

適切なケアマネジメント手法 項目一覧

【想定される支援内容】

早見表

適切なケアマネジメント手法項目一覧【想定される支援内容 早見表】

●基本ケア

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	頁	
I 尊厳を重視した意思決定の支援	I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1 疾病や心身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援	2	
			2 併存疾患の把握の支援	2	
			3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保	2	
			4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認	4	
		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	4	
			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	6	
			7 食事及び栄養の状態の確認	6	
			8 水分摂取状況の把握の支援	8	
			9 コミュニケーション状況の把握の支援	8	
			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	8	
		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	10	
			12 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測	10	
		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	12	
	14 緊急時の対応		12		
	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	12	
			16 日常生活における意向の尊重	14	
		I-2-2 意思の表明の支援と尊重	17 意思決定支援の必要性の理解	14	
			18 意思決定支援体制の整備	14	
	I-2-3 意思決定支援体制の整備	19 将来の生活の見通しを立てることの支援	14		
I-2-4 将来の生活の見通しを立てることの支援		14			
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	16	
			21 水分の摂取の支援	16	
			22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援	18	
		II-1-2 継続的な受診と服薬の支援	23 継続的な受診・療養の支援	20	
			24 継続的な服薬管理の支援	22	
		II-1-3 継続的な自己管理の支援	25 体調把握と変化を伝えることの支援	22	
		II-1-4 心身機能の維持・向上の支援	26 フレイルを予防するための活動機会の維持	24	
			27 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施	26	
		II-1-5 感染予防の支援	28 感染症の予防と対応の支援体制の構築	26	
		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	28
	30 休養・睡眠の支援			28	
	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	28	
			32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援	30	
	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	30	
			34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援	32	
	II-3 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	II-3-1 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	32	
			36 コミュニケーションの支援	34	
		II-3-2 コミュニケーションの支援	36		
		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	34	
			38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	34	
	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	36		
	III 家族等への支援	III-1 家族等への支援	III-1-1 支援を必要とする家族等への対応	40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備	38
				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	38
			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	38
		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	40
				44 同意してケアに参画するひとへの支援	42
			III-2-2 同意してケアに参画するひとへの支援	44	

適切なケアマネジメント手法項目一覧【疾患別ケアの種別と各期の早見表】

●疾患別ケアの種別と各期ごとの状態

脳血管疾患	
Ⅰ期	病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期
	・病状が安定し、自宅で生活を送ることが出来るように時期。
	・時期はあくまでも目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。
	・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
Ⅱ期	病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期
	・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期。
	・時期はあくまでも目安である。本人の状態に応じて前後する可能性がある。
	・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
	・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

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

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

心疾患	
Ⅰ期	退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期
	・退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期。
	・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
	・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。
Ⅱ期	状態が安定から不安定な状況にある時期
	・状態が安定から不安定な状況にある時期。
	・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
	・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

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

適切なケアマネジメント手法項目一覧【想定される支援内容早見表】

●脳血管疾患【1期】

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	頁	
1 再発予防	1-1 血圧や疾病の管理の支援	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	48	
		1-1-2 血圧等の体調の確認	2 目標血圧が確認できる体制を整える 3 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える	48 48	
		1-1-3 環境整備	4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	48	
		1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	5 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	48	
	1-2 服薬管理の支援	1-2-1 服薬支援	6 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	50	
	1-3 生活習慣の改善	1-3-1 脱水予防	7 必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える	50	
			8 適切な水分を摂取することの理解をうながす体制を整える	50	
			9 自ら水分を摂取できるようにする体制を整える	50	
	2 生活機能の維持・向上	2-1 心身機能の回復・維持	2-1-1 機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	10 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	50
			2-2 心理的回復の支援	2-2-1 受容の支援	11 受容促進のための働きかけを行う体制を整える 12 抑うつ状態の防止、改善が図れる体制を整える 13 リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える
2-3 活動と参加に関わる能力の維持・改善		2-3-1 機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて）		14 ADL/IADLの状態の定期的な把握と共有がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	52
				15 状態に合ったADL/IADLの機能向上がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	52
		2-3-2 コミュニケーション能力の改善	16 コミュニケーション能力の状況の継続的な把握ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	54	
			17 コミュニケーション能力の改善を図る体制を整える（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等） ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	54	
2-3-3 社会参加の機会の確保		18 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	54		
			19 外出や交流の機会が確保できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	54	
			20 新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える	56	
2-4 リスク管理		2-4-1 食事と栄養の確保	21 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	56	
		2-4-2 転倒予防	22 転倒しにくいよう体の機能あるいは環境整備するための体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	56	

