

平成 20 年度老人保健健康増進等事業報告書

認知症専門医療との連携や、地域における共同研修の
あり方等地域包括支援センターを地域の中心とした
地域ケア体制の構築に関する調査研究事業

認知症地域ケア体制の関係者共同研修のあり方検討会

報告書

平成 21 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

1. 事業の目的と背景	1
2. 事業の方法	2
3. 今後の多資源共同研修のあり方	3
4. 既存の共同研修の開催事例	5
1) 事例 1	5
地域人材育成を目的にした研修: センター方式地域型基礎研修	
2) 事例 2	12
地域のケア関係者を対象にした地域づくり講座	
3) 事例 3	43
地域包括支援センターが中心となり、事業者連絡会とともに共通ツール(センター方式)を活用しながらシリーズ化して取り組んだ例	
4) 事例 4	71
地域包括支援センターが共同研修をシリーズで開催し、認知症サポートリーダーを増やしながら、認知症地域包括ケア体制を築いている例	
5) 事例 5	76
自治体が共通ツールを活用した多職種共同研修を継続的に推進している例	
6) 事例 6	87
自治体が共通ツールを活用した多職種共同研修を取り組み始めた推進している例	
7) 事例 7	92
事業所が地域拠点として	
8) 共同研修の実践者による報告	98

1. 事業の目的と背景

目的

診断前後からターミナルまで、長い経過をたどる認知症の本人と家族が安心して暮らしていくためには、支援に関わる多様な関係者が円滑かつ有機的に協働を実践していく力量向上をはかるための共同研修が不可欠である。

本事業では、すでにはじまっている共同研修の先行例や実践者の取組みを集約・検討することを通じて、地域での共同研修の課題と今後の望ましいあり方を提示する。

背景

その１：認知症支援における職協的な地域包括ケアの必要性

認知症は認知機能の病気低下により、精神面・身体面・社会生活面の機能低下が生じる複合障害であり、また、24時間365日数年にわたる経過をたどる本人と家族を支えるためには、広範な領域の専門職（保健・医療・福祉・家政・法律・建築・環境・社会教育等）と地域の人々が協働する多資源による地域包括ケアが不可欠になってきている。

その２：認知症地域ケア体制の担い手となる地域人材の必要性

多資源での地域包括ケアの発想は、2003年に提出された「2015年の高齢者介護」の前後からすでに提起され、2006年に法的に整備された地域包括支援センターが地域でその体制を構築していくことを推進する役割を担うことが提示されてきたが、これまで一部の地域を除きあまり進展してこなかった。

近年、地域の資源を最大限に活かしネットワーク化を図りながら、地域の中で本人と家族が安心して暮らし続けられる支援体制を構築していくことをめざした国のモデル事業「認知症地域支援体制構築等推進事業」が平成19年からスタートし、全国各地のモデル地域から地域支援づくりの多様な成果が報告される時代になってきた。

これまで認知症地域ケア体制づくりにとりくんできた先進地で共通の課題になっているのが、体制を築き実質を生み出すためには、職種や立場を超えて地域のために共に人に取り組む意識と方法を備えた地域人材の育成が不可欠である。

その３：地域包括支援センターの認知症地域ケア体制の伸展較差の解消にむけて

地域包括支援センターについては、認知症専門医療機関や権利擁護の専門家、若年性認知症の支援にかかわる機関との連携、地域における専門的な認知症ケアの助言を通じた総合的な認知症地域ケア体制の構築を行うための機能の充実が求められている。現状では地域包括支援センターごとの認知症地域ケア体制構築の進展の格差が大きな課題となっており、その較差解消を早急に図っていくために、全国で成果をあげている先進的な取り組み例の集約と伝承が求められている。

2. 事業の方法

検討会の設置

すでに各地域で共同研修を積極的に実践している人の中から、専門の多様性を考慮して下記のメンバーからなる検討会を設置し、各立場・専門の領域・実践を踏まえて、共同研修の課題、今後のあり方についての検討を行った。

取組み事例の収集と関係者のヒヤリング

すでに取り組みされている認知症多職種/多資源共同研修の取組み事例の収集と開催関係者に対するヒヤリング

<検討会メンバー>

※ 50 音順、敬称略

氏名	所属
池田 武俊	行政 (大牟田市保健福祉部長寿社会推進課)
勝田 登志子	家族 (社団法人認知症の人と家族の会 副代表)
新田 國夫	サポート医、地区医師会会長 (医療法人社団つくし会 新田クリニック 院長)
藤野 けい子	行政保健師・キャラバンメイト (品川区福祉高齢事業部高齢者支援第2係・保健医療担当主査)
森上 淑美	地域包括支援センター (川西市地域包括支援センター センター長／保健師) (日本介護支援専門員協会 研修担当理事)
山田 圭子	地域包括支援センター (前橋市地域包括支援センター／社会福祉士)
渡邊 高行	認知症介護指導者・地域密着型サービス 群馬県地域密着型サービス連絡協議会副会長 (ケアホーム家族の家新里 ホーム長)
永田 久美子	認知症介護研究・研修東京センター 主任研究主幹

3. 今後の共同研修のあり方について

既存の共同研修の集約・検討を通じて、共同研修の現状と今後のあり方について、以下の点が明らかになった。

- 正確な実態の把握は困難であるが、全国各地で認知症関連の共同研修は確実に増えているという点が、関係者の一致した見解である。
 - 専門や立場別の研修では、協働のための理解や実践力が高まらず、
今後は多様な立場から、共同研修を積極的に推進していくことが求められる。
- 研修の主体（開催者）は、非常に多岐にわたっている。
 - 主体を限定的に考えず、多様な主体の組織や関係者に対して共同研修の開催を積極的に勧奨し、実施数を確実に増やしていくべきである。
 - 研修主体がどのような立場であっても、開催準備段階から自治体や多様な関係者へも共催依頼や開催案内等をし、研修の開催自体をネットワーク化や協働のきっかけに活かすことが大切である。
- 同様な研修タイトルで、同様な人々の参加を募っている研修でも、研修の企画・準備段階での取り組みに大きな格差がみられ、研修の内実や研修効果に大きな差が生じている。
 - 何のための「共同」研修か、目的や意義を明確にすることが重要である。
さもないと、単なる「寄せ集め」研修で終わってしまう。
- 多様な立場の人が参加していても、従来型の認知症の基礎知識を伝えるだけの研修では、「共同」研修としての意味や効果があがっていない。
それらの多くに特徴的なのは、研修開催の目的があいまいで、プログラムが漠然としており、研修内容が講師任せで、単発、という点である。
 - 本人本位の認知症ケアや認知症地域包括ケア、認知症になっても地域で暮らし続けられる地域作り等、ビジョンや理念を明確に掲げながら、内容や研修スタイル、教材等の工夫を図り、「共同」の実現を明確にめざした共同も各地で開催されるようになっており、研修の効果がアンケート結果等で確認されている。
専門職対象の多職種共同研修の場合はもちろん、住民対象を主たる対象とした共同研修の場合も、系統的、構造的な共同研修を行っていくことが求められる。
- 研修内容は、認知症の理解や医療・ケア方法の理解が中心になると、従来の本人

不在の提供型のケア・ケアチームを増やしてしまう。

→ これからの地域包括ケアのためには、認知症の本人の視点にたった生活支援の理解を最新の医学も含めた学際的な知識を盛り込みつつ、わかりやすく解説した教材が求められる。

また、それらを基盤に、チームアプローチのあり方を実践的に学ぶことが求められる。

なお、その際、本人自身が研修に参加し、体験や求める支援のあり方を語っていただく時間を設けると、研修効果が高いことが確認されている。

本人の参加が難しい場合には、近年開発が進んでいる映像教材等を活用できるよう、研修教材の開発や地域包括で貸出できるシステム等を地域で整備していくことが求められる。

- 研修の機会にチームアプローチを効果的に学ぶための研修形式の工夫が近年進んでいる。
 - 多様な立場の人を構成メンバーにしたグループで、ケース検討やカンファレンスを行うグループワークを取り入れた参加型の研修が効果的である。
 - 各地域の実際のチームケアのメンバーを想定した研修の対象、グループワークの構成にすると効果的である。
 - 専門職と住民対象の研修を分ける方法もあるが、実際の場面を想定して専門職・住民の混成グループにすると、両者双方にとって研修効果が高い結果がでている。医師も含む医療・福祉・地域の人々が合同での共同研修を地域で広げていくことが地域包括ケアの実践力を高めていく上で効率的である。
- 共同研修を地域で開催していくことのためのコアメンバーや推進役が重要である。各地域包括支援センター単位に、地域の関係者によびかけながら、共同研修を企画・運営していくチームを形成していくことで効果を上げている地域もある。今後は、地域で主体的に合同研修を開催していく人材やチームが育つように、行政が計画的に人材の確保や育成支援をしていくことがもとめられる。
- 共同研修の効果を実証的に検証し、今後、認知症人材育成の体系に組み込んでいくことが求められる。
- 共通ツール（センター方式）を使う事でチーム形成や地域生活支援、医療との連携・個別ケアの充実等の効果が見られる事が確認されており、今後、共同研修での活用が望まれる。

4. 既存共同研修の開催事例

1)事例1:地域人材育成を目的にした研修:センター方式地域型基礎研修

①概要

地域のケア関係者等が“地元で”集まって、一歩ずつ基礎から実践的にセンター方式を活用して認知症ケアを学んでいくための研修。地域の身近な仲間とセンター方式に取り組むことをきっかけに、さまざまな立場の方と知り合い、つながり、いっしょに認知症地域支援の輪を広げていくことを目的に開催。

②研修形式

全国各地での開催を東京センターケアマネジメント推進室がサポート、講師及びファシリテーターは、地域近隣の認知症ケア地域推進員（センター方式地域推進員）の方を東京センターがコーディネート。

○日程：2日で一回の研修形式。（下記「標準プログラム」参照）

※1日目と2日目の間に、1か月程度センター方式を活用。

○開催主体：自治体、事業者グループ、地域グループ、家族の会等

○定員：標準として40名程度（40名以下での開催も可能）

○修了証：修了者には、研修主催者名または、東京センター名で修了証を発行。

○会場・受講費用：それぞれの開催主体が決定

※標準教材：テキスト、シートブック、ワークシート、参考資料等は、東京センターからの有償配布。

③標準プログラム

基礎研修第一日

全体・1日目 オリエンテーション		○講師紹介／研修のしくみ／ 今回の研修のねらい／1日目の研修テーマ説明
1	本人から認知症ケアのヒントを見つけよう	○ふだんのケアを振り返ろう ○となりの人と共有してみよう ○まとめ
2	これからの認知症ケア	○これまでのケアとこれからのケア ○認知症のステージ・「センター方式」とは ○共通の5つの視点 ○本人が体験していること
(昼休憩：1時間)		
3	本人本位の視点とは？ 本人本位とは？を考えよう	○自分のケースを「C-1-2」シートを活用してみよう ○本人の視点で本人の声を聞いているか ○まとめ
4	本人本位のケア7つのポイント	○本人本位のケアの7つのポイントとセンター方式のねらい ○認知症の人に必要なケアのポイント
1日目のまとめ		○今日のポイントの確認 ○2回目までの取り組みについて ○自身がチャレンジすることの明確化

※この間3週間程度、センター方式シートを現場で活用

基礎研修第二日

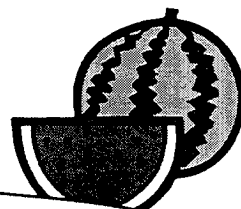
2 日目 オリエンテーション	○講師紹介／研修のしくみ／今回の研修の狙い／2 日目の研修テーマ説明
5 仲間を取り組みやアイデアに学ぼう	○1 日目の研修の振り返り ○実践で取組んだことの整理 ○グループワーク ○自分に活かせることを見つけよう
6 情報を具体化し、活かした情報に変えよう	○各自のケースでシートの活かし方を学ぼう ○仲間のケースから認知症の本人一人ひとりの違いを知ろう
(昼休憩：1 時間)	
7 センター方式を活用した本人本位のケアとは	○Eシート（ケアプラン導入シート）の説明と実際 ○センター方式を活かした実践事例の報告 ○本人の声とありのままの姿の情報を重ね合わせて、本人本位のケアを具体化しよう ○明日からのチャレンジ
基礎研修を終えて	○研修（実践期間を含めて）でのポイントの整理 ○次の一歩：センター方式の研修案内

④実施地域

- 平成20年度開催数（平成20年6月～平成21年3月）：23回
- 延べ受講者数：794人
- 開催地域一覧

	開催地	主催者	参加人数
1	東京都杉並区	認知症介護研究・研修東京センター	42
2	大阪府大阪市	りんくるの種	18
3	神奈川県鎌倉市	三菱電機ライフサービス	24
4	埼玉県さいたま市	特定非営利活動法人 埼玉県介護支援専門員協会	32
5	熊本県山鹿市	山鹿市	48
6	東京都杉並区	認知症介護研究・研修東京センター	25
7	静岡県沼津市	沼津市介護支援専門員連絡協議会	11
8	兵庫県丹波市	丹波老人性認知症センター	46
9	福岡県北九州市①	社会福祉法人双葉会	29
10	福岡県北九州市②	社会福祉法人双葉会	24
11	兵庫県神戸市	神戸市ケアマネジャー連絡会・センター方式推進委員会	66
12	山梨県忍野町	社団法人認知症の人と家族の会山梨県支部地域会「はまなしの会」	25
13	長野県上田市	上田市事業者連絡会 グループホーム・特養部会	30
14	奈良県大和郡山市	全国認知症グループホーム協会 奈良県支部	24
15	徳島県鳴門市	鳴門市役所介護保険課	31
16	鹿児島県鹿児島市	谷山地区グループホーム勉強会 責任者 日高恭子	40
17	静岡県富士市	富士市	30
18	富山県小矢部市	小矢部市	50
19	大阪府大阪市	認知症介護研究・研修東京センター	41
20	兵庫県高砂市	高砂市介護支援専門員協会	72
21	兵庫県明石市	明石市介護支援連絡会	38
22	三重県紀宝町	紀宝町	23
23	大阪府岸和田市	株式会社貴陽岡本介護センター	25

あなたの町で、地元で、 センター方式 研修を開こう！



地域型センター方式基礎研修 開催案内

◇多様な人材が一体的に学び、認知症地域支援の実践力を高めましょう

「地元でセンター方式の研修を開いてほしい！」

「研修で出会った仲間とつながって、地元を少しずつよくしていきたい！」

全国各地からこんな声がたくさん寄せられています。こうした要望に responding していくために、東京センターでは、今年度から身近な所でセンター方式の研修を受講できるよう「地域型センター方式研修」の推進や支援に力をいれています。

センター方式研修をきっかけにして、あなたの町のさまざまな立場の方と知り合い、つながり、一緒に認知症地域支援の輪を広げていきましょう。

◇あなたの身近な地域でセンター方式研修を行うサポートをします

地域のケア関係者のみなさんが“地元で”集まって、一歩ずつ基礎から実践的にセンター方式を学んでいくために、センター方式「基礎研修」を設けました。修了者には、主催者名での修了証を発行し、ステップアップの証とします。基礎を学んだ人たちがより実践的にセンター方式の活用を深めていくための「実践研修」のプログラムも用意しています。

これらの研修を地元で開催していくための標準的なプログラムや研修時のスライド・配布資料・ワークシート等を提供します。

★時間数や進め方が、地元にあったものになるように独自の工夫を加えることも可能です。

★開催の実際については、ケアマネジメント推進室に、お気軽にご相談ください。

★配布資料等は、研修主催者あるいは受講者の実費負担となります。

◇全国どこでも開催できます：気軽にお問い合わせを！

「地元の推進員さんがわからない」「推進員さんがいない」といった場合や小規模な形式での開催も可能です。東京センターが開催に関するコーディネートを行いますので、地域の事業所の方、行政や地域包括支援センター、社協や家族の会の方、等に声をかけ、一緒に開催してみましょう。センター方式研修を通して、自分自身の認知症ケアの実践的な力を高めるとともに、地域で取り組む仲間とつながり、わが町の認知症の人の支援を一緒によりよくしていきましょう。

地域の仲間とともに学び、ともに活かす！

ステップ1. 仲間と学ぼう、初めてのセンター方式！：1日目



認知症の人が自分らしく暮らししていくことを支えていくための“本人本位の視点”と、“チームを育てながら協働で支援”をしていく方法を、センター方式を通して学びます。センター方式を日々の中で気軽に使う導入編です。

1か月程度

この間に、センター方式を実践してみよう！

<研修1日目の学びをもとに現場でセンター方式を使ってみます>

ステップ2. 仲間と話そう、やってみたセンター方式！：2日目

1日目の研修後、自身が関わる実際のケースにセンター方式を「少しずつ」使ってみた率直な感想や課題を持ち寄ります。疑問点を解消し、“気づき”や手がかりを増やししながら、より実践的にセンター方式の活用方法を学びます。

センター方式「基礎研修」 地域開催の概要例

■日程 ※2日で1回の研修形式です
ステップ1(1日目):平成20年〇〇月〇〇日(〇)
ステップ2(2日目):平成20年〇〇月〇〇日(〇)

■対象・定員
ケア関係者全般(開催主体者が任意で決定)
標準として定員は40名程度

■開催場所
それぞれの開催主体(事業者Gr、地域Gr等)で設定

■受講料
それぞれの開催主体が決定
※研修教材・資料は、参加者1名につき2000円の
有償配布となります。

■受講のための事前準備

研修時のグループワークでケース演習を行います。
関わりのあるお一人のケースを選んできて下さい。
※センター方式シートへの事前記入の必要はありません。
※個人演習で使います。提出の必要はありません。

■修了証の発行

ステップ2を修了した場合、主催者または、東京セン
ター名で修了証発行が可能(要事前調整)

■主催／共催

地域開催主体者(東京センター共催可能)
＜講師＞
認知症ケア地域推進員(センター方式地域推進員)

●研修時の基本的なスライド・配布資料・ワークシート等を東京センターで用意しています。

「基礎研修」プログラムの標準的な内容

* 各地域で独自の工夫を加えることもokです。* 1回の時間を短くし、回数を増やすことも可能です。

◆ 1日目(5時間) ◆ ⇒ (1か月程度) ⇒ ◆ 2日目(5時間) ◆

全体・1日目 オリエンテーション		○講師紹介／研修のしくみ／今回の研修 のねらい／1日目の研修テーマ説明
1	あなたの利用者さ んから認知症ケア のヒントを見つけ よう	○ふだんのケアを振り返ろう (ワークシート記入) ○となりの人と共有してみよう ○まとめ
2	これからの認知症 ケア	○これまでのケアとこれからのケア ○認知症のステージ・「センター方式」とは ○共通の5つの視点 ○本人が体験していること
(昼休憩:1時間)		
3	本人本位の視点と は？ 本人本位とは？を 考えよう	○自分のケースを「C-1-2」シートを活用し てみつめよう ○本人の視点で本人の声を聞いているか。 ○まとめ
4	本人本位のケア 7つのポイント	○本人本位のケアの7つのポイントとセン ター方式のねらい ○認知症の人に必要なケアのポイント
1日目のまとめ		○今日のポイントの確認 ○2回目までの取り組みについて ○自身がチャレンジすることの明確化

2日目 オリエンテーション		○講師紹介／研修のしくみ／今回の研 修の狙い／2日目の研修テーマ説明
5	仲間の取り組み やアイデアに学ば う	○1日目の研修の振り返り ○実践で取組んだことの整理 ○グループワーク ○自分に活かせることを見つけよう
6	情報を具体化し、 活きた情報に変え よう	○各自のケースでシートの活かし方を学 ぼう。 ○仲間のケースから認知症の本人一人 ひとりの違いを知ろう
(昼休憩:1時間)		
「6」つづき		
7	センター方式を活 用した本人本位 のケアとは	○Eシート(ケアプラン導入シート)の説明 と実際 ○センター方式を活かした実践事例の報 告 ○本人の声とありのままの姿の情報を重 ね合わせて、本人本位のケアを具体化 しよう。 ○明日からのチャレンジ
基礎研修を終えて		○研修(実践期間を含めて)でのポイント の整理 ○次の一歩:センター方式の研修案内

＜お問い合わせ:地域型研修開催の実際について＞

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

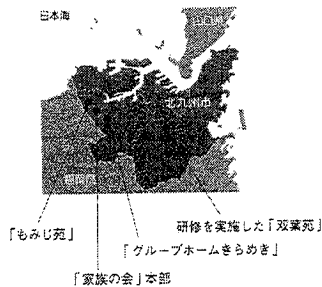
■電話: 03-3334-1150
■FAX: 03-3334-2156
■メール: kenshu@itsu-doko.net

お気軽に
ご相談
ください

現場ルポ

もっと認知症ケアを充実させたい！ 思いを1つに集まった55人が

北九州市



北九州市で今、センター方式が盛り上がっていると感じてさっそく現地に飛びました。地元の社会福祉法人が開催した研修をきっかけに、人と人のネットワークが広がり、「センター方式、使ってみた？」なんて会話が現場のあちこちで聞かれるように。自治体や他人任せでなく、自分たちの手で認知症ケアの質を上げたいと立ち上がった地域の熱気をレポートします。

研修で仲間同士が意気投合

「今度一緒にセンター方式の勉強会をやりましょう」

「シートはこんな使い方もあったんですね」

もっと認知症ケアの質を高めたい、そんな思いを胸に秘めた地域の人が顔をそろえた研修はいつになく盛り上がりを見せた。

ここは北九州市。昨年11月、地元の社会福祉法人双葉会が主催し、地域の人に呼びかけた全国初の「地域型センター方式基礎研修」での出来事だ。

市内にある特別養護老人ホーム、もみじ苑施設長の福島智子さんとケアマネジャー、鶴祐子さんは2人で研修に参加した。2人が研修を通じて意気投合したのが、「老いを支える北九州家族の会」会長の高田芳信さんだ。高田さんは妻を介護した経験を活かして、家族の相談や支援を行っている。「今度は合同でセンター方

式の勉強会をやりましょう！」

研修をきっかけに施設、ケアマネジャー、そして介護家族と一緒にセンター方式を学ぶ企画が動き出した。

参加者同士が打ち解け、真剣に話し合う姿は会場のあちこちで見受けられた。その光景に、開催前は参加者がちゃんと集まるのか不安もあったという地域推進員の浅野一男さんは「勇気付けられた」という。

研修は2日にわけて行われ、1日目は具体的なシートの活用法を学び、約1カ月後に参加者全員が実際にセンター方式を使ってみた経緯を持ち寄って意見を交わすというグループワークに重点をおいたもの。

「16枚すべてを使わなくてはならないと思い込んでいた人も大勢いました。だから、すべてのシートを使う必要はないこと、1枚のシートからでも十分アセスメントの効果はあること、などを繰り返し伝えました」（浅野さん）

もみじ苑から参加した福島智子さんと鶴祐子さん。センター方式について本格的に学ぶのは、今回の研修が初めてだった。もみじ苑では以前から自己流でセンター方式に取り組んでいたが、具体的なシートの活用法がわからず、スタッフはいまいちピンとこなかったという。16枚のシートをすべて使わなくてはならないという先入観もあり、「センター方式は手間がかかる」というのがそれまでの印象だった。



左はもみじ苑施設長の福島智子さん、
右はケアマネジャーの鶴祐子さん

研修を受けてその印象は180度変わった。「私たちのセンター方式の考え方は間違っていた」

2人の率直な感想



地域密着型介護老人福祉施設第二双葉苑の施設長を務める西田二郎さん



双葉会地域福祉連携・業務運営推進室長の浅野一男さん。研修で講師を務めた

地域を変える

だ。シートごとのねらい、16枚すべてを使う必要はないことなどを初めて理解でき、「目からウロコが落ちた」と感じたとか。

グループワークは宝の山

研修がもっとも熱気を帯びたのは、グループワークの時間だ。センター方式を活用した事例を互いに持ち寄ってグループごとに意見を出し合ったが、テーブルを開んだ参加者たちは時間を忘れて事例検討に没頭した。

「自分が一番利用者さんのことを知っているつもりでいても、別の視点から指摘されてハッとさせられることが多々ありました」。そう話すのはもみじ苑のほど近く、八幡西区でグループホームきらめきを運営する中原亜希子さんだ。

中原さんは3年前からすでにセンター方式を取り入れているベテランだ。グループホームで使っているシートを見せてもらったが、18人の利用者全員分について必要な箇所がきっちり記入整理されていた。どの「気持ちシート」にも利用者の姿絵がいていねいに書き込まれていて、記入したスタッフの気持ちのあたたかさ

グループホームきらめきの中原亜希子さん。中原さんの明るい性格を反映して、きらめきにはいつも笑顔が絶えない。



が伝わってくる力作ぞろいだ。

きらめきがある地区はグループホームが林立する地区だそうで、今後は近くのグループホームに声をかけて勉強会を開いていきたいという。

自治体の今後の動きに期待

研修を主催した社会福祉法人双葉会は、市中心部に拠点をおき介護老人福祉施設、少人数の地域密着型介護老人福祉施設、グループホーム等を運営している。経営者であり施設長を務める西田二郎さんの下、地域全体の認知症ケアの質向上を目指し、近隣施設とも意欲的に連携をとる。

講師を務めた同法人の浅野一男さんは、2年前に地域推進員の研修を受講し登録。

「センター方式を地域全体で使って情報共有ができれば、高齢者が在宅、施設、病院と移っても切れ目のないケアが提供できる」。それが浅野さんの描く地域の将来像であり、その思いが研修開催の原動力になった。

参加希望者が多く、2度にわけて各2回ずつ開催された研修には九州各地から55人が参加。職種はケアマネ





ジャー、施設職員、デイ職員、看護師、介護をしている家族、NPO職員など。多くは初めてセンター方式に触れる人たちだった。

双葉会の西田さんは、こうした動きが市内各地に飛び火して、センター方式の取り組みが進めば地域全体の認知症ケアのレベルアップにつながる、と期待する。

しかし一方で、課題もみえてきた。

研修案内を市職員や市内地域包括支援センターにも送ったが、残念ながら参加がなかった。

「できれば、自治体に率先してセンター方式を理解

してもらい、現場をバックアップしてほしい」と西田さんは話す。

北九州での動きを受けて、全国各地で同様の地域型センター方式研修が始まっている。センター方式の理解が第一の目的だが、普段は話す機会のない他事業所スタッフとじっくり話すことができるので、地域での仲間づくりに役立っている。もみじ苑のケアマネジャー、鶴さんは「私と同じように認知症ケアに悩んでいる人がこんなに地域にいたことを知って、勇気付けられた」という。

