

認知症ケア高度化推進事業

# ひもとき手帳

(テキスト版)



社会福祉法人 浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター



## はじめに

認知症の人のケアは、関係者全員が情報を同じ視点で共有することから始まります。認知症の症状、つまり言動や行動は、本人の体調や余病の具合、そのときの気分、あるいはどういう環境で生活しているか、どういう生活を送ってきたかなど、さまざまな事柄によって影響を受けます。これらの情報が整理されれば、ただちに認知症の人の言動や行動の背景や理由が理解できるということにはならないかもしれませんが、関係者全員が同じ土俵に上って考えることができます。

この「ひもとき手帳」は、主に認知症の人の言動や行動の背景を考えるときのチェックリストから構成されています。チェック項目が多いと感じられるかもしれませんが、ふつうはそれぞれの人の頭のなかで無意識に行われているものです。チェックリストを使うと見落としがなくなりますし、チームで使えばより効率的にチェックできるでしょう。認知症の人のケアに経験が少ない人と豊富な経験がある人が同じ視点で考えることができれば、教育的にも大きな効果があるはずです。そして、このような方法に慣れると、改めてチェックシートを使う必要もなくなるでしょう。

ぜひ、この「ひもとき手帳」を現場で役立ててください。

平成 23 年 3 月

認知症介護研究・研修東京センター センター長  
本 間 昭



## ■ 私の理念



## ■ 私の目標



## 目次

<b>I</b>	<b>ひもとき手帳のねらいと活用方法</b>	3
<b>II</b>	<b>ひもとき蔵 (ひもときチェックシート)</b>	7
	1. ひもとき蔵のねらい	7
	2. 思考の展開をするために	13
	(1) 夜間なかなか眠ることができない	13
	(2) なかなか食べることができない	18
	(3) 風呂に入りたがらない	23
	(4) 食べ物でないものでも口に入れる	27
	(5) 支援 (排泄・着替え) を理解できずスタッフに攻撃的になる	32
	(6) 繰り返し聞く	38
	(7) 引きこもり・意欲がない・無気力	42
	(8) 着替えられない	47
	(9) 「家に帰る」と繰り返す	51
	(10) 「ものを盗られた」と訴える	56
	(11) 服薬したがらない	61
	(12) 大声・奇声をあげる	65
	(13) 排泄の混乱	69
	(14) トイレ以外での排泄	73
	(15) 異性の体を触る	77
	(16) ものを集める	81

## 資料編

1.	パーソン・センタード・ケア	87
2.	ひもときシートについて	89
	(1) ひもときシートとは	89
	① ひもときシートの基本的な考え方	89
	② ひもときシートと従来からのアセスメントシートとの違いは何か	92
	③ ひもときシートQ & A	93
	(2) ひもときシートの解説	95
	① ひもときシートの構造	95
	② ひもときシートガイドライン	96
3.	認知症に関連する知識	105
	(1) 中核症状とは	105
	(2) 認知症のアセスメントスケール	109
	(3) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	115
	(4) 認知症ケアにおける薬の理解	117

<b>4. 認知症に関連する法律・制度</b>	120
(1) 高齢者虐待防止法	120
(2) 身体拘束ゼロへの手引き	122
(3) 成年後見制度	125
<b>5. 現場で役立つ「認知症ケアQ &amp; A」</b>	127
Q1. 認知症の人にはたくさんの能力が残っているとされていますが、 どんなことですか？	127
Q2. 認知症の人の気持ちに合わせようとするなら、予定や日付がわか らなと言われてたときには、「日付なんてわからなくてもいいよ」 と言うべきなのでしょうか？	127
Q3. 家族へのケアとはどんなことを考えればいいですか？	128
Q4. トイレに行こうとしてトイレを探したり、ドアの前で立ちつくし ていたり、洋式トイレの前で立ち往生していたりします。	128
Q5. 午後4時にデイサービスの帰りの車を出すのですが、「4時まで 待ってね」と言っても、そわそわして落ち着きません。	129
Q6. 認知症になると日付や場所が分からなくなりますか？	129
Q7. 介護サービスの展開が難しいときはどのようにすればよいでしょ うか？新しいサービスを導入するときの説明が難しいことがあります。	130
Q8. 環境の工夫とはどんなことを言うのでしょうか？	130
Q9. サービス事業者としてケアマネジャーや他の事業所との連携が重要で あると思うのですが、どのようにつながればいいのでしょうか？	131
Q10. 地域とのつながりが少なく感じます。つながりをつくるにはどの ようにしたらよいのでしょうか？	131
Q11. 集団対応と個別対応の使い分けはどうですか？	132
Q12. 内部教育について・職員の連携は？	132
<b>6. 心の健康コラム</b>	
<b>～介護職の心身疲労・ストレスの解消について</b>	133
(1) ストレスとは	133
(2) ストレスは悪くない？	133
(3) ストレスの個人差	134
(4) ストレスへの気づき方	134
(5) ストレスマネジメント	135
(6) ストレスへの対処	135
(7) ストレスコーピング	136
<b>7. 知っていると便利な情報</b>	137
(1) 歳祝い早見表	137
(2) 年齢早見表(平成23年版)	138



ひもとき手帳 I

# ひもとき手帳のねらいと 活用方法





# I ひもとき手帳のねらいと活用方法

ひもとき手帳は、認知症ケア高度化推進事業で、認知症の人の思いを「ひもとき」一助となることを目的に、認知症ケアに役立つ情報を集積した情報提供ツールの一つです。

認知症ケアに携わる全ての方々の、日々直面するケアの悩みや課題解決にお役立てください。

手帳は、常に携帯して活用していただけるハンディなサイズとして作成しましたが、当事業の情報発信サイト「ひもときねっと」からA4サイズでダウンロードができ、備え付け用としても活用することができます。

ひもとき手帳は、①ひもとき蔵（ひもときチェックシート）②資料編から構成され、①は認知症の人の日常生活でみられる様々な言動に関連するかもしれない事柄を、系統的に考えるときのチェック項目例から構成されています。当事業で開発された思考展開ツール「ひもときシート」（資料編 p89～104 参照）と連動して活用することもできます。②の資料編では認知症に関連した情報等が掲載されています。

## ひもとき手帳 Q & A

### Q1 「ひもとき蔵」とは？

**A** 認知症ケアにおける悩みをひもときヒントがつまっている「蔵」として「ひもとき蔵」と名づけました。ひもとき蔵では、BPSDの要因になりやすい項目の例が「ひもときシート」にある8領域別にチェックできるようしてあります。8つの領域が独立していないこともあり、チェック項目にも重複がありますが、これらの項目は考えるときの例ですから、それぞれの認知症の人の特徴にあった項目をぜひ追加してみてください。

### Q2 「ひもときシート」とは？

**A** ひもときシートは、認知症ケアに携わる方々が、課題解決に向けて思考を整理していくためのツールです。詳しくは、ひもときねっと (<http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/>) をご覧ください。

### Q3 ひもとき手帳は、どこで手に入りますか？

**A** 認知症ケア高度化推進事業の成果物は全て情報発信サイト「ひもときねっと」からダウンロードすることができます。



ひもとき手帳 II

ひもとく蔵  
(ひもときチェックシート)





## Ⅱ ひもとき蔵 (ひもときチェックシート)

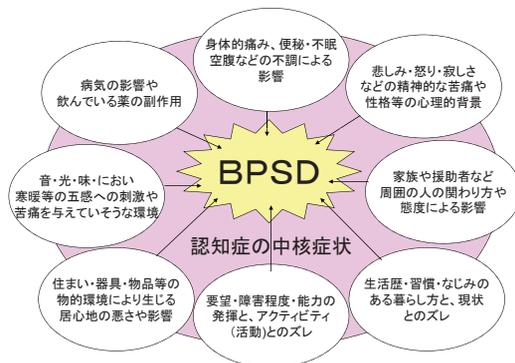
### 1. ひもとき蔵のねらい

ひもとき蔵は、行動・心理症状（BPSD）の背景を知るためのチェックポイントを、認知症の人に起こりがちな場面ごとに示しました。これは、認知症ケア高度化推進事業で開発した「ひもときシート」を活用する際も、記入のヒントとして用いることができます。

#### □ 行動・心理症状（BPSD）の背景・要因を知ろう

認知症のケアに携わる者が抱える困難は、行動・心理症状（BPSD）に起因することが多く、援助者が認知症の人の抱えている困難や課題に目を向けられないでいる場合が少なくありません。しかし、このBPSDこそが、本人が周囲の人に助けを求めているサインであることに気づき、このサインを本人からのメッセージと捉えて、本人の困難や課題の背景を探る努力をしていくことが重要となります。

それでは、BPSDが起こる要因はどのようなことが考えられるでしょうか。それは、認知症の中核症状や本人の心身の状態、生活環境、人間関係など、様々な要因が複雑に絡み合い、互いに影響し合っていると考えられます。その複雑な絡み合いをひも解いていくためには、まずは、その人の中核症状や、下図のような視点から事実の確認をしていくことが大切です。



## □ ひもときシートとの関係

前述の通り、ひもとき蔵は、「ひもときシート」<sup>1</sup>に記入する際のヒントとして用いることができます。シートに向き合いながら、ただ眺めていても、一つひとつの項目の中で確認すべき具体的内容はなかなかイメージし難いものです。慣れないうちは、見落としが無いかの確認を兼ねて、ひもとき蔵を併用していくことをお勧めします。

認知症ケアにおける「困難」は援助者の主観的な要因に影響され、援助者はB P S Dをどのように緩和するかで日々奮闘しています。しかし、試行錯誤で自らが持つ経験知をフルに活かしても状態が改善しなければ、困難さはより一層深まり、B P S Dがさらに悪化していくケースも少なくありません。そして、たとえよくならない理由が援助者自身の対応に起因することであっても、それに気づくのはなかなか難しいことがあります。ひもときシートは、援助者側の理解に基づいて、思考錯誤している段階を「評価的理解」と位置づけ、評価的理解に陥る原因を次のように整理しました。

1. スタッフ自身の認知症ケアの知識不足や経験の未熟さによるもの
2. 認知症の人の著しい行動障害によるもの
3. 認知症の人と周囲の人間関係との板ばさみによるもの
4. 認知症の人と事業者の体制、規則・ルールとの板挟みによるもの

こうした状況で、いくら新しい認知症ケアの手法を学習しても、課題の解決につなげることは難しいことがあります。なぜならば、知識で得られた一律の対応を認知症の人に当てはめても、一人ひとりの困難はそれぞれ全く別の理由で生じているため、本人の困難の根本的なことを解決することができないからです。

そうであるならば、援助者が学ぶべきことは、認知症の人の症状やB P S Dなどに応じた対応方法などではなく、本人がその状態を引き起こしている背景や要因に着目し、それを分析していく視点の持ち方や考え方を重視すべきなのではないで

---

1「ひもときシート」は、認知症ケアに携わる援助者の方が、課題解決に向けて思考を整理するためのツールです。詳細は巻末資料 p89～104 をご覧ください。

しょうか。認知症の人の言動や行動に影響している様々な要因と行動、言葉、表情との関係を事実に基づいて整理することは、事実を俯瞰的に捉えていく上で大切な気づきにつながります。

