

## ケアマネジメントの展開 【演習】

### 認知症のある方及び家族等を支える ケアマネジメント

第15章 ケアマネジメントの展開  
③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]  
第15-③章 「認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント」の目的

下巻P192

認知症の特徴や療養上の留意点、多職種との情報共有  
において必要な視点、起こりやすい課題を踏まえた  
支援に当たってのポイントを理解する。

また、「適切なケアマネジメント手法」の  
「疾患別ケア（認知症がある方のケア）」の内容を  
理解する。

第15章 ケアマネジメントの展開  
③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]  
第15-③章 「認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント」の修得目標

下巻P192

- ① 認知症の特徴や療養上の留意点、起こりやすい課題について説明できる。
- ② 認知症における療養上の留意点・倫理的な対応及び、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントについて説明できる。
- ③ 認知症のある方のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
- ④ 認知症のある方の在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有について説明できる。
- ⑤ 適切なケアマネジメント手法の考え方にに基づき、疾患別ケア（認知症）に関するアセスメントや居宅サービスの計画等の作成ができる。

## 講義・演習

…に入る前に…

まずは、自己紹介 をしましょう。

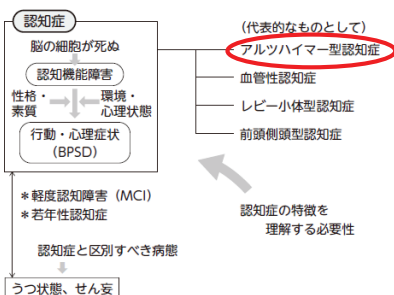
司会進行役 と 発表者 を決めてください。

午前（認知症）、午後（大腿骨頸部骨折）

第15章 ケアマネジメントの展開  
③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]  
第1節 疾患の理解[60分]

下巻P192

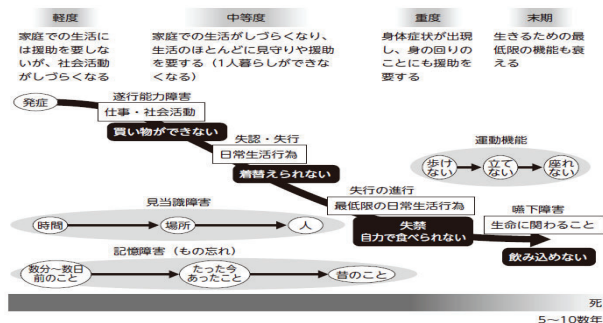
### 本節で学習することの概要



第15章 ケアマネジメントの展開  
③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]  
第1節 疾患の理解[60分] 【1 認知症の特徴を理解する必要性】

下巻P197

### 4. 本人を中心とした認知症ケアの重要性



第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]

第3節 認知症のある方のケアマネジメント[40分] 【6 同居家族に対する支援】

下巻P221

## パーソン・センタード・ケアとは

認知症のある人を一人の「人」として尊重し、そのひとの立場に  
立って考え、ケアを行おうとする認知症ケアの考えかたの一つ。

認知症の方を「何もできない人」と決めつけるのではなく、一人  
の人間として尊重し、その人が望む生活を送れるよう支援する。  
単に病気や障害を治療するだけでなく、その人の人生の質を  
高めることを目指している。

～5つの心理的要素～＜愛情＞

①自分らしさ ②結びつき ③携わること ④共にあること ⑤くつろぎ

## 認知症の方を理解する5つの要素

1. 脳の障害(脳血管障害、アルツハイマー病など神経系の機能や構造の変化に伴う症状)
2. 性格の傾向(性格、気質、能力、対処スタイル、防衛機制など)
3. 生活遍歴(成育歴、職歴などの人生の転機、趣味など)
4. 健康状態(既往歴、現在の体調のほか、視力・聴力などの感覚 機能)
5. 本人を取り巻く社会心理(人との関わり、周囲の人の認識、活動、環境など)

