

平成17年度老人保健健康増進等事業報告書

認知症の人のためのケアマネジメント
センター方式の普及と活用の推進事業

報告書

平成18年3月

社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター

目 次

○認知症高齢者ケアマネジメント検討委員会委員名簿

I. はじめに（事業の全体経過と位置づけ）	1
II. 事業概要と結果要約	4
1. 事業目的	5
2. 作業課題	6
3. 事業内容および成果	7
4. 今後の課題	8
III. 各事業の展開内容と結果	11
1. センター方式の内実を伝達する均質な普及方法の開発	12
1) 標準研修カリキュラムと標準教材の開発	12
2) 確実な普及のための地域推進員の確保と育成	29
3) インターネットを活用した情報・教材の普及システムの開発	44
2. 多職種への効果的な普及方策の検討	45
1) 多職種一体型研修の開催	45
2) 全国組織・団体がセンター方式を推進する場合のバックアップ	47
3. 市区町村単位で認知症ケアマネジメントを確実に推進するモデルの開発	48
1) 自治体単位でのセンター方式活用事業の支援と検討	48
2) 自治体で効果的に普及・推進していくための方策	48
3) 自治体単位でセンター方式を活用した人材育成事業の支援	54
4. 家族の声と力を活かしたケアマネジメントを推進するモデルの開発	59
1) 家族向け認知症ケアマネジメントの普及・推進教材等作成	59
2) 家族とケア関係者共同でのセンター方式活用に向けて	64
3) 家族による取り組み成果の集約	67

○認知症高齢者ケアマネジメント推進検討委員会委員名簿

五十音順

氏 名	役 職
岩尾 貢	全国認知症グループホーム協会 理事
遠藤 英俊	国立長寿医療センター 包括診療部長 日本ケアマネジメント学会 理事
延命 政之	延命法律事務所 弁護士
大久保 幸積	全国老人福祉施設協議会 在宅委員会副委員長
柿本 誠	認知症介護研究・研修大府センター 研修部長
勝田 登志子	社団法人呆け老人をかかえる家族の会 理事
加藤 伸司	認知症介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長
木村 隆次	日本介護支援専門員協会 会長
田中 雅子	社団法人日本介護福祉士会 会長
野中 博	社団法人日本医師会 常任理事
橋本 泰子	大正大学 人間科学部教授 日本ケアマネジメント学会 副理事長
長谷川 和夫	認知症介護研究・研修東京センター センター長

I. は じ め に

事業の全体経過と位置づけ

長い経過をたどる認知症の人が、いつでもどこでも良質なケアが受けられるよう、認知症ケアの標準化をめざしたケアマネジメント方法の開発は、当認知症介護研究・研修センターの発足当時の重要テーマのひとつであり、平成 12 年度から平成 15 年度にかけて学際的な研究委員会および認知症介護指導者を中心とした最前線の現場でケアに取り組んでいる認知症ケアのエキスパートとの協働により「認知症の人のケアマネジメントセンター方式（以下、センター方式とする）」が開発された。

平成 16 年度は、開発されたセンター方式を多様なステージの利用者に活用して有効性と妥当性の検証するモデル事業が全国 16 地域（465 ケース、889 事業所）で展開された。その結果、認知症の各ステージ、各サービス種別でセンター方式の活用が可能であり、活用ケースの約 9 割で有効な変化をもたらすことが確認された。一方、活用が進まなかったケース、有効性がもたらされなかったケースもあわせて 1 割みられ、今後の認知症ケアの標準的ケアマネジメントとして普及し活用を推進していく上での課題が明らかになった。

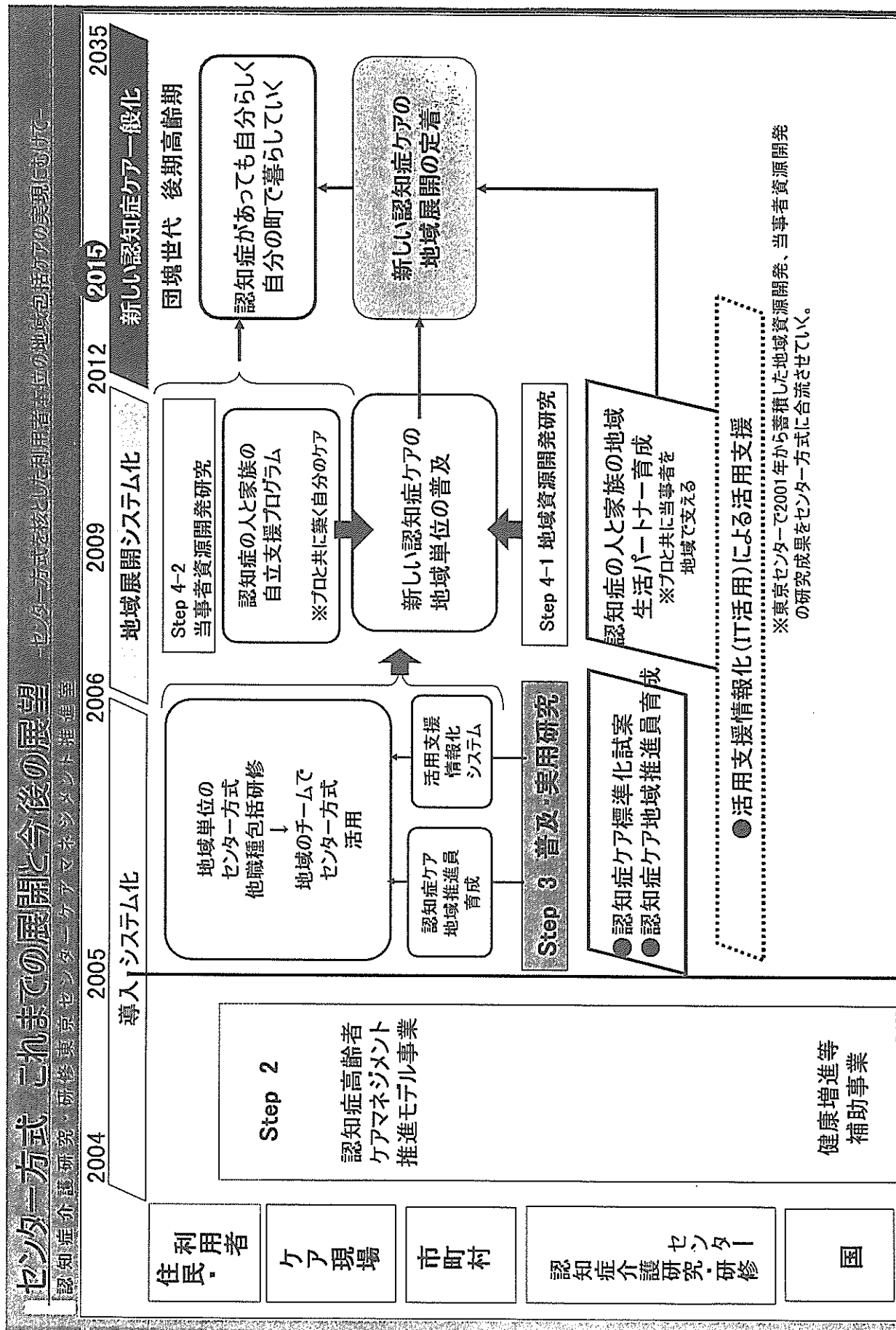
こうした経過を経て平成 17 年度は、利用者を中心にチームで協働しながら認知症ケアの質の確保・向上をより効果的にはかっていくためのツールとして、センター方式の体系的な普及・推進システムの開発が研究テーマとなった。

センター方式は、あくまでも認知症ケアの質の確保・向上をはかっていくための標準的方法（ツール）であり、センター方式の普及や活用が最終ゴールではない。

今後の展望として、センター方式を地域の中でより多様なケア関係者や当業者、そして市民に浸透をはかり、「高齢者介護研究会」で明示された「2015 年の高齢者介護：高齢者の尊厳を支えるケアの確立」にむけて、「認知症になっても地域の中で自分らしく暮らし続ける」ことを多職種協働で確実に保障するため実践的なシステムツールとして発展させていくことが目指されている。

平成 17 年度はその基盤作りの年度にあたり、今後の多職種協働での地域包括ケアを実践的に推進していくための地域共通のツールとして、普及・活用の可能性を追求する研究事業を展開する。

図表 1 今後の展望



Ⅱ．事業概要と結果要約

1. 事業目的

認知症の人が初期からターミナルまで利用者本位の継続的ケアを受けられる体制の整備が重要課題となっている。

その鍵のひとつが認知症の人本位の総合的・継続的ケアマネジメントであり、その標準化をめざして開発された「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式(以下、センター方式)」を活用しながら、地域の多様な職種や立場の人々が協働してケアマネジメントを実践していくことで、多様な効果的がもたらされることが平成16年度研究事業で明らかになった。

一方、提供側本位のケア業務に流れがちなケア現場で、ケア関係者の視点を利用者本位に転換をはかりながら、センター方式の普及とチームでの活用を組織的に図っていくかが課題となっている。

この課題克服のために平成17年度は、センター方式の確実な普及と活用のための諸システム（人材育成システム、地域単位での推進システム、情報システム等）を開発することを本事業の目的とする。

2. 作業課題

センター方式の確実な普及・推進にむけて、平成 16 年度研究から明らかになった具体的課題をもとに、以下のような 4 つの作業課題を設定した。

課題 1) センター方式の内実が伝わると、活用が進み成果があがる

→センター方式の内実（利用者本位の視点、視点を活かした認知症ケアの総合的アプローチ、チームでの継続的アプローチ等）を、確実に伝達するための普及方法（研修カリキュラム、教材）を開発する。

課題 2) センター方式が多職種で活用されると、より大きな成果がうまれる

→本人を支える多職種の共通ツールとしての効果的な普及方法（研修システム、研修のバックアップシステム）を開発する。

課題 3) 多職種で取り組むためには各事業者の努力では限界があり、地域（自治体）単位で取り組むと多職種協働の実践や成果があがる

→市長村単位で認知症ケアマネジメントを確実に推進するモデルを開発する。

課題 4) 認知症の利用者本位のケアのためには、プロ側の取り組みでは限界があり、センター方式を活用して家族の声や力を活かすことで、ケアの成果があがる。

→家族の声と力を活かしたケアマネジメントを推進するモデルを開発する。

3. 事業内容および成果

4つの課題について取り組んだ内容と主な成果物は、図表2のとおりである。

図表2 事業の全体構成：平成17年度作業課題と取り組み内容および主な成果

平成17年度作業課題	平成17年度に実施した取り組みと成果物
1. センター方式の内実を確実に伝達する均質な普及方法の開発	1) 研修カリキュラム・教材開発 多様な関係者の共通学習システム ・標準カリキュラム(対象別、ステップアップ) ・標準研修教材 ・講師用パワーポイント(講師用標準教材) 2) 確実な普及のための地域推進員の育成 ・コア推進員 54名 ・地域活用推進員 404名 3) インターネットを活用した情報・教材の普及システムの開発(いつでもネット) 月間平均アクセス数 28,621
2. 多職種への効果的な普及システムの開発	1) 多職種一体型研修の開催(センター主催) ・全国 6ヶ所 ・受講総数 1,401名 ・受講後アンケート結果 約9割が、利用者本位のケアに関する気づきの向上やチームアプローチへのきっかけをつかむ。 2) 全国組織・団体がセンター方式を推進する場合のバックアップ ・124件(44都道府県) ・受講者総数 18,000人
3. 市町村単位で認知症ケアマネジメントを確実に推進するモデルの開発	1) 自治体単位でのセンター方式活用推進の支援 ＊自治体推進モデル(年間計画の中での体系的推進) 2) 自治体単位でのセンター方式を活用した人材育成の支援 ＊自治体による人材育成モデル
4. 家族の声と力を活かしたケアマネジメントを推進するモデルの開発	1) 家族向け普及・推進教材の作成 2) 家族とケア関係者共同でのセンター方式の活用支援 ＊家族によるセンター方式活用支援のモデル 3) 家族による取り組みの成果の集約 ＊家族、ケア関係者をエンパワメントする多様な可能性

4. 今後の課題

本研究の4事業を通して、認知症の利用者本位のケアマネジメントをセンター方式を活用しながらチームで取り組む方法と体系的な普及・推進システムが形作られ、今後の認知症の人の地域包括ケアを推進する上での標準装備がほぼ整った段階となった。4事業を展開する過程で、利用者本位のチームアプローチを展開するケア担当者や事業者が全国で増加し、困難例とみなされていた認知症の人の状態の改善や在宅生活の継続等、多様な成果例が多数報告されている。

本研究4事業の結果をもとに、研究委員各位から今後の重点課題として提言された内容は次ページ図表3のとおりである。

全国の都市部でも地方でも認知症の人が予想を超えるスピードで急増しており、認知症の人本位のケアを実践する人材やチームの育成が遅れている現状は深刻である。平成18年度からの改正介護保険の中の重要テーマである地域包括ケアが現実のものになるためにも、認知症の人を効果的・効率的に支えていくための人材とチームの育成が急務である。センター方式を標準ツールとして活用しながら「利用者本位のケアマネジメント」を多職種協働で実践する人材やチームを、全国レベルと同時に各自治体でも、今後より組織的に育成していくことが求められている。

図表 3 今後の重点課題：研究委員の提言

今後の重点課題	委員の証言
1. 全国の自治体単位でセンター方式の普及・活用推進をはかるためのサポート体制の整備を	○地域（自宅や施設等）で暮らす認知症ケアの質の確保・向上をはかるためには、ケア職員や事業所の努力では限界があり成果もあがりにくい。 ○地域全体で認知症の人本位の継続的ケアを展開する考え方と方法を導入することが不可欠である。 ○平成 17 年度事業で開発された自治体でのセンター方式の推進モデルや人材育成モデルを参考に、全国の自治体でセンター方式の普及と活用を図っていくことができるよう、自治体職員向けの研修や情報提供、教材の提供、地域推進員の育成とフォローアップやネットワークキングなどのサポート体制が必要。
2. 医療職とケア職とがセンター方式を活用して協働していく推進を	○認知症の予防段階から終末までの全経過のすべてのステージで医療とケアとの協働が不可欠であり、現在注目されている。 ○早期はもちろん、今後は認知症の人のターミナル期の協働が大きな課題となる。センター方式を活用することで医療職とケア職とが事実に基づき効率的に協働していくことが可能である。 ○今後、医療職（医師、看護師等）へのセンター方式の普及をはかりながら、協働での活用モデルとその成果を明確にしていく必要がある。

今後の重点課題	委員の証言
3. 多職種・他事業者間でセンター方式を効率的に活用するために I Tを活用したシステムの整備を	○ケア現場での新鮮な事実情報をケア関係者が共有しながらケアマネジメントに活かしていく特長をもつセンター方式は、現在の紙媒体のシートのみでは効率が悪い。現場からの強い要望として、センター方式シートを職員間・事業者間の情報共有やケアカンファレンス等でより効率的に活かしていくために、現在試行版として開発されているセンター方式ソフトを実務的に改良しつつ、I Tを活用したシステムを整備が求められる。 ○このシステムがあれば、センター方式シートの蓄積型の情報が認知症の後半期に活かされたり、全体経過の把握やモニタリング等に活かすことが可能となり、事業者や職種を越えて認知症のケアの質を向上させていくことが期待できる。

Ⅲ．各事業の展開内容と結果

1. センター方式の内実を確実に伝達する均質な普及方法の開発

1) 標準研修カリキュラムと標準教材の開発

認知症の人を支える職種や事業所は多様であり、認知症の人の地域包括ケア、そして長期継続ケアを効果的に行っていくためには、職種や事業所の種別を問わずに、認知症ケアの共通の考え方と方法を共有することが不可欠であり、センター方式は、その共通ツールとして開発されたものである。

昨年度の研究調査によって、センター方式のねらいや活かし方を学ばないままセンター方式シートを使い始めてしまうと、

- シートの形式的な記入作業に終わってしまい活用や成果につながらない。

- 一人での抱え込みや作業負担が生じ、本来のねらいである「使いながらのチーム形成」につながらない。

- シートを活用しながら「利用者の意向」をチームで追求していく活用につながらず、主観的な見方にとどまってしまう

などの課題があることが示された。

今後、各地でセンター方式の普及・活用推進をはかっていくためには、センター方式の内実である利用者本位の視点、視点を活かした認知症ケアの総合的アプローチ、チームでの継続的アプローチや、そのためのシートの活かし方を確実に伝える研修カリキュラムや教材が必要である。

今年度、センター方式を学ぶための対象別の研修カリキュラムと教材を試作し、研修実施後アンケート結果等をもとに改良を重ね、最終的に以下のような対象別の標準カリキュラムと標準教材を開発した。

A. ケア関係者向け（P14：図表4、5参照）

①多職種向け研修

センター方式の理解と活用スキルをステップアップしながら、利用者本位のケアマネジメントの力量向上はかっていくために、導入編、基礎編、実践編と3段階のコースを設定した。

いずれのコースでも、自らが担当するケースに関する個別演習を通してセンター方式の実践的学びを行う内容になっている。なお、演習で用いるシートは、ねらいや活用方法が確実に伝わるように、センター方式のポイント部分の解説をつけたシートパックを教材として作成した（教材 P24：図表7参照）。

また、すでに現場でセンター方式を活用しながら成果をあげ始めている実践者の報告を組み込むことで、現場での活用にもつた動機付けをし、具体的な活用策を学びつつ、自らの現場での取り組みを振り返り、今後の活用計画を立てて（教材 P 17：図表 6 参照）研修を終える流れになっている。

