# 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

1-1-3.目指す生活を設まえたリス   11.1   12.   12.   12.   12.   12.   12.   13.   12.   13.	【概要版	(垻日一覧)	】基本ケア	
現場である  2	基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容
1-1-2 現在の生活の全体像の把   1-1-2 現在の生活の全体像の把   2-1 現在の生活の全体像の把   2-1 現在の生活の全体像の把   2-1 現在の生活の全体像の把   2-1 現在の生活の全体像の把   2-1 現在の生活の全体像の把   2-2 息型の生活・一般でいる。   3-1 に関わない影の確認   4-2 表現の状況のと理の支援   3-1 に関わない影の確認   3-1 に関わない影の確認   3-1 に関わない影の確認   3-1 に関わない影のに認めの活動を制めくだの環境の把握の支援   1-1 -1 、			Ⅰ-1-1.疾病や心身状態の理解	1.疾患管理の理解の支援
日				2.併存疾患の把握の支援
1-1-2.現在の生活の全体像の把5.望む生活・暮らしの意向の形態   1-1-2.現在の生活の全体像の把5.望む生活・暮らしの意向の形態   1-2.現在の生活の全体像の把5.望む生活・暮らしの意向の形態   1-2.4.目指す生活を踏まえた以入   1.口腔内及び摂食咳下機能の以入の予測   1.1-3.目指す生活を踏まえた以入   1.1 口腔内及び摂食咳下機能の以入の予測   1.2.整思次   1-2-1.本人の意思を捉える支援   1.2-2.高思次   1-2-2.高思の表明の支援等   1.2-2.高思次   1-2-2.高思次   1-2-2.高思の表明の支援等   1.2-2.高思次   1.2-2.高思次   1.3.感染症の早期発見と治療   1.2-2.高思次   1.2-2.前野な   1.2-3.意思次   1.2-3.意思次   1.2-3.意思次   1.2-3.意思次   1.2-3.整核的な受验   1.2-3.要求   1.2-3.要				3.口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保
# 1-12-9月にの上心の主体体の形 3: 並の主命 持ついる (1) を担いている (1) を知いている (1) を知いている (1) を知いている (1) を知いている (1) を知いてい				4.転倒・骨折のリスクや経緯の確認
1-1-3.目指す生活を踏まえた以   1-1-4.緊訴等   1-1-3.目指す生活を踏まえた以   1-1-4.緊急時の対応のための偏え   1-1-4.緊急時の対応のための偏え   1-1-4.緊急時の対応のための偏え   1-2-2.急思の表明の支援   1-2-2.急思の表明の支援   1-2-2.急思の表明の支援   1-2-2.急思の表明の支援   1-2-2.急思の表明の支援を持続の対応   1-2-2.急思の表明の支援を関するためのエピソード等の把握   1-2-3.急思決定支援体制の整備   1-2-4.将来の生活の見通しを立   15.本人の意思を捉える支援   1-2-3.急思決定支援体制の整備   1-2-4.将来の生活の見通しを立   15.平人の意思を投えるためのエピソード等の把握   1-2-3.急思決定支援体制の整備   1-2-4.将来の生活の見通しを立   19.将来の生活の見通しを立   19.将来の生活の見通しを立てることの支援   1-2-1.非人の意思を担るこの支援   12-2.認思決定支援体制の整備   1-2-4.将来の生活の見通しを立   19.将来の生活の見通しを立てることの支援   12-2.認認力と栄養を摂ることの支援   12-2.認認力と栄養を摂ることの支援   12-1.水分と栄養を摂ることの支援   12-2.認識的な受診・療養の産保の支援   12-2.認識的な受診・療養の産保の支援   12-2.認識的な受診・療養の産保の支援   12-2.認識的な受診・療養の支援   1-1-3.継続的な母診と解薬の支援   1-1-1.必染予防の支援   1-1-1.必染予防の支援   1-1-1.必染予防の支援   1-1-1.必染予防の支援   1-2-1.等的方法の支援   1-2-1.等的方法   1-2-1.等的方法   1-2-1.等与した   1-3-2.コニューケーションの支援   1-3-2.コニューケーションの支援   1-3-3.家庭内での役割を整える   2-2.カーションの支援   1-3-4.コニューケーションの支援   1-3-3.家庭内での役割を整える   2-2.カーションの支援   1-3-4.コニューケーションの支援   1-3-1.支援を必要とする家族等   40.家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備   40.家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備   40.家族等の上がをりたる支援できるとの支援   1-2-2.同意してケアに参画するひと   2-2.人の支援   1-2-2.同意してケアに参画するひと   2-2.人の支援   1-2-2.同意してケアに参画するひと   2-2.人の支援   1-2-2.同意してケアに参画するひと   2-2.人の支援   1-2-2.同意してケアに参画するひと   2-2.人の支援   1-2-2.同意してケアに参画するひと   1-2-2.同意してケアに参画する   1-2-2.同意してケアに参加する   1-2-2.同意してケアに参画する   1-2-2.同意してケアに参画する   1-2-2.同意してケアに参画する   1-2-2.同意してケアに参画する   1-2-2.同意してケアに参画する   1-2-2.同意してケアに参画する   1-2-2.同意してケアに参画する   1-2-2.同意してケアに参画する   1-2-2.同意してケアに参画する   1-2-2.		備え	I-1-2.現在の生活の全体像の把	5.望む生活・暮らしの意向の把握
1-1-3 目指す生活を離また以内の担保の支援   9.1元1_ケーション状況の把握の支援   9.1元1_ケーション状況の把握の支援   1.1元   目指す生活を離また以口   1.1   1.1世内及び担食場下機能の以久の予測   1.1元   1.1   1.1   1.1   1.2   1.1   1.2   1.1   1.2   1.3   1.1   1.3   1.1   1.3   1.1   1.3   1.1   1.3   1.1   1.3   1.1   1.3   1.1   1.3   1.1   1.3   1.			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
1-1-3.目指す生活を踏まえた以ス   1.1   1.1   1.1   1.2   1.2   1.3   1.2   1.2   1.3   1.2   1.3   1.2   1.3   1.2   1.3   1.2   1.3   1.2   1.3   1.3   1.2   1.3   1.3   1.2   1.3				7.食事及び栄養の状態の確認
1-1-3.目指す生活を踏まえた!又   11.口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測   1-1-4.聚急時の対応のための備   1-2-4.聚急時の対応のための備   1-2-2.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を   1-2-3.意思決定支援体制の整   16.日常生活における意向の尊重   17.意思決定支援の必要を   1-2-3.意思決定支援体制の整   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   17.意思决定支援の必要性の理解   17.意思决定支援の必要性の理解   17.意思决定支援体制の整備   1-2-4.将來の生活の見通しを立てることの支援   19.将來の生活の見通しを立てることの支援   12-1.水分と栄養を摂ることの支援   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   21.水分の摂食嚥下機能の支援   22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援   22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援   23.継続的な服薬管理の支援   24.継続的な服薬管理の支援   25.体調把握と変化を伝えることの支援   25.体調把握と変化を伝えることの支援   1-1-4.心身機能の維持・向上の支援   25.体調把握と変化を伝えることの支援   1-2-2.食事の支援   12-2.食事の支援   12-2.食事の支援   12-2.食事の支援   13.加から食事を摂り込むにそうた生活・活動を支えることの支援   13.3、事・   1-3.1 童びや楽しみ、強みを引き   33.清潔を保り支援   34.排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援   33.清潔を保り支援   34.非正大りためを浸透   33.清潔を保り支援   34.非正大りためを発送   34.非正大りを確認して非悪を続けられることを支援   34.非正大りを確認して非悪を続けられることを支援   34.非正大りを確認して非悪を続けられることを支援   34.非正大りを確認して非悪を続けられることを支援   34.非正大りを確認して非悪を続けられることを支援   34.非正大りを確認して非悪を続けられることを支援   34.非正大りを確認して非悪を続けられることを支援   34.非に大りを確認して非悪を続けられることを支援   34.非正大りを確認して対策を続けられることを支援   34.非正大りを確認して対策を続けられることを支援   34.非正大りを確認して対策を続けられることを支援   34.非正大りを確認して対策を続けられることを支援   34.非正大りを確認して対策を続けられることを支援   34.非正大りを確認して対策を続けられることを表す   34.非正大りを確認して対策を表すを表すを表すを表すを表すを表すを表すを表すを表すを表すを表すを表すを表すを				8.水分摂取状況の把握の支援
1-1-3.目指す生活を設まえたリス   11.1   12.   12.   12.   12.   12.   12.   13.   12.   13.				9.コミュニケーション状況の把握の支援
1-1-4、応募機・の本語の機能の維持・向上の支援   1-2-1、準分の大変   1-1-4、応募機・のを受け、				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 -1-1 -4 緊急時の対応のための備え   I -2-2 意思決定過程の支援			I -1-3.目指す生活を踏まえたリス	11.口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測
1-2.			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 -2.1 恵田大京   I -2-1 本人の意思を捉える支援   I 5.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   I -2-3 意思決定支援体制の整   I -2-3 意思決定支援体制の整   I -2-4.将来の生活の見通しを立   T -2 を表してることの支援   I -1 -3 が   I -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1			I -1-4.緊急時の対応のための備	13.感染症の早期発見と治療
I -2. 意思決定 定過程の支援			え	14.緊急時の対応
1-2-2. 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   17. 意思決定支援体制の整備   17. 意思決定支援体制の整備   17. 意思決定支援体制の整備   17. 意思決定支援体制の整備   17. 意思決定支援体制の整備   18. 意思決定支援体制の整備   18. 意思決定支援体制の整備   19. 将來の生活の見通しを立てるごとの支援   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   23. 継続的な野診・療養の支援   23. 継続的な野診・療養の支援   23. 継続的な野診・療養の支援   23. 継続的な財産管理の支援   25. 体調や腹心変診・療養の支援   25. 体調や腹心変が表質の支援   26. フレイルを予防するための活動機会の維持   27. 継続的なリルビリテーションや機能訓練の実施   28. 感染症の予防と対応の支援   28. 感染症の予防と対応の支援   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   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   23. カレイルを予防するための活動機会の維持   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   23. カレイルを予防するための活動機会の維持   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   23. カレイルを予防するための活動機会の維持   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   33. 清潔を保つ支援   33. 清潔を保つ支援   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   35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援   17. ネース・コニニティアの役割を整え   36. コニニケーションの支援   36. コニ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   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   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   11. 11. 支援を必要とする家族等   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   11. 12. 家族等の理解者を増やすことの支援   12. 本人をむまく支援体制の整備   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   12. 2. 同意してケアに参画するひとへの支援   13. 本人を取り巻く支援体制の整備   42. 本人を取り巻く支援体制の整備   43. 本人を取り巻く支援体制の整備   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   44. 同意してケアに参加するといるに対しませらないるといるといるといるといるといるといるといるといるといるといるといるといるとい		I -2.意思決	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
1 - 2 - 3. 意思決定支援体制の整備				
I -2-3.意思決定支援体制の整備				
II. 2.7 4. 将来の生活の見通しを立てることの支援			I-2-3.意思決定支援体制の整	
II.1   1.1   1.7   III   1-1   III   III   1-1   III   IIII   III				
II-1.   -1.			I -2-4.将来の生活の見通しを立	19.将来の生活の見通しを立てることの支援
世		1.0	てることの支援	
I - 1 - 2 - 2   2   1   1 - 1 - 2   2   2   2   1   1 - 1 - 2   2   2   2   2   2   2   2   2   2	Ⅱ.これまで	Ⅱ-1.予測に	Ⅱ-1-1.水分と栄養を摂ることの支	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
I -1 -2 - 2     II -1 -2     II -1 -2     II -1 -2     II -1 -2     II -1 -3			援	21.水分の摂取の支援
1 - 1 - 3   2 - 1   3 - 3   3   3 - 3 - 3   3   3   3   3				22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
