



いっしょがいいね

# みんなとつながる 交換ノート

お名前

連絡先(医療機関名)



第一三共エスファ株式会社

EPMEMAG1P01501-1  
2020年7月作成

## はじめに

日々の介護の中で、認知症の方への対応などで困ったことや心配なこと、また、ご自身の体調や気持ちの面で気がかりなことはありませんか？

この冊子は、認知症の方のご家族が感じている、診療中やご本人の前では話しにくいことなどを率直に書いていただき、主治医や医療スタッフと共有するためのノートです。

小さなことでも構いません。認知症の方にはお伝えしませんので、一人で抱えずに気になることがあったときに気軽に記入してください。

ご家族と主治医や医療スタッフが一緒になって、より良い介護を続けていく一助となれば幸いです。

監修： 東京大学大学院医学系研究科 老年病学 准教授  
小川 純人先生



# 家族・介護者から

記入例

認知症の方やご自身について、気になったことや相談したいことなど、医療スタッフに伝えたいことを何でも自由に記入してください。

記入者

娘

記入日

○月 ×日(△)

該当する項目にチェックしてください。

- 認知症の方について       介護について  
 ご自身について       その他

以前から、時々ご飯を食べ終えたばかりなのに「ご飯はまだ？」と聞いてきましたが、「食べたでしょ」と伝えると、納得してくれていました。最近では聞き入れてくれず、頻度も増え対応に困ってしまいます。どうすればよいのでしょうか。

# 医療スタッフから

記入例

ご家族の記入内容に対して、患者さんについて、介護についてなど、ご家族に伝えたいことを記入してください。

記入者

◆◆◆◆◆

記入日

○月 ×日(△)

症状が進行してしまうと、その時々で「自分は正しい、この人が嘘をついている」などと思い込むようになります。があります。

覚えていないことを怒ったりせず、「今用意しますね。」  
「お茶を飲んで待っていてください。」  
などと伝え、安心させてあげることが大切です。

もし食べすぎが心配な場合は、一食分の量を減らし、こういう時におにぎりなどを出してあげるといいでしょう。

# 家族・介護者から

記入例

認知症の方やご自身について、気になったことや相談したいことなど、医療スタッフに伝えたいことを何でも自由に記入してください。

記入者

娘

記入日

○月 ×日(△)

該当する項目にチェックしてください。

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 認知症の方について          | <input type="checkbox"/> 介護について |
| <input checked="" type="checkbox"/> ご自身について | <input type="checkbox"/> その他    |

ご飯を食べ終えた30分後に「ご飯はまだ?」と聞いてきます。少し前までは「食べたでしょ」と伝えると、納得してくれていましたが、最近は聞き入れてくれません。ついさっきのことなのに、毎回のように言われると、イライラして強い口調で叱ってしまいます。そういう病気なのだと、自分に言い聞かせ反省したりするのですが、いつまでこの状態が続くのかと思うと、つらくなる時があります。

# 医療スタッフから

記入例

ご家族の記入内容に対して、患者さんについて、介護についてなど、ご家族に伝えたいことを記入してください。

記入者

◆◆◆◆◆

記入日

○月 ×日(△)

病気だからと頭の中ではわかっているけど、忙しい日常生活の中で繰り返されるとついついイライラしてしまうのは仕方のないことだと思います。

介護を続けていて、あなたと同じような気持ちになっている方はたくさんいらっしゃると思います。

ひとりで抱えずに、私たちに相談してください。

また、介護に追われるばかりでなく、時間を持ったり、ご家族の方が集まる会に参加してみるのはいかがでしょうか。

ときには、気分転換することも必要だと思いますよ。

## 家族・介護者から

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日 ( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

記入者	記入日	月	日 ( )
-----	-----	---	-------

## 家族・介護者から

記入者	記入日	月	日 ( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日 ( )
-----	-----	---	-------

## 家族・介護者から

記入者	記入日	月	日( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日( )
-----	-----	---	------

## 家族・介護者から

記入者	記入日	月	日 ( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日 ( )
-----	-----	---	-------



## 家族・介護者から

記入者	記入日	月	日( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日( )
-----	-----	---	------

## 家族・介護者から

記入者	記入日	月	日 ( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日 ( )
-----	-----	---	-------

## 家族・介護者から

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日 ( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

記入者	記入日	月	日 ( )
-----	-----	---	-------

## 家族・介護者から

記入者	記入日	月	日 ( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日 ( )
-----	-----	---	-------

## 家族・介護者から

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日 ( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

記入者	記入日	月	日 ( )
-----	-----	---	-------

## 家族・介護者から

記入者	記入日	月	日( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日( )
-----	-----	---	------

## 家族・介護者から

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日 ( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

記入者	記入日	月	日 ( )
-----	-----	---	-------

## 家族・介護者から

記入者	記入日	月	日( )
該当する項目にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 認知症の方について	<input type="checkbox"/> 介護について		
<input type="checkbox"/> ご自身について	<input type="checkbox"/> その他		

## 医療スタッフから

記入者	記入日	月	日( )
-----	-----	---	------