平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

適切なケアマネジメント手法の策定に向けた
調査研究事業　報告書

平成30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策定に向けた調査研究事業　報告書　　目　次

第 1 章　本調査研究事業の概要 1

第 1 節　本調査研究事業の背景及び目的・検討のプロセス 1

1. 検討の背景及び目的 1

2. 検討の範囲 1

3. 検討プロセス 2

第 2 節　適切なケアマネジメントの検討 6

1. ケアマネジメントの標準化の想定 6

2. 標準化により目指すところ 6

3. ケアマネジメントの標準化に関する概念の整理 6

4. 標準化の意義の確認 7

第 2 章　活用効果の検証 8

第1節　検討案を活用した効果の検証の概要 8

1. 標準化の「効果」の捉え方 8

2. 検証の実施概要 9

3　検証の進め方 11

第 2 節　検討案を活用した効果の検証の実施結果 13

1. 介護支援専門員からの評価 13

2. 標準化の効果 19

3. 他職種からの評価 22

4. 昨年度検討案の見直し及び今後の普及に向けた取り組み 24

第 3 章　新領域（心疾患）における素案作成の報告 25

第 1 節　対象疾患の選定 25

1. 対象疾患と選定理由 25

2. 対象疾患選定の妥当性の確認 26

第 2 節　期間の設定 27

1. 期間の設定理由 27

2. 期間設定の妥当性の確認 27

第 4 章　本調査研究事業のまとめ 28

第 1 章　本調査研究事業の成果 28

1. 成果物の構成 28

2. 活用方法 29

3. 活用上の留意点 30

第 2 節　今後の課題 32

巻末資料・別冊資料 33
巻末資料1　検討案
巻末資料2　項目一覧
巻末資料3　ケアマネジメントの標準化に関する概念図
巻末資料4　実証データ分析結果
巻末資料5　文献リスト
別冊資料1　検討案・項目一覧　修正版（脳血管疾患・大腿骨頸部骨）

第 1 章　本調査研究事業の概要

第 1 節　本調査研究事業の背景及び目的･検討のプロセス

1. 検討の背景及び目的

(1) 課題認識･背景

高齢者が要介護者等になっても尊厳を持って生活を送る為には、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるような環境を整備することが必要である。その為には、高齢者の状態とニーズを踏まえて、介護サービス、保健医療サービス、インフォーマルサービス等が総合的に提供されることが求められ、介護支援専門員には、その環境整備に資する適切なケアマネジメントが期待される。

残念ながら現時点では、介護支援専門員の属性や経験、考え方、所属事業所の属性等による相違がみられ、その相違点は、ケアプランの中身や、マネジメントプロセス、利用者との関与の度合い、時間の使い方等、様々な部分に生じている。中には、アセスメントや多職種連携が必ずしも十分ではない等､適切なケアマネジメントが行われておらず､疾患の再発予防の基本事項が守られていない例や、生活の困りごとの解消を優先した結果、本人の自立を損なうような支援が提供されている例がみられる。介護支援専門員の属性によって、このような不適切なケアマネジメントが行われることがないように、ケアマネジメントの標準化に向けた検討が必要と考えられる。

(2) 検討の目的

本調査研究事業によって、ケアマネジメント手法の適切化・標準化に向けた論点の明確化を行う。併せて、モデル的なケアマネジメントにおけるアセスメント、モニタリングの方法、考え方を整理することで、介護支援専門員によるケアマネジメントを標準化し、全体のレベルを改善するための基礎資料の一つとすることを目的とする。

2. 検討の範囲

ケアマネジメントは利用者本人の生活全般に関わるため、その対象は広範であり、また考慮すべき要素が多岐にわたる。その為、生活全般に対する標準化から検討を始めることは、議論が散漫となり、整理がされないことが懸念され、まずは一定の前提を置いた検討が必要と考えた。この点、利用者である本人の健康を守る観点から、最も標準化の必要性が高いのは、疾患に関わるケアであると考え、まずは利用者の有する疾患別に標準的なモデルを検討することとした。

平成 28 年度に実施された「適切なケアマネジメント手法の策定に関する調査研究」では、「標準化に向けた分析手法の検討」に向け、要介護認定の原因疾患の上位であり、地域連携パスが作成されている、「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」について、優れたケアマネジメントを行う介護支援専門員の思考プロセスに関する調査結果を踏まえて、一定の条件下において想定される支援内容が「項目一覧表」として整理され、介護支援専門員が備えておくべき知識が「検討案」としてまとめられた。

本年度は、平成 28 年度の調査研究で作成された「検討案」の完成に向けた実践現場における活用効果の検証及び新たな疾患群として「心不全」の「検討案」の作成を行った。

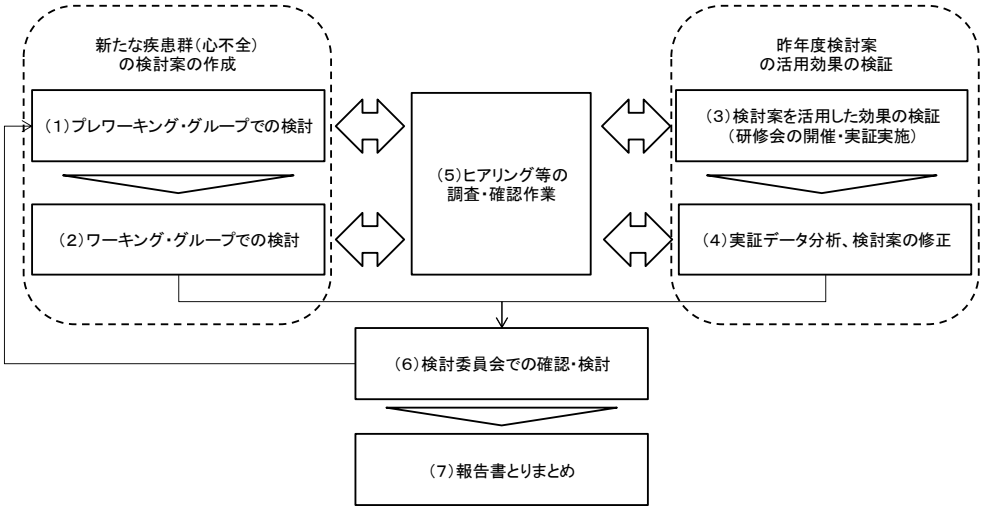
なお、平成 28 年度の調査研究と同様に、ケアマネジメント手法の標準化等の検討に向けては、業務量や業務内容の把握・分析・検討の重要性が認められるところであるが、本内容は別事業にて調査・

分析が予定されていることから、本事業ではこれを参考とすることとし、独自に業務量調査等は実施しないこととした。

3. 検討プロセス

本調査研究事業では検討の場として、検討委員会を設置するとともに、効果的な検討を行うために、有識者からなるワーキング・グループを開催した。また、ワーキング・グループでの検討作業の前段として、プレワーキング・グループを実施して、たたき台の作成作業を行った。また、昨年度検討案の活用効果の検証に関しては、実証の場として、全国の介護支援専門員を対象とした研修会を開催し、実証データの収集・分析を行った。実証データの分析結果をもとに昨年度検討案の修正を行い、新たな疾患群（心不全）の検討案と併せて、検討委員会にて、確認・検討を実施した。

図表1.　実施事項・推進ステップ



(1) プレワーキング・グループでの検討

プレワーキング・グループは、ワーキング・グループの座長である落久保医師、厚生労働省及び事務局（日本総合研究所）を検討メンバーとした。プレワーキング・グループでは、ワーキン・グループで具体的検討を行う事前準備として各種論点の検討・整理、資料案の方向性を検討した。

(2) ワーキング・グループでの検討

ワーキング・グループではケアマネジメント手法の標準化等に向けて論点確認やプロセス等の差異要因の検討、差をなくすための要点、プロセスの在り方等に関して検討した。ワーキング・グループはケアマネジメントの実務に明るい有識者で構成した。

ワーキング・グループで集中的に討議を行って、「心不全」に関して、時期別に「基本方針」「実行が想定される主な支援と支援を行う者」「アセスメント項目」「モニタリング項目」を整理し、項目一覧表としてまとめた。項目一覧表は、今回の調査研究事業の中核となる成果物である。

なお、ワーキング・グループでの検討を踏まえて、学会や学会出版が取りまとめた書籍によって、エビデンスを確認した。参考とした書籍のリストは、巻末記載のとおり。

(3) 検討案を活用した効果の検証

昨年度検討案の活用効果の検証を目的とし、全国で介護支援専門員を対象とした研修会を開催し、実証データの収集を行った。（活用効果の検証方法の詳細は後述）

(4) 実証データ分析、検討案の修正

収集した実証データの分析を実施し、分析結果をもとに昨年度検討案の修正を行った。

(5) ヒアリング等の調査・確認作業

標準的なケアマネジメント手法を検討する際の参考となるような事例のヒアリングや先行調査の確認を行い、本事業の意義を確認した。また、検討委員会開催前に、宮崎県及び静岡県にて、他職種（医師、看護師、作業療法士、理学療法士、社会福祉士等）を交えた意見交換会を開催し、本調査研究事業の意義や課題について検証した。

図表2.　意見交換会の概要

会議名	日時・場所	参加職種の概要
静岡県ケアマネジメント標準化意見交換会	平成30年2月15日(木)19時15分～21時 静岡市静岡医師会館	医師、看護師、作業療法士、理学療法士、社会福祉士、介護支援専門員
宮崎県ケアマネジメント標準化意見交換会	平成30年2月18日(日)13時～14時 宮崎県介護支援専門員協会	医師、看護師、作業療法士、社会福祉士、介護支援専門員

(6) 検討委員会での確認・検討

検討委員会ではワーキング・グループで作成した「心不全の検討案」と「昨年度検討案の効果検証結果」を提示した。検討委員会で頂いたご指摘は、本年度の調査結果に可能な限り反映したが、いくつかのより詳細な検討を必要とするご指摘事項に関しては、実践者を交えたさらに詳細な議論を要することから、今後検討すべき調査研究事業のポイントとなる課題として取りまとめることとした。

検討委員会委員名簿(50 音順、敬称略)

図表3.　検討委員会委員名簿

氏　名	所属先・役職名
荒木 暁子	公益社団法人日本看護協会　常任理事
落久保 裕之	一般社団法人広島市西区医師会　副会長　兼　一般社団法人広島県介護支援専門員協会　副会長
小玉　剛	公益社団法人日本歯科医師会　常務理事
清水　惠一郎	一般社団法人日本臨床内科医会　常任理事
鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会　常任理事
關　靖子	札幌市保健福祉局 高齢保健福祉部 認知症支援･介護予防担当課長
瀬戸 裕司	公益社団法人福岡県医師会　専務理事　兼　公益社団法人福岡県介護支援専門員協会　副会長
武久 洋三	一般社団法人日本介護支援専門員協会　相談役
新田 國夫	一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会　会長　兼　日本在宅ケアアライアンス　議長
東 祐二	国立障害者リハビリテーションセンター研究所　障害工学研究部長
○三浦 久幸	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長　兼 在宅医療・地域連携診療部長
吉田 力久	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事

○印:座長

検討委員会オブザーバ名簿

図表4.　検討委員会オブザーバ名簿

氏　名	所属先・役職名
遠藤　征也	厚生労働省　老健局　総務課　介護保険指導室長 老健局　振興課ケアマネジメント調整官
石山　麗子	厚生労働省　老健局　振興課　介護支援専門官

ワーキングアドバイザー名簿(50 音順、敬称略)

図表5.　ワーキングアドバイザー名簿

氏　名	所属先・役職名
飯島　勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構　副機構長 教授
川越　正平	あおぞら診療所　院長
平原　佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合　副理事長　兼　梶原診療所　在宅総合ケアセンター長　兼　オレンジほっとクリニック　所長
弓野　大	ゆみのハートクリニック院長

ワーキング・グループ委員名簿(50 音順、敬称略)

図表6.　ワーキング・グループ委員名簿

氏　名	所属先・役職名
大峯　伸一	宮崎県介護支援専門員協会　副会長
○落久保　裕之	一般社団法人広島市西区医師会　副会長　兼　一般社団法人広島県介護支援専門員協会　副会長
齊藤　眞樹	社会福祉法人仁生会　西堀病院　企画室・地域包括支援部　室長
水上　直彦	石川県介護支援専門員協会 副会長
村田　雄二	静岡県介護支援専門員協会　会長

○印:座長

ワーキング・グループオブザーバ名簿

図表7.　ワーキング･グループオブザーバ名簿

氏　名	所属先・役職名
遠藤　征也	厚生労働省　老健局　総務課　介護保険指導室長 老健局　振興課ケアマネジメント調整官
石山　麗子	厚生労働省　老健局　振興課　介護支援専門官
門田　浩史	厚生労働省　老健局　振興課　人材研修係

第 2 節　適切なケアマネジメントの検討

1. ケアマネジメントの標準化の想定

本調査研究事業で想定するケアマネジメントの標準化は、本人の個別性に基づくケアプランの作成を排除するものではない。むしろ、標準化された部分と個別性とを融合させることで、本人の状態や環境に適合するケアプランを作成することを目指すものである。

標準化された部分があることで、本人の健康的な生活の維持や疾患の管理といった最低限の支援が標準的に実現されるが、それだけでは本人の個別性が軽視される可能性がある。標準化された部分に、個別性への配慮を融合させることで、本人の尊厳の維持や、本人らしい従前の暮らしを可能な限り維持するための支援が可能となるのであり、個別性の配慮の視点を加えることが重要であることは言うまでもない。

2. 標準化により目指すところ

本調査研究事業では、ケアマネジメントの標準化によって、高齢者の機能と生理や、疾患別の留意事項を踏まえて、行われるべき支援が確実に行われ、行われるべきではない支援が排除されることを目指すこととした。また、随時適切な状態の把握によって、本人の状態の変化を確認し、目的を達成した支援サービスが見直されたり、本人の状態に合わないサービスが見直されたり排除されることを企図する。

なお、行われるべき支援として想定される支援内容の中には、基礎疾患の種類にもよるが、必然的に医療によるケアを必要とするものが多く含まれる。療養に係る判断や利用者の状態が悪化したときの対応等は、当然、まず「医療につなぐこと」が重要であることは言うまでもない。ただし、そうした連携を円滑に行うことができるようにするためにも、ケアマネジャーが医療によるケアが必要な場面について基礎的な知識を持っておくことが求められる。ケアマネジメントの標準化により、ケアマネジャーが医療との関わりについて理解しやすくなることを企図する。

3. ケアマネジメントの標準化に関する概念の整理

(1) 適切なケアマネジメントを行っている介護支援専門員の定義

本事業の実施にあたり、適切なケアマネジメントを行っている介護支援専門員とは、支援内容とアセスメント結果を関連付けて説明できる介護支援専門員であるとの前提をおいた。その前提を元に、優れたケアマネジメントを行っている介護支援専門員の思考プロセスを掘り下げた。

(2) 優れたケアマネジメントを行っている介護支援専門員のケアマネジメントプロセスに対する理解

ケアマネジメントは、アセスメント、プラン作成、モニタリング、必要に応じたケアプランの変更というプロセスの繰り返しである。優れたケアマネジメントを行っている介護支援専門員のケアマネジメントを確認すると、PDCA サイクルの基本に忠実なケアマネジメントを行っていた。

すなわち、ケアマネジメントのプロセスとして、まずは、アセスメントを実施し、一定の条件下において科学的に導かれる支援内容を想定する。これに、本人の意向や生活歴、生活習慣や家族関係といった個別的要素を組み合わせることで、ケアプランの原案を作成する。作成した原案を、サービス

担当者会議で専門職とともに検討し、多職種による専門的視点を加えてケアプランの改善を図る。また、想定される変化（将来予測）を踏まえた日々の確認事項として、「いつ、誰が、どのように観察し、初期対応するか」、と、「いつ、誰と、どのようにその情報を共有するか」を確認し、介護支援専門員に情報が集まるようにする。作成したケアプランは利用者の合意を得て最終化する。【PLAN】

ケアプランに基づく支援を実施する中で、多職種の連携によって、本人の状態が常時把握できる体制をとっておく。【DO】【CHECK】

随時行われる多職種から介護支援専門員に対する情報共有や、定期的に行うモニタリングの際に、本人の生活に対する将来予測と実際との差が生じた場合には、本人の状態の変化を踏まえたケアプランの見直しを行う必要がある。その為に、かかりつけ医をはじめとする多職種と情報を共有し、多職種の持つ専門的な知見に基づくアドバイスを得る。【ACTION】

(3) 差が生じやすいプロセスの把握、差が生じる要因の分析・検討

ケアマネジメントの標準化において、特に差が生じやすいプロセスの把握、差が生じる要因の分析・検討が必要であり、それを踏まえて標準的なモデルを検討することが必要である。また、標準的なケアマネジメントモデルを考えるうえでは、介護支援専門員の思考のベースとなる知識や考え方、事業所・法人の意向、利用者・家族の意向等のインプットにも着目することが重要である。

この点、アセスメントとモニタリングのプロセスは、介護支援専門員の知識や有している情報によって差が生じる可能性が高いと想定し、本調査研究事業ではアセスメントとモニタリングに着目した検討を行った。その結果、優れた介護支援専門員は、目標を持って一定のポイントを集中的にアセスメントしていること、加えて、アセスメント結果に基づく支援メニューの仮説を前提に持って、ケアプランを作成していることがわかった。また、優れた介護支援専門員は知識と経験に裏付けられた視点を有して、アセスメントやケアプランの作成をしていることがわかった。

以上の結果を踏まえて、本調査研究事業における標準化は、アセスメントとモニタリングに着目して行うこと、また、優れた介護支援専門員が有する知識と経験に裏付けられた視点を明確化することを目指したものである。

4. 標準化の意義の確認

有識者に対するヒアリングならびに、検討会での検討を通じて、今回の取り組みの意義を検証した。その結果、本調査研究事業の意義と、標準化に関する概念の整理の妥当性を確認した。

加えて、本調査研究事業の成果物である検討案が、多職種連携の促進に貢献することや、行政による指導の際にも有意義であること等が確認された。（検討案の活用方法は後述。）

第２章　活用効果の検証

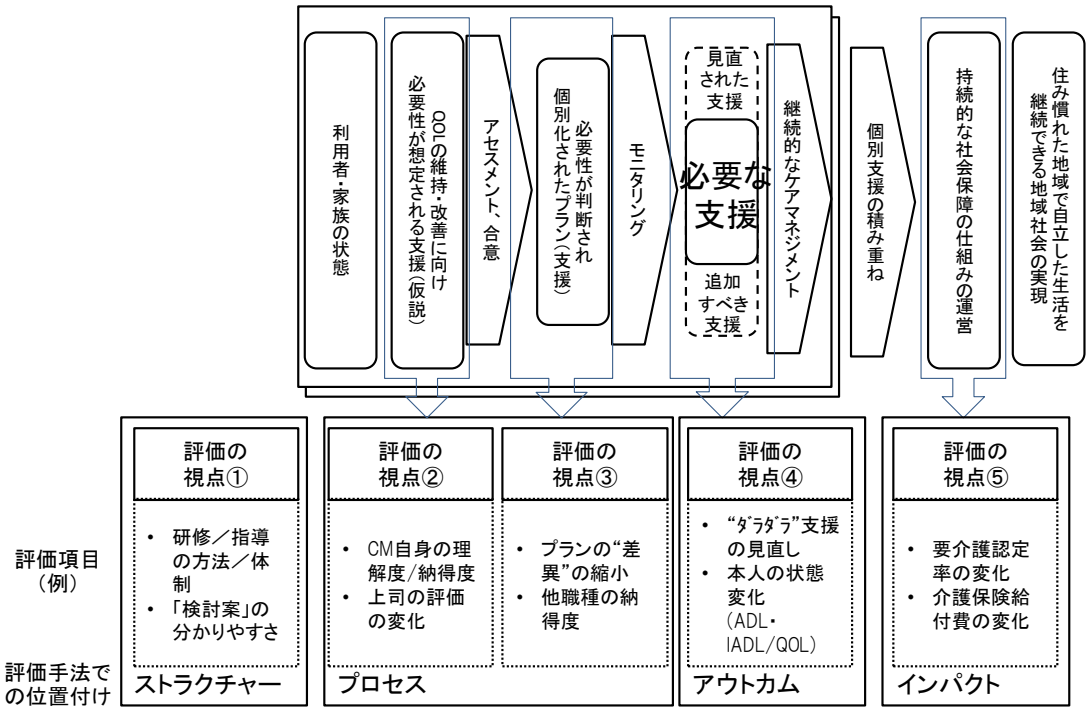
第1節　検討案を活用した効果の検証の概要

1. 標準化の「効果」の捉え方

本調査研究事業が目指す標準化は実務における標準化であるため、本来ならばその「効果」は、下図でいう「アウトカム」や「インパクト」をみるべきものである。しかし、そうした効果を把握するためには相当の時間が必要であり、さらに、そのような「アウトカム」や「インパクト」に影響を与える要因は多岐にわたるため、本調査における標準化の「効果」を正確に評価するためには、他の要因を精査するデータの整備が必要となる。

効果検証の初年度にあたる本年度は、標準化の手法自体が受け入れられるものであるかどうかを検証するために、下図の「プロセス」に着目することとした。具体的には、第一に、標準化の手法を介護支援専門員自身が理解し、納得できるかどうかである。第二に、こうした介護支援専門員の標準化に向けた取り組みを他の職種が受けとめることができるかどうかである。

図表8.　「効果」の捉え方の概念図



2. 検証の実施概要

本年度は、現場での実践経験を有する全国の介護支援専門員を対象として、昨年度に作成された「検討案」の完成に向けた実践現場における活用効果の検証を実施した。

(1) 実施日程・開催地区・参加者数

検証の実施日程、開催地区、参加者数は以下の表のとおり。

図表9.　検証実施日程・開催地区・参加者数

日程	開催地区	実証参加者数
2017年8月3日	鳥取県米子市	120名
2017年8月24日	東京都北区	45名
2017年12月16日	宮崎県宮崎市	160名
2017年12月17日	石川県金沢市	82名
2017年12月20日	静岡県静岡市	65名
2018年2月9日	長崎県佐世保市	64名
2018年2月10日	京都府京都市	90名
2018年3月7日	秋田県秋田市	98名
2018年3月9日	神奈川県横浜市	100名

※開催地区は集合研修を開催した地域であり、実証参加者数には他市町村からの参加者も含まれる。

(2) 検証地域・対象者の選定の考え方

検証地域は、昨年度事業のワーキング・グループ委員を中心に介護支援専門員のネットワークが形成されており、短期間に多くの参加動員が見込める地域を選定した。なお、検証実施に際しては開催地域の偏りがでないよう配慮した。

対象となる介護支援専門員の選定は、当該地域の職域団体から広く呼びかけを行い、保有資格、経験年数等を問わず、任意に参加を求めた。対象となる事例は、参加者の担当事例の中から、「脳血管疾患」または「大腿骨頸部骨折」に該当する事例を無作為選定のうえ、持参してもらった。

(3) 調査票の回収状況

調査票の回収状況は以下の表のとおり。

図表10.　調査票の回収状況

検証ヒアリング調査票（ケアマネジャー調査票）	個別ケース基本情報確認シート	評価シート				
			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
821	820	818	143	402	154	119

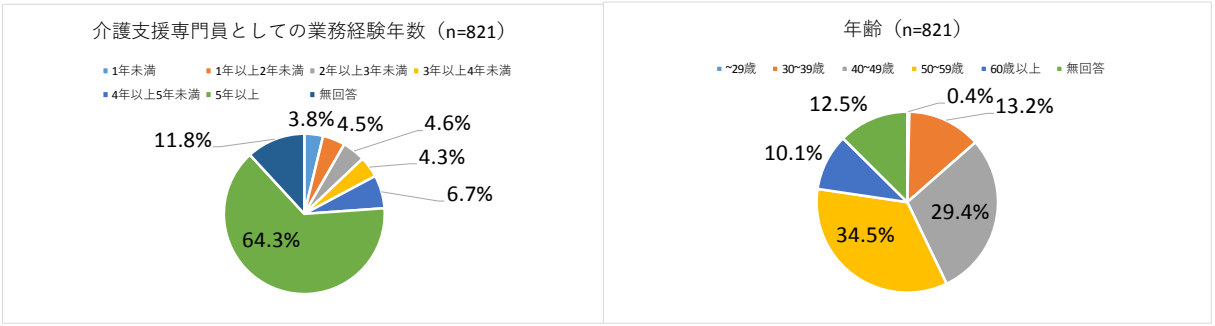
(4) 検証参加者の基本属性

① 介護支援専門員としての業務経験年数・年齢

検証参加者は、介護支援専門員としての業務経験年数が「5年以上」が64.3%と最も大きく、次いで、「4年以上5年未満」が6.7%だった。

年齢構成は、「50～59歳」が34.5%と最も大きく、次いで「40～49歳」が29.4%であった。

図表11.　介護支援専門員としての業務経験・年齢



② 主任介護支援専門員の有無・初任段階の介護支援専門員の指導経験

検証参加者のうち、「主任介護支援専門員である」は51.0%、「主任介護支援専門員でない」が36.9%、「無回答」が12.1%の構成であった。

初任段階の介護支援専門員の指導経験は、「現在している」が20.6%、「過去に経験あり」が22.2%、「経験なし」が41.9%、「無回答」が15.3%の構成であった。

図表12.　主任の有無・初任段階の介護支援専門員の指導経験

③ 保有資格

検証参加者の保有資格の状況は以下の表のとおり。

図表13.　保有資格

医師・歯科医師	1名	理学療法士	1名	介護福祉士	504名
看護師・保健師	103名	作業療法士	1名	社会福祉士	134名
薬剤師	0名	言語聴覚士	0名	精神保健福祉士	14名

3 検証の進め方

(1) 検証の構成

検証は講義と演習で構成した。講義では、本調査研究事業の概要や標準化の狙いの説明を行った。演習では、各介護支援専門員に担当事例の中から、「脳血管疾患」または「大腿骨頸部骨折」の事例を無作為選定のうえ、持参してもらい、その事例を対象に、昨年度「検討案」を活用してケアマネジメントプロセスの振り返りを行った。

演習の結果は、「検証ヒアリング調査票(ケアマネジャー調査票)」、「個別ケース基本情報確認シート」「項目一覧表評価シート」の 3 種類の調査票に記入してもらい、検証データとして収集した。(各調査票の概要は後述)

図表14.　検証の流れ

時間(目安)	セクション		内容
30分	講義	(1)本調査研究の概要	1)本事業の背景・目的 2)今年度の活動概要・実施スケジュール
		(2)本調査研究の狙い	1)「標準化」の考え方 2)「標準化」実践のイメージ 3)期待される活用シーン
90分	演習	(3)ケーススタディ	1)個人ワーク ・「項目一覧評価シート」の説明 ・「検討案」の読み込み ・「項目一覧評価シート」の記入 2)全体共有 ・個人ワークの気づきの共有・質疑応答 3)個人ワーク ・「個別ケース基本情報確認シート」の記入 ・「検証ヒアリング調査票」の記入 4)調査票回収

(2) 項目一覧表評価シート

「項目一覧表評価シート」では、介護支援専門員が持参したケアプランに関して、「検討案」に記載している支援項目ごとに、主に以下の（ア）～（エ）について確認した。

(ア) 「情報収集」の有無
　持参したケアプランを作成する際の、該当項目に関する情報収集の実施の有無

(イ) 「支援の必要性」の有無
　持参したケアプランを作成する際の、該当項目に関する支援の必要性の実施の有無

(ウ) 「支援内容の位置づけ」の有無
　持参したケアプランにおける、該当項目の支援内容の位置づけの有無

(エ) 「支援内容の見直しの必要性の認識」の有無
　検討案参照後の、持参したケアプランの該当項目の支援内容見直しの必要性の有無

(3) 個別ケース基本情報確認シート

「個別ケース基本情報確認シート」では、利用者の基本属性やサービスの利用実績等、持参したケアプランの基本情報を確認した。

(4) 検証ヒアリング調査票（ケアマネジャー調査票）

「検証ヒアリング調査票」では、検討案の活用が想定される場面ごとの検討案の有用性に対する介護支援専門員の評価を確認した。また、検討案項目の修正要望、今後の普及・活用に向けた要望についての確認も併せて行った。

第２節 検討案を活用した効果の検証の実施結果

1. 介護支援専門員からの評価

(1) 介護支援専門員からみた使いやすさ・わかりやすさ

検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価をみると、「とても使いやすいと思う」が 14.1%、「使いやすいと思う」が 63.3%と、肯定的な回答が全体の 77.4%であった。さらに経験年数別、主任の有無別、保有資格別にみた場合においても、回答者の属性に応じて、多少の傾向の違いはみられたものの、全体として肯定的な回答が多数を占めた。

自由記述においても、「ポイントや視点が整理されており、わかりやすい」、「頭の整理がしっかりできて良い」といった評価がみられた。一方で、今後の活用に向けた課題に係る意見として、「検討案の項目が多い、細かい」、「使用に伴う業務負荷が多そう」といった指摘もみられた。

今回の検証により、当初の期待どおり、介護支援専門員からみて、概ね検討案が使いやすく、わかりやすいものであることが示された。その一方で、今後の普及に向けては、自由記述で言及されていたような項目の多さや細かさ、使用に伴う業務負荷を改善するような施策を行うことが、有効であることが示唆された。

図表15. 検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価（全体）

n		とても使いやすいと思う	使いやすいと思う	使いにくいと思う	とても使いにくいと思う
532	数	75	337	114	6
	比率	14.1%	63.3%	21.4%	1.1%

※「無回答・無効回答」を除いて集計

≪主要な自由記述回答≫

- 『とても使いやすいと思う』または『使いやすいと思う』と回答された方
  - ✧ ポイントや視点が整理されており、わかりやすい。
  - ✧ 基本方針、実行が想定される主な支援について、頭の整理がしっかりできて良い。
  - ✧ 通常時は一覧表、必要時には本編という活用方法はとても効率的で良いと思います。
  - ✧ 内容が細かく記載されており、アセスメントについて再確認できるものになっていて良かったです。
  - ✧ ベテランになればなるほど、自分の思いで頭の中でプランを作ってしまいがちだと思う。改めて振りかえるツールとしてとても良い。内容も短く適確だと感じた。
  - ✧ 各項目について細かく確認すべき内容が記載されていてわかりやすい。特に、新任のケアマネにはとても勉強になる。長く業務に携わっていても見落とすことが色々あるので振り返りになる。

- 『使いにくいと思う』または『とても使いにくい』と回答された方
  - ✧ 日々の業務の中で時間をかけて毎回利用するのは負担が大きいとは思う。
  - ✧ ボリュームがあるので、持ち運び辛い。文字が細かいし、文字数も多いと感じた。

✧ 使用に伴う手間をどう考えるかだと思います。内容自体は大変良いものだとは思いますが、ただでさえ忙しい日常業務の中で、使用していけるのかは疑問に思う。

✧ 参考にはなるが、文字数が多くて読むのをためらってしまいそう。

図表16. 検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価（経験年数別）

経験年数	N		とても使いやすいと思う	使いやすいと思う	使いにくいと思う	とても使いにくいと思う	無回答/無効回答
3年未満	106	数	12	52	8	2	32
		比率	11.3%	49.1%	7.5%	1.9%	30.2%
3年以上5年未満	90	数	9	42	14	0	25
		比率	10.0%	46.7%	15.6%	0.0%	27.8%
5年以上	528	数	48	215	82	3	180
		比率	9.1%	40.7%	15.5%	0.6%	34.1%
合計	724	数	69	309	104	5	237
		比率	9.5%	42.7%	14.4%	0.7%	32.7%

図表17. 検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価（主任の有無別）

主任の有無	N		とても使いやすいと思う	使いやすいと思う	使いにくいと思う	とても使いにくいと思う	無回答/無効回答
主任介護支援専門員である	419	数	42	174	62	2	139
		比率	10.0%	41.5%	14.8%	0.5%	33.2%
主任介護支援専門員でない	303	数	28	139	41	3	92
		比率	9.2%	45.9%	13.5%	1.0%	30.4%
合計	722	数	70	313	103	5	231
		比率	9.7%	43.4%	14.3%	0.7%	32.0%

図表18. 検討案の使いやすさ・わかりやすさの評価（保有資格別）

保有資格	N		とても使いやすいと思う	使いやすいと思う	使いにくいと思う	とても使いにくいと思う	無回答/無効回答
看護師・保健師	103	数	9	44	12	0	38
		比率	8.7%	42.7%	11.7%	0.0%	36.9%
介護福祉士	504	数	49	205	73	5	172
		比率	9.7%	40.7%	14.5%	1.0%	34.1%
合計	607	数	58	249	85	5	210
		比率	9.6%	41.0%	14.0%	0.8%	34.6%

(2) 実務における有用性の認識

実務において想定される活用場面ごとに、昨年度検討案に対する介護支援専門員の評価をみると、いずれの活用場面においても「とても参考になると思う」または「参考になると思う」との肯定的な回答の割合が7割以上であった。

さらに、経験年数別、主任の有無別、保有資格別にみた場合においても、属性に応じて、多少の傾向の違いはみられたものの、全体として肯定的な回答が多かった。自由記述においても、「つい抜けてしまいがちな項目が、抜け目なく把握できる」、「確認事項を整理しやすく、他の専門職にも伝えやすく、聞き取りやすい」といった評価がみられた。当初期待したとおり、経験年数や保有資格に関わらず、実務や OJT において検討案が活用しうるものであることが確認できた。

