

2019年度全国生協連グループ 社会福祉事業等助成事業

地域共生型認知症ケアパス普及事業 報告書

社会福祉法人浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

令和2年12月

はじめに

日本では、高齢化が進むにつれ認知症の人の数の増加が続き、2025（令和 7）年には約 700 万人（高齢者の 5 人に 1 人）に達すると見込まれています。これは本人の数ですから介護する家族の数を勘案すれば相当数の国民が認知症とともに生活していくことを意味しています。この生活が苦しいものではなく、よりよいものになるよう体制整備を急がなければなりません。

このため、国では、「認知症になっても本人の意思が尊重され、認知症の人ができるだけ住み慣れた自宅や地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会」の実現を目指し、2012（平成 24）年に「認知症ケアパスの作成・普及」が提唱されました。その趣旨は、2015（平成 27）年の新オレンジプランでも「認知症ケアパスの確立」に発展しています。なお、ここまでの認知症ケアパスは、「認知症の人の生活機能障害の進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておき、認知症の人とその家族に提示されるようにする」このため「地域ごとに医療・介護等の適切な連携を確保し、それを踏まえて介護保険事業計画のサービス量の見込みを定める」等とされ、公的な医療・介護サービスの整備を主眼にしていたものと考えられます。これが 2019（令和元）年の認知症施策推進大綱では、更に次の段階に発展し、認知症ケアパス「地域住民の活動（インフォーマルサポート）を盛り込み、地域共生社会の実現を目指す」ことになりました。この、「地域共生社会の実現を目指す認知症ケアパス」のことをここでは「地域共生型認知症ケアパス」としました。

同大綱でも「認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」方針は不動であり、そのためには公的なサービスと非公的な支援（フォーマルサービス・インフォーマルサポート）の双方の均衡ある充実と結合を実現することになります。したがって具体的には、認知症ケアパスに、生活機能障害の進行状況（容態の変化）にあわせた公的サービス（主として行政が補助等を行っている事業）のみでなく、認知症ケアへの住民の自発的活動を明示し、実際に機能するようにしなければなりません。住民は、納得しなければ活動しないことは当然なことです。この住民の自発的活動を明示し機能させるためには、住民の参画が必須になります。住民の主体的な参画は、認知症になっても在宅生活を続けることに賛同し、そのためには、公的なサービスのみでは不足で住民自らが担う非公的な支援の両方が必要であることの理解・認識の獲得につながるでしょう。

住民は、地域共生型認知症ケアパス作成の過程に主体的に参画することによって認知症の人を地域全体で支えるための実力を持ち、それを契機として、やがては「地域共生社会」生み出すことにつながるのだと思います。

なお、こうした意識の高い住民をつくることは、今日的には極めて困難ではないかと思えます。住民に対する過度な誘導や押しつけになってはならないことは当然です。しかし「認知症になっても住み慣れた自宅や地域で暮らし続けること」は、多くの国民の希望ですから、住民自らまた関係者・関係機関は、その総力をあげて挑戦しなければならないし、挑戦する価値があると思います。

私たちは互いに「認知症になっても、この家でこの街で暮らし続けたいという願いは“わ

がまま”ですか」ということを問い続け、「決して“わがまま”ではなく、人として普通のことです」と多くの人々が答えるようにしていく必要があります。

認知症ケアパスを作る一連の活動に苦勞して携わった方々は、実は、「認知症ケアパスは、出来上がって活字になり印刷された冊子よりも、作成のために多くの関係者が気持ちを一つにして努力した、その作成過程にこそ大きな意味があった」ことを知るでしょう。なぜ、認知症ケアパスを作るのか、そのためにどのような活動をするのか、そのことを地域全体の喜びにすることができたのか、こうしたことが多くの地域住民の心に刻まれたときに「地域共生型認知症ケアパス」も「地域共生社会」も実現するのではないかと思います。

令和2年12月
社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター

この報告の性格

認知症の人は、病院や施設に入院・入所して暮らさざるを得ないという実態を改め、住み慣れた地域のよい環境で暮らせる方がよいという方向に転換する、いわゆる「ケアの流れを変える」ものとして、認知症ケアパスが提唱（平成 24 年）され、全国の自治体で作成が進められました。

新オレンジプランではケアパスの目的が 2 点示されています。その一つは、各自治体で介護保険事業計画を策定する際に整備すべき各種サービスの目標量を見込むことであり、いま一つは、個々の認知症の人の（容態に応じた適切なサービスの利用による）支援目標の設定、関係者間での共有による切れ目のないサービス提供に資することとされていました。このため、多くの自治体で作成されているケアパスは、認知症の進行（容態の変化）に応じて、どのような公的サービス（主として行政が補助等を行っている事業）を受けられるかを表示し、認知症の人やその家族、支援関係者に示す形になっているものと考えられます。

しかし、国民の望みは「仮に認知症になっても、可能な限り長年住み慣れた自宅や地域で不安なく暮らし続けることができる」ことでしょう。しかし、公的サービスのみで、この望みをかなえるのは困難であり、認知症の人やその家族の生活上の支障の解決のための方法は、公的サービスに加えて家族間、近隣住民間などの、良好な人間関係が保持された安心できる居場所としての自宅や地域社会が不可欠な要素であると考えられます。

このため、当センターでは、ケアパスが認知症の容態（生活上の支障）の変化とそれに対応する公的サービスの組み合わせ表にとどまることなく、認知症ケアへの住民の自発的活動による参画（インフォーマルサポート）を併せたものとして住民参画で作成され、その作成過程で住民自身が認知症支援の担い手としてエンパワーメントされるような、住民の自発的活動計画のような性格をもって機能することが求められると考え、「地域共生型認知症ケアパス」について研究してきました。

この研究では、「認知症による生活上の支障は、その住民の元に発生しており、それを解決するための支援を利用するのも住民ですから、公的サービスや住民の自発的活動によるサポート（フォーマルサービス・インフォーマルサポート）のありようは、生活上の支障を有し、それを克服して生活していく主体である認知症の人やその家族、その他の住民の参画を得て企画・実施されることが重要である」という視点から、地域共生の思想を盛り込んだケアパスを作成する自治体をモデル地域として作成する実証を行い、普遍化できる作成の要点を中間的にとりまとめました。その成果を全国生協連から助成を得た「地域共生型認知症ケアパス策定研修」で報告するにあたり、オンライン形式の資料では尽くせない部分を含めて作成したものです。

今日では、認知症施策推進大綱に基づく「地域共生社会を目指す認知症ケアパス」づくりの取り組みが全国各地で開始されることになりますから、各々の地域で多様で優れたノウハウが編み出されると考えられます。そうした知見を、この中間報告に加えて（あるいは修正して）積み上げていくことにより、認知症の人とその家族が「認知症になっても、可能な限り長年住み慣れた自宅や地域で不安なく暮らし続けることができる」地域社会の構築に役立つことを願うものです。

地域共生型ケアパス策定推進研修の結果

【目的】 認知症ケアパスの策定は、従来から進められてきましたが、認知症施策推進大綱により、「認知症地域支援推進員が中心となり、地域住民の活動（インフォーマルサポート）を盛り込み、地域共生社会の実現を目指す。」こととされ、2025年までに全市町村での作成を目標に、すでに作成している市町村も点検することとされました。大綱の趣旨に沿った認知症ケアパス（地域共生型認知症ケアパス）が作成されるよう、認知症介護指導者をはじめとする認知症介護の専門職には認知症地域支援推進員との連携が期待されることです。このため、地域共生型認知症ケアパス作成の際の基本的考え方と展開方法について研修を実施するものです。

