

平成 22 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業

認知症介護従事者研修のあり方に関する  
研究事業

報告書

平成 23 年 3 月

認知症介護研究・研修東京センター

## はじめに

認知症介護の質向上を目指し、全国各地の事業者団体、専門職団体等では、認知症介護従事者に対する研修（以下、「従事者研修」とする）が実施されています。中でも都道府県ならびに政令市が事業主体として実施している認知症介護実践者等養成事業（実践者研修、実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修）は、その前身である「痴呆介護実務者養成研修基礎課程・専門課程」が2001年度に開始され、10年目を迎えています。そして平成21年度からこれら研修の修了者に対し、介護保険制度において介護報酬が加算されることになるなど、この研修への関心が高まっています。また、同年から実践者等養成事業を軸として認知症介護従事者研修のあり方を検討する研究事業がスタートし、実践者等養成事業の効果判定、ならびに各地で行われている認知症介護研修に対する評価、さらなる認知症介護の質向上のための人材育成を推進するための新たな体制づくりが期待されています。

そこで、本研究事業では、これまで実施されてきた認知症介護実践者等養成事業の成果を検証し、課題を明らかにします。そして、次の10年を見越し、将来の我が国の超高齢社会に適した認知症介護専門職の人材育成の方法を提案します。

# 目 次

はじめに	1
目次	1
第1章 認知症介護従事者研修のあり方に関する研究事業について	1
1. 研究目的	2
2. 委員会メンバー	2
3. 認知症介護従事者のための 認知症介護実践者等養成研修事業の概要	3
1) 認知症介護従事者研修の現状	3
2) 認知症介護従事者研修の意義と課題	4
3) 認知症介護指導者研修の現状と課題	6
4. 実践者等養成事業の10年と現在のカリキュラムの概要	7
1) 実践者等養成研修の実態	7
2) 実践者等養成研修の10年	8
3) 実践者等養成研修のカリキュラム概要	9
4) 実践者等養成研修の成果	10
5) 実践者等養成研修の課題	10
5. 認知症介護指導者研修事業の10年とカリキュラムの概要	11
1) 指導者研修の実態	11
2) 指導者研修の10年	11
3) 指導者研修のカリキュラム概要	13
4) 指導者研修の成果	13
5) 指導者研修の課題	14
6. 認知症介護実践者等養成事業と各専門職団体・関連学会に おける認知症介護研修（認知症ケアの研修に関する実態調査）	14
1) 調査の概要	14
2) 時間数の比較	15
3) カリキュラム内容の比較	16

4 ) 比較からみえる	
認知症介護実践者等養成研修と他研修等との関係	17
<b>第2章 委員会における討議結果</b>	20
1 . 委員会討議結果要旨	20
1 ) 委員会の目的	20
2 ) 委員会のメンバー	20
3 ) 委員会の論点	21
4 ) 討議結果を踏まえた今後の方向性	21
<b>第3章 認知症介護実践者等養成研修の有効性と限界</b>	29
1 . 認知症介護実践者等養成事業の有効性と限界の検討	30
2 . 効果の測定指標について	30
1 ) 認知症介護実践者等養成研修修了者の	
認知症ケア実践からみる研修の有効性 ( 調査 1 )	30
2 ) 認知症介護実践者等養成研修修了者の認知症ケア実践の	
課題からみる研修の有効性 ( 調査 2 )	31
3 ) 認知症介護実践リーダー研修修了者の認知症ケア実践に関する	
自己評価とその上司の評価の関係性からみる研修の有効性	33
4 ) 認知症介護指導者とそれ以外の実践者が考える、質の高い認知症ケ	
アのための実践内容の比較からみた研修の有効性 ( 調査 3 , 4 )	34
3 . 認知症会の実践者等養成事業の有効性と限界	36
1 ) 認知症介護実践者等養成事業の有効性	36
2 ) 認知症介護実践者等養成事業の限界	37
3 ) まとめ	37



2)	「認知症の医学知識等」に関する 各団体研修カリキュラムのばらつきの是正	60
3)	研修内容を読み替えるための条件	60
4)	認知症専門ケアと位置付けるための条件	61
4.	認知症ケア研修等の研修基準に関する今後の方向性(提案)	61
1)	研修基準に関する今後の方向性	61
5.	まとめ	64
1)	研修基準と読み替えの関係	64
2)	研修基準と認知症ケア加算との関係	65
<b>第7章</b>	<b>総合考察</b>	<b>67</b>
1.	認知症介護従事者研修の現状と課題	69
1)	<u>認知症介護実践者等養成研修認知症介護実践者等養成事業</u> に対する評価	69
2)	認知症 <u>介護指導者介護実践者等養成研修事業</u> の課題	71
2.	新しい認知症介護従事者研修構築に向けた改革	75
3.	まとめ	79
巻末資料		81
第1章	認知症介護従事者研修のあり方に関する研究事業について	82
資料1-1	認知症ケアの研修に関する実態調査	82
第2章	委員会における討議結果 資料編	89
資料2-1	第1回研究委員会議事録	89
資料2-2	第2回研究委員会議事録	95
資料2-3	第3回研究委員会議事録	99
第3章	認知症介護実践者等養成研修の有効性と限界 資料編	103
資料1	調査1の結果	104
資料2	調査2の結果	107
資料3	調査3の結果	118
資料4	調査4の結果	125

第4章 認知症介護実践者等養成事業に関わる	
都道府県担当者セミナー資料編	132
資料3-1 セミナープログラム	132
資料3-2 事前アンケート結果	134
資料3-3 分科会の結果	150
資料3-4 総合討論の結果	154
第5章 認知症介護の質向上に寄与する研修のあり方 資料編	157
資料5-1 「認知症ケア従事者が感じている認知症ケアの課題」 及び「市町村職員が認知症ケア及び人材育成に関して課題と考 える点」に関する調査結果	157
執筆者一覧	170

## 第 1 章

# 認知症介護従事者研修のあり方に関する 研究事業について

## 第1章 認知症介護従事者研修のあり方に関する研究事業について

### 1. 研究目的

本研究事業は、認知症ケアの質向上のために質の高いケアを提供する認知症介護従事者育成のために、認知症介護従事者研修の充実と新しい認知症ケア研修システム構築することを目的とする。その為には、介護保険制度施行以後に都道府県ならびに政令市で実施されている認知症介護実践者等養成研修の効果ならびに社会的評価について検証すると同時に、学術学会や職能団体等が実施している認知症介護従事者研修の事態を検証し、その効果と課題について明らかにする。

### 2. 研究委員会メンバー

(五十音順・敬称略)

NO	氏名	所属
1	安藤 幸男	認知症の人と家族の会 常任理事 兼 埼玉県支部事務局長
2	長田 久雄	日本認知症ケア学会 理事
3	狩野 信夫	東京都福祉保健局 高齢者社会対策部 部長
4	木村 隆次	日本介護支援専門員協会 会長
5	佐々木 薫	社会福祉法人仙台市社会事業協会 仙台楽生園ユニットケア施設群 総括施設長
6	高橋 明	社団法人 全国老人保健施設協会 研修委員会委員
7	田中 雅子	日本介護福祉士会 名誉会長
8	筒井 孝子	国立保健医療科学院 福祉サービス部 福祉マネジメント室長
9	長井 卷子	日本認知症グループホーム協会 副代表理事
10	中島 紀恵子	日本看護協会看護教育研究センター センター長
11	平井 基陽	一般社団法人 日本慢性期医療協会 前常任理事
12	三上 裕司	日本医師会 常任理事
13	村上 勝彦	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 研修委員会 委員長
14	柳 務	社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター センター長
15	阿部 哲也	社会福祉法人 東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長
16	本間 昭	社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長
17	今井 幸充	社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 副センター長 兼 研修部長

## オブザーバー

18	厚労省老健局高齢者支援課 認知症虐待防止対策推進室
----	---------------------------

## 事務局

19	森重 賢治	社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 運営部長
20	大島 憲子	社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 主任研修主幹
21	中村 考一	社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 研修主幹
22	渡邊 浩文	社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 研究主幹

### 3. 認知症介護従事者のための認知症介護実践者等養成研修事業の概要

#### 1) 認知症介護従事者研修の現状

平成 13 年に介護保険制度下での認知症介護サービスの質の向上を目指した認知症介護実践者等養成事業（平成 13 年当時は、痴呆介護研修事業）が創設された。その後 10 年が経過したが、その間、認知症介護実践者等養成事業での認知症介護実践者研修修了者は約 12 万人、認知症介護実践リーダー研修修了者は 18,000 人、認知症介護指導者研修修了者すなわち認知症介護指導者は約 1,300 人にのぼり、認知症介護の質は明に向上したと言っても過言ではない。

しかし、認知症者の周辺症状（BPSD）の対応や人権擁護など、多くの課題が未だ山積している。さらに、アルツハイマー型認知症をはじめ、認知症を来す疾患、例えばレビー小体型認知症や前頭側頭型認知症などの疾患別ケアの向上や若年性認知症が抱える諸問題への対応については、未だケアの質が十分とは言えない。

平成 20 年度から実施されている認知症介護実践リーダー研修ならびに認知症介護指導者養成研修修了者の配置を要件とした介護報酬加算制度は、認知症介護の質向上の一躍を担うことが期待されている。それ故、各都道府県ならびに政令市（以下都道府県等とする）が実施する認知症介護実践者等養成研修事業の社会的関心が高まりつつあるが、その反面、ますます本研修の意義や価値が問われるようになった。

一方、近年、施設協会や事業者団体、専門職団体、学会等多くの団体が認知症介護従事者を対象に研修を実施しているが、これらの研修では、部分的に内容や対象が重複している場合も多いが、それぞれの研修の目標は異なり、研修のカリキュラムも整理されているとは言い難い状況もある。

さらには、全国の都道府県等で実施されている認知症介護実践者等養成研修（認知症介護実践者研修、認知症介護リーダー研修）では、厚生労働省により標準カリキュラムが指定されているが、実践者研修の講義・演習について都道府県等の68%は、標準未満の時間数で実施されているなど、研修内容に地域格差が生じ、また研修修了生の質の格差も問題になって来た。

認知症介護従事者研修が、現場での認知症ケア質向上に貢献し、認知症者に毎日の豊かな生活を提供することに貢献するには、これまでの10年間の実践者等養成事業を振り返り、その社会的貢献の現状を把握すると共に、これまでの標準カリキュラムや修了生の動向、その他存在する課題を明らかにする必要がある。

また、日本看護協会が実施している認定認知症看護師や日本認知症ケア学会が認定する認知症ケア専門士ならびに認知症ケア上級専門士等は、介護従事者が認知症ケア専門職者と認定され、それらが社会的にステータスを獲得していることから、認知症介護実践者等養成研修事業の改革に大いに参考となる制度である。

## 2) 認知症介護従事者研修の意義と課題

認知症介護従事者研修として都道府県等が実施主体として実施している認知症介護実践者等養成研修には、認知症介護実践者研修ならびに認知症介護リーダー研修がある。その他に、認知症介護サービス事業開設者研、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修がある。これらの研修は、ステップアップ研修でもあり、認知症介護実践者研修修了がその他の研修の受講者要件となっている。

これらの研修の目的は、「高齢者介護実務者及びその指導的立場にある者に対し、認知症者の介護に関する実践的研修を実施すること、また認知症介護を提供する事業所を管理する立場にある者等に対し、適切なサービスの提供に関する知識等を修得させるための研修を実施することにより、認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成し、もって認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ること」である。

この実践者等養成研修に直面している問題は、実践者研修がサービス事業開設者や管理者研修の受講要件であるために、研修受講者の中には認知症介護の技術向上を目的とするよりも、グループホームの開設や管理者資格を得ることを目的にした受講者も多い。これらの中に、居眠りや読書など受講態度が問題な者が目立ち、他の受講者の受講意欲を阻害しているとの懸念もある。

研修参加者の多くがグループホーム職員であり、また全国的にも彼らの受講希望が多いために他の施設や事業所の介護職員の受講機会が著しく制限されている現状もある。その要因としては上記に述べた指定要件の制度であるが、実際の都道府県等の財源の問題もあり、年間の研修定員が少ないことも挙げられる。

限られた定員の中で実施される認知症実践者等養成研修をより充実させるためには、研修入口の部分での受講希望者にアドミッションポリシーを明確化する事と、修了時の評価方法の改革が求められる。それぞれの研修において、その目的と達成目標を明確にして、研修の入口と出口における評価方法の改革が求められる。

また認知症介護従事者研修の意義を考える上で、認知症介護技術の向上と言った一元的なものではなく、指定要件に定める施設管理や人材育成の課題に対しても、幅広くかつ充実したカリキュラムの検討が必要である。

### 3) 認知症介護指導者研修の現状と課題

仙台、東京、大府の3つの認知症介護研究研修センターで実施している認知症介護指導者（指導者）研修は、認知症介護実践者等養成研修の企画運営、ならびに地域の認知症介護のスーパーバイザーとして、さらには認知症の啓発事業やさまざまな地域活動の担い手としての活躍できる人材を育成している。年間約130名の受講者を受け入れ、現在までに全国で約1,300名の指導者が活躍している。

受講者は、主に都道府県等からの推薦された者で、原則的には医療・介護等の国家資格ならびにそれに準じる資格を有し、認知症介護リーダー研修の修了者としている。平成21年度からは、都道府県等の推薦以外に事業所からの推薦者の受講も認められるようになった。

指導者研修の課題は、第一に受講者の質の確保である。研修目的や研修修了者の地域での指導的役割等への理解が十分で無いものが推薦者として受講し、またリーダー研修修了者であっても認知症の知識や実際の介護経験が少ない者の受講が近年特に目立つようになった。その理由の一つに、指導者配置介護施設への介護加算の問題が大きい。それ故、現状では、受講者の選抜を3センター共通で実施しており一定の効果が得られている。しかし、選抜方法には課題が残る。

第二に研修修了に際しての受講者の評価の問題である。研修目的の達成度の評価やその方法につて、本研修開設以来検討し、改善を繰り返しているが、未だ3センター共通の評価方法と受講者へのフィードバックの方法が確立していない。

第三に指導者の地域での活動は限定的で、実際に彼らの活動に対する理解やその状況においても温度差がある。その最も大きな要因として指導者の身分保障や資格認定がほとんどの都道府県で行われていないことで、指導者としての身分保障が明確でないことが挙げられる。

特に事業所推薦により指導者となった者に対しては、都道府県等の扱いに関して温度差が明確であり、その対応が求められている。また、事業者側の問題として、指導者の地域活動に理解を示さず、介護加算要件のみに視点を置いている事業もあることから、指導者の社会的評価が得られない現状もあり、今後の対応が急がれる。

いずれにしても、約 1,300 名の指導者が都道府県等に送り出しているが、それらの地域への認知症介護に関する指導者の貢献度や評価に関する具体的な調査結果がないことから、調査する必要がある。しかし、指導者の地域での存在が認知症介護に大きく貢献しているとはいえず、どの程度認知症者やその家族介護者に貢献しているかを立証する方法には、限界がある。

認知症介護実践者等養成研修が開始されて 10 年が経過した。同時にその研修の企画や運営を担う指導者を育成し、その社会的役割は大きい。また、もう一つの指導者の役割として、認知症に関わる地域活動の促進であるが、この役割に対する指導者の現実的な活動についての調査結果はなく、現実に指導者の活躍の場が地域にはあまり明確にされていない。平成 20 年度に発表された「地域包括ケア研究会報告」にあるように、介護領域専門職のキャリアラダーを確立することが求められている現状で、認知症介護に対して深い知識と高度な能力を有している指導者への地域活動を積極的に推進する制度を考慮する必要がある。

## 4 . 実践者等養成事業の 10 年と現在のカリキュラムの概要

### 1) 実践者等養成事業の実態

認知症介護実践者等養成事業は、厚生労働省老健局長通知「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(老発第 0331010 号、平成 18 年 3 月 31 日付け)( \* 最新改正「認知症介護実践者等養成事業の実施について」の一部改正について」老発第 0326004 号、平成 21 年 3 月 26 日付) によって定められている。

実践者等養成事業は「認知症介護実践者研修(以下「実践者研修」とする)」「認知症介護実践リーダー研修(以下「リーダー研修」とする)」「認知症対応型サービス開設者研修(以下「開設者研修」とする)」「認知症対応型サービス事業管理者研修(以下「管理者研修」とする)」「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修(以下「計画作成者研修」とする)」「認知症介護指導者養成研修(以下「指導者研修」とする)」「フォローアップ研修」により構成される。

指定認知症対応型共同生活介護事業所(介護予防型を含む)の管理者は、指定を受ける際に実践者研修、管理者研修、計画作成担当者は実践者研修、開設者は開設者研修を修了することとなっており、短期利用共同生活介護算定においては実践者研修及びリーダー研修を修了することとなっている。

同様に指定小規模多機能型居宅介護(介護予防型を含む)の管理者は実践者研修及び管理者研修、計画作成担当者は実践者研修と計画作成者研修、開設者は開設者研修をそれぞれ修了することとなっている。さらに、指定認知症対応型通所介護事業所(介護予防型を含む)の管理者は実践者研修及び管理者研修を修了することとなっている。

## 2) 実践者等養成事業の10年

現在の実践者等養成事業は平成13年から始められた痴呆介護研修事業における痴呆介護実務者研修(基礎課程・専門課程)(以下、「実務者研修」とする)を前身としている(厚生省老人保健福祉局長通知「痴呆介護研修事業の実施について」(老発第623号、平成12年9月5日付))。当時の標準的カリキュラムは基礎課程が講義・演習等20時間、専門課程が講義・演習等40時間及び実習80時間で構成されていた。

修了者が3万人を超えた平成15年に当時の老健局長の私的研究会による報告書「2015年の高齢者介護」を踏まえ、「老人保健健康増進等事業『認知症介護実務者研修カリキュラムの見直し作業』事業」によって、5年後に標準化されるべき認知症介護を目指し、認知症介護実践者等養成事業へとカリキュラムが改定された。また、管理者研修が17年から実施されるとともに、平成18年度の介護保険改正と併せて開設者研修・計画作成者研修が実施されることとなった。

平成21年には「認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症日常生活自立度以上の者が20人未満の場合は1名以上を配置し、20人以上の場合は10またはその端数を増すごとに1名以上を配置」すれば介護報酬上の算定単位として一日につき3単位を加算する「専門ケア加算」が創設され、実践者等養成事業は制度上の位置づけも高まっている。

### 3) 実践者養成研修のカリキュラム概要

実践者等養成事業のカリキュラムは、厚生労働省老健局計画課長通知「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」(最新改正：老計発第0326004号、平成21年3月26日付)において位置づけられ、「研修の実施主体はこれを参考として、それぞれの地域の実情に応じて研修カリキュラムを作成する」こととなっている。

実践者研修のカリキュラムは、講義・演習 36 時間、他施設実習 1 日、職場実習 4 週間、実習のまとめ 1 日で構成されており、「1 認知症介護の理念」「2 認知症高齢者の理解と生活の捉え方」「3 認知症高齢者の生活支援の方法」「4 実習」という教科ごとに単元が設定されている。

リーダー研修は、講義・演習 57 時間、他施設実習 3 日以上、職場実習 4 週間、実習のまとめ 1 日で構成されており、「1 認知症介護の理念」「2 認知症介護のための組織論」「3 人材育成のための技法」「4 チームケアのための事例演習」「5 実習」で構成されている。このように、実践者研修が認知症介護の基礎的な知識技術を学ぶ内容となっているのに対し、リーダー研修はチームのリーダーとしてどのようにチームアプローチとリーダーシップの技能を発揮しながら認知症介護の質向上をチームで目指すかに焦点が当たっている。

開設者研修は講義 6 時間、職場体験 8 時間で構成されており、授業として「1 認知症介護の基本的理解」「2 認知症高齢者ケアのあり方」「3 家族の理解・高齢者との関係の理解」「4 地域密着型サービスの取り組みについて」「職場体験」という構成となっている。

管理者研修は講義 9 時間であり、授業として「1 地域密着型サービス基準について」「2 地域密着型サービスの取り組みについて」「3 介護従事者に対する労務管理について」「4 適切なサービス提供のあり方について」という構成である。

計画作成者研修は講義 9 時間であり授業は、「1 総論・小規模多機能ケアの視点」「2 ケアマネジメント論」「3 地域生活支援」「4 チームケア」「5 居宅介護支援計画作成の実際」となっている。

#### 4) 実践者等養成研修の成果

実践研修の成果は、全国の都道府県政令市において独自に調査されているとともに、これまでに認知症介護研究・研修3センターにおいてアンケート調査による検証が行われている。

例えば、認知症介護研究・研修東京センターにおいては、平成20年に全国11の都道府県・指定都市の実践者研修修了者5,114名に対しアンケート調査を実施した(回収率54.3%)。標準的カリキュラムの単元と対応させた設問を32項目準備し、その達成度について「0点：ほとんど意識できるようにならなかった」～「3点：かなり意識できるようになった」の4件法で尋ねた結果、32項目中28項目で平均点2点以上の評価が得られ、4項目で中央値である1.5点以上の評価が得られた。

上記の調査項目において「受講する前から意識できる」と回答したのは回答者中の4.7%～24%の範囲であり、「研修の効果かどうか判断できない」と回答した者はすべての項目において3.1%以下であった。以上から、調査対象となった実践者研修受講者は、実践者研修はほとんどの科目において研修を受けることにより意識が高まり、実践研修から新たな学びをえていることが示唆された。

また、同研究事業においてはリーダー研修でも実践者研修とほぼ同等かそれ以上の成果が得られたことが確認されている。(平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症介護指導者の安定的な確保と効果的な活動のあり方に関する研究事業」より)

さらに、各都道府県・指定都市レベルでも認知症介護指導者を中心に実践研修の効果を測定するための調査が行われ、学会や報告書等で報告が行われている。

#### 5) 実践者等養成研修の課題

ここまで述べたように、実践者等養成事業は、創設から10年を迎え、修了者数においてもその効果においても一定の役割を果たしていることが確認されている。しかし、これらの研修の枠組みにおいては、課題も山積している。

平成 21 年度老人保健健康増進等事業「認知症介護従事者研修のあり方の検討」報告書においては、実践研修の課題として 実践者等養成事業における研修の位置づけの課題（社会的にどのような対象に何を学ばせる研修とするか）、実践研修のカリキュラムのあり方について（研修目的と内容には妥当性があるか）、実践研修の評価のあり方について（対象要件や修了時の目標達成の評価方法をどうするか）、研修の効果評価の課題（実践研修の社会的な価値に関する実態調査の実施）、実践研修の運営に関する課題（受講者の偏りや受けやすさについての課題）、講師の確保に関する課題、研修内容の地域格差の課題、実践研修修了者のフォローアップ（研修修了後、結果を現場に活かしやすい工夫）などが課題として挙げられている。

## 5 . 認知症介護指導者研修事業の 10 年とカリキュラムの概要

### 1 ) 指導者研修の実態

指導者研修は、「認知症介護実践研修を企画・立案し。講義、演習、実習を担当することができる能力を身につけるとともに、介護保険事業者における介護の質の改善について指導することができる者を養成する」とともに「認知症者に対する地域全体の介護サービスの充実を図る」ことをねらいとして実施される研修である。

全国 3 か所（仙台・東京・大府）にある認知症介護研究・研修センターにおいて、前期研修 3 週間、職場研修 4 週間、後期研修 2 週間という構成で、概ね年 3 回実施されている。

指導者研修は平成 22 年度までに各センターごとに 29 回～30 回実施され、各都道府県政令市には 20 名～30 名程度の認知症介護指導者（以下、「指導者」とする）が養成されていることとなる。

1 回の研修の定員は概ね 19 名～22 名程度であり、これまでに 1,317 名が 3 センターにおける認知症介護指導者養成研修を修了している。

### 2 ) 指導者研修の 10 年

認知症介護指導者養成研修は、平成 13 年より行われており、現在 10 年

目を迎えている。制度開始当初は前期研修 6 週間、職場研修 4 週間、職場研修報告 3 日間の合計 10 週間のカリキュラムで構成されていた。

カリキュラムの具体的な内容としては、当時の標準的カリキュラムによると、講義・演習 5 日間（40 時間）、実習等 25 日間（200 時間）であり、カリキュラムを構成する柱としての教科は「1 痴呆介護研修の体系的理解」「2 痴呆介護に関する方法・研究法の理解」「3 痴呆介護の実践に対する指導」「4 実習等指導方法の実践的理解」「5 教育成果の教科」であった。

指導者研修修了者は各県に概ね年間 3 人の修了者を排出し、平成 15 年には各県に 10 人弱の指導者が配置されることとなり、痴呆介護実務者研修が認知症介護実践研修の体系に移行することを背景とし、平成 16 年からは認知症介護指導者に対するフォローアップ研修も開催され、現在も国庫補助事業として継続している。

平成 18 年度には、認知症介護実務者研修から認知症介護実践研修への移行を踏まえるとともに、介護保険制度の改正に合わせて地域ケアに関する内容をより充実させるという課題も挙がり、指導者養成研修のカリキュラム変更が検討された。また、指導者研修の対象要件については、一定数のリーダー研修（旧専門課程）の修了者の確保ができつつあることを踏まえ、研修の対象要件としてリーダー研修修了という条件が加えられた。

平成 20 年度には、都道府県政令市の指導者研修にかかる国庫補助が一般財源化されたことを踏まえ、それまで受講にあたって都道府県政令市の推薦が必要とされていたが、介護保険事業所の長による推薦でも受講できることとなった。それに合わせ、より受講しやすいカリキュラムにするとともに、「地域包括ケア」に関する知識技術の習得を含めた 9 週間の現行のカリキュラムへと移行された。

なお、各センターにおいて指導者研修を修了した指導者は、仙台・東京・大府の各センターにネットワーク組織（以下、「指導者ネットワーク」とする）を立ち上げ、地域の認知症介護の質向上や指導者間の状況共有・意見交換などの活動を行っている。

### 3) 指導者研修のカリキュラム概要

現在の指導者養成研修は標準カリキュラムによると、講義・演習等 25 日間、実習 4 週間の合計 9 週間で構成されている。具体的には前期研修 3 週間、職場研修 4 週間、後期研修 2 週間という構成でカリキュラムが構築されている。

カリキュラムの柱となる教科は「1 認知症介護研修総論」「2 人材育成と教育実践」「3 地域ケアの実践」「4 課題解決の実践」という総論と 3 つの実践となっており、このカリキュラムにおいて研修生は、「トレーナー：講義・演習の企画及び実践者」「プランナー：研修カリキュラム作成者」「スーパーバイザー：職場における教育・指導者」「インタプリター：地域における認知症介護の理解の向上」に関する知識・技術を学習することができる。

### 4) 指導者研修の成果

#### (指導者研修の学習効果)

平成 21 年度の老人保健健康増進等事業において、指導者ネットワークの世話人を対象に 56 名に行った調査によると、指導者研修受講後の変化として、「自施設・事業所のスタッフに変化があった」と回答した者が 85.5%、「自施設事業所の利用者・家族に変化があった」と回答した者が 65.5%、地域に変化があったと回答した者が 58.2%、「自分自身に変化があった」と回答した者が 98.2%であり、指導者が指導者養成研修をきっかけに大きく変化したと主観的に評価していることが示唆された。

#### (指導者研修での学習成果の活用)

また、同調査において、研修修了後新たに担うようになった社会的役割について尋ねたところ地域のイベントでのパネリストや講師になった」「ケアマネ研修などでの講師を依頼された」「保険者の協議会や審査会等の委員、アドバイザー等に就任した」「都道府県の委員、WG 委員、委員会の委員に就任した」「個別相談援助事業の担当として活動するようになった」「社協や協議会等各種団体の研修講師を担うようになった」など、認知症介護指導者が実践研修以外にも、学習成果を活かし幅広い社会的活動を行っていることが明らかとなった。

## 5) 指導者研修の課題

指導者養成研修についての平成 21 年度の本事業における議論としては、以下の 5 項目が課題として挙げられている。

すなわち、 認知症介護指導者養成研修の位置づけとカリキュラムの適切さ（指導者研修の位置づけをどのように考えるか） 研修内容（現状のカリキュラムの内容は適切か） 受講要件について（対象要件や選抜考査の内容は適切か） 修了要件について（修了要件は現行のままで良いか） 指導者養成研修の成果に関する調査について（指導者研修の成果と課題は何か） が指摘された。

以上を踏まえ、実践者等養成事業の今後のあり方を明らかにする必要がある。

## 6 . 認知症介護実践者等養成研修と各専門職団体・関連学会における認知症介護研修（認知症ケアの研修に関する実態調査）

### 1) 調査の概要

認知症介護に関連する専門職及び関連学会、当事者団体が実施している認知症ケアに関する研修の実態を把握し、実践者研修との比較を行うことにより、それらの既存の研修との連携の在り方を検討するとともに、認知症ケアの質の向上に寄与する研修の今後のあり方を検討することを目的とした。

認知症介護に関連する専門職及び関連学会、当事者団体に対し、平成 20 年および 21 年度に実施された各団体の研修のうち、認知症ケアを専門とする資格に関するもの、及び認知症ケアを主要な内容とする研修会に関する資料のうち、カリキュラム内容に関する資料 シラバス 実施要綱など、研修の具体について示されている資料とした。調査は、平成 21 年 12 月 7 日から平成 22 年 1 月 29 日に実施した。以下の団体及び研修が分析対象となった。(表 1 - 1)

表 1 - 1 調査依頼団体と分析対象となる資格・研修の名称

依頼先団体名	対象となる資格・研修名称
日本医療慢性期医療協会	認知症短期集中リハビリテーション医師
日本介護福祉士会	認定介護福祉士（認知症）ファーストステップ研修
日本認知症グループホーム協会	該当なし
日本医師会	該当なし
全国老人福祉施設協会	該当なし
全国老人保健施設協会	認知症高齢者ケア研修会、 認知症短期集中リハビリテーション研修会
日本介護支援専門員協会	該当なし
認知症の人と家族の会	該当なし
日本看護協会	認定看護師教育専門課程（認知症看護）
日本認知症ケア学会	認知症ケア専門士

## 2) 時間数の比較

認知症介護実践者等養成研修と各研修の、総時間数、講義 + 演習科目の時間数、実習時間数を算出し、比較を行った。(表 1 - 2)

総時間数で最も多かったのは、日本看護協会が実施している認定看護師（認知症）の 48600 分だった。次に多かったのが、認知症介護指導者養成研修で、21600 分だった。それ以降は、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修となった。日本介護福祉士会が実施しているファーストステップ研修の 12480 分とその後が続いた。認知症介護実践者研修と日本介護福祉士会が実施しているファーストステップ研修は総時間数に大きな差はなかったものの、前者は実習があり、後者は講義・演習のみであった。(表 1 - 2)

表 1 - 2 授業時間数の比較 (単位:分)

	総時間数	講義・演習科目	実習	通信等
認知症介護実践者研修	12720	3120	10020	
認知症介護実践リーダー研修 (+実践者研修の時間数)	(27660)	(8460)	(19620)	
認知症介護指導者養成研修 (+実践者+リーダー研修の時間数)	(49260)	(20460)	(29220)	
認知症短期集中リハビリテーション医師(日本慢性期医療協会)	360	360		
認知症短期集中リハビリテーション医師(全国老人保健施設協会)	370	370		
認定介護福祉士(認知症)	1980	1980		
ファーストステップ研修	12480	12480		
認定看護師(認知症)	48600	33300	13500	1800
認知症高齢者ケア研修会	600	600		

### 3) カリキュラム内容の比較

認知症介護実践者等養成研修カリキュラム内容他研修等のカリキュラム内容等を比較検討した。「認知症高齢者の理解と生活の捉え方」に属するテーマ群に、該当・一部該当する内容が他研修等において実施されていることが示唆された。特に、ファーストステップ研修、認定看護師(認知症)、認知症ケア専門士についてはその多くが該当・一部該当していることが示唆された。

認知症介護実践リーダー研修カリキュラム内容と他研修等のカリキュラム内容等との比較においては、「認知症介護のための組織論」、「人材育成のための技法」に属するテーマ群に、該当・一部該当する内容が他研修等において実施されていることが示唆された。この比較においても、ファーストステップ研修、認定看護師(認知症)、認知症ケア専門士については該当・一部該当していることが多い研修であることが示唆された。

認知症介護指導者養成研修カリキュラム内容と他研修等のカリキュラム内容等の比較においては、「認知症介護研修総論」に属するテーマ群のうち、「介護理念の重要性の理解と展開方法」、「倫理と認知症介護」、「認知症介護に関連する法制度の理解」及び「地域ケアの実際」に属するテーマ群に該当・一部該当する内容が他研修等において実施されていることが示唆された。

認知症介護指導者養成研修における「人材育成と教育実践」、認知症介護実

実践リーダー研修における人材育成に関するカリキュラムについては他のどの研修にも該当するカリキュラムがないことが示唆された。

#### 4) 比較からみえる認知症介護実践者等養成研修と他研修等との関係

日本看護協会が実施する認定看護師（認知症）及び日本介護福祉士会が実施するファーストステップ研修は時間数、特に講義・演習の時間数においては、認知症介護実践者等養成研修における各研修時間と比べた場合でも十分以上の時間数が確保されている研修であることが明らかになった。また、その研修カリキュラムの内容においてもリンクする部分が多いことが分析より示唆されているといえる。

一方、カリキュラム内容の比較によって認知症介護実践者等養成研修でしか担えない部分も浮き彫りにされた。例えば、認知症介護指導者養成研修においては、「人材育成と教育実践」の部分を見るとこの部分については他のどの研修でもカバーされていないことが示唆されている。これは認知症介護実践リーダー研修における人材育成に関するカリキュラムにおいても同様である。

以上のことをふまえるならば、例えば、上述の認定看護師（認知症）やファーストステップ研修を終えている受講生が、認知症介護実践者等養成研修の研修を受講する場合、カリキュラムの読み換えなどを行うといった手続きを行い、受講時間の短縮等につなげていくような相互補完的な研修の在り方も今後検討していく必要があるのではないだろうか。

なお、この分析で使用した資料は、研修案内などの研修日程を示したものや、シラバスないしそれに該当するもの、研修で実際に使用した資料など様々なレベルのものを一括して扱っているため、特にカリキュラム内容の比較においては、十分な妥当性・信頼性をもった分析が行えているわけではない。考察で触れたような読み替えの可能性をさらに探っていくためには、カリキュラムに関する資料を、その時間数も含めて再整理した資料を用いる必要があると考える。

## 第 2 章

### 委員会における討議結果

## 第2章 委員会における討議結果

### 1. 委員会討議結果要旨

#### 1) 委員会の目的

本委員会においては、研究事業の目的を踏まえ、次の内容について討議することを目的とした。

これまでの認知症介護専門研修の施行実績を総括し、評価できる点、改善すべき点等につき、自由に議論し、認知症介護専門研修に関するコンセンサスを形成する。

3センター実施認知症介護専門研修について、認知症ケアの質の向上に対する有効性について検証する。

認知症介護専門研修の実績等を踏まえつつ評価できる点や改善すべき点についての洗い出しを行う。

上記 ～ を踏まえ、認知症介護の従事者が受講する研修が認知症専門研修として認められるための条件を明らかにする。

#### 2) 委員会のメンバー

本報告書 p 3 「委員会メンバー」参照。

### 3) 委員会の論点

委員会においては、以下の11の論点について議論がなされた。詳細はp89 - 102資料参照。

- (1) 実践研修の位置づけについて
- (2) 実践者等養成事業における研修の受講要件
- (3) 実践者・リーダー・指導者研修の修了要件について
- (4) 現在の認知症介護の課題に対応できるカリキュラム
- (5) 修了者の学習成果の活用
- (6) 研修修了者の社会的活用のあり方
- (7) 研修修了者のフォローアップについて
- (8) 地域による実践研修のカリキュラムのばらつきの問題
- (9) 在宅サービスの質の確保
- (10) 管理者研修の課題
- (11) 指導者養成研修の事業所推薦について

### 4) 討議結果を踏まえた今後の方向性

#### (1) 実践研修の位置づけについて

実践者等養成事業は認知症介護の質向上に対し、一定の成果を上げており今後も継続が求められる。

その際、実践者研修の位置づけは、認知症ケアに関する最低限の質を担保することを目的とし、実践リーダー研修は認知症介護に関する知識技術を専門的に高める研修とすることが望ましい。

ただし、現状では実践者研修受講者であっても、現場のリーダークラスの職員が受講している状況にあり、より多くの実践者が認知症介護に関する研修を受講することが望ましく、実践者研修よ

りさらに短く、より幅広い対象者に対し、実践研修よりもさらに基礎的な研修の実施可能性を検討する必要がある。

なお、実践者研修よりさらに基礎的な研修を実施するためには、会場や講師等の確保が不可欠であり、より幅広くスキルアップを展開するためには、現実的な方策について明らかにする必要がある。

同時に「各研修においてどのような内容のカリキュラムを提供すればよいか」を明らかにする必要がある、そのためには、今後実践者研修修了者、リーダー研修修了者、指導者等に対する調査をとりまとめ、研修修了者が活用している力量を研究的に明らかにすることが求められる。

以上については、実践者等養成事業における人材育成に対し、自施設・事業所における人材育成はどのような位置づけにあるかを明らかにしながら検討されなければならない。

## (2) 実践者等養成事業における研修の受講要件

「(1) 実践研修の位置づけについて」を踏まえ研修の受講要件を整理すると、実践者研修の受講要件は現状の「原則として身体介護に関する基本的知識・技術を修得している者であって、概ね実務経験2年程度の者。」という要件を維持する方向で良い。

同様にリーダー研修の受講要件も、現状の「介護業務に概ね5年以上従事した経験を有している者であって、実践者研修を修了し1年以上経過している者」という要件を維持する方向で良い。

しかし、実践研修の申し込みにおいて、経験年数は自己申告であり、その施設において2年以上勤務しているという証明を添付等の義務がなく、受講者のレディネスにばらつきが生じている現状も指摘されており、研修は、受講の事務手続きにおいて現場経験

を証明するような書類を添付するような方向で運営することが望ましい。

また、受講者が実践研修を修了した後、施設に戻った際に、先輩や上司が、研修での学びを引き出せるような人材育成を必ずしも行っていなかったり、管理者等上司の理解を得られないことによって、研修の成果を十分に現場に発揮できなかつたりしている。

そのため、「リーダー研修及び指導者研修受講にあたっては、管理者に研修の位置づけを理解した上で推薦状の提出を求める等の上司の意識づけの措置を検討する」ことなど、効果を確実に現場に反映させていくための方策の検討及び展開が求められる。

### (3) 実践者・リーダー・指導者研修の修了要件について

実践研修の修了要件については、専門ケア加算の導入等の影響もあり、「とにかく時間を過ごせばいい」という意欲の低い者が受講している状況も生まれている。

現状において、修了の要件としては、全課程への出席及び資料の提出などが修了要件となっているが、このような要件で良いか議論が必要である。

本年度の委員会において、修了要件については、人材育成という制度上の位置づけや指導者の負担等を考えるとテスト等による可否の選別は行わず、入口の部分での選別を強化することによって対応することが望ましいとの意見が委員より述べられた。

ただし、自治体によっては授業終了後の小テスト等を行っている地域もあり、今後より効果的・効率的な修了要件について検討していく必要があるだろう。

また、( 1 )でも指摘した「実践研修修了者が活用している力量を研究的に明らかにする」取り組みが進められれば、それを基にした自己評価によって、研修の効果測定とすることができると考えられ、この点についても今後より深い検討が必要となるであろう。

指導者研修の修了要件については、3 センターで統一した評価方法が位置付けられているが、評価が導入されて2年目の過渡期にあり、評価方法としての妥当性を今後継続的に検討していく必要がある。

#### (4) 現在の認知症介護の課題に対応できるカリキュラム

研究のカリキュラムについて委員会においては、「リーダー研修の中に医学的理解がない点が課題」「医療連携に課題がある」「若年認知症や疾患別のケアについて十分学んでいない」等の指摘がなされた。

そのような研究カリキュラムの内容についても研修の枠組みと同様見直しが必要かどうか来年度、検討していく必要がある。

#### (5) 修了者の学習成果の活用

修了者の学習成果の活用という観点からは、本年度(平成22年度)の調査において、研修で学んだことを現場で活かすにくいという意見もあったが、リーダー・上司・従事者に対するアンケートによると、一定の成果が得られている可能性が示唆された。

研修の位置づけを上司が理解できるための方策等学習結果の活用が十分できていない修了者の情報収集と対策の検討が求められる。

## (6) 研修修了者の社会的活用のあり方

平成 21 年度の指導者ネットワークの世話人 96 名を対象とし、本委員会において実施した調査においては、ほとんどの指導者が指導者研修後の「自分自身の変化」を感じていること、指導者が研修講師、啓発、相談等を中心にさまざまな役割を担っていること、利用者と家族に多様な変化を生みだしたことが明らかとなった。

一方、行政担当者セミナーの結果においては実践者研修・リーダー研修修了者を十分活用しているとは言い難い状況が調査結果から示唆された。

指導者については、より地域の認知症介護の質向上に向けた取り組みを推進する。そのために都道府県に活動モデルを提供していく必要がある。

一方、実践者研修の社会的活用については、都道府県等や指導者ネットワークを通じ、認知症介護指導者の地域における活動の事例を収集し、優れた事例を活性化し普及を図るなど、何らかの取り組みを行う必要があるだろう。

## (7) 研修修了者のフォローアップについて

研修修了者のフォローアップは実践者・リーダー・指導者ともに十分行われていない状況にあり、実践者・リーダー研修修了者に対しては、指導者ネットワークと連携し、フォローアップ研修を実施する体制の構築の可能性について検討することの重要性が指摘された。

また認知症介護指導者研修については更新制度の可能性について言及する委員もいたが、更新により指導者の絶対数が減る可能性があることも指摘され、実施可能性については今後の課題となっている。

**(8) 地域による実践研修のカリキュラムのばらつきの問題**

また行政担当者セミナーの事前アンケートから、各都道府県政令市で実施している実践研修のカリキュラムにばらつきがある可能性が示唆され、委員会においてこの扱いについて議論となった。

専門ケア加算や地域密着型サービスの指定要件等制度との連携を考えれば、各地で実施されている実践研修にばらつきがある現状では、修了者の転居等に対応できず望ましい状況とは言えない。この点を踏まえ、委員会では、できる限り地域格差が無くなるような方策を検討することが合意された。

議論において、具体的には実践者研修・実践リーダー研修・指導者養成研修修了者の力量（コンピテンシー）を明らかにし、標準カリキュラムの能力開発との関係を明らかにしていく必要性や、教科書・シラバス作成の必要性、標準的カリキュラムの必修科目の見直しなども対策として挙げられた。

**(9) 在宅サービスの質の確保**

サービス種別という観点からは、実践研修の課題として「在宅サービスの質の確保」の課題が指摘された。

現状の研修制度においては、ヘルパーやサービス提供責任者などに対してはほとんど認知症に関する研修がなく、同様に介護支援専門員養成のプロセスに、認知症に関連する義務研修が全くない状況にある。さらに地域包括支援センターでも認知症のことを学んでいないという現状である。

