

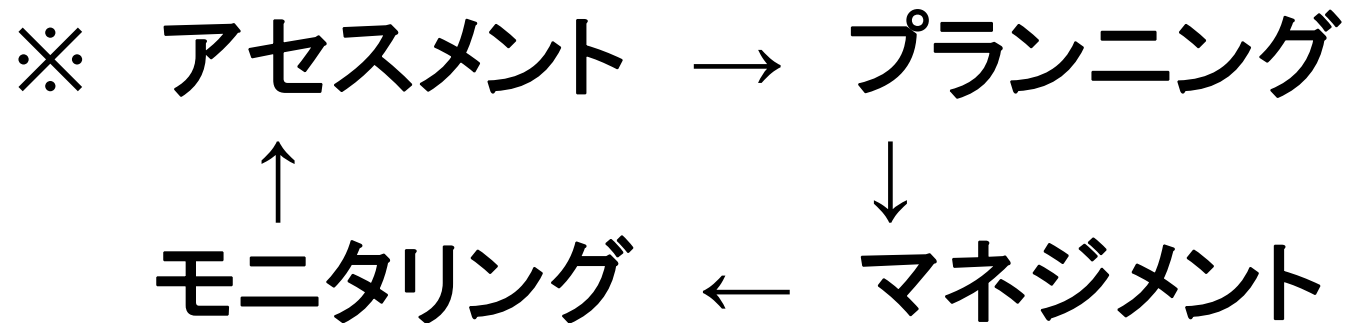
ケアマネジメントの標準化 『適切なケアマネジメント手法』について

公益社団法人
青森県介護支援専門員協会
会長 木村 隆次

一般社団法人 日本介護支援専門員協会 初代会長

多職種協働のケアマネジメントの徹底

プロセスの目的達成に必要な『技術・技能』



品質管理システムの導入
(Plan-do-check-actionの徹底)

ケアマネジメントに係る 諸課題に関する検討会 中間整理

令和6年12月12日

ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会

ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会 構成員名簿

氏 名 所 属 ・ 役 職

相 田 里 香	青い鳥合同会社 代表社員
石 山 麗 子	国際医療福祉大学大学院医療福祉経営専攻教授
江 澤 和 彦	公益社団法人日本医師会常任理事
落久保 裕 之	一般社団法人広島県介護支援専門員協会会長 一般社団法人広島県医師会常任理事
川 北 雄一郎	全国地域包括・在宅介護支援センター協議会副会長
工 藤 英 明	青森県立保健大学健康科学部社会福祉学科教授
柴 口 里 則	一般社団法人日本介護支援専門員協会会長
染 川 朗	日本介護クラフトユニオン会長
田 中 明 美	生駒市特命監
◎ 田 中 滋	埼玉県立大学理事長
常 森 裕 介	東京経済大学現代法学部准教授
内 藤 佳津雄	日本大学文理学部心理学科教授
花 俣 ふみ代	公益社団法人認知症の人と家族の会常任理事

◎座長

(令和6年12月2日現在、五十音順、敬称略)

5. おわりに

- 本検討会では、令和6年4月から6回にわたり、ケアマネジメントに係る諸課題について議論を重ね、以上のとおり中間整理を行った。

今後、社会保障審議会介護保険部会に報告した上で、制度改正や介護報酬改定に向けて、引き続き、必要な検討を進めていくことが適当である。

- 本検討会で議論してきたように、高齢者が抱える課題が複雑化、複合化する中であっても、高齢者が最期まで尊厳をもって自分らしい自立した日常生活を送ることができるようにするための要であるケアマネジャーが、医療・

介護等を含めた地域の関係者とできる限り顔の見える関係を構築したうえで、その専門性を十分に発揮し、一人一人の高齢者に寄り添ったケアマネジメントに注力できる環境を整備することが必要である。

- そのためには、ケアマネジメントの質を確保しながら、ケアマネジャーの負担を軽減することが不可欠であり、業務を整理しつつ、その効率化を図るとともに、法定研修についても受講負担の大幅な軽減を図っていくことが求められる。また、現在従事しているケアマネジャーにとって働きやすい環境を整備するとともに新たな人材の確保や潜在ケアマネジャーの復職等を促進することも重要である。
- しかし、ケアマネジャーの業務の整理に当たっては、関係者の理解なくしての解決は困難である。利用者への支援が途切れることのないよう、基本的には市町村が主体となって、地域課題として関係者間で協議していくことが重要であり、国や都道府県における取組も求められる。

4. ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の促進

(基本的な考え方)

- ケアマネジャーの質の向上を図る観点からは、法定研修や法定外研修、事業所内におけるＯＪＴ等を通じてその能力の向上を図るほか、適切なケアマネジメント手法の普及促進やケアプラン点検における助言等を踏まえてケアプランの自主的な見直しを促すなど、様々な取組を総合的に実施していくことが重要である。

- 前述の業務の在り方の整理を進めた上で、ケアマネジメントの質を評価するための手法等については、引き続き検討することが適当である。

(適切なケアマネジメント手法の普及促進)

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

- ケアマネジャーの質の向上に向けては、この適切なケアマネジメント手法について、適切に理解していくことが重要であり、令和6年4月から施行された法定研修カリキュラムにも盛り込まれたところである。これまでも国や地方自治体において周知が行われてきたところであるが、引き続き、適切なケアマネジメント手法について、ケアマネジャーだけでなく、医療等の関係職種や地方自治体等の関係者も含めて周知することが重要である。

必要な人に
必要な支援（内容）は？



過不足ないサービス



1.いまケアマネジメントに期待されていること

なぜ、ケアマネジメントが必要か？

ケアマネジメントとは・・

- 生活全般の状況を総合的に把握し、自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それを踏まえてニーズに応じたサービスを一体的に提供する専門的な機能

介護保険制度におけるケアマネジメントの目的は、

介護保険制度が目指す「自立支援」の理念を実現すること

多様なニーズに応じた
各種サービスの総合的、
一体的、効率的な選択を
支援すること

利用者本位の
決定となるよう、
利用者の尊厳を守ること

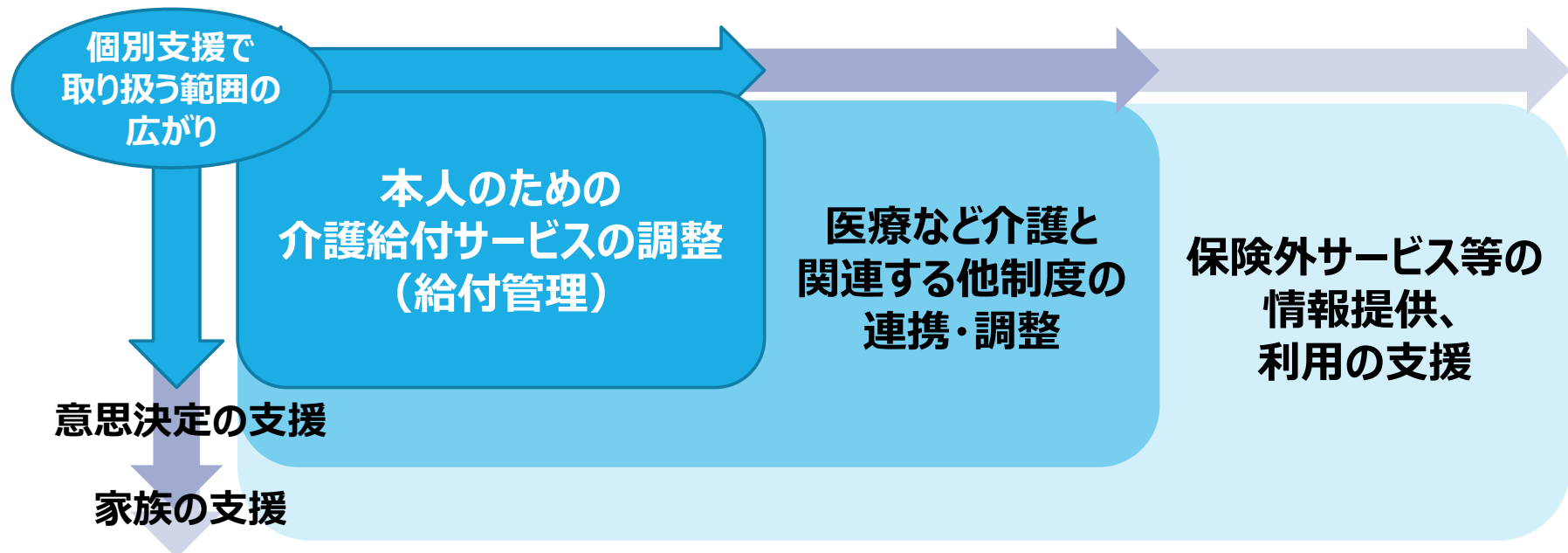
全ての要介護者が
等しく、サービスの利用に
おける権利を有することを
担保すること

すべての場面で(居宅介護支援だけではない)

ケアマネジメントへの期待の広がり

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。

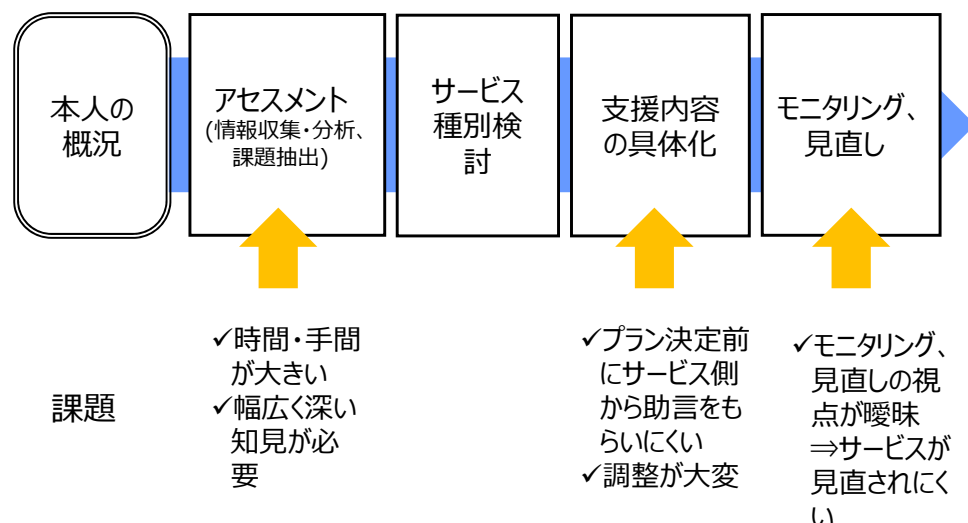


- 「適切なケアマネジメント手法」を活用することで、アセスメント／モニタリングが効果的にでき、以下の3つが可能となります。

- ① 支援内容やアセスメント項目の「抜け漏れ」を防げる
- ② 他の職種との協働や役割分担を進めやすくなる
- ③ ケアプランの見直し（状態の変化に応じた支援の見直しや追加の判断）がしやすくなる