なお、本研修は全国生協連グループ『社会福祉事業等助成』事業による、「地域共生型認知症ケアパス普及事業」の一環として実施します。

【主催】 認知症介護研究・研修東京センター

【対象】 認知症介護指導者・認知症地域支援推進員、他、認知症介護にかかわる専門職

【場所】 zoomウェビナーによるWEB研修

【日時】 令和2年12月21日（月）19：00～21：00

【受講料】 無料

【プログラム】

時間	内容	担当者
19：00～19：40	地域共生型ケアパスの基本的考え方	佐藤信人
19：40～20：20	地域共生型ケアパスの展開	新野直紀（胎内市） 森上 淑美（川西市）
20：20～21：00	質疑応答	

【結果】 参加者数 60 名

【研修結果紹介ページ】 <https://www.dcnet.gr.jp/study/training/tokyo/carepass/>

ID：carepass パスワード：carepass1221

目 次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	i
この報告書の性格・・・・・・・・・・・・・・・・	ii
目次・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	v
1. 地域共生型認知症ケアパスの定義と特徴、機能	1
(1) 地域共生型認知症ケアパス作成の背景	1
(2) 「共生」の概念	2
(3) 地域共生型認知症ケアパスの定義と特徴、機能	2
2. ケアパスの前提	4
3. ケアパスの基本構造	5
4. ケアパス作成体制の構築	6
(1) 強いリーダーシップ	
(2) 堅固で柔軟なプロジェクトチーム	
(3) 迅速な活動	
5. ケアパスの作成方法	9
(1) 住民座談会の参加者を募る広報物作成上の工夫	
(2) 住民座談会の運営手法	
6. ケアパスの活用者	19
7. 残された課題	19
8. 最後に	20

1. 地域共生型認知症ケアパスの定義と特徴、機能

(1) 地域共生型認知症ケアパス作成の背景

ア. 認知症ケアパス作成の提唱

認知症ケアパスについては、2012（平成 24）年の厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム報告「今後の認知症施策の方向性について」で、「認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心できるよう、標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成と普及を推進する」とされました。そこに示された主な具体的な対応方策は、次のとおりです。

- 認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、医療や介護サービスへのアクセス方法やどのような支援を受けることができるかを早めに理解することが、その後の生活に対する安心感につながる。このため、標準的な認知症ケアパスの作成を進めていくこととする。
- 標準的な認知症ケアパスとは、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものである。
- 標準的な認知症ケアパスの作成に当たっては、「認知症の人は施設に入所するか精神科病院に入院する」という従来の考え方を改め、「施設への入所や精神科病院への入院を前提とせず、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける」という考え方を基本とする必要がある。

認知症になったら、病院や施設で暮らすほかないというのではなく、「住み慣れた地域のよい環境で暮らす」というケアの流れを変える目的で作成するとされた方針に基づき認知症ケアパスは、全国の市区町村で作成が進められましたが、その内容は

「症状の進行に合わせて、どのような医療・介護サービスを受ければよいか」ということを決めておいて認知症の人や、その家族に提示しておく」という趣旨であり、公的なサービスを対象にしていた点がポイントです。これを更に発展させ認知症の人が安心して地域で暮らすために公的サービスの充実のみでなく地域住民による自発的活動（インフォーマルサポート）も盛り込む必要があるとしたのが、認知症施策推進大綱と社会福祉法の改正です。

イ. 地域共生型認知症ケアパス作成の提唱（認知症施策推進大綱）

2019（令和元）年に国の認知症施策推進関係閣僚会議が定めた「認知症施策推進大綱」には、地域共生社会の実現を目指す認知症ケアパスが、次のように明示されました。

地域の中で、認知症の容態や段階に応じた適切な医療や介護サービスの流れを示す

とともに、各々の状況に最も適する相談先や受信先を整理した「認知症ケアパス」が約 6 割の市町村で作成されている。未作成市町村に作成を促すとともに、作成している市町村においては点検を行い、住民及び関係者に広く周知する。その際に認知症の人やその家族の意見を踏まえて行う。

「認知症ケアパス」の作成・点検にあたっては、認知症地域支援推進員が中心となり、地域住民の活動（インフォーマルサポート）を盛り込み、地域共生社会の実現を目指す。

（２）「共生」の概念（認知症施策推進大綱、社会福祉法、ニッポン一億総活躍プラン）

「共生」の概念について認知症施策推進大綱では、「認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる」とされています。

また、地域共生社会の構築を目指して社会福祉法が 2020（令和 2）年に改正されましたが、そのもとになる「地域共生」を検討した地域共生推進検討会では、地域共生社会の理念を「制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる、包括的なコミュニティ、地域や社会を創るという考え方」であるとしています。

ここでは、「制度・分野の枠を超える」、「支える側、支えられる側の関係を超える」というところがポイントかと思いますが、大綱もこの報告書も、「人と人とのつながりをつくる」という点で、趣旨はおおむね一致していると考えられます。地域共生社会を表す言葉として、「わが事・丸ごと」といわれますが、「わが事」とは「自分のことではない、他人のことなのに、その人の、心の傷、痛み、不安などを、自分こと（つまり、わが事）として、感じ取ることができる気持ち」¹⁾であり「優しい気持ち」であると考えられます。人が人に対して優しくないと認知症の人を、地域社会全体で温かく包み込んで、支えあっていくことができません。

なお、この地域共生社会の考えは「ニッポン一億総活躍社会プラン」でも、「子供、高齢者、障害者など、すべての人々が地域、暮らし、生きがいを共に作り、高め合うことができる社会」とされています。

（３）地域共生型認知症ケアパスの定義と特徴、機能

疾病により認知機能が障害されると様々な生活上の支障が生じます。その生活上の支障を解決するか可能な限り軽減することにより、認知症の人やその家族が地域社会の中で孤立と孤独に陥ることを防ぎ穏やかに暮らし続けられるようになることが重要です。こうした生活上の支障の解決・軽減をはかるためには周囲に認知症を理解し支えになる人々がいることが望まれますが、それが過度な負担になれば継続できません。公的なサービスを充実し、人々の支援が途切れないようにする必要があります。

認知症の人やその家族の地域での穏やかな暮らしを実現するためには公的なサービスと住民の自発的活動、双方の充実が欠かせません。もちろんこのことは施設に入所した場合でも同様であり、人と人とのつながりが重要です。認知症施策推進大綱にも住民同士が「認知症があってもなくてもともに生きる」ことを「共生」として表して

います。

こうして、ここでいう地域共生型認知症ケアパス（以下「ケアパス」という。）は、「住民が、認知症になっても長年住み慣れた自宅や地域で穏やかに暮らし続けることができるようになるために、公的サービス及び住民の自発的活動の双方を開発・充実し連結して機能するよう企画、表示したもの」であり、行政と住民により支えられるものと捉えています。なお、このためケアパス作成には住民の参画が必須であり地域組織化活動を伴いますから、作成主体は行政ですが住民の活動計画としての性格も含む特徴があります。