<https://kaigo.homes.co.jp/manual/dementia/care/pcc/#section-2-2>

第15章 ケアマネジメントの展開

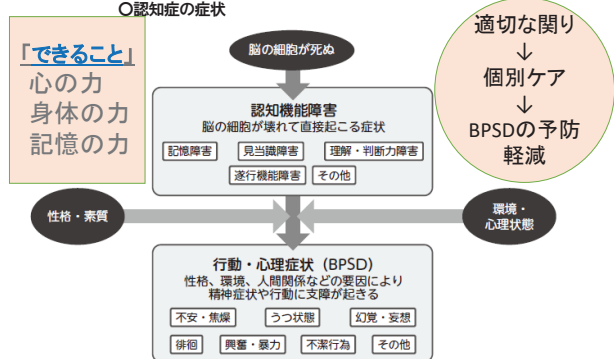
③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]

第1節 疾患の理解[60分] 【3 認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)】

下巻P204

### 1. 認知症の症状と生活障害

○認知症の症状



第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]

第3節 認知症のある方のケアマネジメント[40分] 【6 同居家族に対する支援】

下巻P229

### 2. 同居家族の介護負担軽減

○同居が長い家族は、利用者の変化に気づき、そのつど対処して  
きているはずだが、認知症の症状は、より身近で本人が頼りに  
している人に対して強く出る傾向があるため、その時の介護者  
の戸惑いは大きい

○症状が重くなり、介護の負担が増すのに合わせて家族と本人が  
対立的にならないように介入する

・具体的には、通所介護などのサービスを使いながら、  
家族の介護負担を軽減し生活環境を整えるなど

○介護の負担は精神的な負担にもつながるため、相談相手になる、  
または同様の境遇で介護をしている人が集まる会を紹介する  
などの方法を考える

第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]

第3節 認知症のある方のケアマネジメント[40分] 【6 同居家族に対する支援】

下巻P229-230

### 3. 情動的支援と情緒的支援

○さまざまな情報があふれる現代社会において、専門職がもつ介護の正しい  
情報を家族に伝えることも重要な役割

- ・家族が意思決定できるよう、その情報の内容をわかりやすく説明する
- ・同居する家族には、利用者の介護に思い悩むという心の揺れ・葛藤が起  
きるが、そうした思いを聞き、寄り添う支援も求められる
- ・その役割は介護支援専門員だけに求められるものではなく、共感してく  
れる、話を聞いてくれる人や場を調整し、情緒的な支援を提供する
- ・情報と情緒という両方の支援により、家族がたどる4段階の心理的過程が  
スムーズに進む



第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]

第3節 認知症のある方のケアマネジメント[40分] 【8 地域への働きかけ】

下巻P230-231

○認知症高齢者とその家族・介護者が、安心して住み慣れた地域で暮らして  
いくためには、地域全体で見守り、支えていくことが求められる

- ・そのためには、地域において広く認知症の理解を深めていくはたらきかけ  
が必要
- ・子どもから大人まで、認知症に対して理解することが、本人とその家族・  
介護者を支える第一歩となる

○認知症高齢者を支えるため地域へのはたらきかけを行っている医療機関や  
地域包括支援センター等の関係機関、また民生委員・児童委員、地域住民、  
そして行政なども巻き込み地域ケア会議を通して、問題意識・課題意識の  
共有を図る

- ・それにより、警察や消防、さらには自治会や商店街など認知症高齢者の日  
常生活を支えていくためのネットワークが拡大していく
- ・地域包括支援センターと協働しながら、重層的な取り組みを進め、支援の  
しくみを構築していけるように努める。

