

認知症を受け入れるということ

平成19年12月富士宮市に住むある夫婦から108歳の夫が認知症になってしまった」と新聞所に相談がありました。それから私たちは、その夫婦が認知症と向き合っていく過程を先導してまいりました。

当初は、「若年性アルツハイマー型認知症」という医師からの突然の告知に戸惑い、悩み、混乱し、夫婦は、精神的にも肉体的にもとても疲弊させてしまっている様子でした。

しかし、夫婦はついに認知症という病気をもよく理解し、病氣としてあるがまますを受け入れていくようになります。

夫婦は現在も、認知症の症状を悪化させるためにリハビリの通院を続け、その中で医師や友人から得た知識をもとに自分なりに考え、認知症と向き合いながら日々を送っています。

夫婦は、平成21年11月28日に開催された富士宮・芝川地区介護保険推進協議会総会で「認知症を受け入れるということ」と題して初めてインタビュー形式の講演活動を行いました。

夫婦の絶望や苦悩、認知症を受容したことによって訪れた新たな日々……「若年性アルツハイマー型認知症」を通して葛藤した思いをありのまま社会に伝える活動を、夫婦は今後、もどる範囲内で続けていきたいと考えています。

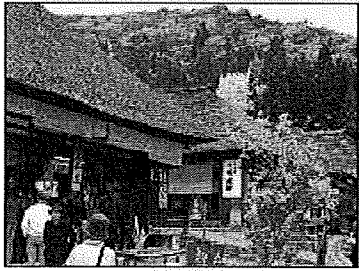
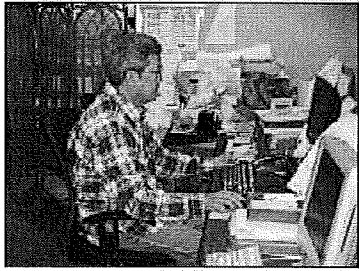
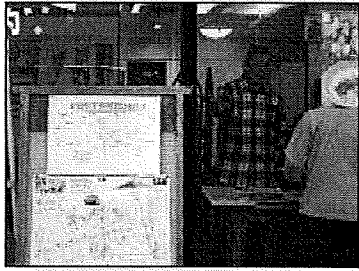


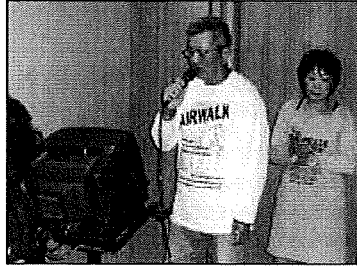
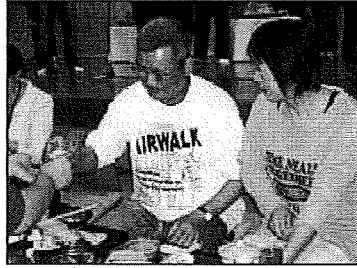
講演依頼・講演のDVDについてのお問い合わせは
富士宮市福祉総合相談課へ（☎0544-22-1681）

認知症になっても薬もがけず暮らし続けよう

自分らしく笑顔で暮らさる社会を目指して







本人の声より

- 一人ひとり、違うということを、わかってほしい。
- 認知症でも、人としての品性は失われない。
- 働きたい！楽しみたい！遊びたい！
- 家族を楽にしてください。
- そばで、笑って。

センター方式を地域の「共通の道具に」

シート1枚からでも、気軽にメモしてみよう。一冊に詰めてみよう。

- ★ホームページ「いつどこネット」からシートとガイドを無料で入手(ダウンロード)できます。
※「いつどこネット」又は、「センター方式」で検索を。
コピー 自由にどうぞ！ 誰かといっしょに！

①「センター方式シートパック(解説付)」

認知症介護研究・研修東京センター

※入手、お問い合わせは東京センターまで

03-3334-1150 又は、「いつどこネット」で。



- ③「認知症ケアをもっと楽に」:本人・家族が使うセンター方式 中央法規、2008
- ④改訂「認知症の人のためのセンター方式の使い方・活かし方」 中央法規、2008
- ⑤「認知症の人の支援と訪問介護計画、センター方式実践事例、中央法規、2008
- ⑥センター方式実践事例集2007、東京センター