一方で、利用者やその家族等との合意形成や多職種が参加しての事例検討においては、他の場面と比較して「あまり参考にならないと思う」の割合がやや大きい傾向がみられた。

自由記述より、合意形成や事例検討を行う際には時間の制約があるため、項目の内容をすべて活用することは難しいことが示唆される。

今後の普及に向けては、要点をおさえた概要版の作成や活用の手引書の作成等が有効であると考えられる。また、資料・ツールを知って使ってもらう場面として、まずは法定研修や事例検討会等の研修において、これをわかりやすく伝えていく手法の検討が必要である。

図表19.　検討案の有用性の評価（全体）（n=821）

		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
①アセスメントやケアプランを作成する際の有用性						
	数	204	571	31	1	14
	比率	24.8%	69.5%	3.8%	0.1%	1.7%
②他の専門職等から情報収集する際の有用性						
	数	184	544	67	1	25
	比率	22.4%	66.3%	8.2%	0.1%	3.0%
③他職種とアセスメントやケア内容等を検討する際の有用性						
	数	164	538	69	3	47
	比率	20.0%	65.5%	8.4%	0.4%	5.7%
④利用者やその家族等との合意形成をする際の有用性						
	数	120	489	159	3	50
	比率	14.6%	59.6%	19.4%	0.4%	6.1%
⑤多職種が参加して事例検討を行う際の有用性						
	数	144	511	95	4	67
	比率	17.5%	62.2%	11.6%	0.5%	8.2%
⑥初任段階のCMに対するOJTを行う際の有用性						
	数	251	454	42	1	73
	比率	30.6%	55.3%	5.1%	0.1%	8.9%

≪主要な自由記述回答≫

① アセスメントやケアプランを作成する際の有用性に関して

- 『とても参考になると思う』または『参考になると思う』と回答された方
  - ✧ 細かくて、つい抜けてしまいがちな項目が、抜け目なく把握できる。
  - ✧ 自身の資格ベースが介護福祉士であるからか、医学的視点からのアセスメントが抜けることが多いので、気づきを発見する為にもとても参考になりました。
  - ✧ 気づいていなかった項目や、自立につながるような気づきもありました。

- 『あまり参考にならないと思う』または『まったく参考にならないと思う』と回答された方
  - ✧ チェックもれ防止にはなるが、同じような項目をもう少し整理してもらえるといいと思った。
  - ✧ プラスしての作業となるため、日常の業務の流れから忙しさであまり利用しないと思う。
  - ✧ 施設ケアマネとしては、在宅向けに作られたものと思われる。

② 他の専門職等から情報収集する際の有用性に関して

- 『とても参考になると思う』または『参考になると思う』と回答された方
  - ✧ 他職種、キーワードごとに聞きとりをするだけで基本的な聞きとりは完了すると思った。
  - ✧ 誰にどのようなことを聞けば良いのかの目安になる。
  - ✧ 確認事項を整理しやすく、他の専門職にも、伝えやすく聞きとりやすいと思う。

- 『あまり参考にならないと思う』または『まったく参考にならないと思う』と回答された方
  - ✧ リハ職の方はよくわかっていて情報提供をもれなくして下さるので必要性をあまり感じない。
  - ✧ 項目が多くて、どこをチョイスするのか選べない。
  - ✧ ケアマネをはじめたばかりの人以外であれば、特にあげなくてもわかるような気がする。

③ 他職種とアセスメントやケア内容等を検討する際の有用性に関して

- 『とても参考になると思う』または『参考になると思う』と回答された方
  - ✧ 本人の情報を共有するうえでとても参考になると思います。
  - ✧ 担当者会議等で項目一覧に沿って確認することで情報共有する理由、目的がよりお互い理解しやすくなると思いました。
  - ✧ これをもとに多職種とも統一した視点でのアセスメント・モニタリングができると思う。

- 『あまり参考にならないと思う』または『まったく参考にならないと思う』と回答された方
  - ✧ 自身の点検には有効と思うが、他職種も項目一覧を理解してくれないと活用できないと思う。カンファレンスや担当者会議は時間も限られる。
  - ✧ 項目が多く、会議のツールとして使うには工夫が必要かも。
  - ✧ 他職種に提示する際は、チェック項目式の方が、目を通しやすいし（見慣れている）一目で把握できるように思う。

④　利用者やその家族等との合意形成をする際の有用性に関して

- 『とても参考になると思う』または『参考になると思う』と回答された方
  - ケアプランに位置づけた経緯が明確になるため、合意形成がスムーズにできると考える。
  - サービス提供するときの注意点や、必要な理由など、事業所、家族に改めて説明できると思う。
  - なぜ、この目標となるか、必要な支援の必要性の説明にとても役立つと感じた。なぜ、こんなことをしなければいけないのかという質問があったときの振り返りに役立つと思った。

- 『あまり参考にならないと思う』または『まったく参考にならないと思う』と回答された方
  - 限られた時間の中で、細かい内容は利用者や家族に説明しにくいのですべて使うのは難しい。
  - ここまでの細やかさまで求めておられる利用者、家族があまりおられないように思う。
  - 家族には内容が多すぎる。説明で疲れてしまう。

⑤　多職種が参加して事例検討を行う際の有用性に関して

- 『とても参考になると思う』または『参考になると思う』と回答された方
  - ケアマネ職以外の職種の支援者も共通資料として活用すれば、お互いがさらに支援ポイントやニーズを把握でき、共通理解につながると思う。
  - とても大切な視点が網羅されており、ぜひ活用させて頂きたいと思いました。
  - 参考になるが、検討事項が病気のことだけに偏りそうなので、気をつけなければと思う。

- 『あまり参考にならないと思う』または『まったく参考にならないと思う』と回答された方
  - ケースには多くの課題や疾患が含まれるので、該当する疾患のみの項目一覧では検討しにくい。
  - 限られた時間の中で確認するには項目が多いと思う。
  - 項目が多すぎてわかりにくいと思います。アセスメントシート等の方が伝えやすいです。

⑥　初任段階の CM に対する OJT を行う際の有用性に関して

- 『とても参考になると思う』または『参考になると思う』と回答された方
  - 一覧表を通しての指導・助言により、何に困り何につまずいているのか確認することができる。
  - この研修内容が手順書として活用できればとても良い。質の向上にもつながると思う。
  - 介護職をベースにCMになった新人ケアマネには疾患の特長（注意すべきこと）を理解するうえで特に役立つのではないかとい思う。

- 『あまり参考にならないと思う』または『まったく参考にならないと思う』と回答された方
  - 使い方が難しいため、教える側にも習熟が必要。なぜツールが必要かをきちんと説明する必要性があると思う。
  - 初任者にはもっと簡潔な用式が必要と思う。
  - 項目が多くて、初任段階ではまとめにくいと思う。

図表20.　アセスメントやケアプランを作成する際の有用性の評価（経験年数別）

経験年数	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
3年未満	106	数	37	63	3	1	2
		比率	34.9%	59.4%	2.8%	0.9%	1.9%
3年以上5年未満	90	数	22	65	3	0	0
		比率	24.4%	72.2%	3.3%	0.0%	0.0%
5年以上	528	数	119	378	22	1	8
		比率	22.5%	71.6%	4.2%	0.2%	1.5%
合計	724	数	178	506	28	2	10
		比率	24.6%	69.9%	3.9%	0.3%	1.4%

図表21.　アセスメントやケアプランを作成する際の有用性の評価（主任の有無別）

主任の有無	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
主任介護支援専門員である	419	数	96	298	16	1	8
		比率	22.9%	71.1%	3.8%	0.2%	1.9%
主任介護支援専門員でない	303	数	86	204	10	0	3
		比率	28.4%	67.3%	3.3%	0.0%	1.0%
合計	722	数	182	502	26	1	11
		比率	25.2%	69.5%	3.6%	0.1%	1.5%

図表22.　アセスメントやケアプランを作成する際の有用性の評価（保有資格別）

保有資格	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
看護師・保健師	103	数	22	74	5	0	2
		比率	21.4%	71.8%	4.9%	0.0%	1.9%
介護福祉士	504	数	129	346	21	0	8
		比率	25.6%	68.7%	4.2%	0.0%	1.6%
合計	607	数	151	420	26	0	10
		比率	24.9%	69.2%	4.3%	0.0%	1.6%

※他の活用場面における有効性の評価に関するクロス集計資料は巻末資料に掲載

2. 標準化の効果

(1) 情報収集の状況の「見える化」

実証結果より、項目によって情報収集の実施状況に差があることが明らかになった。本来は全項目について、情報収集を行っていることが望ましいが、実際には差が生じている。

情報収集の実施状況は、介護支援専門員個人の経験や保有資格といった属性別での比較では、有意な差がみられなかった。一方で、情報収集の実施状況より、情報収集の量が多い事例群と少ない事例群の2群に分け比較すると[i]、情報収集の量が多い事例群であっても、情報収集の実施の割合が小さい項目がいくつかみられた。

これらの結果より、情報収集の実施は介護支援専門員個人の経験や保有資格といった属性の影響によるものではなく、情報が介護支援専門員に流れにくい構造によるものであると考えられる。情報収集の状況が「見える化」され、介護支援専門員に流れにくい情報が明らかとなったことは、標準化項目案の活用による第一の効果といえる。

(2) 支援の見直しの必要性への気づき

実証結果より、「支援の見直しの必要性」の割合が比較的大きい項目がいくつかみられた。「支援の見直しの必要性」は、

①ケアプラン作成時にはみるべき項目として認識しておらず、項目案の提示により新たに視点を得た

②検証でケアプランを改めて見直すことで、当該項目における支援の必要性を再認識した

という2つのケースが推測される。

「アウトカム」としての効果を生むためには、介護支援専門員が実際にケアプランの修正を行うことが必要である。そのためには、「支援の見直しの必要性」を認識することが、前提となるだろう。その意味において、支援の見直しの必要性の気づきを介護支援専門員に与えることは、標準化項目案の活用による第二の効果といえる。

(3) 各期の検証結果

各期の詳細な検証結果は以下のとおり。

① 脳血管疾患Ⅰ期

- 気温差、塩分摂取、水分摂取に関する項目は、検討案の提示により支援の見直しの必要性が認識された項目といえる。情報収集の量が少ない事例群ではその傾向が強くみられる。
  - ✧ 情報収集の量に関わらず、「6. 室内気温が調整できる体制を整える」「7. 気温差の縮小（室内と廊下、洗面所、トイレ）がなされるよう体制を整える」「8. 普段生活している居室の温度差の改善を図る」「10. 塩分摂取状況を把握できる体制を整える」「19. 自ら水分を摂取できるようにする支援体制を整える」の項目について、支援の必要性の割合と支援内容の位置づけの割合が小さく、支援の見直しの必要性の割合が大きい。
  - ✧ また、情報収集の量に関わらず、気温差に関する項目については相対的に情報収集の割合が小

[i] 各期において、情報収集を行った項目数の算術平均値を基準に情報収集が多い事例群と情報収集が少ない事例群の 2 群に分類した。

さい。更に、情報収集の量が少ない事例群では、「17. 必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える」「18. 適切な水分を摂取することの理解をうながす支援体制を整える」の項目について、支援内容の位置づけの割合が小さく、支援の見直しの必要性の割合が大きい。

- ✧ 情報収集の量に関わらず、「5. 家庭（日常）血圧の把握ができる体制を整える」「31. 新たな価値・機能の獲得がなされる支援体制を整える」の項目について、支援の見直しの必要性の割合が大きい。
- ✧ 情報収集の量が少ない事例群では、「29. 日常生活（自宅内、自宅外）における役割の回復がなされる支援体制を整える」について、支援の位置づけの割合が小さく、支援の見直しの必要性の割合が大きい。

② 脳血管疾患Ⅱ期

- ➢ 気温差、塩分摂取、水分摂取に関する項目は、検討案の提示により支援の見直しの必要性が認識された項目といえる。情報収集の量が少ない事例群ではその傾向が強くみられる。
  - ✧ 情報収集の量に関わらず、「6. 室内気温が調整できる体制を整える」「7. 気温差の縮小（室内と廊下、洗面所、トイレ）がなされるよう体制を整える」「8. 普段生活している居室の温度差の改善を図る」「10. 塩分摂取状況を把握できる体制を整える」「16. 休養・睡眠が確保できる体制を整える」の項目について、支援の必要性の割合と支援内容の位置づけの割合が小さく、支援の見直しの必要性の割合が大きい。
  - ✧ また、情報収集の量に関わらず、気温差に関する項目は相対的に情報収集の割合が小さい。

- ➢ 情報収集や支援の必要性の割合は概ね同等であることから、関係する何かしらの要因があるものと考えられる。
  - ✧ 情報収集の量に関わらず、「5. 家庭（日常）血圧の把握ができる体制を整える」の項目について、支援の見直しの必要性の割合が大きい。
  - ✧ 一方、情報収集の量が少ない事例群においては、「4. 目標血圧が確認できる体制を整える」の項目について支援の見直しの必要性の割合が大きい。

- ➢ 受容促進や新たな価値機能の獲得、セルフマネジメントに関する項目は、情報収集の割合が相対的に小さい、それに伴い支援の必要性や支援内容の位置づけの割合も小さい。
- ➢ 情報取集の量が少ない事例群に置いては、情報収集の割合よりも支援の必要性の割合のほうが大きい。
  - ✧ 情報収集の量に関わらず、「20. 受容促進のための働きかけの確認と継続的な支援体制を整える」「21. 抑うつの防止、改善の確認と継続的な支援体制を整える」「23. 新たな価値機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返し、残存機能と回復機能の限界を見つめることの支援）体制を整える」24. セルフケマネジメントに向けたリハビリテーションの支援体制を整える」「31. 新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える」の項目について、支援内容の位置づけの割合が小さく、支援の見直しの必要性の割合が大きい。

③ 大腿骨頸部骨折Ⅰ期

- ➢ 情報収集の量が少ない事例群では、検討案の提示により、支援内容の位置づけの割合が小さい項目

について、支援の見直しの必要性を認識したと考えられる。

- ✧ 情報収集の量に関わらず「4. 服薬管理が必要であることの理解をうながす支援体制を整える」「12. 家族の理解が促進される体制を整える」の項目について、支援の必要性及び支援内容の位置づけの割合が小さい。
- ✧ 情報収集の量が少ない事例群では、「14. 状態にあったADL/IADLの機能が向上できる体制を整える」「17. 日常生活における役割の回復・獲得の支援体制を整える」の項目について、支援の必要性及び支援内容の位置づけの割合が小さい。

④ 大腿骨頸部骨折Ⅱ期

- ➢ 栄養に関する項目、生活機能、外出に関する項目では、検討案の提示により支援の必要性を見直したと考えられる。
- ➢ 情報収集の量が少ない事例群では、ADL／IADLに関する項目について、検討案の提示により支援の必要性を見直したと考えられる。
  - ✧ 情報収集の量に関わらず、「9. 必要な栄養量の把握と食事の支援体制を整える」「11. 骨折前の生活機能の回復と支援の終結」の項目について、支援内容の位置づけの割合が小さく、支援の見直しの必要性の割合が大きい。
  - ✧ また、情報収集の量に関わらず、「12. 外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加の支援体制を整える」の項目について、支援の見直しの必要性の割合が小さい。
  - ✧ 情報収集の量が少ない事例群では、「7. ADL／IADLの状況の定期的な把握と共有ができる体制を整える」について、支援の位置づけの割合が小さく、支援の見直しの必要性の割合が大きい。
  - ✧ これらの項目は、検討案の提示により、支援の必要性を見直したと考えられる。

3. 他職種からの評価

介護支援専門員における標準化の取り組み及び検討案の事項について、他職種と意見交換を行った。

他職種からは、介護支援専門員における標準化の取り組みに対して、肯定的な意見が多くあげられた。特に、介護支援専門員への期待として、生活面の観点での利用者に関する情報の収集及び他職種との共有を求める意見が出された。一方で、疾患等に関する知識を得ることにより、介護支援専門員が本来は業務範囲外である医療的な判断を独断で利用者に対して提案してしまうことへの懸念もあげられた。

今後、検討案を現場に普及していくにあたって、適切に活用できるよう丁寧な説明により理解を促していくことが重要であると示唆された。そのためには、検討案の見せ方やツールの作成も検討が必要である。

意見交換会で他職種から出された主要な意見は以下のとおり。

≪意見交換会での主要な意見≫

- 標準化の取り組みに対する評価・期待について
  - ✧ 生活面の観点での情報収集にケアマネの強みがあると感じている。項目一覧にも生活面の観点からの記述が多く設けられており、その点は良かったと思う。
  - ✧ 今後はケアマネの持つ強みを他職種と連携する中でいかに活用していくかが重要になると思う。他の専門職の強みとケアマネの強みが相乗効果を生むことにつながれば良いと思う。
  - ✧ 現場では、基礎資格によって、ケアマネの知識レベルにバラつきが出ているが、検討案が普及することで、知識の不足を補うことが可能だと思う。
  - ✧ 今回の事業で、活字として確認すべき点を整理しているのは非常に良いと思った。活字になることで、わかっていたつもりになっていたが実際には理解が不十分だった点がよくわかった。
  - ✧ ケアマネがすべて対応するのは難しい。一人のケアマネとして、誰と連携したら良いか、誰につなげたら良いかという視点を持つことに今回の取り組みはつながれば良いと思う。

- 標準化の取り組みを進めるに際して留意すべき点について
  - ✧ 現場で使用する際には検討案の項目はあくまで最低限のものであると考えることが大切だと思う。検討案ですべてが網羅されていると考えると危険だと思う。個別性は常に忘れないで欲しい。
  - ✧ ケアマネによって報告内容や報告の頻度の差が大きい。医師としてはとにかく報告して欲しいと考えている。ケアマネが医療的知識を身に着けることは非常に重要であることだと思うが、ケアマネが患者に自分の判断で勝手に特定の治療方針を勧めるようなことがあれば、トラブルの原因になると思う。医療に関する知識を身につけることは大切だが、ケアマネが下手に『診断』をしないように留意して欲しい。まずは医療職に報告するというフローを明確にして欲しいと思う。

- 今後の普及に向けた「見せ方」の見直し・ツールの作成等について
  - ✧ 再発防止など、良い視点が入っていると思うので、現場で使ってもらえるような次の一手を考えて欲しい。デジタル化したらより使いやすいかもしれない。
  - ✧ 資料の構成としては、より簡略化した日常使い版があれば良いのではと思った。ケアマネは比較的、本人との距離が近いので、医師が聞けないような情報を本人から聞くことができるケースがある。その点には本当に感謝しており、情報の共有を進めていきたいと考えている。
  - ✧ 最低限の枠組みを検討案に基づいて作成し、利用者の個別性に応じて、他職種と連携しブラッシュ

アップしていくような活用のしくみ作りが重要ではないか。

- ✧ 個人的には、一覧表はどの専門職に橋渡しをしたら良いかを考える際の基礎情報として活用するものであると考えている。プランを他職種の知見を活かして、育てていくという意識を持つことが重要になると思う。
- ✧ 検討案は疾患別で作成されているが、実際は複合的な要素（認知症、糖尿病等）が影響して、現在の症状が生じているケースが一般的である。そのような場合に、どのように対応していくかが重要になると思う。

4. 昨年度検討案の見直し及び今後の普及に向けた取り組み

(1) 項目の見直し

検証及び他職種との意見交換等を通じて得られた要望を踏まえて、昨年度検討案について、以下のとおり見直しを行うこととした。

【共通】

- ✓ 「情報収集すべき専門職」を「相談すべき専門職」に修正

【脳血管疾患】

- ✓ キーワード「血圧確認」を「血圧等の体調の確認」に修正
- ✓ 「5. 家庭（日常）血圧の把握ができる体制を整える」を「5. 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える」に修正。支援の概要、必要性等の項目に「不整脈の発生状況の確認」を追加
- ✓ 「10. 塩分摂取状況を把握できる体制を整える」を「10. 栄養摂取状況を把握できる体制を整える」に修正
- ✓ 「32. 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる支援体制を整える」に「※誤嚥性肺炎の予防について別途確認」を追加

(2) 今後の普及に向けた取り組み

前述のとおり、検討案を現場に普及していくにあたっては適切に活用できるよう、介護支援専門員に対して、丁寧な説明により理解を促していくことが重要であり、そのためには、項目の内容をより現場の要望を反映したものとするとともに、検討案の見せ方やツールの作成の検討が必要であると考えられる。

検証及び意見交換会の場にてあげられた主要な要望を以下に掲載する。今後の普及に向けては現場からあげられた要望を踏まえた検討が重要となる。

【項目の内容に関する事項】

- ✓ 家族の介護負担やインフォーマルケアに関した記述の追加
- ✓ 住まいの場所を踏まえた記述の追加
- ✓ 併発疾患を考慮した記述の追加
- ✓ 認知面や高次機能障害に関する記述の追加

【検討案の「見せ方」の見直し・ツール作成に関する事項】

- ✓ 要点をおさえた概要版の作成
- ✓ チェックリストの作成
- ✓ 活用の手引書（マニュアル）の作成
- ✓ Web 版・電子版の作成
- ✓ 項目の優先順位づけ（重要な項目を太字にするなど）

第３章　新領域（心疾患）における素案作成の報告

第１節　対象疾患の選定

1. 対象疾患と選定理由

本調査研究事業は、第１章でも述べたように、利用者の有する疾患別に標準的なモデルを検討することとした。疾患に着目した検討であることから、地域連携クリティカルパスに着目し、これと連携する形での取り組みを起点とすることを狙った。各都道府県の疾患別の地域連携クリティカルパスの普及状況は次図表のとおり。

図表23.　各都道府県の疾患別の地域連携クリティカルパスの普及状況

No.	都道府県	疾患					
		がん	脳血管疾患（脳卒中）	急性心筋梗塞（心不全）	糖尿病	大腿骨骨折	精神疾患（認知症）
1	北海道	○	○	○	○	－	－
2	青森県	○	○	○	－	○	○
3	岩手県	○	○	○	予定	－	－
4	宮城県	○	○	－	予定	○	－
5	秋田県	○	○	－	－	－	検討
6	山形県	○	○	－	－	－	検討
7	福島県	○	○	－	－	－	－
8	茨城県	○	○	－	－	○	検討
9	栃木県	○	○	○	○	－	検討
10	群馬県	○	○	○	○	－	予定
11	埼玉県	○	○	－	－	－	－
12	千葉県	○	○	○	○	－	予定
13	東京都	○	○	－	○	－	検討
14	神奈川県	○	○	－	○	－	－
15	新潟県	○	○	－	－	－	予定
16	富山県	○	○	○	○	－	予定
17	石川県	○	○	○	○	－	検討
18	福井県	○	○	○	○	－	－
19	山梨県	○	○	○	－	○	－
20	長野県	○	○	○	○	－	○
21	岐阜県	○	○	○	○	－	○
22	静岡県	○	○	○	○	－	検討
23	愛知県	○	○	○	○	－	－
24	三重県	予定	○	○	予定	－	－
25	滋賀県	○	○	○	○	－	
26	京都府	○	○	－	－	○	－
27	大阪府	○	○	○	○	－	予定
28	兵庫県	○	○	○	○	○	○
29	奈良県	○	○	○	－	－	－
30	和歌山県	－	○	○	○	－	予定
31	鳥取県	○	○	○	予定	－	予定
32	島根県	○	○	－	○	○	－
33	岡山県	○	○	○	○	－	○
34	広島県	○	○	○	○	－	○
35	山口県	○	○	○	○	－	－
36	徳島県	○	○	○	○	－	－
37	香川県	○	○	予定	○	○	予定
38	愛媛県	○	○	予定	－	○	予定
39	高知県	○	○	検討	○	○	予定
40	福岡県	○	○	－	－	○	予定
41	佐賀県	○	○	○	○	－	－
42	長崎県	○	○	○	○	－	予定
43	熊本県	○	○	－	○	－	予定
44	大分県	○	○	－	－	－	予定
45	宮崎県	○	○	○	○	－	－
46	鹿児島県	○	○	○	○	－	○
47	沖縄県	○	○	検討	○	－	－

（出所）各都道府県レベルの医療計画（最新版）

※注　各都道府県の医療計画に記載があるかどうかをまとめたものであり、県内一部圏域で展開されているものは反映できていない可能性がある点に留意が必要。

こうした状況を踏まえ、平成 28 年度の調査研究では地域連携クリティカルパスがある程度普及している疾患のうち、以下の理由から「脳血管疾患」と「大腿骨頚部骨折」の２疾患を対象とし、検討が行われた。

図表24.　「脳血管疾患」と「大腿骨頚部骨折」の選定理由

対象疾患 （平成 28 年度）	選定理由
脳血管疾患	・要介護認定の原因疾患の最上位 ・医療から介護につながりにくいとの課題意識 ・地域連携クリティカルパスが普及している ・再発予防が重要である
大腿骨頚部骨折	・適切な支援を提供することによって改善の可能性が高い ・医療から介護につながりにくいとの課題意識 ・リハビリテーションの重要性や生活機能の視点から、介護支援専門員が理解しておく必要がある

本調査研究事業では、地域連携クリティカルパスがある程度普及している疾患のうち、以下の理由から「心不全」を対象とし、本事業における検討を行うこととした。

図表25.　「心不全」の選定理由

対象疾患 （本年度）	選定理由
心不全	・地域連携クリティカルパスが普及している ・医療と介護の連携の重要性が高い ・要介護認定の原因疾患の上位ではないが、発症率が高く、患者数が多い

2. 対象疾患選定の妥当性の確認

有識者に対するヒアリングならびに、検討会での検討を通じて、対象疾患選定の妥当性を検証した。

その結果、疾患を起点とした標準化を行うこと、そして、「心不全」を選定したことには一定の合理性があると認められ、対象疾患選定の妥当性が確認された。

ただし、後に課題として記述するように、将来的には、対象疾患の更なる拡大が期待される。

第２節　期間の設定

1. 期間の設定理由

本調査研究事業では、時期やステージに関係なく共通して適用すべき共通事項と当人の状態像に応じて区分を行ったⅠ期とⅡ期に分けて検討を行った。期間を設定して状態像を明確化することで、支援の方針を想定しやすくするとともに、状態の変化を踏まえたアセスメントやモニタリングの視点を盛り込みやすくすることを目指した。

Ⅰ期は、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と設定した。時期はあくまで目安であり、当人の状態に応じて前後する可能性がある点に留意が必要である。Ⅰ期における基本方針は長期的には生活機能の維持・向上、短期的には心不全のステージに応じた生活・暮らしの把握・改善・支援及び心理的な支援とした。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点に留意が必要である

Ⅱ期は、状態が安定から不安定な状況にある時期と設定した。Ⅰ期と同様、時期はあくまで目安であり、当人の状態に応じて前後する可能性がある点に留意が必要である。Ⅱ期における基本方針は長期的には生活機能の維持、短期的には心不全のステージに応じた生活・暮らしの把握・改善・支援、心理的な支援及びEOL(エンドオブライフ)に向けた準備とした。

時期の設定について、心不全は根治が望めない進行性かつ、致死性の悪性疾患であり、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有することを根拠とした。今後、標準化を行う疾患の対象範囲を拡大する際には、疾患別の特徴を踏まえた再検証が必要である。

2. 期間設定の妥当性の確認

有識者に対するヒアリングならびに、検討会での検討を通じて、期間設定の意義と期間の妥当性を検証した。その結果、期間を設定することの意義が確認された。

期間設定の妥当性に関しては、本調査研究事業の実証を行う中で、より妥当な期間を検証すること、また、疾患別に期間の設定を検討することを期待したい。

第４章　本調査研究事業のまとめ

第１章　本調査研究事業の成果

本調査研究事業の成果は、「昨年度検討案の実践現場における活用効果の検証結果」と、「心不全について、一定の条件下において想定される支援内容と知識の整理」である。「昨年度検討案の実践現場における活用効果の検証結果」については第２章で述べたとおりであるため、該当箇所を確認いただきたい。以下では、「一定の条件下において想定される支援内容と知識の整理」の結果について報告する。

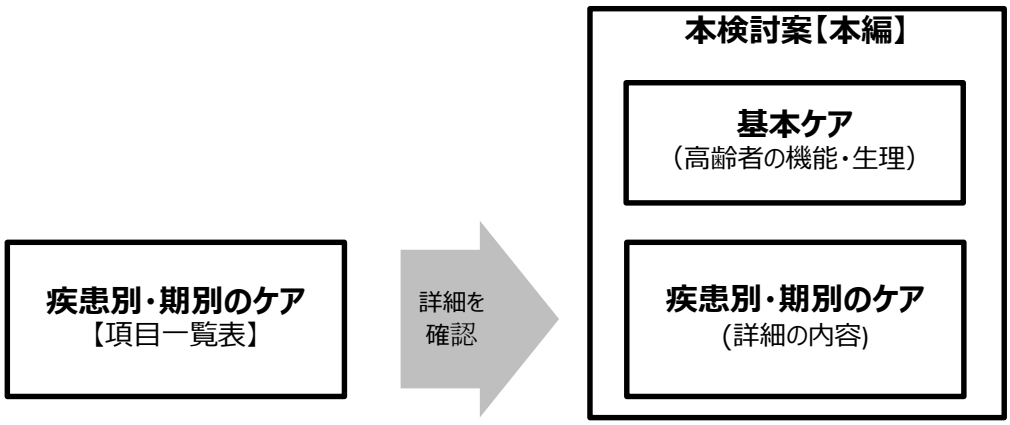
1. 成果物の構成

優れたケアマネジメントを行う介護支援専門員の思考プロセスに関する調査結果を踏まえて、一定の条件下において想定される支援内容を「項目一覧表」として整理し、上記を理解し分析可能とするために介護支援専門員が備えておくべき知識を「検討案」としてまとめた。（添付資料を参照）

実際に個別支援事例において検討案を活用する際は、「疾患別・期別のケア」の内容に加えて「基本ケア」の内容も併せて認識し、情報共有や検討の視点の参考としていただきたい。疾患別・期別のケアに掲載しているのはあくまでも疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容であるので、「基本ケア」に掲載しているような、高齢者の機能と生理に基づく、高齢者全般に共通する視点や支援内容を見落とさないよう、ご留意いただきたい。

疾患別・期別のケアに関して項目一覧表を作成した。ケアマネジメント実践の場面においては、まずは項目一覧表を参照して、視点や必要性が想定される支援内容を参照し、その詳細について確認する必要があれば、本編の該当箇所を閲覧するといった活用方法が考えられる。

図表26.　本検討案の活用方法のイメージ



検討案は、介護支援専門員あるいは介護支援専門員の指導を担当する者、地域包括支援センター、保険者（自治体）が利用することを想定している。

具体的に想定している活用方法・活用場面は以下のとおり。

なお、今年度整理した「心不全」の項目一覧の内容は継続検討中である。内容の精査は今後の課題

であり、完成版ではない点に留意いただきたい。

2. 活用方法

介護支援専門員による活用

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

指導担当者による活用

- 介護支援専門員の成長は座学によってのみ成されるものではなく、実践を通じた学びによって知識・技術あるいは考え方・姿勢が積み重ねられていくものである。したがって、事業所や地域において初任段階の介護支援専門員の指導・支援を担う指導者においては、初任段階の介護支援専門員の「実践を通じた学びの支援 (OJT)」を重要視する必要がある。
- 限られた業務時間の中で OJT を効果的なものとするためには、初任段階の介護支援専門員が「何がわからないでいるのか」「何につまずいているのか」を把握し、適切な助言や支援を提供することが重要だが、初任段階の者が「何がわからないかがわからない」ことも多く、それが OJT を難しくしている一因でもある。
- そこで、初任段階の者が担当する事例について、事業所での指導あるいは同行訪問等の指導の場面において、前述したように本検討案の項目一覧表を情報の収集・分析、検討の視点のチェックリストとして活用し、初任段階の者のつまずきを明らかにしたうえで指導・支援を行うような活用方法が有効だと考えられる。

地域包括支援センターにおける活用

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

れる。

保険者(自治体)における活用例

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

3. 活用上の留意点

本人の生活を総合的に捉え、個別化することが必要

- 本検討案は、各疾患を持つ方について、退院後の時期ごとに、ケアプランに盛り込みうる可能性のある支援内容を整理したものである。
- 先行する論文等のエビデンス及び現場におけるケアマネジメント実践に基づいて「基本（標準）的に必要と考えられる」支援内容を整理したものであり、すべての支援内容がすべての方に必要というものではない。
- あくまでも疾患の療養の側面から必要と考えられる内容を整理したものであるため、高齢者の生活支援や健康管理全般に共通する支援の必要性については、この検討案とは別に確認する必要がある。また、支援の内容についてもあくまでも一般的に考えられるものを整理し記載しているため、本人の生活状況、地域の特性等を総合的に捉え、「個別化」の視点に立ったケアプランの作成が必要なことはいうまでもない。例えば、健康状態の確認を実施するにしても、介護給付サービスの中での実施だけでなく、同居する家族等が確認する、インフォーマル資源を活用する、自費サービスを活用する等、ケアプランに落とし込む段階では、地域資源や本人の生活の状況や生活の意向に応じた検討及び本人との合意が必要である。

多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する

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

入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する

- 本検討案では、退院してから在宅での生活への移行が円滑に進み、かつ、そうした環境が大きく変わるタイミングに必要な可能性のあるケアが十分に検討されるようとりまとめを行った。この前段

階として、入院時から在宅へと移行するにあたり、切れ目のないケアが提供されるような体制を整えることにより、できる限り早期に生活を安定させ、自らできることを増やすような取り組みへと進んでいくことが期待される。