なお、このケアパスは主に、次の5点で機能します。

- ① 認知症の人とその家族、認知症のケアに関わる人々が「地域住民が、認知症があってもなくてもともに生きることの価値を理解し、発生する生活上の支障を解決・軽減するために、どのような活動（役割）を行う必要があるのかを理解・納得すること。その結果として、
- ② 認知症の容態（生活上の支障）の進行にあわせて活用できる公的サービス及び住民の自発的活動を住民間で共有し、住民が活動の主体的な担い手になること、
- ③ 認知症の相談支援を行う地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、介護支援専門員や介護サービス事業所などでの認知症の相談支援の場面で活用できること、
- ④ 地域づくりを行う社会資源が自発的活動を興し継続して担う目標となること、
- ⑤ 作成過程に参画することで、認知症の人を、地域社会全体で温かく包み込んで、共に生きるために「人を思い遣る優しい気持ち」が育つこと。

（4）従来のケアパスと地域共生型ケアパスの相違

従来のケアパスは、認知症の進行に合わせて利用できる介護保険給付や一般の公的サービス（フォーマルサービス）の情報を住民や関係者に示すことを目的として作成されているのに対して、地域共生型ケアパスは、これに加えて認知症の人やその家族の安定した地域生活を図るため、住民の自発的活動による認知症ケアへの参加（インフォーマルサポート）を促し、その過程で、「ニーズを有し、それを解決して生活していく主体である地域住民自身がインフォーマルサポートを興し、フォーマルサービスのあり方も考えていく力量を獲得（エンパワーメントされた地域住民）していくことを目的としています。こうした意味では従来のケアパスと地域共生型ケアパスは趣旨が異なります。

引用

- 1) 佐藤信人「尊厳～あなたがいなければ私はいない」2019 パーソン書房 p 95

2. ケアパスの前提

認知症は、その本人やその家族に、地域で生活していく上での様々な支障（生活上の支障）を生じさせます。それでも認知症の人とその家族が「可能な限り長年住み慣れた自宅や地域で不安なく暮らし続けることができる」ようになることが多くの国民の願いであると考えます。それは自然で素朴な当たり前のことです。馴染みのある人々や歩きなれた街路、田畑や山、行きつけの商店などの生活風景の中に身を置くことが安心のある居場所を作っているのではないのでしょうか。特に大事なものは、そこで営まれてきた「人と人とのつながり」でしょう。馴染みの家や地域には、自分を認めて大切にしてくれる「人」がいる。認知症になっても、上記のような事柄から切り離されてしまうことがないようにする必要があります。こうしたことは情緒的で、法令などではこうした人情の機微を規定することはできないのですが、法令もそれに基づいて展開される施策もその本質はその点にあると思います。

認知症の人やその家族に生活上の支障が作り出す不安や悲しみ、苦勞、生活のしづらさなどをその家庭以外の住民がわかってくれて関係を途切れないようにするか、または、それはその家庭だけの問題として関わらないようにするかにより地域社会のありようは大きく変わります。互いに思い遣りのある人間関係がなければ「可能な限り長年住み慣れた自宅や地域で不安なく暮らし続ける」ことは難しいかもしれません。そのうえで、もちろんこうしたケアパスの考え方や作成を住民をはじめとする関係者に押しけることはできないことは当然です。

このケアパスの前提は、主に次の6点です。

- ① そもそも人々は、互いに思い遣って暮らす方が幸せに暮らせるのではないか。
- ② 認知症の人でも周りの人の思い遣りを求めているのではないか。
- ③ 周りの人々も、認知症の人やその家族を思い遣り、支援することで幸福感を得ることができるのではないか。
- ④ 認知症になっても無力になるのではなく人を幸せにする力を発揮し穏やかに暮らすことができるのではないか。しかし、それが実現できるかどうかは周りの人々の対応によって異なるのではないか。
- ⑤ 認知症の人は、周りの人々の思い遣りのある対応（住民の自発的活動）がないと、住み慣れた自宅や地域で穏やかに暮らし続けることができないのではないか。
- ⑥ 公的なサービスがそれにとって代わることはできず、むしろ公的サービスの充実により、こうした住民の自発的活動を盛んにすることが重要なのではないか。

こうして、認知症による生活上の支障の解決・軽減を認知症の人やその家族だけの課題ではなく、地域社会全体の課題として捉え地域社会全体で克服していくという考え方がケアパスの中核です。

その地域で認知症の人やその家族がどのような生活のしづらさを有しているかを最もよく知っているのは認知症の人やその家族ですから、そうした当事者の視点、考えを重視して作成される必要があります。当事者の生活ニーズ表明の機会をつくり関係者で理解する活動を継続的に続ける必要があります。また、その生活のしづらさを克服するためには、地域住民の理解・納得・協働が必須です。地域全体としての視点、考えを本人・家族視点と同様に重視して作成される必要があります。