センター方式を使ってみたい、職種間の連携がうまくいかない、専門職が孤立しているといった悩みをかかえる地域は一度こうした研修を企画してみてもいいだろうか。

都会でも盛り上がってますよ！

東京都江東区

ところ変わって東京都江東区。ここでも、センター方式を地域で使っていこうと立ち上がった人がいます。

北九州市と違って自治体主導の働きかけですが、センター方式を使って地域をもっとよくしていきたいという思いは同じです。



認知症高齢者対策担当の岩瀬広栄さん

深川など昔ながらの下町が残る一方、東京湾側では再開発が進み、現代的な超高層マンションが建ち並ぶ。

2007年、江東区の高齢福祉課に認知症高齢者対策担当というポジションが新設され、保健師の岩瀬広美さんが抜擢された。認知症に関連する相談や対策がその役割で、地域包括支援センターから支援困難事例について相談も受けられ、直接区民からの電話で自宅に出向くこともある。

区としてセンター方式研修を昨年5月から10月にかけて4回開催した。

おもに地域包括支援センター（区内4カ所 委託型）と在宅介護

支援センター（区内20カ所）職員に声をかけ、集まった受講者は90名あまり。

区内の認知症ケアのレベルアップを図るにはまず地域包括支援センターと在宅介護支援センター職員のレベルアップが必須と考えての研修実施だ。

気をつけたのは、自治体からの押し付けにならないことだという。センター方式を強制的に導入させるのでは意味がないし、現場に浸透しない。そうでなく、まずは知ってもらって、ウチで使ってみたいという事業所が出てくれば、区が側面からサポートしていく意向だ。

努力のかいあって、センター方

式を日常的に使うスタッフも最近では出てきた。

区内にある白河地域包括支援センターの看護師、井上智子さんもその1人。研修を受けてセンター方式の魅力にすっかりはまってしまったという。地域のケアマネや他の地域包括支援センターに「一緒に使ってみよう」と声をかける毎日だ。

取り組みは始まったばかりだが、「井上さんのような人が育ったことは研修の収穫。今後は地域包括支援センターや在宅介護支援センターが自主的に各地域で研修を主催するような形でセンター方式を区内に広めていきたい」と岩瀬さんは先を見据える。

2)事例 2:地域のケア関係者を対象にした地域づくり講座（主催:東京センター）

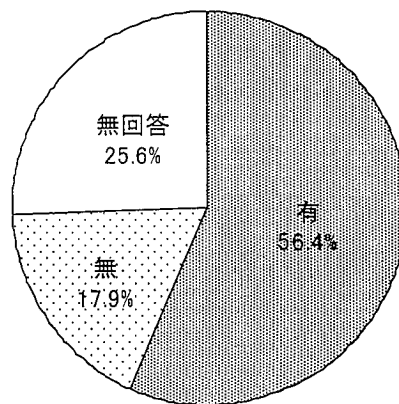
①研修プログラム

平成20年度 地域づくり講座 プログラム ～認知症の人と家族が安心して暮らせる地域をみんなで一緒に～		
時 間		内 容
10:00～10:05	5分	○オリエンテーション
10:05～12:00 (休憩含む)	40分 45分 30分	1. 認知症の人と共に暮らす町づくりにむけて 1) 本人と家族が求める地域とは 当事者に学ぶ：在宅で認知症の妻の介護から ・質疑応答 2) 全国で動きだした地域づくり ①地域づくりのさまざま ※町づくりキャンペーン報告書（資料紹介） ②実践に学ぶ 本人と共に町で暮らす（徘徊SOSネットワークも含め） 3) 地域づくりで大切なこと ※認知症ケア地域推進員の地域での様々な取り組み ・質疑応答、まとめ
12:00～13:00		昼 休 憩
13:00～13:40	40分	2. 認知症の人と家族を支える地域支援ネットワークづくりの実践 実践に学ぶポイント 実践に学ぶ ・情報提供 → 取組みのこれまで、今、今後 ・質疑応答
13:40～15:20 (休憩含む)	100分	3. 作ってみよう！「私の支援マップ」から「地域資源マップ」へ ～自分が認知症になってもだいじょうぶな地域づくり～ ＜ワーク1＞ ・個人ワーク、グループワーク、全体（ワークシート1） 1) 「私の支援マップ」づくり 2) もし、私が認知症になったら 3) 生活を支える資源を見つけ、マップを作ろう 「私の支援マップ」から「地域資源マップ」へ 4) まとめ
15:20～15:50	30分	4. 地域づくりに向けて自分なりの立場でできることを考えよう！ ＜ワーク2＞ ・個人ワーク、グループワーク（ワークシート2）
15:50～16:00	10分	○本日のまとめ ○アンケート記入

②研修参加者の概況

認知症ケアの経験の有無

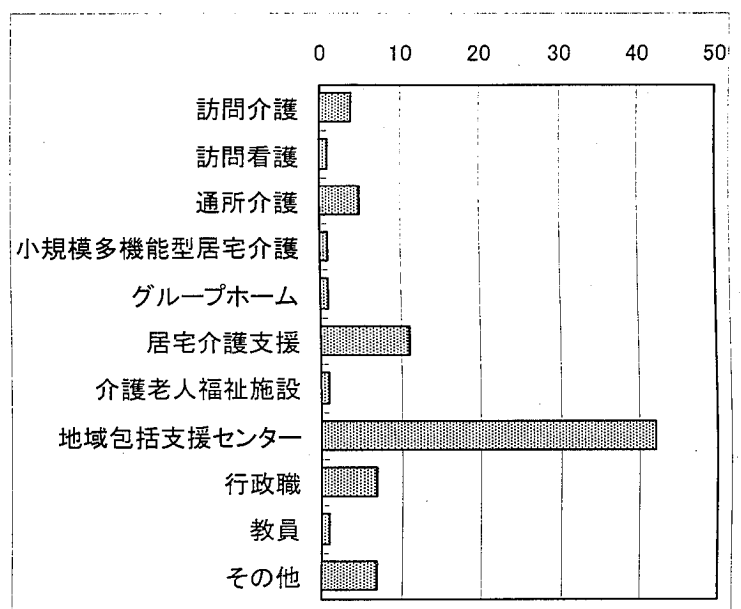
有	56.4%
無	17.9%
無回答	25.6%
計	100.0%



参加者の事業所種別

N=81(人)

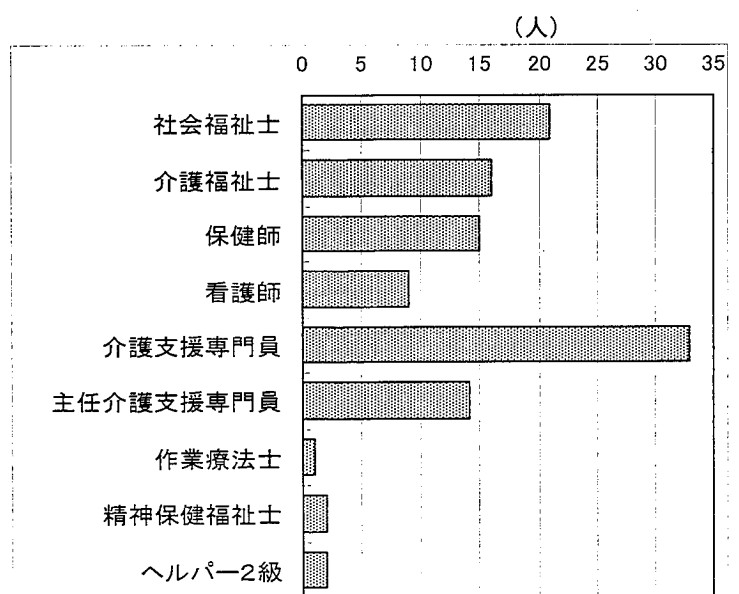
訪問介護	4
訪問看護	1
通所介護	5
小規模多機能型居宅介護	1
グループホーム	1
居宅介護支援	11
介護老人福祉施設	1
地域包括支援センター	42
行政職	7
教員	1
その他	7
計	81



参加者の職種別 (複数回答)

N=81(人)

社会福祉士	21
介護福祉士	16
保健師	15
看護師	9
介護支援専門員	33
主任介護支援専門員	14
作業療法士	1
精神保健福祉士	2
ヘルパー2級	2



③研修内容

地域づくり講座資料

地域づくり講座

認知症の人と家族が
安心して暮らせる地域を
みんなで一緒に

2008年
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



研修のねらい

認知症の人と家族が安心して暮らせる地域を
みんなで一緒に作っていくために。

☆本人そして家族は、何を体験しているか？
どんな地域を求めているのか？

- ・地域づくりの可能性と大切にしたいことは？
- ・「私の支援マップ」、そして「地域資源マップ」を一緒につくってみよう。
- ・地域の資源を、本人と家族のための活きた支援につなげていくためのポイントを学ぼう。

「一人」のために、みんなのために。

©2008認知症介護研究・研修東京センター

1. 認知症の人と共に暮らす 町づくりに向けて

©2008認知症介護研究・研修東京センター

地域づくりは、誰のために？

☆本人と家族のために
(地域の人々のために)
(支援の関係者のために)

認知症になってから、どんな体験をし、地域に何を
求めているか、当事者自身に教えてもらおう。

©2008認知症介護研究・研修東京センター

1) 本人と家族が求める地域とは：当事者に学ぶ

※本人と家族が体験していること
感じていることを聞こう！

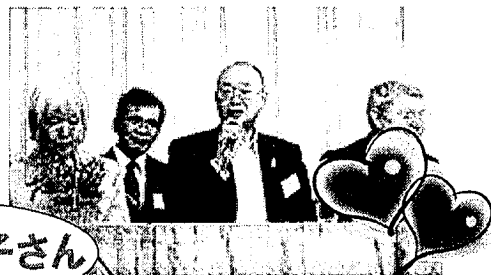
©2008認知症介護研究・研修東京センター

参考

本人会議 2006年10月

認知症の人同士が会議を行い、
互いの体験や社会への要望を話し合い
本人会議アピールを作成しました。

＊ ちらし「認知症の本人の思いを聴こう」をご覧ください。



加藤美貴子さん

©2008認知症介護研究・研修東京センター

このアピール文は、本人会議に参加されたご本人が社会にわかってもらいたいこと・要望として会議で発言した生の言葉を元に、参加者同士で話し合って決めたみなさんへの呼びかけです。

本人会議アピール

本人同士で話し合う場を作りたい

- ① 仲間と出会い、話したい。助け合って進みたい。
- ② わたしたちのいろいろな体験を情報交換したい。
- ③ 仲間の役に立ち、はげまし合いたい。

認知症であることをわかってください

- ④ 認知症のために何が起きているか、どんな気持ちで暮らしているかわかってほしい。
- ⑤ 認知症を早く診断し、これからのことを一緒にささえてほしい。
- ⑥ いい薬の開発にお金をかけ、優先度の高い薬が早く必要です。

わたしたちのこころを聴いてください

- ⑦ わたしはわたしとして生きて行きたい。
- ⑧ わたしなりの楽しみがある
- ⑨ どんな支えが必要か、まずは、わたしたちにきいてほしい。
- ⑩ 少しの支えがあれば、できることがたくさんあります。
- ⑪ できないことで、だめだと決めつけないで。

©2008認知症介護研究・研修東京センター

自分たちの意向を施策に反映してほしい

- ⑫ あたり前に暮らせるサービスを。
- ⑬ 自分たちの力を活かして働きつづけ、収入を得る機会がほしい。
- ⑭ 家族を楽にしてほしい。

家族へ

- ⑮ わたしたちなりに、家族を支えたいことをわかってほしい。
- ⑯ 家族に感謝していることを伝えたい。

仲間たちへ

- ⑰ 暗く深刻にならずに、割り切って。ユーモアを持ちましょう。

2006年10月17日
本人会議参加者一同

©2008認知症介護研究・研修東京センター

全国各地で、家族そして
認知症の人自身が、
体験や求めていることを
公の場で語り始めています。

体験者ならではの
たくさんの気づき
支援のための具体的ヒント
勇気や希望

「私たち抜きに、決めてしまわないで」

©2008認知症介護研究・研修東京センター

これからの町づくりに向けて

- 本人や家族の声を聴くことを忘れずに。原点に。
- 認知症の人には無理、大変と決めつけず、
「本人の声」を聴く機会を作ろう。
日常的に、啓発講座、サポーター養成、職員研修ほか
＊目からうろこ→地域の人々の理解や地域づくりの確かな推進力になる。
- 「声」を聴いておしまいにならないで、
小さなことでもできる支援がないか、
誰かに「声」をとどけられないか
動きだそう。

©2008認知症介護研究・研修東京センター

2) 全国で動き出した地域づくり

①地域づくりのさまざま

＜資料参照＞

「認知症でもだいじょうぶ」
町づくりキャンペーン2007
報告書

©2008認知症介護研究・研修東京センター

全国各地の身近なところで

- ＊町の特徴に合わせて
- ＊今、必要としている人の願いにそって
- ＊暮らしの一コマを大切に
- ＊仲間とともに

©2008認知症介護研究・研修東京センター

②実践に学ぶ:本人と共に町で暮らす

＜資料参照＞

実践報告

徘徊SOSネットワークのための
模擬訓練の実践も含めて

©2008認知症介護研究・研修東京センター

3) 地域づくりで大切なこと

本人・家族・ケア関係者・参加者

質疑応答

©2008認知症介護研究・研修東京センター

2. 認知症の人と家族を支える 地域支援ネットワークづくりの実際

～実践から学ぶポイント～

©2008認知症介護研究・研修東京センター

様々な地域資源

町にすでにあるものを大事に
活かそう、つながろう

まちの資源

まちの人々、隣近所、民生委員
認知症サポーター、キャラバンメイト、観光ボランティア
認知症の人や家族の支援団体、福祉NPO
近隣商店、スーパー、コンビニ、理容院、美容院、温泉
認知症サポート医、かかりつけ医、病院
郵便局、銀行、花屋、お寺、集会所、電車、バス、タクシー

季節の行事、風景、自然

公共機関

区役所、区民センター、公民館、総合福祉事務所
保健所、保健相談所、地域包括支援センター、福祉関係施設・団体、
高齢者センター、敬老館
在宅介護支援センター、福祉施設、障害者地域生活支援センター
リサイクルセンター、清掃工場、公共自動車駐車場
水道・下水道、消防署、警察署、法務関係
子供家庭支援センター、保育園、児童館、幼稚園、学校
図書館・郷土資料館、美術館、公園、農園、体育館

©2008認知症介護研究・研修東京センター

町にある資源をよく知ろう、出会おう。

本人・家族が暮らしていくために
一つ一つの資源が貴重。



資源同士の出会いの場、
一緒にはなしたり、
一緒に楽しむ機会をつくっていこう。

* 互いに楽しめ、気軽に、次につながる機会を

©2008認知症介護研究・研修東京センター

本人、家族が暮らしていくために

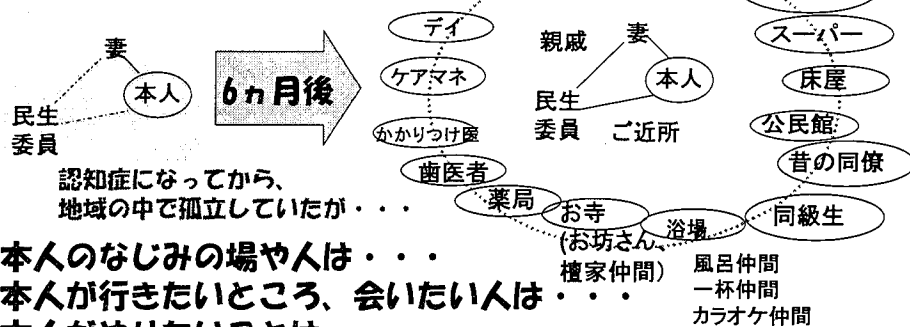
◇地域にある資源を見出し、つなぐ

◇そもそも、本人や家族がもっている
自己資源を知り
つながりが切れないように支えよう

©2008認知症介護研究・研修東京センター

資源が切れかかっている人が地域にたくさん！

A4シートで資源を発掘
本人のなじみの人や場が見つかり
支援の輪が広がった



本人のなじみの場や人は・・・

本人が行きたいところ、会いたい人は・・・

本人がやりたいことは・・・

本人・家族と語り合い

関係者に本人の理解を語りかけ、つないでいこう

☆つながった人が、そこからさらにつながりをつくっていこう

つながりを目に見える地図(マップ)にしていこう

参考：センター方式の A4「私の支援マップ」

©2008認知症介護研究・研修東京センター

認知症の人が、地域の中で安心して生き生き暮らす手がかりを
みんなで少しずつ、見つけていこう

センター方式シートを使って、いろいろな角度から本人の可能性を探ろう

D1できること D2わかること

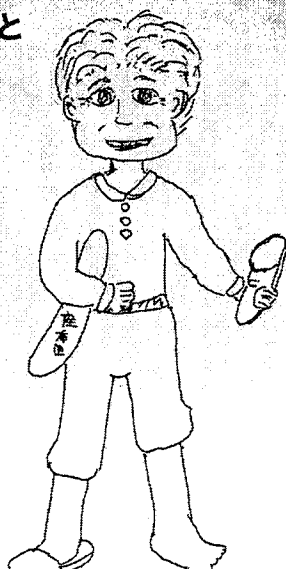
できること
わかること

A1 B1 B2

家族の
思いと力

A4 B2

地域との
つながり



☆C-1-2

ありのままの
言葉・姿

D4(1日) D3(1週間)

C-1-1体調

よくなる
きっかけ

B2生活史
B3暮らし方

なじみの
暮らし方

本人のなじみの暮らし方、できることを探して
町で、生き生き元気になる機会を増やそう！
→家族や介護職員もほっと一息、楽になる。
→本人の生き生きした姿を通して、町の人々の理解が広がる。

- (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
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) その人らしく、生き生き伸ばす地域の間や仲間を
・働き場所：草取り、農作業、手仕事、力仕事など
・地元の知恵袋としての活躍場
学校、乳幼児や若いお母さんたちと、地元史グループ等
・町の楽しみ場、趣味の場：「ここに来てからが人生で一番楽しい」
・ほかのケア関係者仲間等と親戚のような付き合い
- (3) 町で見守り、支える人々のつながりを作ろう、広げていこう。
近隣者、買物先、警察、消防、交通機関、町のスポット(コンビニ等)
社会福祉協議会、認知症サポーター、

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

7 2008認知症介護研究・研修東京センター

実践に学ぶ：取り組みのこれまで、これから

<資料参照>

実践報告

©2008認知症介護研究・研修東京センター

3. 作ってみよう！

「私の支援マップから「地域資源マップ」へ

自分が認知症になっても
だいじょうぶな地域づくり

©2008認知症介護研究・研修東京センター

ワーク ワークシート1を使って

1)まずは、自分の資源を見つけよう

①「私の支援マップシート」を書いてみよう。

(センター方式シート:A-4)

＊関わりのある人、大切な人
なじみの場所、行きたい場所
大切にしている機会(行事、催しほか)

©2008認知症介護研究・研修東京センター

2)もし、自分が認知症になったら・・・

- ① どんな気持ちになるだろう？
- ② 認知症になっても、
つながり続けたい人や場は？
(A4「私の支援マップシート」を見ながら)
- ③ 「②」とつながり続けるために
予想される困難は？

具体的に書き出してみよう

©2008認知症介護研究・研修東京センター

3)生活を支える資源を見つけ、マップを作ろう

***「私の支援マップ」の充実へ**

大切な人や場とつながり続けるために

- ① どんな支えや資源があったらいいだろう？

- ② そのための具体的な資源は？

- ・「私の支援マップ」にすでにある資源
- ・新たに加えたい資源→記入しよう

***町にある資源を活かして**

- ③ 「私の支援マップ」に資源として追加できるものを追加しよう。

©2008認知症介護研究・研修東京センター

認知症になっても、

- ◇いつも行く場所に、これからも行きつづけられるために・・・
- ◇普段、町でやっていること(場)を、これからも続けられるように・・・
- ◇会いたい人に、これからも会えるように・・・

ちょっと一緒に
見守り、支えてくれる人の輪を広げていこう

一人の資源は少ないようだが、
各自の資源をもちよると
たくさんの活かせる資源がある

A4シートをフルに活かそう：一人のためのネットワークづくり
見守りネット、徘徊SOSネットワーク作り

©2008認知症介護研究・研修東京センター

＊「私の支援マップ」から「地域資源マップ」

グループワーク

各自の「私の支援マップ」をもとに
グループで、資源の共有をしよう。

各自の資源を、順番に出し合い
A3用紙に書き出してみよう。

＊プライバシーに差し支えない範囲で

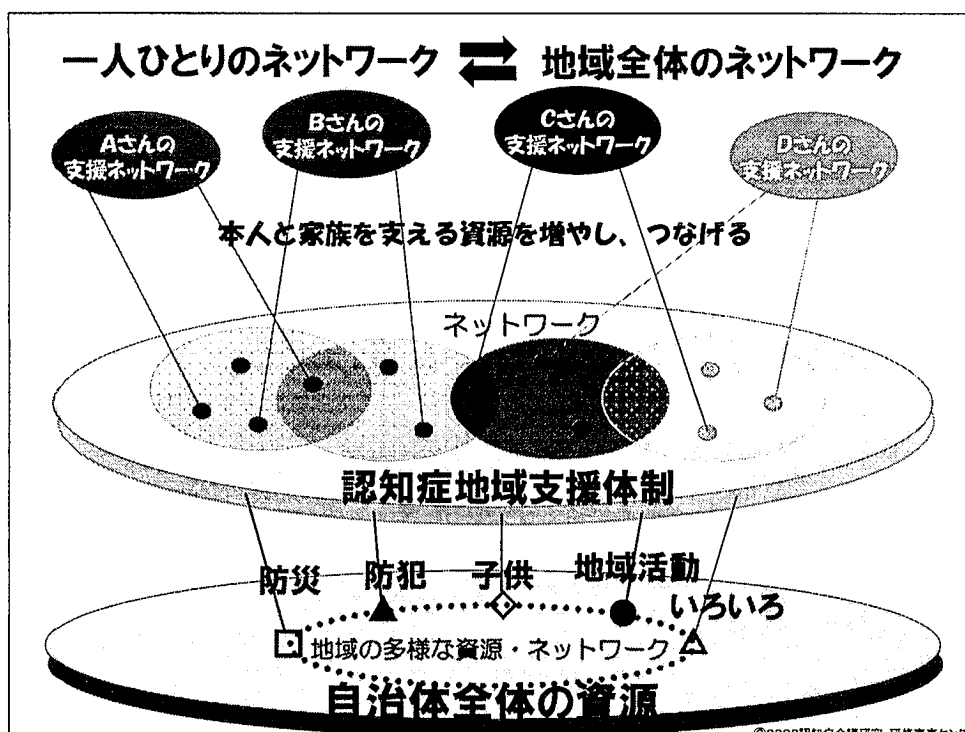
©2008認知症介護研究・研修東京センター

＊「私の支援マップ」から「地域資源マップ」へ

このワークを、地元の人たちとやると
実際の地図に
地域を支えている
多様な資源が浮かび上がる。
地域の活きた資源マップができていく。

今日は、自分自身を書いたが
今、実際に支援している人で
一人暮らしなど、支援の輪が必要な人に
このシートを使ってみよう。

©2008認知症介護研究・研修東京センター



まったなし！
徘徊SOSネットワークをあなたの町でも

一人のケースから始めよう

行方不明にすでになったことのある人
行方不明の危険がある人

徘徊SOSネットワークづくりは、
他のネットワークを育て、活性化する基盤になっていく

©2008認知症介護研究・研修東京センター

参考 徘徊行方不明：周囲が気づく前から発生している！

釧路市SOSネットワーク利用200名

グレーゾーン 軽度 中度 重度 ターミナル 死
(家族が気になるもの忘れ) (行動障害) (心身機能の低下)

予期せずびっくり／否定型
13.0%

不安もちつつ
見過ごし／油断型
28.0%

ハラハラ
一瞬のすき型
15.0%

ヘトヘト危機型
4.0%

独居いつのまにか型 4.5%

防げる危険・命を救え！

わかっているだけで
32%が、
以前にも徘徊行方不明の
体験あり

タイプ不明
35.5%

©2008認知症介護研究・研修東京センター

徘徊行方不明のきっかけ

*「本人なりの意味」があって、出かけ、歩いていた

1)何か、大事な用を足すために

例)妻の墓参りに・・・

子供たちのご飯を作りに・・・

2)誰か、(大事な人)に会いに

3)安心できる身のおきどころを求めて

直前に、不安なことやちょっとしたトラブルがあった・・

4)閉じこもった暮らし、やることがない

→仕事や気晴らしをもとめて ほか

*途中で、何のために歩いていたか、

自分でわからなくなる、道がわからなくなる

→不安、焦る、パニック →とんとん歩く→憔悴・・・

©2008認知症介護研究・研修東京センター

潜在的な危険を抱えながら

暮らしている人が多い

→本人によく聴いてみよう

家族や周囲の人々、ケアマネジャーらが

気になっているが

そのままになってしまっている人が多い

→地域包括支援センター等が調査をし、

ハイリスクの人を見出し、

即、一人ひとりの

個別の支援ネットワークとケアプランを

つくっていかう。

©2008認知症介護研究・研修東京センター

**監視や行動制限ではなく
本人と家族が
安心して日々を送れるために**

©2008認知症介護研究・研修東京センター

**4. 地域づくりにむけて、
自分なりの立場でできることを考えよう！**

©2008認知症介護研究・研修東京センター

ワーク

ワークシート2を使って

*ワークシート1も参考にしながら

1. 個人ワーク

すぐやってみたいこと

来年度以降、やってみたいこと

2. グループワーク

他の人のアイデアや計画を参考にしよう

©2008認知症介護研究・研修東京センター

できることから始めよう

ちょっと一緒に「楽しい場面」を

例)にっこり挨拶、お茶のみ、おしゃべり、おいしいものを一緒に
そばにいる、散歩、でかける、楽しみごと、ちょっとした手助け

→ 孤立を防ぎ、緊急時・災害時の備え、威力にも

*町全体のこれからの安心・活力に

「認知症」を恐れず、あきらめず
自分自身、そして互いの可能性を大事に

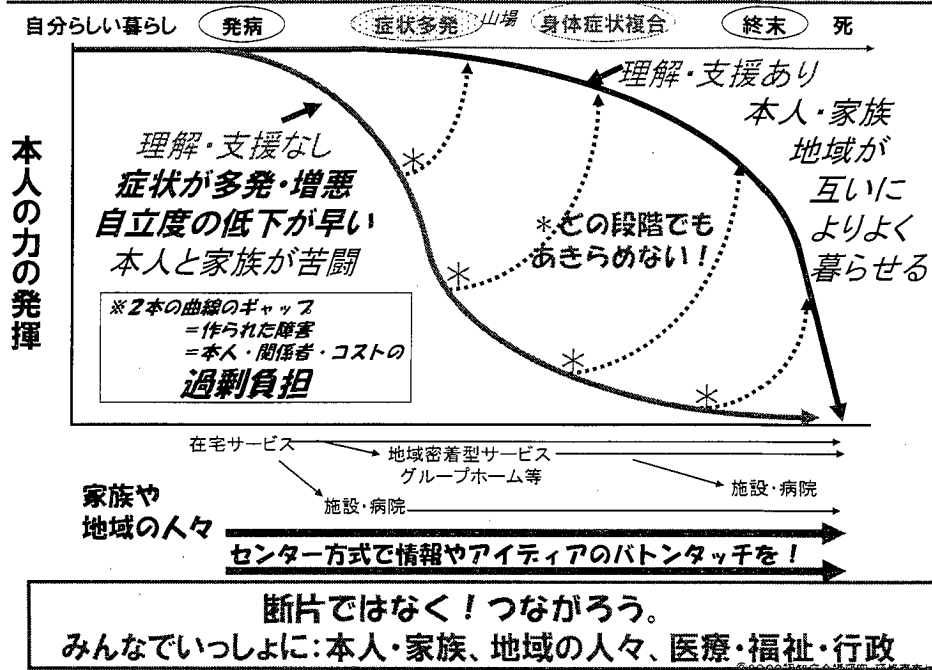
*互いの「いいところ探し」を

少しずつ、みんなの種まきで

暖かいつながりのある町になりますように

©2008認知症介護研究・研修東京センター

認知症：経過は、長丁場。最初から最期まで町の威力が大！



本人の声を原点に

(社) 呆け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。

問診がとてもしやでした。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。心はやる気でいっぱいです。重い荷物も運べます。頼まれたら動きます。だから、することを言ってもらえばゆっくりですがたいていのことはできます。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」広島県支部の仲間に支えられて生活を送っている。)