・　また、同居する家族がいる場合、退院直後は同居家族にとってもどのように看護や介助に関わり、生活を支えていけば良いかわからず、大きな不安を抱えることもある。こうした同居家族の不安を軽減するためにも、退院後から在宅へと移行する際に、切れ目のないケアが提供される体制を整えることが重要となる。

・　一方、高齢者の多くは複数の疾患を有しているため、入退院を繰り返す場合も多い。こうしたときに、それまでの在宅における生活の状況を入院先あるいは入所先に情報共有し、その人にとっての生活の目標や、必要とされるケアの内容等を伝達することも、切れ目のないケアが提供される体制整備の点で重要である。

なお、検討案の記載においては、想定される支援内容を網羅的に記載していることから、解説は重複する内容がある点についてご留意いただきたい。

第２節　今後の課題

本調査研究事業では、「脳血管疾患と大腿骨頸部骨折の検討案の完成に向けた実践現場における活用効果の検証」と、「新たな疾患群として心不全の検討案の作成」を行い、前述のとおり、検討案についてはその内容の妥当性と、ケアマネジャーにとっての活用効果が検証された。また、心不全についても検討案の作成が完了した。

本調査研究事業で実施してきた取り組みの効果を普及していくためには、今後、引き続き以下のような検討が必要である。

（長期的な効果を検証するための評価設計及びデータ蓄積のしくみづくり）

本年度の検証では、ケアマネジャーにとっての理解度・納得度を中心に、本項目を活用することによるプロセスの視点での効果検証を行った。今後、アウトカムやインパクトの評価を行うため、必要な評価項目の設計や、評価に必要なデータを蓄積するしくみづくりを検討する必要がある。

具体的には、本項目を適用することによって、その事例における利用者・家族のＱＯＬ、あるいは健康状態、ＡＤＬ／ＩＡＤＬ等がどのように変化したか等を時系列で分析できるようなデータセットの整備に向けた検討が必要である。

（他の疾患群等に着目した項目一覧の充実）

本年度までの検討において、３つの疾患群に着目した項目案の作成、及び検証を進めてきた。このような手法によって項目一覧を作成していくことの妥当性・有効性が確認されたことから、今後、引き続き他の疾患群等に着目した項目一覧の充実を進めていく必要がある。

また、要介護高齢者の多くは、単一の疾患のみではなく、複数の疾患を有している。したがって、項目一覧の種類が増えるに伴い、複数の項目を重ね合わせて活用する場面が増える。こうした場合に、確認すべき項目の総数が多くなることから、それら重複の整理や、あるいは項目によってはどちらの項目を優先するかの判断が求められるため、複数の項目一覧を併せて活用する場合の実務的な課題や工夫についても併せて検討・検証する必要がある。

（普及に向けたわかりやすいツールや展開方法の検討）

現在の案は項目が体系的に整理されており、専門的見地からはこのくらいの項目数が必要ということが検証を通じて確認されたが、今後、さらに多くのケアマネジャーが活用できるよう普及していくためには、普及に向けたわかりやすいツールやその展開方法を検討する必要がある。

具体的には、支援の可能性が考えられる項目だけをわかりやすく一覧化し、ポイントを説明した簡易テキストやアセスメントの結果を入力することでチェックすべき点をハイライトする簡易なアプリケーションのようなツールが考えられる。また、展開方法としては、法定研修の中で本項目を副教材として活用したり、事業所内あるいは地域における事例検討等の法定外研修で取り上げたりすることが考えられる。

巻末資料・別冊資料

本事業の成果物及び検討経過に使用した資料・文献等は以下のとおりである。

- 巻末資料1　検討案
- 巻末資料2　項目一覧
- 巻末資料3　ケアマネジメントの標準化に関する概念図
- 巻末資料4　実証データ分析結果
- 巻末資料5　文献リスト
- 別冊資料1　検討案・項目一覧　修正版（脳血管疾患・大腿骨頸部骨）

巻末資料1　検討案

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進事業
「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」（実施主体：株式会社　日本総合研究所）

ケアマネジメントにおける
アセスメント/モニタリング標準化

「心不全」がある方のケア
【検討案】

平成 30 年 3 月 31 日

株式会社　日本総合研究所

※本資料の内容は継続検討中であり、完成版ではありません。

目 次

※本書は継続検討中であり、完成物ではありません。

第 1 章　本検討案作成の目的と活用方法 1

1. 本検討案作成の目的と適用範囲 1

(1)背景 1

(2)目的 1

(3)標準化の考え方 1

(4)適用範囲 2

2. 本検討案及び添付様式の活用方法と留意点 2

(1)活用方法 2

（介護支援専門員による活用） 2

（指導担当者による活用） 3

（地域包括支援センターにおける活用） 3

（保険者（自治体）における活用） 3

(2)留意点 3

（本人の生活を総合的に捉え、個別化することが必要） 3

（多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する） 4

（入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する） 4

3. 疾患別ケアマネジメントの構成に関する説明と活用方法 5

第 2 章　基本ケア 6

1. 病状・病態予測と予防の重要性 6

1-1 食事と栄養 6

1-1-1 健康を維持するための栄養の確保と指導 6

1-1-2 食事の状態の確認 8

1-2 嚥下 9

1-2-1 食事するための環境の確保 9

1-2-2 食形態の工夫 10

1-2-3 生活リズムを整える 12

1-3 口腔ケア 13

1-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 13

1-3-2 口腔ケアの援助 14

1-3-3 口腔乾燥の防止 14

1-4 服薬管理の支援 15

1-4-1 服薬支援 15

2.家庭や地域での役割を見出す 17

2-1 身体機能の維持・向上 17

2-1-1 自宅での活動の確保 17

2-1-2 外出の機会の確保 18

2-2 排泄 20
2-2-1 排泄に関わる本人の状態を確認する 20
2-2-2 排泄環境を確保する 22
2-3 コミュニケーション 24
2-3-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定 24
2-3-2 コミュニケーション方法の再構築 25
3. 生活の場における安全管理 27
3-1 身体機能の低下を防ぐ 27
3-1-1 転倒・骨折予防 27
3-1-2 廃用予防 27
3-2 嚥下 29
3-2-1 食事するための環境の確保 29
3-2-1 食形態の工夫 30
3-3 口腔ケア 32
3-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 32
3-3-2 口腔ケアの援助 33
3-3-3 口腔乾燥の防止 33
3-4 感染予防 34
3-4-1 清潔ケア 34
3-4-2 感染症の予防 36
3-4-3 感染症の早期発見と治療 38
4.家族支援 40
4-1 家族の受容に対する支援 40
4-1-1 家族の知識、技術の習得の支援 40
4-1-2 家族の生活ペースの再設計 41
4-1-3 精神的サポート 42
4-2 摂食動作・認知障害 44
4-2-1 理解 44
4-2-2 支援 44
4-3 排泄 45
4-3-1 状態の把握 45
4-3-2 支援 45
4-4 コミュニケーション 46
4-4-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定 46
4-4-2 コミュニケーション方法の再構築 48
第3章 心不全 50
1. 心不全の基本的理解 50
(1)心不全の特徴 50
(2)心不全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 50
心不全 共通 51
1. 再入院の予防 51

1-1 疾病の理解と確実な服薬 51
1-1-1 基本的な疾病管理の支援 51
1-1-2 服薬支援 53
1-1-3 併発疾患の把握と管理 55
1-2 自己管理能力の向上とリスクの管理 57
1-2-1 体重の管理 57
1-2-2 塩分量・水分量のコントロール 58
1-2-3 血圧の管理 62
1-2-4 活動制限が守られることの支援 64
1-2-5 感染症の予防 65
1-2-6 排泄にともなるリスクの管理 67
1-2-7 非日常的な活動のリスクの管理 67
1-3 療養を続けるための環境・体制の整備 68
1-3-1 負荷のかかる環境の改善 68
1-3-2 チームケア体制の整備 70
1-3-3 急変時の対応体制の整備 71
心不全　Ⅰ期 72
2.　生活機能の維持・向上 72
1-1 心不全のステージに応じた生活・暮らしの把握 72
1-1-1 ステージに応じた生活・暮らしの現状の把握 72
1-2 ステージに応じた生活・暮らしの改善 75
1-2-1 ステージに応じた生活・暮らし方の改善 75
1-3 ステージに応じた生活・暮らしの支援 77
1-3-1 ステージに応じた生活・暮らし方の支援 77
1-3-2 活動と参加に関わる能力の維持・改善 78
1-3-3 入浴習慣の支援 80
1-3-4 休養・睡眠の支援 82
1-3-5 栄養バランスの支援 83
1-3-6 飲酒量のコントロール 85
1-3-7 禁煙の支援 86
1-3-8 本人・家族への生活習慣を変えることの支援 87
1-4 心理的な支援 88
1-4-1 本人・家族の不安の軽減 88
1-4-2 専門的支援の提供 89
心不全　Ⅱ期 90
3.　生活機能の維持 90
1-1 ステージに応じた生活・暮らしの把握 90
1-1-1 望む生活・暮らしの意向の把握 90
1-2 ステージに応じた生活・暮らしの改善 91
1-2-1 継続的なリハビリテーションの実施 91
1-3 ステージに応じた生活・暮らしの支援 92

1-3-1 ステージに応じた活動と参加に関わる能力の維持・改善 92
1-3-2 入浴習慣の支援 94
1-3-3 休養・睡眠の支援 95
1-3-4 栄養バランスの支援 96
1-3-5 飲酒量のコントロール 97
1-3-6 禁煙の支援 98
1-3-7 本人・家族への生活習慣を変えることの支援 99
1-4 心理的な支援 100
1-4-1 本人・家族の不安の軽減 100
1-4-2 専門的支援の提供 101
1-5EOL(エンドオブライフ)に向けた準備 101
1-5-1 本人・家族の不安の軽減 101
第4章 多職種連携の重要性 103
1. 多職種連携の重要性 103
(1)入院・入所時の多職種連携 103
(2)かかりつけ歯科医との連携 103
(3)かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携 104
2.かかりつけ医との連携の重要性 105

第 1 章　本検討案作成の目的と活用方法

1．本検討案作成の目的と適用範囲

(1)背景

・　全国の各地域において、2025 年を目標に地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが進んでいる。ケアマネジメントは地域包括ケアシステムを構成する様々な要素を繋ぎ、高齢者ができる限り住み慣れた地域において暮らし続けられるよう支援するための重要な機能である。

・　一方で、地域における高齢者の生活のありようが多様化し、ケアマネジメントにおいて取り扱うべき社会資源の範囲も広がっている。その結果、介護支援専門員はこれまで以上に多くの情報を収集・分析し、ケアマネジメントを推進していく必要に迫られている。

・　こうした状況において、今後は、介護支援専門員が一人ですべての情報の収集・分析を担うのではなく、これまで以上に多職種間での連携を進め、高齢者一人ひとりの生活や意欲を汲んだ、本人の状態の維持・改善に向けた支援が求められている。

・　具体的には、各地域における包括的・継続的ケアマネジメント支援として、保険者（自治体）や地域包括支援センターによる介護支援専門員向けの相談対応や研修の実施、地域ケア会議の開催等の取り組みが行われている。

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

(2)目的

・　本検討案は、自立支援に資する適切なケアマネジメントの推進、具体的には介護支援専門員個々が作成するのケアプランの内容やケアマネジメントに関するばらつきの縮小を目的として、一定の条件下において想定される支援内容の整理と共有化を試みたものである。

・　こうした整理により、介護支援専門員に対し必要な知識を付与することで、既に実施しているケアマネジメントプロセスにおいて、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用でき、効果的なアセスメントを可能にし、サービス担当者会議の機能を高め、結果として、現在の生活課題の把握及び生活の将来予測が可能となり、 多職種との役割分担や協働の推進、ひいてはケアマネジメントの質の向上を図ろうとするものである。

・　なお、行われるべき支援として想定される支援内容の中には、基礎疾患の種類にもよるが、必然的に医療によるケアを必要とするものが多く含まれる。療養に係る判断や利用者の状態が悪化したときの対応等は、当然、まず「医療につなぐこと」が重要であることは言うまでもない。ただし、そうした連携を円滑に行うことができるようにするためにも、ケアマネジャーが医療によるケアが必要な場面について基礎的な知識を持っておくことが求められる。ケアマネジメントの標準化により、ケアマネジャーが医療との関わりについて理解しやすくなることを企図する。

(3)標準化の考え方

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

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

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

(4)適用範囲

・ 本年度の検討では、要介護認定の起因疾患として多い疾患の中から、「脳血管疾患」と「大腿骨頚部骨折」を選んで検討を行った。なお、これらの疾患については、医療における「連携パス（クリティカルパス）」の整備や活用が行われている例が多い疾患でもあるため、退院後から在宅生活への円滑な移行やその状態に応じた支援の検討が行われやすいとも考えられる。

・ 退院後（急性期あるいは回復期からの退院後）、在宅に移行した後に必要と考えられる支援内容については、退院後の時期によって変化することから、本事業においては退院後の時期に着目して「Ⅰ期（概ね退院後 3 ヵ月程度）」と「Ⅱ期（4 ヵ月以降）」と整理した。3 ヵ月としたのは、診療報酬上リハビリテーションにおいて急性期からの退院後のフォローが算定される時期でもあり、生活が安定して在宅における療養を続けていく体制を整えるまでの時期として整理できると考えられたためである。

2. 本検討案及び添付様式の活用方法と留意点

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

(1)活用方法

（介護支援専門員による活用）

・ 目的に示したとおり、本検討案は介護支援専門員の資質向上を目的として整理したものであるため、まずは日々のケアマネジメントの実践において介護支援専門員に検討案を活用していただきたい。具体的には、本検討案が想定した状態の本人を担当することとなったときに、（再）アセスメントあるいはケアプラン原案の作成の段階で、本検討案を参考に支援内容の必要性を検討していただきたい。

・ 本検討案に記載したような内容が暗黙知として身についている経験豊富な介護支援専門員の場合は、担当する都度、毎回参照する必要はなく、数ヵ月に一度程度、自らのケアマネジメント実践を振り返る機会に参照するような活用方法が考えられる。

・ 一方、初任段階の介護支援専門員においては、（再）アセスメントやケアプラン原案の作成段階において持つべき視点、必要な支援についての仮説を想起できないといった課題もある。こうした場合には、該当する事例を担当する都度に、本検討案の添付一覧表をチェックリストのような形で活用して、情報の収集・分析、検討の視点に抜け漏れがないようにするといった活用方法も有効であろう。

（指導担当者による活用）

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

（地域包括支援センターにおける活用）

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

（保険者（自治体）における活用）

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

(2)留意点

（本人の生活を総合的に捉え、個別化することが必要）

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

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

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

（多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する）

・ 本検討案に挙げた支援の必要性を判断するための情報は、すべて介護支援専門員が一人で集めるのではなく、他の職種との連携によって収集することが必要である。また、支援の必要性の判断においても、療養に関わる点も含まれることから、すべて介護支援専門員が一人で判断するのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめ適切な職種の判断を仰ぐようにすることも留意が必要である。

・ 一方、他の職種における判断を円滑にするには、介護支援専門員から他の職種への情報提供も必要である。その際、どのような支援の必要性の判断のための情報共有なのかを見定めて、必要な情報をわかりやすく共有し、各職種の判断・意見を把握するよう留意する。

（入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する）

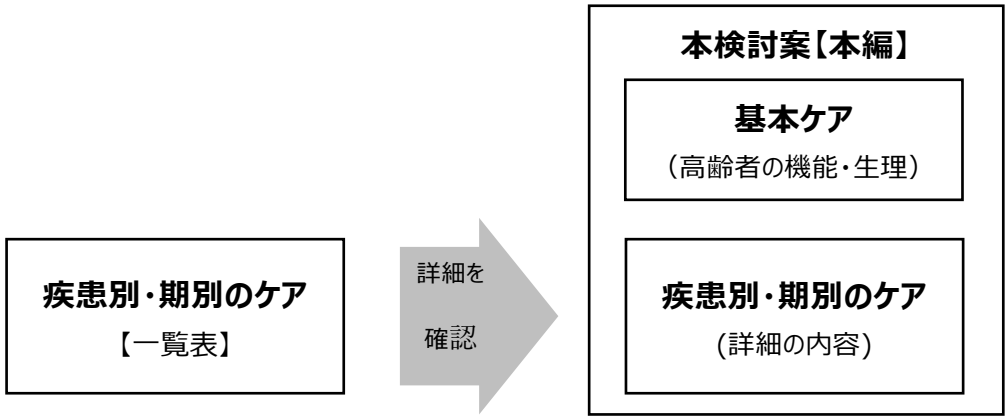
・ 本検討案では、退院してから在宅での生活への移行が円滑に進み、かつそうした環境が大きく変わるタイミングに必要な可能性のあるケアが十分に検討されるよう、退院後生活が安定するまでの「Ⅰ期」と、その後生活の維持を目指す「Ⅱ期」に分けてとりまとめを行った。この前段階として、入院中から在宅での生活へと移行するにあたり、医療、リハビリテーション、介護をはじめ、生活支援サービスや福祉サービスを含め、切れ目のないケアが包括的に提供されるような体制を整えることにより、できる限り早期に生活を安定させ、自らできることを増やすような取り組みへと進んでいくことが期待される。

・ また、同居する家族がいる場合、退院直後は家族にとってもどのように介護に携わり、生活を支えていけば良いか分からず、大きな不安を抱えることもある。こうした同居家族の不安を軽減するためにも、退院後から在宅へと移行する際に、切れ目のないケアが提供される体制を整えることが重要となる。

・ 一方、高齢者の多くは複数の疾患を有しているため、入退院を繰り返す場合も多い。こうしたときに、それまでの在宅における生活の状況を入院先あるいは入所先に情報共有し、その人にとっての生活の目標や、必要とされるケアの内容等を伝達することも、切れ目のないケアが提供される体制整備の点で重要である。

３．疾患別ケアマネジメントの構成に関する説明と活用方法

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



・　一方、疾患別・期別のケアは、該当する疾患を有する高齢者の期別（退院後の時期別）に、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について整理している。
・　個別支援事例において本検討案を活用する際は、「疾患別・期別のケア」の内容に加えて「基本ケア」の内容も併せて参照し、情報共有や検討の視点の参考として頂きたい。疾患別・期別のケアに掲載しているのはあくまでも疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容であるので、「基本ケア」に掲載しているような、高齢者の機能と生理に基づく、高齢者全般に共通する視点や支援内容を見落とさないよう、ご留意頂きたい。
・　なお、本検討案は、本編に掲載している内容を一覧して参照できるようにした添付の一覧表（簡易版）で構成されている。ケアマネジメント実践の場面においては、まずは一覧表（簡易版）を参照して、視点や必要性が想定される支援内容を参照し、その詳細について確認する必要があれば本編の該当箇所を閲覧するといった活用方法が考えられる。
・　本検討案においては、想定される支援内容を網羅的に記載しており、解説は重複する部分があることについてご留意いただきたい。

第２章　基本ケア

１．病状・病態予測と予防の重要性

1-1 食事と栄養

1-1-1 健康を維持するための栄養の確保と指導

（ｉ）十分な栄養が確保される環境を整える

実施内容

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

食事で十分に栄養を確保できていないことが分かった場合、主食、主菜、副菜、汁物を1日 3 回、規則的にバランスよく摂取するように、栄養指導する。原則として、食事をしっかりとって栄養を確保することが重要だが、必要に応じて、栄養補助剤を併用することで十分な栄養が補給されるように環境を整える。

必要性

食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要である。栄養改善は、疾患の予防、悪化防止、リハビリを行うための基礎体力づくりにも繋がるため重要である。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

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

（ⅱ）生活習慣病の起因となる食生活が行われていないか確認して、必要に応じて食生活の改善を指導する

実施内容

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

高齢者の場合、食べる意欲を維持し、豊かな食生活を実現するために、必要以上の制限が行われないように留意する。

必要性

食事は心身の健康を維持するために重要な要素である。生活習慣病の起因となる食生活が行われている場合もあることから、食生活について確認して改善を指導することが必要となる。便秘を生じている場合には、食生活のリズムの確認や食事内容の確認を含む。便秘は排便の際にいきむことで、血圧の上昇を招いて脳血管疾患に繋がる可能性があるためである。

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

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

（iii）適切な水分補給を支援する

実施内容

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

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

必要性

高齢者は代謝機能の変化によって、水や電解質のバランスを保つ調整能力の低下や、細胞内の水分量の低下がみられる。そのため、高齢者は水分のバランスを崩して脱水状態を起こしやすい状態にある。一方で、排尿回数を減らすために、水分を控える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れる等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要である。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

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

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員　等

1-1-2 食事の状態の確認

（ⅰ）本人の様子を観察して、食欲が普段とおりあるかを確認できる環境を整える

実施内容

体重の増減や BMI 値を使って栄養状態を把握する。食欲の有無について本人や家族に確認をして、食欲がない場合には、起因を探るため、1日の行動をたずねたり、体調の変化の有無と、変化が起きたとき、食欲がないとき、気になるエピソード等を聞きだす等して、状況を把握する。

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

必要性

食欲の有無は身体の健康や心の状態を図るうえで重要である。

高齢者の身体の異常や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにする。咀嚼、嚥下力の低下や、薬の副作用で食欲が落ちて、低栄養の状態に陥る場合もあることから、専門職と連携して対応する。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員　等

（ⅱ）本人が食事を楽しむことができるように支援する

実施内容

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

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員　等

1-2 嚥下

1-2-1 食事するための環境の確保

（ｉ）食事中に適切な食事の姿勢が確保されるように支援する

実施内容

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

必要性

食事中の姿勢によって、筋疲労が起きることがある。

適切な食事の姿勢を確保することで、誤嚥を防ぐことができる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

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

実施内容

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

食事に十分な時間が確保できないために、本人の残存能力を無視した過剰な食事介助がなされないように留意する。

必要性

本人の嚥下能力を超えるスピードでの食事は、窒息の起因となる。

少量ずつよく噛んで食べることは、誤嚥を防ぐとともに、消化を助ける。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

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

1-2-2 食形態の工夫

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

実施内容

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

必要性

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

嚥下障害がある場合には飲み込みやすい食形態を選ぶ必要がある。

本人の咀嚼機能が低下している場合には刻み食を選択する。

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

に指導することが期待される。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員　等

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

実施内容及び必要性

本人の咀嚼能力や嚥下能力によって、食べやすい量は異なる。

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

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 口腔の状態

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員　等

1-2-3 生活リズムを整える

（ｉ）食事の際に目覚めていられるように睡眠・覚醒リズムを把握して、生活リズムが整うように環境を整備する

実施内容及び必要性

口から食べるためには、覚醒している状態が必要である。

食事の時間に覚醒した状態となるように、朝の覚醒時刻の見極めが重要となる。

特に認知症を患っている場合には睡眠・覚醒リズムが乱れやすく、また自分で生活リズムを整える事は難しいため、生活リズムを規則正しくする支援が受けられる環境の整備が必要となる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

（ⅱ）規則正しい食事が取れるような環境を整備する

実施内容及び必要性

規則正しい生活は、睡眠や排泄のリズムを整えることに役立つ。

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員　等

1-3 口腔ケア

1-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

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

実施内容

口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか観察する。

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

必要性

口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。

口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少に繋がったり、虫歯や誤嚥に繋がる。

正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮に繋がる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下に繋がる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。

異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員　等

1-3-2 口腔ケアの援助

（ｉ）適切な口腔ケアが行われるような体制を整える

実施内容

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

必要性

適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員　等

1-3-3 口腔乾燥の防止

（ｉ）口腔内の乾燥に留意し、専門職によるケアがなされるように体制を整える

実施内容

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

必要性

水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が表れることがある。
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。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員　等

1-4 服薬管理の支援

1-4-1 服薬支援

（ⅰ）服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える

実施内容及び必要性

再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。疾患を理解することで、継続的な正しい治療や生活の改善を目指す。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員　等

（ⅱ）薬を管理できる支援体制を整える

実施内容及び必要性

指示とおりの服薬が必要である。処方された薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことが重要である。服薬状況について、PT//OT//ST、介護職と共有する。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

（iii）服薬の促し（声かけ）と服薬したことの確認ができる体制を整える

実施内容

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

必要性

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

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員　等

2.家庭や地域での役割を見出す

2-1 身体機能の維持・向上

2-1-1 自宅での活動の確保

（ｉ）家庭内での役割分担を設定して、本人が動く機会を確保する

実施内容

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

（ⅱ）本人の残存能力を引き出せるよう、家族の理解と支援を引き出す

実施内容

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

必要性

日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいに繋がる。

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

（iii）本人の残存能力に合わせた支援が行われており、過度な生活支援が行われないように留意する

実施内容及び必要性

日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいに繋がる。

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

2-1-2 外出の機会の確保

（ｉ）外出がしやすい環境を整える

実施内容

本人の身体状況・動作能力、家屋の立地状況等に応じて、外出支援を行う。

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

（ⅱ）家族以外の第三者と交流する機会を設定する

実施内容

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

2-2 排泄

2-2-1 排泄に関わる本人の状態を確認する

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

実施内容

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

（ⅱ）自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる環境を整える

実施内容

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

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

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

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

必要性

排泄は人間の生命を維持するうえで重要な機能である。

排泄の自立を保つことは、本人の自尊心を高めることにも繋がる。また、家族にとっても排泄の世話は、精神的、身体的に負担が大きい介護となる。排泄上の障害を取り除き、排泄の自立を高める事が期待される。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

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

実施内容

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

必要性

必要な量の食事や水分の摂取は、排泄に不可欠な要素である。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

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

（iv）本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う

実施内容

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

2-2-2 排泄環境を確保する

（ｉ）物理的な排泄環境の整備

実施内容

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

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

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

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

環境の確認には専門職の支援を引き出すことが有効である。

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

（ⅱ）排泄補助用具の使用状況を確認して、本人の機能に合った使用をうながす

実施内容

排泄補助用具が本人の状態に合わせて使用されているか確認して、なるべく本人による自立した排泄をうながす。

不必要な排泄補助用具の使用は、家族の希望による場合が多いので、家族の理解と支援を引き出す。

必要に応じて、排泄介助を検討する。

必要性

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

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

2-3 コミュニケーション

2-3-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定

（ⅰ）本人と家族のコミュニケーションの状態を把握する

実施内容

本人と最も身近な家族を含む他者とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができているかを把握する。

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

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身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。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

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

実施内容

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

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

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

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

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身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。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

2-3-2 コミュニケーション方法の再構築

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

実施内容

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

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

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

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身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。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

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

実施内容

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

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

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身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。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

3. 生活の場における安全管理

3-1 身体機能の低下を防ぐ

3-1-1 転倒・骨折予防

*大腿骨頚部骨折の基本方針を参照

3-1-2 廃用予防

（ⅰ）動かない状態にしないように、リハビリが受けられる環境を整える

実施内容

専門職と連携して、必要なリハビリが行われる環境を整える。

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

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

実施内容

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

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

を整えることも必要である。

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

必要性

廃用を予防するため、本人が動きやすい環境を整える。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 離床の時間
- 居室や自宅周辺の環境
- １日の生活リズム
- 本人の生きがい
- 動きやすい環境であるか（垂直運動が少なくて済むか、段差がないか等）
- 過去の転倒の有無
- 動線

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

（ⅲ）動くことによる痛みを軽減して、動きたくないと思うことを防ぐ

実施内容

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

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

必要性

動くことで生じる関節の痛み等を取り除くことで、身体を動かすことをうながす。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

（ⅳ）本人・家族の、動くことに対する心理的不安を軽減する

実施内容

専門職と連携して、本人・家族の、動くことに対する心理的不安を軽減する。

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

3-2 嚥下

3-2-1 食事するための環境の確保

（ⅰ）食事中に適切な食事の姿勢が確保されるように支援する

実施内容

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

必要性

食事中の姿勢によって、筋疲労が起きることがある。

適切な食事の姿勢を確保することで、誤嚥を防ぐことができる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

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

実施内容

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

食事に十分な時間が確保できないために、本人の残存能力を無視した過剰な食事介助がなされないように留意する。

必要性

本人の嚥下能力を超えるスピードでの食事は、窒息の起因となる。

少量ずつよく噛んで食べる事は、誤嚥を防ぐとともに、消化を助ける。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

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

3-2-1 食形態の工夫

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

実施内容

嚥下障害がある場合には飲み込みやすい食形態を選ぶ必要がある。

本人の咀嚼機能が低下している場合には刻み食を選択する。

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

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

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

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

実施内容

本人にとって適切な一口量で食べることができるようにする。

必要性

本人の咀嚼能力や嚥下能力によって、食べやすい量は異なる。

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 口腔の状態

相談すべき専門職

看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員　等

3-3 口腔ケア

3-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

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

実施内容

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

必要性

口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか観察する。

口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減退や食事の量、食品数が減少することも考えられる。

口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少に繋がったり、虫歯や誤嚥に繋がる。

正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮に繋がる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下に繋がる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員　等

3-3-2 口腔ケアの援助

（ｉ）適切な口腔ケアが行われるような体制を整える

実施内容及び必要性

適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。

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

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

本人による口腔ケアが難しい場合、必要に応じて介助が得られる環境を整える。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員　等

3-3-3 口腔乾燥の防止

（ｉ）口腔内の乾燥に留意し、専門職によるケアがなされるように体制を整える

実施内容

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

必要性

水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が表れることがある。

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。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

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

3-4 感染予防

3-4-1 清潔ケア

（ｉ）清潔ケアの状態と本人の希望や状態を把握する

実施内容

清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケアが受けられる環境を整える。

清潔に対する意識は、本人や家族の生活習慣や生活歴、家族背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応することが必要となる。

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員　等

（ⅱ）本人の希望や状態に応じて、必要な支援サービスの利用を検討する

実施内容

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

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

（ⅲ）本人の入浴や家族による入浴介助が容易になるような入浴環境を整備する

実施内容

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

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 入浴の物理的環境
- 本人の身体能力
- 家族の介助能力

- 経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か）

相談すべき専門職
看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

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

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

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

関連するアセスメント項目
上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。
- 皮膚の異常がみられるか
- 座位保持ができるか、ふらつく等の症状がないか
  - 介護職と連携して、異常の早期共有を行う
  - 情報は医療職と共有して異常の早期発見に繋げる
  - リハビリ専門職と共有して必要な支援が受けられるようにする

相談すべき専門職
かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

3-4-2 感染症の予防

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

実施内容
家族の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるようにうながすことが重要である。
感染症を防ぐためには、感染経路を断つことが重要である。居室内のほこりは、カビが生える等して感染症を引き起こす起因となるため、居室の衛生を保つことが重要である。
外出によって本人や家族が外部からウイルスや細菌を持ち込むため、手が触れる箇所の清掃を念入りに行うことも有効である。

部屋の換気は定期的に行う。

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員　等

（ⅱ）本人や家族が手指衛生の徹底や、うがいの実施、咳エチケットの指導を受けられる環境を整備する

実施内容

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

必要性

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

家族によって外部から細菌が持ち込まれることを防ぐことが重要となる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員　等

（iii）口腔内の衛生状態が保たれるよう支援する

実施内容

口腔内の衛生を保つことで、細菌の繁殖を抑えて呼吸器感染症を予防する。

口腔ケアは１日のうち複数回に分けて定期的に実施される必要があることから、本人や家族の理解を促し、継続的に口腔ケアが実施される環境を整えることが必要である。

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員　等

3-4-3 感染症の早期発見と治療

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

実施内容

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

必要性

高齢者は、生体防御機能の低下が起こる。炎症反応が弱く、発熱や痛みの訴えが弱い場合があることに留意する。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 感染症の初期症状の有無

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員　等

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

実施内容

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

必要性

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

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

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

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

4.家族支援

4-1 家族の受容に対する支援

4-1-1 家族の知識、技術の習得の支援

（ｉ）疾患の理解の程度を把握し、必要な情報が得られるような環境を整える

実施内容

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

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

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

（ii）起こりうる病状の変化や、症状、家族に求められる観察や一次対応について、説明を受けられる機会を確保する

実施内容及び必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

つけ医や訪問看護ステーションとの連携を確認する

相談すべき専門職
かかりつけ医、看護師、薬剤師、介護職、介護支援専門員　等

4-1-2 家族の生活ペースの再設計

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

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

必要性
在宅での生活を行うためには、家族による心身の支援が不可欠となる。
在宅での生活が始まることで、家族の生活にも大きな影響が生じる。
家族の生活ペースに療養上の医療介護の支援対象が組み込まれ、生活基盤が整うことで、無理のない生活を始める事ができる。

関連するアセスメント項目
上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職
かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員　等

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

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

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

必要性

在宅での生活を行うためには、家族による心身の支援が不可欠となる。

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

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員　等

4-1-3 精神的サポート

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

実施内容

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

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

実施内容

家族の抱える悩みや不安を受け止めて整理することが期待される。

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 家族が抱える不安や悩み

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

（ⅲ）他の介護家族との交流を支援したり、過去の事例を共有する等して、家族の不安を和らげる

実施内容

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

必要性

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

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

4-2 摂食動作・認知障害

4-2-1 理解

（ｉ）家族が認知障害を理解して対処できるような環境を整える

実施内容

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

必要性

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

認知障害によって、コミュニケーションをとりにくくなることも予想される。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 認知症発症の有無
- 認知障害に対する本人や家族の理解

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員　等

4-2-2 支援

（ｉ）食事に関する援助が行われるように環境を整備する

*食事と栄養の項目を参照

4-3 排泄

4-3-1 状態の把握

（ｉ）自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる環境を整える

実施内容及び必要性

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

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

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

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

4-3-2 支援

（ｉ）本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う

実施内容及び必要性

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

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

4−4 コミュニケーション

4-4-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定

（ｉ）本人と家族のコミュニケーションの状態を把握する

実施内容

本人と最も身近な家族を含む他者とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができているかを把握する。

