

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）  
「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」（実施主体：株式会社 日本総合研究所）

---

# ケアマネジメントにおける アセスメント/モニタリング標準化 「認知症」がある方のケア 【検討案】

---

平成 31 年 3 月 31 日  
株式会社 日本総合研究所

※本資料の内容は継続検討中であり、完成版ではありません。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 目 次

<b>第1章 本検討案作成の目的と活用方法</b> .....	<b>1</b>
1. 本検討案作成の目的と適用範囲 .....	1
(1)背景 .....	1
(2)目的 .....	1
(3)標準化の考え方 .....	2
(4)適用範囲 .....	2
2. 本検討案及び添付様式の活用方法と留意点 .....	3
(1)活用方法 .....	3
(介護支援専門員による活用) .....	3
(指導担当者による活用) .....	3
(地域包括支援センターにおける活用) .....	3
(保険者(自治体)における活用) .....	4
(2)留意点 .....	4
(本人の生活を総合的に捉え、個別化することが必要) .....	4
(多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する) .....	4
(入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する) .....	5
3. 疾患別ケアマネジメントの構成に関する説明と活用方法 .....	6
<b>第2章 基本ケア</b> .....	<b>7</b>
1. 病状・病態予測と予防の重要性 .....	7
1-1 食事と栄養 .....	7
1-1-1 健康を維持するための栄養の確保と指導 .....	7
1-1-2 食事の状態の確認 .....	9
1-2 嚥下 .....	11
1-2-1 食事するための環境の確保 .....	11
1-2-2 食形態の工夫 .....	12
1-2-3 生活リズムを整える .....	13
1-3 口腔ケア .....	15
1-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 .....	15
1-3-2 口腔ケアの援助 .....	16
1-3-3 口腔乾燥の防止 .....	16
1-4 服薬管理の支援 .....	18
1-4-1 服薬支援 .....	18
2. 家庭や地域での役割を見出す .....	20
2-1 身体機能の維持・向上 .....	20
2-1-1 自宅での活動の確保 .....	20
2-1-2 外出の機会の確保 .....	21
2-2 排泄 .....	23
2-2-1 排泄に関わる本人の状態を確認する .....	23
2-2-2 排泄環境を確保する .....	25

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

2-3 コミュニケーション .....	27
2-3-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定 .....	27
2-3-2 コミュニケーション方法の再構築 .....	28
3. 生活の場における安全管理 .....	30
3-1 身体機能の低下を防ぐ .....	30
3-1-1 転倒・骨折予防 .....	30
3-1-2 廃用予防 .....	31
3-2 嚥下 .....	34
3-2-1 食事するための環境の確保 .....	34
3-2-2 食形態の工夫 .....	35
3-3 口腔ケア .....	37
3-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 .....	37
3-3-2 口腔ケアの援助 .....	38
3-3-3 口腔乾燥の防止 .....	38
3-4 感染予防 .....	40
3-4-1 清潔ケア .....	40
3-4-2 感染症の予防 .....	42
3-4-3 感染症の早期発見と治療 .....	44
4. 家族支援 .....	46
4-1 家族の受容に対する支援 .....	46
4-1-1 家族の知識、技術の習得の支援 .....	46
4-1-2 家族の生活ペースの再設計 .....	47
4-1-3 精神的サポート .....	48
4-2 摂食動作・認知障害 .....	51
4-2-1 理解 .....	51
4-2-2 支援 .....	51
4-3 排泄 .....	52
4-3-1 状態の把握 .....	52
4-3-2 支援 .....	52
4-4 コミュニケーション .....	54
4-4-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定 .....	54
4-4-2 コミュニケーション方法の再構築 .....	55
<b>第3章 認知症 .....</b>	<b>57</b>
1. 認知症の基本的理解 .....	57
(1) 認知症の特徴 .....	57
(2) 認知症のある要介護者のケアマネジメントにおいて留意すべきこと .....	57
認知症【検討案】 .....	59
0. ここまでの経緯の確認 .....	59
0-1 ここまでの経緯の確認 .....	59
0-1-1 認知症と診断されるに至った経緯の把握 .....	59
0-1-2 これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握 .....	60

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

1. 本人及び家族・支援者の認識の理解 .....	61
1-1 本人と家族・支援者の認識の理解 .....	61
1-1-1 本人や家族・支援者が抱く感情と想いの理解 .....	61
1-1-2 本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識 .....	61
1-2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解 .....	63
1-2-1 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施(こころ、からだ、中核症状) .....	63
2. 将来の準備としての意思決定の支援 .....	65
2-1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援 .....	65
2-1-1 意思決定支援の必要性の理解 .....	65
2-1-2 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握 .....	66
2-2 意思決定支援体制の整備 .....	69
2-2-1 意思決定支援体制の整備 .....	69
3. 必要に応じた連携体制の構築 .....	70
3-1 必要に応じた連携体制の構築 .....	70
3-1-1 かかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携 .....	70
3-1-2 かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職との連携 .....	71
3-1-3 その他の関係する人との連携 .....	71
4. 基本的な生活の支援 .....	73
4-1 日常生活における本人の意向の尊重 .....	73
4-1-1 日常生活における意向の尊重 .....	73
4-2 一週間の生活リズムを支えることの支援 .....	74
4-2-1 一週間の生活リズムと変化を把握することの支援 .....	74
4-2-2 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 .....	74
4-2-3 生活リズムの崩れの把握と取り戻すことの支援 .....	75
4-3 日常的に参加する役割を整えることの支援 .....	76
4-3-1 家庭や地域での役割を担い続けるための ADL/IADL の支援 .....	76
4-3-2 コミュニケーションを取ることの支援 .....	77
4-3-3 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援 .....	78
4-4 体調管理や服薬管理の支援 .....	80
4-4-1 体調の変化を把握し伝えることの支援 .....	80
4-4-2 服薬支援 .....	81
4-5 基本的なセルフケアを継続することの支援 .....	83
4-5-1 水分の摂取の支援 .....	83
4-5-2 栄養の摂取の支援 .....	84
4-5-3 排泄を続けることの支援 .....	85
5. これまでの生活の尊重と重度化の予防 .....	87
5-1 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備 .....	87
5-1-1 その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備 .....	87
5-1-2 持っている機能を発揮しやすい環境の整備 .....	88
5-2 合併症や併発しやすい事故の予防 .....	90
5-2-1 転倒の予防の支援 .....	90

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

5-2-2 誤嚥の予防の支援.....	90
6. 行動・心理症状の予防・重度化防止 .....	92
6-1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握 .....	92
6-1-1 行動・心理症状の具体的内容を把握する体制の構築 .....	92
6-1-2 本人の不安やストレスの把握.....	93
6-2 背景要因に対する取り組みの支援 .....	94
6-2-1 背景要因に対する取り組みの支援 .....	94
7. 家族等への対応 .....	96
7-1 家族支援に必要なサービスの調整支援 .....	96
7-1-1 家族に対する支援の体制の整備 .....	96
7-1-2 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援 .....	97
7-2 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 .....	99
7-2-1 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援.....	99
<b>第4章 多職種連携の重要性 .....</b>	<b>100</b>
1. 多職種連携の重要性 .....	100
(1)入院・入所時の多職種連携.....	100
(2)かかりつけ歯科医との連携 .....	100
(3)かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携.....	101
2. かかりつけ医との連携の重要性 .....	102

## 巻末資料

# 第 1 章 本検討案作成の目的と活用方法

## 1. 本検討案作成の目的と適用範囲

### (1)背景

- ・ 全国の各地域において、2025 年を目標に地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが進んでいる。ケアマネジメントは地域包括ケアシステムを構成する様々な要素をつなぎ、高齢者ができる限り住み慣れた地域において暮らし続けられるよう支援するための重要な機能である。
- ・ 一方で、地域における高齢者の生活のありようが多様化し、ケアマネジメントにおいて取り扱うべき社会資源の範囲も広がっている。その結果、介護支援専門員はこれまで以上に多くの情報を収集・分析し、ケアマネジメントを推進していく必要に迫られている。
- ・ こうした状況において、今後は、介護支援専門員が一人ですべての情報の収集・分析を担うのではなく、これまで以上に多職種間での連携を進め、高齢者一人ひとりの生活や意欲を汲んだ、本人の状態の維持・改善に向けた支援が求められている。
- ・ 具体的には、各地域における包括的・継続的ケアマネジメント支援として、保険者（自治体）や地域包括支援センターによる介護支援専門員向けの相談対応や研修の実施、地域ケア会議の開催等の取り組みが行われている。
- ・ 加えて、政府においても、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28 年 6 月 2 日閣議決定）において、自立支援と介護の重度化防止を推進するため「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととされた。

### (2)目的

- ・ 本調査研究は、自立支援に資する適切なケアマネジメントを推進し、ケアマネジメントの質の向上と多職種連携の推進を目指して実施するものである。
- ・ 適切なケアマネジメント手法として、ケアマネジメントプロセスの中でもアセスメント過程に着目し、利用者の状態に合わせて可能性を想起すべき支援内容の仮説を体系的に整理し、各事例において具体的にどの程度、どのような支援が必要かを判断するためのアセスメント項目を、要介護認定の原因疾患として多い疾患群別にとりまとめた。
- ・ 本調査研究はあくまでもアセスメントにおいて介護支援専門員が仮説として想定すべき共通的な支援内容を整理したものであり、ケアプランの画一化を目的とするものではない。ケアプランはあくまでも、その人・家族の生活を尊重し、その強みを活かして個別的に作成すべきである。
- ・ なお、平成 28 年度以降の検討を経て整理した適切なケアマネジメント手法について、多くの介護支援専門員向けに普及するための研修プログラムの開発も本事業の目的の一つとした。
- ・ こうした整理により、介護支援専門員に対し必要な知識を付与することで、既に行っているケアマネジメントプロセスにおいて、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用できる。また、効果的なアセスメントを可能にし、サービス担当者会議の機能を高め、結果として、現在の生活課題の把握及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担や協働の推進、ひいてはケアマネジメントの質の向上を図ろうとするものである。
- ・ なお、行われるべき支援として想定される支援内容の中には、基礎疾患の種類にもよるが、必然的に医療によるケアを必要とするものが多く含まれる。療養に係る判断や利用者の状態が悪化したときの対応等は、当然、ま

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

「医療につなぐこと」が重要であることは言うまでもない。ただし、そうした連携を円滑に行うことができるようにするためにも、介護支援専門員が医療によるケアが必要な場面について基礎的な知識を持っておくことが求められる。ケアマネジメントの標準化により、介護支援専門員が医療との関わりについて理解しやすくなることを企図する。

### (3)標準化の考え方

- ・ 前項(2)に挙げたとおりとおり、本検討案は、介護支援専門員が作成するケアプランの内容に際して、ケアマネジメント段階で想定する支援内容に関するばらつき(思い描く仮説の違い)を縮小させることを目的としている。
- ・ この目的のために要介護状態となった原因疾患と状態(退院後から在宅での生活が安定するまでの期間)に着目し、同じ原因疾患や状態に対して必要性が想定される支援内容のパターンを「標準的な支援内容」として整理した。つまり、利用者の基本的な状態ごとの支援内容の「仮説」を定めたものである。これが、本検討案における標準化の考え方である。
- ・ なお、本検討案で標準として整理した支援内容はあくまでも「仮説」であって、利用者の一人ひとりに対し、その心身の状況や生活の状態に応じて、その人にとって必要な支援内容は異なる。つまり、本検討案で示しているのは想定される支援内容であって、この標準を出発点として、アセスメントの結果を踏まえた個別化(その人のニーズに応じた個別的なケアプラン案の作成)が必要なことはいうまでもない。

### (4)適用範囲

- ・ 本年度の検討では、要介護認定の原因疾患として多い疾患として「認知症」を選んで検討を行った。ただし、一口に認知症と言っても幅が広いため、本年度の検討においては、アルツハイマー型認知症の診断があり、比較的初期～中期の状態の方(目安としては、ADL が自立あるいは一部介助程度であり、認知症高齢者生活自立度がⅡb 程度までの時期の方)を想定し、検討を進めることとした。
- ・ これは、認知症のタイプとしてアルツハイマー型認知症とされる方の割合が多いこと、また、比較的初期～中期においてはその後の生活の継続に向けた支援、つまり将来にわたる生活や介護の領域における支援の必要性が大きいことから、ケアマネジメントの実践においてもこうした事例と向き合う必要性が大きいと考えられるためである。
- ・ 認知症の方のケアマネジメントにおいては、その人本人に対する直接的なケア(特に専門職によって提供される医療・介護サービス)だけでは不足であり、むしろ、その人の生活で関わる家族をはじめとする人間関係や活動の環境を捉え、そうした周囲に対する支援、周囲の人の本人への関わり方を変えていくことに着目すべきである。
- ・ そうした周囲への支援を組み立て実施していく際は、ケアマネジメントが果たすべき役割の重要性が大きいことも、本年度の検討において、比較的初期～中期程度の認知症の方を取り上げた理由の一つである。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 2. 本検討案及び添付様式の活用方法と留意点

- ・ 本検討案は、介護支援専門員あるいは介護支援専門員の指導を担当する者、地域包括支援センター、保  
険者(自治体)が利用することを想定している。具体的に想定している活用方法・活用場面は以下のとおり。

### (1)活用方法

#### (介護支援専門員による活用)

- ・ 目的に示したとおり、本検討案は介護支援専門員の資質向上を目的として整理したものであるため、まずは  
日々のケアマネジメントの実践において介護支援専門員に検討案を活用していただきたい。具体的には、本検  
討案が想定した状態の本人を担当することとなったときに、(再)アセスメントあるいはケアプラン原案の作成の段  
階で、本検討案を参考に支援内容の必要性を検討していただきたい。
- ・ 本検討案に記載したような内容が暗黙知として身につけている経験豊富な介護支援専門員の場合は、担当  
する都度、毎回参照する必要はなく、数ヵ月に一度程度、自らのケアマネジメント実践を振り返る機会に参照す  
るような活用方法が考えられる。
- ・ 一方、初任段階の介護支援専門員においては、(再)アセスメントやケアプラン原案の作成段階において持つべ  
き視点、必要な支援についての仮説を想起できないといった課題もある。こうした場合には、該当する事例を担  
当する都度に、本検討案の添付一覧表をチェックリストのような形で活用して、情報の収集・分析、検討の視点  
に抜け漏れがないようにするといった活用方法も有効であろう。

#### (指導担当者による活用)

- ・ 介護支援専門員の成長は座学によってのみ成されるものではなく、実践を通じた学びによって知識・技術あるい  
は考え方・姿勢が積み重ねられていくものである。したがって、事業所や地域において初任段階の介護支援専  
門員の指導・支援を担う指導者においては、初任段階の介護支援専門員の「実践を通じた学びの支援(OJ  
T)」を重要視する必要がある。
- ・ 限られた業務時間の中でOJTを効果的なものとするためには、初任段階の介護支援専門員が「何を分からな  
いのか」「何につまずいているのか」を把握し、適切な助言や支援を提供することが重要だが、初任段階の  
者が「何が分からないか分からない」ことも多く、それがOJTを難しくしている一因でもある。
- ・ そこで、初任段階の者が担当する事例について、事業所での指導あるいは同行訪問等の指導の場面において、  
前述したように本検討案の添付一覧表を情報の収集・分析、検討の視点のチェックリストとして活用し、初任段  
階の者のつまずきを明らかにしたうえで指導・支援を行うような活用方法が有効だと考えられる。

#### (地域包括支援センターにおける活用)

- ・ 後述する留意点でも示すとおり、本検討案で整理した内容を検討するには、介護支援専門員が一人ですべて  
の情報収集や分析を行うのではなく、他の職種との協働による情報収集や検討が必要である。
- ・ したがって、地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援において、介護支援専門員に対  
する多職種間での情報共有や多職種からの助言等の取り組みが重要になる。具体的には介護支援専門員  
向けの相談支援や研修、地域ケア会議等の場面において、介護支援専門員及び多職種の間で情報収集や  
検討の視点を共有するための参考として、本検討案を活用する方法が考えられる。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## **(保険者（自治体）における活用)**

- ・ これからの地域包括ケアシステムの構築に向けたケアマネジメントの支援において、保険者（自治体）が担うべき最も重要な役割の一つに、個別支援や地域全体の定量的データに基づいて、高齢者の生活を支えていくうえで必要な社会資源の整備があると言える。
- ・ 本検討案は、疾患に着目し、退院後の高齢者に提供する必要性が考えられる支援内容を整理したものである。つまり、本検討案を個別支援に適用した検討を重ねたうえで、地域ケア会議等を通じて、地域に不足していると考えられる支援については、それに対応する社会資源の整備に向けた保険者（自治体）における検討に活用するといった方法が考えられる。

## **(2)留意点**

### **(本人の生活を総合的に捉え、個別化することが必要)**

- ・ 本検討案は、各疾患を持つ方について、ケアプランに盛り込みうる可能性のある支援内容を整理したものである。
- ・ 先行する論文等のエビデンス及び現場におけるケアマネジメント実践に基づいて「基本（標準）的に必要と考えられる」支援内容を整理したものであり、すべての支援内容がすべての方に必要というものではない。
- ・ あくまでも疾患の療養の側面から必要と考えられる内容を整理したものであるため、高齢者の生活支援や健康管理全般に共通する支援の必要性については、この検討案とは別に確認する必要がある。また、支援の内容についても、あくまでも一般的に考えられるものを整理し記載しているため、本人の生活状況、地域の特性等を総合的に捉えて、「個別化」の視点に立ったケアプランの作成が必要であることは言うまでもない。例えば、健康状態の確認を実施する場合にも、ケアプランに落とし込む段階では、介護保険サービスの中での実施だけでなく、同居する家族等が確認する、インフォーマル資源を活用する、自費サービスを活用する等、地域資源や本人の生活の状況や生活の意向に応じた検討及び本人との合意が必要である。
- ・ さらに、要介護者本人だけでなく、世帯・家族の支援という観点に立てば、本人と家族との関係性や介護に関わる家族の負担にも配慮する必要があることは言うまでもない。特に、本人の地域での生活を支えていくうえでの家族の協力を得る視点と、家族の負担を軽減する視点については、両者のバランスにも配慮していく必要があることにも注意が必要である。

### **(多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する)**

- ・ 本検討案に挙げた支援の必要性を判断するための情報は、すべて介護支援専門員が一人で集めるのではなく、他の職種との連携によって収集することが必要である。また、支援の必要性の判断においても、療養に関わる点も含まれることから、すべて介護支援専門員が一人で判断するのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめ適切な職種の判断を仰ぐようにすることも留意が必要である。
- ・ 一方、他の職種における判断を円滑にするには、介護支援専門員から他の職種への情報提供も必要である。その際、どのような支援の必要性の判断のための情報共有なのかを見定めて、必要な情報をわかりやすく共有し、各職種の判断・意見を把握するよう留意する。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

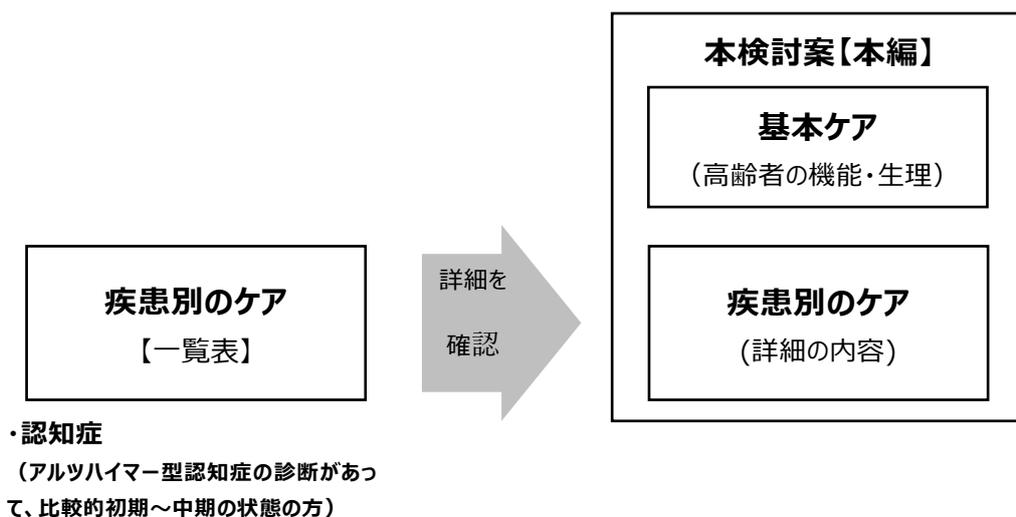
## **(入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する)**

- ・ 本検討案では、認知症の診断が行なわれ、かつそうした自分を取り巻く環境が大きく変わるタイミングに必要な可能性のあるケアが十分に検討されるよう、前述したように想定する状態に応じた利用者を分け隔てなくまとめを行った。
- ・ なお、こうした取り組みに付随する効果として、入院中から在宅での生活へと移行するにあたり、医療、リハビリテーション、介護をはじめ、生活支援サービスや福祉サービスを含め、切れ目のないケアが包括的に提供されるような体制を整えることにより、できる限り早期に生活を安定させ、自らできることを増やすような取り組みへと進んでいくことが期待される。
- ・ また、同居する家族がいる場合、退院直後は家族にとってもどのように介護に携わり、生活を支えていけば良いか分からず、大きな不安を抱えることもある。こうした同居家族の不安を軽減するためにも、退院後から在宅へと移行する際に、切れ目のないケアが提供される体制を整えることが重要となる。
- ・ 一方、高齢者の多くは複数の疾患を有しているため、入退院を繰り返す場合も多い。こうしたときに、それまでの在宅における生活の状況を入院先あるいは入所先に情報共有し、その人にとっての生活の目標や、必要とされるケアの内容等を伝達することも、切れ目のないケアが提供される体制整備の点で重要である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### 3. 疾患別ケアマネジメントの構成に関する説明と活用方法

- ・ 本検討案は、基本ケアと疾患別のケア(認知症)で構成される。
- ・ 基本ケアは、高齢者の機能と整理を踏まえ、その高齢者が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について整理している。



- ・ 一方、疾患別のケアは、想定する状態の対象者(アルツハイマー型認知症の診断があつて、比較的初期～中期の方)に、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容について整理している。
- ・ 個別支援事例において本検討案を活用する際は、「疾患別」の内容に加えて「基本ケア」の内容も併せて参照し、情報共有や検討の視点の参考として頂きたい。疾患別のケアに掲載しているのはあくまでも疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容であるので、「基本ケア」に掲載しているような、高齢者の機能と生理に基づく、高齢者全般に共通する視点や支援内容を見落とさないよう、ご留意頂きたい。
- ・ なお、本検討案は、本編に掲載している内容を一覧して参照できるようにした添付の一覧表(簡易版)で構成されている。ケアマネジメント実践の場面においては、まずは一覧表(簡易版)を参照して、視点や必要性が想定される支援内容を参照し、その詳細について確認する必要があるれば本編の該当箇所を閲覧するといった活用方法が考えられる。
- ・ 本検討案においては、想定される支援内容を網羅的に記載しており、解説は重複する部分があることについてご留意いただきたい。

