資料７

# 適切なケアマネジメント手法

# 関連資料

# 【抜粋】

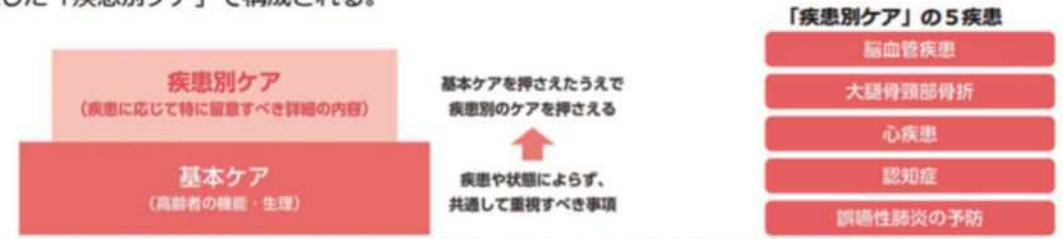
出典：適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業 報告書
令和３年３月　株式会社日本総合研究所

# 適切なケアマネジメント手法の概要

## 適切なケアマネジメント手法の構成

○　「適切なケアマネジメント手法」は、ケアマネジャーの実践知と各職域で培われてきた知見に基づいて想定される支援内容を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント／モニタリングの項目を整理したもの。

○　本人の状態や有する疾患によらず共通して重視すべき視点や事項を整理した「基本ケア」と、疾患に応じて特に留意すべき点等を整理した「疾患別ケア」で構成される。




引用：日本総合研究所，「適切なケアマネジメント手法」の手引き（令和２年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業」）

## 「基本ケア」及び「疾患別ケア」の項目構成

○　「基本ケア」及び「疾患別ケア」では、①想定される支援内容、②支援の概要・必要性、③適切な支援内容とするための関連するアセスメント／モニタリング項目等を一体的に整理している。

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要・必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント／モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| （基本方針） | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容（小項目） | 支援の概要・必要性 | 主なアセスメント項目 | 主なモニタリング項目 | 相談すべき専門職 |
| ・尊厳の保持や自立支援に基づく基本的な考え方<br>・疾患への医療的なアプローチにとどまらず、本人や家族の疾患への理解促進や状況が変化した際の体制構築など、ケアマネジメントが果たすべき役割を踏まえたもの | | | | ・どのような支援を、誰が行うか、その支援がなぜ必要になり得るかを列挙したもの | ・想定される支援内容ごとに、その必要性や妥当性を判断するために確認すべき主なアセスメント／モニタリング項目、その際に相談すべき専門職を列挙したもの | | |

出典：日本総合研究所，「適切なケアマネジメント手法」の手引き（令和２年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業」）

本資料で掲載している部分

出典：厚生労働省「社会保障審議会 介護給付費分科会（第220回）」居宅介護支援・介護予防支援令和５年７月24日

※黒枠部分　東京都追加

# 第２章 基本ケア

## 基本ケアの考え方

### (1)本手法における基本ケアの意味

・ 本手法において基本ケアとは、高齢者及びその家族等の生活の基盤を整えるための基礎的な視点であり、介護保険の基本的な理念である尊厳の保持と自立支援を踏まえ、現在の生活をできるだけ継続できるようにするために想定される支援内容を、関連するアセスメント/モニタリング項目とともに整理したものである。
・ 基本ケアは高齢者の生活を支えるうえで必要性が大きい支援内容であるため、利用者に疾患等がない場合でも、また疾患が複数ある場合でも共通する支援内容である。したがって、疾患別ケアを検討する前にまずこの基本ケアを理解し、視点の抜け漏れや情報収集に不十分なものはないか確認する必要がある。
・ 高齢者の生活の継続を支えるうえでまず必要なのは、こころとからだの機能を維持する視点である。高齢者は、加齢や疾患に伴って体の機能が低下し、例えば水分の摂取が不足しがちになったり、転倒しやすくなったり、温湿度の変化を捉えにくくなったりといった傾向がある。したがって、こうした変化やリスクを小さくし、それを維持できるようにするための支援の体制を整えることが重要になる。
・ ただし、高齢者の生活を支えるために必要な視点は、高齢者自身のこころやからだの状態だけでない。心身の状態に応じてその人らしい生活を送り、家庭や地域での役割を持つことができるような体制を整える視点、つまり「活動と参加」の視点も当然必要である。自立支援の観点から、適切なリハビリテーションの活用を検討することも重要である。また同時に、本人のストレングスを捉えて活かす視点や、その人を取り巻く人的、物的環境を整える視点も重要である。物的環境については、介護給付サービスの対象となる住環境や福祉用具だけでなく、日常的に使う家具や食器、生活用具なども含めて捉えることが大切である。
・ このように幅広い視点に立って支援の体制を整えるうえで基本となるのは、本人の意思を尊重し、本人が自ら決められるよう支援することである。ここでいう意思決定の支援には、いわゆるＡＣＰ（アドバンストケアプランニング）だけでなく、日常的な生活の中での小さな

選択や、療養や支援の必要性を理解して同意することなども広く含まれる。
・ したがって、生活に対する自分の意向の認識に基づいて療養や介護の方針などを理解したうえで意思を形成し、それを表明して実現できるような支援体制を整えることは、認知機能の状況に関わらず重要である。
・ 高齢者の尊厳を保持した生活の継続を支えるには、必要に応じて高齢者本人だけでなく家族等を支援する体制を整えることも重要になる。例えば高齢の夫婦世帯のみの世帯であって介護者も要介護高齢者である場合は、介護者の負担軽減が本人の生活の継続に大きく影響しうる。また、本人の子や孫が日常的な介護に携わっている場合は、子や孫の生活と介護との両立の支援も重要になる。
・ さらに、家族等の中でも、要介護高齢者本人との関わり方は一人ひとり異なるため、日常的な介護を担う家族（同居や近居の家族）以外の家族についても状況を把握する必要がある。