来年度以降、在宅サービス従事者が認知症介護にかかわる専門的知識・技術を確実に身につけることが出来るよう、在宅サービス従事者であっても受講可能なカリキュラムのあり方（日数、期間

などの枠組み、単位制・通信教育等の可能性)について検討する必要がある。

また、同様に来年度以降、在宅サービス従事者を対象とした研修のカリキュラムについて、標準的カリキュラム通りでよいか、追加研修を実施する必要があるかを検討する必要がある。

#### **(10) 管理者研修の課題**

委員会においては、管理者研修についての議論もなされた。

地域密着型サービスの指定要件と認知症介護の質向上を別に考えて研修体系を構築すべきとの意見もあり、この点をどのように考えるかは今後の課題となる。

#### **(11) 指導者養成研修の事業所推薦について**

実践者等養成事業を管轄する都道府県・政令指定都市の行政担当者により、事業所推薦について県の事業に十分関われなくなる可能性や加算目的での指導者研修受講の可能性が指摘され、委員会においても論点となった。

大府センターの平成21年度の調査においては、事業所推薦による受講者と自治体からの推薦による受講者との間に力量の差は見られず、指導者の絶対数が不足しているとの自治体が多いこと、現状において指導者研修受講者の半数から3分の1程度は事業所推薦であるという実態から、事業所推薦は廃止するのではなく、事業所推薦を以下に活用するかという観点からより深い議論が必要であるとの結論に至った。

## 第3章

# 認知症介護実践者等養成研修の 有効性と限界

## 第3章 認知症介護実践者等養成研修の有効性と限界

### 1．認知症介護実践者等養成事業の有効性と限界の検討

平成 13 年に介護保険制度下での認知症介護サービスの質の向上を目指した認知症介護実践者等養成事業（平成 13 年当時は、痴呆介護研修事業）が創設された。その後 10 年が経過するなかで、認知症介護実践者研修修了者は約 12 万人、認知症介護実践リーダー研修修了者は 18,000 人、認知症介護指導者研修修了者すなわち認知症介護指導者は約 1,300 人にのぼっている。

こうした中で、認知症介護実践者等養成事業の有効性とは何か、またその限界性とは何かを検討し、今後の研修のあり方について検討していく必要があると考える。そこで、平成 22 年度に実施した認知症介護指導者研修修了者等に対する調査結果をもとに検討を行った。

### 2．効果の測定指標について

認知症介護実践者等養成研修の効果測定にあたり、何をもちその効果とするかの指標は現在のところ明確になっていない。いうまでもなく、研修の目的は、認知症高齢者に対するサービスの向上につながっていくものでなければならない。すなわち、その効果は、研修修了者のサービスを受ける認知症者に着目するということをもっとも重要である。しかしながら、どのような方法で認知症者から研修の効果抽出するのかについての定見はなく、理論的にも方法論としても十分な議論が行われているとは言い難い。一方、受講者自身に視点を移すならば、研修を通して知識や技術が身につく、またそれを実践できているということも、研修の効果の指標の一つとして考えることも可能ではないかと考える。

そこで本章では、認知症ケア実践に関する自己評価、研修修了者が日々の実践の中で感じる認知症ケア課題とはどのようなものがあるかを指標としながら研修の有効性と限界について検討を行った。

#### 1) 認知症介護実践者等養成研修修了者の認知症ケア実践からみる研修の有効性（調査 2）

認知症介護実践者等養成研修は、認知症介護実践者研修から、認知症介護

実践リーダー研修を経て認知症介護指導者研修至る階層性のある研修体系になっている。したがって、研修が有効であるならば、実際に行われる認知症ケア実践の質について、研修修了者の間で差異があるはずである。

インタビュー調査により作成した質の高い認知症ケアに必要な力量に関する40カテゴリー・125項目について、研修修了者等に対し4：よくできる（76～100%）、3：だいたいできる（51～75%）、2：多少できる（26～50%）、1：ほとんどできない（0～25%）の4件法で自己評価を求め、それらの結果を1～4点に点数化して単純加算しその平均値を比較したところ、認知症介護実践者等養成研修を受けていないものから、認知症介護指導者養成研修修了者の間で、全40個のカテゴリーの中、36個のカテゴリーが研修階層がより上位になるに従って平均値が高くなっていた。特にリーダー研修修了者から指導者研修修了者の間の平均値は40個の全カテゴリーにおいて上昇が見られた。

一方、4個のカテゴリーは「リーダー」の平均値が「実践者」より低くなるN字グラフを描いた。N字グラフを描いたカテゴリーは、「チームメンバーと良い関係形成」「地域住民との良い関係形成」「認知症者と他者との良い関係形成への支援」「仕事とプライバシーとのバランスと心身健康の管理」であった。

## 2) 認知症介護実践者等養成研修修了者の認知症ケア実践の課題からみる研修の有効性（調査3）

認知症介護実践者等養成研修を修了した者は、そこで身に付けた知識やスキルを用いて自職場等における認知症ケアの課題を解決していけるようになっていくことが望まれる。すなわち、研修を受けていないものに比べて研修を受けたものが、また、より上位の研修を修了した者のほうが、より課題解決力が向上していることが研修効果として考えられる。したがって、研修が有効であるならば、研修修了者が日々感じている認知症ケアの課題と、修了した認知症介護実践者等養成研修との間に関係性が見いだせると考える。

そこで、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修の標準力

リキュラムをもとに認知症ケアの実践内容を抽出(表3 - 1)し、それらの項目のうち、どのようなことを課題に感じているかについて、研修修了者等に尋ねた。

調査の結果、「行動・心理症状への対応」「認知症の利用者とのコミュニケーション」「認知症の利用者の家族との関係形成」「身体拘束を行わないケア」「利用中の事故が起こらない工夫」「効果的なカンファレンスの実施」「認知症の人にとって心地よい住環境の工夫」「医療機関とうまく連携する」の項目は、研修階層が上位に行くにつれて、課題と感じる割合が減少していった。

一方、各研修終了者に共通して課題と感じている認知症ケアは、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」(実践者:75.74%、リーダー:77.61%、指導者54.39%)「行動・心理症状への対応」(実践者:65.35%、リーダー:56.51%、指導者:50.88%)「ストレスを抱える職員の支援」(実践者:51.49%、リーダー:55.60%、指導者54.89%)であった。

表3 - 1 認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修の標準カリキュラムをもとに認知症ケアの実践内容

---

Q1 行動・心理症状への対応
Q2 職員の間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと
Q3 認知症の利用者とのコミュニケーション
Q4 認知症の利用者の家族との関係形成
Q5 身体拘束を行わないケア
Q6 サービス利用中の事故が起こらない工夫
Q7 効果的なカンファレンスの実施
Q8 ストレスを抱える職員の支援
Q9 認知症の人にとって心地よい住環境の工夫
Q10 医療機関とうまく連携する
Q11 原因疾患別のケアの実践
Q12 専門職でない人の協力を得る

---

### 3) 認知症介護実践リーダー研修修了者の認知症ケア実践に関する自己評価とその上司の評価の関係性からみる研修の有効性(調査4)

研修の効果や有効性を検討する指標として、自己評価を用いる場合、その評価がどの程度客観性のあるものなのかを検討する必要がある。また、研修修了者が研修でえたスキルを用いて職場に貢献しているかどうかを検討することは、研修の社会的意義を考える上で重要な視点である。

そこで、認知症介護実践リーダー研修修了者及びその上司を対象に認知症介護実践リーダー研修修了者の認知症ケア実践に関する自己評価とその上司の評価の関係性を明らかにするための調査を行った。

本調査での評価内容としては認知症介護実践者研修の標準カリキュラムをもとに評価項目を作成した。作成された認知症ケアに関する12項目(表1)の実践状況を、「実践の機会がない」、「実践の機会がない」、「指導を受け実践している」、「自ら実践している」、「自信を持って有効に実践している」、「自信を持って有効に実践し、他者を指導している」で評価する形で実施した。得られた結果について「実践の機会がない」から「自信を持って有効に実践し、他者を指導している」まで0点から4点までで点数化し単純加算したあと、研修修了者の自己評価と上司の自己評価の平均値を比較した。(図3-1)

認知症介護実践リーダー研修修了者の認知症ケア実践に関する自己評価と上司の評価はやや上司の評価が高い傾向にある。また、その実践状況も、「指導を受け実践している」レベルではなく、「自ら実践している」ないし「自信をもって有効に実践している」レベルが中心的な状況が示唆され、比較的高い実践能力を有していること、さらにそれに対する上司の評価もおおむね同じかさらに高く評価していた。

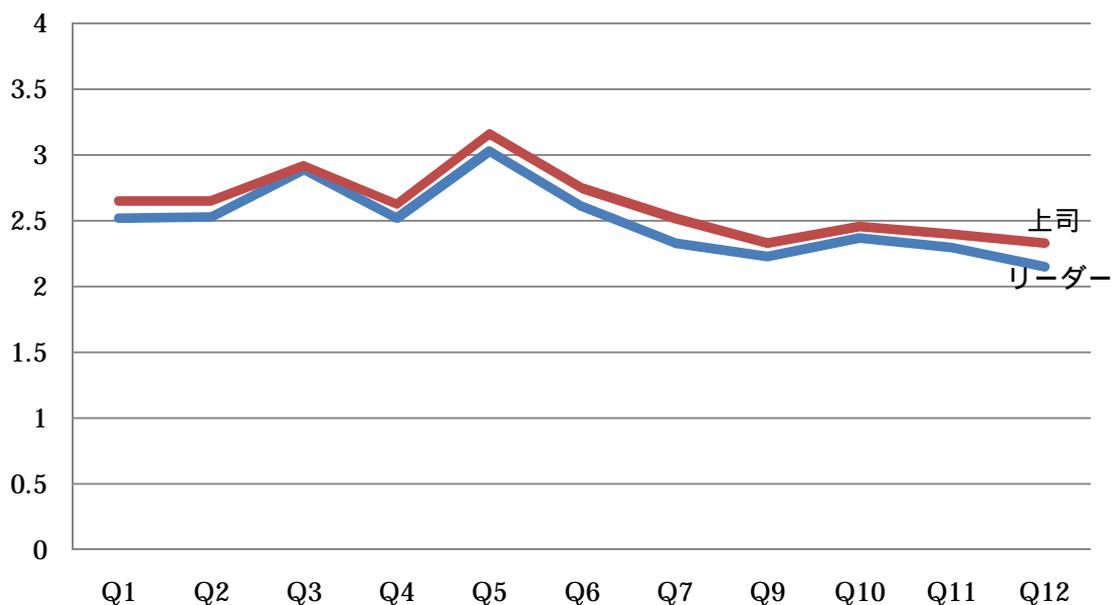


図3 - 1 認知症ケア実践に関する認知症介護実践リーダー研修修了者の自己評価とその上司の評価の比較

#### 4) 認知症介護指導者とそれ以外の実践者が考える、質の高い認知症ケアのための実践内容の比較からみた研修の有効性 (調査5)

認知症ケアそのものに対する考え方の深まりや広がりを促すものでなければならない。さらに、実践者、実践リーダー、指導者では、例えば、実践者は認知症介護の基本的な理解、実践リーダーについては職場のリーダーシップを発揮するためのスキル、指導者は教育・研修スキルの獲得などの力点が異なっていると考えられ、それぞれの研修修了者はそうした研修階層ごとに力点についての研修効果によって、認知症ケアに対する考え方にも影響を及ぼしていくと考えられる。そこで、研修の最上位にある認知症介護指導者研修修了者とそれ以外の認知症ケア実践者が考える質の高い認知症ケアのための実践内容の比較を行った。

認知症介護研究・研修センター職員から推薦された認知症介護指導者、自職場におけるリーダー職、職位がついてない一般介護職員を対象者に「認知症介護として自分がやっている事、質の高い認知症介護を提供するために自分がやっている事」を尋ね、得られた回答内容を質的に分類したあとそれぞれの調査対象者別に「道具使用」「他者との協力」「自律的活動」大カテゴリ

ーとその要素の割合についてそれぞれ比較を行った。

「指導者」場合、「道具使用」カテゴリーの要素である「情報収集・処理・活用」の割合が 57.1%で最も高いものの、「介護リーダー」と「一般介護職員」の場合は、「コミュニケーション技術」が 58.9%と 62%で、[情報収集・処理・活用]より高い割合を示した(図3-2)。「自律的活動」カテゴリーの構成要素の割合は、「指導者」の場合は、「科学的・効率的課題解決」が 48.1%で最も高い割合を占め、次いで「自己省察・自分の成長」が 29.9%で高かった。「介護リーダー」は「理念の実践」が 36.5%と最も高く、次に高かったのが「科学的・効率的課題解決」が 28.8%であった。

一方、「一般介護職員」は「臨機応変的課題解決」が 48.8%で最も高く、次いで「科学的・効率的問題解決」と「予測・対応」が 17.1%と同じ水準で高かったが、「自己省察・自分の成長」に関する記述項目は 0%であった。(図3-3)

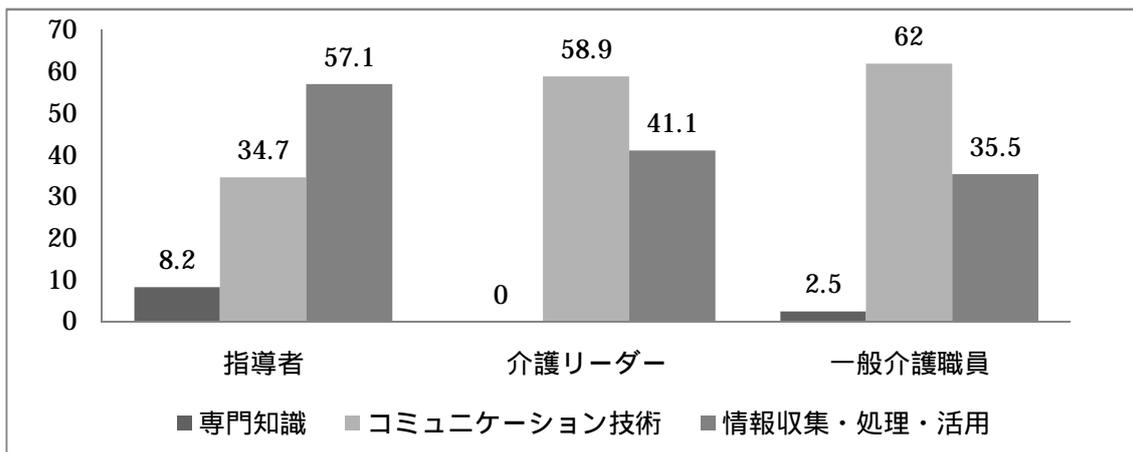


図3-2 質の高い認知症ケアのための実践内容の比較

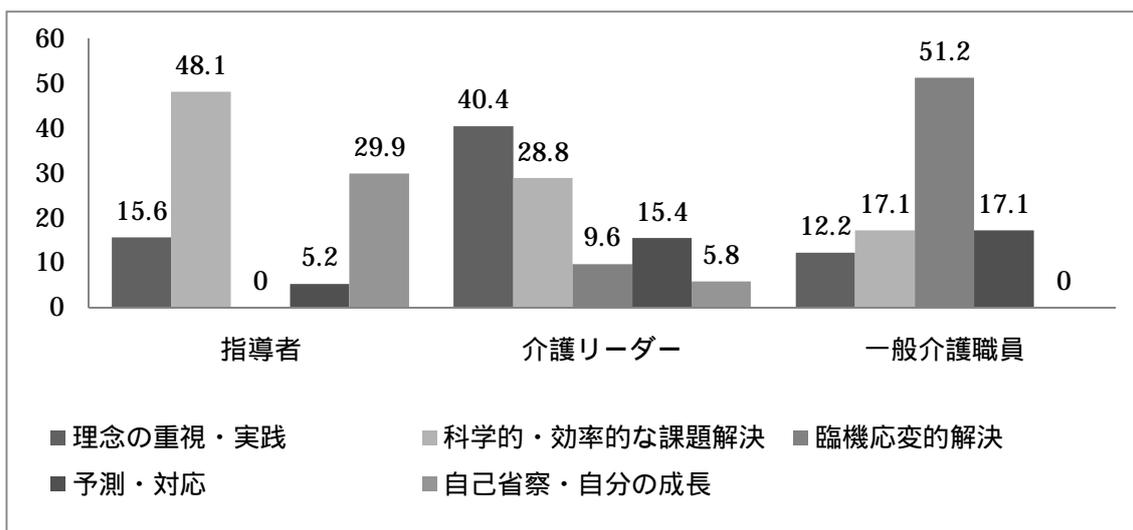


図3 - 3 「自律的活動」カテゴリーの構成要素の割合

### 3. 認知症介護実践者等養成事業の有効性と限界

#### 1) 認知症介護実践者等養成事業の有効性

調査の結果から認知症介護実践者等養成研修修了者は、研修の階層が上がるに従って認知症ケアの実践能力も向上していることが示唆された。特に認知症介護指導者研修修了者の実践能力が高いことが示唆された。同様に研修の階層が上がるに従って研修修了者が日常の認知症ケアについて課題と感じる状況も減少することが示唆された。

また、認知症介護実践リーダー研修修了者は、認知症ケアの実践については、他者からの指導を受けず、自ら実践している、ないし自信をもって有効に実践しているといったレベルの高い実践をしており、その自己評価とその上司の評価に大きな差異はみられなかったこともふまえると、自職場の認知症ケア実践に高い貢献をしている状況が示唆された。

認知症介護指導者については、指導者研修を修了していないものとは、認知症ケアに求められる能力に関する考え方には大きな差異がみられ、「コミュニケーション技術」よりも「情報収集・処理・活用」を、「臨機応变的解決」よりも「科学的・効率的な課題解決」をより重視している結果が得られ、より認知症ケアを客観的、科学的に実践なものとして考える傾向があることが示唆された。

以上の結果から、認知症介護実践者等養成の事業の有効性は、認知症ケアの実践能力の向上及び課題解決能力の向上、及びそれによる自職場の認知症ケアに対する貢献、科学的で客観性をもった認知症ケアへの考え方の変化という点で有効であると思われる。

## 2) 認知症介護実践者等養成事業の限界

認知症ケアの実践能力について研修階層ごとに比較を行った結果、階層ごとに実践能力の向上がみられず、「リーダー」が「実践者」より低くなるN字グラフを描いたカテゴリーは、「チームメンバーと良い関係形成」「地域住民との良い関係形成」「認知症者と他者との良い関係形成への支援」「仕事とプライバシーとのバランスと心身健康の管理」であった。また、認知症ケアにおいて課題と感じている実践内容をみると、各研修終了者に共通して課題と感じていると回答したものの割合が高かったものは、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」「行動・心理症状への対応」「ストレスを抱える職員の支援」であった。

認知症ケアにおいて課題と感じている実践内容に着目してみると、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」を課題と感じているのは実践者、リーダー研修修了者とも7割を超えていた。「ストレスを抱える職員の支援」もまた高い割合であった。また、認知症ケアの実践能力についてN字グラフを描いたカテゴリーにも、「チームメンバーと良い関係形成」がみられた。標準カリキュラムとの関係性をみると、これらの項目については認知症介護実践者研修よりも、認知症介護実践リーダー研修で主に扱われる内容である。しかしながら、こうしたケアチームのマネジメントに関する課題解決スキルが十分に研修の中で獲得されていない状況が示唆されていると考える。

## 3) まとめ

認知症介護実践者等養成研修は、その研修段階に伴う認知症ケアの実践力の向上と、職場の認知症ケアの課題の解決に有効であることが示唆された。一方、チームマネジメントやBPSDへのケアなどの実践能力については、当該研修を修了した者であってもなお、実践現場での課題を解決していくまで獲得できていない可能性が示唆された。

## 第4章

認知症介護実践者等養成事業に関わる

都道府県等担当者セミナー

## 第4章 認知症介護実践者等養成事業に関わる

### 都道府県等担当者セミナー

#### 1. セミナーの概要

##### 1) セミナーの目的

実践者等養成事業は、これまで認知症介護の質向上に貢献してきたが、本報告書（p3 - 14）「第1章 認知症介護従事者研修のあり方に関する研究事業について」第3項、第4項、第5項に挙げられるような課題も指摘されている。

そこで「認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修などの認知症介護実践者等養成事業のあり方や実施状況に関する情報提供及び、各都道府県政令市（以下、「都道府県等」とする）の担当者と仙台・東京・大府センターの担当者との間での当該事業に関する意見交換を行う」ことを目的として「認知症介護実践者等養成事業に関わる都道府県等担当者セミナー（以下、「セミナー」とする）」を実施した。

##### 2) セミナーの概要

本セミナーの日時、場所、参加都道府県等、参加人数は以下の通りであった。

日時 平成23年1月26日（水）27日（木）

場所 認知症介護研究・研修東京センター

参加都道府県等：39都道府県市

参加人数：47名

プログラム：資料4-1（p132 - 133）参照。

## 2. 事前アンケート調査

### 1) 調査の目的・方法

セミナーの実施にあたり、各都道府県政令市の実践研修の実施状況に関する情報を事前に収集しセミナーにおける議論において活用するために、66都道府県政令市の実践者等養成事業の担当者に対し事前アンケートの記入を求めた。

アンケートは、セミナーの案内文とともに郵送で送付し、FAXまたはメールにて回答を求めた。調査期間は平成22年11月22日～平成23年1月7日であった。調査票の回収期限を過ぎても回答がない場合は、電話またはFAXにて担当者に連絡を取り提出を求めた。

### 2) 結果

資料4-2(p134-149)参照。

## 3. 分科会の結果

本セミナーでは、認知症介護実践者等養成事業にかかわる都道府県等担当が参加して、2日間あたり「実践研修の質の確保の課題と対策(分科会1)」「在宅サービスの質の確保の課題(分科会2)」「実践研修の評価と修了生の活用(分科会3)」について議論した。

分科会1では、実践研修の質の確保の課題と対策、実施主体による日数や内容の格差に対する対策、指導者研修への事業所推薦の取り扱い状況などについて話し合われた。

同様に分科会2では、在宅サービス事業所に所属するものが研修を受講しにくい、介護支援専門員の支援の質向上について、お泊りデイの質の確保について、修了者の活用とフォローアップについて話し合われた。

分科会3では、受講生の自己評価の実施状況、受講生の他者評価の実施状況、研修効果の評価方法、効果評価の課題、実践者研修・リ

ーダー研修修了者の活用について話し合われた。具体的な内容については資料4 - 3 ( p 1 5 0 - 1 5 3 ) に示す。

## 4 . 総合討論

総合討論においては、3 センター長がコメンテーターとして参加者とディスカッションを行った。ディスカッションでは、 実践研修の受講者の問題、在宅サービスの質の確保の問題、 介護支援専門員の認知症ケアの質の向上の問題、 実践者研修受講前の基礎研修の必要性、 どのような研修を望むか：研修受講者の入り口の問題、 事業者推薦の功罪、 などについて話し合われた。具体的な内容については、資料4 - 4 ( P 1 5 4 - 1 5 6 ) に示す。

## 5 . まとめ

### 1 ) 実践研修の質の確保の課題と対策

研修受講者のアドミッションポリシーを明確にしたうえで、それに値する受講者を選抜する事が望まれる。その理由として、最近の実践者養成研修や指導者研修での研修者の研修態度や認知症ケアに関する基本的知識の不足が目立ち、研修そのものが崩壊してしまう危機にある。行政担当者の中には、研修修了に際する評価基準が明確でないために、ただ研修に参加するだけで修了証書が得られる現在の制度に疑問をもっている者がいた。

認知症介護研究・研修センター等により、研修受講希望者に対する評価方法を提言することを求める行政担当者もいた。

実践者研修の受講前に、認知症に関する基礎的医学知識やケアに関する基本的知識を習得する基礎研修を開催する必要性が示唆された。その為には基礎研修のカリキュラムの検討が必要である。

実践研修の修了要件に学習評価をどのように盛り込むかを検討する必要がある。

## 2) 在宅サービスの質の確保の課題

在宅サービス事業所、介護職等の実践者研修の受講者数が少ない。その理由として小規模の事業者に約 1 週間の研修を課すのはむずかしい。地域密着型サービス事業者に所属する研修者の数が多いことから、在宅サービス系の職員の受講機会は著しく少ない。申し込んでも選抜されない。

「介護支援専門員は認知症ケアに関する知識に欠けている」との家族会からの指摘は無視できない。この課題に対応するためには、地域の介護支援専門員に対し、実践者研修を実施すべきである。

在宅サービス従事者を対象として、地域における多職種連携、家族支援、医療サービスにウエイトを置いた 2 日程度の研修を新たに設ける。地域包括支援センターに所属する 3 職種への認知症ケア研修を創設する。

## 3) 実践研修の評価と修了生の活用

研修受講希望者に対する受講資格評価の方法

- アドミッションポリシーを明確にする。
- 受講者に対し、研修目的や動機について文章で提出を求める。
- 可能であれば、面接試問を実施する。また所属施設・事業所の上司との面接も行うが、その際に指導者がその役割を担い、評価する。
- いずれにしても入口で受講者の選抜を行う。

研修修了要件に学習評価をどのように盛り込むかを検討する必要がある。

- 研修の達成目標、各講習単元の学習目的をシラバスで明確にする。
- 小テスト等の案はあるが、実際にはリアクションペーパーの提出とその理解度の評価判定が現実的である。
- 受講者の評価に関しては、今後検討を重ねていくが、意見としては、出口評価よりも入口評価を厳格にすべきである。

指導者の地域活動を 3 センターでバックアップする。

事業者推薦枠で受講した指導者は、その立場が不明確で、自治体もミ

ッションを伝えるのが困難なことが多い。

リーダー研修修了者にも社会活動の場を積極的に提供する。例えばキャラバンメイトのチューター役や基礎研修の研修企画等。

指導者の社会的役割を明確にする。特に地域での役割や活動を明確にする。

## 第5章

### 認知症介護の質向上研修のあり方

## 第5章 認知症介護の質向上に寄与する研修のあり方

### 1. 今後の認知症介護の質向上に寄与する研修のあり方の検討

認知症介護実践者等養成研修事業が開始され10年余りが経過した。その間、同事業はカリキュラム改正などを通して、認知症ケアをめぐるわが国の状況に対応してきた。一方、居宅サービス系の事業所に所属する受講生の割合が少ないという、受講生の所属事業所種別の偏りや、医療面のカリキュラムの弱さなど、カリキュラムや研修システムに関する課題も指摘されている。認知症介護実践者等養成研修が対象とする職員は多様な職種、職位、施設種別に属しており、直面する認知症ケアの課題も様々なものがあると考えられる。また、昨今では、認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクトをふまえた、認知症疾患医療センターの創設や、認知症サポート医制度の展開などをふまえた医療と介護の連携に関する課題、地域包括ケアシステムに向けた制度的展開など、昨今の認知症ケアをめぐる状況は大きく変化しており、研修制度についてもそれらの動向に対応したものにしていく必要があると考える。

そこで、本章では、認知症ケアに従事するものが現在実践上感じている課題、市町村職員が認知症ケア及びその人材育成に関して課題と考える点についての調査結果をもとに、認知症ケアの実践現場が現在抱えている課題について明らかにし、それらに応えるための今後の認知症介護の質向上に寄与する研修のあり方を検討した。なお、市町村職員とは、主として地域包括支援センター、あるいは地域密着型サービスを担当している職員とした。

#### 1) 事業所別の認知症ケアの課題

対象となった全事業所の職員の6割以上が課題と感じている課題は、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」であった。次いで、「行動・心理症状への対応」が5割以上と続いた。「利用者とのコミュニケーション」については、病院・医院・診療所に所属する職員が、他の事業所職員に比べ課題と考えているものが多かった。「認知症の利用者の家族との関係形成」については、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに所属する職員が61.54%と最も多く次いで通所介護事業所が50.94%だった。もっとも回答者が少なかったのは介護老人福祉施設の

30.92%だった。「医療機関とうまく連携する」では、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターが57.09%と最も高かった。「専門職でない人の協力を得る」では、小規模多機能型居宅介護事業所が41.27%と最も高く、次いで居宅介護支援事業所・地域包括支援センターが42.31%だった。(図5-1)

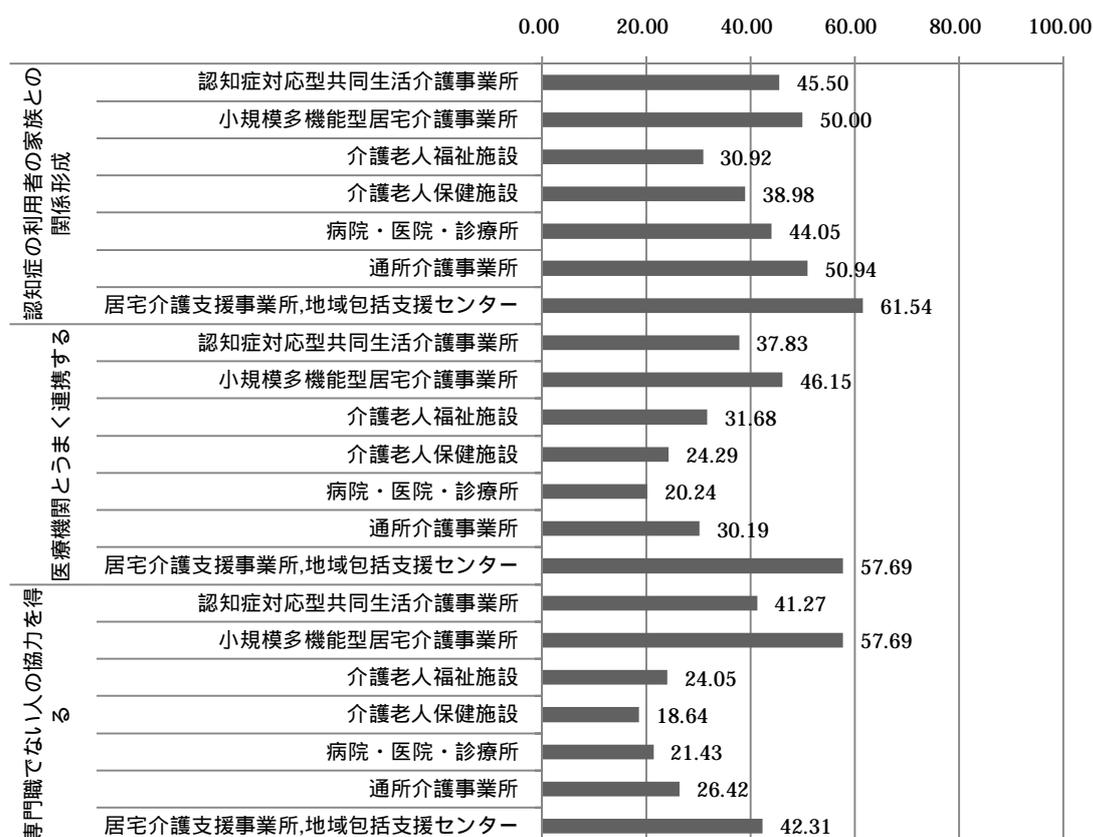


図5-1 事業所別の認知症ケアの課題

グラフ内の値は%

## 2) 職位別の認知症ケアの課題

対象となった全職位(経営職、管理職、一般職)の6割以上が課題と感じている課題は、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」であった。中でも監督職が課題と感じている割合が最も高かった。次いで、「行動・心理症状への対応」が5割以上と続いた。「ストレスを抱える職員の支援」は監督職が最も割合が高く57.74%であった。「認知症

の人にとって心地よい住環境」では、一般職員が 46.88%と最も高かった。「原因疾患別の特徴を理解したケア」では、一般職員が 44.27%と最も高かった。(図5 - 2)

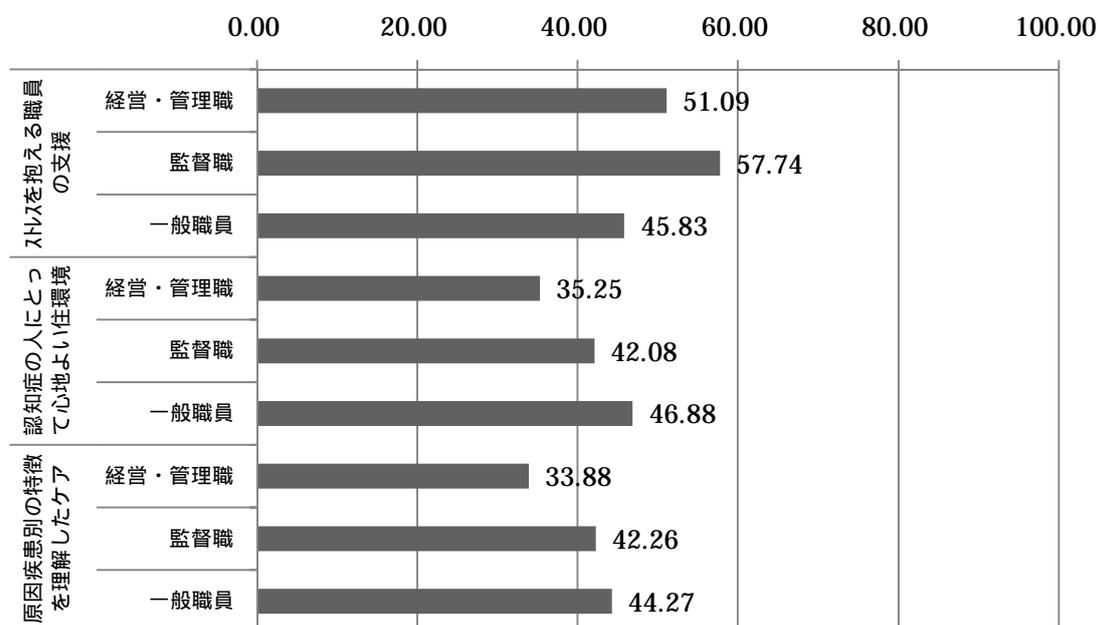


図5 - 2 職位別の認知症ケアの課題

グラフ内の値は%

### 3) 取得資格別の認知症ケアの課題

分析対象とした資格(看護師・保健師、社会福祉士・介護福祉士・ホームヘルパー)取得者 6割以上が課題と感じている課題は、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」であった。次いで、「行動・心理症状への対応」6割弱、「ストレスを抱える職員の支援」が5割強と続いた。「身体拘束を行わないケア」では、介護福祉士・社会福祉士・ヘルパーの資格取得者に比べ看護師・保健師が課題と感じている者の割合が高かった。「効果的なカンファレンスの実施」では、介護福祉士・社会福祉士・ヘルパーの資格取得者に比べ看護師・保健師が課題と感じている者の割合が高かった。「認知症の人にとって心地よい住環境」では、介護福祉士・社会福祉士・ヘルパーの資格取得者に比べ看護師・保健師が課題と感じている者の割合が高かった。(図5 - 3)

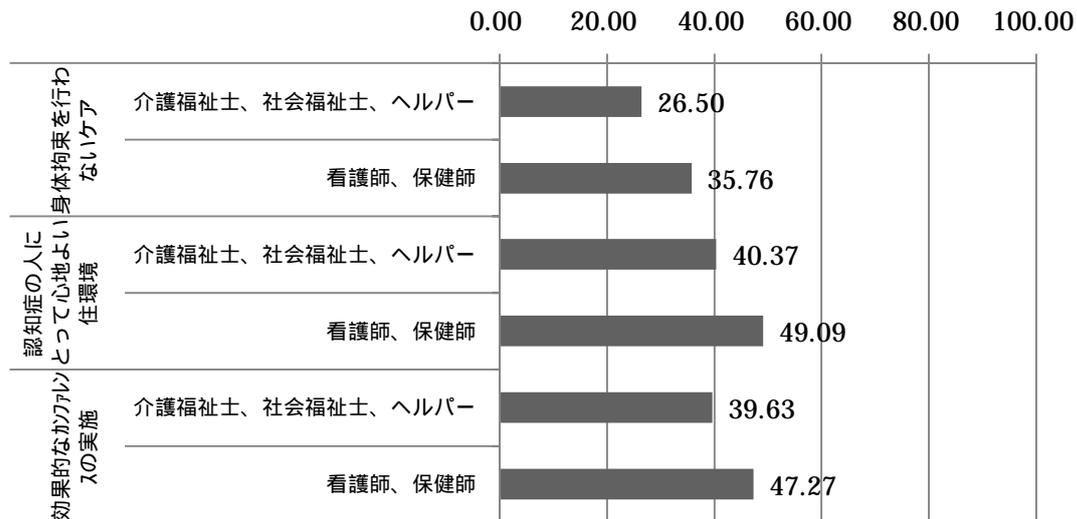


図5 - 3 取得資格別の認知症ケアの課題

グラフ内の値は%

#### 4) 市町村職員が考える所属する自治体における認知症ケア及びその人材育成の課題

調査対象となった市町村職員が所属する自治体における認知症ケア及びその人材育成の課題をみると、もっとも回答が多かったのは、「専門職でない人の協力を得ながらの認知症の利用者の援助」で、回答者の72.07%が課題であると回答していた。次に多かったのは、「職員間で考え方を一致させ、連携をとりながら業務を行うこと」の61.72%だった。その後、「認知症の利用者の家族との関係形成」の58.40%、「認知症の利用者に適切な医療を提供していくために、医療機関とうまく連携すること」の55.27%と続いた。もっとも割合が低かったのは、「身体拘束を行わないケア」の20.31%だった。

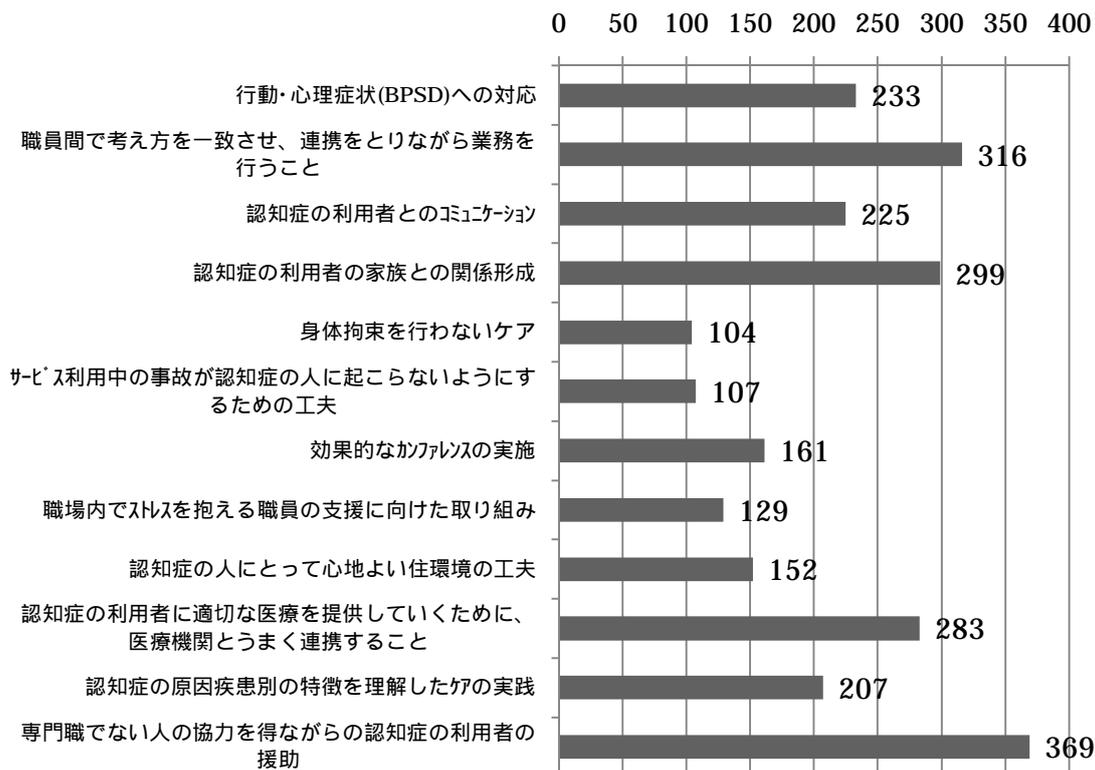


図5 - 4 市町村職員が考える所属する自治体における認知症ケア及びその人材育成の課題

グラフ内の値は回答者数

## 2. 今後の認知症介護の質向上に寄与する研修のあり方

調査の結果をみると、認知症ケアの従事者及び市町村職員、共に割合が高かった課題は、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」「行動・心理症状への対応」であり、それらが共通して課題となっている状況が示唆された。また、今回の調査及び分析を通じて、認知症ケア従事者が感じる認知症ケアの課題については、所属事業や職位、取得資格によって差異がある状況が示唆された。特に居宅サービスの分野においては介護者家族等の支援をどのように行うか、また認知症に関する医療連携について大きな課題となっていることが示された。

今回の調査項目は、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修の標準カリキュラムから抽出されたものである。そのことをふまえるなら

ば、まず、共通して高い割合を示した「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」「行動・心理症状への対応」等の項目については、そのカリキュラムや研修方法等再度検討を要する必要性が示唆された課題であるといえる。また、所属事業や職位、取得資格によって差異がある状況が示唆されたが、特に所属事業所間の認知症ケアに関する課題の割合は差異が大きく、少なくとも居宅サービス系と施設サービス系では直面する課題に差異があることが示唆された。これらをふまえると、居宅サービス系の事業所に所属するものに対する研修の在り方を考えていくうえで、日程等の受講しやすさをどう確保するかというシステム面の検討に加え、上述のような居宅サービス系の事業所が直面しやすい認知症ケアの課題に対するカリキュラムをどうしていくかもまた大きな検討課題であるといえよう。

## 第6章

# 認知症ケア研修における研修基準の課題と 今後の方向性

## 第6章 認知症ケア研修における研修基準の課題と

### 今後の方向性

第6章においては「認知症ケア」、「認知症専門ケア」と位置づけることのできる研修であるための研修基準に関する課題と今後の方向性について整理する。

研修基準を考える上での資料となる研修比較については、対象としたすべての職能団体（以下、各団体という）の研修内容の詳細把握は困難であったため、その比較には限界があったことを先に述べておきたい。

#### 本章における論点

- 「認知症ケア研修」、「認知症専門ケア研修」と位置づけられるための条件
- カリキュラムの重点化（「医学知識」等）の必要性と対策
- カリキュラムの「読み替え」と「認知症ケア標準カリキュラム」の方向性

#### 本章における用語の解説

- 「認知症ケア研修」：認知症ケアを実施する上での基礎的研修
- 「認知症専門ケア研修」：「認知症ケア研修」を踏まえ、地域連携等も含めたより専門性の高い研修
- 各団体：日本医療慢性期医療協会、日本介護福祉士会、全国老人福祉施設協会、全国老人保健施設協会、日本認知症グループホーム協会、日本医師会、日本介護支援専門員協会、認知症の人と家族の会、日本看護協会、日本認知症ケア学会
- 都道府県等：都道府県および政令指定都市

### 1. 認知症ケアに関する研修の現状

「認知症ケア」、「認知症専門ケア」と位置づけるための研修の条件につい

て述べる。(平成21年度調査、第3章より一部抜粋)

