

博 士 論 文

日本における認知症介護の
スーパービジョンシステムに関する研究
—デンマークでの取り組みを踏まえて—

Study on Organizing of the Supervision
for Dementia Care in Japan
—Based on Practice Achievements in
Denmark—

2013年度

日本福祉大学大学院
福祉社会開発研究科
社会福祉学専攻博士課程

学籍番号: 08DA0028

氏 名: 汲田千賀子

論文要旨

◆論文題目

日本における認知症介護のスーパービジョンシステムに関する研究
ーデンマークでの取り組みを踏まえてー

◆要 旨

1. 本論文の目的

本研究の目的は、日本における認知症介護のスーパービジョンシステム構築のための課題を抽出するために、デンマークで成果を収めている「デリバリースーパービジョンシステム」の仕組みを踏まえた分析枠組みを用いて、日本の現状を分析し到達点と課題を明らかにすることである。

2. 本研究の枠組み

本研究では、スーパービジョンをすでにシステム化しているデンマークの実績に根差し、「デリバリースーパービジョンシステム」の構成要素を明らかにし、その要素に応じて、日本の分析枠組みを設定する。デンマークにおけるデリバリースーパービジョンシステムからは、A：階層別現任教育の充実、B：スーパーバイザーの養成、C：介護現場へのデリバリースーパービジョンの展開、の3つの要素が抽出され、しかもそれらが市町村自治体の運営管理のもとに、循環的に結合していることが判明している。

そこで、システムの3要素、運営管理、循環的な機能といった3つの視点から、日本の認知症介護のデリバリースーパービジョンシステム（厳密には、デリバリースーパービジョン事業にとどまっている）を分析する。

3. 各章の概要

第1章では、デンマークのデリバリースーパービジョンシステムを成り立たせている一つである、介護職養成について整理した。その結果、3点の特徴が見られた。第一に、認知症介護の職層別教育の整備と充実である。デンマークでは、専門職化を進めていくために、介護を業務独占とした。第二に、介護職員を指導でき、なおかつ認知症介護を包括的に見ることのできる中核となる人材として「認知症コーディネーター」制度を創設し、その養成をしてきた。第三に、介護現場で起こる介護困難な状況に対応するスーパービジョンシステムを整えた。介護現場では、様々な工夫をしてもなお、介護困難な状況が続いた場合には、自治体の認知症コーディネーターにスーパーバイズを要請する。このように、循環していく仕組みを自治体単位で作っていた。

第2章では、デンマークのデリバリースーパービジョンにおける認知症コーディネーターの役割について、スヴェンボーの認知症ユニットに勤務するスーパーバイザー（社会保健助士）とスーパーバイザーへのインタビューから明らかにした。そこから、日本が着目すべき認知症コーディネーターの役割を2点挙げた。一つ目は、課題解決と職員のスキルアップを視野に入れた認知症コーディネーターの関わりである。デリバリースーパービジョンは、単に高い能力を持った認知症コーディネーターが課題を解決するための一助となっているだけではなく、これまで介護職員が学んできたであろう知識を実践場面で再確認し、実践に活かしていくことを促しているものであった。このことは、職員のスキルアップにつながっていると考えられた。二つ目は、認知症コーディネーターが即応性・継続性をもって関与するということである。デリバリースーパービジョンでは、必要即応性が担保されている。また、一定期間を経てモニタリングが行われる。このことにより、課題になっていることを一つずつ解決しながら介護職員たちは実践力をつけていくことができるのである。

第3章では、日本の認知症介護を担う介護職の現任教育について、特に都道府県が中心となっ
て行われてきた研修の歴史と制度化について明らかにした。日本で認知症の現任教育が始まったのは、1984年に遡る。それ以降、都道府県が単位となった研修は形を変えながら継続されており、

段階的な研修が整備された。しかし、以下のような課題が明らかとなった。

一つ目は、認知症介護実践者研修・実践リーダー研修においてそのフォローアップ研修制度が必ずしも確立されていないという点である。介護現場で働く者にとって継続的な学びは欠かせないものであることから、継続的なフォローアップは必要である。二つ目は、実践リーダー研修における「リーダー養成」の困難さである。実践リーダー研修のカリキュラムでは、スーパービジョン・コーチングといった具体的手法を学び人材育成について理解する講義・演習があるが、実際の研修生の学びは「個人のスキルアップ」や「認知症介護に関する再確認」といったことに留まっていた。三つ目には、在宅介護事業所に勤務する職員をも含めた研修の機会と参加促進である。認知症介護実践者等研修は、連続した研修であるため職員数が少ない事業所の職員の参加が極めて難しいのが現状である。

第4章では、認知症介護研究・研修大府センターの事例を取り上げ、認知症介護者養成研修の概要を整理し、指導者の役割とスーパービジョンへの取り組み状況を明らかにした。研修カリキュラムでは、特に、「講師養成」という側面が強調されており、スーパーバイザーを養成する研修としては十分ではない。その結果、研修生がスーパーバイザーとしての役割を担いきれていない現状があり、役割の遂行については課題が見られた。そこで、スーパーバイザーとして活躍しうる人材育成について、①講義ができる人材育成から俯瞰力の形成に重視した研修への転換、②評価されにくい固有の人間関係の中でエンパワメントを促すスーパービジョンができること、③ソーシャルワークスーパービジョンではない介護のスーパービジョンの展開ができることの3点が重要であると述べた。

第5章では、スーパーバイザーが事業所を訪問して行うデリバリー型のスーパービジョンに着目し、日本の4事例を取り上げた。「認知症ケア高度化推進事業」の一環で行われた「個別訪問相談援助事業」では、全国1ヵ所で派遣申請を受けていたため、即応性に欠ける結果となった。一方で、滋賀県では独自に「現地相談事業」を開始した。認知症介護指導者の中から「認知症ケアアドバイザー」制度を作り、スーパーバイザー養成を行う一方で、要請のあった介護現場でスーパービジョンを展開している。熊本県では、2012年度から「認知症ケア・アドバイザー」として認知症介護指導者を希望のある法人に派遣し、研修または認知症ケアマッピングを行っている。京都府では、複数の社会福祉法人のグループ化が行われ、共通の拠点を整備し、スーパーバイザーを配置し、毎週グループ化された法人を巡回するという取り組みがなされている。これらの先進的な取り組みの中でも県が中心となり本研究の枠組みの要素が含まれて、それらの関連がみられる滋賀県の取り組みを本研究では取り上げることとした。

第6章では、「現地相談事業」を実際に受けた特別養護老人ホームS園の事例を取り上げスーパービジョンのプロセスを「現場からの課題」、「スーパーバイザーの課題の整理・助言」、「職員の気づき」、「次の課題設定」という枠組みで整理し分析した。「現地相談事業」の現場への効果は、個人への作用、フロアへの作用、そして組織全体への波及という3つの局面でみられた。スーパービジョンを受けたフロアは、自分たちの取り組みの有用性を実感すると、別の部署と連携したり、同じ取り組みを展開することを持ち掛け、組織全体を変えていこうとしていた。一つのフロアで始まった取り組みは、やがて業務改善などにも波及していった。また、職層や勤務形態に制限されないスーパービジョンの機会が確保されやすいのがデリバリー型の特徴であることから、多くの職員が受けることが可能なため、組織全体に波及することは必至であり、個人レベルでの作用でとどまっていることが懸念されていた研修会とは異なっていた。

4. 本研究の到達点と課題

デリバリースーパービジョンの構成要素をシステムとして捉えた場合の日本の到達点を、次のように結論づけた。

日本では、Aにあたる認知症介護実践者研修・実践リーダー研修や、Bの認知症介護指導者養成研修といった研修制度を整備してきた。これよりAからBへのステップアップの道筋は描かれ、AからBへの相互のつながりは機能している。

しかしながら、A・BからCへの道筋が立っていない現状も明らかになった。その背景には、都道府県が認知症介護へのイニシアチブをとることへの意識に差がみられることがある。認知症介護指導者養成研修は2009年度以降、財源が地方交付税となった。認知症介護研究・研修大府センターが管轄する都道府県において言えば、多くの都道府県は今なお、国庫補助金事業であったときと変わらない予算を計上し人材育成に充てている。

B の養成について言えば，どう都道府県が判断するのが鍵となり，それなしにはCは展開されない．その結果は，CによるAの機能の一部を担うという循環的な仕組みも形成されないことに波及する．

本研究では，先駆的实践を分析することにより，Bを強化していくことが当面の課題であることが明らかとなった．そのためには，本研究で得た知見を認知症介護指導者養成研修の教材開発へ反映させていくこと，フォローアップ研修のカリキュラムの横だし事業としてスーパービジョンを強化するプログラム開発が必要である．また，B の養成をより明確化するために，現行の研修を「研修講師育成」と「スーパーバイザー養成」に二分し，認知症介護指導者の役割として目指すものを分けていくという方法も考えられる．

さらに，A・B・Cの循環を作りだそうという動きは端緒についたばかりである．これは，都道府県がイニシアチブをとることなしにはうまくいかない．そこで，厚生労働省管轄の研究機関である，認知症介護研究・研修センターがバックアップしていくことの必要性が示唆された．今後，デリバリースーパービジョンの効果測定やモデル事業の提案も必要となる．

目 次

序 章 本研究の背景と課題

第1節 本研究の背景と目的・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1. 本研究の社会的背景	
2. 研究の動機	
3. 研究の目的と分析枠組み	
4. デンマークの枠組みを用いて分析する際の用語上の留意点	
5. 研究の方法	
第2節 本論文の構成・・・・・・・・・・・・・・・・	12

第1章 デンマークにおける認知症介護のスーパービジョンシステム ー日本のスーパービジョン事業の分析枠組みの設定

第1節 デンマークの認知症介護のスーパービジョンシステム	17
1. デンマークの介護職養成の変遷と現状	
2. 認知症介護の現任教育の実際と自治体	
3. デリバリースーパービジョンと認知症コーディネーターの役割	
4. デリバリースーパービジョンシステムの構築までのプロセス	
第2節 日本の認知症介護におけるスーパービジョン事業の分析枠組み.....	32
1. デンマークの認知症介護のスーパービジョンシステムからの知見	
2. 日本における認知症介護のスーパービジョンシステムの分析枠組み	

第2章 デンマークのデリバリースーパービジョンにおける認知症コーディネーターの 役割

第1節 デリバリースーパービジョンの取り組みースーパーバイザーからみる 認知症コーディネーターの役割	37
1. スヴェンボーの概要	
2. 目的および方法	
3. 結果および考察	
第2節 スーパーバイザーからみるデリバリースーパービジョンの実際.....	46
1. 目的と対象および方法	
2. デリバリースーパービジョンを展開した具体的事例	
3. 認知症コーディネーターが目指すデリバリースーパービジョン	
4. 訪問が複数回実施されることの意味ーデリバリースーパービジョンの条件	
第3節 考察 ー日本を分析する上で着目する認知症コーディネーターの役割	54

第3章 認知症介護を担う介護職の現任教育の制度化とその現状

第1節 認知症介護に関する養成研修の歴史と養成研修事業の制度化.....	57
1. 認知症介護に関する養成研修の歴史と養成研修事業の成り立ち	
2. 職能団体および民間事業者による認知症研修の現状	

第2節	認知症介護指導者養成研修の現状・・・・・・・・・・・・・・・・	73
1.	認知症介護指導者養成研修事業の成り立ち	
2.	認知症介護指導者養成研修受講者の推移	
第3節	認知症介護実践現場における現任教育の実際と課題・・・・・・・・	77
1.	調査概要	
2.	結果	
3.	小括	
第4節	考察　－認知症介護実践現場における現任教育の課題・・・・・・・・	82

第4章 認知症介護指導者養成研修事業と研修修了者の現状分析

－認知症介護研究・研修大府センターの事例から

第1節	大府センターにおける認知症介護指導者養成研修事業の現状・・・・・・・・	86
1.	大府センターの概要	
2.	認知症介護指導者の養成研修カリキュラム	
第2節	認知症介護指導者のスーパーバイザーとしての役割の現状・・・・・・・・	94
1.	認知症介護指導者に求められる役割	
2.	スーパーバイザーとしての実態	
3.	小括	
第3節	考察　－カリキュラムの改善に向けて・・・・・・・・・・・・・・・・	99

第5章 日本の認知症介護におけるデリバリースーパービジョンの先行する取り組み

第1節	認知症ケア高度化推進事業における「個別訪問相談援助事業」の取り組み	102
1.	「個別訪問相談援助事業」の成り立ち	
2.	認知症ケア援助者からみる「個別訪問相談援助事業」の意義と課題	
3.	事業所からみる「個別訪問相談援助事業」の意義	
4.	考察－デリバリー型の相談援助の必要性和その限界	
第2節	都道府県レベルでの先行する取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・	112
1.	滋賀県における認知症介護の「現地相談事業」	
2.	熊本県における「認知症ケア・アドバイザー派遣事業」	
3.	京都府における「社会福祉法人のグループ化事業」	
4.	滋賀県の「現地相談事業」を分析対象とする理由	

第6章 滋賀県における認知症介護の「現地相談事業」の実際と到達点

第1節	滋賀県における認知症介護の「現地相談事業」の仕組み・・・・・・・・	119
1.	滋賀県における認知症介護研修の現状	
2.	滋賀県における認知症介護の「現地相談事業」の仕組み	
第2節	「現地相談事業」を担う認知症介護指導者へのインタビュー調査・・・	129
1.	目的	
2.	対象と方法	
3.	結果と考察	

序 章 本研究の背景と課題

第1節 本研究の背景と目的

1. 本研究の社会的背景

1) 認知症介護の質向上への課題

認知症介護は、高齢者介護全般のなかでも、より高度な専門性を要求されている。このことは、厚生労働省私的研究会「2015年の高齢者介護」や2012年厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」の報告でも述べられており、研修制度の充実などが課題に掲げられているところである。

厚生労働省は、全国に日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者が280万人と発表し、そのうち施設サービス利用者は77万人にのぼると報告しているⁱ。入所施設サービスを利用している高齢者のうち約90%になんらかの認知症の症状がみられるⁱⁱ中で、認知症介護はもはや特別なものではなく、高齢者介護の中核をなすものと言っても過言ではない（厚生労働省：2010）。そのため、「2015年の高齢者介護」では認知症介護を“ケアの標準”とすることを謳ってきた。認知症高齢者を専門的に介護する「認知症対応型共同生活介護」（以下、グループホームと記す）の事業所数も10,617カ所（2011年5月現在）ⁱⁱⁱとなり、課題はサービスの量から質へと変化している。

高齢者施設の介護の質向上の取り組みとしてこれまで施設で行われてきたものは、大きく4つに分類することができる。一つ目は施設整備、施設運営指針といった全国統一の方針を国が提示してきたことである。特に、老人福祉法制定後の特別養護老人ホームなどの設置にあたっては、全国どこでも提供されるサービスの種類や回数などの頻度に差異がないように設置基準を定め、スタンダードを作ってきた。

二つ目は介護福祉士などの専門職員の養成と配置を行ってきたことである。1987年に国家資格として介護福祉士が誕生し、以後多くの介護人材を輩出してきた。しかしながら、資格制度を確立してきた一方で、現在の介護現場における職員構成は必ずしも介護福祉士だけではない。介護保険サービス上の入所施設に勤務する2,587人の労働者のうち、介護福祉士の資格を保持しているものが57.2%、ホームヘルパー2級が40%、介護職員基礎研修を修了しているものが2.4%、資格なしが5.3%であるという。また、このうち介護福祉士の資格を持たないものに今後の受験予定について尋ねた項では、はいと回答したのが24.6%、いいえと回答したのが73.3%であった（介護労働安定センター：2011）。このことから、今後も介護福祉士だけではなく多様な人材が雇用されいく現状は変わらず、介護職員が受けてきた基礎教育に差異が生じ続けることが予想される。このような状況の中、2000年には認知症介護に関して都道府県単位でその研修が制

度化されてきた。認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修は、職種や資格による受講要件を設定せず、認知症介護に携わっていることを条件として受講できる研修として幅広い層を対象とした現任教育という点に特徴がある。

三つ目は、福祉サービスの第三者評価事業をはじめとする質の評価の制度化である。介護保険制度が導入されて以降、介護サービス情報の公開制度、第三者評価、苦情処理が制度化され、これまでの監査と同様に介護の質担保に向けたシステムがその一翼を担っている。認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）では、第三者評価事業を義務化しており、認知機能が低下し自らニーズや要求を訴えることが難しくなる認知症高齢者が、適切な介護を受けられているかを第三者が確認する仕組みが取り入れられている。

しかし、第三者評価は、「最適基準を目標とした、ケア提供者の自主的な取り組みに基づく評価である」（永田 2009:51）ことから、提供者側の意識に大いに左右されることになる。また、苦情解決は、介護サービスを提供する側の自主改善努力を促すことによって質向上を目指す仕組みであり、権利擁護の立場から利用者の保護、提供されていたサービスの質の維持・向上するためのサービスの質を確認するものである。よって、サービスの質を改善するための指導や助言などが行われ、裁断的な判断は行われない。両者は、当事者の自主性、あるいは、自主的努力に委ねるソフトな手法である（永田：2009：62）。このように、いずれもサービス提供者側の意識が大いに影響するため、質向上の要とは必ずしも言い難い。

四つ目は、施設内外で行われる研修、委員会活動、自主グループでの勉強会の開催といった独自の活動などである。事業所によっては、フロアごとに取り組む課題を定め、実践研究を行い施設内外で報告をしているところもある。近年では、認知症専門ケア加算の算定条件として、認知症介護実践リーダー研修修了者、または認知症介護指導者の在籍する施設がその対象となった^{iv}ことから、これらの研修ニーズも高まってきている。また、介護現場で活用できるツールの開発も進んでおり、「センター方式」^vや「ひとときシート」^{vi}といった介護職員の視点を変えて認知症高齢者を理解し、日々の介護に活かしていくために取り入れられ、多くの介護現場で利用されている。さらに、認知機能が低下している高齢者とのコミュニケーションやニーズを把握する方法として「バリデーション」^{vii}や「タクティールケア」^{viii}という方法も導入され国内での研修会も積極的に行われている。認知症の人を中心に考える「パーソン・センタード・ケア」^{ix}の理念をもとに考案された「認知症ケアマッピング」^xでは、施設に入居している認知症高齢者の状況を6時間連続記録し、どのようなケアを受けているのか、本人の状態はどうであるのかの概略をつかむことができる方法として注目されている。

社会福祉法第 89 条第 1 項の規程で策定された「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」（「福祉人材指針」平成 5 年 4 月 14 日、厚生省告示第 116 号）の第二項二では、「（職員の）資質向上」が謳われており、「OJT（On-job-Training）」「OFF-JT」「SDS（Self・development-system）」の必要性が述べられている。福祉職員研修テキスト（2011：92）では、「3つを相互補完的に位置

付けて総合的に推進していくこと」が重要だと述べている。また同書(2011:95)では、OJTの基本定義を「上司や先輩が、部下や後輩に対して、職務を通じて、職務に必要な態度・価値観、知識・情報、技術・技能等を指導育成するすべての活動」としており、OJTが福祉現場での質向上の一番の要と位置付けている。介護分野では、法人による人材育成は重要でないとの誤解も少なくない。しかし、社会的資格を保有していても、継続的な能力開発が不可欠である。社会的資格は、仕事に求められる職業能力の最低水準の開発可能性を担保するものであり、その可能性を具体的にするためには職業能力の開発が必要となる(佐藤:2008)。

実際には、特別養護老人ホーム(以下、特養と記す)などの大規模な事業所では、職員数も多いため定期的な研修が可能であり、なおかつ職場を離れての集合研修(OFF-JT)などへの参加が容易であることが多い。一方で、グループホームなど職員数が少ない事業所では組織的、定期的にそれらを行っていくことが難しい現状もある。しかし、ホームヘルパー養成講座におけるヘルパー取得者、あるいは全く教育・訓練を受けていない介護職員が勤務しているのが現場の実態であり、事業所の規模によっては研修会開催や参加状況に差異がある。これらのことから、人材育成に向けたこれまでにない方法が必要になっていることも確かであり、OJTの新たな展開が求められている。

そこで、上記に述べた4つの中でも特にOJTに注目し、介護現場で起こることに対して、総合的にサポートする人材が必要となっており、スーパーバイザーへの期待がかかっている。しかしながら、事業所内でこのような人材を確保していくことは極めて難しい状況である。

2) 認知症介護のスーパービジョンへの注目

多様な職員を現場で教育していくことのできる方法の一つとして、スーパービジョンがある。しかし、スーパービジョンという言葉は浸透しつつも、実践する場合には、スーパーバイザーの役割がいまだ十分定義されないままであったり、その機能の多くが職員同士の関係上の特性からやみくもに行われている感が強い(徳島県社会福祉協議会:2007)。また、介護現場では、個人を対象にしたスーパービジョンよりも、グループスーパービジョンとして展開されることが多い。それは、実践現場の現状を振り返ると、慢性的に忙しく、マンツーマンで面接を行う時間がなかなかとれないことや、時間を確保できたとしても不定期になったり、いつの間にか消滅したりといった現状(植田:2005:64)からである。先の述べた福祉職員研修テキスト(2011)にもOJTの方法としてグループスーパービジョンが位置づけられている。しかしながら、具体的なOJTの方法について調査している報告書によれば、経験・能力のある人と一緒に仕事をさせているが63.1%、業務マニュアルを作成しているが59.5%、部下指導を管理職の役割にしている58.8%という結果であり、実際には、スーパービジョンがOJTのなかで占める割合はほとんどみられない現状がある(介護労働安定センター:2012)。

こうした課題を踏まえ、現在、介護福祉士においては「認定介護福祉士(仮称)」^{xi},

社会福祉においては「認定社会福祉士」^{xii}が構想されている。この構想の根幹にあるのは、現場におけるサービスの質の管理・向上であり、それにはスーパービジョンが不可欠であるということである。すでに、社会福祉士の養成課程において、ソーシャルワーク演習の中で、スーパービジョン演習が組み込まれているが、まだまだ不十分であることは否めない。訪問介護（以下、ホームヘルパーと記す）においてもスーパービジョンの必要性について問われている。それは、ホームヘルパーが評価される判断材料は、利用者宅で行われるサービス提供時のホームヘルパーの言動がすべてであり、また訪問するヘルパーによって提供されるサービスの内容や質が変わってしまう可能性があるからである。さらに、ホームヘルパーは、多くの事業所で直行直帰であり、登録ヘルパーはパートなど短時間労働という就労形態を選択している人たちもたくさんいる。このような中では「ヘルパーが情報交換や連絡調整をしたり、相談することも少なく、各ヘルパーが孤軍奮闘し、試行錯誤を繰り返しています。そのために、各ヘルパーが仕事に迷いや不安を感じたり、ストレスや葛藤に悩み、また努力の成果を共有することもなく仕事を続けることになる」（大塩：2002：30）と指摘されており、これらの解決策としてのスーパービジョンが求められている。

一方で、入所施設での特に認知症介護におけるスーパービジョンが必要であると言われるようになった背景には、集団的介護から個別的介護へという介護の考え方が変化してきたことがあげられる。これまで介護現場では身体介護が中心であり、とりわけ三大介護は、集団的介護という方法が主流であった。しかし、認知症介護はこの集団的介護では対応できないことが認知され、個別的介護の重視、そのことがグループホームへとつながってきているのである。個別的介護が重視されることは、同時に介護職員自体も少人数あるいは一対一の高齢者との介護関係を作り出す必要性が生まれ、介護職員一人ひとりの力量が問われることになる。そこでは介護職員一人ひとりが抱える問題も続出し、多様化してくることもまた必然なのである。「人間関係を扱う特殊性は、援助における『感情のやりとり』が大きな意味を持つ」とも言える。しかし、認知症の場合には自分の意思を伝えることが困難になることもなり、「感情のやりとり」ができない。目に見えにくい感情的な問題が介護職にとっての情緒的な消耗感を高めることにつながるため、燃え尽きの危機からの脱却をはかる（認知症介護研究・研修東京センター：2005）ことが重要である。福祉専門職の仕事は単純労働（routine work）ではない。つまり、決まりきった作業対象を、同じ手順で、結果のわかっている作業（それはベルトコンベヤーの流れ作業が象徴している）をするのとは違って、対象者は一人一人異なるし、持っている問題も複雑で、また、同じやり方をしていても同じ結果が出るとは限らない。ワーカーは、これまでの経験を背景とはするが、常に新しい事態に対処しなければならない。それはある意味で「創造」の仕事である（黒川：1989）。さらには、介護現場の複雑なシフト、規定超過の多い勤務時間で「要介護者に対して、十分な対応を心がけていても、サービスを受ける側の反応は、正比例するとは限らない。時に、不本意な言葉や態度で打ち返されることも多々ある。これらの

言動や行為が高齢者の心理的特徴や認知症など疾病によるものであっても、瞬時に受ける精神的ストレスは大きい。さらに、介護業務は、十分な到達点不明瞭であり、対象となる要介護者との関係性の中で仕事の意義と価値をみいだすもの」(秋山:2010)である。認知症高齢者の場合では、職員が行った介護がよかったのか否かの反応もないことが重度の場合には多々ある。このような介護現場の中では、自分の行っている介護を適切に評価してくれる上司や同僚の存在は不可欠である。

そこで着目されたのが、スーパービジョンという方法論である。介護の現場で日々起こってくる個別的な課題をていねいに点検し、介護職員のスキルを向上させていくという仕組みが今問われているのである。

2. 研究の動機

筆者の福祉研究の道筋を少々振り返りながら述べてみたい。学部4年時の卒業論文の課題設定は、社会福祉士・精神保健福祉士実習の中での出来事に起因している。特別養護老人ホームでの認知症高齢者への接し方、施設での介護方法への疑問、精神病院での医療と福祉の対応の違い等々、認知能力の欠損を抱える人々への支援のあり様はどうあるべきなのか、机上で学んだことと実際の現場の乖離に悩んだ。そして、自分が見てきたものが高齢者・障害者の人権に関わることであると考え、特別養護老人ホームの入所高齢者の権利擁護をテーマとしてまとめることとした。

修士課程に進学し、偶然ではあるが「介護者の会」に足を踏み入れ、そこで出会ったのは、認知症の家族を介護している方々だった。それまで、認知症介護について施設や病院の中の介護職目線で見っていた私には、こうした家族の方々の「苦労話」には驚愕するばかりであった。施設や病院といった機関で介護することも大変であるという状況の中で、家族を家族が面倒みるということの大変さを痛感したのである。「何故そこに専門職が関わらないのか」というこの時の疑問が、本研究の基礎になっているデンマークの「認知症コーディネーター」の存在への思い入れなのかもしれない。

修士論文では、この出会いの中から、当事者組織としての家族会の意義を家族会の方々へのアンケート調査、介護過程におけるサービス導入に関するヒアリング調査などを基にして、「痴呆性高齢者のケアにおける当事者組織の意義と役割—ある家族会の事例から」としてまとめた。その中でも専門職である介護支援専門員が介護家族との関係形成、介護サービスの適切な導入のために行った工夫と努力に焦点を当てた(金田:2005)。

その後、介護支援専門員が在宅認知症高齢者の介護にどう関わってきたのかをケアマネジメントから検討した。認知症介護の多くの課題は、認知症高齢者と介護者間で起こっている。認知症の症状が進行し、行動・心理症状(以下、BPSDとする)などがみられる場合には、そのことに振り回されてしまう。介護支援専門員は、専門職としてアセスメントを通して、認知症高齢者の代弁的機能を求められる。介護期間が長期に渡る場合には介護支援専門員は、介護してきた家族に対する「評価者」でありながら「理解者」という関わり方が必要とされており、そのことが家族介護を継続していく主要因であることが明らかとな

った（金田：2008）。しかしながら、介護支援専門員は、必ずしも認知症のスペシャリストではなく、介護保険法上でのケアプランの作成とその維持管理者であって、必ずしも介護家族の支援者ではないのである。

認知症介護に熟達し、介護家族の伴走者となりうる専門職を日本で作り出し、介護家族の負担を少しでも軽減できるような仕組みづくり、これが私の大きな宿題となった。その宿題を解くヒントは、デンマークで出会った「認知症コーディネーター」であった。それを契機に、デンマークでの研究は次のように展開していった。

研究を進めていくうちに文部科学省研究費やその他で研究助成費を受けることができた。それらの課題研究も究極においては先に述べた専門職を作りだし、その専門職を機能的に動かしていくためのシステムづくりを目指したものであった。具体的には2009～2010年度には「認知症ケアの高度化に資する専門職養成プログラム開発—デンマークをモデルにして」（若手研究【B】課題番号：21730473）というテーマで現任教育の方法とそのシステムについて明らかにした。さらに、2011～2012年度には「認知症コンサルタントとその養成プログラム開発—デンマークの追加教育をモデルとして」（若手研究【B】課題番号：23730555）というテーマで、さらに上を目指す現任教育についてその仕組みとカリキュラム、期待される役割と実態を明らかにしてきた。

このような研究テーマを設定するに至ったのは、2004年、初めてデンマークに渡航したことがきっかけである。筆者はそこで高齢者のサービスを担当する専門職と接点を持ち、そのうちの一人が「認知症コーディネーター」であった。当時、前述してきたような研究課題を持っていたため、在宅介護の継続は、それを支える専門職の関わり方も大いに影響すると考えていた。デンマークで筆者が見た認知症コーディネーターは、その職責として“家族会を結成しなければならない”と定められていた。これは、筆者が関わってきた日本の家族会とは異なるものであった。認知症コーディネーターは家族会を結成し、認知症の理解を深めたり、家族同士をつなげていくような実践をしていた。専門職が家族会を組織しているその様子は、日本でインフォーマルに依存してきたものを専門職が責任を持って関わる姿であった（金田：2007）。デンマークの認知症コーディネーターを養成する基盤には、一定の人材育成の条件があり、どうしたら認知症コーディネーターのような人材を日本で作り出すことができるのかということに強い関心を持った。

認知症介護研究・研修大府センターに仕事で往来する機会を得るなかで、当時、パーソン・センタード・ケアの普及のために様々なことに取り組むチャンスを得た。そのうちの一つが福祉医療機構から助成金を得た「認知症高齢者の在宅介護の家族に対するパーソン・センタード・ケアに基づく支援プログラム開発事業」であった。筆者は、プロジェクトの研究員として従事、その後認知症介護指導者養成研修の担当として継続した。そこで、多くの認知症介護現場の実践者と出会うことになる。彼らは、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、看護師、臨床心理士、作業療法士、理学療法士、といった基礎資格を持っており、介護福祉現場に勤務しながら、9週間にわたる研修に挑戦していた。多くの研修生は、勤務先で施設長や係長、主任などの役職に就いており、研修中の個別課題プログラ

ムにおいて、職場の人材育成や施設内の現任教育の課題に取り組むのである。そこでは、彼らが勉強会の開催をしたり、職員とディスカッションをしたり、個別に面談したりと、色々な方法を用いて人材養成や現任教育を行い介護現場の質を担保しようとしている。これらの取り組みは、スーパービジョンの一端だといえる。研修のカリキュラムにもスーパービジョンについて講義があることから、スーパーバイザーとしての関わりが意識されているのだと理解できる。認知症介護指導者は、都道府県・政令市に登録される人材である。そのことからすると、自分の所属している事業所でスーパービジョンができる専門職となったあとは、広く県内の介護の質の担保に寄与するスーパーバイザーとして期待される人材なのではないかと考え本研究に至った。

3. 本研究の目的と分析枠組み

(1) 本研究の目的

本研究の目的は、日本における認知症介護のスーパービジョンシステム構築のための課題を抽出するために、デンマークで成果を収めている「デリバリースーパービジョンシステム」の仕組みを踏まえた分析枠組みを用いて、日本の現状を分析し到達点と課題を明らかにすることである。そのために、以下の3点のサブ目的を設定するとともに、本論文の各章に配置している。

- ・ デリバリースーパービジョンシステムの構成要素を明らかにするために、デンマークにおける認知症介護を担う専門職養成とその現任教育について、成り立ちと現状分析を行う。さらに、実際に行われているデリバリースーパービジョンがどう機能しているのかについて明らかにし、デンマークのシステムを参照すべき根拠を明確にする(1章・2章)。
- ・ 日本の認知症介護に関する階層別現任教育について都道府県・政令市(以下、都道府県と記す)が主体となっているものを取り上げ、そのカリキュラムや目指している専門職像について検討し、その中でも認知症介護指導者養成研修がスーパーバイザー養成に結びついているのかについて分析する(3章・4章)。
- ・ 日本におけるデリバリースーパービジョン事業の先進的な取り組み事例の運用面、および成果や課題について整理した上で、その実際における展開状況を把握し、スーパービジョンのシステム化にむけての課題を抽出する(5章・6章・終章)。

(2) 分析枠組み

本研究では、スーパービジョンをすでにシステム化しているデンマークの実績に根差し、「デリバリースーパービジョンシステム」の構成要素を明らかにしながら、その要素に応じて、日本の分析枠組みを設定する。デンマークにおけるデリバリースーパービジョンシステムからは、A:階層別現任教育の実施、B:スーパーバイザーの養成、C:介護現場へのデリバリースーパービジョンの展開、の3つの要素が抽出され、しかもそれらが市町村自治体の運営管理のもとに、循環的に結合していることが判明している(第

1 章で詳述)。

そこで、システムの 3 要素，運営管理，循環的な機能といった 3 つの視点から，日本の認知症介護のデリバリースーパービジョンシステム（厳密には，デリバリースーパービジョン事業にとどまっている）を分析する．この分析視点について図序 1-1 を用いて説明すると次のようになる．

- ・ A, B, C の 3 つの構成要素別に，日本の現状と到達点を分析する．
- ・ A と B の結びつき，B から C，そして C から A といった循環的に機能する構造について分析をする．このことについては，第 3～5 章のそれぞれの章のなかで，その循環的な機能の分析を加えている．
- ・ デンマークでは，B の部分のスーパーバイザーが自治体に雇用され，A・B・C の循環において市町村自治体が責任を持っている．しかし，日本においては，A の実際上の責任については，都道府県単位でなされていることから，都道府県の運営管理のもと A・B・C をどう循環させていくかという視点で現状を分析する．



図序 1-1 デリバリースーパービジョンの構成要素

4. デンマークの枠組みを用いて分析する際の用語上の留意点

本研究において，以下の用語を使用する際の留意点は次の通りである．

デリバリースーパービジョンシステム

デリバリースーパービジョンは，配達・出前と言う意味を持つ，デリバリー（Delivery）とスーパービジョン（Supervision）とを合わせた言葉である．本論文では，スーパーバイザーが介護現場に出向いて行うスーパービジョンのことをデリバリースーパービジョンとし，デンマークのスーパービジョン体制について論じるときに「デリバリースーパービジ

ョンシステム」という言葉を用いる。

デリバリースーパービジョンシステムの構成要素としては、A. 階層別現任教育の充実、B. スーパーバイザーの養成、C. 介護現場へのデリバリースーパービジョンの展開の 3 つを挙げ、これらが循環していることをデリバリースーパービジョンシステムとしている。

スーパービジョン事業

本研究では、日本のスーパービジョンの先行的な取り組みを分析するが、日本の実践について述べる際には、「スーパービジョン事業」という言葉を用いている。その理由は、都道府県または国が主体となりスーパービジョンを展開していく事業を分析対象にしたからである。また、デンマークと同様にスーパーバイザーが介護現場に出向く実践であることから、デリバリー型という表現を一部も用いている。

デンマークと日本の実践を分析する際に異なった用語を用いる理由については、デンマークがシステムとして機能しているのに対し、日本における実践がシステムとして機能していないためである。

認知症コーディネーター養成

デンマークのデリバリースーパービジョンのスーパーバイザーとしての役割を担っているのが「認知症コーディネーター」である。本研究では、「認知症コーディネーター」、または「スーパーバイザー」と表記している。認知症コーディネーター養成は、1993 年から介護・看護師等の基礎資格を持った者を対象に行われている。認知症介護に関してを専門的に教育するプログラムであり、2 年間の養成期間である。この研修を修了すると「ディプロム」が与えられる。その後、自治体に配置され、認知症高齢者本人および家族支援、関係機関との連携および介護職員のスーパービジョンを主な業務としている。このうち、本研究では認知症コーディネーターの介護職員へのスーパービジョンの機能に焦点を当てている。

認知症指導者養成研修

認知症介護指導者養成研修とは、2001 年から開始された全国 3 か所の認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）で行われている研修で、認知症介護実践者研修、リーダー研修を修了した者が受講することができる。9 週間のカリキュラムで構成されるこの研修は、「認知症介護指導者」として、都道府県での実践者研修、リーダー研修の企画・運営・講師・演習ができる能力を身に付け、介護保険施設・事業所等における介護の質の改善について指導することができる者を養成することをねらいとしている。本研究では、この認知症介護指導者をスーパーバイザーとなるべく人材として位置付けている。

5. 研究の方法

本研究は、文献（資料）と調査研究によって構成されている。以下、その詳細について述べていく。

（1）文献（資料）研究（なお、主要な文献を例示しておく）

1）デンマークの認知症介護スーパービジョンシステムに関する文献

- ・医療経済研究機構（2011）『認知症ケアの国際比較に関する研究』
- ・Mette Brorresen, Helle Krogh Hansen, Lis-Emma Trangbæk(2004) Social Pædagogik Demens-det vanskelige omsorgsarbejde

2）認知症介護およびスーパービジョンに関する文献

- ・認知症介護研究・研修東京センター監修（2005）『新しい認知症介護：実践リーダー編』中央法規出版
- ・久松信夫（2013）『認知症高齢者ソーシャルワーク』相川書房
- ・トム・キットウッド著，高橋誠一訳（2005）『認知症のパーソンセンタードケア』筒井書房

3）人材養成研修に関する文献

- ・認知症介護研究・研修大府センター（2010）「平成 21 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書 認知症介護指導者研修および認知症介護実践リーダー研修の修了者等の実態調査事業」
- ・認知症介護研究・研修東京センター（2007）『平成 22 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業 認知症介護従事者研修のあり方に関する研究事業報告書』
- ・汲田千賀子（2012）「常勤職員が求める非常勤職員像－介護福祉現場の雇用の多様化をめぐる－」『介護福祉学』，Vol.19 no.2, 166-173
- ・「高齢者痴呆介護研究センター運営準備協議会議事録」

（2）調査研究の方法

1）デンマークにおけるデリバリースーパービジョンに関する機能に関する調査【2 章 1・2 節】

目的：デリバリースーパービジョンのプロセスとの機能を明らかにすること

対象：スヴェンボー市内の認知症ユニットで勤務するデリバリースーパービジョンを受けたことのある社会保健介助士 4 名

期間：2012 年 7 月 29 日

方法：フォーカスグループインタビュー

分析：逐語録を作成し、その後修正版グラウンデッドセオリーアプローチを用いた

2）グループホームにおける内外研修に関するアンケート調査 【3 章 3 節】

目的：実際の介護現場での内外研修の内容と状況を明らかにすること

対象：愛知県内全グループホーム 417 か所を対象に自記式のアンケート調査

期間：2012 年 3 月 1 日～20 日

方法：事業所リストは、WAM ネットを参照して作成し、郵送による配布、回収をした。

その結果、156 事業所（回収率 37%）からの回答を得た。

3) 認知症介護指導者のスーパービジョンに関する調査研究

①認知症介護指導者に対するアンケート調査【4 章 2 節】

目的：認知症介護指導者が事業所内において、スーパービジョンをどの程度行っているのかについて把握すること

対象：認知症介護研究・研修大府センターにおいて認知症介護指導者養成研修を修了し、認知症介護指導者フォローアップ研修を 2012 年、2013 年度に受講した 21 名

期間：2012 年 2 月 15 日～17 日、2013 年 2 月 22 日～28 日

方法：自記式のアンケート調査

②認知症ケア高度化推進事業「個別訪問相談援助事業」アンケート再分析【5 章 1 節】

方法：一次資料再分析「個別訪問相談援助事業報告書 様式 3 号」／「個別訪問相談援助事業アンケート 様式 4 号」

4) 滋賀県「現地相談事業」に関する調査研究

①「現地相談事業」の実際 —S 園の事例分析【6 章 3 節】

目的：現地相談事業が実際にどのように行われているのか明らかにすること

方法：第一次資料の閲覧、日本認知症ケア学会での報告要旨および当日資料、報告書等の分析

②認知症介護指導者へのインタビュー調査【6 章 2 節】

目的：介護現場を支えるスーパービジョンのあり方と必要とされる視点を明らかにすること

対象：滋賀県における「認知症ケアアドバイザー養成研修」を受講し、「現地相談事業」のスーパーバイザーと同行しスーパービジョンを担っている 1 名（認知症介護指導者）

期間：2013 年 2 月 21 日

方法：半構造化面接の手法を用いたインタビュー調査

(3) 活用した研究助成

本研究を遂行するにあたり、下記の研究助成を活用した。

- 1) 2009 年～2010 年度 科学研究費補助金若手研究【B】「認知症ケアの高度化に資する専門職養成プログラム開発—デンマークをモデルにして—」（課題番号：21730473）
- 2) 2011 年～2012 年度 科学研究費補助金若手研究【B】「認知症コンサルタントとその養成プログラム開発—デンマークの追加教育をモデルとして」（課題番号：23730555）
- 3) 2013 年～2016 年度 科学研究費補助金基盤研究【C】「認知症ケアを担う高度専門職養成におけるプログラム教授方法に関する研究」（課題番号：25380795）

第2節 本論文の構成

本論文の構成

本論文は序章、終章を含む8章から構成されている。

序 章	本研究の背景と課題
第 1 章	デンマークにおける認知症介護のスーパービジョンシステム ―日本のスーパービジョン事業の分析枠組み設定
第 2 章	デンマークのデリバリースーパービジョンにおける認知症コーディネーターの役割
第 3 章	認知症介護を担う介護職の現任教育の制度化とその現状
第 4 章	認知症介護指導者養成研修事業と研修修了者の現状分析 ―認知症介護研究・研修大府センターの事例から
第 5 章	日本の認知症介護におけるデリバリースーパービジョンの先行する取り組み
第 6 章	滋賀県における認知症介護の「現地相談事業」の実際と到達点
終 章	日本におけるスーパービジョンシステムの到達点と本研究の意義・課題

序章では、研究の目的と方法、研究の動機、分析枠組みおよび、研究方法についてまとめる。

第 1 章では、日本のスーパービジョン事業を分析する枠組みとして用いるデンマークのデリバリースーパービジョンシステムを理解するために、介護専門職の資格化までの背景と現任教育について整理する。

第 2 章では、デンマークのデリバリースーパービジョンにおける認知症コーディネーターの役割について明らかにするために、スヴェンボーの事例を用いて、認知症ユニットの介護職員（社会保健介助士）4名へのインタビュー、さらにスーパーバイザーへのインタビューを行い分析する。

第 3 章は、日本の認知症介護を担う介護職の現任教育について、特に都道府県が主体となっていて行われてきた研修の歴史とその制度化について明らかにする。

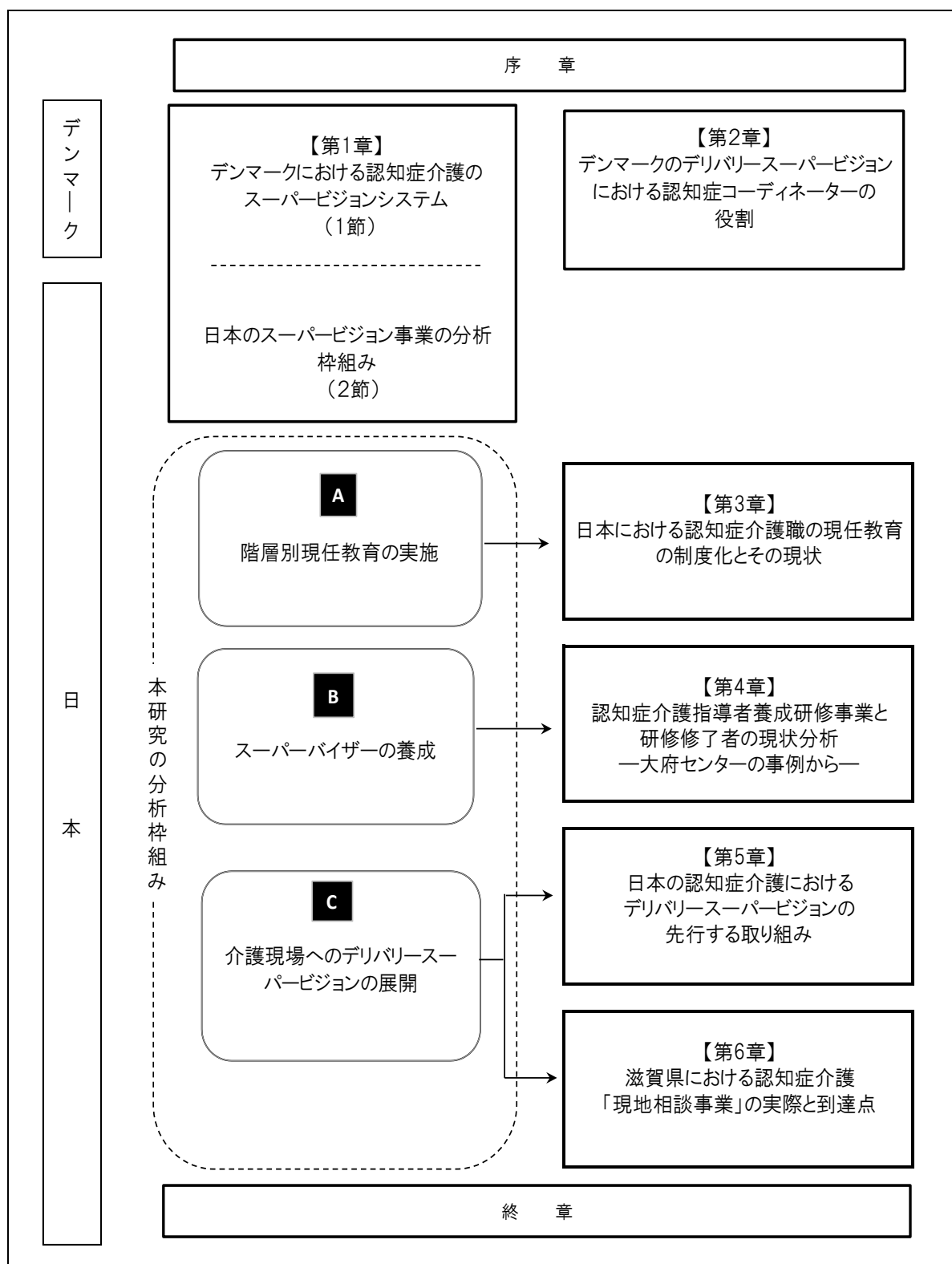
第 4 章では、現任教育の中でも、日本における認知症介護の中核的人材として養成されている認知症介護指導者養成研修の現状分析を認知症介護研究・研修大府センターの事例をもとに行う。ここでは、カリキュラムから養成される人材像について考察し、求められている役割とその実態について調査をもとに分析する。さらに、認知症介護指導者のスーパーバイザーとしての取り組みについても触れる。

第 5 章では、日本の認知症介護を担う介護職員へのスーパービジョンの方法として、先行する取り組みであるスーパーバイザーが事業所を訪問して行うスーパービジョンに着目

し、2008 年度に「認知症ケア高度化推進事業」の一環で行われた「個別訪問相談援助事業」の成果と課題について分析するとともに、都道府県の先行的事例として滋賀県・熊本県・京都府の実践事例を整理する。

第 6 章では、滋賀県が県独自にスーパーバイザーを介護現場に派遣する「現地相談事業」を取り上げ、そこで展開されたスーパービジョンを実践状況・スーパーバイザーの課題の整理と助言、職員の気づき、提案・合意という枠組みで分析する。また、「現地相談事業」を担う認知症介護指導者へのインタビューを通して、スーパービジョンの視点と求められあり方を明らかにした上で日本の認知症介護スーパービジョンの到達点について明らかにする。

終章では、日本におけるスーパービジョンシステムの到達点と課題についてまとめる。研究枠組みと各章との関係については、図序 1-2 に示した。



図序 1-2 本論文の構成

-
- i 2012 年 8 月 24 日厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室報道発表による (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-att/2r9852000002iavi.pdf>, 2013.9.22)
- ii 日常生活自立度判定基準による認知症の症状の有無では、介護老人福祉施設では 96.4%, 介護老人保健施設では 95.0%, 介護療養型医療施設では 96.8%という結果が報告されている.
- iii 平成 23 年介護サービス施設・事業所調査の対象となったグループホーム数である.
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service11/dl/sankou.pdf>, 2013.9.22)
- iv 「認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が 20 人未満の場合は 1 名以上を配置, 20 人以上の場合は, 10 または, その端数を増すごとに 1 名以上を配置すれば介護報酬の算定単位として 1 日につき 3 単位を加算するという条件で, 平成 21 年から実施されている.
- v 「センター方式」とは, 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の略で, 2000 年に認知症介護研究・研修センター (仙台・東京・愛知) が開発したケアマネジメント (アセスメントとケアプランの作成, 実践とモニタリング) を継続的に展開していく方法で, ①その人らしいあり方, ②その人の安心・快, ③暮らしのなかでの心身の力の発揮, ④その人にとっての安心・健やかさ, ⑤なじみの暮らしの継続 (環境・関係・生活) の 5 つの視点からアセスメントを行うシートである. (認知症介護研究・研修東京センター他: 2006)
- vi 「ひもときシート」は, 介護する側の思いこみや試行錯誤で迷路に迷い込んでいる状況から脱するために, シートのそれぞれの段階で「評価的理解」「分析的理解」「共感的理解」の考え方を学び, 援助者中心になりがちな思考を本人中心の思考 (すなわち本人の気持ちにそった対応) に転換し, 課題解決に導こうとするツールとして開発されたものである. (認知症介護研究・研修東京センター: 2013)
- vii バリデーションは, ナオミ・フェイルによって開発された認知症高齢者とコミュニケーションを行うためのセラピーの一つで, アメリカ, カナダ, ヨーロッパなど 7,000 を超える施設で活用されている. バリデーションは, 尊厳と共感をもって関わることによって自己の内部への閉じこもりに陥らないようにする方法である. (Naomi Feil: 2002)
- viii 「タクティールケア」は, スウェーデンで確立された認知症のコミュニケーション・ツールである. 症状のコントロールの具体的な手法として用いられている. タクティールケアの目的は, 触れることによって相手が穏やかな気持ちや安心感を持つことだと言われている. 日本では, 日本スウェーデン福祉研究所が認知症緩和ケアのプログラムを導入した. (タクティールケア普及を考える会: 2008)
- ix 英国・ブラッドフォード大学の故トム・キットウッド氏によって提唱された認知症ケアの理念の一つである. 氏によれば, 認知症をもつ人へのケアの目的は “パーソンフッド (personhood)” を維持することと言われている. パーソンフッドとは, 一人の人として

受け入れられ、周囲や社会との関わりを持ち、尊重され、そのことを実感できることである（村田康子他：2010）

× **Dementia Care Mapping (DCM)** は、専門的にケアを提供する場所のケアの質を評価する方法である。共感と観察技法を組み合わせて、認知症の人の立場に立つという画期的な方法に基づいている。（トム・キットウッド：2005）DCM 評価者は、マッパーと呼ばれ、世界で 8,000 人以上、日本でも 500 人近くに及ぶ。DCM では、マッパーは認知症の人たち 5 名前後について、施設の共有スペースにおいて 6 時間以上連続して、行動観察・記録を行い、5 分間ごとにどのような行動に携わっているかをコード付けしよい状態、きわめてよくない状態の 6 段階で記録する。（村田康子他：2010）

xi 「平成 23 年度老人保健健康増進等事業 質の高い介護サービスの提供力を持つ介護福祉士（認定介護福祉士）の養成・技能認定等に関する調査研究事業」で行われており、日本介護福祉士会を中心に検討されている。ここで検討されている認定介護福祉士（仮称）の役割・実践力は、居宅・居住（施設）のサービス形態を問わず、多様な利用者・生活環境、に対応して、最善の個別ケアを提供でき、心理的ケア、終末期ケアを実践でき、さらに家族に対して、見通しを持った説明、生活環境の整備、相談援助等ができることで、家族の不安を軽減し、家族の介護力を引き出すことができる。介護チームの教育、指導、サービスマネジメントができ、介護チームのリーダーへのスーパービジョン、リスクマネジメント、サービス管理を行うことができる。介護チームの意識改革、サービスの提供方法や提供体制の改善、研修プログラムの編成等を行い、新しい知識・技術・実践をチームに浸透させることができるというものである。

xii 「認定社会福祉士」は社会福祉士及び介護福祉士法の定義に定める相談援助を行う者であって、所属組織を中心にした分野における福祉課題に対し、倫理綱領に基づき高度な専門知識と熟練した技術を用いて個別支援、他職種連携及び地域福祉の増進を行うことができる能力を有することを認められた者という認定である。組織におけるリーダーシップを発揮することが期待されている。さらに「上級認定社会福祉士」という資格の創設もされており、社会福祉士及び介護福祉士法の定義に定める相談援助を行う者であって、福祉についての高度な知識と卓越した技術を用いて、倫理綱領に基づく高い倫理観をもって個別支援、連携・調整及び地域福祉の増進等に関して質の高い業務を実践するとともに、人材育成において他の社会福祉士に対する指導的役割を果たし、かつ実践の科学化を行うことができる能力を有することを求められている。すなわち、教育、指導、スーパービジョンが上級認定社会福祉士に期待されている。

第 1 章 デンマークにおける認知症介護のスーパービジョンシステム —日本のスーパービジョン事業の分析枠組みの設定

第 1 章では、デンマークの介護職養成の変遷を整理し、そのなかでも特に認知症介護の現任教育に力を入れてきたその実際について述べながら、日本の認知症介護の分析枠組みをデンマークのモデルに求めた。

第 1 節では、デンマークの介護職の養成が資格制度化されていく経過を明らかにしながら、現行の資格制度と認知症介護の現任教育の概要とカリキュラムについて整理し、デンマークの現任教育の特徴を明らかにする。第 2 節では、第 1 節で明らかにした現任教育の特徴を本研究の枠組みとして提示し、分析の方法について述べる。

