



認知症介護チェック表（詳細版）

<徘徊への取り組み編>

● 使用にあたって ●

- *本冊子は「環境調整」「コミュニケーション」「活動支援」「人間関係調整」「身体ケア」「ケア体制」に関する6つの視点から望ましいケア方法や確認ポイントについて自分の介護をチェックする表を掲載しています。
- *徘徊には色々な理由や特徴がありますが、全ての徘徊について望ましいケア方法を記載していますので、好きな所を必要に応じて使用してください。
- *別に要約版チェック表がありますので、それと合わせての使用をお勧めします。要約版はケア全体を1枚でチェックできるようにまとめたものです。新人職員や初任者に使用してもらって、わからないところを詳細版チェック表を参考にしたり、先輩や指導者が指導するときに参考にしてください。

<使用する時の手順>

- ①ケアの方法をチェックする
認知症の方の徘徊が起きている時に、現在、自分が行っているケアについて、チェック表を見ながらケアのポイントをチェックしてみてください。
- ②取り組みの参考例をチェックする
ケア方法ごとに取り組みの参考例がありますので参考にしてみてください。これらの例は、実際に徘徊の緩和に成功した取り組み例ですので、自分の施設や事業所では該当しない例もあるかもしれません。事前に職場で相談しながら慎重に検討してみてください。
- ③高齢者の様子をチェックする
現在の高齢者の様子について表情やしぐさ、様子、気持ちを確認してみてください。おおよそ1日を通してどのような状態かを記録してください。ケア実施後にも必ず高齢者の様子を確認して、ケアをする前と後の変化を確認してください。
- ④確認するポイントをチェックする
確認ポイントについてもケア方法ごとに確認した方がよい視点について参考にしてください。これらの視点を確認できれば、行動の原因が分かり、ケアに活かすことができます。
- ⑤「注意☆こんなケアしてませんか」をチェックする
ケアのポイントごとについてついやってしまいがちな不適切と思われるケア方法を記載していますので、自分で知らず知らずに行っていないか確認してください。

徘徊 認知症介護チェック表(詳細版) (環境調整)

記入日 年 月 日 記入者

例 ○○さんは用や目的も特に認められないのに、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよったり、同じところをなんども行ったり来たりしています。たまに、玄関から突然外にでていってしまいます。

高齢者氏名 () 身体機能 (自立・やや機能低下) 認知症重症度 (I・II・III・IV・V)

【徘徊の様子】

- ケア方針**
- ◎徘徊を無理に止めるのではなく、徘徊の理由を確認して、本人にとって辛い徘徊は減らすようにしましょう。
 - ◎徘徊の理由に応じて、原因を解決するようにしましょう。
 - ◎高齢者本人が落ち着いたり、笑顔になったり、悩みや焦り、怒り、不安がなくなるような対応をこころがけましょう。

ケアの方法	確認	取り組みの参考例	解説集参照
①一緒にいる人数の調整をしていますか 本人の要望や気持ちに合わせて、1人で過ごせる場所や時間を用意したり、あるいは大勢で過ごせるような場所づくりをしていますか		1人で過ごせる場所や時間をつくる 1人にせず、大勢でいる場所をつくる 一緒に食べる人数を少なくしたり、あるいは大勢で食べる 趣味活動を大勢で行ったり、少人数で行う	p44-①
②落ち着いて過ごせる場所を用意していますか 本人の要望や気持ちに合わせて落ち着ける場所づくりをしていますか		落ち着いて会話ができる場所を用意する 落ち着いて座れる椅子やソファを用意する 畳やこたつなどがある場所を用意する みんなが集まる場所で過ごしてもらう リビング以外にも、少し離れたところに小さなテーブルとイスを用意する	p45-②
③座る席の位置を調整していますか 座る席の位置を専用にしたたり、あるいは気分によって自由に選んでもらったりしていますか		リビングの座席を変更する リビングに専用の席を作る 席をあえて固定化せず、自由に選んでもらう	p46-③
④なじみのものを使用していますか 居室やリビングや廊下など、生活場所に慣れ親しんだ物や自宅で使用していたものなどを用意していますか		居室に自宅で使用していたものや、写真等を持ち込んでもらう 自宅と同じ芳香剤を置いてみる 自宅で使っていた人形を側におく 居室に自宅で使っていた椅子を置く ご本人がこだわるものを用意する (腕時計・壁掛け時計等)	p46-④
⑤居室は整備していますか 本人の要望に合わせて、居室の位置を変えたり、居室内の環境を整備していますか		居室替えをし、ホールに近い居室へ移動する 居室内を整理整頓し、無駄な装飾を控える 居室に物を置かないようにする ベッドから布団、布団からベッドに変える 居室の模様替えをご本人と一緒にやる	p47-⑤
⑥わかりやすい表示や環境にしていますか トイレや居室のドアなどに表示をしたりして、分かりやすい環境の工夫をしていますか		トイレや居室に目印となる表札や案内板を掲示する ドアにその方の名前や便所と書いて貼る	p48-⑥
⑦光や音などの刺激を調整していますか 居室やリビングなど、日中過ごす場所の音や音楽、採光、臭いなどを適度に調整していますか		好きな音楽を流しながらゆっくりと過ごしていただく 騒音、雑音を少なく、静かな環境にする カーテンをこまめに開閉して明るさの調整をする 職員同士の会話は隅の方で静かに行う テレビはつけっぱなしにせず、音はできるだけ控えめにする	p48-⑦
⑧屋外の環境を整備していますか 施設や自宅の庭などに落ち着ける場所や歩く場所などを用意していますか		屋外に散歩できる環境を整えた 屋外に落ち着ける場所を用意した	p49-⑧