平成 21 年度厚生労働科学研究・研究成果普及啓発事業

研究成果発表会資料

<本資料に関する連絡先>

認知症介護研究・研修東京センター
東京都杉並区高井戸西 1-12-1
電話:03-3334-1150 (ケアマネジメント推進室)
FAX:03-3334-2156

2010 年 2 月

無断転載禁止

資料. 当事者生活シート(センター方式シート抜粋)

1. A-2: 私の自立度経過シート(基本情報)

A-2 基本情報(私の自立度経過シート) 名称 _____ 記入日: 20__年__月__日/記入者 _____

◎私の自立状態が保てるように、私の状態と変化の経過を把握してください。
 ※左端の例を参考に次の記号で記入してください。要介護度●、障害老人自立度◎、認知症の人の日常生活自立度△、認知症関連の評価□
 (ご利用スケール名を枠内に記入)
 ※半年に1回はスケールで状態を把握してください。介護保険資格取得時の要介護認定およびサービス利用開始時の状態も記入しましょう。
 介護保険利用前のケースの場合も、わかる範囲で記入しましょう。
 ※状態が変化した時に気づいた事があれば、下記の「気づき」に記入しましょう。

| 要介護度 | 障害老人自立度 | 認知症の人の日常生活自立度 | 例 本人の要介護度は 2002 4/12 抜粋 | 評価年月日(その時点の記入者名) | | | | | | | | | | | | 認知症関連の評価 使用スケールに○を付ける ・F-AZL ・NMZケール ・CSD ・FAST ・HDS-R ・その他 | |
|------|---------|---------------|-------------------------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| 要介護1 | J-1 | I | ● | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | J-2 | IIa | △ | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | A-1 | IIb | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護1 | A-2 | IIIa | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | B-1 | IIIb | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護3 | B-2 | IV | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護4 | C-1 | M | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護5 | C-2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 気づき | | | 散歩の頻りに減り迷うようになった。同じものを何度も買ってくるが増えた。 | | | | | | | | | | | | | | |

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。 A-2 認知症介護研究・研修東京センター(0704)


2. A-4: 私の支援マップシート(基本情報)

A-4 基本情報(私の支援マップシート) 名前 _____ 記入日 20__ 年 月 日 記入者 _____

◎私らしく暮らせるように支えてくれているなじみの人や物、動物、なじみの場所などを把握して、より良く暮らせるよう支援してください。
 ※家族は日常のかかわりのある人を記入しましょう。
 (家族、親族の全件はB-1に記入)
 ※施設で暮らしていても私が関わっている人、会いに来てくれる人、会いに行く人、私の支えとなっている物や場所も記入しましょう。
 ※記入者からみて連携がとれている人を線で結びましょう。

※種からの情報を明確にしましょう。

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| ●私が言ったこと | 私にとってなじみの場所は _____ です。 |
| △家族が言ったこと | 私が行きたい場所は _____ です。 |
| ○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア | 私にとってなじみの人は _____ です。 |
| | 私がかきたい人は _____ です。 |
| | 私が一番頼りにしている人は _____ です。 |
| | 私を支えたい人は _____ です。 |



◎私の暮らしを支えてくれているサービスと、主となる担当者を教えてください。(例: デイサービス・田中)
 ※表3表(週間サービス計画表)を基礎に、介護保険サービス以外でも定期的に変えてくれているサービスや人を記入しましょう。

| 時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 私の願いや 支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア |
|--------------------|---|---|---|--|---|---|---|--|
| 4:00 | | | | | | | | |
| 6:00 | | | | | | | | |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |
| ※要時、利用している介護保険サービス | | | | 上記以外でどんな地域で受けている支援や内容 (民生委員、ボランティア、各種自治体サービスなど) | | | | |

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。 A-4 ©認知症介護研究・研修東京センター(0503)