第 1 節 デンマークの認知症介護のスーパービジョンシステム

1. デンマークの介護職養成の変遷と現状

(1) ホームヘルパーから介護士資格の制度化

デンマークの認知症高齢者に対する介護は、重度の知的障害者、また近年特にアルコールや交通事故の後遺症による高次脳機能障害などの領域と同様に、最も関わりが難しく、かつ超高齢社会の到来とともに、その量的問題も含めて困難な領域の一つと考えられてきている。しかしながら、デンマークにおいても 1980 年代半頃までは認知症高齢者に関する社会の理解も情報も不足していた。そのため、多くの認知症高齢者は、精神病院で暮らしながらも、適切な治療を見いだせずにはいた（原田：2005）。精神疾患として扱われてきた認知症高齢者は、一度入院すると退院することは困難であったⁱ。1960 年代に整備されたプライエムⁱⁱでは、認知症高齢者は「コミュニケーションができず、介護するのが厄介な存在」とされていたため、一般のプライエムで介護するのではなく「特別な施設」とされていた精神病院に移されて介護されることが主流であった。

デンマークは、1970 年代にはじまった 20 年もの長きにわたる経済不況を経験した。そこで経済政策の一つの方法として行われたのが、医療費の削減であった。高齢者の入院、通院費が財政を圧迫させる状況となっていたため、その財政問題の解決が急がれたのである。最初に着手したのは、病院での入院日数の短縮であった。そのためには、在宅で暮らせるように保障していかななくてはならないため、在宅療養できるための 24 時間ケアシステムの導入、いわゆる 24 時間巡回型ヘルパーと訪問看護に踏み切った。その結果、1991 年は 11 日、1995 年は 9.4 日、1999 年は 8.1 日、2003 年は 6.8 日に入院日数を短縮させることができた（澤渡：2009）。

このような中で、在宅生活を支えてきたのがホームヘルパー（hjemmehjælper）ⁱⁱⁱであ

った。ホームヘルパー制度の導入は、1958年に遡るが、本格的な展開は1980年頃である。当時は、採用されると7週間の研修を受け「人間、老人、家族、障害、社会、ヘルパーの法律上の社会保障と義務、援助実務、疾病、看護、ファーストエイド、リフトテクニック、時間配分等」について基礎教育を受けることにより現場で働くことができるというものであった（沢田：1994）。ホームヘルパー数は、1980年はおよそ20,000人であったが、その後1986年にはその需要とともに26,000人へと徐々に増加していった（松岡：2005）。

1987年には施設政策を凍結し、施設介護と在宅介護という考え方や、介護と看護という領域の隔たりをなくし、24時間介護を在宅で展開していくという政策を強く打ち出していくこととなった。在宅介護にシフトしていくことによって明らかになってきたのは、身体介護に加えて、認知症の症状に対応したり、病気の進行に合わせて支援の内容を組み立て直していきながら高齢者と向き合い、コミュニケーションが難しい中で自己実現を支えていく専門的な介護ができる人材であった。それまで在宅介護という枠組みの中で高齢者を支えていたのは、「家事援助」が中心であったが、1980年代後半の在宅介護への転換は、これまでの介護とは異なった内容とそれへの対応という新たな人材養成の必要性を生み出していったのである。そのことが、介護の専門職化につながっていった。24時間介護によって身体的介護については、かなりな程度在宅で支えることができるため、重度の認知症で自宅で生活が困難になった人がプライエボリーに入居することが多い。その結果として、プライエボリーの入居者の90%以上が認知症であるとされている（松岡：2013）。

1) 介護資格の制度化に向けた社会保健基礎教育法の改正

1990年に社会保健基礎教育法（Grundl - gendesocial-ogsundhedsuddannelse）が改正された。そして、看護・介護の教育体系を統一し、社会保健介助士（Social og Sundhedshjælper）と、一部医療処置ができる社会保健介護士（Social og Sundhedsassistent）の2つの資格に統一した。これまであった准看護師資格やヘルパー資格を廃止し、徹底した教育の体系化に挑んだのである。そして、介護や児童（保育）に関する人材養成を行う SOSU 学校（Social-og sundhedsskolerne）が新設された。この教育改革の背景には、介護に関係するあらゆる職場や職務にも適応して働くことができる人材を養成する必要があること、援助を必要とする人の身体状態の重度化によってニーズが高まり、何人ものスタッフから援助を受けられるようにする必要性が高まったことなどがある（石黒：1999）。また、在宅サービスの領域が広がり、障害度の高い要介護者が増え、さらにサービスの質の向上が強く要求されるようになり、ホームヘルパーの短期教育では、そのニーズに十分対応できないと考えられたことも理由であるという（小島：2002）。

2) 学生と自治体の雇用契約関係を前提とした入学

このような教育機関で専門職を養成しているもう一方の側面として、前述したとおり、介護教育はSOSU学校で行われる。学生は、この学校に入学にするにあたり、あらかじめ

め自治体との雇用契約を結ばなくてはならない。申請を受けた自治体は、当該自治体の介護の質向上に貢献できる人材であるかを検討し、認められれば、一時的に公務員として雇用され、自治体から給料が支払われる。（日本の勤労学生のように昼間働き夜間に学校に行くというものとは異なる。自治体の介護職員として働く義務は発生しないが、将来的に地元に戻って働いてくれるという前提による）学生は、給料として自治体から約10,000クローネ／月（約18万円^{iv}）が支払われ、なおかつ国から奨学金として6,000クローネ／月（約10万8千円）が支払われる。もちろん、職業専門学校の学費は無料であり、学生が負担するのは教材費のみである。

このように自治体が介護専門職を目指す人材を把握し、そこに予算をつけて雇用していることによって、人材の安定を図ることにつながっている。それだけではなく、学生自身も学ぶことへの責任感も生じる。

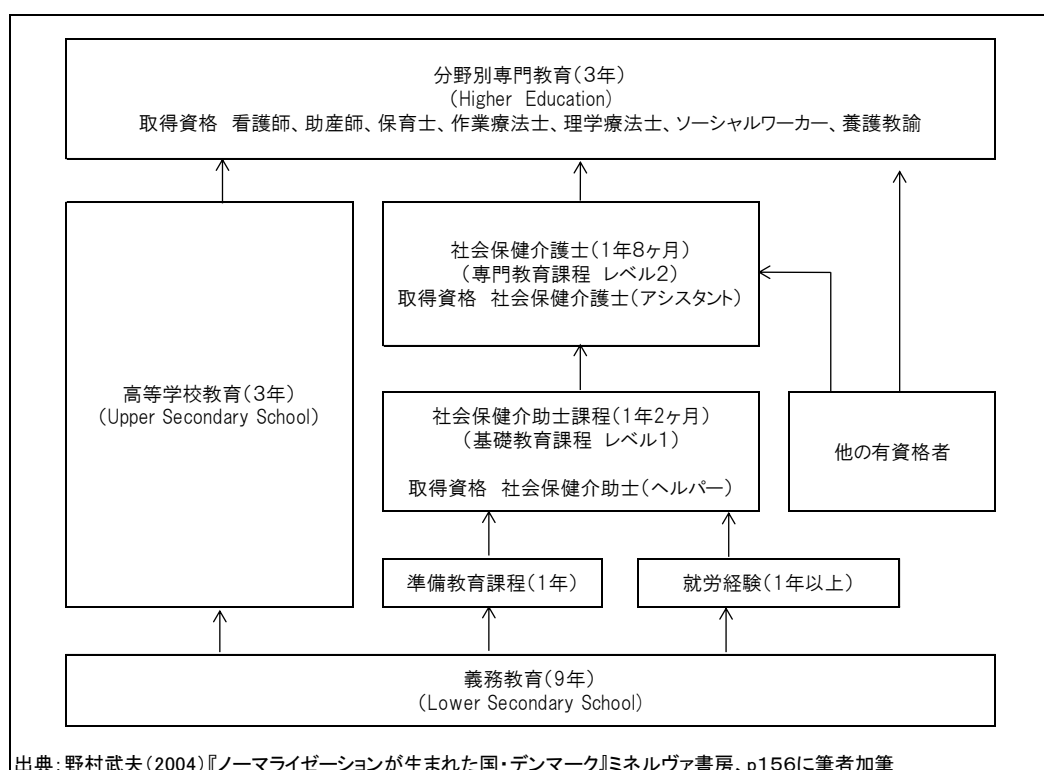


図 1-1-1 デンマークの介護士養成チャート

3) 学生の自己覚知を促す「準備教育課程」

デンマークの介護士になるための道筋については図 1-1-1 に示す通りである。

SOSU 学校に入学してくる学生の年齢は、平均 16～17 歳である。この年齢で、将来の仕事として“介護”を選択してきた学生に対して、職業人としてこれから社会に出るために必要な教育を行いながら、自己覚知していく時期を 1 年間設けている。この期間は、介護の仕事が本当に自分のしたい仕事なのか、自分に向いている仕事なのかを見極める期間であり、介護の専門的な知識や技術を身につけることではない。目標は「人としての成熟」とされている（認知症介護研究・研修東京センター：2010）。この準備教育に

合格しなければ、入学は許可されない。こうした資質に不安があれば、場合によっては学生に1年社会に出て仕事をするを促し、その後に基礎教育に入学することを進めることもあるという（塩田：2006）。

（2）自治体と協働による社会保健介助士・社会保健介護士養成の現状

1）社会保健介助士（Social og sundhedshjælperuddannelsen）

基礎教育のレベル1に位置づけられているのが社会保健介助士である。養成期間は1年2ヶ月となっており、入学は面接で決定される。SOSU学校では、理論教育24週間、実習期間が36週間あり、交互にプログラムされているという特徴がある。これらの教育内容は全国統一で行われている。単位ごとの試験は、口頭試問であり、ケースの解決を提示するような問題が出題される。カリキュラムは表1-1-1に示した。必須科目では、医学、社会学、介護理論、身体介護の基礎、介護技術、倫理、社会学、心理学、教育指導学、家事援助、アクティビティについて学ぶ。

実習先は、社会保健介助士の資格を取得した際に勤務することが可能な場所で行われ、基本的には高齢者の在宅介護部門である。高齢者デイセンターやアクティビティセンター^{vi}も実習先となる。この教育は、日本でいうところの介護福祉士にあたる。

表 1-1-1 社会保健介助士のカリキュラム

必須科目	保健、健康医学（コミュニケーション基礎、人間学を含む）
	身体介護の基礎、介護技術、介護理論、倫理
	社会学
	教育指導学、心理学
	アクティビティ、家事援助
選択科目	自然科学（化学・生物学）
	語学：デンマーク
	語学：英語
	社会ガイドニング法
	高齢者ガイドニング法
	国民健康と健康予測
	介護現場や職場での様々な文化の違い
	精神障害

出典：Uddannelseshåndbog for Socail-ogSundhedshjælperuddabbelse(2008)に筆者のヒアリングによる情報を加筆

2）社会保健介護士（Socail-og sundhedsassistent）

社会保健介護士は、前述の社会保健介助士を基礎資格として有するものが次に進む課程である。基礎教育2にあたるこの教育の養成期間は1年8ヶ月である。社会保健介助士との異なる点は、介護だけではなく注射といった医療行為を許された専門職であるということだ。社会保健介護士養成課程へを希望する者の年齢層は幅広い。社会保健介助士課程を修了し、次のステップとしてすぐに入学する者や、2～3年働いてから入学する者など様々である。学生の年齢は、平均すると25歳前後だという^{vii}。社会保健介護士の学習は、学校での理論教育32週間、実習期間45週間である。社会保健介護士は、精神

病院や一般病院など医療機関で働くことができるため、実習では、在宅介護部門だけではなく病院への実習も行われている。評価は、口頭試問のみで行われる。この資格は極めて看護師に近い領域だといえる。そのため、医学的な講義は、まず精神科についての講義は必修であり、その上に内科・外科の知識、さらに薬学について学ぶ。重視されているのが社会保健介助士に指導できる力量を身に付けることであるという（塩田：2006）。

社会保健介護士は、基礎資格として社会保健介助士の資格を取得していることが前提となっているため、基礎的な知識・技術を習得するカリキュラムは含まれていない。カリキュラムの中に、職員管理や組織構成が含まれているのは、前述したように社会保健介護士には、介護現場におけるリーダーや専門職種間の統括者としての役割が期待されているからである（表 1-1-2）。

介護職でありながら、医療行為を認められている専門職の創出は、在宅と施設という考え方を廃止し、すべてを住宅であると捉えなおし、なおかつ 24 時間ケアを積極的に進めてきたデンマークにとって、なくてはならないものであった。社会保健介護士を取得したものは、その後、看護師などの分野別専門職教育課程に進むことができる。

表 1-1-2 社会保健介護士のカリキュラム

必須科目	健康学，介護，看護学（病理学，注射など）
	薬学
	社会学
	教育指導学，心理学
	文化学，地域アクティビティ，一般アクティビティ
選択科目	精神病学
	社会ガイドニング法
	高齢者ガイドニング法
	国民健康と健康予測
	介護現場や職場での様々な文化との出会い
	職員管理や組織構成について
	リハビリテーション

出典：Uddannelseshåndbog for Socail-og Sundhedshjælperuddannelsen(2008)に筆者のヒアリングによる情報を加筆

2. 認知症介護の現任教育の実際と自治体

（1）現任教育のシステム

デンマークの現任教育^{viii}は、基礎レベルに相当する労働市場教育（The Danish Adult Vocational Training Program）と成人基礎教育、高等レベルにある成人継続教育、ディプロマ・プログラム、マスター・プログラムがある。2001 年には現任教育の取り扱いに関する省庁の再編が行われ、教育省へ移管された。労働市場教育の対象者は在職者であり、職業に関連する専門スキルだけでなく、ICT（情報通信技術）などの一般スキル、コミュニケーションや組織マネジメントなど共通のコンピテンシーなどの維持・向上を目的としている（みずほ情報総研：2011）。

このように現任教育に力を入れてきた背景には、1984 年の国家戦略「成人教育と生涯学習のための 10 項のプログラム」の中で、職業に関連するものに対するプログラムが掲

げられたことによる。また、2007年には教育省は「生涯学習のための国家戦略」（2007-2012年）を発表し、その中で労働市場のニーズに対応した、質の高い成人教育の提供について述べられている。

現任教育のプログラムは、約3,000種類あると言われており、認知症介護に関する現任教育プログラムもこのうちの一つに該当する。

（2）自治体による認知症介護の現任教育の義務化と位置づけ

社会保健介護士の資格を取得した者のうち、認知症高齢者介護を専門に行うプライエボリー^{ix}やプライセンター^xで勤務する者には、さらに現任教育が義務付けられている。その教育は、先に述べた「労働市場教育」といわれている。

勤務時間内に研修を受けることができ、受講料は無料である^{xi}。現在では、SOSU学校にて介護に関することだけを取り上げても、さまざまな現任教育のプログラムが実施されている。本論文では、特に認知症に関する現任教育について述べる。

認知症に関する現任教育の対象者は幅広く、介護士および行政職に向けられており、看護師、作業療法士、理学療法士、社会福祉士、教員なども含まれる。

（3）DEMENS1・2・3

認知症介護の現任教育には、DEMENS1～3という3段階ある（表1-1-3）。スウェンボー^{xii}では、DEMENS1の受講を高齢者介護をしている職員全員に義務付けている。さらに、認知症ユニットに勤務する職員には、DEMENS2の研修が義務付けられている。具体的には、5日間の座学、その後3週間の職場実習を経て、修了試験を受ける。1つの研修を修了してから2～3か月おいて、次のステップに進むのが一般的だと言われている。講義は、理論学習、グループワーク、ビデオなど視覚教材を利用した学び、全体でのディスカッションなどで構成されている。

DEMENS2の研修を終えていなければ、他の介護職員の代替としても認知症高齢者介護に携わることができないとしている自治体もある。教育を受けてない職員に介護をさせないことを徹底している。認知症介護の現任教育は義務的なものであるが、それ以外にも本人が望めば現任教育を受けられる。職員が研修中は有給として扱われ、介護現場は代替職員の派遣を自治体に依頼し対応している。

1) DEMENS1

DEMENS1の教育の目的は、受講生の職業能力を高め、高齢者および精神機能が著しく低下した認知症の方との仕事における社会福祉の専門要素を強化することである。そのため、問題解決型のプログラムを展開している。認知症の基本的な理解だけではなく、人生史、生活史を把握することと、それらを日頃の介護に反映させていくことについて学ぶ。また、Tom kitwood理論^{xiii}を学び、「人」に焦点のあたる介護を意識している。この研修で特徴的なのは、全般にわたり生活史について触れられていること

である。この背景には、デンマークの社会サービス法のなかに「§67b.市は、認知症の診断を受けた者に介護、世話等を与えるにあたり、その患者の将来に対しての住居及び介護・世話に関する希望表明を可能な限り尊重しなければならない」と謳われていることが影響していると考えられる。そのため、介護職員は、認知症高齢者がどのような生活を望んでいるのかについて様々な観点からアセスメントすることが求められている。認知症によって記憶をとどめることが難しく、話す能力が低下し、介護者の問いかけが理解できなくなる過程の中で、生活史・人生史はその人の暮らしを創り、継続していく手がかりとして重要である。

DEMENS1 の修了試験は、論文および口頭試問で行われ、13 段階で評価される。

2) DEMENS2

DEMENS2 の教育の目的は、介護の概念を知り、その知識を高齢者および認知症患者との社会福祉の仕事において正しく実践・応用できるようになることである。受講対象者は、日常的に認知症ユニットで勤務している介護職員を対象としているが、その中でも社会保健介護士が受講することが多いという。ここでは認知症の疾患別の特徴と介護の方法や BPSD への具体的な対応を学んでいる。また、憲法、行政法、患者権利法、社会サービス法、後見法に基づく介護義務の定義についても学ぶ。実際に高齢者が受けている認知機能テストの種類と内容について理解した上で、実際に受講生がテストを受ける。その理由は、記憶に障害のある認知症高齢者が認知機能テストを受ける時にどのような気持ちになるのか、その理解を深めるためである。

試験は、論文および口述試験で行われ、内部で合否判定がされる。

3) DEMENS3

DEMENS3 の教育の目的は、高齢者および精神機能が著しく低下した認知症の方の全体を捉えた支援計画を立て、それを実行する専門技能を高めることを目的としている。この研修には、DEMENS1・2を受講したものが受講することができる。主に「活動」と「生活の価値」について学ぶ5日間(37時間)である。意味のある毎日を作り出すにはどのようにしたらよいのか、音楽を聴いたり歌を歌うこと他にも回想的活動をするための具体的な方法についても学ぶ。5日目には、職場における仕事の喜びの継続や主体性について学び、実践報告を行っている。

試験は、論文および口述試験で行われ、内部で合否判定がされる。

表 1-1-3 DEMENS1～3 の現任教育のカリキュラム

	対象者	時間数	テーマ	内容				
				1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
DEMENS1	高齢者ケアに携わる全スタッフ	37時間	個人の加齢変化に対する社会学的伝統 個人の加齢変化に関する心理学的観点および理論 老化と病的老化の生物的理解 高齢者および精神機能が著しく低下した認知症患者との介護における家庭的環境	・認知症の症状 ・認知症の重度とはどのような状態なのか ・診断書の違いについて ・生活史を把握すること、毎日の生活、生活のリズム、生活資源、現在の状況、生活習慣	・生活と習慣、現在の生活を比較する ・トム・キットウツの理論を取り入れる	・認知症高齢者とその家族とのコミュニケーション ・一般的な家族とのコミュニケーション ・会話の抑揚や体の動かし方、表情、言葉を選んだ話をすることを実際に鏡の前で練習する ・職員の生活史を反映させながらケアを行うことと同じ人間を作らないため、個性を活かす	・横の連携について ・法を犯さない ・権利を振り回さない ・法律の条項を覚えておくこと ・意志を確認することが難しい場合には、権力をふるいがちになる。社会的・教育的な方法を用いてケアしていく	・現場での実践 ・ケアスタッフのストレス予防について ・生活史と観察が大切であること
DEMENS2	認知症ユニットで働くスタッフ	37時間	社会福祉のしごとにおける介護の概念の扱いに対する諸観点 動的な心理学の枠組みでの介護の理解 倫理的観点からの介護の理解 現行の法律との関連における介護の理解の協会策定 憲法、行政法、患者権利法、社会サービス法、後見法に基づく介護義務の定義	・認知能力を測るテストについての紹介 ・生活史・症状の観察 ・協力モデルについての説明	・認知症の症状(アルツハイマー型、脳血管性、前頭側頭型) ・観察 ・診断 ・認知症の方が受ける認知レベルを確認するテストを体験し、その人の思いを理解する	・法的に自分たちの行っている介護がどうか振り返る ・社会福祉をめぐる様々な法律の理解	・認知症、混乱、うつ、3つの違いについて ・薬と観察 ・行動、心理症状に対して ・一行動・言動を認める ・暴力を防ぐ方策 ・一性的な問題も理解する ・認知症の方との関係で問題が生じる場合には家族も含めて解決する	・症状の細かな観察 ・日常生活のリズム ・資源を観察する
DEMENS3	DEMENS1・2の修了者	37時間	組織における慣習に対する理論的観点 組織における変化・定着の過程 慣習および総合的な社会福祉の仕事の把握 高齢者および精神機能が著しく低下した認知症患者との社会福祉における相談職の一般知識 コミュニケーションと学習プロセス	・意味のある毎日をどう作り出すか ・心に響くようなケアとは	・意味のある毎日 ・歌を歌う ・音楽を聴く ・コンタクトイヤーをつくる	・思い出箱 ・家事道具／工具／写真など	・キリン言葉と狼言葉 ・コミュニケーションは常に主観から入ること。問題を起こさない予防になる ・アサーションコース	・現場での実践 ・仕事に対する喜びをどう継続するか ・仕事の主体性 ・職場のリーダー、教員、受講生で実践報告を行う

出典：UddannelserneSosu-hjælperogSosu-assistantog AMU-Demensundervisning 2008.9.25 訪問資料

(4) 認知症コーディネーターの養成とカリキュラム

社会保健介護士あるいは社会保健介助士の資格を取得したものは、上記の DEMENS の研修を受講し認知症ユニットで勤務していく。介護職員として、あるいは認知症ユニットの中で仕事している職員の中には、自身のキャリアアップとして認知症コーディネーターを目指していく人たちがいる。この背景には、認知症ユニットで暮らす高齢者の介護には様々な“手助け”が必要であるという気付きからである。高齢者が認知症になる前にどのような暮らし方をしていたのかという情報を家族から聞くこと、その中から、どのようなアクティビティをしていけばよいのかをスタッフと考えること、さらにはどのような病気が

あり、医療スタッフとどう連携していけばよいかというようにトータルに高齢者を理解し、家族をも含めてケアしていくという必要性を現場でも理解しはじめたことによるからである。ここでは、認知症コーディネーターについて取り上げる。

1) 認知症コーディネーター（DEMENS KOORDINATOR）養成の概要

①認知症コーディネーターの成立の背景

1990年代から、介護・看護職員への再教育プログラムが取り組まれ始め、認知症介護を俯瞰できる立場となりうる専門職の教育プログラムの必要性があげられた（医療経済研究機構：2011）。多くの職員が受けてきた教育は、身体介護が主であったが、認知症介護は多角的な視点とアプローチが必要とされる。1993年認知症コーディネーター資格が創設され、人材養成が始まった（生井：2000）。当時、コムーネ^{xiv}のケアリーダーといわれるような管理的立場にある人たちは100時間（3週間）の認知症コンサルタント^{xv}養成コースを受け始めていた。認知症コーディネーターの職能団体である「デンマーク認知症コーディネーター協会」は1994年5月に発足している。

2002年に社会サービス法が改正され、全ての自治体は、認知症コーディネーターを配置しなければならないと定められた。認知症コーディネーターは、国家資格ではないが、一定の教育を受けなければ、その職に就くことはできないと定めている自治体が多い。2010年の社会サービス局の調査ではコムーネの96%に認知症コーディネーターあるいは認知症コンサルタントを雇用している（医療経済研究機構：2011）

②対象者

認知症コーディネーター養成は、理学療法士、作業療法士、看護師、社会保健介護士の基礎資格を持ち、資格取得後2年以上の実務経験を有するものと定められているが、実際は、10年以上の人が多いという。1回の受講生は、18～25名程度である^{xvi}。

③研修期間

養成期間は1年間、週1日6時間、国内の拠点に通って研修を受けている。

④費用

受講料は、18,000 クローネ（約32万4千円）であり、そのうち社会省が一人に対して16,000 クローネ（約28万8千円）の補助金を出している。雇用主の負担は、1,500 クローネ（約2万7千円）を支払う。受講生の負担は、500 クローネ（約9千円）である。この他にテキスト代として2,500 クローネ（約4万5千円）がかかるが、全額雇用主負担となっている。

2) 認知症コーディネーター養成カリキュラム

認知症コーディネーターを目指す者は、社会サービスのディプロマプログラムの中から、認知症に関するモジュールを3つ（高齢と認知症・高齢者や認知症の人への働きかけにおける倫理、法律と心理学の相互関係、高齢者や認知症で著しく精神機能が低下した人に対して、ソーシャルワーク理論と方法を転換して実施する）受講することになっている。加えて、認知症に関する理論的な論文を2本の提出することが課されている。認知症コーディネーターの養成を修了すると、社会サービスの学位である“ディプロマ”が与えられる（表 1-1-4）。

表 1-1-4 認知症コーディネーターの養成カリキュラム

モジュール	内 容
高齢と認知症（Aldringogdemens）	・ 高齢に伴う社会的な伝統 ・ 高齢による心理学的な視点と理論 ・ 通常の加齢と病的な加齢の双方を生物学的に理解する ・ 高齢者や認知症により精神機能が低下した人の家族を、ソーシャルワークの視点でとらえる
高齢者や認知症の人への働きかけにおける倫理、法律と心理学の相互関係 （Smasplolletmellemetik,juraogpsykologiarbejdetmed ældreogpersoner med demens）	・ ソーシャルワークにおけるケアマネジメントの概念 ・ 力動的心理学の枠組みを理解する ・ 倫理的な視点を理解する ・ 現行の法規定との関連でケアを理解する ・ 基本法（grundloven）、行政運営法、患者権利法（lovompatientersretsstilling）、社会サービス法および成年後見法に基づいたケアの義務の概念を明らかにする
高齢者や認知症で著しく精神機能が低下した人に対してソーシャルワークの理論と方法を展開する （Omsætning og implementering af teori og metoder i social arbejde med ælder og personer med demens med betydelig nedsat psykisk funktionsevne）	・ 組織における実践を展開するうえでの理論的な視点 ・ 組織の中で定着するプロセス ・ 多職種間のソーシャルワークの実践を確立する ・ 高齢者や認知症で著しく精神機能が低下した人のソーシャルワークにおける、コンサルテーションの機能について一般的に知られている手法 ・ コミュニケーションと学習のプロセス

出典：医療経済研究機構（2011）『認知症ケアの国際比較に関する研究総括分担報告書』，87に筆者一部加筆

（5）認知症コーディネーターの職務

認知症コーディネーターは、自治体が雇用している。自治体に2名いる場合には、1名は、プライセセンターに所属し、当該地域の認知症ユニットやプライエボーリで暮らしている認知症高齢者を主に担当し、併せて、管理者や職員の教育を行っている。もう一人は、自治体の在宅サービスに関する部門（Vasitationen）に所属している。

認知症コーディネーターの職務には大きく3つあるといわれている。1つ目は、家族と関係機関をつなぐ役割（コンサルタント），2つ目は、認知症に関する教育普及を行うこと，3つ目はスーパーバイズを行うことである（汲田：2011）。アセスス（ASSENS）では、自治体に所属している認知症コーディネーターが、認知症と診断された高齢者を2

週間以内に訪問することになっている。認知症クリニックの専門看護師は、本人の許可を得たのちに認知症コーディネーターに病名、病気の程度、自治体関与の必要性、コーディネーターの家庭訪問の要請、デイセンターの利用や住み替えの必要性などについて連絡をする。

その後、一人暮らしの高齢者の場合には、1ヶ月～1ヶ月半に1回は訪問して様子をみていく。認知症コーディネーターは、認知症高齢者とその家族がサービスにアクセスするための窓口となる役割も果たしている。家族や認知症高齢者本人では、分かりづらい様々な手続きや連絡を最小限にすることが目的である。認知症が進行し、在宅での生活が難しくなってくると、家族と認知症コーディネーターが住み替えについて協議する。引っ越し先が決まったら、プライセンターの担当の認知症コーディネーターに引き継ぐ。プライセンターに所属している認知症コーディネーターは、市内にある11か所のプライセンター内のプライエボリーに住む認知症高齢者を担当している。認知症の症状がみられる高齢者がいる場合には、認知症コーディネーターに連絡が入る。連絡を受けたら、家族、家庭医と認知症の診断を受けさせたいと考えているのかどうか、またその必要性があるのか話し合いをする。家族が希望すれば、受診の手続きをする。

3. デリバリースーパービジョンと認知症コーディネーターの役割

(1) デリバリースーパービジョン導入への経緯

デンマーク社会省は、「特別なニーズを抱える認知症患者の介護に携わる職員のための現任教育／専門能力開発」プロジェクトを2007～2009年にかけて行った。このプロジェクトの背景には、認知症コーディネーターが、在宅介護を担っている職員が介護の場面で困った状況が生じたときに、これまでの振り返りを介護に活かせていないと感じていることがあった。特に在宅介護では、介護職員が高齢者の家庭で一人きりになることが多く、上司や同僚と振り返ることができないという現実もある。しかし、難しい認知症介護でも現任教育を行えば、自己を顧みたり、新たな知識を得たりする機会を得ることができ、職員の能力の向上につながるのではないかと考えていた。このプロジェクトの目標は、①在宅介護に携わる職員の専門能力を開発すること、②現任教育というコンセプトを確立すること、③職員の仕事に職業教育を組み込むことであった。プロジェクトでは、5名の認知症コーディネーターが81名の介護職員を対象に行った。81名の介護職員の基礎資格は社会保健介助士60名、社会保健介護士21名であった。1ケースにつき3回の継続的な指導を認知症コーディネーターから受け、1つの事業所から3名ずつ参加した。1回目と2回目の指導の間に、職員も認知症コーディネーターも課題を整理する。1対1の個人スーパービジョンではなく、3名ずつグループで行うことにより、そこで展開されるやり取りがより深いものになったという。仮に2名ずつ行われていたら、一方が支配的になり、偏ってしまいがちになるが、3名ならばその可能性が薄くなるといわれている。

このプロジェクトの成果は、①職員の認知症に関する専門知識の向上、②部門間の協力の強化、③職員間の軋轢の予防および仕事の喜びの増大、④職員の仕事への現任教育の組

み込みであったと報告書では述べられている。介護職員への現任教育は、個別ではなく、数名同時に行われることがより効果が高まりその結果、チームワークや職員間の連携につながるということである。

このプロジェクトを終えて、職員を参加させた事業所の管理者は、職員が事業所に戻ってきて、現任教育について他の職員に語ればそれで十分かといえれば必ずしもそうではなく、認知症コーディネーターがついていることが重要である。認知症コーディネーターが常にそばにいと、連携が強まっていることを実感したという（IngerStenstrørnRasmussenら:2007）。

このようなプロジェクトは、のちにスーパービジョンをグループで行い、しかもデリバリー型で認知症コーディネーターが現地に出向いていくというシステムを作ってきたひとつの取り組みだといえる。

（２）自治体に配置され各介護現場のスーパービジョンの要請に対応

認知症コーディネーターは、介護現場からの相談にのったり、アドバイスを求められたりする。たとえば、プライエボリーの認知症ユニットの介護職員から「自分の行った介護について、この方法でよかったのかどうか」「介護が難しく困っているが解決策が見いだせない」という相談等である。認知症コーディネーターは、このような相談があった場合、直接、現場に出向き話を聞きながら、職員と高齢者との相性や服薬の状況など、これまでのケース記録を見ながら助言する。どれだけの教育を受けていても、現場の職員は自分の介護の仕方に自信がなくなる場合もある。認知症コーディネーターは、そのような時に傍らで職員の介護の仕方を支持しつつ、適宜その介護の仕方を修正しながら支え続けていく存在となる。また、職員の介護に関する戸惑いへの支援にとどまらず、管理者などから現場での困難について相談がある際には、それを解決していくプログラムを考案することもある^{xvii}。

社会サービス法では、自己決定権を重視し、必要時以外に職員が当事者に権力を行使^{xviii}することを制限している。これは1999年国会において、自己決定権を強化し明確にしたことによる。このことは、認知症高齢者介護の現場においても有効であると考えられており、権力の行使を簡単にはできないことになっている（村嶋，レーネ：2000）。権力の行使は、社会サービス法第67条の介護義務に関する規定に定められている。ただし、認知症コーディネーターが、必要であると判断した場合には、権力の行使をすることが可能となるのであり、その必要性を感じている場合には、認知症コーディネーターの派遣要請^{xix}をすることがある。

また、先に述べたDEMENS1～3の研修を修了していても、実践現場でそれが活かされていない場合には、認知症コーディネーターの派遣を依頼し、これまで学んだ理論を確認し、具体的にどう実践すればよいのかを現場で直接助言することもある。スーパーバイザーとして介護現場に入る時には、まず介護の様子を観察し、他の介護職員と一緒に夜勤や準夜勤の時間に入ったり、何度も同じ現場を訪問することもある。認知症高齢者に対して、

職員がどのような言動や介護をしているのか、細部に着目して観察することが求められるのである^{xx}。

（３）スーパービジョンシステム体制

前述したとおり、介護職員が介護をしていく中で困難となっていることについて職員集団では解決が図れない場合において、認知症コーディネーターに派遣依頼を要請する。認知症コーディネーターは、現場で実際に困っていることの詳細を聞き、これまでに行ってきた方法や高齢者の身体的な状況などを確認する。もし、高齢者に対して権力の行使をしなくてはならない場合には、その判断は認知症コーディネーターに委ねられている。権力の行使は、介護職員はしてはならないことだと定められているため、認知症コーディネーターの許可が必要となる。認知症コーディネーターと介護職員は、認知症高齢者への介護のアプローチの方法などをこれまでのアセスメントを基に考えていく。介護職員は、ここで決定されたことを基に実践をしていくが、数ヶ月後にモニタリングを行う。この場にも認知症コーディネーターは同席している。

一方で、認知症コーディネーターは、DEMENS1～3の現任教育の場面でも講師として教育することもある。現任教育を受けた介護職員は、職場に戻って現任教育の場面で学んだことを活かし実践する。必要に応じて階層別研修を受講しながらステップアップしていく。認知症介護のスキルアップとしてスーパーバイザーを目指し認知症コーディネーターとなる（B）。スーパーバイザーは、スーパービジョンの要請があれば、直接介護現場に向いて行う（C）。スーパーバイザーが介護現場で行うスーパービジョンはスーパービジョンを通して人材育成という側面を持ち合わせている（A）。このような循環がデンマークのデリバリースーパービジョンシステムである。（図 1-1-2）

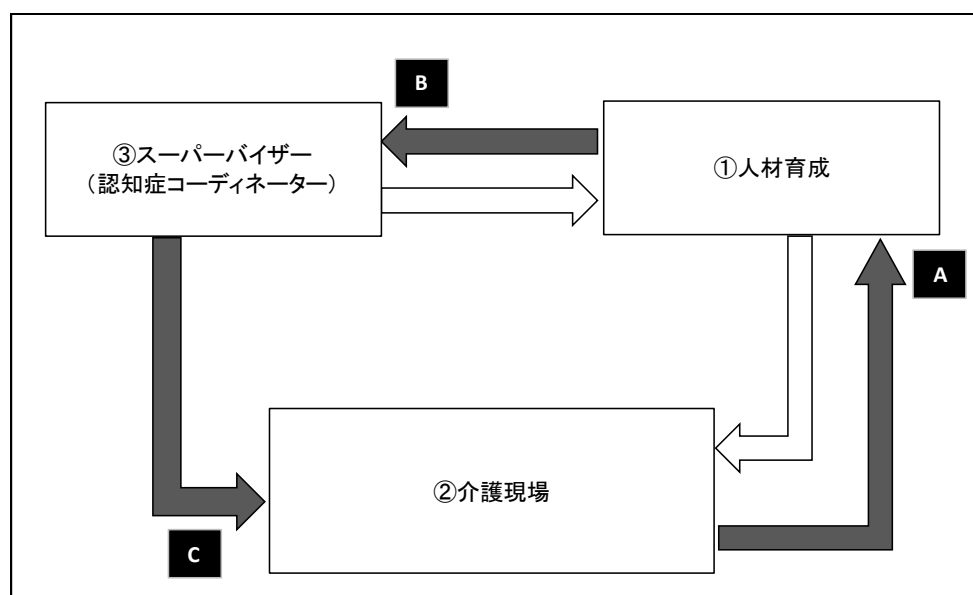


図 1-1-2 デンマークのデリバリースーパービジョンシステムの循環

4. デリバリースーパービジョンシステムの構築までのプロセス

デリバリースーパービジョンシステムが構築されたのは、2001～2002年にかけて認知症コーディネーターが自治体必置となり、その職務の一つに社会保健介護士や社会保健介助士に対するスーパーバイズが明記されたことによる。

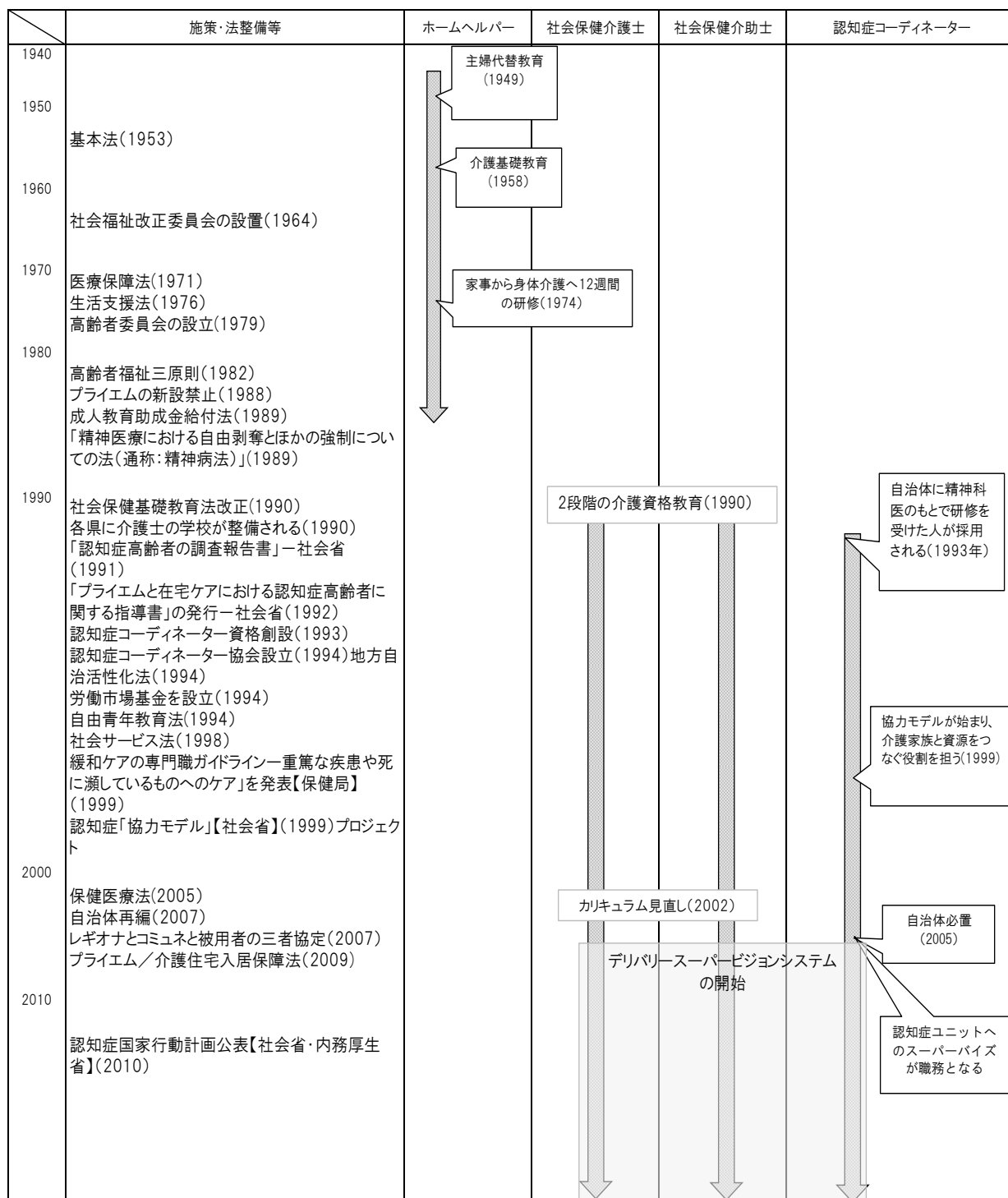
最初に教育されたのは、ホームヘルパーであったが、その「人材養成は、第二次世界大戦がきっかけで、国民の健康や保健に関心が高まり、1949年に主婦を代替できる職員の教育から始まった。」（塩田：2006）その後、1958年からは介護に関する基礎教育が始まった。次第に研修内容や研修時間の充実が図られ、1974年には身体介護に重点が置かれ、当初は4～5日だった研修は、12週間となっていた。

しかしながら、施設凍結を決定し24時間在宅介護の政策が打ち出されると、これまでのホームヘルパーの技量では、介護しきれなくなるような要介護度の高い高齢者が在宅で暮らすことになり、新たな制度を創設したのである。社会保健基礎教育法の改正では、高齢期には医療も介護も必要になることから、これまで看護師が行ってきた医療行為の一部が認められる「社会保健介護士」と身体介護を中心とした「社会保健介助士」の2つの資格が創設された。

2001年には、認知症をはじめとした精神的機能が著しく低下している高齢者に対する積極的な取り組みが行われ、その一つが、「認知症コーディネーター」の創設である。この取り組みは全国的な取り組みになるのは2000年以降であるが、その先駆けは、1990年代の初めに「ミドルファート病院の精神科医師ロルフ・バンク・オルセン氏のもとで教育を受けた人材が、いくつかの自治体の専門職員として採用されたのがきっかけとなっている。デンマークが認知症高齢者対策を推進するにあたって解決を迫られていた、医療連携、家族支援、地域啓発、職員教育、困難ケースの個別対応などは、認知症コーディネーターの登場によって少しずつ解決の糸口を見出すことができたのである。」（山梨：2010）

100時間以上かけて養成される認知症コーディネーターは、「受講者の個人的なスキルアップというよりも、習得した知識、技術、指導力を地域や事業所に還元していく公的な役割を担う人材開発の側面が強い。」（山梨：2010）認知症コーディネーターが自治体必置となった背景には、「常に進展が求められる認知症介護の分野で、すべての介護職の能力を向上させていく」（サービス行政官庁社会省：2005）必要性があり、それを実現するための方策であった。とくに自治体必置となり養成が活発となってからは、教育を受けた認知症コーディネーターがプライエボリーの認知症ユニットなどからスーパーバイズの依頼を受けるようになり、現在のようなデリバリースーパービジョンシステムの構築につながっていた。

表 1-1-5 デンマークの主たる福祉施策等とデリバリースーパービジョンシステム構築までの変遷



第2節 日本の認知症介護におけるスーパービジョン事業の分析枠組み

第1節で説明してきたように、デンマークではすでに、認知症介護を専門的な介護として位置付けその政策化を人材育成とシステム化として図ってきた。超高齢化時代を目前とする日本において、デンマークの認知症介護のこうしたシステムを援用し、新たな認知症介護システムを構築していくことが必要である。

1. デンマークの認知症介護のスーパービジョンシステムからの知見

そこで、これまで述べてきたデンマークの認知症介護の枠組みを振り返ってみたい。図1-1-2にみるように、①人材育成のレベルでの認知症介護の教育カリキュラムの充実である。認知症介護に関する知識と技術をもった職員が自治体の責任で教育訓練され、介護現場に投入される。②現場において、①で養成された職員が直接認知症介護にあたるのだが、その場合においても、先に述べたように様々な課題に直面する。

そうした場合、③認知症コーディネーターという教育を受けたスーパーバイザーが外部から介護現場に支援者として投入される。③スーパーバイザーは、現場での様々な実際の課題を人材育成の現場に事例研究として投入する。すなわち、①→②→③→①と循環していく仕組みを自治体を単位として作っているということである。

そのことをもう少し単純化したものが図1-2-1である。現任教育の実施(A)というのは、すでに第一節で述べてきた。社会保健介助士、社会保健介護士という基礎資格をもった専門職が DEMENS1～3 の教育を受けることができるだけでなく、その後、スキルアップしていく認知症コーディネーター教育があるということである。

こうした現場で直接的に認知症介護にあたる介護職員の養成だけでなく「認知症コーディネーター」というスーパーバイザーの養成に取り組み、しかもそれを自治体を単位に自治体の責任で行ってきている。(B)

養成した認知症コーディネーターは、在宅で介護を受けている認知症当事者と家族に対して適切なサービスが行われるようにケアプランの作成と実施について相談・調整を行うにとどまらない。先に述べたような実施現場に出向き、現場の介護実践についてのスーパービジョンを行い、現場での介護の課題解決の任務を行っているのである。(C)

さらに、現場において権力の行使が必要な場面の権限を認知症コーディネーターは有している。いわば、第三者としての立場からの判定者という機能を持っているのである。



図 1-2-1 本研究におけるスーパービジョンシステムの仕組み

2. 日本における認知症介護のスーパービジョンシステムの分析枠組み

では、こうしたデンマークの認知症介護システムの知見（図 1-2-1）を日本の状況で見ると、A については、都道府県単位で行われている「認知症介護指導者実践者研修・リーダー研修」が実施されており、リーダー層の養成が進められている。しかしながら、現場での介護職員が認知症介護についての知識と技術についての教育・訓練が十分かというところには課題がある。

B についても、「認知症介護指導者養成研修」がそれに値し、すでに都道府県・政令市が研修費用を予算化して、人材養成をしている。B で養成された人材は、A の現任研修の講師をすることが求められている。そういう点においては、A と B の循環はかなりの部分で都道府県内で完結するようなシステムができている。

しかしながら、C については全くと言ってよいくらい実践がされていないのが実状であり、A→C の循環関係が成り立っていないというのが現状である。

すなわち、A→B→C さらには C→A という循環を作り出しているデンマークをモデルとした認知症介護のシステム化を実現させるためにも C のしくみを作り出さなくてはならないというのが本研究の趣旨である。すなわち本研究は、C のしくみを作り出し、A→B→C→A というシステム化を図る実践モデルを構想し認知症介護の質的保証をねらいとするものであり、C におけるスーパービジョンシステムの構築を研究の中心に置いたのである。

本研究では、序章でも述べたように日本の認知症介護のスーパービジョンのシステムを検討するために、デンマークのデリバリースーパービジョンシステムをもとに、A 階層別現任教育の実施、B スーパーバイザーの養成、C 介護現場へのデリバリースーパービジョンの展開という枠組みを用い、日本での実態を横に据えてみていく（図 1-2-2）。A については、

第3章で取り上げ、認知症介護を担う介護職の現任教育について整理した。Bは、第4章で取り上げ、認知症介護指導者養成研修事業と都道府県での役割について整理した。Cについては、第5章において日本の認知症介護におけるスーパービジョン事業について認知症ケア高度化推進事業の一環で行われた「個別訪問相談援助事業」と、滋賀県で取り組まれている「現地相談事業」の実際について取り上げ、滋賀県の取り組みについては、第6章で詳しく分析した。

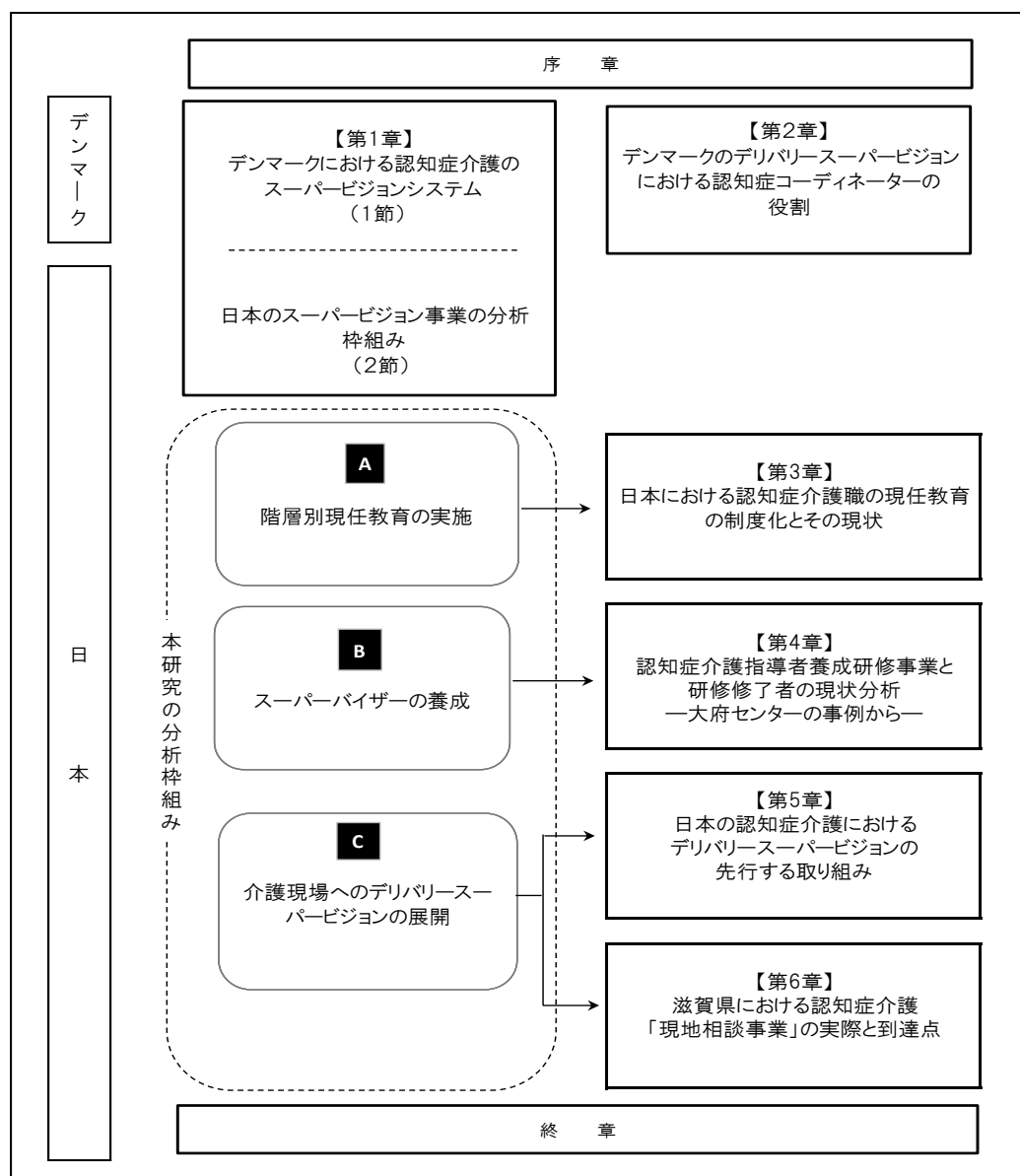


図 1-2-2 本研究の分析枠組みと論文構成

-
- i財団法人老齡健康科学研究財団が主催し、2006年10月12日に行われた第19回シンポジウム「福祉の国デンマーク認知症ケア最前線」の精神科医ロフル・バンク・オルセン (Rolf Bang Olsen) 氏の講演録による。
- ii「介護 (pleje) ホーム (Hjem)」という意味で、介護・看護スタッフが常駐する施設。(澤渡：2009)
- iii当時は、「主婦の代わり」という言い方をされており、何らかの理由で専業主婦が家を空けるとときに子どもや高齢者を見られない時に派遣されるものであったという。(日本赤十字社：1997)
- iv本論文では、1 クローネ=18 円として記述している。
- vアクティビティセンターには2 種類あり、一般高齢者を対象にしたもの(30 名くらいが利用)と認知症高齢者(6~8 名)を対象にしたものがある。どのデイセンターに通いたいかは自己選択する。2010 年9 月の Stenstrup (ステントゥルップ) のデイセンターでのヒアリングによれば、10:00 に始まり、15:00 すぎに送迎車によって帰宅する。昼食代は年金から天引きされる。入浴は基本的には提供されないが、自治体の判断によりデイセンターでの入浴が必要な人の場合には、入浴のサービスが提供される。
- vi2006 年8 月の Sophielund にあるアクティビティセンターでのヒアリングによれば、65 歳以上の高齢者であれば利用することができる。送迎が必要な場合には、有料の送迎サービスもある(月 100 クローネ=約 1800 円)。1 日平均 140 人の利用があり、編み物、手芸、体操(トレーニングルームには指導者が常駐)、フットケア、ビリヤードなどをして過ごしている。昼食は、43 クローネ(約 774 円)で提供されている。
- vii2013 年3 月の SOSU-FYN でヒアリングによる。
- viii 本研究では日本の現状とデンマークの現状を述べるという理由から「現任教育」という用語で統一しているが、デンマークでは「職業教育訓練」と言われている。
- ix高齢者の住宅に職員の詰め所、デイセンター、トレーニングルームなどが配置されている住宅のことである。
- x高齢者住宅とプライエボーリ、訪問介護、訪問看護の事務所、デイセンター、トレーニングルームなどを1つの場所に集めているものをいう。近年この形式の要介護高齢者に必要なサービスを一つの場所に集合させる形式が増えてきている。
- xi 現任教育の推進で、高等教育を受けていない在職者を対象に現任教育中の損失所得の保障を行う制度(VEU)が整備されている。国からの拠出と企業の一部負担によって在職者は一定の所得保障を受けながら現任教育を受けられる。この支給に年齢や期間等の定めはない。2006 年には約 350,000 件の VEU 給付が行われたと報告されている。(みずほ情報総研：2011)
- xiiこの自治体についての概要は、第6 章で詳しく述べる。
- xiii日本では、「パーソン・センタード・ケア」として紹介されている。
- xivコムーネとは、市のことを指す。デンマークでは、2007 年1 月に地方自治体の構造改革が行われ、271 のコムーネは 98 に統合され、14 のアムト(県)は、5 つの地域に再編された。
- xv「認知症コーディネーター」と「認知症コンサルタント」という2つの言語によって語られており、明確に役割を分けているわけではない。社会省の報告書によれば、1999 年より行われている認知症にまつわる日々の職務における関係者間の役割分担や協力関係を明確・明瞭にするためにはじめられた「協力モデル」での責任者として「認知症コンサルタント」と称する役職を設けると記載されている(SOCIALMINISTERIET:2001) また、筆者の現地でのヒアリングによると、「認知症コンサルタント」は教育課程上の名称で、自治体での職務名は「認知症コーディネーター」とすみ分けている場合と、Grave (グレーブ)での2005 年のヒアリングでは、コーディネーターは、地方にいて社会保健