皆さんは既に、認知症の人のBPSDが生じる原因が、必ずしも脳の組織の障害だけに起因しているのではないことを理解しているはずです。

こうした症状が生じる理由としては、認知症の中核症状や合併身体疾患に加えて、服用している薬の影響、本人の心理的な状態、ケアを含めた環境などがあり、さらに本人の生活歴や価値観などによって修飾されます。薬の影響で混乱状態がひどくなったり、足下がふらついたりするなどの状態は、皆さんもしばしば経験していると思います。アルツハイマー病の独居の人が、不安感のために極端に心氣的になったり、依存的になったりすることは珍しいことではありません。

ひもときシートでは、直面する現象と利用者の状態を様々な角度から検証する段階を「分析的理解」と位置づけ、援助者自身の思考を整理するために、困難や課題だと思ふ事象の背景や要因を探し当てるための8つの視点を整理しました。これは、パーソン・センタード・ケアの中で述べられている、「認知症の状態を作る5つの要因」を基本にして作られたものです。

1. 病気や、飲んでいる薬の副作用の影響
2. 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響
3. 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響
4. 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境による影響
5. 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響
6. 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響
7. 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ（活動）とのズレ
8. 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレ

これらは、それぞれが独立して認知症の人の言動や行動に影響を与えるだけでなく、それぞれの項目が相互に影響し合い、複雑に絡み合いながら、本人の困難を増幅させてしまうこともあります。

8つの視点について具体的に説明します。

### (1) 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

病気には診断名や認知症の重症度が含まれます。認知症には様々な原因があり、原因によって症状に特徴があるからです。また、認知症が軽度のときに現れやすい症状と、進行してからみられやすい症状があります。IADL や ADL の具合も確認します。

薬に関しては、便秘の薬や貼り薬も含めて服用している薬をすべて確認します。そして、状態の変化が起きる前と後の服薬内容に変化がないかを確認します。飲んでいる薬が同じというだけでは不十分です。それぞれの薬の用量や服薬のタイミングにも注意します。脱水や発熱などによって薬の副作用が現れやすくなります。

### (2) 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を考えてみましょう

この項目では、痛みや便秘・不眠などの身体的な不調が、状態に影響していないかについて考えます。認知症の人は、痛みや不調が生じていても、そのことを自覚したり、周囲の人に訴えたりすることができない場合があります。その状態を見過ごしていると、それが思わぬ行動・心理症状を引き起こしてしまうことがあります。食事や水分の摂取量、睡眠時間、運動量の変化など、毎日の些細な変化であってもきちんと把握するようにします。

### (3) 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を考えてみましょう

本人と初対面でなければ、悲しそうな様子だとか機嫌が良さそうだとか、いらいらしているな、などの本人の気分の具合は容易にわかるでしょう。認知症の症状の1つに、いつも上機嫌でいる「多幸」という病的な状態がありますし、些細なことで急に泣き出したり、笑い出したりする「感情失禁」という症状もありますが、ここではとりあえず、みられる気分の状態に着目し、どういうときに機嫌がいいことが多いのか、いらいらしやすいのか考えます。もちろん一定の傾向がないこともあります。もともと無口であるなど、認知症になる前の本人の性格の傾向も参考にしますが、家族などからの情報は認知症になってからの本人の状態にも影響されやすいので、そのまま受け止めないようにします。

#### (4) 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう

前項で説明した本人の気分の状態がきちんと見極められていることが前提になりますが、気分の状態に関連する暑さや寒さ、あるいは騒音はないかということになります。援助者からいつも叱られているような環境は、本人にとって心地よいとはいええないでしょう。施設で集団生活をしている場合には、他の利用者や入居者の声や動きが、衝動的な行為のきっかけになることもあります。この場合には、集団生活自体が本人にとって不快な環境といえるかもしれません。

#### (5) 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

この項目では、家族や援助者の関わり方による、本人への影響について考えます。本人と家族との関係は複雑になりやすく、家族も本人も自信や誇りを失っている場合があります。援助者による不適切なケア（本人の思いを無視したケアなど）が、場合によっては本人のストレスを引き起こす原因になっている場合もあります。

#### (6) 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

この項目では、本来、本人が持っている能力を引き出すことや、意欲を刺激する環境整備（住まい・福祉機器・物品等）がなされているかを確認します。自分のできるが増えるほど、本人の意欲や自信につながるということを意識しながら考えてみましょう。

#### (7) 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ（活動）とのズレについて考えてみましょう

この項目は、援助者が本人のためと思って提供しているアクティビティ（活動）が、利用者の精神的な負担になっていたり、混乱を招いていたりしていないかを確認します。心身の状態や、本人の要望を踏まえたアクティビティが提供されているかどうかを振り返ってみましょう。たとえば、視空間能力の障害が顕著であれば塗り絵は苦痛です。

## (8) 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

この項目は、本人が大事にしていること、こだわり、家族や友人・知人・地域等との関係性等を継続するケアが行われているかを確認します。生活歴、暮らし方、本人の思い、人間関係、役割意識等の情報収集を試みましょう。

## 2. 思考の展開をするために

代表的な認知症の症状や行動をいくつか例として取り上げ、8つの視点から考えてみましょう。

### 1 夜間なかなか眠ることができない

睡眠障害は認知症の人ではしばしばみられます。昼夜逆転も含まれるかもしれませんが。夜間なかなか眠ることができないというのは入眠困難と呼ばれます。夜中に途中何回も目を覚ますことを途中覚醒といいます。また、朝早く目が覚めてしまい眠れないことを早朝覚醒といいます。18時頃夕食を食べて19時過ぎには床についてしまうこともあります。そんな時には0時過ぎに起きてしまうこともあるでしょう。睡眠時間は充分だからです。昼寝も必要以上であれば夜間の睡眠に影響します。寝る前に身体が冷えていたりすれば寝付きも悪くなるでしょう。



### ひもときチェック 夜間なかなか眠ることができない

まず、寝付きが悪いのか、寝付きはいいが途中で何回も目が覚めるのか、あるいは朝早く目が覚めてしまい眠ることができないのか確かめましょう。1週間のなかで何回くらいあるのかも情報として必要です。眠れないという訴えがあっても、実際にはよく眠れていることもしばしばあります。

## 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 飲んでいる薬との関連がある	<input type="checkbox"/> 服薬している薬の種類と量を確認していますか <input type="checkbox"/> 寝付きをよくするなどの薬を飲んでいますか <input type="checkbox"/> 眠剤の効果が朝まで残っていますか <input type="checkbox"/> 薬の影響で日中うとうとしていますか <input type="checkbox"/> 利尿剤などのせいで何回も夜中にトイレに行きますか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響をを考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 足や身体が冷えて眠れない <input type="checkbox"/> 痛みがあるため眠れない <input type="checkbox"/> 便秘による腹部の違和感があり眠れない <input type="checkbox"/> 不適切な体位のため眠れない <input type="checkbox"/> かゆくて眠れない <input type="checkbox"/> 喉が渇いて眠れない <input type="checkbox"/> 鼻づまりのため眠れない	<input type="checkbox"/> 足が冷たくないですか <input type="checkbox"/> 身体的な痛みを伴う状態はありませんか <input type="checkbox"/> 便通を確認していますか <input type="checkbox"/> 痛みやかゆみなどの不快感を訴えていますか <input type="checkbox"/> 喉の渇きや鼻づまりなどは考えられませんか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 何かが気になって眠れない	<input type="checkbox"/> もともと些細なことでも気にして眠れない人なのかなどの性格の傾向などを確認していますか <input type="checkbox"/> 近い人との別れなど、喪失体験がありますか

- 怒っていたりいらいらして落ち着かなかつたり、不安そうな様子がありますか

#### 4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 廊下の非常灯が眼に入る <input type="checkbox"/> 照明器具が明るい <input type="checkbox"/> 部屋が真っ暗 <input type="checkbox"/> ドアを閉める音やトイレの水を流す音など、まわりの音が気になる <input type="checkbox"/> 部屋が暑い・寒い <input type="checkbox"/> 他の人の声が気になる <input type="checkbox"/> いびきが気になる <input type="checkbox"/> 下着が濡れていて気持ち悪い <input type="checkbox"/> においが気になる	<input type="checkbox"/> もともと真っ暗でないと眠れないのかなどの習慣を確認していますか

#### 5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 何か興奮させる出来事があった <input type="checkbox"/> 何か不満がありそう <input type="checkbox"/> 頻繁に排泄介助で起こされる <input type="checkbox"/> 強引に寝かしつけようとされる <input type="checkbox"/> 自分の家ではないという不安がある <input type="checkbox"/> 他の利用者の動きが気になる	<input type="checkbox"/> 家族や友人などの面会は影響していませんか <input type="checkbox"/> 援助者のふるまいが与えている影響を考えましたか <input type="checkbox"/> 無理に寝かせようとするなどの不適切な対応はありませんか <input type="checkbox"/> 援助者や他の利用者などとの人間関係で気になることはありませんか <input type="checkbox"/> 排泄介助などで眠りを妨げていませんか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 殺風景過ぎる、または調度品があり過ぎる <input type="checkbox"/> なじみのもの(家具や写真など)がない <input type="checkbox"/> トイレが遠すぎる <input type="checkbox"/> 自分がどこにいるのかわからない不安から眠れない <input type="checkbox"/> ベッドが気になる <input type="checkbox"/> 以前の暮らしの環境と違いすぎる	<input type="checkbox"/> 居室内のしつらえが本人に影響を与えていませんか <input type="checkbox"/> 本人が不満を口にする環境はありませんか <input type="checkbox"/> ベッドなど、本人に適した家具を使用していますか <input type="checkbox"/> 居室内に本人のなじみのものはありますか <input type="checkbox"/> 個室という環境に寂しさを感じてはいませんか

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 要望したことが聞き入れてもらえない <input type="checkbox"/> アクティビティなどで興奮している <input type="checkbox"/> 本人の能力に合った活動が不足しているため適度な疲労がない	<input type="checkbox"/> 生活の中で能力を発揮する機会がありますか <input type="checkbox"/> 障害のため、本人の希望が叶えられないことはありますか <input type="checkbox"/> 以前の趣味や生活の日課などを知っていますか <input type="checkbox"/> 日中適度な活動をしていますか

## 8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> これまでの自分の就寝時間と違う <input type="checkbox"/> 生活リズムが乱れている <input type="checkbox"/> 生活に満足できない <input type="checkbox"/> 援助者や他の利用者に対する不快感、不安感、不満がある <input type="checkbox"/> 昔から夜型で、遅くまで起きている習慣がある <input type="checkbox"/> もともと睡眠時間が短い <input type="checkbox"/> ひとりで寝る習慣が無い	<input type="checkbox"/> 本人がどのような暮らしを望んでいるか知っていますか <input type="checkbox"/> 援助者の勝手な思い込みや一般論で接していませんか <input type="checkbox"/> 以前、どのような生活を送っていたのか知っていますか <input type="checkbox"/> 本人の睡眠パターンや睡眠に関する希望を把握していますか <input type="checkbox"/> ひとりで眠ることに慣れていないことは考えられませんか

## 2 なかなか食べることができない

まず、口の中や舌の状態の把握と、飲み込むときにむせたりしないかの確認が必要です。入れ歯の具合が悪かったりしても食べられません。認知症が重度になると食事自体を認識できなくなることもありますし、環境によっては食事に集中できないこともあります。

怖い顔をして、「早く食べて」などと言われたら、食欲もなくなってしまうでしょう。レビー小体型認知症やアルツハイマー型認知症の人の多くは病初期より嗅覚が障害され、においが解らなくなっている場合があります。一緒に食べる人の、「味噌汁はいいにおいね。おいしいね」の一言で笑顔になったり、あっそうだ、と思い出すときもあります。一緒においしそうに食べていると、食欲がわきますよね。食事を食べさせて貰うことに、誇りを失うこともあります。一緒に楽しんで食べる仲間だといいいのですが・・・。認知症の原因や重症度によって変わることもあるので、その対応も違ってきます。