環境の調整

本人はどんな様子ですか？
(年 月 日 時 分時点)

表情	<input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 憂鬱そう	<input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 肩にしわをよせている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 青白い	<input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 眉をひそめている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> うつろ
しぐさ	<input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> こぶしを振る <input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> うなだれている	<input type="checkbox"/> 動作が穏やかである <input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> 震えている <input type="checkbox"/> 涙を流す <input type="checkbox"/> 動かない	
発話	<input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> 叫ぶ	<input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> ののしる	<input type="checkbox"/> 的確に返事をする <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 泣く
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1日 ____ 分おき ____ 分間		

ケアをした後の本人はどんな様子ですか？
(年 月 日 時 分時点)

表情	<input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 憂鬱そう	<input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 肩にしわをよせている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 青白い	<input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 眉をひそめている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> うつろ
しぐさ	<input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> こぶしを振る <input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> うなだれている	<input type="checkbox"/> 動作が穏やかである <input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> 震えている <input type="checkbox"/> 涙を流す <input type="checkbox"/> 動かない	
発話	<input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> 叫ぶ	<input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> ののしる	<input type="checkbox"/> 的確に返事をする <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 泣く
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1日 ____ 分おき ____ 分間		

確認するポイント		注意☆こんなケアしてませんか 気を付けてください
過去の生活習慣	元々、大勢でいるのが好きですか、1人の方が好きですか	●本人の要望を無視して、無理やり1人にしたり、大勢の中に入れていませんか
席の位置	座る席は決まっていますか、仲の良い人の隣ですか	
周囲の雰囲気や刺激	周りは賑やかですか、静かですか	
他の高齢者との人間関係	仲の良い人はいますか、他の人と争いごがありますか	
過去の生活習慣	以前は、どんなところや雰囲気が落ち着きますか	●イスやソファを無理やり用意したり、本人が希望していないのに畳の部屋へつれていっていませんか ●落ち着いているかどうかの確認を忘れていませんか
席の位置	今の席の位置では落ち着いていますか	
周囲の雰囲気や刺激	雑音や騒音、大きな声、まぶしかったりしませんか	
他の高齢者との人間関係	他の高齢者とは仲が良いですか、トラブルが多いですか	
職員との関係	職員とは仲がよいですか、なんでも話してくれますか	
席の位置	今の席の位置では落ち着いていますか	●本人の様子を見ずに無理やり席の位置を変えたり、仲の悪い人の隣に席を固定していませんか
周囲の雰囲気や刺激	今の席は、騒がしかったり、まぶしかったりしていませんか	
他の高齢者との人間関係	仲の良い人の隣の席ですか、苦手な人の近くですか	
職員との関係	仲の良い職員と近い席ですか	
過去の生活習慣	以前、使用していたものや馴染んだ物はありますか	●本人が気に入らない物を置いていませんか ●本人の趣味や嗜好を無視して、以前使用していたものを持ち込んでいませんか ●触れたくない思い出に関わるものを使用していませんか
周囲の雰囲気や刺激	今の環境には慣れていますが、なじみの物はありますか	
健康	排泄の頻度や睡眠状況、体調に応じた居室の位置や環境ですか	
過去の生活習慣	以前の睡眠道具や状況はどのようなでしたか	
周囲の雰囲気や刺激	居室の中は落ち着いて過ごせていますか、光や騒音などはありませんか	●本人の了解もなく、急に居室を変更していませんか ●本人と相談しないで、部屋の物をかたづけたり、勝手に色んな物を置いていませんか
他の高齢者との人間関係	隣の居室の人とは仲が良いほうですか	
認知機能	記憶障害の程度や見当識の状態はどの程度ですか	
身体機能	視力や聴力、歩行状態に応じた居室環境ですか	
排泄状況	排泄の頻度や量、好みの方法を把握していますか	●職員の目線で表示したり、本人にわかりにくい表示にしていますか
周囲の雰囲気や刺激	トイレや居室、廊下などにわかりやすい表示がしてありますか	
健康	排泄の頻度や睡眠状況、体調に応じた居室の位置や環境ですか	
過去の生活習慣	以前の睡眠道具や状況はどのようなでしたか	
周囲の雰囲気や刺激	居室の中は落ち着いて過ごせていますか、光や騒音などはありませんか	●聞きたくない音楽を流していませんか ●音楽の音量は大きすぎませんか ●テレビをつけっぱなしにしていませんか ●職員同士の会話をリビングで大声でしていませんか
他の高齢者との人間関係	隣の居室の人とは仲が良いほうですか	
認知機能	記憶障害の程度や見当識、理解力などを理解していますか	
身体機能	視力や聴力、歩行状態に応じた居室環境ですか	
過去の生活習慣	以前から音楽は好きですか、明るいところが好きですか	●行きたくないのに、無理やり外につれだしていませんか ●見守りもせず放っていますか
周囲の雰囲気や刺激	テレビや音楽の音が大きくないですか、まぶしくないですか	
他の高齢者との人間関係	他の人と賑やかにするのが好きですか、静かなのが好きですか	
職員との関係	職員の話し声や、動きは大きすぎませんか	
体調や運動量	体調は良好ですか、運動量は少ないですか	●行きたくないのに、無理やり外につれだしていませんか ●見守りもせず放っていますか
過去の生活習慣	以前から運動や身体を動かすのが好きでしたか	
周囲の雰囲気や刺激	庭や屋外は危なくないですか	
健康	排泄の頻度や睡眠状況、体調に応じた居室の位置や環境ですか	