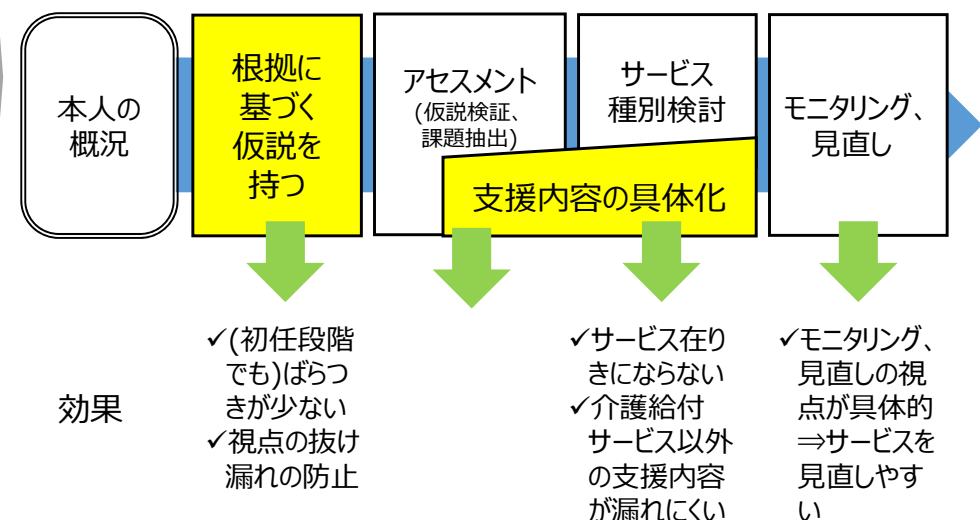
一般的な手法

- まず、包括的に情報収集してから分析し、多様なサービスの意見も取り入れて支援内容を検討していく考え方。
- 収集した情報の分析、課題抽出、サービス種別の検討と支援内容を、それぞれ結びつけるにあたり相当の経験が必要。また、支援内容の具体化までに時間を要する。



適切なケアマネジメント手法

- まず、知見に基づいた、支援内容レベルの仮説を持ち、その検証と並行して支援内容を具体化する考え方。
- “サービス種別ありき”にならず、必要な支援内容が検討されやすく、検討に要する時間も短縮できる可能性がある。



これからのケアマネジメントで 特に期待されること

ここまでの背景を踏まえると、これからのケアマネジメントに特に期待されることは以下の通り。

**本人や家族の支援
(相談援助と意思決定支援)**

その人に合ったその人らしい暮らしの実現

**上記を実現するための環境づくり
多職種連携**

適切なケアマネジメント手法

[illegible]

「一億総活躍社会」の実現に向けて

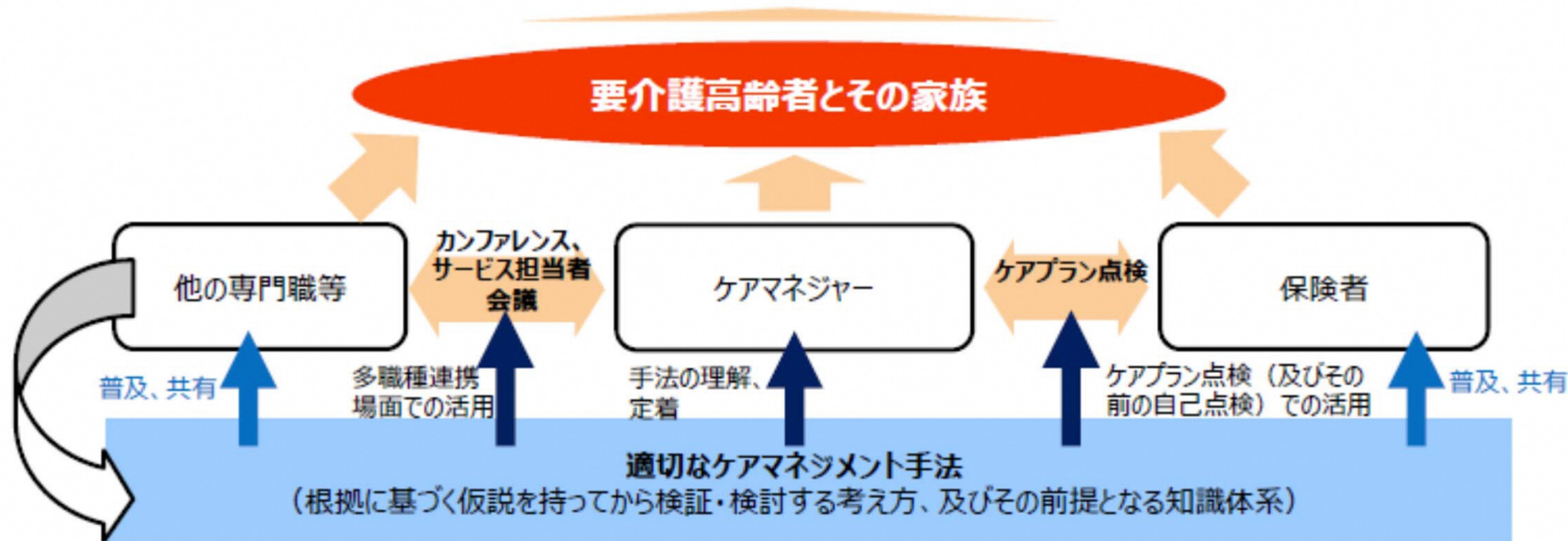
一億総活躍国民会議



「適切なケアマネジメント手法」について

- 「適切なケアマネジメント手法」は、要介護高齢者の生活の継続を支えるうえで必要とされる支援内容について、根拠性の高い知見を取りまとめた手法。
- 2016年度から厚生労働省の事業の中で検討し、確立してきたもの。

尊厳を保持し、住み慣れた地域での生活の継続の実現



各職種で培われた「**状態の維持、重度化の予防・遅延化、リスク低減**」の根拠のある知見（支援内容）の反映
 ※各職種の知見の進化と併せて適宜、知見のアップデートが必要



- 介護支援専門員の気づきや、他の職種との協働を促す本手法の特徴を踏まえ、以下のような場面での活用が考えられます。

介護支援専門員：
アセスメントやケアプラン原案作成

指導担当者：
事業所内や同行訪問での指導

地域包括支援センター、職能団体：
相談支援や研修、地域包括ケア会議

保険者（自治体）：
社会資源の整備に向けた検討

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>

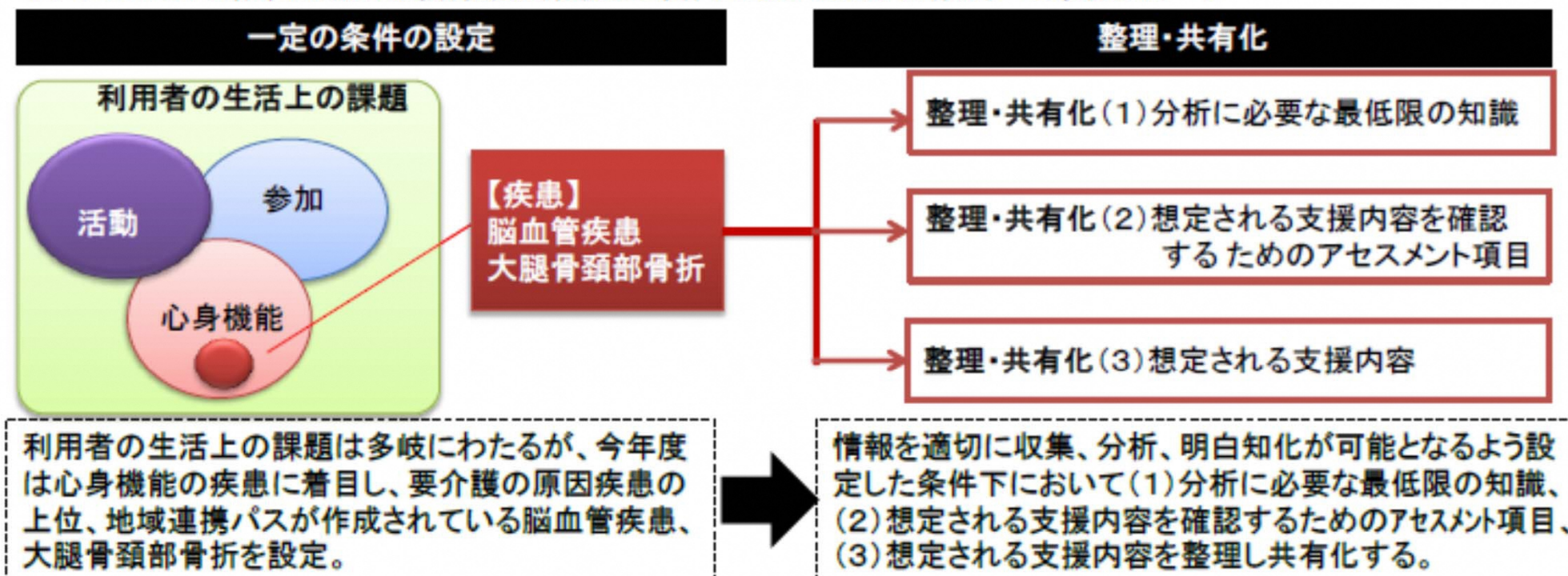
介護支援専門員個々が作成する要介護者のケアプランの内容やケアマネジメントについて「差違」を少なくするため、一定の条件下において『想定される支援内容』を整理し、共有化を試みる。

- ・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。

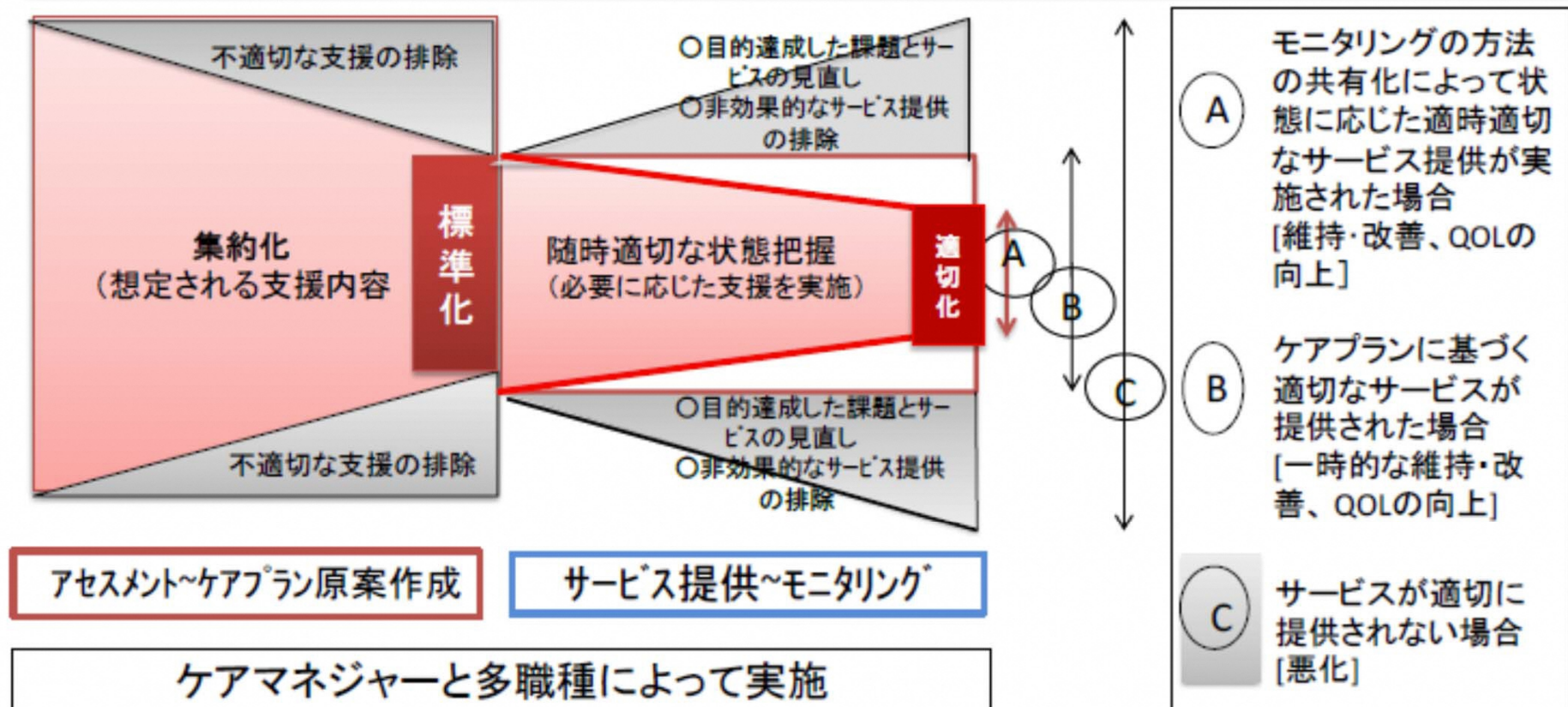
ケアマネジメントの標準化における条件設定と、設定した条件下において整理・共有化すべき事項のイメージ