## (2)基本ケアの活用において留意すべきこと

・ 基本ケアは、疾患の有無にかかわらず、尊厳を保持と自立支援を踏まえ高齢者の生活の継続を支えるうえで重要な視点である。したがって、疾患別ケアの視点を活用する場合も、必ず基本ケアと組み合わせて活用する必要がある。
・ なお、各疾患別ケアの想定される支援内容には、基本ケアと重複するものもある。これは、疾患の有無に関係なく重要である（＝基本ケアの視点）と同時に、疾患がある場合には特に留意すべき支援内容であることを意味する。したがって、このような支援内容が想定されるときは、関連するアセスメント/モニタリング項目について、特に注意して状況を把握し、具体的な支援の必要性や内容を他の職種とも連携して検討する必要がある。
・ 基本ケアだけを活用する場合も、疾患別ケアと組み合わせて活用する場合も、本手法では、整理して示している想定される支援内容のすべてを、同時に実施することは想定していない。
・ むしろ、高齢者本人や家族等の状況に応じて優先度や重要度が異なるため、関連するアセスメント/モニタリング項目に示すような具体的かつ詳細な情報の収集・分析を踏まえ、高齢者本人や家族等のそのときの状況にとって必要かつ個別的な支援を組み立てるよう留意する必要がある。

## 【概要版（項目一覧）】基本ケア　基本方針・大項目・中項目

| 想定される支援内容 | | |
|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 |
| 尊厳を重視した意思決定の支援 | 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え | 疾病や心身状態の理解 |
| | | 現在の生活の全体像の把握 |
| | | 目指す生活を踏まえたリスクの予測 |
| | | 緊急時の対応のための備え |
| | 意思決定過程の支援 | 本人の意思を捉える支援 |
| | | 意思の表明の支援と尊重 |
| | | 意思決定支援体制の整備 |
| | | 将来の生活の見通しを立てることの支援 |
| これまでの生活の尊重と継続の支援 | 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援 | 水分と栄養を摂ることの支援 |
| | | 継続的な受診と服薬の支援 |
| | | 継続的な自己管理の支援 |
| | | 心身機能の維持・向上の支援 |
| | | 感染予防の支援 |
| | 日常的な生活の継続の支援 | 生活リズムを整える支援 |
| | | 食事の支援 |
| | | 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援 |
| | 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援 | 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 |
| | | コミュニケーションの支援 |
| | | 家庭内での役割を整えることの支援 |
| | | コミュニティでの役割を整えることの支援 |
| 家族等への支援 | 家族等への支援 | 支援を必要とする家族等への対応 |
| | | 家族等の理解者を増やす支援 |
| | ケアに参画するひとへの支援 | 本人をとりまく支援体制の整備 |
| | | 同意してケアに参画するひとへの支援 |

