

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 ケアマネジメントの標準化に関する概念図
- 巻末資料2 普及研修プログラム研修資料
- 巻末資料3 心疾患標準化項目(項目一覧)
- 巻末資料4 評価シート(心疾患検討案検証資料)
- 巻末資料5 心疾患検討案検証データ分析結果
- 巻末資料6 認知症検討案(項目一覧)

- 別冊資料1 認知症がある方のケア【検討案】
- 別冊資料2 心疾患がある方のケア

巻末資料1 ケアマネジメントの標準化に関する概念図

本調査研究事業の目的等

<背景及び目的>

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

<方法>

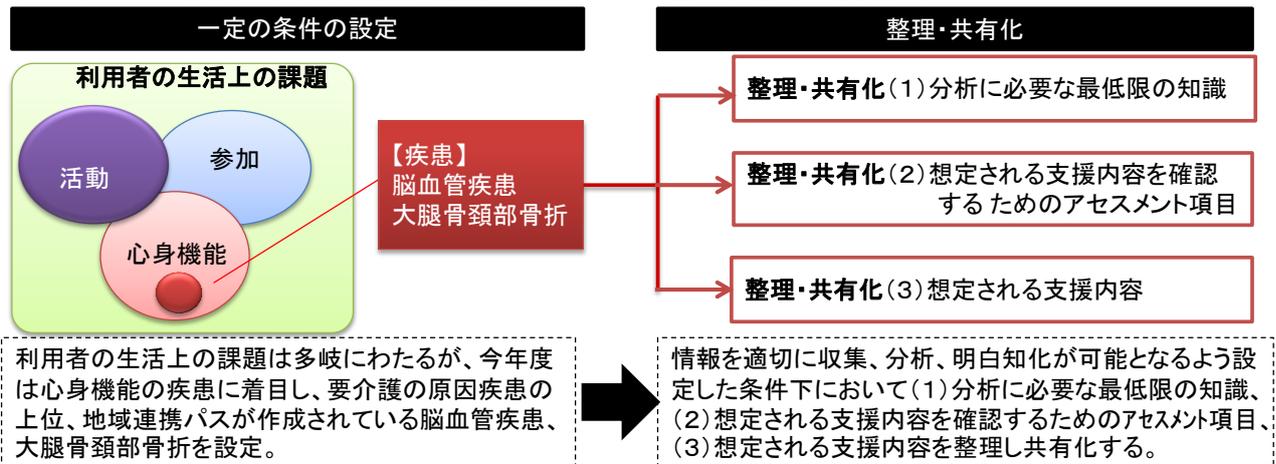
介護支援専門員個々が作成する要介護者のケアプランの内容やケアマネジメントについて「差違」を少なくするため、一定の条件下において『想定される支援内容』を整理し、共有化を試みる。

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

<具体的な取り組み>

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

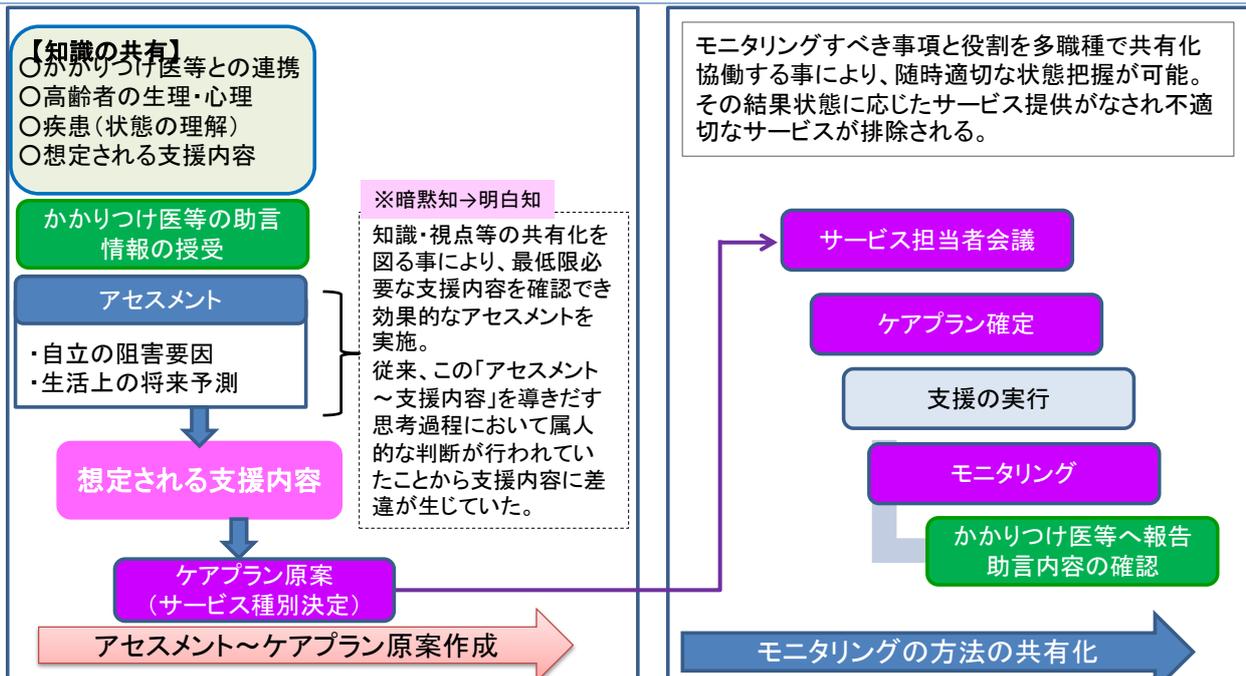
ケアマネジメントの標準化における条件設定と、設定した条件下において整理・共有化すべき事項のイメージ



図：厚生労働省(遠藤・石山)作成

ケアマネジメントの標準化(共有化)のイメージ

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



図：厚生労働省(遠藤・石山)作成

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

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

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

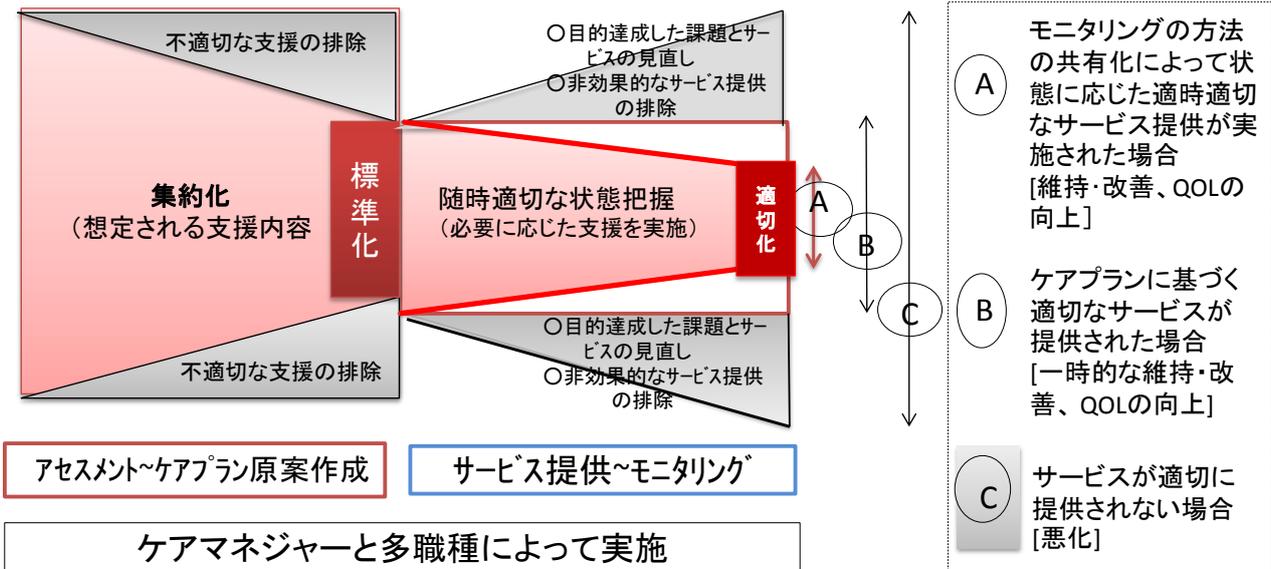


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

適切なケアマネジメントに向けた支援内容の手法のイメージ

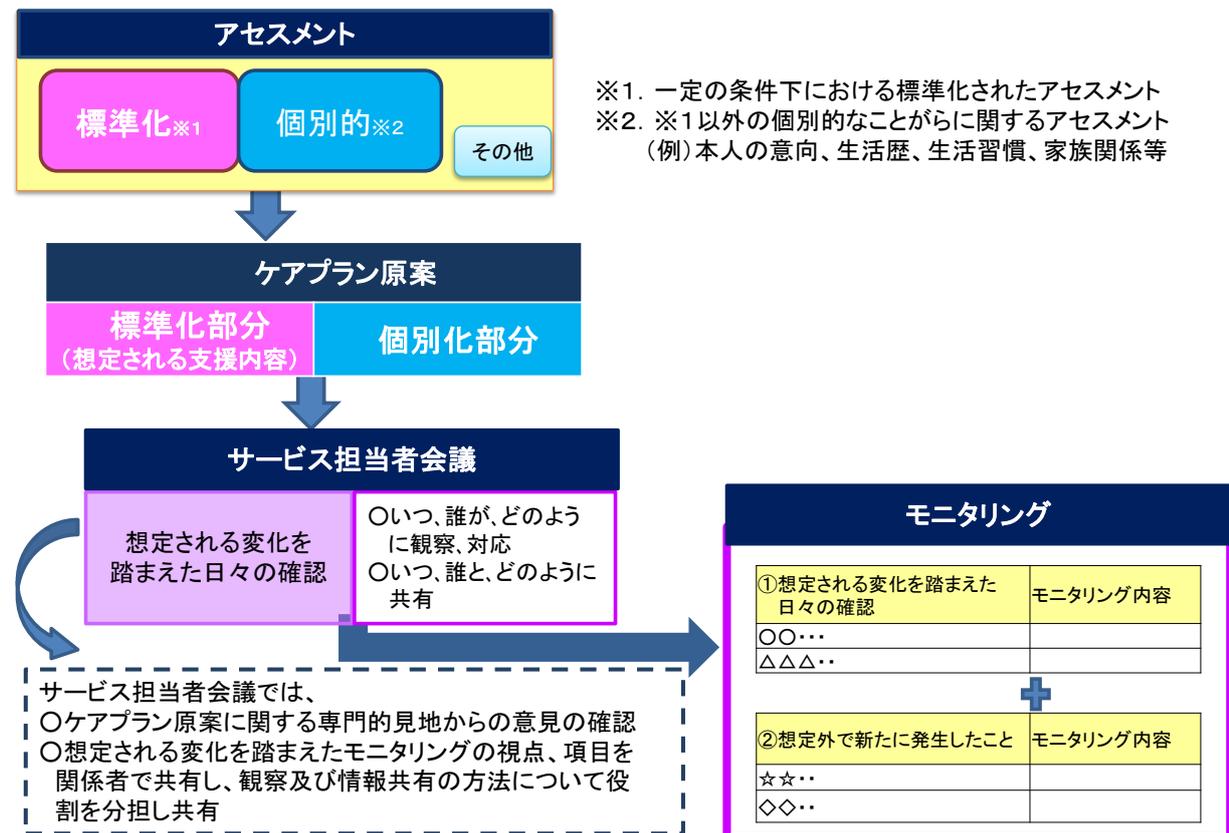


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

卷末資料2 普及研修プログラム資料

【適切なケアマネジメント手法を活用したケアマネジメント実践】

適切なケアマネジメント手法の概要と活用 〈モデル研修資料〉

株式会社日本総合研究所

1. 適切なケアマネジメント手法 開発の背景とねらい



ケアマネジメント標準化の背景

なぜ、標準化が必要とされているのか

- 要介護高齢者の増加や、高齢者のニーズの多様性に応えることの必要性、介護給付サービスに限らないさまざまな社会資源の組み合わせが求められることなどが背景にある。
- ケアマネジャーの職域の専門性を示し、他の職種との“共通言語”を確立するためにも、ケアマネジメントの共通的事項を体系化、言語化することが必要とされている。

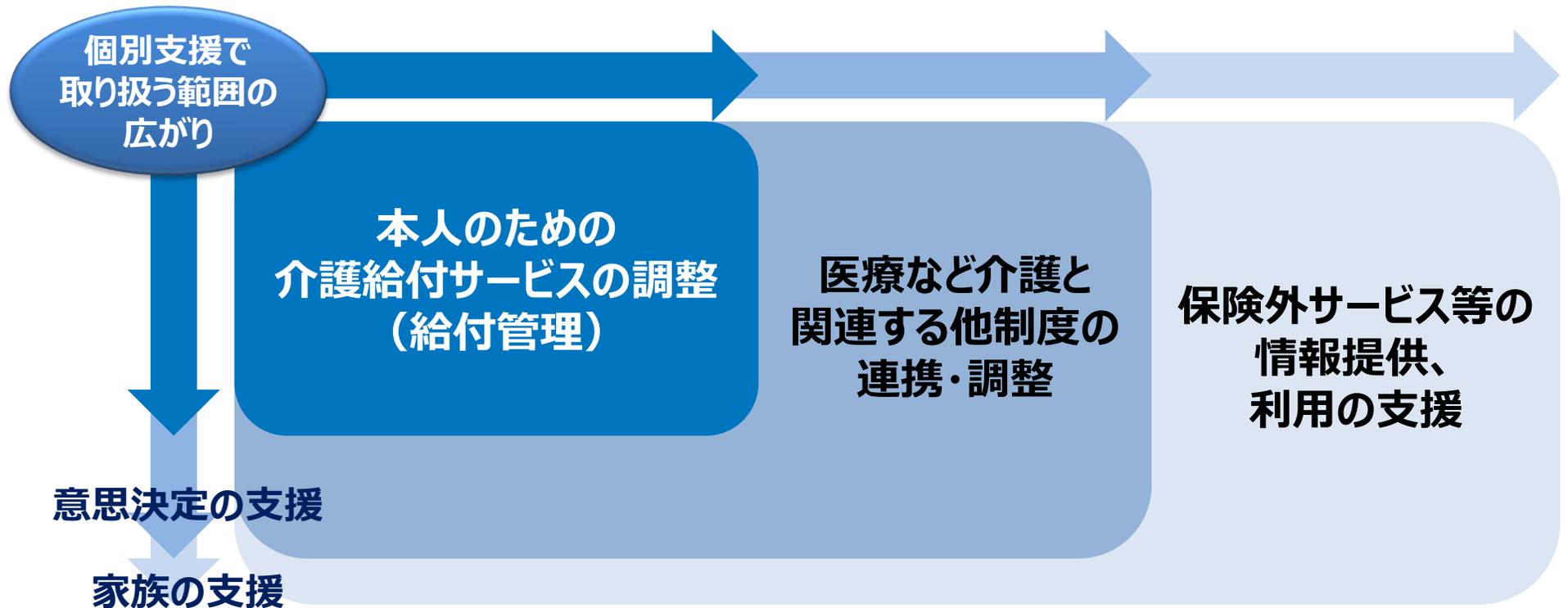
- 要介護高齢者の数の増加
- 自立支援に資するケアマネジメントの期待

- 介護給付サービスに留まらない社会資源を組み合わせる必要性
- 多職種連携の必要性

ケアマネジメント標準化

これからのケアマネジャーに求められること

- 地域差はあるものの、さまざまな社会資源が登場しており、同じ支援内容を実現するにも複数の選択肢がある場合が増えてきた。
- 幅広い視野を持ってサービスを調整していくためには、サービス種別ではなく、「どのような支援（内容）が必要か」を、根拠を持って説明できることが重要になる。