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)

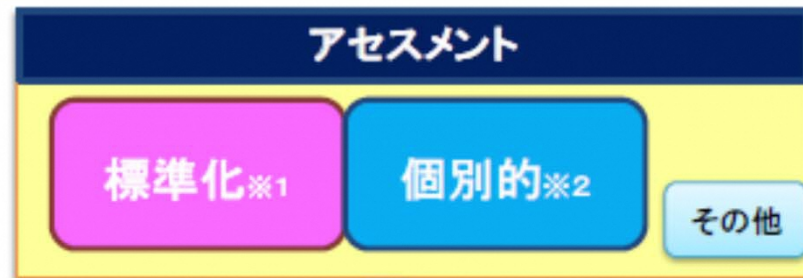
- ケアマネジメントの標準化に向けて、アセスメントからケアプラン原案作成までの過程につき、暗黙知を明白知化することにより方向性を集約させていく。
- しかしケアプランが作成されても提供主体がそのケアプランに基づき適切にサービス提供を行わなければ、効果は期待できない。また利用者の心身状態の変化に応じた対応ができなければ同じく効果は期待できない。
- そのため、モニタリングの機能が適切に発揮されることが重要であり、モニタリングの方法を共有化し、モニタリングを通じて、より本人の状態に応じた適切なケアプランが作成されることで、自立支援に資する適切なサービス提供が可能となる。

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

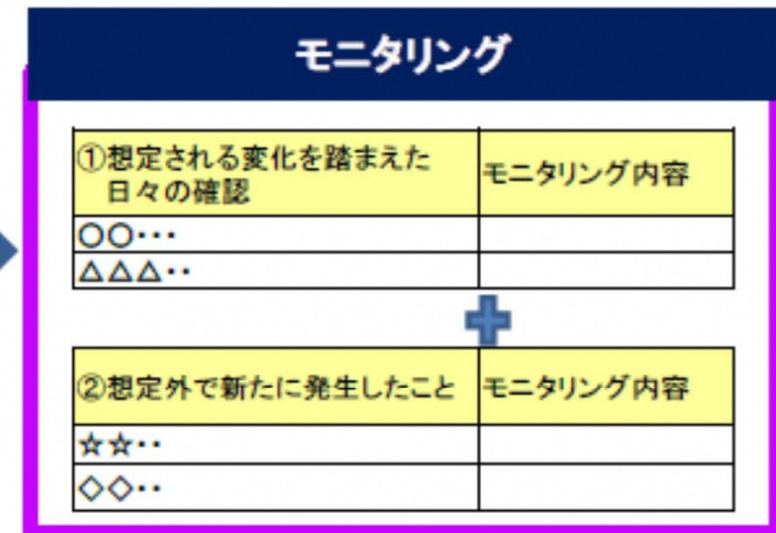
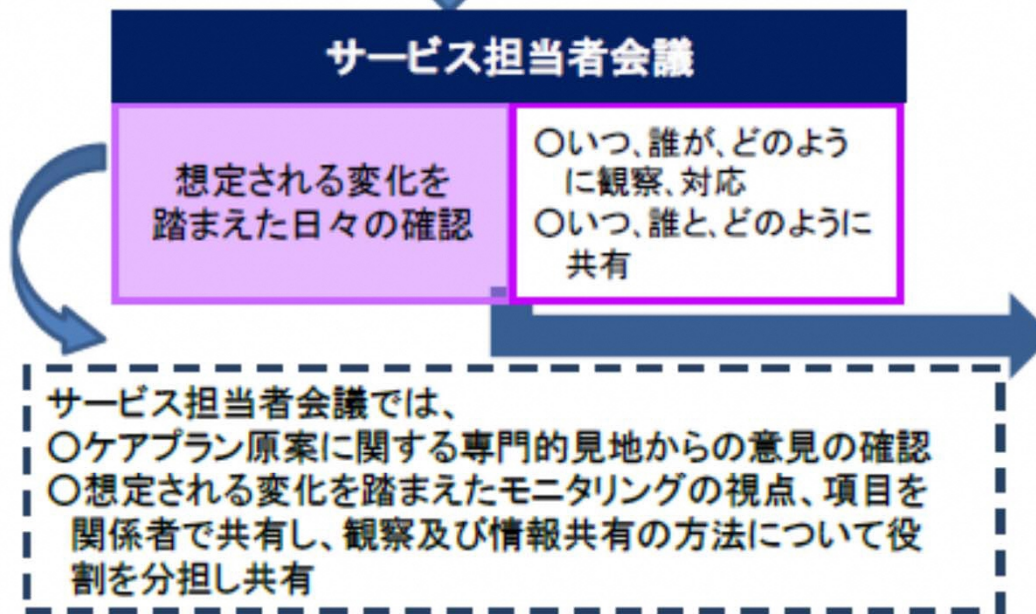
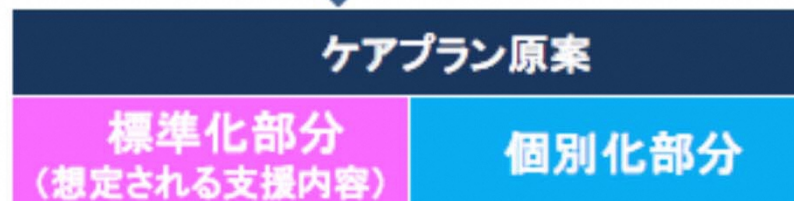


図：厚生労働省(遠藤・石山)作成

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



※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

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。

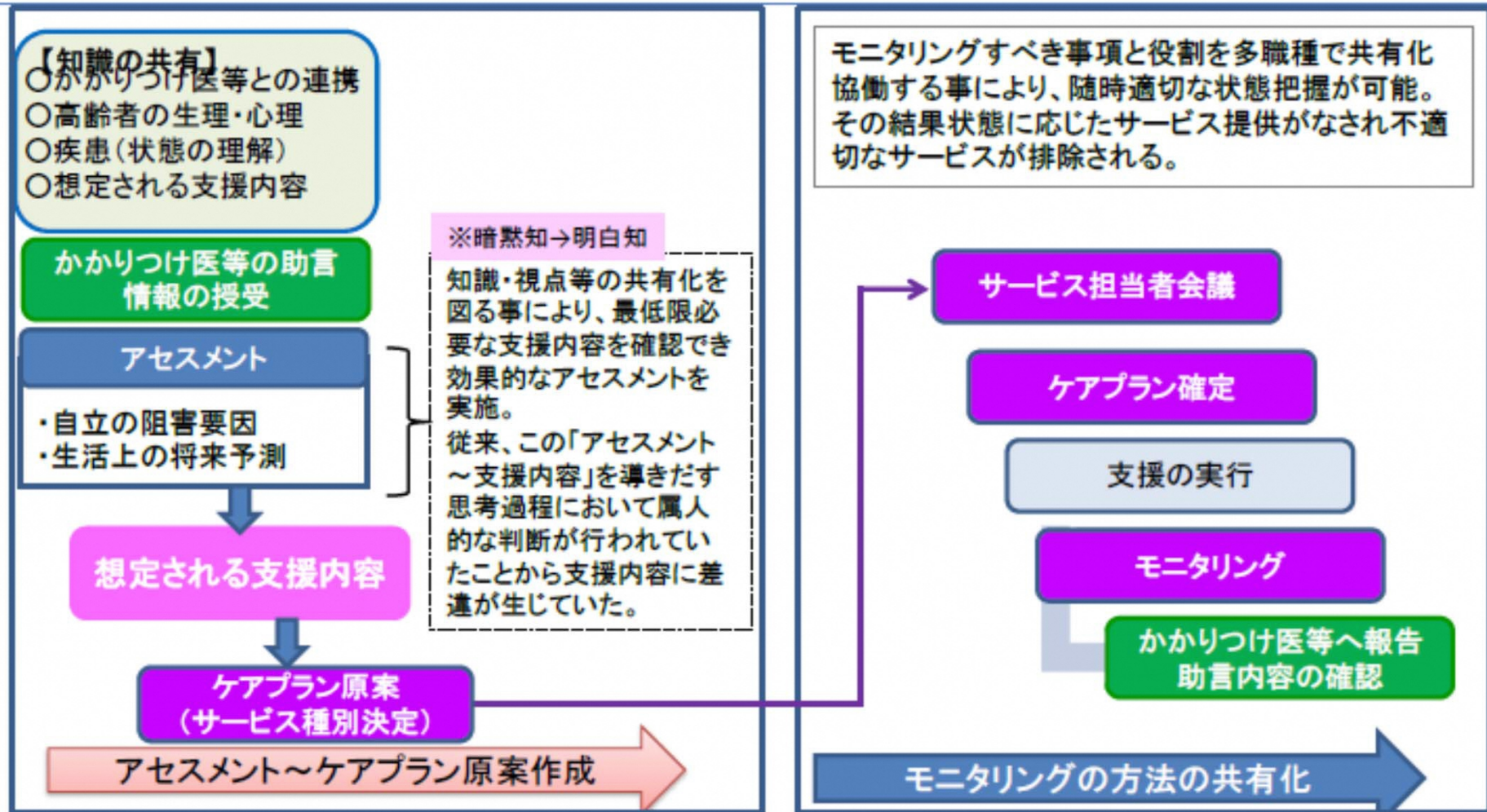
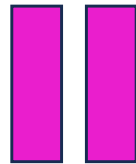


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

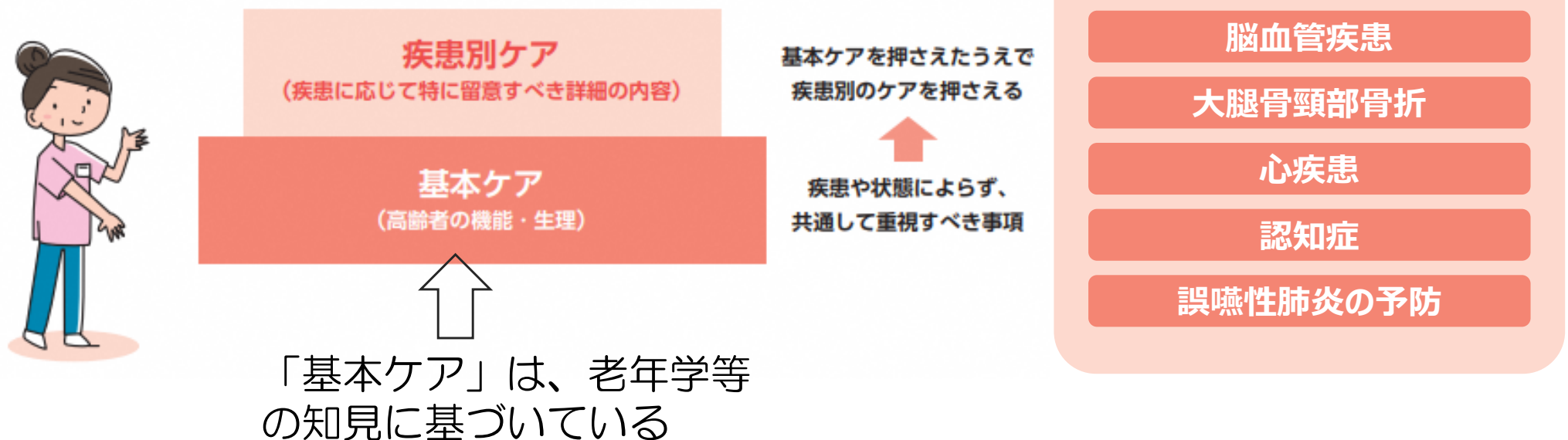
想定される支援内容



想定しておくべき視点

あくまでも仮説であり、この視点に基づいて情報の収集、整理、分析をし、その人の状況にあった具体的な支援内容へと掘り下げていくように活用してください。

- 「基本ケア」は、本人の生活の継続を支援する基盤となる支援内容であり、高齢者の機能と生理を踏まえたケアです。
- 「疾患別ケア」は、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を整理しています。
- 「適切なケアマネジメント手法」を活用する際は、「基本ケア」を踏まえたうえで、本人の状態に応じて「疾患別ケア」を参照するのが望ましいです。