徘徊 認知症介護チェック表(詳細版) (コミュニケーション)

記入日 年 月 日 記入者

例 ○○さんは用や目的も特に認められないのに、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよったり、同じところをなんども行ったり来たりしています。たまに、玄関から突然外にでていってしまいます。

高齢者氏名 () 身体機能 (自立・やや機能低下) 認知症重症度 (I・II・III・IV・V)

【徘徊の様子】

- ケア方針
- 徘徊を無理に止めるのではなく、徘徊の理由を確認して、本人にとって辛い徘徊は減らすようにしましょう。
 - 徘徊の理由に応じて、原因を解決するようにしましょう。
 - 高齢者本人が落ち着いたり、笑顔になったり、悩みや焦り、怒り、不安がなくなるような対応をこころがけましょう。

ケアの方法	確認	取り組みの参考例	解説集参照
①会話するときの内容を工夫していますか 本人の気持ちや状態に合わせて、会話の内容を考えてコミュニケーションしていますか		好きな話題(宗教、趣味、家族、昔話等)を交えながら話を 感謝したり、賞賛したり、肯定的な言葉を多用する [●1つ1つの行動をほめて、必ずありがとうと声かけを行う ●家事やレクへの参加は特にほめたりお礼をいう ●「助かります」「ありがとうございます」「教えてください」] 今の心境や、歩く目的や理由についてそれとなく確認してみる 今の状況や今後の予定について説明をする [●声かけの際にさりげなく時間と場所、この後のスケジュールをお伝える ●他の高齢者のことを説明し、理解してもらう ●居室で話を聞き不安なことについて1つずつ説明する ●筆談で紙に書いて渡して見て頂き、家の状況や入居の説明をする] 本人を頼りにしていることを伝える	p51-①
②会話のペースや聴き方を調整していますか 徘徊をしているときの気持ちや状況を考えて、本人に合わせたペースで会話をしていますか		否定せず、説明せず、本人の話を共感しながら、うなづいて聴く 本人が話したいときに、ゆっくりとペースを合わせて会話を 本人がわかりやすい言葉を使う できるだけ短い文で話を	p53-②
③会話する時の環境や状況を工夫していますか 会話をする時の場所や雰囲気、本人の状態に応じて会話をする状況を工夫していますか		できるだけ静かな場所で、周囲の雑音がないように、1人の時にマンツーマンで話を タイミング(行動パターン)に応じた声かけ・付き添い [●行動を把握し、徘徊しそうな直前に声をかける]	p54-③
④会話や見守りの回数や量を調整していますか 本人の状態にあわせてコミュニケーションの量を増やしたり、減らしたり調整していますか		声掛けや会話を増やしてみる [●職員が関わる時間を増やし、マンツーマンで関わるようにする] 付き添ったり、見守ったりする時間を増やしてみる [●一緒にいる時間を増やしてみる]	p54-④
⑤会話以外のコミュニケーションをしていますか ただ会話をするだけでなく、そばにいてあげたり、スキンシップなど言葉以外の関わりを持っていますか		無理に会話をせず、そばに一緒にいて見守る 手に触れるなどスキンシップを行う [●手をつないで歩く時間を作る] アイコンタクトや身振りなど、言葉以外の方法を行う [●目があつたときはアイコンタクトを取ってうなづいてみる]	p55-⑤