## 『適切なケアマネジメント手法』の手引き

下巻P232～



「適切なケアマネジメント手法」の手引き引用

- ・脳血管疾患
- ・大腿骨頸部骨折
- ・心疾患
- ・認知症
- ・誤嚥性肺炎の予防

下巻P114～

**疾患別ケア**  
(疾患の応じて特に留意すべき詳細の内容)

基本ケアを押さえたうえで  
疾患別ケアを押さえる

**基本ケア**  
(高齢者の機能・整理)

疾患や状態によらず、  
共通して重視すべき事項

- ・尊厳を重視した意思決定の支援
- ・これまでの生活の尊重と継続の支援
- ・家族等への支援

「適切なケアマネジメント手法」の手引き引用

- ・脳血管疾患
- ・大腿骨頸部骨折
- ・心疾患
- ・認知症
- ・誤嚥性肺炎の予防

**疾患別ケア**  
(疾患の応じて特に留意すべき詳細の内容)

**基本ケア**  
(高齢者の機能・整理)

- ・尊厳を重視した意思決定の支援
- ・これまでの生活の尊重と継続の支援
- ・家族等への支援

「適切なケアマネジメント手法」の手引き引用

### ★抜け漏れの確認

インテークから、  
アセスメントに移る際  
↓  
仮説を持って情報収集する

### ★多職種協働の推進

### ★ケアプランの見直しの円滑化

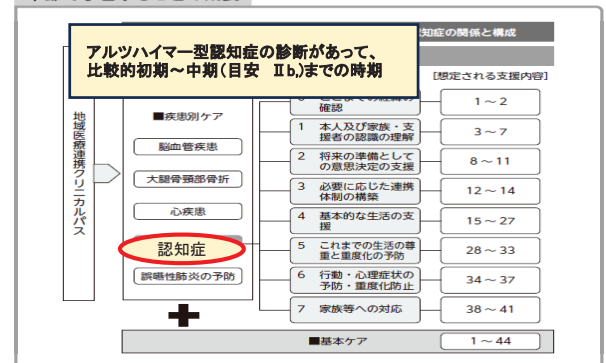
## 第15章 ケアマネジメントの展開

### ③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]

下巻P232

#### 第4節 「認知症のある方のケア」において想定される支援内容とその必要性の理解[40分]

本節で学習することの概要



| 大項目                 | 中項目                                |
|---------------------|------------------------------------|
| 0 ここまでの経緯の確認        | ここまでの経緯の確認                         |
| 1 本人及び家族・支援者の認識の理解  | 本人と家族・支援者の認識の理解                    |
| 2 将来の準備としての意思決定の支援  | 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解                |
| 3 必要に応じた連携体制の構築     | 本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援               |
| 4 基本的な生活の支援         | 意思決定支援体制の整備                        |
| 5 これまでの生活の尊重と重症化の予防 | 必要に応じた連携体制の構築                      |
| 6 行動・心理症状の予防・重症化防止  | 日常生活における本人の意向の尊重                   |
| 7 家族等への対応           | 一週間の生活リズムを支えることの支援                 |
|                     | 日常的に参加する役割を整えることの支援                |
|                     | 体調管理や服薬管理の支援                       |
|                     | 基本的なセルフケアを継続することの支援                |
|                     | 本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備 |
|                     | 合併症や併発しやすい事故の予防                    |
|                     | 行動・心理症状の状況と背景要因の把握                 |
|                     | 背景要因に対する取り組みの支援                    |
|                     | 家族支援に必要なサービスの調整支援                  |
|                     | 将来にわたり生活を継続できるようにする                |



「適切なケアマネジメント手法」の手引き引用

## 演習を始めます



B病院 医療相談室の社会福祉士より

ケアマネの〇〇さん、相談に乗って頂きたい方がいます。  
その方の情報をお伝えしてもよろしいですか？

第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]

第6節 事例演習【80分】 【1 認知症に関する事例】

下巻P254

これまでの生活

A さん、80 歳、男性

- ・ B 県H 市生まれ。大学卒業後、教員（高校教師）として定年まで勤務。現役のときは生活指導を担当。
- ・ 妻とは職場結婚。二人の娘がいる。
- ・ 退職後は非常勤講師としてしばらく働き、毎週スポーツジムに通う。庭の手入れや詩吟を楽しみとする。
- ・ 隣町に長女が住んでおり、専門学校に通う孫が毎日のように訪れるため、孫とおしゃべりを楽しみにしている。
- ・ 町内会の行事にも積極的に参加していたが、71 歳の頃から日時を間違えるようになり、町内会の役員からの指摘があり、長女の勧めで受診。

## 演習



B病院 医療相談室の社会福祉士より

ケアマネの〇〇さん、相談に乗って頂きたい方がいます。  
その方の情報をお伝えしてもよろしいですか？

みなさんだったら、どのような  
情報がほしいですか？

第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]

第6節 事例演習【80分】 【1 認知症に関する事例】

下巻P254

支援に至る理由

- ・ 令和元年、75 歳のときにD 認知症専門病院を受診しアルツハイマー型認知症と診断を受け、以降3～4か月間に1回受診している。
- ・ B 病院脳神経外科で月1回フォローしていた。令和4年までは一人でバスに乗り通院していたが、もの忘れが多くなり、降りる場所がわからなくなる。
- ・ 令和4年の春まで町内会の行事に参加していたが、認知症の症状が進行するとともに、他者との交流に支障をきたし（同じ話を何度も繰り返すなど）妻の判断で参加を取りやめる。
- ・ 令和5年に入って急激にもの忘れが進んだため、B 病院医療相談室の社会福祉士より在宅でのケアマネジメントの依頼と情報提供があった。