構造を理解する

ご本人や家族が望む生活の実現を目標とするのは大前提。同時に、介護保険制度の理念である自立支援、住み慣れた地域での日常生活の継続を踏まえ、ニーズを具体化していく必要がある。

ノーマティブニーズにおける、「なぜ、その支援内容を想定すべきなのか？」を示すのが「基本方針」であり、その実現のために何をすべきかを示すのが「大項目」「中項目」である。

この構造を捉え、「想定される支援内容」が何のために表現されているかの理解を深めていただきたい。



ノーマティブニーズ：専門家などが「望ましい」と考える基準があって、その基準からのズレをニードとして捉える。

Ⅰ. 尊厳を重視した意思決定の支援			Ⅱ. これまでの生活の尊重と継続の支援		
大項目	中項目	想定される支援内容	大項目	中項目	想定される支援内容
Ⅰ-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	Ⅰ-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援	Ⅱ-1. 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	Ⅱ-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援	20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援
		2. 併存疾患の把握の支援			21. 水分の摂取の支援
		3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保		Ⅱ-1-2. 継続的な受診と服薬の支援	22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認			23. 継続的な受診・療養の支援
	Ⅰ-1-2. 現在の生活の全体像の把握	5. 望む生活・暮らしの意向の把握		Ⅱ-1-3. 継続的な自己管理の支援	24. 継続的な服薬管理の支援
		6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援	25. 体調把握と変化を伝えることの支援		
		7. 食事及び栄養の状態の確認	Ⅱ-1-4. 心身機能の維持・向上の支援	Ⅱ-1-5. 感染予防の支援	26. フレイルを予防するための活動機会の維持
		8. 水分摂取状況の把握の支援			27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
		9. コミュニケーション状況の把握の支援			28. 感染症の予防と対応の支援体制の構築
		10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	Ⅱ-2. 日常的な生活の継続の支援	Ⅱ-2-1. 生活リズムを整える支援	29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援
	Ⅰ-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測			30. 休養・睡眠の支援
		12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測		Ⅱ-2-2. 食事の支援	31. 口から食事を摂り続けることの支援
	Ⅰ-1-4. 緊急時の対応のための備え	13. 感染症の早期発見と治療			32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
		14. 緊急時の対応	Ⅱ-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	33. 清潔を保つ支援	
Ⅰ-2. 意思決定過程の支援	15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援			
	16. 日常生活における意向の尊重	Ⅱ-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援		35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	
	17. 意思決定支援の必要性の理解			36. コミュニケーションの支援	
	18. 意思決定支援体制の整備	Ⅱ-3-2. コミュニケーションの支援	37. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備		
	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援		38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備		
			Ⅱ-3-3. 家庭内での役割を整えることの支援	39. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	
			Ⅱ-3-4. コミュニティでの役割を整えることの支援		
Ⅲ. 家族等への支援					
大項目	中項目	想定される支援内容			
Ⅲ-1. 家族等への支援	Ⅲ-1-1. 支援を必要とする家族等への対応	40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備			
		41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援			
	Ⅲ-1-2. 家族等の理解者を増やす支援	42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援			
Ⅲ-2. ケアに参画するひとへの支援	Ⅲ-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備	43. 本人を取り巻く支援体制の整備			
		44. 同意してケアに参画するひとへの支援			

【参考】基本ケア項目一覧をご確認ください

想定される支援内容ごとに、「どのような支援内容を言っているか」＝「支援の概要」、
「なぜそのような支援が必要とされるか」＝必要性、をご確認ください

I. 尊厳を重視した意思決定の支援		1. 疾患管理の理解の支援			
	I -1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え				
	I -1-1. 疾病や心身状態の理解				
支援の概要、必要性		適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等			
支援の概要、必要性		主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
• 再発予防や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことも重要である。 • 継続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養や生活の改善を		• 疾患に対する本人・家族等の理解度	○	○	医師、 看護師、 薬剤師、 PT/OT/ ST、 介護職
		• 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度	○	○	
		• 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度	○	○	
		• 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度	○	○	
		• 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及び			

（資料）「適切なケアマネジメント手法 基本ケア項目一覧」（令和5年6月版）
https://www.jri.co.jp/file/pdf/service/special/content11/corner113/230403_kihoncare.pdf

「適切なケアマネジメント手法」の普及

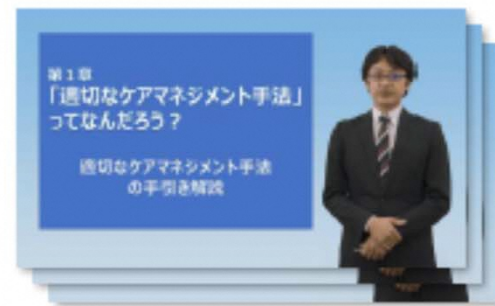
- 2020年度、本手法を再整理して基本ケアと5つの疾患別ケアを取りまとめ、『「適切なケアマネジメント手法」の手引き』を発行。手法の概要や活用方法を周知した。



手引きの内容

1. 「適切なケアマネジメント手法」ってなんだろう？
2. 「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方
3. 「適切なケアマネジメント手法」をどう取り入れる？
4. 「基本ケア」の理解を深める
5. 「疾患別ケア」の理解を深める
6. 「適切なケアマネジメント手法」の活用方法

※ 日本総研YouTubeで手引きの解説動画（全11本）が閲覧可能。
<https://www.youtube.com/watch?v=knEfiXiJbkk>



(参考) 疾患群別ケア

要介護認定の原因疾患の上位、あるいは高齢者に多い疾患群等に着目し、疾患に応じて「特に留意すべき」事項（想定される支援内容と、その検証・検討のために着目すべきアセスメント/モニタリング項目）を整理。

各職域での根拠となる知見の蓄積が既に数多くなされていることから、疾患群に着目。

認知症

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

誤嚥性肺炎の予防

(参考) 疾患別ケアの「基本的理解」を押さえる

「疾患別ケア」では、疾患ごと疾患の「基本的理解」として、その疾患の特徴と、その疾患のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきことを簡単にまとめている（1～2頁）

いずれも各専門職域におけるガイドラインやテキストを踏まえたものであり、項目一覧（想定される支援内容）を見る前にまず、この「基本的理解」を押さえることを推奨。

適切なケアマネジメント手法
基本ケア及び疾患別ケア
令和2年度改訂版

令和3年3月31日
株式会社 日本総合研究所

「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア」(令和3年3月31日)

[「適切なケアマネジメント手法」に関連する事業の成果物一覧 \(iri.co.jp\)](http://iri.co.jp)

疾患別ケア 脳血管疾患がある方のケア 脳血管疾患の基本的理解

第3章 疾患別ケア

第1節 脳血管疾患がある方のケア

脳血管疾患の基本的理解

(1) 脳血管疾患の特徴

- 脳血管疾患とは、脳動脈の異常を原因とする疾患の総称であり、脳出血と脳梗塞に分類される。脳動脈の異常の原因は、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患であるとされており、生活習慣が発症リスクに影響を与える。
- 脳内での異常が脳の機能に影響を与えるため早期の治療が必要とされるが、症状やその後の経過等により、脳機能に影響が残る、麻痺や視野狭窄とそれに伴う歩行等の障害、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害などがあらわれる場合があり、このために要介護状態となった原因疾患の上位となっている。
- 脳血管疾患の治療では、疾患の種別や症状、発症後の経過時間によって薬剤療法や外科治療が選択されるとともに、栄養状態や血圧の管理が行われる。その後、急性期や回復期におけるリハビリテーション治療を経て、生活期の療養につながる。
- 生活期における療養では、まず疾患の再発を予防することが重要であり、その実現のためには血圧を下げたり水分や栄養を確保したりすることが必要とされる。また、脳血管疾患の発症の背景には高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患があるとされる。したがって、本人の生活習慣や基礎疾患の状況について情報を共有するとともに、医師の指示に基づいて基礎疾患の治療の継続およびその背景にある生活習慣の見直しを検討することも重要である。
- なお、高次脳機能障害がある場合は、その状況の評価し、生活への影響や療養の方法を検討する必要があるとされる。また、うつ症状が現れる場合もあり、これについても別途その状況の評価し、生活への影響や症状を改善するための取り組みを検討する必要がある。いずれの場合においても、専門多職種による評価が重要である。

(2) 脳血管疾患のある要介護者のマネジメントにおいて留意すべきこと

- ここでは脳血管疾患と総称しているが、具体的な症状と障害の残り方はそれぞれ異なるため、ご本人の症状と生活障害の状況について、医師や病棟の専門職から情報を得ることがまず重要である。生活障害の程度が小さくなるよう、生活機能のリハビリテーションが実施されている場合は、リハビリテーションの目標や具体的実施内容についても把握する。
- こうした情報について、退院時の情報連携書類を活用するとともに、地域連携クリティカルパスが運用されている場合はパスの情報を参照することも有効である。例えば回復期から生活期に移行する方の場合において、急性期での状況の把握に役立つ。
- 疾患の特徴でも挙げたように、脳血管疾患の療養では、まず再発予防が重要であり、そのためには血圧の管理とともに水分や栄養の状況の把握が基本となる。また、脳血管疾患の発症の原因となった生活習慣を捉えて多職種と共有したうえで、医師等によるリスク評価に基づいて生活習慣の見直しを検討することも重要である。その際、本人の尊厳の保持や生活の意向も捉えた合意形成に留意する。
- さらに、生活機能の改善・維持も重要である。特に、麻痺等による歩行障害がある場合など、病前と比べてAD

(参考) 脳血管疾患のある方のケア

退院直後の生活における不安を小さくできるように調整する、生活が安定してきた先は再発の予防が大切

【Ⅰ期（症状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
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（症状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）】

大項目	中項目
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・向上 リスク管理

(参考) 大腿骨頸部骨折のある方のケア

生活が安定した後はセルフマネジメントできるように支援することが求められる

【Ⅰ期（症状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

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

大項目	中項目
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)

(参考) 心疾患のある方のケア

再入院の予防として、**かかりつけ医あるいは担当の専門医等と連携**して医療的なケアが提供される環境を整えながら、**何らかの制限・制約がある中でも参加と活動の場面を維持することが求められる**

【Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状態にある時期）】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬 自己管理能力の向上とリスクの管理 療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持・向上	心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援 心理的な支援



【Ⅱ期（症状が安定から不安定な状況にある時期）】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬 自己管理能力の向上とリスクの管理 療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持	ステージに応じた生活・暮らし方の支援 心理的な支援
EOL準備	EOL（エンドオブライフ）に向けた準備

(参考) 認知症のある方のケア

認知機能が低下しても本人の尊厳が保持されるような生活の実現を目指すことが基本

大項目	中項目
ここまでの経緯の確認	ここまでの経緯の確認
本人及び家族・支援者の認識の理解	本人と家族・支援者の認識の理解 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解
将来の準備としての意思決定の支援	本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援 意思決定支援体制の整備
必要に応じた連携体制の構築	必要に応じた連携体制の構築
基本的な生活の支援	日常生活における本人の意向の尊重 一週間の生活リズムを支えることの支援 日常的に参加する役割を整えることの支援 体調管理や服薬管理の支援 基本的なセルフケアを継続することの支援
これまでの生活の尊重と重度化の予防	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 合併症や併発しやすい事故の予防
行動・心理症状の予防・重度化防止	行動・心理症状の状況と背景要因の把握 背景要因に対する取り組みの支援
家族等への対応	家族支援に必要なサービスの調整支援 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