II -1-3.継続的な自己管理の支   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   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   27.継続的なリルピリテーションや機能訓練の実施   II -2.日常的   II -2.1 生活の経   30.体養・睡眠の支援   30.体養・睡眠の支援   31.口から食事を摂り続けることの支援   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   34.排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援   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   36.コミユニケーションの支援   36.コミユニケーションの支援   36.コミユ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   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   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   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   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   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   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   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   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   43.本人を取り巻く支援体制の整備   43.本人を取り巻く支援体制の整備   43.本人を取り巻く支援体制の整備   43.本人を取り巻く支援体制の整備   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   III -2-1.本人をとりまく支援体制の		重度化の予 防の支援	Ⅱ-1-2.継続的な受診と服薬の支	23.継続的な受診・療養の支援
II -1-3. 総続的のは目で管理の文   25. 体調に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   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   27. 継続的なリパピリテーションや機能訓練の実施   II -2.日常的 な生活の継   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   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   33. 清潔を保つ支援   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   34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援   II -3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き   出し高める支援   II -3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き   出し高める支援   II -3-2. ユョニニティで の役割の維   持あるいは獲     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   20. 支援   II -3-4. コミュニティでの役割を整える   27. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備   28. 表述の支援   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   33. 清潔を保つ支援   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   35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援   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   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   40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備   40. 家族等の生活を支える支援及び連携のを開まる   40. 家族等の生活を支える支援及び連携のを開まる   40. 家族等の生活を支える   40. 家族等の生活を対しなどのよりなどのよりなどのよりなどのよりなどのよりなどのよりなどのよりなどのより			援	24.継続的な服薬管理の支援
1 - 2 - 1 - 2 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3				25.体調把握と変化を伝えることの支援
II -1-5.感染予防の支援 II -2-1、生活リズムを整える支援 II -2-1、生活リズムを整える支援 30.休養・睡眠の支援 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 32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援 32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援 33.清潔を保つ支援 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・3・裏が中楽しみ、強みを引き コミュニティで の役割の維 持あるいは獲得の支援 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 II -3-3・家庭内での役割を整える ことの支援 II -3-4・コミュニティでの役割を整える ることの支援 II -3-1・家族等 への支援 II -1・1・支援を必要とする家族等 への支援 III -1・1・支援を必要とする家族等 「一・1・2・家族等の理解者を増やす 女援 III -2・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 43・本人を取り巻く支援体制の整備 43・本人を取り巻く支援体制の整備 43・本人を取り巻く支援体制の整備 43・本人を取り巻く支援体制の整備 43・本人を取り巻く支援体制の整備 43・本人を取り巻く支援体制の整備 43・本人を取り巻く支援体制の整備 43・本人を取り巻く支援体制の整備 43・本人を取り巻く支援体制の整備 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 -2・2・1・本人をとりまく支援体制のを使うで表別を使うで表別を使うするとの支援 III -2・2・1・本人をとりまく支援体制のを使うで表別を使うしてケアに参画するひとへの支援			Ⅱ-1-4.心身機能の維持・向上の	26.フレイルを予防するための活動機会の維持
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   30 . 休養・睡眠の支援   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   32 . フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援   33 . 清潔を保つ支援   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   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   36 . コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援   II - 3 - 3 . 家庭内での役割を整える ことの支援   II - 3 - 3 . 家庭内での役割を整える 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   II - 3 - 4 . コミュニティでの役割を整える 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   II - 1 . 支援を必要とする家族等   40 . 家族等の生活を交える支援及び連携の体制の整備   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 - 2 . ケアに参画するひと   42 . 本人を取り巻く支援体制の整備   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   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			支援	27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
は			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 - 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   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   II - 3 - 3 . 家庭内での役割を整える   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   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   2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2		Ⅱ-2.日常的	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
II -2-3.暮らしやすい環境の保持、   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、   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   34.排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援   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   1-3-3・家庭内での役割を整える   36.コミュニケーションの支援   1-3-3・家庭内での役割を整える   2-0支援   II -3-4・コミュニティでの役割を整える   2-0支援   II -3-4・コミュニティでの役割を整える   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   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   40.家族等の支援   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   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   11-2・ケアに参画するひと   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   43.本人を取り巻く支援体制の整備   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   44.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   44.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   44.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   35.再は				30.休養・睡眠の支援
II-2-3.暮らしやすい環境の保持、 入浴や排泄の支援 II-3-3、家事・ コミュニティでの役割の維持であるととでは 持あるいは獲得の支援 II-3-3、家庭内での役割を整えることの支援 II-3-4、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 II-3-4、コミュニティでの役割を整えることの支援 II-3-4、コミュニティでの役割を整えることの支援 II-1・1・支援を必要とする家族等への支援 III-1・1・支援を必要とする家族等への支援 III-1・2・家族等の理解者を増やす支援 III-2・カ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 III-2・3・幕に対し高める支援 III-3・3・第・第・第・第・第・第・第・第・第・第・第・第・第・第・第・第・第・第		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
□ ス浴や排泄の支援 34.排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援 II -3.家事・ II -3-1.喜びや楽しみ、強みを引き 35.喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 出し高める支援 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				32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
□ -3.家事・コミュニティでの役割の維			Ⅱ-2-3.暮らしやすい環境の保持、	33.清潔を保つ支援
□ コミュニティで の役割の維			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
計あるいは獲得の支援		コミュニティで		35.喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
ことの支援				36.コミュニケーションの支援
32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   1.家族等へ   1.家族等へ   1.家族等へ   1.支援を必要とする家族等   40.家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備   40.家族等の生活を対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   11-1-2.家族等の理解者を増やす   42.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援   11-2-ケアに   11-2-1.本人をとりまく支援体制の   43.本人を取り巻く支援体制の整備   整備   11-2-2.同意してケアに参画するひとへの支援   11-2-2.同意してケアに参画するひとへの支援   11-2-2.同意してケアに参画するひとへの支援   12-2-2.同意してケアに参画するひとへの支援   13-4.同意してケアに参画するひとへの支援   13-4.同意してケアに参画する   13-4.同意して				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
<ul> <li>III.家族等への支援</li> <li>III-1.支援を必要とする家族等の支援</li> <li>Aの支援</li> <li>III-1-1.支援を必要とする家族等への対応</li> <li>III-1-2.家族等の理解者を増やすったの支援</li> <li>III-2-2.家族等の理解者を増やすったの支援</li> <li>III-2-1.本人をとりまく支援体制の参信</li> <li>2.本人を取り巻く支援体制の整備</li> <li>2.本人を取り巻く支援体制の整備</li> <li>III-2-2.同意してケアに参画するひとへの支援</li> </ul>				38.持っている機能を発揮しやすい環境の整備
の支援       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         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 支援         Ⅲ-2.ケアに			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-1-2.家族等の理解者を増やす				40.家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備
支援 Ⅲ-2.ケアに Ⅲ-2-1.本人をとりまく支援体制の 43.本人を取り巻く支援体制の整備 参画するひと 整備 への支援 Ⅲ-2-2.同意してケアに参画するひ 44.同意してケアに参画するひとへの支援	の支援	への支援	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
参画するひと 整備 への支援 Ⅲ-2-2.同意してケアに参画するひ 44.同意してケアに参画するひとへの支援				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-2-2.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-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

