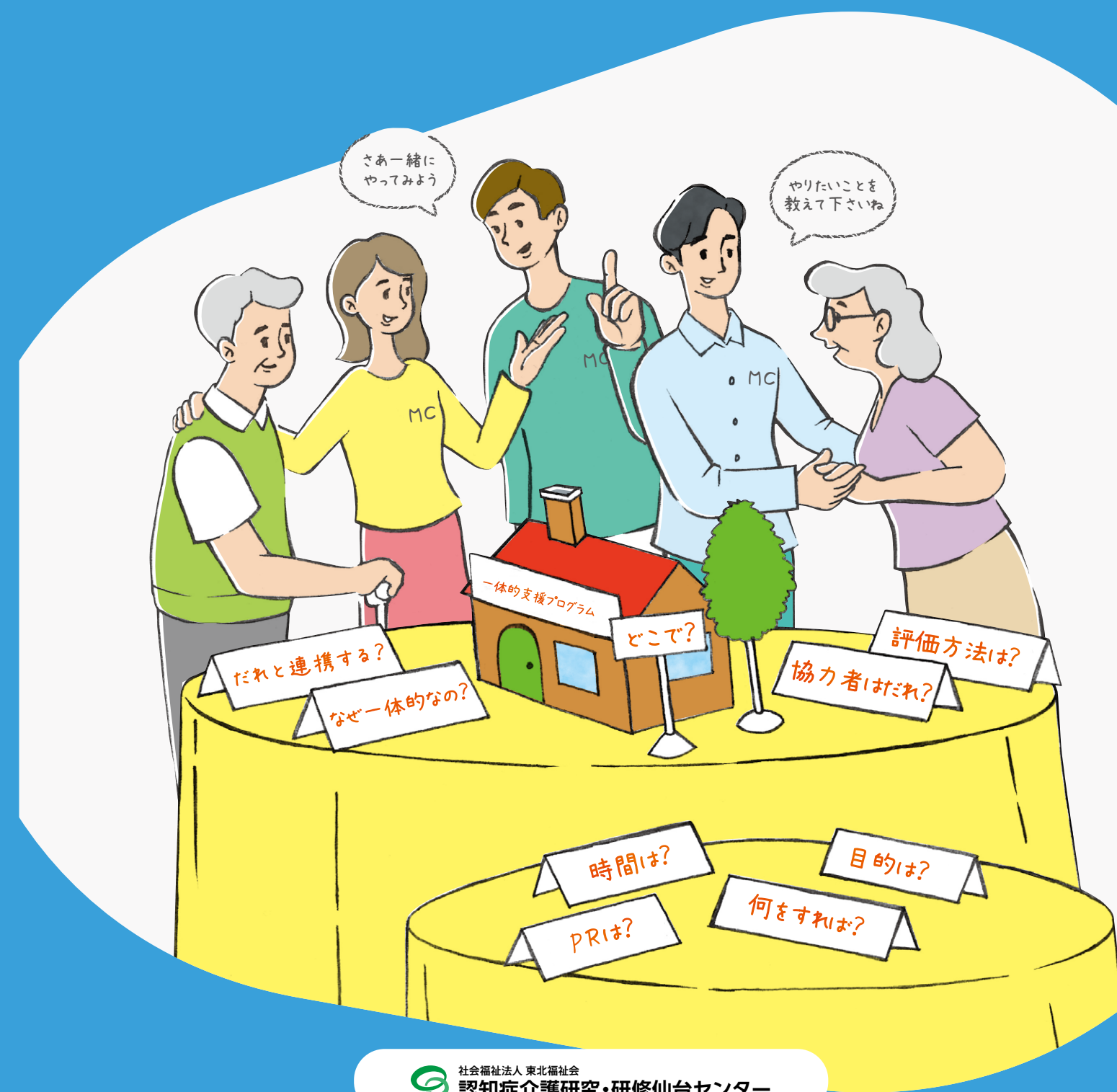


“出会い”と“話し合い”に基づく
認知症の本人と家族の一体的支援プログラム

立ち上げと運営の手引

Meeting Center Guidebook Japanese Version



“出会い”と“話し合い”に基づく
認知症の本人と家族の一体的支援プログラム

立ち上げと運営の手引 目次

	一体的支援プログラムイラストガイド	P3
1	一体的支援プログラムとは何か?	P8
2	一体的支援プログラムの育て方、つくり方	P16
3	実際の運営を知ろう	P24
4	一体的支援プログラムの背景	P32
5	実践のためのQ&A	P34

はじめに



本書は、認知症の人とご家族の一体的支援プログラムの立ち上げと運営方法について解説したものです。

認知症のご本人とご家族へのケアは、これまで別々で行われてきました。家族会等は家族のピアサポートとして、認知症の本人ミーティングもまたピアサポートとして、どちらも共感と受容の場、そして時に学びの場として大切な役割を果たしてきました。また、認知症カフェも、地域住民が加わることによって認知症の人や家族も含めた寛容な地域づくりを進めるうえで大切な役割を果たしてきました。

今回、認知症の人とご家族を一体的に支援する本プログラムを提案するのは、前述したサポートの場に加え、新たな社会資源が整えられることに大きな意味があるからです。

一体的支援プログラムは、認知症の本人と家族の診断直後からの家族の関係性やかかわり方を専門的に支え調整する場所を目指しています。

以前、「認知症介護は関係性の障害である」と言われるご家族がいました。これはどういうことなのでしょう。当然ですが、認知症の支援の中心には、本人支援があります。そしてもうひとつの支援の中心に家族支援があります。認知症のご本人は、診断されることで、その瞬間から認知症を生きるという「渦中」に投げ出されます。家族もまた、認知症の人と生きていくという「渦中」に投げ出されます（注）。本人も、家族も昨日までとは異なる景色の中で生きる孤独と不安を感じているのです。しかし、両者に見える景色は決して同じではなく、それぞれ別々の不安に包まれているのです。お互い異なる景色が見えているということをお互いが知り、理解し合う場が必要なのです。

