

平成 25 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

認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働
研修における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業

検討委員会報告書

2014年3月

株式会社ニッセイ基礎研究所

はじめに

平成 23 年度から三年間にわたり議論を重ねてきた本検討委員会は、その責務を果たし、ここで一旦の区切りを持つこととした。当初の取り組み課題であった「認知症ケアモデル」の策定においては、「認知症ケアの目的はライフサポートである」ということを提唱し、医療も介護も、認知症の人の「生命」「生活」「人生」を支える一部であるということを明確に定義づけた。また、認知症ケアに携わる様々な専門職の共通基盤を築くことを目的に、「認知症ケアにおける 6 つの基本的な考え方」と、認知症ケアにおける多職種連携・協働の重要性を提言してきたところである。

超高齢社会に突入した我が国は、今後、かつて経験したことのない大きな社会的変化を体験することになる。認知症高齢者の急増は、まさに、その社会的変化の象徴的な要素の 1 つであり、我が国がこの状況にどのように立ち向かい、対応していくかについては、全国民が関心を寄せながら共に取り組んでいくべき課題と認識される。そして、個別の人が願う、「たとえ認知症になっても地域の中で暮らし続けていきたい」、「最期まで、自分らしく、人生を全うしたい」という思いに、今後構築される地域包括ケアシステムの中で応えていくことができるとしたら、社会の方向性或国民の意識は大きく変わることとなり、多くの認知症高齢者の安定した状態を作り出すことも可能になるだろう。これは、超高齢社会の最先端にいる我が国が、なんとしてでも乗り切っていかなければならない課題である。

「認知症ライフサポートモデル」の意義は、その対応の「鍵」となる、認知症ケアの多職種連携・協働をプランとして打ち出したことにある。また、それを具現化するための研修プログラム「認知症ライフサポート研修」は、各地域の認知症ケアの質向上に資する基本型をパッケージで提供しようと考えたものである。今後の認知症ライフサポートモデルの普及・推進に向けては、その基本的な考え方や手法をそれぞれの地域特性に応じて落とし込み、普及・推進を図っていただくことを願っている。

最後に、本研究事業における認知症ケアモデルの策定、ならびに、研修プログラムの開発に多大なるご支援ご協力を賜った関係者の皆様に、心より御礼を申し上げる次第である。

2014 年 3 月

独立行政法人国立長寿医療研究センター総長
検討委員会委員長 大島 伸一

(目次)

第1章 事業概要	1
第1節 事業の経過	1
第2節 今年度の事業内容	6
第3節 成果物	12
第4節 検討委員会	13
第2章 認知症ライフサポート研修の流れとポイント	15
第1節 認知症ライフサポート研修の特徴	15
第2節 研修の流れとポイント	17
第3章 ファシリテータ養成研修	51
第1節 ファシリテータ養成研修の実施概要	51
第2節 講義内容	53
第3節 受講者アンケート結果	63
第4章 認知症ライフサポートモデルの今後の普及・推進に向けて	81
第1節 モデル研修における各地域の状況と今後の課題	81
第2節 認知症ライフサポート研修の地域展開について	88
第3節 認知症ケアの共通基盤づくりに向けて	90
参考資料	91

第1章 事業概要

第1節 事業の経過

本研究事業は、平成23年度から平成25年度までの3年間にわたり、認知症ケアの質向上をねらいとする多職種協働の推進を目的に取り組まれてきた。事業の中核にある「認知症ライフサポートモデル」は、平成23年度老人保健健康増進等事業「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」の中で考案された認知症ケアモデルであり、その後の平成24年度「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに関する研究事業」、および平成25年度「認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業」に引き継がれてきた。医療、介護等の専門領域における有識者によりとりまとめてきた研究事業の経過は以下の通りである。

1.1 認知症ケアモデルの策定

平成23年度の検討委員会は、認知症ケアに携わる医療、介護等の有識者が一堂に会しての議論をスタートさせた。しかし、そこでの議論で明らかになったことは、認知症ケアに対する専門職ごとの考え方の違いに大きな隔たりがあるということであった。研究事業の中で認知症ケアに関する議論を進めていくうえでも、相互の話を理解できる共通言語が無く、それぞれの意見が空回りし続けるという状況も生じていた。関係者は、「認知症ケアのモデル」に何を求めるのかという前提事項を確認する以前に、専門領域や立場によって、認知症の人へのアプローチの仕方や目的そのものがまちまちであることに気づかされることとなった。

このような課題認識のもと、今後の認知症ケアを前進させるために不可欠であると考えたことは、多職種連携・協働を推進するためのケアモデルづくりであった。認知症の人の生活を支えていくうえでは、診断、治療、脳の器質的変化に伴う機能低下や症状の把握などの医療的な視点はもとより、認知症の人の生活上の困りごとに対応する生活支援、本人の想いや希望に寄りそう精神的な支援、また、生活の継続性や権利擁護などを含む多角的な視点が必要となる。このような認知症の人への総合的な支援を提供するためには、単独の専門職のみの対応では限界があると考えられ、そこにチームケアという概念が必要となる。

平成23年度の研究事業においては、これまで多職種連携・協働の重要性が認識されつつも遅々として進んでこなかった理由に立ち返り、「認知症ライフサポートモデル」と「認知症ライフサポートモデル大切にする6つの考え方」を成果物としてまとめた。

1.2 「認知症ライフサポートモデル」とは

認知症を捉える視点やアプローチ方法が専門職ごとに異なるのは、ある意味当然のことかもしれない。しかし、一人の認知症の人の立場から考えてみれば、それぞれの専門職のアプローチは、一体感のあるチームケアとして提供されることが望まれる。検討委員会が提案する認知症ケアモデルは、症状別の対応方法をマニュアル化するようなものではなく、認知症ケアに携わる全ての専門職の共通ベースをつくり、医療の視点と介護の視点を合わせ持つ、認知症のトータルサポートを推進しようとするものである。その根本的な部分、いわば認知症ケアのベースづくりのようなねらいが、この認知症ライフサポートモデルという言葉には込められているのである。

ライフ(L i f e)は、「生命」「生活」「人生」等の意味があり、その人が生きてきた人生や、出会いから終末までの継続的な関わりが含まれる言葉である。

サポート(S u p p o r t)は、支える、支持する等の意味があり、主体は本人であることを前提とする言葉である。

「認知症ライフサポートモデル」とは、これまで曖昧だった「認知症ケア」の概念を、認知症の人の生命、生活、人生をまるごと支えていくケアであるということ、そして、その主体は認知症の人自身であることを明文化したと言える。認知症の人の生命、生活、人生は、医療の領域だけ、もしくは介護の領域だけという、一部の専門職だけで支えていけないものではない。本人の必要に応じて、医療と介護を含む様々な専門領域、社会資源がつながりながら、統合されたチームケアを提供していくことの必要性を謳っているのである。

「認知症ライフサポートモデル」の定義

◆「認知症ライフサポートモデル」とは、

認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援」のことであり、医療も介護も生活支援の一部であることを十分に認識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的な支援に結びつけていくことを目指そうとする認知症のケアモデルである。

※認知症の人を支えるには、

(1)疾病および体調管理から、日常生活の支援、自己決定に関わることまで、総合的な支援が求められており、(2)早期から終末期まで地域社会の中で支えていく継続的な関わりを基本に、生活支援を中心とする支援が求められる。

※ライフ(Life)は、「生命」「生活」「人生」等の意味があり、その人が生きてきた人生や、出会いから終末までの継続的な関わりが含まれる言葉である。サポート(Support)は、支える、支持する等の意味があり、主体は本人であることを前提とする言葉である。

上の考え方から、今後求められる認知症ケアの新たなステージとして、「認知症ライフサポートモデル」という言葉が選択された。

(資料)ニッセイ基礎研究所「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」(2011)

医療が担ってきた領域

認知症

- ・焦点は、脳の器質的変化に伴う機能の低下
および症状
- ・診断、治療
- ・家族・本人への心理的教育的アプローチ

の

介護が担ってきた領域

人

- ・焦点は人、生活、人生
- ・自己決定、自己実現、自己資源の活用
- ・権利擁護
- ・環境からのアプローチと生活支援
- ・地域とのつながりある暮らしの支援



認知症ライフサポートモデル

認知症

- ・脳の器質的変化に伴う機能の低下
および症状
- ・診断、治療
- ・家族・本人への心理的教育的アプローチ

の

**支援の大きな目標を共有する
情報共有と役割分担**

人

- ・焦点は人、生活、人生
- ・自己決定、自己実現、自己資源の活用
- ・権利擁護
- ・環境からのアプローチと生活支援
- ・地域とのつながりある暮らし

1.3 「認知症ライフサポート研修」の開発と普及・推進

平成 23 年度に実施した「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」は、平成 24 年度の「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに関する研究事業」に引き継がれ、「認知症ライフサポートモデル」を普及・推進するための研修カリキュラムおよび教材作成に取り組むこととなった。

しかし、「認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活の支援」という概念を、研修を通じて理解してもらえるような具体的なプログラムとして開発することは容易な作業ではなかった。認知症を捉える視点、疾病や症状に関する知識や援助技術の違いなど、専門職ごとに認知症を理解するベースは様々に異なる。また、それぞれの専門職が必要とする知識や技術を学ぶための研修ならば、既に多くのものが作られている。

ベースが異なる専門職が集合し、多職種協働を促すための研修のあり方を考えた末に行き着いた形は、研修会を通じてお互いの専門性や役割の違いに気づき、相互の信頼関係を高めながら実践的な協働へと導いていけるような参加型の研修である。

各地域の関係者による協力のもと、試行研修を繰り返しながら完成させた研修カリキュラムは、「認知症ライフサポートモデル」の基本的な考え方を理解した後に、事例を用いたグループワーク中心の研修として仕上げられた。標準的な所要時間は4時間に設定し、医師、看護師、薬剤師等をはじめとする医療関係者、ならびにケアマネジャー、介護職、地域包括支援センター等の介護関係者など、認知症の人に関わりを持つ、あらゆる職種の方の参加を想定している。知識を学ぶための研修というよりは、研修の中で投げかけられるテーマにそって、専門職ごとの視点や考え方を出し合い、相互の理解を深めていく内容となっている。

平成 24 年度に開発した、認知症ライフサポートモデルを基本とした研修プログラムは、平成 25 年度「認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業」に引き継がれ、認知症ライフサポート研修の普及・推進に向けた実践段階に移してきたところである。

■ 平成 23 年度

「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」

- ・ 認知症サービス提供現場の課題を多角的に整理
- ・ 議論認知症ケアモデル（認知症ライフサポートモデル）の策定
- ・ 認知症ケアの基本 6 項目のとりまとめ

■ 平成 24 年度

「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに関する研究事業」

(成果)

- ・「認知症ライフサポート研修」のカリキュラムおよび教材の作成
- ・モデル研修事業の開催

※ご協力いただいた地域・団体の皆様

東京都八王子市

(南多摩医療圏認知症疾患医療センター/八王子市健康福祉部高齢者支援課)

兵庫県神戸市

(神戸市保健福祉局 高齢福祉部介護保険課)

■平成 25 年度

「認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業」

1. 平成 24 年度に作成したカリキュラムおよび教材の見直しとさらなる改良
2. 認知症ライフサポート研修用映像教材の製作
3. 「認知症ライフサポート研修」のファシリテータ養成モデル事業の実施
4. 「認知症ライフサポート研修」の普及・推進に向けた支援

なお、平成 24 年 6 月に厚労省の認知症施策検討プロジェクトチームが公表した報告書「今後の認知症施策の方向性について」には、『認知症ライフサポートモデル』の研究成果を踏まえて、標準的な医療・介護従事者の協働研修のためのカリキュラムの開発と研修体系の整備を行い、医療従事者・介護従事者の研修機会の確保に一層努める」と記載された。また、その後に公表された、平成 25 年度から 29 年度までの認知症施策の指針を示した「認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)」においては、本研修が、認知症ケアに携わる従事者向けの多職種研修等に見合う研修プログラムであると位置づけている。

※「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」(平成 23 年度老人保健健康増進等事業) および、「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに関する研究事業」(平成 24 年度老人保健健康増進等事業) の報告書は、株式会社ニッセイ基礎研究所ホームページよりご覧いただけます。

<http://www.nli-research.co.jp/report/misc/>

第2節 今年度の事業内容

25年度の事業では、教材のさらなるブラッシュアップを図るとともに、講師（ファシリテータ）の説明力に頼ることなく、「認知症ライフサポートモデル」の基本的な考え方を均質に伝達したり、グループワークの素材となる事例をビジュアルに提供したりするための、映像教材の製作に取り組むこととした。また、各地域における本研修事業の普及・推進に向けては、研修の講師やファシリテータ役を担う人材の養成にも取り組むこととした。今年度の具体的な事業内容は以下の通りである。

2.1 平成24年度に作成したカリキュラムおよび教材の改良

カリキュラムおよび教材のブラッシュアップについては、各地域・団体等の協力を得て、試行研修の実施、受講者アンケートによる意見収集、研修記録の検証等を繰り返しながら改良を重ねてきた。24年度から修正・変更を行った点は以下の通りである。

① 構成の変更

当初、3つの単元に構成していたカリキュラムは、25年度の改定作業で単元2と単元3を統合し、2つの単元に再構成することとした。この修正は、演習の流れを説明する単元2と、実際の演習（単元3）までの流れをスムーズにするための工夫である。

H24年度報告書版

単元1	「認知症ライフサポートモデル」の考え方 1 「認知症ライフサポートモデル」とは 2 「認知症ライフサポートモデル」の視点から見る認知症の捉え方	70分
単元2	それぞれの役割とチームケア 1 多職種協働のプロセス 2 事例を用いた演習の流れの理解	50分
単元3	演習(グループワーク)	120分
合計		240分

H25年度（改定版）

単元1	「認知症ライフサポートモデル」とは 1 専門職ごとに異なる「視点」と「目標」 2 「認知症ライフサポートモデル」とは	60分
単元2	それぞれの役割とチームケア(演習) 1 「75歳のハマコさん」の事例から考える、認知症ケアの課題 2 演習 ・早期の出会いと多職種協働 ・相互理解と目標の共有 3 今後の展望	180分
合計		240分

② テキストの改良

本研修の到達目標を明確にすること、認知症ライフサポートモデルの意義や内容をよりわかりやすくすることなどの改善課題を踏まえて、テキストについては以下のような修正を行った。

【修正のポイント】

- 説明する順番の入れ替え →「認知症ライフサポートモデル」が必要となった背景（課題意識）から導入し、多職種協働によるチームケアの必要性を強調
- 当初、単元1で説明していた、「認知症ライフサポート研修」の実施後の具体的な地域展開のイメージについては、研修の最後に移動（映像教材 video 6 に収録）
- 単元1で伝えるべき説明内容の大部分を映像教材化
- 単元3（演習）の内容を簡素化
- 「演習の流れ」を説明するための従来の単元2は、単元3に統合
- 多職種協働のプロセス体験に重点を置いていた演習は、早期支援の重要性、チームケアの必要性を確認できる要素を盛り込んだうえで、グループディスカッション（多職種による意見交換）の時間を増やした

③ グループワークの改良

24年度に考案されたグループワークのプロセスを簡素化し、多職種間の相互理解を深めるためのディスカッションの時間を長くした。また、①専門職間の役割の違いを相互理解すること、②本人に必要なこと（本人のニーズ）を各々の専門職の視点で出し合うこと、③支援の目標を共有すること に焦点をあてたワークの流れを明確にした。

なお、カリキュラム・テキストの改良に向けては、下記の各地域・団体等の協力を得て試行研修を行い、様々なご意見やご提案のもとに修正作業を行った。

< 試行研修にご協力いただいた地域・組織・団体等 >

愛媛県愛南町（なんぐん地域ケア研究会）

石川県加賀市（南加賀認知症疾患医療センター）

鹿児島県霧島市（霧島市地域密着型サービス事業者連合会）

熊本県山鹿市（山鹿市介護保険課/地域包括支援センター）

福岡県大牟田市（大牟田市保健福祉部長寿社会推進課）

鹿児島県鹿屋市（鹿屋市介護事業者連絡協議会事務局）

鹿児島県鹿児島市（鹿児島市在宅医療連携拠点事業事務局）

（研修実施日順）

2.2 映像教材の製作

今後、本研修を各地域に広げていく上で課題となることは、どの研修会場においても、認知症ライフサポートモデルの基本的な考え方やねらいを均質に伝達していく技術面での支援である。また、研修効果を高めるためには、グループワークが円滑に進められるための援助や、ディスカッションの素材となる事例をビジュアルで伝えていくなどの工夫も必要になると考えられた。このため、講義を中心に進めていく単元1のスライドの説明、ならびに、単元2のグループワークの進め方や事例提供については、映像教材の製作に取り組むこととし、テキストやワークシートを含めて、認知症ライフサポート研修に必要な教材のパッケージ化に取り組むこととした。

製作した映像教材は、以下の6タイトルである。

video 1 (5分)	<p>専門職ごとに異なる「視点」と「目標」</p> <p>「認知症ライフサポートモデル」が必要と考えられた背景、理由などについて、受講者の共通認識を図るための導入ビデオ。</p> <p>認知症ケアに携わる専門職は、それぞれが自分の専門性に基づく視点で認知症の人のニーズを捉えてアプローチすることが多いが、多職種連携・協働につながっていない現状の課題もある。Video1では、最初のグループディスカッションの素材として、専門職ごとの支援の目的、目標が別々の方向に向かっている状況を確認してもらう。</p>
video2 (10分)	<p>「認知症ライフサポートモデル」とは</p> <p>「認知症ライフサポートモデル」の基本的な考え方と、多職種連携・協働により何を目指していくべきかについて理解を深めてもらうためのビデオ。</p> <p>具体的には、認知症の人のニーズは、原因疾患、認知機能の状態、本人をとりまく環境、生活のしづらさ、性格や精神面など、多角的な視点でとらえていくことが重要であり、だからこそ多職種連携・協働（認知症ライフサポートモデル）が求められること。</p> <p>また、認知症ライフサポートモデルが大切にしている6つの考え方と3つの視点（①自己決定を支えていくこと、②自らの力を最大限に使って暮らすことを支えること、③住み慣れた地域で継続性のある暮らしを支えていくこと）についての解説を行っている。</p>

video3 (8分)	「75歳のハマコさん」
	<p>認知症ライフサポート研修におけるメッセージの一つである、「備え型支援」の重要性に気づいてもらうためのビデオ。</p> <p>生活上の様々な不都合や困りごとが前面に出てきてからの「手遅れ型」の支援では、認知症の人（本人）の望むことよりも、専門職側からの思い込みを優先し、結果として、本人の意志とは異なる支援になってしまったり、その結果、状態悪化を招いてしまったりする危険があることに気づいてもらうことをねらいとしている。</p>
video4 (5分)	「手遅れ型支援」と「備え型支援」
	<p>Video 4では、Video 3の視聴とグループディスカッションを通じて、早期に出会い支援していくことの大切さを確認した後で、この研修の着眼点の1つである、『備え型支援』にチームで取り組んでいく」ということを説明している。</p> <p>多職種連携・協働による「備え型の支援」に取り組むことは、認知症ライフサポートモデルを実現していくための近道になると知ってもらいながら、「手遅れ型支援」と「備え型支援」の例にそって説明した後に、後半のグループワークの流れを説明する内容。</p>
video5 (8分)	「70歳のハマコさん」
	<p>グループワークの素材を映像のイメージで提供するためのビデオ。認知症が軽度の頃のハマコさんの暮らしの様子や、本人の言葉を通して、それぞれの専門職の視点で、ハマコさんにとっての「必要」や「ニーズ」を捉えてもらう。</p>
video6 (5分)	「確認とこれからの展望」
	<p>本研修の振り返りおよび、受講者に対して今後期待されることがどのようなことなのかを改めて確認するためのビデオ。</p>

2.3 「認知症ライフサポート研修」のファシリテータ養成モデル事業の実施

各地域における本研修事業の普及・推進に向けて、「認知症ライフサポート研修」のファシリテータ養成モデル研修を下記の通り実施した。

2.3.1 実施地域

実施地域は、平成25年度より厚生労働省において事業化された「認知症ケアに携わる多職種協働研修」（認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業のメニューの一つ）を開催する市町村、ならびに、独自に「認知症ライフサポート研修」を計画している市町村等の中から研究事業への協力地域を募り、全国4地域で開催することとした。開催地域および協力自治体・組織は、以下の通りである。

<ファシリテータ養成モデル研修実施地域・団体等>

開催地	ファシリテータ養成研修	日付	主催	会場	受講人数
岸和田市	1回目	1月18日(土) 13:30～16:30	岸和田市地域包括支援センター いなば荘	いなば荘 会議室	25名
	2回目	2月1日(土) 14:00～18:00		八木市民センター 会議室	
町田市	1回目	1月19日(日) 9:00～17:00	町田市いきいき健康部高齢者福祉課	町田市役所会議室	12名
	2回目	1月26日(日) 13:00～17:00			
神戸市	1回目	3月2日(日) 9:30～16:30	神戸市保健福祉局 高齢福祉部 介護保険課	神戸市勤労会館会議室	49名
	2回目	3月16日(日) 13:00～17:00			
京都市	1回目	2月6日(木) 10:00～16:00	一般社団法人京都府介護福祉士会	京都社会福祉会館	41名
	2回目	2月7日(金) 13:00～17:00			

2.3.2 実施方法

ファシリテータ養成モデル研修の主催者は、各地域の自治体、地域包括支援センター、事業者団体組織等とし、研修教材、および講師派遣等の技術的支援を本研究事業事務局（ニッセイ基礎研究所）から提供して実施した。実施主体と研究事業事務局との役割分担は以下の通りである。

[実施者と検討委員会事務局の役割分担]

	実施者 (市町村、関係機関等)	検討委員会事務局
地元医師会、関係団体・組織等との事前調整	○	必要に応じて説明資料等を提供
ファシリテータ候補者の選定	○	-
研修会企画・募集事務	○	-
テキスト・配付資料準備	-	○

映像教材・グループワークの教材等の提供	-	○
研修評価 (アンケートの実施)	-	○

2.3.3 運営

① 受講者

「認知症ライフサポート研修」のファシリテータ役を担う意志のある専門職を各地域で募集した。

② 研修プログラム

■ファシリテータ研修1日目（講義）

- ・ 研修の前半は、ファシリテータの基本的知識に関する講義を実施(2時間程度)。
- ・ 研修後半は、「認知症ライフサポート研修」のカリキュラム(4時間)を受講しながら、説明のポイントごとに、ファシリテータとして留意すべき事項を解説。

■ファシリテータ研修2日目（演習）

- ・ 2日目は、通常の「認知症ライフサポート研修」の場を利用して、ファシリテータ役を体験するための実習とした。
- ・ ファシリテータは、1つのグループにつき2名を配置。2名のファシリテータは、1日目の講義内容を踏まえて、相互に担当グループのファシリテータを行う。

※なお、ファシリテータ養成モデル研修詳細は、第3章を参照されたい。

2.4 「認知症ライフサポート研修」の普及・推進に向けた支援

平成24年度老人保健健康増進等事業の中で策定された、「認知症ライフサポートモデル」を実現するための認知症多職種協働研修(以下「認知症ライフサポート研修」という)は、昨年度、厚生労働省より示された「今後の認知症施策の方向性について(H24.6)」および「認知症施策推進5ヵ年計画(オレンジプラン)(H24.9)」における、「医療・介護サービスを担う人材の育成」を踏まえ、平成25年度より厚生労働省において事業化された「認知症ケアに携わる多職種協働研修」(認知症施策推進5ヵ年計画促進支援メニュー事業のメニューの一つ)に見合う研修とされている。

以下は、株式会社ニッセイ基礎研究所との協力関係のもと、平成25年度に「認知

症ライフサポート研修」のプログラムを用いて「認知症ケアに携わる多職種協働研修」を実施した市区町村である。

[本研究事業との協働により「認知症ケアに携わる多職種協働研修」を実施した自治体]

開催地	開催日	主催
越谷市	1月30日	越谷市福祉部高齢介護課
たつの市	2月17日	たつの市地域包括支援センター
奥州市	3月5日	奥州市地域包括支援センター
鹿児島市	3月8日	鹿児島市地域包括支援センター
京都市	3月9日	京都市保健福祉局 長寿社会部
世田谷区	3月18日	世田谷区地域包括支援センター

注) 上記研修は、H25 国庫補助としての多職種協働研修、もしくはそれに準ずるものとして市町村単独事業とし開催されたものです。(株)ニッセイ基礎研究所は、本研究事業とは別に、独自の取り組みとしてこれらの技術的支援を行いました。