【参考】介護保険制度の見直しに関する意見

(平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会)

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(5) 適切なケアマネジメントの推進等

【適切なケアマネジメントの推進】

- ケアマネジャーの資質の向上も含め、適切なケアマネジメントを推進していくためには、市町村や地域包括支援センターによる支援の充実が重要であるが、この点については、上記1.(2)に記載した通りである。
- また、ケアマネジャーの資質向上を図る観点からは、適切なケアマネジメント手法の策定も重要である。国においてもこの取り組みに着手しているところであるが、今後、ケアマネジメント手法の標準化に向けた取組を順次進めていくことが適当であり、本部会ではアセスメントやプロセスの手法の標準化を推進すべきとの意見があった。



ケアマネジメント標準化の考え方

標準化がねらいとしていること

- ケアマネジメント標準化で整理した知見は、ケアマネジャーの職域が培ってきた知見を体系化し、誰もがこれを参照すれば、一定の水準のケアマネジメントが実践されるようにする「**共通化された実践知**」である。
- 体系化されているので他の職種にも示しやすく、結果的に、多職種間の連携が進むことも期待している。

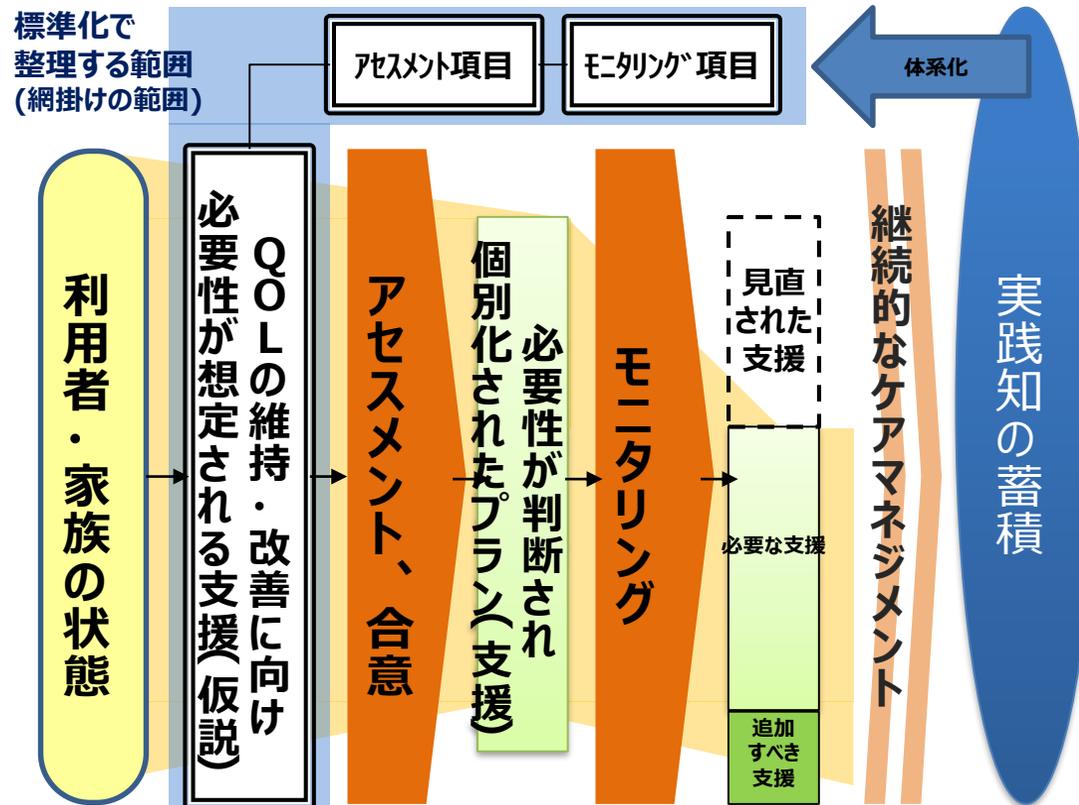
知見の平準化

ケアマネジメントの
質の向上

多職種間の
連携推進

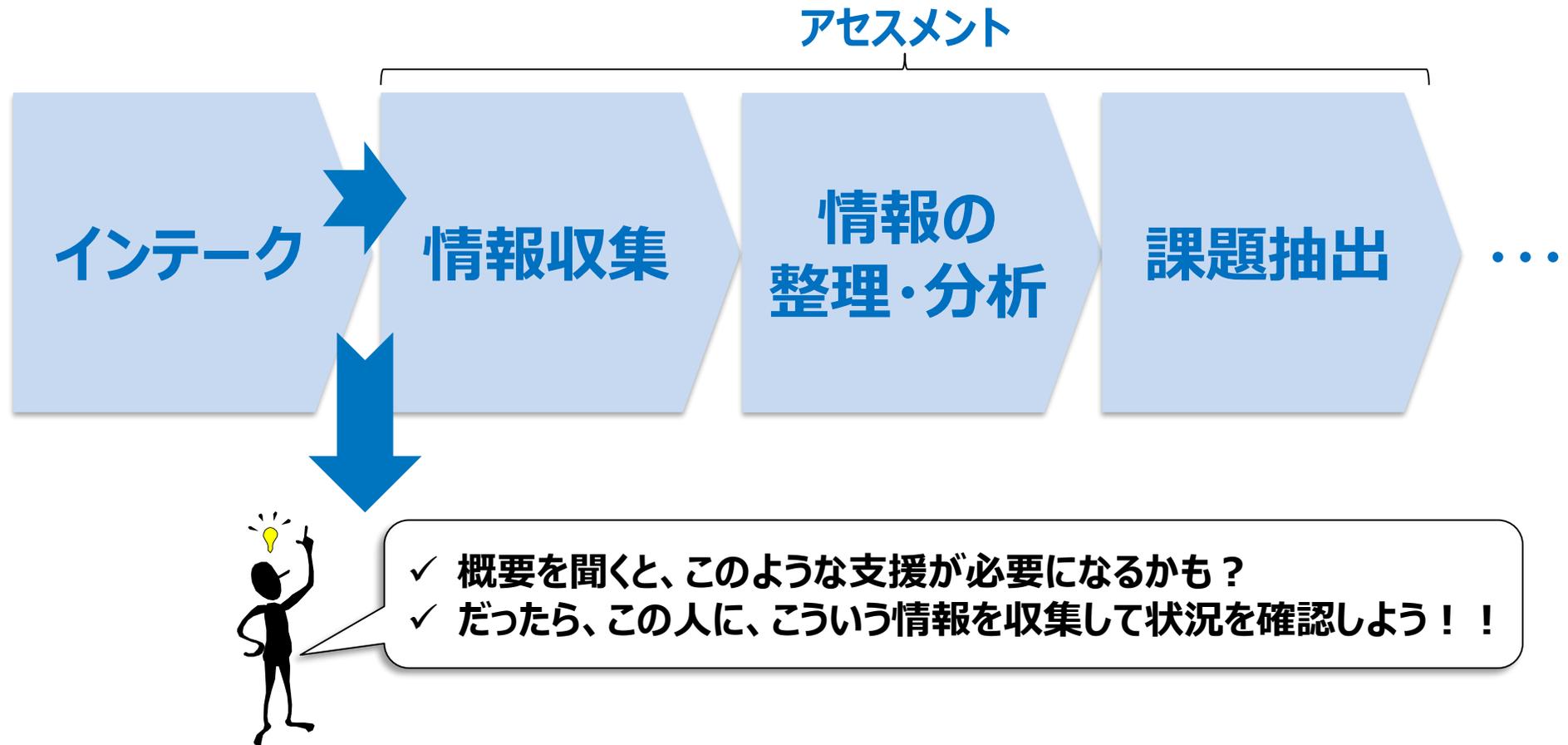
「想定される支援」の標準化

- 情報収集前にある程度仮説（当たり）をつかんで情報収集・整理・課題抽出に取り組むことを想定している。



ベテランのケアマネジャーがやっていること

- 知識と経験豊富なベテランのケアマネジャーは、網羅的な情報収集に手を付ける前に、限られた概要情報から、「どのような支援が必要な可能性があるか」、「どのようなことを詳しく確認する必要があるか」について、“あたり”をつけている。



【例題】 どのような支援が必要と、あなたは考えますか？

- 例えば以下のような情報が与えられ、インテークの依頼を受けたら、あなたならどのような支援の可能性、それに紐づく情報収集の必要性をどのように考えますか？

【インテーク時に伝えられた概要】

- **ご本人は80歳の男性。妻（75歳）と自宅（マンション3階、EVあり）で二人暮らし、息子は他県だが娘が同じ市内に在住。**
- **1か月前に脳梗塞で入院。**
今回の退院に伴い、初めて要介護認定を申請、要介護2と認定された。
- **利き手だった右半身に軽い麻痺があり、食事、服薬、着替えに一部手助けが必要な状況。外出時は車椅子を利用。**
- **高血圧なので、薬を定期的に飲んでいる。**
- **妻は要介護ではないが小柄で体力に自信がなく、娘も働いているので介護サービスを活用したい意向がある。**

誰もが想定すること／想定する人が少ないこと＝ばらつきの要因

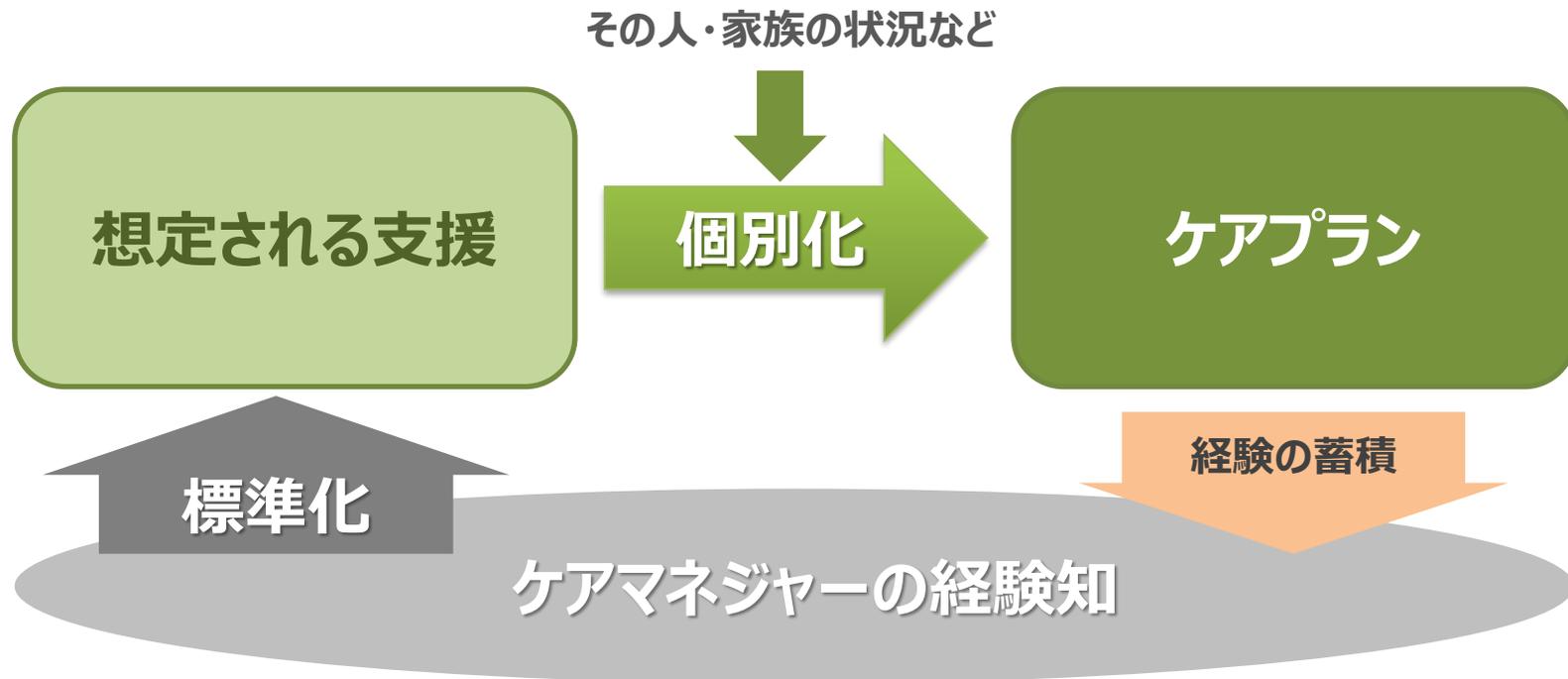
- 「想定される支援内容」として、ケアマネジャーの多くが想定することと、想定する人が少ないことがある。



ケアマネジャーによる“ばらつき”の要因
(※想定しえない支援は、必要性すら検討されにくい)

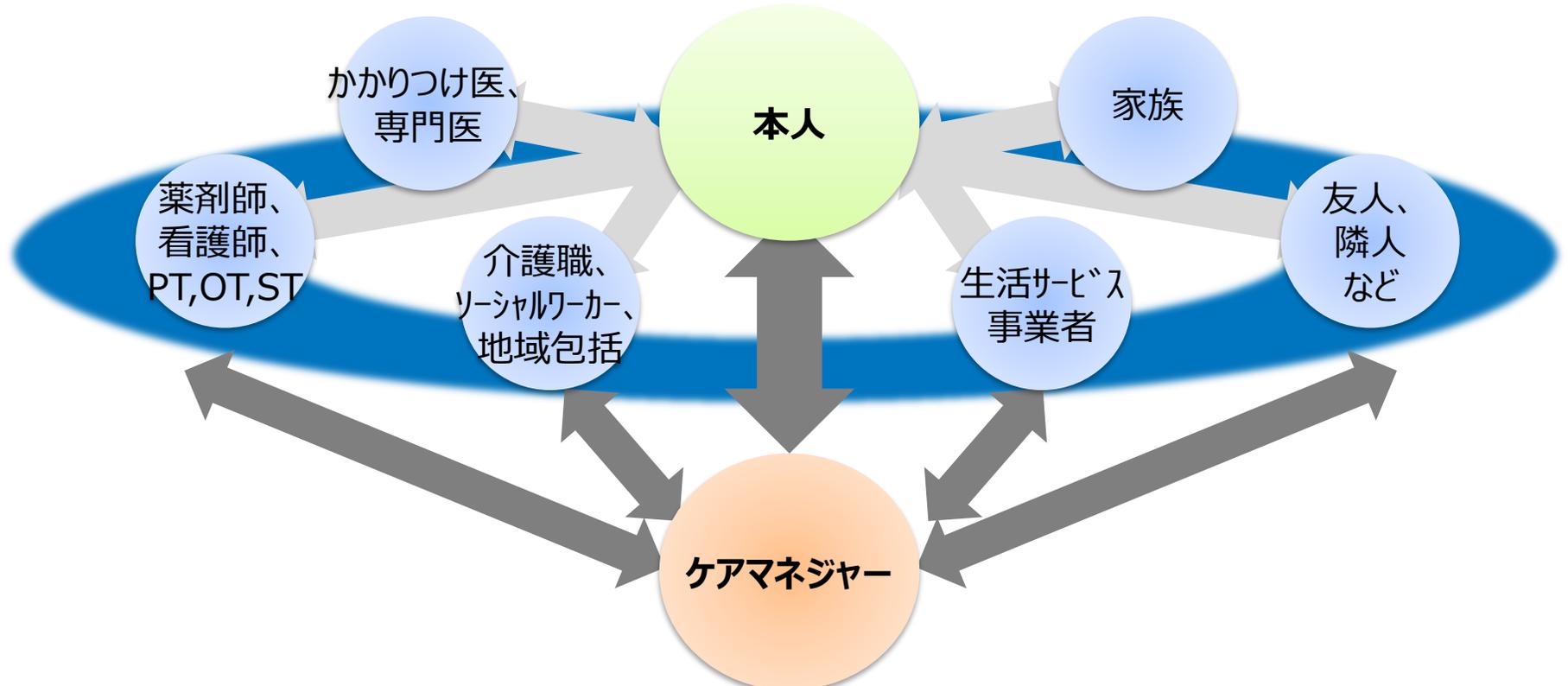
標準化と個別化の違い

- 標準化が目指しているのは、状態に応じて必要性が高いと考えられる支援内容を押さえられるようにすること。あくまでも想定される支援である。
- あくまでも「想定される支援」なので、どの支援が、どの程度必要かの判断は要介護高齢者一人一人異なる。また、同じような支援内容でもその人に合わせたやり方に工夫する余地がある。これが個別化である。



