

第4回

介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会  
議 事 要 旨

平成18年4月10日（月）

厚生労働省 講堂（低層棟2階）

## 第4回介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会

### 議 事 要 旨

- 1 日 時： 平成18年4月10日（月） 16:00～18:00
- 2 場 所： 講堂（厚生労働省低層棟2階）
- 3 出席者： 井部俊子、京極高宣、國光登志子、高橋福太郎、田中雅子、対馬徳昭、  
中島健一、樋口恵子、廣江 研、堀田 聡子、榊田和平、綿 祐二、  
和田敏明の各委員  
＜事務局＞  
中村秀一 社会・援護局長、石塚 栄総務課長  
矢崎 剛 福祉基盤課長、成田裕紀 福祉人材確保対策室長、  
後藤憲治 福祉人材確保対策室長補佐、石原美和 介護技術専門官

#### 4 議 事：

##### ◎養成課程の教育内容

【高齢者認知症介護研究・研修東京センター 永田主任研究主幹からのプレゼンテーション】

「認知症介護のサービス向上の観点から求められる介護福祉士像とその専門的知識と技術」

【堀田委員からのプレゼンテーション】

「介護福祉士資格のあり方とサービス提供責任者の役割」

【中島委員からのプレゼンテーション】

「大学において、介護福祉士に必要な資質、能力を得るために必要な養成のあり方」

【綿委員からのプレゼンテーション】

「大学において、介護福祉士に必要な資質、能力を得るために必要な養成のあり方」

【和田委員からのプレゼンテーション】

「介護福祉士に必要な資質、能力を得るために必要な養成のあり方」

(京極座長) それでは議事に入りたいと思います。まず最初に永田主任研究主幹から20分程度のプレゼンテーションをいただきまして、その後20分程度質疑をしたいと思います。また本日、各委員からのプレゼンテーションについては、堀田委員、中島委員、綿委員、和田委員に各10分程度行っていただきます。ちょっと少なく、恐縮でございますけれども、きょうは人数が多い関係で、10分程度でお願いします。そして各委員のプレゼンテーションと、事務局からの提出資料の説明の後、意見交換を行いたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは永田主幹、よろしくお願いいたします。

(永田主幹) 永田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。お手元で横紙の資料がきょうの報告資料となります。また関連資料という縦紙、右上のところに永田提出資料とありますものを補足資料として使いたいと思いますので、お手元に2セット御用意いただきたいと思います。よろしいでしょうか。

それでは認知症のケアの立場からです。特に認知症のケアの中でも、現任研修を実施している立場から御報告させていただきます。横紙の方を1枚めくっていただきまして、きょうの報告の骨子です。介護福祉士が直面している認知症の人の生活実態の特徴。これは認知症のケアや人材のあり方を検討する前提として、まずは簡単ですが押さえてみたいと思います。

2番目として、これからの認知症ケアと求められる人材育成。

3点目として、現任者で行われております人材育成の実際と成果と課題。

4番目として、効果的な人材育成に向けたポイント。

5番目として、全体的な課題をまとめてあります。

それではページをおはぐりいただきまして、生活実態のところですが、特徴として3点挙げてございます。介護福祉士の方が、実際現場でどういう生活実態に直面しているのか、特徴の1つ目が多様化の点です。認知症の方は、若年性の発症の方は30代からもみられますので、介護保険の対象ですと40歳からになります。また100歳以上まで、優に60年以上の年代幅、明治生まれから、最近介護現場では、昭和40年代生まれの認知症の方が、利用者として出てきておられます。

また当然ライフスタイルの個別化も進んでおりまして、衣食住、排泄、入浴、整容という基本的な介護技術そのものも個別性の重視が必要となると同時に、ここに例示してありますように、例えば聞きたい音楽というもののの中にビートルズの「イエスタデイ」ですと

か。やりたいことの時間の使い方の中で、ネットで家族と通信したいというように、非常に個別差が出てきている時代になってきております。

そうした中で画一的なケアを行ってしまいますと、当然御本人の尊厳が大きく損なわれ、それが結果として混乱、症状の増悪、自立度の低下、要介護度のアップというような事態が、今起きているという現状です。

右側の矢印で見ていただくように、これからの認知症ケアというのは、ケアの前に地域の高齢者の暮らしの実態を知る。また高齢者介護ということを超えて、年代幅のある個別生活の支援。また本人の多様な力を生かしたエンパワーメントという点を考慮して人材育成を行っていくことで、尊厳の保持等につながっているということが考えられます。

次のページに行ってくださいまして、生活実態の特徴の2番目が、家族の質的な変容が大きい。これは認知症に限らず、すべての対象者で言えることではありますが、特に認知症の方の場合、本人に関する家族の代弁機能が低下しています。またケアに対する本人ニーズと家族ニーズの乖離ということが、大きな課題として今浮上しております。

また単身の認知症の人、老々夫婦2人暮らしもふえているわけですが、2人とも認知症のケース。その他情報量や意識が専門家以上の家族。例えば海外の認知症の最先端の薬やケア技法をインターネットを通じて修得していたり、ケアプランの自己作成に進んでおられるケース等、こうした意味でも家族の多様化が進んでおります。

こうした家族に対応していけないことや、家族支援のおくれが、本人の重度化、虐待等の権利侵害へ発展をしています。また、現場側で家族のこうした多様な状況についていけずに、家族問題として受け止めてしまうと、現場での対応困難ケースや、家族の申し立てをトラブルとしてとらえてしまうというような、そうした現状が多発している状況だと思えます。

こうした家族の変容を特殊なケースではなく、日常的な存在としてとらえながら、右側にありますように、家族の地域での暮らしの実情を知りながら、またかかえ込まずに地域連携を図り、同時に家族との連携を図り、家族の力を借りたり、家族の力を伸ばすというような技術も今求められているところです。

