

ソーシャルワーク実践における基本的価値

—— 認知症ケアを事例として ——

汲 田 千賀子

『中京大学現代社会学部紀要』 第9巻 第1号 抜刷

2015年9月 PP. 171~190

ソーシャルワーク実践における基本的価値

—— 認知症ケアを事例として ——

汲 田 千 賀 子

1. はじめに

今日、社会福祉が対象とする範囲が拡大されてきている。従前からの縦割りのケースワークと言われる職務をはじめとして、社会福祉施設での生活支援、受刑者の社会復帰を支援したり、病気などにより仕事を辞めた人たちが再就職するためのコーディネーターなどという仕事も担っている。職域の拡大だけでなく、同時に対象者の状況も変化してきている。日本でのケースワークは、当時の社会福祉事務所の職務の中心が生活保護であったことから、ケースワーク＝生活保護ワーカーが行うものという印象が強い。

仲村(1980)は、「サービスを利用するクライアントとの間の継続的な対人的・体的関係をとって、クライアントの社会生活上の自立を助けるという共通の性格がみられる。そのような実践活動の中にかされる専門技術のうちもっとも重要なものがケースワークである」とケースワークの価値を述べている。

今日的な課題として、自立を助けることにケースワークが有用であるという一方で、自立困難であり、時間の経過とともにその状況がより顕著になるクライアントが存在する。本稿では、先のようなクライアントの中でも特に高齢で認知症を発症している方々のケアに注目しながら論じていく。

2. ソーシャルワークの新たな対象の出現

—自己決定・自己選択が困難となる対象—

ケースワーカーという専門職が日本に導入される際には、6法体制の下に定められた役割と権限を用いて措置することを職務とする者と位置付けざるを得なかった。そのため、生活保護ケースワーカーがケースワークの代表という印象が色濃かった。そこで対象となっていたのは、主に生活に困窮しており、障害などがあってもコミュニケーションが可能な状況である人だった。仲村優一編『ケースワーク教室』では、老人福祉とケースワークについて、いくつかの事例を紹介しているが、そこに登場するケースは、自らの意思をケースワーカーに伝えている。

71歳（女性）の事例では、同居家族との折り合いが悪く、養老院に入れてほしいと希望し、叶わないのなら自殺したいと訴えている。また、67歳（女性）は、持病の悪化で退職を余儀なくされ、収入がなくなった。夫はすでに他界している。持病の悪化は、彼女の外出を妨げ友人や知人との交流も途絶えさせてしまった。かさむ医療費や、自分を気にかけてくれる長男夫婦にも申し訳ないと思い、心配なことが増すばかりだという。

「老年期の問題は、『生きがい喪失症候群』（金・健康・役割なしなど）に対して、本人や家族がその困難を乗り越えられないところに発生する。結局、貧・病・争（暖かい家族関係の不足）につきてしまう。」¹⁾ここでいう病とは、「身の回りの世話を他者に依存、病気の苦痛、死の不安、医療費がかさむ、世話をする人がいない、家事ができない、友人と交際したり趣味ができない、入院ベッド不足、ねたきりや精神障害になる」²⁾等のことを指している。

このようにケースワークが必要な高齢者が喪失体験と家族関係、貧困状態という対象は、福祉事務所という枠の中で制度に当てはめて、福祉施設への措置や生活保護の受給対象者かどうか判断するというものでは決して解決しない課題を抱えている。

メアリー・リッチモンドは、慈善組織化協会での友愛訪問の活動を通

し、心と環境への働きかけが重要であることを1922年の『ソーシャルケースワークとは何か』で記している。その後、個人を対象にする「ケースワーク」と、集団を対象にする「グループワーク」、地域を対象にした「コミュニティ・オーガニゼーション」と発展する。これは、アメリカで発展していった。この分化のなかで、ケースワーカーもまた分化していった。特に、「ケースワーク」を担当するケースワーカーは、「面接援助に対応できる言語的・知的レベルが高い人や、サービス料を支払える中流階級で心理的問題をかかえる人たちを対象とする」³⁾傾向があったという。専門職分化によって、各専門職の間にもたらされた排他性やそれぞれの知識・技術が独占的なものであると主張された。もはやソーシャルワークの同一性がどこにあるのかが見失われ、何が共通基盤なのかわからなくなっていった。その後、パートレットは、ソーシャルワーカーには共通する「価値」と「専門的知識」が必要であると『ソーシャルワーク実践の共通基盤』で指摘した。