多職種連携を円滑にする体制の構築

- モニタリングや見直しまで一貫して取り組めるよう、利用者・家族の状況を把握し、適時・適切に必要な専門職に情報が共有される体制を作ることもケアマネジャーの役割。
- 特に、認知症のケアマネジメントでは、利用者・家族の生活の状況やその変化を把握する体制を構築することが肝要。ケアマネジャーにはこうした体制構築が求められている。



モニタリング・見直しまで一連の取り組み

- ケアマネジメントはケアプランを作って終わりではない。ケアの提供による利用者・家族の生活の状況をモニタリングし、ケアの提供を通じて得られる新たな情報を踏まえて、よりその人にフィットしたケアへと見直していく連続的な取り組みが重要。
- 日常生活だけでなく、入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを提供する観点を持つことが求められている。



ケアプランの標準化ではない

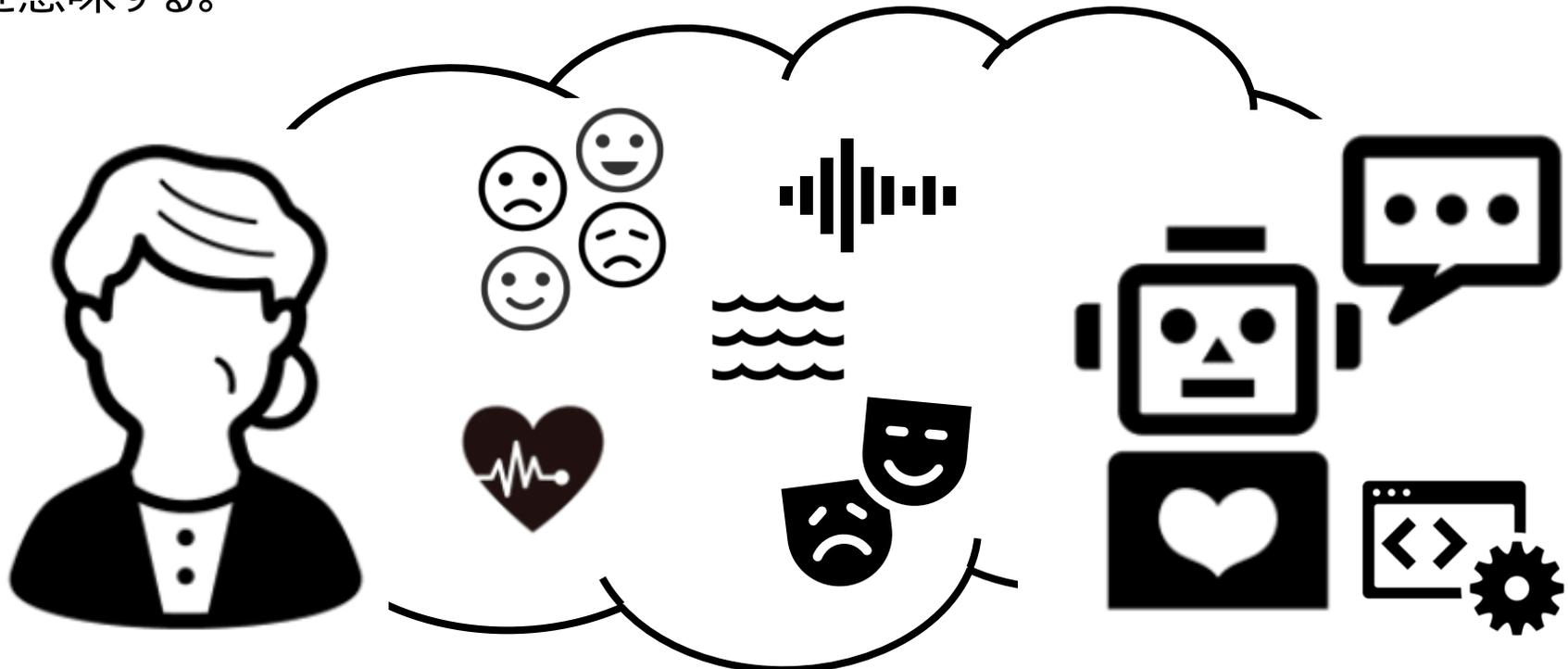
- ケアプランは一人ひとりに個別的であり、ニーズや具体的な支援内容など、極めて多様・多彩であり、かつ定性的な情報となるため、ケアプランの標準化は困難。
(少なくとも現時点では)
- ケアマネジメント標準化が目指しているのは、誰が担当ケアマネジャーとなっても、利用者から見て一定の水準のマネジメントを提供できるようになること。

× ケアプランの標準化

○ ケアマネジメントの標準化

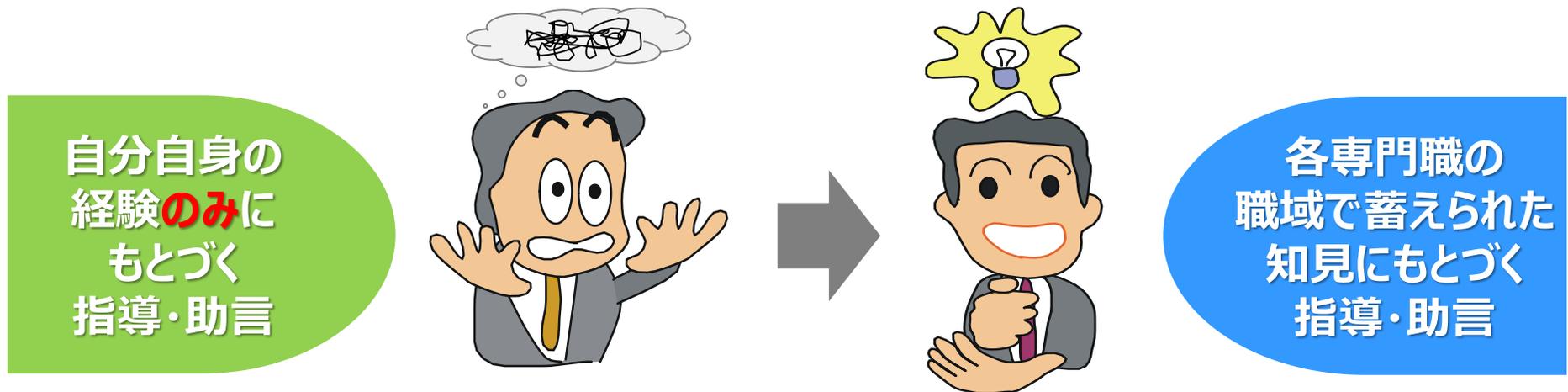
【参考】 AIがケアマネジャーの仕事を奪う？

- 情報の収集や分析はAIの得意領域。最新の知見もすぐに反映できるので、集めた情報の分析や、その人に当てはまる可能性の大きい支援・サービスの提案、記録や連絡調整はAIが担える可能性が大きい。
- 一方、利用者の意思を確認し意欲を引き出す対話や、ソーシャルワークは、当分、AIでは担いにくい領域と予測される。これは、今以上に、ソーシャルワークの技術が重要になっていくことを意味する。



指導や助言の標準化

- ケアマネジメント標準化で整理した項目の活用場面は、個別事例を担当するケアマネジャーの知識向上や業務効率化だけに留まらない。
- 地域ケア会議（個別ケア会議）やケアプラン点検などの場で、ケアマネジャーに対して提供される指導・助言の内容のばらつきを防ぎ、多職種間での連携体制が構築されやすいよう、地域づくりの観点で活用してもらうことも想定される。



【参考】標準化を意識した指導・助言のイメージ

- このような状態・疾患だと、〜〜〜が原因で〜〜
〜となっている場合もある
基本ケア、疾患別ケアの
基礎的な知識

- ×××××という支援が有効かもしれないので、
支援の仮説(想定される支援内容)

△△△△△を確認した方が良い
確認すべき事項

- もしそのような支援を考えるなら、この方の場合、

○○○○○というアイデアも考えてみたらどうか
【個別化】支援のアイデア

2. ケアマネジメント標準化の検討状況



検討の経緯

現時点までの検討状況

- 平成28年度から検討に着手しており、現時点での検討状況は以下の通り。

<各年度の実施事項>

□ 平成29年度までの実施事項

- 「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「検討案」を検証した。
- 退院直後～在宅生活の支援を念頭に、想定される支援内容を整理し、「心疾患」について、ケアマネジメント手法のガイドラインの「検討案」を作成した。

□ 平成30年度の実施予定

- 「脳血管疾患」及び「大腿骨頸部骨折」の「検討案」を使用し、標準化手法の普及プログラムを開発する。
- 「心疾患」について、「検討案」を活用した効果を検証する。
- 「認知症」について、「検討案」を作成する。

疾患に着目した理由

- 疾患に着目したのは、根拠を持って説明できるものとするため、現時点で根拠が多く整理されており、かつ要介護認定の原因疾患の上位であるものを取り上げたから。いわゆる「医学モデル」に戻るということではない。
- 具体的には、以下のような視点を持って、初年度に検討する疾患を選定した。

＜疾患別のケアに着目した理由＞

- ✓ 根拠を持って標準化の検討を進めるため、
医学的根拠がある疾患・状態別に見たケアに着目

＜着目した疾患の選定理由＞

- ✓ 要介護状態となる原因疾患の上位であること
- ✓ 地域連携パスの運用が比較的進んでいること

【参考】政策における位置付け

《参考》ニッポン一億総活躍プランの概要

一億総活躍社会とは、
 女性も男性も、お年寄りも若者も、一度失敗を経験した方も、障害や難病のある方も、
 家庭で、職場で、地域で、あらゆる場で、誰もが活躍できる、いわば全員参加型の社会である。

介護離職
 ゼロの実現

希望する介護サービスの利用（介護基盤の供給）

① 高齢者の利用ニーズに対応した介護サービス基盤の確保

- 自立支援と介護の重度化防止を推進するため、介護記録のICT化を通じた業務の分析・標準化を進める。これにより、適切なケアマネジメント手法の普及を図るとともに、要介護度の維持・改善の効果を上げた事業所への介護報酬等の対応も含め、適切な評価の在り方について検討する。

施策	年度												指標
	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度以降		
適切なケアマネジメント手法の策定	標準化に向けた分析手法の検討／ケアマネジメントの先進事例の収集	分析、適切なケアマネジメント手法の策定	適切なケアマネジメント手法の検証・見直し、適切なケアマネジメント手法を踏まえたケアマネジメントの実施										





ケアマネジメント標準化の主な内容

標準化で検討した項目の構造

- 基本ケアと疾患別・期別のケアで構成される。
- 疾患別・期別のケアは当該疾患・期に該当する場合に特に想定すべき支援を整理。高齢者の機能・生理にもとづく基本ケアを踏まえた上で、疾患別・期別のケアを参照する。

疾患別・期別のケア
(疾患に応じて特に留意すべき詳細の内容)

基本ケア
(高齢者の機能・生理)

**基本ケアを
押さえたうえで
疾患別・期別の
ケアを押さえる**



**疾患や状態に
よらず、共通して
重視すべき事項**



基本ケアの概要

- 基本ケアとは、加齢とともに変化する機能や生理を踏まえ、目指す生活の実現に向けて生活の基盤を整えるとともに、状況が大きく悪化することを防ぐ観点から必要なケアである。

大項目	中項目
病状・病態予測と予防の重要性	病状・病態予測と予防の重要性
	嚥下
	口腔ケア
	服薬管理の支援
家庭や地域での役割を見出す	身体機能の維持・向上
	排泄
	コミュニケーション
生活の場における安全管理	身体機能の低下を防ぐ
	嚥下
	口腔ケア
	感染予防
家族支援	家族の受容に対する支援
	摂食動作・認知障害
	排泄
	コミュニケーション



詳しくは報告書本編をご参照ください

疾患別ケア（脳血管疾患）の概要

- 脳血管疾患のケアは、退院してから在宅生活が安定するまでの時期（Ⅰ期）と、継続的なセルフマネジメントを重視するようになる時期（Ⅱ期）に分かれる。

退院してから
在宅生活が安定するまでの時期
（概ね退院後3か月以内程度）

疾患別ケア
（脳血管疾患）Ⅰ期

在宅での生活が安定し
継続的なセルフマネジメントに移る時期
（概ね退院後4か月以降程度）

疾患別ケア
（脳血管疾患）Ⅱ期



詳しくは報告書本編をご参照ください

疾患別ケア（脳血管疾患）の概要

- 疾患別ケア（脳血管疾患）では、再発の予防と生活機能の回復・向上が重要。
- I 期では再発予防のための支援体制の整備を重視するとともに心理的回復を含めた生活機能の維持・向上に着目。一方、II 期では継続的なセルフマネジメントに着目。

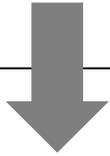
I 期

再発予防

血圧や疾病の管理の支援
 服薬管理の支援
 生活習慣の改善

生活機能の維持・向上

心身機能の回復・維持
 心理的回復の支援
 活動と参加に関わる能力の維持・改善
 リスク管理



II 期

継続的な再発予防

血圧や疾病の**自己**管理の支援
 服薬の**自己**管理
 生活習慣の**維持**

セルフマネジメントへの移行

心身機能の**見直しとさらなる回復・維持**
 心理的回復の支援
 活動と参加に関わる能力の維持・改善
 リスク管理



詳しくは報告書本編をご参照ください

疾患別ケア（大腿骨骨折）の概要

- 大腿骨骨折のケアは、退院してから在宅生活が安定するまでの時期（Ⅰ期）と、継続的なセルフマネジメントを重視するようになる時期（Ⅱ期）に分かれる。

退院してから
在宅生活が安定するまでの時期
（概ね退院後3か月以内程度）



疾患別ケア
（大腿骨骨折）Ⅰ期

骨折前の生活の回復が進み
セルフマネジメントに移る時期
（概ね退院後4か月以降程度）



疾患別ケア
（大腿骨骨折）Ⅱ期



詳しくは報告書本編をご参照ください

疾患別ケア（大腿骨骨折）の概要

- 疾患別ケア（大腿骨骨折）では、再骨折の予防と骨折前の生活の回復が重要。
- I期では再骨折予防のために必要な支援体制の整備をするとともに生活機能の回復に着目。一方、II期では支援の終結を見据えたセルフマネジメントの移行に着目。

