

平成 18 年度 老人保健健康増進等事業報告書

介護保険制度の適正な実施及びサービスの質の
向上に寄与する調査研究事業

効果的認知症実践研修実施に関する 研究事業

—指導者研修新カリキュラム策定に向けて—

報告書

平成 19 年3月

認知症介護研修研究センター
大府・東京・仙台センター

平成18年度 老人保健健康増進等事業報告書

介護保険制度の適正な実施及びサービスの質の向上に寄与する
調査研究事業

効果的認知症実践研修実施に関する研究事業 —指導者研修新カリキュラム策定に向けて— 報告書

平成19年3月

認知症介護研修研究センター

大府・東京・仙台センター

目 次

第1章 研究事業概要	5
Ⅰ 研究事業目的	7
Ⅱ 研究事業計画	7
Ⅲ 研究事業の意義	10
第2章 認知症介護指導者研修新カリキュラム	11
Ⅰ 認知症介護指導者養成研修カリキュラム見直しの方向性	13
Ⅱ 新カリキュラムの内容	15
Ⅲ 認知症介護指導者フォローアップ研修について	18
(別紙 2-1) 認知症介護指導者養成研修標準カリキュラム案	19
(別紙 2-2) 認知症介護指導者養成研修カリキュラム新旧対照表	21
第3章 認知症指導者研修事業都道府県・政令市担当者研修会	23
Ⅰ 認知症指導者研修事業都道府県・政令市担当者研修会	25
1. 都道府県等担当者研修会スケジュール	25
2. グループディスカッション	31
1) 大府センター グループ	31
2) 東京センター グループ	37
3) 仙台センター グループ	40
Ⅱ 平成 17 年度都道府県別認知症介護研修事業実施状況調査結果	46
A. 認知症介護実践者研修事業の実態調査結果	47
B. 認知症介護実践リーダー研修の実態調査結果	55
C. 認知症介護指導者養成研修について	62
D. 認知症介護指導者養成研修についての自由記載	69
E. 調査結果のまとめ	78
平成 17 年度都道府県別認知症介護研修事業実施状況調査票	80
第 4 章 ヒアリング調査—認知症指導者に求められるもの	93
Ⅰ ヒアリング調査の目的と方法	95
Ⅱ 認知症介護人材育成のあり方に関する有識者ヒアリングについて	97
Ⅲ ヒアリング調査結果	107
Ⅳ ヒアリング調査結果のまとめ	119
(別紙 4-1) ヒアリング調査記録	120

第5章 その他の事業	173
Ⅰ スウェーデンにおける認知症介護職員研修の現状の視察	175
Ⅱ 平成18年度第2回認知症介護指導者養成研修における講義 レビューの分析	179
Ⅲ 認知症介護指導者フォローアップ研修における学びのまとめ	184

〔付録〕

(資料1) 大府センター認知症指導者研修構造図	189
(資料2) 大府センター認知症指導者研修参加者 地域別人数	190
(資料3) 大府センター認知症指導者研修フォローアップ研修参加者 地域別人数	191
(資料4) 東京センター認知症指導者研修構造図	192
(資料5) 東京センター認知症指導者研修参加者 地域別人数	193
(資料6) 東京センター認知症指導者研修フォローアップ研修参加者 地域別人数	194
(資料7) 仙台センター認知症指導者研修構造図	195
(資料8) 仙台センター認知症指導者研修参加者 地域別人数	196
(資料9) 仙台センター認知症指導者研修フォローアップ研修参加者 地域別人数	197

第1章

研究事業概要

第1章 研究事業概要

I. 研究事業目的

本事業の目的は、平成17年度より実施された実践研修新カリキュラムに即した認知症指導者研修新カリキュラムを開発することにある。

平成17年度は、「効果的認知症実践研修実施に関する研究事業」で実施した都道府県政令市指導者研修担当者会議（以下担当者会議）で各センター担当地域の都道府県政令都市認知症介護指導者研修担当者と指導者研修ならびにフォローアップ研修の目的と意義、研修内容、研修実績、ならびに指導者研修修了生の動向、実践研修カリキュラムについて協議した。結果から現在各地域で実施されている実践研修カリキュラムに沿った指導者研修カリキュラムを策定することは必須であるが、修了生が実践研修企画・立案に役割を十分に果たすためにも指導者研修の達成目標を明確に、同時に研修修了生が自己のコンピテンスの評価することができる方法を開発することが求められた。

そこで、本事業では、H19年度からの新カリキュラムによる指導者研修の実施を目指し、指導者研修の総合的な達成目標を明確にするのと同時に各センター共通の新カリキュラムの達成度に関する総合評価方法を提案する。さらに、個別カリキュラムの達成度評価ならびに担当講師の講義内容に関する評価等、新カリキュラム策定に際して、その評価方法も明確にする。

II. 研究実施計画

1. 平成18年度計画

1) 新カリキュラムの作成

平成17年度協議を踏まえ、平成18年度は、次年度から実施する新しい認知症介護指導者養成研修カリキュラムの作成である。都道府県で実施されている認知症介護実践研修の研修体系に対応でき、それらの研修の「プランナー」「トレーナー」「スーパーバイザー」に関する能力を修得するこ

とを主眼とした新カリキュラムの作成である。平成 17 年度の協議では、新カリキュラムの骨子は、①認知症介護の体系的理解、②認知症介護に関する方法・研究の理解、③認知症介護の実践にたいする指導、④自習指導方法の実践的理解、⑤地域社会への支援方法、⑥教育成果の評価、を養うための演習・実習と職場研修 4 週間と素案がまとまった。この新カリキュラム骨子をもとに、平成 18 年度は、新しいカリキュラムを策定した。

2) 都道府県認知症介護指導者担当者研修会

平成 17 年度に初めて実施された都道府県認知症介護指導者担当者交流会は、3 つのセンターの担当都道府県等の指導者研修担当者とセンタースタッフと大変有意義な意見交換の場であった事が評価された。今年度も各都道府県等認知症介護指導者担当者会議を実施した。またそれに先駆けて、各地域での認知症介護指導者の実態について調査した。調査内容は、認知症介護実践研修ならびに実践リーダ研修の実態、指導者研修の派遣方法、派遣者選出方法などで、各自治体で実施している現任研究や事業開設者研修の企画、講師等の役割についても尋ねた。

3) 新カリキュラム策定のための有識者ヒアリング

指導者研修カリキュラム見直しに際しての有識者ヒアリングを実施した。本年度は 11 名の有識者からは、認知症に関する各地域の活動が紹介され、そこでの指導者の役割について意見が述べられた。その大半は、認知症介護教育をはじめ、地域での介護支援やスーパーバイザーとしての指導者の役割が大きいことが述べられ、将来的に指導者が地域活動の推進役になることが期待された。また、地域包括支援センターの認知症介護支援に関する推移役としての指導者への期待が示された。

2. 本事業検討委員

平成 18 年度は、本研究事業の検討委員会委員として 3 センターの指導者研修に携わっている者を中心にメンバーを構成した。

〈委員長〉今井 幸充 認知症介護研究・研修東京センター副センター長

〈委員〉加藤 伸司 認知症介護研究・研修仙台センター研究・研修部長

柿本 誠 認知症介護研究・研修大府センター研修部長

諏訪さゆり 認知症介護研究・研修東京センター主任研修主幹

中村 裕子 認知症介護研究・研修大府センター研修指導主幹

矢吹 知之 認知症介護研究・研修仙台センター研修研究員

小野寺敦志 認知症介護研究・研修東京センター研究企画主幹

阿部 哲也 認知症介護研究・研修仙台センター専任研究員

吉川 悠貴 認知症介護研究・研修仙台センター専任研究員

船越 正博 認知症介護研究・研修仙台センター研修指導員

大嶋 光子 認知症介護研究・研修大府センター主任研修指導主幹

中村 考一 認知症介護研究・研修東京センター研修主幹

〈作業部〉石綿 智恵 認知症介護研究・研修東京センター研修指導員

仲井間なつき 認知症介護研究・研修東京センター研修指導員

田口 潤 認知症介護研究・研修東京センター研究補助

Ⅲ 研究事業の意義

3センターでは2001年度から実施してきた3センターによる認知症介護指導者研修も3年が経過し、本研修に対す効果検証と同時に、平成17年度から実施されている実践研修カリキュラムに則した指導者研修のカリキュラム作成が急務である。本事業は、これまでの3センターが実施してきた指導者研修の成果を実証し、また課題を抽出し今後の指導者研修に役立てる物である。同時に各都道府県・政令都市実践研究担当者が情報交換をすることで地域の認知症実践研究の実施をより質のすすめるもで、調査結果から平成18年度からの研修実施方法の見直しと同時に新たな指導者研修カリキュラムを作成するものである。

本事業成果として、指導者研修の実施方法の見直しと新カリキュラム作成、シラバスの作成、研修成果評価法の確立が期待でき、今後の3センター研修活動指針が得られる。同時に、3センター指導者研修の事業内容、研修成果をセンター内外に公表することで3センターの活動内容の理解を深めることができる。

第2章

認知症介護指導者養成研修新カリキュラム

第2章 認知症介護指導者研修新カリキュラム

I 認知症介護指導者養成研修カリキュラム見直しの方向性

1. 認知症介護指導者の将来像

認知症介護指導者の現在の役割の主たるものは、認知症介護実践者研修等について、企画・立案に参画し、講師として活躍することである。

一方、認知症介護指導者が誕生したときから、上記の介護専門職に対する人材育成の関与に加え、認知症介護指導者自身が所属する事業所を中心とした地域の指導者としての役割を果たすことを期待されていた。

これは、平成18年度の介護保険改正に伴い、重点化された「地域ケア」の中で果たす役割を求められていると理解することができる。

以上から、認知症介護指導者は、介護専門職に対する人材育成だけではなく、地域の認知症ケアに、具体的に関与していくことが望まれる。

しかし、現状を鑑みると、地域ケアにもとめられる知識・技術が幅広く、この知識・技術のための研修を実施する場合は新しい研修制度が求められること、認知症介護指導者自身が、それぞれの介護保険事業所に所属しているため、地域ケアにかかわるためには、指導者個々の現状の立場が異なるため画一的な関与が困難なこと、認知症介護実践者研修等の研修業務の占める割合が大きいことなどが指摘される。

また、すでに認知症介護指導者として活躍している修了者に対しての支援が必要になることを考えると、新たな研修制度が必要になることが考えられる。

以上より、平成19年度の認知症介護指導者養成研修新カリキュラムは、主に認知症介護実践研修に対応したカリキュラムの見直しを中心とすることとした。

なお、認知症介護指導者の将来像として、介護専門職の人材育成の役割に加え、地域における認知症ケアの質向上のための役割を担っていくこと

が求められているといえる。それを本件集体系の中で実践していく場合は、認知症介護実践研修も含めた全体的かつ抜本的な見直しが必要になるといえる。

2. 指導者研修カリキュラム見直しの方向性

認知症介護指導者養成研修カリキュラムの見直しを実施した。見直しに際して、平成 17 年度の研究成果を踏まえ、下記の点を見直しの方向性とした。

- 本カリキュラムの改定は、都道府県で実施されている認知症介護に関する研修が、認知症介護実務者研修から認知症介護実践研修に改定されたことに伴い、その研修体系に対応できることをめざした。
- 3 つの認知症介護に関する能力の開発を研修において目指すこととした。その 3 つは、「プランナー」「トレーナー」「スーパーバイザー」である。
- 新カリキュラムにおいては、教科ごとの「ねらい」と「研修修了時の達成目標」を設けることとした。

上記の方向性のもと、カリキュラム内容の検討を行った。検討に際しては、

- ・ 研修期間の日数は原則変更しない。つまり現在の合計 30 日間（土曜日、日曜日を除く）のセンターにおける研修（講義、演習、他施設実習）日数は変更しない。
- ・ 職場研修の日数、4 週間も変更しないこととした。

Ⅱ 新カリキュラムの内容

1. 研修対象者について

研修対象者については、新たに下記の一文を盛り込むこととした。

「認知症介護実践者研修ならびに認知症介護実践リーダー研修を修了した者（基礎課程ならびに専門課程を修了した者を含む）。もしくは、これと同等の知識・経験を有すると実施主体の長が認めた者。」

これは、認知症介護実践者等研修と認知症指導者養成研修が、本来は、ピラミッド構造をなし、ステップアップしていく研修として位置づけられていることを踏まえ、本研修が平成 13 年度から開始され 5 年が経過し、研修受講修了者が一定数になったことから、研修対象要件として追加することが望ましいと結論づけ提案した。なお、基礎課程ならびに専門課程は、実践者研修ならびに実践リーダー研修と同等である。

また、実践者研修受講が、平成 17 年度までは、認知症対応型居宅介護（認知症高齢者グループホーム）、平成 18 年度から地域密着型サービスを実施するための用件になっているため、都道府県によっては、そのサービス事業者の職員が主に受講していた経緯を踏まえ、有能な人材の受講機会を妨げないために、「これと同等の知識・経験を有すると実施主体の長が認めた者」という要件を付した。なお、この点については、実施主体の長がどのように、同等の知識・経験を担保するかという課題が指摘される。

2. カリキュラム内容

認知症介護指導者養成研修の新カリキュラム（案）の教科名は、下記のとおりである。

1. オリエンテーション
2. 認知症介護研修総論
3. 認知症介護の体系的理解
4. 人材育成企画方法の実践的理解

5. 教育指導方法の実践的理解
6. 実践的技能を養うための演習・実習
職場研修(4週間)

新カリキュラムの詳細は、別紙 1 に示したとおりである。

新カリキュラムの内容は、現行の認知症介護指導者養成研修の運用面を考慮し、「1. オリエンテーション」として開講式、修了式なども研修時間として明記した。

現行の認知症介護指導者養成研修カリキュラムと新カリキュラムの相違点等は、新旧対照表（別紙 2 参照）に示した。

新カリキュラムの各教科のねらいと研修修了時の達成目標は、以下のとおりである。

「2. 認知症介護研修総論」のねらいと達成目標

（ねらい）認知症介護の基礎理解として：ここでは認知症介護を実践していくために、指導者として必要な知識を学び、認知症介護に必要とされるものを再確認する。

（達成目標）認知症介護に理念が重要であり、それを現場で具体的な目標としていくことが必要であることを理解する。さらに、サービス展開には様々な法制度が関連していることを理解する。それらの主要な法制度の概要を知識として理解するとともに、自らも日々成長していくことの必要性を理解することができていること。

「3. 認知症介護の体系的理解」のねらいと達成目標

（ねらい）研修全体の基本理解として：ここでは、「認知症介護実践研修」の内容を理解し、指導者として携わるための基本的な知識を習得する。同時に、演習を通してその理解を深める。

スーパーバイザーとして：スーパーヴィジョンならびにコンサルテーション、アドバイスについての知識を学び、演習を通してその技能を学び、実践に活用できるための基本的な知識・技能として身につけること。

（達成目標）実践研修の目的、カリキュラム構成、内容を説明できる程度の理解を持つこと。自分の言葉で研修への動機付け、目標を表現でき

ること。評価の必要性と基本的な考え方を理解すること。

スーパーヴィジョン等の区別が説明できる理解をもち、現場で実践するための知識として、整理されていること。

「4. 人材育成企画方法の実践的理解」のねらいと達成目標

(ねらい) プランナーとして：ここでは、主に実践研修等を立案、企画、運営するための基本的な知識を習得し、実践に活用することができるために、それらの知識を演習を通じて自分の技能にすること。

(達成目標) 実践研修等を企画立案する体験を通して、他の人がつくった企画書の内容を理解でき、その人と企画内容について議論ができ、その企画に建設的な意見を述べるができること。

「5. 教育指導方法の実践的理解」のねらいと達成目標

(ねらい) トレーナーとして：ここでは、主に実践研修の講義演習を実際に講師として行うことができるための知識を習得し、活用するための技能を身につける。また実習指導を行うための知識と技能を身につける。

(達成目標) 講義や演習を組み立てて、講義演習ができること。自分の講義演習を振り返り、自分で評価できること。実習指導を行う際に、先輩指導者の支援、指導を受けながら実習指導ができる技能を身につけていること。

「6. 実践的技能を養うための演習・実習ならびに職場研修」のねらいと達成目標

(ねらい) 実習指導を受ける体験を再度行い、その体験を振り返ることを「まとめの演習」で行うことにより、他者からアドバイスや指導を受けることの意義を整理し、指導者としてアドバイス、指導していくための効果的な方法や技法について学びなおすこともこの実習の目的とする。

(達成目標) 自分の取り組んだものを、他者にわかりやすく説明できていること。内容が主観的にならず、根拠を持って語られていること。自分の取り組んだものを再評価できていること。自分自身も含めて、現在の課題、問題点を探し出して、それに対して建設的な働きかけの考えを提示できること。

Ⅲ 認知症介護指導者フォローアップ研修について

認知症介護指導者フォローアップ研修については、本年度のカリキュラム改定に際しては、大幅な見直しは実施していない。

ただし、平成 18 年度からの介護保険改正に伴う地域ケアの推進を鑑み、認知症介護指導者に求められる、地域における認知症ケアの質向上の知識等の伝達は必要不可欠である。

そこで、フォローアップ研修の教科である「認知症ケアに関する最新知識」（講義・演習）の中に、認知症ケアに関する地域ケアの最新知識を伝達し学習する講義演習を組むこととする。

(別紙 2-1) 認知症介護指導者養成研修 標準カリキュラム案

講義・演習・実習等30日間(240 時間) 職場研修 4週間

教科名	ねらいと内容
1 オリエンテーション(演習等10.5時間)	
開講式・研修オリエンテーション・自己紹介グループ形成 (演習等7.5時間)	研修導入時、認知症介護指導者の役割の確認と研修への意識づけを行う。行政説明により、制度の中での位置づけと意義を理解する。研修に際しての基本的な意識づけ、研修中のルールの説明と理解、研修中の生活ルールなどの説明を行う。自己紹介等を通して、相互理解の促進と、集団の凝集性を促す。
修了式・ネットワークについて (演習等3時間)	研修修了証書の授与。指導者間のネットワーク形成の必要性と方法を提示する。フォーマル・インフォーマルな相互支援ネットワークの構築の必要性を提示する。
2 認知症介護研修総論(講義・演習10.5時間)	
認知症介護指導者の役割と理解 (講義1.5時間)	介護理念に沿った人材像を考える重要性を理解する。介護理念に沿った研修を組み立てる重要性を理解する。研修の必要性、重要性を理解し、介護理念を具体的なカリキュラム展開へつなげていく重要性を理解する。認知症介護の人材育成に関連する、実践研修以外の研修の概要と実践研修との関係を理解する。
認知症介護に関連する法制度の理解 (1) (講義1.5時間)	介護現場で、法制度が必要であること、その内容を理解しておくことの重要性を認識し、概要を理解説明できるようになること。内容は大きく2つに区分する。 1)介護保険法と研修体系の関連、位置付けや運用について
成人教育・生涯教育論 (講義3時間)	一般的教育論、成人教育・生涯教育論、倫理学等により、基礎的な教養を身につける。認知症介護や高齢者福祉については、講師に触れてもらわない。講師の専門分野の講義とする。広く、仕事の中で人を指導する、育成することに関して、考えを深める。
DCネットの説明 (講義・演習1.5時間)	3センター共通のホームページであるDCネット(認知症介護ネットワーク)と、DCネットの活用方法、クローズドサイトの「指導者フォーラム」の使用方の説明と体験を行い、指導者のネットワークの道具の一つとして提示する。
認知症介護人材育成の課題抽出と研修総括 (演習3時間)	本研修全体のまとめとして、以下の取り組みを行う。認知症介護の人材育成に関する現状の問題点、課題点を抽出する。それについての指導者としての今後の展望を考える。上記の課題を持って、実践研修等に主体的能動的に関わる意識、問題意識を持って批判的に関わる態度、姿勢を養う。
3 認知症介護研修の体系的理解(講義・演習等80.5時間)	
介護理念の重要性の理解と展開方法 (講義・演習3時間)	認知症介護の理念の展開方法を学ぶ。そのために、介護理念が、介護を実践する上で重要であることの意味を再確認し、その重要性を相手に伝えることができる。介護保険の理念、制度を背景にすえて、介護理念をどのように形成するか、その方法を実施できる。介護理念から、介護を実践するための目標等を展開することの重要性を理解し、実際にそれを展開することができる。
研修目標の設定ならびに面接 (演習等15時間)	本研修の目的を理解し、主体的に研修に参加するために、自己の研修目標を設定し、研修期間中にその目標を達成する活動を行う。研修生の研修目標達成を支援すること、研修目的の理解を深めるために、研修生への個別面接を行う。個別面接は研修中に複数回設定することとする。
実践研修等カリキュラムの理解 (講義・演習20時間)	実践者研修、実践リーダー研修のカリキュラム内容ならびに構成について理解する。実践研修カリキュラムの講義等の内容を理解し、講義等の組み立てを学ぶ演習を行うことで、講義等の内容・組み立ての理解を深める。取り上げる講義等は、主要なものを、研修生のレディネスに合わせて選択する。
ケアマネジメントの理論と実際 (講義・演習4時間)	ケアマネジメントの考え方と展開について理解し、それぞれのケアマネジメント手法の成り立ちを理解し、認知症介護に活用できる基本的技能を身につける。この中には、いくつかのケアマネジメント、アセスメントの考え方(理論・方法など)を提示する。たとえば、センター方式、DCM、ICF、ストリングスなど。ただし、そのそれぞれの詳しい内容を講義するものではない。演習は事例を用いて、上記の理解を深めるものとする。
地域包括ケアを指導者として展開するための方策 (講義・演習3時間)	外部資源(地域、行政、家族など)の活用とその資源へのアクセス、連携のとり方を理解し、実践に活用するための考え方を学び、認知症介護指導者として、地域で活動するための方策を検討する。
認知症介護に関連する法制度の理解 (2) (講義1.5時間)	介護現場で、法制度が必要であること、その内容を理解しておくことの重要性を認識し、概要を理解説明できるようになること。内容は大きく2つに区分する。 2)人権・権利擁護・虐待等に関する法律等を中心に、実践研修に関連する内容

効果的認知症実践研修実施に関する研究事業
—指導者研修新カリキュラム策定に向けて—

チームアプローチの理論と実際 (講義・演習7時間)	チームアプローチの理論を理解し、事業所内のチーム・事業所外のチームの形成とまとめ方、ネットワークの取り方を理解する。そして、チームアプローチを進めていくためのケース検討、ケースカンファレンスの方法を理解し基本的技能を身につける。ケースカンファレンスの進め方などを理解する演習を行う。
管理者としてのメンタルヘルスとリスクマネジメント (講義2時間)	管理職等の大局的観点から求められる、介護現場スタッフのメンタルヘルス、事業所のリスクマネジメントの理解を深める。そして、実践リーダーや実践者とは理解、かかわりが異なることを理解し、指導者の立場で求められるメンタルヘルス、リスクマネジメントのあり方を理解する。
職場内における指導方法の実践的理解 (講義・演習10時間)	教育指導方法として、スーパービジョン、コンサルテーション、コーチング、アドバイスの内容と方法を理解し、それぞれの相違を説明できること。そして、それらを実践に活用できるための基本的技能を身につける。
研修全体の評価 (演習15時間)	研修生の自己評価によって、研修生の研修成果の評価を行う。研修生の自己評価によって、研修カリキュラム・研修内容についての評価を行う。毎日の評価と、研修終了時の総合的な振り返りを含める。
4 人材育成企画方法の実践的理解 (講義・演習23時間)	
人材育成論 (講義3時間)	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の内容を理解する。人材育成の序論とし、理論的な内容を中心とする。加えて、人材育成企画のための方法の内容を理解する(OJT、Off-JTなど)
研修企画に関する評価方法 (講義・演習3時間)	プランナーとして、研修全体の評価を行う方法を学ぶ。カリキュラムの効果を見る評価の方法を学ぶ。研修全体の効果、長期的な研修の成果の見方、方法を学ぶ。
企画立案演習・企画の実際を知る (講義・演習17時間)	認知症ケアに関する企画立案を行うことで、研修全体のねらい、目的、各講義演習の間のつながり、関係を理解する。演習による体験を通して、他者の企画表を見て内容を把握できる能力を身につける。上記の演習を通して、実践者等研修の企画立案の基本的な知識を身につける。ゆえに、研修の企画立案の内容は、実践者等研修に限定しない内容で実施する。
5 教育指導方法の実践的理解 (講義・演習46.5時間)	
授業設計法 (講義4時間)	講義を組み立てる際のねらい、目的から流れの組み立て方から展開までの方法について理解する。ねらい、内容にあった教材の作り方、選び方、教材を使用する際の著作権などについての知識を習得する。ファシリテーターの役割を理解する。実際の行い方、留意点、自己評価などの方法を知る。
演習指導方法論 (講義・演習14時間)	講義・演習で利用できる、演習技法の内容を理解し、活用できるための基本的技法を学ぶ。演習方法の主な内容として、セブンクロス法、KJ法、BS法、マンドラート法、ロールテイキング・ロールプレイングを用いた体験的技法など。
教育評価方法論 (講義1.5時間)	講義・演習の効果の方法、研修生についての効果評価。講義・演習内容が効果的なものであったか、その組み立て方、内容の妥当性などの効果評価を学ぶ。
講義・演習の模擬講義 (演習20時間)	講義・演習を組み立て、実践するための技能を身につけるために、講義・演習の一コマを実際に組み立て、組み立てた講義・演習を模擬実践し、研修生同士で相互評価を行う。
介護実践の研究法・評価方法 (講義・演習3時間)	介護等の効果測定や評価の手法や、その基本となる研究手法、理論を理解し、実践に活用できる基本的技能を身につける。例としては、ケアマネジメントのモニタリングについて。介護内容のエビデンスの取り方など。統計の基礎的な講義も含む。
実習指導方法論 (講義・演習4時間)	実習の目的からその内容の組み立て、企画の仕方、実習記録の内容と書式、実習指導の方法、実習先の確保の仕方とその調整、実習評価方法について理解し、実践できる技能を身につける。
6 実践的技能を養うための演習・実習 (講義・演習・実習69時間)	
外部施設実習 (講義・演習・実習41時間) うち、実習日3日間(24時間)を含む	本研修の総合的学習として、外部事業所の職員にアドバイスをする実習を通して、アドバイザーとしての役割を理解し、その技能を磨くことを目的とする。そのために必要な講義を行い、実習計画を作成する。実習後に、その成果を発表し、共有するとともに、実習で学んだものの内容と意義を深める。
職場研修の準備・まとめ (講義・演習28時間)	本研修の総合学習として、プランナー・トレーナー・アドバイザーの役割の理解を深め、実践学習をとおして、その役割を展開するための技能を磨く。職場研修計画において作成した計画書に基づきながら、職場研修を行ない、終了後その成果をまとめ発表し、共有するとともに、職場実習で学んだものの内容と意義を深める。
職場研修(4週間)	職場研修の内容は、以下のねらいに沿ったものを企画し実施する。 認知症介護指導者の立場から、職場改善の取り組み、もしくは人材育成の取り組みのいずれか一方を実施する。取り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もしくはOff-JTの方法を用いて実施する。Off-JTの場合は、講義、演習、事例検討のいずれかを企画し実施する。

(別紙 2-2) 認知症介護指導者養成研修カリキュラム 新旧対照表

項目	旧カリキュラム	新カリキュラム	注釈
カリキュラムの改定に際して	本カリキュラムの改定は、都道府県で実施されている認知症介護に関する研修が、認知症介護実務者研修から認知症介護実践研修に改定されたことに伴い、その研修体系に対応できることをめざした。そのさい、平成17年度の研究事業報告書「効果的認知症実践研修実施に関する研究事業-指導者研修新カリキュラム策定に向けて-」で示された内容を受け、3つの認知症介護に関する能力の開発を研修において目指すこととした。その3つは、「プランナー」「トレーナー」「スーパーバイザー」である。	本カリキュラムの改定は、都道府県で実施されている認知症介護に関する研修が、認知症介護実務者研修から認知症介護実践研修に改定されたことに伴い、その研修体系に対応できることをめざした。そのさい、平成17年度の研究事業報告書「効果的認知症実践研修実施に関する研究事業-指導者研修新カリキュラム策定に向けて-」で示された内容を受け、3つの認知症介護に関する能力の開発を研修において目指すこととした。その3つは、「プランナー」「トレーナー」「スーパーバイザー」である。	
研修対象者について	次のアからウのすべてを満たす者のうち、実施主体の長が適当と認めた者とする。 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、言語聴覚士若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じる者。 イ (ア)介護保険事業所に従事している者(もしくは、過去において従事したことがある者)。(イ)福祉系大学や養成学校等で指導的立場に従事する者。(ウ)民間企業で認知症介護の介護実践にかかる教育に携わる者。 のいずれかの要件に該当する者であって相当の介護実務経験を有する者。 ウ 認知症介護実践研修等の企画・立案・運営に参画し、又は講師として従事することが予定されている者。	次のアからエのすべてを満たす者のうち、実施主体の長が適当と認めた者とする。 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、言語聴覚士若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じる者。 イ (ア)介護保険事業所に従事している者(もしくは、過去において従事したことがある者)。(イ)福祉系大学や養成学校等で指導的立場に従事する者。(ウ)民間企業で認知症介護の介護実践にかかる教育に携わる者。 のいずれかの要件に該当する者であって相当の介護実務経験を有する者。 ウ 認知症介護実践者研修ならびに認知症介護実践リーダー研修を修了した者(基礎課程ならびに専門課程修了者を含む。)もしくは、これと同等の知識・経験を有すると実施主体の長が認めた者。 エ 認知症介護実践研修等の企画・立案・運営に参画し、又は講師として従事することが予定されている者。	本研修が平成13年の開始から5年が経過し、研修受講者が一定数になったことを踏まえ、認知症介護実践者等研修と認知症指導者養成研修が、ピラミッド構造をなしていることも考え合わせ、新たにウに示した実践研修修了者であることを要件に加えた。
研修日数等	講義演習5日間(40時間) 実習等25日間(200時間) 職場研修(4週間)	講義・演習・実習(240時間) 職場研修(4週間) オリエンテーション(10時間) 開講式、研修オリエンテーション、グループ形成、修了式	今回「実習」という表現については、センター内で行うものはすべて「演習」という表現に統一した。新カリキュラムの「実習」はセンター関連の介護事業所での実践学習を指している。 「オリエンテーション」において研修の開講式、修了式等の時間を明示した。
教科名について	1 認知症介護研修の体系的理解(講義・演習26時間) (1)認知症介護研修総論 (2)教育・研修方法論 (3)講義・演習指導方法論 (4)実践研修の演習科目の理解 2 認知症介護に関する方法・研究法の理解(講義・演習14時間) (1)認知症介護方法論 (2)認知症介護に関する研究法	1 認知症介護研修総論(講義・演習10.5時間) 認知症介護指導者の役割と理解 認知症介護に関する法制度の理解(1) 成人教育・生涯教育論 DCネット説明 認知症介護の人材育成の課題抽出と研修総括 2 認知症介護研修の体系的理解(講義・演習58時間) 介護理念の重要性の理解と展開方法 研修目標の設定ならびに面接 実践研修等カリキュラムの理解 ケアマネジメントの理論と実際 地域包括ケアを指導者として展開するための方策 認知症介護に関する法制度の理解(2) チームアプローチの理論と実際 管理者としてのメンタルヘルスとリスクマネジメント 教育指導方法の実践的理解 研修全体の評価	旧カリキュラムの1、2と新カリキュラムの1、2がほぼ対応している。ただし、旧カリキュラムの2(2)は、新カリキュラムの4の「介護実践の研究法・評価法」に対応する。新カリキュラムは、認知症介護実践研修の内容に対応し、「2 認知症介護研修の体系的理解」に「地域包括ケア」「チームアプローチ」「メンタルヘルスとリスクマネジメント」「法制度の理解(2)」として虐待と成年後見に関する科目を追加した。

効果的認知症実践研修実施に関する研究事業
—指導者研修新カリキュラム策定に向けて—

教科名について（続き）	3 認知症介護の実践に対する指導（実習等40時間） 4 実習等指導法の実践的理解（実習等120時間） (1) 演習指導の方法 (2) 実習指導の方法 (3) 教育実習 5 教育成果の評価（40時間）	3 人材育成企画方法の実践的理解 （講義・演習23時間） 人材育成論 研修企画に関する評価方法 企画立案演習・企画の実際を知る 4 教育指導方法の実践的理解 （講義・演習40.5時間） 授業設計法 演習指導方法論 教育法評価方法論 講義・演習の模擬講義 介護実践の研究法・評価方法 実習指導方法論 5 実践的スキルを養うための演習・実習 （講義・演習・実習66時間） 外部施設実習 職場研修の準備・まとめ	
	職場研修（4週間） 自らの職場等において、研修を通して習得した理念や方法を活用して次の2つの課題に取り組み、レポートを作成する。 ①介護の質の改善に向けた取り組みを行うこと ②認知症介護に関する研究課題を自ら設定し、研究活動に取り組むこと	職場研修（4週間） 認知症介護指導者の立場から、職場改善の取り組み、もしくは人材育成の取り組みのいずれか一方を実施する。取り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もしくはOff-JTの方法を用いて実施する。Off-JTの場合は、講義、演習、事例検討のいずれかを企画し実施する。	「職場研修」は、取り組み課題を、2課題の中からの選択式とした。

第 3 章

認知症指導者研修事業 都道府県・政令市担当者研修会

第3章 認知症指導者研修事業都道府県・政令市 担当者研修会

I 認知症指導者研修事業都道府県・政令市担当者研修会

本研究事業は、実践者研修ならびに実践リーダー研修の実施主体者である都道府県等の指導者研修担当者と認知症介護研究研修センター研修担当者が認知症介護指導者研修に関して意見交換を行う機会を平成17年度から設けた。平成18年度は、第2回の研修会であるが、平成19年度から実施される指導者研修新カリキュラムについて意見交換が行われた。そこで各自治体が抱える研修実施に関する課題を明らかにし、それらの対応を協議した。

1. 都道府県等担当者研修会スケジュール

1) 開催目的

認知症介護研究研修センターで実施されている認知症介護指導者研修事業について、都道府県等関係部署の代表者ならびに東京・大府・仙台各センターの担当者と意見交換を行い、今後の認知症介護指導者研修の充実を図ることにある。

目的： 平成18年度 老人保健健康増進等事業の一環として、下記のねらいを実施するものである。

- 1) 認知症介護指導者養成研修カリキュラム改定に伴う、最新の情報の提供により、認知症介護実践者等研修事業の充実を図ること
- 2) 各都道府県等の担当者と東京・大府・仙台センターの担当者との間で、意見交換を図ることにより、今後の研修事業の円滑化を図ること

開催日時

平成 18 年 11 月 9 日（木）～10 日（金）

第 1 日目：平成 18 年 11 月 9 日（木） 13：00～17：00

第 2 日目：平成 18 年 11 月 10 日（金） 9：00～12：00

開催場所：認知症介護研究研修東京センター

2) 参加者

● 都道府県認知症介護研修担当者

【大府センター】

No	都道府県名	対象地域	部署及び役職名
1	富山県	大府	富山県 厚生部 高齢福祉課 保健医療係
2	石川県	大府	石川県 健康福祉部長寿社会課 施設サービスグループ
3	福井県	大府	福井県 健康福祉部 長寿福祉課
4	山梨県	大府	山梨県 福祉保健部 長寿社会課
5	長野県	大府	長野県 介護センター
6	静岡市	大府	静岡市 保健福祉局 福祉部 介護保険課
7	愛知県	大府	愛知県 健康福祉部 高齢福祉課
8	名古屋市	大府	名古屋市 健康福祉局 高齢福祉部 介護指導課
9	岐阜県	大府	岐阜県 高齢福祉課 介護事業担当
10	三重県	大府	三重県 長寿社会室
11	滋賀県	大府	滋賀県 元気長寿福祉課
12	滋賀県	大府	滋賀県 社会福祉協議会
13	京都府	大府	京都府 保健福祉部 高齢・保険総括室 介護保険事業室
14	京都市	大府	京都市 保健福祉局長寿社会部長寿福祉課
15	大阪府	大府	大阪府 健康福祉部 地域保健福祉室 地域福祉課 事業者振興育成グループ

16	大阪市	大府	大阪市 健康福祉局高齢者施策部高齢福祉課
17	堺市	大府	堺市 健康福祉局福祉推進部高齢福祉課
18	神戸市	大府	神戸市 保健福祉局高齢福祉部介護保険課
19	奈良県	大府	奈良県 福祉部長寿社会課
20	和歌山県	大府	和歌山県 福祉保健部福祉保健政策局長寿社会推進課

【東京センター】

No	都道府県名	対象地域	部署及び役職名
1	栃木県	東京	栃木県 保健福祉部高齢対策課 生きがいつくり担当
2	群馬県	東京	群馬県 高齢者介護総合センター
3	群馬県	東京	群馬県 健康福祉局高齢政策課
4	埼玉県	東京	埼玉県 福祉部 介護保険課
5	千葉市	東京	千葉市 保健福祉局高齢障害部高齢施設課
6	神奈川県	東京	神奈川県 保健福祉部高齢福祉課
7	横浜市	東京	横浜市 健康福祉局高齢施設課
8	新潟県	東京	新潟県 福祉保健部高齢福祉保健課在宅福祉係
9	福岡県	東京	福岡県 保健福祉部高齢者福祉課
10	福岡市	東京	福岡市 保健福祉局高齢者部介護保険課
11	佐賀県	東京	佐賀県 健康福祉本部長寿社会課
12	長崎県	東京	長崎県 福祉保健部長寿社会課
13	熊本県	東京	熊本県 健康福祉部高齢者支援総室
14	大分県	東京	大分県 福祉保健部高齢者福祉課
15	宮崎県	東京	宮崎県 福祉保健部高齢者対策課
16	沖縄県	東京	沖縄県 福祉保健部高齢者福祉介護課

【仙台センター】

No	都道府県名	対象地域	部署及び役職名
1	北海道	仙台	北海道 保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課
2	札幌市	仙台	札幌市 保健福祉局健福祉部介護保険課
3	山形県	仙台	山形県 健康福祉部長寿社会課
4	福島県	仙台	福島県 高齢保健福祉グループ
5	鳥取県	仙台	鳥取県 福祉保健部長寿社会課
6	島根県	仙台	島根県 高齢者福祉課
7	広島県	仙台	広島県 福祉保健部社会福祉局高齢者支援室
8	広島市	仙台	広島市 社会局高齢福祉課
9	山口県	仙台	山口県 健康福祉部長寿社会課
10	香川県	仙台	香川県 健康福祉部長寿社会対策課
11	愛媛県	仙台	愛媛県 保健福祉部生きがい推進局長寿介護課
12	高知県	仙台	高知県 健康福祉部高齢者福祉課

● 3センター研修担当者

センター	参加者氏名
仙台センター	合川央志【研修指導員】 菊池令【研修指導員助手】
大府センター	藤井滋樹【研修部長】 大嶋光子【主任研修指導主幹】 中村裕子【研修指導主幹】
東京センター	長谷川和夫【センター長】 今井幸充【副センター長兼研修部長】 小野寺敦志【研究企画主幹】 諏訪さゆり【主任研修主幹】 中村考一【研修主幹】

3) 研修会日程

第1日目:11月9日(木)

日 程	内 容
13:00-13:15 開会	開催の辞 浴風会理事長 板山 賢治 来賓挨拶 厚生労働省 認知症対策推進室室長 中井川 誠 進行:東京センター副センター長 今井幸充
13:15-13:20 センター職員紹介	大府・東京・仙台の職員を紹介 担当:今井幸充
13:20-13:30 研修会の目的	# 本研修会の目的説明 # スケジュール説明 # 平成19年度新カリキュラムの概要 担当:今井幸充
13:30-13:45 平成17年度 3センター活動報告	仙台センター 大府センター 東京センター 担当:小野寺敦志
13:45-14:00	休憩
14:00-14:40 行政説明 (40分)	厚労省老健局認知症対策推進室室長補佐 池田武俊 『地域認知症介護支援事業の課題と展望』 司会:今井幸充
14:40-15:00	都道府県等へのアンケート結果の報告 担当:小野寺敦志
15:00-15:10	休憩と移動
15:10-17:00 グループ討議	グループ討議 テーマ1 :地域認知症介護研修事業の課題と展望 テーマ2 :地域認知症介護支援推進における指導者の役割 〔方法〕 1) 各センター担当の都道府県に3つの部屋に分かれる。 3階 第三会議室 仙台センター(合川、菊池、中村〔考〕) 2階 大会議室 大府センター(藤井、大島、中村〔裕〕) 3階 第二会議室 東京センター(今井、諏訪)

	2) グループでのディスカッションを行う。 各グループの司会者はセンター職員が行う
17:00	1 日目 終了

第 2 日目 : 11 月 10 日 (金)

9:00－ 9:10	本日の予定、ディスカッションの進め方について 担当：今井幸充
9:10－ 10:10 グループ討議 のまとめ	前日のグループ討議のまとめを発表する 仙台センター 9:10－9:30 大府センター 9:30－9:50 東京センター 9:50－10:10 担当：今井幸充
10:10－10:20	休憩
10:20－11:50 総合討論	テーマ：地域認知症介護支援推進のための方略 ・ センタースタッフと都道府県等担当者との意見交流 司会 今井幸充
11:50－12:00	閉会の辞 長谷川和夫 東京センター長

