

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：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）

想定される支援内容				支援の概要、必要性		適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等					
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性		主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき 専門職			
0 これまでの 経緯の 確認	0-1 これまでの経緯 の確認	0-1-1 認知症と診断 されるに至った 経緯の把握	1 支援の前提としての認知症 と診断されるに至った経緯 の把握	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の把握。 ・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。	・診断に至るまでのエピソード ・中核症状の現れ方 ・疾患に対する本人の思い ・医師に対する本人の思い ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）	・中核症状の現れ方 ・疾患に対する本人の思い ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）		医師、看護師			
		0-1-2 これまでの医療 及び他の 専門職の関わり の把握	2 支援の前提としての医療 及び他の専門職の関わり の把握	現在に至るまでどのような医療及び他の専門職が関わってきたかの把握。 ・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を把握することが重要。	・医師による判断の状況（主治医意見書による把握） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・認知症初期集中支援チームの関わり方	・医師による判断の状況（主治医意見書による把握） ・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など） ・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況 ・認知症初期集中支援チームの関わり方		医師、歯科医師、 看護師、 PT/OT/ST、 社会福祉士、 MSW、 歯科衛生士、 介護職			
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	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、その変化を捉える体制を整備。 ・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。	・本人が抱く恐怖や不安 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・疾患に対して家族等が感じる負担感 ・家族等が感じている葛藤	・本人が抱く恐怖や不安 ・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・疾患に対して家族等が感じる負担感 ・家族等が感じている葛藤		医師、歯科医師、 看護師、 PT/OT/ST、 社会福祉士、 MSW、 介護職			
			4 本人に対する受けとめや理 解を深める支援	認知症に対し本人がどのように受けとめているかの把握。 ・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。	・認知症に対する本人の受けとめの状況	・認知症に対する本人の受けとめの状況		医師、歯科医師、 看護師、 PT/OT/ST、 社会福祉士、 MSW、 介護職			
		5 疾患に対する家族・支援者 の受け止めや理解を深める ことの支援	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、理解の程度の把握。 ・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。	・認知症の特徴や進行、ケアの方法に関する家族等の理解度 ・家族等に対する支援（情緒的支援、情報的支援、手段的支援）の必要性	・認知症の特徴や進行、ケアの方法に関する家族等の理解度 ・家族等に対する支援（情緒的支援、情報的支援、手段的支援）の必要性		医師、歯科医師、 看護師、 PT/OT/ST、 社会福祉士、 MSW、 介護職				
	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	6 変化していくことを念頭に置 いた認知症の総合アセス メントの実施	本人の変化を捉えられる体制の把握。 ・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の把握。 ・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。 ・認知症のある高齢者が、日常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。	・本人の日常生活の状況（サービス事業者にあつてはサービス利用中の状況） ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・本人に関わっている人の体制の把握（同居者、支援者、事業者など） ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など） ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間の取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・室内の状況（室温湿度環境、家具や物の配置、照明など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・エアコン等の家電の操作状況	・本人の日常生活の状況（サービス事業者にあつてはサービス利用中の状況） ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・本人に関わっている人の体制の把握（同居者、支援者、事業者など） ・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など） ・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間の取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・室内の状況（室温湿度環境、家具や物の配置、照明など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・エアコン等の家電の操作状況		医師、歯科医師、 看護師、 薬剤師、 PT/OT/ST、 歯科衛生士、 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の把握。 ・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の把握。 ・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。	・本人からみて快/不快に感じている関係性 ・本人からみて重要な関係性、信頼を置いている相手 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・本人に関わっている人の体制の把握（同居者、支援者、事業者など）	・本人からみて快/不快に感じている関係性 ・本人からみて重要な関係性、信頼を置いている相手 ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・本人に関わっている人の体制の把握（同居者、支援者、事業者など）		医師、歯科医師、 看護師、 薬剤師、 PT/OT/ST、 歯科衛生士、 介護職		
				2-1 本人の意思決 定能力を尊重し た意思決定支 援	2-1-1 意思決定支 援の必要性 の理解	8 意思決定支援の重要性へ の本人及び家族等の理解 をうながす支援体制を整 える  ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援。なお、ここでの意思決定は、日常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。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。	・本人が有する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等の理解度 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・金銭管理の状況	・本人が有する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等の理解度 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・金銭管理の状況		看護師、 PT/OT/ST、 社会福祉士、 MSW、 介護職
						9 意思決定支援に向けて、 本人及び家族等に適切な 情報が提供される支援体 制を整える  ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	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。なお、ここでの意思決定は、日常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。	・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	・意思決定に関する本人の思い、不安の状況 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況		看護師、 PT/OT/ST、 社会福祉士、 MSW、 介護職
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	10 本人の意思を捉えるための エピソード等の把握  ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	本人の言葉を日々捉えられるような体制の整備 ・本人の、認知症になるまでの生活における経緯や考えの把握。 ・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。加えて、これらを捉えやすくするためには、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も重要。	・今の生活に対する本人の思い ・これからの生活に対する本人の思い ・生活歴、成育歴 ・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 ・本人が得意にしていること ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ※これらの項目を本人からだけでなく、家族等からも聞き取る	・今の生活に対する本人の思い ・これから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 ・本人が得意にしていること ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ※これらの項目を本人からだけでなく、家族等からも聞き取る		看護師、 PT/OT/ST、 社会福祉士、 MSW、 歯科衛生士、 介護職				
			11 意思決定支援体制を整 える  ※基本ケアとも重複するが 「リスク評価」結果を踏まえ て特に留意して実施	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の整備。なお、状況が変化することから、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。 ・意思決定支援（あるいは意思推定支援）は一人で行うのではなく、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。	・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性 ・意思決定支援チームとして関わらる人（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える） ・意思決定支援チームでの情報共有体制 ・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング	・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性 ・意思決定支援チームとして関わらる人（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える） ・意思決定支援チームでの情報共有体制 ・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング		医師、歯科医師、 看護師、 PT/OT/ST、 社会福祉士、 MSW、 歯科衛生士、 介護職			