一体的支援プログラムは、こうした場を作ろうとするものです。

認知症のご本人とご家族に見える景色を重ね合わせ、お互いの不安を理解し合う場が診断直後からあることは、在宅生活の継続への大きな力になると信じております。

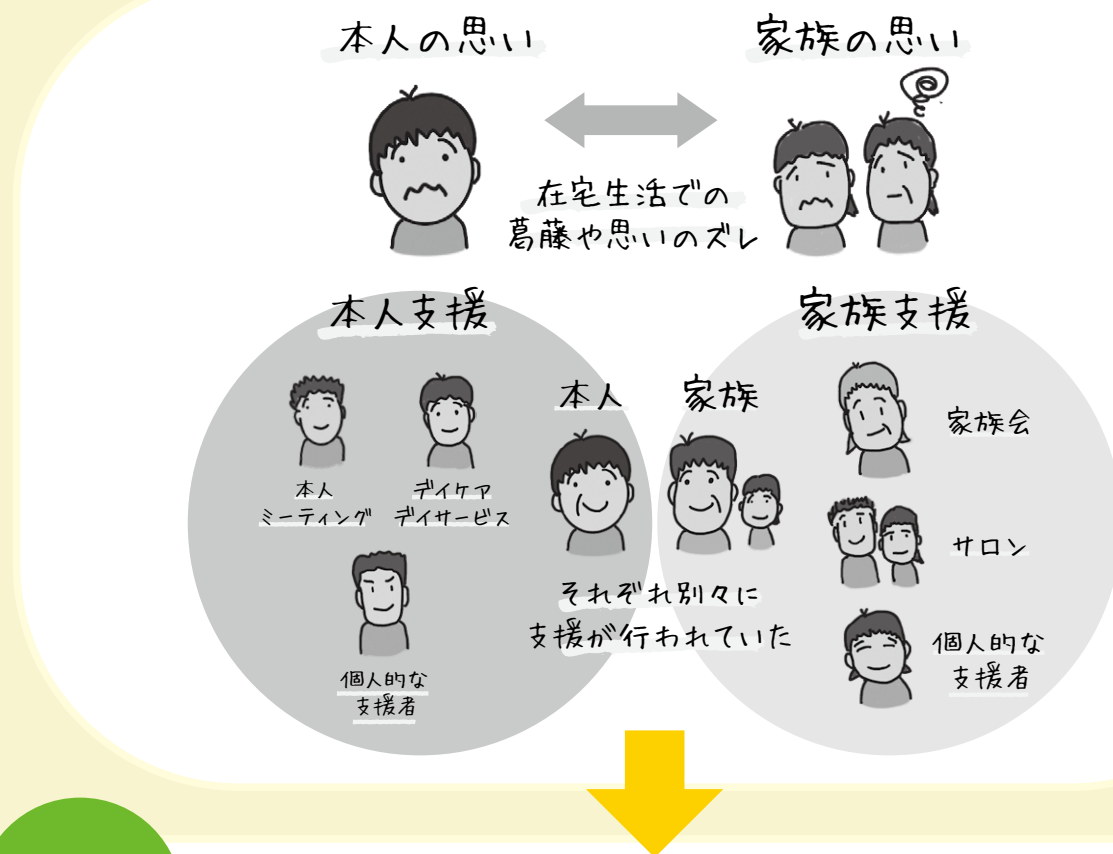
ぜひ、みなさんも一体的支援プログラムと一緒に作っていきませんか。

（注）京都在住の医師森俊夫先生が2021年1月に宇治市で開催されたモデル事業の講話にて作成された資料を参考

一体的支援プログラムイラストガイド

①現状

認知症の本人と家族の支援はこれまで別々に行われていました。「出会い」によって、家族関係の維持や調整を目指しています。

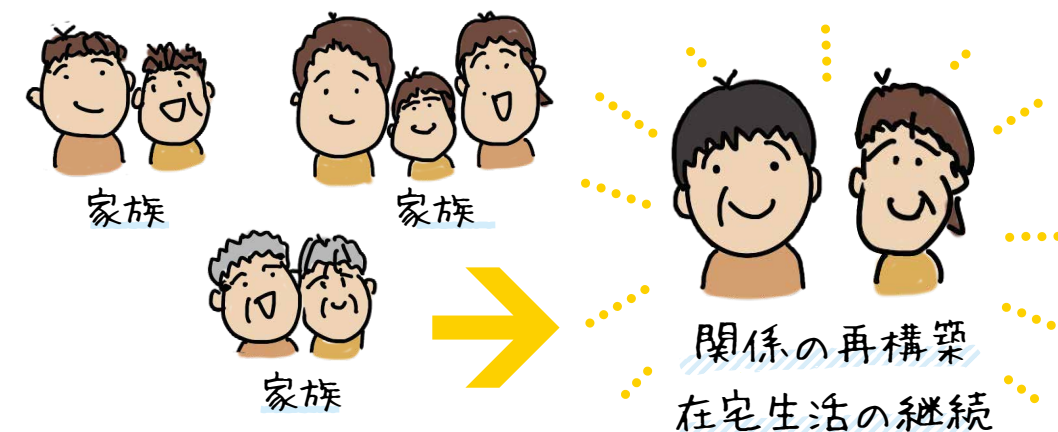


新たな展開

家族をひとつの単位とした支援

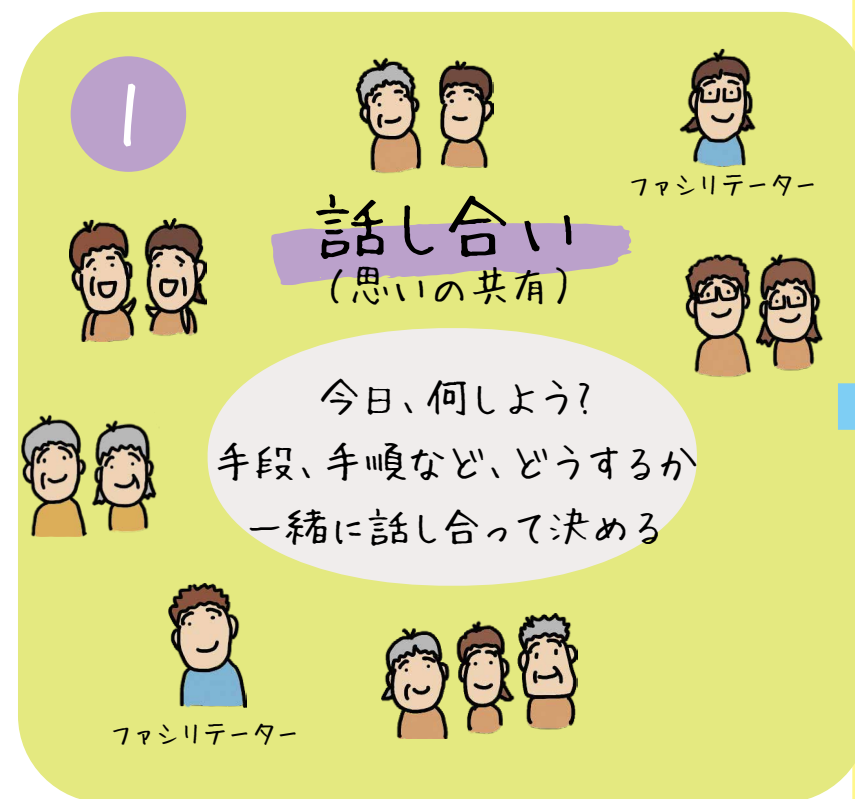
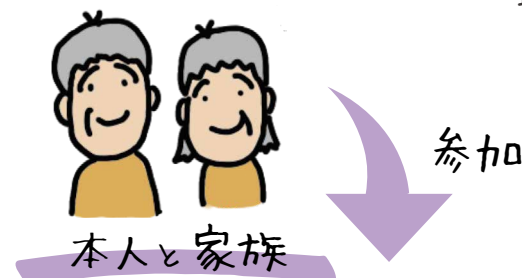
一体的支援プログラム

他の家族との「出会い」による自然な学び



②プログラムの全体像

「話し合い(思いの共有)」によって活動が決まります。
それによって本人の意欲向上や家族の介護負担軽減、
良好な家族関係の維持調整に役立つプログラムです。



2 活動・場を用いて

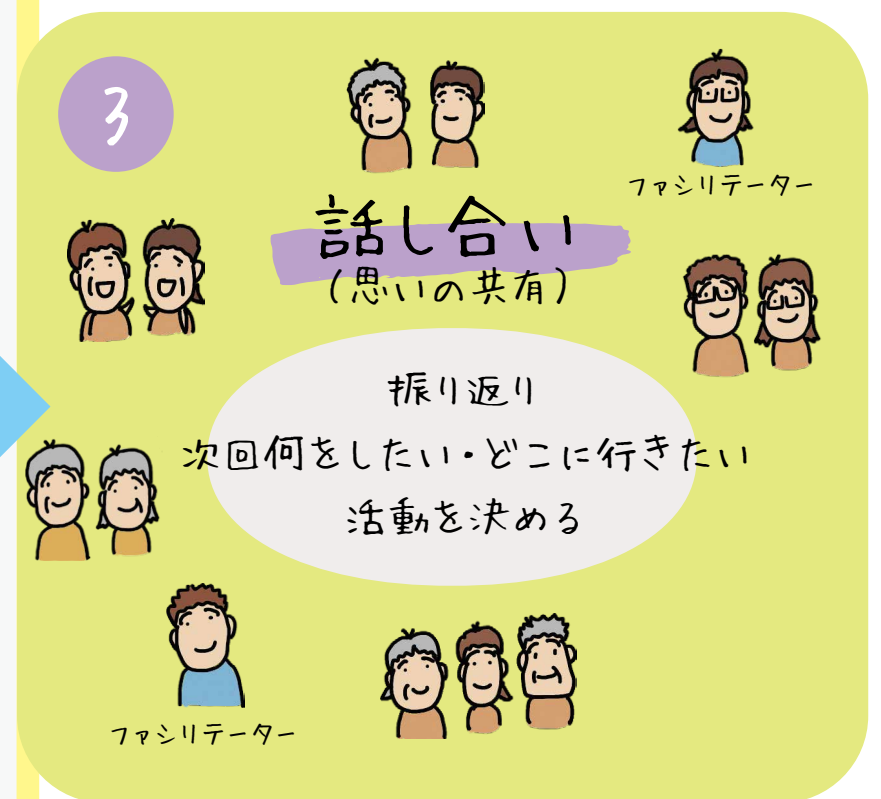
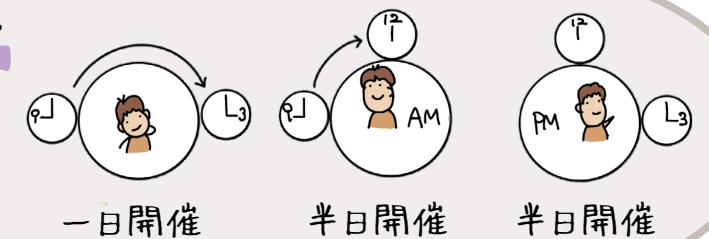
大切な事は「話し合った事」をできるだけその日に実現する

内容は自由



具体的にどれ位?

一日開催・半日開催
(午前・午後)など
地域の実情に合わせて



活動を通して

本人と家族間の
親近感↑



介護負担軽減

自尊感情↑

やりとげた!

自分で決めた!



家族を1つの
単位として考えて



- ① 幻視・幻覚減少
 - ② うつ症状減少
 - ③ 不安感・軽減
- 出現率の低下につながる効果

上手にいってる
家族との出会い



ともに活動

見て学び
見て気づく



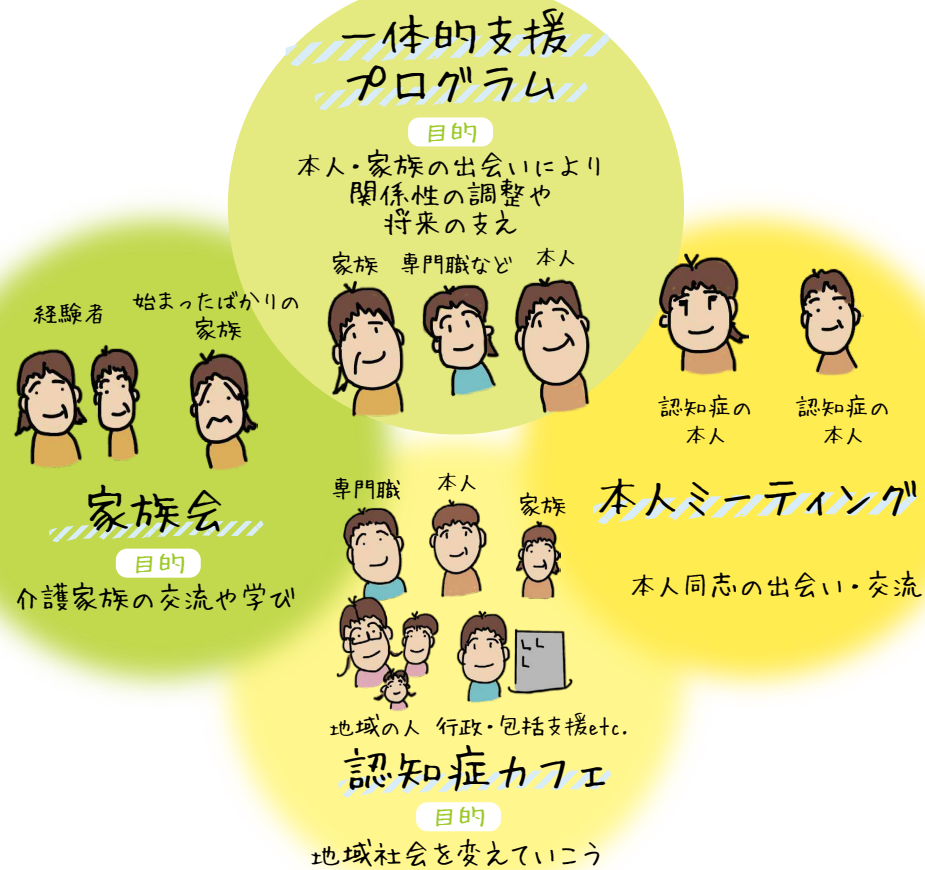
終了



本人と家族
また次回～

③さまざまなサポートとの違い

家族が一体的に関わる時間を共有することは、家族の関係性に対して良い効果をもたらします。



⑤一体的支援プログラムの運用イメージ (公衆衛生における予防モデルの視点)