I期

再骨折の予防

転倒予防

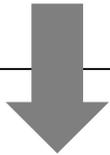
骨粗しょう症の予防

骨折前の生活機能の回復

歩行の獲得

生活機能の回復

社会参加の回復



II期

再骨折の予防

転倒予防

骨粗しょう症の予防

セルフマネジメントへの移行

介護給付サービスの終結に向けた
理解の促進（自助・互助への移行）



詳しくは報告書本編をご参照ください



ケアマネジメント標準化を活用する際の留意点

活用上の留意点

- ケアマネジメント標準化の項目を活用する際は、以下のような点に留意が必要。

①個別化

②かかりつけ医との連携

③多職種間の連携

活用上の留意点① 個別化

- 「想定される支援内容」の全てが必要とは限らない。本人や家族の生活状況や地域事情を踏まえて、その人の目指す生活の実現に向けたプランにすることが重要。
- その際、その人や家族が持つストレングスや意欲を踏まえることで、より効果的な支援となる可能性が高まる。

- ✓ その人・家族の生活状況
- ✓ スtrenグスや意欲
- ✓ 地域の事情



活用上の留意点② かかりつけ医との連携

- ころろ・からだの状況に対する判断は医師が専ら判断すべき事項であり、支援内容が適切なものかどうかを判断するためには、かかりつけ医※との連携が重要。
- お互いに限られた時間で連携しやすいよう、確認したい事項、判断・助言をお願いしたい事項をあらかじめ整理してから面談する。



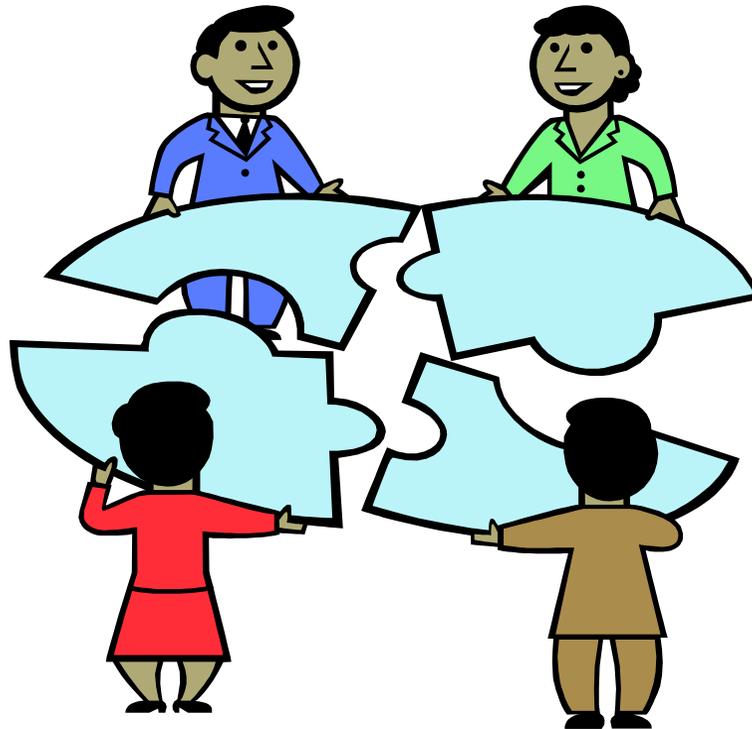
かかりつけ医とは、

「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」と定義された者

(出所)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宣言」(2013年8月8日)

活用上の留意点③ 多職種間の連携

- 標準化の項目で示した「想定される支援内容」は、さまざまな領域の支援（及びその必要性を検討するためのアセスメント/モニタリング項目）が含まれる。
- ケアマネジャーが一人で抱え込んだり、一人で全て判断したりするのではなく、標準化の項目を共通言語として、多職種間で共有し、各職種の意見の把握や、各職種からの助言を求め活用する。





ケアマネジメント標準化の活用シーン

想定する活用シーン

活用主体	期待される活用シーン（例）
介護支援 専門員	<ul style="list-style-type: none"> 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時に、（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、検討案を参考に支援内容の必要性を検討する。 数カ月に一度程度、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。 該当する事例を担当する都度に、検討案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。
指導 担当者	<ul style="list-style-type: none"> 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、検討案をチェックリストのような形で活用し、初任段階の者のつまずきを明らかにした上で指導・支援を行う。
地域包括 支援 センター	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員向けの相談支援や研修、地域包括ケア会議等の場面において、介護支援専門員及び他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、検討案を活用する。

検討の視点

標準化の項目に照らした確認

見落としのチェックや
重視すべき視点の整理

その事例における
具体的な支援内容の検討

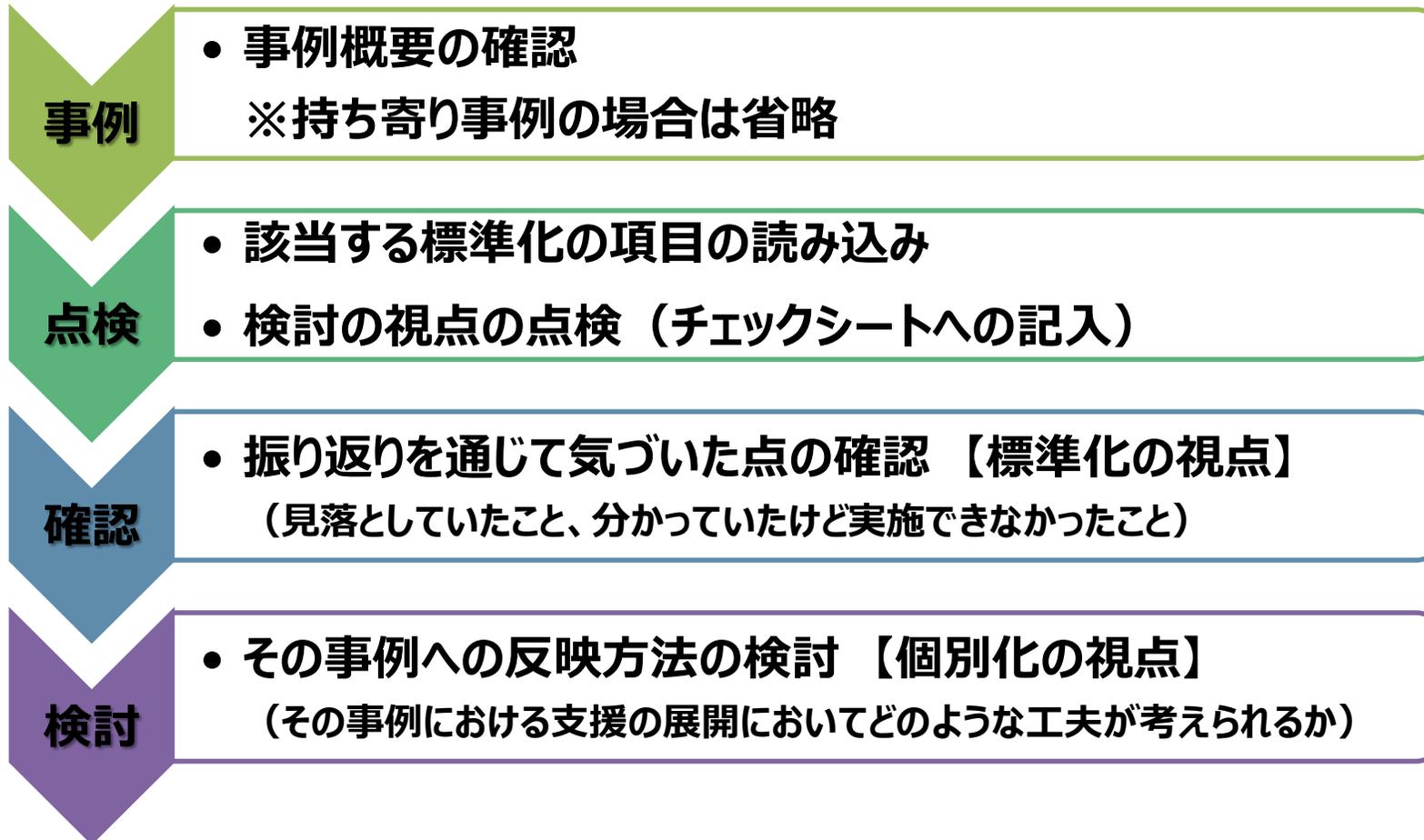
標準化

個別化

3. ケアマネジメント標準化を活用した事例検討

本セッションの進め方

- 持ち寄り事例あるいは共通事例を用いて、標準化の項目を参照して事例における検討の視点の点検を行う。



大腿骨
頸部骨折、
脳血管
疾患の
いずれか
1 事例

本事業に関するお問合せ先

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 事務局

株式会社日本総合研究所 創発戦略センター
齊木、辻本

Tel: 03-6833-8761 (辻本)
E-mail : saiki.dai@jri.co.jp

卷末資料3 心疾患標準化項目(項目一覽)

項目一覧：心疾患Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関りが強い状況）

・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
 ・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など		
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族などに依頼すべき支援内容	適切な支援内容とするための主なアセスメント項目 （※アセスメント内容の詳細や留意点などは本編を参照）	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などは本編を参照）	情報収集すべき 専門職
1	再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬	1 疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> 受診先の医療機関（名称、場所）、受診の頻度、受診の方法 主治医からの説明を受けているかどうかの確認 主治医から説明されている心疾患の状況、今後の見通し 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、ペースメーカーなど）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 家族・本人の理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か 今後の治療に関する本人や家族の意向 緊急時の対応の方法、その内容 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 心疾患の状態を把握する管理ツールの有無、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 本人と家族の受療意向 	<ul style="list-style-type: none"> 説明を受けているかどうかの確認、変更の有無の確認 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、ペースメーカーなど）の変更 薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度の変化 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 医療機関への通院が継続できるかの確認 病気にに対する不安の変化の有無 本人と家族の受療意向の変化 	医師、看護師、薬剤師
			2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> 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 本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 処方されたとおりに服薬できているかについて、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わり合いの状況（誰が声かけしているか、介護者の生活リズムなど） 	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 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合いの状況変化（誰が声かけしているか、介護者の生活リズムなど） 服薬の状況、飲み残しの有無 	医師、看護師、薬剤師、PT/PT/ST、介護職
			3 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）の療養を支援する体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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
			4 ※上記の他併発している他の疾患の療養の支援について別途確認する	<ul style="list-style-type: none"> 起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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性の変化 	医師、看護師、薬剤師
	自己管理能力の向上とリスクの管理	確認すべき事項の明確化	5 生活や介護の領域において本人の自己管理を支えるべき事項を把握する	<ul style="list-style-type: none"> 心疾患とその治療に関する医師からの指示の状況 日々管理すべき事項に関する医師からの指示内容 管理すべき事項について、捉えるべき数値の範囲（上限や下限、急な変化の防止など） 医師からの指示のうち生活や介護の領域で状況の把握や自己管理の支援を実施すべき事項 自己管理の支援に携わっている介護サービスの有無、そのサービス内容 	<ul style="list-style-type: none"> 日々管理すべき事項に関する医師からの指示 管理すべき事項について、捉えるべき数値の範囲（上限や下限、急な変化の防止など） 医師からの指示のうち生活や介護の領域で状況の把握や自己管理の支援を実施すべき事項 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
			6 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> 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、体重増減の目安など）、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 体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにしているか 心疾患の状態を把握する管理ツールの利用の有無、利用方法に対する本人・家族の理解度 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など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 	<ul style="list-style-type: none"> 主治医からの体重管理に関する指導の内容の変化 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 体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにしているか 心疾患の状態を把握する管理ツールの利用の有無、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 日単位での緩やかな変化の把握 	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
			7 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	<ul style="list-style-type: none"> 医師からの塩分量・水分量の制限の有無、制限の内容 管理栄養士など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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 管理栄養士など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、薬剤師、管理栄養士、介護職
			8 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> 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 家族など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 日常的な食生活における外食や惣菜などの利用状況 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 地域で利用可能な栄養に関する支援サービスなどの有無 	<ul style="list-style-type: none"> 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 日常的な食生活における外食や惣菜などの利用状況の変化 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、薬剤師、管理栄養士
			9 その人と生活に合った水分の摂取と排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> 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 食事や排泄に対する家族などによる介助の有無、介護者が誰か 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 家族など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などによる介助の有無、介護者が誰か 尿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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 食事や排泄に対する家族などによる介助の状況の変化 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 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などによる介助の状況の変化 尿意に対する認識の有無、認知機能の程度の変化 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
	10 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	<ul style="list-style-type: none"> 指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直しなど） 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 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 指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の有無 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：睡眠や活動など）の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直しなど）の変化 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 指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の変化 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：睡眠や活動など）の状況の変化 	医師、看護師、薬剤師、介護職		
	活動制限が守られることの支援	11 活動制限と安静の必要性を本人及び家族などが理解し、その制限が守られているよう支援する体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> 医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安など） 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 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 活動中の違和感など自覚症状の有無、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、家族など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 	<ul style="list-style-type: none"> 医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安など）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 活動中の違和感など自覚症状の有無、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、家族など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、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
			12 感染症の予防の必要性を理解できるよう支援する体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> 心疾患の治療に関する医師からの指示の状況 軽微なものを含む感染症の予防に関する医師からの説明の有無、説明内容 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族の理解度 軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況 軽微なものを含む感染症の罹患履歴（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） 感染症にかかった際の状況把握と対応体制 	<ul style="list-style-type: none"> 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、歯科医師、看護師、薬剤師、介護職
13 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			<ul style="list-style-type: none"> 本人の状況や家族が現在提供しているケア 医師からの指示事項、留意事項 普段の活用状況、活動に係る育成の支援内容 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の状況や家族が現在提供しているケアの変化 医師からの指示事項、留意事項の変更 普段の活用状況、活動に係る育成の支援内容の変更 	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
療養を続けるための環境・体制の整備	14 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされるよう体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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など）の変化 居室と廊下、洗面所、浴室、トイレなどの温度、湿度の差とその把握状況の変化 	看護師、PT/OT/ST、介護職		
		15 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	<ul style="list-style-type: none"> 自宅での行動の状況、負担となる環境の有無（例：段差・階段、洗濯行為におけるつむいたり持ち上げたりする動作など） 心疾患とその治療に関する医師からの指示の状況 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 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅での行動の状況、負担となる環境の変化（例：段差・階段、洗濯行為におけるつむいたり持ち上げたりする動作など） 心疾患とその治療に関する医師からの指示の状況 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 	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職	
	16 状況が急変した場合の対応体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> 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 状態が大きく変化した場合の受療意向 	<ul style="list-style-type: none"> 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、介護職		