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 主なアセスメント/モニタリング項目 アセスメント モニタリング 相談すべき 支援の概要、必要性 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 項目 項目 専門職 再発予防や生活の悪化防止には、 疾患に対する本人・家族等の理解度 医師、 0 0 生活習慣の改善が必要で、起因と 看護師、 生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等 なっている疾患の管理についての理解・ 薬剤師、  $\bigcirc$  $\bigcirc$ が必要。また、処方薬によっては、食 の理解度 PT/OT/ 事内容の制限や副作用(出血しや 医師及び専門職からの指導内容に対する本人・  $ST_{\chi}$ 0 0 すくなる等)についても知っておくことも 介護職 家族等の理解度 重要である。 服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本 0 0 継続的な受診の確保等により疾患の 人・家族等の理解度 理解と、適切な療養や生活の改善をし 処方薬の内容(有無、処方薬の種類)及びそ 支援する体制を整える。また、本人や れらの服用状況(正しい量・頻度で服用ができ 0 0 家族等に対して、服薬の必要性及び ているか、飲み残しの有無など) 薬の管理方法について理解を促す支 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方 援体制も併せて整える。 0 0 ※ 関連して疾患の理解の支援、定期 日常的な食事の摂取の状況(食事回数、食事 的な受診の支援の必要性も検討す 0 0 量、食べ残しの有無、間食の有無など) ること。 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、 0 0 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 0 携方法の確認 薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法な 0 0 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 0 0 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 0 0 要性、支援者は誰かなど) 生活習慣病への対応の状況 0 0 本人の状態を把握する体制(同居者、支援者、 0 0 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 0 0 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、 0 0 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 0 0 有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡 方法など)

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

# 2.併存疾患の把握の支援

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	2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	<ul><li>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</li></ul>	0	0	医師、 看護師、
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	<ul><li>生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度</li></ul>	0	0	薬剤師、 管理栄養 士
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	<ul><li>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</li></ul>	0	_	介護職
診の確保や専門職間の連携体制を 整える。	<ul><li>・ 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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	_	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	• 生活習慣病への対応の状況			

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	,	モニタリング	
	※内容の詳細や留意点などは本編を参照	項目	項目	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	• (入院していた場合)入院中の食事の種類、 内容	0	_	医師、 歯科医師、
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	• 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解 度	0	0	看護師、 歯科衛生 士、
乗吊が表れている場合、味見に影音 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。	<ul><li>・ 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)</li></ul>	0	0	介護職
・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	<ul><li>・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)</li></ul>	0	0	
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	<ul><li>・ 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)</li></ul>	0	0	
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	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
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	• 息切れの有無	0	0	
なる。 ・異常の早期発見と、適切な受診機	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
会の確保が求められる。	• 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	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	• 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作 など	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき 兆候</li></ul>	0	_	
	<ul><li>連絡先(かかりつけ医等)、専門職間での対応 体制</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	

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

# 4.転倒・骨折のリスクや経緯の確認

H			-	-	
	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	・ 過去の転倒歴(転倒が起きた状況など)	0	_	医師、 看護師、
	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	・ 転倒に対する本人・家族等の理解度	0	( )	PT/OT/ ST、
•	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を表し、そのための体制を整える。	<ul><li>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)</li></ul>	Ο	0	介護職
	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	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	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。	・ 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)	0	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
		・ 本人の身体能力、生活動作の確認	Ο	0	
		• 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無	Ο	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	0	0	

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

#### 5.望む生活・暮らしの意向の把握

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 アセスメント モニタリング 相談すべき 主なアセスメント/モニタリング項目 支援の概要、必要性 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 項目 項目 専門職 本人の尊厳を尊重した本人が望む暮・ 本人・家族等が望む生活・暮らし(1日/1週 医師、 0 0 らしの実現には、暮らしやすくするため 間の過ごし方、月単位・年単位のイベント) 看護師、 の環境の改善を、本人の活動能力を 薬剤師、 望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動 踏まえて支援することが重要である。 PT/OT/ (現在できること、現在できないが実現したいこと、 暮らしの中で特に継続したいことや重 ST 0 0 がまん・あきらめの有無、内容など) 視したいこと等を本人から把握したり、 社会福祉 家族等から本人のこれまでの嗜好や 士·MSW、 望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感 暮らしぶり、これからについて本人が家 介護職 0 0 じているジレンマ 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 認知機能の程度、日常生活における障害の有 サービス利用中の利用者の様子も把 0 0 握する。 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 0 0 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 0 0 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動) 0 0 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 0 0 時間など) • 日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚 0 0 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 0 0 (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 0

活リズムの把握状況

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

Į		41多り101至				
	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		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 ※内容の詳細や留意点な		アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
	<ul><li>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、</li></ul>	• 本人にとって心地良いである:	き生活リズム	0	0	医師、 歯科医師、
	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	• 本人の日次(24時間)の生	E活リズム・過ごし方	0	0	看護師、薬剤師、
	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	• 本人の週次や月次の生活リ	ズム	0		PT/OT/ ST、 社会福祉
	一壁・見磨リスムが品れいるり、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	<ul><li>本人の日常生活リズムの変化れの有無、その要因など)</li></ul>	<b>ン(生活リズムの崩</b>	0		士·MSW、 介護職
	援が受けられる環境の整備が必要と なる。	線、日課など)	(よくいる場所、動	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	<ul><li>日常的な活動の状況(日常 有無、内容、負荷の度合い、 テーションだけでなく生活動作</li></ul>	活動量 ※リハビリ		0	
	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。	<ul><li>日常的な運動の状況(日常 散歩など)の機会の有無、動 時間など)</li></ul>		0	0	
		<ul><li>休養・睡眠の状況 (タイミング ていない・中途覚醒がある・寝 息苦しさなどの自覚症状の有</li></ul>	<b>受付けない・疲労感・</b>		0	
		<ul><li>医師の判断を踏まえた、本人 兆候</li></ul>	における留意すべき	0	0	
		<ul><li>連絡先(かかりつけ医等)、</li><li>体制</li></ul>	専門職間での対応	0	0	
		<ul><li>家族等及び専門職との情報 状況、共有方法など)</li></ul>	共有(情報共有の	0	0	
		<ul><li>支援者の関わりの状況(声) 声かけをしている人、介護者の</li></ul>		0	0	
		<ul><li>生活リズムを取り戻すために関 援内容</li></ul>	<b>見わりうる支援者と支</b>	0	0	
		• 本人や家族等の交友関係				

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	<ul><li>嚥下障害に関係しうる病歴の有無(気管切開など)</li></ul>	0		医師、 歯科医師、
	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	• 専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果	Ο	_	看護師、薬剤師、
•	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	<ul><li>必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の 理解度</li></ul>	0	0	歯科衛生 士、 管理栄養
	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	<ul><li>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)</li></ul>	Ο		士、介護職
	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、	<ul><li>口腔機能(摂食嚥下機能、発話発声機能、味 覚など)の状況</li></ul>	0	0	
•	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	<ul><li>・ 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)</li></ul>	0	0	
	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。	<ul><li>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)</li></ul>	Ο	0	
		• 食欲の状況	0	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	Ο	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	Ο	Ο	
		<ul><li>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)</li></ul>	Ο	Ο	
		<ul><li>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)</li></ul>	Ο	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	Ο	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
		<ul><li>医師への報告の必要性、方法、タイミング</li></ul>	Ο	0	
		• 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)	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	Ο	0	