## 【概要版（項目一覧）】基本ケア

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援 | Ⅰ-1現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え | Ⅰ-1-1 疾病や心身状態の理解 | 1 疾患管理の理解の支援 | ・再発予防や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことも重要である。<br>・継続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養や生活の改善を支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。<br>※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。 |
| | | | 2 併存疾患の把握の支援 | ・再発予防や生活の悪化防止のためには、起因となっている生活習慣病や他の併発疾患の理解が必要である。<br>・かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整える。 |
| | | | 3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 | ・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。<br>・口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少につながったり、虫歯や誤嚥につながる。<br>・正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。<br>・異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。 |
| | | | 4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認 | ・転倒やそれに伴う骨折の予防のためには、自らの身体機能（反射、平衡感覚、視覚等）の状態を理解し、それにあった生活動作を身につけるよう支援する必要がある。<br>・自らの身体機能の状態を理解するための支援、そのための体制を整える。具体的には、本人の身体状況を定期的に測定する機会をつくったり、身体機能が低下している場合はそれを前提とした日常的な動作を行えるような機能訓練等の体制を整える。 |
| | | Ⅰ-1-2 現在の生活の全体像の把握 | 5 望む生活・暮らしの意向の把握 | ・本人の尊厳を尊重した本人が望む暮らしの実現には、暮らしやすくするための環境の改善を、本人の活動能力を踏まえて支援することが重要である。<br>・暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等を本人から把握したり、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これからについて本人が家族等に表明している意思を把握したりする。また、サービス事業者とも連携し、サービス利用中の利用者の様子も把握する。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援 | Ⅰ-1現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え | Ⅰ-1-2 現在の生活の全体像の把握 | 6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援 | ・本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地良い場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要である。<br>・特に認知症のある高齢者の場合、は睡眠・覚醒リズムが乱れやすく、また自分で生活リズムを整える事は難しいため、生活リズムを規則正しくする支援が受けられる環境の整備が必要となる。<br>・本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等を把握する。そのうえで、認知症の進行や健康状態の変化により生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握して改めて本人にとって心地良い生活リズムを取り戻せるよう支援する体制を整える。 |
| | | | 7 食事及び栄養の状態の確認 | ・食欲の有無は身体の健康や心の状態を図るうえで重要である。高齢者の身体の異常や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにする。<br>・体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。<br>・咀嚼、嚥下力の低下や薬の副作用で食欲が落ちて低栄養の状態に陥る場合もあることを考慮し、専門職と連携する体制を整える。 |
| | | | 8 水分摂取状況の把握の支援 | ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。<br>・日常の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。 |
| | | | 9 コミュニケーション状況の把握の支援 | ・本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションの状況を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要になる。<br>・日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況を把握する。 |
| | | | 10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援 | ・本人の状況によらず、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のIADLや社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握する必要がある。<br>・生活環境と本人の状況が大きく変化する時期のため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援 | Ⅰ-1現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え | Ⅰ-1-3 目指す生活を踏まえたリスクの予測 | 11 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測 | ・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。<br>・また、正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。<br>・口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか等の状況を把握し、異常を発見した場合には歯科医等に連携する支援体制を整える。<br>・また、適切な口腔ケアを継続できるよう、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保したり、本人による口腔ケアが難しい場合には必要に応じて介助が得られる環境を整える。 |
| | | | 12 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測 | ・継続的な在宅生活を継続するためには、適度な日常生活の活動が必要である。骨折などにより活動量が低下することは、身体機能の低下につながる恐れがあるため、その要因となりうる転等を未然に防ぐことが必要である。<br>・生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。<br>・そのうえで、転倒しやすい状況や負荷の大きい活動の環境を改善したり、日常的な動作において気をつけるべき点を本人及び家族等と確認し必要なリハビリーテーションを継続する支援体制を整えたりする。<br>・なお、環境や動作の改善に際しては、支援の必要性及び本人・家族等の意向も確認する。 |
| | | Ⅰ-1-4 緊急時の対応のための備え | 13 感染症の早期発見と治療 | ・高齢者は、生体防御機能の低下が起こる。炎症反応が弱く、発熱や痛みの訴えが弱い場合があることに留意する。<br>・感染症の初期症状が表れた場合に医療機関を受診できるように、家族等やかかりつけ医及び関連する専門職と情報を共有したり、必要なときに連携できる体制を整える。 |
| | | | 14 緊急時の対応 | ・本人の体調が急変して入院が必要になる等の状況では、特に独居の場合など、本人の意思が確認が難しくなる場合もある。急ぎの対応でも必要な人に必要な連絡が届くよう、連絡体制を整備する必要がある。<br>・緊急時に連絡すべき家族等、かかりつけ医などの連絡体制を本人や家族等とも確認し、事前に連絡先と連絡方法を取り交わしておく。 |
| | Ⅰ-2意思決定過程の支援 | Ⅰ-2-1 本人の意思を捉える支援 | 15 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握 | ・意思決定支援においては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要である。<br>・本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積・共有し、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて、本人の意思の形成や表明を支援できるようにするための体制を整える。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援 | Ⅰ-2意思決定過程の支援 | Ⅰ-2-2 意思の表明の支援と尊重 | 16 日常生活における意向の尊重 | ・日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要である。<br>・日常生活における選択（食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等）において、本人の意向が表明され反映されるように、意向の表明を支える体制を整える。 |
| | | | 17 意思決定支援の必要性の理解 | ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要である。<br>・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援する。<br>・なお、ここでの意思決定は、日常の生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。また、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意する。 |
| | | Ⅰ-2-3 意思決定支援体制の整備 | 18 意思決定支援体制の整備 | ・意思決定支援（あるいは意思推定支援）は一人でできるものではなく、チーム体制を整備することが重要である。<br>・意思決定支援あるいは意思推定支援の必要性が大きくなった場合に、その支援を行う体制を整える。<br>・なお、ここでいう意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではない。状況が変化するにつれて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化することから、まずは誰が意思決定支援（あるいは意思推定支援）の体制に入るのかを把握することに留意する。 |
| | | Ⅰ-2-4 将来の生活の見通しを立てることの支援 | 19 将来の生活の見通しを立てることの支援 | ・本人や家族等の生活は将来にわたって続くが、経験したことがない将来の生活の見通しを持つことは、多くの人にとって難しい。したがって、情報を提供したり、これまでに本人や家族等が感じていることを聞き取ったりすることを通じて、本人や家族等が意思を形成する支援を行う必要がある。<br>・本人や家族等自身が判断できるよう支援するためには、状況に応じた介護の選択肢があることを知らせたり、本人や家族等の意向を引き出す相談援助を行う。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援 | Ⅱ-1予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援 | Ⅱ-1-1 水分と栄養を摂ることの支援 | 20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援 | ・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。<br>・また、食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要である。栄養改善は、疾患の予防、悪化防止、リハビリを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要である。<br>・本人や家族の日常的な食生活や飲み物の摂取状況、排泄や発汗によって失われる水分量を把握し、必要な水分や栄養を確保できているかを把握できる体制を整える。<br>・必要な水分を確保できるような支援を確保する。また、食事については食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。 |
| | | | 21 水分の摂取の支援 | ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。<br>・日常の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。 |
| | | | 22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援 | ・適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が表れることがある。口腔乾燥が生じると、肺炎のリスクが高まるほか、本人の不快感や口臭の起因ともなるため適切に口腔ケアが継続される必要がある。<br>・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション（専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む）が提供されるようなケア体制を整える。<br>・セルフケアとして自身で実施可能なリハビリテーションについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有する。<br>・口腔乾燥を防止するため、口腔内に適切な水分が保たれるように環境を見直す。唾液腺のマッサージや、保湿剤の活用等の口腔乾燥の防止の必要性も考慮し、歯科医師等と状況を共有し連携する体制を整える。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援 | Ⅱ-1予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援 | Ⅱ-1-2 継続的な受診と服薬の支援 | 23 継続的な受診・療養の支援 | ・日常生活を通じて再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）を図るには本人・家族等によるセルフマネジメントが重要であり、疾患及び疾病管理に関して本人・家族等の理解と管理が正確に行われる必要がある。これを確保するためには、本人・家族等に対して、起因となった疾病についてかかりつけ医をはじめとする専門職から説明がなされていること、本人・家族等がそれを理解して、疾患の管理を行うことが大切である。<br>・通院する環境やその手段を整えることで継続的な受診を維持する体制を整える。必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除くことで、生活の縮小ではなく、生活の改善をうながす。<br>・また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供にも配慮した支援体制を整える。 |
| | | | 24 継続的な服薬管理の支援 | ・併発している疾患の再発防止あるいは重度化防止のためには服薬が重要であり、それを本人が可能な限り理解できるように支援することも重要になる。<br>・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。 |