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など			
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族などに依頼すべき支援内容	適切な支援内容とするための主なアセスメント項目 (※アセスメント内容の詳細や留意点などは本編を参照)	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などは本編を参照)	情報収集すべき 専門職	
2 生活機能の維持・向上	1 心疾患の状況に応じた生活・暮らしの現状の把握・改善	心疾患の状況に応じた生活・暮らしの現状の把握	17 本人が望む暮らしの意向を把握する体制を整える	・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、入浴の方法など) ・IADLの状況(例:家事の実施状況、外出頻度、外出先など) ・日常的な運動の程度(例:体操、散歩など) ・活動中の違和感など自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族など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など)、活動制限の基準(制限や中止すべき息切れや疲れなどの目安) ・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)	・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、入浴の方法など)の変化 ・IADLの状況(例:家事の実施状況、外出頻度、外出先など)の変化 ・日常的な運動の程度(例:体操、散歩など)の変化 ・同居者の有無、家族などの介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうかの変化 ・認知機能の程度の変化 ・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など)、活動制限の基準(制限や中止すべき息切れや疲れなどの目安)の変更 ・活動中の違和感など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	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
				18 医療的な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 ・医療的なリハビリテーションを提供する事業所の場所、実施状況(通院回数、頻度、時間など) ・受診の支援の必要性 ※「1 疾患の理解を支援し、定期的に診察を受けられる体制を整える」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 ※「1 疾患の理解を支援し、定期的に診察を受けられる体制を整える」に準じる	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	2 心疾患の状況に応じた生活・暮らしの支援	リハビリテーションの実施	18 医療的な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	19 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、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
					20 実際の生活における活動の範囲の把握とすり合わせ	・日常生活の動線、日課 ・心疾患の治療に関する医師からの指示の状況 ・医師からの制限に関する指示事項 ・活動の範囲を守るために実施している事項 ・活動負荷の大きい日課、作業項目	・日常生活の動線、日課の変化 ・心疾患の治療に関する医師からの指示の変更 ・医師からの制限に関する指示事項の変更 ・活動の範囲を守るために実施している事項の変化 ・活動負荷の大きい日課、作業項目の変更
	活動と参加に関わる能力の維持・改善	21 日常生活における活動と参加の状況を維持・改善する支援体制を整える	20 実際の生活における活動の範囲の把握とすり合わせ	21 日常生活における活動と参加の状況を維持・改善す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 ・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、洗濯行為におけるつむいり持ち上げたりする動作など) ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・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) 社会的活動の内容、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 ・活動中の違和感など自覚症状の有無	・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 ・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、洗濯行為におけるつむいり持ち上げたりする動作など)の変化 ・活動中の違和感など自覚症状の変化 ・家族など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、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
					22 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、外出先など) ・外出の程度(例:体操、散歩など) ・活動中の違和感など自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族など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、外出先など)の変化 ・外出の程度(例:体操、散歩など)の変化 ・活動中の違和感など自覚症状の変化 ・家族などの介護者による本人の社会的活動の把握状況の変化
	入浴習慣の支援	23 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる支援体制を整える	23 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる支援体制を整える	23 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる支援体制を整える	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準 ・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・シャワー浴など)、時間) ・自宅の浴室以外における入浴(例:デイサービス、訪問入浴など)の状況 ・入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度 ・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	・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 ・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・シャワー浴など)、時間)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・シャワー浴など)、時間)の見直しの必要性 ・入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度の変化 ・入浴における専門的助言の必要性の有無の変化 ・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
					24 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える	・寝室など休養・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、寝付けにくい、疲労感・息苦しさなど) ・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	・寝室など休養・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、寝付けにくい、疲労感・息苦しさなど) ・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
	禁煙の実現の支援	24 禁煙を実現できるようにする支援体制を整える	24 禁煙を実現できるようにする支援体制を整える	24 禁煙を実現できるようにする支援体制を整える	・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) 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 ・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	・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 ・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、薬剤師、介護職
					25 本人・家族が生活習慣を変えようとする支援	・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:飲酒、運動など)、変更の重要性(例:絶対的なものか、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 ・飲酒に対する本人・家族の意向 ・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	・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 ・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
3 心理的な支援	本人・家族の不安の軽減	26 心理的な支援の必要性を把握し提供する体制を構築する	26 心理的な支援の必要性を把握し提供する体制を構築する	・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 ・本人が感じる心理的な不安など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	・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 ・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	
				27 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：心疾患Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況）

・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。

・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など		
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族など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などは本編を参照)	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などは本編を参照)	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 疾患の理解を支援し、定期的な診察が受けられる体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> ・受診先の医療機関（名称、場所）、受診の頻度、受診の方法 ・主治医からの説明を受けているかどうかの確認 ・主治医から説明されている心疾患の状況、今後の見通し ・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、ペースメーカーなど）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 ・家族・本人の理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か ・今後の治療に関する本人や家族の意向 ・緊急時の対応の方法、その内容 ・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 ・心疾患の状態を把握する管理ツールの有無、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 ・本人と家族の受療意向 	<ul style="list-style-type: none"> ・説明を受けているかどうかの確認、変更の有無の確認 ・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、ペースメーカーなど）の変更 ・薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度の変化 ・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 ・医療機関への通院が継続できるかの確認 ・病気に対する不安の変化の有無 ・本人と家族の受療意向の変化 	医師、看護師、薬剤師
			2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> ・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、開り方の状況の把握 ・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・処方されたとおりに服薬できているかについてだが、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わりの状況（誰が声かけしているか、介護者の生活リズムなど） 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・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など） ・服薬の状況、飲み残しの有無 	医師、看護師、薬剤師、PT/PT/ST、介護職
			3 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）の療養を支援する体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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
			4 ※上記の他併発している他の疾患の療養の支援について別途確認する	<ul style="list-style-type: none"> ・起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	5 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> ・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、体重増減の目安など）、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 ・体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにしているか ・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用の有無、利用方法に対する本人・家族の理解度 ・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など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 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医からの体重管理に関する指導の内容の変化 ・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 ・体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにしているか ・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用の有無、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 ・日単位での緩やかな変化の把握 	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
			6 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	<ul style="list-style-type: none"> ・医師からの塩分量・水分量の制限の有無、制限の内容 ・管理栄養士など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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・管理栄養士など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、薬剤師、管理栄養士、介護職
			7 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・家族など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 ・日常的な食生活における外食や惣菜などの利用状況 ・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 ・地域で利用可能な栄養に関する支援サービスなどの有無 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・日常的な食生活における外食や惣菜などの利用状況の変化 ・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、薬剤師、管理栄養士
			8 その人と生活に合った水分の摂取と排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・食事や排泄に対する家族などによる介助の有無、介護者が誰か ・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 ・家族など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などによる介助の有無、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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・食事や排泄に対する家族などによる介助の状況の変化 ・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 ・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など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、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
	3 療養を続けるための環境・体制の整備	負担のかかる環境の改善	13 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされるよう体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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など）の変化 ・居室と廊下、洗面所、浴室、トイレなどの温度、湿度の差とその把握状況の変化 	看護師、PT/OT/ST、介護職
			14 強く負担がかかるような動作の要因となる環境を把握する	<ul style="list-style-type: none"> ・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など） ・心疾患とその治療に関する医師からの指示の状況 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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など） ・心疾患とその治療に関する医師からの指示の変更 ・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 	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			15 状況が急変した場合の対応体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・状態が大きく変化した場合の受療意向 	<ul style="list-style-type: none"> ・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、介護職

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など			
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族など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などは本編を参照)	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などは本編を参照)	情報収集すべき 専門職	
2	生活機能の維持	1 心疾患の状況に応じた生活・暮らしの把握・改善	望む生活・暮らしの意向の把握	16 望む生活・暮らしの意向と現状の把握	・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 ・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、入浴の方法など） ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先など） ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩など） ・社会的活動の実施状況 ・活動中の違和感など自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族など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	・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 ・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、入浴の方法など）の変化 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先など）の変化 ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩など）の変化 ・社会的活動の実施状況の変化 ・活動中の違和感など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、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		2 ステージに応じた生活・暮らしの支援	継続的なリハビリテーションの実施	17 必要なリハビリテーションとセルフケアを継続できるような体制を整える	・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、時間などの程度の変化	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		ステージに応じた活動と参加に関わる能力の維持・改善	18 実際の生活における活動の範囲の把握とすり合わせ	・日常生活の動線、日課 ・心疾患の治療に関する医師からの指示の状況 ・医師からの制限に関する指示事項 ・活動の範囲を守るために実施している事項 ・活動負荷の大きい日課、作業項目	・日常生活の動線、日課の変化 ・心疾患の治療に関する医師からの指示の変更 ・医師からの制限に関する指示事項の変更 ・活動の範囲を守るために実施している事項の変化 ・活動負荷の大きい日課、作業項目の変更	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
		入浴習慣の支援	19 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる支援体制を整える	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準 ・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・シャワー浴など）、時間） ・自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴など）の状況 ・入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度 ・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	・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 ・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・シャワー浴など）、時間）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・シャワー浴など）、時間）の見直しの必要性 ・入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度の変化 ・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	20 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える	・寝室など休養・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・息苦しさなど） ・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	・寝室など休養・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・息苦しさなど） ・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	
		禁煙の実現の支援	21 禁煙を実現できるようにする支援体制を整える	・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（禁煙が必要なのか、推奨される程度なのか） ・（入院前）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 ・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	・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（禁煙が必要なのか、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 ・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、薬剤師、介護職	
3	EOL準備	1 EOL(エンドオブライフ)に向けた準備	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入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：飲酒、運動など）、変更の重要性（例：絶対ためなのか、努力事項なのか） ・生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度 ・飲酒に対する本人・家族の意向 ・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	・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 ・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
			心理的な支援	23 心理的な支援の必要性を把握し提供する体制を構築する	・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 ・本人が感じる心理的な不安など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	・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 ・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	24 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
3	1 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	25 末期心不全のEOLケアをどのようにするかを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、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	

卷末資料4 評価シート(心疾患検討案検証資料)

評価シート：心疾患Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関りが強い状況）

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

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)の判断			
				①情報収集	②支援の必要性の判断	③支援の位置づけ	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援内容の見直しの必要性	⑦追加すべき支援内容	⑧縮小すべき支援内容
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	○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【設問③へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【設問⑤へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒【設問④へ】 ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ⇒【設問⑤へ】	要介護の場合：2表の「援助内容（支援内容）」の記載事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるもの全て 1：支援内容は当初のままで良い ⇒【回答終了】 2：支援内容を見直す（追加する）必要がある ⇒【設問⑦へ】 3：支援内容を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑧へ】	追加が必要と思われる具体的な支援内容	縮小が必要と思われる具体的な支援内容
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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			3 定期的な受診がなされるよう支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		服薬支援	4 服薬が必要であることへの理解をうながす支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			5 薬を管理できる支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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（持ち帰り用）	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
	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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			10 体重を管理する環境を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			11 日々の体重管理が継続できるよう支援する	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			13 塩分の摂取状況を把握できる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			15 水分の摂取・排泄状況を把握できる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		

評価シート：心疾患Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関りが強い状況）

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

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)の判断			
				①情報収集	②支援の必要性の判断	③支援の位置づけ	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援内容の見直しの必要性	⑦追加すべき支援内容	⑧縮小すべき支援内容
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	○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【設問③へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【設問⑤へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒【設問④へ】 ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ⇒【設問⑤へ】	要介護の場合：2表の「援助内容（支援内容）」の記載事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるもの全て 1：支援内容は当初のままで良い ⇒【回答終了】 2：支援内容を見直す（追加する）必要がある ⇒【設問⑦へ】 3：支援内容を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑧へ】	追加が必要と思われる具体的な支援内容	縮小が必要と思われる具体的な支援内容
1 再入院の予防	2 自己管理能力の向上とリスクの管理	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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			22 予防接種等の受診を支援する体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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に支援する体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
	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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		チームケア体制の整備	27 健康状態を把握・管理できるよう職種による支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		

評価シート：心疾患Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関りが強い状況）

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

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)の判断			
				①情報収集	②支援の必要性の判断	③支援の位置づけ	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援内容の見直しの必要性	⑦追加すべき支援内容	⑧縮小すべき支援内容
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	○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【設問③へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【設問⑤へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒【設問④へ】 ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ⇒【設問⑤へ】	要介護の場合：2表の「援助内容（支援内容）」の記載事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるもの全て 1：支援内容は当初のままで良い ⇒【回答終了】 2：支援内容を見直す（追加する）必要がある ⇒【設問⑦へ】 3：支援内容を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑧へ】	追加が必要と思われる具体的な支援内容	縮小が必要と思われる具体的な支援内容
2	1	心不全のステージに応じた生活・暮らしの現状の把握	29 現在の日常的な活動量を把握できる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			30 入院前の活動の状況を把握できる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			31 適正な活動量を把握できる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			32 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
	2	ステージに応じた生活・暮らし方の改善	33 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			34 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
	3	ステージに応じた生活・暮らし方の支援	35 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			36 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		活動と参加に関わる能力の維持・改善	37 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			38 日常の社会的活動の活動量を把握できる環境を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			39 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		入浴習慣の支援	40 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			41 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		休養・睡眠の支援	42 休養・睡眠が確保できる環境・体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			43 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
栄養バランスの支援	44 栄養バランスに関する状況が把握される体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3				
	45 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3				

評価シート：心疾患Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関りが強い状況）

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

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)の判断			
				①情報収集	②支援の必要性の判断	③支援の位置づけ	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援内容の見直しの必要性	⑦追加すべき支援内容	⑧縮小すべき支援内容
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	○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【設問③へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【設問⑤へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒【設問④へ】 ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ⇒【設問⑤へ】	要介護の場合：2表の「援助内容（支援内容）」の記載事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるもの全て 1：支援内容は当初のままで良い ⇒【回答終了】 2：支援内容を見直す（追加する）必要がある ⇒【設問⑦へ】 3：支援内容を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑧へ】	追加が必要と思われる具体的な支援内容	縮小が必要と思われる具体的な支援内容
2 生活機能の維持・向上	3 ステージに応じた生活・暮らし方の支援	飲酒量のコントロール	46 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			47 多量の飲酒等を避ける支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		禁煙の支援	48 禁煙の必要性の理解をうながす支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			49 禁煙を支援する体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		本人・家族への生活習慣を変えることの支援	50 本人・家族が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
	4 心理的な支援	本人・家族の不安の軽減	51 心理的な支援の必要性を把握する	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			52 必要に応じた支援を提供できる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		専門的支援の提供	53 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		

評価シート：心疾患Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況）

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

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)の判断			
				①情報収集	②支援の必要性の判断	③支援の位置づけ	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援内容の見直しの必要性	⑦追加すべき支援内容	⑧縮小すべき支援内容
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	○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【設問③へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【設問⑤へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒【設問④へ】 ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ⇒【設問⑤へ】	要介護の場合：2表の「援助内容（支援内容）」の記載事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるもの全て 1：支援内容は当初のままで良い ⇒【回答終了】 2：支援内容を見直す（追加する）必要がある ⇒【設問⑦へ】 3：支援内容を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑧へ】	追加が必要と思われる具体的な支援内容	縮小が必要と思われる具体的な支援内容
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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			3 定期的な受診がなされるよう支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		服薬支援	4 服薬が必要であることへの理解をうながす支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			5 薬を管理できる支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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（持ち帰り用）	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
	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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			10 体重を管理する環境を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			11 日々の体重管理が継続できるよう支援する	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			13 塩分の摂取状況を把握できる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			15 水分の摂取・排泄状況を把握できる体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		