第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]

第6節 事例演習 【1 認知症に関する事例】

＜下巻 P254～260＞基本情報、主治医意見書、課題分析標準項目

### ◆事例の読み込み

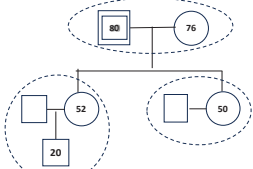
### ◆認知症ワークシート記入 （生活歴、ジェノグラム）

※Aさんと家族の強みは何だろう←意識して

＜Aさんの生活歴＞

S.18年 22歳 B県H市にて生まれ育つ  
大学卒業  
高校教師として働く(生活指導)  
28歳30歳 結婚:妻とは職場で出会う  
長女、次女  
46歳 詩吟の資格を取得  
60歳 定年退職後も非常勤講師として働く  
毎週スポーツジムに通う  
庭の手入れ、詩吟、温泉  
町内会活動、孫との交流  
H26.71歳 物忘れ出頭→B病院脳神経外科を受診  
(←長女の勧め)  
R1.75歳 D認知症専門病院にて  
アルツハイマー型認知症と診断  
R4.79歳 物忘れが進行→今までできていたことが  
一人で外出できなくなる(←妻の判断で町内会の参加を取りやめる)  
R5.80歳 物忘れが急激に悪化→6月【要介護①】8月居宅の依頼  
80歳

認知症ワークシート



＜Aさんの強み＞

＜家族の強み、地域、社会資源について＞

＜Aさんの生活歴＞

S18年 22歳 B県H市にて生まれ育つ  
大学卒業  
高校教師として働く(生活指導)  
28歳30歳 結婚:妻とは職場で出会う  
長女、次女  
46歳 詩吟の資格を取得  
60歳 定年退職後も非常勤講師と  
毎週スポーツジムに通う  
庭の手入れ、詩吟、温泉  
町内会活動、孫との交流  
H26.71歳 物忘れ出頭→B病院脳神経外科を受診  
R1.75歳 D認知症専門病院にて  
アルツハイマー型認知症と診断  
R4.79歳 物忘れが進行→今までできていたことが  
一人で外出できなくなる  
R5.80歳 物忘れが急激に悪化→6月【要介護①】8月居宅の依頼  
80歳

認知症ワー

両親との関係性は？  
幼少期のAさんは？

男女共学？男子高？女子高？  
専攻は？部活は？  
奥さんは結婚後、専業主婦？

趣味活動や地域交流、  
お友達や知り合いとは？  
卒業生との関わりもある？  
地域でのAさんの役割は？

希望の男の子だった？小さいころからかわいがっ  
ている？専門学校では何を勉強しているのかな？

どのような気持ちだっただろう？  
家族の受け止めは？

やっとケアマネにつながった  
さあ、これから！何に困っている？

＜Aさんの強み＞

＜家族の強み、地域、社会資源について＞



<下巻 P254～260>

### ◆全体像シート

Aさんの全体像

【ステップⅠ】

Aさんはどのような人なのか？  
～過去から現在まで～

- ・個人ワーク
- ・グループワーク
- ・発表

### 事例Aさんの全体像

【ステップⅠ】 Aさんはどのように生活してきた人 “Aさんはどのような人” (過去から現在まで)

《教員のころは生活指導を担当し、あえて生徒に厳しく接するなど真面目で実直なAさん。職場で妻と出会い結婚し、二人の娘を育て上げた。定年退職後も非常勤講師として活動しながら、ジムに通ったり、庭の手入れや詩吟、町内活動と多方面に積極的に関わるなど活動的で社交的な一面を持っていた。そして孫との交流を何よりの楽しみにするなど家族思いのAさん。地域とのつながりを大切にし、自身の健康維持にも努めていたが、物忘れが出現し時間や場所の感覚が不確かになり、生活リズムが崩れ、町内活動をやめざるを得なくなり、社会的な役割も減少した。運転許を返納したことや道に迷うことがあり、自由に外出できなくなった。人との交流が制限されることにより大きな喪失感を感じている。妻がいないと何もできないことへの不安感も強い。他者から物忘れに関して指摘されるなど、自尊心が傷つき気分が落ち込んでいる。》

