

# 項目一覧【概要版】脳血管疾患（I期）：退院後3ヵ月までの間

- ・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようになる時期。期間は概ね3ヵ月（短期目標の設定時期）
- ・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。

基本方針		実行が想定される主な支援と支援を行う者			関連するアセスメント項目				
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	支援を行う者 (例示)	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項目 (※アセスメント内容の詳細や留意点等は本編を参照)	主なモニタリング項目 (※内容の詳細や留意点等は本編を参照)	相談すべき専門職	
再発予防	1 血圧や疾病の管理の支援	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	医師、看護師、介護支援専門員	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	・説明されているか？説明されていないとしたらなぜか？ ・本人・家族の理解が不十分だったり、理解が変化していないか？なぜか？ ・疾患の管理が正しく出来なくなっていないか？管理方法に変更がないか？	医師、看護師、介護支援専門員	
			2 定期的な受診がなされるよう支援体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気になる不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。	・受診状況と受診を妨げる要因	・治療・検査が継続的に提供されているか？ ・医療機関への通院が続けられない状況がないか？ ・通院に関する阻害要因は変化していないか？ ・本人・家族、起因疾患に対する理解が不十分でないか？ ・本人・家族は、理解に基づいた疾患の管理が行えなくなっていないか？ ・病気になる不安に変化はないか？	医師、看護師、介護支援専門員	
			3 普段と異なる状態を把握できるよう支援体制を整える	看護師、介護職、介護支援専門員	・本人・家族、介護者等が普段の状況と異常の状況の両方を理解することで、異常の発見、病状悪化の早期発見を目指す。	・普段の状況の把握と共有の有無 ・「異常」な状態の特徴の理解と発見、情報の共有の有無	・普段の状況の把握と共有の有無 ・「異常」な状態の特徴の理解と発見と、情報の共有の有無	看護師、介護職、介護支援専門員	
		血圧等の体調の確認	4 目標血圧が確認できる体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを確認できる体制を整備。I期では病棟の状況を知ることも重要。	・目標血圧と通常の血圧の状態	・目標血圧と通常の血圧の状態	・目標血圧と通常の血圧の状態	医師、看護師、介護支援専門員
			5 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える	医師、看護師、介護職、介護支援専門員	・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。 ・不整脈の発生状況の確認	・家庭で血圧を計れる環境（機材の有無など）の有無 ・家庭血圧の計測状況の確認 ・適切に計測ができていない場合の、課題	・家庭血圧の計測状況の確認 ・適切に計測ができていない場合の、課題	医師、看護師、介護職、介護支援専門員	
			6 室内気温が調整できる体制を整える	看護師、介護職、介護支援専門員	・気温変化が大きくと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。	・居住環境及び介護力に関すること全般 ・本人や家族の冷暖房や加湿器の有無と使用習慣（就寝時利用等）	・季節の変化に伴う居室空間の室温、日照時間、日当たり、湿度、風、調整の方法（保有している冷暖房器具等を含む）等の変化はどうか？	看護師、介護職、介護支援専門員	
		環境整備	7 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	介護職、介護支援専門員	・気温差の縮小を支援する。冷暖房だけでなく、衣服の調整や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討。	・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線） ・本人の温度感覚の麻痺の程度、 ・室内と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度とその変化	・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線） ・本人の温度感覚の麻痺の程度 ・室内と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度とその変化が把握されているか	介護職、介護支援専門員	
			8 普段生活している居室の気温差の改善を図る	介護職、介護支援専門員	・居室内での一日の気温差は乾燥、脱水、冷えにつながり、再発リスクに加え体調悪化の要因にもなるため、これを把握し改善を図る。	・居室の状況（部屋の配置、動線、部屋の温湿度、温湿度の変化） ・居室内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線）	・居室の状況（部屋の配置、動線、部屋の温湿度、温湿度の変化） ・居室内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線）	介護職、介護支援専門員	
			9 ※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	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。（※各疾患の個別的理解は本シートの対象外）	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	
	2 服薬管理の支援	服薬支援	11 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	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人や家族が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。	・処方内容、服薬状況 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	・処方内容、服薬状況 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	
			12 薬を管理できる支援体制を整える	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・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。	・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	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法	医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	