ポピュレーションアプローチ
(全体に向けて)

ハイリスクアプローチ
(リスクの高い方に向けて)

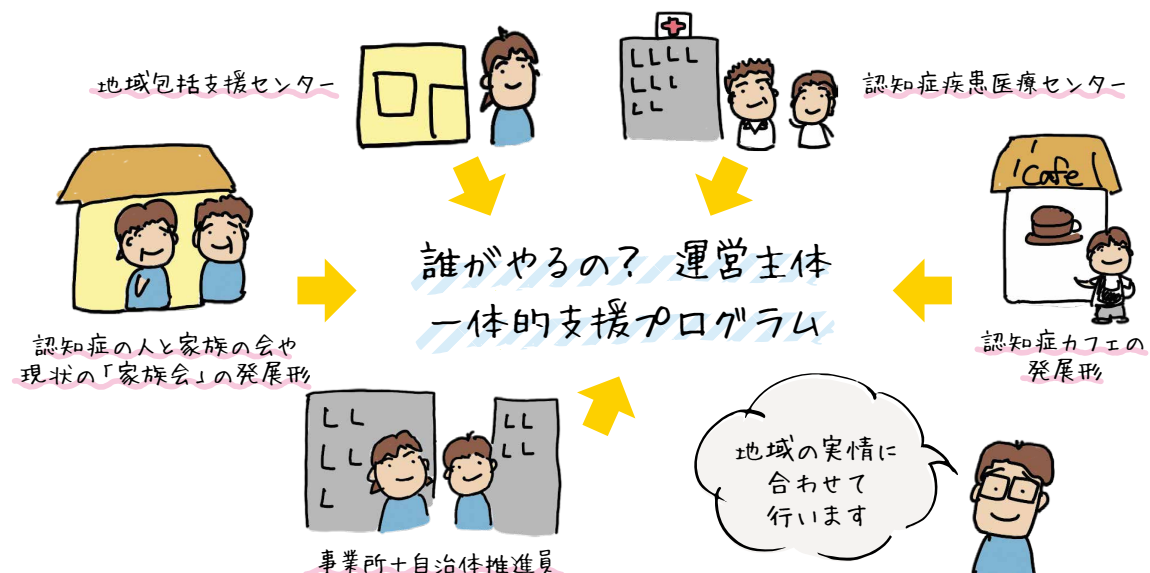
	市民集団啓発	一次予防的介入	二次予防的介入	三次予防的介入
運用のイメージ例	現在のところ認知症であるか介護が必要かどうかにかかわらず市民への理解啓発も含めて行われます 事前の準備や啓発 認知症サポーター養成 市民講座や研修会	介入の必要があるかどうかにかかわらず、すべての家族に予防的支援が行われます 介護生活のはいまり～介護負担の増加 一体的支援プログラム 認知症カフェ 家族介護者教室 家族介護継続支援事業 (健康相談、介護者交流会、介護自立支援事業等)	関係性に悩み将来の不安が大きい家族に対象を絞って早期に支援が提供されます 介護生活への不適応や将来の不安 一体的支援プログラム 認知症疾患医療センター (診断後等支援)	介護生活中の身体的・精神的疲弊、虐待、BPSDの増加、急変時に対して行われます 在宅介護の限界 認知症疾患医療センター (BPSD急性期対応) 各種介護保険事業・初期集中支援チーム

家族関係継続のためのアプローチのひとつです。

地域の実情に合わせた運営方法

④誰が行うのか

様々なパターンで実施し運営することができます。※



※市町村事業として実施する場合、認知症地域支援推進員が企画・調整を行います。(地域支援事業交付金対象)

1 一体的支援プログラムとは何か？

① 解決したいこと、目指したいこと

- 認知症と診断されたことで家族関係が変化した、悪くなった、悩んでいる。
- どのように関わっていけばいいのかわからない、将来が見えない。
- デイサービスに行っているときは楽しそうにしているけれど、家に帰ってくると不機嫌で、どうしても言い争いや喧嘩になってしまう。

「いつまでも自宅で、この地域で穏やかに暮らし続けたい」
を支えるプログラム



② 一体的支援プログラムの理念“出会い”と“話し合い”

◎「出会い」による学びと安心

認知症とともに生きる人とその家族同士の「**出会い**」、専門職・専門知識のある支援者との親密な「**出会い**」の場です。認知症とともに歩むためには、一人やひと家族ではとても心細く不安なものです。ここでは、人や情報、新たな家族関係に出会い、これからのより良い生活の継続に役立ちます。

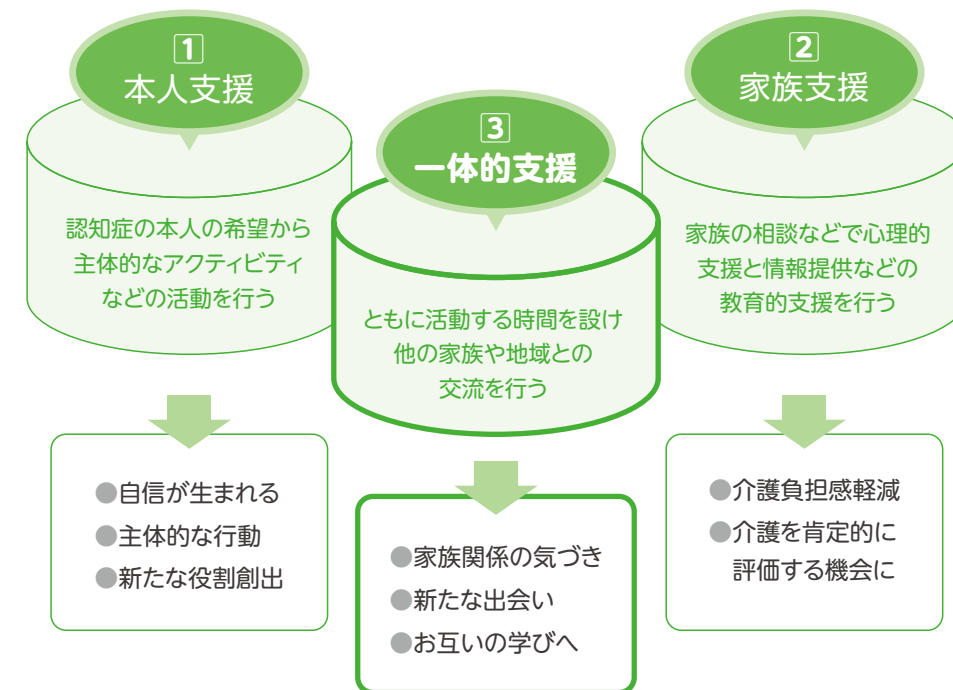
◎「話し合い(思いの共有)」による自信と気づき

認知症という進行する慢性的な疾患に対し、同じような経験をする人々と話し合うことで、その適応や対処方法を理解し、感情のバランスを保ち将来を見据える機会となります。

「**話し合い**」で、その日のプログラムを決め実行する経験は、ポジティブなイメージをお互い共有し、新たな家族の関係づくりをするうえで役立ちます。

③ プログラムの3つの柱

3つの柱で支えられています。専門職との密接な関係や新たな人との出会いと毎回の話し合いや思いの共有によって、家族関係や関わり方、認知症への**気づきや学び**があります。そして、日々変わりゆく状況に適応し、将来への見通しを立てることが可能になります。



図：一体的支援プログラムの3つの柱



④ プログラムの目的

これからの人生を認知症とともに歩むための認知症の本人と家族の前向きな気持ちを育み、介護負担軽減、関係調整をサポートするプログラムです。

このプログラムは安心して紹介できる上質な診断後支援のひとつでもあります。

目的は、認知症の本人と家族がともに歩むための「**関係づくり**」への調整・サポートによって在宅生活の安定と継続が図られることです。そして、必要な時に専門的で個別的な情報提供や相談支援が展開できます。これらによって、認知症の本人と家族の在宅生活の中で適応力がプログラム参加から自然に身についていくことを期待しています。

⑤期待される効果

第1に新たな家族との「**出会い**」により認知症とともに生きる在宅生活のヒントを得ること、第2に「**話し合い(思いの共有)**」に基づく活動や時間の共有によってポジティブな可能性や前向きに生きるための自然な気づきが得られます。

これらは、不確実なこれからの生活への適応と道筋となるものです。

参加者側

- ①家族同士の親密性が高まる
- ②認知症とともにある生活への適応・対処方法の自然な学び
- ③交流と活動によりストレスの軽減
- ④プログラムを通じ良好な家族関係を築き、維持することを助けます

自宅での
穏やかな生活の
継続

運営者側

- ①認知症の本人と家族との深い関係性を持つことができる
- ②現在の家族関係を知ることができる
- ③在宅生活を送るうえでの家族間の関係性の調整に役立つ

家族間の課題の
早期発見や
調整の場の構築

その日のプログラムを決め実行する経験は、**ポジティブなイメージをお互い共有し、あらたな家族の関係づくり**をするうえで大変役立ちます。これらは、モデル事業や諸外国の確かな研究データによっても証明されています。

⑥プログラムの対象者

認知症の人とその家族をひとつの単位として一体的にサポートしその関係調整を図ることを目指しています。そのため認知症の人と家族が一緒に参加することが望ましいのですが、独り暮らしの方や都合が合わない場合なども考えられることから、どちらかの参加でも可となります。