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

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身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。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

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

実施内容

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

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

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

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身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。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

4-4-2 コミュニケーション方法の再構築

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

実施内容

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

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

必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族が心身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。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

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

実施内容

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

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人と家族のコミュニケーションの状態

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

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員　等

第３章　心不全

1．心不全の基本的理解

(1)心不全の特徴

- 心不全[1]は高齢者の多くに発症する可能性があるコモン・ディジーズであり、罹患者の総数が今後も増える可能性がある。
- 心不全は根治が望めない進行性かつ、致死性の悪性疾患である。
- 心不全患者の大半が心不全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、併発疾患（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。
- 心不全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、いずれまた状態が急に悪化することがある。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、心不全の再発だけでなく、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)心不全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

- 心不全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を構築が必要である。
- 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。「心不全手帳」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、日常生活の負荷を恐れて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、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。

[1] 要介護高齢者の場合多くは慢性心不全が該当するが、入院・治療を経て退院・在宅復帰する心不全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「心不全」として表記している。

心不全　共通

1.再入院の予防

1-1 疾病の理解と確実な服薬

1-1-1 基本的な疾病管理の支援

（ｉ）疾病の理解をうながす支援体制を整える

実施内容

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

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

必要性

再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）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、そのためには、本人・家族に疾病の理解をうながす支援体制が必要である。なぜなら在宅においては本人・家族によるセルフマネジメントを原則とするため、疾患及び疾病管理に関して本人・家族の理解と管理が正確に行われる必要があるためである。そのために、本人・家族に対して、起因となった疾病について主治医を筆頭とする専門職から説明がなされていること、本人・家族がそれを理解して、疾患の管理を行うことが必要となる。

（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外である）

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 主治医からの説明を受けているかどうかの確認
- 家族・本人の理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か
- 疾患の種類や程度、治療（通院）の必要性・内容・頻度
- 薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度
- 主治医から説明されている見通し（予後）
- 緊急時の対応の方法、その内容

関連するモニタリング項目

- 主治医から説明を受けているかどうかの確認、変更の有無の確認
- 本人や家族の理解度、主たる介護者の変更の有無の確認
- 疾患の管理状況の確認

情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師　等

（ⅱ）自宅療養の留意点や使用している医療機器の理解をうながす支援体制を整える

実施内容

本人や家族が自宅療養時の留意点や使用している医療機器への理解を深められるよう説明を行う体制を整える。具体的には、かかりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。

必要性

自宅療養時の留意点は、使用している医療機器の種類、基礎疾患の内容及びその重症度等により大きく異なる。使用している医療機器の特徴や疾病の状況を把握し、療養時の身体活動の制限の要否や程度等を検討する必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 主治医からの説明を受けているかどうかの確認
- 家族・本人の理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か
- 疾患の種類や程度、治療（通院）の必要性・内容・頻度
- 使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカー等）の有無と種類、その使用に係る留意点
- 薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度
- 自宅療養上の留意点
- 緊急時の対応の方法、その内容

関連するモニタリング項目

- 主治医からの説明を受けているかどうかの確認
- 家族・本人の理解度、同居家族の変化
- 疾患の種類や程度、治療（通院）の必要性・内容・頻度の変化
- 使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカー等）の変更
- 薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師　等

（ⅲ）定期的な受診がなされるよう支援体制を整える

実施内容

定期的な受診が可能となるよう、通院する環境やその手段を整える。通院に際して付き添い介助が必要な場合

には、移動手段の確保や訪問介護員の調整を行ったり、必要な福祉用具を判断してコーディネートしたりといった取り組みが考えられる。

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

必要性

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

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 受診先の医療機関（名称、場所）、受診の頻度、受診の方法
- 通院手段、自ら通院できるかどうかの状態、通院を介助する人がいる場合それは誰か
- 「心不全手帳」の有無、準備し持参できることの支援の必要性
- 受診先が変更になった場合の状況の把握

関連するモニタリング項目

- 治療・検査が継続的な提供状況の確認
- 医療機関への通院が継続できるかの確認
- 本人・家族の、起因疾患に対する理解の程度の確認
- 本人・家族は、理解に基づいた疾患の管理の継続状況の確認
- 病気に対する不安の変化の有無

情報収集すべき専門職

医師、看護師　等

1-1-2 服薬支援

（ｉ）服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える

実施内容及び必要性

指示どおりの服薬をしなければ再入院を予防（急激な状態の悪化の予防）できない。服薬に伴って気をつけるべきこと（食事の内容への注意や、副作用）についても知っておくことが重要。セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか
- 処方内容、服薬状況
- かかりつけ薬局やかかりつけ薬剤師の有無、関り方の状況の把握

関連するモニタリング項目

- 本人や家族が服薬の意味を理解できているかの確認
- 継続的な服薬状況の確認

情報収集すべき専門職

医師、薬剤師、看護師　等

（ⅱ）薬を管理できる支援体制を整える

実施内容及び必要性

指示どおりの服薬をしなければ再入院を予防（急激な状態の悪化の予防）できない。服薬に伴って気をつけるべきこと（食事の内容への注意や、副作用）についても知っておくことが重要。セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度
- 日常生活での管理方法
- 薬剤師（かかりつけ薬剤師）による管理の実施状況

関連するモニタリング項目

- 本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度
- 日常生活での管理方法

情報収集すべき専門職

医師、薬剤師、看護師、介護職　等

（ⅲ）服薬の促し（声かけ）と服薬したことの確認ができる体制を整える

実施内容及び必要性

指示どおりの服薬をしなければ再入院を予防（急激な状態の悪化の予防）できない。服薬に伴って気をつけるべきこと（食事の内容への注意や、副作用）についても知っておくことが重要。セルフマネジメントが原則なので、自ら服薬を管理していくことが必要。

※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 処方されたとおりに服薬できているかについて誰が、いつ、どのように確認しているか
- 本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者とのかかわりの状況（誰が声かけしているか、介護者の生活リズム等）

関連するモニタリング項目

- 処方されたとおりに服薬できているかの確認体制の状況の変化
- 本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わりの状況の変化（誰が声かけしているか、介護者の生活リズム等）
- 服薬の状況、飲み残しの有無

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職　等

1-1-3 併発疾患の把握と管理

（ｉ）腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病（糖尿病性腎症）の疾患の管理を徹底できる体制を整える

実施内容

腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病（糖尿病腎症）の心不全の併存疾患の管理の重要性への本人や家族の理解を深められるよう説明を行い、適切な併存疾患管理が徹底される体制を整える。

具体的には、かかりつけ医あるいは看護師と併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報交換を密に行う、併存疾患の管理についてかかりつけ医や看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から、説明するといった取り組みが考えられる。

必要性

心不全の併存疾患には、高血圧や糖尿病のほか、慢性腎臓病、貧血、末梢血管の疾患、慢性閉塞性肺疾患、睡眠時無呼吸症候群、消化管や肝機能障害、不眠症等が挙げられる。

これらの疾患により、心臓の機能が低下する場合もある一方で、併存疾患の治療により心不全の状態が改善することもあり、循環器科への定期的な受診に加え、併存疾患の把握と管理も重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）の有無、程度、治療の内容、服薬の状況
- 医師からの指導内容に対する本人・家族の理解度
- 日常的な疾患の管理に対する支援の必要性

- 受診している医療機関と主治医の状況の把握

関連するモニタリング項目

- 医師からの指導内容に対する本人・家族の理解度
- 日常的な疾患の管理に対する支援の必要性の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師　等

（ⅱ）※上記の他併発している他の個別疾患の管理の支援について別途確認する

実施内容

上記以外の併存疾患の管理の重要性への本人や家族の理解を深められるよう説明を行い、適切な併存疾患管理が徹底される体制を整える。

具体的には、かかりつけ医あるいは看護師と併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報交換を密に行う、併存疾患の管理についてかかりつけ医や看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から説明するといった取り組みが考えられる。

必要性

心不全の併存疾患には、高血圧や糖尿病のほか、慢性腎臓病、貧血、末梢血管の疾患、慢性閉塞性肺疾患、睡眠時無呼吸症候群、消化管や肝機能障害、不眠症等が挙げられる。

これらの疾患により、心臓の機能が低下する場合もある一方で、併存疾患の治療により心不全の状態が改善することもあり、循環器科への定期的な受診に加え、併存疾患の把握と管理も重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 起因となっている生活習慣病の有無、心不全への影響の程度、治療の内容、服薬の状況
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族の知識と理解度
- 日常的な疾患の管理に対する支援の必要性
- 受診している医療機関・主治医の状況の把握

関連するモニタリング項目

- 起因となっている生活習慣病の治療の内容及び服薬の状況の変化
- 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族の知識と理解度
- 日常的な疾患の管理に対する支援の必要性の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師　等

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

（ⅰ）体重管理の重要性の理解をうながす

実施内容及び必要性

再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）のためには本人の自己管理能力を向上させることが重要となる。特に、毎日の体重管理は重要であり、短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆する。増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、速やかに受診することを指導する必要がある。

本人や家族が自己管理とりわけ体重管理の重要性への理解を深められるよう説明を行う体制を整える。

具体的には、かかりつけ医あるいは看護師等と連携し、体重管理の重要性を本人及び家族に対する説明をするといった取り組みが考えられる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 主治医からの体重管理に関する指導の内容
- 指導されている体重の水準（例：適正体重、体重増減の目安等）、体重管理の頻度
- 浮腫の有無
- 医師への報告の必要性、報告の方法

関連するモニタリング項目

- 主治医からの体重管理に関する指導の内容の変化
- 指導されている体重の水準（例：適正体重、体重増減の目安等）、体重管理の頻度の変化
- 浮腫の状況の変化
- 医師への報告の必要性、報告の方法の変更の有無

情報収集すべき専門職

医師、看護師　等

（ⅱ）体重を管理する環境を整える

実施内容及び必要性

再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）のためには本人の自己管理能力を向上させることが重要となる。特に、毎日の体重管理は重要であり、短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆する。増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、速やかに受診することを指導する必要がある。

本人や家族の体重管理の重要性への理解を深めるとともに、日常的な体重管理を行う環境を整える。

具体的には、かかりつけ医あるいは看護師等と連携し、体重管理の方法（誰が、いつ、どのように管理するか等）を明確にし、本人及びその家族に説明を行い、日常的な体重管理を定着させるといった取り組みが考えられる。

また、「心不全手帳」の利用状況の確認を行い、必要に応じて利用方法の説明を行う。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにとっているか
- 「心不全手帳」の利用の有無、利用方法に対する本人・家族の理解度

関連するモニタリング項目

- 体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにとっているか
- 「心不全手帳」の利用の有無、利用方法に対する本人・家族の理解度

情報収集すべき専門職

医師、看護師　等

（iii）日々の体重管理が継続できるよう支援する

実施内容及び必要性

再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）のためには本人の自己管理能力を向上させることが重要となる。特に、毎日の体重管理は重要であり、短期間での体重増加は症状の急性増悪を強く示唆する。増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、速やかに受診することを指導する必要がある。

本人や家族の体重管理の重要性への理解を深めるとともに、日々の体重管理が継続できるよう支援する。

具体的には、かかりつけ医あるいは看護師等と連携し、体重管理が適切に行われているかを評価するとともに、体重管理の重要性を本人及び家族に対する説明を行い、継続的な体重管理をうながすといった取り組みが考えられる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 医師から指導されている頻度を踏まえた体重管理が継続できているか
- 医師から指示されている「急激な増加」の目安、体重の急激な増加があった場合に医師等に報告することの支援
- 浮腫が出た場合に医師等に報告することの支援

関連するモニタリング項目

- 医師から指導されている頻度を踏まえた体重管理が継続できているか

情報収集すべき専門職

医師、看護師　等

1-2-2 塩分量・水分量のコントロール

（ｉ）適切な塩分・水分摂取量が理解できていることを確認する

実施内容及び必要性

過度な塩分・水分摂取は心臓への負荷となる。

本人とその家族が適切な塩分・水分摂取量を理解できているか確認する。

一人ひとりに適切な塩分・水分量が異なるため、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・水分量を把握することが重要となる。また、水分に関しては、直接摂取する水分だけでなく食事から摂取する水分・栄養と併せて一体的に評価することが必要。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 医師からの塩分量・水分量の制限の有無、制限の内容
- 管理栄養士等の専門職による指導の実施の有無
- 適切な塩分・水分量に対する本人・家族の理解度

関連するモニタリング項目

- 医師からの塩分量・水分量の制限の有無、制限の内容の変化
- 管理栄養士等の専門職による指導の実施状況
- 適切な塩分・水分量に対する本人・家族の理解度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、管理栄養士　等

（ⅱ）塩分の摂取状況を把握できる体制を整える

実施内容

普段の主な食事メニューごとに、どの程度の塩分量が含まれているかをわかりやすく示し、本人や調理者が一食あたり、あるいは１日あたりにどの程度の塩分摂取量があったかを理解しやすくする。

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

必要性

塩分摂取量が多くなると、血圧が上昇し、再入院（急激な状態の悪化）のリスクを高めるため。

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

自宅に戻ると塩分摂取量を把握しにくいため。

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 日常的な食生活の内容
- 本人が普段の食事内容を把握できているかどうかの状況
- 記録の実施の有無、記録の実施に対する支援の必要性
- 食事内容に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度

- 家族等本人以外であって本人の普段の食事内容を把握しうる人の有無

関連するモニタリング項目

- 日常の塩分摂取量の状況
- 本人や家族の食生活と食の好みの変化
- 本人・家族による日常の塩分摂取量の把握方法の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、管理栄養士　等

（ⅲ）日常的な食事における塩分含有量の理解を支援する体制を整える

実施内容

普段の主な食事メニューごとに、どの程度の塩分量が含まれているかをわかりやすく示し、本人や調理者が一食あたり、あるいは１日あたりにどの程度の塩分摂取量があったかを理解しやすくする。

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

必要性

塩分摂取量が多くなると、血圧が上昇し、再入院（急激な状態の悪化）のリスクを高めるため。

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

自宅に戻ると塩分摂取量を把握しにくいため。

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 日常的な食生活における外食や惣菜等の利用状況
- 一般的な普段の食事に関する塩分含有量に対する本人・家族の理解度

関連するモニタリング項目

- 日常的な食生活における外食や惣菜等の利用状況の変化
- 一般的な普段の食事に関する塩分含有量に対する本人・家族の理解度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、管理栄養士　等

（ⅳ）水分の摂取・排泄状況を把握できる体制を整える

実施内容

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

必要性

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、水分の摂取状況把握、必要に応じた摂取量の制限が必要となる。

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 日常的な食事の摂取・水分摂取のタイミング・内容、日常的な活動の状況
- 日常的な排泄の程度、排泄リズム
- 食事や排泄に対する家族等による介助の有無、介護者が誰か
- 本人が普段の食事の摂取・水分摂取状況及び排泄リズム等を把握できているかどうかの状況
- 記録の実施の有無、記録の実施に対する支援の必要性
- 食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度
- 家族等本人以外であって本人の普段の食事と水分摂取の内容や排泄を把握しうる人の有無

関連するモニタリング項目

- 日常的な食事の摂取・水分摂取のタイミング・内容、日常的な活動の状況の変化
- 日常的な排泄の程度、排泄リズムの変化
- 食事や排泄に対する家族等による介助の状況の変化
- 本人が普段の食事の摂取・水分摂取状況及び排泄リズム等を把握できているかどうかの状況の変化
- 記録の実施の有無、記録の実施に対する支援の必要性の変化
- 食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、管理栄養士、薬剤師　等

（ｖ）普段と異なる排泄の状態（尿量や便の回数の変化等）を把握できるよう支援体制を整える

実施内容

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

や、服薬指導、生活指導に繋げる。

必要性

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

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状）
- 日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状）
- 食事や排泄に対する家族等による介助の有無、介護者が誰か
- 尿便意に対する認識の有無、認知機能の程度
- 普段と異なる排泄の状態の目安（医師から説明を受けている場合）
- 普段と異なる排泄がみられた場合の報告の方法

関連するモニタリング項目

- 日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状）の変化
- 日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状）の変化
- 食事や排泄に対する家族等による介助の状況の変化
- 尿便意に対する認識の有無、認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、管理栄養士、薬剤師　等

1-2-3 血圧の管理

（ｉ）血圧のコントロールに関する状況が把握される体制を整える

実施内容

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

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

必要性

病態の進行した心不全患者では血圧が低下した症例が多いが、高血圧を合併する症例では心機能改善・病態進行抑制のために、心不全に対する一般的な治療法に加えて高血圧治療が重要になる。

高血圧は、心筋障害を進展させるリスクがあり、心不全患者の急性期と慢性期の予後改善にとって、高血圧の適切な管理は極めて重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 血圧のコントロールの必要性、医師からの指導の有無、目標となる血圧（上限、下限）
- 動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度
- 指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直し等）
- 血圧測定のタイミング、頻度、実施場所、測定方法
- 普段の血圧の記録の方法、医師への報告の方法・タイミング

関連するモニタリング項目

- 血圧のコントロールの必要性、医師からの指導の有無、目標となる血圧（上限、下限）の変更
- 動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度の変化
- 指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直し等）の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師　等

（ⅱ）血圧のコントロールが継続的に実施される支援体制を整える

実施内容

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

必要性

病態の進行した心不全患者では血圧が低下した症例が多いが、高血圧を合併する症例では心機能改善・病態進行抑制のために、心不全に対する一般的な治療法に加えて高血圧治療が重要になる。

高血圧は、心筋障害を進展させるリスクがあり、心不全患者の急性期と慢性期の予後改善にとって、高血圧の適切な管理は極めて重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直し等）
- 指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の有無
- 指示内容の実行における支援の必要性
- 市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況
- 血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動等）の状況

関連するモニタリング項目

- 指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直し等）の変化
- 指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の変化

- 指示内容の実行における支援の必要性の変化
- 市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況の変化
- 血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動等）の状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師　等

1-2-4 活動制限が守られることの支援

（ｉ）活動制限と安静の必要性を本人及び家族等が理解するための支援体制を整える

実施内容及び必要性

浮腫を有する非代償性心不全や急性増悪時には運動は禁忌であり活動制限と安静が必要である。

しかし、状態の安定した慢性心不全では、安静によるデコンディショニングは運動耐容能の低下を助長するとともに、労作時の易疲労感や呼吸困難等の症状を悪化させる要因となる。

特に高齢患者においては、日常生活動作（ADL）の低下が顕著にみられ、排泄行動や、家事、社会活動等、患者の日常生活全般に影響を及ぼすため、心不全患者の一般管理において、ADL の評価は重要となる。

上記のとおり、再入院の防止に際しては、専門職の指導のもと適切な活動制限と安静を行うことが重要となる。

※長い期間安静にしすぎると、筋肉萎縮、筋力低下、呼吸機能（肺活量）低下、起立性低血圧（立ちくらみ・ふらつき）、骨粗鬆症（骨がもろくなる病気）等、全身の働きを調節するしくみの異常が起こる。これらの異常が発生し、全身の働きの調節がうまくできていない状態を「デコンディショニング」と呼ぶ。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安等）
- 専門職による指導の実施の有無、指導の内容
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解度
- サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度

関連するモニタリング項目

- 医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安等）の変化
- 専門職による指導の内容の変化
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解度の変化
- サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師　等

（ⅱ）日常において活動制限や安静の必要性が守られていることを支援する体制を整える

実施内容及び必要性

浮腫を有する非代償性心不全、急性増悪時には運動は禁忌であり活動制限と安静が必要である。

しかし、状態の安定した慢性心不全では、安静によるデコンディショニングは運動耐容能の低下を助長するとともに、労作時の易疲労感や呼吸困難等の症状を悪化させる要因となる。

特に高齢患者においては、日常生活動作（ADL）の低下が顕著にみられ、排泄行動や、家事、社会活動等、患者の日常生活全般に影響を及ぼすため、心不全患者の一般管理において、ADL の評価は重要となる。

上記のとおり、再入院の防止に際しては、専門職の指導のもと適切な活動制限と安静を行うことが重要となる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度
- 本人が実施している日常の活動状況の記録方法、休養・休息の状況の記録方法
- 活動中の違和感等自覚症状の有無、対応した状況の有無
- サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）
- 同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか
- 認知機能の程度

関連するモニタリング項目

- サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度の変化
- 活動中の違和感等自覚症状の有無、対応した状況の有無及び状況の変化
- サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）の変化
- 同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握している状況の変化
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、薬剤師　等

1-2-5 感染症の予防

（ⅰ）感染症の予防の必要性を理解する支援体制を整える

実施内容及び必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 感染症の予防に関する医師からの説明の有無、説明内容
- 感染症の予防に対する本人・家族の理解度
- 感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況
- 感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）
- 感染症へのかかりやすさ
- 家族背景（特に小さい子どもの有無）、普段の外出先（デイサービスの利用の有無）

関連するモニタリング項目

- 感染症の予防に対する本人・家族の理解度の変化
- 感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況の変化
- 家族背景（特に小さい子どもの有無）、普段の外出先（デイサービスの利用の有無）の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師　等

（ⅱ）予防接種等の受診を支援する体制を整える

実施内容

予防接種等の受診が可能となるよう、予防接種の重要性への本人・家族の理解を深めるとともに、通院する環境やその手段を整える。具体的には、受診に際して付き添い介助が必要な場合には、移動手段の確保や訪問介護員の調整を行ったり、必要な福祉用具を判断してコーディネートしたりといった取り組みが考えられる。

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

必要性

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。

心不全患者、特に重症患者では、病因によらずインフルエンザに対するワクチンを受けることが望ましい。インフルエンザのワクチン接種は冬季の死亡率低下に寄与することが示されている。流行前のワクチン接種にはインフルエンザ及び肺炎球菌の重症合併症を防ぐ効果が期待できる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 予防接種に関する医師からの指導や説明の有無、指導や説明の内容（通院先での予防接種の実施状況、地域で利用できる予防接種実施機関、行政による予防接種の補助等の制度の有無）
- 予防接種の受診履歴

関連するモニタリング項目

- 予防接種に関する医師からの指導や説明の有無、指導や説明の内容の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師　等

1-2-6 排泄にともなるリスクの管理

（ｉ）排泄時のリスクを軽減するため便秘等にならないようにする支援の体制を整える

実施内容

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

必要性

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 便秘の有無、支援の必要性
- 日常の食事内容、水分摂取状況
- 服薬内容、服薬状況
- 普段の排泄の頻度・リズム
- トイレの室温、廊下との気温差の有無

関連するモニタリング項目

- 便秘の有無、支援の必要性の変化
- 日常の食事内容、水分摂取状況の変化
- 服薬内容、服薬状況の変化
- 普段の排泄の頻度・リズムの変化
- トイレの室温、廊下との気温差の状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師　等

1-2-7 非日常的な活動のリスクの管理

（ｉ）長時間の活動が必要な場合の注意事項を理解できるよう支援する体制を整え

る

実施内容

本人や家族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られるよう、説明を行う体制を整える。具体的には、かりつけ医と相談して、かかりつけ医あるいは看護師から説明を補足してもらうよう連携する、あるいはかかりつけ医に確認して、介護支援専門員から説明するといった取り組みが考えられる。

必要性

心不全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）は症状増悪のリスクとなる。長時間の活動を行う場合には、医師からの説明・指導に基づいた、飲水量の調節、利尿薬の適宜使用、軽い体操等が必要となる。

また、活動に伴う食事内容や食事時間の変化、気候の変化が水分バランスに悪影響を及ぼす可能性を本人及び家族が認識しておくことが重要となる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 長時間の活動に対する医師からの説明・指導の有無、その内容（留意事項、指示内容）
- 本人が希望する生活における長時間の活動の有無、具体的な内容（例：旅行、墓参り、運動等）

関連するモニタリング項目

- 長時間の活動に対する医師からの説明・指導の有無、その内容（留意事項、指示内容）の変化
- 本人が希望する生活における長時間の活動の有無、具体的な内容（例：旅行、墓参り、運動等）の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、薬剤師　等

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

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

実施内容

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

必要性

高血圧は、心不全患者にとっての危険因子である。そのため、血圧の変動は再発に繋がる重要なリスクファクターとして、確認・管理を行うことが必要である。血圧が急激に上がるきっかけの一つとして、急激な気温の変化が挙げられる。そのため、気温差の縮小がなされるよう体制を整えることが必要である。一般的な日本家屋の場合、廊下や水周りは気温差が大きい場所として挙げられるため、その場所と居室との気温差が縮小されるように確認と対策を行う。気温差を縮小する方法は、冷暖房器具の設置だけでなく、衣服の工夫や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の方法もあることに留意すること。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の日常生活におけるよくいる場所、生活動線
- 冷暖房の利用状況
- 普段生活している場所の温度とその変化の状況
- 本人の温度感覚の麻痺の程度
- 気温差の縮小の必要性
- 環境の改善のための支援の必要性
- 環境の改善に対する本人・家族の意向

関連するモニタリング項目

- 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線）の変化
- 本人の状況（ADL/IADL、温度感覚の麻痺の程度等）の変化
- 居室と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度の差とその把握状況の変化

情報収集すべき専門職

介護職　等

（ⅱ）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

実施内容

自宅での行動の状況、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）の要因となる環境を把握する。

環境や動作の改善に際しては、支援の必要性及び本人・家族の意向を確認することが重要になる。

必要性

日常生活における食事、排便、入浴、洗濯、運動等における動作は、心臓への強い負荷となるリスクがある。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 自宅での行動の状況、負担となる環境の有無
  （例：段差・階段、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）
- 心疾患の程度
- 環境や動作の改善のための支援の必要性

- 環境や動作の改善に対する本人・家族の意向

関連するモニタリング項目

- 自宅での行動の状況、負担となる環境の変化（例：段差・階段、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）
- 心疾患の程度の変化
- 環境や動作の改善のための支援の必要性の変化
- 環境や動作の改善に対する本人・家族の意向の変化

情報収集すべき専門職

介護職　等

1-3-2 チームケア体制の整備

（ｉ）健康状態を把握・管理できるよう多職種による支援体制を整える

実施内容及び必要性

必要性が想定される支援内容について検討するには、介護支援専門員が一人ですべての情報を収集し、分析することは現実的ではないため、介護支援専門員は他の職種と連携して多職種がチームとなって、担当する利用者に関する情報を収集し、日常の生活における状況を把握することが必要である。

特に、退院後の高齢者のケアマネジメントにおいては、在宅ケアに関わる多職種との情報収集だけでなく、入院中の情報も併せて情報収集する必要がある。

一方、情報の分析や判断についても、療養に関わる事項も含まれることから、介護支援専門員が一人ですべての判断を行うのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめとする他の職種の判断や意見を聞き、それを踏まえてケアマネジメントを進めていくことが重要である。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 訪問診療の有無
- 看護師、薬剤師、管理栄養士による指導・支援の有無、実施状況、指導・支援の内容
- 他職種との情報連携の方法、手段、報告内容
- 他の職種が必要とする情報の内容、報告すべき状況（例：～～という状況がみられたら共有・報告する等）
- 他のサービス事業者が上記状況を理解しているかどうか、サービス事業者から他の職種への情報共有が実施できるか

関連するモニタリング項目

- 訪問診療の状況の変化
- 看護師、薬剤師、管理栄養士による指導・支援の有無、実施状況、指導・支援の内容の変化
- 他の職種が必要とする情報の内容、報告すべき状況（例：～～という状況がみられたら共有・報告する等）の変更

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、管理栄養士　等

1-3-3 急変時の対応体制の整備

（ｉ）状況が急変した場合の対応体制を整える

実施内容

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

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

また、本人や家族が状況が急変した際にとるべき行動についての理解を深められるよう医師による指導、説明を行う体制を整える。

必要性

心不全は再発した場合に急に状態が悪化し、再入院に至る。

状態が急変した際に本人がとるべき行動についての医師からの指導内容を確認するとともに、本人・家族、家族等介護者から専門職へ急変が早期に伝達される体制を取ることが求められる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 状況が急変した際に本人が取るべき行動についての医師からの指導内容
- かかりつけ医／主治医の連絡先
- 急変した場合の対応についての本人・家族の理解

関連するモニタリング項目

- 状況が急変した際に本人が取るべき行動についての医師からの指導内容の変化
- かかりつけ医／主治医の変更の有無
- 急変した場合の対応についての本人・家族の理解状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師　等

心不全　Ⅰ期

2.生活機能の維持・向上

2-1 心不全のステージに応じた生活・暮らしの把握

2-1-1 ステージに応じた生活・暮らしの現状の把握

（ⅰ）現在の日常的な活動量を把握できる体制を整える

実施内容及び必要性

慢性心不全による活動能力の低下は、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目的である。活動能力は運動能力のみならず、心理的状態、認識能力、社会的環境等に依存する。これらの評価は初期の病態把握及び管理をするうえで極めて重要である。

患者の活動能力を規定する最も重要な因子は運動能力である。患者は運動能力に応じた活動量を維持することが原則であるが、日常活動の許容範囲、職種や業務内容の選択、手術に際してのリスクの評価等に運動能力の評価は必須である。

日常的な活動量は、心理的要因、認識能力及び回復意欲、疾病と治療の理解に基づく服薬及び生活指導の遵守、家族を含む周囲からの支援等により影響される。これらの因子、特に反応性うつ状態、病識、家庭及び社会環境については、定期的に評価しなければならない。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 普段の一日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線
- ADL の状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）
- 日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）
- 活動中の違和感等自覚症状の有無
- 同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか
- 認知機能の程度

関連するモニタリング項目

- 普段の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化
- ADL の状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）の変化
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化
- 日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）の変化
- 活動中の違和感等自覚症状の状況の変化
- 同居者の有無、家族等の介護者による本人の生活リズムの把握状況の変化
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

（ⅱ）入院前の活動の状況を把握できる体制を整える

実施内容及び必要性

慢性心不全による活動能力の低下は、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目的である。活動能力は運動能力のみならず、心理的状態、認識能力、社会的環境等に依存する。これらの評価は初期の病態把握及び管理をするうえで極めて重要である。

患者の活動能力を規定する最も重要な因子は運動能力である。患者は運動能力に応じた活動量を維持することが原則であるが、日常活動の許容範囲、職種や業務内容の選択、手術に際してのリスクの評価等に運動能力の評価は必須である。

日常的な活動量は、心理的要因、認識能力及び回復意欲、疾病と治療の理解に基づく服薬及び生活指導の遵守、家族を含む周囲からの支援等により影響される。これらの因子、特に反応性うつ状態、病識、家庭及び社会環境については、定期的に評価しなければならない。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 入院前の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線
- ADL の状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）
- 日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）
- 活動中の違和感等自覚症状の有無
- 同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか
- 認知機能の程度

関連するモニタリング項目

- ADL の状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）の変化
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化
- 日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）の変化
- 活動中の違和感等自覚症状の状況の変化
- 同居者の有無、家族等の介護者による本人の生活リズムの把握状況の変化
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

（ⅲ）適正な活動量を把握できる体制を整える

実施内容及び必要性

慢性心不全による活動能力の低下は、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

目的である。活動能力は運動能力のみならず、心理的状態、認識能力、社会的環境等に依存する。これらの評価は初期の病態把握及び管理をするうえで極めて重要である。

患者の活動能力を規定する最も重要な因子は運動能力である。患者は運動能力に応じた活動量を維持することが原則であるが、日常活動の許容範囲、職種や業務内容の選択、手術に際してのリスクの評価等に運動能力の評価は必須である。

日常的な活動量は、心理的要因、認識能力及び回復意欲、疾病と治療の理解に基づく服薬及び生活指導の遵守、家族を含む周囲からの支援等により影響される。これらの因子、特に反応性うつ状態、病識、家庭及び社会環境については、定期的に評価しなければならない。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 医師からの活動制限の指示の有無、活動制限の内容、程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのか等）、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れや疲れ等の目安）
- 活動中の違和感等自覚症状の有無
- サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）
- 同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか
- 認知機能の程度

関連するモニタリング項目

- 医師からの活動制限の指示の有無、活動制限の内容、程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのか等）、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れや疲れ等の目安）の変更
- 活動中の違和感等自覚症状の状況の変化
- サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）の変化
- 同居者の有無、家族等の介護者による本人の生活リズムの把握状況の変化
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

（ⅳ）本人が望む暮らしの実現に向け、暮らしやすくするための環境の改善を支援する

実施内容及び必要性

慢性心不全の生活に及ぼす影響は身体機能の低下のみならず心理的適応にも依存しており、患者が社会的あるいは精神的に隔離されないように注意する必要がある。

本人が望む暮らしの実現に向け、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、支援することが重要となる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 生活における本人が希望する活動
- 環境や動作の改善のための支援の必要性

- 環境や動作の改善に対する本人・家族の意向
- 自宅での行動の状況、負担となる環境の有無
  （例：段差・階段、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）

関連するモニタリング項目

- 生活における本人が希望する活動の変化
- 環境や動作の改善のための支援の必要性の変化
- 環境や動作の改善に対する本人・家族の意向の変化
- 自宅での行動の状況、負担となる環境（例：段差・階段、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）の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