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

	1 1 2:5611(0)工/口0/工/	+・19(ペン)口が主				
	支援の概要、必要性	適切な支援内容とする	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 ※内容の詳細や留意点なる		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、	<ul><li>水分の摂取に関する失敗のエ</li></ul>		0		医師、 歯科医師、
1	併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量 と日常の摂取量を把握することが重 要である。	<ul><li>水分量・塩分量に対する本人 (適切な量、日常的な食事のど)</li></ul>		0	0	看護師、 薬剤師、 PT/OT/ ST、
• [	安でめる。 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。	<ul><li>日常的な活動の状況(日常 有無、内容、負荷の度合い、 テーションだけでなく生活動作</li></ul>	活動量 ※リハビリ		0	歯科衛生 士、 管理栄養
		<ul><li>日常的な食事の摂取の状況 量、食べ残しの有無、間食の</li></ul>		0	_	士、 介護職
		<ul><li>食事における咀嚼、飲み込み など</li></ul>	の状況、嚥下動作	0	0	
		<ul><li>日常的な水分摂取の状況( 摂取のタイミング、発汗などに「 不足する水分量など)</li></ul>		0	0	
		• 排泄リズム(頻度、回数、タ	(ミング、内容など)	0	0	
		<ul><li>室内の状況(温湿度環境、 照度など)※寝室、居室、ト 各々</li></ul>		0	Ο	
		<ul><li>支援者の関わりの状況(声が 声かけをしている人、介護者の</li></ul>		0	0	

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	

9.コミュニケーション状況の把握の支援

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/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
<ul><li>本人が感じていることを周囲に伝 周囲もまた本人の心情を把握し い状態であるためには、本人のコ</li></ul>	っす ションの取り方の傾向、性格	0		看護師、 PT/OT/ ST、
ケーションの状況を把握しコミュニションが取りやすいような環境を	・ 電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエ	0		社会福祉 士・MSW、
ことが重要になる。 • 日常生活におけるコミュニケーショ (聞く、話す、見る)の状況を持		0	0	介護職
する。	• コミュニケーション(聞く、話す、見る)の状況	0	0	
	・ 本人と家族等のコミュニケーションの状況	0	0	
	• 本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況	0	0	

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

0

Ο

L	1 1 2 POUL 00 1 1 1	1.19(-)101/7				
	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	2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. ※内容の詳細や留意点など		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	<ul><li>本人の状態を把握する体制( 事業者など)</li></ul>	同居者、支援者、	0	0	医師、 看護師、
	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	<ul><li>家庭での役割を担い続けるうえ響の現れ方</li></ul>	での認知症の影	0	0	PT/OT/ ST、 社会福祉
	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	<ul><li>地域での役割を担い続けるうえ響の現れ方</li></ul>	での認知症の影	0		士·MSW、 介護職
	エル塚光に本人の水がが入る「友」し	・ 金銭管理の状況		0	0	
	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。	<ul><li>疾患発症前の日常生活におけ 人の役割と現在の実行状況</li></ul>	る家庭内での本	0	_	
	IDETION CONTINUED IN TO	<ul><li>疾患発症後の日常生活におけ 人の役割</li></ul>	る家庭内での本	0	0	
		<ul><li>疾患発症前の日常生活におけ (家庭外)での本人の役割と</li></ul>		0	_	
		<ul><li>疾患発症後の日常生活におけ (家庭外)での本人の役割</li></ul>	る地域・社会	0	0	
		<ul><li>本人の役割の実現を支えているポート</li></ul>	るインフォーマルサ	0	0	
		<ul><li>日常的な活動の状況(日常的 有無、内容、負荷の度合い、流 テーションだけでなく生活動作を</li></ul>	舌動量 ※リハビリ	0	0	
		・ 自宅内の転倒リスクの評価及び	が対応状況(住	_	_	

宅改修、福祉用具の利用、片付けなど)

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

Ш	1 1 3:11117 11/11 6111	あんにフハノック」「点」			
	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	Z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	• 口腔機能(摂食嚥下機能、発話発声機能、味 覚など)の状況	0	0	医師、 歯科医師、 看護師、
	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、	<ul><li>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)</li></ul>	Ο	0	薬剤師、 PT/OT/ ST、
•	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	• 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)	0	0	社会福祉 士・MSW、 歯科衛生
	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	<ul><li>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)</li></ul>	0		士、介護職
•	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。正しいかる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	」 ほし、艮事中にいける、以か1人かんてきに円かかり	0	0	
	歯は合っているか、口内炎等の異常	• 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など	0	0	
•	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	<ul><li>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)</li></ul>	Ο	Ο	
	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	<ul><li>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)</li></ul>	0	Ο	
	て介助が得られる環境を整える。	• 食事の用意の方法、食事を用意する人	0	0	

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

0

0

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 アセスメント モニタリング 相談すべき 主なアセスメント/モニタリング項目 支援の概要、必要性 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 項目 項目 専門職 転倒に対する本人・家族等の理解度 継続的な在宅生活を継続するために・ 医師、 0 0 は、適度な日常生活の活動が必要 歯科医師、 である。骨折などにより活動量が低下し 環境改善に関する本人・家族等の意向 看護師、 0 0 することは、身体機能の低下につなが 薬剤師、 る恐れがあるため、その要因となりうる ADL/IADLの状態(している動作、していない PT/OT/ 転倒を未然に防ぐことが必要である。 ST、 動作、できる動作、できない動作、できると思われ 0 0 生活環境と本人の状況が変化してい 社会福祉 る動作、それらの維持・改善の見込みなど) くため、本人の日常生活の状況を把 士・MSW、 本人の麻痺の状況(麻痺の有無、麻痺の内容 握して専門職が状態の変化を判断で 介護職 と程度(麻痺によりできない動作、温度感覚の きる体制を整備する。 0 0 麻痺など)、麻痺による生活への影響の有無な そのうえで、転倒しやすい状況や負荷 ど) 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・ 筋力の低下の状態 0 0 を本人及び家族等と確認し必要なり ハビリーテーションを継続する支援体 空間認識の状況 0 0 制を整えたりする。 なお、環境や動作の改善に際しては、・ 咬合の状況、義歯等の状況(利用有無、汚れ 0 0 支援の必要性及び本人・家族等の や破損の有無など) 意向も確認する。 ・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方  $\bigcirc$  $\bigcirc$ ・ 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動 0 0 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) 0 0 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 0 0 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  $\bigcirc$  $\bigcirc$ 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 0 0 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 0 0 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-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

#### 13.感染症の早期発見と治療

0

0

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 アセスメント モニタリング 相談すべき 主なアセスメント/モニタリング項目 支援の概要、必要性 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 項目 項目 専門職 高齢者は、生体防御機能の低下が 軽微なものを含む感染症の罹患履歴(過去の 医師、 0 看護師、 起こる。炎症反応が弱く、発熱や痛 罹患歴) みの訴えが弱い場合があることに留意。 介護職 軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・ する。 0 0 家族等の理解度 感染症の初期症状が表れた場合に 感染症へのかかりやすさ 医療機関を受診できるように、家族 0 等やかかりつけ医及び関連する専門 家族等の背景(特に小さい子どもの有無)、日 職と情報を共有したり、必要なときに 常的な外出先(デイサービスの利用の有無)な 連携できる体制を整える。 0 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 0 0 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、 0 0 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 0 0 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-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

# 14.緊急時の対応

I -1-4.緊急時の対応の抗	こめの備え				
支援の概要、必要性	適切な支援内容とする	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 ※内容の詳細や留意点な		アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
<ul><li>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</li></ul>	・ 体調の変化を伝えられるコミュ	ニケーション能力	0	( )	医師、 看護師、
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	<ul><li>体調の変化を伝える相手とそ</li></ul>	の関係性	0		PT/OT/ ST、
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	<ul><li>咳・むせの有無、咳・むせが出動作時、食事の途中など)、 のタイプなど</li></ul>		0	0	社会福祉 士·MSW、 介護職
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	・本人の日常生活リズム(起原 や日課等)	床就寝、食事、仕事	0	0	
方法を取り交わしておく。   	<ul><li>日常的な食事の摂取の状況 量、食べ残しの有無、間食の</li></ul>		0	0	
	<ul><li>日常的な水分摂取の状況 ( 摂取のタイミング、発汗などに 不足する水分量) など)</li></ul>		0	0	
	<ul><li>食事の際の本人の様子(食 違う、食事中にむせる、飲み込れる、飲み込むときに痛みがあ のどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴</li></ul>	込んだときに声がかす る、食べものがよく	0	0	
	<ul><li>医師からの指示・指導の有無 常生活での制限の有無、日常 項、判断の目安に関する説明</li></ul>	常生活での留意事	0	0	
	• 医師による判断の状況(入降	完すべきか否か)	0	0	
	<ul><li>医師の判断を踏まえた、本人 兆候</li></ul>	における留意すべき	0	0	
	• 日常と異なる状況の有無、そ	の内容と程度	0	0	
	<ul><li>長期的な変化の兆候(以前 食欲が低下しているなど)</li></ul>	よりも元気がない、	0	0	
	<ul><li>本人の健康状態や生活状況 (家族等との連携の体制)</li></ul>	を把握する体制	0	0	
	<ul><li>いざという時の入院候補先とが前、場所、連絡先など)※予できると望ましい</li></ul>		Ο	Ο	
	<ul><li>連絡先(かかりつけ医等)、</li><li>体制</li></ul>	専門職間での対応	0	0	