第3節 成果物

平成25年度の研究事業における成果物は、以下の通りである。

- ① 認知症ライフサポート研修テキスト (第2版)
- ② 認知症ライフサポート研修 ワークシート
- ③ 認知症ライフサポート研修のファシリテータ養成研修プログラムと資料
- ④ 平成25年度「認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業」研究事業報告書

第4節 検討委員会

4.1 検討委員会の開催

第1回検討委員会

平成25年9月2日(月) 14:30～15:30

於：株式会社ニッセイ基礎研究所会議室

- ・平成25年度事業について
- ・認知症ライフサポート研修テキストの改訂について
- ・映像教材の視聴および意見交換
- ・ファシリテータ養成モデル研修の実施に関する検討

第2回検討委員会

平成26年3月17日(月) 12:00～14:00

於：株式会社ニッセイ基礎研究所会議室

- ・25年度事業の実施報告と映像教材完成版の視聴
- ・認知症ライフサポート研修の今後の展開について

4.2 研究事業実施体制

【検討委員会】

委員長 大島 伸一	独立行政法人国立長寿医療研究センター総長
池田 敦子	神戸市保健福祉局 高齢福祉部介護保険課 高齢者支援担当係長
上原 タミ子	アイアンドティケア株式会社 代表 訪問看護ステーションのい所長
西川 保子	京都市保健福祉局 長寿社会部長寿福祉課課長補佐
東 憲太郎	医療法人緑の風 理事長・施設長
古川 歌子	町田市いきいき健康部 高齢者福祉課高齢者支援係担当係長
本間 昭	認知症介護研究・研修東京センター センター長
宮島 渡	社会福祉法人恵仁福祉協会常務理事 高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ総合施設長

(委員長以下五十音順・敬称略)

【教材作成協力者】

桑原 陽 社会福祉法人新生会サンビレッジ大垣 施設長
神保 康子 医療福祉ライター

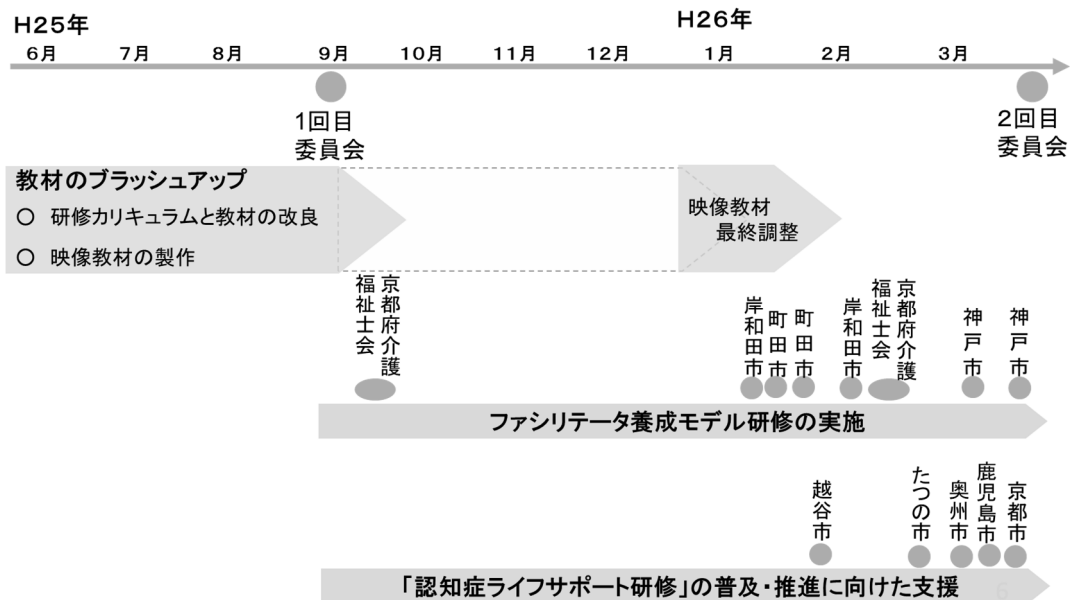
【映像教材製作】

小原 信之 株式会社シルバーチャンネル

【事務局】

山梨 恵子 株式会社ニッセイ基礎研究所 生活研究部准主任研究員
中村 昭 株式会社ニッセイ基礎研究所 生活研究部部长
吉田 妙子 株式会社ニッセイ基礎研究所 生活研究部

4.3 取り組みの経過



第2章 認知症ライフサポート研修の流れとポイント

第1節 認知症ライフサポート研修の特徴

○多職種連携・協働のための基盤づくりを目的にしていること

認知症ライフサポート研修を開発するにあたって重視したことは、「多職種に共通する基盤」となる考え方を共有してもらうこと、すなわち、「認知症ライフサポートモデルが大切にする6つの考え方」と「3つの視点」をしっかりと伝えていくことである。これらは、この研修の最も重要なメッセージであり、多職種が同じ目標に向かって、連携や協働を進めていく上でのよりどころとなる考え方として提案している。

○グループワーク中心の研修であること

もう一つの特徴は、研修会の開催そのものを専門職間の関係づくりの場として活かしている点である。試行研修における受講者の意見・感想では、同じ地域で、同じ認知症の人に関わりを持ちながら、他の専門職のことを全く知らなかったことに気づいたという声や、研修の中で様々な専門職の意見を聞くことができ有意義だったとの感想等が多数聞かれている。多職種間の関係づくりは、出会いの場をつくり、一緒に話しができる機会を持つことが最も重要である。研修会そのものを多職種連携・協働の基盤づくりを進めていく第一歩と捉え、様々な専門職が同じテーブルを囲み、一緒に話し合う場づくりに活かしてもらえることを期待したい。

○認知症の人と関わりを持つ全ての専門職・人材を対象とした研修であること

研修の中でも強調されているように、認知症ライフサポートモデルが目指す認知症ケアは、認知症が進行して重度になってしまったからの支援（研修の中では「手遅れ型支援」として説明）ではなく、認知症の早期に出会い、本人の願いや望む暮らしをチームで目指していく支援（研修の中では「備え型支援」として説明）である。このことは、オレンジプランの一番目に挙げられている「認知症ケアパス」を適切に機能させていくためにも極めて重要な考え方になる。また、認知症の早期の段階では、必ずしも医師や看護師、介護保険サービスなどのフォーマルサービスとの関わりだけでなく、地域包括支援センター、民生委員、地域住民、薬剤師、社会福祉協議会など、多種多様な人材・社会資源との関わりがあると考えられる。本研修は、こうした幅広い人材への参加を呼びかけ、開催していくことが可能なプログラムである。

【教材一覧】

認知症ライフサポート研修テキスト

教材ビデオ(DVDに、研修で使用するスライド、映像ビデオを収録)

個人ワークシート3種類(個人ワークシート用3種類)

グループワーク用記録用紙

【ビデオ タイトル一覧】

Video1 専門職ごとに異なる「視点」と「目標」

Video2 「認知症ライフサポートモデル」とは

Video3 75歳のハマ子さん

Video4 「手遅れ型支援」と「備え型支援」

Video5 70歳のハマ子さん

Video6 確認とこれからの展望

【認知症ライフサポート研修カリキュラム】

単元1 「認知症ライフサポートモデル」とは (60分)	時間配分(目安)
1 事業の背景 導入	15分
2 専門職ごとに異なる「視点」と「目的」 Video1の視聴 ー専門職ごとに異なる「視点」と「目標」ー グループワーク 全体共有	15分
3 「認知症ライフサポートモデル」とは Video2の視聴 ー「認知症ライフサポートモデル」とはー	10分
4 「認知症ライフサポートモデル」の視点から見る認知症の捉え方 グループワーク 全体共有	20分

単元2 それぞれの役割とチームケア(演習) (180分)	
1 75歳のハマ子さん Video3の視聴 ー75歳のハマ子さんー グループワーク 全体共有	30分
2 演習(グループワーク) Video4の視聴 ー演習の流れー Video5の視聴 ー70歳のハマ子さんー グループワーク 全体共有	120分
3 確認とこれからの展望 Video6の視聴 ー確認とこれからの展望ー グループワーク 全体共有	30分

第2節 研修の流れとポイント

単元1 「認知症ライフサポートモデル」とは

<ねらい>

- 「認知症ライフサポートモデル」の基本的な考え方を理解する
- この研修における認知症の捉え方を理解する
- 「認知症ライフサポート」の視点で、多職種協働をイメージできるようにする

0 導入

導入のあいさつ・コメント



グループ内の自己紹介



① 進行役、②記録係、③発表者を決める

(グループディスカッション 約8分)

- ファシリテータ(司会者)は、研修の冒頭で、4時間の研修を一緒に過ごすグループメンバー間の関係づくりの時間をとります。
- 自己紹介をしてもらうときに、例えば、「好きな食べ物」や「好きな場所」などを一緒に言ってもらえると、他のメンバーに印象付けられ、効果的です。
- また、その後のグループディスカッション、グループワークを円滑に進めていくために、グループごとに、①進行役、②記録係、③発表者 を決めてもらいます。

[進行のポイント]

- ・ 1人につき、自己紹介の時間は1分以内
- ・ 自己紹介が終わったら、グループ内の役割分担を決める

=====

1 事業の背景

【事業の背景と経緯】

事業の背景と経緯

- 認知症ケアに関連する様々な課題
- 「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」(平成23年度)の実施
認知症ケアモデル(認知症ライフサポートモデル)の策定
- 「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに関する研究事業(平成24年度)」の実施
認知症ケアモデル研修の開発とモデル研修事業の実施

- ファシリテータ(司会者)は、研修のねらいを明確にするために、「認知症ライフサポート研修」が開発された背景や目的などを説明するとよいでしょう。
- 説明する際は、テキスト8ページ「事業の背景と経緯」のスライドを用いると、事業の経過をわかりやすく伝えることができます。

(テキスト本文)

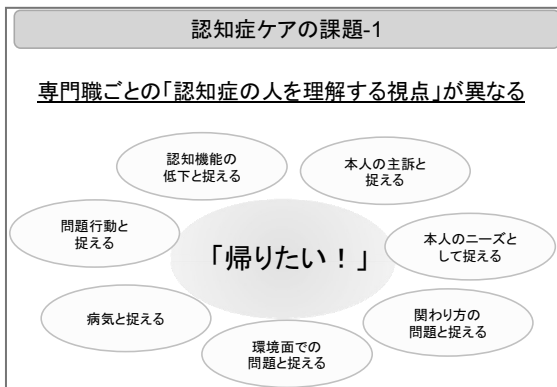
「認知症の人に関わる専門職が、認知症に関する知識や総合的な支援に対する基礎知識や総合的な支援に対する共通理解を持って携わっていくことが必用なのではないか」との、社会的な求めを受けて、平成 23 年度に「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」が、厚生労働省の老人保健健康増進等事として開催されました。その中で、医療、介護等さまざまな領域にわたる専門職の視点を統合し、目標を共有したりしながら、チームで認知症の人を支えていくためのモデルとして、これから学んでいただく「認知症ライフサポートモデル」が提案されました。

平成 24 年度には、平成 23 年度の事業の成果を引き継ぎ、医療関係者や介護関係者をはじめとするさまざまな専門職が、共に認知症の人を支援していく際の基本を学び、相互理解を深め円滑な多職種連携を促進することを目的に、「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに関する研究事業」が実施されました。

ここで研修のカリキュラムと教材づくりがおこなわれ、全国の市町村で研修の実施へと至っています。

2 専門職ごとに異なる「視点」と「目的」

【認知症ケアの課題 -1】



- 研究事業のねらいや経過については、テキストの解説文を確認してください。

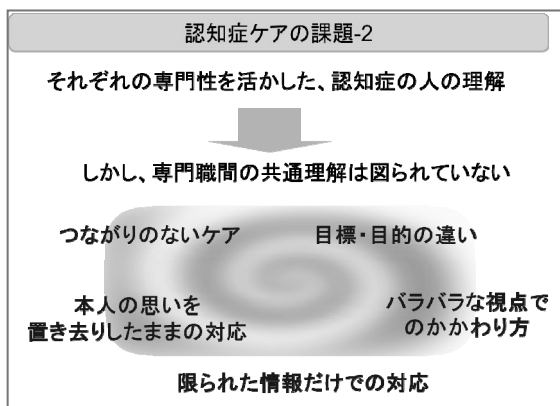
- 左記および次頁のスライド(認知症ケアの課題 1・2)は、認知症ライフサポートモデルが考案される背景となった、専門職ごとに異なる「認知症の人を理解する視点」の違いを説明する素材として作成しました。
- 次頁のスライドと併せて、認知症ケアの提供現場における課題を投げかける際に、必要に応じて活用します。また、ここでの説明は、Video1 への導入として活用することができます。

(テキスト本文)

認知症の人が十人十色であるのと同じように、ケアに携わる援助者一人ひとりの「認知症の人を理解する視点」は異なります。

たとえば、「家に帰りたい！」と言っている人が目の前にいるとき、Aさんは「周囲の人の関わり方の問題」と捉え、関わり方を変えてみようとすることもかもしれません。一方、Bさんはご本人が一人で出かけてしまうのは「問題行動である」と捉え、その人が外出できなくなる方法を考えるかもしれません。また、Cさんは、「家に帰りたい！」という言葉をご本人の主訴である」と捉え、一緒に外出するかもしれません。

【認知症ケアの課題 -2】



(テキスト本文)

認知症の人を捉える視点の違いは、認知症ケアに携わる人の専門分野の違いによっても生じてきます。それを自覚して共通理解を図らないと、それぞれの専門職が、自分の専門領域の知識や情報だけで動いてしまい、結果としてつながりのないバラバラなケアを提供することになってしまったり、専門職ごとに立てた目標が相反するものになっていたり、ということが起きてしまうと考えられます。

「どの視点が正しいか」ということではなく、さまざまな見方があることを知っておく必要があるのではないのでしょうか。

Video1
専門職ごとに異なる「視点」と「目標」



グループディスカッション

ビデオ1を視聴した感想や気づきをグループ
の中で共有します。

(グループディスカッション 約8分)



(Video1の視聴)

- ビデオ1は、実際によくある事例を用いて、本研修の背景にある課題意識を共有するために作成しました。
- 認知症ケアに携わる専門職は、それぞれが自分の専門性に基づく視点で認知症の人のニーズを捉え、アプローチすることが多いと考えられます。
- しかし、それらの情報はそれぞれの職場の中に埋もれてしまい、多職種連携・協働につながっていないといった課題もあります。
- まずは、職種や専門領域ごとに視点の違いがあること、それぞれが目指す支援の目標がバラバラであることを確認しなす

[進行のポイント]

- ・ 特に多くの説明を加えず、それぞれの受講者に、自由な受け止め方をしてもらってから、次のグループディスカッションにつなげる

=====

- ビデオ1を視聴した後は、各々の受講者がどのような事を感じたのかを、グループで話し合ってもらいます。
- ここでのねらいは、ビデオ1を観た感想などから、認知症ケア現場の課題を再確認してもらうことにあります。

[進行のポイント]

- ・ グループディスカッションが、事例検討になってしまわないように注意する

(コメント例)

「このビデオを観た感想や課題だと思うことを、グループで話し合ってみましょう」

「どの人が正しいという議論はひとまず置いておいて、ビデオを観て、どのように感じたかを忌憚なく出し合ってもらいと良いと思います。」

グループ意見の全体共有

グループディスカッション終了後は、2 つ～3 つ程度のグループに、グループの中で出された意見を発表してもらい、会場内の情報共有を図ります。

(意見の例)

「それぞれの専門職が持っている情報を、多職種間で共有すべきだと感じた。」

「ビデオの中には、本人の意向とか思いが全く見えてこない。」

「本人視点で支援するための情報がない。」

「ここに出てくる人以外にも、支援に必要な情報を持っている人はたくさんいるのではないか。」

「職種間のすり合わせができていなかった。」

「多職種が一緒に、目標に向かって何かをやっていくことが大事なのではないかと感じた。」

「どの職種が、服薬の状況を把握しているのかという点を一緒に考えてもらうべき」 など

[進行のポイント]

- 進行役・ファシリテータ等は、1人あたりの発言時間が長くなりすぎないように調整する
- グループの様子を確認しながら、グループ内の意見が対立しないように、適宜コメントを入れるとよい。

- グループで話し合われたことを、研修会場全体で共有する時間をとります。
- この研修は、グループを構成するメンバーやメンバーの職種によって、そこで話し合われる内容に偏りが生じてしまうことがあります。
- 他のグループでは、どのようなことが話し合われたのかを情報共有し、なるべく多くの意見を取り入れてもらうことが大切です。

(コメント例)

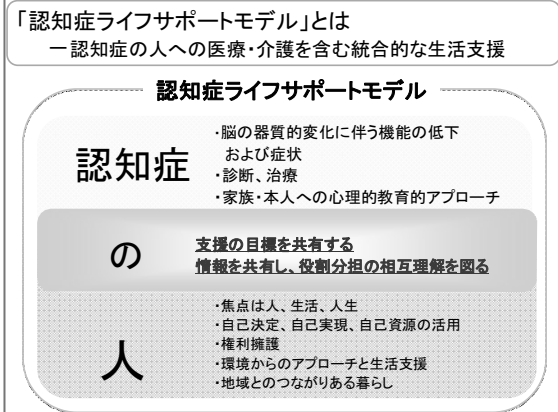
「同じ人を見ていても、それぞれの専門職の職種やその背景によって、認知症の人のニーズの捉え方は、様々ですね」

「それぞれの専門職は、誰も間違ったことは言っていないけど、全体的な支援としてみると、統一感がありませんでしたね。」

「ケアマネの方はそれぞれの職種から情報収集し、プランを考えますが、それは、多職種連携というよりも「調整」レベルの話です。」

「認知症の人を総合的に支えるためには、チームの専門職が同じ目標に向かって協働していくことが必要です。」

3 「認知症ライフサポートモデル」とは



「認知症ライフサポートモデル」が、どのような目的で、どのような考えに基づいて作られているのかをご説明します。

Video2

「認知症ライフサポートモデル」とは

【認知症ライフサポートモデル】



- 「異なる視点と異なる目標」で確認した課題を踏まえて、あらためて「認知症ライフサポートモデル」のねらいを確認します。
- ビデオ1は、「認知症ライフサポートモデル」の基本的な考え方と、多職種連携・協働により何を目指していくべきかについて理解を深めてもらうために作成しました。

(Video2の視聴)」

- ビデオの中では、認知症の人へのニーズは、原因疾患、認知機能の状態、本人をとりまく環境、生活のしづらさ、性格や精神面など、多角的な視点でとらえていくことが重要であり、だからこそ多職種連携・協働（認知症ライフサポートモデル）が求められることが説明されています。
- また、認知症ライフサポートモデルが大切にする6つの考え方と3つの視点（①自己決定を支えていくこと、②自らの力を最大限に使って暮らすことを支えること、③住み慣れた地域で継続性のある暮らしを支えていくこと）について説明しています。

(テキスト本文)

「認知症ライフサポートモデル」とは、認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援を意味しています。医療も介護も生活支援の一部であることを十分に認識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的な支援に結びつけていくことを目指しています。

※認知症の人を支えるには、

(1) 疾病および体調管理から、日常生活の支援、自己決定に関わることまで、総合的な支援が求められており、

(2) 早期から終末期まで地域社会の中で支えていく継続的な関わりを基本に、生活支援を中心とする支援が求められます。

※ライフ(Life)は、「生命」「生活」「人生」等の意味があり、その人が生きてきた人生や、出会いから終末までの継続的な関わりが含まれる言葉です。

サポート(Support)は、支える、支持する等の意味があり、主体は本人であることを前提とする言葉です。

以上の考え方から、今後求められる認知症ケアの新たなステージとして、「認知症ライフサポートモデル」という言葉が選択されました。

認知症の人を支えていくために必要なこと

本人のニーズを多面的に捉える

チームケアに取り組む

専門職間の目標を共有する

専門職相互の役割が機能を理解する

(テキスト本文)

【認知症の人を支えていくために必要なこと】

「認知症ライフサポート」を実現する、すなわち、認知症の人の生命や生活、人生全体を支えていくには、どのようなことが必要なのかを、大きく2つのポイントで考えてみましょう。

(Video2の視聴)

本人のニーズを多面的に捉える:ご本人の「生活」や「人生」といったことも視野に入れ、病気を持っている患者さんという一面だけで見るのではなく、日常を暮らす一人の生活者としても見ることで、その人の必要としていることを多面的に捉えることができます。

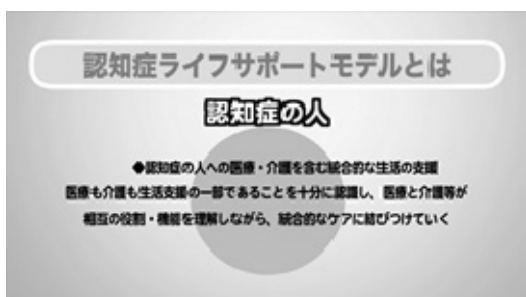
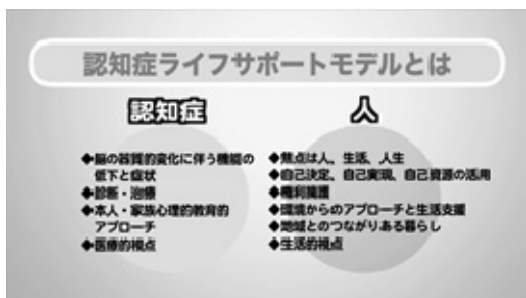
チームケアに取り組む:お互いの役割や専門性を知ったうえで、ばらばらではなく、チームで認知症の人に関わっていきます。

一人の認知症の人に対する支援の方向がバラバラになってしまう原因の一つとして、関わっている複数の専門職が、目標を共有できていないことが挙げられます。認知症の人の生命や生活、人生を支えていくには、さまざまな職種がチームで関わる必要があります。さらには、そのチーム内で目標を共有することが大切です。

【認知症ライフサポートモデルの実現に向けた多職種協働】



(Video2の視聴)



(Video2の視聴)

(テキスト本文)

認知症ケアの現場では、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、ケアマネジャー、医師、看護師、療法士、臨床心理士、薬剤師などさまざまな専門職が、それぞれの専門性を発揮しながら認知症の人を支えています。これらの専門職は、その専門性と役割から、大きく2つの領域で捉えることができます。

一つ目が、医療の領域です。これは、脳の器質的変化に伴う機能の低下および症状等を対象にしながら、鑑別診断やサービス提供現場(在宅・事業所等)への医療的サポート、本人・家族への心理的側面への支援、教育等の役割を担ってきた部分と考えられます。もう一つが、介護の領域です。本人・家族の身

近な存在として、人・生活・人生に焦点をあて、生活全般を支えていく役割を担ってきた部分だと考えられます。

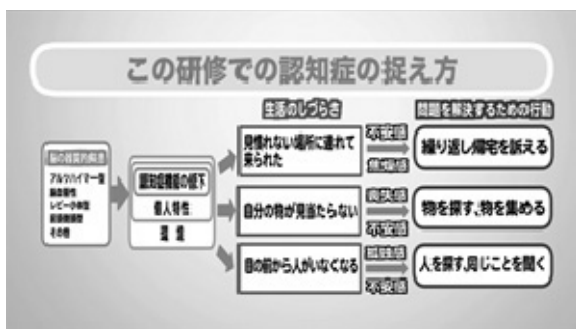
それぞれの領域には、認知症の人を支えていくうえで必要な貴重な情報が蓄積されています。しかし、それらの貴重な情報や専門職の視点で捉えた認知症の人のニーズは、それぞれの専門領域に埋もれたまま、多職種の間で共有がされてきませんでした。専門職間の認識の違いに加え、「医療」と「介護」という2つの専門領域間では、認知症の人の捉え方や関わり方、そして認知症の人を支えていく上での役割が特に大きく異なるため、双方が共通理解を持つことがなかなかできずにいる状況があります。

双方がお互いの役割と機能を理解し、目標を共有していくことは、認知症の人の生命や生活、人生を支えていくうえでは欠かせません。

(Video2の視聴)

4 「認知症ライフサポートモデル」の視点から見る認知症の捉え方

【この研修での認知症の捉え方】



「認知症ライフサポートモデル」では、認知症を単なる“中核症状”や“行動・心理症状”が現れる病気と捉えるのではなく、「原因疾患による認知機能の低下や、もともとある個人特性と環境との相互作用によって、生活上の困りご

(Video2の視聴)

