適切なケアマネジメント手法
基本ケア　項目一覧

株式会社日本総合研究所

令和5年6月版

【概要版（項目一覧）】基本ケア

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
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.併存疾患の把握の支援
			3.口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保
			4.転倒・骨折のリスクや経緯の確認
		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
			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
			7.食事及び栄養の状態の確認
			8.水分摂取状況の把握の支援
			9.コミュニケーション状況の把握の支援
			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
		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
			12.転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測
		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
			14.緊急時の対応
	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
		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
			17.意思決定支援の必要性の理解
		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
		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.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
			21.水分の摂取の支援
			22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		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
			24.継続的な服薬管理の支援
		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
		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
			27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
		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
	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
			30.休養・睡眠の支援
		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
			32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
		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
			34.排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援
	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
		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
		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
		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
			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-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
		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			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/モニタリング項目 ※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支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。 ※ 関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。	• 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）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）	○	○	
	• 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方	○	○	
	• 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）	○	○	
	• かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	○	–	
	• 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）	○	○	
	• 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）	○	○	
	• 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	○	○	
	• 生活習慣病への対応の状況	○	○	
	• 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）	○	○	
	• 服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）	○	○	
	• 介護者の関わりの状況（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）	○	○	
	• 日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など）	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援			2.併存疾患の把握の支援
	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/モニタリング項目 ※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のためには、起因となっている生活習慣病や他の併発疾患の理解が必要である。 • かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整える。	• 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	○	○	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、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	○	○	
	• 腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況	○	–	
	• 心疾患の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	○	○	
	• かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	○	–	
	• 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	○	○	
	• 生活習慣病への対応の状況	○	○	

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

3.口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

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/モニタリング項目 ※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
• 口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。 • 口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少につながったり、虫歯や誤嚥につながる。 • 正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。 • 異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。	• （入院していた場合）入院中の食事の種類、内容	○	－	医師、 歯科医師、 看護師、 歯科衛生士、 介護職
	• 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度	○	○	
	• 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔状態の程度、口臭、食べかすの状況など）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 唾液の状態、貯留の状況の有無（唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある）	○	○	
	• 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど	○	○	
	• 息切れの有無	○	○	
	• 口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無	○	○	
	• 日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など	○	○	
	• 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）	○	○	
	• かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	○	○	
	• かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	○	○	
	• 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候	○	－	
	• 連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制	○	○	
	• 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）	○	○	
	• 現在利用している専門的なサービス（訪問歯科、訪問歯科衛生士等）	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援			4.転倒・骨折のリスクや経緯の確認
	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/モニタリング項目 ※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
• 転倒やそれに伴う骨折の予防のためには、自らの身体機能（反射、平衡感覚、視覚等）の状態を理解し、それにあった生活動作を身につけるよう支援する必要がある。 • 自らの身体機能の状態を理解するための支援、そのための体制を整える。具体的には、本人の身体状況を定期的に測定する機会をつくったり、身体機能が低下している場合はそれを前提とした日常的な動作を行えるような機能訓練等の体制を整える。	• 過去の転倒歴（転倒が起きた状況など）	○	–	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
	• 転倒に対する本人・家族等の理解度	○	○	
	• ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）	○	○	
	• 自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）	○	○	
	• 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）	○	○	
	• 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）	○	○	
	• 本人の身体能力、生活動作の確認	○	○	
	• 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無	○	○	
	• 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援			5.望む生活・暮らしの意向の把握
	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	

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/モニタリング項目 ※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
• 本人の尊厳を尊重した本人が望む暮らしの実現には、暮らしやすくするための環境の改善を、本人の活動能力を踏まえて支援することが重要である。 • 暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等を本人から把握したり、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これからについて本人が家族等に表明している意思を把握したりする。また、サービス事業者とも連携し、サービス利用中の利用者の様子も把握する。	• 本人・家族等が望む生活・暮らし（１日／１週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント）	○	○	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など）	○	○	
	• 望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ	○	○	
	• 認知機能の程度、日常生活における障害の有無	○	○	
	• ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）	○	○	
	• 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方	○	○	
	• 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）	○	○	
	• 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）	○	○	
	• 日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など）	○	○	
	• 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	○	○	
	• （同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況	○	–	