2. グループディスカッション

【方 法】

1) 課題

平成18年度の本研修会では、3センター研修部担当者と都道府県等の認知症介護指導者研修担当者との総合討論に重点を置き、以下の課題を議論した。

- ① 認知症介護研修事業の課題と展望（40分）
- ② 地域認知症介護支援推進における指導者の役割（40分）

2) 方法

研修会1日目にそれぞれの課題についてグループディスカッションを行い、2日目にまとめて発表した。

【結 果】

[1]大府センターグループ

● 参加都道府県等

三重県、滋賀県、京都府、京都市、大阪府、大阪市、堺市、神戸市、奈良県、和歌山県

平成18年度の交流会は18府県市の自治体担当者が参加しておこなわれた。前年度から引き続いての担当者は約3分の1で、大半は新たに担当となり、初顔合わせであったといえる。

初めに、第一のテーマとして、今年度から政令指定都市になった堺市も加わり、実践研修の現状報告ならびにそれぞれが抱える課題に関して、情報交換をおこなった。そして第二のテーマとして、今後、指導者が地域において、活動するためにはどのような役割が担えるのか、また、推進するうえでの課題についても慎重に話し合われた。このことは、大府センターにとっても指導者の置かれている現状を把握することができ、今後の研修内容に反映できる大変有意

義なものとなった。

1) ディスカッションの方法

- ① 紙面に昨年度に行われた実践者研修、リーダー研修、その他、県独自が行っている研修について、研修名、年間開催数、受講生の数を記入してもらった。
- ② 各県の担当者に実践者研修、リーダー研修を行ううえでの課題を順次報告してもらい、質問、意見がある場合はその都度、質疑応答をおこなった。
- ③ 指導者の地域での活動推進に関して、地域包括支援センターとの連携を中心に考え、指導者の担う役割について意見を述べてもらった。

➤ 認知症介護研修事業の現状と問題点・課題

(1) 実践研修の現状

① 紙面調査の結果

実践者研修の開催数は年間1～6回で、2回のところが7府県市で一番多かった。受講生は1回につき、50人～130人で行われている。年間受講生数は70人～360人となっている。

リーダー研修の開催数は0～2回、圧倒的に1回が多かった。受講生は1回につき、19～40名、年間受講生数は19～80人となっている。

県独自の研修としてグループホーム管理者研修を10府県市が実施しており、計画作成担当者研修は3県市で行われている。そのなかであって、滋賀県は新人研修、排泄研修、ケアマネジメント研修、グループホーム職員研修、施設・事業所管理者研修を行っていることが報告された。

(2) 実践研修の問題点

- ① 実践者研修にグループホーム関係者が殺到したことによる影響

i 数の問題

実践者研修はグループホーム関係者において研修修了者の必置が義務化され、未受講の場合、減算につながるため、受講者が殺到している。そのため、定員を超えたり、受講者枠内に制限ができ、特養、老県など大型の施設関係者が受講することが困難になって、不公平感がある。グループホームのなかには同じ事業所から何人も受講することがあり、修了者の定着率が低いことに関して、改善することもできていない。

ii モチベーションの問題

グループホーム関係者の中には資格取得だけを目的に受講する人がいるため、研修の本質的な意味が失われているのではないかと考えられる。事業所からの業務命令でくる人は動機づけがされていないため、意欲がでにくいと考えられる。そのため、研修全体に影響を及ぼしてモチベーションが下がってしまっている。

iii 受講生の質のレベルの二極化

実践者研修の研修対象者は概ね実務経験2年程度となっているが、2年に満たない人、または長年の経験を有する人が一同に集い、計画書の作成や演習等を行ううえでレベルの差ができてしまっている。なかには研修自体についていけなくなり、中途辞退者がでるなど、満足のいく運営がはかれない。

② リーダー研修の定員割れ

実践者研修において資格取得のためにグループホーム関係者が多く受講しているため、限られた人数のなかから、リーダー研修受講者を選ばなければならない、定員割れが起きている。

③カリキュラムの長期による影響

18年度標準カリキュラムをそのまま実施すると、自己研鑽のために研修を受ける人は日数の上で、負担がかり、施設の長の理解が得られないケースが報告されている。また、実際に研修を運営する指

導者にとっても負担が増している。

反対に富山県のように厚生労働省の標準カリキュラムより長期の研修を行っているところもある。

（３）実践研修の問題に対する提案

各府県市で共通に出た意見として、実践者研修とリーダー研修の問題点がグループホーム関係者の数と質にリンクしていることがわかった。この点をふまえて、次の改善案が提案された。

① 指定基準の研修は事業所の自己責任と考え、指定基準の研修は事業所指定にする。

行政は質の向上のための研修に専念する。

② 個人にとっての研修ではなく、事業所のための研修にする。

③ 質の確保の観点から、更新制にする。

④ 受講者の経費負担をお願いする。

⑤ 受講義務の経過措置する。

⑥ 各都道府県の情報交換の場としてメーリングリストや電子会議を利用する。

⑦ モチベーションをあげるために個人指導や計画書等の添削を行う。

⑧ 受講前に介護観などレポートを提出させる。

（３）指導者研修事業の問題点

① リーダー研修受講者が定員割れしていることや施設の理解が得にくいため、リーダー研修修了者だけでは選出できない。

② 研修期間が長期に渡り、負担がかかるため、小規模施設からは参加しにくい。

③ 事業所、協会推薦などのため、モチベーションの低い人でも選ばなければならない。

④ フォローアップ研修の費用が日数に対して不相応である。

➤ 地域認知症介護支援推進における指導者の役割

(1) 認知症介護支援事業の現状

既に地域支援で活動をおこなっている一部の自治体の報告

- ① 県独自の研修を展開している。
- ② 指導者が直接、出向いて、地域相談事業を展開している。
- ③ J Aや介護センターに出向いて人権や尊厳について、出前講座を行っている。年間で120回行っているがそのうち3分の2は指導者で行っている。

(2) 地域支援の推進をするうえでの課題

指導者が現在、行っている実践研修での課題も解決されていない現状で、これ以上の負担を強いることについて、健康を危惧する声や心理的負担、自施設の仕事の負担を考えるとお願いはためらわれるという意見が多くきかれた。

- ① 地域の認知症の人を支えるうえで現実的にどこに責任があるのか、明確になっていない。
- ② 指導者の役割の範疇が不明確。どこまで指導者を活用しているのか。実際に活動している人が限られている現状で、一人にかかる負担が大きくなる。
- ③ 地域支援するにあたって必要とされる人数はどれくらいか。
- ④ 指導者の身分保障が明確になっていない。
- ⑤ 指導者にまかされている仕事がすでにオーバーワーク状態であるにもかかわらず、その他の認知症関係の研修が増加している。
- ⑥ 指導者の自施設内での配置替えや退職によって活動が制限される。

(3) 課題をふまえたうえでの提案

- ① 認知症に関係する研修のマニュアルを作成する。
- ② 行政担当者も講師を行う。
- ③ 地域指導者としての資格を与える。
- ④ 経済的保障を行う。
- ⑤ 地域包括支援センター内に指導者枠を作る。
- ⑥ 地域活動に関心のある人を選出する。

⑦ 地域での活用のためには市町村単位での指導者養成が望ましい。

➤ まとめと展望

日頃より各府県市の担当で、疑問に思っていたことが、交流会の場をもって、言語化され、共通認識されたと考えられる。今回一番多く聞かれた実践研修の問題点は資格取得のための研修であること。また、そのことが次々と影響を及ぼしていることなど整理され、問題が明確になった。府県市担当者から、指導者の置かれている立場やその身分保障、心身の疲労についても十分な理解を示していただき、「これ以上、無理はお願いできない」という真摯な意見も聞かれ、問題解決が急がれる。さらに地域支援においての指導者の役割についても前向きに考えていただき、貴重な意見が数多く出された。

今後さらに府県市、センターでの交流を進め、協働して認知症介護の指導者を育成していかなければならないと考えている。

【参考】

(資料1) 大府センター 認知症指導者研修構造図

(資料2) 大府センター 認知症指導者研修参加者 地域別人数

(資料3) 大府センター 認知症指導者研修フォローアップ研修参加者、
地域別人数

(報告者： 大府センター研修部 大嶋 光子)

[2] 東京センターグループ

● 参加都道府県等

栃木県、群馬県、埼玉県、千葉市、神奈川県、横浜市、新潟県、福岡県、福岡市、佐賀県、長崎、大分県、熊本県、宮崎県、沖縄県

1) 認知症介護研修事業の課題

(1) 研修の種類が多すぎる！

- ① 誰がどの研修を受講したらいいのか理解されていない
- ② 研修の位置づけ、ねらいが理解されず、受講意欲・態度が低下・悪化している
- ③ 指導者の負担増が著しく、介護の現場に いる からこそ認知症介護指導者だ！という基本が脅かされている
- ④ （所属する事業所を不在にせざるを得ない）

(2) 研修が義務付けとなっていることの弊害！

- ① 研修の位置づけ、ねらいが正しく理解されず、受講意欲・態度が低下・悪化している。
- ② 特に開設者研修の受講者において著しく、中に実習施設の入居者を不穏にさせてしまう人も・・・。
- ③ 研修修了書が資格化しており、修了者が流動して しまうので、同じ施設から繰り返し受講者が送り込まれてくる
- ④ 従って研修受講希望者が多く、希望者全員を受けられるだけの研修回数を実施できない（ただし、リーダー研修は期間が長いことから定員割れも見られる）
- ⑤ 受講者の選定にもれた人からの苦情対応で行政としての業務に支障が出る
- ⑥ 特養や老健などの職員も含め、認知症介護の質向上を本気で目指している人が受講できない

「研修受講希望者が多いが、希望者全員を受けられるだけの研修回

数を実施できない」の背景

- 予算の問題
- 指導者としての活動時間の限界（認知症介護現場に立脚しているから指導者！）
- 確実に研修効果を得るためには適切な受講定員がある（定員を増やせば解決することではない）

（３）認知症介護研修事業の課題克服のためのアイデア

- ① 研修を公費でまかなうべきかどうかの議論をする
- ② 本当に必要な研修は何かについて検討する
- ③ 研修の種類を整理する
- ④ 研修受講を義務付けることで質を担保できているのか！検討する
- ⑤ 研修受講者選定の基準を明確にする
- ⑥ 受講料を事業者から徴収する（実費負担）

（４）地域認知症介護推進の可能性

- ① サポート医の養成
- ② サポーターの養成
- ③ キャラバンメイトの養成
- ④ 行政職員を対象としたキャラバンメイトの養成
- ⑤ 介護が難しい事例についての相談体制の整備
- ⑥ 介護教室や介護関係のフォーラム等の開催
- ⑦ 身体拘束廃止推進のための研修における認知症介護の内容充実

（５）地域認知症介護推進のための指導者の役割とは？

- ① キャラバンメイトやサポーター養成のための研修・講座講師（ただし、実践研修等に支障のないように！）

- ② 介護が難しい事例についての相談体制の核となる
- ③ 行政職員を対象としたキャラバンメイトの養成研修講師
- (6) 地域認知症介護推進のために指導者が役割を担えるためには？

- ① 指導者研修において「地域密着型」に関する内容を充実させ、「地域密着型」の研修にも指導者が十分対応できるようにする（小規模多機能ケア・アドバイザーではなく、やはり指導者だ！）
- ② 指導者が所属する法人に対して、指導者の活動とその法人への影響などについてアンケート調査を実施し、その結果を指導者の活動を支える基盤整備に活かす
- ③ 介護が難しい事例についての相談体制の整備
- ④ がんばっているからこそ指導者の負担を軽減する

(資料4) 東京センター 認知症指導者研修構造図

(資料5) 東京センター 認知症指導者研修参加者 地域別人数

(資料6) 東京センター 認知症指導者研修フォローアップ研修参加者
地域別人数

〔3〕 仙台センターグループ

今年度の研修会においては、各都道府県市における認知症介護研修事業の課題の共有と、地域の認知症ケアに対する啓発活動推進の必要性及び、それに係わる指導者の活用方法を検討することを目的として、意見交換を行った。

1) 議論の方法と内容

仙台センター管轄道県市（以下、道県市の担当者の中に、センタースタッフがファシリテーターとして入り、各テーマに沿って、一人ずつ意見を述べた後、フリーディスカッションを行った。

ディスカッションのテーマ及び時間については以下のとおりである。

- 認知症介護研修事業の課題と展望（４０分）
- 地域認知症介護支援推進における指導者の役割（４０分）

2) ディスカッションの内容

認知症介護研修事業の課題と展望については、「実践者研修」「実践リーダー研修」「指導者養成研修」の３つの研修に関する活動状況や課題点等の発言を求めたもので、その具体的な内容は以下のとおりである。

(1) 実践者研修の実施状況について

- ① 年３回 １９２名
- ② 年３回 １８０名（１回あたり６０名）
- ③ 年４回 ３２０名（１回あたり８０名）
- ④ 年７回 ２８０名（１回あたり４０名）

(2) 実践研修の現状及び課題点について

- ① 内容が充実していて満足度が高い反面希望が多すぎる。
２・３倍の競争率である。

- ② グループホームの計画担当者や管理者に研修受講が義務付けになっているため、その対象者だけで、定員が一杯になっている。指定要件を満たすための研修になっている傾向がある。
- ③ ②の対象者が優先的になるため、他のやる気のある3割から5割の対象者が選考から漏れている。
- ④ 希望しても、1年に1回も受講できない事業所がある。
- ⑤ 本来の認知症介護の質の向上の意味合いが薄まっている。
- ⑥ 受講者の質が低い、研修の目的に対する意識のばらつきがある。
- ⑦ 地域の実践者向けの内容が弱い。(地域をしっかりと考えられる指導者が少ない)
- ⑧ 研修の日数により、小規模な事業所は参加しにくい。
- ⑨ 義務付けの対象者が研修を終了するが、すぐ事業所を辞めてしまうことがあり、その後の対応にも限度がある。
- ⑩ 事業所の直接利益になることに対し、県が負担していることの意味の理解が事業所から得られない。
- ⑪ 研修要綱にある、実費負担部を削除して欲しい。
全額、受講者(事業所)負担で行いたい。

(3) 実践リーダー研修の実施状況について

- 年1回 24名
- 年1回 40名
- 年1回 30名
- 年2回 40名

(4) 実践リーダー研修の現状及び課題点について

- ① 熱心に受講している。(課題はない)
- ② 参加申込が多く、選考に苦慮する。
- ③ 実務経験が5年以上と要件のハードルが高く、申込者が定員割れしている。
- ④ 研修内容が高レベルであり、リタイヤする人がいる。

- ⑤ 申込はしたが、研修前に辞退する状況がある。
- ⑥ 外部実習の受け入れ施設に苦勞する。
- ⑦ 日数が長く、小規模な事業所など研修に出せないという状況が見られる。

(5) 指導者養成研修事業について

指導者養成研修事業については、「受講者選出の現状と課題」「指導者の活動の現状と課題」の2点について議論を行った。具体的な内容は以下のとおりである。

● 受講者選出の現状と課題について

- ① 3団体（特養・老健・グループホーム）からの推薦を受け、県で選考している。
- ② 介護保険事業所に応募（推薦）を依頼している。
- ③ 実習の受け入れを考え、大きい施設に推薦をお願いしている。
- ④ 全事業所に要綱を送っている。
- ⑤ 地域割を考慮し推薦している。
- ⑥ 一般公募を行い、指導者の連絡会議で決定している。（指導者が施設のケアを勘案して決定）
- ⑦ 実践研修を受けていない人も指導者養成研修に選考される。地域の偏在がある。
- ⑧ 事業所の長の納得が最初から得られていない。
- ⑨ 県等の財政が厳しく、年に3人出せるか分からない。
- ⑩ 指導者が増えてきており、意見の統一が図れない。
- ⑪ 施設系の人ばかりになっている。在宅系の人を増やしたい。
- ⑫ 補助金（人件費・交通費）の全廃を迫られている。

● 指導者の活動の現状と課題について

- ① 指導者の異動等により関われない人が出てくる。
- ② 本来業務に従事して欲しい施設側と指導者の活動をしたい、指導者との調整方法。

- ③ 事業所の理解が得られない。(有休対応)
- ④ 施設長クラス以外の立場の指導者は、活動しにくい。
施設長クラスの人に講師が偏る傾向がある。
- ⑤ 事業所を辞めた人が、指導者としての活動をどうするか悩んでいる。
- ⑥ キャラバンメイトや長期の実践研修及び、県独自の研修などにより指導者の負担が増えている。

(6) 地域認知症介護支援推進における指導者の役割について

地域認知症介護支援推進における指導者の役割については、認知症介護研修事業の他に、地域の認知症ケアの啓発活動として、独自に行っている研修の取り組み状況や、今後指導者に求められる役割として、推進事業の必要性について議論を行った。具体的な内容は以下のとおりである。

● 独自の認知症研修事業への取り組みについて(某県の取り組みから)

① 在宅ケアステップアップ研修

この研修は、外部研修に派遣や参加が困難な、在宅や小規模な事業所に対して、認知症ケアの資質向上を目的し、県内18人の指導者の協力を得て研修を行っている。20人程度の参加者が集まれば、デイサービスなどを会場として貸し出し、出前で基礎講座などを行っている。例えば、「医学的・心理的理解」の科目を3時間、3時間の6時間をワンステップに数日に分けて行うなど、参加しやすいように工夫をしながら取り組んでいる。

② 認知症介護実践指導アドバイザー

OJTを通して、主任ケアマネジャーの人材育成を目的とし、困難事例に対するOJTの協力、面接の立ち会いなどを県内5人の指導者の協力を得て、実践的なアドバイスをを行っている。また、県が協力者の指導者(アドバイザー)

1人につき（5ヶ月）72万円を法人に支払うなど、予算化をして取り組んでいる。

● 地域認知症介護支援推進事業の必要性について

- ① 義務化された研修が増えてきて指導者に負担が増えている。県としては、これ以上は言いづらい。
- ② 短期研修をやっているが、予算面での課題が大。指導者は現在の研修の講師として出てもらうのが精一杯である。
- ③ 指導者のドロップアウトを食い止める仕組みがない。ネットワークが必要である。
- ④ 指導者は、一法人のスタッフであり、法人の業務がある。法人の理解が得られても、スタッフの理解が得られないことがある。
- ⑤ どのようにシステムを作っていけばいいかが悩みである。
- ⑥ 小規模多機能を立ち上げる市町村の担当者に対する研修を考えている。

● 地域認知症介護支援推進事業を推進するための方略について

- ① できれば、地域の拠点を担う人が仙台センターに行って欲しい。
- ② 指導者の選出を在宅に関わっている人から選出する。
- ③ 指導者の活動を宣伝する。（地域とのきっかけ作りとして）
- ④ 指導者の中に在宅介護支援センターや地域包括支援センターの職員がいて地域との繋がりが図られている。

【今後の課題】

地域認知症介護支援推進事業を行う上で、地域包括支援センターとの連携が重要であるとの意見が多く挙げられており、指導者と地域包括支援センターの連携のみならず、医師会・ケアマネ協会も含めた連携が必要であるとの意見もあった。今後はこの連携をいかにして図っていくか、また、役割の明確化などについても検討する必要がある。

(資料7) 仙台センター 認知症指導者研修構造図

(資料8) 仙台センター 認知症指導者研修参加者 地域別人数

(資料9) 仙台センター 認知症指導者研修フォローアップ研修参加者
地域別人数

Ⅱ 平成 17 年度都道府県別認知症介護研修事業実施状況調査結果

〔調査目的〕

平成 17 年度の実践者研修ならびに実践リーダー研修事業の実態調査を実施した。本調査では、自治体等で実施されている実践研修・実践リーダー研修の実施状況、委託状況、研修の内容の決定や指導者の役割等を調査した。また、指導者研修生派遣に際しての各自治体の実態についても調査した。この調査により、研修事業の自治体間の格差を明らかにして今後の認知症介護研修に役立てるものである。

〔調査対象〕

全国都道府県および政令都市認知症介護指導者研修担当者

〔調査期間〕

平成 18 年 10 月 1 日から 10 月 15 日

〔調査回収率〕

61 都道府県ならびに政令都市の認知症介護指導者研修担当者のうち 56 件から回答がよせられた。回答率は 91.8%であった。

A. 認知症介護実践者研修事業の実態調査結果

1. 実施状況

- 平成 17 年度に認知症介護実践者研修の委託先は、全く委託していないところから 3 箇所委託している都道府県等までであるが回答者 56 件の平均は 1.13 カ所であった。
- 回答者の実践者研修実施回数は、最大 6 回で平均は、3.27 回であった。
- 実践者研修受講者数は、年間 22 人から 717 人とその数は幅広いが、56 件の平均は 198.71 人であった。

2. 実施委託に関して

1) 事業者等の委託方法

実践研修の業者等の委託は、委託せず直接実施している自治体が 5 件、実施する事業者等を都道府県ならびに指定都市等が指名する回答が 44 件、両者で 87.5%であった。また「実施する事業者等を指導者の勤務の事業者で決める」と回答した自治体は 6 件 1.8%と少なく、その他「遠距離の受講生の便宜を図るため、地域バランスを考慮し、圏域ごとの施設を検討し、かつ研修施設を所有し、認知症介護指導者が在籍して研修を円滑、効果的に実施できる能力を有する事業者ということで決定している。」と回答した自治体が 1 件あった。

2) 委託依頼状況 (表 A-1)

委託依頼状況は、約 80%の自治体が通常は毎年同じ事業者等に研修を依頼する、と回答した。

表 A-1 委託依頼状況

n = 56

	n	%
イ 通常は、毎年同じ事業者等に研修を依頼する。	44	78.6
ロ 通常は、毎年事業者等を変更する。	3	5.4
ハ 何年か毎に定期的に事業者等を変更している。	0	0
ニ 事業者等への委託依頼は、特に決まった方法はない。	2	3.6
ホ その他	2	3.6
I - 2 1) がイのために選択されず	5	8.9
合計	56	100
その他の項目内容 ● 昨年度より実施したため、事業者への委託は本年度で2回目となる。本年度の養成研修には別法人所属の方が受講しているので今後は委託先事業所が増えるものと考えている。 ● 認知症介護指導者の所属する事業者のうち、自治体の研修実施計画(スケジュール)に添って研修を実施できる事業者に決定している。		

3) 実践者研修を実施する事業者等の選出に関して (表 A-2)

実施する事業者等の選出依頼は、これまで「特に問題なく決まった」あるいは「まあまあスムーズに決まった」のが 47 件 (83.9%) で、中には「幾つかの問題はあった」2 件、「困難を極めた」1 件と、委託業者の選出に難色を示した回答者も見られた。

表 A-2 委託事業者等の選出状況

n = 56

	n	%
イ 実施する事業者等の選出依頼は、これまで、特に問題なくスムーズに決まった。	36	64.3
ロ 実施する事業者等の選出依頼は、これまで、まあまあスムーズに決まった	11	19.6
ハ 実施する事業者等の選出依頼は、これまで、幾つかの問題はあった。	2	3.6
ニ 実施する事業者等の選出依頼は、これまで、いつも問題があった。	0	0
ホ 実施する事業者等の選出依頼は、これまで、困難を極めた。	1	1.8
へ その他	1	1.9
I - 2 1) がイのために選択されず	5	8.9
無回答	1	1.8
合計	56	100

3 実践者研修について

1) 研修企画担当者（表 A-3）

実践者研修の企画は、認知症介護指導者が必ず行うか、あるいは積極的に行うように考えている、と回答とした回答者が約 90%であった。

表 A-3 実践研修企画

	n	%
イ 実践者研修の企画は、必ず認知症介護指導者が行う。	39	69.6
ロ 実践者研修の企画は、積極的に認知症介護指導者が行うように考えるが、必ずしも指導者とは限らない	13	23.2
ハ 実践者研修の企画は、認知症介護指導者とは限らず能力のある者が行っている。	0	0
ニ 実践者研修の企画者は、実施する事業者等の意向を尊重し必ずしも認知症介護指導者とはかぎらない。	1	1.8
ホ その他	3	5.4
合計	56	100
その他の項目内容 ● 自治体、委託先事業者、指導者の三者で協議して行う。 ● 自治体及び指導者の協議による。 ● カリキュラムの検討については認知症介護指導者及び自治体で協議。 ● 研修の実施は自治体が決定（時期，回数，定員等）		

2) 研修実施要項決定に関して (表 A-4)

研修実施要項の決定は、「実施する事業者等と自治体と予め協議して決定している」あるいは「実施する事業者等に依頼している」で約 90%をしめた。

表 A-4 研修実施要項決定に関して

	n	%
イ 研修実施要項の決定は、実施する事業者等に一任している	1	1.8
ロ 研修実施要項の決定は、実施する事業者等と自治体と予め協議して決定している	28	50
ハ 研修実施要項は自治体で決定し、実施する事業者等に依頼している	22	39.3
ニ その他	4	7.1
無回答	1	1.8
合計	56	100
その他の項目内容 • 研修実施要項は、認知症介護指導者の意見を取り入れて、自治体で決定している。(募集、受講者決定は自治体実施) • 自治体で決定し、自治体で実施。 • 自治体で決定し広報している。 • 研修実施要項は委託先事業所で決定している。		

3) 実践研修の研修カリキュラム決定について（表 A-5）。

研修カリキュラムの決定は、約 60%が実施する事業者等と予め協議して決定している。実施する事業者等に一任している、あるいは自治体で決定し実施する事業者等に依頼している自治体の数は、10%以下であった。

表 A-5 実践研修の研修カリキュラム決定について

	n	%
イ 研修カリキュラムの決定は、実施する事業者等に一任している	3	5.4
ロ 研修カリキュラムの決定は、実施する事業者等と予め協議して決定している	34	60.7
ハ 研修カリキュラムは、自治体で決定し実施する事業者等に依頼している	7	12.5
ニ その他	11	19.6
無回答	1	1.8
合計	56	100
その他の項目内容 ● 認知症介護指導者と協議の上自治体が決定している。 ● 研修カリキュラムは、自治体で決定し、自治体で実施 ● 認知症指導者の会として、自治体内で実施する実践者研修の統一したカリキュラムを作成し、その基準にそった内容で事業者が実施している。 ● 自治体・研修講師全員・委託先事業所で予め協議して決定している。 ● 自治体で決定している。 ● 自治体が案を示し、指導者及び実施する事業者と協議の上決定する。 ● カリキュラムの検討に関して認知症介護指導員及び自治体で協議 ● 研修の実施。自治体が決定（時期、回数、定員等） ● 企画会議にて決定する。自治体、委託先事業者、認知症介護指導者 ● 認知症介護指導者が立案している。 ● 認知症介護指導者と自治体の協議により決定している。		

4) 研修実施講師について (表 A-6)

研修実施講師の選択は、実施する事業者等に一任している自治体と実施する事業者等と予め協議して決定している状況であった。

表 A-6 研修実施講師について

	n	%
イ 研修実施講師の選択は、実施する事業者等に一任している	20	35.7
ロ 研修実施講師の選択は、実施する事業者等と予め協議して決定している	20	35.7
ハ 研修実施講師の選択は、自治体で決定し実施する事業者等に依頼している	5	8.9
ニ その他	10	17.9
無回答	1	1.8
合計	56	100
その他の項目内容		
・ 委託先事業者と指導が協議して決定。 ・ 委託先は 18 年度は解散するので 20 年度からは自治体の担当者と委託先事業者、指導者と協議して決める予定。 ・ 自治体、実施事業者、認知症指導者と予め協議して決定している。 ・ 認知症介護指導者と協議の上自治体が決定している。 ・ 自治体が決定し、自治体で依頼している。 ・ 自治体・研修講師全員・委託先事業所で予め協議して決定している。 ・ 自治体で決定し、依頼している。 ・ 自治体、委託先、指導者の会議で決定している。 ・ 企画会議の中で決定している。 ・ 主な認知症介護指導者を中心に、自治体内の介護指導者が 1 回は講師するようにしている。 ・ 認知症指導者と自治体担当者が出席して協議する。企画・カリキュラム検討会議において決定する。		

4. 実践者研修の研修効果（表 A-7）

1) 研修効果の検証

研修効果の検証をこれまでに行ったことがない自治体が 17 と最も多かったが、実施する事業者等に一任する、実施する事業者等と予め協議して行っている、自治体が主体で行っている、などの回答があった。

表 A-7 研修効果の検証

	n	%
イ 研修効果の検証は、実施する事業者等に一任し、事業者等が行っている	15	26.8
ロ 研修効果の検証は、実施する事業者等と予め協議して行っている	10	17.9
ハ 研修効果の検証は、自治体が主体で行っている	9	16.1
ニ 研修効果の検証をこれまでに行ったことがない	17	30.4
ホ その他	5	8.9
合計	56	100
その他の項目内容 - 講座毎の理解度等については、実施する事業者等と予め協議して事業者等が行っている。 - 研修内容については各研修の最終日に受講者のアンケートやレポートをもとに反省会を開いている。ただし、実践者研修がどのように現場で役立っているか調査、検証は行っていない。 - 研修中の理解度については、アンケートを実施。また自施設研修の報告会において、ある程度の研修の成果は量れるが、その後の効果検証は未実施。今年度から自施設研修のまとめのレポートに事業所代表のコメントを求めることとし、研修受講者の取り組み状況の評価に役立てることとした。 - 事業者がアンケート等を行い、カリキュラムに反映させている。 - 年に数回、認知症介護指導者、研修実施団体及び県の担当者が集まり研修効果の実証を行っている。 - 毎年度末に認知症指導者と自治体担当者により行っている。		

B. 認知症介護実践リーダー研修の実態調査結果

1. 実施状況

- 平成 17 年度に認知症介護実践リーダー研修の委託先は、全く委託していないところから 4 箇所委託している都道府県等までであるが、56 都道府県等の平均は 1.04 カ所であった。
- 都道府県等の実践リーダー研修実施回数は、最大 3 回で、平均 1.23 回であった。
- 実践リーダー研修受講者数は、56 都道府県等平均は 32.16 人で、最大は 111 人であった。

2. 実施委託に関して

1) 事業者等の委託方法（表 B-1）

実践リーダー研修の業者等の委託は、委託せず直接実施している自治体が 5 件(8.9%)で、通常は、毎年同じ事業者等に研修を依頼する自治体は 40 件(71.4%)であった。その他、毎年事業者等を変更するのが 4 件(7.1%)、何年かごとに定期的に事業者等を変更しているのが 1 件、事業所等の委託依頼は、特に決まった方法はない、と回答した自治体が 2 件あった。

表 B-1 事業者等の委託方法

	n	%
イ 委託せず、直接実施している	5	8.9
ロ 通常は、毎年同じ事業者等に研修を依頼する	40	71.4
ニ 通常は、毎年事業者等を変更する。	4	7.1
ホ 何年かごとに定期的に事業者等を変更している。	1	1.8
へ 事業所等の委託依頼は、特に決まった方法はない。	2	3.6
ト その他	2	3.6
無回答	2	3.6
合計	56	100

その他の項目内容

- 認知症指導者養成研修を終了した指導者で組織する団体に委託する。事務等は代表指導者が所属する法人で行う。
- 年間の研修実施スケジュールに応じて調整。実践リーダー研修は平成 19 年度実施予定。

2) 委託事業者等の選出方法（表 B-2）

実施する事業者等を自治体が指名するのが最も多く（73.2%）、その他は実施する事業者等を認知症介護指導者の勤務先で決める自治体が 7.1%であった。実施する事業者等を公募したり、実施する事業者等を職能団体の推薦にて決めたりする自治体はなかった。

表 B-2 委託事業者等の選出方法

	N	%
イ 実施する事業者等を都道府県が指名する	41	73.2
ロ 実施する事業者等を公募する	0	0
ハ 実施する事業者等を職能団体の推薦にて決める	0	0
ニ 実施する事業者等を認知症介護指導者の勤務先で決める	4	7.1
ホ その他	4	7.1
無回答	3	5.4
I - 2 1) がイのために選択されず	4	7.1
合計	56	100

その他の項目内容

- 研修施設を所有し、認知症介護指導者が在籍して、研修を円滑、効果的に実施できる能力を有する事業所ということで決定している。
 - 認知症指導者養成研修を終了した指導者で組織する会に委託する。事務等は代表指導者が所属する法人で行う。
 - 未定
- 自治体の直営運営

3. 実践リーダー研修の研修実施状況（表 B-3）

1) 実践リーダー研修における指導者の役割

実践リーダー研修の企画者は、必ず認知症介護指導者（66.1%）、あるいは積極的に指導者が行っている自治体（21.4%）がほとんどであった。

表 B-3 実践リーダー研修における指導者の役割

	n	%
イ 実践リーダー研修の企画者は、必ず認知症介護指導者である。	37	66.1
ロ 実践リーダー研修の企画者は、積極的に認知症介護指導者であることをうたっているが、必ずしも指導者とは限らない	12	21.4
ハ 実践リーダー研修の企画者は、認知症介護指導者とは限らず能力のある者を採用している。	0	0
ニ 実践リーダー研修の企画者採用は、実施する事業者等の意向を尊重し必ずしも認知症介護指導者とはかぎらない。	0	0
ホ その他	5	8.9
無回答	2	3.6
合計	56	100

その他の項目内容

- 自治体、委託先事業者、指導者の三者で協議して行う。
- 自治体と認知症介護者で進めている。
- 自治体と認知症介護指導者が協同で行っている。
- 実践リーダー研修の企画は認知症介護指導者，事業委託先，自治体で構成する企画会議において行っている。
- 未定。今後協議する。

2) リーダー研修実施要項 (表 B-4)

研修実施要項の決定は、実施する事業者等と予め協議して決定している自治体が 46.6%、自治体で決定し実施する事業者等に依頼しているのが 33.9%で、実施する事業者等に一任している自治体は 3.6%と少なかった。

表 B-4 リーダー研修実施要項

	n	%
イ 研修実施要項の決定は、実施する事業者等に一任している	2	3.6
ロ 研修実施要項の決定は、実施する事業者等と予め協議して決定している	26	46.4
ハ 研修実施要項は、自治体で決定し実施する事業者等に依頼している	19	33.9
ニ その他	6	10.7
無回答	3	5.4
合計	56	100

その他の項目内容

- 認知症介護指導者の意見を取り入れて、自治体で決定している（募集，受講者決定も自治体実施）
- 自治体で決定し，自治体で実施。
- 自治体で決定し広報している。
- 未定。今後協議する。
- 研修実施要項は委託先事業者で決定している。

3) 研修カリキュラム (表 B-5)

研修カリキュラムの決定は、事業者等に一任している自治体は 3 件 5.4%と少なく、実施する事業者等と予め協議して決定している自治体が 60.7%と最も多かった。また、研修カリキュラムを自治体で決定して実施する事業者等に依頼しているのが 6 件 10.7%であった。

表 B-5 研修カリキュラムの決定

	N	%
イ 研修カリキュラムの決定は、実施する事業者等に一任している	3	5.4
ロ 研修カリキュラムの決定は、実施する事業者等と予め協議して決定している	34	60.7
ハ 研修カリキュラムは、自治体で決定し実施する事業者等に依頼している	6	10.7
ニ その他	10	17.9
無回答	3	5.4
合計	56	100

その他の項目内容

- 委託先事業者と指導が協議して決定。
委託先は 18 年度は解散するので 19 年度からは自治体の担当者と委託先事業者、指導者と協議して決める予定。
- 実施する事業者，認知症指導者予め，協議して決定している。
- 認知症介護指導者と協議の上決定している。
- 自治体で決定し，自治体で実施。
- 自治体・研修講師全員・委託先事業者で予め協議して決定している。
- 自治体で決定している。
- 企画会議。自治体，委託先事業所，認知症専門指導師（認知症介護指導者）
- 未定
- 認知症介護指導者が立案している。
- 認知症介護指導者と自治体の協議により決定している。

4) 研修実施講師の選択（表 B-6）

研修実施講師の選択は、実施する事業者等に一任しているのが 33.9%、実施する事業者等と予め協議して決定しているのが 32.1% であった。

表 B-6 研修実施講師の選択

	n	%
イ 研修カリキュラムの決定は、実施する事業者等に一任している	19	33.9
ロ 研修カリキュラムの決定は、実施する事業者等と予め協議して決定している	18	32.1
ハ 研修カリキュラムは、自治体で決定し実施する事業者等に依頼している	3	5.4
ニ その他	13	23.2
無回答	3	5.4
合計	56	100

その他の項目内容

- 委託先事業者と指導が協議して決定。
- 委託先事業者は 18 年度は解散するので 19 年度からは自治体の担当者と委託先事業者、指導者と協議して決める予定。
- 実施する事業者，認知症指導者予め，協議して決定している。
- 認知症介護指導者と協議の上決定している。
- 自治体で決定し，自治体が依頼。
- 自治体・研修講師全員・委託先事業者で予め協議して決定している。
- 自治体で決定し，依頼している。
- 自治体，委託先事業所，指導者の会議で決定している。
- 自治体、及び指導者の協議により決定している。
- 企画会議で決定している。
- 企画会議。自治体，県社協，認知症専門指導師（認知症介護指導者）
- 未定
- 主な認知症介護指導者と経験が豊富な指導者が講師をしている。
- 認知症指導者と自治体担当者が出席して協議する。企画・カリキュラム検討会議において決定する。

4. 実践リーダー研修の効果

1) 研修効果の検証

研修効果の検証は、これまでに行ったことがない自治体が 26.8%と最も多く、実施する事業者等に一任、あるいは事業者等と予め協議して行っている自治体や自治体が主体で行っている自治体がそれぞれ約 20%であった。

表 B-7 リーダー研修効果の検証

	n	%
イ 研修効果の検証は、実施する事業者等に一任し、実施する事業者等が行っている	13	23.2
ロ 研修効果の検証は、実施する事業者等と予め協議して行っている	11	19.6
ハ 研修効果の検証は、自治体が主体で行っている	11	19.6
ニ 研修効果の検証をこれまでに行ったことがない	15	26.8
ホ その他	3	5.4
無回答	3	5.4
合計	56	100

その他の項目内容

- 講座毎の理解度等については実施する事業者等と予め協議して事業者等が行っている。H18 年度，実施する事業者等と予め協議して自治体主体で実施予定。
- 事業者がアンケート等を行い，カリキュラムに反映させている。
- 未定
- 毎年度末に認知症指導者と自治体担当者により行っている。

C. 認知症介護指導者養成研修について

1. 研修生派遣について

1) 指導者養成研修募集方法（表 C-1）

指導者研修の研修生の募集は、所轄地域内の高齢者介護施設・事業所等を通して募集する自治体が最も多く（46.4%）で、実践者研修を実施する事業者等の施設に研修生派遣を依頼するのが 16.1%であった。

表 C-1 指導者養成研修募集方法

	n	%
イ 所轄地域から一般公募する	1	1.8
ロ 所轄地域内の高齢者介護施設・事業所等を通して募集する	26	46.4
ハ 実践者研修を実施する事業者等の施設に研修生派遣を依頼する	9	16.1
ニ その他	20	35.7
合計	56	100

その他の項目内容

- 実践リーダー研修を実施する事業者等の施設に研修生の派遣を依頼。
- 老人福祉関係団体に推薦を依頼する
- 特養と老健はそれぞれの協議会へ推薦依頼。グループホーム，通所系，居宅支援事業所には公募。
- 実践者研修を実施する事業者の研修企画者と相談し，指導者の資質のある者，研修講師として協力していただける方を選定する。
- 実践研修の委託先へ実践者研修または実践リーダー研修修了者で指導者養成研修を受けるに相応しい者の推薦を依頼する。
- リーダー研修受講生のうち、認知症指導者・研修を実施する事業者からの推薦を受ける。

- 指導者等に推薦を依頼。不足の場合は関係者団体に推薦を依頼。
- 指導者または自治体の推薦のある者で協議
- 老施協，老健協，グループホーム協等に専門課程修了者からの推薦を依頼。
- 老人福祉施設連絡協議会，老人保健施設連絡協議会，認知症グループホーム連絡協議会等の団体から適任者を推薦依頼。
- 老施協，老健協，グループホーム協議会の3団体からの推薦。
- 老健協，老福協に受講者の推薦を依頼している。
- 所轄地域内の高齢者福祉施設（特養，老健，療養型）を通して募集。
- 実践研修等の実施時の利便性，事業者の理念等から総合的に判断して，派遣元となる施設・事業者の候補を選出し個別に依頼する。
- 特養，老健，グループホームから各1名を推薦を団体に依頼する。

2) 指導者養成研修への派遣者の決定方法（表 C-2）

指導者養成研修への派遣者決定方法は、複数の応募者ならびに推薦者からの中から書類選考により決定する自治体が 42.9%と最も多かった。所轄地域内の高齢者介護施設ならびに事業所等を選出し研修生派遣を依頼し、推薦された者を派遣するところ(16.1%)や、所轄地域内で毎回同じ高齢者介護施設、事業所等に推薦を依頼し自治体も 12.5%みられた。