| | | Ⅱ-1-3 継続的な自己管理の支援 | 25 体調把握と変化を伝えることの支援 | ・高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要である。<br>・日常的な体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものかを把握し、そのうえで日々の体調を管理できるよう支援する体制を整える。<br>・また、日常とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制を整える。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援 | Ⅱ-1予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援 | Ⅱ-1-4 心身機能の維持・向上の支援 | 26 フレイルを予防するための活動機会の維持 | ・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・向上や生きがいにつながる。<br>・したがって、家族等介護者が、過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪う場合もあることに留意が必要であり、家族等介護者である家族等が、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要である。<br>・また、高齢者は、数日動かないだけでも筋力の低下や関節の拘縮を引き起こしてしまうため、閉じこもりや活動が極端に少ないような状況にならないよう、日常生活の中で活動を確保することも重要である。<br>・専門職と連携して、本人・家族等の、動くことに対する心理的不安を軽減するとともに、本人の身体能力に応じて、家事等の役割分担を設定する。<br>・また、家族等介護者である家族等と、本人の状態を共有し、本人ができること、できないことを見極められるようになることを支援する体制を整える。そのために、本人のADL/IADLの状態を把握して専門職等と連携する体制を整え、必要な支援あるいはサービス内容を調整する。 |
| | | | 27 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施 | ・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・向上や生きがいにつながる。<br>・生活機能の維持に向けて、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続ができるような環境を整える。<br>・また、必要に応じて現在受けているリハビリテーションや実施しているセルフケアに対する本人や家族等の継続意向を確認し、関連する専門職やサービス事業者と共有する、リハビリテーションやセルフケアが生活機能の維持に必要であることを本人・家族等に改めて説明するなどの連携体制を整える。 |
| | | Ⅱ-1-5 感染予防の支援 | 28 感染症の予防と対応の支援体制の構築 | ・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。<br>・家族等の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるような体制を整える。また、外出によって本人や家族等が外部からウイルスや細菌を持ち込むため、手が触れる箇所の清掃を念入りに行ったり、手洗いやうがいを継続できるような支援体制を整える。 |
| | Ⅱ-2日常的な生活の継続の支援 | Ⅱ-2-1 生活リズムを整える支援 | 29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援 | ・規則正しい生活は、睡眠や排泄のリズムを整えることに役立つ。本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えたうえで、あくまでも本人の心地良いリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要となる。<br>・本人の日常の生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常の生活における支援者の関わりの状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援を提供できる体制を整える。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援 | Ⅱ-2日常的な生活の継続の支援 | Ⅱ-2-1<br>生活リズムを整える支援 | 30 休養・睡眠の支援 | ・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害が循環器疾患のリスク要因であることが示されている。また、十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高くなったりする可能性があり、再入院のリスクが高まる。<br>・本人の休養・睡眠の状況及びその変化を把握し、適宜、専門医等と連携して必要な支援につなげられる体制を整える。<br>・また、状況に応じて、寝室の明るさ・温度や寝具の状況、休養・睡眠のタイミングやリズムの把握、同居者の生活リズムの把握や休養・睡眠を阻害する要因を解決する支援についても検討する。 |
| | | Ⅱ-2-2<br>食事の支援 | 31 口から食事を摂り続けることの支援 | ・食欲の有無は身体の健康や心の状態を図るうえで重要である。特に、みずからの口を通じて食事を摂り続けられるようにすることは、食欲だけでなく本人の心の状態にも影響が大きい。<br>・体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。<br>・なお、食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。 |
| | | | 32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援 | ・食事は心身の健康を維持するために重要な要素である。生活習慣病の起因となる食生活が行われている場合もあることから、食生活について確認して改善を指導することが必要となる。また、栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である。<br>・本人や家族等の疾病に対する理解をうながす環境を整え、日常の生活で必要な栄養を量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整備する。その際、食べる意欲を維持し、豊かな食生活を実現するために、必要以上の制限が行われないように留意する。 |
| | | Ⅱ-2-3<br>暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援 | 33 清潔を保つ支援 | ・清潔に対する意識は、本人や家族等の生活習慣や生活歴、家族等背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族等の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応することが必要となる。<br>・清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケアが受けられる環境を整える。なお、本人の健康状態に応じて入浴の安全性とリスクが変化する場合もあることから、かかりつけ医や看護師等と連携して、本人の状態を把握し、必要に応じて補助用具や入浴介助等の活用を検討する。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援 | Ⅱ-2日常的な生活の継続の支援 | Ⅱ-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援 | 34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援 | ・排泄は人間の生命を維持するうえで重要な機能であり、排泄の自立を保つことは、本人の自尊心を高めることにもつながる。一方、家族等にとっても排泄の世話は、精神的、身体的に負担が大きい介護となる。<br>排泄上の障害を取り除き、排泄の自立を高める事が期待される。<br>・同時に、排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の日常的な排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。<br>・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするため、排泄リズムや排泄方法を把握し、本人がそのリズムを理解できるよう支援する体制を整える。<br>・具体的には、トイレ等の排泄する環境を整えるとともに、食事や水分を摂ったり薬を飲んだりするタイミングの調整や、日常生活の中での適度な運動・活動が確保されるよう支援体制を整える。<br>・なお、排泄補助用具の活用においては、本人の自尊心を傷つける場合があるほか、本人の不快感を助長する場合もあることに留意する。 |
| | Ⅱ-3家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援 | Ⅱ-3-1 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 | 35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 | ・本人の尊厳を尊重した生活を実現するには、支援の内容を個別化する過程で、本人の強みが生かされる支援方法を工夫する必要があり、その前提としてまずは本人の強みを引き出すための情報収集が重要となる。<br>・本人からの情報収集にもとづき、本人が強みを発揮しやすい環境や状況を捉え、生活の中でそうした環境や状況が整えられるような支援体制を整える<br>・なお、本人の強みは、置かれた環境によって発揮されやすいこともあれば発揮しにくい場合もあることに留意し、継続的に強みが発揮されるようにするためには本人の環境を整える支援体制を整える。 |
| | | Ⅱ-3-2 コミュニケーションの支援 | 36 コミュニケーションの支援 | ・コミュニケーションが阻害されると、本人と家族等が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族等が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。<br>・本人と最も身近な家族等を含む他者とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができているかを把握する。<br>・そのうえで、本人が日常的に接する機会の多い家族等や介護者等とコミュニケーションをとることができる環境を整える。<br>・また、家族等や介護者等に対しても、本人の現在の状況を理解し、今後の見通しやコミュニケーションをとるうえでの留意点を理解できるよう支援及び連携の体制を整える。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援 | Ⅱ-3家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援 | Ⅱ-3-3 家庭内での役割を整えることの支援 | 37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備 | ・本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要である。<br>・本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制を整える。また、地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況を把握する。<br>・なお、本人にとってのストレスを把握するため、必要に応じて日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握できるよう、他職種等との連携体制を整える。 |
| | | Ⅱ-3-4 コミュニティでの役割を整えることの支援 | 38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備 | ・将来のフレイルの進行を出来るだけ予防するためには、疾患に関わる留意点を踏まえたうえで、日常の活動量の低下を抑える必要がある。<br>・かかりつけ医等からの療養上の留意点と、本人のそれまでの生活での活動範囲を把握したうえで、活動を継続するうえでの課題を把握することが重要である。<br>・活動量の低下を防ぐため、本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境と具体的な活動の継続を支援する体制を整える。 |
| | | | 39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備 | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要である。<br>・また、認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、本人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。<br>・日常の生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びととの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的な困惑や葛藤を把握する。そのうえで、本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対する支援を検討し、本人の交流関係を継続するための支援や連携体制の構築と、交流を円滑にできるような本人に対する支援体制の整備を行う。 |
| Ⅲ 家族等への支援 | Ⅲ-1家族等への支援 | Ⅲ-1-1 支援を必要とする家族等への対応 | 40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備 | ・日々介護に携わっている家族介護者の不安とストレスを軽減し、家族介護者自身の生活の継続を実現するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要になる<br>・家族介護者が感じる不安を緩和できるよう、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）を提供する<br>・また、家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援を行う。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| Ⅲ 家族等への支援 | Ⅲ-1家族等への支援 | Ⅲ-1-1 支援を必要とする家族等への対応 | 41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 | ・本人の尊厳のある生活を支えていくのは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要である。<br>・本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようまずは本人の意向を把握するが、介護に関わる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる家族等（キーパーソン）の意向を把握する。<br>・本人や意思決定にかかわる家族等の意向を踏まえたうえで、将来にわたる生活の継続のために活用可能な地域資源が存在すること、またその情報を提供する等の支援体制を整える。 |
| | | Ⅲ-1-2 家族等の理解者を増やす支援 | 42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 | ・本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要である。<br>・家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しともに関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があった近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援体制を整える。 |
| | Ⅲ-2ケアに参画するひとへの支援 | Ⅲ-2-1 本人をとりまく支援体制の整備 | 43 本人を取り巻く支援体制の整備 | ・本人の状況にもよるが、家族等あるいは専門職による支援（フォーマルサービス）だけで支援を継続するのは資源が不足するため、さまざまなインフォーマルサポートも交えた支援体制を整える必要がある。特に、インフォーマルサポートが提供される体制を整えることは、本人のそれまでの生活の継続を尊重し、尊厳ある生活を実現する観点からも重要である。<br>・家族等に加えてインフォーマルサポートを提供する人など、本人の状況を踏まえ、多様な専門職以外の人が支援に関わる体制を整える。 |
| | | Ⅲ-2-2 同意してケアに参画するひとへの支援 | 44 同意してケアに参画するひとへの支援 | ・本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要がある。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要である。<br>・家族等をはじめ本人の支援に関わる人に対し、ケアマネジャーを中心に、さまざまな情報の提供、不安や課題を聞く相談援助等の支援が提供される体制を整える。 |

