

「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」平成18年4月10日 資料I-①
(認知症介護研究・研修東京センター
永田久美子主任研究主幹提出資料)

利用者本位の介護を実践する人材の養成にむけて 認知症ケアの現任研修を実施している立場からの報告

2006年4月10日

**認知症介護研究・研修東京センター
永田 久美子**

本日の報告内容の骨子

- 1. 求められる認知症ケアや人材のあり方を検討する前提として
介護福祉士が直面している
認知症の人の生活実態の特徴**
- 2. これからの認知症ケアと求められる人材育成**
- 3. 認知症ケアの人材育成の実際および成果と課題
～現任者の人材育成～**
- 4. 認知症ケアの効果的な人材育成に向けたポイント**
- 5. 認知症ケアの人材育成の課題**

1. 求められる認知症ケアや人材のあり方を検討する前提として

**介護福祉士が直面している
認知症の人の生活実態の特徴**

現在の認知症の人の生活実態

特徴1:多様化

- ・年代幅:40歳未満~100歳代
(認知症若年発症)
明治生まれから昭和40年代生まれまで
- ・ライフスタイルの個別差拡大
衣・食・住・排泄・入浴・整容他
過ごし方・余暇時間のあり方
例)アセスメント項目(センター方式)の
「聴きたい音楽」:ビートルズのイエスディ
「やりたいこと」:ネットで家族と通信したい

地域の
高齢者の
暮らしを
知ること
高齢者
介護を
越えて
個別生活
支援、
本人のエンパワ
メントへ

画一的なケアによる
△尊厳の失墜
△症状増悪・自立度低下・要介護度アップ
不適切な支援による作られた障害

尊厳の保持
症状緩和
自立度
維持・向上

現在の認知症の人の生活実態

特徴2：家族の質的な変容が大

- ・子や孫がいても距離が大→本人をよく知らない

日中独居、遠隔地介護

発見の遅れ、受け入れ困難、家族・親族内葛藤

適切な支援の困難

＊本人の代弁機能の低下

＊ケアに対する本人ニーズと家族ニーズの乖離

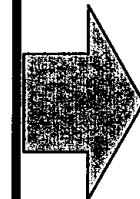
- ・単身の認知症の人の増加

- ・老夫婦二人とも認知症
ケースが増加

- ・情報量や意識が専門家
以上の家族の増加

上記の問題が先鋭化して出現
例)徘徊行方不明で警察が
保護ケースの約5%は
警察からの通報で初めて
親の認知症に直面
(03釧路調査. 永田)

例)インターネットで専門情報、ケアプラン自己作成



地域の
家族の
暮らし
を知る

抱え込まず
に地域連携
を図る

家族の力を
借りる
伸ばす



家族支援の遅れが、本人の重度化や虐待等権利侵害へ発展
家族問題と受け止めると困難ケースやトラブルが続出
→日常的な存在としてとらえる

家族と本人の安定
サービス負担軽減

現在の認知症の人の生活実態

特徴3: 地域の質的な変容が大

○ 認知症への関心の高まりの一方で

偏見、誤解の蔓延

- ・ 医療や福祉サービスの利用の遅れ
- ・ もともとある地域とのネットワークからの孤立
→ 問題の潜在化
- ・ 早々に在宅から施設へ

○ なじみの商店、生活支援機関(役所・病院、銀行他)

町並み、交通機関が激変、消失

- ・ 本人が混乱、行方不明、ひきこもり

地域の暮らしを知る

抱え込まずに地域連携を図る

地域の力を借りる伸ばす



地域での生活支援の遅れが本人の重度化や危険、権利侵害へ発展
他者による安全重視・管理の強化で本人の外出や自由(生活権)の侵害
* 認知症の人の地域生活を推進してきた認知症ケアの歴史が逆行してしまう



地域での暮らしの継続
尊厳・症状緩和
自立度の維持

社会の変化や地元のニーズにあった 人材育成が必要

限られた専門領域や固定観念にとらわれたり、
現状追従型の人材育成では

- 利用者の役に立てない
- 成功体験をもてない（よろこびや達成感がない）
- 専門家としての張り合いや誇りを持たない
- 成長意欲が伸びない
- 現行の労働条件の中で権利侵害が起こりやすい

