

別冊

東京都介護支援専門員研修 テキスト別冊

令和6年3月

東京都

東京都介護支援専門員研修資料編 目次

資料1	リ・アセスメント支援シートを活用したケアプラン作成の手引き・・・・・・・・・・	1
Ⅰ	「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」 における自立支援の定義・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
Ⅱ	「リ・アセスメント支援シート」とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
Ⅲ	リ・アセスメント支援シート記入要領・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4
	日常生活自立度・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 2
	基本情報シート記入例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 4
	リ・アセスメント支援シート記入例・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 6
Ⅳ	ケアプラン確認シート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2 4
資料2	参考様式・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2 7
	基本情報シート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2 8
	リ・アセスメント支援シート・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3 0
資料3	事例（居宅）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3 4
	事例概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3 5
	ジェノグラム・エコマップの作成方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3 6
	エコマップ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3 7
	基本情報シート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3 8
	リ・アセスメント支援シート・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4 0
	居宅サービス計画書第1表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4 4
	居宅サービス計画書第2表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4 5
	居宅サービス計画書第3表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4 7
資料4	事例（施設）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4 8
	事例概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4 9
	基本情報シート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5 0
	リ・アセスメント支援シート・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5 2
	施設サービス計画書第1表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5 6
	施設サービス計画書第2表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5 7
	施設サービス計画書第4表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5 9

資料5 事例（予防）	6 1
事例概要	6 2
基本チェックリスト	6 3
利用者基本情報	6 4
アセスメント用情報収集シート	6 6
介護予防サービス・支援計画表（東京都様式A表）	6 8
介護予防サービス・支援計画表（東京都様式B表）	6 9
介護予防サービス・支援計画表（東京都様式C表）	7 0
資料6 居宅サービス計画書（居宅ケアプラン）標準様式改正の解釈と計画作成に当た っての考え方（東京都介護支援専門員法定研修資料）	7 1
資料7 適切なケアマネジメント手法関連資料	7 6
適切なケアマネジメント手法の概要	7 7
本編及び項目一覧（抜粋）	
基本ケア	7 8
脳血管疾患（Ⅰ期、Ⅱ期）	9 2
大腿骨頸部骨折（Ⅰ期、Ⅱ期）	1 0 2
心疾患（Ⅰ期、Ⅱ期）	1 0 8
認知症	1 1 8
誤嚥性肺炎の予防	1 3 1
出典一覧	1 4 1

資料 1

リ・アセスメント支援シートを 活用したケアプラン作成の手引き

出典：保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン
平成26年3月東京都発行

I 「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」における自立支援の定義

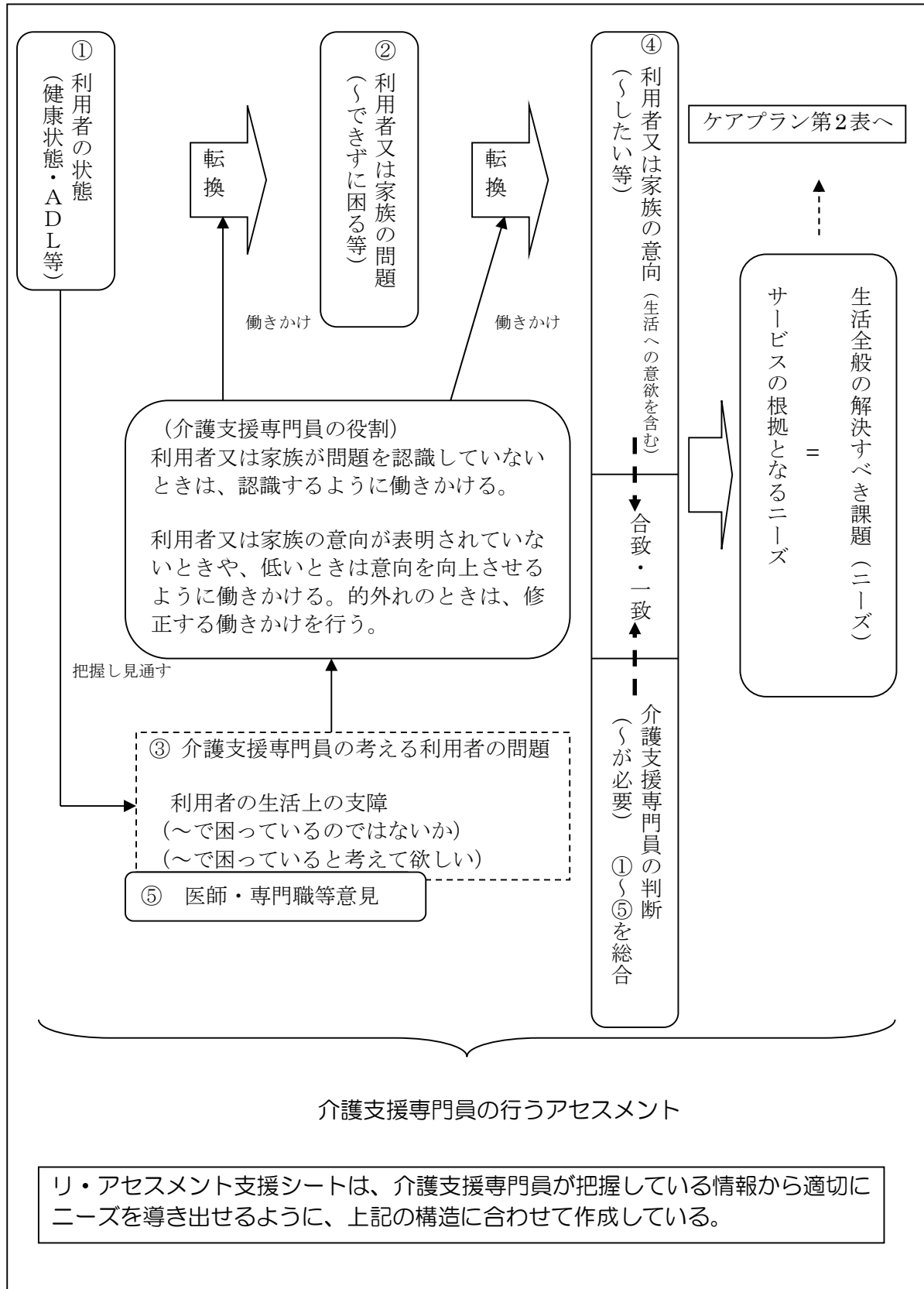
ケアマネジメントの質を向上させる目的は、「自立支援に資するケアマネジメント」の達成である。本ガイドラインでは「**自立支援**」を次のとおり定義する。

要支援・要介護の状態になっても「可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営むこと、自分の人生に主体的・積極的に参画し自分の人生を自分自身で創っていくこと」に対する支援

本ガイドラインでは、効果的にケアマネジメントの質の向上を図るため、点検前に介護支援専門員がアセスメントとケアプランを自己点検する方法を採用している。

Ⅱ 「リ・アセスメント支援シート」とは

「リ・アセスメント支援シート」の構造



Ⅲ リ・アセスメント支援シート 記入要領

1 「利用者名」

利用者名を記入する。

2 「作成日」

リ・アセスメント支援シートを作成した日を記入する。

3 「作成者」

リ・アセスメント支援シートを作成した介護支援専門員の氏名を記入する。

4 「状態」

(1) 「コミュニケーション」

ア 「視力」から「活用しているコミュニケーション機器」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。

イ 各項目の特記事項は、必要に応じて項目ごとの余白に記入する。

ウ 「維持・改善の要素、利点」は、利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように、利用者の生活を活性化させるような現在の状態に対する利用者や家族の良いところ、優れているところ、魅力的なところを具体的に記入する（11 頁参照）。

(2) 「認知と行動」

ア 「認知障害」から「精神症状」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。

イ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素、利点」は、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(3) 「家族・知人等の状況」

ア 「介護提供」から「介護者の負担感」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。

イ 「介護者の就労・就学状況」については、状況に応じて特記する。

ウ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素、利点」は、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(4) 「健康状態」

ア 「主疾病（症状痛み等）」は、主な疾病とその症状を記入する。

イ 「薬」で「有」に○をつけた場合は、項目余白にどの疾病に対し処方されているか等を記入する。必要に応じて、「薬剤情報提供書」の写し等を添付する。

ウ 「口腔内の状況」については、口腔衛生状態や咬み合わせ、歯の本数などについて特記する。

エ 「義歯の有無等」、「食事摂取」は、該当する状態に○をつける

オ 「食事量」は、該当する状態に○をつけ、1日の食事回数を記入する。

カ 「食事摂取形態」で「経管摂取」に○をつけた場合は、余白に「栄養剤のカロリー・1日の回数・摂取時間等を記入する。

キ 「食事形態（主食）」、「食事形態（副食）」で「他」に○をつけた場合は、余白に具体的な内容を記入する。

- ク 「飲水」は、該当する状態に○をつけ、医師の指示している量と実際の飲水量を具体的に記入する。
- ケ 「栄養状態」は、医師の意見をもとに記入する。
- コ 「身長・体重」は、該当する数値を記入する。過去6か月間で2～3キログラム以上の体重の増減がある場合にはその状況を記載する。
- サ 「血圧」は、体調に異常・変調がない時点で直近の数値を記入する。
本人・家族が測定した数値や本人が利用している医療または介護のサービス等での測定値を記載する。血圧の変動状況についても把握した場合には記載する。
- シ 「麻痺・拘縮」「じょく瘡・皮膚・爪の問題」は、該当する状態に○をつける。
- ス 「入浴」は、該当する回数を記入する。
- セ 排泄（便）は、該当する回数を記入し、便秘・下痢、便意の有無について該当する状態に○をつける。
- ソ 排泄（尿）は、該当する回数を記入し、尿意の有無について該当する状態に○をつける。
- タ 「生活リズム」については、該当する睡眠時間帯の睡眠開始時間と終了時間を矢印で結ぶ。必要に応じて、日常的な活動の内容・時間、休息・睡眠に係る特記事項（中途覚醒等）を次の記号を用いて記入する。また、1週間の状況についても記載する。
【記号凡例】睡眠⇄、中途覚醒○、食事☆、入浴◇
- チ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(5) 「ADL」

- ア 「食事」は、該当する状態に○をつける。
- イ 「食事場所」で「他」に○をつけた場合は、具体的な食事場所を記入する。
- ウ 「排泄（排便）」から「排泄（失禁）」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- エ 「入浴」は、該当する状態に○をつけ、余白に入浴場所、入浴方法、介助者等について記入する。
- オ 「更衣・整容」から「階段昇降」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- カ 「使用機器」で「その他」に○をつけた場合は、使用機器名を具体的に記入する。
- キ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(6) 「IADL」

- ア 「買物」から「服薬状況」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。特記事項には、現在、一部介助又は全介助の状態である場合に、介助をしている家族やサービス等を記入する。また、実際は利用者ができる力を有していると判断した場合は、「実際にはできる」という主旨を記入する。
- イ 「住環境」は、該当する状態に○をつけ、余白に特記事項を記入する。
- ウ 「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」ウと同様に記入する。

(7) 「社会交流」

- ア 「社会参加」、「対人交流」は、それぞれ該当する状態に○をつけ、項目ごとの余白に特記事項を記入する。
- イ 「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」ウと同様に記入する。

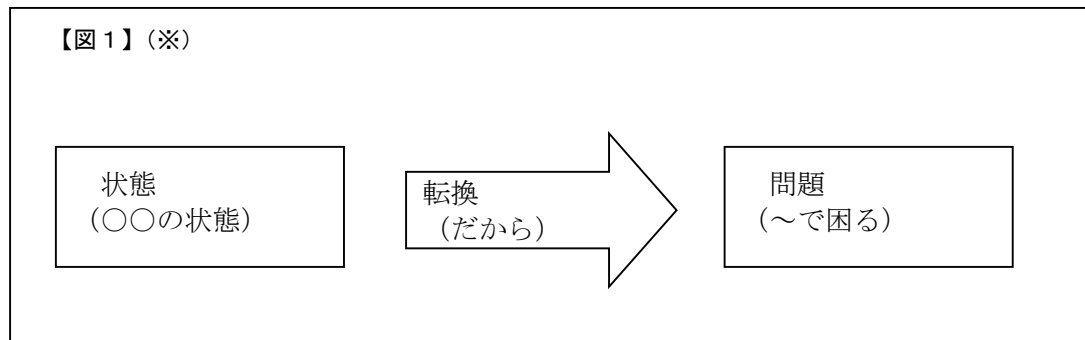
(8) 「その他留意すべき事項・状況」

- ア 利用者のその他留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度の高い状況、看取り、生活上のこだわり、趣味、得意なこと、他制度との連携等）について記入する。また、家族などとのかわりの状況（家庭内での役割など）について記入する。
- イ 「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」ウと同様に記入する。

5 「問題（困りごと）」

(1) 「利用者」

- ア 左側の「状態」に対応して、利用者が表明した「困る」という主旨の発言をそのまま「～で困る」等と記入する。



- イ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。
- ウ 認知症等で利用者が困りごとを表明できない場合は、利用者の立場に立った家族等の発言を記入する。その場合は、文末に代弁した者をカッコ書きにより明記する（例：（長女代弁））。

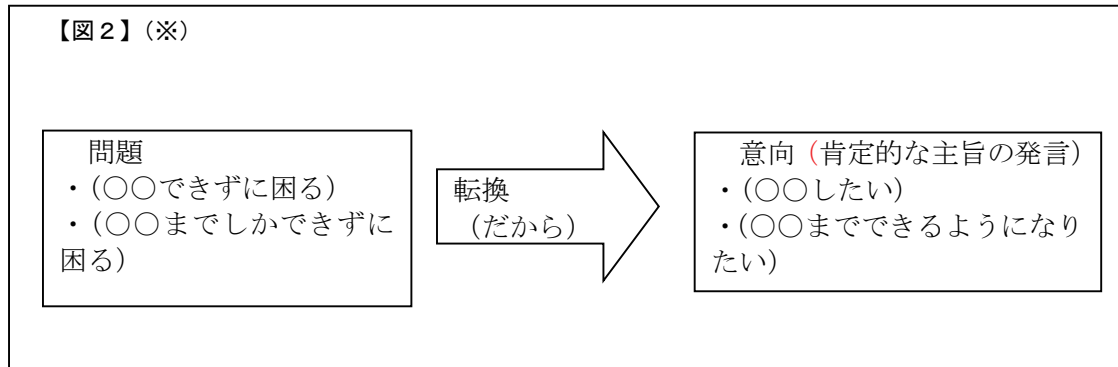
(2) 「家族」

- ア 利用者と同様に、左側の「状態」に対応して、家族が表明した「困る」という主旨の発言をそのまま「～で困る」等と記入する。
- イ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。

6 「意向・意見・判断」

(1) 「利用者意向（生活への意欲を含む）」

- ア 「問題（困りごと）」に対応する、利用者が表明した「～したい」「～する」「～してみる」等、肯定的な主旨の発言をそのまま記入する。



- イ 「問題（困りごと）」が無い場合でも、利用者から状態に対して「～したい」「～する」「～してみる」等、肯定的な主旨の発言があった場合には、そのまま記入する。
- ウ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。
- エ 認知症等で利用者が意向を表明できない場合は、利用者の立場に立った家族等の発言を記入する。その場合は、文末に代弁した者をカッコ書きにより明記する（例：（長女代弁））。
- オ 利用者の「意向の度合」は、該当する度合に○をつける。
- ・ 高：利用者の意向が高い場合
 - ・ 中：利用者の意向がそれほど高くもなく低くもない場合
 - ・ 低：利用者の意向が低い場合
 - ・ 失：「利用者意向」欄に「なし」と記入した場合で、利用者が病気や喪失体験などにより本来は「意向」があるはずだが表明ができない場合
- カ 利用者の「意向の表明」は、下記に該当する場合に「阻」に○をつける。
- ・ 阻：「利用者意向」欄に記入した利用者の意向が、家族関係や経済状況等諸事情により、利用者が真の意向を表明することが阻まれ相違してしまっている場合

(2) 「家族意向（生活への意欲を含む）」

- ア 「問題（困りごと）」に対応する、家族が表明した「～になってほしい」という主旨の発言をそのまま記入する。
- イ 「問題（困りごと）」が無い場合でも、家族から状態に対して「～になってほしい」という主旨の発言があった場合には、そのまま記入する。
- ウ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。
- エ 家族の「意向の度合」は、該当する度合に○をつける。
- ・高：家族の意向が高い場合
 - ・中：家族の意向がそれほど高くもなく低くもない場合
 - ・低：家族の意向が低い場合
 - ・失：「家族意向」欄に「なし」と記入した場合で、家族が病気や喪失体験などにより本来「意向」があるはずだが、表明ができない場合
- オ 家族の「意向の表明」は、下記に該当する場合に「阻」に○をつける。
- ・阻：「家族意向」欄に記入した家族の意向が、利用者との関係や経済状況等諸事情により、家族が真の意向を表明することが阻まれ相違してしまっている場合

(3) 「医師・専門職等意見」

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の決定に影響がありそうな「状態」に対しての、利用者を支えるためにチームとして機能している他の医師・専門職等の意見を記入する。意見を述べた者の所属及び職名をカッコ書きにより明記する（例：A診療所B医師）。

(4) 「CM判断」

「状態」、「問題（困りごと）」、「利用者意向」、「家族意向」、「医師・専門職等意見」から、利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるよう利用者の生活を活性化させるために、介護支援専門員が必要だと判断したことを「○○が必要」と記入する。

(5) 「CMの利用者・家族の意向への働きかけ」

- ア 「状態」欄に記入した「維持・改善の要素、利点」等を活用し、介護支援専門員が、利用者や家族の「問題（困りごと）」について「利用者意向」「家族意向」に転換するための働きかけをしているかを記入する。また、意向があっても、利用者や家族の「意向の度合」が低い場合は、高めるよう介護支援専門員が利用者や家族に働きかけをしているかを、記入する。
- ・実施中：意向へ働きかけをしている場合
 - ・検討中：意向へ働きかけるかどうかを検討している場合
 - ・未検討：意向へ働きかけるかどうかを検討していない場合
 - ・不 要：意向へ働きかける必要がない場合
- （例）既に意向が高い、「問題（困りごと）」がない場合等
- イ 「対応難度」は、意向への働きかけが困難である場合に○をつける。

7 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」

(1) 「整理前」

- ア 「利用者意向」と「CM判断」が一致した内容を記入する。意向が高い場合は文末を「～したい」等とし、意向が低い場合は文末を「～する」等とする。
- イ 「利用者意向」欄に「なし」と記入し、利用者の意向が実際になく、「家族意向」と「CM判断」が一致しており、利用者に提案可能な内容である場合は、そのニーズを記入する。その場合は、文末に家族の誰であるかをカッコ書きにより明記する（例：(妻)）。
- ウ 「利用者意向」又は「家族意向」と「CM判断」が一致しない場合は、何も記入しない。
- エ 先頭の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」から順番に番号をつける。

(2) 「関連」

「整理前」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の中で、互いに関連しているニーズがあれば、当該ニーズの番号を記入する。

(3) 「整理後」（統合）

関連しているニーズを比較し、最も利用者の生活を活性化させるニーズを「整理後」欄に記入する。統合されたニーズについては、「整理後」欄に「(統合先のニーズ番号)へ統合」と記入する。

8 「優先順位」

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の中で利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために、最も利用者の生活を活性化させると考えられるニーズから優先順位をつける。ただし、生命が脅かされるような緊急性の高いニーズがある場合には、それが上位にくる。

9 「意向と判断が一致しなかったため、ニーズにならなかった理由」

「利用者意向」又は「家族意向」と「CM判断」が一致しなかった内容の項目については、その理由を記入する。

10 「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと」

「リ・アセスメント支援シート」を記入したことにより、ケアマネジメントに関して気が付いたことを記入する。

「維持・改善の要素、利点」の具体例

「維持・改善の要素、利点」は、介護支援専門員が利用者を全人的かつ専門的にどう捉えているかを示す重要な項目です。

維持・改善の要素（可能性）については具体的に記述してください。

利点（ストレングス・強み）については、利用者が力を発揮できる要素として下記のような事柄を具体的に捉えることが重要です。

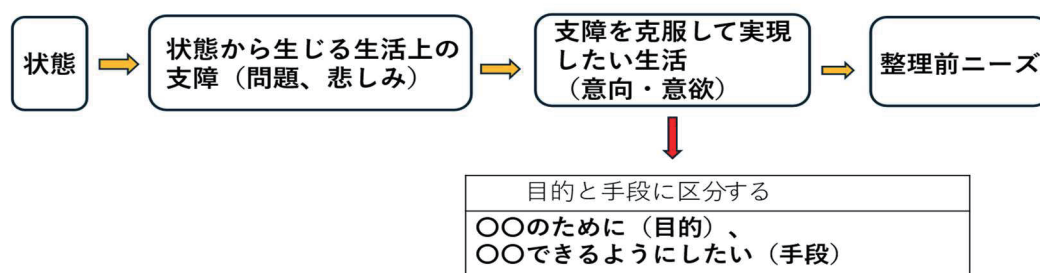
状態項目	具 体 的 な 例
コミュニケーション	・リハビリで教わった発語の訓練に取り組んで意思を伝えようとする。 ・難聴であるが相手の話を理解しようとする。 ・少しでも言いたいことを伝えようと努めている。
認知と行動	・家族や専門職の促しや誘導を穏やかに受け入れる。 ・自分が認知症であることを受入れ、周囲の人にそのことを伝えている。 ・理解力は低下しているが、リハビリテーションの指示は伝わる。
家族・知人等の状況	・家族は本人の言動の原因は、病気によるものであることを理解している。 ・高齢だが足腰が丈夫で介護を担える妻がいる。 ・主介護者を気遣い気晴らしのために外食に誘う別居の長女がいる。
健康状態	・医師の指示を守って服薬や食事管理をしている。 ・血圧の記録をとり、健康管理に気をつけて暮らしている。 ・自分の体調の不調や症状を正しく医師に伝えられる。
A D L	・左手しか使えないが、トイレだけは人の世話になりたくないと思っている。 ・利き手ではない左手を使って着替えを自分で行おうとする。 ・寝たきりにならないよう、日中は椅子に座って過ごしている。
I A D L	・お洒落好きで、T P Oを考えた服装で外出したいと考えている。 ・妻が疲れていると、自分でできる家事を行っている。 ・買い物に行き、自分の好きなものを選んで買いたいと思っている。
社会交流	・自分からは話しかけないが、気の合う人とは話掛けて会話を楽しんでいる。 ・集団の中ではその場の雰囲気壊さないよう相手に配慮することができる。 ・自分と同じような病気や症状の方との交流を希望している。
その他留意すべき 事項・状況	・家族に得意な料理の腕を振るい、家族に喜んでもらいたいと思っている。 ・知的障害がある長男の世話を最後まで自分でやろうとしている。 ・本人も家族も延命治療を希望しておらず、そのことを家族に伝えている。

整理前ニーズの相互関連を検討し、整理後ニーズに統合するときの基本的手法 (一つの考え方)

ケアプランは利用者に「尊厳ある自立生活」を実現するための支援計画であり、これを作成するためには、要介護状態により損なわれたが「実現したい生活」を明らかにし、対応する必要な支援内容を具体的に決定する必要がある。

- (1) その際、利用者の全体を一見することで必要な支援を具体的に明らかにすることは困難である。このため生活の構成要素ごとに分割（アセスメント項目）し詳細な分析が行われる。それがリ・アセスメント支援シートであり、分析の結果、アセスメント項目ごとに整理前ニーズが立つこととなる。
- (2) この整理前ニーズを出すときには、意向を確認する際に、これまで利用者と介護支援専門員が語り合う中で明らかになった目的である目指す生活とそれを実現するための手段の両方を含むことが多いため、これを目的と手段として書き分け、手段を整理前ニーズとする。（下図参照）
- (3) しかし、この「整理前ニーズ」は、それぞれ目指す生活（目的）に属するため、目的別にまとめる必要がある。これが「関連」を探す手順である。
- (4) この「関連」した「整理前ニーズ」の中から、楽しみのある幸せな生活の実現のために、最も利用者の心身を活性化させるものを一つ選択して「整理後ニーズ」とする。これが「統合」の手順である。
- (5) なお、点検時点での利用者・家族の実情、介護支援専門員との援助関係の醸成度合い等により表出される利用者の心情は異なるため、点検ではこの基本手法を理解し利用者と共に目指しているかを問うものであり、この手法を押し付けてはならない。