②地域での認知症ケアマネジメントの推進役の研修（地域推進員研修）

地域のケア関係者にセンター方式の普及・活用推進をはかっていく人材（地域推進員）向けの研修コースである。対象としては、すでに認知症ケアおよびケアマネジメントに関する基本的知識と実践体験を有し、各地域で指導的立場にある人材（具体的には認知症介護指導者、ケアマネジメントリーダーなど）を想定したコースである。

これらの人材の場合も、利用者本位の視点などセンター方式を活用していく上での基礎的な学習を組み込み、それらを確実に伝えていく伝え方を学ぶ研修内容となっている。また、参加者同士のグループワークや情報交換を通じて、今後自らの地域での推進計画を立案して現場に戻る研修内容としている。

B. 一般・家族向け（P28：図表 9）

ケアマネジメントの存在や意義、方法を知らない人々が大半を占めている現状を踏まえて、ケアマネジメントの基本的理解をはかる啓発段階から、センター方式の基礎、そして実際の活用をはかる段階まで、対象や確保できる時間数にあわせて、段階別の研修コースを設定し、各コースで用いる研修教材を作成した（P26：図表 8 参照）。

C. 自治体職員向け（P28：図表 10）

認知症ケア関連の施策を担当する幅広い行政職（介護保険担当、認知症介護実践者研修担当、グループホーム担当、権利擁護担当その他）を対象に、認知症ケアの現状とセンター方式の基本的考え方と位置づけ、今後の地域での活かし方のポイントに関して、確保できる時間数にあわせて情報伝達する内容を設定している。

A. ケア職員向けカリキュラム：時間数および研修方法

対象者	研修の種類	日数	時間数	時間配分			
				講義	演習	実践報告	活用計画 (推進)
全般 (多職種)	①センター方式導入研修	半日	2時間	55分	20分	30分	15分
			3時間	55分	70分	40分	15分
	②センター方式活用推進研修 【基礎編】	1日	6時間	120分	150分	40分	15分
	③センター方式活用推進研修 【実践編】(職場実践含む)	2日	4時間 + 4時間 (8時間)	120分	290分	40分	15分 - 15分
地域での認知 症ケア・ケアマ ネジメントの推 進役	④センター方式 地域活用推進員研修	2日	4時間 + 6時間 (10時間)	120分 + 120分	290分	40分	30分

図表5 ステップアップのための研修コース

＜ケア者向け＞

普及計画・推進方法

活用計画

実践報告

センター方式のねらいと特徴

これからの認知症ケアとケアマネジメントの理解

コース

導入編 基礎編 実践編 地域活用推進員編

参考

基礎研修プログラム(1日間)

時 間	内 容
9:55～10:00	オリエンテーション
10:00～11:10	1. センター方式を使い始めるにあたって ○GW:認知症の人との関わりで困ったことを本音で話そう ○認知症ケアの理解(これからの認知症ケアとは) ○5つの視点の理解 ○センター方式のねらいと特徴
11:10～12:00	2. シートの構造と活かし方 3. センター方式シートの理解と活用:その1 ～シート記入の実際Ⅰ:コアシートを書いてみよう～ ○シートの書き込み ・C-1-2:私の姿と気持ちシート
12:00～13:00	昼 休 憩
13:00～15:00	4. センター方式シートの理解と活用:その2 ～シート記入の実際Ⅱ:コアシートを書いてみよう～ ○シートの書き込み ・D-4:24 時間生活変化シート ・D-1:私ができること・できないことシート ・D-2:私がわかること・わからないことシート ・B-2:私の生活史シート・B-3:私の暮らし方シート
15:00～15:20	5. センター方式を活用した実践例の紹介 ～在宅で暮らす人にセンター方式を活用してみて～ ○まとめ
15:20～16:30	6. コアシートからケアプランへの実際 ～シート記入の実際Ⅲ:Eシートからケアプランへ～ ▷ Eシートの書き込み ▷ ケアプランの補強
16:30～17:00	7. 質疑応答／まとめ ・今後の活用に向けて、アンケート記入

参考

地域活用推進員研修プログラム(2日間)

1 日目

時間	内容
13:00～13:05	○オリエンテーション
13:05～14:30	○研修のねらい ○地域推進員の方々へ期待する役割 ○センター方式の開発と普及の背景 ・認知症介護の進展の歴史 ・認知症の理解と挑戦課題 ・当事者本位の理解 ・新しい認知症ケアとは ・センター方式の開発普及の経過と今後 GW1:認知症の人のケアマネジメントでかかえている課題
14:30～14:40	休 憩
14:40～16:45	○センター方式とは ・センター方式のねらいと特徴 ・センター方式の活用方法 ○利用者本位のケアマネジメント実現の鍵 ・「共通の5つの視点」 ・5つの視点の自己点検 ○センター方式シートの構造と各シートのねらい ○演習1:コアシートの記入
16:45～16:55	休 憩
16:55～17:40	○センター方式を活用した実践例の紹介:2例
17:40～18:00	○きょうの振り返り、アンケート記入

2 日目

時間	内容
9:00～10:40	○1日目の質問への対応 ○センター方式シートの説明 ○センター方式シートからケアプランへの展開について ○演習2:Eシートからケアプランへ展開
10:40～10:50	休 憩
10:50～12:00	○センター方式を活かしたチームでの効果的なケアマネジメントに向けて テーマ1/当事者と共に活用するセンター方式 ・本人や家族への説明と同意 ・個人情報保護 テーマ2/チームづくりと共同活用 ・メンバーへの説明と活用のすすめ ・シートを活かした情報共有のありかた ・ケース担当者会議 テーマ3/モニタリング
12:00～13:00	昼休憩
13:00～14:45	○研修実施に向けて ・研修のポイント ・教材の活用について ・アンケートの活用について ・センター方式活用推進員、認知症介護指導者との連携 ○GW2:都道府県での今後の普及と活用推進に向けた作戦会議(30分) ○発表
14:45～15:00	まとめ、アンケート記入

図表 6 活用推進研修標準教材

**認知症の人のためのケアマネジメント
センター方式活用推進研修**
～新しい認知症ケアの確実な実践に向けて～

2005.12.7
認知症介護研究・研修東京センター
ケアマネジメント推進室

グループワーク1:記録シート

認知症の人との関わりでこまっていることは?
○「その人」との関わりで、どんな困っていることに直面しているか、できるだけ多く具体的に
出し合ってみよう(簡易書きに)

今日の研修で一緒に考えたいこと

- ふだん認知症の人との関わりで困っていることを、
本音で話してみよう。
- 働く側の視点を切り替えて、
認知症の人の視点にたってみよう。
これからの認知症ケアのあり方を確認しよう。
- 現場の課題を克服していく道具としてのセンター
方式
 - ・ そのねらいと特徴、活かし方を知ろう
 - ・ それぞれのケア現場で利用者がより良く暮らせる
ためにセンター方式を使ってみよう
- 利用者と自分自身の可能性にむけて、
明日から自分なりにやれることをみつけよう。

認知症の人の声を、しっかり声を聴いてみよう

- ・ ことば
- ・ 声
- ・ 声なき声・・・いのちある限り、
何かを発信している

「本人の声」に気づくために：巻末参考資料をご覧ください

- ・ 既存の映像
- ・ 本人、家族の会会報 など

グループワーク1

認知症の人との関わりで
困っていることを言葉にしよう!

一人ずつ
本音で!

- まずは、自己紹介・・・
地域、所属、名前
- 記録係を一人決めよう⇒別紙GW1にメモを
- 「一人の認知症の人」をよーく思い浮かべよう。
ふだんの関わりで、自分が困っていることは?
☆その人のことについてできるだけ具体的に

認知症： 脳のある部分に生じた病変によって自分のあたりまえ の暮らしが
困難になるほどわかる力(認知)が低下した状態

参考：認知：わかる力
☆人が自分らしく日々を暮らしていくために欠かせない力

・ 覚える	(記憶・記録・保持)
・ 思い出せる	(記憶・想起)
・ 場所がわかる	(場所の見当識)
・ 時間がわかる	(時間の見当識)
・ 人がわかる	(人の見当識)
・ それがなにかわかる	(理解)
・ 起きていることがわかる	(理解)
・ どうしていいかわかる	(判断・選択・実行)
・ 数えられる	(計算) 他
・ 新しいことがわかる	(学習)

○暮らしの中で「わからない」ことの連続
思い出せない
考えても考えてもわからない
どうしていいか途方にくれる
不安と混乱でいっぱい
恥のかきどおし

○暮らしの中で賢かすものがいっぱい
残っている力があるのに自分では解決できない
→人にわかってもらえない悔しさ、怒り
自信がなくなる → 孤独、あきらめ

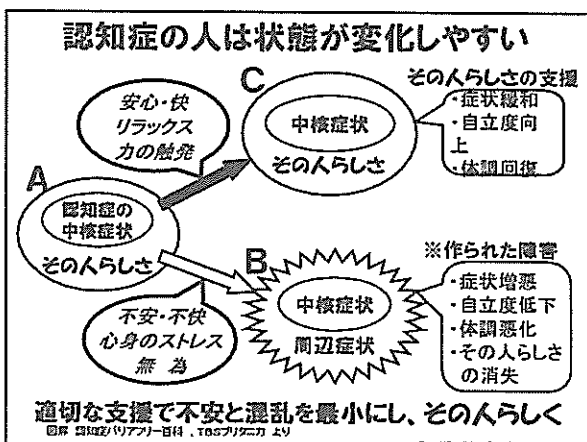
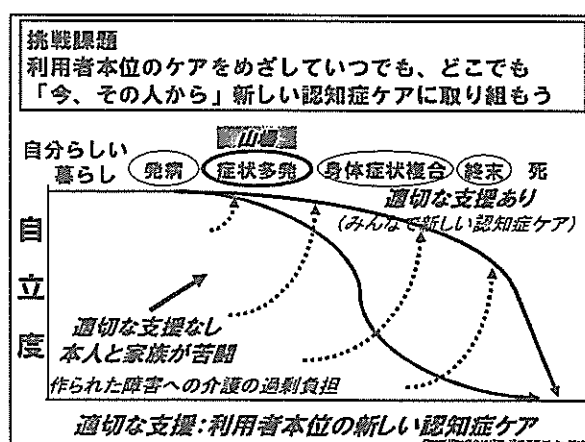
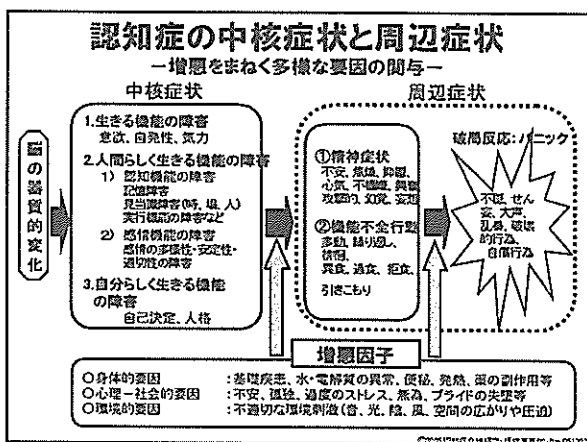
もし自分がその人の立場だったら・・・
☆本人の視点にたってみる技を：ケアマネジメントの基礎

○たくさんの症状は本人のSOS
特に中盤の症状多発期

○認知症でも
心は豊かに生きている
五感、喜怒哀楽
やさしさ、慈しみ

○たくさんのできる力を秘めている
☆すべてを失ったわけではない
☆その人らしさが、目の前の姿の中に隠されている

利用者の姿にきつと注目を



適切な支援

これまでの認知症ケア (問題対処、あきらめのケア)	これからの認知症ケア (可能性、人間性指向のケア)
1. 家族や一部のケア職員が抱え込んでバラバラに ⇒ 成果あがらないダメージの増幅	1. 家族や地域の人々、多様な専門職がチームで、ひとつになって（方針、方法）
2. 問題に対処するのが「ケア」間りがしてあげる介護	2. 認知症の人でも当然利用者本位 本人が自分らしく生きる支援
3. 問題は認知症のせい、しかたない	3. 問題の多くは「作られた障害」緩和や増悪防止策あり
4. 認知症になると本人は何もわからない、できない	4. 認知症の人でも感情や心身の力は豊かに残っている
5. 本人はわからないから環境は最低でいい	5. 環境の力で安心と力の発揮をなじみの環境作りが鍵
6. 危険だから外には出さない	6. なじんだ地域や自然の中で
7. とりあえずその場のぎを	7. 初期から最期まで関係者で継続ケアを

Q. あなた自身の視点は切り替わっていますか？

センター方式のねらい

認知症があっても、最期まで、
その人の尊厳と利用者本位の
暮らしの継続を支援するための
新しい認知症ケアを
ケア関係者が共働して
実践していくことを推進するための
統一的なケアマネジメント方法
(アセスメント、ケアプラン、モニタリングの一連の流れ)

6. 一日の暮らしの流れにそって課題やケアのアイデアを集める
⇒ 本人の暮らしの流れを支えるケア、
質にめざしたケアサービスの合理化へ

7. 本人の「思い」「力」「資源」を活かして、ケアを組み立てる
⇒ 本人が落ち着く (症状がやわらぐ) } 介護者側の都合で
本人が自分の力で動く (自立度向上) } ケアをするより、
本人の体調が整う (億やかに過ごせる) } 結果としてケアが
減になる

8. ケアによる予防、増悪防止、緩和を重視
本人のシグナルの発見
早めのケア
環境を活かす

9. 認知症になりはじめるからターミナルまで、記入シートを
バトンタッチしていく
その人らしく暮らし続ける支援にむけて

※本人、家族の声をいかして

共通の5つの視点

チームを作り協働で

ケアマネジャーを要に

利用者との出会い：一期一会
毎面笑顔にしっかり向き合う

↓

関係作り：時間をかけて

↓

情報収集：みんなで少しずつ

↓

アセスメント：みんなで探る
本人の暮らしの困難、可能性、希望をつかむ
本人がより良く暮らすための課題を見つける

↓

ケアプラン作成：説明と同意
みんなで作る
(本人のかけがいのない時間の暮らし方のデザイン)
※チーム全員の道しるべ

↓

実施

↓

モニタリング（新アセスメント）

The diagram illustrates the transition from home-based care to facility-based care for elderly individuals. It is divided into two main sections: **在宅 (Home)** on the left and **施設等 (Facilities, etc.)** on the right. A central horizontal flow shows the progression: **在宅** → **入院・入所時の情報提供 (Information provision at admission/entry)** → **施設等**.

在宅 (Home) Section:

- 居宅介護支援事業所 ケアマネジャー (Home Care Support Organization Care Manager):** Provides **本人の暮らしの継続支援 (Continuation support for the person's life)** and **居宅サービス計画 (Home Service Plan)**.
- 本人・家族 (Person/Family):** The central focus, connected to various support services.
- Support Services (connected to Person/Family):**
 - かかりつけ医 (Regular Doctor)
 - デイケア・リハビリセンター (Day Care/Rehabilitation Center)
 - ショートステイ (Short Stay)
 - その他のケア関係者 (Other Care Related Parties)
 - 本人をよびこめる親しい人 (People who call the person in, close to them)
 - 在宅介護支援センター (Home Care Support Center)
 - 訪問介護 (Home Care)
 - 福祉用具 (Welfare Appliances)
 - 訪問入浴 (Home Bathing)
 - 家族 (Family)
 - 訪問看護 (Home Nursing)

施設等 (Facilities, etc.) Section:

- 介護保険施設 サービス計画担当者 (Nursing Insurance Facility Service Plan Manager):** Provides **施設サービス計画 (Facility Service Plan)** and **施設・入所時の情報提供 (Information provision at facility/entry)**.
- 本人・高齢者 (Person/Elderly):** The central focus, connected to various support services.
- Support Services (connected to Person/Elderly):**
 - 担当医 (Attending Doctor)
 - 相談員 (Consultant)
 - PT・OT・ST (Physical Therapy, Occupational Therapy, Speech Therapy)
 - 看護師 (Nurse)
 - 食事を調理しほか (Cooking food and others)
 - その他のケア関係者 (Other Care Related Parties)
 - 介護職員 (Nursing Staff)
 - 家族 (Family)

Central Transition Element:

- センター方式シート (Center-style Sheet):** A link between the home and facility sections, associated with **自宅に属する情報の提供 (Information provision related to the home)**.