コミュニケーションの工夫

本人はどんな様子ですか?
(年 月 日 時 分時点)

表情	<input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 憂鬱そう <input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 眉をひそめている <input type="checkbox"/> 肩にしわをよせている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> うつろ
しぐさ	<input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> こぶしを振る <input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> うなだれている <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである <input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> 震えている <input type="checkbox"/> 涙を流す <input type="checkbox"/> 動かない
発話	<input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> 叫ぶ <input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> ののしる <input type="checkbox"/> 的確に返事をする <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 泣く
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1日 ____ 分おき ____ 分間

ケアをした後の本人はどんな様子ですか?
(年 月 日 時 分時点)

表情	<input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 憂鬱そう <input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 眉をひそめている <input type="checkbox"/> 肩にしわをよせている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> うつろ
しぐさ	<input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> こぶしを振る <input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> うなだれている <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである <input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> 震えている <input type="checkbox"/> 涙を流す <input type="checkbox"/> 動かない
発話	<input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> 叫ぶ <input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> ののしる <input type="checkbox"/> 的確に返事をする <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 泣く
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1日 ____ 分おき ____ 分間

確認するポイント		注意☆こんなケアしてませんか 気を付けてください
認知機能	記憶障害の程度や理解力はどうか	<ul style="list-style-type: none"> ●本人の気持ちを考えずにいきなり理由をきいたりしていませんか。 ●話したくないのに、無理に理由や目的を聞いていませんか ●本人の不安を無視して、こちらの都合で無理に説明をしようとして、説得しようとしていませんか ●本人が触れたくない過去の話題を一方的に話していませんか ●単純に、義務的に、気持ちを入れずにほめたり、お礼を機械的に繰り返していませんか ●本人が負担になるまで頼ったり、お願いしていませんか ●本人の興味のない話題や会話を、職員側が一方的にしていますか ●事務的に日課やスケジュールを説明していませんか
過去の生活習慣	以前の関心や趣味、興味、出来事はなんですか	
職員との関係	関わる職員とは信頼関係ができていますか	
認知機能	記憶障害の程度や理解力はどうか	<ul style="list-style-type: none"> ●ただ、なんとなく、機械的にうなづいてききながらしていませんか ●職員側のペースで急いで話をしていますか ●本人の話を否定したり、適当にあいづちをうってませんか
過去の生活習慣	本人の会話のスピードや話し方を知っていますか	
職員との関係	職員とは信頼関係ができていますか、なんでも話してくれますか	
認知機能	記憶障害の程度や理解力はどうか	<ul style="list-style-type: none"> ●周囲がにぎやかだったり、うるさい場で話をしていませんか
周囲の雰囲気や刺激	周囲は話しやすい場所ですか、雑音や騒音はないですか	
職員との関係	職員とは話しやすい関係ですか	
認知機能	記憶障害の程度や理解力はどうか	<ul style="list-style-type: none"> ●本人の意思と関係なく、職員側の都合で話しかけていませんか ●意味もなくたくさん話しかけていませんか ●むやみに高齢者の後を追いかけていませんか
過去の生活習慣	以前から会話をするのが好きですか、人見知りな方ですか	
職員との関係	そばにいても良い関係が築けていますか	
認知機能	記憶障害の程度や理解力はどうか	<ul style="list-style-type: none"> ●ただ、後ろについて追いかけていませんか ●信頼関係ができていないのに、突然、手を触ったりしていませんか ●意味もなくじっとみつめたりしていませんか
過去の生活習慣	元々、人との接触を好みますか、スキンシップに抵抗はありますか	
職員との関係	スキンシップをしても良いほど信頼されていますか	

徘徊 認知症介護チェック表(詳細版) 〈活動支援〉

記入日 年 月 日 記入者

例 ○○さんは用や目的も特に認められないのに、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよったり、同じところをなんども行ったり来たりしています。たまに、玄関から突然外にでていってしまいます。