ケースワークは、ソーシャルワークの技術のひとつとして位置づけられていることは周知のことであるが、ケースワークの考え方が6法体制のもと行われていたことがあることから、相手がどのような状況であるかを見極め「措置」対象であるかどうかアセスメントの重視すべき点となったのである。

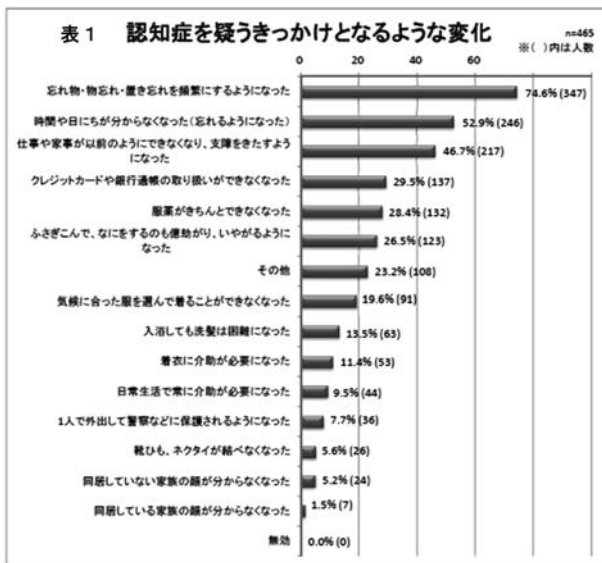
しかしながら、介護保険制度導入以降、施設入所や在宅介護サービスの利用に際して本人と事業所の契約の中で進められることとなった。そこで、新たな課題となったのが、介護保険サービスの利用が必要で、なおかつ自己選択・自己決定が難しい高齢者との契約やアセスメントをはじめとした一連の生活支援である。さらに、本人の要介護度が高い場合には家族がその代理として介護サービスの利用にまつわる手続等を行うが、その家族もまた判断することが難しい状況である場合も多くなっている。

自己決定・自己選択が困難になる原因の多くは、高齢者の場合には認知症によるものである。2025年には約700万人の高齢者が認知症となる予

測がされているなかで、この対象に援助していく専門職の力量が問われているのである。

3. 認知症の状態像の描きにくさとケア

認知症高齢者へのソーシャルワーク介入は、早期であるほど望ましいとされるが、実際に、家族や周りの人が高齢者の認知症に気づく頃は、初期とは言えないことが多い。認知症の人と家族の会が実施した調査によれば、はじめて病院を受診するまでの期間が9カ月であり、さらに、確定診断までにかかる年月の平均は15カ月であった。医療機関への受診が必要と思うような認知症の方の変化については、「忘れ物・もの忘れ・置き忘れを頻繁にするようになった」「時間や日にちが分からなくなった(忘れるようになった)」「仕事や家事が以前のようにできなくなったり、支障をきたすようになった」という項目が上位となっていた⁴⁾。



出典：認知症の人と家族の会 (2014) 『認知症の診断と治療に関するアンケート』より

高齢者が認知症の外来受診に至るころには、日常生活の中で、今までのようにできないことを自覚し、わからないことに高齢者自身が混乱したり、どうして覚えていられないのかと落ち込んだりすることがある。かつては、認知症になったら何もわからなくなるのではないかといわれていたが、認知症の初期のころには、自らが忘れっぽくなっていることを自覚しており、不安を抱えていることが認知症の本人の発言や著書から明らかになってきている。

