持・向上

#### 2-1-1 自宅での活動の確保

##### ( i ) 家庭内での役割分担を設定して、本人が動く機会を確保する

###### 実施内容

本人の身体能力に応じて、家事等の役割分担を設定する。このことによって、身体機能の維持・向上が期待できる。

###### 必要性

本人に家事等家庭内での役割分担を設けることは、本人が自らの存在の意味を見出すことにも繋がる。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の ADL/IADL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の家庭内における役割
- ベッド以外で過ごす機会や場所、時間

###### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

##### ( ii ) 本人の残存能力を引き出せるよう、家族の理解と支援を引き出す

###### 実施内容

家族等介護者である家族と、本人の状態を共有し、本人ができること、できないことを見極められるようになることを支援することが重要である。そのために、本人の ADL/IADL の状態を専門職に確認し、情報を共有することが必要である。

###### 必要性

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・向上や生きがいに繋がる。

家族等介護者が、本人のためにと過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪うことに繋がる。そのため、家族等介護者である家族が、本人のできることはなるべく本人に行わせて、見守る姿勢が欠かせない。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の ADL/IADL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の家庭内における役割
- 家族の理解の状況
- 室内環境(本人が動きやすく、万が一転倒した場合にも大怪我にならないで済むような環境であるか、等)

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### (iii) 本人の残存能力に合わせた支援が行われており、過度な生活支援が行われな

#### いように留意する

##### 実施内容及び必要性

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・向上や生きがいに繋がる。

本人に対する過度な支援が行われないように、本人の状態を把握し、サービスメニューの選定を行う。また、本人の状態を定期的に把握して、必要なサービスの見極めを行う。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の ADL/IADL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の家庭内における役割
- 家族の理解の状況
- 室内環境(本人が動きやすく、万が一転倒した場合にも大怪我にならないで済むような環境であるか、等)

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-1-2 外出の機会の確保

### (i) 外出がしやすい環境を整える

#### 実施内容

本人の身体状況・動作能力、家屋の立地状況等に応じて、外出支援を行う。

本人の状態や住環境によっては、スロープの設置や手すりの設置等、住環境の整備を伴う環境整備が有効な場合があるが、金銭的負担や調整のために時間がかかること等から、他の手段を併用して検討することが必要である。

### 必要性

自宅での閉じこもりは廃用が進む一因となる。できるだけ家の外へ生活圏が拡大されるよう、外出しやすい環境を整えることが重要である。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の趣味や生活範囲、外出していた場所や頻度、交友関係等
- 外出しやすい環境か(玄関周り、周囲の道路状況等)

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 家族以外の第三者と交流する機会を設定する

### 実施内容

できるだけ家の外へ生活圏が拡大されるよう、人と交流する機会を作るよううながす。

### 必要性

自宅での閉じこもりは廃用が進む一因となる。家族以外の他者と接することで、自らの役割や存在を改めて認識し、心理的に充実することも期待できる。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の趣味や生活範囲、外出していた場所や頻度、交友関係等
- 地域で参加できる社会資源

### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-2 排泄

### 2-2-1 排泄に関わる本人の状態を確認する

( i ) 排出の量や性状に異常がないか、排泄の回数や周期、時間がどのようになっているか、確認できる環境を整備する

#### 実施内容

排泄(排尿、排便)は、加齢による変化や個人差が大きい。そのため、まずは本人の排尿や排便の普段の状態を把握することが重要である。在宅における排泄の状態は、本人や家族、訪問介護員を通じて把握することとなる。排泄状況の把握にあたっては、一定期間の記録が有用であり、その情報を医療職と共有することで、異常の早期発見や、服薬指導、生活指導に繋げる。

#### 必要性

排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の普段の排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。また、便秘は排便の際にいきむ事で血圧上昇を招いて、脳血管疾患を誘発する可能性があるため、便秘の症状の有無を確認して対処することが必要である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 排泄の状態
  - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

( ii ) 自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる環境を整える

#### 実施内容

排泄は①尿意・便意を感じる、②排泄を意識する、③起居・移乗・移動する、④脱衣する、⑤尿器・便器を準備する、⑥排尿・排便する、⑦後始末をする、⑧着衣する、⑨移動する といった、連続する複雑な動作によって成り立つ。そのため、排泄に障害が生じている場合、一連の動作のどこに障害が生じているかを見極めて、必要な支援を行うことが重要となる。

本人が自立した排泄を行うためには、物理的な環境の整備と、本人に対する排泄介助が必要になる場合がある。

物理的な環境の整備は、本人の機能を考慮して、それを補うための手すりの設置や、洋式便座への変更、麻痺側を考慮した操作ボタン等の設置等が有効である。専門職と連携して、環境を整備することが期待される。

排泄介助は、本人の希望を重視して、本人が安心して排泄を行うことができるような環境を整えることが重要である。本人の生活リズムに配慮して、排泄のタイミングを踏まえた訪問介護員の訪問スケジュールの設定が望ましい。

### 必要性

排泄は人間の生命を維持するうえで重要な機能である。

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繋がる。また、家族にとっても排泄の世話は、精神的、身体的に負担が大きい介護となる。排泄上の障害を取り除き、排泄の自立を高める事が期待される。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患（麻痺側の把握）
- トイレ内の環境
- 居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等
- 本人の希望
- 本人と家族の生活リズム
- 排尿・排便のパターン

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## **（iii）食事摂取・水分摂取の状況を確認して、適切な摂取が行われる環境を整える**

### 実施内容

食事摂取や水分摂取の状況を確認して、必要に応じて、食事内容や、食事や水分の摂取形態の工夫について、本人や家族に指導したり、適切な食事や水分の摂取をうながすように、専門職間で情報を共有して対応する。

### 必要性

必要な量の食事や水分の摂取は、排泄に不可欠な要素である。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の摂取量
- 水分の摂取量
- 服薬状況（副作用で利尿作用があるか等）
  - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## **（iv）本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う**

### 実施内容

本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、専門職間で共有し、本人が尿意や便意を感じやすい時間に

排泄を促したり、腸の動きを促進する運動を取り入れる等、必要な支援を行う。

#### 必要性

規則正しい生活リズムは、排泄のリズムを整えることに役立つ。また、適度な運動は腸の動きを促進することに効果がある。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人や家族の生活リズム
- 本人や家族のこれまでの生活歴
- 夜間の排泄に関する情報
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する
  - 適度な運動が組み込まれるように PT/OT/ST と連携する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-2-2 排泄環境を確保する

### ( i ) 物理的な排泄環境の整備

#### 実施内容

尿意や便意を感じても、居室からトイレへとスムーズにたどり着けないことで、排泄を失敗してしまうことがある。居室からトイレへの距離を短くしたり、動線を確保する等して、排泄の失敗を防ぐ。

居室と、廊下やトイレとの気温差があると、血圧の上昇を招くだけでなく、暑さや、寒さを我慢してトイレの回数を減らしてしまうことがある。排泄を我慢することがないように、環境を整備する。

洋式トイレにしたり、手すりをつける等して、自立した排泄が可能な環境を確保する。

移動や排泄時の動作が難しいために、自立した排泄が難しくなる場合がある。手すりの設置や、洋式便座への変更等、排泄環境を見直すことで、自立した排泄が可能な環境を整備する。

環境の確認には専門職の支援を引き出すことが有効である。

#### 必要性

排泄環境を確保することで、排泄の失敗を防いだり、排泄を我慢したりすることを防ぐ。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患（麻痺側の把握）
- トイレ内の環境
- 居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等
- 本人の希望

- 本人と家族の生活リズム

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### (ii) 排泄補助用具の使用状況を確認して、本人の機能に合った使用をうながす

#### 実施内容

排泄補助用具が本人の状態に合わせて使用されているか確認して、なるべく本人による自立した排泄をうながす。不必要な排泄補助用具の使用は、家族の希望による場合が多いので、家族の理解と支援を引き出す。必要に応じて、排泄介助を検討する。

#### 必要性

排泄に関する課題は、本人の身体的な苦痛や不快な症状を引き起こすほか、排泄の失敗に対する心理的な不安を引き起こし、外出や人との交流を控える等行動の制限に繋がることがある。また、排泄に対する介護を受けることで、家族等介護者に対する遠慮が生じるほか、本人の自尊心が傷つく場合がある。排泄に関する課題に対して、本人が快適に過ごせるようになるほか、また、家族の介護負担を軽減することが期待される。本人の残存機能があるにもかかわらず、排泄の失敗を過度に恐れて、排泄補助用具を多用するケースがみられる。

排泄補助用具に頼る事は、本人の自尊心を傷つける場合があるほか、本人の不快感を助長することが考えられる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患（麻痺側の把握）
- トイレ内の環境
- 居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等
- 本人の希望
- 本人と家族の生活リズム
- 排泄補助用具の使用状況、昼間と夜間の使用状況の違い
  - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-3 コミュニケーション

### 2-3-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定

#### ( i ) 本人と家族のコミュニケーションの状態を把握する

##### 実施内容

本人と最も身近な家族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るかを把握する。

本人がもともとコミュニケーションをとることが苦手な場合もあることを考慮する。

##### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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・家族が心身とも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。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 疾病の影響（構音障害、失語症、認知障害等がないか）
- 感覚器（聴力、視力）の衰えがないか
- 本人と家族のコミュニケーションの状況
- 本人のストレスの状況
- 疾患を発症する前の本人の性格やコミュニケーションのとり方等
  - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

##### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) コミュニケーションを難しくしている要因を確認し、専門職の支援を受けられる環

### 境を整える

##### 実施内容

本人が高齢の場合、コミュニケーションを阻害する要因は、加齢による視覚・聴覚の衰えや、口腔内・頭頸部の機能障害、筋・神経疾患を起因とする発音障害や構音障害、失語症等が考えられる。医療職と連携して、コミュニケーションを難しくしている要因を確認することが必要となる。

本人が抑うつ状態を生じていて、コミュニケーションが難しくなっている場合がある。抑うつ状態は、抗うつ薬等によって治療することができる。本人や家族の同意を得て、受診に繋げることを検討する。また、抑うつ状態を生じている場合に無理にコミュニケーションをとろうとすると逆効果になることも考えられることから、状況を医療職と共有して、対応を検討することが必要である。

意識レベルの混濁や認知症によって、注意機能の低下が起こることで、コミュニケーションが阻害されている可能性

がある。注意機能の低下が起きている場合、情報を医療職と共有して起因を探ることが必要である(薬や認知症によって注意機能の低下が起きている場合があり、早期に適切な対応が必要)。周囲の音や光、人の動きによって注意能力が一層散漫になる可能性があるため、落ち着いた環境を整えて、本人の意欲や集中力が高まるように援助することも必要である。

#### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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・家族が心身とも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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 疾病の影響(構音障害、認知障害等がないか)
- 感覚器(聴力、視力)の衰えがないか
- 本人と家族のコミュニケーションの状況
- 本人のストレスの状況
- 疾患を発症する前の本人の性格やコミュニケーションのとり方等
  - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-3-2 コミュニケーション方法の再構築

### (i) 本人とのコミュニケーションが難しくなっている起因について、家族が理解できるよ

#### うに支援体制を整える

##### 実施内容

本人と最も身近な家族がコミュニケーションをとることができる環境を整える必要がある。

本人の状態に合わせて、家族がコミュニケーションをとることができるように、家族の理解をうながすことが重要となる。本人の現在の状況を理解し、今後の見通しを家族が把握することで、家族のストレスが和らぐことも期待される。

コミュニケーションをとる上での留意点を家族と共有することで、家族と本人のコミュニケーションが円滑に行われるように支援する。

##### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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・家族が心身とも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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人とのコミュニケーションの状態
- 本人の疾病の影響
- 家族の疾病に対する知識や理解

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **(ii) 本人の状態を踏まえて、本人とコミュニケーションをとる方法を家族とともに考える**

#### 実施内容

本人の状態を踏まえて、コミュニケーションをとる具体的な方法を家族と整理し検討する。既に確立されたコミュニケーション上の工夫を共有したり、コミュニケーションを補助する機器を紹介したりする。家族が行っている工夫も取り入れる。

コミュニケーションに課題を感じている家族が、心身ともにストレスを抱えている状況に理解を示しながら対応する必要がある。

#### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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・家族が心身とも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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 家族のストレスや本人との関係性についての把握
- 本人と家族のコミュニケーションの方法や内容

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 3. 生活の場における安全管理

### 3-1 身体機能の低下を防ぐ

#### 3-1-1 転倒・骨折予防

**\*大腿骨頸部骨折の基本方針を参照**

#### 3-1-2 廃用予防

##### ( i ) 動かない状態にしないように、リハビリが受けられる環境を整える

###### 実施内容

専門職と連携して、必要なりハビリが行われる環境を整える。

###### 必要性

高齢者は、数日動かないだけでも筋力の低下や関節の拘縮を引き起こしてしまうため、動かない状態にしないように、筋力と関節可動域の確保を支援する環境が必要になる。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の ADL/IADL の状態
- 日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間
- 日常生活において身体を動かす機会や程度
- 本人が身体を動かすことで痛み等が生じていないか
- 本人が身体を動かすことに対して不安を抱いていないか(再転倒の恐れ、動悸・息切れ等)
- 本人が自発的に身体を動かす動機は何か(なるべく取り入れて、運動量を増やす)

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

##### ( ii ) 動くのが大変な状態を最小限にするように、住環境の改善や福祉用具の活用

#### を検討する

###### 実施内容

畳での生活や玄関の段差等は、垂直移動を伴う動きであるため、運動機能の低下が認められる人には、動くのが大変な状況を作りやすい。動くことが大変になると、行動範囲が狭まり、運動機能の低下を引き起こす可能性がある。

居室内や廊下に手すりを設置したり、椅子やベッドでの生活に変えたりすることで、本人が楽に動くことのできる環境を整えることも必要である。

住環境の改善や福祉用具の活用は家族等介護者の負担を軽減し、より良い介護環境を整えることにも寄与する。

#### 必要性

廃用を予防するため、本人が動きやすい環境を整える。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 離床の時間
- 居室や自宅周辺の環境
- 一日の生活リズム
- 本人の生きがい
- 動きやすい環境であるか(垂直運動が少なくなくて済むか、段差がないか等)
- 過去の転倒の有無
- 動線

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **(iii) 動くことによる痛みを軽減して、動きたくないと思うことを防ぐ**

#### 実施内容

動くことで関節に痛みが生じるため、動くことを抑制する場合がある。この場合、体重の減少や動作の工夫、筋力の増強等によって、関節の負荷を軽減することが有効である。専門職と連携して、対応が必要である。

痛みが強い場合、かかりつけ医と連携して、痛みを緩和するための服薬を検討することも考えられる。関節の可動域の制限や痛みを考慮して、椅子座の生活に変更したり、ベッドや洋式トイレの導入を検討することも重要である。

#### 必要性

動くことで生じる関節の痛み等を取り除くことで、身体を動かすことをうながす。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 関節の痛みの有無(違和感に対する自覚症状の有無)
- 住環境(椅子座か床座か、トイレは洋式か和式か、ベッドか布団の上げ下げが必要か、玄関周辺の段差等)

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## (iv) 本人・家族の、動くことに対する心理的不安を軽減する

### 実施内容

専門職と連携して、本人・家族の、動くことに対する心理的不安を軽減する。

### 必要性

転倒等のアクシデントがきっかけとなり、動く意欲の低下や、動くことに対する不安が生じる場合がある。本人だけでなく、再転倒を恐れる家族が本人の行動を制限することで、本人の身体機能の低下が進む場合もある。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族が身体を動かすことについてどのように考えているか
- 動くようになることで、したいことは何か
- 転倒歴
- 心臓の疾患等、身体を動かすことで動悸や不整脈等の異常に繋がる疾病の有無

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 3-2 嚥下

### 3-2-1 食事するための環境の確保

#### (i) 食事中に適切な食事の姿勢が確保されるように支援する

### 実施内容

食卓の机の高さや椅子の高さを調整して、適切な食事の姿勢が取れるようにする。高さ調整の方法として、クッションの使用も考えられる。

### 必要性

食事の姿勢によって、筋疲労が起きることがある。

適切な食事の姿勢を確保することで、誤嚥を防ぐことができる。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食卓の机や椅子の高さ
- 食事時の本人の姿勢
- 食事中にむせることがないか

### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 食事には時間を確保し、本人の嚥下能力や残存能力に合わせて食事が取れるような環境を整える

### 実施内容

#### 実施内容

食事中は、本人が食事に集中できる環境を確保することが必要で、そのための雰囲気作りや、食事中は不用意に話しかけないようにする等の留意が必要である。

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がなされないように留意する。

#### 必要性

本人の嚥下能力を超えるスピードでの食事は、窒息の起因となる。

少量ずつよく噛んで食べる事は、誤嚥を防ぐとともに、消化を助ける。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の際の本人の様子（食事にむせることがないか、飲み込んだときに声がかすれる等の状況がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べ物がよくのどに詰まるか）
- 本人の咀嚼能力、咀嚼を含む嚥下能力、認識能力
- 食事をする場所の環境
- 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無
- 食事の時間の確保
  - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 3-2-1 食形態の工夫

### (i) 食事の提供の際には、本人の状態を考慮して、飲み込みやすい食形態を選択

### する

#### 実施内容

嚥下障害がある場合には飲み込みやすい食形態を選ぶ必要がある。

本人の咀嚼機能が低下している場合には刻み食を選択する。

本人や家族の状態を踏まえながら、適切な形態の食事を選択できるように援助する。

家族とは別に食事を用意することは、家族の負担を増加させるため、調理方法の工夫や、食材の調達方法を家族に指導することが期待される。

### 必要性

食物の形状や、水分、粘度、温度、酸味・辛味、本人の好み等によって、嚥下のしやすさは変化する。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 本人の食の好み
- 食事の用意について(本人・家族の家事能力、市販品での代替の考慮等)
  - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## **(ii) 本人の食べやすい量(一口量)を確認して、食事の援助がなされるような環境を**

### **整備する**

#### 実施内容

本人にとって適切な一口量で食べることができるようにする。

#### 必要性

本人の咀嚼能力や嚥下能力によって、食べやすい量は異なる。

一口量よりも多すぎると誤嚥を引き起こしやすく、少なすぎると嚥下反射が起こりにくくなる。嚥下できず、食塊がのどに残留すると、窒息や誤嚥性肺炎のリスクが高まるので、留意が必要である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 口腔の状態

#### 相談すべき専門職

看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

### 3-3 口腔ケア

#### 3-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

##### ( i ) 口腔内を観察して、異常を発見した場合には、早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える

###### 実施内容

口腔内を観察して、異常を発見した場合には早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える

###### 必要性

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観察する。

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、食欲の減退や食事の量、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、対人交流の減少に繋がったり、虫歯や誤嚥に繋がる。

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繋がる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下に繋がる。正しいかみ合わせの確保や健康な歯の維持が必要となる。

異常を発見した場合には、早期に歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整備することが必要である。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔清掃状態(歯の周囲、舌等)
- 歯、歯肉、舌、口腔粘膜の状態
- 歯肉からの出血の有無
- 口腔内の感覚の異常(過敏、味覚障害等の症状、口内炎や傷等)の有無
- 唾液の状態、貯留の状況の有無(唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある)
- 義歯の汚れや破損の有無
- 食事の際の本人の様子(食欲や食事の仕方に違和感がないか、咀嚼時に痛みを感じていないか)
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

### 3-3-2 口腔ケアの援助

#### ( i )適切な口腔ケアが行われるような体制を整える

##### 実施内容及び必要性

適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。

義歯を装着している場合、義歯の手入れと残歯の手入れが十分に行われるように支援する。

適切な口腔ケアが行われるように、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保する。

本人による口腔ケアが難しい場合、必要に応じて介助が得られる環境を整える。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 口腔ケアの必要性に対する、本人・家族の理解の有無
- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔内の状態
- 義歯の手入れと残歯の手入れの状況
- 歯科医師の受診状況
- 口腔ケアの実施場所(洗面所あるいはベッド上)
- 口腔ケアにより誤嚥を起こさないように、姿勢の確保ができていないか
- 口腔ケアの状態、家族による支援の有無
- 食物残渣の有無
- 就寝時の義歯着脱の有無(顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認する。)

##### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

### 3-3-3 口腔乾燥の防止

#### ( i )口腔内の乾燥に留意し、専門職によるケアがなされるように体制を整える

##### 実施内容

口腔乾燥を防止するため、口腔内に適切な水分が保たれるように環境を見直す。唾液腺のマッサージや、保湿剤の活用等の口腔乾燥の防止も考えられることから、歯科医師と情報を共有して判断を仰ぐ。

##### 必要性

水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が現れることがある。

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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 口腔の状態
- 水分摂取状況
- 服薬状況（副作用として水分不足になっていないか）
- 居室の湿度
- 口腔乾燥の状態
  - 上記が確認できるように本人・家族、介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、薬剤師、介護職、介護支援専門員 等

### 3-4 感染予防

#### 3-4-1 清潔ケア

##### （i）清潔ケアの状態と本人の希望や状態を把握する

#### 実施内容

清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケアが受けられる環境を整える。

清潔に対する意識は、本人や家族の生活習慣や生活歴、家族背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族の特徴や背景、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。

#### 必要性

皮膚疾患や感染症の予防と治療のためには、身体の清潔を保持することが重要である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の清潔ケアに対する意識
- 本人や家族の希望
- 本人や家族の生活習慣、生活歴
- 家族背景
- 住環境
- 経済状況

#### 相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 本人の希望や状態に応じて、必要な支援サービスの利用を検討する

### 実施内容

本人の健康状態に応じて入浴の安全性とリスクが変化する場合もあることから、かかりつけ医や看護職と連携して、本人の状態を把握できる環境を整えることが必要となる。

入浴に介助を要する場合に、本人の希望や家族だけで対応できる状態かを確認して、必要であればサービスの利用を検討する。

### 必要性

入浴は心臓に負担がかかる行為でもあることから、入浴の可否や方法について、医療職と連携して対応を検討する。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 入浴の可否（医師の診断）
- 入浴を実施するにあたり、特に確認すべき観察のポイント（血圧、脈拍等）
- 本人の当日の健康状態
- 入浴の介助に対する本人の希望、家族の状態と入浴環境
  - 入浴時の血圧上昇が身体に与える負担等を考慮して決定する必要がある。疾患によっては医師の診断の結果、入浴ではなく身体を拭くことで清潔ケアを図る場合もある

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## (iii) 本人の入浴や家族による入浴介助が容易になるような入浴環境を整備する

### 実施内容

本人の入浴や家族による介助を容易にするための手すりの設置や入浴用品の購入を検討する。

ただし、環境整備の検討にあたっては、本人・家族の住環境や経済状況、家族の生活等を踏まえて、対応可能な範囲で工夫を行うことが重要である。福祉用具だけでなく、日用品で代替できる場合もあることから、環境整備には工夫が求められる。

### 必要性

本人の状態によって、入浴に必要な介助の程度は異なる。自立した入浴を可能とする補助用具や、入浴介助をするうえで介助者の負担を和らげる補助用具の導入を検討する。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 入浴の物理的環境
- 本人の身体能力
- 家族の介助能力