整理前ニーズの立て方（一つの考え方）



- ※ 生活の意欲（意向）を基盤にして、他のアセスメント項目の「目的」で関連するものはまとめる。「目的」は抽象度が高くなるため、具体的な「手段」をニーズとする。
- ※ 認知機能障害等のある利用者の時は「意向」を慎重に洞察し代弁する必要がある。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

(1) 判定の基準

調査対象者について、調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。
なお、全く障害等を有しない者については、自立に○をつけること。

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

(2) 判定にあたっての留意事項

この判定基準は、地域や施設等の現場において、保健師等が何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を客観的かつ短時間に判定することを目的として作成したものである。

判定に際しては「～をすることができる」といった「能力」の評価ではなく「状態」、特に『移動』に関わる状態像に着目して、日常生活の自立の程度を4段階にランク分けすることで評価するものとする。なお、本基準においては何ら障害を持たない、いわゆる健常高齢者は対象としていない。

4段階の各ランクに関する留意点は以下のとおりである。

朝昼夜等の時間帯や体調等によって能力の程度が異なる場合

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

認知症高齢者の日常生活自立度

(1) 判定の基準

調査対象者について、訪問調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。

なお、まったく認知症を有しない者については、自立に○印をつけること。

【参考】

ラ ン ク	判 断 基 準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(2) 判定にあたっての留意事項

認定調査項目に含まれていない認知症に関連する症状のうち、「幻視・幻聴」、「暴言・暴行」、「不潔行為」、「異食行動」等については、関連する項目の特記事項に記載するか、認知症高齢者の日常生活自立度の特記事項に記載すること。また、「火の不始末」は、「4-12 ひどい物忘れ」で評価されるので適切な選択肢を選び、特記事項に具体的な状況を記載する。

ふりがな

利用者氏名

生年月日

相談者氏名

続柄

本人・家族・他

受付日

理由

初回

更新

状態の変化

退院

退所

他

受付方法

実施場所

自

基本情報シート

(1/2)

事業所が初めて利用者の情報を取得した日。

要介護1等記入

【介護者欄】 主介護者は「主」、副介護者は「副」と記載【緊急連絡先】 連絡の順位を数字で記載

現住所

氏名

続柄

同居・別居

住所

連絡先

1

2

3

家族情報・緊急連絡先

世帯

独居・高齢者のみ・他

人暮らし

利用者の属する【世帯】を○で囲み、ジェノグラム（利用者の家族関係）を図で記入

男性□女性○本人は二重（◎）死亡は■、年齢を表記

同居・別居によらず家族について(支援頻度や関係性等)特に着目する点があれば記載

生活状況

住宅の間取りを平面図にして作成する

「施設」の場合は居住スペース及びベッド周り等の活動の範囲を作成する

戸建

アパート・マンション・公営住宅

階・他

エレベーター

無・有

所有形態

持ち家・貸家

トイレ

和式・洋式・温水洗浄便座

自宅周辺の環境や住居に対する特記事項

間取図で表現できない住環境において、危険個所の状況、整理・清掃状況、室温について等リスクになりうる事項や説明を要する事項を記載

自宅周辺の環境やその利便性等について記載

改修の必要性

無・有

生活歴

相談に至るまでの生活歴(出身地、転居の履歴、家族環境、仕事、どんな生活を送ってきたか等)を記載

趣味・好きなこと

続けている(続けていた)趣味や、好きなことを記載

現在だけでなく過去においても記載

情報収集源・情報活用状況

「情報を収集し、活用する力」について、利用者が世の中の動きや身の回りのことにどのような関心を持ち、獲得した情報をどう自分の生活に活かしているかを記載(スーパーのチラシで買い物する商品を選んでい、友人からの情報をもとに役所に相談する等)

基本情報シート (2/2)

[illegible]

リ・アセスメント支援ト (1/4)

[illegible]

状態

※「リ・アセスメント支援シート記入要領（「維持・改善の要素、利点」の具体例含む）」と合わせて確認してください

各シート「状態」欄共通事項

- ◆各項目の該当する状態に○を付ける。（例示あり）
- ◆右側の余白には、特記事項を必要に応じて記入する。（例示あり）
- ◆「維持・改善の要素、利点」には、これまでの人生において問題（困りごと）を乗り越えてきた力や、他者との関係の築き方など、利用者が楽しみのある幸せな生活を送るための要素や利点として、良いところ、優れているところ、魅力を感じるところを具体的に記入する。（例示あり）
- ◆確認が困難な場合は「空欄」にして機会をみて情報収集を行う。

Aコミュニケーション

補足説明

- ・意思を伝えるために必要な機能や状況を確認するために「コミュニケーション」から把握する。

B認知と行動

補足説明

- ・認知機能障害と行動障害の状況を把握する。
- ・生活上の支障がある場合はその状況の特記事項に記入する。

C家族・知人等の状況

補足説明

- ・介護に参加している家族や知人等の状況に加え介護に参加していない状況も把握する。

各シート共通
問題（困りごと）

1問題（困りごと）

記入要領

状態欄の項目

転換（だから）

問題（〜で困る）

例

- ・「なし」と発言→「なし」と記入
- ・介護支援専門員が確認していない場合→空欄

＜利用者欄のみ＞
認知症等で利用者が困りごとを表明できない場合は、利用者の立場に立った家族等の発言を記入する。その場合は、文末に代弁した者をカッコ書きにより明記する（例：（長女代弁））。

補足説明

- ・問題（困りごと）の表明が難しい場合は、状態の8項目を捉えていく過程で推測した「〜に困っているのではないか」を本人・家族に確認して記入する。
- ・問題（困りごと）は「生活上の問題（困りごと）」を捉える。

「歩けなくて困る」→「歩けなくてトイレに行けなくて困る」
・生活上の困りごとを明らかに認識できるように語尾は「〜で困る」で記入する。

各シート共通
…リ・アセスメント支援シート（1/4）～（4/4）の「問題（困りごと）」「意向・意見・判断」
「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）／優先順位」については、各シート共通事項

利用者名		作成日		作成者		各シート 共通
		リ・アセスメント支援シート (2/4)				各シート 共通
状態		問題（困りごと）		意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題（ニーズ） ／優先順位
						達成した点、 未達成点、 留意する点、 その他
						記入欄
						印刷

D 健康狀態

状態

健康状態

※「状態」欄の共通事項については17ページを参照ください。

記入要領

- ★「薬」
体調に異常・変動がない時点で直近の数値を記入する。
本人・家族が測定した数値や本人が利用している医療または介護のサービス等での測定値を記載する。血圧の変動状況についても把握した場合には記載する。
- ★「食事量」
余白に1日の食事回数を記入する。
- ★「食事摂取形態」
「経管摂取」に○をつけた場合は、余白に「1日の摂取カロリー・1日の回数・摂取時間等」を記入する。
- ★「飲水」
医師からの指示量と実際の飲水量を記入する。
- ★「栄養状態」
医師の意見をもとに記入する。
- ★「身長・体重」
過去6か月間で2～3kg以上の体重の増減がある場合にはその状況を記載する。

①

健康状態

補足説明

- ★「血圧」
体調に異常・変動がない時点で直近の数値を記入する。
本人・家族が測定した数値や本人が利用している医療または介護のサービス等での測定値を記載する。血圧の変動状況についても把握した場合には記載する。
- ★「生活リズム」
日常的な活動の内容は記号を用いて記入する。下段に1週間の状況についても記載する。
【記号凡例】睡眠⇄ 中途覚醒○ 食事☆ 入浴◇（具体的な記載方法は記入要領参照）

補足説明

- ・健康状態の「入浴」とADLの「入浴」は区別して把握する。特記事項の記載は各項目に沿った内容を記入する。

例

「入浴後は胃ろう部の処置を行っている」←健康状態の入浴特記事項
「自宅の浴槽のまたびは介助や道具があっても困難」←ADLの入浴特記事項

共通

意向・意見・判断

記入要領



- ・「なし」と発言→「なし」と記入
- ・介護支援専門員が確認していない場合→空欄
- ・別紙「整理前二ノズの相互関連を検討し、整理後二ノズに統合するときの基本的手法」参照

＜利用者欄のみ＞
認知症等で利用者が意向を表明できない場合は、利用者の立場に立った家族等の発言を記入する。
その場合は、文末に代弁した者をカッコ書きにより明記する（例：（長女代弁））。

補足説明

- ・意向とは、問題（困りごと）で捉えた「諦めや哀しみ等」に対して介護支援専門員が行う「働きかけ」は利用者が意欲を獲得する重要なアセスメントの過程。この過程を経て表明した「意向（＝希望）」の語尾は、意向の度合いに合わせて「～したい」「～する」「～してみる」等で記入する。
- ・家族の意向については、「～になってほしい」という主旨の発言を記入する。

② 意向

記入要領

表明した意向について、介護支援専門員が捉えた度合いに○を付ける。

- ・高：利用者の意向が高い場合
- ・中：利用者の意向がそれほど高くもなく低くもない場合
- ・低：利用者の意向が低い場合
- ・失：「利用者意向」欄に「なし」と記入した場合で、利用者が病気や喪失体験などにより本来は「意向」があるはずだが表明ができない場合

補足説明

- ・「失」は、球麻痺など意思を伝えることが困難な状態や病気、喪失体験により意向が「なし」の場合で意向を表明できない場合に○を付ける。

記入要領

- ・「利用者（家族）意向」欄に記入した利用者（家族）の意向が、家族関係や経済状況等諸事情により、利用者（家族）が真の意向を表明することが阻まれ相違してしまっている場合に○を付ける。

補足説明

- ・「真の意向」＝「したいこと」や「してみたいこと」など

④ 意向の表明

③ 意向の度合

リ・アセスメント支援シート (3/4)

[illegible]

状態

※「状態」欄の共通事項については17ページを参照ください。

記入要領

- ★食事場所
「他」に○をつけた場合は、具体的な食事場所を記入する。
- ★入浴
余白に入浴場所、入浴方法、介助状況、介助者等について記入する。
- ★使用機器
「その他」に○をつけた場合は、使用機器等を具体的に記入する。

(E)

ADL

補足説明

- ・生活を送るうえでの動作について把握する。

記入要領

- ★「買物」から「服薬状況」までの特記事項（車の運転除く）
特記事項には、現在、一部介助又は全介助の状態である場合に、介助をしている家族やサービス等を記入する。ただし、実際は利用者ができる力を有していると判断した場合は、「実際にはできる」という主旨を記入する。

補足説明

- ・「一部介助」や「全介助」を選択した場合は【介助の状況】や【誰が担っているか】を把握する。
- ・「自立」や「一部介助」を選択した場合、本人が行っている様子が解るよう把握した事の特記事項に記入する。

(F)

IADL

各シート共通

意向・意見・判断

記入要領

- 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の決定に影響がありそうな「状態」に対しての、利用者を支えるためにチームとして機能している他の医師・専門職等の意見を記入する。意見を述べた者の所属及び職名をカッコ書きにより明記する（例：A診療所B医師）。

補足説明

- ・生活を送る上での留意点を医師・専門職等から聴取した内容を意見として「～に留意することが必要」という主旨で記入する。

5

医師・専門職等の意見

記入要領

- 「状態」、「問題（困りごと）」、「利用者意向」、「家族意向」、「医師・専門職等意見」から、利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるよう利用者の生活を活性化させるために、介護支援専門員が必要だと判断したことを「〇〇が必要」と記入する。

補足説明

- ・「状態」～「医師・専門職等の意見」を総合的に捉えて、利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために必要と判断したことを記入する。
- ・サービス名を入れて、その必要性の判断を記入する欄ではない事に留意する。

【例】

「賞味期限切れの物を食べないように食品管理をする訪問介護が必要」
→「体調を崩さないように食品の賞味期限管理が必要」

6

CM判断

記入要領

「状態」欄に記入した「維持・改善の要素、利点」等を活用し、介護支援専門員が、利用者や家族の「問題（困りごと）」について「利用者意向」「家族意向」に転換するための働きかけをしているかを記入する。また、意向があっても、利用者や家族の「意向の度合」が低い場合は、高めるよう介護支援専門員が利用者や家族に働きかけをしているかを記入する。

- ・実施中：意向へ働きかけをしている場合
- ・検討中：意向へ働きかけるかどうかを検討している場合
- ・未検討：意向へ働きかけるかどうかを検討していない場合
- ・不要：意向へ働きかける必要がない場合

（例）既に意向が高い、「問題（困りごと）」がない場合等。

補足説明

- ・意向の度合いが高く意向とCM判断が一致している場合であっても、その意向の度合いを維持していくよう働きかけが必要な場合は「実施中」「検討中」「未検討」に○を付ける。
- ・意向への働きかけは、利用者が意欲を獲得するという自立支援の土台作りであることを認識して選択する。

記入要領

意向への働きかけが困難である場合には、対応難度の「困難」の欄に○を付ける。

補足説明

- ・「働きかけが困難な場合」＝援助関係を築くのに時間を要する場合など

8

対応難度

リ・アセスメント支援シート

[illegible]

記入要領

- ・「利用者意向」又は「家族意向」と「CM判断」が一致しなかった内容の項目について、その理由を記入する。

補足説明

- ・意向の表明が「なし」の場合や、「何も困っていないし、したいこともない」等の場合であって、「CM判断」に「～することは出来るはずだからOOが必要等」と記入した場合、一致しなかった理由を記入。

記入要領

- 「リ・アセスメント支援シート」を記入したことにより、ケアマネジメントに関して気が付いたことを記入する。

補足説明

- ・利用者・家族と対話を通じてアセスメントや多職種等からの意見聴取を行って気付いたことを記入。

※「状態」欄の共通事項については17ページを参照ください。

G

社会交流

補足説明

- ・「社会参加」と「対人交流」を区別して記入する。
- ・現在の参加や交流だけでなく過去の参加や交流についても記入して社会とのつながりを把握する。

【例】社会参加：「以前は町会の手伝いを行っていたが、今は行っていない」

対人交流：「月に1回程度友人と電話で話す」

各シート 共通

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）／優先順位

記入要領

- ・「利用者意向」と「CM判断」が一致した内容を記入する。意向が高い場合は文末を「～したい」等とし、意向が低い場合は文末を「～する」等とする。
- ・「利用者意向」欄に「なし」と記入し、利用者の意向が実際になく、「家族意向」と「CM判断」が一致しており、利用者に提案可能な内容である場合は、そのニーズを記入する。その場合は、文末に家族の誰であるかをカッコ書きにより明記する（例：（妻））。
- ・「利用者意向」又は「家族意向」と「CM判断」が一致しない場合は、何も記入しない。
- ・先頭の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」から順番に番号を付ける。

9

整理前 ニーズ

補足説明

- ・「利用者の意向」と「CMの判断」が一致した場合、整理前ニーズに記載することになるが、表明された意向の中で核心となる内容を記入する。

【例】

意向：「想い出の調度品があるこの家で一人暮らしを続けたいので、今できているトイレへ1人で行って用を済ませることを続けたい」

整理前ニーズ：「トイレへ一人で行って用を済ませ続けたい」

- ・整理前ニーズは各項目1つとは限らないため、複数の整理前ニーズをそれぞれ区別して記入する。（上記例示参照）
- ・すべての項目について整理前ニーズが出揃ったら、「コミュニケーション」にもっとも近い整理前ニーズを「①」とし、以降同じ番号を付ける。

H

その他留意 すべき事項・ 状況

記入要領

- ★その他留意すべき事項・状況
利用者の特別な状況（虐待・経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度の高い状況、看取り、生活上のこだわり、趣味、得意なこと、他制度との連携等）について記入する。また、家族などのかかわりの状況（家庭内での役割）等について記入する。

補足説明

- ・「コミュニケーション」～「社会交流」までの7項目で表せなかった留意すべきことや状況を記入する。

記入要領

- ・「整理前」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の中で、互に関連しているニーズがあれば、当該ニーズの番号を記入する。

補足説明

- ・4枚のシートを並べて、各整理前ニーズの内容を俯瞰的に捉えて、関連する整理前ニーズを記入する。

【例】

社会交流の整理前ニーズ⑥と、その他の留意すべき事項・状況の整理前ニーズ⑧が関連する場合

⑥の整理前ニーズの関連の欄に「⑥⑧」と記入し、

⑧の整理前ニーズの関連の欄にも「⑥⑧」と記入する。（上記例示参照）

記入要領

- ・関連しているニーズを比較し、最も利用者の生活を活性化させるニーズを「整理後」欄に記入する。統合されたニーズについては、「整理後」欄に「（統合先のニーズ番号）へ統合。」と記入する。（別紙「整理前ニーズの相互関連を検討し、整理後ニーズに統合するときの基本的手法」及び上記例示参照）

補足説明

- ・関連している整理前ニーズを俯瞰的に捉えて、利用者の生活が楽しみのある幸せな暮らしのために、今の生活が活性化するニーズを選択する。

記入要領

- ・「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の中で利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために、最も利用者の生活を活性化させると考えられるニーズから優先順位を付ける。ただし、生命が脅かされるような緊急性の高いニーズがある場合には、それが上位にくる。

12

優先 順位

Ⅳ ケアプラン確認シート

(1) ケアプラン確認シートとは

「ケアプラン確認シート」は、「リ・アセスメント支援シート」と「ケアプラン第2表」との関係及び「ケアプラン第2表」の構造を示している。

(2) ケアプラン確認シートで確認できること

シート右側の利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表を活用して「ケアプラン第2表」が適切に作成されているかを確認することができる。

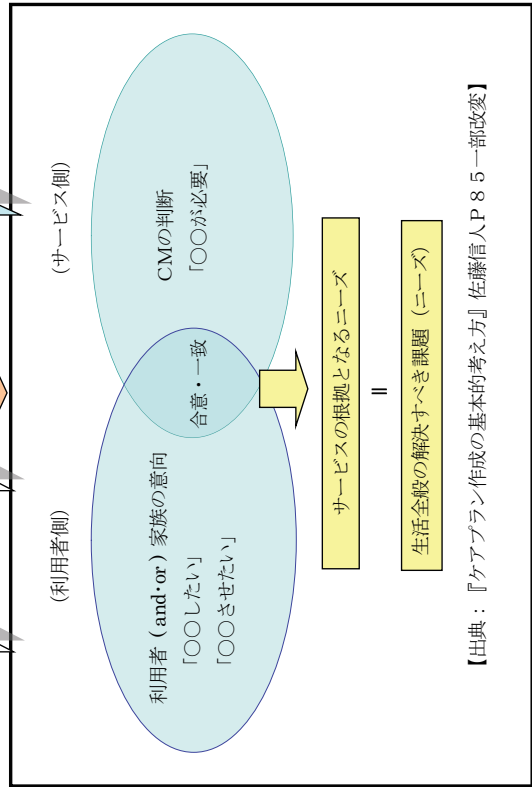
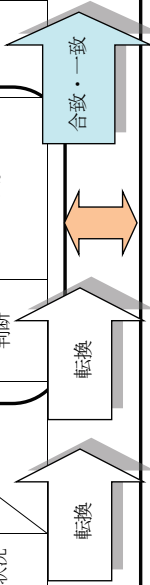
ケアプラン確認シート

リ・アセスメント支援シート

そのまま記載する。

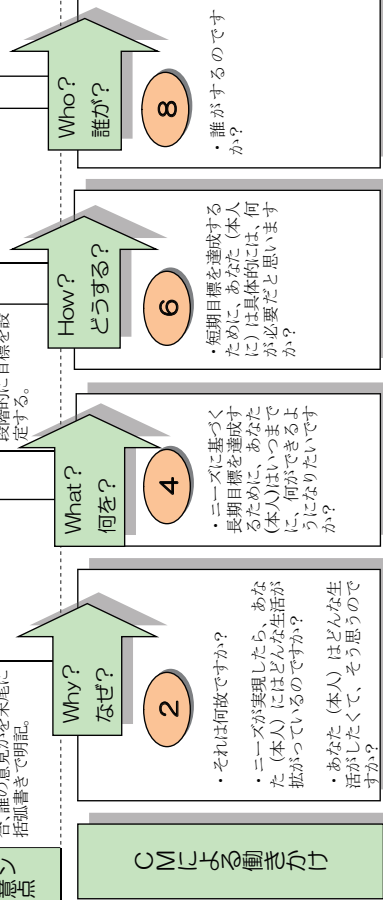
利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表

状態	問題 (困りごと)	意向・意見・判断	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
コミュニケーション・認知・行動・家族・知人等の状況・健康状態・ADL・IADL・社会交流・その他留意すべき事項・状況	利用者	利用者 〇〇したい。 するようになる。	整理前	優先順位
	家族	家族 〇〇させたい。 してほしい。	整理後	
		医師・専門職等意見 〇〇が必要。 〇〇したほうがよい のではないかな。	サビスの根拠となるニーズ	
		CM判断 〇〇が必要。		



【出典：『ケアプラン作成の基本的考え方』佐藤信人 P 85 一部改変】

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	長期目標	短期目標	サービス内容	※1	※2	頻度	期間
1 (ニーズが高いつ時) 例：〇〇したい。 意向が低い時 例：〇〇する。	3 (ニーズが実現したら) 私は、〇〇して暮らすんだ。それが私の望みだ。	5 (そのために、私は、〇〇するよ。うにやってみる。	7 (こうすればうまくいくのではないかな。〇〇が必要ではないかな。	9 (自分でやる。家族がしてくれ。友人がしてくれ。外の力を利用する。その場合は、サービスはこれを活用するのが一番良いのではないかな。施設の場合、施設専門職がしてくれる (各機能)			
認知症のケース等で利用者の発した言葉などをそのまま書くことができない場合	そのために、本人は、〇〇するよ。うにやってみる。はどうか。						
家族等による代弁	そのために、本人は、〇〇するよ。うにやってみる。はどうか。						
ケアプランの留意点	※この欄が最もその人のらしさを表す。 ※意向の高さに応じて表現が変わる。 ※家族等が代弁する場合、誰の意見かを末尾に括弧書きで明記。	※ニーズに基づき長期目標を達成するための段階的に目標を設定する。 ※必要に応じて、段階的に目標を設定する。	※短期目標を達成するための段階取り。 ※介護保険のサービスにとらわれない。				



N. SATOモデル一部改変

注意) 利用者を誘導しよう、管理しようと考えすることは厳禁。利用者・家族と共に検討する。認知症の人のときも、ニーズ、長期目標、短期目標は利用者本人の視点・立場で検討し記載する。

資料2

参 考 様 式

出典：保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン
平成26年3月東京都発行

基本情報シート (1/2)

基本情報シート（1/2）														
ふりがな														
利用者氏名														
相談者氏名		続柄		本人・家族・他（ ）		受付日		受付対応者		受付方法		来所・電話・他（ ）		
前回アセスメント状況		実施年月日		理由		初回		更新		状態の変化		退院		
明・大・昭		年 月 日		歳		性別		男・女		被保険者番号		要介護状態区分		
現住所		氏名		続柄		同居・別居		住所		自宅TEL		世帯		
										携帯TEL		独居・高齢者のみ・他（ ）		
										FAX		人暮らし		
										E-mail				
										連絡先				
		緊急の連絡先		1		同・別								
		2		同・別										
		3		同・別										
				同・別										
				同・別										
住居		戸建（ ）・アパート・マンション・公営住宅（ ）階・他（ ）		所有形態		持ち家・賃貸		トイレ		和式・洋式・温水洗浄便座		生活歴		
エレベーター		無・有（ ）												
住居の状況		（住宅間取図）										生活状況		
		自宅周辺の環境や住居に対する特記事項										情報収集源・情報活用状況		

基本情報シート (2/2)

[illegible]

リ・アセスメント支援シート (1/4)

利用者名		リ・アセスメント支援シート（1/4）										作成日		作成者		優先順位	
		状態			問題（困りごと）		意向・意見・判断					生活全般の解決すべき課題（ニーズ）		整理後		整理前	
コミュニケーション	視力	問題無	はっきり見えない	殆ど見えない	利用者		利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻			
	眼瞼	無	有		家族		家族意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻			
	聴力	問題無	はっきり聞こえない	殆ど聞こえない			医師・専門職等意見	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻			
	補聴器	無	有				CM判断										
	言語	問題無	問題有				CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要		対応難度	困難			
認知と行動	意思伝達	できる	時々できる	困難													
	活用しているコミュニケーション機器	電話	FAX	PC	スマホ	その他											
	維持・改善の要素、利点																
	認知障害	自立	軽度	中度	重度		利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻			
	意思決定	できる	特別な場合以外ではできる		困難												
家族・知人等の状況	指示反応	通じる	時々通じる	通じない			家族意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻			
	情緒・情動	問題無	抑うつ	不安	興奮												
	行動障害	無	暴言	徘徊	多動	昼夜逆転	家族意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻			
	精神症状	無	妄想	幻覚	せん妄	見当識	医師・専門職等意見	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻			
	維持・改善の要素、利点						CM判断	CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難			
家族・知人等の状況	介護提供	常時可	日中のみのみ可	夜間のみのみ可	不定期	無	利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻			
	介護者の健康	健康	高齢	病身	他		家族意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻			
	介護者の負担感	無	有				医師・専門職等意見										
	介護者の就労・就学状況						CM判断										
	維持・改善の要素、利点						CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要		対応難度	困難			