## 第2章 基本ケア

### 1. 病状・病態予測と予防の重要性

#### 1-1 食事と栄養

##### 1-1-1 健康を維持するための栄養の確保と指導

###### ( i ) 十分な栄養が確保される環境を整える

###### 実施内容

本人や家族の日常の食生活を把握して、必要な栄養を補うことができているか確認する。

食事で十分に栄養を確保できていないことがわかった場合、主食、主菜、副菜、汁物を1日3回、定期的にバランスよく摂取するように、栄養指導する。原則として、食事をしっかりとって栄養を確保することが重要だが、必要に応じて、栄養補助剤を併用することで十分な栄養が補給されるように環境を整える。

###### 必要性

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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント項目

- 本人・家族の日常の食事に対する意識や食生活の内容
- 本人の身体(身長、体重、性別、疾患)
- 本人の食の好み

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

###### ( ii ) 生活習慣病の起因となる食生活が行われていないか確認して、必要に応じて

#### 食生活の改善を指導する

###### 実施内容

疾患の基礎となる生活習慣病に悪影響を及ぼす食事がなされている場合がある。本人や家族の疾病に対する理解をうながす環境を整える。生活習慣病の起因となる食生活とは、塩分や脂質の摂取過多はもちろんのこと、便秘を生じている場合には食生活のリズムの確認や食事内容の確認を含む。

高齢者の場合、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。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### 必要性

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。便秘を生じている場合には、食生活のリズムの確認や食事内容の確認を含む。便秘は排便の際にいきむことで、血圧の上昇を招いて脳血管疾患につながる可能性があるためである。

栄養過多は肥満につながる場合もある。肥満は腰やひざ、足への負担が大きいほか、動くことが億劫になると、身体活動量が低下して廃用につながる可能性もある。そのため、エネルギー摂取と消費のバランスを考えた食事にも留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

### 関連するアセスメント項目

- 本人の疾患
- 本人や家族の疾病に対する理解
- 本人・家族の日常の食生活の内容
- 本人の身体(身長、体重、性別、疾患)
- 本人の食の好みや生活歴
- 便秘の有無(便秘がある場合、食生活のリズムや食事の内容の見直し、日常生活における運動の取り入れを検討)

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## (iii)適切な水分補給を支援する

### 実施内容

食事と飲料によって摂取する水分量と、排泄や発汗によって失われる水分量を把握する。失われる水分を補うだけの水分を補給できるように、水分の摂取をうながす環境を整える。

血圧降下剤等、利尿作用がある薬を服用して排尿が多くなるケースもあり、服薬状況にも留意が必要である。

### 必要性

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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

### 関連するアセスメント項目

- 本人の身体(身長、体重、性別、疾患)
- 本人が必要とする水分量の予測
- 居室等の環境で、失われる水分量の予測

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 排泄の状態の確認(頻尿や水溶便等で水分の排出、摂取に影響が出ていないか)
- 食事から摂取する水分量と、飲料として補給する水分の量(推計)

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-1-2 食事の状態の確認

### ( i ) 本人の様子を観察して、食欲が普段とおりあるかを確認できる環境を整える

#### 実施内容

体重の増減や BMI 値を使って栄養状態を把握する。食欲の有無について本人や家族に確認をして、食欲がない場合には、起因を探るため、1日の行動をたずねたり、体調の変化の有無と、変化が起きたとき、食欲がないとき、気になるエピソード等を聞きだす等して、状況を把握する。

介護支援専門員による定期的なアセスメントが求められるが、専門職と連携して普段の状態を随時把握できるような環境を整えることも重要である。

#### 必要性

食欲の有無は身体健康や心の状態を図るうえで重要である。

高齢者の身体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。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から、専門職と連携して対応する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 食事の量
- 食事の様子(食べる速度が通常よりもゆっくりである、心配ごとや考え事等普段と異なる様子がみられる等)
  - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

### ( ii ) 本人が食事を楽しむことができるように支援する

#### 実施内容

食事に集中できる快適な室内環境を整備したり、家族とともに食べる時間を確保したり、食べる喜びを引き出すような使い慣れた食器を使う等の工夫が期待される。

本人の好物は、食欲を引き出し、摂食・嚥下を促進することが知られることから、食事内容に定期的に組み込むように支援する。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### 必要性

食事は栄養を補給するだけでなく、より豊かに生きるために必要な行為でもある。本人が食事を楽しむことができるような支援が求められる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

### 関連するアセスメント項目

- 食事をする場所の環境
- 家族の生活リズム(本人と食事の時間を共にできるか)
- 食事の時間の確保
- 使い慣れた食器や食べやすい補助器具等の利用
- 本人の食の好み

### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 1-2 嚥下

### 1-2-1 食事するための環境の確保

#### ( i ) 食事中に適切な食事の姿勢が確保されるように支援する

##### 実施内容

食卓の机の高さや椅子の高さを調整して、適切な食事の姿勢が取れるようにする。高さ調整の方法として、クッションの使用も考えられる。

##### 必要性

食事の姿勢によって、筋疲労が起きることがある。  
適切な食事の姿勢を確保することで、誤嚥を防ぐことができる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント項目

- 食卓の机や椅子の高さ
- 食事の本人の姿勢
- 食事にむせることがないか

##### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 食事には時間を確保し、本人の嚥下能力に合わせて食事が取れるような環境

### を整える

##### 実施内容

食事中は、本人が食事に集中できる環境を確保することが必要で、そのための雰囲気作りや、食事中は不用意に話しかけないようにする等の留意が必要である。

食事に十分な時間が確保できないために、本人の残存能力を無視した過剰な食事介助がなされないように留意する。

##### 必要性

本人の嚥下能力を超えるスピードでの食事は、窒息の起因となる。  
少量ずつよく噛んで食べることは、誤嚥を防ぐとともに、消化を助ける。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント項目

- 食事の際の本人の様子(食事にむせることがないか、飲み込んだときに声がかすれる等の状況がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べものがよくのどに詰まるか)

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 本人の咀嚼能力、咀嚼を含む嚥下能力、認識能力
- 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無
- 食事をする場所の環境
- 食事の時間の確保
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 1-2-2 食形態の工夫

### ( i ) 食事の提供の際には、本人の状態を考慮して、飲み込みやすい食形態を選択する

#### 実施内容

本人や家族の状態を踏まえながら、適切な形態の食事を選択できるように援助する。

#### 必要性

食物の形状や、水分、粘度、温度、酸味・辛味、本人の好み等によって、嚥下のしやすさは変化する。

嚥下障害がある場合には飲み込みやすい食形態を選ぶ必要がある。

本人の咀嚼機能が低下している場合には刻み食を選択する。

家族と別に食事を用意することは、家族の負担を増加させるため、調理方法の工夫や、食材の調達方法を家族に指導することが期待される。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 本人の食の好み
- 食事の用意について(本人・家族の家事能力、市販品での代替の考慮等)
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

### ( ii ) 本人の食べやすい量(一口量)を確認して、食事の援助がなされるような環境を整備する

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

#### 実施内容及び必要性

本人の咀嚼能力や嚥下能力によって、食べやすい量は異なる。

一口量よりも多すぎると誤嚥を引き起こしやすく、少なすぎると嚥下反射が起こりにくくなる。本人にとって適切な一口量を探すことが必要である。

嚥下できず、食塊がのどに残留すると、窒息や誤嚥性肺炎のリスクが高まるので、留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 口腔の状態

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-2-3 生活リズムを整える

( i ) 食事の際に目覚めていられるように睡眠・覚醒リズムを把握して、生活リズムが

### 整うように環境を整備する

#### 実施内容及び必要性

口から食べるためには、覚醒している状態が必要である。

食事の時間に覚醒した状態となるように、朝の覚醒時刻の見極めが重要となる。

特に認知症を患っている場合には睡眠・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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人・家族の生活リズム
- 睡眠の状態
- 朝の覚醒時刻の見極め
- 昼間の刺激(質の高い睡眠の確保)
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## (ii) 規則正しい食事が取れるような環境を整備する

### 実施内容及び必要性

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。

食事のリズムは服薬のタイミングにも影響を与えることから、規則正しいリズムで、食事が取れるように環境を整備することは重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

### 関連するアセスメント項目

- 本人・家族の生活リズム
- 食事の提供方法、提供者について
  - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

### 相談すべき専門職

看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 1-3 口腔ケア

### 1-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

(i) 口腔内を観察して、異常を発見した場合には早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える

#### 実施内容

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観察する。

異常を発見した場合には、早期に歯科受診や訪問歯科診療が受けられるように環境を整備することが必要である。

#### 必要性

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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔清掃状態(歯の周囲、舌等)
- 歯、歯肉、舌、口腔粘膜の状態
- 歯肉からの出血の有無
- 口腔内の感覚の異常(過敏、味覚障害等の症状、口内炎や傷等)の有無
- 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)
- 義歯の汚れや破損の有無
- 食事の際の本人の様子(食欲や食事の仕方に違和感がないか、咀嚼時に痛みを感じていないか)
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 1-3-2 口腔ケアの援助

### ( i )適切な口腔ケアが行われるような体制を整える

#### 実施内容

義歯を装着している場合、義歯の手入れと残歯の手入れが十分に行われるように支援する。

適切な口腔ケアが行われるように、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保する。

本人による口腔ケアが難しい場合、必要に応じて介助が得られる環境を整える。

#### 必要性

適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 口腔ケアの必要性に対する、本人・家族の理解の有無
- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔内の状態
- 義歯の手入れと残歯の手入れの状況
- 歯科医師の受診状況
- 口腔ケアの実施場所(洗面所あるいはベッド上)
- 口腔ケアにより誤嚥を起ささないように、姿勢の確保ができているか
- 口腔ケアの状態、家族による支援の有無
- 食物残渣の有無
- 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、歯科医師に確認する。)

#### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

## 1-3-3 口腔乾燥の防止

### ( i )口腔内の乾燥に留意し、専門職によるケアがなされるように体制を整える

#### 実施内容

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も考えられることから、歯科医師と情報を共有して判断を仰ぐ。

#### 必要性

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。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 口腔の状態
- 水分摂取状況
- 服薬状況（副作用として水分不足になっていないか）
- 居室の湿度
- 口腔乾燥の状態
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 1-4 服薬管理の支援

### 1-4-1 服薬支援

#### ( i ) 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

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。疾患を理解することで、継続的な正しい治療や生活の改善を目指す。

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族に対する疾患についての説明の有無
- 本人・家族の疾患に関する理解
- 本人・家族に対する服薬についての説明の有無
- 本人・家族の服薬に関する理解

##### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 薬を管理できる支援体制を整える

##### 実施内容及び必要性

指示とおりの服薬が必要である。処方された薬によっては、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が重要である。服薬状況について、PT//OT//ST、介護職と共有する。

※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

##### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族に対する服薬についての説明の有無
- 本人・家族の服薬に関する理解
- 指示されたとおりに服薬しているか(薬の保管状況、残薬数、薬を服薬する時間帯、食事の時間等)
- 服薬の副作用が発現していないか確認
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する
- 服薬状況

##### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### (iii) 服薬のうながし(声かけ)と服薬したことの確認ができる体制を整える

#### 実施内容

服薬の状況と家庭の生活状況を考慮して、飲み忘れがないように、本人や家族に対して薬と病気への影響の理解をうながしたり、服薬方法を飲みやすい方法に変更したり、指示とおりの服薬ができるよう飲み忘れを防止する管理方法の導入等を提案する。服薬状況について、PT//OT//ST、介護職と共有する。

#### 必要性

服薬が指示とおり行われるように、専門職と連携して薬の管理がきちんに行われるようにする。

※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

#### 関連するアセスメント項目

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

- 本人・家族に対する服薬についての説明の有無
- 本人・家族の服薬に関する理解
- 指示されたとおりに服薬しているか(薬の保管状況、残薬数、薬を服薬する時間帯、食事の時間等)
- 服薬の副作用が発現していないか確認
  - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する
- 服薬状況

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 2. 家庭や地域での役割を見出す

### 2-1 身体機能の維持・向上

#### 2-1-1 自宅での活動の確保

##### ( i ) 家庭内での役割分担を設定して、本人が動く機会を確保する

###### 実施内容

本人の身体能力に応じて、家事等の役割分担を設定する。このことによって、身体機能の維持・向上が期待できる。

###### 必要性

本人に家事等家庭内での役割分担を設けることは、本人が自らの存在の意味を見出すことにもつながる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の家庭内における役割
- ベッド以外で過ごす機会や場所、時間

###### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

##### ( ii ) 本人の残存能力を引き出せるよう、家族の理解と支援を引き出す

###### 実施内容

家族等介護者である家族と、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ことが重要である。そのために、本人の ADL/IADL の状態を専門職に確認し、情報を共有することが必要である。

###### 必要性

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。

家族等介護者が、本人のためにと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ことにつながる。そのため、家族等介護者である家族が、本人のできることはなるべく本人に行わせて、見守る姿勢が欠かせない。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の家庭内における役割
- 家族の理解の状況
- 室内環境(本人が動きやすく、万が一転倒した場合にも大怪我にならないで済むような環境であるか、等)

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### (iii) 本人の残存能力に合わせた支援が行われており、過度な生活支援が行われな

## いように留意する

#### 実施内容及び必要性

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。

本人に対する過度な支援が行われないように、本人の状態を把握し、サービスメニューの選定を行う。また、本人の状態を定期的に把握して、必要なサービスの見極めを行う。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の家庭内における役割
- 家族の理解の状況
- 室内環境(本人が動きやすく、万が一転倒した場合にも大怪我にならないで済むような環境であるか、等)

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-1-2 外出の機会の確保

### (i) 外出がしやすい環境を整える

#### 実施内容

本人の身体状況・動作能力、家屋の立地状況等に応じて、外出支援を行う。

本人の状態や住環境によっては、スロープの設置や手すりの設置等、住環境の整備を伴う環境整備が有効な場

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

合があるが、金銭的負担や調整のために時間がかかること等から、他の手段を併用して検討することが必要である。

#### 必要性

自宅での閉じこもりは廃用が進む一因となる。できるだけ家の外へ生活圏が拡大されるよう、外出しやすい環境を整えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の趣味や生活範囲、外出していた場所や頻度、交友関係等
- 外出しやすい環境か(玄関周り、周囲の道路状況等)

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## **(ii) 家族以外の第三者と交流する機会を設定する**

#### 実施内容

できるだけ家の外へ生活圏が拡大されるよう、人と交流する機会を作るよううながす。

#### 必要性

自宅での閉じこもりは廃用が進む一因となる。家族以外の他者と接することで、自らの役割や存在を改めて認識し、心理的に充実することも期待できる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患
- リハビリの計画
- 疾患を発症する前の本人の趣味や生活範囲、外出していた場所や頻度、交友関係等
- 地域で参加できる社会資源

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 2-2 排泄

### 2-2-1 排泄に関わる本人の状態を確認する

( i ) 排出の量や性状に異常がないか、排泄の回数や周期、時間がどのようになっているか、確認できる環境を整備する

#### 実施内容

排泄(排尿、排便)は、加齢による変化や個人差が大きい。そのため、まずは本人の排尿や排便の普段の状態を把握することが重要である。在宅における排泄の状態は、本人や家族、訪問介護員を通じて把握することとなる。排泄状況の把握にあたっては、一定期間の記録が有用であり、その情報を医療職と共有することで、異常の早期発見や、服薬指導、生活指導につなげる。

#### 必要性

排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の普段の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。また、便秘は排便の際にいきむ事で血圧上昇を招いて、脳血管疾患を誘発する可能性があるため、便秘の症状の有無を確認して対処することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 排泄の状態
  - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

( ii ) 自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる環境を整える

#### 実施内容

排泄は①尿意・便意を感じる、②排泄を意識する、③起居・移乗・移動する、④脱衣する、⑤尿器・便器を準備する、⑥排尿・排便する、⑦後始末をする、⑧着衣する、⑨移動する といった、連続する複雑な動作によって成り立つ。そのため、排泄に障害が生じている場合、一連の動作のどこに障害が生じているかを見極めて、必要な支援を行うことが重要となる。

本人が自立した排泄を行うためには、物理的な環境の整備と、本人に対する排泄介助が必要になる場合がある。

物理的な環境の整備は、本人の機能を考慮して、それを補うための手すりの設置や、洋式便座への変更、麻痺側を考慮した操作ボタン等の設置等が有効である。専門職と連携して、環境を整備することが期待される。

排泄介助は、本人の希望を重視して、本人が安心して排泄を行うことができるような環境を整えることが重要である。本人の生活リズムに配慮して、排泄のタイミングを踏まえた訪問介護員の訪問スケジュールの設定が望ましい。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### 必要性

排泄は人間の生命を維持するうえで重要な機能である。

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。また、家族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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患（麻痺側の把握）
- トイレ内の環境
- 居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等
- 本人の希望
- 本人と家族の生活リズム
- 排尿・排便のパターン

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## **（iii）食事摂取・水分摂取の状況を確認して、適切な摂取が行われる環境を整える**

### 実施内容

食事摂取や水分摂取の状況を確認して、必要に応じて、食事内容や、食事や水分の摂取形態の工夫について、本人や家族に指導したり、適切な食事や水分の摂取をうながすように、専門職間で情報を共有して対応する。

### 必要性

必要な量の食事や水分の摂取は、排泄に不可欠な要素である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 食事の摂取量
- 水分の摂取量
- 服薬状況（副作用で利尿作用があるか等）
  - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## (iv) 本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う

### 実施内容

本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、専門職間で共有し、本人が尿意や便意を感じやすい時間に排泄をうながしたり、腸の動きを促進する運動を取り入れる等、必要な支援を行う。

### 必要性

規則正しい生活リズムは、排泄のリズムを整えることに役立つ。また、適度な運動は腸の動きを促進することに効果がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

### 関連するアセスメント項目

- 本人や家族の生活リズム
- 本人や家族のこれまでの生活歴
- 夜間の排泄に関する情報
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する
  - 適度な運動が組み込まれるように PT/OT/ST と連携する

### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-2-2 排泄環境を確保する

### (i) 物理的な排泄環境の整備

#### 実施内容

尿意や便意を感じても、居室からトイレへとスムーズにたどり着けないことで、排泄を失敗してしまうことがある。居室からトイレへの距離を短くしたり、動線を確保する等して、排泄の失敗を防ぐ。

居室と、廊下やトイレとの気温差があると、血圧の上昇を招くだけでなく、暑さや、寒さを我慢してトイレの回数を減らしてしまうことがある。排泄を我慢することがないように、環境を整備する。

洋式トイレにしたり、手すりをつける等して、自立した排泄が可能な環境を確保する。

移動や排泄時の動作が難しいために、自立した排泄が難しくなる場合がある。手すりの設置や、洋式便座への変更等、排泄環境を見直すことで、自立した排泄が可能な環境を整備する。

環境の確認には専門職の支援を引き出すことが有効である。

#### 必要性

排泄環境を確保することで、排泄の失敗を防いだり、排泄を我慢したりすることを防ぐ。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患（麻痺側の把握）
- トイレ内の環境
- 居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等
- 本人の希望
- 本人と家族の生活リズム

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **（ii）排泄補助用具の使用状況を確認して、本人の機能に合った使用をうながす**

#### 実施内容

排泄補助用具が本人の状態に合わせて使用されているか確認して、なるべく本人による自立した排泄をうながす。不必要な排泄補助用具の使用は、家族の希望による場合が多いので、家族の理解と支援を引き出す。必要に応じて、排泄介助を検討する。

#### 必要性

排泄に関する課題は、本人の身体的な苦痛や不快な症状を引き起こすほか、排泄の失敗に対する心理的な不安を引き起こし、外出や人との交流を控える等行動の制限につながることもある。また、排泄に対する介護を受けることで、家族等介護者に対する遠慮が生じるほか、本人の自尊心が傷つく場合がある。排泄に関する課題に対して、本人が快適に過ごせるようになるほか、また、家族の介護負担を軽減することが期待される。本人の残存機能があるにもかかわらず、排泄の失敗を過度におそれて、排泄補助用具を多用するケースがみられる。

排泄補助用具に頼る事は、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ことが考えられる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL、QOL の状態
- 本人の疾患（麻痺側の把握）
- トイレ内の環境
- 居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等
- 本人の希望
- 本人と家族の生活リズム
- 排泄補助用具の使用状況、昼間と夜間の使用状況の違い
  - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 2-3 コミュニケーション

### 2-3-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定

#### ( i ) 本人と家族のコミュニケーションの状態を把握する

##### 実施内容

本人と最も身近な家族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るかを把握する。

本人がもともとコミュニケーションをとることが苦手な場合もあることを考慮する。

##### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント項目

- 疾病の影響（構音障害、失語症、認知障害等がないか）
- 感覚器（聴力、視力）の衰えがないか
- 本人と家族のコミュニケーションの状況
- 本人のストレスの状況
- 疾患を発症する前の本人の性格やコミュニケーションのとり方等
  - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

##### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) コミュニケーションを難しくしている要因を確認し、専門職の支援を受けられる環

### 境を整える

##### 実施内容

本人が高齢の場合、コミュニケーションを阻害する要因は、加齢による視覚・聴覚の衰えや、口腔内・頭頸部の機能障害、筋・神経疾患を起因とする発音障害や構音障害、失語症等が考えられる。医療職と連携して、コミュニケーションを難しくしている要因を確認することが必要となる。

本人が抑うつ状態を生じていて、コミュニケーションが難しくなっている場合がある。抑うつ状態は、抗うつ薬等によって治療することができる。本人や家族の同意を得て、受診につなげることを検討する。また、抑うつ状態を生じている場合に無理にコミュニケーションをとろうとすると逆効果になることも考えられることから、状況を医療職と共有して、対応を検討することが必要である。

意識レベルの混濁や認知症によって、注意機能の低下が起こることで、コミュニケーションが阻害されている可能性

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

がある。注意機能の低下が起きている場合、情報を医療職と共有して起因を探ることが必要である。(薬や認知症によって注意機能の低下が起きている場合があり、早期に適切な対応が必要。)周囲の音や光、人の動きによって注意能力が一層散漫になる可能性があるため、落ち着いた環境を整えて、本人の意欲や集中力が高まるように援助することも必要である。

#### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 疾病の影響(構音障害、認知障害等がないか)
- 感覚器(聴力、視力)の衰えがないか
- 本人と家族のコミュニケーションの状況
- 本人のストレスの状況
- 疾患を発症する前の本人の性格やコミュニケーションのとり方等
  - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 2-3-2 コミュニケーション方法の再構築

### (i) 本人とのコミュニケーションが難しくなっている起因について、家族が理解できるように支援体制を整える

#### 実施内容

本人と最も身近な家族がコミュニケーションをとることができる環境を整える必要がある。

本人の状態に合わせて、家族がコミュニケーションをとることができるように、家族の理解をうながすことが重要となる。本人の現在の状況を理解し、今後の見通しを家族が把握することで、家族のストレスが和らぐことも期待される。

コミュニケーションをとるうえでの留意点を家族と共有することで、家族と本人のコミュニケーションが円滑に行われるように支援する。

#### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人とのコミュニケーションの状態
- 本人の疾病の影響
- 家族の疾病に対する知識や理解

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## **(ii) 本人の状態を踏まえて、本人とコミュニケーションをとる方法を家族とともに考える**

#### 実施内容

本人の状態を踏まえて、コミュニケーションをとる具体的な方法を家族と整理し検討する。既に確立されたコミュニケーション上の工夫を共有したり、コミュニケーションを補助する機器を紹介したりする。家族が行っている工夫も取り入れる。

コミュニケーションに課題を感じている家族が、心身共にストレスを抱えている状況に理解を示しながら対応する必要がある。

#### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 家族のストレスや本人との関係性についての把握
- 本人と家族のコミュニケーションの方法や内容

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 3. 生活の場における安全管理

### 3-1 身体機能の低下を防ぐ

#### 3-1-1 転倒・骨折予防

##### ( i ) 転倒リスクのある要因の把握・評価を確認する体制を整える

###### 実施内容

転倒リスクのある要因を把握し評価することで、転倒しやすい状況を改善したり、適切なりハビリ目標を設定する。具体的には、本人の生活の動線の中で転倒に繋がる状況の把握、改善法方法の提案、本人の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と確認するなどが考えられる。

###### 必要性

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等を未然に防ぐことが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント項目

- 転倒状況の確認
- 過去の転倒歴、状況の確認
- 住環境の確認
- 本人の身体能力の確認

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、PT/OT/ST、介護職 等

##### ( ii ) 自らの身体機能の理解の支援と指導ができる体制を整える

###### 実施内容

自らの身体機能(反射、平衡感覚、視覚等)の状態を理解するための支援、そのための体制の整備を行う。具体的には、本人の身体状況(反射、平衡感覚、視覚等)を定期的に測定する機会をつくる、身体機能が低下している場合には、それを前提とした日常的な動作を行えるような支援や指導の体制を整えるなどが考えられる。

###### 必要性

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ことが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント項目

- 本人の身体能力、生活動作の確認

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 本人、家族の認識の確認

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **(iii) 転倒しにくくするための身体機能の向上ができる体制を整える**

#### 実施内容

転倒の予防に向けた身体機能の向上が出来るような体制を整備する。具体的には、本人の日常生活の中で転倒の可能性がある動作を把握し、そういった動作に関連する筋トレやリハビリなどを行えるような支援の体制を整えるなどが考えられる。

#### 必要性

転倒の予防のためには、現状の身体機能を理解したうえで、転倒しにくくなるような身体機能の向上を行うことが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人の身体能力の確認
- 本人、家族の認識の確認
- 身体機能を維持、向上させる取り組みの有無の確認

#### 相談すべき専門職

PT/OT/ST、介護職 等

## **3-1-2 廃用予防**

### **(i) 動かない状態にしないように、リハビリが受けられる環境を整える**

#### 実施内容

専門職と連携して、必要なリハビリが行われる環境を整える。

#### 必要性

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、動かない状態にしないように、筋力と関節可動域の確保を支援する環境が必要になる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人の ADL/IADL の状態
- 日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間
- 日常生活において身体を動かす機会や程度

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 本人が身体を動かすことで痛み等が生じていないか
- 本人が身体を動かすことに対して不安を抱いていないか(再転倒のおそれ、動悸・息切れ等)
- 本人が自発的に身体を動かす動機は何か(なるべく取り入れて、運動量を増やす)

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 動くのが大変な状態を最小限にするように、住環境の改善や福祉用具の活用

### を検討する

#### 実施内容

畳での生活や玄関の段差等は、垂直移動を伴う動きであるため、運動機能の低下が認められる人には、動くのが大変な状況を作りやすい。動くことが大変になると、行動範囲が狭まり、運動機能の低下を引き起こす可能性がある。

居室内や廊下に手すりを設置したり、椅子やベッドでの生活に変えたりすることで、本人が楽に動くことのできる環境を整えることも必要である。

住環境の改善や福祉用具の活用は家族等介護者の負担を軽減し、より良い介護環境を整えることにも寄与する。

#### 必要性

廃用を予防するため、本人が動きやすい環境を整える。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 離床の時間
- 居室や自宅周辺の環境
- 1日の生活リズム
- 本人の生きがい
- 動きやすい環境であるか(垂直運動が少なくなくて済むか、段差がないか等)
- 過去の転倒の有無
- 動線

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## (iii) 動くことによる痛みを軽減して、動きたくないと思うことを防ぐ

#### 実施内容

動くことで関節に痛みが生じるため、動くことを抑制する場合がある。この場合、体重の減少や動作の工夫、筋力

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

の増強等によって、関節の負荷を軽減することが有効である。専門職と連携して、対応が必要である。

痛みが強い場合、かかりつけ医と連携して、痛みを緩和するための服薬を検討することも考えられる。関節の可動域の制限や痛みを考慮して、椅子座の生活に変更したり、ベッドや洋式トイレの導入を検討することも重要である。

#### 必要性

動くことで生じる関節の痛み等を取り除くことで、身体を動かすことをうながす。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 関節の痛みの有無（違和感に対する自覚症状の有無）
- 住環境（椅子座か床座か、トイレは洋式か和式か、ベッドか布団の上げ下げが必要か、玄関周辺の段差等）

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **（iv）本人・家族の、動くことに対する心理的不安を軽減する**

#### 実施内容

専門職と連携して、本人・家族の、動くことに対する心理的不安を軽減する。

#### 必要性

転倒等のアクシデントがきっかけとなり、動く意欲の低下や、動くことに対する不安が生じる場合がある。本人だけでなく、再転倒をおそれる家族が本人の行動を制限することで、本人の身体機能の低下が進む場合もある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人・家族が身体を動かすことについてどのように考えているか
- 動くようになることで、したいことは何か
- 転倒歴
- 心臓の疾患等、身体を動かすことで動悸や不整脈等の異常につながる疾病の有無

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 3-2 嚥下

### 3-2-1 食事するための環境の確保

#### ( i ) 食事中に適切な食事の姿勢が確保されるように支援する

##### 実施内容

食卓の机の高さや椅子の高さを調整して、適切な食事の姿勢が取れるようにする。高さ調整の方法として、クッションの使用も考えられる。

##### 必要性

食事中の姿勢によって、筋疲労が起きることがある。  
適切な食事の姿勢を確保することで、誤嚥を防ぐことができる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント項目

- 食卓の机や椅子の高さ
- 食事中の本人の姿勢
- 食事中にむせることがないか

##### 相談すべき専門職

歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 食事には時間を確保し、本人の嚥下能力や残存能力に合わせて食事が取れ

### るような環境を整える

##### 実施内容

食事中は、本人が食事に集中できる環境を確保することが必要で、そのための雰囲気作りや、食事中は不用意に話しかけないようにする等の留意が必要である。

食事に十分な時間が確保できないために、本人の残存能力を無視した過剰な食事介助がなされないように留意する。

##### 必要性

本人の嚥下能力を超えるスピードでの食事は、窒息の起因となる。  
少量ずつよく噛んで食べる事は、誤嚥を防ぐとともに、消化を助ける。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント項目

- 食事の際の本人の様子(食事中にむせることがないか、飲み込んだときに声がかすれる等の状況がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べものがよくのどに詰まるか)
- 本人の咀嚼能力、咀嚼を含む嚥下能力、認識能力

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 食事をする場所の環境
- 食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無
- 食事の時間の確保
  - 上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 3-2-2 食形態の工夫

### ( i ) 食事の提供の際には、本人の状態を考慮して、飲み込みやすい食形態を選択する

#### 実施内容

嚥下障害がある場合には飲み込みやすい食形態を選ぶ必要がある。

本人の咀嚼機能が低下している場合には刻み食を選択する。

本人や家族の状態を踏まえながら、適切な形態の食事を選択できるように援助する。

家族とは別に食事を用意することは、家族の負担を増加させるため、調理方法の工夫や、食材の調達方法を家族に指導することが期待される。

#### 必要性

食物の形状や、水分、粘度、温度、酸味・辛味、本人の好み等によって、嚥下のしやすさは変化する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 本人の食の好み
- 食事の用意について(本人・家族の家事能力、市販品での代替の考慮等)
  - 上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

### ( ii ) 本人の食べやすい量(一口量)を確認して、食事の援助がなされるような環境を整備する

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### 実施内容

本人にとって適切な一口量で食べることができるようにする。

### 必要性

本人の咀嚼能力や嚥下能力によって、食べやすい量は異なる。

一口量よりも多すぎると誤嚥を引き起こしやすく、少なすぎると嚥下反射が起こりにくくなる。嚥下できず、食塊がのどに残留すると、窒息や誤嚥性肺炎のリスクが高まるので、留意が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

### 関連するアセスメント項目

- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 口腔の状態

### 相談すべき専門職

看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### 3-3 口腔ケア

#### 3-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

##### ( i ) 口腔内を観察して、異常を発見した場合には、早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える

###### 実施内容

口腔内を観察して、異常を発見した場合には早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える。

###### 必要性

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観察する。

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、食欲の減退や食事の量、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。正しいかみ合わせの確保や健康な歯の維持が必要となる。

異常を発見した場合には、早期に歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整備することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント項目

- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔清掃状態(歯の周囲、舌等)
- 歯、歯肉、舌、口腔粘膜の状態
- 歯肉からの出血の有無
- 口腔内の感覚の異常(過敏、味覚障害等の症状、口内炎や傷等)の有無
- 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)
- 義歯の汚れや破損の有無
- 食事の際の本人の様子(食欲や食事の仕方に違和感がないか、咀嚼時に痛みを感じていないか)
  - 上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### 3-3-2 口腔ケアの援助

#### ( i ) 適切な口腔ケアが行われるような体制を整える

##### 実施内容及び必要性

適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。

義歯を装着している場合、義歯の手入れと残歯の手入れが十分に行われるように支援する。

適切な口腔ケアが行われるように、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保する。

本人による口腔ケアが難しい場合、必要に応じて介助が得られる環境を整える。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント項目

- 口腔ケアの必要性に対する、本人・家族の理解の有無
- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔内の状態
- 義歯の手入れと残歯の手入れの状況
- 歯科医師の受診状況
- 口腔ケアの実施場所(洗面所あるいはベッド上)
- 口腔ケアにより誤嚥を起こさないように、姿勢の確保ができているか
- 口腔ケアの状態、家族による支援の有無
- 食物残渣の有無
- 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、歯科医師に確認する)

##### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

### 3-3-3 口腔乾燥の防止

#### ( i ) 口腔内の乾燥に留意し、専門職によるケアがなされるように体制を整える

##### 実施内容

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も考えられることから、歯科医師と情報を共有して判断を仰ぐ。

##### 必要性

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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

#### 関連するアセスメント項目

- 口腔の状態
- 水分摂取状況
- 服薬状況(副作用として水分不足になっていないか)
- 居室の湿度
- 口腔乾燥の状態
  - 上記が確認できるように本人・家族、介護職から情報を収集する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、薬剤師、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 3-4 感染予防

### 3-4-1 清潔ケア

#### ( i ) 清潔ケアの状態と本人の希望や状態を把握する

##### 実施内容

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。

清潔に対する意識は、本人や家族の生活習慣や生活歴、家族背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族の特徴や背景、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。

##### 必要性

皮膚疾患や感染症の予防と治療のためには、身体の清潔を保持することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント項目

- 本人の清潔ケアに対する意識
- 本人や家族の希望
- 本人や家族の生活習慣、生活歴
- 家族背景
- 住環境
- 経済状況

##### 相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) 本人の希望や状態に応じて、必要な支援サービスの利用を検討する

##### 実施内容

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職と連携して、本人の状態を把握できる環境を整えることが必要となる。

入浴に介助を要する場合に、本人の希望や家族だけで対応できる状態かを確認して、必要であればサービスの利用を検討する。

##### 必要性

入浴は心臓に負担がかかる行為でもあることから、入浴の可否や方法について、医療職と連携して対応を検討する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント項目

- 入浴の可否(医師の診断)

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 入浴を実施するにあたり、特に確認すべき観察のポイント(血圧、脈拍等)
- 本人の当日の健康状態
- 入浴の介助に対する本人の希望、家族の状態と入浴環境
  - 入浴時の血圧上昇が身体に与える負担等を考慮して決定する必要がある。疾患によっては医師の診断の結果、入浴ではなく身体を拭くことで清潔ケアを図る場合もある

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **(iii) 本人の入浴や家族による入浴介助が容易になるような入浴環境を整備する**

#### 実施内容

本人の入浴や家族による介助を容易にするための手すりの設置や入浴用品の購入を検討する。

ただし、環境整備の検討にあたっては、本人・家族の住環境や経済状況、家族の生活等を踏まえて、対応可能な範囲で工夫を行うことが重要である。福祉用具だけでなく、日用品で代替できる場合もあることから、環境整備には工夫が求められる。

#### 必要性

本人の状態によって、入浴に必要な介助の程度は異なる。自立した入浴を可能とする補助用具や、入浴介助をするうえで介助者の負担を和らげる補助用具の導入を検討する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 入浴の物理的環境
- 本人の身体能力
- 家族の介助能力
- 経済状況(福祉用具の設置や日用品の購入が可能か)

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **(iv) 清潔ケアの実践の中で、身体に異常がみられないか確認し専門職と情報を共有する体制を整える**

#### 実施内容

家族や専門職と情報を共有して、本人の状態を把握するとともに、必要な情報は医療職と共有して判断を仰ぐ。また、リハビリ専門職と共有して、必要な支援が受けられるようにする。

#### 必要性

入浴のための脱衣や、その後の清浄の過程で、普段は観察が難しい部位の皮膚の状態の確認が容易になる。ま

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

た、座位保持ができるか、ふらついたりしないか等、入浴に関する一連の動作を観察することで、普段と変わった様子はないかを把握することができる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 皮膚の異常がみられるか
- 座位保持ができるか、ふらつく等の症状がないか
  - 介護職と連携して、異常の早期共有を行う
  - 情報は医療職と共有して異常の早期発見につなげる
  - リハビリ専門職と共有して必要な支援が受けられるようにする

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 3-4-2 感染症の予防

( i ) 居室の衛生が保たれるように、本人や家族の理解をうながす。必要に応じて、

### 支援を検討する

#### 実施内容

家族の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるようにうながすことが重要である。

感染症を防ぐためには、感染経路を断つことが重要である。居室内のほこりは、カビが生える等して感染症を引き起こす起因となるため、居室の衛生を保つことが重要である。

外出によって本人や家族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うことも有効である。

部屋の換気は定期的に行う。

#### 必要性

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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 居室内は清潔が維持されているか(ほこりがたまっていないか、ごみが放置されていないか)
- 人の手が触れやすい箇所の掃除が行われているか
- 部屋の換気が定期的に行われているか
- 家族は清掃に協力的か
  - 介護職と情報を共有して、必要な情報が入るようにする

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

#### 相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

## (ii) 本人や家族が手指衛生の徹底や、うがいの実施、咳エチケットの指導を受けられる環境を整備する

#### 実施内容

手指衛生の徹底やうがいの実施、咳エチケットの指導等、基本的な指導を行って、環境を整備する。

#### 必要性

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。

家族によって外部から細菌が持ち込まれることを防ぐことが重要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 家族の清潔に対する考え方
- 感染症予防の基本(手指衛生の徹底、うがいの徹底、咳エチケット等)の指導の有無
- 感染症予防の基本を本人・家族が理解しているか
- 感染症予防の基本を実践できているか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

## (iii) 口腔内の衛生状態が保たれるよう支援する

#### 実施内容

口腔内の衛生を保つことで、細菌の繁殖を抑えて呼吸器感染症を予防する。

口腔ケアは1日のうち複数回に分けて定期的実施される必要があることから、本人や家族の理解をうながし、継続的に口腔ケアが実施される環境を整えることが必要である。

#### 必要性

口腔内には多くの常在菌が存在する。加齢や疾病によって唾液の分泌量が減少すると、口腔内の衛生状態が悪化して、呼吸器感染症を発症するおそれがある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 口腔内の衛生状態
- 口腔内の乾燥の状況
- 口腔ケアの実践の有無、頻度

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 本人・家族の生活歴
- 口腔ケアに対する理解
- 歯科医師による定期的な診療を受けているか否か
  - 必要に応じて、歯科医師等による指導の機会を確保

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員 等

### 3-4-3 感染症の早期発見と治療

( i ) 感染症の症状が表れていないか、本人の状態の変化が把握でき、必要に応じて医療行為が受けられるように環境を整備する

#### 実施内容

感染症の初期症状が表れた場合には、医療機関を受診できるように、家族や専門職と情報を共有するとともに、かかりつけ医との連携を図る。

#### 必要性

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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 感染症の初期症状の有無
- 本人・家族による検温や血圧の測定結果
  - 感染症の初期症状が疑われる場合、医療職と連携して早期受診につなげる

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

( ii ) 医療機関受診後、診断結果を踏まえた指示が守られ、回復に向かっているか確認できる体制を整える

#### 実施内容

医療機関受診後、診断結果を踏まえた指示が守られ、回復に向かっているか確認できる体制を整える。

#### 必要性

本人あるいは家族の判断によって服薬が中断されていたり、指示が守られなかったりすると、適切な診療方針が立てられない。専門職と連携して、診断結果を踏まえた指示が守られているか確認することができる環境を整えることが

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

必要である。

高齢者は消化管の機能低下から薬剤の吸収速度が遅くなり、効果が表れるまでに時間を要することがある。そのために、薬剤の効果が表れるまでに時間がかかる場合がある。

代謝や排泄機能の低下によって、薬剤の排泄に時間を要する結果、血中濃度が上昇して、副作用を生じる可能性もあることに留意する。家族や専門職と情報を共有して、異常が表れた場合に早期に対応できるようにする。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- かかりつけ医の指示を本人・家族が理解しているか
- かかりつけ医の指示が守られているか
- 服薬のうえで留意すべき点がないか
- 服薬の結果、注意すべき副作用がないか
- 服薬の効果がきちんと表れているか
- 服薬の結果、副作用が表れていないか
  - 診断結果を共有し、かかりつけ医の指示が守られているかを確認できる体制を取る
  - 感染症を発症したことで新たな服薬が加わるため、服薬の効果と影響を確認できる体制を取り、必要な情報を薬剤師と共有する
  - 服薬上の留意点を介護職と共有して、異常が表れた場合早期に発見できるようにする

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 4. 家族支援

### 4-1 家族の受容に対する支援

#### 4-1-1 家族の知識、技術の習得の支援

##### ( i ) 疾患の理解の程度を把握し、必要な情報が得られるような環境を整える

###### 実施内容

疾病に関して、主治医やかかりつけ医からの指示をきちんと受けているかどうか、指示をきちんと理解できたかどうか、指示をきちんと守ることができるかを確認することが重要になる。

本人または家族が必要とする情報を得て、疾病に正しく対処できるような環境を整える。

###### 必要性

セルフケアが中心となるため、本人または家族が疾病について理解し、対策を生活に取り入れる必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント項目

- 本人・家族への疾病に対する説明の有無
- 本人・家族の疾病に対する理解の有無
- 本人・家族が疾病に対する指示を守っているか
  - 必要に応じて、かかりつけ医からの説明の機会を確保したり、指示を守りやすいような工夫を行う

###### 相談すべき専門職

かかりつけ医、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

##### ( ii ) 起こりうる病状の変化や、症状、家族に求められる観察や一次対応について、

### 説明を受けられる機会を確保する

###### 実施内容及び必要性

疾病によって、あるいは薬の副作用によって起こりうる症状について、家族と共有する。これにより、家族が異常に気づき、必要な一次対応を行う事ができる環境を整える。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント項目

- 疾病に対する家族の知識、理解の程度
- 異常が表れた場合の一次対応に関する知識や技術
- 万が一の場合に対応する、かかりつけ医やかかりつけ薬局、訪問看護ステーションの連絡先
- かかりつけ医や訪問看護ステーションとの連携状況
  - 家族で一次対応ができるようにしておくとともに、万が一の場合に専門的な支援が受けられるように、かかり

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

つけ医や訪問看護ステーションとの連携を確認する

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、介護職、介護支援専門員 等

## 4-1-2 家族の生活ペースの再設計

### ( i ) 家族の生活ペースが安定し、仕事や自身の生活と介護が両立できるように支援する

#### 実施内容

本人の状態や家族の生活を考慮して、介護を行っていくうえで家族が負担と感じていることを把握して、家族に対して支援することが期待される。

#### 必要性

在宅での生活を行うためには、家族による心身の支援が不可欠となる。

在宅での生活が始まることで、家族の生活にも大きな影響が生じる。

家族の生活ペースに療養上の医療介護の支援対象が組み込まれ、生活基盤が整うことで、無理のない生活を始める事ができる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 家族の生活リズム
- 介護と仕事の状況
- 本人の介護の状態
- 家族の介護に対する意欲や技術、介護に対する経験の有無
- 周囲に対して介護に対する不安や心配ごとを打ち明けることができるか
- 家族に対して、周囲のサポートがあるか
  - 家族の状況を自ら確認するとともに、普段の様子がわかるように介護職から情報を得る
- 主介護者以外の家族・親族と方向性が共有されているか

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### ( ii ) 家族等介護者である家族の生活が犠牲とならないよう、趣味や楽しみを可能な限り継続できる環境を整備する

