

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

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。

- 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…

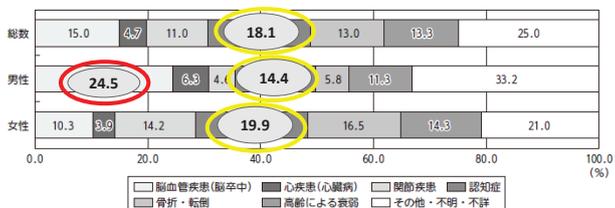
まず、自己紹介をお願いします。

司会進行役 と 発表者 を決めましょう。

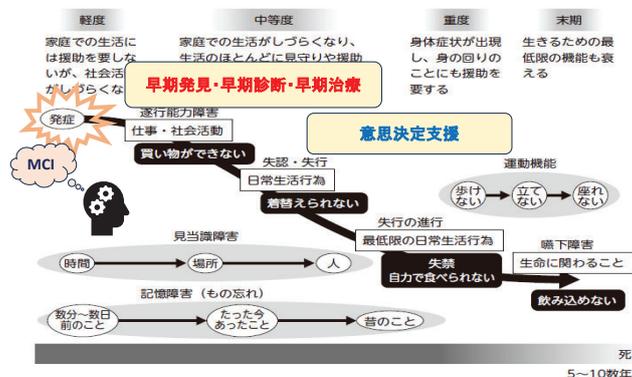
午前(認知症)、午後(大腿骨頸部骨折)

1. 要介護認定の原因疾患としての認知症

〇65歳以上の要介護者等の介護が必要となった要因



4. 本人を中心とした認知症ケアの重要性



認知症の方を理解する5つの要素

補足資料

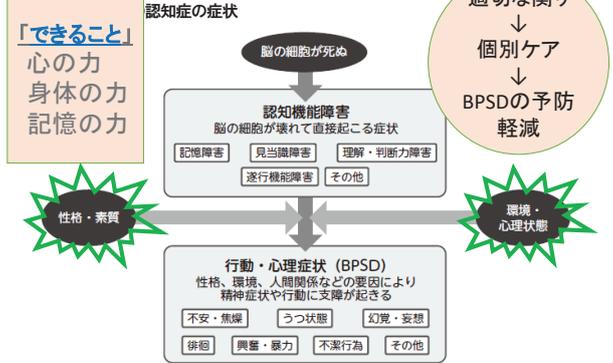
1. **脳の障害**(脳血管障害、アルツハイマー病など神経系の機能や構造の変化に伴う症状)
2. **性格の傾向**(性格、気質、能力、対処スタイル、防衛機制など)
3. **生活履歴**(成育歴、職歴などの人生の転機、趣味など)
4. **健康状態**(既往歴、現在の体調のほか、視力・聴力などの感覚機能)
5. **本人を取り巻く社会心理**(人との関わり、周囲の人の認識、活動、環境など)

<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]

下巻P204

1. 認知症の症状と生活障害



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]

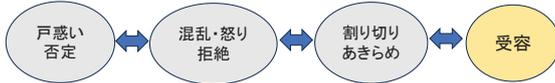
下巻

P229-230

3. 情動的支援と情緒的支援

〇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]

下巻

P232

本節で学習することの概要

アルツハイマー型認知症の診断があって、比較的初期～中期(目安 IIb)までの時期		認知症の関わりと構成
地域連携リハビリパス ■疾患別ケア 脳血管疾患 大脳骨頸部骨折 心疾患 認知症 誤嚥性肺炎の予防	1 本人及び家族・支援者の理解	1～2
	2 将来の準備としての意思決定の支援	3～7
	3 必要に応じた連携体制の構築	8～11
	4 基本的な生活の支援	12～14
	5 これまでの生活の尊重と重複化の予防	15～27
	6 行動・心理症状の予防・重複化防止	28～33
	7 家族等への対応	34～37
■基本ケア		38～41
+		1～44

- ★**抜け漏れの確認**
- ★**多職種協働の推進**
- ★**ケアプランの見直しの円滑化**

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

- 【基・本方針】
・**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

『適切なケアマネジメント手法』の手引き

補足資料



「適切なケアマネジメント手法」の手引き引用

認知症の特徴

中核症状などの認知機能の障害に加え、健康状態や環境などの影響を受けながら行動・心理症状が現れる。

認知症の原因として多いのが「変性疾患」であるアルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体型認知症などがある。

ただし、これ以外の疾患等が認知機能に影響を与えたり、時間の経過とともに症状が進行したり複雑になる場合もあるため、かかりつけ医等をはじめご本人と専門職、さらには近隣住民や友人・知人等のネットワークを構築していく必要がある。

