

令和4年度認知症介護指導者 フォローアップ研修実施報告書

令和5年3月



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

はじめに

認知症介護指導者フォローアップ研修は、認知症介護指導者養成研修修了者に対し、一定期間ごとに最新の認知症介護に関する専門的な知識や指導方法等の習得を目指しています。従来、対面の研修を基本としてきた研修でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受け一昨年度よりオンラインによる開催を実施してきました。

当初開催を断念することも視野に入れて検討をいたしましたが、受講生である認知症介護指導者の皆様、各道県市の担当者の皆様、検討委員の皆様、講師の皆様をはじめ関係各位の方々のご理解をいただき無事に開催できましたことをご報告申し上げるとともに、ご理解ご協力に厚く御礼申し上げます。

今年度の研修カリキュラム策定にあたり、当センターでは認知症介護指導者の方々を中心に構成される検討委員会においてカリキュラムの検討を重ね、これまでにない新たな研修カリキュラムで実施いたしました。

1回目は従来通り新カリキュラムに対応することを目指した授業設計を中心的課題に据え、2回目は、講師との対話と参加者同士のディスカッションにより学びを深め気づきを促すことを目指した内容で実施し、受講生からはいずれの回も、高い評価を得ることができました。どちらの内容も限られた時間の中で深い学びの時間となったことは、受講生の高い研修への意欲と、検討委員の皆様の多大なご協力とご支援の賜物であり、この場を借りて深く御礼申し上げます。そして、何より業務御多忙の中で、受講生を派遣頂下さいました関係者の皆さまに深く感謝申し上げます。

来年度は、その結果を分析し、さらに効果的で実践的な研修内容となるよう検討を進めていく予定であります。

不十分な点も多々あるとは思いますが、引き続き皆様のご指導、ご助言をいただければ幸いに存じます。

フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会委員長 矢 吹 知 之

目 次

1. 研修の概要

- 1) 認知症介護指導者フォローアップ研修開催の経緯 1
- 2) 令和3年度認知症介護指導者フォローアップ研修の目的と達成目標 2
- 3) 認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会の設置 2
- 4) 認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会設置規定 3
- 5) 認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会【委員名簿】 4

2. 令和3年度認知症介護指導者フォローアップ研修の実施状況

- 1) 令和3年度第1回認知症介護指導者フォローアップ研修の日程とカリキュラム 5
- 2) 令和3年度第2回認知症介護指導者フォローアップ研修の日程とカリキュラム 7
- 3) 令和3年度第1回・第2回認知症介護指導者フォローアップ研修の評価 9
- 認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会から 15

3. 第1回講義資料 16

4. 成果物（改善内容報告シート・講義計画書・演習計画書） 105

5. 第2回講義資料 148

資料

- 令和3年度認知症介護指導者フォローアップ研修募集要項 271
- 令和3年度認知症介護指導者フォローアップ研修参加状況【道縣市別受講者一覧】 274
- 令和3年度認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会議事録（要旨） 275

1. 研修の概要

1) 認知症介護指導者フォローアップ研修開催の経緯

平成 12 年度から認知症介護指導者養成研修は実施されたが、修了者の間では当初からセンターでの養成研修修了後、地域の実務者研修（現在は「実践研修」、以下同じ。）を実施する上で継続的な研修と情報交換の場の必要性がささやかれていた。特に平成 12 年度、13 年度に関しては、標準カリキュラムは提示されていても、各地域とも新しい形態による研修スタイルの具体的なイメージがつかないまま、手探りの状態で研修の企画・運営を行っていた。

そのような状況の中で、修了者の有志が集まって実務者研修の実施状況を情報交換していこうと、平成 14 年 8 月に青森県で仙台センター指導者養成研修修了者による自主的な継続研修が実施された。これは実際に青森県における当時の基礎課程の日程と平行して行い、参加者は基礎課程の見学もしながら、お互いに都道府県・政令市の研修状況や課題を報告して行うというものであった。その後、平成 14 年 10 月に第 2 回研修（北海道帯広市）、平成 14 年 12 月に第 3 回研修（広島県）が行われるなど、自主的な研修が広がっていった。内容も情報交換だけではなく、研修内容や具体的な展開方法についての話し合いが中心になっていった。さらに平成 15 年 8 月に第 4 回研修（徳島県）、平成 15 年 11 月に第 5 回研修（宮城県仙台市）が、テーマを決めた講義と分科会形式で実施され、熱心な討議が行われた。

こうした修了者の自主的な研修の動きと、継続的な研修の必要性について、仙台センターとしても国へ働きかけていった結果、「認知症介護の効果的研修システムの開発～認知症介護研究フォローアップ体制の構築～」として、平成 16 年 3 月に認知症介護研究・研修東京センターにおいて、モデル事業であるフォローアップ研修が実施され、平成 16 年度よりフォローアップ研修は制度的研修として本格的に実施されることとなった。

それと同時に、フォローアップ研修の実施にあたって、その効果的なカリキュラム、研修方法及び評価方法の検討を行うため、仙台センターにフォローアップ研修カリキュラム等検討委員会を設置することとし、認知症介護指導者養成研修修了者にも委員として参画してもらうことで、修了者のニーズに基づいた研修の実施を進めている。

2)令和4年度認知症介護指導者フォローアップ研修の目的と達成目標

目的

本研修は、認知症介護指導者養成研修修了者に対し、一定期間ごとに最新の認知症介護に関する高度な専門的知識等を修得させるとともに教育技術等の向上を図ることにより、第一線の認知症介護従事者に対して最新の専門的な認知症介護技術を的確に伝授できる体制を整備することを目的とする。

「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成 28 年 3 月 31 日老発第 0331 第 2 号厚生労働省老健局長一部改正通知）の別紙「認知症介護実践者等養成事業実施要綱」4（6）による

フォローアップ研修の達成目標

- （１）最新の認知症介護の知識と指導方法について理解を深める。
- （２）チームアプローチとリーダーシップ、スーパーバイズ、コーチングを中心に、認知症介護における人材育成方法を修得する。
- （３）認知症介護における課題解決の具体的方法を修得する。
- （４）認知症介護研修における効果的な授業の企画・運営のあり方、研修の教育評価方法を修得する。

3)認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会の設置

研修の実施にあたって、修了者のニーズに基づいた研修を行うために、仙台センターの修了者を含めたフォローアップ研修カリキュラム等検討委員会を設置することとした（P3「フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会設置規程」参照）。

検討委員は、認知症介護指導者ネットワーク会員より 2 名、今年度本研修を受講する認知症介護指導者 2 名、認知症介護研究・研修東京センター修了生 1 名、認知症介護研究・研修大府センター修了生 1 名、有識者 1 名、および仙台センター研究・研修部スタッフ 8 名の構成とした（P4「カリキュラム等検討委員会委員名簿」参照）。その役割としては、①効果的なカリキュラム ②研修方法 ③評価方法 ④その他フォローアップ研修に関する必要な事項について検討することとした。

検討委員会の設置規定と令和 4 年度の検討委員名簿は次の通りである。

4)認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会設置規定

認知症介護研究・研修仙台センター

(目的及び設置)

第1条 認知症介護研究・研修仙台センター（以下、「仙台センター」という。）における認知症介護指導者養成研修修了者を対象とした認知症介護指導者フォローアップ研修を実施するに当たり、その効果的なカリキュラム、研修方法及び評価方法の検討を行なうため、仙台センターに認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会（以下、「検討委員会」という。）を設置する。

(構成員)

第2条 検討委員会は、次に掲げる者を委員として構成する。

(1) 仙台センター

センター長、副センター長、研究部長、研修部長、研修推進係長、研修指導係長、研修指導主任、研修指導係

(2) 認知症介護指導者養成研修修了者

(3) 有識者

2 前項第2号第3号の委員は、センター長が委嘱する。

(委員長及び副委員長)

第3条 検討委員会に委員長及び副委員長1人を置き、委員の互選により定める。ただし、委員長は仙台センターより選出する。

2 委員長は、検討委員会の会務を掌理する。

3 副委員長は、委員長を補佐し委員長に事故あるときは、その職務を代行する。

(所掌事務)

第4条 検討委員会は、仙台センターにおける認知症介護指導者フォローアップ研修に関し、次の事項について検討する。

(1) 効果的なカリキュラム

(2) 研修方法

(3) 評価方法

(4) その他、認知症介護指導者フォローアップ研修に関し必要な事項

(会 議)

第5条 検討委員会は、その年度内に3回程度開催するものとする。

2 検討委員会は、仙台センター長が招集する。

3 委員長は、必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、その意見を聴き、又は説明を求めることができる。

(庶 務)

第6条 検討委員会の庶務は、仙台センター研修部で処理する。

附 則

この規程は平成16年7月28日から施行する。

平成17年4月1日一部改正

平成18年4月1日一部改正

平成20年4月1日一部改正

平成22年4月1日一部改正

平成30年4月1日一部改正

令和 3年4月1日一部改正

令和 4年4月1日一部改正

5)認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会【委員名簿】

認知症介護研究・研修仙台センター

令和4年度認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会【委員名簿】

時 田 学 有識者 日本大学

○佐 藤 真 (13 期生・秋田県) 合同会社スイーダ

阿 部 一 志 (36 期生・鳥取県) 介護付き有料老人ホーム翠のさと

木 村 むつみ (43 期生・札幌市) 小規模多機能型居宅介護つむぎ

橋 本 好 博 (18 期生・福島県) グループホームすずらんあかり

田 中 恵 子 (37 期生・福岡市) 社会福祉法人ふくおか福祉サービス協会

川 添 揚 一 (48 期生・堺市) クロストリップ合同会社

加 藤 伸 司 認知症介護研究・研修仙台センター

阿 部 哲 也 認知症介護研究・研修仙台センター

◎矢 吹 知 之 認知症介護研究・研修仙台センター

吉 川 悠 貴 認知症介護研究・研修仙台センター

合 川 央 志 認知症介護研究・研修仙台センター

田 村 みどり 認知症介護研究・研修仙台センター

櫻 庭 由 紀 認知症介護研究・研修仙台センター

佐々木 昌 治 認知症介護研究・研修仙台センター

2. 令和4年度認知症介護指導者フォローアップ研修の実施状況

1) 令和4年度第1回認知症介護指導者フォローアップ研修の日程とカリキュラム

(仙台センター)

日	時間	科目名	講師名	概要
11/14 (月)	9:00 ～ 9:20	開講式	仙台センター	
	9:20 ～ 9:50	最新の認知症介護知識 ～これまでのケアと これからのケア教育～	加藤 伸司 (仙台センター)	認知症ケアの歴史を振り返り、これからの認知症ケアの進むべき方向性について理解する。
	10:00 ～ 10:30	事務連絡 フォローアップ研修のねらい	櫻庭 由紀 合川 央志	フォローアップ研修の全体像を理解し、研修への動機づけを高める。
	10:40 ～ 12:00	最新の認知症介護知識 ～認知症の人の 意思決定支援～	川崎 裕彰 (高齢者権利擁護支援センター)	認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインについて理解を深める。
	13:00 ～ 14:40	最新の認知症介護知識 ～認知症医療の最新知識～	加知 輝彦 (社会福祉法人 仁至会)	認知症の原因疾患、若年認知症、早期発見、ワクチン等の最新知識を理解する。実際の実践研修場面での課題についてディスカッションを通し理解する。
	14:45 ～ 15:30	グループワーク 質疑応答		
	15:40 ～ 17:30	最新の認知症介護知識 ～実践研修の報告～ 認知症介護における 効果的な授業開発 ～実践研修企画と運営～ ～実践研修科目の検討～	田村 みどり (仙台センター) 合川 央志 (仙台センター)	道県市で実施されている実践研修の状況等についてグループワークにて共有する。 実践研修科目の検討について概要を理解する。 希望により、実践者科目担当と実践リーダー科目担当に分かれて、検討する科目を確定する。 (一人一科目)
	17:40 ～ 18:00	振り返り	(仙台センター)	
11/15 (火)	9:00 ～ 9:50	認知症介護における 効果的な授業開発 ～実践者研修～	矢吹 知之 (仙台センター)	実践者研修の概要と流れを理解する。
	10:00 ～ 11:05	認知症介護における 効果的な授業開発 ～実践リーダー研修～ ～基礎研修～	阿部 哲也 (仙台センター)	実践リーダー研修の概要と流れを理解する。 基礎研修の改定内容に関する情報提供
	11:15 ～ 17:35	認知症介護における課題 解決の具体的方法 ～実践研修科目の検討～ (科目内容の検討)	(検討委員) 仙台センター	実際に各地域で行われる予定の実践研修科目(新カリキュラム科目)の内容について作成する。(個人作業) (グループに分かれて進捗状況等の中間報告の時間を含む)
	17:40 ～ 18:00	振り返り	(仙台センター)	

日	時間	科目名	講師名	概要
11/16 (水)	9:00 ～ 15:20	認知症介護における人材 育成方法 ～授業法～	上條 晴夫 (東北福祉大学)	効果的な授業法の理解と解りやすく伝えるための 方法および講義・演習計画を作成する上での ポイントを学ぶ。
	15:25 ～ 16:00	グループワーク 質疑応答		
	16:10 ～ 17:35	認知症介護における 効果的な授業開発 ～実践研修科目の検討～ (科目内容の検討)	(検討委員) 仙台センター	実際に各地域で行われる予定の実践研修科目 (新カリキュラム科目)の内容について作成す る。
	17:40 ～ 18:00	振り返り	(仙台センター)	
11/17 (木)	9:00 ～ 15:20	認知症介護における 効果的な授業開発 ～演習技法～	後藤 美香 (アライブ・ワン)	多様な演習技法を学び、実践研修等で効果的に 活用できる演習技法について検討する。
	15:25 ～ 16:00	グループワーク 質疑応答		
	16:10 ～ 17:35	認知症介護における 効果的な授業開発 ～実践研修科目の検討～ (科目内容の検討)	(検討委員) 仙台センター	実際に各地域で行われる予定の実践研修科目 (新カリキュラム科目)の内容について作成す る。
	17:40 ～ 18:00	振り返り	(仙台センター)	
11/18 (金)	9:00 ～ 15:30	認知症介護における 効果的な授業開発 ～実践研修科目の検討～ (科目検討内容報告) ～実践研修の授業設計～	時田 学 (日本大学) (検討委員)	作成した講義演習計画書についての報告を行 い、共有を図る。 実践研修科目の最終的な内容をふまえ、より効 果的な授業を実施する上でのポイントや、解り やすく伝えるための講義・演習方法を理解する。
	15:40 ～ 15:55	最新の認知症介護知識 ～研修評価～	吉川 悠貴 (仙台センター)	研修の評価に関する情報提供
	16:00 ～ 17:10	最新の認知症介護知識 ～実践研修の報告～	田村 みどり (仙台センター)	道県市で実施されている実践研修の状況等につ いてグループワークにて共有する。
	17:10 ～ 17:40	研修総括	仙台センター	アンケート記入
	17:45 ～	修了式	仙台センター	

2)令和4年度第2回認知症介護指導者フォローアップ研修の日程とカリキュラム

(オンラインZ o o m)

日	時間	科目名	講師名	概要
1/30 (月)	9:00～ 9:20	開講式	仙台センター	
	9:20～ 9:50	最新の認知症介護知識 ～これまでのケアと これからのケア教育～	加藤 伸司 (仙台センタ ー)	認知症ケアの歴史を振り返り、これからの認 知症ケアの進むべき方向性について理解す る。
	10:00～ 10:30	事務連絡 科目アンケートの説明 フォローアップ研修のねら い	櫻庭 由紀 佐々木 昌治 合川 央志	フォローアップ研修の全体像を理解し、研修 への動機づけを高める。
	10:40～ 14:15	最新の認知症介護知識 ～認知症の人の 意思決定支援～	川崎 裕彰 (高齢者権利 擁護支援セン ター)	認知症の人の日常生活・社会生活における意 思決定支援ガイドラインについて理解を深 める。
	14:15～ 14:50	グループワーク 質疑応答		GW にて講義内容に関する気づき、疑問点、質 問内容を整理し、講師への質疑応答にて理解 を深める。
	15:00～ 16:40	最新の認知症介護知識 ～認知症医療の最新知識～	加知 輝彦 (社会福祉法人 仁至会)	認知症の原因疾患、若年認知症、早期発見、 ワクチン等の最新知識を理解する。
	16:45～ 17:30	グループワーク 質疑応答		GW にて講義内容に関する気づき、疑問点、質 問内容を整理し、講師への質疑応答にて理解 を深める。
	17:40～ 18:00	振り返り	(仙台センタ ー)	
1/31 (火)	9:00～ 11:00	認知症介護における 効果的な授業開発 ～実践者研修～	矢吹 知之 (仙台センタ ー)	実践者研修の新カリキュラム概要と流れを 理解する。
	11:00～ 12:00	グループワーク 質疑応答		GW にて講義内容に関する気づき、疑問点、 質問内容を整理し、講師への質疑応答にて理 解を深める。
	13:00～ 15:00	認知症介護における 効果的な授業開発 ～実践リーダー研修～ ～基礎研修～	阿部 哲也 (仙台センタ ー)	実践リーダー研修の新カリキュラム概要と流 れを理解する。 基礎研修の改定内容に関する情報提供
	15:00～ 16:00	グループワーク 質疑応答		GW にて講義内容に関する気づき、疑問点、質 問内容を整理し、講師への質疑応答にて理解 を深める。
	16:10～ 16:30	最新の認知症介護知識 ～研修評価～	吉川 悠貴 (仙台センタ ー)	研修の評価に関する情報提供
	16:30～ 17:30	認知症介護における課題解 決の具体的方法 ～指導者としての活動共有 ～	田村 みどり (仙台センタ ー)	各地域での指導者としての活動内容に関す る情報交換をグループワークにて行い、指導 者の役割等についての理解を深める。
	17:40～ 18:00	振り返り	(仙台センタ ー)	