表 C-2 指導者養成研修への派遣者の決定方法

	n	%
イ 複数の応募者ならびに推薦者からの中から書類選考により決定する	24	42.9
ロ 所轄地域内で毎回同じ高齢者介護施設ならびに事業所等に推薦を依頼し、推薦された者を派遣する	7	12.5
ハ 研修生派遣時に自治体で所轄地域内の高齢者介護施設ならびに事業所等を選出してそこに研修生派遣を依頼し、推薦された者を派遣する	9	16.1

ニ 所轄地域内の研修生派遣を希望する高齢者介護施設ならびに事業所等から派遣要請があった場合に研修生を派遣する。	1	1.8
ホ その他	15	26.8
合計	56	100
その他の項目内容 ● 特養と老健の協議会の指導者はそのまま決定、グループホーム等からの公募者は書類選考 ● 実践者研修を実施する事業者の研修企画者と相談し、指導者の資質のある者、研修講師として協力していただける方を選定する。 ● 前年度の実践リーダー研修受講者から指導者として適切な者を選出して、所属施設に推薦を依頼。 ● 実践研修の委託先に派遣者の推薦を依頼し、推薦されたものを派遣する。 ● 地域(県全体)・資格バランス等総合的に検討してから、受講生の所属している事業所に対し、研修生派遣を依頼し、推薦していただき、派遣する。 ● 推薦された者について認知症介護指導者等の意見聴取等及び地域性等を考慮の上、派遣者を決定する。 ● 自治体内の認知症高齢者介護に関わる全施設、事業所に対して個別に案内を送付し、その施設、事業所より推薦を受けたものの中から、書類及び面接にて選考し決定する。 ● 地域内の高齢者介護施設ならびに事業者に対し公募し、選出した施設内より推薦された者を派遣する。 ● 特養、老健、グループホームから各1名を推薦を団体に依頼し、その各団体からの推薦者を研修生として派遣する。 ● 複数の応募者の中から書類選考し〈1次〉面接〈2次〉により、決定している。なお、1次については、指導者に参考意見を頂き、2次については、自治体と協同で面接を行っている。 ● 老施協、老健協、グループホーム協へ推薦のあった者を派遣している。		

3) 研修生派遣事業者への研修趣旨ならびに指導者の役割についての説明

研修生の所属する事業所の管理者に、指導者養成研修受講の前に、研修の趣旨ならびに研修後の指導者の役割についての説明は、口頭のものが32.1%、文章が46.4%で、10.7%の自治体では特に説明がされていなかった。その他、自由記載では、以下のような事が示されていた。

- 受講者選考の際の面接時には、施設・事業所の管理者も同行していただき、その機会に文書及び口頭で説明を行っている。
- 対象者施設あてに事業に対する説明会を実施することを通知。来所した全事業者に対して説明している。
- 所属の事業所に出向き、施設長に対し口頭及び文書にて説明している。
- 研修実施法人であり、趣旨を承知の上で派遣してもらっている。
- 派遣者の推薦者募集要綱に趣旨ならびに研修後の役割を明記。

4) 指導者養成研修受講前の研修生への事前説明

研修生への指導者養成研修に関する事前説明は、口頭のものが46.4%、文書が32.1%、14.3%の自治体では特に説明がされていなかった。その他、自由記載では、以下のような事が示されていた。

- 受講者選考の際の面接時には、施設・事業所の管理者も同行していただき、その機会に文書及び口頭で説明を行っている。
- 文書により所属事業所を通じて説明している。
- 所属の事業所に出向き、口頭及び文書にて説明している。

5) 研修生派遣先への援助

指導者養成研修に派遣するに際して、研修期間中の研修生派遣元への経済的援助（人員減少分の経済的手当てなど）は、76.8%（43

自治体)で実施され、14.3%では実施されていなかった。また、その都度に研修派遣元の事業所と話して決めている自治体が3.6%(2自治体)みられ、あとの2自治体は、旅費についてのみ補助金を支給していた。

6) 指導者の派遣依頼について

認知症介護指導者が実践研修等の業務に参加する場合、指導者の所属先に派遣依頼文書等による業務依頼を行っている自治体は、41自治体73.2%であった。11の自治体(19.6%)では依頼を行っていないと回答した。その他の回答として、必要に応じて行っている、研修委託先事業者から、通常の講師依頼文による依頼のみ行っている、委託契約に含むであった。

7) 指導者への手当

研修修了後の認知症介護指導者の活動(実践研修等に参加する場合)に対して、手当等を支給については、謝金と交通費を本人に支給しているが62.5%、事業所に支払っているのが7.1%、交通費は本人へ、謝金は事業所へ支払っているのが1つの自治体にみられた。

表 C-3 指導者への手当

	n	%
イ 謝金と交通費を本人に支給している。	35	62.5
ロ 謝金と交通費を事業所に支払っている。	4	7.1
ハ 交通費は本人へ、謝金は事業所へ支払っている。	1	1.8
ニ 一切手当ては出していない	2	3.6
ホ その他	14	25
合計	56	100

その他の項目内容

謝金を本人に支給している。交通費は不支給。

謝金の支払い先は個別に協議(本人または事業所)

謝金と交通費を事業所に支払い，昼食を本人に支給している。
委託料として法人に支払っている。
謝金と交通費を支給。受取りが本人か事業所かは各人に任せている。

8) 指導者間の情報交換

認知症介護指導者間の情報交換等の交流会（それに類する会合）は、82.1%で実施されていた。回数は最大 25 回で、平均 5.57 回であった。

表 C-4 指導者間の情報交換

	n	%
イ 自治体が主導して行っている	15	26.8
ロ 指導者同士で自主的に行っている	11	19.6
ハ 指導者に任せてはいるが，自治体が支援している。	10	17.9
ニ 自治体主導と指導者の自主と両方行っている	10	17.9
ニ 特に行っていない	4	17.9
ホ その他	6	10.7
合計	56	100

その他の項目内容

- 研修前に指導者に集ってもらい打ち合わせを行っている。その中で、情報交換もあり。委託先事業者が主体的に行う。
- 研修の打ち合わせは基本的に全員参加であり，情報交換の場にもなっていると思います。（委託先事業者が主導）
- 実践研修等の打ち合わせに併せて実施。今年度，指導者の会を自主で立ち上げ予定。
- 自治体としては特に行っていないが，研修委託先の団体が任意で行っている。
- 研修カリキュラム検討委員会を年 4 回実施しています。
- 年に数回，研修の実施打ち合わせと兼ねて行っている。

9) 平成 17 年度までの指導者の動向

① 平成 17 年までに指導者養成研修を修了した指導者数

最小値	最大値	平均値
3 人	18 人	10.67 人

② 平成 17 年度に実践者研修等に関与した指導者数

最小値	最大値	平均値
1 人	11 人	1.45 人

10) 認知症介護指導者研修場所について

現在、大府、東京、仙台の 3 箇所で研修が行われているが、現状での研修を望む自治体が 41 自治体 (73.2%) で、変えた方がよいとの回答は 9 自治体 16.1% であった。その他の意見を下記に示す。

- 現在大府センターだが，東京センターを希望。
- 養成研修の担当地域について担当が仙台と遠い。
- 研修受講のために長期にわたり事業所を離れることとなるため，実施場所や研修期間に工夫が必要である。
- 中，四国が仙台というのは，他地域の割り当てと比較して著しく遠方で，かつ交通が不便。西日本にセンターを 1 ヶ所増やしてほしい。
- 本自治体には直接は関係ありませんが，大府センターがもっと西（関西あたり）にあった方が西日本の方々には良いと思います。
- 仙台センターに研修することになっているが，遠いため事業所が研修生の推薦に躊躇するケースが多い。

D. 認知症介護指導者養成研修についての自由記載

1. 指導者研修修了者を実践研修以外に自治体ではどのように活用しているか。また、今後、どのように活用したいと考えているか。

認知症介護の第一人者であるので各種福祉施策の場面でご助言いただければと思う。

○小規模等の研修講師。

○市民向けの介護講座(認知症)の講師年2回。

今年度から地域密着型サービス事業にかかる研修についてもご協力いただくことになりました。すでに過大な負担をお願いしていると思っている。

現在のところ研修の講師以外は活用されていないが、今、認知症の理解の啓発等への事業へも協力をお願いしたい。

認知症サポーター養成にむけて何らの形で協力いただけると良い。

〈現在〉○その他の認知症介護研修講師(認知症対応型サービス事業者開設者研修など)

〈今後〉○認

知症介護専門職のスーパーバイザーとして活用していくことも検討していきたい。

○介護普及センター事業の講師

○介護支援専門員の研修講師

○その他認知症関連の研修講師(予防事業等)

○小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修講師。

特になし

○地域密着型サービス事業者への研修について企画・実施予定。

○全国キャラバンメイト連絡協議会が実施する「キャラバン・メイト養成研修事業」における活用を考えている。

認知症対応型サービス事業管理者研修等の他の認知症関係研修について、協力してもらっている。

〈現在〉1認知症キャラバン・メイト養成研修講師2認知症対応型サービス事業管理者研修、開設者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の企

画・運営・講師 〈今後〉県の認知症対策の審議会委員への参画を検討している。
日常生活の中で高齢者に接す機会の多い市民あるいは地域の関係者に対して、認知症理解のための研修を行うにあたり、指導者養成研修修了者に研修テキスト及びこうしょうマニュアルを作成していただき、またその講師としても参画していただいている。
①介護保険施設等において、認知症高齢者の介護に携わる者の知識技術の向上を図るため、認知症介護技術等の相談窓口の設置及び介護保険施設等へのアドバイザーの派遣。 ②介護支援専門員の現任研修の講師。 ③グループホーム研修等の講師。
管理者研修、小規模多機能サービス計画作成者研修、開設者研修などで、講師として活用したいと考えている。
指導者の会が主催する自主的研修会を開催するなどし、介護職の資質向上に貢献している。
キャラバンメイトの活動に協力いただく。
現在は、実践研修以外に活用していない。今後は介護保険事業所や施設が独自に行う認知症研修に出向いたり、地域における認知症対策に積極的に関わっていただきたい。
本市が活用していることがないが、指導者研修修了者の所属先に、各関係機関から「認知症」等のテーマでの講演等の依頼があった場合研修修了者を講師として派遣している。今後については未定であるが、各自治体等の取り組み等を参考に検討したい。
認知症理解普及促進事業・運営委員会の委員として一部参加。今後は、実践研修以外の地域密着型サービスに義務付けられた研修の講師としても活用したい。
認知症サポーター養成講座や他の講座において講師として紹介している。また、自治体の認知症関係の事業について助言をいただいている。今後も講師として活躍していただくほか、認知症対策について、助言や協力を頂きたい。また、管理者研修、計画作成担当者研修の企画、講師も予定。
全員ではないが、個別に県の事業（身体拘束廃止推進事業等）にご協力いただいている。今後の活用については未定。

グループホーム管理者研修の講師として活用。また、認知症キャラバンメイト養成研修の講師として活用。
認知症介護サービス事業開設者研修。
市町村職員等関係者研修、処遇困難事例検討の助言者〈県事業の認知症ケアサポート事業〉一般住民向け啓発事業の講師等。
認知症対応型サービス事業、管理者研修及び認知症対応型サービス事業開設者研修の講義のうち一部講師として活用。
○キャラバンメイト養成研修の受講案内を送付→7名の方が修了。 ○認知症サポーター養成講座の講師役
○現在は、キャラバンメイト養成研修の講師や研修カリキュラムの変更時の検討委員、また、道の認知症対策の検討委員としてご協力いただいている。 ○今後も研修講師のみに限らず、道の認知症対策を構築する上でご協力いただきたい。
認知症サポーター養成講座の講師（キャラバンメイト）として活用している。
現在のところ実践研修の指導者としての活用だけですが、今後は「認知症サポーター100万人キャラバン」のキャラバンメイトとして活用できればと考えている。
研修を行う事業者が実施する他の研修（社会福祉施設役職員研修等）において講師を依頼し講義を行っている。
自治体内における認知症介護に関する研修の講師に推薦している。今後、認知症介護の研修だけでなく、認知症介護に関する事の窓口として活用したい。（例えば利用者、家族、施設等のアドバイザーなど）
認知症対応型サービス事業管理者研修等のカリキュラム検討会への参加、及び講師として活躍いただいている。
キャラバンメイト等、地域の認知症介護技術向上のための活動やGHの連絡会等、事業者間の交流や技術向上のための活動に活用したいと考えている。
開設者研修の現場体験施設として活用している。
やはり、研修以外の活用については考えているところではあるが、実際は難しいというのが現状。
○認知症サポーター養成講座の講師。 ○他の認知症対応型サービス研修等の講師

本自治体では、実践リーダー研修修了者のうち、希望者について、「認知症介護アドバイザー」として地域で活躍してもらっている。今後はそのアドバイザーを取りまとめていく役を期待している。
○キャラバンメイトへの登録、県で行っている「認知症予防推進会議」の委員就任、他の認知症関連の研修会講師。 ○今後、認知症リハビリを県内に普及させるための事業に取り組んでいくため、その指導や助言ができる人材として活用したい。
キャラバンメイト・サポーターとしての活動もお願いしたいと思っている。
自治体独自の事業者向け研修において活用事例あり。後は他の自治体事例を参考に指導者の協力が得られる範囲で地域における認知症介護のアドバイザー的な活用を行えればと考える。
認知症介護新人研修、ケアマネジメント研修等、自治体独自の研修の他に専門職や家族等からの介護相談や事業所で実施される学習会の講師やスーパーバイズを行う現地相談等をお願いしている。
全員ではありませんが、個別に自治体の事業（身体拘束廃止推進事業等）に、ご協力いただいている。今後の活用については未定。
本自治体は介護実習普及センターを県直営で実施しているため、県単独の各種研修の講師として活用している。
介護に関する講座（出前講座）の講師としてお願いしている。
○自治体実施が政省令で定められた認知症介護関係研修、介護支援専門員更新研修、県独自に実施している認知症関係事業について、企画や講師を担っている。 ○自治体が発行する認知症キャラバンメイト養成研修の講師を担っている。 ○今後も認知症介護実践研修に限らず、福祉分野の人材育成を推進する人材として活躍を期待している。

2. 認知症介護指導者養成研修場所は、仙台・東京・大府と3箇所あるが、現状の研修場所でよいのか。

現在大府センターだが、東京センターを希望。
養成研修の担当地域について遠い。
研修場所を増やし、定員を拡大する。都道府県・政令都市以外からの受講を検討した方がよい。
研修受講のために長期にわたり事業所を離れることとなるため、実施場所や研究期間に工夫が必要である。
当市としては地理的な問題から東京を希望したい。また、大府においては職員の交代もあり、センター指導者とのつながりがなくなり、相談などがしにくくなってしまった。
研修場所は近くにあった方がよい。
中、四国が仙台というのは、他地域の割り当てと比較して著しく遠方で、かつ交通が不便。西日本にセンターを1ヶ所増やしてほしい。
できれば交通の便がいいところの方が受講生の負担が少なくてよい。
大府センターがもっと西（関西あたり）にあった方が西日本の方々にはよい。
仙台センターに研修することになっているが、遠いため事業所が研修生の推薦に躊躇するケースが多い。

3. 現行の認知症介護に関する研修以外に、3センターに希望する認知症介護に関する研修があるか。

特になし
小規模多機能・・・研修のカリキュラム講師として協力いただいております。 フォローアップ研修に地域密着型サービスの理念・考え方・サービスのあり方等
若年性認知症について
小規模多機能型サービス等計画作成担当の開催にあたり、現認知症介護指導者等（ケアマネ資格所持者）に対して小規模多機能ケアの指導（講義）のための研修
地域型密着型サービスに義務付けられた研修にも対応出来る指導者の養成。
身体拘束の廃止及び権利擁護に関するトータルな研修。
認知症の予防をテーマにした研修。センター方式の研修等。
自治体の研修担当職員向けの研修。（研修カリキュラムの策定や講師選定に当たり、実践者研修標準カリキュラムの趣旨について理解している必要があるため。）
認知症実践者等養成事業の開設者研修，管理者研修，計画作成担当者研修の指導者の育成。
施設等従事者による虐待に係るマニュアルを作成されると聞いており，早く作成頂けるよう期待している。虐待対応関係の研修。

4. その他センターへの要望

3箇所では研修内容、修了者のフォローアップ体制など情報交換、協議等行っている。ただ、3センター間で地域間格差が生じないように充実をお願いしたい。

受講生から講師や受講生との連携ができ、いい情報交換が出来ると思っている。指導者の先生方のモチベーションの維持・向上ができると思う。

○実践者研修の申し込み数が定員を上回る状態が続いている。

広く受講機会を提供する方策として

①指導者養成の促進

②研修を運営することが中核市や民間でもできるというシステムを検討するべきだと考える。

指導者養成研修参加者に感想を尋ねると、学びも多いが、厳しい時間配分でカリキュラムが詰まっている上、ソフトウェアを大いに活用したパソコンによる資料作成が求められ、パソコンを不得意とする研修生はその作業に苦慮していると聞いている。上記の問題に配慮し、当自治体では今年度受講生より、研修前の研修内容説明時に昨年度の日程とカリキュラムを伝えると共に、受講中悩んだ時には既修了者に相談するように話している。また、作業への対応については、募集時の対象要件の留意事項に、研修においてはソフトウェアを用いたパソコン作業が多くある事を表記しておく方が良くはないかと考えるが、そのように扱ってもよい。

平成18年度の介護保険制度の改正により、指定基準上で研修の受講が義務付けられたため、実践者研修などは施設の介護職員がなかなか受講できない状況になっている。管理者など指定基準を満たすための実践者研修受講は、ヘルパー研修のように研修事業者の指定制度を導入し、自由に事業者を選択して受講できるようにし、都道府県は施設等の介護職員を対象とした研修として実施できるようにすべきである。また、管理者研修などでは、指定、指定権限が市町村に移行されたことをふまえ、市町村が実施するように見直すべきである。

認知症サポーター養成講座や他の講座において、講師として紹介している。また、自治体の認知症関係の事業について、助言を頂いている。今後も、講師として活躍していただく他、認知症対策について、助言や協力を頂きたい。また、管理者研修、計画作成担当者研修の企画、講師も予定。

実践者研修〈実践者・リーダー〉には特になし。ただし、H18年からスタートした、管理者、小規模の計画作成担当者、開設者研修といった地域密着型サービスの研修は、種類が多すぎる。簡素化を求める。自治体以外が実施主体となつて行う認知症介護研修の位置づけを明確にしていきたい。

3センターに対しての要望ではないが、認知症関係研修が地域密着型サービス事業所の必須の研修として位置づけられていることから、受講申込者が非常に多く、受講できない方が多数出てしまう。実践者研修については年5回開催しており、1回の受講者数を170名くらいにして増員して実施しているものの、道のみでの実施では対応しきれない状況である。〈申込者は300～400名おり、約半数は受講できない〉本研修についても、介護支援専門員の研修のように、自治体以外の機関が実施主体として実施出来る方向で検討していきたい。

開設者研修は科目を増やすなどより一層の充実を図る必要があると思います。

研修を委託しているため、参考までに指導者研修の資料を(都道府県、政令指定都市とは別に)1部恵与していただきたい。

認知症介護研修の体系及び各研修カリキュラムを頻繁に変更しないで欲しい。

○指導者養成の都度ボリュームのある資料を送ってきていただいているが1回でよいのでは？○指導者のもとに様々な研修の案内等が届いているようであるが、参考にいただきたい。

○実践研修の受講がグループホーム管理者等の要件となっており、受講希望者が増加し予算の都合上、実施回数や人数を増やせない中で選定に苦慮している。実習先の確保が難しい。

○実習先は、実践者研修は、実践リーダー研修修了生の施設で、実践リーダー研修は指導者の施設で行っている。その中でグループホーム当に多い、営利企業にノウハウを盗られると嫌がられる場合や、実習生を受け入れても優先的に受講できるわけではないといった苦情もあり受け入れ先の確保が難しい。

○初期の頃の指導者が仙台で受講した内容と近年の内容が変化しており、近年の指導者を中心とした内容に組みかえる必要があると思っている。

○新しい知識のため、フォローアップ研修に参加してもらおうと思っても、すでに、実践者、リーダー研修で、出張、年休を使い果たしておりこれ以上無理をさせられない。

平成 18 年度の制度改正に伴い、実践者研修が事業所の指定要件に取り込まれたため、義務付け受講者が大量に発生し、継続的な指導者養成につながらない状況になっている。指導者不足のためこれ以上研修は増やせない。管理者の研修はもっとカリキュラムを軽減するなど要件を緩和する事を検討してほしい。

指導者研修修了者が管理者になれないのは、実践者養成の位置づけとしておかしいと感じる。管理者に係る研修を強化する等、認知症介護研修全体の指導者として活動できるようにならないのではないかな。

研修の内容等に変更がある場合は早目に連絡をして欲しい。

①指導者養成研修について

●サービス提供計画、介護支援計画の立て方の指導、事例検討の活用の指導を入れていただき、個別介護をチームでモニタリングする技術が高められるようにしたい。

●地域密着型サービスの理念と実際を指導者に実習を通して理解してきていただき、県での活動に活かしていただきたい。

②認知症介護実践者等養成事業に示された各種研修について、3 センター及びCLC等研究者により、体系的な研修の研究を行っていただきたい。

E. 調査結果のまとめ

1. 平成 17 年度の実践者研修ならびに実践リーダー研修事業の実態調査を実施した。調査対象は、全国都道府県および政令都市認知症介護指導者研修担当で、調査期間は、平成 18 年 10 月 1 日から 10 月 15 日であった。回答率は 91.8%であった。
2. 実践者研修について
 - ① 認知症介護実践者研修の委託先は、平均 1.13 カ所で、受講者数は、年間 22 人から 717 人幅広いが、56 件の平均は 198.71 人であった。
 - ② 業者等の研修委託は、直接実施している自治体が 5 件、都道府県・指定都市等の指名 44 件、両方で 87.5%であった。約 80%の自治体が通常は毎年同じ事業者等に研修を依頼していて、その選出に大きな問題がない、と回答したのが 83.9%であった。
 - ③ 研修企画は、護指導者が必ず行うか、積極的に行うように考えている、と回答とした回答者が約 90%であった。研修実施要項は、実施事業者等と自治体が予め協議して決定あるいは自治体で決定して事業者等に依頼しているのが約 90%をしめた。
 - ④ 研修カリキュラム決定は、約 60%が実施する事業者等と予め協議して決定している。講師の選択は、実施する事業者等に一任している自治体と実施する事業者等と予め協議して決定している状況であった。研修効果の検証は、これまでに行ったことがないと回答した自治体が 17 と最も多かった。
3. 実践リーダー研修について
 - ① 実践リーダー研修の委託先は、平均 1.04 カ所で、受講者数は、56 都道府県等平均 198.71 人であった。年間の回数は、最大 3 回で平均 1.23 回であった。56 都道府県等平均受講者は 32.16 人で、最大は 111 人であった。

- ② 研修を直接実施している自治体が 5 件 (8.9%) で、毎年同じ事業者等に研修を依頼する自治体が 40 件 (71.4%) であった。委託先の事業者選出方法は、自治体が指名するのが最も多く (73.2%)、指導者の勤務先で決める自治体が 7.1% であった。
- ③ 研修企画は、必ず認知症介護指導者あるいは積極的に指導者である自治体が約 9 割を占めた (87.5%)。
- ④ 研修実施要項の決定は、事業者等に一任している自治体は 3 件 5.4% と少なく、その他は何らかの形で自治体が関与していた。研修講師の選択は、6 割以上の研修が自治体と事業者と係わりながら行っていた。また、研修効果の検証と積極的に実施している自治体は少なかった。

4. 認知症介護指導者養成研修について

- ① 指導者研修の応募は、所轄地域内の高齢者介護施設・事業所等を通して募集する自治体が最も多く (46.4%)、研修生の派遣は、推薦者からの中から書類選考 (42.9%)、介護施設ならびに事業所等の推薦 (16.1%)、毎回同じ介護施設等の推薦依頼 (12.5%) で決定していた。
- ② 研修生派遣事業者に研修趣旨ならびに指導者の役割についての説明が行っていた自治体が 1 割あり、その他は口頭あるいは文章で説明が実施されていた。また研修生への事前説明も約 15 % で自治体の実施していなかった。研修期間中の研修生派遣援助金の支払いは、約 8 割の自治体で実施していた。
- ③ 研修終了者（指導者）への実践研修等の業務派遣依頼を実施している自治体は 73.2% で、手当は約 6 割の自治体が本人に謝金と交通費を本人に支給していた。
- ④ 指導者の情報交換交流会は、82.1% で実施されていた。回数は最大 25 回で、平均 5.57 回であった。

平成17年度都道府県別認知症介護研修事業実施状況調査

日頃、認知症介護指導者養成研修事業に関し、ご理解、ご協力をいただきありがとうございます。このたび認知症介護研究研修センターでは、厚生労働省老人保健健康推進等助成を受け、平成17年度の実践者研修ならびに実践リーダ研修事業の実態調査を実施いたします。お忙しいところ誠に申し訳ございませんが、下記の質問にお答えください。

なお、本調査の結果は統計的に処理をし、平成18年11月9日、10日に東京センターで行います都道府県府県等認知症介護指導者研修連絡会議で一部発表させていただきます。また、この結果を今後の認知症介護研修事業計画に反映させていただきます。

社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
研修部長 今井 幸充

<調査用紙記入に際してのお願い>

調査用紙への記入は、認知症介護指導者研修などの担当者の方にご記入をお願いします。

調査用紙は、必要事項にご回答の上、同封の返信用封筒にて、
平成18年10月**日までに、投函くださいますようお願い申し上げます。

【調査内容に関する問合せ先】

担当：小野寺(オノデラ)

Tel：03-3334-2173 FAX：03-3334-2718

メール：Onodera_A_Tokyo_C@dcnet.gr.jp

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1-12-1

認知症介護研究・研修東京センター

平成 17 年度都道府県別認知症介護研修事業実施状況調査

都道府県および指定都市名 _____

認知症介護実践者研修について

I 平成 17 年度認知症介護実践者研修の実施状況(実践リーダ研修はのぞきます)について伺います。 下記の質問について実数値を記載してください

- 1) 実践者研修は、所轄地域の何カ所の事業等に実施委託していますか
_____箇所
- 2) 所轄地域で行われている実践者研修の回数は、年間で合計何回実施されていますか。
_____回
- 3) 管轄地域内で平成 17 年度実践者研修を受講した受講者数は合計何人ですか
_____名
- 4) 実践者研修の平成 17 年度年間予算はいくらですか
_____千円

I-2 実践者研修の実施委託についてお尋ねします

1) 実践者研修を実施する事業者等の委託方法についてお尋ねします。イ～ホに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 委託せず、直接実施している。
- ロ 実施する事業者等を都道府県ならびに指定都市等が指名する
- ハ 実施する事業者等を公募する
- ニ 実施する事業者等を職能団体の推薦にて決める
- ホ 実施する事業者等を認知症介護指導者の勤務先で決める
- へ その他（下記に記載してください）

--

2) 実践者研修の依頼についてお尋ねします。イ～ホに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 通常は、毎年同じ事業者等に研修を依頼する
- ロ 通常は、毎年事業者等を変更する。
- ハ 何年か毎に定期的に事業者等を変更している。
- ニ 事業者等への委託依頼は、特に決まった方法はない。
- ホ その他（下記に記載してください）

--

3) 実践者研修を実施する事業者等の選出に際してのご意見を伺います。イ～ホに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 実施する事業者等の選出依頼は、これまで、特に問題なくスムーズに決まった
- ロ 実施する事業者等の選出依頼は、これまで、まあまあスムーズに決まった
- ハ 実施する事業者等の選出依頼は、これまで、幾つかの問題はあった。
- ニ 実施する事業者等の選出依頼は、これまで、いつも問題があった。
- ホ 実施する事業者等の選出依頼は、これまで、困難を極めた。
- へ その他

--

I-3 実践者研修の研修実施についてお尋ねします。

- 1) 研修担当者についてお伺いします。イ～ホに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 実践者研修の企画は、必ず認知症介護指導者が行う。
ロ 実践者研修の企画は、積極的に認知症介護指導者が行うように考えるが、必ずしも指導者とは限らない
ハ 実践者研修の企画は、認知症介護指導者とは限らず能力のある者が行っている。
ニ 実践者研修の企画者は、実施する事業者等の意向を尊重し必ずしも認知症介護指導者とはかぎらない。
ホ その他

--

- 2) 研修実施要項についてお尋ねします。イ～ニに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 研修実施要項の決定は、実施する事業者等に一任している
ロ 研修実施要項の決定は、実施する事業者等と自治体と予め協議して決定している
ハ 研修実施要項は自治体で決定し、実施する事業者等に依頼している
ニ その他

--

- 3) 実践研修の研修カリキュラム決定についてお伺いします。イ～ニに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 研修カリキュラムの決定は、実施する事業者等に一任している
ロ 研修カリキュラムの決定は、実施する事業者等と予め協議して決定している
ハ 研修カリキュラムは、自治体で決定し実施する事業者等に依頼している
ニ その他

--

4) 実践研修の研修実施講師についてお尋ねします。イ～ニに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 研修実施講師の選択は、実施する事業者等に一任している
- ロ 研修実施講師の選択は、実施する事業者等と予め協議して決定している
- ハ 研修実施講師の選択は、自治体で決定し実施する事業者等に依頼している
- ニ その他

I-3 実践者研修の研修効果についてお尋ねします。

1) 研修効果についてどのように検証していますか。イ～ニに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 研修効果の検証は、実施する事業者等に一任し、事業者等が行っている
- ロ 研修効果の検証は、実施する事業者等と予め協議して行っている
- ハ 研修効果の検証は、自治体が主体で行っている
- ニ 研修効果の検証をこれまでに行ったことがない
- ホ その他

認知症介護実践リーダー研修について

Ⅱ 平成 17 年度認知症実践リーダー研修の実施状況（実践者研修は除きます）について伺います。

Ⅱ-1 実践リーダー研修の実施状況についてその実数値について伺います

- 1) 実践リーダー研修は、所轄地域の何カ所の事業所等に実施委託していますか
_____箇所
- 2) 所轄地域の事業所等で行われている実践リーダー研修は、年間合計何回ですか。
_____回
- 3) 管轄地域内で平成 17 年度実践リーダー研修に受講した受講者数は合計何人ですか
_____名
- 4) 実践リーダー研修の平成 17 年度年間予算はいくらですか
_____千円

Ⅱ-2 実践リーダー研修の実施委託に関してお尋ねします

1) 実践リーダー研修を実施する事業者等の依頼についてお尋ねします。イ～ホに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 委託せず、直接実施している
- ロ 通常は、毎年同じ事業者等に研修を依頼する
- ニ 通常は、毎年事業者等を変更する。
- ホ 何年かごとに定期的に事業者等を変更している。
- へ 事業所等の委託依頼は、特に決まった方法はない。
- ト その他

--

2) 実践リーダー研修を実施する事業者等の選出方法についてお尋ねします。イ～ホに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 実施する事業者等を都道府県が指名する
- ロ 実施する事業者等を公募する
- ハ 実施する事業者等を職能団体の推薦にて決める
- ニ 実施する事業者等を認知症介護指導者の勤務先で決める
- ホ その他

--

Ⅱ-3 実践リーダ研修の研修実施についてお尋ねします。

1) 実践リーダ研修における指導者の役割についてお伺いします。イ～ホに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 実践リーダー研修の企画者は、必ず認知症介護指導者である。
- ロ 実践リーダー研修の企画者は、積極的に認知症介護指導者であることをうたっているが、必ずしも指導者とは限らない
- ハ 実践リーダー研修の企画者は、認知症介護指導者とは限らず能力のある者を採用している。
- ニ 実践リーダー研修の企画者採用は、実施する事業者等の意向を尊重し必ずしも認知症介護指導者とはかぎらない。
- ホ その他

--

2) 研修実施要項についてお尋ねします。イ～ニに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 研修実施要項の決定は、実施する事業者等に一任している
- ロ 研修実施要項の決定は、実施する事業者等と予め協議して決定している
- ハ 研修実施要項は、自治体で決定し実施する事業者等に依頼している
- ニ その他

--

3) 実践リーダー研修の研修カリキュラム決定についてお伺いします。イ～ニに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 研修カリキュラムの決定は、実施する事業者等に一任している
- ロ 研修カリキュラムの決定は、実施する事業者等と予め協議して決定している
- ハ 研修カリキュラムは、自治体で決定し実施する事業者等に依頼している
- ニ その他

4) 実践リーダー研修の研修実施講師についてお尋ねします。イ～ニに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 研修実施講師の選択は、実施する事業者等に一任している
- ロ 研修実施講師の選択は、実施する事業者等と予め協議して決定している
- ハ 研修実施講師の選択は、自治体で決定し実施する事業者等に依頼している
- ニ その他

Ⅱ-3 実践リーダー研修の効果についてお尋ねします。

1) 実践リーダー研修の研修効果についてどのように検証していますか。イ～ニに当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 研修効果の検証は、実施する事業者等に一任し、実施する事業者等が行っている
- ロ 研修効果の検証は、実施する事業者等と予め協議して行っている
- ハ 研修効果の検証は、自治体が主体で行っている
- ニ 研修効果の検証をこれまでに行ったことがない
- ホ その他

認知症介護指導者養成研修について

Ⅲ 認知症介護研究・研修センターの認知症介護指導者養成研修についてお尋ねします。

Ⅲ-1 研修生派遣についてご意見を伺います。

1) 指導者養成研修の研修生の募集についてお尋ねします。イ～ニに当てはまるものにつただけ○を付けてください。

- イ 所轄地域から一般公募する
- ロ 所轄地域内の高齢者介護施設・事業所等を通して募集する
- ハ 実践者研修を実施する事業者等の施設に研修生派遣を依頼する
- ニ その他

--

2) 指導者養成研修への派遣者の決定方法についてお尋ねします。イ～ホに当てはまるものにつただけ○を付けてください。

- イ 複数の応募者ならびに推薦者からの中から書類選考により決定する
- ロ 所轄地域内で毎回同じ高齢者介護施設ならびに事業所等に推薦を依頼し、推薦された者を派遣する
- ハ 研修生派遣時に自治体で所轄地域内の高齢者介護施設ならびに事業所等を選出してそこに研修生派遣を依頼し、推薦された者を派遣する
- ニ 所轄地域内の研修生派遣を希望する高齢者介護施設ならびに事業所等から派遣要請があった場合に研修生を派遣する。
- ホ その他

--

3) 研修生の所属する事業所の管理者に、指導者養成研修受講の前に、研修の趣旨ならびに研修後の指導者の役割について説明していますか。当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 口頭にて説明している
- ロ 文書にて説明している
- ハ 特に、改まった説明はしていない
- ニ その他

--

4) 研修生本人に対して、指導者養成研修受講の前に、研修の趣旨ならびに研修後の指導者の役割について説明していますか。当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 口頭にて説明している
- ロ 文書にて説明している
- ハ 特に、改まった説明はしていない
- ニ その他

--

5) 指導者養成研修に派遣するに際して、研修期間中の研修生派遣元への、手当て（人員減少分の経済的手当てなど）は行っていますか。当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 行っている
- ロ 行っていない
- ハ その都度、研修派遣元の事業所と話して決めている
- ニ その他

--

6) 認知症介護指導者が実践研修等の業務に参加する場合、指導者の所属先に派遣依頼文書等による業務依頼を行っていますか。当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 行っている
- ロ 行っていない
- ハ その他

--

7) 研修修了後の認知症介護指導者の活動について、実践研修等に参加する場合に、手当て等を支給していますか。当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 謝金と交通費を本人に支給している。
- ロ 謝金と交通費を事業所に支払っている。
- ハ 交通費は本人へ、謝金は事業所へ支払っている。
- ニ 一切手当ては出していない
- ホ その他

8) 認知症介護指導者間の情報交換等の交流会（それに類する会合）は行っていますか。当てはまるものに一つだけ○を付けてください。

- イ 自治体が主導して行っている
- ロ 指導者同士で自主的に行っている
- ハ 指導者に任せてはいるが、自治体が支援している。
- ニ 自治体主導と指導者の自主と両方行っている
- ニ 特に行っていない
- ホ その他

9) 上記の8) に対して、イ～ニと回答した方にお聞きします。年何回程度行っていますか。教えてください。

年（ ）回程度

9) 平成 17 年度までの認知症介護指導者養成研修を修了した指導者の動向をお聞きします。カッコ内に数字を書き込んでください。

平成 17 年までに指導者養成研修を修了した指導者数 () 人

平成 17 年度 実践者研修等に関与した指導者数 () 人

平成 17 年度 実践者研修等に関与しなかった指導者数 () 人

10) 指導者研修修了者を実践研修以外にどのように活用していますか。また、今後、どのように活用したいと考えていますか。教えてください。

11) 認知症介護指導者養成研修場所は、仙台・東京・大府と3箇所ありますが、現状の研修場所でよいですか。

イ 現状のままでよい

ロ 研修場所のセンターを変えたほうが良い

ハ その他

11) 現行の認知症介護に関する研修以外に、3センターに希望する認知症介護に関する研修がありましたら教えてください。

12) その他、全体を通して3センターならびに、認知症介護研修の内容および実施方法について、ご意見等がありましたら教えてください。

ご協力ありがとうございました

第4章

ヒアリング調査—認知症指導者に求められるもの

第4章 ヒアリング調査—認知症指導者に求められるもの

I. ヒアリング調査の目的と実施

1. ヒアリング調査の目的

本ヒアリング調査は、現行の認知症介護指導者研修のための新カリキュラム策定に際して、平成18年4月に見直された介護保険法で地域包括ケアの推進体制強化が図られたのを受け、地域包括ケアの視点から人材育成に取り組んでいくことが急務であるとの認識に基づき、地域ケアの中での認知症ケアのあり方と人材育成に関する指針を示す基礎資料とすることを目的とする。

2. ヒアリング調査スケジュール

1) 日時：1回目 平成18年10月6日(金)

①午後2時～4時、②午後5時30分～8時

2回目 平成18年10月12日(木)

①午後2時～5時、②午後5時30分～7時30分

2) ヒアリング調査対象者 (敬称省略)

- 宮島渡 アザレアン真田 施設長
- 池田恵利子 いけだ後見支援ネット 代表
- 平川博之 介護老人保健施設ハートランドぐらんぱぐらんま 施設長
- 武田純子 グループホーム福寿荘 総合施設長
- 川原秀夫 特定非営利活動法人コレクティブ グループホームきなっせ 代表
- 因利恵 日本ホームヘルパー協会 会長
- 谷口和子 社会福祉法人それいゆ グループホームなかまちの家 ホーム長
- 東憲太郎 医療法人緑の風 介護老人保健施設いこいの森 理事長
- 林崎光弘 シルバービレッジ函館あいの里 総合施設長
- 小山剛 高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長
- 大谷雅代 県庁 健康福祉部 元気長寿福祉課 認知症対策担当
- 高見国生 認知症の人と家族の会 代表
- 緒方有為子 戸畑区役所内 戸畑区統括支援センター統括ケアマネジャー

- 岩尾貢 社会福祉法人鶴寿会老人福祉施設サンライフたきの里総合施設長
- 和田行男 グループホームなごみ 施設長
- 木村隆次 日本介護支援専門員協会 会長

3) ヒアリング調査者

- 大府センター： 柴山センター長、藤井研修部長
- 仙台センター： 矢吹研修主導主任、合川研究指導員
- 東京センター： 長谷川センター長、諏訪、今井、中村、小野寺

オブザーバー参加：厚生労働省

調査場所：認知症介護研究・研修東京センター 3階 第1会議室

4) 調査形式

- 集団形式のヒアリング調査
- 調査の進め方：
 - ① 調査説明と参加者紹介
 - ② ヒアリング対象者4名から5名の1グループ
 - ③ ヒアリング対象者各自からテーマについてのプレゼンテーション
ン
(プレゼンテーション時間は、15分以内)
 - ④ プレゼンテーションが終了した後に、グループ討議

5) 調査テーマ

- 地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方について
- 地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方を踏まえた人材育成について

Ⅱ 認知症介護人材育成のあり方に関する有識者ヒアリングについて

本ヒアリング調査に先駆けて、厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室より「認知症介護指導者の人材育成のあり方に関するヒアリングについて」の提案が出させ、それに基づく議論が展開された。以下にその提案を示す。

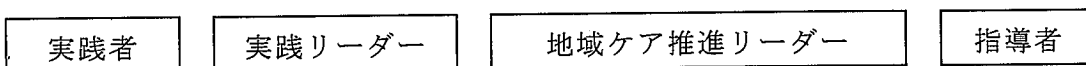
(1) 基本的な考え

- 平成 18 年度 4 月からの改正介護保険法の実施により、地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアの推進体制の強化がはかられたところであるが、認知症の人の地域生活継続のためにも、地域において認知症への対応（予防、早期発見、ケア等）に利用できる地域資源を開発し、それらを地域の実績に応じて有効に活用していくこと（認知症地域包括ケア）が求められる。
- そのためには、地域資源活用のコディネーター役となる人材の確保が課題であり、これまでの国においては認知症サポート医、認知症介護指導の育成を図ってきており、これらの人材による認知症地域包括ケアの諸活動の支援のために平成 19 年度において「認知症地域資源ネットワーク構築事業」を予算要望しているところである。
- 中でも認知症介護指導者は、これまで介護現場の実践者の研修の企画立案・実施を主たる役割としてきたが、制度創設から 5 年を経過し、養成された指導者数も延べ 1,000 人近くに達している。
- こうした状況を背景に認知症介護指導者には、今後は従来の役割に加え地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアの中で、認知症に関する地域資源ネットワークのコディネーター的役割を果たすように期待しているところである。
- さらに、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの創設に伴い、認知症介護指導者には「認知症の人を支える地域づくり」の視点や経験が求められていることから、研修体系及びカリキュラムの両面から見直しを行い、合わせて今後の認知症介護に関わる人材育成のあり方について検討を行うものである。