2-2 ステージに応じた生活・暮らしの改善

2-2-1 ステージに応じた生活・暮らし方の改善

（ｉ）心臓リハビリテーションを受けることを支援する体制を整える

実施内容及び必要性

心臓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ている。

心不全に対する心臓リハビリテーションの主要な目的は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。特に運動耐容能の改善によるADLやQOL、予後の改善は重要な目的の一つである。その他、運動によるインスリン抵抗性改善、脂質プロファイル改善、血圧低下効果等は、経口薬剤量を減らすことができて腎負荷や副作用を減少させることができる。また、骨格筋量増加は骨格金ポンプ機能を改善させる。自律神経活性の安定化、不整脈抑制、血管の過剰な緊張改善、血圧安定化等により、突然死や心不全死を減少させる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 医師からの指示指導の有無、指示がある場合の状況
- 心臓リハビリテーションを実施する医療機関の名称、場所、実施状況（通院回数、頻度、時間等）
- 受診の支援の必要性　※「3　定期的な受診がなされるよう支援体制を整える」に準じる

関連するモニタリング項目

- 医師からの指示指導の有無、指示がある場合の状況の変化
- 受診の支援の必要性の変化　※「3　定期的な受診がなされるよう支援体制を整える」に準じる

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

（ⅱ）ADL/IADL の改善に向けたリハビリテーションを受けることを支援する体制を整える

実施内容及び必要性

心臓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ている。

心不全に対する心臓リハビリテーションの主要な目的は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。特に運動耐容能の改善によるADLやQOL、予後の改善は重要な目的の一つである。その他、運動によるインスリン抵抗性改善、脂質プロファイル改善、血圧低下効果等は、経口薬剤量を減らすことができて腎負荷や副作用を減少させることができる。また、骨格筋量増加は骨格金ポンプ機能を改善させる。自律神経活性の安定化、不整脈抑制、血管の過剰な緊張改善、血圧安定化等により、突然死や心不全死を減少させる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 現在の ADL/IADL の状況
- 入院前の ADL/IADL の状況
- 機能低下の程度、改善可能性
- リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況
- リハビリテーションに関する医師からの指示指導の有無、指示がある場合のリハビリテーションの内容
- 医療保険によるリハビリテーションの実施状況、医療機関の名称、場所、実施状況
- 介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容、リハマネの実施可能性
- （医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング

関連するモニタリング項目

- 現在の ADL/IADL の状況の変化
- 機能低下の程度、改善可能性の変化
- リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況の変化
- リハビリテーションに関する医師からの指示指導の有無、指示がある場合のリハビリテーションの内容の変化（※リハビリテーションの終了を含む）
- 介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容の変化（※リハビリテーションの終了を含む）

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

2-3 ステージに応じた生活・暮らしの支援

2-3-1 ステージに応じた生活・暮らし方の支援

（ｉ）日常生活における ADL/IADL の状況を継続的に把握できる支援体制を整える

実施内容及び必要性

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

自立に向けた支援により、ADL/IADL の改善が見込める時期である。

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

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

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

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 普段の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線
- ADL の状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）
- 日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）
- 活動中の違和感等自覚症状の有無
- 同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか
- 認知機能の程度

関連するモニタリング項目

- 普段の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化
- ADL の状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）の変化
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化
- 日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）の変化
- 活動中の違和感等自覚症状の変化
- 同居者の有無、家族等の介護者による本人の生活リズムの把握状況の変化
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

（ⅱ）状況に応じた、日中の活動・参加が確保できる支援体制を整える

実施内容及び必要性

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

また、自ら行う ADL/IADL はそれ自体が機能を向上させる機会となるため、状態・状況に応じた、日中の活動・参加が確保できる支援体制を整え、機能の向上を検討することが重要である。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 医師からの指導内容（日常生活において維持すべき運動の水準）
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング

関連するモニタリング項目

- 医師からの指導内容（日常生活において維持すべき運動の水準）の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

2-3-2 活動と参加に関わる能力の維持・改善

（ｉ）状況に応じた社会的活動が推奨されることの理解をうながす

実施内容及び必要性

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。活動能力は運動能力のみならず、心理的状態、認知能力、社会的環境等に依存する。

慢性心不全の生活に及ぼす影響は身体機能の低下のみならず、心理的適応にも依存しており、患者が社会的にあるいは精神的に乖離されないように注意しなければならない。活動能力に応じた社会的活動は勧めるべきであり、可能であれば運動能力に応じた仕事を続けるべきである。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 現在の社会的活動に関する本人・家族の意向、入院前との比較による縮小の有無（あきらめ、がまん）
- （入院前の）社会的活動の内容、程度
- 日常的な活動に対する医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安等）
- 専門職による指導の実施の有無、指導の内容
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解/不安の程度
- 活動しないことに関するリスクへの本人・家族の理解度
- サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度

関連するモニタリング項目

- 現在の社会的活動に関する本人・家族の意向、入院前との比較による縮小（あきらめ、がまん）の変化
- 日常的な活動に対する医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安等）の変化

- 専門職による指導の内容の変化
- 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解/不安の程度の変化
- 活動しないことに関するリスクへの本人・家族の理解度の変化
- サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

（ⅱ）日常の社会的活動の活動量を把握できる環境を整える

実施内容及び必要性

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。活動能力は運動能力のみならず、心理的状態、認知能力、社会的環境等に依存する。

慢性心不全の生活に及ぼす影響は身体機能の低下のみならず、心理的適応にも依存しており、患者が社会的にあるいは精神的に乖離されないように注意しなければならない。活動能力に応じた社会的活動は勧めるべきであり、可能であれば運動能力に応じた仕事を続けるべきである。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 普段の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）、家庭内での役割
- 外出の程度（例：体操、散歩等）
- 活動中の違和感等自覚症状の有無
- 同居者の有無、家族等の介護者が本人の社会的活動を把握しているかどうか

関連するモニタリング項目

- 普段の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）、家庭内での役割の変化
- 外出の程度（例：体操、散歩等）の変化
- 活動中の違和感等自覚症状の変化
- 家族等の介護者による本人の社会的活動の把握状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

（ⅲ）状況に応じた適切な活動量・リスクを判断できる支援体制を整える

実施内容及び必要性

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。活動能力は運動能力のみならず、心理的状態、認知能力、社会的環境等に依存する。

慢性心不全では、安静によるデコンディショニングは運動耐容能の低下を助長するとともに、労作時の易疲労感や

呼吸困難等の症状を悪化させる要因となる。特に高齢患者においては、加齢による退行性変化等により、ADLが低下する。特に下肢筋力やバランス機能の低下著しいため、歩行や階段昇降等移動動作が制限されやすく容易に転倒し、排泄行為や、家事、社会活動等、患者の日常生活全般に影響を及ぼす。したがって、心不全患者の一般管理において、ADLの評価及び状況に応じた適切な活動量・リスクの把握は重要である。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 活動を控えたり中止したりすべき水準の理解
- 普段の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）
- 外出の程度（例：体操、散歩等）
- 活動中の違和感等自覚症状の有無
- 同居者の有無、家族等の介護者が本人の社会的活動を把握しているかどうか

関連するモニタリング項目

- 活動を控えたり中止したりすべき水準の理解状況の変化
- 普段の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化
- 外出の程度（例：体操、散歩等）の変化
- 活動中の違和感等自覚症状の変化
- 家族等の介護者による本人の社会的活動の把握状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

2-3-3 入浴習慣の支援

（ｉ）過度に入浴を恐れる必要はないことの理解を支援する体制を整える

実施内容及び必要性

入浴は慢性心不全患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いればむしろ負荷軽減効果により臨床症状の改善をもたらすことが示されている。

熱いお湯は交換神経緊張をもたらすこと、深く湯につかると静水圧により静脈環流量が増して心内圧を上昇させることから温度は 40～41℃、鎖骨下までの深さの半座位浴で、時間は 10 分以内が良いとされる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 医師からの説明の有無、医師からの指導内容、入浴を控える／中止する必要がある場合の判断基準
- 自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間）
- 入浴における専門的判断の必要性の有無
- 入浴における介助の有無、介護者がいる場合それは誰か

- 入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度

関連するモニタリング項目

- 医師からの指導内容、入浴を控える／中止する必要がある場合の判断基準の変化
- 自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間）の変化
- 入浴における専門的判断の必要性の有無の変化
- 入浴における介助の状況、介護者の変化
- 入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

（ⅱ）入浴習慣や入浴環境を把握し適切な入浴を維持することの支援体制を整える

実施内容及び必要性

入浴は慢性心不全患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いればむしろ負荷軽減効果により臨床症状の改善をもたらすことが示されている。

熱いお湯は交換神経緊張をもたらすこと、深く湯につかると静水圧により静脈環流量が増して心内圧を上昇させることから温度は 40～41℃、鎖骨下までの深さの半座位浴で、時間は 10 分以内が良いとされる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 入浴に対する本人・家族の希望・意向
- 自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間）の見直しの必要性
- 自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴等）の状況
- 入浴における介助の有無、介護者がいる場合それは誰か
- 入浴を控えたり中止したりしたことの有無、その状況
- サービス事業者からの入浴時の状況の共有方法、医師への情報共有の方法

関連するモニタリング項目

- 入浴に対する本人・家族の希望・意向の変化
- 自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間）の見直しの必要性
- 自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴等）の状況の変化
- 入浴における介助の状況、介護者の変化
- 入浴を控えたり中止したりする状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

2-3-4 休養・睡眠の支援

（ｉ）休養・睡眠が確保できる環境・体制を整える

実施内容及び必要性

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。

不眠症状は、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟睡障害等の症状があり、それらは、動悸、息切れ、体重減少、頭痛、めまい、胃腸不良、腰痛、肩こり、慢性疲労等の身体症状や、気力低下、いらつき、注意集中力の低下等の精神症状を誘発しやすく、身体的な疲労回復を妨げるのみならず、心疾患の回復を遅らせ、再発へのリスクを上げる要因ともなる。

一般的に過度な運動、アルコールの摂取等の誤った対応や、睡眠薬への誤った知識等により症状が遅延、あるいは悪化させる対応がとられることも少なくない。

適宜、専門医と連携し、休眠・睡眠を確保できる環境・体制を整えることが重要になる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 寝室等休養・睡眠する環境
- 普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間
- 同居者がいる場合の同居者の生活リズム
- 休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の有無（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）
- 服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング）
- 睡眠時無呼吸症候群の診断の有無
- 認知機能の程度

関連するモニタリング項目

- 寝室等休養・睡眠する環境の変化
- 普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化
- 同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化
- 休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の変化（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）
- 服薬内容、服薬のタイミングの変化（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング）
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、薬剤師　等

（ⅱ）睡眠時の状況の変化を把握し、必要な支援につなげられる体制を整える

実施内容及び必要性

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。

不眠症状は、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟睡障害等の症状があり、それらは、動悸、息切れ、体重減少、頭痛、めまい、胃腸不良、腰痛、肩こり、慢性疲労等の身体症状や、気力低下、いらつき、注意集中力の低下等の精神症状を誘発しやすく、身体的な疲労回復を妨げるのみならず、心疾患の回復を遅らせ、再発へのリスクを上げる要因ともなる。

一般的に、過度な運動やアルコールの摂取等への誤った対応や、睡眠薬への誤った知識等により症状を遅延あるいは悪化させる対応がとられることも少なくない。

適宜、専門医と連携し、睡眠時の状況の変化を把握し、必要な支援につなげられる体制を整えることが重要になる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 寝室等休養・睡眠する環境
- 普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間
- 同居者がいる場合の同居者の生活リズム
- 休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の有無（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）

関連するモニタリング項目

- 寝室等休養・睡眠する環境の変化
- 普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化
- 同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化
- 休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の変化（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）

情報収集すべき専門職

医師、看護師、PT/OT/ST、介護職　等

2-3-5 栄養バランスの支援

（ｉ）栄養バランスに関する状況が把握される体制を整える

実施内容及び必要性

心疾患患者の危険因子である脂質異常症、高血圧、肥満等を改善するためには、エネルギー・塩分・コレステロールに注意して、バランスの良い食事をすることが重要になる。

バランスの良い食事とは、からだに必要な3大栄養素である炭水化物・タンパク質・脂質のほか、ビタミン・ミネラル等の栄養素を過不足なく食事の中で補給することであり、それには、主食、主菜、副菜の組み合わせが適切であることが必要となる。推奨される1日の摂取量は本人の体重や日常の活動量によって異なるので、かかりつけ医あるいは管理栄養士、薬剤師等と連携して、栄養バランスに関する状況が把握される体制を整えることが重要となる。

また、食品には、薬の作用を強めたり、弱めたりするものがあるので注意が必要となる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 栄養バランスの必要性、医師からの指導の有無
- 管理栄養士等専門職による指導の有無
- 指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容
- 定期的な検査の必要性、検査を実施するタイミング（例：定期受診の際に医師が血液検査を実施等）
- 普段の食生活の記録の方法、医師への報告の方法・タイミング

関連するモニタリング項目

- 栄養バランスの必要性、医師からの指導の有無
- 管理栄養士等専門職による指導の有無
- 指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容の変化
- 定期的な検査の必要性、検査を実施するタイミングの変化（例：定期受診の際に医師が血液検査を実施等）

情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職　等

（ⅱ）栄養バランスの管理が継続的に実施される支援体制を整える

実施内容

心疾患患者の危険因子である脂質異常症、高血圧、肥満等を改善するためには、エネルギー・塩分・コレステロールに注意して、バランスの良い食事をすることが重要になる。

バランスの良い食事とは、からだに必要な3大栄養素である炭水化物・タンパク質・脂質のほか、ビタミン・ミネラル等の栄養素を過不足なく食事の中で補給することであり、それには、主食、主菜、副菜の組み合わせが適切であることが必要となる。推奨される1日の摂取量は本人の体重や日常の活動量によって異なるので、かかりつけ医あるいは管理栄養士等と連携して、栄養バランスの管理が継続的に実施される支援体制を整えることが重要となる。

また、食品には、薬の作用を強めたり、弱めたりするものがあるので注意が必要となる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容
- 指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の有無
- 指示内容の実行における支援の必要性
- 市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況
- 体重の増減、体重の増減の状況の把握方法

関連するモニタリング項目

- 指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容の変化
- 指示内容に対する本人・家族の理解度の変化
- 指示内容の実行における支援の必要性の変化

- 市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況の変化

情報収集すべき専門職
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職　等

2-3-6 飲酒量のコントロール

（ｉ）飲酒量のコントロールの重要性の理解をうながす支援体制を整える

実施内容及び必要性
アルコール性心筋症が疑われる場合、禁酒が不可欠である。他の患者においては、適切な飲酒習慣に努め、大量飲酒を避ける。

関連するアセスメント項目
上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。
- 医師からの説明の有無、医師からの指導内容、コントロールの基準、コントロールの必要性の程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いのか）
- 日常生活における飲酒の量、タイミング
- 飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度
- 認知機能の程度

関連するモニタリング項目
- 医師からの説明の有無、医師からの指導内容、コントロールの基準、コントロールの必要性の程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いのか）の変化
- 日常生活における飲酒の量、タイミングの変化
- 飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度の変化
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職
医師、看護師、介護職、薬剤師　等

（ⅱ）多量の飲酒等を避ける支援体制を整える

実施内容及び必要性
アルコール性心筋症が疑われる場合、禁酒が不可欠である。他の患者においては、適切な飲酒習慣に努め、大量飲酒を避ける。

関連するアセスメント項目
上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。
- 飲酒に対する本人・家族の意向
- 自宅における飲酒の状況、自宅外における飲酒の状況

- 飲酒量の状況に関する医師への情報共有の方法

関連するモニタリング項目

- 飲酒に対する本人・家族の意向の変化
- 自宅における飲酒の状況、自宅外における飲酒の状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職、介護支援専門員、薬剤師　等

2-3-7 禁煙の支援

（ⅰ）禁煙の必要性の理解をうながす支援体制を整える

実施内容及び必要性

喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心不全患者では、禁煙により死亡率や再入院率が低減することが示されている。喫煙者に対しては積極的に禁煙治療を勧める必要がある。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか）
- （入院前の）日常生活における喫煙量、タイミング
- 禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向

関連するモニタリング項目

- 医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか）の変化
- 禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職、薬剤師　等

（ⅱ）禁煙を支援する体制を整える

実施内容及び必要性

喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心不全患者では、禁煙により死亡率や再入院率が低減することが示されている。喫煙者に対しては積極的に禁煙治療を進める必要がある。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 禁煙に対する本人・家族の意向

- 禁煙の継続状況
- 禁煙の継続状況（禁煙が不良だった場合も含む）に関する医師への情報共有の方法

関連するモニタリング項目

- 禁煙に対する本人・家族の意向の変化
- 禁煙の継続状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職、薬剤師　等

2-3-8 本人・家族への生活習慣を変えることの支援

（ｉ）本人・家族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

実施内容及び必要性

本人の自己管理が重要な役割を果たし、自己管理能力を向上させ、生活習慣を変えることにより、予後は改善する。外来患者における、毎日の体重測定や塩分制限の順守率は約 50%程度と報告されており、本人の自己管理が適切に行われているかを評価し、本人及び家族に対する教育、相談支援により本人の自己管理能力の向上に努めることが必要になる。

自己管理能力を高めて、生活習慣を変えることをうながすために、教育を行う際には、本人の理解度を高めるための教材を有効に活用することも重要である。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 主治医からの説明を受けているかどうかの確認
- 生活習慣に対する家族・本人の認識・理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か
- 特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：禁煙、運動等）、変更の重要性（例：絶対だめなのか、努力事項なのか）
- 生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度

関連するモニタリング項目

- 生活習慣に対する家族・本人の認識・理解度の変化
- 生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職　等

2-4 心理的な支援

2-4-1 本人・家族の不安の軽減

（ⅰ）心理的な支援の必要性を把握する

実施内容及び必要性

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が、心不全患者の予後に影響する。したがって、心不全患者に対する支援には精神的支援を含む必要がある。さらに、症状によっては、精神科医あるいは心療内科医による診断・専門的治療や臨床心理士等によるカウンセリングも考慮すべきである。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 日常生活リズムの崩れの有無
- 本人が感じている不安の有無、その内容

関連するモニタリング項目

- 日常生活リズムの崩れの状況の変化
- 本人が感じている不安の状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職　等

（ⅱ）必要に応じた支援を提供できる体制を整える

実施内容及び必要性

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が、心不全患者の予後に影響する。したがって、心不全患者に対する支援には精神的支援を含む必要がある。さらに、症状によっては、精神科医あるいは心療内科医による診断・専門的治療や臨床心理士等によるカウンセリングも考慮すべきである。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人が感じる心理的な不安等に関する状況を主治医に報告する方法
- 家族が抱える不安の状況や程度
- 現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- 家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容

関連するモニタリング項目

- 家族が抱える不安の状況や程度の変化
- 現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- 家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職　等

2-4-2 専門的支援の提供

（ｉ）精神症状を捉え、判断し、必要に応じて多職種につなぐ体制を整える

実施内容及び必要性

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が、心不全患者の予後に影響する。したがって、心不全患者に対する支援には精神的支援を含む必要がある。さらに、症状によっては、精神科医あるいは心療内科医による診断・専門的治療や臨床心理士等によるカウンセリングも考慮すべきである。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の抑うつや不安の程度
- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容

関連するモニタリング項目

- 本人の抑うつや不安の程度の変化
- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職　等

心不全　Ⅱ期

2.生活機能の維持

2-1 ステージに応じた生活・暮らしの把握

2-1-1 望む生活・暮らしの意向の把握

（ⅰ）本人・家族が望む生活・暮らしの実現に向けた意向の把握を支援する

実施内容及び必要性

慢性心不全の生活に及ぼす影響は身体機能の低下のみならず心理的適応にも依存しており、患者が社会的あるいは精神的に隔離されないように注意する必要がある。

本人が望む暮らしの実現に向け、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となる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族が望む生活・暮らし（１日／１週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント）
- 望む生活・暮らしに対して現在できないが実現したいこと（がまん、あきらめ）
- 望む生活・暮らしと実際との乖離の有無、乖離の内容
- 望む生活と生活制限との間で本人・家族が感じているジレンマ

関連するモニタリング項目

- 本人・家族が望む生活・暮らし（１日／１週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント）の変化
- 望む生活・暮らしに対して現在できないが実現したいこと（がまん、あきらめ）の変化
- 望む生活・暮らしと実際との乖離の有無、乖離の内容の変化
- 望む生活と生活制限との間で本人・家族が感じているジレンマの状況

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職　等

（ⅱ）実際の日常生活の状況を継続的に把握できる体制を整える

実施内容及び必要性

慢性心不全による活動能力の低下は、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目的である。活動能力は運動能力のみならず、心理的状態、認識能力、社会的環境等に依存する。これらの評価は初期の病態把握及び管理をするうえで極めて重要である。

日常生活の状況は、身体機能、心理的要因、認識能力及び回復意欲、疾病と治療の理解に基づく服薬及び生活指導の遵守、家族を含む周囲からの支援等により影響される。これらの因子については、定期的に把握・評価できる体制を整える必要がある。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 普段の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線
- ADL の状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）
- 日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）
- 社会的活動の実施状況
- 活動中の違和感等自覚症状の有無
- 同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか
- 認知機能の程度

関連するモニタリング項目

- 普段の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化
- ADL の状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）の変化
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化
- 日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）の変化
- 社会的活動の実施状況の変化
- 活動中の違和感等自覚症状の状況の変化
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職　等

2-2 ステージに応じた生活・暮らしの改善

2-2-1 継続的なリハビリテーションの実施

（ⅰ）ADL/IADL の維持・改善に向けたリハビリテーションを受けることを支援する体制を整える

実施内容及び必要性

心臓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ている。

心不全に対する心臓リハビリテーションの主要な目的は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。特に運動耐容能の改善によるADLやQOL、予後の改善は重要な目的の一つである。その他、運動によるインスリン抵抗性改善、脂質プロファイル改善、血圧低下効果等は、経口薬剤量を減らすことができ、腎負荷や副作用を減少させることができる。また、骨格筋量増加は骨格筋ポンプ機能を改善させる。自律神経活性の安定化、不整脈抑制、血管の過剰な緊張改善、血圧安定化等による突然死や心不全死を減少させる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 機能低下の程度、改善可能性
- リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況
- リハビリテーションに関する医師からの指示指導の有無、指示がある場合のリハビリテーションの内容
- 医療保険によるリハビリテーションの実施状況、医療機関の名称、場所
- 介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容、リハマネの実施可能性
- （医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング

関連するモニタリング項目

- 機能低下の程度、改善可能性の変化
- リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況の変化
- リハビリテーションに関する医師からの指示指導の有無、指示がある場合のリハビリテーションの内容の変更
- 介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容の変更
- ADL/IADL の状況と、実施中の生活支援サービスの変更
- 機能回復のためのリハビリテーションの実施状況の変更
- 日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間等の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、薬剤師　等

2-3 ステージに応じた生活・暮らしの支援

2-3-1 ステージに応じた活動と参加に関わる能力の維持・改善

（ｉ）活動・参加の範囲を維持・拡大できるよう支援する

実施内容及び必要性

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。活動能力は運動能力のみならず、心理的状態、認知能力、社会的環境等に依存する。

慢性心不全の生活に及ぼす影響は身体機能の低下のみならず、心理的適応にも依存しており、患者が社会的あるいは精神的に乖離されないように注意しなければならない。活動能力に応じた社会的活動は勧めるべきであり、ステージに応じた本人の活動・参加の範囲を維持・拡大できるよう支援することが重要となる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 普段の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線
- ADL の状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）
- 日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）
- 社会的活動の実施状況

- 活動中の違和感等自覚症状の有無
- 同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか
- 認知機能の程度

関連するモニタリング項目

- 普段の1日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化
- ADL の状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）の変化
- IADL の状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化
- 日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）の変化
- 社会的活動の実施状況の変化
- 活動中の違和感等自覚症状の変化
- 同居者の有無、家族等の介護者による本人の生活リズムの把握状況の変化
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、薬剤師　等

（ⅱ）状況に応じた適切な活動量・リスクを判断できる支援体制を整える

実施内容及び必要性

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。活動能力は運動能力のみならず、心理的状態、認知能力、社会的環境等に依存する。

慢性心不全では、安静によるデコンディショニングは運動耐容能の低下を助長するとともに、労作時の易疲労感や呼吸困難等の症状を悪化させる要因となる。特に高齢患者においては、加齢による退行性変化等により、ADLが低下する。特に下肢筋力やバランス機能の低下が著しいため、歩行や階段昇降等の移動動作が制限されやすく容易に転倒し、排泄行為や家事、社会活動等、患者の日常生活全般に影響を及ぼす。したがって、心不全患者の一般管理において、ADLの評価及び状況に応じた適切な活動量・リスクの把握は重要である。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 医師からの活動制限の指示の有無、活動制限の内容、程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのか等）、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れや疲れ等の目安）
- 活動中の違和感等自覚症状の有無
- サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）
- 同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか
- 認知機能の程度
- 関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング

関連するモニタリング項目

- 医師からの活動制限の指示の有無、活動制限の内容、程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なの

か等）、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れや疲れ等の目安）の変化

- 活動中の違和感等自覚症状の変化
- サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）の変化
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、薬剤師　等

2-3-2 入浴習慣の支援

（ｉ）入浴習慣や入浴環境を把握し適切な入浴を維持することの支援体制を整える

実施内容及び必要性

入浴は慢性心不全患者において禁忌ではなく、適切な入浴法を用いればむしろ負荷軽減効果により臨床症状の改善をもたらすことが示されている。

熱いお湯は交換神経緊張をもたらすこと、深く湯につかると静水圧により静脈環流量が増して心内圧を上昇させることから、温度は 40～41℃、鎖骨下までの深さの半座位浴で、時間は 10 分以内が良いとされる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 入浴に対する本人・家族の希望・意向
- 自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間）の見直しの必要性
- 自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴等）の状況
- 入浴における介助の有無、介護者がいる場合それは誰か
- 入浴を控えたり中止したことの有無、その状況
- サービス事業者からの入浴時の状況の共有方法、医師への情報共有の方法

関連するモニタリング項目

- 入浴に対する本人・家族の希望・意向の変化
- 自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間）の見直しの必要性
- 自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴等）の状況の変化
- 入浴を控えたり中止したことの有無、その状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職　等

2-3-3 休養・睡眠の支援

（ｉ）休養・睡眠が確保できていることを確認する

実施内容及び必要性

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。

不眠症状は、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟睡障害等の症状があり、それらは、動悸、息切れ、体重減少、頭痛、めまい、胃腸不良、腰痛、肩こり、慢性疲労等の身体症状や、気力低下、いらつき、注意集中力の低下等の精神症状を誘発しやすく、身体的な疲労回復を妨げるのみならず、心疾患の回復を遅らせ、再発へのリスクを上げる要因ともなる。

一般的に、過度な運動やアルコールの摂取等への誤った対応や、睡眠薬への誤った知識等により症状を遅延あるいは悪化させる対応がとられることも少なくない。

適宜、専門医と連携し、休眠・睡眠を確保できる環境・体制を整えることが重要になる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 寝室等休養・睡眠する環境
- 普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間
- 同居者がいる場合の同居者の生活リズム
- 休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の有無（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）
- 服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング）
- 睡眠時無呼吸症候群の診断の有無
- 認知機能の程度

関連するモニタリング項目

- 寝室等休養・睡眠する環境の変化
- 普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化
- 同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化
- 休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）の変化
- 服薬内容、服薬のタイミングの変化（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング）
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職、薬剤師　等

（ⅱ）睡眠時の状況の変化を把握し、必要な支援につなげられる体制を整える

実施内容及び必要性

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。

不眠症状は、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟睡障害等の症状があり、それらは、動悸、息切れ、体重減少、頭痛、めまい、胃腸不良、腰痛、肩こり、慢性疲労等の身体症状や、気力低下、いらつき、注意集中力の低下等の精神症状を誘発しやすく、身体的な疲労回復を妨げるのみならず、心疾患の回復を遅らせ、再発へのリスクを上げる要因ともなる。

一般的に、過度な運動やアルコールの摂取等への誤った対応や、睡眠薬への誤った知識等により症状を遅延あるいは悪化させる対応がとられることも少なくない。

適宜、専門医と連携し、睡眠時の状況の変化を把握し、必要な支援につなげられる体制を整えることが重要になる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 寝室等休養・睡眠する環境
- 普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間
- 同居者がいる場合の同居者の生活リズム
- 休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の有無（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）

関連するモニタリング項目

- 寝室等休養・睡眠する環境の変化
- 普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化
- 同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化
- 休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職　等

2-3-4 栄養バランスの支援

（ｉ）栄養バランスの管理が継続的に実施されていることを確認する

実施内容及び必要性

心疾患患者の危険因子である脂質異常症、高血圧、肥満等を改善するためには、エネルギー・塩分・コレステロールに注意して、バランスの良い食事をすることが重要になる。

バランスの良い食事とは、からだに必要な3大栄養素である炭水化物・タンパク質・脂質のほか、ビタミン・ミネラル等の栄養素を過不足なく食事の中で補給することであり、それには、主食、主菜、副菜の組み合わせが適切であることが必要となる。推奨される1日の摂取量は本人の体重や日常の活動量によって異なるので、かかりつけ医あるいは管理栄養士、薬剤師等と連携して、栄養バランスの管理が継続的に実施されていることを確認することが重要となる。

また、食品には、薬の作用を強めたり、弱めたりするものがあるので注意が必要となる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容
- 指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の有無
- 指示内容の実行における支援の必要性
- 市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況
- 体重の増減、体重の増減状況の把握方法

関連するモニタリング項目

- 指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容の変化
- 指示内容の実行における支援の必要性
- 市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職、薬剤師　等

2-3-5 飲酒量のコントロール

（ｉ）飲酒量のコントロールの重要性の理解をうながす支援体制を整える

実施内容及び必要性

アルコール性心筋症が疑われる場合、禁酒が不可欠である。他の患者においては、適切な飲酒習慣に努め、大量飲酒を避ける。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 医師からの説明の有無、医師からの指導内容、コントロールの基準、コントロールの必要性の程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いのか）
- 日常生活における飲酒の量、タイミング
- 飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度
- 認知機能の程度

関連するモニタリング項目

- 医師からの説明の有無、医師からの指導内容、コントロールの基準、コントロールの必要性の程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いのか）の変化
- 日常生活における飲酒の量、タイミングの変化
- 飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度の変化
- 認知機能の程度の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職、薬剤師　等

（ⅱ）多量の飲酒等を避ける支援体制を整える

実施内容及び必要性

アルコール性心筋症が疑われる場合、禁酒が不可欠である。他の患者においては、適切な飲酒習慣に努め、大量飲酒を避ける。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 飲酒に対する本人・家族の意向
- 自宅における飲酒の状況、自宅外における飲酒の状況
- 飲酒量の状況に関する医師への情報共有の方法

関連するモニタリング項目

- 飲酒に対する本人・家族の意向の変化
- 自宅における飲酒の状況、自宅外における飲酒の状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職、薬剤師　等

2-3-6 禁煙の支援

（ⅰ）禁煙の必要性の理解をうながす支援体制を整える

実施内容及び必要性

喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心不全患者では、禁煙により死亡率や再入院率が低減することが示されている。喫煙者に対しては積極的に禁煙治療を進める必要がある。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか）
- （入院前の）日常生活における喫煙量、タイミング
- 禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向

関連するモニタリング項目

- 医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか）
- （入院前の）日常生活における喫煙量、タイミング
- 禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職、薬剤師　等

（ⅱ）禁煙治療を支援する体制を整える

実施内容及び必要性

喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であり、心不全患者では、禁煙により死亡率や再入院率が低減することが示されている。喫煙者に対しては積極的に禁煙治療を進める必要がある。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 禁煙に対する本人・家族の意向
- 禁煙の継続状況
- 禁煙の継続状況（禁煙が不良だった場合も含む）に関する医師への情報共有の方法

関連するモニタリング項目

- 禁煙に対する本人・家族の意向の変化
- 禁煙の継続状況

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職、薬剤師　等

2-3-7 本人・家族への生活習慣を変えることの支援

（ⅰ）本人・家族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

実施内容及び必要性

本人の自己管理が重要な役割を果たし、自己管理能力を向上させ、生活習慣を変えることにより、予後は改善する。外来患者における、毎日の体重測定や塩分制限の順守率は約 50%程度と報告されており、本人の自己管理が適切に行われているかを評価し、本人及び家族に対する教育、相談支援により本人の自己管理能力の向上に努めることが必要になる。

自己管理能力を高めて生活習慣を変えることをうながすために、教育を行う際には、本人の理解度を高めるための教材を有効に活用することも重要である。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 主治医からの説明を受けているかどうかの確認
- 生活習慣に対する家族・本人の認識・理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か
- 特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：禁煙、運動等）、変更の重要性（例：絶対だめなのか、努力事項なのか）
- 生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度

関連するモニタリング項目

- 特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：禁煙、運動等）、変更の重要性（例：絶対だめなのか、努力事項なのか）の状況
- 生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度の状況

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職　等

2−4 心理的な支援

2-4-1 本人・家族の不安の軽減

（ｉ）心理的な支援の必要性を確認できるような体制を構築する

実施内容及び必要性

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が、心不全患者の予後に影響する。したがって、心不全患者に対する支援には精神的支援を含む必要がある。さらに、症状によっては、精神科医あるいは心療内科医による診断・専門的治療や臨床心理士等によるカウンセリングも考慮すべきである。

日常生活のリズムや本人が感じている不安の状況を把握し、心理的な支援の必要性を確認できるような体制を構築することが必要となる。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 日常生活リズムの崩れの有無
- 本人が感じている不安の有無、その内容

関連するモニタリング項目

- 日常生活リズムの崩れの状況
- 本人が感じている不安の状況の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職　等

（ⅱ）必要に応じた支援を提供できる体制を確立する

実施内容及び必要性

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が、心不全患者の予後に影響する。したがって、心不全患者に対する支援には精神的支援を含む必要がある。さらに、症状によっては、精神科医あるいは心療内科医による診断・専門的治療や臨床心理士等によるカウンセリングも考慮すべきである。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人が感じる心理的な不安等に関する状況を主治医に報告する方法
- 家族が抱える不安の状況や程度
- 家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容