3. ケアパスの基本構造

ケアパスの基本構造は、次の図1・2のとおりであり、住民に提示し共同作業される詳細な構造（ワークシート）は別紙1のとおりです。

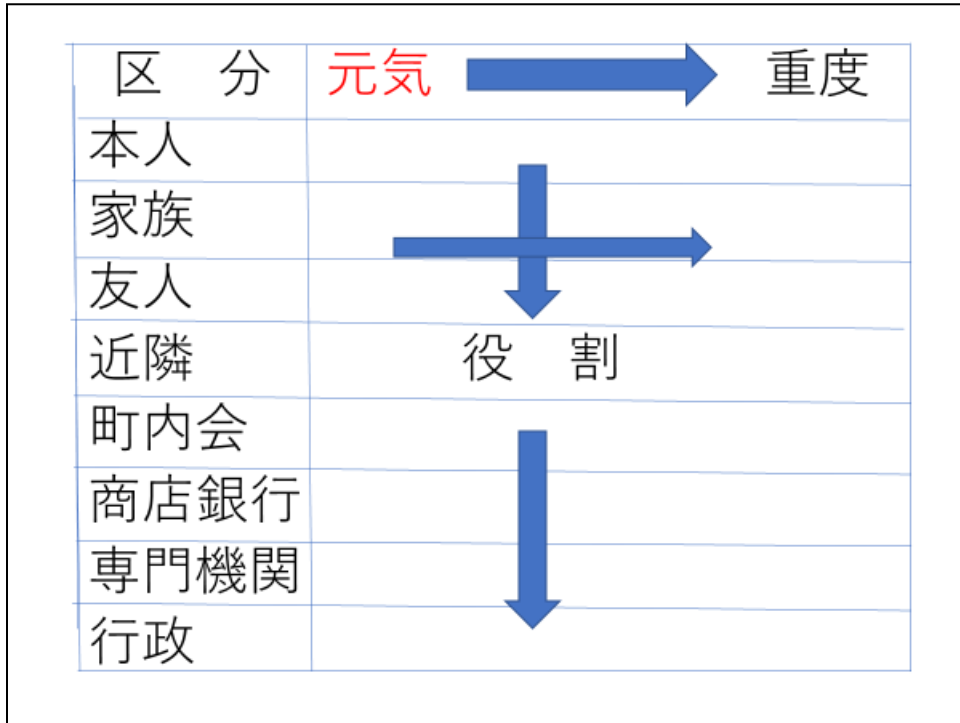


図1 ケアパスの基本構造

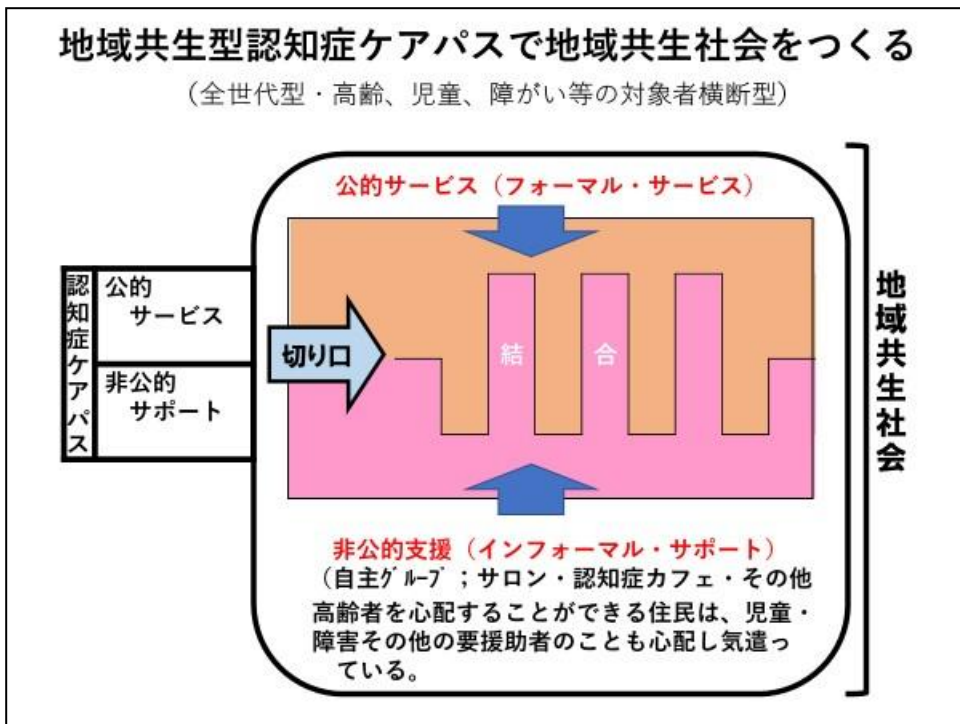


図2 認知症ケアパスを切り口にした地域共生社会の構築

なお、従来型の認知症ケアパスとの構造上の大きな違いは、公的サービスに加えて住民の自発的活動が盛り込まれていることと認知症の症状が現れたときから重度までにとどまらず、認知症になる前の「元気なとき」の区分から表示されるという2点です。

また、次の「3. ケアパス作成体制の構築」で、行政の部局を横断した体制について触れますが、住民の意見をまとめていくと、認知症の人の生活上の支障が多岐にわたることが明らかになります。この結果、ケアパスは、行政内部の多くの課室が部局横断で進めなければならないことにいきつくと考えられます。しかし、部局横断のプロジェクト・チームを組むことは容易ではありません。一つの方法として、地域での「大災害の時でも認知症の人を守る体制づくり」の視点を基本構造に仕込むことが部局横断体制を整えるために有効かと考えられます。大災害時には全庁を挙げて取り組まなければならない、この「大災害時」という区分があることによって行政内部の多部局の参加が促されることが期待されます。この結果、認知症対策を大災害対策と併せて検討することになりますが、大災害時にあっても、認知症の人（災害時要援助者に共通）の生命を保全するためには、家族、近隣住民同士の助力が欠かせないことは住民にとっても分かりやすく、結局は、認知症も大災害も普段からの良好な人間関係がなければ克服できないという結論に到達するものと考えられます。認知症対応を切り口にした「災害に強いまちづくり」「地域共生社会づくり」です。

3. ケアパス作成体制の構築

ケアパスは住民の参画を必須とするために、住民の集団に直接・間接に働きかける活動が必要になります。この働きかけが有効なものになるためには、綿密な準備が必要です。作成主体である行政の理解のもと、意欲が高く、継続し、機動力がある体制を整えることが重要であり、具体的には、①強いリーダーシップ、②堅固で柔軟なプロジェクトチーム、③迅速な活の各体制です。

(1) 強いリーダーシップ

ケアパス作成のためには自治体首長や幹部と認知症施策担当課、認知症地域支援議員による3つのリーダーシップが重要です。

ア. 自治体首長や幹部職によるリーダーシップ

認知症による生活上の支障を解決・軽減するためには幅広い領域の公的なサービスが必要になります。その内容は、行政の認知症対策担当のみの努力では到底対応できないものです。このためには、行政内部の部局を横断した推進体が必要になります。認知症対策担当を行政内部で孤立させないことが重要です。このような推進体制を組むためには、行政内部の問題認識の共有と解決に向かう合意が必要になりますから、自治体首長や幹部職が自治体全体の課題として捉えチームを組むリーダーシップが欠かせません。また、例えば、ケアパス作成委員会やプロジェクトチームの会合に首長や幹部職が臨席することは、リーダーシップの表現であり、関係者の志気を高めるばかりでなく全庁を挙げて取り組む姿勢を内外に示すことにもつながると考えられます。

こうしたリーダーシップがないとせっかく配置されている認知症地域支援推進員（以下「推進員」という。）も、どのように仕事をしたら良いのかがわからなくなってしまいう危険があります。

なお、定期的な介護保険事業（支援）計画の見直しに当たっては、ケアパスを踏まえて介護サービス量の見込みを定めるべきことが求められています。この考え方からすれば、介護保険事業計画見直しに併せて ケアパスも見直しが行われなければならないこととなります。この際、ケアパスの内容を、容態の進行に応じた「適切なサービスの流れ」を行政が行う医療・介護等の資源の列举ととらえれば、比較的容易かもしれませんが、認知症施策推進大綱に示されたように非公的な住民の自発的活動も盛り込むと考えれば、軌道に乗るまでの間はケアパスの作成主体である行政に相当長期間の継続した努力が必要になることを関係者間であらかじめ了解していく必要があります。

イ．認知症施策担当課（係）のリーダーシップ

ケアパス作成には、推進員を中心とした保健センター等の保健師、地域包括支援センターの三職種、コミュニティソーシャルワークを行う社会福祉協議会のワーカーなどによる協働が重要であり、こうした専門職を集めプロジェクトチームを組織するためには、作成主体である行政担当課が関係者に働きかけるリーダーシップが必要になり、かつ有効と考えられます。

ウ．推進員によるリーダーシップ

推進員は、大綱により「認知症ケアパスの作成・点検にあたっては、認知症地域支援推進員が中心となり地域住民の活動（インフォーマルサポート）を盛り込み、地域共生社会の実現を目指す」とされ、ケアパス作成のプロジェクトリーダー的な役割が期待されているといえます。この場合、ケアパスの作成主体である行政の理解とバックアップがなければ推進員はその役割を果たすことが難しくなります。推進員と行政の良好な関係作りが必要になります。

推進員は、おおむね地域包括支援センターごとに配置されることが多いと考えられますが、ケアパス作成を次の図3のような三層構造で行うことを想定すれば、この三層構造全体をマネジメントしていくことと、例えば、地域包括支援センター圏域単位での小地域ベースのオピニオン・リーダーを発見・育成し、住民の活動をPDCAサイクルで見守り・支援していくようなリーダーシップの発揮が期待されます。なお、この際には、図4のように都道府県域で活動する認知症介護指導者と協働することも有効と考えられます。なお、熱心のあまり強烈的なリーダーシップを発揮すると、その他のメンバーがついていけない状況が生じてしまう危険があります。チームの中の誰もがリーダーになれるぐらいの柔軟な体制を意識して作りマネジメントしていくことが重要です。また、自治体内で複数の推進員が活動しています。推進員は強固なワンチームとしてケアパス作成の意義や手法について共有する必要があります。そのためには、日頃から情報共有するなどして推進員同士が円滑・円満な関係をつくっていく必要があります。