認知症の人

在宅生活をされている方。認知症の初期から中等度の方で食事や排せつが自立あるいは簡単な補助があれば可能な方。

家族

認知症の人の同居あるいは別居家族等。

⑦運営者とその専門性

認知症の人の思いを表明するための援助技術を有する方、家族と認知症の本人の関係調整や個別の相談援助について知識や技術を持つ方、思いを実現するための行動力やネットワークを持っている方が運営の中心になります。

また、市町村事業として実施する場合には**認知症地域支援推進員の関わり**も欠かせません。

運営者とその資質等

求められる能力は、傾聴共感と関係調整、社会資源の活用やマネジメントの能力です。認知症疾患医療センターの職員、地域包括支援センターの職員、認知症の人と家族の会、その他関係団体の職員、認知症サポーター等の人たちです。(資格等では、医師、看護師、保健師、社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、介護福祉士などで認知症や対人援助について知識・技術を有する者が参加あるいは関わっていることが望ましいといえます)

一体的支援プログラムの運営のための主な役割の例



ファシリテーター

話し合いの進行役など運営の全体を支える役割



運営ボランティア

活動のサポートを行います

※地域の実情に合わせて実施してください。



※MCは、ミーティングセンター・サポートプログラムの略です。(P32・33参照)



⑧運営主体 ～さまざまな主体で行う一体的支援プログラム

これまであった地域の社会資源を最大限活用します。
そして、その地域の専門職や関係者が共同で運営に関わります。運営の主体は、認知症の人と家族が参加しやすくなる団体や機関、事業所等が代表すると良いでしょう。これまでのモデル事業の実績では次のような団体が運営を行っていました。

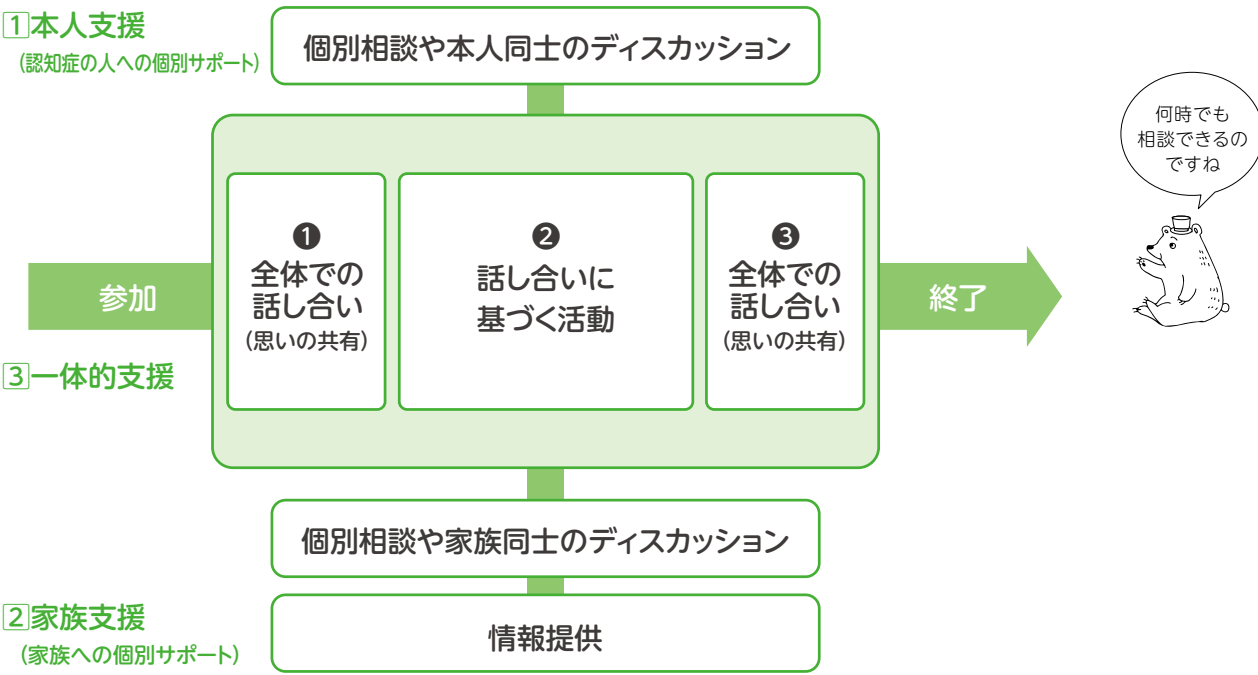
運営主体のタイプ	特 徴
地域包括支援センターの連携タイプ	●対象者となる方に声がかけやすい ●地域の社会資源の活用・連携が図りやすい 主運営者 …地域包括支援センターの職員
認知症疾患医療センタータイプ	●診断直後からの支援につながりやすい ●支援相談員が確保できる 主運営者 …診断後支援等担当職員
認知症の人と家族の会の活動タイプ	●家族と認知症の本人とのつながりが深い 主運営者 …家族の会の中心メンバー
認知症地域支援推進員等連携タイプ	●場所が確保しやすい ●認知症地域支援推進員がいることで他事業との連携がしやすい 主運営者 …認知症地域支援推進員
施設・事業所と自治体職員協働タイプ	●マンパワーの確保ができる ●居宅介護支援事業所などとの連携が図れる 主運営者 …事業所等のケアマネジャー
認知症カフェ運営団体発展タイプ	●気兼ねなく参加しやすい ●住民の協力などを得やすい 主運営者 …認知症カフェ運営者(包括、専門職、推進員等)

⑨開催場所

開催する地域の活用できる資源に合わせて場所を選定。アクセスしやすく身近な場所であればどこでも開催可能。たとえば、最寄りの市民センターや公民館など公共施設、休日のデイサービスセンター、小規模多機能居宅介護事業所や介護保険施設の地域交流スペース、喫茶店やパン屋の店舗を借りて実施するところもあります。話し合い、軽運動、料理などができるスペースが確保できることが望ましいでしょう。

⑩プログラムの全体像

「出会い」と「話し合い(思いの共有)」をプログラムの中心に据え、3つの柱(①②③/P9参照)に基づく全体プログラムと個別プログラムが展開されます(P4~5参照)。3つの柱全体で「一体的支援プログラム」としています。



① 本人支援の「個別相談や本人同士のディスカッション」の内容

家族の前では言いにくいことがある方や相談などについて、個別相談やグループで話し合ったりする時間を設けます。

② 家族支援の「個別相談や家族同士のディスカッション」の内容

とても疲弊している家族や、本人の前では言いにくいことがある家族について個別相談をおこなったり、グループで話しあったりする時間を設けます。

③ 一体的支援での「全体での話し合い(思いの共有)」の内容

本人と家族が同席しその日の活動やこれからの活動について話し合いを行います。お互いが同席することで様々な気づきが得られ、リラックスした雰囲気や前向きな関係の調整に役立ちます。事業評価を行う時間に充てることもできます。

11 プログラムのいくつかの流れ



- Point1 3つの柱 (P9参照) を大切に
- Point2 話し合ったことをできるだけその日に実現する

このふたつを大切に、一回のプログラムの時間は、その地域の実情に合わせて行うことができます。

●1日プログラムの例 (番号はP13の図と対応)

10:00 - 11:00	全体での話し合い① (思いの共有)	今日の活動の話し合いやリラックスの時間
11:00 - 12:00	活動②	話し合いで決めた活動の実施や個別相談 ●本人支援、家族支援が適宜組み込まれる
12:00 - 13:00	昼食	準備をして一緒に食事をする
13:00 - 14:00	活動②	話し合いで決めた活動実施や個別相談
14:00 - 14:30	全体での話し合い③ (思いの共有)	今日の振り返りや次回活動の希望についての話し合い

●半日 (AM) プログラムの例 (番号はP13の図と対応)

10:00 - 10:30	全体での話し合い① (思いの共有)	今日の活動の話し合いやリラックスの時間
10:30 - 11:30	活動②	話し合いで決めた活動の実施や個別相談 ●本人支援、家族支援が適宜組み込まれる
11:30 - 12:00	全体での話し合い③ (思いの共有)	今日の振り返りや次回活動の希望についての話し合い

●半日 (PM) プログラムの例 (番号はP13の図と対応)

13:00 - 13:30	全体での話し合い① (思いの共有)	今日の活動の話し合いやリラックスの時間
13:30 - 15:00	活動②	話し合いで決めた活動の実施や個別相談 ●本人支援、家族支援が適宜組み込まれる
15:00 - 15:30	全体での話し合い③ (思いの共有)	今日の振り返りや次回活動の希望についての話し合い

屋内のみではなく、「次回は外出しよう!」となった場合地域へ出かけることもあります。畑での作業を行うことなども自由で、認知症の本人と家族の話し合いの中で決まっていきます。話し合いは、専門職がファシリテーターとして入り思いを表出する手助けをします。



基本は、話し合い、その日に実現する。

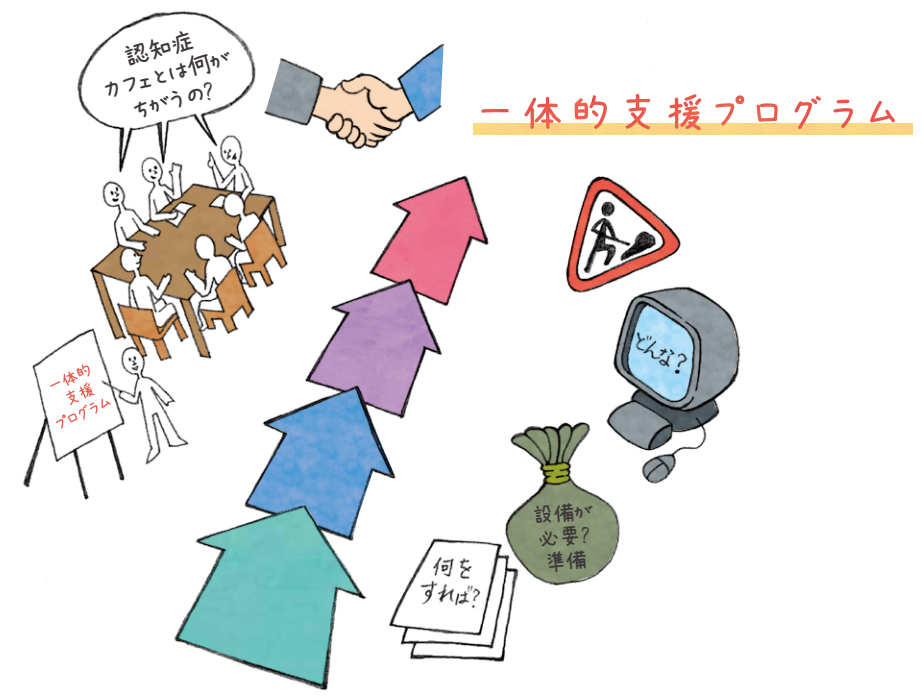
12 地域にあるそれぞれの活動との違い

一体的支援プログラムは、これまでにない、新たな取り組みです。従来のいくつかの活動と対照し整理してみたいと思います。どれがもっとも大切なのか?ということではなく、どの活動やサービスもあることが大切です。