I.尊厳を重視した意思決定の支援		15.本人の意	思を捉え	<b>るための</b> :	Tピソー
I -2.意思決定過程の支援				@/C0707.	
I -2-1.本人の意思を捉え	える支援	ド等の把握			
支援の概要、必要性	適切な支援内容とする	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	アリング項目	アセスメント	モニタリング	相談すべき
又抜り伽安、必安は	※内容の詳細や留意点な	どは本編を参照	項目	項目	専門職
・意思決定支援においては、本人が理	• 生活歴、成育歴		0		看護師、
解しやすいように伝え、本人の意思の					PT/OT/
表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、	• 日常生活で起きた出来事に	対する本人の反応			ST
エピソードなどを通じて把握することが	のエピソード		0	O	社会福祉
重要であり、それを捉えて蓄積できる	<ul><li>今の生活に対する本人の想し</li></ul>	.1			士·MSW、
体制を整えることが重要である。			0	O	介護職
• 本人のこれまでの経緯や考えを捉えて	• これからの生活に対する本人	の想い	$\circ$	$\cap$	
蓄積・共有し、本人の意思の表明を				<u> </u>	
何気ない言葉、態度やしぐさ、エピ	• 本人が得意にしていること		0	0	
ソードなどを通じて、本人の意思の形	  • 本人の趣味・嗜好				
成や表明を支援できるようにするため	本人の趣味・眉灯		0	0	
の体制を整える。	• 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	,, o,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	0	0	
	• 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

• 疾患発症後の日常生活における地域・社会

• 本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の

(家庭外)での本人の役割

予測

(家庭外)での本人の役割と現在の実行状況

0

Ο

0

0

Ο

0

T	f成で主化した心心/人にリス]及					
	I-2.意思決定過程の支援		16.日常生活	における	急向の尊	重
	I -2-2.意思の表明の支持	爰と尊重				
	支援の概要、必要性	適切な支援内容とす		2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 ※内容の詳細や留意点な		アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職
向生	々の小さな選択において本人の意が表明され反映されることは、日常活における本人のストレスを軽減す	• 日常生活における意向の表	明の状況	0	0	看護師、 PT/OT/ ST、
• 日 選	ことにもつながり重要である。 常生活における選択(食事や服を ぶこと、外出先を選ぶこと、その日に ることを決めること等)において、本	• 日常生活における決定に対す 心の大きさ	する本人の関与や関	Ο		社会福祉 士・MSW、 介護職
	の意向が表明され反映されるように	• 日常生活における決定を実質	質的に誰がしている			

0

0

I .尊厳を重視した意思決定の支援

意向の表明を支える体制を整える。

か

### 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 17.意思決定過程の支援 17.意思決定 17.意思 17.意

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

		-			
	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	Z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	• 意思決定支援に対する家族等の理解度	0	()	看護師、 PT/OT/
•	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	<ul><li>意思決定に関する本人の想い、不安の状況の状況</li><li>況</li></ul>	0		ST、 社会福祉 士・MSW、
	本人や家族等が理解できるよう支援する。	・ 本人が有する意思決定能力の状況	0	0	介護職
•	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	m3/16-1-0/1///0	0	0	
	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	人)の有無、本人との関係性	0	0	
	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。	<ul><li>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</li></ul>	0	0	

T 茂	:781 <b>+</b>	意思決	トマル	
1.5	477.1077		スパコリ	) <u>V</u> 175

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

# 18.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。	・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	0	0	医師、 歯科医師、 看護師、 薬剤師、
<ul><li>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。</li><li>なお、ここでいう意思決定支援チーム</li></ul>	・ 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)	Ο	0	PT/OT/ ST、 社会福祉 士•MSW、
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	・ 意思決定支援チームでの情報共有体制	0	0	歯科衛生 士、 介護職
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。	• 意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング	0	0	

I .尊厳を重視した意思決定の支援			19.将来の生活の見通しを立てることの				
	I -2.意思決定過程の支援			カロックとは		accv)	
	I -2-4.将来の生活の見	<b>通しを立てることの支援</b>	支援				
支援の概要、必要性の関切な支援内容と変			るための関連するアセ	Z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		アセスメント	モニタリング		

	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	• 生活歴、成育歴	0	( )	看護師、 PT/OT/
	生活の見通しを持つことは、多くの人	• 今の生活に対する本人の想い	0	0	ST
	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	• 今後の治療に関する本人の意向	0		社会福祉 士・MSW、
	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	• 将来の生活に対する本人・家族等の意向	0	0	介護職
•	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	• 意思決定に関する本人の想い、不安の状況	0	0	
	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、	• EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況	0	0	
	本人や家族等の意向を引き出す相 談援助を行う。	• EOLに対する家族等の意向	0	0	
		• 家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの 状況	Ο	Ο	
		• 意思決定支援に対する家族等の理解度	0	0	
		• 本人が得意にしていること	0	0	
		• 本人が有する意思決定能力の状況	0	0	
		• 金銭管理の状況	0	0	
		<ul><li>疾患発症後の日常生活における家庭内での本 人の役割</li></ul>	0	0	
		• 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	0	0	
		• ACPの実施状況	0	0	
		• 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	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>		0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	

予防の支援

Ⅱ-1-1.水分と栄養を摂ることの支援

# 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 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	• 食事の摂取に関する失敗のエピソード	0	0	医師、 歯科医師、
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	<ul><li>必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の 理解度</li></ul>	0	0	看護師、 薬剤師、
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	や破損の有無など)	0	0	PT/OT/ ST、
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	<ul><li>口腔機能(摂食嚥下機能、発話発声機能、味 覚など)の状況</li></ul>	0	0	歯科衛生 士、 管理栄養
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。	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	古廷不食 士、 介護職
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	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	71 132 164
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	インへの下のx1の にこにひろ、畑下のかいから	0	0	
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	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
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	• 食欲の状況	0	0	
を確保する。また、食事については食	• 食事の内容(種類、形態、量、内容など)	0	0	
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	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
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。		0	0	
	• 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)	0	0	
	• 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	• 居室等の環境で、失われる水分量の予測	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	

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/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、	• 水分の摂取に関する失敗のエピソード	0	0	医師、 歯科医師、
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。	(適切な量、日常的な食事の塩分含有量など)	0		看護師、 薬剤師、 PT/OT/ ST、
• 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	• 食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など	0	0	管理栄養 士、
える。	<ul><li>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</li></ul>	0	0	介護職
	• 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	

