

2016 年度 学位論文

主指導教員 鶴岡浩樹 教授

副指導教員 植村英晴 教授

認知症介護に必要な能力構成要素を明らかにする研究

－認知症介護従事者の自己評価ツール開発を目指して

Study on the competency required for dementia care worker

－Development of a self-assessment scale measuring the
competences of dementia care worker

日本社会事業大学大学院 社会福祉学研究科

博士後期課程

姜 文熙

KANG MOONHEE

目次

序章 本論文の背景と目的	5
第1節 認知症介護と介護職を取り巻く背景	5
1. 認知症高齢者の増加と認知症施策	5
2. 認知症介護に従事する者の現状とその課題	8
第2節 問題意識と本研究の目的	15
1. 問題意識	15
2. 本研究の目的	15
3. 用語の定義	16
第3節 論文の構成	16
第1章 先行研究の検討と本研究の課題	19
第1節 認知症介護に関する先行研究	19
1. 認知症介護関連研究動向	19
2. 認知症介護関連評価ツール開発	24
第2節 介護職の能力に関する文献レビュー	28
第3節 コンピテンシーに関する研究	32
1. 概念の由来	32
2. OECDのコンピテンシーの定義と選択	32
3. 介護職のコンピテンシー	36
第4節 認知症介護における介護職の能力・コンピテンシーに関する先行研究	41
1. 日本の先行研究	41
2. 海外の先行研究	42
第5節 本研究における検討課題	47
1. 認知症介護能力に関する研究の現状からの示唆	47
2. 介護職の能力に関する先行研究からの示唆	48
3. コンピテンシーに関する文献レビューからの示唆	48
4. OECDのコンピテンシーの定義と選択からの示唆	48
5. 本研究の課題	49
第6節 本研究の位置づけと意義	50
第2章 能力構成要素及び項目抽出のための質的調査	51
第1節 目的	51
第2節 対象と方法	51
1. 調査対象	51
2. データ収集方法	52
3. 分析方法および視点	52

4. 倫理的配慮.....	52
第3節 結果.....	53
1. 調査対象者の属性.....	53
2. 認知症介護に必要な能力.....	55
第4節 考察.....	61
1. 交流のための道具使用能力.....	61
2. 他者との協力能力.....	62
3. 自律的な活動能力.....	63
4. 既存コンピテンシーモデルとの比較・考察.....	64
第3章 キャリア別、能力構成要素及び項目抽出のための質的調査.....	67
第1節 目的.....	67
第2節 対象と方法.....	68
1. 調査対象.....	68
2. 調査方法.....	68
3. 分析方法.....	68
4. 倫理的配慮.....	69
第3節 結果.....	71
1. 調査対象者の属性.....	71
2. 回収・有効記述数.....	75
3. キャリア群別、認知症介護能力構成要素の分類結果.....	75
4. キャリア群間、認知症介護能力構成要素の分布の比較.....	79
5. キャリア群と認知症介護能力構成要素間の関係性.....	83
第4節 考察.....	88
1. キャリア別、カテゴリーⅠについての検討.....	88
2. キャリア別、カテゴリーⅡについての検討.....	88
3. 各キャリア群の卓越した者の能力についての検討.....	90
4. 認知症介護能力構成要素に対する内容的妥当性への検証.....	93
第4章 認知症介護能力構成要素及び項目抽出のための量的調査.....	95
第1節 目的と意義.....	95
第2節 対象と方法.....	96
1. 調査対象.....	96
2. 調査方法と配布.....	96
3. 倫理的配慮.....	96
4. 用語の説明.....	96
5. 調査票の構成.....	97
6. 分析方法.....	97

第3節 結果	98
1. 回収状況	98
2. 有効回答者の属性	98
3. 認知症介護能力の因子構造	101
4. キャリア群間の認知症介護能力の差異検証	109
第4節 考察	121
1. 認知症介護能力構成要素と項目の抽出についての考察	121
2. 認知症介護能力構成要素間の関係と影響要因についての考察	122
3. 各キャリア群の認知症介護能力の特徴とその関連要因	124
第5章 総合考察	127
第1節 介護職の認知症介護能力に関する考察	127
1. 能力構成要素と項目の抽出過程からの考察	127
2. 認知症介護能力としての固有の能力構成要素についての考察	128
3. キャリア群間平均差の検証と影響要因からの考察	129
4. 能力構成要素の相関関係のキャリア間の差異からの考察	129
第2節 認知症介護における人材育成に対する提言	133
1. 認知症介護能力の自己評価尺度の活用	133
2. 認知症介護能力に基づいた教育システム構築	133
3. 新しい介護職の理想像の提案	135
第3節 本研究の限界および課題	136
第4節 結論	136
引用文献	139
巻末資料	149
謝辞	163

序章 本論文の背景と目的

本章では認知症介護と介護職を取り巻く背景、本研究においての問題意識と目的を述べる。本論文の構成を説明する。

第1節 認知症介護と介護職を取り巻く背景

1. 認知症高齢者の増加と認知症施策

内閣府の発表によると、我が国の65歳以上の高齢者人口は、3,392万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）は26.7%と（2015年10月1日現在）、いずれも過去最高の数値となっている。また、高齢者人口は今後も増加の一途をたどり、2017年には75歳以上（後期高齢者）が65歳以上75歳未満（前期高齢者）人口を上回ることが見込まれている¹⁾。高齢者の認知症有病率は年齢の上昇とともに高くなるため²⁾、75歳以上人口の増加は認知症高齢者の増加にも大きく関係すると思われる。

認知症高齢者の数は、2012年時点で約462万人と推計されているが（表0-1）、団塊の世代が75歳になる2025年には約700万人まで増加することが予想されている。65歳以上高齢者に対する割合から見ると、現状の約7人に1人から5人に1人に上昇する見込みである³⁾。

介護保険制度の中から見ると、高齢者人口の約1割が介護保険制度を利用している日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者であり（表0-2）、65歳以上要支援・要介護認定者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合は、約6割となっている（表0-3）⁴⁾。また、厚生労働省が実施した「平成25年度介護サービス施設・事業所調査」によると、介護保険施設在在者の95%が認知症を有すると報告されている⁵⁾。

表0-1 認知症高齢者の現状

全高齢者数	2874万人
軽度認知障害の人（正常と認知症の中間の人）	約380万人
日常生活自立度Ⅰまたは要介護認定を受けていない認知症高齢者	約160万人
日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者	約280万人

（出典）厚生労働省：認知症施策の推進について。（2013）

表0-2 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数（将来推計）

将来推計 (年)	日常生活自立度Ⅱ以上の認知症者	
	人数(万人)	65歳以上人口に対する比率(%)
2010	280	9.5
2015	345	10.2

2020	410	11.3
2025	470	12.8

(出典) 厚生労働省：認知症施策の推進について。(2013)

表 0-3 65 歳以上の要支援・要介護認定者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
割合	8.0%	7.7%	67.7%	66.9%	78.5%	83.3%	92.4%	59.9%

(出典) 厚生労働省：認知症施策の推進について。(2013)

このような認知症高齢者の増加に対応するために、1982 年老人保健法の制定以降、国は様々な施策を実施した。主な認知症施策を(表 0-4)に示す。1980~90 年代は物理的な入院・入所設備の拡充があった。2000 年代に入ってから、グループホームの外部評価が義務化され、認知症介護研修が行われるなど、認知症介護そのものの質の向上や認知症介護を担う人材の育成に力を入れた。このような日本の認知症対策について、佐藤らは、「非常に速い勢いで高齢者数が増加したことにより、受け皿となる場の量的整備を中心に行ってきたこと、認知症ケアの方法論の確立、ケアシステムの構築、人材育成といった質的整備が遅れてきたことは否定できない。質的整備を一層推進しなければいけない。その中でも人材養成に最も力を入れ認知症ケアの質的整備を図るべきである。」と指摘している⁶⁾。

特に近年の認知症施策は、認知症者の数が予測した以上の速さで増加している報告を受け、慌ただしく変化している。2012 年「今後の認知症施策の方向性について」では、「認知症の人は精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考えを改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すため、7つの視点からの取り組みを挙げた。その内容が①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族の支援の強化、⑥若年認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成である⁷⁾。その年、「認知症施策推進 5 ヶ年計画(オレンジプラン)」では、これらの 7つの視点に立ち、具体的な施策の内容とその目標数値を公表した⁸⁾。しかし、2015 年、まだオレンジプランの取り組みが実施されている真中、「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」が策定され、現在実施中である。これは、国全体が力を注ぎ認知症施策を加速化させるために、総理大臣の指示の元、厚生労働省と関係省庁が共同で策定したものである。その内容としては、①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症対策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤認知症の人を含む高齢者に優しい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハ

ビリテーションモデル、介護モデルなどの研究開発及び成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視であり³⁾、総合的認知症対策になっている。

表 0-4 認知症関連の主な施策

年度	認知症関連施策
1982	「老人保健法」の制定、「老人精神保健対策」の実施
1986	「痴呆性老人対策推進本部」の設置
1993	「痴呆性老人に関する検討会」の設置
2003	「2015 年の高齢者介護」報告書
2004	「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」
2005	「認知症を知り地域をつくる 10 ヶ年」の構想の展開
2008	「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」
2011	「認知症施策検討プロジェクトチーム」の設置
2012	「今後の認知症施策の方向性について」
2012	「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」
2015	「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」

オレンジプランと新オレンジプランの方向性が示された「今後の認知症施策の方向性について」では、これまで、認知症の人への対応が「自宅→グループホーム→施設・一般病院・精神科病院」というような不適切なケアの流れであったと指摘した。そして、「認知症の人に対する介護の問題点」として、「多くの自治体で介護と医療の連携体制の構築が遅れている」、「市町村の認知症にかかる課題やサービスの把握・分析が遅れている」、「今までの提供水準の居住系サービスや在宅サービス等の介護サービスでは増加する見込みである認知症の人の地域での生活を支えきれないおそれがある」、グループホームの課題としては、「地域社会に根ざした認知症ケアの根拠として十分機能していない」、または「入居者の重度化への対応も十分できていない」といった点があげられた。また、「介護保険施設や事業所の職員の認知症への理解不足から、本来は受け入れ可能であるにも関わらず、認知症の人の入所や利用が拒否されるなど問題が生じている」、「介護保険施設などで、行動・心理症状（以降、BPSD）への対応ができないため、精神科病院に入院するケースがみられる」など、様々な課題が指摘された⁷⁾。

このように認知症高齢者を取り巻く環境が短い時間で大きく動き、依然として解決すべき課題が山積している。中でも、認知症高齢者を支えるためには、認知症介護の担い手を量的・質的に確保することが不可欠である。特に介護者の対処によりその状態が大きく変る認知症高齢者への直接的な介護はもちろん、地域包括ケアシステムの中でチームケア、多職種ケアが時代の流れとなってきた認知症介護において、認知症介護に従事する者の専門性や能力の向上は、極めて重要なことであると思われる。

2. 認知症介護に従事する者の現状とその課題

1) 認知症ケアの歴史から見た認知症ケアと課題

日本で認知症の人の存在やケアの問題が浮上したのは1970年代ごろからである。その頃の認知症ケアは、理念や方法論が皆無で、行動制限、収容、隔離といった魔の3ロックが当たり前のように行われていた。問題対処型ケアの時代には認知症者が示す外見的な言動を問題行動としてみなし、その発現の背景や原因をひも解かぬまま、問題に表面的に対処するケアが行われた。1980年代に入ってから、本人の言動の背景・意味を探りながら、それに応じた個別ケア（文脈探索型ケアの時代）が始まった。認知症者の残された力、その人らしさへの気づきによる本人の可能性を伸ばすケアも目指され、同時に認知症者に何らかの変化を狙い、療法的集団アプローチが実施され始めた。その後は、認知症の特徴の重要性を踏まえて、ケアの前にまず環境づくりに力を注ぐ取組が生まれた。1990年頃には認知症でも本人が一人の人として住み慣れた町の中で当たり前の暮らしを送り、人権を守りながら暮らすことを支援する介護を目指す取り組みが始まり、その後、全人的ケアとして認知症でもその人の生命力や人としての暮らしや存在の平穩、可能性の最大限の発揮に向けて、その人の求めることの全体を探索しながらそれに沿うケアが行われるようになった。2000年代に入ってから身近な地域で利用可能なグループホームや小規模多機能施設、ユニットケア施設を地域の拠点として、医療、介護、福祉サービスが統合的な実施、利用できる取組が始まった⁹⁾。

表0-5 認知症ケアの歴史

段階	内容	時期
ステップ1	ケアなきケアの時代	
ステップ2	問題対処型ケアの時代	
ステップ3	文脈探索型ケアの時代	1980年前後頃～
ステップ4	本人の可能性指向の時代	1980年前後頃～
ステップ5	環境アプローチの時代	1985年頃～
ステップ6	ノーマライゼーション・人権擁護のケアの時代	1990年頃～
ステップ7	全人的ケアの時代	1990年代後半～
ステップ8	特殊から一般へ	2000年～

(出典) 認知症介護研究・研修東京センター：認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方から抜粋し作成。(2006)

現在、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会」を目指すまで、以上のように認知症ケアは様々な試行錯誤をしながら、少しずつ、進化を続けてきた。その実現のために行われてきた代表的な認知症介護理念及び実践方法をいくつかを取り上げる。

(1) 理にかなったケア

室伏は、認知症の構造を神経心理学と精神病理学的観点から説明し、認知症ケアを「認知症というハンディキャップを持ちながらの日常生活動作や地域や家族や身近な人との社会生活動作などの生活モデルを通じて、その認知症高齢者の心（精神状態）を知り（理解し）、それに沿ってよい人（なじみの関係）、安住の場で穏やかな暮らしの時の流れ、適応できる状況などを得る中で、良い働きかけ（自分の力の発揮、安心・楽しみの暮らしへの援助）をしながら良い生き方を測ることである」とし、「日常生活の介護や行動・心理症状への対応から、一定した好ましい結果の成り立ちや成り行きに当然で正しいと認められた筋道を立て、整えて、予測や期待もできる望ましい規範として理論化し、実践に結びつけた対応の仕方」と「理にかなったケア」を提唱した。そして、日々の認知症の人同士の会話や仲間関係の観察から「認知症者の尊厳を支え、生き方を支えるケアの実践は、認知症者に安寧をもたらす事に繋がり、そこに認知症ケアの理念がある」と述べ、良好な「なじみの関係づくり」であり、この関係づくりを積極的にケア実践に活用することの必要性を力説した¹⁰⁾。

(2) パーソンセンタードケア

パーソンセンタードケアはイギリスの心理学者トム・キッドウッドによって提唱された利用者中心のケアである。これまでの医学モデルを「古い文化」と批判し、利用者中心のモデルのケアを「新しい文化」として説明した¹¹⁾。キッドウッドは認知症者の臨床状態像には①もともとの性格・人格、②過去から現在に至るその人の生活史・経歴、③運動能力や感覚能力を含む身体的な健康状態、④神経学的な障害・脳病理、⑤社会心理学が主な要因として関与すると提示した。①と②は心理学的な要因、③と④は医学的な要因で説明できると考えられる。⑤の社会心理学については、キッドウッドは「認知症の人々が十分に満足して生活を営むための方法」または「ケアの質」とも説明した¹²⁾。従来の医学的な要因以外にも認知症者の個別性を重視した心理学的要因とケアスタッフの持つ知識・技術体系が認知症者に対する文化を構成する社会心理学的要因であることを力説した¹¹⁾。

(3) 物語りを大切にするケア

物語りを大切にするケアは、根拠に基づくケアに並行して、個別的な苦しみや生活体験を十分に把握してケアを行うことの必要性を提唱されたものである。実績や客観的所見を根拠にしたケアと同時に、個別的なその人の物語りを尊重するケアが、ケアの質を高めることになる。認知症者はその特有の認知障害のために様々な不安感、緊張、うつ気分、イライラ感、悲しみ、興奮などを体験する。また安定した状況で周りの環境に適応しやすい条件が整っていれば、気分は落ちつき、喜びや楽しみを体験する。認知症の人は認知能力の低下のために自らの苦しみや欲求を表現することは少ない。そのためにも、認知症者の一人ひとりの物語りを大切にするケアは重要であると思われる¹³⁾。

認知症ケアが直面している課題については、新オレンジプランでは認知症ケア対策の課題として①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症対策の強化、④認知症の人の介護者への支

援、⑤認知症の人を含む高齢者に優しい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデルなどの研究開発及び成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視をあげた。

一方、今井は認知症ケア現場における課題として、①ケアの標準化、②保健・医療・福祉の連携システム、③雇用環境の整備と人材育成をあげた¹⁴⁾。今井は認知症ケアの標準化について、これまで認知症ケアの目的や目標、具体的な方法論は、各専門分野から概念的に述べられてきたが、その標準化に向けた具体的な実践については明らかにされていない、学際的な取り組みもまだ不十分であると指摘し、認知症ケアの標準化とは、認知症ケアに関係する専門家の中で、すべての認知症の人が利益または利便が公正に得られるように、ケアの統一・単純化を図る目的で定めた取り組みが今後の課題であると述べた。そして医療・保健・福祉の連携は、いつの時代においても重要な課題として取り上げられていると述べ、各分野の専門職や機関がそれぞれの専門性を活かしながら一つの目的に向けて協働することであり、専門性の枠組みを超えた活動が求められると力説した。その連携システムは国レベルにおいての構築は早いスピードで進んでいるが、認知症ケアに従事する者の連携においての意思、知識、実践についてはまだ解決しなければいけない課題が山積しているのが現実であると思われる。

2) 認知症介護に従事者している者の困難

認知症は記憶障害、失語、失行、失認などの中核症状が認められるとともに、徘徊や不潔行為、幻覚と妄想、興奮と暴力、不眠や昼夜逆転などの周辺症状も出現する。特に BPSD の出現は、認知症の人とその家族との関係を悪化させ、ケアや医療において対応上の困難をもたらす要因となる。

古村は認知症グループホームのケアスタッフが抱える困難として、認知症高齢者との葛藤、職場のサポート、スタッフ同士の葛藤、負担感があることを明らかにした。認知症高齢者との葛藤の内容を見ると、高齢者の気持ちがつかめない、生活習慣・生活が理解できない、コミュニケーションの方法が分からない、高齢者との人間関係に悩む、認知症症状の対応が難しいといった内容であった¹⁵⁾。堀は文献検討を通じて、認知症への統合的な理解や認知症の BPSD の背景理解の重要性とともに、目に見えにくい認知障害への対応の難しさから、認知症への理解があっても実際の介護に繋がりにくいことを述べた。そして認知症高齢者と介護職員を中心とした相合作用の視点から、認知症介護の困難を明らかにした。介護職員は認知症高齢者とのコミュニケーションの難しさと対応の失敗によって認知症介護に困難を感じていることを明らかにした。同時に認知症介護における規範、介護の目標と実際の介護の間に生じたズレ、認知症介護の理想と現実の間のズレを認識しているが、そのズレやズレが生じる状況が探求されないところから困難が発生していたことを明らかにした¹⁶⁾。

キャリア群による認知症介護職の困難については、鈴木の研究¹⁷⁾によると、初任介護職員は認知症高齢者が示す行為や言動の意味とその背景を理解する方法が身についてなこ

による困難、認知症高齢者ケアのイメージと現実とのギャップによる困難、そして業務に円滑に対応できない焦りがもたらす困難を体験している。すなわち、認知症介護についてわからない故に難しい、わかってはいるが自分の技術の経験不足と未熟などにより実践につながらない故に困難を感じ、また予測できない、多忙な業務上の困難があることがわかる。また、金の研究¹⁸⁾によると、認知症高齢者グループホーム管理者が抱える困難として、①これまでとギャップのある業務内容と膨大な業務量 ②管理者にとっての相談相手の不在、③チームケアのための職員マネジメントが大変、④職員研修の際の介護知識差や運営、⑤リーダーの確保・育成を明らかにした。

松田ら¹⁹⁾は、認知症高齢者をケアする看護師の感情として、「なんでそんなことするの」という怒り、認知症高齢者の言動への困惑、言動に対する対応への困惑、身体症状の判断への自信のなさ、自分のケアを評価できない不安、自分の思うケアができないジレンマ、責任の重さへの不安、ケアへの達成感のなさの 8 つの感情を抽出し、看護師も介護職と同様に認知症ケアの難しさを感じていると考えた。種橋²⁰⁾は認知症高齢者の個別ケアを阻害する要因に関する研究の中で、仕事の忙しさや仕事量に関する負荷を阻害要因として高く認識していることと、そして「介護方針の未徹底」、「利用者対応の困難さ」、「仕事の忙しさ」が個別ケア因子に影響する可能性があることを明らかにした。

3) 認知症介護に従事している者の離職の問題

介護現場がおかれている現状を見ると、介護施設は人材の定着率は悪く、慢性的な人材不足のために資格問わず雇用せざるを得ない状況であるが、それゆえに良質な人材の確保が難しくなっているという悪循環にはまっている²¹⁾。2015年6月に公表された「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計について」では、2025年度の介護人材の需要見込みは253万人、供給見込みは215.2万人、需給ギャップの見込みは37.7万人と、介護人材の量的確保が喫緊な課題になっていることが明らかになった²²⁾。また、「平成27年度介護労働実態調査」の結果によると、2014年10月1日から2015年9月30日までの採用率は20.3%、離職率は16.5%で、離職者の74.8%が勤務年数3年未満であり、介護職員の過不足については有効回答者の61.3%が不足していると回答した。2012年の調査結果48.1%より増加している。採用率と離職率の高さと、特に勤務年数の短い者の離職が激しいことから介護職の定着率の悪さと介護職員の人材不足が年々深刻化していることを示している²³⁾。このように介護職の量的確保の問題は深刻である。現状では、多くの介護職として働きだした者が、介護職を生涯職業だと思わず様々な理由で離職してしまうため、介護職が生涯職業として認められるような基盤構築が必要であると思われる。

量の不足は質の保障を難しくする。実際、介護労働安定センターの「平成26年度介護事業所における人材確保に関する実態調査・研究」では、「有資格者や介護経験者の需給状況は厳しい、異業種企業等との人材確保競争激化の現状を踏まえたうえで、人材確保を進めていく上で重要なポイントの一つとして、無資格・未経験人材、非福祉系大学出身者、高卒者

などこれまで以上に採用対象とする人材にかかる視野を広く持つことが必要である」と提言した²⁴⁾。実際、介護職員として勤める上では特に資格の有無は問われない。そのため、介護従事者が介護福祉士の資格を有しているとは限らないのが現状である²⁵⁾（表 0-5）。しかし、介護人材の質を担保する介護福祉士の資格があったとしても、認知症介護においては、その質の差がまだ確認されていない²⁶⁾現実もある。このような状況で、介護サービスを運営する側は、良質な人材の確保が難しい、教育・研修の時間が取れないと運営上の困難を訴えている²³⁾。介護職員は介護技術の標準化について職員間にばらつきがあると思われ²³⁾、利用者に対して適切なケアができていないのか不安を感じている^{22) 23) 27)}。また、介護能力を適切に評価する仕組みを期待し²²⁾、キャリアアップの機会や職業訓練・能力開発のあり方に対する不満の度合いが高い²⁸⁾と思っている。特に、認知症高齢者の介護においては、BPSD に対する対応や自分の介護能力に対して確信が持てず、不安、困難、負担、ストレスなどを感じ、バーンアウト、離職に至ることもある^{15) 27) 29) 30) 31) 32) 33) 34)}。中島によると、認知症介護に従事している者は、将来への展望がない、自己の専門性（知識・技術の不足）などが悩みであると、キャリアアップの機会や能力開発に悩んでいると報告している³⁵⁾。介護人材の量の不足から、新人の介護職に質を求めることが厳しくなっている。介護者は自分のケアについて不安を感じ、特に認知症介護においては、介護福祉士の資格保有がその実践につながるには言い切れず、個人の経験に基づいて介護が行われている³⁶⁾。自分の認知症介護実践、能力、将来について不安・困難を感じ、離職に至る現状があった。

そして、介護職員の離職の理由として、もう一つ主に取り上げられているのが、職場の人間関係である。「平成 27 年度 介護労働実態調査結果」によると、介護関係の仕事を辞めた理由として最も回答が多かったのが「職場内の人間関係」であった²¹⁾。同僚とのコンフリクト、職場内でのコミュニケーション不足、職員間の協力体制について、困難、ストレスなどを感じ、離職に至るという研究報告も多い^{15) 30) 33)}。

したがって、介護職の困難、特に認知症介護を行う上で感じる困難、そして離職問題という観点からみて、介護福祉資格有無を問わず、就職後にも継続的な人材育成が必要であり、生涯職業として自分の専門性や能力を高められるシステムが必要である。その際に、認知症者に対する直接介護のみならず、チームケアや多職種間連携を含む、認知症介護実践に繋がる人材育成が必要である。

4) 認知症介護に従事する者に対する人材育成（表 0-7）

認知症介護に従事する者に対する人材育成として、国の施策として初めて行われたのが 1984 年特別養護老人ホームの介護職員を対象とした、「痴呆性老人処遇技術研」研修である⁶⁾。1999 年に打ち出されたゴールドプラン 21 では、専門家の養成による認知症ケアの質の向上や権利擁護体制の充実の必要性などがあげられた。その後、国の認知症対策の一環として、「痴呆介護実務者研修」、「痴呆介護指導者養成研修」が実施され、2005 年以降は「認知症介護実践研究、認知症介護指導者養成研修」という名称で実施される³⁷⁾。「痴呆介護実務者

研修」時代には啓発的な研修が主であったが、「認知症介護実践研修」では認知症介護の知識・技術を介護現場で発揮できる者を養成することが主な目的となった³⁸⁾。2009年介護報酬改定では、認知症介護指導者養成研修と認知症介護実践リーダー研修の修了者配置による認知症専門ケアについて加算が付くようになり、2015からは認知症介護実践者研修修了者とその資格要件が拡大された。2016年からは認知症介護に携わる可能性のあるすべての職員の受講を目指して新任職員に対して「認知症介護基礎研修」が行われるようになった³⁾（表0-8）。

このような認知症介護における人材育成施策は、行政が主導として積極的に動いている。特に認知症介護における研修体制は階層的な構造を有し、また全国的な広がりを見せていることから、認知症ケアの基盤となっていると評価できる⁶⁾。しかし、これまで行った研修についての評価システムや現場で活かすシステムが構築されなく^{6) 37) 39)}、2009年創設された認知症専門ケア加算制度の妥当性も検証されていないのが現実である。そもそも認知症介護サービスを提供するのに必要な能力とは何か、認知症介護の専門性とは何かなどが十分に議論・検討されていないまま、研修制度や加算制度の整備が中心となって進められていることが、主な理由であると思われる。したがって、認知症介護の人材育成という視点から見て、介護職に必要な能力とは何かを明らかにすることは何より先に取り組むべき課題であると思われる。

表0-6 1施設・事業所当たり常勤換算介護従事者と介護福祉士数及び割合

	訪問系		通所系		その他			介護保険施設			
	訪問介護	訪問入浴介護	通所介護	通所リハビリテーション 介護老人保健施設 医療施設	短期入所生活介護	特定施設入居者生活介護	認知症対応型共同生活介護	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	
介護職員数	7.4	3.5	4.6	8.0	5.7	12.2	17.0	11.4	29.6	28.1	13.7
介護福祉士数	3.4	1.3	1.6	4.9	3.0	6.6	6.6	4.4	17.1	18.0	6.4
割合	45.9	37.1	34.8	61.3	52.6	54.1	38.8	38.6	57.8	64.1	46.7

（出典）厚生労働省「平成27年度介護サービス施設・事業所調査の概況」²⁵⁾ から抜粋作成

表 0-7 認知症介護人材育成関連施策

年度	認知症介護人材育成関連施策
1984	「痴呆性老人処遇技術研修」の実施
1999	「痴呆介護研究・研修センター」の開設
2001	「痴呆介護実務者研修」、「痴呆介護指導者養成研修」の創設
2004	「痴呆介護指導者に対するフォローアップ研修」の創設
2005	「認知症介護実践研修」、「認知症介護指導者養成研修」へ名称の変更
2009	「認知症専門ケア加算制度」の創設
2016	「認知症介護基礎研修」の創設

表 0-8 認知症介護実践者等研修

研修名	研修対象・目的	累計修了者数
認知症介護指導者養成研修	現場経験約 10 年以上の者が研修の企画立案・講師役等となるため	1814 人
認知症介護実践リーダー研修	現場経験約 5 年以上の者が事業所内のケアチームの指導者役となるため	29000 人
認知症介護実践者研修	現場経験約 2 年以上の者が認知症介護の理念・知識・技術を修得するため	179000 人
認知症介護基礎研修	新任の介護職員等が認知症介護に最低限必要な知識・技能を e ラーニングの活用により修得	認知症介護に携わる可能性のあるすべての職員

(出典) 認知症対策推進総合戦略(新オレンジプランイン) ; 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて。(2015)より抜粋作成

第2節 問題意識と本研究の目的

1. 問題意識

日本の急速な高齢化に伴い、認知症高齢者の数も急増している。認知症高齢者の介護を担う人材である介護職は、その質的・量的確保のために、様々な施策が行われてきた。しかし未だに、介護を受ける側も、介護する側も、介護従事者を雇用する側も、認知症介護人材を育成する側も、満足に至っていないのが現状である。

介護を受ける側としては、不適切な認知症ケアを経験している（三宅の報告によると認知症介護者の64.3%が過去5年間に不適切だと思われるケアを経験したことがある⁴⁰⁾）など、認知症専門ケア加算制度の妥当性について疑問が残ったまま、介護報酬を負担している。介護する側としては、自分の認知症ケアについて確信が持てない、将来について不安があるという現状がある。また、介護従事者を雇用する側としては、何より良質な人材の確保が不可欠であるが、人材育成にかかる資金や時間が足りない現状がある。最後に、認知症介護人材を育成する側としては、行った施策、教育、研修などに対する評価システムがないため、成果の確認が行われていない。このような現状は認知症介護の標準化や認知症介護職の専門性と能力の実証的な検討が未だに行われていないことに起因するものであると思われる。特に認知症介護に従事する者の専門性や能力を実証的に検討することは喫緊の課題であると思われる。

2. 本研究の目的

本研究は、介護職が認知症介護実践能力の向上と主体的な生涯教育への内的動機付けを促すため、認知症介護における介護職の自己能力評価ツールを開発することを最終の目的とする。そのため、本研究では第一に、介護職が質の高い認知症介護を実践する際、必要な能力とは何かを、その構成要素を抽出することで明らかにする。第二に、本研究は実証的研究方法を用いることで、認知症介護における人材育成システム構築に参考資料として活用されることを期待する。第三に、介護職が認知症介護を行う上で新人介護職、リーダー職、指導者に至るまで、目指す目標が描けるよう、各キャリア段階の卓越した介護職の認知症介護能力の比較・検討を行い、その特徴を明らかにする。第四に、介護職の認知症介護実践につながるよう、介護職の具体的な実践内容（行動）に着目し研究を行う。

本研究の目的は、卓越した認知症介護指導者、認知症介護リーダー、認知症介護実践者を対象とした質的調査、認知症介護を行っている介護職を対象とした量的調査を通じて、認知症介護を行っている介護職の能力の構成要素とキャリア段階ごとの特徴を明らかにする。その構成要素を評価基準とし、介護職が自分の能力を確認できる自己評価ツールの試案を提示するとともに、介護職のキャリア段階に沿った認知症介護能力の特徴を明かにすることで、介護職の生涯を通じた認知症介護能力開発システム構築に参考資料として活用できることを目指す。

3. 用語の定義

本研究における用語について、以下のように定義する。

- ① 認知症介護：認知症の者(以下、認知症者)が尊厳を保持しながら自分らしい生活を送ることができるように、介護的支援を認知症者に直接提供することとともに、その支援がうまく行われるように環境(物的・人的環境)を造成すること。
- ② 介護職：職種を問わず、介護実践現場で介護を業務として行っている者。
- ③ 実践者：職位についていない、なおかつ認知症介護を行っている介護職。
- ④ リーダー：認知症介護を行っている介護職であり、施設・事業所中でのケアチームとして役割を果たすことが期待され、チームリーダーに準じる職位についている者。
- ⑤ 指導者：「認知症介護指導者養成研修」を修了し、地域や職場で認知症介護指導者としての役割を果たしている者。主な役割としては認知症介護実践研修等について企画・立案に参画し、講義、演習、実習を担当すること、また介護専門職に対する人材育成の関与に加え、認知症介護指導者自身が所属する事業所を中心とした地域の指導者としての役割も担うこと。
- ⑥ 認知症介護能力：認知症介護における介護職の能力。

第3節 論文の構成

本論文の枠組として、本研究の最終的な目標は認知症介護における介護職の自己能力評価ツールの開発とする。①これまでの先行研究・文献の中で認知症介護における介護職の能力に関する知見、②認知症介護における介護職の能力構成要素及び評価項目について検討、③キャリア別、能力構成要素及び評価項目についての検討、④能力構成要素と項目を抽出するための量的調査と設定する。

本論文は、序章を含め、全6章で構成される。図に本論文の構成と本研究の全体像を示す。

序章では、本研究の背景と目的を述べ、本論文及び本研究の全体構成を概観する。

第1章では、認知症介護能力に関する先行研究および文献の知見の整理を行い、本研究の具体的な課題を示す。また、本研究の位置づけ及び意義について述べる。

第2章では、認知症介護能力の構成要素と項目抽出のための質的調査の概要と、結果を示し、考察を行う。考察は経済協力開発機構(Organization for Economic Co-operation and Development: OECD)のキーコンピテンシー概念や既存研究から抽出された能力構成要素との比較・検討を通じて行う。

第3章では、第2章の結果から得られた認知症介護能力構成要素の妥当性を質的に検証するために、介護職のキャリア別、認知症介護能力の差異を明らかにする。第2章で得られた認知症介護能力の構成要素を分析基準とし、キャリアごと抽出したデータを分類し、比較・検討する。

第4章では、質的調査から得られた認知症介護能力構成要素を検証・洗練するために量的調査を行う。認知症介護能力に関する項目に対する因子分析と、キャリア間の差異を検証す

る。

第5章では、本研究が取り組んだ調査の結果を踏まえて、介護職が認知症介護を行う上で必要な能力について総合的考察を行い、認知症介護における人材育成システム構築に向けた提案をするとともに、本研究の限界と課題について述べる。そして最後に本研究の結論を述べる。