認知症に伴う行動・心理症状の治療においては、服薬による薬物療法よりも非薬物療法が優先とされるが、日常生活を支える環境や人間関係への支援、将来の生活を見据えた情報提供といった支援が重要となる。専門職だけでなく、インフォーマルサポートを含めたさまざまなネットワーク構築が大切となる。ご本人の日々の暮らしを支える環境や支援体制の整備が重要となる。

「適切なケアマネジメント手法」の手引きその3 引用

補足資料

大項目	中項目
0	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
2	将来の準備としての意思決定の支援
3	必要に応じた連携体制の構築
4	基本的な生活の支援
5	これまでの生活の尊重と重篤化の予防
6	行動・心理症状の予防・重篤化防止
7	家族等への対応

補足資料



「適切なケアマネジメント手法」の手引き引用

大項目	中項目	小項目	具体的な支援事例
0. ここまでの経緯の確認	0.1 本人及び家族・支援者の認識の理解	0.1.1 認知症の診断の有無・時期・経過	1. 医師の診断に基づき、認知症の診断の有無・時期・経過を確認する。
	0.2 本人及び家族・支援者の意思決定の支援	0.2.1 本人及び家族・支援者の意思決定の支援	2. 本人及び家族・支援者の意思決定の支援を行う。
1. 本人及び家族・支援者の認識の理解	1.1 本人及び家族・支援者の認識の理解	1.1.1 本人及び家族・支援者の認識の理解	3. 本人及び家族・支援者の認識の理解を行う。
	1.2 本人及び家族・支援者の意思決定の支援	1.2.1 本人及び家族・支援者の意思決定の支援	4. 本人及び家族・支援者の意思決定の支援を行う。
2. 将来の準備としての意思決定の支援	2.1 本人及び家族・支援者の意思決定の支援	2.1.1 本人及び家族・支援者の意思決定の支援	5. 本人及び家族・支援者の意思決定の支援を行う。
	2.2 本人及び家族・支援者の意思決定の支援	2.2.1 本人及び家族・支援者の意思決定の支援	6. 本人及び家族・支援者の意思決定の支援を行う。
3. 必要に応じた連携体制の構築	3.1 必要に応じた連携体制の構築	3.1.1 必要に応じた連携体制の構築	7. 必要に応じた連携体制の構築を行う。
	3.2 必要に応じた連携体制の構築	3.2.1 必要に応じた連携体制の構築	8. 必要に応じた連携体制の構築を行う。
4. 基本的な生活の支援	4.1 基本的な生活の支援	4.1.1 基本的な生活の支援	9. 基本的な生活の支援を行う。
	4.2 基本的な生活の支援	4.2.1 基本的な生活の支援	10. 基本的な生活の支援を行う。
5. これまでの生活の尊重と重篤化の予防	5.1 これまでの生活の尊重と重篤化の予防	5.1.1 これまでの生活の尊重と重篤化の予防	11. これまでの生活の尊重と重篤化の予防を行う。
	5.2 これまでの生活の尊重と重篤化の予防	5.2.1 これまでの生活の尊重と重篤化の予防	12. これまでの生活の尊重と重篤化の予防を行う。
6. 行動・心理症状の予防・重篤化防止	6.1 行動・心理症状の予防・重篤化防止	6.1.1 行動・心理症状の予防・重篤化防止	13. 行動・心理症状の予防・重篤化防止を行う。
	6.2 行動・心理症状の予防・重篤化防止	6.2.1 行動・心理症状の予防・重篤化防止	14. 行動・心理症状の予防・重篤化防止を行う。
7. 家族等への対応	7.1 家族等への対応	7.1.1 家族等への対応	15. 家族等への対応を行う。
	7.2 家族等への対応	7.2.1 家族等への対応	16. 家族等への対応を行う。

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？

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【60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、孫との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。

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。

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へ記入してください
 （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

<下巻 P254〜260>

◆全体像シート【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【ステップⅠ】5分(記入してください)
- グループワーク 10分
- 発表

認知症ワークシート

<Aさんの生活歴>

S,18年 22歳
 28歳30歳
 46歳
 60歳
 H28,71歳
 R1,75歳
 R4,79歳
 R5,80歳

<Aさんの強み>

<家族の強み、地域、社会資源について>

認知症ワークシート

<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

H28,71歳 物忘れ出現→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

<Aさんの強み>

<家族の強み、地域、社会資源について>



事例Aさんの全体像

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

B県H市生まれのAさんは、高校の教師として生活指導に従事し、妻とは職場で知り合い結婚、二人の娘にも恵まれた。定年退職後は非常勤教師やジム通い、庭の手入れ、詩吟、町内活動など活発に日々を送っていた。また、毎日のように訪れる孫との交流も楽しみにしていた。71歳の頃から日時を間違えるようになり、町内会の役員から指摘があったことをきっかけに、長女の勧めで受診したところ、認知症と診断され内服薬を開始するが、徐々に生活や活動に支障が出始めた。75歳のとき他県の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される。1年前まではバスで通院したり、隣町の温泉に出かけていたが、今年に入り道を間違えるなど一人で外出ができなくなった。同じ話を繰り返すなど支障も出たため町内の活動も妻の判断で取り止めている。