### 事例Aさんの全体像

【ステップⅠ】 Aさんはどのように生活してきた人 “Aさんはどのような人” (過去から現在まで)

真面目で頑張り屋さん(定年まで教員として働き、退職後も非常勤講師として働いた)  
人には優しく、自分に厳しい。  
良き夫、良きおじいちゃん。  
亭主関白だった？！  
ジムに通うなど健康に気を付けていた、体力がある。  
膝が痛いくらいで他に大きな病気をしていない。  
こつこつ努力ができる人(詩吟の資格、毎週スポーツジムに通うなど)  
定期受診や歯科受診に行くことができる(自己管理ができています)  
社交的で優しい。  
プライドの高い人。  
娘さんの受診の勧めを素直に聞き入れることができる。  
地域の人からは頼りにされていた存在。

<下巻 P254～260>

### ◆全体像シート

Aさんの全体像

【ステップⅡ】

現在のAさんと家族の状況  
身体的側面、心理精神的側面、  
社会的側面、Aさんと家族の状況

・全体共有

### ◆身体的側面

《健康状態・医療、治療の状況》《身体状況》《日常生活の様子》

- ・膝関節炎(平成20年発症)
- ・アルツハイマー型認知症(平成26年4月発症)  
B病院脳神経外科で月1回受診、D認知症専門病院で3～4か月に1回受診
- ・定期的に歯科検診を受けている(今年は受診できていない)
- ・1日3回の服薬があるが、時々飲み忘れる
- ・ADLは問題なくできているが、IADLは妻がほぼ管理している
- ・今年に入り急激に認知症状が進んでいるがその他の健康状態は安定している(障害高齢者の日常生活自立度Ⅱa, 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb, 要介護①)
- ・外出が制限され運動不足から筋力が低下している
- ・朝食の準備を手伝っているが時間がかかるようになった。
- ・妻の生活に合わせている。外出しにときは自宅内でテレビを見て過ごす。
- ・夜間1回程度トイレに起きるが、不安になると妻を起こす。



#### ◆身体的側面

##### 《健康状態・医療、治療の状況》《身体状況》《日常生活の様子》

- ・膝関節炎（平成20年発症）
- ・アルツハイマー型認知症（B病院脳神経外科で月1回）
- ・定期的に歯科検診を受け
- ・1日3回の服薬があるが、時
- ・ADLは問題なくできているが
- ・今年に入り急激に認知症状が進んでいるがその他の健康状態は安定している（障害高齢者の日常生活自立度Ⅱ2、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb、要介護①）
- ・外出が制限され運動不足から筋力が低下している
- ・朝食の準備を手伝っているが時間がかかるようになった。
- ・妻の生活に合わせている。外出しにときは自宅内でテレビを見て過ごす。
- ・夜間1回程度トイレに起きるが、不安になると妻を起こす。

アルツハイマー型認知症の確定診断があり、定期的に受診している。服薬の確認が必要。認知症状に伴う物忘れや運動不足による筋力低下が懸念される。  
IADLはほぼ妻が管理しており、日常生活においては妻の助言が必要なため介護負担が増している。筋力の低下がみられ、不安感も強い。

#### ◆心理・精神的側面

##### 《精神的状況・コミュニケーション》

自分自身で認知機能が低下していくことは理解しているが、他者から間違いを指摘されるのが苦手。  
もの忘れとともに意欲も低下している。質問することが増えている。  
一人で行動することに不安感が強く、妻に依存している。

#### ◆社会的側面

##### 《社会活動・社会交流の状況》《住環境・地域の様子》《介護力》

- ・定年退職後も非常勤講師としてしばらく働いていた
- ・持ち家で妻と暮らしている。階段は転落の危険あり、主に1階で過ごす。ベッド使用。日当たりも良く、大きな庭があり手入れをしていた。歩いて行ける距離にコンビニエンスストアがある。
- ・スポーツジムに毎週行き、庭の手入れや詩吟に通い、町内会の行事に参加していたが、昨年の春から町内会の活動を休会し、通院や長女宅への外出も一人ではできなくなっている。
- ・主介護者は同居の高齢の妻（76歳）
- ・長女は仕事が休みの日には実家を訪問し相談に乗っている。
- ・孫（男20歳）が毎日Aさん宅を訪問し、おしゃべりをしている。

