

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

「医療機関外来部門における認知症看護相談・
教育統合プログラムの開発」に関する研究

平成18年度 総括研究報告書

主任研究者：水谷信子

平成19(2007)年 3月

目次

I. 総括研究報告

「医療機関外来部門における認知症看護相談・教育統合プログラムの開発」 に関する研究 1
水谷信子	

II. 資料編

- 資料1 「疾患編－認知症ってどんな病気？－」
- 資料2 「対応編－認知症の方とのおつきあい－」
- 資料3 「社会資源編－社会資源を利用しましょう－」
- 資料4 「身体健康編－健康を守るために－」

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

総括研究報告書

「医療機関外来部門における認知症看護相談・教育統合プログラムの開発」に関する研究

主任研究者:水谷信子 兵庫県立大学 看護学部 教授

研究要旨:

本年度は、前年度に作成・実施した「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案の評価・修正を加えた改訂版を作成し、H 県内医療機関・認知症専門病院外来部門 2 カ所で実施した上で再評価した。この改訂版プログラムは1回約1時間のプログラムを1週間に1回、合計4回行うものであり、早期段階の「認知症」と診断され、在宅療養が1年以内の65歳以上の高齢者を介護している介護家族5名をグループ形成して実施した。

プログラム内容は、「認知症疾患編」、「認知症対応編」、「社会資源編」、「健康管理編」の4項目で構成し、老人看護専門看護師、認知症看護研究者が、参加した介護家族の基礎情報(認知症診断名、投薬内容、介護状況)を把握した上で、対話を基調とした介護教育指導を展開することを意識し、運営した。その結果、プログラム担当者が『介護家族のグループ形成、グループ凝集性が向上するよう、交流場面の確保を心がけた』ことから、介護家族同士の相互作用が随所に見られ、同胞者同士の Self-help-group の効用が確認できた。

<分担研究者>

平林美保・兵庫県立大学看護学部・助手
得居みのり・兵庫県立循環器病センター
地域医療連携室、老人看護専門看護師
西山みどり・神戸海星病院・外来看護師長、老人看護専門看護師
森山祐美・新日鐵広畑病院・看護主任、老人看護専門看護師

A. 研究目的

本研究の目的は、認知症早期段階と診断された高齢者の介護家族に対する、「認知症看護相談機能」と「認知症看護教育機能」を一本化し、老人看護の専門性を反映させた系統的プログラム「認知症看護相談・教

育統合プログラム」を開発することである。

B. 研究方法

本研究は、「認知症看護相談・教育統合プログラム」の改訂版作成と実施、評価、修正を行った、実践介入研究である(図1・研究概要参照)。

1)「認知症看護相談・教育統合プログラム」の改訂版の作成

昨年度の結果もふまえ、“介護家族が来所しやすい環境作り”、“知識提供だけでなく、介護家族の訴えを聞き、日頃の介護を評価する”等を考慮し、「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版を作成した(表1)。