介助士や社会保健介護士への介護に関するアドバイスをする者で、コンサルタントは市民と家族への支援を主としてコーディネーターのまとめ役であるとの説明を受けた。

xvi 2005年9月認知症コンサルタント養成校でのヒアリングによる。

xvii 2010年3月に行ったASSENS（アッセンズ）での認知症コーディネーター2名へのヒアリングによる。

xviii 権力の行使とは、身体拘束のことを意味する。

xix このことについては第5章で詳しく述べる。

xx 2012年3月にASSENSでの認知症コーディネーターLeneJørgensenへのヒアリングによる。

第2章 デンマークのデリバリースーパービジョンにおける 認知症コーディネーターの役割

本章では、デンマークで行われているデリバリースーパービジョンにおける認知症コーディネーターの役割について分析した。第1節では、社会保健介助士へのフォーカスグループインタビューを行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析し、スーパーバイズを受けた側から見た認知症コーディネーターの役割に迫る。第2節では、スーパーバイザーからみたデリバリースーパービジョンの実際について明らかにした。第3節では、日本を分析する上で着目する認知症コーディネーターの役割について述べている。

第1節 デリバリースーパービジョンの取り組み ―スーパーバイザーからみる 認知症コーディネーターの役割

1. スヴェンボーの概要

スヴェンボーは、南フン島地方に位置する3つの自治体が統合してできた人口58,000人の市である。主な産業は、観光業と鉄鋼業であり、海に囲まれていることからヨットハーバーや造船工場といったものも数多く見られる。デンマークでは、高齢者を65歳以上と定義しており、2008年9月現在、スヴェンボーの高齢者数は8,500人と報告されている。市内には、入院施設のある病院が1か所(360床)のみである(汲田:2010a)。市内の在宅介護サービスは地域を二分し、東と西でそれぞれ提供されている。プライエボーリ、ケア付き住宅等に入居している高齢者は、2,780名いる(2009年9月現在)。日常的に市民の健康管理をする家庭医は、市内に40名登録されている。高齢者福祉の仕事に従事する常勤職員(プライエボーリ・ケア付き住宅・在宅ヘルパーなど)は、2,300名である(汲田:2010b)。

2. 目的および方法

(1) 目的

スーパーバイザーである社会保健介助士のインタビューを通して、デリバリースーパービジョンにおける認知症コーディネーターの役割とプロセスについて明らかにすることである。

(2) 対象および方法

データの収集は、2012年7月29日にデンマークスヴェンボー市内の認知症ユニットにて、4名の社会保健介助士に対してフォーカスグループインタビューを行った。(表2-1-1)

本調査は、筆者の主旨を事前に現地の通訳・コーディネーターを通じて依頼し、同

意を得た人を対象とした。またインタビュー当日、書面と口頭で再度主旨を説明し書面にて了承を得た。インタビューに際しては、IC レコーダーに録音すること、得られたデータは匿名で処理され個人が特定されることがないことを説明した。インタビューは、半構造化面接の手法を用いた。インタビュー時間は、約3時間であり、その全てを逐次通訳者により日本語化し、それを逐語記録に起こした。

対象者の概要は、表 2-1-1 の通りである。

表 2-1-1 調査対象者の概要

	性別	基礎資格	勤務年数	備考
1	女性	社会保健介助士	40 年	フレックス職員（日勤）
2	女性	社会保健介助士	5 年	夜勤専門職員
3	女性	社会保健介助士	7 年	準夜勤専門職員
4	女性	社会保健介助士	14 年	日勤専門職員

（3）分析方法

フォーカスグループインタビューの分析に際しては、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modifie Grounred Theory Approach：M-GTA）を用いた。そもそもグラウンデッド・セオリー・アプローチは、1960 年代に医療社会学者である Glaser と Strauss によって考案されたアプローチで、データに密着した継続的比較分析から独自の理論を生成するための質的研究法である。その特性を活かしてより分析法を分かりやすく木下が提唱したものが M-GTA である（木下 1999：2003）。M-GTA は、調査者の主観が入り込みすぎないようにしている。本研究では、以下の理由から、M-GTA を分析方法とした。

- ① M-GTA が質的研究の分析方法として明確であること
- ② 認知症コーディネーターという分析対象が M-GTA に適していること
- ③ 実践で活用と修正しながら用いていく応用可能性を見定め、結果を現場に還元することが重視される M-GTA の考え方がデンマークの実践から日本への示唆を得たいと考える本研究の目的と合致すること

M-GTA の分析の手順としては、まず、分析焦点者を意識し、分析テーマを設定した。当初の分析テーマは、「デリバリースーパービジョンのプロセス」としていたが、分析を進めるうちに、今回の分析焦点者である社会保健介助士（スーパーバイザー）からみるスーパーバイザーの役割が重要な概念となることが見えてきたため、最終的には「デリバリースーパービジョンのプロセスにおける認知症コーディネーターの役割」とした。次に、分析テーマに沿ってフォーカスグループインタビューで得られたデータに着目し、関連性のある語りを選択し、それをヴァリエーション（具体例）とした。さらに、類似するヴァリエーションを説明することのできる説明概念を生成した。ワークシートには、概念名、

定義およびヴァリエーションとして語りの内容を記載し、ヴァリエーションへの記載は、解釈をするのに必要な部分のみとした。この作業を繰り返し、いくつかの概念を生成していった。抽出された概念は、その概念同士の関係を検討し、カテゴリーを生成した。また、解釈が恣意的なものにならないように、意味の類似例だけではなく、筆者の分析や解釈とは対極例を考え比較する作業を行い、新しい概念の抽出がなされない理論的飽和の状態まで作業を繰り返した。

（４）概念生成過程の例示

本研究での概念のひとつである「チーム内の介護の方向性を統一できる」をもとに、概念生成の過程について説明する。はじめにインタビューの中で「全員がコーディネーターの指示に従わなくてはならないのでスタッフがまちまちな対応をすることがなく、同じ対応をするようになります」という語りを注視した。この発言の意味を考え、どう解釈するのか、そして相反する視点も考慮し、この語りの意味を一番ふさわしい定義は何かを考えていった。検討を重ねた結果、「チームの中で統一された介護の方向性を定める」とし、概念を「チーム内で介護の方向性を統一できる」とした。なお、表 2-1-2 は、作成した分析ワークシートの例である。

表 2-1-2 分析ワークシート例

概念名	チーム内で介護の方向性を統一できる
定 義	チームの中で統一された介護の方向性を定める
ヴァリエーション (具体例)	●全員がコーディネーターの指示に従わなくてはならないので、スタッフがまちまちな対応をすることがなく、同じ対応をするようになります。(111) ●コーディネーターがよく話を聞いてくれて、コーディネーターが知っている情報を提供してくれて、みんなで話し合った結果、解決方法を試すんです。(117) ●スタッフと対話をして、対応方法について相談して決めていくんです。(115) ●コーディネーターがみんなの束ね役になっていますよ。束ね役がいるのはとてもいいことだと思います。(112) (以下略)
理論的メモ	・認知症コーディネーターの指示は強制力がある。 ・認知症コーディネーターが指示しないとまとまらないのか。 ・束ね役は職場の中には存在していないということなのか。 (以下略)

（５）分析結果の厳密性

本研究の厳密性の担保のために、M-GTA による研究経験な豊富の研究者に分析過程でスーパービジョンを受けた。

3. 結果および考察

M-GTAにより分析した結果、8つの概念と5つのカテゴリーが生成された。概念リストは表2-1-3のとおりである。なお、概念は〈 〉で、カテゴリーは【 】で表記する。なお（ ）は、語りのコードナンバーである。

はじめに、生成された社会保健介助士からみる認知症コーディネーターの役割概念を提示する。次に、その概念をもとに認知症コーディネーターが実施するデリバリースーパービジョンのプロセスを提示する。

表 2-1-3 認知症コーディネーターの役割概念リスト

概 念	定 義	具体例
1 契約に基づき施設あがての情報収集をする	契約に基づいて実施され、ケースの情報収集はユニットをあげて行われる	スタッフは日勤、準夜勤、夜勤のそれぞれに対応しか見えませんがコーディネーターはすべての情報を集めるし、ほかの施設の情報も集めていますから、その情報をくれるのはとてもいいことだと思います。(113)
2 高い能力で情報を精査し判断してくれる	認知症コーディネーターは様々な視点から情報を分析する能力を持っている	認知症コーディネーターで解決しなかったら、次は老年精神科医のところに問題をもっていくになっています。認知症コーディネーターの判断は最終です。(91)
3 具体的介護方法の助言を受ける	認知症コーディネーターが具体的な介護の方法について職員に助言する	認知症コーディネーターに相談したところ、数人のスタッフで対処したほうが良いと助言をくれました(41)
4 新たな介護の方法が見つかる	これまでの介護にはなかった新たな視点を生成する	私たちはどうしても視野が狭くなりがちで、考え方も慣習化しがちになってしまいます(28)
5 チーム内で介護の方向性を統一できる	チームの中で統一された介護の方向性を定める	コーディネーターがみんなの束ね役になっていますよ。束ね役がいるのはとってもいいことだと思います。(112)
6 強制的介入を許可されて介護を展開する	強制的な介護が必要な場合に認知症コーディネーターが介護職員にその実行を許可する	実力行使をするときに、私たちには権限がなくてもコーディネーターがそうしなさいと言えば権限が移るということでしょうかね。(110)
7 スーパービジョンに則った新たな介護を実践する	介護チームと認知症コーディネーターとで決定した新たな介護を具体的に実践していく	認知症コーディネーターが話をよく聞いてくれて、知っている情報を提供してくれて、みんなで話し合って解決法を試すんです。(117)
8 実践をバックアップするモニタリングを受ける	実践している介護について認知症コーディネーターが繰り返し確認する	認知症コーディネーターは2か月くらいしたらもう一度やってきて、問題が解決したかを確認します。これを何度も繰り返しています。(90)

(1) 認知症コーディネーターの役割における概念生成の結果

デリバリースーパービジョンにおける認知症コーディネーターの役割は、スーパーバイジー側からみると8つの概念で生成された。それは、〈契約に基づき施設あげての情報収集をする〉〈高い能力で情報を精査し判断してくれる〉〈具体的方法の助言を受ける〉〈新たな介護の方法が見つかる〉〈チーム内で介護の方向性を統一できる〉〈強制的介入を許可されて介護を展開する〉〈スーパービジョンに則った新たな介護を実践する〉〈実践をバックアップするモニタリングを受ける〉である。以下、具体的に内容について記述する。

1) 契約に基づき施設あげての情報収集をする

〈契約に基づき施設あげて情報収集をする〉とは、“デリバリースーパービジョンが、契約に基づいて実施され、ケースの情報収集は施設をあげて行われること”である。「コーディネーターは、まずスタッフと一緒に座って情報を得ます(114)」と顔の見える人間関係のなかで、グループの雰囲気を見ながら、実態に即した情報収集を行っていく。そこではユニットのほとんどの介護職員が集まり、介護が困難なケースについて自分たちの持っている情報や、これまで取り組んできた内容についてコーディネーターに話をする。デンマークの多くの介護現場では、日勤、夜勤、準夜勤のシフトが固定しているため、職員は限られた時間の高齢者の様子しか把握することができない。そのため、認知症コーディネーターが来る際には、それらの情報が一堂に会することになる。この場合は「コーディネーターがよく話を聞いてくれます(117)」という語りからも、職員たちにとって日ごろの介護を思い切って話せる場でもある。

2) 高い能力で情報を精査し判断してくれる

〈高い能力で情報を精査し判断してくれる〉とは、“認知症コーディネーターが様々な視点から情報を分析していく能力を持っていること”である。認知症コーディネーターは、ケースの課題が介護で対応できるものかどうかを判断する専門性を持ち合わせている。それは、認知症コーディネーターになるために2年の教育を受けているだけでなく、これまでの本人の経験や基礎資格も関係している。「認知症コーディネーターで解決しなかったら、次は老年精神科医のところに問題を持っていくことになっています(91)」という語りからも、認知症コーディネーターにスーパービジョンを受けても解決しないことの多くは、医学的介入を要しているといっても過言ではない。

そういう意味では、認知症コーディネーターは、基礎資格として社会保健介護士や看護師、作業療法士の資格を有するため、医学的な基礎知識も持ち合わせており、介護では解決できないかどうかの高い能力で情報を精査し判断する力を有している。

3) 具体的介護方法の助言を受ける

〈具体的介護方法の助言を受ける〉とは“認知症コーディネーターが具体的な介護の方法について職員に助言すること”である。施設では、職員同士の検討では解決の糸口が

見えないために、デリバリースーパービジョンを依頼していることから、具体的な助言を期待している。「認知症コーディネーターに相談したところ、数人の職員が対応した方がよいと助言をもらいました(41)」というように、具体的にどうしたらよいかを助言することによって、そういう方法もあるのだということを知る。認知症コーディネーターは、多施設でデリバリースーパービジョンを行っているため、「他の施設ではこういうやり方があったがどう思うか(151)」という問いかけを認知症コーディネーターからもらうことにより、その介護方法が自分の施設の高齢者にとってどうかと職員自身も考えることができる。「スタッフは日勤、準夜勤、夜勤それぞれの対応しか見えませんが、コーディネーターはすべての情報を集めるし、他の施設の情報も集めていますから、その情報をくれるのはとても良いことだと思います(153)」という語りから、24時間の認知症高齢者のことだけでなく介護の様子、さらには同じような問題が他の施設でどのように解決されてきたのかということもヒントとなっている。

4) 新たな介護の方法が見つかる

〈新たな介護の方法が見つかる〉とは、“これまでの介護では持っていなかった新たな視点を生成しうること”である。デリバリースーパービジョンを活用するということはこれまで自分たちでは解決できなかったことを、どう解決できるのかというプロセスでもある。「私たちは、どうしても視野が狭くなりがちで、考え方も習慣化しがちになってしまいます(28)」という語りから、これまでにない新たな視点を生成することにつながっていることがうかがえる。人手が足りない、取り組んだことがない、通常そういう方法ではしないといったこれまで行なってきた「その習慣を崩してもらうためにもコーディネーターが必要なんだと思います(29)」というように習慣化された介護からの脱却を可能としていることがうかがえる。

5) チーム内で介護の方向性を統一できる

〈チーム内で介護の方向性を統一できる〉は“介護チームの中で統一されたケアの方向性を定めること”である。「全員がコーディネーターの指示に従わなくてはならないので、スタッフがまちまちな対応をすることがなく、同じ対応をするようになります(111)」というように、デリバリースーパービジョンの結果、どのような介護をするのかが定まる。このことによって、チームがまとまるだけではなく、「スタッフと対話して、対応方法について相談して決めていくんです(115)」という語りからからは、デリバリースーパービジョンを通して、介護をチームで進めていくことをより強く意識することができていることがうかがえる。

チーム全体で介護方法を考えながら「コーディネーターがみんなの束ね役になっている(112)」。そのことによりチーム全体で共有していくことを可能にしているのだ。「コーディネーターが最後の解決策を出した時は、スタッフも同意ができています(116)」というように、チーム全体が納得し実行可能な介護方針が定まる。

6) 強制的介入を許可されて介護を展開する

〈強制的介入を許可されて介護を展開する〉は“強制的な介護が必要な場合に認知症コーディネーターが命令をし、職員がそれに従うこと”ということを指す。デンマークでは社会保健介助士をはじめとする介護の専門職は、本人が拒否することに対して強制的に介護することができない。入浴拒否や、更衣拒否などに対して、押さえつけて無理やり行うことは法律上禁止されているのである。しかしながら、どうしてもしなければならぬ場面もある。「実力行使は、後からとても非難されることなので、コーディネーターがOKを出してくれるということは、法律の後ろ盾ができるんです(119)」と介護職員にとってみると責任の所在がはっきりすることとなる。それは、強制的に介護することに対する根拠となるため、安心感が生まれる。このことによって、たとえ強制的になろうとも介護することができる。

7) スーパービジョンに則った新たな介護を実践する

〈スーパービジョンに則った新たな介護を実践する〉とは、“介護チームと認知症コーディネーターとで決定した新たなケアを具体的に実施していくこと”である。デリバリースーパービジョンのなかで介護方針を方向づけていくことにより「私たちは仕事がしやすくなりました(152)」と語っている。固定したシフトで日勤、準夜勤、夜勤務を行っているデンマークの介護職員は、自分の勤務時間帯の介護と高齢者の様子しか知らないため、デリバリースーパービジョンで決定した介護を行うことで職員は安心感を持って仕事ができる。ユニット制での介護は、高齢者対職員の関わりが密接になるという反面、職員数も少ないために互いの介護が見えにくい。〈スーパービジョンに則った新たな介護を実践する〉は、このような状況でも、統一されたケア実践が行われる土壌を生成している。

8) 実践をバックアップするモニタリングを受ける

〈実践をバックアップするモニタリングを受ける〉は、“実施している介護について認知症コーディネーターが繰り返しモニタリングすること”で、デリバリースーパービジョンによって決まった新たな介護実践を行い「1～2ヶ月後にコーディネーターがやってきて、取り組んでみた結果を確認します(150)」。「これを何度も繰り返しています(90)」というように、繰り返し実践の結果を見ながら新たに情報収集をしていく。新たに課題が析出された場合においては、さらに追加の情報集積をし、介護を行っている。

(2) 結果図

社会保健介助士からみるデリバリースーパービジョンのプロセスと認知症コーディネーターの役割を図示したものが図 2-1-1 である。

本研究では、デリバリースーパービジョンの受け手であるスーパーバイザー（社会保健

介助士) から見る認知症コーディネーターの役割の概念生成を通して明らかにするとともに、カテゴリー化する際には、デリバリースーパービジョンのプロセスとして捉えなおしている。

(3) ストーリーライン

カテゴリーからデリバリースーパービジョンの全体像を概観する。M-GTA を用いて分析した結果、8つの概念と5つのカテゴリーが生成されている。それをもとに作成した結果図を用いてプロセス全体を説明するものがストーリーラインである。

以下の説明で使用する【 】はカテゴリー、〈 〉は概念のことである。

デリバリースーパービジョンは、【現場に即した情報提供】から始まる。デリバリースーパービジョンは、自治体に雇用されている認知症コーディネーターによって行われる。認知症介護実践と専門的研修を積んできた認知症コーディネーターによる情報収集は、直接介護現場において実施されるのである。このことによって、対応に困っているという高齢者の状況を確認することができる。介護困難な状況の認知症高齢者に対してどのように対応していったらよいのか、今までどのような取り組みをしてきたのか、高齢者の身体・精神がどのような状態であるのかという情報収集をし、さらに認知症コーディネーターにより【困難打開が可能となるアセスメント】がなされる。これまで幾度となく考えてきた方法や「きっと駄目だろう」と諦めていたアプローチ、介護現場の中では、日頃思いつかないような発想を認知症コーディネーターは提案することもある。介護職員はそれを手がかりとしながら、どのような介護をしていくのか考え、認知症コーディネーターによってその方法でやってみることを認められると【実行を保証されたプランニング】へと発展していく。認知症コーディネーターによって保証されていること、みんなと決めていくというプロセスが介護職員にとっては大きな自信となっている。そして、そのプランニングでは介護方針が強制的な介護を必要とする場合にも、認知症コーディネーターが認めた場合のみ、実行することができる。強制的な介護を必要としている状況か、あるいは強制的な介護では解決する課題ではなく、精神科の受診が必要かという段階における判断も認知症コーディネーターがすることになる。その後、決定した方向性に向かって介護職員たちは【新たな視点による介入】をする。これは介護チームが同じ方向性に向かって介護を実践することである。同じかかわり方、同じ介護の仕方をするを念頭に置きながら、介入するのである。

一定期間を経て、新たな視点で介入し実践してきたことが、どのような状況であるのか【実践をバックアップするモニタリング】が認知症コーディネーターによって行われる。これは、必要がある限り繰り返される。同じ実践方法で当面続けていくのか、もう一度アセスメントから行なわないといけないのかなどについて検討される。デンマークの認知症介護現場では、解決することができない認知症高齢者介護の課題が生じるたびに、デリバリースーパービジョンが依頼できるシステムとなっており、この一連のプロセスを経ていくことで課題を解決している。

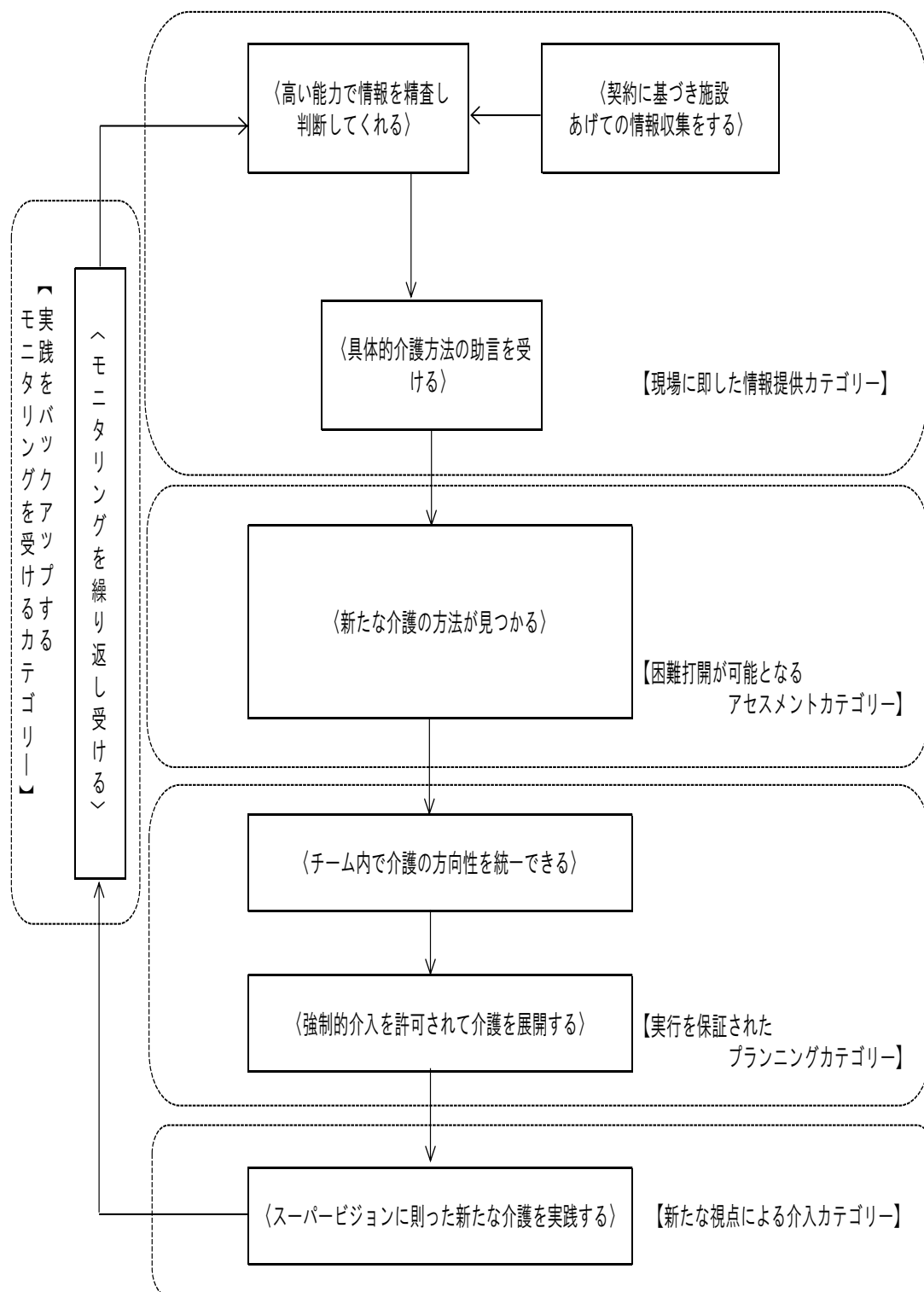


図 2-1-1 社会保健介助士から見る認知症コーディネーターの役割と
デリバリースーパービジョンのプロセス

第2節 スーパーバイザーからみるデリバリースーパービジョンの実際

本節では、第1節で明らかにした認知症コーディネーターの役割が実際にどのように果たされているのかについてスーパーバイザーのインタビューから明らかにする。ここでは、認知症コーディネーターのスーパーバイザーとしての役割を強調するために「スーパーバイザー」という名称を用いて述べていく。

1. 目的と対象および方法

(1) 目的

スーパーバイザーへのインタビューを通して、実際の介護現場においてどのようなやり取りが行われ、スーパーバイザーがどの視点に着目して支援してきたのかについて、事例を通して明らかにすること。

(2) 対象者

本調査の対象は、Y氏である。作業療法士の資格を有しており、現在はフリーのスーパーバイザーとして活躍している。1985年以降さまざまな国のプロジェクトにかかわりながら認知症介護の向上に向けて取り組んできた。Y氏は、かつて日本のグループホームに1年間滞在し、介護職員のスーパービジョンを行ってきた経験がある。

(3) 方法

2012年7月29日にデンマーク郊外の対象者の自宅にてインタビュー調査を行った。その際には、デンマーク語の逐次通訳者を立てた。インタビューに際してはICレコーダーで録音する許可を得て、後日逐語録を起こし内容をまとめた。スーパーバイザーが行ったスーパービジョンの内容を、1節で明らかにした認知症コーディネーターの役割として生成した概念のどの部分と合致するのかについても検討した。

2. デリバリースーパービジョンを展開した具体的事例

(1) 事例1：着替えたくないと更衣を拒むA氏（男性）

1) 事例概要

プライエボリーの認知症ユニットで生活している70代前半の大柄な男性A氏は、認知症が進行しており言語能力が低下している。そのため、コミュニケーションをうまく図ることができない。A氏はとても着替えを嫌がり、入浴も拒んでいた。A氏が自分の意思をもって発することができるのは「いやだ」という言葉だけであった。着替えや入浴については、A氏は職員が声をかける時間や場所などをいくつか検討し実践してみたがうまくいかなかった。28週間同じ服を着て過ごした。さすがに体臭がひどくなって、本人も体を痒がるようになってきた。

スーパーバイザーに依頼があった時は、すでにこのような状況で職員が疲弊し、ど

うしたらよいかわからない状況であった。意思をもって「いやだ」と言った A 氏の言葉はデンマークでは最優先される。入浴をしなくても、更衣をしなくても直接命には関わらないため、強制することはできないのである。

スーパーバイザーは、職員と A 氏について話をした。美容師の経験のある職員が彼に「髪を切らせてほしい」と言って、髪を切った後に衣服に付いた髪を払うためやマッサージをすると、少しずつ上着の更衣には成功した。

入浴については、まず彼の家族にこれまでの生活歴について尋ねることにした。A 氏の息子は、父の生活歴について「親父はシャワーを浴びたことがない」と言ったのである。また、A 氏は自然が好きで、キャンプによく出かけていたという。つまり入浴を拒んでいたのは、A 氏の生活歴の中に入浴が存在していなかったことによるものだった。認知症になったから入浴できなくなったのではないということが分かってきた。

さらに、A 氏が昔旅行に行った時や自然の写真を見るのが好きだということがわかったのだ。スーパーバイザーはと介護職員は話を重ねて、シャワーのみだった浴室にバスタブを入れるという提案をした。そして、息子は父の部屋のバスルームにバスタブを入れた。介護職員はブルーのシャワーカーテンを付けて、その周りに自然の写真を貼った。無機質なバスルームの環境は、A 氏の関心のある写真であふれた。その結果、A 氏は入浴するようになった。

スーパーバイザーは、A 氏のアセスメントを徹底的に行うことの大切さをこの事例を通して介護職員に理解してもらうことができたという。28 週間も風呂に入らずご本人も身体的に辛くなってきているのに、若いころから入浴の習慣がなかった彼にどうしたら入浴してもらえるだろうか、と考えた結果であった。

スーパービジョンの要請があるときは何かに困っている状況である。しかも、それは入居している高齢者と介護職員との間で生じる問題が多い。スーパービジョンで大事なことは、認知症の本人がどういうことに幸せを感じるのか、何が楽しくないのかということを明確にしていくことで、確実にそれを記録しながら進めていくことであるという。このことが基本となって介護が組み立てられていくのだということを彼の課題を通して職員たちは実感していった。

2) 認知症高齢者介護をめぐるスーパーバイザー助言

スーパーバイザーは、この事例の場合には入浴・更衣ができるようになることを目標に定めながらも、そこに至らない理由を探るために更衣目的ではなく「髪を切る」ことを通して、更衣が必要な場面を作ること提案した。認知症の場合には、介護する側が語りかけている内容自体が認知機能能力の低下に伴って理解できなくなる。すなわち「着替えましょう」という言葉の意味がわからないということである。そのため、さまざまな方向からアプローチすることが認知症高齢者を介護する場合には必要とされる。

認知症が進行している場合には、本人の意向やこれまでの生活歴、嗜好などを語ってもらうことが難しい。しかしながら、認知症ユニットでの生活支援には、これまでの生

活習慣をはじめとする本人の情報が鍵となる。A 氏の場合には、本人が拒否する言葉のみ発せられる状況であったため、生活歴の中から更衣や入浴に関する手掛かりを探すためには家族へのアセスメントは重要であった。その結果、得られたことは、「入浴習慣がない」という事実だった。このことにより、これまで入浴を強く進めてもうまくいかない理由が明らかになったのである。さらに、どのような生活を送ってきたのかを聞くことにより、入浴へ導くための方法を検討していった。行きたくなる場所、留まりたくなるような空間を作ることをスーパーバイザーは提案し、その実践を行うことによって入浴成功につながった。

表 2-2-1 事例 1 のスーパービジョン

課 題	入浴拒否・更衣拒否	
本人の状況	認知症が進行しているため、言語コミュニケーションが難しい状況	
スーパーバイザー 要請理由	・職員が疲弊し、どうしてよいかわからない状況になった ・強制的に入浴させたり、更衣させる権限がないためこれ以上何もできないと判断したため ・体臭に加えて、本人が体を痒がるようになっている	
これまでのアプローチ	声のかけ方や声をかける時間、場所などを様々試してきた	
スーパービジョンで 行われたこと	〈具体的介護方法の助言を受ける〉	・更衣を目的とする声かけではなく、「髪を切る」ことによる接近の提案
	〈新たな介護の方法が見つかる〉	・本人が語ることができない生活史を家族からアセスメントすることの重要性
	〈スーパービジョンに則った新たな介護を実践する〉	・入浴習慣がなかった対象への実践の検討と具体的実践(関心があったことが思い出されるような浴室の再現)

(2) 事例 2 : すべてを拒否する B 氏 (女性)

1) 事例概要

70 代の女性 B 氏は、脳梗塞を患いその後プライエボリーに入居した。介護職員の話によると、介護職員からのアプローチをすべて拒否しており、食事もしない状況が続いているという。また、叫んだり、大声を出すことが続き、その行為に職員は困っており職員の間では「わがままな人」と言われていた。スーパーバイザーは、このプライエボリーを訪問し、本人にこれまでの暮らしについて尋ねた。また、介護職員に対しても彼女の生活史に関する情報を集めるようにと指導した。

B 氏は、食事の時間になると介護職員に車いすに乗せられ、食堂に自走で行けるように訓練することを日課にしていた。介護職員はこうやって B 氏に残された残存能力を使って生活支援をしていることに誇りを持っていた。

スーパーバイザーは、介護職員に B 氏の機嫌がいい時、反対に問題がある行動が起

きるのがどのような時かを観察し、必ず記録に残すように指導した。7～10 日間の間、介護職員は、起こったこと、その時間帯、どの状況であったのか、誰がその場に居合わせたのか、どこで起こったのかについて記録し続けた。

B 氏の記録を付けたあとスーパーバイザーは介護職員とともに生活史と彼女の 7～10 日間の記録を照らし合わせて読んでいった。この 2 つを合わせることによって、どういう時に、誰がいた時に大声で叫ぶといった行動が見られるのかが分かってきた。

B 氏の場合、人生の中で一人暮らしをしている期間がとても長かった。加えて、脳梗塞での入院期間も長かった。そのため、ベッドから介護職員のタイミングで起こされ、食堂に移動することは B 氏にとってストレスになっていることが分かったのであった。

彼女は「わがままな人」と思われていたが、実は、拒否も大声で叫ぶことも自分がしたくない、意に反していることを強制的にされていることに対する抵抗であった。そのストレスがすべての拒否行動につながっていた。スーパーバイザーはコンタクトパーソンに B 氏に対して食堂に行くことを強要しないように、また、彼女が好きなこと、嫌いなことを見極めて関わるように指示した。その結果、B 氏とコンタクトパーソンは、よい関係を築くことができるようになり、問題は解決した。

スーパーバイザーは、介護職員が入居している高齢者をどのように見ているのかということに注目している。そして、何を見なくてはならないのかをこれらを通して伝え実感してもらうようにしている。

表 2-2-2 事例 2 のスーパービジョン

課 題	すべてを拒否し、食事もしない	
本人の状況	既往歴：脳梗塞、コミュニケーションが困難	
スーパーバイザー 要請理由	・残存能力を活用する介護支援を懸命に行っているのに介護拒否される理由がわからない。 ・叫ぶ、大声を出す行為がわからない	
これまでのアプローチ	・食事の時間には、食堂まで車いすで行く訓練をしている	
スーパービジョンで 行われたこと	<契約に基づき施設あげての情報収集をする>	・ブライエボーリでのこれまでの暮らしを聞き、生活の情報収集を指導する（判断材料を豊富にする）
	<新たな介護の方法が見つかる>	・コミュニケーションが難しい高齢者への徹底した行動記録を基に拒否の原因を探り、介護方法を見つけ出す
	<チーム内で介護の方向性を統一できる>	・食堂に行くことを強要しないという方針の決定

2) 認知症高齢者介護をめぐるスーパーバイザー助言

介護職員は、残存能力を活用した支援を毎日欠かさず行っていることに自信を持っていたため、叫び大声をあげるB氏の状況の理解がわからず悩んでいた。言語によるコミュニケーションが難しい場合には、言動とこれまでの生活史から読み解いて、B氏が表現していることの意味を理解しなければ介護していくことは難しい。B氏の事例の場合には、スーパーバイザーはアセスメントを徹底的に行うことを指示した。一人暮らしの長かったB氏にとって、介護する側のタイミングで生活が組み立てられていくような感覚をもつプライエボリーの居心地が悪かったに違いない。それを拒否するという行動で訴えていたのであった。これは、詳細なB氏の生活記録をつけることによって明らかになったのである。

大声を出す理由を精神的不安定さと捉える人もいるかもしれないが、精神的不安定さということによって、精神科受診の必要性や服薬の必要性に検討事項が転嫁されてしまい、B氏の本当の伝えたかったことは伝わらないままになってしまう。B氏が言動によって自らの意思を伝えている段階でのスーパービジョンの要請があり解決の方法がともに考えられたことに意義があった。

3. 認知症コーディネーターが目指すデリバリースーパービジョン

(1) 認知高齢者の言動を日常生活から読み解く

認知症高齢者が、暴力的とみられるような全身を使った行為で介護職員に伝えていることは何か。それには、様々な要因が考えられるが、介護者の介護能力が低い場合と、介護者が認知症高齢者に本人の認知機能レベルにそぐわない高い要求をした場合にみられるという。

また、生活環境が影響していることもあるため、スーパーバイザーは、生活空間にも意識することを介護職員に伝えている。

よく現場に行って介護職員たちに5分間目をつぶって高齢者が生活している空間で静かに座らせます。生活空間では様々な音が聞こえるでしょ。高齢者が叫んでいる声、ベルが鳴る音、食洗機の動いている音、テレビの音などが聞こえてくる。いつもは気にならなかったような音も目を閉じることにすると聴覚が敏感になり気になって仕方がないんです。

このようなことが、高齢者のストレスになりかねないということを知ることが必要ですが、日ごろの介護の中ではなかなか感じることはできません。

また、他にも考えられる要因としては、体操の時間が長い、介護者（関わる人）が多すぎたり、介護者が速い動きで自分に関わったり、スタッフ同士の大声やほかの入居者から「うるさい」「何度も同じことを言うな」と批判を受けることも考えられるんです。こういうことの積み重ねによって、高齢者が暴力によって介護職員に生活環境

の不快を訴えているんだと思うのです。

高齢者に今起こっていることには必ず理由があり、それを客観的に見て伝えていけるのがスーパーバイザーの役割である。これらは、十分に認知症に関する基礎教育を受けてきている職員が実際に介護現場の中で直面していることをどう紐解くのかという視点でスーパービジョンを展開し、体験的理解を促していると言える。

（２）介護力向上で薬に頼らない介護を目指す

認知症介護の中で家族も介護の専門職者も同じように困難を感じる局面は、「高齢者の暴力」である。デンマークは、65 歳以上の人口が 661,750 人いるといわれ、そのうち 43,000 人がプライエボリー等に入居している。認知症の高齢者は 70,000 人を超えており、そのうち約 30,000 人がプライエボリーに入居している。可能な限りの在宅生活が求められているデンマークでは、プライエボリーの認知症ユニットに入居する多くの高齢者は重度の認知症高齢者である。プライエボリーに入居している認知症高齢者のうち半分以上の高齢者が一時的にでも暴力的な症状があるという。

2007 年以降、デンマークのプライエボリーでは暴力的な認知症の人専用のユニットがつくられるようになりました。

精神疾患の症状として暴力的な行動がみられる以外には投薬をしないデンマークでは、それを介護力で乗り切ろうと努力しているところです。

このことから、介護の専門家として、何ができるのか、どこまでできるのかを見極め、精神疾患以外の行動障害は、介護の力で改善することに力を入れていることがわかる。

（３）介護が困難な高齢者への対応時間とそのバランス

介護の方法に非常に苦慮している場合、そのことに多大な時間を費やすか、諦めてしまうのかといった方向になりやすい。認知症コーディネーターは、以下のようなことをスーパービジョンの際に確認している。

今困っていること、介護が難しい認知症高齢者の対応にどれだけの時間をかけているのかということ把握することは大切なんです。かけた時間が長いということは、それだけ介護職員がその方の介護について一生懸命考えて行動しようとした証だと思います。

しかし同時に、そのことは、他的高齢者の介護に時間が費やせていないということも意味しています。あるいは、暴力的な行為をする高齢者の場合には、介護職員が高齢者を怖がってしまい、かわりの時間が少なくなることも考えられます。

「どれくらい時間を費やしたのか」という数値化は、状況を正しく把握することがで

きるという点では重要なんです。

（４）統一された介護の展開—コンタクトパーソンとの連携

デンマークのプライエボーリでは、入居している高齢者一人ひとりにコンタクトパーソンがついている。コンタクトパーソンは必ず本人の身近にいて、高齢者の変化に気付かねばならないという責任がある。コンタクトパーソンは家族と連絡をとりながら、高齢者にどのような生活習慣があるのかの情報収集をしている。そのため、コンタクトパーソンは認知症高齢者についてよく知っており、高齢者もまた、よく知っている人が不快にならない関わり方をしてくれるので安心した生活を送ることができる。しかし、介護現場ではそのような関係性のみで介護していくことは難しい。

問題が起こる場合は、コンタクトパーソン以外の人が関わっている場合が多いんです。しかし、コンタクトパーソン以外の職員が関われない状況は、コンタクトパーソンにかかる介護の負担が重くなってしまいます。そこで、このような場合、まずスーパーバイザーは高齢者本人の状態を確認します。

次に、コンタクトパーソンとともに行動し、家族に会って高齢者の情報収集をするんです。そして、どのように介護をしたらよいかを検討し、介護職員に伝達します。介護が難しいケースに関しては、2人で対応するとか、3交代のときには2～4人の介護職員が必要となるときもあります。

これまで、コンタクトパーソン以外の介護職員の介護を受け入れず、暴力的になる高齢者の問題について3年間で6件担当してきました。その中では、日勤時間帯にエキストラコンタクトパーソンを導入したらどうかという提案をして、対応した例が3例ありましたね。

4. 訪問が複数回実施されることの意味 —デリバリースーパービジョンの条件

スーパーバイザーは、介護職員が自信をつけて、介護ができるようになることに力を入れている。認知症の介護は難しい仕事であるからこそ、取り組んでいることを評価しなくてはならない。支持的なかかわりを重要視している。そのため、継続的なかわりが試みられている。

スーパーバイザーは、介護現場に出向き観察することを大切にしており、デリバリースーパービジョンでは核になるところである。日勤、準夜勤、夜勤に問題を抱えている本人の様子を見たり、誰にも見られないような死角から静かにフロアの観察をすることもある。このような観察は通常、2回行われ1回あたり1～2時間程度である。その結果を観察レポートとして作成する。その後、スーパービジョンを依頼した経緯にあった問題に関する質問を作成し、スーパービジョンを行う。ここでのスーパービジョンは介護職員自身が気づき、考えてもらうために、すべて疑問形で書かれたレポートが介護職員に対してスーパー

バイザーから提出される。「〇〇ではありませんか」「〇〇はどうなっていますか」というように書かれたレポートを見ながら介護職員は考えるのである。

2回目のスーパービジョンの際には、質問に対しての解決方法を話し合い、決めることになっている。解決に向けた取り組みは、半年近くの期間を必要とすることが多い。次にスーパーバイザーが来るまでに介護職員が自発的に方法を考えて実行することが求められている。

この継続的なスーパービジョンは、介護職員が自らの行動を分析できるようになるための支援でもある。介護の仕事は観察→新しいアイデアの実践→評価をしていくことの繰り返しである。この繰り返しができる力を介護現場で備えてほしいと考えているが現実には難しい。一度スーパービジョンを受けたからといって、介護職員がすぐに対応できないことも多い。スーパービジョンを受けた職員集団は課題解決能力があがり、自分たちの中で起きた問題を解決していったほしいと思うが、実際には、他のケースにもかかわってほしいという要求がある。同じ団体からのスーパービジョンでも何度も受けられることになっているため、そのことは結果的にその団体の介護の質を高めることになる。このようなやり方に関心を持ってもらうことが大切だと考えている。

第3節 考察 ー日本を分析する上で着目する認知症コーディネーターの役割

第1節ではグラウンデッド・セオリーを用いて、スーパーバイザーである介護職員がデリバリースーパービジョンでの認知症コーディネーター役割についてどう考えているか明らかにしてきた。第2節では、スーパーバイザーへのインタビューを通して、デリバリースーパービジョンの具体的な事例を用いて、展開されたスーパービジョンが1節で明らかにした認知症コーディネーターの役割からみてどうであったか明らかにした。本節では、これらを踏まえて、日本のデリバリースーパービジョンを分析する上で、少なくとも必要な条件となる認知症コーディネーターの役割を2点に集約して整理する。

(1) 問題解決と職員のスキルアップを視野に入れた認知症コーディネーターの関わり

デリバリースーパービジョンにおける認知症コーディネーターの役割は、一方的に分析をし、介護職員に方向性を示し指示するというものではない。そこでは、これまでどのような介護をしてきたのかということを確認し、実際の現場で高齢者への関わり方や高齢者のこれまでの記録をもとに、課題と方向性を考えていく。この方法は、基礎資格を持っており、なおかつ認知症に関する現任教育を修了している介護職員たちに対して、これまでの知識を応用したり、考え方や視点を変えて高齢者と向き合うということを実感してもらいながら理解するという方法であるといえる。

第1章で明らかにしてきたように、DEMENS1・2の現任教育では、認知症の症状や生活習慣、生活史や観察の重要性については座学で学んできているはずであり、認知症介護に携わっているユニット全職員がその知識を持っているはずである。しかしながら、デンマークのデリバリースーパービジョンの実践からは介護職員が言語によるコミュニケーションが難しい認知症高齢者介護に奮闘していることがうかがえた。このことから、デリバリースーパービジョンは、単に高い能力を持った認知症コーディネーターが課題を解決するための一助となるだけではなく、一方で、これまで学んできたであろう知識を実践場面で再確認し実践に活かしていくことを促している見方もできる。このことは、介護職員のスキルアップにつながっていると考えられた。

日本の現状を考えてみると、介護現場は必ずしも十分な教育を受けてから仕事をしている職員ばかりで構成されているわけではなく、全く初めて介護に携わるという者もいる。当然、持つべき知識・技術も介護現場の中で一から学ぶ状況にある。加えて、介護保険制度導入以降、常勤職員と非常勤職員で成り立つ介護現場は、その数が拮抗している状況である。介護労働安定センターの調査によれば、過去1年に研修を受けたことがないと回答している介護職員が、正規職員の24.6%、非正規職員では42.3%という結果もあり、必ずしも研修も受けられていない状況も垣間見られる。また、同調査で、職場において上司や指導担当者の有無について指導担当者が「いた」と回答したのは50.7%、「いなかった」と回答したのが44%であった。このことから職場内で指導を受けられる体制が整ってい

ない現状が明らかになっている。

認知症高齢者介護の場合においては、生活単位を小さくすることにより顔なじみの関係を作りやすくなり、認知機能の低下する高齢者が穏やかな生活を送ることができるとされている。そのため小規模化、ユニット型が推奨されている。グループホームも例外ではないが、そのことが介護職員のスキルアップには厳しい状況でもある。長井（2007）は、認知症の人を支える職員研修は、「質」を確保するうえでグループホームの生命線だが、グループホームの労働環境は厳しいものがあると指摘しており、少ない人員配置、変則的な勤務の中で、時間を確保することが難しいからこそ開設当初から研修システムを確立することが望ましいと研修システムの重要性を述べている。

このような現状を打破するためには、認知症コーディネーターのような第三者がスーパービジョンという方法を通して介護現場に介入し、課題解決を行い、加えてその課題解決を通して職員の教育的な役割をも担える可能性がある。

（2）即応性・継続性をもって関与してくれる認知症コーディネーター

認知症コーディネーターがプライエボリーの認知症ユニットに来ることによって展開されるデリバリースーパービジョンは、介護職員のケアの統一を図っていくことに寄与しており、チームケアの充実の一助を担っていた。

デリバリースーパービジョンは、介護の方向性を定め実践し、一定期間を経てモニタリングしている。これは、介護実践がスーパービジョン後どのように行われているか、そこでの新たな課題があるのか、さらにあるならば、それをも含めても再度介護の方向性を考えていくために行われている。モニタリングされることにより、ひとつずつ課題になっていることを解決しながら実践力をつけていくのである。

「（暮らしている高齢者）一人ひとりが安心した生活を送れていないと判断した場合にすぐ認知症コーディネーターを呼ぶんです（26）」という語りからは、認知症コーディネーターが介護職員たちにとって身近な存在であるともいえる。また、「大体早くて、問題だと感じてから2週間くらいで認知症コーディネーターに連絡します(50)」というように、2週間は、自分たちのこれまで培った経験と知識を総合して介護にあたるが、それでもなお介護が難しいという場合に認知症コーディネーターにその解決への期待がかかっていた。

このように、即応性と継続性を担保して展開されるデリバリースーパービジョンでの認知症コーディネーターは介護職員たちにとって大きな支えとなっていた。

日本では、課題解決への即応性・継続性が（専門職の）第三者によって確保されている介護現場は筆者の知る限りほとんどない。ケアカンファレンスや申し送りといった場面で現在課題となっていることを他の介護職員と共有する。しかし、実際には時間も限られているため、結論が出ないまま「困っている」という状況だけを共有することになりかねない。

本岡（2009）は、自身が特別養護老人ホームで勤務してきた経験から「会議を開くため

には、その分、職員に時間的、体力的な負担を強いることになる」と述べており、研修についても「ぎりぎりの数のスタッフで切り盛りされている現場では、勤務時間内に研修を行うとしても、割ける人数は限られている」と指摘している。このような介護現場においては、もう一方で管理職の在り方について問われている。岡田（2008）は、介護現場の管理職について「仮免練習中のような管理職で溢れている。それまでヒラの介護職員であったのが、ある日突然、上の人に呼ばれて管理職（介護主任、介護チーフ、ケアリーダーなど呼び方はさまざま）をやってもらいたいと言われる。管理職として、何をどうやったらいいのかわからないので、ベテランの介護職にいろいろ聞いたり、研修に出たり、業界の知り合いに相談したりする。」このように介護現場の管理職は命名されていくのが実態である。これらのことは、必然的に管理職になったからといって、すぐさま部下の指導や職員集団を束ねていく人材として機能することが難しいことを意味している。

つまり、本研究で取り上げているスーパービジョンは、以上のような状況下において、管理職が担うことは極めて難しいため、デンマークで行っている即応性と継続性を備えた第三者が施設に出向いて行うデリバリースーパービジョンに着目したのである。

第3章 認知症介護を担う介護職の現任教育の制度化とその現状

本章では、日本の認知症介護を担う介護職の現任教育について、特に都道府県が主体となっていて行われてきた研修の歴史とその制度化について明らかにしていく。

第1節では、認知症介護の研修の創設期にさかのぼり、時代背景と研修のあり方について整理し、併せてカリキュラムから当時の認知症介護の考え方について見識を深める。第2節では、特に認知症介護指導者養成研修を取り上げ、その成り立ちと現状について整理する。第3節では、認知症介護実践現場における現任教育の実際と課題について、認知症高齢者に特化した実践を行う認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）へのアンケート調査をもとに明らかにする。第4節では考察を行う。

第1節 認知症介護に関する養成研修の歴史と養成研修事業の制度化

1. 認知症介護に関する養成研修の歴史と養成研修事業の成り立ち

(1) 認知症介護に関する養成研修の歴史

1979年に実施された「老人の生活実態及び健康に関する調査」では、認知症の出現率は、65歳高齢者の4.6%であり、約50万人の認知症高齢者がいると報告している（小笠原：1982）。今後ますます増加すると予測され、在宅介護の介護負担や施設介護のあり方を問われる時期でもあった。認知症介護に関する研修の始まりは、1984年にさかのぼる。当時の厚生省は、この年「痴呆性老人処遇技術研修事業」を創設した。この事業は、各都道府県に痴呆性老人を多数処遇している特別養護老人ホームのうち1か所を「痴呆性老人処遇技術研修施設」として指定し、県内の施設の寮母等を対象に認知症高齢者の処遇に関する実践的研修を行うものであった。それまで、認知症高齢者は在宅介護が困難な場合においては、老人病院か精神病院で入院することが一般的であり、社会福祉施設の措置対象ではなかった。1970年代は、精神病院のベッド数を増やすことに焦点が当てられており、認知症は精神疾患として扱われてきた歴史がある（金田：2003）。このことは、1963年に施行された「老人福祉法」の措置の対象となる高齢者についての記載からもうかがえる。特別養護老人ホームへの措置について定めた老人福祉課長通知（昭和39年9月2日社老初28号）によると、「精神障害があり、他の被措置者に著しい迷惑を及ぼすおそれのある者」を入所措置の対象外とした経緯があり、認知症は精神科医療の対象であった。

その状況を一変させたのが1983年に施行された「老人保健法」による、高齢者医療費無料化の廃止であった。このことにより、これまで入院していた認知症高齢者も退院を迫られることとなり、在宅介護では対応できない高齢者たちの受け皿整備は急務となった。

実際に「痴呆性老人処遇技術研修事業」は、1984年に開催された横須賀第一・第二老

人ホームが実施主体となっていて行われた同研修報告書では、表 3-2-1 のようなカリキュラムで実施されたことが確認できる。

座学が 20 時間（4 日）以上、実習 140 時間（20 日）以上の研修期間となっており、実習に比重が置かれており、宿泊実習や見学実習という異なった形式の実習も盛り込まれている。カリキュラムの柱は、福祉の理念、理論研修（痴呆性老人の理解・基礎知識など）、施設運営について、技術研修（処遇技術、記録のとり方・いかし方、音楽療法、レクリエーション）、見学実習である。

表 3-1-1 痴呆性老人処遇技術研修事業カリキュラム

研修時間	理論講座 20 時間（4 日）以上 実 習 140 時間（20 日）以上
研修内容	理論講座 実 習（見学実習・宿泊実習も含む） 事例研究（グループ討議）
カリキュラム	I. ガイダンス II. 福祉の理念 III. 理論研修 1. 痴呆性老人の対策と現状 2. 精神医学について (1) 精神医学の基礎知識 (2) 精神医学ソーシャルワークの理論と実際 3. 痴呆性老人問題について (1) 痴呆性老人の基礎知識 (2) 痴呆性老人をめぐる社会学的考察 (3) 痴呆性老人の心理と行動 (4) 痴呆性老人の指導と処遇計画 (5) 痴呆性老人の家族の役割 IV. 施設運営について 1. 老人ホームの役割とコミュニティケア 2. 施設の今後の方向 V. 技術研修 1. 痴呆性老人に対する処遇技術 2. 痴呆性老人に対する介護と看護 3. 記録のとり方・いかし方 4. 音楽療法 5. 老人レクリエーションゲーム VI. 見学実習 VII. 全体総括（痴呆性老人処遇向上のために） 研究テーマのまとめ

出典：横須賀第一・第二老人ホーム（1984）『神奈川県 痴呆性老人処遇技術研修事業報告書』をもとに筆者作成

1982 年の「老人保健法」の成立の際には、「痴呆を主とした老人の精神障害に対応するため、精神病床その他の施設の整備を行うとともに、老人精神障害者対策に関する専門的な調査研究を進める等総合的対策を講ずること」という付帯決議がなされた。同年 11 月に行われた「公衆衛生審議会」では、「老人精神保健対策に関する意見」が具申された。そこでは、予防と普及啓発、地域精神保健対策、精神病医院における入院医療対策、従事者の確保、研究の推進、保健医療と福祉の連携といった総合的な提案がなされ、従事者を確保することについて触れられた。

1993 年から行われていた「特別養護老人ホームの研修等事業の実施について」（1993

年6月28日老計第91号通知)は1999年で廃止され、さらなる認知症高齢者への介護技術の向上を図る目的で、「痴呆介護研修事業実施要綱」を新たに定めて実施することになった。痴呆介護研修事業実施要綱によれば、その目的を、「高齢者介護実務者およびその指導的立場にあるものに対し、痴呆性高齢者の介護に関する実践的研修を実施することにより、痴呆介護技術の向上を図り、痴呆介護の専門職員養成し、もって痴呆性高齢者に対する介護サービスの充実を図ること」と定めた。また、事業主体を都道府県とした。

2000年10月25日の老計第43号通知「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」では、「痴呆介護実務者研修」を「基礎課程」と「専門課程」と2段階の研修体制で構成し、それぞれ必要な回数を行うことが定められた。当初からこれらの研修は、認知症介護に携わるものであれば、職種を問うものではなく、また、研修対象も介護福祉士のみに限定がなされなかった。介護職でも看護職でも職種を超えて認知症介護について学ぶ研修であることが特徴としてあげられる。

(2) 認知症介護の養成研修事業の制度化

1) 痴呆介護実務者研修

①基礎課程

基礎課程は、認知症介護の基本理念、基本的知識を習得させることをねらいとしていた。この研修の対象は、身体介護に関する基本的知識・技術を修得している者とされていた。研修は、講義および演習方式で行われ、標準的な研修時間は20時間と定められた。