※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

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：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）

想定される支援内容				支援の概要、必要性	※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		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職※
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 かかりつけ医や専門職等との連携	12 かかりつけ医との連携 （※必要に応じて専門医や認知症サポート医等とも連携）	・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、また日常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の把握。 ・日常生活の様子を見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、医師に情報提供し、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（かかりつけ医だけでなく、地域の認知症サポート医、認知症の専門医も含む）と連携して医療に関する意思決定支援の体制の整備。 ・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日常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、医師に対し、本人の生活の状況の変化の情報を共有しておくことが重要。	・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・医療機関等への受診の状況（受診先の名前・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・医療に関する意思決定支援の必要性の有無 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ※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	・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・医療機関等への受診の状況（受診先の名前・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など） ・医療に関する意思決定支援の必要性の有無 ・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ※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、歯科衛生士、介護職
			13 かかりつけ医以外の専門職等との連携	・日常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の構築。 ・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。	・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外の専門職の関わり方 ・その他地域における認知症に関す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）	・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ医及びかかりつけ歯科医師以外の専門職の関わり方 ・その他地域における認知症に関す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、歯科衛生士、介護職
		3-1-2 その他の関係する人との連携	14 サービス事業者や地域の関係する人との連携体制を整える	・日常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の構築。 ・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。	・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況 ・生活の状況の変化（特に短期目標の期間程度での変化） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制 ・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 ・認知症に対する地域の理解の状況 ※これらの項目に加え、「6. 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施」で把握する事項も併せて確認する。	・（他の職種やサービス事業者からの報告に基づく）サービス利用中の本人の状況 ・生活の状況の変化（特に短期目標の期間程度での変化） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制 ・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 ・認知症に対する地域の理解の状況 ※これらの項目に加え、「6. 変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施」で把握する事項も併せて確認する。	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
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	15 日常生活における意向の表明の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・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の整備。 ・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。	・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に対する本人の関与や関心の大きさ ・日常生活における決定を現実的に誰がしているか	・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に対する本人の関与や関心の大きさ ・日常生活における決定を現実的に誰がしているか	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
		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	16 本人の生活のリズムの把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等の把握。 ・本人にとって心地よい場所や相手を探し、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。	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人の週次や月次の生活リズム ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人の週次や月次の生活リズム ・自宅内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）
		4-2-2 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支えることの支援	17 一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支えることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の日常生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常生活における支援者の関わり方の状況を把握し、その本人のリズムに合わせた生活や活動が送れるような支援。 ・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するための支援。 ・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合わせた生活を支えられるよう、支援を提供することが重要。 ・心地よい生活リズムを捉えたとしても、時間の経過とともに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、それに合わせた生活を支援することが重要。	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人にとって心地よいであろう生活リズム ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・生活リズムを取り戻すために関わらざる支援者や支援内容 ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会、内容、負荷の含み、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ感などの目安）） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会、頻度、内容、運動の時間など） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・本人や家族等の交友関係 ・本人や家族等の生活に関わっている人との状況 ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・本人にとって心地よいであろう生活リズム ・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など） ・生活リズムを取り戻すために関わらざる支援者や支援内容 ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会、内容、負荷の含み、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ感などの目安）） ・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会、頻度、内容、運動の時間など） ・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） ・本人や家族等の交友関係 ・本人や家族等の生活に関わっている人との状況 ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
	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	18 本人がこれまでに担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・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の把握。 ・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。	・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・家庭での役割を担い続けるうえで認知症の影響の現れ方 ・地域での役割を担い続けるうえで認知症の影響の現れ方 ・金銭管理の状況 ・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート	・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） ・家庭での役割を担い続けるうえで認知症の影響の現れ方 ・地域での役割を担い続けるうえで認知症の影響の現れ方 ・金銭管理の状況 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・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	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職
			19 本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・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の整備。 ・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。	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・家庭内での本人の役割に対する本人の認識 ・地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識 ・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等や支援者等による支援の状況 ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・家庭内での本人の役割に対する本人の認識 ・地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識 ・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等や支援者等による支援の状況 ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
		4-3-2 コミュニケーションを取ることの支援	20 日常生活においてコミュニケーションを取ることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況の把握。 ・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の整備。 ・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。	・疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格 ・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況 ・本人と家族等のコミュニケーションの状況 ・本人と家族等以外のコミュニケーションの状況 ・本人と家族等以外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 ・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード	・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況 ・本人と家族等のコミュニケーションの状況 ・本人と家族等以外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 ・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	歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職
	4-3-3 清潔に関する状況の変化を把握し保つこと	21 清潔に関する状況の変化を把握し保つこと ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・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の把握。 ・本人が清潔を保つことを支える環境の整備。 ・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。	・清潔の必要性に対する本人、家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・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 ・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・清潔の必要性に対する本人、家族等の理解度 ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・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 ・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）	歯科医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職	