日	時間	科目名	講師名	概要
2/2 (木)	9:00～ 16:45	認知症介護における人材育成方法 ～授業法～	上條 晴夫 (東北福祉大学)	効果的な授業法の理解と解りやすく伝えるための方法および講義・演習計画を作成する上でのポイントを学ぶ。
	16:50～ 17:30	グループワーク 質疑応答		講義で学んだ内容について、実践研修講師、サポーター等地域活動や職場教育での場面等での活用方法について個人ワークを行い、その後GWにて共有後、講師との質疑応答を行う。
	17:40～ 18:00	振り返り	(仙台センター)	
2/3 (金)	9:00～ 14:00	認知症介護における効果的な授業開発 ～パーソン・センタード・ケア～ ～DCM（認知症ケアの評価）～	水野 裕 (まつかげシニアホスピタル・認知症疾患医療センター)	パーソン・センタード・ケアの理念の基、認知症ケアでの重要点や、考え方について理解を深める。また、認知症ケアの質の向上を目的とした、認知症ケアマッピング（DCM）について理解する。
	14:10～ 15:00 15:10～ 16:00	グループワーク 質疑応答		講義で学んだ内容に関して、GWにて振り返り気づきの整理を行う。その後、引き続きGWにてパーソン・センタード・ケアを実践するうえでの課題や疑問について講師も交えディスカッションを行う。
	16:10～ 17:10	個人ワーク	(仙台センター)	パーソン・センタード・ケアの講義の内容等を踏まえて、実践研修及び施設・事業所内でパーソン・センタード・ケアの内容についてどのように伝えていくのか検討を行う。
	17:20～ 17:50	グループワーク（共有）		
	17:50～ 18:00	報告		
2/6 (月)	9:00～ 15:20	認知症介護における課題解決の具体的方法 ～演習技法～	後藤 美香 (アライブ・ワン)	多様な演習技法を学び、実践研修等で効果的に活用できる演習技法について検討する。
	15:25～ 16:00	グループワーク 質疑応答		講義で学んだ内容について、実践研修講師、サポーター等地域活動や職場教育での場面等での活用方法について個人ワークを行い、その後GWにて共有後、講師との質疑応答を行う。
	16:10～ 17:10	認知症介護における課題解決の具体的方法 ～指導者の活動課題解決～	田村 みどり (仙台センター)	今後の指導者としての活動に向けた課題についてグループワークにて情報共有し、解決方法について検討する。
	17:10～ 17:40	研修総括	仙台センター	アンケート記入
	17:45～	修了式	仙台センター	

3)令和4年度第1回・第2回認知症介護指導者フォローアップ研修の評価

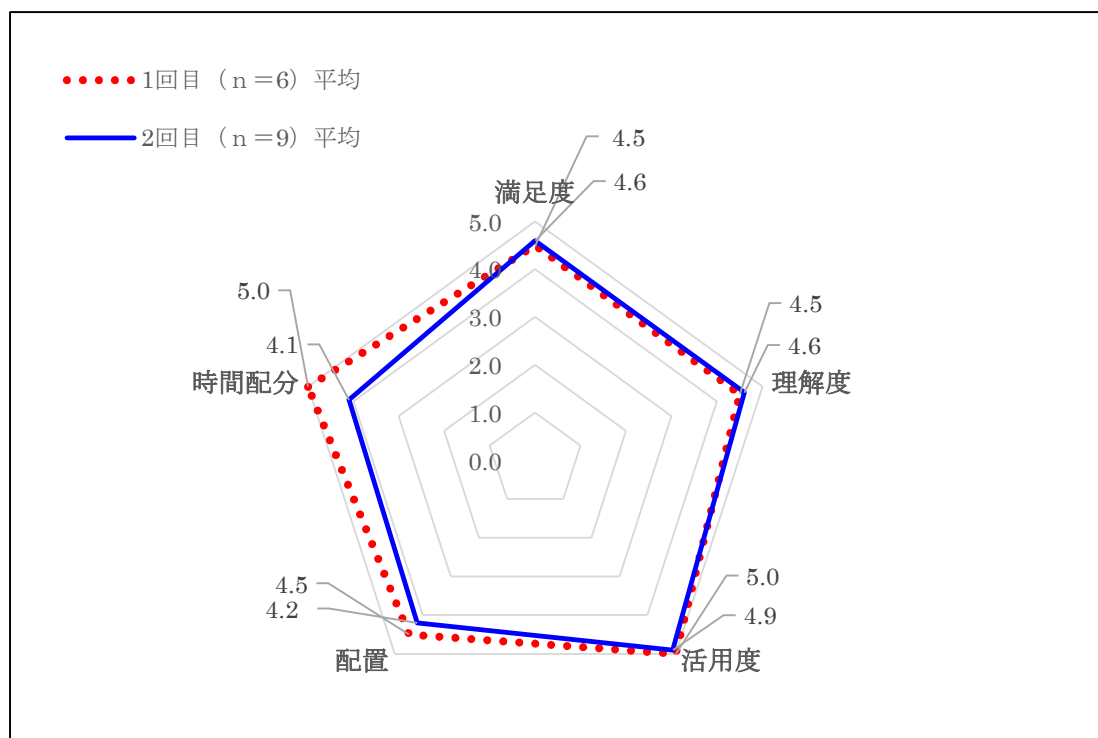


図1 令和4年度フォローアップ研修全体アンケートの結果（第1回目・2回目比較）

・今年度は、全て集合型での開催予定であったが、コロナ禍の状況を鑑み、第2回目はオンライン（Zoom）開催となった。

また、昨今認知症介護指導者の活動も認知症介護実践研修における講師役のみならず、地域等における認知症ケアの実践及び助言等で活動されている方々も増えていることを鑑みて、第1回を従来どおりの講義計画作成の実践的内容、第2回を認知症ケアの理念や授業設計法の学び直しに重きを置いた内容として、希望する内容を選択して受講できる開催方法とした。

- ・研修内容の理解度は第1回目・2回目共に高い結果であった。「認知症の人の意思決定支援では、意思決定支援ガイドラインのポイントも分かり、実践者やリーダー研修で伝えるポイントが理解できた」「最新の認知症施策や授業法など、指導者として知っておくべきことの理解が深まったと思う」などの意見や、第2回目の「パーソン・センタード・ケア」の講義は、「これまで自分が理解していた概念と違った」「正しいパーソン・センタード・ケアの考え方が理解できた」との意見が多くあった。
- ・研修内容の活用度は第1回目・2回目共に高い結果であった。「指導者養成研修の時とは違って、一つ一つの科目を理解でき、これからの研修講義に活用したいと思った」「講義の組み立て方が良く分かったので、今後の活動に活用できると思った」等の意見が見られた。
- ・各科目の配置(順番)に関して、第2回目は急遽オンライン開催となったこともあり、オンラインでの授業だと集中できる時間が短いため、日程にもっと間隔をあけて欲しいなどの理由で少し低い傾向が見られた。
- ・各科目の時間配分に関して、第1回目・2回目共に概ね高い評価であった。概ね時間配分は適切だったとの意見がありましたが、オンライン研修に関しては、休憩は細目に入れないと集中できないとの意見もあった。

■自由記述結果抜粋

【1】「今回の研修内容に満足はできましたか」(検討が必要と思われる点と解決方法)
【第1回目自由記述内容抜粋】
大変勉強になりましたし、今後の活動に生かしていきたいと感じました。
講義計画書の作成がメインとなるため、そのアナウンス方法にもうひと工夫があるとなおよいと思いました。
指導者としてただ授業をこなすだけでいっぱいでしたが、授業の目的、構成、受講生の理解度を測る等次のステップにやっと進めそうです。
私自身、満足のいく内容となっていました。
内容、時間的にも丁度良かった。
研修内容に満足できたが、研修期間が短いと感じる。研修期間を長くすれば満足できるかといえば、そうならないが、指導者が思う研修期間中に出る疑問が消化できる前に研修期間が終了したように感じてしまいますが、課題を地元を持ち帰り学びたいと思います。
【第2回目自由記述内容抜粋】
日程。オンラインであれば、連続の必要性が感じられない。分けて行うことも可能であると思う。 また、グループワークにおいて、福島の高橋さんとは1回の短いワークでしか、会うことがなかった。均等にグループ分けをして欲しかった。
オンライン研修では知識の習得はできるが他県の指導者との交流が殆ど出来ないのが残念でした。5類になったらぜひ仙台で開催するようにお願いしたいです。
集合が可能ならそちらに行きたかったです。他の指導者さんともネットワークを作りたいかったです。47期のつながりが今もあるので、ハイブリッドなどの選択肢やオンライン、集合が選べればより良かったです。
オンラインにて様々な演習もできとても勉強になりました。画面を見続ける時間が続くのは少ししんどかったです。拘束時間も長いので少し余裕のある時間配分だと参加しやすいと思いました。オンラインはせめて半日でも十分と思います。期間を延ばしていただけると助かります。
集合研修がいいが、そうすると、日数の問題も出てくる。悩ましい。
認知症介護指導者になって初めてのフォローアップ研修を受講して、オンラインでの講義が多くなっている中で、講義や演習の組立てが参考になりました。集合研修ですと、講義以外でも情報交換は出来たが、オンラインになると演習や発表以外はなかなか情報交換もないので、演習で共同の作業の時間を確保することで、他の指導者との情報交換の時間が確保できると考えられる。
【2】「研修内容に関して理解を深めることができましたか」(検討が必要と思われる点と解決方法)
【第1回目自由記述内容抜粋】
久しぶりの勉強でしたので、頭がついていかない時もありました。ですが、自分なりに深めることはできたと大変感じています。
研修を通して何を不得ほしいのか、具体的なゴールを先に示してもらえると、研修の経過の中でより目的が明確になったと思います。
本当にためになる貴重な時間でした。指導者になると知らず知らずのうちに、別の研修への参加が減ってしまっていた。センターが企画する研修参加方法はDC ネットからですか？
学ぶことが多くあり全てを理解できてはいないと思いますが、自身の向上に繋がることができました。

特にありません
前項にも記入しましたが、理解を深めるには時間や休日を挟むなどの方法が必要かと感じる(午後半日でも指導者交流がオンラインでもあると助かります)
【第2回目自由記述内容抜粋】
やはり、オンライン向きの研修とそうでないものがある。
講師の方のパワポが欲しかったです。
グループワークの際に、ランダムでグループ分けはされているところもありますが、演習回数が少ない指導者さんがいたのでその辺は全体をみて、グループ分けを考えてくださればより、深い学びになると思いました。(あまり、グループワークを一緒にできない指導者がいました)
どの科目も理解が深まりました。
授業設計法については、改めて基礎的な学びが必要と感じている。

【3】「研修内容は今後の活動に活用できるものでしたか」(検討が必要と思われる点と解決方法)
【第1回目自由記述内容抜粋】
是非活用させて頂きたいです。
とくに演習技法など、参考になることがたくさんありました。
ぜひ活用させていただきます。
自県において少しずつでも今回の学びを活用して今後の研修の向上に繋げていければと考えています。
特にありません
活用するものが多すぎたので、持ち帰ってから長期的に学習を個人ですと考えておりますので、地元からのフォローをお願いしたいと思います。
【第2回目自由記述内容抜粋】
オンラインでの研修のやり方やパーソンセンタードケアについては、非常に参考になった。
すこしずつでもできるところを実践していきたい。研修だけではなく、推進員での活動などでも
今回の学びをどう実践させるのか、考える時間があれば、自職場に戻った時や、他指導者への伝達ができやすのかもしれない。
他県との情報交換、共有ができれば、基本的にテキストの有無や講義の回数等の事前資料があれば、もっと深い情報共有ができたのでは。

【4】「各科目の配置(順番)は適切でしたか」(検討が必要と思われる点と解決方法)
【第1回目自由記述内容抜粋】
適切だったと思います。
設問2と同様です。
センターの先生方の講義をもっと受けたい。

適切な配置だったと感じています。
特にありません
個人的には別アンケートにも書かせていただいた「研修評価」の配置に疑問を感じました。
【第 2 回目自由記述内容抜粋】
授業法や演習法のオンラインについての知識を知り、内容に入っていた良かった。実践者やリーダー研修のことは最後までいいと感じた。
指導者の活動の共有の時間がどうしても、実践者研修、指導者研修に偏っていると感じました。地域や法人での活動もっと共有できればと感じた。

【5】「各科目の時間配分は適切でしたか」(検討が必要と思われる点と解決方法)
【第 1 回目自由記述内容抜粋】
適切だったと思います。
とくにありません。
授業設計方法や演習方法は長いと思ったが、あっという間でした。
5 日間の日程で少しタイトなスケジュールであったように感じます。
特にありません
正直あと一割でも時間を長く学びたいと感じています。
【第 2 回目自由記述内容抜粋】
長いと思います。オンラインであれば、もう少し短くても良いのではないかな。
学びが多く大変身につくことができましたがオンラインで 18 時まで少し長いように思いました。日数が増えてもいいので時間の短縮を検討してもらえたらよいと思います。
毎回、振り返りの時間があるんですが講義でも振り返りをしている項目があったので削れるところは削いでもいいと思いました。オンライン研修で1Hに1回の休憩は受ける側にとってはとても有難かったが、18時までの1日の研修は正直長いと感じました。
新カリキュラムの内容に関する部分を、もう少し時間を取って聞けたら良かったと思いました。

【6】フォローアップ研修の中で、今後必要とされる内容について
【第 1 回目自由記述内容抜粋】
地域の中での活動の部分です。実践者等の研修だけではなく、どのように指導者として都道府県や市町村、他の職種とのかかわりなど、活動の実践方法など、依頼を待つだけでなく、どのように課題と捉えアプローチしていくかなどの部分も教えて頂けたらありがたいです。
最新の知識については、個人的に持ち帰って事業所を含めさまざまな場で報告したいと思っていたので、もう少しボリュームがあってもよいと思いました。
センターの先生方による実践者研修とリーダー研修の変更点のみではなく、内容をもう少し欲しいです。
今現在、特に思いつきませんが私自身で言えば、もう少し講義方法や演習方法について学ぶ時間があれば良いと思いました。

オンラインの効果的な使用方法 チームビルディングに使えるオンライン上の演習
演習技法においてかは分かりませんが、オンラインに対する指導者の対応方法などいただきたいと思います。
【第 2 回目自由記述内容抜粋】
実際にあってない人同士で、いきなりグループワークになるので、自己紹介はしたが、深い話をすることはできなかった。交流会の自己紹介を最初にやってからでないと、人となりがわからない。 グループワークの時に共有が苦手な人もいるので、全員が平等に書記を務めてはいない。であれば、事務局が書記をしてほしかった。話を聞くのと打ち込むので、ゆっくり内容に入れない場面があった。また、書記が発表していたので、分けるのであれば分ける、一緒であれば一緒と決めて決めほしかった。指導者同士であるが、話し合いでは決めにくい。
施設介護の話しが殆どなかったように感じます。留意点や施設介護だからこそできることもあると思うのでその辺の話しが聞けたらよかったと思います。
後輩指導者の育成方法など
パーソンセンタードケアの講義を続けて頂きたいです。他の指導者にも聞いてもらいたい。
全体でのディスカッションの時間がもう少しあれば、お互いがもっとよくわかったのではないかとおもいました。
課題設定の進め方について 各件で、進め方や使用ツール(様式)もバラバラだというお話があったので、科目の目的が一緒でも、実際の結果や到達地点にバラツキが出てしまうのではないかと感じました。 そのため、使用する様式の統一や進め方のすり合わせなどが出来ると良いと感じたので、課題設定の部分の科目が必要だと感じました。
地域での課題に向け実践している指導者の実践報告があればと思いました。
実践者研修及びリリーダー研修における課題設定のポイントや具体的なアドバイスの技法。特に実践者研修において、インターバル期間でまとめた様式を学習の共有で活かして、そのあと演習2、アセスメントを経由して課題設定に繋げていくか。また課題設定の課題の整理の仕方を学びたい。
今回のカリキュラムがよいと思います。