基礎課程のカリキュラムは、高齢者の理解、痴呆性高齢者の基本的理解、痴呆介護の基本理念と方法、痴呆介護の展開の4つの教科から成る。講義と演習がメインで、認知症を含んだ高齢者の理解や介護の理念と姿勢を学ぶものであった(表3-1-2)。

表 3-1-2 基礎課程研修 標準カリキュラム

教科名	目 的	内 容
1 高齢者の理解（講義 120 分）		
(1) 高齢者保健福祉制度の理解（講義 60 分）	高齢者保健福祉制度における痴呆介護の理念や実際について、基本的方向性や仕組みを理解する	・ 高齢者保健福祉の歴史の変遷 ・ 高齢社会の背景と高齢者保健福祉施策の動向 ・ 痴呆介護に関する施策 ・ 人権擁護と法制度
(2) 高齢者に対する理解（講義 60 分）	痴呆性高齢者の理解の前提として、高齢者の特徴について理解する	・ 加齢による心身の変化 ・ 高齢者の社会的関係の特徴 ・ 高齢者の持つ文化的側面 ・ 高齢期に罹りやすい疾患に関する知識
2 高齢者の基本的理解		
(1) 痴呆に関する基本的知識（講義 150 分）	痴呆に関する正しい知識を修得し、痴呆性高齢者の様々な生活上の課題を理解する	・ 痴呆の原因と基本的特徴、診断、治療に関する理解 ・ 痴呆性高齢者の体験や生活像の理解
(2) 痴呆性高齢者の家族の理解（講義 90 分）	痴呆性高齢者を抱える家族の心理や行動を理解する	・ 家族介護の現状の理解 ・ 痴呆性高齢者を抱える家族の心理 ・ 家族への対応に関する基本的な考え方
(3) 演習 1（100 分）	(1)(2)の講義内容について、内容の理解を深めるために、モデル事例を用いて演習形式で議論し内容の確認等を行う	
3 痴呆介護の基本理念と方法（講義 240 分、演習 100 分）		
(1) 痴呆介護の基本理念（講義 60 分）	痴呆介護の基本理念を理解する	・ 痴呆介護の基本理念、原則 ・ 痴呆介護に関わる専門職の役割
(2) 痴呆介護の基本的理解（講義 90 分）	痴呆介護にあたって、痴呆性高齢者の諸症状に対する対応の考え方を理解する	・ 記憶障害、見当識障害等とその対応 ・ 痴呆に伴う諸症状の理解と対応 ・ 心理的特徴の理解と対応
(3) 痴呆介護の基本技術（講義 90 分）	痴呆介護の実践にあたって、必要となる基本的な技能、技術について理解する	・ 観察と記録 ・ コミュニケーションの方法 ・ 生活環境づくり ・ チームケア ・ アセスメントとケアプラン
(4) 演習 2（100 分）	(1)～(3)の講義内容について、内容の理解を深めるために、モデル事例を用いて演習形式で議論し内容の確認を行う。特に基本理念と実践的な対応の関係について議論を深め、基本理念の重要性を理解させる	
4 痴呆介護の展開（講義 300 分、演習 100 分）		
(1) 痴呆性高齢者に対する日常生活の援助（講義 90 分）	痴呆性高齢者の身体介護を中心とした援助について、ニーズの特徴と対応方法を考える	・ 食事、排泄、入浴に関する介護ニーズと対応 ・ 介護サービスと医療的ケアの連携 ・ 合併症の予防
(2) 痴呆性高齢者の問題となる行動と対応（講義 120 分）	行動の障害について、その特徴と原因について理解し、対応方法について考える	・ 行動の障害の種類と特徴 ・ 行動の障害の原因の理解 ・ 行動の障害に対する対応
(3) 痴呆高齢者に対するリハビリテーション・介護方法（講義 90 分）	痴呆性高齢者に対するリハビリテーション的な介護方法（アクティビティプログラムやレクリエーション等）について理解を深める	・ リハビリテーション・介護方法の基本的考え方 ・ 生活リハとアクティビティプログラムの実際
(4) 演習 3（100 分）	(1)～(3)の講義内容について、内容の理解を深めるために、モデル事例を用いて演習形式で議論し内容の確認等を行う。特に問題行動への対応と基本理念の関係について議論を深め基本理念の重要性を理解させる	

出典：2009年3月26日老計発第0326004号厚生労働省老健局計画課長通知「認知症介護実践等養成事業の円滑な運営について」

②専門課程

専門課程は、基礎課程を修了しているか、それに相当する知識・技術を有している者で、介護保険法第7条第19項に規定する介護保険施設又は介護保険法第41条に規定する指定居宅サービス事業者等において、介護業務に概ね5年以上従事した経験を有した者を対象として行われてきた研修である。研修ねらいは、基礎課程で得られた基本的知識をさらに深め、施設・事業所において、ケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有した指導者を養成することである。研修は、講義・演習形式と加えて実習で構成されている。標準的な研修時間は講義演習40時間及び実習80時間の計120時間である。研修の標準カリキュラムは表3-1-3の通りである。

ここでは、具体的なアクティビティの内容にも触れており、実践的な学びも含まれている。また、チームアプローチについて学ぶ際には、スーパービジョンについても取り上げられ、演習によるスーパーバイズの実践が行われている。

表 3-1-3 専門課程研修 標準カリキュラム

教科名	目 的	内 容
1 講義・演習 40 時間 (2,400 分)		
(1) 痴呆の専門的理解 (講義 60 分)	痴呆に関する生理的、医学的知識を含め、理解を深める	・ 痴呆の症状と診断、治療に関する理解 ・ 間違えやすい他の精神疾患の特徴 ・ 薬剤の効用と服用の留意点 ・ 医療との連携 ・ 様々な事例の理解
(2) 痴呆介護の理解と実践 (講義・演習 360 分)	痴呆性高齢者の介護について、理解を深める	・ 痴呆による記憶障害等の理解と対応 ・ 心理的理解と対応 ・ 行動の障害の理解と対応 ・ 身体介護ニーズの理解と対応 ・ 演習による理解と対応の思考訓練
(3) アクティビティプログラムの理解と実践 (講義・演習 360 分)	痴呆性高齢者を対象として行われているアクティビティプログラムや心理療法的手法について理解を深める	・ リアリティ・オリエンテーション、回想法、音楽療法等のうち 2 種類程度の理論的背景、実際の手法の理解 ・ アクティビティ等に取り入れる際の留意点 ・ 演習によるアクティビティプログラムの立案
(4) 家族への相談援助 (講義・演習 240 分)	痴呆性高齢者を抱える家族の困難、ストレスを理解し、適切な支援方法を理解する	・ 痴呆性高齢者を抱える家族の理解 ・ 家族への対応と支援の方法 ・ 演習による支援方法のプランニング
(5) アセスメントとケアプラン (講義・演習 360 分)	ここまで得た知識を活用し、痴呆性高齢者のアセスメント技術やケアプラン作成のプロセスを学習する	・ アセスメントの実際 ・ ケアプラン作成の方法
(6) チームアプローチとリーダーシップ (講義・演習 360 分)	多様な職種によるチームアプローチの重要性を理解し、チームにおけるリーダーシップの取り方について学習する	・ チームアプローチの基本理念と実際の運用の理解 ・ 痴呆介護の質を向上させるための取組 ・ スタッフのストレス緩和 ・ 演習によるスーパーバイズの実践
(7) 事例検討演習 (360 分)	ここまでの研修で得た知識を活用し、各自が持ち寄った事例について、グループで検討を図り、痴呆性高齢者に対する態度、知識、技術等について評価して、実習及び自分の職場における課題を確認する	・ 小グループによる事例に関するケアプラン及び実際の対応の検討・評価
2 施設・事業所における実習 80 時間 (4,800 分)		
施設・事業所における実習	・ 講義内容を実践に活用する ・ 研修生が培ってきた痴呆介護の基本理念と介護の知識・技術を実習の場で確認し、再構築する ・ 痴呆性高齢者の個性を理解し、個別対応をするためのプラン立案と、それに対する介護方法の実際の活用を学ぶ ・ 自分の施設や事業所におけるリーダーとして、痴呆介護の質の向上に対して果たすべき役割を理解する	○ 実習の課題 ・ アセスメントを活用し、ケアプランを立案できること ・ 精神症状、行動の障害と原因を理解し、対応方法を立案できること。実践上の留意点をチームに指示できるようになること ・ アクティビティプログラムの立案ができること ・ チーム運営の重要性とリーダーシップの取り方を理解できること ○ 実習の進め方 ・ 実習の重点テーマを定め、1 人の利用者のケース記録をレポートとしてまとめる ・ 実習とともに、事前、途中、事後の演習による指導を必ず行う

出典：2009 年 3 月 26 日老計発第 0326004 号厚生労働省老健局計画課長通知「認知症介護実践等養成事業の円滑な運営について」

2) 認知症介護実践者等養成研修事業の創設

認知症介護実践者等養成事業（当時は、痴呆介護研修事業）は、介護保険制度下において、認知症介護サービスの質の向上をめざし、2001年に創設された。以前は、前述した痴呆介護実務者養成研修基礎課程・専門課程という名称で行われていた。この研修は、厚生労働省老健局長通知「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（老発第0331010号、2006年3月31日付、「認知症介護実践者養成事業の実施について」の一部改正について 老発第0326004号、2009年3月26日付）によって定められている。

実践者等養成事業は、①認知症介護実践者研修、②認知症介護実践リーダー研修、③認知症介護サービス事業開設者研修、④認知症対応型サービス事業管理者研修、⑤小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修、⑥認知症介護指導者養成研修、⑦フォローアップ研修の7つの研修の総称である。

これまで行われてきた「痴呆介護実務者研修 基礎課程」は、「痴呆介護実践者研修」に「痴呆介護実務者研修 専門課程」は、「痴呆介護実践リーダー研修」（のちに痴呆は認知症となる）にそれぞれ名称が変更されるとともに、それまでのカリキュラムの見直しが行われた。

改訂されたカリキュラムでは、認知症介護のへの理解、普及・啓発が主たる目的となっていたこれまでのものから、認知症介護の質の向上を目指した実践に活用されるものを目指すこととなった。また、5年後に標準化されるであろう認知症介護を目指すものであった。具体的には、「尊厳を支えるケア」、「ケアの標準化」、「地域包括ケア」等の理念・考え方をういたものである（表3-1-5）。そして、カリキュラムのねらいを表3-1-4のように4点に定めた。標準的な講義・演習時間は56時間（3,420分）であり、実習は他施設実習が3日以上、職場実習4週間、実習のまとめ1日で構成された。

表 3-1-4 改訂されたカリキュラムのねらい

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 痴呆介護を推進し、介護現場において介護の質の向上を目指す中核的役割を担う人材を育てる。 2. 痴呆性高齢者の「能力に応じ自立した生活を送るため」の支援のための考え方、方法、技術を学ぶものとする。 3. 施設ケア、在宅ケアに限定されない、地域ケアとしての痴呆介護のあり方を学ぶものとする。 4. 研修の成果が、介護現場で直接実践できるものとする。 |
|--|

① 認知症介護実践者研修

認知症介護の理念、知識及び技術を習得させることをねらいとしており、研修対象者は2年程度の実務経験の有するものである。都道府県・政令都市が実施主体となっており、各地で研修が行われている。講義・演習の必修時間は36時間（2,160分）で、職場実習4週間、他施設実習1日、実習のまとめ1日である。厚生労働省認知症・虐

待防止対策推進室の2009年度の累計では、実践者研修を修了した者は121,776人と報告されている。

厚生労働省の2009年4月改定関係Q&Aでは、全国老人福祉施設協議会や日本認知症グループホーム協会等の全国規模の事業者団体が実施する実践者研修を積極的に活用することを促す事務連絡がなされている。すなわち、研修の読みかえや研修事業の委託を可能とするものであり、幅広い団体の研修と読み替えをすることにより受講希望のニーズに応えていくということである。実践者研修は、指定認知症対応型共同生活介護事業（介護予防型を含む）、指定小規模多機能型居宅介護支援事業所（介護予防型を含む）の指定に関わる人員基準として管理者、計画作成担当者に受講が求められる研修となっている。同じように指定認知症対応型通所介護事業所（介護予防型を含む）の管理者にも求められる研修として位置づけられている。そのため、このような義務研修として受講する人が優先されるため、受講が抽選となり、希望しても研修が必ずしも受けられない状況となっている都道府県もある。石川県では、実践者研修への申込者は毎回定員の2倍であり、受講生の7割以上はグループホームの職員であるⁱ。

表 3-1-5 認知症介護実践者研修 標準カリキュラム

教科名	目的	内容
1. 認知症介護の理念		
(1) 研修のねらい	研修の目的と目標を示し、それに沿って研修カリキュラムがどのように組み立てられているかを理解し、受講の方向性を明確にする。加えて、研修の機会を研修生のストレス緩和の場、情報交換、ネットワークづくりの場に活用することをうながす。	・ 研修目的・目標の明示。 ・ 目的・目標とカリキュラムの関係を明示。 ・ 研修の機会を、主体的、積極的に自分の学習の場として活用する意義の明示。
(2) 新しい認知症介護の理念の構築	高齢者の能力に応じて自立した生活を保障するために求められる介護理念を、グループワークを通して検討し、自分の言葉で構築することを目指す。その際に、先進的な事例を複数例示し、抽象的にならず具体的に検討することをうながす。	・ 先進的介護サービス事業所の理念の提示（2 つ以上の複数であること）。 ・ 演習を通して、他研修生の意見を聴き、自分の介護を振り返る。 ・ 介護理念の再構築。
(3) 研修の自己課題の設定	「ねらい」「理念の再形成」を元に、研修中の課題設定を行うことで、主体的に研修に参加する態度を促す。なお、課題は、実習まで含むものとする。	・ 研修中の課題設定。 ・ 課題を文章として示す。
2 認知症高齢者の理解と生活の捉え方		
(1) 医学的理解	認知症という病気と症状の説明で終わるのではなく、医学的理解が認知症介護を行うにあたって必要とされる理由が理解されること。医学面から本人の生活に及ぼす影響を示し、生活障害としての理解を深めること	・ 認知症の原因疾患とそれに伴う障害等の内容およびそれらが個人の生活活動に及ぼす影響。 ・ 自立支援の中で医学の果たす役割の提示
(2) 心理的理解	認知症によって高齢者の心理にどのような変化が生じ、それが生活面にどのような影響を与えるかを学び、高齢者の心理面の理解を深めること。高齢者への周囲の不適切な対応・不適切な環境が及ぼす心理面の影響の内容を理解すること。	・ 加齢や老化による心理面への影響と認知症が及ぼす心理面への影響。 ・ それらが個人の生活活動に及ぼす影響。 ・ 周囲の対応。

		・環境が個人に及ぼす心理面の影響 ・自立支援の中で心理的理解が果たす役割の提示。
(3) 生活の捉え方	「医学的理解」「心理的理解」の講義を元に、認知症という障害を抱える中で自立した生活を送ることの意味と、それを支援することの重要性を講義のみではなく演習を通して理解を深めること。	・生活障害としての認知症の理解。 ・個人と認知症との関係の理解。 ・生活支援の重要性の理解。 ・演習は90分以上であること。
(4) 家族の理解・高齢者との関係の理解	家族介護者のみではなく、ほかの家族も含めた家族の理解と、高齢者と家族の関係を通して、認知症介護から生じる家庭内の様々な問題や課題を理解し、家族への支援の重要性の理解を求めること。	・高齢者と家族の関係。 ・認知症が家庭内に与える影響（介護の困難さを含む）。 ・家族支援の方法と効用 ・講義には家族を講師として採用する等の広い人材の登用を考慮すること。
(5)意思決定支援と権利擁護	認知症により、日常生活の中で制限されてしまう個人の自由や意思決定が、本来どのように保障されるべきかを理解すること。その阻害の例として、虐待、高速の内容を理解し、人権擁護の具体的な方法の理解を深めること。	・個人の人権の重要性。 ・自由の尊重と意思決定の尊重。 ・虐待・拘束の定義と具体的内容。 ・人権擁護・成年後見制度。
(6)生活の質の保証とリスクマネジメント	認知症を抱えたことで生じる生活上の困難は、本人の生活の質の低下のみならず、事故の危険性も高めることを知る。従来のリスクマネジメントは、事故に対する危機管理が中心であったがそれだけではなく、認知症を抱えた個人の生活の質を継続的に保障するためのリスクマネジメントのあり方を学ぶこと。	・認知症が及ぼす事故の危険性の内容。 ・個人の生活の質の保証の重要性。 ・認知症介護に求められるリスクマネジメントの目的と内容。 ・家族の理解を含めたリスクマネジメントの方法。 ・（前述の講義を受け）安全管理と人権の関係の理解。
(7)認知症高齢者の理解に基づいた生活のアセスメントと支援	「医学的理解」から「生活の質の保障とリスクマネジメント」の講義を基に、高齢者が、自分の能力に応じて自立した生活を送るための支援として必要な、認知症介護のアセスメントと生活支援の基本的な考え方の理解を深めること。	・介護現場で、介護理念と個人の介護目標を結びつけることの重要性。 ・認知症介護におけるアセスメントとケアプラン作成の際の基本的考え方。
(8)事例演習	上記の講義をうけ、事例（これはモデル事例もしくは研修生からの提出事例を使用する）を用いて、個人への支援にたったアセスメントと生活支援の方法の基本を理解すること。	・事例演習による具体的な考え方の体験的理解。 ・援助方法の展開の体験的理解。
3 認知症高齢者の生活支援の方法		
(1) 援助者の位置づけと人間関係論	高齢者、家族、その他の援助者、地域住民等との対人関係の取り方を理解し、援助者に求められる位置づけとあり方の理解を深めること。	・高齢者、家族、他の援助者、近隣住民等との関係の持ち方の基本。 ・援助者の位置付けとあり方。
(2) コミュニケーションの本質と方法	高齢者、家族、その他の援助者、地域住民等との対人関係のとり方を理解し、援助者に求められる位置づけとあり方の理解を深めること。	・コミュニケーションをとることの意義と目的。 ・高齢者とのコミュニケーション技法。 ・家族とのコミュニケーション技法。 ・他の援助者とのコミュニケーション技法。
(3) 援助関係を築く演習	「援助者の位置づけと人間関係論」「コミュニケーションの方法」の講義を踏まえた演習を通して、実践で活用できる技術を身につける。	・事例を用いた具体的な援助展開の方法の体験的理解。
(4)人的環境と住居環境を考える	高齢者を取り巻く人間関係としての人的環境と住まい（自宅、GH、施設など）を	・人間関係としての人的環境の内容と生活に与える影響。

	中心とした住居環境の理解を深め、2つの環境の持つ意味を考え、援助者として環境に働きかける重要性を理解すること。	・すまいとしての住居環境の内容と生活に与える影響。
(5)地域社会環境を考える	人的環境と住居環境を取り巻く、地域社会、社会制度などの地域社会環境の理解を深め、その環境のもつ意味を考え、援助者として環境に働きかけることの重要性を理解すること。	・地域社会環境の内容。 ・生活に与える影響。 ・地域社会環境との関係の取り方。
(6)生活環境を考える演習	上記2講義を踏まえて、事例を通して具体的に介護における環境のあり方の理解を深め、環境へのかかわり方を考えること。	・事例を用いた体験的理解。 ・環境へのかかわり方の具体的な方法の検討 ・家族の位置づけは、家族支援の視点も含めること。
(7)生活支援の方法	「認知症高齢者の生活支援の方法」の教科のまとめとして、高齢者が、様々な人的・物的・社会的環境の中で生活していくことを、どのように支援していくべきかを理解し、事例演習を通してその方法を考えること。	・日常生活支援のあり方。 ・その援助方法・環境調整・地域資源の活用的重要性。 ・事例を用いた体験的理解と具体的な方法の検討。 ・家族の位置づけは、家族支援の視点も含めること。 ・演習は60分以上であること。
4 実習		
(1)実習課題設定	本研修の目的に基づき、「研修の自己課題」の内容と、講義演習の受講を踏まえ、研修成果を実践で活用できる知識・技術にするための実習課題を設定すること。	・自己の研修課題と研修の成果に基づいた実習目標の設定。 ・他施設の見学実習、職場実習の目標設定に際しての、実習展開例(別に添付)を提示すること。 ・本研修目的に沿っていること。
(2)実習1：外部実習	他の介護保険事業場への1日の見学実習を通して、自己の設定した課題の達成をめざし、その成果を得ること。	・実習課題に沿った実習の展開。 ・研修目的に沿っていること。
(3)実習2：職場実習	職場での4週間の実習を通して、自己の設定した課題の達成をめざし、その成果を得ること。	・実習課題に沿った実習の展開。 ・研修目的に沿っていること。
(4)実習結果報告とまとめ	実習が設定した課題に沿って実施できたかを各自で振り返り、報告し、次週課題がどの程度達成できたかを評価すること。	・実習課題に沿った実習展開の結果を整理し、報告する。 ・研修全体の自己評価の実施。 ・他研修生の自己評価の確認。

出典：2009年3月26日老計発第0326004号厚生労働省老健局計画課長通知「認知症介護実践等養成事業の円滑な運営について」

② 実践リーダー研修

実践リーダー研修は、実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、施設・事業所において、ケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有した指導者を養成することをねらいとしている。研修のカリキュラムの柱は、1. 認知症介護の理念、2. 認知症介護のための組織論、3. 人材育成のための技法、4. チームケアのための事例演習から成り立っている(表3-1-6)。研修対象者は、介護業務に概ね5年以上従事した経験を有しており、実践者研修を修了し1年以上経過している者である。研修は、講義・演習が57時間(3,420分)と、他施設実習3日以上、職場実習4週間、実習のまとめ1日で構成されている。

2009年介護保険の介護報酬改定の際に、認知症専門ケア加算Ⅰが導入されたが、そ

のひとつの要件にリーダー研修修了者がいることが明記された。そのため、リーダー研修を受講する人の数が一時的に増加した。厚生労働省認知症・虐待防止対策推進室の報告によれば、2009年度の累計では、18,136人が認知症介護実践リーダー研修を修了し、2012年度末には、その数は、約26,000人に増加した。「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」ⁱⁱでは、さらに2017年度末までに40,000人の認知症介護実践リーダー研修修了者を排出することを計画している（厚生労働省：2009）。

日本介護福祉士会の生涯教育制度である介護福祉士ファーストステップ研修は、厚生労働省の2009年4月改定関係Q&A（Vol.1）によれば、実践リーダー研修相当と認めることができると示された。すなわち、ファーストステップ研修を受けたことにより実践リーダー研修を修了したものと読み替えができることである。しかし、実際には、都道府県の判断によって行ってもよいこと、読み替えの判断基準が明確に用意されているわけでもなく、各県の解釈によって行われている。実践リーダー研修では、人材育成についても一つの柱としてカリキュラムに含まれている。そこでは、スーパービジョンについても触れており、内容を理解し、実践できるようにするという目標が掲げられている。

表 3-1-6 認知症介護実践リーダー研修 標準カリキュラム

教科名	目的	内容
1. 認知症介護の理念		
(1)研修のねらい	研修の目的と目標を示し、それに沿って研修カリキュラムがどのように組み立てられているかを理解し、研修の方向性を明確にする。加えて、研修の機会を研修生のストレス緩和の場、情報交換、ネットワークづくりの場に活用することをうながす。	・研修目的・目標の明示。 ・目的・目標とカリキュラムの関係を明示。 ・研修の機会を、主体的、積極的に自分の学習の場として活用する意義の明示。
(2)生活支援のための認知症介護のあり方	職場の介護理念を振り返る前に、認知症介護において今後求められる「能力に応じ自立した生活」を支援するための認知症介護のあり方を、具体的な取り組みを行っている事例を用いて学ぶことで、具体的なイメージを持つこと。	・介護保険法に基づいた自立支援のあり方。 ・地域ケアのあり方。 ・具体的事例の提示（2つ以上であること）。 ・事例を用いた演習 ・演習は60分以上であること。
(3)介護現場の介護理念の構築	「生活支援のための認知症介護のあり方」を踏まえて、自分の職場の理念を振り返り、新しい認知症介護理念の構築を行うこと。	・自分の職場の理念の振り返り。 ・新しい理念の構築。 ・これらを演習を通して行う。
(4)介護現場の認知症介護のありかたに関するアセスメント	「生活支援のための認知症介護のあり方」「介護現場の介護理念の構築」講義、演習を踏まえ、自分の職場の認知症介護に関するアセスメントを演習を通して行い、職場における認知症介護に関する課題を明らかにすること。	・自分の職場のアセスメントを演習を通して行う。 ・自分の職場の課題と改善点を明らかにする。
(5)研修参加中の自己課題の設定	上記4つの講義、演習を踏まえて、研修中の個人の課題設定を行うことで、主体的に研修に参加する態度をうながす。なお、課題は、実習まで含むものとする。	・研修中の課題設定。 ・課題を文章として示す。
2 認知症介護のための組織論		

(1)実践リーダーの役割と視点	介護現場の実践リーダーとして、介護理念を介護現場で具体化していくために、実践リーダーが担う役割と、実践リーダーがそのために身につけるべき考え方としての視点を明らかにすること。	・チームケアのあり方。 ・実践リーダーとしての自己理解と役割の理解。 ・他スタッフと関係の持ち方。 ・演習より講義内容を深める。 ・演習は 60 分以上であること。
(2)サービス展開のためのリスクマネジメント	実践リーダーの役割として、虐待、拘束、人権擁護の内容とその対応を理解するとともに、認知症により日常場面で生じる高齢者の抱えるリスクを理解し、認知症介護を展開する際に、リスクマネジメントを具体的に展開していく技能を身につけること。	・拘束、虐待の定義と具体的内容。 ・その対応方法。 ・人権擁護の内容。 ・成年後見制度の内容と活用。 ・自由の保障と安全管理の関係 ・認知症が生活場面に及ぼすリスクについて ・演習による講義内容と具体的対応方法の体験的理解。 ・演習は 90 分以上とする。
(3)高齢者支援のための家族支援の方策	実践リーダーの役割として、家族をどのように理解し、介護や支援を展開することが求められるかを理解し、家族支援できる技能を身につけること。	・家族の理解。 ・高齢者と家族との関係の理解。 ・自立支援のための家族の位置づけの理解 ・演習による講義内容の理解と具体的援助技法の体験的理解。 ・演習は 90 分以上とする。
(4)介護現場の環境を整える方策	実践リーダーの立場から組織内の対人関係と介護の質を維持向上させるため、介護の質を維持向上させるための職員のメンタルヘルスやストレスマネジメントの内容と方法を理解し、実践できる技能を身につけること。	・職員間の人間関係。 ・職場内のストレス ・職場のメンタルヘルス ・演習による講義内容の理解と具体的な援助方法の体験的理解。 ・演習は 90 分以上とする。
(5)地域資源の活用と展開	実践リーダーの役割として、高齢者の能力に応じた生活を支援するために必要な地域資源（公的、非公的療法の地域資源）の内容と連携する方法を理解し、支援できる技能を身につけること。	・公的、非公的地域資源の内容。 ・地域資源との連携の方法 ・演習による講義内容の理解と具体的対応方法の体験的理解。 ・演習は 90 分以上とする。
3 人材育成のための技法		
(1)人材育成の考え方	積極的に人材育成に取り組んでいる具体的事例を用いながら、人材育成の目的やねらい、方法、工夫点、課題を理解し、人材育成の重要性を理解すること。	・具体例の提示。 ・具体例を通しての目的やねらい、方法、工夫点の提示。 ・人材育成の重要性と課題。
(2)効果的なケースカンファレンスの持ち方	実践リーダーとして、職員の意欲や動機付けを高める効果的なケースカンファレンスの持ち方の方法を学び、具体的な展開ができる技能を身につけること。	・ケースカンファレンスの内容。 ・事例提示の方法。 ・ケースカンファレンスの進め方 ・演習による具体的な展開方法の体験的理解 ・演習は 120 分以上とする。
(3)スーパービジョンとコーチング	人材育成の方法であるスーパービジョンとコーチングの内容を理解し、実践できる技能を身につけること	・スーパービジョンの内容と方法。 ・コーチングの内容と方法。 ・演習による講義内容の理解と具体的な技法の体験的理解。 ・演習は 120 分以上とする。
(4)人材育成の企画立案と伝達・表現技法	人材育成の方法として、職場を中心に人材教育や研修を行うに際して、必要となる教育研修カリキュラムの企画立案の方法と講義・演習・指導等を行う際の伝達・表現の技法の基本を理解し、実際に展開する際の留意点を学ぶこと。	・研修カリキュラムの企画立案の方法。 ・講義・演習・指導等の方法。 ・効果的な企画立案。講義・演習・指導等の意義と重要性。 ・演習による講義内容の理解と具体的方法の体験的理解 ・演習は 60 分以上とする。
(5)事例演習 1	本教材「人材育成のための技法」の各単元を踏まえて、教科のまとめとして事例	・人材育成、チームケアを具体的に検討し、各単元の理解を体験的に
(6)事例演習 2		

	を用いて、介護現場で活用できるための実践的な方法を身につけること。	深めることができる事例の提示。 ・2 事例実施。 ・1 事例は居宅事例であること。
4 チームケアのための事例演習		
(1)事例演習展開のための講義	「組織論」「人材育成」の教科を踏まえて、認知症介護のアセスメントとケアの基本的な考え方と方法を事例演習を通して身につけること。	・認知症介護のアセスメントとケアの基本的考え方。 ・チームケアの中で、実践リーダーの果たす役割。 ・チームケアを具体的に検討し、理解を体験的に深めることのできる事例の提示。 ・2 事例を実施。 ・1 事例は居宅の事例であること。
(2)事例演習 1		
(3)事例演習 2		
5 実習		
(1)実習課題設定	本研修の目的に基づき「研修の自己課題」の内容と講義演習の受講を踏まえ、研修生かを実践で活用できる知識・技術にするための実習課題を設定すること。	・自己の研修課題と研修の成果に基づいた実習目標の設定。 ・他施設の見学実習、職場実習の目標設定に際しての、実習展開例(別に添付)を提示すること。 ・本研究目的に沿っていること。
(2)実習 1：外部実習	ほかの介護保険事業場への3日以上の実験実習を通して、自己の設定した課題を達成し、その成果を得ること。	・実習課題に沿った実習の展開。 ・実習目的に沿っていること。
(3)実習 2：職場実習	職場での4週間の実習を通して、自己の設定した課題の達成を目指し、その成果を得ること。	・実習課題に沿った実習の展開。 ・研修目的に沿っていること。
(4)実習結果報告を通してのまとめ	実習が設定した課題に沿って実施できたかを各自で振り返り、報告し、実習課題がどの程度達成できたかを評価すること。	・実習課題に沿った実習展開の結果を整理し報告する。 ・研修全体の自己評価の実施。 ・他研修生の自己評価の確認。

出典：2009年3月26日老計発第0326004号厚生労働省老健局計画課長通知「認知症介護実践等養成事業の円滑な運営について」

③ 認知症介護指導者養成研修

認知症介護指導者養成研修は、認知症介護実践者・リーダー研修を企画し・立案し、講義、演習、実習を担当することができる能力を身につけるとともに、介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導することができる者を養成することをねらいとしている。この研修は2001年度にはじまり、2013年3月時点では、全国で1,724名の認知症介護指導者を養成してきた。

この研修は、認知症介護研究・研修センター（全国3か所）にて行なわれており、センターでの研修が25日間（200時間）と職場研修期間が20日間で構成されている。現在は、年3回ないし2回（各センターの状況により異なる）研修が行われている。認知症介護指導者研修を修了した人は、主に特別養護老人ホーム、グループホーム、老人保健施設、デイサービス、居宅介護支援事業所等に勤務しており、修了者のうち60%は管理職である。また、基礎資格として有しているのは、介護福祉士、社会福祉士、看護師、医師、精神保健福祉士、薬剤師、保健師、作業療法士、理学療法士等である。2009年の介護保険制度の介護報酬の改訂ではこの研修を修了している者は、認知症専門ケア加算Ⅱの加算対象となっている。なお、認知症介護指導者養成研修については、2節で詳しく述べる。

(3) 認知症介護実践者等養成研修の課題

1) 認知症介護実践者研修・リーダー研修のフォローアップの必要性

認知症介護指導者養成研修では、フォローアップ研修の運営に補助金が投入されている。しかしながら、実践者研修やリーダー研修では、フォローアップ研修制度は必ずしも確立されていない。いくつかの都道府県では、独自でフォローアップ研修制度を設けているところもある。認知症にまつわる最新の情報収集、知識の習得は介護現場で働く者にとって欠かせないものである。知識を積み上げていくという面においても様々な1日研修に参加し続けるよりも、一つの研修を継続的に受講できる体制も必要である。

2) 実践リーダー研修におけるリーダーとしての人材育成

実践リーダー研修は、これまで論じてきたようなカリキュラムで行ってきたが、実践リーダー研修修了者へのアンケートでは、研修の効果について回答が一番多かったのが「個人のスキルアップ」22%、次に「認知症ケアの再確認」21%、「自己覚知」13%であり、「スーパービジョンの方法」5%、「人材育成の方法」9%という結果であった。この結果からも、リーダー研修においても、認知症を学びスキルアップするということとどまっている現状がある(認知症介護研究・研修大府センター:2010)

iii.

3) 在宅サービス事業所に勤務する職員の参加促進

認知症介護実践者等研修は、連続した日程で行われる研修であるため、職員数が少ない在宅サービス事業所の職員の参加を難しくしている。それだけではなく、都道府県によっては、研修への参加自体が在宅サービス事業所に勤務する人たちに研修受講対象者として開かれていないところもある。

また、実践者研修・リーダー研修ともに、研修の内容が入所施設職員向けの内容となっている。この点においては、事例やグループワークの際のテーマを広く在宅介護の課題とも結びつけて提示することで、ある程度解決することができる。しかし、研修期間の長さが研修参加を難しくしていることに関しては、今後の課題である。2012年3月5日に行われた「認知症介護実践者等養成事業にかかる都道府県等行政担当者セミナー」では、上記のことを解消すべく、非常勤職員を対象とした講義中心の無料企画を行ったり、市が独自で認知症専門のヘルパーを養成し、その研修の一部に実践者研修を組み込む、研修を受けやすくするために、優先的に訪問系のサービス事業所の職員が受ける回を設けたりしているという報告がなされており、各都道府県で工夫していることも明らかになっている。

2. 職能団体および民間事業者による認知症研修の現状

認知症に関する研修は、介護分野のみならず、医師を対象にした「認知症サポート医養成研修」や、看護師を対象にした日本看護協会が主催している「認知症認定看護師」、精神保健福祉士を対象にした「認知症の人の『退院支援・地域連携パス』研修」、日本作業療法士協会が主催する「専門作業療法士（認知症）：専門応用研修」などがある（認知症介護研究・研修東京センター：2012a）。ここでは、介護福祉士や介護施設に勤務している者を対象とした研修をあげ、その内容について述べる。

（1）日本介護福祉会による（仮称）認定介護福祉士（認知症）

認定専門介護福祉士（認知症）養成研修は、介護福祉の専門性を基盤として、認知症の人に対する生活支援の介護サービスの充実を図ることを目的に創設された介護福祉士の upper 認定資格である。研修は講義及び演習が 140 時間と自職場実習 160 時間の計 300 時間で構成されている。この研修の受講要件は、①介護福祉士取得後 5 年以上の実務経験を有するもの者、②介護施設、認知症グループホーム、訪問介護事業所等で日常的に認知症ケアを実践している者、③生涯研修制度に位置づけている「ファーストステップ研修」を修了している者又は生涯研修制度に位置づける研修を 150 時間以上修了している者と定められている。この研修には次の 4 つのねらいがある、①認知症の人の尊厳を十分に理解し、尊厳を支える具体的な介護ができる、②介護過程の展開を適切に行うことができる（ニーズ把握、介護計画作成、実施、評価）、③自職場で部下や後輩に認知症とそのケアについて説明できる、④自職場において認知症介護に関する問題解決ができることである。

（2）全国老人保健施設協会主催の認知症高齢者ケア研修会

社団法人全国老人保健施設協会は、会員施設職員に対して、認知症高齢者ケア研修会を開催している。認知症高齢者に対するケア、リハビリテーションについて理解を深めることを目的としており、2 日間の集合研修形式で年 1 回行われている。同協会は、「実地研修 B コース（専門実技習得コース）認知症」という研修も設けており、会員施設職員の間でも老健勤務 2 年以上の者を対象にした実地研修を行っている。研修期間は、1 日～5 日で、全国指定 8 施設にて年 12 回実施されている。

（3）日本認知症ケア学会が認定する認知症ケア専門士

認知症ケア専門士は、認知症に対する優れた学識と高度の技能、および倫理観を備えた専門技術者を養成し、認知症ケア技術の向上ならびに保健・福祉に貢献することを目的に 2005 年に創設された学会認定の資格である。専門士には、生涯学習の一貫として資格の更新が義務付けられている。研修制度ではないため、この資格を目指すもの各々が勉強を重ね、試験を受ける。第 1 次試験は筆記で行われ、認知症の基礎・認知症ケアの実際Ⅰ：総論、認知症ケアの実際Ⅱ：各論、認知症ケアにおける社会資源の 4 分野から出題される（各分野 50 問、分野ごとに 60 分の試験）。第 1 次試験に合格したものは、第 2 次試験

の事例に対する論述試験と面接試験（6人1グループ）を受ける。受験資格は、認知症ケアに関する施設、団体機関等において、試験実施年の3月31日より過去10年間に於いて3年以上の認知症ケアの実務経験を有するものと定められている。

2012年現在、約30,000人の認知症ケア専門士が誕生した。生涯学習制度が義務付けられている本認定資格は、学会が認定する学術集会への参加、あるいは生涯学習プログラム（研修・学習会等）への参加、機関紙等への論文発表を行うことにより単位修得をして5年ごとに更新することとなっている。

日本認知症ケア学会は、2009年度、認知症ケアでのチームリーダーや地域におけるアドバイザーとして活躍することのできる認知症ケア上級専門士を創設した。認知症ケア専門士を取得してから3年以上経過しており、なおかつ認知症ケア上級専門士研修を修了していること、学術集会での演題報告および、査読制度のある機関紙への論文・事例発表を行っていることが受講の条件となっている。認知症ケア上級専門士は、①認知症における倫理、②認知症ケアのケアマネジメント、③介護関係者のためのチームアプローチの3領域からの筆記試験によって行われる。

以上のことから、都道府県が運営主体となっている認知症介護の体系的な研修の特徴について、以下のことが明らかになった。

- ① 現在行われている認知症介護に関する認知症介護実践者研修・リーダー研修は、介護福祉士やホームヘルパーなどといった介護の基礎資格を持っている者にその受講資格を限定せず広く介護現場に携わる者としてきたことにより、幅広い層に受講機会を設けてきた。
- ② しかしながら、その受講対象は、訪問介護事業所などの居宅サービス事業所にまで及んでいないところもあり、施設職員のための研修になっているという一部現状がある。
- ③ 認知症介護実践リーダー研修では、リーダーの育成としてスーパービジョンについても学ぶカリキュラムとなっているが、実際にはリーダー研修の受講生は、認知症を学びスキルアップすることに研修の効果を見出している現状であった。

第2節 認知症介護指導者養成研修事業の現状

本節では、認知症介護指導者養成研修事業の成り立ちを当時の委員会資料等を基に明らかにし、都道府県ごとの受講者数の推移や近年の受講者要件の規制緩和によってもたらされた新たな課題について述べる。

1. 認知症介護指導者養成研修事業の成り立ち

(1) 事業の成り立ち

1998 年老人保健健康増進等事業において「痴呆性老人介護に関する調査研究」が長谷川和夫氏（当時、聖マリアンナ大学学長）を委員長に据え始まった。その研究委員会はいくつかの部会に分かれており、その一つが研究・研修班であった。この班では、痴呆ケアの技術の向上及び専門技術・知識を有する人材育成についての検討がなされた。委員会提言では、教育的機関の必要性について以下のように述べている。

痴呆ケアの専門性を明確にし、その実践の質を保障する痴呆性高齢者介護システムを構築するためには、学際的研究とその知見を活かした高度な介護教育を実践する機関が必要である。教育機能を担い、専門的な人材育成を図る観点から全国数ヵ所にこのような研究・教育機能の両面を持つ『高齢者痴呆介護研究センター』の設置を提言するものである（長谷川：1999）

設置の背景には、「認知症高齢者については、その根本的な治療方法は確立されておらず、医学的な『痴呆（認知症）治療』には限界がある。こうした医学的側面と並んで重要なのが、認知症高齢者に対する介護、いわゆる『認知症介護』である」と専門的な認知症介護の必要性があった。この時期、ゴールドプラン 21 が策定され、痴呆性高齢者支援対策の推進が謳われた。その中で、「痴呆ケアの質的向上」が明記され、痴呆介護研究・研修体制（ネットワーク）の整備を通じて、痴呆介護の質的な向上を図り、痴呆介護の専門職を養成し、質の高いサービスを目指すものであった。これは、それまでの我が国の介護現場において実践的な研究を行うことが困難であることや、研究部門との交流の機会が限られていたことを意味する。また、認知症に関する専門技術に関する指導能力を持つ者が不足していることもあり、認知症介護に関する研究や現場職員に対する研修に関連した諸施策が十分に機能しうる状況ではなかった（館石：2003）。

このような状況を打破するために、2000 年度に痴呆性高齢者のケアに関する研究と研修の拠点となる「高齢者痴呆介護研究・研修センター」を整備した。科学的な根拠に基づく認知症ケアの知識や技術の普及を図ることを目的とし、「高齢者痴呆介護研究ネットワーク構想」ができた。

委員会提言では、全国に6ヶ所整備するとの構想もあった。実際には、1998 年の補正予算において、中央に1ヶ所、東日本と西日本に1ヶ所ずつの3ヶ所で約26億円の整備

費が計上された。3か所は、社会福祉法人への委託されることとなった。東北福祉大学との連携を図る必要性等から、宮城県仙台市（社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター）、日本社会事業大学との連携を図る必要性から東京都杉並区（社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター）、長寿医療研究センター（旧国立中部病院長寿医療研究センター）や日本福祉大学との連携を図る必要性等から愛知県大府市（社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター）が指定された。

（２）研修の方針

3センターでは、それぞれ研修の方針を以下のように定めている・（柴山，柿本ら：2005）

【東京センター】

- ① 実践者として、「パーソン・センタード・ケア」
- ② 職場のリーダーとして、チームを信じ、成長・発展を大切にしたスーパービジョン
- ③ 指導者としては、研修カリキュラムの構築、効果的授業、研修運営ができ、課題解決を目指して、自己の客観的評価ができること

【仙台センター】

- ① 認知症高齢者の権利擁護の視点を持ち、個別性と自己決定を重視した介護を指導できる人材を養成すること
- ② 認知症について系統的・総合的知識・技術をもち、介護の場の関連性・継続性を考慮し、また、研修を企画・運営できる指導者で、行政担当者、実務者、研修者等との情報を共有すること

【大府センター】

- ① 「個別ケア」の実践、疾患別ケア（アルツハイマー病のケア、血管性認知症のケアなど）、医学・看護学・心理学・社会学・倫理哲学などの最新の知識の体得や相互の交流
- ② トム・キットウツのニュー・カルチャー的考え方、コーチャー・リーダー・スーパーバイザーとしての役割の体得などを目指すこと

2. 認知症介護指導者養成研修受講者の推移

（１）都道府県間で差が見られる養成研修受講者数

認知症介護指導者養成研修は、①都道府県からの推薦を受けた者、あるいは②介護保険事業所長の推薦を受けた者に限り受講することができる。2009年に当該研修修了者が認知症ケア加算のための条件となってから、介護保険事業所長の推薦（以下、自費参加と記す）という項目が追加された。都道府県からの推薦者は、研修にかかる費用230,000円を、都道府県が負担する。一方で、自費参加の場合には、所属する事業所が負担する。どちらの場合においても受講者が負担するものは教材費5,000円及び、宿泊費、傷害保険および賠償責任保険のみとなっている。

2012年9月6日に厚生労働省が公表した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラ

ン)」では、医療・介護サービスを担う人材の育成として、認知症介護指導者養成研修の受講者数を2017年度末に2,200人まで増やしていく目標値を掲げている。これは、地域において5つの中学校区に1人認知症介護指導者がいるという状況を描いている。

2012年度末現在の都道府県別の認知症介護指導者数は表3-2-1の通りである。

表3-2-1 地域別受講者数

【東京センター管轄】

(人)

茨城県	28	神奈川県	32	大分県	25	川崎市	17	熊本市	1
栃木県	29	新潟県	34	宮崎県	28	北九州市	27		
群馬県	29	福岡県	39	鹿児島県	24	福岡市	24		
埼玉県	25	佐賀県	25	沖縄県	34	さいたま市	9		
千葉県	38	長崎県	28	千葉市	20	新潟市	4		
東京都	44	熊本県	28	横浜市	34	相模原市	1	合計	627

【仙台センター管轄】

北海道	34	福島県	31	徳島県	19	岡山市	3
青森県	22	鳥取県	29	香川県	23	広島市	31
岩手県	33	島根県	18	愛媛県	24		
宮城県	32	岡山県	30	高知県	23		
秋田県	20	広島県	54	札幌市	24		
山形県	24	山口県	30	仙台市	30	合計	534

【大府センター管轄】

富山市	25	愛知県	25	奈良県	17	静岡市	8
石川県	20	三重県	31	和歌山県	21	堺市	11
福井県	36	滋賀県	28	名古屋市	39	浜松市	6
山梨県	22	京都府	28	京都市	22		
岐阜県	37	大阪府	31	大阪市	33		
静岡県	25	兵庫県	25	神戸市	32	合計	563

※各センターの事業報告をもとに筆者作成

(3) 認知症ケア加算における自費参加の導入をめぐる課題

認知症介護指導者養成研修は、2009年度の認知症専門ケア加算の要件となつてから自費参加という新たな形態が追加された。このことは、認知症介護指導者を地域により多く輩出するという点では評価できる一方で、都道府県推薦のいわゆる公費での受講者との取り扱いに軋轢をもたらすこととなった。自費受講者を認めるようになった背景には、2000年から8年間、国庫補助により認知症介護実践等研修が行われてきたが、国の奨励的役割では一定の成果が出たとの見解により、2008年度以降の国庫補助が廃止されたことがある。その代わりに、2009年度からは都道府県分で24億円程度の地方交付税措置（全国ベース）が講じられた。これにより、研修の地域の実情に応じて研修を継続する場合には、当該予算を活用することとなった。結果、都道府県によっては、地方交付税になったことにより、認知症介護指導者養成研修への都道府県推薦枠を撤廃し、すべて自費受講とすると定めるところもでてきた。また、都道府県推薦と自費受講者が混在することにもなった。

都道府県推薦で受講した者は、研修終了後に認知症介護実践者研修および実践リーダー

一研修の研修企画の立案や講師としての役割が期待されている。しかし、自費受講をした認知症介護指導者がそのことに携わることについて、抵抗があるという都道府県もある。また、都道府県によっては、実際に認知症介護指導者となっても認知症介護指導者としての活動要請がないという実態も出てきた。認知症介護指導者の役割は、都道府県主催の研修の講師ばかりではないが、都道府県単位で認知症に関する様々な取り組みに寄与できる人材の把握と協働は今後ますます必要とされてくる。そのためにも、認知症介護指導者と都道府県との関係をどう築いていくかが課題である。

（４）受講資格要件

認知症介護指導者養成研修は、2009年3月26日老発第0326004号厚生労働省老健局長通知によると、受講資格を次の表3-2-2のように定めている。受講要件は、資格と職種が定められており、加えて認知症介護実践リーダー研修を修了していること、認知症介護指導者としての役割を担うことが見込まれている、地域ケアの推進を進めていく役割が見込まれている者とされている。また、実践リーダー研修時点ですでに5年以上の介護実務経験を有するものが対象となっているため、当該研修は、最低でも6年以上のものが受講することとなる。

表 3-2-2 認知症介護指導者養成研修受講資格

ア	医師，保健師，助産師，看護師，准看護師，理学療法士，作業療法士，社会福祉士，介護福祉士，言語聴覚士もしくは精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者又は、これに準ずる者
イ	（ア）介護保険施設・事業所等に從事している者（過去において介護保険施設・事業所等に從事していた者も含む。） （イ）福祉系大学や養成学校等で指導的立場にある者 （ウ）民間企業で認知症介護の教育に携わっている者
ウ	認知症介護実践研修終了者（「痴呆介護研修事業の実施について」（平成12年9月5日老発第623号厚生省老人保健福祉局長通知）により実施された「痴呆介護研修事業」終了者を含む。）又はそれと同等の能力を有すると都道府県が認めた者
エ	認知症介護実践研修の企画・立案に参画し，又は講師として従事することが予定されている者
オ	地域ケアを推進する役割を担うことが見込まれている者

出典：老発第032600号「認知症介護実践者等養成事業の実施について」の一部改正について通達

第3節 認知症介護実践現場における現任教育の実際と課題

認知症介護の実践現場においては、現任教育は欠かせない。しかしながら、施設内での研修を繰り返し行っても日々の実践に反映されにくい。また、入所施設の場合には研修への全員参加が極めて困難である。非常勤職員やパート職員の研修参加には時間的な制約もある。施設外への研修も、個々のスキルアップのために個人に任されている場合や、希望者を募っている場合などにおいては、いつも同じ職員が研修に参加しているといった状況もある。本節では、認知症介護の現場においてどのような研修を行っているか、そこにはどういった職員が参加しているのかについて明らかにし、現任教育の実際と課題を述べる。

1. 対象と方法

WAMNET より 2012 年 1 月現在で登録されていた、愛知県内 417 ヶ所のグループホームを対象に「グループホーム内外研修の現状に関するアンケート」実施した。アンケートは、郵送にて配布し、2012 年 3 月 2 日～20 日までを回収期間とした。

2. 結果

回収率は 37% (152 時良書) であった。

回答者の設置主体は、株式会社が 49 事業所、有限会社が 36 事業所、社会福祉法人が 25 事業所、医療法人が 22 事業所、NPO 法人が 4 事業所、不明 16 事業所である (図 3-3-1)。入居者の平均介護度は、2.69 で、内部研修の年間の平均回数は 4.33 回という結果であった。

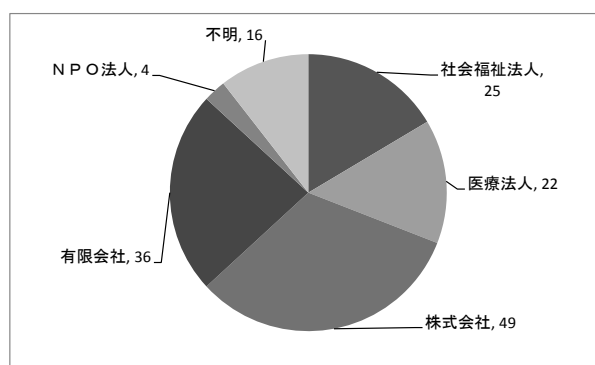


図 3-3-1 回答者の設置主体

(1) 研修開催の状況

研修会の開催の状況については、定期的に行っていると回答したのが 40% (61 事業所)、年に数回行っていると回答したのが、46% (70 事業所)、していないと回答したのが 14% (21 事業所) であった (図 3-3-2)。

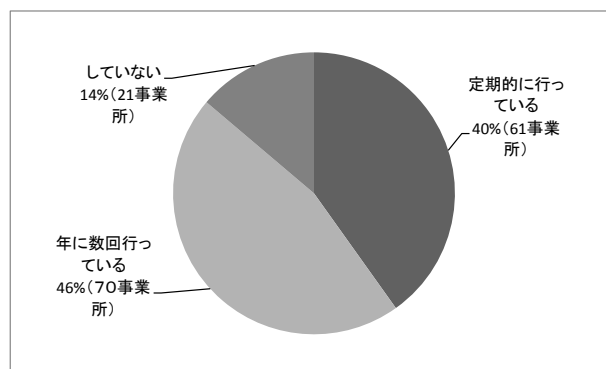


図 3-3-2 認知症に関する研修会開催の状況

(2) 内部研修会の内容と職員の参加

内部研修では、「身体拘束と高齢者虐待防止法」に関することが一番多く 83 事業所、次いで「認知症高齢者とのコミュニケーションに関すること」が 80 事業所、「認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）の理解」「認知症の心理的理解」がともに 73 事業所、「認知症の医学的理解（認知症の種類とその特徴）」が 71 事業所という回答が見られた。全体を通してみられたのが常勤職員の参加であり、常勤職員と非常勤職員が参加していると回答した事業所は、「ケアプランとアセスメントについて」「権利擁護について（成年後見制度など）」に回答した 7 事業所が一番多く、他の項目についてはわずかであった（図 3-3-3）。