(2) 見直しの基本的方向性

① 研修体系のあり方

- 認知症介護の実践経験を踏まえた研修受講要件の見直し



- ＊ 認知症介護指導者養成研修の受講要件に地域資源活用のコーディネート活動の敬啓を求めているかどうか。また、そのための研修として「地域ケア推進リーダー研修」を創設する事についてどう考えるか。
- ＊ 地域ケア推進リーダーの要請については、当面は既に養成された認知症介護指導者に対してフォローアップ研修で対応する事についてどう感化得るか。従って指導者には地域ケア推進リーダーではないものも存在することとなる。

② 研修システムのあり方

- 都道府県における研修実施体制の在り方

③ 認知ケア推進活動を進めるためのバックアップ体制のあり方

④ カリキュラムのあり方

- 上記①～③の流れを踏まえたカリキュラムとして、どのようなものが必要か。

3. 作業スケジュール

- 上記作業に当たっては、認知症介護指導者研修の修了者であって、グループホームや小規模多機能など、認知症介護の現場でリーダーシップをとっている有識者の意見を聞く場を設ける。
- その上で、平成 19 年度からの新体系実施を視野に、概ね次の様なスケジュールで検討を進めていきたい。

4. 「地域認知症ケア推進員」(仮称)に関する3センター協議

(1) 「地域認知症ケア推進員」(仮称)のねらい

「地域認知症ケア推進員」(仮称)の必要性は、以下の認知症ケアに対する現状の背景ニーズによる。

- ①「20015年の高齢者介護」に謳われている「認知症ケアの標準化」「地域包括ケア」による。
- ②平成18年度介護保険改正にともない、地域密着型サービスが規定され、そのサービス内容が主に認知症ケアサービスが中心となっている。

上記より、地域ケアにおける認知症ケアの質の充実は不可欠である。そこで「地域認知症ケア推進員」(仮称)は、地域包括ケアにおける認知症ケアの質の向上と維持のため、介護保険事業ならびに介護予防事業の一環として地域で生活する認知症高齢者を中心に、認知症高齢者を支援する家族、サービス事業者、地域住民への支援を行う新たな役職として設ける。

注)「地域認知症ケア推進員」は仮称であり、内容に合致したより望ましい名称を考えることが必要であろう。

たとえば「認知症地域介護推進員」はどうか(大府センター案)

たとえば「地域認知症介護指導者」はどうか(東京センター案)

(2) 位置づけ

- ①研修修了書は、厚労省の名称が入る事が望ましい。そして、厚労省の認定制度であることが望まれる。しかし、それが難しい場合は、資格に対しては、知事名が入ることにより、最低「介護支援専門員」の都道府県知事認定による、公的な役職とする。
- ②そのために、以下に示す「2. 業務内容」は、介護保険事業もしくは介護予防事業等の中で、「推進員」(仮称)がその業務を担うことを明記する。そのことにより、業務保障、身分保障を行う。
- ③「推進員」(仮称)が行う業務は、都道府県・政令指定都市が行わなければならない必須業務とすること(たとえば、「推進員」が行う業務を実

施していない県等は、評価が下がる、もしくは実施している県の評価があがる。実施することで必要な経費等が付与されるなど）。

- ④「推進員」は、個人に付与される名称になる。しかし「推進員」となった職員は、いずれかの事業所に所属する職員であるため、「推進員」のみではなく、「推進員」が所属する事業所の長とも都道府県等は何らかの契約を行い、「推進員」が活動しやすい環境を設定することが不可欠である。
- ⑤地域包括支援センターとの関係は、連携を取る関係であり、包括支援センターの中に役職としては位置づけない。包括支援センターの3職種（社会福祉士，ケアマネジャー，看護師）とは異なる立場，異なる業務を行う者とする。
- ⑥「推進員」候補者は「認知症介護指導者」を念頭に置く。
- ⑦「実践研修」「指導者研修」との位置付けは、図1に示すように、指導者のキャリアパスもしくはキャリアアップとしての位置付けとする。そのため「実践研修」と「指導者研修」の間に「推進員」を位置づけることはしない。

注）「実践研修」「指導者研修」「推進員研修」の位置付けは図1のとおり。

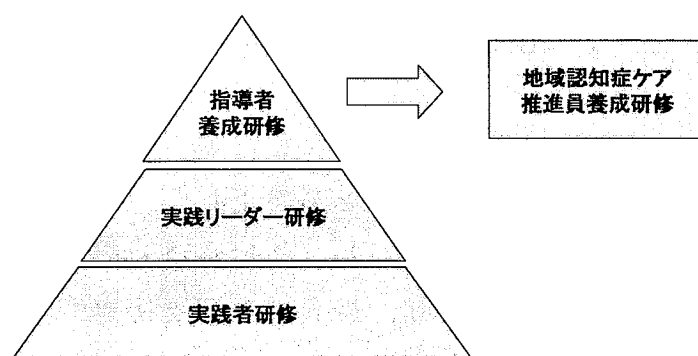


図1 研修の位置付け

(3) 業務内容：

認知症ケアにかかる地域活動を中心とする。

〔具体案〕

- ① 地域における啓発事業，地域行事への関与（企画運営のアドバイス，講師等）
- ② 包括支援センター等の会議への参加（アドバイザーとして）
- ③ 介護保険事業所のカンファレンス等におけるアドバイス

認知症高齢者に直接的個別的に関わり支援するというよりは，高齢者を支援する関係者ならびに関係団体への支援を行うことが中心となる（一般住民，介護家族，介護保険事業所等を含む）

注）上記の最後の文によって，さらに包括支援センターの3職種との立場と業務の違いが明確になるのではないかと考えられる。

(4) 活動領域

活動フィールドは，都道府県・政令指定都市単位（以下「県等」と表記）とする。地域包括支援センターとの関係は「連携をしていくもの」とする。「推進員」（仮称）の総括は，県等が行う。県等の委嘱もしくは嘱託，もしくは県等職員としての業務とする。

注）上記の「3. 業務内容」「4. 活動領域」は滋賀県の「認知症介護指導師」をモデルとする。

滋賀県の方式のように，「推進員」は全県的な活動，もしくは県等の地域割に合わせた広域地域を担当する形式が望ましい。

活動領域の考え方は図2のとおり。

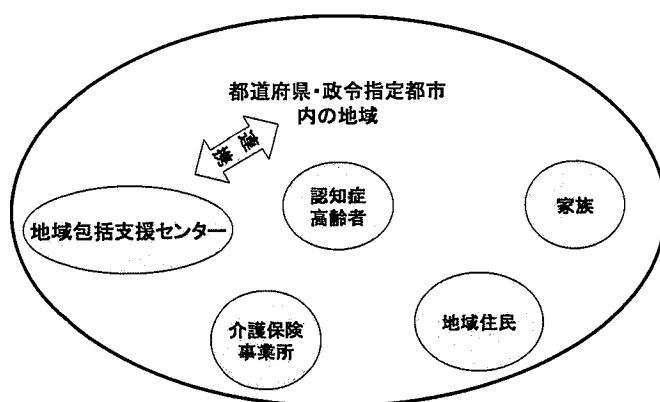


図2 活動領域

(5) 対象者の要件：

以下の要件を全て満たす者とする。

- ① 認知症介護指導者であること。
- ② 「地域認知症ケア推進員研修」(仮称)を受講修了していること。
- ③ 上記①，②をもって、県等の首長（もしくは厚労省など）の認定を受けた者。
- ④ 平成18年度までの指導者については、「6. 研修システム」に記すように、経過措置を設ける（1年乃至2年間程度）。なお、経過措置を過ぎた指導者も②の正規研修を受ければ「推進員」となることができる。
- ⑤ 平成19年度以降の指導者は、②の正規研修を受けることにより「推進員」になることができる。経過措置の対象者にはならない。

(6) 研修システムについて

- ① 指導者研修の新カリキュラムには、「推進員」(仮称)にかかる部分の研修カリキュラムは除く（ただし、導入としての講義等一コマ程度は入れる必要はあるかもしれない）
- ② 指導者に対する「推進員研修」(仮称)を新たに設ける。必要な知識と修得するための講義，演習，実習も念頭に入れた研修とする。
- ③ 当面の経過措置として、平成18年度までに指導者となった者に対する

「推進員研修」を実施する。これは平成 19・20 年度の 2 年間とする。

この 2 年間以降に「推進員研修」を希望する平成 18 年度までに指導者となったものは②に示した研修を受けることとする。

- ⑥ 経過措置の研修は、対象者が最大約 1000 名になるため、その人数に対応したものとする。1 年で約 500 名を対象者と想定して実施する。短期日の講義中心の内容とする。
- ⑦ 「推進員研修」は、3 センターが実施するものとする。

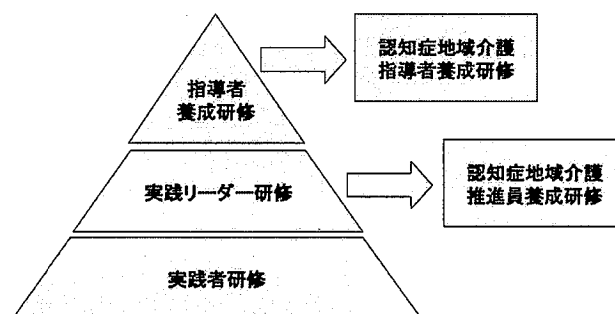
その他（当日の意見等）

- ① 現行のフォローアップ研修も、上記の研修に合せ、内容、方法の再検討が必要となる。
- ② フォローアップ研修を、出前研修の形で実施できるかどうか検討することが必要かもしれない。

《大府センターからの追加案》

➤ 位置づけについて

- ①「地域推進員」とは別に、「認知症地域介護指導者」（以下、地域指導者）を作り、これは、「認知症介護指導者」のキャリアアップを念頭に置く。
「地域指導者」は、「地域推進員」の養成（「認知症地域推進員研修（仮称）」の企画運営）とともに、県等での認知症地域包括事業の総合的な計画・推進と、地域包括支援センター等を含む認知症に関する地域支援の総括的な指導にあたる。
- ②図1の「地域認知症ケア推進員養成研修」を「認知症地域介護指導者研修」とする。
- ③「地域推進員」は、実践リーダーのキャリアアップとして位置づける。



研修の位置付け

➤ 業務内容について

「地域推進員」と「地域指導者」の二つを設ける場合、業務と「地域推進員」の役割を明確にすることが必要

① 地域における啓発事業、地域行事への関与（企画運営のアドバイス、講師等）

② 包括支援センター等の会議への参加（アドバイザーとして）

「地域指導者」は、上記①、②にくわえ、

③ 介護保険事業所のカンファレンス等におけるアドバイス
活動領域について

「地域推進員」は市町村を中心とする。

「地域指導者」は県等を中心とする。

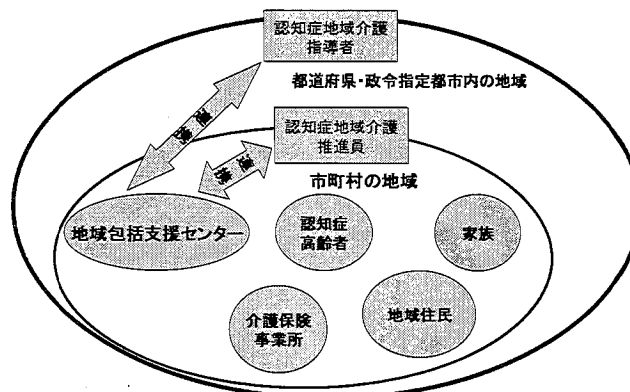


図2 活動領域

➤ 対象要件について

1) 「地域指導者」の要件は以下を全て満たす者とする。

① 「認知症介護指導者」であること。

② 「認知症地域介護指導者研修」を受講修了していること。

③ 上記①②をもって厚労省の認定を受けた者。

④ 大枠（案）④と同意見。但し、「推進員」を「地域指導者」とする。

⑤ 大枠（案）⑤と同意見。

2) 「地域推進員」の要件は以下を全て満たす者とする。

- ① 県等の「実践リーダー研修」を受講終了していること。
- ② 「認知症地域介護推進員研修」を受講終了していること。
- ③ 上記①②をもって、県等の知事等の認定を受けた者。

➤ 研修システムについて

①②大枠（案）と同意見。

③ 「推進員研修」を「認知症地域介護指導者研修」に替える。

④ 「地域指導者」の数は、当初は1年間で県市の約2倍の養成を目標にする。「地域推進者」の研修対象者は、認知症の地域活動に積極的な県市から部分的に始めて、それを研修のモデルにしながら徐々に増やしていく。

⑤ 大枠（案）⑦と同意見。

III ヒアリング調査結果

- 地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方について
- 地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方を踏まえた人材育成について

(1) 宮島渡氏 特別養護老人ホームの施設長

- 地域ケアとは、当事者、家族、地域住民が主体性に関係の持てる規模（地域）の中で、これまで培ってきた文化や風土、風習、高齢者の中にある経験知、価値観をもって地域住民や家族とサービス事業者が一体になって取り組むこと。
- 地域包括ケアを踏まえた認知症ケアの人材育成は、当事者から見た暮らしと地域社会から見た暮らし、双方向の視点を見いだす事ができる能力を育成することが必要で、単に施設の中で実習を企画するより、むしろ地域社会の中から施設を見る、もしくは地域社会の中にいる認知症高齢者の方たちの視点から地域を見るような実習も必要。
- 人材育成には、認知症高齢者の能力や経験を知り、彼らに適した環境調整や資源活用能力を高めることが求められる。そのために地域マップ作成が効果的で、これは地域の人たちの関係や社会資源とのつながりを平面的ではなく立体的に身近に学習させる機会を提供し、地域を知り、学ぶとすることができる。

(2) 池田恵利子氏

- 認知症の地域包括ケアとして重要なのは、尊厳あるケア、すなわち人権と権利に基づくケアである。尊厳の問題や人権と権利について納得し、理解できる教育が十分なされていない。また社会的支援、虐待への支援、また権利擁護の制度に関する学習が必要。
- 認知症高齢者自身の自己実現のためサービス等を有効利用し、たとえひとり暮らしでも生活できる支援の在り方を地域福祉の仕組みの中で研修する事が重要。
- 事業者は、説明責任、コンプライアンスの問題も含め新たな自己実現や権利を守ることを主眼としたケアワーカー、ソーシャルワーカーの研修が必要。

- 地域社会での生活支援とは、できるだけその人らしい生活を続けていく支援であるべきであって、そのためにはネットワークづくり、インフォーマルな社会資源の活用の研修等をすべき。
- 地域社会資源の有効活用を推進するためには、ソーシャルワークの専門性とそれを担うソーシャルワーカーの人材育成が重要。地域社会へアウトリーチし、問題をきちんととらえ、専門性を発揮する研修が必要。

(3) 平川博之氏 介護老人保健施設ハートランドぐらんぱぐらんま 施設長

- 地域連携のために、協力を要請する機関を巻き込んでやっていくのは簡単だが、本気で活動するには、市民や行政に目に見える活動を提供することが必要。
- 医療機関や福祉機関のネットワーク構築が重要。その活用の一つに退院・退所支援の構築である。医師会がこれにかかわり、インターネットを活用した状況提供サービスが効果的。また、地域医師会会員に対しても「認知症どんとこいドクターホームページ」を作成。このような努力が認知症診療の専門医やかかりつけ医の増加につながり、地域ネットワークの構築に大きな貢献を果たす。

(4) 武田純子氏 グループホーム福寿荘 総合施設長

- グループホームの管理者に義務づけられている実践研修は、確実にその効果が上がってきている。実践者研修とリーダー研修にカリキュラムが変わり、研修終了後に自分が成長したと実感している研修生も多い。指導者は、実践研修をやりつつ現場を持つことの大変さはあるが、研修生自身の研修に対する自己評価を聞くことで、そのやりがいを感じる。
- 課題は、新規修了生の受け入れの問題とその能力の低下である。そのような課題は誰がどのようにやって対応していくといいのか、既に指導者として活躍している指導者に能力の向上を託すにも限界がある。
- 在宅ケアがとても手薄になっている。在宅サービスの有効利用の為にインフォームド・コンセントが必要であるが、それを実行している専門職は少ない。訪問看護ステーションの看護師が適任と考えるが、訪問看護ステーションの看護師の中で

認知症の知識が浅い者が多い事が残念。

- 地域包括支援センターが開設され、運営推進会議も開かれているが、認知症のことがわからないメンバーもいる。在宅で認知症の人を支えるには、サービス利用のコーディネートは重要であるが、サポート医の養成、研修等を充実する必要もある。
- 若年性認知症の対応が大変難しいこと、前頭側頭型認知症とアルツハイマー病の対応は全く違うこと、そのような最新の知識を現場へどんどん発信して欲しい。
- 認知症介護研究研修センターは、もっと現場に即した研修を提供し、研究して欲しい。そして現場との協働で研究・研修事業をすすめて欲しい。

(4) 川原秀夫氏 特定非営利活動法人コレクティブグループホームきなっせ 代表

- 認知症介護研修には、実際に現場や在宅で認知症高齢者を直接ケアしている専門職が研修を受ける機会が少ない。特にケアマネージャー、デイサービス職員、ホームヘルパーが、この研修を受講できない制度は非常におかしい。
- 認知症の人を支える家族および地域をどのように捉え、支援するか、地域での様々な暮らしや地域支援の在り方を学ぶことが大切。
- 指導者研修は、介護の第一線で働く者の受講が難しい。現場で活躍している介護者にも研修を受け指導者になれる機会を作って欲しい。研修内容は、地域福祉計画あるいは地域福祉支援計画などの地域ケアを実践できる研修を中心に実際に住民のニーズを集約し現場の活動と直接結びつけられる能力を養う研修を望む。
- 現在、様々な認知症介護研修があるが、整理が必要。現場を変えるだけの能力を養う研修をして欲しい。ネットワークづくりの研修は、地域で暮らすことのマネジメントにもつながると考える。
- 指導者研修で長期間現場を離れることは非常に難しい。そのために細切れにでも参加できる研修体制づくりがなされると現場の方も参加できると思う。特に現場の実践者との意見交換、論議が大事ではないかと考える。
- 認知症ケアとコミュニティーケアと組み合わせながら認知症高齢者が地域で暮らせる支援ができる人材を養う指導者研修もあってほしい。

(6) 因利恵氏 日本ホームヘルパー協会 会長

- 現状のホームヘルパー研修や介護福祉士研修では、認知症介護について学習時間は足りない。現場のヘルパーたちは、認知症の利用者が増加したのに自分達のケアに対して不安があり、専門的な研修の場が欲しいと思っている。
- 地域包括支援センターを中心として認知症の人、住民、利用者、家族、関連職種が連携できるシステムをつくってほしい。
- 認知症介護相談窓口が欲しい。従来の住民向け（利用者家族向け）のもの、それに新たに専門職向けのものが欲しい。実際に介護をしている人に対応するスキルアップの対応室や相談窓口があったらいい。
- 指導者研修への参加枠が欲しい。訪問介護員は認知症介護で困っており、実は訪問介護員向けの認知症の人材育成があってもいい。
- 実践研修はグループホームの方が中心で、訪問介護から手を挙げても入れないと聞いている。その辺の改善もしてほしい。

(7) 谷口和子氏 社会福祉法人それいゆ グループホームなかまちの家ホーム長

- 認知症コーディネーター養成研修は、事業や活動の推進者を育成することが期待され、認知症の専門知識だけではなく、認知症の人の支援のあるべき姿を学び、その根本となる豊かな人間観や介護観を高めていき、制度やサービスの実情の中で支援の課題を見極め、その改善に向けた新しい提案ができるような視点を養うことである。
- 講義や演習の集中的な研修にとらわれず、終了後も養成研修に深くかかわっている制度が必要で、それは行政職員や現場職員と直接かかわり、お互いに切磋琢磨し、問題提起しあい学び合う意識を高める関係が構築できる制度である。
- 地域ケアでは、地域の活動とともに人材育成が有効。そこでは、実際に認知症の人にかかわれる、認知症の人のことを語れる、よりよい介護の実現のために適切なアドバイスや支援ができる、支援のために人を動かせる、地域支援のために協働できる、このような人材育成が大切だと考えている。
- 認知症コーディネーターは、地域づくりに協同参加し、地域づくりの核になる人材であり、これらの育成が急務である。
- 地域ケアサポート体制は、地域の医師会を巻き込んで、かかりつけ医、薬剤師協

会、在宅介護支援センター、サービス事業者協議会等々認知症の人と家族を地域で支えるために何が必要かを検討する必要がある。

- 認知症コーディネーター養成研修は、介護がおもしろいと思えるよう、自主性に結びつけられる学びの機会と現場に即したカリキュラムが課題。
- 通常業務の狭間では、認知症コーディネーターの仕事のほとんどがボランティアである。このような活動では、事業所の理解や社会的評価がなければ困難であり、せっかく育った人材が、地域の中で本来の役割を担えないのが現状であり、そのような社会構造の改革も必要である。

(8) 東憲太郎氏 医療法人緑の風 介護老人保健施設いこいの森 理事長

- 介護老人保健施設（老健）は、本来在宅支援の拠点となるべき施設であるが、世間の評価として特養化した老健ということイメージが形成されている。
- 認知症の問題を老健でも避けて通れない。それは認知症のケアの問題だけでなく、在宅復帰の問題でもある。
- 認知症リハビリに全老健でも力を入れていて、認知症の短期集中リハが実施されている。これには、一定の効果が得られ、始めてから1カ月後に効果がみられた。効果は、認知症の程度やADLレベルに関係なく期待できるということもわかった。だから、この認知症の短期集中リハというのが在宅復帰に寄与する可能性があると思われる。
- この結果から、軽度の認知症に短期集中リハビリの為に1ヶ月ぐらい入所し、また在宅で生活することを繰り返せば、在宅でも認知症の進行が抑えられる、と考える。
- 現在全国に老健が3,000余もあり、良い社会資源である。この老健が、在宅で認知症を見ていらっしゃる方の利便性のある施設になり得るのではないかと考えている。
- 介護職に対する認知症に対する研修というのは必要だと思う。一方で時間がかかって専門的になり過ぎるような研修というのは大変。もちろん、指導者研修はしっかりやって欲しいが、現任者のために短期の基礎的な研修も必要。

(9) 林崎光弘氏 シルバービレッジ函館あいの里 総合施設長

- 包括支援センターは、透明性と公平性が確保されてない。包括を支えている委員会の構成に問題がある様に思う。包括支援センターの情報が全く開示されていないのも問題。また、当事者が会議のメンバーに入っているが、これもいかがなものかと思う。
- 包括支援センターの役割は大きい。ただ問題なのは、包括のメンバーの中には認知症について教育を受けたことがない者もいる。もう一度しっかり教育し直す必要がある。
- 支援センターの中の認知症の担当はだれかというのが見えてない。
- 財団法人長寿社会開発センターが包括支援センターの職員教育をしているが、プログラムに認知症というのが一つもない。そこでは何の教育もされていない。また、地域住民が求めていることは認知症の問題であり、家族たちは大変である。
- 課題として、都道府県レベルにおいて包括支援センター職員の教育を義務づけること、包括支援センターから認知症介護指導者研修またはそれに準ずる新研修を創設する、認知症介護指導者と包括支援センターとのネットワークの構築、このような事をモデル的に実施する研究もして欲しい。
- 認知症介護研究研修東京センターならびに大府センターでは、指導者のネットづくりができていない。
- 研修事業では、コミュニケーション能力に関する研修とチームケアの研修に力を入れほしい。厚生労働省が重視しているチームでプランをつくっていくという視点がない。地域ネットワークが構築されてない。
- 民生委員を含めて今まで福祉を支えてきた人たちの教育にも力を注いで欲しい。今のやり方ではいけない。方法論をきちんと作るべきである。
- 包括の役割をしっかりと考えてく必要がある。教育についてはフレームの部分をはっきりと持って、各論の部分でさまざまに教育をして欲しい。認知症については、現象だけとられるのではなく、認知症の人の心理的な世界をどのように捉えるのか教育していく必要がある。

(10) 小山剛 氏 高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長

- 地域で暮らすという視点が認知障害の人たちの支援で一番欠けている視点であると思う。それは認知症の人の生活を支えることで、それには食べることの支援、介護、医療が十分に関わっていかなければ意味がない。
- 地域社会の中で生活障害を起こすと、多くは入所したり入院したりするが、そのような状況でも、生活の継続という論点が必要だ。グループホームでは、利用する住民がそのサービスを評価すべきだと考えている。
- 認知症介護指導者は1千名近くに達するが数が少なすぎる。指導者も住民の生活の近くいて、認知症ケアの相談に応じるだけの人数が必要。
- 人材育成のポイントは、認知症をケアに重点を置くのではなく、彼らの生活を支える人材の育成である。生活を排除してしまった人たちに対して知識ばかりではなく、最後まで見られるケアが必要だと思う。
- 認知症ケアでは、ターミナルケアの教育も必要。教育の中では、認知症の人もターミナルケアの実践能力を養ってほしい。
- これまでの研修で欠けているのが実習である。ケアの知識だけではなく、また施設内ケアの技術だけではなく、認知症の人の生活に関わっていく研修が必要。また、ソーシャルワークの知識・技術も教育の中に取り入れることも必要。

(11) 大谷雅代氏 滋賀県県庁 健康福祉部 元気長寿福祉課 認知症対策担当

- 包括支援センターでの認知症ケアについては、人材が不足し、また仕事の内容も不透明の感がぬぐえない。県の直営の地域包括では、人材が十分でないためにサービスが果たせない。
- 地域包括ケアと関わる「滋賀県認知症高齢者・家族支援センター事業」は、滋賀県の認知症対策の中の一つで、地域の様々な機関の相談を受けている。介護相談は、養成研修修了者の指導者が携帯電話を持ち、随時、家族、介護職、ケアマネからの介護相談を受けている。
- 合同研修会とは、保健・福祉・医療の専門職にまたがった研修会であり、「滋賀の認知症ケアネットワークを考える会」という地元のクリニックの取り組みに行政も共感し、行政が支援していくべきこととして行っている。

- 滋賀県独自の認知症専門指導制度がある。修了生は、県独自で認知症専門指導師という資格制度を設定し、知事から登録証を渡す。地域の介護職のネットワークの中心になることが期待されるが、課題は、研修の企画とか講師で手いっぱいであること、また地域差や個人の力量の差が大きいことである。
- 県の研修体系として県独自のものは、新人研修である。専門指導師にもスキルアップの機会をとということで、2日間の研修で今年度から始めている。
- 地域包括支援センターが認知症指導者に求めるものは、介護専門職への研修、困難事例へのスーパーバイズ。「もの忘れサポートセンターしが」の地元の主任ケアマネなどは相談しやすくなっている。また、権利擁護、成年後見、年金や保険の知識、若年軽症認知症患者についての知識。
- 実践者研修の成果はなかなか見えにくく疲労感が指導者にある。研修は、指定要件のために義務づけの人ばかりが占領してしまい、受けてほしい人、指導者になっていくような方たちに受けてもらえない。これは研修を継続していく上でネックになりつつあると思う。
- ケアマネの現任研修や地域包括支援センター職員研修のカリキュラムに認知症ケアを入れてもらいたい。地域ケア推進リーダー研修がペーパーだけではよくわからず、指導者研修の前に入ってしまうと希望者がなくなるのではないかという不安がある。現場の人たちは地域に目が向いているわけではなく、自分のスキルアップから外れた部分を受講するかどうかという不安を感じている。

(12) 高見国生氏 認知症の人と家族の会 代表

- 地域包括支援センターが、地域の司令塔であり調整役であり教育係であり推進者であることを担ってほしい。
- 家族の会は地域ケアの先駆者であり、そのような家族の力を地域でどのように生かすかということが大切だと思う。
- 認知症ケアにかかわる資格制度は、介護経験よりも職種が重視され、ケアマネジャーや認知症ケア専門士などの受験資格に在宅での介護経験が認められていないというのは、家族の介護力が評価されていない。
- 専門職者は、決定的に視野が狭い。認知症の人について医学的なことしか知らない。地域包括ケアとは、生きていることや暮らしのことを知らなくてはいけない。

本人の問題とともに家族の生活、家族の苦しみを知らなければ認知症の人を支えていけないと思う。家族も含めて安心させなかったら本当の認知症ケアではない。実際の家族の暮らしを知ることができる研修の内容にしてほしい。

- 指導者養成研修において、単に「家族の理解」と称する講義だけではなく、実際に家族の暮らしに接する内容の講義を提供してほしい。具体的には、実際の介護家庭での実習、家族同士の力を知るためには家族の集まりに参加する実習、などが必要。
- 「家族の会」や家族自らが持っている介護力を社会資源としてしっかり見られるような人材の育成が必要だと思う。

(13) 緒方有為子氏 戸畑区役所内 戸畑区統括支援センター統括ケアマネジャー

- 介護家族の負担は大きく、多くの場合に施設入所を考える家族が多い。また、認知症の独居高齢者は行くところがなく施設入所を念頭に置かざるをえない。また、集合住宅に住んでいる高齢者は地域から全く孤立しているという状況がある。
- 行政システムとしてのネットワークづくりや研修や啓発活動はやられているが、一人一人の高齢者にきめ細かいサービスが及んでいない。
- 福祉協力員のネットワーク会議、ふれあい会議をはじめ、様々なネットワークを立ち上げ、地域包括の役割を実践している。地域権利擁護センターや成年後見センターが地域包括や行政とタイアップして、判断力のない方に対する対応に取り組むようになった。
- 家族や本人と直接向かう包括支援センターの職員、ケアマネジャー、ヘルパーなどを対象とする研修は、知識だけでなく、対応スキルの習得が必要ではないかと考える。
- ケアマネのアセスメントや介護予防で使っている基本チェックリストは、認知症の軽度の方が十分把握できる内容になっていると思う。初期の認知症に対するケアプラン作成がケアマネジャーにできるようになれば、認知症対応のスキルが広がると考える。
- 包括は、虐待、処遇困難事例など初期認知症の人で介護予防プランが必要な場合に、そのニーズに対応できるスキルアップ研修を考えてほしい。

(14) 岩尾 石川県特別養護老人ホーム「サンライフたきの里」施設長

- 地域包括ケアとは、地域全体で高齢者を支援しケアを提供することであり、コミュニティケアは、援助論（関係論）ならびにチームアプローチを中心として概念化すべきものである。コミュニティを考えない介護は介護ではないと言える。
- 認知症ケアのステージ・アプローチは、発症からターミナルまであり、その時その時の課題性をきちんと捉えたケアの標準化があってもいい。
- 行政では、システム論が先行し、ケア論が欠けていて、システムと現場とが一体感をもてない。認知症の人が地域と一体になって暮らすというのは決して不可能ではない。生活支援というのは地域抜きでは考えられない。生活はコミュニティの中にある。
- 介護保険と認知症ケアが目指すものとして、認知症の人の生活支援として地域でどのような機能を構築するか。
- 重度化への対応は、それはターミナルケアの対応である。そこでは、認知症の人を中心としたニーズ対応型サービス体系の構築が大切で、ここを研修できっちりとらえておくことが必要である。
- 地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方を踏まえた人材育成に3センターが果たした役割を整理していただきたい。リスクマネジメント、ターミナル、権利擁護等における人材育成が本当になされているかどうかというのは極めて疑問に思っている。
- 研修では、認知症ケアというのはどのようなもので、地域で一般化するための方法論を教育すべきではないか。
- 3センターにもっと特徴があってもいい。医学的、心理的なことを研究しているが一番欠けているのは社会科学的な視点の研究で、ソーシャルワーク研究を促進し、特徴を持たせればいいと考える。
- 3センターを選択して研修できるのもいいと思う。地域性が問題でなく、研修体制、受講要件、ならびにカリキュラムのことをもっと検討して欲しい。コミュニティワーク、ソーシャルアクション、セルフヘルプ（ピアカウンセリング）、社会資源、資源開発の方法、行政機能、こういうものをカリキュラムの中に含めていただきたいと思う。
- 地域密着型サービスにおいて下記の有効性について実践的に学ぶ機会を持ってほしい。センター方式、外部評価の機能、運営推進会議のあり方。

(15) 和田行男 グループホームなごみ 施設長

- 大事なことは、人材育成の問題ではなく、人員確保の問題である。全国どこへ行っても人員をどう確保するかというところで本当に苦勞している。介護職は年収が200万～250万で、結婚するからこの仕事をやめていく男性が後を絶たない、という実態の中では、十分な人材確保ができず、介護の質が問われている。
- コンプライアンスの視点が欠如している。コンプライアンスは、法の遵守だけでなく、法の精神を遵守するというのが決定的に欠けている。
- 認知症の研修は、掘り下げて考えていくことがとても大事。「認知症」ということを学者、医者、行政もみんなばらばらなことをしゃべっている。みんな現象だけを語るようになっている。これはとても危険なことだと思う。
- 包括的な人の見方が全然できてない。地域を包括的に見るというよりも、まず人を包括的に見るのが重要。
- セーフティーネットという考えがとても大事。医療は、社会的なセーフティーネットの機能をはたしていない。セーフティーネットの問題は医療の問題がある。そして福祉は、いつどこでどんな形で生活に障害がくるのかわからないので、福祉の視点からセーフティーネットをとらえていくことが大事である。
- 社会全体のセーフティーネット、セキュリティ、互いに助け合う仕組みを行政ぐるみで再構築していく必要がある。認知症に関わっている医療、ホームヘルパー、介護福祉士、看護師、自治体の職員、町の中にはかかわっている人、そのような人達が声をかけあうシステムが必要。
- 3センターが果たす役割は非常に大きい。指導者は、認知症介護問題提起者のような人が気づかないことに気づくアドバイザー的存在で、教えるではなく、お互いに気づき合うことが大切である。
- 介護職ってすごいといわれるようなものを目指さないと、年収200万のままで厚生労働省に据え置かれると思っている。それが大きな課題であると思う。
- 認知症だけをクローズアップするというよりも、子供たちが安心して歩ける町は認知症になっても歩ける町という、ノーマライゼーション、そのような視点から考えていくべきであると思う。

(16) 木村隆次氏 日本介護支援専門員協会 会長

- 日本のどこに住んでいてもセンター方式を使える介護支援専門員をつくっていくという提言したい。日本の津々浦々にセンター方式を使える介護保険専門員を指導していける指導者をつくっていただきたいと思う。
- 全国介護支援専門員「高齢者の医療と認知症に関するアンケート」調査結果では、認知症に関する知識度は低い。認知症ケアは利用者本位だが、家族本位になっているのが現状で、その理由としては、専門知識が不足しているから。本人に病名を告知してないのが約 40%で、その理由は、本人と話をしながら勧めていくということができてない。
- 介護支援専門員は、認知症に対する知識が全く不足している。医師との連携も不足している。これを地域包括支援センターにそれをゆだねるが、指導者はこれをきちんとサポートしなくてはいけない。
- 医師とのコミュニケーションが良好でないために、利用者と医療を結びつけるコーディネートとなり得ていない。
- 地域の社会資源について、認知症の専門医の存在や日常生活圏域の介護支援のプロ、などの情報が共有できない。
- 認知症に関する情報要求は非常に高い。人材育成については、計画的な人材育成計画を作る。全国規模で人材を地域に根づかせるための育成戦略であり、全国 5000 の日常生活圏域に漏れなく認知症のプロフェッショナルを配置することが目標である。

IV ヒアリング調査結果のまとめ

- 「地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方について」と「地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方を踏まえた人材育成について」のテーマで16名の有識者が意見を述べた。
- 地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方については
 - 他職種間の連携システムの構築とその有効活用を実践する。
 - フォーマルサービスのみならず、家族や民政員、地域住民を交えたインフォーマルなパワーとの連携構築が必要である。
 - 認知症ケアに関する共通認識を持つための教育、啓蒙活動を地域で展開する必要性がある。
 - 地域包括支援センター機能の充実を図る。
 - 「地域認知症推移員」等の新たな制度、人材の確保に関しては賛否両論があったが、否定的な者も地域ケアの核となる人材の確保は必須であるが、それには現状の制度の有効活用をまず整備すること。
- 人材育成について
 - 指導者の人材育成は成功、未だ人数的には十分とは言えない。
 - 地域の実践者・実践リーダー研修では、グループホーム解説者の指定研修であることから、受講者の質の低下、モチベーションの低下、講義の質を落とさざるえない現状、等の弊害がある。
 - 高齢者介護施設等の実践者のスキルアップとしての研修事業がない。受講希望者が受講しようと思っても定員が満員で受講できない研修事業は問題である。
 - グループホームの関係者のみが実践者・実践リーダー研修の受講者の大半であるのは問題である。
 - 認知症ケアの実践スキルを養う研修をセンターでもすべきである。
 - 包括支援センターでの認知症対応研修が必要である。
 - 包括の3専門職種が、地域で認知症教育に携わることが必要で、そのための研修をすべき。

別紙 4-1：ヒアリング調査記録

(1) 宮島渡氏 特別養護老人ホームの施設長

平成5年から特別養護老人ホームを中心に、1万人ぐらいの小さな町でいろいろ運営をする中で、認知症の問題が高齢者を支えるのは非常に難しい。施設においても地域においても非常に難しいテーマであるところの10数年間感じてきた。そこで私たちなりに、このようなことを中心に認知症のケアを進めてきた柱を2つ報告する。

1つめに、認知症を支える……。地域のとらえるイメージは、それぞれの地域によって異なる。ここでの支える地域とは、当事者、家族、地域住民が主体性や関係の持てる規模というのを前提とする。グループホーム、あるいは託老所、小規模多機能等のサービスでは、その地域地域の中に住んでいる人たちの言葉、あるいは体にしみこんださまざまなできごと、そのようなものが引き出されていくという意味において、地域のエリアというのが非常に大切である。

もう1つは、何に重点を置いてケアを考えていくのかということ。テーマ、コミュニティーをどのように考えていくのか。特に田舎では、新しいビルをつくって、その中で高度な介護を提供するより、むしろこれまで培ってきた地域の文化や風土、風習、高齢者の中にしみこんでいる経験知、価値観、地域住民や家族と事業者が一緒になって取り組むことのできる内容、具体的なものとして、身近な場所でこれまで同様に自然に、そしてみんなが手を出せることを続けることだと考える。特別なことをすることはないというような感じだが、むしろ今後は専門性、特別なこととして考えられるべきだと考えている。ケアマネジメントは、フォーマルな資源の組み合わせだけではなく、同時にそのケアマネジメントを進めるソーシャルワーカーが、コミュニティーマネジメントについての知識や技術もしっかり持っておく必要がある。

さて、私のバックグラウンドは、今年の3月に合併し、北が長野、南は松本ということで、第3の市になった。人口が16万3,000人。旧真田町という。人口が1万1,300人である。人口を世帯数で割り返すと、旧上田市では2.6人。旧丸子町は2.9、武石が3.1。真田は3.1、家族構成の単位としては1世帯に平均3.2人。持ち家率も高く同居率も高い。このような地域である。

旧真田町のエリアですが、181平方キロで、単純に20キロ×9キロの非常に大きな地域です。大きく分けると、小学校区が4つあり、菅平地域、長「おさ」地域、本原地域、傍陽「そえひ」地域。それぞれその地区によってサテライト型、出前型のデイサービス、託老所、小規模多機能だが泊まりや訪問等を入れたもの高齢者住宅と本体の老人ホーム、グループホーム。このようなものを整備している。ここでは小学校という生活圏域よりもさらに細かく小学校区単位で支えているサービスの仕組みである。

在宅の認知症高齢者を認定者数の23%と想定して、大体100人ぐらいと見ると、小学校区あたりで25人となる。大体週3日から4日を使って、24時間365日支えられるだけのサービス資源になる。ここでは、きめ細かくサービス資源を、地域に細かく点在させるということが大事だと思っている。近隣の住民の人が、グループホームに来て親睦会を開いたり行政単位で行っている。

「地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方を踏まえた人材育成について」に関しては、自立のとらえ方が、身体の上の自立のことに集中している感じがする。自立のとらえ方について、その時に、その地域の視点を活用しながら自立をとらえたとわかりやすいという感じがする。特別養護老人ホームの中で自立を支えるという、どうしても機能や能力の話になってしまう。そのため、その人から見た暮らしと地域社会から見た暮らし、双方向の視点を養うような育成、養成の視点が必要である。実習でも、できれば単に施設の中で実習を企画するより、むしろ地域社会の中から例えば施設を見る、もしくは地域社会の中にある認知症高齢者の方たちの視点から地域を見る、そのような実習も必要なのではないかと感じている。