- 調査実施職能団体(以下、各団体という)と分析対象となる資格・研修の名称(表6-1)
- 授業時間数の比較(表6-2)
- 認知症介護実践者研修カリキュラム内容と、他研修等の比較(表6-3)
- 認知症介護実践リーダー研修カリキュラム内容と、他研修等の比較(表6-4)
- 認知症介護指導者養成研修カリキュラム内容と、他研修等の比較(表6-5)

## 調査概要

認知症介護に関連する専門職及び関連学会、当事者団体に対し、調査依頼状及び関連書類を送付し、同意書及び資料を回収した。収集する資料は、カリキュラム内容に関する資料 シラバス 実施要綱など、研修の具体的な内容について示されている資料とした。調査は、平成21年12月7日から平成22年1月29日に実施されたものである。

表6-1 調査依頼団体と分析対象となる資格・研修の名称

依頼先団体名	対象となる資格・研修名称
日本医療慢性期医療協会	認知症短期集中リハビリテーション医師
日本介護福祉士会	認定介護福祉士(認知症)、ファーストステップ研修
日本認知症グループホーム協会	該当なし
日本医師会	該当なし
全国老人福祉施設協会	該当なし
全国老人保健施設協会	認知症高齢者ケア研修会、 認知症短期集中リハビリテーション研修会
日本介護支援専門員協会	該当なし
認知症の人と家族の会	該当なし
日本看護協会	認定看護師教育専門課程(認知症看護)
日本認知症ケア学会	認知症ケア専門士

表 6 - 2 授業時間数の比較（単位：時間）

	総時間数	講義・演習科目	実習	通信等
認知症介護実践者研修	212	52	167	
認知症介護実践リーダー研修（+実践者研修の時間数）	249 (461)	89 (141)	160 (327)	
認知症介護指導者養成研修（+実践者+リーダー研修の時間数）	360 (821)	200 (341)	160 (487)	
認知症短期集中リハビリテーション医師（日本慢性期医療協会）	6	6		
認知症短期集中リハビリテーション医師（全国老人保健施設協会）	6.2	6.2		
認定介護福祉士（認知症） 主体：介護福祉士会	33	33		
ファーストステップ研修 主体：介護福祉士会	208	208		
認定看護師（認知症） 主体：看護協会	810	555	225	30
認知症高齢者ケア研修会 主体：全国老人保健施設協会	6	6		

表6-3 認知症介護実践者研修カリキュラム内容と、他研修等の比較

テーマ	授業形態	医師 認知症短期集中リハビリテーション	認定介護福祉士（認知症）	ファーストステップ研修	認定看護師（認知症）	認知症ケア専門士	認知症高齢者ケア研修会
認知症介護の理念	認知症介護実践者研修のねらい	演習					
	新しい認知症介護の理念の構築	演習					
	研修の自己課題の設定	演習					
認知症高齢者の理解と生活の捉え方	医学的理解	講義					
	心理的理解	講義					
	生活の捉え方	講義+演習					
	家族の理解・高齢者との関係	講義					
	意思決定支援と権利擁護	講義					
	生活の質の保証とリスクマネジメント	講義					
	認知症高齢者の理解に基づいた生活のアセスメントと支援	講義					
	事例演習	演習					
認知症高齢者の生活支援の方法	援助者の位置づけと人間関係論	講義					
	コミュニケーションの本質と方法	講義					
	援助関係を築く演習	演習					
	人的環境と住宅環境を考える	講義					
	地域社会環境を考える	講義					
	生活環境を考える演習	演習					
	生活支援の方法	講義+演習					
実習	実習課題の設定	演習					
	外部実習	実習					
	職場実習	実習					
	実習結果報告とまとめ	演習					

：該当・一部該当

表6-4 認知症介護実践リーダー研修カリキュラム内容と、他研修等の比較

テーマ		業 態 形	認 知 症 短 期 集 中 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 医 師	認 定 介 護 福 祉 士 ( 認 知 症 )	フ ァ ー ス ト ス テ ッ プ 研 修	認 定 看 護 師 ( 認 知 症 )	認 知 症 ケ ア 専 門 士	認 知 症 高 齢 者 ケ ア 研 修 会
認 知 症 介 護 の 理 念	研修のねらい	演習						
	生活支援のための認知症介護のあり方	講義+ 演習						
	介護現場の介護理念の構築	演習						
	介護現場の認知症介護のあり方に関するアセスメント	演習						
	研修参加中の自己課題の設定	演習						
認 知 症 介 護 の た め の 組 織 論	実践リーダーの役割と視点	講義+ 演習						
	サービス展開のためのリスクマネジメント	講義+ 演習						
	高齢者支援のための家族支援の方策	講義+ 演習						
	介護現場の環境を整える方策	講義+ 演習						
	地域資源の活用と展開	講義+ 演習						
人 材 育 成 の た め の 技 法	人材育成の考え方	講義						
	効果的なケースカンファレンスの持ち方	講義+ 演習						
	スーパービジョンとコーチング	講義+ 演習						
	人材育成の企画立案と伝達・表現技法	講義+ 演習						
	事例演習1	演習						
	事例演習2	演習						
チ ャ ッ ト ケ ア の た め の 事 例 演 習	事例演習展開のための講義	講義						
	チームケアのための事例演習1	演習						
	チームケアのための事例演習2	演習						
実 習	実習課題設定	演習						
	実習1:外部実習	実習						
	実習2:職場実習	実習						
	実習成果報告	演習						

: 該当・一部該当

表6-5 認知症介護指導者養成研修カリキュラム内容と、他研修等の比較

テーマ		授業形態	認知症短期集中リハビリテーション医師	認定介護福祉士（認知症）	ファーストステップ研修	認定看護師（認知症）	認知症ケア専門士	認知症高齢者ケア研究会
認知症介護研修総論	研修オリエンテーション・自己紹介・グループ形成	演習						
	認知症介護指導者間ネットワークについて	演習						
	介護理念の重要性の理解と展開方法	講義 + 演習						
	倫理と認知症介護	講義 + 演習						
	研修目標の設定及び面接・研修総括	演習						
	認知症介護に関連する法制度の理解	講義						
	認知症介護指導者の役割と理解	講義						
	成人教育・生涯教育論	講義						
	DCネットの理解	講義 + 演習						
人材育成と教育実践	人材育成論	講義						
	研修企画と評価	講義 + 演習						
	実践指導方法論	講義 + 演習						
	授業設計法	講義 + 演習						
地域ケアの実践	地域連携の理解	講義 + 演習						
	地域における高齢者虐待防止法と権利擁護	講義 + 演習						
	相談と支援のためのコミュニケーション	講義 + 演習						
	地域・介護現場における課題解決の実践	演習 / 実習						
課題解決のための実践	介護実践の研究法・評価方法	講義 + 演習						
	自職場における課題解決のための実習の準備・まとめ	講義 + 演習						
	自職場における課題解決のための実習	実習						

：該当・一部該当

## 2. 比較対象可能な研修

日本看護協会・日本介護福祉士会・日本慢性期医療協会・全国老人保健施設協会・日本認知症ケア学会等における研修が本調査では、比較可能な研修であった。

## 3. 「認知症ケア研修」「認知症専門ケア研修」に関する研修基準の課題

### 1) 研修基準の問題

- 研修内容の基準が不明確である
- 各団体間の「認知症ケア」の捉え方の違い
- 出席・レポート等のみで修了とする可否
- 研修の入口（受講決定のための選抜考査）、出口（研修修了のための修了考査）の考査の基準の整理
- どの様なメンバーで研修内容を検討するのか（研修企画基準）

### 2) 「認知症の医学知識等」に関する各団体研修カリキュラムのばらつきの是正

本研究事業における「認知症介護従事者研修のあり方に関する検討委員会」及び「第4章 認知症介護実践者等養成事業にかかる都道府県等担当者セミナー」における意見交換、「第5章 認知症介護の質向上研修のあり方」における調査結果等より行動・心理症状（BPSD）への対応は共通して課題となっている。しかしながら、認知症介護実践者研修のカリキュラムには「医学知識」に関する単元は含まれているが、認知症介護リーダー研修および認知症介護指導者養成研修においては含まれていない。また、介護支援専門員研修等においては、選択科目という位置づけになっている。

### 3) 研修内容を読み替えるための条件

- 研修内容を読み替えるための条件
- 受講者の資格要件（資格、経験年数等）
- カリキュラムの内容の検討

(使用教材、シラバス、講義・演習の時間数、担当講師等)

#### 4) 「認知症専門ケア研修」と位置づけるための要件

「認知症専門ケア」と位置づけるための標準カリキュラムの作成  
或いは、カリキュラム互換(読み替えるカリキュラム)の明確化  
研修の方法論  
講義・演習の時間配分等

### 4. 認知症ケア研修等の研修基準に関する今後の方向性(提案)

#### 1) 研修基準に関する今後の方向性

##### (1) 研修基準の提案

##### カリキュラムの読み替え

各団体で「認知症ケア」に必要と考えられている表6-3～表6-5を参考<sup>1)</sup>に共通項としての単元の多いものを基準に作成した。

表 6 - 6 「認知症ケア」を基盤とする研修の読替の考え方

研 修 名		A：読替可能の主な研修内容（案） （ 1 単元 1 時間以上設定）	B：各団体の研修
認知症ケア研修	ステップ 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症ケアの理念</li> <li>・認知症ケアと倫理</li> <li>・医学知識</li> <li>・認知症の人の心理</li> <li>・生活の捉え方</li> <li>・家族の理解・高齢者との関係</li> <li>・意思決定支援と権利擁護</li> <li>・生活の質の保証</li> <li>・リスクマネジメント</li> <li>・コミュニケーションの本質と方法</li> <li>・高齢者支援のための家族支援の方策</li>   <li>・地域資源の活用</li> <li>・その他</li> </ul>	A + B の各団体の目的ごとのオリジナル研修
認知症ケア研修	ステップ 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症ケアの理念</li> <li>・認知症ケアと倫理</li> <li>・医学知識</li> <li>・認知症の人の心理</li> <li>・家族の理解・高齢者との関係</li> <li>・高齢者虐待防止法と権利擁護（地域）</li>   <li>・リスクマネジメント</li> <li>・コミュニケーションの本質と方法</li> <li>・高齢者支援のための家族支援の方策</li>   <li>・地域資源の活用</li> <li>・その他</li> </ul>	A + B の各団体の目的ごとのオリジナル研修
認知症専門ケア 研修	ステップ 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症ケアの理念</li> <li>・認知症ケアと倫理</li> <li>・医学知識</li> <li>・認知症の人の心理</li> <li>・家族の理解・高齢者との関係</li> <li>・高齢者虐待防止法と権利擁護（地域）</li>   <li>・リスクマネジメント</li> <li>・コミュニケーションの本質と方法</li> <li>・高齢者支援のための家族支援の方策</li>   <li>・地域連携の理解</li> <li>・その他</li> </ul>	A + B の各団体の目的ごとのオリジナル研修

表 6 - 6 は表 6 - 3 ~ 5 の現段階の調査結果等を参考として作成したものである。読替の内容は「案」であり、必ずしもこの限りではない。

## 各団体間の認知症ケアに関する研修カリキュラムの再調査の検討

本研究において収集した資料は、研修案内などの研修日程を示したものや、シラバスないしそれに該当するもの、研修で実際に使用した資料などレベルがさまざまであった。カリキュラム内容の比較等においては、十分な妥当性・信頼性をもった分析が行われているわけではない。読み替えの可能性をさらに探っていくことも含めカリキュラムに関する資料を、その時間数も考慮した上で再度整理する必要がある。

表 6 - 6 を図で表現した場合のイメージは以下のとおりである。

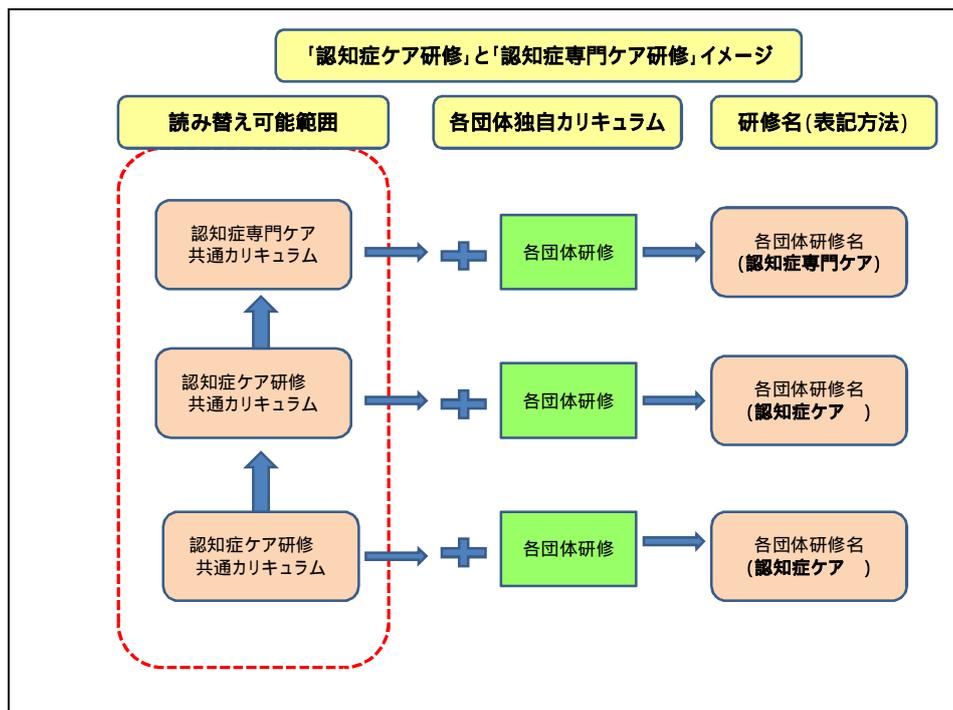


図 6 - 1 読み替え可能範囲と各団体独自カリキュラムの関係

## 認知症ケア標準カリキュラムの作成

何をもちて標準と定義するのも含め議論し、各団体が合意できる標準カリキュラムを策定する必要がある。

### (2) 医学知識等認知症ケアの専門領域カリキュラムの必修化

医学知識なども含めエビデンスに基づいた認知症ケアを考える上で研修ごとの確認も含め正確な知識を学んでいくことは重要である。科目の

「選択」の場合は、受講する側の認識の違い等で受講しないこともある。それらを防ぐためには、「必修化」することが最も早い改善策になる。

### (3) 研修形態の提案

集中型（指定された場所での講義・演習）、通信型・集中型（通信で学習、スクーリングでロールプレイ・グループワーク等を実施）等、いずれの場合も修了時は効果測定等を実施し、質を担保する。

例1) 集中型（講義・演習）最終日または単元終了時の効果測定等

例2) 通信型 講義：e-ラーニング等による自己学習

演習：スクーリングにおいて、グループワーク、ロール・プレイ等による効果測定

## 4. まとめ

### 1) 研修基準と読み替えの関係

認知症介護実践者研修等における研修カリキュラムの内容は他の団体が実施する認知症ケアの研修と重なる点も多かった。そのため、読み替えも含め「同等とみなす」という考え方も一部にあった。しかし、標準とされる認知症ケア研修あるいは認知症専門ケア研修が確立されていない現在、「同等とみなす」という考え方は適切とはいえないであろう。むしろ、標準とすることができる認知症ケア研修体系を明確にするとともに、関係者間でその理念を共有しつつ、先の図6-1で示されているような各団体独自のカリキュラムを加えた認知症ケア専門研修が設けられることが望ましいと考える。このような体系が確立されれば、都道府県等セミナーで示された「同等とみなす」ことに対する地域間の考え方の差はなくなることになる。

### 2) 研修基準と認知症ケア加算との関係

本研究事業における「認知症介護従事者研修のあり方に関する検討委員会」（第2回議事録）及び「第4章 認知症介護実践者等養成事業にかかる都道府県等担当者セミナー」における意見交換において、「認知症介護従事者等研修修了と認知症ケア加算を別々に考えることはできないのか」という意見があった。一部研修生の受講態度等や介護保険事業所のケア加算に対する

考え方等の問題から、「切り離して考えることができれば、本当の意味での質の向上につながるのではないか」というものであった。研修の受講基準および修了基準が明確にされることが条件であるが、先に示したような関係者間で合意が得られる研修体系が確立されることで、認知症ケアの質のさらなる向上に十分に資することが考えられる。現在のケア加算が暫定的な制度であるとするれば、ケア加算に相当する研修内容を検討するのではなく、本報告書で示されている認知症ケアに関する研修のあり方を明確にすることが早急に求められる。

## 第7章

### 総合考察

## 第7章 総合考察

- 本研究事業の目的は、介護保険制度施行以後に都道府県ならびに政令市で実施されている認知症介護実践者等養成事業の効果ならびに社会的評価について検証すると同時に、学術学会や職能団体等が実施している認知症介護従事者研修の事態を検証し、その効果と課題について明らかにすることにある。
  
- この事業を達成する為に以下の調査研究を実施した
  - ① 認知症介護研究・研修東京センターの本間昭センター長を委員長に各関係団体から選出された17名の委員により委員会を構成し、認知症介護従事者研究のあり方について協議した。
  - ② 認知症介護従事者研修の実態を検証するために認知症介護実践者等養成事業の実態調査を実施した。
  - ③ 認知症介護実践者等養成事業の実施主体である都道府県ならびに政令指定都市（都道府県等とする）の担当者セミナーの開催と同研修に対する事前アンケート調査を実施した。
  - ④ 認知症介護質向上のための研修のあり方に関する調査を居宅サービス事業所と高齢者介護施設、医療施設等を対象に実施した。
  - ⑤ 認知症専門ケア研修の構造についての検証をした。
  
- 総合考察では、本研究事業を総括し、認知症介護指導者研修等の認知症介護実践者等養成事業の将来におけるあり方について考察する。

## 1. 認知症介護従事者研修の現状と課題

### 1) 認知症介護実践者等養成事業に対する評価

- 認知症介護従事者のための研修として代表的なものに認知症介護実践者等養成事業がある。その研修効果の検証には、研修受講者の認知症介護能力の向上を明らかにする事が求められる。これを検証する方法として、自己評価と他者評価がある。しかし、他者評価に関しては合意が得られている評価方法はない。さらに言えば、認知症者ならびにその家族に対する実践者のサービス効果を検証する必要があるが、そのエビデンスを明らかにすることは調査設計きわめて困難である。

#### 《自己評価》

- 本事業では認知症介護従事者が上位の研修を修了する毎に介護能力に関する自己評価がどのように変化するかを検証した。結果から介護従事者の介護能力を構成する要因は「道具使用能力」「他者との協力能力」「自律的活動能力」の3つのカテゴリーに分けられ、この能力を評価するために125項目40カテゴリーの質問を設定し、自己評価表を作成した。
- 医療・介護・福祉機関に勤務している認知症ケア従事者1,004名（調査対象の32.6%）の介護能力を自己評価表で評価した。結果から実践者等養成研修を受講していない一般介護職員、実践者研修修了者（実践者）、リーダー研修修了者（リーダー）ならびに指導者養成研修修了者（認知症介護指導者）の自己評価は、3つのカテゴリーでキャリアごとに上昇していたことから認知症介護従事者研修の効果が明らかになったといえる。
- 一般職員は「自律的活動能力」の中で「臨機応変的課題解決能力」が、また「道具使用能力」の「情報収集・処理・活用」が他のキャリアに比較して低かった。リーダー職は、「自律的活動能力」の構成要素の中の「理念の重視・実践」の割合が高く、指導者は、他のキャリアグループ

より「自律的活動能力」に関する能力が高かった。その内容として科学的・効率的課題解決能力優れ、また専門知識や情報収集・処理・活用の重要性を認識しており、他人の力量・状態を把握し、考え方・力量の異なる他人と協力する能力も高いことが明らかになった。

#### 《他者評価》

- 施設内の上司がリーダー研修修了者（リーダー）に対して評価した内容は、研修修了者が自己評価したものよりも全般的に高い評価を示す傾向がみられた。このことから、現場の上司は、リーダー研修の効果を評価していると考えられる。具体的には、認知症者の心地良い環境づくり、職場内で家族、住民、ボランティアなどの協力を得ながら認知症者の援助を実施する能力、身体拘束防止への取り組みの実践で上司から高い評価が得られた。
- 一方で、行動心理症状の対応については、自分の課題として感じているリーダーが多く、認知症者とのコミュニケーションについても実施の介護力を認めながらもその困難さを感じ、実践現場での葛藤が窺える。

#### 《実践者養成等事業の効果》

- 認知症介護実践者等養成事業（実践研修・指導者研修）は、明らかに自己評価で自身の介護能力の向上に役立ち、またリーダー研修修了者の他者評価としてその上司の評価は高く、この研修事業は一定の評価が得られていると解釈できた。特に本研修修了者の自己評価は、上位研修修了者ほど自己の介護能力を高く評価していることから、これらの研修事業が認知症介護専門職のキャリアアップの指標として有効であることが示された。
- 認知症介護指導者（指導者）は、指導者研修を修了していない者と比較すると、「コミュニケーション技術」よりも「情報収集・処理・活用」を、「臨機応変的解決」よりも「科学的・効率的な課題解決」をより重視している結果が得られ、より認知症ケアを客観的、科学的に実践なものとして考える傾向があることが示唆された。すなわち、指導者は他職

種・関連機関についての専門知識、良い関係形成、力量向上能力と認知症ケアにおける情報収集、整理能力が育成されていることが明らかになった。

- 認知症介護指導者研修での演習を中心したカリキュラムが能力の向上に関わったことに加え、研修修了後の地域活動の広まり、職場内・外での認知症ケア能力向上の機会、他専門職と協働など、幅広い能力獲得に繋がっていることが明らかになった。しかし、指導者の多くは、地域での実践活動や地域の実践力向上に関する能力に課題を感じていた。
- 実践研修ならびに指導者養成研修の有効性は、認知症ケアの実践能力の向上及び課題解決能力の向上、及びそれによる自職場の認知症ケアに対する貢献、科学的で客観性をもった認知症ケアへの考え方の変化という点で有効であることが確認された。

## 2) 認知症介護実践者等養成事業の課題

- 認知症介護実践者等養成事業の課題について、本研究委員会や都道府県等担当者セミナーで明らかにした。第1に実践研修の質の確保であり、またそのための各研修における受講者の適正の明確化である。すなわち、それぞれの研修が、どのような介護人材に対し、どのような能力を養うことを目的にしているかを明確にすることである。第2に現状のカリキュラムや受講者の研修効果に関する評価の方法である。第3に研修修了者の地域での活用のあり方、が挙げられた。

### 《研修の質の確保》

- 最初のステップの研修である認知症介護実践者研修（実践者研修）の受講要件では、受講者の持っている介護の能力や知識をある程度統一するために実務経験2年以上を求めている。この要件は妥当と思われるが、委員会ならびに都道府県等セミナーでは、実践者研修の質を向上させるために、最初のステップの研修として初任者研修を受講し、その後実践

を経て介護実務者研修を受講するシステムを提案すべきとの意見が出された。

- 研修受講者の適正の見直しが必要である。重要な事は、各研修でどのような人材に対して、どのような目的で研修を行うのか明確にする必要がある。例えば、実践研修では「高齢者介護職として2年以上の経験があり、認知症介護の基本的な知識と技術を有し、また日頃、認知症者に接する機会が多い現場で介護職として勤務している人で、認知症介護の理念を理解し、さらに必要な専門的な知識と介護技術を習得すること希望する方の受講を募ります」と、いった研修対象者を明確に示し、これに適した介護職に研修を実施することが必要である。
- このような受講者の適正をもつ人材に対して研修を実施するには、受講前に考査を実施する事が必要との意見が示された。ある自治体では、受講希望者に面接等の考査を行い、受講希望者の受講に対する意志を確認した後に受講を許可したところ、研修効果が上がったことを明らかにしている。
- 実践研修では、標準カリキュラムが規定されているが、実施主体によっては、標準カリキュラムに沿った研修が実施されていない状況が明らかになった。具体的には研修日数が実践者研修で最大9日から最小4日、またリーダー研修では13日間から5日間と大変幅が広い。さらに外部実習では、実践者研修で約半数が実施しておらず、またリーダー研修では10日間から1日間でまちまちであった。
- 実践研修の標準カリキュラムに関しては、多くの自治体から介護現場の現実に即したカリキュラムとは言い難いとの意見が出され、研修期間やカリキュラム内容の見直しが必要である。また標準カリキュラムを実行する上での教科書の改訂を早急にすべきとの意見であった。

### 《研修カリキュラムの課題》

- 平成 16 年に実践者等養成事業の改定ならびに平成 20 年には指導者研修のカリキュラム改定を実施したが、その後の認知症介護の質の向上と地域における認知症ケアに関連するニーズの変化、さらには認知症対策やサービスシステムのめまぐるしい変化、などに対応する研修が求められている。
- 認知症介護向上のための段階的研修において、研修期間をはじめ、研修内容、受講者の適正、研修効果に対する評価法ならびに研修修了者の社会的役割を遂行するためのフォローアップ体制を含めた抜本的な改革が求められている。
- 認知症ケア実践能力について研修階層ごとに行った調査から、介護現場でチームアプローチ、認知症者ならびに家族介護者のニーズ把握、地域住民ニーズの把握、介護職の心身の健康管理などに課題を感じていた。また他職種間連携や行動・心理症状への対応、人材育成、職員ストレスの問題に関心が寄せられ、これらに関する研修のニーズが明らかにされた。
- 特に初任者に対して、認知症介護の基礎知識を身につける研修の開催、さらには認知症介護に必要な基礎的医学知識の獲得に向けた研修のニーズが高かった。
- 介護従事者の実践力として、職員間あるいは他職種間での連携の取り方すなわちチームケアに関する実践力と行動・心理症状への対応に関することに最も多くの課題が挙げられた。また、ストレスを抱える職員の支援、認知症の人の心地よい住環境、原因疾患別の特徴を理解したケア、等も介護従事者にとっての重要な課題であった。それゆ、これらの能力の獲得のための研修が求められる。
- 標準カリキュラムの改定に当たっては、実践者研修、リーダー研修ならびに指導者研修の同時改定が必要である。特に指導者研修のカリキュラ

△改定として、指導者の介護実践力の強化と指導力強化に関する見直しである。その理由として、これまでの指導者研修の中核は、実践者ならびにリーダー研修の企画運営に関する能力養成であったが、本研究では、指導者自身に質の高い認知症介護能力が求められていることが明らかとなり、それを基盤とした研修等企画運営力を養成すべきとの意見であった。

- 指導者自身の力量に関する評価では、他のキャリアに比較して高い力量を有することが明らかになったが、それ故に指導者自身が多く課題を抱えている側面も明らかになった。同時に指導者に対する期待は、むしろ研修事業の企画運営能力よりも地域の認知症介護に関するスーパーバイザーとしての役割や認知症介護に関する指導的役割を担ったものとしての力量が求められている。その能力の確保・維持のための指導者研修ならびにフォローアップ研修のあり方を早急に提案する必要がある。

## 2. 新しい認知症介護従事者研修構築に向けた改革

### 《新たな認知症介護従事者研修の構築》

- 認知症ケアの従事者及び市町村職員が共通する課題は、「職員間連携の課題」と「行動・心理症状への対応」で、特に認知症ケア従事者は、居宅サービスの分野での介護者家族等の支援方法や認知症に関する医療連携に関する知識に関心が高かった。
- 所属事業所間の認知症ケアに関する能力の差は大きく、特に居宅サービス系と施設サービス系では直面する課題に差異があり、居宅サービス系の事業所に所属する介護従事者の研修の充実が課題であった。
- 地域の介護支援専門員に対する認知症知識向上のための研修を行うべきとの意見が多く寄せられた。また地域包括支援センターの主任介護支援専門員に対する認知症ケア向上に向けた研修を実施すべきとの意見も多い。この理由は、地域包括支援センターの専門職は、地域の認知症ケア多職種連携のコーディネーターとしての役割が期待されているからである。
- 認知症介護従事者研修は、日本介護福祉士会、日本看護協会を始め多くの職能団体ならびに日本認知症ケア学会等の学術学会等で実施している。それぞれの研修カリキュラムを比較すると各団体の研修目的によりそのカリキュラムの内容は多少異なるが、概ね一致する内容であった。このことから、将来的な認知症介護のステップアップ研修を実施するに当たり2つの課題が明らかになり早期の検討が求められる。
  - ① 職能団体等の研修修了者に対するカリキュラム互換制度のあり方
  - ② 各団体での認知症介護従事者研修を実施する際の標準的カリキュラムの構築

○ 以上から、新たな認知症介護従事者研修の実施について提案する

- ① 居宅サービス事業所の介護職員の認知症ケアの質の向上を目的に、認知症の医療、BPSD、他職種連携ならびにチームケアに関する体系的な内容の研修を提供する必要がある。その際に、テーマ別の研修も視野に入れ、受講しやすい環境を提供する必要がある。
- ② 介護専門職初任者に対して、認知症介護の基礎研修を提供する。実践者研修受講以前に認知症に関する医学的な基礎知識、ケアの倫理、介護環境、家族支援、社会福祉等の研修を実施し、認知症介護の標準的知識を身につける。
- ③ 介護支援専門員に対して、認知症介護の質向上のための研修を実施する。特に都道府県等担当者セミナーや委員会で介護支援専門員の質向上のために認知症介護に関する研修の要望が強かった。
- ④ 地域包括支援センター勤務の保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員に対しては、認知症介護に関する知識と介護の質の向上のため、また地域における他職種間連携を推進する人材として育成する。

《認知症介護実践者等養成事業の改革に向けて》

○ 現在自治体で実施されている実践者等養成事業では、実践者研修とリーダー研修、その他開設者研修などの指定要件の研修が行われている。これらの研修の実施主体は都道府県等であるが、自治体によっては福祉法人や事業所に委託している場合も少なくない。また標準的カリキュラムが設定されているが、それを遵守しないカリキュラムで研修を実施している事業所もあった。さらに、介護保険での介護加算を目的に受講するケースも多く、研修目的の不明瞭、受講者の質の低下、修了要件の曖昧等の課題が明確になった。そこでこの課題を解決するために以下の対応を提案する。

- ① 受講者選別のための受講要件の見直しを早急におこなう。そのためには研修対象者や目的等を明確にし、それに適合した研修生を選別するための考査実施を考慮する。
- ② 認知症介護従事者への介護研修受講機会がグループホーム従事者に

偏っている現状を公平にする必要がある。そのための研修者人数の増員や研修期間の短縮等の配慮をすべきである。また、長期にわたる系統的な研修をテーマ別の短期研修受講による単位制研修に切り替えることも検討を要する。

- ③ 受講者が研修目的を達成できているかの評価方法を早急に開発すべきである。
- ④ 研修実施事業者に対しては、研修の質を向上するために、標準カリキュラムの遵守、講義内容の質、研修講師の質の確保、チューターの確保ならびに研修環境の整備等を評価する認証機関の創設を考慮すべきである。
- ⑤ 上記のような研修システムの改革に伴う研修環境の整備が実施された時には、現状の介護加算単価を見直し、より現実に即した単価設定と介護専門職の人材確保のために彼らの社会的ステイタス向上に配慮した雇用体制を構築すべきである。

#### 《認知症介護指導者研修の改革に向けて》

- 認知症介護指導者は、他の認知症介護実践者等養成事業修了者に比較して明らかに独自の力量を有することが確認でき、またその社会的役割に対する期待も高いことが伺われた。しかしその一方において、指導者の実践者等養成事業における研修の企画・立案等の役割と同時に地域認知症ケアに関する実践活動等の役割があることを十分に理解されていない。それ故、自治体等の認知症政策に積極的に関われる環境作りや地域の認知症者支援のシステム作りに寄与できる環境整備が必要である。その為には指導者の認定制度を構築すべきで、それにより指導者の社会的ステイタスも確保できる。
- さらに指導者は、認知症に関する医学的知識や行動・心理症状の対応など具体的な介護方法や知識に関する最新の情報を獲得する手段としてのフォローアップ研修の改革も求められる。
- 指導者研修の受講要件を明確にし、適合した受講生を選別すべき考查をより充実する必要がある。事業者推薦による受講者の受け入れが始まっ

た平成 21 年度から受講希望者の選抜選考を行っているが、その効果については明確な資料がない。しかし、大府センターが実施した調査では、都道府県等の推薦者とその研修評価に関して変わらない結果が得られた。それ故、今後指導者研修受講者の確保とさらなる発展のためには、事業者推薦の受講希望者を受け入れると同時に、研修の質を確保する為に、受講者考査の充実が必要である。

- 本年度の研究事業から指導者一定程度の力量を有することが確認できた。これらの能力を有する人材をさらに育成することで、我が国の認知症介護の質の向上につながる。しかし現状では 3センターで年間約 150 名の指導者を養成するにすぎず、この数は十分と言えない。今後は、指導者の育成を強化する施策の実施が期待されるが、そのためにも指導者研修のカリキュラム改定、構造改革、また地域での指導者の役割の明確化等の努力をすべきで、質の高い指導者研修の実施と同時に研修受講希望者が受講しやすい環境作りも求められる。
  
- 当面の指導者研修に関連する改革として
  - ① 受講者の適正の明確化
  - ② 働きながら研修を受けられるようなカリキュラムとして、土日集中講義、分野別短期研修、ネット学習の開発等を可能性を探る。
  - ③ 研修受講要件の見直しと研修希望者の受講しやすい環境を整備
  - ④ 研修実施主体者の拡大と研修実施者に対する認証制度の開発

### 3. まとめ

- 認知症介護実践者等養成事業の効果は、それぞれの力量の違いから明らかに認知症介護のステップアップ研修としての役割を果たしている事が確認できた。それ故、これらの認知症介護従事者研修のさらなる充実と質の向上の為に努力が求められる。
- 新たな研修事業として、認知症介護初任者研修、居宅サービス従事者研修ならびに介護支援専門員ならびに地域包括支援センター3 専門職に対する認知症介護従事者研修を実施すべきである。
- 認知介護従事者研修の質向上のためには、関係者間で合意が得られる新たな標準カリキュラムの作成のみならず、それぞれの研修機関に対する認証制度を構築すべきである。それにより、質の高い研究機関の育成・確保が可能になり、多くの従事者に研修受講機会を与える事に繋がる。時代に即した人材育成を行うためのカリキュラムとしてエビデンスに基づいた認知症介護を念頭に置いたものを作成すべきである。また修了者に対する認定方法のあり方を検討し、研修修了者の地域での役割を明確にする。
- 認知症介護指導者研修では、一定の成果が得られたことを確認された。今後も指導者が地域のニーズを把握し、様々な場面における認知症介護に関するアドバイザー、多職種間連携、人材育成等の中心的役割を担う者として活躍できる環境を整備すべきである。それには、各自治体による認定制度の構築と地域における指導者の役割の明確化、さらには地域のお他職種との連携推進者としての地位を確保が必要である。また、指導者の生涯学習制度を創設し、認知症介護の質向上を図る必要がある。

# 卷末資料

## 第1章 認知症介護従事者研修のあり方に関する研究事業について

### 資料編

#### 資料1-1 認知症ケアの研修に関する実態調査

##### 1. 調査目的

認知症介護に関連する専門職及び関連学会、当事者団体が実施している認知症ケアに関する研修の実態を把握し、実践者研修との比較を行うことにより、それらの既存の研修との連携の在り方を検討するとともに、認知症ケアの質の向上に寄与する研修の今後のあり方を検討する。

##### 2. 調査方法

認知症介護に関連する専門職及び関連学会、当事者団体に対し、調査依頼状及び関連書類を送付し、同意書及び資料を回収した。収集する資料は、カリキュラム内容に関する資料シラバス 実施要綱など、研修の具体について示されている資料とした。調査は、平成21年12月7日から平成22年1月29日に実施した。

##### 3. 結果及び分析対象

認知症介護に関連する専門職及び関連学会、当事者団体10団体に依頼し、9団体から資料の提供があった。そのうち、平成20年および21年度に実施された各団体の研修のうち、認知症ケアを専門とする資格に関するもの、及び認知症ケアを主要な内容とする研修会に関する資料を分析対象とした。

日本医療慢性期医療協会、日本介護福祉士会、老人保健施設協会、日本看護協会、日本認知症ケア学会より送付された資料から対象となる資格・研修を選定した。日本医療慢性期医療協会、日本介護福祉士会、老人保健施設協会、日本看護協会、日本認知症ケア学会より送付された資料から対象となる資格・研修を選定した。日本認知症グループホーム協会、老人福祉施設協会については、認知症介護実践者研修、及び認知症介護実践リーダー研修を実施している資料であったため、本調査の分析対象外とした。加えて、認知症の人と家族の会では、認知症コールセンターの資料が提供されたが、これは電話相談のマニュアルであり、本調査が対象とする研修・資格にあたらないという判断から該当なしとして判断した。介護支援専門員協会については分析にあたり、提供した資料は本調査対象には該当しないとの申し出があり分析対象から除外した。(表1-1)

表 1 - 1 調査依頼団体と分析対象となる資格・研修の名称

依頼先団体名	対象となる資格・研修名称
日本医療慢性期医療協会	認知症短期集中リハビリテーション医師
日本介護福祉士会	認定介護福祉士（認知症）ファーストステップ研修
日本認知症グループホーム協会	該当なし
日本医師会	該当なし
全国老人福祉施設協会	該当なし
全国老人保健施設協会	認知症高齢者ケア研修会、 認知症短期集中リハビリテーション研修会
日本介護支援専門員協会	該当なし
認知症の人と家族の会	該当なし
日本看護協会	認定看護師教育専門課程（認知症看護）
日本認知症ケア学会	認知症ケア専門士

#### 4 . 分析結果

認知症介護実践者等養成研修と、認知症リハビリテーション医師、認定介護福祉士（認知症）ファーストステップ研修、認定看護師（認知症）認知症の人のためのケアマネジメント研修、認知症高齢者ケア研修会を対象に、総時間数、講義＋演習科目の時間数、実習時間数を算出し、比較を行った。実習等1日単位の研修は1日8時間、1週5日で計算した。また認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修の時間数については、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成18年3月31日老計発第0331007号、一部改正 老計発第0326004号平成21年3月26日）に規定された時間数をもとに積算した。

総時間数で最も多かったのは、日本看護協会が実施している認定看護師(認知症)の48600分だった。次に多かったのが、認知症介護指導者養成研修で、21600分だった。それ以降は、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修となった。日本介護福祉士会が実施しているファーストステップ研修の12480分とその後が続いた。認知症介護実践者研修と日本介護福祉士会が実施しているファーストステップ研修は総時間数に大きな差はなかったものの、前者は実習があり、後者は講義・演習のみであった。(表1-2)

表 1 - 2 授業時間数の比較（単位：分）

	総時間数	講義・演習科目	実習	通信等
認知症介護実践者研修	12720	3120	10020	
認知症介護実践リーダー研修 （+実践者研修の時間数）	（27660）	（8460）	（19620）	
認知症介護指導者養成研修 （+実践者+リーダー研修の時間数）	（49260）	（20460）	（29220）	
認知症短期集中リハビリテーション医師（日本慢性期医療協会）	360	360		
認知症短期集中リハビリテーション医師（全国老人保健施設協会）	370	370		
認定介護福祉士（認知症）	1980	1980		
ファーストステップ研修	12480	12480		
認定看護師（認知症）	48600	33300	13500	1800
認知症高齢者ケア研修会	600	600		

- 認知症介護実践者研修カリキュラム内容と他研修等のカリキュラム内容等の比較では、「認知症高齢者の理解と生活の捉え方」に属するテーマ群に、該当・一部該当する内容が他研修等において実施されていることが示唆された。特に、ファーストステップ研修、認定看護師（認知症）、認知症ケア専門士についてはその多くが該当・一部該当していることが示唆された。（表 1 - 3）
- 認知症介護実践リーダー研修カリキュラム内容と他研修等のカリキュラム内容等との比較においては、「認知症介護のための組織論」、「人材育成のための技法」に属するテーマ群に、該当・一部該当する内容が他研修等において実施されていることが示唆された。この比較においても、ファーストステップ研修、認定看護師（認知症）、認知症ケア専門士については該当・一部該当していることが多い研修であることが示唆された。（表 1 - 4）
- 認知症介護指導者養成研修カリキュラム内容と他研修等のカリキュラム内容等の比較においては、「認知症介護研修総論」に属するテーマ群のうち、「介護理念の重要性の理解と展開方法」、「倫理と認知症介護」、「認知症介護に関連する法制度の理解」及び「地域ケアの実際」に属するテーマ群に該当・一部該当する内容が他研修等にお

いて実施されていることが示唆された。(表 1-5)

- 認知症介護指導者養成研修における「人材育成と教育実践」、認知症介護実践リーダー研修における人材育成に関するカリキュラムについては他のどの研修にも該当するカリキュラムがないことが示唆された。(表 1-5)

認知症介護実践者等養成研修カリキュラム内容を軸足にし、他研修等のカリキュラム内容等を比較検討した。他研修等として、認知症リハビリテーション医師、認定介護福祉士(認知症)、ファーストステップ研修、認定看護師(認知症)、認知症の人のためのケアマネジメント研修、認知症高齢者ケア研修会、認知症ケア専門士に関する資料を分析対象とした。

比較にあたっては、授業内容・授業目的を比較し、ほぼ内容が一致あるいは包括されているもの、一部その内容が含まれていることが資料によって確認できたものを該当・一部該当と判断した。認知症ケア専門士については、標準テキストの目次において、該当するキーワードが読み取れたものについて該当・一部該当と判断した。したがって、本分析においては該当・一部該当の判断には時間数を考慮していない。また、実習及びその関連科目についても比較の対象とはしていない。

なお、本研究において使用した資料は、研修案内などの研修日程を示したものや、シラバスないしそれに該当するもの、研修で実際に使用した資料など様々なレベルのものを一括して扱っているため、特にカリキュラム内容の比較においては、十分な妥当性・信頼性をもった分析が行えているわけではない。考察で触れたような読み替えの可能性をさらに探っていくためには、カリキュラムに関する資料を、その時間数も含めて再整理した資料を用いる必要があると考える。

表 1 - 3 認知症介護実践者研修カリキュラム内容と、他研修等の比較

テーマ	授業形態	認知症短期集中 リハビリテーション 医師	認定介護福祉士 (認知症)	ファーストステップ 研修	認定看護師 (認知症)	認知症ケア 専門士	認知症高齢者 ケア研修会
認知症介護の理念	認知症介護実践者研修のねらい	演習					
	新しい認知症介護の理念の構築	演習					
	研修の自己課題の設定	演習					
認知症高齢者の理解と生活の捉え方	医学的理解	講義					
	心理的理解	講義					
	生活の捉え方	講義+演習					
	家族の理解・高齢者との関係	講義					
	意思決定支援と権利擁護	講義					
	生活の質の保証とリスクマネジメント	講義					
	認知症高齢者の理解に基づいた生活のアセスメントと支援	講義					
	事例演習	演習					
認知症高齢者の生活支援の方法	援助者の位置づけと人間関係論	講義					
	コミュニケーションの本質と方法	講義					
	援助関係を築く演習	演習					
	人的環境と住宅環境を考える	講義					
	地域社会環境を考える	講義					
	生活環境を考える演習	演習					
	生活支援の方法	講義+演習					
実習	実習課題の設定	演習					
	外部実習	実習					
	職場実習	実習					
	実習結果報告とまとめ	演習					