	一体的支援プログラム	認知症カフェ	家族会	本人ミーティング
ねらい	診断後からの家族関係の構築	地域への認知症の啓発や寛容な社会づくり	家族の介護負担軽減、知識や情報共有	本人の知恵や知識、生活の工夫等の情報共有
対象者	家族 認知症本人	認知症本人 家族 地域住民 専門職	家族	認知症本人
中心的な方法	出会いと話し合いに基づく活動	ミニ講話 気楽な対話	話し合い 情報共有	話し合い 情報共有
時期	診断後	診断前から	診断後	診断後
支援形態	クローズ	オープン	クローズ	クローズ

家族会、本人ミーティングはピアサポートです。認知症カフェは地域に向けたソーシャルサポートの一環です。一体的支援プログラムは、家族をひとつのユニットとして捉えた家族の出会いと話し合いに基づく家族関係の調整と気づきの場です。



2

一体的支援プログラムの 育て方、つくり方

①大切にしたい4つのコンセプト

◎小さくはじめて大きく育てる(イベントではなく、成長)

一体的支援は**最初は小さな活動であり、小さな話し合いから始まります**。最初から大人数で行われる必要はありません。出会いと話し合いの中で、必要な人や場所、活動や団体とつながっていくことが重要です。

◎人が中心のコトづくり(論理的ではなく直観的・行動的)

モノ(建物や道具)ありきではなく、**コト(ヒト)ありき**で考えることが大切です。運営者が何をするのか考えるのではなく、参加者がここで、これから何がしたいのかを考える**プロセス重視**です。話し合いで出された思いに合わせてその日の活動が生まれます。それを実現するプロセスで、家族は気づき、認知症の本人は自信が育まれます。「いつかやりたいね」ではなく「今日、今からできること」、「次回できること」というように、実現するようにサポートします。論理的に計画を練るのではなく、直観的、行動的な活動によって新たなアイデアや工夫を生むことができます。

◎地域にあったプログラム(定型的ではなく変則的)

目指すべき目的や本質は大切ですが、成し遂げる方法は多様で、**地域性**があります。例えば、開催場所、協力者、運営者は地域の社会資源やこれまでの地域の文化、歴史、背景によって異なるものです。**その地域の今ある社会資源や人的資源、そこに所属する人々の声をよく聞いて**最も良い運営方法を考えましょう。

◎ネットワーク型運営で継続する(階層的ではなく水平なネットワーク型)

運営する組織は、最初から形があるわけではありません。運営をしていくなかで必要な人や団体とつながりを持ちましょう。例えば、新型コロナウイルスのように突如地域社会を変容させるような事態も起きます。そんな時に、助けてくれる新たな協力者を仲間に加えたり、会場や方法を変えたりしながらできる柔軟さは継続につながります。

プログラムは、話し合いで決まっています。それを実現するためには、その都度協力者を仲間に入れていくとよいでしょう。ピラミッドや階層型の組織ではなく、**ネットワーク型の組織**を作っていきます。

②立ち上げと運営までの大きな4つのステップ

ステップ1

関係者に声掛けをして目的や趣旨を説明

中心となる企画運営者のネットワークから声掛けをする
地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター、行政担当者などが有力

ステップ2

開催場所や役割を決め、参加者候補のリストアップ

認知症カフェ実施場所や、公民館、公共施設、介護保険施設・事務所など検討する
参加者は、認知症カフェ来場者や診断直後の方、家族会参加者などを視野に入れる

ステップ3

試行的に実施

施行的にプログラムを実施し課題などを検討する

ステップ4

一体的支援プログラムのスタート

名前なども決めて正式にスタート



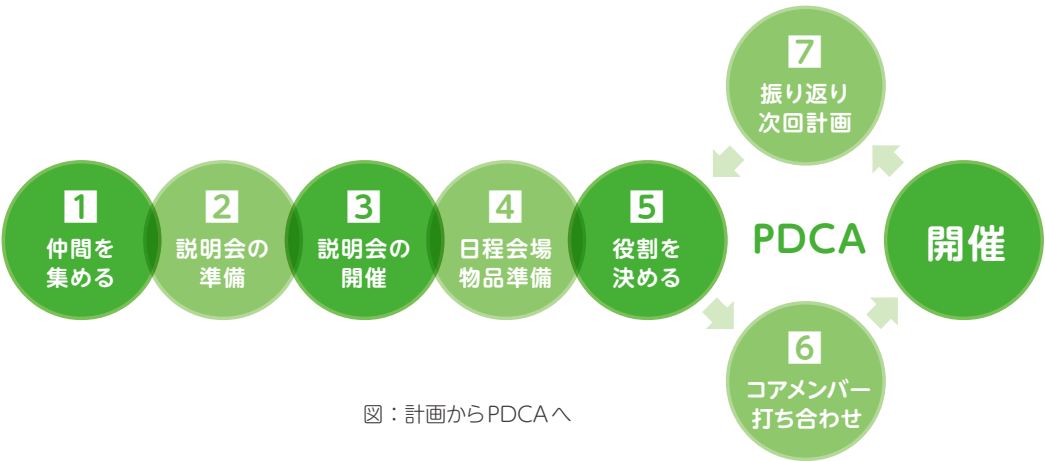
とっても
大切です!



小さく始めて
大きく育てる



③企画運営者(プログラスマネジャー)の役割と手順



図：計画からPDCAへ

1 仲間を集める(コアメンバーを集める)

一体的支援プログラムの礎を作る役割があります。まず家族関係の調整について専門的知識やスキルを持つ方、かつ長期にわたりかわれる方で、地域の関係者をよく知っている方、診断直後の認知症の人とつながりがある方が望ましいといえます。あまり多すぎず5人以内が良いのではないのでしょうか。「**認知症の本人とその家族**」も入っていただき、加えて下記のような方が参画するとより効果的に実施できるでしょう。

運営コアメンバーとなる人々の例

- ①中心となる認知症のご本人とその家族
- ②地域包括支援センターの職員
- ③社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、保健師、作業療法士など
- ④認知症地域支援推進員
- ⑤若年性認知症支援コーディネーター
- ⑥認知症の人と家族の会(世話人や役員)
- ⑦認知症疾患医療センターの診断後支援担当職員
- ⑧行政の認知症施策担当者
- ⑨近隣の介護保険施設・事業所等の職員
- ⑩認知症支援にかかわるNPO等の団体スタッフ
- ⑪民生児童委員やボランティアの方 etc.



2 関係者説明会の準備をする

運営のコアメンバーを中心に、関係者への説明会の告知対象者や日程、役割を決めます。コアメンバーとなる方はこの時点で一体的支援プログラムの意義や目的について理解していなければなりません。説明会には、運営にとって大切な人、協力してくれる人であろう関係者に声を掛けます。

説明会までに共有しておきたい事項

- 一体的支援プログラムの各自の理解
- 一体的支援プログラムを説明する資料
- 会場の候補地
- 開催候補日
- コアメンバーそれぞれの役割(資料作成、周知・声掛け、説明会日程や会場確保)
- 必要な物品と予算(会費はどうか)
- 開催までのおおむねのスケジュール
- 説明会の日程と内容
- 次回打ち合わせの日程

イラストを使うといいね!



3 説明会を開催する

運営に関係しそうな団体の方を集めての説明会を開催します。主たる運営団体と協力団体が一堂に会して一体的支援プログラムの共通理解を深める場にします。この時、コアメンバーはいつから、どこで開催したいという希望を伝えると同時にアイデアを募りましょう。

説明会の内容

- プログラムの目的
- 協力していただきたい内容
- 会場の選定(決まっていない場合)
- 対象者(認知症の人、家族)への呼びかけ
- 周知・広報の方法と協力



4 開始する日程と会場選定と運営に必要な物品

- 日程** 日程は月一回程度で運営スタッフと参加者の都合の良い日を選定します。時間は1日開催、半日開催など様々です（P14参照）。
- 必要な物品** 会場を決める際に、事前に下記のものがある場所だと、新たに購入が必要ありませんので、確認しておきましょう。

物品リスト

- テーブル
- ポットとコップ
- 調理器具(必要な場合)
- 人数分のイス
- ホワイトボードや付箋紙(話し合いに使用)

その日に何を行うか、どんな活動をするのかを参加者の話し合いで決めます。そのため、参加者全員が座るために必要な椅子、テーブルは必ず必要です。また、リラックスした空間づくりのためBGMやポットやコップなども準備しておきましょう。話し合いの際ホワイトボードや付箋紙などがあると分かりやすく話し合いができます。調理を行う場合には調理器具もあると良いでしょう。

場所

地域の中でアクセスのしやすい場所を検討しましょう。コミュニティセンター、地域の空き家、地域密着型サービス事業所の地域交流ホールその他どこでも。話し合いをして活動を行うので、ある程度広い場所（ミーティングルーム）と個別相談ができるスペースも必要です。

5 役割を決める

開催する場所や必要な物品が決まったらコアメンバーの中で役割を決めておきましょう。事前準備の役割と当日の役割がありますが、それぞれ同じ人が何役も担うこともあります。くれぐれも無理のない役割分担をすることが継続するうえでは大切です。主な役割は次の通りです。