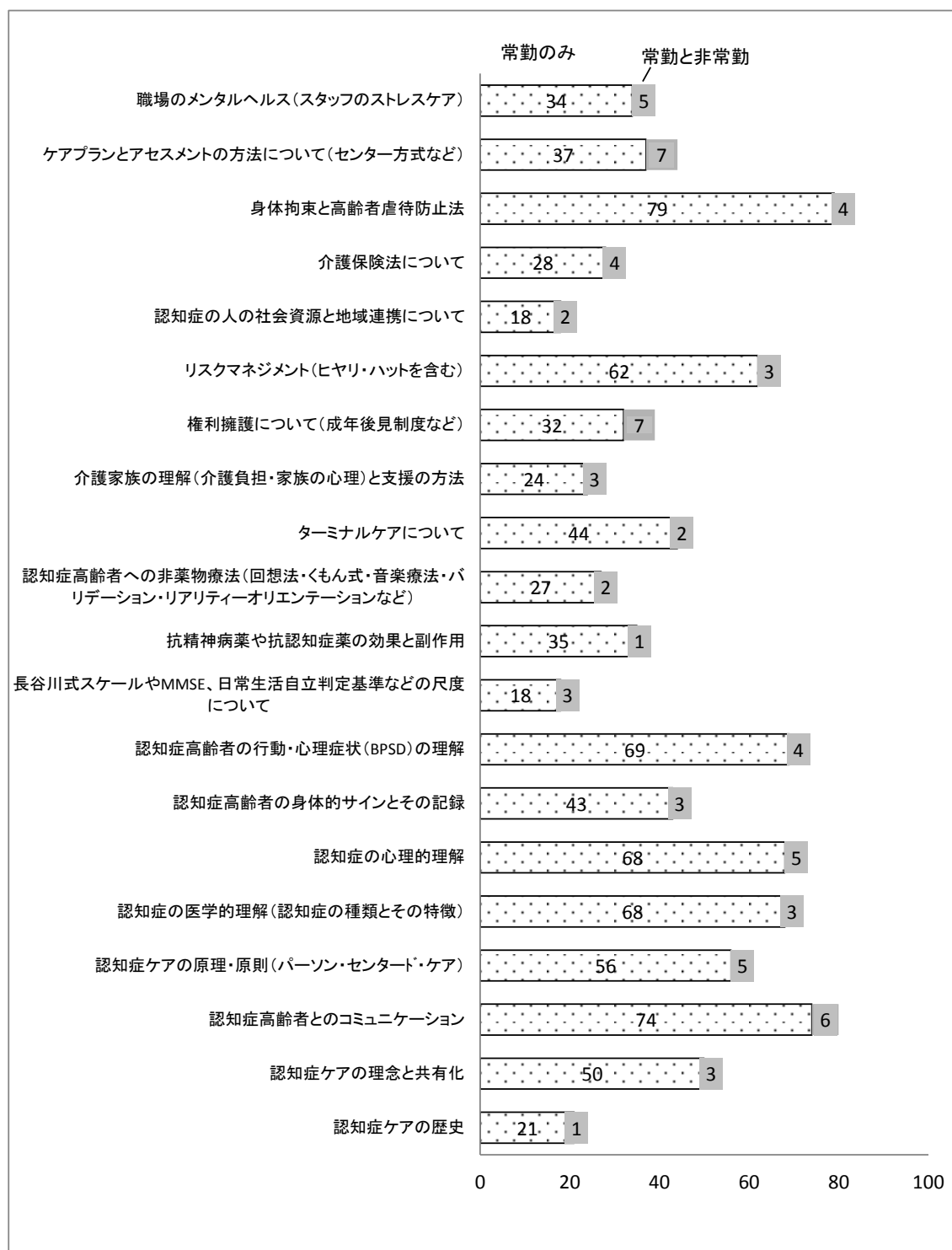


図 3-3-3 内部研修会の内容と職員の参加

(3) 外部への研修会の内容と職員の参加

事業所外で行われる研修への参加は、「認知症の医学的理解(認知症の種類とその特徴)」が一番多く 75 事業所が参加したと回答している。次いで、「認知症の心理的理解」62 事業所、「認知症高齢者の行動・心理症状(BPSD)の理解」58 事業所、「認

知症ケアの原理・原則（パーソン・センタード・ケア）」57事業所，「認知症高齢者とのコミュニケーション」51事業所というであった．外部への研修会への参加は，常勤だけではなく，常勤と非常勤あるいは，非常勤のみが参加するという回答もみられた（図3-3-4）．

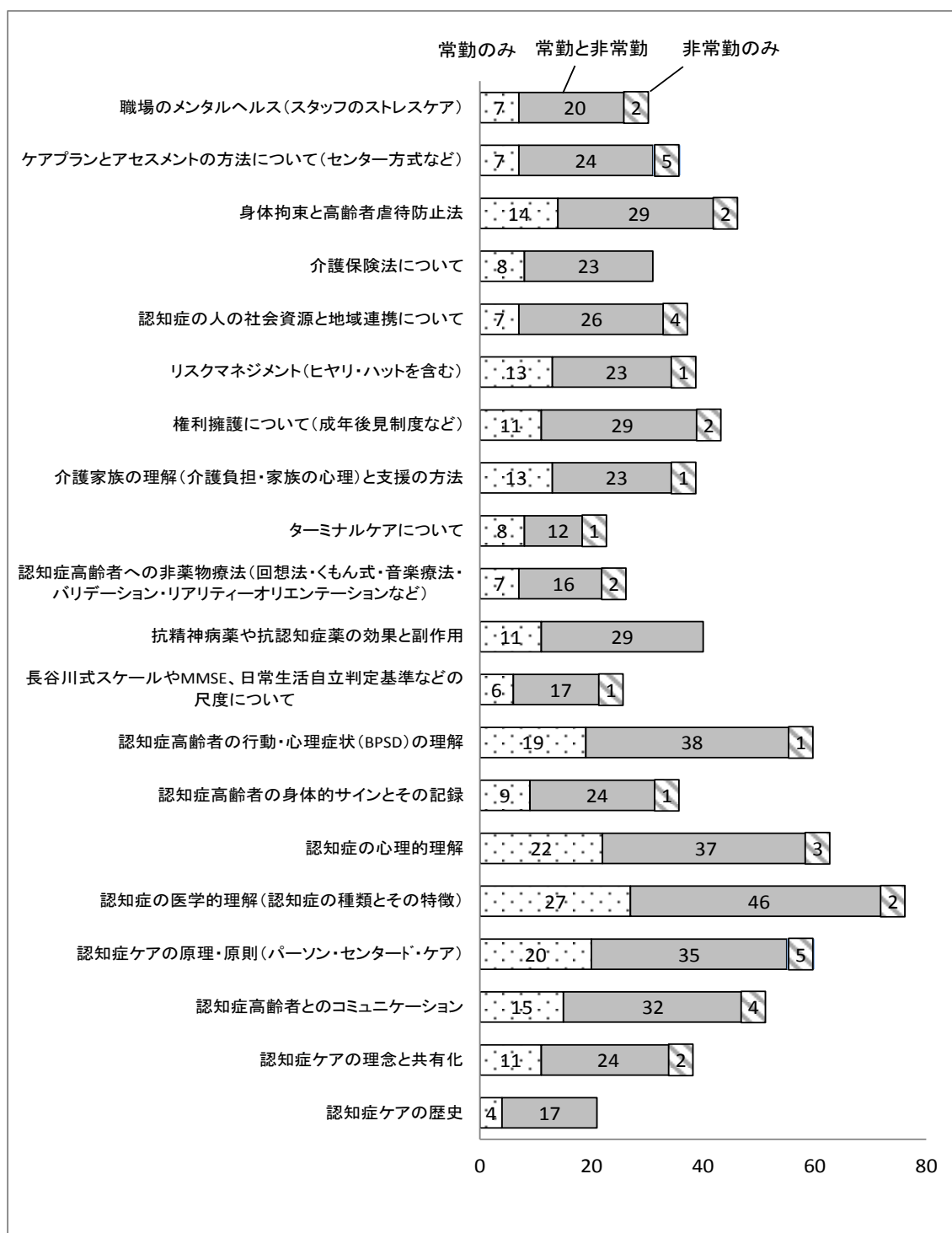


図3-3-4 外部研修会の内容と職員の参加

（４）都道府県主催の研修受講状況

都道府県が主催している研修への受講状況は、常勤職員では、認知症介護実践者研修を修了した者は96名、認知症介護実践リーダー研修を修了した者が84名、認知症介護指導者養成研修を修了した者が8名であった。このうち1事業所で最高7名の実践リーダー研修修了者がいるとの回答もみられた・非常勤職員では、認知症介護実践者研修を修了している者が30名、認知症介護実践リーダー研修を修了している者が3名、認知症介護指導者養成研修を修了している者は0名であった。

表 3-3-1 雇用形態別の研修修了の状況 (n=152)

雇用形態	研修の名称	修了者数
常勤職員	認知症介護実践者研修	96
	認知症介護実践リーダー研修	84
	認知症介護指導者養成研修	8
非常勤職員	認知症介護実践者研修	30
	認知症介護実践リーダー研修	3
	認知症介護指導者養成研修	0

3. 小括

グループホームを対象とした本アンケートからは、次のことが浮き彫りになった。①内部研修（事業所内研修）の多くは、常勤職員を対象としたものであり、非常勤職員は参加していないということ、②研修会の開催は、定期的に行っているところもあるが、年に数回、またはしていないと回答したところも1割以上見られ、現任教育は個人に任されていること、③外部研修には、非常勤職員も参加している実態がみられた。

筆者の研究によれば、常勤職員が非常勤職員に求め期待していることとして、①常勤職員の代替的機能への期待、②非常勤職員に知識・技術と意識の向上を期待、③非常勤職員の部分労働に期待、④責任と権限を除いた職務範囲は同等であることが明らかとなっている（汲田：2012）。常勤職員と非常勤職員の介護現場での割合が拮抗する中で、勤務形態によって研修の機会が著しく異なることにより、チームケアはより難しくなる。多くの介護現場で行われていた常勤職員を中心とした研修会は一定の成果をもたらす一方で、介護職員の力量の差を生む可能性も否定できず、双方を同時に現任教育していく方法が必要であると考ええる。

外部研修は定期的な学びではなく、多くの場合には意欲のある介護職員が行きたいと申し出たり、自己学習として研修に参加しているため、体系的に学ぶことには必ずしもならない。回答のあった事業所の内部研修を平均すると年間4.33回という研修であった。3か月に1回学ぶ研修の多くは、図3-3-3にあるように認知症高齢者の医学的理解や、コミュニケーション、BPSDへの対応、身体拘束といったものである。知識を得て日々の業務に活かしていくということが目的となると思われるが、そこに非常勤職員がいない中でチームケアによる介護を展開するのは至難である。

第4節 考察 ―認知症介護実践現場における現任教育の課題

本章では、日本における認知症介護を担う介護職の現任教育について都道府県が主体となっておこなわれてきた研修の歴史と制度化について明らかにしてきた。認知症介護の現任教育は、段階的に整備されそのリーダーを育成するという研修を創ってきたという点では評価ができる。本節では、認知症介護実践現場における現任教育の課題を5点に整理し、さらに、デンマークのスーパービジョンの構成要素からみる日本の現任教育の現状について考察する。

1. 認知症介護現場における現任教育の課題

(1) 義務化されない現任教育

認知症高齢者介護は一般的な身体介護のみではなく、認知症をもたらす原因疾患の理解とそれに合わせた介護が必要とされる。そして、多く介護職員が一人の認知症高齢者にかかわるという点においては、突出して優秀な職員がいることが評価されることではない。どの介護職員が関わっても不適切な対応をせずに関わり方が同じであるということは基本的なことである。近年、介護福祉士養成課程のカリキュラム改正において、「認知症ケア」60時間が新たに追加された。このことから認知症について学ぶことの必要性は明らかである。多くの介護現場では、さまざまな勤務形態や資格のものが同じように介護ができることが要求されている。それは、非常勤や常勤職員の別ではない（汲田：2012）。そのためには、基礎教育を補完していくことは必須である。それは、事業所内の内部研修に任せておけばよいのかというと、3節で述べたように熱心に取り組んでいる事業所と研修自体をしていない事業所がある中で、決して得策ではない。

都道府県が主体となった研修への参加をどのように保障していくのか、あるいは義務化し、認知症高齢者介護の基礎を平準化していくのかが問われる。

(2) 座学を基にした研修の限界

これまで制度化してきた研修は座学を基にした集合研修であり、一度に沢山の介護職員が研修を受けることができるという点において知識を得る研修としては、効果的であったといえる。特に科学的な知識で比較的適応できる身体介護については、知識を体系化するための研修会が急速に進んできた。しかしながら、ステップアップしていく方式の研修においても同じように知識と体系化する座学を基にした研修が展開しているため、認知症介護実践者研修とリーダー研修の差があまりなかったと感じている人もいる。西川（2008：176・177）は、こうした座学研修の限界について、「あらかじめ設定可能な課題に対しては効果がある。たとえば、身体介護にかかわる課題は、経験の標準化や予測が可能であり、このような学習方法が有効だろう。しかし、身体的な課題の多くは、自分らしい生活を維持するうえでの心的な課題も伴う。ケアワークには、『生活から独立して切り取られた、部分的な問題への対応』よりも、『利用者自身、あるいは利用者のこれまでの生活など、

全体から課題の設定』が重要になってくる。」と述べている。心的な課題とは、認知症高齢者の場合には、まさに記憶とともに揺れ動く個とどうかかわっていくのかということである。一方で、認知症高齢者介護の領域では、現任教育が都道府県単位で行われているものの、未だに「見習い」が最も効果的な介護職の学習方法とも言われている。そのことについても、西川（2008:160）は、「公式な教育訓練が介護職の専門的知識習得に与える影響は増大しているものの、その実践面での効果は通常考えられているほど大きくはないようだ。」と座学による現任教育の効果について述べている。つまり、現任教育を受けるだけでは、それを実践場面では活かしきれないという現実があり、多様な現任教育の在り方が求められているのである。都道府県を主体とした研修の在り方も再考する時期に差し掛かっているのではないかと考える。

（3）認知症介護実践リーダー研修における「リーダー」養成のあり方の見直し

認知症介護実践リーダー研修は、介護現場におけるリーダーを養成することを目的としているが、実践リーダー研修を受講した介護職員のアンケートでは、研修効果について回答が多かったのが、「個人のスキルアップ」（22%）と「認知症ケアの再確認」（21%）であった。このことから、リーダー研修とはいえ、認知症について介護の動向や考え方を聞いた講義は外すことができないニーズであるとともに、リーダーに必要とされる知識などを学ぶ機会を同一にしていることにより、関心が個人的なスキルや知識の習得になってしまっているといえる。しかし、認知症介護の病気の解明やそれに伴う介護の方法、新薬の開発は日進月歩であり、介護経験や立場を超えて研修機会があるごとに学ぶことも必要である。そのため、実践リーダー研修では「最新認知症ケア動向」と「リーダーの役割を理解し実践する」という2本立てで行うような形式にし、リーダーとなるのだと意識できる研修の構成などの工夫が必要だと考える。

（4）在宅介護を担う事業所の職員が参加困難なくみ

認知症介護実践者等研修のカリキュラムは、長期間にわたって一定期間を経て継続的に行われている。週1～10日間隔で日程が決められるため、多くの非常勤職員によって支えられている介護現場や、特に在宅介護のなかでも訪問介護事業所の職員が研修を受けることは極めて難しい。それは、一定期間同じ間隔で職場を離れることの困難性や直行直帰のヘルパーが多く在籍する事業所においては、ますますそれを困難にしている。

それに輪をかけて、都道府県によっては在宅介護事業者に対して認知症介護実践者等研修の受講資格を与えていないところもあり、認知症介護における現任教育がサービス形態によって区別されていることが否めない。在宅介護事業者への研修受講を認める方法や受講しやすい環境整備が急がれる。

（５）認知症介護における講師を育成することを主眼においた研修

認知症介護実践者等研修は、実践者研修、リーダー研修、指導者養成研修と積み上げになっている。実践者研修では認知症の症状や病気の理解に重点があり、リーダー研修では、リーダーとしての役割理解をすることが追加される。さらに指導者養成研修になると、認知症介護を教育していく立場としての役割に比重が偏っているきらいがあり、実践者研修やリーダー研修で培ってきたことには振り返らず、どちらかといえば、人材育成論、教授法の演習・講義が中心となって、都道府県で講師ができるような人材を養成するカリキュラムとなっている。実践現場における認知症介護指導者の役割や都道府県での役割があつてしかるべきであり、それぞれの強みを活かした認知症介護指導者として活動していくことが重要であると考えるが、現行のカリキュラムは、講師としての人材養成と言わざるを得ない。

一方で、各種団体が行っている研修は、ほとんどが認知症ケアの理解、疾患の理解というところである。また、職能団体が実施している研修は、有資格者であり職能団体に所属しているものを対象としているため、無資格者への門戸が開かれていない。その中でも認知症ケア学会は、さまざま内容研修を展開しているが、認知症ケア専門士の生涯学習制度による単位認定のための研修であることから、やはり学会認定資格をもたないもの、そして学会に入会していないものの機会としては、難しい。

２．スーパービジョンの構成要素からみる認知症介護現任教育の現状

1984年から始まった都道府県を単位とした認知症介護に関する研修事業は、のちに重層的な研修となりながら、現在に至っている。その点では、本研究の分析枠組みでいうところの（Ａ）の階層別現任教育は整備されてきたといえる。さらに、（Ｂ）スーパーバイザーの養成では、施設内におけるリーダーとしてスーパーバイズができる人材として認知症介護実践リーダー研修では、スーパービジョンについて学ぶカリキュラムとなっている。

しかし、受講生はこれらの研修を「個人のスキルアップ」、「認知症ケアの再確認」と位置づける傾向にあり、必ずしもスーパービジョンを理解し、実践しているとは言い難い状況が垣間見られた。認知症介護指導者養成研修においてもスーパービジョンを学ぶことになっていることから、スーパーバイザーとなる人材を介護現場の中で養成していくことを意識した階層別教育を行ってきたことが明らかになった。

-
- i 2012 年度に大府センターが実施した認知症介護指導者フォローアップ研修受講生アンケートの結果による.
 - ii 平成 25 年～29 年までの計画であり, 1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及, 2. 早期診断・早期対応, 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築, 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築, 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化, 6. 若年性認知症施策の強化, 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成という柱で取り組まれている・
 - iii この調査では, 認知症介護研究・研修大府センターが管轄する地域の実践リーダー研修修了者を対象とし, 467 名からの回答を得たものである. 回答者の介護経験は, 5～9 年が 45%, 10～14 年が 36%, 15～19 年が 8%, 20 年以上 3%, 5 年未満 4%であった.

第4章 認知症介護指導者養成研修事業と研修修了者の現状分析 —認知症介護研究・研修大府センターの事例から

日本の認知症介護に関する都道府県が主体となっていて行われる研修は、3つの研修が積み上げていくように構成され、講義と自らの施設での実習で成り立っていることを前章では明らかにした。認知症介護実践者研修と同リーダー研修は、認知症介護指導者が研修の企画・運営を行い、実際に講義も担当することになっており、認知症介護指導者が次世代の実践者を育成していく仕組みが各都道府県で展開されている。

本章では、そのことを踏まえて、認知症介護指導者の養成を行っている、3センターのうち大府センターの事例を取り上げた。第1節では、認知症介護研究・研修大府センターの概要と認知症介護指導者養成研修の概要について整理した。第2節では、認知症介護指導者のスーパーバイザーとしての役割の現状を、指導者に求めている3つの役割をもとに整理し、さらに認知症介護指導者フォローアップ研修の受講生に対して行ったアンケート調査から、修了後の現場でのスーパービジョンの取り組みの状況について明らかにした。第3節では考察を行った。

第1節 大府センターにおける認知症介護指導者養成研修事業の現状

1. 大府センターの概要

(1) センターの沿革

認知症介護研究・研修大府センター（以下、大府センターと記す）は、社会福祉法人仁至会が委託を受け、運営している。社会福祉法人仁至会の前身は、1947年結核後保護施設として、印刷技術を補導するため国立愛知療養所空病棟内に「国立愛知療養所付属授産所」を開設したことに遡る。

1971年には、社会福祉法人としての設置認可を受け、社会福祉事業法（現社会福祉法）による授産施設として、印刷事業を行ってきた。（2008年4月には、障害者福祉施設サンサン大府と名称変更し、就労移行支援事業・定員10名、就労継続支援事業・定員23名の多機能型事業を開始した。）2000年3月には「介護老人保健施設ルミナス大府」が（入所定員100人、うち認知症専門棟35人）、通所リハビリテーション（定員20名）、在宅介護支援センタールミナス大府、訪問看護ステーションルミナス大府、居宅介護支援事業所ルミナス大府を開設した。さらに、2001年3月には、「認知症高齢者グループホーム ルミナス大府」（定員9名）を新規に立ち上げた。

（２）事業概要

認知症介護研究・研修大府センターは、認知症介護指導者養成研修を年３回、同フォローアップ研修を年２回行っている。また、愛知県が主催する「高齢者権利擁護推進員研修」の委託を受けている。

2009年には、厚生労働省が報告した「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の、認知症対策等総合支援事業の一環として、「若年性認知症のコールセンター」を設置し、電話相談員を配置して全国からの相談に応じている。

2004年からは、故トム・キットウッド（Tom Kitwood）によって提唱された、「パーソン・センタード・ケアとDCM法」の研修を行っている。これは、イギリスのブラッドフォード大学が各国に１ヶ所、公式パートナー（ストラテジックパートナー）として認めた機関のみに運営が許されるもので、日本では、大府センターが唯一の認定機関であるⁱ。

（３）大府センターが管轄する県・政令市

認知症介護指導者養成研修では、東京・仙台・大府センターがそれぞれ担当エリアを定め研修を行っている。

認知症介護研究・研修大府センターは、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、愛知県、岐阜県、三重県、静岡県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、静岡市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市、堺市、浜松市の15府県・7市を対象地域としている。

（４）認知症介護指導者養成研修受講者の現状

2001年から実施されてきた認知症介護指導者養成研修の大府センターからの修了生総数は、2012年末で563人となった。この間、前述したように2008年以降の国庫補助の廃止、認知症専門ケア加算Ⅱの条件として認知症介護指導者の配置規定がなされたこと、研修への自費参加が可能になったことなどいくつかの局面があったが、受講者数はさほどの変化は見られない。2009年度の受講者がこれまでの研修のなかで多かった理由としては、この年に始まった認知症専門ケア加算の影響があると考えられる。（図4-1-1）

都道府県別の養成数の推移をみると、図4-1-2でわかるように若干のばらつきがあるものの、これまでに39名の実践者を研修に送り出してきた名古屋市をはじめとして、30名前後がほとんどである。（静岡市、堺市、浜松市はそれぞれの市が指定都市として移行しからの数である）2009年度から国庫補助の廃止により自費での参加が可能となって以降、滋賀県、奈良県、和歌山県は、県の推薦枠を廃止し、県内の希望者はすべて自費で研修に参加しているⁱⁱ（表4-1-1）。

研修生を毎年推薦するために、都道府県は、各事業所に書面で研修案内をしたり、認知症介護指導者からの推薦という形で、研修参加者を募り選定している。また、選考の方法は都道府県によって異なっており、書類審査のみのところや書類審査と面接を行っている

ところもある。

一方で、年間1人も受講者のいない都道府県もある。その理由として、2012年度の行政担当者情報交換会会議で都道府県担当者は以下のように述べている。

- ・（研修修了後に）優秀な人が講師として施設外に出る。それに対する指導者への手当の不足や、施設側の外に出る際の労務管理上の問題がある。研修の中身は良いものとなるが、抜けたあとの現場をどうするのかということが課題となっている。
- ・負担感がある。市では4年間の任期があることを申し込む時点の面接で施設長に説明しているが、施設を空けることが多い点について理解が得にくい。
- ・ほとんど応募がないのが現状。同一法人ばかりから出ていくというものも課題。

（2012年行政担当者情報交換会議事録より）

認知症介護指導者としての活動は、すべて所属している事業所の出張として扱われているわけではない。筆者が調査を担当した「認知症介護指導者研修および認知症介護実践リーダー研修の修了者等実態調査事業」によれば、年休や有給を指導者の活動に充てているだけではなく、欠勤をしているという実態もあった。そのため、指導者の負担感も否めない。また、出張として扱われたとしても、現場の人数が限られてしまうという現実と、希望休を優先することもかなわないため、指導者の活動をすることにより、結局現場へのしわ寄せがくる（認知症介護研究・研修大府センター：2010）。

また、自費での研修受講が可能になったことにより、都道府県によっては、認知症介護指導者が二分されてしまった。すなわち、自費で研修を受けた者に対して、都道府県主催の研修の講師などを依頼しにくいため、結局、都道府県推薦枠で研修を受けた者だけに研修の依頼などが来ているという現状がある。

国庫補助によって、全国に認知症介護指導者を配置し、認知症介護の中核を担う人材を養成してきたという点においては画期的な事業であり、全国的に認知介護の水準を上げていくための一翼となっていったはずである。しかし、国庫補助が廃止されたことによって、それにばらつきが生じ、都道府県間で格差が生じてきている。一般財源の中から認知症介護指導者養成研修にどれだけの予算を計上するのかは、都道府県が決めることになったため、それぞれに事情が異なっている。この状況は今後ますます深刻となっていくと考えられる。自費指導者が都道府県推薦の指導者を上回る状況や、都道府県推薦枠がないところでは、今後、認知症介護実践者研修やリーダー研修といった現任研修を担う人材不足に直面する。そのことは、これらの現任研修の開催頻度の減少や研修の質の低下にもつながりかねない。

一方で、認知症実践者研修、リーダー研修は各都道府県は受講者を抽選しなければならないくらい応募者が多数であるのに対し、認知症介護指導者養成研修の応募者が少ないという背景の一つに、この研修の周知不足が考えられる。また、その役割が明確に伝わっておらず受講に結びついていない可能性がある。認知症介護指導者養成研修の受講資格がリ

リーダー研修修了者であることとするなら、都道府県内にリーダー研修修了者とかかわりを持ちながら次へのステップにつなげていく仕組みが必要である。

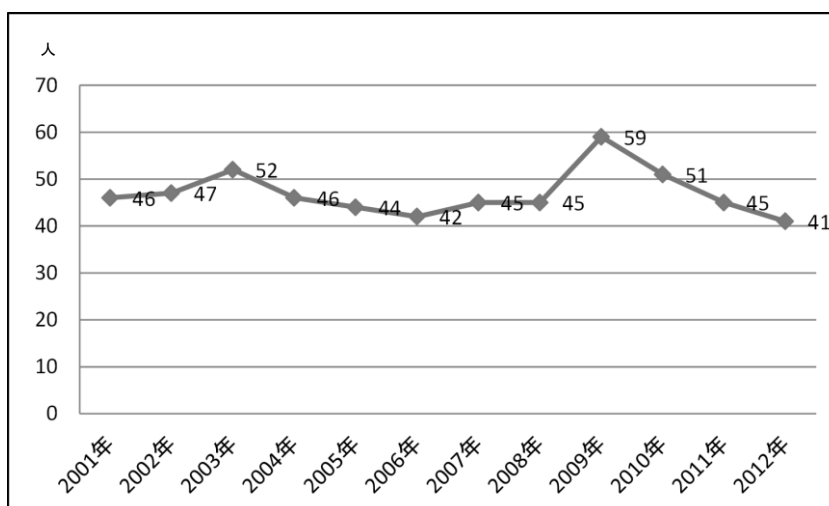


図 4-1-1 大府センターにおける認知症介護指導者養成研修受講者の推移

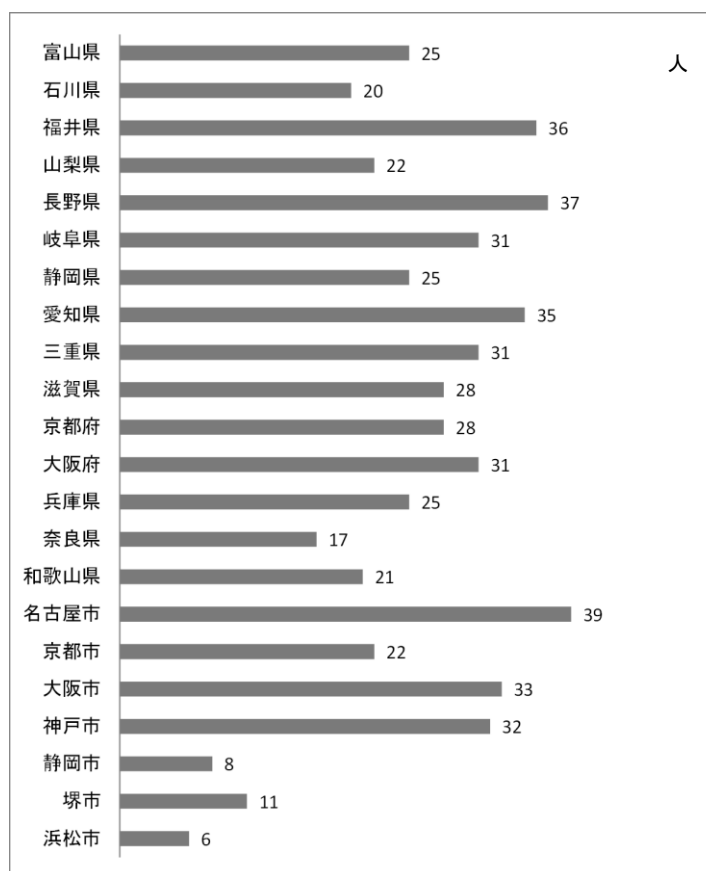


図 4-1-2 地域別認知症介護指導者数（2012 年度末現在）

表 4-1-1 地域別×年度別 認知症介護指導者養成研修受講者推移

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		2010		2011		2012	
									県	自費	県	自費	県	自費	県	自費
富山県	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	0	3	0	2	0
石川県	3	3	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
福井県	3	2	3	3	3	3	3	3	3	0	4	0	3	0	3	0
山梨県	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	0	1	0
長野県	3	5	6	3	3	2	2	2	2	1	2	0	2	1	2	1
岐阜県	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	1	1	1	0	1	1
静岡県	3	3	3	3	3	3	1	2	1	0	2	0	1	0	0	0
愛知県	3	3	3	3	3	3	3	3	1	5	1	0	1	1	14	1
三重県	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	4	2	1	1	0
滋賀県	2	3	3	3	3	2	2	2	2	1	0	2	0	0	0	2
京都府	3	2	1	1	0	1	2	1	1	3	1	2	3	4	3	1
大阪府	2	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	0	2	1	3	0
兵庫県	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2
奈良県	2	2	2	2	1	1	1	1	0	1	0	2	0	2	0	0
和歌山県	2	2	3	3	3	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
名古屋市	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0	3	0	3	2
京都市	1	1	1	1	1	3	3	3	0	2	3	0	2	0	1	0
大阪市	0	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	0	3	0	3	0
神戸市	4	3	5	3	3	2	3	1	1	0	2	0	2	0	3	0
静岡市	-	-	-	-	1	1	1	2	1	0	0	0	1	0	1	0
堺市	-	-	-	-	-	2	2	2	1	0	3	0	1	0	0	0
浜松市	-	-	-	-	-	-	1	2	1	0	2	0	0	0	0	0

2. 認知症介護指導者の養成研修カリキュラム

(1) 認知症介護指導者養成研修のねらい

認知症介護指導者養成研修は、認知症介護実践研修を企画・立案し、講義、演習、実習を担当することができる能力を身につけるとともに、介護保険施設・事業所等における介護の質の改善について指導することができる者を養成することをねらいとしている。そのため、この研修ではあらためて認知症の知識や技術について学ぶカリキュラムは設定されていない。

研修生は1回の研修あたり15～20名で、宿泊して研修に臨む。

(2) 認知症介護指導者養成研修の標準カリキュラム

認知症介護指導者養成研修は、研修の制度化からこれまで数回のカリキュラムの修正がなされ、2010年度より現行のカリキュラムを「標準カリキュラム」として定めて運用している。標準カリキュラムでは、講義演習等を25日間（200時間）行い、さらに自施設での実習が4週間行われる。改正前のカリキュラムは10週間のプログラムであったが、10週間という期間が長いため、研修に参加しづらいことという声が聞かれ、2010年度からは9週間となった。その際に、認知症の医学的な理解やBPSDの理解などリーダー研修で学んできたことが復習的であるということで、削除された。研修カリキュラムは、1. 認知症介護研修総論、2. 人材育成と教育実践、3. 地域ケアの実践、4. 課題解決のための実践の4つの柱から成り立っている。このカリキュラムの中で、一番時間がかけられているのが「2. 人材育成と教育実践」で、講義と演習で82時間が費やされる。ここでは、

人材育成論を座学で学び、その後、研修を組み立てについて講義と演習を通して理解する。また、課題解決技法、演習技法、スーパーバイズ、コーチング等を理解することも含まれている。さらに、終盤では授業設計の基本を学び、講義・演習を実際に組み立て、60分の模擬講義を行っている（表4-1-2）。

次に多くの時間を費やしているカリキュラムは、「4. 課題解決のための実践」である。自施設実習4週間を含むこのカリキュラムでは、まず、研究的な視点を用いて現場の課題を捉えられるように基本的な研究方法やその視点についての講義を受ける。その後、実践現場の課題を抽出し、その課題を解決していくために必要な方法を模索する。4週間で、取り組む内容とそれに用いる方法を考え、研修生は自分の所属する事業所へ戻り、自施設実習へと向かう。指導者養成研修では、この自施設実習において、職場改善の取り組みか、人材育成にかかわる課題を設定することとされている。4週間後、大府センターの研修では、取り組んだ内容をA4で10枚にまとめるとともにプレゼンテーションを行い、研修生が意見交換をする。

このような現行のカリキュラムは、認知症介護の中核的役割を担う専門職を「教育のできる人材養成」にしていくプログラム色が強いため、講師養成のための研修に偏重している。前述したように自費での受講生にとってみれば、認知症介護実践研修やリーダー研修を担当する見込みがない人もいる中で、そのカリキュラムをどう教えていくのが研修の中心になっているという点においても、認知症介護指導者の在り方とその養成について再考する時期であると考ええる。

表 4-1-2 認知症介護指導者養成研修標準カリキュラム

テーマ	研修目標	時間数	区 分
1. 認知症介護研修総論			
(1)研修オリエンテーション・自己紹介・グループ形成	・国の認知症対策における認知症介護指導者の役割の概要を理解する。また、自己紹介とグループ形成を通して研修生同士が相互理解・相互啓発を進める。	7時間	演習
(2)認知症介護指導者間ネットワークについて	認知症介護指導者間のネットワーク形成の必要性と具体的方法を理解する。	1時間	演習
(3)介護理念の重要性の理解と展開方法	認知症介護の理念の重要性を再確認した上で、理念の展開方法を学ぶ。	2時間	講義＋演習
(4)倫理と認知症介護	自らの倫理観を確認した上で、認知症介護の倫理の関係性を理解する。	2時間	講義＋演習
(5)研修目標の設定及び面接・研修総括	本研究の目的を理解して主体的に学習するために、自己の目標を設定する。また、研修期間中に当該目標を達成するための活動を計画し、達成状況を評価する。さらに、認知症介護指導者としての今後の展望を明らかにする。	6時間	演習
(6)認知症介護に関連する法制度の理解	認証介護に関連する法制度と認知症介護現場や本研修との関係性を理解する。	2時間	講義
(7)認知症介護指導者の役割と理解	国の認知症対策を推進していく上で、認知症介護実践研修や地域ケアの推進等において認知症介護指導者に求められる役割を具体的に理解する。	3時間	講義
(8)成人教育・生涯教育論	成人教育・生涯教育に関する基礎理論を理解する。	3時間	講義

(9)DC ネットの理解	認知症介護指導者のネットワークの手段となる DC ネット(認知症介護情報ネットワーク)の活用方法を理解する	1 時間	講義＋演習
2. 人材育成と教育実践			
(1)人材育成論	リーダーシップ論, 組織論, キャリアアップ・キャリアパス等人材育成に必要な考え方を理解する.	3 時間	講義
(2)研修企画と評価	認知症介護に関する研修の企画・立案を行う. また, 研修全体の評価方法を学ぶ.	15 時間	講義＋演習
(3)実践指導方法論	認知症介護実践の質向上及び他事業所への評価・助言を行うにあたっての具体的指導方法(課題解決技法, 演習技法, スーパーバイズ, コーチング等)を理解する.	32 時間	講義＋演習
(4)授業設計法	授業(講義・演習)設計法の基本を学ぶ. さらに模擬的に講義・演習を実施し, その評価方法についても理解する.	32 時間	講義＋演習
3. 地域ケアの実践(※「地域」は広い意味で, 認知症高齢者とそれに関わる人が, 生活する場合全般をさし, 施設・事業所も含まれる)			
(1)地域連携の理解	地域のニーズの把握方法とそれを踏まえた地域資源の活用方法を学ぶ. また, 地域資源の連携の意義と方法を学ぶ.	5 時間	講義＋演習
(2)地域における高齢者虐待防止と権利擁護	高齢者虐待防止法等を踏まえて, 地域における認知症高齢者に対する虐待防止や権利擁護の考え方と実践・対処方法を理解する.	3 時間	講義＋演習
(3)相談と支援のためのコミュニケーション	地域において相談と支援を行っていくにあたり, 必要となるコミュニケーション技法を学ぶ.	3 時間	講義＋演習
(4)地域・介護現場における課題解決の実践	他事業所が認知症介護の課題を主体的に解決することを支援していくために, アドバイザーとしての技能を習得する.	32 時間	演習又は実習
4. 課題解決のための実践			
(1)介護実践の研究法・評価方法	認知症介護の実践方法の開発や効果測定を行うにあたって, 必要となる基本的研究方法を理解する.	8 時間	講義＋演習
(2)自職場における課題解決のための実習の準備・まとめ	自職場の認知症介護の質向上を実現するための取り組みを計画する. また, 計画の実施後はその成果をまとめる.	40 時間	講義＋演習
(3)自職場における課題解決のための実習	認知症介護指導者の立場から, 職場改善の取り組み又は人材育成の取り組みのいずれか一方を実施する. 取組みには実施内容の評価を含むこととする. 1)職場改善の場合は, 職場環境の調整, 事例検討, OJT 等の方法を用いて実施する. 2)人材育成の場合は, 職場での OJT 又は Off-JT の方法を用いて実施する・Off-JT の場合は, 講義, 演習又は事例検討のいずれかを企画し実施する.	4 週間	実習

出典：2009 年 3 月 26 日老計発第 0326004 号厚生労働省老健局計画課長通知「認知症介護実践等養成事業の円滑な運営について」

(3) 大府センターにおける指導者養成研修の特徴

1) 受講者同士の相互交流, 相互啓発を重視する

集中型の研修のため, 基本的に宿泊研修形式をとっている. インターネットを活用し, 遠くまで足を運ばなくても必要な情報や学びができるこの時代に, 敢えて集合研修で宿泊型にしていることに意味がある. 指導者養成研修を受講している人の半数以上は経験年数はもとより職場で管理的立場にある人である. そのため, 現場での発言

は指示として部下に浸透していく。しかし、研修中には受講生間では年齢や立場を超えて、自分たちの意見をぶつからせて一つのものを作っていく局面がいくつかある。演習企画や模擬講義もそのひとつであるが、その過程を経験すること自体が学びである。

2) 自己覚知・自己洞察を深め、研修全体を通して自己の課題解決に取り組む

大府センターの研修では、前期（3週間）と自施設実習（4週間）、そして後期（2週間）というように9週間の設定をしている。研修生は、前期の研修が始まってすぐに個々人で自己に向き合い何を深め、克服していく研修とするのかを考え、それをもとに大府センターの研修指導員と面談をする。後期の研修が開始されるときには、再度前期研修の振り返りと到達点の評価を面談で話あいながら、後期の目標を立てていく。このプロセスは、常に研修生自身が何を意識して研修に取り組みたいのかという主体性を引き出すだけでなく、同時に自己覚知をすることとなる。

3) 職場実習における個別課題研究を通して論理的な思考力を養い、課題解決能力を高める

自分の職場が抱えている課題は何か、それを明確にし、なぜそのような状況になっているかの原因をさぐり、その解決に向けて、研究的方法を用いて職場実習で取り組み、A4用紙10枚にまとめて報告する。この課題は、東京センターや仙台センターでは、やや簡略化しており、ポスター発表形式で報告することを最終目的にしているところや、A4用紙2枚の要旨を提出する形式で行っているところもある。しかし、大府センターでは分析し記述するという力が介護職員にとって重要であるという認識をもって取り組んでいる。その結果、研修終了後に自施設での課題の取り組みを日本認知症ケア学会にてポスター発表や口頭発表をする認知症介護指導者の数は、東京・仙台センターよりも圧倒的に大府センターの修了生が多い。このことは、研修中に培ったものが継続されていると考えられる。

4) 地域包括支援センターと連携し、地域で認知症高齢者の生活を支援する視点を養う

標準カリキュラムでは、地域ケア実習は演習または実習にて進めていくこととされている。大府センターでは、実際に近隣の地域包括支援センター4か所と契約をし、事例検討を現地で行っている。カリキュラムでは、事前にそれぞれの地域包括支援センターから当日検討する予定の事例についての資料をもらい、研修生がグループでその事例の検討を行い、当日に備える。前述したように、研修生の多くは入所施設に勤務する専門職であり、地域ケアを意識してきたことがない人も多い。地域と聞いただけで苦手意識を持つ人もいる中で、視野を広く持つことのきっかけとなり、地域生活支援の視点を養うきっかけを作っている。東京センターや仙台センターでは、実習形式では行っておらず、演習で実施している現状があり、大府センターの特色といえる。

第2節 認知症介護指導者のスーパーバイザーとしての役割の現状

認知症介護指導者は、認知症介護実践者および実践リーダー研修を企画・立案し、研修を実施するとともに介護保険施設・事業所等における認知症介護の質の向上、及び地域資源の連帯体制構築の推進等に必要な能力を身につけ、認知症者に対する地域全体の介護サービスの拡充ができる人材としての役割を担っている。具体的には、以下の3つに分類できる。

1. 認知症介護指導者に求められる役割

(1) プランナー・トレーナーとしての役割

認知症介護指導者は、都道府県で行われる認知症介護実践者研修、実践リーダー研修のカリキュラムの立案、講義、演習等を企画・運営・評価の役割を担っている。研修を修了してから1年間はファシリテーターとして研修に関わり、2年目からは実際に講義を担当していることが多い。また、場合によっては、上記の研修のみならず都道府県や社会福祉協議会が主催となる他の認知症に関する研修の講師等をしていることもある。

(2) スーパーバイザーとしての役割

認知症の行動・心理症状（BPSD）や虐待、権利擁護等、認知症介護に関する諸問題についてのスーパービジョンを行っている。これらは、認知症介護の質向上に寄与する人材としての活動である。また、認知症介護指導者の所属している事業所や地域の他事業所が認知症介護の課題を主体的に解決していくために必要な相談と支援を行い、それぞれの施設の人材育成やケアの改善に関わっている。

認知症介護指導者が所属する事業所内でのケアに関する課題がある場合においてもスーパービジョンを行っている。

(3) インタープリターとしての役割

介護保険事業所におけるサービスやインフォーマル・サポートなど、地域におけるさまざまな介護実践の連携を支援し、認知症になっても暮らし続けることのできる地域づくりを推進していくことへの関わりが期待されている。具体的には、地域住民対象とした認知症の正しい理解をするための講演会や講座での講師、行政の委員会の委員としての活動や、認知症地域支援推進員ⁱⁱⁱとして、啓発活動の継続をしている。

2. スーパーバイザーとしての実態

前述したとおり、認知症介護指導者は、認知症介護実践リーダー研修および、認知症介護指導者養成研修のカリキュラムの中にスーパービジョンについて学ぶ機会があり、スーパーバイザーとしての役割を期待されている。そこで、すでに同研修を修了した認知症介護指導者に対して、「スーパービジョンの実践に関するアンケート」を実施し、スーパー

バイザーとしての認知症介護指導者の実態を明らかにした。

（１）対象と方法

アンケート調査の対象としたのは、認知症介護指導者養成研修を修了し１年以上が経過し、同フォローアップ研修を２０１２年度、２０１３年度に受講した者とした。方法は、無記名の自記式のアンケート調査票である。事前に趣旨を説明し、本調査への協力が得られた２１名から回答を得た。調査は、２０１３年２月２２日、および２０１３年８月２３日に実施した。

（２）結果

１）回答者の概要

回答者２１名の平均年齢は４４．８歳、平均実務経験年数は１６．６年であった。（表４-２-１）
役職は、施設長・管理者が８名、係長・課長が７名、主任・チームリーダーが４名、その他名であった（表４-２-２）。勤務先は、特別養護老人ホームが８名、老人保健施設が２名、グループホームが３名、通所介護が５名、地域包括支援センターが２名、病院１名であった。（表４-２-３）

回答者の保有している資格は、介護福祉士５名、介護福祉士と社会福祉士２名、介護福祉士と介護支援専門員６名、介護福祉士、社会福祉士と介護支援専門員３名、介護支援専門員１名、看護師と介護支援専門員１名、看護師、社会福祉士と介護支援専門員１名、看護師、精神保健福祉士と介護支援専門員１名、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士と介護支援専門員１名であった（表４-２-４）。

表 4-2-1 回答者の平均年齢と実務経験年数

回答者の平均年齢	44.8 歳
平均実務経験年数	16.6 年

表 4-2-2 回答者の役職

役職名	人数
施設長・管理者	8
係長・課長	7
主任・チームリーダー	4
その他	2

表 4-2-3 回答者の勤務先

種 別	人 数
特別養護老人ホーム	8
老人保健施設	2
グループホーム	3
通所介護	5
地域包括支援センター	2
病院	1

表 4-2-4 回答者の保有資格

資 格	人 数
介護福祉士	5
介護福祉士＋社会福祉士	2
介護福祉士＋介護支援専門員	6
介護福祉士＋社会福祉士＋介護支援専門員	3
介護支援専門員	1
看護師＋介護支援専門員	1
看護師＋社会福祉士＋介護支援専門員	1
看護師＋精神保健福祉士＋介護支援専門員	1
看護師＋精神保健福祉士＋社会福祉士＋介護支援専門員	1
合 計	21

2) 職場内のスーパービジョンの取組みの状況

職場内においては、スーパービジョンを行っているとは回答したのは18名、行っていないと回答したのが3名であった。認知症介護指導者が勤務している事業所において約80%がスーパービジョンを実施している状況である。（表 4-2-5）

また、そのスーパービジョンを自らがスーパーバイザーとして実施したことがあるかについては、あると回答したのが16名、ないと回答したのが5名であった。回答者は、職場において管理的役割や職員をまとめていく役割を担っている者が多いものの、スーパービジョンの担い手とは必ずしもなっていない。（表 4-2-5）

スーパーバイザーとしての経験のある16名に対してこれまでにどのようなスーパービジョンを行ってきたのかについて頻度・対象・方法などについて表 4-2-6 のように分析をした。C から R は、16名のそれぞれの回答である。スーパービジョンの頻度は、多いところで週2～3回、必要に応じて行いながら、定期的に行っているという回答もみられた。スーパービジョンの対象については、介護職員を対象にしたもの、各部署の主任・副主任を対象にしているところ、介護職と看護職の両方を対象にしているところ、事務

職員に対してもスーパービジョンの対象としているところがあった。スーパービジョンの具体的な場面や方法は、ライブスーパービジョン、グループスーパービジョン、個人スーパービジョンが挙げられた。内容は、職員個人の目標の設定や人間関係、日頃の関わりを振り返りケア観を掘り下げる、利用者の対応について、人間関係、介護職員本人のキャリア形成、チームをまとめることについて、他のスタッフとのかかわりについて、業務についてといったものがみられた。（表 4-2-6）

表 4-2-5 スーパービジョンとスーパーバイザーの経験

n=21

	ある	ない
自身の事業所でのスーパービジョン	18	3
事業所内でスーパーバイザーとしての経験	16	5

表 4-2-6 職場内スーパービジョンの内容

		計	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
頻度	週 2～3 回	1	●															
	月1回程度	5		●	●	●	●	●										
	3か月に1回	3							●	●	●							
	半年に1回	1										●						
	年1回	1											●					
	必要に応じて	10		●	●				●	●	●			●	●	●	●	●
対象者	主任・副主任・管理者	3	●														●	●
	介護職員	14	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
	看護職員	1				●												
	事務職員	1													●			
内容	部下の職員の育成に関すること	2															●	●
	チーム形成	1	●															
	高齢者援助について	7			●	●					●	●		●	●	●		
	日々の振り返り援助観	3					●	●		●								
	職員の人間関係	5	●	●								●		●	●			
	介護現場で起きている課題	2		●					●									
	キャリア形成について	1											●					
	個人目標の設定	1			●													
方法	グループスーパービジョン	4			●			●	●								●	
	個人スーパービジョン	8	●	●	●		●			●	●						●	●
	ライブスーパービジョン	2												●		●		

3. 小括

認知症介護指導者が実際に介護現場でスーパービジョンの展開をするにあたっては、その方法や頻度が違っているだけではなく、行っていないという事業所も見られた。指導者自らもスーパーバイザーになったことがないという回答もみられ、介護現場のスーパービジョンは果たして多くの施設でなされているのか疑問が残るところである。これまでに特別養護老人ホームでの介護職員を中心としてスーパービジョン研究は皆無であったという（三好：

2013) 指摘からも、認知症介護指導者の役割としてのスーパービジョンに力点が置かれる必要性があると考える。それは、現実的な介護現場の状況を見れば、職員を研修に頻繁に出すことは、事業所が小さいほど難しい。認知症介護は小規模な単位で行われることが、認知症高齢者の混乱を最小限にすることができると言われているため、介護単位が小さくなってきている。そのため、職員を研修に送り出すことをより難しくしている。そうだとすれば、認知症介護の現場において、スーパービジョン自体を現任教育に位置づけて展開していくことの必要性とその妥当性があるのではないか。

第3節 考察 —カリキュラムの改善に向けて

スーパーバイザーとしての認知症介護指導者養成をするためには、現行の研修内容からカリキュラムの改善が一つの方向性として考えられる。その改善の課題は以下の3点である。

1. 講義ができる人材育成から俯瞰力の形成への転換

認知症介護指導者は、スーパーバイザーの役割をも担う専門職であることを大府センターでは意識して研修を行ってきた。しかしながら、カリキュラムは求めている指導者像に必ずしも合っておらず、講義ができる人材養成に偏重しているのが現状である。標準カリキュラムでは、人材育成論、授業設計法、研修を企画し実際に発表する演習を含めて82時間が費やされている（表 4-1-2）。研修全体から言えば3分1の時間であるが、限られた研修時間の中で何を優先させていくのかという視点からすれば、俯瞰力形成のための学びが欠かせないのではないかと考える。

研修生の多くは、介護のプロになるべく知識と技術得て養成課程を修了した。介護現場では主任、マネージャー、経営者等といった立場で活躍しており、そこではすでに全体の統括あるいは、介護現場の統括的な役割を担っている。そのため、各介護職員の教育を任されたり、介護観や視点をどのように醸成していったらよいのか、そして伝えていけるのか考える局面にも立つ。職員に対しても俯瞰的に見ることができれば、高齢者の生活史を大切に介護するように、職員のこれまでの経験をも踏まえてふさわしい方法を探求できる。俯瞰力は、対介護職員であり対介護現場（フロアやユニット）であるのと同時に、自分自身をも俯瞰することができる力でもある。これは自己覚知と換言することができる。職場のリーダー的立場として、特に感情的なものの言い方をしたり、職員を感情のままに怒るという経験のある者にとって、自分がどのように感情的になりやすいのかを知っておくことは、重要である。

介護現場において、入居者の生活を支える期間はそう長くはない。介護施設入居者の重症化・重度化が進む中で、今の生活を支える視点と、近い将来の状況を見据える視点は生活支援をする介護職として欠かせない。日々の介護に追われる中で、近い将来を見据えた今日を支援することのできるリーダーが必要とされているのである。

スーパーバイザーとして機能する介護職員の創出には、現行の講義が組み立てられるようになる講義・演習から、現場を客観的、俯瞰的に捉えられるようなカリキュラムの改善が必要である。

2. 評価されにくい固有の介護関係—エンパワメントを促すスーパービジョン

グループホームや、ユニット型の介護施設は、生活の単位を小さくすると同時に、二交代勤務体制ではユニットに職員が一人きりになる時間もあり（坂本：2005）、小集団を少ない介護職員が対応しているという特徴がある。そのことは、認知症高齢者にとっていつも

顔なじみの関係性を作ることに貢献し、各高齢者が個室というプライベートな空間を確保することに寄与してきた。近年では、ターミナルケアを行うところも増えてきており、終の棲家となってきている。

認知症の症状が進行するにしたがって、高齢者とのコミュニケーションは難しくなる。BPSD が出現している場合には、一生懸命介護をしているにもかかわらず、否定されたり、自分の行為や思いが相手に届いているのかの確認ができず評価されないことも度々ある。また、自分の行ってきた介護が良かったのかどうかを相手にたずねても返答が返ってこない。私たちの日々の生活は、「些細なことで一喜一憂したり、個人的な好き嫌いという感情でこまごまとしたことを選択し、その積み重ねがその人らしさとして生活の細々とした場面に独自のスタイルとして現れる。つまり、介護職の仕事場は、豊かな感情が大量にやり取りされるような生活の場なのだ。」（田中：2010）しかしながら、先に述べたようなことが、認知症介護の現場においては日々起こる。信頼関係を築き、円滑な人間関係のなかで介護したいが、実際には、介護職は感情管理をしながら仕事をしているのである。「介護職が支える高齢者の暮らしには、多くの感情がやり取りされる場であり、多大な感情労働が要請される。しかも、介護職の専門性は、見えない労働である感情労働にあり、感情労働の中でも感情管理は労働者自身の内的感情に向かうので見えにくく評価されにくい」（田中：2010）のである。

生活単位を小さくしたことにより、個室での身体介護等の様子を見守ったり、高齢者とのやり取りを知る他の職員の存在はなくなった。そのことは任された介護を成し遂げるというプレッシャーと同時に、うまく介護しても同僚や上司から評価されにくいという側面を持っているのである。だからこそ、意識的にその機会を設定し、認知症高齢者に認知機能面で今起きていること理解しながら整理しエンパワメントを促すスーパービジョンが必要なのである。その役割を認知症介護指導者が担えるよう、スーパービジョンができる人材養成としてのカリキュラムの改善が求められる。

3. ソーシャルワークスーパービジョンではない介護スーパービジョンの展開

現在行なわれている研修では、スーパービジョンをこれまでの分類の中で整理し、ソーシャルワークスーパービジョンとして展開されている。しかし、多くの研修受講生は、専門学校や短期大学を卒業しており、介護福祉学を基礎に勉強してきた者が多い。これまでソーシャルワークについて体系的に学んだことのない介護職員にとっては、ハードルが高く理解することが容易ではない。そのため、スーパービジョンを座学で学んでも実際には、自分の事業所でも活用しきれていない現状があるのではないかと考える。（表 4-2-5）

これらのことから、スーパービジョンに今以上に力を入れたカリキュラムへの改善が必要とされるとともに、そこでは認知症介護のスーパービジョンを展開していく必要がある。それには、初めに述べたように自分自身が介護現場で起こっている事柄や職員について俯瞰的に見る力を備えておかねばならない。介護現場においては、一人の高齢者を数名の介護職員が 24 時間 365 日交代で介護している。そのことは、ソーシャルワーカ

ーが一人のクライアントのことについてアセスメントから終結までを担当する感覚とは少々異なる。そのため、同職種間のチームケアへのスーパービジョンが必要であるといえる。その点において、第2章で述べたデンマークのスーパービジョンシステムは介護職員をチームとしてスーパービジョンを展開している点で介護におけるスーパービジョンとして確立していたといえる。このようなスーパービジョンの展開がなされるスーパーバイザーを養成していくためには、職場内で起こる介護職個人の課題へのスーパービジョンではなく高齢者介護の事例を通したスーパービジョンの方法をカリキュラムとして取り入れていくことにより、介護スーパービジョンが展開できる人材に近づくのではないかと考える。

i この研修の講師は、ブラッドフォード大学で認められた認定トレーナーのみが行うことができるため、現地でのトレーナー資格研修を修了した者が中心となっている。現在は、大府センターで研修を年2回、シルバー総合研究所で年2回実施している。

ii ここでいう自費参加の多くは「事業所推薦」という形で、事業所が費用を負担している場合が多い。

iii 平成23年度に認知症対策等総合支援事業の再編・拡充が行われ、医療と介護の連携強化や地域における支援体制の構築を図るために「市町村認知症施策総合推進事業」が開始された・その中で、市町村において医療機関・介護サービスや地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員を配置することとなった・配置の場所については、地域包括支援センターまたは市町村本町など本事業を実施するにあたり適切な場所とされている・(認知症介護研究・研修東京センター：2012b)