：該当・一部該当

表 1 - 4 認知症介護実践リーダー研修カリキュラム内容と、他研修等の比較

テーマ		授業形態	認知症短期集中 リハビリテーション 医師	認定介護福祉士（認知症）	ファーストステップ研修	認定看護師（認知症）	認知症ケア専門士	認知症高齢者ケア研修会
認知症介護の理念	研修のねらい	演習						
	生活支援のための認知症介護のあり方	講義+演習						
	介護現場の介護理念の構築	演習						
	介護現場の認知症介護のあり方に関する アセスメント	演習						
	研修参加中の自己課題の設定	演習						
認知症介護のための 組織論	実践リーダーの役割と視点	講義+演習						
	サービス展開のためのリスクマネジメント	講義+演習						
	高齢者支援のための家族支援の方策	講義+演習						
	介護現場の環境を整える方策	講義+演習						
	地域資源の活用と展開	講義+演習						
人材育成 のための 技法	人材育成の考え方	講義						
	効果的なケースカンファレンスの持ち方	講義+演習						
	スーパービジョンとコーチング	講義+演習						
	人材育成の企画立案と伝達・表現技法	講義+演習						
	事例演習 1	演習						
	事例演習 2	演習						
チーム ケアのた めの事例 演習	事例演習展開のための講義	講義						
	チームケアのための事例演習 1	演習						
	チームケアのための事例演習 2	演習						
実習	実習課題設定	演習						
	実習 1: 外部実習	実習						
	実習 2: 職場実習	実習						
	実習成果報告	演習						

：該当・一部該当

表 1 - 5 認知症介護指導者養成研修カリキュラム内容と、他研修等の比較

テーマ		授業形態	認知症短期集中 リハビリテーション 医師	認定介護福祉士（認知症）	ファーストステップ研修	認定看護師（認知症）	認知症ケア専門士	認知症高齢者ケア研究会
認知症介護研修総論	研修オリエンテーション・自己紹介・グループ形成	演習						
	認知症介護指導者間ネットワークについて	演習						
	介護理念の重要性の理解と展開方法	講義 + 演習						
	倫理と認知症介護	講義 + 演習						
	研修目標の設定及び面接・研修総括	演習						
	認知症介護に関連する法制度の理解	講義						
	認知症介護指導者の役割と理解	講義						
	成人教育・生涯教育論	講義						
人材育成と教育実践	DCネットの理解	講義 + 演習						
	人材育成論	講義						
	研修企画と評価	講義 + 演習						
	実践指導方法論	講義 + 演習						
地域ケアの実践	授業設計法	講義 + 演習						
	地域連携の理解	講義 + 演習						
	地域における高齢者虐待防止法と権利擁護	講義 + 演習						
	相談と支援のためのコミュニケーション	講義 + 演習						
課題解決のための実践	地域・介護現場における課題解決の実践	演習/実習						
	介護実践の研究法・評価方法	講義 + 演習						
	自職場における課題解決のための実習の準備・まとめ	講義 + 演習						
	自職場における課題解決のための実習	実習						

：該当・一部該当

## 5 . 本研究の限界と今後の課題

課題から研修効果を考える場合、課題と感じているかどうかという視点に加え、どのように課題と感じているかの質の部分についてさらに検討を加えていかねばならない。研修にこれまであまり課題と感じていなかったものがはじめて具体的に課題として感じるようになってきたということも考えられるからである。課題の解決には課題と認識することに加えて課題海家のための手法を身につけそれを実践する力量が必要となるそれには、演習と実習が大きな役割を果たすことが考えられ、指導者研修はその両者について満たすものでありそれがこのような結果を導いていることが考えられる。

## 第2章 委員会における討議結果

### 資料編

#### 資料2-1 第1回研究委員会議事録

【日時】平成22年10月25日(月) 17:30 - 19:30

【会場】東京国際フォーラム G403 会議室

【出席者(順不同・敬称略)】田中雅子、中島紀恵子、長田久雄、佐々木薫、村上勝彦、平井基陽、長井卷子、木村隆次、安藤幸男、阿部哲也、柳務、本間昭、今井幸充、事務局：大島憲子、渡邊浩文、中村考一(記録)

【議事次第】

(1) ごあいさつ

(2) 研究委員紹介

(3) 委員長の選出

(4) 昨年度の事業成果の確認及び本研究事業の目的の説明

(5) 認知症介護従事者研修のあり方についての全体討議

認知症の人本人に届くサービスとして認知症介護実践者研修をどのように考えるか  
地域における認知症介護実践者研修・リーダー研修実態調査内容の検討

(6) 今後の予定

(7) その他(次回、委員会の日程調整)

#### (1) ごあいさつ

認知症介護研究研修東京センター センター長 本間 昭がごあいさつを行った。

#### (2) 研究委員紹介

各研究委員より、自己紹介をいただいた。

#### (3) 委員長の選出

本間昭委員が委員長として選出された。

#### (4) 昨年度の事業成果の確認及び本研究事業の目的の説明

事務局より、昨年度の事業成果について報告書をもとに説明した。

また、本年度の委員会の目的について説明した。具体的には、本人・家族・認知症介護の従事者など、現場に近い対象者からケアや研修に対するニーズをアンケート調査等により収集し、それを基に実践者等養成事業の今後のあり方を検討することが目的であることを説明した。また、それらの調査結果を踏まえて実践者等養成事業以外の研修を含めて、認知症介護従事者研修をどのように体系づければよいかを検討したいということを説明した。

< 質問・意見 >

- 木村委員：介護支援専門員協会の研修は、介護支援専門員全体を対象に実施できている研修ではなく、規模や位置付けを考慮すると実践研修と比較対象となる研修であるとは考えにくい。そのため、比較対象からは除外していただきたい。

(回答)平成22年度の報告書では、その点を踏まえ補足・修正したい。

- 田中委員：委員会の目的として専門ケア加算について議論すべきなのか、認知症ケアが適切に行われるためにどうすればよいのか、従事者の質という議論なのか  
(回答)後者である。そのような議論の結果として、自治体が実践研修と同等と判断できるような成果物を出していければよい。
- 安藤委員：在宅介護従事者に対する認知症の研修では、ホームヘルパー研修においては「生涯の疾病の理解」の科目の中で認知症について触れられる程度であり、サービス提供責任者においては基準上明示されていない。介護サービスの情報公表制度では認知症関連の項目はあるが、これについては研修をしているかどうかを尋ねるだけで、例えば一人でも認知症関連の研修を受けていれば情報公開制度上は研修を実施していると公表できる状況である。在宅系を含むすべての介護従事者に認知症への研修を義務付けるべきと考える。  
研修体系が仕組みとして実態に即していないという理解もできるだろう。
- 木村委員：介護支援専門員養成のプロセスに、認知症に関連する義務研修が全くない。在宅の事業と同じく情報公開制度の項目として挙がっているのみである。認知症の科目はあるが選択科目である。以上を踏まえ、実践者等養成事業のピラミッドの下の部分(すなわち実践者研修等)で対応できないか、何らかのリンクが考えられればよい。  
平成24年の介護保険制度改正もにらみ、そのような観点からの議論ができればよい。
- 安藤委員：リーダー研修・指導者研修は受講することにより専門ケア加算が受けられるが、加算には利用者負担も伴うことから、加算申請をしない事業者があるのではないかと。訪問系の事業所の場合、大手事業者で多くの介護支援専門員を抱え自社プランで対応しているところ以外は、利用者負担が増加する、加算すると利用者が他の事業者に変更する等の理由により加算申請できる体制をもっているのにもかかわらず、申請しない現状がある。加算から利用者負担はなくすべきと考える。

#### (5) 認知症介護従事者研修のあり方についての全体討議

認知症の人本人に届くサービスとして認知症介護実践者研修をどのように考えるか  
地域における認知症介護実践者研修・リーダー研修実態調査内容の検討

##### <事務局からの説明>

- 事務局より本年度実施する調査の方向性について説明した。具体的には、できるだけ利用者に近いところから、現場のニーズを収集し、それをもとにして実践者等養成事業を中心とした従事者研修のあり方について議論いただきたいことを説明した。

##### <討議>

- 実践リーダー研修(以下、「リーダー研修」とする)受講者の上司に対するアンケートについては、「直属の上司と管理者」「経営者と管理者」といったように、より細かく対象者を分けた方がよい。例えば、ユニットケアリーダー研修は事前アンケートにおいて、課長クラス・施設長クラスの記入欄がある。経営者・管理者クラスがアンケートを記入することにより、研修がどのような目的で実施されているか経営者・管理者に対する意識づけにもなっている。
- 田中委員：都道府県政令市は、必ずしも直接実践研修を実施しているとは限らない。

研修費用については調査内容に含まれるか。

(回答) 含まれる

- 中島委員：家族の会を対象にした調査については、すでに同様の内容についてのデータがあるのではないかと。データがあるならば、安藤委員中心に整理しても良いと考える。家族の会はアンケート協力が非常に多く記入者が疲弊している状況がある。  
安藤委員：現在、会員に対し調査を実施しており、1500 ケース程度の回答が得られている。このアンケートの中には、認知症介護の質についての回答もあり、その結果について情報提供できる可能性がある。中島委員の意見にあるようにアンケート調査により家族は悲鳴を上げている状況がある。  
(回答) 既存の調査結果を活用できる方向で検討し、情報収集していきたい。
- 中島委員：家族に対する調査よりも、実践者研修修了者・実践リーダー研修修了者に対し、現在現場の認知症ケア実践において、どのような問題を抱えているのかを尋ねることがはるかに重要なのではないかと考える。研修を修了したにもかかわらず、研修での学習成果を活かすための現場の体制が整っていない場合もあるかもしれない。そのような修了者の抱えている課題について調査してみてもどうか。その方が双方向からデータが手に入るのではないかと。
- 中島委員：在宅は範囲が広く、キャラバンメイト研修の教育プログラムの方がヘルパー研修より内容が充実しているということがないわけではない。家事援助がこれから重要になってくる。底辺として家事援助型のサービスが別個になれば認知症ケアが持たないという発想の転換が必要なのではないかと考えている。その辺をアウトカムとして整理するかは重要なのではないかと。それとも今回は、研修プログラムに限定して、家事援助は措いておくか。在宅は間口が広いがヘルパーを対象としてニーズ調査もした方がいいのではないかと。実践研修を活かすということを念頭にすると在宅までを対象にすると範囲が広すぎて散漫な調査になる可能性があるが、検討の必要があるかもしれない。
- 村上委員：認知症ケアは何を以って評価につながるか。  
(委員長) コンセンサスは得られているものはないのではないかと。
- 村上委員：厳密に考えれば、実践者研修を修了し、その結果スタッフの意識や行動がどのように変化し、その結果認知症者とその家族がどのように変化したかを明らかにしなければならぬと考える。現在、疾患別のケアのあり方が知識として整理されてきている。診断名が正しく薬が正しければ認知症者はケアにより、良い状態になる。医療や薬もケアとつながりが深いため、医療や薬に関する基礎知識、または医療連携を深めるような研修を実施する必要があるのではないかと考えている。その上で研修の結果が検討できるのではないかと考える。
- 佐々木委員：都道府県の行政担当者に対する調査は、県によって委託先に丸投げしている場合がある。結果として、委託先の考え方により実践研修の内容が変わっている場合がある。そのような状況を明らかにしなければならぬのではないかと考える。また、多くの自治体は指導者すべてを有効活用しようという考えだが、自治体によっては一部の指導者に偏って研修を依頼したり、定年を設けたりしている。
- 佐々木委員：調査についてはリーダー研修修了者のいる事業所を利用する家族に尋ねると、効果という点では意味があるだろう。また、効果測定ということでは、在宅では地域包括支援センターが支援の中心になっていると考えれば地域包括支援センター協会などにも聞けるかもしれない。デイサービスや小規模多機能型居宅介護支援事業

所とその家族に聞くのが効果評価としては効果が高いのではないか。

- 長井委員：全国グループホーム協会（以下、「GH協」とする）の中で、計画作成担当者が実践者研修の受講を義務付けられているため、初任者が実践者研修を受けられないという問題が話題となっている。そのため、GH協では初任者研修を実施している。また、リーダー研修の中に医学的理解がない点は課題ではないかと考える。認知症に関する医学的な知見は日々刻々と変わっているが、医学的知識に関する単元がないので、リーダー研修の中に新たな授業を入れるべきではないかと考える。
- 長井委員：さらに、地域包括支援センターでは認知症のことを学んでいない。介護支援専門員に対する認知症の研修が必要だろう。また、ホームヘルパー（以下、「ヘルパー」とする）が処遇に困難を感じるケースはほぼすべて認知症のケースである。総合的に受講要件・カリキュラムを総合的に修正する時期であると考えられる。  
本事業の役割として、おそらくそのような提言を行っていくということも範囲に入るのではないかと考える。
- 佐々木委員：実践者研修受講者には、施設以外の受講者もいる。しかし、在宅での展開を念頭に置いてカリキュラムは作成されていない。そのため、在宅サービス従事者は対象として向いていないと考える。ヘルパー向けに独自に認知症の研修をやっている地域もある。在宅向けに力を入れたカリキュラムを開発しなければならない。
- 長井委員：実践者等養成事業が始まって10年が経過するが、研修の内容は県によって開きが出てきている現状がある。実践研修については、一定のシラバスがあるようではないのが現状であると考えられる。シラバスがあればそれらのというつが図られやすいのではないかと考える。
- 中島委員：佐々木委員の受講者とその家族とを組み合わせるといいアイデアだと考える。
- 中島委員：実践研修の内容、すなわちカリキュラムは介護の質向上のために当然重要であるが、看護協会においてさえも100万円近い受講料を支払っているにもかかわらず、現場は上手に人を育てられずにいる。看護の場合、医療の質・ターミナルの質・初期対応などが受講者のニーズである。看護師はほとんど在宅にいない。教育においては、在宅における看護を内容として組み込む必要があるが受講者のニーズがないというのが現状である。それを踏まえ、どのようにカリキュラムを作るかを考えている。看護師は、在宅で何が起きているかの想像力が低い。  
一方、在宅の介護支援専門員も医療で何が起きているかの想像力が低い。この乖離は非常に問題であり、結果として利用者・家族が困っている。どのような部分で連携すべきなのかが分からない。医療の文化が分からないということが背景にあると考えられる。福祉施設の場合は25%移動しておりそのような状況に対応する必要もある。
- 中島委員：市町村の調査については回収率は低くなると考える。
- 田中委員：実践研修は最終日に研修の効果について調査をする。しかし、行政がデータを持っていても、どのように活かされるか見えていない。手間をかけて調査するより、そのような情報を手に入れるとよいのではないかと考える。それを上手に使うことはできないか。  
使うことができるだろう。現場のニーズが何であり、そのニーズあったケアが提供されているかが本事業では問われている。そのようなデータは十分でないという理解で良いだろう。現場の認知症者にアンケートはできない。その場合、家族が対象者になるだろう。家族の場合でも対象者を選定しなければ、娘などで80代の配偶者とはク

オリティの差は出る。

- 今井委員：研修の効果とは何かということが大きな問題である。修了者に尋ねればと「良かった」と答えるのが常である。また、研修修了後、しばらく時間が経過するとそれが研修の効果なのか特定することが難しい。研修後に離職率が高くなった（低くなった）など具体的な数字で示すのが一番説明しやすいが、それも難しい部分がある。
- 村上委員：事業所のリーダーになるべき人間は必ずリーダー研修を受け、実践者を育てるという位置付けを明確にしなければ研修が活用されないのではないか。
- 中島委員：研修機会を介護従事者全員が手に入れていない。教育の組織上の効果、政策上の問題を明らかにする方法を考えた方が良い。また離職率も重要である。看護協会であれば認定看護師になるには 6 つの目的がある。すなわち倫理、コンサルテーション、指導、家族支援、連携、ケアである。修了後 1 年目でどの程度できたかの評価ができるかもしれない。できなかった理由も聞けるかもしれない。介護従事者に認知症専任の従事者はいない。「週に何時間ぐらい認知症の人に向き合うか」など職場単位で効果が違うところをはっきりするとよいだろう。その他にも研修の受け方によって効果が違う等、評価の縦軸をどうするかを検討する必要があるだろう。  
GH がどうしても多くなる。ただ現状としてはすべての職場ごとに対象を立てて調査するのは難しい。ある程度対象を絞らざるを得ないだろう。
- 長田委員：認知症ケア専門士がどのように補完するかを考えていくことになるだろう。アンケートを実施するという事は、研修の意義をはっきりさせて、その効果を明確にするという目的である。一方、現在の実践研修の目的は非常に抽象的である。ここを具体化する必要がある。  
（今井委員）受講者が、「自分が何を目指し、どのようなスキルを得るかが達成できているか」を明確にできると研修を受けた人間から研修の効果が回答として得られるようになるだろう。現在、実践研修の受講者が何をを目指すのかヒアリングをしながら調査している。
- 長田委員：それが共通理解されることが重要なのではないか。ミニマムリクワイヤメントと、ここまで行きたいという努力目標が重要である。受講者と講師との達成目標は個人のレベルが高くなるほど乖離してくる。その差を明らかにすることも必要だろう。  
講師と受講者のニーズのずれは、実践者研修やリーダー研修レベルではズレがないほうが望ましいだろう。
- 今井委員：これまで、研修の効果について、認知症の人や家族の評価、施設がどう評価するかと考え、混乱していた。受講者が学びたいことをどのように学びたいことを学べたかを評価できることが求められるのではないか。それしか測れないのではないか。  
受講者評価だけで十分ではないが必要だろう。
- 田中委員：昨今ようやくキャリアパスの具体的内容が明らかになりつつあり、キャリアパス要件を国が求めるようになった。ここに現場の人を位置づけられる道が見えたことは良かった。実践研修がキャリアパスに落ちてくるとよい。  
この事業はケアの質の指標を作ることが目的ではない。これを指標とすればという条件つきになるのだろう。指標作り自体は目的ではない。

- 研修効果の一つとしてやめなかった、働いているということが挙げられるだろう。目標達成度も評価の一つのなると考えられる。受講者の意欲の向上、働きがいの向上も効果の一つではないか。
- 意欲が高くて外的外れな従事者もいる。どのような人材を研修したか、何を伝達したか、退院調整をしたなども評価になるだろう。
- 長田委員：本人や家族の満足感が最終結果だが、ここでは難しいか？  
家族の負担度が減ったりすればいいだろう。

#### **(6) 今後の予定**

- 本日の議論を受けて調査票を作成し、調査を実施する。次回は年明けに調査結果を踏まえて、研修のあり方を議論し、第3回目の委員会においては、報告書の素案をまとめ承認をいただくという流れで進めたい。

#### **(7) その他（次回、委員会の日程調整）**

- 第2回委員会：1月31日（月）17：30 - 19：30
- 第3回委員会：2月28日（月）17：30 - 19：30 で仮決定とする。

## 資料 2 - 2 第 2 回研究委員会議事録

【日時】日時：平成 23 年 1 月 31 日（月） 18：00 - 20：00 会場：東京国際フォーラム G604 会議室
【会場】東京国際フォーラム G604 会議室
【出席者（順不同・敬称略）】 三上裕司、高橋明、田中雅子、長田久雄、佐々木薫、中島紀恵子、村上勝彦、平井基陽、長井卷子、木村隆次、安藤幸男、阿部哲也、柳務、本間昭、今井幸充、事務局：大島憲子、渡邊浩文（記録） 中村考一
【議事次第】
(1) ごあいさつ
(2) 研究委員紹介
(3) これまでの論点と今後の方向性 調査結果と今後の方向性 討議
(4) その他（次回、委員会の日程調整）

### (1) ごあいさつ

- 委員長よりあいさつがされた。

### (2) 委員紹介

- 委員長より狩野委員の紹介がされた

### (3) これまでの論点と今後の方向性

#### 調査結果と今後の方向性

- 事務局より、リーダー、リーダー上司、実践者の調査の説明、都道府県調査の説明を行った。また、今井委員より、都道府県セミナーの説明が行われた。

#### 討議

- 三上委員：実践者等養成事業には、出口の評価が必要ではないか。  
（今井委員）：しなくてもよいというわけではないが、統一する評価は難しいのではないか。どれだけ達成できたかを評価するのは難しい。事業所の業務命令により受講した意欲の低い受講者も多い。その者に不可を与えることができない。そのような背景もあり出口の評価は難しい  
（本間委員長）：修了のための絶対的な基準を示すのは難しいだろう。報告書においてもこうあるべきと書くことは難しいのではないか。
- 中島委員：都道府県の実施する研修は 3 センターが要になり、リーダーシップがとれる体制が作られているか。標準カリキュラムの検討などもセンターのグループで検討する仕組みになっているか  
（本間委員長）：基本的には実践研修は、指導者が研修を担うこととなっている。研修については、都道府県で一般財源化されている。  
（今井委員）：実践研修の実施については都道府県が（標準的カリキュラムを踏まえ）独自にカリキュラムを作成して対応している。3 センターに全て都道府県の情報が入っているわけではない。
- 中島委員：どこから手をつけてよいか、途方にくれてしまう。日数も、受講要件もバラバラになっているが。  
（今井委員）：実践研修が地域密着型サービスの指定要件になるなど、様々な要素が重なり、当初の 2 年間の実務研修という要件が守られなくなっている。
- 中島委員：画一的な研修にはならないとは思いますが、もう少しなんとかならないか。

- 村上委員：加算や指定要件目当て受講している者をどうするかを考えなければならない。研修修了者を活用する所属長がどのように活用していくかが重要である。そうでなければ、研修を受講すればするほど修了者は空回りする。
- 本間委員長：今回の調査で、各都道府県政令市で実施する実践研修のカリキュラムにばらつきがあるというのは示されたが、研修がどのように活用されているのかを評価するというのは難しい。自己評価も、上司の評価もそれぞれ難しい。
- 村上委員：ある程度の経験がある者は、研修を活かすのは自分の経験の中だけになる。こうした研修はできるだけやわらかい、早いうちにやったほうがよいのではないかと、そうすれば、自分のものにしていける。そういう意味では、入口の部分の条件として介護経験を設けることは良い側面と悪い側面があるのではないかと。
- 本間委員長：では要件をなくせばよいのかというのもなかなか難しい。もう少し初任者の研修というのもあったほうがよいというのがあったが、様々な職種が参加する研修になるのか、どのような研修にすればよいのかというのも難しい。
- 今井委員：都道府県セミナーの意見では、指導者が受講前に面接をし、ディスカッションをした上で受講する仕組みができていない地域はとて受講者のモチベーションが上がったという報告があった。ただし、指導者が面接をすると仮定すると、あまりにも数が少ない。
- 佐々木委員：指導者の数も、地域によってばらつきがある。都道府県が養成する数が、年に一人か二人かでも差がある。仮に指導者の人数を増やしても、指導者の所属先の考え方によって全く活動できない場合もある。そこを行政担当者から指導してもらわないと活用に関しては意味がない。
- 都道府県が独自に実践研修を実施していない地域も、カリキュラムを練ってここまでやりましょうという指針を作ってはどうか。在宅系、相談系ではカリキュラムが違おうだろう。実践者研修は年々質が低下している。オプションで初任者研修を実施するかどうか論点となるだろう。
- 職種に関しては、実践者研修などでは、グループワークの際に他職種が入るとグループワークでの学びが深くなる。それをどのように考え、研修を住み分けるかを検討する必要がある。
- 高橋委員：実践研修の受講者のモチベーションは 262 の法則に合致しているのではないかと思う。すなわち 2 割の受講者は目を輝かして参加し、6 割はそれなり、2 割はモチベーションが低い。最後の 2 割をどうするかにはあまり入りこまず、8 割の人をどうするかを議論したほうがよいのではないかと。老人保健施設協会では、2 年間の実務者研修の人に対し、初任者研修、その上に中堅者研修をやっている。2 段階ロケット方式で実践者研修を基礎研修として、フォローアップ研修を行う。
- 高橋委員：受講者のモチベーションは様々であるがそのような多様な受講希望者のすべてに応じ切れていない。受講者を対象として研修に対するモチベーションについての調査をしてはどうか。
- 佐々木委員：実践研修修了者に対するフォローアップ研修については、実践研修が一般財源化される以前には、各都道府県で実施されていた。仙台市もなくなったが、指導者がネットワークを作って実施している。様々な人が受けるが、モチベーションの低い 2 割の受講者であってもなんとかモチベーションを挙げスキルアップできる研修にしなければならないと考え実施している。
- ここで、今井委員より、資料に基づいて、報告書の目次について説明。
- 中島委員：報告書の中には、スタッフを実践研修に受講させる施設長の役割をきちんと明記した方がよい。また、施設長に対し利用者中心の考え方を確実に伝達し意識づける必要がある。

- 中島委員：従事者研修については、新人で 3 ヶ月程度の者を対象に実施すべき認知症研修というのがあるだろう。認知症の旅路というビデオなど、ビデオ研修などの OJT のプログラムで、「この場面でどうするか」などを動機づけられるプログラムが非常に重要ではないか。そうした研修を実施した上で生き残った者が新人研修を受け、そのような経緯を経て 2 年、3 年の者を実践者研修の対象者とするという方法がよい。報告書のキャリアパスの部分で既存の研究の結果をふまえて考察してほしい。
- 今井委員：実践者研修や新人研修について、どこに焦点をあてた研修にするかは、議論が必要である。在宅系の初任者向けの研修が必要ではないか。  
 (安藤委員)：家族の会でアンケートを実施したが、認知症ケアの質で問題があがってきた。非常に認知症に対する理解が少ない。在宅では研修が行われておらず、わからない人が多い。在宅だと義務付けがない。従事者研修の義務付けが必要ではないか。一般のヘルパーなどが参加出来るようになる必要がある。  
 (佐々木委員)：介護支援専門員が問題である。介護支援専門員が実践研修に参加していない。また、介護支援専門員の更新研修において、もう少し認知症の内容を入れた方がよいのではないかと。それも一つの手である。アンケート結果をみると、リーダーの評価及び上司の評価は高い。実践研修はそれだけ充実してきたのかという印象がある。
- 狩野委員：介護福祉士、ホームヘルパーの研修が介護保険制度 18 年の改正に基づいた変更をしておらず、身体介護 + 認知症介護になっていない。その整理を踏まえた上で、実践研修のカリキュラムを考える必要があるのではないかと。ベースが全然違う者を同時に集めて、初任者研修、従事者研修という枠組みで研修を実施しても効果が上がらないだろう。東京都では、地域密着型サービスの指定を受ける者が実践研修を受けている。そのような研修と質の確保の研修は別々にした方がよい。認知症介護の質向上と加算とは別の話であり、実践者研修は底上げのための研修という位置付けは実態と合わなくなってきている。
- 今井委員：目的が違う人が受講しているので、評価も別々にする必要がある。その点の議論をしていかなければならない。
- 中島委員：介護福祉士の新人職員であり、非常勤で入職してから 5 年かからないと常勤にもなれない者が、研修マインドがあるのか。実践研修の受講対象者を選ぶ仕組みが必要なのではないか。様々な研修と比較しながら、認知症の研修をどうするのか整理する必要がある。
- 本間委員長：報告書については、事務局で、できるだけ準備できるものを準備して次回の委員会でお出しする。
- 狩野委員：これからの実践研修のカリキュラムにおいては、医療と介護の連携を推進する内容の単元が必要ではないか。東京都も来年度より認知症疾患医療センターを整備することとなっている。それを機能させるためにも医療と介護の連携をどのように構築していくかを教育する仕組みが必要であると考え。居宅系のサービスは認知症のことに理解がない。そのような部分の補完が必要である。  
 (今井委員)：実践研修については、研修期間をどのように設定するかという問題がある。あまり長くしても受講生が少なくなり効果が得られない。在宅系の受講者に対しては家族や医療の内容で研修を実施する等、選択できるような研修のあり方が必要だろう。  
 (本間委員長)：e ラーニングなどを活用するのも手ではないか。  
 (今井委員)：それらの点については、早く議論していく必要がある。指導者研修のカリキュラムもかえていく必要がある。

(狩野委員): 集合型や通信教育、単位制といったやり方も検討したほうがよい。

(本間委員長): 選択肢を多く用意しておく必要がある。

- 村上委員: 現在、診断があっているか、服薬があっているかの検証を行っている。服薬によって症状が変わり、それはケアに大きく関連する。認知症の問題は、医療面も念頭におかなければならないが、まだまだその点はまだ十分ではない。診断時の情報に、個人情報の関係でアクセスできない。ケアと同時に、アセスメント、インテークの仕方を研修でやっていく必要がある。そうでなければ、状態がわからないまま、症状にかかわっていくということになる。

(本間委員長): 介護支援専門員から診断名と処方に関する相談ができる地域はまだまだ少ない。

- 本間委員: 目次は全くの素案であるが、来月の委員会にはとりあえずこの方向でまとめさせていただいき、さらに内容を詰めていきたい。

- 佐々木委員: 研修での学習成果を確実に現場で活かしていくための何らかのシステム構築が必要である。研修を修了しても活用されなければ意味がない。そのために、地域の認知症介護の質向上のためのアドバイザーとして位置付け、研修の修了と同時に修了者を活用すると流れを作る必要性を報告書の中にいれていただきたい。都道府県担当者、指導者、厚労省担当者で忌憚のない意見交換が欲しい。また、そのために指導者に求められている役割も整理することが必要である。

- 狩野委員: 事業者、行政の役割、事業者に求める役割を整理する必要がある。すべてを行政に求めるのは無理。役割を整理し、報告書に記述して欲しい。

- 今井委員: 研修修了後の役割や、位置づけをきちんとしたい。

- 事務局: 指導者養成研修の事業者推薦の扱いについて議論いただきたい。

(高橋委員): 都道府県・政令指定都市を通さず、認知症介護研究・研修センターにダイレクトに申し込める仕組みも含めて検討してほしい。

(本間委員長): 都道府県の担当者から、事業所推薦の指導者に関して、「色々依頼したくても、何度電話しても断られ、そのうち担当者が変わり、実績がないので頼めなくなる」という意見がでていた。指導者、管理者、県の担当者の顔がわかる関係が作られていけばよくなっていくのではないか。今後、そうしたことも含めて実態調査が行われていくのではないか。

## 資料 2 - 3 第 3 回研究委員会議事録

【日時】平成 23 年 2 月 28 日（月） 18：00 - 20：00

会場：東京国際フォーラム G604 会議室

【会場】東京国際フォーラム G604 会議室

【出席者（順不同・敬称略）】

三上裕司、高橋明、田中雅子、長田久雄、佐々木薫、村上勝彦、平井基陽、長井卷子、木村隆次、田中雅子、長井卷子、木村隆次、筒井孝子、柳務、本間昭、今井幸充、事務局：大島憲子、渡邊浩文、中村考一（記録）

【議事次第】

- (1) ごあいさつ
- (2) 報告書説明
- (3) 報告書の内容に関する討議

### (1) ごあいさつ

認知症虐待防止対策推進室千葉室長よりあいさつをいただいた。

### (2) 報告書説明

事務局より、報告書の概要について説明した。

### (3) 報告書の内容に関する討議

【「はじめに」～「第 4 章」までにに関する討議】

(筒井委員)

- 報告書案 p53 について  
認知症ケア能力を抜き出し分析したのだと思うが、1、2、3、と分類された。道具使用能力、他者との協働能力、自立的活動能力があるが、これらが独立しているかの検証が必要なのではないか。また、分析手法についても説明が必要である。
- 認知症ケアの課題については、基本的記述統計を中心にまとめた方が良いのではないか。<sup>2</sup>検定ではどこに差があるのか分からない。実践者から指導者までの評価が逆転している項目とそうでない項目の記述統計から考えた方が良い。
- また、「認知症ケアの課題」の 12 項目については、12 項目で順番がつく。実践者・リーダー・指導者でそれらが他と違うかの評価をするべきではないか。
- 研修の効果があつたかどうかを評価する場合、本来認知症高齢者にどのような効果があつたかをみるべきである。しかし、そこが調査において抜けているこれで良いか。

(本間委員長): 最終的に考えなければならない結果は、認知症者の変化というのは当然である。ただし、受講後の受講者の行動に影響を及ぼす影響要因のうち、研修の効果がどの程度であるかを示すことは難しい。

(筒井委員): それは十分理解しているが、そこに言及することがどこかあつた方がいいのではないか。または、直接的な要因を検討するのが難しいので今回はここまでの調査としたという、調査のプロセスについての記述を書くべきである。

(本間委員長): 確かにこのままであれば関係者には分かるが、そうでない者には分からないだろう。ご指摘を踏まえて変更したい。

(村上委員)

- 報告書案のp64について  
指導者とリーダー・一般職員が捉えている、今課題としている意識がこんなに違うということが出ている。指導者がリーダーに教えるということが必要だろう。一般職員が何を求めているかも分かるのだろう。そういった意味で面白い。

#### 【第5章に関する討議】

(認知症専門ケアの定義)

- 村上委員：認知症ケアという言葉でくくっているが、現在、疾患別の障害の特徴と支援のポイントが明らかになってきている。これらとともに、人間の理解・人間に対する生活を踏まえた介護の部分、薬との関係の部分などを考えていくと認知症の専門性・専門ケアは変わってきてはいないか。

本間：10年前から比較すると疾患別のケアは当たり前になってきている。地域のネットワークなども今の方が具体例が積み重なってきているだろう。よりトピックになる部分が少し変わってきている。十分そのところも踏まえて標準のカリキュラムを見直すべきだろう。見直すことが必要という根拠の一つとなる。

- 村上委員：個人情報意識されるようになり、認知症者の情報が取りづらくなってきている。情報を捉えた上でケアをしたいがそれが出来ない。個人情報保護についての考え方を研修でしっかり押さえる必要がある。

(本間)認知症者のケアにおいては、ケースバイケースで色々と必要な情報等が変わる。そのため、個人情報にアクセスする際の考え方に触れるということになるだろう。

- 田中委員：ファーストステップ研修と実践研修とに重複する部分が多い。ファーストステップ研修は尊厳・介護職員のキャリアパスが明確でなかった段階で、介護福祉士のリーダー職(小規模の)の研修として創り上げられた。立案された経緯が違うので合致しない部分もある。しかし、基本的な考え方として、現在実施されている実践研修や事業者団体・専門職団体で実施されている介護従事者に対する研修は、それぞれの関連性が明確でなければならない。そうでなければ現場のスタッフにとっては大きな負担となる。研修は何か一つにまとめるのではなく、現在実施されている研修に足りない内容を加えるということでもいいのではないか

本間：本委員会では認知症ケアの「研修はこの内容を含めなければならない」というものを決めるのではない。認知症専門ケアといった時ような要素が含まれると定義すればよいかという観点からの意見が集まれば良い。

- 田中委員：報告書案 P8、3の2)ここの2つに収めるということで進められれば良いのではないか。厳密な意味では、各団体が行っている研修を読み換えるのはそもそも難しいと考える。

(本間委員長)：受講者について、看護師が主な場合とヘルパーが主な場合とではカリキュラムが異なってくるのは当然であろう。ただし、認知症ケアに対する考え方の整合性は必要である。また、受講者が何を指すかも研修においては重要な要素となってくる。様々な要素を同時に考えつつ整理するのは難しい。一つ基準を作り、それを基にして研修を組み立てていくのだろう。

- 高橋委員：老人保健施設協会の研修では、費用的にも時間的にも研修の課題を一つ一つ明確にして研修している。そのため、実践研修と重なるの少ないように見える

が、ここには挙げられていないところで研修を設けている。事業者団体として通した1週間の研修は組めない現状があるが、そういった研修を組み合わせることも課題として考えておいていただきたい。できればカリキュラムを組み合わせることで評価できるようにしてほしい。

(本間委員長): 通しての研修でもいいし、一定期間で、あるテーマをクリアすると認めるという方法(単位制)も可能性としてあるだろう。その場合、e-ラーニングもとり入れられれば受講者の負担軽減にもなる。

- 大島: 「これが入ると認知症専門ケアとしよう」という、ベースがあると、期間や方法についてはバリエーションを設けてもいいだろう。先日本事業の一部として実施した行政担当者セミナーでは、ファーストステップ研修を実践研修と読み換えている県がある一方で、読み換えを認めていない県もあり、ある県でファーストステップ研修を修了し実践研修修了と認められた者の、他県に転居した場合、実践研修修了とみとめられないと非常に混乱するという行政担当者の意見があった。そうであるならば基本となる研修があって、「認知症専門ケア」に関する内容が入っている。そうなると読み換えの一定のラインが担保されるだろうという意図での基準である。
- 筒井委員: 認知症に対するケアには、技術としての順番があるか? 認知症専門士の制度において「認知症専門ケア」の定義はあるか。  
(今井委員): ケアの順番、技術の順位は定義されていない。ただし、実践者・リーダー・指導者という研修の流れはあり、それぞれの研修の達成目標は決まっている。
- 高橋委員: 認知症に関しては3段階考えている。基礎・中堅・専門研修。64ページの表にあるような傾向でやっている。専門知識というよりベースとなる知識とコミュニケーション技術を重視している。中堅は情報収集を重視している。専門研修はチームリーダーとしての一定のテクニックも含めた研修をしている。3つの研修に共通しているのは医学的基礎知識は聴いてもらうようにしている。順序は決めていない。基礎と中件を受けられなくても、専門は受けられる。

#### 【第6章に関する討議】

- 委員会資料1の論点の部分が今後のあり方の項目になってきていると解釈している。どうあるべきか、議論を踏まえてこれからの課題として挙げていく形での考察としたい。
- 最終案はPDFであらかじめ送付させていただく。
- 佐々木委員: カリキュラムの見直しが必要。第5章の別紙を見ただけでも、一概に統一できないと思うが、ピンク部分は認知症ケアの基礎部分にあたるだろう。黄色はもうちょっと上のレベルの研修になるかと思う。実践者研修・リーダーにまたいであるがこの辺の整理をできると統一できるのではないか。報告書の122ページ、125ページ行動心理症状の対応は難しいのは当たり前。いろんな要因がある。それ以上に多いのが職員間で考え方を一致させるというのが最も多く出ている。カリキュラムをみるとその統一としての理念は実践者・リーダー研修以外はやっていない。統一した者を考える上では重要である。指導者のバックアップがない中で行っている。その辺のシステム構築をきちんとしてもらえるとさらに深いところまではいっ

ていける。

- 木村委員：ケアマネジャーのところで、この中でケアマネジャーの基礎応用までやるかケアまでやるかは考えなければならない。最低限ケアマネジャーが必要な部分を示してもらえると助かる。連続して出て来られないというのは別の話。在宅側は工夫して出られる。その辺の受ける側の仕組みとして別個に考えていただければ。  
(本間委員長)：木村委員には改めて連絡をとらせていただければ。
- 田中委員：事業所規模について受講しやすさがあるのでその辺に触れていただきたい。1年目の離職者は多い状況。現実的に現場を離れられないということが影響しているのでそこを考えていただきたい。  
研修の方法やバックアップ体制、行政の役割等問題によって分けた書きぶりも必要になってくるだろう。
- 三上委員：比較できる研修できない研修あるだろう。それをどのように行政として取り扱うか、取り扱えるかについて一定の物差しが必要。比較できないようなカリキュラムは混じっているか？  
(事務局) 具体的なシラバス以上の資料が入手できないと議論が難しい。そこまでの資料が集められなかった。それ以上比べようとするとさらに資料を集め直す必要がある。比較するためには という条件が必要ということになる。
- 三上委員：フェアに評価していただきたい
- 千葉室長：被説明変数についてどのようなものをとるかなど難しい。どこまで何をという共通基盤を作っておく必要があるかもしれないが、それぞれの立場で行っているが、現実的なやり方を考えていく必要がある。さらに細かく確認している段階であると認識している
- 三上委員：基礎教育において、基礎資格が専門資格を凌駕するということも出てくるかもしれない。  
(本間委員長)：すぐにはできないと思う。その時にはまたカリキュラムの見直しとなるだろう。

## 第3章 認知症介護実践者等養成研修の有効性と限界 資料編

### 本調査の目的と研修効果の測定指標について

認知症介護実践者等養成研修（認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修）の効果を検証し、その有効性と限界を明らかにすることを目的とし、調査1～調査4まで一連の調査を実施した。

本調査では、認知症介護実践者等養成研修事業の効果の測定指標として、受講者の自己評価を用いて行う。認知症介護実践者等養成研修の効果測定にあたり、何をもってその効果とするかの指標は現在のところ明確になっていない。厚生労働省通知にみる、本研修事業の目的は次のとおりである。

高齢者介護実務者及びその指導的立場にある者に対し、認知症高齢者の介護に関する実践的研修を実施すること、また、認知症介護を提供する事業所を管理する立場にある者等に対し、適切なサービスの提供に関する知識等を修得させるための研修を実施することにより、認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成し、もって認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ることを目的とする。（平成18年3月31日付け老 発第0331010号厚生労働省老健局長通知）

これをみるならば、研修では、適切なサービス提供に関する知識等の習得させるとある。ただし、それは受講者の認知症介護技術の向上に寄与し、最終的には認知症者に対するサービスの向上につながっていくものでなければならないことが読み取れる。すなわち、研修の効果を測るうえでは、研修修了者のサービスを受ける認知症者に着目するということももっとも重要である。しかしながら、サービスを受けた認知症者の何をもって研修の効果とするのか、またそれをどのように測定するのかについては定見はなく、理論的にも方法論としても十分な議論が行われているとは言い難い。一方、受講者自身に視点を移すならば、研修を通して知識や技術が身につく、またそれを実践できているということも、研修の効果の指標の一つとして考えることも可能ではないかと考える。

そこで本調査では、調査1及び2では、認知症ケアに必要な力量（コンピテンシー）をインタビュー調査をもとに抽出し、それらを質的に分類し、それらをどの程度実践できているかという点から研修の効果の測定を試みた。また、調査4においては、認知症介護実践リーダー研修修了者を対象に、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修の標準カリキュラムから抽出された項目についての実践状況について尋ねた。両者とも自己評価によるものであるが、調査4についてはさらに上司にも同様の項目を尋ね他者評価との関連についても検討した。

また、調査3については、日々の実践の中で感じる認知症ケア課題について尋ねた結果を研修修了者毎に比較し、その状況から研修効果について検討した。

## 資料 3 - 1 調査 1 の結果

### 認知症ケア従事者の能力構成要素抽出のためのインタビュー調査

#### 1. 目的

本調査は、認知症介護実践者等養成研修の効果を明らかにするための予備調査として、認知症ケア従事者の能力を構成する要素を抽出することを目的とした。

#### 2. 方法

##### 1) 調査対象者

認知症介護研究・研修東京センターの 2009 年度第 B 回認知症介護指導者フォローアップ研修に参加した研修生 11 名のうち、研究協力への同意が得られた 8 名を対象とした。(表 3-18)