事前準備

- チラシ、説明書の作成者
- 各書類づくり担当者
- 必要物品準備担当者
- 参加者や協力者への声掛け担当者

プログラム当日の役割の例（地域の実情に応じて検討してください）

役 割	具体的内容
全体をマネジメントする役割	時間管理、会場のセッティング、物品準備の確認、人員配置など全体をみて調整を行います。（2名程度） ファシリテーターがこの役を担うこともあります。
話し合いの進行役	ファシリテーターが中心となり、最初と最後にある希望を聞く話し合いの進行をします。意思表出しやすいよう会話を促し、ホワイトボードなどで話し合いを見えるように配慮します。 補助も必要です。（2名～3名）
相談担当役	個別相談に応じ関係調整や情報提供、相談援助などを担います。
その他の役割	受付、アセスメント、安全管理、活動補助、飲食の準備など。

6 コアメンバー打ち合わせ

1週間から2週間前には打ち合わせをしておく目安です。開催していくうえでは、毎回不安感も多いことと思いますので、短時間でも良いのでコアメンバーで打ち合わせを当日の確認や参加者の情報を共有する時間を持ちましょう。また、次のプログラム開催までに準備しておくもの、参加者の話し合いの中で希望があった場合の対応などの準備もしておく目安です。

祝 開催！

7 振り返りと次回以降の計画

プログラムが終了したら、その日あるいは数日後に振り返りを行い、次回への準備について話し合いを行います。振り返りのポイントは次の通りです。

振り返りのポイント

- 参加者の内訳
- 進行の振り返り
- 参加者の話し合いで出された内容の実現に向けた準備
- 参加者からの相談内容
- 物品の過不足
- 周知の方法

おめでとう！





④効果的な運営のために、評価表を活用しよう

●運営者のプログラム評価

プログラムが安定して目指すべき効果を得るために、そして方向性を迷わないために下にあるプログラムのチェックリストを活用しましょう。評価は、「**適応—対処モデル**」(P33参照)に基づく客観的な指標になります。さらに、モデル事業を行った全国10地域の運営者の話し合いによって作られた実践的なチェックリストでもあります。一年間の振り返りにも、事業評価にも用いることができますので、ぜひ活用してみてください。

ポジティブ感情交流支援 (24点)	運営者用	まったくできなかった	あまりできなかった	まあできた	十分にできた
	活動の全体を振り返ってみましょう。 もっとも当てはまると思われる番号を○で囲んでください。				
	1. 認知症のひと家族が運営者に悩み事などを気兼ねなく話ができるような声掛けを行った。	1	2	3	4
	2. 認知症のひと家族に、その人にあったケアや認知症に関する情報提供を行った。	1	2	3	4
	3. 理解し合える人や、新たな仲間との出会いをつくるよう配慮した。	1	2	3	4
	4. 介護生活に伴うストレスを話すことができ、受け止めることができるような機会を設けた。	1	2	3	4
	5. 在宅生活を前向きに捉えていけるような話し合いや活動を行った。	1	2	3	4
家族関係調整支援 (24点)	6. 認知症のひと家族にとって、これから起こる可能性がある問題解決に役立つ内容が含まれていた。	1	2	3	4
	7. 毎回のプログラムの内容について、その人の症状に応じた工夫を凝らし、飽きのこないよう配慮した。	1	2	3	4
	8. 認知症のひと家族とともに話す場面を作り、思いを共有する機会を作った。	1	2	3	4
	9. 話し合いや活動の中で参加者が自分の気持ちや経験と向き合う機会を作った。	1	2	3	4
	10. 認知症のひと家族同士が協力し合ったり、支え合ったりする経験する機会をつくることができた。	1	2	3	4
	11. 認知症のひと家族のこれからの生活をイメージできるような内容が含まれていた。	1	2	3	4
コミュニティ 適応支援 (8点)	12. 認知症のひと家族の、これからの生活の学びや気づきにつながる内容が含まれていた。	1	2	3	4
	13. このプログラムでは、地域の方との交流が継続できるよう配慮した。あるいはそれにつながる内容であった。	1	2	3	4
	14. このプログラムで、地域で開催されるイベントや行事の情報提供ができた。	1	2	3	4

(合計56点／点数が高いほうが、ねらいどおりのプログラムであったと解釈できます)

●家族からのプログラム評価

下にあるチェックシートは一体的支援プログラムに参加した家族の方が回答するものです。プログラムに参加した家族がどのように感じているのかを受け止め、プログラムの事業評価を行う一つの指標にしてください。

●その他評価方法

一体的支援プログラムは、お互いの思いの共有と活動の場の共有により、認知症のひと家族の関係調整、認知症の人の自己効力感向上や前向きな姿勢の促進、介護者の介護負担感の軽減などの効果が得られます。プログラムの様子や聞き取りによって**定性的な評価**を行うことも有効な評価方法です。また、効果検証として、認知症の人のBPSDの改善状況等について、**DBD13などの評価尺度**を活用し、参加者の家族を通じてファシリテーター等が聞き取りを行う(介入前後比較)ことも検討してください。

ポジティブ感情交流支援 (24点)	家族用	まったくできなかった	あまりできなかった	まあできた	十分にできた
	活動の全体を振り返ってみましょう。 もっとも当てはまると思われる番号を○で囲んでください。				
	1. あなたや認知症の人が運営者に悩み事などを気兼ねなく話ができた。	1	2	3	4
	2. あなたや認知症の人にあったケアや認知症に関する情報を知ることができた。	1	2	3	4
	3. 理解し合える人や、新たな仲間との出会いの機会になった。	1	2	3	4
	4. 介護生活に伴うストレスを話すことができ、受け止められる気持ちになった。	1	2	3	4
	5. 活動や話し合いを通して在宅生活を前向きに捉えていける機会になった。	1	2	3	4
家族関係調整支援 (24点)	6. これから起こる可能性がある問題解決に役立つと感じた。	1	2	3	4
	7. 毎回のプログラムの内容は、それぞれ状態に応じ工夫がされて飽きのこないよう配慮されていた。	1	2	3	4
	8. あなたと認知症の人がともに話す場面があり、思いを共有することができた。	1	2	3	4
	9. 話し合いや活動の中で自分の気持ちやこれまでの経験に向き合う機会となった。	1	2	3	4
	10. あなたと認知症の人が協力し合ったり、支え合ったりする経験ができた。	1	2	3	4
	11. これからの生活をイメージできるような内容が含まれていた。	1	2	3	4
コミュニティ 適応支援 (8点)	12. あなたや認知症の人の、これからの生活の学びや気づきにつながる内容が含まれていた。	1	2	3	4
	13. 地域の方との交流が継続できる、あるいはそれにつながる内容であった。	1	2	3	4
	14. このプログラムの参加によって、地域で開催されるイベントや行事の情報を知ることができた。	1	2	3	4

(合計56点／点数が高いほうが、このプログラムの効果が得られたと解釈できます)

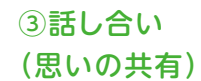
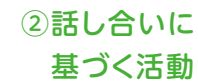
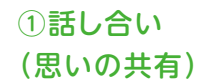
3

実際の運営を知ろう

確かな
実感を！



一体的支援プログラムでは**3つの柱**(一体的支援、本人支援、家族支援(P9参照))に基づく、出会いと話し合いのプログラムが展開されます。「**話し合ったことを、その日に実行する**」が基本です。「いつか」ではなく「今日」を大切にします。ただ、すぐにできることばかりではないので、「次回、必ず行いましょう」というように、次につなげることで継続的な参加に結び付きます。毎回の成功体験は、認知症の本人がコントロール感を得て自信やエンパワメントにつながります。また、その様子を家族が見守り、または一緒に参加することで家族の新たな気づきの場にもつながります。



話し合い(思いの共有)のファシリテーションの工夫

姿勢

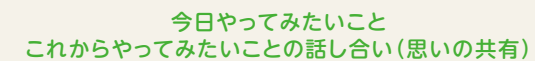
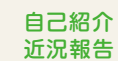
- 参加者こそ自分の人生の専門家という考えのもと『無知の姿勢』を大切にします
- 認知症の本人と家族がこの場の主人公であると認識しましょう

方法

- ホワイトボードや付箋などを利用して思いを書いてもらうことも有効
- 発言が出ない場合、活動を選べるように、写真やイラストなどを用いてみましょう
- ファシリテーターが先回りせず「待つ」ことを大切にしましょう
- ときには個別に事前に聞いておくことも有効

①話し合い(思いの共有)の工夫

話し合いは、唐突に「話し合しましょう!」といっても話ができる方は少ないと思います。また、さまざまな話があちこちでなされると、整理することが難しくなります。そこで、ホワイトボードなどを用いると話し合いを整理することに役立ちます。また、意見が出にくい場合には、付箋紙などを用いて、参加者それぞれの意見を個別に書いていただくと意見を集めやすくなります。その際には、スムーズに進むようにスタッフがサポートすることが大切です。流れとしては、次のように考えてください。



腕の見せ
どころだよ！



話し合いは
専門職等スタッフ
が先回り
しないこと



自己紹介と顔合わせをします



これから
したいことを
教えて下さい

そば打ちは
どうかしら?

買い物も
いいねえ

今日の活動内容やこれからの希望を話し合います

言葉を
見える化
しよう



ホワイトボードなどを使って話し合いの内容を共有し、
今日のプログラムを決めます

②話し合いに基づく活動

活動は、“話し合い”の中で決まってゆきます。話し合いの中で出されたアイデアが、その日に実行されることで自己効力感が高まり、その中で様々な気づきが自然に得られることを目指しています。軽い運動や、楽器演奏は心身のリフレッシュの効果があります。



即席卓球大会



野菜の収穫



外出もプログラムのひとつだよ



この場所知っていますか?