※ここでは比較的数量が多い
「アルツハイマー型認知症の
診断があり、IADL/ADLは
自立あるいは一部介助程
度」の状態（認知症自立
度Ⅱb程度）の方を念頭に
おいている

(参考) 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

誤嚥性肺炎は、発症するリスクの大きい高齢者が多く、発症すると入院のリスクあるいは重症化した場合の死亡リスクが高い

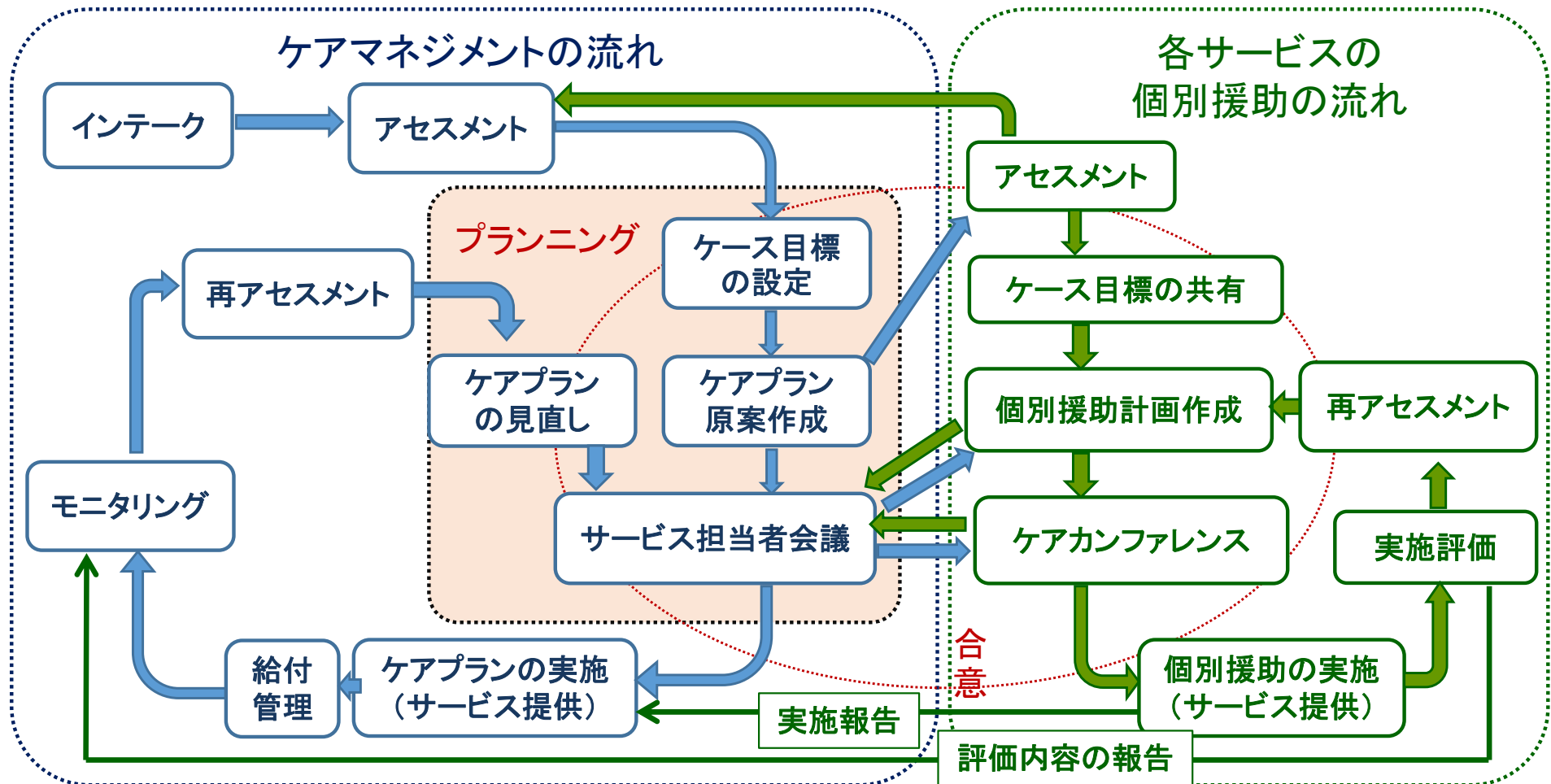
まずは、本人や家族等に肺炎の予防の大切さを理解してもらうとともに、要介護高齢者の心身や生活の状況は変化するため、専門職がリスクを評価（再評価）できるような体制を整え、日常生活の中でリスクを低減できるようにする支援を行う

大項目	中項目
リスクの評価	誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解 リスクの評価
日常的な発症及び再発の予防	摂食嚥下機能の支援 リスクを小さくする支援
リスクの再評価	リスクの再評価
変化を把握したときの対応体制の構築	変化を把握したときの対応体制の構築



ケアマネジメントプロセスと個別援助の関係性

ケアマネジメントと各サービスの個別援助は、それぞれにPDCAのサイクルが働いていることが重要であり、また相互の関連性と整合性をもって、その効果が担保される。

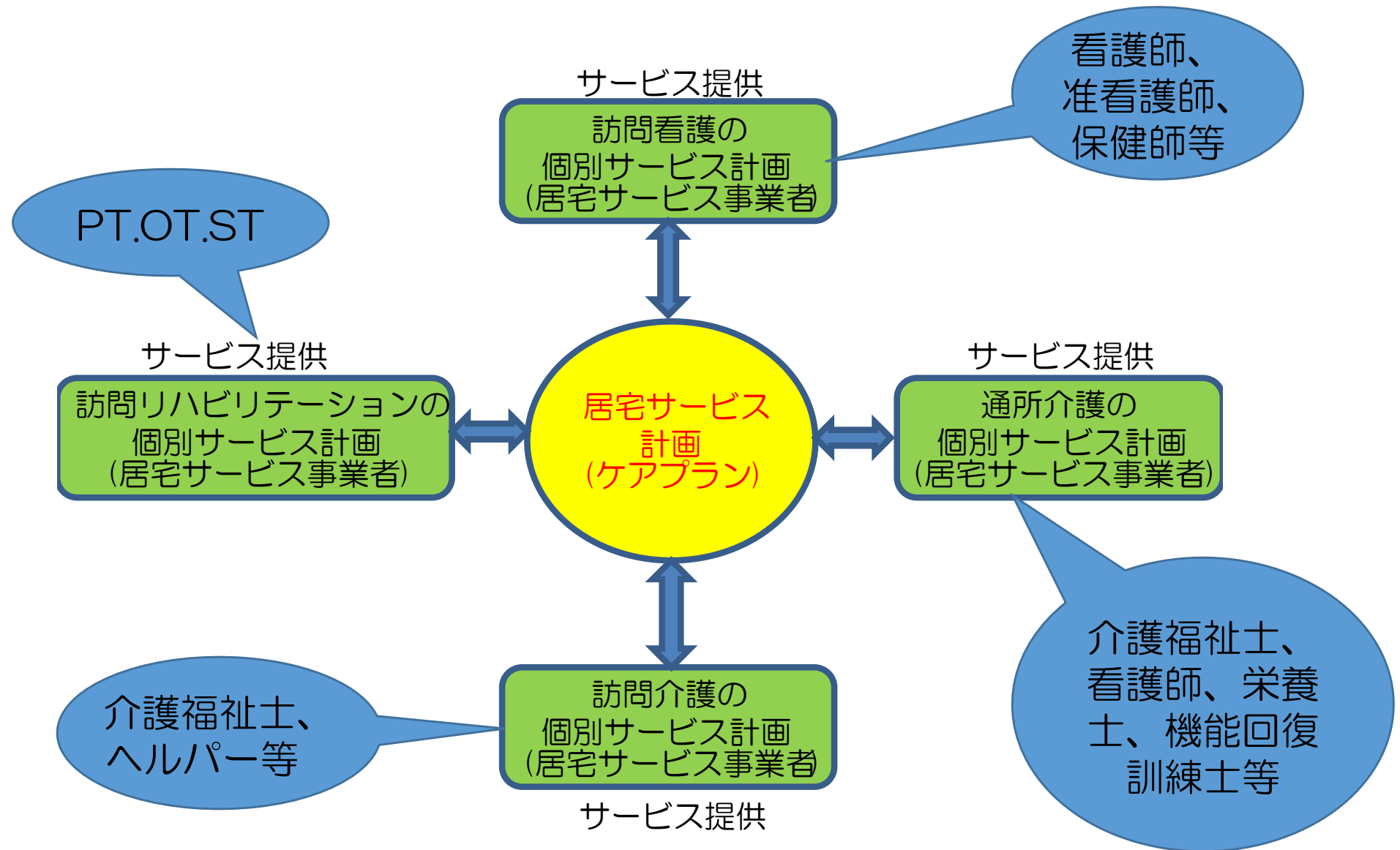


ケアマネジメントの過程で、利用者との信頼関係を形成をしながら、自立支援の視点から生活全般を支援する

生活全般の支援を念頭に、各専門職のアセスメントから、自立支援の視点から個別サービスによる支援を行う

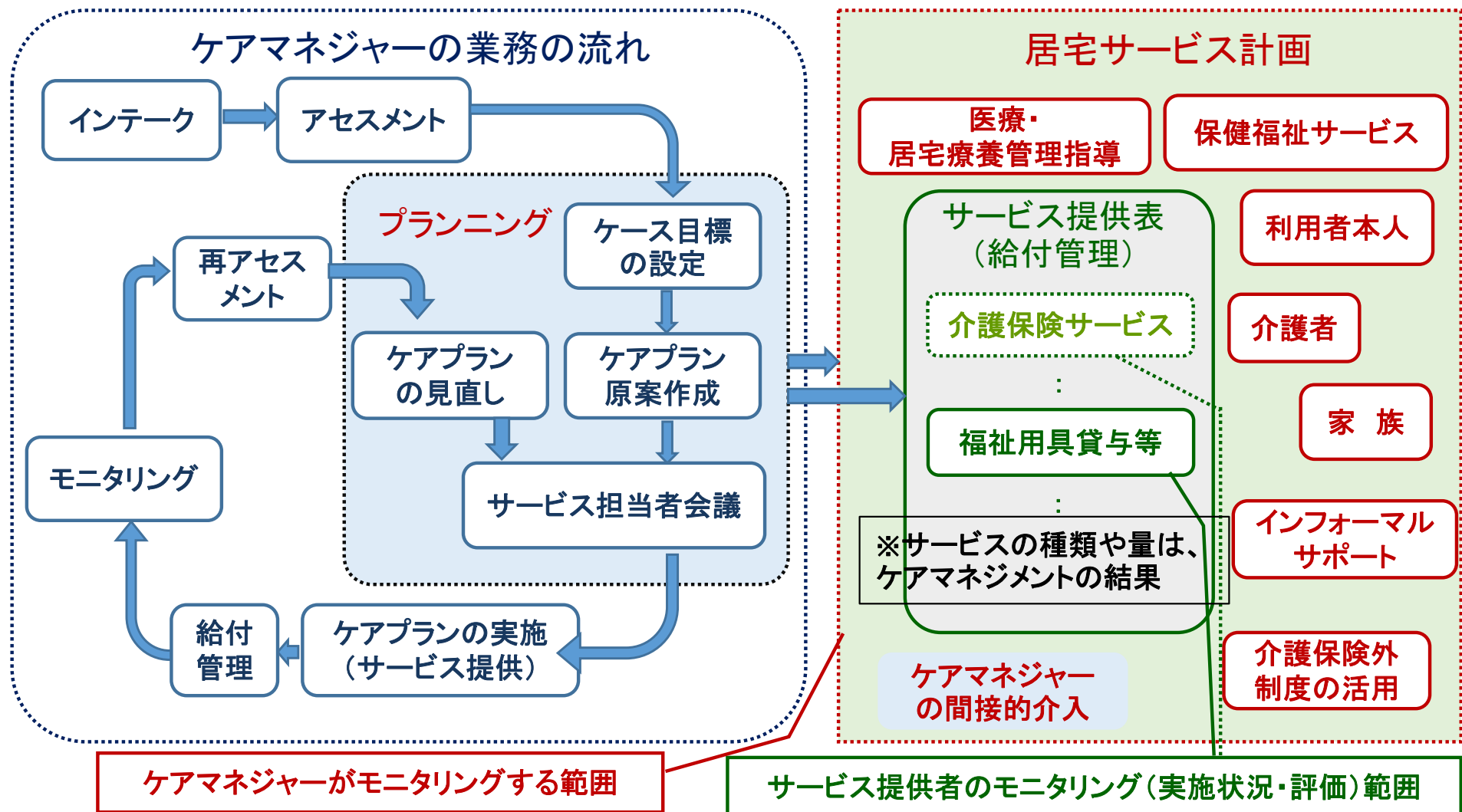
居宅サービス計画と個別サービス計画

(マスタープラン・ケアプランと各専門職種別プラン)