関連するモニタリング項目

- 家族が抱える不安の状況や程度の変化
- 家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職　等

2-4-2 専門的支援の提供

（ｉ）精神症状を捉え、判断し、必要に応じて多職種につなぐ体制を整える

実施内容及び必要性

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が、心不全患者の予後に影響する。したがって、心不全患者に対する支援には精神的支援を含む必要がある。さらに、症状によっては、精神科医あるいは心療内科医による診断・専門的治療や臨床心理士等によつカウンセリングも考慮すべきである。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人の抑うつや不安の程度
- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容

関連するモニタリング項目

- 本人の抑うつや不安の程度の変化
- 精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容の変化

情報収集すべき専門職

医師、看護師、介護職　等

2−5EOL(エンドオブライフ)に向けた準備

2-5-1 本人・家族の不安の軽減

（ｉ）末期心不全の EOL ケアをどのようにするかの心構えをする支援を行う

実施内容及び必要性

終末期には増悪と緩解により入退院を繰りかえるようになる。この時期においては、今後の治療手段や見通し、終末期のことを本人・家族に十分に説明、相談し、意思確認を行うことが必要である。

末期心不全の支援体制を確立するためには、適切な薬物療法、自己管理の方法、支援体制の利用をうながすために、多職種が連携してチームとして取り組むことが必要である。

末期心不全患者の症状を調整するためには、患者の身体的、神経学的、社会的、精神的な評価を頻繁に繰り返すことが必要である。ケアの目標は、症状のコントロールと生活の質を保持すること、本人と家族の精神的・情緒的支援を提供することに移行する。

関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 医師からの末期心不全の EOL ケアの実施状況（インフォームドコンセントの実施状況）
- 本人の治療意向、暮らし方の意向
- 家族の意向、介護負担の理解
- 本人が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況
- 家族が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況
- 現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- ACP の実施状況、末期心不全時における医療ケアチームの体制の確認

関連するモニタリング項目

- 医師からの末期心不全の EOL ケアの実施状況（インフォームドコンセントの実施状況）
- 本人の治療意向、暮らし方の意向の変化
- 家族の意向、介護負担の理解の状況の変化
- 本人が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況の変化
- 家族が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況の変化
- 現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の把握
- ACP の実施状況、末期心不全時における医療ケアチームの体制の確認

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職　等

第４章　多職種連携の重要性

１．多職種連携の重要性

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

(1)入院・入所時の多職種連携

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

(2)かかりつけ歯科医との連携

○かかりつけ歯科医の必要性

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

○かかりつけ歯科医との連携の必要性

・　高齢者の場合、歯の喪失や歯周病の進行に伴って口腔内の状況が複雑となるため、一人ひとりの口腔内の状況に合った歯口清掃が実施できるよう、きめ細かな指導・支援の必要がある。また、認知症がある場合、認知症の進行に伴って自身での歯口清掃が困難になる場合もある。
・　したがって、利用者にとってのかかりつけ歯科医の有無を確認したうえで、口腔内の状況が悪化する前に、早期

にかかりつけ歯科医と連携して口腔内の衛生状況及び日々の歯の健康管理の方法について情報共有しておくことが必要である。また、口腔内の状況は嚥下にも大きく影響するため、嚥下に関するトラブルの可能性やその対応についても、早期にかかりつけ歯科医と連携して情報共有やアセスメントを実施することが重要である。

(3)かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携

○かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局の必要性

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

○かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携の必要性

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

２.かかりつけ医との連携の重要性

○「できる限り自分でできることを増やしていく」ための療養の管理

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

○療養に関する情報をかかりつけ医と共有する必要性

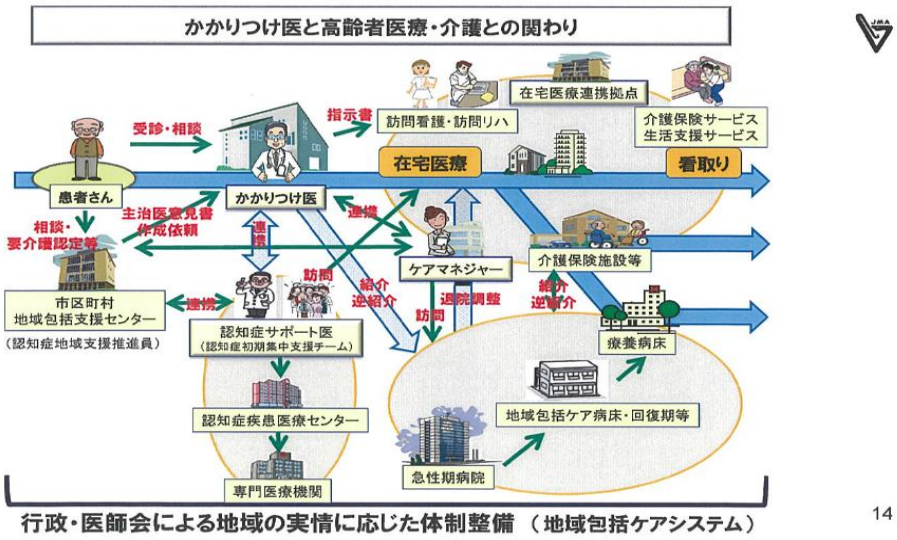
- 自宅での日常的な療養の支援を行うためには、それまでの疾患に関する情報、求められる療養の内容、本人あるいは家族等介護者の療養に対する理解度、日常における本人のこころ・からだの状況変化等、様々な情報を収集し、共有する必要がある。
- なお、医師と一口に言っても、入院していた病院・病棟の医師、通院している病院の医師等、在籍している機関によって様々であるが、中でも在宅における日常的な療養に関する判断を仰ぐという点では、かかりつけ医との情報の共有が重要である。
- かかりつけ医とは、「なんでも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」[2]と定義されたもので、在籍する機関に関らず、その人（患者）の日常的な療養に対して総合的に判断・助言できるような役割を担う医師である。
- したがって、介護支援専門員が本人の日常的な療養について情報を共有すべき相手としては、医師の中でも特にかかりつけ医と連携していくことが最も重要である。
-

＜かかりつけ医の意義と地域包括ケアシステムにおける位置付け＞

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

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

図表　かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり



(資料)　日本医師会　鈴木理事講演資料より

・　なお、高齢者の療養への対応という点においては、医療の中での各機関の連携のあり方も今後変化していく。つまり、高齢になるほど多くの疾患を持ちながら日常生活を送る場合が増えるため、特定の疾患の治療を念頭に置いた急性期～回復期～生活期という「垂直型の連携」だけでなく、一人の患者の暮らし全体を捉え、様々な地域資源と連携して生活を支えていく「水平型の連携」が必要とされているのである。

・　今後、地域の医療を支え、かかりつけ医機能を持つ中小病院、有床診療所、診療所が上記のような連携体制において地域包括ケアシステム構築の重要な役割を果たす。まずは各地域においてかかりつけ医機能を持つ医療機関がどこなのか、どのような連携体制が構築されているのかを把握して頂きたい。

○かかりつけ医との連携において留意すべき点

・　本検討案で示したような情報の中でも疾患や療養の内容、普段のこころ・からだの状況に対する判断については、医師が専ら判断すべき事項である点に注意が必要である。つまり、医師でない者が安易に判断することは適切でないことに注意が必要である。

・　また、お互い忙しい業務時間の中で効率的に情報を共有するためには、「どのような情報を確認したいか」「どのような情報を共有（報告）したいか」「どのような判断・助言を期待するか」といったことを整理して臨むと良い。本

検討案では、疾患別にアセスメントにおいて、なぜ、どのような情報を確認すべきかを整理しているので、各項目の記載内容を、かかりつけ医との情報共有のための準備に活用していただきたい。

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

ケアマネジメントにおける
アセスメント/モニタリング標準化
「心不全」がある方のケア
【検討案】
平成 30 年 3 月

株式会社日本総合研究所
〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-10-2 東五反田スクエア
TEL: 03-6833-5204 FAX:03-6833-9479

巻末資料2　項目一覧

項目一覧【概要版】：心不全共通（時期やステージに関係なく共通して適用すべき事項）

基本方針		実行が想定される主な支援と支援を行う者			関連するアセスメント項目等	
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	適切な支援内容とする為の主なアセスメント項目 （※アセスメント内容の詳細や留意点等は本編を参照）	主なモニタリング項目 （※モニタリング内容の詳細や留意点等は本編を参照）	情報収集すべき専門職
1 再入院の予防	1 疾患の理解と確実な服薬	基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解をうながす支援体制を整える	・主治医からの説明を受けているかどうかの確認 ・家族・本人の理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か ・疾患の種類や程度、治療（通院）の必要性・内容・頻度 ・薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度 ・主治医から説明されている見通し（予後） ・緊急時の対応の方法、その内容	・説明を受けているかどうかの確認、変更の有無の確認 ・本人や家族の理解度、主たる介護者の変更の有無の確認 ・疾患の管理状況の確認	医師、看護師、薬剤師
			2 自宅療養の留意点や使用している医療機器の理解をうながす支援体制を整える	・主治医からの説明を受けているかどうかの確認 ・家族・本人の理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か ・疾患の種類や程度、治療（通院）の必要性・内容・頻度 ・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカー等）の有無と種類、その使用に係る留意点 ・薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度 ・自宅療養上の留意点 ・緊急時の対応の方法、その内容	・主治医からの説明を受けているかどうかの確認 ・家族・本人の理解度、同居家族の変化 ・疾患の種類や程度、治療（通院）の必要性・内容・頻度の変化 ・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカー等）の変更 ・薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度の変化	医師、看護師、薬剤師
			3 定期的な受診がなされるよう支援体制を整える	・受診先の医療機関（名称、場所）、受診の頻度、受診の方法 ・通院手段、自ら通院できるかどうかの状態、通院を介助する人がいる場合それは誰か ・「心不全手帳」の有無、準備し持参できることの支援の必要性 ・受診先が変更になった場合の状況の把握	・治療・検査が継続的な提供状況の確認 ・医療機関への通院が継続できるかの確認 ・本人・家族の、起因疾患に対する理解の程度の確認 ・本人・家族は、理解に基づいた疾患の管理の継続状況の確認 ・病気に対する不安の変化の有無	医師、看護師
		服薬支援	4 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える	・処方内容、服薬状況 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか ・かかりつけ薬局やかかりつけ薬剤師の有無、関り方の状況の把握	・本人や家族が服薬の意味を理解できているかの確認 ・継続的な服薬状況の確認	医師、薬剤師、看護師
			5 薬を管理できる支援体制を整える	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法 ・薬剤師（かかりつけ薬剤師）による管理の実施状況	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法	医師、薬剤師、看護師、介護職
			6 服薬の促し（声かけ）と服薬したことの確認ができる体制を整える	・処方されたとおりに服薬できているかについてだれが、いつ、どのように確認しているか ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者とのかかわりの状況（誰が声かけしているか、介護者の生活リズム等）	・処方されたとおりに服薬できているかの確認体制の状況変化 ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わりの状況変化（誰が声かけしているか、介護者の生活リズム等） ・服薬の状況、飲み残しの有無	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職
		併発疾患の把握と管理	7 腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病（糖尿病性腎症）の疾患の管理を徹底できる体制を整える	・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）の有無、程度、治療の内容、服薬の状況 ・医師からの指導内容に対する本人・家族の理解度 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要性 ・受診している医療機関と主治医の状況の把握	・医師からの指導内容に対する本人・家族の理解度の変化 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要性の変化	医師、看護師、薬剤師
			8 ※上記の他併発している他の個別疾患の管理の支援について別途確認する	・起因となっている生活習慣病の有無、心不全への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族の知識と理解度 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要性 ・受診している医療機関・主治医の状況の把握	・起因となっている生活習慣病の治療の内容及び服薬の状況の変化 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族の知識と理解度の変化 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要の変化	医師、看護師、薬剤師
	2 自己管理能力の向上とリスクの管理	体重の管理	9 体重管理の重要性の理解をうながす	・主治医からの体重管理に関する指導の内容 ・指導されている体重の水準（例：適正体重、体重増減の目安等）、体重管理の頻度 ・浮腫の有無 ・医師への報告の必要性、報告の方法	・主治医からの体重管理に関する指導の内容の変化 ・指導されている体重の水準（例：適正体重、体重増減の目安等）、体重管理の頻度の変化 ・浮腫の状況の変化 ・医師への報告の必要性、報告の方法の変更の有無	医師、看護師
			10 体重を管理する環境を整える	・体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにとっているか ・「心不全手帳」の利用の有無、利用方法に対する本人・家族の理解度	・体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにとっているか ・「心不全手帳」の利用の有無、利用方法に対する本人・家族の理解度の変化	医師、看護師
			11 日々の体重管理が継続できるよう支援する	・医師から指導されている頻度を踏まえた体重管理が継続できているか ・体重の急激な増加があった場合に医師等に報告することの支援、医師から指示されている「急激な増加」の目安 ・浮腫が出た場合に医師等に報告することの支援	・医師から指導されている頻度を踏まえた体重管理が継続できているか	医師、看護師
		塩分量・水分量のコントロール	12 適切な塩分・水分摂取量が理解できていることを確認する	・医師からの塩分量・水分量の制限の有無、制限の内容 ・管理栄養士等の専門職による指導の実施の有無 ・適切な塩分・水分量に対する本人・家族の理解度	・医師からの塩分量・水分量の制限の有無、制限の内容の変化 ・管理栄養士等の専門職による指導の実施状況 ・適切な塩分・水分量に対する本人・家族の理解度の変化	医師、看護師、管理栄養士
			13 塩分の摂取状況を把握できる体制を整える	・日常的な食生活の内容 ・本人が普段の食事内容を把握できているかどうかの状況 ・記録の実施の有無、記録の実施に対する支援の必要性 ・食事内容に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・家族等本人以外であって本人の普段の食事内容を把握しうる人の有無	・日常の塩分摂取量の状況 ・本人や家族の食生活と食の好みの変化 ・本人・家族による日常の塩分摂取量の把握方法の変化	医師、看護師、管理栄養士
			14 日常的な食事における塩分含有量の理解を支援する体制を整える	・日常的な食生活における外食や惣菜等の利用状況 ・一般的な普段の食事に関する塩分含有量に対する本人・家族の理解度	・日常的な食生活における外食や惣菜等の利用状況の変化 ・一般的な普段の食事に関する塩分含有量に対する本人・家族の理解度の変化	医師、看護師、管理栄養士
			15 水分の摂取・排泄状況を把握できる体制を整える	・日常的な食事の摂取・水分摂取のタイミング・内容、日常的な活動の状況 ・日常的な排泄の程度、排泄リズム ・食事や排泄に対する家族等による介助の有無、介護者が誰か ・本人が普段の食事の摂取・水分摂取状況及び排泄リズム等を把握できているかどうかの状況 ・記録の実施の有無、記録の実施に対する支援の必要性 ・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・家族等本人以外であって本人の普段の食事と水分摂取の内容や排泄を把握しうる人の有無	・日常的な食事の摂取・水分摂取のタイミング・内容、日常的な活動の状況の変化 ・日常的な排泄の程度、排泄リズムの変化 ・食事や排泄に対する家族等による介助の状況の変化 ・本人が普段の食事の摂取・水分摂取状況及び排泄リズム等を把握できているかどうかの状況の変化 ・記録の実施の有無、記録の実施に対する支援の必要性の変化 ・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度の変化	医師、看護師、管理栄養士、薬剤師
			16 普段と異なる排泄の状態（尿量や便の回数の変化等）を把握できるよう支援体制を整える	・日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状） ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状） ・食事や排泄に対する家族等による介助の有無、介護者が誰か ・尿便意に対する認識の有無、認知機能の程度 ・普段と異なる排泄の状態の目安（医師から説明を受けている場合） ・普段と異なる排泄がみられた場合の報告の方法	・日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状）の変化 ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状）の変化 ・食事や排泄に対する家族等による介助の状況の変化 ・尿便意に対する認識の有無、認知機能の程度の変化	医師、看護師、管理栄養士、薬剤師
		血圧の管理	17 血圧のコントロールに関する状況が把握される体制を整える	・血圧のコントロールの必要性、医師からの指導の有無、目標となる血圧（上限、下限） ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度 ・指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直し等） ・血圧測定のタイミング、頻度、実施場所、測定方法 ・普段の血圧の記録の方法、医師への報告の方法・タイミング	・血圧のコントロールの必要性、医師からの指導の有無、目標となる血圧（上限、下限）の変更 ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度の変化 ・指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直し等）の変化	医師、看護師、薬剤師
			18 血圧のコントロールが継続的に実施される支援体制を整える	・指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直し等） ・指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の有無 ・指示内容の実行における支援の必要性 ・市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況 ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動等）の状況	・指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直し等）の変化 ・指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の変化 ・指示内容の実行における支援の必要性の変化 ・市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況の変化 ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動等）の状況の変化	医師、看護師、薬剤師
		活動制限が守られることの支援	19 活動制限と安静の必要性を本人及び家族等が理解するための支援体制を整える	・医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安等） ・専門職による指導の実施の有無、指導の内容 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解度 ・サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度	・医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安等）の変化 ・専門職による指導の内容の変化 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解度の変化 ・サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度の変化	医師、看護師、薬剤師
			20 日常において活動制限や安静の必要性が守られていることを支援する体制を整える	・サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度 ・本人が実施している日常の活動状況の記録方法、休養・休息の状況の記録方法 ・活動中の違和感等自覚症状の有無、対応した状況の有無 ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく） ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度	・サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度の変化 ・活動中の違和感等自覚症状の有無、対応した状況の有無及び状況の変化 ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）の変化 ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握している状況の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		感染症の予防	21 感染症の予防の必要性を理解する支援体制を整える	・感染症の予防に関する医師からの説明の有無、説明内容 ・感染症の予防に対する本人・家族の理解度 ・感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況 ・感染症の罹患履歴（過去の罹患歴） ・感染症へのかかりやすさ ・家族背景（特に小さい子どもの有無）、普段の外出先（デイサービスの利用の有無）	・感染症の予防に対する本人・家族の理解度の変化 ・感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況の変化 ・家族背景（特に小さい子どもの有無）、普段の外出先（デイサービスの利用の有無）の変化	医師、看護師
			22 予防接種等の受診を支援する体制を整える	・予防接種に関する医師からの指導や説明の有無、指導や説明の内容（通院先での予防接種の実施状況、地域で利用できる予防接種実施機関、行政による予防接種の補助等の制度の有無） ・予防接種の受診履歴	・予防接種に関する医師からの指導や説明の有無、指導や説明の内容の変化	医師、看護師
		排泄にともなうリスクの管理	23 排泄時のリスクを軽減するため便秘等にならないようにする支援の体制を整える	・便秘の有無、支援の必要性 ・日常の食事内容、水分摂取状況 ・服薬内容、服薬状況 ・普段の排泄の頻度・リズム ・トイレの室温、廊下との気温差の有無	・便秘の有無、支援の必要性の変化 ・日常の食事内容、水分摂取状況の変化 ・服薬内容、服薬状況の変化 ・普段の排泄の頻度・リズムの変化 ・トイレの室温、廊下との気温差の状況の変化	医師、看護師、薬剤師
		非日常的な活動のリスクの管理	24 長時間の活動が必要な場合の注意事項を理解できるよう支援する体制を整える	・長時間の活動に対する医師からの説明・指導の有無、その内容（留意事項、指示内容） ・本人が希望する生活における長時間の活動の有無、具体的な内容（例：旅行、墓参り、運動等）	・長時間の活動に対する医師からの説明・指導の有無、その内容（留意事項、指示内容）の変化 ・本人が希望する生活における長時間の活動の有無、具体的な内容（例：旅行、墓参り、運動等）の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、薬剤師
	3 療養を続けるための環境・体制の整備	負荷のかかる環境の改善	25 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレ等）がなされるよう体制を整える	・本人の日常生活におけるよくいる場所、生活動線 ・冷暖房の利用状況 ・普段生活している場所の温度とその変化の状況 ・本人の温度感覚の麻痺の程度 ・気温差の縮小の必要性 ・環境の改善のための支援の必要性 ・環境の改善に対する本人・家族の意向	・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線）の変化 ・本人の状況（ADL/IADL、温度感覚の麻痺の程度等）の変化 ・居室と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度の差とその把握状況の変化	介護職
			26 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	・自宅での行動の状況、負担となる環境の有無（例：段差・階段、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） ・心疾患の程度 ・環境や動作の改善のための支援の必要性 ・環境や動作の改善に対する本人・家族の意向	・自宅での行動の状況、負担となる環境の変化（例：段差・階段、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） ・心疾患の程度の変化 ・環境や動作の改善のための支援の必要性の変化 ・環境や動作の改善に対する本人・家族の意向の変化	介護職
		チームケア体制の整備	27 健康状態を把握・管理できるよう多職種による支援体制を整える	・訪問診療の有無 ・看護師、薬剤師、管理栄養士による指導・支援の有無、実施状況、指導・支援の内容 ・他職種との情報連携の方法、手段、報告内容 ・他の職種が必要とする情報の内容、報告すべき状況（例：～～という状況がみられたら共有・報告する等） ・他のサービス事業者が上記状況を理解しているかどうか、サービス事業者から他の職種への情報共有が実施できるか	・訪問診療の状況の変化 ・看護師、薬剤師、管理栄養士による指導・支援の有無、実施状況、指導・支援の内容の変化 ・他の職種が必要とする情報の内容、報告すべき状況（例：～～という状況がみられたら共有・報告する等）の変更	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護職、管理栄養士、
		急変時の対応体制の整備	28 状況が急変した場合の対応体制を整える	・状況が急変した際に本人が取るべき行動についての医師からの指導内容 ・かかりつけ医／主治医の連絡先 ・急変した場合の対応についての本人・家族の理解	・状況が急変した際に本人が取るべき行動についての医師からの指導内容の変化 ・かかりつけ医／主治医の変更の有無 ・急変した場合の対応についての本人・家族の理解状況の変化	医師、看護師

項目一覧【概要版】：心不全Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関りが強い状況）

基本方針		実行が想定される主な支援と支援を行う者			関連するアセスメント項目等	
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	適切な支援内容とする為の主なアセスメント項目 （※アセスメント内容の詳細や留意点等は本編を参照）	主なモニタリング項目 （※モニタリング内容の詳細や留意点等は本編を参照）	情報収集すべき専門職
2 生活機能の維持・向上	1 心不全のステージに応じた生活・暮らしの把握	ステージに応じた生活・暮らしの現状の把握	1 現在の日常的な活動量を把握できる体制を整える	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等） ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等） ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩等） ・活動中の違和感等自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）の変化 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化 ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）の変化 ・活動中の違和感等自覚症状の状況の変化 ・同居者の有無、家族等の介護者による本人の生活リズムの把握状況の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			2 入院前の活動の状況を把握できる体制を整える	・入院前の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等） ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等） ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩等） ・活動中の違和感等自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度	・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）の変化 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化 ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）の変化 ・活動中の違和感等自覚症状の状況の変化 ・同居者の有無、家族等の介護者による本人の生活リズムの把握状況の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			3 適正な活動量を把握できる体制を整える	・医師からの活動制限の指示の有無、活動制限の内容、程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのか等）、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れや疲れ等の目安） ・活動中の違和感等自覚症状の有無 ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく） ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度	・医師からの活動制限の指示の有無、活動制限の内容、程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのか等）、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れや疲れ等の目安）の変更 ・活動中の違和感等自覚症状の状況の変化 ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）の変化 ・同居者の有無、家族等の介護者による本人の生活リズムの把握状況の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			4 本人が望む暮らしの実現に向け、暮らしやすくするための環境の改善を支援する	・生活における本人が希望する活動 ・環境や動作の改善のための支援の必要性 ・環境や動作の改善に対する本人・家族の意向 ・自宅での行動の状況、負担となる環境の有無（例：段差・階段、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）	・生活における本人が希望する活動の変化 ・環境や動作の改善のための支援の必要性の変化 ・環境や動作の改善に対する本人・家族の意向の変化 ・自宅での行動の状況、負担となる環境（例：段差・階段、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）の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	2 ステージに応じた生活・暮らし方の改善	ステージに応じた生活・暮らし方の改善	5 心臓リハビリテーションを受けることを支援する体制を整える	・医師からの指示指導の有無、指示がある場合の状況 ・心臓リハビリテーションを実施する医療機関の名称、場所、実施状況（通院回数、頻度、時間等） ・受診の支援の必要性　※「3 定期的な受診がなされるよう支援体制を整える」に準じる	・医師からの指示指導の有無、指示がある場合の状況の変化 ・受診の支援の必要性の変化　※「3 定期的な受診がなされるよう支援体制を整える」に準じる	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			6 ADL/IADLの改善に向けたリハビリテーションを受けることを支援する体制を整える	・現在のADL/IADLの状況 ・入院前のADL/IADLの状況 ・機能低下の程度、改善可能性 ・リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況 ・リハビリテーションに関する医師からの指示指導の有無、指示がある場合のリハビリテーションの内容 ・医療保険によるリハビリテーションの実施状況、医療機関の名称、場所、実施状況 ・介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容、リハマネの実施可能性 ・（医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング	・現在のADL/IADLの状況の変化 ・機能低下の程度、改善可能性の変化 ・リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況の変化 ・リハビリテーションに関する医師からの指示指導の有無、指示がある場合のリハビリテーションの内容の変化（※リハビリテーションの終了を含む） ・介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容の変化（※リハビリテーションの終了を含む）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	3 ステージに応じた生活・暮らし方の支援	ステージに応じた生活・暮らし方の支援	7 日常生活におけるADL/IADLの状況を継続的に把握できる支援体制を整える	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等） ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等） ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩等） ・活動中の違和感等自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）の変化 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化 ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）の変化 ・活動中の違和感等自覚症状の変化 ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムの把握状況の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			8 状況に応じた、日中の活動・参加が確保できる支援体制を整える	・医師からの指導内容（日常生活において維持すべき運動の水準） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング	・医師からの指導内容（日常生活において維持すべき運動の水準）の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		活動と参加に関わる能力の維持・改善	9 状況に応じた社会的活動が推奨されることの理解をうながす	・現在の社会的活動に関する本人・家族の意向、入院前との比較による縮小の有無（あきらめ、がまん） ・（入院前の）社会的活動の内容、程度 ・日常的な活動に対する医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安等） ・専門職による指導の実施の有無、指導の内容 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解/不安の程度 ・活動しないことに関するリスクへの本人・家族の理解度 ・サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度	・現在の社会的活動に関する本人・家族の意向、入院前との比較による縮小（あきらめ、がまん）の変化 ・日常的な活動に対する医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安等）の変化 ・専門職による指導の内容の変化 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解/不安の程度の変化 ・活動しないことに関するリスクへの本人・家族の理解度の変化 ・サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			10 日常の社会的活動の活動量を把握できる環境を整える	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）、家庭内での役割 ・外出の程度（例：体操、散歩等） ・活動中の違和感等自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の社会的活動を把握しているかどうか	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）、家庭内での役割の変化 ・外出の程度（例：体操、散歩等）の変化 ・活動中の違和感等自覚症状の変化 ・家族等の介護者による本人の社会的活動の把握状況の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			11 状況に応じた適切な活動量・リスクを判断できる支援体制を整える	・活動を控えたり中止したりすべき水準の理解 ・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等） ・外出の程度（例：体操、散歩等） ・活動中の違和感等自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の社会的活動を把握しているかどうか	・活動を控えたり中止したりすべき水準の理解状況の変化 ・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化 ・外出の程度（例：体操、散歩等）の変化 ・活動中の違和感等自覚症状の変化 ・家族等の介護者による本人の社会的活動の把握状況の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		入浴習慣の支援	12 過度に入浴を恐れる必要はないことの理解を支援する体制を整える	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、入浴を控える／中止する必要がある場合の判断基準 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間） ・入浴における専門的判断の必要性の有無 ・入浴における介助の有無、介護者がいる場合それは誰か ・入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度	・医師からの指導内容、入浴を控える／中止する必要がある場合の判断基準の変化 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間）の変化 ・入浴における専門的判断の必要性の有無の変化 ・入浴における介助の状況、介護者の変化 ・入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			13 入浴習慣や入浴環境を把握し適切な入浴を維持することの支援体制を整える	・入浴に対する本人・家族の希望・意向 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間）の見直しの必要性 ・自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴等）の状況 ・入浴における介助の有無、介護者がいる場合それは誰か ・入浴を控えたり中止したりしたことの有無、その状況 ・サービス事業者からの入浴時の状況の共有方法、医師への情報共有の方法	・入浴に対する本人・家族の希望・意向の変化 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間）の見直しの必要性 ・自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴等）の状況の変化 ・入浴における介助の状況、介護者の変化 ・入浴を控えたり中止したりする状況の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		休養・睡眠の支援	14 休養・睡眠が確保できる環境・体制を整える	・寝室等休養・睡眠する環境 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズム ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の有無（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等） ・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・認知機能の程度	・寝室等休養・睡眠する環境の変化 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化 ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の変化（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等） ・服薬内容、服薬のタイミングの変化（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、薬剤師
			15 睡眠時の状況の変化を把握し、必要な支援につなげられる体制を整える	・寝室等休養・睡眠する環境の変化 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化 ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の有無（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）	・寝室等休養・睡眠する環境の変化 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化 ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の変化（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		栄養バランスの支援	16 栄養バランスに関する状況が把握される体制を整える	・栄養バランスの必要性、医師からの指導の有無 ・管理栄養士等専門職による指導の有無 ・指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容 ・定期的な検査の必要性、検査を実施するタイミング（例：定期受診の際に医師が血液検査を実施等） ・普段の食生活の記録の方法、医師への報告の方法・タイミング	・栄養バランスの必要性、医師からの指導の有無 ・管理栄養士等専門職による指導の有無 ・指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容の変化 ・定期的な検査の必要性、検査を実施するタイミングの変化（例：定期受診の際に医師が血液検査を実施等）	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職、
			17 栄養バランスの管理が継続的に実施される支援体制を整える	・指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容 ・指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の有無 ・指示内容の実行における支援の必要性 ・市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況 ・体重の増減、体重の増減の状況の把握方法	・指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容の変化 ・指示内容に対する本人・家族の理解度の変化 ・指示内容の実行における支援の必要性の変化 ・市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況の変化	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
		飲酒量のコントロール	18 飲酒量のコントロールの重要性の理解をうながす支援体制を整える	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、コントロールの基準、コントロールの必要性の程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いのか） ・日常生活における飲酒の量、タイミング ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度 ・認知機能の程度	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、コントロールの基準、コントロールの必要性の程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いのか）の変化 ・日常生活における飲酒の量、タイミングの変化 ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、介護職、薬剤師
			19 多量の飲酒等を避ける支援体制を整える	・飲酒に対する本人・家族の意向 ・自宅における飲酒の状況、自宅外における飲酒の状況 ・飲酒量の状況に関する医師への情報共有の方法	・飲酒に対する本人・家族の意向の変化 ・自宅における飲酒の状況、自宅外における飲酒の状況の変化	医師、看護師、介護職、介護支援専門員、薬剤師
		禁煙の支援	20 禁煙の必要性の理解をうながす支援体制を整える	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか） ・（入院前の）日常生活における喫煙量、タイミング ・禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか）の変化 ・禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向の変化	医師、看護師、介護職、薬剤師
			21 禁煙を支援する体制を整える	・禁煙に対する本人・家族の意向 ・禁煙の継続状況 ・禁煙の継続状況（禁煙が不良だった場合も含む）に関する医師への情報共有の方法	・禁煙に対する本人・家族の意向の変化 ・禁煙の継続状況の変化	医師、看護師、介護職、薬剤師
		本人・家族への生活習慣を変えることの支援	22 本人・家族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	・主治医からの説明を受けているかどうかの確認 ・生活習慣に対する家族・本人の認識・理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か ・特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：禁煙、運動等）、変更の重要性（例：絶対だめなのか、努力事項なのか） ・生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度	・生活習慣に対する家族・本人の認識・理解度の変化 ・生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度の変化	医師、看護師、介護職
	4 心理的な支援	本人・家族の不安の軽減	23 心理的な支援の必要性を把握する	・日常生活リズムの崩れの有無 ・本人が感じている不安の有無、その内容	・日常生活リズムの崩れの状況の変化 ・本人が感じている不安の状況の変化	医師、看護師、介護職
			24 必要に応じた支援を提供できる体制を整える	・本人が感じる心理的な不安等に関する状況を主治医に報告する方法 ・家族が抱える不安の状況や程度 ・現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容	・家族が抱える不安の状況や程度の変化 ・現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の変化 ・家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容の変化	医師、看護師、介護職
		専門的支援の提供	25 精神症状を捉え、判断し、必要に応じて多職種につなぐ体制を整える	・本人の抑うつや不安の程度 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容	・本人の抑うつや不安の程度の変化 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容の変化	医師、看護師、介護職