### ひもとき チェック

## なかなか食べることができない

### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられますか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 義歯が合っていない	<input type="checkbox"/> 服薬している薬の特徴を知っていますか
<input type="checkbox"/> 左右どちらかの口角が下がっている	<input type="checkbox"/> 食器が多く、どれを食べて良いのか混乱していませんか
<input type="checkbox"/> 舌に萎縮がある	<input type="checkbox"/> 白い食器に白いご飯でわかりにくくありませんか
<input type="checkbox"/> 嚥下障害がある	<input type="checkbox"/> 嚥下機能はどの程度ですか
<input type="checkbox"/> 口内炎がある	
<input type="checkbox"/> う歯(虫歯)がある	

- うつ状態による意欲の低下がある
- 眠気が起こりやすい鼻炎薬、風邪薬を飲んでいる
- 食べ物と認識していない

- 食器の使い方はわかっていますか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 身体の痛みがある	<input type="checkbox"/> 便通を確認していますか
<input type="checkbox"/> 便秘がある	<input type="checkbox"/> 本人の希望する食事時間を確保できていますか
<input type="checkbox"/> 不眠がある	<input type="checkbox"/> 痛みや不快感を訴えていませんか
<input type="checkbox"/> 誤嚥しやすい	<input type="checkbox"/> 嚥下障害のため、むせや飲み込みが苦しいなど考えられませんか
<input type="checkbox"/> 眠気がある	<input type="checkbox"/> 疲労感や倦怠感は考えられませんか
<input type="checkbox"/> 疲れている	<input type="checkbox"/> 口腔内に炎症はありませんか
<input type="checkbox"/> 口の中が痛い、しみる	<input type="checkbox"/> 服用している薬の影響はありませんか
<input type="checkbox"/> のどが渇いて上手く飲み込めない	
<input type="checkbox"/> 舌苔などにより口の中が不快	

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 緊張・興奮・怒りがあり食べない	<input type="checkbox"/> 体重の変化はありますか
<input type="checkbox"/> 気分が落ち込んでいて食欲がない	<input type="checkbox"/> 食べなくなったきっかけはありますか

**4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 周囲がうるさく食事に集中できない <input type="checkbox"/> いままでの嗜好と合わない	<input type="checkbox"/> 静かな環境ですか <input type="checkbox"/> いままでの食事の嗜好は？ <input type="checkbox"/> 食事時間であることや、食事であることを認識していますか？ <input type="checkbox"/> 嗅覚障害、味覚障害はどの程度ですか

**5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 「早く食べて」「頑張って食べて」などの声かけが嫌で食べない <input type="checkbox"/> 一緒に食べている人が嫌で食べない <input type="checkbox"/> 他の利用者の行動や言動が気になって食事に集中できない	<input type="checkbox"/> 本人のペースではなく、援助者のペースで食事をしていませんか <input type="checkbox"/> 食べている姿を見られるのが恥ずかしいということはありませんか <input type="checkbox"/> 本人との信頼関係は築けていますか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 食事の自助具 (箸、スプーン、食器等) が適していない <input type="checkbox"/> 落ち着いて食べられる環境でない <input type="checkbox"/> 食事の席が、自分の食べたい場所ではない <input type="checkbox"/> テーブルや椅子の高さが合わず、食べにくい	<input type="checkbox"/> 落ち着いて食べられる環境ですか <input type="checkbox"/> テーブルや椅子の高さは本人に合っていますか <input type="checkbox"/> 食器や箸などは本人に合っていますか <input type="checkbox"/> 食器、箸など、使い方はわかっていますか

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 能力以上に活動してしまうことによる疲労感・倦怠感がある <input type="checkbox"/> 間食が頻繁である <input type="checkbox"/> 活動量が少ないため、お腹が空かず食べにくい	<input type="checkbox"/> 生活の中で能力を発揮する機会がありますか <input type="checkbox"/> 障害のため、本人の希望が叶えられないことがありますか <input type="checkbox"/> 本人の楽しめる趣味やプログラムを把握していますか <input type="checkbox"/> 間食の影響はありませんか <input type="checkbox"/> 日中の活動で疲れすぎていることはありませんか

**8** 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 決められた時間に食べないといけないのが嫌で食べない	<input type="checkbox"/> 本人がどのような食事を望んでいるか知っていますか
<input type="checkbox"/> 少食なのにたくさん出されるのが嫌で食べない	<input type="checkbox"/> 食事内容の選択ができるようになっていますか
<input type="checkbox"/> 三食を食べる習慣がない	<input type="checkbox"/> 以前、どのような食生活を送っていたのか知っていますか
<input type="checkbox"/> これまでの食生活（朝はパンだけなど）と合わない内容の食事のため食べない	<input type="checkbox"/> 食事へのこだわりはありませんか

### 3 風呂に入りたがらない

お風呂は、他の生活空間とはちょっと違った、独特な場所です。入浴することの意味がわからなければ、声かけだけでは入浴できません。お風呂に気持ちよく入るには、「さっぱりした」「いい湯加減だった」「気持ちよかった」と思えることが大切です。どんなイメージを持っているかが大切ですね。他人に裸を見られたくないと思っている人もいます。「入浴を手伝ってあげますよ」なんて言われると、誇りが傷つく人もいます。また、記憶障害や失行などで、全く楽しくないお風呂になっていることもあります。



#### 風呂に入りたがらない

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 身体の具合が悪く気にしている	<input type="checkbox"/> 服薬している薬にはどんな特徴がありますか
<input type="checkbox"/> 体調不良を訴えている	<input type="checkbox"/> 病気による影響は考えられませんか
<input type="checkbox"/> 風邪気味	<input type="checkbox"/> 入浴することを理解できますか
	<input type="checkbox"/> 服の脱ぎ方はわかっていますか
	<input type="checkbox"/> 石けん、タオルの使い方はわかっていますか
	<input type="checkbox"/> 洗髪の仕方はわかっていますか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 入浴すると痛みがある擦り傷などがある <input type="checkbox"/> 腰やひざが痛くて温めたくない <input type="checkbox"/> 便秘がある <input type="checkbox"/> 眠い <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 下痢をしている	<input type="checkbox"/> 便通はありますか <input type="checkbox"/> 食事は適切に取れていますか <input type="checkbox"/> 痛みや不快感を訴えていますか <input type="checkbox"/> 眠気はありますか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的 背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 入浴中に衣服などを盗られると思っている <input type="checkbox"/> 援助者や他者に裸を見られるのが嫌 <input type="checkbox"/> 汚れた下着や排泄用品を見られたくない <input type="checkbox"/> 入浴介助を申し訳なく思っている <input type="checkbox"/> 入りたい時に入れられないのが嫌 <input type="checkbox"/> 入浴よりも大切なことが頭にあり、気になっている	<input type="checkbox"/> 身体を見られることを恥ずかしがっていませんか <input type="checkbox"/> 汚れた衣類などを見られるのが嫌だということはありませんか <input type="checkbox"/> もの盗られ妄想はありますか <input type="checkbox"/> 介助に対する遠慮などはありますか

#### 4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 浴室の雰囲気が騒がしくて、戸惑う <input type="checkbox"/> 浴室や脱衣室が寒くて裸になりたくない <input type="checkbox"/> お湯の温度が熱すぎたり、ぬるすぎる	<input type="checkbox"/> 浴室内の明かりは適切ですか <input type="checkbox"/> 落ち着いて入浴できる環境ですか <input type="checkbox"/> 浴室や脱衣室の温度は適切ですか <input type="checkbox"/> 湯加減は好みの温度ですか

#### 5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 入浴を理解できず、どこかへ連れて行かれるという不安がある <input type="checkbox"/> 衣類を盗られるという妄想がある <input type="checkbox"/> 介助のペースが早く、自分の思うようになりすぎず不機嫌 <input type="checkbox"/> 援助者が異性のため恥ずかしい <input type="checkbox"/> 他人の前で服を脱ぐことに抵抗がある <input type="checkbox"/> 嫌いだと思う援助者から勧められる <input type="checkbox"/> 介助されてまで入浴したいとは思わない	<input type="checkbox"/> 援助者のふるまいは影響していませんか <input type="checkbox"/> 介助されることに対する不安はありますか <input type="checkbox"/> 本人の意向に沿わない介助方法による影響はありませんか <input type="checkbox"/> 本人との信頼関係はありますか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 手すりが無いのが不安 <input type="checkbox"/> 床が滑るのが怖い <input type="checkbox"/> 浴室の設備が麻痺状況や利き手に合わない <input type="checkbox"/> 浴室までの距離が遠いためおっくう	<input type="checkbox"/> 浴室の設備が整っていないため不安による影響はありませんか <input type="checkbox"/> 援助者の介助に不安を感じていませんか <input type="checkbox"/> 今までのお風呂場と大きく違いませんか

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 昼間の活動で疲れている	<input type="checkbox"/> 過活動による疲れは考えられませんか <input type="checkbox"/> 落ちついて入浴できる精神状態ですか

## 8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 風呂が好きではないので入浴しない <input type="checkbox"/> 入浴したいと思う時間が合わないため入浴しない	<input type="checkbox"/> 本人の入浴頻度やスタイルを把握していますか <input type="checkbox"/> 清潔をを図ることを意識しながら、「喜ぶ入浴」になっていますか <input type="checkbox"/> 入浴時間は理解していますか

## 4 食べ物でないものでも口に入れる

異食を見るとびっくりしますよね。でも、何でこんな物を口に入れるのでしょうか。本人はどんな気持ちなのでしょうか。

ひもとき  
チェック

### 食べ物でないものでも口に入れる

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 薬の副作用で混乱している	<input type="checkbox"/> 何でも口にいれるようになった時期に薬が変わったとか、服用する量が変わったりしたことはありますか
<input type="checkbox"/> 精神症状（せん妄や幻覚妄想など）が見られる	<input type="checkbox"/> 認知症以外に糖尿病など他の病気はないですか
<input type="checkbox"/> 食事をしても満腹感がない	<input type="checkbox"/> 食べられるものと食べられないものの区別ができますか
<input type="checkbox"/> 糖尿病などにより、食事量の制限がある	

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられますか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> お腹がすいている <input type="checkbox"/> 食事量が足りない <input type="checkbox"/> 食事をするスピードが速くて満足感がない <input type="checkbox"/> 眠れなくてイライラしている <input type="checkbox"/> 体の痛みやかゆみがあって落ち着かない <input type="checkbox"/> 便秘がひどい <input type="checkbox"/> 脱水を起こしている	<input type="checkbox"/> 水分摂取量、食事量や運動量の把握はできていますか <input type="checkbox"/> 排便状況、回数、量、状態の把握はできていますか <input type="checkbox"/> 嚥下の状況は把握していますか <input type="checkbox"/> 口腔内の痛みのチェックはできていますか <input type="checkbox"/> 睡眠中の大声、無呼吸など状況を把握していますか <input type="checkbox"/> 不安や痛みはありますか <input type="checkbox"/> 睡眠のリズムはどのような状態ですか <input type="checkbox"/> 排尿と水分の量はどのくらいですか <input type="checkbox"/> 自分のペースでゆっくり食事していますか <input type="checkbox"/> 発熱や脱水症状はありませんか