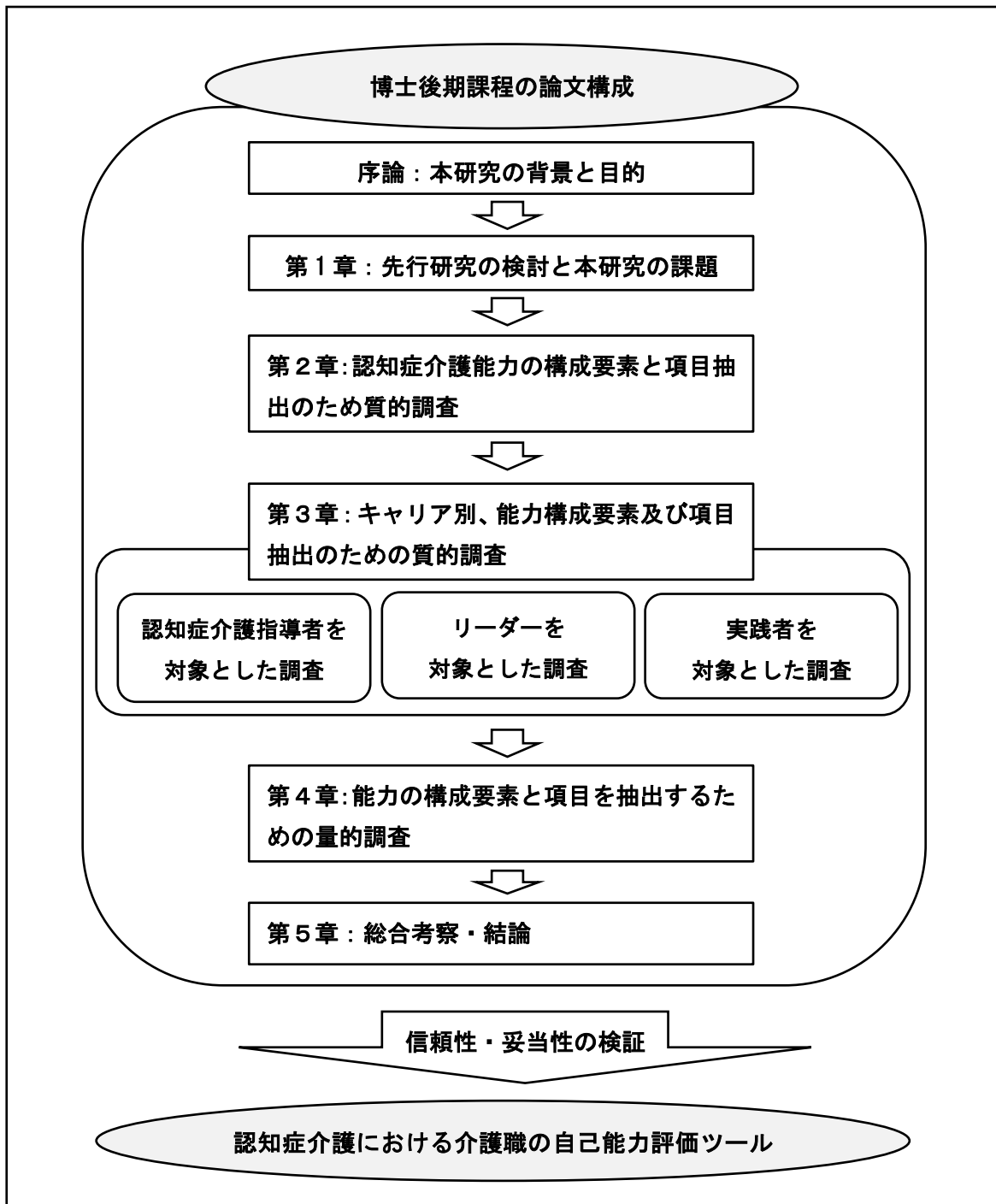


図0-1 介護職の認知症介護能力の自己評価ツール開発のための研究の全体像

第1章 先行研究の検討と本研究の課題

第1節 認知症介護に関する先行研究

1. 認知症介護関連研究動向

1) 目的

認知症介護に関する日本の研究動向を明らかにすると同時に、認知症介護における介護職の能力評価ツールやシステムに関する論文の存在有無を確認する。

2) 方法

認知症介護に関する日本の研究動向を調べるために、まず学術情報データベースサービスである CiNii を調べた。しかし、ヒットしたデータが 12,000 件を越えたため、ここでは、認知症介護関連学会誌である、日本社会福祉学会、日本介護福祉学会、日本認知症ケア学会の学会誌を調べた。各学会のホームページの学会誌目次論文検索（バックナンバーリスト）から、論文タイトルに「認知症」または「痴呆」のキーワードが含まれている原著論文をピックアップし、類似の内容をグループ化して行く方法で分類作業を進めた。

表 1-1 CiNii での認知症介護関連データ数(2016年10月29日)

関連検索キーワード	認知症&介護	認知症&ケア	痴呆&介護	痴呆&ケア	合計
データ数(件)	3615	5406	1526	1676	12223

3) 結果

社会福祉学会誌からは 11 個、介護福祉学会誌からは 36 個、認知症ケア学会誌からは 82 個の原著論文がヒットした。

それぞれ分類した結果を表 1-1、表 1-2、表 1-3 に示す。

社会福祉学会誌の論文は「認知症者と家族介護者の困難」、「認知症ケア実践内容」、「認知症ケア効果」のカテゴリーに分類できた。介護福祉学会誌の論文は「認知症高齢者と家族の状態及び意識」、「認知症介護実践内容」、「介護スタッフの認識・感情と実践との関係」、「専門職としての認知症介護スタッフと労働環境」、「認知症介護人材育成の内容とその効果」、「介護ガイドライン作成」のカテゴリーに分類できた。認知症ケア学会誌の論文は、「認知症者・家族の困難と受診までのプロセスや意思決定の過程」、「認知症ケアの実践内容(実態)と効果」、「介護スタッフの感情とその関連要因、研修効果」、「認知症ケア指針・評価システム開発」、「アウトカム評価に影響を与える要因」に分類できた。認知症介護における人材育成の観点から見ると、学生の教育後の認知症者に対するイメージ変化や職場内の研修の効果に関する研究が多くあった。

4) 考察及び結論

社会福祉学会誌、介護福祉学会誌、認知症ケア学会誌の認知症関連原著論文を調べてみたところ、日本の認知症介護に関する研究は主に、認知症介護実践内容・実態とその効果に関する研究、介護スタッフの意識・感情・労働環境・研修（人材育成）に関する研究、認知症者と家族介護者の困難・状態に関する研究が行われていた。そして、わずかであるが、認知症ケア指針・評価システム開発に関する研究、アウトカム効果に影響を与える要因に関する研究も行われていた。しかし、認知症介護における介護職の能力に関する研究は見当たらなかった。教育や研修の効果を測った研究においても、認知症者に対するイメージ変化やBPSDに対する捉え方の変化等、総合的能力評価の観点ではなく断片的な評価に留まった研究であった。また、「認知症ケアにおけるチームケア自己評価モデル」の開発に関する論文があり⁴⁾、本研究の開発方法においては参考になるが、個人の能力評価ではなく、チームケアとしての質を評価するものであった。

表 1-2 「社会福祉学会誌」の認知症介護関連論文の分類結果

I	II	論文名
認知症者と 家族介護の 困難	認知症者の 持つ困難	高次脳機能障害者の社会生活上で生じる「生活のしづらさ」がもつ意味に関する研究
		要介護・虚弱高齢者に対する「地域生活の質」からみた優先課題：デルファイ法とノミナルグループ法を用いた意見集約
		痴呆症の高齢者の心理社会的ニーズを理解するためのツールとしてのバリデーションの有用性について
	家族介護者の 介護負担	高次脳機能障害者家族の介護負担に関する諸相：社会的行動障害の影響についての量的検討
認知症ケア 実践内容	認知症ケア 実践内容	認知症末期にある特別養護老人ホーム入居者に対する介護スタッフのケアプロセス
		痴呆性高齢者施設の建築設計における理念・目標・手法に関する研究
		認知症ケアにおける効果的アプローチの構造：認知症の行動・心理症状(BPSD)への介入・対応モデルの分析から
認知症ケア の効果	ユニットケ ア・GH ケア の効果	ユニットケア導入が認知症高齢者にもたらす効果に関する研究：従来型特別養護老人ホームにおける実践事例を基に
	ケアマネジ メントの過 程と効果	認知症高齢者介護におけるグループホームケアの効果に関する実証的研究
		介護者の認知症者に対する接し方の変化に関する研究：ケアマネジメントのプロセスとの関連
		認知症高齢者の家族の介護負担軽減とケアマネジメントのプロセス評価との関係

表1-3 「介護福祉学会誌」の認知症介護関連論文の分類結果

I	II	論文名
認知症高齢者や家族の状態及び意識	認知症高齢者の状態及び困難	認知症高齢者の“よくない状態(ill-being)”の指標に基づいた分析：生活全体に配慮が必要な認知症高齢者に着目をして 認知症高齢者の「笑い」にみる自己理解：MMSE得点と社会的笑いの関係から 認知症高齢者の口腔状態と認知症自立度の関連についての検討
	家族介護者の意識	高齢者夫婦世帯の夫を介護する妻の体験：自宅介護の後に介護老人保健施設を利用した妻の意識の分析
認知症介護実践内容	認知症高齢者の日常生活支援の実態	食事提供実態調査からみたグループホームの「食事」の現状と課題 認知症高齢者の主体性を引き出し促すケアの考察：グループホームにおける食事支援の類型から 認知症高齢者への訪問介護員のかかわり行動についての一資料：着脱場面での対応を中心に 生活時間を軸にした認知症介護の一考察 時間の概念から導き出した認知症高齢者グループホーム利用者における時間についての考察 その人らしさを継続するための認知症高齢者グループホーム入居支援：入居前アセスメントと入居時ケアに焦点をあてて 認知症対応型共同生活介護におけるケア効果の評価 自治体における認知症支援施策のあり方に関する研究：「早期発見・対応」を焦点に
	認知症介護実践プログラムの内容とその効果	集団活動が認知症高齢者の対人行動に与える影響についての検討：臨床心理学的視点からのアプローチ レクリエーション活動における認知症高齢者の楽しみの構造：フロー理論による、グループホームにおける風船パレー参加者の発話分析を通して 地域在住高齢者の事例からみる回想法への期待：“音”による回想を手がかりとして
	BPSD改善を目的とした実践方法	効果的な認知症ケアマネジメントの開発的研究：行動・心理症状(BPSD)改善を焦点として 認知症高齢者の行動・心理症状(BPSD)を改善するための支援の方法：特別養護老人ホームの介護職員による改善事例に対する質的分析をもとに
	リスク予防の取り組み	個別避難リスク・スコアシートを開発して取り組む特別養護老人ホームの防火対策について 特別養護老人ホームにおける転倒・転落事故を予防するために事故予防計画書を開発して取り組んだ報告
	情報収集の特徴	ホームヘルパーの認知症利用者に対する情報収集の特性
介護スタッフの認識・感情と実践との関係	技術重要性認識と実践頻度の関係	認知症高齢者のケア技術に関するケアスタッフの重要性認識・実践頻度および家族が希望するケアの比較
	生活歴把握と感情の関連	認知症高齢者施設における生活歴把握と介護職員の利用者への感情・思いの現状と両者の関連
	認知症介護と介護スタッフの負荷・ストレスとの関係	個別ケアを阻害する要因に関する研究：特別養護老人ホームにおける認知症高齢者担当介護職員の個別ケア実践と仕事上の負荷の現状
	BPSDに対するスタッフの認識と対処法	暴力的行為に対する介護職員の認識と対処法 徘徊の有無による認知症高齢者の状態に対する介護職員の認識 痴呆性高齢者への環境配慮が特別養護老人ホームスタッフのストレス反応に及ぼす影響
専門職としての認知症介護スタッフと労働環境	専門職意識と裁量権	痴呆性高齢者の介護に対するホームヘルパーの専門職意識 介護保険制度におけるホームヘルパーの裁量権に関する研究
	労働環境と雇用	常勤職員が求める非常勤職員像：介護福祉現場の雇用の多様化をめぐる 認知症対応型共同生活介護サービス従事者の労働環境の実情
認知症介護人材育成の内容とその効果	介護・福祉系学生の認知症者に対するイメージ	若年性認知症理解の要因：福祉系大学生の若年性認知症者へのイメージの視点から 介護学生の認知症高齢者に対するイメージ
	介護スタッフや学生の介護体験や実習後の変化	認知症対応型高齢者グループホーム職員の看取り体験と死生観の関係 介護福祉実習における学生の意識変化に関する研究：第1段階介護福祉実習前後での検討
	教育課程の内容検討	介護福祉士養成における身体拘束廃止実現に向けての教育課程の検討：2養成校の学生アンケート調査より
ガイドライン作成	ガイドライン作成	認知症高齢者グループホームにおけるケアプロセスの質：ケアプロセスガイドライン作成の試み

表1-4 「認知症ケア学会誌」の認知症関連論文の分類結果

I	II	論文名	
認知症者・家族の困難と受診までのプロセスや意思決定の過程	認知症者の困難及び能力	軽度認知障害（MCI）を主とする軽度の認知機能障害者を対象とした病気認識と日常生活の困りに関する研究 認知症高齢者の対処行動；「取り繕い」行動に焦点を当てて 認知症の人の買い物に関する実態調査；A県における「家族・専門職」と「店舗従業員」を対象とする2つの調査を通して アルツハイマー病患者におけるもの忘れの自覚と他覚；主観的気分と認知機能との関連を中心に アルツハイマー型認知症患者の日常認知・行動測定尺度（施設版）の作成；介護つき高齢者住宅に入居中の高齢者を対象として 初期アルツハイマー型認知症の高齢者における不安と自己の側面 認知症高齢者の食事を構成する動作と階層性についての検討 障害物の輝度と認知症高齢者のまたぎ動作との関係 要援護高齢者の行動障害に関連する要因に関する研究 看護師からみた認知症患者の排尿における問題点とアウトカムを高めるケア 睡眠に障害をもつ認知症高齢者の生活の場における光環境の実態とケアの方向性	
	家族介護者の認知症者の在宅介護に対する認識や困難	若年認知症者の家族の支援；要介護度の重い事例を介護する家族の介護負担の構造 在宅介護における認知症介護困難および良好の評価と介護者属性の関連；在宅介護支援を行う職員からみた評価の特徴 認知症高齢者の在宅介護者が抱く介護の肯定的な認識と特性に関する研究 認知症高齢者を介護する家族の介護継続意向の要因に関する研究 在宅における認知症高齢者の介護および死別体験のプロセスと心理；家族介護者へのインタビューの質的研究 もの忘れ外来通院患者の家族介護者の認知症と介護の受け止めに関する研究 家族介護者の続柄別にみた介護評価の研究 在宅における認知症の行動・心理症状と介護への自己評価が介護負担感に及ぼす影響	
	認知症者が受診に至るまでのプロセスや意思決定の過程	若年認知症者と家族の発症に気づいてから受診に至るまでの対処 認知症高齢者の家族が高齢者をもつもの忘れ外来を受診させるまでのプロセス；受診の促進と障壁 若年認知症の患者が診断を受けるまでの家族の行動プロセス；早期診断につなげるために必要な支援の考察 認知症高齢者の家族が行う意思決定過程と影響要因に関する研究；家族介護者の語りの介護開始時期からの分析 認知症高齢者家族の意思形成過程の経時的変化に関する研究	
	認知症ケアの実践内容（実態）と効果	認知症ケアの様々な実践方法とその評価	施設介護職が語る認知症介護における回想法；回想法の効用プロセスと介護実践評価 認知症高齢者の日常会話場面におけるグループ回想法適用に関する研究；発話時間と話題の共有時間による相互交流からの検討 認知機能低下を抑制する運動プログラム「スクエアステップ」のデイケア利用者への適用とその効果 認知症高齢者の周辺症状軽減とQOL向上における作業療法の効果 新転倒・認知症予防プログラムが地域在住高齢者の認知・身体機能に及ぼす影響；脳機能賦活を意図した「スクエアステップ」エクササイズの研究 高齢者デイサービスの利用者を対象とした園芸療法の効果 認知障害のある高齢者と看護師との相互作用場面における看護師のタッチの意味；機能的側面からの検討 高齢者・認知症高齢者の転倒リスクファクターおよび転倒予防介入に関する文献的検討；前向き研究・RCT研究に注目して 認知症高齢者グループホームにおける生活共有の有効性 認知症ユニットにおけるコンタクトパーソンの有効性；ケアの質向上と人員削減の両立の可能性を目指して 介護老人福祉施設の職員における認知症高齢者に対する終末期ケアのガイドへの評価；認知症高齢者の緩和ケアに対する考え方に関する調査
		家族介護者に対する実践内容	認知症の人を抱える家族を対象にした電話相談の役割；認知症の人と家族の会愛知県支部が行う電話相談5,300件の分析から デイケアにおける認知症家族介護者の「家族支援プログラム」の効果
		住環境に関する実践内容	わが国における認知症高齢者の住環境に関する書誌学的研究；研究知見に基づく環境アセスメントと環境デザインへの示唆 認知症高齢者のグループホームにおけるなじみの環境形成の影響に関する検討 認知症高齢者の感情反応と行動に基づく個別的な生活環境評価とその効果 ショートステイを利用する認知症高齢者が安定した暮らしを維持するための要素；暮らしにおいて定常化されている要素に着目して 特別養護老人ホームの環境改修が認知症高齢者の行動に及ぼす影響

認知症者の権利擁護に関する実践内容	認知症ケアにおける成年後見人等とのチームアプローチに関する研究；権利擁護の推進に向けた連携・協働のあり方に焦点を当てて
	独居等認知症高齢者に対する成年後見制度申立て支援に関する研究；地域包括支援センター社会福祉士による支援プロセス
	認知症高齢者の消費者被害に対する成年後見制度の活用；日常生活支援から被害回復支援までの一体的支援の推進に向けて
	任意後見制度の利用に至るプロセスの検討；専門家後見人と契約している利用者に対する質的調査
	虐待予防に関する実践内容
	認知症グループホームで必要とされる虐待予防因子の構造と実態；介護職員への認識調査をもとに
	養護者による高齢者虐待の未然防止に向けた予兆察知に関する検討；在宅介護にかかわる職種間の特徴から
	認知症グループホームにおける不適切なケアの予防要因の効果検証；介護職員への質問紙調査をもとに
	地域での認知症ケアの実践内容
	民生委員と福祉委員における認知症の疑いのある高齢者を発見した場合の相談先の選択の意向
認知症ケア関連サービスを利用する中、認知症高齢者やケア内容の実態	認知症サポーター養成講座修了者の活動実態と活動意欲
	自治体における地域密着型サービスの整備計画と質の確保・向上および地域拠点化に向けた取り組みに関する研究
	地域での介護予防活動における認知症予防ボランティアの成長過程
	認知症のある人とのかかわり度からみた地域住民への効果的な啓発活動のための分析
	地域包括支援センターにおける認知症高齢者と介護家族へのアウトリーチ機能の検討
	認知症予防講座・研修後の自主活動選択の要因に関する研究；認知症予防の地域づくりの方法の開発
	住民の自主的な地域活動を促す講座運営の研究；認知症予防の地域づくりの方法の開発その2
	介護老人保健施設における認知症の程度と転倒の関係について
	認知症高齢者グループホームの利用者家族アンケートを活かした質の確保・向上に関する研究；外出支援を焦点に
	介護老人保健施設における脳血管性認知症高齢者の転倒状況と関連要因の検討
一般病院に入院する高齢患者の認知症の行動・心理症状と心身機能が心身ケア依存度に及ぼす影響	
重度認知症高齢者への人工栄養補給の実施における理想的判断と現実的判断	
高齢者グループホームとユニットケア施設における放尿の実態と対応	
介護スタッフの感情とその関連要因、研修効果	認知症ケアスタッフの困難
	認知症高齢者グループホーム管理者の主な業務内容および抱える困難
	特別養護老人ホーム初任介護職員の認知症高齢者ケアにおける困難内容の分析
	認知症高齢者グループホーム職員に対する暴力的行為に関する研究
	一般診療科において認知症高齢者の診療に携わる医師が抱える課題と支援のあり方
	介護スタッフの否定的な感情と関連要因
	認知症の利用者に対する介護職員の感情的負担感に及ぼす有能感の影響
	認知症高齢者グループホームのケアスタッフが抱える困難とその関連要因；認知症高齢者グループホームの全国調査から
	ケアスタッフの認知症高齢者への対応困難感と自己状態の認識が対人交流に与える影響
	介護スタッフの肯定的な感情と関連要因
BPSD を改善するための支援における介護職員の自己効力感と職場環境との関連性	
認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）を改善するための支援における介護職員の自己効力感の因子構造	
タクティールケア実践者のケア肯定感の因子構造とその関連要因	
ユニット型介護老人保健施設で働く介護職員の認知症ケア実践と仕事満足度の関連	
研修の効果	
認知症介護専門棟職員に対する職場内研修の試み；パフォーマンス・マネジメントを用いた取り組みの効果検証	
認知症の行動・心理症状に対する介護職員のとらえ方と研修との関係について；在職年数別にみる内部研修の有効性	
認知症グループホームの高齢者終末期ケアに影響を及ぼす要因；管理職の認識に焦点を当てた質的分析	
認知症ケア指針・評価システムの開発	
認知症ケア指針・評価システムの開発	
介護老人福祉施設における認知症ケア指針の開発	
認知症ケアにおけるチームケア自己評価モデルの検討	
ユニット型施設における相互評価のシステム化に関する研究	
アウトカム評価に影響を与える因子	
アウトカム評価に影響を与える因子	
短期間で改善しやすい認知症ケアのアウトカム評価に影響する因子；看護学生の実習前後の評価分析から	
グループホームで終末期を迎えた認知症高齢者の食事に関する家族の満足度と影響要因	

2. 認知症介護関連評価ツール開発

1) 目的

認知症介護関連評価ツールを調べ、介護職の認知症介護能力評価ツールの存在有無を確認することと、能力評価ツール開発方法についてヒントを得る。

2) 方法

CiNii、手探り方法などを用いて、過去 10 年間、開発された認知症ケアに関連した評価ツールを調べた。その際、認知症患者本人の状態や特定の介入方法に対する評価は除いた。

3) 結果

CiNii で検索してヒットしたデータ数を表 1-5 に示す。そして手探り方法などを用いて、計 15 個の評価ツールが手に入った。その内容を表 1-4 に示す。15 個のうち、小林らに開発された「認知症グループホームケアの質に関する評価票」^{42) 43) 44)}と「認知症グループホームにおける介護職のケア達成度自己評価票」^{45) 46)}は同一の評価領域と項目であった。

表 1-5 CiNii での認知症介護評価関連データ数 (2016 年 10 月 29 日)

検索キーワード	認知症&介護&評価	認知症&ケア&評価	合計
データ数 (件)	379	261	640

施設や事業所のサービスの質そのものを評価するツールと、ケア指針及びガイドラインとして開発されたツール、ケア従事者個人のケア達成度や実践能力を評価するツールがあった。ケア指針。ガイドラインとして開発されたのは、原らの「介護老人保健施設における認知症ケアガイドライン」⁴⁷⁾と永田らの「エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデル」⁴⁸⁾があった。ケア従事者個人のケア達成度や実践能力を評価するツールとしては小林らの「認知症グループホームにおける介護職のケア達成度自己評価票」^{45) 46)}、照井の「認知症ケア自己評価」⁵⁰⁾、澤の「認知症看護実践能力自己評価」⁵¹⁾があった。

手に入った評価ツールをドナベティアンの質に対する分類方法によって分類した。構造のみの評価は、澤の「認知症看護実践能力自己評価票」⁵¹⁾であり、看護師の実践能力を測定するものであった。構造と過程の評価は、田高らの「認知症ケア専門特化型看護ステーションにおけるサービス評価」⁵²⁾と、照井の「認知症チームケア評価」^{41) 50)}2つであった。結果 (アウトカム) のみを測定するものとしては、亀井らの「在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチの質評価」⁵³⁾と内田の「認知症ケアのアウトカム評価票」^{54) 55) 56) 57)}があったが、亀井らのものは評価項目までは確認できなかった。「地域密着型サービスにおけるサービスの質の確保と向上に関する検討委員会」の「地域密着型サービスの評価」⁵⁸⁾は過程と結果であった。これらの以外のツールは過程のみの評価ツールで、ケア従事者の実践内容に着目した評価内容であった。

評価領域はドナベティアン分類をそのまま使用して「構造」と「過程」と2領域に分類したのもあったが、4領域から6領域の評価ツールが主流であった。多数の領域のタイトルが「その人らしい生活の継続」、「安心を高める環境づくり」、「人間としての尊厳の保障」など認知症ケアを行う上で大切にしている価値や目指している理念の形にまとまっていた。だが、澤の「認知症看護実践能力自己評価」⁵¹⁾においては、主に看護職の業務の内容が評価領域として抽出されていて、「認知症に関する基本的知識」、「情報収集」、「アセスメント」、「コミュニケーション」、「感情のコントロール」のような個人の能力に関する領域もあった。個人の能力に関する評価領域が抽出されたツールとしては、山本らの「高齢者訪問看護質指標」^{59) 60)}と照井の「認知症ケア自己評価」⁵⁰⁾、澤の「認知症看護実践能力自己評価票」⁵¹⁾があった。領域のタイトルは「基本的な姿勢」、「アセスメント」、「認知症の理解」、「コミュニケーション」、「感情のコントロール」などがあった。項目の数は20個から50個前後が多かった。

開発方法については、項目が確認できなかった亀井らの質的評価以外のすべてのツールが質的研究を通じて評価領域と項目を案(仮説)として作成し、量的方法を通じて信頼性・妥当性のある評価領域・項目として改良・完成させた方法を採択していた。質的方法については、先行研究、ケア従事者、エキスパートを対象にしたグループ討議やインタビュー調査が多かった。グループ討議やインタビュー調査のテーマとしては「サービスの本質を問うこと」⁵⁸⁾、「認知症ケアで重要なこと」⁶¹⁾、「ケア提供者から見てアウトカムとは何か」^{54) 55) 56)}、⁵⁷⁾、「ケアの質を高めるために行っていること、その理由」^{43) 44)}「認知症高齢者に対する日常の仕事の中で何を大切に実践しているのか」⁶¹⁾、「認知症ケアの課題」^{41) 50)}、「質の高い認知症ケアとは、ケアの焦点は何か」⁴⁷⁾などがあった。また、永田らの「エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデル」⁴⁸⁾の場合は、地域密着型としての実践、認知症高齢者ケアの実践、看取りの実践という3つの点について半構造的面接を、澤の「認知症看護実践能力自己評価票」⁵¹⁾は看護師キャリア開発ラダーの指標に沿って作成していた。

4) 結論

本調査で調べた認知症ケアに関する評価ツールの中で、認知症介護における介護職の能力そのものに着目し評価するツールは確認できなかった。しかし、「認知症に関する基本的知識」、「情報収集」、「アセスメント」、「コミュニケーション」、「感情のコントロール」のような個人の能力に関する領域があり、本研究にも示唆するところがあった。また、評価ツールとして適切な領域と項目の数や、実証的研究方法を基にしたツール開発方法においては、参考になるものが多かった。

表1-6 過去10年間開発された認知症ケア評価ツール（特定の介入内容に対する評価や認知症者本人の状態に対する評価を除き）

開発者	尺度名	評価対象	ツール構成	評価領域の内容	開発方法
地域密着型サービスにおけるサービスの質の確保と向上に関する検討委員会	地域密着型サービスの評価	過程結果	5領域 100項目	理念に基づく運営22 安心と信頼に向けた関係作りと支援10 その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント17 その人らしい暮らしを続けるための日々の支援38 アウトカム項目13	地域密着型サービスの本質を問う、時代のニーズに応えられる、研修や職場での人材育成に活かす、地域密着型サービスの理解と実践のためのガイドとして活かすことのできる内容・項目を目指し、委員会で作成方針検討、作業部会で項目案の作業、項目案を基にモデル調査実施し案作成、委員、部会メンバー、調査協力者にヒアリング調査を経て、開発。
亀井ら (2006)	在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチの質評価	結果	10領域	認知障害と記憶障害とともに生きること 認知と記憶の状況が見守られること 認知と記憶障害に関連する問題を解決すること 活動的であること 認知症以外の合併症のリスクを減らすこと 決定する力をもつこと 意思疎通できること 活動と参加の能力を促進すること 心地よくあること ケアマネジメントされること	文献研究から領域を抽出。専門職実践者を対象に領域の妥当性と利用可能性についてインタビュー調査実施。
永田 (2006)	認知症高齢者グループホームにおけるケアプロセスの質	過程	13領域 100項目	安心を与えるケアプロセス 自立した生き方を継続するケアプロセス 共同生活の和を作るケアプロセス	GHの代表者・スタッフに対するヒアリング調査、参与観察、スタッフと利用者家族に対するアンケート調査を実施。テーマは「認知症高齢者ケアで重要なこと」「ケアの質のイメージ」であり、Kj法を用いて概念化を進めた。
田高ら (2007)	認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価	構造過程	2領域 26項目	構造14 過程20	先行研究・報告等の文献レビューとエキスパートオピニオンレビューから原案作成。遂行度と重要性について量的調査を経て開発。
内田 (2007)	認知症ケアのアウトカム評価票	結果	4領域 26項目	認知症症状・精神的安定5 生活・セルフケア10 その人らしい生き方8 介護者の負担3	文献検討、質的調査（ケア提供者から見てアウトカムとは何か）領域を抽出し項目については重要度調査を実施。専門家による検討により原案作成。その後量的調査を経て開発。
小林ら (2007)	認知症グループホームのケアの質に関する評価票	過程	7領域 30項目	刺激のある生活づくり6 人間としての尊厳の保障6 意思決定の支援3 安全・安楽の保障4 健康管理2 生活能力の維持・向上2 基本的生活の維持・向上2	グループホームでのケア場面を分類・設定し、その場面ごと介護従事者が「ケアの質を高めるために行っていること」と「その理由」について質的調査を実施、原案を作成。量的調査を経て開発。
小林ら (2008)	認知症グループホームにおける介護従事者のケア達成度自己評価票	過程	同上	同上	認知症グループホームのケアの質に関する評価票を基に作成（評価領域と項目同一）。

山本ら (2008)	高齢者訪問看護質指標 (認知症ケア)	過程	11領域 48項目	基本的な姿勢（尊厳の維持）3 アセスメント（情報の収集、分析、判断）16 認知症の理解2 コミュニケーション4 認知症症状のコントロール4 日常生活への適応6 安全・安楽の確保3 社会と交流の確保2 家族の持てる力の向上6 体制作り1 フォローアップ1	評価研究文献、教科書、商業誌・学会誌に掲載された総説や実践報告、実態調査等を主な対象とし文献調査をし指標票を作成。エキスパートの実践知を元に洗練。其の後の量的調査を経て開発。
原ら (2009)	ユニット型介護老人保健施設における認知症ケアの質に関する尺度	過程	6領域 19項目	健康管理4 その人らしい生活の維持4 自立生活の支援4 看取り2 家族関係の維持3 統一したケア2、	ユニット型介護老人保健施設で働いている看護職員を対象に「認知症高齢者に対する日常の仕事の中で何を大切にして実践しているのか」を主テーマにウォークスグループインタビューを実施。専門家の協議、実践者への確認、量的調査を経て開発。
照井 (2010)	認知症ケア自己評価	過程	4領域 14項目	適切なアセスメント4 その人らしさの支援3 意図的なアクティビティ支援4 感情のコントロール3	多職種の認知症ケアに関わっている者を対象に、認知症ケア課題についてグループ討議実施。そのデータを基に質的分類法、量的調査を経て開発。
照井 (2010)	認知症チームケア評価	構造 過程	3領域 16項目	資質向上への取り組み5 情報の共有6 協力の体制5	認知症チームケアの課題について、認知症ケアに関わる職員に対してグループ討議を実施。質的分類、量的調査を経て開発
橋本 (2011)	認知症ケア尺度	過程	4領域 20項目	能力支援7 環境支援7 参加支援4 生活歴支援2	認知症ケアに関する先行文献とテキストの文献検討により質問紙を作成、知識と介護者の行動を表す表現で作成。量的調査分析を経て開発。
原ら (2012)	介護老人保健施設における認知症ケアガイドラインの開発	過程	6領域 29項目	安心を高める環境づくり6 生活の継続性への支援4 その人の潜在能力を引き出す支援6 安全に社会との繋がりを持てる暮らしへの支援4 家族との協働を含めた一貫したケア6 家庭での療養への移行に向けた支援3	既存の研究成果を、質の高い認知症ケア・ケアの焦点とは何かという視点から分類調査表作成、量的調査を経て開発。
永田ら (2014)	エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデル（小規模多機能事業所併設グループホーム）	過程	4領域 58項目	終末期ケア・看取りを支える16 認知症高齢者に向き合う18 地域密着型としての機能を果たす14 併設のメリットを生かす10	地域密着型としての実践、認知症高齢者ケアの実践、看取りの実践の点を中心に半構造的面接を行い、ケアサービスの実践内容に着目し、帰納的分析実施、モデル案を作成。重要性和活用性についての量的調査を経て開発。
澤 (2015)	認知症看護実践能力自己評価表	能力	5領域 39項目	認知症に関する基本的知識9 認知症患者の理解23 （情報収集、アセスメント、コミュニケーション、生活環境調整、日常生活能力へのケア、せん妄症状・周辺症状への対応） 家族支援2 退院支援1 看護記録・看護計画・カンファレンス4	看護師キャリア開発ラダーの指標に沿って作成した認知症看護分野のラダー指標

第2節 介護職の能力に関する文献レビュー

介護職の能力は、介護職の人材育成に関する討議・議論がある度に提言されてきた。そのまとめた内容を表1-7に示す。2004年「介護サービス従事者の研修体系のあり方について：中間まとめ」では、介護者も求められる役割として、生活全体を支援するための幅広い役割、利用者との協働作業としての介護、考え・判断する精神労働を挙げながら、これらの役割を果たすために、①生活支援のために必要な幅広い知識情報を身に着けるとともに、利用者を取り巻く社会関係や地域の生活文化を十分に理解して行動する力、②コミュニケーション、関係形成、発想・発意、創意工夫などの力、③考え、判断する能力を提言した⁶³⁾。

その後、全国社会福祉協議会の「介護サービス従事者の研修体系のあり方について；最終まとめ」によると、「尊厳を支えるケアを行うために介護職員に求められる能力」として、「対人理解やコミュニケーションの力」、「認知症ケア、医療・看護との連携などに必要な知識・技術」、「家族関係・社会関係の維持、精神面のケア、地域の力を引き出し活用することができる能力」、「チームケアを実行・推進する力」、「深い人間理解と専門職としての倫理、価値観等」が示された⁶⁴⁾。2014年、福祉人材確保対策検討会の「社会福祉人材確保対策検討会における議論のまとめ」では、「2025年の介護人材に必要な能力」として、「利用者の能力を引き出す力や観察力を含む業務遂行能力」、「他職種との連携の力」、「指導力」、「改革・改善力」、「マネジメント力」が提言された⁶⁵⁾。

介護職の能力に関する提言は、2004年全国社会福祉協議会の「介護サービス従事者の研修体系のあり方について」⁶³⁾で提言された「介護職の役割から見た必要な能力」を基本とし、その時代の要求に応じる形で、求められる介護人材像と能力が提案されたことが分かる。特に、認知症介護が介護の標準になり、地域密着型サービスが新たに介護保険制度の中に導入された2004年から2006年の間に提言された能力を見ると、「尊厳を支えるケアの実践」に関する能力や「利用者の世界・価値を共有する能力」、「チームケアや多職種との連携」などが目立ち、本研究に与える示唆は大きい^{63) 64) 66) 67)}。そして、介護人材の量的・質的確保が喫緊の課題になった2014年「社会福祉人材確保対策検討会」では、「指導力」、「改革・改善力」、「マネジメント力」が2025年の介護人材に必要な能力として提言された⁶⁵⁾。

また、国の職業能力開発に関する施策の一環として2つの評価ツールが開発された。中央職業能力開発協会により開発された「介護サービスの職業能力基準」⁶⁸⁾と、2014年内閣府の実践キャリアアップ戦略の一環として「介護キャリア段位制度」⁷⁰⁾の中で能力評価基準が開発された。中央職業能力開発協会は、企業・従業員お互い分かりやすい形で職業能力評価基準を作成する必要性により、職業ごとにその整理を進めている。「仕事をこなすために必要な知識と技術・技能に加えて、成果につながる典型的な職務行動例」を使用し評価項目を提案した。在宅介護業界の職業能力評価基準は2006年に、施設介護業界は2010年に開発された。職位に関わらず共通として求められる共通能力ユニットと、設定された職務の専門的な能力で選択能力ユニットを評価基準として採用した。介護サービスにおける共通能力ユニットは「職業倫理とコンプライアンス」、「チームワークとコミュニケーション」、「外

部、関係機関との連携」、「目標管理」、「利用者の安全衛生の確保、トラブルの未然防止」があり、施設介護サービスでは「ケアマネジメント」能力が追加された（表 1-7）。4つのレベル（初級・中級・上級・スーパーバイザー）においてキャリア形成を促している。

介護キャリア段位制度はこれまでの資格制度で不足していた「実際にその現場で何ができるのか」という部分を補うため、「わかる（知識）」と「できる（実践的スキル）」の両面を評価する。評価基準は「基本介護技術の評価」、「利用者視点での評価」、「地域包括ケアシステム&リーダーシップ」があり、7つのレベルを設け、生涯におけるキャリア形成を促進している。地域包括ケアシステム&リーダーシップに行くほど高いレベルに当たる（表 1-8）。