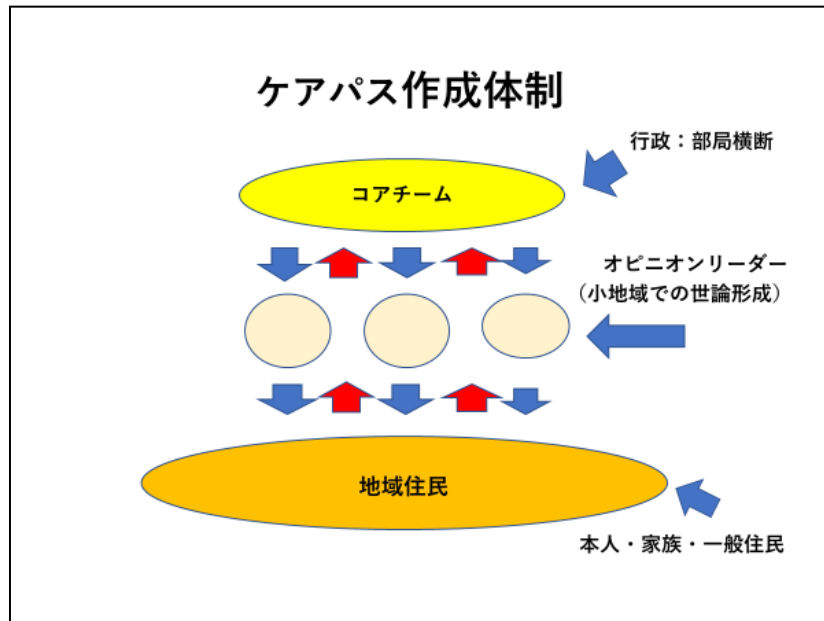


図3 ケアパス作成の三層構造

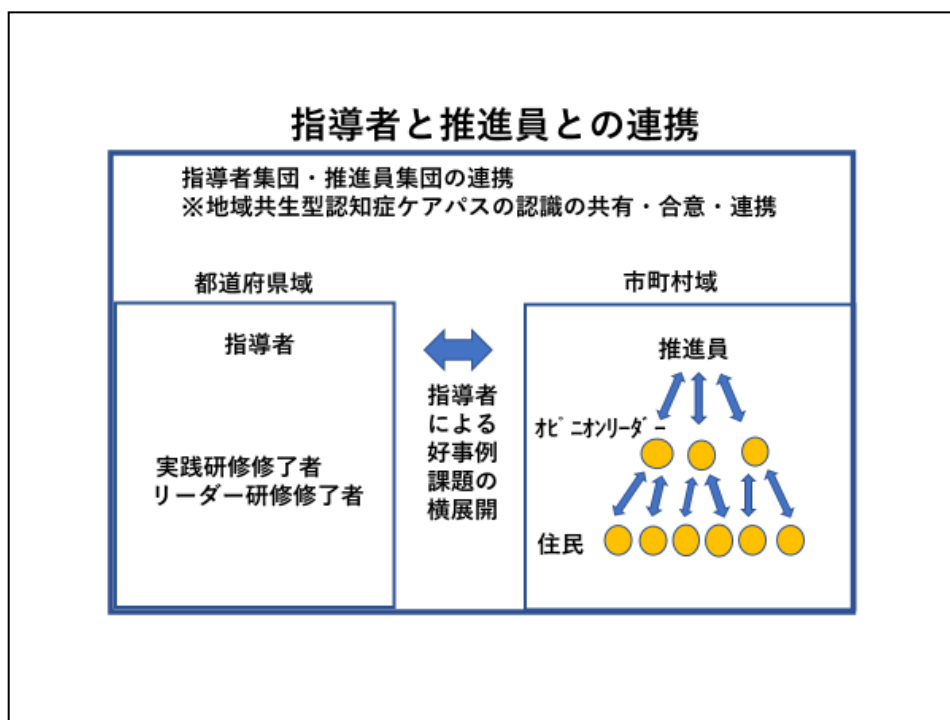


図4 推進員と認知症介護指導者との協働

(1) 堅固で柔軟なプロジェクトチーム

ア. 負担の分散

ケアパス作成には、住民参加を必須とするため、例えば、住民座談会方式など住民に直接働きかける機会が増加することになります。可能な限り多くの一般住民の参

加による意見の反映、活動の促進を目指すためには、こうした機会へのチーム員の出席回数も多くなり、開催時間も夜間や休日におよぶことも予想されます。これはチーム員にとっては負担でもありますから、その軽減を図るためには、担当者や担当課のみの体制ではなく、部局横断で多人数のチームを組む必要が生じます。特に行政の認知症担当者や特定の推進員など中心的な人に負担が集中しないような工夫が必要です。

イ. 意欲を高め維持する方法

プロジェクトチームで認知症施策の直接の担当ではないチーム員の人数が多くなることは、ややもすれば全体のモチベーションを低め、結果的に広報や座談会など住民への働きかけの有効性を確保できないことにつながるかもしれません。このため、事前にチーム員による勉強会を重ねるなどの工夫が求められます。

なお、このためには、チーム員が相当の時間を割くことになるため、例えば行政では上に述べた首長や幹部職の理解と指示に基づく理解が必要になります。このことは社会福祉協議会や地域包括支援センターを受託している法人などでも同様です。

※ プロジェクトチームのあり方については、別紙2に「ケアパス作成のコアチームの形成にかかるこれまでの参与観察から得た知見」を掲載しています。

(3) 迅速な活動

プロジェクトチーム側と住民側の双方にある程度速度感が必要になります。例えば、住民の意見を集めてから、とりまとめに時間を要し、住民に結果を返すまでに長期間かかるようなことになればチーム側も住民側もケアパス作成や活動開始への意欲・機運が低下してしまいかねません。

5. ケアパスの作成手法

ケアパスは、住民の参画が必須であり、認知症の人とその家族を地域全体で支えていくための社会資源が連携する地域組織化活動を伴う点が特徴です。このためケアパスは、主に、認知症の人とその家族、近隣住民などの認知症のケアに関わる人々によって、それぞれが、何のために、どのような活動（役割）をするのかが理解・納得されたものになる必要があります。この際には、「住民に対する広報」と「住民に対して直接働きかける手法」が大きなポイントと考えられます。

次に、基礎的な手法として住民座談会方式をとる場合の広報と運営手法を示します。

(1) 住民座談会の参加者を募る広報物作成上の工夫

広報は、住民が理解しやすく、参加意欲を高める内容・表現にする必要があります。このため、一般人のボランティア（例；中学校教諭OBやOG）にパンフレット等の原案のわかりやすさについて点検を依頼して必要な修正を行うのも一案です。また、高齢者にも読みやすいような字体や文字の大きさにも工夫が必要になります。こうし

た可能な限り多くの一般住民の参加を促すための広報の工夫については、プロジェクトチームで有効な方法のアイディアを出し合い、検討・合意・実行することが望まれます。こうした過程を踏むことは、住民参加を促すのみでなく、チーム員のケアパス作成への当事者意欲を高めるためにも良い結果を生むと考えられます。