1. 長丁場のケアをみんなでのりこえていくための糧として「共通の5つの視点」を大事にし、日常の中で徹底をはかっていく
2. 関係者がチームをしっかりと組む
3. 認知症の人の外見だけにとらわれず、
 - ①「本人らしさ」「本人の思い」をすることを重視
そもそもどんな暮らし方をしてきた人で、
どう暮らしたいと思っているのか
今どんな体験をし、どんな気持ちになり、何を求めているのかを探る
 - ②「本人が秘めている力」をすることを重視
残された心身の力みつける
4. 「家族の思い」や「力」をケアに活かす
5. 地域の資源を活かす: そもそも本人の持っていた力を大切に
人、動物、場、地域、自然

* 豊富な資源を本人はもっていた、今も周囲にある

(1) その人が、過ごしていた馴染みの場所で過ごすチャンスを活かす。散歩、外出、外食、知人宅、美容・理髪、医療、お寺、図書館、娯楽町の風景→風景・自然が認知症の人を癒してくれる

(2) その人らしさを新たに伸ばす地域の場や仲間の開拓を
・働き場所：草取り、農作業、手仕事、力仕事など
・地元の知事役としての活躍場
学校、乳幼児や若いお母さんたちと、地元史グループ等
・町のお祭り場、趣味の場、「ここにきてからが人生が一番楽しい」
・ほかのグループホーム仲間と親戚のような付き合い

(3) 町にででの安心を見守り支える人々の広がりを
近隣者、買い物先、娯楽、消防、交通機関、町のスポーツ(コンビニ等)

町にすでにある多様な資源の力を借りる、活かす、共につくる

認知症の人本位のケアマネジメント 実現の鍵

- ☆ 共通の5つの視点を大切に
- ☆ 利用者に向き合う
- ☆ 対話を始める
本人と家族と
ケア関係者と
- ☆ 共通シート(1枚からでも)で
情報と気づきを集め、共有を

「共通の5つの視点」に対応したセンター方式シート

共通の5つの視点

シート名(主なもの)

その人らしいあり方

- C-1-2 私の姿と気持ちシート
- B-2 私の生活史シート
- B-3 私の暮らし方シート

その人の安心・快

- D-4 24時間生活変化シート
- B-4 私の生活環境シート

暮らしの中での
心身の力の発揮

- D-1 できること、できないことシート
- D-2 わかること・わからないことシート

その人にとっての
安全・健やかさ

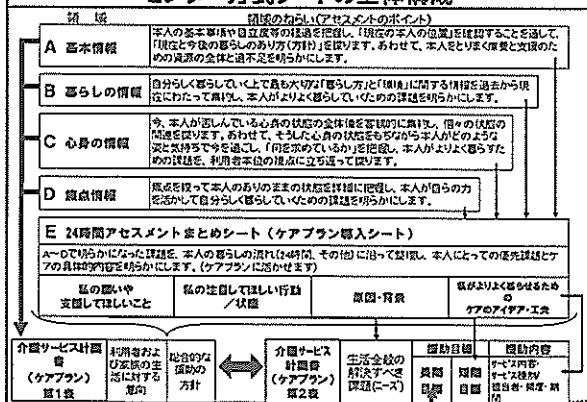
- A-3 私の療養シート
- D-3 生活リズム・パターンシート

なじみの暮らしの継続
(環境・関係・生活)

- A-2 私の自立度経過シート
- A-4 私の支援マップシート
- B-2 私の生活史シート
- E 24時間アセスメントまとめシート

B-3
私の
暮らし
方シ
ート

センター方式シートの全体構成



センター方式シートの書き方のポイント: その1

- 記入しなければ、と力まずに
自分のいつもの思い、していること、ふだんみていること、
気づいていること、を気軽にメモするつもりで
- 全部、完璧に書こう、とがんばらないで
少しの情報、とても貴重⇒書きたいシート、書けるシートをまず1枚、
少しずつ、書き足しOK
- きちんと書こう、
専門用語を使って書かなければと、枠にはめないで
ありのままの本人の・家族も声、姿を書きとめよう

センター方式シート 各シートのねらい

シート名	ねらい
A-1 私の基本情報シート	このシートは本人の基本的な情報を集めるためのシートです。本人の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先などの基本的な情報を記入します。
A-2 私の自立度経過シート	このシートは本人の自立度の経過を追跡するためのシートです。本人の自立度の経過を追跡し、その経過を記入します。
A-3 私の療養シート	このシートは本人の療養の経過を追跡するためのシートです。本人の療養の経過を追跡し、その経過を記入します。
A-4 私の支援マップシート	このシートは本人の支援の経過を追跡するためのシートです。本人の支援の経過を追跡し、その経過を記入します。
B-1 私の暮らし方シート	このシートは本人の暮らし方の経過を追跡するためのシートです。本人の暮らし方の経過を追跡し、その経過を記入します。
B-2 私の生活史シート	このシートは本人の生活史の経過を追跡するためのシートです。本人の生活史の経過を追跡し、その経過を記入します。
B-3 私の暮らし方シート	このシートは本人の暮らし方の経過を追跡するためのシートです。本人の暮らし方の経過を追跡し、その経過を記入します。
B-4 私の生活環境シート	このシートは本人の生活環境の経過を追跡するためのシートです。本人の生活環境の経過を追跡し、その経過を記入します。
C-1-1 私の心身の状態の経過シート	このシートは本人の心身の状態の経過を追跡するためのシートです。本人の心身の状態の経過を追跡し、その経過を記入します。
C-1-2 私の心身の状態の経過シート	このシートは本人の心身の状態の経過を追跡するためのシートです。本人の心身の状態の経過を追跡し、その経過を記入します。
D-1 私のできること・できないことシート	このシートは本人のできること・できないことの経過を追跡するためのシートです。本人のできること・できないことの経過を追跡し、その経過を記入します。
D-2 私のわかること・わからないことシート	このシートは本人のわかること・わからないことの経過を追跡するためのシートです。本人のわかること・わからないことの経過を追跡し、その経過を記入します。
D-3 生活リズム・パターンシート	このシートは本人の生活リズム・パターンの経過を追跡するためのシートです。本人の生活リズム・パターンの経過を追跡し、その経過を記入します。
D-4 24時間生活変化シート	このシートは本人の24時間生活変化の経過を追跡するためのシートです。本人の24時間生活変化の経過を追跡し、その経過を記入します。
D-5 私の暮らしの継続シート	このシートは本人の暮らしの継続の経過を追跡するためのシートです。本人の暮らしの継続の経過を追跡し、その経過を記入します。
E 24時間アセスメントまとめシート	このシートは本人の24時間アセスメントの経過を追跡するためのシートです。本人の24時間アセスメントの経過を追跡し、その経過を記入します。

センター方式シートの書き方のポイント: その2

- 埋もれている気づき、何気なくしていたこと、
忘れていたこと、工夫を掘り起こそう
見聞きした貴重な情報がたくさん埋もれたままでは・・・
これまでのこと、今見聞きしているけどあたりまえすぎて
伝えていないこと
本人に接している人ならではの細やかな観察、聴き取り、気づき、
アイデア、を日々の中でアンテナを立てて資源の掘り起こし
- 一人だけで、書こうと抱え込まないで
他の職員、家族、本人をよく知る(友人、近所の人など)にも
⇒ 聞いてみよう、書いてもらおう

センター方式の活かし方(ケアする立場から)

日々のケアの中で、みんなで活用していきましょう！

1. アセスメントとケアプランの展開ツールとして使おう
 - ・施設の事業所やユニットでは、始めから取り入れて活用していこう。
 - ・既存のツールを使っているところでは補強シートとして取り入れていこう。
2. 事業者と家族とのコミュニケーションや情報交換のためのツールとして使おう
 - ・家族からシートを通してケア関係者(ケアマネジャーやケア担当者)に伝えてもらう。
 - ・事業所からシートを使って、情報や要望をどんどん伝えていこう。
 - ・本人や家族の気持ちや考えを伝えるためのツールとして使おう。
3. 日常の情報集約ツールとして使おう
 - ・ケア関係者は、本人や家族とのふだんの会話の中にシートを盛り込んで情報を集めていこう。
 - ・ケア関係者がシートを手元において、何にかつかわんだ情報を追記していこう。
 - ・必要なシートを記録や日誌代わりに使っていこう。
4. 他事業者との情報配信や会議に活かそう
 - ・共通シートで効率的に情報を配信しよう。
 - ・共通シートを活かしてケース担当者会議等を効率的に展開しよう。
5. 利用者が住み替える時は次の事業者に必ずバトンタッチをしていこう
6. 新しい認知症ケアの視点と具体を学ぶ教育ツールとして使おう
 - ・新人研修で早速使ってみよう。
 - ・研修者のケアの振り返りで使ってみよう。
7. 相談を受けたケースの問題解決や助言のために使う

新しい認知症ケアの学びのために

書籍○「痴呆の人の思い、家族の思い」中央法規、2005

○「私は私になっていく」かもがわ出版、2004

○「高齢者の尊厳を支える介護」法研、2003

○「図解 痴呆バリアフリー百科」TBSブリタニカ、2002

○「デンマーク痴呆介護ハンドブック 介護にユーモアとファンタジーを」ミネルヴァ書房、2003

※多職種で取り組む認知症介護の手引き

○「だいじようぶ だいじようぶ、助け助けられる日々」

簡井書房、2003 ※在宅の訪問介護の具体的事例集

○「大逆転の痴呆ケア」中央法規、2003

映像○「痴呆の人から学ぶ〜クリスティーン・ブライデン講演より〜」

(第1巻〜第3巻) シルバーチャンネル、2003

○「懐かしの玉手箱」(全7巻) シルバーチャンネル、2003

平成18年度認知症高齢者ケアマネジメント推進モデル事業の実証結果より

認知症の人のためのケアマネジメント12の鍵

～センター方式を共に活かして新しい認知症ケアを地域で実現～

1. 認知症でもあきらめない、いつでもどこでも、「その人」から
2. めざすは「その人らしさ」、視点を共にチームパワーを
3. 一人ではない、本人の暮らしを支える仲間を知ろう、つくっていこう
4. 要はケアマネ、チームを築いてつないでいこう、継続ケアの実現へ
5. 本人のそばにいる人こそが知っている、みんなの気づきをケアマネに
6. 急がずに、いいケアプランは日々の関係づくりから一歩ずつ
7. 一にも二にも当事者の声、ひたすら聴こう、苦しさと希望を
8. 声なき声を見落とさない、当事者のサインをチームで見極めよう
9. 本人は屈力を秘めている、本人が生きていることを支えるケアプラン
10. 家族は屈力を秘めている、家族と共にケアプランを育てよう
11. 地域は屈力を秘めている、地域を舞台に町で暮らし続けるケアプラン
12. やれるケアプランで即実行、成功体験の連鎖でみんなが生き生きと

センター方式を使っていくために

【教材】 センター方式の理解や具体的な記入のしかたについては、上記のテキストをご参照ください。

○「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、2005

○「認知症の人のためのケアマネジメント センター方式
シートバック(解説付)」 認知症介護研究・研修東京センター、2005

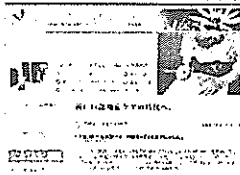
○「新しい認知症ケア～いつでもどこでもその人らしく 最期まで～」2005、中央法規

【ホームページ】

○いつでもネット

<http://www.itsu-doko.net/>

★ホームページからセンター方式シートを
無料でダウンロードしていただけます。
ぜひ、ご覧ください。



図表7 演習シートパック

表紙

認知症の人のためのケアマネジメント
センター方式シートパック（解説付）

2006. 6
改定版

一人ひとりを支える
地域包括ケアをめざして



「認知症の初期から最期まで、どこに住んでいても自分らしく暮らし続けたい」そんな本人・家族の願いを実現するためにつくられたのがセンター方式（認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式）です。

本人と家族を中心に、ケア関係者が共通シートを使って、互いの思いや実情、アイデアを出しあいながら、「本人と家族のよりよい暮らし」を一緒にめざしていく方法です。

認知症介護研究・研修東京センター
ケアマネジメント推進室

目 次

よりよい支援を効果的に進めていくためのポイント	1
シートを使ってチーム力を高めよう	2
センター方式の活かし方	3
ケア現場での取り組み成果	4
センター方式シートの全体構造	5
センター方式シートのねらい	6
利用者本位のケアのポイント	7
まずは気軽につかってみよう	8
書き方のポイント	9

センター方式シート一覧

- Aシート群 基本情報
 - A-1：私の基本情報シート
 - A-2：私の自立度経過シート
 - A-3：私の療養シート
 - A-4：私の支援マップシート
- Bシート群 暮らしの情報
 - B-1：私の家族シート
 - B-2：私の生活史シート
 - B-3：私の暮らし方シート
 - B-4：私の生活環境シート
- Cシート群 心身の情報
 - C-1-1：私の心と身体の全体的な関連シート
 - C-1-2：私の姿と気持ちシート
- Dシート群 焦点情報
 - D-1：私ができること・私ができないことシート
 - D-2：私がわかること・私がわからないことシート
 - D-3：生活リズム・パターンシート
 - D-4：24時間生活変化シート
 - D-5：私が求めるかわり方シート
- Eシート 24時間アセスメントまとめシート（ケアプラン導入シート）

認知症の人のためのケアマネジメント「12の鍵」

認知症の人のためのケアマネジメント センター方式シート(選択式)は、認知症介護研究・研修東京センターの著作物です。©認知症介護研究・研修東京センター

図表 8 振り返りシート

5つの視点を持ちながら利用者にかかわっていましたか？（自己点検シート）

●1人の利用者に絞って点検してみよう。
●5つの視点ごとにあなたが振り返って該当する欄に○をつけてみよう。

5つの 視点	自己点検(該当する欄に○をつけよう)			今後このケース で特に大切に したい視点	具体的に気づいた場面や 姿などがあればメモしよう
	いつも意識 しながら関 わっていた	意識はして いたが実際 にはできて いなかった	あまり意識し ていなかった		
その人らしい あり方					
その人の 安心・快					
暮らしの なかでの 力の発揮					
その人に とっての 安全・ 健やかさ					
なじみの 暮らしの 継続 (環境・関係・ 生活)					

出典:「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の使い方・活かし方」P.67(中央法規出版)

チャレンジシート

認知症の人のためのケアを実践するために

～ 私が取り組みたいこと ～

仲間が取り組むチャレンジ例

取り組んだことは記録に残そう！

- 本人の思いを聞いてみよう▶ C-1-2: 私の姿と気持ちシート
- もっとできることを見つけよう▶ D-1: できること・できないことシート
- 得意なことを家族にも聞いてみよう }▶ B-2: 私の生活史シート
- 自宅での過ごし方を聞いてみよう }▶ B-3: 私の暮らし方シート
- 1日の気分の変動に注目して
かかわり方をみつけよう▶ D-4 24時間生活変化シート

私がやりたいこと

○ テーマ

○ 具体的な取り組み

図表 9 センター方式の研修体系

B. 一般・家族向け：時間数および研修方法

対象者	研修の種類	日数	時間数	時間配分		備考
				講義	演習	
一般・家族	①認知症ケア 啓発研修	半日	1時間	60分	—	センター方式の紹介
			2時間	120分	—	〃
	②活用研修	半日	2時間	120分	—	センター方式の概要、 使い方、活かし方
			3時間	120分	60分	〃
	③実践研修	2日	3時間 + 3時間 (6時間)	120分	240分	・実践的活用 ・2ヶ月のインター バルの間に家族か ら担当者会議の開 催を呼びかけ実施 し、フォローアップ

図表 10 センター方式の研修体系

C. 自治体職員向けカリキュラム：時間数および内容

対象	研修	時間	備考
・介護保険担当者 ・認知症ケア実践者研修 担当者 ・グループホーム担当者 ・権利擁護担当者 - 他	認知症ケアに関する 行政職員向け研修	1～3時間	センター方式のねらい、 位置づけと概要、地域 での活かし方について の情報提供。

2) 確実な普及のための地域推進員の確保と育成

今後、地域の中で認知症の人本位のケアマネジメントや地域包括ケアを着実に浸透させていくためには、利用者本位の視点に立ってセンター方式を実際に活用した体験に基づきながら、地域のケア関係者や利用者家族、自治体職員等に認知症のケアマネジメントやケアのあり方を実践的に伝え、各地域単位で継続的な普及推進活動を行っていく人材（地域推進員）の確保と育成が不可欠である。

今年度は下記の2つの方法で、地域推進員の育成を行った。

(1) センター委嘱の地域推進員

平成16年度モデル事業で、実際にセンター方式を活用して成果をあげながら、職場や地域でロールモデルとして伝達役を果たし始めている実践者 54名。

今年度は、センター主催のセンター方式関連の研修の機会に、ファシリテーターとして参加し、研修前後の討議を通して、伝達や普及のあり方の実践的な力量形成をはかるとともに、センター方式の普及・推進をしていく上でのコアメンバーとして以下のような多様な役割を果たした。

地域推進員の役割

1. センター方式を普及・推進していくための地域での支援（研修の開催、助言）
2. 東京センターからお願いするセンター方式に関する研修の講師・ファシリテーター
3. 地元等でセンター方式を活用推進する役割を担った際の報告・改善に向けた提案
4. センター方式改良のためのモニター
5. 今後、活用推進員が各地域で育ち活躍していくための提案

(2) 平成 17 年度新たに育成した推進員

前出の地域活用推進員カリキュラムにもとづいた研修を 2 回開催し、計 4 0 4 名を育成した (P 31 : 図表 11)。

①認知症介護指導者 1 1 5 名

②ケアマネジメントリーダー等 2 8 9 名

＊日本介護支援専門員協会と共催し、各地域ごとに今後、地域の認知症ケアマネジメントの推進的役割を担う人材を募った。

＊研修終了後アンケート結果 (P 32 : 図表 12、P 33 : 13 参照)

＊受講者がはじめた県単位での推進実践の取組み

(P 35 : 図表 14、P 39～43 参照)

図表 11 センター方式推進員研修受講者 404 名都道府県別受講者数

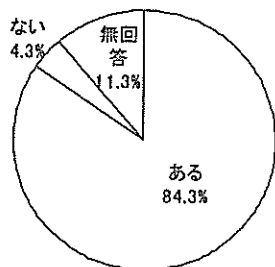
北海道・東北			関東			中部			関西			中国・四国			九州・沖縄		
北海道	6 1	7	茨城県	4 1	5	新潟県	2 2	4	三重県	26 0	26	鳥取県	0 0	0	福岡県	7 6	13
青森県	8 1	9	栃木県	6 2	8	富山県	8 3	11	滋賀県	8 3	11	島根県	2 2	4	佐賀県	6 3	9
岩手県	0 2	2	群馬県	3 1	4	石川県	3 3	6	京都府	7 2	9	岡山県	0 0	0	長崎県	0 6	6
宮城県	3 4	7	埼玉県	6 1	7	福井県	2 2	4	大阪府	9 2	11	広島県	4 3	7	熊本県	16 3	19
秋田県	0 2	2	千葉県	2 1	3	山梨県	2 0	2	兵庫県	15 9	24	山口県	7 2	9	大分県	8 2	10
山形県	0 2	2	東京都	16 1	17	長野県	4 6	10	奈良県	0 0	0	徳島県	0 1	1	宮崎県	0 5	5
福島県	9 1	10	神奈川県	23 4	27	岐阜県	0 3	3	和歌山県	7 9	16	香川県	4 2	6	鹿児島県	10 1	11
【表の見方】						静岡県	34 3	37				愛媛県	4 0	4	沖縄県	4 0	4
						愛知県	0 7	7				高知県	4 1	5			
都道府県名			ケアマネ リーダー等 認知症介護 指導者数			合計											