### 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 不安やいら立ちがあり精神的に不安定	<input type="checkbox"/> 本人の性格を理解していますか <input type="checkbox"/> どんなときに不安になりますか <input type="checkbox"/> 本人が安心する時間や居場所はどんなところですか <input type="checkbox"/> 心身の痛みを本人が感じている時はどんなサイン（表情・仕草・行動など）がみられますか <input type="checkbox"/> 日常の食事を楽しんでいますか <input type="checkbox"/> 食器の使い方が難しそうではありませんか

### 4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 味、においがわからない <input type="checkbox"/> 音がうるさい、あるいは静かすぎて、落ち着かない <input type="checkbox"/> 人の声がわかりにくい <input type="checkbox"/> 他人の目を気にする <input type="checkbox"/> 食事や食器が何なのか解らない	<input type="checkbox"/> 味がわからないことは、どんなところで感じますか <input type="checkbox"/> どのような音を嫌がりますか <input type="checkbox"/> よく口にしてしまうものはどんなものがありますか（例えばティッシュペーパー、石鹸、便など）

## 5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> すぐ手が届くところに食べられないものがある <input type="checkbox"/> 尿意や便意がわからず、援助者がうまく誘導できない	<input type="checkbox"/> いつ、どのようなかかわりが具体的にありますか <input type="checkbox"/> 声かけは、指示・示唆的になっていませんか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 食べ物と間違えてしまうようなものが置かれている（例えば黄色い石鹼、きれいな色の飾り物など） <input type="checkbox"/> 食器と食べ物の判別ができない <input type="checkbox"/> 食器の使い方が理解できない <input type="checkbox"/> 食器の色彩や模様がまぎらわしくて、理解できない	<input type="checkbox"/> 間違えそうなものはどんなものがありますか <input type="checkbox"/> 間違えないための工夫を何かしていますか <input type="checkbox"/> 手に触れるところに危険なものを置かないなど、安全を保つための環境作りで工夫していますか <input type="checkbox"/> 口の中に何も無い時でも、手をしゃぶるなどの他の行為が見られる場合はどんなときですか <input type="checkbox"/> 異食が多い時間帯の環境はどんな状態ですか

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 飲み込みやすいお粥やゼリーなどの食事で満腹感がない <input type="checkbox"/> 自分でゆっくり食べることができるのに介助されている	<input type="checkbox"/> 食べることにする能力の把握をしていますか <input type="checkbox"/> 本人の能力にあった食事と提供している食事にはどんなズレがありますか <input type="checkbox"/> 少しでも自分で食べるためにどのような工夫がされていますか

## 8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> いつでも何か食べている習慣があった <input type="checkbox"/> 献立に嗜好が反映されていない <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転が起きている <input type="checkbox"/> 嗜好品(タバコ・酒)の制限を受けている <input type="checkbox"/> 食事を残すことへの罪悪感がある	<input type="checkbox"/> どのようなものを口にすることが多いですか <input type="checkbox"/> どんなものが好きですか。本人に聞いたり、家族に聞いて食べたいものが食べられるために工夫をしていますか <input type="checkbox"/> 心地よいと感じる生活のリズムはどんな状態ですか <input type="checkbox"/> 食事は何時にどのくらいの量を摂っていましたか <input type="checkbox"/> 以前の食事の摂り方と比較してみて、どんなことに気がつきますか <input type="checkbox"/> 異食しやすい時間の過ごし方はどのように工夫をしていますか

## 5 支援（排泄・着替え）を理解できず スタッフに攻撃的になる

攻撃的な行為とは一見ささいなことで怒鳴ったり、暴言を吐いたり、殴り掛かるといった激しい形として現れる症状です。生活支援の中でも、認知症の人の体を触れるときに攻撃的な行為が見られる場合があります。自信も誇りも失いやすい時ですね。何が腹立たしいのかは、認知症の人の症状を把握することで、「できないこと」「わからないこと」が理解できるので、「自信」と「誇り」が傷つかないようにそっと支えることができます。更に、自信と誇りを取り戻せるときもあるのです。認知症の症状を知らなければ、自分にとって「困った認知症の人」になってしまうのです。



### 支援（排泄・着替え）を理解できず スタッフに攻撃的になる

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えて みましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 服用している薬が変わってからスタッフに攻撃的になった	<input type="checkbox"/> 医師に相談したり、連携はとっていますか
<input type="checkbox"/> 認知症が進行している	<input type="checkbox"/> 薬が重複したり、同じ症状にそれぞれ処方されないよう確認を行っていますか
<input type="checkbox"/> 体調のいい時と悪い時の変動が大きい	<input type="checkbox"/> 薬の副作用は考えられませんか
<input type="checkbox"/> 精神疾患（統合失調症、アルコール依存症など）を合併している	<input type="checkbox"/> 現在の病気以外に気になる症状はどんなことですか
<input type="checkbox"/> 夜間、意識がはっきりしていないときに声をかけられる	<input type="checkbox"/> 服用前と服用後の状態の変化はみられましたか
<input type="checkbox"/> 何をされるのか理解できず混乱する	<input type="checkbox"/> どんなときに体調の変化がありますか

妄想がある

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 下痢や便秘がある <input type="checkbox"/> 夜眠れない <input type="checkbox"/> 体の痛みやかゆみがある <input type="checkbox"/> お腹がすいている <input type="checkbox"/> 排泄がうまくできない	<input type="checkbox"/> 排便状況は、把握していますか <input type="checkbox"/> 日中のリズムはどんな状態ですか <input type="checkbox"/> 不快なときの症状やサインはありますか <input type="checkbox"/> 関節可動域、動作時痛を理解していますか <input type="checkbox"/> 排便をすること自体がわからないことを、 理解して接していますか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的 背景による影響をを考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 人の手を借りたくない（自立心が高い） <input type="checkbox"/> 本人に黙って施設に連れてこられたので納得していない <input type="checkbox"/> 恥ずかしい <input type="checkbox"/> ばかにされていると感じている	<input type="checkbox"/> 援助者の介助の方法を統一していますか <input type="checkbox"/> 本人の意思はわかりますか <input type="checkbox"/> 説明したことを忘れることを理解していますか <input type="checkbox"/> 繰り返し経験した嫌なこと、苦しさは忘れにくいことを知っていますか <input type="checkbox"/> 人前で用を足したり、裸になったりすることをどのようにとらえていますか

**4** 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 排泄や着替えを強制される <input type="checkbox"/> 暑い、寒い <input type="checkbox"/> 不快なおいがある <input type="checkbox"/> まわりの雰囲気が落ち着かない <input type="checkbox"/> テレビやまわりがうるさい	<input type="checkbox"/> テレビの音量は本人の聴力に合っていますか <input type="checkbox"/> 本人にとって適切な温度や湿度ですか <input type="checkbox"/> 本人にとって不快なおいはありませんか <input type="checkbox"/> 洋服の着脱による温度調節ができなくなることを知っていますか

## 5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 同じことを何回も声かけしている</li> <li><input type="checkbox"/> 声かけなしで、服を脱がす</li> <li><input type="checkbox"/> 人のいるところで「トイレに行きましょう」と声をかけている</li> <li><input type="checkbox"/> 援助者が異性のため羞恥心がある</li> <li><input type="checkbox"/> 命令や指示の言葉が多い</li> <li><input type="checkbox"/> 無理に着替えさせようとしている</li> <li><input type="checkbox"/> 本人と援助者の信頼関係ができていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 関わりは不足していませんか</li> <li><input type="checkbox"/> どんな話が好きで、どんな話が嫌いですか</li> <li><input type="checkbox"/> 介助をする前の声かけ説明はしていますか</li> <li><input type="checkbox"/> プライバシーに配慮した声かけや場所となっていますか</li> <li><input type="checkbox"/> 声かけの距離やタイミングに配慮していますか</li> <li><input type="checkbox"/> 本人との信頼関係は築けていますか</li> <li><input type="checkbox"/> 飲食と排尿関係の状況は把握していますか</li> <li><input type="checkbox"/> 行為の途中で、何をしているのか忘れることを理解していますか</li> <li><input type="checkbox"/> 言葉がわかりにくいことがあることを理解していますか</li> </ul>

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>手すりがないので一人で歩いたりできない</li> <li><input type="checkbox"/>トイレトペーパーのある場所がわからない</li> <li><input type="checkbox"/>汚れたものを捨てるバケツがない</li> <li><input type="checkbox"/>自分がやりたいことができる環境がない (畑、花壇づくり等)</li> <li><input type="checkbox"/>使い慣れないトイレなので勝手がわからなくて不安</li> <li><input type="checkbox"/>自分のいた環境が変わっているのが不安</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>自立支援するための手すり等の設備は整えられていますか</li> <li><input type="checkbox"/>本人にとって必要な物品が整えられていますか</li> <li><input type="checkbox"/>環境の変化の影響は考えられませんか</li> <li><input type="checkbox"/>使い慣れたトイレを選択していますか</li> <li><input type="checkbox"/>排泄中の相手を思いやった言葉がけができていますか</li> <li><input type="checkbox"/>水の流し方がわからず混乱することを知っていますか</li> <li><input type="checkbox"/>ズボンを自分ではけないことを知っていますか</li> <li><input type="checkbox"/>できないこと、わからないことは、不安や混乱によって増幅することを知っていますか</li> </ul>

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 援助者のペースでどんどん進められてしまう <input type="checkbox"/> 少しふらつきがあるからという理由で、全介助として便器に座らされる <input type="checkbox"/> できると思っているのに無理に介助される <input type="checkbox"/> 手すりがあればできるのに歩行介助で誘導される <input type="checkbox"/> 自分でしたいと思って動くときと制止される	<input type="checkbox"/> 補助具等の検討はしていますか <input type="checkbox"/> 「トイレで排泄する」ということは、本人にとって、どのような意味をもっていますか <input type="checkbox"/> 本人が少しでも一人でできるためにどんな工夫がされていますか <input type="checkbox"/> プライドを傷つけない配慮をしていますか

## 8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 一人暮らしが長く、大人数での暮らしになじまない <input type="checkbox"/> 他にやりたいことがあるのに、トイレや着替えを押しつけられる <input type="checkbox"/> 何をしたいかわかって支援してほしい <input type="checkbox"/> 習慣や癖や好みをわかってもらえない <input type="checkbox"/> 指示や命令されたくない	<input type="checkbox"/> 本人の生活歴を把握していますか <input type="checkbox"/> 発症前の生活習慣を把握していますか <input type="checkbox"/> 生活の中でのこだわりを把握していますか <input type="checkbox"/> 本人の希望を優先したケアとなっていますか <input type="checkbox"/> 一人でゆっくり過ごす時間や居場所はどのように確保していますか

## 6 繰り返し聞く

アルツハイマー型認知症の人に典型的にみられます。さっきの出来事記憶の障害があるために繰り返し尋ねるようになってしまいます。本人はその都度、初めて尋ねているつもりでいます。援助者が接する場合には、その都度きちんと答えることによって本人は安心できます。しかし、自宅では家族はなかなか援助者と同じような対応はできません。24時間365日同じことを尋ねられていればその大変さは筆舌に尽くしがたいでしょう。援助者は介護者や家族の気持ちにいかに共感できるかも求められています。