とや生活のしづらさが現れた状態」と捉えます。

認知症の人は、さまざまな原因疾患により認知機能の低下、つまり記憶力の低下、判断力や思考力の低下などを経験しますが、さらに、もともとある個人特性の影響で、様々な「生活のしづらさ」を感じるようになります。

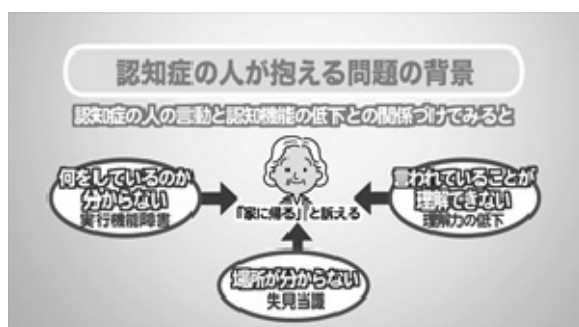
ここで言う生活のしづらさとは、認知症でない人にとってはちょっとしたことかもしれませんが。たとえば、見慣れないところに連れてこられてしまったことや、「自分の物がみあたらない」こと、デイサービスから帰る時間になり、「目の前から人がいなくなっていく」ということは、認知症の人にとって平静ではいられなくなる「生活のしづらさ」かもしれないのです。

このような場面での支援には、本人の不安や焦燥感をいかに減らしていくかという視点に立って、生活のしづらさを解消していく必要があります。

生活のしづらさを解消するための支援にも、身体の状態や認知機能の低下に対応していくこと(疾患や認知機能の低下から捉える医学的視点)と、生活環境の改善に向けた支援(本人の願いや思いを支えてゆく生活支援の視点)の両面が必要になるのです。

※ 個人特性とは、本人の「知識」「経験」「性格」「価値観」「身体的健康」「社会とのつながり」等を含めた、全人的理解に基づく個別性を意味します。

【認知症の人が抱える問題の背景-1】

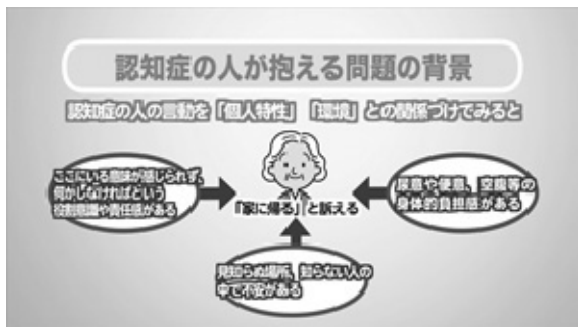


(Video2視聴)

「認知症ライフサポートモデル」における認知症の捉え方を踏まえたうえで、認知症の人が抱える問題の背景について考えてみましょう。

「家に帰る」という認知症の人の言葉を、脳の認知機能の低下と関連づけて考えると、その背景には「場所が分からない」、「何をしているのかわからない」、「言われていることが理解できない」などの理由が考えられます。

【認知症の人が抱える問題の背景－2】



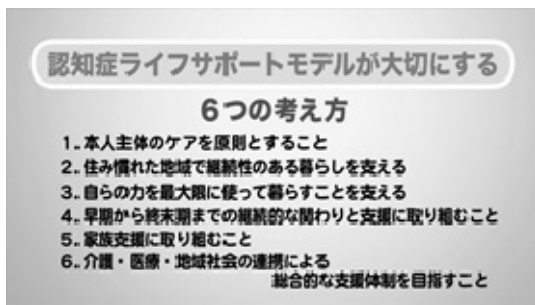
次に、認知症の人の言動を、「個人特性」や「環境」と関連づけて考えてみましょう。

たとえば、家でやるべきことがあるから帰ると訴える人は、もともと責任感が強いのかもかもしれません。また、知らない人の中で不安感が強いため家に帰ると訴えているのかもかもしれませんし、尿意や便意、空腹などの身体的負担感により、帰ると訴えているとも考えられます。

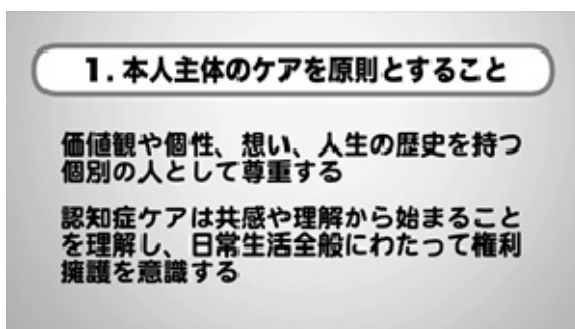
このように、認知症の人の抱える問題を認知機能の低下や認知症の人の個人特性や環境を含めたトータルな視点で捉えていくためにも、医療と介護、それぞれに携わる専門職の視点を統合する「認知症ライフサポートモデル」が求められているのです。

(Video2視聴)

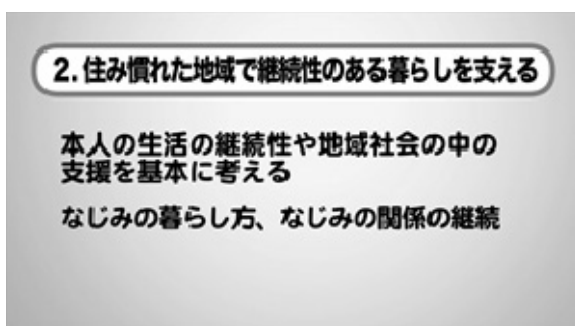
【認知症ライフサポートモデルが大切に
する6つの考え方】



「認知症ライフサポートモデル」では、以下の6
つの考え方を大切にしています。



1つ目は、「本人主体のケアを原則とする」こ
とです。認知症になったから何も分からなくな
ってしまったと捉えるのではなく、本人がどのよ
うな生き方や暮らし方をしていきたいのか、そ
の望みをかなえる支援することが重要なのだ
という考え方です。



2つ目は「住み慣れた地域で、継続性のある
暮らしを支える」ことです。その人が今まで暮ら
してき地域社会や人間関係の中で、周りの人
の理解や、必要であれば医療、介護など、ト
ータルな生活支援を受けながら暮らし続けるこ
とを支えています。

(Video2視聴)

3. 自らの力を最大限に使って暮らすことを支える

生きがいややりがいのある暮らし
ADLやIADLだけでは捉えない
できることに着目する

3 つ目は「自らの力を最大限に使って暮らすことを支える」ことです。認知症だからできないと決めつけず、本人の持っている力を可能な限り活用し、生活をすることを支援します。

4. 早期から終末期まで継続的な関わりと支援に取り組むこと

本人との早期から関わり、状態悪化を
最小限に抑える
終末期まで必要な医療や介護につながる
体勢を整える

4 つ目は「早期から終末期までの継続的な関わりと支援」です。認知症の方との出会いのポイントをなるべく早くし、しかも地域の中で出会い長く関わっていきます。

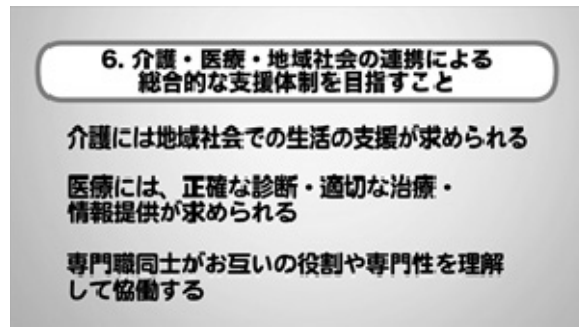
つまり、健常な頃から地域の中で出会い、場合によってはターミナル期まで支援をし続けていくという考え方です。その人の人生を見守りながら一緒に走る、伴走型という言い方もあります。

5. 家族支援に取り組むこと

家族は本人支援の貴重な資源である
家族の心情を理解すると同時に、
家族への支援も欠かせない

(Video2視聴)

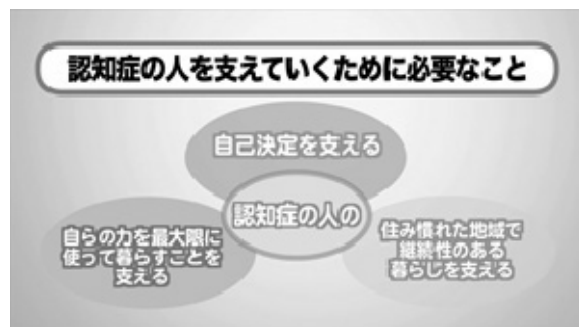
5 つ目は「家族支援に取り組む」ことです。本人を支援している周りの人、家族の支援も積極的に行っていこうということです。



そして最後に、「介護・医療・地域社会の連携による総合的な支援体制」です。

介護、医療、地域社会によるサービスが総合化することによって、その人らしい多様なニーズにこたえる支援が可能になってくるという考え方です。

【認知症ライフサポートモデルにおける3つの視点】



また、6つの考え方の中でも特に、認知症の本人の状態や尊厳に密接に関わる次の3つの視点「自己決定を支える」、「住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支える」、「自らの力を最大限に使って暮らすことを支える」を重視し、関わりを持っていく必要があります。

6つの考え方と、3つの視点を、認知症の人に関わるすべての人たちが共通認識として理解し、共通の目標を持って協働しながら、認知症の人の生命、生活、人生を支えていこうというのが「認知症ライフサポートモデル」なのです。

(Video2視聴)

グループディスカッション

ビデオ 2 を視聴した感想をグループの中で共有します。

(グループディスカッション 約 8 分)



グループ意見の全体共有

グループディスカッションが終わったら、2 つ程度のグループに発表してもらい、会場全体と意見内容の共有を図ります

(意見の例)

「すばらしい考え方だと思うが、認知症の人の関わる職員や家族などが、これをどれだけ理解し、関わっていけるかということはとても難しい。」

「なかなか実際の取り組みに移すことは難しい。理想だと思うが、みんなが同じ考え方で向かっていけるのかどうかという意見があがった。」

単元2 それぞれの役割とチームケア(演習)

- ビデオ2で理解したことや感想を、グループの中で確認してもらいます。
- ファシリテータ(司会者)は、特に多くの説明を加えず、それぞれの受講者に自由な受け止め方をしてもらいながら、グループディスカッションにつなげます
- 6名程度のグループ構成では、概ね8分間を目安として、グループディスカッションを行います

- グループの中で出される意見の中には、「6つの考え方や3つの視点は理想ではあるが、現実的ではない」というような意見があがるかもしれません。
- しかし、ここで大切なことは、今後、多職種協働を推進していく上での共通の考え方や目指していく方向性を理解し、共有することです。

- グループの中で出された意見を、会場全体で共有します。
- 2 つ～3つ程度のグループを選んで、グループの中で出された意見を発表してもらいましょう。

[進行のポイント]

- ・ ニーズは、本人からの訴えだけでなく、専門職としてその人が必要としていることを見極めることが大切だということを押さえる
- ・ グループからの発表の後は、主な意見を繰り返し言う。
- ・ 「認知症ライフサポート」の視点から発言されている意見などに対してコメントする。

(コメント例)

「大切なことですね。」

「○グループの発表には、先ほどのビデオ 2 で説明されていた、3 つの視点が入っていたと思います」

「共通の目標があるからこそ、チームになっていくのだと思います。」 など

<ねらい>

- 具体的な事例を通じて、認知症の早期における多職種協働の必要性を考える
- 認知症ライフサポートモデルの考え方にに基づき、専門職それぞれの視点を活かした、多職種協働のイメージを共有する
- 困りごとが多くなってからはじめる「手遅れ型」の支援にならないためには、早期から、どのようなチームケアが必要なのかを考える

0 導入

単元 1 の振り返り・確認



ビデオ 3 への導入コメント



ビデオ 3 の視聴前の事例の読み合わせ



ビデオ 3 の視聴

- 前半の振り返りをした後、認知症が進み、一人での生活が困難になってきた「75 歳のハマ子さん」の生活の様子をビデオで視聴します。
- グループワークの素材としている事例をビジュアルに観てもらうことで、受講者により多くの情報や気づきを持ってもらうことがねらいです。
- それぞれの受講者が抱えている事例とも想起するきっかけとなり、自分のこととして、その後の演習を進める入り口となります。

(コメント例)

「単元 1 では、専門職によって認知症を捉える視点が異なることや、その違いを知ることが、多職種協働への一歩であることを確認しました。」

「単元 2 では、具体的な事例と演習を通じて、6つの考え方と3つの視点をを使って、認知症の人をチームで支えるということをより深めていきたいと思います。」

「演習は、グループワークを中心に進めていきますので、ぜひ、多職種間でたくさん話をしてください。」 など

1 75歳のハマ子さん

演習事例 松出ハマ子さんの背景

ハマ子さんは、広島で生まれ、地元の商業高校を卒業後、アパレル関係の就職で当地に来ました。職場で夫と知り合い結婚。一女を授かりました。

結婚後は家庭に入り、専業主婦として家事を切り盛りし、一人娘を大切に育ててきました。その娘も無事に成人、隣町に嫁ぎ、時間に余裕もできたハマ子さんは、手芸教室に通ったり、夫や友人たちと旅行に出かけるなどして、楽しく暮らしていました。

日々、穏やかな生活が送れており、特に大きな不満はありませんでしたが、強いて言えば、新鮮な海の幸が少なく、また店頭に並ぶのは赤身や青物が多く、白身の魚が少ないことを、ちょっぴり残念に思っていました。

やがて孫が生まれ、ハマ子さんもたいそう可愛がりました。その孫が広島の大学を希望し、自分の生まれ故郷の大学に進学することを、ハマ子さんは大変喜びました。そして、孫の大学入学後には、実家の墓参りを兼ねて、夏・冬と下宿先を訪れていました。やがて、孫は大学を卒業し、大阪の企業に就職しましたが、孫に会える機会がめっきり少なくなったことをハマ子さんは寂しく思っています。

夫は、8年前に脳梗塞で倒れ、そのまま帰らぬ人となりました。余りに突然のことでハマ子さんは嘆き悲しみましたが、「一人暮らしでもあり、自分がしっかりしなきゃ」と健康に気を付けながら、日々の生活を送っていました。娘にも迷惑をかけないようにしながら、自宅での暮らしを続けていくことがハマ子さんの願いです。

しかし、夫が亡くなってから3年ほど経った頃（今から5年前）、ハマ子さんは認知症が疑われる症状がしばしば見られるようになりました。かかりつけ医からは、認知症の診断が娘にだけ告げられました。診断から5年が経過し、ハマ子さんの症状はますます重度化しています。自宅での一人暮らしにも、さまざまな支障が生じています。

- ビデオ 3 を視聴する前に、テキストに記載されている「ハマ子さんの情報」の読み合わせをしましょう。
- 読み合わせは、「ファシリテータが読み上げる」、「時間を設定して黙読してもらう」など、複数の方法が考えられます。
- モデル研修では、ファシリテータが読み上げながら、受講者が一緒に情報共有を図る時間をとりました。

Video3

「75歳のハマ子さん」



グループディスカッション

- ビデオ 3 を視聴した感想や気づきをグループの中で話し合ってもらいます。

(グループディスカッション 8分)



(Video3の視聴)

- 事例の読み合わせが終わったら、ビデオ3を視聴します。
- ビデオ3は、生活上の様々な不都合や困りごとが前面に出てきてからの「手遅れ型」の支援では、認知症の人(本人)の望むことよりも、家族や専門職側の思いが優先されてしまい、結果として、本人の意志とは違った支援になってしまったり、その結果、状態悪化を招いてしまったりする危険があることに気づいてもらうことをねらいとしています。

- ビデオ 3 を見た感想や疑問点などを、グループ内で話し合ってもらいます。
- 症状が進行してしまってから医療や介護サービスにつながっても、専門職にできる支援には限界があります。
- ここでのねらいは、より早い時期から認知症の人に出会うことで、認知症ライフサポートモデルに即した支援に近づけていくことが出来るということに気づいてもらうことです。
- グループディスカッションで出される意見の中から、「もっと早期に出会っていれば何かできたかもしれない」という声や、「意思の疎通が図れる段階での出会いの大切さ」などの意見を引き出していきます。

[進行のポイント]

- グループディスカッションをはじめる前に、ファシリテータ(司会者)は、終了後、2 つ程度のグループに、グループ意見のまとめを発表してもらい、全体共有することを予告します
- 記録係に、記録してもらうように伝えます
- 特に多くの説明を加えずに、それぞれの受講者に自由な感想を述べてもらいましょう
- グループの進行は、1人1分以内に、感じたこと、気づいたことなどを話してもらうようにします

グループ意見の全体共有

- グループディスカッションが終わったら、2つ程度のグループに発表してもらい、会場全体と意見内容の共有を図ります

(意見の例)

「このケースでは、グループホームに入居するという選択も妥当かもしれないが、もっと職種間の連携が出来ていれば、もう少し長く在宅生活を続けることが出来たかもしれない。」

「本人の意思を確認することが難しい状況では、どこまで本人の想いを尊重すればよいのかがとても難しい。」

「これ「最後には、本人の意思に反してグループホームに入ったという結果になってしまった。家族、ケアマネ、医師などが、本人への接し方を間違え、本人を追い詰めてしまった部分もあるのではないか。」

「以上自宅で暮らすのは無理だというギリギリの状態になる前の段階で、出来ることを実践していくということがとても重要だと思った。」

(コメント例)

「ここまでになってしまったら、グループホームに入るのはやむを得ないという意見もありましたし、もっと早くできることがなかったのかという意見もあげられました。」

「単に、ケアマネジャーの対応だとか、介護サービスの質の問題とし捉えるのではなく、ハマ子さんの在宅生活の継続を支えるために、もっと早く出会って、早期にどんな支え方をしていくかを考えることが、とても大切だと思います。」

2 演習(グループワーク)

【手遅れ型支援の例】



前半で学んだことを振り返ってみましょう。「自己決定を支える」、「住み慣れた地域での継続性のある暮らしを支える」、「自らの力を最大限に使って暮らす」という3つの視点を、認知症の人に関わるすべての人たちが共通認識として理解し、さらに共通の目標を持って協働しながら、認知症の人の生命、生活、人生を支えていこうというのが「認知症ライフサポートモデル」です。

ところが、75歳のハマ子さんの映像のようにさまざまな生活上の不都合や困りごとが前面に出てきてからの支援では、ハマ子さん本人の望むことよりも、どうしても「こうあるべき」という専門職側からの思い込みを優先し、結果としてハマ子さんの意志とは違った支援が本人の状態を悪化させる危険性があります。

たとえば、ハマ子さんが自宅で暮らし続けることを望んでいても、「火の不始末の防止」「服

- ビデオ3の視聴とグループディスカッションを通じて、早期に出会い、支援していくことの大切さを確認しました。
- この後は、研修の着眼点の1つである、「『備え型支援』にチームで取り組んでいく」ということを、ビデオ4を使って説明します。
- 多職種連携・協働による「備え型の支援に」に取り組むことは、認知症ライフサポートモデルを実現していくための近道になると考えられます。
- ビデオでは、「手遅れ型支援」と「備え型支援」の例にそって説明した後に、後半のグループワークの流れを説明しています。

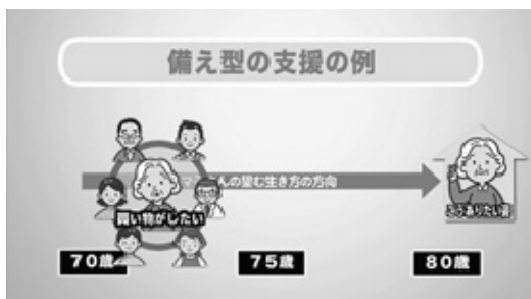
[進行のポイント]

- ・ ビデオを視聴する前に、「手遅れになる前に、どのように関わっていくことが大切必要か」という考え方をまとめたビデオであることを伝える
- ・ また、ビデオの後半では、この後の演習の進め方について、おおまかな流れを説明していることを伝える

薬や栄養管理の徹底」「衛生管理」など生活を脅かす要因の排除や「家族の希望」「近隣の人への迷惑の解消」などを考慮すると、本人の意志に反して施設やグループホームへの入居が優先されるかもしれません。

しかし、早期から関わり、本人の自己決定を尊重し、これまでの生活や環境を変えない生活の継続性と自己資源の活用をしていくことで、ハマ子さんの「こうありたい」方向に向かっていくことが、結果として状態の悪化を防ぎ、よりハマ子さんの「こうありたい」姿に近づきやすくなるということも分かっています。

【備え型支援の例】



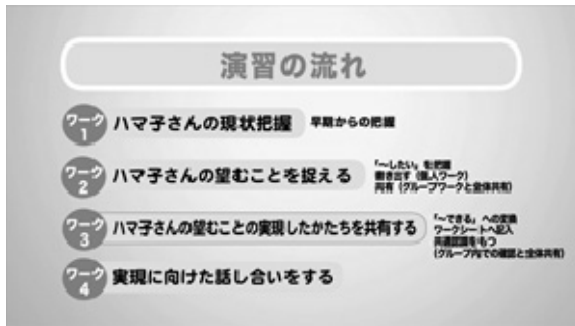
「認知症ライフサポート」で提案することのひとつに「早期から終末期までの継続的な関わりと支援」というものがあります。これは、できる限り早期から関わる「備え型」の支援です。

「備え型」の支援では、一見さほど困っていないように見える本人の現状のなかから、本人の望むことを早期に受け取り、チームで実現に向けて支援をします。

重大な困りごとが起きてからそれを追いかけるようにその場しのぎの対応をしていくのではなく、ささいなサインも見落とさずに、QOL を落とさないための多面的な支援を早め早めにしていくことは、その後、本人が望む方向で、落ち着いた生活を送れることにつながります。

(Video4の視聴)

【演習の流れ】



演習の流れのご説明をします。

- ・ 「備え型」の支援には、まず、早期からのハマ子さんの現状把握が必要ですが、これは70歳の時のビデオをみていただきます。これがワーク1です。
- ・ ビデオを観ながら、ハマ子さんは一体何を望んでいるのか、どうしたいと思っているのかを捉えてみてください。メモをとっていただいても結構です。そして、それを個人ワークのシートに書き込む時間をもうけますので、書き込んでいただいたあとでグループ内での共有、全体共有までを、ワーク2とします。
- ・ その次に、ハマ子さんが望むことが実現したかたちをイメージし、共有しましょう。たとえばハマ子さんの「〇〇したい」が、「おいしい白身魚が食べたい」だったとしたら、それが実現した形は「おいしい白身魚を食べることができる」となります。これをワークシートへ記入して、グループ内で確認してください。
- ・ 共通認識が持てたら、そのあとで、実現するための具体的な話し合いに入ります。これがワーク4です。
- ・ ワーク4を少し細かく説明します。
- ・ まず、実現するための材料とは、たとえば「広島に行きたい」という望みの実現のために必要なことです。一緒に行く人やお金などです。チェックポイントの確認とは、ADLを確認しなければなりませんし、お金や手段についても確認が必要ということで

(Video4の視聴)

す。

- ・ 手順の確認とは、「いつまでに、何を、どのような順序で行うか」ということです。
- ・ 役割分担とは、誰が何をするかを決めることです。
- ・ その際、自分にはどんなことができるのかを考え、また、必要だけれど自分の職種ではできないことは、チームワークカードに書いて、他のメンバーに渡して打診しましょう。



演習の進め方に関する補足説明

ワークシートの使い方についての説明

※ ワークシートの使い方について

① 個人ワークシート

(モデル研修では黄色の用紙)
ワーク2

② 個人ワークシート

(モデル研修では水色の用紙)
ワーク3

③ チームワークシート

(モデル研修ではピンク色の用紙)
ワーク4

④ グループワークシート

(モデル研修では A4 の用紙を使用)
このシートは、ワーク2～ワーク4まで、グルー

(Video4の視聴)

- 視聴後は、ビデオでの説明に加えて、演習(グループワーク)の進め方やワークシートの使い方に関する補足説明を行います。
- モデル研修の中では、グループ内の意見、特に、職種間の専門性の違いや役割の違いを相互に理解しやすくするために、ホワイトボードや模造紙を用いた演習方法を提案してきました。

※ホワイトボード・模造紙の使い方については、本報告書の●ページを参考にしてください。

プで出された意見などを記録するために使います。記入は、記録係が行います。

演習

ワーク1 ハマ子さんの現状把握

video5「70歳のハマ子さん」の視聴

Video5
「70歳のハマ子さん」

[進行のポイント]