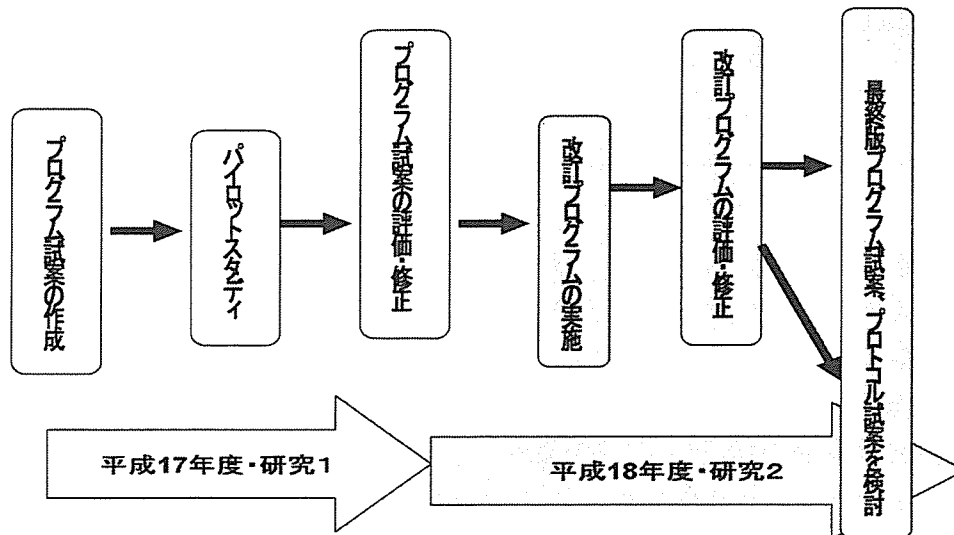


図1. 研究概要

表1. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版内容と運営概要

回数	プログラム担当者	実施時間・頻度	プログラム名	プログラム内容
1回	老人看護 CNS 注1	各プログラム 1時間/1回 . 1回/1週間	①疾患編:「認知症って どんな病気?」	認知症は“病気である”こと、早期診断と継続的な治療が必要であること、について
2回	認知症看護研究者		②対応編:「認知症の方と のおつきあい」	認知症高齢者をいかに理解し、楽しく共に暮らしていくか、について
3回	老人看護 CNS		③社会資源編:「サー ビスを利用しましょう」	抱え込まない介護のための、介護保険のしくみと活用方法について
4回	老人看護 CNS		④身体健康編:「健康を 守るために」	認知症高齢者に見落としやすい身体の変調と健康管理方法

※B病院については、①②を1回目、③④2回目の計2回で変則的に行った。

※下線 部は昨年度からの修正箇所

注 1:老人看護専門看護師(CNS)とは、実務経験を有し、看護系大学院修士課程・老人看護領域を修了し、かつ日本看護協会の専門看護師認定試験に合格した者である。卓越した看護実践能力を持ち、水準の高い看護ケアの提供、保健医療福祉の発展と、看護学の向上に寄与することが期待される¹。

そして、他の医療機関を含めた2カ所(A病院、B病院)で同様に実施しながら、そのプログラム内容の再検討・修正を行った。

2) データ収集期間:

平成 18 年 6 月 3 日～平成 18 年 7 月 22 日

3) データ収集方法と分析

「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版を、H県内医療機関・認知症専門のA病院、B病院で実施し、その内容をIC録音とフィールドノートの作成によりデータとして記録、逐語録におこし、昨年度と同様、質的・帰納法的に分析した。

4) 研究に伴う倫理的配慮

昨年度と同様、認知症高齢者の介護者に対し、プログラムへの参加・中断は自由意志であること、拒否により医療機関で不利益を被ることはないこと、プライバシーの厳守を行い、個人が特定されないように配慮することについて書面をもとに説明し、同意・署名を得たのち、研究に着手した。尚、本研究は兵庫県立大学看護学部の研究倫理委員会、研究協力病院の研究倫理委員会の承認を受けて実施した。

5) 研究協力者と「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版の実施

本年度は、早期段階の「認知症」と診断され、在宅療養が1年以内の65歳以上の高齢者を介護している介護家族で、研究協力の同意が得られたもの5名(表2参照)に対し、「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版(表1)を、H県内医療機関・認知症専門A病院^{註2}、B病院^{註3}の2カ所で実施した。

昨年度からの改訂点は、実施間隔の縮小と、

社会資源の活用方法をプログラム内容に加えたことである。また、プログラム担当者は、介護家族との対話を基調とした運営に留意し、介護家族のグループ形成、グループ凝集性が向上するよう、交流場面を確保すると共に、各介護家族の生活状況に見合った介護体制を構築できるよう、その基礎情報(被介護者の認知症診断名、症状と投薬内容、介護歴及び被介護者との続柄)を得ておくことを心がけた。