ひもとき  
チェック

### 繰り返し聞く

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 飲み忘れがないか気になる	<input type="checkbox"/> 薬の副作用の影響は考えられませんか
<input type="checkbox"/> 飲み残しや間違いがないか不安になる	<input type="checkbox"/> 心身に大きな負担がかかるような病気や怪我をしたことがありますか
<input type="checkbox"/> 薬により理解力の低下や混乱がある	<input type="checkbox"/> 本人が気にしている飲み忘れや飲み残しに対しての配慮していますか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 便秘や下痢がある <input type="checkbox"/> 体の痛みがあるがうまく表現できない <input type="checkbox"/> 夜、なかなか寝付けなくて不安になる <input type="checkbox"/> かゆみがあり落ち着かない <input type="checkbox"/> お腹がすいている	<input type="checkbox"/> 排便状況を把握していますか <input type="checkbox"/> 食事の満足感は得られていますか <input type="checkbox"/> かゆみを伴うような皮膚疾患はありませんか <input type="checkbox"/> 不眠の影響は考えられませんか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的 背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> どうしていいのかわからず不安 <input type="checkbox"/> 不安なことや気になることがある <input type="checkbox"/> 居場所がなく不安 <input type="checkbox"/> トイレの失敗をするのではないかと気になって仕方がない <input type="checkbox"/> 失敗をしてみんなに迷惑をかけたり、笑われたくない	<input type="checkbox"/> 聞くことが多い時間やその時の周りはどうな状況ですか <input type="checkbox"/> 失敗を気にしている様子はありませんか <input type="checkbox"/> 居場所への配慮はされていますか <input type="checkbox"/> 不安なことや気になることがあると感じることはどんなことですか

**4** 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 暗すぎて不安 <input type="checkbox"/> まわりが静かすぎて不安 <input type="checkbox"/> 味がわからないため繰り返し尋ねる	<input type="checkbox"/> 明るさや暗さへの配慮は適切ですか <input type="checkbox"/> 音への配慮は適切ですか

**5** 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 家族がそばにいないため気になり繰り返し聞く <input type="checkbox"/> 周囲に誰もいないと、「みんなはどうしたの」と不安になる <input type="checkbox"/> 早口で説明されるので理解できない <input type="checkbox"/> はっきり聞こえないので自分の悪口を言っていると誤解する <input type="checkbox"/> 思いどおりのケアをしてくれない	<input type="checkbox"/> 声かけの速さや口調は適切ですか <input type="checkbox"/> 本人の意向に沿ったケアですか <input type="checkbox"/> 不安になったり猜疑心をもたないような配慮をしていますか

**6** 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 自分のやりたいことができる環境になっていない 例) 畑をしたいが道具がない、本が好きだが近くに本がない <input type="checkbox"/> 自分の安心できる使い慣れたものやなじみのものが居室にない	<input type="checkbox"/> したいことができる環境を整えていますか <input type="checkbox"/> 本人の使い慣れたものやなじみのものを置く配慮がされていますか

**7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 役割がない <input type="checkbox"/> 自分では上手にできているのにさせてもらえない	<input type="checkbox"/> 得意なことをできる場面作りがされていますか <input type="checkbox"/> できることとできないことを把握していますか

**8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 昔の仕事のことを気にして何回も聞く <input type="checkbox"/> こだわりが解消されないのでもういつまでも気になっている <input type="checkbox"/> 満足感を得られる役割がない	<input type="checkbox"/> 生活歴を把握していますか <input type="checkbox"/> 本人の好みやこだわりを尊重した生活となっていますか

## 7 引きこもり・意欲がない・無気力

認知症では睡眠障害に次いで意欲・自発性の低下はしばしばみられる症状です。抑うつ症状と間違われることがあります。人格の変化としてもっとも一般的な症状になります。今まで進んでやってきた日課をしなくなる、おっくうが増えたりします。特に、血管性認知症ではもっとも共通してみられる精神症状です。デイサービスなどに何とか出かけてもらおうとしても、頭が痛いとか、具合が悪いからと理由をつけて出たがらないことがしばしばありますが、自発性の低下によることもあります。



### 引きこもり、意欲がない、無気力

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 薬の影響でぼんやりして意欲がない	<input type="checkbox"/> うつ病など認知症以外の病気による影響は考えられませんか
<input type="checkbox"/> 認知症の初期の症状として意欲の低下がみられる	<input type="checkbox"/> 現在服用している薬の作用、副作用による影響は考えられませんか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮や筋力の低下などの痛みにより 意欲がない <input type="checkbox"/> 体のどこかに痛みがあり意欲がない <input type="checkbox"/> 便秘や不眠などがあり意欲がない <input type="checkbox"/> 脱水により意欲がない <input type="checkbox"/> 食欲がなく意欲もない	<input type="checkbox"/> 体の痛みや不快感などの訴えはありませんか <input type="checkbox"/> 睡眠リズムは整っていますか <input type="checkbox"/> 排便コントロールは順調ですか <input type="checkbox"/> 脱水や食欲不振などはありませんか <input type="checkbox"/> 認知症以外の疾患から起こる不快感や痛み はありませんか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的 背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 悲しくて寂しい <input type="checkbox"/> わからないことが多すぎる <input type="checkbox"/> あきらめの気持ちが強い <input type="checkbox"/> 病気の今後のことが不安	<input type="checkbox"/> 認知症の原因は確認しましたか <input type="checkbox"/> もともとの本人の性格を考慮してみましたか <input type="checkbox"/> 本人がどのように病気を受け止めているか を考えていますか <input type="checkbox"/> 将来についてどのように考えているかを聴 いたことがありますか <input type="checkbox"/> 本人の訴えに耳を傾けていますか <input type="checkbox"/> 苦しみや悲しみを思うように訴えられない こともあると知っていますか

**4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 本人なりの理由がある	<input type="checkbox"/> 昼夜の時間変化がわかるように、照明の工夫や窓やカーテンの開閉など、心地よい刺激の確保に努めていますか <input type="checkbox"/> 不安感を大きくするような騒音や日差し、温度、照明などを避ける配慮をしていますか

**5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 家族の面会を忘れてしまい、長く会っていないと思っている <input type="checkbox"/> 知らない人や場所で怖さや不安がある <input type="checkbox"/> 本人に合ったかかわり方(タイミング・ペース)がされていない	<input type="checkbox"/> 家族などの面会は定期的にありますか <input type="checkbox"/> 家族との関係は良好でしょうか <input type="checkbox"/> 家庭や社会における役割がないと感じていませんか <input type="checkbox"/> 利用者同士の関係づくりに配慮していますか <input type="checkbox"/> 緊張感の高い時間が多くなってはいませんか(一人になれる時間や場所が少ないなど) <input type="checkbox"/> 本人にとっての安心できるかかわりを考えていますか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 意欲を引き出すような物品が身近にない <input type="checkbox"/> 慣れないものが多くて不安が高まり引きこもる	<input type="checkbox"/> 本人の使い慣れた家具や物品が身近にありますか <input type="checkbox"/> 使い方がわからずに、手が出せなくなっているはいませんか <input type="checkbox"/> 以前の暮らしに少しでも近づけるように工夫していますか <input type="checkbox"/> わかりやすい目印など動きやすい工夫をしていますか

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 自分のペースではないことを感じている <input type="checkbox"/> 失敗をすると恐れている	<input type="checkbox"/> 以前の日課などを知っていますか <input type="checkbox"/> 家庭生活で見られる日課(調理や洗濯など)を設けて、本人の活動への動機づけを考えていますか <input type="checkbox"/> できるだけ本人の自立能力を高めるためのかわり方を考え、支援していますか <input type="checkbox"/> 他者との交流を促す機会を設けるように配慮していますか <input type="checkbox"/> できることとできないことをしっかりと見極めてかわることが大切だと知っていますか <input type="checkbox"/> 自信につながるようなかわりを考えていますか

8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 以前の生活習慣との差異にとまどっている	<input type="checkbox"/> 好みやこれまでの生活様式などの状況を十分に把握していますか <input type="checkbox"/> 就寝や食事、入浴時間など本人の状況や過去に合わせる配慮をしていますか <input type="checkbox"/> 本人の願いや望みを知っていますか <input type="checkbox"/> 過去の出来事など、本人とたくさん話をしていますか

## 8 着替えられない

もともとおしゃれだった人が、いつも同じ服を着ているという変化はしばしば認知症の初期からみられます。意欲の低下が背景にありますし、認知症が進行すると、自分で服装を選ぶことが難しくなります。気候にあった服装ができなくなるなどの変化も起きてきます。

ひもとき  
チェック

### 着替えられない

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 薬の影響でぼんやりしていて着替えられない	<input type="checkbox"/> 認知症以外の疾患による影響は考えられませんか
<input type="checkbox"/> 認知機能障害のために着替えられない	<input type="checkbox"/> 現在飲んでいる薬の作用、副作用による影響は考えられませんか
	<input type="checkbox"/> 薬剤の変更や増減などによる影響は考えられませんか
	<input type="checkbox"/> 既往歴の中で影響と考えられるものはありますか

**2** 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を  
考えてみましょう

こんなことは考えられますか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 関節などが痛み、着替えられない	<input type="checkbox"/> 体の痛みや不快感などの訴えはありませんか  <input type="checkbox"/> 睡眠リズムは整っていますか

**3** 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的  
背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられますか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 衣類を盗られると思っている	<input type="checkbox"/> 起床時や入浴時など、着替える時の気分や表情はいつもと違いますか

**4** 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を  
与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられますか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 寒くて着替えるのがおっくう <input type="checkbox"/> 昼夜の区別がつかず、いつ着替えればいいのかわからない <input type="checkbox"/> 恥ずかしい	<input type="checkbox"/> プライバシーの確保に配慮していますか

## 5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 着替えを無理強いされると思っている <input type="checkbox"/> 着替えがうまくいかず叱られたことがある	<input type="checkbox"/> 本人のできる部分、できない部分をしっかりと見極めていますか <input type="checkbox"/> できない部分を支援する関わりを考えていますか <input type="checkbox"/> 着やすい衣類や手順などを考えて提供していますか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> どこに服があるのかわからず、探しだせない <input type="checkbox"/> 着なれた服が見つからない	<input type="checkbox"/> 以前の暮らしに少しでも近づけるように工夫していますか

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 着替えのタイミングが以前の生活と違う	<input type="checkbox"/> 以前の日課などを知っていますか <input type="checkbox"/> 本人の自立能力を高めるかかわり方を考え、支援していますか <input type="checkbox"/> できることとできないことをしっかりと見極めてかかわることが大切だと知っていますか

## 8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/>生活習慣の変化にとまどっている</li><li><input type="checkbox"/>着替えるのはいつも入浴後と決まっていた</li><li><input type="checkbox"/>もともと着替えはあまりしない人だった</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/>本人や家族などから好みや生活などの状況を十分に把握していますか</li><li><input type="checkbox"/>生活全般をできるだけ本人の状況や過去に合わせる配慮をしていますか</li><li><input type="checkbox"/>本人の願いや望みを知っていますか</li><li><input type="checkbox"/>過去の出来事など本人とたくさん話をしていますか</li></ul>

## 9 「家に帰る」と繰り返す

いわゆる帰宅欲求です。寂しいだけなのでしょう。昔の家を懐かしく思っているのでしょうか。認知症になると、それだけではないようです。長く生活しているところであっても、自分の居場所と思えないことがあるかもしれません。認知症の重症度によって色々な障害が出現しますが、帰宅願望も、それぞれの重症度により、それぞれ異なる理由があって出現することを理解しておいてください。