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

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

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/モニタリング項目 ※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
• 本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地良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。 • 特に認知症のある高齢者の場合は、睡眠・覚醒リズムが乱れやすく、また自分で生活リズムを整える事は難しいため、生活リズムを規則正しくする支援が受けられる環境の整備が必要となる。 • 本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等を把握する。そのうえで、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、その状況を把握して改めて本人にとって心地良い生活リズムを取り戻せるよう支援する体制を整える。	• 本人にとって心地良いであろう生活リズム	○	○	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方	○	○	
	• 本人の週次や月次の生活リズム	○	○	
	• 本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）	○	○	
	• 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）	○	○	
	• 休養・睡眠の状況（タイミング、リズム時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）	○	○	
	• 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候	○	○	
	• 連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制	○	○	
	• 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 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	○	○	
	• 本人や家族等の交友関係	○	○	

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/モニタリング項目 ※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健康や心の状態を図るうえで重要である。高齢者の身体の異常や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにする。 • 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。	• 嚥下障害に関係しうる病歴の有無（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しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援			8.水分摂取状況の把握の支援
	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	

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/モニタリング項目 ※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）	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援			9.コミュニケーション状況の把握の支援
	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	

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/モニタリング項目 ※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
• 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。 • 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。	• 疾患発症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	○	－	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 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	○	○	
	• コミュニケーションに関する本人のストレスの状況	○	○	
	• コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況	○	○	
	• 本人と家族等のコミュニケーションの状況	○	○	
	• 本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況	○	○	

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

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

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/モニタリング項目 ※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
• 本人の状況によらず、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IADLや社会参加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まず、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必要がある。 • 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する。	• 本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 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	○	○	
	• 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	○	○	
	• 金銭管理の状況	○	○	
	• 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況	○	–	
	• 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割	○	○	
	• 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況	○	–	
	• 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	○	○	
	• 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	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）	○	○	

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-1-3.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

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/モニタリング項目 ※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
• 口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。 • また、正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。 • 口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか等の状況を把握し、異常を発見した場合には歯科医等に連携する支援体制を整える。 • また、適切な口腔ケアを継続できるよう、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保したり、本人による口腔ケアが難しい場合には必要に応じて介助が得られる環境を整える。	• 口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 薬剤師、 PT/OT/ST、 社会福祉士・MSW、 歯科衛生士、 介護職
	• 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）	○	○	
	• 咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損のの有無など）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など	○	○	
	• 就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認）	○	○	
	• 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（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など）	○	○	
	• 食事の用意の方法、食事を用意する人	○	○	

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-1-3.目指す生活を踏まえたリスクの予測

12.転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測

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/モニタリング項目 ※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
• 継続的な在宅生活を継続するためには、適度な日常生活の活動が必要である。骨折などにより活動量が低下することは、身体機能の低下につながる恐れがあるため、その要因となりうる転倒を未然に防ぐことが必要である。 • 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。 • そのうえで、転倒しやすい状況や負荷の大きい活動の環境を改善したり、日常的な動作において気をつけるべき点を本人及び家族等と確認し必要なリハビリーテーションを継続する支援体制を整えたりする。 • なお、環境や動作の改善に際しては、支援の必要性及び本人・家族等の意向も確認する。	• 転倒に対する本人・家族等の理解度	○	○	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 環境改善に関する本人・家族等の意向	○	○	
	• ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）	○	○	
	• 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）	○	○	
	• 筋力の低下の状態	○	○	
	• 空間認識の状況	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方	○	○	
	• 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）	○	○	
	• 自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）	○	○	
	• 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）	○	○	
	• 自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）	○	○	
	• 自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（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）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援			13.感染症の早期発見と治療
	Ⅰ-1.現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え		
		Ⅰ-1-4.緊急時の対応のための備え	

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/モニタリング項目 ※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、生体防御機能の低下が起こる。炎症反応が弱く、発熱や痛みの訴えが弱い場合があることに留意する。 • 感染症の初期症状が表れた場合に医療機関を受診できるように、家族等やかかりつけ医及び関連する専門職と情報を共有したり、必要なときに連携できる体制を整える。	• 軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）	○	–	医師、看護師、介護職
	• 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度	○	○	
	• 感染症へのかかりやすさ	○	–	
	• 家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など	○	–	
	• 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）	○	○	
	• 感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）	○	○	
	• 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	○	○	
	• 感染症にかかった際の状況把握と対応体制	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援			14.緊急時の対応
	Ⅰ-1.現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え		
		Ⅰ-1-4.緊急時の対応のための備え	