【7】 フォローアップ研修についてのご意見・ご要望等について
【第 1 回目自由記述内容抜粋】
大変勉強になりましたし、良い刺激となりました。また受講させて頂きたいです。
体験型学習の「授業法」は、とても実りのある時間でしたが、やはりもう少し資料があるとありがたいと思いました。
貴重な時間をありがとうございました。自分を刺激する、スキルアップすることが自分の職場を通じてのみであり、視野が狭くなっていた。やはりセンターの先生方から学ぶことがしっくりきます。
私自身、指導者として研修を担当させて頂き講義を行う事が増えました。その中で受講生の立場に立っての「理解」を意識しながら講義は行っておりましたが、具体的な改善策が分からなかったのですが、今回の FU 研修に参加させて頂き解決の糸口に結び付けることができたように感じております。日々、悩みながらの指導者活動ではありますが、自分は「何を伝えたいのか」・相手は「何を学びたいのか」を常に意識しながら活動を続けていけたらと思います。最後になりますが、ご指導頂いた各先生方にお礼を申し上げます。有り難う御座いました。
「効果的な授業開発」は事前にどれをしたいかと確認はありますが、その時点でデーターを持参しなければ一から行うまでの時間はないのではないのでしょうか。全く担当したことのない講義も気になってはいましたが、やはり難しいなと思いました。

講義・演習計画書の作成において、あらかじめ1度講義を行ったものに対して、疑問を今回のフォローアップ研修で解決しようと計画書を持ち込んできましたが、一から計画書を作成するとなると時間的に足りないと思いますので、事前アナウンスが必要と思います。

【第2回目自由記述内容抜粋】

同期の指導者と語れる場を提供してもらいたいです。

もう少し、指導者としての実践を積んでから受けたかったんですが受けてみての学びはとてもありました。これから研修などで色々学ばせていただいたり、ご助言いただければとても有難いです。この仕事はまだ続けていくと思いますので、今後ともよろしくお願いします。

色々お世話になりました。とても学びの深い研修で、自分自身を振り返ることができました。

他県の方の講義方法や苦労なども伺うことができる良い機会になりました。自分の足りないところを補える良い研修でした。

オンライン研修ということで、直接講義を聞き、意見交換が出来なかったのが残念だと思いました。しかし、この5日間の中で、自分が課題としている講義や演習の進め方の部分でお話を聞くことができたので、良かったです。ヒントをいただいたので、自分が担当する講義や対象とする方の特徴等によって、上手に使い分けていければと思いました。まずは、色々試して失敗して学びたいと思いました。

5日間という時間が長く感じましたが、学びが多い研修でもあったので、機会があればまた参加してみたいと思いました。5日間、ありがとうございました。

ありがとうございました。実践者研修で受講生にどう実践に生かすかという言葉、自分へ向け、準備したいと思います。

このたびはフォローアップ研修を受講させていただき、ありがとうございました。今後、フォローアップ研修は、自分が修了した同期の方と、数年後にフォローアップ研修を受講してみるのも良いかと感じました。

新カリキュラムから時間が経過し、実務を経験してから行われるフォローアップ研修は、自分の経験と照らし合わせられる部分が多くなるので、パーソン・センタード・ケアなど実感を持って聞くことができ学習効果が高かったと思います。また、授業設計授業演習等、実際の講義で直面した悩み等をフォローアップ研修で解消することができました。学習効果の高さと悩み解決の2つの観点において、フォローアップ研修は大きな意味を持つと思います。そして、認知症介護指導者同士で交流し、これまでの成功や失敗を踏まえて経験から学び、自立的に成長する姿勢を身につけることや、知識を得ることはもちろん、講義の中から対人援助、接遇、マナーやコミュニケーション能力をより磨くこと、お互いに刺激を受けながら成長へのモチベーションを高めること、研修や業務に対する不安・悩みを解消し、自信をつけることができる研修でした。先生方、スタッフの皆さん、指導者の皆さん、研修に関わる全ての皆様、コロナ禍にて研修を企画、実行していただき感謝しております。ありがとうございました。

認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会委員から

新型コロナウイルス感染症が国内で初めて確認されてから3年が経過し、今年5月には感染症法上の分類が引き下げられることになりました。この間、施設系介護サービスではクラスターの発生、在宅系介護サービスにおいては介護サービスの利用控え、経済・社会活動の制約に伴う経済的困窮者の増加、ボランティア等による地域活動の制限など、多くの困難に直面することになりました。またロシアによるウクライナ侵攻の影響により歴史的な物価高が依然と続くいま、「当たり前の生活」とは「人として生きる」とは何かを考えざる得ない状況が続き、まだまだ緊張感を強いられる日々ではありますが、一日も早く世界に平和が戻る日をお祈りいたしております。

令和4年度の認知症介護指導者フォローアップ研修の目的は「認知症介護指導者研修修了者に対し、一定期間ごとに最新の認知症介護に関する高度な専門的知識等を習得させるとともに教育技術等の向上を図ることにより、第一線の認知症介護従事者に対して最新の専門的な認知症介護技術を的確に伝授できる体制を整備することを目的とする」として、第1回を令和4年11月、第2回を令和5年1月に開催いたしました。第1回は集合型研修にて開催し、第2回は新型コロナウイルス感染症の感染拡大によりオンライン式で研修を開催しております。フォローアップ研修では、①新カリキュラムの動向や近年のトピック。②ケア理念及び授業設計や地域活動における実践力を高める。③各地域での指導者としての活動内容や苦慮している点についての情報交換が行われています。

さて、令和4年度認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会は、矢吹知之委員長をはじめとした、仙台センターの諸先生方、仙台センター、東京センター、大府センター修了指導者及び有識者が委員として参加され、研修内容やまた研修の開催のあり方など幅広い視点で検討しております。また集合型研修・オンライン研修の良さや今ある形をより良くするための改善点等がいくつかあげられ、オンライン式での研修についての有効点や改善点、また受講しやすくするために課題点なども検討しております。

ぜひ今年度のフォローアップ研修実施報告書の内容を精読し、認知症介護指導者の活動における実践者研修・リーダー研修また各地域等で活用いただければ幸いです。

令和5年3月

認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会 副委員長 佐藤 真

令和4年度第1回認知症介護指導者フォローアップ研修

講義資料

目次		
最新の認知症介護知識～これまでのケアとこれからのケア教育～	加藤 伸司	16
最新の認知症介護知識～認知症の人の意思決定支援～	川崎 裕彰	28
最新の認知症介護知識～認知症医療の最新知識～	加知 輝彦	35
最新の認知症介護知識～実践研修の報告～	田村 みどり	40
認知症介護における効果的な授業開発～実践者研修～	矢吹 知之	42
認知症介護における効果的な授業開発～実践リーダー研修・基礎研修～	阿部 哲也	64
認知症介護における人材育成方法～授業法～	上條 晴夫	90
認知症介護における効果的な授業開発～演習技法～	後藤 美香	92
最新の認知症介護知識～研修評価～	吉川 悠貴	101

これまでのケアとこれからのケア教育

認知症介護研究・研修仙台センター 加藤伸司

1. 認知症の人のとらえ方はどのように変わってきたのか

認知症当事者の呼び方の変遷

- | | |
|--|--|
| <p>医学(診断)的な呼び方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・痴狂 痴獣(重度) ・痴呆(明治初期) ・吳秀三がDementiaを翻訳 ・認知症(2004年) ・神経認知障害(2013DSM5) ・日本では「認知症」 | <p>一般的な呼び方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電線した老人 ・恍惚の人(有吉佐和子) ・呆け老人、痴呆老人 ・痴呆性老人 ・認知症患者 ・認知症の人 ※全人格が認知症というイメージになるので不適切という意見もある ・認知症と共にある人 (Person with dementia) |
|--|--|

認知症の人のとらえ方の変遷

- 【第1期:何も分からなくなった人】
- ・隔離・収容・拘束・本人の能力を無視
- 【第2期:精神の病気の人】
- ・医療・治療対象・症状緩和・能力に関わらない
○○療法など
- 【第3期:介護の対象の人】
- ・介護・生活支援の対象・能力の尊重
- 【第4期:普通の人】
- ・主体的に生きることへの支援

宮崎和加子「認知症の人の歴史を学びませんか」

2. 認知症ケアのこれまでとこれから

●認知症をめぐる社会状況と認知症ケアの変遷●

[老人福祉法制定以前 1800年代～]	
社会状況	認知症ケアの流れ
・京都癲狂院認可(1872)その後いくつかの癲狂院を中心に認知症の人を処遇 ・精神病者監護法(1900) ・Dementiaを「痴呆」と翻訳(1908)	・認知症は人に迷惑をかける恥ずべき病気 ・私宅監置室における監禁や精神病院への収容
[1960年代～1970年代(昭和35年～54年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
・日本老年学会誕生(1959) 医学・社会科学 ・老人福祉法制定により特養等施設の体系化(1963) ・家庭奉仕員派遣事業着手(1963) ・敬老の日が定められる(1966) ・有吉佐和子の「恍惚の人」が社会的話題に(1972) ・老人医療費無料化(1973)により、全国に多くの老人病院が開設され、認知症の人の受け皿となる	・高齢者の介護は身体ケア中心の時代 ・認知症のケアについての明確な理念や方向性もなく、場当たりのケアが行われていた ・BPSDは問題行動と呼ばれ、ケアは対処的なもので、投薬、身体拘束などが中心 ・国立療養所菊地病院に認知症高齢者の専門病棟新設(CureからCareへの転換)

[1 9 8 0 年代 (昭和 5 5 年～平成元年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
・ ぼけ老人を抱える家族の会発足 (1980) ・ 「痴呆性老人処遇技術研修」が開始される (1984) ・ 厚生省に痴呆性老人対策推進本部設置 (1986) ・ 社会福祉士および介護福祉士法制定 (1987) ・ 老人保健施設が本格実施 (1988) ・ 老人性痴呆疾患治療病棟および老人性痴呆疾患デイケア施設の創設 (1988) ・ 老人性痴呆疾患センター創設 (1989) ・ 高齢者保健福祉 10 ヵ年戦略：ゴールドプラン (1989)	・ 施設等でレクリエーション活動が取り入れられるようになる。 ・ 徘徊などの周辺症状の背景や意味を考え始めるようになり、個別対応を模索するようになった時期。 ・ 研修として初めて痴呆性老人処遇技術研修が体系化 ・ 認知症ケアに有効な建築構造として回廊式が流行。 ・ その後環境の重要性が認識され始め、一部の先駆者達によるグループホームや宅老所が試行的に始まった時代。
[1 9 9 0 年代 (平成 2 年～平成 1 1 年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
・ 老人保健施設痴呆専門棟の創設 (1991) ・ デイサービスセンターE型の創設 (1992) ・ 「寝たきり老人ゼロ作戦」の推進 (1993) ・ 在宅介護支援センターの法定化 (1994) ・ 高齢者保健福祉 5 ヵ年計画：新ゴールドプラン (1994) ・ 国庫補助事業のグループホーム本格開始 (1997) ・ 日本看護協会認定「専門看護師」誕生 (1996) ・ 「認定看護師」誕生 (1997) ・ ゴールドプラン 21 策定。認知症支援対策の推進 (1999)	・ 北欧諸国のグループホームが注目されるようになる (90 年代前半) ・ 認知症の人の環境に関する研究が活発に行われるようになる (90 年代後半) ・ 小規模化したケアの有効性が主張されるようになり、大型施設にもユニットケアが取り入れられ始める。 ・ 問題行動の用語に代わる「行動・心理症状 (BPSD)」という概念が紹介される。 ・ キットウッドのパーソンセンタードケアという考え方が紹介され始める ・ 役割のある生活や尊厳のある生活など、生活の質に目を向けたケアが模索されるようになる (90 年代後半) ・ 介護保険を前に様々なアセスメントツールが開発

[2 0 0 0 年～2 0 0 4 年 (平成 1 2 年～平成 1 6 年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
・介護保険法施行(2000)措置から契約へ ・グループホームが介護保険サービスに位置づけられる。 ・介護保険施設等での身体拘束が禁止され身体拘束ゼロ作戦が推進される(2000) ・「ゴールドプラン 21」痴呆性高齢者支援対策の推進が取り上げられる ・成年後見制度施行 (2000) ・高齢者痴呆介護研究・研修センターの創設 (2001) ・痴呆介護実務者研修基礎課程、専門課程、痴呆介護指導者養成研修開始(2001) ・日本痴呆ケア学会 (現日本認知症ケア学会) 誕生 (2001) ・グループホームのサービス評価制度開始 (2001) ・自己評価・第三者評価等の評価事業の本格稼働(2002) ・個室・ユニットケアによる新型特養の推進(2002) ・「2015 年の高齢者介護」が報告される (2003) 高齢者ケアは認知症ケアが標準モデル ・国際アルツハイマー病協会「第 20 回会議」が京都で開催(2004) ・「痴呆」という名称が「認知症」に変わる (2004)	・介護保険導入に伴い、与えられるサービスから選べるサービスへ変化 ・介護保険により、認知症ケアは制度上でも重視される ・現在の認知症介護実践者研修・実践リーダー研修・指導者養成研修の前身である、「痴呆介護実務者研修基礎課程」「痴呆介護実務者研修専門課程」「痴呆介護指導者養成研修」が全国一斉に始まる(2001) ・認知症ケアは学会レベルでも重視されるようになる ・トム・キットウッドの「パーソンセンタードケア」という用語が一般化し、認知症の人を中心にしたケアの考え方が広がり始める ・バリデーションセラピーやディメンシア・ケア・マッピングなどが盛んに紹介されるようになる。 ・2004 年 10 月に京都で開催された国際アルツハイマー病協会「第 20 回会議」では、国内外の認知症の当事者による講演が行われ、反響を呼ぶ
[2 0 0 5 年～2 0 0 9 年 (平成 1 7 年～平成 2 1 年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
・「認知症を知り地域を作る 10 カ年」(2005) ・「認知症サポーター100 万人キャラバン」 ・「認知症でもだいじょうぶ町づくりキャンペーン」「認知症の人本人ネットワーク支援」	・認知症の当事者である人たちの「本人ネットワーク」、認知症の人の本人会議 (2006) など、当事者による活動が活発化する

「認知症の人や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進」などが展開されるようになる(2005) ・認知症ケア学会認定「認知症ケア専門士」誕生(2005) ・高齢者虐待防止法の制定(2006) ・地域密着型サービス制定(2006) ・小規模多機能型居宅介護の制度化(2006) ・介護保険における新予防給付の創設(2006) ・地域包括支援センター発足(2008)	・認知症の人のためのアセスメントシートであるセンター方式が開発されるなど、新しいケアの流れが浸透し始める(2008)
[2010年～2014年(平成22年～平成26年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
・認知症施策推進5か年計画：オレンジプラン(2012) ・アメリカ精神医学会のDSM-5で、Dementiaの用語がNeurocognitive Disorders(神経認知障害)に変わる(2013) ・認知症介護基礎研修開始(2014)	・認知症カフェが紹介され始める(2012) ・2013年ころよりユマニチュードがブームになる ・「日本認知症ワーキンググループ」が発足(2014)
[2015年以降(平成27年～)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
・認知症施策推進総合戦略：新オレンジプラン(2015) ・国際アルツハイマー病協会「第32回会議」が京都で開催(2017) ・認知症施策推進大綱発表。認知症基本法の動き(2019) ・認知症本人の方々を認知症に関する普及啓発を行う「希望大使」として任命(厚生労働省2019) ・認知症介護基礎研修受講義務化(2021)(基礎研修の完全eラーニング化)	・認知症カフェ全国に650ヵ所(2015) ・日本認知症ワーキンググループによって、「認知症の本人からの提案」が厚生労働省老健局長に提出(2016) ・認知症の当事者達による講演や、学会などでの特別講演などが増え、当事者達による運動が広がりをみせている ・認知症カフェ全国に7,023ヵ所(2018)

3. 認知症介護教育に関する全国的な研修システム

■ 1984年（昭和59年）

「痴呆性老人処遇技術研修事業」

各都道府県・政令指定都市に痴呆性高齢者を多数処遇している特養を県1，市1単位で指定。管内施設のケアワーカーを対象に実践的研修を始める。

・・・・・・・・・・ 約15年が経過して

＊2001年（平成13年） 全国研修開始＊

・痴呆介護実務者研修（基礎過程・専門課程）

・痴呆介護指導者養成研修

→ その後認知症介護実践者研修、リーダー研修、指導者養成研修に・・・

4. 認知症ケアの歴史

第1の段階・・・old culture	第2の段階・・・new culture
認知症を治らない病気としてとらえ、正確な診断と医療的な認知症ケアが中心だった時代。様々な行動を問題ととらえ、その対応を重視した時期。	認知症への関わり方を重視し、本人の苦しみや不安、周囲の人に何を求めているのかを知り、それに応えていくことの大切さに気づいた時期。

※Culture とは、単に文化という意味だけではなく、社会の風潮や組織風土などを含む広い概念。

5. これまでの認知症ケアの問題点

（問題対処型のケアを行ってきたこと）

- 認知症のケアについての明確な理念や方向性もなく、場当たり的なケアを行ってきたこと。
- 徘徊、妄想、攻撃的言動などを問題ととらえ、その問題に対する対処を中心に考えてきたこと
- 認知症高齢者の行動だけをみて、その原因や行動が起こる背景を考えずに対処してきたこと