評価シート：心疾患Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況）

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

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)の判断			
				①情報収集	②支援の必要性の判断	③支援の位置づけ	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援内容の見直しの必要性	⑦追加すべき支援内容	⑧縮小すべき支援内容
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	○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【設問③へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【設問⑤へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒【設問④へ】 ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ⇒【設問⑤へ】	要介護の場合：2表の「援助内容（支援内容）」の記載事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるもの全て 1：支援内容は当初のままで良い ⇒【回答終了】 2：支援内容を見直す（追加する）必要がある ⇒【設問⑦へ】 3：支援内容を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑧へ】	追加が必要と思われる具体的な支援内容	縮小が必要と思われる具体的な支援内容
1 再入院の予防	2 自己管理能力の向上とリスクの管理	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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			22 予防接種等の受診を支援する体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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に支援する体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
	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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		

評価シート：心疾患Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況）

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

基本方針				(1)ケアプラン作成時点の判断				(2)現在(標準項目(案)を見た後)の判断			
				①情報収集	②支援の必要性の判断	③支援の位置づけ	④具体的な支援内容	⑤現時点での支援の必要性	⑥支援内容の見直しの必要性	⑦追加すべき支援内容	⑧縮小すべき支援内容
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	○：情報収集を行った ×：情報収集を行っていない ⇒全員【設問②へ】	○：支援が必要だと判断した ⇒【設問③へ】 ×：支援は不要だと判断した ⇒【設問⑤へ】	○：ケアプランに支援を位置付けた ⇒【設問④へ】 ×：ケアプランに支援を位置付けなかった ⇒【設問⑤へ】	要介護の場合：2表の「援助内容（支援内容）」の記載事項を記載 ⇒全員【設問⑤へ】	○：支援が必要である ⇒【設問⑥へ】 ×：支援は不要である ⇒【回答終了】	※当てはまるもの全て 1：支援内容は当初のままで良い ⇒【回答終了】 2：支援内容を見直す（追加する）必要がある ⇒【設問⑦へ】 3：支援内容を見直す（縮小する）必要がある ⇒【設問⑧へ】	追加が必要と思われる具体的な支援内容	縮小が必要と思われる具体的な支援内容
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	29 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		生活・暮らしの現状の把握	30 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
	2 ステージに応じた生活・暮らしの実施	継続的なリハビリテーションの実施	31 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
		3 ステージに応じた生活・暮らしの支援	ステージに応じた活動と参加に関わる能力の維持・改善	32 活動・参加の範囲を維持・拡大できるよう支援する	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3	
	入浴習慣の支援		34 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
	休養・睡眠の支援	35 休養・睡眠が確保できていることを確認する	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3			
		36 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3			
	栄養バランスの支援	37 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3			
		飲酒量のコントロール	38 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
	39 多量の飲酒等を避ける支援体制を整える		○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3			
	禁煙の支援	40 禁煙の必要性の理解をうながす支援体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3			
		41 禁煙治療を支援する体制を整える	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3			
	本人・家族への生活習慣を変えることの支援	42 本人・家族が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3			
		4 心理的な支援	43 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
			44 必要に応じた支援を提供できる体制を確立する	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		
	専門的支援の提供	45 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	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3			
	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	46 末期心不全のEOLケアをどのようにするかを構えをする支援を行う	○・○・×	○・○・×	○・○・×		○・○・×	1・2・3		

卷末資料5 心疾患検討案検証データ分析結果



全国 集計結果 アウトプットイメージ(案)

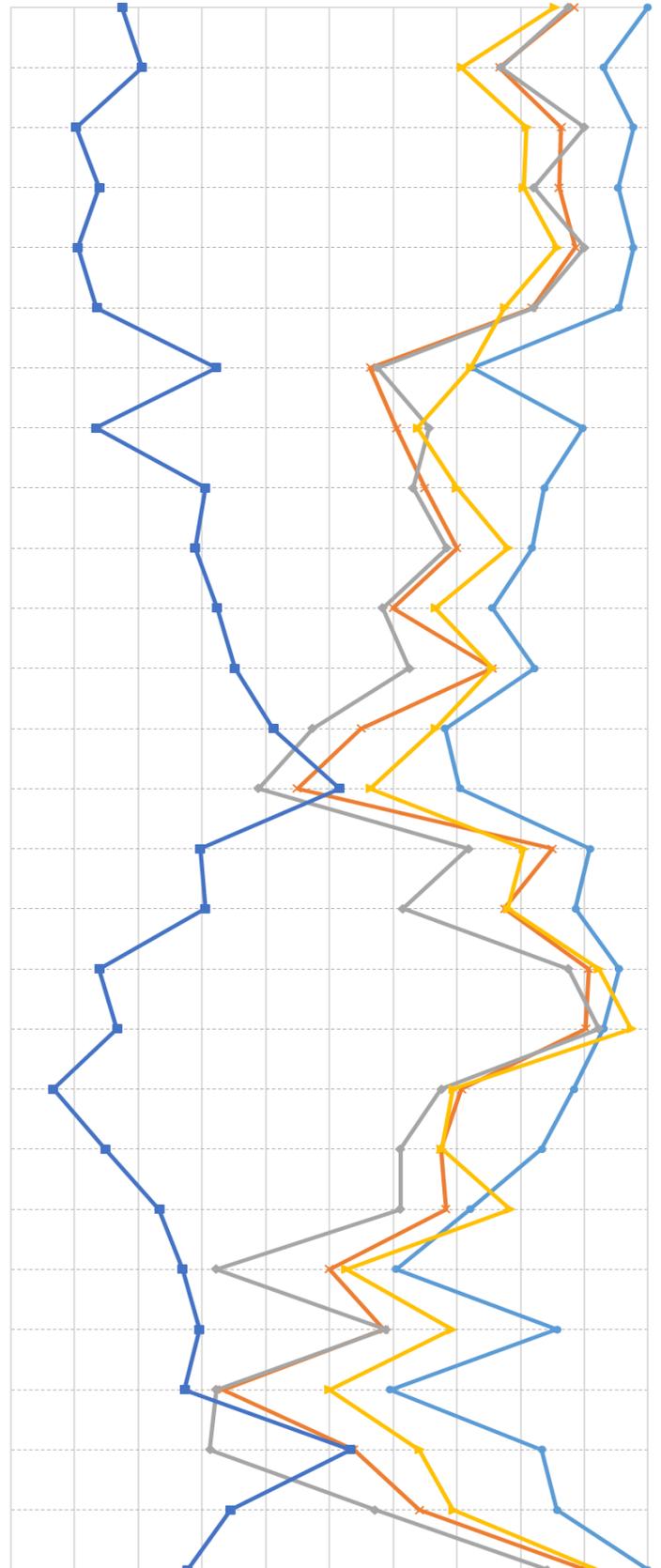
対象:心疾患 I 期

n=45

情報収集 支援の必要性 支援内容の位置づけ 現時点での支援の必要性 支援の見直しの必要性

0% 20% 40% 60% 80% 100%

1. 疾患の理解をうながす支援体制を整える
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
3. 定期的な受診がなされるよう支援体制を整える
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
5. 薬を管理できる支援体制を整える
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
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
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
9. 体重管理の重要性の理解をうながす
10. 体重を管理する環境を整える
11. 日々の体重管理が継続できるよう支援する
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
13. 塩分の摂取状況を把握できる体制を整える
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
15. 水分の摂取・排泄状況を把握できる体制を整える
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
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
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
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
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
21. 感染症の予防の必要性を理解する支援体制を整える
22. 予防接種等の受診を支援する体制を整える
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する支援の体制を整える
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
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
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
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





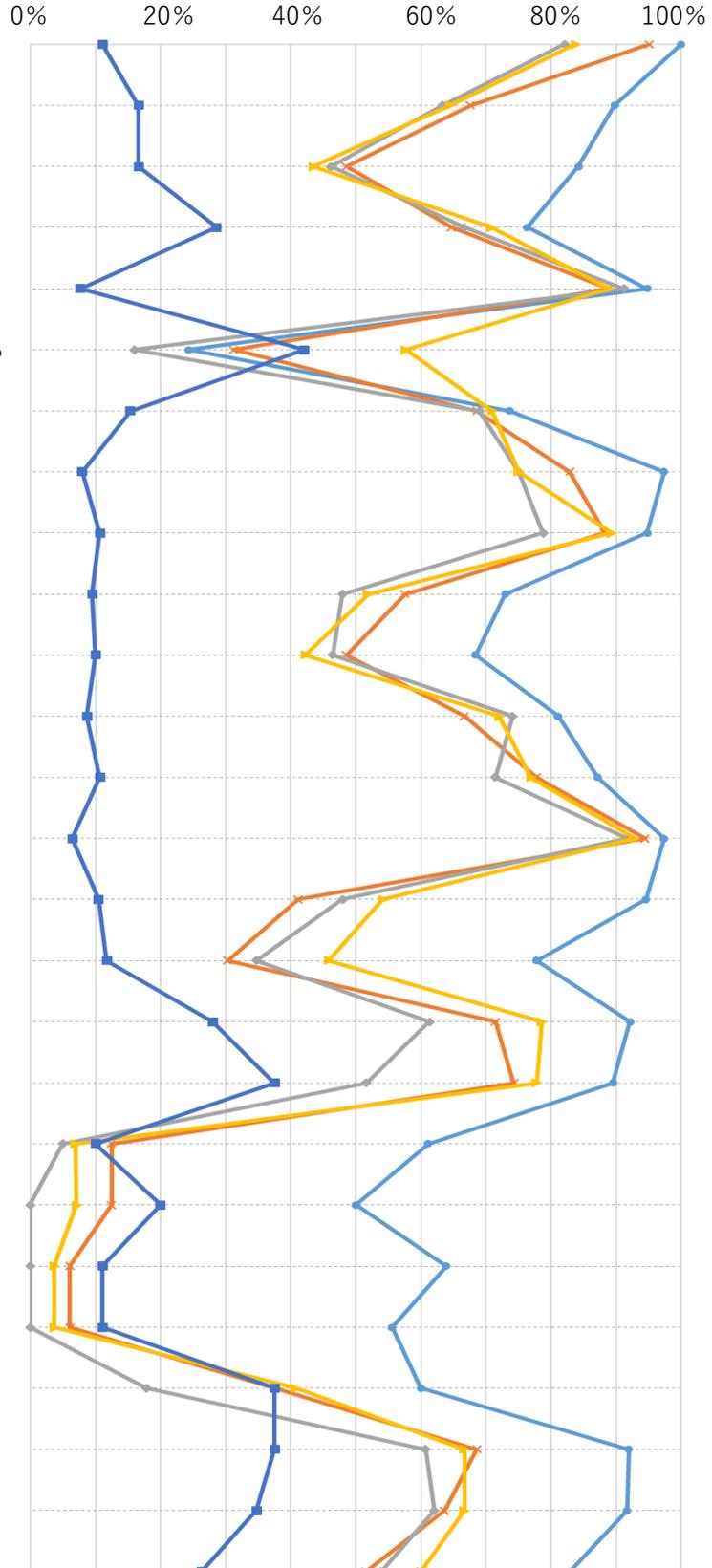
全国 集計結果 アウトプットイメージ(案)

対象:心疾患 I 期

n=45

情報収集 支援の必要性 支援内容の位置づけ 現時点での支援の必要性 支援の見直しの必要性

- 28. 状況が急変した場合の対応体制を整える
- 29. 現在の日常的な活動量を把握できる体制を整える
- 30. 入院前の活動の状況を把握できる体制を整える
- 31. 適正な活動量を把握できる体制を整える
- 32. 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
- 33. 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
- 34. 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
- 35. 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
- 36. 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
- 37. 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
- 38. 日常の社会的活動の活動量を把握できる環境を整える
- 39. 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
- 40. 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
- 41. 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
- 42. 休養・睡眠が確保できる環境・体制を整える
- 43. 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
- 44. 栄養バランスに関する状況が把握される体制を整える
- 45. 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
- 46. 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
- 47. 多量の飲酒等を避ける支援体制を整える
- 48. 禁煙の必要性の理解をうながす支援体制を整える
- 49. 禁煙を支援する体制を整える
- 50. 本人・家族が生活習慣を変えることを受けいられるよう支援する
- 51. 心理的な支援の必要性を把握する
- 52. 必要に応じた支援を提供できる体制を整える
- 53. 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





全国 集計結果 アウトプットイメージ(案)

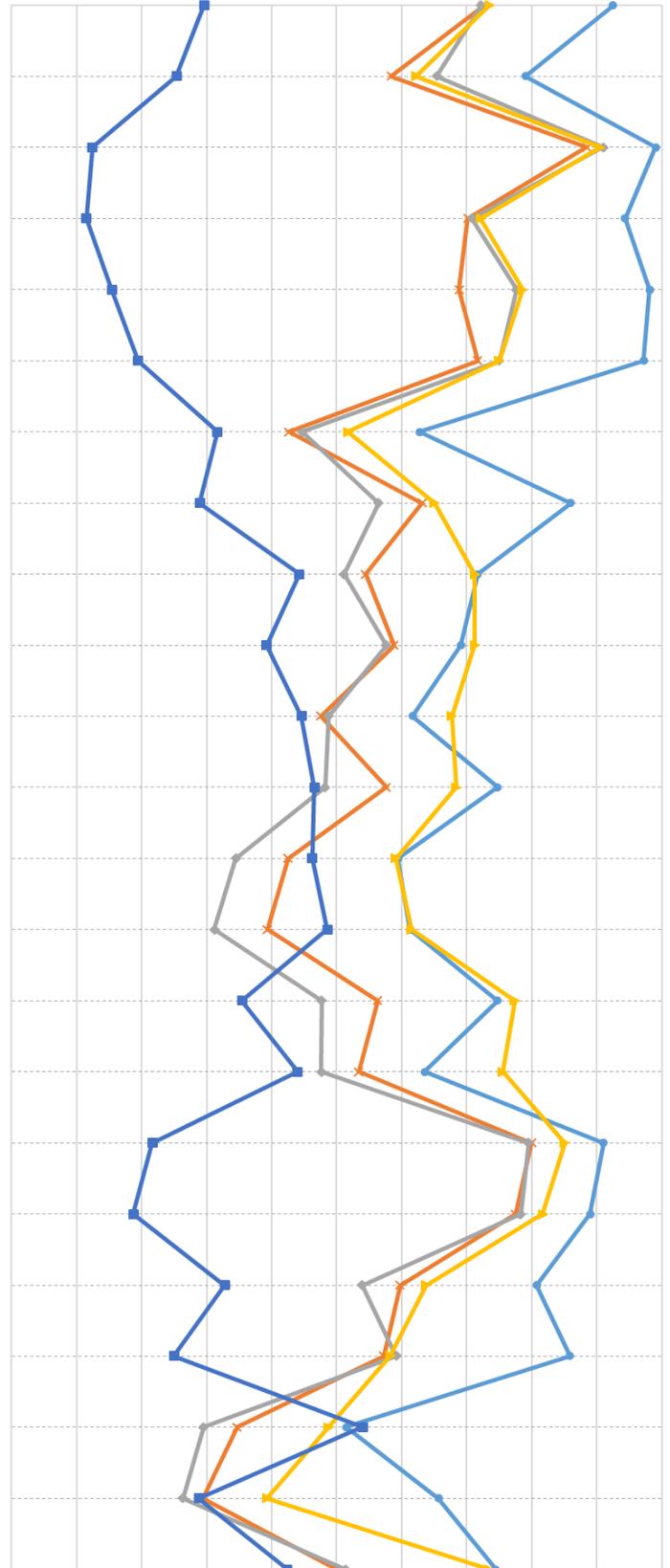
対象:心疾患Ⅱ期

n=108

情報収集 支援の必要性 支援内容の位置づけ 現時点での支援の必要性 支援の見直しの必要性

0% 20% 40% 60% 80% 100%

1. 疾患の理解をうながす支援体制を整える
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
3. 定期的な受診がなされるよう支援体制を整える
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
5. 薬を管理できる支援体制を整える
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
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
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
9. 体重管理の重要性の理解をうながす
10. 体重を管理する環境を整える
11. 日々の体重管理が継続できるよう支援する
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
13. 塩分の摂取状況を把握できる体制を整える
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
15. 水分の摂取・排泄状況を把握できる体制を整える
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
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
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
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
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
21. 感染症の予防の必要性を理解する支援体制を整える
22. 予防接種等の受診を支援する体制を整える
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