2. これからの認知症ケアと 求められる人材育成

認知症ケアの進展の歴史 ※現状に甘んじない(あきらめない)関係者が切り拓いてきた

行政の方針／施策

国内状況

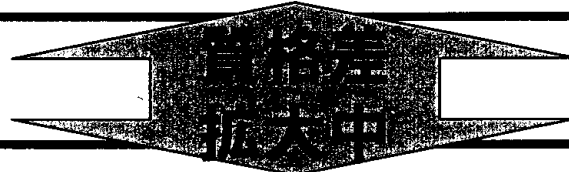
介護最前線

～1970		ケアなきケアの時代	老人医療制度の導入('72)
1970～	認知症高齢者の増加 介護問題が顕在化	問題対処型介護の時代	
1980～	老人病院／施設急増 家族の会発足	専門家本位のケアの時代 医学モデルの施設ケアから発展 ・ケア方法の模索 ・多様な集団療法 ・施設環境整備	老人精神保健対策('82) 痴呆性老人対策推進本部('86) ゴールドプラン
1990～	小規模ホームの登場	利用者本位のケアの始まり ・本人中心の新しいケア ・あたりまえの暮らしの支援 ケア職の仕事は、権利擁護の重要な一環	グループホーム制度化('97)
2000～	大規模施設のユニットケア化	利用者本位のケアの時代へ ・本人中心の地域生活支援 ・認知症ケアの標準化の方法としてグループホーム評価義務付け センター方式の開発 現場の力を活かした ケアマネジメントへ	介護保険の導入 国・3センター設置 「2015年の高齢者介護」
2005～	地域密着の地域包括ケア	多職種協働での総合的継続的ケア 町づくりと一体の支援展開	認知症への名称変更 認知症を知り地域を作る キャンペーン
2015		全自治体で利用者本位のケアの確実な実施へ	