			13 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	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	・服薬を適切に継続できるように、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。	・処方されたおりに服薬できているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか ・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方の状況（誰が声かけしているか、介護者の生活リズム等） ・服薬の状況、飲み残しの有無	・処方されたおりに服薬できているかの確認体制ができていないか ・本人や家族が服薬の意味を理解できているか ・継続的に服薬できているか ・薬管理の留意点を理解できているか	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員	
	3 生活習慣の改善	規則正しい生活リズムの構築	14 食事・起床就寝等の生活リズムを整えることへの支援体制を整える	看護師、介護職、介護支援専門員	・生活リズムが乱れていると、再発リスクが上昇。また、服薬時間のずれは、適切な服薬に影響。※急に生活リズムを変えることは難しいので、過去からのリズムを把握。	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人及び家族のこれまでの生活歴	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人及び家族のこれまでの生活歴	看護師、介護職、介護支援専門員	
			15 日中の運動・活動の機会が確保できる支援体制を整える	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・日中の運動・活動量が少なく、生活リズムが崩れたり、体重が増えたり血圧が高まる可能性。動脈硬化が進んで、再発リスクが上昇。	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等） ・運動・活動の機会の有無（リハビリだけでなく、生活動作を含む）	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等） ・運動・活動の機会の有無（リハビリだけでなく、生活動作を含む）	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
			16 休養・睡眠が確保できる体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えたり血圧が高まる可能性。動脈硬化が進んで、再発リスクが高まる可能性。	・休養・睡眠の状態	・休養・睡眠の状態	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
		脱水予防	17 必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える	医師、看護師、看護師、歯科医師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクを上げ。必要な水分量と日常の摂取量を把握して、水分を補給することが重要。	・日常の水分摂取量を本人、家族がどのような方法で把握するか ・必要とする水分量（摂取と排泄・発汗のバランス） ・日常摂取している水分量と不足する水分量 ・水分補給の機会	・日常の水分摂取量が把握されているか ・必要とする水分量（摂取と排泄・発汗のバランス） ・日常摂取している水分量と不足する水分量 ・水分補給の機会	医師、看護師、看護師、歯科医師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	
			18 適切な水分を摂取することの理解を促す支援体制を整える	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。本人・家族に対して水分摂取の重要性を伝え、理解を得ることが重要。	・水分摂取に関する本人及び家族の理解 ・水分補給に関する家族の支援	・水分摂取に関する本人及び家族の理解 ・水分補給に関する家族の支援	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	
			19 自ら水分を摂取できるようにする支援体制を整える	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。本人が自ら水分を摂取できるように支援体制を整えることが重要。	・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、嚥下能力等）と状態に合わせた支援の有無	・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、嚥下能力等）と状態に合わせた支援の有無	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	
生活機能の維持・向上	1 心身機能の回復・維持	機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	20 日常生活環境における身体機能の状態の継続的な把握ができる体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期は、身体機能の回復が見込める一方で、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期。身体機能の改善や維持を図るためには、状態を継続的に把握して、適切な機能訓練が必要。	・ADL/IADLの状態と、改善や維持に関する見込み ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	・ADL/IADLの状態と、改善や維持に関する見込み ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
			21 身体機能の回復に向けた機能訓練の実施（下肢筋力・麻痺、状態、構音障害・嚥下等）が筋力・麻痺、状態、構音障害・嚥下等に対する体制を整える	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期は、適切な機能訓練があれば、身体機能の回復が見込める時期。身体機能の状態を継続的に把握して、適切に機能訓練を行うこと、また、本人のリハビリに対する意欲を維持・向上させることが重要。	・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・本人や家族のリハビリに対する意欲	・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・本人や家族のリハビリに対する意欲	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
		2 心理的回復の支援	受容の支援	22 受容促進のための働きかけを行う体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・過度の期待、拒否、否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活への取り組み（受容）を促進。※医師による予後の見通しと合わせた整理が重要。	・本人や家族の受容の状態、客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族との交流、事例の共有等）	・本人や家族の受容の状態、客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族との交流、事例の共有等）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	23 抑うつ状態の防止、改善が図れる支援体制を整える			医師、看護師、介護職、介護支援専門員	・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいので、その状態を把握することが重要。	・本人のうつ状態の発症の有無 ・本人の状態を確認できる家族や事業者による支援体制の有無	・本人のうつ状態の発症の有無 ・本人の状態を確認できる家族や事業者による支援体制の有無	医師、看護師、介護職、介護支援専門員	