全国 集計結果 アウトプットイメージ(案)

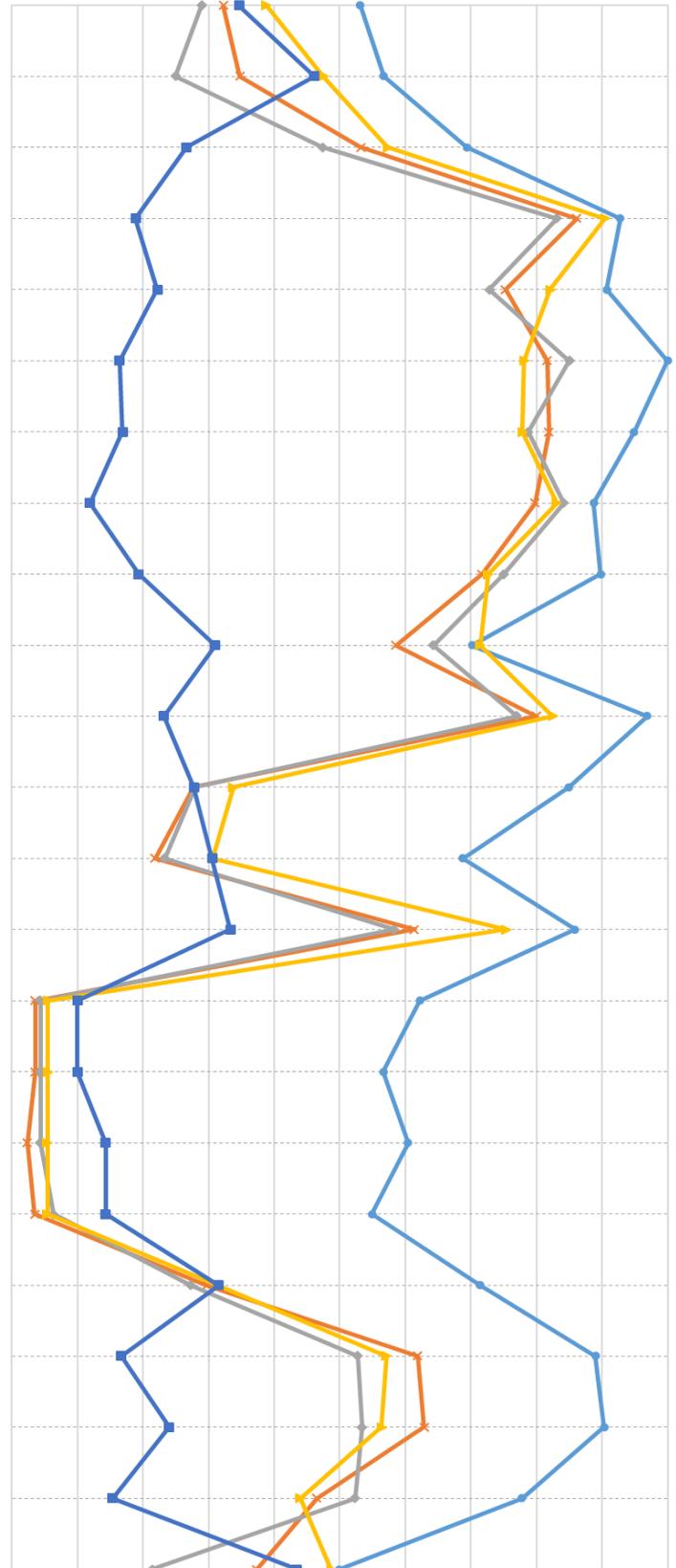
対象:心疾患Ⅱ期

n=108

情報収集 支援の必要性 支援内容の位置づけ 現時点での支援の必要性 支援の見直しの必要性

0% 20% 40% 60% 80% 100%

- 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
- 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
- 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
- 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
- 28. 状況が急変した場合の対応体制を整える
- 29. 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
- 30. 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
- 31. 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
- 32. 活動・参加の範囲を維持・拡大できるよう支援する
- 33. 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
- 34. 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
- 35. 休養・睡眠が確保できていることを確認する
- 36. 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
- 37. 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
- 38. 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
- 39. 多量の飲酒等を避ける支援体制を整える
- 40. 禁煙の必要性の理解をうながす支援体制を整える
- 41. 禁煙治療を支援する体制を整える
- 42. 本人・家族が生活習慣を変えることを受けいられるよう支援する
- 43. 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
- 44. 必要に応じた支援を提供できる体制を確立する
- 45. 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
- 46. 末期心不全のEOLケアをどのようにするか的心構えをする支援を行う



卷末資料6 認知症検討案

【検討案】項目一覧 認知症

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

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

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の場合は特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人の連携が重要であることに留意が必要

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*
0.ここまでの経緯の確認	1 ここまでの経緯の確認	認知症と診断されるに至った経緯の把握	1 認知症と診断されるに至った経緯の把握	・認知症と診断されるに至った経緯、診断の状況とその過程でのエピソードを把握する ・認知症の症状がどのような部分に現れたかを把握し、本人の不安を捉えるために、診断に至るエピソードを把握することが重要である	・診断に至るまでのエピソード ・中核症状の現れ方 ・受診した医療機関、診断の内容 ・診断に対する本人の思い	医師、歯科医師、看護師
		これまでの医療及び他の専門職の関わり等の把握	2 医療及び他の専門職の関わり等の把握	・現在に至るまでにどのような医療及び他の専門職が関わってきたかを把握する ・今後の医療領域の支援体制を構築するために、これまでの医療の関わり等の把握することが重要である	・医師による判断の状況（主治医意見書等による把握） ・認知症初期集中支援チームの関わり方 ・併発疾患の有無、その治療に関わる医師と治療の状況 ・現在利用している医療・介護の有無とその内容（引き継ぎを含む）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
	1 本人と家族・支援者の認識の理解	本人や家族・支援者が抱く感情や想いの理解	3 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援	・認知症と診断され、生活に認知機能低下の影響が現れ始めたことに対し、本人が抱く不安及び家族・支援者が抱く感情、その変化を捉えられるようにする ・これからの生活を支えるうえで最も重要な本人の不安とその変化を把握するために、本人自身の不安や恐怖に加えて家族・支援者が抱く感情や想いとその変化を捉え続けられることが重要である	・本人が持つ恐怖や不安 ・家族・支援者が持つ恐怖や不安 ・家族・支援者が感じている葛藤 ・介護の大きさに対する家族の認識	医師、歯科医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職
		本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識	4 本人に対する受けとめの支援	・認知症に対し本人がどのように受けとめているかを把握する ・本人が感じている不安や恐怖を捉えるために、認知症という疾患に対する受けとめの状況を把握することが重要である	・本人の認知症に対する受けとめの状況	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
2 本人と家族・支援者の関わり等の理解	2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解	変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施（こちら、からだ、中核症状）	6 本人の状況とその変化の把握	・本人の変化を捉えられる体制がどのようになっているかを把握する ・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるかを把握する ・認知症に伴う本人の状況は変化していくものであり、かつ家族や支援者が負担を抱え込まなくて良いようにするためにも、本人の変化を捉え、必要に応じてさらに支援を求められるようにする体制の構築が重要になる	・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化 ・本人に関わる人や関係者、及びその変化 ・かかりつけ医への報告の状況 ・関係者間での情報共有の状況	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
			7 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握	・本人を取り巻く状況でもとくに、本人を取り巻く人との関係性がどのようになっているかを把握する ・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるかを把握する ・認知症に伴う本人の不安や安心は周囲の人との関係性に起因する場合も多いため、本人を取り巻く人との関係性、及びその変化を捉えることが重要である	・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化 ・本人に関わる人や関係者、及びその変化 ・本人からみて重要な関係性、信頼を置いている相手 ・本人からみて快／不快に感じている関係性	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
			8 本人の日常生活を取り巻く生活環境とその変化の把握	・本人を取り巻く状況でもとくに、生活環境がどのようになっているかを把握する ・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるかを把握する ・認知症のある高齢者が、普段の生活において自ら行動しやすいようにするため、住環境、地域環境などの生活環境を捉えることが重要である	・普段の暮らしで多くの時間を過ごす居宅内の場所 ・良く過ごす場所の環境（温熱環境、光環境、動線上の環境） ・エアコン等の家電の操作状況 ・地域の中で普段よく行く場所、及びそこまでの動線上の環境 ・困ったときに知らせる手段、知らせを受けられる体制	看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
			9 意思決定支援の重要性への本人及び家族の理解をうながす支援体制を整える	・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族が理解できるよう支援する。なお、ここでの意思決定は、普段の生活を継続するうえで様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要である。なお、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意する	・本人の意思決定能力の状況 ・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・意思決定支援に対する家族の理解の程度 ・本人の意思決定を支援しうるキーパーソンの有無、本人との関係性 ・日常的な金銭管理の主体、本人との関係性	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
10 意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える	本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	11 本人の意思を把握する（聞き取り、語りの記録）体制を整える	・本人の言葉を日々捉えられるような体制を整える ・認知症の影響が大きくなってきても、本人の意思表明をする力は残っている。言葉による意思の表明が難しくなった場合でも、態度やしぐさなど、他の方法で意思を表明する場合がある。したがって、意思決定支援においては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要である	・これからの生活に対する本人の思い ・今の生活に対する本人の思い ・日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード ※これらの項目を本人からだけでなく、家族からも聞き取る	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
		12 本人のこれまでの経緯、考えを把握する（聞き取り、語りの記録）体制を整える	・本人の、認知症になるまでの生活における経緯や考えを把握する ・本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、これを捉えやすくするためにも、本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要である	・これまでの生活に対する本人の思い ・生活歴、成育歴 ・仕事や社会生活の概要 ・本人が得意にしていること ・以前の生活における地域での役割 ・以前の生活における家庭内での役割	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
		13 意思決定支援チームによる支援体制を整える	・意思決定支援の必要性が大きくなった場合に、本人の意思決定支援を行う体制を整える。なお、状況が変化するにつれて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化することから、まずは誰を意思決定支援チームによる支援体制に入れるべきかを把握することが必要である ・意思決定支援は一人で行えるものではなく、チーム体制を整備することが重要である。なお、ここでいう意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではなく、状況に応じてその人の重要な意思決定を支えるために関与する関係者であることに留意する	・本人の代理として意思決定しうる人、及びその変化 ・意思決定支援チームとして関わりうる人（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える） ・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング ・意思決定支援チームでの情報共有体制	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
3.必要に応じた連携体制の構築	1 必要に応じた連携体制の構築	かかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携	14 かかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携（かかりつけ医の判断のための材料の提供）	・受診に際して介護者が医師の指示内容を理解できているか、また普段の生活の変化を医師に伝えられているかの状況とその変化を把握する ・普段の生活の様子を見て変化がみられれば、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医やかかりつけ歯科医に情報提供し、その後の支援の方針についての意見をもらう ・認知機能の状況によっては、必要に応じて、医師と連携して医療に関する意思決定支援の体制を整える ・認知症は状況が変化していくものであり、医師の指示の理解だけでなく普段の生活の状況を的確に医師に伝えることが難しい場合もあるため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医やかかりつけ歯科医に対し、本人の生活の状況の変化の情報共有をしておくことが重要である。特に、認知症の状況の進行とともに、本人が自ら症状を訴えることが難しくなる場合もあるため、かかりつけ歯科医師との連携が重要である。	・かかりつけ医及びかかりつけの医療機関 ・かかりつけ歯科医師及びかかりつけの歯科医院 ・受診の頻度（訪問診療の有無） ・受診の同行者の有無（受診に同行するキーパーソンが誰か） ・かかりつけ医への情報提供の手段、頻度 ・かかりつけ歯科医師への情報提供の手段、頻度 ・医療に関する意思決定支援の必要性、意思決定に関する支援者と体制 ※認知症は状況が変化していくため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師に情報共有されることが望ましい	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携	15 かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携（※特に、精神疾患がある場合は専門の医師との連携が重要）	・普段の生活の変化を把握し、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等（薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護福祉士や社会福祉士、管理栄養士等）と共有する。そのうえで、新たに連携すべき専門職等がいれば連携体制を構築する ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連する専門職等との間で、本人の生活の状況の変化の情報共有することが重要である	・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外への受診の有無、担当医及び医療機関 ・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外の専門職の関わり方 ・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		その他の関係する人との連携	16 サービス事業者や地域関係する人との連携	・普段の生活の状況やその変化を把握し、必要に応じて新たに連携すべき相手がいれば連携体制を構築する ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連するサービス事業者やインフォーマルサポート（民生委員、ボランティア等を含む）において関係する人との間で、本人の生活の状況の変化の情報共有することが重要である	・本人の普段の生活の状況（サービス事業者によってはサービス利用中の状況） ・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化 ・生活の状況の変化（特に短期目標の期間程度での変化） ・本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク ・地域における認知症への理解の状況	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*
4. 基本的な生活の支援	1 日常生活における本人の意向の尊重	日常生活における意向の尊重	17 日常生活における意向の表明の支援	・日常生活における選択（食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等）において、本人の意向が表明され反映されるように、意向の表明を支える体制を整える ・日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要である	・日常生活における意向の表明の状況 ・日常生活における決定を実質的に誰がしているか ・日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
	2 一週間の生活リズムを支えることの支援	一週間の生活リズムと変化を把握することの支援	18 本人の生活リズムの把握	・本人の普段の一週間の生活リズム、日課等を把握する ・本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要である	・本人の日次（24時間）の生活リズム、よく居る場所 ・本人の週次や月次の生活リズム ・本人の生活リズムを把握しうる家族などのキーパーソン	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援	19 一週間の生活リズムにそった生活・活動の支援	・本人の普段の生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び普段の生活における支援者の関わりや状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援を行う ・本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えようとして、あくまでも本人の心地よいリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要となる	・本人の日次（24時間）の生活リズム ・本人の日課における介助の必要性 ・本人の日課の支援者と支援内容 ・本人の日次の生活リズムを把握しうる家族などのキーパーソン ・日中の運動・活動の量と内容 ・日中の運動・活動の場所 ・運動や活動を控えることがある場合、その理由 ・普段の生活における休養・睡眠のタイミング、時間、睡眠の質 ・普段の生活において休養する場所、環境 ・普段の生活において睡眠をとっている場所、環境	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		生活リズムの崩れの把握と取り戻すことの支援	20 生活リズムの崩れを把握し、リズムを取り戻すことを支援する	・認知症の進行や健康状態の変化により、生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握し、改めて本人にとって心地よい生活リズムを取り戻せるようにするための支援を行う ・認知症は状況が変化するものであり、高齢者の健康状態もまた、時間の経過とともに変化するものである。したがって、心地よい生活リズムを捉えたとしてもどこかでそれが崩れることがあるため、その変化を把握して生活リズムを取り戻す支援が重要である ・なお、その際のリズムは、必ずしも元の生活リズムが正しいのではなく、その状況に合った本人にとって心地よいリズムを改めて把握し、それにそった生活を支援することが重要である	・生活リズムの変化 ・生活リズムの変化の要因 ・本人にとって心地よいであろう生活リズム ・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
	3 日常的に参加する役割を整えることの支援	家庭や地域での役割を担い続けるためのADL/IADLの支援	21 本人がこれまで担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握	・認知症と診断される以前の生活における家庭や地域における本人の役割と、現在の生活における実行状況、現在の生活で担っている役割を把握する。さらにそうした役割をできるだけ担い続けるうえで捉えべき認知症の影響の現れ方を把握する ・認知症の影響が現れても、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のADL/IADLを支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにも、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握することが必要である	・以前の生活における地域での役割と現在の実行状況 ・現在の生活における地域での役割 ・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・以前の生活における家庭内での役割と現在の実行状況 ・現在の生活における家庭内での役割 ・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方 ・金銭管理の状況 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート ・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
				22 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備	・本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制を整える ・認知症があっても本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要である	・地域や家庭での役割を担うことに対する本人の認識 ・地域や家庭での役割を担うことに関わるADL/IADLの概況 ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード ・地域や家庭での役割を担い続けられるようにするためのリハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） ・役割を担うことに対する家族や支援者等による支援の状況
		コミュニケーションを取りやすくなることの支援	23 日常生活におけるコミュニケーションの状況の把握	・日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況を把握する ・本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションの状況を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要になる	・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況 ・本人と家族のコミュニケーションの状況 ・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況 ・以前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格 ・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
				24 日常生活においてコミュニケーションを取りやすい環境の整備	・本人の状況に合わせて、家族及び家族以外の周囲の人との間でコミュニケーションを取りやすいような環境を整える ・本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションの状況を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要になる	・本人と家族とのコミュニケーションの方法や内容 ・本人と家族以外とのコミュニケーションの方法や内容
		清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援	25 清潔を保つことに対する本人の認識や状況の把握	・地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況を把握する ・本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要である	・清潔を保つことに対する本人の認識 ・清潔に関する周囲が感じている変化の把握 ・着替え、整容、口腔ケア、入浴の実施状況	歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
				26 清潔を保つことの支援	・本人が清潔を保つことを支える環境を整える ・本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要である	・着替え、整容、口腔ケア、入浴の実施状況 ・清潔を保つことに対する本人や家族の認識 ・清潔を保つことに対する本人のこだわり、興味 ・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況
	4 体調管理や服薬管理の支援	体調の変化を把握し伝えることの支援	27 体調管理の支援	・普段の体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものかを把握し、そのうえで日々の体調を管理できるような支援する体制を整える ・高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と普段の状況を捉える体制を整えておくことが重要である	・普段の体調（食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等） ・体調を把握する手段 ・フレイルの状況が分かるエピソード（転倒等） ・自分の体調に対するうけとめ、体調を把握する手段 ・日常的な療養と体調管理を続けることの支援体制 ・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族との関わり等）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
				28 普段と異なる状態の把握とそれを表明することの支援	・普段とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制を整える ・認知症のある高齢者の場合、普段と異なる状態を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、普段の状況を捉える体制を整えておくことが重要となる	・体調を把握する手段 ・普段と異なる状況の程度 ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・体調の変化を伝える相手とその関係性 ・いざという時に入院候補先となる医療機関の把握（※探索し、予め決めておくことができることが望ましい）
服薬支援		29 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	・認知症あるいは併発疾患の療養のためには、医師の指示にしたがった適切な服薬が必要であることを本人が理解できるような支援体制を整える ・認知症への対応だけでなく、併発している疾患の再発防止あるいは重症化防止のためには服薬が重要であり、それを本人が可能な限り理解できるように支援することも重要になる	・処方内容、服薬状況 ・処方内容や服薬状況に変更があった場合は変更内容と変更理由 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
		30 薬を管理できる支援体制を整える	・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する	・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 ・かかりつけ医やかかりつけ薬剤師との相談の状況 ・かかりつけ薬剤師による関わりや程度	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
	31 服薬のうながし（声かけ）と服薬したことの確認ができる体制を整える	・適切な服薬を継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備する	・処方されたとおり服薬できているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わりや状況 ・服薬支援機器の活用状況 ・服薬の状況、飲み残しの有無	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職		