# 第３章 疾患別ケア

## 第１節 脳血管疾患がある方のケア

## 脳血管疾患の基本的理解

### (1)脳血管疾患の特徴

・ 脳血管疾患とは、脳動脈の異常を原因とする疾患の総称であり、脳出血と脳梗塞に分類される。脳動脈の異常の原因は、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患であるとされており、生活習慣が発症リスクに影響を与える。

・ 脳内での異常が脳の機能に影響を与えるため早期の治療が必要とされるが、症状やその後の経過等により、脳機能に影響が残り、麻痺や視野狭窄とそれに伴う歩行等の障害、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害などがあらわれる場合があり、このために要介護状態となった原因疾患の上位となっている。

・ 脳血管疾患の治療では、疾患の種別や症状、発症後の経過時間によって薬剤療法や外科治療が選択されるとともに、栄養状態や血圧の管理が行われる。その後、急性期や回復期におけるリハビリテーション治療を経て、生活期の療養につながる。

・ 生活期における療養では、まず疾患の再発を予防することが重要であり、その実現のためには血圧を下げたり水分や栄養を確保したりすることが必要とされる。また、脳血管疾患の発症の背景には高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患があるとされる。したがって、本人の生活習慣や基礎疾患の状況について情報を共有するとともに、医師の指示に基づいて基礎疾患の治療の継続およびその背景にある生活習慣の見直しを検討することも重要である。

・ なお、高次脳機能障害がある場合は、その状況を評価し、生活への影響や療養の方法を検討する必要があるとされる。また、うつ症状が現れる場合もあり、これについても別途その状況を評価し、生活への影響や症状を改善するための取り組みを検討する必要がある。いずれの場合においても、専門多職種による評価が重要である。

## (2)脳血管疾患のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと

・ ここでは脳血管疾患と総称しているが、具体的な症状と障害の残り方はそれぞれ異なるため、ご本人の症状と生活障害の状況について、医師や病棟の専門職から情報を得ることがまず重要である。生活障害の程度が小さくなるよう、生活機能のリハビリテーションが実施されている場合は、リハビリテーションの目標や具体的な実施内容についても把握する。