©2008認知症介護研究・研修東京センター

「そばで、微笑んで・・・」

(認知症の人の言葉)

先のことを憂えずに
今、この時を

ゆったり、いっしょに、楽しく

©2008認知症介護研究・研修東京センター

参考図書等

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。

- ①「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、2006
- ②「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)」 認知症介護研究・研修東京センター、2006
※入手の申込はFAXで東京センターまで
- ③「認知症の人のための地域包括ケア、多職種によるステージ
アプローチ」 日本看護協会出版、2005
- ④「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～」
中央法規、2005

ホームページ

- ⑤いつどこネット <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。

©2008認知症介護研究・研修東京センター

地域づくり講座

ワークシート1 私の支援マップづくり：資源を活きた支援に

② もし、自分が認知症になったら…（地域編）

① どんな気持ちになるだろう

② 認知症になっても、つながり続けたい人や場は？

③ ②とつながりつづけるために、予想される困難は？

※実際の場面を思い浮かべて、困ってしまいそうな点を具体的に書き出してみよう。

メモ

認知症が原因で・精神疾患・身体障害者センター

ワークシート2

ワークシート2：地域づくりにむけて自分なりの立場でできることを考えよう！

市市区町村名

地区名

立 場

氏 名

地域づくり講座

	やってみたいことを具体的に：何をどのように	誰と	いつ頃まで	グループワークでのヒント
あゆみとしたいこと				
今年度中より				
来年度以降に				

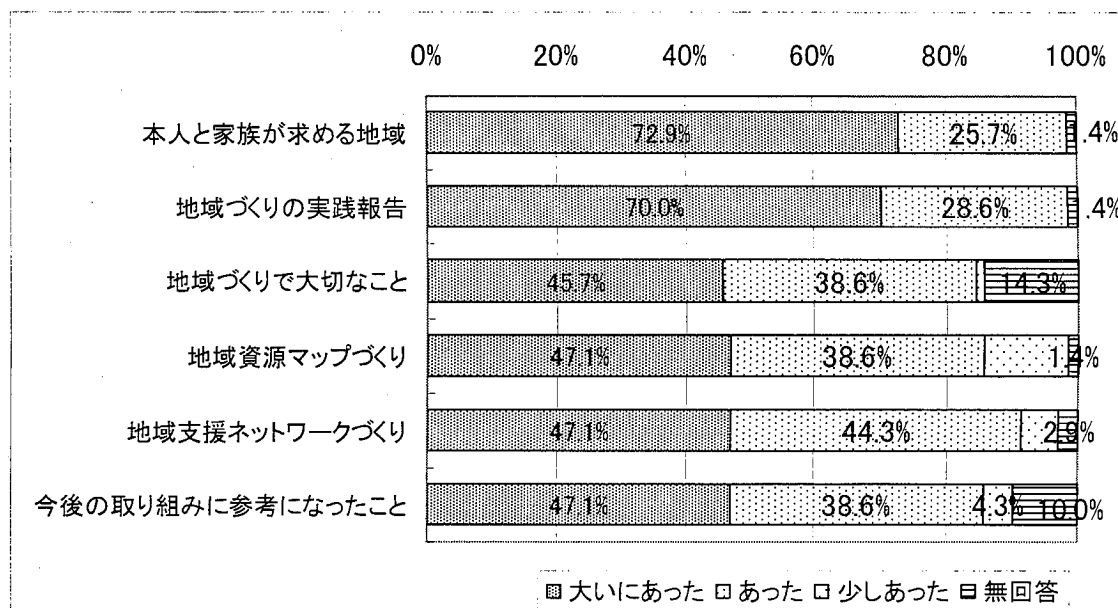
12-100の会【45歳・55歳層】センター ケアマネジメント推進プロジェクト

④研修の評価：研修終了時アンケート結果

N=70

	本人と家族 が求める地 域	地域づくりの 実践報告	地域づくりで 大切なこと	地域資源マ ップづくり	地域支援ネ ットワークづ くり	今後の取り 組みに参考 になったこと
大いにあった	72.9%	70.0%	45.7%	47.1%	47.1%	47.1%
あった	25.7%	28.6%	38.6%	38.6%	44.3%	38.6%
少しあった	0.0%	0.0%	1.4%	12.9%	5.7%	4.3%
無かった	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	1.4%	1.4%	14.3%	1.4%	2.9%	10.0%
計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=70



自地域で認知症の人と共に暮らす町づくりに向けて、参考にしたいこと・活かしたいこと

No	参考にしたいこと・活かしたいこと
1	・いろいろな壁があっても諦めずに前向きに取り組んでいる藤井寺の前原氏の話がぐっときた。自分はまだまだ壁にもぶつかっていないと思った。すぐには同じようにはできなくても、自分のできる所から始めていこうと思う。 ・京都の人から民生委員からサポーター養成講座開催要望があると聞き、羨ましく思った。うちの包括もそういう声がかかえるように関係を作っていきたい。
2	・オープンにできる。又、他の人をお願いするという姿勢が参考になった。 ・生まれ育った地域での活動はそのことが飯島さんの財産であり羨ましい。
3	・加藤さんの話－奥さんと楽しく生活しているだろうと思うその姿をこの目で見る事ができたこと。 ・飯島さんの元気な活動ぶりは私のエネルギーの元になりそう。 ・地域づくりマップの入口に立てた気がする。
4	・加藤夫妻から、直接本人の声を聞けたことは改めて良い生活(在宅)が継続出来ていることに心をうたれた。 ・飯島さんの姿を見て改めて関わる人々(地域その他)の良心的な活動、すなわち人材育成(地域づくりとしての)が重要だと感じた。
5	・外に出ていく事の必要性を実感した。 ・行政へのアプローチのヒントがあった。
6	・認知症の当事者とその家族の必要とするものが具体的に分かった。 ・地域での取り組みの心の持ちよう具体的に知っていることを知ることができた。 ・ネットワークづくりの地域の人達への関わっていき方が少しイメージできた。
7	・認知症理解がないではなく、「知らない」←働きかけ必要 ・“呼び込む”「出ていく」 ・苦情が出た地域に出かけ、サポーター養成
8	・芦田さんの話の中で自分についての情報発信をしたくても、どこに言えばどう受けてくれるのかシステムが分からないと言っていたことから、情報の取り扱い方、また活かし方を早急に考える必要性を感じた。 ・もともと地域の力を活用することの重要性を改めて感じた。
9	・困った時に相談できる場所と人が必要であることが理解できた。又、情報を出して協力を得たいという気持ちであることも知った。地域にある集合住宅や団地の人達との関わり方のヒントを得た。 ・地域の人の問題を共有し、地域の人の意見を引き出すことが大切である。教室やサポーター講座を積み重ねて行くことが大切であると感じた。
10	・自分の勉強不足のことが多く、本当にたくさんの気づきと学びがあった。 ・センター方式の活用はぜひさせてもらいたいと思う。 ・講師の人の人選が素晴らしかったと思う。様々な視点で学びがあった。
11	・男性介護者がどんなに大変かがよく理解できた。自治体がつかんでいる個人情報の提供について、必要な方の支援に必要な場合は公開する勇気も必要(公開の仕方には十分な配慮をしつつ)。 ・地域住民の偏見的な意識の払拭への啓発の重要性。
12	・地域に還元するという気持ちが大切であること。 ・キャッチコピーが楽しい、人をひきこむ力、工夫、アイディアなど参考になった。
13	・当事者の人の声は一番心に響くのではないかな。当事者の人の声をもっと地域の人に届けたい。 ・一人でもサポーター養成講座ができるという事に気付いた。
14	・当事者同士のサロンがあつたり、支援員が出かけて行っておしゃべり相手が必要なこと。 ・チラシ、パンフレットのアイディアがすばらしい。 ・ミニアンケートで情報を得る。
15	・認知症に関する社員研修の実施 ・ネットワーク作り実践の手順 ・認知症研修会への参加を早急に検討、実践する。
16	・認知症の支援に団塊の世代への働きかけを行い、相互作用でそれぞれがやりがいや安心をもつことができているのが素晴らしいと思った。 ・本人のなじみの場や人と切れないようにつながっていけるような支援が大切。
17	・夫婦で認知症介護をしている当事者の視点で周りや地域の人に望んでいることやこうしてもらいたいという提言をもらい、改めて当事者から語られることからたくさんの重要な気づきを得ることができた。 ・包括が中心となりながら地域に働きかけて住民と一緒にあって取り組んでいる具体的な例で学ぶことができた。
18	・ありのままの生の声を飾らずに話してもらえたと感じ、思いがそのままストレートに伝わってきた。
19	・意識的な人が集まって、できることから始めること。 ・声を出していくこと。こうしてほしいという声は住民・関係者から発信することの必要性を感じた。

No	参考にしたいこと・活かしたいこと
20	いろんな方法、ちょっとした考え方で動きは変わるヒントをいろいろもらった。
21	介護保険サービスをしている中、どうしてもフォーマルサポートだけでは荷いきれない部分がある。24 時間のうちのたった 2 時間程度のサービスではやはり地域の人達との接点がより多い。近所や地域での応援が必要。地域の人が気持ちよく認知症の人との交流を深めていく場をまず仕事場周辺のサービス事業所仲間と協力し、少しずつ取り組みをしていくつもり。まず仲間に「どない?してみない?」と言ってみて、協力者を集める。その次に地域の町会・老人会で「いかがでしょうか?」とヘコむことなくアタックする。来年にプチ発表ができるように…。
22	加藤さんの話を聞いて、改めて「なじみ」の環境の大切さに気付かされた。「なじみ」は今までの事だけにとられず、その人に適した「なじめそうな」環境を見極めて積極的に作り出していく事も大切だと思った。
23	苦情が出た地域で理解のある人を増やす。トラブルこそサポーターを増やすということが印象に残った。又、身近なこと、できることから少しずつ始めるということで、いきなりネットワークができるわけではないということで少し肩の荷がおりた気がする。
24	具体的にイメージする事が出来た。
25	様々な地域での取り組みや工夫を具体的に聞く事が出来て良かった。 加藤さん夫妻の生の声が聞けてより明確に伝わった。
26	支援マップは個々に沢山のものを持っている。色んな人と集まって声を聞く事は大きな事だと思った。一人ではなく、やはり沢山の人が集まって声を聞く!!それも地域の人・地域の中での大事だと思った。
27	地道な努力、できることから始めたことでの積み重ね、人と人とのつながりがあるからこそ今があるのだと思った。
28	ステッカー等作れる程認知症に対する理解を深めていて地域力に驚いた。
29	地域資源マップは、個人史個人の生活の中での資源の視点と公的な地図を見る様な社会資源の視点がある。それらの視点をどう結びつけるかが現実の大きな課題と思う。地図(マップ)作りの工夫例など話してもらえると良いかなと思った。
30	地域力を上手に活用出来るとすごいなと思った(加藤さんの話より)。
31	どの項目でも参考になったこと、活かしたいと思ったことはあった。 加藤さんの話ではやはり支え手が大きな役割を果たしていると思った。又、自らが働きかけることが必要と言っていたが自らが話せる土壌がないことには難しいだろうと感じた。 地域でその人らしく暮らすヒントがたくさんあったが、できそうなことからまずは取り組んでみたいと思った。
32	何を始めるにしても待っていては動かない。 地域の様々な資源を見つけ、活用する為には自ら足を運びお願いして連携をしていく事が必要と感じた。 色々なアイデアが浮かび、今後実現に向けてアイデアを固めていきたいと思う。
33	認知症ケアの原点である本人と家族の声を大切に少しずつやっていきたいと思う。 予防給付の利用者を通しての展開も一つの方法だと改めて感じた。ケアマネとしてインフォーマルサービスへのつながりを大切に資源が切れてしまわないように支援していきたいと思う。
34	認知症のある妻との生活に前向きに在宅で過ごすための工夫や苦労など直接聞き、違う目線で見ることがいかに大切かを知ることが出来た。資源を知るうえでも高齢者の生活の中での必要なものを探すことの楽しさを知った。
35	認知症の人が自分らしく閉じこもらない事がとても素敵な事だと感じた。
36	ボランティアの働きかけ、徘徊 SOS システムの実践状況。
37	まずは 1 人からのネットワーク、出来ることから始める。継続できるよう、又、ビジョンを考えていきたいと思った。
38	モデル事業を展開していく中で、香取市でも少しずつネットワーク等が出来つつあるのだが、加藤さんの話を聞くことが出来、また改めて本人・家族が求めていることを意識する事が出来た。
39	芦田さんの「いちばん困ったこと」など、今後のサポーターの活動を考えるのに参考になった。
40	芦田さんの女性の洋服、下着選びは、ある程度高齢の男性にあてはまることだと思った。
41	芦田さんの話、振り返りながら色々と考えさせられた。 前原さんの話、ぬくもりのある素敵な地域だなと良い気持ちになった。 片山さん、あつかった! 気持ちを呼び覚まされた。 永田先生の静かで粘り強い語り口、明日からまた頑張る起動力にさせてもらう。
42	家族の立場から求められているニーズを具体的に伝えてもらい、何をこれからしていくべきかヒントをもらった。また、まだまだ実際の生活支援に基づいた地域づくりが不足していると感じた。
43	介護者の声は切実なこととしてあると思うから参考になった。
44	関係機関の中でもコアメンバーで話し合い、それぞれが行っている活動の中から地域の人との接点を見つけ声も聞きながら楽しい活動を展開していきたい。
45	具体的に今後取り組むべきことが明確になった。 センター方式についても学んだことがなかったから、今後より深めたいと思った。

No	参考にしたいこと・活かしたいこと
46	計画の実践に向け、迷いが断ち切れた。まずは実行してみようという気持ちになれた。
47	元気が出た。
48	最初の一步のふみ出し方が分からなかったが、解決方法がみえてきた。
49	実際の介護者の話は具体的で是非“困ったこと”の多少ならではの解決にむけてできることを考えていきたいと思う。 藤井寺の話もいろいろ示唆をもらい、地域の事情で細かいところは違いがあるが、“必要なもの”は共通していると感じた。ゴールをもう一度明確にしてこの地域に合った方法論・ネットで展開していきたいと思う。
50	若年認知症で特に男性側が女性を介護する難しさ。 地域の顔となる住民との関わり方が参考になった。また、共通意識を持ち活動が開始する前向きな気持ち。
51	男性介護者の悩みを聞き、なるほどと思った。 徘徊 SOS 模擬体験を実施したい。
52	地域に向けての発信をどのように行うか。
53	地域に根付く町づくりを目指して頑張っていきたいと勇気もらった気がする。 ひとつひとつ地道な活動をできるところから行っていきたい。 継続は力なりで時間をかけても住みたい、生活しやすい町づくりを目指していく。
54	地域作りへのとりかかりや、手段、広げ方が参考になった。
55	当事や家族の声は生の声で心に響く。まだまだ浅口市では人前で話をしてくれる人はいないが、やはり市民の理解だと思う。そういう意味でキャッチフレーズを作って身近なこととして難しくなく導入している藤井寺の前田さんの話は面白みがあった。我が町(市)に取り入れ可能な参考にしたいと思った。
56	当事者参加の仕組みづくりを再認識した。 藤井寺市のモデル事業の実践は具体的な手掛かりとして大いに参考になった。
57	藤井寺市の取り組みは取り入れたいと思った。
58	藤井寺包括の取り組みがとても参考になった。写真もとてもイメージがわいて良かった。
59	認知症になっていなかったら気付かなかった何気ない日常生活のなかでの感動みたいなものを介護者の人が語ってくれたことが印象的だった。認知症になっても暮らせる町づくりとして助けてほしい、手伝ってほしいと少し手を借りたり貸したりできる近所つき合い。普段のつながりが改めて必要だと藤井寺市や片山氏の取り組みを聞いて感じた。 地域にある例えばこども 110 番やみまもり隊を認知症高齢者 SOS につなげたりとか、参考にしたいと思った。
60	認知症の人を支えるための地域づくりの切り口は広い視野をもって行っていくことが必要であることを聞かせてもらった。 地域の人の思い、ニーズを把握し、無理なく自然に関わることも大切。 藤井寺市の報告はとても参考になった。
61	認知症の人を支援していくにあたり、今後の参考にしていきたいと思う。
62	本人と家族の生の声を届けることの重み。本県での研修でも取り入れたいと思う。
63	本人にオレンジリングのような目印をつけてもらうような取組をモデル地域で考えてみたい。
64	本人や家族の気持ちを聞くことが出来てよかった。又、その後に自分が実際認知症になったらどうなのかを考えてワークシートを作成することで考えやすかった。

印象に残ったこと、感想、意見

No	印象に残ったこと、感想、意見
1	“できるところ”からすすめていけること、すすめていくと何か波及効果がおこる可能性があることを伝えてもらったと思う。 乏しい力だが、“私のできるところ”からすすめていきたいと思う。
2	・家族からの発言は本当に迫力あると思った。側面からの支援で気がつかない事が多くある。 今後も家族、家族会からの発言を発信していったほしいと思った。 ・パワフルな取り組み。人が人を連れてくる→広がりが出てくる。そして逆にパワーをもらう。そんな地域の取り組みをやってみたいと思っているが、ちょっと息切れ状態だ。
3	飯島さんの話にパワーをもらった。人柄なんだろう。
4	加藤さんの「お願いをする」 個人レベルでできることから、行政レベルですべきことを考えさせられた。
5	頑張っている人がたくさんいることが分かり励みになった。
6	行政・民間・地域にいる熱意のある人をどう活かしていけるか。 香取市での今後の協働の形を考えるいい機会になった。
7	行政のビジョンがないから委託の包括としては辛いけど…色々な協力者を探していきたいと思う。
8	具体的な地域の取り組みを聞かせてもらい、その地域の特性や資源をとて有効的に利用していると感じた。 私たちの地域でも何から始めるか、自分の周りの人と連携しながら考えてみたいと思う。
9	グループワークは情報交換ができてよかったのだが、できれば芦田さんの話をもう少し聞きたかったし、他の事例も聞きたかった。
10	今後施設の周りの小学校区へのアウトリーチ活動、特に人的交流の絆を太くしていく活動を無理なくコツコツと行っていくようにしたい。
11	自分らしい生活について考えさせられた。
12	事例を聞いて感じた事は、行政の人も民間で活動している人も共に頭がとても柔らかかったこと。柔軟な発想が地域を動かすと学んだ。
13	せっかくの内容が聞けず申し訳なかった。当事者の人の話など聞きたかったから残念。
14	組織の立場とか面子とかではなく、何とかしたいと思う気持ちが人を動かし、人と人をつなげ、それがひいては仕組みになっていくのかなと思った(まずは最も身近な壁が崩せるかだが…)。
15	それぞれの講義で今後の役に立つような参考の話が聞けて良かった。 地域づくりはとても大変で課題は大きいけど、今日の研修を少しでも地域の地域づくりに役立てられるよう自分にできる事も考えてまた明日からの仕事に活かしたい
16	男性の地域デビューは大変?加藤さんも奥さんの発病まで仕事で家の周辺との関わりはそう多くはなかったのでは。自分も家のことは分からないこと多く、地域に入っていくのは“ゼロ”からとなりそう。
17	地域作りは難しいと考えていたが、小さなことから始めて良いのだと思えた。自分で出来る小さな事から始めたいと思う。
18	地域へ戻ると思いがめげてしまいそうだからモチベーションを維持・向上していく為にまた参加していきたいと思う。
19	つながりという言葉に全てが込められていると思った。
20	出来ない出来ないと言わず、何かを見つけて広げていきたいと思う。
21	とても優しい雰囲気の講座だった。真似をしたいと思った。
22	人と人とのつながり、あきらめないで続けることがネットワークにつながるのだと改めて感じた。 行政の立場から池田先生の話聞きヒントをもらい、現場の立場から飯島先生の話聞き励まされちょっと元気になった。
23	ひとりひとりの人間の生き方を大事にしていこうとすることに地道に取り組んでいる人々に感動した。
24	本人・家族の声・加藤さんに会えてとても感動。2人とも笑顔で楽しそうな姿に長年の積み重ねられた信頼関係と絆を感じた。
25	本人の言葉と姿が目には焼きついている。誰でも認知症の人でもそうでなくても当たり前で暮らせる街に！！

No	印象に残ったこと、感想、意見
26	まずは身近な地域から出来ることから始めることが大切だと改めて感じた。
27	もっともっと地域の中にサポーターを増やしていけたらいいと思う。
28	やれそうな事、小さな事から始めていきたいと思った。
29	家族の人でも発信したくても、その場がない事はまさに自治体としても取り組む課題だと思った。声を聞くところからはじめたい。
30	家族の話を聞くことができたから良かった。センター方式について少し詳しく説明して欲しかった。
31	改めて地域づくりには本人や家族の声を十分にきくことが大切であるということを再認識した。介護者の人の思いが聞けて良かった。
32	進行・研修の永田先生の表情・声、スタッフの人の優しさが大変にじみ出て楽しい研修だった。この資料を職場の人に見せて、考えていきたいと思う。
33	全国的に地域包括支援センターの動きが始まっていること。
34	待てない、間に合わない！！ 全く気持ちばかりは同感。どげんかせんと！！
35	地域づくりのためには様々な壁があるが、地域の人への話を重ねたり、キーマンとなる人を見つけてその人と協力し合いながらやっていくことが大切だと思った。 認知症のことは他人事ではなく、自分にも起こりうる身近な事であると思う。認知症になっても住み慣れた地域、そして自分の家で今まで通りの生活を送れるような地域づくりをしていきたい。
36	地域支援の重要性を痛感した。
37	当事者同士で支え合った地域が個人情報の問題をクリアして作っていききたい。
38	藤井寺市の取り組みが参考になった。
39	認知症が進むとどうしても重度の人のサービスにつなげようとしていたが、今日の地域資源マップの話にあったように「これまであったつながりが切れない」ような支援を進めていきたいと思う。今日はそれが分かって大収穫だった。
40	認知症ケアの研修会であっても、認知症だけでなくすべての人が住み慣れた場所で自分の思う人生が過ごせるためにはどうしたら良いのか?を考えることがあらためて大切であることを実感した。難しいことではなく、出来ることから少しずつやっていくことで続けていくことが重要であることも実感した。
41	認知症であっても安心して地域に出かけられるよう、少しずつ理解を求める活動にも着手していきたいと思う。
42	認知症の地域づくりは自分自身の問題としてとらえることが必要で市民の人の声を引き出して市民の人と考えていくことが大切なことが分かった。
43	認知症をもっと地域の人が正しく理解し知識をもつことにより、認知症になっても自分らしく今までの生活を地域で継続していくことができるのではないかと強く思った。
44	片山さんの勇気を持ってもっと進むことがよかった。 周りの巻き込み方を知ることが出来てよかった。
45	話が長く伝えたいポイントがわかりにくい。

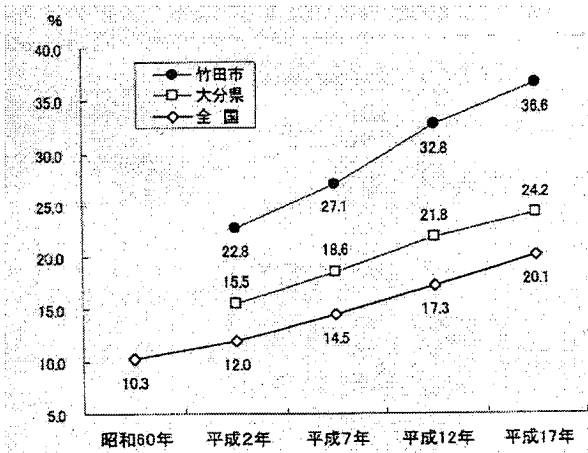
3) 事例3:地域包括支援センターが中心となり、事業者連絡会とともに共通ツール(センター方式)を活用しながらシリーズ化して取り組んだ例(主催:竹田市事業者連絡会)

1. センター方式に最初に着目した点、興味を持った点

センター方式に出合ったH17年、竹田市中央在宅介護支援センターに所属していたが、竹田市は高齢化率 36.6%であり、認知症は早急に取り組む重要課題であった。住民から認知症の相談が多く寄せられるようになってきており、その件数は年々増加していた。また竹田市介護支援専門員協議会の事務局を担っていた関係もあり、介護支援専門員から認知症の利用者の相談も増加していた。

こうした状況の中、H17年8月6日、大阪で開催されたケアマネジメント質の向上全国大会に参加した。その時の研修会でのセンター方式を活かした実践報告は実に興味深かった。センター方式は、全てのシートが「私の」で始まり、認知症の方その本人が主役であること、わからないことやできない事に着目するのではなく、本人がわかることやできることを引き出すことや本人が楽しいこと、嬉しいこと、および快と思うことを大切に支援していくことに感動した。センター方式を用いることで、認知症の方が、その人らしく自立した生活に向けて支援されていく姿をみて、センター方式の効果を認識すると同時に、より専門的にセンター方式を学び、竹田市で普及していく必要があると強く感じ、地域活用推進員研修(H17年9月23日、9月27日)への参加を希望した。