#### ◆心理・精神的側面

##### 《精神的状況・コミュニケーション》

自分自身で認知機能が低下しているのが苦手。  
もの忘れとともに意欲も低下している。  
一人で行動することに不安感

認知症の進行に伴う自信喪失や意欲の低下がみられる。妻への依存度が高まり、一人で行動することに不安感が強まっている。

#### ◆社会的側面

##### 《社会活動・社会交流の状況》《住環境・地域の様子》《介護力》

- ・定年退職後も非常勤講師としてしばらく働いていた
- ・持ち家で妻と暮らしている。用。日当たりも良く、大きな庭。コンビニエンスストアがある。
- ・スポーツジムに毎週行き、庭の手入れ、詩吟、道楽町内会活動、孫との交流
- ・主介護者は同居の高齢の妻
- ・長女は仕事が休みの日には実家を訪問し相談に乗っている。
- ・孫（男20歳）が毎日Aさん宅を訪問し、おしゃべりをしている。

社会活動や趣味が制限され、閉じこもりがちになっている。妻も長女もAさんの変化に戸惑いながらも、どうにか支えていかなければと考えている。（妻と長女の介護負担が増大）  
孫との関係性が良い。孫もAさんのことを何とかしたいと気遣っている。

#### ◆Aさんの状況：

- ・夫婦二人で暮らしていたが、物忘れや道に迷うなどの認知症状が出現し、今までできていたこともできなくなったことで不安感が強く落ち込んでいる。アルツハイマー型認知症と診断を受けたことによるショックが大きい。詩吟教室や町内会活動もできなくなり閉じこもりがちな生活になっている。妻がそばにいてくれないと不安で仕方がない。夜には晩酌を楽しんでいたが、今はそのような気持ちの余裕もない。
- ・近づくに居てくれる妻を頼ってしまう。

#### ◆家族の状況：

- ・妻（76歳）は家庭で暮らしている。長女や孫、県外に住む次女にも心配をかけている。夫は認知症だから仕方がないと自分に言い聞かせてみるが、そんな夫の姿をみるのがつらいし、体力的にも限界を感じている。今後の生活に不安がある。

#### ◆その他、別居家族の状況：

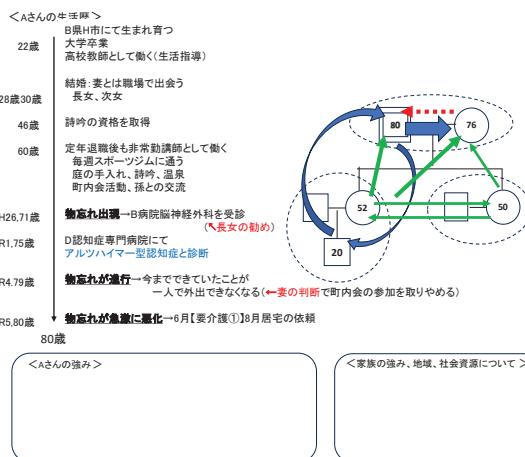
**長女（52歳）：**隣町に住み、スーパーで働いているが、休みの日はほぼ毎回様子をみに実家へ行く。相談相手が職場にいる。その影響もあり認知症への関心も高い。