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/モニタリング項目 ※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
• 本人の体調が急変して入院が必要になる等の状況では、特に独居の場合など、本人の意思が確認が難しくなる場合もある。急ぎの対応でも必要な人に必要な連絡が届くよう、連絡体制を整備する必要がある。 • 緊急時に連絡すべき家族等、かかりつけ医などの連絡体制を本人や家族等とも確認し、事前に連絡先と連絡方法を取り交わしておく。	• 体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 体調の変化を伝える相手とその関係性	○	○	
	• 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど	○	○	
	• 本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）	○	○	
	• 医師による判断の状況（入院すべきか否か）	○	○	
	• 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候	○	○	
	• 日常と異なる状況の有無、その内容と程度	○	○	
	• 長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど）	○	○	
	• 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）	○	○	
	• いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい	○	○	
	• 連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援
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

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/モニタリング項目 ※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
• 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。 • 本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積・共有し、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、本人の意思の形成や表明を支援できるようにするための体制を整える。	• 生活歴、成育歴	○	–	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 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	○	○	
	• 今の生活に対する本人の想い	○	○	
	• これからの生活に対する本人の想い	○	○	
	• 本人が得意にしていること	○	○	
	• 本人の趣味・嗜好	○	○	
	• 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と実行状況	○	○	
	• 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割	○	○	
	• 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況	○	○	
	• 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	○	○	
	• 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援			16.日常生活における意向の尊重
	Ⅰ-2.意思決定過程の支援		
		Ⅰ-2-2.意思の表明の支援と尊重	

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/モニタリング項目 ※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
• 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。	• 日常生活における意向の表明の状況	○	○	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 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	○	○	
	• 日常生活における決定を実質的に誰がしているか	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援			17.意思決定支援の必要性の理解
	Ⅰ-2.意思決定過程の支援		
		Ⅰ-2-2.意思の表明の支援と尊重	

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/モニタリング項目 ※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
• 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。 • 意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援する。 • なお、ここでの意思決定は、日常の生活を継続するうえでの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。また、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。	• 意思決定支援に対する家族等の理解度	○	○	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 意思決定に関する本人の想い、不安の状況の状況	○	○	
	• 本人が有する意思決定能力の状況	○	○	
	• 金銭管理の状況	○	○	
	• キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性	○	○	
	• 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援			18.意思決定支援体制の整備
	Ⅰ-2.意思決定過程の支援		
		Ⅰ-2-3.意思決定支援体制の整備	

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/モニタリング項目 ※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
• 意思決定支援（あるいは意思推定支援）は一人でできるものではなく、チーム体制を整備することが重要である。 • 意思決定支援あるいは意思推定支援の必要性が大きくなった場合に、その支援を行う体制を整える。 • 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い。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、まずは誰が意思決定支援（あるいは意思推定支援）の体制に入るのかを把握することに留意する。	• 本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 薬剤師、 PT/OT/ST、 社会福祉士・MSW、 歯科衛生士、 介護職
	• 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での情報共有体制	○	○	
	• 意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング	○	○	

Ⅰ.尊厳を重視した意思決定の支援		
	Ⅰ-2.意思決定過程の支援	
		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

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/モニタリング項目 ※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
• 本人や家族等の生活は将来にわたって続くが、経験したことがない将来の生活の見通しを持つことは、多くの人にとって難しい。したがって、情報を提供したり、これまでに本人や家族等が感じていることを聞き取ったりすることを通じて、本人や家族等が意思を形成する支援を行う必要がある。 • 本人や家族等自身が判断できるよう支援するためには、状況に応じた介護の選択肢があることを知らせたり、本人や家族等の意向を引き出す相談援助を行う。	• 生活歴、成育歴	○	○	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 今の生活に対する本人の想い	○	○	
	• 今後の治療に関する本人の意向	○	○	
	• 将来の生活に対する本人・家族等の意向	○	○	
	• 意思決定に関する本人の想い、不安の状況	○	○	
	• EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況	○	○	
	• EOLに対する家族等の意向	○	○	
	• 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況	○	○	
	• 意思決定支援に対する家族等の理解度	○	○	
	• 本人が得意にしていること	○	○	
	• 本人が有する意思決定能力の状況	○	○	
	• 金銭管理の状況	○	○	
	• 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割	○	○	
	• 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	○	○	
	• ACPの実施状況	○	○	
	• 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握	○	○	
	• キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性	○	○	
	• 意思決定の支援が必要になったときのため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	○	○	
	• 本人や家族等の将来の生活の意向に応えう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/モニタリング項目 ※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、水分を控える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れる等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要である。 • 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.これまでの生活の尊重と継続の支援			21.水分の摂取の支援
	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	

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/モニタリング項目 ※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、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）	○	○	