#### 実施内容

本人の状態や家族の生活を考慮して、家族が趣味や楽しみを可能な限り継続できる環境や、適度に休息をとる

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

ことができる環境を整備することで、家族の精神的安定が期待でき、生活が充実する。

#### 必要性

在宅での生活を行うためには、家族による心身の支援が不可欠となる。

家族による十分な支援を引き出すためには、家族の生活ペースが安定し、家族が自らの生活や楽しみも充実させた状態であることが必要となる。

一方で、介護を行うことで時間的、体力的、精神的な余裕が失われやすく、本人に対する遠慮や周囲の目を気にして、自らの趣味の場や友人関係から遠ざかる場合がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 家族の生活リズム
- 介護と仕事の状況
- 本人の介護の状態
- 家族の介護に対する意欲や技術、介護に対する経験の有無
- 周囲に対して介護に対する不安や心配ごとを打ち明けることができるか
- 家族に対して、周囲のサポートがあるか
- 主介護者以外の家族・親族と方向性が共有されているか
- 家族の精神状態
- 家族が息抜きをしたり休息を取ることができる場所や時間があるか
  - 家族の状況を自ら確認するとともに、普段の様子が変わるように介護職から情報を得る

#### 相談すべき専門職

看護師、介護職、介護支援専門員 等

### 4-1-3 精神的サポート

(i) 家族の心理的ストレスの程度や、ストレスへの適切な対処ができているかを把握

#### する

##### 実施内容

まずは、家族の心理的ストレスの程度とそのストレスに対処できているかを確認することが必要となる。心理的ストレスは発現に波があることから、家族のサポートに入る専門職と協働して、家族の様子を把握できる環境を整えることが重要である。

##### 必要性

家族が要家族等介護者となったことに対する心理的な揺らぎが、精神的、身体的な健康問題につながらないように、家族に対する精神的サポートをすることが必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

#### 関連するアセスメント項目

- 家族の心理的ストレスの程度
- 家族が自分なりにストレスを解消する手段を持っているか
  - 普段の状態や日々の変化を把握できるように、介護職と連携して情報を得る

#### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **(ii) 家族の話に十分耳を傾けて、肯定的なフィードバックや悩みの整理を支援する**

#### 実施内容

家族の抱える悩みや不安を受け止めて整理することが期待される。

家族の抱える悩みや不安に対して、家族が自ら解決に向かって進むことができるように、悩みを整理することも期待される。

#### 必要性

家族が家族等介護者となったことに対する心理的な揺らぎが、精神的、身体的な健康問題につながらないように、家族に対する精神的サポートをすることが必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 家族が抱える不安や悩み

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### **(iii) 他の介護家族との交流を支援したり、過去の事例を共有する等して、家族の**

### **不安を和らげる**

#### 実施内容

家族が悩みを打ち明けたり、自分の体験を相対化するための一つの方法として、他の介護家族との交流が有効な場合がある。そのほかに、専門職の支援で、他の介護の事例について共有することが家族の不安を和らげる場合もある。

#### 必要性

介護生活を続ける中で、家族が持つ不安や孤立感、喪失感、葛藤等を深める場合がある。

家族が要家族等介護者となったことに対する心理的な揺らぎが、精神的、身体的な健康問題につながらないように、家族に対する精神的サポートをすることが必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

関連するアセスメント項目

- 家族が悩みを打ち明けられる場があるか
- 経験者の体験を共有する機会があったか

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 4-2 摂食動作・認知障害

### 4-2-1 理解

#### ( i ) 家族が認知障害を理解して対処できるような環境を整える

##### 実施内容

本人と家族が、新たな役割関係やコミュニケーションのとり方を獲得していくまでの、家族に対するサポートが必要である。

##### 必要性

認知症特有の記憶障害によって、本人が家族を家族として認識できなくなる場合がある。その場合、家族は本人との間に新たな役割関係を築くことが必要になる。

認知障害によって、コミュニケーションをとりにくくなることも予想される。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント項目

- 認知症発症の有無
- 認知障害に対する本人や家族の理解

##### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員 等

### 4-2-2 支援

#### ( i ) 食事に関する援助が行われるように環境を整備する

\*食事と栄養の項目を参照

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 4-3 排泄

### 4-3-1 状態の把握

#### ( i ) 自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる環境を整える

##### 実施内容及び必要性

排泄は①尿意・便意を感じる、②排泄を意識する、③起居・移乗・移動する、④脱衣する、⑤尿器・便器を準備する、⑥排尿・排便する、⑦後始末をする、⑧着衣する、⑨移動する といった、連続する複雑な動作によって成り立つ。そのため、排泄に障害が生じている場合、一連の動作のどこに障害が生じているかを見極めて、必要な支援を行うことが重要となる。便秘の症状がある場合、排便の際にいきむ事で血圧上昇を招いて、脳血管疾患を誘発する可能性があるため、便秘の症状の有無を確認して対処することが必要である。

本人が自立した排泄を行うためには、物理的な環境の整備と、本人に対する排泄介助が必要になる場合がある。

物理的な環境の整備は、本人の機能を考慮して、それを補うための手すりの設置や、洋式便座への変更、麻痺側を考慮した操作ボタンの設置等が有効である。専門職と連携して、環境を整備することが期待される。

排泄介助は、本人の希望を重視して、本人が安心して排泄を行うことができるような環境を整えることが重要である。本人の生活リズムに配慮して、排泄のタイミングを踏まえた訪問介護員の訪問スケジュールの設定が望ましい。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント項目

- 麻痺の有無や、ADL/IADL の状態
- 自立した排泄を行うことができるか、介助が必要な状態か
- 自立して排泄しやすい環境にあるか
- 排泄介助に対する本人や家族の希望
- 本人や家族の生活リズム
- 排尿・排便のパターン

##### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

### 4-3-2 支援

#### ( i ) 本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う

##### 実施内容及び必要性

規則正しい生活リズムは、排泄のリズムを整えることに役立つ。また、適度な運動は腸の動きを促進することに効果がある。

本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、専門職間で共有し、本人が尿意や便意を感じやすい時間に排泄をうながしたり、腸の動きを促進する運動を取り入れる等、必要な支援を行う。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人・家族の生活リズム、生活習慣
- 排泄のリズム
- 食事の状況、運動の状況
- 服薬の有無

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 4-4 コミュニケーション

### 4-4-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定

#### ( i ) 本人と家族のコミュニケーションの状態を把握する

##### 実施内容

本人と最も身近な家族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るかを把握する。

本人がもともとコミュニケーションをとることが苦手な場合もあることを考慮する。

##### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント項目

- 本人と家族のコミュニケーションの状態
- 本人・家族が抱えているストレス
- 本人の疾病(失語症、麻痺等の症状の有無)
- 本人の性格(もともとのコミュニケーションの状態)
  - 本人と家族の関係性の中で、コミュニケーションに不都合がないか、また、支援に入る介護職との間で、コミュニケーションの課題が生じることによる不都合がないかを確認

##### 相談すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

#### ( ii ) コミュニケーションを難しくしている要因を確認し、専門職の支援を受けられる環

### 境を整える

##### 実施内容

本人が高齢の場合、コミュニケーションを阻害する要因は、加齢による視覚・聴覚の衰えや、口腔内・頭頸部の機能障害、筋・神経疾患を起因とする発音障害や構音障害、失語症等が考えられる。医療職と連携して、コミュニケーションを難しくしている要因を確認することが必要となる。

本人が抑うつ状態を生じていて、コミュニケーションが難しくなっている場合がある。抑うつ状態は、抗うつ薬等によって治療することができる。本人や家族の同意を得て、受診につなげることを検討する。また、抑うつ状態を生じている場合に無理にコミュニケーションをとろうとすると逆効果になることも考えられることから、状況を医療職と共有して、対応を検討することが必要である。

意識レベルの混濁や認知症によって、注意機能の低下が起こることで、コミュニケーションが阻害されている可能性

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

がある。注意機能の低下が起きている場合、情報を医療職と共有して起因を探ることが必要である(薬や認知症によって注意機能の低下が起きている場合があり、早期に適切な対応が必要)。周囲の音や光、人の動きによって注意能力が一層散漫になる可能性があるため、落ち着いた環境を整えて、本人の意欲や集中力が高まるように援助することも必要である。

#### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント項目

- 本人と家族のコミュニケーションの状態
- 本人・家族が抱えているストレス
- 本人の疾病(失語症、麻痺等の症状の有無)
- 本人の性格(もともとのコミュニケーションの状態)
- 抑うつ状態になっていないか、意識レベルの混濁や認知症の症状がみられないか
  - 本人と家族の関係性の中で、コミュニケーションに不都合がないか、また、支援に入る介護職との間で、コミュニケーションの課題が生じることによる不都合がないかを確認
  - 抑うつ状態や意識レベルの混濁、認知症の症状が疑われる場合、情報を医療職と共有して判断を仰ぐ

#### 相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 4-4-2 コミュニケーション方法の再構築

(i) 本人とのコミュニケーションが難しくなっている起因について、家族が理解できるように支援体制を整える

#### 実施内容

本人の状態に合わせて、家族がコミュニケーションをとることができるように、家族の側の理解をうながすことが重要となる。本人の現在の状況を理解し、今後の見通しを家族が把握することで、家族のストレスが和らぐことも期待される。

コミュニケーションをとるうえでの留意点を家族と共有することで、家族と本人のコミュニケーションが円滑に行われるように支援する。

#### 必要性

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族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

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- コミュニケーションの変化に対する家族の知識と理解
- 今後の状況について、家族が説明を受け理解しているかどうか
- 家族のストレスの状況

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## **(ii) 本人の状態を踏まえて、本人とコミュニケーションをとる方法を家族とともに考える**

実施内容

本人の状態を踏まえて、コミュニケーションをとる具体的な方法を家族と整理し検討する。既に確立されたコミュニケーション上の工夫を共有したり、コミュニケーションを補助する機器を紹介したりする。家族が行っている工夫も取り入れる。

コミュニケーションに課題を感じている家族が、心身共にストレスを抱えている状況に理解を示しながら対応する必要がある。

必要性

本人と最も身近な家族がコミュニケーションをとることができる環境を整える必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント項目

- 本人と家族のコミュニケーションの状態
- コミュニケーションの変化に対する家族の知識と理解
- 今後の状況について、家族が説明を受け理解しているかどうか
- 家族のストレスの状況

相談すべき専門職

かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員 等

## 第3章 認知症

### 1. 認知症の基本的理解

#### (1)認知症の特徴

- ・ 認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまい、働きが悪くなったために様々な障害が起こり生活するうえで支障が出ている状態（およそ6か月以上継続）を指す。中核症状である思考、推理、判断、適応、問題解決などの認知機能の障害に加え、健康状態や環境などの影響を受けながら、状況によっては行動・心理症状が現れる<sup>1</sup>。
- ・ 認知症の原因として多いのが、脳の神経細胞がゆっくりと死んでいく「変性疾患」と呼ばれる疾患であり、アルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体型認知症などがある。
- ・ ただし、これ以外の疾患等が認知機能の低下に影響を与えたり、時間の経過とともに複数の原因疾患が認められ、症状が進行したり複雑になる場合もあり、固定的に捉えず変化する可能性があることを認識しておくことが大切である。したがって、本人の状況の変化を適切に捉え共有できるよう、かかりつけ医をはじめ本人を支える専門職、さらには近隣住民や友人・知人等のネットワークを構築していく必要がある。
- ・ 認知症に伴う行動・心理症状の治療においては、服薬による薬物療法よりもリハビリテーション等による非薬物療法が優先とされているが、治療そのものだけでなく、むしろ普段の生活を支える環境や人間関係への支援、将来の生活を見据えた情報提供といった支援が重要とされる<sup>2</sup>。専門職だけでなく、むしろインフォーマルサポートを含めた、日常生活で接点を持つ様々な支援者とのネットワークの構築が大切となる。
- ・ 具体的には、認知症の症状に伴う日常生活や社会での役割への影響や、その人本人や家族が感じる不安を軽減できるよう、その人本人の普段の暮らしを支える環境を整えたり、支援体制を整えたりすることが重要である。

#### (2)認知症のある要介護者のケアマネジメントにおいて留意すべきこと

- ・ 認知症のある要介護者の支援では、中核症状や行動・心理症状の影響により、一見して意思決定が困難であるとみられる場合であっても、その人本人にとって適切な意思決定がなされながら尊厳を持って暮らしていくことを重視すべきである<sup>3</sup>。疾患や様々な機能障害への対応というよりもむしろ、その人らしさや残存機能を活かした生活の継続を支えるという姿勢を基本とすべきである。
- ・ したがって、ケアマネジメントにおいてもまずは、その人のこれまでの生活や果たしてきた役割、普段の生活のリズムや良く過ごす場所、日々の生活における人間関係、そうした生活の中でその人自身が感じているであろう感情などを総合的に捉え、共感の姿勢を持って、理解しようとするのが求められる。
- ・ そのうえで、総合的なアセスメントに基づいて、認知症にともなう生活障害を小さくできるよう、また行動・心理症状がおきる要因を少なくできるよう、必要な支援を組み立てていく。また、その際には、不要なストレスや失敗体験に配慮しながら、本人のストレングス（強み、残存機能等）を可能な限り活かし、その人らしい自立した生活が

<sup>1</sup> 厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/a01.html>）より

<sup>2</sup> 「認知症疾患診療ガイドライン 2017」（日本神経学会監修）

<sup>3</sup> 「認知症の人の日常生活・社会における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省）

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

継続できような個別化された支援内容を考えることが重要である。

- ・ なお、行動・心理症状への対応においては、その人本人が感じる不安や不快、ストレス等が原因となる場合も多いことから、本人に対する直接的なケアだけでなく、本人の日常生活に関わる人（家族やその他の支援者、地域に関わる人、ケアを提供する専門職など）の本人に対する関わり方を見直す取り組みの必要性も考慮する。
- ・ また、将来にわたる長い生活を支えていくうえでは、介護者や家族が感じる不安を軽減することも大切である。本人や介護者・家族だけで不安を抱え込まずに済むよう、その人と家族の生活を支えるチーム<sup>4</sup>を構築することが重要である。その際、認知症の生活機能への影響の現れ方は多様でまた変化するものであり、その状況に応じて関わる必要のある支援者や専門職も、変化していくことに留意する。

---

<sup>4</sup> ここでいうチームとは、専門職で構成される固定的なチームではない。本人の生活の支援に関わっている専門職以外の様々な支援者で構成し、さらに状況に合わせてその構成員も変化するものである。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

# 認知症【検討案】

## 0. ここまでの経緯の確認

### 0-1 ここまでの経緯の確認

#### 0-1-1 認知症と診断されるに至った経緯の把握

##### (i) 認知症と診断されるに至った経緯の把握

###### 実施内容

認知症と診断されるに至った経緯、診断の状況とその過程でのエピソードを把握する。

###### 必要性

認知症の症状がどのような部分に現れたかを把握し、本人の不安を捉えるために、診断に至るエピソードを把握することが重要である。

一般に、認知症の症状は認知機能障害と行動・心理症状に大別される。障害の内容や程度は個人ごとに異なるが、具体例としては以下のようなものが挙げられる。

- ・ 記憶障害(もの忘れ): 記憶は、記銘(覚える)・保持(保存する)・再生(呼び起こす)という三つの段階から成り立っている。記憶障害とはそのいずれかが障害された状態である。
- ・ 見当識障害: 時間・場所・人物などその場の状況の把握・理解に関する障害をいう。例えば、「自分が誰であるか、どこにいるのか、自分の周りにいる人が誰なのか」が認知できない状態である。
- ・ 実行(遂行)機能障害: 計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化するといった機能が障害される。記憶障害、失語、失行、失認などが複合的に関与され、行動の開始、維持、中止が困難になる状態である。
- ・ 問題解決能力の障害: 予想外の出来事などが起こるとそのことに対処しきれず、混乱を起こしてしまう。
- ・ 判断力の障害: 筋道を立てて考えることができなくなる。

診断は医療の分野において行われるものだが、認知症の症状が現れたかの経緯、エピソードを把握し、かかりつけ医等と共有することは診断の判断材料となるだけでなく、本人や家族に対する診断後のサポートをどのように行っていくかを判断する材料としても重要である。

特に、診断されるまでの症状の現れ方、エピソードにおいては、本人も家族も認知症の症状の現れ方に対して戸惑い、不安、ストレスなどを感じている場合があり、今後の生活におけるそうした不安の解消に向けた、生活や介護の分野における支援を考える起点としても、これまでの経緯やエピソードを把握することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 診断に至るまでのエピソード
- 中核症状の現れ方
- 受診した医療機関、診断の内容
- 診断に対する本人の思い

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

#### 情報収集すべき専門職

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の場合は特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人との連携が重要であることに留意が必要(以下、同じ)

医師、歯科医師、看護師 等

## 0-1-2 これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握

### ( i ) 医療及び他の専門職の関わりの把握

#### 実施内容

現在に至るまでにどのような医療及び他の専門職が関わってきたかを把握する。

#### 必要性

今後の医療領域の支援体制を構築するために、これまでの医療の関わりの経緯を把握することが重要である。

認知症の医療とケアは、早期支援機能と危機回避支援を早く実施することを対応の基本に置くことが求められる。ただし、医療の関わりといっても、診断を担った担当医やかかりつけ医だけでなく、認知症初期集中支援チームの関わり方も把握する必要がある。認知症初期集中支援チームの運用方法は地域によって異なるが、基本的には専門家チームが訪問し、地域での生活が維持できるような支援を早い段階で包括的に提供する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 医師による判断の状況(主治医意見書等による把握)
- 認知症初期集中支援チームの関わり方
- 併発疾患の有無、その治療に関わる医師と治療の状況
- 現在利用している医療・介護の有無とその内容(引き継ぎを含む)

#### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

# 1. 本人及び家族・支援者の認識の理解

## 1-1 本人と家族・支援者の認識の理解

### 1-1-1 本人や家族・支援者が抱く感情と想いの理解

#### ( i ) 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援

##### 実施内容

認知症と診断され、生活に認知機能低下の影響が現れ始めたことに対し、本人が抱く不安及び家族・支援者が抱く感情、その変化を捉えられるようにする。

##### 必要性

これからの生活を支えるうえで最も重要な本人の不安とその変化を把握するために、本人自身の不安や恐怖に加えて家族・支援者が抱く感情や想いとその変化を捉え続けられることが重要である。

本人への支援を検討する際は、一人で抱えずに他の専門職等と協力・分担・相談・情報共有を行うことが前提となる。そのうえで、本人に対して、受容的・支持的・共感的な理解に努めることが基本である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人が持つ恐怖や不安
- 家族・支援者が持つ恐怖や不安
- 家族・支援者が感じている葛藤
- 介護の大きさに対する家族の認識

##### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、社会福祉士・MSW、介護職 等

### 1-1-2 本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識

#### ( i ) 本人に対する受けとめの支援

##### 実施内容

認知症に対し本人がどのように受けとめているかを把握する。

##### 必要性

本人が感じている不安や恐怖を捉えるために、認知症という疾患に対する受けとめの状況を把握することが重要である。介護サービスなどの専門的なケアありきで考えるのではなく、今の生活を支える視点とこれから認知症の方の家族の生活を支える視点で考えることを起点にすべきであり、本人の幼少期から現在までの生活歴、いま感じている困りごとについて、まず耳を傾けて共感することが必要である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人の認知症に対する受けとめの状況

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

## (ii) 疾患に対する家族・支援者の理解を深めることの支援

実施内容

本人の生活を取り巻く家族・支援者の、認知症に対する考え方、理解の程度を把握する。

必要性

認知症のある高齢者の不安や不快は、本人と家族・支援者との関係性に起因するものも多いため、家族・支援者がどのように認知症を理解しているかを把握することが重要である。

認知症の特性として、より身近な者、最も熱心に介護している介護者に対して認知症の症状がより強く出現し、本人の残存する能力も発揮されないことが知られており、家族や支援者の不安やストレス、非常に大きな介護負担を招くことがある<sup>5</sup>。

つまり、最も近くにいる家族や支援者自身が本人にとっての不安やストレスの源になる場合があることを、家族や支援者自身が理解できるよう、まずはその理解の程度を把握することが必要となる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 家族・支援者の認知症に対する認識や理解の状況
- 家族・支援者に対する支援(情緒的支援、情動的支援、手段的支援)の必要性

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

---

<sup>5</sup> 国立長寿研究センター「認知症・せん妄サポートチームマニュアル 2016 年度版」

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 1-2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解

### 1-2-1 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施（こころ、からだ、中核症状）

#### （i）本人の状況とその変化の把握

##### 実施内容

本人の変化を捉えられる体制がどのようになっているかを把握する。

また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかを把握する。

##### 必要性

認知症に伴う本人の状況は変化していくものであり、かつ家族や支援者が負荷を抱え込まなくて良いようにするためにも、本人の変化を捉え、必要に応じてさらに支援を求められるようにする体制の構築が重要になる。

なお、本人の変化を捉える際には、「できないこと」ばかりではなく「できること」、ストレンクス(強み、残存機能)にも着目することが重要である。一部を介助すればできることや時間をかければできることを見極めることで、本人の可能性を引き出すケアへつなげることができる。本人の持てる能力を維持・向上できるような支援を組み立てることは、情緒面の安定、人間性・社会性の回復、尊厳の保持へとつながる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化
- 本人に関わる人や関係者、及びその変化
- かかりつけ医への報告の状況
- 関係者間での情報共有の状況

##### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

#### （ii）本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握

##### 実施内容

本人を取り巻く状況でもとくに、本人を取り巻く人との関係性がどのようになっているかを把握する。

また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかを把握する。

##### 必要性

認知症に伴う本人の不安や安心は周囲の人との関係性に起因する場合も多いため、本人を取り巻く人との関係性、及びその変化を捉えることが重要である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

本人と周囲の方の気持ちは「合わせ鏡」のような関係であるといわれている。周囲の方の負担感や、不快感、いらつき、不満、ストレスなどがそのまま本人に伝わって行動・心理症状の要因になる場合が多いことから、周囲の人との関係性を捉える必要がある<sup>6</sup>。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化
- 本人に関わる人や関係者、及びその変化
- 本人からみて重要な関係性、信頼を置いている相手
- 本人からみて快／不快に感じている関係性

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

### (iii) 本人の日常生活を取り巻く生活環境とその変化の把握

実施内容

本人を取り巻く状況でもとくに、生活環境がどのようになっているかを把握する。

また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるのかを把握する。

必要性

認知症のある高齢者が、普段の生活において自ら行動しやすいようにするため、住環境、地域環境などの生活環境を捉えることが重要である。

認知症の方の場合、加齢による機能低下だけでなく、認知症による認知機能の低下により環境の影響を受けやすいとされるため、どのような環境要因が影響を与えているのかを把握することが重要である<sup>7</sup>。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 普段の暮らしで多くの時間を過ごす居宅内の場所
- 良く過ごす場所の環境（温熱環境、光環境、動線上の環境）
- エアコン等の家電の操作状況
- 地域の中で普段よく行く場所、及びそこまでの動線上の環境
- 困ったときに知らせる手段、知らせを受けられる体制

