

認知症支援のための多職種連携

～マインドマップと見える事例検討会～

認知症の方が住み慣れた地域で生活を続けるためには、医療・介護・福祉だけでなく、行政や地域住民が連携してその方の支援をする必要があります。地域包括ケアにおいても多職種連携は大きな課題となっています。

「見える事例検討会」とは、支援困難な事例の新たな視点や問題の本質が見え、話の流れが俯瞰できて論点が明確になる、事例検討の「見える化」を実践し多職種で解決の糸口を見つける手法です。今回の研修会では、マインドマップの手法を活用した「見える事例検討会」を開発し、全国で展開している八森 淳氏をお迎えし、「見える事例検討会」とはどういうものかを学ぶ機会とします。

日時：平成25年6月27日（木）14:00～16:30（受付13:30～）

会場：神戸市医師会館 4階 大ホール ※詳しくは裏面の案内図をご覧ください。

講演：「認知症の多職種連携～実際につながる連携の仕方～」

講師：（社）地域医療振興協会 伊東市民病院 医師 八森 淳 氏

エィチ・ツー・オー総合研究所地域連携推進室 チーフインストラクター 社会福祉士 大友 路子 氏

「マインドマップ®」とは、イギリスの教育者トニー・ブザンによって開発された、自然な形で脳の力を引き出す思考技術で、その特徴は、真ん中に絵や言葉を置き、そこから何本かの枝を放射線状に伸ばしていき、一本一本に言葉や絵などを添えていく。

多職種による事例検討では、対象者に関するさまざまな情報が必要だが、その情報はプロフィール、病気、介護、家族状況等多岐にわたり、互いに複雑に絡み合っている情報の整理がなかなかうまくいかないが、マインドマップを用いて読み解いていくと、情報が簡単に系統だてて整理され、困難事例の対策が見えてくる。

見える事例検討会の参加者からは、「会の途中から参加しても、それまでの話の展開がすぐに把握できる」「支援する人のことが立体的に見える」「1ヵ月経ってもマップを見ただけで、どんな事例だったか思い出せる」などの感想が寄せられている。事例提供者からも、事例を客観的に見られ、自分の支援の不足している部分が参加者から指摘される前に自ら気付かされるので、支援に役立つと好評である。



参加費：無 料

定 員：200名（先着順）

お申込み：

裏面の「研修会申込用紙」に必要事項をご記入の上、FAXにて神戸市介護サービス協会事務局（裏面に記載）までお申込みください。

※今回のご案内は、同一住所地に複数の事業者がある場合には、代表して1部お届けしていますので、他の事業所の方々にもご回覧いただきますようお願いいたします。

講師プロフィール

八森 淳 氏

医師。NPO地域認知症サポートクリニック理事、日本認知症ケア学会代議員。2004年から現職。地域医療の視点から総合的な診療ができる「地域医療の専門医」の育成に携わり、認知症専門棟を含む介護老人保健施設の診療にもあたる。認知症のための地域ネットワークづくりや地域の住民ネットワークづくりのための講演や事業支援などを行っている。多職種が意見を言い合える「状況」づくりを検討する中、マインドマップにヒントを得て「見える事例検討会」を開発し、全国で展開している。

大友 路子 氏

社会福祉士、介護支援専門員、歯科衛生士。現在、フリーの社会福祉士として成年後見、地域福祉コンサルタントなどを行っているが、前は北海道から前は沖縄まで、講演、研修会などの講師として活動中。

会場案内

神戸市医師会館 4階 ホール

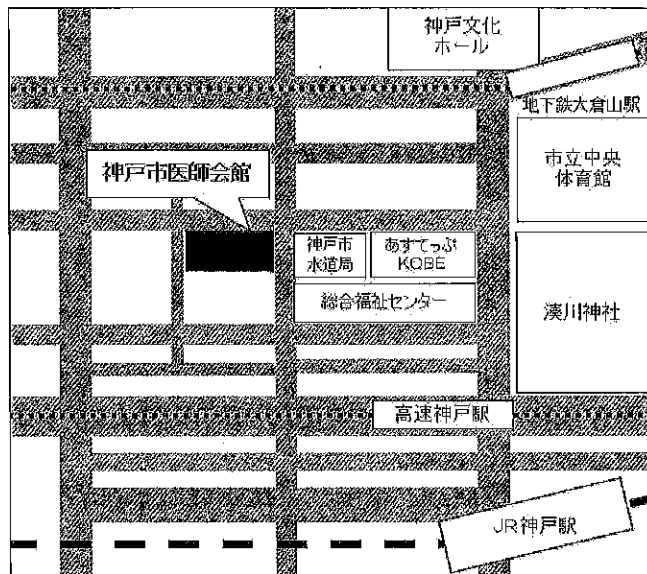
神戸市中央区橋通4-1-20

電話078-351-1410

※ 会場には駐車場がありませんので、
公共交通機関をご利用ください。

- JR・「神戸」駅から北へ徒歩10分
- 阪急・阪神・山陽「高速神戸」駅から北へ徒歩5分
- 市営地下鉄「大倉山」駅下車徒歩5分

【お申し込み・お問い合わせ先】



神戸市介護サービス協会事務局

〒651-0086 神戸市中央区磯上通3-1-32 こうべ市民福祉交流センター4階

神戸市社会福祉協議会 福祉事業2課内

電話 078-271-5326 Fax 078-271-5366

E-mail: kaigo@with-kobe.or.jp http://www.kaigo-kobe.net

平成 年 月 日

FAX (078-271-5366)

神戸市介護サービス協会 研修会申込用紙 (6月27日開催分)

【申込み事業者】

事業所名 (施設名)	
所属団体 (該当に○)	1. 神戸市老人福祉施設連盟 2. 神戸介護老人保健施設協会 3. 神戸市民間病院協会 4. 神戸市シルバーサービス事業者連絡会 5. 神戸市医師会 6. 神戸市歯科医師会 7. 神戸市薬剤師会
住 所	
電 話	
F A X	

【参加者氏名・職種】

ふりがな		職 種	
氏 名			
本研修会は、兵庫県介護支援専門員協会の研修認定に申請を予定しています。 ケアマネジャーの方で研修認定シールを希望する方は右に○を入れてください。			・ 研修認定シール希望

※申込用紙が足りない場合はコピーをお願いします。

※申込書に記載いただく個人情報については、当研修会に係る事務以外には一切使用いたしません。