- 経済状況(福祉用具の設置や日用品の購入が可能か)

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### (iv) 清潔ケアの実践の中で、身体に異常がみられないか確認し専門職と情報を共有する体制を整える

#### 実施内容

家族や専門職と情報を共有して、本人の状態を把握するとともに、必要な情報は医療職と共有して判断を仰ぐ。また、リハビリ専門職と共有して、必要な支援が受けられるようにする。

#### 必要性

入浴のための脱衣や、その後の清浄の過程、普段は観察が難しい部位の皮膚の状態の確認が容易になる。また、座位保持ができるか、ふらつきたりしないか等、入浴に関する一連の動作を観察することで、普段と変わった様子はないかを把握することができる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 皮膚の異常がみられるか
- 座位保持ができるか、ふらつく等の症状がないか
  - 介護職と連携して、異常の早期共有を行う
  - 情報は医療職と共有して異常の早期発見に繋げる
  - リハビリ専門職と共有して必要な支援が受けられるようにする

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 3-4-2 感染症の予防

(i) 居室の衛生が保たれるように、本人や家族の理解をうながす。必要に応じて、

### 支援を検討する

#### 実施内容

家族の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるようにうながすことが重要である。

感染症を防ぐためには、感染経路を断つことが重要である。居室内のほこりは、カビが生える等して感染症を引き起こす起因となるため、居室の衛生を保つことが重要である。

外出によって本人や家族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うことも有効である。

部屋の換気は定期的に行う。

#### 必要性

高齢者は抵抗力が低下して、様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一旦疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 居室は清潔が維持されているか(ほこりがたまっていないか、ごみが放置されていないか)
- 人の手が触れやすい箇所の掃除が行われているか
- 部屋の換気が定期的に行われているか
- 家族は清掃に協力的か
  - 介護職と情報を共有して、必要な情報が入るようにする

#### 相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 本人や家族が手指衛生の徹底や、うがいの実施、咳エチケットの指導を受けら

### れる環境を整備する

#### 実施内容

手指衛生の徹底やうがいの実施、咳エチケットの指導等、基本的な指導を行って、環境を整備する。

#### 必要性

高齢者は抵抗力が低下して、様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一旦疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要である。

家族によって外部から細菌が持ち込まれることを防ぐことが重要となる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 家族の清潔に対する考え方
- 感染症予防の基本(手指衛生の徹底、うがいの徹底、咳エチケット等)の指導の有無
- 感染症予防の基本を本人・家族が理解しているか
- 感染症予防の基本を実践できているか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### (iii) 口腔内の衛生状態が保たれるよう支援する

#### 実施内容

口腔内の衛生を保つことで、細菌の繁殖を抑えて呼吸器感染症を予防する。

口腔ケアは一日のうち複数回に分けて定期的実施される必要があることから、本人や家族の理解を促し、継続的に口腔ケアが実施される環境を整えることが必要である。

#### 必要性

口腔内には多くの常在菌が存在する。加齢や疾病によって唾液の分泌量が減少すると、口腔内の衛生状態が悪化して、呼吸器感染症を発症する恐れがある。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 口腔内の衛生状態
- 口腔内の乾燥の状況
- 口腔ケアの実践の有無、頻度
- 本人・家族の生活歴
- 口腔ケアに対する理解
- 歯科医師による定期的な診療を受けているか否か
  - 必要に応じて、歯科医師等による指導の機会を確保

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

## 3-4-3 感染症の早期発見と治療

### (i) 感染症の症状が表れていないか、本人の状態の変化が把握でき、必要に応じて医療行為が受けられるように環境を整備する

#### 実施内容

感染症の初期症状が表れた場合には、医療機関を受診できるように、家族や専門職と情報を共有するとともに、かかりつけ医との連携を図る。

#### 必要性

高齢者には、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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 感染症の初期症状の有無

- 本人・家族による検温や血圧の測定結果
  - 感染症の初期症状が疑われる場合、医療職と連携して早期受診に繋げる

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 医療機関受診後、診断結果を踏まえた指示が守られ、回復に向かっているか

### 確認できる体制を整える

#### 実施内容

医療機関受診後、診断結果を踏まえた指示が守られ、回復に向かっているか確認できる体制を整える

#### 必要性

本人あるいは家族の判断によって服薬が中断されていたり、指示が守られなかったりすると、適切な診療方針が立てられない。専門職と連携して、診断結果を踏まえた指示が守られているか確認することができる環境を整えることが必要である。

高齢者は消化管の機能低下から薬剤の吸収速度が遅くなり、効果が現れるまでに時間を要することがある。そのために、薬剤の効果が現れるまでに時間がかかる場合がある。

代謝や排泄機能の低下によって、薬剤の排泄に時間を要する結果、血中濃度が上昇して、副作用を生じる可能性もあることに留意する。家族や専門職と情報を共有して、異常が表れた場合に早期に対応できるようにする。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- かかりつけ医の指示を本人・家族が理解しているか
- かかりつけ医の指示が守られているか
- 服薬の上で留意すべき点がないか
- 服薬の結果、注意すべき副作用がないか
- 服薬の効果がきちんと表れているか
- 服薬の結果、副作用が表れていないか
  - 診断結果を共有し、かかりつけ医の指示が守られているかを確認できる体制を取る
  - 感染症を発症したことで新たな服薬が加わるため、服薬の効果と影響を確認できる体制を取り、必要な情報を薬剤師と共有する
  - 服薬上の留意点を介護職と共有して、異常が表れた場合早期に発見できるようにする

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 4.家族支援

### 4-1 家族の受容に対する支援

#### 4-1-1 家族の知識、技術の習得の支援

##### ( i ) 疾患の理解の程度を把握し、必要な情報が得られるような環境を整える

###### 実施内容

疾病に関して、主治医やかかりつけ医からの指示をきちんと受けているかどうか、指示をきちんと理解できたかどうか、指示をきちんと守ることができているかを確認することが重要になる。

本人または家族が必要とする情報を得て、疾病に正しく対処できるような環境を整える。

###### 必要性

セルフケアが中心となるため、本人または家族が疾病について理解し、対策を生活に取り入れる必要がある。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族への疾病に対する説明の有無
- 本人・家族の疾病に対する理解の有無
- 本人・家族が疾病に対する指示を守っているか
  - 必要に応じて、かかりつけ医からの説明の機会を確保したり、指示を守りやすいような工夫を行う

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

##### ( ii ) 起こりうる病状の変化や、症状、家族に求められる観察や一次対応について、

### 説明を受けられる機会を確保する

###### 実施内容及び必要性

疾病によって、あるいは薬の副作用によって起こりうる症状について、家族と共有する。これにより、家族が異常に気づき、必要な一次対応を行う事ができる環境を整える。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 疾病に対する家族の知識、理解の程度
- 異常が現れた場合の一次対応に関する知識や技術
- 万が一の場合に対応する、かかりつけ医やかかりつけ薬局、訪問看護ステーションの連絡先
- かかりつけ医や訪問看護ステーションとの連携状況
  - 家族で一次対応ができるようにしておくとともに、万が一の場合に専門的な支援が受けられるように、かかり

つけ医や訪問看護ステーションとの連携を確認する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、介護職、介護支援専門員 等

### 4-1-2 家族の生活ペースの再設計

#### ( i ) 家族の生活ペースが安定し、仕事や自身の生活と介護が両立できるように支援する

##### 実施内容

本人の状態や家族の生活を考慮して、介護を行っていく上で家族が負担と感じていることを把握して、家族に対して支援することが期待される。

##### 必要性

在宅での生活を行うためには、家族による心身の支援が不可欠となる。

在宅での生活が始まることで、家族の生活にも大きな影響が生じる。

家族の生活ペースに療養上の医療介護の支援対象が組み込まれ、生活基盤が整うことで、無理のない生活を始める事ができる。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 家族の生活リズム
- 介護と仕事の状況
- 本人の介護の状態
- 家族の介護に対する意欲や技術、介護に対する経験の有無
- 周囲に対して介護に対する不安や心配事を打ち明けることができているか
- 家族に対して、周囲のサポートがあるか
  - 家族の状況を自ら確認するとともに、普段の様子がわかるように介護職から情報を得る
- 主介護者以外の家族・親族と方向性が共有されているか

##### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 家族等介護者である家族の生活が犠牲とならないよう、趣味や楽しみを可能な限り継続できる環境を整備する

##### 実施内容

本人の状態や家族の生活を考慮して、家族が趣味や楽しみを可能な限り継続できる環境や、適度に休息をとる

ことができる環境を整備することで、家族の精神的安定が期待でき、生活が充実する。

#### 必要性

在宅での生活を行うためには、家族による心身の支援が不可欠となる。

家族による十分な支援を引き出すためには、家族の生活ペースが安定し、家族が自らの生活や楽しみも充実させた状態であることが必要となる。

一方で、介護を行うことで時間的、体力的、精神的な余裕が失われやすく、本人に対する遠慮や周囲の目を気にして、自らの趣味の場や友人関係から遠ざかる場合がある。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- **家族の生活リズム**
- 介護と仕事の状況
- 本人の介護の状態
- 家族の介護に対する意欲や技術、介護に対する経験の有無
- 周囲に対して介護に対する不安や心配事を打ち明けることができるか
- 家族に対して、周囲のサポートがあるか
- 主介護者以外の家族・親族と方向性が共有されているか
- 家族の精神状態
- 家族が息抜きをしたり休息を取ることができる場所や時間があるか
  - 家族の状況を自ら確認するとともに、普段の様子が変わるように介護職から情報を得る

#### 相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

### 4-1-3 精神的サポート

**( i ) 家族の心理的ストレスの程度や、ストレスへの適切な対処ができていないかを把握**

#### する

##### 実施内容

まずは、家族の心理的ストレスの程度とそのストレスに対処できているかを確認することが必要となる。心理的ストレスは発現に波があることから、家族のサポートに入る専門職と協働して、家族の様子を把握できる環境を整えることが重要である。

##### 必要性

家族が要家族等介護者となったことに対する心理的な揺らぎが、精神的、身体的な健康問題に繋がらないように、家族に対する精神的サポートをすることが必要となる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 家族の心理的ストレスの程度
- 家族が自分なりにストレスを解消する手段を持っているか
  - 普段の状態や日々の変化を把握できるように、介護職と連携して情報を得る

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **(ii) 家族の話に十分耳を傾けて、肯定的なフィードバックや悩みの整理を支援する**

#### 実施内容

家族の抱える悩みや不安を受け止めて整理することが期待される。

家族の抱える悩みや不安に対して、家族が自ら解決に向かって進むことができるように、悩みを整理することも期待される。

#### 必要性

家族が家族等介護者となったことに対する心理的な揺らぎが、精神的、身体的な健康問題に繋がらないように、家族に対する精神的サポートをすることが必要となる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 家族が抱える不安や悩み

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **(iii) 他の介護家族との交流を支援したり、過去の事例を共有する等して、家族の**

### **不安を和らげる**

#### 実施内容

家族が悩みを打ち明けたり、自分の体験を相対化するための一つの方法として、他の介護家族との交流が有効な場合がある。そのほかに、専門職の支援で、他の介護の事例について共有することが家族の不安を和らげる場合もある。

#### 必要性

介護生活を続ける中で、家族が持つ不安や孤立感、喪失感、葛藤等を深める場合がある。

家族が要家族等介護者となったことに対する心理的な揺らぎが、精神的、身体的な健康問題に繋がらないように、家族に対する精神的サポートをすることが必要となる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 家族が悩みを打ち明けられる場があるか
- 経験者の体験を共有する機会があったか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 4-2 摂食動作・認知障害

### 4-2-1 理解

#### ( i ) 家族が認知障害を理解して対処できるような環境を整える

##### 実施内容

本人と家族が、新たな役割関係やコミュニケーションのとり方を獲得していくまでの、家族に対するサポートが必要である。

##### 必要性

認知症特有の記憶障害によって、本人が家族を家族として認識できなくなる場合がある。その場合、家族は本人との間に新たな役割関係を築くことが必要になる。

認知障害によって、コミュニケーションをとりにくくなることも予想される。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 認知症発症の有無
- 認知障害に対する本人や家族の理解

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### 4-2-2 支援

#### ( i ) 食事に関する援助が行われるように環境を整備する

\*食事と栄養の項目を参照

## 4-3 排泄

### 4-3-1 状態の把握

#### ( i ) 自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる環境を整える

##### 実施内容及び必要性

排泄は①尿意・便意を感じる、②排泄を意識する、③起居・移乗・移動する、④脱衣する、⑤尿器・便器を準備する、⑥排尿・排便する、⑦後始末をする、⑧着衣する、⑨移動する といった、連続する複雑な動作によって成り立つ。そのため、排泄に障害が生じている場合、一連の動作のどこに障害が生じているかを見極めて、必要な支援を行うことが重要となる。便秘の症状がある場合、排便の際にいきむ事で血圧上昇を招いて、脳血管疾患を誘発する可能性があるため、便秘の症状の有無を確認して対処することが必要である。

本人が自立した排泄を行うためには、物理的な環境の整備と、本人に対する排泄介助が必要になる場合がある。

物理的な環境の整備は、本人の機能を考慮して、それを補うための手すりの設置や、洋式便座への変更、麻痺側を考慮した操作ボタンの設置等が有効である。専門職と連携して、環境を整備することが期待される。

排泄介助は、本人の希望を重視して、本人が安心して排泄を行うことができるような環境を整えることが重要である。本人の生活リズムに配慮して、排泄のタイミングを踏まえた訪問介護員の訪問スケジュールの設定が望ましい。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 麻痺の有無や、ADL/IADL の状態
- 自立した排泄を行うことができるか、介助が必要な状態か
- 自立して排泄しやすい環境にあるか
- 排泄介助に対する本人や家族の希望
- 本人や家族の生活リズム
- 排尿・排便のパターン

##### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### 4-3-2 支援

#### ( i ) 本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う

##### 実施内容及び必要性

規則正しい生活リズムは、排泄のリズムを整えることに役立つ。また、適度な運動は腸の動きを促進することに効果がある。

本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、専門職間で共有し、本人が尿意や便意を感じやすい時間に排泄を促したり、腸の動きを促進する運動を取り入れる等、必要な支援を行う。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族の生活リズム、生活習慣
- 排泄のリズム
- 食事の状況、運動の状況
- 服薬の有無

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 4-4 コミュニケーション

### 4-4-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定

#### ( i ) 本人と家族のコミュニケーションの状態を把握する

##### 実施内容

本人と最も身近な家族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るかを把握する。

本人がもともとコミュニケーションをとることが苦手な場合もあることを考慮する。

##### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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・家族が心身とも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。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人と家族のコミュニケーションの状態
- 本人・家族が抱えているストレス
- 本人の疾病(失語症、麻痺等の症状の有無)
- 本人の性格(もともとのコミュニケーションの状態)
  - 本人と家族の関係性の中で、コミュニケーションに不都合がないか、また、支援に入る介護職との間で、コミュニケーションの課題が生じることによる不都合がないかを確認

##### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) コミュニケーションを難しくしている要因を確認し、専門職の支援を受けられる環境を整える

### 境を整える

#### 実施内容

本人が高齢の場合、コミュニケーションを阻害する要因は、加齢による視覚・聴覚の衰えや、口腔内・頭頸部の機能障害、筋・神経疾患を起因とする発音障害や構音障害、失語症等が考えられる。医療職と連携して、コミュニケーションを難しくしている要因を確認することが必要となる。

本人が抑うつ状態を生じていて、コミュニケーションが難しくなっている場合がある。抑うつ状態は、抗うつ薬等によって治療することができる。本人や家族の同意を得て、受診に繋げることを検討する。また、抑うつ状態を生じている場合に無理にコミュニケーションをとろうとすると逆効果になることも考えられることから、状況を医療職と共有して、対応を検討することが必要である。

意識レベルの混濁や認知症によって、注意機能の低下が起こることで、コミュニケーションが阻害されている可能性がある。注意機能の低下が起きている場合、情報を医療職と共有して起因を探ることが必要である(薬や認知症によって注意機能の低下が起きている場合があり、早期に適切な対応が必要)。周囲の音や光、人の動きによって注意能力が一層散漫になる可能性があるため、落ち着いた環境を整えて、本人の意欲や集中力が高まるように援助することも必要である。

#### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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・家族が心身とも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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人と家族のコミュニケーションの状態
- 本人・家族が抱えているストレス
- 本人の疾病(失語症、麻痺等の症状の有無)
- 本人の性格(もとのコミュニケーションの状態)
- 抑うつ状態になっていないか、意識レベルの混濁や認知症の症状がみられないか
  - 本人と家族の関係性の中で、コミュニケーションに不都合がないか、また、支援に入る介護職との間で、コミュニケーションの課題が生じることによる不都合がないかを確認
  - 抑うつ状態や意識レベルの混濁、認知症の症状が疑われる場合、情報を医療職と共有して判断を仰ぐ

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 4-4-2 コミュニケーション方法の再構築

### ( i ) 本人とのコミュニケーションが難しくなっている起因について、家族が理解できるように支援体制を整える

#### 実施内容

本人の状態に合わせて、家族がコミュニケーションをとることができるように、家族の側の理解をうながすことが重要となる。本人の現在の状況を理解し、今後の見通しを家族が把握することで、家族のストレスが和らぐことも期待される。

コミュニケーションをとる上での留意点を家族と共有することで、家族と本人のコミュニケーションが円滑に行われるように支援する。

#### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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・家族が心身とも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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- コミュニケーションの変化に対する家族の知識と理解
- 今後の状況について、家族が説明を受け理解しているかどうか
- 家族のストレスの状況

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### ( ii ) 本人の状態を踏まえて、本人とコミュニケーションをとる方法を家族とともに考える

#### 実施内容

本人の状態を踏まえて、コミュニケーションをとる具体的な方法を家族と整理し検討する。既に確立されたコミュニケーション上の工夫を共有したり、コミュニケーションを補助する機器を紹介したりする。家族が行っている工夫も取り入れる。

コミュニケーションに課題を感じている家族が、心身ともにストレスを抱えている状況に理解を示しながら対応する必要がある。

#### 必要性

本人と最も身近な家族がコミュニケーションをとることができる環境を整える必要がある。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人と家族のコミュニケーションの状態
- コミュニケーションの変化に対する家族の知識と理解
- 今後の状況について、家族が説明を受け理解しているかどうか
- 家族のストレスの状況

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

# 第3章 脳血管疾患

## 脳血管疾患 I 期

### 1.再発予防

#### 1-1 血圧や疾病の管理の支援

##### 1-1-1 基本的な疾患管理の支援

###### (i) 疾病の理解をうながす支援体制を整える

###### 実施内容

本人や家族が疾病の理解を深められるよう疾病に関する説明を行う体制を整える。具体的には、後述する疾病の理解状況等を踏まえた上で、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。

また、必要に応じて訪問看護を通じて支援を行ったり、居宅療養管理指導(医師、看護師、薬剤師等)の介護給付サービスや在宅患者訪問薬剤管理等の医療サービスを活用したりといった取り組みも考えられる。

###### 必要性

脳血管疾患の場合は疾患の起因となる生活習慣病があるため、脳血管疾患の再発防止や生活の悪化防止には生活習慣の改善が必要で、そのために、本人・家族に疾病の理解をうながす支援体制が必要である。なぜなら在宅においては本人・家族によるセルフマネジメントを原則とするため、疾患及び疾病管理に関して本人・家族の理解と管理が正確に行われる必要性があるためである<sup>1</sup>。そのために、本人・家族に対して、起因となった疾患について主治医を筆頭とする専門職から説明がなされていること、本人・家族がそれを理解して、疾患の管理を行うことが必要となる。(※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外である<sup>2</sup>。)

関連して、疾病管理のための定期的な受診の支援、服薬支援の必要性も検討することが必要である。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 起因となった疾患についての説明の有無
  - 起因となっている疾患の説明を、本人・家族の誰が、専門職の誰から受けているかを確認する
    - ◇ 疾患の説明がなされているかを確認するため
- 起因となった疾患の理解の有無

---

<sup>1</sup> 「患者・家族に対し、現在の患者の状態や治療、再発予防を含めた脳卒中に関連する知識、障害を持ってからのライフスタイル、リハビリテーションの内容、介護方法やホームプログラム、利用可能な福祉資源等について、早期からチームにより、患者・家族の状況に合わせた情報提供に加えて、教育を行うことが勧められる。」日本脳卒中学会「脳卒中ガイドライン」、2015年

<sup>2</sup> 本人が高次脳機能障害等により適切に認識することが難しい場合、家族あるいは他の介護者における疾病の理解に配慮が必要である。

- 本人・家族それぞれが、起因となっている疾患の理解（※専門職からの説明と本人・家族の話との差異で確認）ができているかを確認する
  - ◇ なされた説明に対して、本人・家族が理解をしているか確認して、次の正確な管理に繋げるため
- 疾病の正確な管理の有無
  - 本人・家族それぞれが、理解に基づいた疾患の管理（通院、服薬、守るべき生活行動）を正確に行えているかを確認する
    - ◇ 起因となった疾患を理解した上で、適切な疾患の管理が行えているかを確認するため

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護支援専門員 等

## （ii）定期的に受診がなされるよう支援体制を整える

### 実施内容

定期的な受診が可能となるよう、通院する環境やその手段を整える。通院に際して付き添い介助が必要な場合には、移動手段の確保や訪問介護員の調整を行ったり、必要な福祉用具を判断してコーディネートしたりといった取り組みが考えられる。

また、通院に家族が付き添っている場合についても、家族が働いている場合等は通院に付き添う家族の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供を行うといったことも必要である。

### 必要性

脳血管疾患の再発予防のポイントとして、起因となる疾患の管理や薬の服用が挙げられる。受診している医療機関や、医療機関への通院状況について把握して、定期的な受診の支援体制を整え、定期的かつ適切な通院をうながすことで本人に対して継続的な治療を実現する必要がある。

通院が行われていない場合、通院に関する阻害要因を把握することが必要である。万が一容態が悪化した場合や、通常と異なる状態が見みられて医師に相談したい場合等、通院を含め医療を受けられる体制がないと、本人の状態の悪化に対応できない可能性がある。加えて、病気に対する不安があると、本人の日常生活における活動の範囲、内容、量等の縮小に繋がり、生活の改善に繋がらない可能性があるため、本人・家族の病気に対する不安を把握することも必要である。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 受診医療機関とその内容（基本事項）
  - 本人に対し、継続的な治療・検査としてどのようなものが、どの医療機関から提供されているかを確認する
    - ◇ 介護支援専門員として、本人が受診している医療機関とその内容を把握することで、万が一の場合の連絡や確認を行うことができる環境を整えるため
- 通院状況と通院を阻害する要因の把握
  - 医療機関への通院について、誰が、どのように連れて行っているかを確認する
  - 通院が行われていない事情があれば、その阻害要因は何か（家族等介護者の負担感、移動手段、移動にかかる経済的負担等）を確認する
    - ◇ 通院状況を確認し、万が一通院が行われていない事情があれば、その阻害要因を取り除くための支