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

22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援

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/モニタリング項目 ※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
• 適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が表れることがある。口腔乾燥が生じると、肺炎のリスクが高まるほか、本人の不快感や口臭の起因ともなるため適切に口腔ケアが継続される必要がある。 • 専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション（専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む）が提供されるようなケア体制を整える。 • セルフケアとして自身で実施可能なリハビリテーションについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有する。 • 口腔乾燥を防止するため、口腔内に適切な水分が保たれるように環境を見直す。唾液腺のマッサージや、保湿剤の活用等の口腔乾燥の防止の必要性も考慮し、歯科医師等と状況を共有し連携する体制を整える。	• （入院していた場合）入院中のリハビリテーションの内容	○	–	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
	• （入院していた場合）入院中の口腔に関するケア内容	○	–	
	• 嚥下障害に関係しうる病歴の有無（気管切開など）	○	○	
	• 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果	○	○	
	• 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度	○	○	
	• 自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況（窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラインドの利用状況など）	○	○	
	• 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）	○	○	
	• 口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 食事をとる際の姿勢・食事のとり方	○	○	
	• 食器の保持の状況	○	○	
	• 日常的に使っている食器	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認）	○	○	
	• かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	○	○	
	• 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容	○	○	
	• 評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具	○	○	
	• 評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境	○	○	
	• 評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる際の姿勢・食事のとり方	○	○	
	• 本人にあったリハビリテーションを提供しう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-1-2.継続的な受診と服薬の支援

23.継続的な受診・療養の支援

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/モニタリング項目 ※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
• 日常生活を通じて再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）を図るには本人・家族等によるセルフマネジメントが重要であり、疾患及び疾病管理に関して本人・家族等の理解と管理が正確に行われる必要がある。これを確保するためには、本人・家族等に対して、起因となった疾病についてかかりつけ医をはじめとする専門職から説明がなされていること、本人・家族等がそれを理解して、疾患の管理を行うことが大切である。 • 通院する環境やその手段を整えることで継続的な受診を維持する体制を整える。必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除くことで、生活の縮小ではなく、生活の改善をうながす。 • また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供にも配慮した支援体制を整える。	• 疾患に対する本人・家族等の理解度	○	○	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
	• 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	○	○	
	• 今後の治療に関する本人・家族等の意向	○	○	
	• 本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）	○	－	
	• 家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）	○	－	
	• 本人の健康状態、生活状況	○	○	
	• 腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況	○	○	
	• 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）	○	－	
	• 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）の変化及びその理由	－	○	
	• 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	○	○	
	• 家族等の状況（同居者の有無、支援者は誰かなど）	○	－	
	• 本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど	○	○	
	• 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）	○	○	
	• かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	○	－	
	• 医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）	○	○	
	• 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）	○	○	
	• 医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）	○	○	
	• 状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（急変の判断の目安、急変時の対応方法など）	○	○	
	• 医師による判断の状況（入院すべきか否か）	○	○	
	• 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候	○	○	
	• 長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど）	○	○	
	• 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）	○	○	

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援			24.継続的な服薬管理の支援
	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-1-2.継続的な受診と服薬の支援	

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/モニタリング項目 ※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
• 併発している疾患の再発防止あるいは重度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、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。	• 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	○	○	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
	• 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	○	○	
	• 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）	○	–	
	• 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み飲み残しの有無など）の変化及びその理由	–	○	
	• 薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）	○	○	
	• かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	○	○	
	• かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	○	○	
	• 服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）	○	○	
	• 介護者の関わりの状況（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）	○	○	
	• 服薬支援機器の活用状況	○	○	

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援			25.体調把握と変化を伝えることの支援
	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-1-3.継続的な自己管理の支援	

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/モニタリング項目 ※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、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要である。 • 日常的な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支援する体制を整える。 • また、日常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。	• フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等）	○	○	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
	• 血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度	○	○	
	• 自分の体調に対するうけとめの状況、体調を把握する手段	○	○	
	• 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	○	○	
	• 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）	○	○	
	• 市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況	○	○	
	• 血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況	○	○	
	• 日常的な体調（食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ等）	○	○	
	• 目標血圧と通常の血圧の状態	○	○	
	• 血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など）	○	○	
	• 動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限）	–	○	
	• 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）	○	○	
	• 日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、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）	○	○	
	• 家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）	○	○	
	• 日常と異なる状況の有無、その内容と程度	○	○	
	• 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、家族等との関わり等）	○	○	
	• 医師への報告の必要性、方法、タイミング	○	○	
	• いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい	○	○	