このように介護職の能力に関する提言、試案、国の施策の一環として開発された職業能力開発ツールはあるが、介護職の具体的な能力を実証的方法に基づいて明らかにした研究は少ないのが現実である。安梅らは介護職を含む保健福祉領域における専門職の専門性の構造に関する研究の中で、保健福祉領域の専門職に必要な能力として、状況に応じて的確に判断し、即時対応可能な実践性、状況把握力、判断力、観察力、評価能力などを明らかにし⁷¹⁾、安は介護職員を対象とした研究で介護福祉士に必要な能力として「理念・倫理」、「資質」、「知識・技術」、「総合応用能力」の κατηγοリーを抽出した⁷²⁾。三宅らは、地域包括ケアシステムのなかで介護福祉士に必要な能力を明らかにした。地域包括ケアシステム構成に基づいた主要5領域に対して、①認知症介護では、「人としての尊厳」を保持しながら、その人らしく生きることを支えること、②身体介護・生活援助では、自立を支援するために、一人ひとり異なる価値観や生活習慣を尊重した個別性を重視した支援できる能力、③介護予防にある住環境や疾病の知識をはじめ、経済面を支えるための社会保障制度や、認知症高齢者の自己決定を支えるための成年後見制度等の権利擁護の知識や技術、④知識や技術を持って包括的に生活を捉えてアセスメントできる能力、⑤必要に応じて他職種・多機関へ連携できる能力を抽出した⁷³⁾。

介護職においての能力に関する文献を調べてみたところ、介護職として必要な能力、求められる能力の理想像として提言されたものは多いものの、現場の実践内容を実証する研究により介護職の能力を明らかにした研究は少ないのが現状である。その中で、今までの介護職の能力に関する実証的研究の結果から明らかになったのは、コミュニケーション技術、実践性、状況把握力、判断力、観察力、総合応用力があった。これは介護職が専門知識、技術、価値観を活用し、実践に繋げるには、何らかの能力が必要であることを示唆していると思われる。そして、介護職の能力に関する多数の提言からは介護職の基本的役割である生活全体を支援すること、利用者との協働作業としての介護、考え・判断する精神労働であることから求められる能力という視点を看過してはいけない。同時に今の時代が要求する介護職の能力は高齢者の尊厳を支える介護能力である事、地域包括ケアシステムのなかで役割を担う介護能力が必要であることが明らかになった。また、「介護サービス職業能力評価基準」と「介護キャリア段位制度」においては現場での実践から吸い上げた能力を明らかにするこ

との大切さと、生涯を通じてキャリアを形成する観点から能力研究を進める意義が示唆された。

表1-7 介護職の能力に関する提言

出典	目標	能力の内容
全国社会福祉協議会：介護サービス従事者の研修体系のあり方について；中間まとめ（2004）	介護職の役割からみた必要な能力	①生活支援のために必要な幅広い知識情報を身に着けるとともに、利用者を取り巻く社会関係や地域の生活文化を十分に理解して行動する力 ②コミュニケーション、関係形成、発想・発意、創意工夫などの力 ③考え、判断するという能力
全国社会福祉協議会：介護サービス従事者の研修体系のあり方について；第2次中間まとめ（2005）	尊厳を支えるケアを行うために介護職員に求められる能力	①尊厳を支えるケア実施のための能力 ②チームケアを実行・推進するための能力 ③チームケアを推進するために組織の上位階層で求められる能力 ④基本姿勢
	ケアの実施能力に求められる能力	①専門的な技術・知識 ②利用者の世界・価値を共有する能力 ③観察力 ④洞察力 ⑤可能性を引き出す能力 ⑥家族や関係者との関係構築力 ⑦判断力 ⑧状況対応力 ⑨危機管理能力 ⑩感情コントロール
全国社会福祉協議会：介護サービス従事者の研修体系のあり方について；最終まとめ（2006）	尊厳を支えるケアを行うために介護職員に求められる能力	①対人理解やコミュニケーションの力 ③認知症ケア、医療・看護との連携等に必要な知識・技術 ④家族関係・社会関係の維持、精神面のケア、地域の力を引き出し活用することができる能力 ④チームケアを実行・推進する力 ⑤深い人間理解と専門職として倫理、価値観等
介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会：これからの介護を支える人材について；新しい介護福祉士の養成と生涯を通じた能力開発に向けて（2006）	求められる介護福祉士像	①尊厳を支えるケアの実践 ②現場で必要とされる実践的能力 ③自立支援を重視し、これからの介護ニーズ・政策にも対応できる ④施設・地域（在宅）を通じた汎用性ある能力 ⑤心理的・社会的支援の重視 ⑥予防からリハビリテーション、看取りまで、利用者の状態の変化に対応できる ⑦他職種との協働によるチームケア ⑧一人でも基本的な対応ができる ⑨「個別ケア」の実践 ⑩利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力 ⑪関連領域の基本的な理解 ⑫高い倫理性の保持
福祉人材確保対策検討会：社会福祉人材確保対策検討会における議論のまとめ（2014）	2025年の介護人材に必要な能力	①利用者の能力を引き出す力や観察力等を含む業務遂行力 ②他職種との連携の力 ③指導力 ④改革・改善力 ⑤マネジメント力

表1-8 中央職業能力開発協会（JAVADA）の介護サービスの職業能力基準のうち、共通能力ユニットの概要

能力ユニット名	能力ユニット概要
職業倫理とコンプライアンス	職業人として社会的責任を自覚し、介護保険法や関係法令、ルールを遵守しながら、誠実・公正に職務を遂行する能力と取組姿勢
チームワークとコミュニケーション	社内・社外の関係者・関係部門と連携しながら、円滑に業務を遂行する能力
外部、関係機関との連携	外部関係者・関係機関と連携、連絡・調整、働きかけをすることにより、円滑に業務を遂行する能力
目標管理	上位目標・方針を踏まえて課題を設定し、その達成に向けてねばり強く取り組む能力と姿勢
利用者の安全衛生の確保、トラブルの未然防止	サービス提供時に想定されるリスクを理解し、未然にそのリスクを防止するための対応策を講じる能力
ケアマネジメント（施設介護サービスのみ）	ケアマネジメントを的確に遂行する

（出典）中央職業能力開発協会（JAVADA）のホームページ

表 1-9 介護キャリア段位制度中での「できる」（実践的スキル）の評価基準

大項目	中項目	考え方	レベル
基本介護技術の評価	入浴介助、食事介助、排泄介助、移乗・移動・体位変換、状況の変化に応じた対応	介護行為の発生率の高いものを評価	主にレベル2①以上
利用者視点での評価	利用者・家族とのコミュニケーション、介護課程の展開、感染症対策・衛生管理、事故発生防止、身体拘束廃止、終末期ケア	利用者の視点から見て、質の高いサービスとして訴求できるわかりやすいポイントで評価	主にレベル3以上とレベル2②が一部
地域包括ケアシステム&リーダーシップ	地域包括ケアシステム、リーダーシップ	介護職員に求められる能力として、連携の能力や問題解決能力を評価	レベル4以上

（出典）内閣府：第11回介護プロフェッショナルワーキング・グループ；資料2 介護キャリア段位制度の概要。（2015）& 内閣府：第6回介護人材ワーキング・グループ；資料2 できる（実践的スキル）の能力評価基準に係る基本的な考え方^{69）}。（2011）より作成

第3節 コンピテンシーに関する研究

1. 概念の由来

コンピテンシーは、McClelland(1973)により導き出された概念であると知られているが、実はアメリカの心理学者 White(1959)により初めて報告された。当時、知能検査などで測定される知的能力が人間の能力一般とみなされる風土に対して、White はコンピテンスを「生体その環境と効果的に交渉する能力、ならびにその意欲」と全体的かつ動的な概念で定義した⁷⁴⁾。

McClelland は White のコンピテンス概念を応用して、高い業績を生み出す能力とは、知識、技能だけではなく、それらを用いて環境に働きかけ目標を達成する動機づけをも含む動的な概念であると考えた。高い業績に結び付く個人の行動様式を定義し、測定するコンピテンシー評価の手法を確立し、コンピテンシー理論の人材開発、目標管理への応用可能性を示唆する論文を発表した⁷⁵⁾。彼が生み出したコンピテンシー抽出の手法は幅広く使用され、2000年代には日本においても企業中心に導入されるようになった。主に、能力考課と育成・能力開発の基準として導入している。

しかし、Weinert(2001)によると、コンピテンシーという概念には単一の使用法などなく、また広く公認されている定義も画一化された理論も存在していない(ライチェン、2006 再引用)⁷⁶⁾。研究者やコンサルタントが各自の文脈に合わせて独自に位置付けているが、概ね二つに分類できる。高業績者とその他の人を区別する能力を意味する視点と、あらゆる人々に共通して求められる標準的能力を意味する視点である。ビジネス領域では、主に優秀な高業績者とほかの者を区分する能力として、教育・司法・臨床心理学などの領域では、標準的な能力として用いられている⁷⁷⁾。しかし、これらの領域ごとの能力観を明確に区別することはできない。例えば経済協力開発機構(OECD)が開発した「キーコンピテンシー」は、ビジネス領域を中心とする様々な領域で定義されたコンピテンシーを基に、教育目標としてのコンピテンシーが開発されたケースである⁷⁴⁾。

日本においてコンピテンシー研究は、高業績者の行動特性から作成されたコンピテンシーモデルに沿って職業能力開発を行う、というイメージで理解されている。この理解と活用も本研究の方向性を定める際に十分示唆されることは多い。しかし筆者はコンピテンシーの概念そのものが、そもそも人間の能力を論じる際、知的能力以外のものの可能性についての信頼から始まったことにも価値をおきたい。認知症介護の能力に焦点を当てた本研究を進める際、幅広い視線で人間の能力を見る必要があることを示唆しているからである。

2. OECD のコンピテンシーの定義と選択⁷⁶⁾

OECD は「多様化し相互につながった世界の中で、この世界を理解して正常に働くようにするために必要なコンピテンシーはいっそう複雑化し、ある狭く定義された技能をマスターする以上のものを要求するようになってきた」とコンピテンシーという概念に改めて注目する理由を述べ、コンピテンシーを下記のように定義した。コンピテンシーは「心理社

会上的前提条件が流動する状況で、固有の文脈に対して、複雑な需要にうまく対応する能力（認知的・非認知的の両面を含む）」として定義される。知識や技能以上のものであり、特定の状況の中で心理社会的な資源を引き出し、動員することにより複雑な需要に応じる能力をコンピテンシーは含んでいると説明した。これは、これまでの知識や技能の習得に絞った能力観の限界を超え、むしろ学習への意欲や関心から行動や行為に至るまでの広く深い能力観であると思われる。

同時に、OECD はコンピテンシーの発達及び生涯教育に関する考えを以下のようにまとめ、開発されたキーコンピテンシーが生涯教育を意識しながら作成されたことを示した。①各個人への社会的要求は、技術や社会経済的な構造の変化の結果として、成人の人生を通じて変化することが予想される。②コンピテンシーは生涯にわたり成長し変化する。③コンピテンシーの発達は、青年期だけではなく、成人期を通じても継続することを発達心理学の研究が示している。特に、枠組の中心となる、考える能力と思考をもって活動する能力は、人の成熟に従って成長する。

以上のようなコンピテンシーの定義と生涯教育の考えのもとに、OECD は今日の世界の複雑・多様な挑戦に応えるための個人に最も必要なコンピテンシーを選定した。そのため、1997年から2003年にわたって国際的、学際的なデセコ・プロジェクトを行った。デセコ・プロジェクトのコンピテンシー選定の条件は次の3つである。①社会や個人にとって価値ある結果をもたらすこと、②いろいろな状況の重要な課題への適応を助けること、③特定の専門家だけでなく、すべての個人にとって重要であることであった。これらの条件を基にデセコ・プロジェクトでは、多領域にわたる専門家や担当者の意見や研究調査の結果をまとめ、教育・経済・政治・福祉を含めた広い範囲の生活領域で役立つ概念としてキーコンピテンシーという概念を提案した。キーコンピテンシーの概念枠組はコンピテンシーを「相互作用的に道具を用いる」、「異質な集団で交流する」、「自律的に活動する」の3つのカテゴリーで分類した。その具体的な内容は表1-10で示す。このようにOECDがキーコンピテンシーを選定した際に用いたコンピテンシーの定義、生涯教育の視点、選定の条件は、流動する認知症介護環境の中、介護職が認知症介護能力の向上と主体的な生涯教育への内的動機付けを促すという本研究の目指すところとも一致すると思われる。

OECD は多様化し相互につながった世界の中で、この世界を理解して正常に働くようにするために必要なコンピテンシーを定義・選択した。OECD がなぜ今コンピテンシーが重要なのかについて説明した内容を参考にし、認知症介護において今なぜコンピテンシーが必要なのかについてその背景を表1-11のように整理した。認知症介護を実施している介護職個人が今直面している世界は常に流動している。認知症介護の対象である認知症者の状態や認知症者と介護者が置かれている状況は個々により異なり、非常に流動的である。認知症介護を実践している介護職は認知症者の状態や状況を十分理解し、認知症者一人一人にとって質の高い介護を提供しなければならない。そのために、介護職は、常に変化する認知症者と認知症者を取り巻く環境についての大量の情報を収集、理解し、実践につなげる必要があ

る。また、新しい認知症介護技術に関する情報も収集、取得し、自分の認知症介護実践能力を向上させる必要がある。介護職の集団としても、限られた資源とバランスを取りながら、質の高い認知症介護を実践する課題に直面している。このような背景からも、OECD の能力観が本研究に与える影響は多い。

今井も質の高い認知症ケアを提供するために、専門職の育成を強調し、その際に、OECD のキーコンピテンシーの概念を用いた。多職種連携を意味する社会的「異質な集団での交流」を推進し、他分野の専門家との交流や協働を促進する能力、直面した様々な課題を自ら解決する「自律的に活動する能力」、また言語、知識、情報などの「道具を相互作用的に活用」するコミュニケーション能力やリテラシー能力を持つ認知症ケア専門職の育成を学際的に考えることを促した¹⁴⁾。予測不能で様々な事象が生じる認知症介護現場で、認知症高齢者に質の高い介護を提供するために必要な能力を探るこの研究において、OECD のコンピテンシー定義、視点、選定の条件を含む OECD の能力観は非常に意味があると思われる。

表 1-10 キーコンピテンシーのカテゴリー

カテゴリー	内容
道具を相互作用的に用いる力	言語、記号、テキストを相互作用的に用いる力
	知識や情報を相互作用的に用いる力
	技術を相互作用的に用いる力
自律的に活動する力	大きな展望の中で活動する力
	人生計画や個人的活動を設計し実行する力
	自らの権利、利害、限界やニーズを表明する力
異質な集団で交流する力	他人と良好な関係を作る力
	協力する力
	争いを処理し、解決する力

(出典) OECD DeSeCo. 「コンピテンシーの定義と選択：その理論的・概念的基礎」 (2005)

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：国際標準の学力をめざして」. (2006) より作成

表 1-11 なぜ今コンピテンシーが重要なのか

OECDのコンピテンシー		認知症介護職のコンピテンシー
主体	個人	認知症介護を実践している介護職個人
直面している世界	多様化し相互につながった世界	認知症者の心身・社会的状態、介護者の状態、認知症者の住・地域環境、介護サービス活用状況は個別・多様であり、相互有機的に絡み合い、認知症者のQOLに影響を与えている。認知症者の状態の変化はもちろん、認知症者と介護者を取り巻く環境、制度、施策も年々変化・進化をし続け、認知症者を支える医療・福祉・介護サービスの内容も多様化し、多職種間の連携が不可欠な状況に介護職は直面している
目標	この世界を理解して正常に働くようにする	介護職が認知症介護において直面している状況を十分理解して、質の高い認知症介護が実現できるようにする
個人的な課題	個人は変化するテクノロジーをマスターする、大量の利用可能な情報を理解するなどの必要がある	介護職は常に変化する認知症者の心身・社会的状態、認知症者の住・地域環境、介護サービス活用状況など、具体的に情報を収集、理解（アセスメント）し、認知症介護実践につなげる必要がある。同時に、自分の認知症介護実践能力を向上する必要がある。例えば、進化し続けている認知症介護に関する研究結果、技術、ツールなどを理解し、実践に活用するなどの能力の向上が必要である
集団的な課題	個々人は環境の持続性と経済成長とのバランスや、繁栄と社会的公正のバランスをとるといったように、社会としても集団的な挑戦に直面している	介護職は限られた資源の中、質の高い認知症介護を実践しなければならない。具体的には、個々の人の平等、認知症者のニーズと家族や地域の要求との間のバランス、介護職自らの心身の健康など、限られた時間、人手の中、介護職はそのバランスを取らないといけない集団としての挑戦に直面している

（出典）OECD DeSeCo. 「コンピテンシーの定義と選択：その理論的・概念的基礎」（2005）ドミニク・S. ライチェン・ローラ・H. サルガニック編著、立田慶裕監訳「キーコンピテンシー：国際標準の学力をめざして」. （2006）と筆者の意見を合わせて作成

3. 介護職のコンピテンシー

現在、コンピテンシーは人的サービス分野において、教育効果の測定や専門職の職業能力の指標として用いられている。教育効果の測定の観点からは、大学の社会福祉教育においてコンピテンシーモデルの開発が行われており(表 1-12)、職業能力という観点からは看護師、保健師を対象にしたコンピテンシー研究が活発である。

介護職のコンピテンシー研究を見ると、阿部と須永の研究が目立つ。阿部はデイサービスの主任介護職の能力に関する研究で、主任介護職の中核的なコンピテンシーとして、「自己確信」、「利用者サービス志向」、「対人関係理解」「職務を全うする意志」「セルフコントロール」の5つを示した。これらのコンピテンシーは「組織の理念・方針」「上司のリーダーシップ」「職員間の連帯」「裁量とコントロール」「能力開発とキャリア形成の支援」といった組織特性によって支援され、高められることを明らかにした⁷⁸⁾。

須永は望ましい新任介護福祉士の人材像を明らかにするために、コンピテンシーモデル開発方法を用いた。内定者、就職1・2年目の介護職員(卒業生)、就職介護現場の人事担当者(雇用者)の3つのグループに、新任介護福祉士として勤務するものとして相応しい行動特性を、先行研究をもとに想定したクラスター毎にヒアリングを実施した。グループ別に収集した行動特性はディクショナリー、クラスターに分類した(表 1-11)。「内定者モデル」、「卒業生モデル」、「雇用者モデル」のコンピテンシーモデルをそれぞれ作成し、「雇用者モデル」を介護現場が求めるハイパフォーマーと想定したうえで、「内定者モデル」と「卒業生モデル」と比較・検討しながら、新任介護福祉士のコンピテンシーモデルを作成した。

結果、望ましい新任介護福祉士の人材像は以下の能力を有するものであった。①利用者はもとより、同僚、上司、家族、地域社会の人々と連携を図ることのできる表現力と聞く能力、②報告・連絡・相談といった組織内での円滑な連携を図ることができる能力、③自分で率先して仕事を行う能力、④継続的に、前向きな姿勢で取り組むことができる能力、⑤利用者の心身の状態や思いの把握に努める能力、⑥日々進歩する介護に関する情報を積極的に収集することができる能力、⑦勝手な判断で行動することなく、また、責任ある企画・提案を積極的にできる能力、⑧心身の健康に注意を払いながら業務にあたる能力、⑨積極的に自己啓発を行うことができる能力、⑩強い倫理観とコンプライアンス意識を有する、⑪常に応用力をもって日常の業務にあたる能力、⑫利用者主体のサービス提供を行う能力、⑬自らの専門性を高めることができる能力⁷⁹⁾。

一方、日本ホームヘルパー協会は先述した OECD のキーコンピテンシーモデルを用いて、訪問介護員の専門能力として14の種類の試案を作成した。介護訪問員の専門性の背景になる行動や思考特性を体系的に整理し言語化するために、もともと教育成果の評価のために特定・分析された OECD のキーコンピテンシー概念を用いたのである。

その開発方法は、OECD のキーコンピテンシーモデルを参考にしつつ検討委員会の議論により訪問介護のコンピテンシーモデルを設定し、訪問介護員のヒアリング調査などに基づき再検討するという方法であった。訪問介護員の達人の行動を整理し、作成したコンピテン

シーモデルの概要を表1-12に示す。個人的能力としては自己管理能力、向上指向能力、倫理観・責任遂行能力が分類され、方法論的能力には制度理解・説明能力、介護技術能力、利用者接遇能力、情報収集・洞察能力、省察・仮説構築能力、意欲向上援助能力が分類され、社会的能力には家族等関係構築・調整能力、組織協力能力、多職種連結能力、リーダーシップ能力が分類された⁸⁰⁾。

介護職のコンピテンシー研究は主任や新人のような介護職のキャリア発達段階別能力を明らかにするために用いられた。その結果、対人援助職としての特徴である、利用者サービス志向、対人関係理解、専門性（専門的知識、専門的技術、利用者思考）の要素が抽出されたのはもちろん、知識、技術とは異なる行動特性として、自己確信、職務を全うする意志、セルフコントロール、コミュニケーション、組織貢献力、思考力、自己統制のような能力が抽出されていた。

そして、OECDのキーコンピテンシー概念を用いた訪問介護職のコンピテンシーモデルは、専門知識や技術以外に定義されていなかった介護職の専門性や能力を言語化し、介護職の人材育成に大きく寄与したと思われる。また、OECDの能力観が今後の介護職の能力研究に活用できる可能性を見せたと思われる。ただ、ここで試案として作成された概念枠が介護の実践現場から吸い上げたものではなく、検討委員会の議論により作成されたものであるため、今後実践現場から検証する過程が必要であると思われる。

藤田は、対人援助職は人間に対する身体的、精神的なケア等の提供による働きかけを行うものであり、与える影響も大きい、また実践では高い専門性が求められる場面が多くあり、個人の能力は言うまでもなく、組織全体としての援助の質の向上を欠かすことはできないと、対人援助職の特徴を述べた後、それぞれの実践に即したコンピテンシーモデルを構築することは意義深いということを述べた⁸¹⁾。また高も個人の裁量で仕事が遂行できる介護職員のコンピテンシー研究は重要であり、介護職員の離職の抑制や介護サービスの質の向上といった課題を解決するためにも、キャリア発達に基づくだけでなく、介護サービス形態に応じたコンピテンシーモデルを作成する必要があると意見を述べた⁸²⁾。介護職のコンピテンシー研究はまだ少ないが、今後の介護職のコンピテンシーモデル開発の出発点になると思われる。

表1-12 日本で作成された社会福祉関連コンピテンシーモデル

作成者	モデル名	内容	項目数
池田 (2005) ⁸³⁾	社会福祉実習教育における学生の自己コンピテンシー・アセスメントモデル	①実習に臨む自己の姿勢（自己理解・対人コミュニケーションスキル） ②実習に必要な技術の側面 ③実習に必要な知識の側面	82
菊池 (2006) ⁸⁴⁾	地域福祉コーディネーターのコンピテンシーモデル	16個のコンピテンシー領域の中8つのコアコンピテンシー ①地域情報を資源として活用 ②関係における分裂化傾向のマネジメント ③ニーズと資源のマッチング ④協働のために合意形成 ⑤個別的な地域知識 ⑥多様性理解 ⑦一般的地域に対する知識理解 ⑧住民に対する共感の拡大	ない
藤田ら (2008) ⁸¹⁾	社会福祉教育におけるコンピテンシー評価モデル	①基本的社会的能力 ②基本的学習能力 ③関心・意欲・態度 ④知識・理解 ⑤技術 ⑥実践	62
藤田ら (2008) ⁸¹⁾	社会福祉専門職に関するコンピテンシーモデル	①実践 ②知識・理解 ③技術 ④学習・関心・意欲 ⑤社会的能力 ⑥ストレス対応能力	47
原 (2008) ⁸⁵⁾	聴覚障害ソーシャルワーカーのコンピテンシー	①ろう者学の知識 ②様々なコミュニケーション技術を駆使する能力 ③多様な福祉ニーズに対して相談支援ができる専門性	ない
社会福祉士養成校協会 (添田) (2009) ⁸⁶⁾	実習コンピテンシーアセスメント	①基本的・社会的能力 ②実習準備姿勢 ③実習計画及び実習計画の実行 ④ソーシャルワークコンピテンシー ⑤ソーシャルワーク実践プロセス ⑥書く・話す・聴く・観察する技能	46
千葉ら (2010) ⁸⁷⁾	福祉施設が人材に求めるコンピテンシー	①業種に関わらず幅広く求められる力 ②性格や志向性 ③福祉に関する姿勢や考え方 ④向上心や意欲	なし
山辺 (2015) ⁸⁸⁾	社会福祉従事者のコンピテンシー	①社会人・職業人としての資質能力 ②社会福祉事業従事者としての資質・能力（価値、倫理、知識、対人能力等） ③社会福祉事業所に必要な事務能力 ④福祉現場に必要な医療・看護・保健・栄養・調理等の専門知識・技術・能力 ⑤社会福祉援助・支援者としての共通の価値・知識・技術・能力（倫理を含む） ⑥ケースワーク（介護・保育等）の知識・技術・能力 ⑦ソーシャルワークの知識・技術・能力 ⑧指導・スーパービジョンの能力 ⑨管理・運営の能力	なし
関西福祉科学大学社会福祉実習モデル研究会 (89) ⁹⁰⁾	社会福祉士養成教育における実習科目と演習科目との連動を重視したコンピテンシー・モデル	①基礎的学習能力・社会的能力 ②価値・知識・技能 ③自己研鑽 ④実践的能力	77

表 1-13 新任介護福祉士のコンピテンシーのグラスターとディクショナリー

クラスター	ディクショナリー
コミュニケーション	表現力、文章表現力、対人関係構築力
組織貢献力	行動力、忍耐力、協調性、正確性、冷静さ
思考力	情報収集力、情報分析力、状況判断力、企画・提案力
自己統制	自己啓発、自立性、自己分析、セルフコントロール、健康管理
専門性	専門的知識、専門的技術、利用者指向

(出典) 須永一道・柳澤利之：「新任介護福祉士のコンピテンシーモデル；短大生および短大卒業生のコンピテンシーモデルからの考察」(2010)より作成

表 1-14 訪問介護職のコンピテンシーモデル試案

分類 (OECDのキーコンピ テンシー)	能力類型	主な考え
個人的能力 (自律的活動す る)	①自己管理能力 ②向上指向能力 ③倫理観・責任遂行能力 ④自己洞察能力	自分自身の健康やストレス管理、感染症の予防と拡大防止ができる。 自己の専門性を高める努力の継続、日々の実践の中で専門性を高められる。 尊厳ある自立を支えること、倫理観・責任感の下で職務遂行できる。 自己覚知・自己管理できる。相手に与える印象を意識しコントロールできる。
方法論定能力 (相互作用的に 道具を用いる)	⑤制度理解・説明能力 ⑥介護技術能力 ⑦利用者接遇能力 ⑧情報収集・洞察能力 ⑨省察・仮説構築能力 ⑩意欲向上援助能力	制度を主体的・能動的に理解できる。制度の趣旨等を分かりやすく説明できる。 確かな知識と根拠に基づく介護技術でケアを提供できる。個別状況に臨機応変に対応できる。 利用者との距離を意識、調節できる。利用者に合せた接遇ができる。 情報を幅広く収集・分析・統合できる。課題や危機を察知・洞察できる。 将来の可能性を豊かにイメージできる。課題解決の可能性を説明できる。 自立に向けた意欲・行動を引き出せる。ともに自立を目指す仲間になることができる。
社会的能力 (異質的な集団 で交流する)	⑪家族等関係構築・調整能力 ⑫組織協働能力 ⑬多職種連結能力 ⑭リーダーシップ能力	家族との協力関係を構築できる。家族間の関係を調整できる。 組織の一員としての自覚と行動ができる。情報を共有して適切なケアにつなげられる。 ケアの全体像の中で自分の役割がわかる。チームとしてのケアの質向上に貢献できる。 チームをリード出来る。後輩等の人材育成に貢献できる。

(出典) 日本ホームヘルパー協会「訪問介護員のコンピテンシーモデル報告」より作成

第4節 認知症介護における介護職の能力・コンピテンシーに関する先行研究

1. 日本の先行研究

認知症介護における介護職の能力について、実証的方法を用い総合的に把握した研究はほとんど確認できない。しかし、少数ながらその代表的な研究が小松による研究報告である。彼女は介護職員の認知症高齢者ケアに対する認識と実践の差を明らかにする中で、認知症高齢者ケア技術の概念を抽出した。それは、社会的存在としての人権尊重、チャネリング、その人らしさ探求、確実なケア遂行・業務優先、根拠に基づくケアであった⁹¹⁾。また、近年、認知症介護研究・研修東京センターでは認知症ケア自己評価ツール開発に関する研究を進め（本研究を含む）^{92) 94) 95)}、研修効果の測定に活用することを試みている^{93) 95) 96)}。その具体的な成果としては7つの能力（課題解決に関する自律、支援につながる情報収集・分析・活用、認知症者との関わり、多職種との協力、認知症ケアに必要な専門知識の把握、チームメンバーとの協力、家族との協力）76項目の評価項目を探索的に抽出し、認知症介護指導者養成研修の効果検証に用いられた。

認知症に関する知識、態度、コミュニケーション技術に対する評価ツールは以下のものであった。杉原らは認知症に関する一般的な設問4項目、中核症状に関する設問5項目、周辺症状に関する設問2項目、行動能力に関する設問3項目、認知症治療に関する項目4項目、計18項目で構成された尺度を作成し⁹⁷⁾、国外の知識量を測定する尺度と概ね同様の構成概念であると評価されている⁹⁸⁾。金らも認知症のBPSDに関する理解を中心として15項目の知識尺度を作成している。金らは態度に関する尺度も作成していた。認知症の人に対する感情と行動傾向を測定することにより、認知症の人に対する肯定的態度と否定的態度の両側面を測ることを目的としており、肯定的態度を測定する7項目、否定的態度を測定する8項目の計15項目で構成されている⁹⁹⁾。金らにより作成されたツールは介護職のような専門職にも使用できるが、一般市民にも使用できる。コミュニケーション評価ツールにおいては、介護職の能力を測定するために作成されたものではないがよく使用されているのが、西田ら（2007）が作成した評価尺度「コミュニケーションスキルに関する使用認識」である。この尺度は、受容的会話の配慮12項目、発話の配慮6項目、根気強さ5項目の3領域23項目で構成されている¹⁰⁰⁾。これらの関係性について、山田らは介護職の認知症高齢者に対するコミュニケーションスキルが介護職員の経験年数と関係がある¹⁰¹⁾と、神部は認知症に関する知識量とコミュニケーションスキルの関係性¹⁰²⁾を、それぞれ実証的研究を通じて明らかにした。

一方、今井は日本認知症ケア学会誌の特集、「認知症ケアの専門性と社会的ステータス」で認知症ケア従事者に必要な能力を提言した。彼は、認知症ケアの専門性は「認知症ケアの理念を基に認知症ケアに携わる者が目指す目標であり、それは認知症ケアに関する確かな知識と技術を実践の場で有効に活用できる秀でた能力を獲得することである」と定義した。そのために必要な具体的な7つの能力を下記のように挙げた。

それは、①認知症介護の原理・原則を理解し、認知症の人の人権擁護やエンパワメントを

含めた尊厳を支える介護の理念の下で認知症介護を実践できる能力、②認知症を病気として理解し、認知症の診断方法、治療法、口腔介護やターミナル介護など、医療保険に関する最新の知識を理解し説明できる能力、③認知症の人の身体状況や心理的側面、取り巻く環境、社会資源、さらには高齢者福祉など学術的な知識を介護に役立てることができる能力、④認知症の人への支援にあたり、彼らやその家族介護者のニーズを明らかにするアセスメントの手段と、それを基に専門分野別のケアプランを作成し実行する能力、⑤それぞれの専門分野で活用できる豊富なモデル介護プランを有し、実践場面で活用できる能力、⑥他の専門分野と連携が持てる能力、⑦実践した介護の効果を検証できる能力であった¹⁰³⁾。今井が提案した認知症介護職の能力は、単なる認知症に関する知識、介護技術、介護理念を列挙したのではなく、知識・技術・理念を有効に融合・活用し、質の高い認知症介護を実現できるようにする能力として認知症介護職員の能力を提案したことに意義がある。

2. 海外の先行研究

ここでは、海外で開発された認知症ケア従事者のコンピテンシーモデルが実際に人材育成で活用され、そのシステムの運営が確認されたものを調べ、本研究の意義と示唆を探る。

①認知症の多次元ケアコンピテンシー認識度の測定¹⁰⁴⁾ (表 1-15)

認知症ケアに対する知識、態度、技術が 11 項目、保護者（家族）との関係が 4 項目、専門職との関係が 4 項目、計 29 項目のアセスメントツールである。少ない項目数と多次元領域の認知症ケアコンピテンシーが含まれていて英語圏はもちろん、国際的にもよく使用されている¹⁰⁵⁾と評価されている。

②認知症看護コンピテンシーモデル¹⁰⁶⁾ (表 1-16)

アメリカフロリダ州で開発された認知症看護コンピテンシーモデルである。長期療養サービスの中で認知症ケアを担っているケアスタッフに重点を置いて、彼らの教育カリキュラム作成のために開発された。3 段階の教育課程の中で、上級コンピテンシー領域まで合わせると 9 領域のコンピテンシーが抽出され、これらのコンピテンシーは 112 個の知識、スキル、態度を表す項目で構成されている。

③オーストラリア NSW の DCCT の認知症ケアコンピテンシーフレームワーク¹⁰⁷⁾ (表 1-17)

オーストラリアの the NSW Dementia Action Plan の一環として、医師、看護師、関連医療従事者、チームリーダーをはじめ、多様な職種 of 認知症ケア人材育成のために開発されたコンピテンシーモデルである。10 個のコアコンピテンシーと 39 個の領域で構成され、認知症ケア実践者が認知症の人と家族介護者に有効的に働きかける能力を説明している。

④イギリス SWDP の Dementia competency framework¹⁰⁸⁾ (表 1-18)

イギリスで the South West Dementia Workforce Network と the Leam4 Health Dementia sub Pathway Advisory Group の協議会により開発されたコンピテンシーフレームワークである。Common Core Principles for supporting people with Dementia の内

容を修正して作成した。12 個の認知症ケア原則について、169 項目の認知症ケア能力を表す内容を 3 段階（一般保健福祉ケア従事者、保健福祉ケア場面で認知症者にケアを行っているケア従事者、認知症ケアに集中して行っているケア従事者）に分けて作成した。

これらの認知症ケアコンピテンシーモデル以外にも、認知症ケア従事者の能力を測るツールの開発は行われている。知識を測るツールとしては、ディックマンの The Alzheimer's Disease Knowledge Test が最も古いものであり¹⁰⁹⁾、今まで使用頻度の高いものは、Otero の認知症の多次元ケアコンピテンシー認識度の測定尺度と新たな調査結果を加えて開発したカーペンターの The Alzheimer's disease knowledge scale¹¹⁰⁾がある。最近開発されたツールは、アニアの Dementia Knowledge Assessment Scale¹¹¹⁾であり、日本語に翻訳されていた¹¹²⁾。認知症ケアの態度を測る尺度は、ブライアンの尺度があり¹¹³⁾、認知症ケア従事者の社会的能力についてはフレンザマンの Assessment of Self Perceived Social Competencies of Caregivers in Dementia Care がある¹¹⁴⁾。

以上の海外文献を調べたところ、認知症ケアに特化したケア従事者のコンピテンシーモデルが存在しており、またその人材育成のツールとして活用されていて、認知症ケアやその担い手であるケア従事者に対する人材育成問題は世界共通のものである事を再認識できた。しかし、海外で開発されたコンピテンシーモデルをそのまま日本に適用することは避けたいと思う。認知症ケアの課題は世界共通であっても、認知症者や認知症介護職は日本独自の制度や独特の社会環境の中に置かれている。認知症ケアの理念や原則は通じるものがあるが、その理念や原則を具体的な実践方法として落とし込む時、その方法、行動、態度はその国によって変わってくると思われる。したがって、現在日本における介護職の認知症介護能力の評価基準とその具体的な評価項目を開発することは意味のある事だと思われる。

表 1-15 Otero 認知症の多次元ケアコンピテンシー認識度自己評価尺度

領域	質問項目
認知症ケア (知識、 態度、 技術)	認知症の主な症状が分かる
	BPSD に対応する自分の能力について省察する
	認知症者と家族介護者の個別的要望やニーズに合わせる
	認知症者の認知能力の限界に対応する
	認知症者に安全・安楽な環境づくりをする、またアドバイスする
	認知症者の危険な行動について慣れている
	一般の患者と同じように効果的なケアを認知症者に提供する
	認知症者の困難についてよく理解している
	認知症ケアは価値があることだと思う
	自分の認知症ケア実践に満足している
自分の認知症ケアについて認知症者が感謝していると思う	