- ビデオ 5 を視聴することを、ワーク 1 としています。
- ビデオ 5 を視聴する前に、テキスト 36 ページから 39 ページに掲載している、エコマップ、70 歳のハマ子さんの情報、主治医意見書を読み合わせてみましょう。
- 主治医意見書については、各自 3 分ほどで目を通してもらう方法もあるでしょう
- ハマ子さんはどんなことを望んでいるのか、自分たちに出来ることは何かなどの視点で、ビデオを視聴してもらいます。

(Video5の視聴)

- このビデオは、グループメンバー相互の視点の違いや相互理解、目標の共有などを行う演習の素材として用います。
- 「75歳のハマ子さん」から5年ほどタイムスリップしてもらい、「70歳のハマ子さん」に出会ってもらいます。
- 受講者には、75歳のハマ子認知症の症状が少しずつ表れはじめているものの、今のところはまだ、自分の意志をしっかりと伝えられるハマ子さんが望む暮らしとはどのようなものかということや、専門職の視点でハマ子さんにとっての「必要なこと(ニーズ)」を捉えてもらいます。

ワーク2 ハマ子さんの望むことを捉える

個人ワーク

- 専門職の視点で、ハマ子さんが望むことを、「～したい」という形で書き出します。
- 書き出す際は、ワーク2の個人ワーク用シートを活用しましょう。



グループワーク

(個人ワーク) 約3分

- 個人ワークで、ハマ子さんの「～したい」を書き出します。

(グループワーク) 約12分

- それぞれが捉えた「～したい(ニーズ)」をグループの中で共有します。

- ビデオ 5 「70歳のハマ子さん」を視聴した後は、ハマ子さんが望んでいることや、専門職の視点で「必要」と思うことを、「～したい」という形で書き出します。
- このとき、認知症ライフサポートモデルが大切にしている3つの視点、すなわち、①自己決定を支える、②住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支える、③自らの力を最大限に使って暮らすことを支える、ということを念頭に置いて、ハマ子さんの視点に立った「必要(ニーズ)」を捉えることが重要です。
- 認知症ケアの現場では、周囲の困りごとを解決することをニーズと捉えてしまったり、支援の目標としてしまうことも多いですが、ここでは、あくまでも、ハマ子さんにとっての「必要(ニーズ)」を捉えます。
- そのため、「～が必要」という表現ではなく、「～がしたい」という表現を使って書き出します。

- 個人ワークでは、ビデオを観て、それぞれが気づいたこと考えたことをもとに、専門職として捉えたハマ子さんのニーズをワークシートに書き出します。
- グループワークでは、それぞれが書き出した「～したい」を一人ずつ発表します。
- また、その後の演習を進めていくために、様々な挙げられた「～したい」の中から、チームとして取り組んでいくテーマを3つに絞ります。
- 3つに絞った「～したい」は、ホワイトボードや模造紙の中央の枠に書き込みます。
- ホワイトボードや模造紙に書き込む理由は、「見える化」することにより、チームとして捉えたニーズであることを意識したり、協働意識を高めたりするためです。

ワーク 3 ハマ子さんの望むことの実現したかたちを共有する

グループワーク

- ワーク2で書き出された、「～したい」を府あえて、グループとして取り組んでいく目標を設定します。
- 何を目標にするかは、グループメンバーと一緒に話し合ってください。
- 設定した目標は、ホワイトボードや模造紙の中央に書いた、「～したい」の上方に、「～できる」という表現を用いて、書き込みます。

- グループメンバーは、ハマ子さんを支えていくチームとして、ワークを進めていきます。
- ワーク3は、ワーク2捉えた「～したい」をもとに、グループとしての目標を設定します。
- あくまでも、「ハマ子さんが望むことを実現する」という視点で考えることが重要です。

=====

- ワーク2で選んだ3つの「～したい」をもとに、チームとしての目標を1つ設定します。
- 目標を決める際には、グループのメンバーが十分に話し合い、目標の意味づけを考えながら絞り込んでいくプロセスが重要です。
- 専門職として、「こうした方がいいのではないか」という決めつけから考える目標ではなく、「本人が望むことから出て来た目標」であることを理解してもらいましょう。

(コメント例)

「目標は、複雑なものにするか、単純なものにするのかで、実現するために必要なことや登場する人が変わってくると思います。」

「チームの構成や、成熟度によって、どんな目標にするか話し合うプロセスが大切です。」

「『不安なく暮らせる』→『安心して暮らせる』とか、『認知症が進行して自宅で暮らせなくならないように』→『認知症があっても自宅で暮らせる』など、チームの目標をより、ポジティブな表現にすることが大切です。」



グループ意見の全体共有

- ワーク3が終わったら、2 つから3つ程度のグループに発表してもらいます。
- 発表は、設定された目標と、なぜその目標を選んだのかの理由なども話してもらいましょう。

(発表の例)

「家や地域で継続的に暮らせる」

「広島に行って、お姉さんに会える」

「安心して自宅や地域で暮らし続けることができる」

「馴染みの人たちと関わり続けることができる」

「生活がサポートされて、安心した気持ちで、夫との思いでのある家で暮らし続けることができる」

「新鮮な白身魚が食べられる」

(コメント例)

「早期から出会うことにより、ハマコさんのこれからの生活を一緒に考えていく、余裕を持つことができますね。」

「早い段階で、本人の望みをくみ取ることが出来ると、それまでネガティブなことばかりに目を向けていた支援の方向性が、ポジティブなことに目を向けた支援へと変わっていきますね。」

「多職種で話し合うときは、それぞれのポジションが違ふこと、専門性が違ふことを意識しながら意見交換するようにすると、相互理解につながります。」など

ワーク 4 実現に向けた話し合いをする

個人ワーク

(個人ワーク 10分)

- ワーク3で決定したチームの目標に対して、それぞれの専門職ごとに、自分の役割やできることを考えます。
- 書き出す際は、ワーク4の個人ワーク用シートを活用しましょう。
- 個人ワークの中で、目標を達成するためには必要と思われても、自分の職種では役割を果たせないことがあれば、「チームワークカード」に書いておきます。

例) 看護師から介護職へ

介護職から医師へ

医師から薬剤師へ

- その際、依頼したい職種や専門職が、グループメンバーにいないことも考えられますが、自分の気づきとしてチームワークカードに記入しましょう。



グループワーク

(グループワーク 15分)

- 最初に、チームワークカードを書いた人は、依頼したい相手にカードを渡します。
- その次は、順番に、個人ワークで考えた、自分にできること、役割と思うことなどを、発表します。
- チームワークカードをもらった人は、その内容も一緒に発表します。
- 発表が終わったら、「～したい」を「～できる」に変えていくために、どんな役割分担、連携、協働が大切になるのかを話し合ってみましょう。

- 共有された目標に向けて、それぞれの役割を相互に理解することがねらいです。
- 個人ワークでは、自分の職務や専門性に裏付けられた役割やできること、すべきことを書き出します。
- 本人が望むことを目標としたチームケアにおいて、「自分がやるべきこと」を考えるとともに、「自分にはできないけれど、他の専門職ならできること」に気づくことで、多職種連携・協働の意義を実感してもらいます。

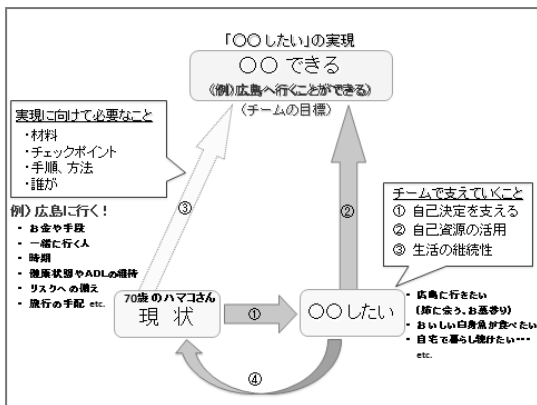
- ワーク3で共有した「～したいの実現」(目標)に向けて、相互にどんな役割分担や連携・協働を進めていくべきかの具体的なことを話し合うことがねらいです。
- 専門職ごとに、どのような機能を果たしているのかということは、意外と知られていないことも多くあります。
- 発表の際は、それぞれの専門職の機能や役割をアピールしたり、グループメンバーに知ってもらうことを意識してもらえるようなプレゼンテーションをするとよいかもしれません。



グループ意見の全体共有

- ワーク3が終わったら、2 つから3つ程度のグループに発表してもらいます。
- 発表は、設定された目標と、なぜその目標を選んだのかの理由なども話してもらいましょう。

【認知症の人「〇〇したいの実現」】



現状から、「〇〇したいの実現」にするためには、以下のようなことが必要です。

1. 材料を集める(=実現するために必要なもの、こと)

→たとえば、広島に行きたいということを実現するのだったら、一緒に行く人はいるのか、お金はどうするのか、などです。

2. チェックポイントの確認

(=実現するためにチェックしておくべきこと)

→これは、たとえば移動のためのADL や健康状態はどうか、ということです

3. 方法と手順の確認(=いつまでに、どのように)

→チケットの予約などをどのように行うかの確認です。

4. 役割分担(=誰が)

→方法と手順の確認と同時に、誰がやるのか、という役割分担も必要です。

自分の職種の専門性ではできないことがあれば、他の専門職に頼むことも大切です。

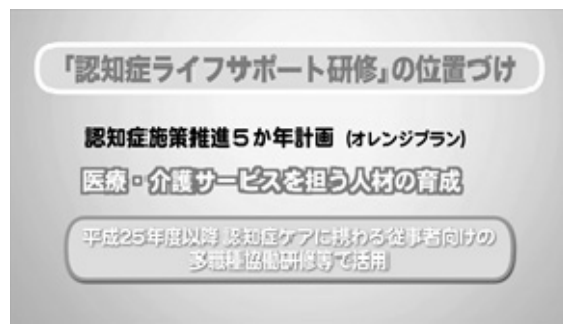
- グループで話し合われたことを会場全体で共有します。
- 75歳のハマコさんに対する支援の視点と、70歳のハマコさんに対する支援の視点との違いに着眼しましょう。
- 早期の段階で関わり支援を考える場合、家族や地域住民を含めて、インフォーマルな支援が大きな役目を果たしていることに気づくことができます。
- 専門職は、後方支援のように本人に関わったり、地域住民と一緒に支援していく姿勢も重要になります。
- また、情報をつなぎながら、チームが一緒になって、本人の生活のし辛さを一つひとつ解決していくという視点が大切です。

3 確認とこれからの展望

video6「確認とこれからの展望」の視聴



【「認知症ライフサポート研修」の位置づけ】



増え続ける認知症高齢者数を背景に、2012年6月、厚労省の認知症施策検討プロジェクトチームが公表した報告書「今後の認知症施策の方向性について」では、認知症施策の具体的な方針が打ち出されました。

その施策を進めていくうえでの達成目標や、平成25年度から29年度までの取り組みとして「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）※」も示されたところです。

医療・介護サービスを担う人材の育成は、このプロジェクト報告書、ならびにオレンジプランの中にも明確に位置づけられています。

これらの動きにあわせ、「認知症ライフサポート研修」は、平成25年度以降市町村単位で実施する「認知症ケアに携わる多職種協働

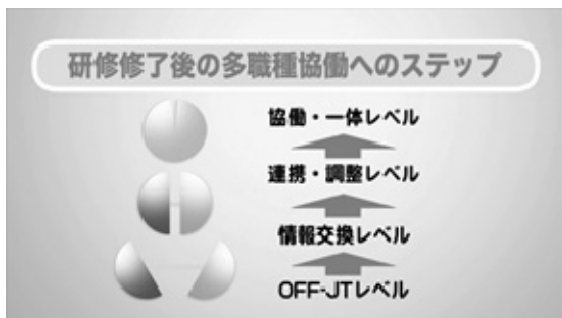
- この研修で学んだことや、今後、受講者に期待されることなどを整理したビデオを視聴します。

研修」として、全国で実施することが求められています。

参考：認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）… 資料編 資料 1

認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業… 資料編 資料 2

【「認知症ライフサポート研修」のゴールイメージ】



この研修を受けたからといって、現場に戻ってすぐに連携や協働ができるかというと、そうではないかもしれません。

最後に、どのような段階を踏んでいけば、このあと地域にチームが完成していくのかをイメージしましょう。

連携や協働という言葉、私たちは何気なく使いますが、そこにたどり着くためにはいくつかの段階を踏む必要があります。

まず、今日のような研修や勉強会の段階です。共通の学びを得ると同時に、より多くの人と顔見知りになります。

どのような人が、自分と近い領域で活動しているのか分からず、特に顔が見えない状態では、なかなか情報交換がしづらい部分があるでしょう。しかし、少しでも実際に顔を見たり言葉を交わしたりすることで、地域に戻った時に、連絡をとりやすくなるのではないのでしょうか。

情報交換がスムーズにできるようになると、連携や調整ができるようになります。

そしてそれを積み重ねて行くことで、一体感を持って協働ができるという段階に進むことができます。

(Video6 の視聴)

【期待される今後の展開】



ここまで、「認知症ライフサポート」の3つの視点である、「自己決定を支える」、「自らの力を最大限に使って暮らすことを支える」、「住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支える」という点を確認しながら、グループワークを行ってきました。

顔見知りになったり、他の職種の人たちはどのような考え方や役割を持っているのか、自分の職種に求められることは何なのか、などが見えてきたところではないでしょうか。

日々の現場では、情報交換が必要な場面が多々あります。そこで臆することなく連絡を取り合うことはもちろん、あらためて情報交換の場を設定することも大切です。

すでに行われている、地域ケア会議やサービス担当者会議、事例・症例検討会、多職種連携会議などがこれにあたります。この他にも直接話のできる場を設定し、顔をあわせていくことでさらに細かい情報のやりとり、調整といったことが可能になるのです。

時間はかかるかもしれませんが、現場での情報交換と、連携・調整の場づくりとが並行して進み、一体感を持って協働できるチームが生活圏域の中に作られていくことが期待されています。

総括 グループディスカッション

- ・ ビデオ6の視聴と研修全体で感じたこと、考えたこと等についての意見交換を行います。

(Video6の視聴)



グループ意見の全体共有

- 最後に、グループで話し合ったことを会場全体で共有します。
- 研修の残り時間に応じて、できる限り多くのグループに発表してもらおうようにしましょう。

(コメント例)

「この研修を観れば、多職種協働がはじまるというわけではありません。」

「この研修をきっかけに、地域ケア会議やサービス担当者会議など、様々な場面で多職種が集まるようになり、チームが出来上がっていくことがゴールです。」

第3章 ファシリテータ養成研修

第1節 ファシリテータ養成研修の実施概要

1.1 目的

研修事業の普及・推進に向けて必要となるのは、研修の担い手となる講師の存在である。しかし、第2章に示したカリキュラム・テキスト内容の通り、「認知症ライフサポート研修」は、認知症ケアに携わる自分以外の専門職と出会うことが1つの目的であり、お互いの専門性を認め合い、相互の役割を確認することにより、多職種連携・協働の一步を踏み出そうとしている。

そのため、この研修は、従来の講義形式とは異なり、講師役には研修全体の進行役を務めてもらいながら、グループワークの中で挙げられる意見を認知症ライフサポートモデルの考え方に紐づけたり、映像ビデオを視聴した後の補足説明を行ったりするなどのファシリテータ的役割を果たしてもらうことが必要である。事業では、今後、ケース検討会、地域ケア会議、職場の勉強会等、多職種が集まる様々な機会を活かして、気軽に「認知症ライフサポート研修」を拡げてもらえるようにとの思いから、認知症ライフサポート研修の普及・推進に向けたファシリテータ養成モデル研修に取り組むこととした。

1.2 履修内容

二日間に分けて実施した「ファシリテータ養成モデル研修」は、一日目の第1部で、ファシリテータの役割や技術的な知識などの基本知識を習得し、第2部で、「認知症ライフサポート研修」の流れにそって、説明のポイントや着眼点、グループワークにおける助言内容などについて説明を行った。

また、二日目は、実際の「認知症ライフサポート研修」にファシリテータとして参加し、体験型のOJT研修として実施した。標準履修時間は360時間とし、カリキュラムの内容は、以下の通りである。

1日目:OffJT（ファシリテータ養成モデル研修の1日目）

オリエンテーション(ファシリテータの基本的な知識)		120分	「ファシリテータ養成モデル研修」の1日目 ※ファシリテータとしてのポイントを押さえながら、「認知症ライフサポート研修」を受講
単元1	「認知症ライフサポートモデル」とは 1 専門職ごとに異なる「視点」と「目標」 2 「認知症ライフサポートモデル」とは	75分	
単元2	それぞれの役割とチームケア(演習) 1 75歳ハマコさんの事例から考える認知症ケアの課題 2 演習 ・早期の出会いと多職種協働 ・相互理解と目標の共有 3 今後の展望	150分	
合計（休憩時間含む）		360分(6H)	

2日目:演習

※通常の「認知症ライフサポート研修」との同時開催により、ファシリテータ養成モデル研修の演習場所として活用

単元1	「認知症ライフサポートモデル」とは 1 専門職ごとに異なる「視点」と「目標」 2 「認知症ライフサポートモデル」とは	75分	ファシリテータ養成 モデル研修の2日目 +
単元2	それぞれの役割とチームケア(演習) 1 75歳ハマコさんの事例から考える認知症ケアの課題 2 演習 ・早期の出会いと多職種協働 ・相互理解と目標の共有 3 今後の展望	150分	通常の「認知症ライフサポート研修」
合計（休憩時間含む）		240分(4H)	※2つの研修を合同開催 ※ファシリテータ養成研修受講者は、ファシリテータの演習として参加する

1.3 開催地域

認知症ライフサポート研修の「ファシリテータ養成モデル研修」にご協力いただいた地域は、以下通りである。

(再掲)

開催地	ファシリテータ養成研修	日付	主催	会場	受講人数
岸和田市	1回目	1月18日(土) 13:30~16:30	岸和田市地域包括支援センター	いなば荘 会議室	25名
	2回目	2月1日(土) 14:00~18:00	いなば荘	八木市民センター 会議室	
町田市	1回目	1月19日(日) 9:00~17:00	町田市いきいき健康部高齢者福祉課	町田市役所会議室	12名
	2回目	1月26日(日) 13:00~17:00			
神戸市	1回目	3月2日(日) 9:30~16:30	神戸市保健福祉局 高齢福祉部	神戸市勤労会館会議室	49名
	2回目	3月16日(日) 13:00~17:00	介護保険課		
京都市	1回目	2月6日(木) 10:00~16:00	一般社団法人京都府介護福祉士会	京都社会福祉会館	41名
	2回目	2月7日(金) 13:00~17:00			

第2節 講義内容

2.1 第1部 グループでの演習を円滑にするために

「認知症ライフサポート研修」は、全過程を通じて多職種で構成されるグループでのディスカッションやおよびワークを中心に進めていくプログラムとなっている。このため、ファシリテータ養成研修第一部では、グループの演習等を円滑に進めていくための技術面に着目し、ファシリテータの手法を学んでもらうための講義を実施した。以下は、モデル研修で用いた研修テキスト「グループでの演習を円滑にするために」の全文である。

グループでの演習を円滑にするために（講義資料）

1. グループワークの目的と意義

授業のような一方的な知識伝達教育方法よりも、当事者が参加する場をつくり、自分達の良いところを認め合い、ひとつの課題に対して達成目標や改善点などについて討議する「対話型」の研修手法が、様々な教育の場面で広がってきています。その代表的なものがグループワークです。


グループワークを行う意義は、以下のように考えられます。

1) 研修参加者の間で交流が進み、情報交換を促進することができます。

参加者はグループワークを通じて、お互いに、日常困っていることや、また他の人がどのように問題に対処しているかについて情報を交流することができます。

2) 現場の現実的な問題解決につなげることができます。

グループワークの課題として、身近な事例を取りあげ、現場での対策について検討を取りあげることによって、研修参加者自身の職場や地域の問題へのアプローチについてヒントを示すことができます。



グループでの演習を円滑にするために

グループワークの目的と意義

研修手法の広がり

知識伝達型 → 対話型

グループワークの意義

- 研修参加者間の交流と情報交換の促進
- 現場における現実的な問題解決
- 職場や地域での水平展開やアクションをおこしやすい

つまり、自分の問題としてグループワークでの課題をとらえることができるので、自らの職場や地域で水平展開しやすく、アクション（行動）をおこしやすくなります。

各グループの標準的な人数は、5～7人程度が適切であると考えられます。プログラムの時間配分と比較して、参加者ひとりが、おおよそ何分話することができるかを念頭においた上で決めるとよいでしょう。

例えば、10分間のグループワークでそれぞれの意見などを共有する場合、5人では、一人当たりおおよそ2分間話することができますが、7人では1分強の時間が割り当てられることになります。

さらに、グループの規模に関しては2つのことを考慮する必要があります。

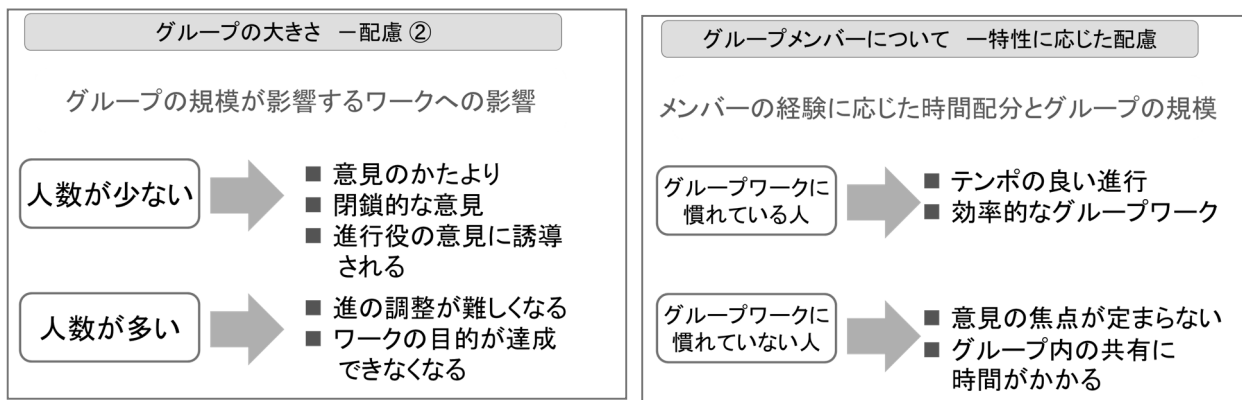
1) グループの規模

グループの規模が小さいと、意見が偏ったり、多彩な意見が上がらなくなったりすることがあります。そうすると、進行役の意見に誘導されながらグループの意見が集約されてしまい、一定の方向に向かってしまう可能性も考えられます。一方、これ以上にグループの規模が大きいと、進行役の人が進行を調整することが難しくなり、コントロールの利かないグループワークになってしまう危険性が考えられます。

3) グループメンバーの構成

参加者がグループワークに慣れていない人が多いと、共有に時間がかかります。

参加者がグループワークに慣れている人が多い場合は、テンポよくワークを進めることができますが、グループワークに慣れていない人が多いと、意見等の共有に時間がかかってしまいます。グループメンバーの経験に応じて、時間配分とグループの大きさに配慮する必要があります。



3. グループメンバーについて

グループメンバーの構成を意図的に配置することによって、よりグループワークの効果性を引き出すことができる場合もあります。

例えば、事例検討などにおいては、1つのものごとを多面的に捉えて検討する必要があります。そのため、職種、職位、経験年数が多様であればあるほど、グループワークで出される意見や考え方も多様になり、ワークの中身が深まったり、より大きな効果が引き出されたりすると考えられます。様々な職種の視点を聞くことは、自らの視点との違いに気づくとともに、課題に対するアプローチや相互の役割の理解に基づく、連携の必要性に気づくことにもつながります。

一方、法人や事業所内でのグループワーク等においては、職場の課題改善やケースカンファレンスでの目標の設定など、検討内容のゴールが明確である場合が多くなります。このような場合には、リーダーシップをとって司会役を担うことができそうな人をグループに割り振っておくと、進行がスムーズになります。

グループメンバーについて 一組み合わせ
研修の目的に合わせて、 メンバーの組み合わせに配慮する
たとえば…
■ 多角的な検討が望まれる事例検討会などは、職種、職位、経験年数が多様になるように配慮する
■ 事業所内のグループワーク等、検討内容のゴールが明確な場合は、リーダーシップを発揮できる人材を、各グループに配置するなど

4. グループワークにおけるファシリテータの存在

様々な人が参加し、話し合いの場を設け、「実行して学ぶ」(Learning by doing)方式の利点を取り入れたのがグループワークの手法です。このグループワークを行う上で、ファシリテーター(facilitator)の役割は欠かせません。