リ・アセスメント支援シート (2/4)

[illegible]

リ・アセスメント支援シート (3/4)

リ・アセスメント支援シート（3/4）

利用者名

作成日

作成者

状態										問題（困りごと）		意向・意見・判断					優先順位	
食事	自立	見守り	一部介助		全介助	ベッド上 他（ ）	利用者意向	家族意向	医師・専門職等意見	CM判断	CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難	
食事場所	食堂	ベッド脇	他（ ）		全介助													
排泄（排便）	自立	見守り	一部介助		全介助													
排泄（排尿）	自立	見守り	一部介助		全介助													
排泄（日中）	トイレ	PT	原器	バット	リハビリパンツ	オムツ	留カテ											
排泄（夜間）	トイレ	PT	原器	バット	リハビリパンツ	オムツ	留カテ											
排泄（失禁）	無	有																
入浴	自立	一部介助	全介助															
更衣・整容	自立	一部介助	全介助															
寝返り	自立	一部介助	全介助															
起上がり	自立	一部介助	全介助															
座位	自立	一部介助	全介助															
立ち上がり	自立	一部介助	全介助															
立位	自立	一部介助	全介助															
移乗	自立	一部介助	全介助															
歩行	自立	一部介助	全介助															
階段昇降	自立	一部介助	全介助															
使用機器	杖	歩行器	車椅子	ベッド	その他													
維持・改善の要素、利点																		
買物	自立	一部介助	全介助															
金銭管理	自立	一部介助	全介助															
献立	自立	一部介助	全介助															
調理と片付け	自立	一部介助	全介助															
ゴミ出し	自立	一部介助	全介助															
掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助															
寝具の交換	自立	一部介助	全介助															
火気管理	自立	一部介助	全介助															
外出	自立	一部介助	全介助															
交通機関の利用	自立	一部介助	全介助															
車の運転	している	していない																
服薬状況	自立	一部介助	全介助															
住環境	問題無	問題有																
維持・改善の要素、利点																		

利用者名

作成日

作成者

リ・アセスメント支援シート

(4/4)

状 態			問題（困りごと）		意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題（ニーズ）		優先順位																							
社会交流	社会参加	有	無	利用者	利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻																												
	対人交流	有	無	家族	家族意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻																												
社会交流	維持・改善の要素、利点					医師・専門職等意見					意向の表明	阻																												
社会交流	維持・改善の要素、利点					CM判断					CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難																							
その他留意すべき事項・状況				利用者	利用者意向					意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻																								
その他留意すべき事項・状況				家族	家族意向	医師・専門職等意見					意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻																							
その他留意すべき事項・状況	維持・改善の要素、利点					CM判断					CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難																							
				意向と判断が一致しなかったため、ニーズにならなかった理由		「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと																																		

資料3

事例（居宅）

出典：3訂版 介護支援専門員実務研修テキスト 令和6年6月 東京都福祉保健財団

居宅介護支援の事例

《氏名》 日本橋 みけ子 《年齢》 92 歳 《性別》 女性

《要介護状態区分》 要介護 2

《事例の概要》

四人兄弟の長女。中学校卒業後、食料品店に勤めていた。結婚後〇〇市に在住。子は二人。専業主婦として子育てしてきた。手先が器用で裁縫や折り紙など、作り物をしたり、庭に季節の花を植えて楽しむ趣味があった。

長女は 20 代後半に精神疾患を発病（精神障害者保健福祉手帳取得）。夫とともに長女の世話をしてきたが、夫は 14 年前、本人 78 歳のときに他界、この頃から長女は障害者総合支援法によるサービス（居宅介護による入浴介助）を開始。

88 歳のとき、腰椎症の悪化で歩行障害が現れ、徐々に好きな庭いじりからも遠ざかっていった。

90 歳のときに屋外で転倒し右上腕骨頸部を骨折したことで生活に不自由が生じ、要介護認定を申請。この時、下肢筋力を強化するために通所サービスの利用を開始。同時に本人も訪問介護による入浴介助を利用するようになったが「お姉ちゃん、お風呂に入っておいで」との声掛けを欠かさず続け、母としての役割を果たしてきた。骨折が治癒したころには、本人が利用していた訪問介護は終了した。

92 歳の現在、洗濯物を取り込むときに庭で転倒し、右橈骨遠位端（とうこつえんいたん）骨折をしたことでさらに暮らしにくくなったが、次女は、母親がこれからも自宅で姉と一緒に暮らしを続けて欲しいと願っている。本人も次女に負担をかけないで長女との暮らしを続けるために回復しようとしており、その意思を尊重しケアプランの見直しを開始した。

※本テキストで扱う事例の時系列表記（年号）については利用者の年齢による表記をしています。（「令和 7 年」等和暦で記入する部分に

71 歳の と本人の年齢を表示し、）様式内は氏名（現在の年齢）で表示しています。

※本テキスト内の事例は医療職等による監修を受けています。

※本テキストの事例の居宅サービス計画書上には、サービス事業所における各種加算について記載していません。

ジェノグラム・エコマップの作成方法

【ジェノグラムの作成】

利用者の家族・親族の関係を図で表します。

①対象者

男性 □ 女性 ○ 性別不明 △ 利用者は二重 ◎ □

②年齢 ⑥⑧ 対象者の記号の中に年齢を記入します

③死亡 ☒ 記号に×を入れる又は■●塗りつぶします

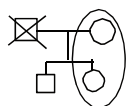
④婚姻関係等

結婚 □—○ 別居 □—|—○ 離婚 □≡|—○ 内縁 □- - -○

⑤家族関係

子供 □—|—○
里親または養子 □—|—○
双子 □—|—○

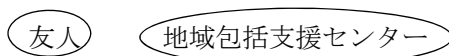
⑥同居の状況 同居者は○で囲みます



【エコマップの作成】

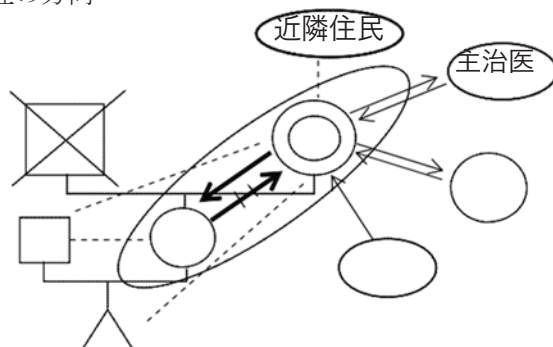
利用者の人間関係や地域の社会資源との関係性を図で表します。

①関わりのある人、機関等を○で囲みます



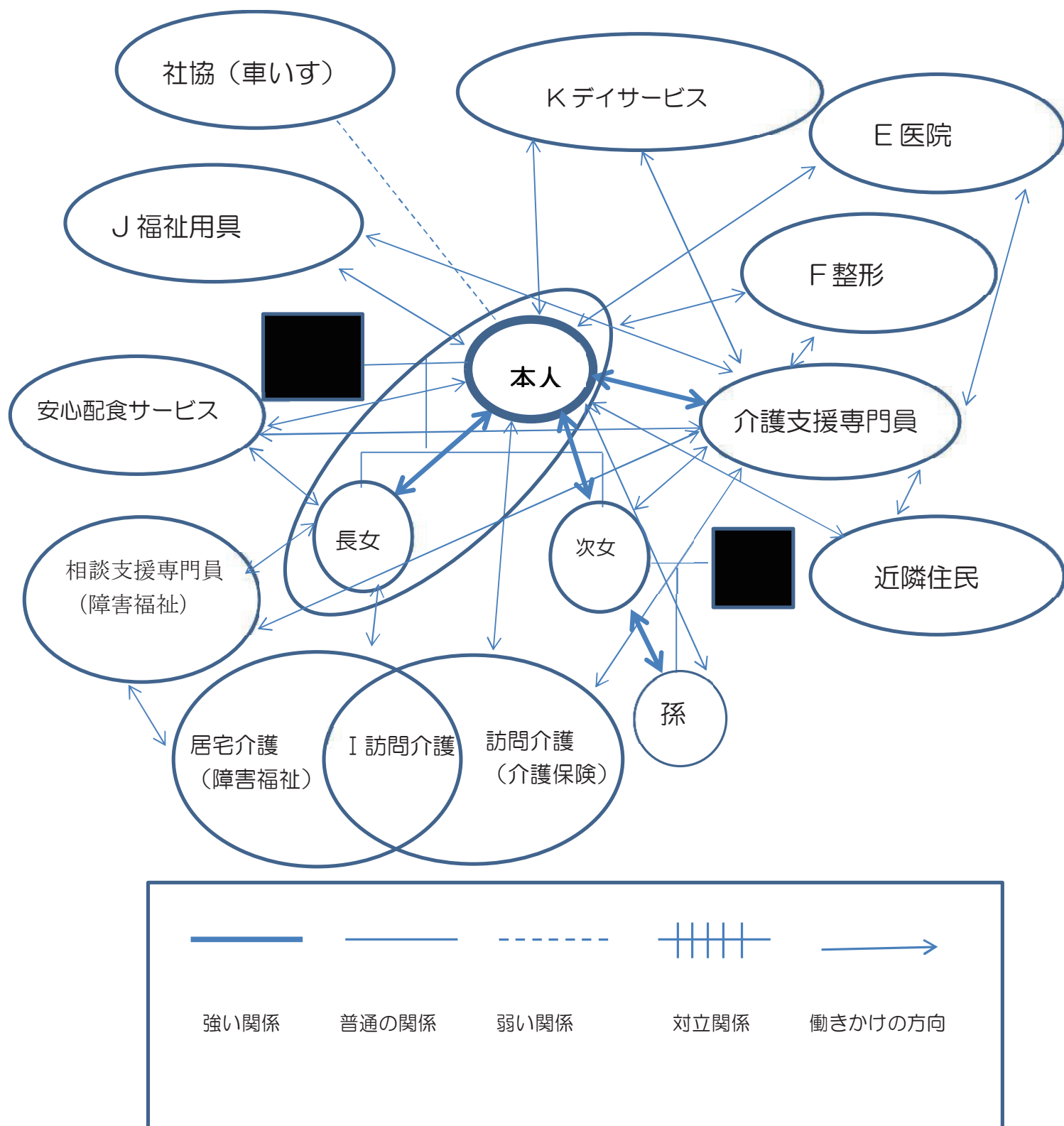
②関係性

肯定的関係 ———— 関係の強さを線の太さで表します
ストレスのある関係 ++++++ ストレスの強さを線の数で表します
希薄な関係 - - - - -
関係性の方向 —————>



日本橋 みけ子さん エコマップ

【事例の概要】 障害がある長女と二人暮らし。自宅で骨折をしたが、完治して「母としての役割」を担いたいという想いを抱いている事例



※このエコマップはケアプラン作成後の状況で作成しています。

ふりがな

にほんばし みけこ

利用者氏名

日本橋 みけ子 (92歳)

作成日

92歳の

1月26日

作成者

室町 はる子

相談者氏名

二越 百合子

続柄

本人

家族

他

受付日

90歳の

2月6日

受付対応者

室町 はる子

受付方法

来所

電話

・他

前回アセスメント状況

実施年月日

91歳の

1月15日

理由

初回

更新

退院

退所

他

実施場所

自宅

病院

施設

・他

生年月日

明・大

年

月

日

92歳

性別

男

女

被保険者番号

000000000000

世帯

同居・高齢者のみ

他

（長女と2人暮らし）

現住所

東京都・・・

緊急の連絡先

1

日本橋 菊子

続柄

同・別

同居・別居

長女

緊急の連絡先

2

二越 百合子

続柄

同・別

同居・別居

次女

緊急の連絡先

3

二越 蘭

続柄

同・別

同居・別居

次女の子

家族情報・緊急連絡先

住所

連絡先

自宅TEL

000000000000

携帯TEL

000-0000-0000

FAX

E-mail

住居の状況

住居

戸建

(2階建て)

・アパート・マンション・公営住宅

()

階

・他

()

エレベーター

有

無

有

無

所有形態

持ち家

賃貸

特記事項

自宅周辺の環境や住居に対する特記事項

玄関、トイレには住宅改修で手すり取り付け済。玄関段差には、孫が踏み台を置き、昇降を楽にしている。入浴時は購入したシャワーチェアを使用している。

2度屋外で転倒骨折をしている。寝起きは市販のベッド使用。自宅すぐ近くには季節の花が観賞できる大きな公園があり、満開時には人々が集い賑わいと活気がある。歩いて20分以内の場所に内科・整形外科・皮膚科・スナック・スーパーがあるが、家の周りは住宅街で小売店はない。

現在2階は使用していない

段差450

庭

食卓

本人の部屋

ベッド

娘の部屋

縁側

階段

玄関

生活状況

生活歴

趣味・好きなこと

四人兄弟の長女。中学校卒業後、食料品店で勤め、結婚後〇〇市に在住。専業主婦として二人の子育てをしてきた。裁縫や折り紙など手先が器用で、作り物をしたり、庭に季節の花を植えて楽しむ趣味があった。

折り紙を使った作品作り。裁縫、手芸、家の庭で花を育てることが趣味であった。

生活状況

88歳のとき、腰椎症の悪化で歩行障害が現れ、庭いじりからも遠ざかってしまった。

90歳のときには、右上腕骨頸部骨折。ヘルパーによる入浴介助を本人・長女ともに受けるようになったが、本人への訪問介護の提供は半年で終了し、長女は継婦中。

情報収集源

情報収集源・情報活用状況

・テレビ（情報番組）

・介護職との会話

・情報活用状況

・娘のために役立てようとしている

ふりがな		にほんばし みけこ										作成日		92歳の 1月26日	
利用者氏名		日本橋 みけ子 (92歳)										作成者		室町 はる子	

利用者の社会情報等		介護保険 申請中		支援1 後期高齢 有		介護2 国保		介護3 社保		介護4 共済		介護5 他		負担割合 (1 割)		認定日		91歳の 1月10日		有効期間		91歳の 2月1日 ~ 95歳の 1月31日							
障害等		難病 ()		身障 (2種6級)		精神 ()		療育 ()		療育 ()		療育 ()		療育 ()		支給限度額等		19,705単位/月		審査会の意見		特になし							
生活保護		有 ()		有 ()		有 ()		有 ()		有 ()		有 ()		有 ()		障害高齢者の日常生活自立度		主治医意見書		自立		J1		A2		B1		C1	
経済状況		国民年金		厚生年金		障害年金		遺族年金		他 (長女は障害年金あり)		他 ()		他 ()		認定調査票		介護支援専門員		自立		J1		A2		B1		C1	
収入額・支出額		収入 ()		支出 ()		支出 ()		支出 ()		支出 ()		支出 ()		支出 ()		主治医意見書		自立		I		IIa		IIb		IV		M	
金銭管理者		本人		家族 ()		他 ()		他 ()		他 ()		他 ()		他 ()		認定調査票		介護支援専門員		自立		I		IIa		IIb		IV	

発症時期		病名		医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に○)・連絡先		経過		受診状況		治療内容	
78歳の	高血圧症	E 医院		Tel		治療・経過・他		通院		月2回 処方	
82歳の	骨粗しょう症・変形性膝関節症・変形性腰椎症	F 整形		Tel		治療・経過・他		通院		月2回 処方	
88歳の	認知症	E 医院		Tel		治療・経過・他		通院		月2回 処方	
90歳の	右上腕骨頸部骨折	F 整形		Tel		治療・経過・他		通院		月2回 処方	
92歳の	右橈骨遠位端骨折	F 整形		Tel		治療・経過・他		通院		月2回 固定術・処方	
薬局名		M薬局		■ かかりつけ							

特記事項		相談内容		主訴・意向		利用者の要望		家族の要望	
薬剤師名：P薬剤師。飲み忘れや飲みにくさが出てきたら、相談すること		母がたびたび骨折をして、ごんごん家の中のことができなくなってしまい、私が毎日通っていますが、姉のことでもあるので気が重い毎日です。母が姉を思う気持ち分かりますが、また転んで手首を骨折してしまい着替えやお風呂に入れなくなりましたので、今後のことを相談したい。疲れてしまいました (次女)		長女のこととは自分が面倒を見ると思っていたけれど、また自分が世話を受けるようになってしまつてつらい。次女にはこれ以上負担をかけたくない 意向：手が思うように動かないので、(ズボンをおろすのにもたまたして) トイレに間に合わないことがあるが、おむつだけは嫌です		また骨折してしまつたので、何でもかんでも自分でやるとは言わなくなりまして。私一人ではやりきれないので、お風呂のことや家事の手助けをしてもらえると助かる (次女)		意向：姉と母がこの家で暮らし続けられることが私の願いです	

利用者名

日本橋 みけ子 (92歳)

作成日

92歳の 1月26日

作成者

室町 はる子

リ・アセスメント支援シート

(1/4)

意向・意見・判断

意向・意見・判断

利用者名		日本橋 みけ子 (92歳)		作成日		92歳の 1月26日		作成者		室町 はる子		意向・意見・判断		意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題 (二一ス)		優先順位	
コミュニケーション		視力		問題 (困りごと)		利用意向		意向の度合		意向の度合		意向の度合		意向の度合		意向の度合		意向の度合	
コミュニケーション	問題無	はつきり見えない	殆ど見えない	補聴器を左耳に付けていても聞こえないで困る。聞こえないので、こめんなさいといつも謝っている	利用者意向	相手の声が聞こえて会話ができるようにしたい	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	① 相手の声が聞こえて会話ができるようにしたい	① ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧				
	問題無	有	老眼鏡をかけて折り紙をする		家族意向	聞こえていなくても返事を返す。分らないので困る(次女)	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	② 置き忘れが少なくなるようにしたい	② ③ ⑨				
	問題無	有	聴覚障害6級。感音性難聴。左耳に補聴器使用。右耳はほとんど聞こえない		医師・専門職等意見	通所サービスでは難聴や音声拡大器具を使い工夫をしながら会話をしていく	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	③ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	③ ⑨				
	問題無	有	音声拡大器具も併用		CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	④ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	④ ⑨				
	問題無	有	電話	電話	CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑤ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	⑤ ⑨				
認知と行動	問題無	有	電話	電話	CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑥ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	⑥ ⑨				
	問題無	有	電話	電話	CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑦ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	⑦ ⑨				
	問題無	有	電話	電話	CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑧ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	⑧ ⑨				
	問題無	有	電話	電話	CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑨ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	⑨ ⑨				
	問題無	有	電話	電話	CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑩ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	⑩ ⑨				
家族・知人等の状況	問題無	有	電話	電話	CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑪ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	⑪ ⑨				
	問題無	有	電話	電話	CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑫ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	⑫ ⑨				
	問題無	有	電話	電話	CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑬ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	⑬ ⑨				
	問題無	有	電話	電話	CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑭ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	⑭ ⑨				
	問題無	有	電話	電話	CM判断	難聴ではあるが、話を理解したいと思っている	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑮ 次女には元気で仕事を続けて欲しい	⑮ ⑨				

利用者名	日本橋 みけ子 (92歳)	リ・アセスメント支援シート (2/4)										作成日	92歳の 1月26日	
主疾病 (症状・痛み等)	高血圧症・右上腕骨頭部骨折後・変形性膝関節症、変形性腰椎症 (歩行障害)・骨粗しょう症・右橈骨遠位端骨折	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位	
薬	無	降圧薬、骨粗しょう症治療薬、痛み止め (頓服)	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
口腔内の状況	良好	歯は無い。総義歯だがかみ合わせに問題はない。歯肉・口内炎の炎症はない。食後、自分で簡単に口をゆすぎ、義歯を洗う。	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
義歯の有無等	無	部分 総義歯	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
食事摂取	問題無	咀嚼 嚥下 障害有	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
食事量	普通	多い 少ない	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
食事摂取形態	終日摂取	総摂取 (1,386 kcal/日・ 3 回/日)	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
食事形態 (主食)	常	かゆ 重湯 ベースト状 他	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
食事形態 (副食)	常	ソフト食 ベースト状 他	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
飲水	普通	多い 少ない 医師 指示量 1,500-2,000 ml/日 飲水量 1,500ml/日	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
栄養状態	良	不良	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
身長・体重	133 cm	43 kg BMI 24.3 体重変動 無 有	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
血圧	110-151 / 56-78	脈数 59-75 SPO2 98%	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
麻痺・拘縮	無	麻痺有 拘縮有 右手首骨折後のため固定	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
じょうく瘡・皮膚・爪の問題	無	有 治療中 爪水虫あり	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
入浴	回/週・月	骨折後、固定しているため入浴は行っていない。今回の骨折前は自分で週3回入浴していた。	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
排泄 (便)	1日1回	便秘 有 下痢 無 便意 有 下痢 無 便意 有	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
排泄 (尿)	昼：7回・夜：2回	尿意 有 尿意 有	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
生活リズム	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20	21時から6時まで就寝。次女訪問で起床。パジャマから服に着替えて排泄、朝食、内服する。19時夕食。20時にはパジャマに着替えて寝る準備をする。痛みやトイレに行きたくて目が覚めることがある	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位
維持・改善の要素、利点	医師の指示を守ることができる 骨折しても自分で口の中を清潔に保つことができる	意向・意見・判断										生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	優先順位	

利用者名		日本橋 みけ子 (92歳)		リ・アセスメント支援シート (3/4)										作成日		92歳の		1月26日	
														作成者		室町 是る子			
状態				意向・意見・判断										優先順位					
問題 (困りごと)				意向・意見・判断										優先順位					
利用後固定されているが、左手で食べている				意向・意見・判断										優先順位					
食事				意向・意見・判断										優先順位					
食事場所				意向・意見・判断										優先順位					
排泄 (排便)				意向・意見・判断										優先順位					
排泄 (排尿)				意向・意見・判断										優先順位					
排泄 (日中)				意向・意見・判断										優先順位					
排泄 (夜間)				意向・意見・判断										優先順位					
排泄 (失禁)				意向・意見・判断										優先順位					
入浴				意向・意見・判断										優先順位					
更衣・整容				意向・意見・判断										優先順位					
嚥下				意向・意見・判断										優先順位					
起上がり				意向・意見・判断										優先順位					
座位				意向・意見・判断										優先順位					
立ち上がり				意向・意見・判断										優先順位					
立位				意向・意見・判断										優先順位					
移乗				意向・意見・判断										優先順位					
歩行				意向・意見・判断										優先順位					
階段昇降				意向・意見・判断										優先順位					
使用機器				意向・意見・判断										優先順位					
維持・改善の要素、利点				意向・意見・判断										優先順位					
買物				意向・意見・判断										優先順位					
金銭管理				意向・意見・判断										優先順位					
献立				意向・意見・判断										優先順位					
調理と片付け				意向・意見・判断										優先順位					
ゴミ出し				意向・意見・判断										優先順位					
掃除・洗濯				意向・意見・判断										優先順位					
寝具の交換				意向・意見・判断										優先順位					
火気管理				意向・意見・判断										優先順位					
外出				意向・意見・判断										優先順位					
交通機関の利用				意向・意見・判断										優先順位					
車の運転				意向・意見・判断										優先順位					
服薬状況				意向・意見・判断										優先順位					
住環境				意向・意見・判断										優先順位					
維持・改善の要素、利点				意向・意見・判断										優先順位					