3. B-2: 私の生活史シート(暮らしの情報)

B-2 暮らしの情報(私の生活史シート) 名前 _____ 記入日 20__年__月__日 / 記入者 _____

◎私はこんな暮らしをしてきました。暮らしの歴史の中から、私が安心して生き生きと暮らす手掛かりを見つけてください。
 ※わかる範囲で住み変わってきた経過(現在→過去)を書きましょう。認知症になった頃に点線(……)を引いてください。

| 私の生活歴(必要に応じて別紙に記入してください) | | | 私の願いや 支援してほしいこと ●私が買ったこと △家族が買ったこと ○ケア者が買ったこと ケアのヒントやアイデア | | | | | | | | |
|--------------------------|--|---|--|--------------|---------|-------|-------|----|----|----|----|
| 年月 | 暮らしの場所 (地名、種の家か、一緒に暮らしていた主人の 病歴や施設名など) | 私の 呼ばれ方 その頃の暮らし・出来事 | | | | | | | | | |
| 現在 | | | | | | | | | | | |
| 私がしてきた仕事や得意な事など | | 1日の過ごし方 <table border="1"> <thead> <tr> <th>昔年(若い頃)の過ごし方</th> <th>現在の過ごし方</th> </tr> <tr> <th>(いつ頃)</th> <th>(いつ頃)</th> </tr> <tr> <th>時間</th> <th>時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4時</td> <td>4時</td> </tr> </tbody> </table> | | 昔年(若い頃)の過ごし方 | 現在の過ごし方 | (いつ頃) | (いつ頃) | 時間 | 時間 | 4時 | 4時 |
| 昔年(若い頃)の過ごし方 | 現在の過ごし方 | | | | | | | | | | |
| (いつ頃) | (いつ頃) | | | | | | | | | | |
| 時間 | 時間 | | | | | | | | | | |
| 4時 | 4時 | | | | | | | | | | |
| 私の好む話、好まない話 | | | | | | | | | | | |

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。 B-2 ©認知症介護研究・研修東京センター(9500)

4. B-3:私の暮らし方シート(暮らしの情報)

B-3 暮らしの情報(私の暮らし方シート) 名前 _____ 記入日 20__ 年 月 日 / 記入者 _____

◎私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。なじみの暮らしを継続できるように支援してください。

| 暮らしの様子 | 私が長年なじんだ習慣や好み | 私の現在の状態・状況 | 私の願いや 支援してほしいこと ●私が書きたこと △家族が書きたこと ○ケア者が気づいたこと、 ケアコンサルタントのアイデア |
|--|---------------|------------|---|
| 毎日の習慣となっていること | | | |
| 食事の習慣 | | | |
| 飲酒・喫煙の習慣 | | | |
| 排泄の習慣・トイレ様式 | | | |
| お風呂・おだしなみ (湯の温度、歯磨き、ひげそり、 髪をとかすなど) | | | |
| おしゃれ・色の好み・履き物 | | | |
| 好きな音楽・テレビ・ラジオ | | | |
| 家事 (洗濯、掃除、買い物、料理、 食事のしごと) | | | |
| 仕事 (生活の糧として、 社会的な役割として) | | | |
| 興味・関心・遊びなど | | | |
| なじみのものや道具 | | | |
| 得意な事/苦手な事 | | | |
| 性格・特徴など | | | |
| 情報について | | | |
| 私の健康法 (例:乾布摩擦など) | | | |
| その他 | | | |

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。 B-3 ©認知症介護研究・研修センター(0704)

5. C-1-1:私の心と身体の全体的な関連シート(心身の情報)

C-1-1 心身の情報(私の心と身体の全体的な関連シート)

◎私が今、何に苦しんでいるのかを気づいて支援してください。
 ※私の苦しみの最も引き金となっている項目を見つけるために、課題になっている項目に✓を付け、関連がある項目を線で結んでください。