援を行うことで、本人が診療を受けることができる環境を整えるため

- 起因となった疾患の理解の有無
  - 本人・家族それぞれが、起因となっている疾患の理解ができているかを確認する
    - ◇ なされた説明に対して、本人・家族が理解をしているか確認して、次の正確な管理に繋げるため
- 疾病の正確な管理の有無
  - 本人・家族それぞれが、理解に基づいた疾患の管理（通院、服薬、守るべき生活行動）を正確に行えているかを確認する
    - ◇ 起因となった疾患を理解した上で、適切な疾患の管理が行えているかを確認するため
- かかりつけ医等の確認（基本事項）
  - 今後の（Ⅰ期の途中及びⅡ期以降に）通院・受診先として、どのような先か確認する
- 本人・家族の病気に対する不安
  - 病気に対する不安（本人・家族）がどの程度あるかを確認する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### **（iii）普段と異なる状態を把握できるよう支援体制を整える**

#### 実施内容

本人の健康状態が普段と大きく変化した場合に迅速にかかりつけ医等に連絡し、状態の変化に早期に対応できるような体制を整える。この体制を整えるためには、本人のケアに関わる家族等介護者だけでなく、家族やインフォーマル支援の担い手も含めて情報共有する環境をつくり、関係者がその人の普段の状態を把握しやすいようにすることが重要である。

併せて、普段とは異なる状態を把握したときに、救急車を呼ぶか、かかりつけ医等に連絡するかを予め決めておく。かかりつけ医がいる場合の連絡先の把握と、連絡体制、連絡の方法についても共有しておくことが考えられる。

#### 必要性

脳血管疾患は、一定の人が再発するとされている。そのため、日常生活に留意するとともに、本人や家族等介護者が普段と異なる本人の状態を把握できるよう体制を整えることが必要である。なぜなら、普段の状態が分からないと「異常」が分からないほか、普段の状態を把握しておくことで、異常の早期発見や、病状の悪化の早期発見を期待するためである。

そのためには、本人・家族、家族等介護者等が普段の状態と異常や注意すべき症状の両方を理解していることが必要で、これによって本人・家族、家族等介護者から専門職へ、異常を早期に伝達できる体制を取ることが求められる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 疾患に対する本人・家族等介護者の理解
  - 本人・家族等介護者が「注意すべき症状」が何かを理解しているかを確認する。
- 疾患に対する介護支援専門員の理解
  - 介護支援専門員自身が「注意すべき症状」が何かを理解しているかを確認する。

- 脳血管疾患に特有の予兆についての理解
  - 本人・家族等介護者が脳血管疾患に特有の予兆について理解しているか(基礎的理解の章を参照)を確認する。
- 異常や注意すべき症状が表れた際に、救急車を呼ぶか、かかりつけ医等に連絡するかを予め決めておき、かかりつけ医がいる場合、連絡先を把握しておく(基本事項)。
  - 異常や注意すべき症状が表れた時の初期対応を家族と話し合っておく。
  - 異なる状況、微弱な症状(気になる状況)があったときに連絡すべき医療職が誰かを把握して、連絡先を知っているかを確認する。また、自らも確認しておく。

#### 相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

## 1-1-2 血圧等の体調の確認

### (i) 目標血圧が確認できる体制を整える

#### 実施内容

脳血管疾患の再発の防止のため、本人あるいは家族等の家族等介護者が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を整える。そのためにまずはかかりつけ医からの説明を受けて目標血圧を本人あるいは家族等介護者が理解することが必要である。

必要に応じて、本人や家族だけでなく訪問介護員等の介護職も目標血圧を確認できるよう情報共有することも考えられる。

#### 必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発に繋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である<sup>3</sup>。

血圧に関して、入院中の環境と自宅の環境は大きく異なるので、I期では入院中の環境下での状況(服薬内容や服薬状況、生活における制限や禁忌事項等)を把握することが重要となる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 目標血圧の把握
  - その人が目標とする血圧を把握する
- 便秘の有無
  - 便秘が常態化していると、排便の際にいきむ事となり、いきむ際に血圧が上昇してしまうため、異常がないか確認が必要。
- 服薬内容や服薬状況(基本事項)
  - 服薬している薬の内容を確認する。
- 入院中の状況の把握(基本事項)
  - 入院中の生活における制限や、禁忌事項の有無と、その内容を確認する

<sup>3</sup>高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意(疾患の理解の章を参照)

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護支援専門員 等

## (ii) 家庭(日常)血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える

#### 実施内容

日々の血圧を正しく測定、記録できるような体制を整え、目標血圧の範囲内に収まっているかを確認する。また、目標血圧を超えた場合に、かかりつけ医等、誰にどのようなタイミングで連絡すれば良いのかを確認しておくことも考えられる。

#### 必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発に繋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である<sup>4</sup>。血圧の変動が大きいと、日常生活の範囲の制限に繋がり、結果として廃用に繋がるリスクが高いといえる。家庭血圧(特に起床時、就寝時)は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、家庭血圧が把握できる体制を整えることが必要となる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 家庭血圧を測定する環境
  - 家庭血圧(起床時、就寝時、日中)を把握する人が誰か(本人・家族、家族等介護者等)を確認する
  - 血圧を測定できる適切な機器があるか確認する
- 測定した家庭血圧を記録する環境
  - 測定した血圧を記録(血圧手帳)できているか確認する
- 血圧の変動を管理する要素の把握
  - 本人の目標血圧の値を確認する
  - 服薬内容や服薬状況
  - 本人が日常生活を行う上で、留意すべき自宅での制限や禁忌の有無、内容を確認する
- 不整脈の発生状況の確認

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

## 1-1-3 環境整備

### (i) 室内気温が調整できる体制を整える

#### 実施内容

室内の気温を適正に調整できるような環境を整える。目標とする室温の範囲を定めておき、自動的に室温が調整されるエアコン等を設定しておくほか、訪問介護員等の介護職も室内気温を確認し調整できるよう、目標とする室温や調整を行う基準をわかりやすく定めて情報共有するといったことも考えられる。

<sup>4</sup>高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意(疾患の理解の章を参照)

### 必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発に繋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である<sup>5</sup>。血圧が急激に上がるきっかけの一つとして、急激な気温の変化が挙げられる。そのため、適切な室内気温の維持・調整によって、急激な気温の変化が生じないようにする体制を整えることが必要である。

高齢者は、体感、体温調整の問題から、感受性や恒常性の低下が生じるため、意識的に周囲が留意して室温を調整する必要がある。中心となる生活空間での一日の気温差が血管に与える影響が大きい。そのため、居室の24時間の気温差を確認して対応することが必要である。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 居住環境、家族の介護力
  - 現在のアセスメント項目の「22 居住環境」全般、「21 介護力」等（個別アセスメント項目についてはより具体的検討が必要）を確認する
  - 保有している冷暖房器具や加湿器の有無、使用状況（例：もっぱらコタツ等）・使用習慣（就寝中の利用状況等）を確認する

### 相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

## **（ii）気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレ等）がなされるよう体制を整**

## **える**

### 実施内容

気温差が縮小されるよう、例えば居室と廊下との間の扉を開放するように決めておく、気温差が大きい部分に冷暖房器具を追加して設置するよう調整する、移動する際には一旦扉を開けてしばらくしてから移動するように本人や家族に理解を促しておくといった方法が考えられる。

### 必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発に繋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である<sup>6</sup>。血圧が急激に上がるきっかけの一つとして、急激な気温の変化が挙げられる。そのため、気温差の縮小がなされるよう体制を整えることが必要である。一般的な日本家屋の場合、廊下や水周りは気温差が大きい場所として挙げられるため、その場所と居室との気温差が縮小されるように確認と対策を行う。気温差を縮小する方法は、冷暖房器具の設置だけでなく、衣服の工夫や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の方法もあることに留意すること。

### 関連するアセスメント項目

<sup>5</sup>高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意（疾患の理解の章を参照）

<sup>6</sup>高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意（疾患の理解の章を参照）

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 家屋の状況と温度、湿度と変化
  - 部屋の配置、動線、実際の気温差、冷暖房器具の設置状況が適切か、家屋の状況を確認する
  - 自宅における時間帯別の温度変化を確認する
  - 居室と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度とその変化
- 本人・家族の状況の把握
  - 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線)を確認する
  - 本人の温度感覚の麻痺の程度を確認する
  - 本人・家族の冷暖房器具の使用習慣や使用状況を確認して、室温が保たれるかを把握する

#### 相談すべき専門職

介護職、介護支援専門員 等

### (iii) 普段生活している居室の気温差の改善を図る

#### 実施内容

普段生活している居室の気温差が生じやすい場所、時間帯を理解した上で、気温差を縮小するための取り組みとしてカーテンの開け閉めをうながす、冷暖房器具を活用する、室内の空気を循環するように整える(サーキュレーターの活用等)といった取り組みが考えられる。

#### 必要性

高齢者は、体感、体温調整の問題から、感受性や恒常性の低下が生じるため、意識的に周囲が留意して室温を調整する必要がある。エアコンの位置や日当たりによっては、ベッドにいる間の気温差や日照により、乾燥や、脱水、冷えの症状に繋がり、再発リスクを高めたり、体調悪化の要因となる可能性もある。居室の24時間の気温差や日照を確認して普段生活している居室の気温差の改善を図ることが必要である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 居室の状況
  - 部屋の配置や動線、部屋の温湿度、温湿度の変化を把握する
- 本人・家族の状況の把握
  - 居室内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線)
  - 本人の温度感覚の麻痺の程度
  - 本人・家族の冷暖房器具の使用習慣、使用状況

#### 相談すべき専門職

介護職、介護支援専門員 等

## 1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供

### ( i ) 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

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、管理栄養士、介護支援専門員 等

### ( ii ) 栄養摂取状況を把握できる体制を整える

#### 実施内容

普段の主な食事メニューごとに、どの程度の塩分量が含まれているかをわかりやすく示し、本人や調理者が 1 食当たり、あるいは一日あたりにどの程度の塩分摂取量があったかを理解しやすくする。

また、必要があればその日に摂った食事やおおよその塩分量を看護師や管理栄養士等の専門職と共有し、本人の塩分摂取状況を把握できるような体制を整えることも考えられる。

#### 必要性

塩分摂取量が多くなると、血圧が上昇し、再発のリスクを高めるため。

「普段の習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要。

自宅に戻ると塩分摂取量を把握しにくいため。

※塩分制限を踏まえつつ、生活全体に目配りし、体調・意欲の低下を招かないよう、生活全体のバランスを医師に相談することが重要。

※「25 食事摂取」と連携して検討する必要がある。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 塩分制限の有無
- 普段摂取している塩分量、普段の食事内容
- 日常の塩分摂取量を本人・家族がどのような方法で把握するか
- 他の栄養の摂取状況
- 食事に対する意欲の状況

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、管理栄養士、介護支援専門員 等

## 1-2 服薬管理の支援

### 1-2-1 服薬支援

#### ( i ) 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や副作用(出血しやすくなる等)についても知っておくことが重要。

セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

脳血管疾患の場合は、起因となる生活習慣病があり、再発防止や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要。

※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。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 処方内容
- 服薬状況
- 誰が薬を管理しているか
- 本人・家族が、服薬が必要であること、気をつけるべきことの説明を受けているか
- 本人・家族が説明された内容を正しく理解しているか

##### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 薬を管理できる支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用(出血しやすくなる等)についても知っておくことが重要。

セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

脳血管疾患の場合は、起因となる生活習慣病があり、再発防止や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要。

※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。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 薬が変更になった時の本人の状況の変化(※「普段の状態の把握」と併せてアセスメントすることが重要)
- 誰が薬を管理しているか(※日中にサービス事業所を利用している場合やショートステイ利用の場合等は事業

所における管理方法も)

- どのように薬を管理しているか(保管場所、保管方法)
- 薬を管理している人が管理方法を正しく理解しているか
- 管理する人の能力に合わせた保管方法・処方内容(回数や薬の形状)になっているか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### (iii) 服薬の促し(声かけ)と服薬したことの確認ができる体制を整える

#### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用(出血しやすくなる等)についても知っておくことが重要。

セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

脳血管疾患の場合は、起因となる生活習慣病があり、再発防止や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要。

※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

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 処方されたとおりに服薬できているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか
- 飲み残しがあるかどうか、あるいは不足の状況
- 食事摂取の状況、水分摂取(特に制限がある場合)の状況
- 本人及び家族等介護者の認知機能、視力
- 麻痺の状況(薬包の開けやすさ、飲む動作しやすさ等)
- 嚥下能力
- 自宅における生活リズム(特に、起床、食事、昼寝、就寝)
- 家族等介護者の生活リズム(特に家族等介護者が不在にしている時間があればそのタイミング)
- 家族や家族等介護者の、服薬の必要性に対する理解
- 本人と家族や介護者の役割分担)

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-3 生活習慣の改善

### 1-3-1 規則正しい生活リズムの構築

#### ( i ) 食事・起床就寝等の生活リズムを整えることの支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

食事・起床就寝等のリズムが整っていないと、体調が整わず、再発のリスクが高まる。

食前、食後に薬を飲む時間がずれてしまい、再発のリスクに繋がるほか、食事のリズムが整わないことで便秘となり、排便の際にいきんで血圧上昇を招き、脳血管疾患の再発に繋がる可能性がある。

そのため、食事、起床就寝、薬を飲む時間等のリズムを整えることが重要。

急に生活リズムを変えることは難しいので、過去からのリズムを把握することも必要。

※脳血管疾患特有ではないものの扱い要検討

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族の 24 時間の全般的な生活リズムの把握(3 表の主な生活上の活動)
- 介護の負担感(時間帯別)
- 本人の若い時からの生活リズム(夜型であった等)
- 本人、家族の生活リズムに関する認識(自身の生活リズムを適切と考えているか等)
- サービスが入っている日とそれ以外での生活リズムの違い

##### 相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 日中の運動・活動の機会が確保できる支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

日中の運動・活動量が少ないと、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、動脈硬化が進んだりする可能性があり、再発リスクが高まる。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 日中の離床時間、活動量、家事量、外出頻度(散歩等)
- 運動・活動に関する医師からの指示内容

##### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### (iii) 休養・睡眠が確保できる体制を整える

#### 実施内容及び必要性

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まる可能性がある、動脈硬化が進んだりする可能性があり、再発リスクが高まる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 睡眠時間と質、本人の認識
- 日中の傾眠の有無
- 睡眠薬の処方有無、服薬の状況（定期的に服用しているか、随時服用か）
- 日中の活動量（特に、仕事や家事をしている場合の負荷）
- 睡眠障害の有無（睡眠時無呼吸症候群）
- 寝具や寝室の状況、同居者の生活リズムによる影響の有無

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 1-3-2 脱水予防

### (i) 必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える

#### 実施内容及び必要性

日常的に必要な水分量を摂取しないと脱水となるリスクがあり、脱水傾向になると血液の粘度が高まり、脳血管疾患の再発リスクが高まる。

一人ひとりに適切な水分量が異なるため、その人に必要な水分量と日常的に摂取している水分量を把握することが重要。

直接摂取する水分だけでなく食事から摂取する水分・栄養と併せて一体的に評価することが重要。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 日常の水分摂取量を本人・家族がどのような方法で把握するか
- 日常生活における水分摂取量、食事の量、食事の内容
- 水分摂取量に対する制限の有無
- 日常生活における排泄の回数（尿・便）
- 病院における水分摂取量
- 病院における排泄の回数
- 発汗の状況（多い、少ない）
- 外出機会の多寡、運動量
- 室内・室外の気温・湿度
- よだれが垂れているかどうか

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

### **(ii) 適切な水分を摂取することの理解をうながす支援体制を整える**

#### 実施内容及び必要性

日常的に必要な水分量を摂取しないと脱水となるリスクがあり、脱水傾向になると血液の粘度が高まり、脳血管疾患の再発リスクが高まる。

一人ひとりに適切な水分量が異なるため、その人に必要な水分量と日常的に摂取している水分量を把握することが重要。

直接摂取する水分だけでなく食事から摂取する水分・栄養と併せて一体的に評価することが重要。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- のどの渇き、口渇を感じているかどうか(自覚の有無)
- 適切な水分の摂取が必要であることに対する本人・家族の理解
- 自分が摂取すべき水分量(食事経由、直接摂取)の理解

#### 相談すべき専門職

看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

### **(iii) 自ら水分を摂取できるようにする支援体制を整える**

#### 実施内容及び必要性

日常的に必要な水分量を摂取しないと、脱水となるリスクがあり、脱水傾向になると血液の粘度が高まり、脳血管疾患の再発リスクが高まる。

一人ひとりに適切な水分量が異なるため、その人に必要な水分量と日常的に摂取している水分量を把握することが重要。

直接摂取する水分だけでなく食事から摂取する水分・栄養と併せて一体的に評価することが重要。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- のどの渇き、口渇を感じているかどうか(自覚の有無)
- 水分を摂取する習慣があるかどうか
- 摂取する水分量(食事経由、直接摂取)
- 水分を自ら摂取する能力(麻痺の有無、認知機能、嚥下機能、廃用傾向の有無)
- 水分摂取時の姿勢
- 家族等介護者が水分摂取の支援を実施できる時間の有無

相談すべき専門職

看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## 2. 生活機能の維持・向上

### 2-1 心身機能の回復・維持

#### 2-1-1 機能訓練(機能障害の回復・改善に向けて)

##### ( i ) 日常生活環境における身体機能の状態を継続的に把握できる体制を整える

###### 実施内容及び必要性

I 期においては、身体機能の回復が見込める時期である。  
病院とは環境が大きく異なるため、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期でもある。  
身体機能が日常生活全体に及ぼす影響が最も大きいことから、適切な機能訓練が必要である。  
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である。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時期がどの程度か
- 病前の身体機能の状況(例:麻痺の程度、関節の状態、筋力、痛み、感覚障害、構音障害等)
- 病院での身体機能の状況、リハビリの内容・状況
- 身体機能の改善可能性
- 自宅に戻ってから継続することが望まれるリハビリの内容
- 動作に対する制限・禁忌
- 悪化のリスク(やらないリスク、廃用のリスク)
- やりすぎてしまうリスク(転倒のリスク等)
- 住環境

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

##### ( ii ) 身体機能の回復に向けた機能訓練の実施(下肢筋力・麻痺、状態、構音障害・嚥下等)が行える体制を整える

###### 実施内容及び必要性

I 期は、病院よりもリハビリが少なくなるため身体機能が低下しやすい。一方で、適切な機能訓練があれば、身体機能の回復が見込める時期でもある。

病院とは環境が大きく異なるため、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期でもあるため、退院直後からリハビリを開始することが重要である。

特に身体機能が低下すると生活機能全体の悪化に繋がることが多いため、適切な機能訓練が必要である。

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である。

病院ではリハビリをうながす環境が整っているが、自宅に戻ると一時的に体調が低下したり、家族がリハビリへの意

欲を低下させる場合があるため、本人のリハビリに対する意欲を維持・向上させることが重要。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 自宅に戻った時点におけるリハビリに対する本人の意欲
- 病院におけるリハビリに対する意欲の変遷、評価
- 身体機能の改善の必要性に対する本人の理解
- リハビリの必要性に対する本人の理解
- 身体機能の改善の必要性に対する家族の理解
- リハビリの必要性に対する家族の理解、協力の可能性
- 病院での身体機能の状況、リハビリの内容・状況（※病院でのリハビリ計画）
- 自宅における身体機能の状況（病院での身体機能の状況との違い）
- リハビリの方向性、方法と期間（※本人・家族の理解や協力を得るために、主治医、リハ医、リハ職等から把握しておく）
- リハビリを継続するための環境（※通所の場合は通所する手段）
- リハビリに関する制限・禁忌
- 自宅に戻ってからの体調の変化（一時的な体調の低下の有無）

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-2 心理的回復の支援

### 2-2-1 受容の支援

#### （i）受容促進のための働きかけを行う体制を整える

##### 実施内容及び必要性

本人や家族による過度の期待、拒否・否定、あきらめ等により機能の維持・向上が難しくなる可能性がある。そのため、受容の支援が重要。

早期に現実に目を向けてもらい、主体的に自立的な生活に取り組んでもらうことが重要なので、受容促進の働きかけを行う。

※医師からの予後の見通しと併せて整理することが重要。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 受容のプロセス（「障害の受容のプロセス」：基礎理解の章を参照）のどの段階にいるか
- 本人の受容に関する阻害因子（過度の期待、拒否・否定、あきらめ等）がないか
- 家族の受容状況（同上）
- 機能的予後の見通し

- ピアカウンセリングの可能な仲間や相談場所の存在の有無
- リハビリへの取り組み状況
- 生活への取り組み状況（※機能としてはできるにも関わらず、家族に過度に依存していることがないか）

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## （ii）抑うつ状態の防止、改善が図れる支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

心理的な課題が大きかったり、揺れ動く時期であるため。

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いため、その状況を把握することが重要である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 病前の生活リズム、活動の状況
- 病院での日常の生活リズム、活動の状況
- 退院後の日常の生活リズム、活動の状況
- 日常生活の目的意識
- 睡眠障害の有無（※特に受容ができていないことに起因するもの有無）
- 処方内容
- 後遺症の影響の有無（※医師に確認する）
- 過去のストレスにどう対応してきたか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

## （iii）リハビリテーションの継続がなされる支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

抑うつ状態になるとリハビリをやめてしまい、生活機能の維持・改善が実現できなくなる。

I 期は本人・家族を含めて困りごとが多く出てくるため、生活を補完するケアの必要性が大きくなりがちである。

また、本人・家族の不安も大きいいため、リハビリテーションが中断されないよう支援する必要もある。

※リハビリの進捗を介護支援専門員が認識し、本人や家族にそのことを伝えることも重要

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- リハビリの継続に対して本人が感じている必要度、満足度
- リハビリの継続に対して家族が感じている必要度、満足度
- その人自身が持っている具体的な目標の有無、その目標への達成感の有無
- ホームプログラムの実践状況

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-3 活動と参加に関わる能力の維持・改善

### 2-3-1 機能訓練(機能障害の回復・改善に向けて)

#### ( i ) ADL/IADL の状況の定期的な把握と共有がなされる支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

自分でできる ADL/IADL を増やすことは、そのまま機能訓練に繋がるため、日常生活における ADL/IADL の状況を把握することが必要である。

自立に向けた支援により、ADL/IADL の改善が見込める時期である。

一度獲得した ADL/IADL が失われやすい時期であり、かつ病院と大きく環境が変化するため、定期的に状況を把握することが重要である。

病院と異なり、在宅では多職種が異なる場面に関わるので、ADL/IADL の状況を共有する必要がある。

ADL/IADL の状況を共有しないままに生活の補完的なケアを行い続けると、活動と参加の向上に対してマイナスの効果を与える恐れもあるため、共有が大事になる。また、本人の目標を共有し、目標に向けて支援する。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 基本的な動作能力(例:起居、座位保持、立位保持、移乗、移動等)
- ADL/IADL に関する能力の状況(場面ごと、「できる」かどうかの把握)
- ADL/IADL に関する遂行状況の把握(場面ごと、実際に「している」かどうかの把握)
- 「できる」と「している」の乖離の要因(本人の意欲、家族やサービス事業所の支援の実施状況等)
- 退院時点での ADL/IADL の状況(※上記と同様に、「できる」「している」ごとに)