### 家に帰ると繰り返す

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 認知機能障害のため理解力が低下し、混乱している	<input type="checkbox"/> 認知症の症状を把握し、ストレスを感じないよう配慮していますか
<input type="checkbox"/> 薬の副作用がある	<input type="checkbox"/> 認知症の診断名とその特徴に配慮したケアをしていますか
<input type="checkbox"/> 感染症や脱水症、うつなどによる意識障害がある	<input type="checkbox"/> 現在の疾患や過去の既往が原因となっていることは考えられませんか
<input type="checkbox"/> 視力、聴力障害による認識力の低下により、居場所の判断がつかない	<input type="checkbox"/> 脱水症や水分の不足で、意識障害を起していることは考えられませんか
	<input type="checkbox"/> 一日の水分摂取量はどれぐらいですか
	<input type="checkbox"/> 抗精神病薬、抗不安薬等の副作用の影響はありませんか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 何となく体調に違和感があり、安心できない	<input type="checkbox"/> 環境になじめずに、不眠などが原因となっていることはありませんか <input type="checkbox"/> 今居るところはどこだと理解していますか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的 背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 家族に会えなくて寂しい <input type="checkbox"/> 援助者やまわりの人に世話になっている気持ちが強く、申し訳なく感じてしまう <input type="checkbox"/> 自分が受けたケアに対して、お金を支払えず、心苦しい <input type="checkbox"/> 排泄や入浴などの支援を受けることが恥ずかしい <input type="checkbox"/> 自分自身の身体的な機能低下に怒りや悲しさを感じている	<input type="checkbox"/> 家族との関係は良好ですか <input type="checkbox"/> 身体の不自由さを本人はどのように受け止めていると思いますか <input type="checkbox"/> プライバシーや羞恥心に対する配慮が十分にできていますか <input type="checkbox"/> もともとの本人の性格について考えてみましたか

#### 4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 他利用者の声や物音、援助者の声や足音が本人にとって不快な音になっている <input type="checkbox"/> これまでの環境と比べて部屋が明るすぎる、または暗すぎる <input type="checkbox"/> 食事が口に合わない <input type="checkbox"/> 部屋や共有スペースのにおいが我慢できない <input type="checkbox"/> 部屋の温度が暑い、寒い	<input type="checkbox"/> 周囲が騒々しく、落ち着ける環境になっていないことはありませんか <input type="checkbox"/> 本人にとって不快な明るさになっていませんか <input type="checkbox"/> 本人の嗜好や味の好みに配慮していますか <input type="checkbox"/> 本人にとってなじみのないにおいはありませんか <input type="checkbox"/> 本人の感覚に合わせて温度管理ができていますか <input type="checkbox"/> 人の声が多く混乱していませんか

#### 5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 自分の気持ちをわかってもらえない <input type="checkbox"/> 家族の面会が少なく、一人ぼっちに感じてしまう <input type="checkbox"/> 訴えや要望を聞いてもらえない不満がある <input type="checkbox"/> 家族の面会后、悲しみや不安を感じる <input type="checkbox"/> 援助者が忙しそうにしているため、落ちつかない	<input type="checkbox"/> 話を真剣に聞いてくれない、思いに応えてくれないという思いはありませんか <input type="checkbox"/> 援助者の慌ただしさや忙しさが影響していませんか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 自宅と施設の居室やトイレ等の環境の違いに戸惑っている（なじみのものがない） <input type="checkbox"/> トイレや洗面所などの場所が遠い	<input type="checkbox"/> 以前の暮らしの環境に近いしつらえができていますか <input type="checkbox"/> 本人が安心できる、周辺環境や身近な設備が準備できていますか

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 散歩したいが、安全のために行動が制限されてしまう <input type="checkbox"/> 何も役割やすることがない	<input type="checkbox"/> 生活の中で発揮できる能力を正しく把握できていますか <input type="checkbox"/> 安全のためとって、本人が望む行動を制限していることはありませんか <input type="checkbox"/> 役割を持つなど、個人に合わせた生きがいを感じる活動は行われていますか

## 8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 以前していた仕事にまだ行っていると思っているので、仕事が終わったら家に帰りたい <input type="checkbox"/> 自宅での日課と施設での日課の違いに戸惑う <input type="checkbox"/> 自宅では家族と暮らしていたため、家族がいなくて不安 <input type="checkbox"/> 自宅とは違う、集団での生活環境への不安がある <input type="checkbox"/> 自分の家と思えない	<input type="checkbox"/> 以前の24時間の日課、過ごし方について知っていますか <input type="checkbox"/> 以前の趣味や生活歴の理解ができていますか <input type="checkbox"/> 家族の協力を得ることができていますか <input type="checkbox"/> 集団での生活になって、本人が不便を感じている様子はありませんか

## 10 「ものを盗られた」と訴える

もの盗られ妄想のことです。認知症になってから進行の途中で出現する妄想のひとつです。不信感が一杯でしょうね。怖いでしょうね。混乱して泣きたくなるでしょうね。どのように対応したらもの盗られ妄想が少なくなるのでしょうか。心が軽くなるのでしょうか。やはり、認知症の進行段階によってその背景は異なりますから、対応も変わります。同じような症状なのに・・・。妄想はケアだけで解決できない症状の1つです。妄想のために、本人や援助者に危険が及ぶような場合には薬物療法も選択肢の1つとして考えましょう。



### 「ものを盗られた」と訴える

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 視力、聴力障害のために周囲の言動などを被害的に受け止めてしまう	<input type="checkbox"/> 認知症の診断名とその特徴に配慮したケアを行っていますか <input type="checkbox"/> 薬の副作用による影響は考えられませんか <input type="checkbox"/> 脱水症などで意識障害を起こしていることは考えられませんか <input type="checkbox"/> 一日の水分摂取量はどれぐらいですか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 不眠などのため、生活パターンが崩れ、気分が不安定になっている <input type="checkbox"/> 身体的な痛みのため、思うように動けない	<input type="checkbox"/> 環境になじめずに、不眠などが原因となっていることはありませんか <input type="checkbox"/> 空腹感、不快感、痛み、倦怠感、めまいなど現在の体調を把握できていますか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 財布など、本人が手元に置いておきたいものを必要以上に管理している	<input type="checkbox"/> 本人の性格を理解して、身の回りのケアを行っていますか <input type="checkbox"/> 整理を行う際は勝手にせず、一緒に行うなどの配慮はできていますか

## 4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 周囲の騒がしさを被害的に受け止めてしまう <input type="checkbox"/> 暑さ、寒さを感じた時に着たい服がない <input type="checkbox"/> 夜間の物音や人影に不安になる	<input type="checkbox"/> 周囲が騒々しい環境で、落ち着けない環境ではありませんか <input type="checkbox"/> 夜間不眠で、不安が強くなることはありませんか

## 5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>話を十分に聞いてくれない</li> <li><input type="checkbox"/>役割がない</li> <li><input type="checkbox"/>「そんなことはない」と否定されてしまう</li> <li><input type="checkbox"/>すべて援助者が整理整頓をし、どこにあるのかわからなくなってしまう</li> <li><input type="checkbox"/>本人の意向に沿わない対応をしているため盗られたと訴える</li> <li><input type="checkbox"/>援助者のかかわり方（言葉使いや指示的な態度）に不信感を持ち、その援助者に盗られたように思う</li> <li><input type="checkbox"/>仲良しの利用者などの、もの盗られの訴えの影響を受けて、自分も不安に思う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>本人の話や訴えに対して、しっかりと耳を傾けていますか</li> <li><input type="checkbox"/>本人の意向を把握した上でケアができていますか</li> <li><input type="checkbox"/>援助者の慌ただしさや忙しさが影響していることはありませんか</li> <li><input type="checkbox"/>援助者自身の指示的な態度や語気の強さなどで、悪い影響を与えていることはありませんか</li> </ul>

**6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> いつも同じ場所にものを置いていないために、不安に思ったり、なくなったと感じてしまう</li> <li><input type="checkbox"/> 必要なものがすぐに見つけれないしつらえになっている</li> <li><input type="checkbox"/> ものの置き場所が以前の生活とは違う場所になっている</li> <li><input type="checkbox"/> ものが多すぎて目的のものがみつけれない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 身近に置かれていたなじみのものなどの把握はできていますか</li> <li><input type="checkbox"/> 以前の暮らしの環境に近いしつらえができていますか</li> <li><input type="checkbox"/> 本人が納得できる、周辺環境や身近な設備が準備できていますか</li> <li><input type="checkbox"/> 場所は、今までの生活環境、位置とどれだけ異なりますか</li> </ul>

**7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 本人が手元に置いておきたいものを必要以上に管理している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 生活の中で発揮できる能力を正しく把握できていますか</li> <li><input type="checkbox"/> 安全のためとって、本人が望む行動を制限していることはありませんか</li> <li><input type="checkbox"/> 役割を持つなど、個人に合わせた生きがいを感じる活動は行われていますか</li> </ul>

## 8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> いつもあったものが近くにないために、不安に思ったり、なくなったと感じてしまう <input type="checkbox"/> 自宅や自分のイメージと現在の環境の違いにより不安を感じて、盗られたと思ってしまう	<input type="checkbox"/> 以前の24時間の日課、過ごし方について知っていますか <input type="checkbox"/> 以前の趣味や生活歴の把握ができていますか <input type="checkbox"/> 以前の暮らしの環境に近いしつらえができていますか

## 11 服薬したがらない

いわゆる拒薬という状況です。もちろん、好んで薬を内服する習慣がなければ、飲むようにいわれても怖いでしょう。その人にとって習慣がない行為なのかどうかを知っておくことは大切です。



ひもとき  
チェック

### 服薬したがらない

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 薬を飲むと具合が悪くなると思っている	<input type="checkbox"/> 認知症の診断名とその特徴に配慮したケアを行なっていますか
<input type="checkbox"/> 認知機能の低下で薬が他のものに見える	<input type="checkbox"/> 薬の副作用による影響は考えられませんか
<input type="checkbox"/> 内服薬の量が多く、苦痛に感じている	<input type="checkbox"/> 脱水症などで、意識障害を起こしていることは考えられませんか
	<input type="checkbox"/> 一日の水分摂取量はどれぐらいですか
	<input type="checkbox"/> 薬の種類を減らすことができないか、医師に相談したことはありますか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 緩下剤を飲んでいて、腹部の不快感や失禁が気になる <input type="checkbox"/> 身体的痛みなどが服薬により悪化すると感じている	<input type="checkbox"/> 下剤が効きすぎている、または排泄のサインを見過ごしてはいませんか <input type="checkbox"/> 空腹感、不快感、痛み、倦怠感、めまいなど現在の体調を把握できていますか <input type="checkbox"/> 排泄間隔や量の把握は正確ですか <input type="checkbox"/> 服用後の身体不良の訴え（口渇、灼熱感、倦怠感、眠気、便秘、下痢、味覚障害、嘔吐、頻尿、失禁など）はありませんか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的 背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 内服薬の理解が難しく、服薬に不安や恐怖を感じている <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいなくても、すでに飲んでいると思い込んでいる <input type="checkbox"/> 何を飲まされているか分からないため不安 <input type="checkbox"/> 薬を飲んで治らないと、悲観的になっている	<input type="checkbox"/> 認知症の基本症状（中核症状）について理解できていますか、またその上で現在、本人が抱えている気持ちを理解できていますか <input type="checkbox"/> 薬の形状や種類などについての検討をしていますか <input type="checkbox"/> 何の薬か把握、説明した上で服薬を勧めていますか