注2:A病院は、180床を有する総合病院であり、老人看護CNSと精神科の医師が2回/月の頻度で、認知症の外来診察「メモリー外来」を開設している。

注3:B病院は、350床の総合病院である。25床の認知症治療専門病棟を持ち、地域医療連携部門で老人看護CNSも勤務している。

C. 結果及び考察

まず、プログラム開催日程に伴う環境作りについて再検討を行った。「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版の実践については週1回の開催を定期的に行い、公共交通機関の時間帯に合わせた開始時間を設定したこと(A病院)、プログラム開催時、被介護者を医療機関で一時的にケアすること(B病院)により、介護家族が参加しやすい環境を提供した。次に収集した記述データの質的・記述的分析を、研究1の結果と比較、検討しながら行った。その結果、「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版の実践に表出された介護家族の状況として、「プログラム参加中に表出された思い」、「プログラムに参加して新たに獲得されたこと」、「介護生活で生じる思いと対処」、「介護家族同士の相互作用」の4要素が見出された(表3)。

表 2. 研究協力者概要

研究協力者	被介護者と介護の状況	研究協力者	被介護者と介護の状況
C氏・男性 (56歳)	短期記憶障害を現症とするレビー小体型認知症の母(82歳)と息子の3人暮らし。介護歴1年弱だが、福祉課に勤務しており、社会資源等の情報は持っている。介護保険未申請。	E氏・女性 (39歳)	もの忘れ、被害妄想を現症とするアルツハイマー型認知症の義母(77歳)、夫と子供3人の6人暮らし。以前にも認知症の介護経験はあり。介護保申請中。
D氏・女性 (76歳)	記憶障害を現症とするアルツハイマー型認知症の姉(83歳)の近所に在住(弟も近所に在住)。介護歴は数ヶ月だが、頻回に訪問や電話をしている。自身も高齢であり、今後に不安を持っている。介護保険未申請。	F氏・男性 (40歳)	もの忘れを現症とするアルツハイマー型認知症の母(76歳)と2人暮らし。内科入院中に認知症を指摘されるまで、母親の症状に気づかず。介護歴はなし。介護保険未申請。
G氏・女性 (32歳)	もの忘れ、攻撃性を現症とするアルツハイマー型認知症の祖母(74歳)、夫、子供2人の5人暮らし。自身の子育てや仕事が忙しく、祖母の認知症を重要視していない。介護保険未申請。		

表 3. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版の実施に見られた介護家族の状況

プログラム参加中に表出された思い	介護の責任を感じる	介護生活で生じる思いと対処	認知症高齢者の行動に困っている
	あきらめる		認知症高齢者を恥ずかしいと思っていた
	分かってもらえない		知識不足がある
	はらただしさ、不満を感じる		指摘されて“おかしい”ときづく
	不憫に思う		できる部分、できない部分を把握する
	不安を感じる		解釈をする
プログラムに参加して新たに獲得されたこと	知識を整理・更新する	介護家族同士の相互作用	自分なりの介護の工夫をする
	反省する		自分の体調不良を感じる
	介護している他者が居ることで勇気が出る		相手にアドバイスする
	話を聞いてもらえたことに安心する		相手に興味を示す
	新たな知識を得る		相手をねぎらう
自分のためになる		相手に共感する	

「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版では、プログラム内容変更として、社会資源の活用方法を組み入れたこと、プログラム担当者が基礎情報をふまえ、介護に対する思いを表出することだけでなく、ポイントを絞った介護知識や情報を伝えるように努めたことが挙げられる。その結果、プログラムに参加して新たに得られたこととして、「知識の整理・更新をする」、「反省する」、「新たな知識を得る」、「自分のためになる」などであり、介護家族が情報や知識を獲得していく状況があらためて見出された。また、介護生活で生じる思いと対処については、新たに「認知症高齢者の行動に困っている」、「認知症高齢者を恥ずかしいと思っていた」、「指摘されて(自分の介護が)“おかしい”と気づく」が見出された。

これらのことから、本プログラムでは、単に認知症介護の一般的な方法を知るだけでなく、老人看護・認知症看護の専門家との対話を通し、他の介護家族と介護に対する考えや思いを述べ合うことで、介護家族自身が被介護者との関係性や生活を見つめ直す、自己洞察を促進することも可能であることが分かった。