2つの方向として、既にあるセンター方式を使用し、その人を知る部分に関してはセンター方式を通じて、情報を取る。また地域を知ること、長野県では現在、マップづくりを実施しており、地域社会、在住の人たちの暗黙知としてあるものをマップの中に落とし、人間関係や地域のありようみたいなものを見直してみることを必要を感じている。そして、何に重点を置いて人材育成をするのか、それは高齢者の能力や経験、また現状との落差を埋めるということがケアの本質であるということも教えていかなければいけない。また、本人を変えるというより、環境を調整したり資源活用をする部分についての能力をもう少し高めていく。まさに地域包括支援センター等で活躍していく人にとって、この環境調整能力や資源活用能力というのはとても大事な部分として教育されていかななくてはならないと考えている。本人の問題や家族の問題、地域の問題、このようなものが、本来だったら正常に老いていくところが、病気によって、老いることによって生まれるこういう落差をどのように解消することが必要なのか。このような視点がやはり指導者の中に求められていくと思う。実習、研修をしていると、どうしてもできる、できないということについての着眼が強い。最近、伝えていることは、成長過程のADLと退行過程のADLの変化を非常に同じような扱いで見ているのではないかと。障害を受けることへの支援として、家族会、地域への啓蒙、当事者の語りがある。これは家族、地域、当事者のエンパワメントを高める支援なのではないかと考えている。

地域を見ることで、最近このようなマップづくりを通じて地域の中にある暗黙知的なものを引き出し、地域の関係とか資源がどのようになっているのかというものを明らかにするような手法がある。このような手法を使い、その地域の中にいる人たちの関係や社会資源とのつながりを、平面的ではなく立体的に身近に学習させるという機会をつくることも、1つの地域を知る、学ぶという意味では大切なことである。

長野県では地域づくりマップ、例えば1つの地域の中にいる、高齢者ひとり暮らしとか、子供のいるところとか、福祉推進員がいたら、このような事をプロットすることで、関係性をもう少し立体的に見ていくということである。それから、具体的に、どの地域のどの人がだれと人間関係を持っているかを図の中にプロットして、その関係図を見ていく。認知症のひとり暮らしの方が孤立化しているのは、孤立化している様子をこのような形で落とし込んでいくことで、関係がそもそもできていないことが孤立化を生んでいるのか、孤立化を生んだ結果、関係がなくなっているのかを解消する。このように目で見ると、よくわかると思う。このような教材も使用し、地域を見ることも学んでほしいと考えている。

質疑応答

Q 2点ほど、地域でマッピングや連携、地域でそのようなものをつくってこられ、時間的に変わっていく。高齢者の問題というのは時間的に、刻々と変わっていくというところが特徴。だから、先を見越しつつ実施しているのかに対する考えについて、2点目は、マッピングで、どのような高齢者がどこにいて、どのようなかかわり合いを持って、そのことをケア専門職の方か、行政、もしくは市民自身が関与してつくったものなのか。あるいは市民の情報として共有されているか、そのときに、共有した場合に個人情報保護法というものとうまく抵触しないようにすることができるものか。これは地域によって、長野県とまた東京都でも大分違うと思う。一概に結論は出ないと思います。そのようなことなどを差し当たってその点を聞きたい。

A 2つ目の将来に変わっていくということに関して、今、対象となる方は、1920年から30年代ぐらいの方がやはり地域の中で多いと思っている。彼らの中にある経験知に触れて、どのような生活をつくるかというのは、私たちの今の生活ではなく、むしろ彼らの生活に私たちがいかに入り込んでいくかだと思う。次は多分1940年代や50年代の方たち。問題は、スクラップしてつくり上げるもののため、建物などは10年、20年先を想定してつくってしまう、そのために今の人たちにぴったり合わない場合があると思う。やはりそんなに長いものではなく、リサイクルできるもの。そういう意味でも、地域というものが今、新しいものをつくっていくより、地域づくりより地域使いだと言っている。地域をうまく使っていく形、それが認知症のケアにもすごく結びつく印象がある。大体10年ぐらいのスパンで再生産できる、スクラップ・ビルドしていくような形のものを今、事業として考えている。

2つ目として、今指摘いただいたとおりで個人情報の問題もある。いずれも行政が中心のところ、また社会福祉協議会のところがある。これは今、やはり情報の深さや広がり方ではないかと思う。恐らくあれが最終的にはどのようにフォーマルな医療機関、特養というものとどのようにつながっていくのかという感じである。マクロなレベルで見ると、隣同士がどのように支え合っているのか、日ごろから人間関係がどうなっているのかというところの情報ではないか。個人情報にもかなりひっかかってくる部分があると思う。

それと、私たちは今回、指導者の養成をするプログラムとして、どのように使ったらいいかと思ったときに、私は事業者のため、例えば通所をしていらっしゃる方がどんな暮らしをしているのか。その方を家族から聞き取っていった、日ごろはどのような方たちとつながっていたのか、そのつながっていた方がほかにもどなたかとつながっているのだろうかということに入っていけるようにすれば、事業所としての情報としては、やはりうまく使えると思っている。そのため、かなり社協や行政がやった広いフィールドの中で、無関係な人たちもプロットしていつている。しかし、私たちが事業者としては、使っている方たちの既存のネットワークや、5年前のネットワークはどのようなものだったのか、ほかにもそのネットワークはこの地域の中にあるだろうかというところまで掘り下げていくプロセスの中から、指導者さんや地域というものをもう一回見直してもらおう。それが結局、個人的な要因に対してどういう影響を与えるのかということを知ること、もしかすると地域の中で生活をしていることが個人というものを今成り立たせる。また、個人というものが存在しているのは、実をいうと地域の人たちからの支えによるものなのだとということ、理解していただけるという感じがある。1つのプログラムとしてやっていけばいいと思って提案をした。ただ、長野県でやっている、社会福祉協議会でやっているのは、今指摘してもらったように、日ごろからの付き合いは、この間の災害で大変有効であった。情報として集め、あるいは第1避難所とか第2避難所を想定しておけば、そのようなところにとりあえず連れていく、そのような状況に役立ったという話を聞いた。そのようなソーシャルサポートとしての機能、あるいは福祉的なサポートとしての機能は少し重なるところがあると思う。

Q 地域をある次元で、3つの次元で見られた。そこから小さくなって、最小が小学校区の単位である。その小学校区のレベルの地域という広がりを中心に大事にされていると感じた。そのようにすると、小学校区では、やはりそれこそ同窓会の集団の組織もある。そこに共通の共同体意識というものが恐らくある。そのようなものがベースにあるエリアを1つの単位として考えると、非常に有効だという感じを持った。そのように理解していいか。

A はい。私たちの町は2回合併している。昭和33年で、今から46年ぐらい前だと思う。例えば80歳の人であるとするともう成人になっているし、そのときの共同体というのは、消防団や、地域的に青年団や婦人会などといった人たちで、また時代的には20年代、30年代ではやはり自営的に何かをしたり、あるいは戦争の時代にそのような形があるので、きずながすごく強いのではないかと思った。ですから、小学校区とこの旧村単位、昭和33年に合併する手前のところの旧村の単位なもの。やはり人のつながりも非常に強いだろうということを考え、小学校区というようにさせてもらったところがある。

(2) 池田恵利子氏 いけだ後見支援ネット代表

地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方として、1番に「尊厳について 人権と権利に基づくケアであるべきことの明確化」介護保険法の第1条の目的に、尊厳という言葉が位置した。では尊厳とは何か。そこにかかわる部分である。自己決定権や本人意思の尊重がなぜ重要であるか。また、1人の高齢者を人権や権利の主体としてとらえ、支えるということはいかなることか。

そしてまたそれ自体が、現在の介護保険などにおいては契約に基づくという形を含め自分にとって安全（安心な暮らし、そのために必要なサービス）、自分において実現していくことが困難な方についての権利擁護の問題とは自分で介護等必要なサービスを使える方は、自身でやっていただく。一方で、それができない方々、（認知症の方々）そのような方々をどのように支えるかというところで、実は研修の対象のケアワーカーも含めて福祉人材である方々が、具体的に自分たちの日々の仕事に引きつけて、こういった尊厳の問題や人権と権利といった問題について納得し、理解できる教育が十分なされていないと感じている。

理由として3点。社会的支援（虐待の介入）、虐待への支援やまた権利擁護の制度に関するつなぎ、もしくは権利擁護について具体的に御本人側の権利擁護者としての、生活支援だけではなく後見人等の仕事をしていく中で、このようなケアワーカー等の福祉関係者に対するこの権利擁護の問題について、自分の役割というところで消化できていないと感じる。特に、法律関係者等から制度や法律の仕組み等を聞くのみで、実際に自分たちが日々やっている仕事と人権や権利についての関係、そしてそこにおける自分たちの役割といったものについて納得して話を聞いていない状況がある。

認知症の方、その方が、特に大都市圏などでは独居、ひとり暮らしの方々が増加している。自身の自己実現、権利としてサービス等を使っていくということができない方々を含め、そのような方々を支援していく地域福祉の仕組みの中での研修とについては、早急に考えていかなければならないと考えている。

2番の「地域社会での生活支援であるべきことの明確化」と「尊厳」にもかかわることとして、措置制度ではない現実、今の日本の社会の中では、「自治体だから、では安全、安心な方法を決めてあげる」ということが、認知症の方々の本来の当事者主権と安易に関与してしまうことは、御本人の尊厳を傷つける、もしくは実際の権利を侵害してしまう可能性もある。その危険性についても十分、自分自身、つまりケアワーカー等自身も、特にソーシャルワーカーの部分で、理解している必要がある。

私は、事業者としてはまたこの説明責任、コンプライアンス、いわゆる遵法性の問題も含めて、そのような問題についてのリスクマネジメントやコンプライアンス、それから説明責任といった新たな、認知症という自分で自己実現や権利を守ることができない方にかかわるケアワーカー、ソーシャルワーカーに関しての研修といったところで、不十分な部分ではないかと考えている。

また、「地域社会での生活支援であるべきことの明確化」というのは、これまで研修の対象者が社会福祉事業を行っている施設等の方々を中心に、特に直接ケアの担当者が中心でいたということともかかわると思う。今、できるだけその方らしいそれまでの生活と人生を続けていくという意味で、地域福祉、地域社会と「どのように今後もいい形で存在していくことができるか」といった支援であるべきと考える。その部分が、直接ケアだけでなく地域社会での生活維持への支援という意味では、ネットワークの問題、それから必要なインフォーマルなものも含めて社会資源の理解と活用といった部分における研修等について、十分でないと思う。また、その延長線上に、これまでは、社会資源の開発やソーシャルアクションといった部分で、利用者に寄り添った足りない制度、サービス、そして資源の開発で十分、例えば地域の資源、インフォーマルな市民自体の活動と結びつけるといったところが十分できていない部分であると考えている。地域社会の問題は民生委員さんと社協さんに任せておくという点で、縦割りもしくは横割りに、どうしても所管といった問題で存在する制度やサービスを隙間のない形で御本人につなげていくかについての問題が、認知症ケア、特に地域社会大変大きいのではないかと考えている。そこはもちろん、地域包括支援センターで、私もこの形を、いわゆる諸外国でいうソーシャルワークステーション的な位置づけを心から待ち望んでいる。しかし、やはり相談支援の拡充として、ハードではない、人材、それからソーシャルワークの専門性、それを行うソーシャルワーカーという人材の位置づけ、それから活用の問題については、やはり研修の対象者としても十分イメージを持っていなかったと思う。

3番のところには、私が考えているこのような理念、あるべき姿といったものをどのように実現していくかという点で、研修、教育をあげる。しかし、残念ながらこのようなソーシャルワーク専門職として社会福祉士自身、これは位置づけがなかった。つまりモデルというものがなくてこなかったからなのか、残念ながら大変未成熟な状況だというふうと思う。このようなソーシャルワークを行う方々、これまでの地域社会へアウトリーチして支援をしていき、複雑になった虐待等をイメージしてもらえればと考える。問題をきちんと支援していく点で、保健師の方々が努力をして専門性を発揮していた。社会福祉士をその資格として考えるべきなのか、そのようなことは別に、ソーシャルワーク専門職といったところで有限な社会資源の緊急性や要保護性で有効に、個別にきちんと判断してそれを使っていく中での専門性を持っている者。そのようなところで、この位置づけが先というより、その専門性をいかに高めていくかという研修は早期のものである。

ところが、その部分について今の段階では、社会福祉業界では、十分まだ説明責任をだれに対して果たすのか。東京における高齢者施設における虐待の問題にあるように福祉関係者、施設の方も含めて事なかれ主義というようなところ、それから説明責任をだれに果たすのか、また人権や権利との関係といったものについての自分たちの役割といったものが落ちていないという現実が、やはりあると考えている。

質疑応答

Q 対象とされる方を巻き込んで、地域全体を考えていく中で、既にやられていることや、そのためのコツや、どのようなことをやられているか。専門職間のネットワークのつくり方。その辺をお伺いしたい。

A キーパーソン、キー機関。の役割、「どこそこは具体的にどのような場面でどのようにするのだ」という役割をきちんと整理し、それぞれがどのようなときにどのようなロールをとればいいのかということを、きちんと整理をすることができるといい。それは一方的に決めるわけではなく、そのような道筋が通れるような、溝を掘るような作業をきちんとできるようにサポートしている。それは、いわゆるツールの的なものを使う場合もある。スキルの的なもので使えるものを紹介するといったこともあるが、やはり皆さんがそれぞれの役割がわかるということ。それが納得できる、科学的根拠をきちんと持てるような整理、そこまでを整理ができるような支援をしている。ただみんなで集まればいい知恵が出るという場合のみではないことが多いので、特にそれぞれの会議等でのキーパーソンとキー機関にきちんとそのロールを理解させることができる支援といったところで、かかわっている。

(3) 平川博之氏 介護老人保健施設ハートランドぐらんぱぐらんま 施設長

八王子市でかかわっている D-net という認知症のネットワークシステムを中心に研修会とどのようにつながればよいかを考える。

八王子市は人口 56 万人の大きな市で、面積も、東京でいえば山手線の内側より広い。一方では、貧乏な市で、お金を置いてくれる企業が少ない。あるのはお墓と精神科の病院と特養と大学という税金収入がないため市としては非常に貧しい。広いのが特徴で、八王子市内には、箱物はかなりそろっている地域である。しかしながら、介護保険が始まる前は、東京の奥座敷という形で、そのサービスは都民のために八王子が受けていた。地域には余り開かれなかったというのが実態である。そのあたりをもう一回反省して、質・量ともに豊富に整備されている八王子市内の保健医療福祉サービス等を連携して、住みやすい町をつくる。認知症になっても市内で何とかしようというのが、今回のこのシステムの始まりとなった。

具体的には、協力を要請する機関を巻き込んでやっていくのは簡単だが、本気でやるというのをどのように示していくか。市民に対しても行政に対しても、それぞれの医療機関や福祉機関が、どのようにしたらこの本気度を見せるかということが、1つの機能だと思う。このセンターでやっていることだが、認知症に対して八王子市の方も、特にドクターに関しては、やはり関心のある方、無関心の方、はっきり分かれている。とりわけ、かかりつけという、本当に窓口になるドクターの自覚が少なく、そのあたりも、この D-net をつくる中で構築していこうということである。その初期について、あくまでもこの自宅を中心に、かかりつけ医とかかかりつけ精神科医をもってサポートし、必要があれば専門のところで回す、診断的にするのは回そうということが初期の話であった。中期の一番行動障害が激しい時に、せっかく周り近所には対応する施設や精神科病院等々もそろっているのに使われていないという現状を含め、この中期を何とか乗り切りたい。八王子であればそれは十分できるのではないかと考えている。

一方、どんな潤沢にあっても入れっぱなし、入所しっぱなしでは詰まってしまって、一番必要なときに対応できないというので、この後、本来ならば、施設でお亡くなりになる場合が多かったが、何とか最後、1割でも2割でも、在宅に戻り、またかかりつけ医に汗をかいてみとりをしようというのが、この D-net 全体の仕組みである。

具体的に、八王子市医師会がこれに対してどのようにするかということだが、初めからこのようなことをしようと思ったわけではなく、7～8年前に国の方から、病診連携が遅々として進まないため、金はやるから各地元の医師会等を中心にして病診連携を考えろという、そのような事業が行われた。八王子市も、ようやく口先だけの連携ではなくて形にしようということできいろいろと始めた。その後、ITを活用したものをやってみようと、そのように考え、最初につくったのが、八王子の老人保健福祉協議会。ここで各施設の運営とかサービス内容等々、市民の方々に案内する。特に売りにしたかったのがこのあき情報

を提供するということである。これについて、ドクターだろうが、あるいはお年寄りであろうが、家族の方であろうが、だれでもがここにアクセスしてあき情報をリアルタイムで見てもらおうというシステムをつくった。しかし、これは情報を出すというのは今でそこかなりクリアーになっているが、なかなかまだ、特に医療機関関係について中は出したくない。ひどい病院なんかは、医療監査に出すような情報はいやだということを言うところもあり、そのような点では医療面というのは情報開示に遅れていると思ったため、情報を出せということで始めた。その後つくったのが、「認知症どんとこいドクターホームページ」。

これは結構話題になり、どれだけこのあき情報を使うかと。これは結局、見てもまた電話でやり取りがあるかもしれない。しかし、少なくとも「こういうものだ」とか、市民が興味を持って、「老健と、こんなものがある」ということでは貢献した。というのは、これで一気に市民の中で、「ああ、介護保険には3つの箱物があるんだな」ということをはつきりうたわれた点で大きかった。また、直接この中にQ&Aとか質問コーナーもあったもので、認知症に関しても市民から直接の質問を受けることができた。

それが順調にいったため、今度は八王子の介護サービスの連絡協議会も立ち上げよう。介護保険に対しても医師会が無責任な態度はいけないと思い、介護保険にかかわる3つのポイントについては医師会が責任を持ってやるべきだということを強引に進めた。どの地区も、まず介護認定審査会の委員長は絶対医師会の者にやらせる。2つ目の、介護サービス事業者でなければ、つまり介護サービスを提供する部分について、この協議会を立ち上げた責任者は医師会の者がやるべきであり、実際これは私がやっている。もう一つ、居宅支援事業所、ケアマネジャーの団体もつくり、これにもやはりトップは当分は医師会の者が責任を持ってやる。介護保険に対する判定部分、そしてケアプランの部分、それでサービスを提供する者、すべて必ず医師会絡みにしようと思った。これはしばらくしたら、もちろん譲っていく予定である。2つ目は、このサービスのところをやっている。

このような情報を出す場合にポイントになるのは、これは本物か、いかがわしいものではないかということを証明すべきである。このホームページはオフィシャルなものだということで、市民の方に安心を与えるというようにした。あくまで公的なものなのだ。本来はその区市町村がやるものだと思う。

これの中には八王子を、地区を割りまして、この地区の中で、種々の介護サービスによってクリックする。地域をクリックして要望によって、そのページが出る。ページ目は全部固定のフォーマットで、2ページ目は自由記載で、できる限り顔が見える、このようなことをやるのだという。

介護保険が始まって、結局、役所の方に来ると介護保険の内容ばかりの説明で意味がわかっていないというのが、あいかわらずこれになっても進んでいる。このようなことをやるのだという、具体的に見てもらおうという形でこのホームページをやっている。これも非常に人気がある。

このような形で進め、いくつかの仕掛けをつくった。まず調査をした。認知症に対応で

きるドクターの数、かかりつけ医の中で、何とか診断、相談できるのが3割。認知症になっても、どこかでラベルを貼ってもらったり、行動障害がある場合、治療をある程度してもらえれば、その後も引き続きかかりつけ医でずっとやっていくのが8割。自分たち、包括支援センターも入るが、さまざまなそのような介護保険絡みの認知症に絡むという絡みのサービスの連携は4割とれている。まあまあかなと思う。あとは症状、行動障害が悪化した場合の後方病院や施設があるというのも4割あったので、ほどほどと思った。

一般病院について。これらの方には、やはり合併症も診てもらいたい。また、認知症の御家族の方は非常に権利意識も持っている。認知症だからむだ金のことをやっては困るというのは、ひしひしと現場で感じた。きちんと診てくれるということを見てもらったのだが、相談、診断可能も一般病院は4割。4割は受け持ってもいいと言ってもらえた。さらに進めまして、精神科、八王子の売りとして、ここは9割以上のところが協力したいということ。入院に関しても、重度でも可。八王子市内には認知症も、旧名称になるが認知症の治療病棟、あるいは療養病棟が幾つもある。そのような点で非常に助かる。療養型医療施設についても、療養型医療施設も入所者はほぼ認知症なので、中度でも、軽度になくても、バックアップしてもらえるとということにはわかった。

あとは精神科の診療所。八王子市内には精神科の病院が今まで20カ所ぐらいあり、現在いろいろ統廃合で15カ所ぐらいに減ってしまった。精神科の診療所もふえ、約20年前には1カ所しかなかったのですが、現在は16カ所も市内にある。このアクセスのよさを考え、精神科の診療所も協力を要請し、協力を得られることになった。しかも、精神科だけに、バックアップの施設はもう10割持っているということで、何とか支えてくれるということにはわかった。このようなわけで、可能な数がこれだけ出た。これだけは医療資源として使えることがわかった。

それから、あとはもう少し広げていき、精神科で結局900床、1,000床ぐらいは持てるのではないかということがわかった。八王子は56万の人口で、認知症は多分1万何千人ぐらいだと思う。これで何とかなるのではないか。あるいは療養型医療施設、介護保険絡みの介護老人保健施設、それから特養も、この辺も可であるため、相当枠はあるということがわかった。これだけのものを持っているが、これはある会の市民公開講座のときに市民の方々にアンケートすることにより、認知症に対して相談先がある方が約60%で、「ない」が20%、「相談先がわからない」という回答を得た。また、どこに相談するかというと、やっぱりかかりつけ医が多い。当時はまだ在支なので、在支はやはりかかりつけ医が大事だということをみんなで印象づけたためである。さらに、八王子市の介護施設や特養、老健、老人病院等に勤めている方々に、どの様なときに、問題は何かということ、やはり「精神症状増悪時の移転先がわからない」、「地域の情報がわからない」、「どのようなところが何をやっているかわからない」それから、「まだ勉強したい」と。これが三本柱でした。勤めている方々も、周辺症状や行動障害が出た場合どのようにしていいかわからない、その情報もわからない、勉強もしたいということ、そここのところでつかまってしまっている。

一般市民のところも、「どこに相談に行っていかわからない」、「受診をいやがる認知症者を受診させることは難しい」、「徘徊がひどく家庭介護は限界です。受け入れてくれる病院や施設を知りたい」、「介護疲れで心身がまいっています。介護者を支え合うサークルはありますか」、「認知症の介護方法や対応を知りたい」、「効く薬があるのか」、「往診してもらいたい」。つまり、みんな情報を求めているということがわかり、このことをきちんとしなくてはいけないのではないかなった。

この情報を何か出したい。しかも、ある程度潤沢にサービスはそろっているが、この乖離を何とかするのが役目ではないか、ということで、また無理押ししてこの D-net をやるべきだと強く訴えた。特に事業としてはこのような、「垣根を越えた支援体制をつくる」また、「相談窓口を設置する」さらに、「認知症高齢者の相談・診断・治療・ケアに関する地域限定の情報」、認知症どんとこいドクターホームページをつくる。それから、「認知症に関する研修会」をやる。これは医師会が認定して、認定制度としてやる。それからこの研修もやる。一般市民研修もする。それから、「もの忘れ検診等を進める」。これが事業である。三本柱としては、D-net 情報センター、DDD ホームページを立ち上げる、運営する、相談窓口をつくる、医師会の認定の専門医制度をつくる、この3つが医師会が中心となる事業となる。これは D-net 情報センターで、市がきちんとしないから、公明正大な立場でやるからどんどん情報を出しなさいというと、出してもらえる。いい意味でも悪い意味でも。私は医師会活動は割と煙たいからみんないやいや出してくれるということがあり、割と助かっている。あとは相談窓口を開くということで、トリアージしてそれでつなげていこう。もちろんこれは医療だけではなくて、包括支援センターがする部分はもちろんある。それから医療機関の紹介や行政部署の紹介等々、いわゆる認知症にまつわるさまざまな情報をあげていく。その中心として、この「認知症どんとこい」ホームページというものがある。相談窓口は、月曜から金曜までの 10 時から 16 時まで、医師会の中で受け、そこから後方の担当する 4 つの病院が 1 週間単位を交代で相談を受けるというシステムにしている。

それから、認知症の専門医研修。大体 4 回 1 クールで行っていくということで、これに関して、できたものについては「どんとこいドクター」の認定書というのがあり、ホームページ上でも「どんとこいドクター」だということが区別して明示されるよう、市民からもわかるといった形にしている。

ホームページとして「頑張ってるんだ、私たちは」ということを言いたい、さまざまな情報を提供したり、質問等に答えていく。あるいはパソコンになじむ機会にしようとしている。今回は同じく、やはり相談内容、地域で検索をしてやっていく。あるいは「合併症、白内障の手術をするのはどこかできますか。認知症があるんだけど」と、そのような聴き方もできる形になっている。

質疑応答

Q このホームページをつくる中で、一般の市民向けということで出されているが、アンケー

トの中で、専門職の方にもアンケートされている。このような情報が専門職側にも伝わっていく中での、現状を教えてほしい。

A 医師会で市民公開講座を大規模にやった。老人クラブや町会ごとの講座を何度も開いたり、またわずかずつ広がっている。今専門職関係の講座やカリキュラムをつくってやるということについて、どこまで医師会がやっていいか決まっていない。やるとどこかでまたしわ寄せが来るため、現在はそのドクターと市民の方を中心に、専門職では専門職ごとにとということで、八王子市のサービス事業者の研修は必ず年に何回かやっている。会社ごともあり、認知症についてもやる。そして第三者評価と情報開示の標準化のことについて少し勉強しようという形で、認知症に特化したわけではなくまた別でやっている。

(4) 武田純子氏 グループホーム福寿荘 総合施設長

平成8年にモデル事業でグループホームを始め、それからずっとグループホームという形でやり始めた。その前は地域の中で、医療、訪問看護、老健で仕事をしていた。

私は、仙台センターの指導者養成コースを出て、今、北海道グループホーム協議会の会長として北海道グループホーム協議会は札幌市及び北海道の認知症介護の実践者研修の委託事業を受け今担当している。

本当に一番思うことは、グループホームの管理者やそのような人たちに研修が義務づけられているため、確実に実践者研修の効果はあって、確実にレベルが上がってきている。認知症ケアのレベルが上がってきている、そのようなことを実感している。

そして今回、実践者研修とリーダー研修にカリキュラムが変わり、実践者研修は5日間、実習をやり、その後、今私たちがやっている実践者研修の柱は2015年高齢者介護ということ、それからそこにある5つの視点ということ、センター方式の5つの視点と抱き合わせながら研修、カリキュラムを組み、最後の職場実習、施設実習のところを5つの視点を主にして職場実習をやりなさいという形で指導している。その2週間の職場実習で本当にすばらしく、びっくりするほど成果を上げてきている。また、その職場実習をやる時に、毎日、実習記録を書き、必ず上司の判をもらってくるとした。それにより、管理者を含めてチームとなり応援するという体制となり、職場がシフト転換して変わっていく状態が実際に見えるような状態になった。

リーダー研修についても、5日間の研修では難しい内容ではあったが、10日間座学をやって、自分が実践者に戻ったときに自分のいる位置が変わった。それだけ自分が成長したということを感じられた人もいた。実践者研修、リーダー研修をやりつつ、私たち指導者の中で、指導者、私は実際カリキュラムの共通のものをつくり、運営するのが大変である。現場を持ちつつ運営にも回ることを大変さを感じつつ、実際に学んでいる者たちがそれだけ有意義なれば、すばらしいことだと思う。

ただ、その中で、私が今ここでこの研修をやりながら思っていることとして、修了生が、同じようにやれる状況にない。現場の状況が異なる中で、私たちはどのような形でそのような人たちを今後、同じレベルになってやっていくかについてを考えなければならない。そのような課題は誰がどのようにやって対応していくといいのか。仲間として引き上げていくのも大切ではあるが限界がある。

また、そのような形で研修をやってはいる一方、在宅がとても手薄になっている。そこから在宅で困難になるとグループホームに入るという流れになってしまっているが、ゴールは在宅でずっと過ごせること、ずっと在宅で過ごせることがゴールであるべき、どこかその辺、間違っていると感じている。

何が欠けているか、在宅でのインフォームド・コンセント。認知症のインフォームド・コンセントとは何か。それをちゃんとサポートしなければならない人は、地域のだれか。

そして、それをやる状況にあるのは、私自身の考えでは訪問看護ステーションのナースだと考える。しかし、訪問看護ステーションのナースの人が認知症の人について、何もわからない。そういった現実。そのようなところをもっと具体的に、本当に在宅の人が住まえるようにするということを考える必要があると感じる。

それから地域包括支援センターができ、運営推進会議に入ってくれるのだが、グループホームのことや認知症のことがわからない。これでどうするのかと思う。

今、私たちは国の方針で在宅中心というのはよくわかる。そのようにしないと、やっていられない時代が今来る。一方で、この状況でどのようにして在宅で認知症の人を支えるのか。そこに私が一番思うのは、専門職のいろんな形でコーディネートするのはすごくよくわかるが、サポート医の研修の研修等を一体化できないかと考えている。

それともう一つ、若年性の人というのは高齢者と全く違うことがわかった。高齢者の技術をもって若年性の人に通用しないのだという驚きと戸惑いでいっぱいである。これらのことも含め、現場で困っていることはたくさんある。前頭葉・側頭葉系の人と、それからアルツハイマーの人の対応は全く違う、私は外国へ行って教えられた。選択肢を与えてはだめだと言われ驚異の思いであった。そのようなことを日本の中で研究し、現場へどんどん発信していく。出てくる様々な症状に、本当に一つ一つ向き合っている状態を整理してほしい。これがやはりセンターを中心にし、もっと現場に即したプログラムをつくる。現場に即した研究をやってほしい。そして、現場と一緒にやってほしい。そんな思いを持っている。また、その中で現場がもう少し整理できれば、私たちはもう少しゆとりあるケアを考え、地域のこともできるのではないか。そのようなことについて一緒になって考え、もっと本当に認知症になってもその人らしさのある、暮らせるような状態というのは本当にあるのかとしみじみ感じている。

追加

今の地域包括支援センターにそういう力のない人たちにコーディネート力がないわけではなく、認知症に対しての認識が足りないだけである。そのために、その部分をもう少し、もっとミキシングしたらいいと考えている。私たちは認知症に対する考え方とかいろいろなことはある。それで、認知症については、今、新しい認知症ケアと言われるように、ちょっとシフトが変わってきている。ただ、その中にちょっと不満はある。やはり、私たち指導者研修に行き、教え方は習うが、中身に何を教えるか、そのことを習わない。そのことをきちんと、自分たちでしっかりと今、こね上げながらちゃんとつくってきたものを、それを今、実践者研修等で伝えているが、それを今の地域包括などとミキシングしていくことで地域づくりになると考える。大牟田のような。そのようなシステムをつくりながら、もっと養成していく、もしくは人をつくれればいいのではなくて、みんなで地域をつくろうという動きが出てこない、これは変わらないと思う。

(5) 川原秀夫氏 特定非営利活動法人コレクティブグループホームきなっせ 代表

熊本の方で小規模多機能型居宅介護の事業所を実際4カ所運営している。より地域の中で認知症の方の暮らしをどのように支えるか日々動き回っている実践者の立場から話しをする。

まず、認知症介護研修の東京センターの2期生で、熊本で研修をやっている。その中で感じるのは、1つが対象者。施設職員かグループホームの方が対象であるが、実際に現場の在宅での認知症の方を直接対応している方が研修をまずは受けていない。特にケアマネージャー、デイサービス職員、ホームヘルパーが、この認知症介護研修はほんの一握りしか受けていない。これは非常におかしい状態である。

それから、これからの介護のあり方として2015年の高齢者介護では、在宅で暮らしていくということを目指している。しかし、施設、施設というような発想で、どのような方向に向いているのか、そのことに合わせた研修のあり方が必要であると考えている。対象者の方も、どのように向かっていけないといけないのかということ非常に疑問に思っている。現場の中で話ができず、認知症の理解が本当に在宅の一線にいる方たちに向かってないというところで、どうしてもうまくいかない。特にケアマネージャーや実際に指導者の方も、在宅と言っていながらおかしいことではないのかと思っている。

認知症の人を支える御家族、及び地域をどのようにとらえていくか、そのような視点を持って地域での様々な暮らし方、これは自宅だけではなく、移り住んだ住まいという形で、多様化していく状況があり、そして地域に支えられ、支える、あるいは認知症の方御本人から学びながら一緒につくっていくという、そのようなことが大事ではないかと思う。

認知症介護の現場がなかなか変わりきれない。1つは、指導者研修に出てこられる人は、自分の現場を1月ぐらいボンと外れて出てこられるという方。しかし、そうでない方、第一線のそのような方たちの受講というのが非常に難しくなっている。期間的に、そしてカリキュラムも、現場で活躍している方に、研修を受けて指導者になれるようなものに換えていかないといけない。

研修内容としては、認知症の方にきちんと向き合うことが必要だと感じる。やはり現場で言うと、認知症の方の対応が難しいと、精神科の病院や認知症の専用棟にお願いという形にまだなっており、そのようにならないために、認知症の方にかかわるケアが確立していくべきである。現場では様々な運用をし、苦しみながら、実際その中で一歩ずつ、何か明かりを見つけ出そうという形で取り組んでいることはたくさんある。そういうものが、表面的なきれいごとで何か言われてしまうのではなく、そのようなものをつくっていったエネルギー、もしくはマグマというものを一緒につくり出すという、そのようなものが必要ではないかというのを感じている。

具体的に、地域の中で取り組みとして、地域福祉計画をつくったり、あるいは県で言うならば地域福祉支援計画をつくる。このようなものを実際つくすることで、これを実際に住

民のニーズを集約し現場の実践と結びつけられる計画をつくる。現場を変えるために、このようなものを一緒に考えられるところにならないといけない。

市町村の福祉計画とタイアップし、あるいはワークショップを開催してみたり、あるいはそういうものをきちんとしたネットワークにしていくということを実際にしながら、地域と一緒につくっていくということが必要ではないかと感じた。

そして、あくまでも地域の中で可能な限り暮らし続けるということをしていかないと、いつまでたっても変わらない。そのためには、住民の方と一緒に考えながらやっていくことが大事である。どのように支えていくかというところがつくられていかなければ、なかなか介護の現場は変わり得ない気がする。認知症の方が本当にそのまま地域の中で普通に暮らす、一緒に過ごしている。まあまあ地域の中で普通の暮らしをやれるということが大事であり、そのためにネットワークをどのようにつくっていくかということをやリ、地域の意識を変えていかなければいけない。認知症ケアのあり方として、認知症の人の思いをきちんととらえてそれに向かい合える人をつくっていくということ、それから地域の中で暮らすことが可能になるということ。そのようなケアをつくっていくために、地域を変えていかなければいけない。また、ネットワークづくりということが、あるいはそのようなものをつくるための実践のところが問われていかなければいけないと難しい。

人材の育成について、今、様々な研修があり、重複が見られるため、整理が必要であると思う。ただ、研修カリキュラムとして、やはり現場を変えるためには本人が、自分がやっている実践をもう少しいろいろな形で問いながら現場を変えていくという意識になってもらわないといけない。今、いろいろな取り組みが実際行われおり、それを単に聞き流すということではなく、そのことをどのようにしたらつくれるか、あるいはいろいろな論議を実際やっていく、そのようなことにしないといけない。

それから、やはり地域ということにこだわったような研修にしないといけない。これはネットワークづくりにも、24 時間、365 日、地域の中で暮らすということのマネジメントにもつながると考える。

また、必然的には指導者研修。1 カ月ちょっと抜けるというのは現場の実践者にとっては非常に難しい。そのため細切れにでも参加できるという形で組み立ててもらおうと、現場の方も出られると思う。特に現場の実践者との意見交換、論議が非常に大事なものになっていくのではないかと考える。これからの支援は、どのようにすばらしい施設や託老所やグループホームができて、本人がどこでどのように暮らしたいのか、それを考えたときに、それから遠いと意味がない。

住民の皆さんが、これから認知症になってもどのように暮らしたいとかいうことを論議していかなければいけない。そのことを、やはり認知症ケアとコミュニティーケアと組み合わせながら地域の中で暮らしていくということが続けていく。そのようなものにここでの指導者研修もあってほしい。このようなものをつくれるような方向にカリキュラムが変わっていければ、もう少し現場で、認知症の方が地域の中で暮らすということができていくよ

うになるのではないかと感じる。

追加

実際に指導者研修に参加者が、施設とグループホームにあまり偏り過ぎているということがある。逆に言うと、例えば病院看護師さんはほとんど参加していない。大牟田のここに出た研修には、病院看護師さんなどが参加している。実際に、最初行くのは病院の看護師さんたちなのだと思うが入ってない。それから、やはり今、一番先に行くのはケアマネジャーに相談に行くが、ケアマネジャーがほとんど実際は参加していないということがあつる。やはりそこら辺の地域での核になる、そのような人たちがこの中に入っていないと、地域は変わっていけない。研修対象者のところは、今までみたいな施設の枠で、順番でこなしていく話では、もうそれでは全然変わり得ないと思う。研修対象者の選定をきちんとしていかないと、地域へのシフトにはならないと思う。

質疑応答

Q 研修体制の中で、現在実践あるいは実施している実践リーダー研修という流れの中で、地域でのその実践研修が都道府県単位で行われているが、要するに回数も少ない、というわけではないか？

A 熊本県では実践者研修は 300 人。今、だから毎年 300 人は受けている状態。もう今までだけでも 1,500 人ぐらいいる。

Q 研修をやっていく中で実習の期間、もしくは内容などでご意見があれ場聞かせて欲しい。

A 今の一般的な実習や、どこでもいいからとにかく勉強していけばいいという話ではなく、認知症の方たちが本当にどのような思いでいらっしゃるのか、それがつかめるような、そこからスタートしないとどうにもならないと思う。センター方式は1つのツールであり、とにかく何か沢山実習すればいいという話でもない。やはりそこができるような体験をする。あるいはそこまで、体験というのが受け皿の問題があるので難しい。しかし、そのよううことをやっているところできちんと論議していく。具体的にいろいろな実践をやっている方がたくさんいるため、その方の意見を聞き、自分たちでやっていることと練り合わせながら論議していく。

上品な何か講義を一方的に受けてわかったつもりになるという話ではなく、もう少し練り合わせる場面が必要だという気がする。それが実習の場面でやれば、もちろん一番いいが、それはできなかつたら、そういう論議する場面。20～30 分間話してもらい、その後 1 時間ぐらい、もう全部で、自分の実践も含めて論議していく、何かそんなものが逆に力になっていくという気がする。

(6) 因利恵 氏 日本ホームヘルパー協会 会長

ホームヘルパーは、今からはほぼこの介護福祉士になっていくが、現状では1級、2級、3級のホームヘルパーさんが仕事をしている。この3級、2級、1級のヘルパーさんたちは、認知症について、「障害、疾病の理解」の中の、大体8時間のうちの一部、1、2時間だけ認知症の学習をしているという現状である。訪問介護の現場では、介護福祉士、それから1級を持っている人を合わせてみても現場の1割ぐらいにあり余り勉強していないホームヘルパーたちが認知症の介護で大変悩んでいるということが、アンケートで明確になった。一方どのような研修を望むかについては、1位が認知症高齢者の介護であり、どの地域においても1位に挙がってくる。

介護福祉士の場合も、認知症の介護というのは障害形態別介護で90分授業の6コマ程度をとっているだけであり、認知症介護について学習時間は足りない。今年5カ所ヘルパー協会が、登録、パートのホームヘルパーさんへの出前講座を開いた。実は、ホームヘルパーの現場は、パート、登録さんがほとんどの職場であり、その方たちになかなか研修の機会がない。認知症の介護の研修の開催を希望しており、具体的にどのようなことを悩んでいるかについては、接し方がわからない。家族への対応がわからない。行動障害への対応がわからない等が多い。それから介護技術についてであった。現場のヘルパーたちは、認知症の利用者が増加したのに自分達のケアに対して不安があり、専門的な研修の場が欲しいと思っている。そこで、今回2つの調査のテーマがあり、まず地域包括支援センターに関して3点あげる。1点目に地域包括支援センターを中心として認知症のネットワークをつくってほしいということについては、先ほど課長補佐の方からつくりますというお話が出ていた。

2点目が、認知症、住民、利用者、家族、関連職種が相互理解をするという、そのようなシステムをつくってほしい。それから、個別対応のための連携をする。これがケアマネジャーを中心に、あるいは地域包括支援センターの中で誰が担えるのかわからない中、個別対応ができるかという不安を感じている。