利用者名	日本橋 みけ子 (92歳)			リ・アセスメント支援シート (4/4)										作成日	92歳の 1月26日			
														作成者	室町 はる子			
状態				問題 (困りごと)		意向・意見・判断				生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)		優先順位						
社会交流	社会参加	無	有	利用 者	利用 者 意向	近所の人に来てもらって、気心の知れた人と話したい	利用 者 意向	近所の人に来てもらって、気心の知れた人と話したい	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	① ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤に統合	
	対人交流	無	有	家 族	家 族 意向	外に出る機会が減り困る(次女)	家 族 意向	話し相手が減ってきたので、デイサービスは続けさせたい(次女)	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑧ 気心の知れた人と話したい		
	維持・改善の要素、利点	自宅の近くにある公園を通ると顔見知りの人と会い、「元気だった？」と声掛けしてもらえる。長年住んでいるため、近隣住民との関係性は良い。自宅の庭に実(梅・みかん・柿)があると隣近所に配ってお茶飲みなどをしている。 通所先では折り紙作品を作ることが楽しみで、いつも感謝の言葉をケア職員に伝え、誰に対しても笑顔で優しく接している。			CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断
その他留意すべき事項・状況	だんだんと足腰が弱くなって転んだり、以前のように家事や最女の世話ができなくなっている。災害時など、何かあった時は助けてもらえるように、避難行動要支援者名簿登録を行い、長女とともに避難することを考えて指定された避難所まで行って確認をしてきた	利用 者	利用 者 意向	最女を自分だけで守ろうと思っている 母が姉(長女)を思う気持ちはわかるが、体がついてこないことを諦めきれないで困る(次女)	利用 者 意向	母として長女、次女を守りたい	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑨ 母として長女・次女を守りたい	③に統合			
	長女が自分のことや家事の一部でも続けられるように、「葉飲んだ?」「風呂に入りな」「洗濯物を取り込んでから量んで」と声掛けし続けている 母として娘を守ることを一番に考えている	家 族	家 族 意向	母が姉(長女)を思う気持ちはわかるが、体がついてこないことを諦めきれないで困る(次女)	家 族 意向	母が姉(長女)を思う気持ちはわかるが、体がついてこないことを諦めきれないで困る(次女)	家 族 意向	母が姉(長女)を思う気持ちはわかるが、体がついてこないことを諦めきれないで困る(次女)	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑨ 母として長女・次女を守りたい	③に統合	
	維持・改善の要素、利点	長女が自分のことや家事の一部でも続けられるように、「葉飲んだ?」「風呂に入りな」「洗濯物を取り込んでから量んで」と声掛けし続けている 母として娘を守ることを一番に考えている			CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断	CM 判断
意向と判断が一致しなかったため、ニーズにならなかった理由				「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと														
難聴がありコミュニケーション方法の工夫が必要だが、短い単語であれば通じやすいことが分かった 次女をケアラーとしてプランに位置付けてしまうことのリスクに気が付くことができた。次女は「自分がやらねば」との考えで頑張っているが、次女の限界を知ること重要。今後も次女との面談時間を増やすことが必要であることを確認できた 母として長女の世話をしたい気持ちと、次女に負担をかけたくない気持ちと、加齢や骨折によりできなくなっていることが増えていることの現実を介護支援専門員として上手につないでいく必要があることが分かった。				加齢に伴って自信を失っている状態ではあるが、近隣の方とこれまで暮らしの中でしてきたこと(庭の果実のおすそ分けなど)を再開することで、昔馴染みのご近所さんと交流することもご本人の楽しみにつながるということが分かった														

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 92歳の 1月27日

初回・紹介・継続・認定済・申請中

利用者名 日本橋 みけ子 (92歳) 殿 生年月日 00年00月00日 住所 東京都・・・

居宅サービス計画作成者氏名 室町 はる子

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ○○居宅介護支援事業所 東京都・・・

居宅サービス計画作成（変更）日 92歳の 1月27日 初回居宅サービス計画作成日 90歳の 3月3日（90歳）

認定日 91歳の 1月10日 認定の有効期間 91歳の 2月1日～ 95歳の 1月31日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
---------	--------------------------

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	本人：また転んでしまったので家のことができないが、治して何とか家のことができるようになりたい。長女のこと心配だし、次女が疲れすぎないか心配です。 次女：姉のこともあり、母が家を空けることは難しいので、家でのサポートと一緒に考えてください。 課題分析の結果：もう転ばないように筋力低下防止やバランス能力を向上させ、次女の協力を得ながら自分の役割として長女の世話を行える生活に戻れるようにしよう
------------------------------	---

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
------------------------	----

総合的な援助の方針	① 屋内外で転倒しないように、運動や日光浴をして安全な歩行を目指します ② ご家族ばかりではなく近隣の方々とのお話の機会を持てるように支援します ③ 次女が介護だけでなく自身の生活も充実できるように支援します 緊急時：転倒・高血圧・活気がないときは受診する 緊急時連絡先：次女 二越 百合子 000-0000-0000 主治医：E医院 E医師 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 F整形 〇〇〇〇〇〇〇〇〇
-----------	--

生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）
--------------	----------------------------------

【※同意欄は省略しています】

作成年月日 92歳の 1月27日

居宅サービス計画書（2）

利用者名 日本橋 みけ子 (92歳) 殿 居宅サービス計画作成担当者 室町 はる子

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標			援助 内 容						
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
もう転びたくない	お日様に当たって庭木を育てたり近所の人とお茶飲みができる	92歳の 1.27～ 93歳の 1.31	トイレまで歩いて行って用を足す	92歳の 1.27～ 92歳の 7.31	・鎮痛剤（頓服）処方 ・骨粗しょう薬等処方 ・血圧の治療・処方 ・通院同行 ・通院時車いすの使用 ・安全な歩行のための歩行器（歩行車）利用 ・筋力低下を防ぐ運動 ・日常の運動メニュー作成・実施 ・日常の運動メニューの実施 ・塩分・水分の適正摂取	○ ○	医療保険 家族車いす（保険外）利用 福祉用具貸与 地域密着型通所介護	E 医院 次女 社協 J 福祉用具 K デイサービス ビス 本人 本人	月 2 回 月 2 回 月 2 回 毎日 週 2 回 週 3 回 毎日	92歳の 1.27～ 92歳の 7.31
		92歳の 1.27～ 92歳の 7.31		・縁側に椅子の準備 ・縁側で 30 分程度過ごす ・花壇の水やり係の声かけ ・花壇の水やりをする	○	家族 本人 地域密着型通所介護 本人	長女 本人 K デイサービス ビス 本人	適宜 適宜 週 2 回 週 2 回	92歳の 1.27～ 92歳の 7.31	

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標			援 助 内 容						
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
次女には元気で仕事を続けて欲しい	長女の世話をする自分の役割が続けられる	92歳の1.27～93歳の1.31	気心の知れた人とおしゃべりをする	92歳の1.27～92歳の7.31	①楽しいおしゃべり ②音声拡大器の使用や筆談等の工夫 ③庭の果実の収穫時期に近所の人に来てもらう	○	①②地域密着型通所介護 ①本人	K通所介護 本人	週2回 適宜	92歳の1.27～92歳の7.31
			手首が治るまでは手伝ってもらってお風呂に入る	92歳の1.27～92歳の5.31	・骨折に配慮した入浴介助 ・入浴前後の水分補給 ・入浴後に声掛けして長女の入浴を促す	○	訪問介護 本人 本人	I訪問介護 本人 本人	週3回 週3回 週3回	92歳の1.27～92歳の5.31
			次女だけに頼らず自分たち（私と長女）ができる食事の準備などをする	92歳の1.27～92歳の7.31	・屋食の配達（2人分） ・朝・夕食のおかずづくり ・電子レンジで温め ・配膳・下膳		配食サービス 家族 本人・家族	安心配食 次女 本人・長女	週5回 毎日 毎日	92歳の1.27～92歳の7.31
			大事なものは同じ場所にしまうようにする	92歳の1.27～92歳の7.31	・置き場所を決める ・表示のメモをつくる		本人・家族 本人・家族	本人・次女 本人・次女	適宜 適宜	92歳の1.27～92歳の7.31
			次女が自分の時間を持ったり相談したりできる	92歳の1.27～92歳の7.31	・次女の趣味のランニングを応援する ・障害関係者含むチーム全体で情報を共有		本人 関係者全員	本人 チーム全体	適宜 適宜	92歳の1.27～92歳の7.31

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

週間サービス計画表

利用者名 日本橋 みけ子 殿

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								起床・朝食・内服
8:00								次女訪問（ゴミの日）
10:00	訪問介護 (入浴)	地域密着型 通所介護	訪問介護 (入浴)	地域密着型 通所介護	訪問介護 (入浴)			
12:00	配食サービス		配食サービス		配食サービス	配食サービス	配食サービス	昼食：配食サービス
14:00								内服
16:00								
18:00								次女訪問 夕食
20:00								内服
22:00								就寝
24:00								

※保険者ごとに取り扱いが異なるため、加算については記載していません

週単位以外 のサービス	福祉用具貸与（歩行器(歩行車)）住宅改修済（玄関、手すり）福祉用具購入済（シャワーチェア）配食サービス火・木は長女のみ、それ 以外は本人長女分 E 医院 月2回 F 整形 痛みにより受診 通院時のみ社会福祉協議会より車いすを借りる
----------------	---

資料4

事例（施設）

出典：リ・アセスメント力 令和2年1月東京都福祉保健財団 一部改変)

施設事例（特別養護老人ホーム）

＜氏名＞ 広井 うみ ＜年齢＞ 94 歳 ＜性別＞ 女性

＜要介護状態区分＞ 要介護 4

＜事例概要＞

糖尿病、骨粗鬆症、アルツハイマー型認知症、左上腕骨近位端骨折

広井さんは、長男夫婦と同居していましたが、アルツハイマー型認知症の発症と共に徘徊が始まると、70 代の長男夫婦は体力もなく広井さんを追いかけることに疲れ果ててしまい、94 歳で特別養護老人ホームに入居することになりました。元来、働き者で、人に好かれる広井さんは、ホームでも周囲から声をかけられる人柄です。「簡単な会話しかできない。」「食事に対する意欲が低下する。」など認知症の症状は進行しています。家族は、それを心配し、できるだけ面会に来ようと努力しています。また、面会の際に、広井さんがこれまでできていたことができなくなる様子を見て、「いずれ自分たちのことが分からなくなるのかも」と不安を募らせています。

これは入所してから 2 か月目で、まだ施設に慣れていない時期の施設の事例です。介護支援専門員が広井さんの人柄や家族にとってどのような存在なのかを理解していく中で、この施設でのケアプランの方針を立てていきます。

※本事例の時系列表記（年号）については利用者の年齢による表記をしています。

（「令和 7 年」等和暦等で記入する部分に 94 歳の と本人の年齢を表示）

[illegible]

ふりがな		ひろい うみ		作成日										94歳の		年2月1日											
利用者氏名		広井 うみ		作成者										埼玉		春子											
利用者の社会情報等		介護保険	申請中	支援1	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	負担割合（割）		認定日	94歳の	12月1日	有効期間	94歳の	3月1日	～	95歳の	2月29日							
		医療保険	後期高齢		国保		社保		共済	他（	）	支給限度額等	30806単位/月														
		公費医療等	無	有（	）	障害等名（		）	精神（	級）	療育（	度）	審査会の意見								なし						
		障害等	難病（	身障（	種	）	）	）	）	）	）	主治医意見書								自立	J1	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		生活保護	無	有（	）	障害等名（		）	）	）	）	認定調査票								自立	J1	A1	A2	B1	B2	C1	C2
制度の利用		経済状況	無	有（	）	障害等名（		）	）	）	介護支援専門員								自立	J1	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
		収入額・支出額	国民年金	厚生年金	障害年金	遺族年金	他（	）	主治医意見書								自立	I	Ia	Ib	IIIa	IIIb	IV	M			
		収入額・支出額	収入（	円/月）	7万円/月	支出（	約14万円/月）	認定調査票								自立	I	Ia	Ib	IIIa	IIIb	IV	M				
		金銭管理	本人	家族	（不足分は預貯金からの支出）	他（	）	介護支援専門員								自立	I	Ia	Ib	IIIa	IIIb	IV	M				
		病歴		発症時期	病名		医療機関・医師名（主治医・意見書作成者に○）・連絡先		経過		受診状況		治療内容														
75歳頃～	糖尿病Ⅱ型			施設の医師（内科）		TEL		治療・他		定期受診		月に2回		服薬あり													
80歳頃～	骨粗鬆症			施設の医師（内科）		TEL		治療・他		定期受診		月に2回		服薬あり													
90歳～	アルツハイマー型認知症			施設の医師（精神科）		TEL		治療・他		定期受診		月に1回		服薬あり													
94歳	左上腕骨近位端骨折			▲▲整形外科		TEL 03-0000-0000		治療・経緯		保存療法		月に2回		服薬なし													
利用しているサービス		薬局名	施設管理		□ かかりつけ		主訴・意向																				
		特記事項	左上前骨近位端骨折は入所前 糖尿病は、家にある頃に一度低血糖発作を起こしたことがある。 タオニール内服1.25mg1日2回、ボナロン週1回、アリセプト5mg1日1回																								
		サービスクラ	頻度	事業者・ボランティア団体等	担当者	連絡先	相談内容																				
		ボランティア	月1回	昭和の歌を歌う会	XX	03-0000-0000	利用者の要望の																				
							お頼みしますよ。よろしくね。																				
利用しているサービス							家族の要望の																				
							いままで一生懸命働いてくれたから、ゆっくりしてほしいけれど、生来、世話好きなので、皆さんの世話をしたがるかもしれません。ご迷惑をおかけすると思いますが、よろしくお願ひします。（長男夫婦）																				

利用者名	広井 うみ		リ・アセスメント支援シート (1/4)										作成日 年2月1日		作成者 埜玉 春子			
コミュニケーション			状態			問題 (困りごと)			意向・意見・判断			生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)		優先順位				
			利用者の意向			利用者の意向			意向・意見・判断			整理前		整理後				
視力	問題	はつきり見えない	殆ど見えない	利用者の意向			利用者の意向			意向・意見・判断			生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)		優先順位			
眼瞼	無	有	有				意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後				
聴力	問題	はつきり聞けない	殆ど聞けない				意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後				
補聴器	無	有	有				意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後				
言語	問題	問題	問題				意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後				
意思伝達	できる	時々できる	困難	利用者の意向			意向・意見・判断			意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)		優先順位				
活用しているミエワー・JAX機器	電話	FAX	PC				スマホ	意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後			
維持・改善の要素、利点	話しかけると、気持ちのよい返事が返ってくるため、回りの人が話かけることが多い。「あんたきれいだね。」「おいしいね、ありがたね。」「(面会に)来てくれるとうれしいよ。」「あんたが言うならそうするよ。」「お風呂気持ちいいよ。」「ありがたね。」「などの会話はしている。						意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後				
認知障害	自立	軽度	中度				重度	意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後			
意思決定	できる	特別な場合以外では	困難				意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後				
指示反応	通じる	時々通じる	通じない	利用者の意向			意向・意見・判断			意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)		優先順位				
情緒・情緒	抑うつ	不安	興奮				意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後				
行動障害	無	暴言	暴行				徘徊	多動	夜間不眠	夜間不眠	夜間不眠	夜間不眠	夜間不眠	夜間不眠	夜間不眠	夜間不眠		
認知と行動	無	妄想	幻覚				せん妄	見当失	無関心	意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後	
精神症状	隣の部屋に入ってしまったり、他人のベッドで寝ていたりする。						意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後				
維持・改善の要素、利点	短期間で共同生活に適應し、他の入所者への拒否がない。			意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後							
介護提供	常時	日中のみ	夜間のみ	不定時	無	直接介護はできないが、面会が役割と思っている。	意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後				
介護者の健康	健康	高齢	病身	他	本人のペースに合わせて一緒に歩くのはいい。	意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後					
介護者の負担感	無	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有			
介護者の就労・就学状況	規模は縮小したが、家業を続けている。			意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後							
維持・改善の要素、利点	面会に来て、おやつなどの差し入れと一緒に食べながら、世間話をしたり、ひ孫のことを伝えてくれる家族がいる。面会に来てくれるかつての従業員がいる。家族の記念日や法事などに連れ出してくれる孫がいる。			意向・意見・判断			意向・意見・判断		整理前		整理後							

リ・アセスメント支援シート (2/4)

利用者名

広井 うみ

リ・アセスメント支援シート（2/4）

作成日94歳の年2月1日

作成者埼玉春子

健康状態

主疾病（症状等）	糖尿病、骨粗鬆症、アルツハイマー型認知症、左上腕骨近位端骨折入所直後に低血糖症状を起こしたことあり
薬	無 有 ダオニール、ボナロン、アリセプト
口腔内の状況	良好 不良 口腔内の乾燥はない。かみ合わせ問題なし。上左前歯から連続4本、下右前歯から連続5本残歯
義歯の有無等	無 部分 全部 歯科往診による調整
食事摂取	問題無 咀嚼嚥下障害有
食事量	普通 多い 少ない 3回／日 毎回6割程度
食事摂取形態	経口摂取 経管摂取 （ kcal／日・ 回／日・ ）
食事形態（主食）	常 かゆ 重湯 ペースト状 他
食事形態（副食）	常 ソフト食 トロみ ペースト状 他
飲水	普通 多い 少ない 医師指示量 1000 ml／日 飲水量 800 ml／日
栄養状態	良 悪 155 cm 43 kg BMI 17.9 体重変動 無 有
身長・体重	低体重
血圧	110 / 82
麻痺・拘縮	無 麻痺有 拘縮有 左上腕骨近位端骨折後、可動域制限あり
じょうく瘡・皮膚・爪の問題	無 有 治療中 爪の状態に問題はなく正常。
入浴	2回／週・月 入浴は火・金
排泄（便）	2日1回 便秘無 便秘有 下痢無 下痢有 排便意無 排便意有 便意無 便意有 便意・尿意あいまい、定時で誘導したり、おちつかない様子をみて誘導している。
排泄（尿）	昼：5回・夜：1回 尿意無 尿意有 定時に誘導するが、間に合わずハズレバツツに出ていることもある。
生活リズム	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 眠気が起きるまでワーカースペースやリビングで見守り、タイミングをみてベッドへお連れする。
維持・改善の要素、利点	糖尿病発症以降、長年医師の指示を守り、食事・運動・服薬管理をしつかり続けてきた。

意向・意見・判断

利用者

利用者意向

家族意向

家族意向

医師・専門職等意見

CM判断

問題（困りごと）

なし

高齢で骨粗鬆症なので、また転んだら困る。（長男夫婦）

意向の度合い

意向の度合い

意向の度合い

意向の度合い

意向の度合い

意向の度合い

失

失

失

失

失

失

④転ばないでほしい。（長男夫婦）

⑤医師の指示を守り健康でいてほしい。（長男夫婦）

⑤医師の指示を守り健康でいてほしい。（長男夫婦）

⑤医師の指示を守り健康でいてほしい。（長男夫婦）

⑤医師の指示を守り健康でいてほしい。（長男夫婦）

⑤医師の指示を守り健康でいてほしい。（長男夫婦）

優先順位

優先順位

優先順位

優先順位

優先順位

優先順位

リ・アセスメント支援シート (3/4)

利用者名

広井 うみ

リ・アセスメント支援シート (3/4)

作成日

94歳の

年2月1日

作成者

埼玉 春子

	状 態					問題 (困りごと)	意向・意見・判断					優先順位						
	状 態						利用者意向	意向・意見・判断					生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助			意向の度合	高	中	低	失		意向の表明	阻			
A D L	食事場所	食卓	ベッド脇	他 ()		なし	なし											
	排泄 (排便)	自立	見守り	一部介助	全介助	トイレまでの移動も含め声をかけて介助を行っている。	家族意向	大好きなお寿司やウナギを食べてほしい。 変なものは食べないでほしい。 トイレはなるべく自分でしてほしい。(長男夫婦)	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	⑥好きなものを楽しんでほしい。 ⑤⑥に統合		
	排泄 (排尿)	自立	見守り	一部介助	全介助													
	排泄 (日中)	トイレ	PT	原器	バット	オムツ												
	排泄 (夜間)	トイレ	PT	原器	バット	オムツ												
	排泄 (失禁)	無	有	タイミングを見計らって声かけ・介助しないと失禁となる。														
	入浴	自立	一部介助	全介助	骨折後のため、一部介助													
	更衣・整容	自立	一部介助	全介助	骨折後のため、一部介助													
	着脱	自立	一部介助	全介助														
	起上がり	自立	一部介助	全介助														
	座位	自立	一部介助	全介助														
	立ち上がり	自立	一部介助	全介助														
	立位	自立	一部介助	全介助														
	移乗	自立	一部介助	全介助														
I A D L	歩行	自立	一部介助	全介助														
	階段昇降	自立	一部介助	全介助	階段昇降の場面はない。昇降する場合は見守り、支えが必要。													
	使用機器	杖	歩行器	車椅子	ベッド	その他												
	維持・改善の要素、利点	骨折しているが、身体 of 動きはよいので、自由に動くことができる。																
	買物	自立	一部介助	全介助	家族													
	金銭管理	自立	一部介助	全介助	家族													
	献立	自立	一部介助	全介助	栄養士													
	調理と片付け	自立	一部介助	全介助	介護職員													
	ゴミ出し	自立	一部介助	全介助	介護職員 居室内のゴミをまとめることはできる。													
	掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助	職員等 洗濯物はたまに自分で畳む。													
	寝具の交換	自立	一部介助	全介助														
	火気管理	自立	一部介助	全介助	施設管理のため該当なし													
	外出	自立	一部介助	全介助	屋外は手引き歩行													
	交通機関の利用	自立	一部介助	全介助														
	車の運転	していない																
	服薬状況	自立	一部介助	全介助	看護師、介護職員が介助													
	住環境	問題無	問題有		歩いたり動いたりするには適当な広さである。所在を確認することが必要。													
	維持・改善の要素、利点	他の入居者等が洗濯物を畳んでいると、たまに手伝ったり、ありがたうとお礼を言ったりできる。																

リ・アセスメント支援シート (4/4)

利用者名

広井　うみ

リ・アセスメント支援シート（4/4）

作成日

94歳の

年2月1日

作成者

埼玉　香子

社会交流	社会参加	状　　態			問　題（困りごと）	意　向・意見・判断							優先順位			
		社会参加	(無)	有		利用者 意向	盆踊り、お祭りに行けなくて困る。	医師・ 専門職等 意見	CMの利用率・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討		不要	対応難度	困難
対人交流	無	(有)	長男夫妻・孫・元従業員などの面会がある。施設の歌の会に参加している。	家族意向	町の世話役だったのに、それができず寂しい思いをしていると思うと悲しくて困る。(長男夫婦)	医師・ 専門職等 意見	CMの利用率・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難			
維持・改善の要素、利点			今でも従業員に慕われている。 近隣の保育園児や幼稚園児の来訪時、積極的に子どもに声をかけて楽しむことができる。 施設に閉じこもらず、地域の盆踊りやお祭りなどに外に出て楽しもうとする意欲がある。	CM判断	町の行事に参加などして地域生活を楽しむ必要がある。	医師・ 専門職等 意見	CMの利用率・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難			
その他留意すべき事項・状況				利用者意向		医師・ 専門職等 意見	CMの利用率・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難			

意向と判断が一致しなかったため、ニーズにならなかった理由

「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと

長年一緒に暮らしてきた家族との関わりを、最も求めていることを改めて知ることができた。施設のルーチン化した介護環境では、できないことがたくさんあるが、本人の思いをくみ取り、本人を大切にするための工夫をしなけれなければならないと思った。

他の面会の少ない入所者の気持ちも大事にしていきたいと考えることができた。

施設サービス計画書（1）

第1表

初回・紹介・継続認定済・申請中

利用者名 広井 うみ 殿 生年月日 00 年 00 月 00 日 住所 東京都・・・

施設サービス計画作成者氏名及び職種 埼玉 春子 (介護支援専門員)

施設サービス計画作成(変更)日 94歳の2月5日 認定の有効期間 94歳の3月1日～95歳の3月29日

初回施設サービス計画作成日 93歳の年12月1日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
---------	--------------------------

利用者及び家族の生活に対する意向

本人：お祭り大好きだから、出かけたがいよ。
長男夫婦：みなさんにご迷惑をおかけしながらも、本人はけろっとしているのが救いです。
もともと糖尿病を抱えていますし、認知症もどんどん進んでいるので心配ですが、施設で皆さんに慕われて仲良く楽しく暮らして欲しいです。私たちも面会に来るのが楽しみになりました。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

なし

統合的な援助の方針

糖尿病の管理、転倒予防をしながら、ご家族はじめ他の入所者の方々とお話ししたり、外出したり、楽しんで暮らせるよう支援します。
ご家族と広井さんのよい関係が続くよう、ご一緒の時間を大切にし、さまざまな専門職が広井さんによいことを考えて提案させていただきます。

緊急連絡先 広井 岩男 (自宅) 00-0000-0000 (携帯電話)
(自宅) (携帯電話)