竹田市における高齢化率の推移



介護予防検診による把握状況

	18年度	19年度	20年度 (12月末)
受診者数	3,768	3,675	3,527
高齢者人口 (4月現在)	10,248	10,273	10,222
受診率	36.8%	35.8%	34.5%
介護予防が必要と判定された人	人数	749 (20.4%)	550 (15.7%)
	前年度比	6.3	0.72
運動機能の低下がある人 (率)	44 (1.2%)	515 (14.0%)	
栄養状態の低下がある人 (率)	33 (0.9%)	24 (0.7%)	
口腔機能の低下がある人 (率)	32 (0.8%)	328 (8.9%)	
生活機能の低下がある人 (率)	21 (0.6%)	92 (2.5%)	
閉じこもり傾向にある人 (率)	288 (7.6%)	340 (9.3%)	
認知症予防が必要な人 (率)	455 (12.1%)	902 (24.5%)	
うつ傾向にある人 (率)	447 (11.9%)	555 (15.1%)	

認知症キャラバン・メイト登録状況

養成研修受講年度				登録者数 (計)
17年度	18年度	19年度	20年度	
1人	1人	5人	1人	8人

2. センター方式に取り組むことで、自分がめざしたいと考えたこと_____

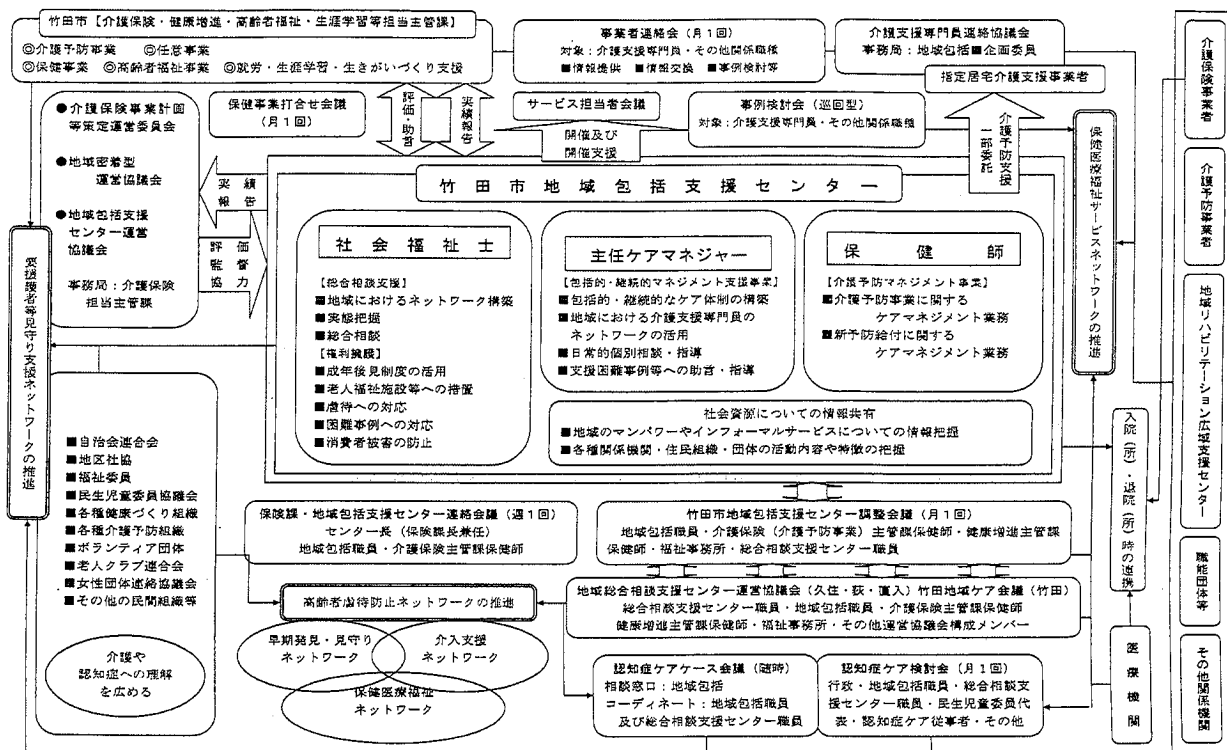
- ・ 認知症を正しく理解してもらい、認知症になっても安心して暮らせる地域づくり
- ・ 本人の望む暮らし、本人の希望に添ったケアが出来る
- ・ 認知症の方を介護する家族、職員等の介護負担を軽減できる
- ・ 担当する介護支援専門員が支援しやすくなる
- ・ チームアプローチ、情報共有のツールとして活用できる
- ・ 困難事例等について、支援者側の視点でなく、本人側になって（本人の視点）考えることができる
- ・ 在宅と施設の連携がスムーズにできる（バトンタッチ）
- ・ シートを気軽に使ってもらえる（1枚から）

3. 自分の考えたことをどのようにグループ、組織や団体の動きにつなげたか_____

- ・ 地域活用推進員研修の感動を竹田保健所の保健師に話したところ共感してくださり、H17年12月2日に開催予定であった介護支援専門員現任研修に企画してくださった。
- ・ 介護保険系の保健師も共感してくださり、事業者連絡会に取り入れてくださった
- ・ H18年1月、介護予防市民啓発講座では、一般市民を対象に分科会でセンター方式を学んだ。
- ・ 地域包括支援センターに所属となり、センター方式に理解ある上司達に恵まれる。現在は、事業者連絡会、事例検討会、認知症ケア検討会等でセンター方式を取り入れていただいている
- ・ 事業者連絡会では、大分県内の地域活用推進員達に講師として協力していただけた
- ・ 通所介護や訪問介護の事業所に出向き、勉強会を開催させていただけた
- ・ 各事業所でカンファレンスの際に使用していただけた

4. 取り組み経過

事業者連絡会における取り組み



H17年12月2日

介護支援専門員現任研修会

H18年1月14日

竹田市民介護予防啓発講座 第1分科会にてセンター方式

H18年1月17日

平成18年度センター方式活動報告

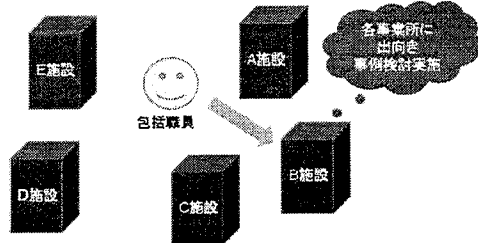
事例検討会 居宅、病院相談員、訪問介護等 30名参加

C-1-2 使用しグループワーク

H19 年度センター方式活動報告

月日	事業名	参加者	参加人数	内容	直後の感想	その後の取り組み
H19.10.18	事業者連絡会	居宅 病院相談 訪問介護	28 名	センター方式の説明 個人ワーク:C-1-2 グループワーク (シートを使った感想)		
H19.11.15	事業者連絡会	居宅 病院相談 訪問介護	23 名	実践報告		
H19.12.6	通所介護勉強会	竹田市社協 介護(竹田、 直入、萩)	10 名	センター方式の説明 個人ワーク:C-1-2 シートを使った感想発表	・絵で表現すると利用者の姿が分かりやすい ・利用者に認知症の方がいるのでシートを使ってみたい ・職員同士で情報を共有できる	・日々の業務に追われシートは使っていない。シートを用意しておいて認知症の人に取り組みたい気持ちはあるが現実には難しい。
H19.12.18	事業者連絡会	居宅 病院相談 訪問介護	31 名	事例検討会(悠々居野 仲ケアマネ事例紹介) シートの紹介		
H19.12.20	悠々居勉強会	居宅 通所介護 訪問介護	30 名	センター方式の説明 個人ワーク:C-1-2 グループワーク:A-4 グループワーク:D-3 グループワーク:D-4	・職員同士で情報を共有できる ・24 時間のシートを活用して本人の排泄状況を確認したい(ショート利用時に職員に協力してもらおう) ・今後も勉強を続けていきたい	・シートを利用してみたらと勧められたが、気持ちはあっても業務が忙しくてシートを活用できない。
H20.1.18	夢苞カンファレンス	事業所管理 者 訪問看護 包括職員	4 名	C-1-2 A-4	・ヘルパー会議で勉強したい ・絵で表現され利用者の姿が分かりやすい ・職員同士で情報を共有しやすい	・会議の時に情報収集の方法として報告した。しかし見るのは良いが、自分で作成するのは大変なため活用出来ていない。
H20.1.23	事業者連絡会	竹田医師会 Dr 居宅 病院相談	38 名	主治医との連携の実 践報告 意見交換 講師:いまじん工藤ケ アマネ(地域推進員)		
H20.1.24	竹田市社協通所 カンファレンス		3 名	A-4 C-1-2	・本人の気持ちが具体的に分かりやすい。 ・本人に関わっている人や情報が分かりやすい ・今後もカンファレンスでシートを使用すると良い。	・業務が忙しくてシートを活用できない。 ・自分でシートを埋めるのは大変。
H20.1.26	竹田市社協通所 勉強会	本人 家族 居宅 通所介護	8 名	センター方式の説明 個人ワーク:C-1-2 グループワーク:D-4	・本人の気持ちが具体的に分かりやすい。 ・デいにシートを書いて記入するようにしたい。 ・認知症の方への関わり方がわかって良かった。	・本人が多動だったのが状態が安定し落ち着いたのでシートは使っていない。 ・勉強することで認知症の方への理解が深まり、関わり方が良くなったのではない。 ・薬を変更してもらえたのが良かったのではない。 ・今後も家族の方に説明を聞いてもらおうと良いのではない。
H20.2.4	しあわせ介護カ ンファレンス	事業者責任 者 担当ヘルパー	4 名	センター方式の説明 C-1-2	・絵で表現すると利用者の姿が分かりやすい。 ・職員同士で情報を共有できる。	・出来たシートを見るのは良い…業務が忙しくて活用できない。
H20.3.13	竹田市社協ヘル パー勉強会	居宅ケアマネ ヘルパー(竹 田、直入、 萩)	30 名	センター方式の説明 個人ワーク:C-1-2	・絵で表現すると利用者の姿が分かりやすい。 ・認知症の利用者に使ってみたい(担当ケアマネに相談したい)。 ・職員同士で情報を共有できる。	・日々の業務が忙しく活用出来ていない。

事例検討会について



- ・平成20年度より毎月事業所に出向いて事例検討会を開催
- ・その中で認知症の事例が多く、センター方式を提案している

事例検討会 ④

平成20年 11月28日
＜長湯温泉居宅＞

参加者 介護支援専門員、ヘルパー、通所リハスタッフ、
ショートステイスタッフ
人数 10名
内容 飲酒により1人暮らしが困ってしまったケースへの支援
使用したシート ・A-4(私の支援マップシート)
・D-4(24時間生活変化シート)

事例検討会 ①

平成20年 4月24日
＜岡の苑＞

参加者 Dr、Ns、介護支援専門員、通リハスタッフ、
ヘルパー
人数 30名
内容 独居の認知症の方で、火の取り扱いが不安な認知症高齢者の支援について
使用したシート ・A-4(私の支援マップシート)
・D-4(24時間生活変化シート)

事例検討会 ⑤

平成21年 1月22日
＜悠々居＞

参加者 介護支援専門員、ヘルパー、訪問Ns、
デイスタッフ
人数 16名
内容 妻が認知症で、主介護者は夫である高齢夫婦への今後の支援について
使用したシート ・A-4(私の支援マップシート)
・D-4(24時間生活変化シート)

事例検討会 ②

平成20年 7月25日
＜竹田市社協＞

参加者 介護支援専門員
人数 10名
内容 サービス提供の受け入れがスムーズに行かない認知症高齢者の支援について
使用したシート ・A-4(私の支援マップシート)
・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)

事例検討会 ⑥

平成21年 2月23日
＜久住荘＞

参加者 介護支援専門員
人数 16名
内容 一人暮らし認知症高齢者の生活をネットワークを使い、いかに支えるか
使用したシート ・A-4(私の支援マップシート)
・D-1(私のわかること、私のわからないことシート)
・D-2(私のできること、私のできないことシート)

事例検討会 ③

平成20年 9月25日
＜みはら整形＞

参加者 介護支援専門員
人数 8名
内容 介護認定を受けるもサービス利用者希望のない利用者への支援について
使用したシート ・A-4(私の支援マップシート)
・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)

5. 取り組み経過の中で工夫したこと、配慮したこと

- ・ 16枚とシートの枚数が多いため負担感を与えないよう配慮した
シートに記入することが目的ではない。認知症のある方に寄り添うことが大切であることを伝える
- ・ 初めての方でも取り組みやすいように、絵で表現する C-1-2 のシートから用いた
- ・ 事業者連絡会でシリーズ化して取り組んだ

- | |
|-------------------------|
| 1 回目…センター方式の講義 |
| 2 回目…チームアプローチについて |
| 3 回目…事例検討（居宅ケアマネより事例提供） |
| 4 回目…主治医との連携について |

介護支援専門員の中から、チームアプローチの中でも医師との連携が難しいとの声が多かった。そこで、主治医との連携が必要と考え、医師との合同勉強会を企画した。全員の医師に参加していただくことは困難であるが、老健施設などの医師達は協力的であった。まず興味を持ってくださる医師達に、事前に参加可能な日にちと時間を確認し、参加していただける日程で勉強会を設定した。また参加してみようと思っただけのような、興味のある内容を取り入れる（D-4 を使用することで主治医とケアマネの連携がスムーズに出来る。診察時だけでは分からない利用者の在宅での生活を知ることが出来る等）ことを心がけた。こうして、上司達の尽力により医師会と調整していただき、医師達との勉強会を開催できることとなった。

また、H20 年 4 月 24 日開催した事例検討会では、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、学習療法士等、多くの職種の方に参加していただいた。

進行にあたり、いきなり医師達に意見や感想を求めるのではなく、聞き役になっていただき、現場で働く介護支援専門員の奮闘を知っていただくことに努めた。その結果、介護支援専門員が頑張っている姿を医師達が理解してくださり、「現場でケアマネさんは、こんなに頑張っていたんですね。私達の診察ではわからない情報が沢山ありました。ケアマネさんは病気だけでなく、家族の事、地域での繋がりなど、私達より患者さんの色々なことを知っている。私達にも情報提供して下さい」との感想をいただいた。こうして介護支援専門員の言葉に耳を傾けていただくようになり、連携がスムーズに行えるようになった。

気軽にセンター方式の勉強会やカンファレンスを開催していただけるように、開催場所、時間、人数を制限することなく、事業所に出向くようにした

6. 取り組みを通じて起きた周囲の変化

＜関係者の意識＞

認知症になっても、すべてがわからないのではない。できることもたくさん残っている。

認知症になっても多くの力が残っている。支援者のケアによって本人が変わる。

ケア者が個々に関わるのではなく、本人・家族・関係者がチームに関わることが大切。

＜動き・つながり＞

勉強会を開催する前は、通所介護は通所介護で、訪問介護は訪問介護で、というように事業所ごとにカンファレンスを行っていたが、勉強会を開催してからは、事業所ごとの関わりでなく、事業所や職種を越えて連携するようになった。

また、A-4 のシートを使用してから地域の方や民生委員たちとの連携（関わり）が必要であることに気付いてくれるようになった。カンファレンスでは地域の方への参加を促すようになった

＜ケアの質＞

ケアする人の視点ではなく、認知症のある方（本人）の視点でみるようになった。

本人の残っている力を引き出し、本人にとっての嬉しいこと、楽しいこと、快を考えるようになった。

7. 取り組みを通じて本人・家族への具体的な個別支援につながったエピソード

■介護者（実の娘）の虐待と相談があったケース

通所リハビリの入浴時、入浴介助しようとした職員は体のあざを発見。通所職員が担当ケアマネに連絡、虐待ではないかと地域包括に相談あり。本人に認知症があるためセンター方式で関わることとなる。介護者の娘さんに電話で訪問の申し入れするも、「私にはケアマネさんがいる。センター方式か何か知らんけど、こんでもいい！！」と激しい剣幕で訪問拒否。担当のケアマネさんに日程調整していただき、本人の通所日に訪問となる（本人の不在の時を希望する）。担当ケアマネと同行訪問する。娘さんが、すごい形相で睨み付ける。面談のなかで娘さんの母親への愛情を感じ「お母さんのことをとても大切に思っているんですね。一生懸命に介護なさってますね」と話すと、大粒の涙を流し「私の気持ちわかってくれるんですね。私を責めに來たのではないんですね」という言葉が聞かれる。娘さんを責めに來たのではないこと、介護で頑張っていることを認める。少しでも介護負担を軽減し、認知症の母親本人が自分らしく暮らせるようにセンター方式 B-1 のシートの使用を提案する。娘さんに、本人や介護に対する思いを記入してもらうことで、「私、母に便を漏らして欲しくない。便を拭いた紙をあっちこっち隠す。壁にもつける。汚いし、私が消毒液で拭いて回るのが大変。母にしっかりして欲しいと思っていました。厳しすぎたんですね」自分の行動が母親に厳しすぎたことに気付いてもらえた。母親を心から愛していること、最後まで介護したい気持ちを再確認してもらえた。娘さんが母親を叩くことがなくなった。

■グループホームに入所したが介護に抵抗するため職員が対応に苦慮しているケース

本人は 45 歳の時に夫を交通事故で亡くし、女手一つで娘さん二人を育てた。子育ても終わりこれから楽になるという矢先、59 歳の若さで突然、脳梗塞で倒れ右半身麻痺となる。当時は視力障害のある夫の

姉と二人暮らしであったが、本人は障害の受容が出来ない状況、イライラして泣き叫ぶようになり、視力障害のある義姉に馬乗りになり杖で叩くようになった。在宅での二人暮らしは困難となり、グループホームに入所となる。しかし、グループホームでも、職員をつねる、たたく、夜間眠らず奇声を発する、自分の気に入らないことがあると泣き叫ぶ等のため職員が疲労困憊し相談を受けた。

以前、在宅で担当ケアマネであったこともありセンター方式、C-1-2、D-2を使用しカンファレンスを開催する。職員より「前は、こんなことも出来ていたんですか」と驚きの声があがる。

本人が、わからなくなったこと、できなくなったことを無理にさせるのではなく、できない事、わからないことを支援してあげること、本人の悲しみ・苦しみを知ること、本人に寄り添うことの大切さに気付いてもらえた。

■夫の介護負担が大きく悩んでいたケース

本人に通所リハビリで利用者をたたいたり、大声を出したり、うろうろしたりといった対応上苦慮する行動が見られていた。この状況に職員が対応に苦慮し、妻に報告したところ、妻は本人に「ディで、おとなしくするように」と厳しく怒るようになった。そうするうちに家でも落ち着かず、妻の介護負担は大きくなっていった。この対応に苦慮した担当の介護支援専門員から相談を受け、事業所にてセンター方式の勉強会を、妻、通所職員、担当ケアマネで開催した。

これにより妻が認知症について正しく理解することができ、言葉かけなど優しくなった。また、妻の変化で本人が落ち着きを取り戻し、通所リハビリで大声を出すことも、うろうろ動きまわることもなくなった。

8. 取組んだことで気づいたこと、わかったこと

- ・家族やケア者が認知症を正しく理解することで、ケアが変わる。ケアが変われば本人も変わる。
- ・しかし、センター方式で成功体験へと結びついたケースは少ない。

勉強会直後は、センター方法はわかりやすい、使ってみたいとの感想あるも、時間の経過とともにシートを使うことへの負担感が大きく使ってもらえない。

現場では「良いのはわかるが、日々の業務に追われ、これ以上は無理」との声が多く定着しない。

- ・単発で勉強会や研修を開催しても定着しない。継続した取り組みが必要だと考える。
- ・小さな成功体験へ結びつけられる支援が必要。
- ・センター方式の普及を個人で行うには限界がある
- ・センター方式に共感し一緒に取り組んでくれる仲間が必要である（仲間づくり）
- ・行政や地域住民と協力し地域づくりを行っていく必要がある

9. 取組んだことで気づいたこと、わかったこと_____

1) 自分がやってみたいこと

センター方式に出合い感銘を受け、自分が暮らしている竹田市に普及しようと大きな志を抱き、取り組んできた。しかし、現実には厳しく、自分の熱い思いとは裏腹に、なかなか現場に定着することは難しく、挫折感を感じ一人落ち込むことが多かった。

そんな中、センター方式のスキルアップ研修や基礎研修のファシリテーターとして参加することで、同じ志を持つ仲間と出会え、モチベーションを高めていくことが出来た。

また職場では、理解のある上司や仲間達に恵まれた環境であったことも、センター方式の活動が継続出来る大きな要因であると感じている。

これからは、家族や現場のケア職員等、ひとりでも多くの方に、一枚からでも使ってもらえるようにしたい。そして、センター方式を使っていただき、小さな成功体験へ結びつけられる支援をしたい。また、行政（介護保険係、健康増進課、福祉事務所、保健所等）と連携をとりながら、地域づくりの構築を行い、認知症があっても安心して暮らせるよう支援していきたい。

2) 組織や団体として進めていきたいこと

認知症ケア検討会、事例検討会、認知症ケース（困難事例も含む）会議での活用

10. センター方式を活用したいと思っている人たちへのメッセージ_____

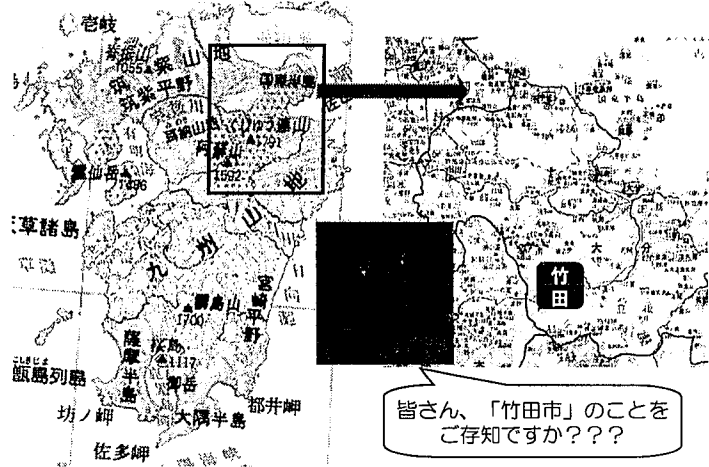
センター方式は認知症の方のために開発されたシートだが、病気の方、障がいのある方など、すべての人に使える。その人がその人らしく主人公として輝いて生きられるよう、支援する方がその人に寄り添える視点や気付きを与えてくれる。認知症があっても、病気になっても、障がいがあっても、生まれてきて良かった…そう思ってもらえる、その人に寄り添っていけるシートだと感じている。

竹田市地域包括支援センターにおける取り組み

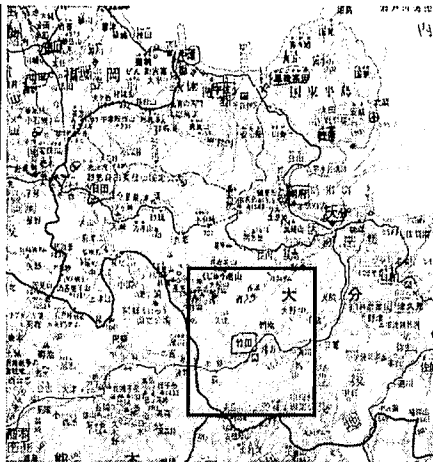
～出会ってから3年間の軌跡～

竹田市地域包括支援センター
保健師 牧口 かほり

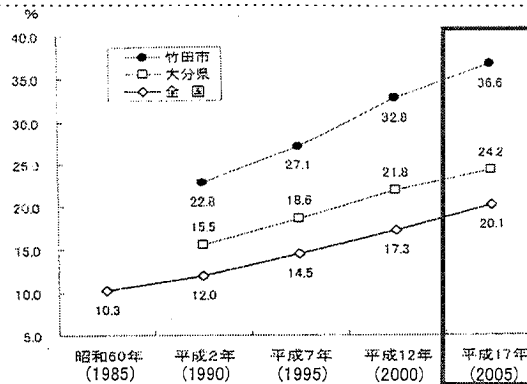
竹田市について



人 口	26,167
高齢者数	10,203
高齢化率	38.9 %



1. センター方式に着目したきっかけ



- 認知症の高齢者も多く、認知症は早急に取り組む課題だった
- ・住民から認知症の相談が多く寄せられた
 - ・介護支援専門からの相談も多く寄せられていた

	18年度	19年度	20年度 (12月末)
受診者数	3,768	3,675	3,527
高齢者人口(4月現在)	10,248	10,273	10,222
受診率	36.8%	35.8%	34.5%
介護予防が必要と判定された人(率)	人数	119(3.2%)	749(20.4%)
	前年度比	6.3	0.72
運動器の機能低下がある人(率)	44(1.2%)	515(14.0%)	
低栄養状態の人(率)	33(0.9%)	24(0.7%)	
口腔機能の低下がある人(率)	32(0.8%)	328(8.9%)	
生活機能の低下がある人(率)	21(0.6%)	92(2.5%)	
閉じこもり傾向にある人(率)	288(7.6%)	340(9.3%)	
認知症予防が必要な人(率)	456(12.1%)	802(24.5%)	
うつ傾向にある人(率)	447(11.9%)	555(15.1%)	

平成17年8月6日 大阪
ケアマネジメント質の向上
全国大会へ参加



センター方式を活かした実践
報告で興味深い内容だった

<センター方式に感動を覚えた点>

- ・すべてのシートが「私の」で始まる
- ・認知症の方(本人)が主役
- ・わからないことやできないことに着目するのではなく、
本人が分かることやできることを引き出す
- ・本人が楽しいこと、嬉しいと思うこと、快と思うことを
大切にして支援していく



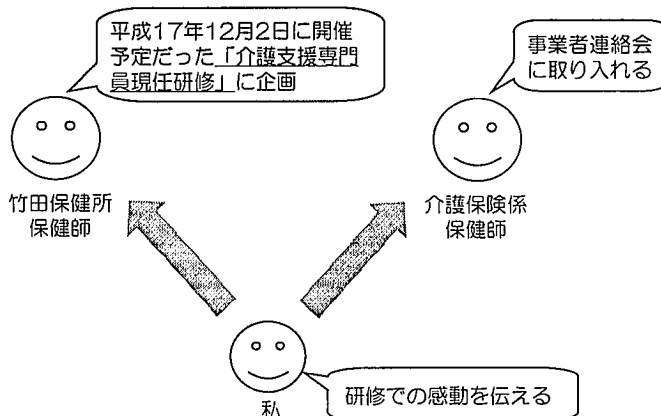
センター方式を用いることで、認知症の方がその人らしく自立した生活に向けて支援されていく姿を見て、センター方式の効果を認識し、より専門的にセンター方式を学び、竹田市で普及していくべきだと強く感じた。

認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式
地域活用推進員研修(平成17年9月23日、27日)への参加を希望