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援			26.フレイルを予防するための活動機会の維持
	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-1-4.心身機能の維持・向上の支援	

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/モニタリング項目 ※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
• 日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながる。 • したがって、家族等介護者が、過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪う場合もあることに留意が必要であり、家族等介護者である家族等が、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要である。 • また、高齢者は、数日動かないだけでも筋力の低下や関節の拘縮を引き起こしてしまうため、閉じこもりや活動が極端に少ないような状況にならないよう、日常生活の中で活動を確保することも重要である。 • 専門職と連携して、本人・家族等の、動くことに対する心理的不安を軽減するとともに、本人の身体能力に応じて、家事等の役割分担を設定する。 • また、家族等介護者である家族等と、本人の状態を共有し、本人ができること、できないことを見極められるようになることを支援する体制を整える。そのために、本人のADL/IADLの状態を把握して専門職等と連携する体制を整え、必要な支援あるいはサービス内容を調整する。	• リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度	○	○	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
	• リハビリテーションに対する本人・家族等の意向	○	○	
	• 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方	○	○	
	• 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）	○	○	
	• 自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）	○	○	
	• ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）	○	○	
	• 自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）	○	○	
	• （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、共有する内容、情報共有のタイミング	○	○	
	• 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、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など）	○	○	
	• 医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握	○	○	
	• 必要な支援を受けられる体制の確保	○	○	
	• 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）	○	○	
	• 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無	○	○	
	• 日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況	○	○	
	• 家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）	○	○	
	• 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	○	○	
	• 実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	○	○	

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援			27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
	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-1-4.心身機能の維持・向上の支援	

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/モニタリング項目 ※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
• 日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながる。 • 生活機能の維持に向けて、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続ができるような環境を整える。 • また、必要に応じて現在受けているリハビリテーションや実施しているセルフケアに対する本人や家族等の継続意向を確認し、関連する専門職やサービス事業者と共有する、リハビリテーションやセルフケアが生活機能の維持に必要であることを本人・家族等に改めて説明するなどの連携体制を整える。	• リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度	○	○	医師、 歯科医師、 看護師、 PT/OT/ST、 介護職
	• リハビリテーションに対する本人・家族等の意向	○	○	
	• リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲	○	○	
	• ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）	○	○	
	• 自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）	○	○	
	• 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、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など）	○	○	
	• 医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握	○	○	
	• 介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）	○	○	
	• 全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性	–	○	
	• ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	○	○	
	• 必要な支援を受けられる体制の確保	○	○	
	• 日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況	○	○	
	• 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	○	○	
	• 実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか）	○	○	

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援			28.感染症の予防と対応の支援体制の構築
	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-1-5.感染予防の支援	

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/モニタリング項目 ※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
• 高齢者は抵抗力が低下して、様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一旦疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要である。 • 家族等の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるような体制を整える。また、外出によって本人や家族等が外部からウイルスや細菌を持ち込むため、手が触れる箇所の清掃を念入りに行ったり、手洗いやうがいを継続できるような支援体制を整える。	• 軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）	○	○	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
	• 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度	○	○	
	• 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度	○	○	
	• 口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）	○	○	
	• 感染症へのかかりやすさ	○	○	
	• 家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など	○	○	
	• 処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）	○	○	
	• 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）	○	○	
	• 感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）	○	○	
	• かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認	○	○	
	• 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	○	○	
	• 感染症の予防のための環境整備の状況（定期的な部屋の換気、埃がたまっていないか、ゴミが放置されていないかなど）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 感染症にかかった際の状況把握と対応体制	○	○	

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

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/モニタリング項目 ※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
• 規則正しい生活は、睡眠や排泄のリズムを整えることに役立つ。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たうえで、あくまでも本人の心地良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。 • 本人の日常の生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常の生活における支援者の関わりの状況を把握し、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提供できる体制を整える。	• 本人及び家族等のこれまでの生活暦	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等）	○	○	
	• 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方	○	○	
	• 本人にとって心地良いであろう生活リズム	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）	○	○	
	• 本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）	○	○	
	• 休養・睡眠の状況（タイミング、リズム時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）	○	○	
	• 休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）	○	○	
	• 活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、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疲れなどの目安））	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 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	○	○	
	• 本人や家族等の生活に関わっている人の状況	○	○	
	• 本人や家族等の交友関係	○	○	