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

22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援

Ⅱ-1-1.水分と栄養を摂ることの支援

	1-1-1.水分と未食を摂る	ことの文技				
	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			1
	支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタ				相談すべき
	適切な口腔ケアは健康にとって重要	<ul><li>※内容の詳細や留意点など</li><li>(入院していた場合)入院中のリハ</li></ul>	1 1100 0 1111	項目 〇	項目	専門職 医師、
	は要素である。水分不足や薬の副作	······		0		运时、 歯科医師、
		・ 嚥下障害に関係しうる病歴の有無(		0	0	
	用によって、口腔乾燥の症状が表れ	・ 吉田寺にして土しる日本は工機がる		0		看護師、
	ることがある。口腔乾燥が生じると、肺	<ul> <li>口腔ケアの重要性に対する本人・家族</li> </ul>		0	0	PT/OT/
	炎のリスクが高まるほか、本人の不快	<ul><li>自宅内の温湿度リスクの評価及び対</li></ul>		<u>V</u>	<del>-</del>	ST
	感や口臭の起因ともなるため適切に	エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラ		0	0	歯科衛生
	口腔ケアが継続される必要がある。	ど)				土、
•	専門職によるリスク評価結果を踏まえ			0	0	管理栄養
	摂食嚥下機能を維持・改善するため	状態の程度、口臭、食べかすの状況				士、
	のリハビリテーション(専門職によるリ	• 口腔状態(口腔乾燥など)に影響を	を与える薬の有無、副	0	0	介護職
	ハビリテーションだけでなく、口腔体操	作用の可能性の有無		<u> </u>		
	などの取り組みを含む) が提供される	• 咬合の状況、義歯等の状況(利用を	有無、汚れや破損の有	0	0	
	ようなケア体制を整える。	無など) 				
•	セルフケアとして自身で実施可能なり	・ 日常生活での口の開きの状況、口呼	吸などの状況、常時	0	0	
	ハビリテーションについては、その実施	開口を強いるような姿勢の有無				.
	方法や留意点を把握し、家族等の介	<ul><li>日常的な食事の摂取の状況(食事 残しの有無、間食の有無など)</li></ul>	回 級、 食事量、 食べ	0	0	
	護者にも共有する。		51000000000000000000000000000000000000			
•	口腔乾燥を防止するため、口腔内に	<ul><li>食事の際の本人の様子(食べる速度中にむせる、飲み込んだときに声がかる。</li></ul>				
	適切な水分が保たれるように環境を	痛みがある、食べものがよくのどに詰ま		0	0	
	見直す。唾液腺のマッサージや、保湿	など)	U( 1)C/3 1 1 1 1 1 1/19 U			
	剤の活用等の口腔乾燥の防止の必	<ul><li>本人の食の好みやこだわり、偏食の状</li></ul>	 :況など	0	0	1
	要性も考慮し、歯科医師等と状況を	・ 食事の内容(種類、形態、量、内容		O	Ō	1
	共有し連携する体制を整える。	• 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			1
	六百〇年1万ヶる仲間で正える。	たんぱく質の不足など)		Ο	0	]
		<ul><li>食事をとっている場所・環境(ベッドカ</li></ul>	い机か、椅子や机の高さ	0	0	
		など)			_	
		<ul><li>食事をとる際の姿勢・食事のとり方</li></ul>		0	0	.
		<ul><li>食器の保持の状況</li></ul>		0	0	
		<ul><li>日常的に使っている食器</li></ul>	+, o.l.	Ο	0	
		<ul><li>食事の調理者(外食や配食や惣菜 しているのか、購入先など)</li></ul>	なのか、介護者か調理	0	0	
		• 食事を一緒に取る人あるいは食事介	助を行う人の状況			1
		(有無、介助の方法、食べさせ方な	<u>Ľ</u> )	0	0	
		• 日常的な水分摂取の状況(水分摂		0	0	
		ミング、発汗などに関係する活動量、		<u> </u>		
		<ul><li>排泄リズム (頻度、回数、タイミング、</li></ul>		0	0	
		<ul><li>排泄内容(便秘や下痢といった状況 中容との違いなど)</li></ul>	の有無、日常の排泄	0	0	
		内容との違いなど)	四天日日左ケノーよい ファク・トワーナ	~		
		<ul><li>就寝時の義歯着脱の有無(顎提や 軽減するために夜間装着が必要な場</li></ul>		0	0	
		師に確認)	口0000000000000000000000000000000000000	O		
		<ul><li>かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科のも</li></ul>	状況(有無、通院・連			1
		絡頻度、連絡先、関わり方など)の打	巴握、連携方法の確認	0	0	
		• 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の	の有無	0	0	]
		• 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、	0	0	
		- 必要性、内容など) 				
		<ul><li>口腔ケアの状況(自立の程度、実施方法、同数・頻度、タイミングなど)</li></ul>	する人は誰か、実施	0	0	
		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	ビロニーション・ホン亜州			
		* 発戸・発品の維持・以善のにめのリハ とその内容	この一クコクの必安性	0	0	
		・ 評価結果を踏まえて見直すべき食器	や道旦	0	0	
		・ 評価結果を踏まえて見直すべき食事		0	0	1 1
		・ 評価結果を踏まえて見直すべき食事				
		のとり方	UM-73/11 IXT	0	0	
		• 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	_		1
		の有無、サービス内容、利用状況		0	0	

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

正 1 2.市西州市 7.6 文 6 2 2 2	は未の人」及			
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		1	
支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリング項目		モニタリング	1
	※内容の詳細や留意点などは本編を参照	項目	項目	専門職
• 日常生活を通じて再入院の予防	<ul><li>疾患に対する本人・家族等の理解度</li></ul>	O	0	医師、
(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	<ul><li>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</li></ul>	0	0	歯科医師、 看護師、
ジメントが重要であり、疾患及び疾病	• 今後の治療に関する本人・家族等の意向	0	0	薬剤師、
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。	<ul><li>本人が感じる不安(不安の有無、不安の内容、その程度など)</li></ul>	0	<u> </u>	PT/OT/ ST、
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	<ul><li>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)</li></ul>	0	_	歯科衛生 士、
てかかりつけ医をはじめとする専門職	* 本人の健康状態、生活状況	0	0	一、 介護職
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。	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	0	0	
• 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	服用状況(正しい量・頻度で服用ができているか、飲	0	_	
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	<ul><li>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</li></ul>	_	0	
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	• 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	0	0	
場合にいても、家族等が働いている 場合等は通院に付き添う家族等の	<ul><li>家族等の状況(同居者の有無、支援者は誰かなど)</li></ul>	0	_	
負担も考慮して、代替手段を提案で	<ul><li>本人の日常生活リズム(起床就寝、食事、仕事や日課等)</li></ul>	0	0	
│ きるような情報提供にも配慮した支 │ 援体制を整える。	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	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)	0	0	
	・ 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	О	<del>-</del>	
	<ul><li>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)</li></ul>	Ο	0	
	<ul> <li>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)</li> </ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	・ 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、急変時の対応があると)	0	0	
	• 医師による判断の状況(入院すべきか否か)	0	0	
	• 医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	

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

# 24.継続的な服薬管理の支援

_					
	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
•	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	<ul><li>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</li></ul>	0	0	医師、 歯科医師、
	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。	家族等の理解度	0	0	看護師、薬剤師、
•	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、	本人の口人(24時間)の土冶が人工・旭とした	Ο	0	PT/OT/ ST、
	必要に応じて専門職と連携して支援 体制を整備する。	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	歯科衛生 士、 介護職
		<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	0	_	
		<ul><li>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</li></ul>	<del>-</del>	0	
		・薬の管理状況(薬の保管場所、保管方法な ど)	Ο	0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	Ο	0	
		<ul><li>・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)</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	Ο	0	
		・ 服薬支援機器の活用状況	0	0	

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

# 25.体調把握と変化を伝えることの支援

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
• 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	• フレイルの状況がわかるエピソード(転倒等)	0	0	医師、 歯科医師、
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	• 血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解 度	0	0	看護師、 薬剤師、
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	• 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	0	0	PT/OT/ ST、
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	• 体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力	Ο	0	管理栄養 士、
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、	• 体調の変化を伝える相手とその関係性	Ο	0	介護職
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	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
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	• 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	Ο	0	
える。	• 血圧に影響を与える行動(例:睡眠や活動な ど)の状況	0	0	
	• 日常的な体調(食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ 等)	0	0	
	• 目標血圧と通常の血圧の状態	Ο	0	
	<ul><li>・ 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)</li></ul>	0	0	
	• 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)	_	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	Ο	Ο	
	<ul><li>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)</li></ul>	Ο	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	• 日常と異なる状況の有無、その内容と程度	Ο	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>医師への報告の必要性、方法、タイミング</li></ul>	Ο	0	
	<ul><li>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</li></ul>	Ο	Ο	

予防の支援

Ⅱ-1-4.心身機能の維持・向上の支援

# 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 26.フレイルを予防するための活動機会 の維持

	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		モニタリング	
		※内容の詳細や留意点などは本編を参照	項目	項目	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	<ul><li>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</li></ul>	0	0	医師、 看護師、
	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。	• リハビリテーションに対する本人・家族等の意向	0	0	薬剤師、 PT/OT/
•	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	本人の日人(24時间)の土石ラスム・週この月	0		ST、 介護職
	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 まる家族等が、ましてできることはなっ	・ 自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動 線、日課など)	0	0	
	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	• 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)	0	0	
•	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	<ul><li>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)</li></ul>	0	Ο	
	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	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
•	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	<ul><li>(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</li></ul>	0	0	
•	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、	有無、指導の内容(必要性、指示・指導の内容、留意事項など)	0	0	
	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	• 12 12 12 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15	0	0	
	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	・ 必要な支援を受けられる体制の確保	0	0	
	を調整する。	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
		• 機能回復のためのリハビリテーションの実施有無	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	
		• 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)	0	0	

予防の支援

Ⅱ-1-4.心身機能の維持・向上の支援

# 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 27.継続的なリハビリテーションや機能訓 練の実施

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
<ul><li>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</li></ul>	• 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	0	0	医師、 歯科医師、
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。	• リハビリテーションに対する本人・家族等の意向	0	0	看護師、 PT/OT/
<ul><li>生活機能の維持に向けて、必要なり ハビリテーションやセルフケアの継続が</li></ul>	・ リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲	0		ST、 介護職
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	<ul> <li>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)</li> </ul>	0	0	
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	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
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。	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	Ο	0	
	・ 全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性	_	0	
	・ ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況	0	0	
	・ 必要な支援を受けられる体制の確保	0	0	
	• 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	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	Ο	Ο	
	・ 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)	0	0	