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 状態に合った ADL/IADL の機能向上がなされる支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

環境が病院から自宅へと大きく変化して、本来有する機能、あるいは残存機能に応じた ADL/IADL が発揮されにくい時期である。状態に合った機能の向上が重要となる。

また、自ら行う ADL/IADL はそれ自体が機能を向上させる機会となるため、状態・状況にあった機能の向上を検討することが重要である。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 基本的な動作能力(例:起居、座位保持、立位保持、移乗、移動等)

- 病前の ADL/IADL の実施状況（能力、遂行状況の両方）
- ADL/IADL に関する能力の状況（場面ごと、「できる」かどうかの把握）
- ADL/IADL に関する遂行状況の把握（場面ごと、実際に「している」かどうかの把握）
- ADL/IADL の改善可能性、見通し
- ADL/IADL についてやりすぎや間違ったことをしてしまうことのリスク（※医師、リハビリ職等の専門職に確認する）
- 福祉用具や住宅改修の利用状況、福祉用具を利用することによる ADL/IADL の機能の向上の可能性

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-3-2 コミュニケーション能力の改善

### （ i ）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

#### 実施内容及び必要性

コミュニケーションは生活全体の基盤であり、コミュニケーション能力が低下すると集団に入っていけなくなり、閉じこもり等、結果的に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・支援を検討しておく必要がある。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 構音障害、失語症等の有無、種類、程度（※医師に確認）
- リハビリの実施状況、リハビリの方向性、到達が見込まれる状況
- 本人の個人因子（性格、特性、他者とのコミュニケーションの癖）
- コミュニケーション能力の低下に伴って本人が抱えているストレス、ジレンマの有無や程度
- 普段のコミュニケーションの方法、手段（ジェスチャー、ボード、単語による会話、筆談、IT 機器等）
- （退院後の生活において）普段コミュニケーションをとる相手と、その時のコミュニケーション手段
- コミュニケーションに関する家族に対する生活指導の有無、内容
- 構音障害・失語症等への家族の理解度

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### （ ii ）コミュニケーション能力の改善を図る支援体制を整える（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）

#### 実施内容及び必要性

コミュニケーションは生活全体の基盤であり、コミュニケーション能力が低下すると集団に入っていけなくなり、閉じこもり等、結果的に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・支援を検討しておく必要がある。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 構音障害、失語症等の有無、種類、程度（※医師に確認）
- リハビリの実施状況、リハビリの方向性、到達が見込まれる状況
- 本人の個人因子（性格、特性、他者とのコミュニケーションの癖）
- コミュニケーション能力の低下に伴って本人が抱えているストレス、ジレンマの有無や程度
- 普段のコミュニケーションの方法、手段（ジェスチャー、ボード、単語による会話、筆談、IT 機器等）
- （退院後の生活において）普段コミュニケーションをとる相手と、その時のコミュニケーション手段
- コミュニケーションに関する家族に対する生活指導の有無、内容
- コミュニケーション能力を発揮する機会（家族とのコミュニケーション、家族以外とのコミュニケーション）があるか
- 失語症友の会等の社会資源

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-3-3 社会参加の機会の確保

### （i）日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復がなされる支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

役割を確認することによって自分の存在感がわかり、尊厳を取り戻すことができる。

I 期のこの時点での社会参加をいきなり回復させるというよりも、II 期に向けてどのような役割の回復が見込めそうかを把握しておくことが、II 期以降の移行を円滑にするためには重要である（※特に、もともと楽しみが少ない人の場合、病院でのリハビリ等を通して新たに楽しみやこだわりを見つける場合もあるので、その把握が重要）。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 生活歴
- 病前の役割（家庭内での役割、社会での役割）
- 家族との関係性
- 社会との関係性（友人との関係性、地域との関係性、職場での関係性等）
- I 期の現時点で、「あきらめ」している活動・役割
- 人生の中でその人が大切にしてきた価値観
- 日課、一日/季節/一年の中での楽しみ、趣味、こだわりを持ってきたこと
- 病院でのリハビリで特に積極的に取り組んでいたこと、こだわり
- （楽しみがない人）何に楽しみを見出せる可能性があるか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## **(ii) 交流の機会の確保がなされる支援体制を整える**

#### 実施内容及び必要性

I 期では生活の範囲が狭くなる(病院、自宅、事業所)ため、生活が縮小しやすくなるこの時期に交流を担保することが、II 期以降の移行を円滑にするために重要である(将来の可能性を見出すこと)。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 病前の外出頻度、行き先、外出方法
- 現在の外出頻度、行き先、外出方法
- 地域の中での活動・参加の機会や交流の機会の有無、活用可能性
- 病前の(自宅内/自宅外)交流頻度、交流の相手、交流の手段(電話、手紙、IT 等)
- 現在の(自宅内/自宅外)交流頻度、交流の相手、交流の手段(電話、手紙、IT 等)
- 地域で参加できる社会参加

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## **(iii) 新たな価値・機能の獲得がなされる支援体制を整える**

#### 実施内容及び必要性

障害や後遺症が残る可能性もある。落胆体験を繰り返す中で、残存機能と回復機能の限界を見つめ、新しい価値・機能の構築を目指すことの支援が必要。

ただし I 期では退院直後のタイミングのため、将来に向けて新たに獲得していく価値・機能を見据える(目標や可能性を設定する)ことに重点を置くことが必要。

日常生活や交流だけでなく、場合によりボランティア、就労まで見据えた将来の価値・機能の獲得を捉えることが重要。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 生活リズム、日課
- リハビリへの取り組み状況
- 利き手、コミュニケーション手段
- 興味・関心
- 「やってみたかった」こと
- 人生の中でその人が大切にしてきた価値観
- 日課、一日/季節/一年の中での楽しみ、趣味、こだわりを持ってきたこと
- 病院でのリハビリで特に積極的に取り組んでいたこと、こだわり

- (楽しみがない人)何に楽しみを見出せる可能性があるか

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-4 リスク管理

### 2-4-1 食事と栄養の確保

#### ( i ) 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる支援体制を整える

##### ※誤嚥性肺炎の予防については別途確認

実施内容及び必要性

リハビリの継続、体力・体調の回復のためにはその人にとって必要な栄養量を把握し、食事を確実に取れるようにすることが重要。

I 期では活動の範囲が小さくなりがちであり、本来必要な栄養量が取れない、あるいは取りすぎとなるリスクが大きい点にも留意が必要。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の量、形態
- 本人・家族の理解の状況
- 自宅での食事の調達方法(自宅で作っている、購入している等)
- 調理あるいは食事を調達している人が誰か
- 現在の一日/一週間の食事の内容
- その人に必要なカロリー、栄養
- BMI、体重の推移
- 普段の体力、体調
- 栄養補助食品、健康食品の摂取状況
- 服用している薬の剤数、タイミング
- 食欲、味覚の変化
- 便秘・下痢
- 口腔の状況(義歯、虫歯、歯磨き等)
- 誤嚥のリスク(食事にかかる時間、食事の時の姿勢、嚥下機能、疲労感、覚醒状態等)
- 麻痺に伴う口腔残渣の有無

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## 2-4-2 転倒予防

### ( i ) 転倒しにくいよう体の機能あるいは環境整備するための支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

麻痺があることにより転倒しやすい状況にあり、転倒すると骨折等で再入院のリスクが大きい。

また転倒しやすいことに不安を持って活動しにくくなると廃用に繋がるリスクがある。

特に I 期では病院から自宅へと環境が大きく変化する。自宅の生活環境は病後の状況からみると病前の状況と変化しているため、本人の認識にも留意が必要。

さらに、リハビリの進展とともに状態が変化し、できることが増える時期でもあり、活動・参加が増えることに伴う転倒リスクへの対応も必要。

※服薬と転倒の関連にも留意が必要。

※環境整備も含む。ただし、環境整備の検討にあたっては、本人・家族の住環境や経済状況、家族の生活等を踏まえて、対応可能な範囲で工夫を行うことが重要である。

※歩行やふらつき等に影響を与える関連する疾患や体力・筋力の低下等については「高齢者の生理」も参照。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- ADL/IADL の状況(※変化していくので「現在」の状況を把握することが大事)
- 麻痺の状況(四肢だけでなく空間認識を含む)
- ふらつきや痺れ、眠気といった症状に関わりうる処方内容の有無(※医師あるいは薬剤師に確認する)
- かみ合わせ
- 歩行状況(病院での状況、現在の状況)
- 歩行に対する不安感(特に一日の中で不安感が変動する場合はそのタイミング(例:夜間、階段、入浴時、日中独居のタイミング等))
- 本人の転倒に対する認識(危険と思っているのかどうか)
- 家族の転倒に対する認識(例:転倒の危険があるから動いて欲しくない、関心がない等)
- 装具の有無と状況(フィットしているかどうか)
- 転倒の履歴
- 普段の自宅内の動線とその環境(段差、手すり、明るさ、滑りやすさ等)
- (転倒が有った場合の影響として)硬膜下血腫の症状の有無(硬膜下血腫の基本的な理解については別の章を参照)

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

# 脳血管疾患 Ⅱ期

## 1. 継続的な再発予防

### 1-1 血圧や疾病の自己管理の支援

#### 1-1-1 基本的な疾患管理の支援

##### (i) 疾患の理解をうながす支援体制を整える

###### 実施内容及び必要性

脳血管疾患の場合は疾患の起因となる生活習慣病があるため、脳血管疾患の再発防止や生活の悪化防止には生活習慣の改善が必要で、そのために、本人・家族の疾患の理解をうながす支援体制が必要である。なぜなら在宅では本人・家族によるセルフマネジメントを原則とするため、疾患及び疾病管理に関して本人・家族の理解と管理が正確に行われる必要があるためである<sup>7</sup>。生活維持期に入るⅡ期においても、継続して健康管理が維持される体制を整えることが必要となる。関連して、疾病管理のための定期的な受診の支援、服薬支援の必要性も検討することが必要である。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 起因となった疾患についての説明の有無
  - 起因となっている疾患の説明を、本人・家族の誰が、専門職の誰から受けているかを確認する
    - ◇ 疾患の説明がなされているかを確認するため
- 起因となった疾患の理解の有無
  - 本人・家族それぞれが、起因となっている疾患の理解(※専門職からの説明と家族・本人の話との差異で確認)ができているかを確認する
    - ◇ なされた説明に対して、本人・家族が理解をしているか確認して、次の正確な管理に繋げるため
- 疾病の正確な管理の有無
  - 本人・家族それぞれが、理解に基づいた疾患の管理(通院、服薬、守るべき生活行動)を正確に行えているかを確認する
    - ◇ 起因となった疾患を理解した上で、適切な疾患の管理が行えているかを確認するため

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護支援専門員 等

---

<sup>7</sup> 「患者・家族に対し、現在の患者の状態や治療、再発予防を含めた脳卒中に関連する知識、障害を持つてからのライフスタイル、リハビリテーションの内容、介護方法やホームプログラム、利用可能な福祉資源等について、早期からチームにより、患者・家族の状況に合わせた情報提供に加えて、教育を行うことが勧められる。」日本脳卒中学会「脳卒中ガイドライン」、2015年

## (ii) 定期的な受診の支援体制を整える

### 実施内容及び必要性

脳血管疾患の再発予防のポイントとして、起因となる疾患の管理や薬の服用が挙げられる。受診している医療機関や、医療機関への通院状況について把握して、定期的な受診の支援体制を整え、定期的かつ適切な通院をうながすことで本人に対して継続的な治療を実現する必要がある。

なぜなら本人に対して治療・検査が提供されているかを確認しないと、在宅でのケアの必要性が定められず、治療の実効性が低下してしまう可能性があるためである。通院が行われていない場合、通院に関する阻害要因を把握することが必要である。万が一容態が悪化した場合や、通常と異なる状態がみられて医師に相談したい場合等に通院を含め医療を受けられる体制がないと、本人の状態の悪化に対応できない可能性がある。加えて、病気に対する不安があると、本人の日常生活における活動の範囲、内容、量等の縮小に繋がり、生活の改善に繋がらない可能性があるため、本人・家族の病気に対する不安を把握することも必要である。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 受診医療機関とその内容(基本事項)
  - 本人に対し、継続的な治療・検査としてどのようなものが、どの医療機関から提供されているかを確認する
    - ◇ 介護支援専門員として、本人が受診している医療機関とその内容を把握することで、万が一の場合の連絡や確認を行うことができる環境を整えるため
- 通院状況と通院を阻害する要因の把握
  - 医療機関への通院について、誰が、どのように連れて行っているかを確認する
  - 通院が行われていない事情があれば、その阻害要因は何か(家族等介護者の負担感、移動手段、移動にかかる経済的負担等)を確認する
    - ◇ 通院状況を確認し、万が一通院が行われていない事情があれば、その阻害要因を取り除くための支援を行うことで、本人が診療を受けることができる環境を整えるため
- 起因となった疾患の理解の有無
  - 本人・家族それぞれが、起因となっている疾患の理解ができているかを確認する
    - ◇ なされた説明に対して、本人・家族が理解をしているか確認して、次の正確な管理に繋げるため
- 疾病の正確な管理の有無
  - 本人・家族それぞれが、理解に基づいた疾患の管理(通院、服薬、守るべき生活行動)を正確に行えているかを確認する
    - ◇ 起因となった疾患を理解した上で、適切な疾患の管理が行えているかを確認するため
- かかりつけ医等の確認(基本事項)
  - 今後の通院・受診先として、どのような先かを確認する
- 本人・家族の病気に対する不安
  - 病気に対する不安(本人・家族)がどの程度あるかを確認する

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### (iii) 普段と異なる状態を把握できるよう支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

脳血管疾患は、一定の人が再発するとされている。そのため、日常生活に留意するとともに、本人や家族等介護者が普段と異なる本人の状態を把握できるよう体制を整えることが必要である。なぜなら、普段の状態が分からないと「異常」が分からないほか、普段の状態を把握しておくことで、異常や病状の悪化の早期発見を期待するためである。

そのためには、本人・家族、家族等介護者等が普段の状態と異常や注意すべき症状の両方を理解していることが必要で、これによって本人・家族、家族等介護者から専門職へ異常が早期に伝達される体制をとることが求められる。

#### 関連するアセスメント項目

- 起因となった疾患についての説明の有無
  - 起因となっている疾患の説明を、本人・家族の誰が、専門職の誰から受けているかを確認する
- 起因となった疾患の理解の有無
  - 本人・家族それぞれが、起因となっている疾患の理解（※専門職からの説明と家族・本人の話との差異で確認）ができているかを確認する
- 疾病の正確な管理の有無
  - 本人・家族それぞれが、理解に基づいた疾患の管理（通院、服薬、守るべき生活行動）を正確に行えているかを確認する

#### 相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

## 1-1-2 血圧等の体調の確認

### (i) 目標血圧が確認できる体制を整える

#### 実施内容及び必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発に繋がる重要なリスクファクターとして、継続して確認・管理を行うことが必要である<sup>8</sup>。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 目標血圧の把握
  - その人が目標とする血圧を把握する
- 服薬内容や服薬状況（基本事項）
  - 服薬している薬の内容を確認する
- 便秘の有無
  - 便秘が常態化していると、排便の際にいきむ事となり、いきむ際に血圧が上昇してしまうため、異常がないか確認が必要

---

<sup>8</sup>高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意（疾患の理解の章を参照）

- 現在の状況の把握(基本事項)
  - 生活における制限や、禁忌事項の有無と、その内容を確認する

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護支援専門員 等

## (ii) 家庭(日常)血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える

実施内容及び必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発に繋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である<sup>9</sup>。診察室と家庭での血圧の数値が違う場合がある。特に家庭内血圧が大事である。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 家庭血圧を測定する環境
  - 家庭血圧(起床時、就寝時、日中)を把握する人が誰か(本人・家族、家族等介護者等)を確認する
  - 血圧を測定できる適切な機器があるか確認する
- 測定した家庭血圧を記録する環境
  - 測定した血圧を記録(血圧手帳)できているか確認する
- 血圧の変動を管理する要素の把握
  - 本人の目標血圧の値を確認する
  - 服薬内容や服薬状況
  - 本人が日常生活を行う上で、留意すべき自宅での制限や禁忌の有無、内容を確認する
- 不整脈の発生状況の確認

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### 1-1-3 環境の維持

#### (i) 室内気温の調整できる体制を整える

実施内容及び必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発に繋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である<sup>10</sup>。血圧が急激に上がるきっかけの一つとして、急激な気温の変化が挙げられる。そのため、適切な室内気温の維持・調整によって、急激な気温の変化が生じないようにする体制を整えることが必要である。

<sup>9</sup>高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意(疾患の理解の章を参照)

<sup>10</sup>高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意(疾患の理解の章を参照)

高齢者は、体感、体温調整の問題から、感受性や恒常性の低下が生じるため、意識的に周囲が留意して室温を調整する必要がある。中心となる生活空間での一日の気温差が血管に与える影響が大きい。そのため、居室の24時間の気温差を確認して対応することが必要である。本項目は季節の影響を多分に受けることから、退院時に十分なアセスメントを実施した場合であっても、季節の変化を踏まえて再度確認すべき重要項目である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 居住環境、家族の介護力
  - アセスメント項目の「22 居住環境」全般、「21 介護力」等(個別アセスメント項目についてはより具体的検討が必要)を確認する
  - 保有している冷暖房器具や加湿器の有無、使用状況(例:もっばらコタツ等)・使用習慣(就寝中の利用状況等)を確認する

#### 相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 気温差の縮小(居室と廊下、浴室、洗面所、トイレ等)がなされる体制を整える

#### 実施内容及び必要性

高血圧は、脳出血と脳梗塞に共通する脳血管疾患の最大の危険因子である。そのため、血圧の変動は再発に繋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である<sup>11)</sup>。血圧が急激に上がるきっかけの一つとして、急激な気温の変化が挙げられる。そのため、気温差の縮小がなされるよう体制を整えることが必要である。一般的な日本家屋の場合、廊下や水周りは気温差が大きい場所として挙げられるため、その場所と居室との気温差が縮小されるように確認と対策を行う。気温差を縮小する方法は、冷暖房器具の設置だけでなく、衣服の工夫や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の方法もあることに留意すること。本項目は季節の影響を多分に受けることから、退院時に十分なアセスメントを実施した場合であっても、季節の変化を踏まえて再度確認すべき重要項目である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 家屋の状況と温度変化
  - 部屋の配置、動線、実際の気温差、冷暖房器具の設置状況が適切か、家屋の状況を確認する
  - 自宅における時間帯別の温度変化を確認する
  - 居室と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度とその変化
- 本人・家族の状況の把握
  - 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線)を確認する
  - 本人の温度感覚の麻痺の程度を確認する
  - 本人・家族の冷暖房器具の使用習慣や使用状況を確認して、室温が保たれるかを把握する

<sup>11)</sup>高齢者の中でも年齢や他の疾患によって状況が異なる点に注意(疾患の理解の章を参照)

#### 相談すべき専門職

介護職、介護支援専門員 等

### (iii) 普段生活している居室の気温差の改善を図る

#### 実施内容及び必要性

高齢者は、体感、体温調整の問題から、感受性や恒常性の低下が生じるため、意識的に周囲が留意して室温を調整する必要がある。エアコンの位置や日当たりによっては、ベッドにいる間の気温差や日照により、乾燥や、脱水、冷えの症状に繋がり、再発リスクを高めたり、体調悪化の要因となる可能性もある。居室の24時間の気温差や日照を確認して普段生活している居室の気温差の改善を図ることが必要である。本項目は季節の影響を多分に受けることから、退院時に十分なアセスメントを実施した場合であっても、季節の変化を踏まえて再度確認すべき重要項目である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 居室の状況
  - 部屋の配置や動線、部屋の温湿度、温湿度の変化を把握する
- 本人・家族の状況の把握
  - 居室内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線)
  - 本人の温度感覚の麻痺の程度
  - 本人・家族の冷暖房器具の使用習慣、使用状況

#### 相談すべき専門職

介護職、介護支援専門員 等

## 1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供

### (i) 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

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、管理栄養士、介護支援専門員 等

### (ii) 栄養摂取状況が把握できる体制を整える

#### 実施内容及び必要性

塩分摂取量が多くなると、血圧が上昇し、再発のリスクを高めるため。

「普段の習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要。

※塩分制限を踏まえつつ、生活全体に目配りし、体調・意欲の低下を招かないよう、生活全体のバランスを医師に相談することが重要。

※「25 食事摂取」と連携して検討する必要がある。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 塩分制限の有無
- 普段摂取している塩分量、普段の食事内容
- 日常の塩分摂取量を本人・家族がどのような方法で把握しているか
- 他の栄養の摂取状況
- 食事に対する意欲の状況

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、管理栄養士、介護支援専門員 等

## 1-2 服薬の自己管理

### 1-2-1 服薬支援

#### ( i ) 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用(出血しやすくなる等)についても知っておくことが重要。

セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

脳血管疾患の場合は、起因となる生活習慣病があり、再発防止や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要。

※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。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 処方内容
- 服薬状況
- 誰が薬を管理しているか
- 本人・家族が、服薬が必要であること、気をつけるべきことの説明を受けているか
- 本人・家族が説明された内容を正しく理解しているか

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 薬の自己管理の支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用(出血しやすくなる等)についても知っておくことが重要。

セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

脳血管疾患の場合は、起因となる生活習慣病があり、再発防止や生活の悪化防止には生活習慣の改善が必要。

※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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 薬が変更になった時の本人の状況の変化  
(※「普段の状態の把握」と併せてアセスメントすることが重要)
- 誰が薬を管理しているか(※日中にサービス事業所を利用している場合やショートステイ利用の場合等は事業所における管理方法も)
- どのように薬を管理しているか(保管場所、保管方法)
- 薬を管理している人が管理方法を正しく理解しているか
- 管理する人の能力に合わせた保管方法・処方内容(回数や薬の形状)になっているか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### (iii) 服薬の促し(声かけ)と服薬したことの継続的な確認ができる体制を整える

#### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用(出血しやすくなる等)についても知っておくことが重要。

セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

脳血管疾患の場合は、起因となる生活習慣病があり、再発防止や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要。

※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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 処方されたとおりに服薬できているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか
- 飲み残しがあるかどうか、あるいは不足の状況
- 食事摂取の状況、水分摂取(特に制限がある場合)の状況
- 本人及び家族等介護者の認知機能、視力
- 麻痺の状況(薬包の開けやすさ、飲む動作のやりやすさ等)
- 咀嚼を含む嚥下能力
- 自宅における生活リズム(特に、起床、食事、昼寝、就寝)
- 家族等介護者の生活リズム(特に家族等介護者が不在にしている時間があればそのタイミング)

- 家族や家族等介護者の、服薬の必要性に対する理解
- 本人と家族や介護者の役割分担)

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-3 生活習慣の維持

### 1-3-1 規則正しい生活リズムの構築

#### ( i ) 食事・起床就寝等の生活リズムを整えることの支援体制を整える

実施内容及び必要性

食事・起床就寝等のリズムが整っていないと、体調が整わず、再発のリスクが高まる。

食前、食後に薬を飲む時間がずれてしまい、再発のリスクに繋がるほか、食事のリズムが整わないことで便秘となり、排便の際にいきんで血圧上昇を招き、脳血管疾患の再発に繋がる可能性がある。