高齢者氏名 () 身体機能 (自立・やや機能低下) 認知症重症度 (I・II・III・IV・V)

【徘徊の様子】

- ケア方針**
- 徘徊を無理に止めるのではなく、徘徊の理由を確認して、本人にとって辛い徘徊は減らすようにしましょう。
 - 徘徊の理由に応じて、原因を解決するようにしましょう。
 - 高齢者本人が落ち着いたり、笑顔になったり、悩みや焦り、怒り、不安がなくなるような対応をこころがけましょう。

ケアの方法	確認	取り組みの参考例	解説集参照
①生活に関連した活動を行っていますか 生活の中で行っていた活動を現在も行っていきますか		軽作業(家事、炊事、家仕事)を定期的に役割とする 以前していた仕事や日課を継続して行う <ul style="list-style-type: none"> ●家事や炊事を手伝ってもらい、定期的にお願いします ●植木の管理や水やりを日課としてお願いします ●犬や金魚などペットのお世話をお願いします リーダー役や指導的な役割を任せる <ul style="list-style-type: none"> ●職員に料理を教えてもらう ●将棋指導のボランティアをお願いします ●誕生日会や唄の会、帰りの会、帰宅前のしめなどのあいさつ等を頼む ●学校の先生をしていたのでケアカンファレンスで話をしてもらう 	p56-①
②趣味活動がありますか 本人が好きな活動や趣味を現在も行っていきますか		自宅で以前していた趣味活動を続ける 好きな活動(書道、生け花、読書、テレビ、音楽等)を行う <ul style="list-style-type: none"> ●墨絵をしてもらう ●歌を一緒にうたう ●針仕事をしてもらう ●雑誌や新聞、読書をしてもらう ●好きな映画をみってもらう 体操、レクリエーションへの参加を促す <ul style="list-style-type: none"> ●毎日ラジオ体操を一緒に行う ●皆で簡単なゲームを行う 	p57-②
③外出の機会がありますか 外出をする機会や屋外での活動を行っていますか		屋外のレクや行事、活動(散歩、ドライブ、食事等)参加する 行きたい場所や好きな場所へ見守りながら外出する <ul style="list-style-type: none"> ●近所のスーパーへ一緒に買い物に行く ●近所の公園まで一緒に散歩に行く ●一緒に自宅へ帰ってみる ●車でドライブに行く ●地域の夏祭りに参加する 	p58-③

活動の支援

本人はどんな様子ですか?
(年 月 日 時 分時点)

表情	<input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> 無然としている <input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 憂鬱そう	<input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 青白い	<input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 眉をひそめている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> うつろ
しぐさ	<input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> こぶしを振る <input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> うなだれている	<input type="checkbox"/> 動作が穏やかである <input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> 震えている <input type="checkbox"/> 涙を流す <input type="checkbox"/> 動かない	
発話	<input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> 叫ぶ	<input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> ののしる	<input type="checkbox"/> 的確に返事をする <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 泣く
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1日 ____ 分おき ____ 分間		

ケアをした後の本人はどんな様子ですか?
(年 月 日 時 分時点)

表情	<input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> 無然としている <input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 憂鬱そう	<input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 青白い	<input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 眉をひそめている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> うつろ
しぐさ	<input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> こぶしを振る <input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> うなだれている	<input type="checkbox"/> 動作が穏やかである <input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> 震えている <input type="checkbox"/> 涙を流す <input type="checkbox"/> 動かない	
発話	<input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> 叫ぶ	<input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> ののしる	<input type="checkbox"/> 的確に返事をする <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 泣く
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1日 ____ 分おき ____ 分間		