6. 認知症の人のとらえ方とこれからの認知症ケア

●認知症の人の「認知症」と「人」を理解する

1) 「認知症」を理解するということ

- ・脳の障害によって起こる病気を理解する（専門職として必須の知識）
 - ①原因疾患の特徴を理解する（原因と臨床的特徴）
 - ②原因疾患別のケアのあり方を理解する

2) 「人」を理解するということ

- ・性格傾向の理解：気質、能力、対処スタイル
- ・生活歴の理解する：本人の人生の歴史を理解する（物語を理解する）
- ・健康状態・感覚機能（視力や聴力等）の理解
- ・その人をめぐる社会心理学的状況の理解：社会との関わり、人間関係のパターン

【パーソンセンタードケアの基本的な考え方】(T.Kitwood)

- ・ 疾病や症状ではなく、生活個体を対象にしたアプローチに重点を置く考え方
- ・ サービス提供者側が選択するのではなく、利用者を中心に選択するケア
- ・ **Personhood** : 本人の自分史、本人の物語をケアの中心に置く内的体験を聴くことにケアの原点を置く考え方
- ・ これまでのケアは認知症を「病気」としてとらえ、人を中心に考えてこなかった。病気の理解は大切だが、病気を抱えた人を理解するという視点が大切。

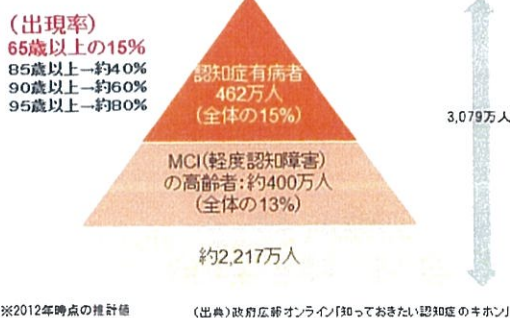
* 認知症だけをとらえるとケアの限界が見える。人ととらえるとケアの可能性が広がる

3) 目的や原因対処型のケアを行うこと

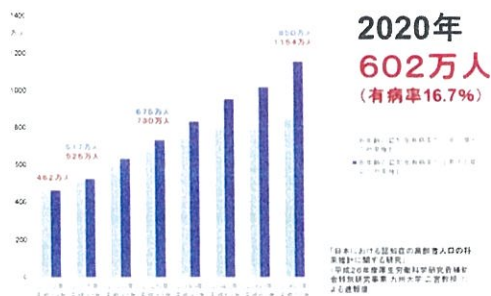
- 徘徊、妄想、攻撃的言動などがおこる原因や背景を考え、その原因や本人なりの目的に対応したケアを考えていくこと。
- 現実世界での対処を考えるのではなく、認知症高齢者の内的世界を理解し、その世界の中で安心できるような対応を考えること。

7. 明らかになった認知症高齢者の実態

高齢者における認知症の現状(厚労省)



認知症の将来推計



8. 気になるMCIの存在

●Mild Cognitive Impairment (MCI)

本来アルツハイマー病 (AD) など認知症とはいえないが、知的に正常ともいえない状態を指す。最近ではアルツハイマー型認知症の前駆状態を意味する用語と捉える人が多い。

MCIの考え方

Petersen らの定義(1996)

- ・ 主観的なものの忘れの訴え
- ・ 年齢に比し記憶力が低下 (記憶検査で平均値の1.5 SD 以下)
- ・ 日常生活動作は正常
- ・ 全般的な認知機能は正常
- ・ 認知症は認めない

臨床・認知機能面からの診断基準

- ・ 本来の認知機能レベルから低下していることが本人、周りの人、医師から申告される。
- ・ 記憶など、1つ以上の認知領域での障害があることが客観的に示される。
- ・ 生活機能が自立している
- ・ 認知症とはいえない。

※ 認知症との違いは、日常生活が自立しているかどうか

MCI 4つのタイプ

記憶障害のある健忘型		記憶障害を認めない非健忘型	
①健忘型MCI (Amnesic MCI)	②健忘型MCI (Amnesic MCI)	③非健忘型MCI (Non-amnesic MCI)	④非健忘型MCI (Non-amnesic MCI)
単一領域の記憶機能障害があるタイプ (Single Domain)	複数領域の記憶機能障害があるタイプ (Multiple Domain)	単一領域の記憶機能障害があるタイプ (Single Domain)	複数領域の記憶機能障害があるタイプ (Multiple Domain)
アルツハイマー型認知症 (AD) の前駆状態の大部分は健忘型MCIに含まれる。またうつ病は記憶障害、注意障害、実行機能障害などを認める場合があり、健忘型の一種である。		前頭側頭型認知症 (FTD) は言語機能あるいは実行機能の障害で発症しやすいこと、またレビー小体型認知症 (DLB) の初期には注意障害と視空間認知障害をしばしば認めることから、それぞれ非健忘型MCIの代表的な下入疾患に挙げられる。	

●MCI から認知症への移行

- ・MCI を放置すると1年間で10%～15%、4年間で約50%の人が認知症を発症する。
- ・一方認知機能が正常化する「リバート」は年間で10%～40%であり全体の20%～30%の人は回復する。
- ・認知症になってからではなくMCIの段階で診断するメリットは、本人が病気のことをよりきちんと理解できるという点。個人差はあるが、病気を受け止められると、予防に取り組む意欲につながりやすい(本間昭)

9. 若年認知症の最新の調査

若年認知症調査の比較

順位	3.78万人(朝田2009)	3.57万人(栗田2020)
1	血管性認知症 39.8%	アルツハイマー型認知症 52.6%
2	アルツハイマー型認知症 25.4%	血管性認知症 17.0%
3	頭部外傷による認知症 7.7%	前頭側頭型認知症 9.4%
4	前頭側頭型認知症 3.7%	頭部外傷による認知症 4.2%
5	アルコール性認知症 3.5%	レビー小体型認知症 4.1%
6	レビー小体型認知症 3.0%	アルコール性認知症 2.8%

いずれの調査でも若年認知症は男性に多い。
2020年度調査の推定値が低いのは、65歳未満人口の減少によるもの。
※若年認知症は、認知症全体の0.6%

(朝田2009)若年性認知症の発症と対応の基盤整備に関する研究報告書
(栗田2020)若年性認知症の有病率・生活実態把握と多角的データ共有システム構築書

認知症の原因疾患別割合

順位	高齢期の認知症 (朝田2013)	若年認知症 (栗田2020)
1	アルツハイマー型認知症 67.6%	アルツハイマー型認知症 52.6%
2	血管性認知症 19.5%	血管性認知症 17.1%
3	レビー小体型認知症 4.3%	前頭側頭型認知症 9.4%
4	前頭側頭型認知症 1.0%	頭部外傷による認知症 4.2%
5	その他・未診断 7.6%	レビー小体型認知症 4.1%

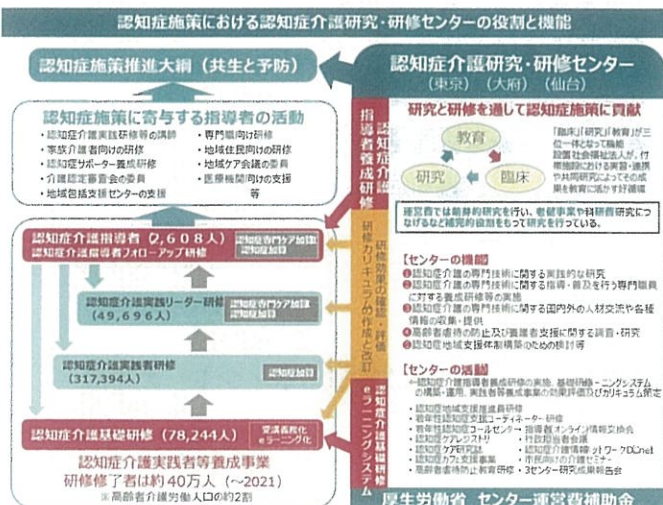
高齢期の認知症も若年認知症もアルツハイマー型認知症が最も多く、次に血管性認知症の順になっている。
若年認知症では、前頭側頭型認知症が3番目、頭部外傷が4番目に入っているのが特徴。

(朝田2013)「都市部における認知症有病率と認知症の生活実態把握」の付録「総合研究報告書」
(栗田2020)「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多角的データ共有システム」報告書

2009年の朝田の推計値は、3.78万人であったが、2020年の栗田の推計値は3.57万人。

- ①最初に気づいた症状はもの忘れ(66.6%)とともに、職場や家事などでのミス(38.8%)が多い
- ②約6割は発症時点で就労していたが、そのうち7割が調査時点で退職している。
- ③約6割が世帯収入の減少を感じており、主な収入源は約4割が障害年金、約1割が生活保護
- ④約3割は介護保険の申請をしていない

10. 認知症介護における人材育成(2021:令和3年度)



認知症介護研修の修了者

(平成13年度から令和2年度まで)

- ・指導者研修修了者……………2,608人
- ・実践者研修修了者(旧基礎課程を含む)……………317,394人
- ・実践リーダー研修修了者(旧専門課程を含む)……………49,696人
- ・認知症介護基礎研修修了者……………78,244人
- 合計447,942人
- ・指導者が養成した実践者とリーダー……………367,090人

※介護職員数(2019R1)約211万人の2割程度(21.2%)

1 1. 認知症の普及啓発（認知症サポーター養成研修）

*サポーターは、2022年9月30日現在で14,058,007人（含むキャラバンメイト：173,058人）

日本国民1億2554万人の11.2%（国民の10人に1人は認知症サポーター）

10代以下が最も多く26.9%であり、次に多いのは70代以上の19.6%

20代までのサポーターは35.7%、60代以上のサポーターは34.8%であり、サポーターの7割は20代以下と60代以上となる。

女性はサポーターの6割以上であり、すべての年齢層で女性が多い。

※2022（R4）年

1 2. 新たな認知症介護研修体系の確立とケアの質向上を目指して

老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）に基づく研究

①平成25（2013）年度 老人保健健康増進等事業

- [認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方及び既存研修のあり方に関する調査研究事業](#)

（日本能率協会総合研究所）

【概要】

- ・認知症介護実践者等養成研修事業（実践者研修、実践リーダー研修）において、実施日数の格差、内容の重複や改変などのばらつき、実習協力施設の不足、受講要件との実際の受講者能力・経験のギャップ、評価の未実施、シラバスの欠落などが明らかになった。

②平成26（2014）年度 老人保健健康増進等事業

- [認知症介護実践研修、指導者養成研修のあり方およびその育成に関する調査研究事業](#)

（認知症介護研究・研修仙台センター／3センター共同研究）

【概要】

- ・これまでの認知症介護実践研修のカリキュラムの見直しとシラバスの作成。
- ・新カリキュラムの早期実現に向けたフォローアップ研修の実施

- [高齢者虐待の要因分析と地方自治体の施策促進に関する調査研究事業](#)

（認知症介護研究・研修仙台センター）

【概要】

- ・虐待防止法に基づく対応状況調査データの要因分析
- ・地域包括支援センターのニーズ調査
- ・施策促進のポイントのとりまとめと「高齢者虐待対応の実態と施策推進のポイント」の作成

③平成 27 (2015) 年度 老人保健健康増進等事業

●認知症介護基礎研修、実践研修等のあり方およびその育成に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・基礎研修の e-ラーニング方式のシステムを開発及び集合型研修と e-ラーニング方式によるモデル研修の実施
- ・実践研修の新カリキュラムによる実施を促すための研修方法および研修評価方法を検討

●高齢者虐待の要因分析及び対応実務課題の解決・共有に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・虐待防止法に基づく対応状況調査データの要因分析
- ・地域包括支援センターの実務課題調査
- ・市区町村・都道府県の実務課題の整理と改善策の検討、および行政に対する研修会の実施

④平成 28 (2016) 年度 老人保健健康増進等事業

●認知症カフェの実態に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・認知症カフェの実態把握調査とカフェに関する市区町村の支援状況調査
- ・諸外国の先行事例収集
- ・認知症カフェの継続と発展に向けた認知症カフェの共通概念の作成

●高齢者虐待の要因分析及び調査結果の継続的な活用・還元方法の確立に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・高齢者虐待の要因分析と調査設計の見直し
- ・調査結果の活用と還元方法の提言

⑤平成 29 (2017) 年度 老人保健健康増進等事業

●認知症介護従事者に対する研修の効果的な実施方法及び評価に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・基礎研修 e-ラーニングの実施状況を踏まえて課題と対策を検討
- ・実践研修・指導者養成研修への e-ラーニング導入方法の検討

●認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・在宅介護経過調査（6,203 人）を対象。違和感を覚えた時期から現在までの支援
- ・地域包括支援センターの相談事例収集（1,000 か所）
- ・家族支援ガイドブックと手引書の作成

●高齢者虐待の要因分析及び高齢者虐待防止に資する地方公共団体の体制整備の促進に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・厚生労働省の方に基づく対応調査実施への協力（集計と虐待の要因分析）
- ・市区町村、都道府県の体制整備促進を目的とした研究会・シンポジウムの開催

●高齢者虐待による重篤事案の特徴整理と検証指針の作成

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・過去の法に基づく対応調査形状死亡事例に対する再調査、追加調査、ヒアリング調査に関する調査内容・方法等の提案
- ・死亡事例に対する再調査及び追加調査の集計・分析
- ・死亡事案以外の重篤事案の特徴整理を目的とした再分析 冊子資料化

⑥平成 30（2018）年度 老人保健健康増進等事業

●認知症介護従事者に対する研修の効果的な実施方法及び評価に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・実践者研修・リーダー研修における e ラーニング学習用コンテンツの検討と、研修体制の検討

●認知症カフェの継続と設置促進のためのガイドブック作成

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・過去の調査結果の再分析（H28 年度調査）
- ・有識者による委員会での検討と結果の整理

●認知症の人とご家族の空白の期間を解消するための冊子作製

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・ 全国の認知症疾患医療センターを対象にした質問紙調査の実施
- ・ 諸外国の早期支援に関する文献調査
- ・ 早期支援につながることの促進を目的にした市民向け冊子「もしも気になるようでしたらお読みください」と、診断ご支援のための専門職向けの事例集「Q&A でわかる診断後の認知症の人とご家族の支援方法」の作成

⑦令和元（2019）年度 老人保健健康増進等事業

●認知症介護従事者に対する研修の効果的な実施方法及び評価に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・ 認知症介護研修における e ラーニング導入課題の把握と導入方法の検討

●認知症の人と家族の日本版一体的ケアプログラムの開発

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・ オランダやヨーロッパの「ミーティングセンターサポートプログラム」を手掛かりに、認知症の人と家族を一体的に支援する効果的な介入プログラムを開発

⑧令和 2 (2020)年度 老人保健健康増進事業

●認知症介護基礎研修の効果的な実施方法に関する研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・ 基礎研修体制の確立と教育コンテンツの改訂による受講率向上を図る

●認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・ 認知症の本人と家族を一体的に支援する効果的な介入プログラムについて全国 5 地域でモデル事業

●認知症介護指導者養成研修等のアウトカム評価に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター／3 センター共同研究)

【概要】

- ・ 実践者研修・実践リーダー研修のアウトカム評価のための施設・事業所調査の実施（4,824 か所）
- ・ 指導者の活動実態調査及び活動好事例の収集（指導者 2,298 名）
- ・ 研修の効果（アウトカム）や意義を整理し、その周知を目的とした冊子の作成

●認知症カフェにおける新型コロナウイルスの影響と緊急事態宣言等の状況下における運営のあり方に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・全国の市町村の担当者に対する認知症カフェの状況調査
- ・先駆的事例の収集と手引書の作成

⑨令和3(2021)年度 老人保健健康増進事業

●介護保険施設事業所における高齢者虐待防止に資する体制整備の状況等に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・介護施設・事業所に対する大規模調査による体制整備の現状把握と分析
- ・施設・事業所等の体制整備方法と、集団指導等に参考となる内容を整理し、資料化

●高齢者虐待における死亡・重篤事案等にかかる個別事例検証による虐待の再発防止策への反映についての調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・高齢者虐待に伴う死亡事例等の再調査と分析
- ・自治体における事後検証・再発防止に役立つ手引きの作成

●認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・全国10か所で、一体的支援プログラムのモデル事業を実施
- ・具体的な普及促進方法の検討と手引きの作成

●外国人介護人材の認知症介護基礎研修の学習支援に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

【概要】

- ・外国人介護人材を対象とする認知症介護基礎研修における日本語版eラーニングシステムを開発
- ・eラーニング用補助教材の開発
- ・認知症介護基礎研修eラーニング事業の運用課題と方向性の検討

⑩令和4(2022)年度 老人保健健康増進事業

●認知症カフェの類型と効果に関する調査研究事業

(認知症介護研究・研修仙台センター)

⑪令和4(2022)年度 厚生労働省委託事業

●高齢者虐待の実態把握のための調査

(認知症介護研究・研修仙台センター)