(2) 住民座談会の運営手法

座談会参加者から「参加して良かったという肯定的な感想」を得ることが重要です。このために、参加者がもれなく発言や意見を表出する機会・手法（例；カード記入、簡易KJ法）や座談会を楽しい雰囲気で行うための工夫を検討する必要があります。楽しい雰囲気を出すためには、例えば、①お茶・お菓子の用意をする。②各テーブルに花を置く、③寸劇あるいは寸劇のDVDを最初に行い、理解しやすい導入を行う、などが考えられます。寸劇などの例は各地で行われていると思いますが、プロジェクトチーム側が自ら行うよりも、例えば、中学生の認知症サポーターに練習して演じてもらうことも一案かもしれません（この場合には、認知症の人を侮蔑するような印象、誤解を与える演出にならないように注意することは当然）。

ア．意見交換のルール設定

- ①チーム員も一般市民として参加する。
- ②参加者は、思いついたことを、できるだけ多くカードに書き出す。
- ③参加者の意見は互いに決して批判をしない。
- ④参加者の誰一人も不愉快になる人がいない。
- ⑤参加者の発言が偏らず全員が意見を出す機会がある。
- ⑥参加者の発言時間は一定に抑える。

イ．ファシリテーターの配置

参加者をグループに分けて意見交換する場合には、各グループにファシリテーターを配置し、意見が逸れないように促す必要があります。なお、ファシリテーターが、グループの意見を円滑に引き出し、とりまとめるためには事前の練習が効果的です。

ウ．ケアパスの「できあがりの姿」の事前提案

座談会では、限られた時間内で参加者からの意見を効率的・効果的にまとめる必要があります。このため、参加者が作業を理解するための参考になるよう、ケアパスの完成型をイメージした「できあがりの姿」のワークシート見本を、誘導になるのを防ぎながらあらかじめ説明するのも一案です。強く誘導すると参加者や地域の個性ある意向を塞いでしまうことになる危険があるため注意が必要です。

エ．複数回の実施

参加者に対して、座談会が「意見の聞きっぱなし」ではないことを理解してもらうために、全体をおおむねとりまとめた「案」の段階で返し、再度意見を集約し必要な修正を行うこと、つまり、座談会は2回以上の風数回実施することにして、あらかじめ

めそれを参加者に約束することが信頼を得るために有効と考えられます。

オ. 座談会の手法

座談会を行うときの手法について、別紙3に要点を示しました。

別紙1 住民座談会のワークシート

地域包括・共生型ケアバスづくりのワークシート

※力は外からやっこない。力は私たちの内にある！
※自分の町のことだから、自分達で考える！

私はここにいろ

内容進行段階						
本 人						
家 族						
地 域 住 民 ク ラ ブ						
・ 老 人 T A ー 会						
・ P ー サ ー の						
・ ー ー						
地 域 資 源						
・ 商 店 配 達						
・ 新 宅 開 便 ・ 銀 行						
・ 郵 便 署						
・ 警 署						
専 門 機 関						
・ 公 民 館 開						
・ 医 療 機 関 ・						
・ 介 護 機 関 設 所						
・ 社 会 協 会						
・ 支 店						
行 政 地 域 包 括 支						
・ 地 域 セ ン タ ー						
・ 保 健 生 活 委 員 会						
・ 民 生 委 員 会						

※地域にあつて役に立つものは、全て社会資源として参画

N / S A T O

地域共生型認知症ケアパス作成チーム形成のポイント

1. コアチーム編成の要点

① 意欲の高いコアチームの結成

地域住民の自発的な活動を組み込んだものが地域共生型認知症ケアパス（以下「ケアパス」）ですから、可能な限り多くの一般住民の参加を得ることが重要なポイントになります。この際、住民の自発的活動を促すためには、作成主体である行政側では一定規模の「ケアパス作成のコアチーム」を作る必要があります。

このコアチームを編成する手法は、首長や副首長等、行政内の組織横断的なチームを編成する権限を有する方のリーダーシップにより編成する場合と、認知症担当部局・課・係等のみで編成する手法が考えられます。しかし、相当規模が大きな市区町村であっても認知症担当部局の職員数は限られていること、元来、認知症の人を地域で支えるための地域づくりに関連する部局は多岐にわたることからすれば、部局横断的なコアチームの編成が望まれます。

なお、この場合には、コアチームが認知症に対する基礎知識、認知症の人を地域で支える必要性への動機を高く維持する必要がありますから、コアチーム結成当初の勉強会等を複数回、確実に行之い初動段階の意識の共有・統一を図ることが大切なポイントです。認知症の人や家族への支援を「自分ごと」として捉え「住民とともにな んとかしよう」という思いの強いチームを作る必要があります。

2. コアチームの力量向上のための要点

① コアチームの主導者には、ケアパス作成のための一連の作業を継続する強固な意思を持ったチームを作り上げる役割があります。

② 編成直後のコアチームは、初動段階でケアパス作成のための意識や方法の共有・統一が行われますが、ケアパス作成の過程は、地域住民の座談会への参加募集、意見の集約方法（座談会でのファシリテーション）、意見の集約、他のメンバーとの意見交換等、複雑でかつ手間暇のかかる頻回の作業を蓄積していくことになるため、モチベーションを維持する必要があります。チーム員の中にも意見の相違や温度差もあると予想されます。このため主導者は、コアチーム内の自由な議論を促し、個々のチーム員の疑問点を解消し、混乱した議論を乗り越えていく（生みの苦しみに耐える）力量が高まるように促していく必要があります。疑問を放置しないことが重要であり、この過程に失敗すると、ケアパスの成立が困難になってしまう心配があります。

③ コアチーム員への配慮が必要です。コアチーム員は、職務上のあるいは個人的な様々な事情を有していることを理解し、過負担とならないような配慮が必要です。

また、コアチームに地域包括支援センターの職員や介護支援専門員、介護サービス事業所の職員等の対人援助職を含む場合には、緊急対応が考えられるため、その場合には緊急対応を優先すべき旨を全員で合意しておく必要があります。

④ 作業に当たっては、小地域ベースでの活動が多くなると考えられます。その場合には、どうしても個別の事例が取り上げられやすいこととなりますが、その際にはその認知症の人やその家族が不利益を被ることがないように細心の注意を払う必要があります。

住民座談会を行うときの手法

住民座談会は、住民の意見集約・合意形成の手法の有効な一つです。以下に住民座談会の要点を示します。

1. 参加者の募集

地域住民が支援の主体的な担い手集団になるためには、可能な限り多くの地域住民の参加を得た意見の集約と活動に対する合意の形成が不可欠であり、このためには、一般地域住民の参加を促すことが前提になります。支援の担い手は、一般地域住民であり、座談会の主催者側は、それを促す立場ですから、座談会でよく起こり易い、一般住民参加者よりも主催者側の参加人数が多いような事態や住民側の参加者の多くが自治会、町内会、各種団体の役員、民生委員などで占められるような事態は避ける必要があります。認知症による生活上の支障（生活課題）は、一般の地域住民のもとに発生しており、したがってその課題を知悉しているのも地域住民であり、自らの課題としてその解決の担い手となるのも地域住民ですから、多数の一般地域住民の参加が求められるのです。