	3 活動と参加に関わる能力の維持・改善	機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	24 リハビリテーションの継続がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・適切なリハビリは身体機能の改善や維持に有効。リハビリを妨げる要素として、本人・家族の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリを中断する等。*リハビリの進捗を、本人や家族に伝える事も重要。	・リハビリの実施状況の確認 ・本人・家族のリハビリに対する意欲や、リハビリの必要性の理解の確認	・リハビリの実施状況の確認 ・本人・家族のリハビリに対する意欲や、リハビリの必要性の理解の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
			25 ADL/IADLの状況の定期的な把握と共有がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・ADL/IADLの状態を把握して、自分ではできない事を増やすことは機能訓練につながるが、把握せずに日常生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。多職種でのADL/IADLの共有が必要。	・ADL/IADLの状態の確認 ・生活の補完的ケアの実施状況、必要性の確認 ・リハビリの必要性に対する家族の理解と、支援の確認	・ADL/IADLの状態の確認 ・生活の補完的ケアの実施状況、必要性の確認 ・リハビリの必要性に対する家族の理解と、支援の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
			26 状態に合ったADL/IADLの機能向上がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期は、環境が病院から自宅へ変化して、本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLの発揮をうながす機会が低下を招く。	・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会の確認 ・本人のADL/IADLの専門職間での共有	・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会の確認 ・本人のADL/IADLの専門職間での共有	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
		コミュニケーション能力の改善	27 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	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが上昇。脳血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
			28 コミュニケーション能力の改善を図る支援体制を整える（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低減。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害とコミュニケーション能力回復のために必要な支援	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害とコミュニケーション能力回復のために必要な支援	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
	社会参加の機会の確保	29 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復がなされる支援体制を整える	30 交流の機会の確保がなされる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・役割を確認することで尊厳を取り戻す。（I期ではII期での社会参加の回復に向けて、どのような役割の回復が見込めようかを把握することが重要。）	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	
31 新たな価値・機能の獲得がなされる支援体制を整える			医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・I期では生活の範囲が狭くなるため、生活が縮小しやすくなる。この時期に交流を担うことが、II期以降の移行を円滑にするために重要。	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中で交流の機会の有無、活用可能性	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中で交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員		
32 新たな価値・機能の獲得がなされる支援体制を整える			医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。I期は、新しい価値・機能の獲得を見据えた目標や可能性の設定を重視。	・本人・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・本人・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員		
4 リスク管理	食事と栄養の確保	33 必要栄養量の把握と食事の支援がなされる支援体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認	医師、看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員	・必要栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。	・必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢・活動量）の把握 ・本人・家族の理解の状況 ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	・必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢・活動量）の把握 ・本人・家族の理解の状況 ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	医師、看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員		