適切なケアマネジメント手法項目一覧【想定される支援内容早見表】

●脳血管疾患【Ⅱ期】

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	頁
1 継続的な再発予防	1-1 血圧や疾病の管理の支援	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	58
		1-1-2 血圧等の体調の確認	2 目標血圧が確認できる体制を整える 3 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える	58
		1-1-3 環境整備	4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	58
		1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	5 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	58
	1-2 服薬管理の支援	1-2-1 服薬支援	6 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	60
	1-3 生活習慣の維持	1-3-1 脱水症状	7 自ら水分を摂取できることが維持できる体制を整える	60
	2 セルフマネジメントへの移行	2-1 心身機能の見直しとさらなる回復・維持	2-1-1 機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	8 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
2-2 心理的回復の支援			2-2-1 受容の支援	9 受容促進のための働きかけの確認と継続的な支援体制を整える 10 抑うつ状態の防止、改善の確認と継続的な支援体制を整える 11 リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える
		2-2-2 行動変容の状況の確認と継続的な支援	12 新たな価値・機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返し、残存機能と回復機能の限界を見つめることの支援）体制を整える	62
			13 セルフマネジメントに向けたリハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える	62
2-3 活動と参加に関わる能力の維持・向上		2-3-1 機能訓練（残存機能の維持・活用にに向けて）	14 ADL/IADLの状態の定期的な把握及び共有の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	62
			15 状態に合ったADL/IADLの機能の向上の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	64
		2-3-2 コミュニケーション能力の改善	16 コミュニケーション能力の継続的な把握の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	64
			17 コミュニケーション能力の改善支援（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	64
		2-3-3 社会参加の機会の維持・拡大	18 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	64
			19 外出や交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	66
20 新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える		66		
2-4 リスク管理		2-4-1 食事と栄養の確保	21 必要な栄養量の把握、食事の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	66
		2-4-2 転倒予防	22 転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える	68

適切なケアマネジメント手法項目一覧【想定される支援内容早見表】

●認知症

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	頁			
0	ここまでの経緯の確認	0-1-1	認知症と診断されるに至った経緯の把握	1 支援の前提としての認知症と診断されるに至った経緯の把握	72		
		0-1-2	これまでの医療及び他の専門職の関わり方の把握	2 支援の前提としての医療及び他の専門職の関わり方の把握	72		
1	本人及び家族・支援者の認識の理解	1-1-1	本人や家族・支援者が抱く感情と想いの理解	3 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援	72		
			1-1-2	本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識	4 本人に対する受けとめや理解を深める支援 5 疾患に対する家族・支援者の受け止めや理解を深めることの支援	72 72	
		1-2-1	変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	6 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	72		
			本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握	7 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握	74		
	2-1	本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	2-1-1	意思決定支援の必要性の理解	8 意思決定支援の重要性への本人及び家族等の理解をうながす支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	74	
				2-1-2	本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	9 意思決定支援に向けて、本人及び家族等に適切な情報が提供される支援体制を整える 10 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	74 74
2-2	意思決定支援体制の整備	2-2-1	意思決定支援体制の整備	11 意思決定支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	76		
3	必要に応じた連携体制の構築	3-1-1	かかりつけ医や専門職等との連携	12 かかりつけ医との連携 (※必要に応じて専門医や認知症サポート医等とも連携)	76		
			3-1-2	その他の関係する人との連携	13 かかりつけ医以外の専門職等との連携 14 サービス事業者や地域の関係する人との連携体制を整える	76 76	
		4-1	日常生活における本人の意向の尊重	4-1-1	日常生活における意向の尊重	15 日常生活における意向の表明の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	78
					4-2-1	一週間の生活リズムを支えることの支援	16 本人の生活のリズムの把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
4-2-2	一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支えることの支援	4-2-1	一週間の生活リズムと変化を把握することの支援	17 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施		78	
			4-3-1	家庭や地域での役割を担い続けるためのADL/IADLの支援	4-3-1	家庭や地域での役割を担い続けるためのADL/IADLの支援	18 本人がこれまでに担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握 19 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
4-3-2	コミュニケーションを取るための支援	4-3-2				コミュニケーションを取るための支援	20 日常生活においてコミュニケーションを取るための支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
			4-3-3	清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援	4-3-3	清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援	21 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
4-4	体調管理や服薬管理の支援	4-4-1				体調の変化を把握し伝えることの支援	22 体調管理の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
			4-4-2	服薬支援	23 日常と異なる状態の把握とそれを表明することの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施		82
		24 薬の管理と服薬を一定の水準で継続できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施			82		