そして、プログラム参加中に表出された思いとしては、新たに「(自分の大変さは身内には)分かってもらえない」、「あきらめる」、「不安を感じる」が見出された。周囲からは“日常生活上の支障はそれほどない”と見られがちな早期段階の認知症高齢者の世話を、引き受ける際の孤独感や、被介護者の家族として日々介護に関わりながら、明確な評価が得難いことに対し、報われない思いが続いていることも、改めて確認することとなった。

そのような中、本年度の研究では、プログラム担当者が『介護家族のグループ形成、グループ凝集性が向上するよう、交流場面の確保

を心がけた』ことから、「相手(他の介護家族)にアドバイスする」、「相手(他の介護家族)に興味を示す」、「相手(他の介護家族)をねぎらう」、「相手(他の家族)に共感する」というような、介護家族同士の相互作用が随所に見られ、“介護している他者が居ることで勇気が出る”など、同胞者同士の Self-help-group の効用が確認できた。そして、このように介護家族のグループ形成、グループ凝集性を向上させるプログラム運営ができた背景には、単に介護家族をグループ形成したことだけではなく、プログラム運営の担当者が、老人看護及び認知症看護の知識と実践力を持っていること、参加している介護家族と被介護者に対する基礎情報を持っている、ということの重要性が分かった。

認知症ケアの専門家には、認知症患者とその介護者に対し、“感じて、向き合い、受け止め、共有し、支えるコミュニケーション能力”が重要な知識・技術として強く求められている²。また、介護保険改正に伴い、認知症高齢者の看護／介護は医療機関で開始・終結するものではなく、地域生活に根ざしたものとして位置づけられていることから、早期発見・早期治療を目指した受診行動を促進できるよう、疾患や治療、対応に対する卓越した知識も必要である。しかし、家族が認知症を疑い、医療機関を訪れる場合は、認知症が進行しているケースが多く、日常生活上の問題も決して小さくない。野中³は、“同居家族が認知症に気づいていても日常生活にとくに異常な問題もなく困った状態に追い込まれていない家族もあり、認知症の存在や診断テストの結果のみを説明してもその意義を正確に理解する同居家族は少ない”と述べている。これらのことを考え合わせると、認知症の状態把握を含む高齢者の心身の状態を生活者としての側面からもアセスメントし、

各期に応じたケアの実践、体制づくり、介護家族のサポートができる能力を有する、スペシャリスト(老人看護専門看護師、認知症看護研究の専門家)がプログラム作成、準備／実施し、効果検証を行いながら、「認知症看護相談機能」と「認知症看護教育機能」を一本化し、老人看護の専門性を反映させた系統的プログラム「認知症看護相談・教育統合プログラム」を開発したことは有意義であると言えよう。

認知症高齢者が持っている能力や障害されている機能を見極め、“その人らしい”生活を送るための支援を行うためには、認知機能に着目するだけでなく、その他の合併症や捉えにくい健康上の不調、慢性的に抱える疾患や治療経過を把握し、介護家族の理解や協力を得ながらタイムリーに関わっていく必要がある。そのためには、先に有効性を述べた「認知症看護相談・教育統合プログラム」改訂版を、医療機関外来部門で展開し、他科の医師とも情報を共有しながら、複合疾患として認知症を抱え持つ高齢者を早期発見、早期治療に導くことが重要である。

そこで、「認知症看護相談・教育統合プログラム」最終案として、「介護家族同士が語り合う状況の設定」を配慮したプログラムを再編成すること、「繰り返し受講できるためのシステム作り」として、外来カルテに挟み込める形式の情報シート作成の必要性が明らかとなった。