次のページに行きましてもう1点生活実態の大きな特徴が、地域の質的な変化です。認知症の関心が高まっている一方、偏見とか誤解が蔓延している実情があります。それらが早々に在宅から施設で移ってしまう呼び水になってしまっている点。あともう1点ですが、今都会地に限らず地方でも、なじみの商店や役所、病院、銀行等の生活支援機関、町並み、

交通手段が激変したり、なじみのものがなくなり、それが本人の混乱、行方不明、ひきこもり等の大きな背景となっております。

地域での生活支援のおくれが本人の重度化や危険、権利侵害を生む素地になっています。こうした危険なケースに対応するという一方で、他者による安全重視、管理強化ということが一方的に進んでしまいますと、本人の外出や自由、いわゆる生活権の侵害ということも起こってきております。

認知症の人の地域生活を推進してきた認知症ケアの歴史が逆行してしまうというような、そうした現状も、今一方では見られているところです。

介護福祉士の方には、介護の焦点的なことだけでなく、地域の暮らし、あるいは地域連携、地域の力を伸ばすというような点についても、基本的な知識、技術が求められているところだと思います。

6ページに行ってくださいまして、こうした中で社会の変化や地元のニーズに合った人材育成が不可欠です。限られた専門領域、あるいは従来からの固定観念にとらわれていたり、現状で仕方がないという、現場追従型の人材育成では、日常のこうした生活のニーズにこたえられず、利用者の役に立てなかったり、役に立てないので、当然成功体験を持ってない。張り合いや誇り、成長意欲が伸びない。また一番怖いのは、現行の労働条件の中では、介護者による権利侵害が起こりやすいという現状があると思います。

こうした現状を踏まえまして、これからのケアと人材のあり方のところへ進めさせていただきます。右下8ページ目のところですが、この一覧の図が今まで35年間の中で、国内で認知症ケアがどのように進展したかの歴史をまとめたものです。

70年代ケアなきケアの時代から80年代、医学モデルを中心にした施設ケアから発展しまして90年代、小規模ホームの登場等利用者本位のケアが始まってきた。この利用者本位のケアの始まりの90年代の大きな成果としては、当たり前な暮らしの支援、介護者が中心になりながら、ケア職の仕事というのは、認知症の人の当たり前な権利を支える権利擁護の重要な一環であるということが、さまざまな取り組み、そして成果から示された点だと思います。

2000年代に入り、介護保険の導入以降、利用者本位のケアの具体化が進んできているわけですがけれども、深刻なのが質の格差の拡大です。次のページを見ていただきたいと思いますけれども、30年以上かけて利用者の切実なニーズにこたえながら進化させてきた、地域の中での利用者本位のケアに取り組んでいる現場と、30年前からあまり進化のない、問

題対処型、提供側本位のケアで難渋している現場、この質の格差が非常に大きく拡大中であり、研修をしても職員のジレンマとして、研修で最先端のものを学んでも、職場では困難、バーンアウト、離職していくという悪循環が、大きな課題になっているのは、今までもこの委員会で御指摘のあったとおりでと思います。

次のページに行ってくださいまして、これからの認定証ケア、尊厳の保持を目指して利用者本位の認知症ケアをどれだけ実践、具体化できるかということが、大きな焦点であると思います。ここに示してあります図は、構軸が時間的経過、認知症の方の発病から亡くなるまで。縦軸が自立度、適切な支援があれば、症状もそれほど多発することなく、また自立度もそれほど落とさずに保ちながら、死を迎えていける。適切な支援がないと、特に初期から中期にかけて、症状の多発、また自立度を急激に落としてしまい、本人と家族が苦闘すると同時に、このつくられた障害による過剰負担を追っていくことになる。同じ1人の利用者でも適切な支援の有無で、本人のたどるコースも、介護量も非常に違うということを模式的に表した図です。

平均10年と言われる経過を、在宅ケア関係者に始まって地域密着型サービス、また施設、病院というふうにステージに合わせてバトンタッチしながら、どう介護職、医療職と一緒にになりながら、継続ケアを実現していくかということが、今大きく問われているわけであり、こうしたきちんとした継続的な支援があることで、この図の一番下にありますように、認知症があっても症状が緩和したり、自立度維持／向上、介護負担軽減、介護医療コストの削減。また近年では、終末期ケアにありましても、できるだけ本人の食べる力や排泄機能、意向を踏まえたケアにより、過剰な医療を少なくしながらの自然な生の終焉が可能ということが、実証されてきている段階です。

次のページを見ていただきまして、こうした適切な支援の具体を示したものが、この図であります。非常に重要なことは部分的なケアではなく、パラダイムの転換、全体的な見方を一人一人の介護職員、そして組織ぐるみ地域ぐるみで、パラダイム自体を変えていけるかどうかのところ、質の格差を速やかに解消していけるかどうか、大きくかかっているという点にあります。

これまでの認知症ケア、問題対処あきらめのケアから、右側の可能性、人間性指向のケアに体系的に変えていこうというのが、この図となっております。

きょうは時間がないので、ここの1番から7番のところ、これからの人材育成のかぎになるということをお確認いただきたいとします。

その次のページに示しましたものが、これからの認知症ケア、今申し上げた1番から7番、左側に示してありますのが、これからの認知症ケアの7のポイントです。それに沿いまして求められる人材として、それぞれのケアの要素として、チームアプローチ、利用者本位の視点と関係づくり、3番目として個別課題発見、解決能力、4番目として自立支援、生活を活かしたリハビリ、5番目として環境づくり、6番目として地域生活支援、7番目として認知症の方のステージに応じたステージアプローチ、この7項目ごとに必要なスキルと習熟のステップを示してあります。

各項目別に習熟のステップとして、①から③と示してありますが、これが後でも述べます現在の認知症ケアの人材育成の中で、これらスキルアップしていくカリキュラムに組み込んでいるところです。