事例Aさんの全体像

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

《教員のころは生活指導という役割から、あえて生徒に厳しく接することが多かったAさんだが、地域とのつながりを大切に、家族にも愛情を注いで(特に孫との交流を楽しみに)生きてこられたAさん。物忘れが出現し自由に外出できないことや、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》

事例Aさんの全体像

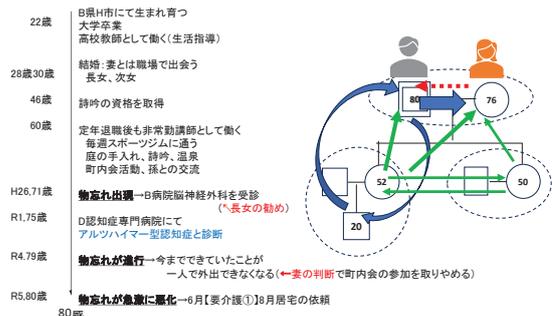
【ステップⅠ】 Aさんはこのように生活をしてきた人 “Aさんほどのような人” (過去から現在まで)

昨年の演習でのコメント

- ・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)
- ・社会的で優しい
- ・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。

認知症ワークシート

<Aさんの生活歴>



<Aさんの強み>

<家族の強み、地域、社会資源について>

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【ステップⅡ】

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

- ・個人ワーク【ステップⅡ】10分(記入してください)
- ・グループワーク 10分
- ・会場で共有

◆身体的側面

《健康状態・医療、治療の状況》《身体の状態》《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。

◆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、おしゃべりしている。

◆Aさんの状況:

- ・夫婦二人暮らし。もの忘れが進み、何度も同じ質問をすることが多くなっており、妻がいないと不安な様子もみられる。バスには乗れるが降りる場所がわからなくなり、道に迷うため一人で遠くには行けなくなったが、近くのコンビニまではどうにか行ける。朝食の準備を手伝うが時間がかかるようになった。最近では妻に合わせて起き、出かけないときは一日中テレビを見て過ごす。夕飯時には晩酌をする。夜間1回程度トイレに起きるが、不安になると妻を起こしてしまい、その後なかなか眠れないことがある。詩吟の会も通えない、運転免許も返納し気分が沈む一方。

◆家族の状況:

- ・妻(76歳)は家にいることが多い。
- ・社交的な性格ではない。
- ・夜間夫のトイレに起こされると、その後眠れなくなることがストレスになっている。
- ・同じことを何度も尋ねられたり、身の回りのお世話をすることに対して負担を感じている。

◆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、頻りに連絡を取り合っている

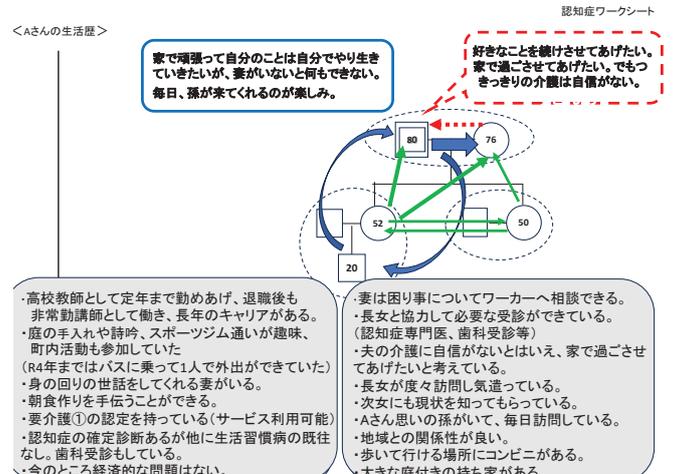
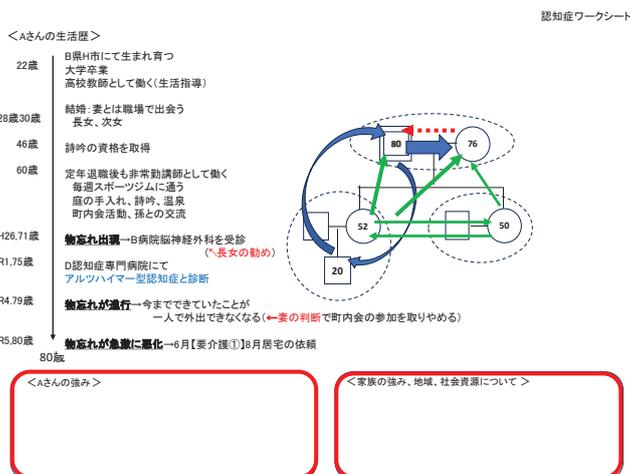
周囲のサポート: 日ごろから地域との関わりがあり、関係性は良い。

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) Aさんの強み! 家族の強み!