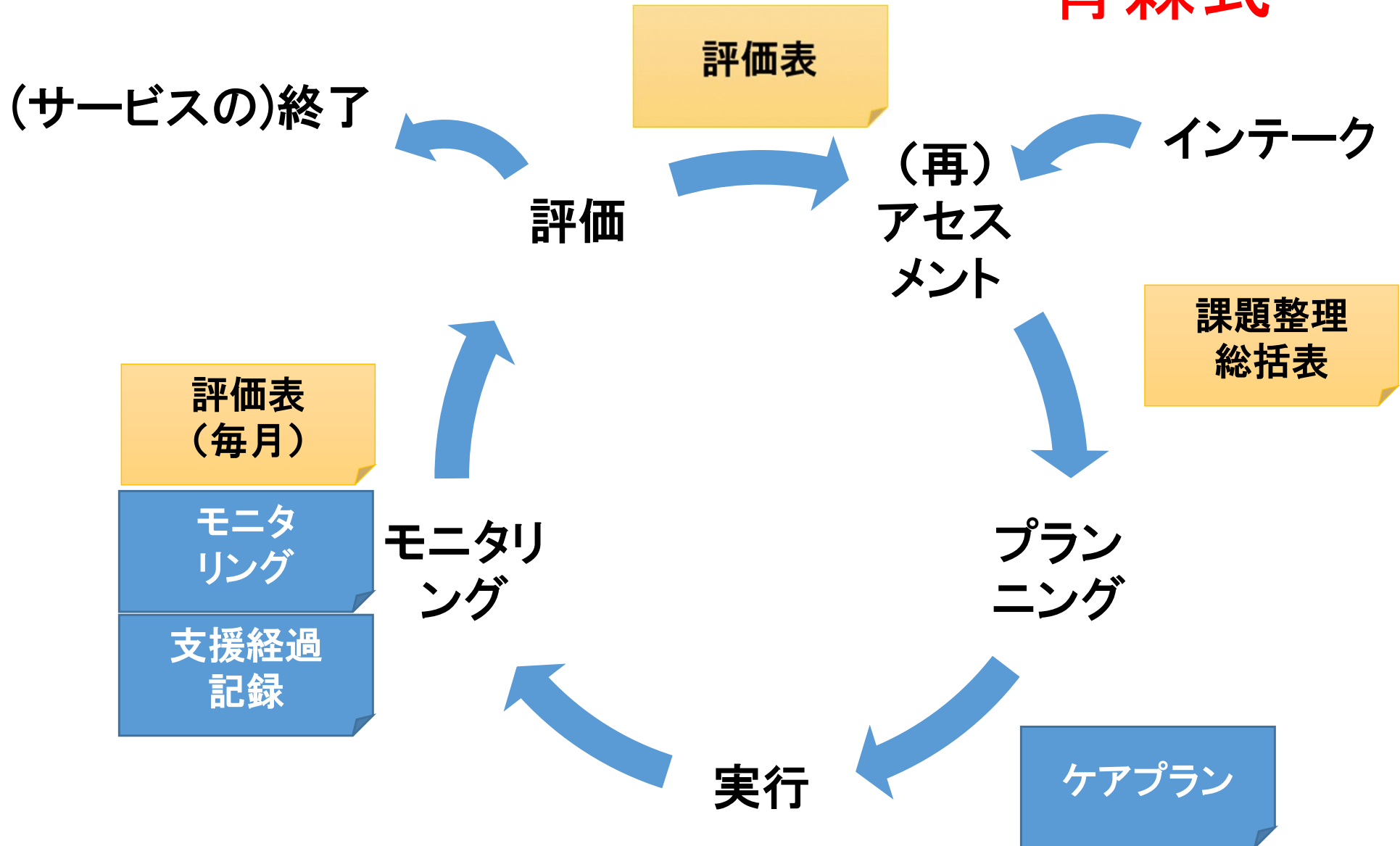
居宅サービス計画と給付管理票の関係性

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス（法第二十四条第二項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第十三条の四）



課題整理総括表及び評価表の 位置づけ

青森式



評価表

評価表

利用者名	殿				作成日	/	/
短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)	
		サービス内容	サービス 種別	※1			

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを 5 段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが保障延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

課題分析標準項目（23項目）

必須

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

課題分析(アセスメント)に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

介護保険最新情報

適切なケアマネジメント手法との整合性を図る

今回の内容

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示
について」の一部改正について
計5枚（本紙を除く）

Vol.1178

**Vol.1179 Q&A
も参照**

令和5年10月16日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課

(別添)

○介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成11年11月12日老企第29号）（抄）

新			旧		
(別紙4) 課題分析標準項目について (別添)			(別紙4) 課題分析標準項目について (別添)		
課題分析標準項目			課題分析標準項目		
基本情報に関する項目			基本情報に関する項目		
No.	標準項目名	項目の主な内容(例)	No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報、 <u>居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）</u> について記載する項目	1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	<u>これまでの生活と現在の状況</u>	利用者の現在の生活状況、 <u>これまでの生活歴等</u> について記載する項目	2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の <u>社会保障制度の利用情報</u>	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、 <u>その他の社会保障制度等の利用状況</u> について記載する項目	3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用している <u>支援や社会資源の状況</u>	利用者が現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況について記載する項目	4	現在利用しているサービスの状況	<u>介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況</u> について記載する項目
5	日常生活自立度（障害）	「 <u>障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）</u> 」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた <u>現在の自立度</u> について記載する項目	5	<u>障害老人の日常生活自立度</u>	<u>障害老人の日常生活自立度</u> について記載する項目

6	日常生活自立度 (認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、 <u>区分支給限度額</u> 等）について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、 <u>受診に関する状況</u> （かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、 <u>服薬に関する状況</u> （かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、座位保持、 <u>立位保持</u> 、立ち上がり、移乗、 <u>移動方法</u> （杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、 <u>トイレ動作</u> 等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目

6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、 <u>定期</u> 、 <u>退院退所時</u> 等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、 <u>着衣</u> 、入浴、 <u>排泄</u> 等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、 <u>服薬状況</u> 等）に関する項目

13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目	13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目	14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目	15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目	16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目	17	褥そう・皮膚の問題	褥そうの程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目	18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目	19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目

20	<u>社会との関わり</u>	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わりの状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目	20	<u>問題行動</u>	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	<u>家族等の状況</u>	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目	21	<u>介護力</u>	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	<u>居住環境</u>	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目	22	<u>居住環境</u>	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	<u>その他留意すべき事項・状況</u>	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目	23	<u>特別な状況</u>	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

(別添)

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況について記載する項目
5	日常生活自立度（障害）	「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度（認知症）	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等）について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等）について記載する項目

5, 15, 16, 17, 18, 19

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	A D L	ADL（寝返り、起きあがり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	I A D L	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断さ

1, 2, 3, 7, 13,
20, 23, 25, 28,
30, 31,

4, 5, 10, 12, 26,
27, 33, 37, 38,
39, 40

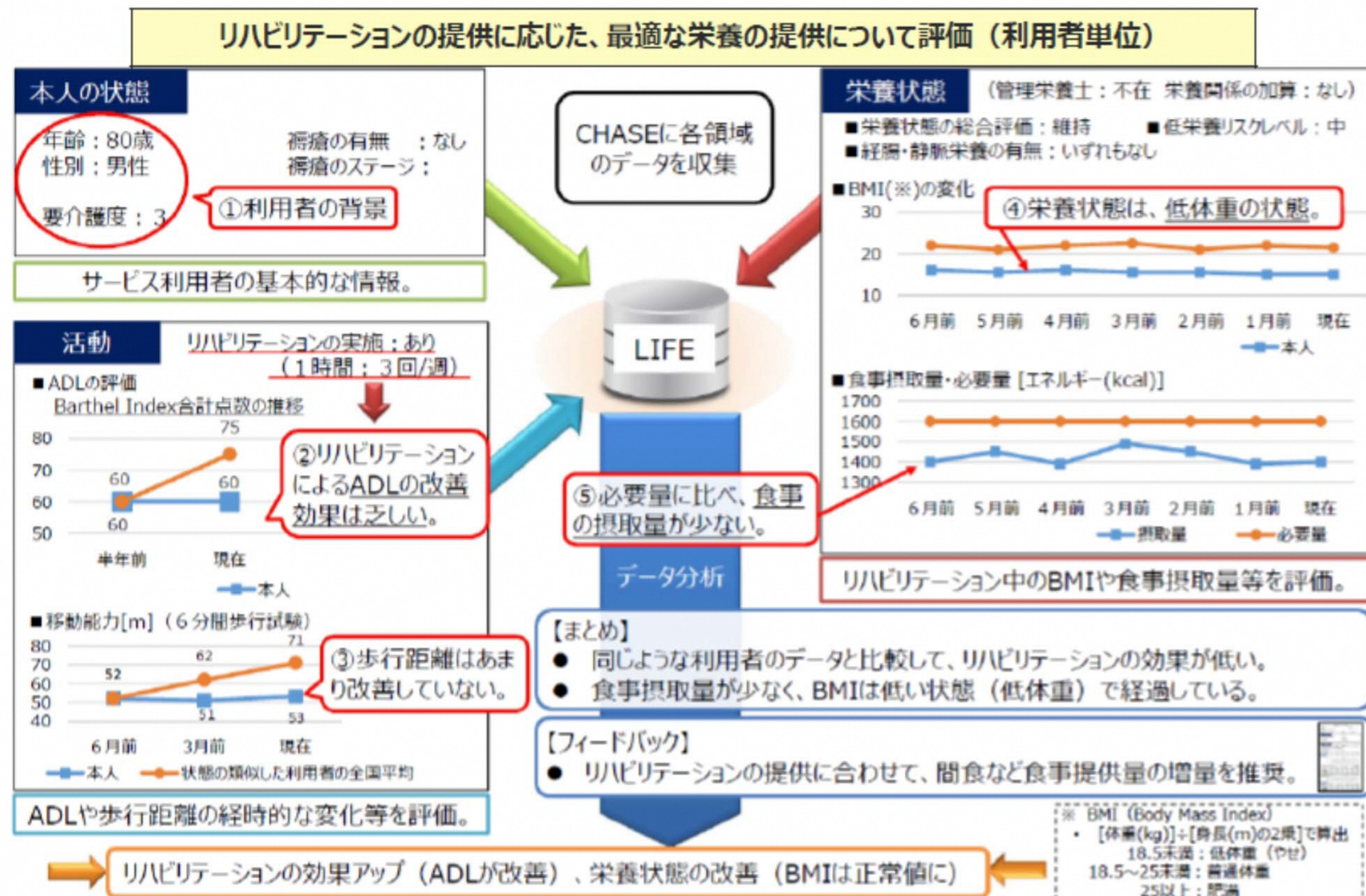
5, 40, 41, 42

	力	れている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
--	---	--

14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目	9, 14, 25, 35, 36
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等））に関する項目	1, 5, 6, 7, 8, 12, 14, 20, 21, 23, 24, 26, 29, 30, 31, 38, 40
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目	8, 20, 21, 22, 25, 29, 32, 33, 34
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目	3, 11, 22, 28, 33, 37,
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目	
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目	1, 3, 7, 8, 11, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 34, 40
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり方の状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目	5, 6, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 29, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目	44
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺的环境やその利便性等について記載する項目	5, 6, 10, 12, 20, 23, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目	