30.休養・睡眠の支援

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/モニタリング項目 ※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
• 不眠症をはじめとする多くの睡眠障害が循環器疾患のリスク要因であることが示されている。また、十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高くなったりする可能性があり、再入院のリスクが高まる。 • 本人の休養・睡眠の状況及びその変化を把握し、適宜、専門医等と連携して必要な支援につなげられる体制を整える。 • また、状況に応じて、寝室の明るさ・温度や寝具の状況、休養・睡眠のタイミングやリズムの把握、同居者の生活リズムの把握や休養・睡眠を阻害する要因を解決する支援についても検討する。	• 認知機能の程度、日常生活における障害の有無	○	○	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
	• 睡眠時無呼吸症候群の診断の有無	○	○	
	• 同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）	○	○	
	• 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）	○	○	
	• 休養・睡眠の状況（タイミング、リズム時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）	○	○	

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/モニタリング項目 ※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、みずからの口を通じ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）	○	○	

32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援

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/モニタリング項目 ※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、日常の生活で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）	○	○	

33.清潔を保つ支援

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/モニタリング項目 ※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
• 清潔に対する意識は、本人や家族等の生活習慣や生活歴、家族等背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族等の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応することが必要となる。 • 清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケアが受けられる環境を整える。なお、本人の健康状態に応じて入浴の安全性とリスクが変化する場合もあることから、かかりつけ医や看護師等と連携して、本人の状態を把握し、必要に応じて補助用具や入浴介助等の活用を検討する。	• 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度	○	○	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
	• 入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度	○	○	
	• 入浴に対する本人・家族等の希望・意向	○	○	
	• 経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か）	○	○	
	• 皮膚の状態（異常の有無など）	○	○	
	• 本人の当日の健康状態（特に血圧、脈拍の状態など）	○	○	
	• ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）	○	○	
	• 自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か）	○	○	
	• 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	○	○	
	• 入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など）	○	○	
	• 入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況	○	○	
	• 日常的な清潔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）	○	○	
	• 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	○	○	
	• サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容）	○	○	

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-2-3.暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援

34.排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援

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/モニタリング項目 ※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
• 排泄は人間の生命を維持するうえで重要な機能であり、排泄の自立を保つことは、本人の自尊心を高めることにもつながる。一方、家族等にとっても排泄の世話は、精神的、身体的に負担が大きい介護となる。排泄上の障害を取り除き、排泄の自立を高める事が期待される。 • 同時に、排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の日常的な排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。 • 排泄をできるだけ自分で続けられるようにするため、排泄リズムや排泄方法を把握し、本人がそのリズムを理解できるよう支援する体制を整える。 • 具体的には、トイレ等の排泄する環境を整えるとともに、食事や水分を摂ったり薬を飲んだりするタイミングの調整や、日常生活の中での適度な運動・活動が確保されるよう支援体制を整える。 • なお、排泄補助用具の活用においては、本人の自尊心を傷つける場合があるほか、本人の不快感を助長する場合もあることに留意する。	• 排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）	○	○	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
	• 排泄リズムに対する本人の認識	○	○	
	• 排泄に関する失敗のエピソード	○	○	
	• 日常的な排泄の方法（トイレ、Pトイレ、おむつなど）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 排泄動作の状況	○	○	

Ⅱ.これまでの生活の尊重と継続の支援		
	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

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/モニタリング項目 ※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
• 本人の尊厳を尊重した生活を実現するには、支援の内容を個別化する過程で、本人の強みが生かされる支援方法を工夫する必要があり、その前提としてまずは本人の強みを引き出すための情報収集が重要となる。 • 本人からの情報収集にもとづき、本人が強みを発揮しやすい環境や状況を捉え、生活の中でそうした環境や状況が整えられるような支援体制を整える。 • なお、本人の強みは、置かれた環境によって発揮されやすいこともあれば発揮しにくい場合もあることに留意し、継続的に強みが発揮されるようにするためには本人の環境を整える支援体制を整える。	• 本人のストレングス	○	○	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 本人の趣味・嗜好	○	○	
	• 本人・家族等が望む生活・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・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など）	○	○	
	• 望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ	○	○	
	• 本人が喜びや楽しみを感じる状況や状態	○	○	
	• 本人が強みを発揮できる状況や状態	○	○	
	• 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	○	○	
	• 役割を実現するために必要な環境支援	○	○	
	• コミュニケーション能力回復のために必要な支援	○	○	
	• 本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート	○	○	