3点目に、まちづくり、支援体制づくり。このようなことについて地域包括支援センターを中心としてやってもらえないかと思っている。

2つめの調査テーマについては、認知症介護の相談窓口が欲しい。従来の住民向け（利用者家族向け）のもの、それに新たに専門職向けのものが欲しい。実際、訪問介護をやっていて困っている、そういう実際に介護をしている人に対応するスキルアップの対応室や相談窓口があったらいいと考えている。

次は調査テーマの2として人材育成に関して2点あげる。1点目として1番目に指導者研修への参加枠が欲しい。訪問介護員は認知症介護で困っており、実は訪問介護員向けの認知症の人材育成というのはあってない。今、この指導者の研修に来られている方は、限られた人であり、しかも訪問介護から来ている人は少ない。一方で、1対1で仕事をしてい

る訪問介護こそ、本当は認知症介護で困っている。施設や病院は、支え合う仲間がいるが、ヘルパーの場合は1人で利用者宅に行く、しかもパートや登録で十分な研修を受けおらず、加えて支える体制がない。まずこのようなところに参加して、地元に戻ってきてホームヘルパーを対象にした研修を行っていきたいと考える。

指導者研修が終わって地元に戻られた方々が、実際に県、県社協等を主導にして行われている研修は、グループホームの方が中心で、訪問介護から手を挙げても入れないと聞いている。その辺の改善もしてほしい。

それから2点目として、行動障害に関する研究がなされていない。例えば徘徊をするという行為があったときに、どの時間帯にどのようなしぐさの時に、または、どのような環境で徘徊が始まるというようなことを多くの現場からのデータをとれば、ある程度このような時間帯、もしくはしぐさとか、何かが出てくるのではないかと考える。今、一般的状況について、状態についてはある程度研究が進んでいる。一方、個別的な問題については多くの人がかかわってある一定の方向性、ある一定のパターンが見えたらと思う。まとめとして、訪問介護の現場にこそ認知症介護のレベルアップが必要だと思う。指導者研修に訪問介護員の枠を作り、また、訪問介護員向けのカリキュラムをつくってほしいと思っている。お断りしたいのは、日本ホームヘルパー協会では別紙でつけている各支部の意見を協議したわけでも何でもなし。ただ出てきたものを出したと言うにとどめていきたい。以上。ありがとうございました。

付け足しとして

認知症の指導者、実は私、福岡県の介護福祉士会からも3人送り込んでいる。その3人にいろいろ聞くと、福岡で行っている研修で手いっぱいであると言っている。その3人、それからその周りにいる指導者を見ても、そのコーディネートをしたり、スーパーバイズする能力があるかという点、自分たちもないと言っている。さらに追加研修をして、コーディネートをする人材、あるいはスーパーバイズのできる人材を、例えば地域包括センターに1人、別に置く。別というのは、今、3人体制になっているところ、手いっぱいなので、認知症のコーディネーターを別に置く、あるいはケアマネ事業所に1名は必ず認知症のコーディネートができる人を置くという、そういうことをやってもらった方がいいのではないと思う。今の指導者研修ではそれはできないだろうと思うので、追加して頂きたいと考えている。

(7) 谷口和子氏 社会福祉法人それいゆ グループホームなかまちの家ホーム長

地域での認知症ケアの実践報告として、大牟田市の取り組みを報告する。

認知症ケア研究会の基本方針の柱として、認知症介護の質の向上、認知症に関する情報の発信、啓発、認知症に関する情報共有、地域交流、地域づくり、というのを3つの柱で、平成13年の11月から取り組みを始めた。

大牟田市における認知症ケアコミュニティ推進事業として発足した認知症ケア研究会の活動は6年を迎え、運営委員も増え、毎年新たな事業に取り組み、より地域に密着した具体的な活動への足がかりになるような事業へと変換をしている。18年度は、これまでの事業を地域住民、また困難事例を抱えた現場職員へのサポート、掛け声だけではない実践的な事業として構築している。特に16年度から始めた認知症早期発見緊急サポートシステム整備事業は、3年目を迎え3つの目標を掲げている。1つ目として多職種協働、地域協働を軸とした地域包括ケアサポート体制の推進、具体的に、もの忘れ検診、予防教室の開催、困難事例のケースカンファレンスの開催、家族を支援するための相談窓口、ほっと・安心（徘徊）ネットワークの全市内的活動を計画している。2つめは、認知症予防、早期発見から地域密着型サービス、医療連携、看取り支援までのステージに応じた適切なアプローチ、一貫したケアの支援の向上として、研究ワークショップを回開催する予定で、地域ケアサポート体制の指針の作成を考えている。今後、この地域包括ケアサポート体制が地域の方々に認識され、地域包括支援センターを核として活用しやすいものにしていくことが重要だと考えている。14年度から始まった地域認知症ケアコミュニティ推進事業が、このように確実な成果を上げ、発展した背景には、大牟田市の行政職員と民間事業所職員との垣根を越えた連携、行動があると思う。すぐれた1人のスーパー職員や、先進的な1事業者の取り組みから出発していないところが大牟田らしいと思う。

認知症コーディネーター養成研修の意義として、これらの事業や活動の推進者としての役割が期待されている。認知症コーディネーター養成研修は認知症の専門知識だけではなく、認知症の人の支援のあるべき姿を学び、その根本となる豊かな人間観や介護観を高め、制度やサービスの実情の中で、支援の課題を見極め、その改善に向けた新しい提案ができるような視点を養うことなどを目指している。そのために、常にカリキュラムの構成や内容を見直し、講師の持つ経験知やインパクト、受講生の感性や意見の表出、対話による相互作用を重視している。実習を含めて約300時間で2年間の課程としている。

講義や演習を一気に駆け抜ける集中的な研修にせず、2年間の関係性を大事にしている。関係性とは、研修の場を離れても養成研修に深くかかわっている認知症ケア研究会の運営委員や行政職員と、所属する事業所の現場職員として直接かわり、お互いに切磋琢磨し、問題提起しあい、お互いに学び合う、意識を高め合うという関係を指す。2年間の中で培われた関係性は、共通理念を持つ仲間となり、協働チームになると思っている。

地域において、理念にのっとり、地域の活動とともに育てていくという観点は、実質的

な認知症対策の人材づくりとして有効で、養成する側や行政職員を含めて成長することのできる公益性の高い研修と言える。現在、修了生は、実質的に研修の成果を現場で発揮している。

認知症支援の現場を熟知し、課題が見えるだけに、学問的専門家の育成というより、実際に「認知症の人にかかわれる、かかわっている」、「認知症の人のことを語れる」、「よりよい介護の実現のために適切なアドバイスや支援ができる」、「支援のために人を動かせる」、「地域支援のために協働できる」人づくりが最も大切だと考えている。

この認知症コーディネーターの要件は、終了後は地域づくりに協同参加し、17年度から授業の担当者として役割を担っている。また、18年度から養成している受講生は、18年度から制度化された小規模多機能居宅介護事業所の管理者には限らず、職員や地域包括支援センターの職員が中心となっている。これは新しく発足した制度の中にあって、認知症介護を中心的に担い、地域づくりの核になる人たちの育成が急務であると、大牟田市の考えがあったからであり、現状の地域包括支援センターの構成員の中に、小規模多機能居宅介護開設予定の職員に、認知症コーディネーターもしくは認知症ケア研究会運営委員が現場職員として勤務していることが必須となっている。

3つの基本方針を軸に、地域のニーズが何であるか実態調査から見極め、質の向上を目標にコーディネーター養成事業は4期生を迎えている。認知症高齢者のアセスメントとケアプランに関する事業成果である大牟田方式は、市内の施設で活用され、その後のセンター方式へとつながっている。グループホームにおける「終の棲家」モデル事業や、認知症対応型緊急ショートステイモデル事業は、今後のグループホームの役割として求められるサービスではないかと認識できた。18年度には、これらの事業がどのように評価されたのかは不明だが、介護保険制度において、グループホームでのショートステイは制度化された。

認知症の人のケアに関する絵本で「いつだって心が生きている。大切なものを見つけよう」製作事業は、その後、絵本を使った絵本教室として、市内の小中学校、市民向けの啓発の教材として活用され、その輪は子供たちから親へとつながり、多くの方々の共感を呼び、マスコミにも取り上げられたり、正式に絵本として出版され、全国の書店に並べられることになった。

地域ケアサポート体制は、地域の医師会を巻き込んで、かかりつけ医、薬剤師協会、在宅介護支援センター、サービス事業者協議会等々、ワークショップで認知症の人と家族を地域で支えるために何が必要かを検討してきた。認知症早期発見・支援ハンドブックを成果物として残し、翌年は実践的なサポートとして、グループホームやケアハウス、在宅介護支援センターから持ち込まれた困難事例をモデルチーム、これはもの忘れ医と、コーディネーターと、あとケースごとの必要な主治医やそのような方々で構成されたメンバーで、ケースごとに課題や具体的なアドバイスを行ってきた。今年度も、地域に望まれたようにされるサポート体制の構築が課題であると考えている。

私たちは地域の認知症ケアを担う認知症コーディネーター養成には多くの時間と労力、心を費やし、さらに一般向けの研修である実践塾も質の向上を目的に開催、セミナーやフォーラムも手がけている。しかし、研修会に参加できない、しない、あるいはその必要性すら感じるすべを持たない介護職員が、介護現場の第一線で介護を担っているのも事実である。大牟田市全域を巻き込みつつある研究などの事業と同様に、地域活動の根幹にしたのは、地域の認知症介護の現場で繰り返される、目に見える虐待や、埋もれた目に見えない虐待が起こっている現状で、意欲を持って働き始めたはずなのに、理想と現実のギャップから、せっかく手に入れた資格を生かせないでいる介護職員を支えることにもあると思う。あきらめ、元気をなくした介護職員が再び元気になるように、笑ってお年寄りに向き合えるように、介護がおもしろいと思えるよう、自主性に結びつけられる学びの機会、現場に即したアドバイスも今後の課題だと考えている。

将来的に深い介護観と実践力を備えた人材が、各市町村単位で育成できれば、現場に即した指導が可能となり、例えばグループホームの外部評価や情報公開制度で、希望する事業所、もしくは調査員が必要と思った事業所を対象に支援するシステムを、県と市町村との協働で取り組む体制をモデル的な取り組みとして提案したい。その支援を担うようになれば、認知症介護指導者や、大牟田市認知症コーディネーターの育成の目的の1つが達成されると同時に、実践的な活動が地域包括的に展開されるのではないか。そのような視点での人材育成は、指導者というより地域における認知症介護の現場を広い視野と感性で支援できるような、ともに学ぶという姿勢を持った人であることが大切だと思う。

しかしながら、大牟田市でも、多岐にわたる事業と現場業務の狭間で、ほとんどの認知症ケア研究会の運営委員や、認知症コーディネーターは熱い思いを胸にボランティアで活動しているのが現状である。所属している事業所の理解や社会的評価なしには続けることが困難になってくると思う。せっかく育った人材が、地域の中で本来の役割を担えるような仕組みも同時に求められると思っている。

質疑応答

Q 認知症コーディネーターの実践研修、あるいはリーダー研修のほかに、そのようなものつくられたという、もう一度、最初の意味というのは何だったのか。

A 介護保険が始まった時に、やはり地域の中で介護職の方々がお互い、事業者を離れて連携できないか、みんなで協働できないかというのが、まず根底にあったと思う。そこで、認知症に関する研究会をつくったらどうかという提案を受け、様々な事業所の方々に声をかけられたのがきっかけだった。その後、実態調査をし、啓発の必要性、質の向上を図るために専門家の育成という課題をあげた。最初は実践塾として指導していた。しかしその人たちが現場で指導者やコーディネーターの能力があるかは不明であったため、より濃密に少数できちんとじっくりと教育できるようなシステムをつくった方がより効果があるのではないかと始めた。

Q 実践研修のいろいろな企画をし、今の制度にさらに上乘せした。より地域でつくる実践の場として研修の場所としてはよかったか？

A ええ。もうすぐ行ける。夕方から2時間やっても、十分仕事が終わって行けるし、いろんなところから高名な方もいる、なかなか中央に行かないと聞けない方が大牟田市内で聞ける。現場の職員が大勢来ている。

Q ここの実践とか認知症ケアの研究会（研修会とか実践塾）とかそういうことでやっているこのような試みに、大牟田やそこら辺の施設、ほとんどの施設が参加しているのか

A 市内の事業者は全部、このサービス事業社協議会の構成メンバーである。おおよそ200ぐらい。

Q コーディネーターは、大牟田市独自のもの？位置づけとして。

A はい。

Q 認知症コーディネーターがやることによって、実際その後の評価、例えば地域の質が向上したかどうか。それは多分、非常に難しいことだと思います。何かその辺の評価の方法を考えているのかということ、今、2回目？3回目ですか。これをやり初めてから。

A もう今、4期生が出ている。

Q それは大牟田市がお金を出して。

A できる限り、やはり続けていきたいというの也有るのです。受講者は2年間を通して20万の研修費用をいただくということがあります。年間に10万。それで1月に2回受け、それも6時間。合計で24回。施設負担にしている。できるだけ個人負担ではなくて、事業所からの推薦とかがあるということが条件に入っているのは、そのように後々、終了した後には地域づくりに貢献して、もらうということを一番の大きな柱にしている。事業所の理解なしにはこれはできない。

Q 全体の効果どうですか？

A 実際に2期生、卒業したため、その人たちがもう既に地域包括の職員になったり、もう実際の現場でも活動している。絵本教室ももう毎月必ずやるのには、やはり卒業のコーディネーターがファシリテーターで活躍したり、まだまだというところは多々あるかと思う。地元の新聞紙等を通していろんな場面で啓発していくという機会有は多々持っており、いろいろな事業は必ず新聞の方にも協力体制をとって、必ず地域のそのような地元新聞で流してもらう。ずっと地域の啓発はずっと続けていく。あと、市民サポーターの要請研修も今、定期的にしている。100万人キャラバン、あちらの方もしている。

Q 実際、指導者研修でも効果と言われたときに、指導者研修の効果というのは一体何だろうかと、と。人数の問題でしか今出せない状態で、非常にその辺難しいと思っています。何かいい方法があればと思っている。

A フォーラムとかも多々させてもらって、やはり住民の方の参加も。公民館館長とかそのような方々の参加もかなりふえております。少しずつ、やはり効果というのはいろんな形で出るとは思っている。実態調査は14年以降行っていない

Q 研修をやっていく中で実習のところでは2年間をかけて、かなり実習期間が長いが？

A 実習そのものは、職場研修、よその施設のグループホームに研修に行ったり、それはカリキュラムの中で。1年目には、そのグループホーム、ユニットケアをやっているところの実習、一泊二日の研修。宿泊はなしで、宿泊があるところもある、2日間。2年目には今度、昨年度ぐらいから職場研修を入れ、自分の課題をまず提示して、その課題に向けた職場研修というのをしている。人によっては理念づくりをやるという人もいる、あとアンケートをとって意識調査をやって、それを研修をやって検証する。ある人は、センター方式で認知症の人をじっくりと見ていくことで、自分の介護を振り返るとか、そういう目的に沿った職場研修を2期生は導入した。また今年も、それが結構効果的だったので、そのようなことを多分今年度もすることになると思っている。

Q すぐれた1人のスーパー職員や先進的な一事業所の取り組みではなく、研修がチームづくりの1つとなって、みんなで考えていこうとしているのがすごくできていたのか？きっと地域を変えていくというか、地域のケアの人を変えとかいう意味で、ほかにも何かよかったと点というのがあった？何かポイントとなる部分というのがあったのか？

A スーパー職員が1人いたらうまくいくというものでもない。どこかの事業者がやってうまくいくというものではない。確かに大牟田には、これを推進するに当たっていわゆるリーダー的な存在の方がやはりいる。かなり強力なリーダーシップを発揮される方ではあるが、やはりその人たちの1つの言葉で意見を持ち寄って、やはりつくり上げてきたという感じはする。やはり運営委員というチームがいて、それを全面的にサポートしてくれる職員がいて、それを交通整理しながらやっていかなければ、どれかが欠けても、きつとうまくいかなかったのではないかと私は思う。

(8) 東憲太郎氏 医療法人緑の風 介護老人保健施設いこいの森 理事長

本来は在宅支援の拠点となるべき施設であるが、世間の評価は特養化した老健ということとでレッテルを貼られている。全老健としても心苦しく、何とかそれを少しでも在宅支援の拠点になれるように頑張っていきたいと思っている。

今年の4月から在宅復帰率というものを加算という形で出てきた。少しずつ厚生省の方でもそのように方向づけをしていっている。中でもやはり認知症の問題を老健でも避けて通れない。それはその中で認知症のケアをどうするかということ、そういう小さな問題ではなく、認知症の方を在宅復帰するにはどのようにしたらいいのか、在宅で認知症を見ている方が困ったときに、老健という立場でどのように支えていけるのかが老健の課題である。地域で認知症の方を頑張って介護をしている方のどのような力になれるかが、今後の老健の課題と考えている。

一昨年度から、厚生省の補助事業で認知症のリハビリにも、全老健の方ではずっと取り組んでおり、私もその中でずっとやっていた。この4月から、施設では老健だけに認知症の短期集中リハというものが設定された。今、杏林大学の鳥羽先生を班長に、そのところをきちんとしたエビデンスが出るのかどうかやろうとしている。

そこでうちの施設のOTが、認知症の短期集中リハとして週3回個別、20分という、個別、見当識に関する質問、絵カードを使用しての記憶訓練、計算問題をその方の認知症の程度によって多少バリエーションは変えてある。

常にはっきりと出たのが、始めてから1カ月、この1カ月の間に有意差が非常にはっきり出て、効果が見られた。1カ月から2カ月、2カ月から3カ月の間には有意差が出なかった。これはトータル3カ月がワンクールになっている。導入後から3カ月でも有意差をもって改善が見られている。Nが少ないが、在宅復帰した方はやはり改善率に有意差をもって改善をしていた。在宅復帰できなかった人に有意差は出なかった。そのような傾向があったということはわかる。一応今回18人だが、この認知症の短期集中リハをやって効果はあった。それから認知症の程度、それからADLのレベル、こういうものには関係なく期待できるということもわかった。だから、この認知症の短期集中リハというのが在宅復帰に寄与する可能性があるということもわかった。

今までは認知症の方を家で見ているけれども、「今は家で見られるから別にいいよ」という方は余り利用対象にならなかった。この結果から、導入してから1カ月ぐらいでかなり効果が出ている。そのため、今後は認知症がちょっと始まりかけたとか、認知症の方を見ていっちゃう方、どうしても施設の方へ来られるのはもうかなり手に負えなくなってから来られることが多い。そのようになる前に、まだ軽度の時期にこのような老健を利用して、1カ月ぐらいぼんと入って、このような短期で認知症に対する集中的なリハをやって、またおうちへすぐ戻るということを繰り返せば、在宅でも認知症が進む前にある程度抑えられるのではないかと考えている。

現在、そのような利用の仕方というのは老健は余りないが、老健というのは全国に3,000もある社会的資源である。そのような使い方をすることによって、老健が、在宅で認知症を見ていらっしゃる方の利便性のある施設になり得るのではないかと考えている。

最後に1つだけ。指導で、やはりうちの職員でもそうだが、認知症の研修、鳥羽先生を呼んできて講演してもらっても、なかなかできない。OTとかがこのようにやっても、介護職員が見よう見まねでやって、逆にまずくなることもある。そこからも、介護職員に対する認知症に対する研修というのは必要だと思う。一方で時間がかかって専門的になり過ぎるような研修というのは、施設の職員でもなかなか出せないし、そこまで要るのだろうか。もちろん、指導者の研修はそれぐらいしっかりやってもいい。もう少し広く浅く、実際に現場で認知症の方にかかわる方、特にヘルパーさんは大事だと思う。基本的な認知症の接し方、そのようなところの広く浅い部分をまずその研修にもっていかないと、頭でっかちの人ばかり育ってしまって、現場が全然動かないということにもなるのではないかと思う。そのような研修があれば、ぜひうちの施設の職員も参加させる。できるだけ短い期間で効果的なものをしていただければ、うちでも職員を出せるのではないかと思う。

質疑応答

Q それぞれの職務団体が研修をしている中で、現場の研修事業というのは出したいのだけれど出せないという現状。その割に長くて、結構、今の実践研修はそういうグループホームの方が中心で出せないか？

A いや、そんなことはない。5日ぐらいであれば、グループホームで働く職員は、結構行かせている。うちの場合は、施設とグループホームの職員のローテーションもある程度あるので、施設の職員もグループホームで働きたいやつは受けなさいよと言って受けさせてはいる。多くの方にそれを受けさせるというのはなかなか難しいということが1つ。その5日間をきちんと全職員に行かせようというのは、なかなかそれは実際にはしていない。

もっと問題なのは、一切研修に行かず、ただ本当に高校を卒業したばかりの方が何の知識もなしに認知症の方と接しているというのが現実にある。もういっぱい施設で、そのような方が、僕は問題だと思う。管理者も施設長も無視して、職員もそういうことをやらせてもらえない、やらない、というところが問題である。もう少しそういう底辺のところの研修というのを考えないと現場の研修が全然進まないと思う。実際、全老健の方ではリスクマネジャーという認定資格制度を今つくろうとしている。今年1年でつくって、来年の4月から発足する。これは病院には安全管理義務者というのが義務づけられていう。これは診療報酬でもされている。でも老健にはないもの。国から言われる前にリスクマネジャーの資格を全老健の方で認定資格を出そう。試験をして、それを取ったところには、入り口です。リスクマネジャーがここにはいますと、認定資格も取っていますというのを出そうとしている。そのようなことがモチベーションになって、そのようなところに来るように仕向けようと、全老健の方でしている。同じことで認知症でもやはり何かそういう誘

導がないと、全然行かない。

Q 制度づくりが基盤になってないと難しい？

A 実際、私の周りに認知症介護指導者を取った方がいるのか、思い浮かばない。それと、実際、うちの施設で、私でもだれでもいいから受けさせて資格を取ったとすると、うちの施設、うちの利用者さんには役に立つだろうけれども、ではその指導者を津市全体に広げるようにやらせるかという、なかなかそこまでは、一民間の施設の職員を、それこそ社協とかいろんなところを巻き込んで、「認知症のことをこうしますから」というようなことをやるかなという、それもやらないだろうというのが正直なところ。だから行政の方で、例えば津市のそのような地域包括支援センターのだれかがこれを取られて、リーダーシップを取って、私たちを巻き込んでやれば、それは私たち参加するが民間の私どもがそれをやって、はたしてどこまで他業者の方も巻き込んでそういうことができるのか、ちょっと何か限界がある。

Q 例えば、包括支援センターに、市の直営でやっているところで、なかなか人材がいらないということで、民間事業者さんから社会福祉士とか、そういう四番でエースバッターなんかを引っ張ってきて、しばらく契約でいてもらう受け皿があったら出せるか？

A 正直な話、出さないと思う。四番でエースを出すと現場が困る。四番でエースを出したら、補欠でもうあまり人が受けて出すならいいが、四番でエースは、施設で四番でエースになっていた人なので。実際、地域包括支援センターも本当に余り機能していないのに指導者ができて、恐らくなかなか難しいと思う。

(9) 林崎光弘氏 シルバービレッジ函館あいの里 総合施設長

包括支援センターとの接触もたくさんある中で、見えてくるのは透明性と公平性が全く確保されてない。包括を支えている委員会に問題があり、情報の開示が全くない。もう一つは、当事者が会議のメンバーに入っている。そのような委員会では全く機能しない。今後このままでいくと問題になると思う。

ただし、絶対につぶしてはならない。包括なくして日本はやっていけないということを明確にすべきである。その中で一つ問題なのは、包括の人たちは認知症について教育を受けたことがあるかということであり、今までの教育制度では、看護婦も保健婦もヘルパーもしっかりとした教育もない。国家試験もない。どのような意味で保健婦を配置したのか。もう一回、それをしっかりとやっていかないと、認知症の先頭に立って歩く人が、昔の考え方では難しい。支援センターの中の認知症の担当はだれかというのが見えてない。今後、教育していく上で、誰を教育するのか、全員を教育するのかどうかという問題もある。

財団法人長寿社会開発センターが包括支援センターの職員教育をしているが、プログラムに認知症というのが一つもない。そこでは何の教育もされていない。一方、地域住民が求めていることは認知症の問題であり、家族たちは大変である。

課題としては4つ。1点は、都道府県レベルにおいて包括支援センター職員の教育を義務づけるのかどうか。2点目は、包括支援センターから認知症介護指導者研修またはそれに準ずる新研修への参加の道ができないものか。3点目は、認知症介護指導者と包括支援センターとのネットワーク。4点目は、できないならば、モデル的に、やれるところからやらせてみるという方法もいいのか。

私は仙台センターの第1期生で出ていて、1回目の時はほとんど勉強も何もなく、2回目から教材づくりをやってきた。北海道では卒業生が「リラの会」という名前で活動している。東京センター、名古屋、大府はまだ一つになってない。それは何なのか。もっとこの問題を大きく考えるならば、そのようなネットづくりにセンターの人たちも協力してもらえばと思う。私なりに感じたことは、仙台、東京、大府、3センターは色がついている。どちらを向いて歩くのか。

決定的には、コミュニケーションに力を入れてない。あいまいで、本当のプロがいない。言語障害が起こって物が言えなくなった人にボディーランゲージというしぐさのコミュニケーションという教育がひとつもなされていない。認知症にはチームケアが大事であるのに、包括にしてもチームがしっかりしてない。2つ目はチームプランになってない。1ケース1ケースをチームで見ると実際の時間がない。ケアマネさんの主観である。結果は何かというと、地域住民が不満に思う。ケアプランがしっかりしてない。みんなの目が通ってない。本来、厚生労働省がねらっていたチームでプランをつくっていくという視点が崩れている。今後それをどのようにしていくか。

3つ目は地域ネットワークが崩れている。壁になっているのは民生委員。それから病院。

ガラス張りになっていない。情報の開示がされてない。それで包括の人たちが苦しんで、わかってくれるはずの医療の人間がわかってくれない。意外な事実が出てきている。民生委員を含めて今まで福祉を支えてきた人たちの教育にもうちよっと力を入れないと、今のやり方では生ぬるいのではないか。方法論をきちんと作るべきである。

包括のあり方をしっかり考えてく必要がある。教育についてはフレームの部分をはっきりと持って、各論の部分でさまざまに教育をしない。認知症について氷山の一角、現象だけ見て判断している。下の方の心理的な世界をどのように教えていくかというのを考えなくてはいけない。言葉の羅列ではなく、認知症を知りたければ深海を見ろ、その中にその人らしさというのが潜んでいるが、ケアマネさんにしても上だけ見て、出てきた現象だけで判断しているという点を感じる。

質疑応答

Q 研修のプログラム、認知症のケアとか、精神科医としての立場からも、社会的・身体的・心理的ケアというのはある。しかし、スピリチュアルケアというのは日本では説明しにくいところがあるのではないかと思うがそれについての意見を聞かせてほしい。

A がんの緩和ケア学会でもスピリチュアルとか霊的という言葉を使っている。私なりに何回かスウェーデンの王室の講義を受け、日本の場合、「なじみ」とあった。彼らが朝起きて一番先にやるのはスピリチュアルである。スウェーデンのどこのホームにも赤い色を飾っていて、赤に祈っている。朝起きて、まず太陽を拝む。みんなそう。職員に声をかける前に、人間から祈りの象徴を外したらどのようにするか。がんの緩和ケア学会でいっているスピリチュアルと認知症はちょっと違う。生き方の中の神というか、神と押さえなくてもいいと思う。我々はケアだけあればいいのか。彼らから祈りの象徴を外したらどうするのか。

私のところでは自分の手でつくるが、人間の子供大の寿老人の彫り物がある。朝起きると老人が一番先にそこへ行って頭をなで拝む。このような祈りのいいケアだけあればいいのか。「あいの里」では仏壇を持って入っている。水をあげ、お花をあげ、そこに祈って、職員は2番目。次の段階として、認知症のためのスピリチュアル、祈りというものが必要ではないか。

政治と宗教は玉虫色で、どちらかに偏るものではない。しかし人間の祈りというのは、先祖に祈ったり、女性であれば子供になる前に流産したとか、いろいろなものに祈っている。認知症になっても動物的な反応で、しっかり残っている。そのようなものを提供していかないと、手先のスキルだけのケアで彼らを幸せにできるか。認知症のスピリチュアルというものを確立していかないとだめではないか。

私が「あいの里」とつけたのは、フランスのカントゥー。フランスのグループホームはカントゥーという。「ぬくもり」という意味。グループホームというのは日本にしかない。

スウェーデンではグループボーイング。なぜ日本ではグループホームという名前がついたのか。当初、そういうのを討議してやってきて、医学も大事だが、最後に人間の生きざまとして、神というか、死んだ者に祈るというか、それを全部ひっくるめて、それまで自分かやってきた宗教をもっとやっていく。

「あいの里」に寺守をやってきて、寺のすぐ隣に住んだおばあちゃんが重症の認知症で入ってきて、ピアノが黒いから仏壇だと思って、毎朝ピアノを拝む。新聞紙を切ってお金をつくってあげる。そのお金を持たせると、安心してピアノの前に行って拝む。

私のところは生活型のグループホームと介護型のグループホームに分けている。介護度が1から3.5までは生活型で、能動的に生活する。これが今の日本のグループホームのイメージである。厚労省は中程度とっていたのを、何の言葉もなく外した。いつからか、重症者まで見ろといった。介護型の方は受動的になり、そして今のグループホームのイメージではやっていけない。重症者の方のグループホームは平均介護度が4.7でほとんどは5である。そのようになっても生きているのがスピリチュアル、なればなるほどと思う。肌にしみついた祈りというか、何か困ると祈る。そのようなものを削いでいってはだめだろう。このようなことも教育の中に入れていけたら、認知症のスピリチュアルはあるのかという気がする。

(10) 小山剛 氏 高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長

地域で暮らすという視点が認知障害の人たちに対して一番欠けている視点であろうと思う。ケア学会のレポートを読んでいても地域関係が非常に弱いと感じる。講義をした経験から集まった皆さんの視点も、施設に入所された人のケアの話をしており、本来、その前にどのようなことが必要なのかについて話したいと考えている。

それは生活を支えること、そして、意識を支えることだと考える。生活を支えるといった時に一番欠けているのは、ある場所に集約された後の話を生活と言っている。そうではなく、どこかに集約される前の姿が生活で、その生活を支えるには何が必要か、これは住宅としての機能である。認知障害でもそのうち身体障害も起こして、最後は寝たきりで亡くなっていくというのが普通のパターンであり、そのような連続性を支えられるような仕組みが必要である。食事、介護、医療もフルで動いてなければ意味がない。意識の方としては、共通認識がまだない。最近では認知障害を本人自身の口から語られることも多くなり一般化しつつある。一方で、ぼけたことに対する恥ずかしさや周囲の誤解等があり、そのようなところを取り除くことが必要だと考える。そういう意味では地域社会の中での予防関係も重要な取り組みとして今後求められていくのではないかな。

私どもは平成6年から3年間、当時、東大病院の院長だった松下先生の下で研究事業をやり、その結果、施設に入っている認知障害の人は4分の1ぐらい診断がないことが明らかになった。認知障害が社会の中で起きてしまったために収容され、その時に名前が認知症とつけられていたり、根拠がなかったりすることがあった。それはおかしいということで診断センターを外来で2カ所に開いた。

地域社会の中で生活障害を起こすと、すぐどこかに閉じ込められてしまう。その時のキーワードは科学性が必要であり、生活を変えないという論点がどうしても必要だと思う。私は県でグループホームの代表もしているが、半分ぐらいはグループホームと呼べないグループホームがある。生活を変えないというのが重要なことだと思う。

また、グループホームなど小さなサービスに対する評価は、使う住民、町内会の人たちがしっかり評価すべきだと考えている。知らない人が来るのも一つの評価かもしれないが、基本的には使う人が評価すべきである。現在は運営推進会議で近所の人たちを入れなさいとなっており、ようやくできるようになってきた。

指導者は1千名近くだが数が少なすぎる。ある学会で聞いた話では、予防拠点では、その近所の人しか通ってこられない。エリアが遠く離れているところでは、わざわざそこまで行かない。ここから、かなりの数を育て、住民の生活の近くに相談コーナーがなければいけない。相談の持ち込み場所としてはほとんど役に立たない。よほど困った時に、どこか経由で回されるぐらいの相談が出るだけで、ふだんの活動領域としては狭いエリアで、数を増やすべきだと考える。

人材育成のポイントは、認知症をケアするのではなく、認知障害を持つ高齢者の生活を

支えるということ。その時にその人の暮らしがベースになればいけないため、暮らしを担保することが一番にあり、認知障害を起こした時のかかわり方が必要となる。生活を排除してしまった人たちに対して知識ばかりではなく最後まで見られるケアが必要だと思う。

私どものグループホームの中ではターミナルまでずっと見ている。開業医の先生とのつながり、訪問看護を入れながらそこでの生活をなるべく変えずに最後まで送っていくということをやっている。最後の段階にポンとんでしまうと、人生の終わりを全然知らない不安に陥れて送ってしまったら、今までの認知症のケアって何なのだという話になる。慣れた生活の中で最後まで送り届けるところを含めた意識を持った職員を育てないと、ここは元気な人だけ見るという話にされてしまうと生活ではなくなってしまう。教育の中では最後まで見られるという意識をきちんと持ってほしいと思う。

今やっておられる研修でいいが、体験が必要だと考える。頭の知識だけではなく、限定されたエリアの中だけではなく、皆さんが生活しているところでどのように生きているのかということをしっかり体験していかないと片手落ちである。実習の形をとり、外で実際に生活しているところに関与する研修がいるのではないかと考えている。

あとは自分自身を知っていただくということも含めて、研修の中に入れられないかということが一つある。最後に、一般の暮らしを支えるといった時に、ソーシャルワークの知識・技術だと思う。そのようなところも指導者として教育するのであれば徹底していった方がいいと考えている。

追加

研修を受けている人たちは、ほとんど施設の職員で、施設でのケアをやっている人たちに地域の話をするというのは、わかるのかと思う。感覚を根本から変える。具体的にはその人の生活を支えるということをしっかり持っていないと、施設に入った段階で生活から離れているため、認知障害をよりひどくするという意味でしかない。ひどくさせてしまったところから、どう緩和するかという議論をする前に、そのようにさせない努力を地域でどのようにつくれるのかということに対して取り組まないと、いつまでも集約型はおさまらない。結局、認知障害の人にもっとひどい認知障害を起こさせるという繰り返しをやってしまうと思う。そのような意味では認知障害に対応する人たちの原点を頭から180度切りかえて、誰のケアか、何の生活かということを教えなくてはいけない。

もう一つは、地域社会の中にいる次の世代の人たちにどうかかわるのかという視点がないと、認知障害を起こした人の話ばかりで、起こした後にはどのような対応するかという事後処理の話ばかりの気がする。そうではなく、次に認知障害になっていく世代がいる。次の世代がそうであり、時がたてば今の小中学生だっていずれはその世代に達していくため、地域社会の人たちに対してかかわる仕組みが必要である。指導者の人たちはそのような視点を持って地域にかかわっていく、なった人に対してこのようなケアのやり方があるという話ではなく、その前の段階でかかわるという教育が必要だと考える。

(11) 大谷雅代氏 滋賀県県庁 健康福祉部 元気長寿福祉課 認知症対策担当

滋賀県の取り組みに即してお話をさせていただきたいと思う。

滋賀県の認知症対策として、市町村と県では同じ認知症対策でも役割分担が異なり、市町村では地域包括支援センターを設置して具体的にケースに取り組み、啓発というのが大きな柱になっている。県がやるべきことは2つ、一つは認知症ケアの人材育成であり、もう一つは、専門職の分野を超えたネットワークづくりを考えている。認知症の方と家族が地域で暮らしていく場合、地域包括、介護保険事業所、医療機関などのサービスを利用する、もしくは地域の近隣の人の助けを借りたりしている。それらの機関や人がうまく連携しながら本人や家族を支えていくことが必要である。このようなネットワークは市町レベルでも必要であり、保健福祉圏域のレベルでもあると考えている。

ちなみに、滋賀県の場合、保健福祉圏域は7つで比較的小規模である。ネットワークとは実際に顔が見えて、あそこの事業所のあの人につなげばうまくいくわというつながりがないと生きていけないと思う。そのような考え方でいろいろな施策を展開している。

次に滋賀県の地域包括支援センターの状況として、すべて市町の直営であり、県内には26市町、そのうち25市町で設置しており、27の地域包括支援センターがある。実情として、これまでの在支のうちの基幹型在支が残っているような雰囲気である。現状として、地域包括支援センターの状況は、認知症ケアについては誰かが技術的に支援しようとか、それどころの話ではない。とにかく人が足りない、権限がない、仕事は何をすればいいか非常に不明確である。一方で期待が大きく、地域包括に回せば何でもしてくれる、虐待もすぐ解決すると思われているという話であった。直営ということもあり、地域内の要支援等の高齢者の情報が全部集まってくる、非常によくわかるところは良いが、わかっても何とかする武器がないという状況である。その上、ケアマネのバックグラウンドも経験も幅があり、直営のため保健者としての意識が先行してしまい、サービスにつなげないという意識も出ている。ケアマネジメントが十分できているのかどうか疑問だという話もあり、県としてはショックを受けた。

地域包括ケアと関わる「滋賀県認知症高齢者・家族支援センター事業」は、滋賀県の認知症対策の中で一つの大きい目玉として運営している。守山市にある藤本クリニックにお願いし、地域の医療・福祉・保健等関係者のネットワークづくりを行う拠点として、17年度から独自に「もの忘れサポートセンターしが」という名称で仕事をしている。

市町村圏域ではないが、地域の様々な機関の相談を受けている。介護相談は、養成研修修了者の指導者が携帯電話を持ち、随時、家族、介護職、ケアマネからの介護相談を受けている。今年度に入ってから地域包括の方からも相談があり、必要に応じて医師も相談に応じるという形で、面接・電話の相談を受けている。

現地相談として、必要な場合は現地に行って勉強会でスーパーバイズや対応方法についてアドバイスをしている。

合同研修会とは、保健・福祉・医療の専門職にまたがった研修会であり、昨年度にセンターの委託をする以前から藤本クリニック独自に「滋賀の認知症ケアネットワークを考える会」という藤本クリニックの取り組みに行政も共感し、行政が支援していくべきこととして行っている。また、合同研修会の間に「ケアネットワークを考える会」というものはさまり、毎月、研修がある。合同研修会の方は公のお金が入っているため、開かれた研修という形でやっている。最近では希望者が多すぎてネットワークどころではないという状況になり、何をやっているのかわからなくなってきている部分もある。

医師は人数は多くはないが、藤本クリニックとしては2、3年前から取り組みを進めて、相談に関与した方々で認知症ケアに問題意識を持つ医師がふえてきたと思う。特に老人性認知症センターの先生お二人は毎回参加して熱心に話をされたり話を聞いたりされている。地域でのネットワークも広がっているといわれ、この数年間の取り組みの中で、藤本クリニックのある湖南地域では機関の間の関係づくりは進んだと思う。

今後、7圏域に広げていきたいが、介護相談がネックになり、広げることが困難な状態である。

4点目に滋賀県独自の認知症専門指導制度として、県では社協に委託し、認知症高齢者介護研修・支援センターという形で、実践者研修等を行っている。大府センターの修了生で、講師等をしてもらっている方々に対し、独自で認知症専門指導師という資格を作った。知事から登録証を渡すという制度として発足している。当初は雇用主が出してもらえなかったが、雇用主の理解を得るために位置づけを明確にし、事業所も負担をして社会的な貢献をされているため顕彰をしていこうというのと位置づけの明確化のためにこういう制度を作った。認知症専門指導師として現在14名いる。地域の介護職のネットワークの中心になっていただきたいという思いもあるが、課題点として、研修の企画とか講師で手いっぱいであり、地域差、個人の力量の差が大きいと考えられる。

県の研修体系として県独自でやっているものは、新人研修である。今年度からスキルアップ研修というのを2つ始めた。専門指導師が手いっぱいなので、ふやせないかということで、県独自で始めた。今年度は17名の応募があり、外へ出て研修はできないが、家から通える範囲であれば指導者になりたいという方を対称に、期待ができると考えている。専門指導師にもスキルアップの機会をとということで、2日間の研修で今年度から始めている。

地域包括支援センターと認知症指導師として、地域包括支援センターは何を求めているのかというと、現状では、「もの忘れサポートセンターしが」で認知症専門指導師は実際に地元地域ではコーディネーター役をしている。実際、ほかの地域の認知症専門指導師も個人的にいろいろな相談を受けている。地域包括支援センターから見ると、ケアマネなどの専門職への研修を地域包括等でする場合、講師になってほしいという希望を実施したり、困難事例へのスーパーバイズという点では、もの忘れサポートセンターしがの地元の主任ケアマネなどはセンターという位置づけがあることで、相談しやすくなっている。ケアマネに直接相談してみなさいと助言すること多いという話もあるが、ほかの地域では忙し