確認するポイント		注意☆こんなケアしてませんか 気を付けてください
認知機能	記憶障害の程度や理解力はどうか	<ul style="list-style-type: none"> ●以前から全くしていない活動を無理強いしてお願ひしていませんか ●本人の興味が無いことを無理にお願いしていませんか ●ゆっくりと休んでいきたいのに強制していませんか ●信頼関係ができていないのに、お願いしていませんか ●他の高齢者との関係が良くないのに、リーダー役などをお願いしていませんか ●体調がよくないのに強制していませんか ●義務的な仕事になっていませんか ●本人のやりがいにつながっていない労働になっていませんか ●お願いしっぱなしで、感謝もせず、お礼もいわず、本人の負担になっていませんか ●一時的な活動で終わっていませんか
体調	健康状態は良好ですか、疲れはないですか	
過去の生活習慣	以前、自宅でしていた日課や仕事、役割はなんですか	
職員との関係	職員とは信頼関係ができていますか	
他の入居者との関係	他の入居者との関係性はどうか、どんな存在ですか	<ul style="list-style-type: none"> ●本人の興味のない活動になっていませんか ●強制的になって、本人は困っていませんか ●その時は楽しそうに参加していてもつかれていませんか ●仲の悪い人と一緒に活動してませんか ●義務的な活動になっていませんか
認知機能	記憶障害の程度や理解力はどうか	
体調	健康状態は良好ですか、疲れはないですか	
運動量	運動量は足りていますか、体力はある方ですか	
過去の生活習慣	以前からの趣味や興味、特技はなんですか	<ul style="list-style-type: none"> ●体力に無理はありませんか ●無理な活動量になっていませんか ●信頼関係のできていない職員がつきそっていますか ●混乱はありませんか
職員との関係	職員との関係は良好ですか	
他の入居者との関係	他の高齢者との関係は良好ですか、みんなで活動するのは好きですか	
認知機能	記憶障害の程度や理解力はどうか	
体調	体調は良好ですか、疲れはないですか	<ul style="list-style-type: none"> ●体力に無理はありませんか ●無理な活動量になっていませんか ●信頼関係のできていない職員がつきそっていますか ●混乱はありませんか
運動量	運動量は足りていますか、体力はある方ですか	
職員との関係	職員とは信頼関係ができていますか	
認知機能	記憶障害の程度や理解力はどうか	

徘徊 認知症介護チェック表(詳細版)

〈身体ケア・ケア体制〉

記入日 年 月 日 記入者

例 ○○さんは用や目的も特に認められないのに、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよったり、同じところをなんども行ったり来たりしています。たまに、玄関から突然外にでていってしまいます。

高齢者氏名 () 身体機能 (自立・やや機能低下) 認知症重症度 (I・II・III・IV・V)

【徘徊の様子】

- ケア方針**
- ◎徘徊を無理に止めるのではなく、徘徊の理由を確認して、本人にとって辛い徘徊は減らすようにしましょう。
 - ◎徘徊の理由に応じて、原因を解決するようにしましょう。
 - ◎高齢者本人が落ち着いたり、笑顔になったり、悩みや焦り、怒り、不安がなくなるような対応をこころがけましょう。

ケアの方法	確認	取り組みの参考例	解説集参照
身体面のケア 身体面のケアはしていますか 体調の管理、疾病の管理、食事、入浴、排泄など身体面のケアはしていますか		①医療相談、処置の実施 [●医師に相談し、医療的な指導をしてもらう ●内服薬や投薬の調整を行う ●痛みの確認をし処置を行う]	p60-①
		②食事、食欲支援 [●制限カロリー内で、食事量を増やす ●暖かいお茶や、好きな食べ物を用意する ●間食を増やし、満足感を得てもらおう ●制限カロリー内でおやつや果物を摂ってもらおう ●職員も一緒に食事をする]	p61-②
		③水分の補給をこまめに行う	
		④排泄支援(排便調整、誘導等) [●失禁を防ぐため、排泄リズムに応じてさりげなく誘導する ●排便調整を行う]	p62-③
		⑤睡眠の改善、調整 [●日中の覚醒水準を上げ夜間の睡眠の質を深くする ●日中の活動をふやし、眠そうなときは散歩に誘う]	p63-④
		⑥入浴を促したり、回数を増やしてみる	p64-⑤
		⑦視力を確認し、メガネを調整する	p64-⑥
		⑧補聴器を使用したり、聴力を確認する	
		⑨カロリーを調整し、体重の管理を行う	p65-⑦
ケア体制 チームケアをしていますか 職員間でケアの方法を統一していますか		⑩職員間でケアの方法を統一する [●職員同士で情報交換を密にするため、カンファレンスを頻繁に行う ●ケア方法を統一するため、ケアプランやアセスメントを共有する]	p70-①
		⑪関わる職員の調整を行う [●関わる職員を異性にする ●関わる職員を信頼関係ができていない職員にする ●担当を変えずに、専属の職員が関わる]	p71-②

本人はどんな様子ですか?
(年 月 日 時 分時点)

表情	<input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 眉をひそめている <input type="checkbox"/> 無然としている <input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている <input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 憂鬱そう <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> うつろ
しぐさ	<input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである <input type="checkbox"/> こぶしを振る <input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 震えている <input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> 涙を流す <input type="checkbox"/> うなだれている <input type="checkbox"/> 動かない
発話	<input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> 的確に返事をする <input type="checkbox"/> 叫ぶ <input type="checkbox"/> ののしる <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 泣く
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1日 ____ 分おき ____ 分間