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*
4. 基本的な生活の支援	5 基本的なセルフケアを継続することの支援	水分の摂取の支援	32 必要な水分量及び日常的に摂取する水分量の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要水分量、必要水分量に対する認識 ・日常的に摂取している大まかな水分量、及びその摂取経路 ・普段の生活での日中の活動の状況 ・良く過ごす場所の温熱環境（寒暖、日当たり、エアコン等の設備の状況等） ・普段の生活での排泄リズム、排泄の状況 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			33 水分を摂取することの支援	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の生活において、必要な水分量を摂取できるよう支援する体制を整える ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・声かけの必要の程度（必要な支援は準備か、声かけか、摂取の介助か） ・食事摂取や嚥下動作 ・食事や水分の摂取の方法と手段 ・水分の摂取に関する失敗のエピソード 	
		栄養の摂取の支援	34 必要な栄養及び日常的に摂取している栄養の把握（摂取方法を含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の生活で必要な栄養量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整える ・栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な栄養の量とバランス、必要な栄養に対する認識 ・日常的に摂取している大まかな栄養の量とバランス、その摂取経路 ・口腔機能の状況、口腔ケアの実施状況 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			35 食事からバランスよく栄養を摂取することの支援	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の食事においてバランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を支える体制を整える ・栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の種類、調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか） ・食事量、食べ残しの状況 ・食に関する医師からの指示の有無とその内容 ・食の好みやこだわり、食の嫌いや偏食の状況 ・嚥下機能、義歯や咬合の状況、歯科受診・治療の状況 ・食事の形態、摂取状況 ・食事の摂取に関する失敗のエピソード 	
		排泄を続けることの支援	36 排泄の状況及び排泄リズムの把握	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の排泄リズム、排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無）、排泄方法を把握できるような支援体制を整える ・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常的な排泄の方法（トイレ、Pトイレ、おむつなど） ・排泄リズム、頻度 ・排泄内容の変化の有無（便秘や下痢といった状況とその変化の有無） ・排泄に関する失敗のエピソード 	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			37 排泄リズムを保ち自分で排泄することの支援	<ul style="list-style-type: none"> ・自分で排泄を続けられるよう排泄リズムに対する本人の認識を高めたり、排泄動作を維持できるような支援体制を整える ・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄動作の状況 ・排泄リズムに対する本人の認識 	
5. これまでの生活の尊重と重度化の予防	1 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備	その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	38 活動と参加を通じた周囲の人びとの日常的な交流環境を実現するための支援	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対する支援を検討するために、普段の生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びとの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的なむずかしさを把握する。これを踏まえ、交流関係に対する支援及び交流を円滑にできるような本人に対する支援を検討する ・認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・活動と参加に関わる各行為の状況 ・普段の生活を通じて交流している人、人間関係の広がり ・他人との交流の方法 ・交流に対する、本人が心から持つ心理的な難しさ ・本人の活動と参加の状況を頻回に把握できる人（キーパーソン） ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） 	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
			39 その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握する ・認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・その人にとっての快・不快の状況 ・快・不快の状況の変化 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） 	
		持っている機能を発揮しやすい環境の整備	40 状態に合った活動と参加を実現する環境整備	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境を整える ・認知機能が低下しても、本人が自ら活動・参加できるようにするために、人的な支援だけでなく、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤に、そうした生活を継続し、拡充できるように生活環境・活動環境を整えることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の日次（24時間）の生活リズム ・自宅の住環境、物品や用具の使い方 ・普段よく行く地域の場所と動線 	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
			41 新たな役割・機能を獲得することの支援	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症になる前の生活と比較して役割を縮小させるだけでなく、さらに新たな役割機能を獲得できるよう支援する ・認知症と診断されることがそのまま従前の生活や役割を縮小することではなく、状況にあった新たな役割・機能の獲得の可能性があると捉え、本人が参加できるように支援することが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活歴 ・現在の家庭や地域での役割 ・本人のストレングス ・役割を実現するために必要な環境支援 ・免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービスの把握 	
2 合併症や併発しやすい事故の予防	転倒の予防の支援	42 転倒の予防の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する ・状況の重度化の要因となる転倒を予防するよう、日常生活動線を把握するとともに環境を整えることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・体重の変化（特に体重の顕著な減少がないかどうか） ・筋力の低下の状況 ・空間認識の状況 ・咬合の状況 ・本人の日次（24時間）の生活リズム ・居宅内外の動線 ・日常生活におけるADL/IADLの状況 ・居宅内外の移動における用具等の利用状況 ・本人や家族の転倒に対する認識 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
		43 誤嚥の予防の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能の状況だけでなく、その変化を本人がどのように捉えているかも含め、誤嚥のリスクを低下できるような体制を整える ・状況の重度化の要因となる誤嚥を予防するよう、日常生活における動線を把握するとともに環境を整えることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアの自立の程度 ・口臭の有無 ・口腔内の清潔の状況 ・口腔内の感覚の異常（過敏、口内炎や傷等）の有無 ・義歯の使用の有無、義歯の汚れや破損の有無 ・かかりつけ歯科医の有無、歯科の受診の状況 ・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 ・食事の用意の方法、食事を用意する人 ・口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況 		医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等		
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*	
6.行動・心理症状の予防・重度化防止	1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握	行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制の構築	44 行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> 行動・心理症状がどのような状況やタイミングで起きているか（どのような状況で起きやすいのか、定期的に起きているのか等）を把握する体制を整える 行動・心理症状を予防するためにも、どのような状況が本人にとっての要因になっているかを分析する必要があるため、まずはどのような状況・タイミングで行動・心理症状が起きているかを把握することが重要である なお、行動・心理症状に対しては背景要因を把握して対応することが基本だが、実際には本人の意思の尊重とのバランスを取ることが難しい場合もあるため、一定の期間にわたって行動・心理症状の現れ方を把握するとともに、普段のその人の状況や意向を併せて把握しておくことが大切である 	<ul style="list-style-type: none"> 行動・心理症状の状況、内容（どのようなことが起きているか） 行動・心理症状が起きるタイミングと現れ方 本人の生活リズムに対する家族の関わり方 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 本人の日次（24時間）の生活リズム 居宅内の生活環境 服薬の状況 行動・心理症状の状況を把握する体制（同居家族だけでなく、他のキーパーソンを含めた連携の体制） 行動・心理症状の状況を共有する手段（サービス担当者会議、介護記録、ソーシャルネットワークサービスの利用など） ※これらの項目に加え、「0.ここまでの経緯の確認」や「1.本人及び家族支援者の認識の理解」で把握する事項を併せて確認する 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、管理栄養士、介護職	
		本人の不安やストレスの把握	45 本人の不安やストレスの把握	<ul style="list-style-type: none"> 本人が感じている不安や不快の程度を把握し、可能な限りこれを解消するような支援を提供する 行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であり、こうした状況を把握して分析し、解消策を実施することは行動・心理症状の予防に重要である 	<ul style="list-style-type: none"> 本人が感じている不安の程度、内容 痛みやゆらみなどの不快（言葉にならないストレス）を伴う状況の有無、その内容と程度 生活環境（音や光など）からくる不快の有無、その内容と程度 生活環境に対する本人の好み 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、管理栄養士、介護職	
	2 背景要因に対する取り組みの支援	背景要因に対する取り組みの支援	46 背景要因に対する対応策の実施の支援	<ul style="list-style-type: none"> 行動・心理症状の背景要因を捉え、特に本人から見た不安や不快、ストレス等を解消するための取り組みと支援を提供する 行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法を優先するとされる したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要である 	<ul style="list-style-type: none"> 行動・心理症状の背景要因 ※ここでは前項で把握される背景要因を指すため、基本方針・短期「1.行動・心理症状の把握と背景要因の把握」で把握する事項も併せて確認することが必要 本人の生活歴 本人の日次（24時間）の生活リズム 普段の状況、健康状態 本人の生活に関わっている人、それらの人との関係性 ケアやリハビリテーションを提供する体制 ケアを提供した結果（状況の変化）を共有する手段 在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の資源の把握 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、管理栄養士、介護職	
			47 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援	<ul style="list-style-type: none"> 行動・心理症状には背景要因があること、その多くが本人から見た不安や不快、ストレスが要因となっていること、そうした背景要因の解決こそが重要であることについて、家族の理解を深める支援を提供する 行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法を優先するとされる したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要である 家族自身が本人から見た不安や不快、ストレスの要因となっている可能性もあることを捉え、その解消のために家族の関わり方を見直す必要がある場合もあることへの理解をうながすことが大切である 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の生活リズムに対する家族の関わり方 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性 背景要因に対する家族の理解の程度 行動・心理症状の背景要因 ※ここでは前項で把握される背景要因を指すため、基本方針・短期「1.行動・心理症状の把握と背景要因の把握」で把握する事項も併せて確認することが必要 本人の日次（24時間）の生活リズム 行動・心理症状が起きやすい時間帯にケアを提供する体制 ケアを提供した結果（状況の変化）を共有する手段 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、管理栄養士、介護職	
	7.家族等への対応	1 家族支援に必要なサービスの調整支援	家族に対する支援の体制の整備	48 家族に対し相談支援が提供される体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> 家族が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社会資源をつなぐような支援を提供する 日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要になる 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症に対する家族の受容の状況 認知症に対する家族の不安の状況、ねぎらいが得られる状況 家族が必要な情報を収集する手段 相談支援の状況 家族に紹介する地域の相談支援に関する社会資源の状況 介護の大きさに対する家族の認識と理解 	医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職
			本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援	50 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援	<ul style="list-style-type: none"> 家族が一人で抱え込まなくて良いよう、家族だけでなく、本人を理解しとにも関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があった近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援を行う 認知症のある方のケアでは、本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> 本人や家族の生活に関わっている人の状況 本人や家族の近所づきあいの状況 本人や家族の交友関係 地域生活における本人や家族にとってのキーパーソンの有無 地域とトラブルのエピソード 地域における認知症への理解の状況 認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の状況 	医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職
2 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援		将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	51 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	<ul style="list-style-type: none"> 将来にわたり、本人の尊厳を守り、できる限り今の生活を継続できるように、本人や家族の生活の意向を捉えるとともに、将来の生活に備えて利用可能な地域資源があることを伝える支援を行う 認知症の方の尊厳のある生活を支えていくのは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、意向を把握しつつ活用可能な地域資源を伝えることが重要である 	<ul style="list-style-type: none"> 本人や家族の将来の生活に対する意向 認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族の理解 本人や家族の将来の生活の意向に添えるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の状況 意思決定の支援が必要になったときの情報の引継ぎの準備、将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援 	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	