		転倒予防	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員	・生活環境と本人の状況が大きく変化する時期のため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備。	・日常生活におけるADL/IADL、麻痺等の状況 ・本人や家族の転倒に対する認識、自宅での導線、日常の生活習慣	・日常生活におけるADL/IADL、麻痺等の状況 ・本人や家族の転倒に対する認識、自宅での導線、日常の生活習慣	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員		

# 項目一覧【概要版】脳血管疾患（Ⅱ期）：退院後4か月目以降

- ・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期。
- ・時期はあくまで目安である。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。

基本方針		実行が想定される主な支援と支援を行う者			関連するアセスメント項目等			
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族等に依頼すべき支援内容	支援を行う者 (例示)	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項目 (※アセスメント内容の詳細や留意点等は本編を参照)	主なモニタリング項目 (※内容の詳細や留意点等は本編を参照)	相談すべき専門職
継続的な再発予防	1 血圧や疾病の自己管理の支援	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	医師、看護師、介護支援専門員	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	・説明されていないことはないか？説明されていないとしたらなぜか？ (例) 主治医が変更になった、治療方針が変更になった	医師、看護師、介護支援専門員
			2 定期的な受診の支援体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病状に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活の改善を目指す。	・受診状況と受診を妨げる要因	・治療・検査が継続的に提供されているか？ ・医療機関への通院が続けられない状況になっていないか？	医師、看護師、介護支援専門員
			3 普段と異なる状態を把握できる体制を整える	看護師、介護支援専門員	・本人・家族、介護者等が普段の状況と異なる状況の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。	・普段の状況の把握と共有の有無 ・「異常」な状態の特徴の理解と発見と、情報の共有の有無	・普段の状況の把握と共有の有無 ・「異常」な状態の特徴の理解と発見と、情報の共有の有無	看護師、介護支援専門員
			4 目標血圧が確認できる体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを確認できる体制を整える。	・目標血圧と通常の血圧の状態	・目標血圧と通常の血圧の状態	医師、看護師、介護支援専門員
			5 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。 ・不整脈の発生状況の確認	・家庭血圧の計測状況の確認 ・適切に計測ができていない場合の、課題	・家庭血圧の計測状況の確認 ・適切に計測ができていない場合の、課題	医師、看護師、介護支援専門員
			6 室内気温の調整できる体制を整える	看護師、介護支援専門員	・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を継続的に確認。	・居住環境及び介護力に関する全般 ・本人や家族の冷暖房や加湿器の有無と使用習慣（就寝中の利用等）	・季節の変化に伴う居室空間の室温、日照時間、日当たり、湿度、風、調整の方法（保有している冷暖房器具等を含む）等の変化はどうか？	看護師、介護支援専門員
			7 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	介護支援専門員	・気温差を縮小し、その状態が継続されるよう支援。特に、衣服の調整や日常生活行為による工夫は、本人の状況の変化に留意。	・自宅内での本人の生活習慣（よくなる場所、動線） ・本人の状況（ADL/IADL、温度感覚の麻痺の程度等） ・居室と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度の差とその変化	・自宅内での本人の生活習慣（よくなる場所、動線） ・本人の状況（ADL/IADL、温度感覚の麻痺の程度等） ・居室と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度、湿度の差とその変化が把握されているか	介護支援専門員
			8 普段生活している居室の気温差の改善を図る	介護支援専門員	・居室内での一日の気温差を改善し、その状態が継続される要支援。	・居室の状況（部屋の配置、動線、部屋の温湿度、温湿度の変化） ・居室内での本人の生活習慣（よくなる場所、導線）	・居室の状況（部屋の配置、動線、部屋の温湿度、温湿度の変化） ・居室内での本人の生活習慣（よくなる場所、導線）	介護支援専門員
	9 ※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	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外）	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	・起因となっている生活習慣病に対する、本人・家族の知識と理解、実践の状況	医師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員		
	2 服薬の自己管理	服薬支援	11 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	医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員	・自宅での療養を円滑に進めるため、本人や家族が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。	・処方内容、服薬状況 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	・本人や家族が服薬の意味を理解できているか？ ・継続的に服薬できているか？ ・薬管理の留意点を理解できているか？	医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員
12 薬の自己管理の支援体制を整える			医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員	・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。	・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	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法	医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員	