剰支援となっていないか)

予防の支援

Ⅱ-1-5.感染予防の支援

# 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 28.感染症の予防と対応の支援体制の 構築

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
<ul><li>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</li></ul>	<ul><li>軽微なものを含む感染症の罹患履歴(過去の 罹患歴)</li></ul>	0		医師、 歯科医師、
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	<ul><li>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</li></ul>	Ο		看護師、 薬剤師、 PT/OT/
要である。 ・家族等の協力を得て、居室の環境が	・ 口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解 度	0	( )	ST、 歯科衛生
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	<ul><li>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)</li></ul>	Ο		士、 介護職
で、子が強れる固角の消耗を必入り 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。	• 感染症へのかかりやすさ	0	0	
SO SO SIX HIPS CIE/CO	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	• 感染症にかかった際の状況把握と対応体制	0	0	

Ⅱ-2.日常的な生活の継続の支援

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

Ⅱ-2-1.生活リズムを整える支援

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
・規則正しい生活は、睡眠や排泄のリ	• 本人及び家族等のこれまでの生活暦	0		医師、 看護師、
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	<ul><li>本人の状態(運動機能、麻痺の程度、服薬状況等)</li></ul>	0		有護師、 PT/OT/ ST、
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、	・ 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方	Ο	0	社会福祉 士・MSW、
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	• 本人にとって心地良いであろう生活リズム	0	0	介護職
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	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
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	• 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)	0	0	
が流を指揮し、その本人のリスムに 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。	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>休養・睡眠する環境(寝室の明るさ、温湿度、 寝具の状態など)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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))</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	• 本人や家族等の生活に関わっている人の状況	0	0	
	• 本人や家族等の交友関係	0	0	

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

# 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	2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
<ul><li>・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</li></ul>	<ul><li>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無</li></ul>	0	0	医師、 看護師、 薬剤師、
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		0	O	PT/OT/ ST、
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	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	介護職
して必要な支援につなげられる体制を整える。	・ 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方	0	0	
・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	<ul><li>・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)</li></ul>	0	0	
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	・休養・睡眠する環境(寝室の明るさ、温湿度、 寝具の状態など)	0	0	
検討する。	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	

Ⅱ-2.日常的な生活の継続の支援

31.口から食事を摂り続けることの支援

Ⅱ-2-2.食事の支援

ш	# C CIRC 1 0 A IX					
	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	Z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		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、みずからの日本語にて今恵を担いたけら	<ul><li>・必要な栄養量、栄養素に対する本人・ 理解度</li></ul>	家族等の	0	0	医師、 歯科医師、
	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。	<ul><li>本人の特徴(身長・性別・年齢、活動 踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握</li></ul>		0		看護師、 PT/OT/ ST、
	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	量、食べ残しの有無、間食の有無など)	数、食事	0		歯科医衛 生士、
	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	・ 食欲の状況		0		管理栄養 士、 介護職
	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。	・ 食事の内容(種類、形態、量、内容な	:ど)	0	0	71 6支4以
•	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	<ul><li>食事から摂取している水分や栄養(水) カロリーやたんぱく質の不足など)</li></ul>	分の不足	0	0	
	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	<ul><li>食事をとっている場所・環境(ベッドか析 や机の高さなど)</li></ul>	か、椅子	0	0	
	整える。	<ul><li>日常的な塩分摂取の状況(塩分摂取 摂取制限の有無など)</li></ul>	量、塩分	0	0	
		・ 本人や家族等の食生活と食の好み		0	0	
		<ul><li>日常的な塩分摂取状況の把握及び支 (本人を含む状況の把握体制、把握が 援の必要性、支援者は誰かなど)</li></ul>		0	0	
		<ul><li>日常的な体重管理の状況及び支援の 人を含む体重の管理体制、管理方法、 推移(急激な増減がないか)、支援の 支援者は誰かなど)</li></ul>	体重の	0	0	

# 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 II - 2- 2. 食事の支援 II - 2- 2. 食事の支援 II - 2- 3. 食事の支援

立とに反子の人派				
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	・ 食事の摂取に関する失敗のエピソード	0	0	医師、 歯科医師、
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	・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の 理解度	0	0	看護師、 薬剤師、
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	<ul><li>口腔機能(摂食嚥下機能、発話発声機能、味 覚など)の状況</li></ul>	0	0	PT/OT/ ST、
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といる。	<ul><li>・ 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)</li></ul>	0	0	歯科衛生 士、 管理栄養
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		0	0	官理未食 士、 介護職
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		0	0	710240
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	・ 食欲の状況	0	0	
要以上の制限が行われないように留意する。	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	・ 食事の内容(種類、形態、量、内容など)	0	0	
	・ 本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	・ 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)	0	0	
	・ 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など)	0	0	
	・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)	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	

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

# 33.清潔を保つ支援

L	Ⅲ-2-3.春らしやすい環境	の保持、入浴や排泄の支援			
	 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	2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、	・ 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度	0		医師、 看護師、
	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	<ul><li>入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の 程度</li></ul>	0	0	薬剤師、 PT/OT/ ST、
	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	・ 入浴に対する本人・家族等の希望・意向	0		介護職
	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	<ul><li>経済状況(福祉用具の設置や日用品の購入が可能か)</li></ul>	0	0	
	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	• 皮膚の状態(異常の有無など)	0	0	
	要に応じて補助用具や入浴介助等の活用を検討する。	<ul><li>本人の当日の健康状態(特に血圧、脈拍の状態など)</li></ul>	0	0	
		<ul> <li>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)</li> </ul>	0	0	
		<ul><li>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)</li></ul>		0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
		• 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	0	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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)</li></ul>	0	0	

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 主なアセスメント/モニタリング項目 アセスメント モニタリング 相談すべき 支援の概要、必要性 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照 項目 項目 専門職 排泄は人間の生命を維持するうえで 排泄リズム(頻度、回数、タイミング、内容など) 医師、 重要な機能であり、排泄の自立を保 看護師、 0 0 つことは、本人の自尊心を高めること 薬剤師、 にもつながる。一方、家族等にとっても PT/OT/ 排泄の世話は、精神的、身体的に負。 ST、 排泄リズムに対する本人の認識 担が大きい介護となる。排泄上の障 介護職 害を取り除き、排泄の自立を高める 0 0 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 • 排泄に関する失敗のエピソード ターンからの逸脱の程度を観察するこ 0 0 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 日常的な排泄の方法(トイレ、Pトイレ、おむつ を把握し、本人がそのリズムを理解で など) きるよう支援する体制を整える。 0 0 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 排泄内容(便秘や下痢といった状況の有無、日 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 常の排泄内容との違いなど) 0 0 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 排泄動作の状況 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 0 0 場合もあることに留意する。

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

Į	11-3-1.台()(木()()				
	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	2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	• 本人のストレングス	0	0	医師、 看護師、
	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	• 本人の趣味・嗜好	0	0	薬剤師、 PT/OT/ ST、
	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	<ul><li>・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)</li></ul>	0	0	社会福祉 士・MSW、
	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。	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	介護職
	<ul><li>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</li></ul>	• 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	0	0	
	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	• 本人が喜びや楽しみを感じる状況や状態	0	0	
	を整える。	• 本人が強みを発揮できる状況や状態	0	0	
		• 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	0	0	
		• 役割を実現するために必要な環境支援	0	0	
		• コミュニケーション能力回復のために必要な支援	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	

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

36.コミュニケーションの支援

Ⅱ-3-2.コミュニケーションの支援

π-3-2:ユニノ ノョノの	<b>人</b> J及			
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	z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
<ul><li>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</li></ul>	・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	0	0	医師、 看護師、 薬剤師、
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	・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	0	0	PT/OT/ ST、 社会福祉
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	<ul><li>・本人の障害 (構音障害、失語症、耳の聞こえなど)</li></ul>	0		士·MSW、 介護職
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。	・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況	0	0	
• 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	・コミュニケーション(聞く、話す、見る)の状況	Ο	0	
• 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	・ 本人と家族等のコミュニケーションの状況	0	0	
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。	・ 本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況	0	0	
	・コミュニケーション能力回復のために必要な支援	0	0	

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-3-3.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

エ 3 3.3()というこの 区 1 1 1	正正だることの文章			
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	<ul><li>地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード</li></ul>	0	0	看護師、 PT/OT/
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大概な関係を表することが表現	・ 本人にとっての快・不快の状況	Ο	_	ST、 社会福祉
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	• 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤	0		士·MSW、 介護職
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	・ 再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じて いる不安	Ο	0	
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	・ 家庭内での本人の役割に対する本人の認識	Ο	0	
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	<ul><li>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</li></ul>	Ο	0	
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	・ 清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度	Ο	0	
の連携体制を整える。	<ul><li>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</li></ul>	Ο	0	
	• 疾患発症後の日常生活における家庭内での本 人の役割	Ο	0	
	・本人の趣味・嗜好	Ο	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	• 活動と参加に関わる各行為の状況	Ο	0	
	<ul><li>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</li></ul>	Ο	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	・ 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	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	Ο	0	