ケアをした後の本人はどんな様子ですか?
(年 月 日 時 分時点)

表情	<input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 眉をひそめている <input type="checkbox"/> 無然としている <input type="checkbox"/> 眉にしわをよせている <input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 憂鬱そう <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> うつろ
しぐさ	<input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> 動作が穏やかである <input type="checkbox"/> こぶしを振る <input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 震えている <input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> 涙を流す <input type="checkbox"/> うなだれている <input type="checkbox"/> 動かない
発話	<input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> 的確に返事をする <input type="checkbox"/> 叫ぶ <input type="checkbox"/> ののしる <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 泣く
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1日 ____ 分おき ____ 分間

確認するポイント		注意☆こんなケアしてませんか 気を付けてください
認知機能や症状	認知機能や症状は悪化していませんか	<ul style="list-style-type: none"> ●医師の診察を受けずにそのままにしていますか ●痛み気づかずそのままにしていますか ●食事量や水分量を把握せず、栄養失調や脱水状態になっていませんか ●服薬を本人任せにしていますか ●便秘が続いていますか ●日中に動かず、夜中に起きだして睡眠不足になっていませんか ●入浴の回数が少ないですか ●メガネは本人にあっていますか ●補聴器はこわれていませんか ●運動しすぎてつかれていませんか ●病気を見逃していませんか
体調	体調は良好ですか	
既往歴	以前からの病気は把握していますか	
排泄状況	最近の排泄状況は良好ですか	
水分摂取量	水分は不足してませんか、脱水になっていませんか	
視力、聴覚機能	しっかり見えていますか、聞こえていますか	
体重	体重は減っていませんか、増えすぎていませんか	
運動量	運動量は不足していませんか	
睡眠時間	睡眠時間は不足していませんか、日中ねむりがちではありませんか	
痛み	どこか痛がっていませんか、がまんしていませんか	
かゆみ	しょっちゅう身体をかいていませんか	
投薬状況	現在の薬は適切ですか、処方どおり服薬できていますか	
幻覚	幻視や幻聴がありませんか	
せん妄	意識がはっきりしていますか、突然大声をだしたりしてませんか	
認知機能	認知機能の状態は把握していますか	<ul style="list-style-type: none"> ●職員がばらばらのケアをしていませんか ●ケア方法の確認をせずに勝手にケアをしていませんか ●記録をつけずに口頭だけで伝えていませんか ●関わる職員が頻繁に変わりませんか ●信頼関係ができていないのに関わろうとしていませんか ●入浴や排泄介護の時に異性の職員が、同意もなく関わっていませんか
過去の生活習慣	過去の生活習慣を把握していますか	
職員との関係	職員との関係は良好ですか	
職員の関わり方	職員の関わり方にばらつきはありませんか、同じ方法で関わっていますか	

徘徊 認知症介護チェック表(詳細版) (人間関係調整)

記入日 年 月 日 記入者

例 ○○さんは用や目的も特に認められないのに、ぶらぶら歩きながらあてもなくさまよったり、同じところをなんども行ったり来たりしています。たまに、玄関から突然外にでていってしまいます。

高齢者氏名 () 身体機能 (自立・やや機能低下) 認知症重症度 (I・II・III・IV・V)

【徘徊の様子】

- ケア方針**
- ◎徘徊を無理に止めるのではなく、徘徊の理由を確認して、本人にとって辛い徘徊は減らすようにしましょう。
 - ◎徘徊の理由に応じて、原因を解決するようにしましょう。
 - ◎高齢者本人が落ち着いたり、笑顔になったり、悩みや焦り、怒り、不安がなくなるような対応をこころがけましょう。