そのため、食事、起床就寝、薬を飲む時間等のリズムを整えることが重要。

急に生活リズムを変えることは難しいので、過去からのリズムを把握することも必要。

※脳血管疾患特有ではないものの扱い要検討。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族の 24 時間の全般的な生活リズムの把握(3 表の主な生活上の活動)
- 介護の負担感(時間帯別)
- 本人の若い時からの生活リズム(夜型であった等)
- 本人、家族の生活リズムに関する認識(自身の生活リズムを適切と考えている等)
- サービスが入っている日とそれ以外での生活リズムの違い

相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 日中の運動・活動の機会が確保できる体制を整える

実施内容及び必要性

日中の運動・活動量が少ないと、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、動脈硬化が進んだりする可能性があり、再発リスクが高まる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 日中の離床時間、活動量、家事量、外出頻度(散歩等)

- 運動・活動に関する医師からの指示内容

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### (iii) 休養・睡眠が確保できる体制を整える

実施内容及び必要性

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、動脈硬化が進んだりする可能性があり、再発リスクが高まる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 睡眠時間と質、本人の認識
- 日中の傾眠の有無
- 睡眠薬の処方有無、服薬の状況(定期的に服用しているか、随時服用か)
- 日中の活動量(特に、仕事や家事をしている場合の負荷)
- 睡眠障害の有無(睡眠時無呼吸症候群)
- 寝具や寝室の状況、同居者の生活リズムによる影響の有無

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 1-3-2 脱水予防

### (i) 自ら水分を摂取できるようにすることが維持できる体制を整える

実施内容及び必要性

日常的に必要な水分量を摂取しないと脱水となるリスクがあり、脱水傾向になると血液の粘度が高まり、脳血管疾患の再発リスクが高まる。

一人ひとりに適切な水分量が異なるため、その人に必要な水分量と日常的に摂取している水分量を把握することが重要。

直接摂取する水分だけでなく食事から摂取する水分・栄養と併せて一体的に評価することが重要。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 一日に必要な水分が摂取できているか
- 水分摂取の状況を確認できる方法が確立できているか
- のどの渇き、口渇を感じているかどうか(自覚の有無)
- 水分を摂取する習慣があるかどうか

- 摂取する水分量（食事経由、直接摂取）
- 水分を自ら摂取する能力（麻痺の有無、認知機能、嚥下機能、廃用傾向の有無）
- 水分摂取時の姿勢
- 家族等介護者が水分摂取の支援を実施できる時間の有無

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## 2.セルフマネジメントへの移行

### 2-1 心身機能の見直しとさらなる回復・維持

#### 2-1-1 機能訓練(機能障害の回復・改善に向けて)

##### ( i ) 日常生活環境における身体機能の状態の確認と継続的な支援体制を整える

###### 実施内容及び必要性

身体機能が日常生活全体に及ぼす影響が最も大きいことから、適切な機能訓練が必要である。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である。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- ADL/IADL の状態と、改善や維持に関する見込み
- 日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

##### ( ii ) 身体機能の回復に向けた機能訓練の実施(下肢筋力、麻痺、状態、構音障害)の確認と継続的な支援体制を整える

###### 実施内容及び必要性

身体機能の低下は生活機能全体の悪化に繋がることが多いため、適切な機能訓練が必要である。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である。退院後、リハビリの結果が思うようにならない場合、リハビリ意欲が低下する場合がある。新たな価値・機能獲得への転換とリハビリに対する意欲を維持向上させることが重要となる。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- ADL/IADL に応じた機能訓練の実施状況
- 本人や家族のリハビリに対する意欲

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-2 心理的回復の支援

### 2-2-1 受容の支援

#### ( i ) 受容促進のための働きかけの確認と継続的な支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

本人や家族による過度の期待、拒否・否定、あきらめ等により機能の維持・向上が難しくなる可能性がある。そのため、受容の支援が重要。

早期に現実を目を向けてもらい、主体的に自立的な生活に取り組んでもらうことが重要なので、受容促進の働きかけを行う。

※医師からの予後の見通しと併せて整理することが重要。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 受容のプロセス(「障害の受容のプロセス」:基礎理解の章を参照)のどの段階にいるか
- 本人の受容に関する阻害因子(過度の期待、拒否・否定、あきらめ等)がないか
- 家族の受容状況(同上)
- 機能的予後の見通し
- ピアカウンセリングの可能な仲間や相談場所の存在の有無
- リハビリへの取り組み状況
- 生活への取り組み状況(※機能としてはできるにも関わらず、家族に過度に依存していることがないか)

##### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 抑うつ状態の防止、改善の確認と継続的な支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

心理的な課題が大きかったり、揺れ動く時期であるため。

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いため、その状況を把握することが重要である。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 病前の生活リズム、活動の状況
- 現在の日常の生活リズム、活動の状況
- 日常生活の目的意識
- 睡眠障害の有無(※特に受容ができていないことに起因するもの有無)
- 処方内容
- 後遺症の影響の有無(※医師に確認する)
- 過去のストレスにどう対応してきたか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### (iii) リハビリテーションの継続の確認と継続的な支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

抑うつ状態になるとリハビリをやめてしまい、生活機能の維持・改善が実現できなくなる。退院後、リハビリの結果が思うように出ない場合、リハビリ意欲が低下する場合がある。新たな価値・機能獲得への転換とリハビリに対する意欲を維持向上させることが重要となる。

※リハビリの進捗を介護支援専門員が認識し、本人や家族にそのことを伝えることも重要。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- リハビリの継続に対して本人が感じている必要度、満足度
- リハビリの継続に対して家族が感じている必要度、満足度
- その人自身が持っている具体的な目標の有無、その目標への達成感の有無
- ホームプログラムの実践状況

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-2-2 行動変容の状況の確認と継続的な支援

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

#### 実施内容及び必要性

失われた機能がある一方で、本人に残っている身体機能や、リハビリによって再獲得した身体機能があり、そのバランスの中で新しい生活環境が確立、維持されることを支援する。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族の受容の程度
- 本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割
- 本人の残存能力とリハビリによる回復の予測

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護支援専門員 等

## (ii) セルフマネジメントに向けたリハビリテーションの支援体制を整える

### 実施内容及び必要性

今後の生活の継続に向けて、自らの健康状態や生活を管理する力を高めること(エンパワメント)に向けて、本人が意欲を持ち、具体的な助言を周囲から得られるような環境を確立する。

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、PT/OT/ST、介護支援専門員 等

## 2-3 活動と参加に関わる能力の維持・向上

### 2-3-1 機能訓練(残存機能の維持・活用のための)

## (i) ADL/IADL の状況の定期的な把握と共有の確認と継続的な支援体制を整える

### 実施内容及び必要性

自分でできる ADL/IADL を増やすことは、そのまま機能訓練に繋がるため、日常生活における ADL/IADL の状況を把握することが必要である。

自立に向けた支援により、ADL/IADL の改善や社会参加が見込める時期である。

一度獲得した ADL/IADL が失われやすい時期であり、かつ病院と大きく環境が変化するため、定期的に状況を把握することが重要である。

病院と異なり、在宅では多職種が異なる場面に関わるので、ADL/IADL や社会参加の状況を共有する必要がある。

ADL/IADL の状況を共有しないままに生活の補完的なケアを行い続けると、活動と参加の向上に対してマイナスの効果を与える恐れもあるため、共有が大事になる。また、本人の目標を共有し、目標に向けて支援する。

※新しいニーズがあれば、把握し共有。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 基本的な動作能力(例:起居、座位保持、立位保持、移乗、移動等)
- ADL/IADL に関する能力の状況(場面ごと、「できる」かどうかの把握)
- ADL/IADL に関する遂行状況の把握(場面ごと、実際に「している」かどうかの把握)
- 「できる」と「している」の乖離の要因(本人の意欲、家族やサービス事業所の支援の実施状況等)

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 状態に合った ADL/IADL の機能の向上の確認と継続的な支援体制を整える

### 実施内容及び必要性

リハビリ等で再獲得された身体機能等、本人の ADL、IADL の機能を継続的に把握することで、本人の状態に応じた支援体制を整える。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- ADL/IADL の確認、本人の ADL/IADL の専門職間での共有、必要な支援を受けられる体制の確保

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-3-2 コミュニケーション能力の改善

### (i) コミュニケーション能力の状況の継続的な把握の確認と継続的な支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

コミュニケーションは生活全体の基盤であり、コミュニケーション能力が低下すると集団に入っていけなくなり、閉じこもり等、結果的に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・支援を検討しておく必要がある。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 構音障害、失語症等の有無、種類、程度(※医師に確認)
- 病院におけるリハビリの実施状況、リハビリの方向性、到達が見込まれる状況
- 本人の個人因子(性格、特性、他者とのコミュニケーションの癖)
- コミュニケーション能力の低下に伴って本人が抱えているストレス、ジレンマの有無や程度
- 病院での(病後の)普段のコミュニケーションの方法、手段(ジェスチャー、ボード、単語による会話、筆談、IT 機器等)
- コミュニケーションに関する家族に対する生活指導の有無、内容
- 構音障害・失語症等への家族の理解度

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### (ii) コミュニケーション能力の改善支援(言語訓練、コミュニケーション手段の検討等)

## の確認と継続的な支援体制を整える

### 実施内容及び必要性

コミュニケーションは生活全体の基盤であり、コミュニケーション能力が低下すると集団に入っていけなくなり、閉じこもり等、結果的に生活が縮小するリスクが大きくなる。

脳血管疾患は、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討しておく必要がある。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 構音障害、失語症等の有無、種類、程度（※医師に確認）
- 病院におけるリハビリの実施状況、リハビリの方向性、到達が見込まれる状況
- 本人の個人因子（性格、特性、他者とのコミュニケーションの癖）
- コミュニケーション能力の低下に伴って本人が抱えているストレス、ジレンマの有無や程度
- 病院での（病後の）普段のコミュニケーションの方法、手段（ジェスチャー、ボード、単語による会話、筆談、IT 機器等）
- コミュニケーションに関する家族に対する生活指導の有無、内容
- コミュニケーション能力を発揮する機会（家族とのコミュニケーション、家族以外とのコミュニケーション）があるか
- 失語症友の会等の社会資源

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-3-3 社会参加の機会の維持・拡大

### （i）日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得の支援の確認と継続

## 的な支援体制を整える

### 実施内容及び必要性

役割を確認することによって自分の存在感がわかり、尊厳を取り戻すことができる。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 生活歴
- 病前の役割（家庭内での役割、社会での役割）
- 家族との関係性
- 社会との関係性（友人との関係性、地域との関係性、職場での関係性等）
- II期の現時点で、「あきらめ」している活動・役割
- 人生の中でその人が大切にしてきた価値観
- 日課、一日/季節/一年の中での楽しみ、趣味、こだわりを持ってきたこと

- 病院でのリハビリで特に積極的に取り組んでいたこと、こだわり
- (楽しみがない人)何に楽しみを見出せる可能性があるか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

交流の機会を確保することで、社会参加が促されるため、これを支援するための体制を整える。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 病前の外出頻度、行き先、外出方法
- 現在の外出頻度、行き先、外出方法
- 地域の中での活動・参加の機会や交流の機会の有無、活用可能性
- 病前の(自宅内/自宅外)交流頻度、交流の相手、交流の手段(電話、手紙、IT等)
- 現在の(自宅内/自宅外)交流頻度、交流の相手、交流の手段(電話、手紙、IT等)
- 地域で参加できる社会参加

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## (iii) 新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

障害や後遺症が残る可能性もある。落胆体験を繰り返す中で、残存機能と回復機能の限界を見つめ、新しい価値・機能の構築を目指すことの支援が必要。

日常生活や交流だけでなく、場合によりボランティア、就労まで見据えた将来の価値・機能の獲得を捉えることが重要。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 生活リズム、日課
- リハビリへの取り組み状況
- 利き手、コミュニケーション手段
- 興味・関心
- 「やってみたかった」こと
- 人生の中でその人が大切にしてきた価値観
- 日課、一日/季節/一年の中での楽しみ、趣味、こだわりを持ってきたこと

- (楽しみがない人)何に楽しみを見出せる可能性があるか

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-4 リスクの管理

### 2-4-1 食事と栄養の確保

#### ( i ) 必要な栄養量の把握と食事の支援の確認と継続的な支援体制を整える

##### ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認

実施内容及び必要性

リハビリの継続、体力・体調の回復のためにはその人にとって必要な栄養量を把握し、食事を確実に取れるようにすることが重要。

※リスク管理の観点とは別に、再発予防の観点からの栄養の把握・コントロールにも留意が必要(上述の項目を参照)。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 病院での食事の量、形態
- 自宅に戻ってからの食事の量、形態
- 自宅での食事の調達方法(自宅で作っている、購入している等)
- 調理あるいは食事を調達している人が誰か
- 現在の一日/一週間の食事の内容
- その人に必要なカロリー、栄養
- BMI、体重の推移
- 普段の体力、体調
- 栄養補助食品、健康食品の摂取状況
- 服用している薬の剤数、タイミング
- 食欲、味覚の変化
- 便秘・下痢
- 口腔の状況(義歯、虫歯、歯磨き等)
- 誤嚥のリスク(食事にかかる時間、食事の時の姿勢、咀嚼を含む嚥下機能、疲労感、覚醒状態等)
- 麻痺に伴う口腔残渣の有無

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

### 2-4-2 状態に合った環境整備

## ( i ) 日常生活における活動の把握と環境の再整備の確認と継続的な支援体制を

### 整える

#### 実施内容及び必要性

日常生活における活動を把握して、再発防止や転倒リスク等を軽減するために生活習慣や環境を再整備する。継続的な把握と支援体制が重要となる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 必要な栄養量、栄養素(身長・性別・年齢・活動量)の把握、本人・家族の理解の状況
- 日常の食生活(摂取量、内容)の把握測

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-4-3 転倒予防

## ( i ) 転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を

### 整える

#### 実施内容及び必要性

麻痺があることにより転倒しやすい状況にあり、転倒すると骨折等で再入院のリスクが大きい。

また転倒しやすいことに不安を持って活動しにくくなると廃用に繋がるリスクがある。

さらに、リハビリの進展とともに状態が変化し、できるが増える時期でもあり、活動・参加が増えることに伴う転倒リスクへの対応も必要。

※服薬と転倒の関連にも留意が必要。

※環境整備も含む。ただし、環境整備の検討にあたっては、本人・家族の住環境や経済状況、家族の生活等を踏まえて、対応可能な範囲で工夫を行うことが重要である。

※歩行やふらつき等に影響を与える関連する疾患や体力・筋力の低下等については「高齢者の生理」も参照。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- ADL/IADL の状況(※変化していくので「現在」の状況を把握することが大事)
- 麻痺の状況(四肢だけでなく空間認識を含む)
- ふらつきや痺れ、眠気といった症状に関わりうる処方内容の有無(※医師あるいは薬剤師に確認する)
- 歩行状況(病院での状況、現在の状況)
- 歩行に対する不安感(特に一日の中で不安感の変動する場合はそのタイミング(例:夜間、階段、入浴時、日中独居のタイミング等))
- 本人の転倒に対する認識(危険と思っているのかどうか)

- 家族の転倒に対する認識(例: 転倒の危険があるから動いて欲しくない、関心がない等)
- 装具の有無と状況(フィットしているかどうか)
- 転倒の履歴
- 普段の自宅内の動線とその環境(段差、手すり、明るさ、滑りやすさ等)
- (転倒があった場合の影響として)硬膜下血腫の症状の有無(硬膜下血腫の基本的な理解については別の章を参照)

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

# 第4章 大腿骨頸部骨折

## 大腿骨頸部骨折 I期

### 1. 再骨折の予防

#### 1-1 転倒予防

##### 1-1-1 転倒予防

###### (i) 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

###### 実施内容及び必要性

転倒した状況や要因を把握し評価することで、転倒しやすい状況を改善したり、適切なりハビリ目標を設定する。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 転倒状況の確認
- 過去の転倒歴、状況の確認
- 住環境の確認
- 本人の身体能力の確認

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

###### (ii) 自らの身体機能の理解の支援と指導ができる体制を整える

###### 実施内容及び必要性

自らの身体機能(反射、平衡感覚、視覚等)の状態を理解し、それにあつた生活動作を身につけることで、転倒予防をし、再骨折を防ぐ。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の身体能力、生活動作の確認
- 本人、家族の認識の確認

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **(iii) 転倒しにくくするための身体機能の向上ができる体制を整える**

#### 実施内容及び必要性

現状の身体機能を理解し、身体機能を向上することで転倒予防をし、再骨折を防ぐ。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の身体能力の確認
- 本人、家族の認識の確認
- 身体機能を維持、向上させる取り組みの有無の確認

#### 相談すべき専門職

PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## **1-2 骨粗しょう症の予防**

### **1-2-1 服薬支援**

#### **(i) 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える**

#### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用)についても知っておくことが重要。

セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 処方内容
- 服薬状況
- 誰が薬を管理しているか
- 本人・家族が、服薬が必要であること、気をつけるべきことの説明を受けているか
- 本人・家族が説明された内容を正しく理解しているか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

#### **(ii) 薬の管理の支援体制を整える**

#### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用)についても知っておくことが重要。  
セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。  
※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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 薬が変更になった時の本人の状況の変化  
(※「普段の状態の把握」と併せてアセスメントすることが重要)
- 誰が薬を管理しているか(※日中にサービス事業所を利用している場合やショートステイ利用の場合等は事業所における管理方法も)
- どのように薬を管理しているか(保管場所、保管方法)
- 薬を管理している人が管理方法を正しく理解しているか
- 管理する人の能力に合わせた保管方法・処方内容(回数や薬の形状)になっているか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### **(iii) 服薬の促し(声かけ)と服薬したことが確認できる体制を整える**

#### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用)についても知っておくことが重要。  
セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。  
※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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 処方されたとおりに服薬できているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか
- 飲み残しがあるかどうか、あるいは不足の状況の確認
- 食事摂取の状況、水分摂取(特に制限がある場合)の状況
- 本人及び家族等介護者の認知機能、視力
- 嚥下能力
- 自宅における生活リズム(特に、起床、食事、昼寝、就寝)
- 家族等介護者の生活リズム(特に家族等介護者が不在にしている時間があればそのタイミング)
- 本人・家族等介護者の、服薬の必要性に対する理解
- 本人と家族や介護者の役割分担

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-2-2 治療の継続の支援

### ( i ) 継続的な受診の支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

本人に対する治療・検査が提供されているかを確認しないと、在宅でのケアの必要性が定められない。

定期的な受診が維持できる環境を整備しないと、治療の実効性が低下してしまう。

通院に関する阻害要因を把握できていないと継続的な治療を実現できない。

緊急時や困ったときに通院を含め医療を受けられる体制がないと、状態の悪化に対応できない。

病気に対する不安を軽減しておかないと生活の改善に繋がらない(本人の日常生活における活動の範囲、内容、量等の縮小につながってしまう恐れがある)。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人に対し、継続的な治療・検査としてどのようなものが、どの医療機関から提供されているか
- 医療機関への通院について、誰が、どのように連れて行っているか
- 通院に関する阻害要因は何か(家族等介護者の負担感、移動手段、移動にかかる経済的負担等)
- 本人・家族それぞれが、起因となっている疾患の理解ができているか
- 本人・家族それぞれが、理解に基づいた疾患の管理(通院、服薬、守るべき生活行動)が正確に行われているか
- 今後の(Ⅰ期の途中及びⅡ期以降に)通院・受診先としてどのような医療機関があるか
- 病気に対する不安(本人・家族)がどの程度あるか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### ( ii ) 運動・活動の支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

運動、活動の支援体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。

活動量の低下を防ぐことが、再発の防止にも繋がる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 運動量、骨折した下肢への体重荷重の割合
- 日光にあたる機会の程度

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2 骨折前の生活機能の回復

### 2-1 歩行の獲得

#### 2-1-1 歩行機能訓練

##### (i) 歩行機能向上のための訓練ができる体制を整える

###### 実施内容及び必要性

I 期では早期に機能向上のための訓練をすることが必要だが、術式や病院での経過によっては、体位や荷重の制限がある場合がある。

※病前と現在とで、感覚や視覚等が異なっている場合があるため、その違いを把握して歩行機能の向上を図ることが重要。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 転倒の履歴、場所
- 術式に伴う、生活における行動制限や体位制限
- 荷重の制限
- リハビリをどの程度の期間をかけて進めるべきか
- どの程度歩いて良いか
- 病院でのリハビリ(歩行訓練)の状況
- 認知症の有無
- 病前の歩行状況、フレイルの有無
- 現在の歩行状況(※特に、庇った歩き方になったり、偏った歩き方でないか、制限を超える負荷のかかった歩き方でないか等を把握する)
- 福祉用具の利用の有無、利用している場合歩行状態にフィットしているかどうか
- 靴のフィッティング
- (病前と現在)足裏の感覚
- 平衡感覚に影響を及ぼす基礎疾患の有無
- 視力、視野、視覚に影響を及ぼす疾患(白内障等)の有無
- 姿勢反射
- 転ぶ練習、転ぶことへの慣れ

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-1-2 心理的不安の排除

### ( i )リハビリテーションの継続の支援(恐怖感の克服の支援)体制を整える

#### 実施内容及び必要性

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ったことによる不安感がある。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 転倒の履歴、場所
- 本人の活動範囲(自宅の室内、自宅の室外、よく行く外出先)における転倒しやすい場所、場面に対する本人の理解
- よく転ぶ場所の環境(床の材質、手すりの有無、明るさ等)
- 季節や天候による影響の理解
- 本人や家族の現在の不安感
- 本人・家族の転倒に対する認識
- 家族の介護力
- 術式に伴う、生活における行動制限や体位制限
- 生活におけるその他の制限
- 認知症の有無(認知機能)
- 痛みの有無
- 万一の時のフォロー体制(緊急連絡先が誰か)

#### 相談すべき専門職

PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### ( ii )日常生活環境の評価と指導を確認する体制を整える

#### 実施内容及び必要性

日常生活環境が整えられ、転倒の不安が軽減されるように支援することで、歩行の獲得に繋げる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 転倒の履歴、場所
- 術式に伴う、生活における行動制限や体位制限
- 段差等の住宅の様子

#### 相談すべき専門職

PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### (iii) 家族の理解が促進される体制を整える