- ・Aさんの強み!
- ・家族の強み!
- ・社会資源について

◆グループワーク 15分 ⇒ 発表

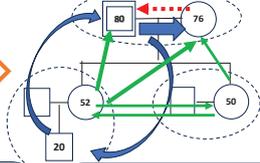


<Aさんの生活歴>

家で頑張って自分のことは自分でやり生きていきたいが、妻がいないと何もできない。毎日、孫が来てくれるのが楽しみ。

好きなことを続けさせてあげたい。家で過ごさせてあげたい。でもつきっきりの介護は自信がない。

家族の支えが1番のストレンクス



- ・高校教師として定年まで勤めあげ、退職後も非常勤講師として働き、長年のキャリアがある。
- ・庭の手入れや詩吟、スポーツジム通いが趣味、町内活動も参加していた
- ・(R4年まではバスに乗って1人で外出ができていた)
- ・身の回りの世話をしてくれる妻がいる。
- ・朝食作りを手伝うことができる。
- ・要介護①の認定(介護保険サービス利用可能)
- ・認知症の確定診断があるが他に生活習慣病の既往なし。歯科受診している。
- ・今のところ経済的な問題は無い。

- ・妻は困り事についてワーカーへ相談できる。
- ・長女と協力して必要な受診ができています。(認知症専門医、歯科受診等)
- ・夫の介護に自信がないとはいえ、家で過ごさせてあげたいと考えている。
- ・長女が度々訪問し気遣っている。
- ・次女にも現状を知ってもらっている。
- ・Aさん思いの孫がいて、毎日訪問している。
- ・地域との関係性が良い。
- ・歩いて行ける場所にコンビニがある。
- ・大きな庭付きの持ち家がある。

<Aさんの生活歴>

家で頑張って自分のことは自分でやり生きていきたいが、妻がいないと何もできない。毎日、孫が来てくれるのが楽しみ。

好きなことを続けさせてあげたい。家で過ごさせてあげたい。でもつきっきりの介護は自信がない。

医師よりリハビリを勧められているので利用させたい。父の意思を大事にしていきたい。

大好きなおじいちゃん まだまだ元気であってほしい。

夫の両親の介護があるため、嫁という立場上、実父のことは長女に任せたいが、相談には乗りたい。

次女は介護の先輩として長女にアドバイスもしているかも?

<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>

今までできていたことを継続する

医師、ケアマネ、SW、に相談 認知症家族の会、認知症カフェ

インフォーマルサービス

介護サービス

妻に対する支援

孫・会いに行く(おしゃべり)

80歳

<Aさんの強み>

家族の支えが一番のストレンクス Aさん自身の力もある

<家族の強み、地域、社会資源について>

フォーマルサービス、インフォーマルサービス 社会資源

<Aさんの生活歴>

今までできていたことを継続する
・時時教室へ通う
・朝食づくり
・コンビニへ買い物

ケアマネ 多職種

インフォーマルサービス
・町内活動の再開(出来る範囲で)
・認知症カフェ

介護サービス
・デイケア

妻に対する支援
・認知症家族の会
・レスパイト
・ケアマネ、SWが相談にのる

長女に対する支援

孫:おしゃべりを楽しみながら...コンビニにいく一緒に庭の手入れをする、温泉に行く時時教室に同行するetc

80歳

<Aさんの強み>

家族の支えが一番のストレンクス Aさんの力が発揮できるような取り組み

<家族の強み、地域、社会資源について>

家族の支えが一番のストレンクス とはいえ、困難なことについてはアウトソーシング

Aさんと家族に必要なことはなんだろう ⇒ 「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(ストレンクス)を活かすための取り組みを検討する。

将来に向けての意向の確認が必要 ⇒ 「ACP」「意思決定支援」

💡 ケアプランを見てみよう! 下巻264~266

『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

☆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)

【ステップⅢ】 現在Aさんが望んでいるこれからの生活は⇒「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、家で頑張っただけで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」

【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
⇒「**ニズ**」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。