項目一覧【概要版】：心不全Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況）

基本方針		実行が想定される主な支援と支援を行う者			関連するアセスメント項目等	
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	適切な支援内容とする為の主なアセスメント項目 （※アセスメント内容の詳細や留意点等は本編を参照）	主なモニタリング項目 （※モニタリング内容の詳細や留意点等は本編を参照）	情報収集すべき専門職
2 生活機能の維持	1 ステージに応じた生活・暮らしの把握	望む生活・暮らしの意向の把握	1 本人・家族が望む生活・暮らしの実現に向けた意向の把握を支援する	・本人・家族が望む生活・暮らし（１日／１週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしに対して現在できないが実現したいこと（がまん、あきらめ） ・望む生活・暮らしと実際との乖離の有無、乖離の内容 ・望む生活と生活制限との間で本人・家族が感じているジレンマ	・本人・家族が望む生活・暮らし（１日／１週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント）の変化 ・望む生活・暮らしに対して現在できないが実現したいこと（がまん、あきらめ）の変化 ・望む生活・暮らしと実際との乖離の有無、乖離の内容の変化 ・望む生活と生活制限との間で本人・家族が感じているジレンマの状況	医師、看護師、介護職
		生活・暮らしの現状の把握	2 実際の日常生活の状況を継続的に把握できる体制を整える	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等） ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等） ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩等） ・社会的活動の実施状況 ・活動中の違和感等自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）の変化 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化 ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）の変化 ・社会的活動の実施状況の変化 ・活動中の違和感等自覚症状の状況の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職
	2 ステージに応じた生活・暮らし方の改善	継続的なリハビリテーションの実施	3 実際の日常生活の状況を継続的に把握できる体制を整える	・機能低下の程度、改善可能性 ・リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況 ・リハビリテーションに関する医師からの指示指導の有無、指示がある場合のリハビリテーションの内容 ・医療保険によるリハビリテーションの実施状況、医療機関の名称、場所 ・介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容、リハマネの実施可能性 ・（医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング	・機能低下の程度、改善可能性の変化 ・リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況の変化 ・リハビリテーションに関する医師からの指示指導の有無、指示がある場合のリハビリテーションの内容の変更 ・介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容の変更 ・ADL/IADLの状況と、実施中の生活支援サービスの変更 ・機能回復のためのリハビリテーションの実施状況の変更 ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間等の程度の変化	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、薬剤師
	3 ステージに応じた生活・暮らし方の支援	ステージに応じた活動と参加に関わる能力の維持・改善	4 活動・参加の範囲を維持・拡大できるよう支援する	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等） ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等） ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩等） ・社会的活動の実施状況 ・活動中の違和感等自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法等）の変化 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先等）の変化 ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩等）の変化 ・社会的活動の実施状況の変化 ・活動中の違和感等自覚症状の変化 ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムの把握状況の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、薬剤師
			5 状況に応じた適切な活動量・リスクを判断できる支援体制を整える	・医師からの活動制限の指示の有無、活動制限の内容、程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのか等）、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れや疲れ等の目安） ・活動中の違和感等自覚症状の有無 ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく） ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度 ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング	・医師からの活動制限の指示の有無、活動制限の内容、程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのか等）、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れや疲れ等の目安）の変化 ・活動中の違和感等自覚症状の変化 ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、薬剤師
		入浴習慣の支援	6 入浴習慣や入浴環境を把握し適切な入浴を維持することの支援体制を整える	・入浴に対する本人・家族の希望・意向 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間）の見直しの必要性 ・自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴等）の状況 ・入浴における介助の有無、介護者がいる場合それは誰か ・入浴を控えたり中止したりしたことの有無、その状況 ・サービス事業者からの入浴時の状況の共有方法、医師への情報共有の方法	・入浴に対する本人・家族の希望・意向の変化 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴等）、時間）の見直しの必要性 ・自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴等）の状況の変化 ・入浴を控えたり中止したりしたことの有無、その状況の変化	医師、看護師、介護職
		休養・睡眠の支援	7 休養・睡眠が確保できていることを確認する	・寝室等休養・睡眠する環境 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズム ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の有無（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等） ・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・認知機能の程度	・寝室等休養・睡眠する環境の変化 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化 ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）の変化 ・服薬内容、服薬のタイミングの変化（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、介護職、薬剤師
			8 睡眠時の状況の変化を把握し、必要な支援につなげられる体制を整える	・寝室等休養・睡眠する環境の変化 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化 ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の有無（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）	・寝室等休養・睡眠する環境の変化 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化 ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状（例：眠れていない、中途覚醒がある、寝付けない、疲労感・息苦しさ等）の変化	医師、看護師、介護職
		栄養バランスの支援	9 栄養バランスの管理が継続的に実施されていることを確認する	・指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容 ・指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の有無 ・指示内容の実行における支援の必要性 ・市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況 ・体重の増減、体重の増減の状況の把握方法	・指示されている服薬、食事、生活習慣の見直し等の内容の変化 ・指示内容の実行における支援の必要性 ・市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況の変化	医師、看護師、介護職、薬剤師
		飲酒量のコントロール	10 飲酒量のコントロールの重要性の理解をうながす支援体制を整える	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、コントロールの基準、コントロールの必要性の程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いのか） ・日常生活における飲酒の量、タイミング ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度 ・認知機能の程度	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、コントロールの基準、コントロールの必要性の程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いのか）の変化 ・日常生活における飲酒の量、タイミングの変化 ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、介護職、薬剤師
			11 多量の飲酒等を避ける支援体制を整える	・飲酒に対する本人・家族の意向 ・自宅における飲酒の状況、自宅外における飲酒の状況 ・飲酒量の状況に関する医師への情報共有の方法	・飲酒に対する本人・家族の意向の変化 ・自宅における飲酒の状況、自宅外における飲酒の状況の変化	医師、看護師、介護職、薬剤師
		禁煙の支援	12 禁煙の必要性の理解をうながす支援体制を整える	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか） ・（入院前の）日常生活における喫煙量、タイミング ・禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか） ・（入院前の）日常生活における喫煙量、タイミング ・禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向の変化	医師、看護師、介護職、薬剤師
			13 禁煙治療を支援する体制を整える	・禁煙に対する本人・家族の意向 ・禁煙の継続状況 ・禁煙の継続状況（禁煙が不良だった場合も含む）に関する医師への情報共有の方法	・禁煙に対する本人・家族の意向の変化 ・禁煙の継続状況	医師、看護師、介護職、薬剤師
		本人・家族への生活習慣を変えることの支援	14 本人・家族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	・主治医からの説明を受けているかどうかの確認 ・生活習慣に対する家族・本人の認識・理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か ・特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：禁煙、運動等）、変更の重要性（例：絶対だめなのか、努力事項なのか） ・生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度	・特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：禁煙、運動等）、変更の重要性（例：絶対だめなのか、努力事項なのか）の状況 ・生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度の状況	医師、看護師、介護職
	4 心理的な支援	本人・家族の不安の軽減	15 心理的な支援の必要性を確認できるような体制を構築する	・日常生活リズムの崩れの有無 ・本人が感じている不安の有無、その内容	・日常生活リズムの崩れの状況 ・本人が感じている不安の状況の変化	医師、看護師、介護職
			16 必要に応じた支援を提供できる体制を確立する	・本人が感じる心理的な不安等に関する状況を主治医に報告する方法 ・家族が抱える不安の状況や程度 ・家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容	・家族が抱える不安の状況や程度の変化 ・家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容の変化	医師、看護師、介護職
		専門的支援の提供	17 精神症状を捉え、判断し、必要に応じて多職種につなぐ体制を整える	・本人の抑うつや不安の程度 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容	・本人の抑うつや不安の程度の変化 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容の変化	医師、看護師、介護職
	5 EOL(エンドオブライフ)に向けた準備	末期心不全のEOLケアの対応・準備の支援	18 末期心不全のEOLケアをどのようにするかの心構えをする支援を行う	・医師からの末期心不全のEOLケアの実施状況（インフォームドコンセントの実施状況） ・本人の治療意向、暮らし方の意向 ・家族の意向、介護負担の理解 ・本人が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・家族が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・ACPの実施状況、末期心不全時における医療ケアチームの体制の確認	・医師からの末期心不全のEOLケアの実施状況（インフォームドコンセントの実施状況） ・本人の治療意向、暮らし方の意向の変化 ・家族の意向、介護負担の理解の状況の変化 ・本人が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況の変化 ・家族が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況の変化 ・現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・ACPの実施状況、末期心不全時における医療ケアチームの体制の確認	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職

巻末資料3　ケアマネジメントの標準化に関する概念図

本調査研究事業の目的等

＜背景及び目的＞

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

＜方法＞

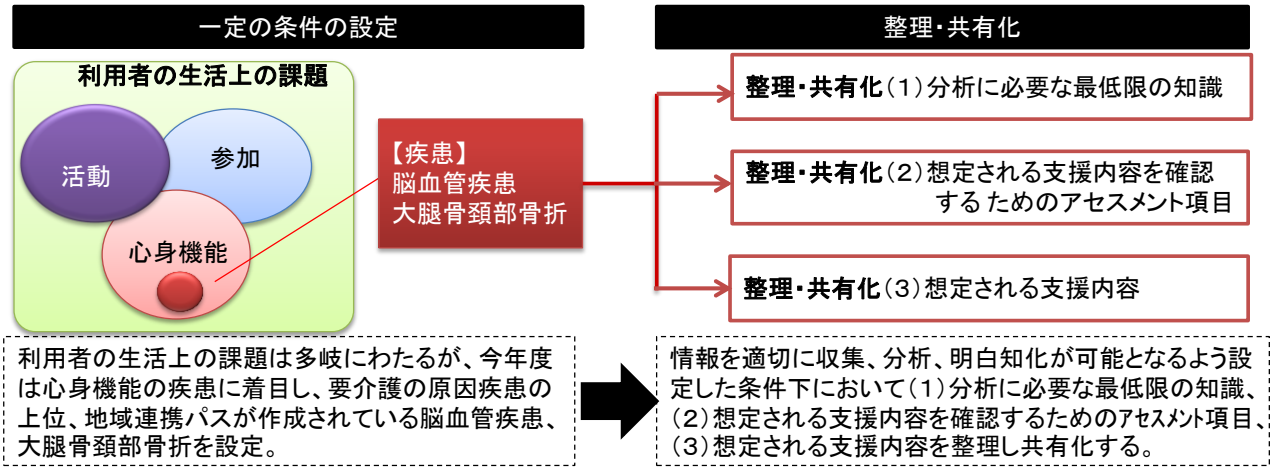
介護支援専門員個々が作成する要介護者のケアプランの内容やケアマネジメントについて「差違」を少なくするため、一定の 条件下において『想定される支援内容』を整理し、共有化を試みる。

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

＜具体的な取り組み＞

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

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

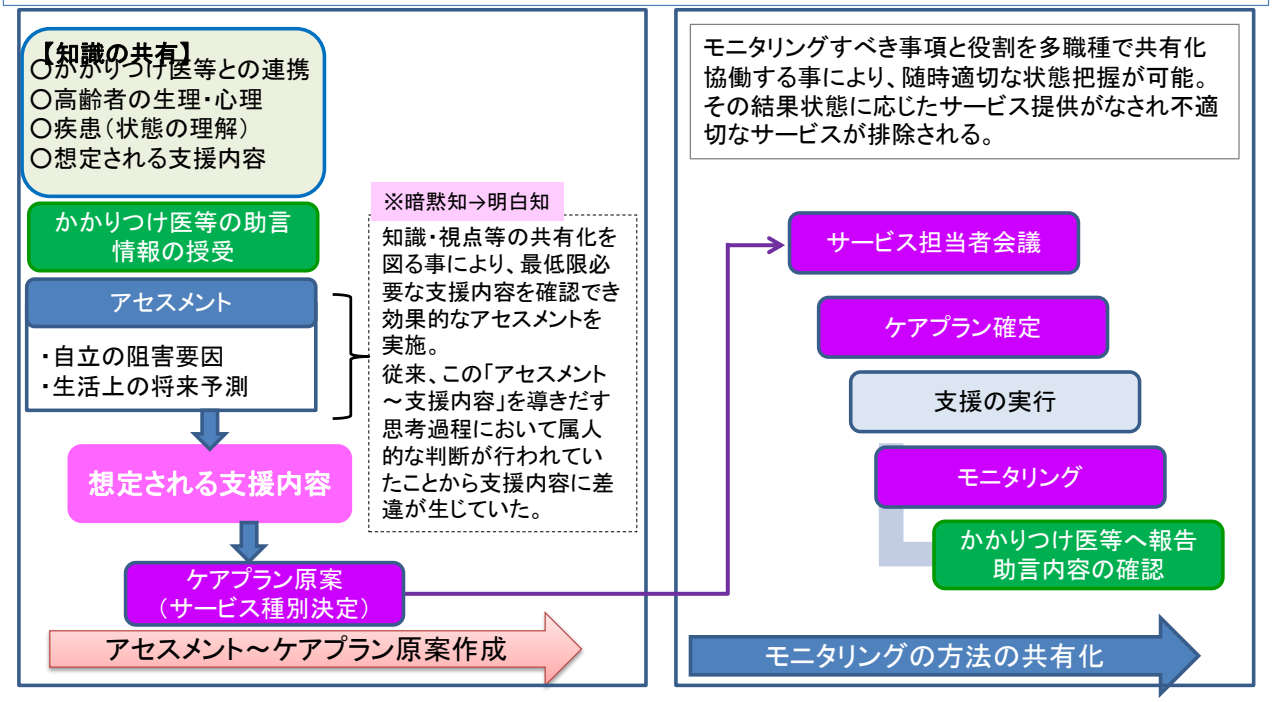


図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

ケアマネジメントの標準化（共有化）のイメージ

○介護支援専門員は必要な知識を共有することで、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用でき、効果的なアセスメントが可能となる。そのことにより現在の生活課題及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担、協働が推進される。

○その結果、不適切な支援は排除され、自立支援に資する適切なケアマネジメントが推進される。

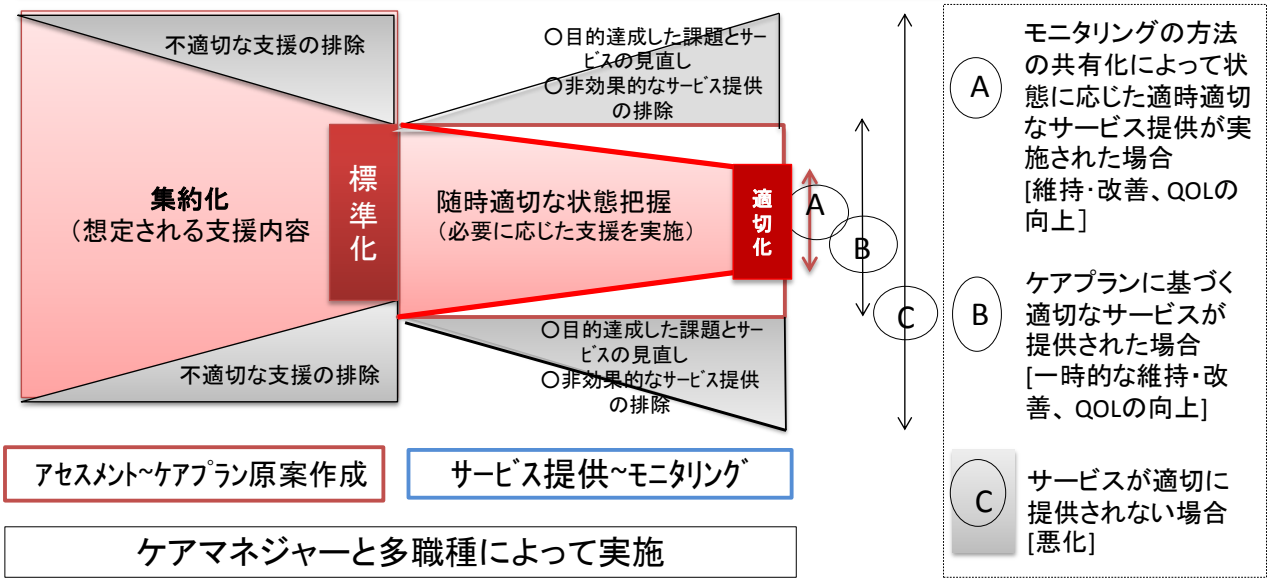


図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

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

〇ケアマネジメントの標準化に向けて、アセスメントからケアプラン原案作成までの過程につき、暗黙知を明白知化することにより方向性を集約させていく。
〇しかしケアプランが作成されても提供主体がそのケアプランに基づき適切にサービス提供を行わなければ、効果は期待できない。また利用者の心身状態の変化に応じた対応ができなければ同じく効果は期待できない。
〇そのため、モニタリングの機能が適切に発揮されることが重要であり、モニタリングの方法を共有化し、モニタリングを通じて、より本人の状態に応じた適切なケアプランが作成されることで、自立支援に資する適切なサービス提供が可能となる。

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

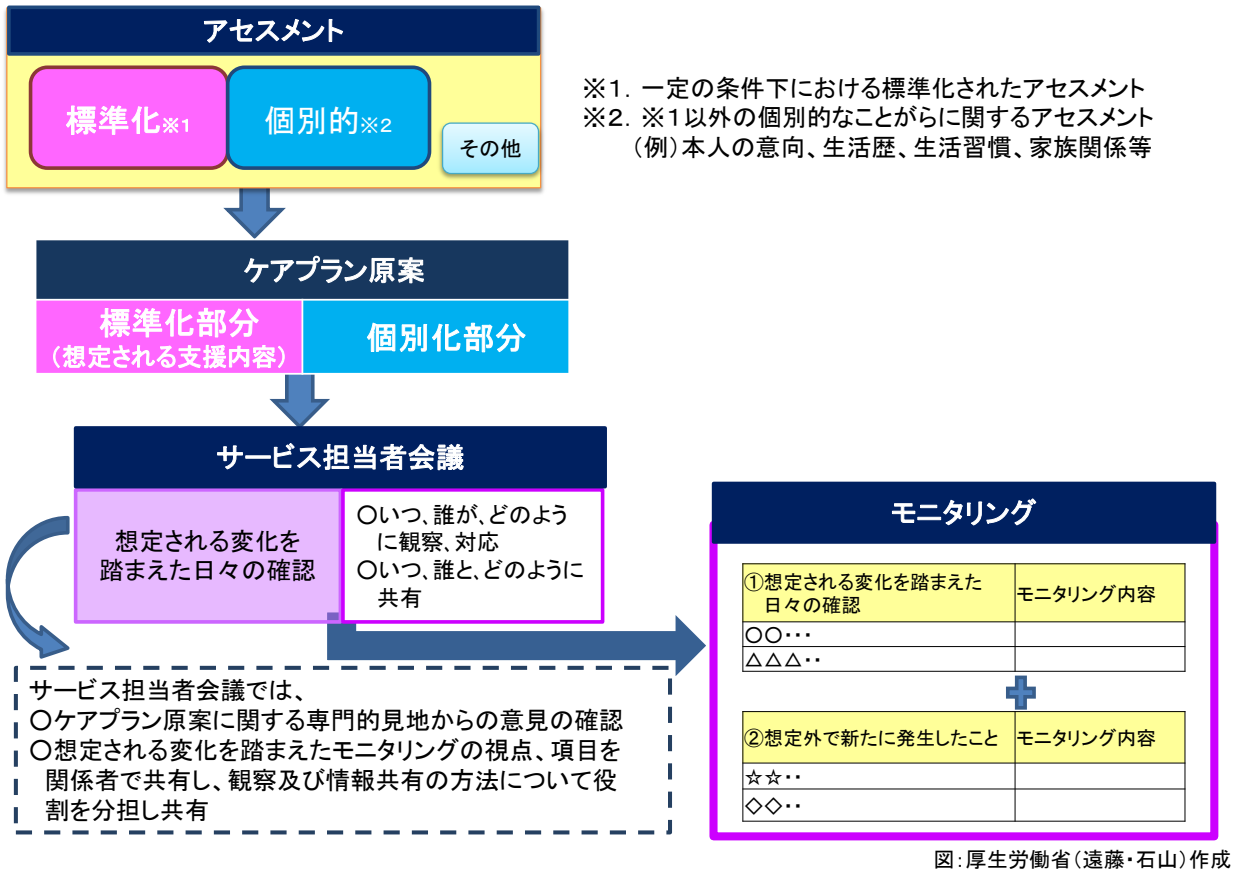


アｾｽﾒﾝﾄ~ｹｱﾌﾟﾗﾝ原案作成　　ｻｰﾋﾞｽ提供~ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ

ケアマネジャーと多職種によって実施

図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

適切なケアマネジメントに向けた支援内容の手法のイメージ



※1．一定の条件下における標準化されたアセスメント
※2．※1以外の個別的なことがらに関するアセスメント
（例）本人の意向、生活歴、生活習慣、家族関係等

図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

巻末資料4　実証データ分析結果

● 項目一覧表評価シートの分析

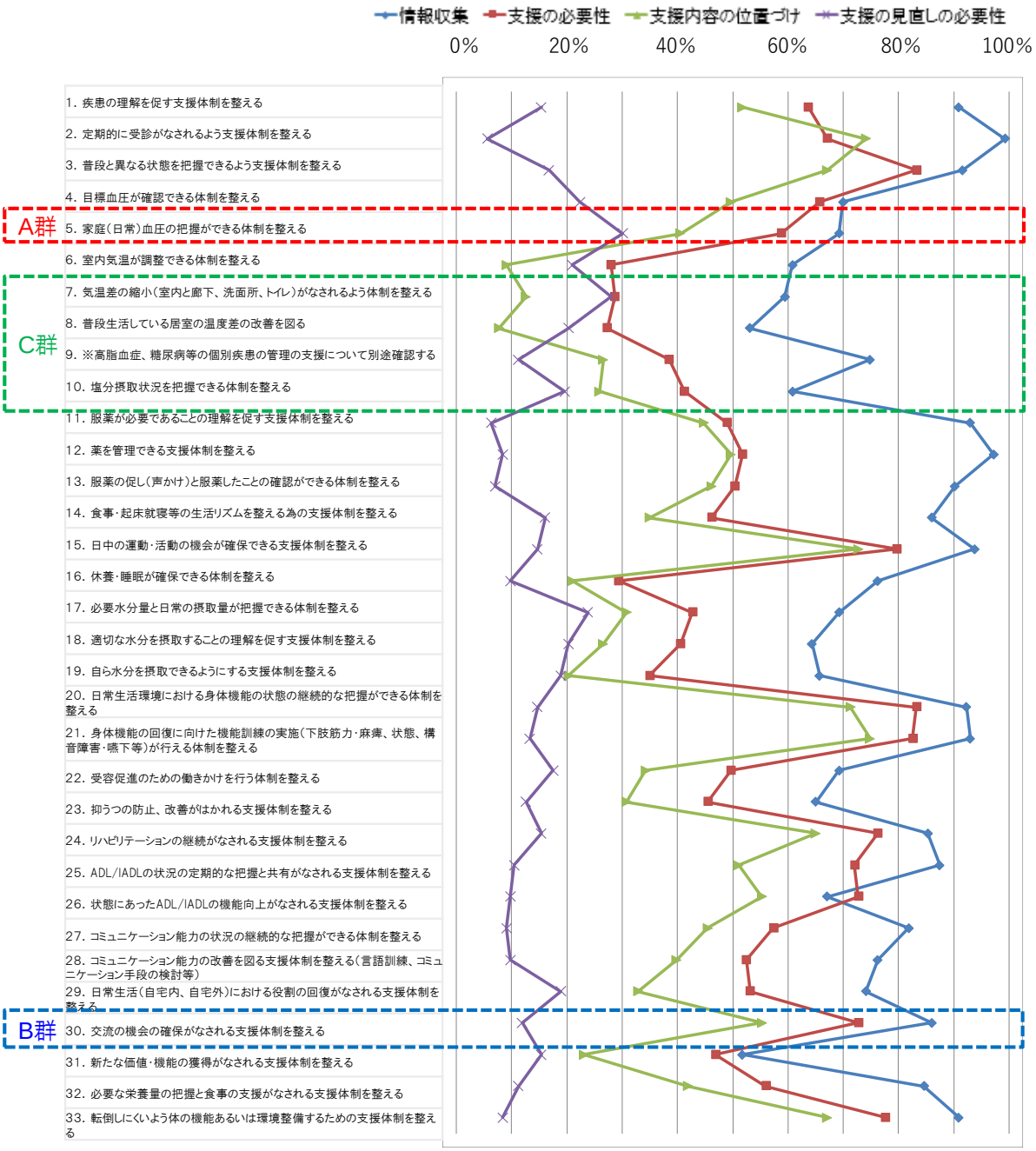
① 脳血管疾患 Ⅰ期（全体集計）

評価シート 集計結果 （全体）
対象：脳血管疾患Ⅰ期 (n＝143)

A群：「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、検討案の活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群：「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群：「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。



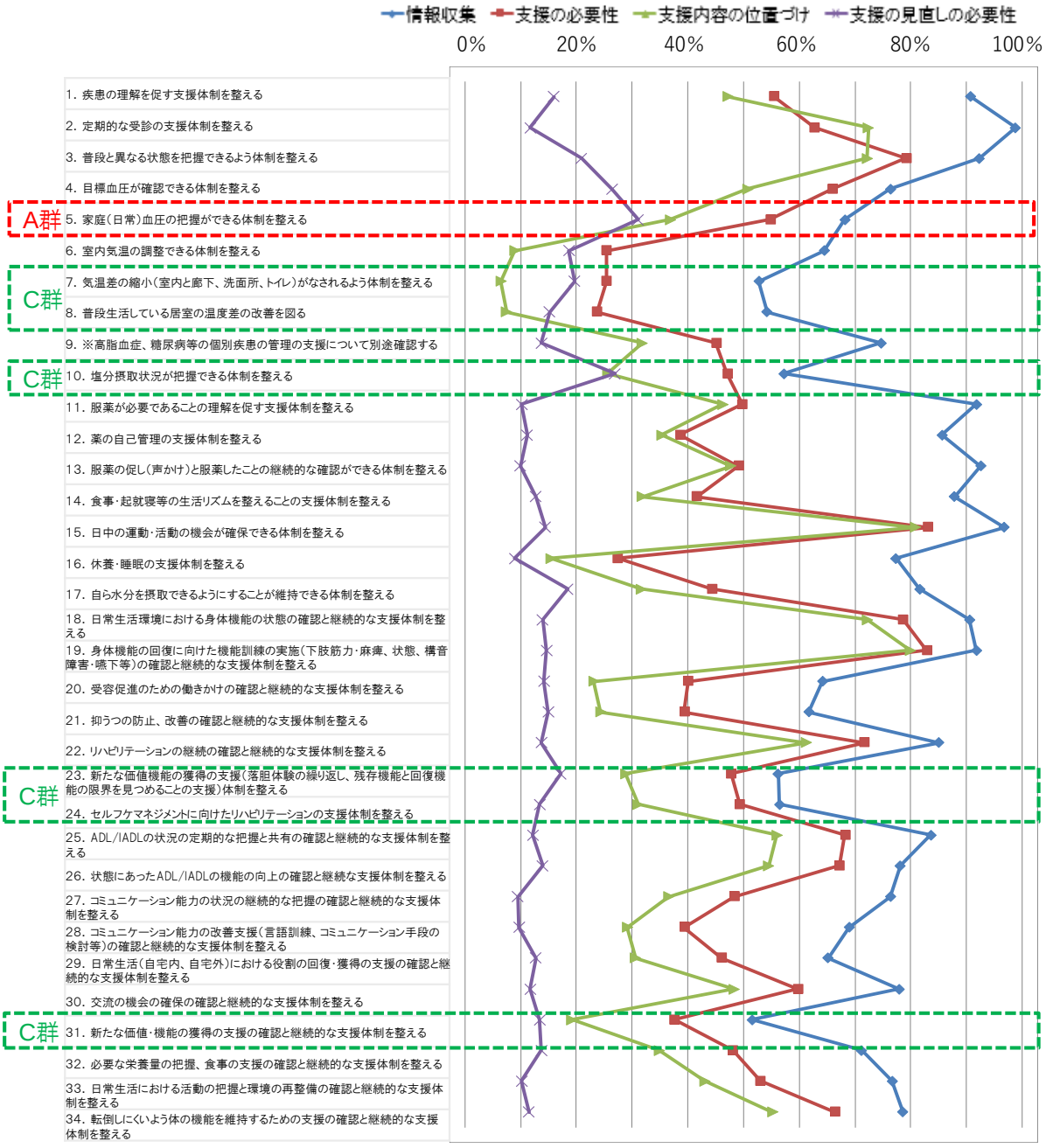
②　脳血管疾患　Ⅱ期（全体集計）

評価シート　集計結果（全体）
対象：脳血管疾患Ⅱ期（n＝402）

A群：「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、検討案の活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群：「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群：「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。



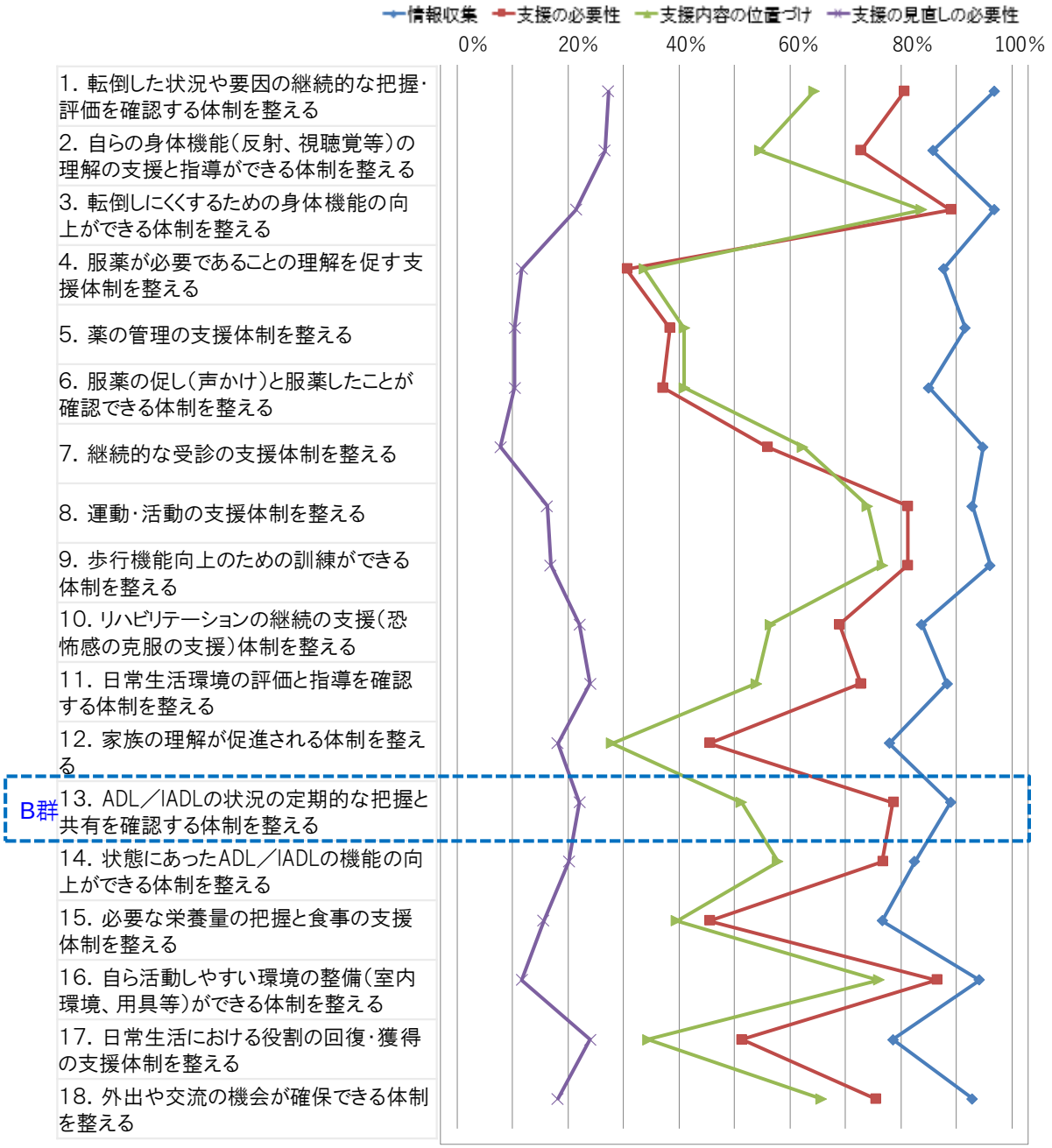
③　大腿骨頸部骨折　Ⅰ期（全体集計）

評価シート　集計結果　（全体）
対象：大腿骨頸部骨折Ⅰ期 (n＝154)

A群：「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、検討案の活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群：「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群：「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。