家族介護者 との相合作用	家族介護者の負担の程度を分かる 家族介護者の介護による問題に対応する自分の能力について省察する 家族介護者と認知症者とのことに干渉しないように気を付けている 自分が提供したケアについて家族介護者が感謝していると思う
専門職 との相合作用	自分の認知症ケアに対する努力に同僚が感謝していると思う 自分の認知症ケア専門性について同僚はよく知っていると思う 認知症ケアの知識・技術を高める職場環境である 認知症ケアの実践の中での問題について同僚から有用な助言が得られる

(出典) Otero, M. E., et al : Professionals' Shared Competences in Multidisciplinary Dementia Care ; Validation of a Self-Appraisal Instrument. (2009)

表 1-16 William の認知症看護コンピテンシーモデル

レベル	コンピテンシー領域	項目数
第 1 段階	認知症の特徴と認知症者のニーズの理解	8
	認知症者の認知・感情的ニーズに沿うコミュニケーション技術	30
第 2 段階	認知症ケアに役立つ知識の説明	4
	BPSD に対する認知、予防、管理	28
	家族のニーズの理解	6
	日常生活活動の自立の促進	6
	肯定的な環境づくり	18
上級	倫理的問題を認知し、実践の中で取り込む	5
	残存能力の保持、身体的苦痛に気づくこと、認知症者の変化に気づくこと、終末期ケア、緩和ケア、認知症末期ケア、事前指示	7
	計	112

(出典) William, C. L., Hyer, K., Kelly, A., et al : Development of nurse competencies to improve dementia care. (2005) より作成

表1-17 オーストラリアNSWのDCCTの認知症ケアコンピテンシー自己評価ツール

区分	領域	項目	レベル
人格 ： 根	パーソンセンタード ケア、倫理的ケアの 推進	個別性	基礎
		権利擁護	深化
		倫理的、法律的イシュー	専門
	家族やインフォーマ ル介護者との協力	家族とインフォーマル介護者との協力関係形成、	基礎
		家族のニーズの明確化、	深化
		医療・福祉システム活用の促進、 家族とインフォーマル介護者に対する治療的介入	専門
	認知症をもって生き ることについての理 解	認知症の特徴	基礎
		認知症の主な原因疾患	基礎
		認知症による複数的影響	基礎
		認知症の進行及び認知の段階	基礎
	効果的コミュニケー ション	認知症の原因、危険因子、認知症予防戦略	深化
		認知症による変化に対しての気づき	基礎
		複数のケアスタッフとケア提供者間の正確な情報共有	基礎
		認知症者を含む家族、インフォーマル介護者、多職種によるケ アチームとの協力・連携	基礎
			認知症診断に対する本人と家族の受容段階別の対応
知識 ： 胴体	認知症であること についての認識	認知症であることの可能性について説明	基礎
		認知検査実施と解釈	深化
		認知症アセスメント（総合的、専門的アセスメント）	深化
		誤診と認知症を悪化させる要因	深化
	多様性と包括性の確 保	一般的に認知されている個別的ニーズに対する確認	基礎
		本人なりの個別的なニーズのアセスメント	深化
		本人に合った個別介入の促進	深化
	健康とウェルビー ングの推進	リスク軽減戦略	基礎
		本人の可能性に重点	深化
		地域コミュニティ形成	深化
		健康推進活動及び健康教育活動	深化
	パート ナー シ ップ ： 枝	日常生活活動をでき るようにする	身体的健康をアセスメントと管理
アセスメントとケア計画			深化
認知症者と家族及びインフォーマル介護者のための支援			深化
治療的活動の実施		両面的問題に対するアセスメントと処置	深化
		満たされていないニーズの表しである行動	深化
		非薬物介入	深化
		専門的非薬物治療	深化
		一時的緩和目的アプローチ	深化
		BPSDに対する専門家の介入	専門
肯定的環境の造成		薬物治療	専門
		認知症者と家族をためにケア環境	基礎
		物理的環境	深化
		スタッフのための勤務環境造成	深化

(出典) The Dementia Care Competency and Training Network の
Dementia Care Competency Domains of practiceより作成

表 1-18 イギリス South West Dementia Partnership の 認知症コンピテンシーフレームワーク

コンピテンシー領域	レベル	基 礎	深 化	専 門	計
予防－健康と福祉の推進		2	4	3	9
識別－認知症の早期症状を知る（早期発見）		5	1	2	8
アセスメントと診断－早期診断により認知症者が早い段階で情報、援助、処置を受けられるようになる		3	10	9	22
認知症症状によりコミュニケーション能力が変化することと、その変化に合わせる必要があることを認識しながら、認知症者とコミュニケーションを取る		4	5	2	11
認知症を持って質の高い生活をする－自立・活動的な生活		8	23	16	47
満たされていないニーズを理解し、対応すること－満たされていないニーズ、混沌、不安のサインを理解しようとする。ニーズと不安を把握し解決する。また認知症者が自ら経験することについて理解できるよう援助する。		3	16	2	21
家族と他の介護者も、尊重され、援助を受け、そして認知症ケアに関するアドバイスを受ける。		3	6	3	12
所属機関のメンバーとして認知症ケアを行う		1	3	5	9
認知症ケアにおける関連動向を理解する		6	8	2	16
終末期ケアにおいて認知症者と家族を援助する			3	2	5
能力開発及び自己管理		1	1	2	4
チームメンバーの管理・監督・指導				5	5
計		36	80	53	169

(出典) South West Dementia Partnership の Demencia competency framework より作成

第5節 本研究における検討課題

1. 認知症介護能力に関する研究の現状からの示唆

今井¹⁰³⁾の提言からいうと認知症介護における介護職には、認知症者の尊厳を支える介護の理念を基に認知症介護関連の様々な知識を利用し、他専門職と連携を図りながら介護過程を利用し実践現場に活用できる能力、そしてその実践の効果を検証できる能力が必要だ。これは、認知症介護の理念、専門知識、専門技術を融合し実践に繋げる能力が必要である事を意味する。

介護保険制度中では認知症高齢者の尊厳を支えるケア、キットウッドのパーソンセンタードケアの介護理念が普及し、認知症関連研究の推進により認知症関連知識は進化し続けている。しかし、認知症介護能力に関する研究は非常に少なく、特に実証的研究方法を用いた研究成果としては、小松が「社会的存在としての人間尊重」、「チャネリング」、「その人らしさの探求」、「確実遂行・業務優先」、「根拠に基づくケア」と5つの認知症介護技術を明かにしたもの⁹¹⁾のみが原著論文を中心にした先行研究の検討から確認できた。

近年、認知症介護研究・研修東京センターでは認知症ケア能力自己評価ツールを作成し（本研究もその一部として行われた）、認知症介護従事者養成研修の成果測定を試みて報告書を出している^{92) 93) 94) 95) 96)}。しかし、認知症介護研究・研修東京センターで開発した自己評価ツールは認知症介護実践者等養成事業における認知症介護実践者研修、認知症介護リーダー研修および認知症指導者養成研修の自己評価としての活用を念頭に開発された¹¹⁵⁾ものである。そのため、評価対象である研修の目的や特徴が反映され、認知症介護に必要な能力そのものに焦点を当てたものであるとは言い難い。そのため、協力の領域においては協力の対象により分類され、協力に必要な能力は何か具体的に示されていない限界があった。認知症介護能力に関する実証的研究が少ない中、これらの研究成果はその出発点として貴重であるが、今後多様な視点から認知症介護能力に関する実証的研究と十分な検討を進める必要があると思われる。

そして、今まで開発・使用されている認知症ケアに関する様々な評価ツールの項目からは「認知症に関する知識」、「情報収集」、「アセスメント」、「コミュニケーション技術」、「感情のコントロール」、「態度」のような個人の能力を示す評価基準が抽出された。断片的ではあるが、認知症介護における介護職の能力を明かにする研究を進める上で大きなヒントになるとと思われる。また、今まで蓄積した認知症ケア関連評価ツール開発方法も本研究に示唆するところは多い。

以上の内容を踏まえて、本研究では認知症介護に必要な能力、そのものに焦点を当て総合的に能力構成要素を抽出し、それを評価基準とした能力評価ツールを作成することと、そして実証的研究方法を用いることを課題とする。具体的には、探索的な質的調査を通じて認知症介護能力構成要素を抽出した後、その結果を検証・洗練するために量的調査を行う調査方法を採用し、多様な視点からのその結果を検討する。

2. 介護職の能力に関する先行研究からの示唆

介護職の能力においては、介護の基本と時代の要求に応じる形で様々な提言がなされ、国家施策の一環としてキャリア発達を基本とする職業能力開発システムが開発・活用されている。介護職の能力についての実証的研究もその成果はまだ少ないが、専門知識、技術、価値観を活用し、実践で具現化できる能力が必要であること、その能力としてコミュニケーション、実践力、状況把握能力、判断力、総合的応用力のような実践能力が必要であることが明らかになった。また、地域包括システムでは、さらに深化した専門的な知識、技術、価値観、連携能力も必要であることが示唆された。本研究でも、実践能力の実証的検証、キャリア発達に繋がる能力評価基準や項目の選定、時代の要求である地域包括システムのなかで実践できる能力の検証という視点が必要であると思われる。その具体的な方法として、生涯発達・教育視点であり、広く深い OECD の能力観を取り入れること、キャリア発達段階ごとの調査や検討を行うこと、施設介護のみならず、在宅介護も調査内容に入れることなどを試みて研究を進める。

3. コンピテンシーに関する文献レビューからの示唆

コンピテンシーの研究は、卓越したものの行動特性に注目し、ヒアリング調査を行い、コンピテンシーモデルを作成する。作成したモデルを基に人材育成に活用することがその主な内容である。介護職においてもコンピテンシー研究を活用し、新任と主任のコンピテンシーが明らかになった。また海外では、認知症ケア従事者の効果・効率的な人材育成のために、コンピテンシー研究を行い、その結果を基に人材育成システムが開発・運用されている例がある。日本の認知症介護における介護職の能力開発や人材育成にも示唆するところが多い。本研究ではコンピテンシー研究でコンピテンシーモデルを作成する方法や活用方法を採用する。また、介護職における先行研究の結果と本研究からの結果を比較することによって、認知症介護能力ならではの能力構成要素を明らかにすることを試みる。

4. OECD のコンピテンシーの定義と選択からの示唆

OECD は、多様化し相互に繋がっている世界の中、流動する世界を理解し正常に働くようにするために、コンピテンシーを定義し、生涯発達・教育の視点や選定の条件をもって、既存のコンピテンシーに関する研究について再検討を行い、必要なキーコンピテンシーを明らかにした。OECD はコンピテンシーを「心理社会上の前提条件が流動する状況で、固有の文脈に対して、複雑な需要にうまく対応する能力（認知的・非認知的両面を含む）」として定義し、能力の生涯発達の考えを基に、教育評価指標としてキーコンピテンシーを選定した。キーコンピテンシー選定の際には、①社会や個人にとって価値のある結果をもたらすこと、②様々な状況の重要な課題への適応を助けること、③すべての個人にとって重要なことを選定条件として用いた。教育評価の指標としてキーコンピテンシーを選定した。このような OECD の能力観はこれまでの知識や技能の習得に絞った能力観の限界を超え、む

しろ学習への意欲や関心から行動や行為に至るまでの広く深い能力観であると評価されている。先行研究からは OECD のキーコンピテンシーの指標を用いて、訪問介護職のコンピテンシー試案の作成に至った例もある。

認知症介護はその対象である認知症者の状態、また認知症者や認知症介護従事者を取り巻く環境も流動的であり、認知症介護の標準化への取り組みも遅れている。このような状況の中、認知症介護の質の確保、介護職の主体的な認知症介護実践能力の向上を図るためには、OECD の能力観を採用し、認知症介護能力構成要素や評価項目を抽出することは非常に有効的であると思われる。本研究においては、このような OECD の成果を踏まえた上で、OECD のコンピテンシー定義、生涯発達・教育の視点、OECD のキーコンピテンシー選定の条件を採用し、認知症介護能力構成要素を探索的に明らかにし、認知症介護人材育成に寄与したいと思う。

5. 本研究の課題

本研究の課題は以下のようである。

- ① これまでの先行研究で認知症介護能力に対して得られた知見を整理し、今後認知症介護職の人材育成や能力開発システム構築の参考資料・検討資料となることを目指す。
- ② 主体的生涯教育を促進するため、「介護職の認知症介護能力の自己評価ツール」の開発を目指す。
- ③ OECD のコンピテンシー定義に基づいた介護職の認知症介護能力を明らかにする。
- ④ コンピテンシーモデル開発方法を用い、実証的な研究方法を通じて、認知症介護実践現場の実践内容から、認知症介護能力を明らかにする。
- ⑤ 介護職の各キャリア段階の認知症介護能力の特徴を明らかにする。

上記の課題を達成することにより、より総合的に、より実践現場に即した認知症介護能力が明らかになり、介護職の認知症介護能力に対する自己評価にも活用でき、介護職の認知症介護実践能力の向上や生涯学習につながることを期待する。

第6節 本研究の位置づけと意義

現在、認知症介護に関する人材の量的・質的確保は喫緊の課題である。しかし、社会福祉学・介護福祉学の中では、認知症介護の専門性や能力が依然明らかにされておらず、実証的研究や研究データが非常に少ない。社会福祉学・介護福祉学がその「実践の学問」としての役割を果たすために、認知症介護における介護職の能力を明らかにすることは非常に意味のある事だと思われる。介護保険制度の中では、認知症介護は介護の標準になっている。認知症介護における介護職の能力を明らかにすることは、介護職の専門性や能力を確立することにも寄与すると思われる。

本研究は、OECD のコンピテンシー能力観を採用する。それにより、知識や技能以上のもので、特定の状況の中で資源を引き出し動員し複雑な需要に応じられる能力、学習への意欲や関心から行動・行為に至るまで広く深く認知症介護における介護職の能力を探ることができる。また教育指針や評価ツールとして活用できる。

本研究は、認知症介護に従事する介護職員が認知症介護として行っている実践内容（行動）に焦点を当てて研究を行い、実践現場から吸い上げた認知症介護能力を明らかにする。したがって、本研究から得られた成果は、実践現場の課題解決に活用できる。

本研究は、各キャリア段階で、質の高い認知症介護提供において卓越した介護職を対象にする。介護職のキャリア発達とともに、目指す認知症介護職の理想像を具体的に描くことができ、介護職の実践能力向上への内的動機付けになると思われる。

本研究は、認知症介護に従事する介護職共通の能力を明かにし、自己能力評価ツール開発に活用できる。

第2章 能力構成要素及び項目抽出のための質的調査

質の高い認知症介護を提供するのに必要な能力に関する構成要素を抽出するために、認知症介護の卓越した実践を行っていると思われる介護職を対象に、BS(Brain Storming)法を用いたグループワークを行った。

本章では、第1節でOECDのコンピテンシー定義とコンピテンシーモデル開発方法を用いた本調査の目的について、第2節で調査対象、データ収集方法、分析方法及び視点、倫理的配慮について、第3節で調査対象の属性や結果について、第4節で考察を述べた。

第1節 目的

先行研究の検討を通じて、認知症介護能力の構成要素を抽出するに当たり、OECDのコンピテンシー定義とコンピテンシーモデル開発方法を用いることは、以下のような利点があることがわかった。

- ① 知識、技術の限界を超え、より多面的かつ深層的な認知症介護能力が明らかになる。
- ② 実証的な方法に基づき、認知症介護能力を明らかにすることができる。
- ③ 介護職の主体的実践能力向上や生涯学習を促進することができる。

したがって、本研究では、OECDのコンピテンシー定義に沿って、能力を「心理社会上の前提条件が流動する状況で、固有の文脈に対して、複雑な需要にうまく対応する能力(認知的・非認知的の両面を含む)」と定義し、認知症介護に卓越した能力を有した介護職が有する認知症介護能力の構成要素を探索的に探ることと、認知症介護能力を具体的な行動で表す設問項目を抽出することを目的とする。その結果をキャリア別の質的調査と、量的調査の分析基準として使用する。

第2節 対象と方法

1. 調査対象

認知症介護実践におけるエキスパートであり、認知症介護に必要な能力を言語化できる対象者として、認知症介護指導者を対象とすることにした。認知症介護指導者は、10年以上の実践経験を持ち、認知症介護実践研修・指導者養成研修を修了し、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はもちろん、施設や事業所の認知症介護の質の改善を指導するものである。調査実施の便利性を考え、認知症介護研究・研修Aセンターの2009年度第〇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。

2. データ収集方法

まず、調査対象者に本研究で採用している「能力」、「認知症介護」の定義を提示し、用語に関する共通の理解を図った。その後、8名の対象者をランダムで4名ずつ2つのグループに分けた。4名の対象者と1名のファシリテーターで構成された2つのグループを対象とし、グループワークを同時進行で行った。ファシリテーターは筆者とファシリテーターの経験が多数ある者、2人が務めた。ファシリテーター2人は、事前に調査の目的、方法、用語の整理などについて意見を合わせた。「質の高い認知症介護を実践する上で、介護職に必要な能力とは」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1つのセットにして、休憩10分を挟んで2回行った。回答は①ポストイット1枚に1つの能力を書く、②「～をすることができる」の形で書く、③できる限り具体的に誰でも分かりやすい表現で書く、④抽象度の高い内容は取り扱わないことにした。グループワーク後は、対象者たちに10分程度で類似の内容ごとにまとめてもらい、分析時に分類基準の一つとして活用した。

3. 分析方法および視点

1) 分析方法

作成してもらった回答を類似の内容ごとにまとめ、カテゴリー化していった。その際、回答者による分類も参考にしつつ、可能な限り回答者の意図に沿うよう注意した。認知症介護の経験者である複数(4人)の方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。その後、各カテゴリーに含まれた記述の数を算出した。意味不明のデータと抽象的な内容のデータ、身体介護支援や生活支援のみの内容のデータは分析から除外した。

2) 分析の観点

分析にあたっては、認知症者の特定な状況の中、複雑な需要に応じなければならない介護職が、質の高い認知症介護を行う際に必要な能力とは何かを視点をとおいた。特に知識・技能に限らず、認知的・非認知的な内容のデータもすべて分析対象とすることにより、学習への意欲や関心から行動や行為に至るまでの、広く深い認知症介護能力とは何かという観点で分析を行った。同時に各カテゴリーに含まれた記述数からは、介護職が認知症介護に必要な能力として重要だと判断した能力、主に発揮すべき能力であると判断した能力、回答者がその内容を具体的に言語化でき、示すことができる能力を考察する根拠として用いる。

4. 倫理的配慮

本研究の調査実施にあたっての倫理上の配慮については、日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理委員会の倫理審査を受けて承認(承認番号:10-03003)を得て実施した。本研究におけるすべての調査協力者には、研究の趣旨及び方法を口頭と文書で説明し、調査協力

を拒否しても不利益を生じないこと、調査のいかなる段階においても協力を拒否・撤回することができること、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。

第3節 結果

1. 調査対象者の属性

認知症介護研究・研修Aセンターの2009年度第〇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、8名から研究協力への同意が得られた。その概要を表2-1に示す。女性が5名、男性が3名であり、平均年齢42.1歳、認知症介護の平均経験年数は13.8年であった。最終学歴は、短大卒を含む大卒が4名、高卒が4名であった。保有資格については、8名全員が介護福祉士の資格を有し、そのうち1名が社会福祉士、3名が社会福祉主事の資格も有していた。また、4名が介護支援専門員の資格保有者であった。現職を含む経験職場については、8名全員が特養を含む施設系の職場経験者であり、4名が通所、地域包括支援センターなどの在宅系の職場経験者であった。現在職位は、施設長および代表取締役が2名、施設介護サービス部長が1名、介護支援専門員部門長が1名、主任生活相談員が1名、生活相談員が1名、主任介護士が1名、副主任介護士が1名であった。

表 2-1 調査対象者の属性

	性別	年齢	学歴	保有資格	経験	経験職場	現在職位
					年数	(現職含む)	
1	女	53	大卒	介護福祉士 介護支援専門員 社会福祉主事	8	特養	施設長
2	女	46	高卒	介護福祉士 社会福祉主事	10	特養/通所	生活相談員
3	男	40	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	特養/通所	代表取締役
4	男	34	高卒	介護福祉士	14	老健・特養	主任介護士
5	女	35	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
6	男	36	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
7	女	37	大卒	介護福祉士 社会福祉主事	15	特養	副主任介護士
8	女	56	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

2. 認知症介護に必要な能力

2つのグループで1時間30分(休憩10分含む)のワークを通じて、141個の記述、160個の記述、計301個の認知症介護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介護理念や方針レベルの抽象的な記述、そして身体介護支援や生活支援のみの内容の記述は除外した後、291個の記述を用いて分析を行った。

分類結果を表2-2に示す。3つのカテゴリーⅠ、11個のカテゴリーⅡ、31個のカテゴリーⅢ、82個のカテゴリーⅣに分類された。最も大きいカテゴリーである、カテゴリーⅠについては、【認知症者や認知症介護関係者と交流するために道具を使用する能力(以下、交流のための道具使用能力)】、【認知症者や認知症介護関係者と協力する能力(以下、他者との協力能力)】、【認知症介護における課題解決のために自律的に活動する能力(以下、自律的活動能力)】と命名した。

以下では、カテゴリーⅠを【 】で、カテゴリーⅡを《 》で、カテゴリーⅢを< >、カテゴリーⅣを「 」で示した。

1) 交流のための道具使用能力

カテゴリーⅠ【交流のための道具使用能力】とは、介護職が認知症者や他の認知症介護関係者と交流するために、様々な専門用語、コミュニケーション技術、ツール、情報などを使いこなす能力である。計50個の記述が含まれた。《認知症介護における専門知識を理解する(以下、専門知識の理解)》、《様々な工夫をしながら認知症者との意思疎通を図り、認知症介護関係者との情報交換を図る(以下、意思疎通および情報交換)》、《認知症介護に関する情報を収集・分析・整理・活用する(以下、情報収集・分析・活用)》により構成された。

(1) 専門知識の理解

カテゴリーⅡ《専門知識の理解》は、<認知症や認知症介護に関する医学的知識>、<心理的理解>、<法的理解>により構成された。《専門知識の理解》を構成しているカテゴリーⅢの中では、<認知症や認知症介護に関する医学的知識>に4個と最も多くの記述が含まれた。

(2) 意思疎通および情報交換

カテゴリーⅡ《意思疎通および情報交換》とは、認知症者や他の認知症関係者と意思疎通や情報交換する能力である。<認知症者との意思疎通を図る>、<他の職員や他専門職との情報交換を図る>により構成された。<認知症者との意思疎通を図る>に19個と多くの記述が含まれた。

カテゴリーⅢ<認知症者との意思疎通を図る>には、「認知症者の発信の意味を理解し、

言語で表現・代弁する」と「認知症者にうまく伝える（送信する）、工夫する」により構成された。カテゴリーⅢ<他の職員や他専門職との情報交換を図る>には、「他の職員にうまく伝えるために工夫する」と「他の職員・他専門職と情報を共有する」により構成された。

(3) 情報収集・分析・活用

カテゴリーⅡ<<情報収集・分析・活用>>は、<情報を収集する>、<集めた情報を分析・整理する>、<情報を支援につなげる>、<情報共有のツールを使う>により構成された。<情報を収集する>に 11 個と最も多くの記述が含まれた。

2) 他者との協力能力

カテゴリー1【他者との協力能力】とは、認知症者や他の認知症介護関係者と協力し、認知症介護を行っていく能力である。計 140 個の記述が含まれ、カテゴリーⅠの 3 つの中では最も多かった。<<認知症者や認知症介護関係者と良好な関係を形成する（以下、良い関係形成）>>、<<認知症者や認知症介護関係者の認知症介護における力量を把握する（以下、力量把握）>>、<<認知症介護における意見や力量が異なる他人の力量を向上させ、協力する（以下、力量の向上及び協力）>>により構成された。

(1) 良い関係形成

カテゴリーⅡ<<良い関係形成>>は、<認知症者と良好な関係を形成する>、<認知症介護に直接的・間接的に関連する様々な人と良好な関係を形成する>により構成された。

カテゴリーⅢ<認知症者と良好な関係を形成する>は、「認知症者の思いを理解するため工夫する」、「認知症者を自分と同じ人間として認め、尊重し、共に生きていく姿勢を持つ」、「認知症者の気持ちを共有し、寄り添う、一緒に楽しく」、「認知症者に笑顔で、優しく、親しくする」、「認知症者の認知症状による行動を理解し、付き合う」、「認知症者が今現在生きている世界を大切にしながら関わる」により構成された。記述数は 54 個であった。

カテゴリーⅢ<認知症介護に直接的・間接的に関連する様々な人と良好な関係を形成する>には、「家族の気持ちを共有する」、「チームメンバーを信じ仲間意識を持つ」、「誰とも良い関係を持つ」により構成された。

(2) 力量把握

カテゴリーⅡ<<力量把握>>は、<認知症者の状態・力量を把握する>14 個の記述、<認知症介護関係者の認知症介護における力量を把握する>9 個の記述により構成された。

カテゴリーⅢ<認知症介護関係者の認知症介護における力量を把握する>は、「家族の思い・価値観・気持を把握する」、「地域を理解する」、「他の事業所の特徴を知る」、「介護職員のレベルを判断する」、「他の職員の介護の適切性や長所を判断する」、「他の専門職の役割を理解する」により構成された。

(3) 力量の向上及び協力

カテゴリーⅡ《力量の向上及び協力》は、＜認知症者、家族、地域、職員の認知症介護における力量を向上させる＞、＜考え方や意見の異なる人と意見をまとめる＞、＜協力関係を作り、展開する＞により構成された。

カテゴリーⅢ＜認知症者、家族、地域、職員の認知症介護における力量を向上させる＞には、「認知症者の力量を向上させる働きかけをする」、「家族に認知症について伝える」、「家族やスタッフのストレスマネジメントをする」、「地域住民に認知症について伝える」、「職員に認知症介護について指導する」、「職員の隠れた能力や介護に対する気づきを引き出す」、「職員を励ます」、「職員の育ちを待つ」により構成され、計 27 個の記述が含まれた。

カテゴリーⅢ＜考え方や意見の異なる人と意見をまとめる＞は、「自分の意見を言語化する」、「他の職員や専門職に自分の意見を言う」、「他人の意見を謙虚に聞く姿勢を持つ」、「相手の立場になって考える」、「認知症者の立場になって考える」、「認知症者やスタッフの話（意見）を謙虚に聞く」、「他のスタッフと意見交換する」、「他の人の意見に迎合する」、「他の専門職の意見を尊重する」、「他人の言葉に流されない」、「異なった意見をまとめる」により構成され、計 24 個の記述が含まれた。

3) 自律的活動能力

カテゴリーⅠ【自律的活動能力】とは、認知症介護における様々な課題を解決するために、自律的に活動する能力である。《認知症介護の理想を持ち、実践する（以下、理念の保有および実践）》、《認知症介護における課題について、科学・効率的に取り組む（以下、科学・効率的課題解決）》、《認知症介護におけるリスクを予測でき、事前に防ぐ働きかけをする（以下、リスクの予測と対応）》、《常識に捉われずに新しいことに挑戦し、根気強く楽しく続ける（以下、仕事に対する姿勢）》、《専門職としての意識を持ち、自分自身を客観的に振り返って専門性の向上に努めると同時に、心身のバランスや仕事とプライベートのバランスを取るなど自己管理する（以下、専門性向上及び自己管理）》により構成された。計 101 個の記述が含まれた。

(1) 理念の保有および実践

カテゴリーⅡ《理念の保有および実践》は、＜認知症介護の理想を持ち、実践する＞、＜チームの理念・理想を持ち、チームの中での自分の役割を理解する＞、＜事業所や施設の役割や理想像を理解する＞により構成された。＜認知症介護の理想を持ち、実践する＞に最も多く 9 個の記述が含まれた。

カテゴリーⅢ＜認知症介護の理想を持ち、実践する＞は、「自分の介護観を整理する」、「認知症介護の理念を持つ」、「認知症介護の理念を実践する」により構成された。

カテゴリーⅢ＜チームの理念・理想を持ち、チームの中での自分の役割を理解する＞には、

＜チームの理念をつくる＞、＜良いチームかが判断できる＞、＜チームの中で自分の役割を理解する＞により構成された。

そして、カテゴリⅢ＜事業所や施設の役割や理想像を理解する＞は、＜事務所の地域での役割を知る＞、＜施設の理想像を描く＞により構成された。

(2) 科学・効率的課題解決

カテゴリⅡ《科学・効率的課題解決》は、＜認知症介護における課題について科学的に取り組む＞、＜認知症介護における課題について効率的に取り組む＞により構成された。

カテゴリⅢ＜認知症介護における課題について科学的に取り組む＞は、「課題を整理する」、「BPSD や認知症者が怒っている原因・背景を探る」、「論理・批判的考えをする」、「課題を解決の方法を考える・工夫する」、「課題解決案が論理的に考えられる」、「課題解決案を企画する」により構成され、15 個の記述が含まれた。また、カテゴリⅢ＜認知症介護における課題について効率的に取り組む＞は、「優先順位をつけ実践する」、「迷った時、悩むことがある時は適切な相手を探し、相談する」、「資源を活用する」、「経験を活かす」、「時間を有効的に使う」により構成され、7 個の記述が含まれた。

(3) リスクの予測と対応

カテゴリⅡ《リスクの予測と対応》は、＜認知症介護における課題の予測がつく＞、＜起こりうることを事前に予測して事前に防ぐために働きかける＞により構成され、7 個の記述が含まれた。

(4) 仕事に対する姿勢

カテゴリⅡ《仕事に対する姿勢》は、＜利用者を優先し、常識に捕らわれないで新しいことに挑戦する＞、＜ポジティブに考えて、根気・辛抱強く続ける＞、＜楽しんで仕事する＞により構成された。＜利用者、認知症介護を優先し、常識に捕らわれないで新しいことに挑戦する＞に最も多い 11 個の記述が含まれた。

(5) 専門性向上及び自己管理

カテゴリⅡ《専門性向上及び自己管理》は、＜プロ意識を持つ＞、＜天職だと思う＞、＜自分自身を客観的に振り返る＞、＜自分の専門性向上に努める＞、＜感情コントロールできる＞、＜自分の心身の健康管理や仕事とプライベートのバランスを取る＞により構成された。＜感情コントロールできる＞に 10 個の記述、＜自分の心身の健康管理や仕事とプライベートのバランスを取る＞に 9 個の記述、＜自分自身を客観的に振り返る＞に 8 個の記述と多くの記述が含まれた。

表 2-2 認知症介護に必要な能力の分類

I	II	III	N
交流のための道具使用能力	---	認知症に関する医学的な知識を理解する	4
	専門知識の理解	認知症者の心理を理解する	1
		法令を理解する	1
	意思疎通・情報交換	認知症者との意思疎通を図る	19
		他の職員や他専門職との情報交換を図る	8
	情報収集・分析・活用	情報を収集する	11
		集めた情報を分析・整理する	2
		情報を支援につなげる	3
		情報共有のツールを使う	1
	小計		50
他者との協力能力	良い関係形成	認知症者と良好な関係を形成する	54
		認知症介護に直・間接的に関連する様々な人と良好な関係を形成する	9
	力量把握	認知症者の状態・力量を把握する	14
		認知症介護関係者の認知症介護における力量を把握する	9
	力量の向上および協力	認知症者、家族、地域、職員の認知症介護における力量を向上させる	27
		考え方や意見の異なる人と協力する	24
		協力関係を作り、展開する	3
小計		140	
自律的活動能力	理念の保有および実践	認知症介護の理想を持ち、実践する	9
		チームの理念・理想を持ち、チームの中での自分の役割を理解する	3
		事業所や施設の役割や理想像を理解する	2
	科学・効率的課題解決	認知症介護における課題について科学的に取り組む	15
		認知症介護における課題について効率的に取り組む	7
	リスクの予測と対応	認知症介護におけるリスクを予測でき、事前に防ぐ働きかけをする	7
	仕事に対する姿勢	利用者を優先し、常識に捕らわれないで新しいことに挑戦する	11
		ポジティブに考えて、根気・辛抱強く続ける	8
		楽しんで仕事する	3
	専門性向上及び自己管理	プロ意識を持つ	2
		天職だと思う	1
		自分自身を客観的に振り返る	8
		自分の専門性向上に努める	6
		感情コントロールできる	10
		自分の心身の健康管理や仕事とプライベートのバランスを取る	9

小計	101
合計	291

第4節 考察

1. 交流のための道具使用能力

【交流のための道具使用能力】は介護職が認知症者や他の認知症介護関係者と交流するために、様々な専門知識・用語、コミュニケーション技術、アセスメントツール、情報などを使いこなす能力である。ここでの情報とは認知症者本人に関する情報を含む認知症介護関係の様々な情報を意味する。《専門知識の理解》、《意思疎通および情報交換》、《情報収集・分析・活用》により構成された。

《意思疎通および情報交換》に関する内容について、いわゆるコミュニケーション能力は【他者との協力能力】にも含まれる内容ではないかとの議論があった。菊池は「社会的スキルを評価する尺度」の中で、コミュニケーションをソーシャルスキルの構成要素として取り扱っているが、「目標指向的で相互関連的な、状況適合的で学習可能、コントロール可能な行動の個人による実行のプロセス」と定義すれば、ソーシャルスキルも対人的スキルも、さらにはコミュニケーションスキルも同じものであると述べており¹¹⁶⁾、コミュニケーション能力は狭い意味と広い意味がある¹¹⁷⁾ことを示唆した。ここでは狭い意味のコミュニケーション技術として、メッセージ（情報）の発信（伝える）と受信（理解する）技術を意味する内容が分類された。

分類されたカテゴリⅡの項目数から見て、《専門知識の理解》の項目数は少ない。回答された記述内容を見ると、専門知識の具体的な内容は出ておらず、医学、心理、法律など分野そのものが記述されていた。この点については、調査対象者が認知症介護指導者であることから、認知症介護に関する専門知識が足りない可能性より、一つの分かりやすい文書で表現することの難しさによるものであると解釈することが妥当であるだろう。しかし、多様な分野に渡る専門知識が抽出され、認知症介護の専門知識として学際的な知識が必要であることを認識していることが明らかになった。

《意思疎通および情報交換》に含まれた項目数が多く、対人援助職としての特徴やチーム内での情報交換への意識などが表れたと思われる。特にコミュニケーションを取ることが困難である＜認知症者と意思疎通を図る＞内容が19項目で最も多かった。介護職の多くは認知症高齢者とのコミュニケーションに対する不安や困難、戸惑い、自分の理解不足を感じているが²⁴⁾¹¹⁹⁾認知症介護に十分な経験と理解をもっている介護職は、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考えられる。鈴木¹²⁰⁾と山田ら¹²¹⁾の研究からも十分な経験がコミュニケーション技術と関連があることが明らかになっていて、この分析結果を支持している。そして、情報交換は同職種によるチームケアにおいても重要であるが、地域包括ケアシステムのなか他職種との連携や情報共有という点からも非常に大事である。河野は多職種の情報共有において、使用している専門用語は、多岐に亘る専門職者間では必ずしも一定の意味を持たず、認識に隔たりを生じやすい現状を指摘し、専門職間の情報交換のスキルを向上させる必要があると述べた¹²²⁾。

《情報収集・分析・活用》のカテゴリーの内容とその記述の数を見ると、情報収集から分析、整理、支援、共有まで一連の過程の実践内容は出たものの、〈情報を収集する〉に含まれた記述が11個で最も多く、他のカテゴリーⅢに含まれた記述の数は1個から3個のみであり、情報収集に止まり、分析以降の過程においては具体的な方法や内容が少なくなかった。卓越した認知症介護を実践している介護職にも、情報の収集・処理・活用が大事であることは分かっているが、その方法を知らず、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。奥野も「介護記録の先行研究では、記録の目的及び模写の書き方に関する研究は見られたが、分析・評価を含む記録いわゆるケアの質につながる研究は見当たらなかった」と介護における記録や情報の活用に対する意識の低さを指摘し¹²³⁾、この分析結果を支持している。山村も「情報が、介護過程実践に即し、一見してわかるものからプライベートなものへと段階的・探索的に収集され、利用者理解を深めているが、見えにくい日常生活状況を把握するための情報が収集されながらもチームに共有されていない」と報告し、介護職が情報収集においてはその能力を発揮しているが、情報共有においては改善の必要があることを指摘した¹²⁴⁾。河野も介護職の情報共有のシステムの現状と情報共有に対する介護職の意識を報告した論文の中、介護職の情報共有は利用者理解の基礎となる情報の共有にとどまらず、情報の分析・統合の過程とその結果の共有を目指すべきであると、情報収集のみならず分析・活用の能力の必要性を示唆した¹²²⁾。