13ページに行きますけれども、今こうした人材育成の中身をお話しておりますけれども、これからの人材育成の1つの大きな柱として認知症ケア一般ではなく、これからの認知症ケア、特に地元の認知症の人と家族の個別生活支援を自指した、具体的実践力を持つ人材育成が不可欠。認知症ケア一般を習っていても、具体的実践力をどうつけられるかのところが、課題になっているという点。

ケアの基盤として認知症の人の権利擁護やケア者の倫理理念について学び、学ぶだけではなく、自分たちでこれらの倫理について考えることが、必須というふう考えられます。

縦長の方の関連資料の方をごらんいただきたいと思います。縦長の関連資料の資料1のところでは利用者の権利ということで、今申し上げた働く人自身が、どう認知症の利用者の権利を正面から考え、その権利を守るための職員としての倫理綱領を考えられるかという、これは一例です。全国のグループホームの事業者が検討しながら考えた利用者の権利。また次のページに、倫理綱領。既に99年につくられたものがありますので、これも御参考にしていただきたいと思います。

こうした基本的な考え方をベースにしまして、また横長の資料にお戻りいただきたいと思います。15ページから現在の認知症の人材育成の実際のもの示してあります。現任者の方では2001年から認知症介護の研究・研修3センターを拠点とした、現任者の研修ネットワークというのにつくられています。これにつきましては、先ほどの縦長の資料2のところはこの研修ネットワークということで、3センターが拠点になりながら、都道府県から推薦を受けた人材を研修し、その方たちが都道府県に戻っていただいて、現場の方たちの実践研修を行うという、こうしたネットワークがつくられていますので、御参考にして

いただきたいと思います。

先ほど申しました地域の生活の現状を踏まえまして、2001年からスタートしたものですけれども、昨年度2005年度にカリキュラムを既に改正しております。基礎研修というものが実践者研修という名称に、またリーダー研修が実践リーダー研修という名称に、変更になりました。お手元の縦長の資料編の資料3に、今展開しております現任者の方の標準カリキュラムの時間数。また、資料編の5ページ以降の方に、カリキュラムの内容をお示ししていますので、御参考にしていただきたいと思います。

たくさんカリキュラムが並んでおりますけれども、主なポイントは先ほども申し上げました、これからの認知症ケアの骨子に沿って理念を固め、利用者本位の視点を徹底的に入れながら、あとは地域での生活支援ということを盛り込んだカリキュラムの内容となっております。

そのほか各カリキュラムの特徴としましては、講義を最小限に抑えて演習と実習を多く含んでおります。一人一人の個別課題の発見や個別対応能力をつけるカリキュラムということに、ポイントが置かれております。

横紙の報告の方の16ページに進ませていただきます。こうして実践者研修のネットワークと並行しましてもう1点、センター方式の地域推進ネットワークということも、今人材育成の一環として進んでおります。このセンター方式と申しますのは、お手元の資料の、少し飛ばさせていただきますと16ページをごらんいただきますと、センター方式のシートの全体像というのがあると思います。16ページ、17ページ、縦長の資料の方ですけれども、ごらんいただきたいと思います。

センター方式というのは、先ほどの認知症の介護を進めております3センターが、現場のエキスパートとともに開発したものです。利用者本位の視点を確かなものにしなが、総合的な認知症ケアを具体的に実践できるための、多職種が生かすツールとして開発されたものです。

今このセンター方式というものをケアマネジャーのみでなく、現任の介護実務者にも普及させながら、研修の期間中にも個別の課題発見と課題解決を図るという非常にコンパクトな研修、多くは1日6時間単位。可能でしたら2日単位ですけれども、非常にコンパクトな時間でこれらのシートを実際活用して、実践に向けて活用策を展開するという研修を行っております。

これを県単位で推進する人材が、現在404人おり、その方たちが推進役となって現任者



に向けてのセンター方式の普及が行われているところです。

横長の紙を見ていただきたいと思いますが、17ページ、こうした現任者の方へのコンパクトな研修、6時間研修を行った成果を見ていただくのが、17ページ目の対象ケース数及び事業者数というものです。これはセンター方式の検証調査というのが16年度行われまして、465名予防ケースからターミナルまで、また事業者数として地域予防から病院まで889の事業者にご参画いただいたの実証のデータです。

次のページに行ってくださいまして、こうした基礎研修、センター方式を取り入れる6時間の基礎研修で、すぐケースに当たりながら実践を行った結果です。わずか6時間の研修ではありましたが、4カ月後フォローアップのデータをとったところ、本人の変化、家族の変化、ケア者自身の結果、チームの変化ということで、かなり実践的な変化をもたらすことができたという結果を得ています。

急いで恐縮ですが、次のページに行ってくださいまして、今一番人材育成の中で重要になるのが、先ほどのパラダイムの変換、徹底的にケア者の視点を変革しながら、具体的なツールとして何を観察し、何の情報収集をするのか、アセスメントのツールを実務者が使いこなしながら、この19ページにありますように、ケア者が変化をすることで本人の変化、家族の変化、チームの変化ということが総合的に生まれている中で、大事なことは、成功体験をいかに生み出すかということではないかと思えます。

自分たちが短時間でも、研修を受けながら実践に取り組む。きちんとした道具を用いながら取り組むことで、必ず何らかの成功体験を得るということが、先ほどのやりがいのなさ等を解消する大きな手がかりになる部分ではないかと思われます。

こうした中で成功体験も特に激しい症状のケース、虐待ケース、居所移動によるダメージの危険が高いケース、これらについて成功体験の例が数多く報告されるようになり、介護福祉士を中心とした介護者の取り組みが、認知症の方への大きな成功をもたらすということが、形として示されながらスキルアップの呼び水にもなっているところだと思います。