図表 12 研修終了後アンケート結果：指導者

< 1 日目 >

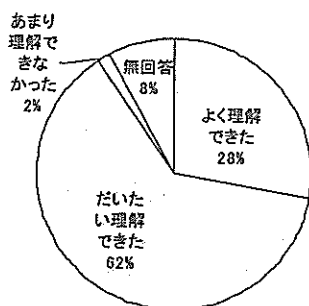
Q 1. 認知症の人本位のみかたの重要性についてのあらたな気づき

	人数	%
ある	97	83.6%
ない	5	4.3%
無回答	13	11.2%
計	115	99.1%



Q 2. 利用者本位のケアを実施するためのセンター方式の特徴の理解について

	人数	%
よく理解できた	32	27.6%
だいたい理解できた	72	62.1%
あまり理解できなかった	2	1.7%
無回答	9	7.8%
計	115	99.1%



< 2 日目 >

Q 1. センター方式を活かした利用者本位のケアプランのポイントの理解について

	人数	%
十分にできた	30	25.9%
だいたいできた	82	70.7%
できなかった	0	0.0%
無回答	3	2.6%
計	115	99.1%

Q 2. チームで効果的にケアマネジメントを展開するためのセンター方式活かし方の理解について

	人数	%
十分にできた	21	18.1%
だいたいできた	90	77.6%
できなかった	1	0.9%
無回答	3	2.6%
計	115	99.1%

Q 3. 地域でのセンター方式の活用推進作戦の立案状況について

	人数	%
かなり明確に立てられた	9	7.8%
おおまかな方針が立てられた	43	37.1%
今回はまとまらなかったが立案したい	46	39.7%
その他	10	8.6%
無回答	7	6.0%
計	115	99.1%

Q 4. センター方式を今後どのように活用したいか（複数回答）

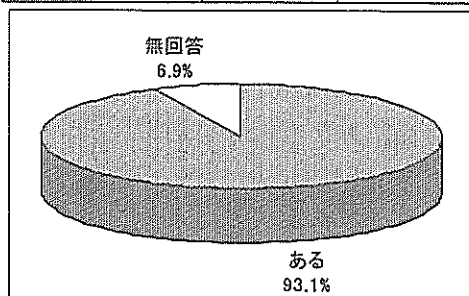
活用場面	人数	%
アセスメントとケアプランの展開ツールとして	88	75.9%
事業者と家族とのコミュニケーションや情報交換のためのツールとして	77	66.4%
日常の情報集約ツールとして	79	68.1%
他事業者との情報配信や会議に活かす	39	33.6%
住み替え時のバトンタッチとして	46	39.7%
新しい認知症ケアの視点と具体を学ぶ教育ツールとして	91	78.4%
相談を受けたケースの問題解決や助言に	32	27.6%

図表 13 研修終了後アンケート結果：ケアマネジャー

< 1 日目 > (N=261)

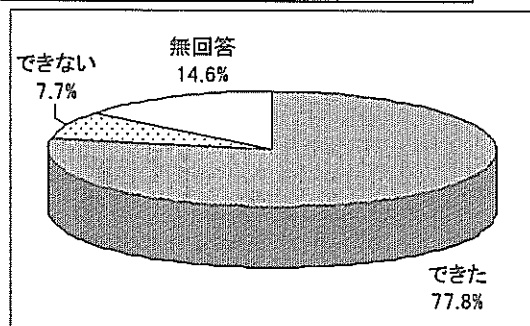
Q 1. 認知症の人本位のみかたの重要性についてのあらたな気づき

ある	243	93.1%
ない	0	0.0%
無回答	18	6.9%
計	261	100.0%



Q 2. センター方式地域活用推進員の役割を担っていくことについて

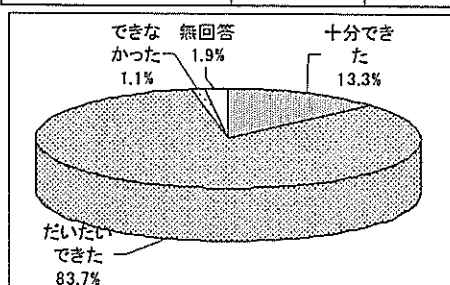
理解できた	203	77.8%
理解できない	20	7.7%
無回答	38	14.6%
計	261	100.0%



< 2 日目 > (N=270)

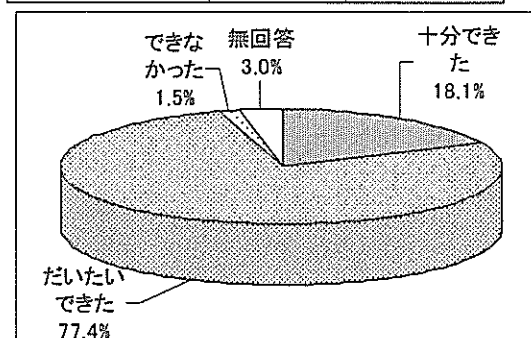
Q 1. センター方式を活かした利用者本位のケアプラン充実のポイントの理解について

十分できた	36	13.3%
だいたいできた	226	83.7%
できなかった	3	1.1%
無回答	5	1.9%
計	270	100.0%



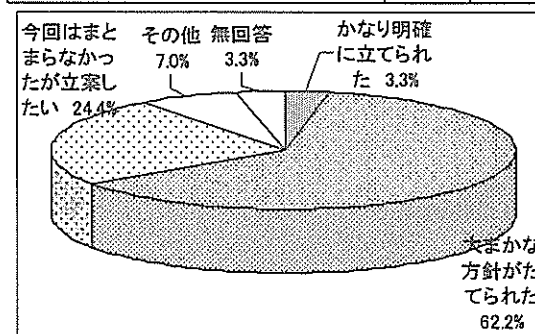
Q 2. チームで効果的にケアマネジメントを展開するためのセンター方式の活かし方の理解について

十分できた	49	18.1%
だいたいできた	209	77.4%
できなかった	4	1.5%
無回答	8	3.0%
計	270	100.0%



Q 3. 地域でのセンター方式の活用推進作戦の立案状況について

かなり明確に立てられた	8	3.0%
おおまかな方針がたてられた	168	62.2%
今回はまとまらなかったが立案したい	66	24.4%
その他	19	7.0%
無回答	9	3.3%
計	270	100.0%

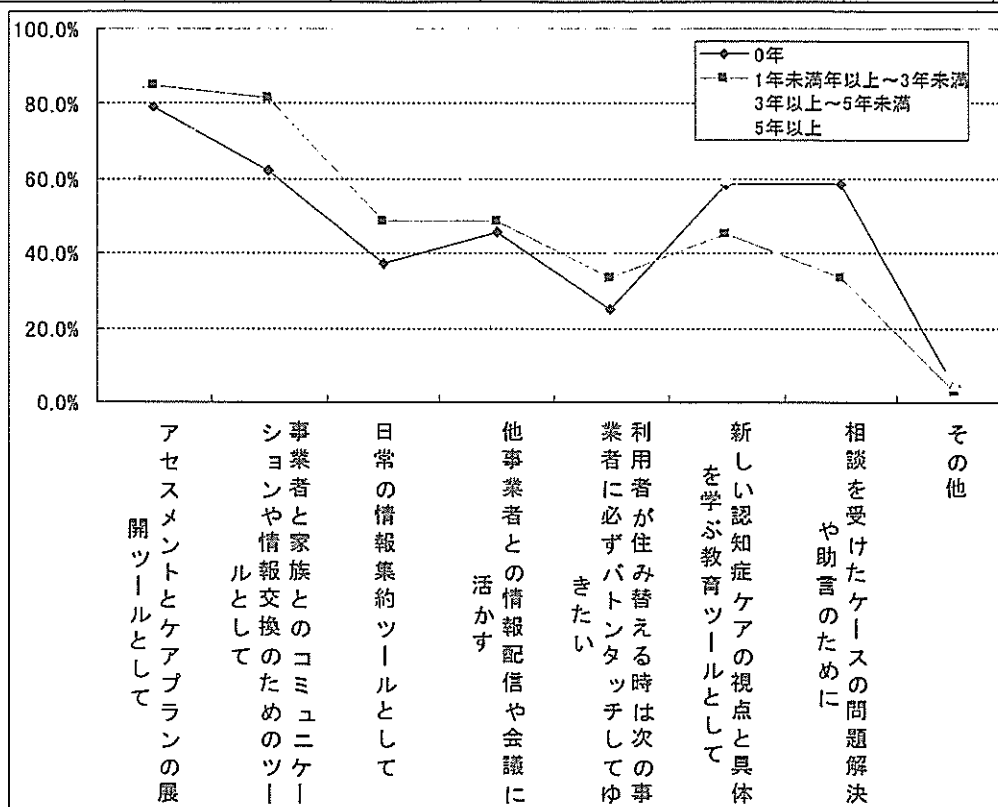


Q 4. センター方式を今後どのように活用したいか (複数回答)

アセスメントとケアプランの展開ツールとして	192	74.1%
事業者と家族とのコミュニケーションや情報交換のためのツールとして	196	75.7%
日常の情報集約ツールとして	140	54.1%
他事業者との情報配信や会議に活かす	151	58.3%
利用者が住み替える時は次の事業者に必ずバトンタッチしてゆきたい	102	39.4%
新しい認知症ケアの視点と具体を学ぶ教育ツールとして	150	57.9%
相談を受けたケースの問題解決や助言のために	114	44.0%
その他	12	4.6%

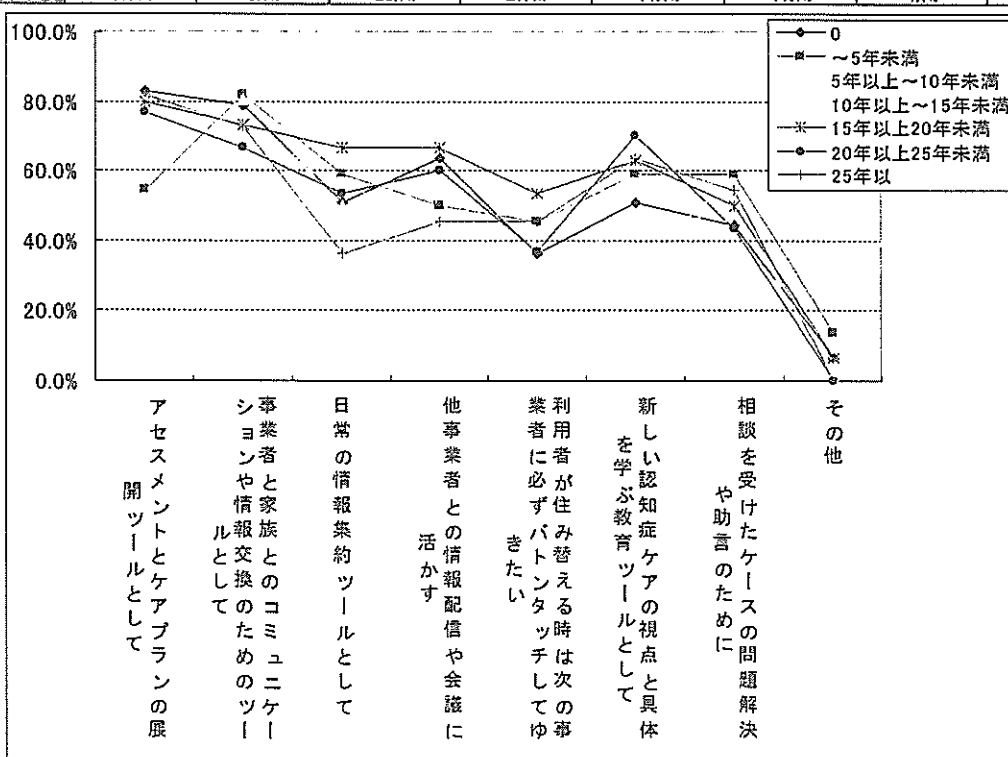
○ケアマネジャー経験年数別センター方式活用意向

ケアマネジャー経験年数別受講人数	0年	1年未満以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上	合計
ケアマネ経験年数別人数	24	33	62	151	270
全体に占める割合	8.9%	12.2%	23.0%	55.9%	100.0%



○ケアマネジャー ケア従事年数別センター方式活用意向

ケア従事経験年	0	未滿以上～5年未滿	5年以上～10年未滿	10年以上～15年未滿	15年以上～20年未滿	20年以上25年未滿	25年以上	計
ケア従事経験年	47	22	56	74	30	30	11	270
全体に占める割合	17.4%	8.1%	20.7%	27.4%	11.1%	11.1%	4.1%	100.0%



図表 14 県単位での推進実践の取り組み例（兵庫県介護支援専門員協会）

センター方式の推進 県単位での取り組み例

兵庫県介護支援専門員協会
センター方式推進委員会
各ブロックより 15名選出

センター方式推進委員研修

- ◆地域でのセンター方式の認識の確認
- ◆県レベルでの推進の確認
- ◆センター方式推進委員会の設置
- ◆推進委員の資質向上策の検討
- ◆県協会内他機関との連携の確認

第1回センター方式推進委員会

- ◆委員会の目的
- ◆研修会の開催
- ◆広報部会との連携
- ◆調査研究部会との連携
- ◆講師の派遣
- ◆推進委員資質向上研修会の開催

センター方式推進委員会 目的

今後の高齢者介護の将来を見通すと、認知症高齢者の増加が予測され、認知症高齢者に対応したケアが必要と考えられる。現在の認知症高齢者の方々は、生活環境や周囲の人の接し方によって、強い不安やストレスをかかえ、その人らしい生活を送ることが出来なくなっていることも少なくなく、現状は決して望ましいものではない。

このような状況より、センター方式の五つの視点を取り入れることで、認知症高齢者を尊重し、その人らしい安全で快い生活が送れるように、兵庫県下の介護支援専門員にセンター方式の普及・活用の推進を行う。また、平成18年度実務者研修にセンター方式が取り入れられることを受け、現任の介護支援専門員が混乱無く、認知症高齢者に充実した援助が出来るようにセンター方式の普及・活用の推進をはかる

センター方式推進委員資質向上研修会

- ◆推進委員が実際にセンター方式を活用
- ◆推進委員全員で課題・気づきを共有
- ◆センター方式普及・推進の糧

センター方式を活用して

- ◆ご本人を真中に
- ◆担い手であるケアスタッフの理解
- ◆認知症の方への関わり方の統一
- ◆その人の理解(世代を超えて)
- ◆シート記入の負担(シート1枚でも)
- ◆自宅での力、デイサービスでの力
- ◆利用者の言葉「勝手に決めて・・・」

センター方式推進今後に向けて

- ◆シートの統一
- ◆一緒に考えていく
- ◆地域に、自分が感じたことを伝えていく
- ◆チームケアの推進

兵庫県介護支援専門員協会 今後に向けての活動

- ◆2/26 第11回パワーアップセミナーの開催
- ◆兵庫県下三地域で演習の出来る研修会
- ◆各地域にセンター方式の推進メンバーを

兵庫県介護支援専門員協会での取り組み経過

1) センター方式に組織として取り組み始めたきっかけ、動機（取り組みのきっかけ）

全国介護支援専門員連絡協議会（現 日本介護支援専門員協会）より、平成 17 年 9 月に開催されたセンター方式推進員研修に兵庫県介護支援専門員協会より推進員を選出し、介護支援専門員協会が中心となり、県下にセンター方式を推進して欲しいとの依頼を受ける。

（動機）

今後、認知症高齢者が増加すること予測され、認知症高齢者のその人らしさを尊重し、安全で快い生活が送れるようにするためには、まず、介護支援専門員が認知症高齢者への理解を深め、ケアの現場で他職種と連携をとり、認知症高齢者を支える地域を作っていくことが大切である。また、特定の施設、地域だけでなく、広域であることで、家族、介護者も初めて認知症高齢者の在宅での介護が継続できると考える。その為には、兵庫県全域からなる介護支援専門員の（職能団体）である協会が中心となりセンター方式の普及・活用の推進をはかっていくこと望ましいと感じたため。

2) これまでの取り組みの経過

①平成 17 年 9 月に大阪で開催されたセンター方式推進員研修に、兵庫県 7 ブロック、各 2 名程度ずつ、合計 15 名を選出し参加

②研修の中で地域での普及策を検討

- ・ 地域でのセンター方式の認識の確認
- ・ 兵庫県介護支援専門員協会内にセンター方式推進委員会の設置
- ・ 県レベルで普及していくことの確認
- ・ センター方式推進員の資質向上策の検討
- ・ 協会内他機関（調査研修部会のアンケート機能など）との連携の確認

③第 1 回センター方式推進委員会開催

- ・ 委員会の目的を確認

なぜ今センター方式が必要なのかの理由

認知症の方々の生活状況

共通の五つの視点

センター方式の社会的認知度を上げる など

- ・ 研修会の開催

県単位での研修会開催により、まず兵庫県下にセンター方式という認知症の方の
アセスメントツールが有り、どんなものを広める

(日時平成 18 年 2 月 26 日 (日) 内容 認知症高齢者の理解、センター方式の推
進 講師 沖田裕子先生)