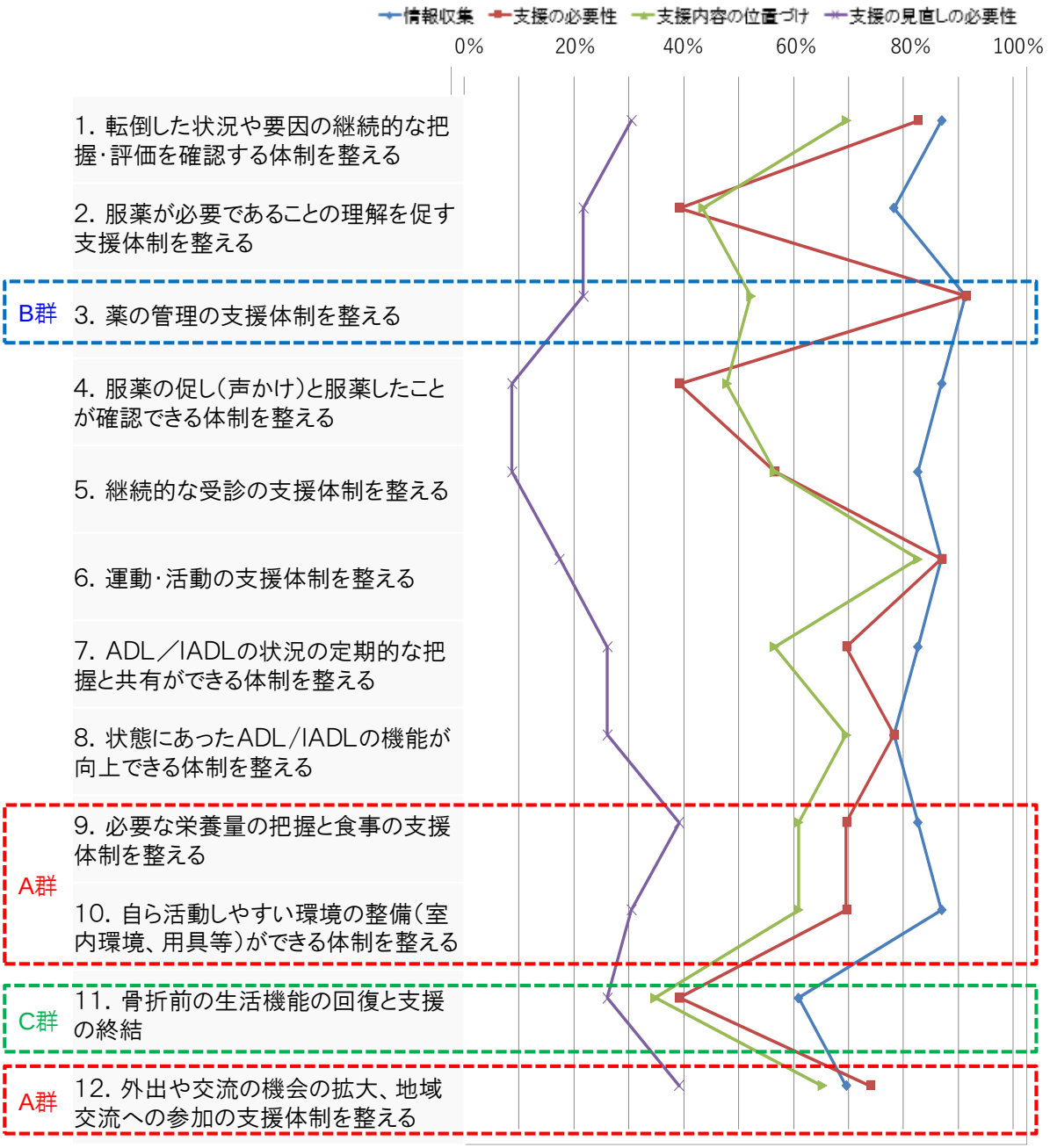
④　大腿骨頸部骨折　Ⅱ期（全体集計）

評価シート　集計結果　（全体）
対象：大腿骨頸部骨折Ⅱ期　(n＝119)

A群：「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、検討案の活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群：「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群：「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。



⑤　脳血管疾患　Ⅰ期（情報収集の実施度別:情報収集が多い層）

評価シート　集計結果　情報収集の実施度別

対象:脳血管疾患Ⅰ期（n＝75）　　**①情報収集が多い層（15項目以上収集）**

A群:「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、ガイドライン活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群:「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群:「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。

⑥　脳血管疾患　Ⅰ期（情報収集の実施度別:情報収集が少ない層）

評価シート　集計結果　情報収集の実施度別

対象:脳血管疾患Ⅰ期（n＝68）　　**②情報収集少ない層（14項目以下収集）**

A群:「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、ガイドライン活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群:「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群:「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。

⑦　脳血管疾患　Ⅱ期（情報収集の実施度別：情報収集が多い層）

評価シート　集計結果　情報収集の実施度別

対象：脳血管疾患Ⅱ期（n＝238）　　**①情報収集多い層（15項目以上収集）**

A群：「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、ガイドライン活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群：「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群：「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。

⑧　脳血管疾患　Ⅱ期（情報収集の実施度別：情報収集が少ない層）

評価シート　集計結果　情報収集の実施度別

対象：脳血管疾患Ⅱ期（n＝162）　　**②情報収集少ない層（14項目以下収集）**

A群：「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、ガイドライン活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群：「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群：「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。

⑨　大腿骨頸部骨折　Ⅰ期（情報収集の実施度別:情報収集が多い層）

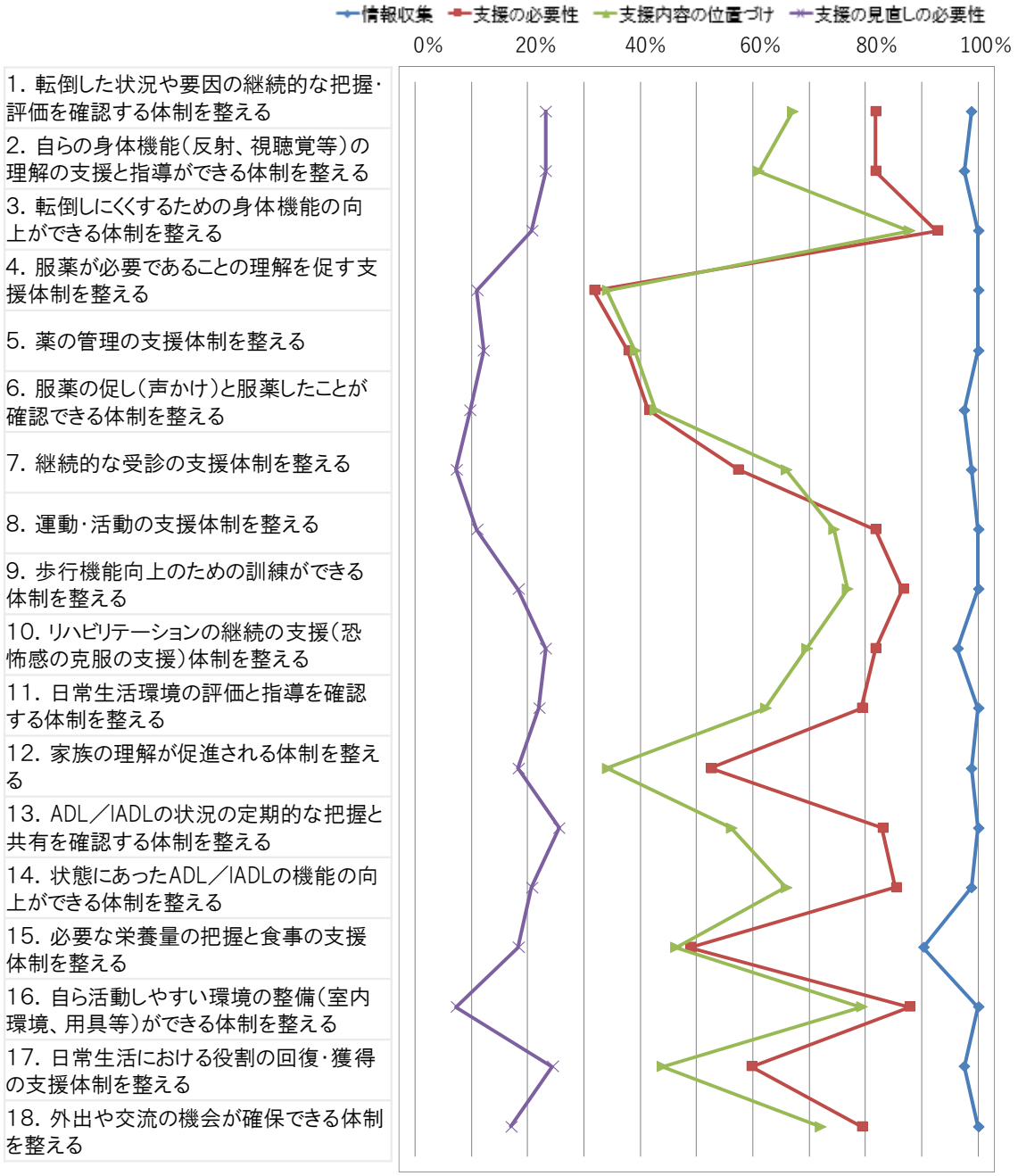
評価シート　集計結果　情報収集の実施度別

対象:大腿骨頸部骨折Ⅰ期（n＝82）　　**①情報収集多い層（17項目以上収集）**

A群:「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、ガイドライン活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群:「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群:「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。



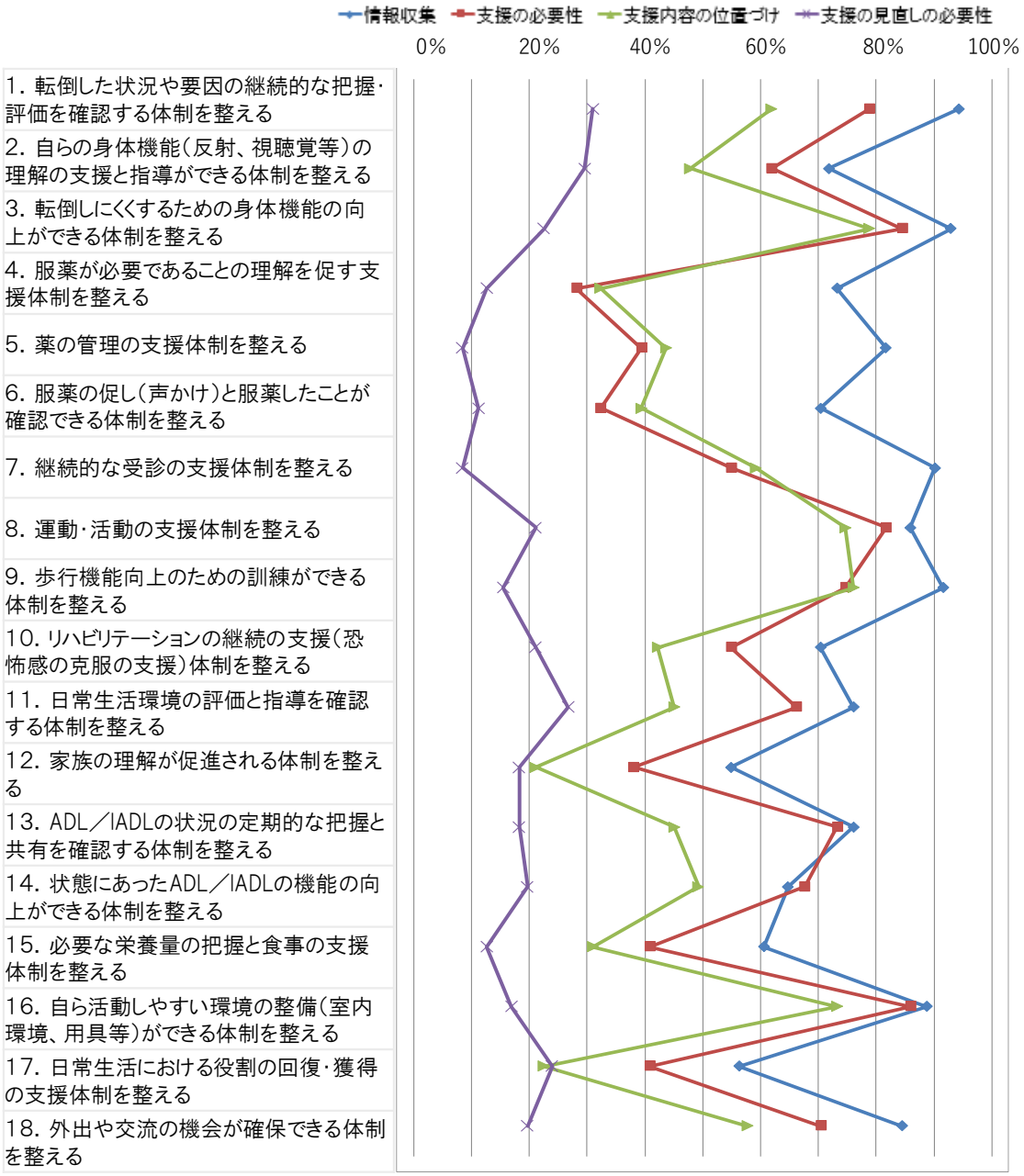
⑩　大腿骨頸部骨折　Ⅰ期（情報収集の実施度別:情報収集が少ない層）

評価シート　集計結果　情報収集の実施度別
対象:大腿骨頸部骨折Ⅰ期 (n＝71)　　**②情報収集少ない層(16項目以下収集)**

A群:「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、ガイドライン活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群:「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群:「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。



⑪　大腿骨頸部骨折　Ⅱ期　（情報収集の実施度別：情報収集が多い層）

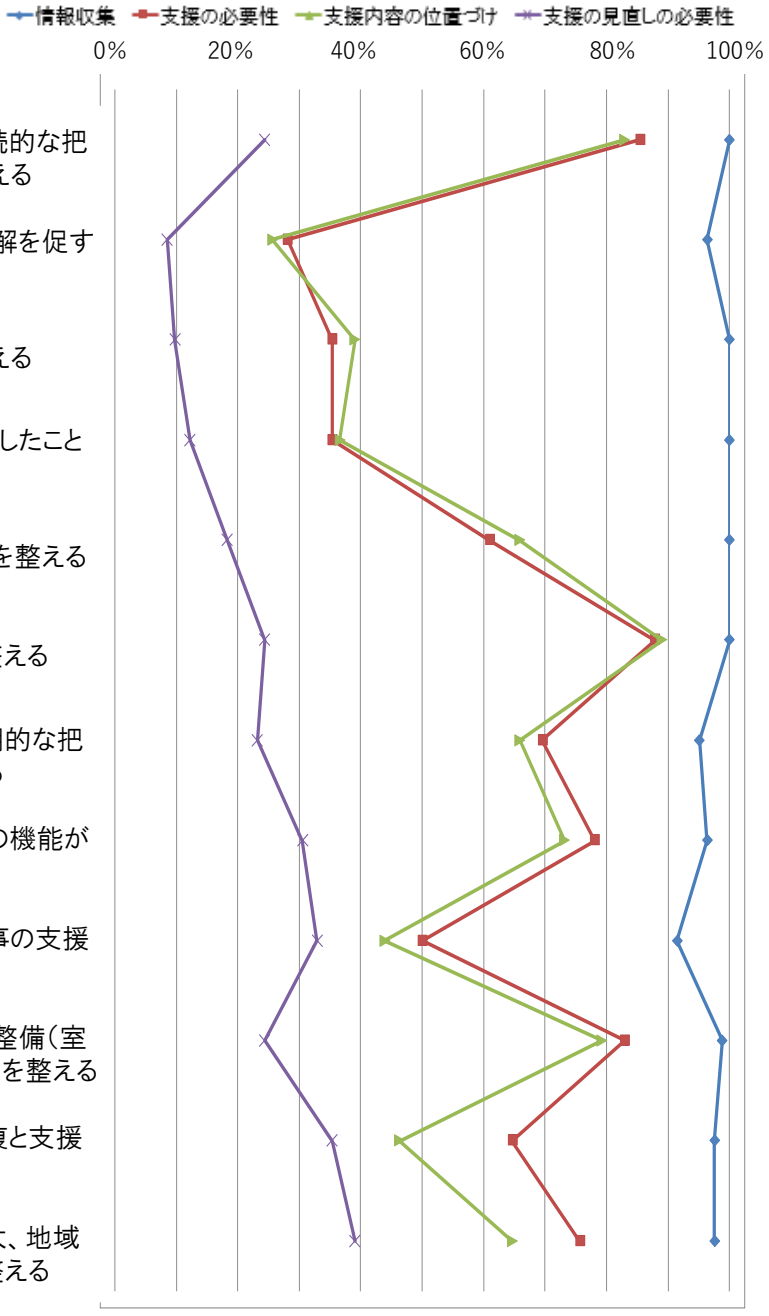
評価シート　集計結果　情報収集の実施度別

対象：大腿骨頸部骨折Ⅱ期　(n＝37)　　**①情報収集多い層（11項目以上収集）**

A群：「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、ガイドライン活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群：「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群：「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。



1. 転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える

2. 服薬が必要であることの理解を促す支援体制を整える

3. 薬の管理の支援体制を整える

4. 服薬の促し（声かけ）と服薬したことが確認できる体制を整える

5. 継続的な受診の支援体制を整える

6. 運動・活動の支援体制を整える

7. ADL／IADLの状況の定期的な把握と共有ができる体制を整える

8. 状態にあったADL／IADLの機能が向上できる体制を整える

9. 必要な栄養量の把握と食事の支援体制を整える

10. 自ら活動しやすい環境の整備（室内環境、用具等）ができる体制を整える

11. 骨折前の生活機能の回復と支援の終結

12. 外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加の支援体制を整える

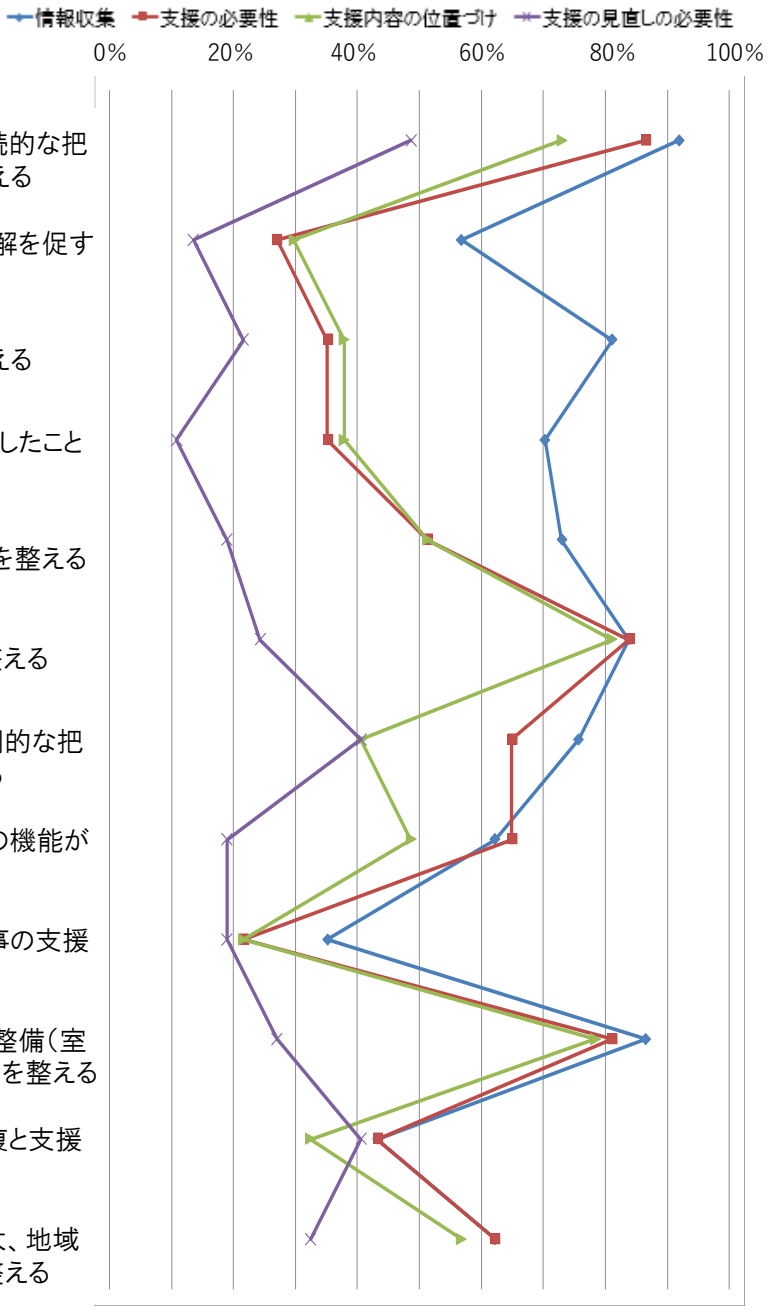
⑫　大腿骨頸部骨折　Ⅱ期　（情報収集の実施度別：情報収集が少ない層）

評価シート　集計結果　情報収集の実施度別
対象：大腿骨頸部骨折Ⅱ期　(n＝82)　　**②情報収集少ない層（10項目以下収集）**

A群：「支援の見直しの必要性」が30%を超えており、ガイドライン活用による、ケアプランの質の向上が期待できる項目。

B群：「支援の必要性」と「支援内容の位置づけ」に乖離があり、位置づけの阻害要因の特定、取り除きが必要な項目。

C群：「情報収集」が実施されている割合が相対的に低く、該当する項目の重要性の周知徹底が必要となる項目。



● 検証ヒアリング調査票（ケアマネジャー調査票）の分析

① アセスメントやケアプランを作成する際の有用性

＜単純集計＞

n		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
821	数	204	571	31	1	14
	比率	24.8%	69.5%	3.8%	0.1%	1.7%

＜クロス集計：経験年数別＞

経験年数	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
3年未満	106	数	37	63	3	1	2
		比率	34.9%	59.4%	2.8%	0.9%	1.9%
3年以上5年未満	90	数	22	65	3	0	0
		比率	24.4%	72.2%	3.3%	0.0%	0.0%
5年以上	528	数	119	378	22	1	8
		比率	22.5%	71.6%	4.2%	0.2%	1.5%
合計	724	数	178	506	28	2	10
		比率	24.6%	69.9%	3.9%	0.3%	1.4%

＜クロス集計：主任の有無別＞

主任の有無	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
主任介護支援専門員である	419	数	96	298	16	1	8
		比率	22.9%	71.1%	3.8%	0.2%	1.9%
主任介護支援専門員でない	303	数	86	204	10	0	3
		比率	28.4%	67.3%	3.3%	0.0%	1.0%
合計	722	数	182	502	26	1	11
		比率	25.2%	69.5%	3.6%	0.1%	1.5%

＜クロス集計：保有資格別＞

保有資格	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
看護師・保健師	103	数	22	74	5	0	2
		比率	21.4%	71.8%	4.9%	0.0%	1.9%
介護福祉士	504	数	129	346	21	0	8
		比率	25.6%	68.7%	4.2%	0.0%	1.6%
合計	607	数	151	420	26	0	10
		比率	24.9%	69.2%	4.3%	0.0%	1.6%

② 他の専門職等から情報収集する際の有用性

＜単純集計＞

n		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
821	数	184	544	67	1	25
	比率	22.4%	66.3%	8.2%	0.1%	3.0%

＜クロス集計:経験年数別＞

経験年数	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
3年未満	106	数	30	67	6	0	3
		比率	28.3%	63.2%	5.7%	0.0%	2.8%
3年以上5年未満	90	数	24	57	6	0	3
		比率	26.7%	63.3%	6.7%	0.0%	3.3%
5年以上	528	数	106	357	48	1	16
		比率	20.1%	67.6%	9.1%	0.2%	3.0%
合計	724	数	160	481	60	1	22
		比率	22.1%	66.4%	8.3%	0.1%	3.0%

＜クロス集計:主任の有無別＞

主任の有無	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
主任介護支援専門員である	419	数	89	286	29	0	15
		比率	21.2%	68.3%	6.9%	0.0%	3.6%
主任介護支援専門員でない	303	数	75	194	28	0	6
		比率	24.8%	64.0%	9.2%	0.0%	2.0%
合計	722	数	164	480	57	0	21
		比率	22.7%	66.5%	7.9%	0.0%	2.9%

＜クロス集計:保有資格別＞

保有資格	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
看護師・保健師	103	数	18	71	8	0	6
		比率	17.5%	68.9%	7.8%	0.0%	5.8%
介護福祉士	504	数	121	326	43	1	13
		比率	24.0%	64.7%	8.5%	0.2%	2.6%
合計	607	数	139	397	51	1	19
		比率	22.9%	65.4%	8.4%	0.2%	3.1%

③　他職種とアセスメントやケア内容等を検討する際の有用性

＜単純集計＞

n		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
821	数	164	538	69	3	47
	比率	20.0%	65.5%	8.4%	0.4%	5.7%

＜クロス集計:経験年数別＞

経験年数	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
3年未満	106	数	24	69	10	0	3
		比率	22.6%	65.1%	9.4%	0.0%	2.8%
3年以上5年未満	90	数	21	65	4	0	0
		比率	23.3%	72.2%	4.4%	0.0%	0.0%
5年以上	528	数	98	346	47	3	34
		比率	18.6%	65.5%	8.9%	0.6%	6.4%
合計	724	数	143	480	61	3	37
		比率	19.8%	66.3%	8.4%	0.4%	5.1%

＜クロス集計:主任の有無別＞

主任の有無	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
主任介護支援専門員である	419	数	83	271	33	3	29
		比率	19.8%	64.7%	7.9%	0.7%	6.9%
主任介護支援専門員でない	303	数	63	205	25	0	10
		比率	20.8%	67.7%	8.3%	0.0%	3.3%
合計	722	数	146	476	58	3	39
		比率	20.2%	65.9%	8.0%	0.4%	5.4%

＜クロス集計:保有資格別＞

保有資格	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
看護師・保健師	103	数	20	71	7	0	5
		比率	19.4%	68.9%	6.8%	0.0%	4.9%
介護福祉士	504	数	104	327	42	2	29
		比率	20.6%	64.9%	8.3%	0.4%	5.8%
合計	607	数	124	398	49	2	34
		比率	20.4%	65.6%	8.1%	0.3%	5.6%

④　利用者やその家族等との合意形成をする際の有用性

＜単純集計＞

n		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
821	数	120	489	159	3	50
	比率	14.6%	59.6%	19.4%	0.4%	6.1%

＜クロス集計:経験年数別＞

経験年数	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
3年未満	106	数	18	66	18	4	0
		比率	17.0%	62.3%	17.0%	3.8%	0.0%
3年以上5年未満	90	数	13	55	16	0	6
		比率	14.4%	61.1%	17.8%	0.0%	6.7%
5年以上	528	数	71	317	107	3	30
		比率	13.4%	60.0%	20.3%	0.6%	5.7%
合計	724	数	102	438	141	7	36
		比率	14.1%	60.5%	19.5%	1.0%	5.0%

＜クロス集計:主任の有無別＞

主任の有無	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
主任介護支援専門員である	419	数	69	245	77	3	25
		比率	16.5%	58.5%	18.4%	0.7%	6.0%
主任介護支援専門員でない	303	数	37	191	60	0	15
		比率	12.2%	63.0%	19.8%	0.0%	5.0%
合計	722	数	106	436	137	3	40
		比率	14.7%	60.4%	19.0%	0.4%	5.5%

＜クロス集計:保有資格別＞

保有資格	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
看護師・保健師	103	数	16	62	20	0	5
		比率	15.5%	60.2%	19.4%	0.0%	4.9%
介護福祉士	504	数	77	305	86	3	33
		比率	15.3%	60.5%	17.1%	0.6%	6.5%
合計	607	数	93	367	106	3	38
		比率	15.3%	60.5%	17.5%	0.5%	6.3%

⑤　多職種が参加して事例検討を行う際の有用性

＜単純集計＞

n		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
821	数	144	511	95	4	67
	比率	17.5%	62.2%	11.6%	0.5%	8.2%

＜クロス集計:経験年数別＞

経験年数	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
3年未満	106	数	22	70	11	0	3
		比率	20.8%	66.0%	10.4%	0.0%	2.8%
3年以上5年未満	90	数	18	52	13	0	7
		比率	20.0%	57.8%	14.4%	0.0%	7.8%
5年以上	528	数	85	334	61	4	44
		比率	16.1%	63.3%	11.6%	0.8%	8.3%
合計	724	数	125	456	85	4	54
		比率	17.3%	63.0%	11.7%	0.6%	7.5%

＜クロス集計:主任の有無別＞

主任の有無	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
主任介護支援専門員である	419	数	78	258	44	3	36
		比率	18.6%	61.6%	10.5%	0.7%	8.6%
主任介護支援専門員でない	303	数	50	195	39	1	18
		比率	16.5%	64.4%	12.9%	0.3%	5.9%
合計	722	数	128	453	83	4	54
		比率	17.7%	62.7%	11.5%	0.6%	7.5%

＜クロス集計:保有資格別＞

保有資格	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
看護師・保健師	103	数	18	58	12	2	13
		比率	17.5%	56.3%	11.7%	1.9%	12.6%
介護福祉士	504	数	84	323	61	2	34
		比率	16.7%	64.1%	12.1%	0.4%	6.7%
合計	607	数	102	381	73	4	47
		比率	16.8%	62.8%	12.0%	0.7%	7.7%

⑥　初任段階の CM に対する OJT を行う際の有用性

＜単純集計＞

n		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
821	数	251	454	42	1	73
	比率	30.6%	55.3%	5.1%	0.1%	8.9%

＜クロス集計:経験年数別＞

経験年数	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
3年未満	106	数	33	54	8	0	11
		比率	31.1%	50.9%	7.5%	0.0%	10.4%
3年以上5年未満	90	数	28	52	3	0	7
		比率	31.1%	57.8%	3.3%	0.0%	7.8%
5年以上	528	数	159	299	28	1	41
		比率	30.1%	56.6%	5.3%	0.2%	7.8%
合計	724	数	220	405	39	1	59
		比率	30.4%	55.9%	5.4%	0.1%	8.1%

＜クロス集計:主任の有無別＞

主任の有無	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
主任介護支援専門員である	419	数	140	230	18	1	30
		比率	33.4%	54.9%	4.3%	0.2%	7.2%
主任介護支援専門員でない	303	数	85	169	20	0	29
		比率	28.1%	55.8%	6.6%	0.0%	9.6%
合計	722	数	225	399	38	1	59
		比率	31.2%	55.3%	5.3%	0.1%	8.2%

＜クロス集計:保有資格別＞

保有資格	N		とても参考になると思う	参考になると思う	あまり参考にならないと思う	まったく参考にならないと思う	無回答/無効回答
看護師・保健師	103	数	29	57	5	0	12
		比率	28.2%	55.3%	4.9%	0.0%	11.7%
介護福祉士	504	数	151	279	27	1	46
		比率	30.0%	55.4%	5.4%	0.2%	9.1%
合計	607	数	180	336	32	1	58
		比率	29.7%	55.4%	5.3%	0.2%	9.6%

⑦　資料の使いやすさ・わかりやすさの評価

＜単純集計＞

n		とても使いやすいと思う	使いやすいと思う	使いにくいと思う	とても使いにくいと思う	無回答/無効回答
821	数	75	337	114	6	289
	比率	9.1%	41.0%	13.9%	0.7%	35.2%

＜クロス集計：経験年数別＞

経験年数	N		とても使いやすいと思う	使いやすいと思う	使いにくいと思う	とても使いにくいと思う	無回答/無効回答
3年未満	106	数	12	52	8	2	32
		比率	11.3%	49.1%	7.5%	1.9%	30.2%
3年以上5年未満	90	数	9	42	14	0	25
		比率	10.0%	46.7%	15.6%	0.0%	27.8%
5年以上	528	数	48	215	82	3	180
		比率	9.1%	40.7%	15.5%	0.6%	34.1%
合計	724	数	69	309	104	5	237
		比率	9.5%	42.7%	14.4%	0.7%	32.7%

＜クロス集計：主任の有無別＞

主任の有無	N		とても使いやすいと思う	使いやすいと思う	使いにくいと思う	とても使いにくいと思う	無回答/無効回答
主任介護支援専門員である	419	数	42	174	62	2	139
		比率	10.0%	41.5%	14.8%	0.5%	33.2%
主任介護支援専門員でない	303	数	28	139	41	3	92
		比率	9.2%	45.9%	13.5%	1.0%	30.4%
合計	722	数	70	313	103	5	231
		比率	9.7%	43.4%	14.3%	0.7%	32.0%

＜クロス集計：保有資格別＞

保有資格	N		とても使いやすいと思う	使いやすいと思う	使いにくいと思う	とても使いにくいと思う	無回答/無効回答
看護師・保健師	103	数	9	44	12	0	38
		比率	8.7%	42.7%	11.7%	0.0%	36.9%
介護福祉士	504	数	49	205	73	5	172
		比率	9.7%	40.7%	14.5%	1.0%	34.1%
合計	607	数	58	249	85	5	210
		比率	9.6%	41.0%	14.0%	0.8%	34.6%

巻末資料5　参考文献

参考文献

検討案を作成するにあたり、参考とした主な文献は以下のとおり。

- 日本心不全学会ガイドライン委員会「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」、2016 年
- 在宅医療テキスト編集委員会「在宅医療テキスト第 3 版」、2015 年、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団
- 日本循環器学会他「2016 年度版心臓サルコイドーシスの診療ガイドライン」、2016 年
- 日本循環器学会他「脳血管障害、慢性腎臓病、末梢血管障害を合併した心疾患の管理に関するガイドライン（2014 年改訂版）」、2014 年
- 日本循環器学会他「ペースメーカ、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン（2013 年改訂版）」、2013 年
- 日本循環器学会他「虚血性心疾患の一次予防ガイドライン（2012 年改訂版）」、2012 年
- 日本循環器学会他「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」、2012 年
- 日本循環器学会他「慢性心不全治療ガイドライン（2010 年改訂版）」、2010 年
- 日本医師会雑誌　第 139 巻・特別号（1）「在宅医療　午後から地域へ」、2010 年
- 日本医師会雑誌　第 138 巻・特別号（2）「高齢者診療マニュアル」、2009 年
- 渡辺裕子他「家族看護を基盤とした在宅看護論 I 概論編第 3 版」2015 年、株式会社日本看護協会出版会
- 水谷信子他「最新　老年介護学　第 3 版 2017 年版」2016 年、株式会社日本看護協会出版会

※本調査研究は、平成 29 年度老人保健健康増進等事業として実施したものです。

平成 29 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

適切なケアマネジメント手法の策定に向けた
調査研究報告書

平成 30 年 3 月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022　東京都品川区東五反田 2-10-2　東五反田スクエア
TEL：　03-6833-5204　　FAX：03-6833-9479