#### 4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 薬の味が嫌なので拒否している	<input type="checkbox"/> 薬の形態等（大きさ、味）が本人に苦痛を与えていませんか <input type="checkbox"/> 援助者の慌ただしさや忙しさが、影響していることはありませんか

#### 5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 援助者に不信感がある <input type="checkbox"/> 何度も勧められることで、強制的に飲まされと思っている <input type="checkbox"/> 援助者のかかわり方（言葉使いや指示的な態度）に、不満や怒りを感じている <input type="checkbox"/> 援助者が薬の説明をしないまま服薬を強制している <input type="checkbox"/> 援助者によって服薬介助の仕方が異なる	<input type="checkbox"/> 日頃から訴えや要望に対して、しっかり聞いてくれないという不満や不信感をもたれていませんか <input type="checkbox"/> 無理に勧めるのではなく、時間を空けて勧めるなどの工夫をしていますか <input type="checkbox"/> 援助者自身の指示的な態度や語気の強さなどで、悪い影響を与えていることはありませんか <input type="checkbox"/> 何の薬か把握、説明した上で服薬を勧めていますか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 包装シートからの取り出し方がわからない	<input type="checkbox"/> 服薬しやすくするための工夫は検討しましたか

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 自分でできるのに、援助者が服薬介助を行ってしまっている	<input type="checkbox"/> 生活の中で発揮できる能力を正しく把握できていますか <input type="checkbox"/> 安全のためとって、本人が望む行動を制限していることはありませんか

## 8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 自宅での服薬時間と入居後の服薬時間が違っている	<input type="checkbox"/> 自宅での日課（生活習慣）と施設での日課のズレが原因となっていませんか
<input type="checkbox"/> 若い頃は病気をしたことがなく、服薬の習慣がなかった	<input type="checkbox"/> 以前にどのような暮らしをしていたのか知っていますか
<input type="checkbox"/> 薬を飲まなくても元気だと思っている	<input type="checkbox"/> どのような手順で内服する習慣があったか知っていますか
<input type="checkbox"/> 今までどおりの手順で内服できない	

## 12 大声・奇声をあげる

大声をあげていると、一緒に生活している人がびっくりしますよね。嫌だという人もいるでしょう。自己主張なの？ おもしろいの？ 混乱しているの？ 不安なの？ 不穏っていうの？ どうしたら、大声、奇声が少なくなるの？ やはり、認知症という病気によって生じている場合があります。もちろん、体調の変化、薬などによっても起きます。



ひもとき  
チェック

### 大声・奇声をあげる

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 難聴がある	<input type="checkbox"/> 認知症以外の病気の罹患は考えられませんか
<input type="checkbox"/> 幻聴や妄想がある	<input type="checkbox"/> 服用している薬の種類・内容を知っていますか
<input type="checkbox"/> 自分の思いを適切に伝えられない	<input type="checkbox"/> 認知症の診断名を知っていますか
	<input type="checkbox"/> 幻聴・妄想が影響しているとは考えられませんか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 関節痛や腹痛等の痛みを伴う病気にかかっている <input type="checkbox"/> 身体の痛み、便秘、不眠、発熱などがある	<input type="checkbox"/> 痛みが予測される身体の変化はありますか <input type="checkbox"/> 睡眠は十分ですか <input type="checkbox"/> 排便に関する苦痛はありますか <input type="checkbox"/> 便の形状や量を知っていますか <input type="checkbox"/> 食事摂取量を把握していますか <input type="checkbox"/> 食事は本人にとって十分な量ですか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的 背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 感情のコントロールができない <input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 自分の思いを伝えられない	<input type="checkbox"/> 孤立して生活をしていませんか <input type="checkbox"/> 大声・奇声以外に生活に対する不満を思わせる言動はありますか

## 4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を 与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> まわりが騒がしい <input type="checkbox"/> 本人にとって不快な光、嫌いな味、不快なにおいがある <input type="checkbox"/> 大声を出す人がそばにいるので不快に感じている	<input type="checkbox"/> 音が影響しているとは考えられませんか <input type="checkbox"/> 光が影響しているとは考えられませんか <input type="checkbox"/> においが影響しているとは考えられませんか <input type="checkbox"/> 室温や湿度は適切ですか <input type="checkbox"/> まわりのざわつきが原因とは考えられませんか

## 5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> なぜそのケアを受けるのかが理解できない <input type="checkbox"/> 危害を加えられるという恐怖感を感じる <input type="checkbox"/> トイレに行きたいのに適切に関わってもらえない <input type="checkbox"/> 自分の居場所がない <input type="checkbox"/> 突然声をかけられたり、体に触られたりしている <input type="checkbox"/> 行きたいと思う所に行けない	<input type="checkbox"/> 声のかけ方は適切ですか <input type="checkbox"/> その人との触れ合いは適切にできていますか <input type="checkbox"/> 意思確認が十分でないまま、ケアが開始されていませんか <input type="checkbox"/> 安心できる空間（時間）はありますか <input type="checkbox"/> プライバシーに配慮していますか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 見慣れないものの中で生活していて不安 <input type="checkbox"/> ここが何処なのかわからない <input type="checkbox"/> まわりの人が誰なのかわからない <input type="checkbox"/> 表札や表示がわからない <input type="checkbox"/> カレンダーや時計がわからない <input type="checkbox"/> 備品が合っていないため使いにくい <input type="checkbox"/> 電化製品などの器具の使い方が複雑だったり、わかりにくい <input type="checkbox"/> 箸や食器などの日用品が思うように使えない	<input type="checkbox"/> 環境の変化による影響が考えられませんか <input type="checkbox"/> 持っている力を把握していますか <input type="checkbox"/> 持っている力は発揮できていますか <input type="checkbox"/> しつらえが影響を与えているとは考えられませんか <input type="checkbox"/> 器具などが使えているかどうか確認していますか <input type="checkbox"/> 自助具などに対する配慮はありますか

**7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 能力以上の活動をさせられている <input type="checkbox"/> 本人の望まない活動に参加させられている <input type="checkbox"/> プライドを傷つけるような活動に参加させられている	<input type="checkbox"/> 活動の内容や時間が影響していませんか

**8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 援助者の都合でケアが行われている <input type="checkbox"/> 良かれと思って行っているケアが合っていない <input type="checkbox"/> 習慣やこだわりがある	<input type="checkbox"/> 生活歴を把握していますか <input type="checkbox"/> 援助者の価値観が優先されていませんか <input type="checkbox"/> 生活の習慣やこだわりを把握していますか

## 13 排泄の混乱

認知症では排泄の混乱がしばしばみられます。トイレ以外での排泄や、便器の使い方がわからないこともあるでしょう。便意や尿意を感じていても、トイレに間に合わないこともあります。



ひもとき  
チェック

### 排泄の混乱

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 利尿薬や下剤が過剰投与されている <input type="checkbox"/> 場所の見当識障害がある	<input type="checkbox"/> 降圧剤や利尿薬、下剤、睡眠導入剤・向精神薬等の影響や副作用が考えられませんか <input type="checkbox"/> 認知症の病名を知っていますか <input type="checkbox"/> タイプ別尿失禁を把握していますか（機能性、横溢性、腹圧性など） <input type="checkbox"/> 幻聴・妄想があると考えられますか <input type="checkbox"/> 着衣失行による失禁は考えられませんか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 残便による不快感や便秘が原因で、自分で肛門に触ってしまう <input type="checkbox"/> 皮膚疾患によるかゆみがある <input type="checkbox"/> 食べ物と思い込んで口に運んでしまう	<input type="checkbox"/> 排尿、排便パターンやその形状を把握していますか <input type="checkbox"/> 生活リズムが崩れてはいませんか <input type="checkbox"/> 食事摂取量を把握していますか <input type="checkbox"/> 皮膚の観察は行っていますか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的 背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 排泄後の処理を自分でしようとしている	<input type="checkbox"/> 孤立した生活をしていませんか <input type="checkbox"/> 失禁があっても誰からも責められない環境ですか <input type="checkbox"/> コミュニケーションはとれていますか <input type="checkbox"/> 他の利用者から疎外されていませんか

## 4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を 与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> トイレの中が暗い <input type="checkbox"/> トイレの表示がわかりにくい	<input type="checkbox"/> 排泄後の処理はこまめに行っていますか <input type="checkbox"/> トイレの表示はわかりやすいですか

## 5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 失禁に対して叱られたことがある <input type="checkbox"/> 排便後のオムツの不快感により手を入れてしまう	<input type="checkbox"/> 生活の多くが排泄にかかわることになっていませんか <input type="checkbox"/> 家族とのつながりが切れていませんか <input type="checkbox"/> オムツ外しが本人のトイレに行きたいというサインと考えられませんか <input type="checkbox"/> 排便後のオムツが汚れたままになっていませんか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 間に合わない、トイレの場所がわからない、ドアの開け方がわからない、使い方がわからないなど <input type="checkbox"/> 便をゴミと思いこんでつかんでしまう	<input type="checkbox"/> オムツを外したくなるような不快な環境になっていませんか <input type="checkbox"/> トイレや洗面所の場所の表示などはわかりやすい環境になっていますか

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 排泄の後始末がうまくいかない <input type="checkbox"/> 便を認識できない <input type="checkbox"/> オムツから便を取り出そうと手を入れてしまい、その汚れた手をシーツや衣類、壁などで拭き取ろうとする <input type="checkbox"/> 羞恥心で排泄の失敗を隠そうとする	<input type="checkbox"/> 本人の有する能力を見極めて役割を作っていますか <input type="checkbox"/> 日中は離床していますか <input type="checkbox"/> 周囲に心地よく感じられるものがありますか

## 8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 認知機能の低下によってポータブルトイレがバケツやタライに思えてしまう <input type="checkbox"/> オムツに抵抗感がある	<input type="checkbox"/> 生活歴を把握していますか <input type="checkbox"/> 病前の排泄のスタイルを把握していますか <input type="checkbox"/> 漫然とオムツをつけていませんか

## 14 トイレ以外での排泄

どうしてこんなところで堂々と排尿行為をするの？びっくりするばかりですね。困りますという気持ちと同時に、二度としないように注意が必要と考えますよね。どうして？の手がかりになるとありがたいです。もちろん、注意することで傷ついてしまい、傷ついた心が残ったり、努力してもまた同じことをしてしまうことがあるのはご存じだと思います。認知症という病気を理解して、放尿せざるを得ないことを理解してみてください。



ひもとき  
チェック

### トイレ以外での排泄

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 神経の機能障害等により、尿意がわからなくなる	<input type="checkbox"/> 認知症の症状や特徴を理解してケアにあっていますか
<input type="checkbox"/> 場所の見当識障害	<input type="checkbox"/> 利尿薬や降圧剤による副作用が考えられますか
<input type="checkbox"/> 膀胱炎などで排尿回数が増えている	<input type="checkbox"/> 向精神薬・睡眠薬は服用していますか
	<input type="checkbox"/> 向精神薬・睡眠薬の副作用を理解していますか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 膀胱炎などの痛みがある <input type="checkbox"/> 便秘など腹部の不快感がある <input type="checkbox"/> 不眠などによるふらつきのため、トイレま で行けない	<input type="checkbox"/> 身体に炎症などおこしていませんか <input type="checkbox"/> 排尿パターンを把握していますか <input type="checkbox"/> 睡眠や休息時間は十分に取れていますか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的 背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> トイレまでの距離が遠いので、そこまで行 くのが面倒と感じている <input type="checkbox"/> 他者との関係が築けず、怒りを感じている <input type="checkbox"/> 排泄のケアに対する遠慮がある <input type="checkbox"/> 過去にトイレで転倒したなど、痛みを伴う 経験がある	<input type="checkbox"/> トイレまでの距離や移動の手順などが、わ かりやすく表示されていますか <input type="checkbox"/> 他の利用者・援助者とコミュニケーション が図れていますか <input type="checkbox"/> 病前の性格を知っていますか <input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄する習慣がありませんで したか