【※同意欄は省略しています】

施設サービス計画書（2）

利用者名 広井 うみ 殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目 標			援 助 内 容		
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者
町に出かけてワクワクしたい。	家族と楽しくおしゃべりする、当たり前の時間続ける。	94歳.3.1- 95歳.2.29	面会の時間を大切にし、家族の絆が細くならないようにする。	94歳.3.1- 94歳.8.31	長男夫婦の面会 孫の面会 元従業員の面会 好きなものの差し入れ（ウナギや寿司） 孫や町内の写真を届ける 季節に合わせたお気に入り の服を届ける 家族だけの時間と場の確保 家族にイベントの様子や作品を話したり見せたりする 日常の様子を報告	長男夫婦 孫 元従業員 長男夫婦 長男夫婦 介護支援専門員 本人 介護職
	若い時からなじんだ町並みや暮らし、人付き合いを楽しみながら暮らす。	94歳.3.1- 95歳.2.29	買い物・散歩・花見・敬老会・盆踊り・墓参りなどに出かけることができる。	94歳.3.1- 94歳.8.31	外出用の服を選ぶ 外出用の身支度を整える 屋外手引き歩行 外出時車いす介助 地元の敬老会に誘う 福引など町の行事に誘う 花見など季節行事に誘う	本人・家族・介護職 家族・介護職 介護職 家族 町会婦人部 介護支援専門員 家族・町会婦人部
			仲良く会話することができる。	94歳.3.1- 94歳.8.31	意識的に会話する 言語訓練に参加する	介護職・ボランティア・学生 言語聴覚士・本人

施設サービス計画書（2）

利用者名 広井 うみ 殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目 標			援 助 内 容				
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間
本人ができることは自分ですべてほしい。(長男夫婦)	家族に頼られながら、みんなの心配をして役に立つことができる。	94歳. 3. 1- 95歳. 2. 29	できることを減らさない。	94歳. 3. 1- 94歳. 8. 31	できることリストの作成	本人・介護職	3 か月に1 回	94歳. 3. 1- 8. 31
				機能評価	作業療法士	月1 回	94歳	
				居室内のゴミ集め	本人	毎日		
				洗濯物畳み	本人	毎日		
					食事摂取	本人	毎日	
					食事の際の声かけ(手が止まった時)	介護職	毎日	
					入浴での衣服着脱・整容	介護職	火曜・金曜	
					タイミシングを見計った声かけ・トイレへの移動介助	本人・介護職	毎日	94歳. 3. 1- 8. 31
					トイレでの衣服着脱・介助	本人・介護職	毎日	94歳
					糖尿病の管理・検査・治療	内科医	月2 回	94歳. 3. 1- 8. 31
					服薬介助	看護師・介護職	毎日	94歳
					栄養ケアマネジメント	管理栄養士	毎日・月1 回	
					しっかり食べる。	本人	毎日	
					食事に見た目や香り、雰囲気などの工夫をする。	管理栄養士・介護職	毎日	
					認知症の観察	介護職・看護師	毎日	94歳. 3. 1- 8. 31
					いよう刺激のあ	精神科医	月1 回	94歳
					転ばないようにする。	理学療法士	土曜	94歳. 3. 1- 8. 31
					転倒予防の環境整備・見守り	介護職	毎日	94歳
					施設内外の適度な歩行	本人	毎日	

第4表

日課計画表

利用者名 広井うみ 殿

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例
利用時間	利用曜日						
深夜	4:00	巡回	介護職	トイレ介助	介護職		食事介助 朝食 昼食 夕食 入浴介助（曜日） 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位交換
	6:00	洗面、着替え介助	介護職	着替えながら一緒に歌う	介護職		
早朝	8:00	朝食・服薬・口腔ケア	介護職	トイレ介助	介護職	朝食 朝食後は館内自由に散歩 水分補給	
	10:00	お茶の時間 入浴（火・金）	介護職 介護職	言語聴覚士と会話練習（月）	言語聴覚士	入浴、言語訓練	
午前	12:00	昼食・口腔ケア	介護職	時々 ご家族と外食	介護職 ご家族	昼食、口腔ケア	
	14:00	医師の回診（内科、精神科）隔週（水） お茶の時間	看護師 介護職	作業療法士による作業療法（木） 理学療法士と屋外歩行練習（土）	作業療法士 理学療法士	昼食後は行事参加やおしゃべり	
午後	16:00			トイレ介助	介護職		
	18:00	夕食・服薬・口腔ケア	介護職	トイレ介助	介護職	夕食	
夜間	20:00			リビングで他の方と歓談 ワーカールームでおしゃべり			
	22:00	就寝	介護職	トイレ介助	介護職	就寝	
深夜	24:00	巡回	介護職				
	2:00	巡回	介護職				
随時実施するサービス	4:00	巡回	介護職				
		昭和の歌を歌おう会 施設の行事への参加		幼児・園児の訪問 地域の行事の参加			

健康診断（レントゲン含む）年1回、歯科検診年1回

その他のサービス

（注）「週間サービス計画表」との選定による使用可。

資料5

事例（予防）

介護予防の事例

《氏名》 雲取 茜 《年齢》73 歳 《性別》女性

《要支援状態区分》 要支援 1

《事例の概要》

夫と二人暮らし。夫は 75 歳の今も現役でペンキ屋の仕事をしている。

本人は子どもの頃から料理が好きで、調理師として A 市の保育園で 25 年勤め、65 歳で退職。その後はパートとして仕事を続けていたが、3 年前より腰痛や坐骨神経痛が出現するなど、脊柱管狭窄症の悪化が見られるようになり、大きな鍋を持つことや立ち仕事を続けることが困難になりパートを辞めている。地域には昔から付き合いのある友人が多く、日々のおかずを交換できるくらいのつながりがある。

趣味は山へのハイキングだったが、最近は痛みのコントロールが難しくなり、以前のようにハイキングも行けなくなっている。それでも現在、近所に暮らす共働きの長女家族を助けるために、近くにある孫の保育園の送迎や長女家族の夕食を作る等を日課としているが、休み休みでないとつらいようである。特に痛みの強いときは、「立ち上がる」ことも「歩くこと」もできず、徐々に自宅内での活動量も減少し、行動範囲が狭くなってきている。心配した長女が、これ以上状態が悪化しないように、担当である「B 地域包括支援センター」に本人と一緒に相談に行き、要介護認定の申請を行うことになった。

認定の結果、要支援 1 となったため、介護予防支援の契約を行い、介護予防サービス・支援計画表の作成を開始した。

※本事例の時系列表記（年号）については利用者の年齢による表記をしています。（「令和 7 年」等
和暦で記入する部分に 71 歳の と本人の年齢を表示し、様式内は氏名（現在の年齢）で表示しています。

基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

記入日： 73歳の 3月25日 ()

氏名	雲取 茜 (73歳)	住 所	東京都・・・	生年月日	00年00月00日
希望するサービス内容	リハビリがしたい				
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ		
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ		
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ		
12	身長 155cm 体重 60kg (BMI = 24.9) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われるですか	1. はい	0. いいえ		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ		
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ		

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする

事業対象者に該当する基準【※研修用に追記しています】

① No. 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	(複数の項目に支障)	☐ 該当
② No. 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	(運動機能の低下)	☐ 該当
③ No. 11～12 までの 2 項目のすべてに該当	(低栄養状態)	☐ 該当
④ No. 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	(口腔機能の低下)	☐ 該当
⑤ No. 16～17 までの 2 項目のうち No. 16 に該当	(閉じこもり)	☐ 該当
⑥ No. 18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	(認知機能の低下)	☐ 該当
⑦ No. 21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	(うつ病の可能性)	☐ 該当

利用者基本情報（表面）

作成担当者：日ノ原 楓

《基本情報》

相 談 日	73歳の 3月25日		来 所 ・ 電 話 その他（ ）		初 回 再来（前 / ）	
本人の現況	在宅 ・ 入院又は入所中（ ）					
フリガナ 本人氏名	クモトリ アカネ 雲取 茜		男 ・ 女	M・T・S 00年00月00日生（73）歳		
住 所	東京都・・・			Tel	000000000000	
				Fax	000000000000	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M			
認定情報	非該当 ・ 要支1 ・ 要支2 ・ 要介1 ・ 要介2 ・ 要介3 ・ 要介4 ・ 要介5 有効期限： 73歳の 4月2日～ 74歳の 4月30日（前回の介護度 なし ）					
障害等認定	身障（ ）、療育（ ）、精神（ ）、難病（ ）、（ ）					
本人の 住居環境	自宅 ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室の有無（1）階、住宅改修の有無					
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ （ ）					
来 所 者 （相 談 者）	本人と長女			家 族 構 成	家族構成 ◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 （同居家族は○で囲む）	
住 所 連 絡 先	自宅	続柄	夫			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先			
	雲取 昇	夫	同上 000000000000			
	七ツ石 梢	長女	東京都・・・ （本人宅隣）			
	雲取 陽介	長男	E 町			
				家族関係等の状況 ・夫婦2人世帯だが、隣に長女夫婦が居住。 長男も隣町で暮らしており、家族関係は良好。		

利用者基本情報（裏面）

《介護予防に関する事項》

今までの生活	22歳で結婚し、1男1女をもうけ、子育てが落ち着いた頃より、A市の保育園で調理師として25年勤めた。65歳で退職を迎えたが、保育園での仕事が好き、その後も継続してパート勤務をしていた。しかし、持病の脊柱管狭窄症が悪化し、下肢のしびれや腰の痛みの増強から、立ち仕事がつらくなり、仕事を辞めている。			
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	隣に共働きの長女夫婦が暮らしており、孫の保育園の送迎や食事作りなどを手助けしている。最近、痛みが強く、家の中で横になっていることが多い。			趣味はハイキングだったが、最近は下肢の痛みがひどく、以前のようにには行けない。 現在は孫の成長が楽しみ。 特技は、料理。
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係
	6:00	起床・朝食		
	8:00	孫・保育園送り		
9:00	家事全般			
12:00	昼食			
	17:00	孫・保育園迎え		
	18:00	夕食		
	22:00	就寝		

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
66歳の 1月 日	脊柱管狭窄症	Z病院 西先生	Tel	治療中 経過観察中 その他	定期受診のみならず、痛みの増強時も通院。痛み止めの注射・内服・座薬等
64歳の 月 日	変形性膝関節症	Z病院 西先生	Tel	治療中 経過観察中 その他	内服・関節注射あり
年 月 日	高血圧症	Z病院 西先生	Tel	治療中 経過観察中 その他	内服薬

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
公民館活動（書道）に参加	

介護予防支援事業者が行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

73歳の 4月2日 氏名 雲取 茜

介護予防支援アセスメント用情報収集シート（例）

氏名：雲取 茜 様

年齢：73 歳

性別：男・女

73歳の 4月2日・5月7日

1.運動・移動について

自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	☐ はい ☒ 手すりや杖に頼らないと不安である ☐ 介助を受けている	転倒不安の内容 腰痛あり。立ち上がりに時間がかかることがある。最近、痛みが強く横になっていることがある。	考えられる原因 ・足腰に負担がかかっていることによる脊柱管狭窄症の悪化
屋外を安全に歩くことができますか	☐ はい ☒ 自宅の周辺なら歩ける ☐ 杖や補助具が必要である ☐ 介助があれば歩ける ☐ 車椅子が必要である	介助の状況や歩ける距離等 ・ハイキングが趣味だが腰痛のため中断している。 ・20分以上歩くと腰に痛みが生じる ・痛みの強い時は、座薬を使用すれば、4時間程度活動できる。	留意点 ・脊柱管狭窄症ため、歩行に支障がある。痛みのコントロールを行ないながら、下肢筋力強化のためのリハビリの実施が必要
交通機関を利用して外出することができますか	☐ ひとりでできる 《利用している交通機関》 電車・バス・タクシー・車運転・自転車・その他（ ） ☒ 介助がないとできない	介助の状況 痛みが強い時にのみ付き添い	本人・家族の意向 本人：痛みさえ治まればハイキングを再開したい。
階段・段差の昇降は壁や手すりを伝わずできますか	☐ はい ☒ いいえ	痛みが強い時は、階段・段差の昇降に時間がかかる。	家族：楽に移動してほしい。
1週間にどのくらい外出していますか	☒ 毎日 ☐ 2～3日程度 ☐ 4～5日程度 ☐ 1日程度	外出理由 ・保育園の送迎 ・公民館での書道 ・近所の友人と買い物等	その他

2.日常生活（家庭生活）について

日用品の買い物を自分で選んでいますか	☒ はい ☐ 自分で考えて頼んでいる ☐ 人に任せている	主な支援者 痛みの強い時は、座薬を使用すれば、4時間程度活動できるので、自分のペースで行っている。 重い荷物の買い物は、家族に頼んでいる。	考えられる原因 ・脊柱管狭窄症等による足腰の痛み
預貯金の出し入れをしていますか	☒ はい ☐ 自分で考えて頼んでいる ☐ 人に任せている	主な支援者	
公的書類の届けや契約などを自分で行っていますか	☒ はい ☐ 自分で考えて頼んでいる ☐ 人に任せている	主な支援者	留意点 ・娘家族の世話をいう事に自分の役割を感じているが、無理をすることで症状の悪化を招くことがあるので注意が必要
場面や季節・天気に合わせて着るものや履くものなどを着用していますか	☒ はい ☐ いいえ	主な決定者	
献立を考え自分で調理をしていますか	☒ はい ☐ 手伝ってもらえればできる ☐ いいえ	支援内容等 痛みの強い時は、座薬を使用すれば、4時間程度活動できるので、娘家族分の食事作りも手伝っている。	本人・家族の意向 本人：痛みがなければもっと動きたい。
掃除を自分で行っていますか	☒ はい ☐ 手伝ってもらえればできる ☐ いいえ	支援内容等 痛みの強い時は、座薬を使用すれば、4時間程度活動できるので、自分のペースで行っている。	家族：母がいることで助かっているが、無理をさせたくない。
洗濯・ゴミ捨てなどを自分で行っていますか	☒ はい ☐ 手伝ってもらえればできる ☐ いいえ	支援内容等 痛みの強い時は、座薬を使用すれば、4時間程度活動できるので、自分のペースで行っている。	
花木・ペットなどの世話を自分で行っていますか	☒ はい ☐ 手伝ってもらえればできる ☐ いいえ	支援内容等 体調が良い時に花木に水やりを行っている。	その他

介護予防支援アセスメント用情報収集シート（例）

氏名：雲取 茜 様

年齢：73 歳

性別：男・女

73歳の 4月2日・5月7日

3.社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	☒ はい ☐ いいえ		考えられる原因
趣味や楽しみ、好きでやっていることはありますか	☒ はい ☐ いいえ	趣味や楽しみの内容 ・公民館活動（書道）をしているが、痛みのため参加できないこともある。 ・歩いて20分の喫茶店に行けないことが増えた。	・痛みによる外出の機会が少なくなっている。
家族と良く話をしていますか	☒ はい ☐ いいえ	娘とはほぼ毎日会い、月1回は子どもたち家族全員と集まる機会がある。	留意点 ・長女長男に頼りにされていることが生活の張り合いにつながっているため、現在の生活スタイルを維持することが必要である。
友人や近隣の人たちとの関係は良いですか	☒ はい ☐ いいえ	・ハイキングやお茶のみ仲間が心配をしてくれている。	・地域や友人との交流の機会が維持できるよう配慮が必要
友人を招いたり、友人の家を訪問したりしていますか	☐ はい ☒ いいえ		
仕事を続けていますか（自営業や簡単な作業）	☐ はい ☒ いいえ	仕事の内容	本人・家族の意向
ボランティア活動や老人クラブ・町内会の活動に参加していますか	☒ はい ☐ いいえ	参加の状況 公民館で書道を習っているが、回数は減っている。	本人：ハイキングの再開や喫茶店に行き、おしゃべりしたい。 家族：母を頼りにしているが、無理をさせたくない。
家庭や地域での役割を持っていますか	☒ はい ☐ いいえ	具体的な役割 孫の保育園の送迎や娘家族分の調理等	その他 近所の方からおかずをもらうことがある。

4.健康管理について

健康であると思いますか	☐ はい ☒ いいえ	疾病状況 ・脊柱管狭窄症による腰痛等 ・高血圧症（服薬により安定） ・月に数回、食事中にむせることや口の渇きが気になることがある。	考えられる原因 ・脊柱管狭窄症等による足腰の痛みがあるため、活動量の減少や体を動かすことが億劫に感じることがあり、体を横にすることがある。
運動をしたり休養をとったりしていますか	☐ している ☒ していない	内容・していない理由等 ・腰痛のためハイキングには行けなくなったが、痛みを調整して、日常の家事は続けている。	・唾液の分泌量の減少等、口腔機能の低下が疑われる。
定期的に受診していますか	☒ している ☐ していない	内容・していない理由等 ・痛みがひどい時の通院がつらく、家族が付き添うこともある。	留意点 ・痛みが悪化する時の状況の把握をしていく必要がある ・唾液の分泌を促すなど口腔機能向上の支援が必要である
身だしなみや身体の清潔を心がけていますか	☒ はい ☐ いいえ		
喫煙・飲酒の状態はどうですか	☒ 両方ともしない ☐ 喫煙する ☐ 飲酒する	喫煙 1日 本 飲酒量	本人・家族の意向
トイレの失敗はありますか	☐ 良くある ☐ たまにある ☒ ない		本人：痛みを調整して、楽に動きたい。家族や知人とおしく食事をしたい。血圧測定し、服薬を続ける。
よく眠れていますか	☒ はい ☐ いいえ	睡眠時間 トイレで2、3回起きてしまうが、22時から6時の8時間睡眠している。	家族：痛みの強いときは、できる限り病院に付き添うようにしたい。
薬を飲み忘れず管理していますか	☒ はい ☐ いいえ	服薬の内容・管理している人 本人	その他
自分で物忘れがあると思いますか	☐ はい ☒ いいえ		

5.その他の確認事項について

自分のことは自分で決めていますか	☒ 決めている ☐ 決めていない	主な決定者	
住まいのことで何か問題はありますか	☐ 特に問題なし ☒ 問題あり	問題点 段差部分につかまる所がない	
経済的な状況はどうですか	☒ 特に問題なし ☐ 問題あり	問題点	
家族や友人、近隣の人たちから支援を受けることができますか	☒ 現在受けている ☐ 現在は受けていないが受けることはできる ☐ 受けられない	受けられない理由	その他 近所の方からおかずをもらうことがある。

介護予防サービス・支援計画表(1/3)

利用者名 雲取 茜 (73歳) 様

73歳の	5月2日	73歳の	4月2日	74歳の	4月30日
------	------	------	------	------	-------

計画作成者氏名 日ノ原 楓 担当地域包括支援センター

計画作成事業者 B 地域包括支援センター

事業所名及び所在地(連絡先) 東京都C市〇〇町×目×ー× 0××ー××××ー××××

計画作成(変更)日 73歳の 5月8日 (初回作成日 73歳の 5月8日)

目標とする生活	1日、1週間、または1月	自分のペースで家事を行う。週に1度は喫茶店に行き、書道も続ける。
	1年	近場でのハイキングを再開する。
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)	痛みのコントロールを行い、主婦として、母として、祖母としての役割を果たしながら、公民館での書道や外出の機会を通じて、友人や知人との交流も大切にして暮らしていく。	

【地域包括支援センター記入欄】 ※委託の場合

名称	確認
担当地域包括支援センター意見	

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

年 月 日

氏名

介護予防サービス・支援計画表(2/3)

【健康状態について:主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点】

脊柱管狭窄症ため、歩行に支障がある。痛みのコントロールを行ないながら、下肢筋力強化のためのリハビリの実施が必要である。口腔機能の低下がみられるため、口腔周囲筋を鍛えることが必要。

【必要な事業プログラム】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
5/5	0/2	2/3	1/2	0/3	2/5

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
運動・移動について 立ち上がりや、段差等の昇降について時間がかかる。趣味のハイキングが腰の痛みのため中断するなど、行動範囲が減少。20分以上歩くと腰に痛みが生じるため、外出の機会も減ってきている。	本人:痛みさえ治ればハイキングを再開したい。 家族:楽に移動してほしい。	☒ 有 ☐ 無 1.腰や足に負担がかかっていることよって痛みが増し、活動が低下しているため、負担を取り除いていく必要がある。	1.腰や足に負担がかかっていることよって痛みが増し、活動が低下している。脊柱管狭窄症の症状の悪化を招く恐れがある。家族の中での役割があるが現状を維持できない可能性がある。	1目標:主婦・母・祖母としての役割を続ける。 具体策 ①痛みに対して適切な治療について主治医に相談 ②手すり等の設置を行い、立ち上がりや段差等の生活動作の負担を軽減 ③医師と相談し可能な痛みの伴わない運動を行う。 ④歩行時の負担を軽減するための歩行車を使用する。 ⑤宅配スーパの利用 ⑥孫の送迎を週1回夫に代わってもらう。	1.(本人) ①については、夫と娘に同席してもらい、相談してみる。 ②そんなサービスがあるなら使いたい。 ③昔ヘルニアをした時にも体操をすすめられたので、先生が良いと言えば痛みと相談しながら、始めてみたい。 ④年寄りみたいで嫌。(長女) ②父は日曜大工が得意なので、父の意見も聞きながら手すりなどの取り付けを考えたい。(夫) ⑥週1回くらいなら時間調整して、孫の送迎をする。
日常生活(家庭生活)について 痛みと付き合いながら家事を行い、無理ない範囲で娘家族の世話も行っている。痛みの強い時は、座薬を使用して4時間程度活動しているが、横になることもある。特技は料理。	本人:痛みがなければもっと動けると思う。 家族:母がいることで助かっているが、無理をさせたくない。	☒ 有 ☐ 無 無理をすることで、更に脊柱管狭窄症の症状の悪化を招く恐れがある。			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 痛みがないと公民館での書道に通ったり、近所の人とおかずのやりとりをしているが、喫茶店に行けないことが増えた。娘家族や息子家族との交流も盛んで月1回は皆で集まる機会がある。痛みを調整しながら、孫の保育園の送迎を行っている。	本人:ハイキングの再開や喫茶店に行き、おしゃべりしたい。 家族:母を頼りにしているが、無理をさせたくない。	☐ 有 ☒ 無 家族の中での役割があり、子供達にも頼りにされていることなど、現状を維持できることが望ましい。			
健康管理について ①脊柱管狭窄症の悪化により腰痛等があり、定期的な受診・痛み止めの注射や座薬・内服等の処方を受けている。 ②月に数回、食事中にむせることや口の渇きが気になっている。 ③高血圧症があり、定期通院・内服加療中で血圧は安定している。	本人:痛みを調整して、楽に動きたい。家族や知人とおいしく食事をしたい。血圧測定し、服薬を続ける。 家族:痛みの強いときは、できる限り病院に付き添うようにしたい。	☒ 有 ☐ 無 ①痛みが悪化する時の状況の把握をしていく必要がある。 ②年齢によるものか、唾液の分泌が少なくなっている。	2.家族や知人とおしゃべりをしながらおいしく食事をする機会を持続する必要がある。	2目標:唾液の分泌量を増やし、おいしく食事をする。 具体策: ①口腔機能向上教室に参加。 ②唾液腺マッサージ ③口腔体操の実施	2.(本人) ①まだ、大丈夫。ひどくなら行く。 ②③やれる時にやる。(長女) 本人に任せる。
その他の事項について		☐ 有 ☐ 無			

介護予防サービス・支援計画表 (3/3)

目標		支 援 計 画					頻度	期間
目標	目標についての支援のポイント	具体的な支援の内容		※1	サービス種別	サービス提供者(事業所)		
1. 週に1度は、友人と歩いて20分かかる喫茶店に行って話をする。	・痛みの増強時は安静を保つようにし、無理のない範囲で活動の継続をすすめる。 ・腰痛等の悪化を招く動作や姿勢は避けるよう促していく。	本人の取組	痛みのコントロールと治療の継続。保育園の送迎(週4回)・家事・公民館での習字の継続。腰痛体操の実施。		・医療保険 ・スーパーパーの配達サービス	・Z病院 ・〇〇スーパーパー	月1回 適宜	73歳の5月10日 ～ 74歳の4月30日
		家族・地域の支援、民間サービス等	孫の保育園送迎 週一回(夫) 重たい物の購入や持ち運びの手伝い(家族・スーパーパー) 散歩と会話を共に楽しむ(友人)					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	無理のない範囲で、「運動器の機能向上メニュー」で下肢筋力の向上をはかる。 住宅改修を行い、腰や膝にかかる負担の軽減を図る。	○ ○	・介護予防通所リハビリ ・介護予防住宅改修	・U事業所 ・福祉用具	週1回	
2. おいしく食事を食べる。	・食前に口腔体操を行うようにすすめる。 ()	本人の取組	・唾液腺マッサージ ・口腔体操の実施					73歳の5月10日 ～ 74歳の4月30日
		家族・地域の支援、民間サービス等						
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	専門職による口腔機能の講話		・介護予防教室(介護予防普及啓発事業)	・B地域包括支援センター(主催者) (開催時に事前に案内)		
		本人の取組						
		家族・地域の支援、民間サービス等						
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス						