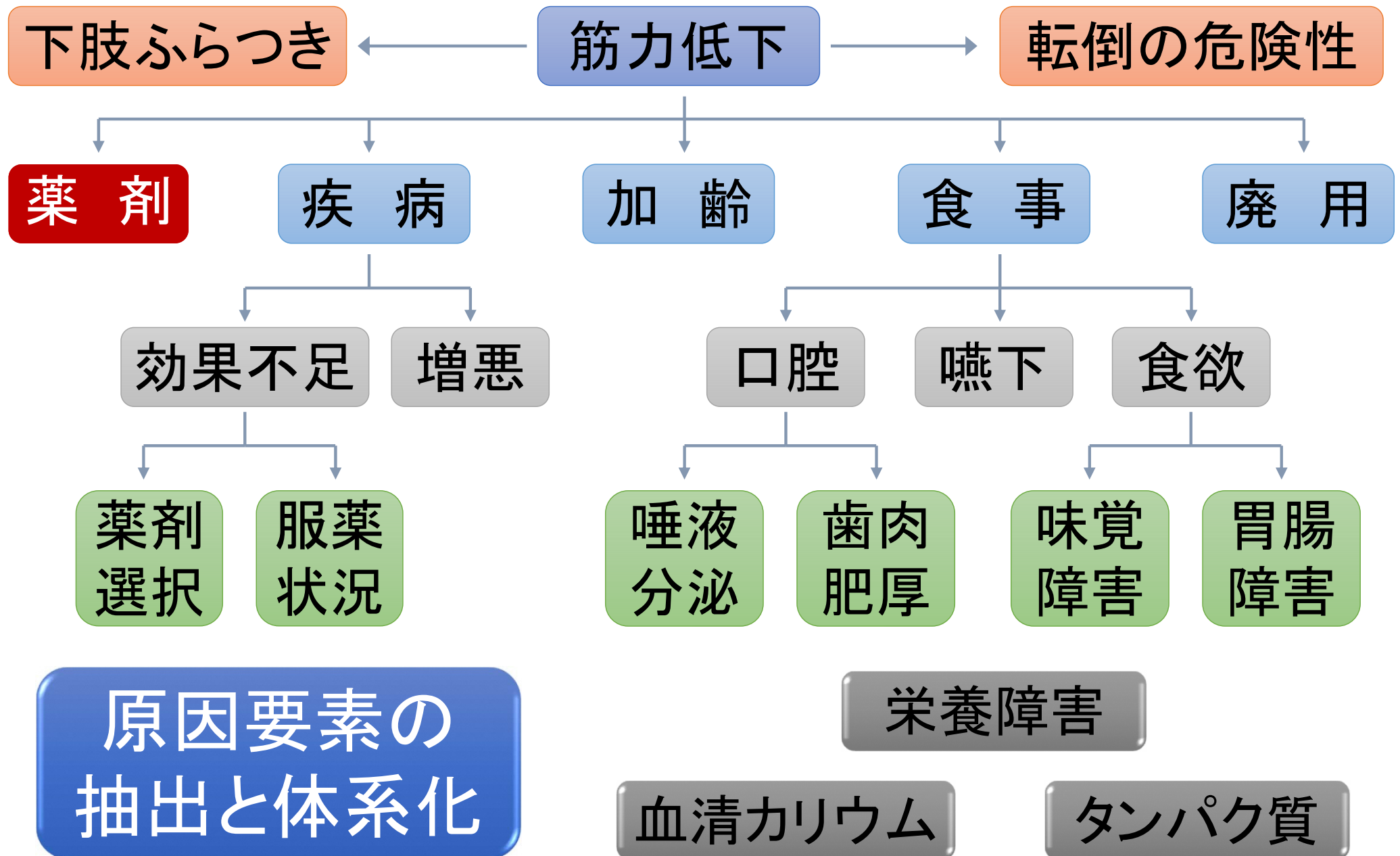
6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

（4）個別化された自立支援・科学的介護の推進例（1 / 2）



（資料）厚生労働省HP「科学的介護情報システム（LIFE）」について

「現象」の細分化と因果関係の把握



(5) 薬剤性歯肉増殖

薬剤性歯肉増殖はフェニトインやカルシウム拮抗薬等の長期使用によって引き起こされた、歯肉の線維芽細胞の増殖による残存歯周囲の歯肉増殖である。重篤なケースでは歯肉の増殖により歯が移動し、歯冠が覆い隠されるケースもある(写真4.4.2.5)。糖尿病や口腔衛生状態の不良が増悪因子になり、薬剤性歯肉増殖自体が口腔衛生状態を保ちにくくするため歯周病の悪化の原因になる。薬剤変更と歯周病治療、口腔衛生不良の改善を必要とする。



写真4.4.2.5：

脳血管障害後遺症のてんかんに対するフェニトイン処方による歯肉増殖(歯の移動がある)

(1) 薬物性口内炎 (Stomatitis medicamentosa)

重篤で稀に発生する薬物有害事象（医薬品服用後38℃以上の発熱、口腔内や口唇の広範囲のびらん（ただれて出血）、眼の充血、咽頭痛、口腔周囲の皮膚の紅斑などの症状、持続したり急激な悪化があるもの）のひとつである。口腔、目や鼻の中における重篤な粘膜の障害につながることもある。多くは医薬品が原因で、一部のウイルスやマイコプラズマ感染も関与する。原因医薬品は、主に抗菌薬、解熱消炎鎮痛薬、抗てんかん薬、抗がん剤、抗リウマチ薬としても用いられる葉酸代謝拮抗薬（メトトレキサート等）など広範囲にわたり、原因医薬品の服用後2週間以内に発症することが多い反面、1ヶ月以上経過してからのこともある。過去に医薬品で皮疹や呼吸器症状・肝機能障害の既往のある人に多く、口腔衛生状態の不良なケースで症状が重症化しやすい（写真4.4.2.1）。



写真4.4.2.1：

悪性リンパ腫に対する抗がん剤使用中患者の口腔粘膜炎、疼痛により開口・清掃・経口摂取が困難

1 口腔・栄養スクリーニングの基本的考え方

平成 30 年度介護報酬改定において、通所系サービスにおける栄養状態のスクリーニングを行う栄養スクリーニング加算が新設された。

令和 3 年度介護報酬改定において、口腔の健康状態のスクリーニングを併せて実施する口腔・栄養スクリーニング加算として評価する見直しを行った。

口腔・栄養スクリーニングは、事業所において、口腔の健康状態及び栄養状態についての簡易な評価を継続的に実施することにより、利用者の状態に応じて必要な医療や口腔機能向上サービス、栄養改善サービス等の提供に繋がるとともに、当該事業所の従業者の口腔・栄養に関する意識の向上を図ることを目的とするものである。

1 リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

(1) リハビリテーションの目的について

生活機能の低下した利用者に対するリハビリテーションは、単に運動機能や認知機能といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、利用者が有する能力を最大限に発揮できるよう、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることを目的とするものである。

1 リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施の基本的な考え方

リハビリテーション・機能訓練と栄養管理の連携においては、筋力・持久力の向上、活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整、低栄養の予防・改善、食欲の増進等が期待される。

栄養管理と口腔管理の連携においては、適切な食事形態・摂取方法の提供、食事摂取量の維持・改善、経口摂取の維持等が期待される。

口腔管理とリハビリテーション・機能訓練の連携においては、摂食・嚥下機能の維持・改善、口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防等が期待される。

このように、リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組は一体的に運用されることで、例えば、

- リハビリテーション・機能訓練の負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することによる筋力・持久力の向上及びADLの維持・改善
- 医師、歯科医師等の多職種連携による摂食・嚥下機能の評価により、食事形態・摂取方法の適切な管理、経口摂取の維持等が可能となることによる誤嚥性肺炎の予防及び摂食・嚥下障害の改善など、効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待される。

このため自立支援・重度化防止のための効果的なケアを提供する観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理が実施されることが望ましい。

水分補給について

一緒に考えてみましょう

1日に摂取すべき水分量

75歳以上は、体重1kg 25ml～30ml

適切なケアマネジメント手法ー基本ケアの「想定される支援内容」
1、3、7、8、14、20、21、22、23、24、31、32など水分
の表記

Ⅰ. 尊厳を重視した意思決定の支援			Ⅱ. これまでの生活の尊重と継続の支援		
大項目	中項目	想定される支援内容	大項目	中項目	想定される支援内容
Ⅰ-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	Ⅰ-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援	Ⅱ-1. 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	Ⅱ-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援	20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援
		2. 併存疾患の把握の支援			21. 水分の摂取の支援
		3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保		Ⅱ-1-2. 継続的な受診と服薬の支援	22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認			23. 継続的な受診・療養の支援
	Ⅰ-1-2. 現在の生活の全体像の把握	5. 望む生活・暮らしの意向の把握		Ⅱ-1-3. 継続的な自己管理の支援	24. 継続的な服薬管理の支援
		6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援	25. 体調把握と変化を伝えることの支援		
		7. 食事及び栄養の状態の確認	Ⅱ-1-4. 心身機能の維持・向上の支援	Ⅱ-1-5. 感染予防の支援	26. フレイルを予防するための活動機会の維持
		8. 水分摂取状況の把握の支援			27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
		9. コミュニケーション状況の把握の支援			28. 感染症の予防と対応の支援体制の構築
		10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	Ⅱ-2. 日常的な生活の継続の支援	Ⅱ-2-1. 生活リズムを整える支援	29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援
	Ⅰ-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測			30. 休養・睡眠の支援
		12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測		Ⅱ-2-2. 食事の支援	31. 口から食事を摂り続けることの支援
	Ⅰ-1-4. 緊急時の対応のための備え	13. 感染症の早期発見と治療			32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
		14. 緊急時の対応	Ⅱ-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	33. 清潔を保つ支援	
Ⅰ-2. 意思決定過程の支援	15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援			
	16. 日常生活における意向の尊重	Ⅱ-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援		35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	
	17. 意思決定支援の必要性の理解			36. コミュニケーションの支援	
	18. 意思決定支援体制の整備	Ⅱ-3-2. コミュニケーションの支援	Ⅱ-3-3. 家庭内での役割を整えることの支援	37. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	
	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援		Ⅱ-3-4. コミュニティでの役割を整えることの支援	38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	
	20. 将来の生活の見通しを立てることの支援			39. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	
	Ⅲ. 家族等への支援			Ⅲ. 家族等への支援	
大項目	中項目	想定される支援内容	大項目	中項目	想定される支援内容
Ⅲ-1. 家族等への支援	Ⅲ-1-1. 支援を必要とする家族等への対応	40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備 41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	Ⅲ-1-2. 家族等の理解者を増やす支援	Ⅲ-2. ケアに参画するひとへの支援	Ⅲ-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備
	Ⅲ-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援	44. 同意してケアに参画するひとへの支援			