13 服薬のうながし（声かけ）と服薬したことの継続的な確認ができる体制を整える			医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員	・服薬を適切に継続できるように、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。	・処方された通りに服薬できているか、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状況（誰が声かけているか、介護者の生活リズム等） ・服薬の状況、飲み残しの有無	・処方された通りに服薬できているかの確認体制ができていないか ・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状況（誰が声かけているか、介護者の生活リズム等） ・服薬の状況、飲み残しの有無	医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員	
3 生活習慣の維持	規則正しい生活リズムの構築	14 食事・起居等の生活リズムを整えることの支援体制を整える	看護師、介護支援専門員	・生活リズムが乱れていると、再発リスクが高まる。また、服薬時間がずれることで、適切な服薬が妨げられる。※急に生活リズムを変えることは難しいので、過去からのリズムを把握することも必要。	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人及び家族のこれまでの生活歴	・本人及び家族の生活リズム（食事・起床就寝等） ・本人及び家族のこれまでの生活歴	看護師、介護支援専門員	
		15 日中の運動・活動の機会が確保できる体制を整える	看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・日中の運動・活動量が少なく、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高まる可能性がある。動脈硬化が進んで、再発リスクが高まる可能性がある。	・本人及び家族の生活リズム、本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等）、運動・活動の機会の有無（リハビリだけでなく、生活動作を含む）	・本人及び家族の生活リズム、本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等）、運動・活動の機会の有無（リハビリだけでなく、生活動作を含む）	看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
		16 休養・睡眠が確認できる支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高まる可能性がある。動脈硬化が進んで、再発リスクが高まる可能性がある。	・休養・睡眠の状態	・休養・睡眠の状態	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
セルフマネジメントへの移行	1 心身機能の見直しとさらなる回復・改善に向けた	18 日常生活環境における身体機能の状態の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・身体機能の改善や維持を図るためには、身体機能の状態を継続的に把握することが必要である。	・ADL/IADLの状態と、改善や維持に関する見込み ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	・ADL/IADLの状態と、改善や維持に関する見込み ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
			19 身体機能の回復に向けた機能訓練の実施（下肢筋力・麻痺、状態、構音障害・嚥下等）の確認と継続的な支援体制を整える	医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護支援専門員	・身体機能の改善や維持を図るためには、身体機能の状態を継続的に把握することが必要。病院と異なりリハビリをうながす環境が不足しやすい、自宅において、本人のリハビリに対する意欲を維持・向上させることが重要。	・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・本人や家族のリハビリに対する意欲	・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 ・本人や家族のリハビリに対する意欲	医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護支援専門員
		2 心理的回復の支援	20 受容促進のための働きかけの確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・過度の期待、拒否、否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活に取り組む（受容）ことをうながす。※医師による予後の見直しと合わせた整理が重要。	・本人や家族の受容の状態 ・客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定状況（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族との交流、過去の事例の共有など）	・本人や家族の受容の状態 ・客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定状況（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族との交流、過去の事例の共有など）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員
				21 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	医師、看護師、介護支援専門員	・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状態を把握することが重要。	・本人のうつ状態の発症の有無 ・本人の状態を確認できる家族や事業者による支援体制の有無	・本人のうつ状態の発症の有無 ・本人の状態を確認できる家族や事業者による支援体制の有無
	3 活動と参加に関わる能力の維持・向上	機能訓練（残存機能の維持・活用に向けた）	22 リハビリテーションの継続の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・適切なリハビリは身体機能の改善や維持に有効である。リハビリを妨げる要素として、本人・家族の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリを中断する等がある。*リハビリの進捗を、本人や家族に伝える事も重要。	・リハビリの実施状況の確認 ・本人・家族のリハビリに対する意欲や、リハビリの必要性の理解の確認	・リハビリの実施状況の確認 ・本人・家族のリハビリに対する意欲や、リハビリの必要性の理解の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員
			23 新たな価値・機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返し、残存機能と回復機能の限界を見つめること）の支援体制を整える	医師、看護師、介護支援専門員	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。	・本人・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・本人・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	医師、看護師、介護支援専門員