次の20ページは、家族がこうした介護者の取り組みによって、家族の声としてどういうものが上がっているか。在宅のケース、施設のケースとも、ケアスタッフの力量の向上によって、非常に家族自身も虐待等も含めて乗り越えながら、家族自身の力が伸びていくような声が上げられている点も後で御確認いただきたいと思えます。

次の21ページは、これは介護福祉士等の介護職が先ほどのセンター方式シートを医師に渡したことによる成果ということで、21ページの左端にあるのはセンター方式の一つ一つ

のシート名ですけれども、シートを通してさまざまな具体情報、ケアの現場が把握した情報が医師に伝わることにより、右側のシートを利用した活用例ということで、医療の面での適切な医療につながる成果がでてきています。認知症の方で医療と福祉の連携が重要といわれておりますが、この医療福祉の例を具体的に実践するための力量形成、またその成果が出てきているという例証をごらんいただきたいと思います。

時間が押していますので急いで恐縮ですが、1つ現任の人材育成の参考例として次の22ページをごらんいただきたいと思います。自治体単位で人材育成にこうした体系的な学びを取り入れた例として、品川区の例を22ページ、23ページ目。また24ページ目以降は自治体単位で取り入れた成果を自治体の方が発表した例を載せてありますので、御確認いただきたいと思います。

大事なのが25ページのところで、標準的な方法が日常的に生かされるようになってくる。体系的な学びを現任者の中に自治体単位で入れていきますと、認知症ケアに関する共通言語が現場で通用するようになる。認知症の方でも自立支援、あるいは利用者本位ということが共通言語として、またそれが具体的なアセスメントシートとして使われ始めることで、ケアの成果が総合的に出てくるという、これは大きな部分ではないかと思われま

す。そのほか26ページ目以降のところは、以上の実際の現任者の人材育成の中で出てきているポイントをまとめてありますので、簡単にお伝えしたいと思います。

27ページのところで、きょうも繰り返し述べてきておりますけれども、徹底した利用者本位の形成ということ。そのためには28ページ。認知症高齢者や要介護者、あるいは利用者として会うのではなく、人と人としてしっかり出会うというような体験学習が不可欠であるという点です。またじっくりと当事者から聞くという。またはそのことを記録したり、伝えるという体験をしてみるということが重要であるということが、これまでの研修の中で明らかになっております。

29ページ、それに関連しますが、認知症の人の体験を知る。認知症の病名等の知識も大事ですけれども、体験を知らないと、提供側本位になってしまうということで、この体験を知るためには、多くの教材がつくられておりますので、今後の介護福祉士の養成でもこうした教材の活用を御検討いただきたいと思います

31ページ、こうした認知症の体験を知るためにも、疑似体験をしてみるということ、演習等。

またその次の32ページのところで、視点の転換。ここで参考までに、SPSDというも

のを書いてありますが、これは現在認知症の模擬役の方のトレーニングというものを行っております。日ごろ認知症の方のコミュニケーションが難しいと言われるかもしれませんが、模擬役とのロールプレイを通して認知症の方への利用者本位の見方の実践力を養うという方法も今開発されておりますので、こうしたものも、カリキュラムの具体の中で、御参考にいただければと思います。

そのほか33ページ、利用者本位の視点で考える。これにつきましては課題解決能力とか実践力をつくる上では、本当に実際問題ケースと向き合っていて考えていくことが求められます。33ページの下の方にありますように、実習で具体的なアセスメントシートを活用しながら、本人がどんな気持ちや姿でおられるのか。また24時間の生活変化とはどんなものかということを実習中に生かしながら、これは即実践力になっていっているところです。

そのほか34ページ。現在の記録の仕方が専門用語中心になりかけているところですが、専門用語中心のアセスメント等になると、残念ながらむしろ個別性が落とされていく。御本人の真意をとらえたり、残された力を発見するために、どうありのままの言葉や姿を記述する力をつけるかということも、課題となっております。そうした例を33、35でごらんいただきたいと思います。

そのほか36ページ。御本人の生活史や家族のこと。自立支援のための力量形成のための素材等を伝えてあります。

37ページはカラーでなかったのを見にくかったと思いますけれども、これはケアマネジャーの経験年数別のセンター方式の活用意向です。四角の線がありますように、むしろまだ1年未満、新人の方が最もこうした新しい方式を取り入れる意向が高く、また取り入れたことでの活用成果を出しています。こうした新しい方式は経験者からという見方もありますけれども、まだ新人、あるいは経験年数の浅い現任者、学生さんも含めながら、こうした体系的な認知症ケアの考え方を反映した人材育成方法が求められているところだと思います。

40ページ以降のところは、現在認知症介護の現任研修をやっていきまして、あきらめ感とか現場ではそんなことはきれいごと、無理よというような抵抗の強い現任者の方も多い現状です。対応策をこの資料に示したように立てながら対応しているところです。

多分介護福祉士の養成校等の中にも、新人学生さんだけでなく、現場から来られている方々も多いと思いますので、こうした現任者の方の課題をどう克服していくかの参考にさせていただきたいと思います。

最後になりますけれども、43ページ、時間数が限られていたり、講師役の不足、実習施設が不足していく中で、忙しい現場や講師役の人たちを摩滅させないで、消耗させないで育てる人も有効に育てていけるかということが重要です。人材育成のネットワークを育てております。これからの介護福祉士の人材育成でも必ず講師不足やこうした実習不足の問題が、当然出てきていると思いますので、認知症のケアの分野での人材ネットワークとの連動した仕組みづくりを御検討いただきたいと思っております。以上で終わらせていただきます。