情報収集すべき専門職

看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

---

<sup>6</sup> 国立長寿研究センター「認知症・せん妄サポートチームマニュアル 2016 年度版」

<sup>7</sup> 国立長寿研究センター「認知症・せん妄サポートチームマニュアル 2016 年度版」

## 2. 将来の準備としての意思決定の支援

### 2-1 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援

#### 2-1-1 意思決定支援の必要性の理解

##### (i) 意思決定支援の重要性への本人及び家族の理解をうながす支援体制を整える

###### 実施内容

意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族が理解できるよう支援する。

なお、ここでの意思決定は、普段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。

###### 必要性

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。なお、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。

なおここでの、「意思決定支援」とは「認知症の方であっても、その能力を最大限活かして、日常生活や社会生活に関して自らの意思に基づいた生活を送ることができるようにするために行う、意思決定支援者による本人支援」をいう。また、「意思決定支援者」とは「特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、認知症の方の意思決定に関わるすべての人」をいう。

意思決定支援の実施に際しては、本人の意思を最大限に尊重することが求められる。認知症の症状の程度にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有することを前提にすることが必要である。本人の意思の尊重は、本人が尊厳を持って暮らしていくために必要不可欠な要素であり、その必要性について本人や家族が適切に理解できるように支援を行うことが重要である<sup>8</sup>。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人の意思決定能力の状況
- 意思決定に関する本人の思い、不安の状況
- 意思決定支援に対する家族の理解の程度
- 本人の意思決定を支援しうるキーパーソンの有無、本人との関係性
- 日常的な金銭管理の主体、本人との関係性

###### 情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

---

<sup>8</sup> 厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」H30年6月

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## (ii)意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える

### 実施内容

意思決定支援を判断するために必要な情報が提供されるように支援する。

なお、ここでの意思決定は、普段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。

### 必要性

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だが、その前提として本人及び家族に対し、意思決定に必要な情報が提供されるような体制を整えることが必要である。

本人が自ら意思決定できる早期の段階で、今後、本人の生活がどのようになっていくかの見通しを、本人や家族、関係者で話し合い、今後起こりうることについてあらかじめ決めておくなど、先を見通した意思決定の支援を繰り返す行うことが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 意思決定に関する本人の想い、不安の状況
- 本人の意思決定を支援しうるキーパーソンの有無、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、状況

### 情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

## 2-1-2 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握

### (i)本人の意思を把握する(聞き取り、語りの記録)体制を整える

#### 実施内容

本人の言葉を日々捉えられるような体制を整える。

#### 必要性

将来の意思決定支援においては、本人の何気ない言葉やエピソードの把握が重要であり、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。

認知症の影響が大きくなってきたとしても、本人の意思表示をする力は残っている。言葉による意思の表明が難しくなった場合でも態度やしぐさなど、他の方法で意思を表明する場合がある。したがって、本人が言語による意思表示が上手くできない場合においても、意思決定支援者は、身振りや手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限行うことが求められる。

日常生活で本人に接するなど本人を良く知る人や地域近隣で見守りをしてきている方などから情報を収集する

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

ことも重要である。なお、本人の思いや意思は繰り返し確認することが必要である。本人の意思を理解したと判断しても、その過程や判断が適切であったかどうかを確認・検証し、支援の質の向上を図ることが求められる。意思決定支援が適切になされたかどうかを確認・検証するために、支援のときに用いた情報を含め、プロセスを記録し、振り返ることができるようにすることが必要である<sup>9</sup>。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- これからの生活に対する本人の想い
- 今の生活に対する本人の想い
- 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

※これらの項目を本人からだけでなく、家族からも聞き取る

#### 情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

## (ii) 本人のこれまでの経緯、考えを把握する(聞き取り、語りの記録)体制を整える

### 実施内容

本人の、認知症になるまでの生活における経緯や考えを把握する。

### 必要性

将来の意思決定支援においては、本人の何気ない言葉やエピソードの把握が重要であり、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。

認知症の影響が大きくなってきたとしても、本人の意思表示をする力は残っている。言葉による意思の表明が難しくなった場合でも態度やしぐさなど、他の方法で意思を表明する場合がある。したがって、本人が言語による意思表示が上手くできない場合においても、意思決定支援者は、身振りや手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限行うことが求められる。また、本人の示した意思は、時間の経過や本人がおかれた状況等によって変わり得るので、最初に示された意思に縛られることなく、適宜その意思を確認することが必要である<sup>10</sup>。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- これまでの生活に対する本人の想い
- 生活歴、成育歴
- 仕事や社会生活の概要
- 本人が得意にしていること
- 以前の生活における地域での役割
- 以前の生活における家庭内での役割

<sup>9</sup> 厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」H30年6月

<sup>10</sup> 厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」H30年6月

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 2-2 意思決定支援体制の整備

### 2-2-1 意思決定支援体制の整備

#### (i) 意思決定支援チームによる支援体制を整える

##### 実施内容

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、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が必要である。

##### 必要性

意思決定支援(あるいは意思推定支援)は一人で行えるものではなく、チーム体制を整備することが重要である。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く、状況に応じてその人の重要な意思決定あるいは意思推定を支えるために関与する関係者であることに留意する。

意思決定支援にあたっては、本人の意思を踏まえて、身近な信頼できる家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制(「意思決定支援チーム」)を整えることが重要である。

本人の意思決定能力に疑義があったり、本人の意思決定能力の向上・支援方法に困難があったりする場合は、意思決定支援チームのメンバーで情報を共有し、再度本人の意思決定支援(あるいは状況によっては意思推定支援)の方法について話し合いを行うことが重要である。

なお、本人の意思決定支援をするうえで、本人をよく知る家族は本人を理解するうえで欠かすことができない。したがって、本人をよく知る家族が意思決定支援チームの一員となることが望ましい<sup>11</sup>。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人の代理として意思決定しうる人、及びその変化
- 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による支援の方法、タイミング
- 意思決定支援チームでの情報共有体制

##### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

---

<sup>11</sup> 厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」H30年6月

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 3. 必要に応じた連携体制の構築

### 3-1 必要に応じた連携体制の構築

#### 3-1-1 かかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携

(i) かかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携(かかりつけ医の判断のための材料の提供)

##### 実施内容

受診に際して介護者が医師の指示内容を理解できているか、また普段の生活の変化を医師に伝えられているかの状況とその変化を把握する。

普段の生活の様子を見ていて変化がみられれば、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医やかかりつけ歯科医に情報提供し、その後の支援の方針について意見をもらう。

認知機能の状況によっては、必要に応じて、医師と連携して医療に関する意思決定支援の体制を整える。

##### 必要性

認知症は状況が変化していくものであり、医師の指示の理解だけでなく普段の生活の状況を的確に医師に伝えることが難しい場合もあるため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医やかかりつけ歯科医に対し、本人の生活の状況の変化の情報共有をしておくことが重要である。特に、認知症の状況の進行とともに、本人が自ら症状を訴えることが難しくなる場合もあるため、かかりつけ歯科医師との連携が重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- かかりつけ医及びかかりつけの医療機関
- かかりつけ歯科医師及びかかりつけの歯科医院
- 受診の頻度(訪問診療の有無)
- 受診の同行者の有無(受診に同行するキーパーソンが誰か)
- かかりつけ医への情報提供の手段、頻度
- かかりつけ歯科医師への情報提供の手段、頻度
- 医療に関する意思決定支援の必要性、意思決定に関する支援者と体制

※認知症は状況が変化していくため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師に情報共有されることが望ましい

##### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### 3-1-2 かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職との連携

#### ( i )かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携(※特に、精神疾患がある場合は専門の医師との連携が重要)

##### 実施内容

普段の生活の変化を把握し、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等(薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護福祉士や社会福祉士、管理栄養士等)と共有する。そのうえで、新たに連携すべき専門職等がいれば連携体制を構築する。

##### 必要性

認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連する専門職等との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外への受診の有無、担当医及び医療機関
- かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外の専門職の関わり方
- 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)

##### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

### 3-1-3 その他の関係する人との連携

#### ( i )サービス事業者や地域の関係する人との連携

##### 実施内容

普段の生活の状況やその変化を把握し、必要に応じて新たに連携すべき相手がいれば連携体制を構築する。

##### 必要性

認知症の方の生活を、前述した医師、あるいはその他の専門職だけで支えていくのは限界があり、むしろ日常的な暮らしを支えることとなるのだから、本人の地域や家庭での普段の暮らしで関わりを持つ人びと、インフォーマルサポートを含めた地域の資源との関わりを重視すべきである。

なお、認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連するサービス事業者やインフォーマルサポート(民生委員、ボランティア等を含む)において関係する人との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人の普段の生活の状況（サービス事業者にあってはサービス利用中の状況）
- 本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化
- 生活の状況の変化（特に短期目標の期間程度での変化）
- 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
- 地域における認知症への理解の状況

※これらの項目に加え、「1-2-1 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施」で把握する事項も併せて確認する

情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 4. 基本的な生活の支援

### 4-1 日常生活における本人の意向の尊重

#### 4-1-1 日常生活における意向の尊重

##### ( i ) 日常生活における意向の表明の支援

###### 実施内容

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。

###### 必要性

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。

日常生活における意向の表明としては、例えば、食事・入浴・衣服の好み、外出、排泄、整容などの基本的な生活習慣や、日常提供されたプログラムへの参加を決める場合などが考えられる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 日常生活における意向の表明の状況
- 日常生活における決定を実質的に誰がしているか
- 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

###### 情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 4-2 一週間の生活リズムを支えることの支援

### 4-2-1 一週間の生活リズムと変化を把握することの支援

#### ( i ) 本人の生活のリズムの把握

##### 実施内容

本人の普段の一週間の生活のリズム、日課等を把握する。

##### 必要性

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ることが重要である。

必要な睡眠時間には個人差が大きく、画一的に「睡眠は〇〇時間以上必要」とする基準はないので、その人にあつた休息をとれるような支援体制を整備することが重要である。そのためには、本人の生活習慣を把握し、もともとの生活リズムを意識したケアを心がけ、本人にとって何が必要かという視点で考えることが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人の日次(24時間)の生活リズム、よく居る場所
- 本人の週次や月次の生活リズム
- 本人の生活リズムを把握しうる家族などのキーパーソン

##### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

### 4-2-2 一週間の生活リズムにそつた生活・活動を支えることの支援

#### ( i ) 一週間の生活リズムにそつた生活・活動の支援

##### 実施内容

本人の普段の生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び普段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つた生活や活動が送れるような支援を行う。

##### 必要性

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よいリズムにそつ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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人の日次(24時間)の生活リズム
- 本人の日課における介助の必要性
- 本人の日課の支援者と支援内容
- 本人の日次の生活リズムを把握しうる家族などのキーパーソン
- 日中の運動・活動の量と内容
- 日中の運動・活動の場所
- 運動や活動を控えることがある場合、その理由
- 普段の生活における休養・睡眠のタイミング、時間、睡眠の質
- 普段の生活において休養する場所、環境
- 普段の生活において睡眠をとっている場所、環境

#### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職等

### 4-2-3 生活リズムの崩れの把握と取り戻すことの支援

#### (i) 生活リズムの崩れを把握し、リズムを取り戻すことを支援する

##### 実施内容

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、改めて本人にとって心地よい生活リズムを取り戻せるようにするための支援を行う。

##### 必要性

認知症は状況が変化するものであり、高齢者の健康状態もまた、時間の経過とともに変化するものである。したがって、心地よい生活リズムを捉えたとしてもどこかでそれが崩れることがあるため、その変化を把握して生活リズムを取り戻す支援が重要である。

なお、その際のリズムは、必ずしも元の生活リズムが正しいのではなく、その状況に合った本人にとって心地よいリズムを改めて把握し、それにそった生活を支援することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 生活リズムの変化
- 生活リズムの変化の要因
- 本人にとって心地よいであろう生活リズム
- 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

#### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 4-3 日常的に参加する役割を整えることの支援

### 4-3-1 家庭や地域での役割を担い続けるための ADL/IADL の支援

#### ( i ) 本人がこれまでに担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握

##### 実施内容

認知症と診断される以前の生活における家庭や地域における本人の役割と、現在の生活における実行状況、現在の生活で担っている役割を把握する。さらにそうした役割をできるだけ担い続けるうえで捉えるべき認知症の影響の現れ方を把握する。

##### 必要性

認知症の影響が現れても、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ことが必要である。

本人の寄り添い、向かい合い、その人の持つ能力を最大限に活用するとともに、社会の一員としての存在を本人が実感できるように支援することは、本人の尊厳を最大限に保つことにつながる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 以前の生活における地域での役割と現在の実行状況
- 現在の生活における地域での役割
- 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
- 以前の生活における家庭内での役割と現在の実行状況
- 現在の生活における家庭内での役割
- 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
- 金銭管理の状況
- 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
- 本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化

##### 情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

#### ( ii ) 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備

##### 実施内容

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。

##### 必要性

認知症があっても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。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

本人の認知能力や言語能力を把握し、残された能力に合わせて役割を継続できるよう、リハビリテーションや支援を調整することが大切である。具体的には、本人の行動や表情などの非言語から得られる事実に向け、本人の意思の表現方法を把握し、本人がそうした表現を実施しやすいよう支援するとともに、その人に関わる周囲の人びとがそうした表現方法を理解し、意思疎通ができる関係性を構築することも大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 地域や家庭での役割を担うことに対する本人の認識
- 地域や家庭での役割を担うことに関わる ADL/IADL の概況
- 地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード
- 地域や家庭での役割を担いつづけられるようにするための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）
- 役割を担うことに対する家族や支援者等による支援の状況

#### 情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

## 4-3-2 コミュニケーションを取ることの支援

### （i）日常生活におけるコミュニケーションの状況の把握

#### 実施内容

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。

#### 必要性

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。

本人の行動や表情などの非言語から得られる事実に向け、本人の意思の表現方法を把握して、意思疎通を行うことも重要である。また、電話やスマートフォンなどのコミュニケーションに活用できる道具の利用状況、利用できる程度等の把握も必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況
- 本人と家族のコミュニケーションの状況
- コミュニケーションに関する本人のストレスの状況
- 以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
- 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

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

## (ii) 日常生活においてコミュニケーションを取りやすい環境の整備

実施内容

本人の状況に合わせて、家族及び家族以外の周囲の人との間でコミュニケーションを取りやすいような環境を整える。

必要性

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。

コミュニケーションが阻害されると、本人と家族がお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・家族が心身とも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。こうした観点からも、日常的にコミュニケーションを取りやすいような環境を整える必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人と家族とのコミュニケーションの方法や内容
- 本人と家族以外とのコミュニケーションの方法や内容

情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

## 4-3-3 清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援

### (i) 清潔を保つことに対する本人の認識や状況の把握

実施内容

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。

必要性

本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要である。

なお、清潔に対する意識は、本人や家族の生活習慣や生活歴、家族背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 清潔を保つことに対する本人の認識
- 清潔に関する周囲が感じている変化の把握
- 着替え、整容、口腔ケア、入浴の実施状況

#### 情報収集すべき専門職

歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

## (ii) 清潔を保つことの支援

#### 実施内容

本人が清潔を保つことを支える環境を整える。

#### 必要性

本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要である。認知症の発症により、清潔について自分では気づきにくくなったり、清潔を保つ行為に障害が現れたりすることも多い。本人や家族の認識やこだわりを尊重しつつ、清潔を保つことができる支援体制を整える必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 着替え、整容、口腔ケア、入浴の実施状況
- 清潔を保つことに対する本人や家族の認識
- 清潔を保つことに対する本人のこだわり、興味
- 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

#### 情報収集すべき専門職

歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 4-4 体調管理や服薬管理の支援

### 4-4-1 体調の変化を把握し伝えることの支援

#### ( i ) 体調管理の支援

##### 実施内容

普段の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。

##### 必要性

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、長期的な変化と普段の状況を捉える体制を整えておくことが重要である。

また、認知症高齢者では脳機能正常の高齢者と比較して、フレイルを合併しやすい傾向があり、近年、フレイルと認知機能障害の関連が注目されている<sup>12</sup>。こうした観点からも長期的な視点にたった体調管理の支援が必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 普段の体調(食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等)
- 体調を把握する手段
- フレイルの状況がわかるエピソード(転倒等)
- 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
- 日常的な療養と体調管理を続けることの支援体制
- 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、家族との関わり等)

##### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

#### ( ii ) 普段と異なる状態の把握とそれを表明することの支援

##### 実施内容

普段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。

##### 必要性

認知症のある高齢者の場合、普段と異なる状態を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、普段の状況を捉える体制を整えておくことが重要となる。

---

<sup>12</sup> 日本神経学会等「認知症疾患診療ガイドライン 2017」

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 体調を把握する手段
- 普段と異なる状況の程度
- 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
- いざという時に入院候補先となる医療機関の把握（※探索し、予め決めておくことができることが望ましい）

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

## 4-4-2 服薬支援

### （i）服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える

実施内容

認知症あるいは併発疾患の療養のためには、医師の指示にしたがった適切な服薬が必要であることを本人が理解できるような支援体制を整える。

必要性

認知症への対応だけでなく、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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 処方内容、服薬状況
- 処方内容や服薬状況に変更があった場合は変更内容と変更理由
- 医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか

情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

### （ii）薬を管理できる支援体制を整える

実施内容

処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。

必要性

認知症の方は複数の疾患に罹患している頻度が高く、多剤の併用が長期化しやすい。かかりつけ医やかかりつけ

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

薬剤師などに指示を仰ぎ、数が多くなりがちな薬を適切に管理できるよう支援する体制を整える。なお、一度に服用すべき薬の管理が難しい状況がみられる場合は、その状況を共有して医師や薬剤師と相談のうえ、薬剤の一包化など、管理をしやすくする工夫についても検討する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度
- 日常生活での管理方法
- かかりつけ医やかかりつけ薬剤師との相談の状況
- かかりつけ薬剤師による関わりの程度

#### 情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

### **(iii) 服薬のうながし(声かけ)と服薬したことの確認ができる体制を整える**

#### 実施内容

適切な服薬を継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備する。

#### 必要性

記憶障害により、服薬を行っていないのに、服薬を行ったと思い込んだり、失認により、薬剤を薬剤と認識できなかつたりすることがある。そのため、適切な服薬が継続されるように積極的に声かけをするとともに、服薬したことを確認する支援体制を構築する必要がある。

また、本人が内服を拒否することもある。拒否する理由は、「病気ではないから飲みたくない」、「薬がたくさんありすぎる」、「毒を飲まされる」など多岐にわたる。妄想によって内服を拒否する場合には、本人が体験していることが「事実」であるので、否定はせず、本人の気持ちを理解し、支持的に関わることが重要である。

薬剤師や医師と連携することはもちろんのこと、口の中に薬が残ってしまう場合もあるので、服薬状況の適切な確認には歯科医師等との連携も重要である<sup>13</sup>。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 処方されたとおりに服薬できているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか
- 本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わりの状況
- 服薬支援機器の活用状況
- 服薬の状況、飲み残しの有無

#### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 等

---

<sup>13</sup> 国立長寿研究センター「認知症・せん妄サポートチームマニュアル 2016 年度版」

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 4-5 基本的なセルフケアを継続することの支援

### 4-5-1 水分の摂取の支援

#### ( i ) 必要な水分量及び日常的に摂取する水分量の把握

##### 実施内容

普段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。

##### 必要性

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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 必要水分量、必要水分量に対する認識
- 日常的に摂取している大まかな水分量、及びその摂取経路
- 普段の生活での日中の活動の状況
- 良く過ごす場所の温熱環境(寒暖、日当たり、エアコン等の設備の状況等)
- 普段の生活での排泄リズム、排泄の状況

##### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

#### ( ii ) 水分を摂取することの支援

##### 実施内容

普段の生活において、必要な水分量を摂取できるよう支援する体制を整える。

##### 必要性

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。

水分が必要な状態でも本人が気づかずに、脱水症状に陥ることがある。また、記憶障害により、水分摂取を行っていないのに、水分摂取を行ったと思い込んだり、失認により、飲み物を飲み物と認識できなかつたりすることがある。そのため、必要な水分を摂取するように積極的に声かけなどを行う支援体制を構築することが必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 声かけの必要の程度(必要な支援は準備か、声かけか、摂取の介助か)
- 食事摂取や嚥下動作
- 食事や水分の摂取の方法と手段

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

- 水分の摂取に関する失敗のエピソード

#### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

## 4-5-2 栄養の摂取の支援

### ( i ) 必要な栄養及び日常的に摂取している栄養の把握(摂取方法を含む)

#### 実施内容

普段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える。

#### 必要性

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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 必要な栄養の量とバランス、必要な栄養に対する認識
- 日常的に摂取している大まかな栄養の量とバランス、その摂取経路
- 口腔機能の状況、口腔ケアの実施状況

#### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

### ( ii ) 食事からバランスよく栄養を摂取することの支援

#### 実施内容

普段の食事においてバランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を支える体制を整える。

#### 必要性

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。

なお、認知症と食事、栄養に関しては、数多くの研究が行われているが、特定の食物、栄養素、あるいは食事パターンが認知症の発症リスクを高める、ないし抑制するという確定的な結果には至っていない。そのため、バランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を支える体制を整えることが重要である<sup>14</sup>。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

---

<sup>14</sup> 日本神経学会等「認知症疾患診療ガイドライン 2017」

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 食事の種類、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)
- 食事量、食べ残しの状況
- 食に関する医師からの指示の有無とその内容
- 食の好みやこだわり、食の嫌いや偏食の状況
- 嚥下機能、義歯や咬合の状況、歯科受診・治療の状況
- 食事の形態、摂取状況
- 食事の摂取に関する失敗のエピソード

#### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

## 4-5-3 排泄を続けることの支援

### ( i ) 排泄の状況及び排泄リズムの把握

#### 実施内容

普段の排泄リズム、排泄内容(便秘や下痢といった状況の有無)、排泄方法を把握できるような支援体制を整える。

#### 必要性

排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要である。特に、便秘症状の把握が重要である。認知症の場合、便秘があっても症状が分かりにくく、訴えることも少ない。便秘は認知症者のQOLを阻害し、せん妄等の原因となることもある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 日常的な排泄の方法(トイレ、Pトイレ、おむつなど)
- 排泄リズム、頻度
- 排泄内容の変化の有無(便秘や下痢といった状況とその変化の有無)
- 排泄に関する失敗のエピソード

#### 情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

### ( ii ) 排泄リズムを保ち、自分で排泄することの支援

#### 実施内容

自分で排泄を続けられるよう排泄リズムに対する本人の認識を高めたり、排泄動作を維持できるような支援体制を整える。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### 必要性