#### 実施内容及び必要性

本人だけでなく家族の再転倒、再骨折の不安を取り除くことで、歩行の獲得に繋げる。

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-2 生活機能の回復

### 2-2-1 ADL/IADL の回復

#### (i) ADL/IADL の状況の定期的な把握と共有を確認する体制を整える

##### 実施内容及び必要性

自分でできる ADL/IADL を増やすことは、そのまま機能訓練に繋がるため、日常生活における ADL/IADL の状況を把握することが必要である。

自立に向けた支援により、ADL/IADL の改善が見込める時期である。

一度獲得した ADL/IADL が失われやすい時期であり、かつ病院と大きく環境が変化するため、定期的に状況を把握することが重要である。

病院と異なり、在宅では多職種が異なる場面に関わるので、ADL/IADL の状況を共有する必要がある。

ADL/IADL の状況を共有しないままに生活の補完的なケアを行い続けると、活動と参加の向上に対してマイナスの効果を与える恐れもあるため、共有が大事になる。また、本人の目標を共有し、目標に向けて支援する。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か
- 基本的な動作能力(例:起居、座位保持、立位保持、移乗、移動等)
- ADL/IADL に関する能力の状況(場面ごと、「できる」かどうかの把握)
- ADL/IADL に関する遂行状況の把握(場面ごと、実際に「している」かどうかの把握)
- 「できる」と「している」の乖離の要因(本人の意欲、家族やサービス事業所の支援の実施状況等)
- 退院時点での ADL/IADL の状況(※上記と同様に、「できる」「している」ごとに)

##### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

#### (ii) 状態に合った ADL/IADL の機能の向上ができる体制を整える

##### 実施内容及び必要性

環境が病院から自宅へと大きく変化して、本来有する機能、あるいは残存機能に応じた ADL/IADL が発揮されにくい時期である。状態に合った機能の向上が重要となる。

また、自ら行うADL/IADLはそれ自体が機能を向上させる機会となるため、状態・状況にあった機能の向上を検討することが重要である。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 基本的な動作能力(例:起居、座位保持、立位保持、移乗、移動等)
- 病前のADL/IADLの実施状況(能力、遂行状況の両方)
- ADL/IADLに関する能力の状況(場面ごと、できる動作、できない動作、できると思われる動作の把握)
- ADL/IADLに関する遂行状況の把握(場面ごと、実際に「している」かどうかの把握)
- ADL/IADLの改善可能性、見通し
- ADL/IADLについてやりすぎや間違っただけをしようとするリスク(※医師、リハビリ職等の専門職に確認する)
- 福祉用具や住宅改修の利用状況、福祉用具を利用することによるADL/IADLの機能の向上の可能性

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-2-2 食事と栄養の確保

### (i) 必要な栄養量の把握と食事の支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

本人に必要な栄養量を把握し、確実に食事が取れるようにすることで、体力・体調の回復を図る。

活動の範囲が小さくなりやすいことから、栄養を取りすぎるリスクもある点にも留意が必要である。

※リスク管理の観点とは別に、再発予防の観点からの栄養の把握・コントロールにも留意が必要(上述の項目を参照)

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 必要な栄養量、栄養素(身長・性別・年齢、活動量)の把握と、その事の本人・家族の理解の状況
- 日常の食生活(摂取量、内容の把握)

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## 2-2-3 環境整備

### (i) 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

#### 実施内容及び必要性

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/IADLの向上に繋がる。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 室内環境
- 生活動線の把握
- 本人の状態(ADL/IADLの状態、麻痺側等)
- 活動を支援する福祉用具の設置の有無

### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-3 社会参加の回復

### 2-3-1 社会参加の機会の回復

#### ( i ) 日常生活における役割の回復・獲得の支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

役割を確認することによって自分の存在感がわかり、尊厳を取り戻すことができる。

I期のこの時点での社会参加をいきなり回復させるというよりも、II期に向けてどのような役割の回復が見込めそうかを把握しておくことが、II期以降の移行を円滑にするためには重要である(※特に、もともと楽しみが少ない人の場合、病院でのリハビリ等を通して新たに楽しみやこだわりを見つける場合もあるので、その把握が重要)。

### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 生活歴
- 病前の役割(家庭内での役割、社会での役割)
- 家族との関係性
- 社会との関係性(友人との関係性、地域との関係性、職場での関係性等)
- I期の現時点で、「あきらめ」している活動・役割
- 人生の中でその人が大切にしてきた価値観
- 日課、一日/季節/一年の中での楽しみ、趣味、こだわりを持ってきたこと
- 病院でのリハビリで特に積極的に取り組んでいたこと、こだわり
- (楽しみがない人)何に楽しみを見出せる可能性があるか

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 外出や交流の機会が確保できる体制を整える

##### 実施内容及び必要性

I期では生活の範囲が狭くなる(病院、自宅、事業所)ため、生活が縮小しやすくなる、この時期に交流を担保す

ることが、Ⅱ期以降の移行を円滑にするために重要である(将来の可能性を見出すこと)。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 病前の外出頻度、行き先、外出方法
- 現在の外出頻度、行き先、外出方法
- 地域の中での活動・参加の機会や交流の機会の有無、活用可能性
- 病前の(自宅内/自宅外)交流頻度、交流の相手、交流の手段(電話、手紙、IT等)
- 現在の(自宅内/自宅外)交流頻度、交流の相手、交流の手段(電話、手紙、IT等)
- 地域で参加できる社会参加

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

# 大腿骨頸部骨折 Ⅱ期

## 1. 再骨折の予防

### 1-1 転倒予防

#### 1-1-1 転倒しないための身体機能の維持

##### (i) 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

###### 実施内容及び必要性

転倒した状況や要因を把握し継続的に評価することで、転倒しやすい状況を改善したり、適切なりハビリ目標を設定することに繋げる。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 住環境の確認
- 本人の身体能力の確認

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### 1-2 骨粗しょう症の予防

#### 1-2-1 服薬支援

##### (i) 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える

###### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用)についても知っておくことが重要。

セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

※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。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 処方内容
- 服薬状況
- 誰が薬を管理しているか

- 本人・家族が、服薬が必要であること、気をつけるべきことの説明を受けているか
- 本人・家族が説明された内容を正しく理解しているか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 薬の管理の支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用)についても知っておくことが重要。

セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

※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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 薬が変更になった時の本人の状況の変化  
(※「普段の状態の把握」と併せてアセスメントすることが重要)
- 誰が薬を管理しているか(※日中にサービス事業所を利用している場合やショートステイ利用の場合等は事業所における管理方法も)
- どのように薬を管理しているか(保管場所、保管方法)
- 薬を管理している人が管理方法を正しく理解しているか
- 管理する人の能力に合わせた保管方法・処方内容(回数や薬の形状)になっているか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

## (iii) 服薬の促し(声かけ)と服薬したことが確認できる体制を整える

#### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬をしなければ再発を予防できない。

服薬に伴って気をつけるべきこと(食事の内容への注意や、副作用)についても知っておくことが重要。

セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

※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。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 処方されたとおりに服薬できているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか
- 飲み残しがあるかどうか、あるいは不足の状況
- 食事摂取の状況、水分摂取(特に制限がある場合)の状況

- 本人及び家族等介護者の認知機能、視力
- 嚥下能力
- 自宅における生活リズム(特に、起床、食事、昼寝、就寝)
- 家族等介護者の生活リズム(特に家族等介護者が不在にしている時間があればそのタイミング)
- 家族や家族等介護者の、服薬の必要性に対する理解
- 本人と家族や介護者の服薬に対する役割分担

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-2-2 治療の継続の支援

### ( i ) 継続的な受診の支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

本人に対する治療・検査が提供されているかを確認しないと、在宅でのケアの必要性が定められない。

定期的な受診が維持できる環境を整備しないと、治療の実効性が低下してしまう。

通院に関する阻害要因を把握できていないと継続的な治療を実現できない。

緊急時や困ったときに通院を含め医療を受けられる体制がないと、状態の悪化に対応できない。

病気に対する不安を軽減しておかないと生活の改善に繋がらない(本人の日常生活における活動の範囲、内容、量等の縮小につながってしまう恐れがある)。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人に対し、継続的な治療・検査としてどのようなものが、どの医療機関から提供されているか
- 医療機関への通院について、誰が、どのように連れて行っているか
- 通院に関する阻害要因は何か(家族等介護者の負担感、移動手段、移動にかかる経済的負担等)
- 本人・家族それぞれが、起因となっている疾患の理解ができていますか
- 本人・家族それぞれが、理解に基づいた疾患の管理(通院、服薬、守るべき生活行動)を正確に行えているか
- 今後の通院・受診先としてどのような医療機関があるか
- 病気に対する不安(本人、家族)がどの程度あるか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### ( ii ) 運動・活動の支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

運動、活動の支援体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。

活動量の低下を防ぐことが、再発の防止にも繋がる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 運動量、骨折した下肢への体重荷重の割合
- 日光にあたる機会の程度

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2. セルフマネジメントへの移行

### 2-1 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進(自助・互助への移行)

#### 2-1-1 ADL/IADL の確認とセルフマネジメントへの移行

##### ( i ) ADL/IADL の状況の定期的な把握と共有ができる体制を整える

###### 実施内容及び必要性

大腿骨頸部骨折の事例で目指すべき「出口」を確認する。完全に病前に戻る事例もあるが、ほとんどの場合、老化的影響もあるため完全に同じ状態に回復することができない事例もある。

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繋げて、いわゆる「終結」を目指す。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か
- ADL/IADL の状況と、実施中の生活支援サービス
- 専門職間での状況の共有
- 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

##### ( ii ) 状態に合った ADL/IADL の機能が向上できる体制を整える

###### 実施内容及び必要性

本来有する機能、あるいは残存機能に応じた ADL/IADL が発揮されにくい時期である。状態に合った機能の向上が重要となる。

また、自ら行うADL/IADLはそれ自体が機能を向上させる機会となるため、状態・状況にあった機能の向上や福祉用具の検討をすることが重要である。

###### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 基本的な動作能力(例:起居、座位保持、立位保持、移乗、移動等)
- 病前の ADL/IADL の実施状況(能力、遂行状況の両方)
- ADL/IADL に関する能力の状況(場面ごと、できる動作、できない動作、出来ると思われる動作の把握)
- ADL/IADL に関する遂行状況の把握(場面ごと、実際に「している」かどうかの把握)
- ADL/IADL の改善可能性、見通し
- ADL/IADL についてやりすぎや間違っことをしてしまうことのリスク(※医師、リハビリ職等の専門職に確認する)
- 福祉用具や住宅改修の利用状況、福祉用具を利用することによる ADL/IADL の機能の向上の可能性

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-1-2 食事と栄養のセルフマネジメントへの移行

### (i) 必要な栄養量の把握と食事の支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

リハビリの継続、体力・体調の回復のためにはその人にとって必要な栄養量を把握し、食事を確実に取れるようにすることが重要。

Ⅱ期では活動の範囲が小さくなりがちであり、本来必要な栄養量が取れない、あるいは取りすぎとなるリスクが大きい点にも留意が必要。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の量、形態
- 必要な栄養量、栄養素(身長・性別・年齢、活動量)の把握と、その事への本人や家族の理解の状況
- 自宅での食事の調達方法(自宅で作っている、購入している等)
- 調理あるいは食事を調達している人が誰か
- 現在の一日/一週間の食事の内容
- その人に必要なカロリー、栄養
- BMI、体重の推移
- 普段の体力、体調
- 栄養補助食品、健康食品の摂取状況
- 服用している薬の剤数、タイミング
- 食欲、味覚の変化
- 便秘・下痢
- 口腔の状況(義歯、虫歯、歯磨き等)

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## 2-1-3 環境整備

### (i) 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

#### 実施内容及び必要性

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/IADL、QOLの向上に繋がる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 室内環境
- 生活動線
- 本人の状態(ADL/IADLの状態、麻痺側等)
- 活動を支援する福祉用具の設置の有無

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-1-4 社会参加の機会の維持・拡大

### ( i ) 骨折前の生活機能の回復と支援の終結

#### 実施内容及び必要性

※終結するための根拠を取る

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 日常生活における本人の役割(骨折前、骨折後)
- 本人や家族の再転倒、再骨折に対する不安

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### ( ii ) 外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加の支援体制を整える

#### 実施内容及び必要性

外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加をする事は、本人の社会生活が維持されることとなり、リハビリに対する意欲の回復や新たな生活への移行に繋がる。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段
- 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

# 第5章 多職種連携の重要性

## 1. 多職種連携の重要性

- ・ 本標準化検討において示した検討の視点に基づき、必要性が想定される支援内容について検討するには、介護支援専門員が一人ですべての情報を収集し、分析することは現実的ではないため、介護支援専門員は他の職種と連携して多職種がチームとなって、担当する利用者に関する情報を収集し、その高齢者の日常生活における状況を把握することが必要である。
- ・ 特に、退院後の高齢者のケアマネジメントにおいては、在宅ケアに関わる多職種との情報収集だけでなく、入院中の情報も併せて情報収集する必要がある。
- ・ 一方、情報の分析や判断についても、療養に関わる事項も含まれることから、介護支援専門員が一人ですべての判断を行うのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめとする他の職種の判断や意見を聞き、それを踏まえてケアマネジメントを進めていくことが重要である。

### (1)入院・入所先時の多職種連携

- ・ 本標準項目では、退院してから生活が安定するまでを「I期」とし、特にこの時期に必要と考えられるケアを整理し、退院後から在宅へと、最も支援が必要な時期にケアが切れ目なく提供される体制を整えることを重要と捉え、項目を整理した。
- ・ ここに挙げたような退院の場面に加え、退所の場面においても切れ目のないケアが提供されるよう、入院した病院や入所した施設の多職種との間での情報共有、連携を加速させることが重要である。

### (2)かかりつけ歯科医との連携

#### ○かかりつけ歯科医の必要性

- ・ 高齢者において歯の喪失を防止することは、咀嚼機能を維持して自ら食事をとり続けられるようにするために重要な取り組みとなる。具体的には、高齢者においても歯の喪失が10歯以下であれば食生活に大きな支障を生じないとの先行研究もあり、「8020(ハチマル・ニイマル)」運動が提唱・推進されているところである。
- ・ このように歯の健康の維持は個人に合わせて生涯を通じた取り組みが必要であり、定期的な健診受診や早期の治療が肝要になることから、かかりつけ歯科医を持つことが重要とされる。
- ・ かかりつけ歯科医の推進のため、2016年診療報酬改定において、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が設けられ、必要な要件を満たす歯科診療所が認定・公表されている。

#### ○かかりつけ歯科医との連携の必要性

- ・ 高齢者の場合、歯の喪失や歯周病の進行に伴って口腔内の状況が複雑となるため、一人ひとりの口腔内の状況に合った歯口清掃が実施できるよう、きめ細かな指導・支援の必要がある。また、認知症がある場合、認知症の進行に伴って自身での歯口清掃が困難になる場合もある。

- ・ したがって、利用者にとってのかかりつけ歯科医の有無を確認した上で、口腔内の状況が悪化する前に、早期にかかりつけ歯科医と連携して口腔内の衛生状況及び日々の歯の健康の管理の方法について情報共有しておくことが必要である。また、口腔内の状況は嚥下にも大きく影響するため、嚥下に関するトラブルの可能性やその対応についても、早期にかかりつけ歯科医と連携して情報共有やアセスメントを実施することが重要である。

### (3)かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携

#### ○かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局の必要性

- ・ 高齢者の多くは複数の疾患の治療を継続しているため、複数の医療機関あるいは複数の診療科から複数の薬を処方され服用しており、薬の管理や服薬コンプライアンスの維持等、在宅生活において療養を続けていく上での課題も多く発生しやすい。
- ・ そこで、高齢者一人ひとりの健康状態や生活の状況を見て、高齢者自身の立場から、薬の管理や服薬コンプライアンスの改善を支援し、薬の管理方法や市販薬や健康食品等との飲み合わせに関する相談、健康状態の変化に応じた支援等を担う薬剤師として、かかりつけの薬剤師あるいはかかりつけの薬局を持つことが重要とされている。
- ・ 2016年診療報酬改定において、かかりつけ薬剤師制度が本格的に開始され、かかりつけ薬剤師に対する指導料が新設されたところである。さらに、「かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する(健康サポート)機能を備えた薬局」として「健康サポート薬局」についても新設された。

#### ○かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携の必要性

- ・ 医師に処方された薬を適切に管理し、服用することは、療養と健康管理の基本となる重要な取り組みだが、在宅の場合、同居家族のいない高齢者や判断能力が低下した高齢者をはじめ、薬の管理や服用を確実に実施することが困難な場合も多い。また、健康状態の変化に応じて薬の効果や副作用に留意が必要であり、処方薬だけでなく市販薬や健康食品との飲み合わせも含めて把握し、専門的な見地から指導・助言を実施する必要がある。
- ・ したがって、薬の管理や服用をしている高齢者であって、薬の管理や服用の管理を本人あるいは同居家族が十分に実施できない可能性がある場合は、早期にかかりつけ薬剤師あるいはかかりつけ薬局と情報共有し、高齢者・家族への支援の必要性を検討することが重要である。
- ・ なお、かかりつけ薬剤師あるいはかかりつけ薬局は、その高齢者の日常生活や健康状態を把握していることから、薬の管理や服用が十分に実施できているかどうかをアセスメントする段階から、かかりつけ薬剤師あるいはかかりつけ薬局と情報共有し、連携して支援の必要性を判断するといった取り組みが重要である。

## 2. かかりつけ医との連携の重要性

### ○「できる限り自分でできることを増やしていく」ための療養の管理

- ・ 本標準項目では、退院後の時期を「Ⅰ期」、「Ⅱ期」と分け、できる限り自分でできることを増やしていくことを目指す支援、いわゆる自立支援を展開していく上で検討すべき、ケアの方向性及びその必要性を判断するアセスメント項目を整理した。
- ・ 退院後の時期で分けて想定しているため、特に疾患の療養を基本としつつ、状況が改善するにつれて生活面、さらには社会参加に関する支援を展開していくという考え方を基本としている。
- ・ したがって、まずは療養の管理を、本人あるいは同居している家族等介護者等が確実に実施できるようにする支援・環境の整備が重要であり、そうした支援が適切なものとなっているかどうかを判断するためにこそ、医療との連携が重要となる。

### ○療養に関する情報をかかりつけ医と共有する必要性

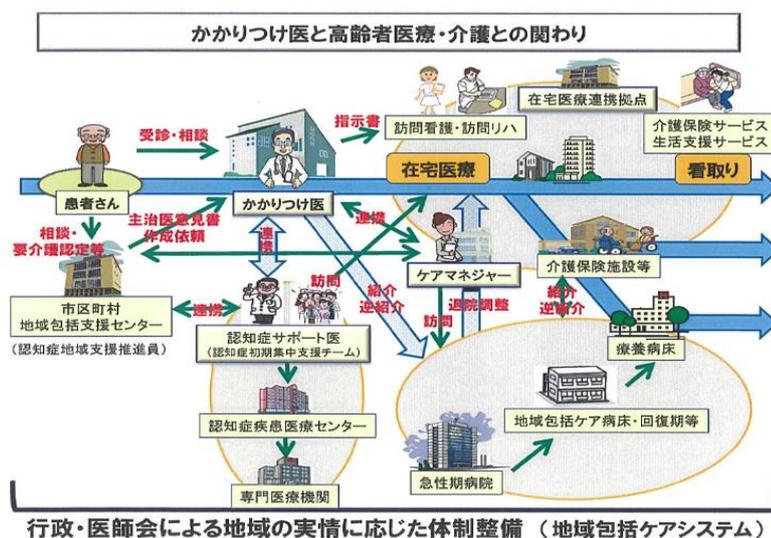
- ・ 自宅での日常的な療養の支援を行うためには、それまでの疾患に関する情報、求められる療養の内容、本人あるいは家族等介護者の療養に対する理解度、日常における本人のこころ・からだの状況変化等、様々な情報を収集し、共有する必要がある。
- ・ なお、医師と一口に言っても、入院していた病院・病棟の医師、通院している病院の医師等、在籍している機関によって様々であるが、中でも在宅における日常的な療養に関する判断を仰ぐという点では、かかりつけ医との情報の共有が重要である。
- ・ かかりつけ医とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」<sup>12</sup>と定義されたもので、在籍する機関に関らず、その人(患者)の日常的な療養に対して総合的に判断・助言できるような役割を担う医師である。
- ・ したがって、介護支援専門員が本人の日常的な療養について情報を共有すべき相手としては、医師の中でも特にかかりつけ医と連携していくことが最も重要である。

#### <かかりつけ医の意義と地域包括ケアシステムにおける位置づけ>

- ・ かかりつけ医が必要とされる背景には、今後さらに進展する高齢化と、これまでに培われてきたわが国の地域における医療資源の特徴(中小病院、診療所が地域に遍く存在していること)がある。
- ・ こうした地域資源との連携を念頭に、住み慣れた地域でできる限り自立した生活を実現しようとする地域包括ケアシステムにおいて、かかりつけ医は医療におけるキーパーソンとして位置づけられる。

<sup>12</sup> 日本医師会・四病院団体協議会「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(2013年8月8日)

図表 かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり



14

(資料) 日本医師会 鈴木理事講演資料より

- ・ なお、高齢者の療養への対応という点においては、医療の中での各機関の連携のあり方も今後変化していく。つまり、高齢になるほど多くの疾患を持ちながら日常生活を送る場合が増えるため、特定の疾患の治療を念頭に置いた急性期～回復期～生活期という「垂直型の連携」だけでなく、一人の患者の暮らし全体を捉え、様々な地域資源と連携して生活を支えていく「水平型の連携」が必要とされているのである。
- ・ 今後、地域の医療を支え、かかりつけ医機能を持つ中小病院、有床診療所、診療所が上記のような連携体制において地域包括ケアシステム構築の重要な役割を果たす。まずは各地域においてかかりつけ医機能を持つ医療機関がどこなのか、どのような連携体制が構築されているのかを把握していただきたい。

○かかりつけ医との連携において留意すべき点

- ・ 本標準項目で示したような情報の中でも疾患や療養の内容、普段のころ・からだの状況に対する判断については、医師が専ら判断すべき事項である点に注意が必要である。つまり、医師でない者が安易に判断することは適切でないことに注意が必要である。
- ・ また、お互い忙しい業務時間の中で効率的に情報を共有するためには、「どのような情報を確認したいか」「どのような情報を共有(報告)したいか」「どのような判断・助言を期待するか」といったことを整理して臨むと良い。本標準項目では、疾患別にアセスメントにおいて、なぜ、どのような情報を確認すべきかを整理しているので、各項目の記載内容を、かかりつけ医との情報共有のための準備に活用していただきたい。

## 巻末資料・別冊資料

- 巻末資料1 項目一覧
- 巻末資料2 ケアマネジメントの標準化に関する概念図

## 卷末資料1 項目一覽

---



# 項目一覧【概要版】脳血管疾患（I期）：退院後3ヵ月までの間

- ・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようになる時期。期間は概ね3ヵ月（短期目標の設定時期）
- ・時期はあくまで目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
- ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