2. センター方式に取り組み目指したこと

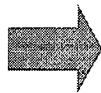
- ・ 認知症を正しく理解してもらい、認知症になっても安心して暮らせる地域づくり
- ・ 認知症の方を介護する家族、職員などの介護負担を軽減できる
- ・ 担当する介護支援専門員が支援しやすくなる
- ・ チームアプローチ、情報共有のツールとして活用できる
- ・ 住宅と施設の連携がスムーズに行える
(バトンタッチが容易に行える)
- ・ 1枚から気軽に使ってもらえる

3. きっかけづくり





個人レベル



- ・カンファレンスで使用
- ・通所介護や訪問介護の事業所に出向き、勉強会を開催
- ・地域包括支援センターに所属となる



地域包括支援センター
(在宅介護支援センター)



- ・平成18年1月の介護予防市民啓発講座において、一般市民を対象に分科会にてセンター方式を学ぶ
- ・事業者連絡会で、大分県内の地域活用推進員に講師として協力を依頼

認知症ケア検討会の構成員（平成21年1月末現在33人）

- ◎行政関係者（12）
- 健康増進主管（1）
 - 介護保険主管（1）
 - 福祉事務所（1）
 - 地域包括支援センター（4）
 - 総合相談支援センター（3）
 - 竹田市在宅介護支援センター（1）
 - 大分県豊肥保健所（1）
- ◎認知症ケア従事者（18）
- 養護老人ホーム職員（3）
 - 老人保健施設職員（3）
 - 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）職員（5）
 - 認知症対応型通所介護職員（3）
 - 小規模多機能型居宅介護職員（1）
 - 専門医療機関関係者…
 - 地域連携室（1）・病院看護部（1）・竹田市の相談事業所（1）
- ◎住民組織・職能団体等、その他関係機関（3）
- 竹田市民生児童委員代表（1）
 - 竹田市社会福祉士会代表（1）
 - 竹田市介護専門員協議会代表（1）

認知症ケア検討会で目的達成のため取り組む活動

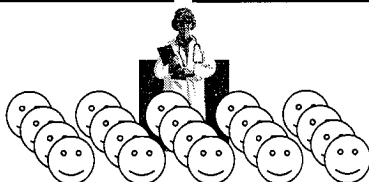
1. 認知症についての啓発、予防・早期発見のための活動
 - ①認知症相談窓口を明確にし住民へ周知する
 - ②認知症キャラバン・メイトの会を結成し活動する
 - ③認知症サポーターの養成（継続した活動へ）
 - ④認知症についての正しい理解を普及し予防活動を推進する
 - ⑤認知症早期発見のしくみづくりと周知
2. 認知症があっても安心して暮らせる地域づくり
 - ①認知症の見守りネットワーク
 - ・徘徊高齢者の見守り・早期発見のためのネットワークづくり
 - ・見守りボランティア活動の推進（認知症サポーター等の活動支援）
 - ②認知症介護の充実
 - ・認知症の人と家族及び支援者の会の活動支援
 - ・認知症ケアネットワークづくり
 - ・認知症ケア従事者の研修
 - ・センター方式の普及

<平成19年11月15日>

- ・ チームアプローチの実践報告
- ・ 講義
別府リハビリテーションセンター
内藤あけみ地域推進員
- ・ 参加者30名
居宅、病院相談員、訪問介護

<平成19年12月18日>

- ・ 事例検討会
事例紹介: 悠々居
野仲介護支援専門員
- ・ シートの紹介
A-4 私の支援マップシート
D-4 24時間生活変化シート
- ・ 参加者31名
居宅、病院相談員、訪問介護

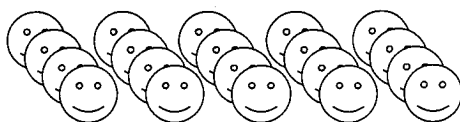


<平成20年1月23日>

- ・ 主治医との連携の実践報告及び意見交換
- ・ 実践報告: いまじん
工藤美奈子(認知症ケア地域推進員)
- ・ 活用したシート
C-1-2 私の姿と気持ちシート
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



参加者: 38名



竹田医師会医師

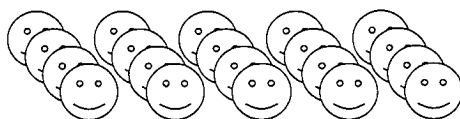
居宅、病院相談員

<平成20年8月17日>

- ・ 事例検討
事例紹介: 竹田市社協 阿南美紀介護支援専門員
* 要支援認定の人で、軽度の認知症があり独居の
人の今後の生活方法等について検討した。
- ・ シートの提案
B-3 私の暮らし方シート
D-1 私ができること・私ができないことシート



参加者: 24名



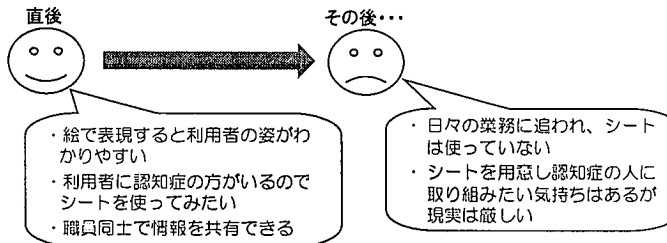
竹田医師会医師

居宅、病院相談員

2)訪問事業におけるセンター方式活動

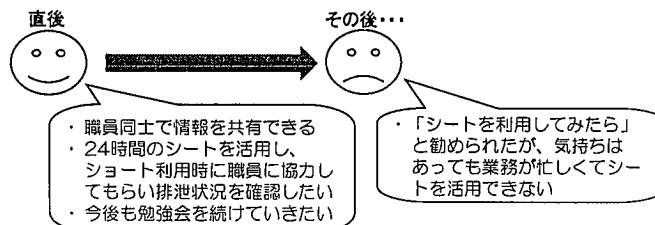
平成19年12月6日 <通所介護職員勉強会>

参 加 者	参加人数	内 容
竹田市社会福祉協議会 (竹田・直入・荻)	10名	・センター方式の説明 ・個人ワーク(C-1-2シートを使用) ・グループワーク(シートを使った感想)



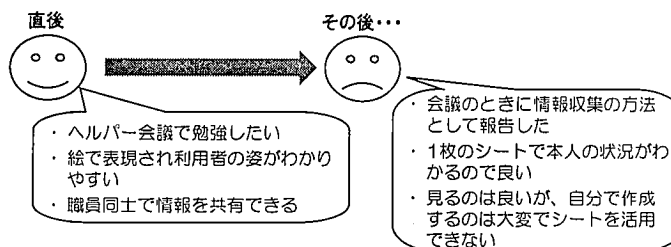
平成19年12月20日 <悠々居>

参 加 者	参加人数	内 容
・居宅 ・通所介護 ・訪問介護	30名	・センター方式の説明 ・個人ワーク(C-1-2シートを使用) ・グループワーク (A-4・D-3・D-4シートを使用)



平成20年1月18日 <夢苞カンファレンス>

参 加 者	参加人数	内 容
・事業管理者 ・訪問看護 ・包括支援センター職員 (担当介護支援専門員)	4名	・グループワーク (A-4シートとC-1-2シートを使用)



平成20年1月24日
＜竹田市社会福祉協議会通所カンファレンス＞

参 加 者	参加人数	内 容
・竹田市社会福祉協議 会職員	3名	・グループワーク (A-4シートとC-1-2シートを使用)

直後

その後…

・ 本人の気持ちが具体的にわかりやすい
・ 本人にかかわっている人や資源がわかりやすい
・ 今後もカンファレンスでシートを利用すると良い

・ 業務が忙しくてシートを活用できない
・ 自分でシートを埋めるのは大変

平成20年1月26日
＜竹田診療所＞

参 加 者	参加人数	内 容
・家族 ・介護支援専門員 ・通所介護職員	6名	・センター方式の説明 ・個人ワーク(C-1-2シートを使用) ・グループワーク(D-4シートを使用)

直後

その後…

・ 本人の気持ちが具体的にわかりやすい
・ デイにシートをおいて記入するようにしたい
・ 認知症の方へのかかわり方がわかってよかった

・ 本人が多動であった状態から、安定して落ち着いた状態へと変わったためシートは使わなかった
・ 薬を変更してもらったのが良かったのではないかと
・ 勉強することで認知症の方への理解が含まり、かかわり方が良くなったのではないかと
・ 今後も家族の方に説明を聞いてもらうと良いのではないかと

平成20年2月4日
＜しあわせ介護カンファレンス＞

参 加 者	参加人数	内 容
・事業所責任者 ・担当ヘルパー ・担当介護支援専門員	4名	・センター方式の説明 ・個人ワーク(C-1-2シートを使用)

直後

その後…

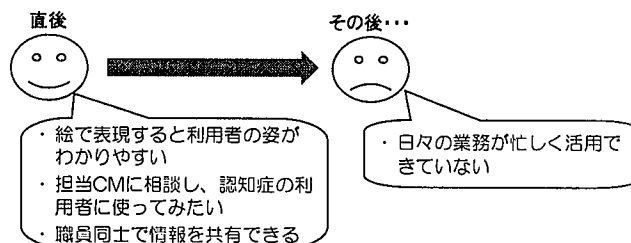
・ 絵で表現すると利用者の姿がわかりやすい
・ 職員同士で情報を共有できる

・ できたシートを見るには良い
・ 業務が忙しくて活用できない

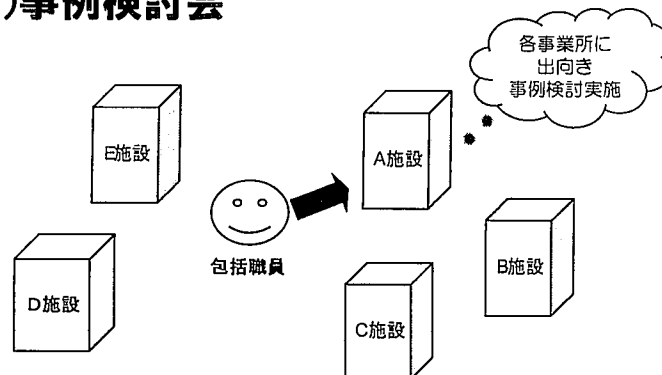
59

平成20年3月13日
 <竹田市社会福祉協議会ヘルパー勉強会>

参 加 者	参加人数	内 容
・介護支援専門員 ・ヘルパー	30名	・センター方式の説明 ・個人ワーク(C-1-2シートを使用)



3)事例検討会



- ・平成20年度より毎月事業者に出向いて事例検討会を開催
- ・その中で認知症の事例が多く、センター方式を提案している

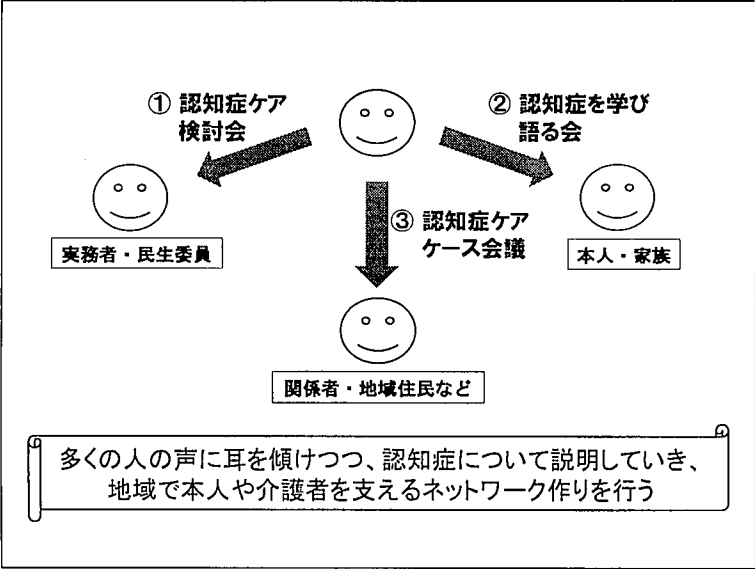
平成20年4月24日 岡の苑		平成20年7月25日 竹田市社協	
参加者	・医師 ・看護師 ・介護支援専門員 ・通所リハビリスタッフ ・ヘルパー	参加者	・介護支援専門員
人数	30名	人数	10名
内容	独居の認知症の方で、火の取り扱いが不安な認知症高齢者の支援について	内容	サービス提供の受入れがスムーズに行かない認知症高齢者の支援について
使用したシート	A-4(私の支援マップシート) D-4(24時間生活変化シート)	使用したシート	A-4(私の支援マップシート) D-1(私ができること、できないことシート) D-2(私がわかること、わからないことシート)

平成20年9月25日 みはら整形外科		平成20年11月28日 長湯温泉居宅	
参加者	・介護支援専門員	参加者	・介護支援専門員 ・ヘルパー ・通所リハビリテーションスタッフ ・ショートステイスタッフ
人数	8名	人数	10名
内容	介護認定受けるもサービス利用希望のない利用者への支援について	内容	飲酒により一人暮らしが困ってしまったケースへの支援
使用したシート	A-4(私の支援マップシート) 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)	使用したシート	A-4(私の支援マップシート) D-4(24時間生活変化シート)

平成21年1月22日 悠々居		平成21年2月23日 久住荘	
参加者	・介護支援専門員 ・ヘルパー ・訪問看護師 ・デイスタッフ	参加者	・介護支援専門員
人数	16名	人数	16名
内容	妻が認知症で、主介護者は夫である高齢夫婦への今後の支援について	内容	一人暮らしの認知症高齢者の生活を、ネットワークを使い、いかに支えるか
使用したシート	A-4(私の支援マップシート) D-4(24時間生活変化シート)	使用したシート	A-4(私の支援マップシート) 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)

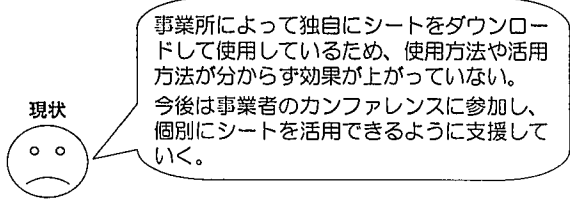
4)その他センター方式活動

平成17年12月2日 竹田市介護支援専門員現任研修		平成18年1月14日 竹田市民介護予防啓発講座	
内容	午前 ・講義 :センター方式とは :5つの視点 :7つのポイント :16枚のシートの説明 午後 ・グループワーク (C-1-2シートを使用) ・DVD鑑賞	内容	午前 ・講演 ・体験発表 午後 ・寸劇 ・グループワーク (C-1-2シートを使用)



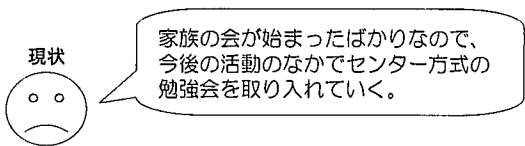
① 認知症ケア検討会

参加者	実務者・民生委員
実施日	毎月 第2金曜日 15時～
内 容	A-4(私の支援マップシート)を使用し事例検討を行う



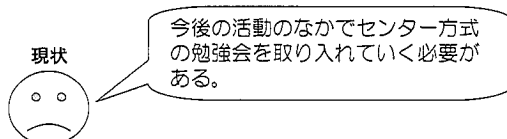
② 認知症を学び語る会

参加者	家族6名
実施日	平成21年2月9日
内 容	・血圧測定(介護者の健康管理) ・自己紹介 ・介護で悩んでいること、工夫していることを話し合う



③認知症ケアケース会議(困難事例を含む)

参加者	関係者、地域住民 等
コーディネーター	・地域総合相談支援センター職員 ・地域包括支援センター地区担当者
内 容	・コーディネーターが関係者を召集 ・A-4(私の支援マップシート)を使用し、事例検討を行う



5. 工夫したこと・考慮したこと

- ・ 16枚のシートの枚数が多いため、負担感を与えないよう配慮
- ・ 初めての人でも取り組みやすいよう、C-1-2シートの絵で表現するシートから用いた
- ・ 気軽にセンター方式の勉強会やカンファレンスを開催してもらえるよう開催場所、時間、人数を制限することなく、事業所に出向くようにした
- ・ 事業者連絡会ではシリーズ化して取り組んだ

<事業者連絡会>

1回目	センター方式の講義
2回目	チームアプローチについて
3回目	事例検討(居宅CMより事例提供)
4回目	主治医との連携について

- ・ 介護支援専門員よりチームアプローチの中でも「医師との連携」が難しいとの声が多かったため、4回目を開催。
- ・ 全員の医師に参加していただくことは困難だったが、老健施設などの医師たちは協力的であった。

＜勉強会開催に向けての取り組み＞

- ・ 興味のある医師達に、事前に参加可能な日にちと時間を確認し、参加していただける日程で勉強会を開催。
- ・ 参加してみようと思っていただけるような、興味ある内容を取り入れる。

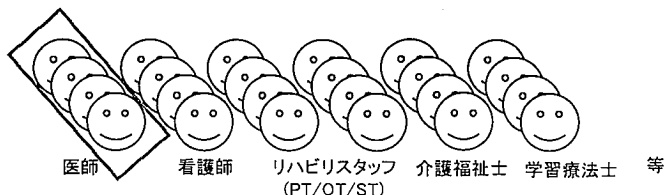
(内容)

- ① D-4を使用することで主治医と介護支援専門員の連携がスムーズに行える
- ② 診療時間だけでは分からない利用者の在宅での生活を知ることができる など

★上司の尽力により、調整していただき医師会との勉強会を開催できることとなった。

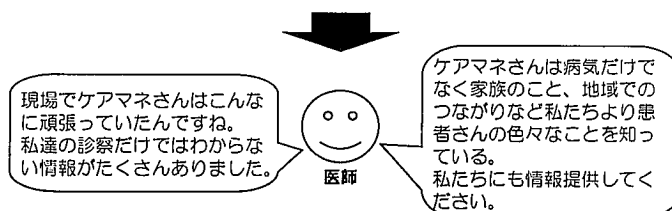
＜平成20年4月24日 事例検討会＞

- ・ 独居の認知症の方で、火の取り扱いが不安な認知症高齢者の支援について
- ・ 使用したシート：A-4(私の支援マップシート)
：D-4(24時間生活変化シート)
- ・ 参加者 30名



＜進行にあたっての考慮点＞

- ・ いきなり医師達に意見や感想を求める手法は取らない
- ・ 聞き役になっていただき、現場で働く介護支援専門員の奮闘を知っていただくことに努めた



**介護支援専門員の声に耳を傾けていただくようになり、
連携がスムーズになった**

6. 取り組みの中で起きた周囲の変化

関係者の意識	・ 認知症になっても全てが分からないのではない ・ できることはたくさん残っている ・ 認知症になっても多くの力が残っており、支援者のケアによって本人が変わる ・ ケア者が個々で関わるのではなく、本人や家族、関係者がチームでかかわることが大切
動きつながり	・ 勉強会開始前は事業所ごとでカンファレンスを行っていたが、事業者ごとのかかわりでなく事業所や職種を超えて連携するようになった ・ A-4シートを使用してからは地域の方や民生委員達との連携が必要であることに気付いてくれるようになった ・ カンファレンスでは地域の方への参加を促すようになった
ケアの質	・ ケアする人の視点ではなく、認知症のある本人の視点で見るようになった ・ 本人の残っている力を引き出し、本人にとっての快を考えるようになった

7. 個別支援につながったエピソード

- 1) CASE-A 介護者(実の娘)の虐待と相談があったケース
- 2) CASE-B グループホームに入所したが介護に抵抗するため職員が対応に苦慮しているケース
- 3) CASE-C 夫の介護負担が大きく悩んでいたケース

1) CASE-A 介護者(実の娘)の虐待と相談があったケース



通所リハの入浴時、入浴介助をしようとしたところ体にあざを発見。
虐待ではないだろうか...

本人に認知症がある為、センター方式で介入を開始。

訪問の電話をすると...



介護者(娘)

私にはケアマネがいる。センター方式だか何だか知らんけど来んでもいい!!!

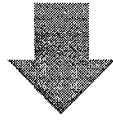


担当CM

日程調整し、本人不在時である本人の通所日に一緒に訪問するように手配

＜シート(B-1)使用後の娘さんの状態＞

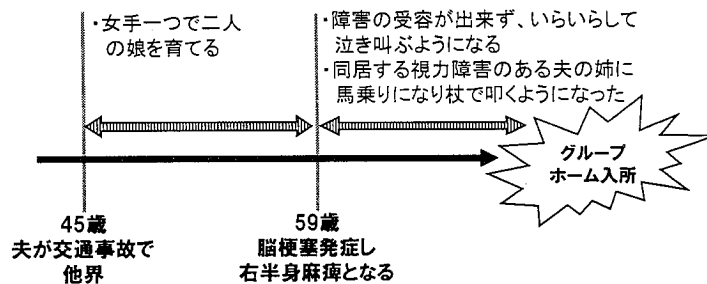
- ・自分の行動が母親に厳しすぎたことに気付いてもらえた。
- ・心から母親を愛していること、最後まで介護したい気持ちを再認識してもらえた。



以後、娘さんが母親に手をあげる（叩く）ことはなくなった

2) CASE-B

グループホームに入所したが介護に抵抗するため職員が対応に苦慮しているケース



在宅で義姉と共に暮らすのは困難と判断されたため、グループホームに入所となるが...

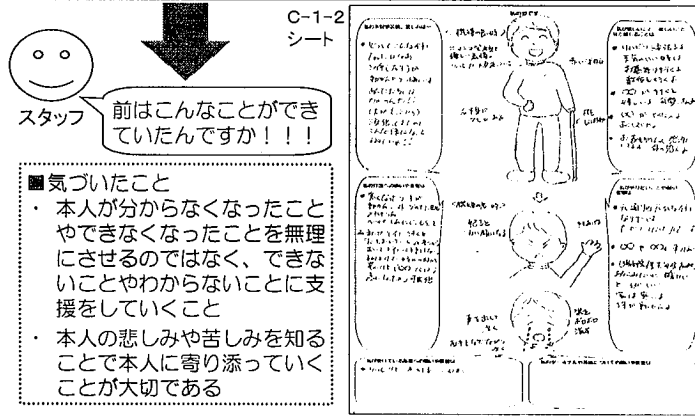
＜グループホームでの様子＞

- ・職員をつねったり叩いたりする
- ・夜間眠らず奇声を発する
- ・自分の気に入らないことがあると泣き叫ぶ など

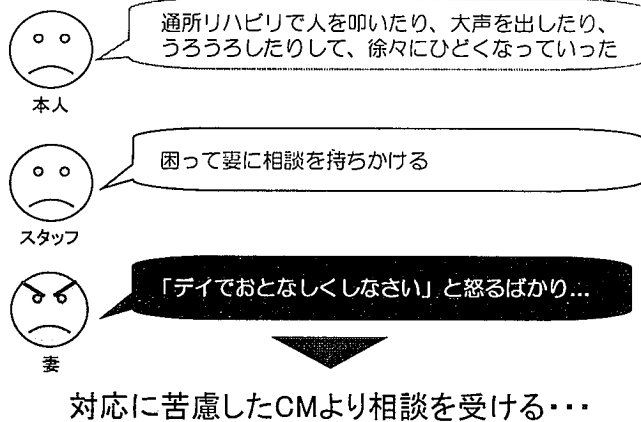


スタッフが疲労困憊し相談を受ける

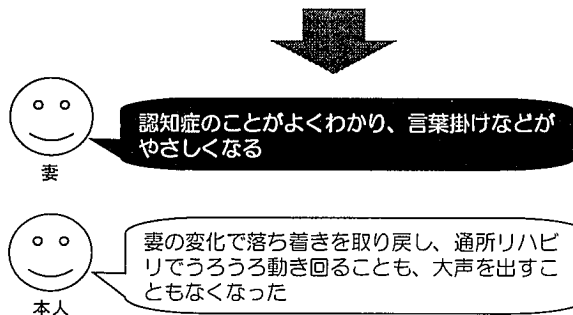
C-1-2(私の姿と気持ちシート)及びD-2(24時間生活変化シート)を使用してカンファレンスを開いた



3) CASE-C 夫の介護負担が大きく悩んでいたケース



事業者にてセンター方式の勉強会を妻、通所職員、担当CMで開催



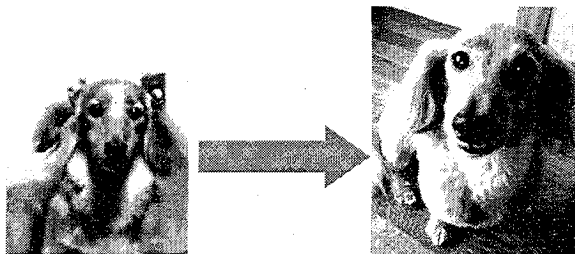
8. 気づいたこと・わかったこと

- ・ 家族やケア者が認知症を正しく理解することでケアは変わる
- ・ ケアが変われば本人も変わる
- ・ 現状、センター方式で成功体験と結びついたケースは少ない
- ・ 勉強会直後は「センター方式はわかりやすい」「使ってみよう」という感想はあるものの、時間の経過とともにシートを使うことへの負担が大きくなり、使ってもらえない
- ・ 現場では「良いのはわかるが、日々の業務に追われこれ以上は無理」という声が多くセンター方式が定着しない
- ・ 単発で研修や勉強会を行っても定着しないため、今後は継続した取り組みが必要
- ・ 小さな成功体験へ結びつけられる支援が必要である

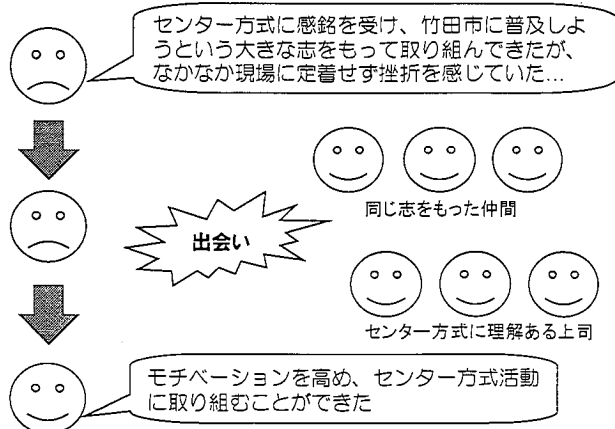
9. これから展開していきたいこと

1) 自分でやってみたいこと

2) 組織や団体として進めていきたいこと



1) 自分でやってみたいこと



これから取り組んでいきたいこと

- ・ 小さな成功体験へ結びつけられる支援をしたい
- ・ 一人でも多くの人に、一枚から使ってもらえるようにしたい
- ・ 認知症があっても、安心して暮らせるように支援していきたい