いかと思って相談しにくいという声も聞こえる。そのほか地域包括の人から、認知症介護予防の関係の事業の企画運営の助言や一般啓発の講師の要望がある。認知症専門指導者から、研修の講師等の依頼は多く、介護職への勉強会を保健所で継続的に行っている。専門指導者という位置づけのため、個人単独で助言するのは難しい。医師のバックアップがないと個人にかかってくるため、それは苦しいという意見がある。希望として、もの忘れサポートセンターしががコーディネートして現地へ専門指導者を派遣するという形で対応していけたらと考えている。サポートセンターしがから、現実の相談は地域包括からは初歩的な部分が多いという話があった。センターの指導者では、介護相談をする上で必要と思われる知識・技術の一つは相談援助技術であり、具体的に地域の社会資源として、どのようなサービスがあって、どのようなものが利用できるのかを知る必要がある。また、権利擁護、成年後見について詳細に学び、また、若年の人にアドバイスする時に年金や保険の知識や若年若症の認知症患者についての知識をもっと必要だという回答であった。

当面、滋賀県としての検討課題は、地域包括支援センターの職員の認知症ケアの知識をアップすること、ケアマネの認知症ケアについての知識の充実である。ケアマネについては今年度から認知症の研修を8日間始めており、応募も多いことからケアマネ自身も認知症についての知識を吸収したいと切実に思っていると感じている。専門指導者と地域の介護職のつながり支援で、当面は新人の研修を独自にしているため、それと指導者との交流をやっていくことを考えている。県内に4つの老人性認知症センターの先生方が前向きに養成研修も全員行っており、これからネットワークづくり参加へ働きかけを強めていきたい。

最後に、認知症ケアの人材育成として、実践者研修の成果はなかなか見えにくく徒労感が指導者に出ている。これは息長くやるしかない。県としては管理者の研修が必要だということで、管理者のための個別ケアの研修を義務づけで昨年度から始めている。

実践者研修が介護保険事業所の指定要件に入ってきているために、義務づけの人ばかりが占領してしまい、受けてほしい人、指導者になっていくような方たちに受けてもらえない。これは研修を継続していく上でネックになりつつあると思う。一方予算を増やせばいいのではなく、指導者たちの負担があるため、これ以上増やせず、断りしている状況である。指導者の負担の大きさ、なり手不足があり、独自の養成を考え始めている。ここ2、3年、県独自の研修を広げているが、その次はどのようになっていくかは見えてない。県独自でやっている研修体系の希望として、一つは実践者研修を指定要件から外していただき、グループホームの管理者等については緩和してほしいと考えている。

ケアマネの現任研修や地域包括支援センター職員研修のカリキュラムに認知症ケアを入れてもらいたい。地域ケア推進リーダー研修がペーパーだけではよくわからず、指導者研修の前に入ってしまうと希望者がなくなるのではないかという不安がある。現場の人たちは地域に目が向いているわけではなく、自分のスキルアップから外れた部分を受講するかどうかという不安を感じている。

質疑応答

Q 地域推進リーダーのようなポジションができるとした時に皆さんから意見をいただければありがたい。

A 地域ケア推進リーダーが実践リーダーの研修と指導者の間に入っている。滋賀県だと実践リーダー研修は毎年 20 人ぐらい修了し、指導者だと 3 年ずつ派遣している。どちらぐらいの方を考えられているのか不明瞭だが、指導者であれば滋賀県には 14 人しかいないため、地域といっても保健福祉圏域ぐらいのレベルでしか考えられない。もの忘れサポートセンターしがでやっている指導者は地域の中でケアマネさんのスーパーバイズや、コーディネートは実際にやっているためそのようなやり方もあると思う。例え研修をしても何か立場がないと、言えないという部分があり、研修をしても活動できない。この立場づくりが大変難しい。このペーパーから保健師と主任ケアマネの仕事の違いがよく理解できず、要請の部分もあるため、結論はよくわからない。

(12) 高見国生氏 認知症の人と家族の会 代表

まず1点目として、地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方について。地域の中での認知症ケアという場合、認知症の人個人だけに介護技術的にケアする、支えるという問題ではなく、本人と家族の暮らし、あるいは本人と家族が地域で生きていくことを支えるということが地域包括ケアの神髄である。支援センターができ、私たちは地域の司令塔であり調整役であり教育係であり推進者である、このような役割を担ってほしいと期待している。ただし、地域というのは、さまざまな人の暮らし、そこからのさまざまなニーズがあり、しかも地域によって施設の存在やサービスの状況も異なる。このような状況の中で、包括支援センターの3人の指導者も含め専門職だけの力で、地域で暮らしていくことを支えること自体が不可能だと思う。専門職だけの力の限界を埋めるのが素人の家族の力である。

そもそも「家族の会」というのは行政の施策も何もない時代からお互いに励まし合って会を続けてきた。そのような意味では家族の会は地域包括ケアの先駆者であり、そのような家族の力を地域でどのように生かすかということが大切だと思う。ここで、地域において介護している家族の連携をどのようにつくっていくかということが一つである。専門職の皆さんが素人の介護家族の介護力が地域の社会資源の一つであると評価することが必要だと思う。

認知症ケアにかかわる資格の場合、例えばケアマネジャー制度ができた時に、介護経験よりも職種が重視され、ケアマネジャーや認知症ケア専門士などの受験資格に、在宅での介護経験が認められていないというのは、家族の介護力が評価されてない表れだと考えている。

認知症対策推進室からの地域資源ネットワーク化のイメージ図にしても、認知症本人と家族はいつも弱者になっている。みんなから支えられたり指導されたり、そのようなことしかされない人になっている。こんな回りの支援体制ができたのはここ数年であり、それまではこの図にあるような支援は何もなかった。その時には、家族だけが頑張ってその家族がお互いに経験交流をしたり知恵を交換したり励まし合ったり、まさに地域包括ケアをやっていた。

本人についても、最近、若年の初期の方がテレビに出て話すことにより、ほかの認知症の人が励まされ、我々も本人から勇気づけられたり元気づけられたりしている。ここから本人や家族は弱者だけではない。その人たち自身が生きる力を持っている、そのような位置づけがないのが問題であると考える。

2点目として、地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方を踏まえた、人材育成として、今の専門職の人たちというのは決定的に視野が狭いと思う。認知症の人について医学的なことしか知らない。地域包括ケアとは、生きていることや暮らしのことを知らなくてはいけない。本人の問題とともに家族の生活、家族の苦しみを知らなければ認知症の人を支

えていけないと思う。専門職になっている人は、もともと認知症の人の役に立ちということでその職種になっているはず。最初はそのような崇高な気持ちを持って職につくのに、施設の中だけのケア、在宅サービスをしている時だけの専門職になっている。施設で働いている専門職の人は、いくら指導者であってもケア専門士であっても、たかたか3割の認知症の人しか支えてない。在宅ケアをしている専門職は、1日の生活のうちの一部しか支えてない。圧倒的に家族が支えている。専門職の人は目の前にいる自分の対象の認知症の人だけでなく、日本中の認知症の人や家族に自分の知識や経験や知恵がどうしたら生かせるかということを考えてほしい。

そのために、家族と本人が暮らしている生活を専門職の人はもっと知るべきである。施設に入っている人の背後には必ず家族がおり、家族は施設に入れてしまったって縁が切れたとは思ってない。そのような家族も含めて安心させなかったら本当の認知症ケアではないと思う。実際の家族の暮らしを知ることができる研修の内容にしてほしい。

これからの指導者養成研修において、単に「家族の理解」と称する講義だけではなく、実際に家族の暮らしに接する内容をつくってほしいと考えている。具体的には、実際の介護家庭での実習をする。家族の中へ行く実習であるとか、家族同士の力を知るためには家族の集まりに出てこなくてはだめです。そのような意味では私たちの「家族の会」の世話人になってくれたらいいと思う。専門職の人が「家族の会」の世話人になってくれたら家族にとってはすごく心強い。専門職の人たちもそこで家族の生の悲しみとか苦しみ理解でき、世話人にはなれないとしても、積極的に家族の集いに出てくる、あるいは行事に参加する、このようなことをぜひやってほしいと思う。

先日テレビで若年認知症の夫婦が出ていたが、テレビを見ると認知症の若年の人の問題が明るく扱われすぎている。大変な苦勞をされ、今は近所の人に呼びかけて、毎日1時間ずつ奥さんの話し相手になってくれるボランティアを募ったり、地域の保育園へ行き、子供たちを抱いて非常に落ち着かれる。こういう事例ではだれも専門職はかかわってない。地域の人たちが自分のことでこの夫婦を支えている。このようなことが地域包括ケアの中でもっと見つけられなくてはいけない。専門職だけの力を超えることが大切である。そのためには「家族の会」や家族自らが持つ介護力を社会資源としてしっかり見られるような人材の育成が必要だと思う。

追加として

包括支援センターの人たちも大方は認知症のことを知らない人ばかり。行政的にされる場合、それはやむを得ないと思う。私どもだけではなく、いろいろな家族会があり、家族の組織はお互いに支え合っている。そのような家族の組織を、「ネットワーク化のイメージ」の図の中の支援組織の一つに入れてしまう。地域医療支援事業があり、認知症サポーター100万人キャラバンがあり、実践者研修を受けた人がある。これに家族自身の組織を初めから支援組織として入れるという発想をしないと、割り切れない。家族の会というのは支援

する側だと、割り切ることが必要だと思う。「家族の会」の支部は都道府県単位で、集いにしても包括支援センターほど細かい単位ではできないが、市町村単位の包括支援センターの集まりと家族の会が提携して、知識のない職員は遠慮なく家族の会に聞いてくれたらいい。家族の会は私たちが教えてやるもの、弱者、われらは専門家みたいな意識をしていると聞きにくい。それぞれ一つの機関だと理解すれば、聞けると思う。介護している家族個人と家族会という組織を区別して考えて相談をしてほしいと思う。地域包括ケアということが言われ、今まで地域で介護して苦勞してきた我々の出番だという気持ちもある。いつまでも図の真ん中に置かれて、あっちからこっちから矢印だけ指されて、みすばらしい。あるいは図の一番下に置かれて、上からいろんな援助者がのしかかっている、そのような立場にいつまでも置いておいてくれるなよということが言いたい。

質疑応答

Q 実際に研修生が家族の中に入って実習するということは可能なのでしょうか。もし可能なら、そのような形で御協力いただければ、実際に研修生が見られる状況があると思う。本人のプライバシーの問題、家族全体のプライバシーの問題、研修の場としてそのようなものがふさわしいかというのがわからないので、教えていただきたい。

A そんなにたくさんはないにしても、役に立つのであればということで受けてくれる家族はある。家族の中にどんな入り方をするか。朝から晩まで入れれば一番いいが、1時間だけ在宅の家に行って本人と話をする、しばらくだけ見守りをする、それが必要だと思う。生きているということは、認知症ケアの知識だけではない。本気でそのような指導者研修をされなら、うちの家族の会も協力し、実習を受け入れる家族を募集する用意があるので、続けてほしい。

Q 地域推進リーダーのようなポジションができるとした時に、皆さん方からの意見が重要になってくると思っているが、都道府県において、新たな研修システムができたって、どこがやるのかという意見もあると思う。その辺の視点で皆さんから意見をいただければありがたい。

A 次々と新しい名前の〇〇研修とか、〇〇資格をつくってもらったら、ややこしくてかわない。今おっしゃった地域リーダーというのは、家族の会を何年やっている、このようなボランティア活動を何年やっている、今やっている資格とか今やっている活動で枠をはめる、そのようにしないと、どれだけ資格をとったら認知症ケアはできるのかということになる。

(13) 緒方有為子氏 戸畑区役所内 戸畑区統括支援センター統括ケアマネジャー

私が以前の基幹型在宅介護支援センターにいた際のいくつか認知症の方の対応での取り組みを報告し、その中から考えられる人材育成、今後のケアのあり方について意見をお話しようと思う。

家族の方の状況として認知症という中核症状の出現について受け入れられない、対応できない、そのことで相談に来られる。その際、入り口症状であっても家族が同居していない場合、すぐ施設探しが始まる。実際に、なかなか見つからず在宅でということになる。

現在は認知症の独居の方が非常に多く、最初は遠隔地の家族の方から統括のところに電話が入るという例がたくさんある。認知症の独居高齢者は行くところがなく、家族が近所におられても対応の仕方がわからないため、すぐ施設ということになるが、そのようにならないということで、双方に大きなストレスが生じてくる。

独居の認知症で中核症状がひどくなった方は本当に悲惨な状況で地域の中で生活している。家の中はごみの山、近所からは迷惑がられ、いつ火事が起こるか、犯罪的なことが発生するのではないかなど、認知症の高齢者は孤立しやすい状況にある。

地域が崩壊しているというのを私たちは肌で日々感じている。私どもの地域では福祉協力員とか民生委員が地域見守り活動をやっており、この方々は基本はボランティアのため、個人の力量の差、熱意の差が大きく、熱意のある方は最後まで私たちと一緒に協力してやるし、早期発見につながっていくが、他方、何も上がってこないという状況もある。特にマンションなど集合住宅に住んでいる高齢者は地域から全く孤立しているという状況である。

このような現状の中で区役所は何をやっているかというところ、SOSネットワークという、徘徊高齢者に対する対応をしている。徘徊高齢者に対する対応の仕方を年に何回か集まって登録をした家族や本人を対象に取り組んでいるがこの登録に家族も本人も抵抗があり、なかなか登録していただけないという現実、登録している場合も、警察と区役所、統括の連携が難しいのが現状である。

保健師は介護予防教室をやっているが、これは小さい校区のモデル段階で、保健師の人員不足やその他の理由で地域になかなか広がっていない現状がある。

行政システムとしてのネットワークづくりや研修や啓発活動はやられているが、一人一人の高齢者の個のところにそのようなものがなかなか及ばない感じがしている。

平成15年に私がいた基幹型在宅介護支援センターからの話を受け、地域の中で福祉協力員が見守り体制をつくり、「この方は地域の中で独居でいらっしゃるけど、このごろ忘れっぽくなってきたので見守りの中に入れてください」という話が出てきた。認知症についてパンフレットをつくったが、パンフレットの評判がよく、多くの方々が認知症の方への理解してもらえたという感触を得た。

区の13カ所の市民センターで福祉協力員のネットワーク会議、ふれあい会議を、夜2時

間かけすべてを行政の方と基幹在介の私どもが回り、福祉協力員と民生委員にこのパンフレットを配布した。また、同時進行で、相談に来られたケアマネジャーからの相談で虐待事例をかなりの件数扱うことで虐待の向こう側に認知症高齢者の存在があった。虐待への対応としてフローズというネットワークを立ち上げ、平成18年4月から北九州市全体が高齢者虐待に対する取り組みをやり、きちんと地域包括の役割、統括の役割ということで位置づけている。もともと自治体では地域権利擁護センターが立ち上がっており、ケアマネを通して、認知症で金銭管理ができない方々に対するケアをやっていた。18年4月からは成年後見センターを立ち上げ、ここは地域包括と統括と行政とタイアップして、判断力のない方に対する対応に取り組むようになった。

福祉協力員や民生委員は認知症に関しては素人で、中には家族である方もいる。啓発教育をやっていく中で、夜2時間公民館に集まって、そこに出向いて話し合いをした。その時に、自分の担当している地域の中にこのような人がいる、ケアマネを通さない地域の中に存在している方々の相談が出てくる、そのあと電話相談ということで、その地域の人たちとつながる可能性がある感触を得た。このような草の根的なものが今から必要ではないかと痛感した。

今は介護支援専門員が認知症の方のケアやサービスをつなげていくところに対応してるが、認知症そのものに対する社会資源が地域の中で少ないと思う。ケアマネジャーは資源、サービスを直接結びつけることが得意で、そこで教育をすると何かするというのは難しい。家族や本人に直接向かうことができる専門職は包括支援センターの職員、ケアマネジャー、ヘルパーであると思う。このような人たちに対する研修は知識だけでなく、対応スキルの習得が必要ではないかと考える。対応のスキルがないためにケアマネジャー自身家族の対応に苦慮している。

今年から介護予防ということで介護予防プランを立てることになっている。介護予防プランはADLを中心とした介護予防プランがほとんどで、何々をしたいとか、こうありたいという本人の希望を把握してプランを立てることになっている。認知症の方は介護度が軽くなってしまい要支援1や2にひどい認知症の方が入っていると、どのようなプランを立てたらいいかさっぱりわからないという現実が多々ある。

ケアマネさんのアセスメント、介護予防で使っている基本チェックリストは認知症の軽度の方が十分把握できる内容になっていると思う。この基本チェックリストは特定高齢者にも使っているため、この中から拾い上げ、初期の認知症の方に対するケアプラン作成がケアマネジャーにできるようになれば、認知症対応のスキルが広がり、対応できていくのではないかと考える。

統括はケアマネジャーから様々な相談を受け、虐待にも対応している。区役所に席を置いているため、区役所の窓口に来られる方というのは人生の大変な壁にぶつかった方が多く、処遇困難事例が多いが、一方で介護予防プランの中で認知症の方の早期の段階での対応プランというのが現実的に立てられていくことがとても大事だと思う。しかし、今はほ

とんどできていない。このようなスキルの研修を考えてもらえるとうれしい。

追加

私は包括支援センターの観点から追加発言として、介護予防の加算の中で口腔ケアとか運動ケア、栄養というのが科学的に実証された介護予防の視点ということで、これをやったところは加算という話になっている。介護予防のため軽度でいいと思う。厚労省が示した25項目の基本チェックリストの中に生活機能低下、物忘れ等が出ているため、ここで拾った人たちを認知症ケアという形で、そこをきちんとやったら加算がつくというシステムができないかと思う。今は認知症の対応というと広く抽象化した人が脚光を浴びるというか、徘徊したり、生活機能が落ちてしまっている人はどうしようもない。ケアマネージャーの中には、排せつのところに障害が出てきたら家族はお手上げになるため、その時が施設入所の時だという判断をしている人もいる。認知症をもっと公にして、もっと広い目で拾い上げてやっていけないか。介護予防という視点で、認知症もその中に入れていくという視点がもっと広がってほしいと思う。

質疑応答

Q 地域推進リーダーのようなポジションができるとした時の意見をいただければありがたい。

A 私どもでは福祉協力員や民生委員はエリアが決まっている。福祉協力員は自分の住んでいる町内会の1ないし2町内会の担当エリアで、ほとんど顔見知りになりうる人たちの範囲としている。先ほどから私は介護予防の中での位置づけとっているが、包括支援センターの3名しかいない職員がそこに動くということではなく、ここには支援する部門があり、例えば介護予防プランの中でケアマネさんたちと話していく時に、認知症の位置づけができていない。ほとんどが認知障害にもかかわらず、そこを飛ばし、ADLという方向に傾いてしまっている。そこをプラン上に位置づけるようなノウハウがあると、社会資源の一つとして地域の人たちとのネットワークにつながる。〇〇さんのところの福祉協力員はだれで、この人に見守りということがあればという形で、点と点をつなぐ線が引けたらというのと、余りにも社会資源がなさすぎる。

認知症の人に対する社会資源が欲しい。地域の中にサポートの社会資源がなさすぎて、ケアマネージャーもどこにつなごうかと悩んでいるということを申し伝えておきたい。

(14) 岩尾 石川県特別養護老人ホーム「サンライフたきの里」施設長

「地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方について」。私の理解する地域包括とは、地域で支えあいながら、保健、医療、福祉が一体となり、家族・ボランティア等のインフォーマルサービスを含めた地域全体で高齢者を支援し、ケアを提供する。認知症ケアとは、認知症の人の生活支援の問題であると理解している。

地域とは何かということコミュニティ。地域社会、共同生活体、仲間意識を持って共同の生活をする集団、地域及び人々など、様々である。また、ネットワークのデバイスなどいろいろな仕掛けがあり、そのようなところでいろんなグループが形成されていくということだと思う。奥田道大の4つの類型としてのコミュニティは学術的な整理であり、4番目の「コミュニティ」モデルのように地域が発展しないと、認知症ケアを地域に定着させることは難しいのではないかと考えている。日本におけるコミュニティというのは、村、講、町内会を中心とした地域社会であり、統治の手段として体制の都合が優先されてきたという歴史的な背景がある。いわゆる住民管理である。社会福祉における地域社会の持つ二面性というのがあり、それが推進と反対ということが出てくる。

私のコミュニティケアの定義として、つまり認知症の人たちが地域で暮らしていくことを支えるということは、医療や生活を包括して、地域でそれぞれの生き方を持って暮らしている人が、その暮らしを維持するために求める「かかわり」のプロセスであると考えている。コミュニティケアは援助論（関係論）ならびにチームアプローチを中心として概念化すべきものであると考える。そのため介護保険はコミュニティケアのメニューの中の重要な一つとして、コミュニティを考えない介護は介護ではないと言える。

認知症ケアと地域の考え方としては、地域包括ケアを考える場合、介護がいかに共同化できるのか。認知症ケアの社会化というのは、社会が認知症ケアを支えるということ。ステージ・アプローチというのは、発症からターミナルまで、その時その時の課題性があり、それに対してきちんとしたケアの標準化したものあってもいいと思う。一方、私たちが包括ケアとかいろいろやった時に、そこにかかわる人の中に行政の問題がある。行政の問題は人事の面でかなり大きい。システム論がいろいろと言われているが、ケア論が欠けている。ケア論が欠けているから、システムの人たちと現場とが一体感をもって考えられない。現実には、介護保険というのはマイノリティだと感じる。私の実践からの話として、グループホーム「やたの」というのを社会福祉法人で立ち上げた。私の住んでいる地域にそのようなものをモデルにしたいということでやった。つくる前から地域と事前協議や町内会長、地域の人たちを集めて認知症とはどのようなものかということ話を話した。グループホームの役割はこのようなものなのだという理解の上で建設して、地鎮祭とか竣工式とかは地域の人にも入ってもらった。町内会長だけでなく老人会の人たちにも入っていただく。そして内見会をし、私が徹底したことは、生活圏からの入所。これを徹底した。隣の市の入居希望者から議員の人を使ったりして暴れられた。そういうものがどのようなもので

成り立つのかどうかということでやってきた。それから町内会へ加入した。また、運営推進会議に地域の人を入れた。グループホームを身近なものにただけでなく、ホームに来て認知症の人たちとかかわり、認知症の人というのはこのような人たちなのかというのがとても身近なものになってきた。

認知症の人が地域と一体になって暮らすというのは決して不可能ではないということを感じている。生活支援というのは地域抜きでは考えられない。生活はコミュニティの中にある。

今後、介護保険と認知症ケアが目指すものとして、生活圏域のサービス体系、地域とのつきあい、密着とは何か。多機能化とは。キャラバンメイトと地域ということがある。

パターンリズムからの脱却（主体性の尊重）、生きがいと役割、つまり生活支援として「できるからしたくなる」という、そこに生きがいと役割がある。そのようなものを地域の中でどのようにつくっていくかということである。一方で、重度化への対応があり、ターミナルというのはいずれ出てくる。そうした時に私たちが考えるのは、認知症の人を中心としたニーズ対応型サービス体系の構築が大切で、ここを研修できっちりとらえておくことが必要である。そこでは観念論よりも実践感覚でとらえることが必要だろうと思う。

次に「地域包括ケアの中での認知症ケアのあり方を踏まえた、人材育成について」においては、3センターの果たした役割を一度、きちんと整理していただきたいと思う。研修のプログラムをつくったり講師をさせようとしても、ほとんどの人が使いものにならないという経験をしている。この辺を考えてほしい。また、認知症の研究と認知症ケアの研究というのは別ものだと思う。認知症は疾病として医学的にきっちり解明されて治療が確立することを望んでいる。しかし一方、それが進む間、目の前にいる認知症の人たちの生活をどのようにするかというのは差し迫った問題であり、そこは別ものとして私は考えている。

認知症ケアの何が課題かという、一つは正しい生活問題の理解、そしてかかわり方の問題。人と状況の社会性というのはアセスメントの問題である。そしてリスクマネジメント、ターミナル、権利擁護。これらのことを考えた時に実践力は脆弱である。そこにおける人材育成が本当になされているかどうかというのは極めて疑問に思っている。

いい実習をさせてほしい。フォローアップの話では、教え方ばかりにこだわってる。人によって個性もあるし、そのようなことよりも、認知症ケアというのはどのようなもので、地域で一般化するための方法論をやるべきではないか。そこには実践的モデルが不足していますし、社会科学的視点が欠如している。講師の人たちの説得力のなさというのを私は嫌というほど感じた。

センター研修上の問題としては、団体推薦の問題があり、本当に参った。いまだにその弊害が続いている。やっていることについてこられない。

それから問われる事業者の意識。わかってない。税金を使って3センターに来て、いかに認知症ケアを地域で開けるか。事業者の意識が問われると思う。

センター方式に期待し、センターには期待している。現場の検証への協力者であったり、共同研究をしたり、人材バンクであったりする。

3センターの格差があった方がいいのかというと、もっと特徴があってもいい。医学的なものも研究しているし心理的なことも研究しているけど、一番欠けてるのは社会科学的な視点だと思う。ソーシャルワークの研究をもっとして、特徴を持たせればいいと考える。

そのようなところでネットワークを組むとか、いろんなことを聞いたら、すぐセンターからフィードバックする。センターの選択性というのは、特徴を持たせれば選択してもいいと思う。地域性の問題ではない。研修体制のあり方として受講要件をどうするのか。実践者を中心にして3センタースタッフも含めてカリキュラム構成ワーキングチームをつくってほしい。相談機能を持つてほしい。コミュニティワーク、ソーシャルアクション、セルフヘルプ（ピアカウンセリング）、社会資源、資源開発の方法、行政機能、こういうものをカリキュラムの中に入れていただきたいと思う。また、地域密着型サービスにおいて下記の有効性について実践的に学ぶ機会を持つてほしい。センター方式、これはアセスメントツールとして一般化してほしい。・外部評価の機能を入れていく。運営推進会議のあり方。こういうのをカリキュラムの中に入れていくと、地域密着型というのはどういうものかということも理解できるし、指導者を育てていく上でも大きなヒントになっていくと思う。

質疑応答

Q コミュニティモデルの形成が指導者養成研修の中にあった方がいいのか、その辺のお考えを聞かせてほしい。

A 地域の特性とかいろいろとあるが、具体的にどのような仕掛けをすればそのようなものが発生するかという技法、それを実践するだけの知識も含めた手法を身につけさせることが必要であると思う。それを実習としてやれる場所は役所。仕組みは作らないといけないし、役所の中で、そのようなことを実習できるような仕組みがあると、コミュニティに対していろいろな働きかけができる。そのようなことをきちんと研究している人も少ない。実践的に全国でやっているものか。認知症ケアだけで見なくてもいいと思います。ある一つの目的をするために、このようなコミュニティケアのやり方があった、それを認知症ケアどう応用していくかとか、そういう研究をセンターにしてほしい。

Q コミュニティについてお聞きしたい当面は小学校区ぐらいの区域のコミュニティの中にある潜在的な力を知る手だて、社会科学的なことをもし御存じだったら教えてほしい。外国の例でも結構です。

A コミュニティを考える時に、行政圏域までか生活圏域までを含めるのかということがある。それが我々に現実的なやりにくさを押しつけている。どのコミュニティを見ても町内会がある。それは結束の強いところもあるし、緩いところもある。都市部と農村部では特

徴があり、歴史的な背景がある。奥田道大が示した4つの類型の「コミュニティ」モデルというのが一番なじんでいくという感じを持っている。それぞれがばらばらで、それぞれの圏域で自分の地域におけるモデルはどの辺に入っているのかを検証するしかない。

Q 認知症ケア推進員に対して何を期待する。このようなものが必要なのか。必要であると賛成いただけか、その意見を聞かせいただければと思う。

A 私もよくわからない。そういうものをつくればつくるほど、教えたがる人が出てくる。これがけっこう厄介で、医学モデルを中心とした、パターンリズムにはまっているような人がいて邪魔する。

研修を積んで、仕組みをつくっても、実践感覚に基づいて、きちっとつきあって、そのようなところに共感しながら自分も実践をやってみた人が推進員にならない限り、研修がその人の質を担保するわけではない。本人がどのような実践をして、どのような人間観を持っているか、そのような人たちが地域の推進員になるということであれば、イメージはつく。それを各市町で細かく割っていくと、とてもそんな人数はいない。3センターでそのようなトレーニングはできるのか。そのような人たちを教えられるのか。いい方法があるかといわれてもない。センターが研究してほしい。

(15)和田行男 グループホームなごみ 施設長

大事なことは、日本の社会の中で私たちのところでの課題は人材育成の問題ではなく、人員確保の問題である。全国どこへ行っても人材育成には至らない、人員をどう確保するかというところで本当に苦労している。介護職は1人200万から250万ぐらいの年収しかない。結婚するからこの仕事をやめていく男性が後を絶たないという実態の中で、質の問題が問われている。また、コンプライアンスの視点が欠如している。日本の社会として何を目指しているのかということが決定的に抜けている。社会福祉法という法律が厳然とあり、第3条で福祉サービスの基本的理念が明確になっているが、日本の社会が掲げている基本的理念が置き去りにされっぱなしになっている。ほとんどの方が介護保険の事業者だが、介護保険というのは何を指すのかというのが全く置き去りにされている。

コンプライアンスの考え方は、法の制度だけを守っていればいいわけではなく、法の精神を遵守するところが決定的に欠けている。研修の中でも思うままに勝手に理念をつくらせて、自分たちの理念のままにやればいいんだというやり方をやっている。日本の社会はどのような方向を目指しているかということを抜きには語れないことであるが、そこを抜きにみんなが勝手なことを語っている。どの種別であろうと、理念が語っていく物差しであるということが大切なのではないか。それが厚生労働省も含めて抜けていると考えている。

その理念を見据えた上で、支援について考える。誰もが認知症になっていく可能性を持っている。その中で共通すること、つまり人として生きるとはどのようなことかという基本的な概念が決定的に抜けている。認知症のケア論ばかりが語られ、そこにおかしみを感じ、薄いと感じている。自分自身がどのように生き、今まで生きてきたか、はぐくまれてきたかということを抜きに、壊れていった体をどうケアしていくかということばかり語っている。そのために、自分自身が主体的に認知症をとらえられない発言が多い。こうしてあげるべきだ、ああしてあげるべきだ、となっている。

全国で認知症とはと聞くと、ほとんどの人が答えられない。ほとんどの一が現象に関する事項を答える。なぜ、ということを掘り下げていく、そのような視点が全く欠落している。非常に薄い研修をやっている。掘り下げない。掘り下げて物をつっ込んで考えていくことがとても大事なのだということを誰も伝えない。ここが非常に大きな2つ目の問題である。「認知症」ということを学者も研究者も医者も行政もみんなばらばらなことをしゃべっている、そのために掘り下げて考えていくことが浸透していかない。みんな現象だけを語るようになっている。これはとても危険なことだと思う。

もう1点は、包括的な人の見方が全然できてない。地域を包括的に見るというよりも、まず人を包括的に見るのがほとんどできていない。まず認知症から見る。ここを研究者の人たちはちゃんと研究していただきたい。認知症によって、脳が壊れることによって、体が壊れることによって、心が病むことによってこうなっていくことがきちんと分解され

て語れるような専門職が必要になってくるのではないかと思う。

次に、実態に合った支援の対策、展開がきちんと提案できていない。これが日本の社会の到達点。だから、その到達点を踏まえ、そのことを説明しつつ、同意を得て買っていたく、起こったことは仕方がないと言いながらきちんと処理していく、そのようなことがきちんとできるような中身にしてほしい。やりなさい、やりなさい、できますよ、できますよといわれても、現場ではせせら笑っていて、できっこない。利用者本位といっても、来る前に自分の本意で来ていない、利用者本位とは何かという話になってしまう。目指すべきところと日本の社会の到達点をきちんと語ること、グループホームというステージと特養というステージ、そこの矛盾点もちゃんと専門職は考えられ、語れるしというところまで伝えていくという仕事を誰かがしないといけないのではないかと私は思う。

それを踏まえた上で、これからどのように考えていくかという時に、セーフティーネットという考えがとても大事である。人はだれもが壊れるわけで、いつどこで、どのような形で壊れるかわからないからこそ、いつどこでどのような形で壊れてもいように医療の仕組みをつくった。しかし社会的なセーフティーネットは機能しているのかどうか。認知症になると修理工場が受けてくれない。その負担は全部事業者が払う。そのようなセーフティーネットの問題、医療の問題がある。そして福祉。いつどこでだれがどんな形で壊れるかわからないという時に、壊れたことを支えるための仕組みがあるのか。認知症の特徴は、いつどこでどんな形で生活に障害がくるのかわからない。自分の意思を行動に移してやり遂げることができない、自宅では点でしか支えず、点以外のところ非専門職が支える。そのような壊れやすいしくみである。そのような視点からセーフティーネットをとらえていくことが大事である。

もう一つは社会。社会全体のセーフティーネット、セキュリティ、互いに助け合う仕組みを行政ぐるみでどう再構築していくか。認知症に関わっている人は医者、ホームヘルパー、介護福祉士、看護師、自治体の職員、町の中にはかかわっている人が多い、そのような人の認識が変わらないのに、なぜ町の人の認識が変わっていくのか。認識を変えるのではなく、まず声をきちんとかけているのかが成立していくような展開しないと、絵に描いた餅に終わってしまう。

このような互いに助け合う仕組み（制度）を国の中にどうつくっていくかということに本気で取りかかる。そのような意味では3センターが果たす役割は非常に大きいと考えている。センターの指導者という名前より、認知症介護問題提起者のような人が気づかないことに気づいている人たちが存在し、疑問句を出すことが大切で、教えるではなく、お互いに気づき合うことが大切である。そして、利用者を住民にしていくということだと思う。住民の一員として生きていくことをどう支えていくか。たとえ認知症、発達障害があったとしても、住民として生きることへの応援団というのが大事なことである。

もう一つは、介護職のオンリーワンを私達は自分たちなりに追求しないといけない。私達の目指しているものがボランティアではできない、家族でもできない、介護職ってすご

いといわれるようなものを目指さないと、年収 200 万のままで厚生労働省に据え置かれると思っている。それが私達の大きな課題であると思う。

認知症だけをクローズアップするというよりも、子供たちが安心して歩ける町は認知症になっても歩ける町という、ノーマライゼーション、そのような視点から考えていくべきであると思う。

質疑応答

Q コミュニティ（小学校区ぐらいの区域）そのようなコミュニティの中にある潜在的な力を知る手だてをもし御存じだったら教えていただきたい。外国の例でも結構です。

A そんなに難しく考えず、自分が全く知らない町に引っ越していくことを考えてみる。

研修で、みんな地域との連携だけはインプットされているが自分がその立場に立ったらと置き換えて考える。生活というのは自分が全く知らないところから一から考えていけばわかる。必要に応じて動いていく。その中に関係ができていく。これをどんどんつくる。

もう一つは町会という枠組みがある。町会に入ったら、自分は生活の中では全然使わない場所でも、町会という枠組みはこの後ろ側、町会の集まりに行くと、後ろ側の人も知り合いになっていく、そこから考えればいい。余りにも高い次元から物を考えず、生活って、みんなどうやって生きているのかということから考えていき、それが自分でできなくなる、それを応援するというのが一番わかりやすいのではないかなと思う。

Q 研修の目的は人材確保が第一優先であり、年収の問題というのは大きいと思う。事業所の介護保険のお金に余裕がないと研修に投下するお金も確保できなくなる。人材確保と研修という2つのキーワードから今の課題や、介護保険の限界というところで思うところがあれば教えていただきたい。

A 東京の第三事業評価システム検討委員会で同じことを言っていた。研修が大事だ、みんなで決める合議が大事だ、記録することが大事と言えは言うほど、強めれば強めるほど、利用者の前から人手を奪っていくということ、そのことをわかった上で委員の人たちは言っているのであろうか。

実際には必要な現場でなく、委員会、会議、介護計画、そのようなことばかりやっている。研修に人を出すというのは本当にどういうことか。ものすごく無理して出したのに、こんな研修。そんな研修ばかりやっていたのではいけない。そのくらい研修に出すのは厳しい状況である。研修を受けてもらう側も現場の実態はどのようになっているのだろうかということを踏まえた上で研修制度を考えてほしい。複雑な研修が入って、その研修を受けに行かせるためには何日これにとられるか。私達だって研修に出してやりたいと思っても、本当に厳しい状況だ。そういうことも踏まえた上で研修のカリキュラムを設定してもらいたい、必要最低限で効率のいい研修を考えていただきたい。

Q 認知症ケア推進員という一つの役割を持った人間の創設，そのようなものをつくりながら地域で人材育成あるいは地域における認知症の指導的な役割を果たすような人材を確保したいと思う。地域でのスーパーバイズ，コーディネーション，あるいはチームアプローチ，あるいはコンサルテーションができる人間が育つことにより，いろいろな地域資源をまとめていくような地域の中での制度ができないかという一つの思惑がある。この認知症ケア推進員に対して何を期待する。このようなものが必要なのか。必要であると賛成か，その意見を聞かせてほしいと思う。

A よくわからないけど，とにかく研修の体系は複雑にしないでほしい。わかりやすい仕組みにしてほしい。

杓子定規にやっているのはもったいない。私はある区の町で社会福祉協議会，議員さん，市民団体と一緒にあって，町の中の町会，ボランティアグループ，民生委員のグループ，老人クラブ。これ全部に私がしゃべりに行ったら，この区民はみんな認知症がわかるようになる。認知症ケア推進員というのはどのようなことをするためにあるかということの方が大事で，そちらからの議論だと思う。

(16) 木村隆次氏 日本介護支援専門員協会 会長

日本のどこに住んでいてもセンター方式を使える介護支援専門員をつくっていくという提言したい。日本の津々浦々にセンター方式を使える介護保険専門員を指導していける指導者をつくっていただきたいと思う。

まず、介護支援専門員はダイヤモンドから石ころまでいるといわれている。その中で昨年全国の介護支援専門員に「高齢者の医療と認知症に関するアンケート」というものを行った結果から、認知症に関する知識度は、全体を通してすべて低い。本来、認知症ケアは利用者本位だが、家族本位になっているのが現状。理由として、専門知識が不足している。そして、「本人に告知してない」というのが約40%ある。その理由は、本人のプライド、老化の一種であるとかたづけられるなど、本人と話をしながら勧めていくということができてない。

介護支援専門員の課題として、1つは認知症に対する知識が全く不足している。医師との連携も不足している。これを地域包括支援センターにそれをゆだねる。地域包括支援センターの指導者はこれをきちんとサポートしなくてはいけないという形にする。

2つ目は、医師とのコミュニケーションが良好でないために、地域の中でどの病院・医師が認知症に適切な対応をしてくれるのかという情報がない。個人個人の資質によってネットワーク形成力の大きな差があり、利用者と医療を結びつけるコーディネートとなり得ていない。

3つ目は、認知症の利用者に対するノウハウを学んでないので自信をもってやれない。という課題が出てきている。ここから認知症介護指導者が来てくれることを現場の介護支援専門員は待望している。

利用者に関しては、認知症の疑いがあるかどうかを判断する。本人の意志を尊重したケアプランを作成する。また、家族に関しては、利用者の立場に立って家族を説得することができると。適切な対応法もきちんと体得しなくてはいけない。家族の理解が得られるように説明することができる。医師または医療との連携に関して、どのような治療がなされているか知らないということが言われている。多職種協働で、さまざまな専門職と連携をとって情報を共有しなくてはいけない。地域の社会資源について、認知症の専門の先生はどこにいる、隣の日常生活圏域にプロがいる、そのような情報が共有されてない。そのようなことを進めていかなくてはいけない。ここを目指す必要がある。

認知症に関する情報欲求は非常に高い。ここからは人材育成については、計画的な人材育成計画を作る。全国規模で人材を地域に根づかせるための育成戦略であり、全国5000の日常生活圏域に漏れなく認知症のプロフェッショナルを配置することが目標である。

STEP 1として、355の二次医療福祉圏域に1名ずつ、リーダーとなるプロフェッショナルを養成する。STEP 2は、すぐ帰って、二次医療圏域ごとに研修会を開催してもらい、そのリーダーとしてリーダーシップをとってもらう。それを受講した人たちが今度は市町村と

日常生活圏域ごとに研修会を開催する。最後に STEP 3 として、全国に市町村・日常生活圏域レベルで専門家が根づき、レベルが均一化される。つくりっぱなしではなく、フォローアップをする仕組みをやっていかないと、会議とかカリキュラムを見直しても、同じことの繰り返しになってしまう。

今回ねらっているところの地域密着，地域包括支援センターというところを具体的にプロジェクトを組んでやっていかないといけない。このように考えている。

Q コミュニティ（小学校区ぐらいの区域）の中にある潜在的な力を知る手だてを御存じだったら教えていただきたい。外国の例でも。

A うちの協会から地域包括支援センターの職員研修に講師を出している。日常生活圏域ごとに社会資源やいろいろなものをリサーチしろというところから教育は進めている。センターの職員自身がそのことを理解できるかできないかというのが現状だが，研修会はそのから始めなくてははいけない。

plan do see check の逆。see から始まって，see plan do check。そのことを教えている。そのため，時間はかかるかもしれない。こちらの方もそれを徹底的にフォローアップしてやっていく。時間はかかるかもしれないが，5,000 の日常生活圏域ごとのカラー，強さとか弱さ，それは見えてくると思う。