認知症の人の 意思決定支援について

公益財団法人 東京都福祉保健財団
人材養成部 福祉人材養成室
高齢者権利擁護支援センター
専門相談員 川崎 裕彰

1

意思決定支援に関する皆さまへの期待

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（以下、ガイドライン）

- ・研修実施：都道府県・指定都市15.2%
- ・内容：ガイドライン57.1%（ACP57.1%、最終段階42.9%）
- ・教材：ガイドライン研修（教材等）一部使用75.0%
- ・研修企画立案等相談先：認知症介護指導者養成研修修了者等
- ・課題：「日頃から認知症に関わる専門職は意思決定支援を意識してはいるものの、基本から学ぶ機会が少ないためガイドラインが認識されづらいことが課題」
- ・意見：「定期的に学び直し、認知症に関わる専門職が共通理解していくことが大切」
- ・背景：「自治体として、意思決定支援や権利擁護にかかる課題意識があった」（49.2%）

令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健施設等推進事業分）認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの普及・定着に向けた調査研究事業 報告書（令和4年3月）合同会社HAMJ、社会科学研究より引用

2

本科目の内容

- ・はじめに
- ・意思決定支援の必要性
- ・「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」について
- ・まとめ

- ・ワークを予定しています
- ・積極的なご参加をお願いいたします

3

認知症の人の「決める」場面で支援をしたことがありますか？

日常生活

- ・例えば、食事、入浴、被服、外出、排せつ、プログラム参加等

社会生活

- ・例えば、住まいの場を決める、サービス利用、財産の処分等

どのような工夫や配慮をしましたか？

4

ガイドラインの背景

- 我々一人一人が自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要
- このことは認知症の人についても同様

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用

5

意思決定支援の必要性

6

支援を受ける高齢者の置かれがちな状況

- (1) 喪失体験によるセルフエスティーム（自己肯定感）の低下
 - ・「自分を大切に」に思いにくく、目標を持ちにくい（「居場所」のない思い）
- (2) 「介護・支援を受けなければ生活できない」という場合のパワーインバランスの中での生活
 - ・「遠慮」「気兼ね」「諦め」を持ちやすい
 - ・主張を大切にされにくい（エイジズム）
- (3) 介護保険制度は「契約」によって利用するサービス
 - ・サービスの利用に多くの情報・選択肢・契約を必要とする
 - ・サービス内容が複雑でわかりにくい

7

認知症の人の意思決定の難しさ

認知機能障害により意思決定が難しい場合がある

- 記憶障害**：必要な情報の記憶が難しい
- 実行機能障害**：見通しがたてづらい
- 複雑性注意の障害**：集中が難しい
- 言語障害**：言葉の理解が難しくなる
- 社会的認知**：表情や場の雰囲気がつかみにくい

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修～認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用

8

自己決定（Self-determination）と意思決定支援（Supported decision making）

- ・「自己決定」は本人の持つ権利【自己決定権】である。
- ・自己決定権は、憲法における**基本的人権**の一つ。
- ・どんなに判断能力が低下しようとも、**本人には「意思」がある**。
- ・本人の意思決定を、**他者が支援することは、本人の自己決定権を侵害**することとなる。
- ・支援者が支援することは、本人の権利を侵害するという意識を持ち、**必要最小限の範囲に留める**ことが重要。

9

意思決定に関する各種ガイドライン

策定年	ガイドラインタイトル	発行
H29.3	「障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン」	厚生労働省社会・援護局
H19 (H30.3改訂)	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」	厚生労働省
H30.6	「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」	厚生労働省
R1.5	「身寄りがいない人の入院及び医療にかかる意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」	「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班
R2.10.30	「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」	意思決定支援ワーキング・グループ [※] ※最高裁判所、厚生労働省及び専門職団体（日本弁護士連合会、日本司法書士会連合会、公益社団法人成年後見センター、リーガルサポート及び公益社団法人日本社会福祉士会）

10

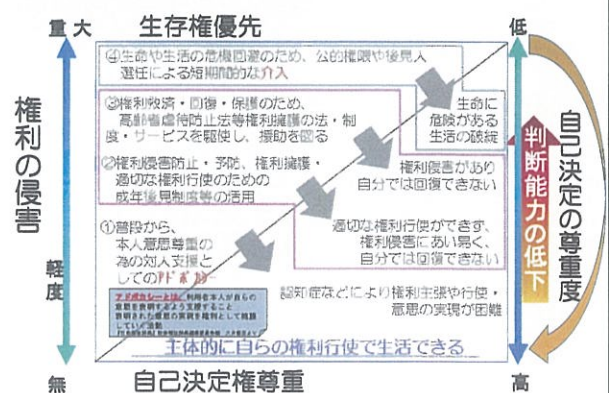
意思決定に関する各ガイドラインが示す、意思決定支援のポイント

- ・自己決定の尊重に基づき行うことが原則である
- ・まずは、本人の表明した**意思・選好を確認**する
- ・本人の意思は、**変化し得るものである**
- ・本人の意思を**繰り返し確認**する
- ・**チームで継続的に取り組んでいく**
- ・その都度**記録を残す**

他者による本人への「意思決定支援」は、本人の**自己決定権**をできる限り侵害しない形で、他者が**本人の権利を守る**という介入手法

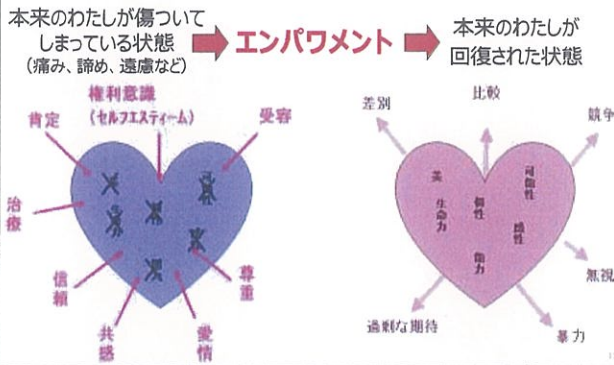
11

権利擁護の全体像



12

エンパワメントとは・・・



13

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」について

14

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

趣旨

意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様。

意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの。

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の概要
平成30年11月30日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室資料を参考に作成

15

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

基本事項

誰のため 認知症の人

（認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。）

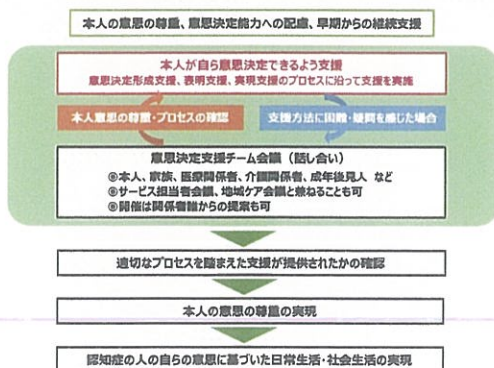
誰による 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人（意思決定支援者）
例えば、専門職種、行政職員、家族、成年後見人、地域近隣において見守り活動を行う人、本人と接し本人をよく知る人等

支援とは 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
（意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援）

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の概要
平成30年11月30日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室資料を参考に作成

16

意思決定支援ガイドラインの概念図



認知症の人の意思決定支援ガイドライン（第1版）認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（テキスト）と引用

17

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

【基本原則】

意思の尊重

- 個人の能力で理解できるように**説明**
- 表明した意思・**選好の尊重**

意思決定能力への配慮

- 本人には意思があり、**意思決定能力を有する**という前提に立つ
- 保たれている**能力を向上させる働きかけ**を行う

チームによる支援

- 継続的に支援する体制**
- 本人の意思の**繰り返し確認**、理解・過程・判断についての**チェック**

18

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の概要 平成30年11月30日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室資料を参考に作成

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

【プロセス】 記録、確認、振り返りを行う
疑問が生じたときはチームでの会議の併用・活用

人的・物的環境の整備（意思決定支援者の態度・信頼関係・立ち会う者との関係性への配慮・環境）

意思形成支援（適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援）

+

意思表明支援（形成された意志を適切に表明・表出することへの支援）

+

意思実現支援（本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援）

19

本人の意思の尊重

- ◎自己決定を尊重
- ◎本人の表明した意思（意向や選好）の確認・尊重から始まる
- ◎支援者の目線で評価をし、支援するかどうかを決めるのではない

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用

20

認知症の特性への配慮

- 決定する上で必要な情報を、認知症の人が有する認知能力に応じて、理解できるように説明する必要
- 言語による表示だけではなく、身振り手振り、表情の変化も読み取る
- 認知症の人が抱える困りごと（覚えにくい・展開が予想しにくい等）に、メリット・デメリットを分かりやすく、具体的に伝えることが大事

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用

21

意思決定支援を実際にするには

大阪意思決定支援研究会メンバー久岡英樹氏作成スライドより引用、池田敬哉

22

重大な影響が懸念される場合

以下の視点で検討する

- ◎ 明らかに不利益を生じる
- ◎ いったん発生すると回復が困難な重大な影響がある
- ◎ 問題の発生に蓋然性がある

例)

- ▷ 本人が基本的な日常生活も維持できない場合
- ▷ 財産の処分の結果、日常生活が維持できない

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用

23

認知症の段階への配慮

- ・ 意思決定能力を有することを前提に支援する
- ・ 本人の保たれている認知能力等を向上させるサポート・働きかけを行う

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用 一部改変

24

意思決定能力(1)

◎現存能力への配慮が重要

認知症の状態だけではなく、社会心理的、環境的、医学身体的・精神的・神経学的状態に変化する

◎支援者の支援能力によっても変化：

本人の認知能力だけではなく、適切な支援を検討・選択することが重要

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用

25

意思決定能力(2)

4つの観点から検討する

- ▶理解する力
... 説明の内容をどの程度理解しているか
- ▶認識する力
... 自分の事として認識しているか
- ▶論理的に考える力
... 論理的な判断ができるか
- ▶選択を表明できる力
... 意思を表明できるか

2つの領域の情報を収集する

- ▷認知機能、身体・精神の状態に関する情報
- ▷生活状況等に関する情報（日常生活でどれくらいできているのか、支援を使うことはできているのか、など）

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用

26

評価と支援の一体化

◎意思決定能力の評価の目的

本人の能力や環境に応じてどのような支援を提供するのがよいのかを評価し、適切な意思決定支援を提供するため

◎「決められる」「決められない」を判断するため、ではない

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修—認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用

27

意思決定支援のプロセス

・意思形成支援

- 必要な情報が説明されているか
- 分かりやすい言葉や文字、図、表などにして、ゆっくりと説明しているか
- 開かれた質問の活用、理解度の確認、特性に合わせて都度説明しているかなど

・意思表明支援

- 重要なポイントを整理してわかりやすく選択肢を提示しているか
- 本人の意思を表明しにくくしている要因はないか（環境・焦り）など

・意思実現支援

- 本人の能力を最大限活用しているか（体験を経て意思の変化が生じる場合も）
- 多職種で協働し、利用可能な社会資源を用い、あるいは開発して、日常生活・社会生活の有り方に反映させているか など

厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」p 6-10より引用 一部改変

28

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

プロセスにおける家族

家族がチームの一員になることが望ましく、その家族にも必要な情報を丁寧に説明する必要がある

本人の意思と家族の意思が対立する場合は、その家族としての悩みや対立の理由・原因を確認した上で、提供可能な社会資源等について調査検討し、そのような資源を提供しても、本人の意思を尊重することができないかを検討する

家族に対して、本人の意思決定を支援するのに必要な情報を丁寧に説明したり、家族が不安を抱かずに支援することが必要である

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の概要 平成30年11月30日厚生労働省老健局総務課認知症対策推進室資料を基に作成

29

高齢者にとっての家族

「高齢者」と「家族」は、「成人」と「成人」の関係

家族が高齢者の意向を無視して、当然のように本人のことを決めていい【権限】は、法的にはない

「無権代理」状態の家族が多い（成年後見人は法的代理人）

介護保険サービスの契約の多くが、家族によって行われているようにみえる。

しかし、被保険者が高齢者本人であるので、あくまでもサービス利用の契約者は「本人」である。

家族はサービス利用の契約者ではない（「代筆」「代行」）

高齢者

本人にとっての「尊厳の保持」、そのための家族支援

本人理解のために欠かせない存在（本人にとって良いことをしてくれる人、本人の大切な人への支援）という視点での関わりが重要

30

30

認知症の人の日常生活・社会生活 における意思決定支援ガイドライン

日常生活・社会生活における意思決定支援

日常生活における意思決定支援は、これまで本人が過ごしてきた生活が確保されることを尊重することが原則になる	社会生活における意思決定支援は、どのようなケアサービスを選ぶか、更には自己の財産を処分する等が想定される	本人の示した意思を日常・社会生活に反映した場合に、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合は、意思決定支援チームで話し合う必要がある
--	--	--

【認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン】の概要
平成30年11月30日厚生労働省医政課認知症対応型専門支援事業科を参考作成

31

様々な場面での意思決定支援

日常生活

- 例えば、食事、入浴、被服、外出、排せつ、プログラム参加等
- 生活史や価値観が強く反映される
- 過ごしてきた生活が確保されることを尊重
- 意思決定支援チームで、情報を集め・共有し、意思（意向や好み）を理解する
- 手段で補える部分を優先して検討する

社会生活

- 例えば、住まいの場を決める、サービス利用、財産の処分等
- 本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じる場合、適切な支援のプロセスを踏まえているか、十分な判断材料を得た上で検討する
- 意思決定支援チームの活用
- プロセスで話し合った内容は、都度記録を残す

32

認知症の人の日常生活・社会生活 における意思決定支援ガイドライン

意思決定支援会議

本人の意思決定能力の判定、また、本人の意思を日常・社会生活に反映した場合に、他者を害する恐れがあったり、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合には、チームで情報を共有し、共同して考える	意思決定支援会議は、地域ケア会議、サービス担当者会議等と兼ねることは可能であり、意思決定支援会議では、原則として、本人の参加が望ましい	専門職種や行政職員等は、適切な意思決定プロセスを踏まえた支援を提供するとともに、提供の過程や結果をモニタリング・記録し、評価を適切に行い、質の向上につなげる役割がある
---	---	---

【認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン】の概要
平成30年11月30日厚生労働省医政課認知症対応型専門支援事業科を参考作成

33

意思決定支援会議※と本人の参加

※意思決定支援チームのメンバーを中心として開かれる話し合い

- ◎ 本人も参加することが望ましい
- ◎ 確認は繰り返しおこなう
- ◎ 事後の振り返りをする（体験して意思が変わることがある）

注意点

- ▷ 本人への配慮が必要
- ▷ 地域ケア会議、サービス担当者会議等と兼ねることは可能

認知症の人の意思決定支援ガイドライン（研修）－認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（テキスト）より引用 一部改変

34

意思決定支援会議の運営

- ◎ 議題：メンバーの誰からでも提案
- ◎ 情報の共有
- ◎ 目的・根拠を明確にする
- ◎ 多職種のそれぞれの見方を尊重
- ◎ 話し合った内容は都度文書として残す

注意点

- ▷ 会議と会議の間にも支援は展開する（見落とし、意思の変化はないか）
- ▷ 会議ですべての点を検討できるわけではない

認知症の人の意思決定支援ガイドライン（研修）－認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（テキスト）より引用 一部改変

35

記録を残すこと

- ◎ 生活に影響を与えるような支援を行うごとに記録を残す

▶ 記録を残すときのポイント

支援をした状況、意向を判断した根拠を明確に記録する

例）▶ 娘と共に要点を紙にまとめながら説明した。

▶ 「○○がいいよ」と話すものの、落ち着かずいそいそと話を進めていた。言葉をうまく選べていないことがうかがえたので、改めて確認することが必要と判断した。

認知症の人の意思決定支援ガイドライン（研修）－認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（テキスト）より引用

36

支援のプロセスを確認する

- 支援の参考となる情報や記録は十分に収集されているか
- 能力を踏まえた適切な支援か
- 支援への参加者の構成は適切か
- 本人は緊張していないか
- 十分な時間を確保しているか
- 十分な情報が提供されているか
- 選択肢はわかりやすいか
- 本人にわかりやすい形で示されているか
- 利益、不利益が比較できるように示されているか
- 今後起こりうることは話し合われているか

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用 一部改変

37

今後、認知症の人の「決める」場面で支援を試みようと思うことはどのような場面ですか？

日常生活

・例えば、食事、入浴、被服、外出、排せつ、プログラム参加等

社会生活

・例えば、住まいの場を決める、サービス利用、財産の処分等

どのような工夫や配慮をしますか？

38

まとめ

- ◎ 日常生活・社会生活において意思決定をするうえで支援を要する場面に気づく
- ◎ 意思決定をするうえでの課題を理解できる
- ◎ 本人の能力や環境に応じてどのような支援を提供するのが良いのか評価する
- ◎ 本人の保たれている認知能力等を向上させる適切な働きかけを行う

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキストより引用 一部改変

39

意思決定支援とは、

「その人らしさを知り、本人を中心に、意思を引き出し、その意思をかなえるための支援」

日々の私たちの援助が、意思決定支援を踏まえた関りができていたのか足を止め、本人と向き合い、本人との対話や語りにも傾け、要望のための実現に取り組もうとしていたか

私が「目指していた」「したいと思っていた」援助は、その過程や結果にある

40

参考資料・参考文献



- ・厚生労働省「認知症施策関連ガイドライン(手引き等)、取組事例」
- ・認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインテキスト 平成31年3月 平成30年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金(老人保健健康推進等事業分) 認知症の人の意思決定支援のあり方に関する研究事業編(実施主体 学校法人梅村学園 中京大学)
- ・「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の概要 平成30年11月30日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室資料
- ・「意思決定支援実践ハンドブック」～「意思決定支援のためのツール」活用と「本人情報シート」作成～2019.7.20(公社)日本社会福祉士会編・倫民事法研究会
- ・意思決定支援ガイドライン厚労省の動画「認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修」