認知症の症状が進行してくると、中核症状としての記憶障害だけではなく、様々な行動・心理症状（BPSD）が見られることがある。このBPSDの表出は、個人差が大きく、要介護度や日常生活自立度で単に測ることができない。また、症状の進行も個人差があるため、画一的な対応方法がなく、一人ひとりの記憶障害の度合いとBPSDを表出させている原因は何かということについての丁寧なアセスメントが欠かせない。

このようなアセスメントに基づいたケアは、認知症の方のBPSDの減少・消失につながるといわれている。認知症の本人が何に困っているのか、何を不快に感じているのかについて言語でコミュニケーションが難しい場合には、ケアする側はニーズがどこにあるのか極めてわかりづらい。このような対象へのアプローチは、ソーシャルワークが我が国に導入された当初は考えにくかったのである。今日、独居や高齢夫婦世帯が増えており、症状の進行によっては、在宅生活が困難になる。そのため、自宅暮らしが継続できるのかという判断ができる長期にわたるソーシャルワークの介入が必要となる。さらに、所得や認知症の症状、ご本人の性格や希望、家族の意見などを考慮して入所施設の提案などが必要とされる。

4. 介護施設で生活を支えるソーシャルワーク

施設に入所している高齢者のうち約90%に認知症の症状があるといわれている。認知症ケアは、高齢者ケアに携わる者にとってもはや当たり前に行っていなければならないこととなっている。しかし、単にADLの低下に

よって自宅での生活が困難になったという理由で入所しているわけではなく、認知機能の低下により日常生活に支援が必要であるからこそ、症状の見極めと生活背景の把握、高齢者の行動からニーズを推察する、ストレングスの視点で接するということが大切になる。さらには、できるだけ高齢者が大切にしてきた人間関係を継続できるようにコーディネートすることも入所施設において必要な視点である。特に家族との関係を断ち切らず、住む場所が変わっても家族にしか果たせない役割があるという認識は、関係性を豊かに保つのに欠かせない。認知症の進行によって、認識できるものが少なくなっていく過程で、専門職は家族と認知症の人の間に立ち、両者をゆるやかにつないでいくこと、そのために、認知症の人に今起こっている状態を家族にきちんと伝えていくことが求められる。施設が専門的ケアを提供できるのはもちろんのことであるが、このように自らつながり続けることが困難な人・コトをコーディネートするソーシャルワークの機能も大切である。

どのような状態にあっても、認知症の方々にも我々と変わりのない機会を創出していくこと、その意識なき実践は、時に入所者を施設内に閉じ込め、ケアを受ける主体という見方を作り出す。生活する主体として、高齢者と向き合うという前提は、対人援助職としてのゆるがない価値となる。

ところで、このような人材はいかにして現場で養成しうるのだろうか。

5. ケア従事者の現状

昨今、高齢者ケアに従事する人材が不足しているといわれている。また、入所施設で働く職員の離職率の高いことも指摘されている。離職率の高さは、高齢者施設のなかでも差異が多く、特に利用定員の少ない施設において顕著である。高齢者の利用定員が少なければ、ケア従事者の集団自体も小さくなり、一人が任される仕事も多くなる。さらに、利用定員の少ない施設の多くは、認知症高齢者に対応するために地域密着型施設として創設されているものである。従って、認知症高齢者ケアを中心に行うことにな

る。

先に述べたように、認知症ケアに求められるソーシャルワーク実践は高い倫理観と価値に基づいて行わなければならないものである。しかし、今日の入所施設では、その基礎となる教育を受けてなくてもケア従事者として働くことが可能である。無資格・未経験の従事者にとって、認知症高齢者の言動を推察し、心の動きを読み取りケアにつなげていくことは至難なことであり、その教育もまた施設内で十分でない現状も垣間見られる。

外部の研修に派遣する人員的な余裕もないまま、見よう見まねでケアを続けることにより、知識や技術を得ないままになってしまう。その結果、Tom kidwoodのいう「悪性の社会心理」¹が施設内にはびこりかねない状況となる。「悪性の社会心理」が漂ってしまった施設では、ケア従事者が疲弊していくこともある。疲弊した職員をフォローできない場合には、退職させてしまうことになり、結果的に再び職員を雇用する。この循環では、認知症ケアの水準が上がらないだけでなく、落ち着いた環境で暮らすことを求めて入所してきた認知症高齢者の生活にも影響を与えてしまうことになる。