38.持っている機能を発揮しやすい環境 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 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

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	Z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
<ul><li>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</li></ul>	<ul><li>生活歴、成育歴</li></ul>	0	0	医師、 看護師、
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。	• 本人・家族等の受容の程度	0	0	PT/OT/ ST、
<ul><li>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</li></ul>		0	0	社会福祉 士・MSW、 介護職
である。 ・ 活動量の低下を防ぐため、本人の心	• 本人のストレングス	0	0	
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	• 本人の趣味・嗜好	0	0	
体制を整える。	・ 本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>		0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	• 運動・活動を妨げる要因	0	0	
	• 活動を支援する福祉用具の活用	0	0	
	• 疾患発症後の日常生活における家庭内での本 人の役割	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	• 役割を実現するために必要な環境支援	0	0	

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 Ⅲ-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

エンコニューティでの反	可と正元のことの文章			
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	l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	<ul><li>地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード</li></ul>	0	0	医師、 看護師、
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・家族等の受容の程度	0	0	PT/OT/ ST、
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	• 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	0	0	社会福祉 士・MSW、 介護職
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	• 交流に対して本人が感じている困惑や葛藤	0	0	八吃地
快・不快の変化を捉えることが重要である。	<ul><li>地域・社会(家庭外)での本人の役割に対する 本人の認識</li></ul>	0	0	
・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	・ 本人にとっての快・不快の状況	0	0	
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。	m321-1-3-0000	0	0	
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	TO CONCENT CON	0	0	
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。	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)	0	0	
かくにかり g 文 l 放 杯 l i が 正 i i で l j )。	• 活動と参加に関わる各行為の状況	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	・他人との交流の方法	0	0	
	• 地域の中での交流の機会の有無、活用可能性	0	0	
	• 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	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	

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

=	3 432 ( 13 4 7 7 3 7 6			
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	・疾患に対する本人・家族等の理解度	0	O	医師、 看護師、
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		0	O	PT/OT/ ST、
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		0	O	社会福祉 士・MSW、
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。	・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	0	0	介護職
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	介護の大きさに対する家族等の認識と理解	0	0	
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	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)	0	0	
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。	・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)	0	0	
	・認知機能の程度、日常生活における障害の有 無	0	0	
•	・本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方	0	0	
•	・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)	0	0	
	・ 同居していない家族等の生活リズム	0	0	
•	・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)	0	0	
•	・仕事をする家族等の会社での役割の変化	0	0	
•	・家族等の休養・睡眠の状況	0	0	
•	・相談支援の実施の状況	0	0	
•	・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	0	0	
•	・家族等がねぎらいを得られる状況の有無	0	0	
	家族等が必要な情報を収集する手段	0	0	
	・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	0	0	
•	・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度 の状況	0	0	

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

		3/11\V <del>(1</del> , √2)\v 1\li⊓,				
	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/モニタル ※内容の詳細や留意点など		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	<ul><li>生活習慣病の管理・指導に対の理解度</li></ul>	する本人・家族等	0	0	医師、 看護師、
•	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	<ul><li>生活習慣に対する本人・家族</li><li>活習慣を変えなかった場合のリなど)</li></ul>		0	0	PT/OT/ ST、 社会福祉 士・MSW、
	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	・認知症の進行度によって関わり 要があることに対する家族等の		0	0	介護職
	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	・ 将来の生活に対する本人・家族	族等の意向	0	0	
	等(キーパーソン)の意向を把握する。	<ul><li>認知機能の程度、日常生活に 無</li></ul>	おける障害の有	0	0	
•	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。	<ul><li>疾患とその治療に関する医師が 有無、指導の内容(疾患の基 療方針、日常生活での留意事 の制限の有無、日常生活で管 明、判断の目安に関する説明。</li></ul>	基本的な内容、治 耳り、日常生活で 理すべき事項の説	0	0	
		<ul><li>特に考慮しなければならない生 (例:飲酒、運動など)、変動 (例:絶対だめなのか、努力事</li></ul>	更の重要性	0	0	
		<ul><li>意思決定の支援が必要になったの引継ぎの準備</li></ul>	たときのための情報	0	0	
		・将来的に死後も意思や意向を することの支援	反映できるように	0	0	
		<ul><li>本人や家族等の将来の生活の フォーマルなしくみ (例:成年後 護事業等)及びその他サービス 利用可能性</li></ul>	<b>多見、地域権利擁</b>	0	0	

Ⅲ-1.家族等への支援

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

	血 1 2.300人分子/开口				
	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
	、人が地域での生活を継続できるよ に支えることが重要であり、かつ家族	• 地域とのトラブルのエピソード	0	0	医師、 看護師、
<b>\$</b>	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	• 将来の生活に対する本人・家族等の意向	0	( )	薬剤師、 社会福祉
角	ないた。 ないでは、ことが重要である。 なになっている。 ないでは、ことが重要である。	• 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	0		士·MSW、 介護職
U	う、家族等だけでなく、本人を理解 ともに関わることができる理解者を増	* 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)	0	0	
近	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 Fってもらえるよう支援体制を整える。	• 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	0	0	
11	- ノくしりんるよう又扱 仲間で正える。	• 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	Ο	0	
		• 本人や家族等の生活に関わっている人の状況	0	0	
		• 本人や家族等の交友関係	Ο	0	
		• 認知症に対する地域の理解の状況	0	0	
		• 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	0	0	
		• 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	0	0	
		• 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	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	Ο	0	
		• 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	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	
		<ul><li>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</li></ul>	0	0	

Ⅲ.家族等への支援 Ⅲ-2.ケアに参画するひとへの支援	43.本人を取	り巻く古せ	2.仕里の!	救備
Ⅲ-2-1.本人をとりまく支援		ソさくメル	マルロリン:	距7冊
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ヤ	1		-
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
<ul><li>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</li></ul>	・ 地域とのトラブルのエピソード	0	0	医師、 歯科医師、
ビス)だけで支援を継続するのは資	<ul><li>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</li></ul>	0	0	看護師、
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	・疾患発症後の日常生活における家庭内での本 人の役割	0	0	薬剤師、 PT/OT/
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	・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	0	0	ST、 社会福祉
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	・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	0	0	士·MSW、 歯科衛生
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	- ULI-2-4-1-7-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	0	0	士、 管理栄養
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		0	0	士、 介護職
に関わる体制を整える。 	・ 本人や家族等の交友関係	0	0	
	・認知症に対する地域の理解の状況	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>・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)</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	・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	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	* 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	0	0	1
	<ul><li>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</li></ul>	0	0	
	<ul> <li>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)</li> </ul>	0	0	
	・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	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>		0	
	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	0	0	
	<ul><li>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</li></ul>	1 ( )	0	
	・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	0	0	

Ⅲ-2.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

# 44.同意してケアに参画するひとへの支

援

Į	血 と と、内心してノバに多	国する() (の文)及							
	支援の概要、必要性	適切な支援内容とするが	こめの関連するアセ	Zスメント/モニ	タリング項目	目等			
	支援の概要、必要性	主なアセスメント/モニタリ ※内容の詳細や留意点など		アセスメント 項目	モニタリング 項目	相談すべき 専門職			
	本人の生活を支える人がケアに継続	<ul><li>今の生活に対する本人の想い</li></ul>		0	O	医師、 看護師、			
	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	, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	-	0	O	薬剤師、 社会福祉			
	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		(等の意向	0		士·MSW、 介護職			
	等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要である。		不安の状況	0	0				
	<ul><li>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</li></ul>	<ul><li>家族等が現在抱えている不安・ 状況</li></ul>	恐怖、ストレスの	0	0				
	聞く相談援助等の支援が提供される 体制を整える。	・ 意思決定支援に対する家族等	の理解度	0	0				
	Lubi cieveno	<ul><li>EOLに向けて本人が感じている レスの状況</li></ul>	不安・恐怖、スト	0	0				
		• EOLに対する家族等の意向		0	0				
		・ 本人が有する意思決定能力の	伏況	0	0				
		<ul><li>金銭管理の状況</li></ul>		0	0				
		<ul><li>キーパーソン(本人の意思決定人)の有無、本人との関係性</li></ul>	を支援しうる	0	0				
		<ul><li>本人の意思決定支援のために対 社会資源の有無、サービス内容</li></ul>		0	0				
		<ul><li>本人や家族等の将来の生活の フォーマルなしくみ (例:成年後 護事業等)及びその他サービス 利用可能性</li></ul>	<b>党見、地域権利擁</b>		0				
		<ul><li>家族等に対する支援(相談、 決など)を提供しうる地域の社会 有無、状況</li></ul>		0	0				