2. 他者との協力能力

【他者との協力能力】には、認知症者や他の認知症介護関係者と協力し、認知症介護を行っていく実践内容が分類された。分類作業を行う際、認知症者との良い関係形成、力量把握、力量の向上及び協力に関する実践内容を認知症介護援助技術として、【交流のための道具使用能力】の一つとして分類するべきではないかという議論があった。しかし、介護という仕事は「利用者と介護職員が協力して、よりよく暮らそうとする目標をともにし、このための方法や可能性を見つけ出し、作りだしていく協働作業である。介護職員は一般的にサービスを与えるだけの立場ではなく、利用者の持つ能力や人間性から多くのことを学び、成長し、支えられる側でもある。利用者と介護職員とのこのような協働作業、相互の関係性によってケアが創造されていくことが個別ケアの本質である」⁶³⁾。佐藤も利用者の自立支援という視点から介護マネジメントを「利用者と援助者が目標を達成するため共に歩む途」とし、利用者と介護職の協力関係を強調した¹²⁵⁾。このような観点から、認知症者との良い関係形成、力量把握、力量の向上及び協力に関する実践内容は【他者との協力能力】に分類された。

このような分類過程を経て、《良い関係形成》、《力量把握》、《力量の向上及び協力》は【他者との協力能力】のカテゴリーⅠに分類された。【他者との協力能力】は、その項目数も140個で、3つのカテゴリーⅠの中で最も多く、対人援助でありチームで行う認知症介護能力の中核的能力の一つであることが明らかになった。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57個として多いことから、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介護職なりの能力の特徴が見られたと思われる。多くの研究で介護職の仕事満足感や仕事有能感、仕事継続意向に、利用者との関係、また職場内の同僚との関係が影響を与える要因として明らかになっており¹²⁶⁾¹²⁷⁾¹²⁸⁾¹²⁹⁾¹³⁰⁾¹³¹⁾¹³²⁾¹³³⁾、この分析結果を支持している。介護職は、「利用者との人間関係を基盤とし、専門性を発揮して生活支援を行っていく専門職である」¹³⁴⁾し、「質の高い介護を提供するためにはその際多様なレベルのケア人材の連携が必要である」¹⁰⁴⁾ことを考えると、【他者との協力能力】が抽出されたのは当然のことであろう。また、認知症介護関係者の認知症介護における力量を把握し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ものと思われる。しかし、《力量把握》に含まれた項目の数は、《良い関係形成》、《力量の向上及び協力》のそれより少なかった。実際、力量を把握することはアセスメントのプロセスとほぼ同様であり、情報収集・分析・活用の能力も含まれる。しかし、本調査の分類結果からは、情報収集・分析・活用のための具体的な実践内容（行動）は【交流のための道具使用能力】に分類され、《力量把握》には認知症者の好みについて把握する、家族の価値観を理解する、他の職員の長所を把握するなど、把握、理解、判断する内容が主に分類されたからであると思われる。

3. 自律的な活動能力

【自律的な活動能力】には、認知症介護における様々な課題を解決するために、自律的に活動する実践内容が分類された。《理念の保有および実践》、《科学・効率的課題解決》、《リスクの予測と対応》、《仕事に対する姿勢》、《専門性向上及び自己管理》により構成された。これらは介護職が認知症介護を行う上で、起こりうる様々な課題を解決し、質の高い認知症介護が実現でき、同時に介護職自らも満足の行く人生を送ることができる能力である。

《理念の保有及び実践》には、認知症介護の理想としての理念、認知症介護を実施するチーム、事業所や施設としての理想像をもって、自分の役割を考え、認知症介護を実践する内容であった。事業所や施設の運営理念というよりは、認知症介護を実施するチーム、組織としての理想像、認知症介護実践理念が主な内容であった。中島は、認知症介護において、理念の必要性、理念の保有及び実践の大切さについて述べた。現実とは異なる理念や理想であるが、「質の高い認知症介護とはどのようなものなのか自分で考え、どんな小さな一歩でも理念をもって常に前進する気持ちと行動が大切だ」と述べ¹³⁵⁾、《理念の保有および実践》が認知症介護能力の一つとして抽出されたこの分析結果を支持している。

《科学・効率的課題解決》には、課題を整理し、原因や背景を論理的・批判的に探り、解決案を出し、計画通りに実施する力、そして、優先順位を決め、相談し、経験を活かし、効率的に課題を解決する力が含まれた。吉田は「客観的で科学的課題解決は根拠に基づいた介護を実施し評価する介護過程の展開そのものである」と述べた¹³⁶⁾。石野も「介護過程は問題解決思考の応用である。問題解決思考とは、困ったときにその現実を回避せず、自分と向

き合って解決していこうとする姿勢から出発している。しかも感情に流れず論理的に考えを進めていく過程である」と述べ¹³⁷⁾、このカテゴリーの内容が介護職の重要な能力構成要素であることを支持している。

《リスクの予測と対応》については、介護職の能力の提言では「危機管理能力」⁶³⁾という概念で提言された。職業能力開発の分野では「利用者の安全衛生の確保、トラブルの未然防止」⁶⁸⁾、介護キャリア段位制度では「感染症対策・衛生管理」「事故発生防止」⁷⁰⁾という能力評価基準として示された。認知症介護においては、認知症者の環境適応が難しいことや BPSD 症状の出現などにより予測困難なことが起こりやすい。介護職の専門性・能力を發揮し、予測・事前対応を可能にする能力も、認知症介護における介護職ならではの必要な能力である。

《仕事に対する姿勢》にはポジティブに、根気強く、辛抱強く、楽しく、新しいことに挑戦しながら、仕事をする姿勢を表す。

《専門性向上及び自己管理》には自らの認知症介護実践を振り返って自分自身を磨き、専門性の向上に努める能力と、感情や心身の健康、仕事とプライベートのバランスを取る能力が抽出された。これらは介護能力の先行研究ではあまり抽出されなかった能力であり、OECD のコンピテンシーの定義を採用したからこそ得られた能力構成要素である。

4. 既存コンピテンシーモデルとの比較・考察

1) OECD のキーコンピテンシー

OECD がキーコンピテンシーとして選択した3つの概念と、本調査の結果から得られた3つの概念はほぼ同じである。しかし、概念を構成する要素が異なるものもあった。《仕事に対する姿勢》が OECD のキーコンピテンシーに構成要素として存在しなかった。これは答えのない認知症介護を行う介護職だからこそ得られた能力構成要素だと思われる。答えのない認知症介護において、ポジティブに根気強く、辛抱強く、楽しく、創意的に認知症介護を実践する能力は、質の高い認知症介護を実践する介護職の重要な能力の一つであると同時に認知症介護能力として固有に求められる能力であると思われる（図 2-1）。

OECDのキーコンピテンシー		本調査の結果
言語、記号、テキストを相互作用的に用いる力		専門知識の理解
知識や情報を相互作用的に用いる力		意思疎通および情報交換
技術を相互作用的に用いる力		情報収集・分析・活用
他人と良好な関係を作る力		良い関係形成
協力する力		力量把握
争いを処理し、解決する力		力量の向上及び協力
大きな展望の中で活動する力		理念の保有および実践
人生計画や個人的活動を設計し実行する力		科学・効率的問題解決
自らの権利、利害、限界やニーズを表明する力		リスクの予測と対応
		仕事に対する姿勢
		専門性向上及び自己管理

図 2-1 OECD のキーコンピテンシー構成要素と本調査結果との比較

2) 訪問介護職のコンピテンシーモデル

訪問介護職のコンピテンシーモデルは、OECD のキーコンピテンシーを参考し、検討会メンバーの討議を基に作成されたモデルである。今回調査の分析結果を比較したのが図 2-2 である。この図を見ると、一見、複雑に絡み合い、一致しているところが見出し難い。その理由としては、分類過程の中で、介護の対象者である利用者や認知症者を、介護を受ける対象としてみるのか、協力相手としてみるのかの違いがある。訪問介護職のモデルでは、援助技術を使用し援助する対象としてみるのので、「介護技術能力」、「利用者接遇能力」、「意欲向上援助能力」が「方法論的能力（相互作用的に道具をもちいる）」に分類されたと思われる。

もう一つ、本調査の分析結果が訪問介護職のモデルと異なる理由は、本調査の場合は、介護職の実践内容（行動）に焦点を置き、データを取り、分析を行ったためである。【他者との協力能力】の構成要素においても、協力相手による分類ではなく、何を、どうしたかにより分類した結果である。一方、訪問介護職モデルの場合、「社会的能力（異質的な集団で交流する能力）」については、協力対象が分類基準となっている。

以上の考察から、さらなる信頼性・妥当性の検証は必要であると思われるが、本調査から

得られた結果は、その内容の妥当性が認められたため、次回の調査において分析・分類基準、仮説として使用する。なおかつ、本調査で得られた認知症介護実践内容のデータなどは質問紙の項目として活用される。

本調査の結果		訪問介護職のコンピテンシー
専門知識の理解		制度理解・説明能力
意思疎通および情報交換		介護技術能力
情報収集・分析・活用		利用者接遇能力
良い関係形成		情報収集・洞察能力
力量把握		省察・仮説構築能力
力量の向上及び協力		意欲向上援助能力
理念の保有および実践		家族等関係構築・調整能力
科学・効率的問題解決		組織協働能力
リスクの予測と対応		多職種連結能力
仕事に対する姿勢		リーダーシップ能力
専門性向上及び自己管理		自己管理能力
		向上指向能力
		倫理観・責任遂行能力
		自己洞察能力

図 2-2 訪問介護職のコンピテンシーと本調査の結果との比較

※本章の調査は、2009 年度 財団法人 三井住友海上福祉財団 研究助成により行われた。

姜文熙：認知症介護専門職における職業能力評価尺度の開発に関する研究 ―認知症介護専門職における職業能力の評価基準と評価項目の作成。三井住友海上福祉財団 研究結果報告書集 15, 105-108, 2009

第3章 キャリア別、能力構成要素及び項目抽出のための質的調査

認知症介護における介護職の研修制度として「認知症介護実践等養成研修」がある。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、認知症介護実践者研修、今年度からは認知症介護基礎研修が実施されている。その全国的な規模と階層的な研修構造により、一定の成果を出している。ここでは、その階層的研修構造に沿って、認知症介護において卓越した介護職の能力を明らかにするための質的調査を行った。同時に前章で抽出された認知症介護構成要素の内容的妥当性の検証を行った。

本章では、第1節で調査の目的について、第2節で調査対象と調査方法、分析方法、倫理的配慮について、第3節で調査対象者の属性について、第4節で調査の結果について、第5節で考察を述べる。

第1節 目的

前章で認知症介護能力として、【交流のための道具使用能力】、【他者との協力能力】、【自律的活動能力】が抽出された。同時にそれぞれの構成要素も抽出され、認知症介護能力が明らかになりつつある。これに対して結果のさらなる信頼性・妥当性の検証を進める必要があると思われる。また、先行研究では介護職において新人、主任のコンピテンシーが明らかになった。主任介護職のコンピテンシーとしては「自己確信」、「利用者サービス志向」、「対人関係理解」、「職務を全うする意志」、「セルフコントロール」が抽出され、新人介護職のコンピテンシーとしては「コミュニケーション」、「組織貢献力」、「思考力」、「自己統制」、「専門性」が抽出された。認知症介護における介護職の主体的実践能力向上や生涯教育を促すためにも、キャリア別、認知症介護能力を明らかにする必要があると思われる。

そこで、本研究では、キャリア群ごとの質的調査を行い、認知症介護能力に関する項目を抽出すると同時に、キャリア群による認知症介護能力の差異を明らかにすることで、前章の調査結果から得られた認知症介護能力の構成要素について、その内容的妥当性のさらなる検証をすることを目的とする。

第2節 対象と方法

1. 調査対象

介護職のキャリアごとに、認知症介護に卓越した者を対象者とした。しかし、認知症介護に特化した介護職のキャリアパスがまだ定められていないため、本調査では認知症介護実践者等養成研修の体系に沿い、認知症介護指導者（以下、指導者）、認知症介護リーダー（以下、リーダー）、認知症介護実践者（以下に、実践者）を介護職のキャリアとした。

選定方法としては、認知症介護研究・研修Aセンターの研修主幹および研修指導員3名により、認知症介護指導者20名を推薦した。また推薦された認知症介護指導者に対し、リーダー、実践者20名ずつ、計40名の推薦を求めた。推薦基準は、①それぞれのキャリアの役割を果たしていること、②尊厳を支える認知症介護を積極的に実践していること、③自分の実践を言語化する能力があることであった。実践者においては職位についてないことを条件とした。そのうち研究協力の同意が得られた指導者8名、リーダー10名、実践者9名を対象者とした。

2. 調査方法

調査はキャリア群ごとに、2010年7月～9月に渡り1回ずつ、計3回行った。調査方法は前章の「能力構成要素及び項目抽出のための質的調査」と同様である。ただし、各キャリア群が実際持っている能力の差異を比較することが本研究の目的であるため、本調査では「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」を設問項目とした。

3. 分析方法

キャリア群ごとに作成してもらった記述に対して、キャリア群ごとに分類を行った。「能力構成要素及び項目抽出のための質的調査」の分析結果であるカテゴリーⅠとカテゴリーⅡの概念を分類基準として用いて分類を行った(表3-1)。その際に分類基準に当てはまらない内容については、新たなカテゴリーを追加することにした。また、分類結果の妥当性については、「能力構成要素及び項目抽出のための質的調査」で妥当性確保の際に協力を得た4名の認知症介護経験者により行われた。

その後、各カテゴリーに含まれた記述数やその割合を算出し、キャリア群間比較を行った。また、コレスポネンス分析を用いて、キャリア群とカテゴリー内容との関係性を明らかにした。コレスポネンス分析とは、クロス表をもとに2変数間の関係および各変数内における違いを視覚的に表現できる分析手法である。なお、そもそも属性による違いが統計的に有意でなければ、コレスポネンス分析を行う意味もないことから、事前にクロス表の作成と同時に χ^2 検定を行い、有意性の有無を確認した。

4. 倫理的配慮

本研究の調査実施にあたっての倫理上の配慮については、日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理委員会の倫理審査を受けて承認（承認番号：10-03003）を得て実施した。本研究におけるすべての調査協力者には、研究の趣旨及び方法を口頭と文書で説明し、調査協力を拒否しても不利益を生じないこと、調査のいかなる段階においても協力を拒否・撤回することができること、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。

表 3-1 分類基準

I	II	III	
道具使用能力	専門知識の理解	認知症に関する医学的な知識を理解する	
		認知症者の心理を理解する	
		法令を理解する	
	交流のための 情報交換	意思疎通および	認知症者との意思疎通を図る
		情報交換	他の職員や他専門職との情報交換を図る
		情報収集・分析・	情報を収集する
		活用	集めた情報を分析・整理する
		情報を支援につなげる	
		情報共有のツールを使う	
協力能力	良い関係形成	認知症者と良好な関係を形成する	
		認知症介護に直・間接的に関連する様々な人と良好な関係を形成する	
	力量把握	認知症者の状態・力量を把握する	
		認知症介護関係者の認知症介護における力量を把握する	
力量の異なる者と 協力	認知症者、家族、地域、職員の認知症介護における力量を向上させる		
	考え方や意見の異なる人と協力する		
		協力関係を作り、展開する	
自律的 活動能力	理念の保有および 実践	認知症介護の理想を持ち、実践する	
		チームの理念・理想を持ち、チームの中での自分の役割を理解する	
		事業所や施設の役割や理想像を理解する	
	科学的・効率的 課題解決	認知症介護における課題について科学的に取り組む	
		認知症介護における課題について効率的に取り組む	
	リスクの予測と対応	認知症介護における予測が付き、事前に働きかける	
	仕事に対する姿勢	利用者、認知症介護を優先し、常識に捕らわれないで新しいことに挑 戦する	
		ポジティブに考えて、根気・辛抱強く続ける	
		楽しんで仕事する	
		プロ意識を持つ	
		天職だと思う	
専門性向上及び自 己管理	自分自身を客観的に振り返る		
	自分の専門性向上に努める		
	感情コントロールできる		
	自分の心身の健康管理や仕事とプライベートのバランスを取る		

第3節 結果

1. 調査対象者の属性

キャリア別に20名ずつ推薦されたが、研究協力の同意が得られた指導者8名、リーダー10名、実践者9名が調査対象者である。

1) 指導者群の属性

調査対象者8名のうち、女性が4名、男性が4名であった。平均年齢42.2歳、認知症介護経験年数は平均14.1年であった。学歴は、修士修了者が2名、大学院在学中が2名、大卒が3名、専門学校卒が1名であった。

保有資格は、8名全員が複数の資格を保有しており、介護支援専門員の有資格者であった。そのうち2名が看護師、3名が介護福祉士、6名が社会福祉士、1名が精神保健福祉士の資格を保有していた。

職場経験は、8名全員が複数の職場経験者であった。そのうち5名が老健および特養の職場経験者であり、3名が通所、3名がグループホーム、2名が居宅介護支援事業所、2名が研究および研修機関の職場経験者であった。また、高齢者総合施設、病院、保健所、有料老人ホーム、小規模多機能施設で勤務した経験のある者も1名ずつであった。

現在職位は、8名のうち5名が管理者および代表取締役であり、看護部長が1名、介護主任が1名、研修部門課長補佐が1名であった（表3-2）。

表 3-2 指導者群の属性

ID	性別	年齢	学歴	保有資格	経験年数	経験職場 (現職含む)	現在職位
1	女	43	大学院 在学	介護支援専門員 社会福祉士 精神保健福祉士	7	高齢者総合施設	研修部門 課長補佐
2	男	37	大学	介護支援専門員 介護福祉士 社会福祉士	11	グループホーム 通所	管理者
3	男	34	専門学校	介護支援専門員 介護福祉士	14	特養	介護主任
4	男	37	大学	介護支援専門員 社会福祉士	15	グループホーム 特養 居宅介護支援事業所 有料老人ホーム	管理者
5	女	40	修士	介護支援専門員 社会福祉士 看護師 保健師 ヘルパー1級	15	通所 訪問看護 保健所 居宅介護支援事業所 病院 研究・研修機関	代表取締役
6	女	61	修士	介護支援専門員 看護師	15	老健	看護部長
7	男	37	大学院 在学	介護支援専門員 介護福祉士 社会福祉士	16	グループホーム 特養 研究機関	管理者
8	女	50	大学	介護支援専門員 社会福祉士	20	特養 通所 居宅介護支援事業所 小規模多機能	理事 施設長

2) リーダー群の属性

調査対象者 10 名のうち、女性が 9 名、男性が 1 名であり、平均年齢 36.3 歳、認知症介護経験年数は平均 11.1 年であった。学歴は、大卒が 2 名、短大および専門学校卒が 7 名、高卒が 1 名であった。保有資格は、10 名全員が介護福祉士の有資格者であり、そのうち 4 名が介護支援専門員、1 名が社会福祉士の有資格者であった。

職場経験は、10 名のうち、6 名が複数の職場経験者であった。そして、9 名が老健および特養の職場経験者であり、2 名がグループホーム、1 名が有料老人ホーム、1 名が障害者養護施設の職場経験者であった。現職においては、10 名のうち介護リーダーが 5 名、副主任が 2 名であった。そして、総括主任、フロアリーダー、主任生活相談員が 1 名ずつであった（表 3-3）。

表 3-3 リーダー群の属性

ID	性別	年齢	学歴	保有資格	経験年数	経験職場 (現職含む)	現在職位
1	男	31	大学	介護福祉士	6	特養	総括主任
2	女	54	短大	介護福祉士 ヘルパー2級	7	グループホーム	介護リーダー
3	女	27	高校	介護福祉士 ヘルパー1級	9	特養 有料老人ホーム	フロアリーダー
4	女	43	大学	介護福祉士 社会福祉士 介護支援専門員 ヘルパー2級	9	特養 老健	副主任
5	女	32	専門学校	介護福祉士 介護支援専門員	10	特養 通所	主任生活相談員
6	女	32	専門学校	介護福祉士 介護支援専門員	12	特養 老健	介護リーダー
7	女	34	短大	介護福祉士	12	特養 老健 障害者養護施設	介護リーダー
8	女	36	専門学校	介護福祉士	14	特養 グループホーム	介護リーダー
9	女	36	専門学校	介護福祉士	16	特養	副主任
10	女	38	短大	介護福祉士 介護支援専門員	16	特養	介護リーダー

3) 実践者群の属性

調査対象者9名のうち、女性が5名、男性が4名であり、平均年齢34.0歳、認知症介護経験年数は平均5.4年であった。学歴は、大卒が4名、短大および専門学校卒が4名、高卒が1名であった。保有資格は、9名のうち7名が介護福祉士の有資格者であり、1名はホームヘルパー資格のみを保有していた。1名は無資格者であった。

職場経験は、9名のうち、1名のみが複数の職場経験者であった。そして、6名が老健および特養の職場経験者であり、4名がグループホームでの職場経験者であった。現職においては、9名全員が介護職員であった（表3-4）。

表3-4 実践者群の属性

ID	性別	年齢	学歴	保有資格	経験年数	経験職場 (現職含む)	現在職位
1	男	35	大学	ヘルパー2級	1	グループホーム	介護職員
2	女	50	短大	介護福祉士 ヘルパー2級	4	グループホーム	介護職員
3	女	24	専門学校	介護福祉士	5	特養	介護職員
4	女	25	専門学校	介護福祉士	5	老健	介護職員
5	男	31	大学	介護福祉士	5	特養	介護職員
6	女	51	短大	介護福祉士	5	特養	介護職員
7	女	25	高校	介護福祉士 ヘルパー1級	7	老健 グループホーム	介護職員
8	男	35	大学	介護福祉士	11	老健	介護職員
9	男	30	大卒	無い	6	グループホーム	介護職員

2. 回収・有効記述数

意味不明のデータと抽象度の高いデータ、身体介護支援や生活支援内容のみのデータは、認知症介護との関係性の読めないデータは、有効記述から除外した。計 3 回にわたったグループワークを通じて、得られた有効記述項目数は、指導者群が 293 個（99.0%）、リーダー群が 257 個（99.6%）、実践者群が 307 個（99.0%）であった（表 3-5）。

表 3-5 回収・有効記述数

	回収記述数	有効記述数	有効記述率
指導者	296	293	99.0%
リーダー	258	257	99.6%
実践者	310	307	99.0%
合計	864	857	99.2%

3. キャリア群別、認知症介護能力構成要素の分類結果

指導者群、リーダー群、実践者群、それぞれで得られた有効記述を用いて分類を行った。その結果、指導者群は、予備調査の結果と一致した（表 3-6）。リーダー群は、カテゴリ II の《専門知識の理解》が生成されなかったが、カテゴリ II 《臨機応変的課題解決》がカテゴリ I 【自律的活動能力】に新しく構成された（表 3-7）。実践者群も、カテゴリ II 《臨機応変的課題解決》が新しく分類された。カテゴリ II 《臨機応変的課題解決》には、「たまには嘘をつく」「納得しない方に対して、次の食事は早く作るねと約束する」、「同じ事を応えても繰り返すようであれば、内容を少し変えたりしながら、そのことから視点をずらしていく」など直面した課題についてその背景や原因を探る過程を踏まずに解決に取り組む認知症介護実践の内容が分類された（表 3-8）。

表 3-6 指導者群の分類結果

I	II	III
交流のための道具使用能力	<h1>非 公 開</h1>	
他者との協力能力		
自律的活動能力		

表 3-8 実践者群の分類結果



4. キャリア群間、認知症介護能力構成要素の分布の比較（割合の比較に基づいて）

1) キャリア群別、カテゴリーIの割合

キャリア群ごとにカテゴリーIの割合を見ると、指導者群は【他者の協力能力】が占め、たため、実践者群は【他者の協力能力】が最も

表 3

交流		0.5
他者		0.0
自律		0.4
合計		1.0

非 公 開

2) キャリア群別、カテゴリⅡの割合

(1) 【交流のための道具使用能力】の構成カテゴリⅡの割合

キャリア群別、【交流のための道具使用能力】を構成したカテゴリⅡの割合を見ると、指導者、意思決定者、情報担当者、専門意思情報合計で、それぞれ3.6%、8.2%、8.2%、20.0%を占めている。

表 3

キャリア群	割合 (%)
指導者	3.6
意思決定者	8.2
情報担当者	8.2
専門意思情報合計	20.0

非
公
開

図

表

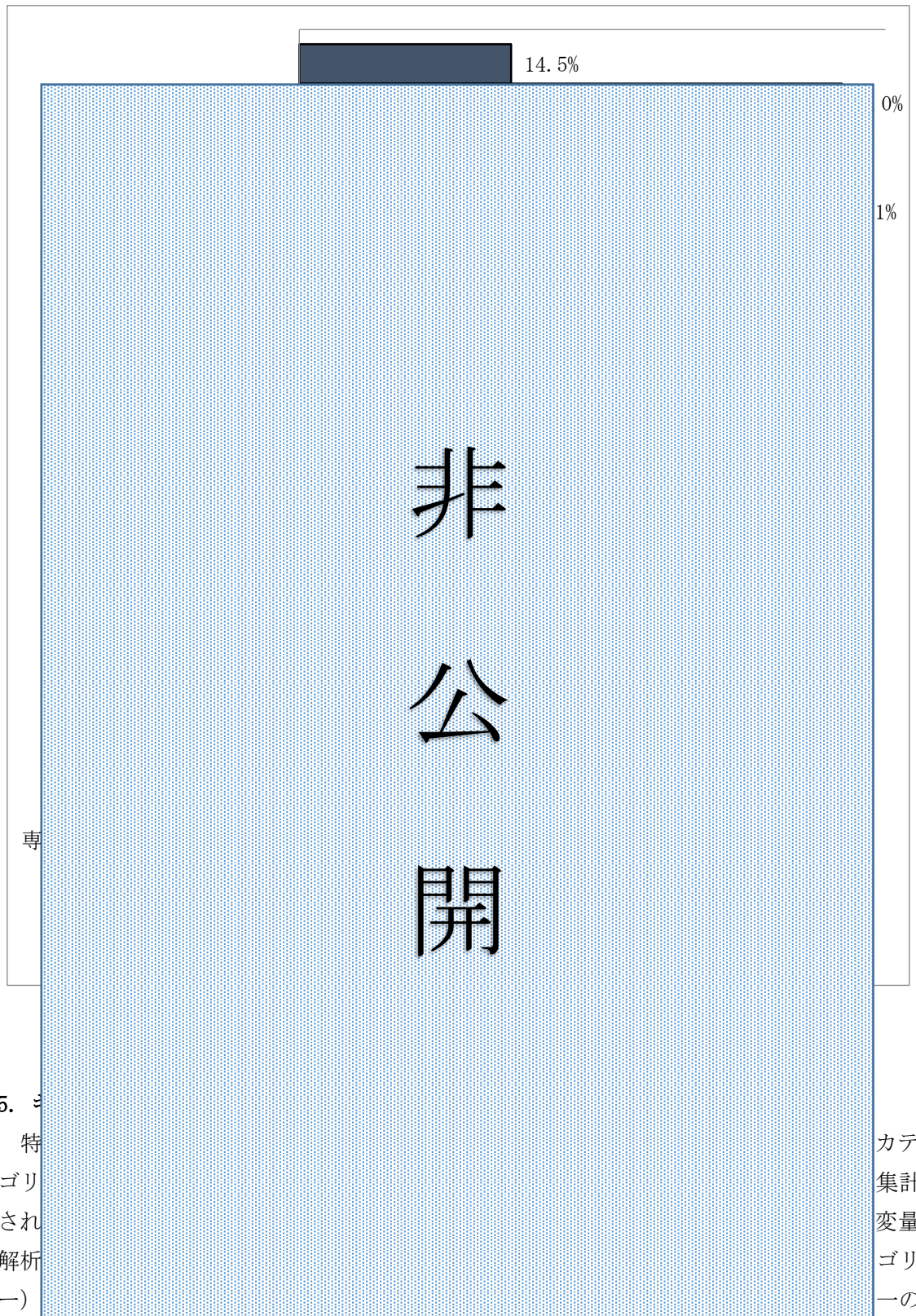
(3) 【自律的活動能力】の構成カテゴリーⅡの割合

キャリア群ごとに【自律的活動能力】の構成カテゴリーⅡの割合を比較した。指導者群は「科学的・体系的課題解決」が最も多くて 26.1% を占めた。次いで「専門性向上および自己研鑽」が 19.9% を占めた。また「実践的課題解決」が 15.3% を占めた。一方、指導者群以外のキャリア群は「実践的課題解決」の割合が最も高く、それぞれ 20.0%、20.9%、20.3%、23.1%、26.3%、29.4% を占めた。また「科学的・体系的課題解決」の割合は、それぞれ 10.0%、10.9%、10.3%、13.1%、16.3%、19.4% を占めた。一方、指導者群以外のキャリア群は「実践的課題解決」の割合が最も高く、それぞれ 20.0%、20.9%、20.3%、23.1%、26.3%、29.4% を占めた。また「科学的・体系的課題解決」の割合は、それぞれ 10.0%、10.9%、10.3%、13.1%、16.3%、19.4% を占めた。

表 3

	%
理念	0.0
科学的・体系的課題解決	0.9
臨機応変的課題解決	0.3
リアルタイム課題解決	3.1
仕事	6.3
専門性向上および自己研鑽	9.4
合計	0.0

非
公
開



カテゴリに反応したサンプル同士を集め、それを空間に配置するのに適した座標を算出し、これに基づいて散布図を作成して要素をプロットする。類似度・関係性の強い要素同士

は近くに、弱い要素同士は遠くにプロットされる（ただし、相対的な関係である）。その時、軸がクロスする原点付近にプロットされる要素は比較的に特徴が薄いと解釈できる。また留意すべきことは、散点図の情報は「そこで合致している成分軸の組み合わせの中での射影

図」

その
を抽

1)

キ
水準
果、
のた

次元

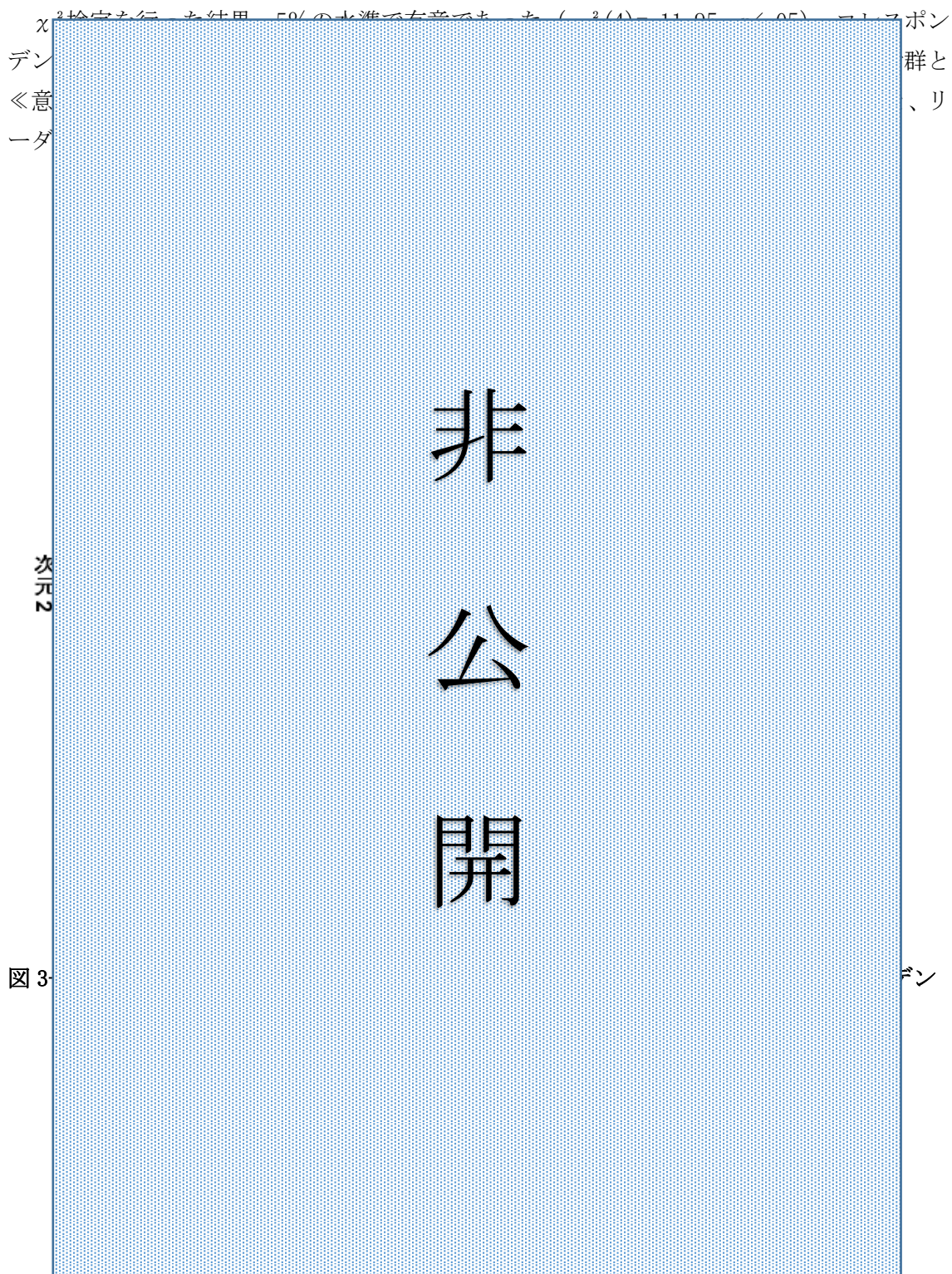
非 公 開

もの

%の
た結
交流

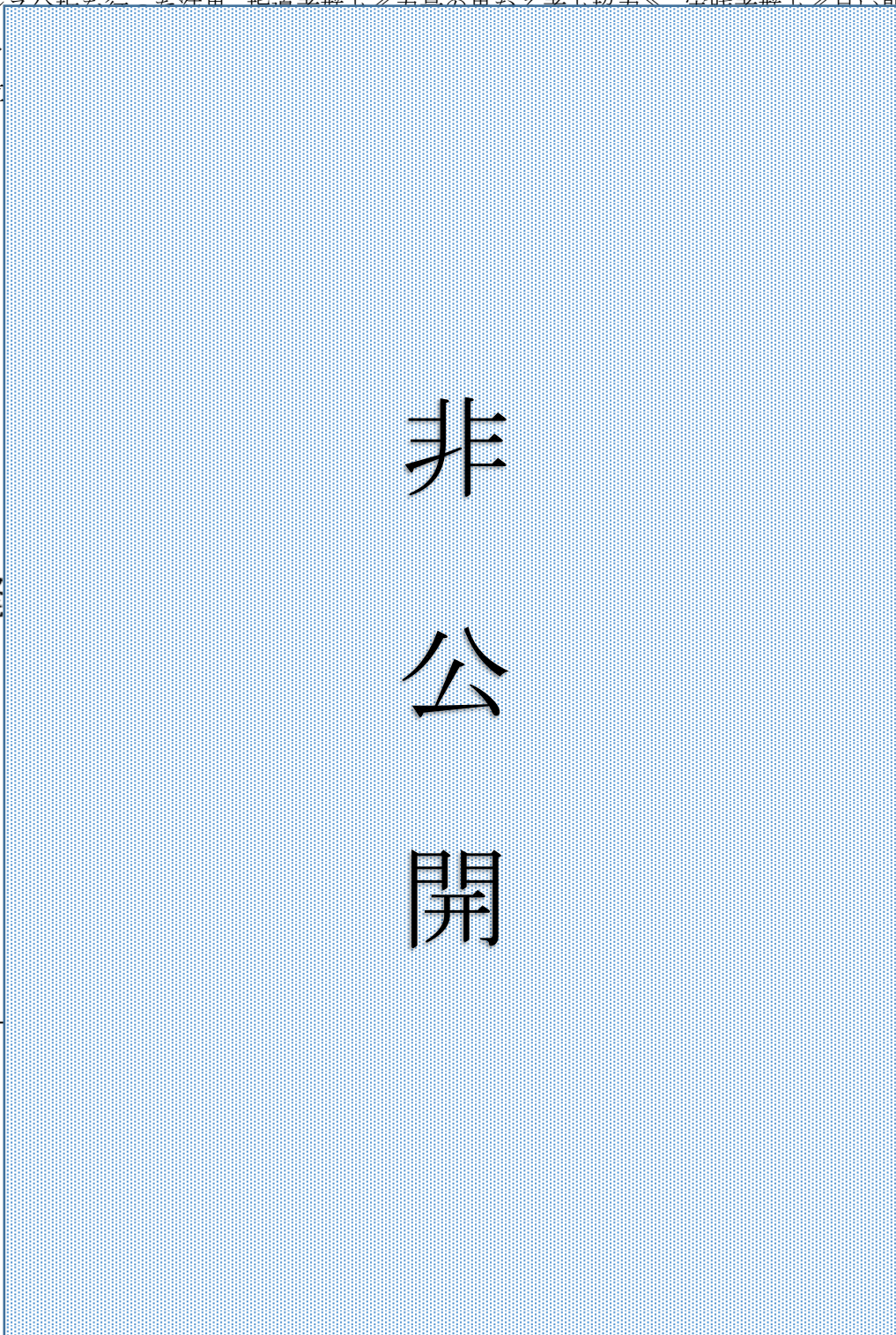
2) キャリア群とカテゴリーⅡの分布状況

(1) キャリア群と【交流のための道具使用能力】の構成カテゴリーⅡ



(2) キャリア群と【他者との協力能力】の構成カテゴリーⅡ

χ^2 検定を行った結果、0.1%の水準で有意であった ($\chi^2(4)=27.05$ $p<.001$)。コレスポ
デンス分析を行った結果、指導者群と「自身の用いる者との協力」(定時者群と「良い関係形
成」も近
い位 (7)。