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防・生活支援サービス事業の場合(給付管理が必要)は、○をつける。

【本来自ら行うべき支援が実施できない場合:当面の方針】

口腔機能に関しては、しばらくはセルフケアで様子をみたいという本人の希望優先。2～3ヶ月後、改善が見られなければ、歯科受診への勧奨や介護予防通所リハビリ等で口腔機能向上メニュー等の利用をすすめる。

資料6

居宅サービス計画書（居宅ケアプラン）標準様式改正の解釈と計画作成に当たっての考え方 （東京都介護支援専門員法定研修資料）

出典：居宅サービス計画書（居宅ケアプラン）標準様式改正の解釈と計画作成に当たっての考え方（東京都介護支援専門員法定研修資料）
令和4年3月 東京都（令和6年3月一部改変）

居宅サービス計画書（居宅ケアプラン）標準様式改正の解釈と計画作成に当たっての考え方
（東京都介護支援専門員法定研修資料）

1. はじめに

令和3年3月末に居宅サービス計画書の様式が改正された（令和3年3月31日付老認発0331第6号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について）。今回改正の中で、居宅サービス計画書第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」については、関係者の各々の見解が散見されている。このため東京都の法定研修では、厚生労働省が勧奨する様式と記載要領について、研修のための一定の考え方を示す。

2. 改正点

様式と記載要領の改正箇所は以下のとおりである。（下線が改正箇所）

（1）様式：利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

（2）記載要領

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。

なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

また、今回の第1表改正についての厚生労働省の解釈の要点は、以下の2点である。

- ① 利用者及び家族の生活に対する意向を記載する。
- ② 課題分析の結果、「どのような支援が考えられるのか、あるいは望ましいのか」を総合的に勘案した結果を記載する。

3. 作成に当たっての考え方

まず、①の利用者及び家族の意向について、介護保険法施行規則（第18条）でケアプランへの意向の記載が明記されている。厚生労働省解釈でも意向を記載するよう示されており、利用者及び家族の意向について記載することが必要である。

次に、②のケアプランに記載する「考えられる、あるいは望ましい支援」は、厚生労働省が示すように課題分析の結果から得られた内容である。課題分析は、利用者との共同作業であり、その結果はケアプラン第2表に反映され、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」、「目標」、「援助内容」として合意され記載されていく。このうち「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」（リ・アセスメント支援シートでは「整理後ニーズ」に該当）は利用者及び家族の生活に対す

る意向を実現するために必要な「考えられる、あるいは望ましい支援」の内容につながっていく。また、記載要領にある解決しなければならない課題把握のために明らかにする「利用者が抱える問題点」についても、リ・アセスメント支援シートでは「CM 判断」欄に「～が必要」と記載されている。これは利用者や家族の意向、医師専門職等の意見を踏まえ、介護支援専門員が総合的に課題解決に向け必要性を判断し、合意の結果導き出した「整理後ニーズ」と同じ方向性となるものである。

このため、記載要領に基づき、東京都では次のとおり考え方を整理した。

- ① まず、利用者及び家族の生活に対する意向を記載する。
- ② 次に、課題分析の結果として、利用者及び家族との間で共有された複数の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」のうち、より自立支援に向かう代表的ないくつかを具体的に挙げる。つまり「整理後ニーズ」と「CM 判断」を合わせた内容を記載することになる。また記載要領の初めに記載がある通り、利用者本人の計画であることを踏まえわかりやすく記載する。

4. 事例に基づく考え方

具体的には利用者の状況や緊急度合い、必要性に応じ利用者を含むケアチームに伝わるよう介護支援専門員が、より適切な表現を検討し記載する。

実務研修テキストの事例の場合、意向に続けて記載する「課題分析の結果」部分について、次のような記載が考えられる。

※アンダーラインが「整理後ニーズ」（「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」）となる。

○参考記載例（練馬 豊さんリ・アセスメント支援シート参照）東京都法定研修テキスト事例（脳血管疾患）

例 1) 妻と車で出かけたり趣味の会に出席することは生活意欲の向上につながるので、活動範囲を拡げるためのリハビリに取り組みましょう。

※優先順位 1 の「整理後ニーズ」と「CM 判断（I A D L・社会交流）」を合わせた内容

○参考記載例（泉岳寺 清さんリ・アセスメント支援シート参照）東京都法定研修テキスト事例（認知症）

例 2) 格好よく歩けるようになるために、健康状態や歩行能力の維持を目指して食生活を改善することで、現在の活動範囲が狭まらないようにしましょう。

※優先順位 1 の「整理後ニーズ」と「CM 判断（健康状態、・ A D L・I A D L）」を合わせた内容

これに対して、少なくとも、利用者・家族と介護支援専門員が対峙し、マイナス面の課題を明示し、その解決を望む生活が実現するための条件として利用者・家族に突き付けるような表現は好ましくない。

※上記に対応した望ましくない例

- | |
|--|
| 例 1) 発語が不明瞭なため通所リハビリや通所介護でも言語訓練を行う |
| 例 2) 転倒のリスクが高く、通所リハビリで歩行訓練が必須 |
| 例 3) BPSD で周りの人とトラブルとなるため、認知症対応型通所介護で関わり方を学ぶ |

なお、このような具体的なサービス種別の記載は、望む生活を実現するサービスの提供（保険給付）に条件を付けることになる。保険給付に条件を付すことができるのは法制上、介護認定審査会であり、介護支援専門員が条件を付けることは適当ではない。

また、語尾の表現については、「不可欠である」等、介護支援専門員が利用者・家族を指導・管理する表現は基本的には好ましくない。

5. 留意点

整理前ニーズを導き出した結果「意向と判断が一致しなかった」ためにニーズにならないもの（リ・アセスメント支援シート4枚目の左下の記載）については、ケアプラン第1表には記載されない。しかし、ケアチームとして課題分析の結果を共有したいほうが良いと判断する場合には、持ち越された課題として第5表（居宅介護支援経過）に記載し、サービス担当者会議や、その他の方法でサービス提供者等との情報の共有や意見交換を行い、連携を図ることが望ましい。

また、ケースによっては、一方的なサービスの利用要求しか表明されないときなどがある。サービスを利用して、本人がどのようにその人らしく暮らすかを目指す自立した日常生活よりも、サービス利用のみに気を取られている状態の場合には、記載方法に注意を要する。

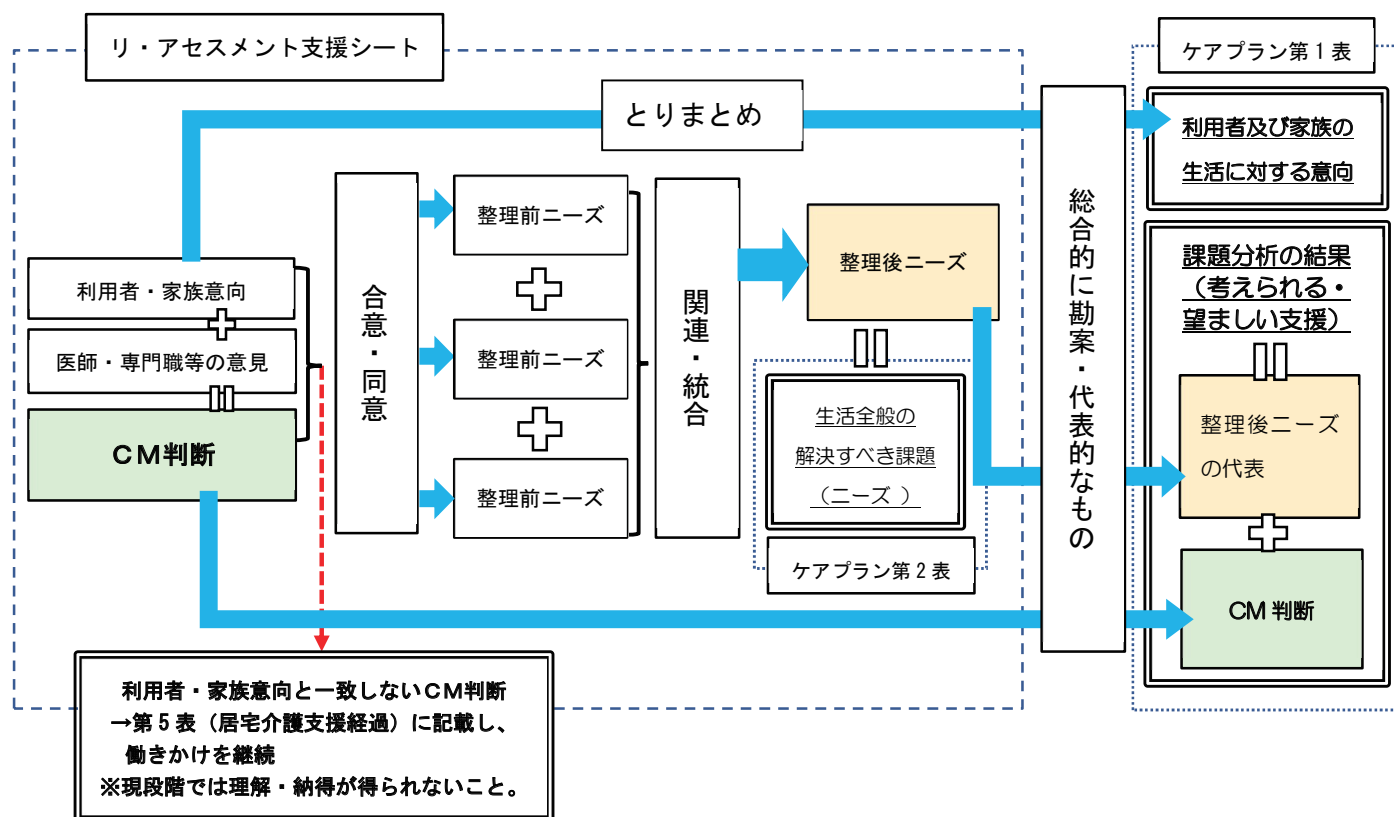
このほか、利用者・家族の生命の保全にかかわる事態なのに、生活への意欲が損なわれ、必要な受診の拒否、主治医指示の無視、ゴミ屋敷、セルフネグレクト等に陥っている状態。また、重度の認知症等で意向の表明ができず合意が得られてないが、介入が必要な場合も考えられる。利用者・家族から生活の意向が表明されないとき、自己否定的な意向しか表明されないとき、代弁として意向を記載した時には、課題分析の結果に合意されていないことが記載されることもありうる。

また、それぞれの地域で介護支援専門員の団体等がケアプラン点検事業等に参画しており、ケアプラン作成の考え方（今回の改正含む）について保険者とどのような話し合いを進めているかを確認しておくことも必要である。

なお、介護サービス計画書の様式及び項目は「標準例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨、念のため申し添える。」（平成11年11月12日付老企第29号厚生労働省老人保健福祉局企画課長通知「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」）とされているので参照されたい。

東京都介護保険課

(参考) 記載要領の「課題分析の結果」とリ・アセスメント支援シートとの関係



資料 7

適切なケアマネジメント手法

関連資料

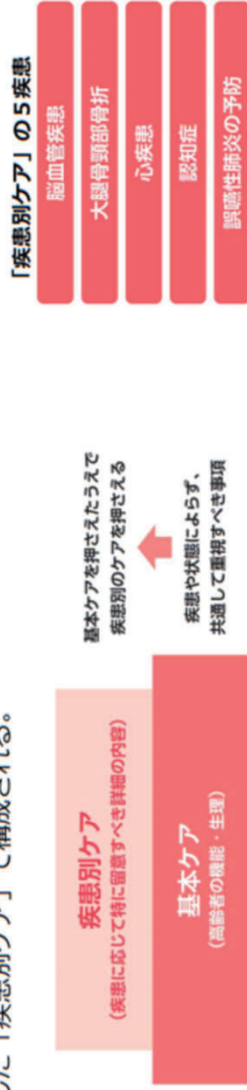
【抜粋】

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種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 ・ 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」）

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

本資料で掲載している部分

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、高齢者自身のと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。ここでのいう意思決定の支援には、いわゆるACP（アドバンスケアプランニング）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する。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な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よ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
		本人の意思を捉える支援
	意思決定過程の支援	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
		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
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	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
		生活リズムを整える支援
		食事の支援
	日常生活の継続の支援	暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援
		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	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	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
		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（出血しやすい等）についても知っておくことも重要である。 ・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。 ※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。 ・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い。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。 ・口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少につながったり、虫歯や誤嚥につながる。 ・正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いつくことによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。 ・異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。
			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、それにあつた生活動作を身につけるよう支援する必要がある。 ・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。 ・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。 ・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。 ・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。 ・食欲の有無は身体や心の状態を図るうえで重要である。高齢者の身体や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにする。 ・体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソー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。 ・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。
			7 食事及び栄養の状態の確認	
			8 水分摂取状況の把握の支援	・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。 ・日常の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。
			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（聞く、話す、見る）の状況を把握する。 ・日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況を把握する。
			10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	・本人の状況によらず、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のIADLや社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握する必要がある。 ・生活環境と本人の状況が大きく変化する時期のため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。

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い。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。 ・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。正しいかみ合わせの確保や健康な歯の維持が必要となる。 ・口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか等の状況を把握し、異常を発見した場合には歯科医等に連携する支援体制を整える。 ・また、適切な口腔ケアを継続できるよう、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保したり、本人による口腔ケアが難しい場合には必要に応じて介助が得られる環境を整える。 ・継続的な在宅生活を継続するためには、適度な日常生活の活動が必要である。骨折などにより活動量が低下することは、身体機能の低下につながる恐れがあるため、その要因となりうる転等を未然に防ぐことが必要である。 ・生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。 ・そのうえで、転倒しやすい状況や負荷の大きい活動の環境を改善したり、日常的な動作において気をつけるべき点や本人及び家族等と確認し必要なリハビリテーションを継続する支援体制を整えたりする。 ・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。
			12 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測	・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。 ・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、必要ときに連携できる体制を整える。 ・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ら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。 ・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-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	
			14 緊急時の対応	
		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。 ・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。
	I-2 意思決定過程の支援			

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。 ・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。 ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要である。 ・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援する。 ・なお、ここでの意思決定は、日常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。
			17 意思決定支援の必要性の理解	
		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）は一人で行えるものではなく、チーム体制を整備することが重要である。 ・意思決定支援あるいは意思推定支援の必要性が大きくなった場合に、その支援を行う体制を整える。 ・なお、ここでの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。状況が変化することについて、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りたりすることで、本人や家族等が意思を形成する支援を行う必要がある。 ・本人や家族等自身が判断できるよう支援するためには、状況に応じた介護の選択肢があることを知らせたり、本人や家族等の意向を引き出す相談援助を行う。

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 予測に基づき心身機能の維持・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。 ・また、食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要である。栄養改善は、疾患の予防、悪化防止、リハビリを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要である。 ・本人や家族の日常的な食生活や飲み物の摂取状況、排泄や発汗によって失われる水分量を把握し、必要な水分や栄養を確保できているかを把握できる体制を整える。 ・必要な水分を確保できるような支援を確保する。また、食事については食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。
			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。 ・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。 ・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。
			22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援	・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション（専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む）が提供されるようなケア体制を整える。 ・セルフケアとして自身で実施可能な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。 ・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-1-1-2 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。 ・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。 ・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。 ・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。 ・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。
			24 継続的な服薬管理の支援	
		Ⅱ-1-1-3 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。 ・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。 ・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-1-1-4 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。 - 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。 - 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。 - 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。 - 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。 - 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。 - 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図を確認し、関連する専門職やサービス事業者と共有する、リハビリテーションやセルフケアが生活機能の維持に必要なであることを本人・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。 - 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-2-1 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。 - 本人の日常生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常の生活における支援者の関わり方の状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送られるような支援を提供できる体制を整える。
	Ⅱ-2 日常的な生活の継続の支援			

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 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。 ・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。 ・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。 ・食欲の有無は身体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。 ・体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。 ・なお、食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。 ・食事は心身の健康を維持するために重要な要素である。生活習慣病の起因となる食生活が行われている場合もあることから、食生活について確認して改善を指導することが必要となる。また、栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である。 ・本人や家族等の疾病に対する理解をうながす環境を整え、日常の生活で必要な栄養を量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整備する。その際、食べる意欲を維持し、豊かな食生活を実現するために、必要以上の制限が行われないように留意する。 ・清潔に対する意識は、本人や家族等の生活習慣や生活歴、家族等背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族等の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応することが必要となる。 ・清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケア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。
		Ⅱ-2-2 食事の支援	31 口から食事を摂り続けることの支援	
			32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援	
		Ⅱ-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	33 清潔を保つ支援	

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。 ・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。 ・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。 ・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。 ・具体的には、トイレ等の排泄する環境を整えとともに、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。 ・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・コミュニケーションでの役割の維持・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る。その前提としてまずは本人の強みを引き出すための情報収集が重要となる。 ・本人からの情報収集にもとづき、本人が強みを発揮しやすい環境や状況を捉え、生活の中でそうした環境や状況が整えられるよう支援体制を整える ・なお、本人の強みは、置かれた環境によって発揮されやすいこともあれば発揮しにくい場合もあることに留意し、継続的に強みが発揮されるようにするためには本人の環境を整える支援体制を整える。
		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。 ・本人と最も身近な家族等を含む他者とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができているかを把握する。 ・そのうえで、本人が日常的に接する機会の多い家族等や介護者等とコミュニケーションをとることができる環境を整える。 ・また、家族等や介護者等に対しても、本人の現在の状況を理解し、今後の見通しやコミュニケーションをとるうえでの留意点を理解できるよう支援及び連携の体制を整える。

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。 ・本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制を整える。また、地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況を把握する。 ・なお、本人にとってのストレスを把握するため、必要に応じて日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握できるよう、他職種等との連携体制を整える。 ・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つつ、日常の活動量の低下を抑える必要がある。 ・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。 ・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。
		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	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要である。 ・また、認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、本人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。 ・日常の生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びとの交流の状況と、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。
			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	
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 ・家族介護者が感じる不安を緩和できるよう、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）を提供する ・また、家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるように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な支援することの支援	・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。 ・本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようまずは本人の意向を把握するが、介護に関わる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる家族等（キーパーソン）の意向を把握する。 ・本人や意思決定にかかわる家族等の意向を踏まえつつ、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への支援	・本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要である。 ・家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しとにも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。 ・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。 ・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、専門職種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なる時期）

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

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	
			想定される支援内容	支援の概要、必要性 支援の概要、必要性
1 再発予防	1-1 血圧や疾病の管理の支援	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病状に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状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重要。
		1-1-3 環境整備	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。 ・不整脈の発生状況の確認。
			4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。 ・気温差の縮小を支援する。冷暖房等だけでなく、衣服の調整や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討。 ・居室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 ※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 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよ う特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよ う、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加え、必要 に応じて専門職と連携して支援体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメン バーや専門職と連携して支援体制を整備。
			7 必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制 を整える	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。必要な 水分量と日常の摂取量を把握して、水分を補給することが重要。
	1-3 生活 習慣の改 善	1-3-1 脱水予防	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。
	2-1 心身 機能の回 復・維持	2-1-1 機能訓練 (機能障害の回 復・改善に向け て)	10 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上が できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏 まえて特に留意して実施	・I 期は、身体機能の回復が見込める一方で、日々状態が変化しやすく、機能 が低下しやすい時期。 ・身体機能の改善や維持を図るためには、状態を継続的に把握して、適切な機 能訓練が必要。また、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させる ことが重要。
2 生活 機能の 維持・ 向上	2-2 心理 的回復の 支援	2-2-1 受容の支援	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いいため、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 ※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 ※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 ※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 （言語訓練、コミュニケーション手段の検討等） ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低減。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。
		2-3-3 社会参加の機会の確保	18 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・役割を確認することによって尊厳を取り戻す。（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 ※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 食事と栄養の確保	21 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。
		2-4-2 転倒予防	22 転倒しにくいよう体の機能あるいは環境整備するための体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
				生活環境と本人の状況が大きく変化する時期のため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備。

【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。

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
			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 基本的な疾患管理の支援	1 基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施		・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気にに対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。 ・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。
		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		
		1-1-3 環境整備	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。 ・不整脈の発生状況の確認。
			4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施		・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。 ・気温差の縮小を支援する。冷暖房等だけでなく、衣服の調整や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討。 ・居室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 ※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 服薬支援	6 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるよう支援。 ・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。
	1-3 生活習慣の維持	1-3-1 脱水予防	7 自ら水分を摂取できることが維持できる体制を整える	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクを高める。 ・本人が自ら水分を摂取できるように支援体制を整えることが重要。
	2-1 心身機能の見直しとさらなる回復・維持	2-1-1 機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	8 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・身体機能の改善や維持を図るためには、身体機能の状態を継続的に把握することが必要。 ・病院と異な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 セルフマネジメントへの移行	2-2 心理的回復の支援	2-2-1 受容の支援	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。 *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 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 13 セルフケア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	・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。 ・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 活動と参加に関する能力の維持・向上	2-3-1 機能訓練 (残存機能の維持・活用に向けて)	14 ADL/IADLの状態の定期的な把握及び共有の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・ADL/IADLの状態を把握して、自分で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 ※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。
			16 コミュニケーション能力の継続的な把握の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが大きくなる。脳血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。
		2-3-2 コミュニケーション能力の改善	17 コミュニケーション能力の改善支援（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低くする。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。
			18 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・役割を確認することによって尊厳を取り戻すことが可能。 ・社会参加の回復を目指した回復を支援。
		2-3-3 社会参加の機会の維持・拡大	19 外出や交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の社会生活を確保し、リハビリテーションに対する意欲の回復や新たな生活への移行につなげていくため、状態に応じた外出や交流の機会の確保を支援。
			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 アマネジ メントへ の移行	2-4 リスク 管理	2-4-1 食事と栄養の確保	21 必要な栄養量の把握、食事の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。
		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、リハビリテーション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¹²⁾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うえで、骨粗しょう症の治療等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。

【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なる時期）

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

想定される支援内容			支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	支援の概要、必要性
1 再骨折の予防	1-1 転倒予防	1 転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を 確認する体制を整える ※ 基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を 踏まえて特に留意して実施	・転倒した状況や要因を把握し評価することにより、転倒しやすい状況の改善や、適切なリハビリテーション目標を設定。
		2 自らの身体機能（反射、視聴覚等）の理解 の支援と指導を受ける体制を整える ※ 基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を 踏まえて特に留意して実施	・自らの身体機能を理解し、それにあつた生活動作を身に着けることで、転倒予防をし、再骨折を予防。
		3 転倒しにくくするための身体機能の向上ができる 体制を整える ※ 基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を 踏まえて特に留意して実施	・現状の身体機能を理解し、身体機能を向上することで転倒予防をし、再骨折を予防。
	1-2 骨粗しょう症の予防	4 服薬管理の支援 ※ 基本ケアとも重複するが「服薬の継続ができる よう特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容の理解を支援。 ・処方された薬が適切に管理されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。 ・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。
		5 継続的な受診の体制を整える ※ 基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を 踏まえて特に留意して実施	・定期的な受診を維持することで、必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病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 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・運動・活動の体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。 ・活動量の低下を防ぐことで、再発を防止。
		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 歩行の獲得	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伴う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。 ・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。
		2-2-1 ADL/IADLの回復	9 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。 ・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。その事が、本人の機能向上を目指す。
2 骨折前の生活機能の回復	2-2 生活機能の回復	2-2-2 食事と栄養の確保	10 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・必要な栄養量を把握して食事を確保する。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。
		2-3-1 社会参加の回復	11 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・役割を確認することで、尊厳を取り戻す。 ・I 期は II 期での社会参加の回復に向けて、どのような役割の回復が見込めそうかを把握することが重要。
	2-3 社会参加の回復	2-3-1 社会参加の回復	12 外出や交流の機会が確保できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の社会生活を確保し、リハビリテーションに対する意欲の回復や新たな生活への移行につなげていくため、状態に応じた外出や交流の機会の確保を支援。