排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要である。

排泄と一口にいても、①トイレに行けない、②トイレの場所が分からない、③放尿する、④ズボンが下ろせない、⑤トイレに行く意欲がなくなるなどのプロセスに分解して捉えることが必要である。他の専門職と連携し、行動療法だけでなく認知機能や身体機能に合わせた環境整備、衣服の工夫などの取り組みの検討を行うことも大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 排泄動作の状況
- 排泄リズムに対する本人の認識

#### 情報収集すべき専門職

医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 5. これまでの生活の尊重と重度化の予防

### 5-1 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備

#### 5-1-1 その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備

( i ) 活動と参加を通じた周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するための支

#### 援

##### 実施内容

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するために、普段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。これを踏まえ、交流関係に対する支援及び交流を円滑にできるような本人に対する支援を検討する。

##### 必要性

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、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。

活動と参加の状況は認知機能のみならず、運動能力、心理的状态、社会的環境等にも依存するため本人が社会的にあるいは精神的に乖離されないように注意する必要がある。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 活動と参加に関わる各行為の状況
- 普段の生活を通じて交流している人、人間関係の広がり
- 他人との交流の方法
- 交流に対する、本人が感じている心理的な困惑や葛藤
- 本人の活動と参加の状況を頻回に把握できる人(キーパーソン)
- 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)

##### 情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

( ii ) その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握

##### 実施内容

日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握する。

##### 必要性

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、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- その人にとっての快・不快の状況
- 快・不快の状況の変化
- 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）

情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

## 5-1-2 持っている機能を発揮しやすい環境の整備

### （ i ）状態に合った活動と参加を実現する環境整備

実施内容

本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境を整える。

必要性

認知機能が低下しても、本人が自ら活動・参加できるようにするために、人的な支援だけでなく、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤に、そうした生活を継続し、拡充できるように生活環境・活動環境を整えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人の日次（24 時間）の生活リズム
- 自宅の住環境、物品や用具の使い方
- 普段よく行く地域の場所と動線

情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

### （ ii ）新たな役割・機能を獲得することの支援

実施内容

認知症になる前の生活と比較して役割を縮小させるだけでなく、さらに新たな役割機能を獲得できるよう支援する。

必要性

認知症と診断されることがそのまま従前の生活や役割を縮小することではなく、状況にあった新たな役割・機能の獲得の可能性があると捉え、本人が参加できるように支援することが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 生活歴
- 現在の家庭や地域での役割
- 本人のストレングス
- 役割を実現するために必要な環境支援
- 免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービスの把握

情報収集すべき専門職

看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 5-2 合併症や併発しやすい事故の予防

### 5-2-1 転倒の予防の支援

#### ( i ) 転倒の予防の支援

##### 実施内容

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。

##### 必要性

状況の重度化の要因となる転倒を予防するよう、日常生活動線を把握するとともに環境を整えることが重要である。

なお、認知症者は非認知症者よりも転倒のリスクは約8倍、骨折のリスクは約3倍高いという報告もある<sup>15</sup>。したがって、基礎疾患の治療、薬物の調整、運動、歩行とバランス訓練、補助具を装着しての訓練、環境整備、家庭環境への適応訓練など、多面的に転倒を予防する支援の体制を検討する。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 体重の変化(特に体重の顕著な減少がないかどうか)
- 筋力の低下の状況
- 空間認識の状況
- 咬合の状況
- 本人の日次(24時間)の生活リズム
- 居宅内外の動線
- 日常生活におけるADL/IADLの状況
- 居宅内外の移動における用具等の利用状況
- 本人や家族の転倒に対する認識

##### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

### 5-2-2 誤嚥の予防の支援

#### ( i ) 誤嚥の予防の支援

##### 実施内容

口腔機能の状況だけでなく、その変化を本人がどのように捉えているかも含め、誤嚥のリスクを低下できるような体制を整える。

---

<sup>15</sup> 日本神経学会等「認知症疾患診療ガイドライン 2017」

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### 必要性

状況の重度化の要因となる誤嚥を予防するよう、日常生活における動線を把握するとともに環境を整えることが重要である。

認知症を発症して歯科治療が途絶えてしまう、治療の意味を理解できず拒否反応を示すこともある。早い段階から歯科医師等の専門職と連携し、予防的に口腔衛生管理を継続的に提供される体制を整えることが重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 口腔ケアの自立の程度
- 口臭の有無
- 口腔内の清潔の状態
- 口腔内の感覚の異常(過敏、口内炎や傷等)の有無
- 義歯の使用の有無、義歯の汚れや破損の有無
- かかりつけ歯科医の有無、歯科の受診の状況
- 食事の際の本人の様子
- 本人の咀嚼能力、嚥下能力
- 本人の食の好み
- 食事の用意の方法、食事を用意する人
- 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

#### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 6. 行動・心理症状の予防・重度化防止

### 6-1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握

#### 6-1-1 行動・心理症状の具体的内容を把握する体制の構築

##### (i) 行動・心理症状の具体的内容を把握する体制の構築

###### 実施内容

行動・心理症状がどのような状況やタイミングで起きているか(どのような状況で起きやすいのか、定期的に起きているのか等)を把握する体制を整える。

###### 必要性

行動・心理症状を予防するためにも、どのような状況が本人にとっての要因になっているかを分析する必要があるため、まずはどのような状況・タイミングで行動・心理症状が起きているかを把握することが重要である。

なお、行動・心理症状に対しては、背景要因を把握して対応することが基本だが、実際には本人の意思の尊重とのバランスを取ることが難しい場合もある。したがって、一定の期間にわたって行動・心理症状の現れ方を把握するとともに、普段のその人の状況や意向を併せて把握しておくことが大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 行動・心理症状の状況、内容(どのようなことが起きているか)
- 行動・心理症状が起きるタイミングと現れ方
- 本人の生活リズムに対する家族の関わり方
- 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性
- 本人の日次(24時間)の生活リズム
- 居宅内の生活環境
- 服薬の状況
- 行動・心理症状の状況を把握する体制(同居家族だけでなく、他のキーパーソンを含めた連携の体制)
- 行動・心理症状の状況を共有する手段(サービス担当者会議、介護記録、ソーシャルネットワークサービスの利用など)

※これらの項目に加え、「0.ここまでの経緯の確認」や「1.本人及び家族支援者の認識の理解」で把握する事項を併せて確認する

###### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 6-1-2 本人の不安やストレスの把握

### (i) 本人の不安やストレスの把握

#### 実施内容

本人が感じている不安や不快の程度を把握し、可能な限りこれを解消するような支援を提供する。

#### 必要性

行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であり、こうした状況を把握して分析し、解消策を実施することは行動・心理症状の予防に重要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人が感じている不安の程度、内容
- 痛みやかゆみなどの不快(言葉にならないストレス)を伴う状況の有無、その内容と程度
- 生活環境(音や光など)からくる不快の有無、その内容と程度
- 生活環境に対する本人の好み

#### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 6-2 背景要因に対する取り組みの支援

### 6-2-1 背景要因に対する取り組みの支援

#### ( i ) 背景要因に対する対応策の実施の支援

##### 実施内容

行動・心理症状の背景要因を捉え、特に本人から見た不安や不快、ストレス等を解消するための取り組みと支援を提供する。

##### 必要性

行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされる。したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要である。具体的には声かけや話し方などの姿勢を工夫して接することが基本である。また、専門職の指導のもとで、ソーシャルサポートの利用や回想法、音楽療法の提供などの取り組みを行うことも有効とされる。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 行動・心理症状の背景要因 ※ここでは前項で把握される背景要因を指すため、基本方針「短期」1.行動・心理症状の把握と背景要因の把握」で把握する事項も併せて確認することが必要
- 本人の生活歴
- 本人の日次(24時間)の生活リズム
- 普段の状況、健康状態
- 本人の生活に関わっている人、それらの人との関係性
- ケアやリハビリテーションを提供する体制
- ケアを提供した結果(状況の変化)を共有する手段
- 在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の資源の把握

##### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、介護職 等

#### ( ii ) 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援

##### 実施内容

行動・心理症状には背景要因があること、その多くが本人から見た不安や不快、ストレスが要因となっていること、そうした背景要因の解決こそが重要であることについて、家族の理解を深める支援を提供する。

##### 必要性

行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法が原則とされる。したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要である。

認知症の特性として、より身近な者、最も熱心に介護している介護者に対して認知症の症状がより強く出現し、本人の残存する能力も発揮されないことが知られており、家族や支援者の不安やストレス、非常に大きな介護負担を招くことがある。

さらに、本人から見た不安や不快、ストレスの解消のためには、家族の関わり方を見直す必要がある場合もあることについて、家族の理解をうながすことが大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

#### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人の生活リズムに対する家族の関わり方
- 本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性
- 背景要因に対する家族の理解の程度
- 行動・心理症状の背景要因 ※ここでは前項で把握される背景要因を指すため、基本方針・短期「1.行動・心理症状の把握と背景要因の把握」で把握する事項も併せて確認することが必要
- 本人の日次(24時間)の生活リズム
- 行動・心理症状が起きやすい時間帯にケアを提供する体制
- ケアを提供した結果(状況の変化)を共有する手段

#### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、介護職 等

## 7. 家族等への対応

### 7-1 家族支援に必要なサービスの調整支援

#### 7-1-1 家族に対する支援の体制の整備

##### ( i ) 家族に対し相談支援が提供される体制を整える

###### 実施内容

家族が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援(ねぎらい)が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社会資源をつなぐような支援を提供する。

###### 必要性

日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族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。

家族は、認知症の方の行動の理解や対応に困難を感じ、将来起こるかもしれない介護上の課題に不安を持つことも少なくない。「目が離せず気が休まらない」、「どのように生活すればよいか悩んでいる」、「社会活動への参加の機会が少なくなったと感じる」、「家族や友人との付き合いが難しいと思う」、「しなければならぬ家事が増加した」、「本人から非難されたり拒否されたりすることがつらい」等の負担感やストレスを背景として家族が心身の健康を損なう可能性もある。そのため、家族の心身の不調の訴えや兆候に早期に気づき、家族に対し相談支援が提供される体制を整えることが必要である<sup>16</sup>。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

###### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 認知症に対する家族の受容の状況
- 認知症に対する家族の不安の状況、ねぎらいが得られる状況
- 家族が必要な情報を収集する手段
- 相談支援の状況
- 家族に紹介しうる地域の相談支援に関する社会資源の状況
- 介護の大きさに対する家族の認識と理解

###### 情報収集すべき専門職

医師、看護師、社会福祉士・MSW、介護職 等

##### ( ii ) 家族の仕事と生活のリズムが保たれるようにすることの支援

---

<sup>16</sup> 認知症介護研究・研修仙台センター「専門職のための認知症の本人と家族がともに生きることを支える手引き」(H29 年度厚生労働省老人健康保健増進等事業)

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

### 実施内容

家族自身の生活のリズムが保たれるよう、家族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。

### 必要性

日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族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ざらいや、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。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人の生活リズムとその変化
- 同居している家族の生活リズム(仕事などの状況を含む)
- 同居していない家族の生活リズム
- 仕事や生活との両立に関わる家族の不安、悩み
- 家族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
- 家族の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況
- 仕事をする家族の会社での役割の変化
- 仕事をする家族の勤務の特徴(例:出張や変則勤務の有無等)
- 家族の睡眠・休養の状況

### 情報収集すべき専門職

医師、看護師、社会福祉士・MSW、介護職 等

## **7-1-2 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援**

### **(i) 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援**

#### 実施内容

家族が一人で抱え込まなくて良いよう、家族だけでなく、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を行う。

#### 必要性

認知症のある方のケアでは、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。

住み慣れた地域での生活の継続が、心理的な安定・行動面での安定につながる。本人とその家族が安心して、住み慣れた地域で暮らしていくためには、地域全体で見守り、支えていくこと、そのためのネットワークを構築することが大切である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人や家族の生活に関わっている人の状況
- 本人や家族の近所づきあいの状況
- 本人や家族の交友関係
- 地域生活における本人や家族にとってのキーパーソンの有無
- 地域とのトラブルのエピソード
- 地域における認知症への理解の状況
- 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状況

情報収集すべき専門職

医師、看護師、社会福祉士・MSW、介護職 等

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

## 7-2 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

### 7-2-1 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

#### (i) 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

##### 実施内容

将来にわたり、本人の尊厳を守り、できる限り今の生活を継続できるよう、本人や家族の生活の意向を捉えるとともに、将来の生活に備えて利用可能な地域資源があることを伝える支援を行う。

##### 必要性

認知症の方の尊厳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、意向を把握しつつ活用可能な地域資源を伝えることが重要である。

また、家族に対しては、介護生活を続ける中で、家族が持つ不安や孤立感、喪失感、葛藤等が深まる場合があることに留意が必要だ。家族の心理的な揺らぎが、本人の精神的、身体的な健康問題につながらないように、状況に応じて家族に対する精神的サポートを提供できるようにすることも必要である。

上記を踏まえて、介護支援専門員が確認すべき項目は以下のとおりである。

##### 関連するアセスメント/モニタリング項目等

- 本人や家族の将来の生活に対する意向
- 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の理解
- 本人や家族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

##### 情報収集すべき専門職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 等

## 第4章 多職種連携の重要性

### 1. 多職種連携の重要性

- ・ 本標準化検討において示した検討の視点に基づき、必要性が想定される支援内容について検討するには、介護支援専門員が一人ですべての情報を収集し、分析することは現実的ではないため、介護支援専門員は他の職種と連携して多職種がチームとなって、担当する利用者に関する情報を収集し、その高齢者の日常生活における状況を把握することが必要である。
- ・ 特に、退院後の高齢者のケアマネジメントにおいては、在宅ケアに関わる多職種との情報収集だけでなく、入院中の情報も併せて情報収集する必要がある。
- ・ 一方、情報の分析や判断についても、療養に関わる事項も含まれることから、介護支援専門員が一人ですべての判断を行うのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめとする他の職種の判断や意見を聞き、それを踏まえてケアマネジメントを進めていくことが重要である。

#### (1)入院・入所時の多職種連携

- ・ 本標準化項目では、退院してから生活が安定するまでを「I期」とし、特にこの時期に必要と考えられるケアを整理し、退院後から在宅へと、最も支援が必要な時期にケアが切れ目なく提供される体制を整えることを重要と見え、項目を整理した。
- ・ ここに挙げたような退院の場面に加え、退所の場面においても切れ目のないケアが提供されるよう、入院した病院や入所した施設の多職種との間での情報共有、連携を加速させることが重要である。

#### (2)かかりつけ歯科医との連携

##### ○かかりつけ歯科医の必要性

- ・ 高齢者において歯の喪失を防止することは、咀嚼機能を維持して自ら食事をとり続けられるようにするために重要な取り組みとなる。具体的には、高齢者においても歯の喪失が10歯以下であれば食生活に大きな支障を生じないとの先行研究もあり、「8020(ハチマル・ニイマル)」運動が提唱・推進されているところである。
- ・ このように歯の健康の維持は個人に合わせて生涯を通じた取り組みが必要であり、定期的な健診受診や早期の治療が肝要になることから、かかりつけ歯科医を持つことが重要とされる。
- ・ かかりつけ歯科医の推進のため、2016年診療報酬改定において、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が設けられ、必要な要件を満たす歯科診療所が認定・公表されている。

##### ○かかりつけ歯科医との連携の必要性

- ・ 高齢者の場合、歯の喪失や歯周病の進行に伴って口腔内の状況が複雑となるため、一人ひとりの口腔内の状況に合った歯口清掃が実施できるよう、きめ細かな指導・支援の必要がある。また、認知症がある場合、認知症の進行に伴って自身の歯口清掃が困難になる場合もある。
- ・ したがって、利用者にとってのかかりつけ歯科医の有無を確認したうえで、口腔内の状況が悪化する前に、早期

本資料の内容は継続検討中であり、完成物ではありません。

かかりつけ歯科医と連携して口腔内の衛生状況及び日々の歯の健康管理の方法について情報共有しておくことが必要である。また、口腔内の状況は嚥下にも大きく影響するため、嚥下に関するトラブルの可能性やその対応についても、早期にかかりつけ歯科医と連携して情報共有やアセスメントを実施することが重要である。

### (3)かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携

#### ○かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局の必要性

- ・ 高齢者の多くは複数の疾患の治療を継続しているため、複数の医療機関あるいは複数の診療科から複数の薬を処方され服用しており、薬の管理や服薬コンプライアンスの維持等、在宅生活において療養を続けていくうえでの課題も多く発生しやすい。
- ・ そこで、高齢者一人ひとりの健康状態や生活の状況を見て、高齢者自身の立場から、薬の管理や服薬コンプライアンスの改善を支援し、薬の管理方法や市販薬や健康食品等との飲み合わせに関する相談、健康状態の変化に応じた支援等を担う薬剤師として、かかりつけの薬剤師あるいはかかりつけの薬局を持つことが重要とされている。
- ・ 2016年診療報酬改定において、かかりつけ薬剤師制度が本格的に開始され、かかりつけ薬剤師に対する指導料が新設されたところである。さらに、「かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する（健康サポート）機能を備えた薬局」として、「健康サポート薬局」についても新設された。

#### ○かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局との連携の必要性

- ・ 医師に処方された薬を適切に管理し、服用することは、療養と健康管理の基本となる重要な取り組みだが、在宅の場合、同居家族のいない高齢者や判断能力が低下した高齢者をはじめ、薬の管理や服用を確実に実施することが困難な場合も多い。また、健康状態の変化に応じて薬の効果や副作用に留意が必要であり、処方薬だけでなく市販薬や健康食品との飲み合わせも含めて把握し、専門的な見地から指導・助言を実施する必要がある。
- ・ したがって、薬の管理や服用をしている高齢者であって、薬の管理や服用の管理を本人あるいは同居家族が十分に実施できない可能性がある場合は、早期にかかりつけ薬剤師あるいはかかりつけ薬局と情報共有し、高齢者・家族への支援の必要性を検討することが重要である。
- ・ なお、かかりつけ薬剤師あるいはかかりつけ薬局は、その高齢者の日常生活や健康状態を把握していることから、薬の管理や服用が十分に実施できているかどうかをアセスメントする段階から、かかりつけ薬剤師あるいはかかりつけ薬局と情報共有し、連携して支援の必要性を判断するといった取り組みが重要である。

## 2. かかりつけ医との連携の重要性

### ○「できる限り自分でできることを増やしていく」ための療養の管理

- ・ 本標準化項目では、退院後の時期を「Ⅰ期」、「Ⅱ期」と分け、できる限り自分でできることを増やしていくことを目指す支援、いわゆる自立支援を展開していくうえで検討すべき、ケアの方向性及びその必要性を判断するアセスメント項目を整理した。
- ・ 退院後の時期で分けて想定しているため、特に疾患の療養を基本としつつ、状況が改善するにつれて生活面、さらには社会参加に関する支援を展開していくという考え方を基本としている。
- ・ したがって、まずは療養の管理を、本人あるいは同居している家族等介護者などが確実に実施できるようにする支援・環境の整備が重要であり、そうした支援が適切なものとなっているかどうかを判断するためにこそ、医療との連携が重要となる。

### ○療養に関する情報のかかりつけ医と共有する必要性

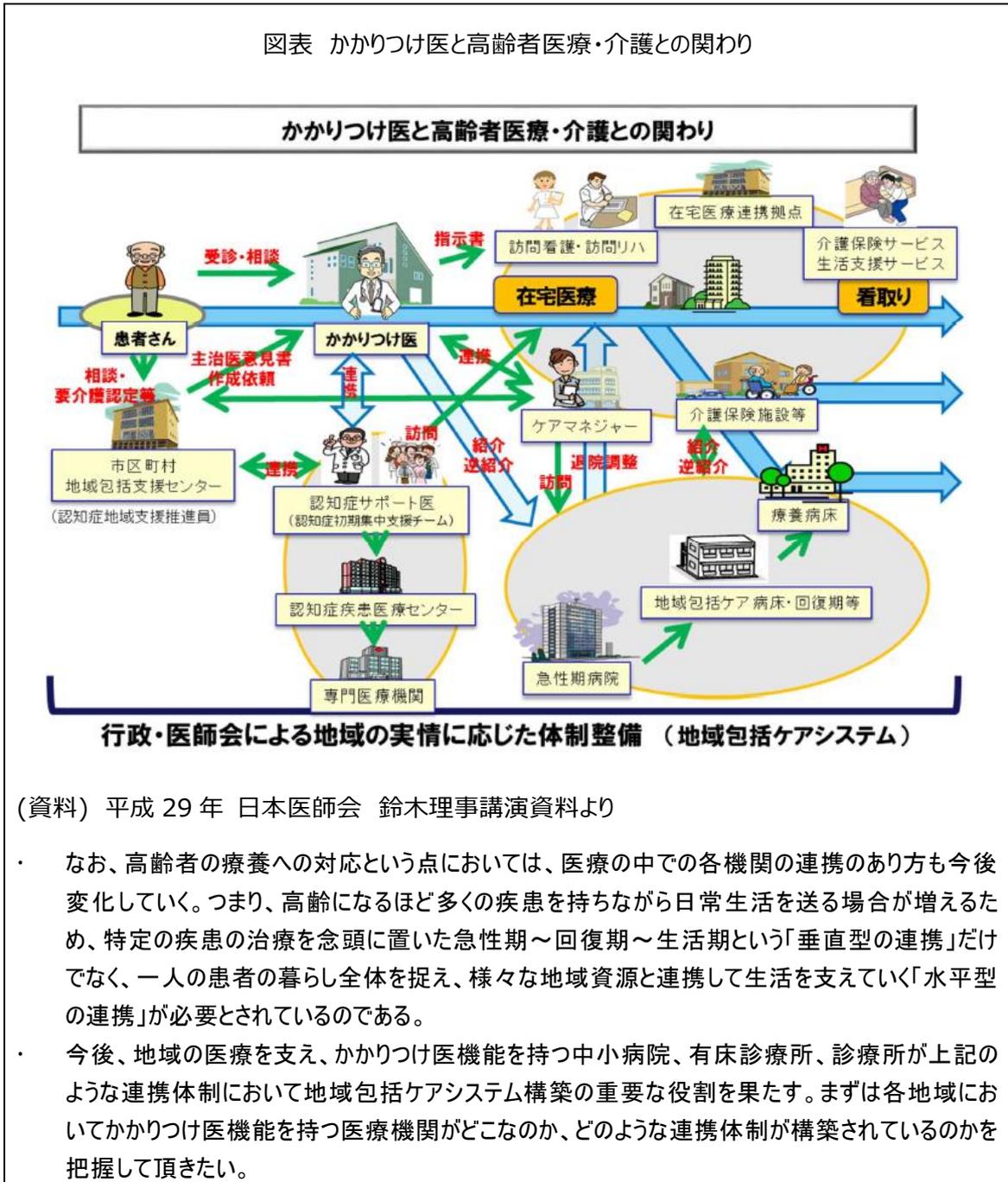
- ・ 自宅での日常的な療養の支援を行うためには、それまでの疾患に関する情報、求められる療養の内容、本人あるいは家族等介護者の療養に対する理解度、日常における本人のこころ・からだの状況変化等、様々な情報を収集し、共有する必要がある。
- ・ なお、医師と一口に言っても、入院していた病院・病棟の医師、通院している病院の医師等、在籍している機関によって様々であるが、中でも在宅における日常的な療養に関する判断を仰ぐという点では、かかりつけ医との情報の共有が重要である。
- ・ かかりつけ医とは、「なんでも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」<sup>17</sup>と定義されたもので、在籍する機関に関らず、その人（患者）の日常的な療養に対して総合的に判断・助言できるような役割を担う医師である。
- ・ したがって、介護支援専門員が本人の日常的な療養について情報を共有すべき相手としては、医師の中でも特にかかりつけ医と連携していくことが最も重要である。