I. 尊厳を重視した意思決定の支援

I -1.現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I -1-2.現在の生活の全体像の把握

8.水分摂取状況の把握の支援

支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等			
支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
- 必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。 - 日常の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。	• 水分の摂取に関する失敗のエピソード	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 薬剤師、 PT/OT/ ST、 歯科衛生 士、 管理栄養 士、 介護職
	• 水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度 (適切な量、日常的な食事の塩分含有量など)	○	○	
	• 日常的な活動の状況 (日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど)	○	○	
	• 日常的な食事の摂取の状況 (食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など)	○	○	
	• 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など	○	○	
	• 日常的な水分摂取の状況 (水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など)	○	○	
	• 排泄リズム (頻度、回数、タイミング、内容など)	○	○	
	• 室内の状況 (温湿度環境、家具や物の配置、照度など) ※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々	○	○	
	• 支援者の関わりの状況 (声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど)	○	○	

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-1.予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援

Ⅱ-1-1.水分と栄養を摂ることの支援

21.水分の摂取の支援

支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等			
支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
- 必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。 - 日常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。	水分の摂取に関する失敗のエピソード	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 薬剤師、 PT/OT/ ST、 管理栄養士、 介護職
	水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）	○	○	
	食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など	○	○	
	本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無	○	○	
	排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）	○	○	
	日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量 ※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）	○	○	
	日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	○	○	
	日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）	○	○	
	室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々	○	○	
	日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など）	○	○	
	支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	○	○	

低栄養について

たんぱく質の重要性を
一緒に考えてみましょう

たんぱく質を毎日、体重（kg）に
1～1.2 g をかけた量を摂取すること

適切なケアマネジメント手法ー基本ケアの「想定される支援内容」
7、20、22、31、32などにたんぱく質の表記あり

Ⅰ. 尊厳を重視した意思決定の支援			Ⅱ. これまでの生活の尊重と継続の支援		
大項目	中項目	想定される支援内容	大項目	中項目	想定される支援内容
Ⅰ-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	Ⅰ-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援	Ⅱ-1. 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	Ⅱ-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援	20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援
		2. 併存疾患の把握の支援			21. 水分の摂取の支援
		3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保		Ⅱ-1-2. 継続的な受診と服薬の支援	22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認			23. 継続的な受診・療養の支援
	Ⅰ-1-2. 現在の生活の全体像の把握	5. 望む生活・暮らしの意向の把握		Ⅱ-1-3. 継続的な自己管理の支援	24. 継続的な服薬管理の支援
		6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援	25. 体調把握と変化を伝えることの支援		
		7. 食事及び栄養の状態の確認	Ⅱ-1-4. 心身機能の維持・向上の支援	Ⅱ-1-5. 感染予防の支援	26. フレイルを予防するための活動機会の維持
		8. 水分摂取状況の把握の支援			27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
		9. コミュニケーション状況の把握の支援	Ⅱ-2. 日常的な生活の継続の支援	Ⅱ-2-1. 生活リズムを整える支援	28. 感染症の予防と対応の支援体制の構築
		10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援			29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援
	Ⅰ-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測	Ⅱ-2-2. 食事の支援	30. 休養・睡眠の支援	
		12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測		31. 口から食事を摂り続けることの支援	
	Ⅰ-1-4. 緊急時の対応のための備え	13. 感染症の早期発見と治療	Ⅱ-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援	
		14. 緊急時の対応		33. 清潔を保つ支援	
Ⅰ-2. 意思決定過程の支援	Ⅰ-2-1. 本人の意思を捉える支援	15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	Ⅱ-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	Ⅱ-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援
					35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
	Ⅰ-2-2. 意思の表明の支援と尊重	16. 日常生活における意向の尊重		Ⅱ-3-2. コミュニケーションの支援	36. コミュニケーションの支援
		17. 意思決定支援の必要性の理解			37. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
	Ⅰ-2-3. 意思決定支援体制の整備	18. 意思決定支援体制の整備	Ⅱ-3-3. 家庭内での役割を整えることの支援	38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	
Ⅰ-2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援		Ⅱ-3-4. コミュニティでの役割を整えることの支援	39. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	
			Ⅲ. 家族等への支援		
			大項目	中項目	想定される支援内容
Ⅲ-1. 家族等への支援	Ⅲ-1-1. 支援を必要とする家族等への対応		40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備		
			41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援		
Ⅲ-1-2. 家族等の理解者を増やす支援			42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援		
			43. 本人を取り巻く支援体制の整備		
Ⅲ-2. ケアに参画するひとへの支援	Ⅲ-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備		44. 同意してケアに参画するひとへの支援		
			Ⅲ-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援		

I. 尊厳を重視した意思決定の支援

I -1.現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え

I -1-2.現在の生活の全体像の把握

7.食事及び栄養の状態の確認

支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等			
支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
• 食欲の有無は身体の状態や心の状態を図るうえで重要である。高齢者の身体の状態や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにする。 • 体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。 • 咀嚼、嚥下力の低下や薬の副作用で食欲が落ちて低栄養の状態に陥る場合もあることを考慮し、専門職と連携する体制を整える。	• 嚥下障害に関係する病歴の有無（気管切開など）	○	—	医師、 歯科医師、 看護師、 薬剤師、 歯科衛生士、 管理栄養士、 介護職
	• 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果	○	○	
	• 必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度	○	○	
	• 本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）	○	○	
	• 口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況	○	○	
	• 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）	○	○	
	• 本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）	○	○	
	• 食欲の状況	○	○	
	• 日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	○	○	
	• 食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）	○	○	
	• 日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	○	○	
	• 食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）	○	○	
	• 体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など）	○	○	
	• 日常生活（活動内容、休養・休息、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など）	○	○	
	• 日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	○	○	
	• 医師への報告の必要性、方法、タイミング	○	○	
	• 摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など）	○	○	
	• 本人にあったリハビリテーションを提供する地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-1.予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援

Ⅱ-1-1.水分と栄養を摂ることの支援

20.フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援

支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等			
支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
- 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、水分を抑える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れる等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要である。 - また、食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要である。栄養改善は、疾患の予防、悪化防止、リハビリを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要である。 - 本人や家族の日常的な食生活や飲み物の摂取状況、排泄や発汗によって失われる水分量を把握し、必要な水分や栄養を確保できているかを把握できる体制を整える。 - 必要な水分を確保できるような支援を確保する。また、食事については食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。	食事の摂取に関する失敗のエピソード	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 薬剤師、 PT/OT/ ST、 歯科衛生士、 管理栄養士、 介護職
	必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度	○	○	
	咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）	○	○	
	口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況	○	○	
	本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）	○	○	
	日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	○	○	
	本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など	○	○	
	食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）	○	○	
	食欲の状況	○	○	
	食事の内容（種類、形態、量、内容など）	○	○	
	食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）	○	○	
	食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）	○	○	
	食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）	○	○	
	排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）	○	○	
	排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）	○	○	
	食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）	○	○	
	本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握	○	○	
	居室等の環境で、失われる水分量の予測	○	○	
	口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）	○	○	
	日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	○	○	

	Ⅱ-1.予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援
	Ⅱ-1-1.水分と栄養を摂ることの支援

[illegible]

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援

Ⅱ-2.日常的な生活の継続の支援

Ⅱ-2-2.食事の支援

31.口から食事を摂り続けることの支援

支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等			
支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
- 食欲の有無は身体健康や心の状態を図るうえで重要である。特に、みずからの口を通して食事を摂り続けられるようにすることは、食欲だけでなく本人の心の状態にも影響が大きい。 - 体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。 - なお、食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。	必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 PT/OT/ ST、 歯科医衛生士、 管理栄養士、 介護職
	本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握	○	○	
	日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	○	○	
	食欲の状況	○	○	
	食事の内容（種類、形態、量、内容など）	○	○	
	食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）	○	○	
	食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）	○	○	
	日常的な塩分摂取の状況（塩分摂取量、塩分摂取制限の有無など）	○	○	
	本人や家族等の食生活と食の好み	○	○	
	日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は誰かなど）	○	○	
	日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	○	○	



食事チェックシート

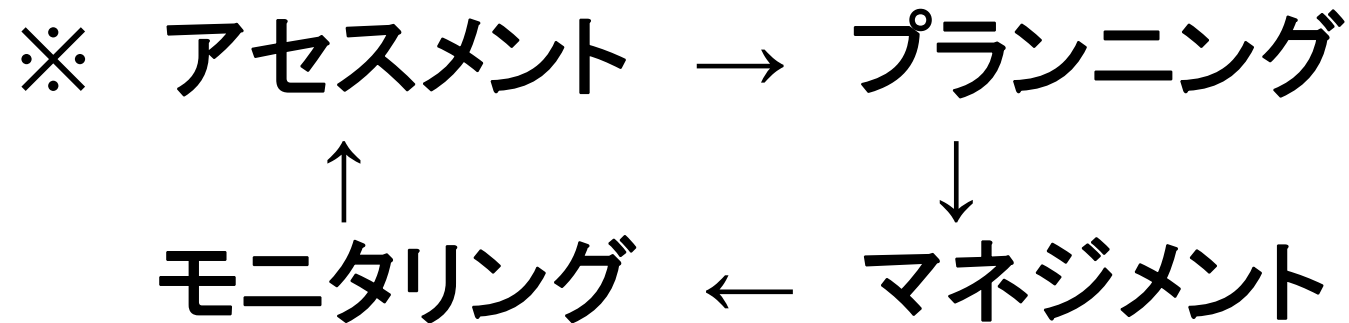


日付	朝食	昼食	夕食	水分・間食
7/28 日	時間 (7~00) 主食 中皿 全食 副食 全部	時間 (12~30) 主食 大皿 1/2 副食 全食	時間 (5~30) 主食 大皿 全食 副食 全食	
7/29 月	時間 (8~00) 主食 中皿 全食 副食 全食	時間 (1~30) ラーメン 全食 副食 少々	時間 (6~00) 主食 大皿 1/2 副食 全食	
7/30 火	時間 (7~20) 主食 大皿 1/2 副食 全食	時間 (12~30) そうめん 全食	時間 (11~30) 主食 中皿 全食 副食 全食	
7/31 水	時間 (7~40) 主食 大皿 全食 副食 全食	時間 (1~00) そば 全食	時間 (18~00) 主食 大皿 全食 副食 全食	
8/1 木	時間 (8~00) 主食 大皿 1/2 副食 全食	時間 (12~30) ラーメン 全食	時間 (18~00) 主食 大皿 1/2 副食 全食	
8/2 金	時間 (1~30) 主食 中皿 全食 副食 全食	時間 (~)	時間 (18~00) 主食 大皿 全食 副食 全食	
8/3 土	時間 (8~00) 主食 中皿 全食 副食 全食	時間 (1~00) 主食 中皿 全食 副食 全食	時間 (11~30) 主食 大皿 全食 副食 全食	

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援		32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援		
Ⅱ-2.日常的な生活の継続の支援				
Ⅱ-2-2.食事の支援				
支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等			
支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
・食事は心身の健康を維持するために重要な要素である。生活習慣病の起因となる食生活が行われている場合もあることから、食生活について確認して改善を指導することが必要となる。また、栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である。 ・本人や家族等の疾病に対する理解をうながす環境を整え、日常の生活に必要な栄養を量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整備する。その際、食べる意欲を維持し、豊かな食生活を実現するために、必要以上の制限が行われないように留意する。	・食事の摂取に関する失敗のエピソード	○	○	医師、 歯科医師 看護師、 薬剤師、 PT/OT/ ST、 歯科衛生 士、 管理栄養 士、 介護職
	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度	○	○	
	・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況	○	○	
	・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）	○	○	
	・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）	○	○	
	・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）	○	○	
	・食欲の状況	○	○	
	・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）	○	○	
	・食事の内容（種類、形態、量、内容など）	○	○	
	・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など	○	○	
	・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）	○	○	
	・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）	○	○	
	・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）	○	○	
	・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）	○	○	
	・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）	○	○	
	・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）	○	○	
	・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握	○	○	
	・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）	○	○	
	・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）	○	○	

多職種協働のケアマネジメントの徹底

プロセスの目的達成に必要な『技術・技能』



品質管理システムの導入
(Plan-do-check-actionの徹底)