第5章 日本の認知症介護におけるデリバリースーパービジョンの先行する取り組み

本章では、日本の認知症介護におけるデリバリースーパービジョンの先行する取り組みについて取り上げる。

第1節では、2008年度厚生労働省予算で新規事業として盛り込まれた認知症ケア高度化推進事業の一環として行われた「個別訪問相談援助事業」について検討する。第2節では、都道府県が中心となって取り組まれているデリバリー型のスーパービジョンの先行する3事例を取り上げ、その内容について本研究の分析枠組みの観点から整理する。

第1節 認知症ケア高度化推進事業における「個別訪問相談援助事業」の取り組み

本節では、認知症ケア高度化推進事業の中で行われてきた、個別訪問相談事業について取り上げる。特に、個別相談がどのように行われてきたのか、現地に訪問した援助者は、本事業についてどう考えているのか、また、実際に相談した事業所側の感想をカテゴリー分析することにより明らかにした。本節では、個別訪問相談の事業について説明するために各都道府県・政令市に送付された認知症介護研究・研修東京センターからの公文書、2009年個別相談訪問援助事業認知症ケア援助結果報告集計結果、および個別訪問援助を行った者がそれぞれ提出する「個別訪問相談援助事業結果報告書」、個別訪問援助を依頼した事業所から提出された「個別訪問相談援助（認知症ケア相談援助）事業アンケート」を手掛かりとした。

これらの文書をもとに分析する方法ために、Burgess（1984）は文書には2種類あると述べており、第一次資料、第二次資料とに分けられるということを述べている。第一次資料は、調査の対象者と直接的な関係があるものであり、手紙や日記、報告書などのことである。これらの文書では、状況についての直接的な声が記載されているが、それを無批判に受け止めるべきではなく、その文書が書かれた状況を考慮することが重要だと言われている。一方で、二次資料は、一次資料を書き写したり編集したりしたものである。そこには、書き写しや編集の過程で出てくる間違いがあるかもしれないことを忘れてはいけない。

本節では、一次資料を用いて個別訪問相談援助事業について述べていく。

1. 「個別訪問相談援助事業」の成り立ち

認知症ケア高度化推進事業は、認知症対策を推進していくための新規事業の一つとして、2009年12月24日に閣議決定された（介護保険情報：2008・28）。この事業の目的は、認知症ケアの高度化・標準化を目指すもので、その運営は、認知症介護研究・研修東京センター（以下、東京センターと記す）に委託された。具体的には、①国内外の認知症ケアの実践事例の集積と分析評価、②ケアマニュアルやインターネットによる情報提供、③介護施設・事業所等の要請に応じて、認知症介護指導者等を派遣し、介護現場で相談・指導を実施する（個別訪問相談援助事業）という3本柱で事業が展開された。本節ではこのうち③に相当する個別訪問援助相談事業について取り上げる。この事業では個別訪問援助を行う者を「認知症ケア援助者」と言っており、本論文でもその呼称を用いて記述することとする。

（1）個別訪問相談援助事業の概要

1）目的

個別訪問相談援助事業は、認知症ケアに関する課題を抱える介護保険施設・事業所からの申請に応じ、認知症介護指導者等を当該施設・事業所に直接派遣する。そして、認知症ケア援助者が個別具体的な援助を行うことにより、認知症ケアの現場における課題を解決するためのヒントを提供することとしている。

2）実施主体

実施主体は、認知症介護研究・研修東京センターである。

3）援助内容

認知症ケアに係る方法、視点、家族支援、記録管理等の課題に対し、効果が期待される事例等を活用しながら、例えば職員研修の場等を利用して実施することとした。

4）援助者

個別訪問相談援助事業は、認知症介護指導者またはそれと同等の知識技術を有するものであって、この事業に協力することを東京センターに申し入れ、登録された者である。全国一律で個別援助相談を行うことから、認知症介護研究・研修仙台・大府の2センターの協力を得ながら認知症ケア援助者を確保した。さらに、必要に応じて各都道府県指定都市介護保険・高齢者福祉担当課からも適任者の情報提供を受けることにより、援助者を増やしていった。

（2）事業の範囲と実施方法

- ①介護保険施設・事業所からの申請を受け、東京センターが認知症ケア援助者と当該施設・事業所に派遣する（図5-1-1）。

- ②全国の介護保険施設・事業所を対象とすること、課題解決のヒントを提供する趣旨から、認知症ケア援助者の派遣は1回とし、当該派遣費用は無料とする。
- ③本事業と同種の事業は全国においても実施実績が少なく、2009年度はモデル的な事業実施として位置づけ、次年度に向けてのニーズの把握に努めることとした。

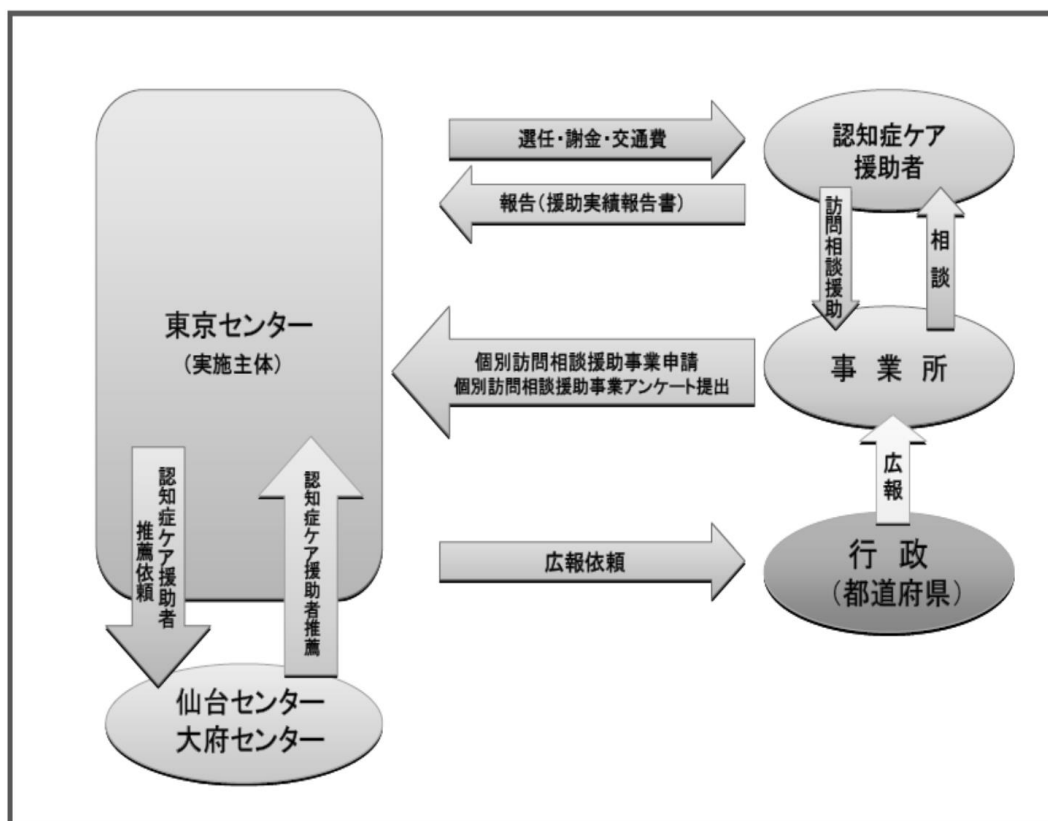


図 5-1-1 個別訪問援助事業のイメージ

出典： [http://www2f.biglobe.ne.jp/~boke/tokyodrtc2008.pdf#search\(2013.6.4\)](http://www2f.biglobe.ne.jp/~boke/tokyodrtc2008.pdf#search(2013.6.4))

1) 実施期間と訪問先

2009年2月17日～2011年2月26日にかけて実施され、認知症介護に関する相談援助事業は96件行われた。訪問した事業所の種別は、表5-1-1の通りである。入所施設という24時間生活支援をする事業所からの相談が中心であった。その内訳は介護老人福祉施設からの相談が23件であり、次いで介護老人保健施設16件、認知症対応型共同生活介護14件、有料老人ホーム13件であった。また、援助内容では、ケアの方法が65件、ケアの視点62件、認知症の理解に関することが59件、アセスメントの視点・方法が44件で、ケアの方法と視点に集中している傾向があった。援助者が介護現場で行ってきたことは、おおよそ4つに分けられた。それらは、①困難事例に対するカンファレンス、②基礎知識をカバーする研修、③介護に関する個別指導、④管理者への助言である（表5-1-2）。

表 5-1-1 訪問した事業所

訪問事業所種別		件数
1	訪問介護	1
2	訪問看護	1
3	通所介護（デイサービス）	7
4	通所リハビリテーション（デイケア）	0
5	短期入所生活介護（ショートステイ）	0
6	養護老人ホーム	0
7	有料老人ホーム	13
8	軽費老人ホーム	1
9	介護老人保健施設	16
10	介護老人福祉施設	23
11	介護療養型医療施設	6
12	認知症対応型通所施設	2
13	小規模多機能型居宅介護	7
14	認知症対応型共同生活介護	14
15	地域密着型特定施設入居者生活介護	0
16	地域密着型介護老人福祉施設	2
17	居宅介護支援センター	2
18	地域包括支援センター	1
19	宅老所	0
合 計		96

表 5-1-2 援助内容（複数回答）

援助内容		件数
1	ケアの方法について	65
2	ケアの視点について	62
3	認知症の理解について	59
4	認知症のためのアセスメントの視点・方法について	44
5	ケアチームについて	41
6	具体的事例について	37
7	家族支援について	28
8	コミュニケーションについて	17
9	ティーチング・コーチング	8
10	住環境について	6
合 計		367

2. 認知症ケア援助者からみる「個別訪問相談援助事業」の意義と課題

個別訪問援助事業に派遣された、認知症ケア援助者によるアンケートでは、「介護現場での課題解消に有効な事業だったと思うか」の問いに、有効と回答したのが 82 件、どちらともいえないと回答したのが 12 件であった（図 5-1-2）。

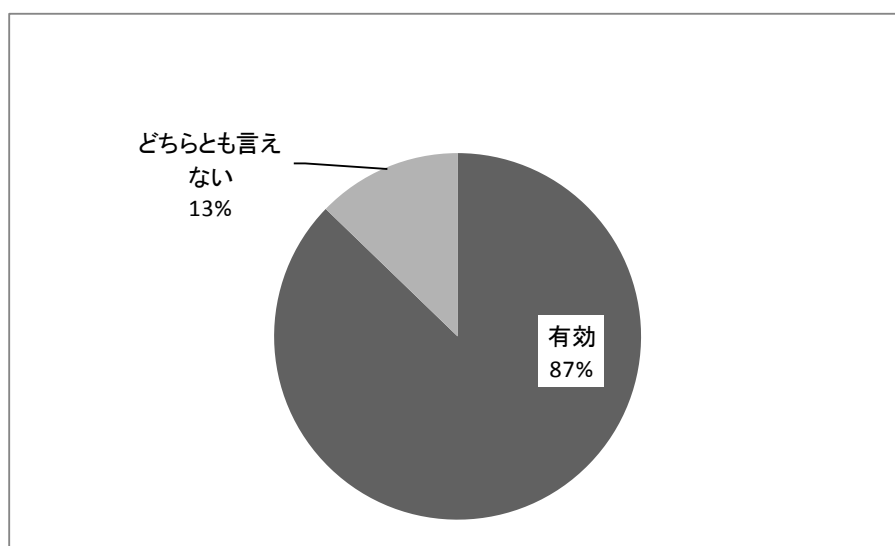


図 5-1-2 個別訪問相談は課題解決に有効な事業であったか

どちらとも言えないと回答した人からは、「継続した関わりが必要だと思う。現場の課題解決のための効果を目的とするならば、3時間1回の関わりでは、その日の感動で終わりがねないのではないか」「1回の訪問相談援助では、課題解決に向けての動機づけ程度の効果となるかどうか、というレベルではないだろうか」という意見が見られた。そのことは、表 5-1-3 に個別訪問相談援助事業の意義と課題として整理した。

個別訪問相談援助事業は、事業所からの依頼があつてからすぐに援助者を現地に派遣することができなかった。それは、援助者のスケジュール調整に時間がかかったり、援助者数の確保が難しかったのではないかと考えられる。その結果、最長で依頼から1年も経過してしまったケースもあった。相談した内容は、時間の経過とともに変化していく。そのため、相談の依頼が来てから、早期に訪問できる体制づくりが必要であった。また、相談内容の確認も含めて認知症ケア援助者が事業者の担当者と打ち合わせを綿密に行っていく必要がある。研修会や勉強会の講師として認知症ケア援助者が派遣される場合と、介護現場での課題を相談する場合とでは、準備の仕方が異なるからである。事業所側が希望していること、事業所側の求めているものと認知症ケア援助者が提供できること、そのために必要な事業所や相談内容に関する事前資料などの確認が行われていなければ、成果があらならない相談事業となってしまう。

今回の個別訪問相談援助事業では、前述したとおり、ケアの方法やケアの視点、認知症の理解について深めることを求めている事業所が多く見られたことであった。中には、初めて事業所内での認知症に関する研修が個別相談援助であったというケースも数例見られた。認知症高齢者が増加しているなかでも、事業所単位で研修に取り組めていない実態も垣間見られた。認知症の基本的な理解や視点を講義形式で行うことに終始し、個別のケースの検討をする時間がとれなかったというところもあり、個別訪問事業の「個別具体的な援助を行うことにより、認知症ケアの現場における課題を解決するためのヒントを提供

する」という目的に沿った事業が必ずしも展開されなかった。相談内容もそのことへのアプローチに関しても、すべて認知症ケア援助者の手腕に任されていたのである。

そのような中で、現場に直接届くスーパービジョンであることに、認知症ケア援助者たちはこの事業の意義を感じていた。特に、一般的な研修は、自施設への応用は、各受講者次第であるのに対して、この事業では、直接スーパービジョンが行えるために実践に直結すると感じている。また、認知症ケア援助者も実践現場の中でスーパービジョンを行えるため、認知症高齢者や介護者の状況を把握することができることが重要だと感じている。

個別訪問相談援助事業は、その訪問回数が1回と当初から定められていた。そのため、認知症ケア援助者は、関わり、助言した者として、その結果がどうであったのかということを確認できないということにもどかしさを感じていた。また、1回の訪問でできることは限られており、2～3回をセットとして、ある程度の継続的な関わりの必要性について指摘していた。また、フォローアップを1～3か月後に設定しながら行うことでより、現場の質の向上に寄与できるものだと感じていた。

表 5-1-3 個別訪問相談援助事業の意義と課題

カテゴリー	具体的課題
依頼から訪問までの日数	・1年越しに訪問が決まった事業所では、当時提出されていた課題は解決しており、別の課題で検討を行った。 ・早い派遣が実現しないと意味がない。
援助者側との事前打ち合わせの必要性	・個別事例の検討は、事前に事例概要をもらえると時間を有効活用することができる。 ・打ち合わせがないと、事業所側が求めていることと援助者側が用意していくこととのミスマッチが生じる。
基本的な認知症に関する学び	・認知症の症状、対応に半分以上の時間が費やされる。 ・認知症の研修自体を初めて行った事業所にとってよかった。 ・対処方法を期待する事業所に対するアプローチの難しさ。
介護現場で実践を引き上げていく職員の存在	・リーダーシップを発揮する職員がいないと学びを実践に活かしていくことができない。
小さな単位での定期的な取り組み	・大人数では全体研修会にしかないため、個別相談の意義がなくなってしまう。
現場に直接届くスーパービジョン	・一般的な研修は自施設への応用は各受講者次第であるが、個別訪問は、直接スーパービジョンが行えるので、ケアに直結する。 ・講義よりも、基本的な人物、場面を設定してのスーパービジョンが有効であると思う。 ・介護現場に入って、本人および介護者の状況がみられ実践を指導することの必要性を強く感じた。 ・具体的に現状を確認した後に、その環境にあったアドバイスを提供できるので納得してもらえる。
継続的な支援の必要性	・ステップアップ、フォローアップを望んでいる。複数回訪問も必要ではないか。 ・関わったものとして、実践して結果を考察検討するところまでフォローすべきではないか。 ・一度の訪問で解決できることは少ない。 ・訪問援助の前後がより重要かと考える。 ・2～3回を1セットとして、ある程度の期間継続してかわかりが持てれば、なお有効に事業が機能するのではないか。 ・1～3か月後フォローアップすることができれば、より認知症ケアが向上できる。

3. 事業所からみる「個別訪問相談援助事業」の意義

事業所にとっての個別訪問相談援助事業の意義は、8つに分類された（表 5-1-4）。

「実践の振り返り」では、事業所側がこれまで行ってきた実践を見直しながら初心に戻ることができたと感じている。このことはカンファレンスができる場づくりにもなっていた。「指導に耳を傾ける機会」では、事例を挙げて具体的なアドバイスをもらう機会になったり、介護現場に即した助言が得られたという。また、普段から職場内で言われていることでも第三者に指摘されることにより、より聞き入れやすい。「基礎知識の取得」では、認知症に関する基礎知識を再確認するという機会になったようである。「視野の広がり」では、現場スタッフの考え方や視点が変わり、内部だけでは見えてこなかったものに光がさすような体験をしている。そのことは、一方的な見方からの脱却を可能にし、他の方向に目を向けることによって、支援の糸口の再確認する機会となっていた。「研修参加の機会」では、個別訪問相談は依頼のあった現地で行われることから、普段勉強する機会の少ない職員への学びの機会となったり、全職員対象の研修として位置づけられたということがあった。「人材育成・人材教育の重要性の理解」では、介護の目的、ゴールを職員全員で設定、共有し、取り組んでいくことを基本としながら進めていくことが重要であることを学ぶ機会となっていた。「考える力の誘発」では、日常、スタッフ自身が考えること、意見を出す機会が少ないため、グループワーク形式の研修は、考えることを誘発するきっかけとなっていた。「チームによる気づきの共有」では、介護リーダー、看護師、介護支援専門員、といった立場や基礎教育の異なる専門職が、同じ研修を受ける機会がこれまでなく、同じ内容の研修を受けることにより共有できることがあり、共通意識が生まれ、士気が向上していった。また、他の職員がどう考えているのかについて分かり合えたことが学びであった。

表 5-1-4 事業所にとっての個別相談事業の意義

コード	データ(事業所)
実践の振り返り	・今までの対応を見直す機会が得られた ・日頃分かっているようでわかっていない部分があることを知り、初心に戻って勉強することができた。
指導に耳を傾ける機会	・事例を挙げ、それについて具体的なアドバイスを頂いた。 ・介護現場に即した助言がいただけた。 ・職員が普段管理者に言われていることでほかの人が話をすることでさらなる確認につながった。
基礎知識の取得	・認知症の基礎知識と基本的な考え方を映像を入れてわかりやすく説明していただいた。 ・基礎知識や支援方法を再確認する機会となった。
視野の広がり	・現場スタッフの考え方や視点が変わりました。 ・内部だけではどうしても見えてこなかったものに光がさした。 ・客観的なコメントをいただくことにより新しい発見ができた。 ・ケースに入り込んでしまい、どのように支援したらよいかわからなくなっていたが、ほかの方向に目を向けることで支援の糸口を再確認させてもらった。 ・理論と実践が結びついた。
研修参加の機会	・普段勉強する機会の少ない介護職員にとっては、非常に勉強になった。 ・全職員対象の研修となった。
人材育成・人材教育の重要性の理解	・目的、ゴールを職員全員で設定、共有し、取り組んでいくことをベースに進めることが立ち返るためにも重要であることを学んだ。
考える力の誘発	・日常、スタッフ自身が考えること、意見を出す機会が少ないので良い機会だった。 ・グループワーク形式の研修だったので、参加職員一人ひとりが、1つの問題についてよく考え、問題解決のための方法を学ぶことができた。
チームによる気付きの共有	・介護リーダー、フロントリーダー、看護師、ケアマネジャー、ケアワーカー代表が同じ研修を受ける機会は日頃はないため、とても良かった。 ・職員間に共通意識が生まれ、士気が向上した。 ・他の職員がどう考えているのかがグループ検討の中で分かり合えた。

4. 考察 ―デリバリー型の相談援助の必要性和その限界

(1) 職種を問わずに参加できることから生まれる相互理解と共有

個別相談援助は、介護現場で行われることからその内容は、ケアカンファレンスや研修の場合には、職種や役職を問わず参加することが可能であった。職能団体や職種別に行われる研修と違い、視点の違いや考え方の違いがあることをグループワークなどで再認識し、お互いの違いを認め合い、どのように介護することが高齢者にとってよいのか考える機会となることは、チームワークが求められる介護現場にとって有効だと考えられる。

(2) 多様性に富んだ個別訪問相談援助事業の内容

個別訪問相談援助事業は、個別具体的な援助を行い、課題解決のヒントを提供するという趣旨で行われたため、現場で展開される援助の方法も多岐に渡った。施設内において集合型研修を実施し、認知症の基礎的な理解をすること、事例に基づきケースカンファレンスが行なわれ、援助者はコメントと今後の方針へのアドバイスを求められることなど、事業者側が求めることに即して相談事業が行われている。基礎的な認知症に関する知識を伝える研修では、知識不足の補う場としてしか成立せず、現場で展開される醍醐味が外部講師を呼んだ研修というところに留まってしまう。実践現場で行われる援助事業は、これまでの研修やケースカンファレンスとは何が異なるのか、その特色を考えた展開が必要とされる。そうでなければ、外部で行われてきた研修などの代替的機能しか果たせないのではないかと考える。

(3) 全国1か所の拠点の限界

全国1か所で各都道府県からの相談を受け、認知症ケア援助者を派遣するためには、受付拠点の整備が重要ある。しかしながら、本事業では、東京センターの高度化推進事業の一環として行われたため、この事業に特化した人材を配置することが困難であった。そのため、認知症ケア援助者として登録した全国の認知症介護指導者を依頼のあった施設とマッチングさせ、コーディネートし、現地へ派遣するという一連の作業に極めて困難を生じたという。そういった意味では、一極集中で現地へ派遣する相談事業を展開していく場合には、ハブとなる地域に担当窓口を置くなどといった中継地点の整備や、都道府県ごとに事業を展開するといった工夫が必要であることが示唆された。

第2節 都道府県レベルでの先行する取り組み

本節では、都道府県レベルで人材育成に取り組んでいるという観点で先行的な取り組みをしている事例について取り上げる。なお、京都府の事例は、法人という枠の中で行われている取り組みがあるが、注目すべき機能があるため取り上げることとした。

1. 滋賀県における認知症介護の「現地相談事業」

滋賀県では、2005年に医学的なことからケアに関することまでを総合的に相談できる場所として「もの忘れサポートセンターしが」を設立し、事業を藤本クリニックに委託した。この中で電話相談では解決が難しく、訪問を希望する事業所に対して、現地にスーパーバイザーが出向いてスーパービジョンを行う。この取り組みを「現地相談事業」という。2005年から2011年までの間に99件のスーパービジョンの実績がある。

「現地相談事業」は事業開始当初は、介護現場の研修のニーズにも対応してきた。しかし、従来の研修が介護現場と結びついていないことへの新たな対応として、スーパーバイザーが介護現場に出向き、環境や関わりをみて、介護職員の気づきを促し、様々な取り組みを作り出せるようにサポートし、それを継続できるように支援する取り組みである。この事業では、研修は目的にしておらず、あくまでも介護職員たちの気づきを促すスーパービジョンを行うことに徹底している。

(1) 「現地相談事業」の方法

現地相談事業では、目的・方法を施設側に伝える。その後、現場の状況の説明を受け、現地相談実施の意向を確認する。介護現場での困りごと、現地相談に期待することを提出してもらい、スーパーバイザーは、この情報をもとに施設内での現地相談当日に確認することなどを事前に検討する。（事前相談）

当日は、施設の概要と現在抱えている課題について、説明を受ける。その後、スーパーバイザーが施設を視察する。その後、施設職員とともに、現状を認識し課題を明確化する。「現地相談事業」では担当者2名が複数回訪問することを基本としている。

(2) 県独自にスーパーバイザーを養成

滋賀県では、認知症の最新知識と介護現場での実践を通して根拠ある認知症介護を指導できる人材を養成し、「認知症ケアアドバイザー」として承認している。「認知症ケアアドバイザー」の養成期間は2年間で、主として現地相談に同行して、ケアアドバイザーとしての姿勢を学ぶことやもの忘れカフェでの実習、自施設の認知症ケアの向上に向けた取り組みを実践し、振り返り、リーダーとしての役割をまとめるということを通して養成される。

なお、滋賀県については、第6章で詳しく展開するため、紹介程度に留めておく。

2. 熊本県における「認知症ケア・アドバイザー派遣事業」

熊本県は、2012年度より認知症介護の質の向上を目指し、講師が介護現場に派遣され、介護職員全員を対象に研修を実施する「認知症ケア・アドバイザー派遣事業」を開始した。実施開始年は、10事業所程度の派遣を見込んでいたが、反響は大きく50事業所からの派遣申し込みがあった。その中から、16事業所を対象に研修を行った。研修を受けた事業所の反応は、「とても役に立つ」（約7割）、「今後も派遣を希望する」（約8割）という声が聞かれているというⁱⁱ。

熊本県の場合には、認知症ケア・アドバイザーを派遣する目的が、2012年度の場合に限って言えば、「研修」をすることであった。この研修を担っているのは、認知症介護指導者である。この事業の特徴は、認知症ケア・ケアアドバイザーが介護現場に行くことにより、施設職員全体に向けて、研修が可能なことである。

（1）「認知症ケア・アドバイザー派遣事業」の概要

1) 対象となる事業所

「認知症ケア・アドバイザー派遣事業」の対象となる施設は、認知症ケアの質の向上を目指し、ケアの手法等について学ぶことを希望する県内の次の事業所とされている。

- ・介護老人福祉施設（地域密着型を含む）
- ・介護老人保健施設
- ・介護療養型医療施設
- ・特定施設入居者生活介護事業所（地域密着型を含む）
- ・小規模多機能型居宅介護、
- ・認知症対応型共同生活介護
- ・養護老人ホーム
- ・軽費老人ホーム
- ・有料老人ホーム

2) 内容

この事業では、毎年研修テーマを設けており、2013年度のテーマは「認知症ケアの質の向上（権利擁護を含む）」とされている。また個別の内容は、事業所ごとにアドバイザーと協議を重ねて、決定する。

3) 派遣事業者数と回数

2013年度は、派遣事業所数を20事業所程度と定めており、うち15事業所は講義形式、5事業所は、認知症ケア・マッピング形式を実施することとしている。なお、派遣回数は1事業所1回と定められている。

4) 費用負担

認知症ケア・アドバイザー派遣にかかる謝金および旅費は県が負担している。

（２） 認知症ケア・マッピング評価者を県が養成

熊本県では 2012 年度、認知症ケア・アドバイザーを担う認知症介護者に対して認知症ケアマッピング（DCM）の評価者（マッパー）の研修受講者の機会を設けた。これにより、認知症ケア・アドバイザーが DCM を用いて派遣先の施設の介護を評価し、チームケアを見つめ直せるようなきっかけを提供する取り組みが始まっている。

３．京都府における「社会福祉法人のグループ化共同事業」

（１）法人のグループ化までの経緯

2010 年、京都地域包括事業研究会を設立した。この研究会は、社会福祉法人の新たな可能性を学び合うことを目的としており、これまでに研修会を 12 回開催している

（2011 年 9 月から 2013 年 4 月現在）。現在の会員は 27 法人、個人会員 1 名、専門登録員 24 名である。会員には A 会員、B 会員、個人会員という 3 つを設けており、それぞれ内容が異なっている。A 会員となっているのは、現在 7 つの社会福祉法人である。A 会員は地域展開、人事、サービスの質などの介護・福祉経営の共同化を通じたグループ化を目指している。B 会員となっているのは施設会員といわれるもので、現在 7 施設である。B 会員は、年 3～4 回開催される研修会に参加し、情報交換を行ったり、新規に事業を立ち上げる際の物件情報提供などがなされる。一定の条件を満たせば、A 会員に加盟することができる。個人会員は、B 会員に準じている。なお、登録専門委員とは、研修、開発、税務、法律、設計等の知識と技術を持った専門職のことであり、委員として研究会に関わっている。この研究会には、京都市（行政）の関係者も参加しているという。ⁱⁱⁱ

このような経過を経て、2012 年「地域密着型総合ケアセンターきたおおじ」^{iv}が開設となる。ここは、複数の社会福祉法人からの拠出金によって運営するという方式をとっている。前述した A 会員の 7 法人がグループ化し、それぞれの法人から委託費が社会福祉法人端山園に支払われ、公益事業として「人材・開発研究センター事業」を行っている。その拠点となっているのが「地域密着型総合ケアセンターきたおおじ」である。

表 5-2-1 京都地域包括事業研究会の会員の現状

会員種別	現在の参加法人数	内 容
A 会員	7 法人	地域展開、人材、サービスの質などの介護・福祉経営の共同化を通じたグループ化を目指す。
B 会員	7 施設（施設会員）	年 3～4 回研修会に参加し、情報交換を行う。物件情報提供も行う（一定の条件を満たせば、A 会員に加盟）
個人会員	7 施設、個人 3 名	B 会員に準ずる

出典：2012 年度認知症介護指導者大府ネットワーク全体研修 IN 京都「近畿東ブロックからの活動報告」の資料を参考に筆者作成。

(2)「地域密着型総合ケアセンターきたおおじ」の取り組み

2010年3月、3つの社会福祉法人の理事長は、複数の社会福祉法人が共同・連携するための拠点を創設する方向を合意した。

社会福祉法人のグループ化は、その拠点となる地域密着型総合ケアセンターきたおおじ（以下、きたおおじと記す）が2012年8月に整い、2012年度からの3ヵ年計画の事業である。3年間の計画では、1年目は、①円滑な運用のためのガイドラインの作成と参加法人による協議、②スーパーバイザーによる参加法人の巡回、③アセスメントシートによる役職者との協議、④参加法人の標準化への課題の抽出と行動計画策定、⑤将来への改修、展開等の戦略協議を実施する。2年目には、①課題解決に向けた実践プロセスと、チームリーダー育成準備、②チームリーダーによるファーストステップ研修の実施と、各施設が自ら課題を発見し解決するための方法の策定を行う。3年目には、①質の標準化に受けた成果の確認と、自ら課題を解決する方法の実践の組織風土の醸成、②ケアの質、組織、人材育成の標準化の仕上げを行うことを計画している。

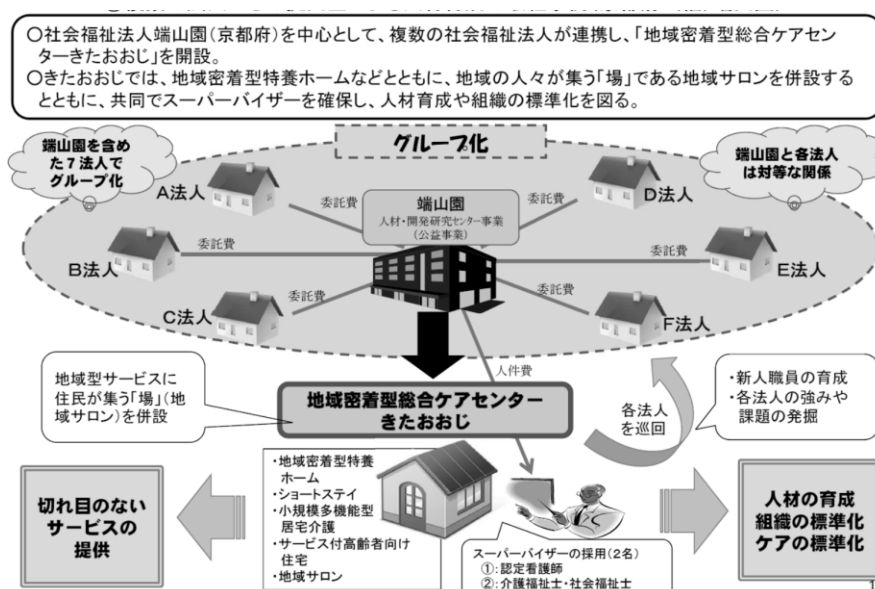


図 5-2-1 複数の法人からの拠出金による人材育成の取り組み事例

出典：第2回社会福祉法人の在り方等に関する検討会（2013年10月28日）資料1 社会福祉法人が地域から期待される「更なる取組」について

表 5-2-2 法人のグループ化に向けた計画

2012年度	① 円滑な運用のためのガイドライン作成と参加法人による協議 ② スーパーバイザーによる参加法人の巡回 ③ アセスメントシートによる役職者との協議 ④ 参加法人の標準化への課題の抽出と行動計画策定 ⑤ 将来への改修、展開等の戦略協議
2013年度	① 課題解決に向けた実践プロセスと、チームリーダー育成準備 ② チームリーダーによるファーストステップ研修の実施と、各施設が自ら課題を発見し解決するための方法の策定
2014年度	① 質の標準化に向けた成果の確認と、自ら課題を解決する方法の実践の組織風土の醸成 ② ケアの質、組織、人材育成の標準化の仕上げ

出典：http://kitaooji8025.jp/kyodo.html, 2014.1.4 を基に作成

（３）人材・開発研究センターの役割

きたおおじでは、開発部門として「人材・開発研究センター」を公益事業として設置した。ここでは、2名のスーパーバイザーが採用されている。スーパーバイザーは、認定看護師の資格を持つ者と介護福祉士・社会福祉士を持つ者が配置されている。このうち認定看護師は、認知症介護指導者でもある。スーパーバイザーの人件費は、先に述べた法人のグループ化に際して各法人が支払う委託費によって捻出されている。

人材・開発研究センターでは、経営・研修・ケアの質等のスーパーバイズを行うことが業務の一つである。また、将来的には、人事異動もこのグループ化された法人内で展開できるようになる展望ももっている。2012年の取り組みとして、スーパーバイザーは、週1回7法人を訪問している。そこでは、介護現場の観察・実践、利用者からの話を聞く、職員のヒアリング、会議への参加、事例検討、研修の実施などを行っている。

4. 滋賀県の「現地相談事業」を分析対象とする理由

本研究は、序章でも述べたように、デリバリースーパービジョンシステムに視点を当てている。その点では、(A) 現任教育の実施、(B) スーパーバイザーの養成、(C) デリバリースーパービジョンの展開という構成要素の観点から、先の3つの先行する取り組みを分析すると、以下のようになる。

① 滋賀県の認知症介護「現地相談事業」

「現地相談事業」では、認知症介護指導者に対して2年間のスーパーバイザー教育を実施し、「認知症ケアアドバイザー」としてスーパービジョンができる人材を養成している(B)。そして、スーパーバイザーは、介護現場においてスーパービジョンを行っている(C)。このスーパービジョンは複数回行われ、スーパービジョンが毎回展開されているのが特徴である。この取り組みを通して、介護現場では、今困っている事例を基に展開されるスーパービジョンによって職員たちにとっては座学で学んできたことを補う実践的な学びの役割となっている(A)。

② 熊本県「認知症ケア・アドバイザー派遣事業」

滋賀県と対象的なのが熊本県の取り組みである。認知症介護指導者を研修講師として依頼のあった法人へ派遣するという取り組みである。その点では、第1節の認知症介護研究・研修東京センターが行った事業の都道府県版の取り組みであるといえる。しかし、この事例は、1回のみ研修を派遣型で行うという極めて限定的なものであり、熊本県が法人内の研修について支援しているという見方もできる。これらのことから、熊本県の取り組みはデリバリー型とはいえ、スーパービジョンを行うものではないこと、そして限定的な研修を担保するものであり、システムとは言えないと判断した。

③ 京都府「社会福祉法人グループ化事業」

この取り組みは、複数の社会福祉法人をグループ化するという斬新的な発想で、人材育成をしていくという点で先行的である。法人をグループ化し、その拠点を整備し、スーパーバイザーを共通の人材として配置したのである。配置している2名のうち1名は認知症介護指導者であり、週1回の法人巡回をしてスーパービジョンを実施しているという点では、デリバリー型の取り組みである。(B)しかしながら、このような取り組みは共通の委託金により運営されるため、志の高い一部の法人によって行われることになり、法人内のシステム、法人のグループ化におけるシステムとしては画期的であるが、普遍的なモデルになりにくい側面がある。

以上のことから、滋賀県の「現地相談事業」の取り組みは、本研究の分析枠組みA・B・Cの要素が含まれ、なおかつそれらの関連がみられるため、日本におけるシステム化の事例と判断し、本研究の分析対象とした。

表 5-2-3 先行的取り組みの特徴

	滋賀県 「現地相談事業」	熊本県 「認知症ケア・アドバイザー 派遣事業」	京都府 「社会福祉法人グループ 化事業」
主 体	県	県	社会福祉法人
目 的	④ 自分たちの取り組みを 振り返る ⑤ 知識と実践をつなげる ⑥ 認知症の方との関わり を考えられること	認知症ケアの質向上をめざ しケアの手法等について学 ぶこと	① 人材育成 ② 組織の標準化 ③ ケアの標準化
具体的内容	スーパービジョン	① 研修の実施 ② DCMの実施	スーパービジョン
方 法	デリバリー型	デリバリー型	デリバリー型
事業担当者 (スーパーバイザー)	認知症介護指導者	認知症介護指導者	認知症介護指導者等
回 数	3回	1回のみ	週1回
運 営	県委託：ものわすれサポ ートセンター・しが	熊本県	人材・開発研究センター事 業（公益事業）
事業担当者の 教育	県が認知症ケアアドバイ ザー養成研修を創設	DCM研修を県が予算化	特になし
特 徴	県がイニシアチブをとって いる	県がイニシアチブをとって いる	複数の法人でスーパーバ イザーを共有している
デリバリース ーパービジョ ンのシステム 化の状況	・認知症介護指導者をス ーパーバイザーとして再教育 ・スーパーバイザーは介護現 場で気づきを促すスーパ ービジョンを展開	・認知症介護士指導者を認知 症ケア・アドバイザーと県が 認定 ・介護現場へ研修講師として 出向き職員研修を実施	・認知症介護指導者や専門 性の高い職員を配置 ・グループ化された法人に 対して週1回巡回してス ーパービジョンを実施

i 予算案では 7,700 万円が計上された.

ii 全国知事会先進政策バンクの個表による.

(http://www.seisaku.nga.gr.jp/kohyo/kohyo_top.php?seq=2701&uri=%2Fsearch%2Fsearch.php%3Fken%3D43, 2014.1.5)

iii 特定非営利活動法人日本介護経営学会 第8回学術大会(2012年11月23日)シンポジウム資料「山田尋志:地域包括ケアシステム下における経営連駅モデル~社会福祉法人による共同化モデル~」44-49による.

iv 小規模特養(29名), ショートステイ(10名), 小規模多機能型居宅介護(25名), サービス付高齢者住宅(6名), 地域サロン, 人材・開発研究センターの6つの機能を持っている.

第 6 章 滋賀県における認知症介護の「現地相談事業」の実際と到達点

第 1 節では、滋賀県で行われている認知症に関する研修事業を整理し、そのなかでも「もの忘れサポートセンター・しが」の事業のひとつである「現地相談事業」について、運営に至る背景と実施の仕組みについて整理する。この事業は、第 5 章第 1 節で述べた国レベルの事業とは異なり、県単位で実施されていることに特色がある。第 2 節では、現地相談事業の一部を担っている認知症介護指導者にインタビューをし、現地相談事業におけるスーパービジョンのあり方とそのアプローチについて分析する。

第 3 節では、実際にスーパービジョンを受けた事業所の事例を取り上げる。ここでは、特別養護老人ホーム S 園で行われた全 3 回の現地相談事業を現場からの課題、スーパーバイザーの課題の整理・助言、職員の気づき、次の現地相談までの課題設定という枠組みで整理する。第 4 節では、日本における認知症介護スーパービジョンの到達点を滋賀県の「現地相談事業」からの評価を 3 点に整理する。

第 1 節 滋賀県における認知症介護の「現地相談事業」の仕組み

1. 滋賀県における認知症介護研修の現状

(1) 滋賀県の概況

2009 年の 10 月現在の調査によると、滋賀県の人口は 1,402,132 人で、そのうち 65 歳以上の高齢者は、283,822 人（高齢化率 20.20%）と報告されている。滋賀県の推計では、認知症高齢者数は 2010 年では、65 歳以上人口の約 7.2%（約 21,000 人）に認知症の症状があると推測され、2015 年には約 7.6%（約 26,000 人）になると予測されている。認知症を診断できる医師は、県内に認知症相談医が 261 人（2010 年度末現在）、認知症サポート医が 33 人いる（2010 年度末現在）。認知症相談医は 2014 年度までに 300 人にしていくという目標値が掲げられている。

2011 年介護保険事業状況報告によれば、要介護（要支援）認定者数は、65 歳以上人口のうち 289,185 人である。施設サービスの利用状況は、介護保険施設のサービス種別のうち介護老人福祉施設（特別養護老人ホームに入所しているのが 4,329 人、介護老人保健施設が 2,486 人、介護療養型医療施設が 665 人である。（レイカディア滋賀プラン：2012）

滋賀県の認知症対策の重点施策として 3 つ掲げている。一つ目は「認知症における健康・医療・福祉の連携を推進し、認知症の人と家族を地域で支える」、二つ目は「認知症にかかわる専門的人材の育成と質の向上を図る」、三つ目は「若年認知症の人と家族への支援を図る」である。二つ目に掲げてある専門職人材の育成については、以下のようないくつかの目標を立てている。

- ・認知症に対応したケアを普及し、理にかなない、心の通った認知症高齢者介護を滋賀標準とすることを目標に、介護にかかわる専門的人材の育成を図ります。
- ・福祉人材・研修センターにおいて高齢者施設や介護事業所の管理者や介護職員に対する認知症介護に関する専門的知識・技術等の研修を行います。
- ・認知症の最新知識と介護現場での実践を通して根拠のある認知症介護を指導できる人材を養成し、認知症ケアアドバイザーとして認証することにより、認知症介護の向上を図ります。
- ・認知症介護指導者が認知症介護の現場に出向き認知症ケアの技術指導、助言を行う認知症介護現地相談の先駆的な取組を認知症に関わる保健・医療・福祉関係者が学ぶ機会を設けます。

(レイカディア：2012:105 より抜粋)

(2) 認知症介護従事者研修の実施状況

2012 年度現在、滋賀県では認知症関連の研修事業は、表 6-1-1 にあるように 10 事業行われている。これらの実施主体となっているのは滋賀県であり、実施しているのは滋賀県社会福祉協議（福祉人材・研修センター）である。

表 6-1-1 2012 年度の滋賀県内の認知症介護に関する研修

研修区分	対象	受講料	日数	回数	総日数	定員
認知症介護の新任職員研修	認知症介護実務 3 年未満	7,050 円	3 日	1 回	3 日	160 人
認知症介護実践者研修	介護実務者実務 2 年以上	19,740 円	7 日	3 回	21 日	100 人
認知症介護実践リーダー研修	実践者研修修了後 1 年以上	26,790 円	11 日	1 回	11 日	50 人
認知症対応型サービス事業管理者研修	認知症対応型サービス事業管理者で認知症介護実践者研修修了者	4,230 円	2 日	2 回	4 日	40 人
認知症ケアにかかる排泄研修	介護実務者実務 2 年以上	9,400 円	4 日	1 回	4 日	30 人
認知症の人のためのケアマネジメント研修	介護実務者実務 2 年以上・介護支援専門員	9,400 円	4 日	1 回	4 日	30 人
身体拘束廃止に向けた推進員養成研修	施設長介護実務者	—	3.5 日	1 回	3.5 日	50 人
身体拘束廃止セミナー	県民介護実務者	—	1 日	1 回	1 日	300 人
認知症介護サービス事業開設者研修	代表者	2,820 円	1 日	1 回	1 日	30 人
小規模多機能サービス等計画作成担当者研修	計画作成担当者	4,230 円	2 日	2 回	4 日	30 人

出典：滋賀県社会福祉協議会（福祉人材・研修センター）の HP を参考に筆者作成
<http://www.shigashakyo.jp/jinzai/kensyu/ninti.html>, 2013.9.23)

そのなかでも、認知症介護の新任職員研修、認知症ケアにかかる排泄研修、認知症の人のためのケアマネジメント研修は、滋賀県が独自で行っている研修である。認知症の人のためのケアマネジメント研修及び、認知症ケアにかかる排泄研修は、2006 年から始められた。

ケアマネジメント研修については、介護支援専門員を対象に行われており、その目的を「事例検討を通してケアの仕方を学び、その人らしい生活を支えるケアマネジメントの実践ができること」としている。4 日間のうち3 日間は事例検討とその報告会となっており、研修生は研修の際に事例を持ち寄り検討がなされる。この事例検討では、認知症の人を理解するための情報収集を行うこと、利用者本位のケアを実践するための方法を学んでいる。

「認知症ケアにかかる排泄研修」は、4 日間実施され、対象としているのは介護職員及び看護職員である。講義・演習・グループワークで構成されており、2013 年度の講義では「排泄ケアに必要な知識を学ぶ～排泄の正常と異常、排泄ケアに必要なアセスメントとケア展開～、認知症高齢者の排泄障害の特徴を知る」、「暮らしと排泄ケア」、「排泄用具の活用」というテーマで行われている。事例検討では、自らの事例を持ち寄り「適切な排泄ケアが行えるための展開方法を学ぶ」ことをねらいとして行われる。最終日には、他施設の排泄ケアの実践発表を通して、今後の認知症高齢者の尊厳を守るための排泄ケアの実践につなげるために、グループワークをしながら討議する。

表 6-1-2 3 年間の研修参加者数の推移

研修区分	2012 年度 受講者数	2011 年度 受講者数	2010 年度 受講者数
認知症介護の新任職員研修	188 人	188 人	147 人
認知症介護実践者研修	① 101 人 ② 87 人 ③ 86 人	① 99 人 ② 100 人 ③ 100 人	① 99 人 ② 99 人 ③ 99 人
認知症介護実践リーダー研修	50 人	42 人	48 人
認知症対応型サービス事業管理者研修	① 36 人 ② 53 人	① 26 人 ② 50 人	① 51 人 ② 47 人
認知症ケアにかかる排泄研修	33 人	35 人	33 人
認知症の人のためのケアマネジメント研修	19 人	19 人	32 人
身体拘束廃止に向けた推進員養成研修	30 人	28 人	40 人
身体拘束廃止セミナー	238 人	261 人	286 人
認知症介護サービス事業開設者研修	11 人	10 人	11 人
小規模多機能サービス等計画作成担当者研修	① 15 人 ② 15 人	① 21 人 ② 18 人	① 17 人 ② 18 人

さらに、滋賀県が研修の実施を委託している介護職員を対象にしたものもある。通所・訪問介護職員認知症研修は、滋賀県介護サービス事業者協議会連合会が委託先となり実施されている。目的は、認知症についての基礎的な知識を習得することとされており、2 日間で行われる。講義と演習で行われ、その内容は①正しい疾患の理解、②認知症の人の理解と認知症ケア、事例を通して利用者本位のケアについて学ぶというものである。研修は、

県内を北部と南部にわけそれぞれのエリアごとに行っている。

認知症介護実践者研修および、リーダー研修は、毎年2回の企画会議を実施している。認知症介護実践者研修は、年3回実施されており、1回の定員100名で行っているが、研修効果を高めるために、実習課題の設定、実習報告会に関してのみ50名ずつ日程を変えて行っている。また、リーダー研修では、他施設実習の実習先を認知症介護指導者のいる施設で、なおかつリーダー研修を担当しているという条件とした。そのため、実習を通してきめ細やかな指導が可能である。滋賀県で実際に研修を担当している認知症介護指導者によれば、実践者研修のように一度に多数の受講者で行う集合研修において、担当している認知症介護指導者は、講義の中で、研修生が認知症の利用者像と講義内容とがなかなか結び付かないと感じている。また、認知症を学ぶ以前に認知症の方を1人の「人」として見ることの視点が欠如しているようにも思えるという。さらに、ケアプランの立案はできるが、アセスメントとケアプランとを連動していくことが難しく、根拠のあるケアプラン立案がなされていない現状がある。

リーダー研修では、この研修修了者がいる施設において「認知症専門ケア加算」の条件となることが決まってから、毎回受講者数が50名を超えるようになった。しかし、同時にリーダー研修では、実際に管理的役割を担っている人や経営者なども受講しており、受講生の意識にも差が生じている。また、実践者研修を修了してから、リーダー研修を受講する時期もそれぞれ違うため、それまでに習ってきたであろう、中核症状や疾患別の特徴などがわからない受講生もみられる。また、事例検討を行いスーパーバイズについての演習を行う時にも、事例を深めるための適切な発言が見られず、研修生が利用者をきちんと見ていないことや知識が不足していること、考えることが習慣化されていないなど課題も多い。認知症介護実践研修には、5名の指導者がそれぞれ運営に携わっている。表5-2-3は、滋賀県の認知症介護実践研修の時間数などについて表したものであるが、第2章で述べた研修の標準カリキュラムが示している研修時間数からみると、実践者研修では他施設実習が1日とされているところが、行われてなかったり、実践リーダー研修においては、講義・演習時間が57時間と定められているが、実際には54時間で行われており、外部施設実習も3日と定められているが実際には2日間で行われているなど、必ずしも標準カリキュラムを満たしていないところも見受けられる。

表 6-1-3 認知症介護実践研修（実践者研修・リーダー研修）の詳細

	認知症介護実践者 研修	認知症介護実践 リーダー研修
講義・演習時間	36 時間	54 時間
職場研修期間	28 日	28 日
外部施設実習期間	0	2
実習結果報告まとめ	1 日	1 日
受講料	教材費 0 円 受講料 19,740 円	教材費 0 円 受講料 26,790 円
担当する 認知症介護指導者	5 名	5 名

（３）滋賀県独自の新任研修制度

滋賀県では、認知症介護の新任職員研修があり、認知症介護に携わる実務経験 3 年未満の介護職員および看護職員を対象にしている。研修の目的は、「認知症高齢者の尊厳を守り、支えるケアを行うために、認知症の特徴や病気を理解するとともに、家族の思いにも寄り添いながら、その人らしい生活を重視した個別ケアが行えるよう、基本的知識等の習得を図る」こととしている。

この研修期間は 3 日間で実施されている。2013 年度の実施要領によれば、プログラムは表 6-1-4 のとおりで、職業倫理、認知症の疾患理解、自宅介護の現状、口腔ケア、認知症の人の理解・介護のあり方（認知症介護の実践）といった講義を主体とした研修である。

この研修を担当する講師は、職能団体である滋賀県介護福祉学会会長、医師、認知症の人と家族の会の副代表、滋賀県歯科衛生士会の歯科衛生士、認知症指導者である。

表 6-1-4 2013 年度版認知症介護の新任職員研修プログラム

1 日目	午前	「介護のプロとしての職業倫理」～尊厳を守る介護について～
	午後	「認知症の疾患理解」
2 日目	午前	「認知症のひとと家族の思い」～自宅介護の現状～
	午後	「認知症高齢者の介護における口腔ケア」～いのちをつなぐ“食”を支える口腔ケアについて～
3 日目	午前・午後	「認知症の人の理解・介護のあり方」～認知症介護の実践

新任研修は、介護職員として入職した際に各事業所で実施しているオリエンテーションや新人研修といった内容と類似していると考えられるが、県が新任職員研修のプログラムを整備しているということによって、規模の小さな事業所や新任職員の採用が少なく事業所内で新任研修を体系立てて実施することが困難な事業所などの職員の育成を県が代替する機能も果たしている（表 6-1-4）。

2. 滋賀県における認知症介護の「現地相談事業」の仕組み

滋賀県では、県が主体となっている研修がある中で、新任の介護職員への研修も担保している。さらに、滋賀県では前章で述べたように実践現場に認知症介護指導者を派遣して行う援助事業を県単位で行っている実績がある。ここでは、その設立の経緯と特徴、仕組みについて述べていく。

(1) 「もの忘れサポートセンターしが」の設立と特徴

滋賀県では、2005 年より医学的なことからケアに関することまで幅広く総合的に相談できる場所として「もの忘れサポートセンター・しが」を設立し、同県守山市にある藤本クリニックに委託した。全国に先駆けて取り組まれたこの総合相談窓口は、介護をしている家族だけでなく、介護の専門職の相談窓口としての機能を持つ点が特徴的である。委託を受けた藤本クリニックは、1999 年 4 月に医師である藤本直規氏が開院した。藤本氏は、以前県立成人病センターに勤務しており、当時の状況から開業したいと思ったのは、次の理由からであった。

県立成人病センター時代、さまざまな事情で受診に来ることのできない患者が少なくなかったため、訪問診療の必要を強く感じていたこと。自分のケアの現場を持っておらず、納得いくケアを実践する場を求める気持ちが強くなっていったこと。当時、デイサービスの利用者は老人保健法によって 65 歳以上と規定されており、若年認知症の患者たちがサービスを受けられる場所がなかったことの三点が強い思いとなっていた（佐藤：2010）。

このような思いで、高齢者のデイサービスをはじめ、毎週水曜日を「精神科デイケア」とし、若年認知症デイサービスをはじめた。その後、若年認知症患者の受診が増え、患者の行先がないことを知った。若年認知症と診断され、これまでの仕事を辞めざるを得なかった人、役割をもって人の役に立ちたいと思っている人、少しでももの忘れをよくしたいと考えている人の声を聞いた。2004 年 9 月、藤本クリニックとしては 3 つ目の介護保険事業となるデイサービスを開設した。そして、「もの忘れの事を茶のみ話のように気がるに話し合える場所という意味で、『もの忘れカフェ』と名付けた（藤本：2008）。

さらに藤本氏は、2003 年 4 月よりデイサービスの所長である奥村典子氏と個別相談を始めた。受診前相談、受診後相談、そして受診後の家族調整を行った。家族からの相談は、2003 年以来、年間約 400 件であり、その件数は減少していない。この相談は、患者・家族を支える専門職も対象としていたため、認知症の方を支援しているケアマネジャーや福祉施設職員、市町村の保健師からも寄せられた。また、通院歴のない人からも多数の相談があった。この実績が、もの忘れサポートセンターしがの委託につながることになる。さらに、滋賀県若年認知症コールセンターという看板も追加され、若年認知症に関する相談も積極的に受けている。