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

- ・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期。
- ・時期はあくまで目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が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 ※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 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・専門職によるケアが縮小した後も適切に服薬を継続できるよう、本人あるいは家族等における服薬の必要性と指示内容の理解を支援。 ・処方された薬が適切に管理される状態が続くように、本人・家族等を支援するとともに、必要な時に専門職に相談できる体制を整備。
		1-2-2 治療の継続の支援	3 継続的な受診の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 4 運動・活動の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・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。 ・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。 ・運動・活動の体制を整えることで、疾患による活動量の低下を防ぐ。 活動量の低下を防ぐことで、再発を防止。

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

第3節 心疾患がある方のケア

心疾患の基本的理解

(1)心疾患の特徴

- ・ 心疾患¹⁴⁾は高齢者の多くに発症する可能性があるコモン・ディジェーズであり、罹患者の総数が今後も増える可能性がある。
- ・ 心疾患は根治が望めない進行性かつ、致死性の悪性疾患である。
- ・ 心疾患患者の大半が心疾患以外の疾患を併発しており、再入院の予防及び日常生活における管理においては、併存疾患（特に腎疾患と糖尿病）の管理にも留意することが重要である。
- ・ 心疾患は再発した場合に急に状態が悪化し、再入院に至る。入院時の治療を経て退院すると一定程度心機能や日常生活自立度が改善するが、いずれまた状態が悪化する可能性がある。つまり、他の疾患と比較して、急激な状態の悪化と改善を繰り返しながら、徐々に疾患の状況が進行していくという特徴を持つ。
- ・ なお、急激な状態の悪化に関しては、心疾患の再発だけでなく、その他の急激な健康状態の悪化を予防するような対応も必要となる。具体的には、感染症の予防、貧血や腎不全の予防といった視点も持ち、理解することが必要である。

(2)心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

- ・ 心疾患のある要介護者のマネジメントにおいては、再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）が極めて重要となり、そのためには確実に服薬できることの支援、体重や水分・塩分の摂取及び排泄状況の管理等、医学的な管理が確実に実施できるような支援体制の構築が必要である。
- ・ したがって、かかりつけ医（加えて、必要に応じて循環器科の専門医）、看護師（あるいは訪問看護師）、薬剤師、管理栄養士といった専門職との連携体制を構築することが、他の疾患以上に重要となる。
- ・ また、医学的な管理の重要性とその具体的な方法について、本人及び家族等が理解し、継続的に実施できるように支援することも重要である。

る。心疾患の状態を把握する管理ツールの導入・活用が進んでいる地域であれば、こうしたツールの活用も推奨される。

- ・ 一方、日常生活の負荷をおそれ活動量を過度に下げてしまうことは、体力の維持（廃用予防）、社会的活動の維持による精神的な健康の維持を妨げることになる。したがって、医師の指示の範囲内において、本人のそれまでの生活歴に応じた社会的活動と参加が維持されるように支援することも重要である。

- ・ 日常的な生活機能の維持に関しては、「心臓リハビリテーション」との連携が有効であり、地域において心臓リハビリテーションに関する社会資源が活用できる場合は、積極的に連携・活用すべきである。

¹⁴ 要介護高齢者の場合多くは慢性心不全が該当するが、入院・治療を経て退院・在宅復帰する心疾患患者の多くに共通する支援内容等を整理する観点に立ち、本資料においては慢性心不全に限定せず「心疾患」として表記している。

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：心疾患Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期）

- ・退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後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 再入院の予防	1-1 疾患の理解と確実な服薬	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的な診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。
		1-1-2 服薬支援	2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。 ・処方された薬が適切に管理され、適切な服薬が継続されるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。
		1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援	3 併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・再発予防や生活の悪化防止のためには、併存疾患の把握と管理が必要。 ・併存疾患に関することについて医や看護師などの情報交換を行うとともに、併存疾患の管理に対する本人・家族等の理解を深める支援も重要。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外）
	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-1 体重の管理	4 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆するため、再入院や悪化防止のためには、本人・家族等による日常的な体重管理が重要。そのために、本人・家族等が体重管理に対する理解を深める支援が必要。 ・憎悪が疑われた場合には、活動制限、食塩制限を厳しくするとともに、速やかな受診が必要。
		1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	5 適切な塩分・水分摂取量が理解できる体制を整える	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。 ・本人・家族等がその人に必要な塩分・水分量と日常的に摂取している塩分・水分量を把握する体制を整えることが重要。

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
1 再入院の予防	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	6 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。特に、心疾患のある方の場合には、「日常的な習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大きいいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要。 ・本人・家族等が日常の塩分・水分の摂取量を把握できる体制を整えることが重要。
			7 その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	・心機能が低下している人はからだに水分がたまりやすいため、心臓への負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限が必要。 ・排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の普段の排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。そのため、本人の排尿や排便の日常の状態を把握する体制を整える。
		1-2-3 血圧の管理	8 血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	・血圧の適切な管理は、急性期と慢性期の予後改善にとって極めて重要。 ・本人・家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を整えることが重要。 ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。不整脈の発生病況の確認も重要。
	1-2-4 活動制限が守られることの支援		9 活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	・再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた医師の指導による適切な活動制限と安静が必要。 ・本人・家族等が疾患の特性や医師からの日常的な活動における制限の指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援が必要。
		1-2-5 急性増悪の予防	10 感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・高齢者は抵抗力の低下により様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一度疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要。 ・本人・家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。

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 再入院の予防	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-6 非日常的な活動のリスクの管理	11 長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える		・心疾患患者にとって生活における長時間の活動（例：旅行、墓参り、運動等）は急性増悪のリスクとなる。 ・本人・家族等が長時間の活動が必要な場合の注意事項への理解を深め、必要に応じて医師からの指示・指導に基づいた対応を行う体制を整える。
	1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1 負荷のかかる環境の改善	12 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	13 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・急激な気温の変化は、血圧が急激に上がるきっかけの一つである。血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要。 ・日常生活において、気温差が縮小されるような体制を整える。
			14 本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える	15 医療的なリハビリテーションを受けることができる体制を整える	・慢性心不全による活動能力の低下は、QOLと充実度の低下につながるため、運動能力のみならず、心理的状态、認識能力、社会的環境等に依存する活動能力の評価が重要。 ・本人の日常生活における活動範囲、活動と参加の状況や、本人がどのような暮らしを望むのかを把握できる体制を整備。 ・危険が大きく伴う行動を予め確認し、本人の日常生活の活動に伴い発生するリスクを判断できる体制を整備。
2 生活機能の維持・向上	2-1 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援	2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善	15 医療的なリハビリテーションを受けることができる体制を整える		・疾患の状況に応じた生活・暮らし方の実現に向け、医療的なリハビリテーションを受けることも重要。そのため、他の専門職と情報共有を行い、支援体制を整備。 ・医療的なリハビリテーションは、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成され、主要な目的は①心機能の改善、②骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。

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	2-1 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援	2-1-2 リハビリテーションの実施	16 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・ADL/IADLの状態を定期的に把握して、サービスがなくても転倒予防や歩行機能の回復が図られる状態につながるように、適宜支援を見直す。 ・本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLを発揮することが出来るように体制を整える。そのことが、本人の機能向上を目指す。
		2-1-3 入浴習慣の支援	17 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・入浴は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いると負荷軽減効果により臨床症状の改善にも効果が示される。 ・本人の入浴への意向、入浴習慣・環境の把握、専門職からの指導を踏まえ、入浴を維持できる体制を整備。
		2-1-4 休養・睡眠の支援	18 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害は循環器疾患のリスク要因であり、十分な休養を取らないと再入院のリスクが高まるため、休養・睡眠の確保がなされるよう支援。 ・睡眠障害の予兆や睡眠時の状況変化を把握する体制の整備。
		2-1-5 禁煙の実現の支援	19 禁煙を実現できる体制を整える	・喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者の禁煙は死亡率や再入院率の低減につながるため、医師からの指導内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、必要に応じて禁煙が実現できるような体制の整備。
		2-1-6 本人・家族等への生活習慣を変えようの支援	20 本人・家族等が生活習慣を変えようを受け入れられるよう支援する	・退院後の生活においては、本人の自己管理能力が重要であり、自己管理能力を向上させ生活習慣を変えようとして、予後の改善を目指す。 ・特に考慮しなければいけない生活習慣（例：飲酒、運動等）は医師からの指示内容や本人・家族の意向を確認のうえ、生活習慣を変えることを本人・家族等が受け入れられるよう支援。
	2-2 心理的な支援	2-2 心理的な支援	21 精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える	・抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートは、心疾患患者の予後に影響するため、精神的な支援の検討が必要。 ・本人・家族等が抱える不安の状況や程度を把握し、必要に応じて専門家につなぐ体制の整備。

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：心疾患Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況にある時期）

- ・状態が安定から不安定な状況にある時期。
- ・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
- ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

想定される支援内容			支援の概要、必要性
大項目	中項目	小項目	支援の概要、必要性
1 再入院の予防	1-1 疾患の理解と確実な服薬	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。 ・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。 ・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。
		1-1-2 服薬支援	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。 ・処方された薬が適切に管理され、適切な服薬が継続されるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。
		1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援	・再発予防や生活の悪化防止のためには、併存疾患の把握と管理が必要。 ・併存疾患に関するかかりつけ医や看護師などの情報交換を行うとともに、併存疾患の管理に対する本人・家族等の理解を深める支援も重要。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外）
	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-1 体重の管理	・短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆するため、再入院や悪化防止のためには、本人・家族等による日常的な体重管理が重要。そのために、本人・家族等が体重管理に対する理解を深める支援が必要。 ・憎悪が疑われた場合には、活動制限、食塩制限を厳しくするとともに、速やかな受診が必要。
		1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。 ・本人・家族等がその人に必要な塩分・水分量と日常的に摂取している塩分・水分量を把握する体制を整えることが重要。

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
1 再入院の予防	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	6 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	・過度な塩分・水分摂取は心臓の負担となる。特に、心疾患のある方の場合には、「日常的な習慣」における塩分摂取量が既に多い可能性が大いいため、生活改善のためには、まず日常の摂取量を把握することが重要。 ・本人・家族等が日常の塩分・水分の摂取量を把握できる体制を整えることが重要。
			7 その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	・心機能が低下している人はからだに水分がたまりやすいため、心臓への負担を軽減するために、水分の摂取状況の把握、必要に応じた摂取量の制限が必要。 ・排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の日常的な排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。そのため、本人の排尿や排便の日常の状態を把握する体制を整える。
		1-2-3 血圧の管理	8 血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	・血圧の適切な管理は、急性期と慢性期の予後改善にとって極めて重要。 ・本人・家族等が目標血圧を理解し、日々の血圧を確認できる環境を整えることが重要。 ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。不整脈の発生状況の確認も重要。
			9 活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	・再入院の予防に向けては、疾患の状況に合わせた医師の指導による適切な活動制限と安静が必要。 ・本人・家族等が疾患の特性や医師からの日常的な活動における制限の指示を理解し、制限を守り安静に生活できる環境を整える支援が必要。
		1-2-5 急性増悪の予防	10 感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・高齢者は抵抗力の低下により様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一度疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要。 ・本人・家族等が感染症の予防に向けた取り組みの必要性を理解し、感染症の予防に向けた取り組みを行える体制を整える。

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 再入院の予防	1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-6 非日常的な活動のリスクの管理	11 長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える	・心疾患患者にとって生活における長時間の活動（例：旅行、墓参り、運動等）は急性増悪のリスクとなる。 ・本人・家族等が長時間の活動が必要な場合の注意事項への理解を深め、必要に応じて医師からの指示・指導に基づいた対応を行う体制を整える。
	1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1 負荷のかかる環境の改善	12 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・急激な気温の変化は、血圧が急激に上がるきっかけの一つである。血圧の変動は再発につながる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要。 ・日常生活において、気温差が縮小されるような体制を整える。
			13 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・強い負荷がかかるような動作（段差・階段の昇降、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作等）は、心臓への強い不可となるリスクがある。 ・自宅での行動の状況、強い負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える。
2 生活機能の維持		2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善	14 本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える	・慢性心不全による活動量の低下は、患者のQOLと充実度を直接に低下させるため、その改善は治療の主要な目標である。活動能力に応じた社会的活動は勤めるべきであり、ステージに応じた本人の活動・参加の範囲を維持・拡大できるように支援することが重要。 ・本人の日常生活における活動範囲、活動と参加の状況や、本人がどのような暮らしを望むのかを把握できる体制の整備。
	2-1 ステージに応じた生活・暮らし方の支援	2-1-2 継続的なリハビリテーションの実施	15 必要なリハビリテーションとセルフケアを継続できる体制を整える	・疾患の状況に応じた生活・暮らし方の実現に向け、医療的なリハビリテーションやセルフケアの継続が重要。本人・家族等の意向を確認し、関連する他の専門職とリハビリテーションやセルフケアが継続できる体制を整備。 ・医療的なリハビリテーションは、運動療法、食事療法、生活習慣への介入と心理的介入で構成され、主要な目的は①心機能の改善、② 骨格筋機能改善、③自律神経活性改善である。
		2-1-3 入浴習慣の支援	16 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・入浴は慢性心疾患患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いると負荷軽減効果により臨床症状の改善にも効果が示される。 ・本人の入浴への意向、入浴習慣・環境の把握、専門職からの指導を踏まえ、入浴を維持できる体制を整備。

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	2-1 ステージに応じた生活・暮らし方の支援	2-1-4 休養・睡眠の支援	17 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害は循環器疾患のリスク要因であり、十分な休養を取らないと再入院のリスクが高まるため、休養・睡眠の確保がなされるよう支援。 ・睡眠障害の予兆や睡眠時の状況変化を把握する体制の整備。
		2-1-5 禁煙の実現の支援	18 禁煙を実現できる体制を整える	・喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心疾患患者の禁煙は死亡率や再入院率の低減につながるため、医師からの指導内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、必要に応じて禁煙が実現できるような体制の整備。
		2-1-6 本人・家族等への生活習慣を変えることの支援	19 本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する	・退院後の生活においては、本人の自己管理能力が重要であり、自己管理能力を向上させ生活習慣を変えることで、予後の改善を目指す。 ・特に考慮しなければならない生活習慣（例：飲酒、運動等）は、医師からの指示内容や本人・家族等の意向を確認のうえ、生活習慣を変えることを本人・家族等が受け入れるよう支援。
		2-2-1 本人・家族等の不安の軽減	20 精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える	・抑うつや不安等の精神症状や不十分なソーシャルサポートは、心疾患患者の予後に影響するため、精神的な支援の検討が必要。 ・本人・家族等が抱える不安の状況や程度を把握し、必要に応じて専門家につなぐ体制の整備。
3 EOL準備	3-1 EOL(エンドオブライフ)に向けた準備	3-1-1 末期心不全のEOLケアの対応・準備の支援	21 末期心不全のEOLケアをどのようにするか的心構えをする支援を行う	・入退院を繰り返す終末期には、今後の治療意向や最期の迎え方などに関する本人・家族等との十分な意思確認が必要。 ・そのため、本人・家族等が抱えている不安・恐怖やストレスの状況の把握の支援を検討。 ・また、末期心疾患の支援は、多職種が連携してチームで取り組むことが重要であり、専門職と連携した適切なアドバンス・ケア・プランニング（ACP）が行われる体制を整備。

第4節 認知症がある方のケア

認知症の基本的理解

(1) 認知症の特徴

- ・ 認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまい、働きが悪くなったために様々な障害が起こり生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヵ月以上継続）を指す。中核症状である思考、推理、判断、適応、問題解決などの認知機能の障害に加え、健康状態や環境などの影響を受けながら、状況によっては行動・心理症状が現れる。
- ・ 認知症の原因として多いのが、脳の神経細胞がゆっくりと死んでいく「変性疾患」と呼ばれる疾患であり、アルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体型認知症などがある。
- ・ ただし、これ以外の疾患等が認知機能の低下に影響を与えたり、時間の経過とともに複数の原因疾患が認められ、症状が進行したり複雑になる場合もあり、固定的に捉えず変化する可能性があることと認識しておくことが大切である。したがって、本人の状況の変化を適切に捉え共有できるよう、かかりつけ医をはじめ本人を支える専門職、さらには近隣住民や友人・知人等のネットワークを構築していく必要がある。
- ・ 認知症に伴う行動・心理症状の治療においては、服薬による薬物療法よりもリハビリテーション等による非薬物療法が優先とされているが、治療そのものだけでなく、むしろ日常の生活を支える環境や人間関係への支援、将来の生活を見据えた情報提供といった支援が重要とされる¹⁷。専門職だけでなく、むしろインフォーマルサポートを含めた、日常生活で接点を持つ様々な支援者とのネットワークの構築が大切となる。
- ・ 具体的には、認知症の症状に伴う日常生活や社会での役割への影響や、本人や家族等が感じる不安を軽減できるよう、本人の日々の暮らしを支える環境を整えたり、支援体制を整えたりすることが重要である。

(2) 認知症のある要介護者のケアマネジメントにおいて留意すべきこと

- ・ 認知症のある要介護者の支援では、中核症状や行動・心理症状の影響により、一見して意思決定が困難であるとみられる場合であっても、

本人にとって適切な意思決定がなされながら尊厳を持って暮らしていくことを重視すべきである¹⁸。疾患や様々な機能障害への対応というよりもむしろ、その人らしさや残存機能を活かした生活の継続を支えるという姿勢を基本とすべきである。

- ・したがって、ケアマネジメントにおいてもまずは、本人のこれまでの生活や果たしてきた役割、日常生活のリズムや良く過ごす場所、日々の生活における人間関係、そうした生活の中で本人自身が感じているであろう感情などを総合的に捉え、共感の姿勢を持って、理解しようとすることが求められる。

- ・そのうえで、総合的なアセスメントに基づいて、認知症にともなう生活障害を小さくできるよう、また行動・心理症状がおきる要因を少なくできるよう、必要な支援を組み立てていく。また、その際には、不要なストレスや失敗体験に配慮しながら、本人のストレス（強み、残存機能等）を可能な限り活かし、その人らしい自立した生活が継続できような個別化された支援内容を考えることが重要である。

- ・なお、行動・心理症状への対応においては、本人が感じる不安や不快、ストレス等が原因となる場合も多いことから、本人に対する直接的なケアだけでなく、本人の日常生活に関わる人（家族等やその他の支援者、地域で関わる人、ケアを提供する専門職など）の本人に対する関わり方を見直す取り組みの必要性も考慮する。

- ・また、将来にわたる長い生活を支えていくうえでは、介護者や家族等が感じる不安を軽減することも大切である。本人や介護者・家族等だけで不安を抱え込まずに済むよう、本人と家族等の生活を支えるチーム¹⁹を構築することが重要である。その際、認知症の生活機能への影響の現れ方は多様でまた変化するものであり、その状況に応じて関わる必要のある支援者や専門職も、変化していくことに留意する。

¹⁷ 「認知症疾患診療ガイドライン2017」（日本神経学会監修）

¹⁸ 「認知症の人の日常生活・社会における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省）

¹⁹ ここいうチームとは、専門職で構成される固定的なチームではない。本人の生活の支援に関わっている専門職以外の様々な支援者で構成し、さらに状況に合わせてその構成員も変化するものである。

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：認知症

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

想定される支援内容				支援の概要、必要性
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
0 ここまでの経緯の 確認	0-1 ここまでの経緯の 確認	0-1-1 認知症と診断されるに至った経緯の把握	1 支援の前提としての認知症と診断されるに至った経緯の把握	・認知症と診断されるに至った経緯、診断の状況とその過程でのエピソードの把握。 ・認知症の症状がどのような部分に現れたかを把握し、本人の不安を捉えるために、診断に至るエピソードを把握することが重要。
		0-1-2 これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握	2 支援の前提としての医療及び他の専門職の関わりの把握	
1 本人及び家族・支援者の認識の理解	1-1 本人と家族・支援者の認識の理解	1-1-1 本人や家族・支援者が抱く感情と想いの理解	3 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援	・認知症と診断され、生活に認知機能低下の影響が現れ始めたことに対し、本人が抱く不安及び家族・支援者が抱く感情、その変化を捉える体制を整備。 ・これからの生活を支えるうえで最も重要な本人の不安とその変化を把握するために、本人自身の不安や恐怖に加えて家族・支援者が抱く感情や想いとその変化を捉え続けられることが重要。 ・認知症に対し本人がどのように受けとめているかの把握。 ・本人が感じている不安や恐怖を捉えるために、認知症という疾患に対する受けとめの状況を把握することが重要。
		1-1-2 本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識	4 本人に対する受けとめや理解を深める支援	
			5 疾患に対する家族・支援者の受け止めや理解を深めることの支援	

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 本人及び家族・支援者の認識の理解	1-2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解	1-2-1 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	6 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	・本人の変化を捉えられる体制の把握。 ・短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかの把握。 ・認知症に伴う本人の状況は変化していくものであり、かつ家族や支援者が負荷を抱え込まなくて良いようにするためにも、本人の変化を捉え、必要に応じてさらに支援を求められるようにする体制の構築が重要。 ・認知症のある高齢者が、日常の生活において自ら行動しやすいようにするため、住環境、地域環境などの生活環境を捉えることが重要。 ・本人を取り巻く状況でもとくに、本人を取り巻く人との関係性の把握。・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかの把握。 ・認知症に伴う本人の不安や安心は周囲の人との関係性に起因する場合も多いため、本人を取り巻く人との関係性、及びその変化を捉えることが重要。
2 将来の準備としての意思決定の支援	2-1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	2-1-1 意思決定支援の必要性の理解	7 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握 8 意思決定支援の重要性への本人及び家族等の理解をうながす支援体制を整える ※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 9 意思決定支援に向けて、本人及び家族等に適切な情報が提供される支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。 ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要。なお、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意。 ・意思決定支援を判断するために必要な情報が提供されるように支援。なお、ここでの意思決定は、日常生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。 ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要だが、その前提として本人及び家族に対し、意思決定に必要な情報が提供されるような体制を整えることが必要。

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 将来の準備としての意思決定の支援	2-1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	2-1-2 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	10 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の言葉を日々捉えられるような体制の整備 ・本人の、認知症になるまでの生活における経緯や考えの把握。 ・言葉による意思の表明が難しくなった場合でも、態度やしぐさなど、他の方法で意思を表明する場合がある。したがって、意思決定支援においては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要。加えて、これらを捉えやすくなるためには、本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積できる体制を整えることも重要。 ・意思決定支援あるいは意思決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の整備。なお、状況が変化につれて、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（あるいは意思決定支援）の体制に入るのかを把握することが必要。 ・意思決定支援（あるいは意思決定支援）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。なお、ここでいう意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではなく、状況に応じてその人の重要な意思決定あるいは意思決定を支えるために関係する関係者が含まれることに留意。
	2-2 意思決定支援体制の整備	2-2-1 意思決定支援体制の整備	11 意思決定支援体制を整える ※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	・受診に際して介護者が医師の指示内容を理解できているか、また日常生活の変化を医師に伝えられているかの状況とその変化の把握。 ・日常生活の様子を見ていて変化がみられれば、概ね短期目標の期間程度を目安として、医師に情報提供し、その後の支援の方針についての意見をもらう。 ・認知機能の状況によっては、必要に応じて、医師（かかりつけ医だけでなく、地域の認知症サポート医、認知症の専門医も含む）と連携して医療に関する意思決定支援の体制の整備。 ・認知症は状況が変化していくものであり、医師の指示の理解だけでなく日常生活の状況を的確に医師に伝えることが難しい場合もあるため、短期目標の期間程度を目安として、医師に対し、本人の生活の状況の変化の情報共有をしておくことが重要。
	3 必要に応じた連携体制の構築	3-1 必要に応じた連携体制の構築	12 かかりつけ医との連携（※必要に応じて専門医や認知症サポート医等とも連携）	