(3) キャリア群と【自律的活動能力】の構成カテゴリーⅡ

χ^2 検定を行った結果、0.1%の水準で有意であった ($\chi^2(4)=70.69$ $p<.001$)。コレスポ
デンス分析を行った結果、指導者群は「専門性向上および自己管理」(科学的・種差的課
題解決の
実現の
近か
ゴリ
応) 念の
係が
カテ
と対

次元

非
公
開

図 3-

果

第4節 考察

1. キャリア別、カテゴリー I についての検討

3つのキャリア群それぞれにおいて、有効記述の50%以上が【他者との協力能力】に分類された。また、キャリア別、カテゴリー I の分析の結果から、実践者群は「良い関係形成」が最も多く、その中でも「認知症者との良い関係形成」が全有効回答の38%であり、コレスポネンダ分析の結果からも最も近い位置関係にあった。

2. コレスポネンダ分析の結果

1) 実践者群は「良い関係形成」が最も多く、その中でも「認知症者との良い関係形成」が全有効回答の38%であり、コレスポネンダ分析の結果からも最も近い位置関係にあった。

2) 実践者群は「良い関係形成」が最も多く、その中でも「認知症者との良い関係形成」が全有効回答の38%であり、コレスポネンダ分析の結果からも最も近い位置関係にあった。

非公開

実践者群は「良い関係形成」が最も多く、その中でも「認知症者との良い関係形成」が全有効回答の38%であり、コレスポネンダ分析の結果からも最も近い位置関係にあった。

《仕事に対する姿勢》と《専門性の向上及び自己管理》について、各キャリア群の間で差が出た。分類されたカテゴリⅢの内容をみると、実践者群は、＜明るく楽しそうに仕事する＞、＜自分でできる限り頑張ろうと思う＞、＜専門性向上に努める＞だが、リーダー群も抽出されるのは、仕事のし、を示

3. 各

1)

卓
者の
力す
⑧家
情報
機応
く楽
3つ
成を
た【
力】
られ
上
どの
成す
抽出
家族
不安
地域
容を
付き
題で

非 公 開

知症
と協
束通、
いて
⑩臨
明る
た、
係形
にし
動能
認め
とん
を形
こは、
症者、
手の
家族、
の内
動に
い話
内容

の記述がここに分類されている。認知症介護能力だからこそ抽出された能力であると思われる。

そして、「臨機応変的課題解決」には、原因、背景を探る過程を踏まず、直面している課題を解決するような内容が、本調査の結果から分類された。「臨機応変的課題解決」能力は、

根拠のあつた会議の事例という視点¹³⁾から見て、認知症介護の実現場で避けなければならぬ課題を、時間や時力も本調査の臨機で、そこ、ま、力を用いて、新人社員の必要経

表

利

人

報

図

自

継

力

利

日

こ

勝

画・提案を積極的にできる能力

強い倫理観とコンプライアンス意識を有する

⑫リスクを予測し対応に努める能力

非 公 開

利用者主体のサービス提供を行う能力

⑩理念を考え、実践する能力

③認知症者の力量を向上

④認知症者へ伝える能力

自
積

2)

回

は大
職員
を知
ポシ
リア
以
任介
全う
も《
で、
る。
なる
自己
誤が
護を
の実

3)

指

介護
的・実
であ
が、
いた
指
たし

非 公 開

の差
力、
こと
レス
キャ
る。
は主
務を
いて
能力】
われ
し異
的な
行錯
症介
自分

知症
科学
力】
能力
れて

を果
、実

習を担当するなど、介護専門職に対する人材育成をメインとし、認知症介護指導者自身が所属する事業所や地域の指導者としての役割も担っている。その役割から見て、認知症介護従

事者を始め、関連者との協力能力、特に《力量の異なる者との協力》の能力が主に発揮されることは説明できると思われる。指導者群の調査対象者の属性を見ると、大学院修了者が2名、大学院在学中が9名との学歴の高低が際立っているとして全員が複数の専門資格を持ち、5名は、彼ら

4. 請
本
た認
前章
追加
た。
検証
る。

※本
姜
護
結

非 公 開

収し
より、
しく
でき
性が
われ

いた。
症介
研究

第4章 認知症介護能力構成要素及び項目選出のための量的調査

本章では、前章までの研究で抽出された認知症介護能力構成要素と項目を、量的調査を通じてさらに洗練させる。それにより、すべての認知症介護を実践している介護職が自らの能力を確認でき、主体的な自己研鑽を重ね、認知症介護実践能力の向上や質の向上に貢献できる認知症介護自己能力評価ツールの試案を作成することを目指す。

本章では、第1節で目的と意義、第2節で対象と方法、第3節で結果、第4節で考察を述べる。

第1節 目的と意義

認知症介護能力に関する実証的研究は少なく、小松による研究報告が貴重である。小松は「認知症高齢者ケア技術」として、「社会的存在として人権尊重」、「チャネリング」、「その人らしさの探求」、「確実なケア遂行・業務優先」、「根拠に基づく介護」を抽出した。そして、「認知症ケア能力」について、今井の7つの提言がある。それは①認知症ケアの原理・原則を理解し、認知症の人の人権擁護やエンパワメントを含めた尊厳を支えるケアの理念の下で認知症ケアを実践できる能力、②認知症を病気として理解し、認知症の診断方法、治療法、口腔ケアやターミナルケアなど、医療保険に関する最新の知識を理解し説明できる能力、③認知症の人の身体状況や心理的側面、取り巻く環境、社会資源、さらには高齢者福祉など学術的な知識を介護に役立てることができる能力、④認知症の人への支援にあたり、彼らやその家族介護者のニーズを明らかにするアセスメントの手段と、それを基に専門分野別のケアプランを作成し実行する能力、⑤それぞれの専門分野で活用できる豊富なモデルケアプランを有し、実践場面で活用できる能力、⑥他の専門分野と連携が持てる能力、⑦実践したケアの効果を検証できる能力であった。

本研究では前章までの成果で、OECDのコンピテンシーの定義に基づき、認知症介護能力構成要素を、質的調査を通じて抽出し、その内容的妥当性についても、介護職のキャリア別能力の特徴を明らかにする過程の中で検証を行った。ここでは、量的調査を通じて、認知症介護能力構成要素を洗練させ、認知症介護自己能力評価ツールの試案としてその成果を出したいと思う。

本調査の目的は、量的調査を通じて認知症介護能力構成要素を明らかにすること、そして能力評価項目を抽出すること、またキャリア間の差異を確認することでその内容的妥当性を検証するとともに、認知症介護における介護職の人材育成への基礎データを提供することを目的とする。

認知症介護能力に関する実証的な研究が少ない中、この量的調査から得られたデータは認知症介護の専門性の確立や介護職の専門性・能力開発にも寄与できると思われる。

第2節 対象と方法

1. 調査対象

調査対象は、認知症介護研究・研修A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、介護リーダー2名、職位がついてない一般介護職員2名とし、介護リーダーと一般介護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. 調査方法と配布

1) 調査方法と期間

調査は郵送法による自記式質問紙法によって行われた。調査期間は、平成23年2月4日から2月25日までであった。

2) 質問紙の配布と返信の方法

調査票は調査実施機関である認知症介護研究・研修Aセンターから、抽出された施設・事業所に所属する認知症介護指導者宛てに送付された。施設・事業所での職員の無作為選定と調査依頼文や調査票、返信用封筒の一式の配布は、認知症介護指導者を通じて行われた。

なお、返信にあたっては、各回答者個人により調査実施機関へ個別に行われるように依頼した。具体的には回答者が直接、返信用封筒に入れて密封をし、ポストに投函するように依頼した。

3. 倫理的配慮

本研究の調査実施に当たっての倫理上の配慮については、日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理委員会の倫理審査を受けて承認(承認番号:10-03003)を得て実施した。倫理上の配慮事項として、調査は無記名で行われ、調査依頼文書にて本調査の趣旨を説明し、調査票への回答は任意であり、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旨を説明し、調査票の返信により、本調査に対する同意が得られたことにすると明記した。

4. 用語の説明

○ 認知症介護

:認知症の者(以下、認知症者)が尊厳を保持しながら自分らしい生活を送ることができるよう、介護的支援を認知症者に直接提供することとともに、その支援がうまく行われるように環境(物的・人的環境)を造成すること。

○ 認知症ケア

: 認知症の者(以下、認知症者)が尊厳を保持しながら自分らしい生活を送ることができるように、医療・福祉・介護的支援を認知症者に直接提供することとともに、その支援がうまく行われるように環境(物的・人的環境)を造成すること。

○ 認知症ケアチーム

: ある程度、固定された同一の認知症者グループ、または個人認知症者に対して認知症ケアを行う際に構成された職場内のチームの中で回答者自身が所属されている最も小さいもの。例) ユニット、フロア、介護部、など。(以下、チーム)

○ 認知症ケアにおける課題

: 認知症ケアの中で生じる、課されている様々な課題(認知症ケア目標、認知症者の暴言・暴力・徘徊などの言動、チームワークの問題、地域との交流の問題、人材育成の問題など、他にも介護職が認知症ケアを実践する際、疑問を感じたり、戸惑ったり、困っている点) 中、回答者の置かれている立場で直面していること。

5. 調査票の構成

調査票は、個人属性に関する項目、認知症介護能力に関する項目に関する項目に構成された。認知症介護能力に関する項目は、第2章、第3章の質的調査から得られた認知症介護能力構成要素と認知症介護実践内容に関する記述を基に質問項目を作成した。その際に、認知症介護能力構成要素がなるべく均等に配分できること、一つの文章に一つの能力が表現されること、なるべく実践内容を具体的に表現すること、なるべくわかりやすい文章で表現することを意識しながら、調査票を作成した。回答の形式としては、「認知症介護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」という指示により、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 (1~25%) 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。

6. 分析方法

- ① 認知症介護の能力に関する設問項目について因子分析を行い、自己評価に基づいた認知症介護能力の構成要素を検証的に抽出した。
- ② 第3章のキャリア群の分け方(指導者、リーダー、実践者)に沿って、キャリア群の差異を明らかにする分析を行った。行った分析は、下位因子間の相関分析、一元配置分散分析、Kruskal-Wallis検定、多重比較検定、対象者の属性を独立変数とする重回帰分析を行い、キャリア群間の差を検証した。

第3節 結果

1. 回収状況

調査票は、調査対象である513ヶ所の医療・介護・福祉機関の中、認知症介護指導者の転居先不明により返送された25ヶ所を除外し、488ヶ所の医療・介護・福祉機関の2928名の認知症ケア従事者に配布され、1004名の認知症ケア従事者(34.3%)から回収された。

認知症介護能力構成要素を抽出するための、因子分析のための十分なサンプル数を確保するために、認知症介護能力に対する設問項目すべてに対して回答のあったもの、重複した回答のないものなど欠損のないもの、942件(32.17%)を分析対象とした。因子分析以後の分析過程において、欠損値については、リストごと除外処理を行った。

2. 有効回答者の属性

1) 基本属性

有効回答者942名の基本属性を表4-1に示す。対象者の性別をみると、「男性」が36.3%、「女性」が63.6%であった。年齢については、平均41.5歳(SD 14.87)であり、年代は「30代」が最も多く32.0%であり、「50代」が20.8%、「40代」が20.3%、「20代以下」が18.4%、「60代以上」が8.3%であった。

認知症介護経験年数は、平均8.0年(SD 6.73)であり、「5年以上10年未満」が36.5%で最も多く占め、次いで「5年未満」が29.9%、「10年以上15年未満」が19.5%、「15年以上」が11.8%であった。現在の職位は、「一般職員」が最も多く35.7%あり、次いで「中間管理」22.4%、「ユニットリーダー」が20.1%、「施設・事業所トップ」が19.2%であった。また、現在の職場を含む経験職場においては、70.2%の回答者が「施設サービス」の職場を経験し、49.4%の回答者が「地域密着サービス」、34.8%の回答者が「居宅サービス」の職場を経験した(表4-1)。

表4-1 有効回答者の基本属性

		人(名)	(%)
性別	男性	342	36.3
	女性	599	63.6
	欠損値	1	0.1
年齢	20代以下	173	18.4
	30代	301	32.0
	40代	191	20.3
	50代	196	20.8
	60代以上	78	8.3
	欠損値	3	0.3
	5年未満	282	29.9

	5年以上10年未満		344	36.5
認知症介護経験年数	10年以上15年未満		184	19.5
	15年以上		111	11.8
	欠損値		21	2.2
職位	施設・事業所トップ		181	19.2
	中間管理・ユニットリーダー		400	42.5
	一般職員		336	35.7
	その他		20	2.1
	欠損値		5	0.5
経験職場 (現職含む)	施設サービス	有	661	70.2
		無	281	29.8
	居宅サービス	有	328	34.8
		無	614	65.2
	地域密着型サービス	有	465	49.4
		無	477	50.6

2) 有効回答者の教育関連属性

学歴においては、介護関連養成施設卒業者が 58.7%、非卒業者が 36.9%であった。最終学歴は「専門学校・短大卒」が最も多く 47.3%、「中・高卒」が 26.1%、「大卒」が 21.2%、「大学院修了」が 1.5%であった(表 4-2)。

保有資格においては、介護関連資格取得者が 93.5%であり、介護関連国家資格取得者が 71.9%であった。有効回答者の 58.4%が「介護福祉士」を、「社会福祉士」9.3%、「(准)看護師」が 11.6%であり、「介護支援専門員」の取得者は 33.1%であった(表 4-2)。

認知症介護関連研修の受講・修了状況においては、「受講経験あり」が 85.3%で、「特になし」が 10.1%であった。認知症介護実践者等養成研修の階層的構造のなかではその最終修了が「認知症介護指導者養成研修」の者が有効回答者の 22.6%であり、「認知症介護実践リーダー研修」が 12.5%、「認知症介護実践者研修」が 21.8%、「その他の研修のみ受講経験者」が 28.4%であった(表 4-3)。

表 4-2 有効回答者の最終学歴と保有資格

			人数 (名)	(%)
学歴	関連学歴	有	553	58.7
		無	348	36.9
		NA	41	4.4
	最終学歴	中・高校卒	246	26.1

		専門学校・短大卒	445	47.3
		大学卒	200	21.2
		大学院卒	14	1.5
		その他	11	1.2
		NA	26	2.8
資格	関連資格	有	881	93.5
		無	31	3.3
NA		30	3.2	
	関連国家資格	有	677	71.9
		無	235	24.9
		NA	30	3.2
	介護福祉士	有	550	58.4
		無	362	38.4
		NA	30	3.2
	社会福祉士	有	88	9.3
		無	824	87.5
		NA	30	3.2
	(準)看護師	有	109	11.6
		無	803	85.2
		NA	30	3.2
	介護支援専門員	有	312	33.1
		無	600	63.7
		NA	30	3.2

表 4-3 有効回答者の認知症介護関連研修受講状況

	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	認知症介護 実践者研修	その 他	特に ない	欠損 値	合 計
名	213	118	205	268	95	43	942
%	22.6	12.5	21.8	28.4	10.1	4.6	100

に認知症者の状態や介護内容を伝えること」、「状態変化の背景について本人の立場から情報を収集すること」、「記録は常に確認し、内容を把握すること」、「事実と判断を分けて伝えること」など、情報収集や他の介護職や他職種に伝える内容であることを【情報収集及

び情報
第
をす
話し
て話
の介
整】
認
ける
い関
SM=0
よひ
SM=0
結果
い関
ア従
ケア
ま
点を

合い
して
関し
ど他
見調
にお
の良
78、
集お
11、
した
の良
症ケ
知症
の得
った。

非 公 開

表 4-4 認知症介護能力に関する項目の因子分析結果

		7	
104	直面し	38	-0.011
105	直面し	65	-0.027
103	認知症	45	0.009
106	認知症	17	-0.027
107	認知症	32	0.005
115	取り組	27	0.013
99	認知症	03	0.016
109	今まで	03	0.058
98	認知症	35	0.010
101	認知症	98	0.062
121	自分の	22	0.018
118	取り組	39	0.051
28	高齢期	47	-0.019
26	原因疾	60	0.032
32	関連様	38	-0.059
31	他職種	50	-0.032
27	認知様	25	0.030
29	認知症	41	0.039
25	中核症	14	0.059

非 公 開

3	認知症者が人生の先輩である事を忘れず、礼儀正しく接すること	0.028	0.118	0.713	0.035	0.010	-0.183	-0.046
10	認知症						22	-0.029
9	認知症						40	-0.030
2	認知症						48	-0.023
1	認知症						19	0.048
6	自分の						43	0.001
4	認知症						01	0.048
61	認知症						95	0.039
62	認知症						59	0.025
60	認知症						23	0.006
75	家族が						30	-0.092
70	認知症						79	-0.077
74	家族が						70	-0.042
69	認知症						73	0.029
15	他職種						31	-0.014
16	他職種						66	0.019
13	チーム						20	-0.026
14	チーム						95	0.092
42	認知症						84	-0.043
43	認知症						70	-0.004
46	状態変						52	0.054
36	同職種						32	-0.030

非 公 開

44	状態変	09	-0.026
37	他職種	55	-0.067
48	記録は	34	0.023
38	事実と	92	0.041
90	他の記	57	0.903
89	他の記	19	0.828
91	他の記 にとっ	02	0.520

非 公 開

	7
45	0.694
25	0.520
97	0.484
82	0.515
39	0.508
	0.620

表 4-5 有効回答者全体の下位因子間のピアソン積率相関係数

	決にお
	自律
専門知識の	.667***
情報収集の	.799***
認知症者の	.650***
認知症者の	.760***
他の認知症	.569***
他の認知症	.746***
課題解決の	—

*** $p < .001$

非 公 開

表 4-6 認知症介護能力の下位因子と属性との関係（重回帰分析結果）

		課題解決における自律
性別	—	—
年齢	—	—
認知症介護能力	—	0.136***
最終学歴	—	0.076*
認知症介護能力	—	—
認知症介護能力	—	0.134***
認知症介護能力	—	0.144***
施設サービス	—	—
居宅サービス	—	—
地域密着型サービス	—	0.086**
担当業務	—	—
R2 乗	—	0.093
調整済みR2	—	0.088***

非 公 開

* $p < .05$

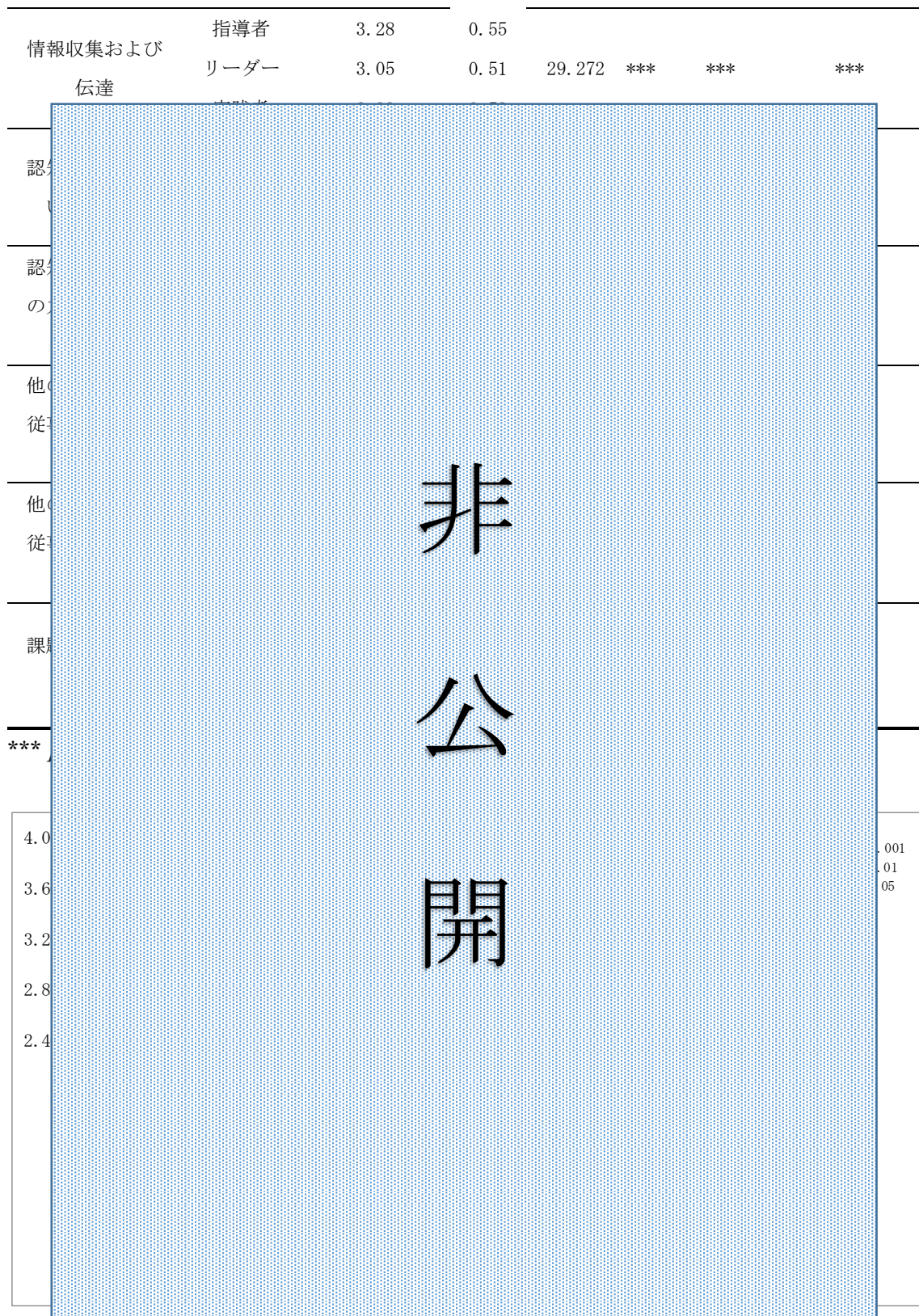


図 4-1 認知症介護能力の下位尺度のキャリア群間比較 (Dunnett T3)

その後、Dunnett T3 による多重比較を行い、その結果を図 4-1 に示す。その結果、7 つの

下位尺度すべてにおいて「実践者群」と「指導者群」、「リーダー群」と「指導者群」の間の
 得点差が0.1%の水準で有意であった。

しかし、「実践者群」と「リーダー群」間の差は下位尺度によって異なっていた。【専門知識の
 保有 5%水
 準で との
 良い 良い
 関係

(2) 比較
 認 った。
 しな 者群」
 そ りう
 であ り護に
 るリ いる
 おけ 知症
 様々 [107
 介護 り組
 認知 1)、
 みの 自
 [118 1)、
 分の 1)、
 [99 99)=
 [103 こと]
 48.0 を得
 (F((表
 るこ
 4-9)

表 4-

					al
					検定
					準
98					
リス					

立てること	実践者	2.95	0.70
	指導者	2.96	0.79

99 認知症の進行を予測 リーダー 2.69 0.71 23.256 *** *** ***

し、
こと

101
分の

103
して

対応

104
して

対応

105
題に

組む

106
て、

える

107
を広

109
課題

得る

115
の際

こと

118
をま

121
り返

に見ること

実践者

2.77

0.74

非 公 開

*** $p < .001$ 、** $p < .01$

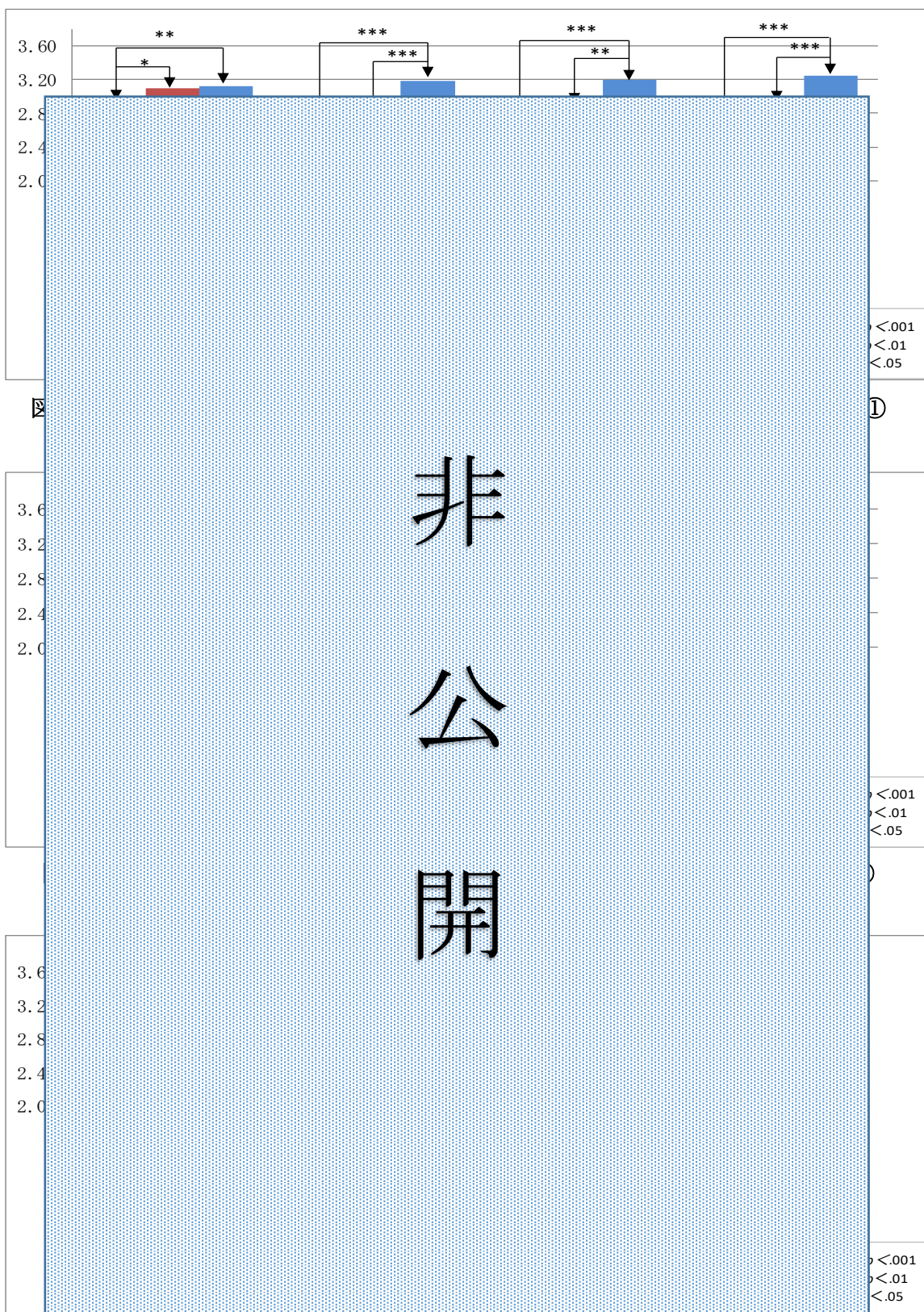


図 4-4 【課題解決のための自律】の構成項目のキャリア群間比較 (Dunnett T3) ③

その後、Dunnett T3による多重比較を行い、その結果を図4-2、図4-3、図4-4に示す。その結果、12項目は大きく3つのパターンに分けられた。パターンAは「実践者群」と「リーダー群」間として「実務者群」と「指導者群」間のみ有意な差が認められたパターンである。

こと
者群
パ
み有
ける
取り
認知
発想
自分
の「
の水
パ
パタ
[103
る課
決の
者群
水準
実践者
あつ
群」

非
公
開

間の
にお
けて
[107
軟な
[121
121
0.1%
ある。
と]、
てい
題解
指導
が5%
「実
意で
導者

3)
下
を表
3)
られ
いで
自律
知症

結果
がみ
、次
ける
【認
因子

間では0.490から0.686までの相関係数を示した。

「リーダー群」においては、【課題解決における自律】と【情報収集および伝達】の間の

相関係数が 0.779、【課題解決における自律】と【認知症者と家族の力量把握および向上】の間が 0.732 で【課題解決における自律】と【他の認知症ケア従事者との意見調整】の間が 0.729、【認知症者と家族の力量把握および向上】と【情報収集および伝達】の間が 0.761

で強
「
関係
間が
の間
から

4)

キ
ヤリ
ステ
て【
結果
ただ
つの
お、
「
成】、
域密
形成
意見
響を
量把
密着
「
な相
と【
る自
ケア
サー
「

非 公 開

の相
】の
整】
.701

、キ
いて
おい
析の
した。
が、3
。な
係形
「地
関係
との
が影
の力
地域
有意
云達】
おけ
知症
施設
症介

護関連学歴保有者」、「最終学歴」、「認知症介護関連研修修了者」、が有意な影響を与えていた。【情報収集および伝達】には、「認知症介護経験年数」と「認知症介護関連研修修了者」

が、【認知症者と良い関係形成】には「年齢」と「認知症介護関連研修修了者」が有意な影響を与える要因としてみられた。【認知症者と家族の力量把握および向上】、【他の認知症ケア従事者との良い関係形成】【課題解決における自律】においては、「認知症介護関連研修修了者」のみが、【他の認知症ケア従事者との意見調整】においては「年齢」、「最終学歴」、「認知症介護関連研修修了者」との関連がみられた。なお、すべての下位因子において「認知症介護関連研修修了者」が最も影響を与える要因としてみられた(表 4-13)。

表 4-10 キャリア別、認知症介護能力の下位因子間相関関係

*** $p < .001$ 、** $p < .01$ 、* $p < .05$

キャリア	問題解決における自律	専門情報	認知	認知	他	他
指導者						
		.691***				
		.813***				
		.670***				
		.752***				
リーダー						
		.645***				
		.779***				
		.637***				
		.732***				
実践者						
		.499***				
		.739***				
		.603***				
		.740***				
	.568***					
	.723***					
	.503***					
	.660***					

非 公 開

表 4-11 「指導者群」の認知症介護能力の下位因子と属性との関連（重回帰分析結果）

*** $p < .001$ 、** $p < .01$ 、* $p < .05$

		課題解決における自律
性別		—
年齢		—
認知症介護		—
最終学歴		—
認知症介護		—
認知症介護		—
認知症介護		—
施設サービス		—
居宅サービス		—
地域密着		0.18 **
担当業務		—
R2 乗		0.033
調整済み		0.028 **
ステップ		* $p < .05$

非 公 開

表 4-12 「リーダー群」の認知症介護能力の下位因子と属性との関連（重回帰分析結果）

*** $p < .001$ 、** $p < .01$ 、* $p < .05$

		課題解決における自律
性別		—
年齢		—
認知症介護		—
最終学歴		—
認知症介護		—
認知症介護		—
認知症介護		—
施設サービス		—
居宅サービス		—
地域密着		0.162 *
担当業務		
R2 乗		0.026
調整済み		0.021 *
ステップ		* $p < .05$

非 公 開

表 4-13 「実践者群」の認知症介護能力の下位因子と属性との関連（重回帰分析結果）

*** $p < .001$ 、** $p < .01$ 、* $p < .05$

		課題解決における自律
性別		—
年齢		—
認知症介護		—
最終学歴		—
認知症介護		—
認知症介護		—
認知症介護		0.212 ***
施設サービス		—
居宅サービス		—
地域密着		—
担当業務		—
R2乗		0.045
調整済み		0.042 ***
ステップ		* $p < .05$

非 公 開

第4節 考察

1. 認知症介護能力構成要素と項目の抽出についての考察

本調査では、第9章、第9章の既往調査の結果から得られた認知症介護能力構成要素を採用了。仮説した力の「い」処理。その認知症介護する能力を、【他介護から除外して集及】、【認の認る自無作構成症介今し、症ケし、など心理

【認の認に對活動理解限ら力】、【他知症】か調査から除因と報収成】、【他おけた、れを認知理解認知対応ケア況や役立

非公開

ることができる能力は【専門知識の保有】に、そして、④認知症の人への支援にあたり、彼らやその家族介護者のニーズを明らかにするアセスメントの手段と、それを基に専門分

野別のケアプランを作成し実行する能力、⑤それぞれの専門分野で活用できる豊富なモデルケアプランを有し、実践場面で活用できる能力は【認知症者と家族の力量把握および向上】

に対応すると考えられる。また、④他の専門分野と連携が持てる能力は【他の認知症ケア従事者の効果を支援する】、⑤の効果を図る能力を関与させ、④の能力を高め、⑤の能力を高めることにより、認知症者のケアの質を向上させることにつながる。【家本調】最もは、に焦りでもれた

非公開

認	
支	
認	
家	
子	
他	
課	

図 比較

2. 調
1)

本調査では、認知症介護能力のすべての下位因子の間で「相関がある」、または「強い相関がある」ことが明らかになった。特に、【課題解決における自律】と【情報収集及び伝達】、

「ア関連国家資格」とは、介護福祉士をはじめ、社会福祉士、看護師、医師、作業療法士など対人援助職の国家資格を意味する。これらの資格を保有し、就く職種、活用する能力、技術は異なるが、共通している価値として挙げられるのは、社会者の本来持っている力を

見出す
るた
技試
るた
が必
結す
と思
資格

ま
【認
ア人
成】
知症
を持
と」、
症者
必要
者と
てか
Ont
いて
機会
こ
ンピ
明ら

3. 各
認
成】
の因
が認

とが明らかになった。

一方、【専門知識】、【情報収集及び伝達】、【他の認知症ケア従事者との意見調整】、【課題

非公開

得す
や実
越え
努力
に直
ある
国家

特に
症ケ
係形
、「認
入観
るこ
認知
解が
従事
付い
に、
れて
重な

アコ
らも

係形
形成】
は差
るこ

における自律】においては、全てのキャリア群の間において差が認められ、各キャリア段階を追って行くに伴い、その能力もしっかりと向上していくことが明らかになった。

キャリア群別下位因子間の相関関係を調べてみた結果、全てのキャリア群での相関係数が「強い相関」を示し、下位因子間の相関関係が強いことが明らかになった。また、キャリア群間の相関関係も「強い相関」を示し、キャリア群間の相関関係が強いことが明らかになった。この結果から、認知症介護能力の向上には、キャリア群間の相関関係が強いことが明らかになった。また、キャリア群間の相関関係も「強い相関」を示し、キャリア群間の相関関係が強いことが明らかになった。この結果から、認知症介護能力の向上には、キャリア群間の相関関係が強いことが明らかになった。

非公開

とキャリアを積んでいくとともに習得できる能力であることが明らかになった。

最後にキャリア群間、認知症介護能力の各下位因子に影響を与える個人属性を調べてみ

たところ、経験の浅い実践者群の場合、すべての下位因子に認知症介護関連研修修了者であることが要因として認められ、研修以外にも、「年齢」や「最終学歴」、「認知症ケア関連学歴保有者」のような教育関連要因が【専門知識の保有】への要因として認められた。リーダー群は地域密着サービス実践経験が、指導者群の場合は地域密着サービス実践経験と認知症介護経験年数が影響要因として認められた。

※本章の調査は、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」の一部として行われた。調査データの使用については、研究事業主体である認知症介護研究研修東京センターの許可を得た。

姜文熙：巻末資料 3-2 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. 『認知症介護従事者研修のあり方に関する研究事業』の報告書. 107-117、認知症介護研究・研修東京センター(2011).