認知症ケア現場

ケア関係者が30年以上かけて
利用者の切実なニーズに応じながら
進化させてきた地域の中での
「利用者本位のケア」
に取り組んでいる現場



- ・事業者間
- ・組織内の職員間

30年前からあまり進化のない
問題対処型、提供側本位のケア
で難渋している現場（既設、新設とも）

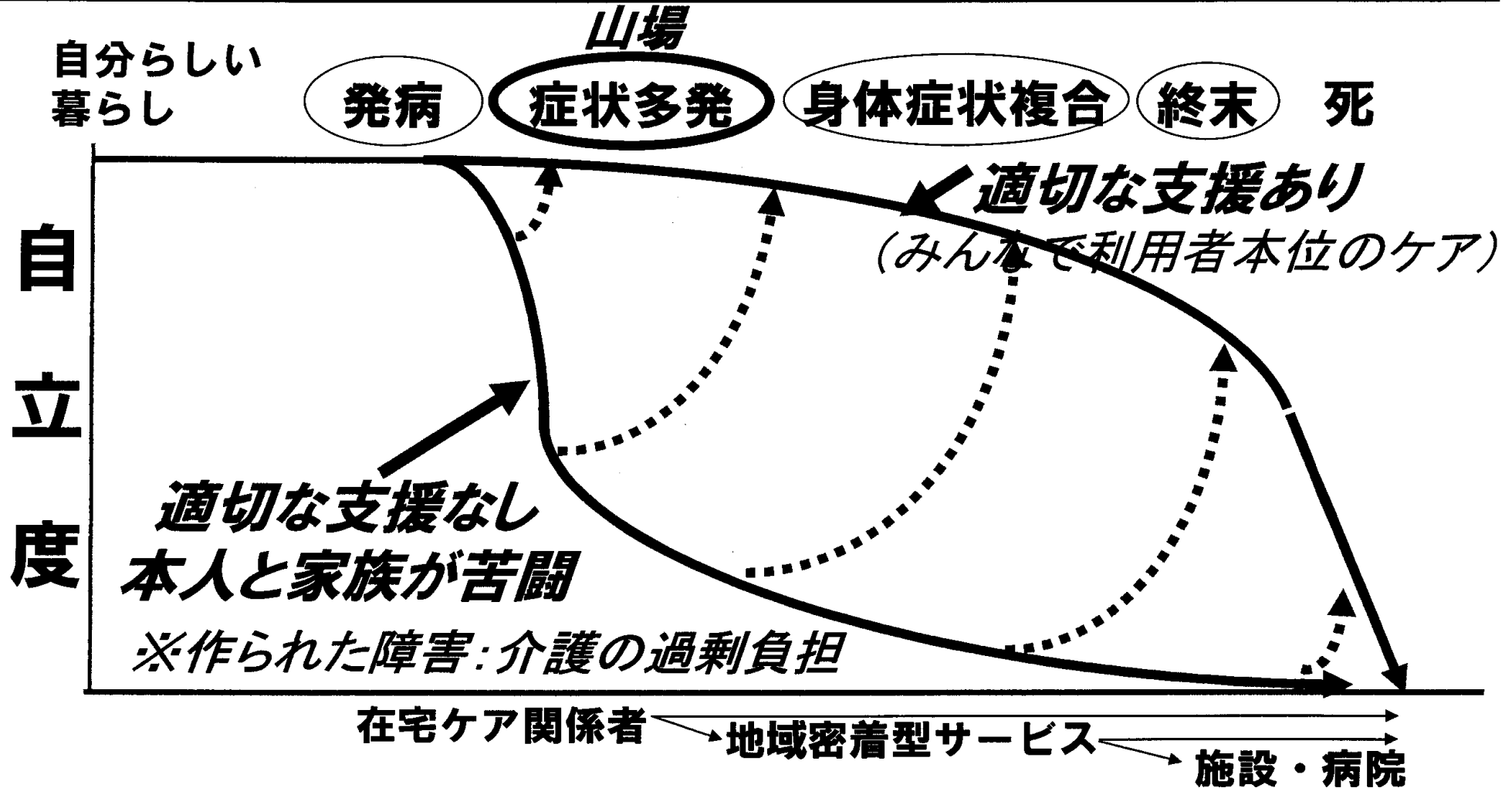
*職員のジレンマ：研修で学んだ、いいケアをしたい、
しかし、うちの職場では困難
→バーンアウト→離職

「仕事はきつかったって平気。
利用者さんにもっといいケアができるはずなのにやれない悔しさ。
やってはならないこと（権利侵害）をやらざるを得ない日常がもういや」

これからの認知症ケア

尊厳の保持をめざして利用者本位の認知症ケアの実践

利用者本位の地域包括的継続的支援により当事者・提供側双方に
大きなメリット(成果) ※不適切な支援で双方に多大な過剰負担



適切な支援の成果: 症状緩和、自立度維持/向上、介護負担軽減、介護医療コスト削減
自然な生の終焉(新しいターミナルのかたち)

尊厳の保持をめざしたこれからの認知症ケア パラダイムの転換が不可欠

～一人ひとりそして組織ぐるみ、地域ぐるみで～
★質の格差をすみやかに解消していくために

これまでの認知症ケア

問題対処、あきらめのケア

1. 家族や一部のケア職員が抱え込んでバラバラに
⇒ 成果あがらない、ダメージの増幅
2. 問題に対処するのが「ケア」周りがしてあげる介護
3. 問題は認知症のせい、しかたない
4. 認知症になると本人は何もわからない、できない
5. 本人はわからないから環境は最低でいい
6. 危険だから外には出さない
7. とりあえずその場しのぎを

これからの認知症ケア

可能性、人間性指向のケア

1. 家族や地域の人々、多様な専門職がチームで、
ひとつになって(方針、方法)
2. 認知症の人でも当然利用者本位
本人が自分らしく生ききる支援
3. 問題の多くは「作られた障害」
背景・要因をさぐり緩和や増悪防止を
4. 認知症の人でも感情や心身の力は豊かに残っている
5. 環境の力で安心と力の発揮を
なじみの環境作りが鍵
6. なじんだ地域や自然の中で
7. 初期から最期まで関係者で継続ケアを