(京極座長) ありがとうございます。ただいまの永田主幹からのプレゼンテーションに対して、何か御質問、御意見がございましたら、どうぞ積極的に。

特に私から言うのもおかしいのですが、大変御苦勞をなさって、認知症ケアの研修を進めてこられたのだけれども、介護福祉士の養成校でできるものと、あるいは介護福祉士を取った後、いろいろ研修してやらなくてはいけないものとあると思います。どのあたりまで認知症ケアの研修経験から言えるのか。これぐらいまではやっておいてほしいと。そうすれば研修を受けたときに、かなりもっと効果があるというようなことがあると思うんですけれども、そういうことも含めて、私がとぼっちりに質問させていただきましたけれども、お答え願いますか。

(永田主幹) ありがとうございます。先ほどの資料の中で申し上げますと、ポイントのところ、横資料の27ページです。認知症の方のケアの場合、利用者本位の視点をまずきちんと育てないと、提供側のやってあげるケアですとか、提供側から見た問題指向の目線が組み込まれてしまうと、そこからはどんな知識や研修を上乗せしていっても、なかなか変えることが難しい。この利用者本位の視点をきちんと養成校や新人の方で組み込んでいただくと、あとは利用者の視点に立って考えたりとか、あきらめないで利用者本位をつくっていくという、作り出す力が伸びていってくださると思います。

この27ページ、あと28ページ、その前提としてどうしても今は認知症高齢者という、非常にラベリングされたといいますか。症状ですとか、対応困難というラベリングされた見方がプロにも蔓延している。そこをどう取り払うかのところが、大きな点だと思いますので、フレッシュな時期にはむしろ認知症の方でも、非常にたくさんの個別の可能性や、生活史等があるという、人としてのあり方というのを生活の中できちんととらえるというあたりが、ポイントになるのではないかと思います。

(京極座長) どうぞ委員の方、御自由に質問をしてください。

(井部委員) 大変わかりやすく説明していただきまして、ありがとうございました。1つはセンター方式という方式以外に、認知症ケアに関する学習のプログラムがあるのかどうかということです。もう1点は、先ほどのお話とも関連するんですけども、新人、つまり教育機関を出たての人たちが適しているのか。暮らしという点からすると、生活経験が豊かな人の方が高齢者とおつき合するにはいいというふうにも考えられるんですけども、永田さんの今のお話だと、それはいかんと。もっとまっさらな人の方がいいのではないかというような発言ですけども、その点の2つについて、御意見をお聞かせ願いたいと思います。

(永田主幹) ありがとうございました。今認知症のケア人材育成に関しましては、認知症ケア学会が行っております認知症ケア学会認定の資格制度ですとか。あと皆さん御存じのようにバリデーションセラピーですとか、あるいは最近ではDCMという Dementia Care MappingというイギリスからきましたPerson Centeredという利用者本位のケア体系というものがある等の、人材育成のカリキュラムがむしろ非常に乱立しているという状況です。

そのほか多様な療法、例えば回想法ですとか、あるいは音楽療法、そういう療法も含めて、非常にたくさんのプログラムがありますけれども、大事なことは、利用者本位のケアに沿って、それらはパーツであるということの認識が整理されないと、それぞれのカリキュラムを受けたら、それでもう何か認知症のケアにすぐ生かせるというか、そういうふうな誤解が今すごく出てしまっています。そういう意味で利用者本位の体系的なプログラムという点からは、きょう御紹介したセンター方式が、今一番総合的な人材育成のプログラムとして、確立されているものであろうと思います。よろしいでしょうか。

もう1点、新人の点ですけども、私どもも、大学や専門学校からの講義の依頼もありますがアンケートをとったりしています。実は学生さん自身も、おじいちゃん、おばあちゃんに認知症の介護体験を持ち始めている方が非常にふえています。短いながらも18歳。あるいは高校生さんですと、16、17になりますが、15～18の方。確かに人生経験が少ないといっても、それぞれ挫折体験ですとか、自分で買い物をする、あるいは自由等の束縛と戦う等のたくさんの、認知症の方が向き合っているのと似たような生活体験をされています。40歳、50歳の生活体験がなければ、認知症の方の利用者本位になれないというわけではなく、若い方たちの生活体験をむしろ生かしながら、認知症の方のわからなかったり、自己決定が難しかったり、自由の束縛を受けるというような体験の共通項を見つけたり。

生活の一つ一つの重要性に気づいていってもらおうという。そして組み立てを工夫すれば、十分ニューフェイスの方にも生活ということを知ってもらおうことが可能であったり。

むしろデータからは、学生さんが自分たちと体験していることと似ている。認知症の人の体験というのは、わからないことだらけで、周りからいっぱいのことを要求されて、自分の力が発揮できないでプライドが傷つけられている等も含めて、かなり若い方というのが、認知症の方に親和性を持ちながら利用者本位の目になれるような可能性も、十分あるのではないかというふうにとらえているのが、今の私どもの考え方です。よろしいでしょうか。

(樋口委員) 永田主幹を初め、皆様のお力で各センターなどで非常に認知症介護の研究や研修が進んでいるというのは、そのとおりだと思います。でも人数からいってまだまだ寥々たる数ですね。ここでの研修を一体地域といいたいでしょうか、現場へどのように広げる仕組みができているのか。あるいはそちらのセンターでなさっている、開発なさったことを、今ここにたくさんの養成校や機関の方がいらっしゃいますけれど、その成果がどういうふうにして、生かして広げていけるのかということが1つです。

それから資料の9ページでしたけれど、認知症に関しては私などは、以前に比べて非常に認識が進んできて結構だなと思っておりましたら、実はあまり進化のないところもあって、質の格差が拡大中というお話がございました。これは大変ゆゆしいことだと思いますし、あり得ることだと思います。この格差拡大を是正するためには、どういう方向でどんな対策をとったらいいのでしょうか、だれが一番、端的に言って格差拡大をつくる上で悪いのですか。事業者ですか。そのあたりを聞かせてください。