D .結論

本年度の研究結果より、以下のことが結論として導き出された。

1. 従来の講義式ではなく、介護家族をグループ形成した上で、対話を基調とした「認知症看護相談・教育統合プログラム」は、介護知識の向上だけではなく、介護家族同士の交流が精神的安定や安寧を導くことを可能にする。
2. 早期段階の認知症高齢者の介護家族に対して、認知症疾患を専門的に理解し、生活者としての側面も配慮できる老人看護の専門家が、対話形式で「認知症看護相談・教育統合プログラム」を実践することは、介護家族の Self-help- group の効用をプログラムに反映させることを可能とし、介護家族に見合った介護の方向性を導ける点で有効性が高い。
3. 医療機関の外来部門で「認知症看護相談・教育統合プログラム」を実践することは、他の疾患で受診した認知症高齢者を広く、早くキャッチすることができ、認知症の早期診断・早期治療につなげることができる。また、早期受診は、よりよいタイミングでケアに入ることを可能とするため、認知症悪化予防にも貢献することが可能となる。
4. 医療機関の外来部門で「認知症看護相談・教育統合プログラム」を実践することにより、外来における診療カルテから認知症高齢者の合併症を含む健康管理を行うことができる。そのため、他科の医師との情報共有ができ、捉えにくい健康上の不調

の手がかりを発見することも可能となり、より効果的な医療やケアを提供することが期待できる。

<引用文献>

1. 水谷信子(2004):老人看護専門看護師の育成をめざす教育課程の展開と課題、p4-9、老年看護学、vol8 (2)
2. 馬場先淳子 (2006) : 認知症ケア専門士に望むこと、p85-88, 認知症ケア学会誌 vol5 (1)
3. 野中 博(2006):認知症とかかりつけ医、p89-91, 認知症ケア学会誌、vol5 (1)

E. 健康危険情報

本研究において、研究協力者の生命、健康に重大な影響を与えた様な事象はなかった。

F. 研究発表

学会発表

得居みのり、西山みどり、高見(平林)美保、森山祐美、水谷信子
:医療機関外来部門における認知症看護相談・教育統合プログラムの開発ーパイロットスタディの試みー、第7回認知症ケア学会プログラム・抄録集(2006年9月)、vol5(2)、p326

G. 知的財産の出願・登録状況

本研究において、知的財産の出願、登録の予定は現時点で考えていない。

資料編

資料1 「疾患編－認知症ってどんな病気？－」

『認知症ってどんな病気？』



認知症とは・・・

- 何らかの原因によって、
大脳の神経細胞が
広範囲に障害され、
本来あった認知機能が
著しく低下した状態



ふつうの物忘れとの違い

ふつうの物忘れ	病気からくる物忘れ
記憶の一部が抜ける	記憶が全部抜ける
人・場所・時間は分かる	人・場所・時間も分からないことがある
自覚していることが多い	自覚していないことが多い
進行しない	進行する

認知症の原因となる病気

- 変性疾患
 - 脳血管障害
 - 正常圧水頭症
 - プリオン病
 - 内分泌疾患
 - 電解質・代謝異常
 - 外傷性
- などなど

主な認知症を引き起こす病気

- アルツハイマー型認知症
- 脳血管性認知症
- レビー小体型認知症



認知症診断のための検査

- 採血(一般・ホルモン・ビタミン・感染症)
- 画像検査(CT・MRI・SPECT・PET)
- 認知症機能検査(長谷川式簡易知能検査・ミニメンタル検査など)



● ● ● アルツハイマー型認知症

- 原因はよく分かっていませんが、脳の神経細胞が障害され、脳が萎縮する病気のことです。



● ● ● アルツハイマー型認知症の症状

- 物忘れ: ものの置き忘れ・同じ事を何度も言ったり聞いてきたりする
- 時間や日にち、場所が分かりにくくなる
- 精神症状: 物盗られ妄想・幻視など
- 言葉が思い出せない