6. 認知症ケア高度化推進事業—個別訪問相談援助事業

このような状況を打開するために、施設へ認知症ケアに精通した専門職を施設へ派遣し、施設内で課題となっていることについて、第三者的に関わりながら側面的に援助する事業が実施された。本稿では、認知症ケア高度化推進事業の中で行われてきた、個別訪問相談事業について取り上げる。特に、個別相談がどのように行われてきたのか、現地に訪問した援助者は、本事業についてどう考えているのか、また、実際に相談した事業所側の感想をカテゴリー分析することにより明らかにした。個別訪問相談の事業について説明するために各都道府県・政令市に送付された認知症介護研究・研修東京センターからの公文書、2009年個別訪問相談援助事業認知症ケア援助結果報告集計結果、および個別訪問援助を行った者がそれぞれ

れ提出する「個別訪問相談援助事業結果報告書」、個別訪問援助を依頼した事業所から提出された「個別訪問相談援助（認知症ケア相談援助）事業アンケート」を手掛かりとした。

これらの文書をもとに分析する方法ために、Burgess(1984)は文書には2種類あると述べており、第一次資料、第二次資料とに分けられるということを述べている。第一次資料は、調査の対象者と直接的な関係があるものであり、手紙や日記、報告書などのことである。これらの文書では、状況についての直接的な声が記載されているが、それを無批判に受け止めるべきではなく、その文書が書かれた状況を考慮することが重要だと言われている。一方で、二次資料は、一次資料を書き写したり編集したりしたものである。そこには、書き写しや編集の過程で出てくる間違いがあるかもしれないことを忘れてはいけない。⁵⁾本稿では、一次資料を用いて個別訪問相談援助事業について述べていく。

(1)「個別訪問相談援助事業」の成り立ち

認知症ケア高度化推進事業は、認知症対策を推進していくための新規事業の一つとして、2009年12月24日に閣議決定された。この事業の目的は、認知症ケアの高度化・標準化を目指すもので、その運営は、認知症介護研究・研修東京センター（以下、東京センターと記す）に委託された。具体的には、①国内外の認知症ケアの実践事例の集積と分析評価、②ケアマニュアルやインターネットによる情報提供、③介護施設・事業所等の要請に応じて、認知症介護指導者等を派遣し、介護現場で相談・指導を実施する（個別訪問相談援助事業）という3本柱で事業が展開された。ここでは、③に相当する個別訪問援助相談事業について取り上げる。この事業では個別訪問援助を行う者を「認知症ケア援助者」としており、本稿でもその呼称を用いて記述することとする。

(2) 個別訪問相談援助事業の概要

1) 目的

個別訪問相談援助事業は、認知症ケアに関する課題を抱える介護保険施設・事業所からの申請に応じ、認知症介護指導者等を当該施設・事業所に直接派遣する。そして、認知症ケア援助者が個別具体的な援助を行うことにより、認知症ケアの現場における課題を解決するためのヒントを提供することとしている。

2) 実施主体

実施主体は、認知症介護研究・研修東京センターである。

3) 援助内容

認知症ケアに係る方法、視点、家族支援、記録管理等の課題に対し、効果が期待される事例等を活用しながら、例えば職員研修の場等を利用して実施することとした。

4) 援助者

個別訪問相談援助事業は、認知症介護指導者またはそれと同等の知識技術を有するものであって、この事業に協力することを東京センターに申し入れ、登録された者である。全国一律で個別援助相談を行うことから、認知症介護研究・研修仙台・大府の2センターの協力を得ながら認知症ケア援助者を確保した。さらに、必要に応じて各都道府県指定都市介護保険・高齢者福祉担当課からも適任者の情報提供を受けることにより、援助者を増やしていった。