・ こうした情報について、退院時の情報連携書類を活用するとともに、地域連携クリティカルパスが運用されている場合はパスの情報を参照することも有効である。例えば回復期から生活期に移行する方の場合において、急性期での状況の把握に役立つ。

・ 疾患の特徴でも挙げたように、脳血管疾患の療養では、まず再発予防が重要であり、そのためには血圧の管理とともに水分や栄養の状況の把握が基本となる。また、脳血管疾患の発症の原因となった生活習慣を捉えて多職種と共有したうえで、医師等によるリスク評価に基づいて生活習慣の見直しを検討することも重要である。その際、本人の尊厳の保持や生活の意向も捉えた合意形成に留意する。

・ さらに、生活機能の改善・維持も重要である。特に、麻痺等による歩行障害がある場合など、病前と比べてＡＤＬが下がったことによって日常の活動量が落ちてしまい、結果的にフレイルが進行するリスクもある。適切な水分や栄養を確保したうえで、活動量を維持するような観点に立った生活機能の維持にも留意する。

なお、高次脳機能障害がある場合やうつ症状がみられる場合などは、ふさわしい専門職を交えた評価と生活を継続する上での留意点を把握する必要がある。本人の日常生活の状況についての情報を収集・共有することで、専門職間での連携が円滑になるよう調整することも重要である。

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

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

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 1 再発予防 | 1-1 血圧や疾病の管理の支援 | 1-1-1 基本的な疾患管理の支援 | 1 基本的な疾患管理の支援<br>※基本ケアとも重複するが特に留意して実施 | ・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。<br>・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。<br>・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状悪化の早期発見を目指す。 |
| | | 1-1-2 血圧等の体調の確認 | 2 目標血圧が確認できる体制を整える | ・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを確認できる体制を整備。Ⅰ期では病棟の状況を知ることも重要。 |
| | | | 3 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える | ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。<br>・不整脈の発生状況の確認。 |
| | | 1-1-3 環境整備 | 4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。<br>・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。<br>・居室内での一日の気温差は乾燥、脱水、冷えにつながり、再発リスクに加え体調悪化の要因にもなりうるため、これを把握し改善を図る。 |
| | | 1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供 | 5 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・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） |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 1 再発予防 | 1-2 服薬管理の支援 | 1-2-1 服薬支援 | 6 服薬管理の支援<br>※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施 | ・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。<br>・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。<br>・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。 |
| | 1-3 生活習慣の改善 | 1-3-1 脱水予防 | 7 必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。必要な水分量と日常の摂取量を把握して、水分を補給することが重要。 |
| | | | 8 適切な水分を摂取することの理解をうながす体制を整える | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。本人・家族等に対して水分摂取の重要性を伝え、理解を得ることが必要。 |
| | | | 9 自ら水分を摂取できるようにする体制を整える | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。本人が自ら水分を摂取できるように体制を整えることが重要。 |
| 2 生活機能の維持・向上 | 2-1 心身機能の回復・維持 | 2-1-1 機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて） | 10 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・Ⅰ期は、身体機能の回復が見込める一方で、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期。<br>・身体機能の改善や維持を図るためには、状態を継続的に把握して、適切な機能訓練が必要。また、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させることが重要。 |
| | 2-2 心理的回復の支援 | 2-2-1 受容の支援 | 11 受容促進のための働きかけを行う体制を整える | ・本人・家族等が過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活への取り組み（受容）を促進。※医師による予後の見通しと合わせた整理が重要。 |
| | | | 12 抑うつ状態の防止、改善が図れる体制を整える | ・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状況を把握することが重要。 |
| | | | 13 リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える | ・適切なリハビリテーションは身体機能の改善や維持に有効。リハビリテーションを妨げる要素として、本人・家族等の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリテーションを中断する等。*リハビリテーションの進捗を、本人・家族等に伝える事も重要。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 2 生活機能の維持・向上 | 2-3 活動と参加に関わる能力の維持・改善 | 2-3-1 機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて） | 14 ADL/IADLの状態の定期的な把握と共有がなされる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・ADL/IADLの状態を把握して、自分でできる事を増やすことは機能訓練につながるが、把握せずに行う生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。多職種がでのADL/ IADLの共有が必要。 |
| | | | 15 状態に合ったADL/IADL の機能向上がなされる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・Ⅰ期は、環境が病院から自宅へと変化して、本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLの発揮をうながす機会が低下を招く。 |
| | | 2-3-2 コミュニケーション能力の改善 | 16 コミュニケーション能力の状況の継続的な把握ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが上昇。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。 |
| | | | 17 コミュニケーション能力の改善を図る体制を整える<br>（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・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。 |
| | | 2-3-3 社会参加の機会の確保 | 18 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・役割を確認することにで尊厳を取り戻す。（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。） |
| | | | 19 外出や交流の機会が確保できる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・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。 |
| | | | 20 新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。Ⅰ期は、新しい価値・機能の獲得を見据えた目標や可能性の設定を重視。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 2 生活機能の維持・向上 | 2-4 リスク管理 | 2-4-1<br>食事と栄養の確保 | 21 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える<br>※誤嚥性肺炎の予防について別途確認<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。 |
| | | 2-4-2 転倒予防 | 22 転倒しにくいよう体の機能あるいは環境整備するための体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・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。 |