ファシリテーターが行う、「ファシリテート」とは、直訳すると「容易にする」「促進する」との意味です。もともとは、人間関係に関する体験的な学習プログラムの進行役であるスタッフを指した言葉でした。現在は、私たちが従事している福祉・医療現場をはじめ、行政、教育現場、企業など様々な分野の会議やワークショップといった話し合いや、グループワークの場面で使われることが多くなっています。ファシリテーターは、参加者の話し合いや体験、学習がスムーズに進行するように支援や補助を行

なったり、参加者が持っている力を引き出したりする役割を担う、支援者あるいは、援助促進者を意味する言葉です。

ファシリテータが行う行為をファシリテーションとも言います。ファシリテータは、グループメンバーの心の動きや状況を見ながら、議論をスムーズに調整し、合意形成や相互理解に向けての深い議論がなされるように、プログラムの進行に媒介します。参加者の本来的な学びが促進され、体験中立的な立場でグループの調整・進行に努め、グループのチームワークを引き出し、そのグループの成果を最大化するよう配慮することが大切です。

グループワークは、体験を通じてより深く学べる機会であり、狙ったとおり進むと非常に効果的です。しかし、それぞれ個性のある人間が集まって行う活動であるため、ともすると、一人の人がグループワークのほとんどの時間を使って話してしまったり、他の参加者の意見を批判するような意見を言ってしまうというようなことも起こりがちです。そなると、批判された参加者の意欲低下をもたらしたり、討議が途絶えてしまったりと、意図していたグループワークにならない状況が生じてしまいます。このような、ファシリテーションのないグループワークの問題点は、概ね、次の5点に集約されます。

1)参加者の目的や意識が統一されていない

そもそもグループワークに参加する人が、そのグループワークで何を議論するのか、また、グループワークでアイデアを出し合い問題を解決するという基本認識が共有されません。

2)人の意見を聞こうとしない人が出現する

人の意見に対して反対意見ばかり主張するだけで、生産性のある発言がなく、グループワークでの話し合われた課題に対する達成目標や改善点への意識の統一ができなくなります。

3)グループワークでの討議内容が整理されない

ひとつひとつの討議内容が明確に整理されていないため、参加者の理解にズレが生じ、グループワークをすすめていく中で、議論が堂々巡りしてしまいます。

4)安易に妥協しようとする

少数派の意見には有益なものがないと決めつけ、議論せずに多数派の意見でまとめようとします。

5)結論があいまいなまま研修が終わる

議論がしっかりされていないため、結論があいまいで納得されず、意識の低いまま

研修が終わるでしょう。

こうした生産性のない話し合いは、自分達の活動にも少なからず悪影響を与えてしまいます。それを打開する一つの方法が、ファシリテーションです。

グループワークにおけるファシリテータの存在 ①	グループワークにおけるファシリテータの存在 ②
<p data-bbox="256 568 778 613">ファシリテート = 「容易にする」「催促する」</p> <ul style="list-style-type: none">■ 参加者の話し合い、体験、学習等がスムーズに進行するように支援する■ それぞれの参加者が持っている力を引き出す <p data-bbox="284 813 735 869">これらの役割を担う支援者・援助推進者をファシリテーターと呼ぶ</p>	<p data-bbox="826 568 1406 613">➡ ファシリテーションのないグループワークの問題点</p> <ul style="list-style-type: none">① 参加者の目的や意欲が統一されていない② 人の意見を聞こうとしない人が出現する③ グループワークでの討議内容が整理されない④ 安易に妥協しようとする⑤ 結論があいまいなまま研修が終わる

5. ファシリテータの役割

ファシリテータは、グループワークやワークショップなどがスムーズに進行するように支援し、補助する役割があります。そのために、グループワークの雰囲気づくりやワークショップの技術を身につけることが必要になるのです。

さらに、ファシリテータ役を担う人は、次のことを心がけることが大切です。

ファシリテータの役割
<p data-bbox="295 1420 794 1464">➡ グループワークやワークショップ等のスムーズな進行に向けて</p> <ul style="list-style-type: none">① 緊張をほぐし、参加意欲を高める② 講義内容の理解を深めてもらうために説明を加える③ 参加者が立ち止まり、考えるきっかけをつくる④ グループワークのルールを伝え、進行を管理する⑤ 参加者の様子をみながら、学びやすい環境を整える

※以下は、第三部（ファシリテータ研修の演習）における、自己評価、相互評価の項目になります。

1) 参加者の緊張をほぐし、参加意欲を高める

知った者同士であっても、改めてグループワークを行なうときは緊張するものです。ましてや初めての人とするときはそれなりに緊張するものです。意見を言うこと自体、「的はずレになってないか」「良い意見が言えない」と言った気持ちを持つかもしれません。そのような時に、ファシリテータは、出てきた意見に「それはいいですね」「ユニークな意見ですね」など認めることで、参加者の緊張がほぐれ、討議で求められていることが確認できたり、グループワークに貢献したい気持ちが高まったりします。

① 緊張をほぐし、参加意欲を高める

- ➡ 始めて出会った人に意見を言う
 - ➡ 「的外れなことを言っていないか」
 - ➡ 「良い意見が言えない」



2) 講義内容の理解を深めてもらう

原則として、ファシリテータは何か教えるというよりも、グループワークを活性化させ、受講者の考えを引き出すことを目指して行動します。基本的なルールや考え方について説明し、理解してもらうことが大切です。

② 講義内容の理解を深めてもらう

- ➡ 基本的なルール・考え方について説明し、ワークの目的やその時間に求められていることの理解を深めてもらう



3) 参加者が立ち止まり、考えるきっかけを作る

議論が行き詰まる、何が課題かわからなくなる、相手との討議が噛み合わない、自分のこれまでの経験では理解できない、などの場面におちいった場合、議論が惰性に流されてしまわないように、立ち止まって考えてもらうきっかけを作ることが大切です。いわば、スーパーバイザーに近い役割を務めることもあります。

③ 参加者が立ち止まり、考えるきっかけをつくる

➡ 陥りがちな状況

- ・ 議論が行き詰まる
- ・ 何が課題かわからなくなる
- ・ 議論が噛み合わない
- ・ これまでの自分の経験では理解できない



4) グループワークのルールを伝え、進行を管理する

グループワークの中で「ワーク1」「ワーク5」など、そのワークで要求していること、「今何をする時間か」「ルール通りに進行しているか」などを確認します。また、参加者により進行のスピードがさまざまなので、時間通りに終わるように気を配りながらファシリテートします。また、司会者に時間管理を促すことや、場合によってはファシリテータが時間管理をする場合もあります。

④ グループワークのルールを伝え進行を管理する

- ・ ワークの内容の明確化
- ・ 時間管理
- ・ 進行管理とスピードの調整 など



5) 環境を整える

参加者が学びやすい環境、日差し、室温、マイクの音量、室内の温度、映像など参加者の様子を見ながら調整します。

⑤ 学びやすい環境を整える

- ・ 日差し
- ・ 室温
- ・ マイクの音量
- ・ 室内の温度
- ・ 機材の調整 など



6. ファシリテートのテクニック

1) 信頼関係を作る

参加者との信頼関係を得ることが最も大切です。これは、グループワークを通じて徐々に作られるものと考えられますので、まずは、自分の立場や役割を説明することが必要となります。また、グループワークの進行中に、リーダーシップを発揮しすぎて、議論を引っ張ったり、高圧的な態度で関わったり、参加者を否定、批判したりすると、参加者はファシリテータに不信感を抱き、議論に集中することができなくなります。ファシリテータは黒子に徹し、司会進行役を中心に、参加者の態度、発言、意見内容を認め、参加を促していきます。

2) 参加者をよく観察する

ファシリテータは参加者の表情やしぐさを観察し、発言の機会をつくるなど、参加しやすい雰囲気を作ります。

3) 具体例を引き出す

具体的な事例などを引き出したり、方法を例示したりするなど、参加者の気づきのきっかけを作ります。

7. ファシリテータの条件（自己評価・相互評価）

- ① 意見がたくさん出るように、グループの緊張をほぐし、盛立てる。援助ができる。
- ② 場の雰囲気を大切にできる。
- ③ 参加者自らが主体的に考えられるような援助ができる。
- ④ 批判的な発言や偏った意見を言う人にも、発言を受け止めた上で、別の視点を提供することができる。
- ⑤ 参加者を批判しない。
- ⑥ グループワークの目的を理解していない人、誤解している人に正しく内容を伝えることができる。
- ⑦ 知識と体験を統合できるような素材を提供することができる。
- ⑧ 体験をより大きな気づきへとつなげることができる。

- ⑨ 討議が停滞している場合は、議論の呼び水になるようなコメントを提供することができる。
- ⑩ 時間をみて、グループ内の作業を進行させることができる。
- ⑪ 進行に応じて議論の内容をまとめたり、確認を行うなどの整理をすることができる。
- ⑫ ワークシートの配布、機材の調整など、参加者の学びやすい環境作りができる。
- ⑬ 「指導者」ではなく「援助者」、「先導者」ではなく「伴走者」であるというスタンスで、脇役としてグループ及び参加者に働きかけることができる。

以上が、ファシリテータ養成研修第一部「グループでの演習を円滑にするために」の講義内容である。

2.2 第2部 「認知症ライフサポート研修」の流れについて

ファシリテータモデル研修の一日目第2部は、第2章に記載した「認知症ライフサポート研修」のカリキュラムにそって、4時間の研修を受講する。ここでは、標準カリキュラムを体験しつつ、講師から、研修全体の流れ、単元や履修項目ごとのねらい、着眼点やコメントのポイントなどについて学んでいく。(ファシリテータ養成モデル研修で用いた資料は、巻末の参考資料に掲載した。)

2.3 二日目ファシリテータの実習について

一日目の研修で学んだ、ファシリテータの役割や「認知症ライフサポート研修」に関する理解に基づき、二日目の研修では、実際の「認知症ライフサポート研修」の場を利用して、ファシリテータの演習（OJT研修）を行った。

- ① 方法
 - ・ ファシリテータの演習は、主に、「認知症ライフサポート研修」のグループディスカッション、およびグループワークの場面で実施する。
 - ・ 1つのグループにつき、2名のファシリテータ役を配置し、交互に実際のファシリテーションを体験する。
 - ・ ファシリテーションを行っていない間は、相手の様子を観察し、記録や評価を「ファシリテーションコメントシート」に書き込む。

② 評価方法

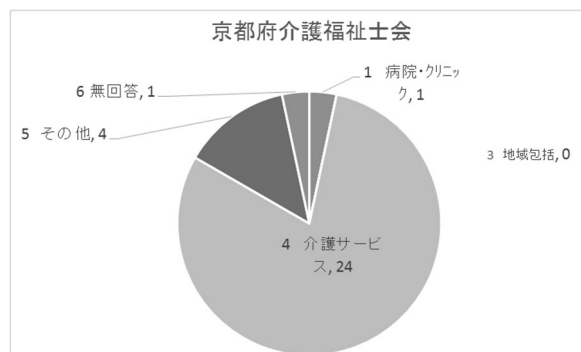
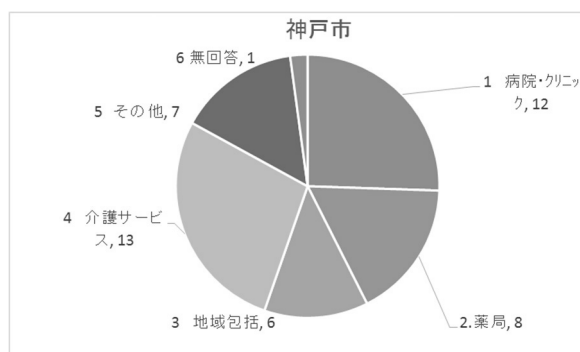
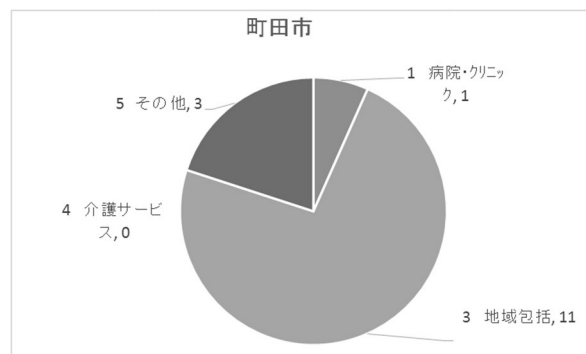
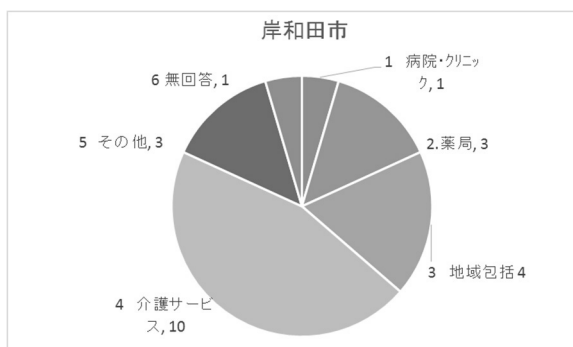
相互に評価を行うための「ファシリテーションコメントシート」は、次の 13 項目により、自己評価と他者評価を行った。

[ファシリテーションコメントシートの 13 項目]

1	意見がたくさん出るように、グループの緊張をほぐし、ディスカッションを盛立てる援助ができる
2	場の雰囲気大切にできる
3	参加者自らが主体的に考えられるような援助ができる
4	批判的な発言や偏った意見を言う人にも、発言を受け止めた上で、別の視点を提供することができる
5	参加者の意見を批判しない
6	グループワークの目的を理解していない人、誤解している人に正しく内容を伝えることができる
7	知識と体験を統合できるような素材を提供することができる
8	体験をより大きな気づきへとつなげることができる
9	討議が停滞している場合は、議論の呼び水になるようなコメントを提供することができる
10	時間をみて、グループ内の作業を進行させることができる
11	進行に応じて議論の内容のまとめや、確認を行うなど、整理することができる
12	ワークシートの配布、機材の調整など、参加者が学びやすい環境を作ることができる
13	「指導者」ではなく「援助者」、「先導者」ではなく「伴走者」であるというスタンスで、脇役としてグループ及び参加者に働きかけることができる

第3節 受講者アンケート結果

3.1 回答者の属性

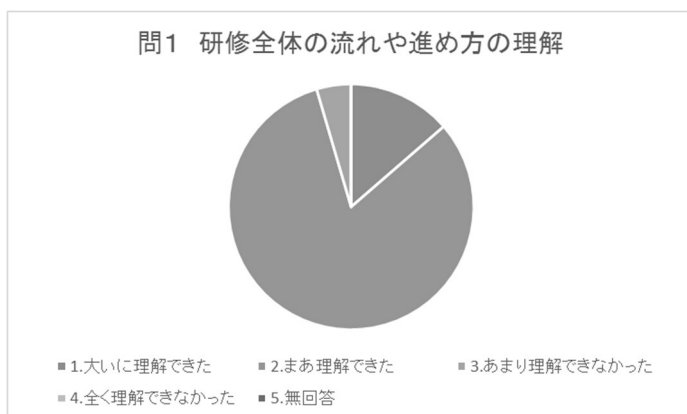


回答者の属性	合計	(%)	1 病院・クリニック	2.薬局	3 地域包括	4 介護サービス	5 その他	6 無回答
全体	114	100.0%	15	11	21	47	17	3
岸和田市	22	100.0%	1	3	4	10	3	1
町田市	15	100.0%	1	0	11	0	3	0
神戸市	47	100.0%	12	8	6	13	7	1
京都府介護福祉士会	30	100.0%	1	0	0	24	4	1

3.2 岸和田市受講者アンケート結果

【① 研修全体の流れや進め方の理解】

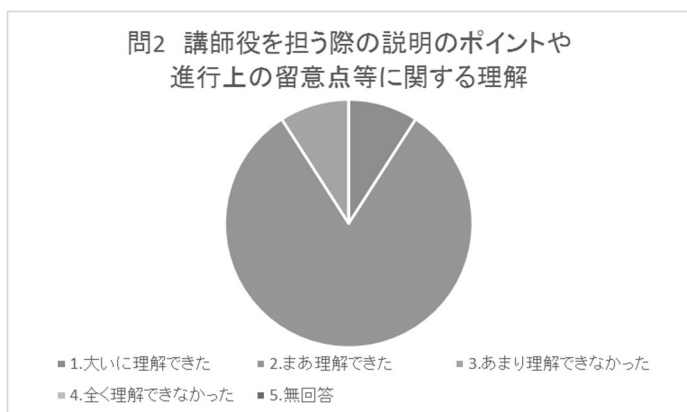
問1. 「認知症ライフサポート研修」の全体的な流れや進め方を理解することができましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答
岸和田市	22	100.0%	3 13.6%	18 81.8%	1 4.5%	0 0.0%	0 0.0%

【② 講師役を担う際の説明のポイントや進行上の留意点等に関する理解】

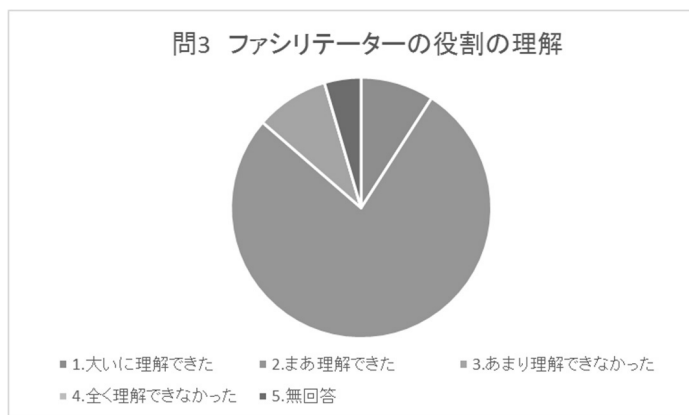
問2. 講師役を担う際、説明のポイントや進行における留意点を理解できましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答
岸和田市	22	100.0%	2 9.1%	18 81.8%	2 9.1%	0 0.0%	0 0.0%

【③ ファシリテータの役割の理解】

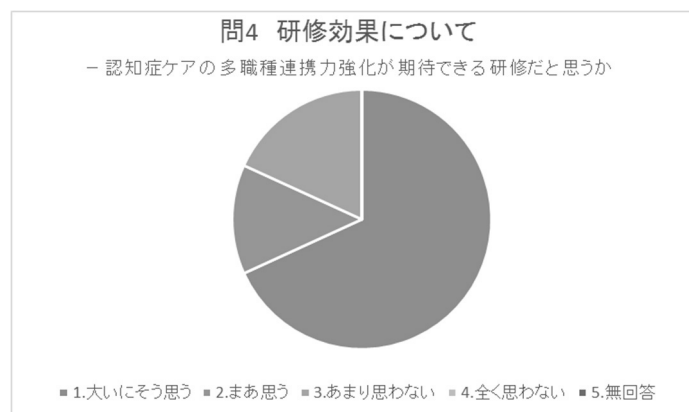
問 3. グループワークのファシリテータ役を担う際、その役割やアドバイスのポイントを理解できましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答					
岸和田市	22	100.0%	2	9.1%	17	77.3%	2	9.1%	0	0.0%	1	4.5%

【④ 研修の効果に関する評価】

問 4. この研修は、認知症ケアに携わる多職種間の関係づくりや、連携力強化の効果を期待できると思いますか。

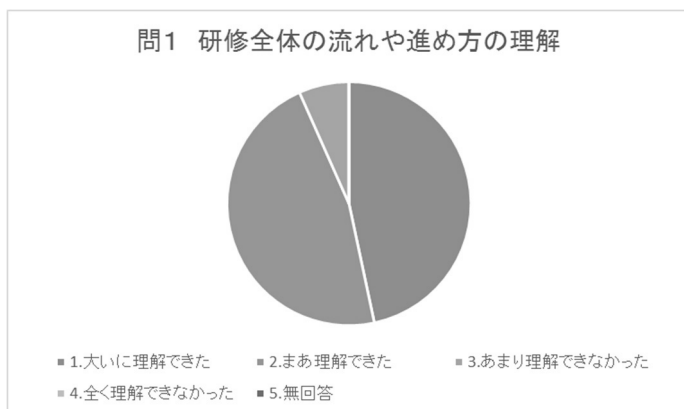


	合計	(%)	1. 大いにそう思う	2. まあ思う	3. あまり思わない	4. 全く思わない	5. 無回答					
岸和田市	22	100.0%	15	68.2%	3	13.6%	4	18.2%	0	0.0%	0	0.0%

3.3 町田市受講者アンケート結果

【① 研修全体の流れや進め方の理解】

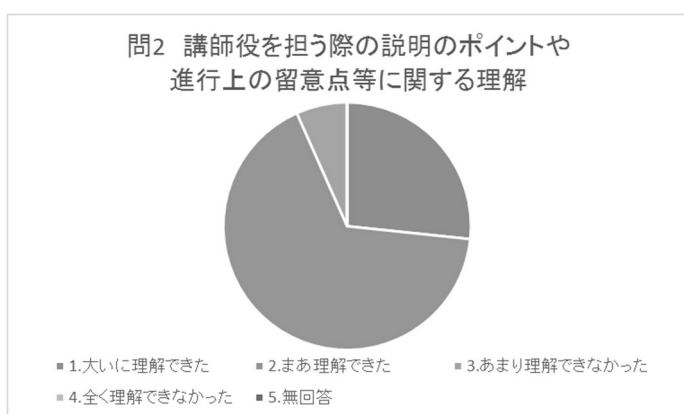
問1. 「認知症ライフサポート研修」の全体的な流れや進め方を理解することができましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答
町田市	15	100.0%	7 46.7%	7 46.7%	1 6.7%	0 0.0%	0 0.0%

【② 講師役を担う際の説明のポイントや進行上の留意点等に関する理解】

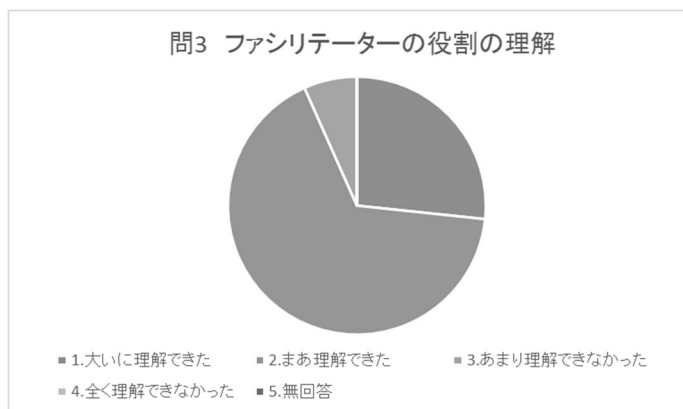
問2. 講師役を担う際、説明のポイントや進行における留意点を理解できましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答
町田市	15	100.0%	4 26.7%	10 66.7%	1 6.7%	0 0.0%	0 0.0%

【③ ファシリテータの役割の理解】

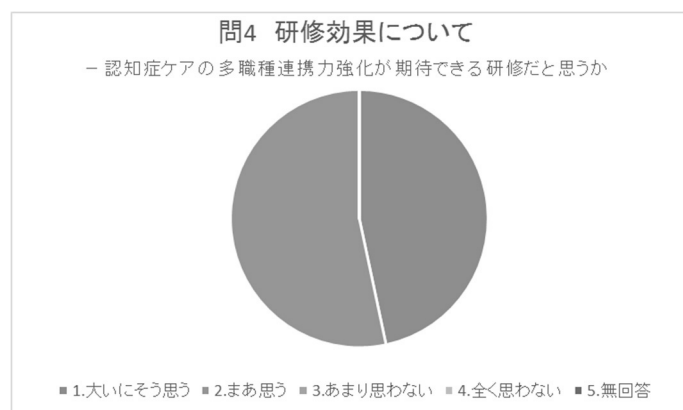
問 3. グループワークのファシリテータ役を担う際、その役割やアドバイスのポイントを理解できましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答					
町田市	15	100.0%	4	26.7%	10	66.7%	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%