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
3 必要に応じた連携体制の構築	3-1 必要に応じた連携体制の構築	3-1-1 かかりつけ医や専門職等との連携	13 かかりつけ医以外の専門職等との連携	・日常生活の変化を把握し、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等（薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護福祉士や社会福祉士、管理栄養士等）と共有する。そのうえで、新たに連携すべき専門職等がいれば連携体制の構築。 ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連する専門職等との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要。
		3-1-2 その他の関係する人との連携	14 サービス事業者や地域の関係する人との連携体制を整える	・日常生活の状況やその変化を把握し、必要に応じて新たに連携すべき相手がいれば連携体制の構築。 ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連するサービス事業者やインフォーマルサポート（民生委員、ボランティア等を含む）において関係する人との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要。
4 基本的な生活の支援	4-1 日常生活における本人の意向の尊重	4-1-1 日常生活における意向の尊重	15 日常生活における意向の表明の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活における選択（食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等）において、本人の意向が表明され反映するように、意向の表明を支える体制の整備。 ・日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要。
	4-2 一週間の生活リズムを支えることの支援	4-2-1 一週間の生活リズムと変化を把握することの支援	16 本人の生活のリズムの把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等の把握。 ・本人にとっての日課やリズム、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、まずは一週間の生活を捉えることが重要。

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
4 基本的な生活の支援	4-2 一週間の生活リズムを支えることの支援	4-2-2 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支えることの支援	17 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の日常生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常生活における支援者の関わり方の状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送られるような支援。 ・認知症の進行や健康状態の変化により、生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握し、改めて本人にとって心地よい生活リズムを取り戻せるようにするための支援。 ・本人を中心とした支援体制を構築するために、まずは一週間の生活を捉えたいうえで、あくまでも本人の心地よいリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要。 ・心地よい生活リズムを捉えたとしても、時間の経過とともにどこかでそれが崩れることがあるため、その変化を把握して生活リズムを取り戻す支援が重要である。なお、その際のリズムは、必ずしも元の生活リズムが正しいのではなく、その状況に合った本人にとって心地よいリズムを改めて把握し、それにそった生活を支援することが重要。
	4-3 日常的に参加する役割を整えることの支援	4-3-1 家庭や地域での役割を担い続けるための ADL/IADL の支援	18 本人がこれまでに担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・認知症と診断される以前の生活における家庭や地域における本人の役割と、現在の生活における実行状況、現在の生活で担っている役割を把握する。さらにそうした役割をできるだけ担い続けるうえで捉えるべき認知症の影響の現れ方の把握。 ・認知症の影響が現れても、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人の IADL や社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握することが必要。 ・本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制の整備。
			19 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・認知症があっても本人が自分の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。

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
4 基本的な生活の支援	4-3 日常的に参加する役割を整えることへの支援	4-3-2 コミュニケーションを取ることへの支援	20 日常生活においてコミュニケーションを取ることを支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	- 日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況の把握。 - 本人の状況に合わせて、家族及び家族以外の周囲の人との間でコミュニケーションを取りやすいような環境の整備。 - 本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい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。
		4-3-3 清潔に関する状況の変化を把握し保つことへの支援	21 清潔に関する状況の変化を把握し保つことへの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	- 地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況の把握。 - 本人が清潔を保つことを支える環境の整備。 - 本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要。
	4-4 体調管理や服薬管理の支援		22 体調管理の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	- 日常的な体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものかを把握し、そのうえで日々の体調を管理できるよう支援する体制の整備。 - 高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要。
		4-4-1 体調の変化を把握し伝えることへの支援	23 日常と異なる状態の把握とそれを表明することへの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	- 日常の状態とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制の整備。 - 認知症のある高齢者の場合、日常の状態と異なる状態を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、日常の状態を捉える体制を整えておくことが重要。

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
4 基本的な生活の支援	4-4 体調管理や服薬管理の支援	4-4-2 服薬支援	24 薬の管理と服薬を一定の水準で継続できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・認知症あるいは併発疾患の療養のためには、医師の指示にしたがった適切な服薬が必要であることを本人が理解できるように、本人や家族に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制の整備。 ・適切な服薬を継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制の整備。 ・認知症への対応だけでなく、併発している疾患の再発防止あるいは重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。
		4-5-1 水分の摂取の支援	25 必要な水分量の把握と必要な水分量を摂取できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制の整備。 ・日常生活において、必要な水分量を摂取できるよう支援する体制の整備。 ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要。
	4-5 基本的なセルフケアを継続することの支援	4-5-2 栄養の摂取の支援	26 必要な栄養及び日常的な摂取状況（摂取方法を含む）の把握と必要な栄養を摂取することを支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活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の整備。 ・日常的な食事においてバランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を支える体制の整備。 ・栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要。
		4-5-3 排泄を続けることの支援	27 できるだけ自立した排泄を続けられるようにすることの支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常的な排泄リズム、排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無）、排泄方法を把握できるように支援体制の整備。 ・自分で排泄を続けられるよう排泄リズムに対する本人の認識を高めたり、排泄動作を維持できるように支援体制の整備。 ・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするために、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要。

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
5 これまでの生活の尊重と重度化の予防	5-1 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備	5-1-1 その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	28 活動と参加を通じて周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するための支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対する支援を検討するために、日常の生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びととの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的な困惑や葛藤を捉える。これを踏まえ、交流関係に対する支援及び交流を円滑にできるような本人に対する支援を検討。 ・認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要。
			29 その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況の把握。 ・認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要。
		5-1-2 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	30 状態に合った活動と参加を実現する環境整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境の整備。 ・認知機能が低下しても、本人が自ら活動・参加できるようにするために、人的な支援だけでなく、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤に、そうした生活を継続し、充実できるように生活環境・活動環境を整えることが重要。
	5-2 合併症や併発しやすい事故の予防		31 新たな役割・機能を獲得することの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・認知症になる前の生活と比較して役割を縮小させるだけでなく、さらに新たな役割機能を獲得できるよう支援。 ・認知症と診断されることがそのまま従前の生活や役割を縮小することではなく、状況にあった新たな役割・機能の獲得の可能性があると捉え、本人が参加できるように支援することが重要。
		5-2-1 転倒の予防の支援	32 転倒の予防の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制の整備。 ・状況の重度化の要因となる転倒を予防するよう、日常生活動線を把握するとともに環境を整えることが重要。
		5-2-2 誤嚥の予防の支援	33 誤嚥の予防の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・口腔機能の状況だけでなく、その変化を本人がどのように捉えているのかも含め、誤嚥のリスクを低下できるような体制の整備。 ・状況の重度化の要因となる誤嚥を予防するよう、日常生活における動線を把握するとともに環境を整えることが重要。

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
6 行動・心理症状の予防・重度化防止	6-1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握	6-1-1 行動・心理症状の具体的内容を把握する体制の構築	34 行動・心理症状の具体的内容を把握する体制を整える	・行動・心理症状がどのような状況やタイミングで起きているか（どのような状況で起きやすいのか、定期的に起きているのか等）を把握する体制の整備。 ・行動・心理症状を予防するためにも、どのような状況が本人にとっての要因になっているかを分析する必要があるため、まずはどのような状況・タイミングで行動・心理症状が起きているかを把握することが重要。 ・なお、行動・心理症状に対しては背景要因を把握して対応することが基本だが、実際には本人の意思の尊重とのバランスを取ることが難しい場合もあるため、一定の期間にわたって行動・心理症状の現れ方を把握するとともに、日常のその人の状況や意向を併せて把握しておくことが大切。
		6-1-2 本人の不安やストレスの把握	35 本人の不安やストレスの把握	・本人が感じている不安や不快の程度を把握し、可能な限りこれを解消するような支援。 ・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であり、こうした状況を把握して分析し、解消策を実施することは行動・心理症状の予防に重要。
	6-2 背景要因に対する取り組みの支援	6-2-1 背景要因に対する取り組みの支援	36 背景要因に対する対応策の実施の支援	・行動・心理症状の背景要因を捉え、特に本人から見た不安や不快、ストレス等を解消するための取り組みと支援。 ・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされる。 ・したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要。

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
6 行動・心理症状の予防・重症化防止	6-2 背景要因に対する取り組みの支援	6-2-1 背景要因に対する取り組みの支援	37 背景要因に対する家族等の理解を深めることの支援	・行動・心理症状には背景要因があること、その多くが本人から見た不安や不快、ストレスが要因となっていること、そうした背景要因の解決こそが重要であることについて、家族の理解を深める支援。 ・行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされる。 ・したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要。 ・さらに、本人から見た不安や不快、ストレスの解消のためには、家族等の関わり方を見直す必要がある場合もあることについて、家族等の理解をうながすことも大切。
			38 家族等に対し相談支援が提供される体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社会資源をつなぐような支援。 ・日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。
7 家族等への対応	7-1 家族支援に必要なサービスの調整支援	7-1-1 家族等に対する支援の体制の整備	39 家族等の仕事と生活のリズムが保たれるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、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。 ・日々介護に携わっている家族等の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。
			40 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しともに関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があった近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援。 ・認知症のある方のケアでは、本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要。

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
7 家族等への対応	7-2 将来にわたり生活を継続できるような支援	7-2-1 将来にわたり生活を継続できるような支援	41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・将来にわたり、本人の尊厳を守り、できる限り今の生活を継続できるよう、本人や家族の生活の意向を捉えとともに、将来の生活に備えて利用可能な地域資源があることを伝える支援。 ・認知症の方の尊厳のある生活を支えていくのは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、意向を把握しつつ活用可能な地域資源を伝えることが重要。

第5節 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

誤嚥性肺炎の予防と対策に関する基本的理解

(1) 誤嚥性肺炎の特徴

- ・ 誤嚥性肺炎は、摂食嚥下機能の低下した高齢者、脳梗塞後遺症やパーキンソン病などの神経疾患や寝たきりの患者に多く発生する。³⁰
- ・ 口腔内の清潔が十分に保たれていなかったり、摂食嚥下機能が低下している場合、誤嚥によって口腔内の細菌が肺へと至り、肺炎が発症しやすくなる。このように誤嚥性肺炎の発症の背景には、基礎となる病態があるため、ひとたび肺炎を治癒できてもまた繰り返してしまう可能性が大きい。
- ・ また、誤った口腔ケアの方法によって誤嚥性肺炎が生じることもある。例えば、横になった姿勢のまま口腔ケアを行うことによって、菌垢で汚染された唾液を誤嚥してしまい、肺炎になることもある。
- ・ さらに、寝室や日常的に居場所に行っている部屋の陽射しや、サービスの提供時間、同居する家族等の生活時間や生活スタイルなどの影響を受けて、特定の日に、日常と違う生活リズムが生じ、それが原因となって誤嚥性肺炎につながる場合もある。
- ・ 高齢者の場合、回復に時間を要することで、結果的に入院期間が長くなり、長い入院生活にともなう生活不活発も懸念される。例えば治療のために口から食事を摂ることをしばらく中止したことによる影響や、病床に寝ている時間が長くなることに伴う重力の影響や全身の筋力低下の影響も、摂食嚥下機能の低下に関係することがある。結果として、自宅への復帰が難しくなるなど、発症前に比べて状態が悪くなってしまう場合も多いとされる。
- ・ 誤嚥性肺炎はひとたび発症するとその影響が非常に大きいため、誤嚥性肺炎の発症に至るリスクを小さくすることを目指した、日常的な予防の取り組みが重要になる。
- ・ 誤嚥性肺炎の発症原因は、本人の心身の状態、生活環境や生活リズム、口腔ケアの方法など、多種多様である。したがって介護支援専門員には、複数の専門職の視点から情報を多面的に収集し、分析することが求められる。

(2) 誤嚥性肺炎の予防において留意すべきこと

- ・ 重篤な誤嚥性肺炎の治療は医療の対象となるものだが、その要因は多様であるため、幅広い視点から、予防のために取り組むべきことを整理し、本人がそれを実行できるようにすることが重要である。
- ・ なお、早期に日常との違いを把握するためには、気づきが重要である。例えば、歯垢で汚染された唾液や口腔内の食べ残しの不顕性誤嚥³¹があると、これが原因となって誤嚥性肺炎を発症する場合もある。
- ・ 具体的にどのようなケアや対応を実施すべきかについては、本人の状態ごとに異なることから、疾患の診断と治療のように明確に指示することは難しい。したがって、誤嚥性肺炎に直接的・間接的に関連する可能性のある要因に注意して、現在の状況を把握し、他の専門職とともに予防のための取り組みを検討する必要がある。
- ・ 具体的には、本人の日常の健康状態や生活状況、食事の様子、摂食嚥下機能とその障害などの情報を、可能であれば一時点ではなく変化を捉えるために一定の期間において収集し、それをリスク評価に関わりうる専門職と共有し、判断してもらうことが重要になる。誤嚥リスクや誤嚥による肺炎のリスク評価に関わりうる専門職としては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士などが考えられる。
- ・ 具体的な情報に基づくリスク評価を踏まえて、本人にとって必要なケアや環境の改善を実現できるようにコーディネートすることが、誤嚥性肺炎のリスクがある方あるいは過去に誤嚥性肺炎を発症したことがある方のケアマネジメントに求められる役割となる。
- ・ なお、リスク評価とその結果を踏まえた対応策は、本人の日常の健康状態や生活状況、食事の様子など具体的な状況に基づいて決まるため、本人の日常の状態の変化を捉えることも重要になる。ここで変化には大きく二つの観点がある。つまり、短期的で急な変化と長期的で緩やかな変化である。
- ・ 短期的で急な変化がみられる場合は遅滞なく把握して医療につなぎ、治療を受けられるよう支援することが求められる。一方、長期的で緩やかな変化は、月の単位や年の単位で体重の減少や筋力の低下、行動範囲の縮小など、本人のフレイルの進行が疑われる場合であり、誤嚥性肺炎のリスクの高まりを捉えた、専門職との連携や再評価、必要なケア体制の再構築が求められる。
- ・ つまり、アセスメント時点で状況を把握して終わり、ではなくモニタリングを通じて継続的に状況把握することが必要である。
- ・ 入院や入所の環境と異なり、自宅で生活を送る要介護者の場合、専門職が常時、本人の状況を把握できるわけではないので、日常の状態の

変化を捉えるまでに時間差が発生しうる。したがって、在宅サービスに携わる専門職はもちろん、同居者がいる場合はその同居者やその他の人の日常の様子を把握できる関係者を把握し、日常の様子の把握やその変化の兆候に気づきやすい体制を整えることも、ケアマネジメントに求められる役割となる。

- ・特に、誤嚥性肺炎の予防において重要となる口腔清潔の状態や摂食嚥下の状況（咳や痰がらみの様子、むせなどトラブルのエピソード等）、日常の食事の様子（食べ方、食事中の咀嚼や飲み込みの様子等）、食事介助が行われている場合は食事介助の方法（食べさせ方）等の状況を把握し、医師・歯科医師などに共有することが求められる。
- ・誤嚥性肺炎は予防によって発症リスクを一定程度抑えることができ、かつ体制を整えておくことで発症しても重度化を防ぎその後の回復を円滑にしたりすることができる。
- ・したがって、本人にとって必要な予防上の留意点を踏まえ、日常生活における本人の状況を多職種と共有し、予防を重視した連携体制を構築することが重要となる。いうなれば、療養と再発予防（二次予防）以上に、発症の予防（一次予防）に着目したマネジメントが求められる。

(3) 誤嚥性肺炎の治療後の対策において留意すべきこと

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

会も活用し、病棟でケアにあたった専門職からの情報提供や助言を踏まえて退院後のケア内容を検討することが重要である。

³⁰ 一般社団法人日本呼吸器学会WEB ページ「誤嚥性肺炎」より

³¹ 不顕性誤嚥とは、本人の無意識のうちに唾液が気道に入ってしまうことを指す。むせたり、咳き込んだりといった、異物が気道に入ったときの「反射」がみられない。

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：誤嚥性肺炎の予防

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

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
0 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	0-1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	0-1-1 必要性の理解	1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	・誤嚥性肺炎は高齢者に多く起こりうる疾患であり、罹患すると重篤な影響を及ぼす可能性が大きいことの理解をうながす。 ・誤嚥性肺炎は、リスクの評価と予防で対応できるので、そのための取り組みが重要であることの理解をうながす。 ・誤嚥性肺炎の予防のためにはまず誤嚥リスクの評価が重要であるため、本人の日常の健康状態や生活状態を把握し、誤嚥リスクを評価する専門職と共有。 ・なお、状態は変化することがあるので、一度で終わらせず継続的に把握・共有。 ・疾患や障害による影響を評価できるようにするため、本人の疾患の履歴や、障害の有無、認知機能の低下とそれに伴う生活障害等の状況を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。 ・摂食嚥下機能と誤嚥リスクの評価の根拠とするため、かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況、舌運動の様相、サービスを受ける前の期間における義歯の管理の状況など、摂食嚥下機能にかかわる日常の状態を把握し、評価する ・なお、状態は変化することがあるので、状況の把握は一度で終わらせず継続的な把握・共有。 ・誤嚥リスクの評価の根拠となる、咀嚼や嚥下に関わるトラブルなどの出来事を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。
1 リスクの（再）評価	1-1 リスクの評価	1-1-1 誤嚥リスクの評価に資する情報の収集	2 日常の健康状態や生活状況の継続的な把握と共有	
			3 かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況等の継続的な把握と共有	
			4 誤嚥リスクが疑われる出来事の把握	

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 リスクの (再) 評価	1-1 リスク の評価	1-1-2 誤嚥による肺 炎のリスクの把 握	5 咳や呼吸、口腔衛生の状況の把握と共有	・誤嚥による肺炎のリスクを把握するため、日常的な咳の状況（咳をする頻度、どのようなタイプの咳か、いつ多くなるか、むせの有無など）を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。 ・肺炎の発症につながるリスクを評価する根拠とするため、日常的な口腔ケアの状況や口腔内衛生状態の概要を把握し、リスク評価に関わりうる専門職と共有。
2 日常的な 発症及び再 発の予防	2-1 摂食嚥 下機能の支 援	2-1-1 摂食嚥下機能 の改善・維持	6 摂食嚥下機能、発声・発話の維持・改善 のための支援	・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション（専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む）が提供されるようなケア体制を整える。 ・セルフケアとして自身で実施可能な取り組みやリハビリテーションについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有。 ・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、発声・発話の維持・改善のリハビリテーションが提供されるようなケア体制を整える。 ・なお、過去に気管切開処置が行われている場合には、喉頭の運動の抑制から嚥下障害が生じるため、病歴を注意して把握し専門職と共有。
			7 口腔乾燥への支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果 を踏まえて特に留意して実施	・唾液分泌が減り、口腔乾燥が進むと、摂食嚥下のトラブルが起きやすくなるため、これを防ぐために口の中が乾きすぎないようにするようケア体制を整える。 ・口腔乾燥がある場合にその原因を評価するため、口渇、口腔乾燥をもたらす要因となる服薬内容等の情報を把握し、薬剤師等の専門職にその情報を共有。
			8 食内容の見直しの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果 を踏まえて特に留意して実施	・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、メニューや調理方法、あるいは食形態が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。 ・同居家族などが主に調理している介護者である場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食内容に関する留意点を共有。

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 日常的な発症及び再発の予防	2-2 リスクを小さくする支援	2-2-1 嚥下トラブルなく食事をとることの支援	9 食事のとり方や環境の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、必要に応じて食事をとる食具の使用や環境を見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。 ・本人の摂食嚥下機能の評価を踏まえ、食事をとる姿勢や食事のとり方が適切なものとなるように見直し、それが提供されるようなケア体制を整える。 ・同居家族などが一緒に食事をとることが多かったり、食事介助を行っている場合は、介護者に対し、評価結果を踏まえた専門職からの食事の摂取に関する留意点を共有。 ・なお、食事介助を行っている場合、食事に十分な時間が確保できないために本人の残存能力を無視した過剰な食事介助とならないように留意。 ・誤嚥のリスクを高めないように、適切な食事姿勢が介護者によって提供されるような体制を整える。
		2-2-2 フレイル予防のために必要な栄養の確保	10 食事内容と栄養摂取状況の把握と改善 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・食事からの栄養摂取ができているか、食欲があるかを把握。 ・状況が変化しうするため、一度きりではなく継続的に状況が把握できるよう、介護者や他の専門職等とも連携して日常の状態を随時把握できるような体制を整える。 ・十分な栄養を摂取できる食事に本人が集中し、食欲をもち食事を楽しむことができるよう、慣れ親しんだ食事環境を整えたり、好きなものを定期的にとれるようにしたりといったケア体制を整える。 ・感染症を防ぐため定期的な口腔ケアを行うことができるよう、ケア体制を整える。 （例えば、はみがき、義歯の洗浄などに加え、どの程度実践できているかの確認を、セルフケアとして自ら行うあるいは、家族介護者や専門職などが行う体制を整えること）
		2-2-3 口腔ケアの実施	11 口腔ケアの実施 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の健康状態や生活環境の変化に伴ってリスクは変化するので、一定期間ごとに上記のようなリスク評価を再度実施。 ・過去に一度誤嚥性肺炎を発症している場合（二次予防）は、前回発症した際の状況の振り返りも併せて行う。
3 再評価	3-1 リスクの再評価	3-1-1 リスクの再評価	12 一定期間ごとのリスクの再評価	

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
4 変化を把握したときの対応体制の構築	4-1 変化を把握したときの対応体制の構築	4-1-1 変化を把握したときの対応体制の構築	13 短期的な変化を把握したときの連絡・対応体制の事前検討	- 肺炎は進行が速い疾患なので、短期間に日常の状態から変化したときには、迅速にかかりつけ医等に情報共有することが重要。 - 家族や介護者が、短期的な変化を把握したときに迅速に医療者等の他の職種につなぐことができるよう、連絡・対応体制を事前に整理し、共有。
			14 留意すべき兆候を把握し共有する支援体制の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	- 不顕性の誤嚥による肺炎の可能性も視野に入れ、日常の状態との違いに気づきやすい体制を整えるため、ケアに関わる関係者の間で気を配っておくべき兆候を整理し共有。 - 留意すべき兆候が把握され、かかりつけ医等に情報共有した結果、必要と支持されたケアが提供されるよう調整。 - 具体的には、むせや咳の状況、食事のときにのどがゴロゴロ鳴るなどの様子が考えられる。また、以前よりも元気がない、食欲が低下しているなどの長期的な変化の兆候を把握。 - なお、本人にとつての留意すべき兆候は、健康状態や生活状態によって一人ひとり異なるため、まずは本人の日常の状況を把握し共有できる体制を整えることが重要。
	4-2 入院後の生活復帰の見通しの共有	4-2-1 入院後の生活復帰の見通しの共有	15 入院時ににおける回復後の生活復帰の見通しの共有 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	- 肺炎によって入院する場合でも、入院時点から退院後及び自宅での療養に際しての留意事項を把握し共有。 - 退院後の生活の回復を円滑に行うため、入院時に実施されたリスク評価の結果や、退院後の生活における指示内容の情報を把握。 - なお、入院時点において、本人が肺炎を繰り返すリスクを小さくする治療に資するよう、日常的に把握している本人の摂食嚥下や食事の状況等の情報を、病院の主治医等に伝達。

参考資料等

適切なケアマネジメント手法の資料については、以下ホームページに掲載されている。

厚生労働省 適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進	 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hoken/jissi_00006.html	 https://www.jri.co.jp/service/special/content11/corner113/caremanagement/04/
-----------------------------	--	---

主な資料等は以下のとおり。

①「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア」（令和２年度改訂版） 本編

基本ケア及び疾患別ケアの全体について詳細に記載された資料。

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



②適切なケアマネジメント手法の手引き（PDF）

適切なケアマネジメント手法の基本的な考え方や活用方法を簡潔にまとめた入門的資料。

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



③「適切なケアマネジメント手法」に関連する動画

適切なケアマネジメント手法の活用方法、手引きの解説等の動画が多数作成されている。

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



④令和2年度概要版（項目一覧）（PDF）

基本ケア	脳血管疾患 Ⅰ期	脳血管疾患 Ⅱ期	大腿骨頸部 骨折Ⅰ期	大腿骨頸部 骨折Ⅱ期	心疾患Ⅰ期	心疾患Ⅱ期	認知症	誤嚥性肺炎 の予防
								

出典一覧

- ・保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン
(平成26年3月東京都発行)(令和6年3月一部改変)
…資料1、2
- ・3訂版 介護支援専門員実務研修テキスト 令和6年6月 東京都福祉保健財団
…資料1
- ・要介護認定調査員テキスト 2009改訂版 令和6年4月 厚生労働省
…資料1
- ・介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・更新研修テキスト 令和6年6月 東京都福祉保健財団
…資料3
- ・リ・アセスメント力 令和2年1月東京都福祉保健財団 一部改変
…資料4
- ・出典：居宅サービス計画書(居宅ケアプラン)標準様式改正の解釈と計画作成に当た
るの考え方(東京都介護支援専門員法定研修資料)
令和4年3月 東京都(令和6年3月一部改変)
…資料5
- ・「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 厚生労働省
…資料6
- ・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
…資料6