小さな地域で演習を盛り込んだ研修会を開催しセンター方式に触れてもらう

その後必要ならもう一度県単位での研修会を開催する

- ・ 県協会組織 広報部会との連携

機関紙(ケアマネット)にて研修会(第 11 回パワーアップセミナー)の開催報告
ホームページでも研修会の開催を案内(ホームページ平成 18 年 1 月開設)

- ・ 県協会組織 調査研究部会との連携

研修会開催時、センター方式についてのアンケートの実施

(10/8 第 10 回パワーアップにてアンケート実施 研修会参加者がかなり興もたれ
ていること確認)

- ・ 講師の派遣

今後兵庫県下でセンター方式の研修会を開催し、兵庫県介護支援専門員協会に講
師の依頼があった場合、センター方式推進委員の派遣を確認

(センター方式推進の担い手となる)

- ・ センター方式推進委員資質向上研修会の開催

④センター方式推進委員資質向上研修会について

(目的)

まず、推進委員が実際にセンター方式を活用し、個々の持つ課題、気づきを推進委
員全員が感じ、共有することで今後センター方式普及・推進の糧とする

12/17 センター方式推進委員資質向上研修(講師 熊倉先生・小森先生)

内容: 先生・事例発表者・参加者一名の合計 3 名で事例の検討行う

*センター方式を活用しての気づき・課題

- ・ 本人の兄弟、本人が昔されていた趣味などが抜けていたこと、利用者本位の視点を持
とうと試みていたが、本人を真中にしていないこと気づいた。

家族、本人と話し合いケアプランを立てても、援助の担い手となる事業者の理解が必
要。

- ・ 今回の実践の中で、ヘルパー事業所に協力を得ようと話をすると負担だとの意見あっ
たが、シート 1 枚でもとお願いし、D5 シートが選ばれた。一人の利用者に複数のヘ
ルパーがかかわっている事例だが、ヘルパーの関わりがバラバラであること分かる。

関わり方を統一しないと認知症の人を混乱させるという点に気づき、反省した。

- ・既存のアセスメント方式を止めて、全てのアセスメントをセンター方式でやり直すことは大変。今もっている情報を生かしながら、既存のシートには無いこれまでの生活史が分かるシートやD4シートを活用していきたいと思った。
- ・担当者会議を開催し、参加者にセンター方式シートを記入してもらったが、実際に利用者に援助を行うのは、ヘルパーであったり、介護職員であり、その方々に理解を促すのは大変な労力であり、そこまで伝達するのは大変なことである。
職場でセンター方式を説明した際、介護者としての経験が長い人ほど拒絶があった。
今までにアセスメントも実施しており、何で今更との意見が出た。
- ・センター方式シートを活用して、その人のことを誰かに伝える時はとても伝えやすく、その人と世代が違ってても理解しやすく、他職種とやり取りする際には、分かりやすさがとても大切だと感じた。
- ・センター方式シートを活用して、本人が言ったこと、家族、援助者が言ったこと等情報源をはっきりさせること出来たし、利用者に対しての視点が足りないことも感じたが、シートに記入していく作業は大変な作業であった。
- ・「家に帰りたい」とはいかいされる意味を考えられることできた。
D-1・2のシートを家族に記入してもらったが、ご本人が自宅で出来ることと、デイサービスで出来ることに違いがあること、家族と共に気づいた。ケアマネとしてその部分を引き出し、家族に伝えていかなければと感じた。Bシートは思った以上に家族に抵抗無く書いてもらえた。
- ・デイサービスの職員にもセンター方式のシートを活用してもらおうとしたが、シート記入に負担が大きいと言われ、活用できなかった。
- ・センター方式のシートは記入して家族に見せるだけではあまり効果が無く、カンファレンスを持ち、本人、家族、ケアマネで話し合うこと必要ではと感じた。
センター方式を活用することで、ケアマネが自分の思いを整理できるので使っていきたいも、それよりも日々の業務に追われたり、報酬を上げなければとの思いのあるスタッフにどう伝えればいいのか？と感じた。
- ・センター方式のシート全部を一人で書かないといけないと思っていたが、1枚でもいいし、ケアマネだけが一人で書かなくてもいいこと分かった。
- ・対人マップの中で新しい資源を見つけられそうに思った。
- ・自分自身ケアマネとしての利用者とかかわりに気づきを持てるシートだと思った。
- ・シートを通して、利用者のサービスの利用場面を見に行く（サービスへの介入）という変化が起こった。
- ・利用者の「自分たちで勝手に決めて・・・」という言葉を覚えてもらった。

シート活用後、この方にはプログラムの選択が必要だと感じ、スタッフにお願いすると、本人が選択できるように工夫してくれた。

- ・本人がどんなことをどんな風に話し始めたかのかが大事だと思った。

＊ 事例検討介護センター方式推進における今後に向けての思い

- ・アセスメント方式は色々あるも、平成 18 年 4 月の制度改正後、同じ人でも、介護予防シートから始まり、認知症が発症したらセンター方式、介護給付に成ればまた別のシートとアセスメント方式が異なってしまう。認知症だからセンター方式ではなく、今までどんな風に暮らし、どうしていききたいか、「人のためのセンター方式」とひとつのシートに統一できたらいいのと思う。
- ・本人の思い、家族の思いにずれがあり、家族に流されがちなことも、センター方式を通して家族と一緒に考えていきたい。
- ・地域に広げていく際、全てのシートを出すと、記入が大変との思いにつながってしまう恐れがあるので、1 枚からでもと上手く伝えていきたい。
- ・地域でも自分がやったこと、自分がシートで感じたこと伝えていきたい
どの職種の方の基礎教育にもセンター方式を取り入れ、チームケアを推進していきたい。
- ・センター方式推進にあたっては、まず自分の体験を伝えていくこと大切と思う。
- ・シートの量に対しての拒否反応を無くしていく為の工夫が必要。今後研修会を開催し、その研修を受けた人が、研修後実際にセンター方式のシートを 1 枚でも書いてみようと思えること。その為に推進委員みんなでアイディアを出し合いながら考えることが大切。

⑤今後に向けての活動

- ・推進委員が実際にセンター方式シートを活用してみて、何らかの気づきを得ることが出来ている。その体験を研修会にて伝えていく

2/26 第 1 1 回パワーアップセミナー

「認知症の方への理解を深める～センター方式を通して～」

講師 沖田先生 の開催

（兵庫県介護支援専門協会 会員へ機関紙を通して案内しただけで 900 人以上の申し込みあり、会場の都合で断りを入れている状況）

兵庫県下三地域で演習を通した研修会の実施（定員 1 0 0 名程度）

開催時期 平成 18 年 5～7 月 一箇所ずつ/月

各地域の中でセンター方式を推進していくメンバーを募る

（各ブロック 2 名程度、ブロック数 4 0）

⑥今後の課題

センター方式の普及・活用の推進においては、やっと、推進委員が実際にセンター方式を活用し色々な気づきを持てたところであり、これから、まず兵庫県下のケアマネにセンター方式とはどんなものを伝えていく段階である。今後演習が出来る研修会を開催しセンター方式を活用してもらい、その後はじめて、利用者、家族がセンター方式に触れる機会が持てるかも、といった段階に入っていく。しかしながら、すぐに定着していくことは難しく、実践後のケアマネ、利用者、家族の思いの確認、ケアマネのフォローアップも必要となってくる。今後を考えると、短期間でセンター方式が実践レベルで普及・活用されるとは考えにくいも、兵庫県では認知症対応の老人保健施設でもセンター方式の活用例も確認しており、兵庫県介護支援専門員協会が地道にケアマネにセンター方式の良さを伝えていくことで、どこかの時点で他職種と連携出来、センター方式の活用により、広域で利用者、家族の生活を支えていけるようになるのではと考えています。

3) インターネットを活用した情報・教材の普及システムの開発

幅広い層にむけた情報発信と、研修参加者のフォローアップやネットワーキングの一環として、下記の内容のホームページ「いつどこネット」を設けた。

＜ホームページの内容＞

- 利用者本位の認知症ケア・ケアマネジメントのポイント
- センター方式の基本的理解
- 研修紹介
- シンポジウム等の報告
- 活用事例紹介
- Q & A
- 他

図表 15 情報の発信・集約（インターネットを通じて）

	1日平均	1か月平均	年間累積
ヒット数	41,322	1,225,132	14,701,585
アクセス数 * ページ数	967	28,621	343,454
シートダウンロード回数	36回	1,092回	13,098回

ヒット数：エラーを含む、WEB サーバーのログに記録されたすべてのアクセス数。

ページ数： Hits のうち、画像や Flash ファイルなどを除いた HTML ファイルだけの数。一般的にアクセスの基準として使われる事が多い。

参考：センター方式シートをダウンロードした種別人数

種別	ダウンロード回数
ケアマネージャーの方	6,634
事業所等で法人として利用する方（ケアマネ以外）	2,142
介護関係者で個人として利用する方（ケアマネ以外）	1,739
ご本人や介護をしているご家族の方	* 600
一般（地域ボランティア等を含む）の方	* 1,149
行政（自治体等）職員の方、民生委員の方	344
研究、教育機関（学生含む）の方	490

2. 多職種への効果的な普及方策の検討

1) 多職種一体型研修の開催

前記の標準カリキュラム・標準教材を用いて、センター方式の活用研修（基礎編）を全国6地域で開催した。

受講者アンケート結果参照（P46：図表17）。

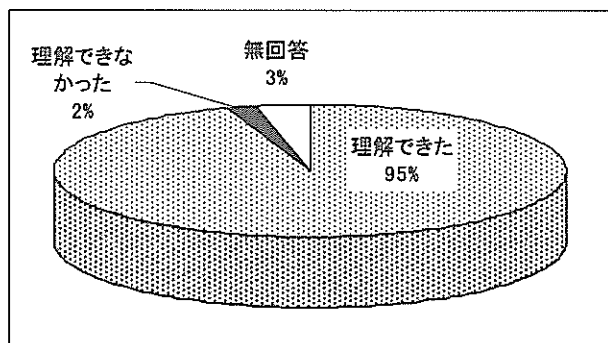
図表 16 センター方式活用研修受講者数（事業種別）

	①福岡 4/25	②札幌 5/28	③東京 6/11	④大阪 7/2	⑤東京 8/7	⑥秋田 12/7	種別計	%
在宅介護支援センター	5			17	2	2	26	1.9%
居宅介護支援事業所	20	19	79	53	61	7	239	17.1%
訪問介護事業所	2	5	2	9	11	1	30	2.1%
訪問看護事業所	2		4	1			7	0.5%
デイサービス	8	10	12	16	14	2	62	4.4%
ショートステイ		1	1			2	4	0.3%
グループホーム	53	203	79	86	66	30	517	36.9%
有料老人ホーム	3		5	10			18	1.3%
軽費・養護老人ホーム		1	1	2	2		6	0.4%
介護老人保健施設	14	21	25	31	20	1	112	8.0%
介護老人福祉施設	16	19	45	85	33	5	203	14.5%
病院	8	8	17	8	8		49	3.5%
行政	1	3	10	8	4		26	1.9%
教育・研究機関	8	1	8	2	1		20	1.4%
その他	12		27	12	6		57	4.1%
不明	1	6	9	9			25	1.8%
計	153	297	324	349	228	50	1401	100.0%

図表 17 多職種一体型研修終了後アンケート結果

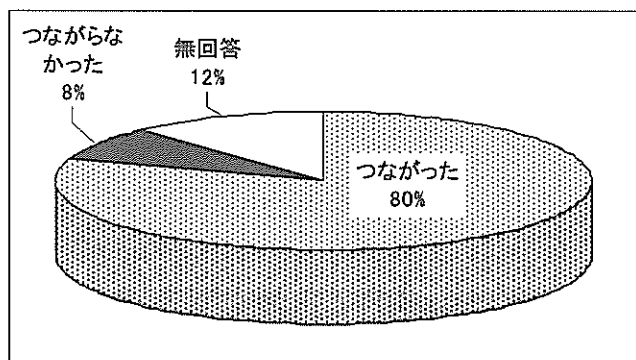
シートの理解

理解できた	743
理解できなかった	15
無回答	26

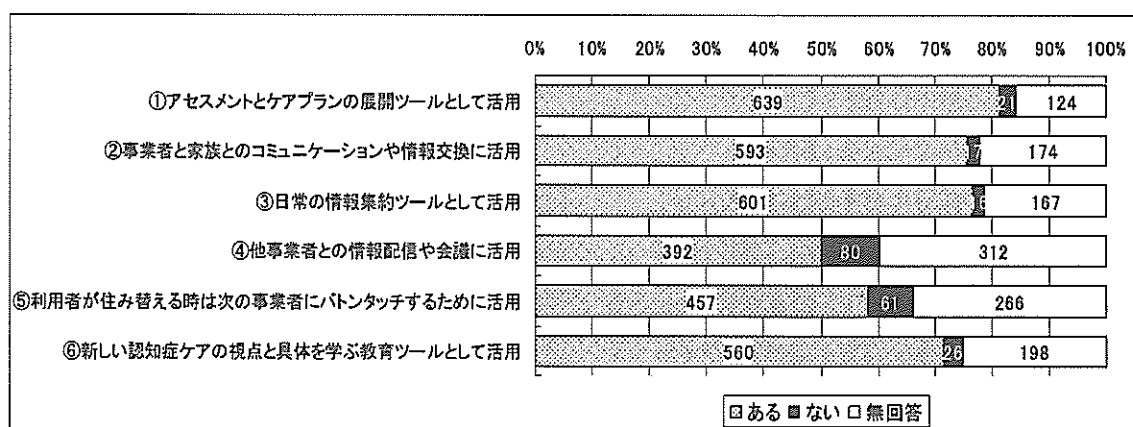


センター方式を使ってみたことで持参したケアプランの見直しにつながったか

つながった	628
つながらなかった	62
無回答	94



センター方式の今後の活用意向



2) 全国組織・団体がセンター方式を推進する場合のバックアップ

(1) 内容

①研修企画の相談・助言

対象や時間数に応じて、標準カリキュラムをベースに助言

②講師、ファシリテーターの派遣

③標準教材の提供

④その他の支援

(2) バックアップした組織・団体

◎自治体（県、市長村）

○介護支援専門員組織

○福祉医療関係組織

○学会

○家族会

○市民組織

総件数 124件（44都道府県）

受講者総数 18,000人

3. 市区町村単位で認知症ケアマネジメントを確実に推進するモデルの開発

1) 自治体単位でのセンター方式活用事業の支援と検討

今年度は、市長村単位で主体的に取り組む事業に標準研修教材の提供等のバックアップを行い、各地域での展開状況をもとに自治体単位でセンター方式の普及・活用推進を効果的に行っていくための共通の要素と方法を検討した。

協力地域：加賀市（石川県）

東近江市（滋賀県）

新居浜市（愛媛県）

宮崎市（宮崎県）

2) 自治体で効果的に普及・推進していくための方策

（1）体制

利用者本位の認知症ケアを実践する人材とチームを育てていくことを共通の目標としながら、以下の2領域の人材が両輪となって、地域の認知症ケア関係者やケアマネジメント関係組織に理解。協力を得ながら体制を固めていくことが、普及・推進の上で効果的であり、互い補完しあいながら持続的な普及・推進感動につながっていくことが重要であることが、各地域の活動を通して示唆された。

○自治体関係者

保健師等の専門職

行政事務職員：企画、運営面

○地域推進員等

地元で認知症ケアのエキスパートとして実践を積み、自事業者のみではなく地域の関係者とネットワークを育てながら地域全体の認知症ケアの推進を積極的に行っていく意識を持っている人材。

（2）地域の持続可能な普及・推進システム作りにむけたステップ

普及・推進活動が単発の研修や単年度の取り組みに終わってしまわないよう、事業を通して利用者本位の認知症ケアをチームで展開していく実践チームを育て、その過程で自治体の中でもさらに小地域（地域包括支援センター単位等）を意識しながら推進役の人材を確保・育成していく持続性を生み出す事業展開が求めら

れる。そのモデルとして各地域の事業実践を通して以下のようなステップが示された。

図表 18 地域の持続可能な普及・推進システム作りにむけたステップ

ステップ1 地域での推進体制作り

ステップ2 行政と地域活用推進員が共同して企画、準備

ステップ3 地域活用推進員研修

ステップ4 ケース中心にチーム単位でのセンター方式活用研修

ステップ5 フォローアップ研修

- ・チームでセンター方式を活用しながら担当者会議
- ・ケアのモニタリング
- ＊地域推進員がファシリテーターとして会議に参加しながらサポート

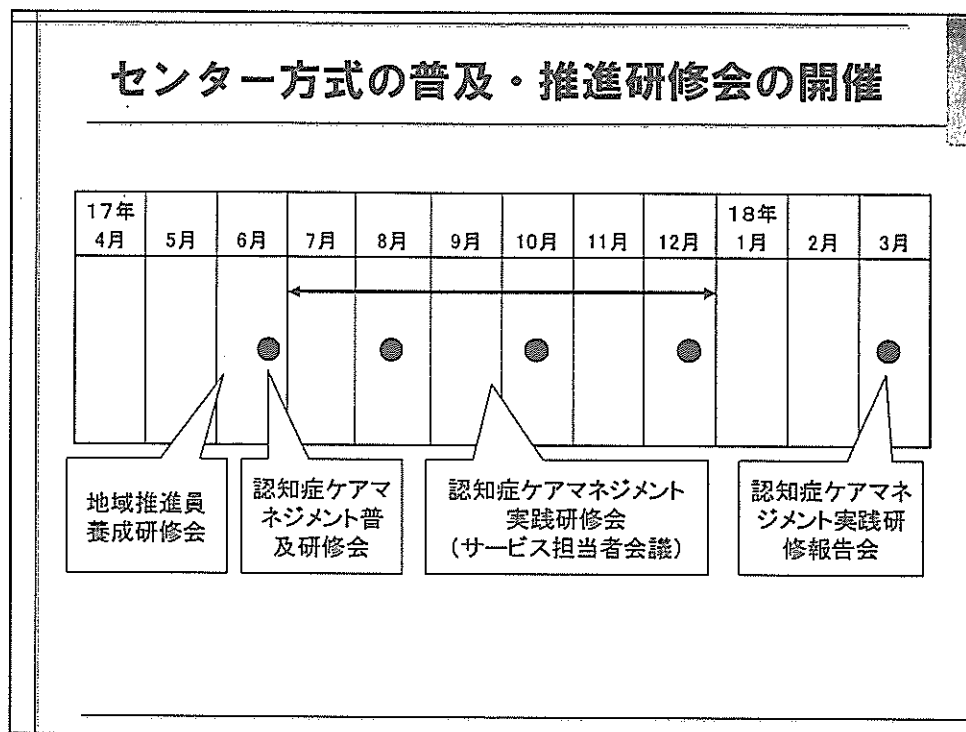
ステップ6 年度のまとめ

- ・活用による成果の確認、課題整理

ステップ7 報告会

- ・取り組みの成果や課題を幅広い立場の人々(＊)に伝え、次年度の活動の広がり の契機とする。
- ＊多様な行政関係者、ケア実務者、事業運営者、利用者・家族、家族会関係者、民生委員、ボランティア関係者、市民