41

認知症介護指導者フォローアップ研修

認知症医療の最新知識



2022.11.14

社会福祉法人仁至会

加知輝彦

1

①Major neurocognitive disorder ② Mild neurocognitive disorder の診断基準 (DSM-V)

- A. 認知領域の少なくとも1つが以前の行為水準から有意な低下があることが以下から認められる。
- (1) 本人、情報提供者、臨床家
 - (2) 定量化により実証された認知機能障害
- 認知領域: 複合的注意、遂行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知
- B. 日常生活において自立が障害され①る②ない。
(手段的日常生活動作が障害され①る②ない。)
- C. せん妄だけでは説明できない。
- D. 他の精神疾患によってうまく説明できない。

2

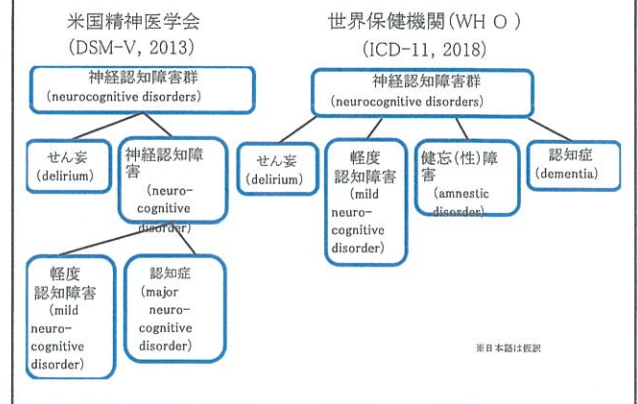
Dementiaとは (description) (ICD-11)

- ・認知領域の2つ以上が以前の行為水準から有意に低下した後天的な脳症状態。
- (認知領域: 記憶、遂行機能、注意、言語、社会的認知および判断、精神運動速度、視覚および視空間認知能力等)
- ・認知障害は正常加齢に帰せられるものではなく、日常生活における自立を阻害する。
- ・有効な根拠に基づき、認知障害は脳を侵す神経あるいは内科的状態、外傷、栄養障害、特定物質・薬物の慢性的使用、重金属等の毒物の暴露に起因あるいは推測される。
- ・以下の状態の否定: こん睡、せん妄、知的発達障害、神経発達障害、昏迷、老化

※日本語は仮訳

3

DSM-VとICD-11



4

ICD-11における認知症の位置づけ

大分類: 06精神、行動、神経発達障害

> 神経認知障害

> 認知症 (コード記号・番号なし)

> ~による認知症

6D80 アルツハイマー病による認知症

6D81 血管性認知症

...

大分類: 08神経系疾患

> 主症状として神経認知機能悪化を伴う障害

> 8A20 アルツハイマー病

8A21 進行性局所性萎縮症

8A22 レビー小体病

...

※日本語は仮訳

5

ICD-11における用語等の微妙な変化(参考までに)

●見当識障害 (disorientation) の扱い

大分類: 21他に分類できない症候

> 精神または行動症状、徴候あるいは臨床所見 > MB21
認知機能に関わる症状、徴候、臨床所見 > MB21.4 見当識障害 (disorientation)

●軽度認知障害の英語名

Mild cognitive impairment

→ Mild neurocognitive disorder

●行動・心理症状の英語名

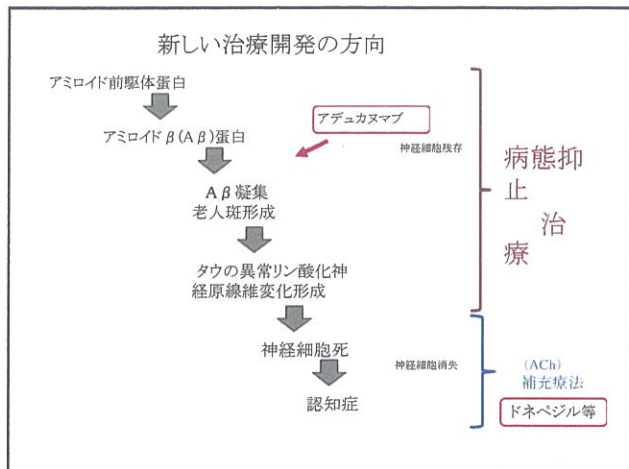
Behavioural and psychological symptoms of dementia

→ Behavioural or psychological disturbances in dementia

●ピック病の扱い

→ 病名としては存在せず

6



7

アデュカヌマブを巡る状況

エーザイ(株)が開発
脳内βアミロイド凝集を抑制

2019年3月 効果不十分で治験中止→高用量で再治験→有効

2021年6月 米国 条件付き承認

2021年12月 EU十分な効果と安全性が証明できず不承認2021年12月 日本 有効性を明確に判断できず承認見送り2022年4月 米国 高齢者向け保険適用見送り

8

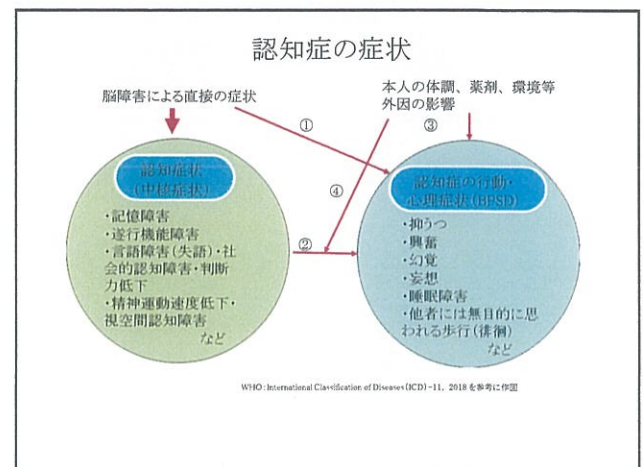
レカネマブの登場

エーザイ(株)とパイオジェンが共同開発

抗アミロイドβ抗体
→脳内βアミロイド凝集を抑制

アルツハイマー型認知症の発症を遅らせる。現在、申請準備中

9



10

認知症の行動・心理症状 (BPSD) の例

- ①疾患そのものの症状
レビー小体型認知症の幻視 (BPSD)
- ②認知症状 (中核症状) 自体に起因するもの
社会的認知障害 (中核症状) のある前頭側頭型認知症の人がコンビニで気に入った物を「失敬」する。(BPSD)
- ③本人の体調、薬物等に起因するもの
認知症の人がドネペジルを服用する。(薬物の影響)→興奮して大声でどなる。(BPSD)
- ④環境により誘発されるもの
もの忘れ、視空間認知障害、判断力低下 (中核症状)→引越越し (環境要因)
→近所に出向いて歩き回る。(BPSD)

11

BPSDの説明 (案)

「認知症状 (中核症状) は脳の損傷によって出現するが、脳の損傷による症状の全てが中核症状というわけではない。」

という理解のもとに

- ・認知症状 (中核症状) の発現は脳の損傷によるが、BPSDには脳の損傷によるものもあるし、環境要因によって起こるものもある。
- ・そうは言っても、BPSDは環境の影響で発現するものが多い。
- ・従って、特にBPSDをみた時には、まず、発現の背景を探ることが重要である。

12

BPSDに対する向精神薬の使用

原則として保険適用のある薬剤はない。

ただし「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対し

クエチアピン(セロクエル) ハロ
ペリドール(セネネース) ペロスピ
ロン(ルーラン)
リスパリドン(リスパダール)

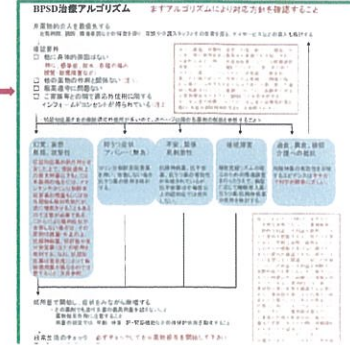
の適応外使用を可とする。

(厚生労働省保険局医療課長通達 2011年9月28日 保医発0928第1号)

BPSDへの対応



<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>



13

14

BPSDに対する向精神薬の使用

基本姿勢は「まずは非薬物介入」である。

BPSDに対する向精神薬は適応外使用になる。使用

した場合には転倒に十分注意する。

BPSDを予防する薬は知られていない。

若年性認知症とは

65歳未満で発症した認知症

「疾患名」ではない

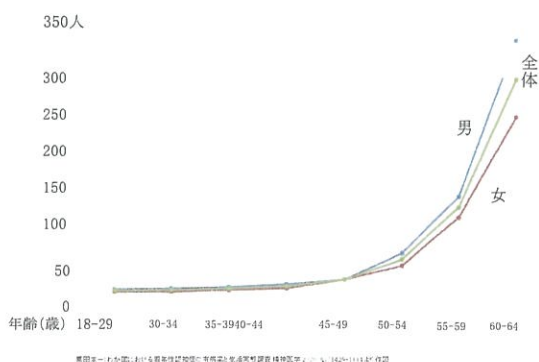
原因疾患分類は高齢者の認知症と同じ全
国に約35,700人

原田圭一(わが国における若年性認知症の有病率と生活実態調査 精神医学 2020; 62: 1429-1444)

15

16

若年性認知症の有病率(/10万人)



原田圭一(わが国における若年性認知症の有病率と生活実態調査 精神医学 2020; 62: 1429-1444)

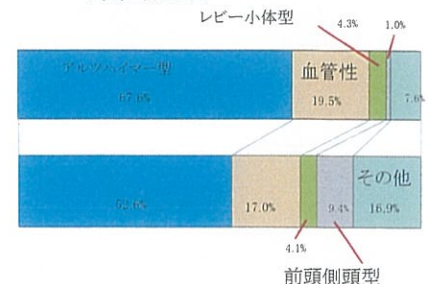
17

原因疾患

調査時年齢

65歳以上1)
(978名)

65歳未満2)
(1,496名)

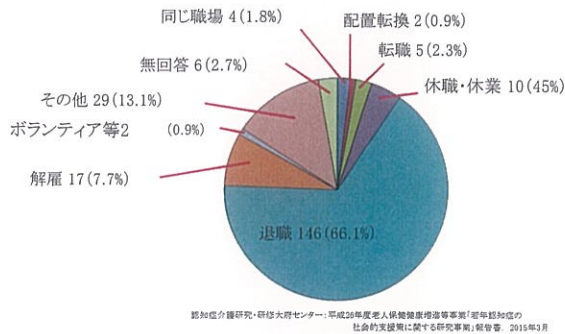


1) 野田浩, 厚生労働省研究費助成金(認知症対策研究費)「都市部における認知症有病率と認知症の生活実態調査」への対応(平成23年度～平成24年度) 総合研究報告書, 2013年3月

2) 原田圭一(わが国における若年性認知症の有病率と生活実態調査, 精神医学 2020; 62: 1429-1444)

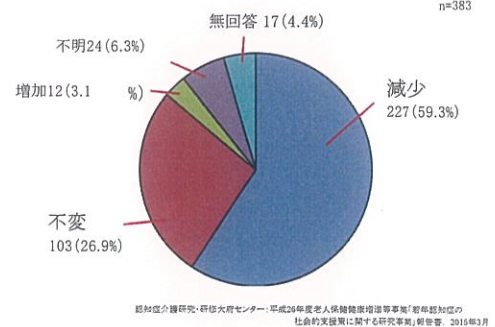
18

若年性認知症者の就労状況(221名)



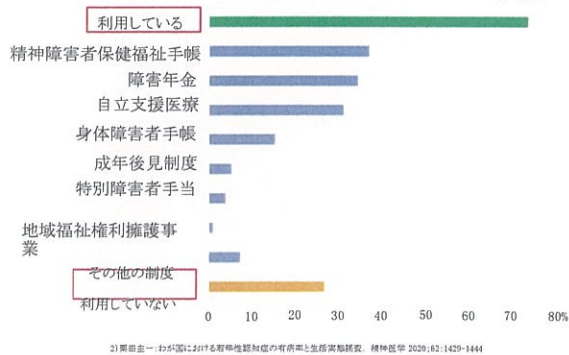
19

本人が認知症となつてからの世帯の収入



20

利用している制度(申請中を含む)



21

若年性認知症支援施策

・若年性認知症の人やその家族からの相談に対応する窓口を設置(都道府県)

→若年性認知症の人や家族の支援

・若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役(若年性認知症支援コーディネーター)を配置

→若年性認知症の人の視点に立った支援の拡充

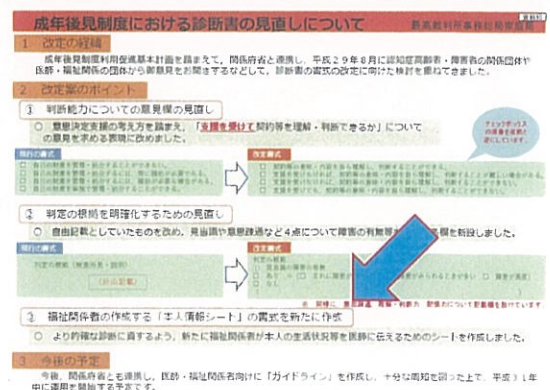
22

全国若年性認知症支援センターの設置

2018年4月

- ・全国規模の企業や業界団体に対し、若年性認知症の理解促進のための研修や相談支援を実施
- ・先進自治体の取り組み等の情報を収集し、研修やホームページを通じて提供
- ・若年性認知症コールセンターを通じた本人や家族の相談、関係機関への連絡調整

23



24

改訂後(現行)の診断書

25

本人情報シート

<https://www.mhlw.go.jp/content/000486025.pdf>

26

成年後見制度における診断書作成の手引 本人情報シート作成の手引

はじめに

- 一 成年後見制度について
- 二 成年後見制度における診断書作成の手引
- 三 本人情報シート作成の手引き

- 1 本人情報シートの位置付け
 - (1) 本人の家庭的・社会的状況等に関する情報の必要性・……
 - (2) 「本人情報シート」の作成者

ソーシャルワーカーが自らの業務の一環として「本人情報シート」を作成する場合や、当事者間の合意によって定められた作成費用を依頼者が負担する場合もありますので、作成者と依頼者の間で、「本人情報シート」の作成を依頼する際の取り扱い等についてご確認ください。

最高裁判所事務総局家庭局(2020年12月版)

27

本人情報シートの活用方法



本人情報シートの活用方法



<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000489323.pdf>

28

最新の認知症介護知識 【実践研修の報告】

令和4年度第1回
認知症介護指導者
フォローアップ研修

令和4年11月14日

目的：道県市で実施されている実践研修
の状況等について共有する

この時間の流れ

情報交換

事前アンケートをふまえ、
「新カリでの研修実施について、
各道県市の課題」を共有

受講者自己紹介
情報共有(20分)



全体共有(5分)

令和4年度認知症介護指導者フォローアップ研修
最新の認知症介護知識【実践研修の報告】
グループディスカッション用紙

グループメンバー：

- 新カリキュラムでの研修実施についての課題

令和4年度認知症介護指導者フォローアップ研修 最終日(R4.11.18)
最新の認知症介護知識【実践研修の報告】
グループディスカッション用紙

グループメンバー：

- 5 日間の振り返り
- 今後に向けて(実践研修内容や指導者の活動等)確認しておきたいこと

認知症介護実践者研修

2021年改訂 新カリキュラムについて



認知症介護実践者研修これまでの経緯

	H13-17	H17-H27	H27-R3	R3-
名称	基礎課程	認知症介護実践者研修①	認知症介護実践者研修②	認知症介護実践者研修③
期間	3日間	講義演習36時間 実習 4週間+1日	講義演習35.5時間 実習4週間+半日	講義演習28時間 実習4週間+半日
特徴や課題	・時間や内容に地域格差 ・演習をしない県も	・外部実習実施 ・BPSD対応を強化 ・生活の視点重視 ・部分的必修科目の設定 ・県による内容のばらつき ・評価基準が不明 ・参加機会の偏り	・原因疾患別ケアの強化 ・科目名の見直し ・分割開催も可能なカリキュラム構成(外部実習削除) ・すべての科目必修 ・シラバスの作成 ・一日7時間研修運用 ・科目間内容重複有 ・長期研修への対応	・本人視点拡充 ・受講のアクセシビリティ向上 ・更なる底上げ
背景	H15 2015年の高齢者介護(2003) H16 痴呆から認知症へ (2004)	H18地域密着型サービス(2006) H20認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト2008 H24オレンジプラン(2012)	H27新オレンジプラン(2015) H27認知症介護基礎研修創設 (2015)	R1認知症施策推進大綱 (2019) R3認知症介護基礎研修無資格者義務付け (2021)