住民座談会に多くの参加者を得るための方法として、具体的には、座談会参加への自治会、町内会、各種団体の役員、民生委員、サービス事業所、地域で活動している趣味のグループの代表者や世話人等のリストを作成し、会員などに座談会への参加を働きかけるよう依頼する手法も有効かと考えられます。また、特に有力なグループの代表者や世話人についてはコアチームの一員に加わってもらうことも考えられます。

2. 区割り

通常は、小地域ベースの日常生活圏域（小学校区）の範囲で座談会への参加範囲を定めるものと考えられます。しかし住民座談会では地域住民が直接意見交換を行い、自ら意見を集約することによって可能な限り「住民の総意が構築される」ことが重要であるため、一定の参加人数の確保が求められます。

当初から日常生活圏域にこだわることによって、参加者数を低下することを避けるためには、主催者側、地域住民側双方が経験を積むことにより、やがては日常生活圏域での展開を目指す方法が現実的な場合もあると考えられます。

なお、日常生活圏域を範囲とした場合には、開催回数が増えることにより、ファシリテーターの出動回数が頻回となり、負担が重くなりすぎて現実性を欠くことのないように留意する必要があります。

3. 開催日時

地域特性を勘案しながら相当数の参加人数を確保するために、休日、平日、夜間・

日中等及び時間帯についてあらかじめ検討しておく必要があります。

4. テーブル配置（グループワーク）

隣接テーブルの話し声が互いにうるさいと感じると議論が進まない可能性があるため、各テーブル間の距離を適度に離す工夫が必要になります。

また、可能な限り、こうしたテーブル配置ができるような広さを備えた会場を確保する必要があります。

5. 1 グループ当たり参加人数（グループワーク）

1 グループ（1 テーブル）当たりの参加人数は、特にツールを使用せず、自由な発言による場合と、例えば、意見を記入するカードを使用するような場合により異なるでしょう。

自由な発言に委ねる方法の場合で、経験や意識が高い住民のときは、1 グループ4人程度にすることで充実した議論が期待できるかもしれません。そうでないときは、6人程度にすることで「何か話さなくてはならない」というプレッシャーを低下させ友好な雰囲気（逃げ場がある）の中で議論を進めるような配慮が求められます。

また、7人以上で1 グループを編成することは、議論に参加しない傍観者を生じさせることになりやすいかもしれません。この場合には、せっかく参加したのに主体的に発言する機会が少なくなるため、参加者に不全感を生み、継続した参加につながらなくしてしまう危険がありますから工夫が必要です。

なお、人数の多少に関わらず、発言が特定の住民に偏ることがないようにファシリテートする必要があることは当然です。

6. 開始時点における作業目的と手法についての説明

座談会の開始に当たっては、主催者側の特定の一人の説明者が会場全体に対して説明する方式と各グループ毎に配置された担当者（ファシリテーター）が説明する方式が考えられます。後者の方式をとる場合には、説明者毎の理解度や練度の相違により説明内容や表現の仕方が異なり、結果的に参加住民から十分な意思表示が得られないことも心配されますから、特定の説明者が会場全体に説明する方式も有効な一案かと考えられます。

（イ）明確な説明

参加者に対して、作業目的と進め方について明確に説明する必要があります。この説明内容については、成果を確実なものにするためには、主催者全体として組織的に合意されているものでなければなりません。特に座談会当日には、スタッフ間の具体的かつ詳細で確実な打ち合わせが必要になります。

なお、座談会の開催時間が限られているため、参加者の意見交換の時間を可能な限り確保するためには要点をおさえ理解しやすく、かつ簡略とするよう努める必要があります。

(ウ) 資料

資料は、スクリーンに投影して行う、紙媒体に印刷したものを配布する、この両者を併用する場合があるでしょう。いずれの場合にも参加者の理解を得るために行われることを考慮すれば、見やすくわかりやすいことが重要です。

スクリーンに投影する場合には、会場の広さによっても異なりますが、例えば、文字のポイントは少なくとも24ポイント以上のサイズとし、文字やタイトルに背景を付する場合、PCのディスプレイ上では鮮明でも投影すると見にくい場合がありますから事前に試写して確認することも一案です。

また、配布資料も参加者の状況に配慮する必要があります。例えば、参加者に高齢者が多い場合には、例えば、通常文書の文字サイズ10.5程度で行数が多ければ見えにくいことのクレームになりやすいし、参加者本意ではないと指摘され、結果的に会場全体のモチベーションの低下につながりかねませんから注意を要します。

7. グループワークの進め方

(ア) 全体進行者とファシリテータの分担

グループワークの参加者数、グループ数により異なりますが、グループ数が4以上の場合であって、不特定多数の住民が参加する場合には、会場全体の進行者とグループごとに配置されるファシリテータを用意することが効果的と考えられます。1人の進行者のみでは議論の内容や水準、進行状況の把握が困難と予想されるためです。グループごとにファシリテータを配置することにより意見交換の内容や結論の水準を一定以上に担保することが期待されます。

しかし、参加者の構成がその地域の中心的な存在でありグループワークに慣れている住民、互いに顔見知りの関係者が大半であるような場合には、ファシリテーターをグループごとに配置する必要がないこともあるでしょう。

また、グループ数が2～3の場合には、一人の進行者がファシリテートすることも考えられます。

(イ) 議論の収斂度を高める方法

議論の収斂度は、作業内容説明の明確さの程度、ファシリテーターと参加者の発信能力などの相乗作用によって異なるため、グループワークの課題については参加者に明確に理解されるよう努める必要があります。

また、ファシリテーターは、その課題について十分理解するために事前に勉強会を開催することが求められます。ファシリテーターは、参加者にとっては、問題やその問題を解決するための力量を備えた存在であり、発進能力をいかに高めていくかになります。

なお、この際には、議論や結果を一定の方向に誘導することや、そうしているかのように印象されることは避けなければなりません。

意見交換の手法は、大まかには、自由に意見を述べ合う方式と予め意見をカード等へ書き込み、それを基に意見を述べ合う方式が考えられます。自由に意見を述べ

合う方式では、散漫になり収斂することが困難となる危険があるほか、人前で発言することが苦手な参加者には苦痛になり不快感を残し、継続しての参加に消極的になってしまうことも予想されます。発言に積極的な参加者がその場を占有してしまう可能性もあります。

カード方式の場合は、そのような危険を回避するのに有効と考えられます。カードに書かれた意見を一定のテーマでグルーピングして整理していく過程が参加者の学習効果やモチベーションをあげる方法とも言えます。

なお、全体進行者やファシリテーターのとりまとめ能力によっては、収斂度が低くなるおそれがあります。これを避けるためには、グループワーク開始時に、予めグルーピング化した事項を試しに設定しておき明確に説明する方法をとれば、グループごとに配置されたファシリテーターの能力差が出にくく議論も進みやすい可能性があります。

(ウ) 意見交換の結果の発表

座談会における各グループごと、または個人の発表の機会を設ける場合には、行政や関係機関等に対する批判や要望が表明されることが予想されます。発言の自由は制約されるべきではありませんが、こうした批判や要望は座談会全体の士気を低下させる（興ざめ現象）可能性があります。座談会の参加者は予め選考しないために、不特定多数の参加が見込まれることから、特に発表の機会を設けなくても批判・要望の発言が行われる可能性も事前に視野に入れておく必要があります。こうした事態を可能な限り未然に防ぐためには、座談会開始時に「行政職員や関係者も一住民として参加している。批判的な発言をしない。参加者の誰もが不愉快にならない。」などの約束事を明示し、参加者全員で合意しておくことも一案です。