(永田主幹) ありがとうございます。実はとても言いたいところだったのです。まずは、多数の人数のことにつきましては、きょうの横長の資料の一番後ろ45ページをお開きいただきたいと思います。私どもは早くいい教材を無料で、どう広げられるかという。ホームページ、DCネット、センター方式に関しては、いつどこネット等で教材とかあるいはシート等、また活用事例等の情報を発信しています。これについては、特に教員の方などにはぜひ教材やシート、ホームページ等をどんどん活用して、標準的な中身や材料を学生さんにも渡しながらか展開していただきたい。

ただし、まだホームページ自体も浸透が広まっていない事態もありますので、それにつきましては先ほど申し上げた人材ネットワークということで、今全国の都道府県で、これは認知症の介護の職員だけではなく、ケアマネジャーさんにも浸透をはかっているところ

です。ケアマネジャーさんについては、かなり全国津々浦々活動されていると思いますので、今ケアマネジャーの協会とタイアップしまして、地域の中でのこうした認知症ケアの推進役を、一緒に育成をしています。それが先ほど申し上げた、今全国で404名の推進役、ということになっています。

それから私たちの中で、一般論ではなく、ケアマネジメントの実践を通して新しい認知症ケアの考え方とかスキルを伝えていくというような取り組みをしているところです。

ただしこれは本当にまだ弱いところで、教材開発等が急務になっているところです。

もう1点ですけれども質の格差について、はっきり申し上げますと、一番キーパーソンになれるのは自治体職員の方だと思います。先ほどの地域のコアになる人材育成も含めまして、それぞれの都道府県で推進役になる数の格差が大きく開いてきております。それは県でそういう人材をきちんと推薦できるかどうか。また推薦が形骸化せず本当に地域の中で新しい取り組みを推進していく人材を推薦したり、推薦しただけではなくバックアップをしていて体制を持っているか。とにかくこれからは体系的にやっつけていかないと、質の格差は埋まらない。

あと推進役等のコアになる人材をつぶさないようにというのが、私たちの今の一番の悲願です。中心になる人たちに、研修、フォローアップ等も含めて集中して、今優秀な人材が残念ながら、過剰負担になっている。本当に一番何とかしなければだめなのは、そのところです。そういうことも含めて、自治体とタイアップしながら、きちんとした人材の登用と人材が活用できる基盤整備。またその人を中心にした体系的な、先ほど品川の例でも見ていただきましたけれども、自治体単位で効果的に人材育成を図るということを進めていく必要があると思います。

先ほどの品川の例は、現任研修と同時に専門学校がタイアップして取り組んでいる例です。新人の学生さんと現任者が一貫した内容で研修を進めていくという体系を、今進めているところですので、参考にさせていただきたいと思います。

(榭田委員) 認知症ケアの場合に、やはり実務体験を研修の中で入れていかないと、現実問題、座学だけでは無理と思うんです。その場合に例えば事業所、施設なりで実習を受けるときに、やはり施設側は、認知症ケアの実習を受ける場合に、ある意味では抵抗があるんです。

というのは1つは人権侵害的な部分が出てこないのか。それとその方の実習が終わった

後のフォローというのが、やはり1つの秩序が生まれている部分を壊してしまって帰ってしまうという部分があります。そこが東京センターの方ではどういう調整をされているのかというのを、お願いします。

(永田主幹) ありがとうございます。実習のことにつきましても、人材育成の課題ということで、資料の中でも後半、特に42ページ目以降ですとか、幾つか触れさせていただきました。

大事なことは、実習に入ったときに今榊田委員のお話のように、現場の流れとか取り組みに、むしろマイナス面を生じさせないようにということが、大きな課題になると思います。

実習でラインに入って認知症の方のケアをしてしまうと、プライバシーの問題ですとか、なじみの関係がないのに本人を混乱させてしまうという問題がありますので、ケアのラインとか業務を学ぶために入るというよりも、先ほどの利用者本位の視点に立ったり、じっくりとまずは利用者の声を聞いたり、言動を観察する。言動をよく見させていただくというような傍らで、利用者の方と過ごすというようなことを実習の大きな柱にしております。

その中で現場の職員も見落としていたような、本人はまだ言葉が出てくる人だとか、じっくりそばにいるといろいろなものを、むしろ学生さんが力を出してくれて、学生さんが職員も気づかなかった本人の持てる能力を発揮できるとか。実習に入ったことで、むしろ現場側に本人のこれからのケアのための具体的なアプローチのお土産を残してこられると、いいですか、学生さんが発見することで、御本人の今後のケアやケアプランが、充実につながるものを残してこられるということを目指しながらの、ギブ&テイクの実習をどう展開するかということが、大きな柱になっています。むしろ業務を学ぶというよりは、先ほどの徹底的に本人さんをよく見たり、声を聞くということだけでも、実は利用者さんが変わる、というような、大きなフィードバックが寄せられているところです。よろしいでしょうか。

(京極座長) 榊田委員の質問の中には、先ほど質問があった、本人は研修で勉強して変わってきたと。それを施設に戻ったときに施設長さんなり、主任寮母さんなりに伝えて、そしてまた自分も実践しているというプロセスがちゃんとされているかどうかということとも絡んでいるのではないかと思うのですが、そのあたりはどうです。そのあたりはなかなか追跡調査というわけにはいかないかもしれないけれども。

(永田主幹) それは実際の研修をやった後のフォローということですね。それにつき



ましては、さきほどの成功体験の連鎖を示した資料のデータをご覧いただきたいと思います。研修後、その職員が変わり始めチーム全体も変わっていくことが示されたデータです。アセスメントシートを教育用、研修用に特化したものではなく、現場で使うシートと一緒にしていきますので、現場のケアに反映され、フォローアップもしやすい。よろしいでしょうか。