【④ 研修の効果に関する評価】

問 4. この研修は、認知症ケアに携わる多職種間の関係づくりや、連携力強化の効果を期待できると思いますか。

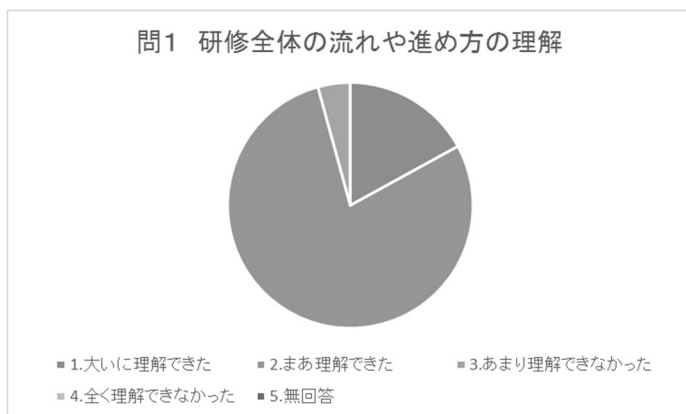


	合計	(%)	1. 大いに そう思う	2. まあ思う	3. あまり 思わない	4. 全く 思わない	5. 無回答					
町田市	15	100.0%	7	46.7%	8	53.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

3.4 神戸市受講者アンケート結果

【① 研修全体の流れや進め方の理解】

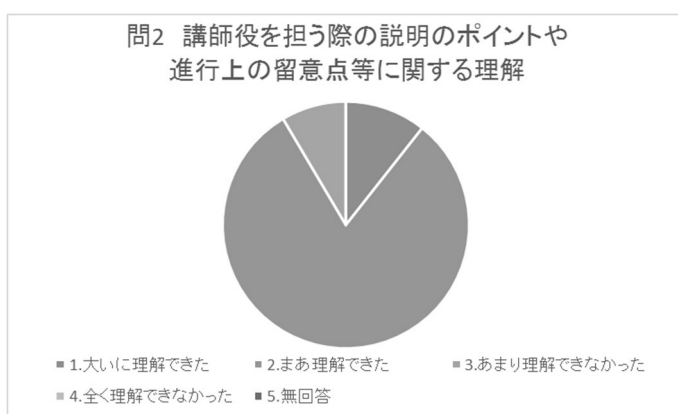
問 1. 「認知症ライフサポート研修」の全体的な流れや進め方を理解することができましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答
神戸市	47	100.0%	8 17.0%	37 78.7%	2 4.3%	0 0.0%	0 0.0%

【② 講師役を担う際の説明のポイントや進行上の留意点等に関する理解】

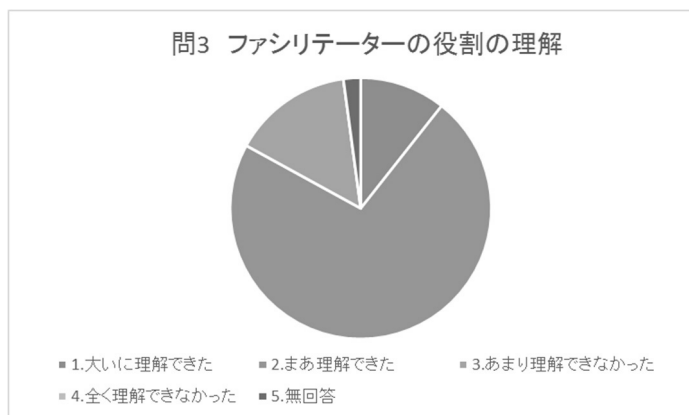
問 2. 講師役を担う際、説明のポイントや進行における留意点を理解できましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答
神戸市	47	100.0%	5 10.6%	38 80.9%	4 8.5%	0 0.0%	0 0.0%

【③ ファシリテータの役割の理解】

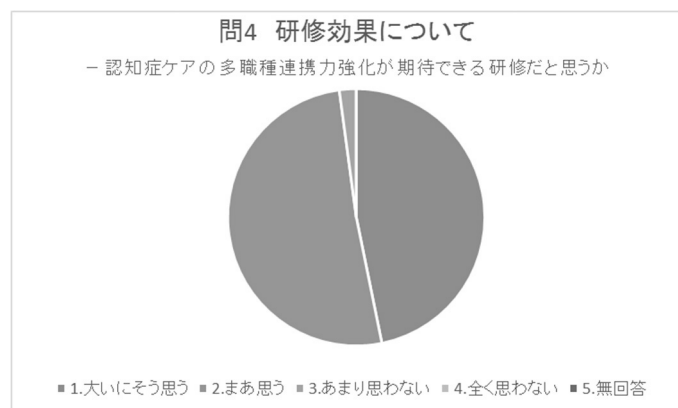
問 3. グループワークのファシリテータ役を担う際、その役割やアドバイスのポイントを理解できましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答
神戸市	47	100.0%	5 10.6%	34 72.3%	7 14.9%	0 0.0%	1 2.1%

【④ 研修の効果に関する評価】

問 4. この研修は、認知症ケアに携わる多職種間の関係づくりや、連携力強化の効果を期待できると思いますか。

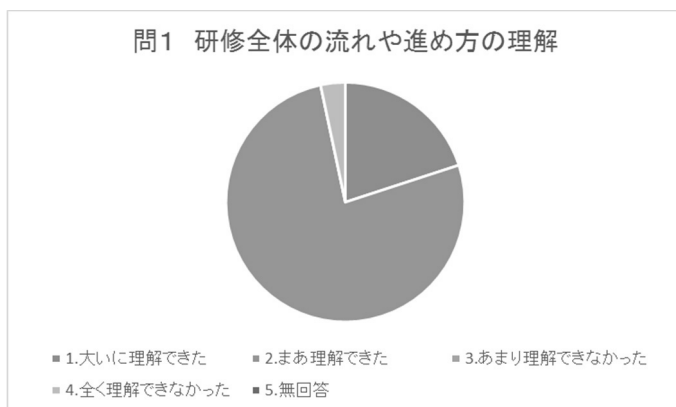


	合計	(%)	1. 大いに そう思う	2. まあ思う	3. あまり 思わない	4. 全く 思わない	5. 無回答
神戸市	47	100.0%	22 46.8%	24 51.1%	1 2.1%	0 0.0%	0 0.0%

3.5 京都府介護福祉士会 受講者アンケート結果

【① 研修全体の流れや進め方の理解】

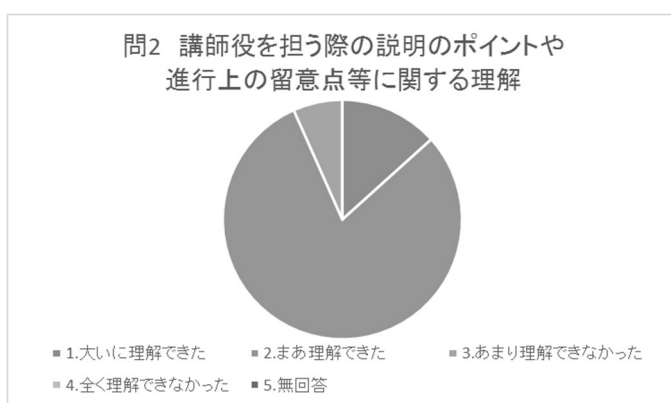
問1. 「認知症ライフサポート研修」の全体的な流れや進め方を理解することができましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答
京都府介護福祉士会	30	100.0%	6 20.0%	23 76.7%	0 0.0%	1 3.3%	0 0.0%

【② 講師役を担う際の説明のポイントや進行上の留意点等に関する理解】

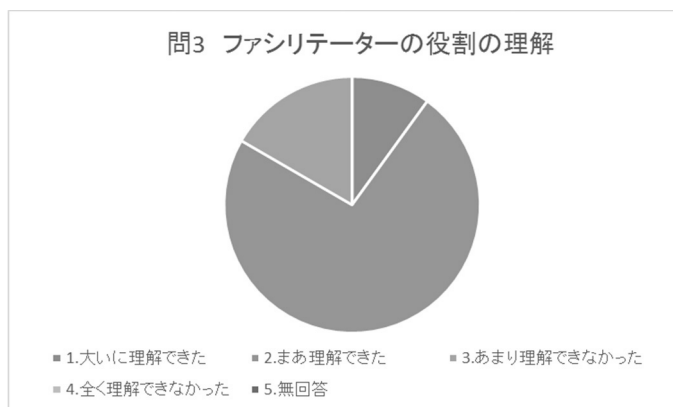
問2. 講師役を担う際、説明のポイントや進行における留意点を理解できましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答
京都府介護福祉士会	30	100.0%	4 13.3%	24 80.0%	2 6.7%	0 0.0%	0 0.0%

【③ ファシリテーターの役割の理解】

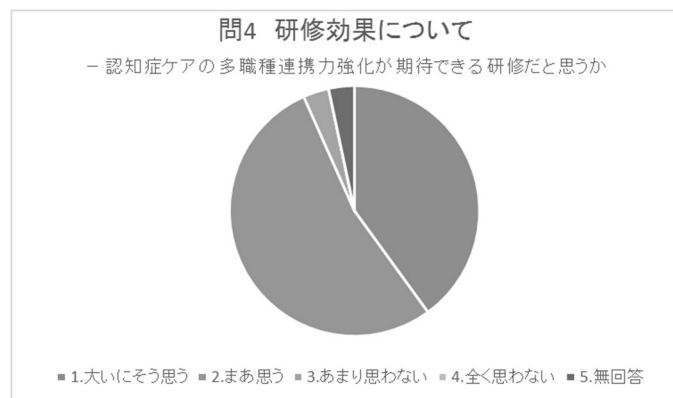
問 3. グループワークのファシリテーター役を担う際、その役割やアドバイスのポイントを理解できましたか。



	合計	(%)	1. 大いに理解できた	2. まあ理解できた	3. あまり理解できない	4. 全く理解できない	5. 無回答
京都府介護福祉士会	30	100.0%	3	22	5	0	0
			10.0%	73.3%	16.7%	0.0%	0.0%

【④ 研修の効果に関する評価】

問 4. この研修は、認知症ケアに携わる多職種間の関係づくりや、連携力強化の効果を期待できると思いますか。



	合計	(%)	1. 大いにそう思う	2. まあ思う	3. あまり思わない	4. 全く思わない	5. 無回答
京都府介護福祉士会	30	100.0%	12	16	1	0	1
			40.0%	53.3%	3.3%	0.0%	3.3%

3.6 自由回答のまとめ

アンケートの自由回答では、①研修の意義や目的に関する受講者自身の理解、②多職種連携・協働を推進していくために必要と思う今後の取り組み、③この研修に関する意見・感想等を確認した。

① 研修の意義や目的に関する自分自身の理解

まず、この研修の意義や目的に関する受講者自身の理解については、多職種連携・協働の重要性はもとより、①自己決定を支えていくこと、②自らの力を最大限に使って暮らすことを支えること、③住み慣れた地域で継続性のある暮らしを支えていくことといった、認知症ライフサポートモデルの根幹にある考え方や、チームケアに取り組むためには目標を共有することが大切だということ、また、お互いの専門性を発揮してこそ自らの専門性を発揮し、協働につながることなどが挙げられている。

さらに、「備え型」と「手遅れ型支援」の説明や、「70歳のハマ子さん」のビデオを用いた演習の効果として、早期支援の重要性に関するコメントも多数寄せられている。

② 多職種連携・協働を推進していくために必要と思う今後の取り組み

次に、認知症ケアにおける多職種連携・協働に関して、今後必要になるとと思われる取り組み課題を聞いたところ、「継続的に」「定期的に」このような研修を開催することが重要との意見が多数挙げられた。症例検討会、事例検討会、多職種による勉強会・研修会、多職種交流会などの具体的な例もあげられており、一度で終わらせることなく、こまめに続けて顔の見える関係をつくっていけるような取り組みが望まれている。また、多職種チームを推進していくための行政の関与を求める声や、地域住民に対する啓発活動の必要性などに関する意見も複数ある。

③ この研修に関する意見・感想等

最後に、認知症ライフサポート研修に関する意見や感想を見てみると、「楽しく学べた」「肩の力を抜いて意見が出せた」など、グループワーク中心の研修の効果と思われる感想が複数挙げられている。いっぽうで、研修に参加しやすい時間や曜日の設定を求める声や、専門職ごとの団体・組織に呼びかけて参加者を増やしていく工夫などについての意見も寄せられている。

【⑤ 研修の意義・目的に関する理解】

問 5. 「認知症ライフサポート研修」の意義や目的について、あなたご自身の理解をご記入ください。

職種	自由記述
医師	自分の立場を理解した上で、本人を含め、取り巻くチームが色々な意見を出し合うこと。また、それをチームで考えていく事を話し合うとき、円滑に進めていけるようにサポートできるよう手法を学んだ。
	5人に1人が認知症状を表すという現在、正しく認知症を理解して、ライフサポート運動が市民の間に広まっていく事は大切と思っている。
	認知症に対して、多職種でどう取組むかにかかっているの、それぞれの分担・役割・連携を深める事と理解した。
	多職種間の相互理解→各職種・職能の有効活用に繋がって行けばよいと思う。
看護師	本人主体で多職種が顔をなじみの関係で、早期に介入できる事が望ましいという事がわかった。それぞれ目標(ゴール)が共有されないとバラバラな支援になる。
	専門職ごとの視点の違いを理解して、専門職同士がプロとしてのSOSをだすことの大切さを学んだ。
	楽しく学ぶことができた。
	多くの職種が集まって一つのテーマでグループワークをするという機会はあまりないので、こういった機会があるのは良い。今日は5人中4人が看護師という編成でしたがもっと多くの職種が集まる事でもっと大きな発見が出来るような気がする(チームにおける自分の役割についても再認識する事ができ良いのではないか)。
ケアマネジャー	多職種の専門職が、一つの目標に向かってお互いの専門性を認め、また、その中で自分の専門性を発揮し、協働していくこと。
	自己決定の支援、自己資源の活用、継続性のある暮らしを、多職種協働の目的を持って認知症のケアを行っていくこと。
	認知症高齢者の増加に伴いこれから重要になってくると思う。最後までその人らしく生活できる支援が大切だということ。
	認知症の早期から支援する事が重要であると実感した。
	早期発見の大切さ、多職種チームでの連携で生活者のビューティフルライフが送れる環境が作れる等、前向きに現状維持生活の可能性が見えた。

	<p>認知症の人がその人らしく安心して暮らしていく為には、その人が主人公でなくてはならず、自己決定を支え、継続性のある暮らしを支え、本人の力を最大限に発揮してもらえるように支えていく事が大事であること。その為支え手である専門職は、バラバラに専門性を発揮するのではなく、一つのチームとして目標を共有し、協働していく事でより効果のある支援体制を作る事ができると思う。</p>
社会福祉士	<p>普段、顔をあわす事のない専門職の方同士をつなぐには、非常にとっかかりやすく、楽しい研修であると思った。今後うちの支援センターのケア会議の題材として使わせていただきたいと思った。</p>
	<p>研修にどれだけの専門職が参加してくれるのか。また、研修参加後のやりとりをどれだけ意識的にやっていけるかにより、結果は大きく変わってくるが、本人主体の援助が出来る事が必要であり重要であるので、是非うまく活用できると良いと思う。</p>
	<p>個人の認知症の方の生活を支える為のチームが、最終的にはいわゆる認知症の方を社会で支えていく仕組み作りに繋がっていくと思った。</p>
	<p>本人と早い出会いをし、本人の意向や希望を知り、又、医療・介護を提供する。その際に医療・介護の連携を強化することで、本人が住み慣れている地域で生活できるようにすること。</p>
精神保健福祉士	<p>認知症に関わる人が皆で(この研修を)受けることにより、認知症の人が生活しやすくなる社会が出来たら良いと思う。</p>
訪問看護師	<p>早期発見、早期治療、早期の関わりにより、認知症を患った方への自分らしい生活維持の為、専門職(多職種)連携により支えると理解している。</p>
	<p>他職種の方の役割を改めて知り、連携をしていくことの重要性を感じた。人間が1人で生きていくことは困難なので、地域で支えるネットワーク作りが重要だと感じた。今後、より多くの人に参加してもらってネットワークができると思う。</p>
薬剤師	<p>多職種の様々な意見を出し合いながら一つの目標に向かっていくのはとても良い事だと思います。</p>
	<p>認知症の方が益々増えていくのは確実なので必要な事だと思う。</p>
	<p>本人の意向を大切に共通の目標を定め多職種の意見を聞く。</p>
	<p>多職種の方々と話し合う事で色々な見方、方法があることが理解できた。出来る事を共有し、理解・協力できる。</p>

地域包括支援センター	地域の中で少しでも一人で悩んだり困ったりしている認知症の方、家族の方が少なくなればよいと思う。
	高齢化社会へと向かうなか、地域での連携、福祉専門職との連携が自然体で行えるようにと願っている。地域連携の役割を担っていきたい。
介護施設勤務	多職種連携、協働はとても大切な事を再確認するとともに、この研修の意義、目的を理解できたと思う。他の職種と連携を図りながら、認知症の人をどのように支えて、出来る限り本人の望む生活のために、また住み慣れた地域で最後まで生活して貰える為の支援の方向性が見えたように思う。但しこの取組みが介護職関係者だけの盛り上がりによって終わって欲しくないと思う。
	他職種協働の重要性を日頃より感じており、認知症の人を支えていく事は皆が思いを持って取り組んでいる事だが、折合いを互いにつけていく事が一番大切な事だと思います。それがなければいいケアにつながらないと思います。
	新たな学びはなかったが、「認知症ライフサポート」の考え方は良く理解できた。「認知症」を病気問題として捉えない考え方、その通りだと思います。ただ、認知症の入口（早期発見）、地域で色々取り組んでいる問題についてはもっと具体的に学び合う必要があるのではないかと。
	「認知症ケア」「認知症の人を支える」といった事を考える上で、課題が起こってから取り組むという前に、ご本人・ご家族・地域の人々・専門職が早期から「生活するという視点で取り組む」「チームを作る」という動きが大切だという事がと理解した。

【⑥ 多職種連携・協働に向けた取り組み課題】

問6 今後、認知症ケアの多職種連携・協働を推進していくために、どのような取り組みが必要だと思いますか。

職種	自由記述
医師	多職種であればあるほど、それぞれの分担と役割を明確にする必要がある。
	研修内容を前提とした症例検討会を定期開催する。
	多職種の皆が集い、お互いの知識を共有しながら高まっていく事の意義は大きいと思う。
	各関係職種団体での課題確認の為の協議を行う。
	取り敢えず多職種の方々と会って話をする事が大切と思う。
	必要性を説き、理解して頂く。

	集まる機会を度々もって多職種がまず顔なじみになり、それぞれ考え方、とらえ方、見方が違うという事を理解することから始まる。
看護師	本日のような形式で、チームで話し合う会を持ち、情報の共有、プランを作成する事が必要だと思う。
看護師	いつでも、何でも相談できる場が開かれている事を、社会全体に周知していただき、それぞれが自分の事としてとらえて行く事が出来ればと思う。いずれは自分たちの事かも知れない。
	お互いの職種を理解することが重要と思った。顔の見える関係を築いていく必要があると思った。
歯科医師	認知症のケアについて多職種との意見交換の場が持てれば良いと思う。
歯科衛生士	連携のプラットフォーム、相談・報告の手段・様式の共通したものの導入。敷居を広げて下げない事。
薬剤師	地域等で多職種を含めた勉強会、研修も必要。現場に落とし込んでいく。
	参加していない、できていない事業者、個人が参加できる、したくなる工夫が必要ではないかと思う。
	中心となる役割を担う機関。
	認知症ケアには多職種連携の大切さを日頃より感じている。直接介護している方々への研修機会の確保が必要だと感じる。
地域包括支援センター	日頃より連携を取れる、顔の見える関係作りと声かけ参加。
	同じテーブルで話し合える様な機会を多く持つ。
	定期的に事例検討を行い、意識を高めて行く。
	まずは多職種の顔作りが出来る出合いの場の提供が重要だと思う。
ケアマネジャー	地域理解が難しい。
	地域での生活で多職種連携協働は必要であるので、これをきっかけに自分もその一人として携わっていきたい。
	定期的な研修会を開催して頂き、現場に繋がれたら良い。
	認知症に対する共通理解。
	顔の見える関係から、意見交換できる関係へどうすれば近づけるか。どんな取り組みがあるか。
	地域、住民に対しての啓発も必要と思う。

	<p>かまえず、何回でも、小さくても顔を合わせ話し合いの席を持って行く事。勿論行政も推奨してくれればと思う。</p> <p>各専門職との連携が必須であると考え。啓発がスタートラインだとも思います。</p>
<p>社会福祉士 社会福祉士</p>	<p>今日の様な研修と実際の実践でのチームワークの活動を繰り返し展開していく必要があると思う。各専門機関だけでなく、地域住民の協力が必要と思った。</p> <p>・地域包括センター中心で、地域の社会資源の活用の為、今後自分がこの地域でずっと生活していけるような社会にする為、研修などを若い方にも入ってもらって行えると良い。・地域包括をもっと細かい地域(エリア)で作って欲しい。</p>
<p>訪問看護師</p>	<p>他職種交流会、講演会への参加。</p>
<p>在宅系サービス勤務</p>	<p>この様な研修会が定期的に行える事と思う。</p> <p>医療であれ、福祉であれ多職種の人が多くふれあう機会をもち、一緒に問題解決をしていく事が大切と思う。</p> <p>医師の理解と参与が不可欠だと思います。又、ケアマネジャーの動きも非常に重要だと思います。トシデモケアマネが多いので・・・。</p> <p>小さな取組みを少しずつ継続して行く必要がある。小さな波紋が大きくなるには時間が必要と思う。共通理解が必要と思う。</p> <p>24時間365日地域密着型サービスが今後増えて行く。地域と共にお年寄りを見守る地域との関係作り(安心して生活して行ける為に)。</p> <p>全体的に集まるのは難しいが、地域で出来る範囲で行えたら良いと思う。</p>
	<p>介護職は他職種(医療、Dr・Ns・Ot・Pt)より下の位置にいると思われているし思っている。実際介護職によってレベルの差は大きいと感じる事もある。各々の職種が相手の仕事への理解、視点の違いを知り、介護職も最低限(何処までを言うのか分からないが)の知識を身につけ、共通言語としての医療の専門用語、疾病について学ぶべきだと思う。</p>
<p>介護施設勤務</p>	<p>掛かりつけ医の主治医が、本腰を入れて地域で生活をされている認知症を抱えた人達に関わってもらうことが大事ではないか。在宅で担当者会議に出席される医師はまだまだ少ないと思う。</p> <p>地域のチームワークが必要と思いました。</p> <p>・専門職が地域に出やすい環境を整える事。</p>

	・ファシリテータが「まずやってみる」の精神で各地域で行動を起こす事だ と思う。
	研修を何度も回数を重ねる事が大切と思う。

【⑦ 研修等に関する意見・感想】

問7 そのほか、ご意見や感想などを自由にご記入ください。

職種	自由記述
医師	医師や他の職種が一同に集まることは実際には難しい。金曜の夜に行うとか、各職の人が興味を持ち続けられる内容であることが必要。
	また、この様な機会があれば良い。終了後飲み会(懇親会)があれば良い。
	この様なレベルの高い(国レベル)の人材をお招きしての講演会等にて正しい方向をみる。
看護師	自分が老後安心して地域で過ごす為にも、今の社会を成熟させたい。
	ファシリテータの目的や具体的な動き、注意点を学ぶことができた。
	楽しく学べた。
	ビデオを見ての研修で楽しく参加できた。
病院勤務	グループワーク中に脱線する人が出る。それを止める人がいるかどうかもグループにとっては大切であると感じた。また、脱線にグループで気付けるのかという点もある。
薬剤師	昔は地域で村として支えあっていたものが、核家族となり、病気その他を一部施設が見る(診る)という時代が変わったが、今度は核家族でありながら地域で支えていく事を目標としている。村では見てもらえるがそれに伴い義務も負った。この地域で支えるというのは素晴らしいが、絵に描いた餅にならないよう、どういう形で進めて行くかを考える必要もあると思います。
	薬剤師として問われるのはほんの一部ですが、できる事はやっていきたい。
地域包括支援センター	この様な多職種のグループワークは初めてであり、とても良い機会を頂いたと思う。
	思っていたよりも肩の力を抜いて意見を出せる内容で楽しく取組めた。