(エ) 終了後の感想の表明

座談会終了後に参加者に作業を終えての感想の発言を求める場合があるかもしれませんが、特に注意を要するのは参加者が比較的少ない場合です。この場合には、全員に感想を求める誘惑が働くかもしれませんが、この場合には、人前で話すことに不慣れであったり苦手であったりする参加者が必ず存在することを前提に、参加者が恥をかいったり不本意であったり、発言を強制されたと捉えられたりすることがないよう配慮する必要があります。参加者が「二度と参加しない」と考えるような思いをさせない配慮が求められます。

なお、通常には、参加者は積極的主体的にニーズを表明することができる住民であり、そうしたことができづらい住民にこそ深刻なニーズが潜んでいるであろうことを感じ取る姿勢が求められます。可能な限り参加者を拡大してそうした住民にも参加して欲しいと考えれば、発言しない自由の確保や穏やかな雰囲気による安心感についての配慮も必要になります。

(オ) ファシリテーターの基本姿勢

住民が集まる場所に参加する人々は、その地域で体験した様々な歴史を背負って生活しています。このため、ファシリテーターの働きかけに対して、多様な受け取り方と反応をするでしょう。ファシリテーターが参加者全員に好意をもって受け入れられるとは限らないことを前提にして臨む必要があります。ですから、参加者に働きかけた最初に文句を言われたりすることがあっても、それは地域組織化活動の「入り口に立つことができた」ことを示していると思います。

6. ケアパスの活用者

ケアパスは、住民、地域組織化活動を行う専門職・機関、介護支援専門員、サービス事業所（自宅・施設）、地域の社会資源、地域ケア会議、行政等によって活用されることが期待されます。

7. 残された課題

未だ治療薬がない中で認知症の人は増加し続けます。ここでは、ケアパスの簡素な基本構造を基に作成の際の要点を示しましたが、自治体ごとの作成推進体制や地域特性の違いにより作成手法は異なるかもしれないし、別のアイディアもあるだろうことは当然です。様々な意見もあるでしょうが、目指す最終目標は同じですから意見を集め共有し発展させていくことが重要と考えます。各自治体で、作成したケアパスに「地域共生型」の文言を入れた形でホームページに掲載し多くの関係者の参考にすることを希求します。

更に、ケアパスが普及し発展していくためには、ケアパスを作成することがどのような効果を地域にもたらしたかを示す成果指標を併せ持つ必要があります。担当者は失敗も成功も肌身で感じることはできますが、それが広がるためには可視化して公表するのも有効な手法です。本文でも述べたように住民力が高まることが重要ですが、それはあくまで過程であり、最終の目標は、認知症施策推進大綱にあるように「認知症があってもなくても共に生きる」ことで「認知症になっても長年住み慣れた自宅や地域で穏やかに暮らし続けることができるようになる」ことです。冒頭に「認知症になっても、この家でこの街で暮らし続けたいという願いは“わがまま”ですか」ということを問い続けたいと述べました。ケアパスを作成することは公的サービスと非公的支援の双方が開発・充実されることです。ですから、ケアパス作成の成果は、これらが機能することによって「どのような生活が営めているか」によって測定・可視化することができると考えます。それが当センターで開発した認知症の人の生活を測る「安寧指標」です。この安寧指標は認知症介護研究・研修東京センターのホームページに掲載されていますからご活用をお願いします。

8. 最後に

「認知症になっても、この家でこの街で暮らし続けたい、という願いは“わがまま”ですか」という問いに、「決して“わがまま”ではなく、人として普通のことです」と応えることができるようになることが重要であると考えます。

ケアパスのポイントは、公的なサービスと非公的な支援（フォーマルサービス・インフォーマルサポート）双方の均衡ある充実と結合です。しかし、非公的な支援の実現は、それなしには人間の基本的欲求を満たさないにもかかわらず、地域住民の自発的な活動に依拠するため、家族や地域の相互扶助力が衰え、利己主義が蔓延している今日では、極めて困難な取り組みと言わざるを得ません。しかし、「認知症になっても認知症の人やその家族が地域で不安なく暮らせる」ためには、住民の支援が不可欠であることはもちろん、ニーズを有しているのは住民である認知症の人やその家族自身であることからすれば、地域での支援を要する課題を解決・軽減するサービス・サポートの在り方も、ニーズを有し、それを解決するためにサービスを利用し、サポートを得る主体である認知症の人やその家族（住民）の視点で企画・実行・改善された方が良いと考えられます。

このような、住民の主体的な参画がなければ、住民の「支援の担い手」としての活動は実現できず、サービス・サポートが住民のものにはなっていきません。住民自ら、主体的にニーズ（生活上の支障克服の意欲）を発見・醸成し、住民共通の課題として認識・共有し、ニーズ解決のための担い手となっていくことを目指すのが地域包括ケアを深化・推進しつつ、地域共生社会の実現を志向する時代にふさわしいケアパスであると考えられます。

ケアパスの役割は、住民等への公的サービスの周知と活用のためのパンフレットにとどまらず、その作成過程で住民と社会資源の力を引き出していくことです。

これをご覧になる皆様は、認知症ケアに携わっておられる方々だと思います。収束が見えない現下の新型コロナウイルス感染症対策で、特に認知症の人やその家族には特別の配慮が必要な中、たいへんにお気遣いご苦心をなさっておられるのではないかと思います。皆様のご尽力に感謝の気持ちを込めながら「地域共生型の認知症ケアパス」が全国で作られることを念願しています。

この研究報告書は、当センター平成29年度運営費研究で、地域共生型認知症ケアパスの趣旨を理解しケアパスを策定する自治体をモデル地域として同30年度までの2年間にわたり実施した参与研究で、認知症ケアへの住民の主体的な参画の重要性を検討した成果とその後の研究の結果をまとめ令和2年全国生協連の助成金により実施した策定推進セミナーの結果をとりまとめたものです。

【執筆分担】

	執筆者
1. 地域共生型認知症ケアパスの定義と特徴、機能 2. ケアパスの前提 3. ケアパスの基本構造 4. ケアパス作成体制の構築 5. ケアパスの作成方法 6. ケアパスの活用者 7. 残された課題 8. 最後に	認知症介護研究・研修東京 センター 佐藤信人

【研究担当者】

認知症介護研究・研修東京センター 特任センター長補佐兼特任研修部長	○ 佐藤信人
認知症介護研究・研修東京センター 研修企画主幹	中村考一

○：研究代表者

ケアパスを作る一連の活動をととして、それに携わった方々は、実は、「ケアパスは出来上がり、活字になり印刷された冊子よりも、作成のために多くの関係者が気持ちを一つにして努力した、その作成過程にこそ大きな意味があった」ことを知るでしょう。なぜ、つくるのか、どのような活動をするのか、そのことを地域全体の喜びにすることができたのか、それが多くの地域住民の皆様的心里に刻まれたときにはじめて地域共生型ケアパスは完成します。

2019年度全国生協連グループ 社会福祉事業等助成事業
地域共生型認知症ケアパス普及事業
報告書

発行年 令和2年12月

発行者 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
東京都杉並区高井戸西1-12-1
電話：03-3334-2173（代表）