(対馬委員) どうもありがとうございました。お聞きして認知症の方を地域で支える。これは極めて大事なことでありますが、やはり一番認知症の方に接するのは、スタッフだろうと私は思うんです。そういう意味ではスタッフの資質が大事だろうと思っています。その中で認知症のケアを進めるためには介護福祉士を育成する上で、どういった教育を足すのが必要かというふうに質問させていただきたいのですが。

私は重度の高齢者であっても、日中穏やかに生活することが、一番大事だろうというふうに思っています。そのためには日中の生活リズムをどうやってつくるかが重要です。こういった教育が今の介護福祉士のカリキュラムの中に不足しているのではないかと、私は思っているんです。

問題の2つ目はやはり残存機能をどうやって引き出すのかということでもあります。私どもの会社でやっているグループホームのスタッフには、リュックサックを背負いなさいと。そのリュックサックにその年寄りの例えば生活歴、職歴を全部入れて、そしてそのリュックサックの中から利用者が必要なものを引き出してもらおう。こういった教育をしている最中です。

私はやはりこういった残存機能をどうやって引き出すのかということが、介護福祉士のカリキュラムに不足しているというふうに思います。ぜひ永田主幹の御意見を賜りたいと思います。

(永田主幹) 縦長のきょうの関連資料の後ろ2枚をごらんいただきたいと思います。これは実習、あるいは現場で使っているシートを参考例でお持ちしました。これは利用者の許可を得て、また研修用に加工してあるものなので、ごらんいただきたいと思います。

今対馬委員からお話がありました、日中穏やかにという日中の生活リズム等を整えることが必要ということにつきましては、一番後ろのページをごらんいただきたいと思います。利用者の生活リズム等が事実としてどうか、どういう背景があるときに生活が乱れるのか。あるいはどういう刺激、背景があれば、状態像がよくなるのかという事実が重要です。事実に基づかない臆測でのアセスメントや、一般化されたケアプランや取り組み方で、空回

りしていることが多い現状が見られます。

個々の利用者が日中どのような生活パターンで過ごしているかを、ヘルパーさん、あるいはデイ、ショート等他職種共同で共通のシートで生活リズムやパターンを把握したり、あるいは影響を与えている要因等を探っていくと、かなりの的を得たケアにつながっていきます。事実や根拠に基づいたケアのために、もっと現場の方たちに観察とか記録力を強めていくことが、今おっしゃられた日中の生活リズムとかに必要なところだと思います。

あとそのページを1枚戻っていただきまして、18ページ、絵が描かれているものですが、先ほどの残存能力ということも従来の身体介護とはやはり認知症ケアの場合は、全くアプローチの仕方が異なります。身体的なアプローチでは、本人をむしろ脅かしたり残存機能を出さない。認知症の不安が強い方に、どう本人の安心とか尊厳としての本人の個性生活を大事にしたアプローチをしていけるか。

なかなか利用者本位や尊厳といっても、文字情報では現れにくいことを絵に描いたり、グラフにしたり、事実を集めたりしながら、残存能力の発揮に向けたケアの具体を見つけていく。そのためにこうした18ページ目のシート等も使っております。

今まで介護の技術が、観察といっても何を見ていいのかの観察ポイントが非常に身体に偏っていた面があったり。記録も文字情報が中心でした。もっと認知症の方の場合は、文字にならない御本人の尊厳にかかわるようなビジュアルな情報ですとか、あるいは言葉にならないサインや、ここに●印で、御本人が言った生の言葉が載せられていますけれども、間違ったことでも御本人のきちんとした言葉に基づきながら、要望やあるいは混乱の原因をつかんでいくというような当事者本位の記録や観察のあり方を組み立てていく必要があります。標準的な方法で技術を磨いていくことで、対馬委員が今おっしゃってくださった残存機能の発揮の支援にも実践的につながっていくことではないかと思います。以上です。

(京極座長) まだ報告者、プレゼンテーションの方がたくさんいらっしゃいますので、とりあえずちょっとここで中断いたします。堀田委員、中島委員、綿委員、和田委員ということで、10分ずつお話をいただいて、今の永田委員への御質問も含めて、後でまとめてお願いいたしたいと思います。

それでは堀田委員の方から、よろしく願いいたします。

(堀田委員) 東京大学の堀田でございます。「介護福祉士資格のあり方とサービス提供責任者の役割」ということで、御報告させていただきます。2002年から2005年にかけて私どもが行ってきた6つの調査を分析し、最後のページの参考資料に挙げております『介

『介護職の能力開発と雇用管理』というリサーチペーパーに取りまとめております。きょうは、このうち主にヘルパーとサービス提供責任者にかかわる調査の分析に基づいて、御報告をさせていただければと思います。

まず1番目ですけれども、訪問介護職の介護能力と介護福祉士資格の関係、それからサービス提供責任者の人事管理能力の関係ということで御説明いたします。その前提として、まず訪問介護職の職業能力を測る尺度を開発しております。訪問介護職の多くが取得しているホームヘルパー2級資格は130時間の研修で無試験で取得できるため一定の職業能力を担保しないものになっているということで、具体的に現場で発揮可能な職業能力を把握する尺度を作成する必要があるだろうという考え方から、つくったものです。

図表1に枠組みを抜粋しております。訪問介護職の職業能力の幅と深さを測定する尺度になっております。こちらに抜粋しているのは、身体介護の中で入浴介助、生活援助の中から買い物、人間関係構築にかかわるスキルということで、関係構築ですけど、こういった感じで全部で18個の介護業務を挙げまして、それぞれ3つずつAからCの仕事例、ベテランヘルパーさんの経験をもとに挙げていきまして、調査を重ねてリバイスしていったものです。挙げていって、それぞれの仕事例について、訪問介護職の方御本人に、「実務経験があり確実にできる」というところから、「実務経験がない、あるいはほとんどできない」というところまで、5段階で自己評価をしていただく仕組みになっております。