(3) 事業の範囲と実施方法

- ①介護保険施設・事業所からの申請を受け、東京センターが認知症ケア援助者と当該施設・事業所に派遣する（図1）。

- ②全国の介護保険施設・事業所を対象とすること、課題解決のヒントを提供する趣旨から、認知症ケア援助者の派遣は1回とし、当該派遣費用は無料とする。
- ③本事業と同種の事業は全国においても実施実績が少なく、2009年度はモデル的な事業実施として位置づけ、次年度に向けてのニーズの把握に努めることとした。

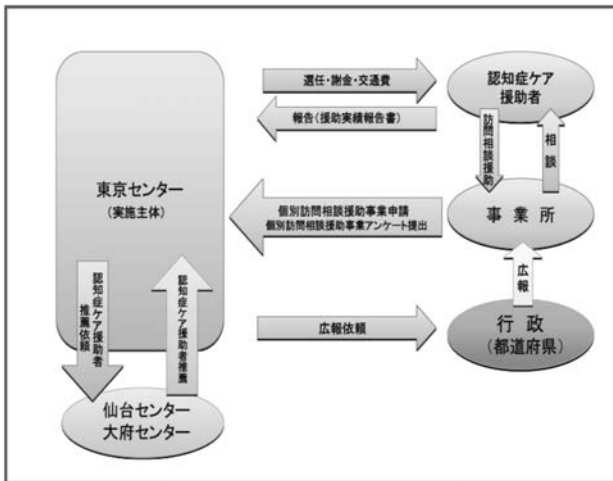


図1 個別訪問援助事業のイメージ

出典：http://www.2f.biglobe.ne.jp/~boke/tokyodrtc2008.pdf#search(2013.6.4)

1) 実施期間と訪問先

2009年2月17日～2011年2月26日にかけて実施され、認知症ケアに関する相談援助事業は96件行われた。訪問した事業所の種別は、表2の通りである。入所施設という24時間生活支援をする事業所からの相談が中心であった。その内訳は介護老人福祉施設からの相談が23件であり、次いで介護老人保健施設16件、認知症対応型共同生活介護14件、有料老人ホーム13件であった。また、援助内容では、ケ

アの方法が65件、ケアの視点62件、認知症の理解に関することが59件、アセスメントの視点・方法が44件で、ケアの方法と視点に集中している傾向があった。

援助者が介護現場で行ってきたことは、おおよそ4つに分けられた。それらは、①困難事例に対するカンファレンス、②基礎知識をカバーする研修、③介護に関する個別指導、④管理者への助言である(表3)。

表2 訪問した事業所

訪問事業所種別		件数
1	訪問介護	1
2	訪問看護	1
3	通所介護（デイサービス）	7
4	通所リハビリテーション（デイケア）	0
5	短期入所生活介護（ショートステイ）	0
6	養護老人ホーム	0
7	有料老人ホーム	13
8	軽費老人ホーム	1
9	介護老人保健施設	16
10	介護老人福祉施設	23
11	介護療養型医療施設	6
12	認知症対応型通所施設	2
13	小規模多機能型居宅介護	7
14	認知症対応型共同生活介護	14
15	地域密着型特定施設入居者生活介護	0
16	地域密着型介護老人福祉施設	2
17	居宅介護支援センター	2
18	地域包括支援センター	1
19	宅老所	0
合計		96

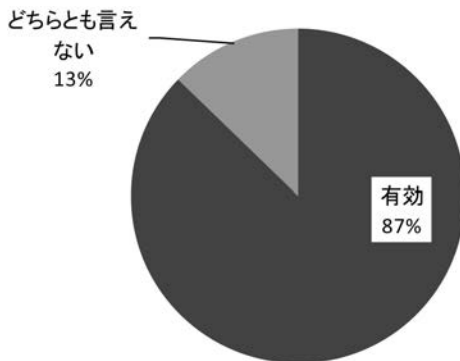
表3 援助内容（複数回答）

援助内容		件数
1	ケアの方法について	65
2	ケアの視点について	62
3	認知症の理解について	59
4	認知症のためのアセスメントの視点・方法について	44
5	ケアチームについて	41
6	具体的事例について	37
7	家族支援について	28
8	コミュニケーションについて	17
9	ティーチング・コーチング	8
10	住環境について	6
合 計		367