表 3-18 認知症ケア従事者の能力構成要素抽出のためのインタビュー調査の対象者

ID	性別	年齢	地域	学歴	保有資格	経験年数	経験職場	現在職位	現在法人	現在職場
A	女	56	関東	短大卒	ホームヘルパー1級 介護福祉士	20	在宅、施設	施設介護 サービス部長	社福	高齢者総合 福祉施設
B	女	37	九州	大卒	介護福祉士 社会福祉主事	15	特養	副主任介護士	社福	特養
C	男	34	関東	高卒	介護福祉士	14	老健、特養	介護主任	社福	特養
D	男	36	沖縄	高卒	介護福祉士 介護支援専門員	15	特養 グループホーム 地域包括支援センター	介護支援専門員 (部門長)	社福	特養
E	女	35	九州	短大卒	介護福祉士 介護支援専門員 社会福祉士	15	特養など	主任生活相談員	社福	特養
F	男	40	九州	高卒	ホームヘルパー1・2・3級 介護福祉士 介護支援専門員	13	居宅介護支援事業所	代表取締役	有限会社	居宅介護 支援事業所
G	女	46	沖縄	高卒	介護福祉士 社会福祉主事	10	特養、通所	生活相談員	社福	通所
H	女	53	関東	大卒	介護福祉士 介護支援専門員 社会福祉主事	8	特養	介護支援専門員 施設長	社福	特養

##### 2) データ収集

4名の対象者とで構成された2つのグループを対象としてグループワークを同時進行で行った。各グループには1名のファシリテーターが参加した。「認知症ケア従事者に、必要な能力とは」といった設問を設け、BS (Brain Storming) 法を用いたグループワークで回答を求めた。グループワークは10分間の個人ワークと30分間のグループワークを一つのセットにして、2回行った。回答はカード1枚に1つの能力を書く「～をすることができる」の形で書くことができる限り具体的に誰でも分かりやすい表現で書く認知症ケアの理念やケア方針の抽象度の高い内容は取り扱わない事にした。

### 3) 分析方法

カードに記述された回答を類似の内容ごとにまとめ、カテゴリー化した。カテゴリー化にあたっては、認知症ケアの経験者である複数(4人)の分析者で意見が一致するまで一連の分析を行い、妥当性の確保に努めた。分析過程で意味不明のデータと認知症ケアの理念やケア方針のレベルと判断されたデータは分析から除外した。その後、分析者によってカテゴリー化したデータを OECD のキー・コンピテンシーの視点から演繹的に再分類した。

(参考: ドミニク・S・ライチェン、ローラ・H・サルガニク編著 立田慶裕監訳「キー・コンピテンシー 国際標準の学力を目指して」(2006) 明石書房)

### 4) 倫理的配慮

研究参加者には、研究の趣旨及び方法を口頭と文書で説明し、研究参加を断っても不利益を生じないこと、研究以外の目的でデータを使用しないこと、得られたデータは個人が特定されないよう配慮する旨を伝え、書面による同意を得た。

## 3. 結果

1 時間 20 分(休憩 10 分含む)のワークを通じて、2 つのグループそれぞれ 140 の記述、160 の記述、計 300 の認知症ケア能力を具体的に表現した記述が得られた。そのうち意味不明な記述や認知症ケア理念や方針レベルの 17 の記述は除外した後、283 記述を用い分析を行った。その結果、3 つのカテゴリー、12 個のカテゴリー、20 個のカテゴリー、84 個のカテゴリーに分類され、カテゴリーについては以下のように命名した。結果の概要は表 3-19 のとおりである。

認知用者や認知症ケア関係者と相互交流するため、道具(専門知識、コミュニケーション技術、情報処理・活用技術)を使用する能力(以下、道具使用能力)

認知症ケアにおいて考え方や力量の異なる他者(認知症者や認知症ケア関係者)と協力する能力(以下、他者との協力能力)

認知症ケア従事者として自律的に活動する能力(以下、自律的活動能力)

表 3-19 認知症ケア従事者の能力構成要素抽出のためのインタビュー調査の結果の要約

カテゴリー	カテゴリー
道具使用能力 (48)	専門知識(6)
	コミュニケーション技術(29)
	情報収集・処理・活用技術(13)
他者との協力能力 (139)	他者と良好な関係形成(55)
	他者の力量把握(38)
	考え方や力量の異なる他者との協力(46)
自律的活動能力 (96)	理念や理想像を持ち、役割を理解する(8)
	予測が付き、事前に備える(7)
	科学・効率的課題解決(19)
	自己省察、専門性の向上(19)
	常識や感情に捉われず、ポジティブに、根気強く取り組む(32)
仕事とプライベートのバランスを取り、楽しんで仕事する(16)	

それぞれのカテゴリーの内容をみると、[道具使用能力]のカテゴリーは、認知症・認知症ケア関連の専門知識、コミュニケーション技術、情報収集・処理・活用技術に分類された。特にコミュニケーション技術に関する記述が 29 個で最も多く、その中でも認知症者とのコミュニケーション能力に関する項目が 18 項目で最も多かった。

**[他者との協力能力]**のカテゴリーは、他人と良好な関係形成能力、他人の状態・力量把握能力、考えや力量が異なる他人と協力する能力と分類された。他人と良好な関係形成能力に関する項目が 55 項目で最も多く、特に認知症者本人との良好な関係形成の項目は 47 項目で大部分を占めた。その中では、「認知症者を自分と同じ人間として認め、尊重、ともに生きていく姿勢を持つ」、「認知症者の認知症による行動を理解し、付き合う」、「認知症者の気持ちを共有し付き添う」などの内容があった。また、認知症ケアにおける意見・力量が異なる他人と協力する能力では、「他人の意見を聞き、自分の意見を言え、お互いに合意できる範囲で纏める能力」と「認知症ケアに関する理解度や力量を向上させる」と分類された。

最後の**[自律的活動能力]**のカテゴリーは、「認知症ケアの理念、組織の理想像、自分の役割を知る能力」、「認知症ケアにおける課題やリスクの予測が付き、事前に備える能力」、「課題に気付く、整理し、解決する能力」、「自分自身を振りかえ専門性に努める能力」、「自分の常識や感情に捉われず、新しいことに挑戦し、ポジティブ、根気強く続ける能力」、そして、「仕事とプライベートのバランスを取り、楽しんで仕事する能力」に分類された。

#### 4. 考察

**[道具使用能力]**のカテゴリーについては、コミュニケーションを取ることが困難である認知症者本人とのコミュニケーション能力に関する項目が多いことから、認知症ケア従事者は普段から認知症者とのコミュニケーションを大事にし、その能力の向上にも日頃から意識していることが分かった。そして情報の収集や分析・整理及びそれらを活用する能力に関する項目は抽出されたものの、その具体的な方法や内容があまり少なかったことから、認知症ケア従事者は、情報の収集・処理・活用の重要性は理解しているが、その具体的な方法を知らず、その能力の向上にも困難を感じている可能性が示唆された。

**[他者との協力能力]**に分類された項目が 3 つの大カテゴリーの中で 139 記述と顕著に多かった。これは認知症ケアがチームで行う対人援助であるという特徴が反映されたと思われる。特に、認知症者本人との良好な関係を形成する能力に関する項目が 47 として多かった。これは、他人と良好な関係を形成することや尊厳保持が困難である認知症者をケアする者に必要な能力の特徴が見られたと考えられる。そして認知症に関する理解度や力量を向上させる能力の項目は、認知症介護指導者である調査対象者の特徴が表れたと思われる。

そして、**[自律的活動能力]**のカテゴリーでは「自分自身を客観的に振り返って専門性の向上に努める」、「自分の常識や感情にとらわれず、ポジティブに考えて根気強く続ける」カテゴリーが得られ、自分の事、自分が行ったケアを振り返り、認知症者を優先し、様々な原因や方法を模索して、常に根気強く介護を続ける認知症ケア従事者のイメージが反映されたと思われる。対人援助では、単に知識、技術を身につければよいというものではなく、理念を背景として知識・技術を対象や場面に応じて臨機応変に応用することが求められる。また、それらを振り返り(モニタリング)、新しい知識、情報、技術を加え、さらに修正、進化していく実践力が要求される。このような意味で、自律的活動能力のカテゴリーでは対人援助分野の専門性が表れたと思われる。しかし、OECD の能力分類によると、自律的に活動する能力の中には、自らの権利、利害、限界やニーズを表明する能力が含まれるが、今回得られた 300 記述からはそれに該当する記述が抽出されなかった。このことから、認知症ケア従事者が自らの権利、利害、限界やニーズを表明し、認知症ケア従事者として働きながら、個人的な利害を主張し、守る事の必要性に気づいていない可能性も示唆された。

## 資料 3 - 2 調査 2 の結果

### 認知症介護従事者研修の効果検証のためのアンケート調査

#### 1) 目的

本調査は、認知症介護従事者研修の効果を検証することを目的に調査を実施した。

#### 2) 方法

##### (1) 調査対象者

調査対象は、認知症介護研究・研修東京センターを修了した認知症介護指導者が所属する医療・介護・福祉機関 513 ヶ所に勤務している認知症ケア従事者 3078 名を対象にした。

各認知症介護指導者の所属機関において調査対象者の選定については、施設および事業所のトップ 1 名、認知症介護指導者 1 名、ケアリーダー 2 名、職位がついてない一般ケア職員 2 名とし、ケアリーダーと一般ケア職員の選定は認知症介護指導者を通じて無作為抽出で行った。

##### (2) 調査票の構成

調査票は、認知症ケア従事者へのインタビュー調査およびこれまでにに行った調査結果から認知症ケアに必要な能力をカテゴリー化して質問項目を作成した。回答の形式としては、「認知症ケアに関する項目の内容について、自分がどの程度できると思いますか。経験がない項目でも、やろうと思えばどの程度できると思いますか。最も近い回答一つに を付けてください」という教示により、125 項目について、4：よくできる（76～100%）、3：だいたいできる（51～75%）、2：多少できる（26～50%）、1：ほとんどできない（0～25%）の 4 件法で自己評価を求めた。又、どうしても判断できない場合は、判断できない欄に を付けるようにした。調査票の概要は表 3-2 のとおりである。

表 3-2 調査票の構成

内 容	項目数
認知症ケアの能力に関する項目	125 項目
認知症ケアに対するやりがい・および専門性に関する項目	10 項目
個人属性に関する項目	
< この調査における用語の定義 > 認知症ケア、認知症ケア機関、認知症ケア従事者、認知症ケアチーム、認知症ケアにおける課題	

##### (3) 手続き

調査票は平成 23 年 2 月 4 日～8 日に調査実施機関である認知症介護研究・研修東京センターからそれぞれの施設に送付された（認知症介護指導者宛て）。施設及び事業所での職員の無作為選定と設問紙の配布は、認知症介護指導者を通じて行われた。また、調査票の調査は密封の上、各回答者個人より調査実施機関へ個別に送付するように依頼した。調査は無記名で行われ、倫理上の配慮事項として、調査依頼文書には、回答が任意であり、回答内容について目的以外使用を行わないこと、個人・施設の特定を行わないこと、回答データの厳重な管理を行うことが示された。

なお、回答の締め切りは平成 23 年 2 月 18 日であったが、より多くの回収票を得るために、一週間延ばせ、同年 2 月 25 日を回収期限とした。

### 3) 結果

#### (1) 回収状況

調査票は、調査対象である 513 ケ所の医療・介護・福祉機関の中、認知症介護指導者の転居先不明による 25 ケ所を除外した 288 ケ所の医療・介護・福祉機関の 2928 名の認知症ケア従事者に配布された。そのうち、1004 名の認知症ケア従事者(34.3%)から回収された。

そのうち、本調査の目的に照らして、認知症介護従事者研修の効果検証に必要な設問について回答があったものを有効回答とした。有効回答として分析の対象とされたのは、認知症介護指導者養成研修修了者(以下、「指導者」)が 214 名、認知症介護リーダー研修修了者であるが認知症介護指導者養成研修は修了していない者(以下、「リーダー」)が 113 名、認知症介護実践者研修修了者ではあるが、認知症介護指導者養成研修やリーダー研修は修了していない者(以下、「実践者」)222 名、特に認知症ケアに関する研修を受けていない者(以下、「特になし」)112 名、合計 661 名(22.6%)であった。

#### (2) 回答者の基礎情報

##### 性別

回答者の性別は、全回答者で、男性が 232 名(35.1%)、女性が 429 名(64.9%)、不明・無回答はなかった。「特になし」群が男性 42 名(37.5%)、女性 70 名(63.5%)であり、「実践者」群では、男性 42 名(37.5%)、女性 70 名(62.5%)であった。「リーダー」群では、男性 44 名(38.9%)、女性 69 名(66.1%)であり、「指導者」群では、男性 78 名(36.8%)、女性 136 名(63.6%)であった(表 3-3)。

##### 年齢

回答者の年齢について、10 歳ごとの分布状況を示した(表 3-4)。全回答者では 31~40 歳が 214 名(32.4%)と最も多く、30 歳以下と 41~50 歳、そして 51~60 歳がそれぞれ約 2 割ずつ占めていた。「特になし」群では 30 歳以下が 45 名(40.2%)と、「実践者」群と「リーダー」群では 31~40 歳が 83 名(37.4%)、46 名(40.7%)と、「指導者」群では 51~60 歳が 67 名(31.3%)と各群の中で最も多い割合を占めていた。

##### 認知症ケア経験年数

全回答者の平均認知症ケア経験年数は 8.9 年であり、「特になし」群は 4.7 年(SD=4.1)、「実践者」群が 6.8 年(SD=3.9)、リーダーが 8.5 年(SD=3.7)、指導者が 13.3(SD=9.0)年であった(表 3-5)。又、5 年ごとの分布状況を示したのが(表 3-6)である。「特になし」群では 5 年未満が 60 名(53.6%)、「実践者」群と「リーダー」群では 5~10 年未満が 109 名(49.1%)、69 名(61.1%)と、「指導者」群では、88 名(41.1%)と、各群の中で最も多い割合を占めていた。

##### 勤務先

回答者の勤務先については、複数回答と回答を求め、以下のように分類し、分布状況を(表 3-7)のように示した。介護老人保健施設と特別養護老人ホームを大施設、グループホームと小規模多機能型居宅介護施設を小施設、通所および訪問事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターを在宅支援系事業所とし、医療機関とその他に分けた。

全回答者の勤務先分布では、小施設が 301 名(45.5%)と最も多かったが、大施設も 296 名(44.8%)とほぼ同じ水準であった。「特になし」群では大施設が 65 名(58.0%)で最も多かったが、「実践者」群と「リーダー」群の場合は、小施設が 115 名(51.8%)、62 名(54.9%)と最も多かった。「指導者」群の場合は、大施設が 92 名(43.0%)と最も多かったが、小施設も 90 名(42.1%)とほとんど同じ水準であった。又、在宅支援系事業所とその他に勤務している指導者の割合が、52 名(24.3%)と 28 名(13.1%)と、他の群に比べて非常に高くなった。

### 職位

職位については、施設や事業所のトップ、リーダーおよび中間管理職、一般ケア職、そしてその他と分類した(表 3-8)。その結果、全回答者については、リーダーおよび中間管理職が 313 名(47.4%)と最も多く、次いで一般ケア職が 176 名(26.6%)であり、施設・事業所管理者も 147 名(22.2%)であった。

「特になし」群では、一般ケア職が 62 名(55.4%)と最も多く、施設・事業所管理者も 15 名(13.4%)もあった。「実践者」群では 115 名(51.8%)がリーダーおよび中間管理職であり、一般ケア職が 84 名(37.8%)であった。「リーダー」群では、72 名(63.7%)と 6 割以上の回答者がリーダーおよび中間管理職であり、施設・事業所管理者が 20 名(17.7%)であり、一般ケア職が 16 名(14.2%)であった。「指導者」群では、施設・事業所管理者が 94 名(43.9%)、リーダーおよび中間管理職が 92 名(43.0%)と「指導者」群の大部分を占めていた。

### 最終学歴

最終学歴においては、専門学校卒が 238 名(36.0%)と最も多く、次いでに高卒以下が 162 名(24.5%)、大卒が 159 名(24.0%)、短大卒が 81 名(12.3%)であった。

「特になし」群では、専門学校卒と高卒以下が 33 名(29.5%)と最も多く、大卒が 28 名で 25%を占めていた。「実践者」群では、専門学校卒が 72 名(32.4%)で最も多かったが、高校卒も 70 名(31.6%)と同じ水準で多かった。「リーダー」群では、専門学校卒が 49 名(43.4%)と最も多く、次いでに高卒以下が 27 名(23.9%)、大卒が 24 名(21.2%)であった。「指導者」群でも専門学校卒が 84 名(39.3%)と最も多かったが、その次が大卒であり、その割合も 70 名(32.7%)と他の群と比べて高かった(表 3-9)。

### 保有資格

保有資格については複数回答で回答を求めた。全回答者の 97.9%である 642 名の回答者が何らかの医療・介護・福祉関係の資格を保有していた。その中、介護福祉士は 427 名(64.6%)、社会福祉士は 70 名(10.6%)、准看護師を含む看護師は 91 名(13.8%)の回答者が有しており、介護支援専門員は 279 名(42.2%)が保有していた。

「特になし」群においては、介護福祉士の資格保有者が 50 名(44.6%)で最も多かったが、看護師、社会福祉士、介護支援専門員の資格保有者は 1 割程度で留まった。また、資格を保有していない者も 14 名(12.5%)が見られた。「実践者」群では、介護福祉士を 163 名(73.4%)が有しており、その保有率が最も高かった。また社会福祉士が 11 名(5.0%)、看護師が 10 名(4.5%)で少なかったものの、介護支援専門員の資格は 45 名(20.3%)が保有しており、その割合が「特になし」群より増加した。「リーダー」群でも介護福祉士の資格保有者が 91 名(80.5%)で、ほとんどの回答者が介護福祉士の資格を保有しており、47 名(41.6%)の約 4 割の回答者が介護支援専門員の資格を有していたが、社会福祉士と看護師の資格保有者は回答者の 1 割に及ばなかった。しかし、「指導者」群においては、介護支援専門員の資格は 175 名(81.8%)と回答者の大多数が保有しており、介護福祉士も 123 名(57.5%)の回答者が保有していた。他の群とは相違がみられるのは看護師の資格保有者が 61 名(28.5%)、社会福祉士の資格保有者が 44 名(20.6%)とその割合が高くなった(表 3-10)。

表 3-3 回答者の性別

修了した研修	実数 (%)		
	男性	女性	N A
特別なし	42(37.5)	70(62.5)	0
認知症介護実践者研修	68(30.6)	154(69.4)	0
認知症介護実践リーダー研修	44(38.9)	69(61.1)	0
認知症介護指導者養成研修	78(36.8)	136(63.6)	0
全体	232(35.1)	429(64.9)	0

表 3-4 回答者の年齢

修了した研修	実数 (%)					
	～30歳	31～40歳	41～50歳	51～60歳	60歳～	N A
特別なし	45(40.2)	21(18.8)	19(17.0)	21(18.8)	6(5.4)	0
認知症介護実践者研修	62(27.9)	83(37.4)	45(20.3)	27(12.2)	5(2.3)	0
認知症介護実践リーダー研修	22(19.5)	46(40.7)	22(19.5)	19(16.8)	3(2.7)	1(0.9)
認知症介護指導者養成研修	4(1.9)	64(29.9)	54(25.2)	67(31.3)	23(10.7)	2(0.9)
全体	133(20.1)	214(32.4)	140(21.2)	134(20.3)	37(5.6)	3(0.5)

表 3-5 回答者の平均認知症ケア経験年数

修了した研修	平均認知症ケア経験年数	標準偏差
特別なし	4.7年	4.1
認知症介護実践者研修	6.8年	3.9
認知症介護実践リーダー研修	8.5年	3.7
認知症介護指導者養成研修	13.3年	9.0
全体	8.9年	6.9

表 3-6 回答者の認知症ケア経験年数の分布

修了した研修	実数 (%)					
	5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	20年以上	N A
特別なし	60(53.6)	35(31.3)	4(3.6)	2(1.8)	1(0.9)	20(17.9)
認知症介護実践者研修	66(29.7)	109(49.1)	31(14.0)	6(2.7)	3(1.4)	7(3.2)
認知症介護実践リーダー研修	7(6.2)	69(61.1)	26(23.0)	10(8.8)	1(9)	0
認知症介護指導者養成研修	9(4.2)	49(22.9)	88(41.1)	38(17.8)	28(13.1)	2(0.9)
全体	142(21.5)	262(39.6)	149(22.5)	56(8.5)	33(5.0)	38(5.8)

表 3-7 回答者の勤務地(複数回答)

修了した研修	実数 (%)					
	大施設	小施設	在宅支援系事業所	医療機関	その他	N A
特別なし	65(58.0)	34(30.4)	14(12.5)	6(5.4)	4(3.6)	0
認知症介護実践者研修	93(41.9)	115(51.8)	24(10.8)	1(0.5)	4(1.8)	0
認知症介護実践リーダー研修	46(40.7)	62(54.9)	12(10.6)	1(0.9)	4(2.7)	0
認知症介護指導者養成研修	92(43.0)	90(42.1)	52(24.3)	9(4.2)	28(13.1)	1(0.5)
全体	296(44.8)	301(45.5)	102(15.4)	17(2.6)	40(6.1)	1(0.1)

表 3-8 回答者の職位

修了した研修	実数 (%)				
	施設・事業所の管理者	リーダーおよび中間管理職	一般ケア職	その他	N A
特別なし	15(13.4)	34(30.4)	62(55.4)	0	1(0.9)
認知症介護実践者研修	18(8.1)	115(51.8)	84(37.8)	3(1.4)	2(0.9)
認知症介護実践リーダー研修	20(17.7)	72(63.7)	16(14.2)	4(3.5)	1(0.9)
認知症介護指導者養成研修	94(43.9)	92(43.0)	14(6.5)	14(6.5)	0
全体	147(22.2)	313(47.4)	176(26.6)	21(3.2)	4(0.6)

表 3-9 回答者の最終学歴

修了した研修	実数 (%)					
	高卒以下	専門学校卒	短大卒	大卒以上	その他	N A
特別なし	33(29.5)	33(29.5)	12(10.7)	28(25.0)	3(2.7)	3(2.7)
認知症介護実践者研修	70(31.6)	72(32.4)	34(15.3)	37(16.7)	0	9(4.1)
認知症介護実践リーダー研修	27(23.9)	49(43.4)	11(9.7)	24(21.2)	0	2(1.8)
認知症介護指導者養成研修	32(15.0)	84(39.3)	24(11.2)	70(32.7)	1(0.5)	3(1.4)
全体	162(24.5)	238(36.0)	81(12.3)	159(24.0)	4(0.6)	17(2.6)

表 3-10 回答者の保有資格(複数回答)

修了した研修	実数 (%)					
	特に資格なし	介護福祉士	社会福祉士	(準)看護師	介護支援専門員	N A
特別なし	14(12.5)	50(44.6)	7(6.3)	9(8.0)	12(10.7)	1(0.9)
認知症介護実践者研修	1(0.5)	163(73.4)	11(5.0)	10(4.5)	45(20.3)	0
認知症介護実践リーダー研修	1(0.9)	91(80.5)	8(7.1)	11(9.7)	47(41.6)	0
認知症介護指導者養成研修	1(0.5)	123(57.5)	44(20.6)	61(28.5)	175(81.8)	1(0.5)
全体	17(2.6)	427(64.6)	70(10.6)	91(13.8)	279(42.2)	2(0.3)

### (3) 認知症ケアの力量に関する自己評価

認知症ケアの力量に関する 125 項目については、上述の「認知症ケア従事者の能力構成要素抽出のための質的調査」より抽出されたカテゴリーを基とし、カテゴリー間のバランスを考慮し 40 個のカテゴリーごとにまとめた。まとめた 40 個のカテゴリーは表 3-11 に示した。各カテゴリーについて「指導者」「リーダー」「実践者」「特になし」群ごとに算出した平均値の変化を見た。

表 3-11 分析に用いたカテゴリー分類

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー (40 個)
道具使用能力	専門知識	認知症の症状についての知識
		原因・診断・治療・合併疾患専門知識
		関連制度、他専門職、専門機関
	コミュニケーション技術	認知症者とのコミュニケーション技術
		認知症ケア従事者とのコミュニケーション技術
		家族とのコミュニケーション技術
	情報収集・処理・活用	認知症者本人についての情報収集
		情報収集の効率性、正確性の検討
		情報の整理
		認知症ケアについての情報収集
		情報の活用
	他者との協力能力	良い関係形成
家族との良い関係形成		
チームメンバーとの良い関係形成		
地域住民との良い関係形成		
他職種・関連機関との良い関係形成		
認知症者と他者の良い関係形成への支援		
他者の力量把握		認知症者の認知機能・自立度・疾患の把握
		認知症者の意欲・好み・対人関係などの把握
		家族の力量把握
		チームの力量把握
		他職種・関連機関の力量把握
考え方・力量の異なる他者との協力		認知症者の意欲付けと協力
		家族の力量向上
		チームの力量向上
		他職種・関連機関の力量向上
		地域の力量向上
		話合いの場での参加
		考え・力量の異なる他者との話合い
自律的活動能力	見通しを立て、自分の役割を知る	理想像・理念・役割のイメージを持つ
		先を予測し、対応する
	課題解決	直面課題に冷静に臨機応変に対応する
		科学的課題解決
		効率的課題解決
		柔軟で、根気強く取り組む
		自分限界表示
	自己管理	自己省察・成長
		楽しむ
		仕事とプライバシーとのバランスと心身健康の管理

#### 「特になし」～「指導者」の全区間

分析の結果、全 40 個のカテゴリーの中、36 個のカテゴリーが「特になし」「実践者」「リーダー」「指導者」の順に平均値が高くなったものの、4 個のカテゴリーは「リーダー」の平均値が「実践者」より低くなる N 字グラフを描いた。N 字グラフを描いたカテゴリーは、「チームメンバーと良い関係形成」「地域住民との良い関係形成」「認知症者と他者との良い関係形成への支援」「仕事とプライバシーとのバランスと心身健康の管理」であった。(図 3-4: 各研修修了者別の平均)

また、全 40 個のカテゴリーの中、36 個のカテゴリーについては 0.5 点～1 点の平均値の上昇が見られた。一方 0.5 点未満と比較的小さい平均値の上昇が見られたカテゴリーも 4 個あった。その 4 個のカテゴリーとしては、「情報収集の効率性、正確性の検討」「チームメンバーとの良い関係形成」「認知症者と他者との関係形成への支援」「仕事とプライベートのバランス・心身健康の管理」があった。

#### 「特になし」～「実践者」の区間の平均差

「特になし」～「実践者」の区間の平均値の上昇は全カテゴリーで見られた。最も大きい上昇を見せたのは「認知症の症状についての知識」が 0.54 点であり、次いで「認知症者の認知機能・自立度・疾患の把握」が 0.50 点、「話し合い場での参加」が 0.45 点「特になし」より「実践者」群より高くなった。また、「他職種・関連機関の力量向上」「地域の力量向上」「仕事とプライバシーとのバランスや心身健康の管理」が同じく 0.13 点で、最も小さい上昇が見られた。他にも「関連制度・他専門職・専門機関についての知識」0.2 点未満の小さい上昇が見られた。

さらに、「特になし」～「実践者」の区間の平均差が他の区間より大きかったカテゴリーは、半数以上である 24 個のカテゴリーであった。そのうち大幅に差が見られたのは、「認知症の症状に関する知識」「認知症者とのコミュニケーション技術」「認知症ケア従事者間のコミュニケーション技術」「家族とのコミュニケーション技術」「認知症者本人についての情報収集」「認知症者の認知度・自立度・疾患の把握」「認知症者の意欲・好み・対人関係の把握」「認知症者の意欲付けや認知症者との協力」「認知症ケアについての話し合いの場の設定や積極的な参加」「直面した課題に冷静に臨機応変で対応」「仕事を楽しむ」などがあつた。

#### 「実践者」～「リーダー」区間の平均差

「実践者」～「リーダー」区間の平均差は、36 個のカテゴリーにおいて上昇があり、そのうち 2 個のカテゴリー「地域の力量把握」「地域の力量向上」が 0.26 点と 0.23 点で 0.2 点以上の上昇を見せた。それ以外の 34 個のカテゴリーは 0.2 点以下の小さい上昇で止まった。一方、4 個のカテゴリー、「チームメンバーとの良い関係形成」「地域住民との良い関係形成」「認知症者の認知機能、自立度、疾患についての把握」「仕事とプライベートのバランス・心身健康の管理」においては、「実践者」の平均値を下回る逆転現象も見られた。

#### 「リーダー」～「指導者」間の平均差

「リーダー」～「指導者」間の平均値は 40 個の全カテゴリーにおいて上昇が見られた。そのうち、最も上昇が大きかったのが「関連機関・他専門職・他専門機関についての知識」が 0.59 点であり、次いで「認知症ケアにおける情報収集」が 0.50 点、「情報整理」が 0.46、「原因・診断・治療・合併疾患などの専門知識」が 0.42 点、「他職種・関連機関の力量向上」が 0.34 点であった。一方、上昇が最も小さかったのは「話し合いの場での参加」が 0.10 点、次いで「認知症者とのコミュニケーション技術」が 0.12 点であった。

また、他の区間との平均値の上昇の仕方を比較して見ると、「リーダー」～「指導者」区間が他の区間の上昇値より高かったのは 8 個のカテゴリーであり、「原因・診断・治療・合併疾患の専門知識」「関連制度・他職種・専門機関についての知識」「認知症ケアについて

の情報収集」「情報整理」「チームメンバーとの良い関係形成」「他職種・関連機関との良い関係形成」「他職種・関連機関の力量向上」「自分の限界表示」があった。

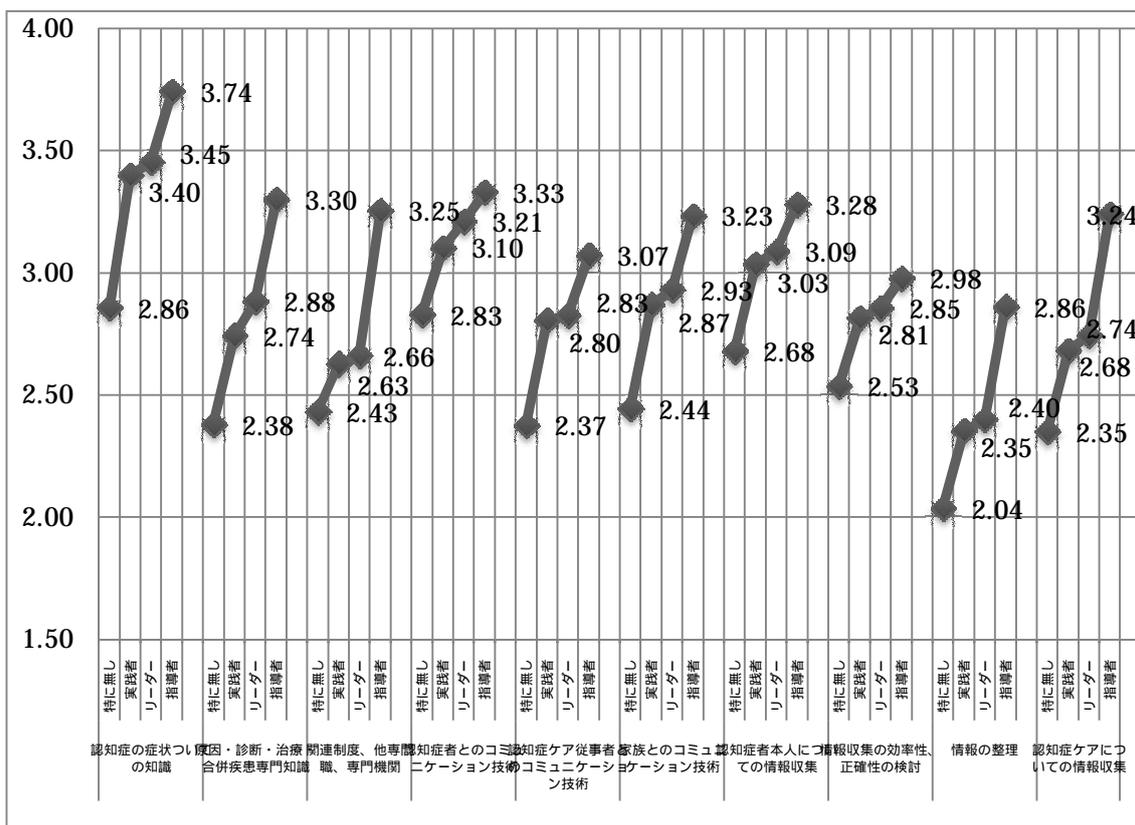


図3-4 各研修修了者別の平均

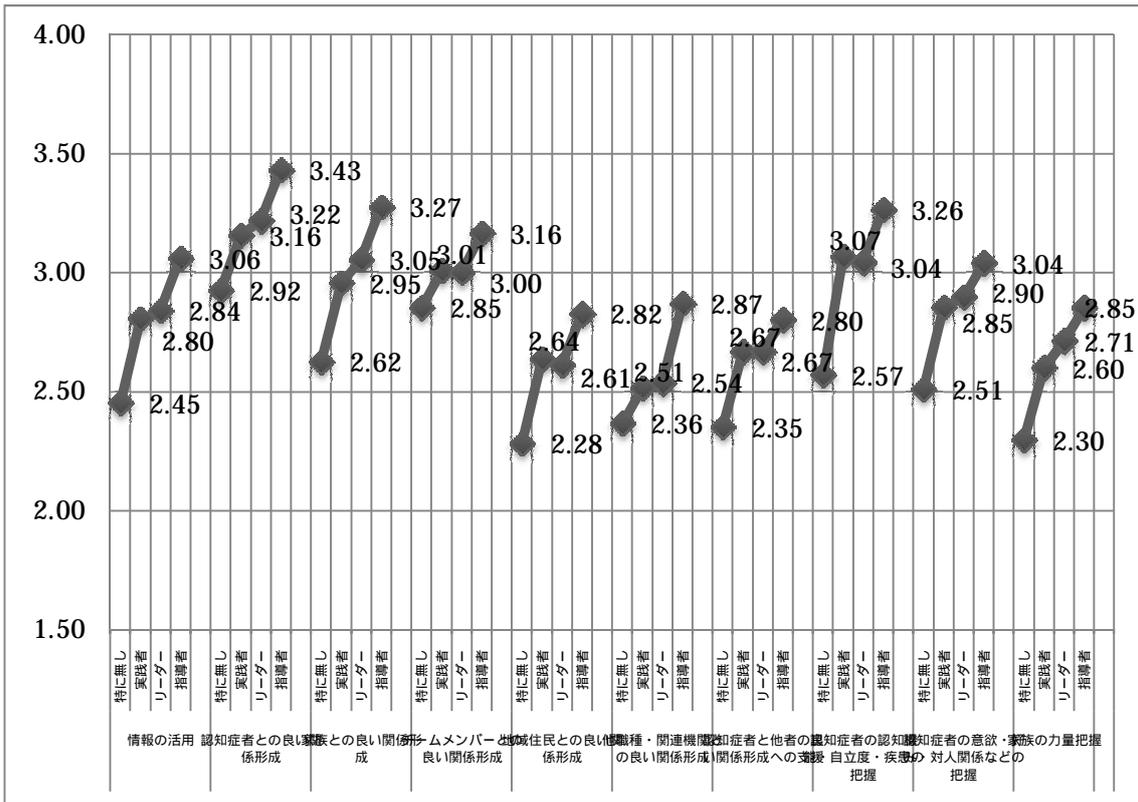


図 3 - 4 各研修修了者別の平均

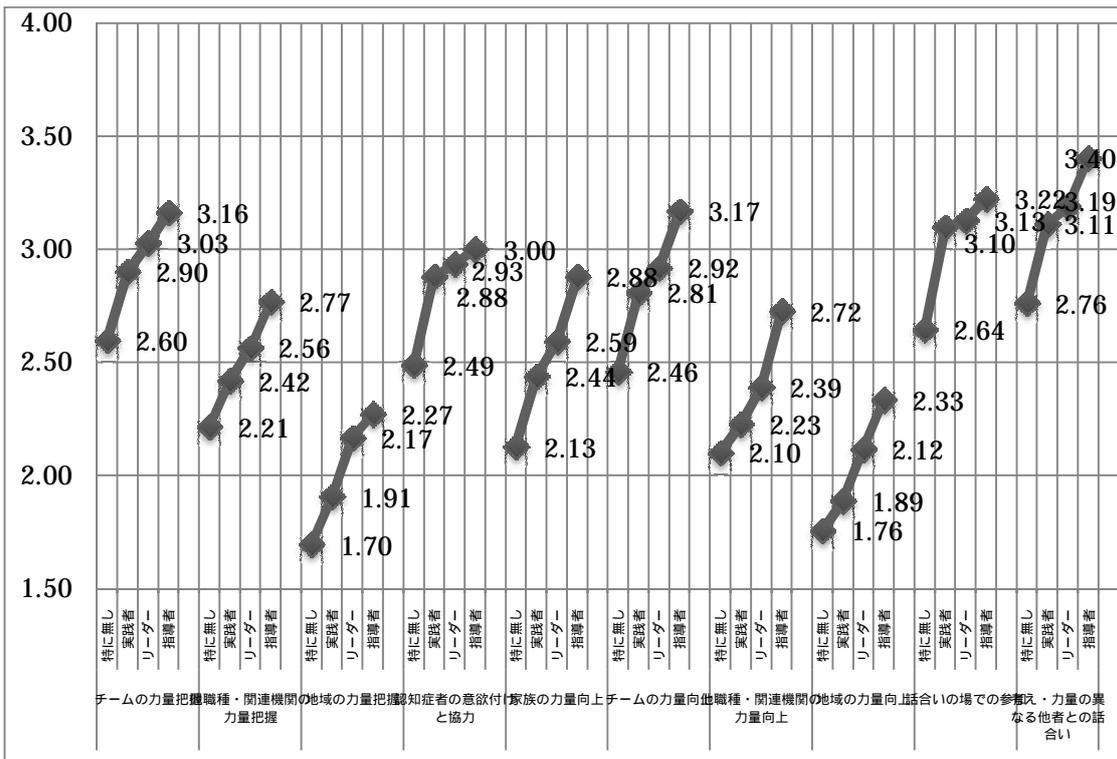


図 3 - 4 各研修修了者別の平均

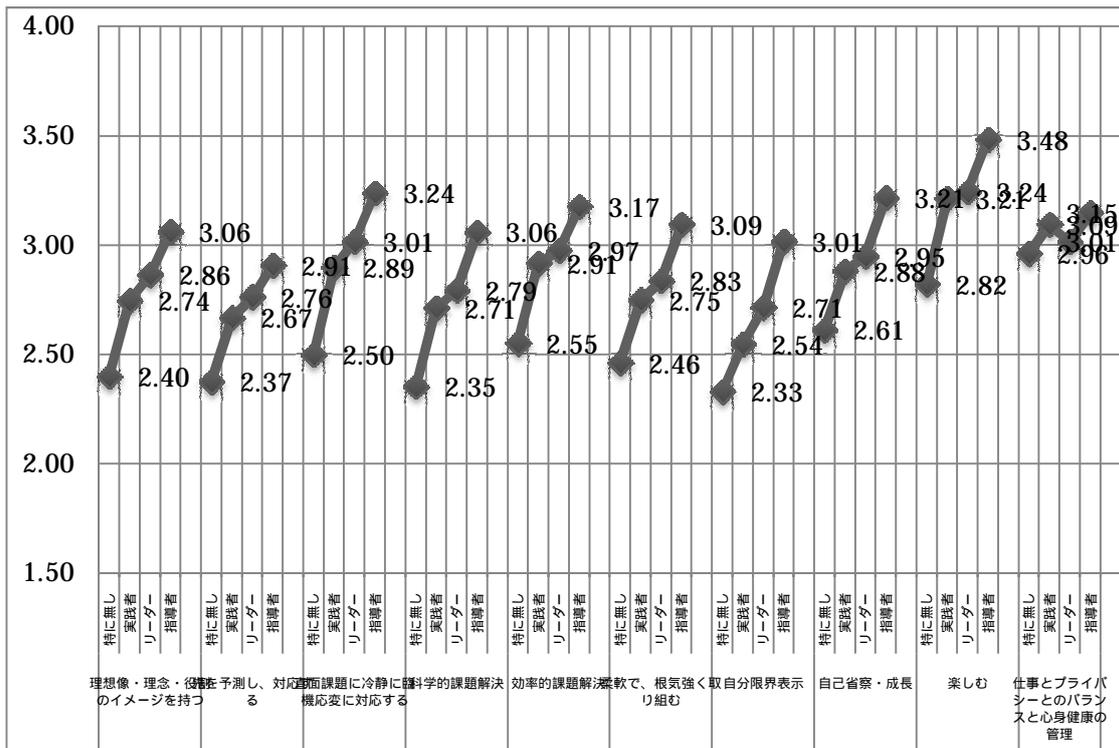


図 3 - 4 各研修修了者別の平均

#### 4) 考察

回答者の主観的評価である自己評価であること、平均差の検定を行う必要性があること、研修修了以外にも能力の自己評価に影響を与える可能性があることなど、本調査の限界や課題はあるものの、40個のうち、大半のカテゴリーにおいて、「特になし」群よりは「実践者」群が、「実践者」群よりは「リーダー」群が、「リーダー」群よりは「指導者」群が自分の認知症ケア能力について高く評価していることが明らかになった。また、このようなことから認知症ケアの力量も実際に高くなる可能性、またそれが研修の効果として表れた可能性が示唆された。

さらに、各群の平均値が高いカテゴリーや低いカテゴリーの内容と、同時に平均値の上昇の仕方などを比較してみた結果、各群の認知症ケア能力についての自己評価には以下のような特徴があることが明らかになった。

「実践者」群は、特に研修を受けていない者と比べて、「道具使用能力」の中では、認知症についての基本知識である認知症状に関する知識、そして認知症者とのコミュニケーション技術と同時に、他の認知症ケア従事者や家族との情報交換などに必要なコミュニケーション技術、また認知症者本人に関する情報収集能力が高かった、「他者との協力能力」の中では、認知症者の状態や力量把握し、認知症者の意欲付けや認知症者の保有能力を活かした活動を通じての認知症者との協力能力や認知症ケア従事者との認知症ケアについての話し合いの場に積極的に参加するなど、認知症者本人または身近な人との協力能力が高かった、「自律的活動能力」においては、直面した課題に冷静に臨機応変に対応でき、仕事を楽しめるようになったと高く自己評価をしていることが明らかになった。

「リーダー」群は、自分の認知症ケア能力を「実践者」群とほぼ同じく評価していることが明らかになった。また、チームメンバーや地域住民との良い関係形成、認知症者の認知機能・自立度・疾患の把握などの内容については、「実践者」群より自分自身を低く評価している現状も見られた。さらに、「実践者」群と「指導者」群より「仕事とプライベートのバランス・心身健康の管理」ができないと自己評価していた。これらは研修を受けることによって、自分の中で「良くできる」(75%~100%)の自己評価の基準が高くなり、さらに実践の中で困難を感じているために、評価が低くなったと思われる。8割以上がリーダーおよび中間管理職である「リーダー」群が、自分の立場での認知症ケア実践においてかなりの重圧感を感じながら実践している可能性もあると思われる。認知症介護実践リーダー研修では、修了者の認知症ケア能力に対する自己評価が必ずしも高まっているとは言えなかった。リーダー研修のカリキュラムについては何らかの見直しが必要である可能性が示唆される。