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

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

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 1 継続的な再発予防 | 1-1 血圧や疾病の管理の支援 | 1-1-1<br>基本的な疾患管理の支援 | 1 基本的な疾患管理の支援<br>※基本ケアとも重複するが特に留意して実施 | ・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。<br>・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。<br>・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。 |
| | | 1-1-2<br>血圧等の体調の確認 | 2 目標血圧が確認できる体制を整える | ・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを確認できる体制を整備。 |
| | | | 3 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える | ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。<br>・不整脈の発生状況の確認。 |
| | | 1-1-3<br>環境整備 | 4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。<br>・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。<br>・居室内での一日の気温差は乾燥、脱水、冷えにつながり、再発リスクに加え体調悪化の要因にもなりうるため、これを把握し改善を図る。 |
| | | 1-1-4<br>その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供 | 5 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・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） |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 1 継続的な再発予防 | 1-2 服薬管理の支援 | 1-2-1<br>服薬支援 | 6 服薬管理の支援<br>※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施 | ・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるよう支援。<br>・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。<br>・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。 |
| | 1-3 生活習慣の維持 | 1-3-1<br>脱水予防 | 7 自ら水分を摂取できることが維持できる体制を整える | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクを高める。<br>・本人が自ら水分を摂取できるように支援体制を整えることが重要。 |
| 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<br>機能訓練<br>（機能障害の回復・改善に向けて） | 8 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・身体機能の改善や維持を図るためには、身体機能の状態を継続的に把握することが必要。<br>・病院と異なりリハビリをうながす環境が不足しやすい自宅において、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させることが重要。 |
| | 2-2 心理的回復の支援 | 2-2-1<br>受容の支援 | 9 受容促進のための働きかけの確認と継続的な支援体制を整える | ・過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活に取り組む（受容）ことをうながす。※医師による予後の見通しと合わせた整理が重要。 |
| | | | 10 抑うつ状態の防止、改善の確認と継続的な支援体制を整える | ・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状況を把握することが重要。 |
| | | | 11 リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える | ・適切なリハビリテーションは身体機能の改善や維持に有効である。リハビリテーションを妨げる要素として、本人・家族等の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリテーションを中断する等がある。<br>*リハビリテーションの進捗を、本人・家族等に伝える事も重要。 |
| | | 2-2-2<br>行動変容の状況の確認と継続的な支援 | 12 新たな価値・機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返し、残存機能と回復機能の限界を見つめることの支援）体制を整える | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援を検討。 |
| | | | 13 セルフケマネジメントに向けたリハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える | ・自らの健康状態や生活を管理する力を高めることに対して、本人が意欲を持ち、具体的な助言を周囲から得られるような環境を確立。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 2 セルフマネジメントへの移行 | 2-3 活動と参加に関わる能力の維持・向上 | 2-3-1 機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて） | 14 ADL/IADLの状態の定期的な把握及び共有の確認と継続的な支援体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・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、状態を把握せずに行う生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。多職種が異なる場面で関わるので、ADL/IADLの共有が必要。 |
| | | | 15 状態に合ったADL/IADL の機能の向上の確認と継続的な支援体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・退院後、リハビリテーション等で再獲得された身体機能など、本人のADL、IADLの機能を継続的に把握することで、本人の状態に体制の整備。 |
| | | 2-3-2 コミュニケーション能力の改善 | 16 コミュニケーション能力の継続的な把握の確認と継続的な支援体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが大きくなる。脳血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。 |
| | | | 17 コミュニケーション能力の改善支援（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）の確認と継続的な支援体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・コミュニケーション能力の維持・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。 |
| | | 2-3-3 社会参加の機会の維持・拡大 | 18 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・役割を確認することにで尊厳を取り戻すことが可能。<br>・社会参加の回復を目指した回復を支援。 |
| | | | 19 外出や交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・本人の社会生活を確保し、リハビリテーションに対する意欲の回復や新たな生活への移行につなげていくため、状態に応じた外出や交流の機会の確保を支援。 |
| | | | 20 新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 2 セルフマネジメントへの移行 | 2-4 リスク管理 | 2-4-1<br>食事と栄養の確保 | 21 必要な栄養量の把握、食事の支援の確認と継続的な支援体制を整える<br>※誤嚥性肺炎の予防について別途確認<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。 |
| | | 2-4-2 転倒予防 | 22 転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える | ・リハビリテーションにより活動・参加が増えることで転倒リスクへの対応が必要になるため、本人の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備。 |

# 第２節 大腿骨頸部骨折がある方のケア

## 大腿骨頸部骨折の基本的理解

### (1)大腿骨頸部骨折の特徴

・ 大腿骨頸部骨折とは、大腿骨の関節部分の股関節とつながる骨頭のしたにあるくびれた部分（大腿骨頸部）で起きる骨折であり、転倒が最も大きな要因となって発生する。高齢化や寝たきり状態の継続、骨粗しょう症などを背景とした骨の強度の低下が原因となっている。
・ なお、大腿骨で起きる骨折に大腿骨転子部骨折がある。これは頸部のすぐ下の脚側の膨らんだ部分（転子部）で起きる骨折であり、頸部骨折とは区別される。
・ 大腿骨頸部骨折は、骨の強度の低下と転倒を原因としているため、高齢者、特に骨の強度が相対的に低い女性において発生しやすく、特に 70 歳を超えると発生率が急増する[11]。
・ 骨折の程度によるが、外科手術により骨の接合を行ったり、人工骨頭に置き換えたりといった治療が行われる。病棟での治療中は病床から動かない時間も多くなるため、フレイルの進行や褥瘡のリスクなどが懸念されることから、術後の経過や症状に応じて水分と栄養の管理やリハビリテーションが実施される。
・ 歩行能力の回復には、年齢、骨折前の歩行能力、認知症の程度が影響を及ぼすとされる。
・ 生活期における療養では、再度の骨折の予防が重要であり、具体的には転倒予防と骨折予防（骨の強度の低下の予防）が求められる。転倒予防には、リハビリテーショとして上下肢の機能訓練、可動域訓練、歩行訓練などが想定される。
・ また、骨折予防については、医師の評価にもとづいて骨粗しょう症の治療等が行われる。なお、高齢者の場合、転倒に加えて骨の強度の低下が原因となっている可能性が大きいため、骨折した側とは反対側についても骨折予防の観点から転倒予防のためのリハビリテーションを実施することもある。