#### <かかりつけ医の意義と地域包括ケアシステムにおける位置付け>

- ・ かかりつけ医が必要とされる背景には、今後さらに進展する高齢化と、これまでに培われてきたわが国の地域における医療資源の特徴（中小病院、診療所が地域に遍く存在していること）がある。
- ・ こうした地域資源との連携を念頭に、住み慣れた地域でできる限り自立した生活を実現しようとする地域包括ケアシステムにおいて、かかりつけ医は医療におけるキーパーソンとして位置づけられる。

<sup>17</sup> 日本医師会・四病院団体協議会「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」（2013年8月8日）

図表 かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり



(資料) 平成 29 年 日本医師会 鈴木理事講演資料より

- ・ なお、高齢者の療養への対応という点においては、医療の中での各機関の連携のあり方も今後変化していく。つまり、高齢になるほど多くの疾患を持ちながら日常生活を送る場合が増えるため、特定の疾患の治療を念頭に置いた急性期～回復期～生活期という「垂直型の連携」だけでなく、一人の患者の暮らし全体を捉え、様々な地域資源と連携して生活を支えていく「水平型の連携」が必要とされているのである。
- ・ 今後、地域の医療を支え、かかりつけ医機能を持つ中小病院、有床診療所、診療所が上記のような連携体制において地域包括ケアシステム構築の重要な役割を果たす。まずは各地域においてかかりつけ医機能を持つ医療機関がどこなのか、どのような連携体制が構築されているのかを把握して頂きたい。

○かかりつけ医との連携において留意すべき点

- ・ 本標準化項目で示したような情報の中でも疾患や療養の内容、普段のころ・からだの状況に対する判断については、医師が専ら判断すべき事項である点に注意が必要である。つまり、医師でない者が安易に判断することは適切でないことに注意が必要である。
- ・ また、お互い忙しい業務時間の中で効率的に情報を共有するためには、「どのような情報を確認したいか」「どのような情報を共有(報告)したいか」「どのような判断・助言を期待するか」といったことを整理して臨むと良い。本標準化項目では、疾患別にアセスメントにおいて、なぜ、どのような情報を確認すべきかを整理しているので、各項目の記載内容を、かかりつけ医との情報共有のための準備に活用していただきたい。

# 巻末資料

- 巻末資料1 項目一覧
- 巻末資料2 ケアマネジメントの標準化に関する概念図
- 巻末資料3 参考文献

## 卷末資料1 項目一覽

---

# 【検討案】項目一覧 認知症

※本検討案は以下のような状態の方を想定した上で支援内容等を検討・整理したものである

**アルツハイマー型認知症の診断があって、比較的初期～中期（目安：ADLが自立あるいは一部介助程度までであって、認知症高齢者生活自立度でⅡb程度までの時期）**

※ここでは専門職のみ記載するが、認知症の場合は特に、本人と関わりを持つ専門職以外の人の連携が重要であることに留意が必要

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*
0.ここまでの経緯の確認	1 ここまでの経緯の確認	認知症と診断されるに至った経緯の把握	1 認知症と診断されるに至った経緯の把握	・認知症と診断されるに至った経緯、診断の状況とその過程でのエピソードを把握する ・認知症の症状がどのような部分に現れたかを把握し、本人の不安を捉えるために、診断に至るエピソードを把握することが重要である	・診断に至るまでのエピソード ・中核症状の現れ方 ・受診した医療機関、診断の内容 ・診断に対する本人の思い	医師、歯科医師、看護師
		これまでの医療及び他の専門職の関わり等の把握	2 医療及び他の専門職の関わり等の把握	・現在に至るまでにどのような医療及び他の専門職が関わってきたかを把握する ・今後の医療領域の支援体制を構築するために、これまでの医療の関わり等の把握することが重要である	・医師による判断の状況（主治医意見書等による把握） ・認知症初期集中支援チームの関わり方 ・併発疾患の有無、その治療に関わる医師と治療の状況 ・現在利用している医療・介護の有無とその内容（引き継ぎを含む）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
	1 本人と家族・支援者の認識の理解	本人や家族・支援者が抱く感情と想いの理解	3 本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援	・認知症と診断され、生活に認知機能低下の影響が現れ始めたことに対し、本人が抱く不安及び家族・支援者が抱く感情、その変化を捉えられるようにする ・これからの生活を支えるうえで最も重要な本人の不安とその変化を把握するために、本人自身の不安や恐怖に加えて家族・支援者が抱く感情や想いとその変化を捉え続けられることが重要である	・本人が持つ恐怖や不安 ・家族・支援者が持つ恐怖や不安 ・家族・支援者が感じている葛藤 ・介護の大きさに対する家族の認識	医師、歯科医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職
		本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識	4 本人に対する受けとめの支援	・認知症に対し本人がどのように受けとめているかを把握する ・本人が感じている不安や恐怖を捉えるために、認知症という疾患に対する受けとめの状況を把握することが重要である	・本人の認知症に対する受けとめの状況	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
2 本人と家族・支援者の関わり等の理解	2 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解	変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施（こころ、からだ、中核症状）	6 本人の状況とその変化の把握	・本人の変化を捉えられる体制がどのようになっているかを把握する ・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるかを把握する ・認知症に伴う本人の状況は変化していくものであり、かつ家族や支援者が負荷を抱え込まないよう捉えるためにも、本人の変化を捉え、必要に応じてさらに支援を求められるようにする体制の構築が重要になる	・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化 ・本人に関わる人や関係者、及びその変化 ・かかりつけ医への報告の状況 ・関係者間での情報共有の状況	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
			7 本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握	・本人を取り巻く状況でもとくに、本人を取り巻く人との関係性がどのようになっているかを把握する ・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるかを把握する ・認知症に伴う本人の不安や安心は周囲の人との関係性に起因する場合も多いため、本人を取り巻く人との関係性、及びその変化を捉えることが重要である	・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化 ・本人に関わる人や関係者、及びその変化 ・本人からみて重要な関係性、信頼を置いている相手 ・本人からみて快／不快に感じている関係性	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
			8 本人の日常生活を取り巻く生活環境とその変化の把握	・本人を取り巻く状況でもとくに、生活環境がどのようになっているかを把握する ・また、短期目標の期間程度を目安に、状況の変化があるかどうか、あるとすればどのような変化があるかを把握する ・認知症のある高齢者が、普段の生活において自ら行動しやすいようにするため、住環境、地域環境などの生活環境を捉えることが重要である	・普段の暮らしで多くの時間を過ごす居宅内の場所 ・良く過ごす場所の環境（温熱環境、光環境、動線上の環境） ・エアコン等の家電の操作状況 ・地域の中で普段よく行く場所、及びそこまでの動線上の環境 ・困ったときに知らせる手段、知らせを受けられる体制	看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
			9 意思決定支援の重要性への本人及び家族の理解をうながす支援体制を整える	・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族が理解できるよう支援する。なお、ここでの意思決定は、普段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 ・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。なお、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	・本人の意思決定能力の状況 ・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・意思決定支援に対する家族の理解の程度 ・本人の意思決定を支援しうるキーパーソンの有無、本人との関係性 ・日常的な金銭管理の主体、本人との関係性	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
10 意思決定支援に向けて、本人及び家族に適切な情報が提供される支援体制を整える	本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	11 本人の意思を把握する（聞き取り、語りの記録）体制を整える	・本人の言葉を日々捉えられるような体制を整える ・認知症の影響が大きくなってきても、本人の意思表明をする力は残っている。言葉による意思の表明が難しくなった場合でも、態度やしぐさなど、他の方法で意思を表明する場合がある。したがって、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	・これからの生活に対する本人の思い ・今の生活に対する本人の思い ・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 ※これらの項目を本人からだけでなく、家族からも聞き取る	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
		12 本人のこれまでの経緯、考えを把握する（聞き取り、語りの記録）体制を整える	・本人の、認知症になるまでの生活における経緯や考えを把握する ・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、これを捉えやすくするためにも、本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要である	・これまでの生活に対する本人の思い ・生活歴、成育歴 ・仕事や社会生活の概要 ・本人が得意にしていること ・以前の生活における地域での役割 ・以前の生活における家庭内での役割	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
		13 意思決定支援チームによる支援体制を整える	・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、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）の体制に入るかを把握することが必要である ・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。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く、状況に応じてその人の重要な意思決定あるいは意思推定を支えるために関与する関係者が含まれることに留意する	・本人の代理として意思決定しうる人、及びその変化 ・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による支援の方法、タイミング ・意思決定支援チームでの情報共有体制	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
3.必要に応じた連携体制の構築	1 必要に応じた連携体制の構築	かかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携	14 かかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携（かかりつけ医の判断のための材料の提供）	・受診に際して介護者が医師の指示内容を理解できているか、また普段の生活の変化を医師に伝えられているかの状況とその変化を把握する ・普段の生活の様子を見ていて変化がみられれば、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医やかかりつけ歯科医に情報提供し、その後の支援の方針についての意見をもらう ・認知機能の状況によっては、必要に応じて、医師と連携して医療に関する意思決定支援の体制を整える ・認知症は状況が変化していくものであり、医師の指示の理解だけでなく普段の生活の状況を的確に医師に伝えることが難しい場合もあるため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医やかかりつけ歯科医に対し、本人の生活の状況の変化の情報共有をしておくことが重要である。特に、認知症の状況の進行とともに、本人が自ら症状を訴えることが難しくなる場合もあるため、かかりつけ歯科医師との連携が重要である。	・かかりつけ医及びかかりつけの医療機関 ・かかりつけ歯科医師及びかかりつけの歯科医院 ・受診の頻度（訪問診療の有無） ・受診の同行者の有無（受診に同行するキーパーソンが誰か） ・かかりつけ医への情報提供の手段、頻度 ・かかりつけ歯科医師への情報提供の手段、頻度 ・医療に関する意思決定支援の必要性、意思決定に関する支援者と体制 ※認知症は状況が変化していくため、短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師に情報共有されることが望ましい	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職との連携	15 かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等との連携（※特に、精神疾患がある場合は専門の医師との連携が重要）	・普段の生活の変化を把握し、概ね短期目標の期間程度を目安として、かかりつけ医・かかりつけ歯科医以外の専門職等（薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護福祉士や社会福祉士、管理栄養士等）と共有する。そのうえで、新たに連携すべき専門職等がいれば連携体制を構築する ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連する専門職等との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要である	・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外への受診の有無、担当医及び医療機関 ・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外の専門職の関わり方 ・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）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		その他の関係する人との連携	16 サービス事業者や地域の関係する人との連携	・普段の生活の状況やその変化を把握し、必要に応じて新たに連携すべき相手がいれば連携体制を構築する ・認知症は状況が変化していくものであるため、短期目標の期間程度を目安として、関連するサービス事業者やインフォーマルサポート（民生委員、ボランティア等を含む）において関係する人との間で、本人の生活の状況の変化の情報を共有することが重要である	・本人の普段の生活の状況（サービス事業者によってはサービス利用中の状況） ・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化 ・生活の状況の変化（特に短期目標の期間程度での変化） ・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 ・地域における認知症への理解の状況	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*
4. 基本的な生活の支援	1 日常生活における本人の意向の尊重	日常生活における意向の尊重	17 日常生活における意向の表明の支援	・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	・日常生活における意向の表明の状況 ・日常生活における決定を主体的に誰がしているか ・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	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
	2 一週間の生活リズムを支えることの支援	一週間の生活リズムと変化を把握することの支援	18 本人の生活リズムの把握	・本人の普段の一週間の生活リズム、日課等を把握する ・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ることが重要である	・本人の日次（24時間）の生活リズム、よく居る場所 ・本人の週次や月次の生活リズム ・本人の生活リズムを把握しうる家族などのキーパーソン	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		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	19 一週間の生活リズムにそった生活・活動の支援	・本人の普段の生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び普段の生活における支援者の関わりや状況を把握し、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行う ・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ようとして、あくまでも本人の心地よ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	・本人の日次（24時間）の生活リズム ・本人の日課における介助の必要性 ・本人の日課の支援者と支援内容 ・本人の日次の生活リズムを把握しうる家族などのキーパーソン ・日中の運動・活動の量と内容 ・日中の運動・活動の場所 ・運動や活動を控えることがある場合、その理由 ・普段の生活における休養・睡眠のタイミング、時間、睡眠の質 ・普段の生活において休養する場所、環境 ・普段の生活において睡眠をとっている場所、環境	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		生活リズムの崩れの把握と取り戻すことの支援	20 生活リズムの崩れを把握し、リズムを取り戻すことを支援する	・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、改めて本人にとって心地よい生活リズムを取り戻せるようにするための支援を行う ・認知症は状況が変化するものであり、高齢者の健康状態もまた、時間の経過とともに変化するものである。したがって、心地よい生活リズムを捉えたとしてもどこかでそれが崩れることがあるため、その変化を把握して生活リズムを取り戻す支援が重要である ・なお、その際のリズムは、必ずしも元の生活リズムが正しいのではなく、その状況に合った本人にとって心地よいリズムを改めて把握し、それにそった生活を支援することが重要である	・生活リズムの変化 ・生活リズムの変化の要因 ・本人にとって心地よいであろう生活リズム ・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	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
	3 日常的に参加する役割を整えることの支援	家庭や地域での役割を担い続けるためのADL/IADLの支援	21 本人がこれまで担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握	・認知症と診断される以前の生活における家庭や地域における本人の役割と、現在の生活における実行状況、現在の生活で担っている役割を把握する。さらにそうした役割をできるだけ担い続けるうえで捉えべき認知症の影響の現れ方を把握する ・認知症の影響が現れても、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、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ことが必要である	・以前の生活における地域での役割と現在の実行状況 ・現在の生活における地域での役割 ・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 ・以前の生活における家庭内での役割と現在の実行状況 ・現在の生活における家庭内での役割 ・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 ・金銭管理の状況 ・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 ・本人の日常の状況を把握しうる人、及びその変化	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
				22 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備	・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 ・認知症があっても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	・地域や家庭での役割を担うことに対する本人の認識 ・地域や家庭での役割を担うことに関わるADL/IADLの概況 ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード ・地域や家庭での役割を担い続けられるようにするための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） ・役割を担うことに対する家族や支援者等による支援の状況
		コミュニケーションを取りやすくなることの支援	23 日常生活におけるコミュニケーションの状況の把握	・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 ・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	・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況 ・本人と家族とのコミュニケーションの状況 ・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況 ・以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 ・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	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
				24 日常生活においてコミュニケーションを取りやすい環境の整備	・本人の状況に合わせて、家族及び家族以外の周囲の人との間でコミュニケーションを取りやすいような環境を整える ・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	・本人と家族とのコミュニケーションの方法や内容 ・本人と家族以外とのコミュニケーションの方法や内容
		清潔に関する状況の変化を把握し保つことの支援	25 清潔を保つことに対する本人の認識や状況の把握	・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 ・本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要である	・清潔を保つことに対する本人の認識 ・清潔に関する周囲が感じている変化の把握 ・着替え、整容、口腔ケア、入浴の実施状況	歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
				26 清潔を保つことの支援	・本人が清潔を保つことを支える環境を整える ・本人が地域での活動と参加を維持するためには、周囲との関係性を円滑にする観点からも清潔を保つことが重要である	・着替え、整容、口腔ケア、入浴の実施状況 ・清潔を保つことに対する本人や家族の認識 ・清潔を保つことに対する本人のこだわり、興味 ・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
	4 体調管理や服薬管理の支援	体調の変化を把握し伝えることの支援	27 体調管理の支援	・普段の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な支援する体制を整える ・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、長期的な変化と普段の状況を捉える体制を整えておくことが重要である	・普段の体調（食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等） ・体調を把握する手段 ・フレイルの状況が分かるエピソード（転倒等） ・自分の体調に対するうけとめ、体調を把握する手段 ・日常的な療養と体調管理を続けることの支援体制 ・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、家族との関わり等）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
				28 普段と異なる状態の把握とそれを表明することの支援	・普段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 ・認知症のある高齢者の場合、普段と異なる状態を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、普段の状況を捉える体制を整えておくことが重要となる	・体調を把握する手段 ・普段と異なる状況の程度 ・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 ・いざという時に入院候補先となる医療機関の把握（※探索し、予め決めておくことができることが望ましい）
服薬支援		29 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える	・認知症あるいは併発疾患の療養のためには、医師の指示にしたがった適切な服薬が必要であることを本人が理解できるような支援体制を整える ・認知症への対応だけでなく、併発している疾患の再発防止あるいは重症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	・処方内容、服薬状況 ・処方内容や服薬状況に変更があった場合は変更内容と変更理由 ・医師の説明を誰が聞いているか、説明内容を正しく理解しているか	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
		30 薬を管理できる支援体制を整える	・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	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・日常生活での管理方法 ・かかりつけ医やかかりつけ薬剤師との相談の状況 ・かかりつけ薬剤師による関わりや程度	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職	
	31 服薬のうながし（声かけ）と服薬したことの確認ができる体制を整える	・適切な服薬を継続できるように、本人や家族に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備する	・処方されたとおり服薬できているかについて、誰が、いつ、どのように確認するか ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わりや状況 ・服薬支援機器の活用状況 ・服薬の状況、飲み残しの有無	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職		

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等	
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*
4. 基本的な生活の支援	5 基本的なセルフケアを継続することの支援	水分の摂取の支援	32 必要な水分量及び日常的に摂取する水分量の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普段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</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要水分量、必要水分量に対する認識</li> <li>・日常的に摂取している大まかな水分量、及びその摂取経路</li> <li>・普段の生活での日中の活動の状況</li> <li>・良く過ごす場所の温熱環境（寒暖、日当たり、エアコン等の設備の状況等）</li> <li>・普段の生活での排泄リズム、排泄の状況</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			33 水分を摂取することの支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普段の生活において、必要な水分量を摂取できるよう支援する体制を整える</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・声かけの必要の程度（必要な支援は準備か、声かけか、摂取の介助か）</li> <li>・食事摂取や嚥下動作</li> <li>・食事や水分の摂取の方法と手段</li> <li>・水分の摂取に関する失敗のエピソード</li> </ul>	
		栄養の摂取の支援	34 必要な栄養及び日常的に摂取している栄養の把握（摂取方法を含む）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普段の生活で必要な栄養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える</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な栄養の量とバランス、必要な栄養に対する認識</li> <li>・日常的に摂取している大まかな栄養の量とバランス、その摂取経路</li> <li>・口腔機能の状況、口腔ケアの実施状況</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			35 食事からバランスよく栄養を摂取することの支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普段の食事においてバランスよく栄養を取れるよう、メニューや調理、食事の摂取を支える体制を整える</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事の種類、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）</li> <li>・食事量、食べ残しの状況</li> <li>・食に関する医師からの指示の有無とその内容</li> <li>・食の好みやこだわり、食の嫌いや偏食の状況</li> <li>・嚥下機能、義歯や咬合の状況、歯科受診・治療の状況</li> <li>・食事の形態、摂取状況</li> <li>・食事の摂取に関する失敗のエピソード</li> </ul>	
		排泄を続けることの支援	36 排泄の状況及び排泄リズムの把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普段の排泄リズム、排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無）、排泄方法を把握できるような支援体制を整える</li> <li>・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的な排泄の方法（トイレ、Pトイレ、おむつなど）</li> <li>・排泄リズム、頻度</li> <li>・排泄内容の変化の有無（便秘や下痢といった状況とその変化の有無）</li> <li>・排泄に関する失敗のエピソード</li> </ul>	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
			37 排泄リズムを保ち自分で排泄することの支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分で排泄を続けられるよう排泄リズムに対する本人の認識を高めたり、排泄動作を維持できるような支援体制を整える</li> <li>・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするためにも、排泄リズムや排泄方法を把握することが重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄動作の状況</li> <li>・排泄リズムに対する本人の認識</li> </ul>	
5. これまでの生活の尊重と重度化の予防	1 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備	その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	38 活動と参加を通じた周囲の人びとの日常的な交流環境を実現するための支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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するために、普段の生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びとの交流の状況と、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捉える。これを踏まえ、交流関係に対する支援及び交流を円滑にできるように本人に対する支援を検討する</li> <li>・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、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活動と参加に関わる各行為の状況</li> <li>・普段の生活を通じて交流している人、人間関係の広がり</li> <li>・他人との交流の方法</li> <li>・交流に対する、本人が感じている心理的な困惑や葛藤</li> <li>・本人の活動と参加の状況を頻回に把握できる人（キーパーソン）</li> <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>	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
			39 その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握する</li> <li>・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、その人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・その人にとっての快・不快の状況</li> <li>・快・不快の状況の変化</li> <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>	
		持っている機能を発揮しやすい環境の整備	40 状態に合った活動と参加を実現する環境整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境を整える</li> <li>・認知機能が低下しても、本人が自ら活動・参加できるようにするために、人的な支援だけでなく、本人がこれまで築いてきた生活歴を基盤に、そうした生活を継続し、拡充できるように生活環境・活動環境を整えることが重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の日次（24時間）の生活リズム</li> <li>・自宅の住環境、物品や用具の使い方</li> <li>・普段よく行く地域の場所と動線</li> </ul>	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
			41 新たな役割・機能を獲得することの支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症になる前の生活と比較して役割を縮小させるだけでなく、さらに新たな役割機能を獲得できるよう支援する</li> <li>・認知症と診断されることがそのまま従前の生活や役割を縮小することではなく、状況にあった新たな役割・機能の獲得の可能性があると捉え、本人が参加できるように支援することが重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活歴</li> <li>・現在の家庭や地域での役割</li> <li>・本人のストレングス</li> <li>・役割を実現するために必要な環境支援</li> <li>・免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービスの把握</li> </ul>	
2 合併症や併発しやすい事故の予防	転倒の予防の支援	42 転倒の予防の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・状況の重度化の要因となる転倒を予防するよう、日常生活動線を把握するとともに環境を整えることが重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体重の変化（特に体重の顕著な減少がないかどうか）</li> <li>・筋力の低下の状況</li> <li>・空間認識の状況</li> <li>・咬合の状況</li> <li>・本人の日次（24時間）の生活リズム</li> <li>・居宅内外の動線</li> <li>・日常生活におけるADL/IADLの状況</li> <li>・居宅内外の移動における用具等の利用状況</li> <li>・本人や家族の転倒に対する認識</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
		43 誤嚥の予防の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔機能の状況だけでなく、その変化を本人がどのように捉えているかも含め、誤嚥のリスクを低下できるような体制を整える</li> <li>・状況の重度化の要因となる誤嚥を予防するよう、日常生活における動線を把握するとともに環境を整えることが重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔ケアの自立の程度</li> <li>・口臭の有無</li> <li>・口腔内の清潔の状態</li> <li>・口腔内の感覚の異常（過敏、口内炎や傷等）の有無</li> <li>・義歯の使用の有無、義歯の汚れや破損の有無</li> <li>・かかりつけ歯科医の有無、歯科の受診の状況</li> <li>・食事の際の本人の様子</li> <li>・本人の咀嚼能力、嚥下能力</li> <li>・本人の食の好み</li> <li>・食事の用意の方法、食事を用意する人</li> <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</li> </ul>		医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職