		4-5 基本的なセルフケアを継続することの支援	4-5-1	水分の摂取の支援	25	必要な水分量の把握と必要な水分量を摂取できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	82
			4-5-2	栄養の摂取の支援	26	必要な栄養及び日常的な摂取状況（摂取方法を含む）の把握と必要な栄養を摂取することを支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	84
			4-5-3	排泄を続けることの支援	27	できるだけ自立した排泄を続けられるようにすることの支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	84
5	これまでの生活の尊重と重度化の予防	5-1 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備	5-1-1	その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	28	活動と参加を通じた周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するための支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	84
					29	その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	86
			5-1-2	持っている機能を発揮しやすい環境の整備	30	状態に合った活動と参加を実現する環境整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	86
					31	新たな役割・機能を獲得することの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	86
		5-2 合併症や併発しやすい事故の予防	5-2-1	転倒の予防の支援	32	転倒の予防の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	86
					5-2-2	誤嚥の予防の支援	33
6	行動・心理症状の予防・重度化防止	6-1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握	6-1-1	行動・心理症状の具体的内容を把握する体制の構築	34	行動・心理症状の具体的内容を把握する体制を整える	88
					6-1-2	本人の不安やストレスの把握	35
		6-2 背景要因に対する取り組みの支援	6-2-1	背景要因に対する取り組みの支援	36	背景要因に対する対応策の実施の支援	88
					37	背景要因に対する家族等の理解を深めることの支援	90
					7	家族等への対応	7-1 家族支援に必要なサービスの調整支援
39	家族等の仕事と生活のリズムが保たれるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	90					
7-1-2	本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	40	本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	92			
7-2	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	7-2-1	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	41	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	92	

適切なケアマネジメント手法項目一覧【想定される支援内容早見表】

●大腿骨頸部骨折【Ⅰ期】

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	頁	
1 再骨折の予防	1-1 転倒予防	1-1-1 転倒予防	1 転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	96	
			2 自らの身体機能（反射、視聴覚等）の理解の支援と指導を受ける体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	96	
			3 転倒しにくくするための身体機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	96	
	1-2 骨粗しょう症の予防	1-2-1 服薬支援	4 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるように特に留意して実施	96	
			1-2-2 治療の継続の支援	5 継続的な受診の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	98
				6 運動・活動の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	98
2 骨折前の生活機能の回復	2-1 歩行の獲得	2-1-1 歩行機能訓練	7 歩行機能向上のための訓練ができる体制を整える	98	
		2-1-2 心理的不安の排除	8 心理的不安を小さくするリハビリテーションの継続と生活環境を整備する体制を整える	98	
	2-2 生活機能の回復	2-2-1 ADL/IADLの回復	9 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	98	
		2-2-2 食事と栄養の確保	10 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	100	
	2-3 社会参加の回復	2-3-1 社会参加の機会の回復	11 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	100	
			12 外出や交流の機会が確保できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	100	

●大腿骨頸部骨折【Ⅱ期】

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	頁
1 再骨折の予防	1-1 転倒予防	1-1-1 転倒しないための心身機能の維持	1 転倒した状況や要因の継続的な把握・評価を確認する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	102
			2 服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の管理ができるよう特に留意して実施	102
	1-2 骨粗しょう症の予防	1-2-2 治療の継続の支援	3 継続的な受診の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	102
			4 運動・活動の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	102
2 セルフマネジメントへの移行	2-1 介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行）	2-1-1 ADL/IADLの確認とセルフマネジメントへの移行	5 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	104
		2-1-2 食事と栄養のセルフマネジメントへの移行	6 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	104
		2-1-3 環境整備	7 自ら活動しやすい環境の整備（室内環境、用具等）ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	104
		2-1-4 社会参加の機会の維持・拡大	8 日常生活における生活機能の回復と支援の終結 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	104
			9 外出や交流の機会の拡大、地域交流への参加の体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	106