ボランティアスタッフの方に陶芸を習う



今日の振り返りと次の計画も



若い頃に演奏していたギター

疫病撃退のだるま作り



本人

家族

のりでニコをくっつけてね

紅葉狩り



きれいだね

家族

本人

季節に合ったプログラムもいいね



ポッチャを楽しむ



これでよーし!

③ 振り返りの話し合い

今日の振り返りや次回の計画について「話し合い」を行います。また、ちょっと先の目標も考えてみましょう。将来についての話し合いは、認知症になってからの新たな旅路の希望のひとつになるかもしれません。



本人

スタッフ

家族

個別で相談もできますよ

個別の面談時間も作りましょう



スタッフ

本人

1ヶ月後にまた会いましょう



今日はいかがでしたか?

スタッフ

家族

本人



家族

本人

美味しそうなお寿司だな

お寿司を作る



今回の感想と次回について～

家族

スタッフ

本人

個別の相談や面談

専門職・専門知識を有するスタッフが個別で相談を設ける時間を作ります。一対一、本人と家族のみ、家族のみ、本人だけのグループディスカッションなど適宜要望に応じて実施します。いつでも、相談できるという安心感は無くてはならない場所として継続にもつながります。

専門職と家族の個別面談



スタッフ

本人



家族

専門職と本人・家族の面談



それぞれのテーブルでの相談



家族

スタッフ

家族だけの情報交換の時間

やりたいという気持ちを大切に



個別相談や面談の工夫

姿勢

- 目の前の人こそ自分の人生の主演と考え『無知の姿勢』でのぞみ関心をその人に向けます
- 問題の掘り下げではなく、解決したことやうまくいっていることに目を向けます
(3つの哲学：うまくいっているなら、直さない。うまくいったことは繰り返す。上手くいかない場合は違うことを)
- 目の前の人を力発揮するための協働の場だと考えます

方法

- ネガティブな言葉もポジティブな別の側面を探し「このような考え方もありますか?」と考え方の多様性を提案します(ポジティブ・リフレーミング)
- 悪いことではなく、うまくいった例外に光をあてます(好循環の促進)
- 「今の問題がなかったら、どうなと思いますか」という質問で解決のイメージを作ります(ミラクルクエスチョン)
- 「今までの対応で役立ったことは何ですか」という質問(コーピングクエスチョン)

“地域と出会う”“人と出会う”出会いの場所のプログラム

認知症になっても家族は変わりません。さまざまな立場のボランティアの人との新たな出会いは、このプログラムをより豊かで意味のあるものとし、継続に役立ちます。運営者は、話し合いで出されたアイデアに応じ、新たなネットワークづくりをすることが望まれます。



4

一体的支援プログラムの
背景

① オランダで生まれたプログラム

一体的支援プログラム(ミーティングセンター・サポートプログラム)は、1993年からオランダのアムステルダム自由大学のRose-Mary Dröes氏により考案された認知症の人と家族へのサポートプログラムです。オランダにおいて実証研究が重ねられ、その後ヨーロッパのいくつかの国に広がりを見せ始めました。さらに国際比較研究が重ねられエビデンスが蓄積されています。その効果は介護者の介護負担の軽減、介護費用の削減、在宅介護期間の延伸、認知症の人のBPSDの減少やQOL向上に良い影響をもたらしていることが明らかになっています。オランダでは、国家戦略「Dutch National Dementia Plan 2021-2030」において、在宅介護を継続するうえで重要な位置づけがなされ、2030年までにオランダ全土の80%の認知症の人や家族が利用することを数値目標として定めました。また、オランダ以外でもイギリス、スペイン、イタリア、アメリカ等多くの地域で広がり始めています。

オランダから
始まったんだ



② 日本で動き出した一体的支援プログラム

日本においては、オランダのアムステルダムモデルを基にして2019年から検討を始めました。調査を始めてみると日本でも類似する活動が各地で萌芽していることが明らかになりました。そこでオランダの事例を参考にしつつ、日本の文化、地域性、現行介護保険制度や既存の家族支援策を踏まえ、日本独自の一体的支援プログラムのあり方について議論し、その日本型のモデルを作成しました(令和元年度老人保健健康増進等事業)。さらに、**2020年度には、全国5カ所(仙台市、平塚市、宇治市、駒ヶ根市、大牟田市)でモデル事業**を行い、プログラムの特徴、運営の在り方、プログラムのあり方を試行錯誤しながら実践から積み上げました。さらに、参加者の効果について、6か月間の介入期間を設け効果測定をし認知症の人と家族の親密さの向上やQOLに良い影響を与えていることが明らかになりました。**2021年度からは、これまでの5地域に加え、いわき市、品川区、射水市、奈良市、飯塚市**が加わり全国10地域にモデル事業を拡大し、その成果を効果的な運営の手引書としてまとめました。

日本でも
以前から
あったものを
体系化



厚生労働省は、この一体的支援プログラムを「認知症の人と家族への一体的支援事業」として創設し、令和4年度予算において認知症地域支援推進員の役割のひとつとして、地域支援事業交付金の対象としました。

③ 一体的支援の効果は？(適応-対処モデル)

ミーティングセンター・サポートプログラムの考え方の理論的背景は、認知症の人の家族のストレスへの適応と対処の枠組みを理論化した「**適応-対処モデル(Adaptation-Coping model)**」という、Rose-Mary Dröes博士(アムステルダム自由大学医療センター)の論文とそれに基づく実践が始まりです。

このモデルは、ストレスモデルで有名なLazarus and Folkman(1984)のストレス評価コーピングモデルとMoos & Tsu(1977)の身体疾患のクライシスモデルを認知症の人とその家族介護者のために統合・応用・運用したものです。

「適応-対処モデル」の特徴は、**認知症の人と家族も両方を対象にしているところ**です。どちらも、認知症による変化への適応の仕方に直面していて、ミーティングセンターではその直面する課題を一体的に解決(対処)する方法を学ぶことができます。このモデルは、認知症の人が認知症とともに生きるために、適応する際のプロセスをよりよく理解することを目的としています。ちなみに、イギリスでは「変化に向けた調整モデル(Adjusting to Change Model)」と呼んでいます。

ちょっと
専門的だけど、
すごく大切



④ 認知症の人と家族の経験する課題をクリアするために

「出会い」と「話し合い」のねらいは、図のような領域について、適切にサポートされるように構造化することができます。両者は、認知症とともに生きるために大きく3つの課題への適応が求められ、このプログラムで獲得する内容はそれぞれに対応しています。これらは、「適応-対処モデル」として研究で整理されたものです。

適応領域(経験した問題)

実践的適応

1. 認知症により生じる困難さへの対応
2. 専門家とのポジティブな関係

感情的適応

3. 感情的なバランスの維持
4. ポジティブな自己イメージの維持
5. 不確実な将来への準備

社会的適応

6. 家族や友人との関係維持
7. 社会関係の維持

サポート戦略(獲得できること)

理解とエンパワメント(再活性化)

- 認知的刺激や運動の体験
- 最適な選択とコントロール感
- 情報獲得とこれからの目標の気づき

心の健康状態の改善(感情機能の改善)

- リラックス、理解者との出会い
- 成功体験による自らの可能性の自覚
- アイデンティティ強化

社会参加の機会の(再)構築(再社会化)

- くつろいだ雰囲気の中で他者との交流機会
- 同様の経験をする他者のサポートの気づき
- 地域イベント等への参加による意欲向上

(Dawn Brooker : Implementation Plan for the Droitwich Spa Meeting Centre (UK). University of Worcester, 2017p21を翻訳)

5

実践のためのQ&A

1.運営方法について

Q1

どの団体が
運営主体になるのが良いか？

A.認知症カフェからこのプログラムに発展的に展開、認知症疾患医療センターが行う診断後支援プログラムとして活用する、本人ミーティングから発展的に展開、地域密着サービスや通所サービスから横出しで実施、新たに企画など、地域の実情に合わせ様々な方法で一体的支援プログラムを活用してください。

Q2

どのような組織体で
運営するのが望ましいか？

A.このプログラムは質の高い診断後支援や継続的な支援のための社会資源です。継続的な運営を考えると、一法人や一事業所の運営より地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、居宅介護支援事業所など様々な事業所、法人で共同運営を行うと広がりが見られネットワークを作りやすいでしょう。公共性、公開性を保ち参加者が参加しやすくなるという効果も期待できます。

Q3

運営スタッフはどのような立場で入り、
どのような役割があるのか？

A.企画運営の全体を見る役割の方、「話し合い」での意思表示を支えるファシリテーターが必要です。このファシリテーターは最も大切です。「活動」場面では、ともに楽しむ仲間、活動を支える仲間という立場があります。運営の役割としては下記のような役割が考えられます。

これは一例ですので、地域や運営の実情に応じて、兼務も考えられます。

役 割	具体的内容
全体を マネジメントする役割	時間管理、会場のセッティング、物品準備の確認、人員配置など全体をみて調整を行います。(2名程度) ファシリテーターがこの役を担うこともあります。
話し合いの進行役	ファシリテーターが中心となり、最初と最後にある希望を聞く話し合いの進行をします。意思表出しやすいよう会話を促し、ホワイトボードなどで話し合いが見えるように配慮します。 補助も必要です。(2名～3名)
相談担当役	個別相談に応じ関係調整や情報提供、相談援助などを担います。
その他の役割	受付、アセスメント、安全管理、活動補助、飲食の準備など。

役割分担を
しっかり
しようね



Q4

運営メンバーとなる人への、このプログラムを
理解してもらうための説明はどうするか？

A.必ず理解していただきたいのは理念です。これからの長い道のりを認知症とともに歩む家族(本人含め)として、自然に気づき学びあうことができます。「出会い」と「話し合い」によってプログラム参加を通じ良好な家族関係を築き、維持することを助けます。(P33参照)

Q5

運営費は
どの程度かかるか？

A.運営費は、会場費、備品や各種物品、飲食の実費等を考える必要があります。家族支援に係る事業として地域包括支援センターの事業費から捻出する、本人ミーティングを兼ねて実施する、認知症カフェと一緒に実施するなどいくつかの工夫が考えられます。また、参加者から参加費を徴収する方法も併用して実施している場合もあります。なお、認知症地域支援推進員が事業の企画・調整を行う場合、市町村が実施する「地域支援事業交付金」の対象とすることができるため、事業実施前に市町村の認知症施策等担当課へ相談してみましょう。