**孫（男20歳）：**専門学校に通う。Aさんの家へ毎日訪れては会話を楽しんでいる。関係性は良好。

**次女（50歳）：**他県で夫の両親と同居し介護をしているためAさんのことは長女に任せてたいと思っている。年に1度訪問する程度だが、姉妹の仲は良く、頻回に連絡を取り合っている

**周囲のサポート：**日ごろから地域との関わりがあり、関係性は良い。

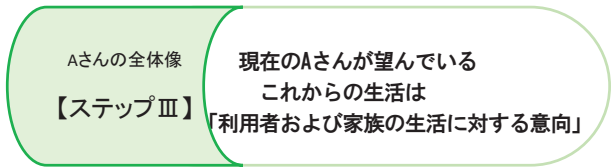
認知症ワークシート



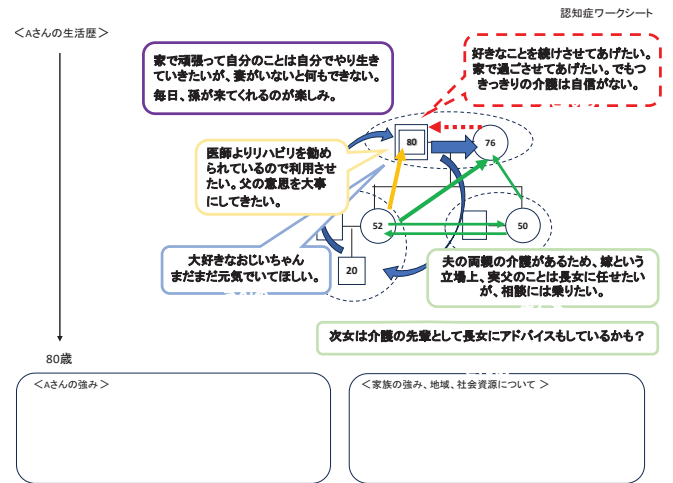
第15章 ケアマネジメントの展開  
③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]  
第6節 事例演習 【1 認知症に関する事例】

<下巻 P254～260>

◆全体像シート



・全体共有



【ステップⅢ】 現在Aさんが望んでいる今後の生活は⇒「利用者および家族の生活に対する意向」

\* Aさんや、家族の語られている言葉を大切に捉えてください・何を伝えたいと思っているのかを理解することが大切です

**Aさん**「妻がいなくて何もできないことへの不安があるが、家で頑張って自分のことは自分でやり生きていきたい」

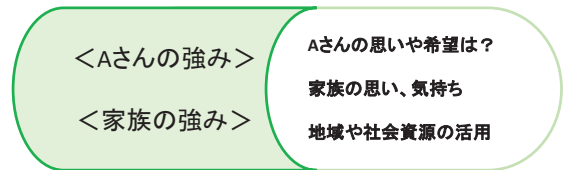
**妻**「夫には家で頑張ってもらいたいが、昨年に比べると筋力がかなり落ちているため、どんどんできなくなることが多くなるのではないかと心配。何か好きなことを続けさせてあげたいが、付きっきりでは私も何もできない。世話がいつまでできるか自信がなく施設も考えたが、家で過ごさせてあげたい。」

**長女**「昨年までは隣の我が家まで孫の顔を見に来ていたが、今では一人では来させていない。医師からもリハビリテーションに通うことを勧められているので、利用させたい。妹も心配しているため、常時、連絡を取りあっている。父の意思を大事にして支援をしてあげたい」

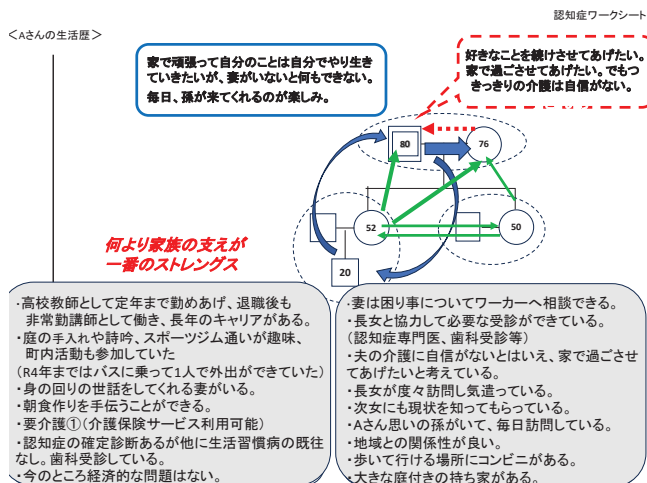
**孫**「何でも手伝うから、おじいちゃんにはまだ元気でいてほしい」

第15章 ケアマネジメントの展開  
③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]  
第6節 事例演習 【1 認知症に関する事例】

(認知症ワークシート)