「指導者」群は、本調査で用いた認知症ケアの力量に対するほぼすべての項目について自己評価は非常に高く、また「リーダー」との平均差も大きかった。

特に、他職種・関連機関についての専門知識、良い関係形成、力量向上能力と、認知症ケアにおいての情報収集、整理能力が認知症介護指導者になることによって自己評価が高くなった。これらは、認知症介護指導者養成研修の修了可否以外にも様々な関連要因があると思われるが、認知症介護指導者養成研修に焦点を当てて考えてみる。まずは、3か月に及ぶ演習中心の研修カリキュラム自体も研修参加者の力量の向上に影響を与えたと思われる。さらに、研修修了後においても、指導者は活動領域が幅広くなり、自分の職場内に留まらず職場外で自分の認知症ケアの力量を磨く機会を得ることになり、自己評価も高くなったと考えられる。また、研修対象者の属性に多様性があり、研修参加者は自分と異なる職種・職位、施設および事業所、地域の者と接する機会を持つようになり、他職種・関連機関に対しての力量が高くなる可能性が考えられる。

## 資料 3 - 3 調査 3 の結果

### 認知症介護実践者等養成研修の修了者が感じる認知症ケアの課題

#### 1. 調査目的

本調査は、認知症介護実践者等養成研修の修了者が普段の業務の中で感じている認知症ケアの課題について明らかするとともに、その比較を通して各研修の効果について検討することを目的としている。

#### 2. 調査方法

##### 1) 調査対象及び調査内容

本調査は、認知症介護実践リーダー研修修了者（認知症介護実践者研修：以下、実践者研修、認知症介護実践リーダー研修：以下、リーダー研修、認知症介護指導者養成研修：以下、指導者研修）その上司、認知症ケア従事者に対し、実践者研修及びリーダー研修の標準カリキュラムより抽出された認知症ケアについて課題（表 3-12）に感じていることは何かを尋ねた。

表 3-12 実践者研修及びリーダー研修の標準カリキュラムより抽出された認知症ケアについての課題

---

行動・心理症状への対応

職員の間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと

認知症の利用者とのコミュニケーション

認知症の利用者の家族との関係形成

身体拘束を行わないケア

サービス利用中の事故が起こらない工夫

効果的なカンファレンスの実施

ストレスを抱える職員の支援

認知症の人にとって心地よい住環境の工夫

医療機関とうまく連携する

原因疾患別のケアの実践

専門職でない人の協力を得る

---

##### 2) 調査対象の抽出方法

調査対象の抽出は、リーダー及びその上司については都道府県担当者を通じて行った。査票は、リーダー研修修了者に対する調査票とその上司の調査票を各 600 ずつ同封して郵送した。上司の調査票は対象となったリーダー研修修了者から直接その上司に該当する調査票を渡す形で配布した。認知症ケア従事者としては、専門職団体（日本介護支援専門員協会、全国老人福祉施設協議会、全国老人保健施設協会、日本認知症グループホーム協会）を通じて行った。調査は、平成 22 年 12 月 14 日から 1 月 11 日まで実施した。

##### 3) 倫理的配慮

調査依頼文書には、回答内容について目的以外使用を行わないこと、個人・施設の特定を行わないこと、回答データの厳重な管理を行うことが示された。本調査は、認知症介護研究・研修東京センターの倫理委員会の承認を得て行った。

### 3. 結果

#### 1) 回収率

実践リーダー研修修了者は408件(回収率68.00%)、その上司は352件(回収率58.67%)、介護従事者は366件(回収率61.00%)が回収された。

#### 2) 回答者の基本属性

各調査対象別の回答者の基本属性は表3-13の通りである。

#### 3) 研修修了者ごとの認知症ケアの課題の比較

3つの調査対象の回答者について、実践者研修まで修了した者、リーダー研修まで修了した者、指導者研修まで修了した者、その他の区分に分けて、課題と感じている認知症ケアについて尋ねた。管理者研修修了者については、前述の3研修を修了していた場合は該当する修了者の中に加えた。管理者研修のみ修了しているものは、その他に含めた。前述の3研修は現在ピラミッド構造に整理されているが、それ以前に研修を受けたものの中には例えば、実践者研修を修了せずに指導者研修を修了しているものもいる。そうした場合はより上位の研修修了者として扱った。

各研修修了者間の認知症ケアの課題の比較するために各研修修了者数と認知症ケアの課題についてクロス集計を行った(表3-14)。さらに、その割合を比較した。(図3-5、3-6)

研修修了者が課題として感じている認知症ケアの主な内容は、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」(実践者研修修了者:75.74%、リーダー研修修了者:77.61%、指導者研修修了者:54.39%)、「行動・心理症状への対応」(実践者研修修了者:65.35%、リーダー研修修了者:56.51%、指導者研修修了者:50.88%)、「ストレスを抱える職員の支援」(実践者研修修了者:51.49%、リーダー研修修了者:55.60%、指導者研修修了者54.89%)などであった。

「行動・心理症状への対応」「認知症の利用者とのコミュニケーション」「認知症の利用者の家族との関係形成」「身体拘束を行わないケア」「利用中の事故が起こらない工夫」「効果的なカンファレンスの実施」「認知症の人にとって心地よい住環境の工夫」「医療機関とうまく連携する」は、実践者からリーダーそして指導者のピラミッド構造の上に行くに従い課題と感じなくなるという構造がみられた。一方、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」は実践者研修修了者、リーダー研修修了者とも7割を超えるものが課題と感じており、リーダー研修修了者のほうがやや課題に感じている傾向がみられる半面、指導者研修修了者のうち、同項目について課題と感じている者は54.39%と割合が低かった。

表 3-13 回答者の基本属性

	リーダー n=408 (%)	上司 n=352(%)	従事者 n=366(%)
性別 (S A)			
男性	106 (25.98)	155 (44.03)	103 (28.14)
女性	298 (73.04)	190 (53.98)	259 (70.77)
無回答	4 (0.98)	7 (1.99)	4(1.09)
年代 (S A)			
20 歳代	30(7.35)	5(1.42)	29(7.92)
30 歳代	150(36.76)	66(18.75)	99(27.05)
40 歳代	90(22.06)	93(26.42)	119(32.51)
50 歳代	112(27.45)	122(34.66)	90(24.59)
60 歳以上	23(5.46)	55(15.63)	26(7.10)
無回答	3(0.74)	11(3.13)	3(0.82)
職場での職位 (S A)			
経営・管理職	78(19.12)	213(60.51)	80(21.86)
監督職	251(61.52)	122(34.66)	160(43.72)
一般職員	69(16.91)	5(1.42)	119(32.51)
その他	6(1.47)	10(2.84)	6(1.46)
無回答	4(0.98)	2(0.57)	1(0.27)
職場での職種 (M A)			
相談員	56(13.73)	47(13.35)	48(13.11)
介護支援専門員	136(33.33)	94(26.70)	107(29.23)
介護職	278(68.14)	86(24.43)	187(51.09)
看護職	31(7.60)	58(16.48)	77(21.04)
施設長・理事長等の経営・管理職	86(21.08)	200(56.82)	84(22.95)
その他	28(6.86)	38(10.08)	20(5.46)
無回答	2(0.49)	1(0.28)	2(0.55)
勤務年数 (S A)			
1 年未満	4(0.98)	21(5.97)	35(9.56)
1 年以上 3 年未満	57(13.97)	32(9.09)	46(12.57)
3 年以上 5 年未満	70(17.16)	54(15.34)	52(14.12)
5 年以上 10 年未満	186(45.59)	119(33.81)	123(33.61)
10 年以上	85(20.83)	120(34.09)	108(29.51)
無回答	6(1.47)	6(1.07)	2(0.55)

表 3-14 研修修了者ごとの認知症ケアの課題の比較

	その他 n=241 (%)	実践者 n=202(%)	リーダー n=545(%)	指導者 n=57(%)	欠損
行動・心理症状への対応	143(59.34)	132(65.35)	308(56.51)	29(50.88)	81
職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと	172(71.37)	153(75.74)	423(77.61)	31(54.39)	81
認知症の利用者とのコミュニケーション	111(40.06)	99(49.01)	206(37.80)	22(38.60)	81
認知症の利用者の家族との関係形成	104(43.15)	94(46.53)	214(39.27)	22(38.60)	81
身体拘束を行わないケア	86(35.68)	61(30.02)	118(21.65)	10(17.54)	81
サービス利用中の事故が起こらない工夫	108(44.81)	91(45.05)	193(35.41)	18(31.58)	81
効果的なカンファレンスの実施	95(39.42)	96(47.52)	222(40.73)	22(38.60)	81
ストレスを抱える職員の支援	127(52.70)	104(51.49)	303(55.60)	31(54.89)	81
認知症の人にとって心地よい住環境の工夫	117(48.55)	90(44.55)	201(36.88)	14(24.56)	81
医療機関とうまく連携する	90(37.34)	75(37.43)	168(30.83)	18(31.58)	81
原因疾患別の特徴を理解したケア	89(36.93)	87(43.07)	211(38.72)	28(49.12)	81
専門職でない人の協力を得る	66(27.39)	62(30.69)	188(34.50)	15(26.32)	81

実践者：認知症介護実践者研修修了者、リーダー：認知症介護実践リーダー研修修了者、指導者：認知症介護指導者養成研修修了者

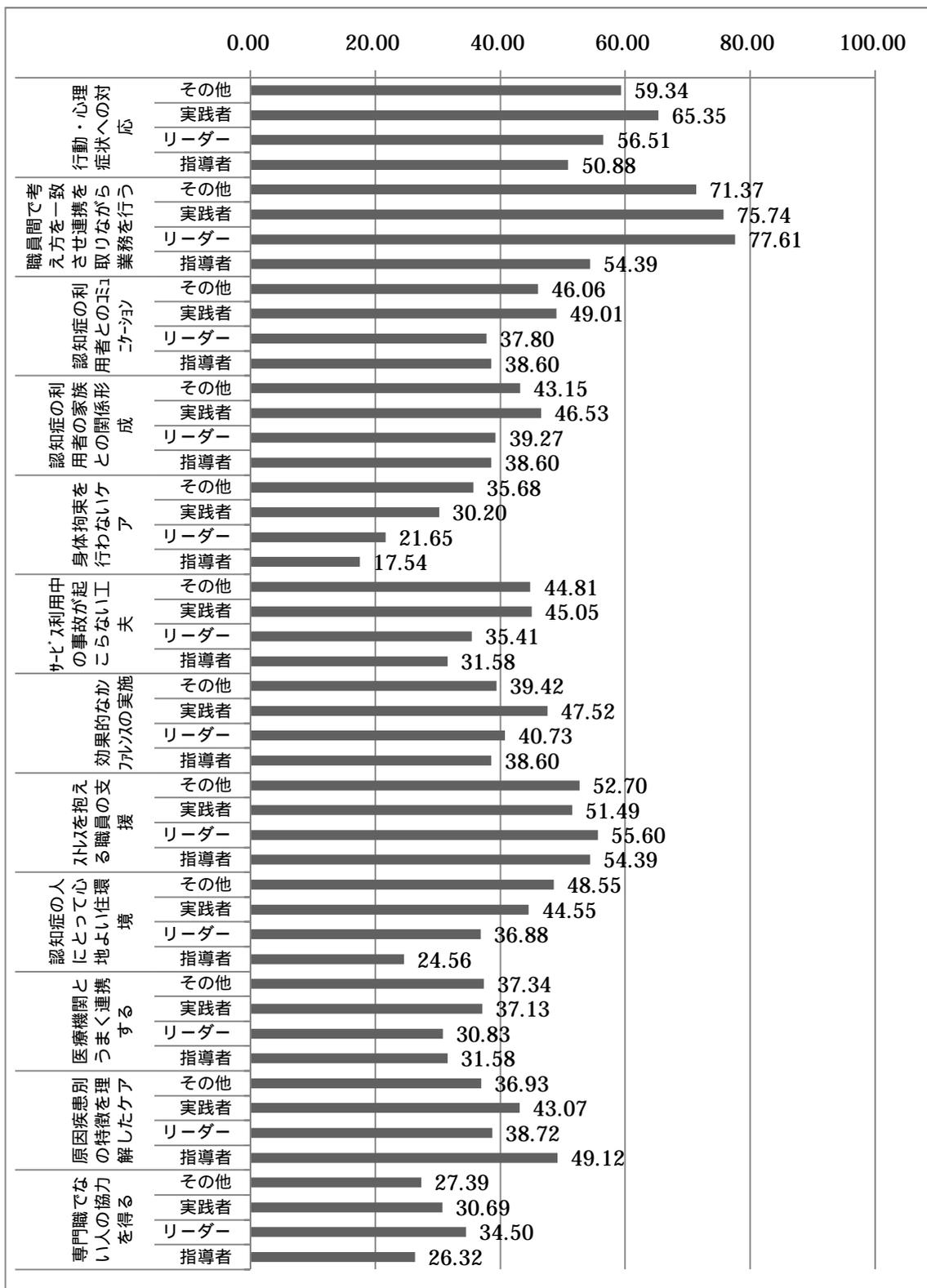


図3-5 研修修了者ごとの認知症ケアの課題の比較

実践者：認知症介護実践者研修修了者、リーダー：認知症介護実践リーダー研修修了者、指導者：認知症

介護指導者養成研修修了者

グラフ内の数値は%

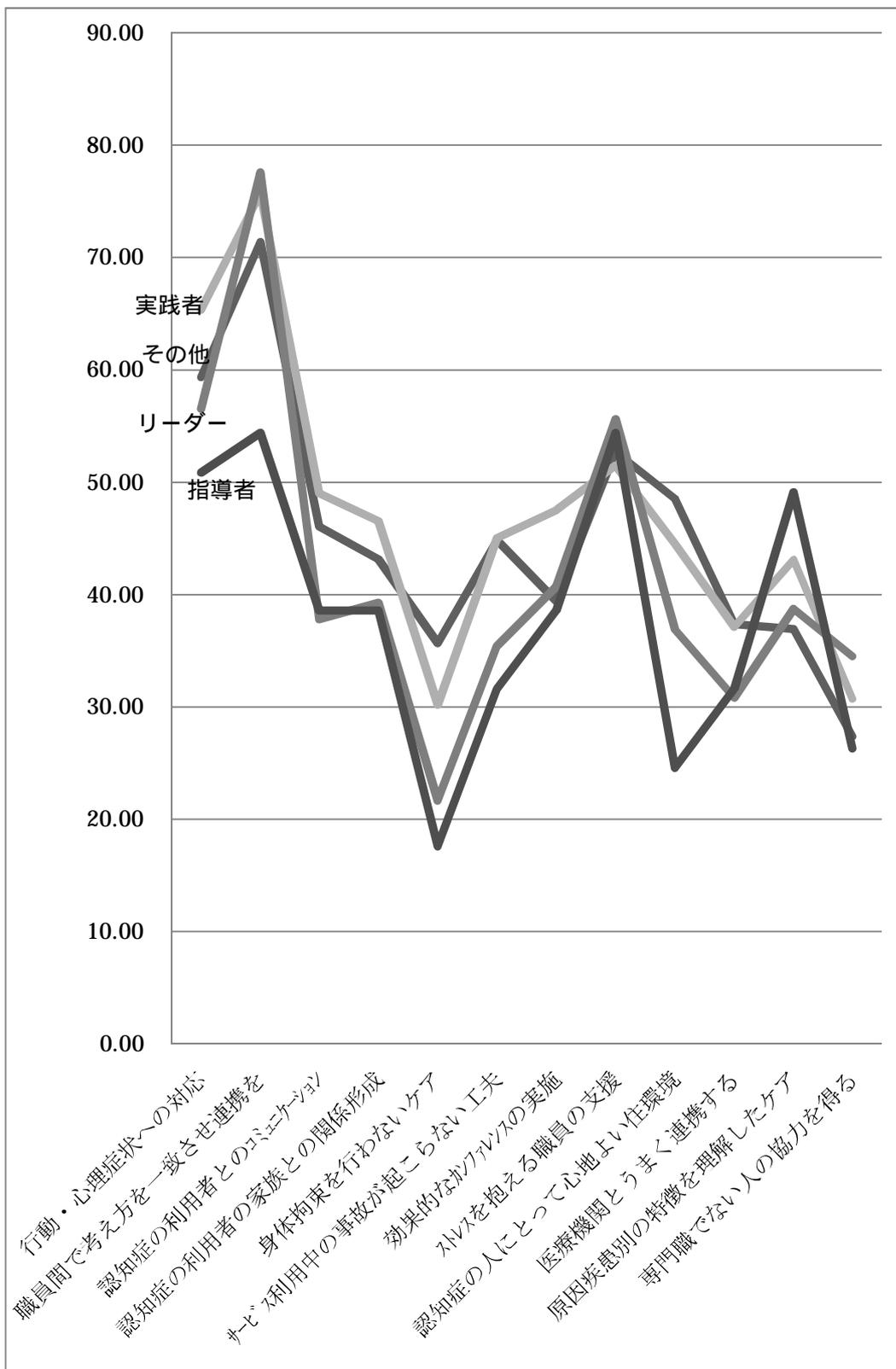


図3-6 研修修了者ごとの認知症ケアの課題の比較

実践者：認知症介護実践者研修修了者、リーダー：認知症介護実践リーダー研修修了者、指導者：認知症介護指導者養成研修修了者

## 4. 考察

### 1) 各研修修了者に共通する認知症ケアの課題

各研修修了者が課題として感じている認知症ケアをみると、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」がもっとも割合が高かった。この項目を課題と感じているのは実践者、リーダー研修修了者とも7割を超えていた。標準カリキュラムとの関係を見ると、この項目については実践者研修よりも、リーダー研修で主に扱われる内容である。具体的には、認知症介護のための組織論として、実践リーダーの役割と視点、サービス展開のためのリスクマネジメント、介護現場の環境を整える方策、人材育成のための技法として、人材育成の考え方、効果的なカンファレンスの持ち方、スーパービジョンとコーチング、人材育成の企画立案と伝達・表現方法、事例検討がそれに該当する科目として考えられる。これらは講義と演習を含めて1650分という時間数を占め、リーダー研修の中核とも考えられる科目であるが、研修修了者の7割以上が課題として感じている状況が示唆された。一方、指導者研修の修了者をみると、その割合は5割を超えているものの他の2研修に比べて大幅に割合は減少している。指導者研修のカリキュラムでは、実践リーダー研修に比較し、人材育成に加えて教育実践方法論に関する講義・演習がその中心となり、さらに実習も自職場における課題解決が主眼となるなどの特色がある。この実習においては、研修といった手段を通して自職場の問題解決に取り組むことも多い。こうした問題解決手法を研修を通して身につけていくことが、課題の解決手法として機能し他研修修了者と比較し課題と認識する割合が減少していることも考えられる。実践者研修終了者との比較で考えると、課題と感じている回答者の割合はリーダー研修修了者より微減するもののほぼ同割合となっており、リーダー研修終了者と同様に課題と感じていることが示唆された。前述の指導者研修の状況を鑑みるならば、各研修と課題の認識状況にはなんらかの関連性があることも考えられ、これをもってリーダー研修の効果はないとはいえない。研修を通して、これまで以上に課題として認識されるという効果も考えられ、課題と感じている割合はほぼ同様でもその質は異なっている可能性が考えられる。これらの質の違いについては今後検討していく必要がある。

次に割合が高かったのは、「行動・心理症状への対応」であった。認知症の利用者の行動・心理症状へのいかに対応していくかは認知症ケアの主たる課題の一つでありこれらを高いレベルで対応できる人材の育成が求められることは異論がないところであろう。認知症介護実践者等養成研修でも様々な角度からこの課題の解決について研修を実施していると考えられる。しかしながら、各研修修了者の5割以上がなお課題と感じている状況については研修カリキュラムのあり方も含めて今後検討を続けていく必要があると考える。

3番目に割合が高かったのは、「ストレスを抱える職員の支援」であった。特にこの項目は、実践者研修修了者に比較し、リーダー研修修了者、及び指導者研修の修了者が課題と感じている割合が高かった。指導者研修修了者やリーダー研修修了者は、フロアリーダー等の管理職や経営的な立場にいるものも多く、そうした立場上の違いからこのような結果になったと考えられる。

一方、「身体拘束を行わないケア」については3研修の修了生に共通して低く、その他を比較しても研修修了者が課題と感じている割合は低かった。これは、身体拘束を行わないケアを行うということが研修修了者全体を通じて、かつ研修の階層があがるに連れて課題と認識していない状況が示唆された。

さらに全体的な傾向として、認知症介護指導者養成研修の修了者は、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修に比較して課題と感じているものの割合が低かった。唯一他の研修に比較して高かったのは、「原因疾患別の特徴を理解したケア」であった。この項目は現在の標準カリキュラムの中では特に焦点をあてて設定されていない項目であり、新しい認知症ケアの課題に関する項目である。指導者研修の修了者は、他の研修修了者に比較して新しい認知症ケアの課題に関心を寄せている可能性が示唆された。

## 2) 研修階層ごとに課題が減少している項目

認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修とより上位の研修に行くに津入れてその研修修了者の課題と感じている状況が減少している項目は、「行動・心理症状への対応」「認知症の利用者とのコミュニケーション」「認知症の利用者の家族との関係形成」「身体拘束を行わないケア」「利用中の事故が起こらない工夫」「効果的なカンファレンスの実施」「認知症の人にとって心地よい住環境の工夫」「医療機関とうまく連携する」であった。これらの項目は研修階層に比例する順序性が認められた項目群である。上述のように、研修を通して新たに課題として強く感じるということもあり、そうした質の問題に目をむけなければ課題と認識しなくなることが必ずしも研修の効果とはいえないが、本研修のように階層化された研修体系の持つ研修効果を考えた場合に、研修階層に比例する順序性が認められたことは、これらの認知症ケアの課題について研修を通してより解決していく能力を獲得している状況があると考えられることも可能であると考えられる。研修効果を明らかにするうえでは、今後これらの項目群の質についてさらなる検討を加えていく必要があると考えられる。

## 5. まとめ

認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修の修了者のうち、共通して課題と感じている認知症ケアは、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」「行動・心理症状への対応」「ストレスを抱える職員の支援」であり、今後も研修カリキュラムを含めた検討が必要である。

「行動・心理症状への対応」「認知症の利用者とのコミュニケーション」「認知症の利用者の家族との関係形成」「身体拘束を行わないケア」「利用中の事故が起こらない工夫」「効果的なカンファレンスの実施」「認知症の人にとって心地よい住環境の工夫」「医療機関とうまく連携する」の項目は、調査の結果、研修階層に比例する順序性が認められた項目群である。階層化された研修体系の持つ研修効果を考えた場合に、研修階層に比例する順序性が認められたことは、これらの認知症ケアの課題について研修を通してより解決していく能力を獲得している状況があると考えられることも可能であると考えられる。今後これらの項目群の質についてさらなる検討を加えていく必要があると考えられる。

なお、本調査は、リーダー及びその上司、認知症ケア従事者に対し実施し得られたサンプルを、研修階層ごとに再分析した結果のものである。したがって本分析においてはサンプルの抽出方法からくる解釈の限界性があり、今後の継続調査による確認が必要と考えられる。

## 資料 3 - 4 調査 4 の結果詳細

「認知症介護実践リーダーの認知症ケア実践に対する自己評価と他者評価の関連に関する調査」及び「認知症介護実践者等養成研修修了者の認知症ケアに関する課題認識に関する調査」

### 1. 調査目的

本調査は認知症介護実践リーダー研修修了者（以下、リーダー研修修了者）の認知症ケア実践に対する自己評価とその上司の評価との関連を明らかにし、もってリーダー研修修了者の認知症ケアの実践状況を明らかにすることを目的としている。なお、本調査は、調査 2 のうち、実践リーダーとその上司に対して行った調査の中で実施したものである。

### 2. 調査方法

#### 1) 評価項目の内容

本調査での評価内容としては認知症介護実践者研修（以下、実践者研修）及び認知症介護実践リーダー研修（以下、リーダー研修）の標準カリキュラムをもとに評価項目を作成した。作成された認知症ケアに関する 12 項目（表 3-15）の実践状況を、「実践の機会がない」「実践の機会がない」、「指導を受け実践している」、「自ら実践している」、「自信を持って有効に実践している」、「自信を持って有効に実践し、他者を指導している」で評価する形で実施した。

表 3-15 実践者研修標準カリキュラムより作成した認知症ケア実践に関する項目

---

行動・心理症状への対応

職員の間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと

認知症の利用者とのコミュニケーション

認知症の利用者の家族との関係形成

身体拘束を行わないケア

サービス利用中の事故が起こらない工夫

効果的なカンファレンスの実施

ストレスを抱える職員の支援

認知症の人にとって心地よい住環境の工夫

医療機関とうまく連携する

原因疾患別のケアの実践

専門職でない人の協力を得る

---

#### 2) 調査対象及びその抽出方法,倫理的配慮

調査 3 を参照

#### 3) 調査票の配布方法及び調査期間

調査 3 を参照

### 3. 結果

回収率及び基本属性に関しては調査 3 を参照

#### 1) リーダー研修修了者の自己評価との上司の評価平均値の比較

認知症ケア実践に関するリーダー研修修了者の自己評及びその上司による評価を得点化し平均値の比較を行った。得点の算出方法は、指導を受け実践しているを 1 点、自ら実践しているを 2 点、自信を持って有効に実践しているを 3 点、自信を持って有効に実践し、他者を指導しているを 4 点として各項目ごとに単純加算した。なお、「実践の機会がない」は、今回の分析では対象としない項目のため非該当の項目として処理してある。

その結果、全ての項目について 2 点以上の平均値が得られた。また、平均値を比較するとすべての項目についてリーダー研修の修了者の自己評価よりもその上司のほうが高く評価していることが明らかになった。(表 3-16、図 3-7)

表 3-16 リーダー研修修了者の自己評価との上司の評価の比較

	リーダー		上司	
	平均	SD	平均	SD
Q1. 行動・心理症状への対応	2.52	0.88	2.65	0.95
Q2. 職員の間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと	2.53	0.95	2.65	0.97
Q3. 認知症の利用者とのコミュニケーション	2.89	0.82	2.92	0.85
Q4. 認知症の利用者の家族との関係形成	2.52	0.81	2.63	0.89
Q5. 身体拘束を行わないケア	3.03	0.98	3.16	0.90
Q6. サービス利用中の事故が起こらない工夫	2.61	0.93	2.75	0.95
Q7. 効果的なカンファレンスの実施	2.33	0.86	2.52	0.97
Q8. ストレスを抱える職員の支援	2.23	0.82	2.33	0.92
Q9. 認知症の人にとって心地よい住環境の工夫	2.37	0.93	2.60	0.98
Q10. 医療機関とうまく連携する	2.37	0.98	2.46	0.97
Q11. 原因疾患別のケアの実践	2.30	0.90	2.40	0.95
Q12. 専門職でない人の協力を得る	2.15	0.88	2.33	0.94

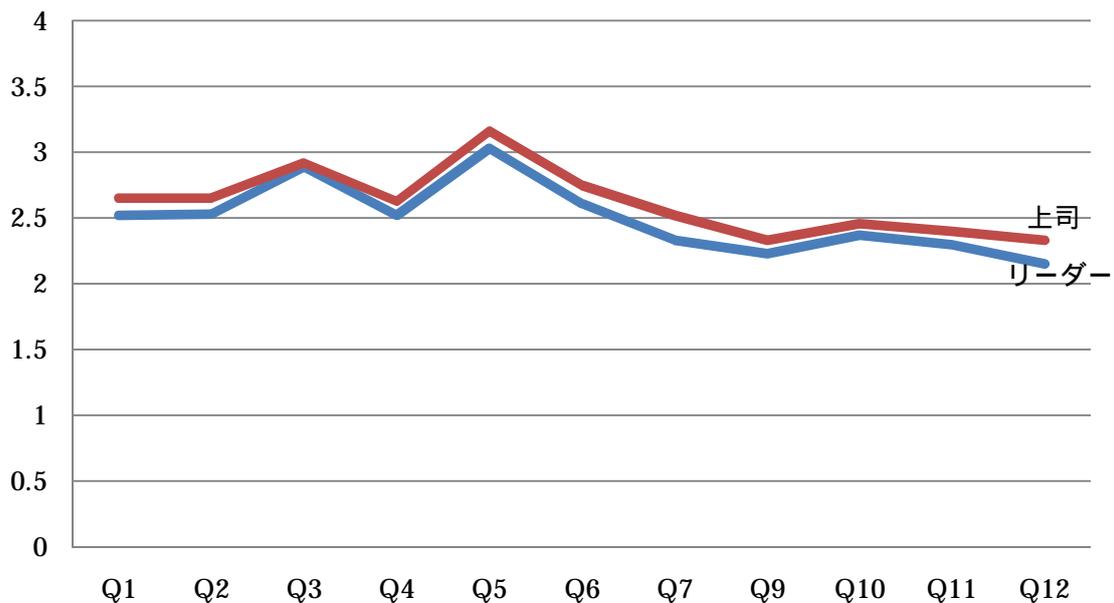


図3-7 リーダー研修修了者の自己評価との上司の評価における平均値の比較

リーダー：リーダー研修修了者

## 2) リーダー研修修了者の自己評価との上司の評価項目毎の比較

リーダー研修修了者の認知症ケアの実践状況に関する自己評価とそれに対する上司の評価の比較するために、両者の評価結果についてクロス集計を行った。(表3-17)、また、各評価項目の回答状況を比較するために回答割合の比較を行った。(図3-8)

全評価項目の「有効に実践し他者を指導している」の評価は、リーダー研修修了者の自己評価より上司が評価している割合が高い状況が明らかになった。また、「認知症の利用者とのコミュニケーション」を除いて、「指導受け実践している」についても、リーダー研修修了者の自己評価より上司が評価している割合が高い状況が明らかになった。特に「行動・心理症状への対応」「効果的なカンファレンスの実施」「ストレスを抱えた職員の支援」「認知症の人にとって心地よい住環境の工夫」「医療機関とうまく連携する」「原因疾患別のケアの実践」「専門職でない人の協力を得る」については、「有効に実践し他者を指導している」ないし「認知症の利用者とのコミュニケーション」の項目が5%以上の開きがあり、より上司の評価が高い項目となった。

表 3-17 リーダー研修修了者の自己評価との上司の評価項目毎の比較

		人数	指導を受け実践し	自ら実践してい	自信を持って有効	有効に実践し、他者	無回答	実践の機会
			ている	る	に実践している	を指導している	がない	
行動・心理症状への対応	上司	336	31(9.23)	125(37.20)	84(25.00)	77(22.92)	19(5.65)	16
	リーダー	386	30(7.77)	186(48.19)	91(23.58)	67(17.36)	12(3.11)	22
職員の間で考え方を一致させ連携をと りながら業務を行う	上司	346	37(10.69)	121(34.97)	91(26.30)	80(23.12)	17(4.91)	6
	リーダー	393	47(11.96)	164(41.73)	96(24.43)	78(19.85)	8(2.04)	15
認知症の利用者とのコミュニケーション	上司	350	10(2.86)	108(30.86)	121(34.57)	101(28.86)	10(2.86)	2
	リーダー	405	9(2.22)	132(32.59)	152(37.53)	105(25.93)	7(1.73)	3
認知症の利用者の家族との関係形成	上司	337	30(8.90)	121(35.91)	113(33.53)	62(18.40)	11(3.26)	15
	リーダー	386	27(6.99)	180(46.63)	120(31.09)	51(13.21)	8(2.07)	22
身体拘束を行わないケア	上司	344	11(3.20)	80(23.26)	87(25.29)	156(45.35)	10(2.91)	8
	リーダー	395	25(6.33)	105(26.58)	89(22.53)	167(42.28)	9(2.28)	13
サービス利用中の事故が起こらない工夫	上司	346	31(8.96)	110(31.79)	105(30.35)	88(25.43)	12(3.47)	6
	リーダー	400	39(9.75)	159(39.75)	108(27.00)	85(21.25)	9(2.25)	8
効果的なケアの実施	上司	338	49(14.50)	119(35.21)	95(28.11)	62(18.34)	13(3.85)	14
	リーダー	371	51(13.75)	178(47.98)	87(23.45)	40(10.78)	15(4.04)	37
ストレスを抱える職員の支援	上司	306	54(17.65)	125(40.85)	77(25.16)	37(12.09)	13(4.25)	46
	リーダー	340	54(15.88)	173(50.88)	74(21.76)	27(7.94)	12(3.53)	68
認知症の人にとって心地よい住環境	上司	338	47(13.91)	107(31.66)	102(30.18)	71(21.01)	11(3.25)	14
	リーダー	381	60(15.75)	174(45.67)	81(21.26)	58(15.22)	8(2.10)	27
医療機関とうまく連携する	上司	305	50(16.39)	112(36.72)	80(26.23)	52(17.05)	11(3.61)	47
	リーダー	369	68(20.12)	122(36.09)	86(25.44)	52(15.38)	10(2.96)	70
原因疾患別のケアの実践	上司	327	55(16.82)	125(38.23)	85(25.99)	48(14.68)	14(4.28)	25
	リーダー	369	60(16.26)	176(47.70)	75(20.33)	47(12.74)	11(2.98)	39
専門職でない人の協力を得る	上司	284	56(19.72)	105(36.97)	77(27.11)	34(11.97)	12(4.23)	68
	リーダー	307	70(22.80)	136(44.30)	66(21.50)	25(8.14)	10(3.26)	101

リーダー：リーダー研修修了者

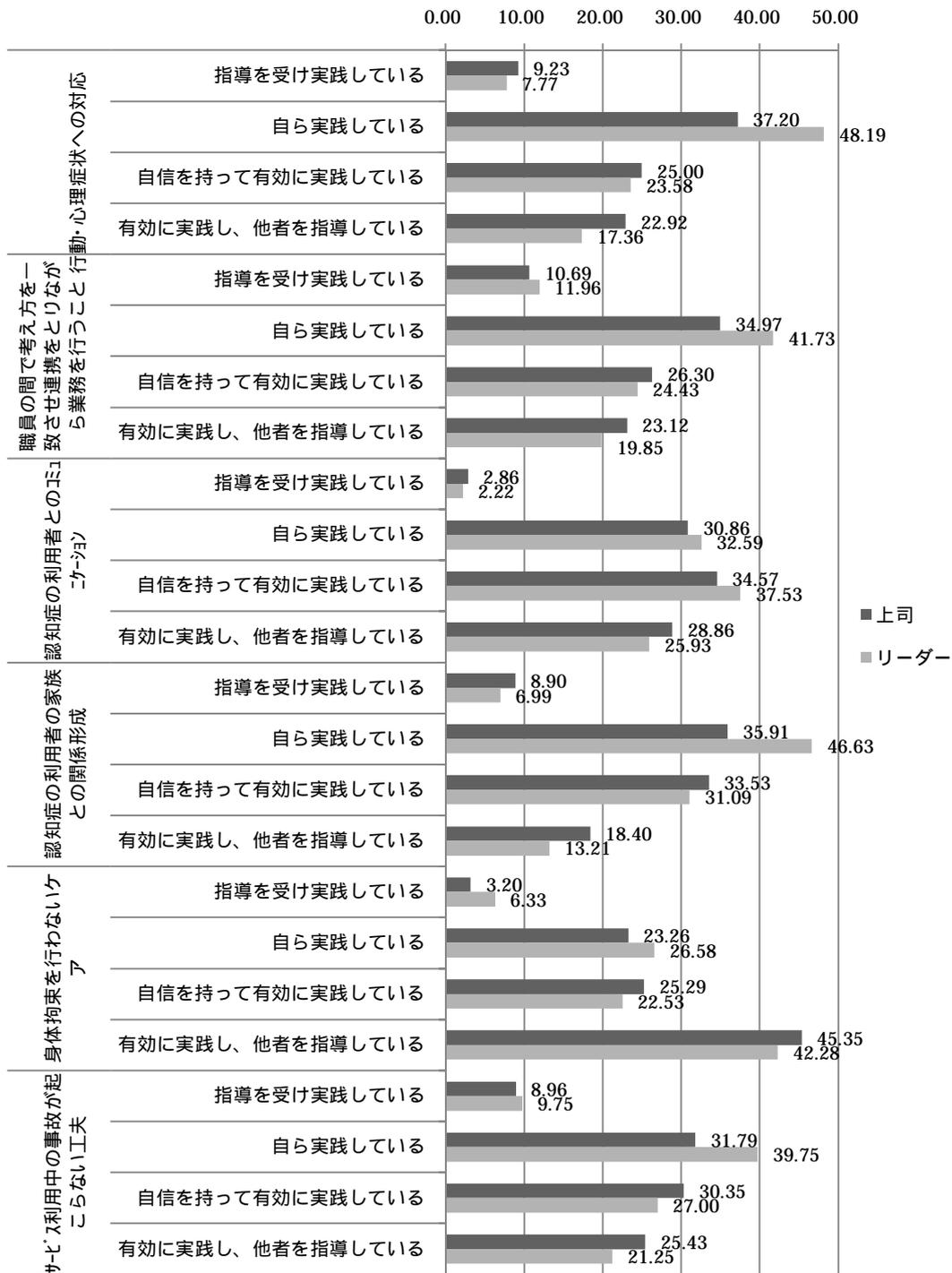


図3-8 リーダー研修修了者の自己評価との上司の評価項目毎の比較

グラフ内の値は%

有効に実践し、他者を指導している：自信をもって有効に実践し他者を指導している

リーダー：リーダー研修修了者

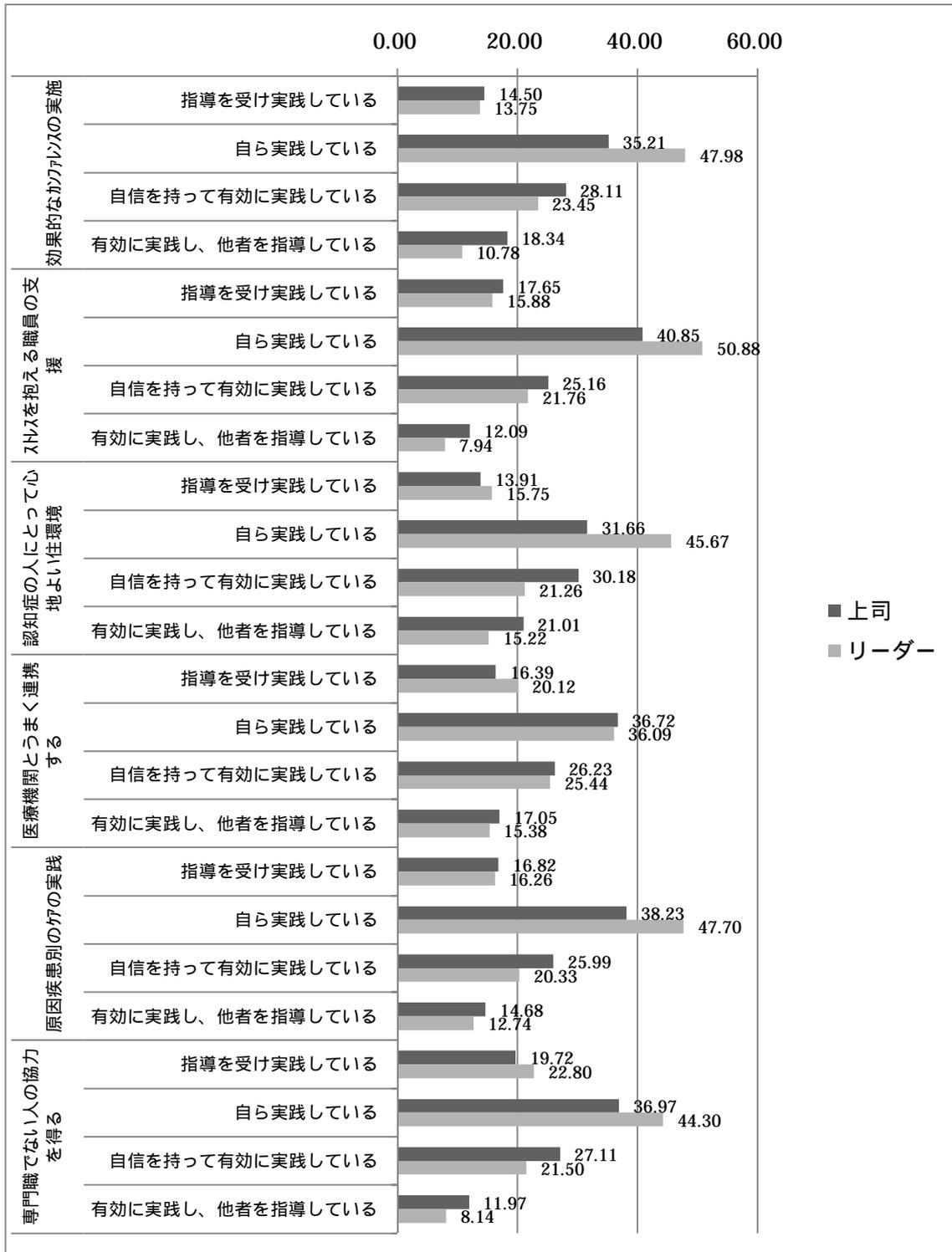


図3-8 リーダー研修修了者の自己評価との上司の評価項目毎の比較

表の中の値は%

有効に実践し、他者を指導している：自信をもって有効に実践し他者を指導している

リーダー：リーダー研修修了者

#### 4. 考察

リーダー研修修了者の自己評価及びその上司の評価は全ての項目については平均的に「自ら実践している」以上の評価が得られ、リーダー研修修了者の認知症ケアの実践においては、少なくとも「指導を受け実践している」レベル以上の、「自ら実践している」ないし「自信をもって有効に実践している」ものが中心的な状況が示唆された。また、全ての項目について自己評価よりも上司の評価が同程度ないし高い評価をしている状況が明らかになり、同職場における上司のリーダー研修修了者に対する評価はおおむね高く、自職場の認知症ケア実践に高い貢献をしている状況が示唆された。

また、「行動・心理症状への対応」「効果的なカンファレンスの実施」「ストレスを抱えた職員の支援」「認知症の人にとって心地よい住環境の工夫」「医療機関とうまく連携する」「原因疾患別のケアの実践」「専門職でない人の協力を得る」については、「有効に実践し他者を指導している」ないし「認知症の利用者とのコミュニケーション」の項目が5%以上の開きがあり、本人以上に、上司の評価が特に高い項目となった。この中で「効果的なカンファレンスの実施」「ストレスを抱えた職員の支援」についてはリーダー研修における中核的なカリキュラムを反映しており、これを研修効果として肯定的に解釈するならば研修の学びを通し、研修修了者本人は、当該ケアの実践についてより自己達成目標が厳しく設定される一方、実際に展開される実践内容を上司からみた場合は評価の高い実践を行っているという項目であるとも考えることができる。

#### 5. まとめ

認知症介護実践リーダー研修修了者の認知症ケア実践に関する自己評価と上司の評価はやや上司の評価が高い傾向にある。また、その実践状況も、「指導を受け実践している」レベルではなく、「自ら実践している」ないし「自信をもって有効に実践している」レベルが中心的な状況が示唆され、比較的高い実践能力を有していること、さらにそれに対する上司の評価もおおむね同じかさらに高く、自職場の認知症ケア実践に高い貢献をしている状況が示唆された。