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：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）

想定される支援内容				支援の概要、必要性	※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		
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職※
4 基本的な生活の支援	4-4 体調管理や服薬管理の支援	4-4-1 体調の変化を把握し伝えることの支援	22 体調管理の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常的な体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものかを把握し、そのうえで日々の体調を管理できるよう支援する体制の整備。 ・高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要。	・自分の体調に対するうらみの状況、体調を把握する手段 ・日常的な体調（食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等） ・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	・自分の体調に対するうらみの状況、体調を把握する手段 ・日常的な体調（食欲・渴き、痛み、排泄、眠さ等） ・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等） ・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職
			23 日常と異なる状態の把握とそれを表明することの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常の状態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の整備。 ・認知症のある高齢者の場合、日常の状態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、日常の状態を捉える体制を整えておくことが重要。	・日常と異なる状況の有無、その内容と程度 ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・体調の変化を伝える相手との関係性 ・いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができれば望ましい	・日常と異なる状況の有無、その内容と程度 ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力 ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・体調の変化を伝える相手との関係性 ・いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができれば望ましい	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		4-4-2 服薬支援	24 薬の管理と服薬を一定の水準で継続できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・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に支援体制の整備。 ・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の整備。 ・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の整備。 ・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。	・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬支援機器の活用状況	・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度 ・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができていないか、飲み残しの有無など） ・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など） ・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認 ・服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） ・介護者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・服薬支援機器の活用状況	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
	4-5 基本的なセルフケアを継続することの支援	4-5-1 水分の摂取の支援	25 必要な水分量の把握と必要な水分量を摂取できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常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の整備。 ・日常生活において、必要な水分量を摂取できるようにする支援体制の整備。 ・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。	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分量有無など） ・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会、内容、負荷の合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・室内の状況（室温や湿度、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分量有無など） ・水分の摂取に関する失敗のエピソード ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関する活動量、不足する水分量など） ・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会、内容、負荷の合い、活動量※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど） ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・室内の状況（室温や湿度、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 ・支援者の関わり状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、歯科衛生士、介護職
			4-5-2 栄養の摂取の支援	26 必要な栄養及び日常的な摂取状況（摂取方法を含む）の把握と必要な栄養を摂取することを支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活に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の整備。 ・日常的な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の整備。 ・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。	・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養素・栄養素の把握 ・必要な栄養素、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）	・必要な栄養素、栄養素に対する本人・家族等の理解度 ・食事の摂取に関する失敗のエピソード ・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） ・食事の内容（種類、形態、量、内容など） ・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など） ・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）
		4-5-3 排泄を続けることの支援	27 できるだけ自立した排泄を続けられるようにすることの支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常的な排泄リズム、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にする支援体制の整備。 ・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にする支援体制の整備。 ・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。	・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄リズムに対する本人の認識 ・排泄に関する失敗のエピソード ・日常的な排泄の方法（トイレ、トイレ、おむつなど） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・排泄動作の状況	・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など） ・排泄リズムに対する本人の認識 ・排泄に関する失敗のエピソード ・日常的な排泄の方法（トイレ、トイレ、おむつなど） ・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど） ・排泄動作の状況	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職
5 これまでの生活の尊重と重畳化の予防	5-1 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備	5-1-1 その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	28 活動と参加を通じた周囲の人ひととの日常的な交流環境を実現するための支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の活動と参加を可能な限り継続できるように人間関係に対する支援を検討するために、日常生活を通じて交流している人間関係や周囲の人ひ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。 ・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。	・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤 ・他人との交流の方法 ・疾患発症後（現在の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など）活動と参加に関わる各行為の状況 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）	・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤 ・他人との交流の方法 ・疾患発症後（現在の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など）活動と参加に関わる各行為の状況 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） ・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
			29 その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況の把握。 ・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。	・本人にとっての快・不快の状況 ・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）	・本人にとっての快・不快の状況 ・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）	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、歯科衛生士、介護職
	5-1-2 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	30 状態に合った活動と参加を実現する環境整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境の整備。 ・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。	・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内の動線（日常的に通る場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）	・本人の日常（24時間）の生活リズム・過ごし方 ・自宅内の動線（日常的に通る場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など） ・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など） ・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	
31 新たな役割・機能を獲得することの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施		・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に支援。 ・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させるのではなく、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。	・生活歴、成育歴 ・本人のストレングス ・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・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、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	・本人のストレングス ・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割 ・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、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	看護師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職		