これまでの研修で修正が必要だと思われること

- 視点1 認知症ケアの潮流や動向に対応できているのか？(内容妥当性)
- 視点2 参加者の能力や現状に見合う内容だったか(レディネスの妥当性)
- 視点3 研修に参加することで行動変容がみられるか？(行動変容)
- 視点4 受講しやすい研修だったか？(アクセシビリティ)



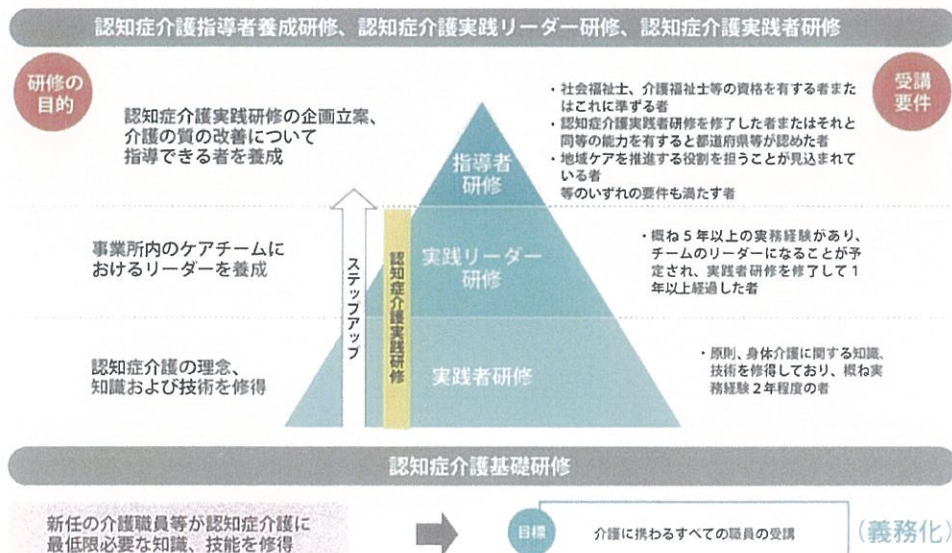
新カリキュラム改訂のポイント (時間削減や受講のしやすさだけを目指したものではありません)

- ①これまで通り、認知症の人を中心に据えたケア理念がある。
[Redacted]
- ②主たる目的は、新たな知識や情報の獲得だけ目指すことだけではなく、上記した前提をいかに実現するか、その方法を各実践場面に生かす技術や考え方を獲得すること。
[Redacted]
- ③インターバル期間を置いた背景には、現場への落とし込み、すなわち「**研修を実践へフィードバック**」し実践が変わりケアが変わることを目指している。
[Redacted]
- ④科目の目的、到達目標が達成されているかの確認を行うこと、そして各科目の繋がりを明確にすることが重要である。
[Redacted]

認知症介護実践者研修 主な変更点

- ①認知症施策推進大綱に合わせた目的の修正
- ②研修対象者の変更
(均等なレディネスによる学習効果を高める)
- ③研修時間の削減 (受講へのアクセシビリティ向上)
(旧) 31.5時間 → (新) **24時間** (集合4.5日間) **実習1か月**
- ④インターバル研修の導入
(現場へのフィードバック、確かな実践への適応、ケアへの浸透)

令和4年9月30日まで移行期間
老健局長通知 老認発0406 第1号令和3年4月6日



※各種研修について、質を確保しつつ、eラーニングの活用等により受講しやすい環境整備を行う

資料：厚生労働省の資料をもとに作成

①研修の目的の修正

旧	新
本研修は、施設、在宅に関わらず認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を修得することをねらいとする。	認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう認知症介護の理念、知識・技術を修得するとともに、 地域の認知症ケアの質向上に関与 することができるようになることをねらいとする。

②受講要件の修正

旧	新
研修対象者は、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年程度の者とする。	認知症介護基礎研修を修了した者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であり、 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 とする。

新カリキュラムの全体像

1 認知症ケアの基本的理解 (1) 認知症ケアの基本的視点と理念 180 講義・演習 (2) 認知症ケアの倫理 60 講義・演習 (3) 認知症の人の理解と対応 180 講義・演習 (4) 認知症の人の家族への支援方法 90 講義・演習 (5) 認知症の人の権利擁護 120 講義・演習 (6) 認知症の人の生活環境づくり 120 講義・演習 (7) 地域資源の理解とケアへの活用 120 講義・演習 2 認知症の人への具体的な支援方法と展開 (1) 認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法 120 講義・演習 (2) 認知症の人への非薬物的介入 120 講義・演習 (3) 認知症の人への介護技術Ⅰ（食事・入浴・排泄等） 180 講義・演習 (4) 認知症の人への介護技術Ⅱ（行動・心理症状） 180 講義・演習 (5) アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ 240 講義・演習 (6) アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ（事例演習） 180 講義・演習 3 実習 (1) 自施設における実習の課題設定 240 講義・演習 (2) 自施設実習（アセスメントとケアの実践） 4週間 実習 (3) 自施設実習評価 180 講義・演習	1 認知症ケアの基本 (1) 認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援 180 講義・演習 (2) 生活支援のためのケアの演習Ⅰ 300 講義・演習 (3) QOLを高める活動と評価の視点 60 講義・演習 (4) 家族介護者の理解と支援方法 90 講義・演習 (5) 権利擁護の支援に基づく支援 90 講義・演習 (6) 地域資源の理解とケアへの活用 120 講義・演習 課題：前期研修の学習成果の振り返りとそれに基づく事例収集 2 認知症の人への具体的な支援のためのアセスメントとケアの実践 (1) 学習成果の実践展開と共有 60 講義・演習 (2) 生活支援のためのケアの演習Ⅱ（認知症の行動・心理症状） 240 講義・演習 (3) アセスメントとケアの実践の基本 300 講義・演習 3 実習 (1) 職場実習の課題設定 240 講義・演習 (2) 職場実習（アセスメントとケアの実践） 4週間 実習 (3) 職場実習評価 180 講義・演習
--	---

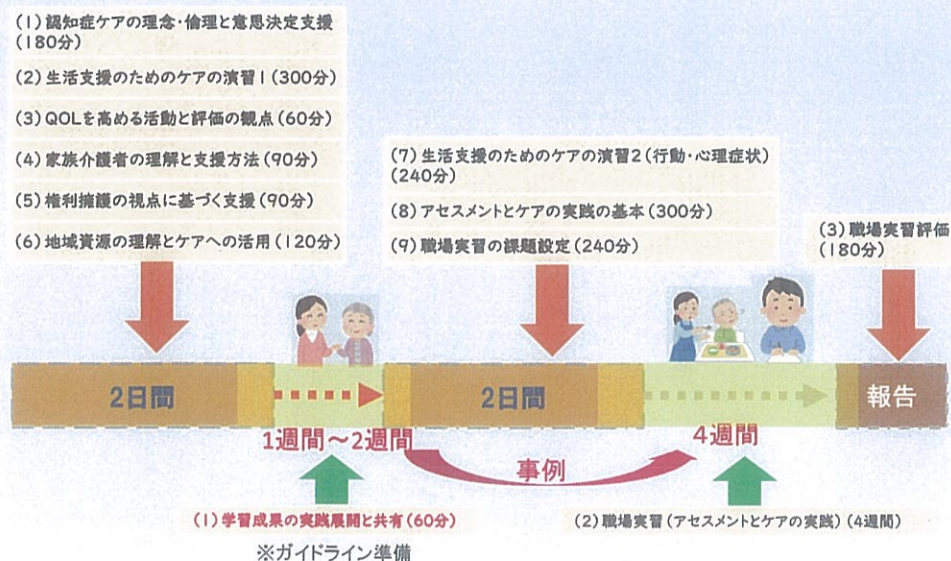
シラバスおよびシラバス運用のヒント（手引）準備

<https://www.dcnnet.gr.jp/study/syllabus/>

実践者研修新カリキュラム

1 認知症ケアの基本		
(1) 認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援	180	講義・演習
(2) 生活支援のためのケアの演習1	300	講義・演習
(3) QOLを高める活動と評価の視点	60	講義・演習
(4) 家族介護者の理解と支援方法	90	講義・演習
(5) 権利擁護の支援に基づく支援	90	講義・演習
(6) 地域資源の理解とケアへの活用	120	講義・演習
課題：前期研修の学習成果の振り返りとそれに基づく事例収集		
2 認知症の人への具体的支援のためのアセスメントとケアの実践		
(1) 学習成果の実践展開と共有	60	講義・演習
(2) 生活支援のためのケアの演習2(認知症の行動・心理症状)	240	講義・演習
(3) アセスメントとケアの実践の基本	300	講義・演習
3 実習		
(1) 職場実習の課題設定	240	講義・演習
(2) 職場実習(アセスメントとケアの実践)	4週間	実習
(3) 職場実習評価	180	講義・演習

新カリキュラムの全体像



前期科目

①認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援(180 分)420分

これまでの実践の振り返りと自己課題設定をしっかりと

②生活支援のためのケアの演習1(300 分)420分

③QOL を高める活動と評価の観点(60 分)60分

アセスメントとアウトカム評価、定量的と定性評価

使用尺度の種類と選定、尺度使用の留意点難しい。PDCAを中心に

④家族介護者の理解と支援方法(90 分)90分

⑤権利擁護の視点に基づく支援(90 分)120分

⑥地域資源の理解とケアへの活用(120 分)120分



認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援 180分

1日目9:00～12:00

認知症の人が望む生活を実現するため、認知症ケアの歴史的変遷や認知症ケアの理念、認知症の原因疾患、中核症状、行動・心理症状の発症要因、認知症ケアの倫理や原則、意思決定支援の在り方について理解を深める。

1. 尊厳の保持、共生と予防、本人家族視点といった理念を理解し意義を説明できる
2. 原因疾患を含め、中核症状、心理について説明できる
3. BPSDにとらわれず望む生活を実現するケアを行う姿勢を身に付ける
3. 倫理原則について説明できる、具体例を挙げることができる
4. 意思決定支援のプロセスの理解、具体例を挙げることができる

基本的視点と理念構築180分 倫理60分 認知症の人の理解と対応180分
合計420分→180分(240分短縮:圧縮)

こんなに詰め込んで本当にできるの??



1. 認知症ケアの理念とわが国の認知症施策(30)

歴史、理念、パーソンセンタードケア、制度(講義) 大綱(共生と予防)
加算についても触れる

2. 認知症に関する基本的知識(50)

本人の声、定義、原因疾患、中核症状とBPSD(講義)

3. 認知症ケアの倫理(40)

倫理的ジレンマ、倫理4原則の理解(講義・演習)
転倒の恐れがあるAさんは歩きたい(検討し回答)

4. 認知症の人の意思決定支援(40)

意思決定支援のプロセス(講義・演習)
意思を表出しにくいAさんのから思いを聞き取る方法について考える
講義にてプロセスを理解し、個人ワークで検討から共有
(演習事例動画等あり厚労省HP)

5. 自己課題設定(20)

これまでの自身のケアの振り返りと研修自己課題設定(演習)
講義の振り返りをしたうえで、個人ワークで振り返り課題設定をしたうえで共有



学習成果の実践展開と共有ワークシート

生活支援のためのケアの演習 300分

1日目 13:00~17:00

2日目 9:00~10:00

食事・入浴・排泄の基本的な生活場面において、
中核症状の影響を理解したうえで、認知症の人の
有する能力に応じたケアとしての生活環境づくり
やコミュニケーションを理解する。

1. 代表的なケア場面を題材にその人中核症状を評価できる
2. 生活環境づくりの実践ができる
3. コミュニケーションが実践できる

認知症の人への介護技術 I 180分 生活環境づくり120分 コミュニケーション120分
合計 420分→300分(120分短縮:圧縮)

1日目に収まりきらないが…。



1. 生活支援のためのケア(10)
認知症の理解の振り返りと講義の全体像(講義)
2. 認知症の人の生活障害(50)
各中核症状が及ぼす生活上の困難とその支援例の紹介
加齢の影響や中核症状の特徴を事例を交えて解説
3. 認知症の人の生活環境づくり(40)
環境がもたらす影響、評価の視点、取り組み例などを紹介(講義)
4. 中核症状の理解に基づくコミュニケーション(50)
コミュニケーションの基礎と事例演習(講義・演習)
コミュニケーションの基礎を学び、原因疾患別のコミュニケーション方法について検討する
5. 生活場面ごとの生活障害の理解とケア(90+60)
(演習) 食事場面、入浴場面、排せつ介助場面などの事例検討
グループに分かれ課題について、環境、コミュニケーション等の方法も含め検討する
翌日報告(60分)



学習成果の実践展開と共有ワークシート

老研式活動能力指標

	質問	1	0	1か0を記入
1	バスや電車を使って1人で外出できますか	はい	いいえ	
2	日用品の買い物ができますか	はい	いいえ	
3	自分で食事の用意ができますか	はい	いいえ	
4	請求書の支払いができますか	はい	いいえ	
5	銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか	はい	いいえ	
6	年金などの書類が書けますか	はい	いいえ	
7	新聞を読んでいますか	はい	いいえ	
8	本や雑誌を読んでいますか	はい	いいえ	
9	健康についての記事や番組に関心がありますか	はい	いいえ	
10	友だちの家を訪ねることがありますか	はい	いいえ	
11	家族や友だちの相談にのることがありますか	はい	いいえ	
12	病人を見舞うことができますか	はい	いいえ	
13	若い人に自分から話しかけることがありますか	はい	いいえ	
		合計得点		点

点数が高いほど自立していることを表す。

認知・生活機能質問票 (DASC-8)

Assessment Sheet for Cognition and Daily Function-8 items (i.e. the Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-8 items)

(© 日本老年医学会 2018)

記入日 年 月 日

ご本人の氏名:		生年月日: 年 月 日 (歳)		男・女	独居・同居
本人以外の情報提供者氏名:		(本人との続柄:)		記入者氏名: (職種:)	
		1点	2点	3点	4点
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
2	今日が何月何日かわからないときがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
3	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
4	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
5	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
6	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する
7	食事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する
8	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する

DASC-8: (1 ~ 8 項目まで) の合計点

点/32点

参考: 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c) におけるカテゴリー分類と DASC-8 の合計点の関係

カテゴリー I (認知機能正常かつ ADL 自立)

10 点以下

カテゴリー II (軽度認知障害 ~ 軽度認知症または手段的 ADL 低下、基本的 ADL 自立)

11-16 点

カテゴリー III (中等度以上の認知症または基本的 ADL 低下または多くの併存疾患や機能障害)

17 点以上



認知症の人の症状であるからこそ、感情を見る
行動には感情がともなう

トイレの問題 (記憶・判断力の低下から)

- ①トイレまでの移動で戸惑い先に進めない(階段、マット、床)
- ②トイレのドアがどれかわからない
- ③ドアがスムーズに開けられない
- ④トイレの蓋と便器の区別がつかない
- ⑤トイレに行くことはできるが帰ってくるできない



QOLを高める活動と評価の視点 60分

2日目 10:00~11:00

認知症の人の心理的安定やQOL向上を目指す活動に関する基本的知識展開例、評価の観点と方法について理解を深める。

1. 心理的安定やQOL向上のための活動の特徴を理解
2. 生活の中で行う一人一人に合った活動の理解
3. 活動の評価方法とPDCAサイクルの理解

流れの例：アクティビティとは（講）→今行っているアクティビティの評価をする（個人ワーク）→講義→課題共有

認知症の人への非薬物的介入 120分→60分(60分短縮:圧縮)

評価尺度よりもPDCA、尺度は参考



学習成果の実践展開と共有ワークシート

2日目
午前

認知症の人の家族への支援方法 90分

変更なし

2日目 11:00～12:30

2日目 午前90分（昼休憩遅くなる可能性）

1. 家族介護者の理解
2. 家族介護者の心理
3. 家族介護者の支援方法

入所サービス、在宅介護サービスそれぞれの家族支援の方法を体験的に理解する。

- 1) 介護保険施設・事業所の家族支援の役割
- 2) 家族支援のための具体的方法（演習）

これまでとの違い

指導者が行う⇒介護者を専門的に支援する

具体的場面、環境での声掛けや対応を学ぶ

講義＋演習 演習（45） 声掛け、助言等の方法をグループで検討



学習成果の実践展開と共有ワークシート

権利擁護に基づく支援 90分

120分→90分

2日目 13:30～15:00

権利擁護の観点から、認知症の人にとって適切なケアを理解し、自分自身の現状のケアを見直すとともに、身体拘束や高齢者虐待の防止の意識を深める。

1. 権利擁護を目的とした制度を理解する。
2. 認知症の人にとって適切なケア、不適切なケアが理解できる。
3. 身体拘束や高齢者虐待を防止しその役割を担い実践できる。

1. 権利擁護の基礎知識

要注意

・認知症の人の人権・権利とその擁護 ・ケアサービスにおける権利擁護とスタッフの役割 ・権利擁護の法的根拠 ・介護保険法及び関連法令と権利擁護 ・認知症の人の権利擁護に資する制度

2. 権利侵害行為としての高齢者虐待と身体拘束

・高齢者虐待防止法の概要 ・養介護施設従事者等による高齢者虐待と身体拘束の実態 ・養護者による高齢者虐待 ・グレーゾーン行為について

3. 権利擁護のための具体的な取り組み 演習 (45)