社会福祉士	自分たちが結果的に後追いで対応している事にきづかされた。頑張っているが後追いでしかないのでショックを受けた。自己決定、地域の生活の継続、能力の最大活用、この三つがしっかり在宅で取組めて、それでも限界になったので施設というのであれば、施設として受け入れやすいと思った。若しくは在宅限界点を上回ると思った。
ケアマネジャー	地域包括ケアを言葉の理解が出来ていても、専門職も何をして良いかわからない事が多いと感じる。認知症ケアがまだまだ理解されていない。
在宅系サービス	今まさに自分の関わっている人が認知症の問題行動が少し出てきているので、早期の関わりの重要性を知りよかった。
	自分の考えてなかった視点からの意見を聞く事ができた。
	介護職なので医学知識がなく、認知症に関してもその知識を得たいと思って積極的に研修に参加してきました。勿論それは私にとって必要で、色々為になる事であったが、今日の研修に参加して介護職はもっと自信を持って平素な視点で、本人を生活者として支えていく事も大事だと・・・、それも介護職の専門性なのではないかと思った。
	研修と同時にファシリテータの研修時間を設ける必要があると思った。中途半端な役割で戸惑う事もあった。
	貴重な体験をさせて頂けた。
	ワークはどんどん進んで、その都度は理解できたが難しい。
	「この指止まれ」チームが沢山出来れば良いと思った。
介護施設勤務	オレンジプランについて知らない人がいるのは驚きでした。まだまだ周知の弱さを感じた。今後地域ケア会議の開催や地域包括ケアシステムを構築していく中で専門職が周知する為の取組みが、今まで以上に必要という事を実感した。
	良い研修でした。各職種が交わる機会を持てる様なグループ分け、配慮がされていてGWが楽しかった。個人的にはOTなのでもっとOTがこういった場に出て欲しいと思う。OT協会には行政の方から呼びかけてください。

第4章 認知症ライフサポートモデルの今後の普及・推進に向けて

認知症ライフサポート研修は、認知症ケアに携わる多職種の共通基盤づくりを目指して開発された教育プログラムである。今後、重要になることは、認知症ライフサポート研修の中で伝えようとしていることをいかに地域に浸透させていくかという点であり、そのための具体的な展開方法を地域の特性に応じて考えいく必要がある。

以下では、認知症ライフサポート研修のモデル事業に協力いただいた、町田市、神戸市、京都市の3市について、研修を開催するにあたって配慮した点や課題となったこと、また、今後の認知症施策の取り組み方向などについて情報をまとめた。

第1節 モデル研修における各地域の状況と今後の課題

1.1 町田市

1.1.1 実施概要

町田市は、相談体制の強化（もの忘れ相談の拡大、地域支援推進員の配置）、早期診断・早期受診の体制作り（初期集中支援チームの立ち上げ検討中）などをはじめとする認知症施策が積極的に推進されている自治体である。町田市におけるファシリテータ養成研修は以下の通り実施された。

① 開催日

1回目	1月19日(日) 9:00～17:00	町田市役所会議室
2回目	1月26日(日) 13:00～17:00	町田市役所会議室

② 主催

町田市

町田市医師会



③ 運営・事務局

- ・町田市いきいき健康部 高齢者福祉課
- ・町田市介護人材開発センター（研修当日運営協力）

④ 参加者募集方法

- ・研修目的および内容等を掲載した募集要項を作成
 - 町田市医師会長、町田市介護人材開発センター長等に対し、市から直接、訪問による協力依頼を行った。

⑤ 受講者

ファシリテータ養成モデル研修 15名

[受講者・職種別]

地域包括支援センター	11名
ケアマネジャー	1名
訪問看護師	3名
計	15名

⑥ 苦労したことや配慮した点

- ・多職種の参加を呼びかけるにあたり、曜日、時間帯、研修時間などに配慮したうえで日程調整を行った。
- ・グループワークが中心の研修であるため、多職種が均等に配置できるようなグループ編成を心がける必要がある。
- ・主催者となる自治体は、医師会や歯科医師会との調整を心がける必要がある。
- ・今後の多職種協働の中心的役割を担う人材として、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、訪問看護ステーション等の職員を中心にファシリテータ養成研修への参加を促した。

かかりつけ医の協力を得るためには、個別にアプローチしてもなかなか趣旨を理解してもらうことが難しく、医師会との連携のもとに協力関係を結ぶことが極めて重要となる。また、医師会の協力が得られた後も、個々の医師にはその情報が十分に伝わっていないこともあるため、研修の準備段階で、きめの細かい対応が必要である。

1.1.2 認知症ケアにおける多職種連携・協働の課題意識について

認知症高齢者の支援においては総合的なケアの提供が必要となるため、多職種連携による取り組みは必要かつ重要な課題と考えている。一方、多職種による会議等を行

う場合、会議を設定すること自体に調整力と労力が必要とになるため、関わるすべての職種が多職種協働の意義を理解し、ケアに携わっていくという意識を持ってもらうことが課題となる。また、見過ごしてしまいがちな早期対応について、多職種で検討事例を重ねながら、経験を積むことが早期対応・介入の効果を高めるという共通認識を持てるようにする必要がある。

1.1.3 今後の展開について

町田市における今後の展開は、次のようなことが想定されている。

- ・ 町田市の地域包括支援センターで実施する地域ケア会議等で取り上げ、関係者を対象に実施
- ・ 地域包括支援センターの運営する母体法人内職員を対象に実施

1.2 神戸市

1.2.1 実施概要

神戸市においても、平成 25 年度に認知症初期集中支援モデル事業（老健事業）、および若年性認知症デイサービス・デイケアモデル事業（市独自）に取り組むなど、より具体的な認知症施策の一步を踏み出しているところである。神戸市におけるファシリテータ養成研修は以下の通り実施された。

① 開催日

1 回目	3 月 2 日(日) 9:30~16:30	神戸市勤労会館会議室
2 回目	3 月 16 日(日) 13:00~17:00	神戸市勤労会館会議室

② 主催

神戸市

③ 運営・事務局

運営：

(委託先) 神戸市社会福祉協議会

事務局：神戸市保健福祉局

高齢福祉部介護保険課



④ 参加者募集方法

- ・研修目的および内容等を掲載した募集要項を作成
- ・各会議での案内

⑤ 受講者

ファシリテータ養成モデル研修 49名

[受講者・職種別]

医師	9名
看護師	1名
薬剤師	8名
地域包括支援センター	6名
ケアマネジャー	8名
訪問看護師	3名
社会福祉士	1名
介護福祉士	1名
ホームヘルパー	3名
その他：精神保健福祉士	2名
その他：歯科医師	2名
その他：歯科衛生士	2名
その他：作業療法士、生活相談員、計画作成担当者各1名	3名
計	49名

⑥ 実施の背景・動機

神戸市では、各区で多職種連携の取り組みがはじまったところであり、緩和ケア・口腔ケア等様々な高齢者の健康問題についてグループワークが行われている。一方、認知症ケアについては、困難事例に関する検討会は実施されているものの、初期支援や認知症ケアそのものを総合的に考えるグループワーク等は実施されていなかった。現在、認知症初期集中支援事業のモデル実施に取り組んでいるところであり、認知症ケアに関する多職種連携については課題意識を強く持っているところである。

⑦ 苦労したことや配慮した点

- ・対象者の決定
- ・研修実施後の方向性等の検討
- ・各関係者への依頼、会議を通しての参加依頼の実施。

1.2.2 認知症ケアにおける多職種連携・協働の課題意識について

- ・ 多職種連携の必要性は理解されていても、職種ごとの意識は様々である。また、医師の参加が少ないなどの課題もある。
- ・ 困難事例の検討等においては、いきなり多職種で話し合っても、ハードルが高いと感じる職種がいるように思われる。
- ・ 認知症ケア以外の検討事項で、多職種連携を取っているところもある。

1.2.3 今後の展開について

今回ファシリテータ受講修了者には神戸市から修了証を発行し、登録者には、今後、各区でのライフサポート研修の講師役・ファシリテータ役を担ってもらう方針である。

平成26年度は、市内9区の中から3区程度で、認知症ライフサポート研修の実施を検討している。

1.3 京都市

1.3.1 実施概要

京都市は、平成25年度より「～地域で気づき・つなぎ・支える～認知症総合支援事業」に取り組み、重層的な認知症施策に取り組んでいる地域である。認知症ライフサポート研修の実施においては、市内に二つのモデル地域を選定し、今後の普及に向けた検討材料とした。

① 開催日

3月9日（日）9:00～13:00 京都ガーデンパレス葵の間

② 主催

京都市

③ 共催

一般社団法人京都府医師会、一般社団法人京都地域密着型サービス事業所協議会、京都市地域包括支援センター・在宅介護支援センター連絡協議会

④ 後援

京都地域包括ケア推進機構

⑤ 運営・事務局

京都市保健福祉局 長寿社会部 長寿福祉課



⑥ 参加者募集方法

- ・研修目的および内容等を掲載した募集要項を作成
- ・上記による個別周知や事業者連絡会などでの説明を行う

⑦ 受講者

認知症ライフサポート研修 104名

[受講者・職種別] (重複あり)

医師	8名
看護師・保健師	7名
地域包括支援センター	18名
主任ケアマネジャー	1名
ケアマネジャー	43名
社会福祉士	1名
その他：ケアワーカー	21名
その他：相談員	4名
その他：理学療法士	1名
その他：心理士	1名
その他：管理者	4名
その他	2名
計	104名

⑧ 実施の背景・動機

京都市では平成 26 年度に向けた取組として、「認知症ケアパス」の作成・検討を進めることとしている。認知症ケアパスの活用と普及にあたっては、適切なケアの流れをつくる人材育成についても一体的に取り組んでいく必要があり、認知症ケアにおける多職種協働研修として明確に体系化された「認知症ライフサポート」の概念や手法の要素を取り入れることが必要であると考えられる。京都市では、今後、取組全体の位置づけを検討するため、北区、及び上京区をモデル地域に位置づけ、認知症ライフサポート研修を実施することとした。

⑨ 苦勞したことや配慮した点

- ・ 研修の位置づけに対する関係団体への説明や理解
- ・ 既存ネットワーク組織における取組との関係性

1.3.2 認知症ケアにおける多職種連携・協働の課題意識について

それぞれの専門職においては、多職種連携や協働に対する重要性や考え方についての認識・理解は進んでいるが、実際は、医療、介護、福祉などにおける各関係機関や団体での取組に留まり、協働の域までには踏み込めていない。

1.3.3 今後の展開について

京都市では既に、医療機関と地域包括支援センターとの連携を中心とするネットワーク化により、具体的な取組を推進する地域を選定し、実践がはじまっているところである。今回の認知症ライフサポート研修の開催を契機に、新たな関係機関として「地域密着型サービス事業所」への理解を深めるなど、今後のネットワーク体制や取組充実に向けた機会になったと考えている。

第2節 認知症ライフサポート研修の地域展開について

2.1 ファシリテータの重要性

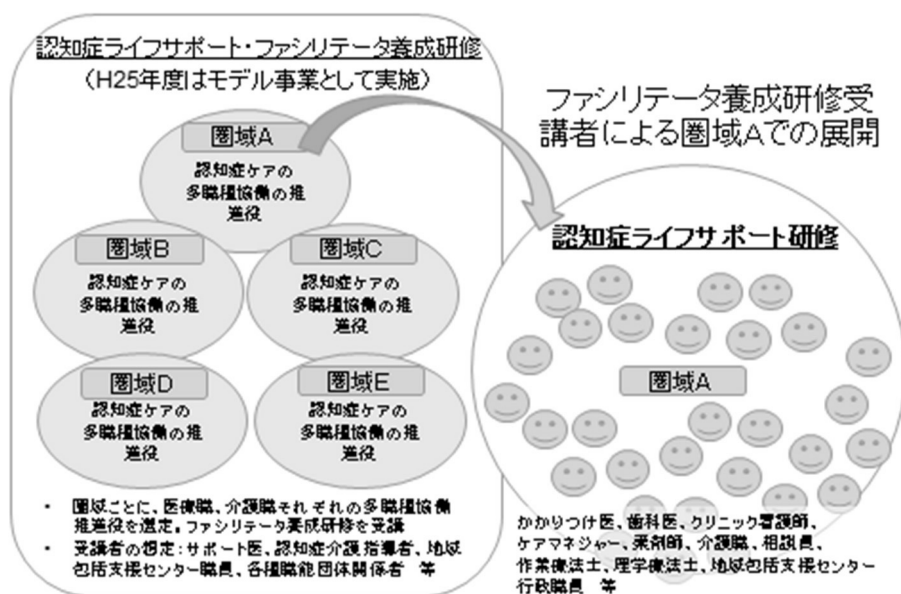
前述の通り、認知症ライフサポート研修は、グループワークを中心とする内容になっており、ファシリテータ（講師役）が投げかけるテーマに対して多職種が話し合い、関係性を深めながら課題に取り組むという手法がとられている。ある意味、研修をつくっていくのも、充実させていくのも受講者自身の取り組み姿勢にかかっている面が大きい研修と言えるだろう。また、グループを構成するメンバーによってワークの流れが大きく変わってしまったり、偏った意見に固執してディスカッションが前に進まなかったり等の状況も想定されるため、研修の技術面でのフォローが極めて重要な研修であるとも考えられる。このため、今年度の研究事業では、研修の質を維持、向上させるために不可欠な存在としてファシリテータの養成に取り組んできたところである。

2.2 今後の展開イメージ

さらに、検討委員会では、本研修の普及・推進に向けて、下図のような事業展開が行われることを提案している。イメージでは、まず、市区町村レベルで研修の推進役となるファシリテータを養成し、そのファシリテータがそれぞれの圏域で認知症ライフサポート研修を拡げていくというものである。

「認知症ライフサポート研修」の展開イメージ

平成25年度 認知症ライフサポートモデル事業実施のための認知症多職種協働推進員に関する研修会（人材育成のあり方に関する調査研究事業）



認知症ライフサポート研修は、地域の中の専門職同士が研修機会を通じて顔の見える関係をつくり、実際が多職種連携につなげていくことが、目的の1つに挙げられる。そのためには、広範囲から受講者を集めるよりも、実際の活動範囲を想定した生活圏域ごとの開催とした方がより高い効果が期待できると思われる。また、「認知症ケアに携わる全ての専門職の共通基盤をつくる」という目的を達成するために、この研修を繰り返し開催し、より多くの専門職に「認知症ライフサポートモデル」を知ってもらうことが重要である。

2.3 研修準備

本研修は、多職種が一堂に会し、相互の理解を深めながら認知症ケアを実践的に学べるプログラムである。しかし、職場環境、労働条件、認知症ケアに対する考え方等が様々に異なる多職種を集めてくるという作業は容易なことではなく、モデル研修を実施した地域においても関係団体への説明や連絡調整等を含め、多くの労力が費やされている。逆に、こうした事前準備をしっかりと行うことが、その後の実践的な多職種協働の鍵になるとも考えられる。研修会開催に向けた事前準備のポイントとしては、以下のようなことが挙げられる。

○自治体における認知症施策の方向性を明確にすること

多職種協働やチームづくりは、ただ、漠然とこの研修を実施しても具体的な活動につなげていくことが難しい。医療・介護のネットワークづくり、地域ケア会議の推進、初期集中支援チームの体制づくり等、地域ごとに推進される認知症施策と人材育成とを関連付けながら、戦略的にこの研修を活用していくことが重要である。

○関係団体への説明と協力依頼を行うこと

この研修の成功の鍵は、いかに多種多様な人材を集めてくること出来るかという点である。受講者がケアマネジャーに偏っているケース、医療関係者に偏っているケース、あるいは、医師が一人も参加していないケースなどでは、専門職間の理解が進まないばかりでなく、多職種協働に消極的な専門職に対して不信感を助長してしまうことにもなりかねない。事前準備では、地域の関係団体への説明と協力依頼を行い、団体を通して呼びかけていくことが有効である。特に、医療と介護の連携においては、医師会の協力は必須事項と考えられる。

○グループ編成の調整

受講者の満足度に最も影響を及ぼすのがグループの編成である。多職種の相互理解という目的において、医師、看護師、薬剤師、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護職等の様々な職種が出会い、意見交換を可能とするグループ編成を目指すこ

とが大切である。

第3節 認知症ケアの共通基盤づくりに向けて

最後に、認知症ライフサポートモデル、ならびに認知症ライフサポート研修の当初のねらいに立ち返り、本研修事業の今後の普及・推進の方向性を考えてみたい。

認知症ライフサポート研修は、認知症ケアに携わる全ての専門職のプラットフォームづくりを目指して開発されたものであり、研修の全過程では、あえて「認知症ケア」という言葉を使わず、一貫して「認知症ライフサポート」という言葉に置き換えたファシリテータの説明やナビゲーションが行われる。このことから分かるように、この研修は、要介護認定者や介護保険サービスの利用者だけを対象にしたケアサービスの話ではなく、認知症の早期から終末期に至るまでの長い道のりを切れ目なく支えていく多職種協働のチームづくりを目指している。まさに、認知症の人の生命・生活・人生をどのように支えていくかという課題に、地域の専門職が一丸となって取り組んでいくことを求めるものである。

今後、この研修がどのような形で推進されていくかについては、各自治体の取り組み如何にかかっている部分も大きい。例えば、認知症サポート医フォローアップ研修や、かかりつけ医対応力向上研修フォローアップ研修、認知症介護実践研修関係等の認知症ケアに関わる各種研修事業に関連付けながら、専門職の共通ベースとしていくための活用方法についても検討していただくことを望みたい。加えて、認知症施策5か年計画(オレンジプラン)との絡みからみると、1番目の項目に掲げられている「認知症ケアパス」では、個別の人のケアパスが適切なケアマネジメントにより導かれていくために、関わる全ての人に、この認知症ライフサポートモデルを理解してもらうことが重要になる。フォーマルサービスのみならず、インフォーマルサービスに関わる人、家族、地域住民をも含めて、認知症ライフサポート研修が拡げられていくことを期待するところである。

参考資料

資料1 ファシリテータ養成モデル研修 配布資料:研修の流れと説明のポイント

資料2 ファシリテータ養成モデル研修 進行の説明・コメント例

資料3 ファシリテーション コメントシート

「認知症ライフサポート研修」ファシリテータ養成モデル研修資料

研修の流れと説明のポイント

1. 研修の流れと説明のポイント

単元 1	説明内容と講義のポイント	備考
1. 事業の背景		
<p>研修の導入 (10分)</p> <p>導入のコメント ↓ グループ内の自己紹介</p>	<p>○導入時のコメント 講師あいさつに続いて、「認知症ライフサポート研修」の進め方について説明します。</p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> 前半は、講義とグループワークが中心となり、後半は、グループワークによる演習が中心となる <p>○グループ内の自己紹介 研修は、グループワーク中心に進めていくので、最初に、グループ内での自己紹介を行ってもらいます。</p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人につき1分程度の時間で、自己紹介をしてもらう 自己紹介が終わったら、グループワークの進行役、記録係、発表者を決めてもらう <p>【留意点】</p> <p>1グループあたりの人数が6名以上になる場合は、一人1分程度の時間が確保できるよう、時間配分の配慮を行う。</p>	(メモ)
2. 専門職ごとに異なる「視点」と「目的」		
<p>ビデオ1の導入 (8分)</p> <p>ビデオ1 導入コメント ↓ ビデオ1 視聴</p>	<p>○「認知症ライフサポート研修」が作られた背景の説明 単元1のねらいと、「認知症ライフサポート研修」がつけられた背景を説明します。</p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> テキスト8ページ「事業の背景と経緯」のスライドを用いて、この研修が「認知症ライフサポートモデル」をベースとしていることを伝える 認知症ケアにおける多職種連携・協働を進めていくためには、専門職間の共通基盤となる考え方が必要であることを伝える 「認知症ライフサポートモデル」は、その共通の基盤を支える認知症ケアモデルであり、平成24年度の老人保健健康増進等事業により、研修カリキュラムと教材が開発されたことを説明する <p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「認知症ライフサポートモデル」については、ビデオ2で詳細説明がある 	(メモ)

	<p>【ビデオ1のねらい】</p> <p>ビデオ1では、認知症の人に対して、専門職ごとに視点の違いがあることや、その視点の違いにより、それぞれが目指す支援の目標がバラバラであることを確認してもらう。</p>	
<p><u>グループワーク</u></p> <p>(5分)</p>	<p>○ビデオ1についての意見交換（グループワーク）</p> <p><u>ビデオ1を視聴して、それぞれどのような事を感じたのか、グループ内で話し合ってもらいます。</u></p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日ごろから、それぞれの業務の中で感じていることや、思い当たることも含めて意見を出してもらう ・ グループワークが終わったら、2つのグループに発表してもらい全体共有することを予告する ・ 記録係に、記録の依頼をする <p>【留意点】</p> <p>グループ内の意見が対立しないように、講師は、グループの様子を見ながら、適宜コメントを入れるとよい。</p> <p>例)「どの人が正しいという議論はひとまず置いておいて、観てどう感じたかという純粋な感想を言い合っただけでらと思えます。」</p>	(メモ)
<p><u>会場での共有</u></p> <p>(5分)</p> <p><u>全体共有</u></p> <p>↓</p> <p><u>発表内容のまとめ</u></p>	<p>○全体共有</p> <p><u>グループで出された意見を会場全体で共有します。</u></p> <p><u>2グループ程度を選んで、発表してもらいます。</u></p> <p>(コメントのポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ いろいろな意見があげられたことを確認する ・ 同じ人を見ている、それぞれの専門職の職種やその背景によって、視点の違いがあることを確認してもらう <p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全体共有の後のまとめ(講師コメント)では、「職種ごとに視点の違いや意見の違いがあるのは当然である」との立場から、コメントを行う ・ 「私ならこうするのに」などの意見が出た場合は、「多くの見方がありますね」という受け止め方をする ・ 発言された感想の流れによっては、『専門職同士もしくは同じ認知症の人を支えるすべての人が、お互いの役割を理解して、目標を一つにしていくことが大切です』というところまで、コメントしてもよい。 	(メモ)

3. 「認知症ライフサポートモデル」とは		
<p>ビデオ 2 導入</p> <p>ビデオ 2 導入コメント</p> <p>↓</p> <p>ビデオ 2 視聴</p>	<p>○「認知症ライフサポートモデル」とは ビデオ 2 を視聴して、「認知症ライフサポートモデル」とは何かについて理解してもらいます。</p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ビデオ 2 では、配付テキストの[スライド 7]から[スライド 15]の内容を説明している <p>【ビデオ 2 のねらい】</p> <p>「認知症ライフサポートモデル」とは何かという説明を通して、多職種が一緒にとりくむべきこと(①自己決定を支えていくこと、②自らの力を最大限に使って暮らすことを支えること、③住み慣れた地域で継続性のある暮らしを支えていくこと)の基本的な考え方を説明しています。</p>	<p>(メモ)</p>
<p>グループワーク (10分)</p>	<p>○ビデオ 2 についての意見交換 (グループワーク) ビデオ 2 を見た感想や疑問点などを、グループ内で話し合ってもらいます。</p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> グループワークが終わったら、2 つのグループに発表してもらい全体共有することを予告する 記録係に、記録の依頼をする 	<p>(メモ)</p>
<p>全体共有 (5分)</p> <p>全体共有</p> <p>↓</p> <p>発表内容のまとめ</p>	<p>○全体共有 グループで出された意見を会場全体で共有します。 2 グループ程度を選んで、発表してもらいます。</p> <p>(コメントのポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> 「認知症ライフサポート」の視点から発表されている内容を繰り返し言ってみたり、コメントをしたりする <p>例)「○グループの発表にあったように、○○という事は大切なことですよね。」</p> <p>— 単元 1 終了 —</p> <p>※ 再開時間を告げて、休憩をとってもらおう。</p>	<p>(メモ)</p>

単元 2	説明内容と講義のポイント	備考
4. 75 歳のハマ子さん		
<p>単元 2 の導入および ビデオ 3 導入 (8 分)</p> <p>単元 2 導入のコメント ↓ ビデオ 3 導入のコメント ↓ 事例の読み合わせ ↓ ビデオ 3 の視聴</p>	<p>○単元 2 導入時のコメント <u>休憩前に学んだことについて簡単に振り返ります。</u></p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> 前半は専門職により視点が異なること、その違いを知ることが大切であることを学んだこと。 専門職が共通の目標を持って認知症の人に関わっていくために「認知症ライフサポートモデル」が提案されていること。 単元 2 では、これらをふまえて演習をすること。 <p>○ビデオ 3 導入のコメント <u>これから事例を通して「認知症ライフサポート」について学んでいきます。</u></p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ビデオ 3 を観る前に、ハマ子さんの情報、エコマップを読み合わせる 主治医意見書については、各自 3 分ほどで目を通してもらう <p>【ビデオ 3 のねらい】 認知症が進み、一人での生活が困難にも見える 75 歳のハマ子さんの様子を見てもらうことで事例の世界に入ってもらいます。視聴する中で、それぞれの抱えている事例を想起するきっかけとなり、自分のこととしてその後の演習を進める入り口となります。</p>	
<p>グループワーク (5 分)</p>	<p>○ビデオ 3 についての意見交換 (グループワーク) <u>ビデオ 3 を見た感想や疑問点などを、グループ内で話し合ってもらいます。</u></p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> グループワークが終わったら、2 つのグループに発表してもらい全体共有することを予告する 記録係に、記録の依頼をする <p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人 1 分以内で、観てどんなことを感じたか、または気づいたか、純粋な感想を述べ合ってもらう 	(メモ)