2.人員や設備について

Q6

どこで開催するのが望ましいのか？
また、時期や周知方法はどのようにすれば良いか？

A.開催場所はどこでも実施可能です。その地域で定期的に借用できる場所を選定します。モデル事業では、市民センター、福祉会館、空き家、民家の一室、地域密着型サービス事業所の地域交流スペース、認知症疾患医療センターなどで開催されています。いずれにせよ、地域の中でアクセスがしやすく駐車場などがあればなおよいでしょう。また、開催にあたっては運営主体がチラシを作成したり、ホームページ等を用いてあらかじめ周知に努めましょう。

Q7

会場となる場所は
どのような部屋が必要か？

A.話し合い、活動（場合によっては食事や調理）、個別相談が行われます。そのための部屋が必要です。なお部屋やスペースのサイズは参加者とスタッフの人数によります。パーティションなどでも対応できます。

必要な部屋の例

- 全体の話し合いをする部屋
- 活動を行う部屋（話し合いの部屋と同じでもよい）
- 個別相談ができるようなスペース

Q8

会場となる場所には
どのような備品が必要か？

A.その日に何を行うか、どんな活動をするのかを参加者の話し合いで決めます。そのため、参加者全員が座るために必要な椅子、テーブルは必ず必要です。また、飲み物を飲みながらリラックスした話し合いを行うことも大切ですからポットやコップなども準備しておきましょう。話し合いの際ホワイトボードなどがあると分かりやすく話し合いができます。料理を行うことがある場合には、調理器具も必要になります。

物品リストの例

- テーブル
- ポットとコップ
- 調理器具（必要な場合）
- 人数分のイス
- ホワイトボードや付箋紙（話し合いに使用）

Q9

運営者にはどのような人が必要か？
資格などは必要か？

A.運営者のメンバーの資格等の必須要件はありません。とはいえ、家族関係の調整等専門的な相談に乗る場です。認知症の人やそのご家族の支援に携わっている、あるいはその意欲がある方が望ましいといえます。また、その地域のことを知っている方がより望ましいでしょう。スタッフは、最初から多くの方を集める必要はありません。コアメンバーは、少なくとも3～4人いると心強いものになります。長期的な視野で考え、後々必要な方に声掛けしてゆくネットワーク型の組織を目指しましょう。

3.参加者への配慮など

Q10

認知症の本人と家族が
一緒になければならないのか？

A.一緒であることは望ましいですが、必ずしも一緒である必要はありません。独居の方も視野に入れてみましょう。

色々な人、
いろいろな
場所で！



アレンジも
できるよ！



Q11

初めて参加する方に
どのように説明するか？

A.ご家族には、「同じ境遇の方々とお話してみませんか」というお誘いが良いと思います。認知症のご本人には、「自分の好きなように過ごせる場所です。一度いらしてみてください」というお誘いが良いのではないのでしょうか。何かをやらされる、スケジュールに合わせなくてはいけない場所ではないことを説明しましょう。



Q12

最初は、どのようなルートから
参加者が集まってくるのか？

A.機関や事業所では、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、地域密着型サービス事業所が有力です。また、参加者とかかわりのある人から考えると、若年性認知症支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センター診断後支援等担当職員や行政の認知症施策担当者、認知症の人と家族の会のスタッフからの紹介が考えられます。2020年度に実施したモデル事業では、医師からの紹介、家族会からの紹介、地域包括支援センターや既存の社会資源の運営に携わっている方からの紹介が多い傾向にありました。

Q13

認知症を受け入れていない方への
声掛けの方法はどのようにしたらよいか？

A.認知症ということをご本人に無理に理解していただくことはありません。とはいえ、ご本人は生活の中あるいは家族関係で違和感を覚えていたり、何とかしたいという思いを抱いているものです。そのご本人が感じている「自分で何かしたいという思い」を大切に「あなたの想いを話してみませんか」という誘い方は良いのではないのでしょうか。

Q14

参加者の認知症の程度が異なった際、
どのような配慮、工夫が必要か？

A.会話を楽しみたい方、一人の時間を過ごしたい方など、参加者それぞれの望むことを行える時間を設定するとよいでしょう。最初の「話し合い」で皆で何をしたいか、そして個人で何をしたいかについてそれぞれの意見を求めることが大切です。運動やゲームなどを行う場合は、その人の状況に合わせ活動のサポートや安全を確保する家族やスタッフが一緒に座れる場所を確保する必要があります。また、「出会い」を作る観点から、家族同士が近くに座るように配慮しましょう。



Q15

参加が中断してしまった方には
どのようにアプローチしたらよいか？

A.中断には必ず何かの要因があります。プログラムの内容に要因があれば、内容の再検討が必要です。ただし、無理に参加を促すのではなく、その人の意向を共感的によく聞きとるよう努めましょう。仮に参加できない場合でも、電話や訪問などで細く薄いつながりでもそれを継続するようにすることで必要になった時に再びつながる可能性があります。

Q16

認知症の本人と家族は
一緒に活動をしなければならないのか？

A.必ずしも一緒にしなければならないというわけではありません。認知症のご本人が活動に参加しているときに、個別で相談を受けるなどの時間にすることもできます。また、ご家族が別の用事で途中外出していただくこともできるような緩やかな時間設定やプログラムにすることで、より良い雰囲気になるものと思われれます。

Q17

参加者のアセスメントは
 どうか？

- A.当センターホームページ「認知症介護情報ネットワーク(DCnet)」の特設サ
 イトにてダウンロードすることができます。
- ①フェイスシート
 - ②アセスメントシート
 - ③チェックリスト

Q18

他の地域の
 活動を知りたい

- A.当センターホームページ「認知症介護情報ネットワーク(DCnet)」内特設サ
 イト『**一体的支援プログラムを知ろう**』から全国10ヶ所の事例を見ることがで
 きます。
- 宮城県仙台市(翼)
 - 神奈川県平塚市(SHIGETAハウス ミーティングセンター)
 - 長野県駒ヶ根市(ミーティングセンター Tomoni)
 - 京都府宇治市(ミーティング(出会いの)センター宇治)
 - 福岡県大牟田市(大牟田市認知症ライフサポート研究会)
 - 福島県いわき市(よもの会)
 - 東京都品川区(ミーティングセンターめだかの会)
 - 富山県射水市(なごもっと)
 - 奈良県奈良市(ミーティングセンターきせき)
 - 福岡県飯塚市(飯塚記念病院認知症疾患医療センター)

Q19

活動の名称は
 どうか？

A.活動の名称は自由に考えて下さい。モデル事業でミーティングセンターとい
 う名称が多くなっているのは、オランダの先行事例を参考に行っているためです。
 (P32-P33参照)

この手引書を作成するにあたり下記の委員会にて内容を検討いたしました。

認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業
 事業検討委員会およびモデル事業委員会

	氏 名	所 属
モデル事業委員会	堀田 聡子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科
	進藤 由美	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター企画戦略局
	広瀬美千代	大阪市立大学大学院 生活科学研究科
	◎ 若生 栄子	公益社団法人認知症のひと家族の会 宮城県支部
	◎ 阿部栄理子	公益社団法人認知症のひと家族の会 宮城県支部
	◎ 早川 景子	一般社団法人栄樹庵
	◎ 松原 智文	特定非営利活動法人地域支え合いネット
	◎ 川北雄一郎	一般財団法人宇治市福祉サービス公社
	◎ 猿渡 進平	医療法人静光園白川病院 医療連携室
	◎ 梅崎 優貴	社会福祉法人あらぐさ会 小規模多機能ホームたかとの家
	◎ 橋本沙由里	いわき市 保健福祉部地域包括ケア推進課
	◎ 鈴木 裕太	社会福祉法人新生寿会 品川区立東五反田地域密着型多機能ホーム 東五反田倶楽部
	◎ 安元美貴子	射水市 地域福祉課 地域支援係
	◎ 中山 久雄	株式会社リールステージ
	◎ 江頭 関巳	医療法人社団豊永会飯塚記念病院 福岡県認知症医療センター
	鬼頭 史樹	名古屋市北区西部いきいき支援センター分室
検討委員会	○ 矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター
	繁田 雅弘	東京慈恵会医科大学 精神医学講座
	長田 久雄	桜美林大学大学院 国際学術研究科老年学学位プログラム
	堀田 聡子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科
	進藤 由美	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター企画戦略局
	中村 陽子	京都府立洛南病院 認知症疾患医療センター
	鎌田 松代	公益社団法人認知症のひと家族の会
	小堀 幸	仙台市健康福祉局保険高齢部地域包括ケア推進課
	伊藤 和恵	羽後町地域包括支援センター
	加藤 伸司	認知症介護研究・研修仙台センター
	阿部 哲也	認知症介護研究・研修仙台センター
	矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター
	吉川 悠貴	認知症介護研究・研修仙台センター
事務	工藤 靖子	認知症介護研究・研修仙台センター
	堀籠 修子	認知症介護研究・研修仙台センター

◎モデル事業実施担当者
 ○手引書担当者

(順不同・敬称略)

This book could not have been made without her help!
Thanks for the great cooperation *Prof. Rose-Marie Dröes (VUmc-VU)*

モデル事業実施地域 宮城県仙台市、福島県いわき市、東京都品川区、神奈川県平塚市、長野県駒ヶ根市
富山県射水市、奈良県奈良市、京都府宇治市、福岡県大牟田市、福岡県飯塚市

【発 行 元】 社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター

〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149-1
TEL 022-303-7550 FAX 022-303-7570 <https://www.dcnnet.gr.jp/>

令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業

【イラスト協力】 田中 恵一

【印 刷】 株式会社ホクトコーポレーション 〒989-3124 宮城県仙台市青葉区上愛子堀切1-13 TEL 022-391-5661