図表 19 自治体が取り組んだ平成 17 年度事業の例（加賀市）



市が実施する研修会①

○地域推進員養成研修会(6月)

- ・実践研修で担当者を支援する推進員を養成
- ・推進員12人（ケースの支援は2名1組で）
- ・推進員すべてが共通の視点を持つように
- ・講師は認知症介護指導者

○認知症ケアマネジメント普及研修会(6月)

- ・市内の介護保険サービス事業者のケア担当者を対象に、センター方式についての基本的研修を行い、事業所内の共通理解を深める。
- (あわせて実践研修参加者を募集)

市が実施する研修会②

○認知症ケアマネジメント実践研修会(7月～12月)

- ・利用者本位のケアへの理解を深め、チームで協働しながらケアマネジメントを実践していくための基本的考え方や実践方法をセンター方式を通して学ぶ。
- ・サービス担当者会議を主軸とした、6か月間の継続的研修(会議には地域推進員が必ず参加)
- ・おおむね25ケース(25チーム)
- ・地域推進員とケア担当者(チーム)が、実際のケースを通して、センター方式を実践する。

※記入の仕方を教えるだけでは、事業者はまず取り組まない。

市が実施する研修会③

○認知症ケアマネジメント推進研修報告会

実践研修会により「センター方式」を実践した事例の報告会を行なう。

開催:年度末

対象:市内の介護サービス事業者

認知症ケアに関心のある市民

民生委員などの関係機関

⇒報告書の作成と配布

地域推進員の養成

新しい認知症ケアを理解し、行政と一緒に推進していく地域のリーダーが必要。

⇒加賀市ではケアマネジメントリーダーを活用

- ・平成15年度から市内居宅介護支援事業所のケアマネジャーのリーダー格の人に面接技法やスーパーバイズなどの研修会を実施してきた。
- ・しかし、ケアマネジャーだけ質を向上しても、ケアの現場の質は向上しない。行政は、サービス事業者がチームとして共通の視点をもってケア提供できるように支援すべき。

実施にあたって

- ・事業実施については、継続していくことを重視。
あまり大きな事務負担となることは行わない。
- ・担当者一人で実施せず、保健師のみでなく行政職などを巻き込み。人事異動があっても継続できるように。
- ・個人情報保護（本人、家族からの同意）
- ・事業者の理解
→行政が確固たる方針として打ち出す。
- ・家族、周辺住民の理解

事業費について

事業実施にあたって必要な経費

- ・講師（認知症介護指導者、地域推進員）への報償費
- ・研修で利用する消耗品費
- ・研修会場費（公共施設利用で無料）
- ・報告書の印刷費

財源

H17 介護予防地域支えあい事業・サービス事業者振興事業

今後の計画

第3期加賀市介護保険事業計画

- 計画の上位目的：認知症対策の推進
センター方式の普及・推進を位置づけ
センター方式研修会の開催と活用件数を
評価指標として評価
- 地域密着型サービスの指定に際しては、セ
ンター方式の活用を条件とすることを検討中。
- キャラバンメイトと認知症サポーターの養成

3) 自治体単位でセンター方式を活用した人材育成事業の支援

(1) 自治体単位での認知症ケアを担う人材育成

急増を続ける自治体内の認知症の人を支えていくための良質な専門職をいかに確保していくかは、各自治体にとっての今後の重要課題である。

従来の医療・福祉の縦割りの人材育成や、都道府県単位の広域な人材育成(研修)のみでは、実際の地域で多職種協働のチームアプローチができる人材を育成するには不十分であり、自治体の地域特性や人材をいかした自治体独自の計画的な認知症ケアの人材育成が求められる時代になっている。

(2) 自治体で取り組む認知症ケア人材育成の支援と検討

平成17年度、品川区でスタートした「品川区認知症ケア専門研修」の企画段階から、標準カリキュラムにもとづく研修のプログラムの立案、標準教材の提供、研修実施のバックアップ等の支援を行い、自治体で取り組む認知症ケア人材育成のあり方の検討を行った。その主な要点は、以下のとおりである。

①行政職の共同体作り、専門性を活かした企画立案

企画運営にあたる事務職と保健師等専門技術職が、自治体内の認知症ケアの現状と今後の人材育成のあり方を共有しながら、人材育成を進めていく企画を立案する。

自治体内の公的機関で働く専門技術職にも呼びかけながら、行政としての取り組みを共に推進する行政関係者を組織化していく。

②自治体内の認知症ケアのエキスパートの登用、推進員としての育成

居宅介護事業者や施設介護事業者で認知症ケアの実践者として活躍しているケアマネジャーや実務者を把握し、自治体内での推進員として自治体が立場と役割を委嘱するとともに、推進員としての学習会や検討会の機会を提供し、力量形成や推進員相互のネットワークをはかる。

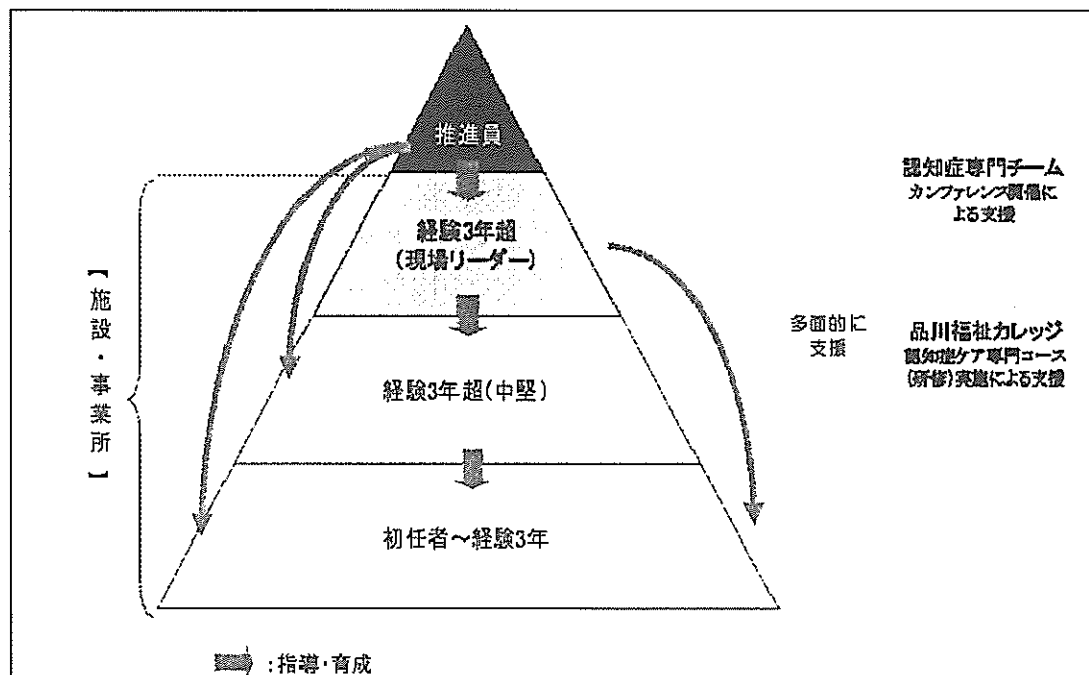
推進員は、自治体で開催する研修の機会に参加し、グループワークでのファシリテーター役を担いながら、推進役としての力量形成をはかる。

③地域特性を活かした継続的な研修企画による実践力の育成

近距離で研修に参加しやすいメリットを活かして、継続的な研修を企画し、研修時の学びをもとに現場で実践し、その成果と課題を持ち寄りながら、研修参加者の利用者本位のケア実践の定着とスキルアップをはかる。

④自治体内の教育期間・人材の活用

図表 20 品川区認知症ケア専門研修体系



図表 21 認知症ケア専門コースの体系（受講対象者、習得する能力）

【経験年数】	【研修体系】	【研修で習得する能力】			
		リアササメント (アセスメント) 能力	認知症に関する 基礎知識 (医学的・理解等)	認知症ケアの 実践手法	スーパーバイズ 人材育成能力
1年目(新人)	基礎研修	【基礎課程】 「センター方式」 基礎学習	【専門課程Ⅰ①】 医学的理解 ・将来的には基礎・ 専門課程別の実施	【専門課程Ⅰ③】 ケア実践の原則手法 (施設・居宅・ 在宅・介護型等)でケア →将来的には基礎・ 専門課程別の実施	【専門課程Ⅱ】 施設内での実践の取組み
2～3年目					
3年超(中堅)	専門研修	「センター方式」 フォローアップ →今後検討			
現場リーダー					
区全員の認知症 ケア推進員	今後検討				

品川区認知症専門コースプログラム

1 日 目

2005 品川認知症専門コース 認知症ケアの総論
プログラム I

- ねらい
- 認知症ケアに関するふだんの疑問・悩みを話そう・仲間の話を聴こう。
 - 本人の視点にたってみよう。
 - 本人本位にたった、新しい認知症ケアの基本を理解しよう。
 - 「本人の求めていること」を見つけよう:センター方式を使って。
 - チームで取り組んでいく具体策を自分なりにつかもう。

時間		内容	ねらい
1:00～1:05	5	オリエンテーション	研修のねらいを確認しよう
1:05～1:25	20	グループで ・自己紹介 ・認知症の人とのかかわりで困っていることを話してみよう ・仲間をしよう	■グループワーク1 ○認知症の人に関わる上で直面していることを、言葉にだしてみよう ○同じ品川で、他の仲間はどうな思いで働いているのかしよう
1:25～2:25	60	本人の視点にたった新しい認知症ケアをしよう	■本人の思いをきいてみよう ・映像 ・参考の本 ■認知症の状態の特徴をしよう ■認知症の人が求めていることの特徴をしよう(5つの視点) ■利用者が求めていることを支援する新しい認知症ケアの基本をしよう ■新しい認知症ケアに挑戦している実践例をみてみよう ・映像
2:25～2:35	10	休憩	
2:35～3:05	30	利用者の「いい姿」を発見しよう	■グループワーク2 利用者一人を思い起こし、「いい姿」を具体的に話しあおう ■自己点検 ・自分が「5つの視点」をもてていたか？ ・今後、大事にしたい視点は？
3:05～4:40 (休憩含む)	45	利用者が求めていることを探ってみよう ～センター方式を使って～	■センター方式の概要の理解 ねらい、流れ、各シートの構成、活用方法など ■シートを使って、利用者が求めていることを具体的に発見しよう ・本人の姿と気持ち(C-1-2) ・暮らしの流れにそった整理(D-4) ・その人らしさや可能性(B-2・D-1) ・本人を取り巻く資源(A-3)
4:40～4:55		まとめ	■今日の振り返りと今後に向けて (アンケートに記入) ①見かたが変わったこと、気づいたこと ②職場でやってきたいこと

2005 品川認知症専門コース 認知症ケアの総論 プログラム II

ねらい ○認知症ケアに関するふだんの疑問・悩みを話そう・仲間の話を聴こう。
○本人の視点にたってみよう。
○本人本位にたって自分の挑戦課題を明確にしよう。

時間		内容	ねらい
1:00～1:05	5	オリエンテーション	研修のねらいを確認しよう
1:05～1:50	45	取り組みの報告 ○自分の課題 ○やってみたこと ○気づいたこと ○互いの助言	■グループワーク1 ○前回最後にあげた「次回までの取り組み課題」で、やってみたこと、できたことについて話し合おう。
1:50～2:00	10	休 憩	
2:00～2:50	50	センター方式を活用した実践事例とシートの使い方 ○居宅の実践事例(品川区) 複数の周辺症状を有する事例 ○居宅からグループホームへの実践事例 ～リロケーションダメージを回避した事例～	■どんな取り組みをして、ケアがどう変わり、本人はどう変化したのか、その時にどのような視点やシートを活用しながら取り組んだのか、実践例から具体をしよう。
2:50～3:10	20	気づきをもとにシートに活かしてみよう ○D-1シート記入 ○視点をもとに自分の記入したシートを点検してみよう	
3:10～3:30	20	これから1か月取り組んでみたいことを考えよう	■個人ワーク チャレンジシートの記入
3:30～3:40	10	休 憩	
3:40～4:35	55	チャレンジ発表 グループの人の取り組み内容を聴こう	■グループひとりひとりの取り組み内容を聞こう 迷っていることは意見をもらったり、参考になる点はどんどん質問して互いに役に立つところを取り入れあおう。
4:35～4:50	15	自分の取り組みを見直そう	■話し合いを参考に、必ずやってみる内容にしよう。
4:50～5:00	10	まとめ	■今日の振り返りと今後に向けて(アンケートに記入)

図表 22 認知症ケア専門研修の成果

認知症ケア専門研修の成果

- ・ 認知症ケアに携わる多職種が多数参加
- ・ 地元開催で研修の場が交流、仲間作りの場に
- ・ 研修修了者が、現場ケアリーダー、次期研修の協力メンバーとして成長（ファシリテーター）
- ・ チャレンジシートにより、一歩踏み込んだ取り組みを実践

認知症専門研修から日常活用へ

- ・ センター方式ケアマネジメントが、本人中心ケアの共通言語として多くのケアスタッフに浸透



- ・ センター方式シートを活用した品川区アセスメントシートを新たに作成

平成18年4月介護保険制度改正にあわせてシステムを改定。区内在宅介護支援センターを中心に品川区アセスメント表の一部として活用開始予定

4. 家族の声と力を活かしたケアマネジメントを推進するモデルの開発

1) 家族向け認知症ケアマネジメントの普及・推進教材等作成

家族がケアマネジメントの存在や意味、方法、活かし方等を理解していない場合も少なくなく、ケアマネジメントおよびセンター方式の基本を知らせる啓発用リーフレット（図表21）を作成した。

また、家族自身の思いや有している情報・資源をまとめながら、ケアマネジャーらとともに段階的に情報共有をはかりながらケアマネジメントの取り組みに参画していくための教材を作成した。

図表 23 ご家族に向けて



ご本人とご家族が安心して よりよく暮らしていくために



互いの努力が実を結ばない現状

本人も周囲の人も戸惑いや混乱する場面が増えていく認知症。何年にも渡る認知症の長丁場の経過を本人や家族はどう暮らしていくか…。ケア関係者や行政はどう支えていくのか。各自の思いやもっている力をうまく活かしあえないために、本人や家族、そしてケア関係者も、それぞれの努力がなかなか実を結ばず、不安や負担を抱えたままの日々になりがちです。

認知症の人を支える共通のケアマネジメントの方法を

本来介護保険では、サービスの当事者である本人と家族の意向や選択が重視されています。意向にもとづいて一人ひとりにあった介護計画が作られ、サービス関係者による一貫した支援を受け、状況の変化に応じた見直しがされていくことになっています（この全体的な流れがケアマネジメントです）。これまで、認知症の方へどのような方法でケアマネジメントしていけばいいか共通の方法がなかったために、当事者の意向や実情がケアマネジャーらケアのプロに伝わりにくく、サービスを利用してもばらばらで、本人や家族の安心と満足につながりにくかった点が大きな課題でした。

「いつでも、どこでも、当事者本位に」：センター方式のねらい

「認知症になり始めの頃から最期を迎えるときまで、在宅にいても、施設・病院に移り住んでも、本人と家族の思いや暮らしを大切に関係者が継続的に支えていくための共通の方法を」。こんな願いを実現するために作られたのが「センター方式（正式名称=認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式）」です。

ケアマネジャーを要にして、本人と家族、ケア関係者が共通シートを使って互いの思いや実情、アイディアを出しあい、「本人と家族のよりよい暮らし」をめざして「やれること」を一緒に探りながらケアサービスをよりよくしていく方法です。

◎ センター方式の詳細は、ホームページ（いつでもどこネット）<http://www.itsu-doko.net/>

◎ テキストは、「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の使い方・活かし方」中央法規

◎ センター方式を利用してみたい方、ご相談・お問い合わせはこちらへ
 認知症介護研修・研究東京センター ケアマネジメント推進室
 電話：03-3334-1150 ※ 毎週火曜日13時～18時30分
 ファックス：03-3334-2156、Eメール：kazoku@itsu-doko.net