もの忘れサポートセンターしがのとりくみの中では、電話相談では解決が難しく、訪問を希望する事業所に対して、現地にスーパーバイザー（同クリニックの看護師：認知症介護指導者）が出向いてスーパービジョンが実施される。介護現場で、認知症の方や職員の

動き、環境などをみて解決の糸口を探っていくこの形式は「現地相談」と言われている。この事業は、2005年度から2011年までの6年間で99件の現地相談の実績をあげている。相談の内容は、認知症に関する研修、個別事例へのスーパーバイズ、困難ケースの検討、新規事業所への研修や事前準備などである。現地相談事業では、「ケアの方針や具体的な案方法に対する修正もあったが、『そのやり方で間違っていないと思う』と肯定的に評価することも多く、それによってケアスタッフが『自分たちの方針が間違っていないことが分かってホッとしました』と安心してケアを続けることができた」こともあるため、自分たちの介護を評価してくれる存在の必要性について述べている（藤本：2008；79）。

一方で、近年の「現地相談」では、認知症に関する「研修」の依頼が多かったことから、従来の研修が介護実践にうまく結びついていないのではないかと疑問に感じていたという。そこで、2011年度からは、現地相談のあり方を見直し、介護現場の職員がこれまで受けてきた研修を実践で活かせるように、具体的な課題解決を目的とした。目指したものは、①自分たちの取り組みが振り返られること、②知識と実践がつながること、③具体的な認知症の方との関わりを考えられことの3点であり、これらが多角的な視点を養うことにつながると考えられている。

（2）スーパーバイザーを担う人材とその養成

滋賀県では、現地相談事業を行うスーパーバイザーとして、認知症介護者養成研修を修了した者がその役割を担っている。2012年度には、滋賀県認知症ケアアドバイザー養成研修がはじまり、現在1名の研修生が藤本クリニックの奥村典子氏のもとで実践研修を受けている。認知症ケアアドバイザーは、今後18人に増やしていくことが目標値として掲げられている（レイカディア：2012）。

この研修の目的は次のように定めている。以下は、募集要項に掲載されている目的である。

認知症介護は、認知症に関する知識、技術をもってケアにあたることが重要である。認知症に関連した研修については、介護職員に対する研修はあるものの、研修で学んだ内容と実践とが結びついていない状況がある。

そこで、認知症の最新の知識と介護現場での実践をとおして根拠のある介護をスーパーバイズできる人材を育成し、介護現場における職員の介護実践に対する支援および認知症ケアおよび認知症の人に対する介護サービスの質の向上を図ることを目的に認知症ケアアドバイザーの養成を行うこととする。

このように、スーパーバイザーを養成し、介護現場において知識と実践をつなげていく役割を担うことが求められている。この研修への参加資格は、①～④の要件を満たし、認知症ケアアドバイザー養成研修対象者として、勤務先の長が認め推薦したもので、滋賀県が認めたものとされている。その要件は以下の通りである。

- ① 認知症介護の実務経験が5年以上である者
- ② 現に介護現場において認知症介護に取り組み、質の向上に向けて中心的な役割を果たしている者
- ③ 施設長または所属長が地域における認知症ケアの質の向上支援の参画を認めている者
- ④ その他
 - ア．専門職として自己研鑽の努力を続けている者
 - イ．職場のリーダーとして取り組みをまとめ発表できる者
 - ウ．認知症ケアについて柔軟な視点を持っている者

また、認知症ケアアドバイザー養成研修には、到達目標が大きく2つ設定されており、認知症介護施設・事業所の求めに応じた支援ができること、地域づくりの中心となれる（多職種で協働できる）こととされている。前者では、認知症に関する専門的な知識を持っていること、本人・家族とのコミュニケーション能力を築くことができること、調整能力を有し、協働作業ができること、アセスメントができることが求められる。

具体的な研修内容は、①「もの忘れサポートセンターしが」が実施する現地相談に同行し、ケアアドバイザーとしての支援の姿勢・方法について学ぶこと、施設実習（もの忘れカフェ）により、知識と実践を結びつけるとともに、②リーダーとしての役割を学ぶこと、③自施設の認知症ケアの向上に向けた取り組みを実践し、振り返りを行い、リーダーとしての役割をレポートにまとめることの3つである。この3つの研修内容を2年間で行っている（表 6-1-5）。

表 6-1-5 認知症ケアアドバイザー研修内容

	内 容	回 数
1年目	「もの忘れサポートセンターしが」が実施する現地相談への同行 もの忘れカフェによる実習 自施設における実習	6回 3回
2年目	（1年目の習得状況により判断し、実践していく） 「もの忘れサポートセンターしが」が実施する現地相談の実践 自施設における実践	

なお、認知症ケアアドバイザーの養成は、認知症ケア人財育成強化事業として位置づけられ、一般財源 425,000 円が 2012 年度の予算として計上されている。

（3）現地相談の依頼から訪問まで

1）現地相談の依頼

「もの忘れサポートセンターしが」では、現地相談を希望する事業所に対して、「認知症ケア現地相談事業希望内容」に記入し事前に提出してもらう。相談の内容には、制限はなくできるだけ具体的に書くことを求めている。また、相談内容に必要な個別ケースの情報については、「ひもときシート」の事例概要シートに記入し提出する。

2）相談内容の確認とスーパーバイザーの事前準備

スーパーバイザーは、事前に提出された相談内容を読み込む。たとえば、徘徊や暴言、帰宅願望、ものとり妄想に対しての対応方法、家族の認知症理解を促す方法、家族が来づらい施設環境の改善、利用者が活動的になる環境、疾患別の接し方、会議の工夫があげられる。スーパーバイザーは、これらの内容から施設が抱える課題についての情報を整理し、アセスメントをするために当日聞かなければならない内容などをまとめる。とくに課題を具体的にするための質問を用意している。ここで、特に準備していくのが①感情の受け入れ、②具体案は相談者自身で考えることである。①の場合では、例えばものとり妄想や帰宅願望等の対応に悩んでおり、加えて利用者からの発せられる言葉で傷つき、整理のつかない相談者自身の気持ちを受け入れる準備をすることがある。また、考えがうまく伝わらない職場環境、家族と「一緒に考えたい」という気持ちとうまくいかない現状を「まずは聴く」という心構えである。②では、相談内容に対して、スーパーバイザーは具体案を伝えるのではなく、チームで具体案を生み出していくように何を問いかけるのがよいか検討している。また、そのために明確にしておかなければならないチームの意識や職員個々人の考え明らかにすることが重要である。また、スーパービジョンの際には、職員の意見を大事にすること、そして職員から具体案が出されるまで待つことが準備としてなされている。

2人のスーパーバイザーはお互いの所見を持ち寄り、方向性の確認を行ってから1回目の現地相談が始まる（図 6-1-1）。

3）現地相談の実施

基本的には、当該事業にかかわるスーパーバイザー2名が同行し、依頼のあった事業所へ出向く。原則、施設のフロアで実際ケアを行っている姿、声の掛け方などを見ながら、現場で話をする。そのため、業務の合間や交代などもあるため職員の出入りがある。中には現地相談の日だけ、職員を全員出勤させているところもある。

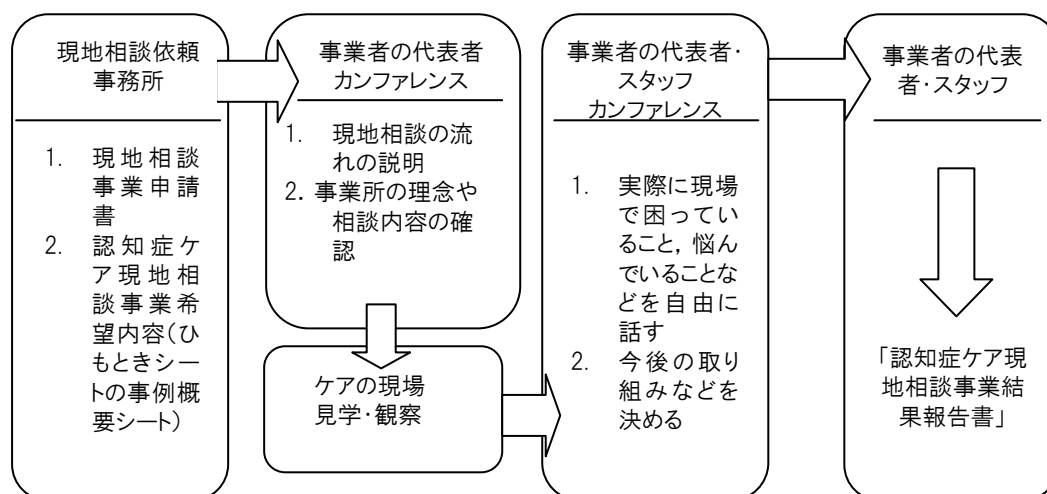


図 6-1-1 現地相談事業の流れ

(出典：金子理栄子他「現地相談担当者の役割を考える」2012年度日本認知症ケア学会報告スライド)

現地相談では、相談者の内容に否定せずに耳を傾ける。苦しい、辛いといった状況を受け止め、ねぎらいの言葉をかける。決して、聞いた話からスーパーバイザーが分析して状況を説明したり、解説したりはしない。例えば施設職員から語られる認知症の方のBPSDの内容について「どうしたらよいですか」と答えを求められても、対応策を教えるのではなく、「皆さんはどう捉えていますか、考えていますか」と問い返し考えてもらうようにしている。

第2節 「現地相談事業」を担う認知症介護指導者へのインタビュー調査

本節では、「現地相談事業」の一部を担っている認知症介護指導者へのインタビューを通して、介護現場を支えるスーパービジョンのあり方と必要とされる視点について検討する。

1. 目的

介護現場にスーパーバイザーが出向いて展開されるデリバリー型のスーパービジョンは、第2章で述べた日本の介護現場の現状から考えると新たなスーパービジョンの方法として有用ではないかと考えられる。しかしながら、日本の中では前章で述べた認知症ケア高度化推進事業の中で取り組まれた事例があるのみで、しかもその事業は継続には至っていない。「現地相談事業」のように継続的に取り組まれている事例は他にはないため、本節では記録だけではなく、具体的な語りから分析していき、「現地相談事業」で必要とされる視点について明らかにしていくことを目的とする。

2. 対象と方法

(1) 対象者の概要

U氏は認知症介護指導者であり、現在高齢者施設に勤務している。滋賀県は、2012年に認知症ケア人材育成強化事業の一環として、根拠のある介護をスーパーバイズできる人材を育成することを目的に「滋賀県認知症ケアアドバイザー養成研修」を開始した。U氏は、前述した認知症ケアアドバイザー研修プログラムを受講しており、現地相談に6回(3施設)同行した。また、もの忘れカフェでの実習、自施設での取り組みのレポートを終了し現在、2年目の研修に取り組んでいる。「現地相談事業」にスーパーバイザーとともに同席するようになって、スーパーバイザーとスーパーバイジーである施設職員との間でやり取りされることの中に次のような側面があるという。

同じ現場を見て、その場で話し合うことができるという“同時性”，課題を把握し、スーパーバイジーの気づきにつなげ、気づけた喜びを共に分かち合う“共感性”，介護現場が千差万別であるように、その現場が抱える課題に徹底的に向き合い考える“個別性”という側面である。

そのような現場でひとつずつスーパーバイザーと共に課題を乗り越えていく様子を目の当たりにし、自施設の実践の中でも取り入れたいと強く考え、試行錯誤を繰り返しているU氏を対象とした。

(2) 方法

2013年2月21日に認知症介護研究・研修大府センターにて半構造化インタビューを行った。インタビュー時間は、120分である。

（３）倫理的配慮

本インタビューに際して、調査の趣旨および、方法（ICレコーダーを用いること）、結果の用途に関して口頭および書面で説明をし、同意を得た上で実施した。

３．結果および考察－介護現場のアプローチ

U氏へのインタビューから、以下、介護現場で展開される介護職員へのアプローチは、①焦点化されない課題への介入、②話し合う時間（機会）の確保が難しい現場への介入、③認め合う関係性を基盤としたチームケア形成の必要性、④情報を真のアセスメントとして捉える視点の醸成、⑤感情をコントロールし介護することのしんどさ、⑥介護職員のパーソナリティを大切にする視点、という6点に整理することができた。なお、文中の斜字は、インタビュー対象者の語りを意味している。

【焦点化されない課題への介入】

介護現場で困っている状況の渦中にある職員は、何が原因で生じているのかが見えにくくなることもある。介護現場で時折生じる困った事象が、整理できないままになってしまっていることもある。このことを次のように語っている。

最初に来るレポートは、焦点化されていないケースもあります。（現場の担当者が）第一レポートを書くんですが、何をどうしたらいいのかかわからないということが表れてのことだと思います。だから課題がいっぱい上がるケースもあります。

課題に対して何が原因なのかがわからないことに対して、筆者の経験からも、たくさん挙げている課題の根底が実は互いに関連していることも多い。そのことへの気づきを促す支援も必要であることが考えられた。

【話し合う時間（機会）の確保が難しい現場への介入】

介護の仕事はチームで行われる。入所型の施設の場合には1人の高齢者24時間の生活を数名の職員が交代で介護するため、そこでの情報共有は欠かせない。しかし、実際に課題を抱える介護現場の中には、ケース記録閲覧がされてなかったり、ケース記録に記載されてある事項が食事や排泄に関するもののみになっており、あえて閲覧の必要があると考えにくい記録となっている場合もある。

介護保険導入以降は、特にその傾向は顕著であり、ケアプラン上の実施要項を確認するのみの記録も存在している。記録から周知しておかねばならないことが見いだせない状況もある中で、介護現場ではさらに、職員同士が話し合う時間を確保することも難しい。その

ため、同じ視点で高齢者を見ることができているか、関わり方の方向性を共有できているのかということを確認する時間は必要である。

現地相談事業では、一堂に会して支援の方法を考えるという局面もある。その時に、職員がこれまで知っている高齢者像と相反する姿を知ることになる。

もともとね、困っているとは言いつつも職員同士が話し合えていないところもあるんだなあと思うんです。

BPSD の顕著な方のケアについて話し合われたことあったんです。あるケアワーカーが、これまでの自分とその方とのかかわりやその方の性格について話
始めたんですが、他のケアワーカーに意見を求めるとまったく違ったその人の
姿が語られたんです。

介護職員は、このような経験をすることにより、一人の職員が抱く高齢者とかかわりの中で作りあげられる印象によって展開される介護には、危険性や誤解があることを知ることになる。そして、話し合いや共通理解の重要性を理解し、話し合う時間の確保に向けてそれぞれの介護現場が検討していくことへの手がかりとなっている。

【認め合う関係性を基盤としたチームケア形成の必要性】

介護現場において、知識・技術をもって介護できるのは専門職として当然のことであると同時に、その介護の方法や関わり方には根拠が求められる。特に認知症介護の場合では、認知症の方が表現することの中から、ニーズや思いを探り、介護につなげていくために、なぜそのような介護を展開したのかが重要となる。しかしながら、自分の行った関わりが良かったのかどうかを判断するのもまた、認知症の方の言動や表情でしかないのも事実である。特に、BPSD が顕著に表れている場合では、BPSD が収まったことを成果とし評価されることがあると U 氏は危惧している。認知症の方にとって、適切な関わり方であったかどうかは、“本人にとってどうであったのか”という視点で見ることが重要だという。

介護現場では、常に自分の行った介護がどうだったかという自問自答しながら行っている。その納得のプロセスをチームケアの中で展開することの必要性について U 氏は強調している。

日頃、(自分のしているケアが)「ご本人にとってどうなのか」を軸に評価
する機会がないんだと思うんです。別に現地相談に行った施設に限ったこと
じゃないと思います。全体としての体制が整っていないのだと思うのです。
そこにも課題があると思います。結局、ご本人にとって何が良くて何が悪い

のかってわかり合えてなかったり（共有できてない）とか・・・

介護現場において、共に介護に携わる職員間で互いの気づきや介護の方法に関する発言ができ、どのような発言も受け止め、互いに認めあう土壌があることによって、強固なチームを形成していくことに繋がるという。介護現場は一人ではなく、多数の職員による協働によって成り立っているため、チームの形成は質の高い介護を提供する上で欠くことはできない要素である。

【情報を真のアセスメントとして捉える視点の醸成】

しばしば、介護現場では、「アセスメントをする」ことを、アセスメントシートに必要事項を書き込み、高齢者や家族から状況を聞き取り、空欄がないように仕上げていくことにより完成させていくことと考えている場合がある。確かに、近年アセスメントをするために開発されている多くのものは、多角的にとらえる視点を大切にしているため、かなりの情報量を必要とする。収集された情報は、断片的であり認知症の方を理解するためには、得られた情報をつなぎ合わせていきながら、日々の高齢者の言動と重ね、そこから高齢者が発しているメッセージを考えていくことが求められているのだという。

ご利用者さんが「今月が何月だかわからないといって、顔をゆがめていたんです・・・」という場面を聞いて同行したスーパーバイザーは、「アセスメントできてるじゃないですか」って言ったんです。それで、職員たちは「これがアセスメント・・・なんですか」という感じになるんです。そうすると、職員が知っている日頃の様子は「それ全部アセスメントだよ」という気づきになるんです。

このことに気付いた介護職員は、わかることの喜びと認知症の方とのつながれたことを実感し、現場で介護することが楽しいと感じるのだという。楽しいと感じる職場や高齢者との関わりから生まれる実践は、職員のやりがいをももたらすと考えられる。現地相談事業は、このような関わり方を通して、認知症介護実践の奥深さとそこから感じる楽しさへまでつながるアセスメントの在り方を気づくことに寄与している。

【感情をコントロールし介護することのしんどさ】

介護は感情労働である。アーリー・ホックシールドは、感情労働を「自分の感情を誘発したり抑制したりしながら、相手のなかに適切な精神状態を作り出すために、自分の外見を維持」することと定義した（石川、室伏：2000 邦訳）。認知介護では、よりそのことが強く表れる。認知機能の低下に伴って、高齢者の発言や行動は繰り返しが多くなる。当然、

それに同じように応えていくのが介護職員であるが、時に職員は様々な感情を内に秘めることがある。インタビューではU氏は以下のように語っている。

(職員が) 自分の気持ちとか隠すんです。『待ってて一な』『黙ってて、何度もしんどいわ』っていう気持ち。でもね、そういう気持ちを持ったらあかんと思ってる職員もいます。それは、頑張っているケア者が自分を責め、追い込んでしまう悲しいことだと考えています。

介護保険事業所700カ所、2100人への介護職員への調査によれば、入所者に対して怒り、悲しみ、敵対心、気後れ、無気力などマイナスの感情が湧きあったことがある者は約90%であった。そのようなマイナスな感情を持った自分に対して「情けないと自分を責め」(17.5%)で落ち込んだり、「感情を押し殺すことで精いっぱい」(17.5%)と格闘する者が三人にひとりいた(田中：2010)という結果もある。このように介護現場において、このように自分が情けないと思ってしまうたり、語りからの負の感情を抱いたらいけないのではないかと感じていることは、実はかなり多くの介護現場において共通することだと考えられる。このことに対して、U氏は次のように述べている。

その気持ち(負の感情)を利用者にぶつけてはいけません。だけど、その心を自分で、ありのままに感じ、受け止めることで心が整理され、自分の客観視することができると思うんです。そうすると自分のことでいっぱいだった気持ちが、ご利用者に向いて、行動の理由を考える思考が生まれると考えています。

このことを可能とするツールとして「自分の気持ちを何でも書き合えるノート」を用いた実践は有効であったという。自分の気持ちを書くことによって気持ちを客観視し、他の職員の気持ちも知ることができることによって、自分だけが抱えている気持ちではないのだということがわかり、チーム形成にも影響を与えるものとなっていった。負の感情を持つとことと、その感情をどうコントロールするか、そして、その感情を共有することの重要性がうかがえた。

【介護職員のパーソンフッドを大切にする視点】

介護現場では、ケアカンファレンスや会議の場で職員個々人が、自分意見や思いを次々と語るといったことはあまりない。「自分の介護は果たしてあっているのか」、「こんなところで間違ったことを言ったら恥ずかしい」と考えるために、結果的に発言を避けてしまう

というのはよくあることである。U氏は、そのことを以下のように述べている。

(日々の介護の中で) ご利用者の気持ちに気付いているのに、ご利用者の力を見ているのに、恥ずかしい、あつてるかなと不安になってしり込みしてしまう環境から、自由に意見が言えて、互いに認めあえて、ご本人を軸にケアを精査し、実現する場があればみんな（職員が）生き生きできると思うんです。

このような、介護職員へのパーソンフッド（一人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること）を大切にする職場環境を整備していくことも働く職員にとっても重要であり、そこで展開される介護も質の高いものになる。とにかく「ご利用者のために」といわれる介護現場では、職員の気持ちが無視されやすい。介護職員を取り巻く環境も介護に影響するということなのではないかと考える。

第3節「現地相談事業」の実際 ―S園の事例から

1. 目的と方法

(1) 目的

本事例分析の目的は、「現地相談事業」が実際どのように行われているのかの全体像を描き、スーパーバイザーの助言を通して、介護現場にどう作用したのかについて明らかにすることである。

(2) 方法

以下の資料と担当者へのインタビューの内容を分析材料として用いた。

1) 日本認知症ケア学会での口頭発表・ポスター発表の資料

現地相談事業の内容やその成果は、スーパーバイザーだけでなく、スーパーバイザーである施設側も報告している。本章では、2012年にスーパーバイザーについて報告した「現地相談担当者の役割を考える」や、「介護事業所におけるチームリーダーのスキルアップを考える～現地相談の経験から～」、「もの忘れサポートセンター・しがにおける現地相談の実践」を参考にした。

本節で取り上げる特別養護老人ホームS園の事例については、2012年の認知症ケア学会で報告された「認知症現地相談を通じた職員のモチベーションの変化」の資料を参考にしていく。

2) 講演会録・報告書

2012年1月15日に滋賀県が主催した「滋賀県認知症医療とケアフォーラム」で報告された、「現地相談の実践報告―新しい認知症研修の取り組み」の当日資料と、このフォーラムについて掲載された2012年3月号の『介護保険情報』を用いた。さらに、もの忘れサポートセンター・しがが報告した「2011年度現地相談報告書」も参考にした。

2. S園の概要と相談の背景

1) 特別養護老人ホームS園の概要

特別養護老人ホームS園は、入所定員は、108名（うち、短期入所定員は28名）のうち、認知症棟30床がある。入所者の平均介護度は4.13（2012年）、平均年齢は83.9歳（男性79.5歳、女性84.6歳）、平均在所日数は、約4.3年である。認知症棟には、15名の職員（介護係長・介護主任・介護副主任の他に常勤職員6名、非常勤職員6名）が配属されている。

2) 現地相談を依頼した背景

認知症棟に配属されている職員からは、「こんなに苦勞しているのに現場の苦勞がいつまでも管理者には伝わらない」「わかってもらえない」「職員は追い込まれて気持ちが八

方塞がりになっているように感じている」「自分たちはどうしたらいいのか、何をしたらいいのかわからない」「やる気がでない」という声が施設内で聞かれていた。一方で管理者（施設長）は、「現場の大変さはよくわかる」「職員が大変と感じていることは、なんとかしたい」と思っていた。管理者は就任2年目ということもあり、この状況を打破するために、管理者側から現地相談事業を依頼した。

3. 第1回目のスーパービジョン

S園での現地相談は3回実施された（表6-3-1）。以下3回の現地相談の内容を具体的にスーパービジョンのプロセスと次回までの課題に分けて記していく（表6-3-2）。個別相談事業でのスーパービジョンは、入所者の生活しているフロアが見える場所で行われる。介護職員が高齢者と関わる様子や、高齢者の生活の様子が見える場所というところ、詰所やステーションといったところで行われることが多い。S園の場合にも、同様の環境で行われた。

表 6-3-1 現地相談事業の開催と参加者

	開催日	時 間
1 回目	2011 年 10 月 7 日	13:00～17:00
2 回目	2011 年 10 月 27 日	13:00～18:00
3 回目	2011 年 11 月 21 日	13:00～17:00

表 6-3-2 第 1 回のスーパービジョンのプロセスと成果

I. 1回目 10月7日(金)13:00~17:00

スーパービジョンのプロセス			次の課題
現場が認識する課題 (相談内容)	スーパーバイザーの 課題の整理・助言	職員の気づき	提案・合意
I-① 私たち大変さを上司(管理者)にわかってもらえない。 ・ご家族に来てもらって自分たちのケアをわかってほしい ・扉の施錠をしたくない ・利用者が夜間に起きてくるのが大変	1) 上司に対してわかってもらえないと思っているなら、わかってもらえるように意見していくしかない。	1)-① 現場の苦悩は管理者に伝わらない。伝える努力をしてこなかった。 1)-② 介護への「こんな対応でよいのかなあ」という不安感から「これでいいんや」と納得して前向きになり、ご利用者との関係を深めていけるのではないかと考えた。	A. 自分や他者の感じていることや考えを整理することが大切 「〇〇ノート」を提案 現場の苦労・苦悩の実際をありのままに書く「〇〇ノート」に全職員が書き込むこととする
I-② 事例を通して、8名のショートステイ利用者の対応についてのはずであったが、家族、家族教育、記録、個別ケア、薬、開錠について、スタッフのストレス、管理側との考え方との乖離、医療との連携不足、ハード面の改善、スタッフのケアのばらつきなど課題。	2) 認知症の方からの視点ではなく、職員視点である 3) 課題が何か整理できていない(統一されていない) 4) 脳の機能障害がある方を「問題を起こす人」と捉えている	2)-① 4)-① BPSDには根拠がある。それを一つに特定せず、他の要因も考えてケアすれば、そこから見えてくるものがあるのではないかと。 2)-② 4)-② 職員全員が認知症を学び知識を得ること。疾患別の特徴を得ること	B. 認知症の症状に関する(疾患別の中核症状やBPSDの特徴)資料を配布、自己学習してもらう C. ひもときシートのABを記入してみる

(1) スーパービジョンのプロセス

【現場が認識する課題】

当日の参加者は認知症棟の職員であった。

認知症棟の介護職員からは、次々と相談内容が上がってきた。職員たちの日頃の思いは、自分たちが上司(管理者)にわかってもらえていないのではないかとという不安であった。当初、現地相談事業の依頼理由は、ショートステイを利用している8名の高齢者のBPSDについて困っているということであった。しかし、実際に現地相談として現場に入っていた時には、①家族について、②家族の教育について、③記録について、④個別ケアについて、⑤薬について、⑥開錠について、⑦スタッフのストレスに関する事、⑧管理側の考え方の乖離、⑨医療との連携不足、⑩ハード面の改善、⑪スタッフの認知症の方への対

応のバラつきに関する事など、職員は日頃感じていること、困っていることについて話し始めた。このような状況からスーパーバイザーは、介護職員自身も何がこの介護現場で課題となっているのかわからない状況で混沌としているのではないかと推測した。

【スーパーバイザーの課題の整理・助言】

1 回目の現地相談でスーパーバイザーは、職員たちの「上司にわかってもらえない」という気持ちに対して、「わかってもらえないと思っているなら、わかってもらえるように意見していくしかない」と助言した。しかし、決して上司に対してだけに限ったものではなかった。認知症介護を実践していく中で、職員同士のつながりも保てておらず、自分が大変だと思っていることを共有する場や時間も持てない様子がうかがえたのである。

職員の横のつながりを作り出す仕掛けを必要としていると置かれている現状を整理した。そこで、課題を明確化すること、自分たちのしていることを言語化すること、そしてそのことを文章化していくことを経て、チームで共有化していくことを目標にひとつずつ取り組んでいくことを提案していった。

最初に、スーパーバイザーは「〇〇ノート」を提案した。「〇〇ノート」とは、日々介護をしていく中で、職員が思ったことをそのまま書き、他の職員に読んでもらい、自分がどんな経験をしたのか、何に困ったのか、起きた出来事を他の職員にも知ってほしい・わかってほしいということを共有するものである。

また、認知症高齢者の BPSD の対応に苦慮している介護職員には、認知症の知識や疾患別ケアの在り方などの知識が十分でなく、明らかに BPSD に振り回されている様子があった。そこで、スーパーバイザーは、小さなことから取り組み、実践を積み上げていくこと、あきらめたり、情性で介護をするのではなく、自分たちの行っている介護が根拠をもって説明できるようになることの必要性を助言した。

【職員の気づき】

上記のようなスーパーバイザーとのやり取りの中から、第一回目の現地相談では、介護職員たちは以下のことに気付いた。なお、文中の番号は表 6-1-2 内の番号と対になっている。

（2）職員の気づき

- 1) -① 上司（管理者）に自分たち介護職員が日ごろ行っていることの大変さは、わかってもらえないと思いながら日々過ごしてきたが、スーパーバイザーに「わかってもらえないと思っているならば、わかってもらえるように意見していくしかない」という助言があったことにより、自分たちがわかってもらえるように伝える努力を怠っていたことに気付いた。
- 1) -② これまでは、入所者の介護を「こんな対応でよいのかなあ」と一人で不安感を持ってやっていたが、認知症について勉強し、正しく理解し、自分がしている介護に根拠を持たせることができるようになれば、「これでいいんや」と納得して介護が展開できるようになるのではないかと思えた。

2) -①

- 4) -① 認知症高齢者の BPSD には根拠があるということを知った。しかし、その根拠を断定せずに、たくさんある要因の中から、何がその原因となっているのかを考えながらケアを行うことで、実践するべきことが見えてくることがあるのではないかと感じた。

2) -②

- 4) -② これまで持っていた認知症に関する知識が、人によって違っていることがわかった。また、疾患別の特徴などを理解せずに介護を行ってきたのではないかと振り返った。正しい知識のもとに介護が行われたいといけなと気付いた。

【次回の課題—提案・合意】

今回の現地相談までに、職員が何に取り組むことができるのかを話しあってもらい、自分たちで決定していくことが現地相談の特徴であるが、第2回目の現地相談までに3点の実施項目が挙げられた。

- A. 「○○ノート」に全員が書き込む。利用者の行動やその時の状況について、思ったこと、感じたことをありのままに書く取り組みを実施する。
- B. 認知症の症状に関する（疾患別の中核症状や BPSD の特徴）資料を配布して、職員に自己学習してもらう。
- C. ひもときシートの AB の記入を試みる。

4. 第2回目のスーパービジョン

2 回目のスーパービジョンは 1 回目終了後、20 日後に行われた。1 回目で次回までに取り組むことにした実践について、その実施状況について振り返る。表 6-3-3 は「1 回目の相談事業からの実践」と「今回取り上げられた新たな課題」とに分けて表記している。

表 6-3-3 第2回目のスーパービジョンのプロセスと成果

Ⅱ. 2回目 10月27日(木)13:00～18:00

	スーパービジョンのプロセス			今回の課題
	前回決めた取り組みの実践状況	スーパーバイザーの課題の整理・助言	職員の気づき	提案・合意
1回目の相談事業からの実践	A 「〇〇ノート」は、認知症棟の責任者と係長から書き始め、徐々に職員に記入してもらった(全職員15人中、7人記入、非常勤4名、スポット職員2名は未記入でノートも見えていない)	1)「〇〇ノート」の記述がとても良い成果になっている。 事実だけでなく、「どうしてこの出来事があったのか」「他に方法はなかったのか」と記述してある。 2)「このノートの内容を利用して、具体的に何を行っていくのか。」「〇〇ノート」は継続するのか。	1)-① 職員のその時々のお持ちがわかり、共通の悩みを理解することができた 1)-② 自分のケアの見直し、職員間の情報共有になった 2)-① ありのままにノートに書くことで、職員のメンタルヘルスになった 2)-② 記載の内容、時間帯や内容を分析すると、困難状況への対処法や、人員配置の見直しにつながるかもしれない。	A' 〇〇ノートは継続する
	B 中核症状、BPSDの特徴を書いた資料を作成・配布した			B' 認知症について学ぶ
	現場が認識する課題(相談内容)	スーパーバイザーの課題の整理・助言	職員の気づき	提案・合意
今回取り上げられた新たな課題	Ⅱ-① 一人夜勤時、ショートステイ利用者のBPSDでケアが大変である。しかし、そのことは対処時には伝えず「穏やかに過ごした」と家族に伝えている。これでよいのか。	3)家族や、ケアマネジャーは、サービス利用中の正確な情報が必要である。 4)家族をサポートする言葉を忘れないようにする。 ・正確な情報提供にはBPSDなどの記録が重要。 ・利用前に事前情報をもらうことが大切。 ・ショートステイの連絡票と一緒に考えさせてもらいたいことを伝えていく。 5)家族を責めたり、傷つけるような文章にならないようにチェック体制を作る。 6)ショートステイ以外の入所者家族にも、現在の状況や日頃の姿を書いた手紙を渡す。	3)-① 家族と職員両者が思っていること、新しい発見の共有ができた。より良いケアが無理なくできるのではないかと。 4)-① 時間がないと簡単に家族への連絡票を書いてしまっている。クレームが怖いから余計なことは記入しないということが家族と隔たりを作っている。	D ショートステイ利用終了後の連絡票の様式を施設全体で見直しする。 E. ショートステイ利用者の家庭の様子、施設での様子の情報の共有を他職種も交えて行う。 F 長期入所者の家族に手紙を書く。(書き方の練習から始める)
	Ⅱ-② 「〇〇ノート」に記入しない人がいる 大切な情報をノートに記入する時間がない。読む時間がない。	7)全員参加にならないことがチームとして動けないことにつながり、不満や困難に結びついている。 8)チーム内の連携や目標の統一が難しい。 9)新しい取り組みが業務量が増大するという認識がある。		G 全員が〇〇ノートに記入できなくても、全員がノートを読む。読む時間は業務内とする。非常勤やスポット職員にも読んでもらうようにする。このノートに目を通すことを決まり事とする。

【先回の決めた取り組みの実施状況】

2回目の現地相談は、1回目に職員が取り組むことにした項目の実施状況を確認することから始まる。「A.〇〇ノート」の実施については、全職員が利用者とのかかわりの中で感じたこと苦勞していることなどを共有したい、わかってほしいと思ったことなどを自由に記述することのできるノートは作ってみたものの、実際はすぐにうまくいかなかった。

そこで、まずは認知症棟の責任者と係長から率先して書き始めることにした。本当に何でも書いてよいのか、他の人が書いている様子を見てからにしようといった職員の思いからなかなか書き込まれなかった。書きやすい環境を作っておいて、何を書いてもいいのだという土壌を作ったのちに、徐々に他の職員たちに記入してもらえるようにした。その結果、認知症棟全15名の職員のうち、7名が記入した。非常勤職員4名とスポット職員（固定業務担当職員）2名はノートに記入がみられず、実は、ノートを読むことすらできていなかった。

もう一つの実施項目となっていた、「B. 認知症について学ぶための資料を作成して配布する」ことは、実施した。

【スーパーバイザーからの課題の整理・助言】

スーパーバイザーは、この間の取り組みの成果である「〇〇ノート」に書かれている内容を確認し、職員たちの取り組みに対して、事実をありのままに書いてあるだけではなく、「なぜ、このような出来事が起きたのか」「他には方法はなかったのか」といった記述も見られ、この振り返れる状況が一つの成果なのだと伝えた。そして、この書き込まれたノートを利用して、次に具体的に何が実践できそうか問いかけた。「〇〇ノート」をこのまま継続していくのかどうかを職員にたずねた。

【今回取り上げられた新たな課題】

2回目の現地相談では、新たにショートステイの利用者とそのご家族へのサービス利用中の出来事等の伝達に関する相談があった。この相談は、1回目の現地相談の時に職員が困っていることの焦点化が図れずに具体的な話ができなかった事案であった。認知症高齢者がショートステイを利用することによって、場所が変わり、関わる人が変わり、すべてがいつもと違う環境のなかで生活することを余儀なくされる。そのため、不穏や不安になりやすい状況になる。職員は、ショートステイ利用中にこのような環境の中で引き起こされるBPSDに一生懸命対応している。夜勤時間になれば、職員数も減少するため、BPSDへの対応も、一人の高齢者に長時間かかわり続けられないという制約が生じる。そのことが、夜勤職員の不安やストレスも増大させる状況となる。

しかし、ショートステイの利用が終わり、高齢者が自宅に帰るときに添えられる連絡メモには、「穏やかに過ごされました」と書いている現状があった。毎晩、BPSDが表出されていたことや、高齢者がどのような不穏や不安があったのかについては、一切触れてこなかった。なぜ、職員はショートステイ利用中の高齢者のありのままの姿を伝えることがで

きないのであろうか。そこには、職員なりに考えた家族への配慮と再びショートステイを利用してもらいたいという思いがあった。家族に対してショートステイ利用中のありのままを伝えたとしたら、家族は恐縮し、再びショートステイを利用してくれないのではないのか。もし、ありのままを伝えたら、家族から苦情が来るのではないだろうか、という不安があったという。しかし、同時に事実を伝えていないこの状況のままで良いのかという疑問も持ちはじめていたため相談したのであった。

もう一つの課題は、「○○ノート」の継続とノートへの全員記入を目指してきたが、未だに全員がノートに記入することができていない状況であった。その理由として職員たちは、「記入する時間がない」「読む時間がない」と言っている。スーパーバイザーは、ノートに全員が記入していないという現状が、チームケアを促進できない要因につながっており、協力してくれない特定の層への不満につながっているのだと分析した。そこで、スーパーバイザーはこのような現状をどうしたらよいかを職員に投げかけ、職員たちからの提案を待った。

2回目の現地相談は、前回決めた取り組みの実施状況を確認し、その継続か新たな取り組みを職員同士が話をして決定し、さらに次の課題をスーパーバイザーに相談するという形式で行われた。

【スーパーバイザーからの課題の整理・助言】

スーパーバイザーは、ショートステイを利用される高齢者について職員側が準備しておかねばならないこと、情報共有しておく必要がある関係機関（専門職）の存在、そして、家族に正確な情報を伝えることの必要性について話をした。具体的には、ショートステイを利用される高齢者の事前情報を意識すること、家族や介護支援専門員には特に正確な情報を提供することにより、サービスのマッチングの評価指標となる。だからこそ、情報の伝達が大切になってくるとのこと。さらに、正確な情報を提供していくためには、正確な記録が不可欠であるため、その記録の在り方についても考えていく必要があることなどである。さらには、職員は、ショートステイのような在宅サービス利用者家族のサポート役も担っているため、ねぎらいの言葉などをかけていくことも求められていること、ショートステイの連絡票に家族と一緒に考えていきたいことというような表現で、介護を担う家族の伴走者であるということを伝えていく表現にすることを助言した。

【職員の気づき】（※表 6-3-3 内の番号ごとに表記している）

- 1) -① 職員は、「○○ノート」の継続によって、他の職員の介護中に沸き起こる遭遇した出来事に対しての気持ちがわかり、共通の悩みを理解することができたと感じている。
- 1) -② また、自分のケアを見直すきっかけになり、職員間の情報共有をするきっかけになった。

- 2) -① そのことは、同時にこれまで情報共有したり、同じ思いをしてきたという感情の交換をする機会がなかった職員たちのメンタルヘルスにつながっていた。
- 2) -② 高齢者との間に起きた出来事をその内容、時間などを軸に分析したら、こんな状況への対処法や人員配置などの見直しにつながるかもしれないと考えることができた。
- 3) -① これまで、積極的に考えることのできなかった、ショートステイ利用者の家族にショートステイ中の様子をありのまま伝えることに関しては、家族と職員の両者が思っていること、新しい発見の共有ができれば、より良いケアが無理なくできるのではないかと前向きに考えられるようになっていた。
- 4) -① 家族からクレームがくることに怯え、時間がないといって情報伝達を怠ってきたことが、結果的に家族との隔たりを作ってきたのではないかという気づきにもつながった。

2 回目の現地相談で、次回までの取り組みとして確認されたのは、以下の 6 点である。

- A'. 「○○ノート」の取り組みは継続する。
- B'. 認知症について学ぶことを継続して行っていく。
- D. ショートステイ利用終了後に家族に渡す連絡票の様式を施設全体で見直すこと。
- E. ショートステイ利用者の家庭での様子、施設での様子の情報の共有を他職種を交えて行うこと。
- F. 長期入所者の家族に手紙を書くこと（書き方の練習から始める）
- G. 全員が○○ノートに記入できなくても、まずは全員がノートに目を通すこと（読む時間は業務時間内とする）。このことをフロアの決まりとして徹底する。

5. 第3回目のスーパービジョン

2 回目のスーパービジョンから 3 週間後に 3 回目のスーパービジョンが行われた。ここでは継続してきた取り組みの評価（自己評価も含む）や、そこからの気づきと展開についてやり取りがなされた。

表 6-3-4 第3回目のスーパービジョンのプロセスと成果

Ⅲ. 3回目 11月21日(月)13:00～17:00

スーパービジョンのプロセス			次回の課題
前回決めた取り組みの実践状況	スーパーバイザーの課題の整理・助言	職員の気づき	提案・合意
A' 「〇〇ノート」を“あまりかけていない”評価し、達成感がない。 「〇〇ノート」は時間を設定して職員全員でノートを見ることができている。 「〇〇ノート」に、うまくいった事例を書いているケースも見られた。 利用者に安心して暮らしてもらうために、手厚くしたい時間帯の人員配置や業務の見直しを行った。	1)「〇〇ノート」にアセスメントに繋がるコメントが書かれている。 2)書いてある量で判断しているため、内容で評価していない。中身に変化があることを伝え、具体的にその部分を指して話す。 3)日常のケアのなかで「これが大切、すごくいいことをしている」と言ってくれる人がいないので自分たちのしていることが振り返れていない。	1)2)3)－①。 「〇〇ノート」に記載することによって、アセスメントに基づいて認知症ケアを特段意識せずに実践していたことが実感できた。ことにより、ケアの自信につながった。	A” 「〇〇ノート」の継続。
B' 1つひとつの症状や行動を疾患の特徴なのかどうか、その根拠などを考える職員が多くなってきた。 認知症があっても、今、その人ができることを見つけてかかわる職員が出てきた。	4)個別ケア、認知症ケアは実践されているものの、意識して行われていない。(これまでの経験を中心にケアを語っている)。根拠に基づいた考え方も取り込むことで大きく意味づけられ、自分たちの実践に自信が持てる。 5)実践できていることへの評価ができないままである。	4)－① 施設の日課に合わせるのではなく、利用者の生活の流れに合わせる。	B” 認知症の症状を理解できるように根気よく学び、共有する H ひもときシートを常勤職員9名が全員記入し行動の原因を考える取り組みを実施する。 G カンファレンスを行って原因を話しあう。
D 経過記録への記載方法の検討が始まっていた。自分たちの記録がケアプランとつながっていくためにはどうしたらよいか試行錯誤していた。 ショートステイの記録については、BPSDについての記述を書くようになった。一般棟の職員にも詳細に記入する意図を伝えた。しかし、「最後の救う言葉が書けていない」と自己評価している。一度チャレンジしたが家族の反応が悪く、取り組む意欲が低下している。	6)経過記録は、今でも十分にできていることを伝え、さらに良くなるために、期間を区切り焦点を絞って記載し、評価することを伝える。 7)家族によって反応は様々ある。伝え方も変えていく必要があるかもしれない。このことは継続したほうがよい。 8)BPSDを家族に伝えるという目的があるから実践できた。	6)－① 常識に縛られない、食べ物や生活の場にあるものをケアの資源と捉える。 7)－① 柔らかなケアを目指し、生きる力を見つけることで、入所したからといって、家族とは切り離してはならない。	
F 家族への手紙については一度実践しようと思ったものの、「家族が負担に思えるかも」という気持ちで実施できない。	9)実践に至らないのは、長期の入所者に何を伝えるのかその目的が職員の中で明確でないから。		

【先回決めた取り組みの実施状況】

3回目の現地相談では、「○○ノート」に書かれている内容の評価に職員たちの関心が変わっていた。「○○ノート」を全員が閲覧するという目標は達成することができた。しかし、書いてある内容が少ないのではないかという量が気になっており、職員は達成感を感じていない様であった。「○○ノート」には、わかってほしいという誰にも言う機会がなかった思いだけではなく、新たにうまくいった事例が書かれていることもあり、明らかに書かれている内容が質的に変化していつている様子であった。

また、「○○ノート」から手厚く介護をしなければならない時間帯を割り出し、人員配置や業務の見直しを行った実態も見えてきた。

一方で認知症の学習は、継続的に行われているようで、その成果として一つひとつの症状や入所者の行動を疾患の特徴なのかどうか、その根拠を考える職員が多くなってきた。また、「認知症だから」と低下していくさまざまな機能をあきらめるのではなく高齢者の今できることを見つけて関わる職員が出てきた。

経過記録の書き方についても、検討が始まっていた。自分たちの記録がケアプランとつながっていくためにどのようにしたら良いのか、試行錯誤しているようであった。

ショートステイの記録は、これまで書くことを躊躇してきた BPSD に関する記述がみられるようになった。さらに、認知症棟の職員だけではなく、一般棟の職員にもこの取り組みの意図を伝えて施設全体での取り組みにしようという姿勢が見られた。一方で、「最後の救う言葉が書けていない」と家族に BPSD を伝える努力をしたものの励ましたり労ったりすることができていないと自己評価している。また、一度チャレンジしたが、家族の反応が悪かったため、BPSD を伝えていくという取り組み自体への意欲が低下しているようであった。

ショートステイ利用者だけでなく、一般入所者のご家族に対しても手紙を送るという取り組みをしようとしたが、「家族が負担に思いかも」という気持ちで実行には至らなかった。

【スーパーバイザーの課題の整理・助言】

職員たちは、ノートにたくさんのことが書かれていないことが不満であった様子であるが、書かれている内容にアセスメントにつながる記述がみられていることを伝えた。また、ノートの記述は量ではなく、内容で評価することが大切であると助言した。これまで行ってきた記述とは、明らかに変わってきているという事実を確認した。

さらに、日常的に自分が行っている介護を振り返って評価してくれる存在が現場にいないために、職員たちが不安になっていることを指摘した。

職員たちは、症状や行動を疾患の特徴なのかと考えながら介護しており、個を大切にしたい介護は実践されているが、意識して行われていないのではないかと投げかけた。現状では、職員はあくまでもこれまでの経験を中心に介護を語っているだけにすぎず、根拠に基づいた考え方を取り込むことで大きく意味づけされることになる。それができれば、自分たちの実践に自信が持てるようになるかと助言した。一方で、できていることへの評価がで

きていないままである。そのため、確信が持てない状況が続いていた。

記録については、今でも十分に書けていることを評価した。さらに良くしていくために、期間を区切り焦点を絞って記録し、期間内で評価するとよいことを伝えた。

ショートステイ利用者の BPSD の記録については、家族の反応があまり期待していたものと違ったことから継続意欲が低下しているが、家族によって反応が異なることは想定内であって、その上で、個別に伝え方も変えていく必要があるかもしれないと助言した。そして、これまで BPSD については記録で触れていなかったが、それができるようになったのは、「BPSD を家族に伝える」という目的があるからだと話した。一方で、家族に手紙を書くことがなかなか実践できないことに対して、その理由をスーパーバイザーは「長期入所の方の何を家族に伝えるか、その目的が職員の中で明確でないからである」と指摘した。

【職員の気づき】

職員は、当初「〇〇ノート」に記載していることが、アセスメントになっているとは気付いておらず、しかもそれに基づいて介護を実践していることがアセスメントに基づいて介護することであるということがわからなかった。しかし、スーパーバイザーから、そのことができていると評価され、自信につながった。

一方で、これまで施設の日課に利用者を合わせてきたことがある職員にとって、認知症高齢者の生活の流れに合わせていくことの重要性に気づく機会であった。また、介護を行っていくために、食べ物や生活の場にあるものすべてがその資源になっているのだという視点の重要性に気づき、常識に縛られてはならないと感じていた。

ショートステイの記録については、入所したからといって、家族と切り離してはならないし、そのためにありのままを伝えていく努力をしなくてはならないのだと気づいた。

3 回目の現地相談を終えて、継続していくこと、新たに取り組むことは、以下の 4 点であった。

A” 「〇〇ノート」を継続していく。

B” 認知症の症状を理解できるように根気よく学び、共有する。

H ひもときシートを常勤職員 9 名が全員記入し行動の原因を考える取り組む

G カンファレンスを行って言動の原因を話しあう。

6. 集約（1～3回）全体構成

全 3 回のスーパービジョンを経て、S 園の介護職員たちは、「〇〇ノート」の継続を通して、アセスメントや振り返りができるようになっていった。このことは、同時に認知症を理解するための資料を用意し、各自が勉強できるように配布したことも作用していると考えられる。認知症を正しく理解し、疾患と症状との関係を考えるようになった介護職員は、「〇〇ノート」に記載する内容の変化につながった。3 回目のスーパービジョンでは、ひもときシートを使って介護職員の視点を変える取り組みを今後はじめていく

ことや、カンファレンスを実施することなどがあげられているように、認知症の理解と職員同士の情報の共有と感情の共感からはじめたことを起点として、介護業務のすべてがつながり始めている。

ショートステイ利用者の家族へ BPSD が顕著に表れていたことなどは、なぜ言わなければならないのか、情報を共有するとはどういうことなのかをスーパービジョンによって知り、納得したため介護職員が自らその伝え方を考え、様式を変更するなど工夫し取り組み始め、継続されている。一方で、ショートステイのご家族に連絡するだけでなく、長期入所している高齢者の家族にも手紙を書くことを第2回目のスーパービジョンの際に職員たちが決めたのだが、この取り組みは実行されることはなかった。スーパーバイザーが指摘していたように「なぜ、長期入所している家族に手紙を書くのか」「書くとするなら、何を書いて伝えるのか（伝えたいのか）」が見いだせなかったことが実践にはつながらなかったと考えられた（図 6-3-1）。

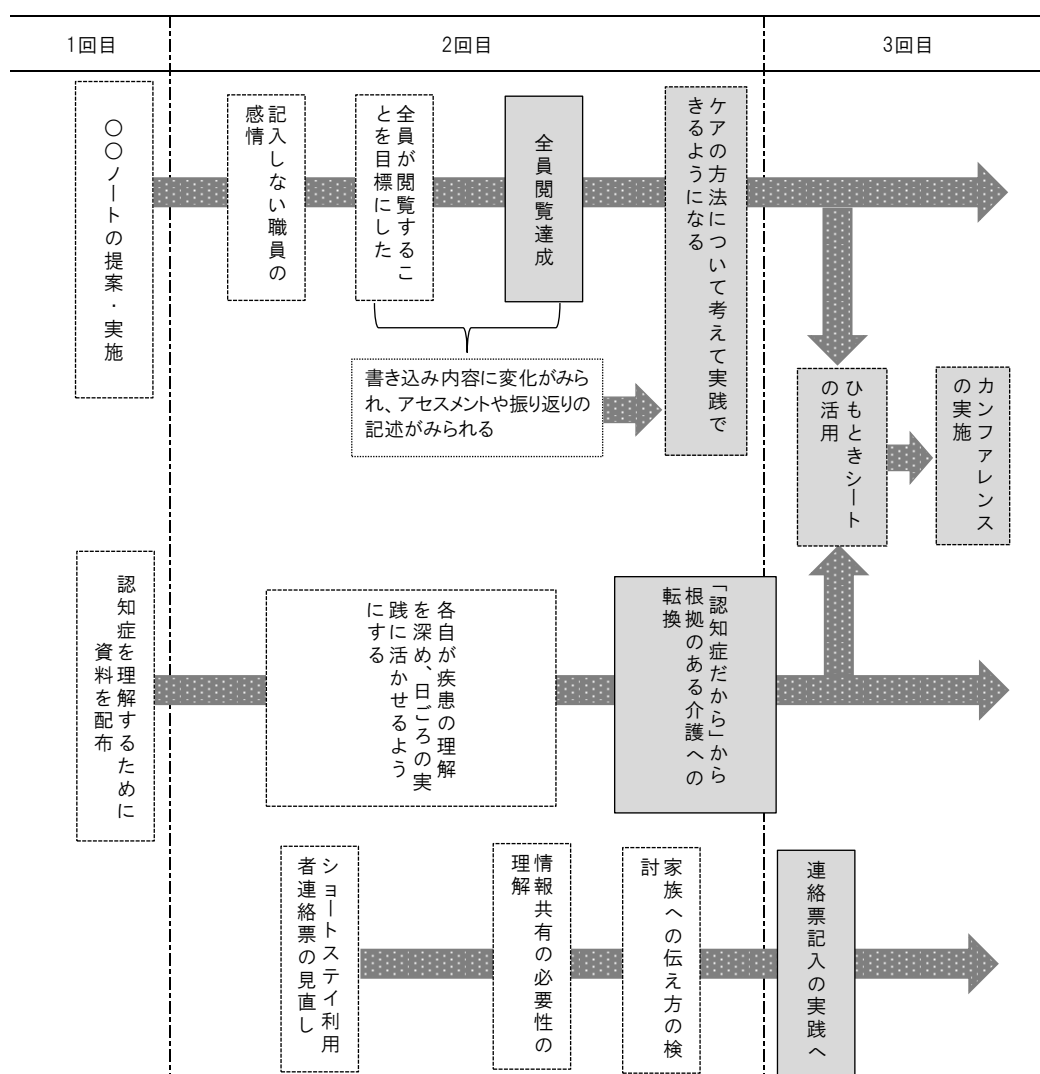


図 6-3-1 集約（1～3回）全体構成表

7. 小括

スーパービジョンを定期的に行ったことにより、介護職員が自ら決定し実行したことについての評価を常に受けることのできる環境が、自分たちの実践していることを認められているという意識をもたらしていた。また、「〇〇ノート」のようにやり遂げる・継続することによって、そこから新たな視点や気づきを得ていくのだということが明らかになった。やり遂げることが次の視点を見出し、その積み重ねが介護職員たちの介護を振り返り、自分自身を評価することにつながっている。「〇〇ノート」は、介護現場の中で湧き上がる感情を拾い記述することでもある。スーパービジョンでは、スーパーバイザーを中心に据え、日常的に自身に湧き起こる感情を自覚的に抑制することに慣れている職員がそのことを開示することが重要とされる（田村：2012）が、回数が決められているデリバリー型のスーパービジョンの場合には、「〇〇ノート」がその役割を果たしていたと言える。

俯瞰的に介護現場ととらえながら、なおかつ一つひとつの事象に丁寧にスーパーバイズし、職員が自ら実践課題を立てて取り組む「現地相談事業」は、個のスキルや能力を伸ばし、チームワークを育んでいったのである。