第4章 認知症介護実践者等養成事業に関わる  
都道府県等担当者セミナー

資料編

資料4-1 セミナープログラム

1月26日(水)

日程	内容		
14:00 - 14:10 開会	開会あいさつ 東京センター 副センター長 今井 幸充 本セミナーの目的説明及びスケジュール説明 東京センター 研究主幹 渡邊 浩文(総合司会)		
14:10-14:40(30分) 基調講演	『介護保険制度における認知症介護実践者等養成事業の位置づけ』 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室		
14:40 15:30(40分) アンケート結果共有 討議	情報共有用アンケート結果概要説明(10分)研修主幹 中村考一 討議(30分)座長:副センター長 今井 幸充		
15:30 15:45(15分)	分科会会場への移動		
分科会 15:45 - 16:00 話題提供 16:00 - 17:30 ディスカッション (うち10分休憩)	分科会1 実践研修の質の確保 の課題と対策  会場:大会議室  < 討議内容 > ・「意欲の低い受講者への対 策」 ・「実施主体による日数や内 容の格差に対する対策」 ・「指導者研修への事業所推 薦の取り扱い状況」など  コーディネーター 仙台センタースタッフ	分科会2 在宅サービスの質の確 保の課題  会場:大会議室  < 討議内容 > ・「地域密着型サービスの指 定要件で受講する者の以 外の受講のための仕組み づくり・受講機会の確保に ついて」 ・「在宅サービス従事者に対 する実践研修の実施状 況」など  コーディネーター 東京センタースタッフ	分科会3 実践研修の評価と受講 者の活用  会場:2階第三会議室  < 討議内容 > ・「実践研修の効果評価の実 施状況」 ・「実践研修修了者の活用状 況」 ・「指導者の実践研修以外で の活用状況」「実践研修の 効果が現場で発揮される ための取り組み」など  コーディネーター 大府センタースタッフ
17:30	分科会ごとに解散		

1月27日(木)

日 程	内 容
9:00 - 9:10 スケジュール説明	東京センター 主任研修主幹 大島 憲子(総合司会)
9:10-9:55 報告 15分 報告 15分 報告 15分	分科会の報告及び討議 座長:東京センター センター長 本間 昭 【分科会 1】「実践研修の質の確保の課題と対策」 報告者:センタースタッフ及び参加者代表 【分科会 2】「在宅サービスの質の確保の課題」 報告者:センタースタッフ及び参加者代表 【分科会 3】「実践研修の評価と受講者の活用」 報告者:センタースタッフ及び参加者代表
9:55 - 10:40 討議	全体討議 座長:東京センター センター長 本間 昭 コメンテーター:仙台センター センター長 加藤伸司 大府センター センター長 柳 務
10:40 - 10:50 休 憩	
10:50 - 11:35 討議	全体討議 座長:東京センター センター長 本間 昭 コメンテーター:仙台センター センター長 加藤伸司 大府センター センター長 柳 務
11:35 - 11:45 閉 会	閉会あいさつ 東京センター センター長 本間 昭

## 資料 4 - 2 事前アンケート結果

表 4 - 1 調査票の回収率

発送地域	66
回収地域	66
回収率	100%

表 4 - 2 実践者研修の実施主体

実施主体分類	地域数	%
すべての研修を都道府県等が行っている	47	71.2%
すべての研修を指定法人が行っている	4	6.1%
実践研修(実践者・リ-ダ-)は指定法人が、その他の研修は都道府県等が行っている	7	10.6%
実践者研修のみ指定法人が、その他の研修は都道府県で行っている	2	3.0%
すべての研修を都道府県等が行い、同時に実践研修は指定法人も行っている	3	4.5%
すべての研修を都道府県等が行い、同時に実践者研修は指定法人も行っている	1	1.5%
その他	2	3.0%
合計	66	100.0%

表 4 - 3 H22年度の都道府県等による研修実施回数(最大、最小、平均)

	実践者研修	リーダー研修	管理者研修	計画作成者研修	開設者研修
最大値	10	3	6	4	4
最小値	2	1	1	1	1
平均値	3.5	1.2	2.2	1.4	1.3

表 4 - 4 H22 年度の都道府県等による研修の実施回数（内訳）

（該当地域数）

	実践者研修	リーダー研修	管理者研修	計画作成者 研修	開設者研修
1 回	3	43	11	39	44
2 回	12	8	33	19	14
3 回	17	1	13	1	1
4 回	8	0	2	2	1
5 回	4	0	0	0	0
6 回	4	0	1	0	0
7 回	1	0	0	0	0
8 回	0	0	0	0	0
9 回	0	0	0	0	0
10 回	1	0	0	0	0
11 回以上	0	0	0	0	0
実施していな い不明	16	14	5	5	6
合計	66	66	65	66	66

表 4 - 5 H22 年度の都道府県等による研修における講義演習の日数の最大・最小・平均

（日）

	実践者研修	リーダー研修	管理者研修	計画作成者 研修	開設者研修
最大値	9	13	3	3	3
最小値	4	5	1	1	1
平均値	5.3	8.7	1.9	2.0	1.4

表4-6 H22年度の都道府県等による研修における講義・演習の日数（内訳）

（地域数）

	実践者研修	リーダー研修	管理者研修	計画作成者 研修	開設者研修
1日間	0	0	7	4	38
2日間	0	0	51	55	18
3日間	0	0	3	2	4
4日間	8	0	0	0	0
5日間	18	2	0	0	0
6日間	10	3	0	0	0
7日間	8	9	0	0	0
8日間	5	8	0	0	0
9日間	1	8	0	0	0
10日間	0	15	0	0	0
11日間以上	0	7	0	0	0
実施していない・不明	16	14	5	5	6
合計	66	66	66	66	66

\* 1.5日の回答があった場合は2日とカウントした。

\* 講義・演習の日数には、職場研修及び外部施設実習の日数は含まない

表4-7 H22年度の都道府県等による研修における職場研修の日数の最大・最小・平均  
（日）

	実践者研修	リーダー研修
最大値	30	31
最小値	0	0
平均値	19.4	23.5

表4-8 H22年度の都道府県等による研修における職場研修の日数（内訳）  
（地域数）

	実践者研修	リーダー研修
10日未満	12	4
10日 - 19日	7	6
20日 - 29日	27	38
30日以上	4	5
実施していない・不明	16	13
合計	66	66

表 4 - 9 H22 年度の都道府県等による研修における外部施設実習の日数の最大・最小・平均  
(日)

	実践者研修	リーダー研修	開設者研修
最大値	1	10	4
最小値	0	0	0
平均値	0.4	3.5	1.0

表 4 - 10 H22 年度の都道府県等による研修における外部施設実習の日数(内訳)  
(地域数)

	実践者研修	リーダー研修	開設者研修
1日	19	1	54
2日	0	8	0
3日	0	28	0
4日	0	4	1
5日	0	6	0
6日以上	0	5	0
外部実習を実施していない	30	0	5
実践研修を実施していない・不明	17	14	6
合計	66	66	66

表 4 - 11 H22 年度の都道府県等による実践者研修における職場研修及び外部施設実習の実施状況

	地域数	%
外部施設実習も職場研修も実施している	19	28.8%
職場研修のみ実施している	24	36.4%
外部施設実習のみ実施している	0	0.0%
外部施設実習も職場研修も実施していない	7	10.6%
実践者研修を実施していない	16	24.2%
合計	66	100.0%

表 4 - 12 実践リーダー研修における職場研修及び外部施設実習の実施状況(実施主体：都道府県等)

	地域数	%
外部施設実習も職場研修も実施している	51	77.3%
職場研修のみ実施している	0	0.0%
外部施設実習のみ実施している	1	1.5%
外部施設実習も職場研修も実施していない	0	0.0%
実践者研修を実施していない	14	21.2%
合計	66	100.0%

表4-13 サービス種別別年間平均修了者数（実施主体：都道府県等）

	実践者研修		リーダー研修	
	平均修了者数	割合	平均修了者数	割合
合計	261.6	100.0%	50.3	100.0%
特別養護老人ホーム	42.4	16.2%	9.9	19.7%
老人保健施設	23.2	8.9%	5.5	10.8%
グループホーム	86.3	33.0%	16.5	32.8%
療養型病床群	7.7	2.9%	1.9	3.7%
小規模多機能型居宅介護	20.3	7.7%	2.4	4.7%
デイサービス	40.7	15.5%	3.8	7.6%
居宅介護支援事業所	6.6	2.5%	1.8	3.6%
訪問介護事業所	9.1	3.5%	1.6	3.1%
地域包括支援センター	2.5	0.9%	1.0	2.0%
その他	23.0	8.8%	6.0	11.9%

表4-14 カリキュラム立案の方法及び事務局(n=66)

回答	地域数	%
都道府県等を事務局として開催している	37	56.1%
市町村を事務局として開催している	0	0.0%
指定法人を事務局として開催している	10	15.2%
カリキュラム検討委員会は実施していない	4	6.1%
分からない	0	0.0%
その他	17	25.8%
合計	68	103.0%

指導者が関与している地域
37
10

< その他(抜粋) >

- ・ 認知症介護指導者の連絡会でカリキュラムの検討を行っている。
- ・ 指導者が自主的にカリキュラムの検討を行っている
- ・ 県と指導者の打ち合わせを年1回実施。
- ・ 指定管理により運営する施設が当該研修を実施しており、指定管理者を事務局として、指導者が参加する検討介護を開催。
- ・ カリキュラム検討委員会は開催していないが、指定法人と当市が意見交換しながら事業を実施している。カリキュラムの詳細については、指導者研修終了者と指定法人により検討している。
- ・ 事業委託先とカリキュラムについての調整を行っている。
- ・ カリキュラム検討委員会は設置していない。

表 4 - 15 実践者研修の修了要件(複数回答) (n=66)

回答	地域数
受講者の全課程への出席	61
すべての課題の提出	45
特に定めていない	0
その他	5

<その他>

- ・ 受講者の理解の程度が足りないと指導者が判断した場合、修了と認めないことがある。
- ・ 遅刻・早退・欠席については個別に対応
- ・ やむをえない理由の時に限り補講を行う。
- ・ 実習のまとめ発表において、認知症の人を主語に認知症の人の思いや願いを語ることができる。また、自他の発表の中で、自分が感じたことや考えたことを他の受講生や講師などに伝え、意見交換ができること

表 4 - 16 受講を取りやめるケースの有無

回答	地域数	%
受講を取りやめることがある	30	45.5%
受講を取りやめることはない	27	40.9%
分からない	5	7.6%
無回答・無効回答	4	6.1%
合計	66	100.0%

表 4 - 17 取りやめるケースがある場合、その理由(複数回答) (n=30)

取りやめる理由	地域数	%
出席日数が足りないため	27	90.0%
定められた課題を提出しないため	14	46.7%
受講態度が悪いため	7	23.3%
提出された課題の質が低い	4	13.3%
その他	9	30.0%
合計	61	203.3%

<その他>

- ・ 事業所の指定要件で受講開始したが、退職した場合
- ・ 職場研修の課題に対する研修遂行されず、再三の指導にも改善が見られなかったため。
- ・ 受講の継続が不相当と指導者が判断した場合。なお、出席日数が足りない等により修了と認められない場合は、次回の研修で不足分を補うことにより修了と認めている。

表 4 - 18 実践者研修の評価方法 (n=66)

回答	地域数	%
授業後のレビューにより評価している	38	59.1%
修了時の評価票の記入により評価している	12	18.2%
修了時のテストにて評価している	1	1.5%
一定期間後、修了者への調査により評価している	4	6.1%
一定期間後、修了者の上司への調査により評価している	3	4.5%
評価していない	17	25.8%
その他	6	10.6%
合計	81	122.7%

<その他>

- ・ 自己評価を設定し、自施設内でどのように取り組んだかをレポートにして発表する。そのレポートの内容により、研修目標の達成状況・効果等を確認している
- ・ 受講前の事前アンケートを行っている
- ・ 修了時にアンケートを実施し、効果の評価を行っている。
- ・ 国の実施要綱の標準的カリキュラムでは必修科目とされていない実習をカリキュラムに組み込み、研修最終日に個人発表時間を設け、研修の効果を評価している。

表 4 - 19 実践者研修の受講要件 (n=66)

回答	地域数	%
通知の規定以外に設けている	11	16.7%
通知の規定以外には設けていない	54	81.8%
分からない・無回答	1	1.5%
合計	66	100.0%

<独自の要件>

- ・ 事前課題の提出、職場研修が行える現場があること。
- ・ 1法人1名ずつ、ただし、県内事務所が5事業所以上の法人は2名以内(ただし、受講義務分は除く)
- ・ 実務経験が3年以上(知事が特に定める場合は除く)
- ・ 介護保険施設・事業所等に従事する介護職員又は開設予定の認知症対応型共同生活介護事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所において計画作成担当者となる予定の者
- ・ 県内の事業所に従事していること・2年以上の実務経験があること
- ・ 全日程への参加が可能であり、自己職場で4週間の実習ができ、自分自身と職場を変える熱意のある人・キャラバンメイトとして活動する意欲のある人

表 4 - 20 実践リーダー研修の受講要件(n=66)

回答	地域数	%
通知の規定以外に設けている	14	21.2%
通知の規定以外には設けていない	51	77.3%
分からない・無回答	1	1.5%
合計	66	100.0%

< 独自の要件 >

- ・ 事前課題の提出、職場研修が行える現場があること。
- ・ 自施設実習の実施にあたり、所属する施設・事業所が研修の目的・内容を理解し、積極的な協力が得られる者。
- ・ 1法人1名ずつ
- ・ 受講者の所属する事業者が、県で実施する認知症介護研修の実習施設等として協力可能であること。受講後、市町村または地域において、認知症高齢者のネットワークづくりや地域の指導者としての役割に意欲のある者。
- ・ 市内の介護保険施設等に勤務する介護職員
- ・ 研修修了後は、「広島県認知症介護アドバイザー」として、知識の身近な相談役等で活動することを条件としている。
- ・ キャラバンメイト及び地域住民の介護相談を受ける役割を担う、「認知症アドバイザー」の養成講座を受講し、所属施設等の社会貢献として活動すること。
- ・ 訪問介護事業所を除く。
- ・ 研修修了後、次回以降のリーダー研修に協力できる人・所属事業所が実習期間中、当研修の他受講者の実習受け入れが可能であること

表 4 - 21 実践者研修修了者の担っている役割

回答	地域数	%
役割を担っている	4	6.1%
役割は担っていない	52	78.8%
分からない	9	13.6%
無回答・無効回答	1	1.5%
合計	66	100.0%

< 担っている役割 >

- ・ キャラバンメイトへの登録(任意)
- ・ 次年度以降の実践研修への協力
- ・ 個別にキャラバンメイトとして、サポーター養成研修を行ったり、職場研修の講師役を担うケースはあるが、公的な役割は担っていない。

表4-22 実践リーダー研修修了者の担っている役割

回答	地域数	%
役割を担っている	15	22.7%
役割は担っていない	41	62.1%
分からない	9	13.6%
無回答・無効回答	1	1.5%
合計	66	100.0%

<担っている役割>

- ・ 茨城県認知症介護アドバイザー（キャラバンメイト） 養成講座を受講した者、広島市認知症アドバイザー（キャラバンメイトの役割を含む）、大阪府認知症対策協力リーダーとして、市町村等地域における認知症対策事業に協力
- ・ 実践者研修発表会におけるコメンテーターとして、研修生の職場研修成果報告についてコメントをする。学会や発表会等における研究発表や内部研修の講師。
- ・ 実践者研修、実践リーダー研修における講師補助者。
- ・ 地域での認知症に関する身近な相談役。
- ・ 市町村の行う認知症対策事業への協力
- ・ 地域での認知症支援ネットワーク構築に係る役割を担ってもらっている。
- ・ 実践リーダー研修における他施設実習先の指導者。市町村等における研修講師。
- ・ リーダー研修フォローアップ研修等の手伝い

表4-23 認知症介護指導者の担っている役割

回答	地域数	%
役割を担っている	33	50.0%
役割は担っていない	23	34.8%
分からない	9	13.6%
無回答・無効回答	1	1.5%
合計	66	100.0%

\*ただし、実践者等養成事業における講師・ファシリテーター・カリキュラム立案等含まない

<担っている役割>

- ・ 茨城県認知症介護アドバイザー（キャラバンメイト） 養成講座を受講した者、広島市認知症アドバイザー（キャラバンメイトの役割を含む）、富山県認知症介護実務アドバイザーに委嘱 指導者をアドバイザーに委嘱し、県内の介護保健施設等に派遣し、認知症に関する助言・指導を実施。
- ・ 認知症キャラバンメイト養成研修の講師

- ・ 研修における実習の受け入れや、認知症以外の各種研修の講師、外部研修の講師、実践研修以外の認知症研修の講師。
- ・ 認知症家族支援研修の講師（協力できる方のみ）
- ・ 認知症地域支援体制構築等推進事業における認知症地域ケアコーディネーターとして県及びモデル市町村事業に協力をいただいている。
- ・ 地域ケアの推進（ネットワークづくりのリーダー役）
- ・ 指導者自身のスキルアップ研修の実施。
- ・ 県が独自で主催している研修の講師等。
- ・ 若年性認知症支援ハンドブック作成への参画等
- ・ リーダーフォローアップ研修（県単事業）におけるコーディネーター役。
- ・ 市独自で行っている認知症サポーターに対するステップアップ研修の講師をお願いしている。

表 4 - 24 実践者研修のフォローアップの実施状況

回答	地域数	%
都道府県で研修を実施している	4	6.1%
都道府県以外で研修が実施されている	1	1.5%
実施していない	59	89.4%
無回答・無効回答	2	3.0%
合計	66	100.0%

< 研修の目的や内容 >

- ・ 学習意欲を継続していくことや、最新の知識を提供することを目的に、講演会等を行っている。
- ・ [目的]認知症介護に関する最新の実践的な知識及び技術を習得させること。[内容]H22：介護保険施設・事業所等における高齢者の権利擁護の推進。  
H21：認知症疾患医療センターの役割、医療的知識。  
H20：パーソン・センタード・ケアの実践
- ・ 仙台市認知症介護指導者による主催研修
- ・ フォローアップ研修（各回修了約2ヶ月後開催）3回開催  
「研修修了後の取組の共有」として、次のことを目的に開催している。  
（1）研修での学びの職場への活かし方を知る。  
（2）取り組むための苦労等の共有。  
（3）一人で抱え込むことのないケアを考える。
- ・ フォローアップ研修（実践者・リーダー修了者対象）  
「リスクマネジメント」山田滋氏（株インターリスク総研）  
今年度のカリキュラムに加えることができなかったものを追加で開催。  
\*いずれも今年度修了を対象とする

表4-25 実践リーダー研修のフォローアップの実施状況

回答	地域数	%
都道府県で研修を実施している	6	9.1%
都道府県以外で研修が実施されている	5	7.6%
実施していない	54	81.8%
無回答・無効回答	1	1.5%
合計	66	100.0%

< 研修の目的や内容 >

- ・ 学習意欲を継続していくことや、最新の知識を提供することを目的に、講演会等を行っている。また、修了生の現場へ行き、研修会や困難ケースの指導やケース検討の参加やフォローを行っている。
- ・ 研修修了後の新たな気付きや課題に対応するための事例検討や実践報告、修了者同士の意見交換・交流
- ・ 仙台市認知症介護指導者による主催研修
- ・ リーダー研修修了者は、指導者に比べ研修受講や情報交換の機会が少ないと思われるため、資質の向上を目的として行っている。内容は、指導者がその年度におけるトピックの中から決めている。
- ・ 有用な知識や情報提供の場としての目的で実施
- ・ 1, フォローアップ研修 (実践者・リーダー修了者対象)  
「リスクマネジメント」山田滋氏(株インターリスク総研)  
今年度のカリキュラムに加えることができなかったものを追加で開催。  
\*今年度修了生を対象とする。
- ・ 2, スキルアップ研修の実施 「介護指導者に必要なコミュニケーション力」空閑浩人氏(同志社大学教授) \*全リーダー研修修了生対象

表4-26 実践者等養成事業における研修の活用状況

選択肢	地域数	%
活かされている	55	83.3%
どちらとも言えない	11	16.7%
活かされていない	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%
合計	66	100.0%

表 4 - 27 研修成果が現場に活かされるための取り組みの実施

選択肢	地域数	%
行っている	10	15.2%
行っていない	55	83.3%
無回答・無効回答	1	1.5%
合計	66	100.0%

< 取り組みの具体的内容 >

- ・ 取り組み事例としては少ないが、修了生の現場へ行き、研究会やケース検討のフォローを行っている。
- ・ アンケート調査の実施。調査結果を踏まえたカリキュラム検討委員会における検討。検討結果の研修への反映。
- ・ 横浜高齢者グループホーム協会と共催し、認知症介護の事例発表会を開催している
- ・ 申込多数の場合でも、一定人数は指定基準のためでなく純粋に資質向上のため受講を希望する者を選考している。また、一部の講義を公開講座とし、より多くの介護従事者に受講の機会を設けるようにしている。
- ・ 事前アンケート、直後アンケート、修了後 1 ヶ月後アンケートにより、学びが現場に活かされているが把握している。
- ・ 実践リーダー研修修了者に対するアンケート調査の実施（平成 21 年 10 月実施）
- ・ 毎年、修了生の実施報告の場として「介護フォーラム」を開催している
- ・ 指導者に対し、個別に聞き取り調査を行い、実態把握を行うとともに、リーダーには振り返りも含め、フォローアップ研修やアンケート調査を実施している。また、リーダー研修受講時には、各自の取り組みについて、レポート提出を義務づけている。なお、体系づけられていない部分については、現在検討中である。

表 4 - 28 実践研修の課題

	設問	地域数	%
1	研修申込者数に対し、受講定員の数少なく、希望者全員に研修が実施できない	38	57.6%
2	受講者の中に研修の受講意欲の低い者がいる	38	57.6%
3	研修受講後、受講者が学習成果を現場でどのように活用しているか把握できていない	38	57.6%
4	地域密着型サービスの指定要件のための受講者が多く、施設サービスや居宅サービスに所属する受講者が研修を受講しにくい	31	47.0%
5	指導者の数が少なく、指導者の担当する授業が多いため指導者の負担が大きい	31	47.0%
6	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の授業を担当できる指導者が少ない	21	31.8%
7	1回の研修の受講者数が多く、効果的な講義・演習が実施しにくい	17	25.8%
8	受講意欲が著しく低い受講者の研修を取りやめることができない	16	24.2%
9	研修における受講者の学習効果を評価することができていない	16	24.2%
10	指導者の所属施設の経営者・管理者の理解が得られず、指導者が講師役割をとれない	11	16.7%
11	外部施設実習のための実習施設の確保が困難である	10	15.2%
12	研修の受講料について基準が不明確であり、金額を設定しにくい	9	13.6%
13	地域密着型サービスの指定要件のために受講した者の離職が多い。	9	13.6%
14	事業所推薦で修了した認知症介護指導者で実践研修にかかわらない者がいる	9	13.6%
15	予算を確保できず、必要な数の指導者を推薦することができない。	8	12.1%
16	認知症対応型サービス事業管理者研修の授業を担当できる指導者が少ない	8	12.1%
17	転出や病気等により指導者の数が減少している	7	10.6%
18	認知症対応型サービス事業開設者研修の授業を担当できる指導者が少ない	7	10.6%
19	日数が少ない他の都道府県等で実践研修を修了した者を修了者とみなしてよいかについて	6	9.1%
20	研修受講後、自職場において受講者が学習成果を十分に活用できていない	5	7.6%
21	カリキュラムの内容が居宅サービス向けの内容になっていない	5	7.6%
22	研修における受講者の学習効果が低い	3	4.5%
23	実践研修の実施主体により、受講料が異なる	2	3.0%
24	実践研修の実施主体により、カリキュラム内容が異なる	2	3.0%
25	実践研修の実施主体により、研修日数が異なる	2	3.0%
26	市町村や指定法人が実施する研修において指導者が講師として活用されていない	1	1.5%
27	市町村や指定法人が実施する研修のカリキュラム立案で、指導者が活用されていない	1	1.5%
28	実践研修の日数が少ない他の都道府県等で実践研修を受講する者がいる	1	1.5%
29	指導者養成研修への事業所推薦において、不正請求等のあった質の低い事業所からの受講申し込みがある	1	1.5%
30	居宅サービスに関連する内容について授業を担当できる指導者が少ない	1	1.5%
31	カリキュラムの内容が施設サービス向けの内容になっていない	0	0.0%

### 3) 実践研修の課題

- 講師等、指導者に偏らず、幅広い人材の活用が必要。
- 指導者の負担が大きいこともあり、所属施設の経営者・管理者の理解が得られず指導者研修の受講希望が少ない。このため、指導者の負担が増大し、ますます受講希望が少なくなるという悪循環に陥っている。また、地域密着型サービス事業の指定基準のため受講する者は、資質向上のため受講する者に比べ、意欲が低く理解力等も劣る傾向がみられる。
- 研修の要となる指導者間の相互連携が十分図れていない・指導者が本業や他事業における役割を担っている方が多く負担が大きい
- 研修に関わる指導者は、所属事業所での本来業務に加え、研修単元の講師やファシリテーター、実習受け入れ等多忙であり、また所属事業所の理解が得られないなどとりまく環境はかなり厳しい状況にある。
- 事情所等の新規開設にあたり受講が義務付けられている場合、市町推薦者を優先的に受講できるよう配慮するため、限られた定員枠の中で、それ以外の申込者が非常に受講しにくい状況になることがあるので、確実に見込まれる場合のみを対象とするよう、毎年市町に協力を依頼している
- 受講者の権利意識が強く、指導者の負担が大きくなっている

表 4 - 29 実践者研修の平均受講料及び最大・最小

名目	該当地域数	平均額 (円)	最大値 (円)	最小値 (円)
A.教材費として	16	5,058	10,000	2,000
B.受講料として	18	12,667	37,000	1,000
C.その他	3	5,625	15,000	1,000
D.受講において経費を要しない	33			
A、B、Cの合計額	33	9,437	37,000	1,000

表 4 - 30 実践リーダー研修の平均受講料及び最大・最小

名目	地域数	平均額 (円)	最大値 (円)	最小値 (円)
A.教材費として	20	6,943	20,000	2,000
B.受講料として	21	18,357	60,000	3,000
C.その他	5	9,875	25,000	1,000
D.受講において経費を要しない	31			
A、B、Cの合計額	35	15,542	60,000	1,000

表 4 - 31 管理者研修の平均受講料及び最大・最小

名目	地域数	平均額 (円)	最大値 (円)	最小値 (円)
A.教材費として	17	2,706	5,000	1,000
B.受講料として	20	3,415	8,000	1,000
C.その他	3	2,667	4,000	1,000
D.受講において経費を要しない	28			
A、B、Cの合計額	38	3,113	8,000	1,000

表 4 - 32 計画作成者研修の平均受講料及び最大・最小

名目	地域数	平均額 (円)	最大値 (円)	最小値 (円)
A.教材費として	22	2,283	5,000	500
B.受講料として	24	3,692	10,000	1,000
C.その他	3	3,000	4,000	1,000
D.受講において経費を要しない	28			
A、B、Cの合計額	38	3,184	10,000	500

表 4 - 33 開設者研修の平均受講料及び最大・最小

名目	地域数	平均額 (円)	最大値 (円)	最小値 (円)
A.教材費として	21	2,286	5,000	500
B.受講料として	24	5,084	20,000	700
C.その他	9	4,714	15,000	1,000
D.受講において経費を要しない	29			
A、B、Cの合計額	37	4,595	20,000	500

## 5. 実践者等養成事業に対する意見や共有したい情報

- 各研修における効果測定の方法について
- 法人指定の方法や指定法人の選定基準について
- 研修カリキュラムについては認知症介護研究・研修センターのホームページで概要は閲覧できますが、できましたらもう少し研修の中身が分かるような資料をご提供いただければ、今後の研修内容に活かせると思います。
- 事業所推薦で受講し、修了した指導者が、実践者研修等の実施にどのように関わっているか。
- 研修の受講意欲の低い者に対する対応について何か取組があるか知りたい
- 研修修了生のネットワークの構築状況について 修了生より「気軽に話し合える場がほしい」という声があること、また、受講後に離職する修了生もいることから、修了生を仲間としてバックアップできるネットワークの構築が課題であると感じており、他都市の状況について伺いたい。
- 実践リーダー研修修了生に対するフォローアップ研修等の状況について
- 認知症介護指導者へのフォローアップ状況について  
本市においては、指導者10名中(H22,12)、2名の指導者がメンタルに支障をきたし、うち1名は指導者業務ができない状況にある。他都市において、指導者への精神的フォロー、スキルアップの場の提供等をどのように設定されているのかを伺いたい
- 実践研修においては、定員数を上回る申し込みがあることから、受講者の選者方法・研修に対する意欲の低い受講者の対応・実践者研修修了者フォローアップ研修の取り組みについて・休憩時間のスカウト行為について
- 他都道府県等での研修修了者について、自県での修了者と同義と見なすか否かについては、各都道府県での判断に任せる旨、以前に厚生労働省から回答があったと聞いているが、実際にどのように対応されているか・各都道府県等で、研修の質の確保のためにどのような工夫をされたか。またその結果について。
- 全国一律での研修実施のためには、国の支援や運用の見直しをお願いしたい。
- 研究カリキュラムや介護報酬における加算での評価単位は全国一律とされているにも関わらず、「介護実践研修(実践者・リーダー研修)」事業および「介護指導者養成研修」派遣費用が国の補助金対象外とされたことから、各県の財政事情の範囲内となり、年々、事業予算や講師の確保等が厳しい状況にある。
- 研修回数が少ないため、地域密着型サービス指定要件のための研修受講が優先されることとなり、居宅サービス等においては、研修の機会が少なく、サービス種別間で認知症ケアの質の向上の重要性についての認識の差が生じている。
- 認知症介護指導者養成研修については、介護保険制度等において、修了者の位置づけが高くなく、施設の管理者等の理解を得るのは難しいと思われる。修了者の役割である研修の企画、講義の講師、実習指導についても、指定基準・介護報酬内の1スタッフ、施設・事業所の1職員としての業務の範囲内であり、限界がある。

## 資料 4 - 3 分科会の結果

### 1) 分科会 1 実践研修の質の確保の課題と対策

#### (1) 実践研修の質の確保の課題と対策

[課題] 受講生の学習意欲の低さが目立つ。講義中にマンガを読む、居眠り、雑談など

[対策]

修了審査実施都道府県市ではポート提出で対応している(8/18か所) うちレポートを指標として修了可否実施は2か所(出口審査)

委託法人によって、修了条件や対応が変わることが課題であり、修了要件の基準が必要である。

研修修了後の活動状況や職位等の現状調査、その後の動向を情報として収集する事を検討する必要がある。

#### (2) 実施主体による日数や内容の格差に対する対策

[課題1] 研修時間数、日数の各実施主体での格差の問題

時間数の格差が大きいという共通認識が得られた。

リーダー研修の標準時間を超える13日実施の法人は、研修内容が充実している。

概に日数では判断できない(詳細な時間の把握必要)

指定法人が複数にわたる場合、法人によって日数が異なる。

4泊5日で実施しているところもある。

[課題2] 内容に関する課題

委託先が複数の場合はカリキュラム内容が統一されていない。

GH系研修、特養系研修が同一県内で実施されているが、内容も時間も異なるが基本的には標準的カリキュラムを満たしている。

テキストおよびカリキュラムが最新のサービス、ケア、アセスメント技法に対応していない。

[対策]

研修の質確保に関する矛盾：標準カリキュラムの遵守と独自性、すなわち、標準化を推進することと、地域の実情に合わせることの両立の難しさ

しかし地域格差が生じると、修了者の移動が生じた際に、実践研修等での修了資格の容認が難しい。リーダー研修の受講者選抜に困難が生じる

実践者研修は経験2年以上対象であり、新人を対象とした研修が不足している。

初任者研修が必要である。

#### (3) 指導者研修への事業所推薦の取り扱い状況など

[課題] 事業者推薦の取り扱いについて

[対策]

事業者推薦が少ない地域もある。それらの地域の実践者研修、リーダー研修受講者も少ない。啓発活動も重要である

指導者の人数は、現時点でも不足している。各自治体で増加させる検討が必要

志望動機が不純。加算目当て、ステータスのためで、それらの指導者は結果活動してない。

事業所推薦多数の場合の選考基準を設ける必要がある。そこでの選抜基準は何処が設けるのか、センター、県、国なのかは明確にしてほしい

## 2) 分科会2 在宅サービスの質の確保の課題

### (1) 在宅サービス事業所に所属する者が研修を受講しにくい

[課題1] 地域密着型サービスの指定にかかる受講者以外の申込倍率が高い  
東京都の場合に、在宅サービス（認知症対応デイを含む）の実践者研修受講申し込みならびに修了者は、全体 29%、実践リーダー研修では、修了者が 19%

[対策]

申込のサービス種別ごとに公平に受講生を決めているが、GH など申込者が多いとその受講者も多くなるのは、仕方ない。

[課題2] 介護支援専門員が1~2名の小規模事業所では、スタッフ数が少なく、連続して事業所を空けられない。

[対策]

実践研修の一部を公開講座とする（資料代のみで聴講）。必ずしも修了証を出す必要はないのではないかと。

研修を断続的に実施する。群馬県では、あえて土日を挟み、水木金・月火というカリキュラムとしている。1週に2日連続で行いそれを3回実施している。

しかしここでの課題は、講義内容を忘れモチベーションが下がる場合があった。学習内容をまとめ提出するよう求めることとした。

[課題3] 基礎資格が医療系の介護支援専門員は介護経験2年の要件を満たせない場合がある

[対策]

実践者研修について、在宅系の介護支援専門員であれば、実務経験が2年なくても受講対象となるように調整している

### (2) 介護支援専門員の支援の質向上について

[課題1] 医療と介護の連携に課題を抱える介護支援専門員が多い

[対策]

医療連携のための介護支援専門員研修を実施 する必要がある。

[課題2] 介護支援専門員の支援の質向上について

[対策]

介護支援専門員の認知症に関する知識が十分でないとの家族会等からの指摘がある。背景に介護支援専門員研修での認知症関連カリキュラムが少ない。

ケアプラン作成にも問題がある。

介護支援専門員に対し実践者研修への参加を促す制度が必要。

実践研修とは別に従事者研修事業（全サービス対象）を実施している。

実践研修は施設プランに傾いているという現状は確かにあるが、受講すればえるべきものはあるという意見はある。やはり、受講機会の確保が重要である。

実践者研修の目的を細分化してそれに合わせた研修を実施する事も考えるが、研究カリキュラムの全体の質の低下に繋がるのではないかと。

[課題3] 在宅と施設のカリキュラムを区別する必要があるのではないかと

[ 対策 ]

あえて分ける必要はないのではという意見もあった。

在宅支援では、家族と接する場面が多いので、家族支援の単元が不十分。

在宅サービス事業所関連の受講者が少ないため、在宅サービスに合わせたカリキュラムを構築しにくい。

「在宅サービスに必要な十分なカリキュラムとはどのような内容か」について議論が必要。

研修だけでケアの質を確保するということには限界がある。事業所の中に認知症介護の質向上の仕組みがあるかも重要である。

( 3 ) お泊り日の質の確保について

[ 課題 ] 行政から質の確保のアプローチがしにくい現状がある。

[ 対策 ]

一定の枠組みを作り、研修受講を義務化するという東京都のアイデア。

現状で実施している事業所を把握できていないため、まず届け出制度とする。

指定基準で落選している受講希望者が多い中でどのように取り入れるか。

( 4 ) 修了者の活用とフォローアップについて

[ 課題 ] 実践者養成研修修了者の地域活用とフォローアップ研修について

[ 対策 ]

東京都は、修了者の名簿を区市町村に送っているが、それだけで終わっており、今後はサポーター研修の講師として活用する等の案を検討したい。

受講後、キャラバンメイトにつなげるのは良いと思った。

実践研修を2回受ける人はいない。そのため、研修修了者のフォローアップは重要である。

事業所で研修の成果を活かしていくためには、事業所の研修に関する理解が必要である。事業所の理解をどのように求めていくかを検討する必要がある。

3 ) 分科会3 実践研修の評価と修了生の活用

( 1 ) 受講生の自己評価の実施状況

[ 課題 ] 研修に際しての自己評価の実施状況

[ 対策 ]

分科会に参加した17自治体のうち16自治体であった。内容は、各コマ毎のレビューと修了時の全体のアンケート(レポート)提出

( 2 ) 受講生の他者評価の実施状況

[ 課題 ] 他者評価の実施状況

[ 対策 ]

指導者による受講態度と理解度のチェックを実施

職場実習のテーマ設定から取り組み状況、最終的な結果まで、担当制をとり入れ指導者による評価を実施している。

管理者等による他者評価(職場実習中にコメント)を実施している

小テスト実施自治体は2/17

( 3 ) 研修効果の評価法

[ 課題 ] 研修の効果判定について

[ 対策 ]

一定期間後に修了生と管理者にアンケートの実施。  
出口より入口に力を入れている。  
リーダー研修の目的を理解した上で受講してもらうため、管理者と受講生に説明会（ヒアリング）をしている。

( 4 ) 効果評価の課題

[ 課題 ] 研修効果についての課題を整理

自己評価のみでの確かな評価と言えるのか。  
他者評価が反映されてない。評価した結果を研修でどのように活用するのか。  
研修で学習したことが現場の実践にどのように役だっているのか。  
指導者数に対して受講者数が多く、十分な評価が行えない。  
事業所推薦の指導者も同様な活動をすべき。

( 5 ) 実践者研修、リーダー研修修了者の活用

[ 課題 ] リーダー研修修了者の活用について

[ 対策 ]

実践者研修のファシリテーター  
市町村の認知症対策事業の協力者  
キャラバンメイト  
実践者研修修了者の活用は、できていないし、地域活動への展開までは強制できない

( 6 ) 効果が現場で発揮されるための取り組みの実施状況

[ 課題 ] 研修期間中にできる工夫、地域のネットワーク構築、生涯学習について

[ 対策 ]

職場実習のテーマを研修終了後も継続できるものとする  
研修修了者の孤立を防ぐため、また地域全体の底上げのためにネットワーク構築は重要  
修了生への研修、事例検討会、講演会などの生涯学習を提供

## 資料 4 - 4 総合討論の結果

### 1) 実践者養成研修受講者の問題

意欲の低い受講者への対策の課題

- 元々意欲が低い。講義中にマンガを読む、居眠りをするなどの状況を見るが、実際には注意し難い。
- このような受講者に修了証書を渡さないことも考えられるが、それに対するリスクとして訴訟問題も考えられ、なかなか踏み込んだ対応ができない。
- 学級崩壊が起きている

対策として以下の対策が考えられる

- 受講させない、レポートを出す、授業妨害に対しては担当講師の対応に任すしかない。
  - 受講意欲の低い受講者に対しては、施設側にその対応をお願いする。
  - 管理者研修に態度が悪い人が多い。
- レポートを評価師修了証書を出さない事もあるが、その際に修了判定基準が必要。またその際に人物評価があっても良いのではないか

### 2) 在宅サービスの質の確保

在宅サービスの質確保には、ケアマネの質の確保がかかせない。ケアマネの認知症の知識が不足。在宅の認知症が多いのにケアマネの認知症者への理解不足が問題。介護実践 2 年以上の要件が実態にそぐわない。在宅サービスの質の向上には、初任者の研修が求められる。ごく基礎的な知識を学ぶ研修が必要。ケアマネにも受講対象にする案も考える必要があるが、その際にケアマネ研修との協働も必要。

### 3) 介護支援専門員の認知症ケア質の向上

ケアマネの受講参加を促す必要はある。彼らの参加しやすい環境の整備が必要で、それには、トピックごとを取り得挙げて行う方法や、単位性の研修もあるのではないか。ケアマネの業務内容から、実践者養成研修の目的にそぐわない内容もある。ケアマネの業務を始める上での認知症の知識は必須であるが、それにばらつきがあり、ケアマネの初任者研修は必要。認知症ケアの研修の目的を明確化して、受講者に目的にあった研修を提供数する必要がある。

### 4) 実践者研修受講前の基礎研修の必要性

初任者のための基礎研修の創設を検討すべき。

実践者研修受講前の基礎研修が必要。施設の規模等で研修への参加機会にばらつきがあり、受講者の能力にもばらつきがある。それ故、実践研修前段階の研修のあり方は議論する必要がある。またモチベーションのある人の研修を主催するためにも、前研修は必要。

北九州市では、従事者研修として初任者研修で基礎的研修を受け（年 70 回開催）その後実践者研修をうけるシステム。

5 日間連続の研修は小規模な事業所では無理なので、必要と思われる科目だけでも受けてもらい、修了証を出すことはまた別の検討課題としている（北九州市）。従事者の講師は市内で委託（北九州市）

大阪市も、実践者研修受講前の研修を実施している。

5) **どのような研修受講者を望むか：研修受講者の入口の問題**

入り口、出口の検討は必要。研修の質と量の問題はあるが、それを担保するためにも入り口、出口の能力チェックは必要。

東京都は、試験段階で小テストを行っている。リーダー研修終了者にキャラバンメイト研修に参加している。

入口評価の問題は開設当時からの問題。この研修について行けるかが大切。それがモチベーションにつながる。広島県では、リーダー研修受講前に受講希望者と管理者の面接をしている。高知県でも実施。

加算が目当てでの参加が多いのでその線引きが必要。目的を明確にする。そのために直接受講者から面接で聞く。申し込み時点での目的が受講者にはっきりしなかったが面接でその目的の明確になったと、受講者からの意見もあった。この選考会をやる前は、説明会だけだった。

選考後の苦情に対する対処が課題。

高知県では、指導者の熱意でこの面接考査制度が成り立っている。指導者のモチベーションもこの制度で上がった。

最初の労力は大変だが、必要ではないか。このような入口での面接考査は、指導者を十分に活用してほしい。

面接の結果、受講希望者が減った。そのあきらめた人の選択はどうか。

研修での課題設定の単位では、面接による選考後は受講者の質が良くなった。

面談の実施は自治体によっては不可能。ある自治体では、研修目的を受講希望者に文章で提出させたところ、80名定員を100名まで絞れた。

管理者等からは、リーダー研修受講希望者の推薦証を提出してもらう必要もあるのではないかと

しかし、実践研修に定員割れしている地域では評価が可能か疑問。

人数確保の問題はあるが、質を下げるのとは問題が違う。リーダー研修はそれだけ厳しい事をわかってほしい。

川崎市は、実践者研修で申込時のモチベーションが低いと、開設者研修は、GH等を解説することが目的なので、指導者研修とその目的が異なる。

開設要件を満たすためには研修に参加する事が求められるが、その要件を獲得するための研修ではない。また、研修の成果は利用者に反映されるので、申し込み者は、認知症ケアに感心を持って欲しい。