・権利侵害行為発生背景 ・ケアサービスにおける防止策 ・施設・事業所内で必要な体制 ・権利侵害が発生した場合の対応

綺麗ごと、机上の空論にならないための工夫を

クイズや○×は倫理的に？
法律の解釈？

①不適切なケアの場面の事例をいくつか準備する

★虐待防止→介護保険法（サービス基準）

！ 学習成果の実践展開と共有ワークシート

地域資源の理解とケアへの活用

120分

変更なし

2日目15:00～17:00

関係職種、団体との連携による地域づくりやネットワークづくりなどを通して、既存の地域資源の活用や認知症の人が地域で自分らしく暮らし続けるための地域資源の開発の提案ができる

1. 認知症の人にとっての地域資源と介護職員の役割
2. インフォーマルな地域資源活用
3. フォーマルな地域資源活用
4. 地域資源としての介護保険施設・事業所等

演習例 1. 自分が認知症になったらどのような資源を活用して生活したいか
（施設、在宅）実現方法
（それに対し自分の施設・事業所が地域で何ができるか？）
2. 認知症の容態（進行したら？）ごとに活用できる資源を整理する

！ 学習成果の実践展開と共有ワークシート

新学習成果の実践展開と共有の内容

①「認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援」自己課題の設定(前期初日記入)

自身のケアの振り返り→研修の自己課題設定

②前期研修(5科目)の振り返りと自職場でのフィードバック(前期毎回と自職場)

①「生活支援のためのケアの演習1」を受講して 学んだこと・実践してみたいこと	②学んだことを活かして実践した場面・ 実践した感想
「生活支援のためのケアの演習1」で学んだことと認知症の人とコミュニケーションを行う上で実践してみたいことを書いてみましょう。	①に記入した「実践してみたいこと」を職場で実践した場面を思い出して、自分や相手の言葉、表情、反応等コミュニケーションの内容を書いてみましょう。また、実践した感想を書いてみましょう。
	箇条書きでの気づきメモのようなイメージで考えてください。 あくまで通常業務優先であり、業務内で行えることを大切にしてください。

③職場研修の事例収集(2事例)(自職場)



後期研修における共有(後期初日60分)



学習成果の実践展開と共有ワークシート

後期科目

⑦学習成果の実践展開と共有(60分)新規

⑧生活支援のためのケアの演習2(行動・心理症状)(240分)180分

⑨アセスメントとケアの実践の基本(300分)420分

⑩職場実習の課題設定(240分)

⑨で学んだことをもとに、⑦の事例から選定し個人で課題設定を行う。

評価については、今回の取組によって、その人にどのような変化が現れたのか、目標が達成されたのか、そして今後の課題も含め整理する。

必ずしも評価尺度などを用いることは想定していません。

職場実習評価(180分)180分

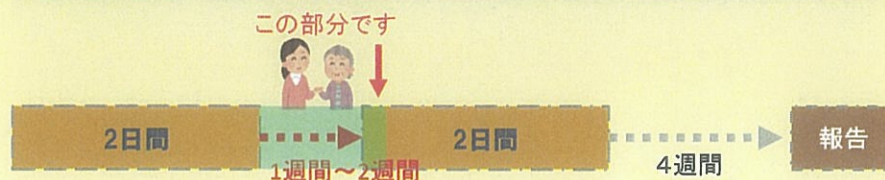
加算について触れられている(認知症加算:通所、認知症専門ケア加算)

学習成果の実践展開と共有 60分

3日目9:00~10:00

これまでの研修内容を踏まえ、自施設・事業所での自らの実践を行い、研修で得た知識を実践において生じる気づきや疑問課題を明らかにする。

1. 前期学習成果を実践に活用することができる
2. 認知症の人とのかかわりの振り返りができる
3. 認知症ケア実践の課題や取り組み方法を明らかにすることができる



1. 認知症の人の本人の声を聴く

自施設に帰り研修内容に基づき業務内でかかわりや気づきをメモを取る。

（理念、意思決定支援、認知症の理解、コミュニケーション、環境づくり、家族支援、地域等）

2. 事例収集

後期の職場実習課題となる事例を決める

3. 中間課題の発表と共有(60)

気づきメモについて共有する（グループ内発表）

生活支援のためのケアの演習2 240分

3日目 10:00～12:00
13:00～15:00

認知症の行動心理症状が生じている認知症の人に対して、行動の背景を理解したうえで生活の質が高められるようチームで支援できる。

1. 認知症の人の行動の背景を洞察しケアを展開できる
2. 認知症の行動・心理症状に対してチームで対応できる
3. 認知症の行動・心理症状にとらわれすぎず生活の質を高めるケアを検討できる。

認知症の人への介護技術Ⅱ(BPSD)180分 → 240分に延長

何が加わったのか？どの程度評価に踏み込むのか？

3日
午前

1. 行動心理症状の基本的理解 (60)

出現要因、アセスメントの視点等

前期の振り返り(原因疾患や中核症状、認知症の人の心理、環境、コミュニケーション)とBPSDに関する理解(講義)

2. 行動・心理症状の発症要因とケアの検討(160(60はAM))

チームで事例検討

事例演習で行う(参考事例の提示)報告まで含め

distress behavior Neuropsychiatric Symptom

3日
午後

3. 行動心理症状の評価(10)

評価尺度の理解と利用

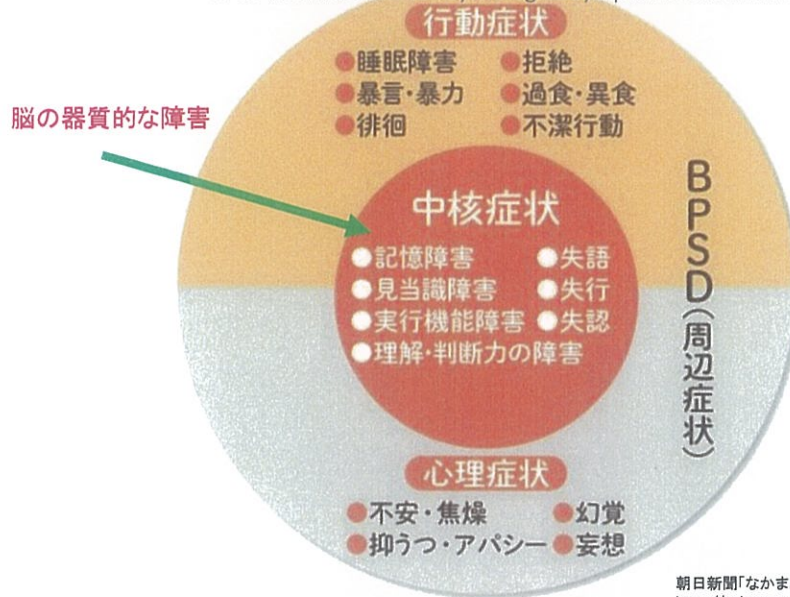
4. 生活の質の評価(10)

生活の質の評価視点

ケアマネジメントやPDCAを意識する(QOLや出現頻度など)

同じことは認知症の理解でも...。
 認知症の**中核症状**と**認知症の行動・心理症状(BPSD)**

BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)



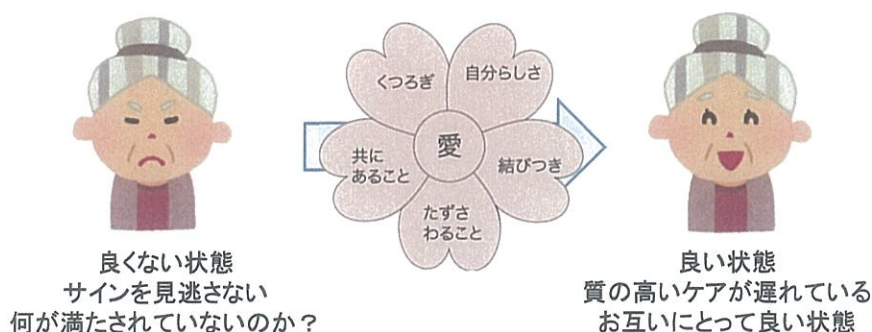
朝日新聞「なかまある」より
<https://nakamaaru.asahi.com/article/11732750>



認知症の**人**の症状であるからこそ、**感情**を見る
 行動には感情がともなう

良い状態とは元に戻るのではなく

本来のその人のまま尊重されるという思想を



どのようなニーズがあるのか？

アセスメントとケアの実践の基本 300分

3日目 15:00～17:00

4日目 9:00～12:00

認知症の人の身体要因、心理要因、認知症の中核症状要因のアセスメントを行い、具体的なニーズを導くことができるようアセスメントの基本的視点を理解する。アセスメントを踏まえた目標の設定と、目標を設定するためのケアの実践計画の作成・立案・評価ができる

1. 支援過程のなかにおける認知症の人のアセスメントの基本的視点が理解できる。
2. 認知症の人の生活増について事実をもとに洞察しその達成に向けた目標を設定できる。
3. アセスメントに基づき望む生活の実現に向けたケアの実践計画を作成・立案・評価できる。
4. アセスメント及びケアの実践計画についてのケアカンファレンスができる。

アセスメントとケアの実践の基本 I 240分 II 180分

420分→300分(統合し圧縮)

3日
午後

1. 認知症の人のアセスメントの基礎的理解 (20) 講義
望む生活の考え方、ニーズ抽出の考え方

2. 観察の方法とポイント(20) 講義

観察の視点、聞き取りや記録

ケアの検討を事例演習で行う(参考事例の提示)

3. アセスメントの実際(80)演習

講師が準備した事例を用いてアセスメントしニーズ抽出の演習実施

職場研修計画の
練習として

4日
午前

4. 実践計画作成の基礎知識(10)講義

具体的なケア計画の基本的な視点を理解する

5. 実践計画作成の展開(80)演習

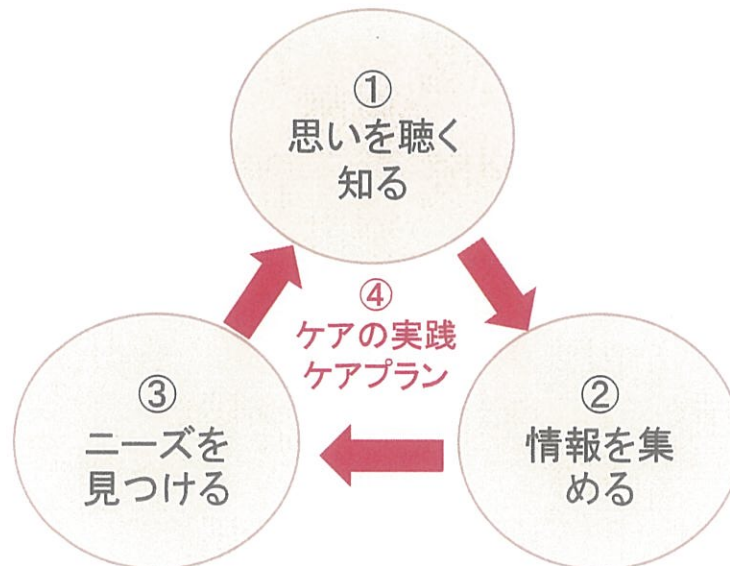
「3」でアセスメントした事例についてケア計画を立てる

6. 実践計画の評価とカンファレンス(90)演習と報告

「4」で計画したケア計画についてカンファレンスを行い再アセスメントを行う(報告)

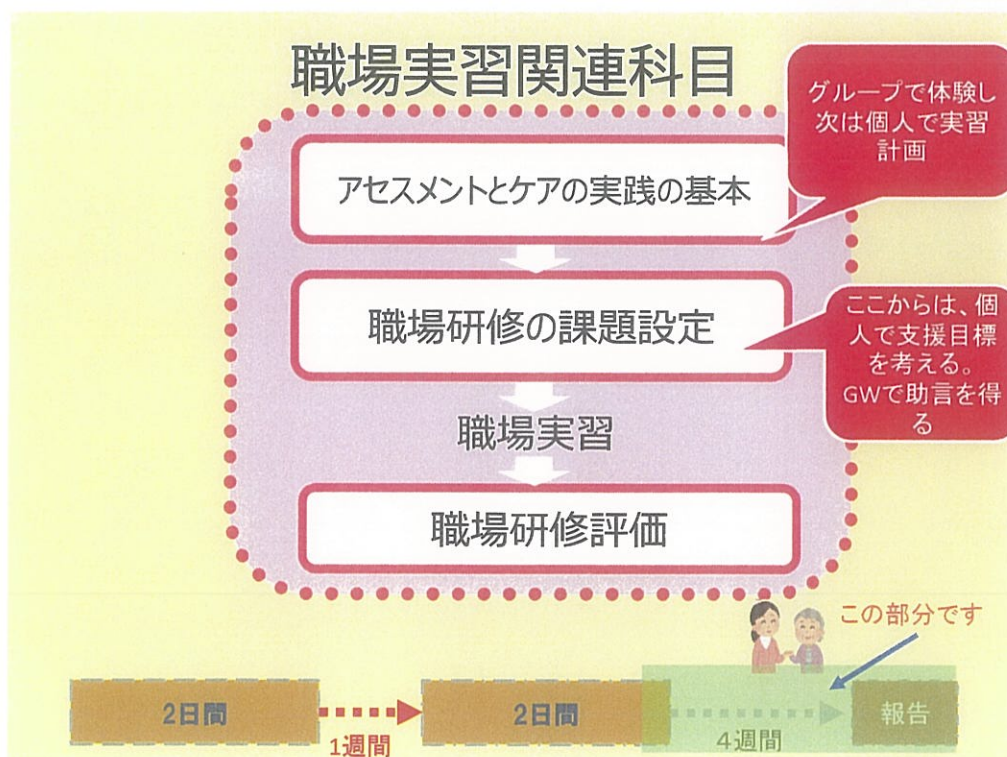
準備したツールありきにならないように

ケアを考えるうえでの実践展開



まずは、本人の想いや希望を知る

意思決定支援で教わりましたよね？



職場実習の課題設定 240分

変更なし

4日目 13:00～17:00

職場実習の課題設定（240）の例

グループに分かれる

対象者の選定→**自分の施設の事例を持参 2事例程度**

課題設定→これまでの研修内容を元に課題と目的設定

計画作成→4週間の計画を作成

※実施には、「標準的実習計画書」を提示予定（WEBより）

【例】大きな声をだし周囲とトラブルになるAさん

- ①目標設定
- ②再アセスメントが必要な項目を抽出
- ③仮計画を作成
- ④グループ内で実習中行うことを報告

展開例（240）

～これまでグループで行っていたものを今度は個人で実施してみよう～

個人①事例の整理

個人②支援目標（目指すべき姿）《ここまで40》

GW アセスメント項目についてグループから助言《40》

個人③再アセスメント項目の選定《20》

個人④短期目標の設定《30》

個人⑤4週間の計画作成と個別指導《90》

個人⑥修正とG報告《20》



職場実習（4週間）の例

変更なし

認知症の人の生活の質向上に寄与する計画を立て、それに基づいた詳細な記録と評価を行う。途中の変更も可能とする。

- 1週目 実習内容について上司及びチーム内に説明する
再アセスメントが必要な項目についてアセスメントを行い、計画を補う。
- 2週目 計画に従ってケアを実践、記録を取る（中間報告）
- 3週目 引き続きケアを実践し、記録を取る
- 4週目 **評価**を行い、報告書を作成する
必ずしも成功事例である必要はなく、利用者の変化やケアの方法について記録をとり、今後の課題も含め考察する。

職場実習評価（180）の例

変更なし

グループごとの報告を基本とし、報告後に、受講者は自身の取り組みについて評価を行い、今後の課題を明確にする。

①報告（90）→②相互評価（30）→今後の課題設定（60）

補足：加算について

①認知症加算（通所）指導者、リーダー、**実践者**いずれか修了者2名以上確保され、サービス時に1名以上配置

認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムについて

認知症加算の要件に「認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成すること」とありますが、事業所として一つのプログラムを作成するのではなく、**利用者の認知症の症状の進行の緩和に資するケアを行うなどの目標を通所介護計画または別途作成する計画**に設定し、通所介護の提供を行うことが必要

②認知症専門ケア加算（**訪問追加**、入所等）

I：リーダー研修 利用者の総数のうち、日常生活自立度Ⅲ以上の者が5割以上を占めること

Ⅱ：指導者研修

認知症ケアに関することを職員間で留意事項の伝達または技術的指導の会議を定期的実施していること。

ⅡではIの要件に加え、介護職員、看護職員ごとに研修計画を作成し実施すること（認知症介護指導者の研修修了者を1名配置し、指導を実施）

改訂によって期待できること 工夫したいこと

期待できること

- ◎基礎研修の義務化によって一定の水準が担保できる
- ◎研修時間の短縮により講師と受講者負担が少ない
- ◎インターバルを置くことでの研修内容の現場でのしみ込みが期待できる
- ★「わかる」ー「できる」へ

工夫が必要なこと

- △集合時の質を低下させないための時間の工夫とアレンジが必要
- △インターバルを置くことにより目的の打ち込みを丁寧に行う必要がある
- △評価はシラバスを参照し到達目標の達成度から行う