**4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> トイレの雰囲気になじめない <input type="checkbox"/> トイレ内や周辺がうるさくて落ち着いて排泄できない <input type="checkbox"/> 明るすぎて落ち着かない <input type="checkbox"/> においや便器の汚れなど不快な経験をしたことがある <input type="checkbox"/> トイレが寒い、暑い	<input type="checkbox"/> 本人にとって不快と感じる感覚的な苦痛がないか、環境を見直していますか <input type="checkbox"/> 快適に排泄ができるよう、掃除などが徹底されていますか

**5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> かかわりが少ないことで孤立している <input type="checkbox"/> 排泄誘導のケアが適切でない <input type="checkbox"/> 援助者のペースに順応できず、機嫌を損ねている	<input type="checkbox"/> 排泄の失敗によって自尊心が傷ついていませんか <input type="checkbox"/> 排泄の言葉かけが自尊心を傷つけていませんか <input type="checkbox"/> 本人は家族・援助者から疎外されているという感情を持っていませんか

**6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> トイレを探すことができない <input type="checkbox"/> トイレの使い勝手が悪い	<input type="checkbox"/> 場所の見当識障害を配慮した環境となっていますか <input type="checkbox"/> トイレまで自分の力で行けるよう表示や動線の確保ができていますか <input type="checkbox"/> 身体状況を観察していますか

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 排泄に関するコミュニケーションが、精神的な負担や屈辱感を与えている <input type="checkbox"/> トイレ誘導に対して、疲労感、倦怠感、嫌悪感がある	<input type="checkbox"/> 本人の保有能力について評価できていますか <input type="checkbox"/> 知的活動やレクリエーションの後など、トイレで排泄することが心地よい経験となっていますか <input type="checkbox"/> 食事や休息のバランスが取れていますか

## 8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> トイレで排泄する習慣がない <input type="checkbox"/> 職業上の理由で、トイレで排泄していません	<input type="checkbox"/> 排泄について失敗させないかわりを行っていますか <input type="checkbox"/> トイレが安心、安全な場所になっていますか <input type="checkbox"/> 排泄の習慣やスタイルを把握していますか

## 15 異性の身体を触る

側頭葉障害で生じやすい、欲動をコントロールすることができない状態です。脳血管障害、頭部外傷、前頭側頭型認知症などでもおきますが、アルツハイマー型認知症でもみられます。多くは前頭葉の障害もあり、常同行為の一つとして出現します。会話が不十分になっていることが多く、失語を伴っています。特に、発語は正常にみえ、言語理解に障害があって、気がつきにくいこともしばしばあります。性的興奮を伴っている場合は性的脱抑制になります。認知症に伴っているものは、多くの場合他の症状を伴っています。最も嫌なことは、注意されること、抑制されること、困った顔をされることです。異性に会わないようにするような配慮も必要です。興味を引くために行っている場合もありますが、認知症と関連がない場合もあります。



ひもとき  
チェック

### 異性の身体を触る

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられますか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 精神症状（せん妄や幻覚妄想など）が見られる <input type="checkbox"/> 異性だと認知できない	<input type="checkbox"/> 認知症の原因は確認しましたか <input type="checkbox"/> 抗うつ剤や向精神薬など薬の副作用の影響は考えられますか <input type="checkbox"/> 薬や量について、医療との連携は図っていますか

## 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を 考えてみましょう

こんなことは考えられますか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 体調の不良がある	<input type="checkbox"/> 体調不良を含めて何かきっかけがありますか

## 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的 背景による影響をを考えてみましょう

こんなことは考えられますか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 相手を妻や親しかった女性と思いこんでいる	<input type="checkbox"/> どんな表情で異性に触れますか <input type="checkbox"/> 本人の性格を理解していますか

## 4 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を 与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられますか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 好きな人と同じにおいがして異性に触れる <input type="checkbox"/> 静かすぎて不安になり異性に触れる <input type="checkbox"/> ぬくもりを求めて異性に触れる <input type="checkbox"/> 暗すぎて不安を感じ異性に触れる <input type="checkbox"/> 部屋が暗い中で、密着したケアを行っている	<input type="checkbox"/> 音の好みを理解していますか <input type="checkbox"/> 本人にとって適切な温度ですか <input type="checkbox"/> 明るさや暗さへの配慮は適切ですか <input type="checkbox"/> まわりの香りなどは適切ですか <input type="checkbox"/> 援助者の身だしなみは適切ですか

## 5 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> まわりの関わりがないために寂しい <input type="checkbox"/> 「好意がある？」と勘違いし異性に触れる <input type="checkbox"/> 家族などに会う機会が少なくなっている <input type="checkbox"/> まわりの利用者や援助者の表情や雰囲気が妻や夫などに似ている <input type="checkbox"/> 援助者などの身だしなみが不適切	<input type="checkbox"/> いつ、どのようなかかわりが具体的にありますか <input type="checkbox"/> 以前と比べて家族との交流の頻度は変化していませんか <input type="checkbox"/> 必要以上に肌が出ている服装をしている人はいませんか <input type="checkbox"/> 援助者は適切な言葉遣いで本人と接していますか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 自分のいた環境が変わることで不安が増強し異性に触れる <input type="checkbox"/> 自分の安心できる使い慣れたものやなじみのものがない <input type="checkbox"/> いつも寝ているときに使っていた抱きまくらなどの物品がそばになくて、寂しい	<input type="checkbox"/> 環境の変化の影響は考えられませんか <input type="checkbox"/> 本人の使い慣れたものやなじみのものを置く配慮がされていますか <input type="checkbox"/> いつもの生活を送るために必要な物品は揃えてありますか

**7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 日頃からよく体を動かしていたのに、最近 はあまりその機会がなく、体がスッキリし ない	<input type="checkbox"/> 得意なことをできる場面づくりがされてい ますか  <input type="checkbox"/> ご本人の能力にあった適度な運動ができて いますか

**8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう**

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 何かに触れていると安心する <input type="checkbox"/> 触れながら話をするのが習慣 <input type="checkbox"/> いつも妻や夫と同じ布団で寝ていたため、 誰か代替りの人がほしい <input type="checkbox"/> 異性との接触が多い仕事などをしていた	<input type="checkbox"/> 生活習慣や癖を把握していますか <input type="checkbox"/> 本人の生活歴を把握していますか <input type="checkbox"/> いままでどのような環境で寝ていましたか <input type="checkbox"/> これまでの仕事や趣味などで異性とどの程 度のかかわりを持っていましたか

## 16 ものを集める

前頭葉機能障害に生じやすい常同行為の一つです。記憶障害がなくてもみられることもあります。多くは記憶障害を伴います。収集する物は、トイレットペーパーであったり、スリッパであったりします。いわゆる仮性作業といわれる症状のこともあります。仮性作業は周囲からみれば片付けているわけでもなく、何をしているかわからないかもしれませんが、本人は安心できているかもしれません。



ひもとき  
チェック

### ものを集める

#### 1 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 薬の副作用で理解力が低下し、混乱している	<input type="checkbox"/> 薬の副作用による影響は考えられませんか
<input type="checkbox"/> 視力障害で認識力が低下している	<input type="checkbox"/> 認知症以外の精神疾患は考えられませんか
<input type="checkbox"/> 統合失調症等の精神疾患が影響している	<input type="checkbox"/> 認知症の原因ははっきりしていますか

#### 2 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 漠然とした不調による不安から何かを集めておくことで安心感を得たい	<input type="checkbox"/> 集めるものは決まっていますか、状況によっていろいろなものを集めていますか
<input type="checkbox"/> 常に痛みなどへの不安があり、薬などを手元に置いておかないと落ち着かない	

空腹を感じていることが多く、食べるものを手元に置いておきたい

### 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> ものがあることで安心できる	<input type="checkbox"/> もともとの本人の性格について考えてみましたか
<input type="checkbox"/> 欲求が満たされていない	<input type="checkbox"/> 孤立して生活をしていませんか
<input type="checkbox"/> 寂しさや孤独の反動からものを集める	<input type="checkbox"/> ものへの執着はどれくらいあるのでしょうか
<input type="checkbox"/> 感情のコントロールができない	
<input type="checkbox"/> ものをもらうことが好きな性格である	
<input type="checkbox"/> もともと几帳面な性格で、ものをきちんとしまわないと気が済まない	

**4** 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 暗くて見えにくく、自分のものと勘違いする <input type="checkbox"/> 不快な音によりイライラし、ストレス解消のため、ものを集める	<input type="checkbox"/> 明るさや暗さは適切ですか <input type="checkbox"/> 本人にとって不快な音はありませんか <input type="checkbox"/> 室内の温度が低かったり、殺風景になりしていませんか <input type="checkbox"/> 過度な光や、音、においなどが影響しているとは考えられませんか

**5** 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 話を十分に聞いてくれない <input type="checkbox"/> 家族の面会が少なく、寂しさを感じている <input type="checkbox"/> 自分の思いに沿ったケアが提供されない <input type="checkbox"/> したいことが制限されている <input type="checkbox"/> 言いたいことが言えない	<input type="checkbox"/> 話を真剣に聞いてくれないという思いにさせていることはありませんか <input type="checkbox"/> 家族の面会や関わりが少ないと感じていることはありませんか <input type="checkbox"/> 声のかけ方は適切ですか <input type="checkbox"/> 思いに沿ったケアが提供されていますか

## 6 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 周囲のものが自分のものと似ている <input type="checkbox"/> 手にしたいほど自分の好みのものがある <input type="checkbox"/> 援助者やまわりの人がものを出したままに してしまい、それを集めてしまう	<input type="checkbox"/> ものの区別がつくよう配慮していますか <input type="checkbox"/> 思わず本人が片付けたくなるような雑然とした空間になっていませんか

## 7 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 自分でできることがあるのに行動が制限されている <input type="checkbox"/> 役割や何もすることがなく、退屈している <input type="checkbox"/> 日中の活動が自分に合っていない	<input type="checkbox"/> 生活の中で発揮できる能力を正しく把握できていますか <input type="checkbox"/> 安全のためと言って、本人が望む行動を制限していることはありませんか <input type="checkbox"/> 役割を持つなど、個人に合わせた生きがいを持つ活動はありますか

## 8 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう

こんなことは考えられませんか	このことを確認してみましょう
<input type="checkbox"/> 困ったことにならないようあらかじめ集めておく <input type="checkbox"/> 幼いころにもものがなく、苦労した <input type="checkbox"/> 習慣やこだわり気づかない <input type="checkbox"/> 以前にもものに関するトラブルがあり、自分の手元にないと不安がある <input type="checkbox"/> ももの出たままや使ったままにしておくことが嫌いですぐに片付ける	<input type="checkbox"/> 本人の習慣やこだわりを把握していますか <input type="checkbox"/> ものに関して、これまでに何か大きな出来事が本人のまわりで起きたことはありませんか <input type="checkbox"/> 本人の暮らしてきた生活空間の整頓状況はいかがでしたか