これからの認知症ケアの実現にむけて求められる人材

これからの認知症ケア

求められる人材

可能性、人間性指向のケア
1. 家族や地域の人々、多様な専門職がチームで、ひとつになって（方針、方法）
2. 認知症の人でも当然利用者本位 本人が自分らしく生ききる支援
3. 問題の多くは「作られた障害」 背景・要因をさぐり緩和や増悪防止を
4. 認知症の人でも感情や心身の力は豊かに残っている
5. 環境の力で安心と力の発揮を なじみの環境作りが鍵
6. なじんだ地域や自然の中で
7. 初期から最期まで関係者で継続ケアを

求められるスキルと習熟のステップ	
チームアプローチ	①本人を取り巻く幅広い人材や専門職、地域の資源があることを知り、探することができる。自分がチームの一員であることを意識できる。 ②職場や地域の資源、家族と関係を作れる。 ③個別課題解決にむけた協働ができる。
利用者本位の視点 関係づくり	①本人の視点にたてる。 ②日常的に本人視点にたって新鮮に出会い、関係を作ることができる ③本人の視点にたって、本人を支える姿勢を保つことができる。
個別課題発見・解決	①目の前の問題にとらわれず、背景や要因を探る姿勢を持てる。 ②背景や要因を解決していくアイデアや方策を当事者や仲間とともに考えられる。 ③実践しモニタリングできる。
自立支援 生活を活かしたりハビリ	①目の前の本人の姿にとらわれず、本人の願いや力を見出す姿勢をもてる。 ②暮らしの中で願いや力を活かすアイデアや方策を当事者や仲間とともに考えられる。 ③実践しモニタリングできる。
環境づくり	①環境を本人の視点で感じ、見つめなおす姿勢をもてる。 ②本人にとって安心と力の発揮につながる環境作りのアイデアや方策を当事者や仲間とともに考えられる。 ③実践しモニタリングできる。
地域生活支援	①本人にとっての地域や自然を見つめる姿勢をもてる。 ②本人が自己資源を活かしながら地域や自然に触れながら暮らすあり方のアイデアや方策を当事者や仲間とともに考えられる。 ③実践しモニタリングできる。
ステージアプローチ	①本人の生きてきた歩み(生活史)に敬意を払い、越し方、行く末を見つめている姿勢をもてる。 ②経過を振り返り作られた障害の緩和策を仲間とともに考えられる。また今後を予想し、増悪予防策を当事者や仲間とともに考えられる。 ③実践しモニタリングできる。 居所移動が生じる場合は、情報やケアの工夫のバトンタッチを行える。

※日々の取り組みがケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン、実践、モニタリングの重要な一部)

認知症ケアで求められている質・人材育成

現在、急速に各方面からあがっている
認知症ケアの質の確保の要請は
地域での暮らしの現状・変化を反映

「認知症ケア一般」ではなくこれからの認知症ケア
（地元の認知症の人と家族の個別の生活支援）
をめざした具体的実践力をもつ人材育成が不可欠

ケアの基盤として認知症の人の権利擁護や
ケア者の倫理、理念について学び、
自分たちで考えることが必須

（資料1「利用者の権利、倫理」参照）

*権利侵害の放置、加担者になりかねない危険を常に孕む
そうした事態に流されずに変えていく意識と方法を学ぶ

**3. 認知症ケアの人材育成の実際
および成果と課題
～現任者の人材育成～**

認知症介護研修体系

認知症介護研究・研修3センターを拠点とした

3-1) 現任者の研修ネットワーク

○2001年度からスタート

※資料2参照

○3センターと指導者、実務者の学びあいのサイクル

3センター→認知症介護指導者研修

都道府県等の推薦者年3名枠

(指導者:2005年度末で計 776人)