ケアの方法	確認	取り組みの参考例	解説集参照
<p>①他の入居者との関係調整はしていますか</p> <p>他の高齢者との関係を把握して、関係性に合わせて調整を行っていますか</p>		<p>他の高齢者に支援をお願いする</p> <ul style="list-style-type: none"> ●他の高齢者が話を聞いてあげる ●他の高齢者に事情を説明し理解してもらう <p>仲の悪い人と関わらないようにする</p> <ul style="list-style-type: none"> ●仲の悪い人との間に職員が入って、関係を調整する ●トラブルがあった高齢者と一時的に距離をおいてもらう <p>仲の良い人と一緒に過ごせるようにする</p> <ul style="list-style-type: none"> ●仲の良い人と過ごす時間を増やした ●話のあう方と一緒にすごせるよう食事する際等、居間の席を調整する <p>他の高齢者との関わりを増やし、交流を促す</p> <ul style="list-style-type: none"> ●5名程度の小グループの中で顔なじみの関係を作る ●会話のできる利用者を同居室にし、コミュニケーションを取りやすくする ●穏やかな認知症の方と時々話しをしていただける場を作る <p>近所の人や、地域の方との交流を促す</p> <ul style="list-style-type: none"> ●以前からの知人に、面会してもらう ●隣近所の方とのお茶飲み会に参加する 	p66-①
<p>②家族との関係を調整していますか</p> <p>家族との連絡や交流機会を調整して、家族との関係を支援していますか</p>		<p>家族との連絡調整(手紙等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●家族に手紙を書いてもらう ●家族に手紙を書く ●日々の様子を常に家族に伝える <p>家族(お墓、位牌)との接触機会調整(面会、訪問、電話等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●直接、家族に電話して話ができるようにする ●家族に面会に来てもらう ●家族との面会を減らす ●家族(お墓、位牌)に会いに行く ●週に一度、面会時、家族と一緒に外出する 	p68-②

人間関係調整

本人はどんな様子ですか?
(年 月 日 時 分時点)

表情	<input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> 無然としている <input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 憂鬱そう	<input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 肩にしわをよせている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 青白い	<input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 眉をひそめている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> うつろ
しぐさ	<input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> こぶしを振る <input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> うなだれている	<input type="checkbox"/> 動作が穏やかである <input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> 震えている <input type="checkbox"/> 涙を流す <input type="checkbox"/> 動かない	
発話	<input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> 叫ぶ	<input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> ののしる	<input type="checkbox"/> 的確に返事をする <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 泣く
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1日 ____ 分おき ____ 分間		

ケアをした後の本人はどんな様子ですか?
(年 月 日 時 分時点)

表情	<input type="checkbox"/> 笑っている <input type="checkbox"/> 見つめている <input type="checkbox"/> 無然としている <input type="checkbox"/> いらいらしている <input type="checkbox"/> 憂鬱そう	<input type="checkbox"/> 微笑んでいる <input type="checkbox"/> しかめっ面 <input type="checkbox"/> 肩にしわをよせている <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 青白い	<input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 眉をひそめている <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> うつろ
しぐさ	<input type="checkbox"/> くつろいでいる <input type="checkbox"/> こぶしを振る <input type="checkbox"/> そわそわしている <input type="checkbox"/> ため息をついている <input type="checkbox"/> 足をゆすっている <input type="checkbox"/> うなだれている	<input type="checkbox"/> 動作が穏やかである <input type="checkbox"/> こぶしを握る <input type="checkbox"/> 同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> 震えている <input type="checkbox"/> 涙を流す <input type="checkbox"/> 動かない	
発話	<input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> 叫ぶ	<input type="checkbox"/> うたう <input type="checkbox"/> ののしる	<input type="checkbox"/> 的確に返事をする <input type="checkbox"/> 何回も呼ぶ <input type="checkbox"/> 沈黙 <input type="checkbox"/> 泣く
回数	・徘徊の回数 ____ 回 / 1日 ____ 分おき ____ 分間		

確認するポイント		注意☆こんなケアしてませんか 気を付けてください
認知症の症状	認知症による症状は落ち着いていますか	<ul style="list-style-type: none"> ●他の高齢者との関係を無視していませんか ●最近の高齢者同士のコミュニケーションや関わりの様子を見逃していませんか ●関係性を無視してグループを作っていませんか ●仲の悪い人や、最近トラブルのあった人と隣の席にいませんか ●高齢者同士でもめごとがあってもほうっておいていませんか ●本人が落ち着かないときに無理に、他の高齢者と関わらせようとしていませんか ●あまり親しくない人と話をさせようとしていませんか
過去の生活習慣	親しい近所の方や知人、友人はいますか	
席の位置	今の席の位置は仲の良い人に囲まれていますか	
職員との関係	職員とは信頼関係ができていますか	
他の入居者との関係	他の入居者との関係性はどうですか	<ul style="list-style-type: none"> ●家族との面会を意味もなく頻りに増やしていませんか ●過去の家族との関係性を把握せずに家族との関わりを増やしていませんか ●会いたくない家族と話をさせていませんか ●全く家族との連絡をしないようにしていませんか
認知症の症状	認知症の症状は落ち着いていますか	
過去の生活習慣	以前からの家族との関わり方はどのようでしたか	
職員との関係	職員との関係は良好ですか	
家族関係	家族との関係性は良好ですか、どのような関係ですか	