2) 組織や団体として進めていきたいこと

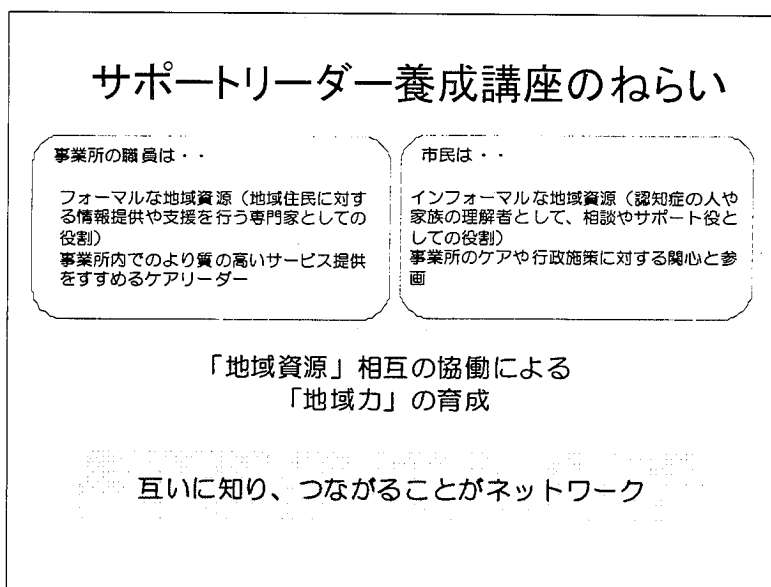
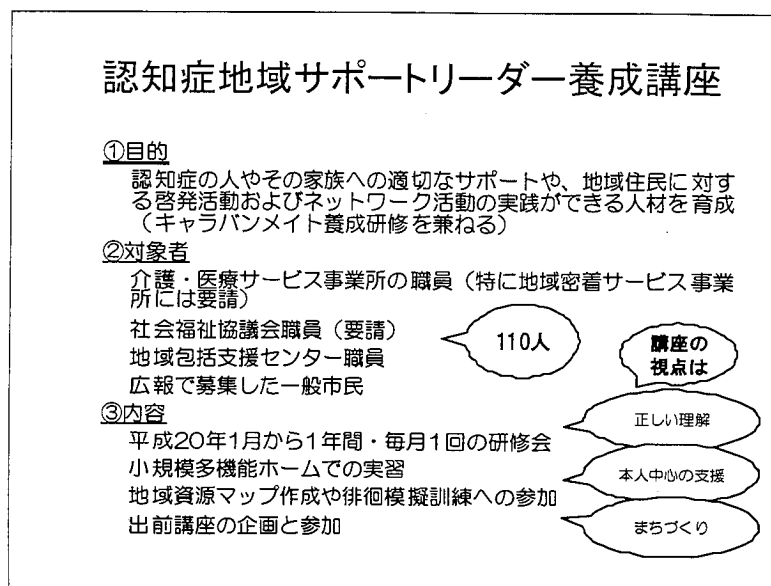
- ・ 認知症ケア検討会での活用
- ・ 事例検討会での活用
- ・ 認知症ケース(困難事例も含む)会議での活用

10. これから取り組む人たちへ



- ・ センター方式は認知症の方のために開発されたシートだが、病気の方や障がいのある方等、すべての人に使えるシートである
- ・ その人がその人らしく主人公として輝いて生きられるよう、支援する方がその人により添えるシートである
- ・ 「認知症であっても、病気になっても、障がいがあっても生まれてきてよかった」そう思ってもらえる、その人に寄り添っていけるシートだと感じている

4)事例4:地域包括支援センターが共同研修をシリーズで開催し、認知症地域サポートリーダーを増やしながら認知症地域包括ケア体制を築いている例
(山鹿市地域包括支援センター)

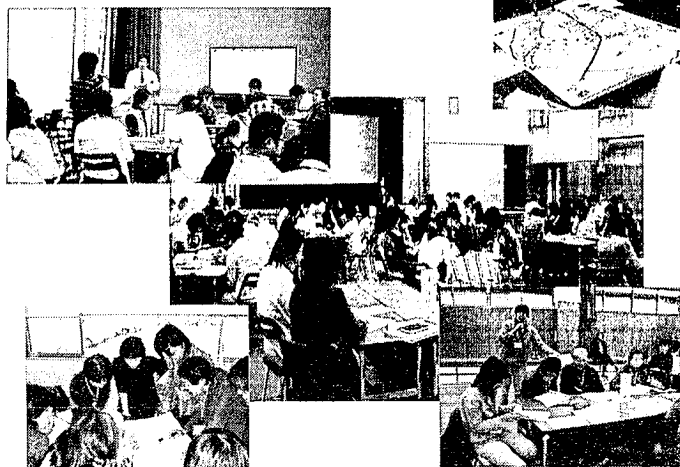


サポートリーダー養成講座カリキュラム

日時：毎月第3土曜日 午後1時30分～4時30分

	開催日	テーマ	講師
第1回	1月19日	「地域資源って何だろう」考え方とマップづくり	川原秀夫氏(NPO法人コレクティブ代表)
第2回	2月16日	「認知症の人のためのケアマネジメント」センター方式を使って	永田久美子氏(認知症介護研究・研修東京センター)
第3回	2月23日	第1回まちづくりフォーラム	
第4回	3月15日	「認知症という病気の理解」早期発見と対応、予防	森山茂先生(山鹿厚生病院)木村武実先生(国立菊池病院)
第5回	4月19日	「認知症の方を支える家族の思いと本人の思い」	吉永京子氏(認知症のひと家族の会)
第6回	5月17日	「これからの認知症ケアと地域づくり」	泉田照雄氏(長寿社会開発センター「ひょうひょう」編集長)
第7回	6月21日	「出口は地域～開かれた施設のありかた」	武田和典氏(ユニツケア研究会)
第8回	7月19日	「地域密着型サービスがめざすもの」	岩尾真氏(全国グループホーム協会副代表)
第9回	8月23日	「認知症のひととのつきあひ方」	村瀬孝生氏(宅老所よりみい)
第10回	9月20日	「認知症の正しい理解」マップづくり	池田孝先生(熊本大学)
第11回	10月18日	「徘徊SOSネットワークの取り組み」	大谷るみ子氏(大牟田市認知症ケア研究会)
第12回	11月1日	「徘徊SOS模擬訓練」	
第13回	11月15日	「地域資源マップづくり」	山下順子氏(コーディネーター)
第14回	12月20日	「これからのサポートリーダー活動」	和田泰氏(熊本学園大学)
第15回	1月17日	第2回まちづくりフォーラム	

サポートリーダー養成講座風景



生活圏域ごとのリーダー養成講座受講生

年齢や職種もさまざまな市民・事業所・スタッフを、生活圏域ごとに分け、グループワークや出前講座企画、マップづくり等を実施。共同作業の過程で次第にグループ内でのつながりやまとまりができてきた。



地域資源マップ作成

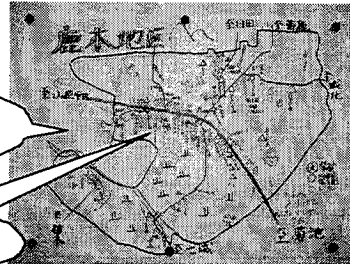
フォーマルな資源



とても足りない!

作る過程が大事!

インフォーマル資源を重ねて



24時間対応可能?

「人」の資源が大事

資源へアタック!

サポートリーダーの地域での活動の広がり



サポーター養成講座の企画・実施（キャラバンメイトとして）
それぞれの得意なやりかたで...



肥後わか劇団設立（現在3団体）
公民館・学校・祭り等での上演活動



身近なところで認知症の人や家族への支援活動（相談相手・サロン実施等）

サポートリーダーの声（市民）

自分たちが学んだことを周りにアクションをおこしていきたい。
そして継続が大事。

身近なところから認知症の人のお手伝いをしていきたい。

サポートリーダーの仲間と知り合えたことがうれしい。そしてみんなと一緒にやれることを頼もしく思う。

自分の息子たちに頼らずに安心して地域で暮らしていけると思う
できるだけ多くの人に理解してもらうため、いつもオレンジリングをつけて外出している。

マップづくりをして、認知症の人を支えていくのは「人」だという確信がもてた。

みんなの力を合わせて地域を支えることを学んだ。リーダーで拠点をつくって活動を広げていきたい。

サポートリーダーの声(専門職)

高齢者が自宅で過ごして亡くなることはできないのか、「帰りたい」という方に対してどうにかしたいとずっと考えてきた。学んでいく中でヒントをもらい、「この町で暮らす」ことを実現していけるかなあと考えてきた。

認知症になった本人のことよりも介護者のことを考えてしまうことが多かった。本人の立場で考えること。

いままで症状を抑える薬などで対応してきたことが多かった。いろんなことを学び、これを仕事や地域にも生かしていきたい。

病院で重度認知症の人のケアを担当しているが、周囲も巻き込んでいこうと思う、在宅で暮らす認知症の人の家族や親類に対してもどう支援できるかを考えている。

施設として地域の中で率先して取り組むことの大切さを強く感じて意識が変わった。地域での活動を行っていきたい。

職場以外でも地域のボランティアとして活動していきたい。

サポートリーダーが今後やりたいこと

身近なところから認知症の人や家族のサポート役をしていきたい。

老人会や地域でメイトとして活動したい。

マップに挙げたところで出前講座をやっていく。

メイトの証(目印)を家に貼りたい。マップも貼りたい。

サロン活動、地域の縁がわ活動を続けていきたい。

事業所でのボランティア活動をしたい。

地域密着サービス事業所との交流に参加したい。

地域の見守り活動を行ってきたい。

認知症かけこみ110番をつくる。

活動拠点をつくる。

民生委員や福祉協力員と連携して個別訪問をしていきたい。

続けて研修に参加したい。友人に声掛けて連れてきたい。

市民の理解促進のための 認知症サポーター養成講座

・平成21年2月末まで、85回開催

・養成サポーター数 2877人

うち 老人クラブサポーター 451人

こどもサポーター 282人

シルバー
ヘルパーさんを
中心に

自分たちの
地域に必要な
ことは?

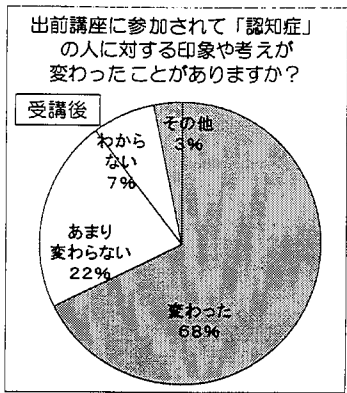


サポートリー
ダーや社協職員
が活躍

自分たちが
やれることは?



出前講座アンケートより



認知症の人はほとんど何もわからないと思って
ていましたがその人の人格・人間性はちゃんと
残っていることを学びました(60代)

認知症になったとき、周囲はただ見守るだけ
しかできないと思っていましたが、対応の仕
方でその人らしく過ごせることがわかりまし
た(20代)

偏見をもたず、温かい気持ちで接し、その人
の目線で対応したい(50代)

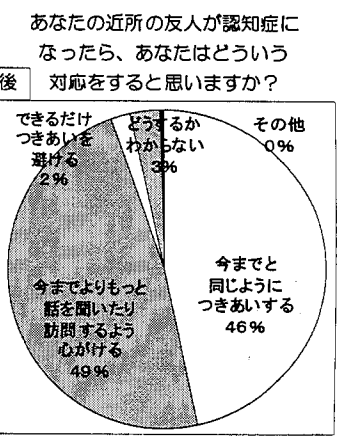
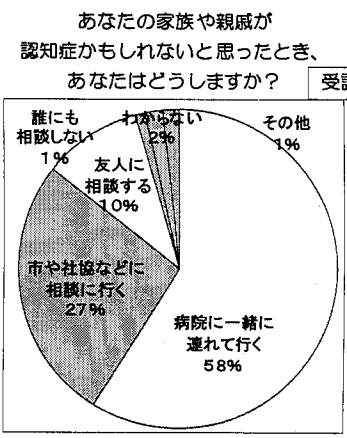
自分自身の対応が認知症の人の不安や混乱を
増長させていたかもしれないと反省(30代)

介護者の話し相手になったり外出時の見守り
などのできるお手伝いをしたい(60代)

家族だけでは支えられないので、地域のネッ
トワークが必要(多数)

認知症の人家族と一緒に、地域でのサロンの
ような集いを多くやっていければと思う

老人クラブ出前講座



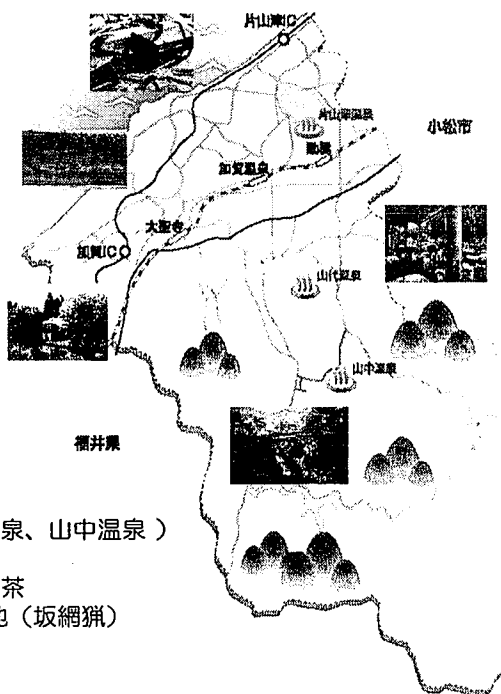
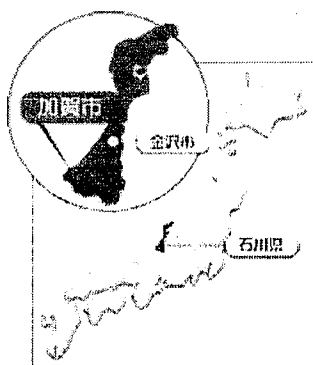
5)事例5:自治体が共通ツールを活用した多職種共同研修を継続的に推進している例(石川県加賀市)

センター方式を活用した 人材育成とネットワークづくり



加賀市市民部長寿課
主査 水井 勇一

加賀市の概略図

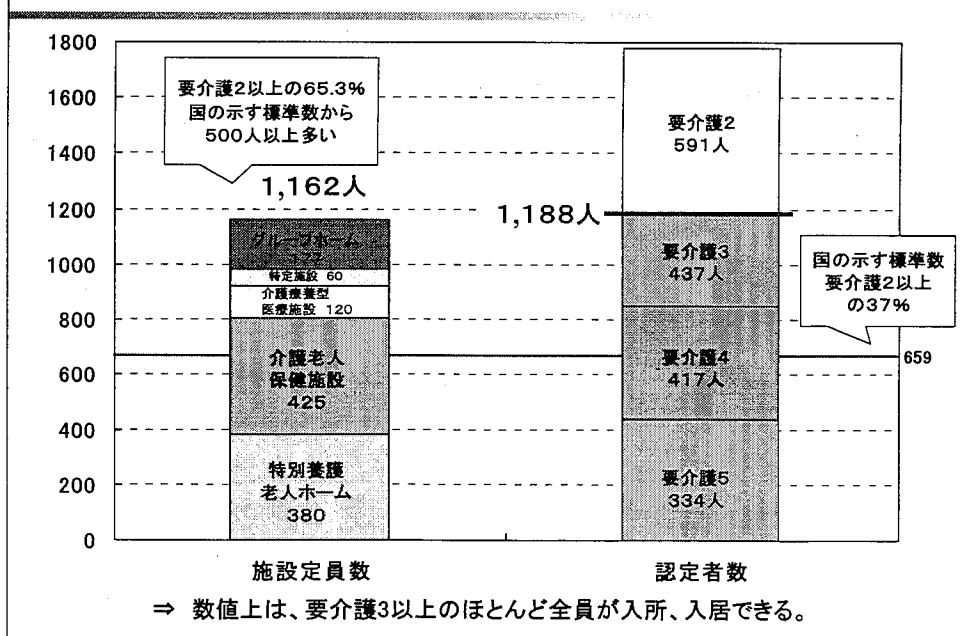


- ・加賀温泉郷（山代温泉、片山津温泉、山中温泉）
- ・伝統工芸（九谷焼・山中漆器）
- ・海の幸（ズワイガニ） ・加賀棒茶
- ・鶴仙溪 ・山の下寺院群 ・鴨池（坂網罾）

加賀市の状況

1. 人口：74,948人（平成20年4月）
2. 高齢者数：19,022人（高齢化率25.4%）
3. 要介護認定者数：2,946人（認定率15.5%）
（要支援687人 要介護2,259人）
4. 介護保険料：月額4,500円（ほぼ石川県平均）
5. 日常生活圏域：5圏域 ⇒第4期から7圏域
6. 地域包括支援センター：直営で1か所

高い入所・入居施設整備数





ちょっと意外な使い道 一人材育成にも効用

◎ 石川県加賀市 の場合

センター方式が人材育成に役立った—— 石川県加賀市では思われぬ効果があったようだ。

加賀市は2004年のモデル事業に取り組んだところ。行政主導で導入されたので、最初は現場から「なぜこんな大変なことを」という声があがっていたが、取り組み始めて3ヶ月、さまざまな変化が現れ始めた。何よりも担当者が変わり、困難事例や虐待事例が立ち直っていったのだ。

最も大きな変化はそれまではばらだったケアマネジャー、現場スタッフ、保健師等が一括になって取り組み始めたこと。「チームが育つ」効果を実感するのにそれほど時間がかからなかった。行政職員もケース検討会に入り続け、いい意味でビジョンを一つにして、現場と一緒に切磋琢磨

するようになったという。

市はこのモデル事業を契機に、地域推進員を毎年継続して育成。4年間で25名になった推進員がことあるごとに集まり、加賀市の認知症ケアの牽引役となっている。またグループホームや小規模多機能でもセンター方式を標準装備するような仕組みを構築。認知症の人を地域で支える町づくりを計画的に進める上で大きな一歩になっているようだ。

現在は市と推進員が一括になって、年間を通じてセンター方式の研修を実施している。年度末には実践報告会も開き、試行錯誤した結果を関係者がともにわかちあう。「チームで取り組むと確実に前進する」、その手ごたえが広がり、今ではセンター方式は市内のケア関係者のほとんどが知っ

ているあたりまえのものとして定着している。

「人づくりにお金をかけられない地域であったとしても、退職させないで人を育てることができ。センター方式というツールは、そういう意味でもコストパフォーマンスがよいということを、加賀市の実践が証明している」、永田さんはそう語る。

ビジョンを共有して実践する人が育てば、一人ひとりが自ずと町づくりの担い手になっていく。目先の問題解決ではなく「よいに安心して自分らしく暮らし続けられるわが町」を行政とケア現場、そして市民が時間をかけて一緒に築いていく。そのための共通ツールとして、センター方式は加賀市の中でじんわりと威力を発揮し始めているようだ。〔編集部〕

「月刊ケアマネジメント」2008年3月号

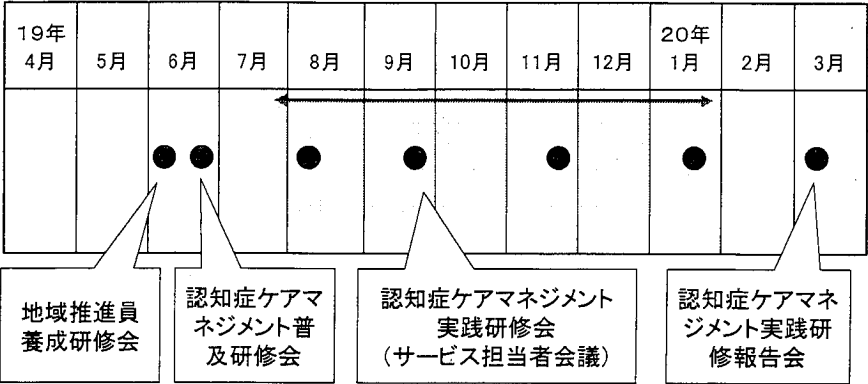
認知症ケアマネジメント(センター方式)の推進

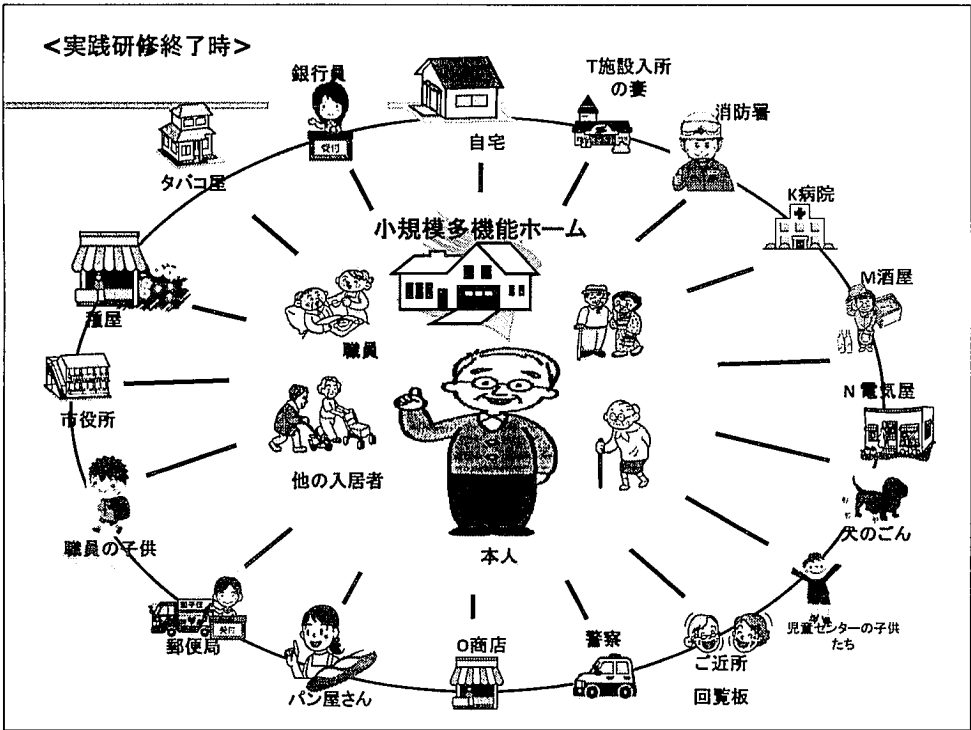
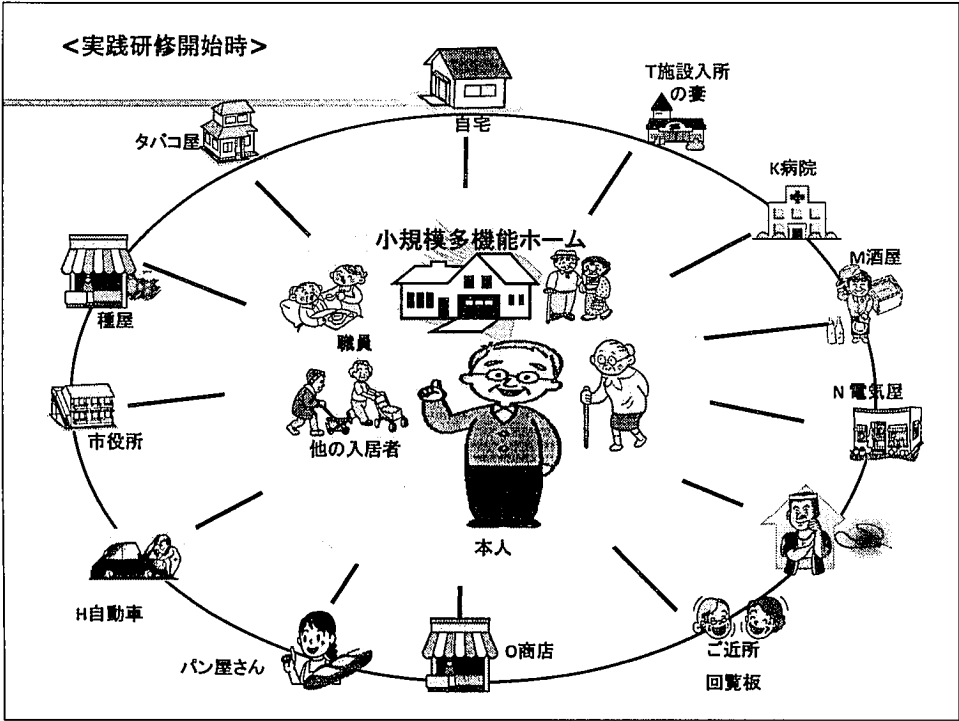
認知症支援の多職種チームの養成研修

- ・利用者の同意のもと、実際のケースで一定期間(半年)継続的に、センター方式シートで活用
- ・実践研修には、チーム単位で参加
- ・サービス事業所のリーダー格が、他事業所を含む支援を行う「地域推進員」に
- ・「地域推進員」は、実践研修会のケースの担当者会議に必ず参加
- ・ケアマネジメントはケアマネジャーだけの仕事ではないことを理解し、利用者本位の共通の視点をもってケア提供できるチームを作る。

センター方式ケアマネジメントの普及・推進研修会

平成16年度から継続して実施 年25～30チームが参加





地域コミュニティ形成支援に向けた各種会議・連絡会

地域の中の機関及び団体: 民生委員、警察、小学校、企業、おたっしやサークル、保健推進員、介護予防普及員...