指導者が各都道府県で実践研修を展開

*現場の変化に対応して2005年度カリキュラム改正

(1) 基礎研修 → 実践者研修 (2005年度末で約50,000人)

(2) リーダー研修 → 実践リーダー研修 (2005年度末で約10,000人)

標準カリキュラム

※資料3参照

3-2)センター方式地域推進員ネットワーク

認知症の人本位の継続的な地域包括ケアが具体的に実践されていくことを推進していくために、認知症ケアの標準方法として作られた認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式を活用しながら認知症ケアを推進していく人材のネットワーク

東京センター→地域推進員研修 2005年度スタート

対象：認知症介護指導者および

都道府県のケアマネ組織から推薦された

ケアマネジメントリーダー等

(2005年度末で全国で404人)

※資料3参照

対象ケース数及び事業者数

■ケース数(居宅269名、入居196名=居住系サービス)

ケース数	介護予防対象者	介護保険利用者						
		小計	要介護度					5
			要支援	1	2	3	4	
465	24	441	3	61	92	117	101	67

■事業者数(サービス種別毎)

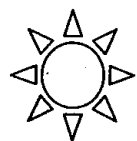
事業者数	居宅サービス										
	小計	地域・予防	居宅介護支援	訪問介護	訪問看護・リハビリ	通所介護	通所リハビリ・重度痴呆ケア	福祉用具貸与・住宅改修	短期入所	ケアハウス	在宅その他(主治医含む)
889	693	20	243	94	31	138	38	6	73	2	47
	居住系サービス										
	小計	グループホーム		介護老人保健施設		介護老人福祉施設		介護療養型医療施設			
196	30		65		83		18				