36.コミュニケーションの支援

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/モニタリング項目 ※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
• コミュニケーションが阻害されると、本人と家族等が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族等が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。 • 本人と最も身近な家族等を含む他者とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができているかを把握する。 • そのうえで、本人が日常的に接する機会の多い家族等や介護者等とコミュニケーションをとることができる環境を整える。 • また、家族等や介護者等に対しても、本人の現在の状況を理解し、今後の見通しやコミュニケーションをとるうえでの留意点を理解できるよう支援及び連携の体制を整える。	• 疾患発症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	○	○	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 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	○	○	
	• 本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）	○	○	
	• コミュニケーションに関する本人のストレスの状況	○	○	
	• コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況	○	○	
	• 本人と家族等のコミュニケーションの状況	○	○	
	• 本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況	○	○	
	• コミュニケーション能力回復のために必要な支援	○	○	

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

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/モニタリング項目 ※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
• 本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり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。 • 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。また、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。 • なお、本人にとってのストレスを把握するため、必要に応じて日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握できるよう、他職種等との連携体制を整える。	• 地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード	○	○	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 本人にとっての快・不快の状況	○	○	
	• 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤	○	○	
	• 再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安	○	○	
	• 家庭内での本人の役割に対する本人の認識	○	○	
	• 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	○	○	
	• 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度	○	○	
	• 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況	○	○	
	• 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割	○	○	
	• 本人の趣味・嗜好	○	○	
	• ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）	○	○	
	• 活動と参加に関わる各行為の状況	○	○	
	• 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 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	○	○	
	• 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）	○	○	
	• 日常的な清潔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）	○	○	
	• 役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況	○	○	
	• 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	○	○	

38.持っている機能を発揮しやすい環境の整備

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/モニタリング項目 ※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
• 将来のフレイルの進行を出来るだけ予防するためには、疾患に関わる留意点を踏まえたうえで、日常の活動量の低下を抑える必要がある。 • かかりつけ医等からの療養上の留意点と、本人のそれまでの生活での活動範囲を把握したうえで、活動を継続するうえでの課題を把握することが重要である。 • 活動量の低下を防ぐため、本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境と具体的な活動の継続を支援する体制を整える。	• 生活歴、成育歴	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 本人・家族等の受容の程度	○	○	
	• 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）	○	○	
	• 本人のストレングス	○	○	
	• 本人の趣味・嗜好	○	○	
	• 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方	○	○	
	• 自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）	○	○	
	• 自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）	○	○	
	• 自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）	○	○	
	• 自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）	○	○	
	• ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無頻度、内容、運動の時間など）	○	○	
	• 運動・活動を妨げる要因	○	○	
	• 活動を支援する福祉用具の活用	○	○	
	• 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割	○	○	
	• 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	○	○	
	• 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	○	○	
	• 役割を実現するために必要な環境支援	○	○	

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

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/モニタリング項目 ※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
• 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である。 • また、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、本人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。 • 日常の生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びととの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的な困惑や葛藤を把握する。そのうえで、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し、本人の交流関係を継続するための支援や連携体制の構築と、交流を円滑にできるような本人に対する支援体制の整備を行う。	• 地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 本人・家族等の受容の程度	○	○	
	• 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	○	○	
	• 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤	○	○	
	• 地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識	○	○	
	• 本人にとっての快・不快の状況	○	○	
	• 金銭管理の状況	○	○	
	• 本人の趣味・嗜好	○	○	
	• ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）	○	○	
	• 活動と参加に関わる各行為の状況	○	○	
	• 疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など	○	○	
	• 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	○	○	
	• 他人との交流の方法	○	○	
	• 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	○	○	
	• 役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況	○	○	
	• 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）	○	○	
	• 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	○	○	

Ⅲ.家族等への支援			40.家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備
	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	

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/モニタリング項目 ※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
• 日々介護に携わっている家族介護者の不安とストレスを軽減し、家族介護者自身の生活の継続を実現するためにも、家族等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。 • 家族介護者が感じる不安を緩和できるよう、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）を提供する。 • また、家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援を行う。	• 疾患に対する本人・家族等の理解度	○	○	医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 認知症に対する家族等の受け止めの状況	○	○	
	• 認知症に対して家族等が感じている不安	○	○	
	• 仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み	○	○	
	• 介護の大きさに対する家族等の認識と理解	○	○	
	• ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）	○	○	
	• 本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）	○	○	
	• 認知機能の程度、日常生活における障害の有無	○	○	
	• 本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方	○	○	
	• 同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）	○	○	
	• 同居していない家族等の生活リズム	○	○	
	• 仕事をする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等）	○	○	
	• 仕事をする家族等の会社での役割の変化	○	○	
	• 家族等の休養・睡眠の状況	○	○	
	• 相談支援の実施の状況	○	○	
	• 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	○	○	
	• 家族等がねぎらいを得られる状況の有無	○	○	
	• 家族等が必要な情報を収集する手段	○	○	
	• 家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる地域の社会資源の状況	○	○	
	• 家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況	○	○	