【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：認知症

本検討案は以下のような状態の方を想定した上で支援内容を検討・整理したものである  
 アルツハイマー型認知症の診断があって、比較的初期～中期（目安：ADLが自立あるいは一部介助程度までであって、認知症高齢者生活自立度でIIb程度までの時期）

想定される支援内容				支援の概要、必要性	※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			
大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	主なモニタリング項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	相談すべき専門職 <sup>※</sup>	
5	これまでの生活の尊重と重度化の予防	5-2-1	合併症や併発しやすい事故の予防	32 転倒の予防の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・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の整備。 ・状況の重度化の要因となる転倒を予防するよう、日常生活動線と把握するとともに環境を整えることが重要。	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・室内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制	・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・室内での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・自宅外での本人の生活習慣（よい場所、動線、日課など） ・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） ・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・連絡先（かかりつけ医等）、専門機関での対応体制	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職
		5-2-2	誤嚥の予防の支援	33 誤嚥の予防の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・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のかも含め、誤嚥のリスクを低下できるような体制の整備。 ・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。	・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつとも違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがのどに詰まる、のどが口内口閉まるなど） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など） ・食事の用意の方法、食事を留意する人	・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況 ・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など） ・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など） ・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど） ・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつとも違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがのどに詰まる、のどが口内口閉まるなど） ・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など ・口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など） ・食事の用意の方法、食事を留意する人	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、歯科衛生士、介護職
6	行動・心理症状の予防・重度化防止	6-1-1	行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制の構築	34 行動・心理症状の具体的な内容を把握する体制を整える	・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）を把握する体制の整備。 ・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。 ・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、日常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。	・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・行動・心理症状の状況（起きているタイミングと現れ方、どのようなことが起きているか、背景要因の特定など） ・室内の状況（室温環境、家具や物の配置、湿度など）※居室、居間、トイレ、洗面所など ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・本人の生活に関わっている家族以外の本人、それらの人との関係性 ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・行動・心理症状の状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・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、ITを活用した情報共有システムの利用など） ※これらの項目に加え、「大項目0」ここまで経緯の確認」や「大項目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	・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・行動・心理症状の状況（起きているタイミングと現れ方、どのようなことが起きているか、背景要因の特定など） ・室内の状況（室温環境、家具や物の配置、湿度など）※居室、居間、トイレ、洗面所など ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用できているか、飲み残しの有無など） ・本人の生活に関わっている家族以外の本人、それらの人との関係性 ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・行動・心理症状の状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・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、ITを活用した情報共有システムの利用など） ※これらの項目に加え、「大項目0」ここまで経緯の確認」や「大項目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	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、歯科衛生士、介護職
		6-1-2	本人の不安やストレスの把握	35 本人の不安やストレスの把握	・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支援。 ・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。	・本人が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・痛みやかゆみなどの不快（言葉にあらわれないストレス）を伴う状況の有無、その内容や程度 ・生活環境に対する本人の好み ・室内環境（音や光など）からくる不快・ストレスの程度及び対応状況（室温調整、機械音の軽減、カーテンの活用など）	・本人が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など） ・痛みやかゆみなどの不快（言葉にあらわれないストレス）を伴う状況の有無、その内容や程度 ・生活環境に対する本人の好み ・室内環境（音や光など）からくる不快・ストレスの程度及び対応状況（室温調整、機械音の軽減、カーテンの活用など）	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
	6-2	背景要因に対する取り組みの支援	36 背景要因に対する対応策の実施の支援	・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。 ・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。	・本人の健康状態、生活状況 ・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・本人の生活に関わっている家族以外の本人、それらの人との関係性 ・本人や家族等の近所づきあいの状況 ・ケアやリハビリテーションを提供する体制 ・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、ITを活用した情報共有システムの利用など） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	・本人の健康状態、生活状況 ・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・本人の生活に関わっている家族以外の本人、それらの人との関係性 ・本人や家族等の近所づきあいの状況 ・ケアやリハビリテーションを提供する体制 ・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、ITを活用した情報共有システムの利用など） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	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、歯科衛生士、介護職	