センター方式基礎研修(6時間)の成果

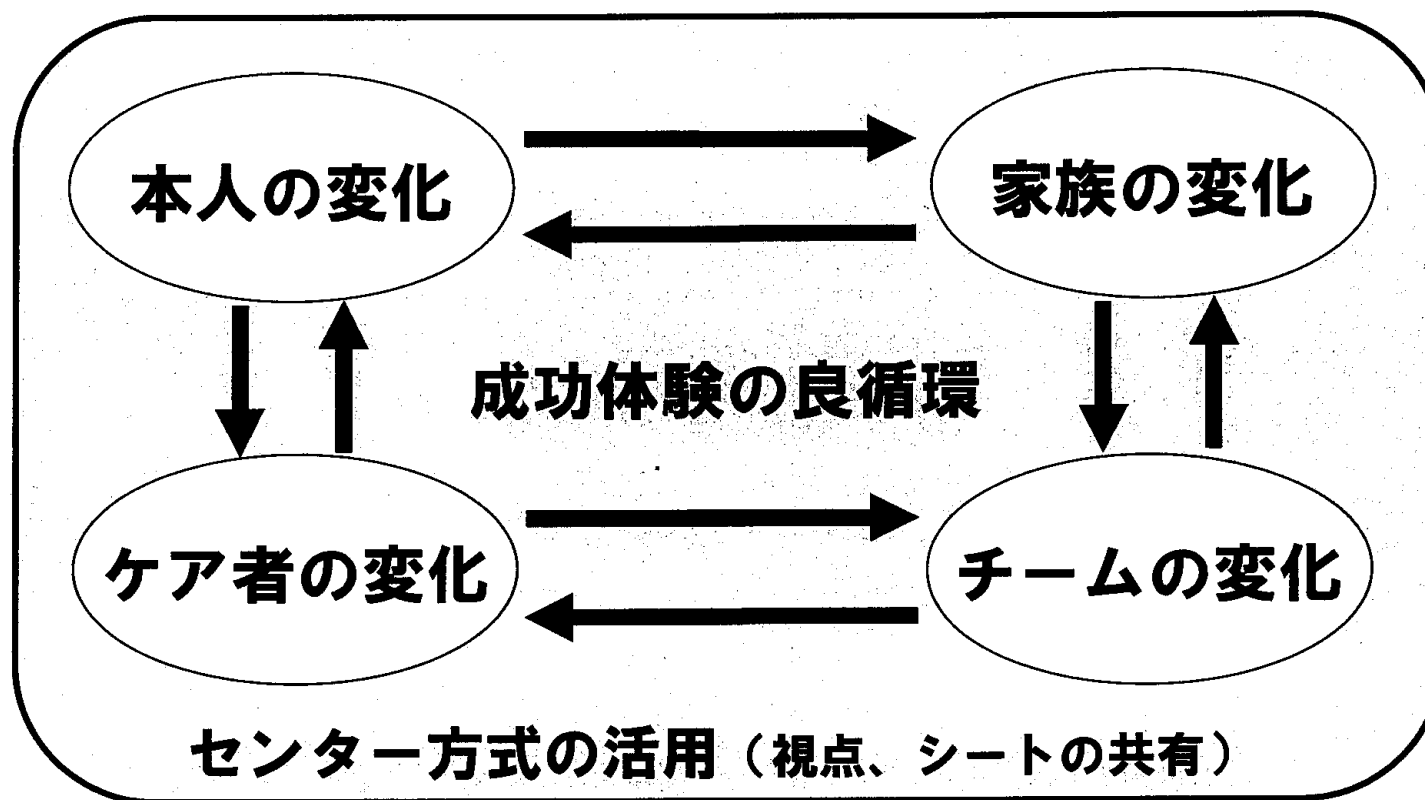
受講後4か月間センター方式を活用したケースの変化

平成16年度 対象者465名

本人の表情が生き生きする場面が増えた。 46.8%	担当者と家族との距離が縮まった(信頼関係が深まった)。 37.6%	本人についてよく理解するようになり、観察内容が深まった。 77.1%	ケア関係者が本人の願いや意向について一緒に考えることができるようになった、あるいは増えた。 58.3%
本人が安心した様子で過ごせる時間や場面が増えた。 44.5%	担当者への情報提供が増えた。 37.1%	本人との対話や接触の機会・時間が増えた(利用者の話を聞く、一緒にいる時間が増えた)。 62.4%	ケア関係者間でケアの手がかりになる情報発信・情報共有が進んだ。 49.9%
本人がその人らしい会話や振る舞いを現す場ができたあるいは増えた。 41.0%	認知症の症状・状態に対する理解が深まった。 34.7%	本人の認知症の症状・状態に対する理解が深まった。 57.7%	ケア関係者のアセスメントの視点・方針が共有化され、チームでの取り組み意識が強まった。 49.9%
本人が接したり見守ってもらえる人が増えた。 29.8%	本人の思いや本人側の視点で見られるようになってきた。 28.3%	本人の生活歴等を知り、本人の言動の理解や受け止めができるようになった。 55.1%	ケア関係者が問題点にのみとらわれずに、本人の可能性について一緒に考えることができるようになった。 47.5%
以前はしていなかったが自分でやる場面ができたあるいは増えた。 28.9%	本人の認知症の症状・状態について受容できるようになってきた。 24.3%	課題・問題解決志向ではなく、本人のもつ可能性やその人らしさを見るようになった。 54.2%	ケア関係者が表面的なことのみではなく、背景を踏まえて考えるようになった。 43.5%