<p>全体共有 (5分)</p> <p>全体共有 ↓ 発表内容のまとめ</p>	<p>○全体共有</p> <p><u>グループで出された意見を会場全体で共有します。</u> <u>2グループ程度を選んで、発表してもらいます。</u></p> <p>(コメントのポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「認知症ライフサポート」の視点から外れた意見が出ててもそれを否定しない ・ 本人不在で進んでいることに着眼し、もっと早期に出会えなかったらどうかというところに導く ・ グループホームに入ることがいけないのではなく、本人の意志とかけ離れたことが問題であるという立場 	<p>(メモ)</p>
<p>5. 演習の流れ</p>		
<p>ビデオ4 導入～視聴 (7分)</p> <p>ビデオ4 導入コメント ↓ ビデオ4 視聴</p>	<p>○ビデオ4 導入のコメント</p> <p><u>もっと早い時点で出会っていたらどうだったか、これから演習を通して考えていきます。</u></p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 手遅れになる前に、どう関わっていくかを演習するために必要な考え方と、演習の進め方についてのビデオを観てもらうことを説明 ・ 演習の進め方については、このビデオだけでなく、その都度の指示もあることを伝えておく <p>【ビデオ4のねらい】</p> <p>手遅れ型の支援と、備え型の支援について説明しています。それを踏まえたうえで、新たなビデオ視聴も含めた演習を進めてもらう手順についての説明へと続いています。</p>	<p>(メモ)</p>

6. 70歳のハマ子さん		
<p>ビデオ 5 (分)</p> <p>ビデオ 5 導入コメント ↓ ビデオ 5 視聴</p>	<p>○ビデオ 5 導入のコメント</p> <p><u>ワーク1として、70歳の頃のハマ子さんに会おう映像を観てもらいます。</u></p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ビデオ 5 を観る前に、ハマ子さんの情報、エコマップを読み合わせる ・ 主治医意見書については、各自 3 分ほどで目を通してもらう ・ ハマ子さんはどんなことを望んでいたのか考えながら観てもらおうよう導く <p>【ビデオ 5 のねらい】</p> <p>70 歳の頃、物忘れは出て来ているがまだ意志をしっかり伝えられるハマ子さんの様子を観て、ハマ子さんの望んでいることは何なのか、この時点からできることはなかったのかを考えてもらいます。</p>	<p>(メモ)</p>
<p>グループワーク ワーク2 (分)</p>	<p>○ワーク 2 (グループワーク)</p> <p><u>ビデオ 5 を見てハマ子さんの望んでいることを捉えてもらいます。</u></p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ハマ子さんの望んでいることを「～したい」の形で書き出してもらう ・ 書き出したらグループ内で共有してもらう(ホワイトボードを利用しワークシートを貼付けて説明してもらう) ・ 真ん中のマスの半分に、みなさんから出された「～したい」というハマコさんの望みを、書き込んでもらう(たくさんあれば 2 つ～3 つにしぼってもらう) 	<p>(メモ)</p>
<p>全体共有 (5 分)</p> <p>全体共有 ↓ 発表内容のまとめ</p>	<p>○全体共有</p> <p><u>グループで出された「～したい」を会場全体で共有します。2グループ程度を選んで、発表してもらいます。</u></p> <p>(コメントのポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 早期から出会って行くと、ゆとりを持ってハマコさんのこれからの生活を一緒に考えていけるのではないかという方向でまとめる ・ 早い段階での望みを汲み取ると、ポジティブな願いが多いこと、この時点からチームをつくっていくことの大切さを確認する 	<p>(メモ)</p>

<p>グループワーク ワーク3 (分)</p>	<p>○ワーク3 (グループワーク) ワーク2で共有した「～したい」の部分を「～できる」または「～したいの実現」という形に変えてください。</p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ワークシートに記入してもらいながら優先順位を考え、1～2つにしぼる ・ ホワイトボードの真ん中の残りスペースに書いておく ・ ここでは具体的な方法までは話し合わなくてよいことを伝える 	<p>(メモ)</p>
<p>全体共有 (5分)</p> <p>全体共有 ↓ 発表内容のまとめ</p>	<p>○全体共有 グループで出された「～したいの実現」を会場全体で共有します。</p> <p>2グループ程度を選んで、発表してもらいます。</p> <p>(コメントのポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「～できる」、「～したいの実現」というのが、チームの目標となることに触れる ・ 専門職側の、こうした方がいいのではないか、というきめつけではなく、本人の望みから出て来た目標であることを認識してもらう 	<p>(メモ)</p>
<p>グループワーク ワーク4 (分)</p>	<p>○ワーク4 (グループワーク) 「～したい」を、ワーク3の「～できる」「～したいの実現」という形に持って行くための具体的な話し合いをしましょう。</p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「～したい」を「～できる」「～したいの実現」へとつなげるために必要な手順を説明する <ol style="list-style-type: none"> 1. 材料を集める(=実現するために必要なもの、こと) 2. チェックポイントの確認 (=実現するためにチェックしておくべきこと) 3. 方法と手順の確認(=いつまでに、どのように) 4. 役割分担(=誰が) チームワークカードの活用を勧める <p>【留意点】 チームワークカードを書く際に、ここにいない職種やキーパーソンも意識するように促す</p>	

<p>全体共有 (5分)</p> <p>全体共有 ↓ 発表内容のまとめ</p>	<p>○全体共有</p> <p><u>グループで話し合われたことを会場全体で共有します。</u> <u>2グループ程度を選んで、発表してもらいます。</u></p> <p>(コメントのポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> 70歳の時点では、インフォーマルな支援が大きな役目を果たしているということにも触れる 早い時点から、後方支援のような形で関わり地域の人たちと一緒に、学びながら支援をしていくことの重要性について触れる 	<p>(メモ)</p>
<p>7. 確認とこれからの展望</p>		
<p>ビデオ6 (分)</p> <p>ビデオ6 導入コメント ↓ ビデオ6 視聴</p>	<p>○ビデオ6 導入のコメント</p> <p><u>もう一度、この研修で学んだことと、研修を受けたみなさんに今後期待されることを、整理してみましょう。</u></p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> 講義と演習だけでは理解が難しかったかもしれないという観点から、再度の確認を促す これから地域に戻って実際に何をすればよいのかというイメージをしてもらう <p>【ビデオ6のねらい】</p> <p>講義と演習を通して学んだ内容の振り返りをするともに、今後の展開をイメージしてもらいます。</p>	<p>(メモ)</p>
<p>グループワーク (5分)</p>	<p>○ビデオ6 と今日の研修全体についての意見交換 (グループワーク)</p> <p><u>ビデオ6を見た感想や、研修全体の感想、地域に戻って自分は何をすればよいのかをグループ内で話し合ってもらいます。</u></p> <p>(説明のポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> グループワークが終わったら、2つのグループに発表してもらい全体共有することを予告する 記録係に、記録の依頼をする 	<p>(メモ)</p>

<p>全体共有 (5分)</p> <p>全体共有 ↓ 発表内容のまとめ</p>	<p>○全体共有</p> <p><u>グループで話し合われたことを会場全体で共有します。</u> <u>2グループ程度を選んで、発表してもらいます。</u></p> <p>(コメントのポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 手遅れではなく、備えが大切であることに再度触れる ・ この研修で終わりではなく、地域にチームをつくるスタートであることに触れる 	<p>(メモ)</p>
<p>終了</p>		

(ノート)

資料 2

「認知症ライフサポート研修」ファシリテータ養成モデル研修資料
ファシリテータ養成モデル研修 進行の説明・コメント例

講師: 進行時の説明・コメント(例)

場面	ファシリテーター用シナリオ	ファシリテーターのポイント
<p>導入 自己紹介タイム</p>	<p>みなさん今日はお忙しいところをお集まりいただきありがとうございます。これから認知症ライフサポート研修をはじめます。</p> <p>前半は講義とグループワークを中心に、認知症ライフサポートモデルの概要をおさえていきます。</p> <p>後半は、さらに演習を通じて、実際に推進していくためにどうしたらいいかを一緒に考えていきましょう。</p> <p>今日はグループで座っていただいています。これからこのメンバーで考えたり共有したり、今日の研修を一緒に進めていきます。すでにご存知の方や、名刺交換をなさった方もいらっしゃるかもしれませんが、初対面の方もいらっしゃるでしょう。ここで研修に入る前に、グループ内で自己紹介を、一人1分くらいでお願いします。</p> <p>それが終わったら、グループワークの進行役と記録係と、折に触れて発表をしていただくことがありますので、発表者を決めてください。</p> <p>それでは、今から5分でお願いします。(※1グループ5人の場合)</p>	<p>○1グループが6名以上の場合は時間配分を長めにとる</p>
<p>Video1の導入</p>	<p>終わりましたでしょうか？</p> <p>この研修が始まった背景について少しだけ説明をします。</p> <p>認知症のケアに関して、さまざまな課題をなんとか改善していこうと、平成23年度に、厚労省の研究事業で「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」というものが立ち上がりました。メンバーは、医師や看護師、介護福祉士、介護施設の経営者などで、この時のテーマが認知症のケアの標準化でした。しかし、なかなかみんながしっくりくるような「ケアモデル」というものにたどり着きませんでした。</p> <p>多職種でそれを共通の基盤となる考え方が必要だということで、「認知症ライフサポートモデル」というものが提案されました。これについては後ほど詳しくご説明をします。</p> <p>平成24年度に、「認知症ライフサポートモデルの具体的な</p>	<p>○研修が始まった経緯には軽く触れる程度。後ほど詳しい説明をビデオで行う</p>

	<p>検討と多職種協働の基盤づくりに関する研究事業」というものに引き継がれ、このような研修カリキュラムができあがり、全国の市町村で実施しているところです。</p> <p>それでは、実際の研修へと進みましょう。</p> <p>これから短い映像を見ていただきます。どんなことをお感じになるでしょうか。みなさんそれぞれのお立場で、自分だったらどう受け取るかなどを考えながらご覧になってみてください。</p>	
Video1	糖尿病と認知症を持つ女性に関する多職種の意見ビデオ	
グループワーク	<p>いかがでしたか？</p> <p>映像の中にはいろいろな立場の人が登場しましたね。見てどんなことをお感じになったか、グループ内で少し感想を言い合ってみましょう。日頃みなさんが取り組んでいる中で、思い当たることなども出していただいて結構です。</p> <p>あとで2つのグループに発表してもらい全体共有しようと思いますので、書記の方、記録をお願いします。これから5分をお願いします。</p> <p>(途中で方向修正) 映像に関しては、どの人が正しいという議論はひとまず置いておいて、観てどう感じたかという純粋な感想を言い合っただけならと思います。</p>	<p>○どの意見が正しく、誰が間違っているという方向に向かないよう、さまざまな見方があるのだということが理解できるように</p>
会場での共有	<p>それでは時間になりましたので、○グループ、○グループの順をお願いします。</p> <p>(まとめ) ありがとうございます。いろいろなご意見がありました。やはりさまざまな職種や背景によって、同じ人を見ても見えることが違っているということ、認識いただけたのではないかと思います。</p> <p>たとえば、○グループでは、○○という意見も出ましたね。一言で誰が正しい、誰が間違っているとは言えない難しい場面でしたね。ここでは、職種やその人の背景による視点の違いを認識していただけたらというねらいで見ていただきました。専門性による、視点の違いはあって当然です。それぞれが自分の仕事を全うしようとしているのに、なぜかそれが食い違ってしまう。そんなことが実際にみなさんの身の回りでも起きているのではないのでしょうか。</p>	<p>○全体共有のあとのまとめでは、視点の違い、意見の違いはあって当然のもの、という立場からのコメントをする。</p> <p>○「私ならこうするのに」などの意見が出た場合は、多くの見方がありますね、という受け止めをする</p> <p>○感想の流れによっては、専門職同士もしくは同じ認知症の人を支えるすべての人が、お互いの役割を理解して、目標を一つにしていくことが大切というところまでコメントしてもよい。</p>

Video2 導入	<p>視点が違う私たちが、一人の認知症の人の支援をしていくことは、大変なことです。たとえばみなさんはよく「認知症ケア」という言葉を使うのではないのでしょうか。ところが、医療の専門職も「ケア」という言葉を独自の捉え方で使いますし、介護の専門職も、また違った意味合いでこの言葉を使ったりします。ですから、なかなか通じ合えないところがあったのではないのでしょうか。</p> <p>それぞれが専門性を持って突き進んだ結果として、バラバラな支援になってしまうことを回避するために、認知症を抱えて生きる人の支援に携わる、医療関係者、介護関係者たちが一緒に仕事をしていくうえで一つの共通した考え方が必要であるということで、先ほども申しあげましたように、「認知症ライフサポートモデル」というものが提案されています。認知症の人への関わりや支援におけるさまざまな課題の解決策を、医療と介護、双方にまたがるメンバーで検討する中で考え出されたものです。</p> <p>一体これほどのようなものなのか、次のビデオで詳しく解説します。</p>	
Video2	<p>「認知症ライフサポートモデルとは」 シナリオは別紙参照</p>	
グループワーク	<p>いかがでしたか。「認知症ライフサポートモデル」についての感想や、ここで新しく知ったことや疑問点などを、少しグループで話し合ってみてください。</p> <p>10分間とります。そのあとで3つのグループに発表をしていただき、みなさんで共有をしたいと思います。それでははじめてください。</p>	
全体共有	<p>それでは時間になりましたので、全体で共有したいと思います。○グループからお願いします。</p> <p>(まとめ) ありがとうございます。○グループの発表にあったように、○○が大事ですね。</p> <p>「認知症ライフサポートモデル」という初めて聞く言葉に関して、これだけではまだ、腑に落ちない部分もあると思います。休憩後の後半で、演習を通してもう少し学んでいきたいと思います。これで単元1を終わります。</p>	<p>○いくつかの発言に対して、「認知症ライフサポート」の視点からコメントをする。</p>

休憩時間、単元2へと続く

場面	ファシリテーター用シナリオ	ファシリテートのポイント
Video3 の導入	<p>それではこれから単元2をはじめたいと思います。</p> <p>休憩前には、同じ一人の人を支援するのでも、周りの専門職の視点が異なっていること、その違いが悪いのではなくて、違いを知ることが大切であること、また、その違いを踏まえたうえで、一人の認知症の人に関わる専門職が、同じ目標に向かって支援をしていくための共通認識として「認知症ライフサポートモデル」というものが提案されていることをご紹介します。</p> <p>これから始める単元2では、演習を通して「認知症ライフサポート」とはどのようなことなのかをもう少し深めていただければと思います。</p> <p>それでは、これからまた短い映像を見ていただきますが、これは、事例を映像化したものです。映像を見る前に、情報の読み合わせをしましょう。→読み合わせ</p> <p>では、映像を見てみましょう。</p>	<p>○75歳のハマコさんの事例の読み合わせをする。主治医意見書は、各自目を通す時間を3分とる。</p>
Video3	75歳のハマコさん	
グループワーク	<p>いかがでしたか？</p> <p>見てどんなことをお感じになったか、または気づいたことを、少し話し合ってみましょう。今回も3つのグループに発表してもらって、共有しようと思いますので、書記の方、記録をお願いします。これから5分をお願いします。</p>	
会場での共有	<p>それでは時間になりましたので、○グループ、○グループ、○グループの順に発表をお願いします。</p> <p>(まとめ) ありがとうございます。いろいろな気づきがあったのではないかと思います。</p>	<p>○「グループホームに入るのがない」、「家族では支えられない」などの意見が出る可能性あり。それを否定しないようにしながら、支援がかみ合っていなかったという点、もっと早くから出会えなかったか、という視点に導く。</p> <p>○グループホームに入ることがいけないのではなくて、本人の意志とかけ離れてしまったことが問題であったことにポイントを置く。</p>

Video4 導入	<p>今までは、周囲がどんなにがんばっても、映像のようになぜか本人が望む方向とはかけ離れていってしまう、ということを皆さんも実際に経験なさっているのではないのでしょうか。</p> <p>そうせざるを得ないという状況でしたよね。</p> <p>もっとちがった手を打てたのではないかという感想をお持ちの方もいたかと思います。これから、症状がひどくなってしまっただけからの支援と、目に見えて悪くなっていく前の支援について、まとめたビデオを見ていただきます。</p> <p>そのあとで、これからの演習の流れのご説明となりますので、もう一度、ビデオをご覧ください。</p>	
Video4	演習の流れの説明	
Video5 導入	<p>以上が、これから行っていただく演習の流れのざっくりとしたご説明です。進めて行くにあたってその都度、ワーク内容をご説明します。</p> <p>では、ワーク1となっていた、実際にはあり得ないですけど、70歳の頃のハマコさんに出会える映像を見ていただきます。その前に、先ほどと同じように、70歳のハマコさんについての情報の読み合わせをしましょう。→情報、エコマップを読み合わせ。</p> <p>では、映像をご覧ください。ハマコさんはどんなことを望んでいるのか、考えながら見てください。</p>	
Video5	70歳のハマコさん	
ワーク2	<p>いかがでしたでしょうか。では次はワーク2です。</p> <p>①ハマコさんの望んでいることを「～したい」の形で書き出してください →個人ワークシートに記入してください</p> <p>②書き出したらグループ内で共有してください →ホワイトボードがありますから、各自、スペースを確保して自分の職種をそのマス目を書いてください。そこに、自分で書き出したワークシートを貼りながら、みなさんに説明してください。 →そして、真ん中のマスの半分に、みなさんから出された「～したい」というハマコさんの望みを、書き込んでみてください。たくさんあったら、2つ3つにしばっていただいても結構です。</p> <p>③全体共有をします ○グループから発表をお願いします。→発表 (まとめ) みなさんの捉えた「～したい」をお聞きしていると、ずいぶんポジティブな内容が多かったと感じます。「手遅れ型」ではどちらかというと、必要に迫られての問題解決のよう</p>	<p>○ホワイトボードを上手に利用して、目の前でお互いの書いたものを見ながら共有するように促す。</p> <p>○共有したものをホワイトボードの真ん中のスペースに書き込むことは、必須。これを見ながら進める。</p> <p>○まとめでは、早い段階での望みを汲み取ると、ポジ</p>

	<p>な対応が多いように思いますが、早期から出会って行くと、ゆとりを持ってハマコさんのこれからの生活を一緒に考えていけるのではないのでしょうか。</p>	<p>ティブな願いが多いこと、この時点からチームをつくっていくことの大切さを、折に触れて確認する。</p>
ワーク 3	<p>では次に、ワーク 3に進みます。</p> <p>①ワーク 2で共有した「～したい」の部分を「～できる」または「～したいの実現」という形に変えてください。それをワークシートと、ホワイトボードの真ん中のスペースの半分に、書き出してください。</p> <p>②優先順位などを考えて1つか2つにしぼってみてください。</p> <p>③全体共有をします →発表 (まとめ)</p> <p>今まとめていただいた、「～できる」、「～したいの実現」というのが、チームの目標となります。専門職側の、こうした方がいいのではないか、というきめつけではなく、本人の望みから出て来た目標です。これが、出会うポイントが遅くなって本人の「～したい」をつかみにくい状態だと、どうしても周りが「こうした方がいいのでは」というふうに本人不在の目標設定をしてしまいがちです。やはりなるべく早く出会うことは重要ですね。</p>	<p>○ワークシートに書き込むと同時に、ホワイトボードの真ん中に書き出す。このあと、みんなでそれを囲んで見ながら考えることで、議論がずれていくことを防ぐことになる。</p> <p>○ここでは、具体的な方法までは話し合わなくてよい。次で細かいことを話し合う。</p>
ワーク 4	<p>次にワーク 4です。</p> <p>①ワーク 2で書き出した「～したい」を、ワーク 3の「～できる」「～したいの実現」という形に持って行くための具体的な話し合いをしましょう。</p> <p>ちょっとこの図をみてください。ここまでみなさんは、現状を把握し、その中から「～したい」ということを読み取り、「～したいの実現」という目標を設定しました。</p> <p>現状から「～したいの実現」に持って行くためには、こんなことが必要です。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 材料を集める (=実現するために必要なもの、こと) →たとえば、広島に行きたいということを実現するのだったら、一緒に行く人はいるのか、お金はどうするのか、などです。 2. チェックポイントの確認 (=実現するためにチェックしておくべきこと) →これは、たとえば移動のための ADL や健康状態はどうか、ということです 3. 方法と手順の確認 (=いつまでに、どのように) →チケットの予約などをどのように行うかの確認で 	<p>○グループワークの前に、現状と目標の関係を、図で説明する。</p> <p>○チームワークカードを思い切って違う職種に出してみることを促す。介護職から医療職へ、出しにく</p>

	<p>す。</p> <p>4. 役割分担 (=誰が)</p> <p>→方法と手順の確認と同時に、誰がやるのか、という役割分担も必要です。</p> <p>自分の職種の専門性ではできないことがあれば、「チームワークカード」に書いて、できそうな人に渡してください。ここにいない職種やキーパーソンに宛てて書いてもかまいません。</p> <p>②全体共有をしましょう</p> <p>(まとめ) 70歳の時点では、日常生活的などちらかというインフォーマルな支援が大きな役目を果たしているということもお感じになったかもしれません。この時から、後方支援のような形で関わって、地域の人たちと一緒に、ハマコさんという一人の人を通じて学びながら支援をしていくことができればいいのかもしれませんね。</p>	<p>いことを医療職にも知ってもらい、また、相手の役割が分からないと書けないことも実感してもらう</p> <p>○家族や近所の人などのインフォーマルな資源に対しても意識を向ける。</p>
Video6 導入	<p>これまでグループワークをして、認知症ライフサポートについて考えていただいたわけですが、いかがでしたでしょうか。</p> <p>もう一度、この研修で学んだことと、研修を受けたみなさんに今後期待されることを、整理してみましょう。ビデオ6をご覧ください。</p>	
Video6	確認とこれからの展望	
グループワーク	<p>認知症ライフサポートモデルを実際に地域につくりあげていくイメージが、なんとなくできてきましたでしょうか。</p> <p>それでは最後に、このあと、明日から自分は何をしていくか。グループ内で宣言といいますか、話し合ってみてください。</p>	<p>○時間があれば、実際に地域で明日から何をすべきかを考えてもらう。難しければ感想を述べ合ってもらおう。</p>
全体共有	<p>それでは、話し合ったことを、全体で共有しておわりにしましょう。</p>	
まとめ	<p>手遅れではなくて、備えが大切であることをご理解いただき、地域にチームができていくこと、そして、みなさんが今宣言してくださったことを、実行していただけることを祈って、終わります。本日は長時間にわたり、ありがとうございました。</p>	

ファシリテーション コメントシート

グループ No.		ファシリテーター氏名		評価者氏名	
----------	--	------------	--	-------	--

No.	ファシリテーション項目	自己評価 (よいところ・改善点コメント)	他者評価 (よいところ・改善点コメント)
1	意見がたくさん出るように、グループの緊張をほぐし、ディスカッションを盛立てる援助ができる		
2	場の雰囲気大切にできる		
3	参加者自らが主体的に考えられるような援助ができる		
4	批判的な発言や偏った意見を言う人にも、発言を受け止めた上で、別の視点を提供することができる		
5	参加者の意見を批判しない		
6	グループワークの目的を理解していない人、誤解している人に正しく内容を伝えることができる		
7	知識と体験を統合できるような素材を提供することができる		
8	体験をより大きな気づきへとつなげることができる		
9	討議が停滞している場合は、議論の呼び水になるようなコメントを提供することができる		
10	時間をみて、グループ内の作業を進行させることができる		
11	進行に応じて議論の内容のまとめや、確認を行うなど、整理することができる		
12	ワークシートの配布、機材の調整など、参加者が学びやすい環境を作ることができる		
13	「指導者」ではなく「援助者」、「先導者」ではなく「伴走者」であるというスタンスで、脇役としてグループ及び参加者に働きかけることができる		

総評（自己評価／よかったところ、今後に向けた改善点）

--

認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働
研修における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業

2014年3月発行

- 編集 株式会社ニッセイ基礎研究所
- 平成25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)

禁無断転載