			24 セルフマネジメントに向けたリハビリテーションの支援体制を整える	医師、薬剤師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・自らの健康状態や生活を管理する力を高めることに対して、本人が意欲を持ち、具体的な助言を周囲から得られるような環境を確立。			医師、薬剤師、PT/OT/ST、介護支援専門員
			25 ADL/IADLの状況の定期的な把握と共有の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・ADL/IADLの状態を把握して、自分でできる事を増やすことは機能訓練につながるが、状態を把握せずに生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。多職種が異なる場面で関わるので、ADL/IADLの共有が必要。	・ADL/IADLの状態の確認 ・生活の補完的ケアの実施状況、必要性の確認 ・リハビリの必要性に対する家族の理解と、支援の確認	・ADL/IADLの状態の確認 ・生活の補完的ケアの実施状況、必要性の確認 ・リハビリの必要性に対する家族の理解と、支援の確認	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員
	4 リスク管理	食事と栄養の確保	26 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	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・退院後、リハビリ等で再獲得された身体機能など、本人のADL、IADLの機能を継続的に把握することで、本人の状態に応じた支援体制を整える。	・ADL/IADLの確認、本人のADL/IADLの専門職間での共有、必要な支援を受けられる体制の確保	・ADL/IADLの確認、本人のADL/IADLの専門職間での共有、必要な支援を受けられる体制の確保	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員
			27 コミュニケーション能力の状況の継続的な把握の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが大きくなる。脳血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員
28 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			医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低くする。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援	・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後） ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
29 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			医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・役割を確認することで尊敬を取り戻すことが可能。 ・社会参加の回復を目指した回復を支援。	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・疾患発症前の本人の役割 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
30 交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える			医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・本人の社会生活を確保し、リハビリに対する意欲の回復や新たな生活への移行につなげていくため、状態に応じた外出や交流の機会の確保を支援。	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	・病前及び現在の外出や交流の相手、頻度、手段 ・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
31 新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える			医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。	・本人・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	・本人・家族の受容の程度 ・本人の趣味・趣向や、社会生活上の役割 ・本人の残存能力とリハビリによる回復の予測	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
5 転倒予防	状態に合った環境整備	32 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	医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	・必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリの継続、体力・体調の回復を志向。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。	・必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢、活動量）の把握、本人・家族の理解の状況が把握できているか ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	・必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢、活動量）の把握、本人・家族の理解の状況が把握できているか ・日常の食生活（摂取量、内容）の把握	医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、介護支援専門員	
		33 日常生活における活動の把握と環境の再整備の確認と継続的な支援体制を整える	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・日常生活における活動を把握して、転倒リスクなどを軽減するために環境を再整備する。継続的な把握と支援体制を構築に留意。	・日常生活における活動の内容、程度 ・室内環境（転倒リスクの把握と軽減のための環境整備）	・日常生活における活動の内容、程度 ・室内環境（転倒リスクの把握と軽減のための環境整備）	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	
		34 転倒しにくい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	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	・リハビリにより活動・参加が増えることで転倒リスクへの対応が必要になるため、本人の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備。	・日常生活におけるADL/IADL、麻痺等の状況 ・本人や家族の転倒に対する認識、自宅での導線、日常の生活習慣	・日常生活におけるADL/IADL、麻痺等の状況 ・本人や家族の転倒に対する認識、自宅での導線、日常の生活習慣	医師、看護師、PT/OT/ST、介護支援専門員	