基本方針		実行が想定される主な支援と支援を行う者			関連するアセスメント項目				
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	支援を行う者 (例示)	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント項目 (※アセスメント内容の詳細や留意点等は本編を参照)	主なモニタリング項目 (※内容の詳細や留意点等は本編を参照)	相談すべき専門職	
再発予防	1 血圧や疾病の管理の支援	基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解をうながす支援体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・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。	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	・説明されているか？説明されていないとしたらなぜか？ ・本人・家族の理解が不十分だったり、理解が変化していないか？なぜか？ ・疾患の管理が正しく出来なくなっていないか？管理方法に変更がないか？	医師、看護師、介護支援専門員	
			2 定期的な受診がなされるよう支援体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気になる不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。	・受診状況と受診を妨げる要因	・治療・検査が継続的に提供されているか？ ・医療機関への通院が続けられない状況はないか？ ・通院に関する阻害要因は変化していないか？ ・本人・家族、起因疾患に対する理解が不十分でないか？ ・本人・家族は、理解に基づいた疾患の管理が行えなくなっていないか？ ・病気になる不安に変化はないか？	医師、看護師、介護支援専門員	
			3 普段と異なる状態を把握できるよう支援体制を整える	看護師、介護職、介護支援専門員	・本人・家族、介護者等が普段の状況と異常の状況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。	・普段の状況の把握と共有の有無 ・「異常」な状態の特徴の理解と発見、情報の共有の有無	・普段の状況の把握と共有の有無 ・「異常」な状態の特徴の理解と発見、情報の共有の有無	看護師、介護職、介護支援専門員	
		血圧等の体調の確認	4 目標血圧が確認できる体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・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	・目標血圧と通常の血圧の状態	医師、看護師、介護支援専門員
			5 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える	医師、看護師、介護職、介護支援専門員	・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。 ・不整脈の発生状況の確認	・家庭で血圧を計れる環境（機材の有無など）の有無 ・家庭血圧の計測状況の確認 ・適切に計測ができていない場合、課題	・家庭血圧の計測状況の確認 ・適切に計測ができていない場合、課題	医師、看護師、介護職、介護支援専門員	
			6 室内気温が調整できる体制を整える	看護師、介護職、介護支援専門員	・気温変化が大きく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。	・居住環境及び介護力に関すること全般 ・本人や家族の冷暖房器具の有無と使用習慣（就寝時利用等）	・季節の変化に伴う居室空間の室温、日照時間、日当たり、湿度、風、調整の方法（保有している冷暖房器具等を含む）等の変化はどうか？	看護師、介護職、介護支援専門員	
		環境整備	7 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレ等）がなされるよう体制を整える	介護職、介護支援専門員	・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。	・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線） ・本人の温度感覚の麻痺の程度、 ・室内と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度とその変化	・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線） ・本人の温度感覚の麻痺の程度 ・室内と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度とその変化が把握されているか	介護職、介護支援専門員	
			8 普段生活している居室の気温差の改善を図る	介護職、介護支援専門員	・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るため、これを把握し改善を図る。	・居室の状況（部屋の配置、動線、部屋の温湿度、温湿度の変化） ・居室内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線）	・居室の状況（部屋の配置、動線、部屋の温湿度、温湿度の変化） ・居室内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線）	介護職、介護支援専門員	
			9 ※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	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。（※各疾患の個別的理解は本シートの対象外）	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	
		2 服薬管理の支援	服薬支援	11 服薬が必要であることと理解をうながす支援体制を整える	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人や家族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。	・日常生活の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・本人生活での管理方法	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員
	12 薬を管理できる支援体制を整える			医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。	・処方された薬が適切に管理されているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わり方の状況（誰が声かけているか、介護者の生活リズム等） ・服薬の状況、飲み残しの有無	・処方された薬が適切に服薬できているか確認体制ができていないか ・本人や家族が服薬の意味を理解できているか ・継続的に服薬できているか ・薬管理の留意点を理解できているか	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	
	13 服薬のうながし（声かけ）と服薬したことの確認ができる体制を整える			医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・服薬を適切に継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・処方された薬が適切に服薬できているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わり方の状況（誰が声かけているか、介護者の生活リズム等） ・服薬の状況、飲み残しの有無	・処方された薬が適切に服薬できているか確認体制ができていないか ・本人や家族が服薬の意味を理解できているか ・継続的に服薬できているか ・薬管理の留意点を理解できているか	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	
	3 生活習慣の改善	規則正しい生活リズムの構築	14 食事・起床就寝等の生活リズムを整えることと支援体制を整える	看護師、介護職、介護支援専門員	・生活リズムが乱れていると、再発リスクが上昇。また、服薬時間のずれは、適切な服薬に悪影響。※急に生活リズムを変えることは難しいので、過去からのリズムを把握。	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人及び家族のこれまでの生活歴	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人及び家族のこれまでの生活歴	看護師、介護職、介護支援専門員	
			15 日中の運動・活動の機会が確保できる支援体制を整える	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・日中の運動・活動量が少なく、生活リズムが崩れたり、体重が増えたり血圧が高まる可能性。動脈硬化が進んで、再発リスクが上昇。	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等） ・運動・活動の機会の有無（リハビリだけでなく、生活動作を含む）	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等） ・運動・活動の機会の有無（リハビリだけでなく、生活動作を含む）	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
			16 休養・睡眠が確保できる体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えたり血圧が高まる可能性。動脈硬化が進んで、再発リスクが高まる可能性。	・休養・睡眠の状態	・休養・睡眠の状態	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
	脱水予防	17 必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える	17 必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える	医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。必要な水分量と日常の摂取量を把握して、水分を補給することが重要。	・日常の水分摂取量を本人、家族がどのような方法で把握するか ・必要とする水分量（摂取と排泄・発汗のバランス） ・日常摂取している水分量と不足する水分量 ・水分補給の機会	・日常の水分摂取量が把握されているか ・必要とする水分量（摂取と排泄・発汗のバランス） ・日常摂取している水分量と不足する水分量 ・水分補給の機会	医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	
			18 適切な水分を摂取することの理解を促す支援体制を整える	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。本人・家族に対して水分摂取の重要性を伝え、理解を得ることが重要。	・水分摂取に関する本人及び家族の理解 ・水分補給に関する家族の支援	・水分摂取に関する本人及び家族の理解 ・水分補給に関する家族の支援	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	
			19 自ら水分を摂取できるようにする支援体制を整える	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・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支援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、嚥下能力等）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、嚥下能力等）と状態に合わせた支援の有無	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	
	生活機能の維持・向上	1 心身機能の回復・維持	機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	20 日常生活環境における身体機能の状態の継続的な把握ができる体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期は、身体機能の回復が見込める一方で、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期。身体機能の改善や維持を図るためには、状態を継続的に把握して、適切な機能訓練が必要。	・ADL/IADLの状態と、改善や維持に関する見込み ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	・ADL/IADLの状態と、改善や維持に関する見込み ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
21 身体機能の回復に向けた機能訓練の実施（下肢筋力・麻痺、状態、構音障害・嚥下等）が行える体制を整える				医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期は、適切な機能訓練があれば、身体機能の回復が見込める時期。身体機能の状態を継続的に把握して、適切に機能訓練を行うこと、また、本人のリハビリに対する意欲を維持・向上させることが重要。	・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・本人や家族のリハビリに対する意欲	・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・本人や家族のリハビリに対する意欲	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
22 受容促進のための働きかけを行う体制を整える				医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・過度の期待、拒否、否定、あきらめを抱かず、主体的に自立的な生活への取り組み（受容）を促進。※医師による予後の見通しと合わせた整理が重要。	・本人や家族の受容の状態、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との交流、事例の共有等）	・本人や家族の受容の状態、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との交流、事例の共有等）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
2 心理的回復の支援		受容の支援	23 抑うつ状態の防止、改善が図れる支援体制を整える	医師、看護師、介護職、介護支援専門員	・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。その状態を把握することが重要。	・本人のうつ状態の発症の有無 ・本人の状態を確認できる家族や事業者による支援体制の有無	・本人のうつ状態の発症の有無 ・本人の状態を確認できる家族や事業者による支援体制の有無	医師、看護師、介護職、介護支援専門員	
			24 リハビリテーションの継続がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・適切なリハビリは身体機能の改善や維持に有効。リハビリを妨げる要素として、本人・家族の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリを中断する等。*リハビリの進捗を、本人や家族に伝える事も重要。	・リハビリの実施状況の確認 ・本人・家族のリハビリに対する意欲や、リハビリの必要性の理解の確認	・リハビリの実施状況の確認 ・本人・家族のリハビリに対する意欲や、リハビリの必要性の理解の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
			25 ADL/IADLの状況の定期的な把握と共有がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・ADL/IADLの状態を把握して、自分ではできない事を増やすことは機能訓練につながるが、把握せずに日常生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。多職種でのADL/IADLの共有が必要。	・ADL/IADLの状態の確認 ・生活の補完的ケアの実施状況、必要性の確認 ・リハビリの必要性に対する家族の理解と、支援の確認	・ADL/IADLの状態の確認 ・生活の補完的ケアの実施状況、必要性の確認 ・リハビリの必要性に対する家族の理解と、支援の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
3 活動と参加に関わる能力の維持・改善		機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	26 状態に合ったADL/IADLの機能向上がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期は、環境が病院から自宅へ変化して、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。	・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会の確認 ・本人のADL/IADLの専門職間での共有	・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会の確認 ・本人のADL/IADLの専門職間での共有	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
			27 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	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが上昇。脳血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
			28 コミュニケーション能力の改善を図る支援体制を整える（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低減。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害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） ・本人の障害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、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
4 社会参加の機会の確保		社会参加の機会の確保	29 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・役割を確認することで尊厳を取り戻す。（I期ではII期での社会参加の回復に向けて、どのような役割の回復が見込めようかを把握することが重要。）	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
	30 交流の機会の確保がなされる支援体制を整える		医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期では生活の範囲が狭くなるため、生活が縮小しやすくなる。この時期に交流を担保することが、II期以降の移行を円滑にするために重要。	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中で交流の機会の有無、活用可能性	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中で交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員		
	31 新たな価値・機能の獲得がなされる支援体制を整える		医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。I期は、新しい価値・機能の獲得を見据えた目標や可能性の設定を重視。	・本人・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・本人・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員		
5 リスク管理	食事と栄養の確保	32 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる支援体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認	医師、看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・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（身長・性別・年齢・活動量）の把握 ・本人・家族の理解の状況が把握できているか ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	・必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢・活動量）の把握 ・本人・家族の理解の状況が把握できているか ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	医師、看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員		
		33 転倒しにくい体の機能あるいは環境整備するための支援体制を整える	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・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。	・日常生活におけるADL/IADL、麻痺等の状況 ・本人や家族の転倒に対する認識、自宅での導線、日常の生活習慣	・日常生活におけるADL/IADL、麻痺等の状況 ・本人や家族の転倒に対する認識、自宅での導線、日常の生活習慣	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員		



# 項目一覧【概要版】脳血管疾患（Ⅱ期）：退院後4か月目以降

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

基本方針		実行が想定される主な支援と支援を行う者			関連するアセスメント項目等				
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	支援を行う者 (例示)	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント項目 (※アセスメント内容の詳細や留意点等は本編を参照)	主なモニタリング項目 (※内容の詳細や留意点等は本編を参照)	相談すべき専門職	
継続的な再発予防	1 血圧や疾病の自己管理の支援	基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解をうながす支援体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・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。	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	・説明されていないということはないか？説明されていないとしたらなぜか？ (例) 主治医が変更になった、治療方針が変更になった	医師、看護師、介護支援専門員	
			2 定期的な受診の支援体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・定期的な受診を維持することで、治療の有効性を高める。病気に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活の改善を目指す。	・受診状況と受診を妨げる要因	・治療・検査が継続的に提供されているか？ ・医療機関への通院が続けられない状況になっていないか？	医師、看護師、介護支援専門員	
			3 普段と異なる状態を把握できる体制を整える	看護師、介護支援専門員	・本人・家族、介護者等が普段の状況と異なる状況の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。	・普段の状況の把握と共有の有無 ・「異常」な状態の特徴の理解と発見と、情報の共有の有無	・普段の状況の把握と共有の有無 ・「異常」な状態の特徴の理解と発見と、情報の共有の有無	医師、看護師、介護支援専門員	
			4 目標血圧が確認できる体制を整える	5 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・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える。 ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。 ・不整脈の発生状況の確認	・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、介護支援専門員
				6 室内気温の調整できる体制を整える	看護師、介護支援専門員	・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時間の気温差を継続的に確認。	・居住環境及び介護力に関する全般 ・本人や家族の冷暖房や加湿器の有無と使用習慣（就寝中の利用等）	・季節の変化に伴う居室空間の室温、日照時間、日当たり、湿度、風、調整の方法（保有している冷暖房器具等を含む）等の変化はどうか？	看護師、介護支援専門員
			7 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレ等）がなされるよう体制を整える	介護支援専門員	・気温差を縮小し、その状態が継続されるよう支援。特に、衣服の調整や日常生活行為による工夫は、本人の状況の変化に留意。	・自宅内での本人の生活習慣（よくなる場所、動線） ・本人の状況（ADL/IADL、温度感覚の麻痺の程度等） ・居室と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度の差とその変化	・自宅内での本人の生活習慣（よくなる場所、動線） ・本人の状況（ADL/IADL、温度感覚の麻痺の程度等） ・居室と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度の差とその変化が把握されているか	介護支援専門員	
			8 普段生活している居室の気温差の改善を図る	介護支援専門員	・居室内での一日の気温差を改善し、その状態が継続される要支援。	・居室の状況（部屋の配置、動線、部屋の温湿度、温湿度の変化） ・居室内での本人の生活習慣（よくなる場所、導線）	・居室の状況（部屋の配置、動線、部屋の温湿度、温湿度の変化） ・居室内での本人の生活習慣（よくなる場所、導線）	介護支援専門員	
			9 ※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	10 栄養摂取状況を把握できる体制を整える	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	・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）	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員
	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	・塩分摂取量過多は再発リスクを高める。まず日常の摂取量を把握する。※体調、意欲の低下を招かないよう、生活全体のバランスを医師に相談。			・日常の塩分摂取量 ・本人や家族の食生活と食の好み ・本人の塩分摂取量を本人・家族がどのような方法で把握しているか	・日常の塩分摂取量 ・本人や家族の食生活と食の好み ・日常の塩分摂取量を本人・家族が適切な方法で把握しているか	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員		
	2 服薬の自己管理	服薬支援	11 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える	医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人や家族が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性を医師からの指示内容を理解できるように支援。	・処方内容、服薬状況 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	・本人や家族が服薬の意味を理解できているか？ ・継続的に服薬できているか？ ・薬管理の留意点を理解できているか？	医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員	
12 薬の自己管理の支援体制を整える			医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員	・処方された薬が適切に管理され服薬されるよう、本人や家族に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法	医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員		
13 服薬のうながし（声かけ）と服薬したことの継続的な確認ができる体制を整える			医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員	・服薬を適切に継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・処方された通りに服薬できているか、誰が、いつ、どのように確認するか ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わり方の状況（誰が声かけているか、介護者の生活リズム等） ・服薬の状況、飲み残しの有無	・処方された通りに服薬できているかの確認体制ができていないか ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わり方の状況（誰が声かけているか、介護者の生活リズム等） ・服薬の状況、飲み残しの有無	医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員		
3 生活習慣の維持	規則正しい生活リズムの構築	14 食事・起床等の生活リズムを整えることの支援体制を整える	看護師、介護支援専門員	・生活リズムが乱れていると、再発リスクが高まる。また、服薬時間がずれることで、適切な服薬が妨げられる。※急に生活リズムを変えることは難しいので、過去からのリズムを把握することも必要。	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人及び家族のこれまでの生活歴	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人及び家族のこれまでの生活歴	看護師、介護支援専門員		
		15 日中の運動・活動の機会が確保できる体制を整える	看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・日中の運動・活動量が少なく、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高まる可能性がある。動脈硬化が進んで、再発リスクが高まる可能性がある。	・本人及び家族の生活リズム、本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等）、運動・活動の機会の有無（リハビリだけでなく、生活動作を含む）	・本人及び家族の生活リズム、本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等）、運動・活動の機会の有無（リハビリだけでなく、生活動作を含む）	看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員		
		16 休養・睡眠が確認できる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・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まる可能性がある。動脈硬化が進んで、再発リスクが高まる可能性がある。	・休養・睡眠の状態	・休養・睡眠の状態	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員		
セルフマネジメントへの移行	2 心理的回復の支援	回復の支援	17 自ら水分を摂取できるようにすることが維持できる体制を整える	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクを高める。本人が自ら水分を摂取できるように支援体制を整えることが重要となる。	・一日に必要な水分が摂取できているか ・水分摂取の状況を確認できる方法が確立できているか ・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、嚥下能力等）と状態に合わせた支援の有無	・日常の水分摂取量を把握する体制ができていないか ・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、嚥下能力等）と状態に合わせた支援の有無	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	
			18 日常生活環境における身体機能の状態の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・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である。	・ADL/IADLの状態と、改善や維持に関する見込み ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	・ADL/IADLの状態と、改善や維持に関する見込み ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
			19 身体機能の回復に向けた機能訓練の実施（下肢筋力・麻痺、状態、構音障害・嚥下等）の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・身体機能の改善や維持を図るためには、身体機能の状態を継続的に把握することが必要。病院と異なりリハビリをうながす環境が不足しやすい。自宅において、本人のリハビリに対する意欲を維持・向上させることが重要。	・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・本人や家族のリハビリに対する意欲	・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・本人や家族のリハビリに対する意欲	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
			20 受容促進のための働きかけの確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・過度の期待、拒否、否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活に取り組む（受容）ことをうながす。※医師による予後の見直しと合わせた整理が重要。	・本人や家族の受容の状態 ・客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定状況（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族との交流、過去の事例の共有など）	・本人や家族の受容の状態 ・客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定状況（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族との交流、過去の事例の共有など）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
3 活動と参加に関わる能力の維持・向上	機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて）	21 抑うつ状態の防止、改善の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・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、その状態を把握することが重要。	・本人のうつ状態の発症の有無 ・本人の状態を確認できる家族や事業者による支援体制の有無	・本人のうつ状態の発症の有無 ・本人の状態を確認できる家族や事業者による支援体制の有無	医師、看護師、介護支援専門員		
		22 リハビリテーションの継続の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・適切なリハビリは身体機能の改善や維持に有効である。ケアを妨げる要素として、本人・家族の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリを中断する等がある。*リハビリの進捗を、本人や家族に伝える事も重要。	・リハビリの実施状況の確認 ・本人・家族のリハビリに対する意欲や、リハビリの必要性の理解の確認	・リハビリの実施状況の確認 ・本人・家族のリハビリに対する意欲や、リハビリの必要性の理解の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員		
		23 新たな価値・機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返し、残存機能と回復機能の限界を見つめること）の支援体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・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・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・本人・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	医師、看護師、介護支援専門員		
		24 セルフマネジメントに向けたリハビリテーションの支援体制を整える	医師、薬剤師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・自らの健康状態や生活を管理する力を高めることに対して、本人が意欲を持ち、具体的な助言を周囲から得られるような環境を確立。			医師、薬剤師、PT/OT/ST、介護支援専門員		
		25 ADL/IADLの状況の定期的な把握と共有の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・ADL/IADLの状態を把握して、自分でできる事を増やすことは機能訓練につながるが、状態を把握せずに生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。多職種が異なる場面で関わるため、ADL/IADLの共有が必要。	・ADL/IADLの状態の確認 ・生活の補完的ケアの実施状況、必要性の確認 ・リハビリの必要性に対する家族の理解と、支援の確認	・ADL/IADLの状態の確認 ・生活の補完的ケアの実施状況、必要性の確認 ・リハビリの必要性に対する家族の理解と、支援の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員		
		26 状態に合ったADL/IADLの機能の向上の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・退院後、リハビリ等で再獲得された身体機能など、本人のADL、IADLの機能を継続的に把握することで、本人の状態に応じた支援体制を整える。	・ADL/IADLの確認、本人のADL/IADLの専門職間での共有、必要な支援を受けられる体制の確保	・ADL/IADLの確認、本人のADL/IADLの専門職間での共有、必要な支援を受けられる体制の確保	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員		
4 リスク管理	食事と栄養の確保	状態に合った環境整備	27 コミュニケーション能力の状況の継続的な把握の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・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。	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
			28 コミュニケーション能力の改善支援（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・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） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・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、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
			29 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・役割を確認することで尊敬を取り戻すことが可能。 ・社会参加の回復を目指した回復を支援。	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
			30 交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・本人の社会生活を確保し、リハビリ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。	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
転倒予防	転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える	31 新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える	32 必要な栄養量の把握、食事の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	・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、リハビリの継続、体力・体調の回復を志向。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（身長・性別・年齢、活動量）の把握、本人・家族の理解の状況が把握できているか ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	・必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢、活動量）の把握、本人・家族の理解の状況が把握できているか ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	
			33 日常生活における活動の把握と環境の再整備の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・日常生活における活動を把握して、転倒リスクなどを軽減するために環境を再整備する。継続的な把握と支援体制を構築に留意。	・日常生活における活動の内容、程度 ・室内環境（転倒リスクの把握と軽減のための環境整備）	・日常生活における活動の内容、程度 ・室内環境（転倒リスクの把握と軽減のための環境整備）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
転倒予防	転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える	34 転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える	34 転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・リハビリによる活動・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と状態の変化を判断できる体制を整備。	・日常生活におけるADL/IADL、麻痺等の状況 ・本人や家族の転倒に対する認識、自宅での導線、日常生活習慣	・日常生活におけるADL/IADL、麻痺等の状況 ・本人や家族の転倒に対する認識、自宅での導線、日常生活習慣	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	



# 項目一覧【概要版】 大腿骨骨折（I期）：退院後3カ月までの間

- ・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようになる時期。期間は概ね3ヵ月（短期目標の設定時期）
- ・時期はあくまで目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
- ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