● ● ● アルツハイマー型認知症の治療

- 薬物療法: アリセプト3mgと5mgがあり、初めは3mgから開始し、副作用がでなければ、5mgまであげて続ける。通常、1日1回、朝ご飯の後に服用する。



● ● ● 脳血管性認知症

- 脳梗塞や脳出血が起こることで、その部分の脳の機能が低下し、物忘れや言語障害などが見られる病気です。



● ● ● 脳血管性認知症の症状

- 物忘れ
- 精神症状: 意欲がなくなる・うつのようななど
- 言語障害: 言葉の理解ができない・言葉が上手く出てこない



● ● ● 脳血管性認知症の治療

- 再発予防⇒高血圧や高脂血症、糖尿病などを悪化させないようにする。



● ● ● レビー小体型認知症

- 中枢神経に多くのレビー小体が出現し、物忘れ・幻視・体の硬さが見られる病気です。
症状の変動が多く見られます。



● ● ● レビー小体型認知症の症状

- 体の硬さ: 転びやすい・歩くにくい・小刻みに歩く・物が飲み込みにくい
- まぼろしが見える
- 症状が変動しやすい(いい時と悪い時がある)
- 薬に反応しやすい



● ● ● レビー小体型認知症の治療

- 幻視・妄想⇒抗精神薬
アリセプト
- 体の硬さ⇒抗パーキンソン薬



● ● ● 対応が難しい症状について

- 何が問題となっていますか？
- なぜ起こっていますか？
- どのような状況で起こってますか？
- 何がひきがねとなっていますか？



● ● ● 記憶障害・見当識障害

- 混乱を避けるように応じる。
 - 大切なことをメモし、目のつく場所に貼る。
 - ものを片付ける場所を定める。
 - 話しを初めてのよう聞く。
 - 安心できる人との関わりを多くする。
- 『してはいけないこと！』
否定・訂正・叱る・責める・無視



● ● ● 言語障害

- 簡潔な声掛けをする。
 - 筆談を交えながら会話する。
 - 馴染みのある話題を出す。
 - 話したい内容を察する。
- 『してはいけないこと！』
早口・話題をころころ変える・急かす
会話をおろそかにする



● ● ● 行為障害(一人で入浴や着替えができない)

- 日常生活がこれまで通り営めているか観察する。
 - 混乱しないよう手伝う。
- 『してはいけないこと!』
叱る・責める・指示・全面介助・乱暴に手を出す



● ● ● 幻覚(幻が見える)

- 見えている物に合わせる。
 - 恐怖心を抱いていたら、環境や話題を変えるなどして、不安の軽減に努める。
- 『してはいけないこと!』
否定・叱る



● ● ● 妄想(もの盗られ妄想)

- ものを片付ける場所を定める。
 - 「ものがない」と探している時は、自分で見つけられるよう配慮する。
- 『してはいけないこと!』
見つけてあげる・叱る・無視



● ● ● 興奮と攻撃性

- 安全の確保をする。
 - 興奮の原因を明らかにする。
 - 別の人に対応する。
 - 他に気を散らす。
 - つかず離れずの位置で見守る。
- 『してはいけないこと!』
逆らう・無視・制止・抑制



● ● ● 異常行動(徘徊・荷造り行動)

- 一緒に散歩する。
 - 気が済むまで荷造りを見守る。
 - 緊急用に名前や住所の分かるものを持ってもらう。
- 『してはいけないこと!』
制止・叱る・逆らう

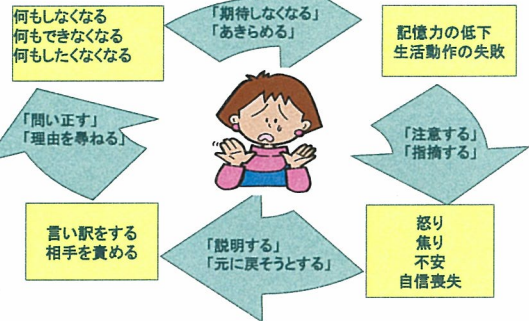


資料2 「対応編－認知症の方とのおつきあい－」

認知症の方とのおつきあい



認知症介護の迷路に 入り込んでいませんか？



「認知症の方との会話は難しい？」

- 「同じ事を何回も聞く」
- 「こちらが言うことが理解できない？」
- 「何を言っているのか、分からない」
↓
- ◆ 話していると、イライラする、悲しくなる、
むなしくなる、不安になる……