気軽に使おう！伝え合うこと、ケアに活かすことが肝心！

- * 抱えている思い、ささいな暮らしの情報が、「いいケア」の重要な鍵となります。
- * 認知症がどんな段階でも、まずは本人と家族がしっかり声を伝えよう！
- * プロは、しっかり本人と家族に向き合おう、声を聴こう、声なき声をキャッチ！
- * 共通シートは、全シートを一度に全部記入する必要はありません。
今かけるところ、わかっていることだけの（気軽な記入）が活用のポイントです。
シートは選択式ですので、書けるシート、役立ちそうなシートを1枚からでも記入しましょう。
- * シートの記入が目的ではありません。本人、家族、プロが互いに伝え合い、ケアに活かせる点を見つけて、即、実行していきましょう。

☆実際にセンター方式を活用し始めると、様々な成果がうまれてきます。
⇒ 次のページを、ぜひご覧下さい

それぞれの立場でセンター方式を活かそう！

本人

物忘れが気になる、これからが不安…。まだまだ話したり、書いたり出きるうちに、あなた自身がシートの記入をはじめてみませんか？

自分なりに守りたい暮らし、これまでの暮らし方やわが人生、家族や大切な人へ伝えておきたいこと、わかってほしいことなど。

記入が無理でも、周りに話して下さい。ケアのプロに教えて下さい。

家族

家族の思い、困っていること、暮らしと介護の実情、周囲に知ってほしいこと、家族なりの努力や工夫、家族だからこそ知っている本人の今とこれまでなど、わかっていることをシートに記入しよう。記入が無理でも、ケアマネやケアスタッフに伝えよう。

介護保険の認定調査やケアマネらとの話し合い、受診や入院、入所などの際にシートを渡そう。

ケアマネ

今わかっていることから記入しよう。

本人や家族、ケア事業者から情報を聞こう。現場の職員にシートを渡して現場情報を寄せてもらおう。担当者会議やケアプランの作成や見直しに活かしていこう。

ケア事業者

現場ならではの情報をケアマネに伝えよう。

シートを日誌代わりに使って、事業所ごとの介護計画をより具体的にしていこう。
家族とのコミュニケーションやケアの手がかりにしていこう。

☆ 行政 地域ぐるみで導入し、ケア関係者の協働や力量形成に活かそう。

☆ 困難例の相談に活かそう。

？ 2005認知症介護研究・研修東京センター

センター方式を使ってみた

在宅でご家族が 介護中

1. センター方式でケアマネジャー、デイサービス、ショートステイと三者が連絡するようになり、本人の事を充分理解していただけたと思い、安心できるようになった。(74歳 妻)

2. ケアマネジャーやサービス担当者の方々が家族以上によく観察し配慮していただいていることを知り、ありがたく思っています。(77歳 妻)

3. 本人や家族の状況や希望をケアマネジャーや事業者によって一定の書式で伝え記録することは現況の認識、ひいては介護の質を高めるのに良い方法だと思いました。(68歳 妻)

4. 義母のここ2、3年の変化について、改めて確認できました。その上で本人の身になり、しっかりした介護ができればよいと考えさせられました。(52歳 嫁)

5. 認知症の状態を客観的に見られ、くい違いなど埋め合わせができた。(42歳 息子)

6. 現状・将来について検討でき、よい対応を探る機会となった。(62歳 娘)

7. 今まで抱えていた不安など心の負担が軽減され、また皆様の配慮を心強く感じました。これからも介護という長い道のりを歩んでいきますが、明かりを照らしていただいた気持ちです。(38歳 娘)

8. こちらの介護ばかりでなく、本人が何をしようとしているのか汲み取らなければということが理解できた。腹を立ててはいけなく、わかっているけど、つい、本人を怒ってしまっていることに気づいた。(77歳 妻)

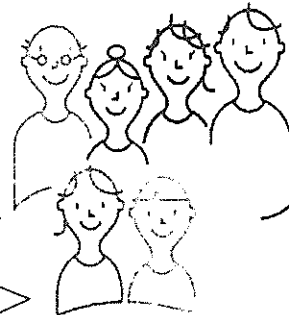
9. 認知症についての理解が更に深まりました。認知症になっても残された能力はたくさんあるので、その人らしく生きるにはどうしたら良いかなど考える機会になりました。(57歳 嫁)

10. 本人に対してどのようにしてあげたらよいのか(してあげる事がよいのか)をととても考えさせられた。(年齢不明 娘)

11. もうイヤ、辛い、大変と思いますが、実はそのことが起きる状況の中に、本人の力が残されているのだと気づきました。(57歳 嫁)

12. 義母本人の様子を静かに見守ってあげたり、どう思っているのか?など場面場面でひと呼吸おけるようになりました。また100点満点ではなく、テゲテゲ(だいたい)でもいいのか?と余裕ができました。(53歳 嫁)

13. 私が文書を作成して行く時に母の小さなころの生い立ちを叔母達から聞いたり、本人から要望をきいたりしてゆく中で、より母のことを知ることができ、少し気持ちに幅ができたような気がします。(48歳 母)



ご家族の声

ご本人が施設に 入所中

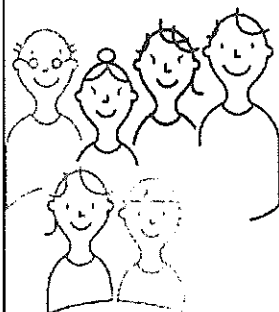
1. センター方式を活用したことで、一つ一つ細かなことでも真剣に取り組んでもらった。食器をそろえてもらったり、ベッド柵のカバーを作ってもらったり、いつも声をかけてもらったりと、これからもセンター方式を継続してほしい。(85歳 妹)

2. 認知症の症状がどのようなものか分かるようになった。姉の表情に変化が見えてきたことが嬉しかった。(79歳 妹)

3. 介護者側でなく、本人の視点で見つめることのできるアセスメントであり、本人の意思、意向等をしっかりとらえることができ、将来の介護のあり方にも改めて気づく機会になり、非常に良いプランを作成できた。(20歳 家族)

4. 家族がケアマネジャーさんやスタッフの方達と話し合う機会が持てた事がとても良かったです。(60歳 娘)

5. おばあちゃんの状態がより詳しく把握する事ができて嬉しいです。(53歳 嫁)



6. 母をより深く理解する良い機会になったと思います。そしてその結果、今までは現状維持で良いと思っていましたが、色々な角度からアプローチし、より良い環境を探し、創ろうと思うようになりました。(49歳 娘)

7. 本人(入居者、妻)の自立心を高めることを主眼、目標に介護してもらい、現在おどろく程自分自身で身の回りの事ができるようになり感謝しております。(76歳 夫)

8. 施設のケアの方法や考え方などを伺う機会が多くなり、かわり方を学ぶことができ、信頼感も増しました。又、母が意欲的になっているのが何よりうれしく思います。(55歳 娘)

9. 自分自身いろんな事に関心を持つことができた。気持ちを明るく考えるようになった。(56歳 娘)

10. 本人の伝えたいことを私の思い込みがあったため、よく理解してあげられなかったことがよくわかりました。又、本人に生きがいがあることを知って私の心も目がさめました。私も前を見て一緒に歩いていくことが一番良い介護につながるのでは、と考えるようになりましたことをお礼申し上げます。(84歳 不明)

11. 認知症に対しての理解を誤認して捉えられていた為、不穏症状が生じた時スタッフ全員が身構えるという精神症状に陥った事が、認知症の者に以心伝心として伝わり、不安に陥ったり、その雰囲気異常と捉えた為に症状を増幅させていると感じていたが、センター方式をとおして認知症に対する取り組み方を変えて頂くようになってから、本人は落ち着いている様に見受けられます。ぜひ、どここの施設でもこの取り組みに参加してもらい、手のかかる邪魔者を排除する傾向に歯止めをかけていただきたいです。(53歳 娘)

12. プロとしてのスタッフの方々にに対して、こちらから意見・要望を述べるのは心苦しく思いますが、シートを通して伝えることができました。(68歳 妻)

13. センター方式を通して本人が以前にもどり、意思表示ができるようになり大変良かったと思います。(63歳 親族)

14. これを機に、少しでも認知症の事を多くの人に理解して頂き、また介護する側の相談・意見などを十分に受け入れて頂き、なおかつ本人の気持ちを理解して介護に取り組んでいただけの施設が増える事を希望する。(48歳 不明)

© 2005 認知症介護研究・研修東京センター

図表 24 家族向け認知症ケアマネジメント普及・推進教材

**認知症の人と家族の力をいかして
よりよいケアを**

**認知症の人のためのケアマネジメント
センター方式を活用して**

認知症介護研究・研修東京センター

**認知症ケアの現場で
今、起きていること**

認知症の本人と家族は
たくさんの思いや力を
秘めているのに、フロ
にわかってもらえない。

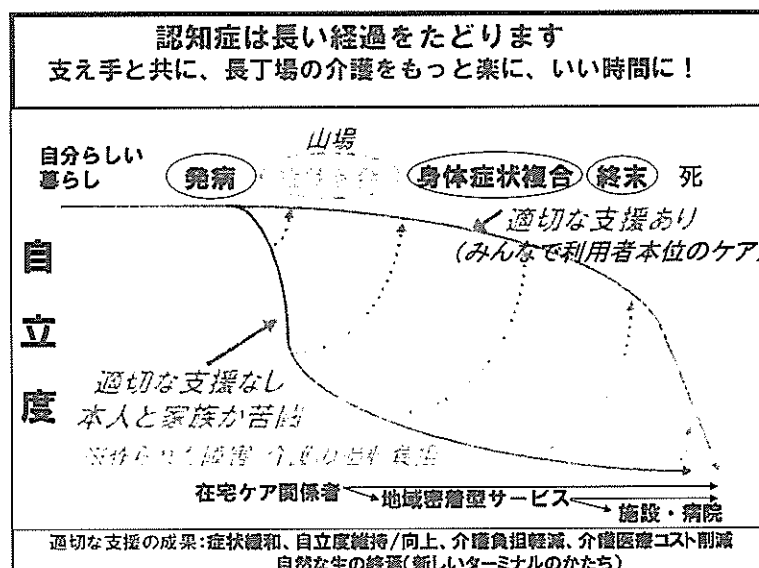
- ・うまく伝えられない。
- ・聞いてもらえない。
- ・伝えても、フロ同士で
伝わっていかない。

⇔

医療・介護のフロは
いいケアをしたいが
本人・家族のことが
よくわからない。

- ・情報がない。
- ・本人、家族からうまく
聞けない。
- ・フロ同士の情報伝達が
うまくいかない

- ・互いに不安・不信・すれ・不満・あきらめ
- ・非効率、不十分なケア
- ・本人と家族の力を活かすケアになっていない
- ・認知症の人やケアは「大変」「問題」と誤解



[illegible]

- ねらい
- 本人と家族の思いや力を
プロにうまく伝えて、
より早く、より良いケアを
- うまく伝え、伝わっていくために、
「センター方式シート＊」を
本人・家族が使ってみよう。
- シートを通して、情報を上手く伝え合い
本人・家族とプロが一緒になって
よりよく暮らしていけるためのケアの
具体策を考えよう、見直してみよう。
- ＊認知症ケアのための全国共通シート
これまでは共通シートがなかったが、国の研究事業で開発。
2004年から全国のケア関係者による活用が始まっています。

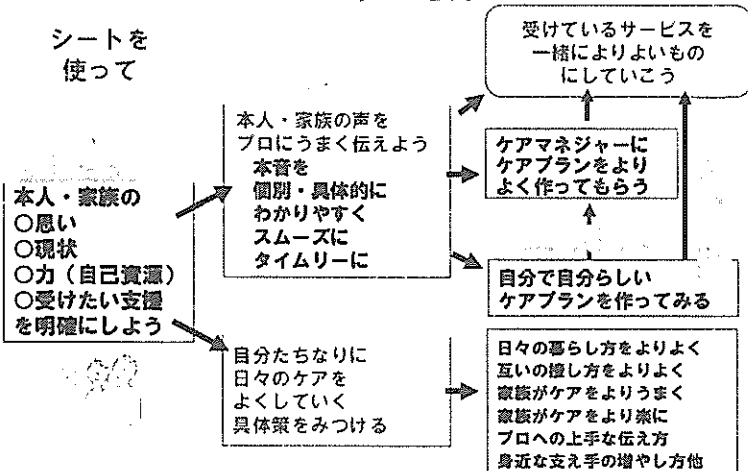
センター方式シートのいろいろ

内容とねらい（書きたいシートを1枚からでも選んで活用）

今の姿と気持ち 家族のこと B1 本人のことC-1-2 今の姿と気持ちを表そう。 日々の思い、人にわかってほしいことを率直に	これまでの経過 A1, A2 認知症になり始めたころからこれまでのことを振り返って書いてみよう。	生活史 B2 少し立ち止まり、本人と家族の生活の歴史を振り返って書いてみよう。
支援してほしいこと 家族のこと B1 他 自分らしく暮らしていくために支援してほしいことを具体的に書いてみよう。	本人のなじみの暮らし方 B3 日々の暮らし方、本人の好み、くせ・・・介護のたくさんのヒントが隠されています。	
今、起きていること D4, D3, D1, D2 日々起きている具体的な様子を書いてみよう。本人の理解や介護の手がかりになります。		

センター方式シートの活かし方

●「家族から伝えプロと共に作るケアプラン」実践法から



（社）居る老人を抱える家族の会 リーフレット 2005より

私の思い

広島県 T・M 56歳

初めて頭の検査をしたのは、52歳でした。会社の勧めでした。問診がとてもいやでした。質問に答えられないからです。会社ではけなされ、その上いろいろなテストされてだめな人間と決め付けられ、いやでいやでたまりませんでした。できたことがどんどんできなくなっていました。車の運転は恐くてもうできません。買い物もできなくなりました。数字の区別できないので電話もかけません。自分がどんどんだめになっていくので不安です。少しのことで泣いています。

私は、かあさん（妻）がいないと迷路になってしまいます。朝、仕事に出かけるかあさんを見ると不安でいらだちます。かあさんが帰ってこないとももできないので、かあさんが帰宅すると自然と涙が出ます。

かさむ治療費やこれからのことをすべてかあさんが1人で頑張っているのです。すまないです。

私は、頭は病気でもからだはとても元気です。体力もあります。心はやる気です。重い荷物も運べます。頼まれたら動きます。だから、することを書いてもらえばゆっくりですがだいたいいいことはできます。人の役にたつて喜ばれたいし、感謝されたいです。

よい薬の開発が進んでいると聞きました。早くのみたいです。元気になりたいです。なんでこんなになったのかくやしいです。

（11年前、45歳で発症。52歳の時、退職を余儀なくされる。教師の妻と二人暮らし。昼間はデイサービス、ヘルパー、「家族の会」広島県支部の仲間を支えられて生活を送っている。）

利用者の背景を知りたいから、シートで伝える

- 施設の方にどの程度までお願いしていいかわからなかったが、シートを通じて伝えたら気持ちよく配慮してもらえてプラスになった。
- 小さなことでもできる能力があることをそれぞれの関係者に知っていただき、小さい事を見つけながら自分でできることをやらせてほしい。
- 現場で汗水たらしている人に、今後、母が施設で快適に暮らせるようにしてほしいと伝えたい。
- シートの記入をきっかけに担当者会議を開いてもらうことができた。
- 具体的なことを伝えることができケアマネさんとのかかわりも強くなった。
- いろいろな場面で本人がいったことをまとめることで、こんな場面も、あんな場面もあることに気付ける。
- 自分が思っていた母の思いと違うことを聞いて、改めて母のことを見直す機会となった。
- 昔を振り返ることがなかったので、これを機会に振り返り、少し母にやさしくなった。
- 書くことではなく、いかに活用するか、専門職でもケアマネさんの力量が大事なので頑張っている。
- 書けないけどいいたいことはいっぱいある、そういう人は家族同士で書ける人が話を聞いて書きながらシートをうめていくこともできるのではないかな。

利用者の背景を知りたいから、シートで伝える

利用者さんの背景を知っているつもりだったが、シートで書けるところが少なく、娘さんが書いたシートをいただき、何もわかっていなかったことに気づいた。

ショートステイ利用時には情報提供書を渡すが、現場では利用者さんにどう関わっていいのかわからず失敗をしながら対応をしている現状なので、このシートがあれば失敗なく見ていけるのではないかなと思う。

認知症に関わらず、ケアマネは月1回しか会えないことが多いので、家族やデイサービスやヘルパーさんのほうが日々のことを良く知っているので、シートを通して日々の情報がダイレクトにケアマネに入ってくる状況をつくっていききたい。



願いをシートの記入して、具体的に伝えてゆこう！
認知症が進んでも、自分らしく暮らしつづけていけるために。

2) 家族とケア関係者共同でのセンター方式活用に向けて

(1) 家族によるセンター方式活用に向けた学習会

家族向けの研修・講座・イベント等1時間程度の時間設定で、センター方式の基礎的な情報提供と活用の仕方、家族からの活用をよびかける学習会等を行った。

＊ 呆け老人をかかえる家族の会、自治体、地域家族会等との共同

富山、福井、千葉、愛知等、10か所

学習会後には、家族によるホームページの閲覧や家族によるシートのダウンロード件数が伸びている状況が確認されている。

(2) 家族によるセンター方式活用の支援とモデルの開発

呆け老人をかかえる家族の会愛知県支部と共同で、家族がセンター方式を活かしてケアマネジャーやケア関係者に家族としての思いや情報を伝え、ケアプランやケアの充実をはかっていくため取り組みとして、次ページのようなステップで試行を行った。