受講さえすれば、寝ていてもOKの仕組みは問題。研修企画が興味を注ぐものでなければいけない。

出口評価はあまり厳しくする必要はないのではないかと。客観的に説明できる評価が必要。

6) **事業者推薦の功罪**

大きな法人から大量に申し込みがあった場合にその選別方法が難しい。

行政が指導者研修に推薦し、費用負担していない指導者に、ミッションは行政から与えられない。

行政が事業者推薦の指導者をどの様に今後活用するかが問題ではないかと。

受講者の問題ではなく、研修後に指導者となっても、行政からのお願いに本人あるいは事業所の協力が得られない。

指導者研修の場合に、受講者を選別するに当たっての選別基準示してほしい。

更新制も必要。個人的な意見としては、研修受講は自費でやるべきではないかと。

指導者は、いつまで指導者か。県によってその対応もちがう。事業所の中にも県の

仕事をやろうとする人もいる。  
北海道は独自の選抜方法で選抜して指導者を推薦してくれている。それは助かる。  
そうゆう人には研修する  
標準カリキュラムの時間数に地域差がる。それに対する意見。  
北九州市は、国の標準に従ったカリキュラムである。標準的な時間はクリアすべきである。  
大阪市もほぼ標準に沿っている。カリキュラムの内容は、指導者と毎回検討している。  
北海道 標準に満たしている。他地域で研修を受けてきた人にもそれを確認しなければいけない事態がある  
カリキュラムの内容に地域格差があるのであれば、他の地域での研修修了を認めることに疑問がある。  
この事業者推薦の課題の背景に加算制度がある。標準カリキュラムに沿って地域性を盛り込むことが良いが、標準カリキュラムには、準じなければならない。  
福岡県では、ファーストステップ修了者をリーダー研修終了と認めるよう問いあわせがある。それを認めると、他の行政で認める保証はないので、認められない。  
課題はたくさんある。内容の評価は難しい。評価としては時間数が重要。基本的には、全国一律の研修をしたい。研修の受けやすさに関しては、単位性の研修の導入。新しいチャレンジが大切。

## 第5章 認知症介護の質向上のあり方

### 資料編

#### 資料5-1 「認知症ケア従事者が感じている認知症ケアの課題」及び「市町村職員が認知症ケア及び人材育成に関して課題と考える点」に関する調査結果

##### 1. 目的

本調査は、認知症ケアに従事するものが現在実践上感じている課題について、所属事業所、職場での立場、所持資格の観点から比較検討するとともに、市町村職員が認知症ケア及びその人材育成に関して課題と考える点を明らかにし、もって今後の認知症介護の質の向上に寄与する研修のあり方を検討することを目的とする。

##### 2. 方法

###### 1) 調査対象及び調査内容

調査対象は、認知症ケア従事者に対する調査については第3章資料編調査2「認知症介護実践者等養成研修の修了者が感じる認知症ケアの課題」(p107)を参照。市町村職員に対する調査は、主として地域包括支援センター、あるいは地域密着型サービスを担当している職員を調査対象とした。調査内容については、認知症ケア従事者については、調査2を参照。市町村職員については調査2と同様の項目に若干の説明を加えたものとした。(表5-1)

表5-1 市町村職員に対する認知症ケア及びその人材育成に関する課題の調査項目

1. 行動・心理症状(BPSD)への対応
2. 職員間での認知症ケアに関する考え方の方向性を一致させ、連携をとりながら業務を行うこと
3. 認知症の利用者とのコミュニケーション
4. 認知症の利用者の家族との関係形成
5. 身体拘束を行わないケア
6. サービス利用中の事故が認知症の人に起こらないようにするための工夫
7. 効果的なカンファレンスの実施
8. 職場内でストレスを抱える職員の支援に向けた取り組み
9. 認知症の人にとって心地よい住環境の工夫
10. 認知症の利用者に適切な医療を提供していくために、医療機関とうまく連携すること
11. 認知症の原因疾患別の特徴を理解したケアの実践
12. 専門職でない人(家族、住民、ボランティアなど)の協力を得ながらの認知症の利用者の援助

## 2) 倫理的配慮

調査依頼文書には、回答内容について目的以外使用を行わないこと、個人・施設の特定を行わないこと、回答データの厳重な管理を行うことが示された。本調査は、認知症介護研究・研修東京センターの倫理委員会の承認を得て行った。

## 3) 調査対象の抽出及び調査方法

認知症ケア従事者の調査については調査 2 を参照。市町村職員については 財団法人地方自治情報センターホームページ (<https://www.lasdec.or.jp/cms/1.0.14.html>) に掲載された市町村の一覧から無作為に 1000 か所を抽出し、調査票を郵送した。

## 4) 調査期間

認知症ケア従事者の調査については調査 2 を参照。市町村職員については平成 23 年 1 月 20 日 (木) ~ 同年 2 月 3 日 (木) までの間で実施した。

## 3. 結果

### 1) 事業所別の認知症ケアの課題

所属事業所と認知症ケアの課題の関係についてクロス集計を行った(表 5 - 2、図 5 - 5)。対象となった全事業所の職員の 6 割以上が課題と感じている課題は、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」であった。次いで、「行動・心理症状への対応」が 5 割以上と続いた。「利用者とのコミュニケーション」については、病院・医院・診療所に所属する職員が、他の事業所職員に比べ課題と考えているものが多かった。「認知症の利用者の家族との関係形成」については、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに所属する職員が 61.54% ともっとも多く次いで通所介護事業所が 50.94% だった。もっとも回答者が少なかったのは介護老人福祉施設の 30.92% だった。「身体拘束を行わないケア」では、病院・医療・診療所に所属する職員の 59.52% が課題であると回答しており、他の所属施設職員に比べ割合が高かった。「サービス利用中の事故が起こらない工夫」では、介護老人福祉施設 (38.55%)、介護老人保健施設 (48.59%)、病院・医療・診療所 (46.43%)、認知症対応型共同生活介護事業所 (42.59%) に比べ通所介護事業所 (20.75%)、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター (15.38%)、小規模多機能型居宅介護事業所 (23.08%) と、施設サービスに加え、在宅サービスは課題と感じている職員は少なかった。

「ストレスを抱える職員の支援」は介護老人福祉施設が最も割合が高く 62.98% であった。次いで介護老人福祉施設の 53.67% だった。もっとも低かったのは居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの 23.08% だった。

「医療機関とうまく連携する」では、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターが 57.09% ともっとも高かった。「専門職でない人の協力を得る」では、小規模多機能居宅介護事業所が 41.27% と最も高く、次いで居宅介護支援事業所・地域包括支援センターが 42.31% だった。

表 5 - 2 所属事業所と認知症ケアの課題の関係性

	認知症対応 型共同生活 介護事業所 n=378(%)	小規模多機 能型居宅介 護事業所 n=26(%)	介護老人 福祉施設 n=262(%)	介護老人 保健施設 n=177(%)	病院・医 院・診療所 n=84(%)
行動・心理症状への対応	220(53.20)	14(53.85)	161(61.45)	107(60.45)	51(60.71)
職員間で考え方を一致させ連携を	293(77.51)	16(61.54)	198(75.57)	134(75.71)	62(73.81)
認知症の利用者とのコミュニケーション	148(39.15)	12(46.15)	117(44.66)	66(37.29)	50(59.52)
認知症の利用者の家族との関係形成	172(45.50)	13(50.00)	81(30.92)	69(38.98)	37(44.05)
身体拘束を行わないケア	80(21.26)	8(30.77)	71(27.10)	60(33.90)	44(52.38)
サービス利用中の事故が起こらない工夫	161(42.59)	6(23.08)	101(38.55)	86(48.59)	39(46.43)
効果的なカフェインの実施	177(46.83)	9(34.62)	101(38.55)	71(40.11)	35(41.67)
ストレスを抱える職員の支援	209(55.29)	9(34.62)	165(62.98)	95(53.67)	39(46.43)
認知症の人にとって心地よい住環境	130(34.39)	8(30.77)	114(43.51)	90(50.85)	46(54.76)
医療機関とうまく連携する	143(37.83)	12(46.15)	83(31.68)	43(24.29)	17(20.24)
原因疾患別の特徴を理解したケア	146(38.62)	8(30.77)	108(41.22)	70(39.55)	36(42.86)
専門職でない人の協力を得る	156(41.27)	15(57.69)	63(24.05)	33(18.64)	18(21.43)
n=1126					
	通所介護 事業所 n=53(%)	居宅介護支 援事業所, 地域包括支 援センター n=26(%)	その他 n=50(%)	欠損	
行動・心理症状への対応	27(50.94)	14(53.85)	30(60.00)	70	
職員間で考え方を一致させ連携を	33(62.26)	16(61.54)	34(68.00)	70	
認知症の利用者とのコミュニケーション	24(45.28)	10(38.46)	25(50.00)	70	
認知症の利用者の家族との関係形成	27(50.94)	16(61.54)	24(48.00)	70	
身体拘束を行わないケア	11(20.75)	4(15.38)	16(32.00)	70	
サービス利用中の事故が起こらない工夫	11(20.75)	4(15.38)	15(30.00)	70	
効果的なカフェインの実施	18(33.96)	9(34.62)	17(34.00)	70	
ストレスを抱える職員の支援	19(35.85)	6(23.08)	28(56.00)	70	
認知症の人にとって心地よい住環境	23(43.40)	7(26.92)	20(40.00)	70	
医療機関とうまく連携する	16(30.19)	15(57.09)	20(40.00)	70	
原因疾患別の特徴を理解したケア	17(32.08)	10(38.46)	22(44.00)	70	
専門職でない人の協力を得る	14(26.42)	11(42.31)	20(40.00)	70	

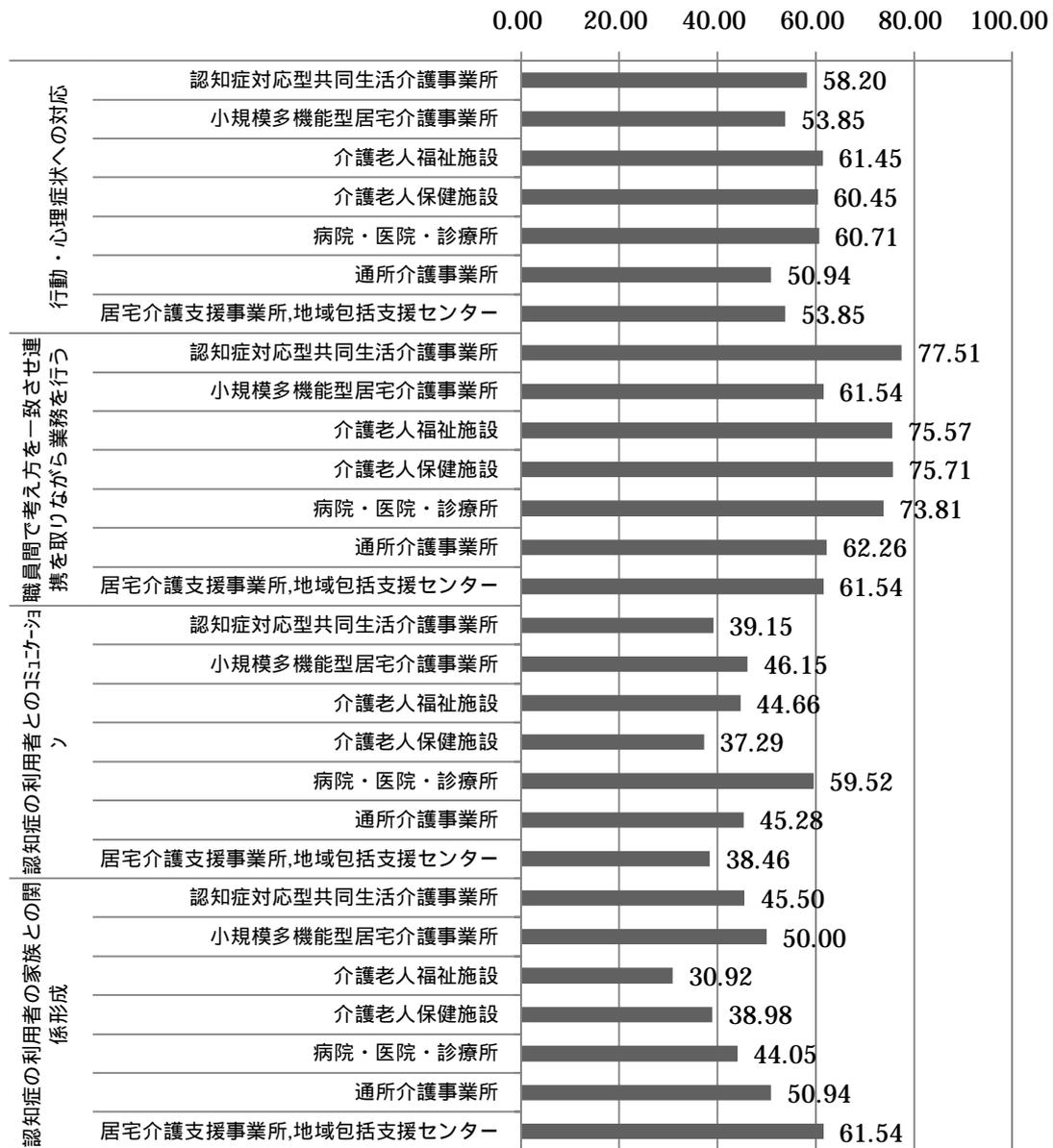


図 5 - 5 所属事業所と認知症ケアの課題の関係性  
 グラフ内の数値は%

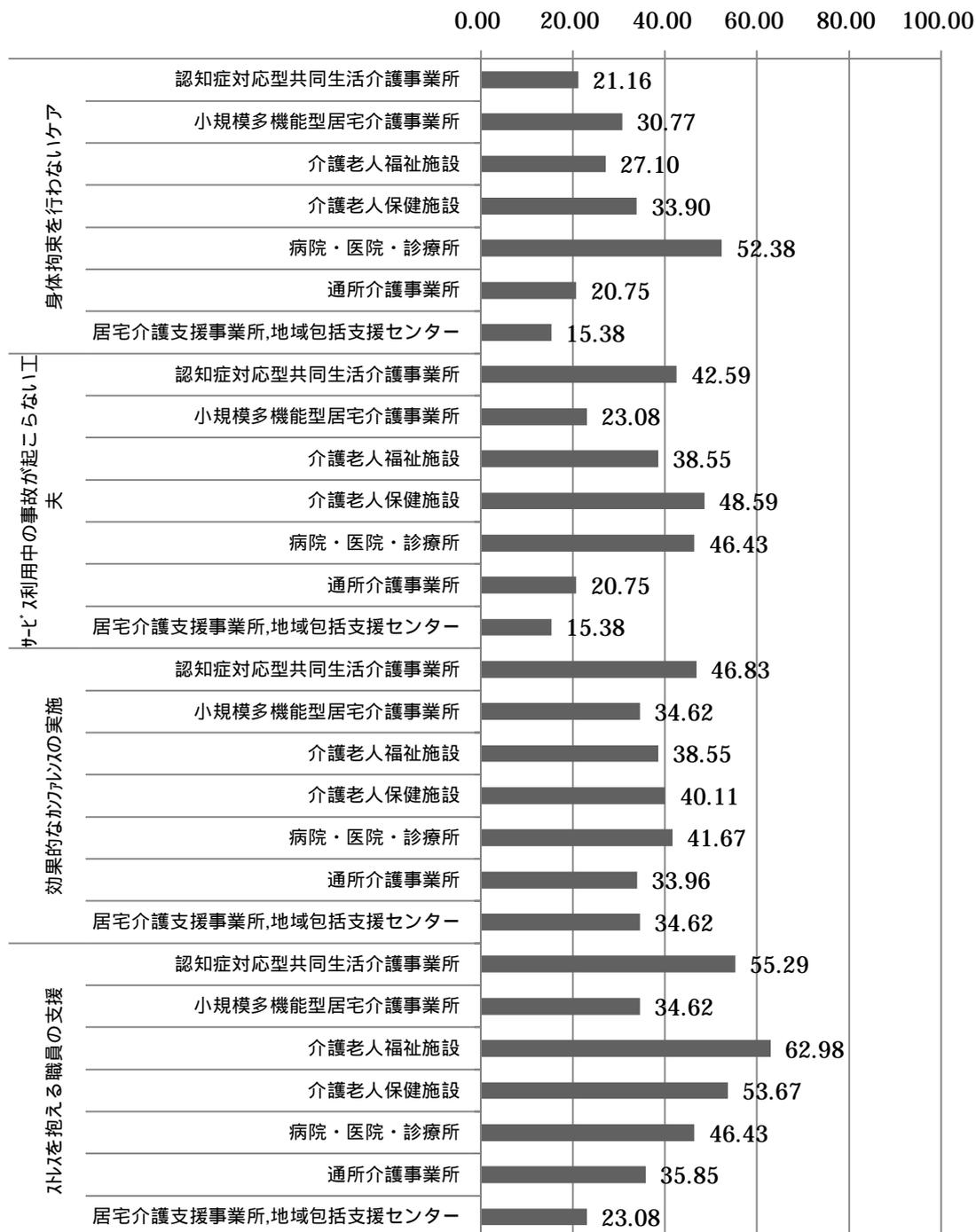


図 5 - 5 所属事業所と認知症ケアの課題の関係性  
 グラフ内の数値は%

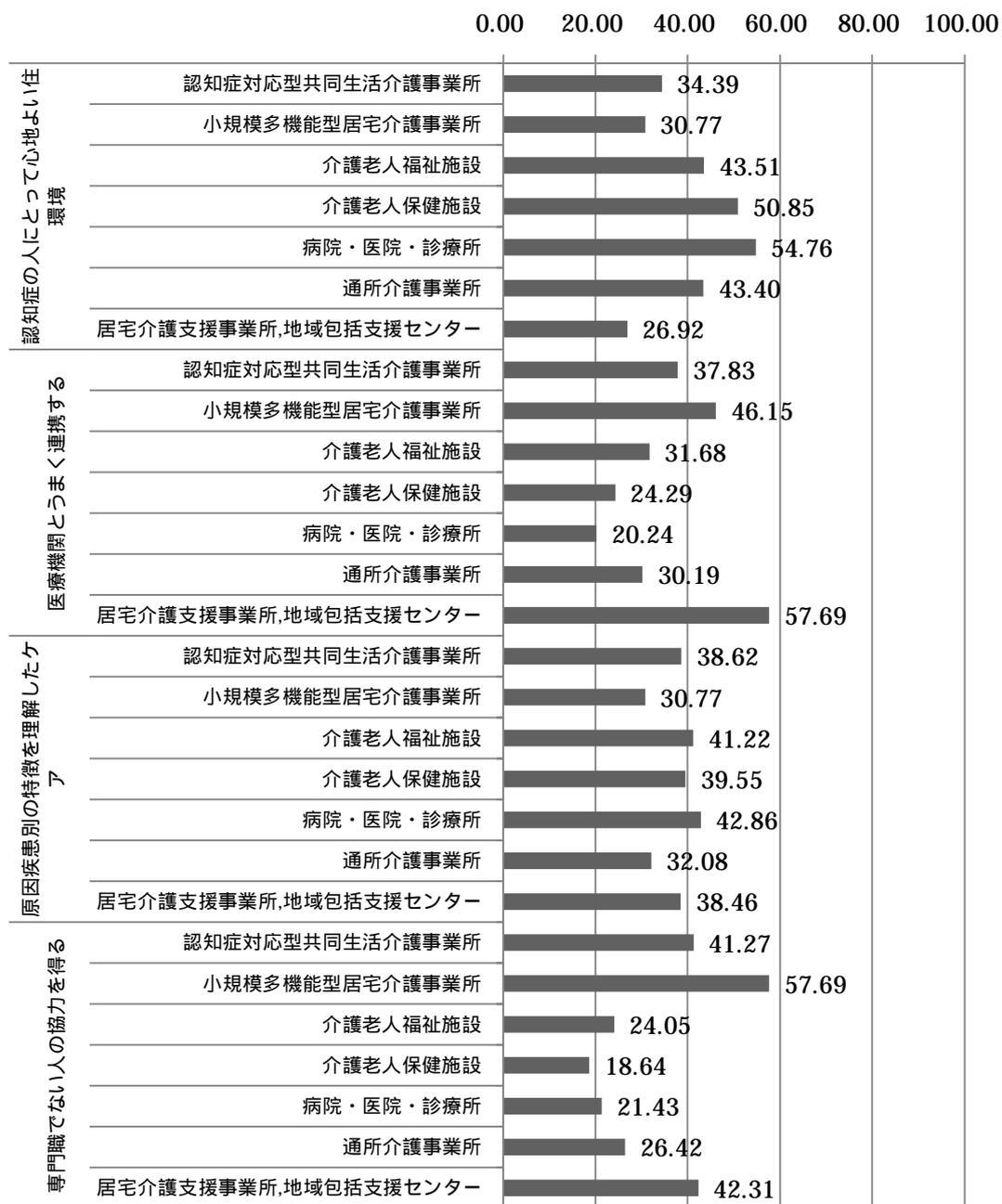


図 5 - 5 所属事業所と認知症ケアの課題の関係性  
 グラフ内の数値は%

## 2) 職位別の認知症ケアの課題

職位と認知症ケアの課題の関係についてクロス集計を行った(表5-3、図5-6)。対象となった全職位の6割以上が課題と感じている課題は、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」であった。中でも監督職が課題と感じている割合がもっとも高かった。次いで、「行動・心理症状への対応」が5割以上と続いた。「ストレスを抱える職員の支援」は監督職が最も割合が高く57.74%であった。

「認知症の人にとって心地よい住環境」では、一般職員が46.88%ともっとも高かった。「原因疾患別の特徴を理解したケア」では、一般職員が44.27%ともっとも高かった。

表5-3 職位と認知症ケアの課題の関係性

	n=1126			
	経営・管理職 n=366(%)	監督職 n=530(%)	一般職員 n=192(%)	欠損
行動・心理症状への対応	204(55.74)	313(59.06)	129(67.19)	16
職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行う	258(70.49)	410(77.36)	143(74.98)	16
認知症の利用者とのコミュニケーション	150(40.98)	219(41.32)	98(51.04)	16
認知症の利用者の家族との関係形成	151(41.26)	209(39.43)	91(47.40)	16
身体拘束を行わないケア	101(27.60)	142(26.79)	61(31.77)	16
サービス利用中の事故が起こらない工夫	148(40.44)	207(30.06)	82(42.71)	16
効果的なカンファレンスの実施	149(40.71)	223(42.08)	75(39.06)	16
ストレスを抱える職員の支援	187(51.09)	306(57.74)	88(45.83)	16
認知症の人にとって心地よい住環境	129(35.25)	223(42.08)	90(46.88)	16
医療機関とうまく連携する	132(36.07)	170(32.08)	60(31.25)	16
原因疾患別の特徴を理解したケア	124(33.88)	224(42.26)	85(44.27)	16
専門職でない人の協力を得る	117(31.97)	154(29.06)	60(31.25)	16

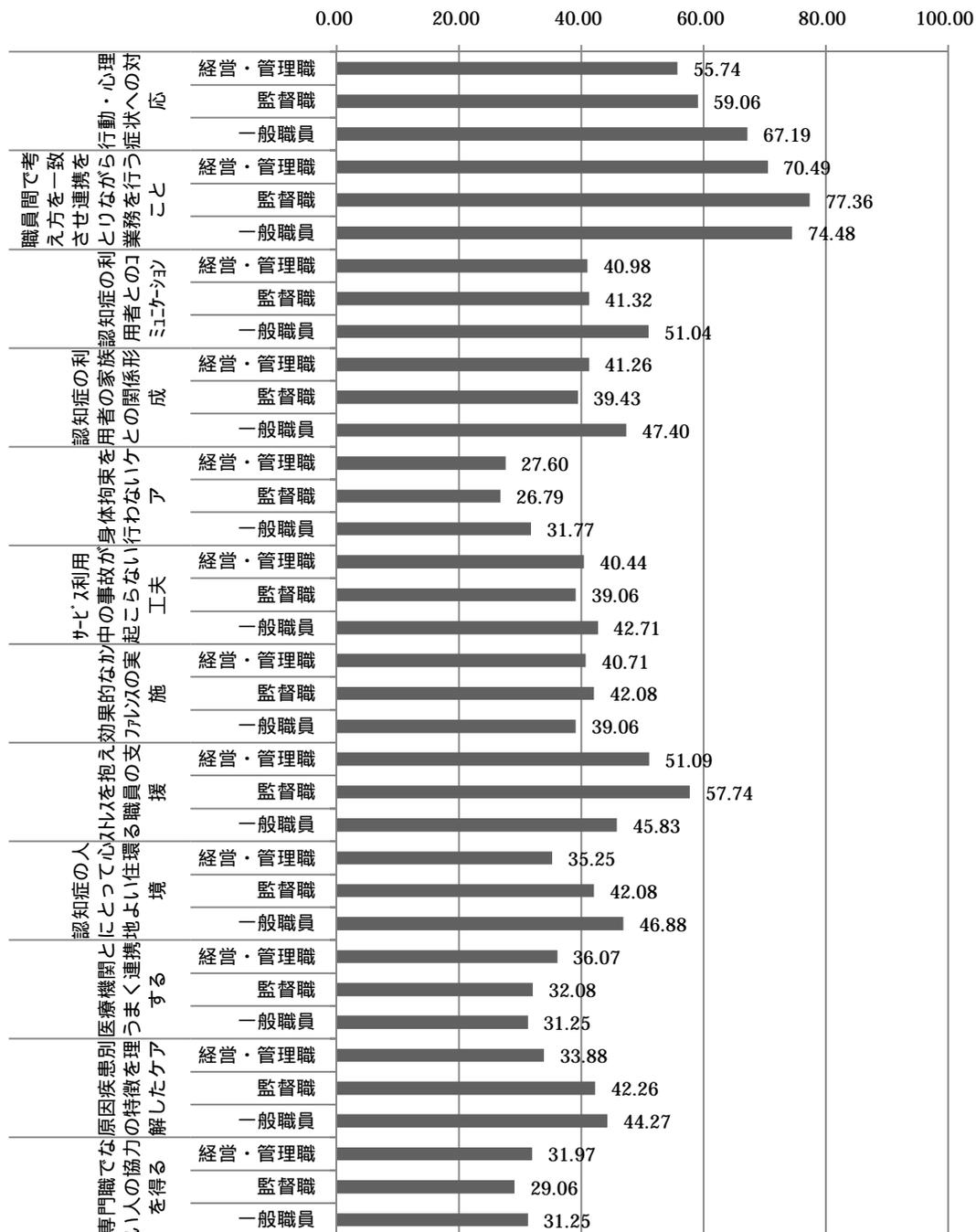


図 5 - 6 職位と認知症ケアの課題の関係性

グラフ内の数値は%

### 3) 取得資格別の認知症ケアの課題

取得資格と認知症ケアの課題の関係についてクロス集計及び<sup>2</sup>検定を行った。分析対象とした資格取得者 6 割以上が課題と感じている課題は、「職員間で考え方を一致させ連携をとる」であった。次いで、「行動・心理症状への対応」6 割弱、「ス

トレスを抱える職員の支援」が 5 割強と続いた。「身体拘束を行わないケア」では、介護福祉士・社会福祉士・ヘルパーの資格取得者に比べ看護師・保健師が課題と感じている者の割合が高かった。「効果的なカンファレンスの実施」では、介護福祉士・社会福祉士・ヘルパーの資格取得者に比べ看護師・保健師が課題と感じている者の割合が高かった。「認知症の人にとって心地よい住環境」では、介護福祉士・社会福祉士・ヘルパーの資格取得者に比べ看護師・保健師が課題と感じている者の割合が高かった。(表 5 - 6、図 5 - 7)

表 5 - 4 取得資格と認知症ケアの課題の関係性

	介護福祉士、社会福祉士、ヘルパー n=815	看護師、保健師 n=165	n=1127 欠損
行動・心理症状への対応	481(59.02)	97(58.79)	147
職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行う	608(74.60)	119(72.12)	147
認知症の利用者とのコミュニケーション	353(43.31)	77(46.67)	147
認知症の利用者の家族との関係形成	345(42.33)	69(41.82)	147
身体拘束を行わないケア	216(26.50)	59(35.76)	147
サービス利用中の事故が起こらない工夫	326(40.00)	67(40.61)	147
効果的なカンファレンスの実施	323(39.63)	78(47.27)	147
ストレスを抱える職員の支援	429(52.64)	87(52.73)	147
認知症の人にとって心地よい住環境	329(40.37)	81(49.09)	147
医療機関とうまく連携する	269(33.01)	53(33.12)	147
原因疾患別の特徴を理解したケア	307(37.67)	74(44.85)	147
専門職でない人の協力を得る	245(30.06)	60(36.36)	147

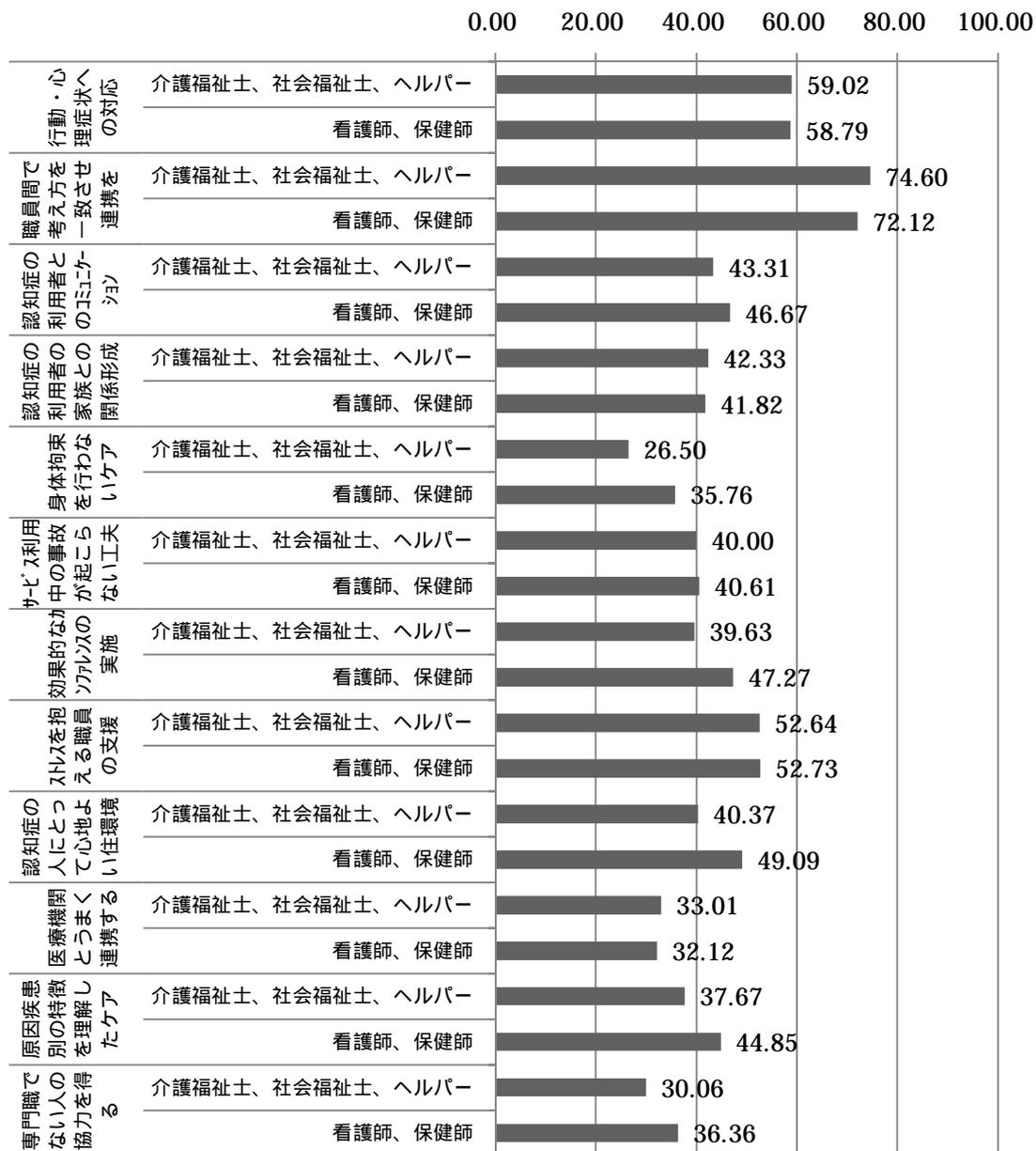


図5-7 取得資格と認知症ケアの課題の関係性

グラフ内の数値は%

#### 4) 市町村職員に対する調査

調査の結果、512件が回収された（回収率：51.20%）回答者の基本属性は、表5-5のとおりである。調査対象となった市町村職員が所属する自治体における認知症ケア及びその人材育成の課題の調査結果は、表5-6及び図5-8に示した。

調査対象となった市町村職員が所属する自治体における認知症ケア及びその人材育成の課題をみると、もっとも回答が多かったのは、「専門職でない人の協力を得ながらの認知症の利用者の援助」で、回答者の72.07%が課題であると回答していた。次に多かったのは、「職員間で考え方を一致させ、連携をとりながら業務を行うこと」の61.72%だった。その

後、「認知症の利用者の家族との関係形成」の58.40%、「認知症の利用者に適切な医療を提供していくために、医療機関とうまく連携すること」の55.27%と続いた。もっとも割合が低かったのは、「身体拘束を行わないケア」の20.31%だった。

表 5 - 5 基本属性

n=512	
	n (%)
中核市	23(4.49)
特例市	15(2.93)
左記 1～3 以外の市	259(50.59)
特別区（東京 23 区）	6(1.17)
町	178(34.77)
村	28(5.47)
無回答	3(0.59)
地域包括支援センター関連の業務	276(53.91)
地域密着型サービス関連の業務	298(58.20)
無回答	22(4.30)

表 5 - 6 市町村における認知症ケア及びその人材育成の課題

n = 512	
	n (%)
行動・心理症状(BPSD)への対応	233(45.51)
職員間で考え方を一致させ、連携をとりながら業務を行うこと	316(61.72)
認知症の利用者とのコミュニケーション	225(43.95)
認知症の利用者の家族との関係形成	299(58.40)
身体拘束を行わないケア	104(20.31)
サービス利用中の事故が認知症の人に起こらないようにするための工夫	107(20.90)
効果的なカンファレンスの実施	161(31.45)
職場内でストレスを抱える職員の支援に向けた取り組み	129(25.20)
認知症の人にとって心地よい住環境の工夫	152(29.69)
認知症の利用者に適切な医療を提供していくために、医療機関とうまく連携すること	283(55.27)
認知症の原因疾患別の特徴を理解したケアの実践	207(40.43)
専門職でない人の協力を得ながらの認知症の利用者の援助	369(72.07)
その他	29(5.66)
無回答	4(0.78)
全体	512

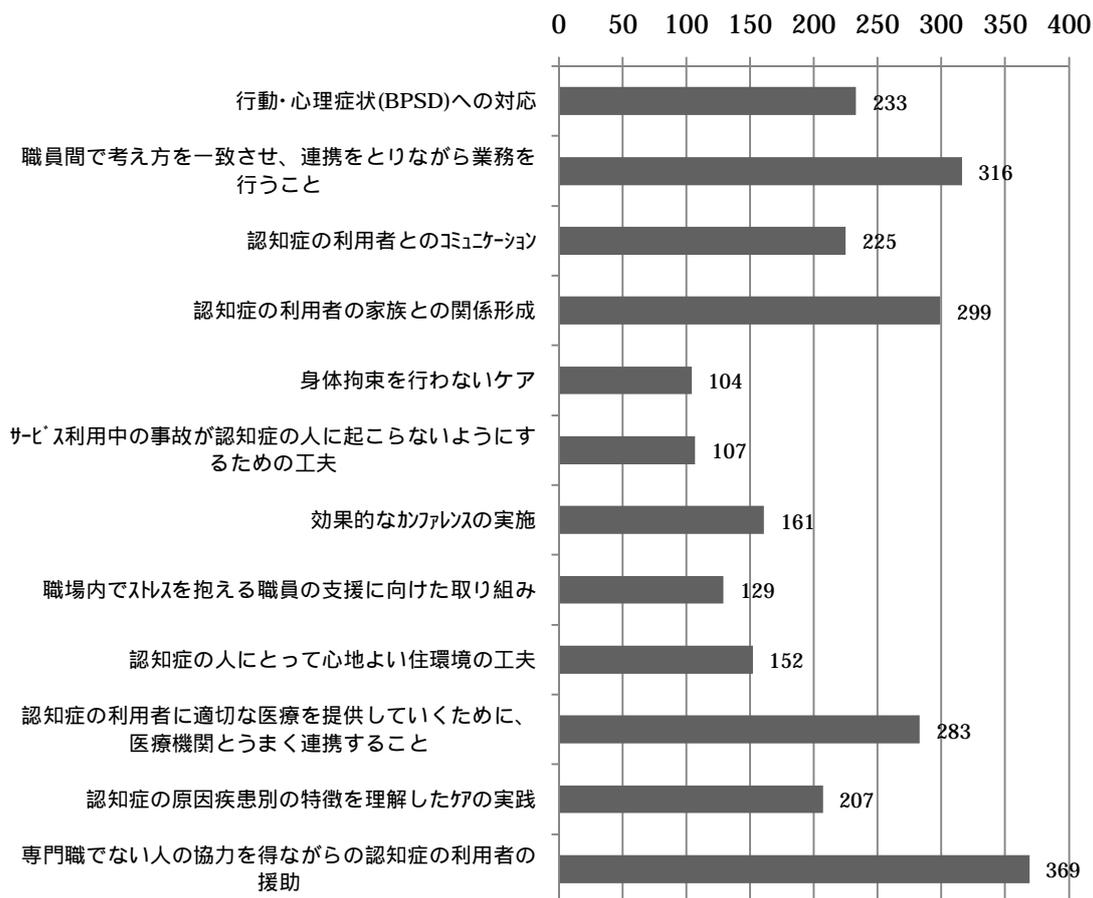


図5-8 市町村における認知症ケア及びその人材育成の課題

#### 4. 考察

認知症ケアの課題に関する調査項目のうち、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」は、今回実施した調査及び分析を通じて課題と感じているものの割合が高い項目であった。「行動・心理症状への対応」についても同様の傾向が伺えた。これらの課題については今後その具体的内容を明らかにしていくとともに、現行のカリキュラムの問題点を明確にし、カリキュラム内容を再検討していくことが必要だと考える。

一方、今回の調査及び分析を通じて、認知症ケア従事者が感じる認知症ケアの課題については、所属事業や職位、取得資格によって差異がある状況が示唆された。所属事業所ごとの差異をみると、例えば病院・医院・診療所に所属する職員は、「利用者とのコミュニケーション」、「身体拘束を行わないケア」について、他の施設に比して課題と感じている一方、「サービス利用中の事故が起こらない工夫」「ストレスを抱える職員の支援」では、介護老人福祉施設、あるいは介護老人保健施設に勤務する職員が課題として感じる割合が高かった。一方、「認知症の利用者の家族との関係形成」「医療機関とうまく連携する」「専門職でない人の協力を得る」の項目は、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、あるいは小規模多機能居宅介護事業所の居宅系サービスの割合が、他事業所種別に比して高かった。これらは、医療機関、施設サービス、居宅サービスごとに、認知症ケアに必要な知識やスキルといったものが異なっており、それらをレベルアップしていくた

めの研修についてもそうした特性を考慮した方法を検討していかなければならないことを示唆していると考える。

同様に、職位別で検討した結果からも「ストレスを抱える職員の支援」は監督職が割合が高く、「認知症の人にとって心地よい住環境」、「原因疾患別の特徴を理解したケア」では、一般職員が高いなどの差異がみられた。また、取得資格と認知症ケアの課題の関係についてみると、「認知症の人にとって心地よい住環境」「身体拘束を行わないケア」「効果的なカンファレンスの実施」について、介護福祉士・社会福祉士・ヘルパーの資格取得者に比べ看護師・保健師が課題と感じている者の割合が高かった。以上のことから、職位や習得資格ごとに直面する課題解決に寄与する研修について検討する必要性が示唆されたといえる。

調査対象となった市町村職員が所属する自治体における認知症ケア及びその人材育成の課題をみると、「専門職でない人の協力を得ながらの認知症の利用者の援助」が最も高く、さらに、高い割合を示した項目として「認知症の利用者の家族との関係形成」や「認知症の利用者に適切な医療を提供していくために、医療機関とうまく連携すること」があった。これらは、認知症ケア従事者について事業所ごとに比較をした結果みられた、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、あるいは小規模多機能居宅介護事業所の居宅系サービスに所属する職員が感じる課題と同様のものであった。今回の調査対象が、市町村職員の中でも、域包括支援センター、あるいは地域密着型サービスを担当している職員を調査対象としたことを踏まえると、特に居宅サービスの分野においては介護者家族等の支援をどのように行うか、また認知症に関する医療連携について大きな課題となっていることが示され、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに対する認知症ケア研修のあり方を検討していくうえで重要な示唆を得られたのではないかと考える。

## 5. まとめ

認知症ケアの従事者が普段の業務で感じる認知症ケアの課題及び居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、あるいは小規模多機能居宅介護事業所を担当する市町村職員が考える所属自治体の認知症ケア及びその人材育成に関する課題を調査した結果、「職員間で考え方を一致させ連携をとりながら業務を行うこと」「行動・心理症状への対応」は共通して課題となっている状況が示唆され、今後その具体的内容を明らかにしていくとともに、現行のカリキュラムの問題点を明確にし、カリキュラム内容を再検討していくことの必要性が示唆された。また、一方、今回の調査及び分析を通じて、認知症ケア従事者が感じる認知症ケアの課題については、所属事業や職位、取得資格によって差異がある状況が示唆された。特に居宅サービスの分野においては介護者家族等の支援をどのように行うか、また認知症に関する医療連携について大きな課題となっていることが示され、今後、このような差異をふまえた研修システムやカリキュラム内容を検討していく必要性が示唆された。

なお、本調査は、リーダー及びその上司、認知症ケア従事者に対し実施し得られたサンプルを、目的ごとに再分析した結果のものである。したがって本分析においてはサンプルの抽出方法からくる解釈の限界性があり、今後の継続調査による確認が必要と考える。

執筆者一覧

執筆者	所属・職位	担当章
今井 幸充	認知症介護研究・研修東京センター 副センター長兼研修部長	はじめに、第1章、第4章、巻末 資料4-3、第7章
大島 憲子	認知症介護研究・研修東京センター 主任研修主幹	第6章
渡邊 浩文	認知症介護研究・研修東京センター 研究主幹	第1章第6項、第3章、第5章、 巻末資料1-1、3-3、3-4、 5-1
中村 考一	認知症介護研究・研修東京センター 研修主幹	第1章第1項～第5項、第2章、 巻末資料2-1～2-3、4-1、 4-2
姜 文熙	認知症介護研究・研修東京センター	巻末資料3-1、3-2

報告書名

平成 22 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業  
認知症介護従事者研修のあり方に関する研究事業報告書

発行元

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

〒 168-0071 杉並区高井戸西 1 - 12 - 1

T E L : 03 - 3334-2173 F A X : 03 - 3334-2156

発行年月

平成 23 年 3 月