基本方針		実行が想定される主な支援と支援を行う者				関連するアセスメント項目等		
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	支援を行う者 (例示)	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント項目 (※アセスメント内容の詳細や留意点等は本編を参照)	主なモニタリング項目 (※内容の詳細や留意点等は本編を参照)	相談すべき専門職
再骨折の予防	1 転倒予防	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	医師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・転倒した状況や要因を把握し評価により、転倒しやすい状況の改善や、適切なリハビリ目標を設定。	・転倒状況の確認 ・過去の転倒歴、状況の確認 ・住環境の確認 ・本人の身体能力の確認	・転倒状況の確認 ・過去の転倒歴、状況が把握できているか ・住環境の確認 ・本人の身体能力の確認	医師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			2 自らの身体機能（反射、視聴覚等）の理解の支援と指導ができる体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・自らの身体機能を理解し、それにあつた生活動作を身に着けることで、転倒予防をし、再骨折を予防。	・本人の身体能力、生活動作の確認 ・本人、家族の認識の確認	・本人の身体能力、生活動作の確認 ・本人、家族の認識の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			3 転倒しにくくなるための身体機能の向上ができる体制を整える	PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・現状の身体機能を理解し、身体機能を向上することで転倒予防をし、再骨折を予防。	・本人の身体能力の確認 ・本人、家族の認識の確認 ・身体機能を維持、向上させる取り組みの有無の確認	・本人の身体能力の確認 ・本人、家族の認識の確認 ・身体機能を維持、向上させる取り組みの有無の確認	PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	2 骨粗しょう症の予防	服薬支援	4 服薬が必要であることへの理解をうながす支援体制を整える	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人や家族が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容の理解を支援。	・処方内容、服薬状況 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	・処方内容、服薬状況 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員
			5 薬の管理の支援体制を整える	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・処方された薬が適切に管理されるように、本人や家族に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法（自宅以外の場所を含めた保管場所・方法、誰が薬を管理しているか等）	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法（自宅以外の場所を含めた保管場所・方法、誰が薬を管理しているか等）	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員
			6 服薬のうながし（声かけ）と服薬したことが確認できる体制を整える	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員	・服薬を適切に継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。	・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声掛けが必要な場面と介護者の関わり方の状況（誰が声掛けしているか、介護者の生活リズム等） ・服薬の状況、飲み残しの有無 ・処方された通りに服薬できているか、誰が、いつ、どのように確認するか	・本人や家族が服薬の意味を理解できているか？ ・継続的に服薬できているか？ ・薬管理の留意点を理解できているか？ ・処方された通りに服薬できているかの確認体制ができているか	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員
	治療の継続の支援		7 継続的な受診の支援体制を整える	医師、看護師、介護職、介護支援専門員	・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。	・受診状況の有無と、受診を妨げる要因の確認 ・本人、家族の不安	・治療・検査が継続的に提供されているか？ ・医療機関への通院が続けられない状況になっていないか？ ・通院に関する阻害要因が変化していないか？ ・本人・家族が、起因の疾患に対する理解が不十分になっていないか？ ・本人・家族が、理解に基づいた疾患の管理が行えなくなっていないか？ ・病気にに対する不安が変化していないか？	医師、看護師、介護職、介護支援専門員
			8 運動・活動の支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・運動・活動の支援体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。活動量の低下を防ぐことが、再発の防止につながる。	・生活動作を含む運動・活動状況、活動量の把握 ・運動・活動を妨げる要因の把握	・生活動作を含む運動・活動状況、活動量の把握 ・運動・活動を妨げる要因の把握	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
骨折前の生活機能の回復	1 歩行の獲得	歩行機能訓練	9 歩行機能向上のための訓練ができる体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・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 ・体位や過重の制限の有無 ・リハビリ計画	・術式や病院での経過 ・体位や過重の制限の有無 ・リハビリ計画	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			10 リハビリテーションの継続の支援（恐怖感の克服の支援）体制を整える	PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・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して、歩行の獲得を目指す。	・本人や家族の不安（再転倒の不安や歩き方が変わったことによる違和感）と今後の見通しに対する理解等の把握 ・リハビリテーションに対する意欲	・本人や家族の不安（再転倒の不安や歩き方が変わったことによる違和感）と今後の見通しに対する理解等の把握 ・リハビリテーションに対する意欲	PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			11 日常生活環境の評価と指導を確認する体制を整える	PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・日常生活環境が整えられ、転倒の不安が軽減されるように支援することで、歩行の獲得を目指す。	・日常生活環境の評価 ・日常生活の改善の指導機会の有無 ・本人、家族の不安	・日常生活環境の評価 ・日常生活の改善の指導機会の有無 ・本人、家族の不安	PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			12 家族の理解が促進される体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・本人だけでなく家族の再転倒、再骨折の不安を取り除くことで、歩行の獲得を目指す。	・本人と家族の関係性 ・家族の再転倒に対する不安 ・家族の理解と支援の引き出しの状況	・本人と家族の関係性 ・家族の再転倒に対する不安 ・家族の理解と支援の引き出しの状況	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	2 生活機能の回復	ADL/IADLの回復	13 ADL/IADLの状況の定期的な把握と共有を確認する体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・ADL/IADLの状況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の状況と、実施中の生活支援サービス ・専門職間での状況の共有 ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無 ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	・ADL/IADLの状況と、実施中の生活支援サービス ・専門職間での状況の共有 ・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無 ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			14 状態にあったADL/IADLの機能の向上ができる体制を整える	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・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支援体制を整える。その事が、本人の機能向上を目指す。	・ADL/IADLの状況（できる動作、できない動作、できると思われる動作）と、生活支援サービスの見直し（過剰支援となっていないか） ・専門職間での状況の共有	・ADL/IADLの状況（できる動作、できない動作、できると思われる動作）と、生活支援サービスの見直し（過剰支援となっていないか） ・専門職間での状況の共有	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	食事と栄養の確保	環境整備	15 必要な栄養量の把握と食事の支援体制を整える	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・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（身長・性別・年齢、活動量）の把握と、その事の本人・家族の理解の状況 ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	・必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢、活動量）の把握と、その事の本人・家族の理解の状況 ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員
			16 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	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・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。	・室内環境 ・生活動線の把握 ・本人の状態（ADL/IADLの状態、麻痺側等） ・活動を支援する福祉用具の設置の有無	・室内環境 ・生活動線の把握 ・本人の状態（ADL/IADLの状態、麻痺側等） ・活動を支援する福祉用具の設置の有無	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
3 社会参加の回復	社会参加の回復	社会参加の回復	17 日常生活における役割の回復・獲得の支援体制を整える	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・役割を確認することで、尊厳を取り戻す。 ・I期はII期での社会参加の回復に向けて、どのような役割の回復が見込めそうかを把握することが重要。	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			18 外出や交流の機会が確保できる体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・本人の社会生活を確保し、リハビリ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を確保を支援。	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中で交流の機会の有無、活用可能性	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中で交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員



# 項目一覧【概要版】 大腿骨骨折（Ⅱ期）：退院後4カ月目以降

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

基本方針		実行が想定される主な支援と支援を行う者				関連するアセスメント項目等			
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	支援を行う者 (例示)	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント項目 (※アセスメント内容の詳細や留意点等は本編を参照)	主なモニタリング項目 (※内容の詳細や留意点等は本編を参照)	相談すべき専門職	
再骨折の予防	1 転倒予防	転倒しないための身体機能の維持	1 転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える	医師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・転倒した状況や要因を把握し評価することで、転倒しやすい状況の改善や、適切なリハビリ目標を設定。	・住環境の確認 ・本人の身体能力の確認	・住環境の確認 ・本人の身体能力の確認	医師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
	2 骨粗しょう症の予防	服薬支援	2 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・専門職によるケアが縮小した後も適切に服薬を継続できるよう、本人あるいは家族における服薬の必要性と指示内容の理解を支援。	・処方内容、服薬状況 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	・処方内容、服薬状況 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	
			3 薬の管理の支援体制を整える	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・処方された薬が適切に管理される状態が続くように、本人や家族を支援するとともに、必要な時に専門職に相談できる体制を整備。	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法（自宅以外の場所を含めた保管場所・方法、誰が薬を管理しているか等）	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法（自宅以外の場所を含めた保管場所・方法、誰が薬を管理しているか等）	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	
			4 服薬のうながし（声かけ）と服薬したことが確認できる体制を整える	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員	・服薬を適切に継続できるように、本人や家族とケアに携わる他職種との支援体制を整え、必要な時に専門職に相談できる体制を整備。	・処方された通りに服薬できているか、誰が、いつ、どのように確認するか ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わり状況（誰が声かけているか、介護者の生活リズム等） ・服薬の状況、飲み残しの有無	・処方された通りに服薬できているかの確認体制ができているか ・本人や家族が服薬の意味を理解できているか ・継続的に服薬できているか ・薬管理の留意点を理解できているか	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員	
	治療の継続の支援	5 継続的な受診の支援体制を整える	医師、看護師、介護職、介護支援専門員	・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。	・受診状況の有無と、受診を妨げる要因の確認 ・本人、家族の不安	・治療・検査が継続的に提供されているか ・医療機関への通院が続けられない状況になっていないか ・通院に関する阻害要因が変化していないか ・本人・家族が、起因となっている疾患に対する理解が不十分になっていないか ・本人・家族が、理解に基づいた疾患の管理が行えなくなっていないか ・病気にに対する不安が変化していないか	医師、看護師、介護職、介護支援専門員		
		6 運動・活動の支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・運動・活動の支援体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。活動量の低下を防ぐことで、再発を防止。	・生活動作を含む運動・活動状況、活動量の把握 ・運動・活動を妨げる要因の把握	・生活動作を含む運動・活動状況、活動量の把握 ・運動・活動を妨げる要因の把握	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員		
セルフマネジメントへの移行	1 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行）	ADL/IADLの確認とセルフマネジメントへの移行	7 ADL/IADLの状況の定期的な把握と共有ができる体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・ADL/IADLの状況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。	・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か ・ADL/IADLの状況と、実施中の生活支援サービス ・専門職間での状況の共有 ・機能回復のためのリハビリテーションの実施の有無	・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か ・ADL/IADLの状況と、実施中の生活支援サービス ・専門職間での状況の共有 ・機能回復のためのリハビリテーションの実施の有無	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
			8 状態にあったADL/IADLの機能が向上できる体制を整える	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・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支援体制を整える。その事が、本人の機能向上を目指す。	・ADL/IADLの状況（できる動作、できない動作、出来ると思われる動作）と、生活支援サービスの見直し（過剰支援となっていないか） ・専門職間での状況の共有	・ADL/IADLの状況（できる動作、できない動作、出来ると思われる動作）と、生活支援サービスの見直し（過剰支援となっていないか） ・専門職間での状況の共有	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
	食事と栄養のセルフマネジメントへの移行	9 必要な栄養量の把握と食事の支援体制を整える	10 必要な栄養量の把握と食事の支援体制を整える	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・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、リハビリの継続、体力・体調の回復を目指す。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。	・必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢、活動量）の把握と、その事の本人や家族の理解の状況 ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	・必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢、活動量）の把握と、その事の本人や家族の理解の状況 ・日常の食生活（摂取量、内容）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、介護支援専門員	
			環境整備	10 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	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・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。	・室内環境 ・生活動線 ・本人の状態（ADL/IADLの状態、麻痺側等） ・活動を支援する福祉用具の設置の有無	・室内環境 ・生活動線 ・新たなリスクが発生していないか ・本人の状態（ADL/IADLの状態、麻痺側等） ・活動を支援する福祉用具の設置の有無	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	社会参加の機会の維持・拡大	11 骨折前の生活機能の回復と支援の終結	12 外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加の支援体制を整える	11 骨折前の生活機能の回復と支援の終結	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・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。	・日常生活における本人の役割（骨折前、骨折後） ・本人や家族の再転倒、再骨折に対する不安	・日常生活における本人の役割（骨折前、骨折後） ・本人や家族の再転倒、再骨折に対する不安	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
				12 外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加の支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・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。	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員





## 卷末資料2 ケアマネジメントの標準化に関する概念図

---



## 本調査研究事業の目的等

### ＜背景及び目的＞

ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)において、自立支援と介護の重度化防止を推進するため、今年度は「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととされている。

### ＜方法＞

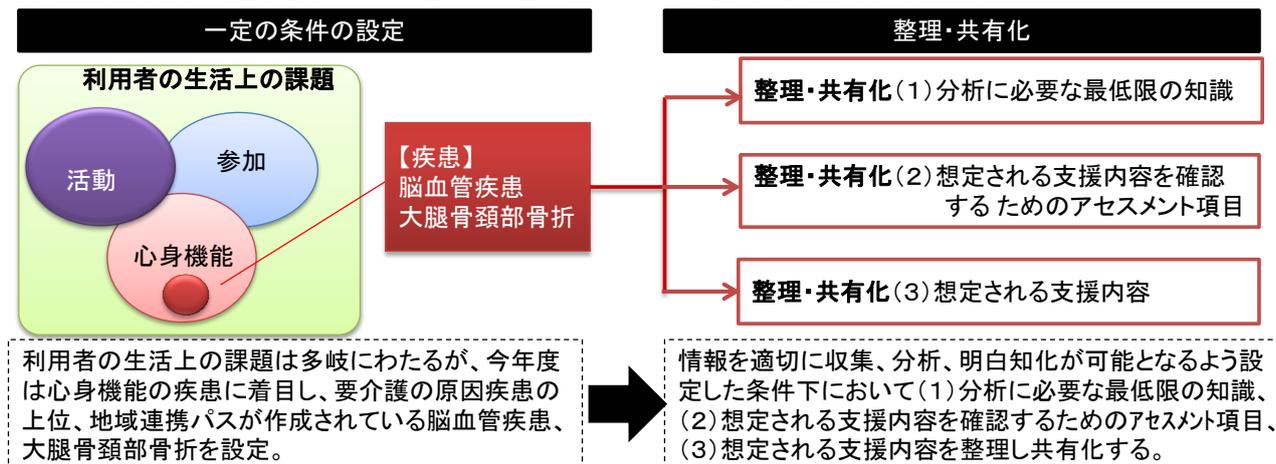
介護支援専門員個々が作成する要介護者のケアプランの内容やケアマネジメントについて「差違」を少なくするため、一定の条件下において『想定される支援内容』を整理し、共有化を試みる。

- ・ケアマネジメントの標準化について概念の整理を行う
- ・一定の条件を定め、『想定される支援内容』を整理する
- ・上記を理解し分析可能とするために介護支援専門員が備えておくべき知識を整理する。【知識の共有】

### ＜具体的な取り組み＞

利用者の生活上の課題は多岐にわたるが、今年度は要介護認定の原因疾患の上位、また地域連携パスが作成されている疾患に着目し、脳血管疾患及び大腿骨頸部骨折について整理し、報告書を作成する。

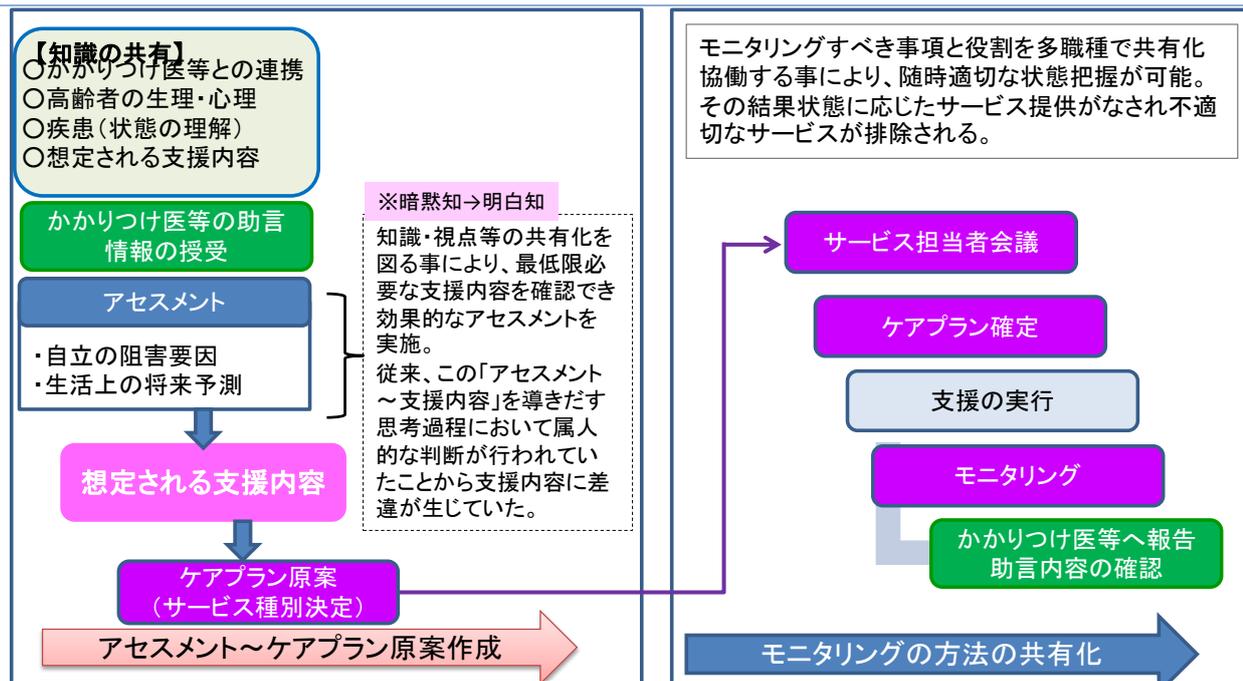
ケアマネジメントの標準化における条件設定と、設定した条件下において整理・共有化すべき事項のイメージ



図：厚生労働省(遠藤・石山)作成

## ケアマネジメントの標準化(共有化)のイメージ

- 介護支援専門員は必要な知識を共有することで、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用でき、効果的なアセスメントが可能となる。そのことにより現在の生活課題及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担、協働が推進される。
- その結果、不適切な支援は排除され、自立支援に資する適切なケアマネジメントが推進される。



図：厚生労働省(遠藤・石山)作成

# 適切なケアマネジメント手法の策定(ケアマネジメントの標準化)について(イメージ)

- ケアマネジメントの標準化に向けて、アセスメントからケアプラン原案作成までの過程につき、暗黙知を明白化することにより方向性を集約させていく。
- しかしケアプランが作成されても提供主体がそのケアプランに基づき適切にサービス提供を行わなければ、効果は期待できない。また利用者の心身状態の変化に応じた対応ができなければ同じく効果は期待できない。
- そのため、モニタリングの機能が適切に発揮されることが重要であり、モニタリングの方法を共有化し、モニタリングを通じて、より本人の状態に応じた適切なケアプランが作成されることで、自立支援に資する適切なサービス提供が可能となる。

## 支援内容の共有化 + 予測に基づく多職種でのサービス提供とモニタリング ⇒ 適切なサービス提供・給付の適切化

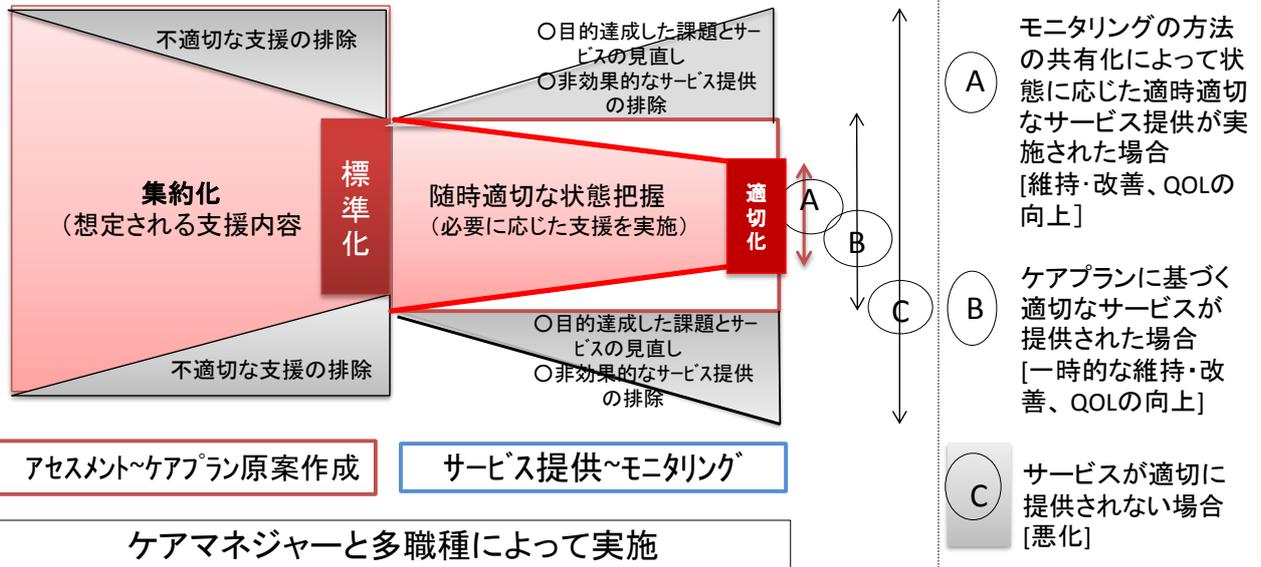


図: 厚生労働省(遠藤・石山)作成

## 適切なケアマネジメントに向けた支援内容の手法のイメージ

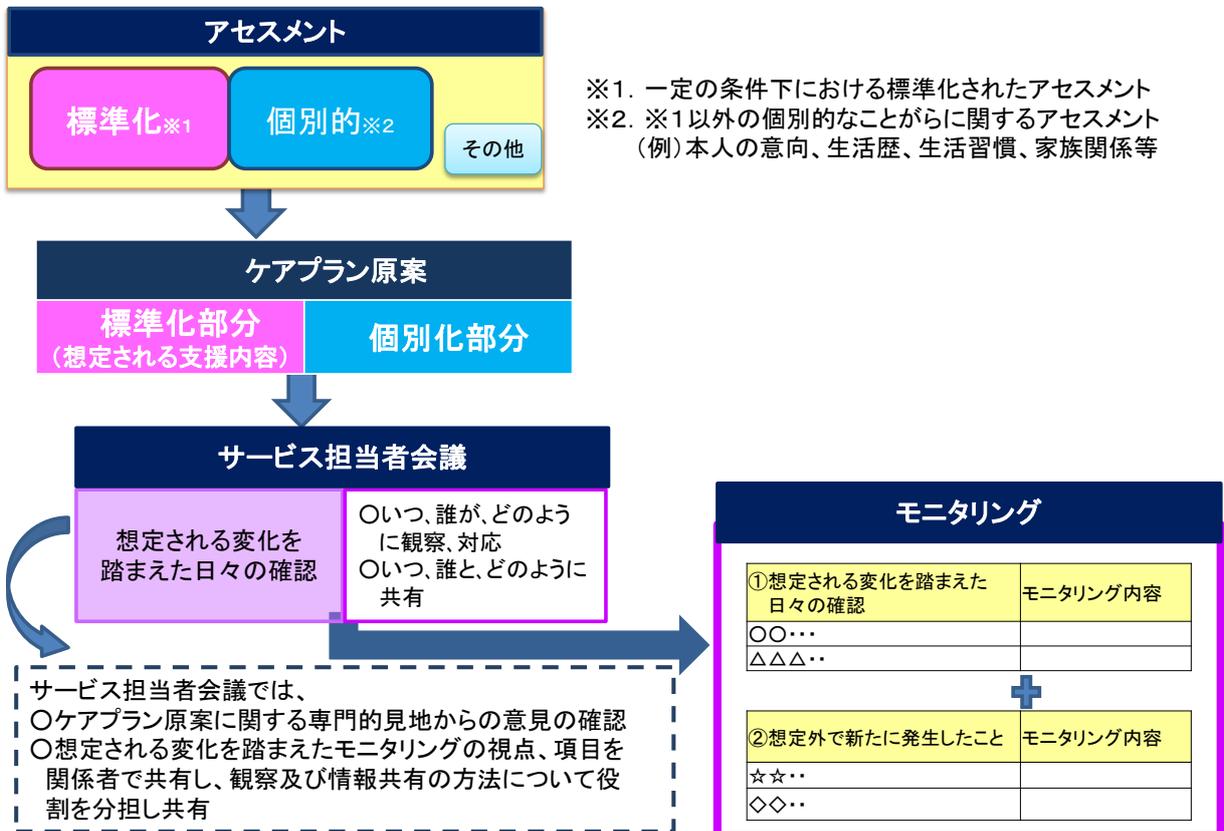


図: 厚生労働省(遠藤・石山)作成

※本調査研究事業は、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業補助金において実施したものです

ケアマネジメントにおけるアセスメント/モニタリング標準化  
「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」  
がある方のケア

平成 30 年 3 月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-10-2 東五反田スクエア

TEL : 03-6833-5204 FAX : 03-6833-9479