### (2)大腿骨頸部骨折のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと

・ 大腿骨頸部骨折の療養では、再転倒の予防と再骨折の予防とともに、そうした療養を通じた歩行と生活の回復が重要になる。
・ 再転倒の予防についてはリハビリテーションの実施が重要である。これに併せて、生活期では、病棟などの管理された環境ではないことから、例えば段差の有無や室内の明るさなど、転倒のリスクを高める環境がないかどうかの評価（環境の評価）も重要になる。
・ また、リハビリテーションについては、手術を含めた病棟での治療期間中に運動量が低下も考慮し、生活期に移行した後の水分や栄養の摂取状況も意識的に把握するなど、活動量の維持の観点にも留意する。
・ 再骨折の予防については骨粗しょう症の治療あるいは予防が想定されるため、医師や薬剤師の指示と、本人の普段の生活リズムや食事の内容を踏まえたうえで、骨粗しょう症の治療等を続けられるように留意する。
・ なお、治療・療養によって歩行能力が回復し、歩行以外のADL/IADL も回復すれば、骨折それ自体に伴う生活支援は徐々に縮小し、利用者あるいは同居者等、あるいはインフォーマルサポート等によるセルフマネジメントに移行することも考えられる。こうした支援の方向性について、要介護高齢者本人の理解を深めるように説明と、合意を形成することも重要である。

11 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン（改訂第３版）

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

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

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 1 再骨折の予防 | 1-1 転倒予防 | 1-1-1 転倒予防 | 1 転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・転倒した状況や要因を把握し評価することにより、転倒しやすい状況の改善や、適切なリハビリテーション目標を設定。 |
| | | | 2 自らの身体機能（反射、視聴覚等）の理解の支援と指導を受ける体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・自らの身体機能を理解し、それにあった生活動作を身に着けることで、転倒予防をし、再骨折を予防。 |
| | | | 3 転倒しにくくするための身体機能の向上ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・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。 |
| | 1-2 骨粗しょう症の予防 | 1-2-1 服薬支援 | 4 服薬管理の支援<br>※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施 | ・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容の理解を支援。<br>・処方された薬が適切に管理されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。<br>・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、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。 |
| | | 1-2-2 治療の継続の支援 | 5 継続的な受診の体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・定期的な受診を維持することで、必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病気に対する不安の除去により、生活の縮小ではなく、生活改善をうながす。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 1 再骨折の予防 | 1-2 骨粗しょう症の予防 | 1-2-2 治療の継続の支援 | 6 運動・活動の体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・運動・活動の体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。<br>・活動量の低下を防ぐことで、再発を防止。 |
| 2 骨折前の生活機能の回復 | 2-1 歩行の獲得 | 2-1-1 歩行機能訓練 | 7 歩行機能向上のための訓練ができる体制を整える | ・Ⅰ期では早期に機能向上のための訓練が必要だが、術式や病院での経過によっては、体位や過重の制限がある点に留意。 |
| | | 2-1-2 心理的不安の排除 | 8 心理的な不安を小さくするリハビリテーションの継続と生活環境を整備する体制を整える | ・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。<br>・日常生活環境が整えられ、転倒の不安が軽減されるように支援することで、歩行の獲得目指す。 |
| | 2-2 生活機能の回復 | 2-2-1 ＡＤＬ/ＩＡＤＬの回復 | 9 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。<br>・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。その事が、本人の機能向上を目指す。 |
| | | 2-2-2 食事と栄養の確保 | 10 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・必要な栄養量を把握して食事を確保する。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。 |
| | 2-3 社会参加の回復 | 2-3-1 社会参加の機会の回復 | 11 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・役割を確認することで、尊厳を取り戻す。<br>・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。 |
| | | | 12 外出や交流の機会が確保できる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・本人の社会生活を確保し、リハビリテーションに対する意欲の回復や新たな生活への移行につなげていくため、状態に応じた外出や交流の機会の確保を支援。 |

## 【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：大腿骨頸部骨折Ⅱ期

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

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

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 1 再骨折の予防 | 1-1 転倒予防 | 1-1-1 転倒しないための身体機能の維持 | 1 転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・転倒した状況や要因を把握し評価することで、転倒しやすい状況の改善や、適切なリハビリテーション目標を設定。 |
| | 1-2 骨粗しょう症の予防 | 1-2-1 服薬支援 | 2 服薬管理の支援<br>※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施 | ・専門職によるケアが縮小した後も適切に服薬を継続できるよう、本人あるいは家族等における服薬の必要性と指示内容の理解を支援。<br>・処方された薬が適切に管理される状態が続くように、本人・家族等を支援するとともに、必要な時に専門職に相談できる体制を整備。<br>・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等とケアに携わる他職種との体制を整え、必要な時に専門職に相談できる体制を整備。 |
| | | 1-2-2 治療の継続の支援 | 3 継続的な受診の体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・定期的な受診を維持することで、必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除くことで、生活の縮小ではなく、生活の改善をうながす。 |
| | | | 4 運動・活動の体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・運動・活動の体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。<br>活動量の低下を防ぐことで、再発を防止。 |

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 |
|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 |
| 2 セルフマネジメントへの移行 | 2-1 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行） | 2-1-1 ＡＤＬ/ＩＡＤＬの確認とセルフマネジメントへの移行 | 5 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。<br>・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。その事が、本人の機能向上を目指す。 |
| | | 2-1-2 食事と栄養のセルフマネジメントへの移行 | 6 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・必要な栄養量を把握して食事を確保する。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を目指す。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。 |
| | | 2-1-3 環境整備 | 7 自ら活動しやすい環境の整備（室内環境、用具等）ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・活動しやすい室内環境、用具をそろえることで、活動の範囲や幅が広がり、ADLやIADLの向上を目指す。 |
| | | 2-1-4 社会参加の機会の維持・拡大 | 8 日常生活における生活機能の回復と支援の終結<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・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。 |
| | | | 9 外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加の体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・病前の生活を取り戻す、あるいは地域における新たな役割を獲得できるよう、地域における外出や交流の機会の拡大を支援。 |