◆グループワーク ⇒ 発表



【ステップⅣ】 そのためにAさんと家族に必要なことはなんだろう⇒それが「ニーズ」につながる

Aさんのこれまでの生き方を尊重しつつ、Aさんの喪失感や不安感に寄り添う支援が必要。例えば・・・

地域や家族がAさんの以前行っていた役割を引き出す場を作ったり

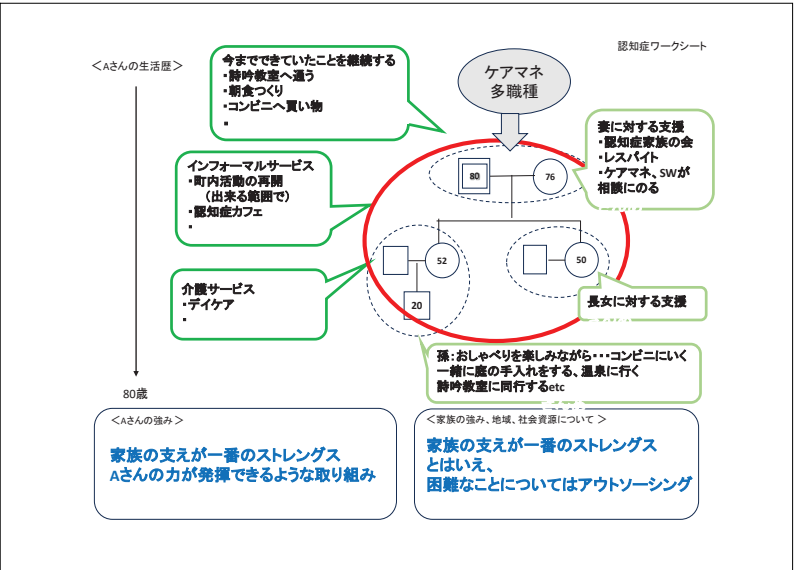
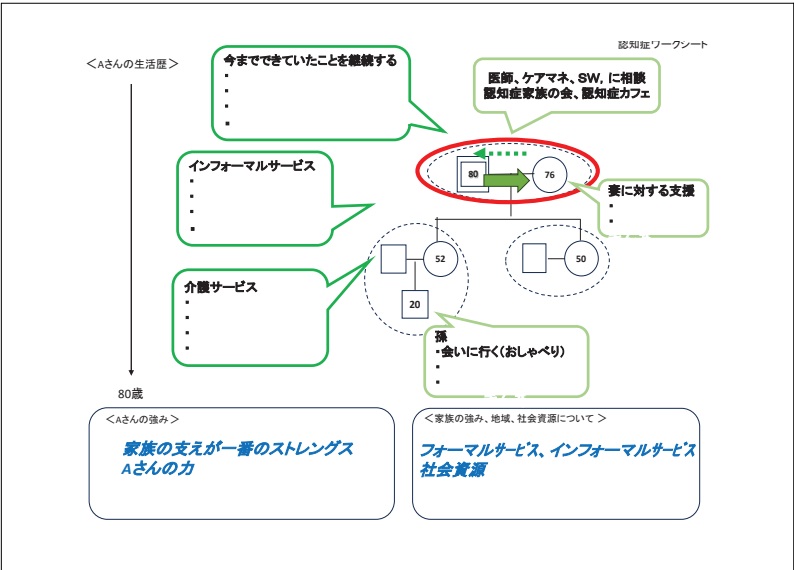
小さな達成感を得られる活動を提案することで

生活の中に喜びや生きがいなど見つける手助けができるかもしれない。

外出の機会を確保する、趣味仲間、元教員、地域の関係者など

また妻の心身の負担を軽減し、家族全体で支え合う仕組みを構築することも重要なポイントになる。

**Aさんと家族、地域の強み(ストレングス)を活かすための取り組みを検討する。**



【ステップⅣ】 そのためにAさんと家族に必要なことはなんだろう⇒それが「ニーズ」につながる

Aさんと家族、地域の強み(ストレンクス)を活かすためには！

Aさんと妻の気持ちに共感し、寄り添う

そのうえで

- ・孫との交流、家での日課を継続する
- ・今までしていた地域の活動を再開する
- ・趣味活動を継続する

1. 認知症進行への対応
2. 役割と活動の提供
3. 精神的な安心感の提供
4. 運動不足解消

今後、将来に向けての意向についても確認を行う必要がある

第15章 ケアマネジメントの展開  
③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[ 4時間 ]  
第6節 事例演習 【1 認知症に関する事例】

『認知症に関する事例』に取り組んで

感じたこと

今後の業務にいかせること

◆グループワーク ⇒ 発表

- ・研修記録シート記入(受講後)