「認知症の方との会話は難しい？」

- 「同じ事を何回も尋ねたり、話したりする」
- ◆ 記憶力の低下から、会話の内容だけでなく、
“会話をした”という出来事そのものを忘れて
しまうのです。



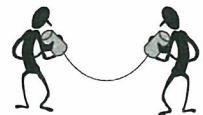
「認知症の方との会話は難しい？」

- 「こちらが言うことが理解できない？」
- ◆ “長い文章”の会話を理解することは難
しい場合があります。そのため、適当な
返事をしたり、戸惑ったりすることがあり
ます。



「認知症の方との会話は難しい？」

- 「何を言っているのか、分からない」
- ◆ 「伝えたい」という気持ちはあるのですが、言葉
が思いつかず、「あれが……」、「これが……」
という表現が増えてきます。



● ● ● 認知症の方が体験している世界



- ◆ 頭がぼんやりして重い
- ◆ 長く物事を考えることができない
- ◆ 疲れやすい
- ◆ 人や物音が怖い
- ◆ 人に言われたことがわからな^い
- ◆ イライラする
- ◆ 不安や焦り など



● ● ● 認知症の方との会話を楽しむためには？

- 「聞く姿勢」、「話す姿勢」を作ってみては？

- ◆ “ゆっくり”、“ゆったり”、“落ち着いた環境”で、相手の言いたいことを想像したり、こちらの言い方を変えたりすることが有効です。椅子に座って、お茶でも飲みながら・・・、会話を楽しんでみませんか？



● ● ● 発言や行動の背景を考えてみませんか？

- 妄想は、認知症の方にとって、“気になること”や“大切なこと”が、誤ったとらえ方に変化して表に出ることがよくあります。繰り返される妄想のエピソードを知り、その方の“こだわり”が何か考えてみると、解決の糸口が見えてくるかもしれません……。



● ● ● 発言や行動の背景を考えてみませんか？

- 徘徊の裏には、その人なりの「行かなくてはいけない場所」や、「行かなくてはいけない理由」が存在します。



- そのような、差し迫った気持ちを知り、一緒に歩いてみる、歩きながら話題を変えてみる、ということも、有効な手段になり得ます。

● ● ● 「発言や行動が理解できない！」

- 妄想:「〇〇さんが、私のお金を盗った！」
「〇〇ちゃんが、私の悪口を言う！」
- 徘徊:「仕事に行ってくる」と言って外出し、自分では帰って来れない。
↓
「しっかりした人だったのに、なぜ？」
～対応に追われ、疲れ切ってしまう～

● ● ● 「介護」の発想を変えてみませんか？

- 認知症の方の行動や発言は、時に違和感を感じたり、不思議に思えることがあります。それらの行為の間違いを指摘したり、修正するのではなく、
「そんなこと、してしまうんだね！」、
「そんなこと、分からなくなっちゃったんだね。」
と、一緒に笑い飛ばせるようになると、気持ちが楽になると思いませんか？



「介護」の発想を変えて みませんか？

○ 一緒に楽しむ“何か”を探せると素敵ですね

例：1) 園芸



2) 体操

3) 散歩

4) 料理

5) 手工芸

6) 音楽鑑賞



「一緒に作っていく介護」

○ 認知症の介護はストレスフル

○ 認知症の介護は先が見えない



→大切なことは

1) 介護を1人で抱え込まない

2) 完璧な介護にこだわらない

3) 介護する人が“健やか”であること

4) 介護する認知症の人と一緒に生活を作る



認知症介護の「いい循環」を 作ってみませんか？

何かをしなくなる
何かをしようとする
何かができる

「できる面を見つけられる」
「期待を持てる」

記憶力の低下
生活動作の失敗

「“認知症”の
その人を理解
する」



「物忘れの
程度を知る」
「“できる”ように
生活環境を変える」

楽しみができる
相手を信頼する

「一緒に何かしよう」
「一緒に過ごそう」

自信を回復
精神的に安定

資料3 「社会資源編－社会資源を利用しよう－」