Q 研修の目的は人材確保が第一優先である。年収の問題というのは大きいと思う。事業所の介護保険のお金に余裕がないと研修に投下するお金も確保できなくなる。人材確保と研修という2つのキーワードから今の課題や，介護保険の限界というところを感じるが，その辺で思うところがあれば教えていただきたい。

A 介護支援専門員が自分を磨いていくために，だれがお金をだすかという話になると思う。介護支援専門員はけっこう高く，ヘッドハンターがねらっている。しかしながら自分に投資するかというと，投資しない。そうすると企業として，法人としてどうするかということを考えなくてははいけないと思う。今回，介護支援専門員の方は，国が決めて，さらに県が定めた研修を5年の間に受けなければ，介護報酬はいただけないようになった。5年間で166時間，そのくらい勉強しないと，介護保険制度の中では仕事をしてはならない。人の数をふやさなくてははいけない。「研修に行っていますから，私どもは知りません」とは言えない。

一人親方でいろいろな問題も出ている。利用者との連絡，介護支援専門員同士の連絡など。複数いること，企業・法人が研修をある程度補償してあげること，それには収入が必要になる。今考えられているのは，質の担保をした上で報酬をどこまで上げていけるかという話だと思う。

介護支援専門員はダイヤモンドから石ころまであり、石ころにどれだけ報酬を出せるかという話が今回いろいろあった。質を高めるから、それがどこに帰着するかというと、国民の利益に帰着しなくてはいけない。そこがきちんと説明ができていけば、教育と、最終的にどのように収入を上げていくかについてバランスをとっていかなくてはいけないと思う。

今すぐそれができるか、居宅介護支援事業所が独立してやれるかということ、特定事業所加算をとっていける、つまり4人以上で主任介護支援専門員がいてとかいろいろな条件をそろえたところではできるかもしれない。10軒のうち1軒ぐらいはできるかもしれない、区域割り是非常に苦しいと思う。なおあきらめずに、研修をきちんと積んで、これだけやっているから、もっと評価してほしいという形でもっていかないとだめだということになると思う。答えになってないかもしれないが。

第5章 その他の事業

第5章 その他の事業

I スウェーデンにおける認知症介護職員研修の現状の視察

1. 目的

高齢者人口の増大に伴い、認知症高齢者に対する介護の質の向上が模索されている。介護が人によって行われるサービスであることをふまえると、その質を担保する教育・研修についてより効果的な方法論が模索される必要がある。今回は北欧の福祉先進国であるスウェーデンにおける認知症介護の教育・研修の状況について現状を視察した。

2. 参加者

今井幸充(副センター長兼研修部長)、小野寺敦志(研修企画主幹)、中村考一(研修主幹)、木戸宣子(日本社会事業大学) 計4名

3. 視察時期

平成19年1月27日(土)～2月3日(土)

4. 日程の詳細

1月29日(月)

- ・ ノルショーピン市役所のソーシャルワーカーとスウェーデンにおけるソーシャルワークとその教育について聞き取り
- ・ リンショーピン大学学生のProblem Based Learning(以下、PBL)のワークについて見学と教育方法の内容や感想について聞き取り
- ・ PBLを基にした教育について担当教授から聞き取り

1月30日(火)

- ・ コミュニオンにおいて高齢者施策のプロジェクトリーダーをしている研究員数名と面談し、現場教育等について意見交換
- ・ リンショーピンのデイケアに対する物品貸し出し施設を訪問し活動内容を聞き取り

- ・ スtockホルムへ移動

1月31日(水)

- ・ 高齢者施設エイクバッケン(写真1)の視察を行う。王立施設のシルビアホームで認知症介護に関する研修を受けたシルビアシスターが1名勤務。施設のケアの内容や教育方法について聞きとりと意見交換を行う。
- ・ デイサービスにて利用者と懇談とスタッフインタビュー(タクティールケア等)

2月1日(木)

- ・ シルビアホーム視察(ホームの見学と教育状況の聞き取り・意見交換)
(写真2)
- ・ ソルーナ市老人ホーム見学

2月2日(金)

- ・ 帰国のため移動

5. 考察

(ア)シルビアナースの養成(研究と実践の連携)

シルビアホームはシルビア王妃により設立された認知症高齢者を対象とした老人ホームであり、1996年に設立された。シルビアホームではパリアティブ(緩和)ケアを起源とした4つの柱すなわち、①症状コントロール、②家族支援、③チームワーク、④コミュニケーションと信頼関係形成を基礎として認知症介護が展開されている。ここで養成されるシルビアナースは、バリデーション、タクティールケアといった認知症高齢者に対する専門的な介護技術を学び、各コミューン(市)において現場でそれらの知識・技術を伝達する。シルビアシスターの養成数はまだ多くないが(全国で32名程度:視察当時)、職場において核となる実践・教育におけるリーダーとして機能している状況が見られた。

また介護に関する研究を実践の中に取り入れそれを生かしていこうとする姿勢がみられた。この背景には、研究が単なる知識の活用でなく個別ケアに生かす技術として活用されるためのPBL等の教育システムがあることが考えられる。

(イ) 大学教育におけるPBL

大学教育の特徴の一つとしてリンショーピン大学ではPBLが積極的に用いられていた。PBLは学生が知識だけでなく、自分で学び知識を獲得する力をつけることをねらって行われる実践現場での問題意識を基にした教育方法である。学生にはテーマが与えられ、それについて問題意識を持ち、問題の現状や問題を解決するための方法を調べ自分たちで考えていく中で、本質的な問題を捉え、既存の知識を現場に生かす素地がつくられる。PBLは一人一人病状や個性の異なる認知症高齢者の個別ケアを模索する力をつける教育としても効果が期待できる。基礎教育の段階でこのようなカリキュラムが汲まれていることは想起からの実践力を付ける意味に意義が大きいと考えられる。ただし、チームで取り組む授業であり、一人一人の実力を確実に付けるには講師の高い教育力と決め細やかなシステムも重要となるだろう。

(ウ) 専門職のキャリアアップ

スウェーデンにおける高齢者介護の専門職体系は、看護師・准看護師・補助看護師という流れを基本としたキャリアアップのシステムが確立されている状況であった。この流れの中で研究的な分野に進みより高い知見を得て現場に復帰するということも行われており、それが一般化してスムーズに展開されているということであった。これが教育の成果を確実に積み上げ、現在の専門職としての自分自身の実力を明確にし、自己研鑽へむけて一步を踏み出す素地になっている状況が見られた。

(エ) まとめ

北欧の認知症介護教育の現状の視察のためスウェーデンを訪問した。スウェーデンでは、基礎教育から個別ケアにむけたPBL等の問題対応の自己学習を展開しており、それが研究と実践の橋渡しの基礎として大きな役割を担っていると考えられた。また王立の施設においてシルビアシスターの養成を行い、全国的なケアのスキルアップを展開させるべく活用されていた。

写真1 エイクバッケン視察(移乗体験)



写真2 シルビアホーム



Ⅱ 平成 18 年度第 2 回認知症介護指導者養成研修における講義レビューの分析

1. 目的

認知症介護指導者養成研修は平成 13 年から地域で行われる認知症介護実践研修（13 年当時は痴呆介護実務者養成研修）を企画し、指導する実力を持った講師を育成する事を目的に行われている。研修は前期研修 27 日間、職場研修 4 週間、後期研修 3 日間の合計 10 週間で行われている。職場研修に入る 27 日間の講義演習の内容がその後センターを離れての研修の内容に大きく影響する事から、前期研修の内容を常に現状に合わせて刷新していくことが求められている。

本研究においては、平成 18 年度第 2 回認知症介護指導者養成研修（以下、指導者研修）の講義レビューを基に指導者研修の前期研修における講義・演習の内容の検討を行うことを目的とした。

2. 対象

平成 18 年度第 2 回認知症介護指導者養成研修受講生 15 名

3. 方法

ア 前期研修の期間 : 平成 18 年 8 月 21 日～平成 18 年 9 月 27 日

イ 調査の方法

当日の講義受講後 30 分間の時間を取り、受講生に講義内容のまとめならびに講義の内容や構成に関する評価を行う時間をとらせた。講義内容のまとめについては「満足度」「理解度」「関心度」「期待度」「活用度」の 5 項目について 5 段階のリッカートスケールで回答させ、講義のキーワードを 5 つ記入させ、自由記述で学びの内容をまとめさせた。講義形式か演習形式かにより問いの項目を変更した。演習形式の場合は、「満足度」「理解習得度」「関心度」「期待度」「活用度」とした。

また、講義の内容や構成の評価については、「目的が明示されているか」「資料の提示は適切であったか」「レディネスにあったものであったか」「講

師の話し方は適切であったか」「授業の構成は適切であったか」を同じく 5 段階で評価させ、必要があれば自由記述に詳細について説明できるものであった。講義形式か演習形式かにより問いの項目を変更した。演習形式の場合は「講師の話し方は適切であったか」は問わなかった。

今回は分析の方法として特に 5 段階評価に着目し、平均点が 4 点以下の単元とその項目について自由記述と比較し、内容の検討を行った。

4. 結果

レビューの対象となった単元数はのべ 55 単元であった（講義・演習それぞれが行われた単元については、講義のまとめレビュー 2 種類記入するので単元数を 2 とカウント）。そのうち平均点が 4 点未満であった項目数は 24 項目（該当する単元数 17 単元）であった。

これらの細かい内容については表 1 に示す。

表 1 平均 4 点未満の単元名と項目

N O	教科名	単元名	授業 形態	4 点未満項目
1	認知症介護に関する方 法・研究法の理解	生活環境づくり	講義	話し方 3.7、授業構成 3.7
2	認知症介護に関する方 法・研究法の理解	これからの地域社会を育 む	講義	資料提示 3.7、レディネス 3.8
3	認知症介護に関する方 法・研究法の理解	認知症介護の視点 2	講義	レディネス 3.7
4	認知症介護の実践に対 する指導	認知症介護実践を振り返 る 1	講義	レディネス 3.8
5	認知症介護の実践に対 する指導	認知症介護現場が変わる 戦略	講義	満足度 3.9、期待度 3.7、 レディネス 3.8
6	認知症介護の実践に対 する指導	認知症の人のケアマネジメ ント センター方式の考え 方・活かし方	講義	レディネス 3.9

7	実習等指導方法の実践的理解	実践研修における演習の効果的方法	講義	レディネス 3.9
8	教育成果の評価	職場研修に向けての自己の課題の設定と面接	講義	レディネス 3.9
9	認知症介護研修の体系的理解	認知症介護の理念と方向性の共有	演習	満足度 3.8、資料提示 3.8、レディネス 3.7、授業構成 3.6
10	認知症介護の実践に対する指導	認知症介護実践を振り返る 1	演習	レディネス 3.9
11	認知症介護の実践に対する指導	認知症介護実践を振り返る 2	演習	レディネス 3.9
12	実習等指導方法の実践的理解	演習企画書の作成	演習	レディネス 3.9
13	認知症介護の実践に対する指導	認知症介護実践を振り返る 3	演習	レディネス 3.7
14	認知症介護に関する方法・研究法の理解	認知症介護の視点 1	演習	レディネス 3.9
15	認知症介護に関する方法・研究法の理解	認知症介護の視点 2	演習	レディネス 3.7
16	認知症介護の実践に対する指導	認知症の人のケアマネジメント センター方式の考え方・活かし方	演習	レディネス 3.9
17	実習等指導方法の実践的理解	実習の評価・実習での学びと今後の課題のまとめ	演習	レディネス 3.7

5. 考察

まずほとんどの項目で、評価が平均点 4 点以上という高い数値を示したことは、本研修の内容により、研修生が学びを深め実践に活用できる知識・技術を習得できていることを示唆していると言えるだろう。4 点未満の項目はあるが 3.5 点以下の項目は全く見られないことからそのことが推察

できる。

平均点4点以下の項目が見られた単元は主に講義・演習が1単元に組まれたものであり、また項目としてはレディネスが該当する。

指導者養成研修は認知症介護の教育に関する内容を習得する研修であるため研修生にとって新しい内容のものが多く、教育的な知識を得てそれを演習で活用するという流れにおいて、なかなか自分の準備性を活用して、習得できたという印象を持つまで消化をするということが難しい。このことが平均点が低い要因の一つとして考えられる。

また複数の項目で平均点が4点未満の項目が見られる単元として、「生活環境作り」「これからの地域社会を育む」「認知症介護現場が変わる戦略」「認知症介護の理念と方向性の共有」などが当てはまる。「生活環境作り」「これからの地域社会を育む」は外来講師による基礎知識的を習得する単元であるが、これらについては実際用いた資料を基に講師と相談しながら内容を検討していきたい。

「認知症介護現場が変わる戦略」については、満足度・期待度などについて評価が低かったが、これらについて自由記述を見ると単元名とない用とのギャップについて指摘している記述が見られた。指導者研修で得られた知識・技術を活用しながら、現場が変わるために自分自身がどのような役割をとっていけばいいか考察することをねらいにしていたが、「現場が変わる方法自体を知識としてえたい」という希望を持った研修生とのギャップがこのような評価を生んだものと考えられる。しかし、現場が質の向上を目指して方向性を転換していくためには、こうすればいいという決まった方法論があるわけではなく、研修生である自分自身のスーパーバイズ等の力量や現場の教育やスタッフのレディネス、その他の物理的経済的環境などにより大きく変わってくるものである。そのような理解を得ながら単元を構築していく工夫がこう試薬のスタッフに求められるといえるだろう。

認知症介護の理念と方向性の共有については、満足度、資料提示、レディネス、授業構成など、主に授業の構成についての部分で評価が4点未満であった。この単元は指導者養成研修におけるはじめてのグループワークであり、演習の展開やまとめの中で、研修生自らが考え、整理していく過程を体験していくこととなる。そのような研修全体の方針に関わる部分に

関する理解が低いということがひとつの要員となっていると考えられる。ただし、演習のまとめについての整理をより正確にすることを希望する意見もあり、その点に関しては最低限の単元おとしどころとして何を考えれば良いかまとめの方向性を提示するという方向で授業を精査していくことが求められるといえるだろう。

6. まとめ

認知症介護指導者養成研修受講生に授業の評価を求めその結果を基にして研修内容の精査をした。平均点が4点未満項目が24項目、17単元ありそれらの評価の背景と今後の改善の方向性について考察した。

Ⅲ 認知症介護指導者フォローアップ研修における学びのまとめ

1. はじめに

認知症介護指導者養成研修やフォローアップ研修において認知症介護指導者がどのようなことを学び、実際の活動においていかに活かしているのか、また認知症介護の現場にどのような変化が起きているのか、すなわち指導者養成研修とフォローアップ研修の教育効果を明らかにすることを目的として、フォローアップ研修受講者に対してグループインタビューを実施した。

2. 方法

対象者は、平成17～18年度に実施したフォローアップ研修に参加した認知症介護指導者合計65名である。研修の初日、オリエンテーションにおいて研究の目的および方法等について説明し、研究への参加について同意が得た。

対象者を3～4名のグループに分け、各グループに東京センター研修スタッフがグループインタビューを約1時間30分実施した。フォローアップ研修は合計5日間の研修であったが、グループインタビューは研修の最終日である5日目、修了式の直前に行った。

インタビュー項目は、「指導者研修受講前後を比較し、研修に参加したことがきっかけになって自分や職場が変化したと思うのはどのようなことか」「指導者研修での学びや気づきを生かして、研修修了後に取り組んだこと・取り組んできていることは何か」「フォローアップ研修に参加したことを通して、気づき、学んだことは何か」「フォローアップ研修での気づきや学びを生かして、今後何をしようと思うか」であった。インタビューの内容は、対象者の同意を得てテープに録音した後、逐語録にし、その後それぞれの質問項目ごとに、対象者から語られたものの内容類似性を検討して整理した。

3. インタビューのまとめ

1) 指導者研修の教育効果について

指導者研修を受講した自分自身の変化として、「認知症についての理解を深めることができた」「認知症の人の理解を深め、ケアを考えていく」「認知症という、病んでいる部分だけをとらえない」「認知症の人は何もわからないのではなく、多くのことを感じて理解しているということが実感できた」「家族、職員、環境、組織のあり方など様々な視点から認知症の人の理解とケアを考えることができるようになった」「認知症の人のアセスメントとケアプランを適切に展開することができるようになった」ということが挙げられた。また「認知症の人や家族にとっての事実を具体的に細かく挙げ、しかもそれらを記録できるようになり、それをもとに自分や自分の施設・事業所のケアの振り返りを確実にできるようになった」ということも述べられ、根拠に基づいたケアを実践するための基礎ができてきていることだと考えられた。さらにこれらの変化によって「自分の認知症ケアに自信が持てるようになった」「自分と自分の施設・事業所の認知症ケアが間違っていなかったと確認できた」ということが、指導者研修後の気づきや学びとして語られた。

さらに「認知症介護において人材育成が重要であることを深く理解できた」「研修カリキュラムの構築プロセスを理解できた」「自分の講義・演習の内容や方法について理解できた」ということがあげられた。その際、「教えるのではなく、一緒に学ぶということを実践するようになった」ということが語られ、ともに成長し育てあうことが重要であると認識されていた。また「自分の施設の課題を分析できるようになり、自施設の質を上げるにはどう取り組めばよいのかが具体的にわかった」ということもあげられた。

さらに指導者研修修了後、自分の職場において「職場の研修が改善された」「自分が担当するフロアの職員が辞めなくなった」「事故が減少した、特に骨折はなかった」「職場がゆっくりとした流れになった」「職員一人一人が考えていることを発言するようになった」「チームワークがよくなった」などの変化があったと述べられた。

2) フォローアップ研修の教育効果について

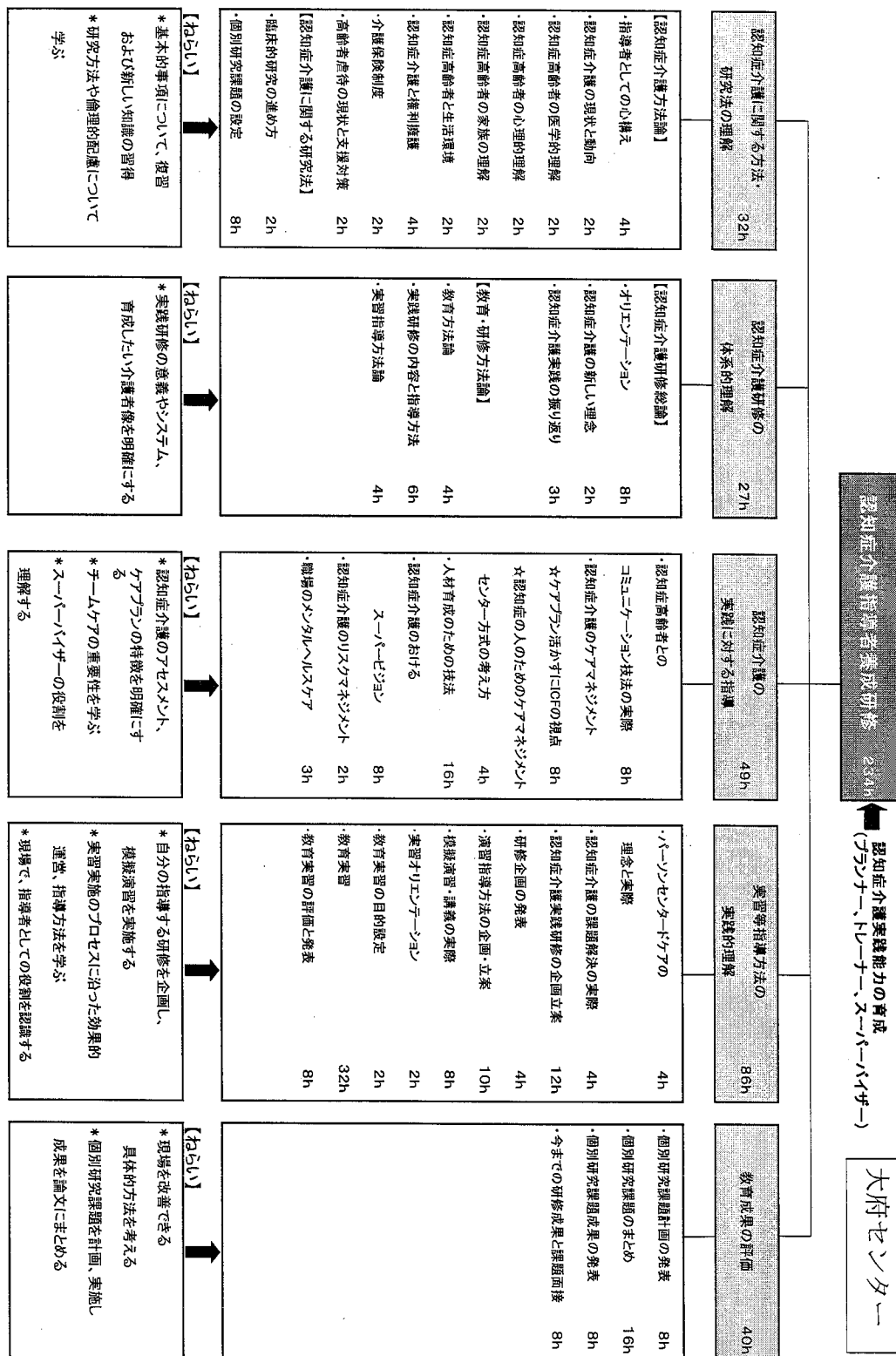
フォローアップ研修に参加した自分自身の気づきや学びとして、

「認知症ケアの最新の考え方を知ることができた」「他の地域の実務者研修でどのような研修が展開されているのか具体的に把握できた」「自分の講義・演習の改善点を明らかにすることができた」「自分自身の現場における質向上の取り組みが研修内容や方法に反映していき、すぐれた認知症介護実践研修を展開できることがわかった」「人材育成は積み重ねていくことが大切であると実感できた」「新しく指導者になった人たちと積極的に交流しセンターが発信している新しい考え方や取り組みについて知る必要性を実感した」「他の地域で行われている実践者研修・実践リーダー研修についての具体的な情報を得ることができた」「地域や指導者養成研修を受講した期を超えて、新たなネットワークを得ることができた」などが挙げられた。特に「自分自身の現場における質向上の取り組みが研修内容や方法に反映していき、すぐれた認知症介護実践研修を展開できることがわかった」ということについては、介護の現場ですぐれた実践を目指している認知症介護指導者の取り組みのプロセスそのものが研修教材となり、研修受講者が研修での学びを生かしてケアに取り組んでいくきっかけやヒントを与えることになるということであると言える。

以上より指導者研修およびフォローアップ研修の目標が研修修了時に達成されていると言える。さらに指導者研修においては、認知症介護実践研修ではもちろん、職場でも研修で学んだことが自信を持って生かされ、現場のケアや職員変わりつつあることが確認された。フォローアップ研修においても、認知症介護指導者としての日頃の取り組みが実践者研修・実践リーダー研修に生かされているということが明らかになった。

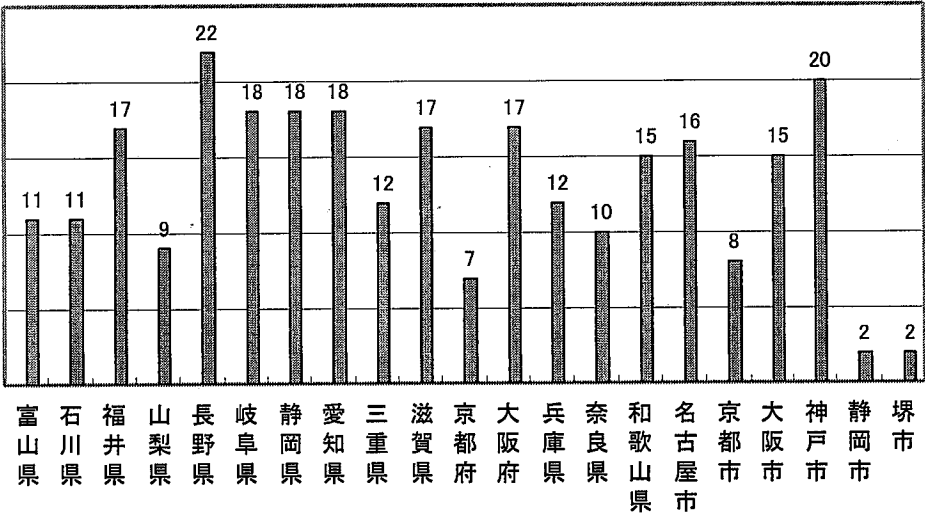
付 録：資 料

資料 1. 平成18年度 大府センター認知症介護指導者養成研修 構造図



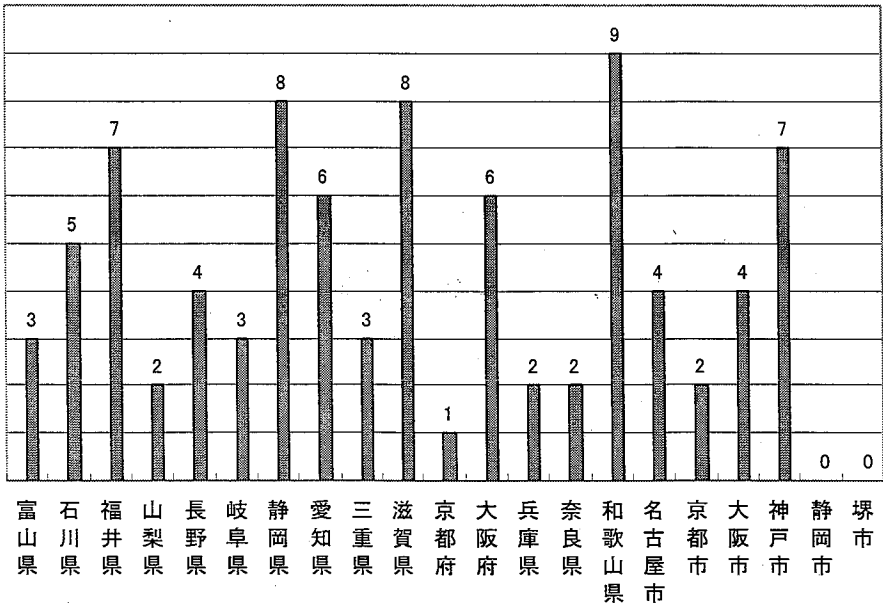
資料 2. 大府センター認知症介護指導者養成研修 地域別受講者数

		平成13年度			平成14年度			平成15年度			平成16年度			平成17年度			平成18年度			計
		1期生	2期生	3期生	4期生	5期生	6期生	7期生	8期生	9期生	10期生	11期生	12期生	13期生	14期生	15期生	16期生	17期生	18期生	
1	富山県	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	11
2	石川県	0	2	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	11
3	福井県	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	17
4	山梨県	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	9
5	長野県	3	0	0	2	1	2	4	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	22
6	岐阜県	1	0	2	1	0	2	0	1	2	0	1	2	1	1	1	1	1	1	18
7	静岡県	0	2	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
8	愛知県	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
9	三重県	0	0	2	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	12
10	滋賀県	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	17
11	京都府	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	7
12	大阪府	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	0	1	1	17
13	兵庫県	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	12
14	奈良県	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	10
15	和歌山県	1	0	2	1	1	0	2	1	0	2	1	0	1	2	0	0	1	0	15
16	名古屋市	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	16
17	京都市	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	8
18	大阪市	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	15
19	神戸市	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	20
20	静岡市													0	0	1	1	0	0	2
21	堺市																0	0	2	0
計		15	14	17	13	17	17	17	17	18	14	17	15	14	16	14	10	16	16	277

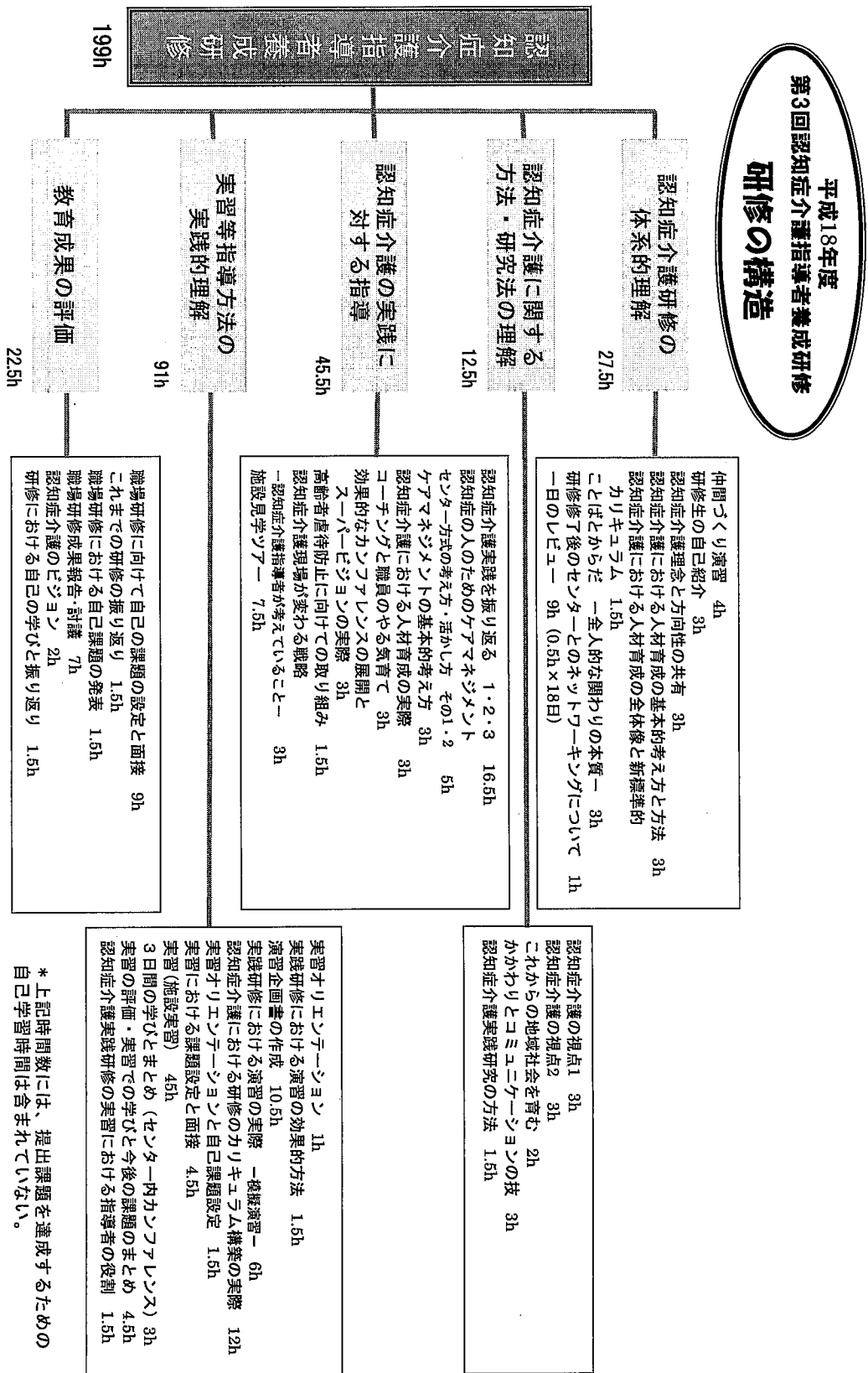


資料 3. 大府センター フォローアップ研修 地域別受講者数

		平成16年度		平成17年度		平成18年度		平成19年度		平成20年度		計
		第1回	第2回	第1回	第2回	第1回	第2回	第1回	第2回	第1回	第2回	
1	富山県	1	1	1	0	0	0					3
2	石川県	1	2	0	1	1	0					5
3	福井県	1	2	2	1	1	0					7
4	山梨県	1	0	0	0	1	0					2
5	長野県	0	0	1	1	1	1					4
6	岐阜県	1	0	0	1	1	0					3
7	静岡県	1	2	1	2	1	1					8
8	愛知県	3	0	0	2	1	0					6
9	三重県	0	1	1	0	1	0					3
10	滋賀県	0	2	2	1	1	2					8
11	京都府	0	0	0	0	0	1					1
12	大阪府	0	0	1	2	1	2					6
13	兵庫県	0	0	0	0	0	2					2
14	奈良県	0	0	1	0	1	0					2
15	和歌山県	0	3	0	3	2	1					9
16	名古屋市	1	1	0	1	0	1					4
17	京都市	0	0	1	0	1	0					2
18	大阪市	0	2	0	1	0	1					4
19	神戸市	1	1	2	1	1	1					7
20	静岡市			0	0	0	0					0
21	堺市					0	0					0
計		11	17	13	17	15	13	0	0	0	0	86



資料 4. 東京センター認知症指導者研修構造図



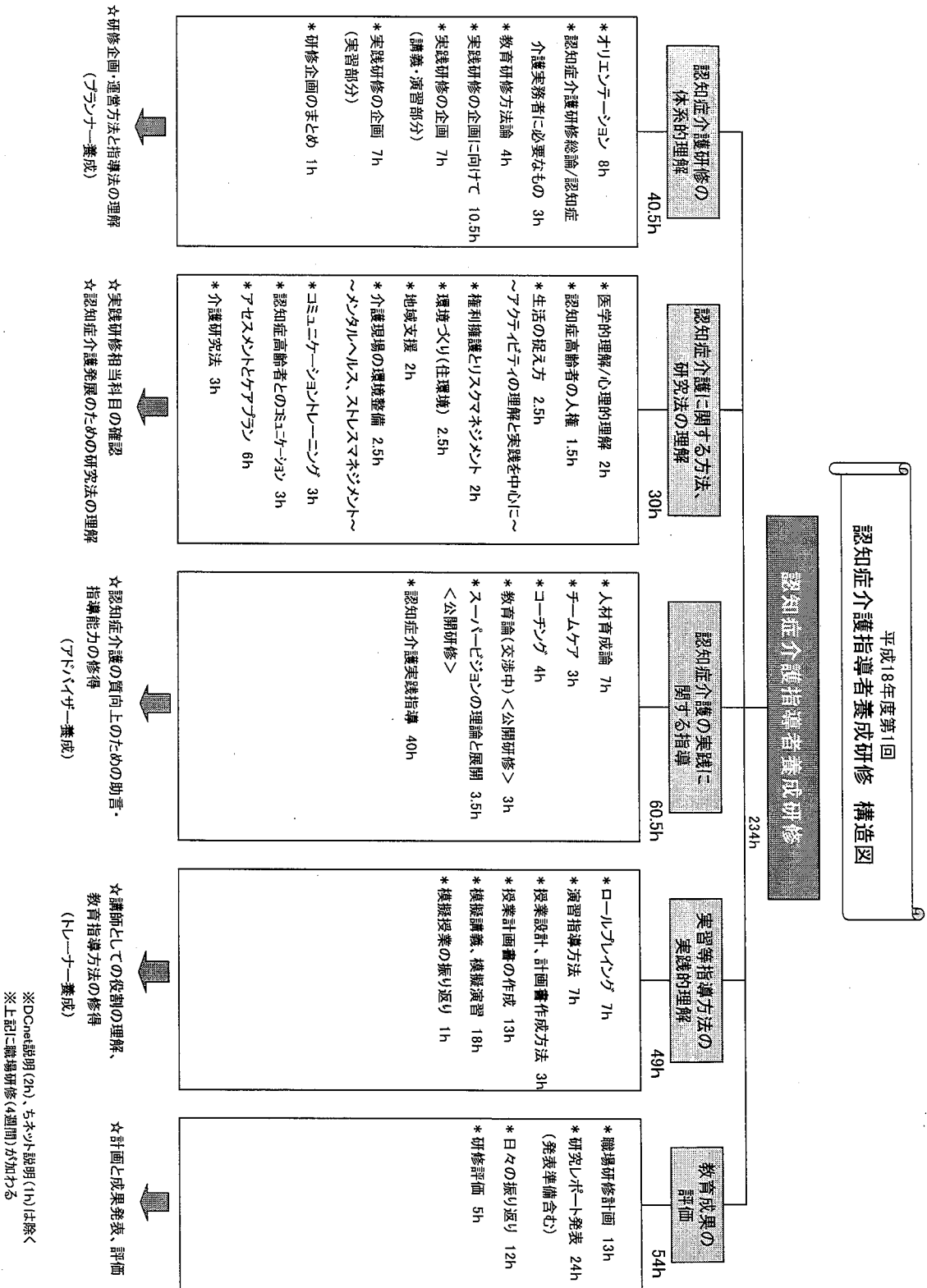
資料 5. 東京センター認知症介護指導者養成研修 修了者数

年度 回数 県名等	18			計
	1 (16)	2 (17)	3 (18)	
茨城県	1	1	1	3
栃木県	1	1	1	3
群馬県	2	0	1	3
埼玉県	1	0	0	1
千葉県	1	1	1	3
東京都	2	1	1	4
神奈川県	1	1	1	3
新潟県	2	0	0	2
福岡県	1	2	0	3
佐賀県	1	0	1	2
長崎県	1	1	1	3
熊本県	0	0	2	2
大分県	1	0	1	2
宮崎県	1	0	0	1
鹿児島県	1	1	0	2
沖縄県	1	1	1	3
千葉市	0	1	1	2
横浜市	1	1	1	3
川崎市	1	1	0	2
北九州市	0	1	1	2
福岡市	1	1	1	3
さいたま市	0	0	0	0
合計	21	15	16	52

資料 6. 東京センター認知症介護指導者フォローアップ研修 修了者数

年度 回数 県名等	18		計
	1	2	
茨城県	0	1	1
栃木県	0	2	2
群馬県	0	1	1
埼玉県	0	0	0
千葉県	0	0	0
東京都	1	1	2
神奈川県	1	0	1
新潟県	0	0	0
福岡県	1	1	2
佐賀県	1	1	2
長崎県	1	1	2
熊本県	0	1	1
大分県	0	2	2
宮崎県	1	2	3
鹿児島県	1	0	1
沖縄県	1	2	3
千葉市	0	1	1
横浜市	1	2	3
川崎市	0	0	0
北九州市	1	0	1
福岡市	1	1	2
さいたま市	0	0	0
合計	11	19	30

図 7 仙台センター認知症介護指導者養成研修 構造図



資料 8. 仙台センター認知症介護指導者養成研修修了者数

		年度																		計	
		13			14			15			16			17			18				
		回数	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2		3
県等名	北海道	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
	青森県	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
	岩手県	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
	宮城県	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		2	1		18
	秋田県		1		1			1	1		1	1		1			1	1			9
	山形県	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		2		18
	福島県	1	1	1	1		2	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
	鳥取県	1	1	1	2	1		1	2		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
	島根県	1		1	1	1		1		1	1		1	1		1	1		1		12
	岡山県	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2		2	2	1	1			19
	広島県	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
	山口県	1	1	1		2	1	1	1	1	2		1		2	1	1		2		18
	徳島県	2	1		1		1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	15
	香川県		1		1	1	1	1	1	1	1	2		2		1	1		1		15
	愛媛県	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		2		1	1	1		17
	高知県	1	1	1		1	2	1	1	1	1		1		1	1		1	1		15
	札幌市	1			1		1		1		1		2	1	1		2	1		1	12
	仙台市	2		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	18
	広島市		3		1	2		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
計		18	18	14	17	18	16	18	18	15	19	17	18	16	18	19	17	15	20	311	

資料 9. 仙台センターフォローアップ研修修了者数

		年 度										計
		16		17		18		19		20		
		回数	1	2	1	2	1	2	1	2	1	
県等名	北海道		2	1	1	1	1					6
	青森県	1		1	1	1	1					5
	岩手県			1	2	1	2					6
	宮城県		1	1		1	1					4
	秋田県	1	1	1	1	1	1					6
	山形県	1	1	2	1	2	1					8
	福島県		2	1	1	1	1					6
	鳥取県	1	1	2	1	2	1					8
	島根県	1		1	1	1	1					5
	岡山県	1	1									2
	広島県	1	1	1	1	1	1					6
	山口県			1	1		1					3
	徳島県		1		1		1					3
	香川県	1		1		1						3
	愛媛県		1		2	1	1					5
	高知県		1	1		1						3
	札幌市			2			2					4
	仙台市	1	1	1	2	2	1					8
広島市	1	1	1	1	1	1					6	
計		10	15	19	17	18	18					97

本研究事業は、平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金により行われた。

【報告書作成者】

責任者 今井 幸充 （認知症介護研究・研修東京センター 副センター長）

作成者 今井 幸充

執筆者 第 1 章 今井幸充（東京センター）

第 2 章 今井幸充、小野寺敦志（東京センター）

第 3 章 今井幸充、中村孝一（東京センター）、大嶋光子（大府センター）、
合川央志（仙台センター）

第 4 章 今井幸充、田口潤（東京センター）

第 5 章 今井幸充、諏訪さゆり、中村孝一（東京センター）

平成 18 年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金事業

効果的認知症実践研修実施に関する研究事業

—指導者研修新カリキュラム策定に向けて—

報告書

発行年 平成 19 年 3 月

研究事業主体：認知症介護研究・研修センター（大府・東京・仙台センター）

報告書発行者：社会法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター

〒168-0071 東京都杉並区高井戸 1-21-1

電話 (03) 3334-2173、 FAX (03) 3334-2718

URL: <http://www.dcnnet.gr.jp>