**センター方式に取り組んだことで
成功体験の良循環が生まれてきます。**



※ 特に症状が激しいケース、虐待ケース、居所移動によるダメージの危険が高いケース等で、関係者に良循環が生まれ、改善効果が大きいことが確認されています。

センター方式を使ったケースの家族の声

在宅でご家族が介護中

- 介護ばかりでなく、本人が何をしようとしているのか汲み取ってやらなければということが理解できた。腹を立ててはいけない、わかっているけど、つい、本人を怒ることに気づいた。(77歳 妻)
- 私が文書を作成して行く時に母の小さなころの生い立ちを叔母達から聞いたり、本人から要望をきいたりしてゆく中で、より母のことを知ることができ、少し気持ちに幅ができたような気がします。(48歳 娘)
- 今まで抱えていた不安など心の負担が軽減され、又皆様の配慮を心強く感じました。これからも介護という長い道のりを歩んでいきますが、明かりを照らしていただいた気持ちです。(38歳 娘)
- 義母のここ2、3年の変化について、改めて確認できました。その上で本人の身になり、しっかりした介護ができればよいと考えさせられました。(52歳 嫁)
- 認知症についての理解が更に深まりました。認知症になっても残された能力はたくさんあるので、その人らしく生きるにはどうしたら良いかなど考える機会になりました。(57歳 嫁)
- もうイヤ、辛い、大変と思いますが、実はそのことに本人の力が残されているのだと気づきました。(57歳 嫁)

ご本人が施設に入所中

- 本人(入居者、妻)の自立心を高めることを主眼、目標に介護してもらい、現在おどろく程自分自身で身の回りの事ができるようになり感謝しております。(76歳 夫)
- 介護者側でなく、本人の視点で見つめることのできるアセスメントであり、本人の意思、意向等をしっかりとらせることができ、将来の介護のあり方にも改めて気づく機会になり、非常に良いプランを作成できたので、在宅も施設入所者も共にアセスメントをこのセンター方式で作成して欲しい。(20歳 介護職の家族)
- 家族がケアマネジャーさんやスタッフの方達と話し合う機会が持てた事がとても良かったです。(60歳 娘)
- これまで認知症に対しての理解を誤認して捉えられていた為、不穏症状が生じた時スタッフ全員が身構えるという精神症状に陥った事が、認知症の者に以心伝心として伝わり、不安に陥ったり、その雰囲気異常と捉えた為に症状を増幅させていると感じていたが、センター方式をとおして認知症に対する取り組み方を変えて頂くようになってから、本人は落ち着いている様に見受けられます。ぜひ、どこの施設でもこの取り組みに参加してもらい、手のかかる邪魔者を排除する傾向に歯止めをかけていただきたいです。(53歳 娘)