			37 背景要因に対する家族等の理解を深めることの支援	・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。 ・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、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。 ・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、家族等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、家族等の理解をうながすことも大切。	・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・認知症に対する家族等の理解度 ・本人の生活に関わっている家族以外の本人、それらの人との関係性 ・支援者の関わり方の状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） ・行動・心理症状の状況を把握する体制（家族等との連携の体制） ・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、ITを活用した情報共有システムの利用など） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング	・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・認知症に対する家族等の理解度 ・本人の生活に関わっている家族以外の本人、それらの人との関係性 ・本人や家族等の近所づきあいの状況 ・ケアやリハビリテーションを提供する体制 ・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、ITを活用した情報共有システムの利用など） ・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング ・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況	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、歯科衛生士、介護職	
7	家族等への対応	7-1-1	家族等に対する支援の体制の整備	38 家族等に対し相談支援が提供される体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等が感じてい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。 ・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、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・認知症に対する本人・家族等の受け止め状況 ・認知症に対して家族等が感じている不安 ・家族等がねぎらいを得られる状況の有無 ・家族等が必要な情報を収集する手段 ・相談支援の実施状況 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の有無、状況	・疾患に対する本人・家族等の理解度 ・認知症に対する本人・家族等の受け止め状況 ・認知症に対して家族等が感じている不安 ・家族等がねぎらいを得られる状況の有無 ・家族等が必要な情報を収集する手段 ・相談支援の実施状況 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の有無、状況	医師、看護師、社会福祉士、MSW、介護職
			7-1-2	本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	39 家族等の仕事と生活のリズムが保たれるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を促すうえで、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。 ・日々介護に携わっている家族等の不安とストレスを軽減するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要。	・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・同居の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む） ・同居していない家族等の生活リズム ・仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み ・家族等の休養・睡眠の状況 ・仕事をする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等） ・仕事をする家族等の会社での役割の変化 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の有無、状況 ・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度	・本人の日常生活リズム・過ごし方 ・同居の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む） ・同居していない家族等の生活リズム ・仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み ・家族等の休養・睡眠の状況 ・仕事をする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等） ・仕事をする家族等の会社での役割の変化 ・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の有無、状況 ・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度
		7-1-2	本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	40 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しとて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。 ・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、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要。	・本人や家族等の交友関係 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の近所づきあいの状況 ・地域でのトラブルのエピソード ・認知症に対する地域の理解の状況 ・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況	・本人や家族等の交友関係 ・本人や家族等の生活に関わっている人の状況 ・本人や家族等の近所づきあいの状況 ・地域でのトラブルのエピソード ・認知症に対する地域の理解の状況 ・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性 ・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況	医師、歯科医師、看護師、社会福祉士、MSW、歯科衛生士、介護職
	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	41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	・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することの支援 ・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。 ・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。	・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービス選択の有無、利用可能性 ・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 ・将来的に死後も意向や意向を反映できるようにすることの支援 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引き継ぎの準備	・将来の生活に対する本人・家族等の意向 ・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解 ・本人や家族等の将来の生活の意向に応えるフォーマルなくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービス選択の有無、利用可能性 ・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 ・将来的に死後も意向や意向を反映できるようにすることの支援 ・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引き継ぎの準備	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士、MSW、介護職	