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|-------|--------|------------|-------------|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 栄養状態: | 食事の形態: | 主食: 副食: | 飲水量 cc/日 |
|----|----|----|----|-------|--------|------------|-------------|

| | | | |
|-------------------------------------|-----------|--|-----------|
| 1. 私の体質 | 状態 | 3. 私の口の中 | 状態 |
| 1 <input type="checkbox"/> 食欲がない | | 31 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わず痛みや不具合がある | |
| 2 <input type="checkbox"/> 寝れない | | 32 <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている | |
| 3 <input type="checkbox"/> 起きれない | | 33 <input type="checkbox"/> 口内炎ができています | |
| 4 <input type="checkbox"/> 痛みがある | | 34 <input type="checkbox"/> 舌が白くなっている | |
| 5 <input type="checkbox"/> 便秘している | | 35 <input type="checkbox"/> 口の中が汚れている | |
| 6 <input type="checkbox"/> 下痢している | | 36 <input type="checkbox"/> 口の中が乾燥している | |
| 7 <input type="checkbox"/> 熱がある | | 37 <input type="checkbox"/> 唇が乾燥している | |
| 8 <input type="checkbox"/> 手足が冷えている | | 38 <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い、むせる | |
| 9 <input type="checkbox"/> その他 | | 39 <input type="checkbox"/> その他 | |

| | | | |
|--|-----------|--|-----------|
| 2. 私の行動心理的な状態 | 状態 | 4. 私の皮膚の状態 | 状態 |
| 10 <input type="checkbox"/> 盗られたなど被害にあっていると言う | | 40 <input type="checkbox"/> 乾燥している | |
| 11 <input type="checkbox"/> 状況に合わない話をする | | 41 <input type="checkbox"/> かゆみがある | |
| 12 <input type="checkbox"/> (ないものが)見える、確認する | | 42 <input type="checkbox"/> 湿疹ができています | |
| 13 <input type="checkbox"/> 気持ちが不安定 | | 43 <input type="checkbox"/> 傷がある | |
| 14 <input type="checkbox"/> 夜寝れない | | 44 <input type="checkbox"/> はれている | |
| 15 <input type="checkbox"/> 荒々しい言い方やふるまいをする | | 45 <input type="checkbox"/> 赤くなっている | |
| 16 <input type="checkbox"/> 何度も同じ話をする | | 46 <input type="checkbox"/> タコができています | |
| 17 <input type="checkbox"/> (周囲に不快な)音を立てる | | 47 <input type="checkbox"/> 魚の目が出ています | |
| 18 <input type="checkbox"/> 大きな声を出す | | 48 <input type="checkbox"/> 水虫が出ています | |
| 19 <input type="checkbox"/> 声かけや介護を拒む | | 49 <input type="checkbox"/> 床ずれがある | |
| 20 <input type="checkbox"/> 落ち着かない | | 50 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 21 <input type="checkbox"/> 歩き続ける | | | |
| 22 <input type="checkbox"/> 家に帰るなどの言動を繰り返す | | 5. 私のコミュニケーションの状態 | 状態 |
| 23 <input type="checkbox"/> (一人では危険だが)外に出ようとする | | 51 <input type="checkbox"/> 表情がうつろ、憂い、乏しい | |
| 24 <input type="checkbox"/> 外出すると一人で戻れない | | 52 <input type="checkbox"/> 目に光がない | |
| 25 <input type="checkbox"/> いろいろな物を集める | | 53 <input type="checkbox"/> 見えにくい | |
| 26 <input type="checkbox"/> 火を安全に使えない | | 54 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい | |
| 27 <input type="checkbox"/> 物や衣類を傷めてしまう | | 55 <input type="checkbox"/> 意思を伝えにくい | |
| 28 <input type="checkbox"/> 排泄物とわからず触ってしまう | | 56 <input type="checkbox"/> 感情を表現できにくい | |
| 29 <input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れる | | 57 <input type="checkbox"/> 相手のいうことが理解できない | |
| 30 <input type="checkbox"/> その他 | | | |