第4節 考察 ―日本における認知症介護スーパービジョンの到達点

本節では、「現地相談事業」の取り組みを通して日本における認知症介護スーパービジョンの到達点として、次の3点が明らかになった。デリバリー型のスーパービジョンは、個人がスーパーバイズされていくだけではなく、ユニット単位やフロア単位のグループでのスーパーバイズを可能とし、さらには、そのことがきっかけとなり、組織レベルでの業務改善などにつながっていた（図6-4-1）。以下、具体的に述べていく。

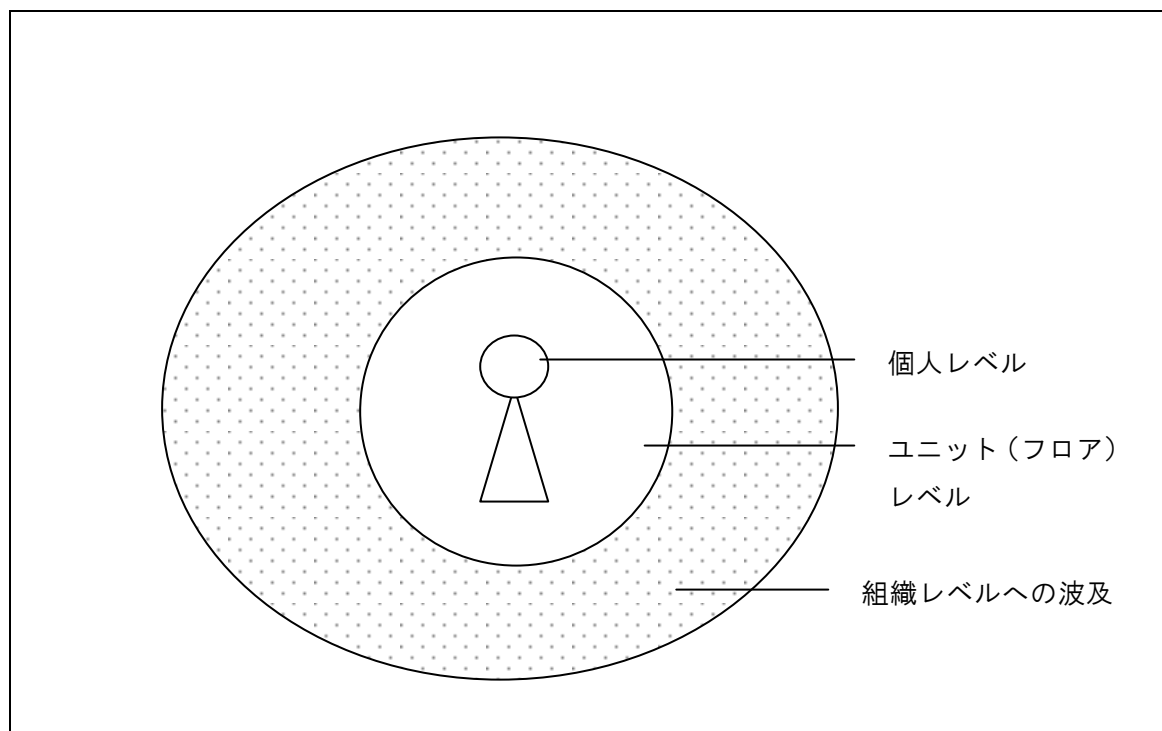


図6-4-1 デリバリー型スーパービジョンの作用

1. デリバリー型スーパービジョンが介護現場にもたらすもの

（1）個人レベルへの作用

「現地相談事業」で行われたS園での「○○ノート」の実践では、この取り組みを通して介護職員のアセスメント力が培われた。介護職員は普段考えていること、思ったことを書きだすことによって自らの考えが客観化できるようになり、そこから「なぜ、こんなことをしたのだろうか」「私が行ったアプローチは他に方法はなかったのか」など考える力の醸成につながった。特に「現地相談事業」は、スーパービジョンを実施してから、次のフォローアップまでの期間に取り組むことが職員それぞれに意識された点において、個人レベルで作用しているとともに、それを継続させていくようになっていた。倉石（1996）は、「気づいた時に気づいたベテランワーカーが適当な時間スーパービジョンを行うのでは体系化された職員の資質向上は期待されない」と述べており、スーパービジョンがいつ行われるのかが事前に提示され、契約関係に基づいて

行われることが重要性を述べている。デリバリー型のスーパービジョンは、その点では第三者が契約関係に基づいて行うものであるからこそ、契約関係が担保されるだけでなく、一定期間ごとに定期的なスーパービジョンを展開することができる。

一方で、「〇〇ノート」には、介護職員個々人が認知症の方に対して抱く「負の感情」や、そのような感情を抱いてしまったという職員の思いを共有するツールとしても機能していることが明らかとなった。このような共通のノートを通じた実践は、他の法人においても効果をもたらしているというⁱⁱ。

デリバリー型のスーパービジョンは、介護現場で展開されることから、新人職員から中堅の職員まで、どのような職層の職員であっても日頃関わっている事例で起きている課題や、施設の課題などでスーパービジョンが展開されるため、理解しやすい。また、職員たちは日頃の実践の振り返ることができ、デリバリー型のスーパービジョンが現任教育としての役割を果たしている側面も垣間見られた。

（２）ユニット（フロア）レベルでの作用

同じ研修、同じ事例を取り扱って、多くの職員が考える機会を得られるのがデリバリー型のスーパービジョンの特徴である。そして、グループスーパービジョンを用いて実施されていることにより、その成果は、ユニットレベルにも作用した。

デリバリー型のスーパービジョンで得た情報やスーパーバイザーからの助言は、全員が同じことを聞いている。そのような場面の設定をデリバリー型のスーパービジョンは可能にした。これにより、ユニットレベルで目指す方向性の確認や、情報の共有がしやすくなる。介護の専門性は身体介護の技能にあるのではなく、身体介護や家事援助としての態度、情報の収集分析と判断などの知識技術の全体性にあるとしている（須加：2002）。技術だけ習得するなら、徒弟制度のように先輩から後輩へと教え伝えていけばよい。知識を得るならば、施設内外を問わず座学での研修に参することによって得ることができる。しかし、それらを実践現場のなかで展開しようとした時には、現場の中でこれまで培ってきた知識と技術を用いて、関わっている認知症の方の介護をしようとしても上手くいかないこともある。その上手くいかない原因が何かを探るためにも、ユニットレベルでのスーパービジョンは必要なのである。認知症介護の場合、職員ごとにご本人とのかかわり方に違いがあると、高齢者が混乱を招いてしまう可能性もあり、より一層の強固なチームケアが求められる。

「現地相談事業」の場合には、その一助を担っていたのが「〇〇ノート」であった。これは職員間の関係性のアプローチに作用したのである。情報共有する内容を高齢者の状態などだけではなく、職員同士の感情レベルまで引き下げ、記述することによって各介護職員が何を感じながら、介護しているのかを共有するに至った。そのことが、連帯感を増しチームケアが可能な土壌を作っていくことになった。

(3) デリバリー型スーパービジョンの組織全体への波及

スーパービジョンを受けたユニットは、自分たちの取り組みの有用性を実感すると、別の部署と連携したり、同じ取り組みを展開することを持ち掛け、組織全体を変えてこうとしていた。また、1つのフロアで始まった取り組みは、やがて業務改善などにも波及していった。このことはデリバリー型スーパービジョンが組織全体に波及していたことを意味している。

職層や勤務形態に制限されないスーパービジョンの機会が確保しやすいのがデリバリー型の特徴である。そのため、多くの職員が受けることが可能なスーパービジョンは当然組織全体に波及することは必至であり、個人レベルへの作用で留まっていることが懸念されていた研修会とは大きく異なる。この波及性については、スーパーバイズを受けた職員が、この効果や意義を実感して、はじめてできるものであると考える。

認知症の早期発見・早期対応の仕組みとして滋賀県が2006年に創設した「認知症相談医制度」により認証される、認知症に理解のあるかかりつけ医のこと。

ⁱⁱ新人教育の場で利用している平成園では、「共感ノート」という名称で、新人職員が悩みや疑問、ご利用者にどのような気持ちや考え方で向き合っているかなどを自由に書くもので、担当の先輩職員（スーパーバイザー）がその内容に沿って新人職員の気持ちに共感して気づきを傾聴しアドバイスしているという（桜井：2010）。この取り組みにより、「自分の行ったケア」が「ご利用者の気持ちや生活や気持ちにどう影響しているのか」「なぜそういうケアをするのか」を考えられるようになるという。

終章 日本におけるスーパービジョンシステムの到達点と本研究の意義・課題

本章では、スーパービジョンシステムの構築に向けてこれまでに明らかにしてきたことを踏まえ以下について論じる。第1節では、3つの視点を持つ分析枠組みに沿って日本の到達点と課題を整理する。次に、2つの視点である循環的な機能と都道府県の推進的役割の到達点と課題を示す。第2節では、本論文の要約し今後の課題を述べる。

第1節 日本におけるスーパービジョンシステムの到達点と課題

1. 構成要素ABC別の到達点と課題

(1) A:階層別現任教育の実施

日本における現任研修は階層別に整備されてきた。このことにより、介護職員が各都道府県で研修受講の機会を得ることに寄与してきた。また、取得資格による受講規定を設けないという点で、介護職員の現任教育として広く受講者の拡大が見込めるものであった。しかしながら、現在の介護現場の現状から鑑みると以下の課題がある。

- ① 研修期間が連続していないものの認知症介護実践者研修では36時間、実践リーダー研修では57時間の研修時間とそれに加えて実習がある。この時間数が、多くの職員を研修に送り出すことを阻んでいる。3章で述べたグループホームの調査では、認知症介護実践リーダー研修修了者が1名というところから7名というところまで回答に差があった。このことから、条件が許さない事業所の検討が必要とされる。
- ② 長期間、職員を研修に送り出せる施設は、認知症介護の現任教育への意欲の高い事業所、研修期間内の勤務の調整のめどがつく比較的大きな事業所に限られてしまう。これらの研修を修了している介護職員がいる事業所が偏ってしまい、都道府県が主催である研修でありながら、県全域の介護職員のスキル向上には寄与しづらい側面がある。
- ③ これらの状況からすれば、研修受講者はおのずと常勤職員に限定されてしまい、非常勤職員によって支えられているという認知症介護現場の全体的な底上げにつながりにくい。非常勤職員に限定して言えば、先に述べたグループホーム調査では、認知症介護実践者研修を修了しているのが30名、リーダー研修を修了している者が3名(n=152)であった。

- ④ 実践リーダー研修修了者がいる施設は、認知症ケア加算の対象となっているものの、研修のフォローアップの機会が極めて少なく、都道府県によって格差がある。
- ⑤ 階層別の研修となっているが、次の研修へと進むめやすは勤続年数でしか定められておらず、継続的かつ体系的な学びとなりにくい。次の現任教育に進むかどうかは個人と事業所の意思でしかないのが現状である。

（２）B：スーパーバイザーの養成

認知症介護指導者養成研修は、日本の認知症介護の制度研修として唯一スーパーバイザー養成に該当している。認知症介護研究・研修大府センターでは、これまで認知症介護指導者のスーパーバイザーとしての役割を重視してきた。しかしながら、筆者の行ったアンケート調査の結果からみると必ずしも十分にスーパーバイザーとして機能していない状況にある。その背景には、研修のカリキュラムの反映までに至っていないことがある。

そのため、スーパービジョン事業を展開している滋賀県では、独自にスーパーバイザーの養成をせざるを得ない状況にある。この課題への打開としては、大府センターの単独の事業としてスーパービジョンに特化した横だしの研修開催やフォローアップ研修を検討することにより、認知症介護指導者がスーパーバイザーとしての役割を担うことができるようになると考える。この点については、筆者の今後の重要な研究課題である。

（３）C：介護現場へのデリバリースーパービジョンの展開

日本のデリバリースーパービジョンは、先進的な取り組み 2 事例を分析することによって、その到達点と課題が明らかになった。

まず、認知症介護研究・研修東京センターの全国 1 か所で集中管理しスーパーバイザー派遣するという事業は、即応性に欠け、継続性の担保が難しいものであった。

次に滋賀県の「現地相談事業」は、デリバリー型のスーパービジョン事業として、唯一、都道府県が制度化したものである。滋賀県での「現地相談事業」がデリバリースーパービジョンとして認められる理由は以下の 3 点である。

- ① 介護現場において、スーパービジョンが展開されており、そのスーパーバイズを担うのが認知症介護指導者というスーパーバイザーとしての役割を期待され教育を受けたものによって行われていること。
- ② 介護現場でスーパービジョンを行うことにより、現任教育としての機能を付与することができ、職種や働き方に関係なく、現場で起こっていることを通して体系的な理解ができること。

- ③ フォローアップを担保しており、継続的なかわりの中から介護現場の質向上に寄与することに県が責任を持ち、事業として展開していること。しかし、滋賀県においては、スーパーバイザーの養成という点で課題を残している。それは、人材不足によりデリバリースーパービジョンの範囲が限定され、ニーズに必ずしも対応しきれない状況が生じているということである。

2. 循環的な機能と都道府県の推進役割

デリバリースーパービジョンの構成要素をシステムとして捉えた場合の日本の到達点を、次のように結論づけた。

Aにあたる認知症介護実践研修・実践リーダー研修や、Bの認知症介護指導者養成研修といった研修制度を整備してきた。これよりAからBへのステップアップの道筋は描かれ、AからBへの相互のつながりは機能している。

しかしながら、A・BからCへの道筋が立っていない現状も明らかになった。その背景には、都道府県が認知症介護へのイニシアチブをとることへの意識に差がみられることがある。認知症介護指導者養成研修は2009年度以降、財源が地方交付税となった。認知症介護研究・研修大府センターが管轄する都道府県において言えば、多くの都道府県は今なお、国庫補助金事業であったときと変わらない予算を計上し人材育成に充てている。

Bの養成について言えば、どう都道府県が判断するのかが鍵となり、それなしにはCは展開されない。その結果は、CによるAの機能の一部を担うという循環的な仕組みも形成されないことに波及する。

本研究では、先駆的实践を分析することにより、Bを強化していくことが当面の課題であることが明らかとなった。そのためには、本研究で得た知見を認知症介護指導者養成研修の教材開発へ反映させていくこと、フォローアップ研修のカリキュラムの横だし事業としてスーパービジョンを強化するプログラム開発が必要である。また、Bの養成をより明確化するために、現行の研修を「研修講師育成」と「スーパーバイザー養成」に二分し、認知症介護指導者の役割として目指すものを分けていくという方法も考えられる。

さらに、A・B・Cの循環を作りだそうという動きは端緒についたばかりである。これは、都道府県がイニシアチブをとることなしにはうまくいかない。そこで、厚生労働省管轄の研究機関である、認知症介護研究・研修センターがバックアップしていくことの必要性が示唆された。今後、デリバリースーパービジョンの効果測定やモデル事業の提案も必要となる。

3. 本研究の意義

① デンマークの成果をもとにした分析枠組みを用いた妥当性

デリバリースーパービジョンシステムを構築するために、日本が改善すべき点を明確にしたことである。それは、スーパーバイザーの養成とスーパービジョンのデリバリー方式の間にある循環の欠如であり、そして循環への改善の手がかりをつかんだ。そのこ

とが実現しえたのは、デンマークのシステム枠組みを使いながら日本の現状を分析したことによる。

② 介護分野におけるスーパービジョン研究への貢献

これまで、介護福祉分野におけるスーパービジョン研究は進んでこなかった経緯がある。それは、介護福祉教育の中でスーパービジョンについて触れてないことや、ケースカンファレンスや事例検討会などがその代替的機能とされてきた経緯がある。その点において、本論文は介護福祉現場でのスーパービジョン研究の応用可能性に貢献できる側面をもつ。

③ スーパービジョン研修における教材開発への手がかかり

介護現場において、スーパーバイザーとしての役割を発揮する認知症介護指導者への研修の教材について手がかかりを得た点において意義があった。本研究では、スーパービジョンの理論や種類を伝えていくことではなく、介護現場を俯瞰的に見ることができ、何にハマっているかを分析できる能力が必要とされる。それは、認知症高齢者と介護職員やそのケアチームとの間で起こっていることを理解し、分析し、伝えていくことを研修していくことであり、そのためには、座学だけではなく研修内容にスーパービジョン実習も必要である。

第2節 本研究の要約と今後の研究課題

1. 本研究の要約

(1) デンマークにおける認知症介護のスーパービジョンシステム

ー日本のスーパービジョン事業の分析枠組みの設定

第1章では、本研究の分析枠組みとしてデンマークのデリバリースーパービジョンシステムを取り上げるに際あたり、まず介護職養成について文献・資料と筆者の現地でのヒアリングをもとに整理した。その結果、認知症介護の変遷から見る介護職養成の特徴が3点あげられた。

第一に、認知症介護の現任教育の整備と充実である。デンマークの介護教育は、専門職化を進めていくために、業務独占としている。しかも、介護の資格を介護と看護との境を極めて狭くするために、社会保健介助士と社会保健介護士という2本立てにしたのである。また、一部医療行為が可能な社会保健介護士を作ることにより、両者に明確な差を生み出し、職業上の役割分担をし、ステップアップするという可能性を作りだした。さらに、認知症に特化した現任教育は、現場に入ってから DEMENS1～3 が SOSU 学校で行われ、このステップが認知症ユニットでの勤務の条件として課されている場合が多く、休暇の職員の代わりに勤務する代替職員であっても、DEMENS の研修が終了しているものとする徹底ぶりであった。このことから、認知症介護が極めて専門性の高い介護と位置づけていることが明らかとなった。

第二に、介護職員を指導し、なおかつ認知症介護を包括的に見ることのできる中核となる人材育成が行われていることである。介護保健介護士をはじめとして、看護師や作業療法士として認知症介護に携わっていきたく者が次のスキルアップとして目指すものに「認知症コーディネーター」があった。2年間で養成されるこの資格には「ディプロム」が与えられる。認知症コーディネーターになると、介護現場のスーパーバイザーとしての役割を担うことになる。

第三に、実践現場で起こる介護が困難な状況に対応するスーパービジョンシステムである。認知症ユニットの職員やリーダーとの話し合いや、様々な工夫をしてもなお、介護困難な状況が続いた場合には、自治体の認知症コーディネーターにスーパーバイズを要請する。

デンマークの認知症介護は、人材養成レベルでの認知症介護カリキュラムの充実があり、認知症介護に関する知識と技術を持った職員が自治体の責任で養成され、現場に投入される。そして、その職員が実践現場において認知症介護で課題に直面すると、認知症コーディネーター養成を受けたスーパーバイザーが外部から介護現場に支援者として投入されるのである。スーパーバイザーはまた、これらの実際の課題を人材養成の場に事例研究として投入しながら現任教育するのである。このように、循環していく仕組みを自治体単位で作っている。

(2) デンマークのデリバリースーパービジョンにおける認知症コーディネーターの役割

第2章では、デンマークのデリバリースーパービジョンにおける認知症コーディネーターの役割について、スヴェンボーの実践を基に分析をした。スヴェンボーは、南フュン島地方に位置する3つの自治体が統合してできた人口58,000人の市である。高齢者数は8,500人（2008年9月現在）、プライエボリーやケア付き住宅等に入居している高齢者が2,780人（2009年9月現在）である。ここでは、社会保健介助士4名に2012年7月29日にフォーカスグループインタビューを実施し、その内容を修正版グラウンデッド・セオリーアプローチ（M-GTA）を用いて分析した。分析のテーマは、「デリバリースーパービジョンのプロセスにおける認知症コーディネーターの役割」とし、分析焦点者を「認知症介護に携わっている社会保健介助士」とした。分析の結果、8つの概念と5つのカテゴリーが生成された。スーパーバイザーである社会保健介助士から見た認知症コーディネーターの役割は、次の8つの概念となった。〈契約に基づき施設あがての情報収集をする〉〈高い能力で情報を精査し判断してくれる〉〈具体的介護方法の助言を受ける〉〈新たな介護の方法が見つかる〉〈チーム内で介護の方向性を統一できる〉〈強制的介入を許可されて介護を展開する〉〈スーパービジョンに則った新たな介護を実践する〉〈実践をバックアップするモニタリングを受ける〉

また、カテゴリーは、【現場に即した情報提供】、【困難打開が可能となるアセスメント】、【実行を保証されたプランニング】、【新たな視点による介入】、【実践をバックアップするモニタリング】の5つである。

次に、筆者はスーパーバイザーに対して、認知症高齢者介護におけるスーパービジョンの必要性和これまでの具体的な事例についてのインタビューを行った。認知症介護の中でもとくに困難を感じる場面は暴力的な行為がみられる認知症高齢者だという。スーパーバイザーである認知症コーディネーターが目指すデリバリースーパービジョンとして4点が明らかになった。一つ目は、認知症高齢者の言動を日常生活から読み解くことである。介護職員は、認知症高齢者が全身で訴えていることは何かを考えるために生活空間や環境についても意識することである。二つ目は、介護力向上で薬に頼らない介護を目指すことである。介護の専門家として、何ができるのか、どこまでできるのかを見極め、精神疾患以外の行動障害は介護の力で改善するようにスーパーバイズしている。三つ目は、介護が困難な高齢者への対応時間とそのバランスである。介護の方法に非常に苦慮している場合、そのことに多大な時間を費やすか、諦めてしまうのかといった方向になりやすいため、かわりの時間にどれだけ費やしているのかについてその意味を知ってもらうことである。四つ目は、統一された介護をするためにコンタクトパーソンとの連携である。介護現場ではコンタクトパーソン以外の職員も介護に携わる。その時に問題が起こることが多いという。そのために、どう対応するのかについてスーパーバイザーはどう介護したらよいか検討し、介護職員に伝達し、コンタクトパーソンがいない場合においても介護がスムーズに行えるようにする。

これらのことを踏まえて、日本を分析する上で着目する認知症コーディネーターの役割を2点に整理した。一つ目は、問題解決と職員のスキルアップを視野に入れた認知症コーディネーターの関わりである。デリバリースーパービジョンは、単に高い能力を持った認知症コーディネーターが課題を解決するための一助となっているだけではなく、一方で、これまで学んできたであろう知識を実践場面で再確認し、実践に活かしていくことを促していた。このことは、職員のスキルアップにつながっていると考えられた。二つ目は、即応性・継続性をもって関与してくれる認知症コーディネーターである。デリバリースーパービジョンでは、必要即応性が担保されているのである。また、一定期間を経てモニタリングが行われる。このことにより、ひとつずつ課題になっていることを解決しながら介護職員たちは実践力をつけていくことができるのである。

（３）認知症介護を担う介護職の現任教育の制度化とその現状

第3章では、日本の認知症介護を担う介護職の現任教育について、特に都道府県が中心となって行われてきた研修の歴史と制度化について述べてきた。日本で認知症介護の現任教育が始まったのは、1984年の「痴呆性老人処遇技術研修事業」に遡る。その背景には、認知症高齢者を精神病院ではなく福祉施設で介護していくという流れがあった。それまでは、認知症は精神障害であるという理解が一般的であったため、他の入所者に迷惑のかかる高齢者は入所できないと老人福祉課長通知（昭和39年9月2日）で定められていたのであった。

しかしながら、1983年の高齢者医療費無料化の廃止によって医療から施設・在宅へと転換していった。その結果、認知症高齢者の受け皿としての特養の役割が注目され、当時の寮母たちの研修が行われた。その後、現研修の前身である「痴呆介護実務者研修」が都道府県を主体として行われるようになったのは2000年のことである。研修の対象者を介護福祉士のみではなく、資格や職種を超えて受講できる研修としてきた。これはステップアップしていく現任教育の先駆けだといえる。その後研修の名称は、「認知症介護実践者等養成研修事業」となり、①認知症介護実践者研修、②認知症介護実践リーダー研修、③認知症介護サービス事業開設者研修、④認知症対応型サービス事業管理者研修、⑤小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修、⑥認知症介護指導者養成研修、⑦フォローアップ研修が事業に位置づけられた。2009年度の累計では、実践者研修を修了した者は121,776人、実践リーダー研修を修了した者は、2012年度で26,000人に上る。厚生労働省が2009年に掲げた「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」では、2017年末までに40,000人の認知症介護実践リーダー研修修了者を輩出する計画となっている。実践者研修は、介護の実務経験が2年程度の者を対象としている。講義・演習の必修時間は36時間（2,160分）で、職場実習4週間と他施設実習1日、実習のまとめ1日で構成されている。一方で、実践リーダー研修は、実践者研修を修了したもので、5年以上の介護経験を有するものあり、講義・演習が57時間（3,420分）と他施設実習3日以上、職場実習4週間、実習のまとめ1日という構成である。

認知症介護指導者養成研修は、先に述べた実践者研修、実践リーダー研修を修了した者が受講することができる。2001年から研修が始まり、1,724人（2013年3月現在）の認知症介護指導者が誕生した。この研修は、全国に3か所ある「認知症介護研究・研修センター」で養成しており、センター内での研修は25日（200時間）と職場研修期間4週間で構成される。この研修のねらいは、認知症介護実践研修を企画・立案し、講義、演習、実習を担当することができる能力を身につけ、介護保険事業所等の介護の質の向上について指導することのできる者を養成することである。この認知症介護指導者は、都道府県で先に述べた研修ができる「講師養成」が第一義的役割とされ、研修内容もそれに特化した内容となっている現状である。現場経験が長いという理由から介護現場でリーダー的立場となつてはいるが、職場内での人材育成ができる人材とは言い切れない。

都道府県が主体となつて行われるこれらの研修の課題は3点ある。一つ目は、認知症介護実践者研修・実践リーダー研修においてそのフォローアップ研修制度が必ずしも確立されていないという点である。いくつかの都道府県は独自でフォローアップ研修を開催しているが、認知症にまつわる最新の情報、知識の習得は、介護現場で働く者にとって欠かせないものであることから、継続的なフォローアップの必要性がある。

二つめは実践リーダー研修における「リーダー養成」の困難さである。実践リーダー研修のカリキュラムでは、スーパービジョン・コーチングといった具体的手法を学び人材育成について理解する講義・演習があるが、実際の研修生の学びは「個人のスキルアップ」や「認知症介護に関する再確認」といったことに偏重している。リーダー育成の方法については、さらなるカリキュラムの検討が必要だと考えられる。

三つ目には、在宅介護事業所に勤務する職員をも含めた研修の機会と参加促進である。認知症介護実践者等研修は、連続した研修であるため職員数が少ない在宅サービスの事業所の職員の参加を難しくしている。加えて、そもそもその門戸を開いていない都道府県もある。

そのような中で、介護現場では少数のスタッフと限られた時間で研修を行っている。2012年に筆者が行った愛知県内のグループホーム調査によれば、研修会を定期開催していると回答したのは40%で、年に数回開催しているのが46%、全くしていないというのが14%見られた。さらに、介護現場では、常勤職員が研修に参加することが多く、非常勤職員への研修の機会は内部の研修会や外部の研修会においても積極的に行われるものでない現状がある。つまり、受講の機会が公平平等とはなっていないため、全体の底上げになりにくい構造なのである。このことに切り込むためには、これまでとは違った方法が必要だろう。

（４）認知症介護指導者養成研修事業と研修修了生の現状分析

ー認知症介護研究・研修大府センターの事例から

４章では、認知症介護研究・研修大府センターの事例を取り上げ、認知症介護研究・研修大府センターでの認知症介護指導者養成研修の概要を整理し、①指導者に求められていること、②認知症介護指導者が実際スーパービジョンにどのように取り組んでいるのかについて、フォローアップ研修受講者のアンケート調査から明らかにした。認知症介護指導者養成研修は、都道府県が予算を計上して、認知症介護に携わる中核的役割を担う人材を研修に送り出している。この方法は、都道府県内に確実に人材をストックしていくことを可能にし、都道府県単位での認知症介護の底上げを期待できるものである。しかし、国庫予算の廃止以降、認知症介護指導者養成研修に予算を付けない都道府県が出現したことにより、行政のイニシアチブによる全国一律の人材育成はかなわなくなったため、自費（事業所推薦）での研修受講が可能となった。しかし、そのことは、都道府県による格差を生み出すこととなった。都道府県の推薦者と自費の修了生がいる場合には、自費の認知症介護指導者を人的資源として利用しないという現象も一部の地域で起きている。

大府センターの指導者養成研修では、研修の特徴として４点ある。①受講者同士の相互交流、相互啓発を重視している点、②自己覚知・自己洞察を深め、研修全体を通して自己の課題解決に取り組む点、③職場実習における個別課題研究を通して論理的な思考力を養い、課題解決能力を高めている点、④地域包括支援センターと連携し、地域で認知症高齢者の生活を支援する視点を養うカリキュラムを導入している点である。

認知症介護指導者は、人材育成としてのスーパーバイザーとしての役割も担っている。そこで、介護現場でどのくらいスーパーバイザーとしての活動をしているかについて調査した。その結果、21人中18人が、自分の職場でスーパービジョンが実施されていると回答したが、自分がスーパーバイザーをしたことがあるのは、そのうち16人であった。認知症介護指導者は、必ずしも自分の職場でスーパーバイザーとして機能しているとは言えず、さらに、認知症介護指導者が勤務している事業所であってもスーパービジョンを行っていない現状もある実態が明らかになった。

スーパーバイザーとして活躍しうる人材育成には、カリキュラムの改善が一つの方向性として考えられた。そのため、①講義ができる人材育成から俯瞰力の形成への転換、②評価されにくい固有の介護関係のなかでエンパワメントを促すスーパービジョンができること、③ソーシャルワークスーパービジョンではない介護スーパービジョンの展開ができること、の３点が重要である。

（５）日本の認知症介護におけるデリバリースーパービジョンの先行する取り組み

第５章では、日本において取り組まれ始めた認知症介護を担う介護職員へのスーパービジョンの方法として、スーパーバイザーが事業所を訪問して行うデリバリー型のスーパービジョンに着目し、これまで日本国内で取り組まれてきた４事例について分析した。

一つ目は国が認知症介護研究・研修東京センターに委託した「認知症ケア高度化推進事業」の一環で行われた「個別訪問相談援助事業」である。２年の事業で終了し、その後継続されることはなかったが、全国の認知症介護指導者に任意で協力してもらいスーパーバイザーとし相談依頼を受けた事業所へ派遣するものであった。訪問は１回だけであったため、双方からは継続的な関わりが必要との意見があった。また、「現地相談援助事業」は、必ずしも事例への対応の相談ばかりではなく、事業所内で認知症研修をしてほしいとの希望も相当数あった。「個別訪問相談援助事業」の課題は、全国１か所で相談受理からスーパーバイザーのマッチングと派遣までを行っていたことが、結果としてすぐに対応できない、土地勘がないために、誰を派遣すればよいのかわからないといったことを生じさせ、即応性に欠ける結果となった。また、１回だけの派遣では、そもそも課題の解決の入口に立っただけであった。

一方で、滋賀県では独自に「現地相談事業」を開始した。「認知症ケアアドバイザー」制度を作り、スーパーバイザー養成を認知症介護指導者に対して行い、要請のあった介護現場でスーパービジョンを展開している。「個別相談事業」は、スーパーバイザーは２名で担当する。ともに、認知症介護指導者である。依頼を受けてから、「現地相談事業」の目的を説明し、相談内容を確認する。当日、スーパーバイザーは介護をしているフロアを見学・観察し、その後、カンファレンスの時間を持ち、実際に現場で起こっていること、困っていること、悩んでいることを自由に話したり、今後の取り組みなどを決めていくのである。

県が運営主体となり、介護現場の質を高めていく取り組みは２０１２年度から熊本県でも始まった。認知症介護指導者を「認知症ケア・アドバイザー」とし、希望する現場に派遣し研修をするものである。この取り組みは、先に述べた東京センターが行った事業の都道府県版と言っても過言ではない。熊本県では、認知症介護指導者に DCM 研修受講させるという予算を計上し、DCM を用いて介護現場の質を高める方法を県が位置づけようとしている。

京都府では、社会福祉法人が他の法人とグループ化をし、人材育成をしていく取り組みを始めた。拠点整備を行い「人材・開発研究センター」を設置し、スーパーバイザーを２名配置した（１名は認知症介護指導者）。スーパーバイザーは、週１回、グループ化した法人の施設を巡回しスーパービジョンを行っている。

以上のことから、滋賀県の「現地相談事業」の取り組みは、本研究の分析枠組み A・B・C の要素が含まれ、なおかつそれらの関連がみられるため、日本におけるシステム化の事例と判断し、本研究の分析対象とした

（６）滋賀県における認知症介護「現地相談事業」の実際と到達点

第 6 章では、「現地相談事業」を実際に受けた特別養護老人ホーム S 園の事例を取り上げ、3 回行われた現地相談を現場からの課題、スーパーバイザーの課題の整理・助言、職員の気づき、次回の課題設定という枠組みで整理した。3 回行われたスーパービジョンは、すべて高齢者の姿が見える場所で行われ、スーパーバイザーは職員の働く様子と、高齢者の過ごし方を観察した。今回の依頼は、認知症棟の職員が、「上司にわかってもらえない」という思いの中で介護しており、そのことが日々の介護に支障をきたしているというものであった。しかし、スーパーバイザーはこの主訴の裏側に、認知症介護の中で職員同士のつながりも持てず、思いを共有したりする時間もない様子があるのだと分析し、「〇〇ノート」を提案した。「〇〇ノート」とは、日々介護していく中で、職員が思ったことをそのまま書き、他の職員に読んでもらい、自分はどんな経験をしたのか、何に困ったのか、起きた出来事を他の職員にも知ってほしい・わかってほしいということを記して共有するものである。役職者が率先して書き始めたことにより、最初は書かなかった職員たちが書くようになった。また、「〇〇ノート」に書き込む時間や読む時間がないという職員たちに対して、上司は、勤務中の仕事として位置づけた。一方で、認知症の知識の不足によって生じている介護の困難さについては、認知症の学習を進めた。職員は担当を決めて、資料をコピーし認知症フロアの職員に配布した。

「〇〇ノート」は継続していくうちに、思ったこと、経験したことを記載するだけでなく、その内容が変化してきた。「どうしたら、このような結果にならなかったのか」ということも書かれるようになり、アセスメントがされるようになってきた。スーパーバイザーはできていることを評価していった。スーパービジョンを定期的に行ったことにより、介護職員は自ら決定し実行していった取り組みについて評価を受ける環境があった。それは介護職員が自ら実践していることを認められている意識をもたらしていた。「〇〇ノート」は、やり遂げる・継続するということによって、そこから新たな視点や気づきを得ていくことが明らかとなった。やり遂げることが次の視点を見出し、その積み重ねが介護職員たちの介護を振り返り、自分自身を評価することにつながっていった。俯瞰的に介護現場をとらえながら、なおかつ一つひとつの事象に丁寧にスーパーバイズし、職員自らが実践課題を立てて取り組む「現地相談事業」は、個のスキルや能力を伸ばし、チームワークを育てていった。

日本におけるデリバリー型のスーパービジョンは介護現場に以下の 3 つの局面で効果をもたらしていた。①個人レベルへの作用である。認知症介護研究・研修東京センターが行った「個別訪問相談援助事業」では、介護現場の現状から考えると、様々な勤務形態の介護職員が外部研修に参加するよりも、参加できる確率が上がり、個人レベルでスキルアップになった。「現地相談事業」では、「〇〇ノート」により、個人のアセスメント能力が格段と高くなった。それは考える力を醸成する効果があったのだと考えられる。②ユニット（フロア）レベルでの作用は、同じ事例を取り扱って多くの職員が考える機会を得られるのがデリバリースーパービジョンの特色でもあり、グループスーパービジョンとして取り

扱われていることがユニットレベルに作用していたといえる。スーパーバイザーからの助言は、全員が同じことを聞いていることが重要で、そのことにより、ユニットレベルで目指す方向性の確認や情報の共有がしやすくなる。「現地相談事業」の場合には、その一助を担っていたのが「ooノート」であった。これは職員間の関係性へのアプローチであった。情報共有する内容を職員同士の感情レベルまで引き下げて記述することによって各介護職員が何を感じながら、介護しているのかを共有するに至った。③デリバリー型スーパービジョンは個人、フロア、そして組織全体への波及も考えられた。スーパービジョンを受けたフロアは、自分たち取り組みの有用性を実感すると、別の部署と連携したり、同じ取り組みを展開することを持ち掛け、組織全体を変えていこうとしていた。一つのフロアで始まった取り組みは、やがて業務改善などにも波及していった。また、職層や勤務形態に制限されないスーパービジョンの機会が確保されやすいのがデリバリースーパービジョンの特徴である。そのため、多くの職員が受けることが可能なスーパービジョンは、当然、組織全体に波及することは必至であり、個人レベルへの作用でとどまっていることが懸念されていた研修会とは異なるのである。

2. 今後の研究課題

デリバリースーパービジョンのシステム構築に向けて、より実践的な研究を遂行していくために以下の2点について取り組んでいきたいと考えている。

- ① デリバリースーパービジョンシステムの普及に向けて、都道府県に対してスーパービジョンのシステム化に関する意向調査を実施し、日本における普及の単位を都道府県とみなすことが可能かの検討を行う。
- ② 法人内の人材が都道府県の認知症介護の質向上を担うスーパーバイザーとして機能するために、法人との実践的な研究を行う。

またデンマークにおける発展的な研究としては、認知症コーディネーターが行うデリバリースーパービジョンでも課題の解決が見られないときに、VISO という組織が国のスーパーバイズ機関として整備されており、認知症コーディネーターが VISO にスーパーバイズを依頼することができる仕組みとなっている。今後は、VISO が認知症介護の実践現場で果たす役割について、現地での調査・ヒアリングを通してさらに深めていきたい。

引用文献

- 秋山恵美子（2010）「介護従事者のストレス」『現代のエスプリ 介護はなぜストレスになるのか』ぎょうせい，59-69.
- 痴呆介護実務者研修研究委員会（2001）『平成12年 痴呆介護実務者研修研究事業報告書 痴呆介護研修の新たな方法の試みと提案』.
- 痴呆介護研究・研修大府センター（2005）『平成16年度老人保健健康増進等事業「日本におけるパーソン・センタード・ケア（その人を中心とした介護）とDCM（痴呆介護マッピング）」の研修・普及に関する研究事業報告書』.
- 痴呆性高齢者支援対策研究会編（2001）『これからの痴呆性高齢者支援 痴呆性高齢者グループホームを中心に』2001，中央法規出版.
- 藤本直規・奥村典子（2010）『続 認知症の医療とケア』クリエイツかもがわ.
- 福山和女（2001）「専門職の共同作業におけるスーパービジョン・システム構築の意義」『テオロギア・ディアコニア別冊』，107-118.
- 原田亜紀子（2005）「第2章ネットワークが支える個別ケアー痴呆コンサルタントの仕事ー」『デンマークのユーザー・デモクラシー』，36-76.
- 長谷川和夫（1999）「痴呆性老人介護に関する調査研究報告書」『高齢者痴呆介護の研究および研修のあり方について』財団法人医療経済研究機構，4-5.
- IngerStenstrørnRasmussen,CharlottleHorsted,MarieHolmgaard Kristiansen
(2007)Samlevende med demente - En analyse af otte interviews om hverdagen med en demensramt, Servicestyrelsen
- 石川准，室伏亜紀訳（2000）『管理される心：感情が商品となるとき』世界思想社.
- 医療経済研究機構（2011）「Ⅱ.分担研究報告 2. 認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向に関する国際比較研究 デンマーク」『認知症ケアの国際比較に関する研究総括・分担報告書』，73-92.
- 石黒暢（1999）「デンマークの社会福祉 Ⅱ 高齢者福祉」『世界の社会福祉』旬報社 37-61.
- 金田千賀子（2005）「認知症高齢者を介護する家族を支える当事者組織の役割」『社会福祉学研究』創刊号，1-9.
- 金田千賀子（2007）「デンマークGrave市における認知症コンサルタントの実際とその養成」『医療福祉学研究』第3号，25-35.
- 金田千賀子（2008）「認知症高齢者介護家族に対するソーシャルワークの接近・介入としてのケアマネジメント」『医療福祉学研究』第4号，14-24.
- 金田千賀子（2003）『痴呆性高齢者の地域ケアにおける当事者組織の意義と役割ーある家族会の事例からー』，中部学院大学大学院人間福祉学研究科修士論文.
- 金子恵理子他（2012）「現地相談担当者の役割を考える」日本認知症ケア学会年口頭発表資料.

- 木下康仁（1999）『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践』弘文堂.
- 木下康仁編（2003）『分野別実践編グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂.
- 小島ブンゴード孝子（2002）『Mor あるデンマーク高齢者の行き方』株式会社ワールドプランニング.
- 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター（2004）『平成 15 年度老人保健健康増進等助成事業「痴呆介護実務者研修カリキュラムの見直し作業」事業報告書』.
- 高齢者介護研究会（2003）『2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』.
- 厚生労働省(2010)『平成 22 年介護サービス施設・事業所調査結果概要』.
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/dl/kekka-gaiyou_03.pdf,
 2013.9.20)
- 厚生労働省（2012）「認知症施策 5 カ年計画（オレンジプラン）」.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>,201
 4.1.3)
- 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム（2011）『今後の認知症施策の方向性について』.
- 汲田千賀子（2011）「第Ⅲ部 デンマークの福祉実践からの学び 第 11 章 認知症も怖くない 地域ケア—そこに専門職がいた」, 21 世紀の「住宅とケア」研究会編『デンマークの選択 日本への視座』, 112-123.
- 汲田千賀子（2012）「常勤職員が求める非常勤職員像—介護福祉現場の雇用の多様化をめぐる—」『介護福祉学』 Vol.19 no.2,166-173.
- 汲田千賀子（2010a）「認知症高齢者と家族への継続的・包括的ケアシステムモデル構築に関する試論」『中部社会福祉研究』創刊号, 9-18.
- 汲田千賀子（2010b）「認知症高齢者と家族の在宅生活維持継続にむけたデンマークの“協力モデル”の実際」『日本福祉大学大学院 社会福祉学研究』第 5 号, 49-55.
- 倉石哲也（1996）「現任職員スーパービジョンの意義・現状及び課題についての考察（第 2 報）：社会福祉施設でのスーパービジョンの展開」『社会問題研究』, 45（2）, 143-161.
- 黒川昭登（1989）『現代介護福祉論 ケアワークの専門性』誠信書房.
- 町田隆男、井上信宏（2001）「第 3 章 欧州の介護福祉と能力開発」『介護職の能力開発に関する総合的研究』社団法人生活経済政策研究所, 147-202.
- 松岡洋子（2005）『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論.
- Mette Brorresen,Helle Krogh Hansen,Lis-Emma Trangbæk(2004)Social Pædagogik
 Demens-det vanskelige omsorgsarbejde
- 宮島渡（2006）「デンマークの高齢者介護理論に学ぶ」『訪問看護と介護』11(4), 414-419
- 三好明夫（2013）「第 8 章 介護従事者の生活の質をも見据えた共生的福祉環境」『生活福祉文化資源の探求 これからの日本の生活様式を求めて—』京都ノートルダム女子大学

- 生活福祉文化学部編，ナカニシヤ出版，123-137.
- もの忘れサポートセンター・しが（2012）『2011 年度 現地相談報告書』.
- 村田康子・鈴木みずえ・内田達二編（2010）『認知症ケアマッピングを用いたパーソン・センタード・ケア実践報告集第2集—地域におけるさまざまな取り組み—』クオリティケア.
- みずほ情報総研株式会社（2011）「第Ⅱ章 デンマークにおける ICT の活用による生涯学習支援」,『平成 22 年文部科学省委託事業 ICT の活用による生涯学習支援事業（国外における実態調査）報告書』, 39-51.
- 井村圭壯，相澤譲治編（2010）『高齢者福祉史と現状課題』, 学文社.
- 松岡洋子（2013）「デンマークにおける『認知症国家行動計画』」『老年精神医学雑誌』, 24(10), 1000-1006.
- 本岡類（2009）『介護現場は、なぜ辛いのか 特別養護老人ホームの終わらない日常』新潮社.
- 村嶋幸代，レーネホーレンナー（2000）「VI 海外に学ぶ 1. デンマークにおける痴呆性老人への対応」『OT ジャーナル』, 34, 594-597.
- 長井卷子（2007）「認知症高齢者グループホーム運営の課題」『GP net』, 4(9), 23-25.
- Naomi Feil 著、藤崎嘉勝監訳（2002）『痴呆症の人との超コミュニケーション法 バリデーション』筒井書房.
- 永田千鶴（2009）『グループホームにおける認知症高齢者ケアと質の探求』ミネルヴァ書房.
- 生井久美子（2000）『介護の現場で何が起きているのか』朝日新聞社.
- 認知症介護研究・研修東京センター（2010）「デンマークの認知症ケア動向Ⅱ 介護人材の育成」(http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/kaigai/pdf/de09_care_02.pdf, 2013.8.26)
- 日本赤十字社（1997）『平成 8 年度老人保健事業推進費等補助事業 デンマークから学ぶ高齢者自立のための看護・介護職の役割』.
- 新村拓（2003）『痴呆老人の歴史 揺れる老いのかたち』法政大学出版局.
- 認知症介護研究・研修大府センター（2010）『平成 21 年度老人保健健康増進等事業 認知症介護指導者及び認知症介護実践リーダー研修の修了者等の実態調査事業』.
- 認知症介護研究・研修東京センター（2013）『認知症ケアの視点が変わる「ひもときシート」活用ガイドブック』中央法規出版.
- 認知症介護研究・研修東京センター他編（2006）『改定 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方』中央法規出版.
- 認知症介護研究・研修東京センター（2007）『平成 22 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業 認知症介護従事者研修のあり方に関する研究事業報告書』.
- 認知症介護研究・研修東京センター（2012a）『平成 23 年度老人保健健康増進等事業 認知症介護実践者等養成研修の平準化に関する検討報告書』.
- 認知症介護研究・研修東京センター（2012b）『平成 23 年度老人保健健康増進等事業 認知

- 症地域支援推進員研修における効果的な人材育成のあり方に関する研究事業』
- 認知症介護研究・研修東京センター監修（2005）『新しい認知症介護 実践リーダー編』中央法規出版。
- 「認知症ケアの『現地相談』の実践や課題について報告」『介護保険情報』38-42,2012.3.
- 「認知症とともに 認知症ナビ③」『介護保険情報』, 28, 2008.2.
- 認定介護福祉士（仮称）の在り方に関する検討会（2012）『認定介護福祉士（仮称）制度の方向性について 平成24年度研究の中間まとめ』
- (http://www.jaccw.or.jp/pdf/chosakenkyu/H24/H24_nintei_chukan.pdf, 2013.9.17)
- 西川真規子（2008）『ケアワーク 支える力をどう育むか』日本経済新聞出版社。
- 小笠原祐次（1982）「Ⅷ 在宅福祉・地域福祉 寝たきり老人と女の介護」, 磯村英一監修『高齢化社会と自治体・地域』, 株式会社ぎょうせい, 236-241.
- 岡田耕一郎・岡田浩子（2008）『だから職員が辞めていく 施設介護マネジメントの失敗に学ぶ』環境新聞社。
- 奥村典子, 藤本直樹, 堀井康江（2012）「もの忘れサポートセンター・しが」における現地相談の実践～座学研修と介護現場をつなぐための取り組み～」日本認知症ケア学会 2012年口頭発表資料。
- 奥村典子・藤本直規（2012）『もの忘れカフェの作り方』徳間書店。
- 奥村典子, 藤村直樹「『もの忘れサポートセンター・しが』5年間の相談活動について 電話・面接相談と現地相談の相談内容の分析から」日本認知症ケア学会 2010年口頭発表資料。
- 大塩まゆみ・福富昌城・宮城博（2002）『ホームヘルパーのためのスーパービジョン より良いサービスの提供をめざして』ミネルヴァ書房。
- 『レイカディア滋賀プラン（滋賀県高齢者福祉計画・滋賀県介護保険事業支援計画）』2012年3月改定。
- (<http://www.pref.shiga.lg.jp/e/lakadia/plan/plankaitei2403/201203kouhyou.html> 2013.9.1)
- ROBERT,G,BURGESS（1984）IN THE FIELD an introduction to field research, Routledge
- サービス行政官社会庁（2005）『実践ガイド：認知症専門教育と現場にける教育の導入（認知症コーディネーター養成研修を受講する介護職、事業所向けのガイドブック）』。
- 坂本宗久（2005）『ユニットケア個性化大作戦 個別化ケアから個性化ケアへ』, 筒井書房。
- 桜井美和子（2010）「Part3-1 平成園のスーパービジョン『響存』を生み出す『共感ノート』」『ふれあいケア』, 18-21.
- 佐藤博幹（2008）「ケアの人事管理―雇用管理と報酬管理」, 上野千鶴子、大熊由紀子他編『ケア その思想と実践 6 ケアを実践するしかけ』, 177-196.
- 佐藤幹夫（2010）『『もの忘れカフェ』に見る“対話”の重要性』『健康保険』, 2010.1, 38-45

- 沢田清方（1994）『デンマークに学ぶ本物の福祉』地域福祉研究所編，兵庫県部落問題研究所．
- 澤渡夏代ブランド（2009）『デンマークの高齢者が世界一幸せなわけ』大月書店．
- 社団法人日本社会福祉士会 専門社会福祉士認定制度準備委員会（2011）『専門社会福祉士認定システム構築事業報告書』．
- 社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会（2007）『とくしま社会福祉研究 第17号② 社会福祉施設におけるスーパービジョンのあり方に関する研究』．
- 柴山漠人、柿本誠、可知昭江、遠藤佐代子（2005）「認知症介護研究・研修センターの指導者研修と生涯学習」『日本認知症ケア学会誌』，第4巻第1号，107-112．
- 「滋賀県認知症医療とケアフォーラム」2012年1月15日資料．
- 下垣光（2006）「スーパービジョンとコーチング」『新しい認知症介護：実践リーダー編』中央法規出版，144-154．
- 塩田咲子（2006）「デンマークの社会福祉保健養成学校を訪ねて」『地域政策研究』第9巻第1号，71-79．
- SOCIALMINISTERIET (2001) Rapport om generel samarbejdsmodel på demensområdet(<http://www.servicestyrelsen.dk/filer/aeldre/demens/2847.pdf>,2013.9.10)
- 須加美明（2002）「ソーシャルワークとしての側面からとらえた介護福祉での援助技術」『長野大学紀要』24（2），149-158．
- タクティールケア普及を考える会編（2008）『タクティールケア入門』日経BP企画．
- 田村綾子（2012）「第Ⅳ章スーパービジョンの方法」柏木昭・中村磐男編『ソーシャルワーカーを支える人間福祉スーパービジョン』聖学院大学出版会．
- 田中かず子（2010）「感情労働としての介護」『現代のエスプリ 介護はなぜストレスになるのか』ぎょうせい,48-58．
- 舘石宗隆（2003）「わが国の痴呆性高齢者支援対策」『OT ジャーナル』Vol.37 No.9, 861-871．
- トム・キットウッド著・高橋誠一訳（2005）『認知症のパーソンセンタードケア 新しいケアの文化へ』筒井書房．
- 筒井澄栄，石川彪（2010）「ドイツ連邦共和国・デンマーク王国における介護職員養成」『海外社会保障研究』2010，No. 172,57-65．
- 植田寿之（2000）「第Ⅰ部 スーパービジョンの基礎理論 第3章スーパービジョンの方法と課題」奈良県社会福祉協議会編集『ワーカーを育てるスーパービジョン』，中央法規
- 山井理恵，小渕高志，外山太一（2005）「ケアスタッフに対するスーパービジョン研修にかかわる研究—研修参加者によるアイデンティティの比較分析—」『明星大学研究紀要-人文学部』，133-145．
- 山本和郎（2000）「スーパービジョンとコンサルテーションと情報提供」『現代のエスプリ』6月号，55-63．

- 山梨恵子（2010）「デンマークの認知症ケアシステムに学ぶ 低コスト・良品質・ユーザー本位の知恵と工夫」『ニッセイ研究所 REPORT』2010, 12-21.
- 山梨恵子（2010）「デンマークの認知症ケアシステムに学ぶ 低コスト・良品質・ユーザー本位の知恵と工夫」『ニッセイ基礎研 REPORT』2月号, 12-15.
- 山田尋志（2014）「レポート2 地域包括ケアを推進するための連携—社会福祉法人のグループ化の視点から」『月刊福祉』1月号, 28-31.
- 財団法人介護労働安定センター（2012）『平成24年度版 介護労働の現状Ⅰ 介護事業所における労働の現状』.
- 財団法人介護労働安定センター（2012）『平成24年度版 介護労働の現状Ⅱ 介護労働者の働く意識と実態』.
- 財団法人介護労働安定センター(2011)『平成23年度版介護労働の現状Ⅰ 介護事業所における労働の現状』.
- 全国社会福祉協議会（2011）『改定 福祉職員研修テキスト 指導編』.

謝 辞

本研究は、筆者が日本福祉大学大学院福祉社会開発研究科社会福祉学専攻在学中に行った研究をまとめたものです。

博士論文の執筆に際しては、指導教員の平野隆之教授には、研究の方向付けから詳細に渡るまで、丁寧かつ頻繁なご指導を賜りました。時に厳しく、そして優しくご指導して下さったことに深く感謝いたします。また、近藤克則教授、後藤澄江教授には、副査として貴重なご助言をいただきました。修正版グラウンデッドセオリー・アプローチを用いた分析では、田中千枝子教授のスーパーバイズをいただきました。心より感謝申し上げます。

本研究を遂行するにあたり、ご協力いただきましたデンマークの認知症介護に携わる専門職の皆様は心より感謝申し上げます。また、デンマークでの調査研究に際しては、現地コーディネートおよび通訳は欠かせないもので、和子マイヤー氏には大変お世話になりました。入手したデンマーク語の資料は、グレイメル三千穂氏の力なしには解読できず、的確な翻訳により、研究が格段と進みました。両氏に感謝申し上げます。日本での調査研究では、認知症介護指導者の方々に多大なるご支援とご協力をいただきました。心からお礼申し上げます。

本研究の一部は、科学研究費補助金（若手研究【B】課題番号：21730473, 2009～2010 年，若手研究【B】課題番号：2373055, 2011～2012 年）を受けたことにより十分なデータ収集をすることができました。記して感謝いたします。

博士課程進学に際しては、両親および祖母の支援なしには叶いませんでした。多大な支援をして下さったことに感謝いたします。また、博士論文執筆期間中に家庭内のすべてのことを引き受け、温かく見守り生活を支えてくれた夫に感謝します。彼の支援がなければ、論文執筆に集中することはできませんでした。

最後に、博士論文を書き上げられたことに対して、これまでお世話になったすべての方々に改めて感謝の意を表し謝辞といたします。

2014 年 1 月

汲田千賀子