「～したい」の演習

- ・「NHKのど自慢に出て歌いたい」
- ・「奥飛騨の秘湯に行きたい」
- ・「ハワイでサーフィンをしたい」
- ・「馬に乗って海岸を走りたい」
- ・「プールの滑り台から滑ってみたい」
- ・「もう一度自動車の運転をしたい」
- ・「今すぐ市長に会って話がしたい」
- ・「富士山に登りたい」
- ・「東本願寺の納骨堂にお参りに行きたい」

C-1-2 心身の情報(私の姿と気持ちシート)

「NHKのど自慢に出て歌いたい」

私の不安や苦痛、悲しみは…

●年をとるにつれて声が出にくくなってしまっ
て。前はもっと声に張りがあったのに。
●私、すぐに忘れてしまうようになってしまっ
て…
△家で一人だと落ち着かないのが、一人で
外にでて、家に戻れなくなったことが最近
ありました。家族がいるとのんびりしている
のに。

私の介護への願いや要望は…

●カラオケが好きな人はここにいるの？
○忘れっぽいと思って不安な表情してい
ても、カラオケの話をすると穏やかな表
情に戻って落ち着かれる。
△近所には友人もいて、よく誘っても
らって出かけていました。人のいる場に行
くのは好きみたいで、昔から一人でい
るのは嫌だったみたい。

私が受けている医療への願いや要望は…

私が嬉しいこと、楽しいこと、快と
感じることは…

○テレビの歌謡ショーで好きな美空ひば
りの歌が聴こえると手拍子して口ずさん
でいる。
●一人で歌うより、デュエットしたほう
が緊張なくていいわ(カラオケ大会に
お誘いしたとき)

私がやりたいことや願い、要望は…

●NHKののど自慢で思いっきり歌って
みたいわ。
△家ではよくのど自慢をみて歌っていま
した。元気な頃はなじみのカラオケ喫茶
にも出かけて友人と歌っていました。
△前に加賀市にのど自慢が来たときには
一緒に見に行きました。「私もステー
ジで歌いたいわ」って話していました。

私のターミナルや死後についての願いや要望は…

○以前、カラオケ大会をした時に、冗談っぽく「死ぬま
で歌っていられたいのになあ」って言われていた。



C-1-2 心身の情報(私の姿と気持ちシート)

「奥飛騨の秘湯に行きたい」

私の不安や苦痛、悲しみは…

○発熱で入浴ができないと言われると嫌気が
悪くなる
●自分でトイレに行けなくなると、どこも出
かけられなくなる(紙/パンツを交換しながら)
●今まで夫とはどこも旅行に行っていません。
一度は一緒に行けたら良かったわ。

私の介護への願いや要望は…

○長湯が好きで、いつも入浴時はゆっ
くり入りたいって話している
●死んでもいいからお風呂には入れて
ください(発熱で入浴できないと伝えた
ときに)
●飛騨の温泉に入れば、もう少し足が
良くなるはずなんやけど。

私が受けている医療への願いや要望は…

△今までもどんな病気をしても湯治が一番って言っ
ては熱があっても綿湯にでかけていました。あまり医者
の言うことはきかない人でしたな。

私が嬉しいこと、楽しいこと、快と
感じることは…

●極楽、極楽(入浴時に)
●箱根、別府、草津、熱海…たくさん
行ったけど奥飛騨が一番良かった。

私がやりたいことや願い、要望は…

●よく温泉旅行にいったなあ。後1か
所で奥飛騨の秘湯を全部回ったこと
になるのになあ。
△とにかく温泉が好きで、いつもよき
ん仲間と一緒に温泉にでかけていま
した。大きな旅館よりひっそりとし
ところの風呂がいろいろだったっていつも自慢
気に話していました。

私のターミナルや死後についての願いや要望は…

●ずっとおとうさんと一度はゆっくり温泉に行きたい
と思ってるんです。



加賀市介護サービス基盤の整備及び運営指針

地域密着型サービスを整備する場合に市が求めている事項

- 地域住民との交流が図りやすい街中の既存施設を改修すること
- 高齢者にとっての生活の場として、暮らし続けることができる設計であること
- センター方式ケアマネジメントを活用すること
- 日常的に地域との交流の場や機会を設けること
- キャラバンメイトの配置など自主的な地域住民向け認知症サポーター講座を開催すること
- 職員側の都合や業務優先ではなく、一人ひとりのペースを保ちながら暮らせるよう支援すること。

加賀市地域コミュニティ形成支援事業

地域密着型サービス事業所・キャラバンメイト合同研修会



圏域単位で「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり計画」を策定



日常生活圏域ごとの社会資源マップづくり

- ・認知症高齢者が関わる社会資源に「認知症サポーター養成講座」の開催を働きかけ
- ・地域住民とのワークショップ、実践活動報告会を開催
- ・地域に不足する資源や取組みを介護保険事業計画に反映

認知症になって地域で暮らす不安・・

本人の声

- ・ 認知症になってしまったけれど、這ってでも
住み慣れた地域の中で暮らし続けたい。
- ・ でも、まわりの人に迷惑はかけたくない。

ケア担当者の声

- ・ 認知症の人は、介護保険などの公的なサービス
だけでは支えきれない。
- ・ 認知症を理解してもらうことが難しい。

住民・家族の声

- ・ 認知症の方にどう対応していいか分からない。
- ・ 明日は、わが身のことで不安もある。
- ・ 家族だけで介護するのは無理。

事業所による地域への取り組み

○地域密着型サービス事業者にキャラバン・メイトを配置

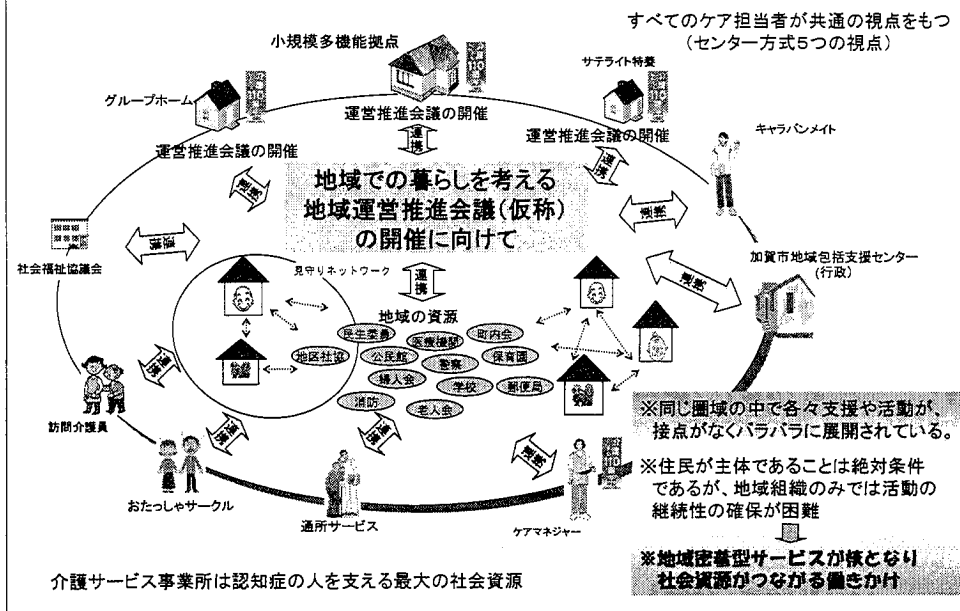
地域包括支援センターとの協働で、
事業所がある周辺地域に自主的な認知症サポーター養成講座を開催

○地域の中の介護サービス事業所に相談窓口を設置

身近な場所で相談に気軽に応じ、
必要な時には各機関を紹介。
「介護なんでも110番」の看板を
配付



日常生活圏域における認知症地域支援のための展開(案)



高齢者お達者プラン

(第4期加賀市介護保険事業計画・高齢者福祉計画)

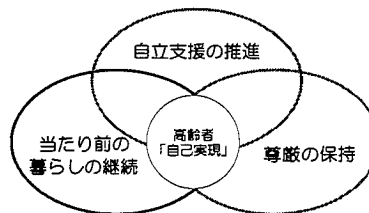
基本理念 (平成26年度目的)

高齢者が住みなれた地域で支えあいながら、
その人らしく自立したくらしを継続できる
社会を実現する。

基本方針

高齢者の自己実現

- ・ 自立支援の推進
- ・ 尊厳の保持
- ・ 当たり前の暮らしの継続



○計画におけるすべての事業は、基本理念を実現するためのものとし、基本方針に即して実施する。

○認知症の人を家族や地域と引き離すことが前提の施策は、今後行わない。

第4期(H21年度～)にむけての課題と取組み

事業計画策定の経過の中であがった課題

- ・認知症の理解を広め深めるための普及啓発方法
- ・家族介護支援の取組み不足
- ・医療と介護の切れ目ない連携体制
- ・若年認知症、軽度認知症

第4期の取組み 地域に支援者(資源)を増やす (センター方式による人材育成を基盤に)

- ・介護相談窓口・サポーター養成の拡充
- ・認知症パンフレットの市内全戸配布
- ・出前物忘れ相談会の実施
- ・お出かけ支援ネットワーク(仮称)の構築
- ・介護者アンケートによる支援策の検討
- ・在宅医療診療所連絡会の開催
- ・若年認知症は実態把握から支援策の検討

6)事例6:自治体が共通ツールを活用した多職種共同研修を取り組み始めた推進している例
(宮崎県都城市)

都城市における 「認知症ケア・センター方式研修会」の 取り組みについて

宮崎県都城市健康長寿課
主査 原口 文代

都城市の概要

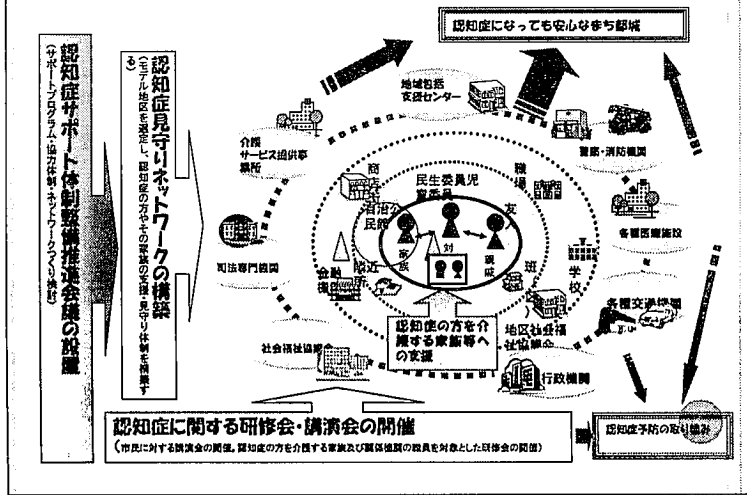
平成20年9月1日現在

- 人口:172,300人
- 高齢者数:43,655人(高齢化率 25.34%)
- 認定者数:7,751人(認定率 17.75%)
- 認知症の人の数:4,665人(割合 10.68%)
(注)要介護認定者のうち、訪問調査による認知症区分Ⅱ以上の数
- 認知症の人のサービス利用:居宅系 2,247人
施設・居住系 1,761人
サービス未利用 657人
(注)サービス未利用者は、サービスの利用をしなかった方や入院者を含む
- 介護保険料:第3期 4,100円
- 日常生活圏域:15圏域
- 地域包括支援センター:7カ所(高齢者人口6,000人を目途に)

都城市のこれまでの認知症ケアに対する取り組み

- 第3期介護保険事業計画では・・・
今後、急速に増加していくことが見込まれるため、重点課題である。
 - ・認知症高齢者の介護を担う人材の育成
 - ・医療機関との連携等、総合的なサービス提供体制の整備
 - ・家族が身近な場所で相談できる相談体制の整備、充実
 - ➡ 具体的な事業の展開はしていなかった
- (第3期の施設整備状況) 平成21年3月31日見込み
- | | |
|---------------|------------------|
| ・介護老人福祉施設 | 14施設(地域密着型3ヶ所含む) |
| ・介護老人保健施設 | 4施設 |
| ・介護療養型医療施設 | 12施設 |
| ・認知症対応型共同生活介護 | 20施設 |

認知症地域支援体制構築等推進事業への取り組み



認知症に関する研修会・講演会の開催

○ 専門職を対象とした研修会

認知症介護指導者からのアドバイス

「認知症の人を介護している現場の質を高めることが必要ではないか？認知症の人を大切にしたい介護サービスが提供されれば、家族も安心できる」

⇒ 質を高めるために、「センター方式」が有効

○ 地域住民を対象とした学習会

モデル事業で配置している認知症コーディネーターを中心に、各地域で認知症を正しく理解するための額集会を実施

⇒ 認知症サポーター養成へ

専門職を対象とした研修会（平成19年度）

○ 1年目の目標

- ・「認知症」という病気を理解する
- ・認知症の人のケアで重要なこと「利用者本位のケア」について理解する
- ⇒ 「センター方式」の導入

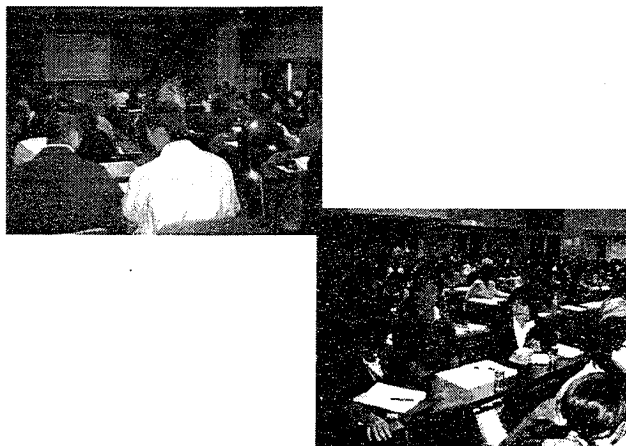
○ 実施内容

- ・「認知症」研修会及び地域包括支援センター業務報告会
- ・認知症事例パネルディスカッション（ぼんちケアマネジャー連絡会勉強会と共催）
- ・認知症ケア研修会～センター方式の活用～
- ・東京センター 永田 久美子先生を招いて開催
- ・認知症ケア・センター方式の実践（ぼんちケアマネジャー連絡会勉強会と共催）

○ 効果

- ・専門職の多くの皆さんが「認知症」について、理解しようと研修へ参加された
- ・「認知症ケア」について、利用者本位のケアが重要であり、センター方式が有効であることを認識できた
- ・日常の業務の中に取り入れることは難しいという意見もあった
- ・認知症介護指導者とのネットワークが形成された
- ・地域で活動しているケアマネジャー連絡会と連携が図れ、相互に協力できた

平成19年度研修会の様子



専門職を対象とした研修会（平成20年度）

○ 2年目の目標

- ・「センター方式」を実践できる専門職を育成する
～センター方式を具体的に学習し、日常のケアで実践
- ・認知症の人を介護している家族へも「センター方式」を知ってもらう

○ 実施内容

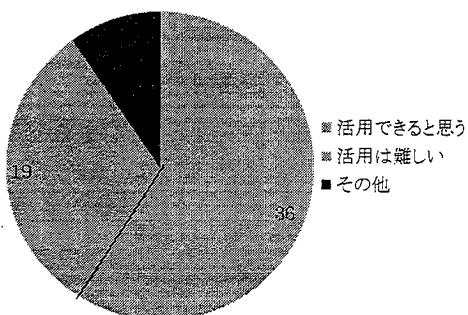
- ・認知症ケア・センター方式実践講座（4月～9月 全5回）
- ・認知症ケア・センター方式実践講座 フォローアップ研修
- ・認知症家族支援プログラムにおけるセンター方式の紹介

○ 効果

- ・実践講座へ参加した専門職は、センター方式を使ってケアについて新たな発見をしている
- ・家族へ紹介したことで、家族から専門職への働きかけができた

センター方式実践講座終了時アンケート結果

- 今後、この講座で学習したセンター方式を日常のケア等に活用できそうですか？



○（活用は難しい理由）

- ・情報収集が難しい、時間をかけることができない
- ・記入に時間がかかりそう
- ・まだ職員の理解が少ない。一部は活用できそうである
- ・内容が細かすぎて全員行うことは時間的に無理がある
- ・必要性は感じたが、情報を得るのに個人情報までどこまで聞いていいのか？たくさんの協力がどこまでもらえるか
- ・現時点で記入している間に仕事は山盛りある為、用紙を見ると面倒だと感じてしまう

○（その他の内容や意見）

- ・認知症の方が一人暮らしのとき、情報収集が難しい
- ・シートを活用することで、今まで見えなかった事が見えるようになった
- ・その人にひとつでも取り入れたら、いいケアができと思う
- ・中身を検討しながら、活用できるシートから行ってみる
- ・いくつかのシートは活用していけると思う。すべて活用できなくても記入することだけで、自分たちのケアに対する考え方が変わり、その人に対するかわり変わった

「認知症ケア・センター方式研修会」を通してうまれた事例

○ ケース概要

夫と妻の二人暮らし。夫が要介護4で、認知症の症状あり。
「自宅で妻が介護することが当たり前だ」と言って、サービスの利用につながらない。妻の介護負担が増え、体調を崩した。

○ センター方式の導入

ショートステイ利用希望があるが、夫の拒否がある。

ケアマネージャが中心となり、センター方式を開始。

・使用したシート：A-1～4、B-1～3、C-1～2

・情報収集：家族からの聞き取り、関わっているスタッフの協力

・情報の共有：家族、ヘルパー、デイケアスタッフ、施設の対応から得られた情報・気づきを引継ぎし共有化した。

○ 効果

本人が、これまで大切にしてきた家族とのふれあいや近所や地域との関わりを継続して生活ができるように支援。

夫も妻も安心してサービスを利用できるようになり、家族の声かけにも変化見られるようになった。

モデル事業終了後にむけて

○ 第4期事業計画への位置づけ

- 認知症の本人・家族を支える地域支援体制の構築
(施策の方向の中で)

○ 認知症ケアの基本である「尊厳の保持」を確保するため、ケア関係者に対する研修を積極的に実施する

○ 認知症の人のケアについて、個別アプローチを重視した「センター方式」の積極的な普及を実施する

⇒ 行政が今後の方針を明確にすることが重要！！

○ 具体的な計画

- センター方式事例検討会

多職種でチームを組んで参加し、センター方式を使って実践していく→育成された人材の活用、事例発表の機会検討が必要

- センター方式実践講座

センター方式を普及していくための講座を開催する

センター方式を使った「まちづくり」への夢

- 「センター方式」を元気なときから「自分史」を書くようにシートに記入するまち
- その「自分史」をどこへ行くときも持って行けるようなまち
- 自分の情報を多くの関係者に伝え、共有し、その人らしい生活が過ごせるまち

必要なこと！！

- ケア関係者だけではなく、広く地域住民にも「センター方式」を理解してもらえる取り組み

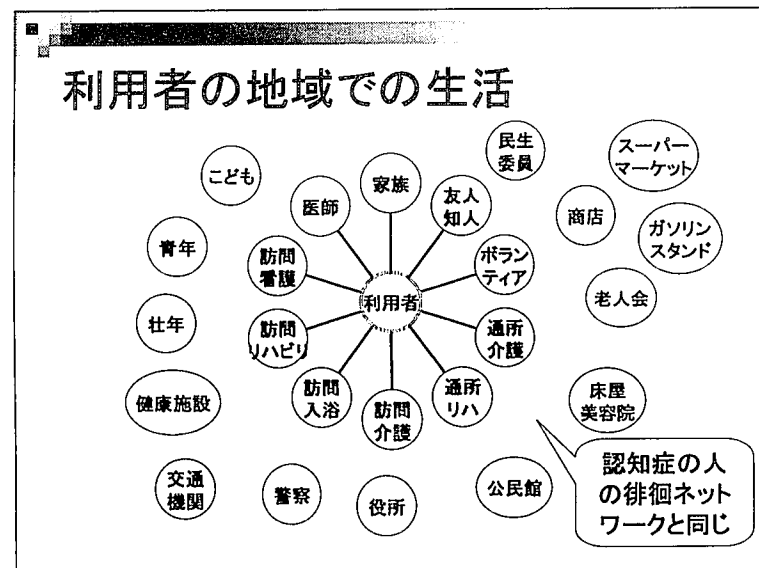
「センター方式」は、大切な地域のツールです！

行政ができることは、「黒子」。どうしたら人を地域をつなぐことができるか仕掛けをしていくことだと思います！！

7)事例7:事業所が地域拠点として(特別養護老人ホーム じょうもんの郷)

センター方式実践報告会
—地域での協働と人材育成—

特別養護老人ホーム じょうもんの郷
施設長 助川未枝保



地域との関わり

- 利用者は地域で暮らしている
- ケアマネジャーは利用者がどのように暮らしてきたかを把握する

「地域でのポジション」

- 利用者にとって必要な社会資源を把握していく…地域には数多くの社会資源がある
- 介護者の生活も考える「それぞれの人生」

アセスメントと情報の共有化

ケアマネジャーが出来る地域への働きかけ

- 地域で一緒に暮らしている
- 似たような生活感を持つ
- 同じ悩み・困りごとを持つ
- 地域全体で解決していかなければならない
地域特性のある課題

地域で活動するケアマネジャーが一番把握できる

自分が、皆が暮らしやすい町作り
住民と共に、合同研修会、講演会、
勉強会などで、皆で考え共有する

認知症への取り組み例

認知症モデル事業実施の理由

- 認知症に関しての知識が普及していない。
- 家族介護が今なお主流。
- 血縁、地縁が強く、地域の目が抑制力としてはたらきやすい。
- 仕方がないとあきらめている人が多い。
- ケアマネジャーは行動障害の激しい利用者への対応に苦労している。
- 介護専門職は研修に飢えている。
- 平成19年度より香取市が認知症地域支援体制構築等推進事業モデル事業を受託。

地域の中で行ってきたこと

- 平成18年……………香取認知症を考える会を設立
 - ・2ヶ月に1回、研修会開催
- 平成19年3月3日……認知症タウンミーティング
 - ・千葉県と共催500名参加
- 平成19年7月……………第1回センター方式活用研修
 - ・専門職が連携すること
- 平成19年12月8日…福祉と文化のコラボレーション
入り口は二つ、出口は一つ「町づくり」
- 平成20年1月……………第2回センター方式活用研修
 - ・地域の中で支えるということ

ボトムアップの手法の重要性

- 認知症の人のケアマネジメントは個別性が高い。(本人、家族、地域まで)
- システムを作り、それを当てはめていこうとしても無理がある。
- 地域の社会資源を生かしていくためには、個別の事例の積み重ねが必要。
- 担当者に成功体験を味わってもらう目的。

平成20年1月 第2回センター方式活用研修の報告

1月26日(日) センター方式入門

1日研修、全部のシートの記入方法の習得

[宿題]: 一番大変だと思っているケースを選び、
センター方式に記入する。

2月20日(水)夜 情報の共有化と利用者理解

サービス担当者会議と同じ

[宿題]: 目標を決めてチャレンジする

3月19日(水)夜 Eシートの活用

利用者の行動の原因と背景の分析

利用者の思いを共有する

[illegible]

1. 1936年12月12日，张学良、杨虎城在西安发动兵变，扣押了蒋介石，史称“西安事变”。
 2. 1937年7月7日，卢沟桥事变爆发，标志着中国全面抗战的开始。
 3. 1937年9月，国共两党正式宣布合作，建立抗日民族统一战线。
 4. 1938年10月，广州、武汉相继沦陷，抗战进入相持阶段。
 5. 1940年5月，百团大战爆发，这是抗战以来中国军队主动出击的最大规模战役。
 6. 1945年8月，日本宣布无条件投降，中国取得抗战的最终胜利。
 7. 1945年9月，日本正式签署投降书，抗战胜利。
 8. 1946年6月，国民党发动内战，全面内战爆发。
 9. 1949年10月1日，中华人民共和国成立。
 10. 1950年6月，朝鲜战争爆发，中国派遣志愿军参战。
 11. 1953年7月，朝鲜战争结束，签订停战协定。
 12. 1954年，中国参加日内瓦会议。
 13. 1955年，中国参加万隆会议。
 14. 1956年，中国完成社会主义改造，确立社会主义制度。
 15. 1958年，中国掀起“大跃进”运动。
 16. 1960年，中国发生“大跃进”运动造成的严重后果。
 17. 1961年，中国开始实施“调整、巩固、充实、提高”八字方针。
 18. 1966年，中国发生“文化大革命”运动。
 19. 1976年，中国结束“文化大革命”运动。
 20. 1978年，中国实行改革开放政策。
 21. 1982年，中国颁布第一部宪法。
 22. 1984年，中国参加洛杉矶奥运会。
 23. 1989年，中国发生六四事件。
 24. 1992年，中国实行社会主义市场经济体制。
 25. 1997年，中国参加香港回归。
 26. 1999年，中国参加澳门回归。
 27. 2001年，中国加入世界贸易组织。
 28. 2008年，中国举办北京奥运会。
 29. 2012年，中国召开党的十八大。
 30. 2013年，中国提出“一带一路”倡议。
 31. 2015年，中国提出“四个全面”战略布局。
 32. 2017年，中国召开党的十九大。
 33. 2018年，中国提出“乡村振兴战略”。
 34. 2019年，中国提出“碳达峰、碳中和”目标。
 35. 2020年，中国取得抗击新冠肺炎疫情的重大战略成果。
 36. 2021年，中国召开党的十九届六中全会。
 37. 2022年，中国举办北京冬奥会。
 38. 2023年，中国提出“高质量发展”要求。
 39. 2024年，中国提出“中国式现代化”目标。
 40. 2025年，中国提出“中华民族伟大复兴”目标。

- 99歳、女性、
- 独居
- 家族と地域の力で支えられている。
- 平成16年頃から物忘れがひどくなる。
- 平成16年秋ごろ、鍋こがしが頻繁になる。
- 平成17年、お金の計算ができない。
- 平成18年出かけていくと、帰れない。

私の終てき

「おれは一人づつとて、
家も居らずしてゐるが
留守番を頼むといふ。次
の村までいってよ。」

下段(サービスを利用するまでの経過)

[illegible]

地域の力の把握

A-4:私の支援マップシート(上段抜粋)

[illegible]

E:24時間アセスメントまとめシート

[illegible]

結 果

- あきらめないで、まだまだ地域で生活できることを、目の前で実証していくことが大切である。
- 地域の中で、1例ずつ成功ケースを積み上げていくことで、地域で支えることの自信を共に持てる。地域が変わってくる。
- こうした現場発信の取り組みで認知症の真の理解や地域支援の可能性を広げていくことができる。

今後に向けて

- 今、医療との連携が進みつつある。
- 県立病院の看護職（一般病棟、急性期病棟など）をセンター方式の研修と一緒に参加するように呼びかけた。
- 参加したことから、顔の見える関係になり、病院で対応困難だった方をショートステイにバトンタッチして、落ち着いていただけた。
- 情報の共有と協働体験のために、センター方式をツールとして広めて、地域全体が共通言語で本人本位の支援体制が図れるようにがんばりたい。
- ケア関係者がチームを組むと最強の力！

8)共同研修の実践者による報告

池田 武俊	行政 (大牟田市保健福祉部長寿社会推進課)
■実践している共同研修の内容 かかりつけ医対応力向上研修もサポート医とは何かを考えると、地域の社会資源をうまく使ってもらう視点は必要と考え、地域連携を厚くした。 大牟田では平成15年から認知症コーディネーターを養成。困難な人への対応、アドバイザーとして2年間育成。H21年4月には修了者50名になるので、認知症コーディネーターとしての本稼働を考えている。 立場としては、市に登録し、報酬を支払う。相談があった場合は業務として出てもらう。登録した人から認知症コンサルタントとして地域包括支援センターのフォローに入る予定。 ・「物忘れ相談員」 適切な相談窓口がなかったので、医師会と協力して、多職種共同研修を実施。参加者は運営委員、ケアマネジャー、ホームヘルパー、在介職員。 研修は「もの忘れ健診」を6回開催。登録制ができたが、質の担保が課題。 ・その他 地域向け、はやめ人情ネットワーク、絵本などのさまざまな活動に認知症コーディネーターが協力している 他に、通学路の危険区域を探し、警察へ情報提供したり、家族支援ネットワークも実施。	