センター方式シートをケア関係者や家族が 医師に渡したことによる成果

シートの活用によりケア関係者と医療職の協働と信頼関係が具体的に生み出されていく。

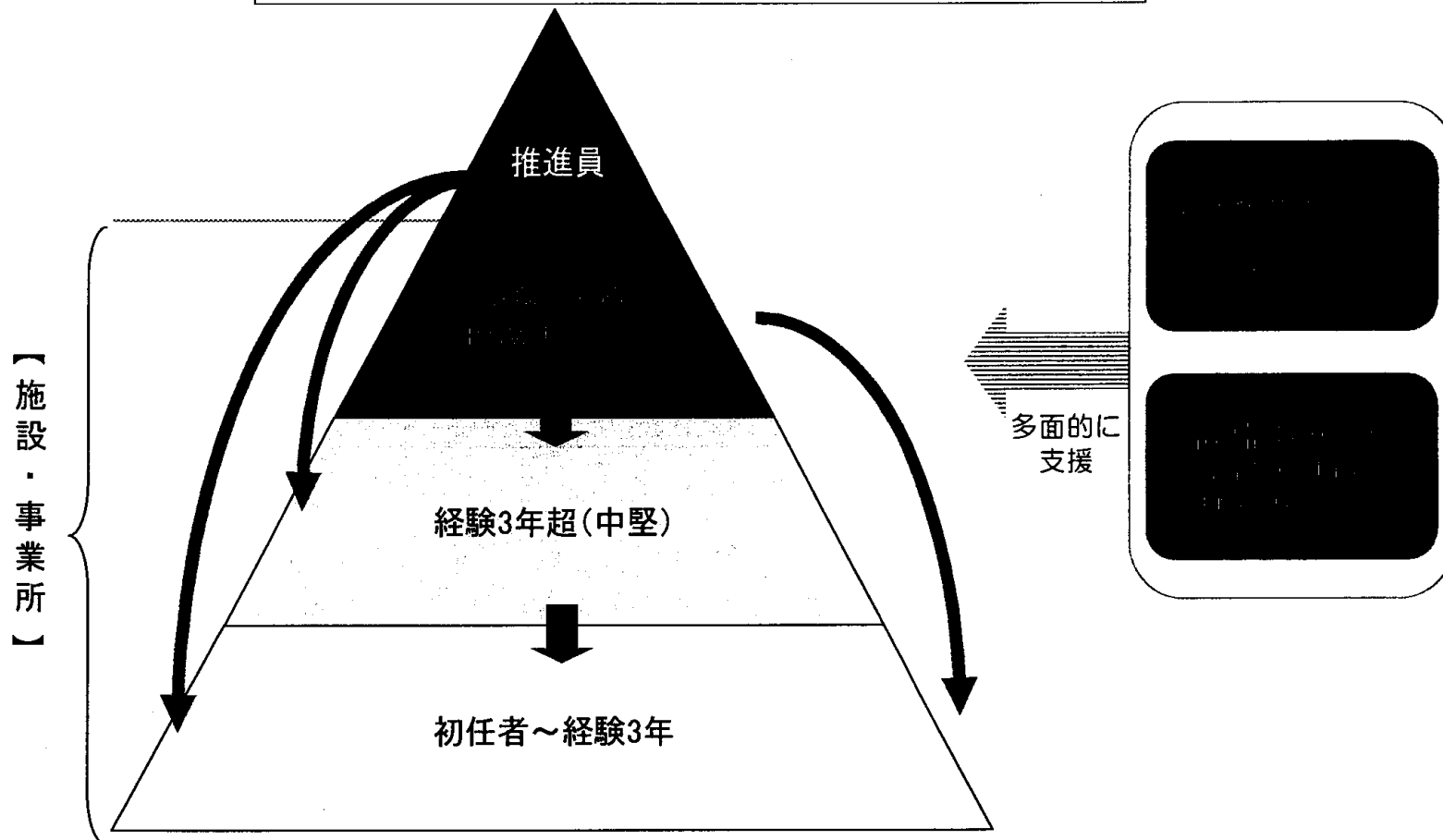
家族やケアマネジャー、ケアスタッフからシートを通して得られる情報		シートを利用しての活用例
D-3 生活リズム・パターンシート	※睡眠パターン、排泄パターンがつかめる。 ※食事・水分量、転倒等のリスクがつかめる	○状態の見極め、服薬調整 ○変化やリスクの早期発見 ○検査・治療、手術を安定して受けられるための個別対応策
D-4 24時間生活変化シート	※1日の状態の変動や1日の過ごし方がわかる ※変動の影響要因に関連する情報が得られる	○パターンシートでふだんの排泄の実態を医師に伝える→失禁タイプの見極め →医師とケア者・家族が方針をそろえて対応 →失禁の解消 ○当事者やケア関係者への具体的な助言 ○かかりつけ医意見書作成の参考資料
A-3 療養シート	※本人の受療や服薬の全体状況がわかる	○入院・入所のリロケーションダメージを防ぐための情報提供 ○本人と家族が安心して外来受診や往診を受けられるための時間決めや環境づくり
A-2 自立度経過シート	※認知症や自立度の経過がわかる ※経過の影響因子に関する情報が得られる	○経過全体の把握、認知症のステージの見極めの参考資料、方針決定の参考資料
C-1-2 姿と気持ちシート	※本人の思いや悩み、願いがわかる ※今の姿が見える	○本人や家族の困りごと、願いや要望の把握 ○当事者本位の治療やケアの方針の決定 ○介護保険サービス等の紹介・助言
B-1 家族シート	※家族・親族の思いや悩み、要望、願いがわかる	★ターミナルのあり方を本人本位に家族とケア者で支援できた、看取りの満足。

参考 ■「認知症の人のためのセンター方式の使い方・活かし方」中央法規、2005 ■ホームページ「いつどこネット」<http://www.itsu-doko.net/>

参考

自治体単位で人材育成にセンター方式を活用した例 (専門学校とタイアップして実施)

品川区認知症ケア専門研修体系



➡ : 指導・育成

認知症ケア専門コースの体系(受講対象者、習得する能力)