基本方針		実行が想定される主な支援			関連するアセスメント/モニタリング項目等		
長期	短期	キーワード	想定される支援内容	支援の概要、必要性等	適切な支援内容とするための主なアセスメント/モニタリング項目	相談すべき専門職*	
6.行動・心理症状の予防・重度化防止	1 行動・心理症状の状況と背景要因の把握	行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制の構築	44 行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>行動・心理症状がどのような状況やタイミングで起きているか（どのような状況で起きやすいのか、定期的に起きているのか等）を把握する体制を整える</li> <li>行動・心理症状を予防するためにも、どのような状況が本人にとっての要因になっているかを分析する必要があるため、まずはどのような状況・タイミングで行動・心理症状が起きているかを把握することが重要である</li> <li>なお、行動・心理症状に対しては背景要因を把握して対応することが基本だが、実際には本人の意思の尊重とのバランスを取ることが難しい場合もあるため、一定の期間にわたって行動・心理症状の現れ方を把握するとともに、普段のその人の状況や意向を併せて把握しておくことが大切である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>行動・心理症状の状況、内容（どのようなことが起きているか）</li> <li>行動・心理症状が起きるタイミングと現れ方</li> <li>本人の生活リズムに対する家族の関わり方</li> <li>本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性</li> <li>本人の日次（24時間）の生活リズム</li> <li>居宅内の生活環境</li> <li>服薬の状況</li> <li>行動・心理症状の状況を把握する体制（同居家族だけでなく、他のキーパーソンを含めた連携の体制）</li> <li>行動・心理症状の状況を共有する手段（サービス担当者会議、介護記録、ソーシャルネットワークサービスの利用など）</li> <li>※これらの項目に加え、「0.ここまでの経緯の確認」や「1.本人及び家族支援者の認識の理解」で把握する事項を併せて確認する</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、管理栄養士、介護職	
			本人の不安やストレスの把握	45 本人の不安やストレスの把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人が感じている不安や不快の程度を把握し、可能な限りこれを解消するような支援を提供する</li> <li>行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であり、こうした状況を把握して分析し、解消策を実施することは行動・心理症状の予防に重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人が感じている不安の程度、内容</li> <li>痛みやゆらみなどの不快（言葉にならないストレス）を伴う状況の有無、その内容と程度</li> <li>生活環境（音や光など）からくる不快の有無、その内容と程度</li> <li>生活環境に対する本人の好み</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、管理栄養士、介護職
	2 背景要因に対する取り組みの支援	背景要因に対する取り組みの支援	46 背景要因に対する対応策の実施の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>行動・心理症状の背景要因を捉え、特に本人から見た不安や不快、ストレス等を解消するための取り組みと支援を提供する</li> <li>行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法の原則とされる</li> <li>したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>行動・心理症状の背景要因 ※ここでは前項で把握される背景要因を指すため、基本方針・短期「1.行動・心理症状の把握と背景要因の把握」で把握する事項も併せて確認することが必要</li> <li>本人の生活歴</li> <li>本人の日次（24時間）の生活リズム</li> <li>普段の状況、健康状態</li> <li>本人の生活に関わっている人、それらの人との関係性</li> <li>ケアやリハビリテーションを提供する体制</li> <li>ケアを提供した結果（状況の変化）を共有する手段</li> <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資源の把握</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、管理栄養士、介護職	
			47 背景要因に対する家族の理解を深めることの支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>行動・心理症状には背景要因があること、その多くが本人から見た不安や不快、ストレスが要因となっていること、そうした背景要因の解決こそが重要であることについて、家族の理解を深める支援を提供する</li> <li>行動・心理症状の多くは、本人の不安や不快、ストレスが要因であるため、その対応も非薬物療法の原則とされる</li> <li>したがって、本人から見た不安や不快、ストレス等の状況を把握したうえで分析し、その解消のための取り組みや支援を実施することが行動・心理症状の予防に重要である</li> <li>さらに、本人から見た不安や不快、ストレスの解消のためには、家族の関わり方を見直す必要がある場合もあることについて、家族の理解をうながすことも大切である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の生活リズムに対する家族の関わり方</li> <li>本人の生活に関わっている家族以外の人、それらの人との関係性</li> <li>背景要因に対する家族の理解の程度</li> <li>行動・心理症状の背景要因 ※ここでは前項で把握される背景要因を指すため、基本方針・短期「1.行動・心理症状の把握と背景要因の把握」で把握する事項も併せて確認することが必要</li> <li>本人の日次（24時間）の生活リズム</li> <li>行動・心理症状が起きやすい時間帯にケアを提供する体制</li> <li>ケアを提供した結果（状況の変化）を共有する手段</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、管理栄養士、介護職	
	7.家族等への対応	1 家族支援に必要なサービスの調整支援	家族に対する支援の体制の整備	48 家族に対し相談支援が提供される体制を整える	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族が感じる不安を緩和したり、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）が提供されるよう、相談支援を提供するとともに地域の社会資源をつなぐような支援を提供する</li> <li>日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症に対する家族の受容の状況</li> <li>認知症に対する家族の不安の状況、ねぎらいが得られる状況</li> <li>家族が必要な情報を収集する手段</li> <li>相談支援の状況</li> <li>家族に紹介しうる地域の相談支援に関する社会資源の状況</li> <li>介護の大きさに対する家族の認識と理解</li> </ul>	医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職
				49 家族の仕事と生活のリズムが保たれるようにすることの支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族自身の生活のリズムが保たれるよう、家族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</li> <li>日々介護に携わっている家族の不安とストレスを軽減するためにも、家族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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の生活リズムとその変化</li> <li>同居している家族の生活リズム（仕事などの状況を含む）</li> <li>同居していない家族の生活リズム</li> <li>仕事や生活との両立に関わる家族の不安、悩み</li> <li>家族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</li> <li>家族の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況</li> <li>仕事をする家族の会社での役割の変化</li> <li>仕事をする家族の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等）</li> <li>家族の睡眠・休養の状況</li> </ul>	医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職
本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援		50 本人や家族にかかわる理解者を増やすことの支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族が一人で抱え込まなくて良いよう、家族だけでなく、本人を理解しとにも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を行う</li> <li>認知症のある方のケアでは、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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人や家族の生活に関わっている人の状況</li> <li>本人や家族の近所づきあいの状況</li> <li>本人や家族の交友関係</li> <li>地域生活における本人や家族にとってのキーパーソンの有無</li> <li>地域とのトラブルのエピソード</li> <li>地域における認知症への理解の状況</li> <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状況</li> </ul>	医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職		
2 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	51 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>将来にわたり、本人の尊厳を守り、できる限り今の生活を継続できるように、本人や家族の生活の意向を捉えたとともに、将来の生活に備えて利用可能な地域資源があることを伝える支援を行う</li> <li>認知症の方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、意向を把握しつつ活用可能な地域資源を伝えることが重要である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人や家族の将来の生活に対する意向</li> <li>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の理解</li> <li>本人や家族の将来の生活の意向に応え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> <li>地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の状況</li> <li>意思決定の支援が必要になったとき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</li> </ul>	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職		

## 巻末資料2 ケアマネジメントの標準化に関する概念図

---

## 本調査研究事業の目的等

### <背景及び目的>

ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)において、自立支援と介護の重度化防止を推進するため、今年度は「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととされている。

### <方法>

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

- ・ケアマネジメントの標準化について概念の整理を行う
- ・一定の条件を定め、『想定される支援内容』を整理する
- ・上記を理解し分析可能とするために介護支援専門員が備えておくべき知識を整理する。【知識の共有】

### <具体的な取り組み>

利用者の生活上の課題は多岐にわたるが、今年度は要介護認定の原因疾患の上位、また地域連携パスが作成されている疾患に着目し、脳血管疾患及び大腿骨頸部骨折について整理し、報告書を作成する。

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

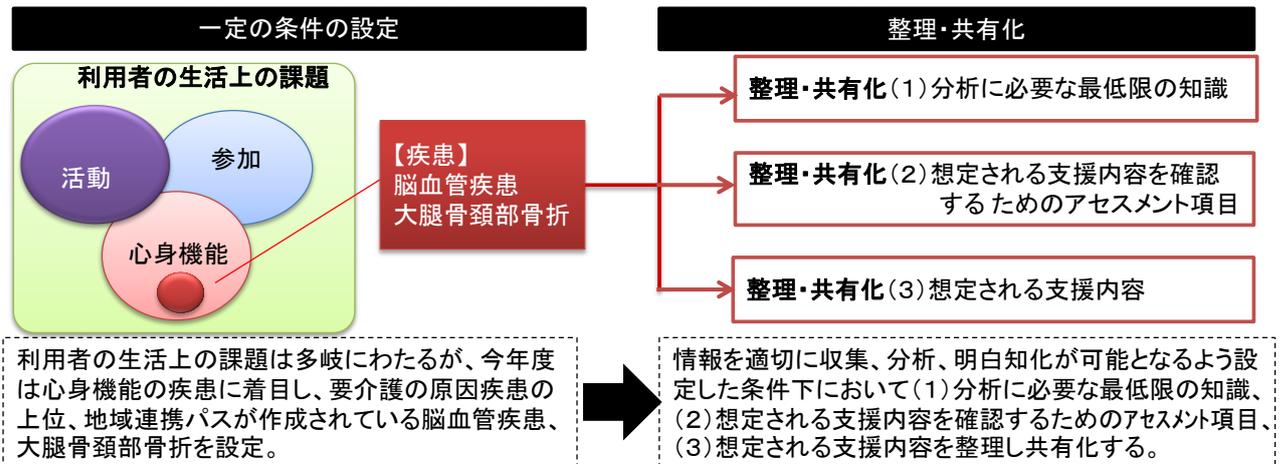


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

## ケアマネジメントの標準化(共有化)のイメージ

○介護支援専門員は必要な知識を共有することで、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用でき、効果的なアセスメントが可能となる。そのことにより現在の生活課題及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担、協働が推進される。

○その結果、不適切な支援は排除され、自立支援に資する適切なケアマネジメントが推進される。

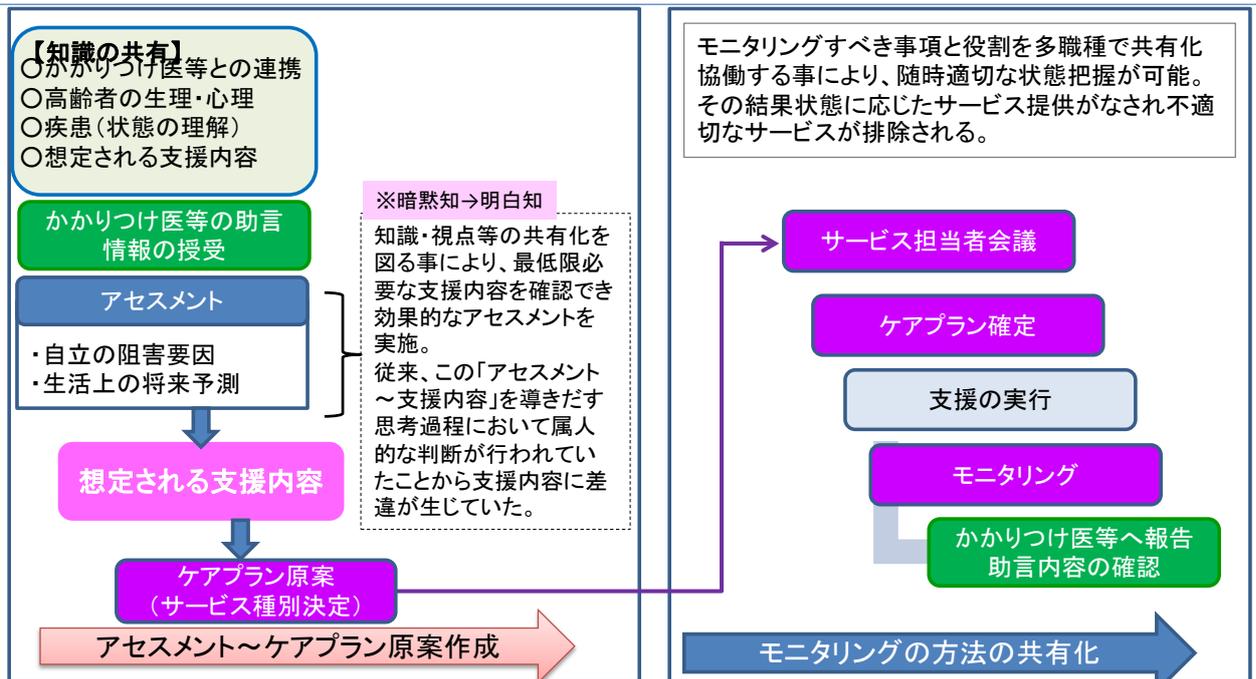
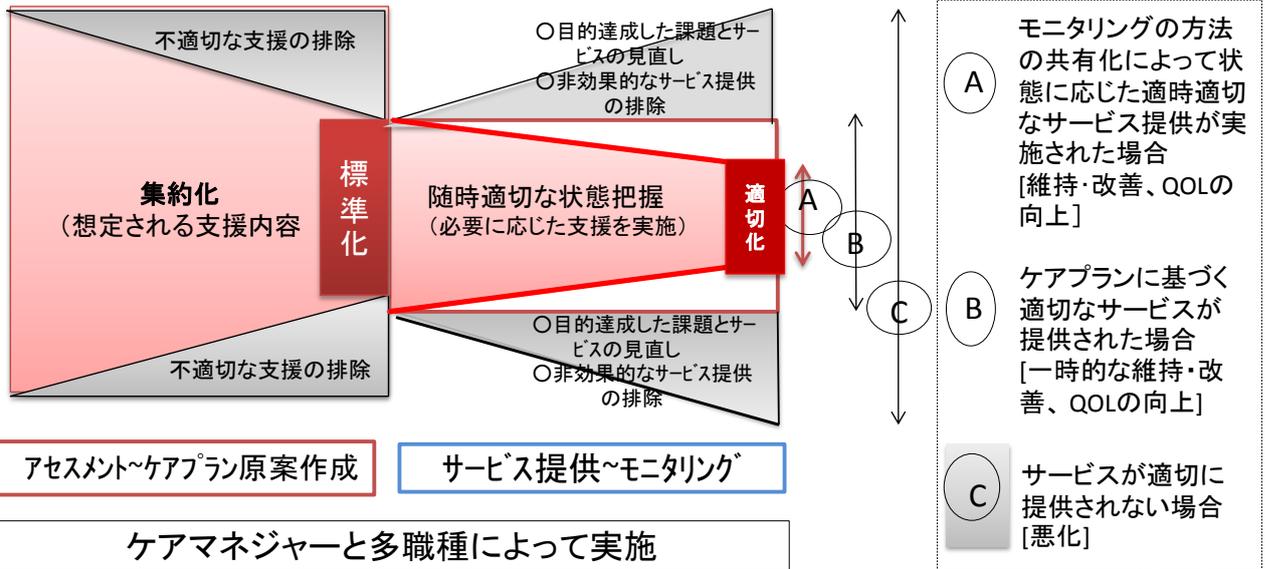


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

## 適切なケアマネジメント手法の策定（ケアマネジメントの標準化）について（イメージ）

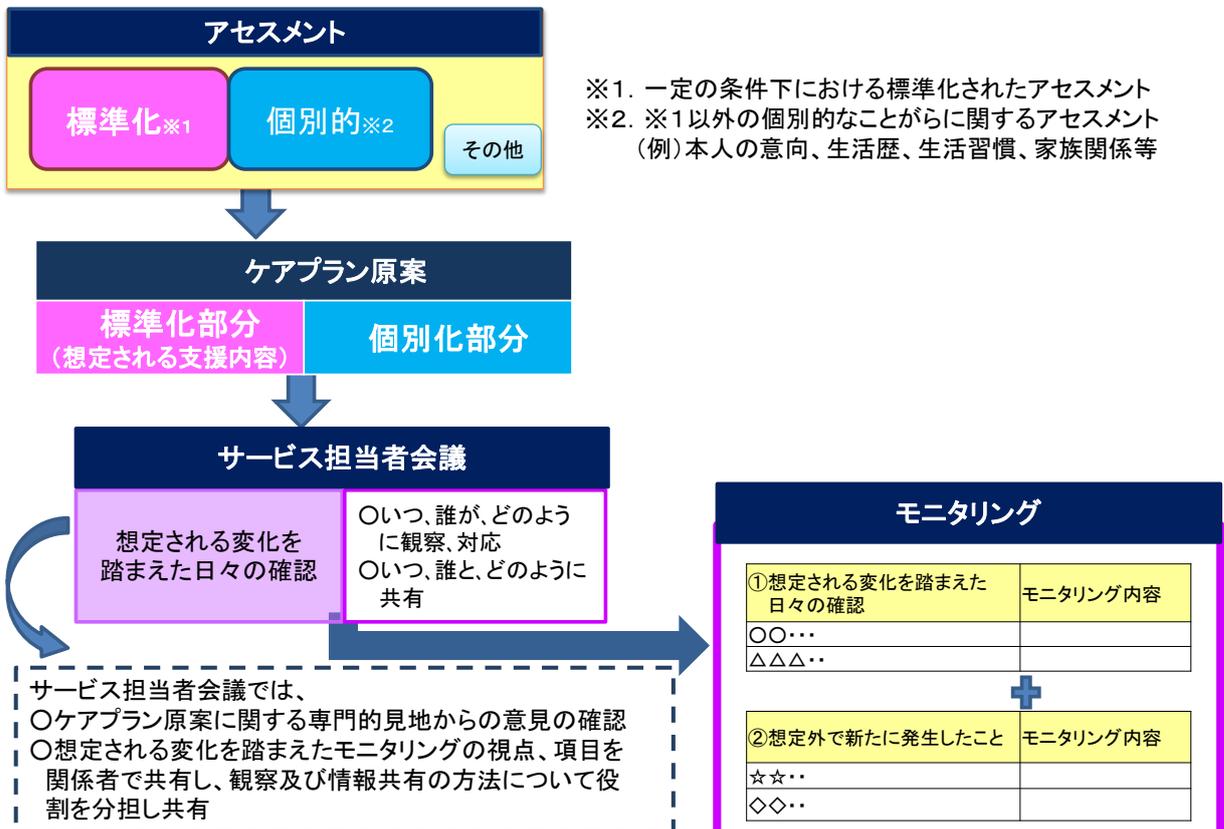
- ケアマネジメントの標準化に向けて、アセスメントからケアプラン原案作成までの過程につき、暗黙知を明文化することにより方向性を集約させていく。
- しかしケアプランが作成されても提供主体がそのケアプランに基づき適切にサービス提供を行わなければ、効果は期待できない。また利用者の心身状態の変化に応じた対応ができなければ同じく効果は期待できない。
- そのため、モニタリングの機能が適切に発揮されることが重要であり、モニタリングの方法を共有化し、モニタリングを通じて、より本人の状態に応じた適切なケアプランが作成されることで、自立支援に資する適切なサービス提供が可能となる。

支援内容の共有化 + 予測に基づく多職種でのサービス提供とモニタリング ⇒ 適切なサービス提供・給付の適切化



図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

## 適切なケアマネジメントに向けた支援内容の手法のイメージ



図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

## 卷末資料3 参考文献

---

## 参考文献

検討案を作成するにあたり、参考とした主な文献は以下のとおり。

- ・ 一般社団法人日本介護支援専門協会「介護支援専門員研修テキスト 専門研修課程Ⅰ」
- ・ 一般社団法人日本介護支援専門協会「介護支援専門員研修テキスト 専門研修課程Ⅱ」
- ・ 一般社団法人日本介護支援専門協会「介護支援専門員研修テキスト 更新研修」
- ・ 一般社団法人日本神経学会など「認知症疾患診療ガイドライン 2017 総論」
- ・ 公益社団法人大阪府看護協会「認知症ケアマニュアル」
- ・ 国立長寿医療研究センター「認知症・せん妄サポートチームマニュアル」
- ・ 厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」
- ・ 日本作業療法士協会「認知症の人に対する作業療法ガイドライン」
- ・ 原祥子 他「-研究報告- 介護老人保健施設における認知症ケアガイドラインの開発」
- ・ 葛飾区医師会 認知症対策委員会「『認知症家族・介護者』のための認知症・BPSD 介護マニュアル」
- ・ 第 105 回日本精神神経学会総会 教育講演中村 祐（香川大学医学部精神神経医学講座）「認知症の薬物療法」
- ・ 薬剤師分科会（平成 27 年度老健事業）「薬剤師認知症対応力向上研修テキスト」
- ・ 本田美和子（第 56 回日本心身医学会総会ならびに学術講演会資料）「優しさを伝えるケア技術：ユマニチュード」
- ・ 一條智康「ユマニチュードを学ぶ」
- ・ 公益社団法人日本看護協会「認知症ケアガイドブック」

※本調査研究事業は、平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金において実施したものです

平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）

ケアマネジメントにおける  
アセスメント/モニタリング標準化  
「認知症」がある方のケア

【検討案】

平成 31 年 3 月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-10-2 東五反田スクエア

TEL: 03-6833-5204 FAX:03-5447-5695