適切なケアマネジメント手法項目一覧【想定される支援内容早見表】

●心疾患【1期】

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	頁	
1 再入院の 予防	1-1 疾患の理解と 確実な服薬	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	110	
		1-1-2 服薬支援	2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	110	
		1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援	3 併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	112	
	1-2 自己管理能力 の向上とリス クの管理	1-2-1 体重の管理	4 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	112	
		1-2-2 塩分量・水分量のコン トロール	5 適切な塩分・水分摂取量が理解できる体制を整える	112	
			6 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	112	
			7 その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	114	
		1-2-3 血圧の管理	8 血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	114	
		1-2-4 活動制限が守られることの 支援	9 活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	114	
		1-2-5 急性増悪の予防	10 感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	116	
	1-2-6 非日常的な活動のリスクの 管理	11 長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える	116		
	1-3 療養を続ける ための環境・ 体制の整備	1-3-1 負荷のかかる環境の改善	12 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	116	
			13 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	116	
	2 生活機能 の維持・ 向上	2-1 心疾患の状況 に応じた生 活・暮らし方 の支援	2-1-1 活動と参加に関わる能力の 維持・改善	14 本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える	118
			2-1-2 リハビリテーションの実施	15 医療的なリハビリテーションを受けることができる体制を整える	120
16 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施				120	
2-1-3 入浴習慣の支援			17 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	120	
2-1-4 休養・睡眠の支援			18 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	120	
2-1-5 禁煙の実現の支援			19 禁煙を実現できる体制を整える	122	
2-1-6 本人・家族等への生活習慣 を変えることの支援		20 本人・家族等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	122		
2-2 心理的な支援		2-2-1 本人・家族等の不安の軽減	21 精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える	122	

適切なケアマネジメント手法項目一覧【想定される支援内容早見表】

●心疾患【Ⅱ期】

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	頁	
1 再入院の予防	1-1 疾患の理解と確実な服薬	1-1-1 基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	124	
		1-1-2 服薬支援	2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	124	
		1-1-3 併存疾患の把握と療養の支援	3 併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	126	
	1-2 自己管理能力の向上とリスク管理	1-2-1 体重の管理	4 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	126	
		1-2-2 塩分量・水分量のコントロール	5 適切な塩分・水分摂取量の理解をうながす体制を整える	126	
			6 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	126	
			7 その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	128	
		1-2-3 血圧の管理	8 血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	128	
		1-2-4 活動制限が守られることの支援	9 活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	128	
	1-2-5 急性増悪の予防	10 感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	130		
	1-3 療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1 負荷の掛かる環境の改善	11 長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える	130	
			12 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	130	
	2 生活機能の維持	2-1 ステージに応じた生活・暮らし方の支援	2-1-1 活動と参加に関わる能力の維持・改善	14 本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える	132
			2-1-2 継続的なリハビリテーションの実施	15 必要なリハビリテーションとセルフケアを継続できる体制を整える	132
			2-1-3 入浴習慣の支援	16 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	134
2-1-4 休養・睡眠の支援			17 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	134	
2-1-5 禁煙の実現の支援			18 禁煙を実現できる体制を整える	134	
2-1-6 本人・家族等への生活習慣を変えることの支援			19 本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する	134	
2-2 心理的な支援		2-2-1 本人・家族等の不安の軽減	20 精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える	136	
3 EOL準備	3-1 EOL（エンドオブライフ）に向けた準備	3-1-1 末期心不全のEOLケアの対応・準備の支援	21 末期心不全のEOLケアをどのようにするのかの心構えをする支援を行う	136	

適切なケアマネジメント手法項目一覧【想定される支援内容 早見表】

●誤嚥性肺炎の予防

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	頁
0 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	0-1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	0-1-1 必要性の理解	1 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解	140
1 リスクの(再)評価	1-1 リスクの評価	1-1-1 誤嚥リスクの評価に資する情報の収集	2 日常の健康状態や生活状況の継続的な把握と共有	140
			3 かみ合わせや咀嚼及び義歯の状況等の継続的な把握と共有	140
			4 誤嚥リスクが疑われる出来事の把握	140
		1-1-2 誤嚥による肺炎のリスクの把握	5 咳や呼吸、口腔衛生の状況の把握と共有	140
2 日常的な発症及び再発の予防	2-1 摂食嚥下機能の支援	2-1-1 摂食嚥下機能の改善・維持	6 摂食嚥下機能、発声・発話の維持・改善のための支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	142
			7 口腔乾燥への支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	142
	2-2 リスクを小さくする支援	2-2-1 嚥下トラブルなく食事をとることの支援	8 食内容の見直しの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	142
			9 食事のとり方や環境の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	142
		2-2-2 フレイル予防のために必要な栄養の確保	10 食事内容と栄養摂取状況の把握と改善 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	144
		2-2-3 口腔ケアの実施	11 口腔ケアの実施 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	144
		3-1-1 リスクの再評価	12 一定期間ごとのリスクの再評価	144
4 変化を把握したときの対応体制の構築	4-1 変化を把握したときの対応体制の構築	4-1-1 変化を把握したときの対応体制の構築	13 短期的な変化を把握したときの連絡・対応体制の事前検討	144
			14 留意すべき兆候を把握し共有する支援体制の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	146
	4-2 入院後の生活復帰の見通しの共有	4-2-1 入院後の生活復帰の見通しの共有	15 入退院時における回復後の生活復帰の見通しの共有 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	146