※記入欄が足りない場合はコピーして裏につけてください。

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。 C-1-1-C

6. C-1-2: 私の姿と気持ちシート(心身の情報)

C-1-2 心身の情報(私の姿と気持ちシート) 名前 _____ 記入日 20__年__月__日/記入者 _____

◎私の今の姿と気持ちを書いてください。
 ※まん中の空白部分に私のありのままの姿を書いてみてください。もう一度私の姿をよく思い起こし、場合によっては私の様子や表情をよく見てください。
 左側のように、様々な身体の問題を抱えながら、私がどんな気持ちで暮らしているかを吹き出しに書き込んでください。
 (次の記号を冒頭に付けて誰からの情報かを明確にしましょう) ●私が言ったこと、△家族が言ったこと、○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア)

私の姿です

| | |
|--------------------|-----------------------------|
| 私の不安や苦痛、悲しみは… | 私が嬉しいこと、楽しいこと、 快と感じることは… |
| 私の看護への願いや要望は… | 私がやりたいことや願い・ 要望は… |
| 私が受けている医療への願いや要望は… | 私のターミナルや死後についての願いや要望は… |

-1-2

©認知症看護研究・研修東京センター(0704)

7. D-1:私ができること・できないことシート(焦点情報)

D-1 焦点情報(私ができること・私ができないことシート) 名前 _____ 記入日:20__年__月__日/記入者 _____

◎私ができることを見つけて、機会を作って力を引き出してください。
 ◎できる可能性があることは、私ができるように支援してください。もうできなくなったことは、無理にさせたり放置せずに、代行したり、安全・健康のための管理をしっかり行ってください。

※今、私がしている、していないを把握するだけでなく、できる可能性があるか、もうできないのかを見極めて、該当する欄に✓を付けましょう。
 ※偶然とした動作のチェックではなく、24時間の暮らしのどの場面(時間や朝、昼、夕、夜など)かを状況に応じて具体的に記入しましょう。

| 暮らしの場面 | 私がしていること | | 私がしていないこと | | 私の具体的な活動や場面 | できるために必要な支援、できないことへの代行、安全や健康のための管理 | 私ができるように支援してほしいこと ●私が買ったこと △家族が買ったこと ○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア |
|--|----------|----------------|-------------|--------|-------------|------------------------------------|---|
| | 常時して(自立) | 場合によって(自立)している | 場合によっては出まそう | もうできない | | | |
| 起きる | | | | | | | |
| 移動・移乗 | | | | | | | |
| 寝床の片づけなど | | | | | | | |
| 整容 (洗顔や髪髪など) | | | | | | | |
| 着替え (寝巻き**洋服) | | | | | | | |
| 食事準備 (献立づくり・調理・配膳等) | | | | | | | |
| 食事 | | | | | | | |
| 食事の片付け | | | | | | | |
| 服薬 | | | | | | | |
| 排泄 | | | | | | | |
| 掃除・ゴミ出し | | | | | | | |
| 洗濯 (洗い→たたみ) | | | | | | | |
| 買い物 (支払いも含む) | | | | | | | |
| 金銭管理 (貯金の管理、手持ち現金の管理、通帳の管理・出し入れ、計画的に使えるか) | | | | | | | |
| 相手付き (着換の脱着・保管・検出等) | | | | | | | |
| 電話をかける・受ける | | | | | | | |
| 入浴の準備 | | | | | | | |
| 入浴時の着脱 | | | | | | | |
| 入浴 | | | | | | | |
| 寝る前の準備 (歯磨、寝床の準備) | | | | | | | |
| 就寝 | | | | | | | |
| 人への気づかい | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | |

*プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。

D-1

©認知症介護研究・研修東京センター(2003)