図表 24 家族の声と力を活かしたケアマネジメントの取り組み
～センター方式を活用して～

ステップ1：家族の会等から介護者に活用の呼びかけ

ステップ2：家族向けの活用実践研修の開催

ステップ3：家族によるシートの記入

ステップ4：家族からケアマネジャー等へシート提供

* ケアマネジャーにセンター方式や家族情報を活かすための
案内文書を家族から渡す。

ステップ5：家族からケース担当者会議開催の依頼

ステップ6：家族も参画しての担当者会議開催

家族と担当者が共にケアプラン検討

ステップ7：フォローアップ研修の開催

ステップ8：成果と課題の確認

ステップ9：報告会

<家族向けセンター方式活用の連続研修の開催>

①家族向け活用実践研修 8月29日 10:30～13:30

家族 11名 ケアマネ2名

- ・家族の会に呼びかけに、現在介護中の家族11名が参加。
家族が担当のケアマネジャーにも呼びかけて一緒に参加したケースが2名みられた。
- ・在宅で介護中の家族が参加しやすいよう、デイサービスに送り出し、本人が帰宅するまでに自宅にもどれるよう、昼食をはさんでの時間設定がなされた。
- ・ケアマネジメント自体をよく知らない参加者がほとんどであり、互いの現状報告をしながら、各立場や現在のステージに応じてどのようにセンター方式をいかしていくか、話し合いながらの進行となった。

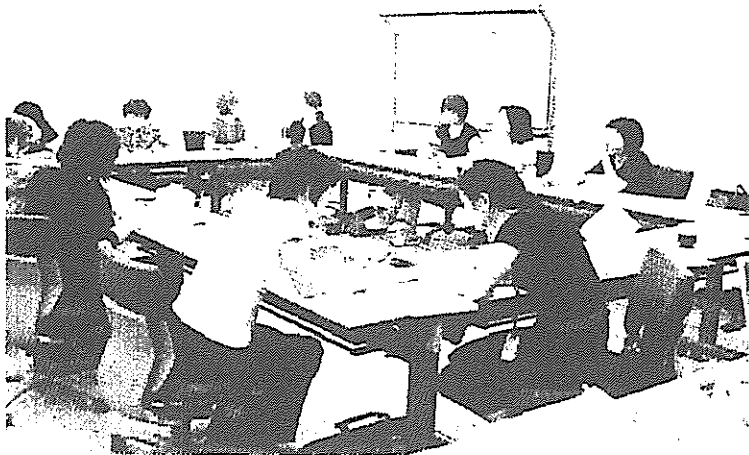
②フォローアップ研修 11月2日 10:30～13:30

家族10名 ケアマネジャー5名

初回の参加者が、書き込める部分を記入したシートを持ちより経過報告の話し合いが行われた。

初回から約2ヶ月の間に、家族が記入したシートをケアマネジャーに渡しコミュニケーションや情報共有が進んだケースもあり、家族の呼びかけで担当しているケアマネジャーの参加が5名に増加した。

*当初、ほとんどの家族はケアマネジメント、ケアプラン、担当者会議の存在を知らなかった。



3) 家族による取り組み成果の集約

<今年度取り組んだ家族、ケアマネジャーの報告事項の要点>

○シートを介して、家族とケアマネジャーらのコミュニケーション・情報共有が進む・深まる。

○家族からの具体的な発信で、プロのケアが具体的に改善される。

○ケアプランに本人や家族の思い、力が反映されるようになる。

○家族側の申し出があると、ケアマネとしてサービス担当者会議を開きやすくなる
(ケア関係者を集めやすくなる)

○長い経過を共に支えあっていくチームとして育つ

家族、ケアマネジャーともに、自分だけでがんばると気負うのではなく、もっと互いの重いや情報、ケアのアイディアを持ち寄ればいいこと、もっと具体的に話しあう必要性、本人の視点にたってみることの大切さ、などをシートを使いながら実体験できる。家族とケアマネジャーが共に支えあうチームという意識がうまれる。

○効率的、継続的な情報共有が可能になる

- ・互いにいそがしくて十分な情報伝達や話藍ができない場合
- ・遠隔地介護で、家族とケアマネが会えない
- ・引越しや入所の場合シートを通じて物理的な距離を越えて、情報や互いの考えの共有が可能になる。

情報が蓄積されて、次のケア関係者に確実に伝わるので、家族の負担が減る。

渡された側のケア職員にとって経過の把握や本人・家族との関係作りやケアに活かされる。

図表 25 取り組んだ家族の報告内容(フォローアップ研修時)

<本人への見方、家族の関わりの変化>

1. まだ自分が気持ちを伝えられる時期であり、本人の思いを聞くことができた。

*遠距離介護のケース

家族が知っているつもりだったが本人のことを良く知らなかった

→本人の願いに沿う関わりを大事にするようになった

2. 本人の思いと家族の思いが違っていたことがわかった
 3. 本人が職員には家族への感謝を口に出していることを知って見方が広がった。
 4. もっといろんなことを本人に聞いてみたくなった
 5. 自分の介護を振り返ることができた
 6. 気づかなかったことに改めて気がついた
 7. 親の過去を振り返ることができた
 8. 孫におばあちゃんの昔を知ってもらうことで、孫が嫌がらなくなった
 9. もっと早い時期から書けるとよかった(重度)
- *聞く人によって答えが違うことがわかった

<家族とサービス側との関係の変化>

1. ケアマネと話しやすくなった…関係づくりができた
2. 家族が知っているあたりまえのことを伝えればいいことがわかった
3. 家族の不安や願いを書いていい、伝えていいことがわかった
4. 口で言えないことも書くことで伝えることができる
5. 距離介護…ケアマネとつながる手立てができた
6. 入所時に役立った。

同じことを何度も説明しないで済んだ。

具体的にわかってもらって、すぐ介護に活かしてもらえた。

＜参加したケアマネジャーの声＞

1. 利用者さんの背景を知っているつもりだったが、シートで書けるところが少なく、娘さんが書いたシートをいただき、何もわかっていなかったことに気づいた。掘り下げていなかった。
2. 家族のことがわかっていなかった。
ケアプランに家族支援を具体的にいれることができた。
3. ショートステイ利用時、現場では利用者さんにどう関わっていいのか失敗をしながら対応をしている現状なので、このシートがあれば失敗なく見ていけるのではないかと思う。
4. 認知症に関わらず、ケアマネは月1回しか会えないことが多いので、家族やデイサービスやヘルパーさんのほうが日々のことを良く知っているので、シートを通して日々の情報がダイレクトにケアマネに入ってくる状況をつくっていきたい。

<家族からのセンター方式の活用報告会>

愛知県支部25周年講演会(12月4日)

170名参加(ケア関係者が3分の2)

*家族からのセンター方式活用に強い関心



<家族の会愛知県支部からの提案>

○家族会の集いや、家族支援のプログラム等でセンター方式の活用勉強会を

*家族支援の一環として

○シート記入の困難な家族には、話してもらいながら記入をサポートしあう活動を家族同士で

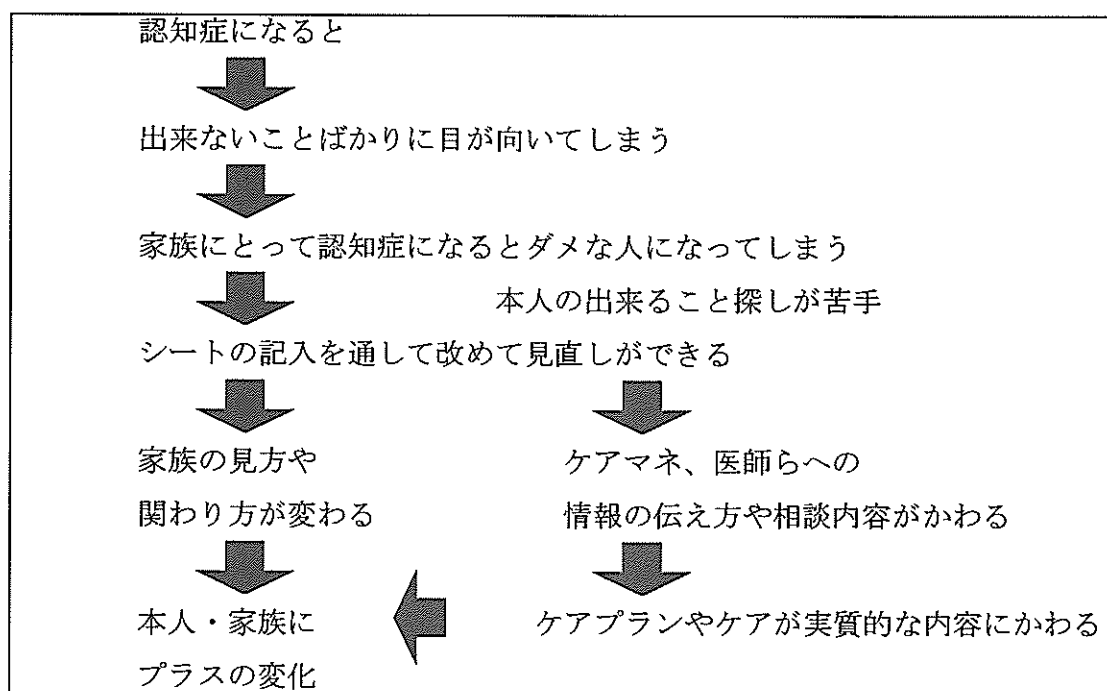
○家族会などがプロ向けにセンター方式活用の推進の呼びかけや研修等の実施を

*もっと当事者の声や力を具体的にケアプランやケアにいかしてもらうために

*担当国会議に家族が参加するきっかけ作りに顔が見える関係づくりを

→愛知県支部では、その後2回にわたってケア関係者向けのセンター方式研修を開催。

<家族によるシート活用を通してみられた変化>



取り組みを通して呆け老人をかかえる家族の会愛知県支部が作成

<家族からのセンター方式の活用報告会 参加者の声>

- *初めてセンター方式について勉強させて頂きました。1 人の生活を支えるため多くの人達が関わっていますが、実際には、情報は各々の場所の情報でしかなく、チームで関わる事の意味を考えさせられたように思います。
- *介護職と介護家族がセンター方式を介してより本人を理解できればいいと思います。どんどん広がっていけばいいと思います。
- *実際やってどうだったか、が知れてよかったと思います。今後、自分でも進めて行くうえで参考になります。
- *私は放射線治療を専門とする医師ですが、介護の勉強をして認定審査員もしています。勉強すればする程医学側の押しつけに疑問を感じ、患者さんのご家族の思いを聞き取り始めて4年になります。皆さん、せきを切ったように多くの思い・不安・心配を話されます。センター方式シートが先に書き込んで頂く事で医学の現場にも生かされそうでとても嬉しいです。今までいきづまっていた事に一路の望みが見えてきたような気がします。あたりまえの事なのに、こういう事に気づいている医療者って少ないのですね。これからですね。
- *センター方式利用により、利用者様の見えない部分、家族の思いが分る。情報をやり取りする事により1人の利用者を中心に絆が深まる。訴えのできない人への思いや気持ち、家族の思いを受け入れられる介護ができれば…。
- *施設側も少しずつ、センター方式を活用していこうと思っている最中です。家族側からの情報が中々得られないことも多く、今後の課題となっています。このシートを利用し家族とコミュニケーションが出来、その人を中心に家族・職員・地域が手を取り合い支援できればと思っています。
- *ケアマネは忙しいからと言って頂きましたが、そういう理由は通るわけもなく、まさにケアマネの力量が問われると思います。アセスメント、モニタリングの必要性は、ひしひしと感じ、忙しい現状の中で必死に取り組んでいます。いい勉強をさせていただきました。
- *たとえ認知症であっても昔の生活歴や様々な関わりをふまえた上での、心あるケアをめざしたプランなのではないか?と思った。
通常は対症療法的なケアを行っていたが、人生あるいは家族の一部を預かるという事は、ある意味重い責任を感じる。
- *センター方式についてあまり解っていませんでした。今回の講演を聞いてとても興味をもつ事ができました。現在認知症のグルーピングを私共の施設でやっていこうとしている最中で、今後これを生かしていきたいと感じました。
- *要介護状態から最期までの共通のカルテという言葉が心に残りました。

- *センター方式の活用性についてとても良くわかる会でした。活用を少しでも多くの場で取り組める事で、協力しあった質の高いサービスができるといいです。
- *大変勉強になりました。患者さん、対象者、家族、医師、看護師、介護スタッフ、OT、ST、PTすべてが対等で協業しなくてはならないと。センター方式が全てのスタッフ共通の1つのカルテとなればいいなと思いました。
- *11月の勉強会后2人に書いてもらいました。職員からの聞き取りで私が記入し、受診に同行して先生に読んで頂き、現状をわかって頂きました。11月よりより理解する事ができました。
- *16枚すべてを使用しなくてはいけないと思っていました。少しずつ利用できる所からというお話でしたので使ってみようと思いました。
- *連絡帳を利用しています。うまく書ける方法を、今日の話から利用したいです。他の人も聞いてくれたらいいのに。
- *センター方式を数人に利用させて頂いています。埋める事に必死になっていたようです。力の発掘をぼちぼちとやりたいです。自分に親にも利用したいです
- *各業者間での情報が共有できない事に疑問がありました。このような方式がある事を初めて知りとても興味を持ちました。
- *まったく知らなかったセンター方式というものが解りました。1人の人を看るのにその人を360度の角度から見る、知ろうとすることを、当たり前と思う自分にとってなにをいまさら…やはり遅れている…。介護が始まってから、すっかりしない自分をサポートしてくれる所はどこなの？と思っていた原因はこんな事がされていない現状にあったのだと思いました。ぜひ実行に移す努力、方向へと。
- *家族とのコミュニケーションの必要性を以前より重要だと感じておりました。センター方式を利用し家族、本人様、施設、ケアマネの距離が近くなればと思います。
- *介護されているご家族の生の声を聞くことができ、今後参考にさせて頂きたいと思っています。本人や家族の気持ちを大切にという根本を改めて学ぶことができました。
- *センター方式を取り入れて1人の人に対して心のこもったケアができる自信につながりました。「みんなに情報」でケアの輪が広がっていける素晴らしさを知りました。
- *現在は、ガイドラインを使っていますが、センター方式には「大切にしたい事」の項目がたくさんあるのでこの機会に少しずつ取り入れたいと思います。
- *世間では個人情報云々と言われていますが1人、1人を大切に最期まで…と考えるのであれば広げていかなければと考えました。
- *現在グルーピングに参加し、ケアプランの作成に1部シートを利用していますが、記録する難しさを感じておりました。今回活用する為の記録であるという事に気づくことができました。現場でつなげていけたらと思います。

- * センター方式のアセスメントその物が解らなかったので雲をつかむような内容でした。
- * 今まで行ってきた事がセンター方式の要点をかいつまんだ事だったのだと振り返りました。1人の利用者に関わる全ての人が同じ情報を共有する事が出来たらどんなにすばらしい事だろうと期待しています。
- * 解りやすい話の内容で勉強になりました。センター方式は皆で話し合い情報交換をしていく事が大切だと思うが、その時間の確保をどうしていくかが、今後の課題だと思われるが…。
- * センター方式のねらいが何処にあるのか、という事が良く解かった。本人を知り、家族と共に手を携えていく重要性和、ボチボチやる大切さを知らされました。
- * 母を介護しております。次第に進行してきていますが、母の状況を全く記録していないのですが、センター方式を取り入れ記入してみたいと思います。
- * ケアマネがセンター方式を勉強してきました。私の施設では入所時に生活歴や今の生活について家族の方に書いてもらっていますが、そこに「センター方式から取り入れたらいいね」と言っていました。
- * 今日、実際に使用しての効果や、家族側の率直な思いなどが良くわかり、今後使っていきたいと思います。
- * 今までの担当者会議ではご家族は不参加でしたので、1番良く知っている家族の方から話を聞き、よりよいサポートに取り組んでいくのが大事と気づかせて頂きました。ご家族を含め、ケアマネ、ヘルパー、皆で一同に話す機会があればもっと解り合えるのではと思いました。
- * 本人を中心としたシートが出来たことは大変いいことだと思っています。家族側からの活用報告のみで、ケアマネ側の報告もあると良かったと思います。
- * センター方式について知識がありませんでした。認知症の人だけでなく、介護保険利用者の人にも利用したいと思いました。
- * 情報を共有する事でよりご本人を知り、思いを知り、家族の思いを受け止めていけるとと思います。担当者会議でも情報の共有がなかなかできません。センター方式を取り入れてみたいと思います。
- * センター方式があたりまえの事になると良いと思います。それぞれのアセスメントが違い、情報が解りにくく不確実です。ケアマネは利用者さんの変化を察知することが難しいのが現実です。センター方式が活用されるようになれば本人、家族、スタッフの行き違いもなくなり、円滑な介護につながると 생각합니다。
- * 施設では掃除、洗濯等に追われ入居者さんの今までの生活とか、本人さんのもっておられる、良い所など考えているのでしょうか。今やっと話し合い、それぞれの方

の問題を見つめてケアに取り組みつつあります。経営者がどういうふうを考えているのか解らずスタッフは困ったり、不満を持っております。

* ご家族がセンター方式についてしっかり考えている事に驚きました。「活用する」事を考えたいと思います。

* 社会福祉協議会の職員です。今年度当方でセンター方式をテーマにした研修を行う予定ですので参加させて頂きました。本日は大変参考になりました。

* 介護家族のお話がきけてセンター方式の生かし方が解ったような気がします。時間を経過しても記録する大切さを改めて気づく事ができました。

* 当施設でもセンター方式に取り組む事になり参加させて頂きました。難しくとらえていましたが、少しずつ聞き、記入する事から始めたいと思います。ご本人の為チームワークを大切と痛感いたしました。

平成 17 年度老人保健健康増進等事業報告書
認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の普及と活用の推進事業
報告書

発行元 社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071
東京都杉並区高井戸西 1-12-1
電話 03-3334-2173

発行 平成18年3月