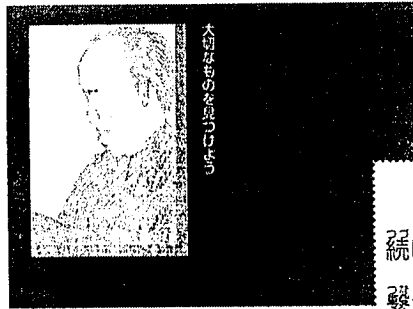
大牟田市の案内 1

「人・心・まちづくり」地域ミーティング2008

プログラム(案)

- 1 日 時：4月27日(日) 12:30～16:30
- 2 会 場：オームタガーデンホテル 平岩の間
- 3 主 催：大牟田市
大牟田市介護予防・ビジネス協議会(主管：認知症ケア研究会)
- 4 共 催：ユーザイ株式会社
- 5 内 容
 - i) 12:30 開会
 - ii) 12:40 基調講演
テーマ 「人と人、心と心、認知症でつながろうぶなまちの絆」
講 師： 長谷川和夫先生(認知症介護研究・研修東京センター長)
 - iii) 13:30 報告① 認知症早期発見・予防の取組と「ほのぼの会」の発表
 - iv) 14:15 報告② 小中学校の給食教室、大牟田のつながり、全国への広がりを
 - v) 15:00 報告③ 大牟田市ほっと・安心ネットワーク&地域ふれあいフォーラム
 - vi) 15:45 報告④ 平成20年度地域認知症ケアコミュニティ推進事業
 - vii) 16:25 コーディネーター4期生修了式 授与者：長谷川和夫先生
 - viii) 16:30 閉会
- 6 参加呼びかけ機関・団体(約150人)
 - (1) 福岡県・福岡県大牟田土木事務所
 - (2) 大牟田警察署
 - (3) 大牟田市地域包括支援センター
 - (4) 大牟田市介護予防・相談センター
 - (5) 大牟田医師会
 - (6) 大牟田市介護支援専門員連絡協議会
 - (7) 大牟田市社会福祉協議会
 - (8) 大牟田市校区社会福祉協議会
 - (9) 大牟田市民生委員児童委員連絡協議会
 - (10) 大牟田市公民館連絡協議会
 - (11) 大牟田市老人クラブ連合会
 - (12) 大牟田市障害者協議会
 - (13) 大牟田市ボランティア連絡協議会
 - (14) 大牟田市あんしん介護相談員の会
 - (15) 大牟田市在宅介護者の会
 - (16) はやめ南人情ネットワーク
 - (17) 平成19年度実績の小中学校の関係者
 - (18) 地域ふれあいフォーラムイタ所代表者
 - (19) 認知症コーディネーター修了生、受講生
 - (20) その他(認知症予防教室参加者など)

～認知症でもだいじょうぶ～ “人・心・まちづくり” 大牟田&アジアフォーラム



〈認知症の人の理解を広めるための絵本〉

届けよう、全ての市民へ
続けよう、まちづくりにゴールはない
繋がろう、誰もがまちづくりの責任者
生きることと老いを尊ぼう

【特別企画：家族の会ミーティング】10：00～11：30（3階 第2研修室）

「認知症の人と家族の会」高見国生代表&「韓国認知症家族協会」李聖姫会長と語ろう！
認知症の人と家族の会福岡県支部&大牟田市在宅介護者の会

【関連企画】11：30～17：00（大ホール・ホワイエ）

◎もの忘れタッチパネル検診・相談コーナー

もの忘れ相談医と認知症コーディネーターによる検診・相談

◎認知症の人と家族の会福岡県支部・大牟田市在宅介護者の会による相談・入会コーナー

※プライバシー厳守で行います。

◎認知症ケア研究会パネル展示、絵本『いつだって心は生きている』他書籍販売コーナー

◎地域密着型小規模多機能サービス関連情報コーナー

ぜひ、お立ち寄りください！

と き： 平成19年4月28日（土） 12：30～16：40（11：30開場）

ところ： 大牟田文化会館 大ホール、ホワイエ

主催：大牟田市介護サービス事業者協議会 共催：大牟田市保健福祉部

大牟田市の案内 3

～プログラム～

12:30 開演

開会あいさつ 大牟田市介護サービス事業者協議会会長
蓮澤 浩明さん



12:35 基調講演

『認知症の真の理解とまちづくり』

【講師】：認知症介護研究・研修東京センター長 長谷川和夫さん

【座長】：大牟田臨床認知症研究会代表世話人

大牟田市介護サービス事業者協議会会長 蓮澤 浩明さん

※認知症コーディネーター3 期生へのメッセージ

13:30 パネルディスカッションⅠ 『地域で支えるために～早期診断、予防が鍵！』
(プレゼンテーション)

脳の健康を守る予防教室参加者からのメッセージ

【プレゼンター】：認知症ケア研究会

永江 孝美さん

西山 重子さん

予防教室参加者

和泉 澄恵さん

大久保京子さん

【パネリスト】：鳥取大学医学部教授

浦上 克哉さん

大牟田市地域包括支援センター長

井上 泰人さん

大牟田市民生委員・児童委員協議会会長

大里 昭六さん

【アドバイザー】：大牟田市保健所長

西岡 和男さん

【ナビゲーター】：大牟田市認知症ケア研究会代表

大谷み子さん

14:30 休憩

～認知症予防体操～

14:50 パネルディスカッションⅡ

『認知症を深く理解する

～小・中学校とのコラボレーション』

(プレゼンテーション)

小・中学校からのメッセージ

【プレゼンター】

明治小学校：福田 典子さん(担任)、竹下 実希さん、

西山 麻衣さん、松岡 舞香さん(6年生)

延命中学校：松山 薫さん、藤井 清午さん(担任)

陣内龍太郎さん、宮本潤一郎さん、森 柊也さん、

堺 文音さん、弘島 愛理さん、山崎 百花さん(2年生)

米生中学校：池田菜津野さん、末田 夕貴さん(3年生)

渡辺 梨奈さん、大山あゆみさん(2年生)



ドイツ国際会議で発表する池田さん、末田さん(米生中学校)

大谷さん(認知症ケア研究会代表)

※小・中学校の総合学習における絵本教室を通して、子どもたちから家族へ、そして地域へ認知症の人の理解が深まっています。

勝田 登志子	家族 （社団法人認知症の人と家族の会 副代表）
■実践している共同研修 家族の会として活動して28年目。 認知症を正しく理解してもらうために、シンポジウムや交流会を年2～3回開催。 若年の問題が大きくなってからは若年性の取組みを開始している。 ケアサポーターがケアパートナーへ、いかに本人の気持ちに添うかをテーマに研修を実施。職場で熱心な人ほど参加されており家族の会のサポートはできないが、職場での活動から家族の会につながる事が増えてきた。 ■課題 ・ 立場によって一方的な伝達講習が多い。 ・ 何のために研修をするのかを明確にする。 ■共同研修の必要性和今後の共同研修のあり方 ◎ 家族のためだけでなく、どう本人に向き合ってもらうか、家族もどう本人の気持ちにそってもらえるように働きかけられるか、そのためにも多職種の共同研修の必要性を感じている。 ケアプランが本人、家族の思いにそっていない現状が多いので、家族の思い、本人の思いを少しでも活かしてくれるケアマネジャーと勉強をしていきたい。	

第 1 回認知症がわかる講座

昨年 12 月 厚生労働省は『痴呆』を『認知症』という名前に変更しました。
現在 160 万人ともいわれる認知症の人は、10 年後には 300 万人になると予想されています。『認知症』を正しく理解をすることは、認知症への最大の予防でもあります。最近では若年期認知症の方からの相談も増えています。
今回、家族の会では介護中の家族だけでなく、広く県民の方々や福祉の現場で働く方々を対象に講座を開講いたします。一方的に聞くだけでなく、参加者同士の話し合いで理解を深めたいと企画しました。どなたも参加できます。一緒に学びませんか、5 回以上の参加者には修了証を発行します。

開 催 要 項

- * 開催はすべて日曜日・時間は午後 1 時半～4 時半 (9/18 は午前 9 時から午後 4 時)
- * 定員：40 人(定員になり次第締め切りさせていただきます。)
- * 申し込み先：TEL/FAX 076-432-1693 (勝田) 076-478-5606 (中島)
- * 参加費：会員は 6 回で 2500 円/1 回は 500 円 ただし 9/18 のみ参加は 1000 円
会員外は 6 回で 5000 円/1 回は 1000 円 ただし 9/18 のみ参加は 2000 円
この機会にご入会いただければ会員の参加費となります。家族の会の年会費は 5000 円です。
- * 講師は認知症のご本人や介護家族の心に耳を傾け、共に手を携え、医療・福祉の第一線で活躍中の方々がばかりです。一緒にするだけで元気と勇気がもらえます。ご期待ください！

月日	会 場	内 容	講 師 (敬称略)
6/26	サンシップ 602.603	本人の思い、家族の思い 介護体験から学びましょう	家族の会代表：渡辺清道 ：介護家族
7/24	サンフォルテ 303	認知症とは何か 医学的側面から解明	開業医・特養理事長 ：平野正治
8/28	サンシップ 501	あなたにできる介護予防 日々の生活の中で出来る工夫	高岡市介護相談員 ：関 都子
9/18	サンフォルテ 2 階ホール	認知症セミナー 認知症とどう向きあうか	認知症介護研究・研修センター ：永田久美子 開業医、大学教授：松本一生
10/23	サンシップ 604	認知症への対応 先ず、己を知るところから	元日赤看護師 ：茶山寿美子
11/27	サンシップ 604	介護サービスの実際・費用 見直しで介護費用はどうなるの？	ケアマネジャー ：塚本 聡

主催：社団法人 呆け老人をかかえる家族の会富山県支部

お問い合わせ：930-0093 富山市内幸町 3-23 菅谷ビル 4 階

家族の会電話相談：毎週月・木曜日：午後 1 時半～3 時半 TEL 076-441-0451

家族の会 研修プログラム 2

06. 6. 12

「若年期認知症の介護家族支援プログラム作成」事業

～認知症の本人も介護家族も元気になる講座です～

受講者募集要項

講座開催期間 平成18年9月から平成19年3月・
毎月1回計6回開催

会 場 サンフォルテまたはサンシップの会議室
募集人数 15家族
対象者 認知症の初期・若年認知症の本人とその家族
受講料 無料（ただし、昼食代の実費等をご負担いただきます。）

講座内容（1回の流れ）

午前10時開会 参加者の自己紹介などでの交流
本人・ご家族一緒に過ごす。
昼食はみんなで楽しく食べる。（料理教室や絵てがみ教室等）
午後1時から3時まで
介護家族は別途の内容で進める。
ご本人は、それぞれサポーター（約20人）の援助を受けながら
散歩や卓球など楽しい時間を過ごせるように、参加者の状態に合
わせて、対応する。

家族支援プログラム（介護家族）

	内容	講師・アドバイザー
9/24 第1回	作ろうネットワーク 介護者相談交流会	家族の会
10/29 第2回	学びましょう認知症のこと 認知症の基本的な知識	医師
11/26 第3回	上手に使おうサービス利用 サービスのいろいろ（介護保険など）	ケアマネジャー
12/17 第4回	みつめて見ましょう あなたの心 介護の仕方と介護者の心	家族の会
1/28 第5回	寄り添って見ましょう、相手のこころ 本人の思いと若年認知症の特徴	ケアスタッフ
2/25 第6回	医者と上手に付き合おう 医師との関わり方・薬・若年期の進行など	医師

*それぞれの話を聞いた後に介護相談交流会で話し合う。

家族の会 研修プログラム3

本人向け

ひとりひとりにあったケアを行う（約20人が必要）
（開催毎に、ケアスタッフ等のケアのあり方についての記録や意見交換を行い若年認知症のケアについてのあり方をまとめる）

* 受講後のサポート（希望者）

家族の会電話相談担当者が定期的にお電話をして相談にのります。

ケアスタッフ研修会 募集は100人

家族支援プログラムおよび若年認知症のケアのあり方について
研修会を行い、講座開設時のケアスタッフ及びサポーターの募集を行う。
（サポーターの実習を兼ねて行う）
3回出席者には「若年認知症ケアスタッフ研修修了」の修了証を発行する。

第1回 8/27 家族支援プログラムについて

家族の会愛知県支部代表 尾之内 直美さん
若年認知症のケアについて
大阪市社会福祉研修・情報センター
スーパーバイザー 沖田 裕子さん
若年認知症を考える（ケアスタッフ向け）
宮永 和夫 先生

第2回 9/17 物忘れカフェの取り組みから（介護家族向け）

若年認知症ケアの実際
藤本クリニック院長 藤本 直規 先生
同ディサービスセンター所長 奥村 典子 さん

第3回 3月 スタッフ・サポーター交流会

PRについて

介護保険事業所・地域包括支援センター・精神科等公的病院、民間病院
市町村、厚生センター、家族の会のおたより、福祉団体やマスコミなど幅広く
PR、若年認知症への理解を広めるキッカケとする。

以 上

認知症・本人ネットワーク支援者養成研修

本人ネットワークとは認知症の本人同士が知り合い、意見交換やお互いの経験を共有することができるように、また、自分達の思いを社会に伝えるために認知症の本人同士がつながっていくことです。本人ネットワークが充実し、当事者自身の語れる場を作ることを支援できるように支援者への研修を行います。

<研修の目的>

この研修では、認知症の人たちの話し合いや、交流の場・仲間作りを支援する人を育成することを目的にします。

本人同士で話をすることは、本人ひとりや家族とだけ話をするだけでは、得にくい効果が得られます。本人同士で話することで、気晴らしや気楽な気持ちになり、物忘れなどのしんどさが語られることで、自分たちで何かしようという前向きな気持ちが生まれます。

認知症の人が「ひとり（あるいは家族とだけ）の世界」では、忘れること、できなくなることの自覚は自己評価の低さにつながり、いらいらや怒りが出やすくなります。仲間と認知症による変化を感じていることや、しんどさ、本当は仕事をやりたいといった本音を語ることで、気持ちが楽になっていき、そのことで「新しい生き方への希望」が持てるようになっていきます。

また、複数で話をすることは、参加者の中には落ち込んでいる人もいれば、ポジティブに考えようとする人もおり、ひとりではできないけれど、同じ仲間なら何かできるという雰囲気をもって思いの発信につながっていくことができます。

<第1回研修の内容（おおむね3時間）>

時間	内容・方法	ねらい
10分	導入 研修の目的について	研修の目的や研修の流れを確認する ビデオなどによるイメージの共有
30分	本人が話し合う支援が 困難と思う理由 ＊個人ワーク ＊グループワーク	本人の話し合いを促進するために何が困難だと感じるかについて、個人ワークの後、グループで話し合い、支援の障害となっていることを明らかにする。
30分	発表	グループワークで話し合われた内容について発表し共有する。
10分	休憩	
30分	ロールプレイ	参加者のうち5人に認知症の人になってもらって、本人の話し合いの場に参加してもらおう。どのように話を進めていくかについて、他の人は観察する。
40分	意見交換	ロールプレイを見て、「もし自分が認知症だったら」という視点で意見交換し、どのように支援していったらよいかについて検討する。

新田 國夫	サポート医、地区医師会会長 (医療法人社団つくし会 新田クリニック 院長)
■現在の活動 サポーター研を受け、東京都医師会地域福祉委員会から第1期、第2期と行き、サポーター研修の指導者研修を受け、地域でサポート医研修を継続的に開催。サポート医のテキストづくりにも参加している。 ■課題 ○サポート医研修の役割が明確でない。 住民に周知されていない、受講者個人の知識で終わってしまう。 かかりつけ医が認知症を知らないので知識としてなのか、サポート医が相談の立場受けた人が相談になりうるだけの知識を持っているか、という点はないと思う。BPSDに対して投薬でどうコントロールしていくかの知識は省かれ、地域連携が中心となっている。 ○それぞれの職種の専門性を発揮することが連携の前提。 多職種は専門性を発揮することが多職種だと考えている。そこがないと、専門性を問えない。 ■今後の共同研修のあり方 ○研修のねらいを明確にする ○誰が企画を立ててもよい。 ○広域より身近な地域から ○地域の認知症の人がどういうものを持つか、家族含めた個の連携はどういうものか、地域の事業所の連携を含めまずは実態をよく把握しておくことが大事。 ○個の連携だけでは機能しない。地域で作られた集団の連携をどう役立てるか。	

藤野 けい子	行政保健師・キャラバンメイト (品川区福祉高齢事業部高齢者支援第2係・保健医療担当主査)
■実践している共同研修の内容 品川福祉カレッジ（社協に運営委託、区からも出向）受け皿となり研修をしている。福祉スタッフの養成が目的。 平成16年度センター方式のモデル事業を実施し、翌平成17年度から研修をスタート。当初は品川区の福祉職員の悉皆研修に位置づけていたが、現場にはいきわたっていなかった。 すべての人がセンター方式を理解できないが、ステップアップ講座を設けている。 管理者研修 研修を受けて現場に戻っても伝えきれない、活かしきれない現状があり、事業所全体でフォローする仕組みも作っている。 今年で3年目を迎えるので、評価の時期。	

平成20年度 品川福祉カレッジ 認知症ケア専門コース 基礎課程（第1回）受講案内

このたびは、平成20年度品川福祉カレッジ認知症ケア専門コース基礎課程（第1回）の受講申込をいただきありがとうございます。また、受講希望者の便宜を図り、勤務変更等さまざまなご調整くださいました各事業所長（管理者）の皆様に厚くお礼申し上げます。つきましては、今回の課程の内容等についてご案内申し上げますので、ご留意の上、受講くださいますようお願い申し上げます。

1. 認知症ケア専門コース開設の経緯と本課程のねらい

品川区ではこれまで、介護予防から終末期に至る全ステージで認知症高齢者のケア充実を図るため、グループホームの整備促進やケアの手法等に関する実践的な検討が図られてきました。昨年度は、これらを踏まえ、在宅・施設介護サービスに携わる全ての現場の方々を対象に、認知症の人へのよりよい理解を得て、効果的ケア実践が行えるよう、また、ケアチームリーダー職層の方々のレベルアップを目指して、認知症ケア専門コースが新設されました。

本研修体系とカリキュラムは、認知症介護研究・研修東京センターの監修をいただき、運営は品川区高齢福祉課と品川介護福祉専門学校・品川福祉カレッジが一体となり行っています。昨年度の受講者からは、「センター方式の目指す利用者本位の視点を知り、これまでの自分のケアのあり方についてよく振り返りができた。研修での学びを得て、勇気をもって、始めてみたら、利用者、ご家族、ケアチームに小さいが確実なプラスの変化が起きてきた」という貴重な体験が多く寄せられています。

本課程のねらいは、認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の学習をベースに、認知症の人の「今の思い、求めていること、あらゆる可能性」を大切にして、利用者本位のケアを実現するための基本視点を習得し、その上で、センター方式を活用した効果的なケア実現にむけた実践のあり方や工夫を学び得ることにあります。

そして認知症の人とご家族が、住み慣れた品川の地で、安心して生き活きと暮らし続けていくことを支えていくための理解と支援のあり方を共に学び、共に実践しながら、認知症の人とご家族の確かな支え手（認知症ケアの専門職）になっていくことをめざしていきます。

2. この課程で新たな実践力を身につけていくためのステップ

- <事前学習> 1. 課題図書を読み、認知症の人の思いに焦点をあて、自分自身のいまの実践を振り返ります。
- <研修1日目> 2. 認知症の人へのふだんの自分を振り返ります。
3. 本人視点(利用者本位)を確かなものにする学習をします。
4. 利用者本位のこれからのケアのあり方を学びます。
5. 利用者本位の認知症ケアのポイントを理解し、自らのケースで考えてみます。利用者本位の認知症ケアをチームで実践するための共通道具である「センター方式」を使って、利用者とケアの可能性を探ります。
6. 利用者の思いと力を活かしたチャレンジ課題（基礎編）を見つけます。
- <現場に戻って> 7. 「チャレンジ課題（基礎編）」に、とにかく取り組んでみる！



平成20年度 品川福祉カレッジ

認知症ケア専門コース 基礎課程

パワーアップ研修（第1回）

受講者募集要項

日時：9月11日（木） 18:30～21:15

もつと楽しむ「センター方式」

気軽に使って、ケアの手がかりを
見つけよう！！

この研修は、基礎課程受講者のステップアップ研修です。

この研修の大きなねらいは次の3点です。

- ① センター方式の理念と基本視点をあらためて学びます。
- ② センター方式の具体的な活用法を深めます。
- ③ 品川で働く仲間同士のつながりをつくり情報交換をします。

◆品川福祉カレッジは、介護サービスに従事する方々の専門性と実践力の向上を支援するためのリカレント教育講座です。品川介護福祉専門学校は、品川区からこの事業の運営を委託されています。

主催 品川区

実施 品川介護福祉専門学校・品川福祉カレッジ

生活を楽しく・豊かにするサービス・ケア

平成20年度 品川福祉カレッジ 認知症ケア専門コース 専門課程 I

デイサービス・デイケアセンター 職員向け研修（受講者募集案内）

～利用者がいきいきと楽しく、生きる姿が取り
戻せる時間と空間・私たちの意識とは～

<ねらい>

- ☆ デイサービス・デイケアとは、どのようなところなのか。
あらためて目的をじっくりと見直してみよう。
 - ☆ 私たちが今、大事にしたいことをみんなで確認してみよう。
 - ☆ 利用者の生きる姿の実現にむけ、挑戦し続ける仲間の取り
組みを聞き、これからを考えてみよう。
 - ☆ 日頃の思いや悩みを、仲間といっぱい話してアドバイスし
あおう。仲間をつくろう。広げよう。
-
- ☆ 既にご案内のとおり 11 月 19 日に福祉カレッジで、デイ
職員向けの特別講座があります。あの 藤原 茂 氏（夢の
みずうみ村 代表）を招いての講演会です。今回の研修で
は、この講演を聞いての印象や気づきについても掘り下げ
ていきます。ぜひ、両方の研修に参加ください。

主催 品 川 区

実施 品川介護福祉専門学校・品川福祉カレッジ



平成20年度 品川福祉カレッジ
認知症ケア専門コース 専門課程Ⅱ
受講者募集要項

新たな施設(認知症)ケア
利用者の生きる姿とともに描こう

認知症ケア専門コース 専門課程Ⅱとは

「認知症ケア専門コース」は、在宅・施設介護に関わる現場従事者を対象に、認知症の人へのケアのあり方への基本的視点の見直しを図り、新しいケア実践に取り組むことを通じて、関係者の連携を深め、ケアチームのリーダー層を育成する段階的・体系的な研修です。

専門課程Ⅱは、施設(チーム・フロア・ユニット)単位で、現在の施設(認知症)ケアの諸課題と背景を検討し、その課題解決に向けた具体的な取組みの目標や方法を探り、実際に行っていくことによって、施設利用者の生きる姿・望む暮らしの実現を目指していくアクション・ラーニング型の研修です。また、この取組みの過程で、これからも継続的に認知症ケアの質向上に向けた実践を共にする仲間をつくり広げていくことも目指しています。

◆品川福祉カレッジは、介護サービスに従事する方々の専門性と実践力の向上を支援するための、品川区の福祉人材リカレント教育講座です。品川介護福祉専門学校は、品川区からこの事業の運営を委託されています。

主催 品川区

実施 品川介護福祉専門学校・品川福祉カレッジ

森上 淑美	地域包括支援センター (川西市地域包括支援センター センター長／保健師) (日本介護支援専門員協会 研修担当理事)
■実践している共同研修の内容	
兵庫県介護支援専門員協会としてもさまざまな研修を企画、実施している。 ケアマネジャーの立場から入りながら多職種へ循環している。 キャラバンメイトに民生委員、福祉委員になってもらい、高校 2 年生を対象にサポーター養成講座を実施した。 キャラバンメイトには地域のグループホームなどへケアを体験に行ってもらう。 民生委員もワークショップで変わっていき、専門職も一緒になって変わっていく。	
■今後の共同研修のあり方	
・身近な先生を巻き込む 医師は地域の人の評判でお願いしている。 地域の人からの要請であればほとんどの医師が協力してくれる。 顔の見える関係にある先生と一緒に始めるとよい。	

山田 圭子	地域包括支援センター (前橋市地域包括支援センター／社会福祉士)
■実施している共同研修 ○平成 17 年、老健事業で医療支援プロジェクトを実施。認知症高齢者が入院した際、どうすればいいかを 3 年にわたり研究。 この中で、多職種で同じテーブルで語り合うことに効果があった。そこに医師が入ることでさらに効果があがった。 現状は情報提供どまりで、担当者会議をやるだけで、質は問われない。 いろいろな職種が交わることで専門性が発揮される。 ○多職種共同研修 足利市で実施。夜間 2 時間の研修に 200 名集まり、勤務医も参加している。いろいろな形ですべての職種を巻き込むことが大事。 ■今後の共同研修のあり方 完成品を作るのではなく、他の職種はどういうことをするのか、誰がどこにいるのか、多職種で集まる事で互いに関わり方がわかるメリットがある。 気負わず、できるところから始めていく。	

渡邊 高行	認知症介護指導者・地域密着型サービス 群馬県地域密着型サービス連絡協議会副会長 （ケアホーム家族の家新里 ホーム長）
■現在の仕事 ①平成7年にグループホームを開設し14年目。地域の中で暮らしていく為の支援として生まれたが、現実的にはなされていない。各グループホームが地域との連携がないままミニ特養化している現状にあり、なんとか戻していきたい。 ②いろいろな選択肢の中で地域の中で暮らし、蘇っていくのを見てきているので、国が目指している認知症を支えるネットワークづくり、社会づくりをやっていきたいと思っている。 ■実践している共同研修の内容 ○「ぐんま認知症ボケー座」 2004年から活動し、現在はサポーター養成講座として活動。当初は個人で初め、村の介護教室の委託を受けて始まった。その後劇団をつくり、サポーター養成講座を山間僻地へも出向き開催している。劇団員は全員連協の役員も兼ねており、認知症介護指導者。多職種の方に来ていただき、そこでネットワークを組んでいきたいと考えている。 ○群馬県地域密着型サービスの協議会 市町村と医療、地域の事業者、グループホーム、小規模多機能が地域の相談拠点になるべく活動をしている。地域の人が気軽に相談できる体制づくりをし、ネットワーク化することで、互いに紹介したり、出ていける環境づくりをしている。 ■課題 ○医療との連携 サポート医といっても現実には相談できる状況にない。グループホームには相談体制があるが、医療側に相談窓口がない。 認知症の診断に関わる壁が厚くてクリアできない。 ○地域包括支援センターとの連携 介護予防に奔走し手が回らない現状なので、制度改正に期待している。 研修だけでなく、地元でのネットワークづくりが重要。	

平成 20 年度老人保健健康増進等事業報告書

認知症専門医療との連携や、地域における共同研修のあり方等地域包括支援センターを
地域の中心とした地域ケア体制の構築に関する調査研究事業
認知症地域ケア体制の関係者共同研修のあり方検討会

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 21 年 3 月