第5章 総合考察

本研究は、介護職の認知症介護実践能力向上や認知症介護の質の確保のために、OECDの能力観を基に、介護職の認知症介護能力を明かにすることを目的とした。そのために、認知症介護において卓越した介護職を対象に質的調査を行い、彼らの実践内容を分析し、認知症介護能力を明かにした。そして、質的調査から得られた認知症介護能力構成要素を、量的調査を通じて検証・洗練し、認知症介護能力自己評価ツールの試案として作成した。各調査では、認知症介護能力構成要素と項目の抽出と同時に、認知症介護における介護職のキャリア段階ごとの特徴を明らかにし、抽出した認知症介護構成要素の内容的妥当性を検証した。

以降では、本研究の結果を総括し、本研究によって得られた成果と認知症介護における人材育成のための提言、そして本研究の限界、結論を述べる。

第1節 介護職の認知症介護能力に関する考察

1. 能力構成要素と項目の抽出過程からの考察

本研究ではOECDの能力観を基に、認知症介護能力構成要素を抽出する質的調査を行った。その結果、【交流のための道具使用能力】、【他者との協力能力】、【自律的な活動能力】の3つの領域において12個の認知症介護能力が抽出された。それは、《専門知識の理解》、《意思疎通および情報交換》、《情報収集・分析・活用》、《良い関係形成》、《力量把握》、《力量の向上及び協力》、《理念の保有および実践》、《臨機応変的課題解決》、《科学的・効率的課題解決》、《リスクの予測と対応》、《仕事に対する姿勢》、《専門性向上及び自己管理》である。その中で《臨機応変的課題解決》は経験が少なく、職位についていない一般の介護職を対象にした調査から得られたものであった。《臨機応変的課題解決》を成長の過程として認め、認知症介護能力構成要素として採用した。この質的研究から得られた認知症介護能力構成要素は、卓越した介護職の実践内容から抽出したものであり、認知症介護における介護職の理想像として示すこともできると思われる。

質的研究から得られた上述の認知症介護能力構成要素と項目を用いて、量的調査を行った。検証的因子分析と介護職のキャリア群間比較などを通じた妥当性の検証を経て、7つの認知症介護能力構成要素が抽出された。その内容は、【専門知識の保有】7項目、【情報収集及び伝達】8項目、【認知症者との良い関係形成】7項目、【認知症者と家族の力量把握および向上】7項目、【他の認知症ケア従事者との良い関係形成】4項目、【他の認知症ケア従事者との意見調整】3項目、【課題解決における自律】12項目が得られた。

質的研究から得られたものよりシンプルになったが、その内容としては、専門知識、情報の扱い、認知症者との直接的な関わり、力量把握と向上、対人援助技術、チームケアでの連携、介護過程を含む課題解決能力、自己省察・自己管理能力など、質的研究から得られた能力要素が反映され、幅広い範囲に渡る認知症介護能力構成要素となっている。そして認知症者を協力の対象としてみる視点が強調され、認知症介護の実践内容に焦点を当て抽出した

認知症介護能力構成要素として評価できる。さらに本研究から得られた認知症能力構成要素と項目は、OECD の能力観を基に、キャリア段階ごとの調査と結果の検証を経て抽出されたものであるため、認知症介護における介護職のキャリアアップの視点が反映されている。新任の介護職から認知症介護指導者のようなベテランまで、必要な介護能力が網羅されている。また、本研究から抽出された認知症介護能力に関する項目は、多くの回答者が判断できないと回答した項目は除外する、できる限りわかりやすい文章で表現するなど、介護職の理解水準によらず、介護職自らの能力が評価、確認できるような項目が抽出できたと思われる。

以上の内容を踏まえ作成した「介護職の認知症介護能力の自己評価尺度」の試案を表 5-2 に示す。この尺度は OECD の能力観に基づき介護職の実践内容から吸い上げた領域と項目に構成された。また、各項目については、各キャリア群を対象として実施した質的調査の結果、特に各キャリア群の認知症介護能力の特徴（表 5-1）などを根拠として、実践者群以上のレベルは「基礎」と、リーダー群以上のレベルを「深化」と、指導者群以上のレベルを「専門」とレベルを付けた。それにより介護職が自らの認知症介護実践に基づき、能力を評価し、次の目標が描けるよう作成した。今後さらなる洗練作業と検証が必要であると思うが、介護職の主体的な生涯教育と認知症介護実践能力の向上に活用されることを望む。

表 5-1 認知症介護職のキャリア群別、必要な能力の特徴

キャリア	領域	構成要素		
		道具	協力	自律
実践者	協力 道具	意思疎通・情報交換	良い関係形成	臨機応変的課題解決 リスクの予測と対応
リーダー	協力 道具	意思疎通・情報交換	良い関係形成 力量把握・向上	理念の実践 科学的・効率的課題解決 リスクの予測と対応
指導者	自律	情報収集・分析・活用	力量把握・向上	科学的・効率的課題解決 専門性向上・自己管理

2. 認知症介護能力としての固有の能力構成要素についての考察

本研究では OECD の能力観に基づいて質的研究を行い、3 つの領域において 12 個の認知症介護構成要素を抽出した。本調査の結果である 3 領域は OECD のキーコンピテンシーと一致した。12 個の認知症介護能力構成要素と OECD のキーコンピテンシーの構成要素を比較、検討したところ、《仕事に対する姿勢》、《臨機応変的課題解決》が認知症介護独自の能力として抽出された。また、介護職のコンピテンシーの先行研究からの成果と本研究の質的調査から得られた 12 個の認知症介護構成要素を比較、検討したところ、ほとんどの内容が一致していた。しかし、新任介護福祉士のコンピテンシーとの比較からは《良い関係形

成》、《臨機応变的課題解決》、そして主任介護職のコンピテンシーからは《専門性向上及び自己管理（自分自身のことを知ろうとし、振り返る能力）》が認知症介護能力として固有に求められるものとして抽出された。

利用者、認知症介護を優先し、常識に捕らわれないで新しいことに挑戦する、ポジティブに考えて、根気強く、辛抱強く続ける、楽しんで仕事をする《仕事に対する姿勢》の能力、直面した課題に対する《臨機応变的課題解決》能力は、答えのない認知症介護を実践する上で必要な能力であると思われる。そして、良い関係形成、特に認知症者との良い関係形成は認知症介護の前提になる能力であり、認知症者の尊厳を支える介護の価値を実現するキーポイントになると思われる。また、《専門性向上及び自己管理》のなかでも自分自身のことを知ろうとして自分の実践を自ら振り返る能力は、省察的実践の意味でも重要であるが、認知症者本人からの介護実践評価が得られ難い認知症介護では特に強調されるべき能力であると思われる。

3. キャリア群間平均差の検証と影響要因からの考察

本研究では、抽出した能力構成要素と項目を用いて、キャリア間の平均値の差の検証、能力構成要素間の相関関係、能力構成要素に影響を与える要因を検討した。その結果、7つの認知症介護能力構成要素には、それぞれ特徴がみられた。【専門知識の保有】は、様々な経路を通じて能力開発が行われており、その成果が介護職として実感しやすい能力であることが示唆され、【情報収集及び伝達】、【他の認知症ケア従事者との意見調整】、【課題解決における自律】は、思考力、学習力を伴う能力であり、介護職のキャリアの上昇とともに確実に向上する能力であることが分かった。

また【認知症者や家族の力量把握及び向上】は、介護福祉士、社会福祉士のような対人援助職ならではの経験や専門教育が必要であり、実践者群とリーダー群の間の能力で差が認められず、相当の経験や専門教育が必要であることが示唆された。最後に【認知症者との良い関係形成】と【他の認知症ケア従事者との関係形成】については、その影響要因として、認知症介護経験と認知症介護関連研修参加経験のみが認められた。これらの能力は認知症介護の中核的な内容ではあるが、その能力の向上が介護職として実感し難いものであることが明らかになった。実践と振り返りの繰り返し作業を通じて得られる能力であることが本研究を通じて示唆された。

4. 能力構成要素の相関関係のキャリア間の差異からの考察

本研究からキャリアにより、認知症介護能力構成要素間の相関の強さに差異があることが明らかになった。指導者群の場合は、【情報収集及び伝達】能力が有効的に発揮され、すべての認知症介護能力の下位因子と相互関連し合い、【課題解決における自律】は【認知症者と家族の力量把握および向上】、【他の認知症ケア従事者との意見調整】とも強く相関関係であることが明らかになった。一方、実践者群の【課題解決における自律】は【情報収集と

情報伝達】、【認知症者と家族の力量把握および向上】とのみ強い相関があり、リーダー群の【課題解決における自律】は【情報収集と情報伝達】、【認知症者と家族の力量把握および向上】とともに【他の認知症ケア従事者との意見調整】との相関も強く認められた。このことから、キャリアを積んで能力が高い介護職ほど、認知症介護能力構成要素が全体的に強く絡み合いその能力が発揮できることが明らかになった。

表 5-1 認知症介護能力の自己評価尺度（試案）

以下の認知症介護能力のうち、最も近い回答を1から5まで評価してください。最も	非 公 開					
						0% 1 2 5 % でき ない ほと んど
交流のための道具使用能力	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
他者との協力能力	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	2	1				
	自分の行動により認知症者が不安にならないうまく対応できる	基礎	4	3	2	1
	認知症者と気持ちを共有する	基礎	4	3	2	1

	他職種に感謝の思いが伝わるように日頃から表現する	深化	4	3	2	1
他者との協力能力	非 公 開				2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1
自律的活動能力	非 公 開				2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1
					2	1

第2節 認知症介護における人材育成に対する提言

1. 認知症介護能力の自己評価尺度の活用

認知症介護の世界は非常に流動的であり、標準化されていない。その中で、認知症者の尊厳を支える介護の実現のために、これまで介護者には抽象的であいまいなままの認知症介護の専門能力や介護職のあるべき姿が求めてられてきた。筆者はこの評価尺度を作成することによって、少しでも具体的にかつ実践内容に重ねてイメージできる形で示すことができるのではないかと考えている。

本研究により作成された認知症介護能力の自己評価尺度（試案）は、大きく3つの領域において、7つの認知症介護能力構成要素、48個の評価項目により構成されている。それぞれの領域、能力構成要素、評価項目は断片的な実践内容、知識、技術、態度の総和ではなく、相互に絡み合い、質の高い認知症介護の実践に繋がるのが本研究からも明らかになった。48項目の評価項目を評価していくプロセスは、認知症介護のアセスメントの実践プロセスとも似通っており、認知症介護専門職としての介護職の自らの姿が総合的に理解できると思われる。

本研究で作成した認知症介護能力の自己評価尺度は、介護職の認知症介護実践能力向上と主体的な生涯教育への内的動機付けを促すことを目的に開発された。具体的には、認知症介護を実践する介護職が認知症介護職としてのキャリア発達過程にわたり、自ら認知症介護能力や実践内容の確認・検証を行っていくことをサポートすることになる。自らの認知症介護能力や実践内容を確認していく作業を通して、自分の長所、短所に気づきを得て、自らの力量を高め、次のステップに跳躍していく内的動機付けになることを目的としたものである。それゆえ、研究で作成した評価尺度の活用において大事だと思うのは、7つの能力構成要素間、48個の評価項目間のバランス良い成長に目を向けることである。その際には、各評価項目のレベルを目安として、介護職のキャリア成長と共に必要な能力に気づき、その能力向上に努めていくことを期待している。

介護職が所属する施設や事業所においては、効果的・効率的な職員の人材育成の戦略を立てる際に活用できることを期待する。誰に、何を、どのような方法で認知症介護能力の向上を目指した教育・研修を行うべきかを定める判断基準として、また、その教育・研修の効果測定ツールとして活用されることを考えている。そして、介護職の認知症介護能力を発揮しやすい職場環境としての施設や事業所がどのような長所・短所をもっているのかへの気づきを得る資料としても活用させることを望む。

2. 認知症介護能力に基づいた教育システム構築

本研究からは認知症介護構成要素として、【専門知識の保有】、【情報収集及び伝達】、【認知症者との良い関係形成】、【認知症者と家族の力量把握および向上】、【他の認知症ケア従事者との良い関係形成】、【他の認知症ケア従事者との意見調整】、【課題解決における自律】が得られた。これらの認知症介護構成要素は相互強い相関関係であり、認知症介護に卓越した

介護職はこれらの能力構成要素をバランスよく絡み合わせ発揮していることが明らかになった。実践者の場合は、【専門知識の保有】、【情報収集及び伝達】、【認知症者との良い関係形成】、【他の認知症ケア従事者との良い関係形成】、【他の認知症ケア従事者との意見調整】の能力が、リーダーの場合は、【専門知識の保有】、【情報収集及び伝達】、【認知症者との良い関係形成】、【他の認知症ケア従事者との良い関係形成】の能力が上手く活用できず、【認知症者と家族の力量把握および向上】や【課題解決における自律】が行われている現状が確認できた。実践者とリーダーの人材育成においては、これらの能力構成要素を活用し、偏りのない教育・研修内容になるようにすることは必要であるだろう。

その具体的な方法は、本研究から明らかになった各認知症介護構成要素の特徴に基づいて提案する。本研究の結果によると、認知症介護能力構成要素には、キャリアの上昇とともに能力の向上が見られたものと、そうではないものがあった。介護職側から見ると、自分の能力の向上が実感しやすい能力とそうではない能力に区別することができるだろう。実感しやすい能力としては、【専門知識の保有】、【情報収集及び伝達】、【他の認知症ケア従事者との意見調整】、【課題解決における自律】があり、これらの能力向上の方法としては、介護職の主体的な学習を支援する人材育成方針を立てるのが効率・効果的であるだろう。しかし、本研究の結果から、これらの能力は、思考力や学習力とも密接な関係があるが、介護職の現状上、思考力と学習力における介護職のレベルは様々である。したがって介護職のレディネスに合わせた多様なレベル、また多様なルートの主体的な学習システムの構築が必要であると思われる。実際、今年度から施行される「認知症介護実践研修の見直し」では、通信教育やイーラーニングの導入が検討されており、介護職の主体的な学習を支援する動きが評価される。しかし、ハード面のみならず、その内容面においても多様なレベルの介護職のレディネスに合わせることに努めることが必要である。

一方、介護職から見て、自分の能力の向上があまり実感できない能力としては【認知症者との良い関係形成】、【認知症者と家族の力量把握および向上】、【他の認知症ケア従事者との良い関係形成】があった。これらの能力は認知症介護の中核的な能力であるのにも関わらず、介護職は自分の能力の向上について実感することができず、認知症介護実践に対する不安、難しさを感じ、離職までに至るという現状が先行研究からも明らかになっている。これらの能力開発については、介護職の主体的な学習とともに、介護職の身近なところで彼らの能力の開発を手助けする存在や機会が必要であると思われる。その代表的な認知症介護人材システムが、OJT, Off-JT であり、認知症介護指導者の存在であると思われる。施設・事業所を運営する側には OJT, Off-JT のための時間と資金を確保し、認知症介護指導者のような施設・事業所内での人材育成担当を配置することを強く提案する。また、その内容としては、【認知症者との良い関係形成】、【他の認知症ケア従事者との良い関係形成】の能力については、認知症介護の実践の中で、生じる疑問や難しさ、不安について一緒に悩み、考え、自らの実践に対する振り返りの過程を支援する内容であることと、【認知症者と家族の力量把握と向上】については、対人援助に関連した専門資格の有無が与える影響が大きいことから、

資格未取得者に対しては、新人研修から【認知症者と家族の力量把握と向上】能力が一定の能力に達するまで継続的に能力開発ができる機会が確保される必要があると思われる。

留学生である筆者から見ると、日本はすでに認知症介護においては先進国であり、特に認知症介護実践者等養成研修や認知症介護指導者の存在は非常に高く評価でき、自分の国においても推進したい人材育成システムである。また、海外の認知症ケアコンピテンシー開発事業の例を見ると、コンピテンシーモデルを利用した自己評価ツールが手軽に利用できるようなネット上に公開されており、評価の結果からは能力開発に関するアドバイスも受けられるようになっているなど、介護職の主体的な学習を支援する仕組みになっている。このような面も含め、筆者の母国の認知症介護人材育成においても、本研究の成果が一つの参考資料として活用されることを望む。

3. 新しい介護職の理想像の提案

本研究では卓越した認知症介護を実践する介護職を対象に質的研究を行い、認知症介護能力構成要素を抽出した。これらの結果から、認知症介護における介護職の理想像が描けることができた。

リーダーの場合、本研究の結果によると、「自分自身を知ろうとし、振り返る」、「感情をコントロールする」といった内容から、認知症介護におけるリーダー像として、感情をコントロールし、自分の実践を振り返る人材像が抽出された。これは「自己確信」と「業務を全うする」といった一般主任介護職のコンピテンシーとは少し異なるリーダー像である。答えない、標準化することが難しい認知症介護において、チームのリーダーが、冷静で常に自分の実践を振り返る姿勢を見せることは、認知症介護におけるチームケアの質の向上にもつながり、チームメンバーに与える影響も大きいと思われる。チーム全体が常に実践を振り返り、次の介護実践に活かすことができ、チームメンバーは持っている認知症介護における不安や悩みを否定することなく、受け入れ、チーム内で話題にすることができる。これは介護職の能力開発の内的動機づけにもつながることが期待できる。このような理由で、本研究からは認知症介護のリーダー像の一つとして「冷静で常に実践を振り返る姿勢を持つ」リーダー像を提案する。

そして、実践者の人材像からは、「楽しそうに仕事をし、できる限り頑張り、専門性の向上に努める」人材像が描けた。このような人材像も非常に意味のある人材像であり、認知症介護現場を明るく頑張る雰囲気にする肯定的な人材像であると思われる。しかし、本研究の結果からは、リーダー、指導者へとそのキャリアの上昇とともに、仕事とプライベートのバランス、自分の健康維持、感情のコントロールなど、あらゆることにバランスを取り、自分自身の人生も大事にする人材像が抽出された。そして 質の高い認知症介護サービスが提供できると同時に、介護職自ら満足のいく人生を送るためには介護職が自分自身のことを大事にし、自己管理能力を高めることも必要であると考えられる。

第3節 本研究の限界および課題

本研究は、認知症介護能力の自己能力評価ツールの開発を最終的な目的として、認知症介護を実践している介護職を対象として、質的調査と量的調査を行い、認知症介護能力構成要素とその項目を抽出したものであるが、いくつかの限界と課題がある。

第一に、調査対象者の選定における限界である。質的調査及び量的調査は、全国3か所の認知症介護研究・研修センターのうち一か所のみで調査協力を得て、実施されたものである。各センターが担当している地域も決まっているため、センターの特徴や地域の特徴が本調査の結果に反映された可能性は否定できない。特に、量的調査においては、認知症介護指導者が配置されている施設、事業所であったため、サンプルに偏りが生じた。今後認知症介護指導者が配置されていないところとの比較・検討も必要であると思われる。

第二に、本研究では研究の利便性のため、認知症介護実践者等養成研修の階層構造に沿って、認知症介護における介護職のキャリアを設定し、調査を行った。しかし、介護職には多様なキャリアアップの仕方があるため、介護職それぞれに応じた能力開発研究が必要であると思われる。

第三に、本研究では介護職の個人属性が認知症介護能力に与える影響に焦点を当て研究を進めたため、影響要因について総合的な考察ができなかった限界がある。今後、職場環境などを含む影響要因に関する研究が必要であると思われる。

第四に、本研究では介護職の能力に焦点を当てたため、介護職の能力が、認知症高齢者や家族が介護に対して感じる満足度やアウトカムに実際に繋がっているのかに対する検証がなかった。今後、介護職の能力と認知症介護のアウトカムとの関連について検証する必要がある。

第五に、本研究では「認知症介護能力の自己評価ツール」の試案が作成された。本研究においては、その内容の妥当性が主に検証され、信頼性の検証がされていない限界がある。今後、多様な方法を通じて信頼性・妥当性の検証を進め、さらに洗練する必要があると思われる。

第4節 結論

本研究は認知症介護の標準化や認知症介護職の専門性と能力の実証的な検討が不十分な現状の中、介護職が認知症介護実践能力の向上と主体的な生涯教育への内的動機付けを促すために、OECDの能力観に基づき、認知症介護能力構成要素を明らかにし、認知症介護能力の自己評価尺度を作成した。

質的調査を通じて【交流のための道具使用能力】、【他者との協力能力】、【自律的な活動能力】の3つの領域において、12個の認知症介護能力構成要素が抽出された。その内容はOECDのキーコンピテンシーとその構成要素、そして介護職のコンピテンシーとの比較・検討、キャリア群間の比較・検討を経てその内容的妥当性が検証できた。同時に認知症介護能力として固有に求められる能力として、仕事に対する姿勢、臨機応変的課題解決、良い関係形成、自分自身と知り、振り返る専門性向上及び自己管理の能力が認められた。

量的調査を通じて最終的に「認知症介護能力の自己評価尺度」の試案が作成できた。この評価尺度は【交流のための道具使用能力】、【他者との協力能力】、【自律的な活動能力】の領域において、《専門知識の保有》、《情報収集及び伝達》、《認知症者との良い関係形成》、《認知症者と家族の力量把握及び向上》、他の認知症ケア従事者との良い関係形成》、《他の認知症ケア従事者との意見調整》、《課題解決における自律》の7つの認知症介護能力構成、そしてこれらを評価する計48個の評価項目に構成された。その内容としては、専門知識、情報の扱い、認知症者との直接的な関わり、力量把握と向上、対人援助技術、チームケアでの連携、介護過程を含む課題解決能力、自己省察・自己管理能力など、質的研究から得られた能力要素が反映され、幅広い範囲に渡る認知症介護能力構成要素となっている。さらに本研究から得られた認知症能力構成要素と項目は、OECDの能力観を基にキャリア段階ごとの調査と結果の検証を経て抽出されたものである。そのため、認知症介護における介護職のキャリアアップの視点が反映され、新任の介護職から認知症介護指導者のようなベテランまで、必要な介護能力が網羅されている。また、本研究から抽出された認知症介護能力に関する項目は、多くの回答者が判断できないと回答した項目は除外する、できる限りわかりやすい文章で表現するなど、介護職の理解水準によらず、介護職自らの能力が評価、確認できるような項目が抽出できたと思われる。作成された尺度については、キャリア群間における認知症介護構成要素の平均差の検証と、認知症介護能力構成要素間の相関関係、影響要因の比較・検討を通じて、その内容的妥当性が認められた。

以上のように本論文では、さらなる信頼性・妥当性の検証や洗練作業が今後の課題として残るが、認知症介護能力構成要素が明らかになり、認知症介護能力の自己評価尺度の試案が作成できた。介護職が本論文により作成できた自己評価尺度を用いて、自らの認知症介護能力や実践を振り返り、気づきを得て、それが主体的な生涯教育への内的動機付けになり、認知症介護実践能力の向上に繋がることを期待する。また、本論文の自己評価尺度の開発過程の中で明らかになった認知症介護能力構成要素とその特徴や認知症介護における介護職のキャリア群間の特徴は、認知症介護実践能力の向上や自己評価尺度を含む主体的な生涯教育システム構築においても多くの示唆を与えらると思われる。

引用文献

1. 内閣府：平成 27 年度版 高齢社会白書. 2-4, (2015).
2. 朝田隆ら：厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 平成 23 年度-平成 24 年度総合研究報告書(2013).
3. 厚生労働省：認知症対策推進総合戦略(新オレンジプランイン)認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて. (2015).
4. 厚生労働省：認知症施策の推進について；介護保険審議会介護保険部会(第 47 回)資料 2. (2013). 入手先<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000021004.pdf>
5. 厚生労働省：平成 25 年度介護サービス施設・事業所調査. (2014). 入手先<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/dl/kekkgaiyou_05.pdf>, 参照 2015-05-28.
6. 佐藤弥生, 勅使河原隆行：日本における認知症ケアの人材養成の現状と課題：専門研修と専門資格制度の整理から. 保健福祉学研究, 6: 43-62 (2008).
7. 厚生労働省：今後の認知症施策の方向性について(2012).
8. 認知症施策推進 5 ヶ年計画(オレンジプラン)」(平成 25 年度から 29 年度までの計画)
9. 永田久美子、小森由美子、熊倉祐子：センター方式が目指すもの(認知症介護研究・研修東京センター、認知症介護研究・研修大府センター、認知症介護研究・研修仙台センター編、認知症介護研究・研修東京センター発行) 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方. 中央法規, 東京 (2006)
10. 室伏君士：認知症高齢者へのメンタルケア. ワールドプランニング, 東京 (2008)
11. トム・キットウッド(高橋誠一訳)：認知症のパーソンセンタードケア；新しいケアの文化へ. 筒井書房、東京 (2006)
12. スー・ベンソン編(トム・キットウッド、ボブ・ウッズ企画・構成)(稲谷ふみ枝、石崎淳一監訳)：パーソンセンタードケア；認知症・個別ケアの創造的アプローチ. クリエイツかもがわ、京都 (2007)
13. 長谷川和夫：第 1 章 認知症ケアの理念(日本認知症ケア学会編) 認知症ケア標準テキスト 改正・認知症ケアの基礎、ワールドプランニング、東京 (2008)
14. 今井幸充：認知症ケアの課題と展望. 老年歯学, 26(3) : 237-278 (2011).
15. 古村美津子：認知症高齢者グループホームのケアスタッフが抱える困難とその関連要因. 日本公衆衛生雑誌, 58(8) : 583-594 (2011).
16. 堀恭子：博士学位論文要旨 省察的実践から見た認知症介護の困難性理解. 技術マネジメント研究, 11 : 25-29 (2012)
17. 鈴木聖子：特別養護老人ホーム初任介護職員の認知症高齢者ケアにおける困難内容の分析. 日本認知症ケア学会誌, 9 (3) : 543-551 (2010)

18. 金圓景、奥田佑子：認知症高齢者グループホーム管理者の主な業務内容及び抱える困難. 日本認知症ケア学会誌, 13 (14) : 739-747 (2015)
19. 松田千登勢、長畑多代、上野昌江ら：認知症高齢者を慧可する看護師の感情. 大阪府立大学看護学部紀要, 12 (1) : 85-91 (2006)
20. 種橋征子：個別ケアを阻害する要因に関する研究；特別養護老人ホームにおける認知症高齢者担当介護職員の個別ケア実践と仕事上の負荷の現状. 介護福祉学, 14(1) ; 46-65 (2007)
21. 大庭輝：認知症ケアにおける内発的動機付け研究の提案；介護職員を対象とした研究の現状と課題から. 生老病死の行動科学, 17-18 : 79-89(2014).
22. 厚生労働省：社会保障審議会介護保険部会(第63回)資料1：介護人材の確保(生産性向上・業務課効率化等). (2016).
23. 公益財団法人 介護労働安定センター：平成27年度 介護労働実態調査結果について：
http://www.kaigo-center.or.jp/report/h27_chousa_01.html
24. 公益財団法人 介護労働安定センター：平成26年度介護事業所における人材確保に関する実態調査・研究について. (2014). http://www.kaigo-center.or.jp/report/h26_t_chousa_01.html
25. 厚生労働省：平成27年 介護サービス施設・事業所調査の概況. (2016) .
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service15/dl/gaikyo.pdf>
26. 橋本美香：介護福祉士資格の有無及び経験年数による認知症ケア比較. 東北文教大学・東北文教大学短期大学部紀要, (1) : 105-112(2011).
27. 公益財団法人 介護労働安定センター：平成16年度「介護労働者のストレスに関する調査」. http://www.kaigo-center.or.jp/report/h16_chousa_02_stress.html
28. 厚生労働省：介護人材と介護福祉士の在り方について. 第5回 福祉人材確保対策検討会資料(2014). <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000056383.html>
29. 矢富直美, 川野健治, 宇良千秋, 他：特別養護老人ホームの痴呆専用ユニットにおけるストレス. 老年社会科学, 17(1) : 30-39(1995).
30. 松井 美帆：痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス. 日本痴呆ケア学会誌, 3(1) : 21-29(2004).
31. 越谷美貴恵：施設入所者の暴力的行為が介護者の精神的健康に及ぼす影響. 介護福祉学, 15(1) : 62-73(2008).
32. 国定美香：介護老人福祉施設の介護業務における介護労働時間とその負担度と達成度の関連性に関する研究. 日本保健福祉学会誌, 17(1) : 1-8 (2011).
33. 古村美津代, 石竹達也：認知症グループホームを離職したケアスタッフの思い；インタビュー調査における質的検討. 久留米医学会雑誌, 74 : 10-12(2011).
34. 古村美津代, 石竹達也：認知症高齢者グループホームにおけるケアスタッフのバーンアウトと個人特性と職場環境要因との関連. 日本公衆衛生雑誌, 59(11) : 822-832(2012).

35. 中島朱美：認知症対応型共同生活介護サービス従事者の労働環境の実情．介護福祉学、18(1)：22-29(2011).
36. 柴尾慶次：施設サービスの質をめぐる研究・政策・実践の動向・質の評価について．社会福祉学、48(1)、185-188 (2007).
37. 諏訪さゆり：認知症のケア提供に対する教育の現状と課題．老年精神医学雑誌、21(1)：60-69(2010).
38. 小野寺敦志：実践者研修のねらい．(認知症介護研修・研究東京センター監修・発行)第2版新しい認知症介護；実践実践者編：5-64、中央法規、東京 (2006).
39. 今井幸充：認知症ケアに対する専門資格制度，老年社会科学、28(1)：41-49 (2006).
40. 三宅貴夫：老人福祉施設における心理的ケアの実態と問題点；老人保健施設の場合（特集 老人福祉施設におけるケアの実態と問題点）．老年精神医学雑誌，13(12)：1405-1411(2002).
41. 照井孫久，野村豊子：認知症ケアにおけるチームケア自己評価モデルの検討．日本認知症ケア学会誌、5(3)；416-425，(2006).
42. 小林和成，矢島まさえ，小林亜由美 [他]：認知症高齢者グループホームのケアの質に関する評価視点の枠組みの検討．群馬パース大学紀要、(1)：43-49 (2005)
43. 小林和成，矢島正榮，小林亜由美 [他]：認知症グループホームのケアの質に関する評価項目の信頼性・妥当性の検討．群馬パース大学紀要，(3)：337-348 (2006).
44. 小林和成，矢島正榮，小林亜由美 [他]：認知症グループホームのケアの質に関する評価票の開発．群馬パース大学紀要，(5)：617-631. (2007).
45. 小林和成，矢島正榮，小林亜由美 [他]：「認知症グループホームにおける介護従事者のケア達成度自己評価票」の構成概念妥当性の検討(その1)；検証的因子分析によるアプローチ方法の適用と課題．群馬パース大学紀要，(7)：185-196(2008).
46. 小林和成，矢島正榮，小林亜由美 [他]：「認知症グループホームにおける介護従事者のケア達成度自己評価票」の構成概念妥当性の検討(その2)；ニューラルネットワークによるアプローチ方法の適用と課題．群馬パース大学紀要，(7)：197-206 (2008).
47. 原祥子，實金栄：介護老人保健施設における認知症ケアガイドラインの開発．日本看護研究学会雑誌，35(4)：75-81，(2012).
48. 永田千鶴，北村育子，松本佳代 [他]：エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発；小規模多機能事業所併設グループホームにおけるケアサービスの探究．熊本大学医学部保健学科紀要，10：15-26 (2014).
49. 小松 光代，黒木保博，岡山寧子：介護老人福祉施設における痴呆性高齢者ケア技術の明確化；介護スタッフの日常生活援助場面への参加観察による質的分析．日本痴呆ケア学会誌，2(1)：56-67(2003).
50. 照井孫久：認知症ケア自己評価の研究；認知症ケア自己評価モデルの作成と検証．東北公益文科大学総合研究論集，18：61-82 (2010).