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

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

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/モニタリング項目 ※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
• 本人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、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要である。 • 本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようまずは本人の意向を把握するが、介護に関わる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる家族等（キーパーソン）の意向を把握する。 • 本人や意思決定にかかわる家族等の意向を踏まえたうえで、将来にわたる生活の継続のために活用可能な地域資源が存在すること、またその情報を提供する等の支援体制を整える。	• 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、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
	• 生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など）	○	○	
	• 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等の理解	○	○	
	• 将来の生活に対する本人・家族等の意向	○	○	
	• 認知機能の程度、日常生活における障害の有無	○	○	
	• 疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）	○	○	
	• 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：絶対だめなのか、努力事項なのか）	○	○	
	• 意思決定の支援が必要になったときのため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	○	○	
	• 本人や家族等の将来の生活の意向に応えう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	○	○	

42.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援

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/モニタリング項目 ※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
• 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、かつ家族等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。 • 家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しともに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体制を整える。	• 地域とのトラブルのエピソード	○	○	医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職
	• 将来の生活に対する本人・家族等の意向	○	○	
	• 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等の理解	○	○	
	• 家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）	○	○	
	• 現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握	○	○	
	• 地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性	○	○	
	• 本人や家族等の生活に関わっている人の状況	○	○	
	• 本人や家族等の交友関係	○	○	
	• 認知症に対する地域の理解の状況	○	○	
	• 意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備・認知機能の程度、日常生活における障害の有無	○	○	
	• 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	○	○	
	• 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	○	○	
	• 本人や家族等の将来の生活の意向に応えう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	○	○	
	• 精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	
	• 地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	
	• 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有無、サービス内容、利用状況	○	○	

Ⅲ.家族等への支援		
	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

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/モニタリング項目 ※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
• 本人の状況にもよるが、家族等あるいは専門職による支援（フォーマルサービス）だけで支援を継続するのは資源が不足するため、さまざまなインフォーマルサポートも交えた支援体制を整える必要がある。特に、インフォーマルサポートが提供される体制を整えることは、本人のそれまでの生活の継続を尊重し、尊厳ある生活を実現する観点からも重要である。 • 家族等に加えてインフォーマルサポートを提供する人など、本人の状況を踏まえ、多様な専門職以外の人が支援に関わる体制を整える。	• 地域とのトラブルのエピソード	○	○	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、管理栄養士、介護職
	• 疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況	○	○	
	• 疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割	○	○	
	• 疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況	○	○	
	• 疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割	○	○	
	• 地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性	○	○	
	• 本人や家族等の生活に関わっている人の状況	○	○	
	• 本人や家族等の交友関係	○	○	
	• 認知症に対する地域の理解の状況	○	○	
	• 本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク	○	○	
	• 退院後のケアの体制（家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など）	○	○	
	• 在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	
	• 本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	
	• 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	
	• 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	○	○	
	• 地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	
	• 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）	○	○	
	• 精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	
	• 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有無、サービス内容、利用状況	○	○	
	• 免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	
	• 本人や家族等の将来の生活の意向に応えう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	○	○	
	• 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	○	○	

44.同意してケアに参画するひとへの支援

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/モニタリング項目 ※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
• 本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要がある。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要である。 • 家族等をはじめ本人の支援に関わる人に対し、ケアマネジャーを中心に、さまざまな情報の提供、不安や課題を聞く相談援助等の支援が提供される体制を整える。	• 今の生活に対する本人の想い	○	○	医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職
	• 今後の治療に関する本人の意向	○	○	
	• 将来の生活に対する本人・家族等の意向	○	○	
	• 意思決定に関する本人の想い、不安の状況	○	○	
	• 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況	○	○	
	• 意思決定支援に対する家族等の理解度	○	○	
	• EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況	○	○	
	• EOLに対する家族等の意向	○	○	
	• 本人が有する意思決定能力の状況	○	○	
	• 金銭管理の状況	○	○	
	• キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性	○	○	
	• 本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	○	○	
	• 本人や家族等の将来の生活の意向に応えう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	○	○	
	• 家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況	○	○	