こういった枠組みをもとに、いわゆる登録型のヘルパーさんを対象としたアンケート調査を幾つか行っています。2ページに行ってくださいまして、この枠組みで職業能力を測定して4種類の介護能力得点というものを算出しております。全体としての介護能力を見るものとして、総合得点というもの、それから身体介護の得点、生活援助の得点、人間関係構築にかかわる介護能力の得点です。

それぞれの得点の算出方法は、図表2の中にあるのですが、前のページの枠組みで、5段階でつけていただいた自己評価を得点化して、各分野、身体介護なら身体介護、生活援助なら生活援助にかかわる業務、人間関係構築に関しては、ここに書いてありますような5業務についての得点を積み上げていっています。

こういった形で1,600人ぐらいの訪問介護職の方の介護能力得点を算出しましたところ、大変得点のばらつきが大きいということがわかっております。具体的には総合得点でいいますと、計算上は最高が225点、最低が45点になるわけですが、実際にアンケート調査をいたしましたところ、最高はやはり225点の方がいらして、最低は54点の方まで、とても

幅広くばらつきがあって、個人差が大きいということがわかりました。

訪問介護職の介護能力のばらつきの要因は何だろうかということを次に探っております。まず介護福祉士の資格を持っているということは、介護能力得点に影響を持っているのだろうか。あるいはそれが影響を持っていないのであれば、何が訪問介護職の介護能力に大きな影響を及ぼしているのだろうかということを見ています。その結果が図表3の重回帰分析という簡単な分析ですが、縦に並んでいますもの、介護の仕事の通算経年数、在宅のみ、身体介護メイン等とかというそれぞれの変数が、横に並んでいる介護能力の総合得点や身体介護得点、生活援助得点、人間関係得点、それぞれの得点に影響を及ぼしているかどうかというものを見た分析になっています。

\*がついているものが影響がありという意味です。土が影響の向き、それから絶対値例えば0.297とか0.206といった値が影響の大きさを示しています。

これをまとめますと、まず訪問介護職の職業能力の規定要因として、介護の仕事の通算経年数、それから経験してきた仕事、研修を受講してきたかどうかといったことに加えまして、所属事業所のサービス提供責任者の、対ヘルパーにかかわる人事管理能力というものが、重要な役割を持っているということがわかりました。

一方で縦に並んでいるところのヘルパー1級、介護福祉士ダミーというところを見ていただきたいのですが、\*がついていますのは、身体介護得点のところだけになっています。介護福祉士もしくはヘルパー1級の資格を持っていること、あるいはその下にあります、福祉関係の大学や専門学校で勉強したかといったことは、必ずしも介護能力の保証にはなっていないという結果が出ています。

次に3ページですけれども、では介護福祉士の資格を持っていることは、あまり介護能力の保証になっていないということ、一方で所属事業所のサービス提供責任者の人事管理能力が、訪問介護職の職業能力に影響を持っているということがわかったわけですが、もう1つ、サービス提供責任者と介護職の定着との関係を見てみましましたところ、サービス提供責任者が人事管理能力を発揮することというのは、訪問介護職の定着にもよい影響を及ぼすということがわかりました。定着を促進するということは、結果として業務経験を通じた能力向上の促進につながりますし、教育訓練投資の効率化にもつながるということですから。訪問介護職の能力向上プラス彼らの定着を促すことの両方の面で、サービス提供責任者が大きな役割を持っているということがわかっています。

それでは訪問介護職の職業能力開発のかぎを握っている、サービス提供責任者に求めら

れる職業能力というのは何だろうかということ、次の2番で見えています。

そもそもサービス提供責任者というのも、皆さん御存知だと思いますけれども、まず利用者さんの介護ニーズを適切に把握して、訪問介護計画書を作成するという、それからその計画書の内容を実現できる職業能力を備えた訪問介護職を育成して、選択して配置するという大きく2つの機能を果たすことが求められています。この機能を果たすためには、サービスの需要と供給のマッチングを図ること、そのために訪問介護職の職業能力を把握して、その能力開発を支援できるような人事管理能力が不可欠であると言えると思います。

逆にこういった人事管理能力というのは、訪問介護職全員に求められるわけではなく、現場の管理者であるサービス提供責任者固有の求められる能力ということになるかなと思います。もう1つ訪問介護職としての職業能力、高い介護能力を持っているということが管理者としての職業能力を担保するものにはならないということも逆の面で言うことができます。

それでは訪問介護職の能力開発を支援できるような人事管理能力、サービス提供責任者に求められる人事管理能力というのは何だろうかというのを下に整理しております。

ヘルパーさんたちの育成にあたりましては、ほかの職種と同様で、実務経験を通じたいわゆるOJTといわれる職業能力開発、これをあくまでも中心として、それに実務を離れた研修や講習会、いわゆるOff-JTといわれるものを組み合わせて実施していくことが重要だということがわかっております。

特に先ほどの介護能力得点と通算の介護の経験年数との関係を見ますと、経験年数が1年未満の訪問介護職は、すべての仕事が「だいたいできる」レベルには達していないということがわかっていますので、最初の1年間は見習い期間と位置づけて、計画的に職業能力開発を行うことが求められています。

その中では職業能力の伸張に即した仕事の与え方、それから能力開発に関するアドバイスがかぎになります。

具体的には下に挙げたようなことですが、利用者さんや御家族、同僚からの声、ヘルパーの自己評価や同行指導を通じた職業能力の把握、それから能力や希望に応じた仕事の割り振り、定期的な同行指導を通じた実務の中でのアドバイス、サービス提供責任者やベテランヘルパーと情報交換ができる場の設定など、これに加えてOff-JTの機会をどうつくっていくかといったような能力が求められていくのかなということがわかって