51. 澤真由美：認知症看護実践能力自己評価表の1部署に関する調査報告．鳥取赤十字病院医学雑誌，24：33-37（2015）．
52. 田高悦子，川越博美，宮本有紀，緒方泰子，門田直美：認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価基準の開発．日本老年看護学会誌，11(2)：64-73（2007）．
53. 亀井智子，友安直子，梶井文子，久代和加子，杉本知子：在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチの質評価枠組みの開発；文献研究と専門職インタビュー調査から．聖路加看護学会誌，10(1)：23-37（2006）．
54. 内田陽子：認知症ケアのアウトカム評価票原案の開発．The KITAKANTO medical journal，57(3)：231-238（2007）．
55. 内田陽子：認知症ケアのアウトカム評価方法の開発その2；原案の使用可能性と改良，The KITAKANTO medical journal，58(1)：9-16（2008）．
56. 内田陽子，上山真美，小泉美佐子：看護学生の実習前後における認知症高齢者のアウトカム判定とケア実施率の関係．The KITAKANTO medical journal，58(3)：303-309（2008）．
57. 内田陽子，清水さゆり，杉山学 [他]：認知症ケアのアウトカム評価票の項目別にみた重み付け得点と影響する評価者因子．The KITAKANTO medical journal，59(1)：59-66（2009）．
58. 認知症介護研究・研修東京センター：地域密着型サービスにおけるサービスの質の確保と向上に関する調査研究事業報告書．（2007）．
https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/detail.html?CENTER_REPORT=98¢er=1
59. 山本則子，藤田淳子，篠原裕子，園田芳美，伴真由美，金川克子，石垣和子：高齢者訪問看護質指標（認知症ケア）の開発；訪問看護師の自己評価からの検討．日本老年看護学会誌，12(2)：52-59（2008）．
60. 山本則子，岡本有子，辻村真由子 [他]：高齢者訪問看護の質指標開発の検討；全国の訪問看護ステーションで働く看護師による自己評価．日本看護科学会誌，28(2)：37-45（2008）．
61. 永田千鶴：ケアの質の保障；認知症高齢者グループホームにおけるケアプロセスの質の評価．熊本大学医学部保健学科紀要，3：71-87（2007）．
62. 原祥子，實金栄，太湯好子 他：ユニット型介護老人保健施設における認知症ケアの質に関する測定尺度の開発．介護経営4(1)：24-34（2009）．
63. 社会福祉法人全国社会福祉協議会：介護サービス従事者の研修体系のあり方について；平成16年度中間まとめ．（2004）．
64. 社会福祉法人全国社会福祉協議会：介護サービス従事者の研修体系のあり方について（最終まとめ）（2006）．<http://www.shakyo.or.jp/research/05kaigofinal.html>
65. 福祉人材確保対策検討会：社会福祉人材確保対策検討会における議論のまとめ．（2014）．
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000062069.html>
66. 社会福祉法人全国社会福祉協議会：介護サービス従事者の研修体系のあり方について，第2次中間まとめ；キャリア開発支援システムの研修カリキュラムについて．（2005）．

67. 介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会：これからの介護を支える人材について；新しい介護福祉士の養成と生涯を通じた能力開発に向けて．（2006）．
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/s0703-4.html>
68. 中央職業能力開発協会(JAVADA)の介護サービスの職業能力基準
http://www.hyouka.javada.or.jp/user/dn_standards_a247.html
http://www.hyouka.javada.or.jp/user/dn_standards_a253.html
69. 内閣府：第6回介護人材ワーキング・グループ；資料2 できる(実践的スキル)の能力評価基準に係る基本的な考え方，（2011）．
<http://www5.cao.go.jp/keizai/jissen-cu/kaigo/shiryou/2011/1111/6thshiryou>
70. 内閣府：第11回介護プロフェッショナルワーキング・グループ；資料2 介護キャリア段位制度の概要．（2015）．
71. 安梅勅江〔他〕：保健福祉領域における専門職の専門性の構造に関する研究—保健福祉専門職の連携と共働に向けて．月刊地域保健，28(8)；66-80（1997）．
72. 安キョンイ：介護職(介護福祉士)の専門性と能力に関する研究(その1)；介護福祉士養成校教員の意識調査結果を中心に．日本社会事業大学大学院社会福祉科福祉研究論集：11-12（2010）．
73. 三宅美智子，三宅真奈美、藤原芳朗：介護福祉士に求められる地域包括ケアのあり方；介護現場職員の質問紙調査から．川崎医療短期大学紀要，35：43-50（2015）．
74. 独立行政法人 労働政策研究・研究機構 研究員 岩脇 千裕：『日本企業の大学新卒者採用におけるコンピテンシー概念の文脈—自己理解支援ツール開発に 向けての探索的アプローチ』：(2007)．
75. McClelland, D.C: Testing for competence rather than for intelligence. American Psychologist, 28: 1-14(1973)．
76. OECD DeSeCo. 「コンピテンシーの定義と選択：その理論的・概念的基礎」(2005)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：国際標準の学力をめざして」．（2006）．
77. 後藤佳代：教員に求められる能力の調査と研究—効果的な教員育成方法の確立に向けて．学校教育実践研究，1：95～102（2009）．
78. 阿部正昭：主任介護職の能力と組織特性に関する研究；デイサービス主任介護職のコンピテンシーと職場の組織特性に関する調査から．関東学院大学人文学会社会学部会社会論集、13：22-38(2007)．
79. 須永一道，柳澤利之：新任介護福祉士のコンピテンシーモデル；短大生および短大卒業生のコンピテンシーモデルからの考察．新潟青陵大学短期大学部研究報告、40：101-108（2010）．
80. 日本ホームヘルパー協会：訪問介護員のコンピテンシモデル報告書．（2012）．
81. 藤田久美，山本佳代子，青木邦男：社会福祉教育におけるコンピテンシー評価項目の検討．山口県立大学学術情報，1：65-78(2008)．

82. 高宏：介護教育におけるコンピテンシーモデル導入の意義；生老病死の行動科学， 19：39-44(2015)。
83. 池田雅子：社会福祉実習教育における学生の自己コンピテンス・アセスメントの活用について；コンピテンス評価結果の分析を通して．北星学園大学社会福祉学部北星論集， 42： 49-65 (2005)。
84. 菊池健志：地域福祉コーディネーターに求められるコンピテンシーに関する研究．神奈川県立保健福祉大学誌， 3(1)：49-58 (2006)。
85. 原順子：聴覚障害ソーシャルワークの専門性・独自性と課題．四天王寺大学紀要， 46：139-151(2008)。
86. 社団法人日本社会福祉士養成校協会編：相談援助実習指導・現場実習教員テキスト．中央法規出版：235-272(2009)。
87. 千葉， 富樫， 小崎[他]：福祉施設が人材に求めるコンピテンシー；A 県内福祉施設および機関アンケート調査結果から．東北福祉大学研究紀要， 34：93-102 (2010)。
88. 山辺朗子：ジェネラリスト・ソーシャルワークに基づく社会福祉のスーパービジョン．ミネルヴァ書房：(2015)。
89. 橋本有理子， 柿木志津江， 小口将典[他]：コンピテンシーにみる社会福祉士養成課程実習生の学修の現状と今後の展望；コンピテンシーシートを用いた実習生による自己評価の結果をふまえて．関西福祉科学大学紀要， 19：59-71 (2016)。
90. 種村 理太郎， 小口 将典， 柿木 志津江[他]：社会福祉士養成教育における実習科目と演習科目との連動を重視したコンピテンシー・モデル(福科大版)の検討．関西福祉科学大学紀要， 19：13-25 (2016)。
91. 小松光代：介護老人福祉施設における認知症高齢者へのケア技術に関する介護スタッフの重要性認識と実践頻度の比較．評論・社会科学， 77： 99-113 (2005)。
92. 姜文熙：資料 3-1 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．(社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター) 平成 22 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業 認知症介護実践者等養成研修のあり方に関する研究事業報告書． 104-106 (2011)
93. 姜文熙：資料 3-2 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．(社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター) 平成 22 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業 認知症介護実践者等養成研修のあり方に関する研究事業報告書． 107-116 (2011)
94. 姜文熙， 渡辺浩文：認知症ケア自己能力評価ツール開発に関する研究．(社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター) 平成 23 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業 認知症介護実践者等養成研修の平準化に関する検討報告書． 75-88， (2012)
95. 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター：認知症介護実践者等養成事業の体系的な評価体制の確立に向けた試み報告書(2014)

96. 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター：平成 27 年度運営費研究事業 認知症ケア自己評価尺度を用いた認知症介護指導者養成研修の効果検証に関する研究報告書 (2016) .
97. 杉原百合子：一般高齢者がもつアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因の検討. 日本認知症ケア学会誌, 4(1) : 9-16 (2005).
98. 中尾竜二, 杉山京, 澤田陽一 [他]：民生委員ならびに福祉委員を対象とした認知症初期症状に対する受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 21 : 113-122 (2014).
99. 金高ニ, 黒田研二：認知症の人に対する態度に関連する要因 ; 認知症に関する態度尺度と知識尺度の作成. 社会医学研究, 28(1) : 43-55 (2011).
100. 西田公昭, 山田紀代美：家族介護者のコミュニケーションスキルとその関連要因の検討. 老年精神医学雑誌, 18(5) : 531-539 (2007).
101. 山田紀代美, 西田公昭：介護スタッフが認知症高齢者に用いるコミュニケーション技法の特徴とその関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 30(4) : 85-91 (2007).
102. 神部智司：介護老人福祉施設の介護職員における認知症高齢者とのコミュニケーション・スキルと認知症の知識量との関連. 大阪大谷大学紀要 Bulletin of Osaka Ohtani University, 50 : 15-24 (2016).
103. 今井幸充：専門性を持った人の現状. 日本認知症ケア学会誌, 7(3) : 501~510 (2008).
104. Otero, M. E., Drasković, I., Bottema, B., et al: Professionals' Shared Competences in Multidisciplinary Dementia Care; Validation of a Self-Appraisal Instrument. Journal of the American Geriatrics Society, 57(9):1719-1721(2009).
105. Wang, Y., Xiao, L. D., He, G. P: A comprehensive approach to psychometric assessment of instruments used in dementia educational intervention for health professionals; A cross-sectional study. , International Journal of Nursing Studies: 52(2) (2014). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.011>
106. William, C. L., Hyer, K., Kelly, A., et al: Development of nurse competencies to improve dementia care. Geriatric Nursing, 26(2) : 98-105(2005).
107. The Dementia Care Competency and Training Network のホームページ
<http://dementiacare.health.nsw.gov.au/competencies/self-assessment/>
108. Dementia Partnerships のホームページ
<http://dementiapartnerships.com/resource/dementia-competency-framework/>
109. Dieckmann L, Zarit S, Zarit J, Gatz M: The Alzheimer's Disease Knowledge Test. Gerontologist. , 28 (3):402-407 (1988).
110. Carpentert, B. C., Balsis, S., Otilingam, P. G., et al : The Alzheimer`s disease knowledge scale. Gerontologist, 49(2):236-247 (2009).

111. Annear, M. J., Toye, M. C., Eccleston, E. C., et al : Dementia Knowledge Assessment Scale; Development and Preliminary Psychometric Properties. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11) : 2375-2381 (2015).
112. Annear, M. J., Otani, J., Li, J. : Japanese-language Dementia Knowledge Assessment Scale; Psychometric performance, and health student and professional understanding. *Geriatrics & Gerontology International Early View* : (2016).
[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1447-0594/](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1447-0594/)
113. Bryans, M., Keady, J., Turner, S., et al : An exploratory survey into primary care nurses and dementia care. *British Journal of Nursing*, 12 : 1029-1037 (2003).
114. Franzmann, J., Krause, K., Haberstroh, J., et al : Assessment of Self Perceived Social Competencies of Caregivers in Dementia Care. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 27(2):67 (2014).
115. 認知症介護研究・研修東京センター：2013年度認知症介護研究・研修東京センター年報、17。(2014)
116. 菊池章夫：社会的スキルを測る Kiss-18ハンドブック。川島書店，東京：(2007)。
117. 湯浅孝男：回廊法参加経験が介護施設職員のコミュニケーション自己評価に与える影響。秋田大学保健学専攻紀要，22(2)：23-28 (2014)。
118. 小車淑子，松山郁夫：会話ができない痴呆性高齢者に対する介護者の意識に関する調査研究。高齢者のケアと行動科学，9(2)：63-68(2004)。
119. 神部 智司：介護老人福祉施設における若手介護職員認知症高齢者とのコミュニケーションに対する認識。大阪大谷大学紀要，49：1-9(2015)。
120. 鈴木聖子：介護福祉職のコミュニケーションスキルに関する検討；自己評価から。介護福祉学，8(1)：71-78 (2001)。
121. 山田紀代美，西田公昭：介護スタッフが認知症高齢者に用いるコミュニケーション技法との特徴とその関連要因。日本看護研究学会雑誌，30(4)：85-91 (2007)。
122. 河野聖夫：介護支援専門職における情報共有の現状と課題；実践の現状に対する考察。健康科学大学紀要，5：101-113
123. 奥野啓子：介護記録の意識に関する一考察；自主的勉強会の取り組みを通して。佛教大学大学院紀要。社会福祉学研究科篇，44：73-89 (2016)。
124. 山村正子，李泰俊，加瀬裕子：ホームヘルパーの認知症利用者に対する情報収集の特性。介護福祉学，19(2)：147-156 (2012)。
125. 佐藤信人：自立支援を目指すケアマネジメント，ケアマネジメントの基本的な考え方。介護サービス計画(ケアプラン)作成の基本的考え方。全国介護支援専門員連絡協議会：1-14 (2004)。
126. 義本純子，富岡和久：介護保険施設における介護福祉士のバーンアウトとストレスの関係について。北陸学院短期大学紀要，37：173-182 (2006)。

127. Wilkerson, K., & Bellini, J.: Interpersonal and organizational factor associated with burnout among school counselors. *Journal of Counseling and Development*, 84: 440-450 (2006).
128. 高見沢恵美子, 宗像恒次, 川野雅資: 老人福祉・医療施設職員のメンタルヘルス. (宗像恒次, 川野雅資編) 高齢社会のメンタルヘルス. 155-180, 金剛出版. (1994).
129. 森本寛訓, 橋本勇人, 吉武亜紀: 介護福祉士の職場定着促進要因に関する研究; 学生生活と職業生活および私的生活の三つの生活場面からなる介護福祉士のライフコース上のエピソードから. *川崎医療福祉学会誌*, 21(2): 234-244 (2012).
130. 蘇珍伊, 岡田進一, 白澤政和: 特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事有能感に関連する要因; 利用者との関係と職場内の人間関係に争点をあてて. (2007).
131. 吉田綾子, 杉澤秀博: 特別養護老人ホームの介護職員の仕事継続プロセス; 5年以上継続している介護福祉士の場合. *老年学雑誌*, 3: 67-82 (2013).
132. 谷口敏代, 原野かおり, 桐野匡史[他]: 介護職の仕事継続動機と関連要因. *介護福祉学*, 17(1): 55-65 (2010).
133. 岸本麻里: 老人福祉施設における介護職者の職業継続の意志に影響を与える要因の分析; パーソナリティと仕事への価値観の重要性を通して. *関西学院大学社会学部紀要*, 92: 103-114 (2002).
134. 宮堀真澄, 澤井セイ子, 佐藤怜[他]: 特別養護老人ホームにおける介護職員の社会的スキルに関する研究. *日本赤十字秋田短期大学*, 8: 31-39 (2003).
135. 中島健一: 認知症介護のこれからを考える. (認知症介護研究・研修東京センター監修・発行) 第2版新しい認知症介護実践者編, 9-21, 中央法規、東京 (2006).
136. 吉田節子: (介護福祉士養成講座編集委員会編) 新・介護福祉士養成講座 9 介護過程; 第1章 介護過程の意義と目的: 2, 中央法規、東京 (2009).
137. 石野育子: (石野育子編著) 最新介護福祉全書 7 介護過程; 第1章 介護過程の意義: 1, メディカルフレンド社、東京 (2008).
138. IT情報マネジメント用語辞書、<http://www.atmartit.co.jp/aig/04biz/ca2.html>
139. 秦葭哉: 望まれる Evidence-based Care. *Geriatr Med*, 49(3): 1303-1305 (2005).
140. 小方直幸: 大学生の学力と仕事の遂行能力; 特集 仕事に学力は不要か? 学力研究の最前線. *日本労働研究雑誌*, 614: 28-38 (2011).
141. Kim, C.G.: Influencing factors of the perceived formal caregivers' caring competences for elders with dementia. *Journal of Korean gerontological nursing*, 15(2): 95-102 (2013).
142. Kim, H.J., Yang, J. S.: Study on relationships among care giver' job-relation feature, the attitude toward dementia and confidence of dementia care. *Journal of korean gerontological society*

巻末資料

「認知症ケア従事者の能力評価ツール開発に関する研究」の 研究協力者に対する研究目的等の説明書

研究実施責任者 ○○○○

説明者および調査員 ○○○○

1. 研究目的

本研究は介護現場で働く認知症ケア従事者の実践能力向上やキャリア形成動機付けに寄与できることを目指して、認知症ケア従事者の能力自己評価尺度を開発することを目的とします。

2. 研究方法 BS法によるグループワーク

3. 調査結果の利用・発表の公表

研究協力者の協力による調査データおよび成果物は研究目的以外には使用しません。研究成果は個人の情報を匿名化した上で、学会発表や学術雑誌等に公表する予定です。

4. 研究上の留意点

本研究では、日本社会事業大学研究倫理委員会の規定に基づき、研究協力者の人権を第一に配慮いたします。

研究協力者の協力により回収されたデータ及び研究の成果物は、氏名、年齢、性別、居住地、その他の個人情報について、個人が特定されないように扱います。研究協力者は、研究のあらゆる段階においていつでも研究協力の中止を求めることができます。その際には、研究者に口頭、もしくは文書にて取り消し意思を提示してください。その時点で調査を中止します。調査データについては、過去にさかのぼって、破棄いたします。なお、研究協力を中止したことより、不利益を被ることは一切ありません。

「認知症ケア従事者の能力評価ツール開発に関する研究」の
研究協力に関する
同意書

私は本研究について、その目的、内容、方法について、また得られた結果の個人的な秘密は守られる事について、説明を受け、十分に理解し、納得しましたので、研究に参加する事に同意いたします。また、結果が研究目的で使用されることにも同意いたします。

● 説明を受け理解した項目

- | | | |
|--------------------|--------------------------|----|
| 1. 研究等目的の説明 | <input type="checkbox"/> | 済み |
| 2. 研究等内容、方法の説明 | <input type="checkbox"/> | 済み |
| 3. 調査結果の利用および発表の公表 | <input type="checkbox"/> | 済み |
| 4. その他必要説明事項 | <input type="checkbox"/> | 済み |

① プライバシー保護と、目的外使用しないことの約束

② 調査への協力を拒否しても不利益を被ることはないことの保障

● 私は本研究に協力することを同意します。

はい いいえ

同意書作成日 平成 年 月 日

住所 _____

所属名 _____

調査協力者氏名（自署） _____

説明年月日 平成 年 月 日

説明担当者 _____

認知症ケア従事者の能力評価に関するアンケート調査

<この調査における用語の定義>

- * 「認知症ケア」
認知症の者(以下、認知症者)が尊厳を保持しながら自分らしい生活を送ることができるよう、医療・介護・福祉的支援を認知症者に直接提供することとともに、その支援がうまく行われるように環境(物的・人的環境)を造成すること。
- * 「認知症ケア機関」
認知症者の利用している医療・介護・福祉機関など、認知症ケアを業務として提供している組織。
例) 病院、介護施設・事業所、家族回、研究・研修機関など。(以下、機関)
- * 「認知症ケア従事者」
機関で勤務していて、認知症ケアを業務として提供している者。
例) 介護職員、看護職員、医師、相談員、介護支援専門員、教育担当員など。
- * 「認知症ケアチーム」
ある程度、固定された同一の認知症者グループ、または個人認知症者に対してケアを行う、ケア職員で構成された職場内のチームの中で回答者自身が所属されている最も小さいもの。例) ユニット、フロア、看護部、介護部、機能訓練部など。(以下、チーム)
- * 「認知症ケアにおける課題」
認知症ケアの中で生じる、誤されている様々な課題(認知症ケア目標、認知症者の暴言・暴力・徘徊などの言動、チームワークの問題、地域との交流の問題、人材育成の問題など、他にも認知症ケア従事者が疑問を感じたり、戸惑ったり、困っている点)中、回答者の置かれている立場で直面していること。

- I 以下の認知症ケアに関する項目内容について、自分がどの程度できると思いますが、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えますか。最も近い回答1つに○を付けてください。
又、どうしても判断できない場合は、「判断できない」欄に○を付けてください。

	項目	よく できる 75～100%	だいたい できる 50～75%	多少 できる 25～50%	ほとんど できない 0～25%	判断 できない
1	認知症者に対して、偏見・先入観を持たずに接すること	4	3	2	1	0
2	認知症者の羞恥心やプライバシーに気をつけて関わること	4	3	2	1	0

	項 目	よく できる 75~100%	だいたい できる 50~75%	多少 できる 25~50%	ほとんど できない 0~25%	判断 できない
3	認知症者が人生の先輩であることを忘れず、礼儀正しく接すること	4	3	2	1	0
4	認知症者と気持を共有すること	4	3	2	1	0
5	認知症者に必要とされた時は、認知症者を待たせず、丁寧に応じること	4	3	2	1	0
6	自分の行動(歩き方、声の大きさ、表情など)により認知症者が不安にならないよう、常に気を付けること	4	3	2	1	0
7	認知症者の隣に座って一緒に話すなど、同じ時間・空間を一緒に楽しむこと	4	3	2	1	0
8	たまには自分のことを認知症者に話したり、頼ったりすること	4	3	2	1	0
9	認知症者の周りの他の利用者に対しても丁寧に接すること	4	3	2	1	0
10	認知症者の認知症状による言動を否定しないで付き合うこと	4	3	2	1	0
11	認知症者の家族(以下、家族)に感謝の思いが伝わるように表現すること	4	3	2	1	0
12	家族と認知症ケアの大変さについて一緒に話したり、分かち合うこと	4	3	2	1	0
13	チームメンバーに感謝の思いが伝わるように表現すること	4	3	2	1	0
14	チームメンバーと認知症ケアの大変さについて一緒に話したり、分かち合うこと	4	3	2	1	0
15	他職種の認知症ケア従事者(他職種)に、感謝の思いが伝わるように表現すること	4	3	2	1	0
16	他職種と認知症ケアの大変さについて一緒に話したり、分かち合うこと	4	3	2	1	0
17	他の関連機関に定期的に挨拶に行くなど、自分の存在を知らせること	4	3	2	1	0

	項 目	よく できる 75~100%	だいたい できる 50~75%	多少 できる 25~50%	ほとんど できない 0~25%	判断 できない
18	地域住民に普段から積極的に挨拶をすること	4	3	2	1	0
19	地域の行事に積極的に参加すること	4	3	2	1	0
20	認知症者が家族と一緒に時間をゆとり過ごせるように関わること	4	3	2	1	0
21	認知症者が地域住民と接する機会を作ること	4	3	2	1	0
22	利用者同士の関係を大事にし、認知症者が他の利用者と一緒に楽しむ機会を作ること	4	3	2	1	0
23	認知症が成人の脳機能障害であることを認識すること	4	3	2	1	0
24	認知症状には中核症状と周辺症状(BPSD)があることを認識すること	4	3	2	1	0
25	認知症の中核症状の具体的な症状についての知識を持つこと	4	3	2	1	0
26	認知症の原因疾患の種類、原因疾患別の認知症の症状とケア法についての知識を持つこと	4	3	2	1	0
27	認知機能測定ツール(長谷川式簡易知能評価スケール、MMSEなど)の活用法についての知識を持つこと	4	3	2	1	0
28	中・高齢期によく見られる心身疾患の種類、症状、ケア法についての知識を持つこと	4	3	2	1	0
29	認知症者によく処方される薬剤名とその薬効についての知識を持つこと	4	3	2	1	0
30	認知症者への医療・介護・福祉支援に関連する制度についての知識を持つこと	4	3	2	1	0
31	他職種の機能や役割についての知識を持つこと	4	3	2	1	0
32	他の関連機関の機能や役割についての知識を持つこと	4	3	2	1	0

	項 目	よく できる 75~100%	だいたい できる 50~75%	多少 できる 25~50%	ほとんど できない 0~25%	判断 できない
33	認知症者のベースに合わせずらく語り話を聞くこと	4	3	2	1	0
34	認知症者の発した言語・非言語的表現の意味を理解すること	4	3	2	1	0
35	認知症者の認知機能に合わせて本人が理解できる表現で認知症ケア従事者の意図を伝えること	4	3	2	1	0
36	同職種の認知症ケア従事者に認知症者の状態やケア内容を簡潔明瞭かつ具体的に伝えること	4	3	2	1	0
37	他職種の認知症ケア従事者に認知症者の状態やケア内容を簡潔明瞭かつ具体的に伝えること	4	3	2	1	0
38	他の認知症ケア従事者に認知症者の状態について事実と自分の判断(解釈)を分けて伝えること	4	3	2	1	0
39	他の認知症ケア従事者への情報の効率的な伝達のために、情報伝達シートなどを使うこと	4	3	2	1	0
40	他の認知症ケア従事者に時間のすれなく認知症者の状態やケア内容について伝達すること	4	3	2	1	0
41	家族に認知症者の状態やケア内容をわかりやすい表現で伝えること	4	3	2	1	0
42	認知症者の言動、表情、身体の状態を意識的に観察すること	4	3	2	1	0
43	認知症者の言動、表情、身体の変化を捉えること	4	3	2	1	0
44	認知症者の言動・表情・身体の変化の背景について、本人の立場に立って情報を収集すること	4	3	2	1	0
45	認知症者の言動・表情・身体の変化やその背景について、家族から情報を得ること	4	3	2	1	0
46	認知症者の言動・表情・身体の変化やその背景について、チームメンバーから情報を得ること	4	3	2	1	0
47	認知症者の言動・表情・身体の変化やその背景について、他職種の認知症ケア従事者から情報を得ること	4	3	2	1	0

	項 目	よく できる 75～100%	だいたい できる 50～75%	多少 できる 25～50%	ほとんど できない 0～25%	判断 できない
48	認知症者に関する記録は常に確認し、更新された内容を把握すること	4	3	2	1	0
49	認知症者に関する情報の効率的な収集のために、情報収集シートなどを使うこと	4	3	2	1	0
50	収集した認知症者の情報の裏付けや意味するところについて、できる限り本人への確認をすること	4	3	2	1	0
51	収集した認知症者の情報の裏付けや意味するところについて、チームメンバーと検討すること	4	3	2	1	0
52	収集した認知症者の情報を認知症者本人のための支援へつなげること	4	3	2	1	0
53	インターネット、テレビ、新聞などを通じて、認知症ケアについての新しい情報を収集すること	4	3	2	1	0
54	講演会・勉強会などに参加して、積極的に認知症ケアについて新しい情報を収集すること	4	3	2	1	0
55	認知症・認知症ケアについて収集した新しい情報をすぐ使えるように整理しておくこと	4	3	2	1	0
56	認知症・認知症ケアについて収集した新しい情報を認知症ケアの実践に活用すること	4	3	2	1	0
57	認知症者の認知機能や認知症の症状についての把握	4	3	2	1	0
58	認知症者の日常生活の中での自立度についての把握	4	3	2	1	0
59	認知症者の患っている疾患や今行っている治療についての把握	4	3	2	1	0
60	認知症者の過去の思い、今の思い、これからの思いについての把握	4	3	2	1	0
61	認知症者の好きなことや嫌いなことについての把握	4	3	2	1	0
62	認知症者の物事に対する関心・意欲の程度についての把握	4	3	2	1	0

	項 目	よく できる 75～100%	だいたい できる 50～75%	多少 できる 25～50%	ほとんど できない 0～25%	判断 できない
63	認知症者の対人関係(家族・友人・他の利用者・認知症ケア従事者などとの関係)についての把握	4	3	2	1	0
64	家族の認知症・認知症ケアに対する理解度・意欲・力量についての把握	4	3	2	1	0
65	チームメンバーの認知症・認知症ケアに対する理解度・意欲・力量についての把握	4	3	2	1	0
66	他職種の認知症・認知症ケアに対する理解度・意欲・力量についての把握	4	3	2	1	0
67	他の関連機関の認知症・認知症ケアに対する理解度・意欲・力量についての把握	4	3	2	1	0
68	地域住民の認知症・認知症ケアに対する理解度・意欲・力量についての把握	4	3	2	1	0
69	認知症者がこれから行う活動について興味を持ってやる気が湧くように関わること	4	3	2	1	0
70	認知症者一人ひとりに合う役割や仕事を作ってお願すること	4	3	2	1	0
71	認知症者が本人の保有能力を活かして今がいつか、ここがどこか分かるように、働き掛けること	4	3	2	1	0
72	認知症者が本人の保有能力を活かして日常生活動作ができるように、働き掛けること	4	3	2	1	0
73	認知症者本人でできることは、時間がかかっても、本人がするようになること	4	3	2	1	0
74	家族が認知症・認知症ケアについて正しい理解ができるように関わること	4	3	2	1	0
75	家族が認知症ケアにおける取り組みについて興味や意欲が持てるように関わること	4	3	2	1	0
76	チームメンバーが認知症・認知症ケアについて正しい理解ができるように関わること	4	3	2	1	0
77	チームメンバーが認知症ケアにおける取り組みについて興味や意欲が持てるように関わること	4	3	2	1	0

	項 目	よく できる 75～100%	だいたい できる 50～75%	多少 できる 25～50%	ほとんど できない 0～25%	判断 できない
78	他職種が認知症・認知症ケアについて正しい理解ができるように関わること	4	3	2	1	0
79	他職種が認知症ケアにおける取り組みに興味や意欲が持てるように関わること	4	3	2	1	0
80	他の関連機関が認知症・認知症ケアについて正しい理解ができるように関わること	4	3	2	1	0
81	他の関連機関が認知症ケアにおける取り組みに興味や意欲が持てるように関わること	4	3	2	1	0
82	地域住民が認知症・認知症ケアについて正しい理解ができるように関わること	4	3	2	1	0
83	地域住民が認知症ケアにおける取り組みについて興味や意欲が持てるように関わること	4	3	2	1	0
84	認知症ケアで気になるところについて、休憩時間などの非公式な場でチームメンバーと意見交換すること	4	3	2	1	0
85	カンファレンスやミーティングなどの認知症ケアに関する話し合いの場を作ること	4	3	2	1	0
86	カンファレンスやミーティングなどの認知症ケアに関する話し合いの場に積極的に参加すること	4	3	2	1	0
87	認知症ケアに関する話し合いの際、相手の経験、立場、考え方、経験を尊重すること	4	3	2	1	0
88	認知症ケアに関する話し合いの際、相手の立場に立って話を聞くこと	4	3	2	1	0
89	認知症ケアに関する話し合いの際、自分の意見を言うこと	4	3	2	1	0
90	認知症ケアに関する話し合いの際、自分の意見の根拠を言うこと	4	3	2	1	0
91	認知症ケアに関する話し合いの中、相手と話が合わない時は、認知症者にとってどうかを確認すること	4	3	2	1	0
92	認知症者とこれから行う活動について、認知症者と一緒に話し合って決めること	4	3	2	1	0

	項 目	よく できる 75~100%	だいたい できる 50~75%	多少 できる 25~50%	ほとんど できない 0~25%	判断 できない
93	認知症ケアの取り組みについて、家族と一緒に話し合って決めること	4	3	2	1	0
94	認知症ケアの取り組みについて、チームメンバーと話し合って決めること	4	3	2	1	0
95	認知症ケア従事者として自分に期待される役割について、具体的にイメージすること	4	3	2	1	0
96	認知症ケアにおけるチームや職場が目指す理想像(理念)を具体的にイメージすること	4	3	2	1	0
97	認知症ケアにおける地域の理想像(理念)を具体的にイメージすること	4	3	2	1	0
98	認知症者によく起こりうる危険・事故を予測し、予防策を立てること	4	3	2	1	0
99	認知症の進行を予測し、その支援の見直しを立てること	4	3	2	1	0
100	認知症ケアに関するこれからの政策や制度の動向を予測し、見直しを立てること	4	3	2	1	0
101	認知症ケアにおける自分の課題を明確化すること ※「認知症ケアにおける課題」の定義→1ページ参照	4	3	2	1	0
102	認知症ケアにおけるチームや職場の課題を明確化すること	4	3	2	1	0
103	認知症ケアにおける課題に直面して、動揺しないで冷静に対応すること	4	3	2	1	0
104	直面している認知症ケアにおける課題に対して、その場で臨機応変に対応すること	4	3	2	1	0
105	直面している様々な認知症ケアにおける課題に優先順位を付けて取り組むこと	4	3	2	1	0
106	認知症ケアにおける課題について、認知症者の立場から考えること	4	3	2	1	0
107	認知症ケアにおける課題の背景を広く深く考えること	4	3	2	1	0

	項 目	よく できる 75~100%	だいたい できる 50~75%	多少 できる 25~50%	ほとんど できない 0~25%	判断 できない
108	認知症ケアにおける課題の解決方法を幅広く考えること	4	3	2	1	0
109	今までの実践経験から認知症ケアにおける課題の解決のためのヒントを得ること	4	3	2	1	0
110	認知症ケアにおける課題を自分ひとりで解決できない時は、適切な相手を探して協力を求めること	4	3	2	1	0
111	認知症ケアにおける課題の解決のため、必要で使用可能な資源・制度を活用すること	4	3	2	1	0
112	認知症ケアにおける課題の解決のため、必要な資源を開発すること	4	3	2	1	0
113	認知症ケアにおける取り組みが実行できるように具体的な計画を立てること	4	3	2	1	0
114	認知症ケアにおける取り組みを計画に沿って実行すること	4	3	2	1	0
115	認知症ケアにおける取り組みを計画・実行する際は、柔軟な発想で、新しいことを試みること	4	3	2	1	0
116	認知症ケアにおける取り組みの成果がすぐに見られなくても、根気強く続けること	4	3	2	1	0
117	行った認知症ケアにおける取り組みについて目的に沿って評価すること	4	3	2	1	0
118	行った認知症ケアにおける取り組みの内容と成果をまとめること	4	3	2	1	0
119	行った認知症ケアにおける取り組みの内容と成果を報告、発表すること	4	3	2	1	0
120	認知症者・家族・他の認知症ケア従事者に自分のできることとできないことを事前に伝えて理解してもらうこと	4	3	2	1	0
121	自分の認知症ケアにおける感情や言動を振り返り、自分自身を客観的に見ることに努めること	4	3	2	1	0
122	自分の認知症ケアの専門性向上に努めること	4	3	2	1	0

	項目	よく できる 75~100%	だいたい できる 50~75%	多少 できる 25~50%	ほとんど できない 0~25%	判断 できない
123	認知症ケアの仕事を楽しむこと	4	3	2	1	0
124	自分の心身の健康管理に努めること	4	3	2	1	0
125	仕事とプライベート両方を大事にすること	4	3	2	1	0

II あなたが今、認知症ケアという仕事に対して感じている内容に、最も近い回答一つに○を付けてください。

	項目	そう 思う	どちら か 思う	どちら か 思 わ な い	ど ち ら か 思 わ な い	そ う 思 わ な い
1	私は認知症ケアに興味を持っている	4	3	2	1	1
2	認知症ケアを通じて、私は全体的に成長した	4	3	2	1	1
3	私は認知症ケアに従事していることを誇らしく思う	4	3	2	1	1
4	認知症ケアは私に適している	4	3	2	1	1
5	認知症ケア従事者外の人々は、認知症ケアを尊敬するに値する仕事だと思っている	4	3	2	1	1
6	認知症ケアは、「やりがいのある仕事をした」という感じが得られる	4	3	2	1	1
7	私は職場のみんなに認められている	4	3	2	1	1
8	私は質の高い認知症ケアを行っていて、認知症ケア従事者としてキャリアがアップできていると思う	4	3	2	1	1
9	私は認知症ケアは高い専門性の必要とする仕事だと思	4	3	2	1	1
10	私は認知症ケアについてもっと学びたいと思	4	3	2	1	1

Ⅲ 統計処理上必要であるあなた自身のプロフィールについて、お伺いします。
 当てはまるものに○をして、空欄には数字などを記入してください。

1	性別は、 ① 男性 ② 女性
2	年齢は、 () 歳
3	ケア経験年数は、 () 年 () 月
4	認知症ケア経験年数は、 () 年 () 月
5	現在の職場は、 *すべてに○を付けてください ① 介護老人保健施設 ② 特別養護老人ホーム ③ グループホーム ④ 有料老人ホーム ⑤ 小規模多機能型居宅介護施設 ⑥ 通所介護・リハビリテーション事業所 ⑦ 訪問介護・看護事業所 ⑧ 居宅介護支援事業所 ⑨ 地域包括支援センター ⑩ 医療機関 ⑪ 研究および研修機関 ⑫ その他 ()
6	今までの経験した職場は、 *すべてに○を付けてください ① 医療・介護・福祉以外の職場 ② 介護老人保健施設 ③ 特別養護老人ホーム ④ グループホーム ⑤ 有料老人ホーム ⑥ 小規模多機能型居宅介護施設 ⑦ 通所介護・リハビリテーション事業所 ⑧ 訪問介護・看護事業所 ⑨ 居宅介護支援事業所 ⑩ 地域包括支援センター ⑪ 医療機関 ⑫ 研究および研修機関 ⑬ その他 ()
7	現在の職位は、 ① 事業所(施設)のトップ ② 部長 ③ 課長 ④ 主任 ⑤ チーフ ⑥ リーダー ⑦ 副主任 ⑧ サブチーフ ⑨ サブリーダー ⑩ 一般ケア職員 ⑪ その他 ()

8	医療・介護・福祉関係以外の 最終学歴は、 ① 中学卒 ② 高校卒 ③ 専門学校卒 ④ 短大卒 ⑤ 大卒 ⑥ 大学院卒 ⑦ その他 ()
9	医療・介護・福祉関係教育の 最終学歴は、 ① 特になし ② 高校卒 ③ 専門学校卒 ④ 短大卒 ⑤ 大卒 ⑥ 大学院卒 ⑦ その他 ()
10	医療・介護・福祉関連 保有資格は、*すべてに○を付けてください ① 特になし ② ヘルパー1級 ③ ヘルパー2級 ④ 介護福祉士 ⑤ 介護支援専門員 ⑥ 社会福祉主事 ⑦ 社会福祉士 ⑧ 精神保健福祉士 ⑨ 看護師 ⑩ 保健師 ⑪ その他 ()
11	修了した 認知症ケア関連研修は、*すべてに○を付けてください ① 特になし ② 職場内研修・勉強会 ③ 認知症介護実践者研修 ④ 認知症介護リーダー研修 ⑤ 認知症介護指導者研修 ⑥ その他 ()

お忙しい中、アンケートにご協力いただき、ありがとうございます。認知症ケア従事者一人一人にとっても、より良いものになるようにアンケート結果を活かしていきたいと思っています。

★ 書き終わったアンケートは、未記入項目がないよう再度ご確認の上、返信用封筒に入れ、回収期限(平成 年 月 日(センター着)までに郵送してください。

謝辞

本論文作成に当たり、多くの方々からご協力とご指導、激励をいただきました。

本研究への調査にご協力いただきました介護職の皆様と、認知症介護研究・研修東京センターの皆様にも、深く感謝申し上げます。誠にありがとうございました。

主指導教員である鶴岡浩樹先生には、突然のお願いにも関わらず、快く受け入れてくださり、この1年間執筆中に温かく見守って頂きました。狭まる私の視点に対して指摘していただき、適切にご指導いただきました。

副指導教員である植村英晴先生には、一次・二次予備審査の時には審査委員長として、この1年間は副指導教員としてご指導いただきました。

それから、前主指導教員である今井幸充先生、中島健一先生、児玉桂子先生には、修士の時から研究に関して一から教えていただき、研究者としての視点と姿勢を学ばせていただきました。

修士から9年、何度も心が折れそうになりましたが、常に温かく見守っていただきました日本社会事業大学の先生の方、職員の方、大学院生の方々のあたたかい応援のおかげでこの論文を書き終えることができました。心から感謝とお礼を申し上げます。ありがとうございました。

最後に、離れた国から見守ってくれた両親と、日本にいる家族、論文執筆中に物心両面で応援して下さった方々に感謝申し上げます。特に、執筆中に長い時間保育園に預けられていた二人の幼い子供にありがとうと伝えたいと思います。

平成28年10月31日