8. D-2:私ができること・わからないことシート(焦点情報)

D-2 焦点情報(私ができること・私ができないことシート) 名前 _____ 記入日:20__年__月__日/記入者 _____

◎私ができる可能性があることを見つけて機会をつくり、力を引き出して下さい。
 ◎私ができる可能性があることを見つけて支援して下さい。もうわからなくなったことは放置しないで、代行したり、
 安全や健康のための管理をしっかり行ってください。
 ※外見上のわかること、わからないことを把握するだけでなく、わかる可能性があるのか、もうわからないことを見極めて、該当する欄に✓を付けましょう。
 ※漠然とした動作のチェックではなく、24時間の暮らしのどの場面(時間や朝、昼、夕、夜など)かを状況に応じて具体的に記入しましょう。

| 暮らしの場面 | 私ができること | | 私ができないこと | | 私の具体的な 行動や場面 | わかるために必要な支援、 わからないことへの代行、 安全や健康のための管理 | 私ができるように支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア |
|--|---------|---------------------|--------------------------|-------|-----------------|---|---|
| | 常時わかる | 場合によっ てわかるこ と | 場合によっ てはわかる可 能性がある | わからない | | | |
| 会話の理解 | | | | | | | |
| 私の意思やしたいことを伝える | | | | | | | |
| 毎日を暮らすための意思決定 (服を選んだり、やりた いことを決める) | | | | | | | |
| 時間がわかる | | | | | | | |
| 場所がわかる | | | | | | | |
| 家族や知人がわかる | | | | | | | |
| 直前の記憶 | | | | | | | |
| 最近の記憶 (1～2週間程度の記 憶) | | | | | | | |
| 昔の記憶 | | | | | | | |
| 文字の理解 (ことば、文字) | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | |

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。 D-2 ©認知症介護研究・研修センター(0603)

9. D-3:生活リズム・パターンシート(焦点情報)

D-3 焦点情報(生活リズム・パターンシート) 名前 _____ 記入日 20__年__月__日/記入者 _____

◎私の生活リズムをつかんでください。私の自然なリズムが、最大限保たれるように支援してください。
 ◎水分や排泄や睡眠などを、介護する側の都合で、一律のパターンを強いないでください。
 ※生活リズムがとらえられていない場合、リズムやパターンをとらえるために必要な日数を関係者で協働して記入しましょう。
 ※水分、排泄、睡眠、活動、ヒヤリ/ハット(転倒、転落、誤嚥、誤飲、誤薬など)などを必要に応じて記入しましょう。
 ※睡眠の時間をラインマーカーで記入して「パターンを見つけよう」セザリ/ハットがあった場合は赤字で記入
 ※本人の状態に影響を与えている内容(会いに来てくれた人など)は必要に応じて「他」の欄に記入しましょう。

※ 録音調達の記号
 同じ記号で関係者が記入し、
 情報を共有、伝達しましょう。

| 【症状】 | ※ | 【原因(兆候)】 |
|---------|---|----------|
| 自立 | ○ | △ |
| 寝静ましておと | △ | △ |
| 尿意が出ない | □ | □ |
| 大便 | + | + |

| 日付 | 日 | | | | | | | | | | | | 私の願いや支援してほしいこと | |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------------|--|
| | 水分 | 排便 | 睡眠 | 水分 | 排便 | 睡眠 | 水分 | 排便 | 睡眠 | 水分 | 排便 | 睡眠 | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | | | | | | | | |
| 気づいたこと | | | | | | | | | | | | | | |

10. D-4:24時間生活変化シート(焦点情報)

D-4 焦点情報(24時間生活変化シート) 名前 _____ 記入日 20__年 月 日 / 記入者 _____

◎私の今日の気分の変化です。24時間の変化に何が影響を与えていたのかを把握して、予防的に関わるタイミングや内容を見つけてください。

※私の気分が「非常によい」から「非常に悪い」までの、どのあたりにあるか、時間を追って点を付けて線で結んでください。

※その時の私の様子や、どんな場面なのか、あひのまを具体的に記入してください。

※数日記入して、パターンを発見したり、気分を左右する要因を見つけてください。

| 時間 | 気分 | | | | | | | その時の具体的な様子や場面 | 影響を与えていると考えられる事 | 私の願いや、支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、ケアのポイントやアイデア | 記入者 |
|----|-------|----|---------|----|----|-------|---|---------------|-----------------|--|-----|
| | 非常に悪い | 悪い | どちらでもない | よい | よい | 非常によい | | | | | |
| | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。 D-4 ©認知症介護研究・研修センター(2001)