(4) 認知症ケア援助者からみる「個別訪問相談援助事業」の意義と課題

個別訪問援助事業に派遣された、認知症ケア援助者によるアンケートでは、「介護現場での課題解消に有効な事業だったと思うか」の問いに、有効と回答したのが82件、どちらともいえないと回答したのが12件であった（図2）。

図2 個別訪問相談は課題解決に有効な事業であったか



どちらとも言えないと回答した人からは、「継続した関わりが必要だと思う。現場の課題解決のための効果を目的とするならば、3時間1回の関わりでは、その日の感動で終わりがねないのではないか」「1回の訪問相談援助では、課題解決に向けての動機づけ程度の効果となるかどうか、というレベルではないだろうか」という意見が見られた。そのことは、表5に個別訪問相談援助事業の意義と課題として整理した。

個別訪問相談援助事業は、事業所からの依頼があってからすぐに援助者を現地に派遣することができなかった。それは、援助者のスケジュール調整に時間がかかったり、援助者数の確保が難しかったのではないかと考えられる。その結果、最長で依頼から1年も経過してしまったケースもあった。相談した内容は、時間の経過とともに変化していく。そのため、相談の依頼が来てから、早期に訪問できる体制づくりが必要であった。また、相談内容の確認も含めて認知症ケア援助者が事業者の担当者と打ち合わせを綿密に行っていく必要がある。研修会や勉強会の講師として認知症ケア援助者が派遣される場合と、介護現場での課題を相談する場合とでは、準備の仕方が異なるからである。事業所側が希望していること、事業所側の求めているものと認知症ケア援助者が提供できること、そのために必要な事業所や相談内容に関する事前資料などの確認が行われていなければ、成果があげられない相談事業となってしまう。

今回の個別訪問相談援助事業では、前述したとおり、ケアの方法やケアの視点、認知症の理解について深めることを求めている事業所が多く見られたことであった。中には、初めて事業所内での認知症に関する研修が個別相談援助であったというケースも数例見られた。認知症高齢者が増加しているなかでも、事業所単位で研修に取り組めていない実態も垣間見られた。認知症の基本的な理解や視点を講義形式で行うことに終始し、個別のケースの検討をする時間がとれなかったというところもあり、個別訪問事業の「個別具体的な援助を行うことにより、認知症ケアの現場における課題を解決するためのヒントを提供する」という目的に沿った事業が必ずし

も展開されなかった。相談内容もそのことへのアプローチに関しても、すべて認知症ケア援助者の手腕に任されていたのである。

そのような中で、現場に直接届くスーパービジョンであることに、認知症ケア援助者たちはこの事業の意義を感じていた。特に、一般的な研修は、自施設への応用は、各受講者次第であるのに対して、この事業では、直接スーパービジョンが行えるために実践に直結すると感じている。また、認知症ケア援助者も実践現場の中でスーパービジョンを行えるため、認知症高齢者や介護者の状況を把握することができることが重要だと感じている。

個別訪問相談援助事業は、その訪問回数が1回と当初から定められていた。そのため、認知症ケア援助者は、関わり、助言した者として、その結果がどうであったのかということを確認できないということにもどかしさを感じていた。また、1回の訪問でできることは限られており、2~3回をセットとして、ある程度の継続的な関わりの必要性について指摘していた。また、フォローアップを1~3か月後に設定しながら行うことでより、現場の質の向上に寄与できるものだと感じていた。

表4 個別訪問相談援助事業の意義と課題

カテゴリー	具体的課題
依頼から訪問までの日数	<ul style="list-style-type: none"> ・1年越しに訪問が決まった事業所では、当時提出されていた課題は解決しており、別の課題で検討を行った。 ・早い派遣が実現しないと意味がない。
援助者側との事前打ち合わせの必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・個別事例の検討は、事前に事例概要をもらえると時間を有効活用することができる。 ・打ち合わせがないと、事業所側が求めていることと援助者側が用意していくこととのミスマッチが生じる。

カテゴリー	具体的課題
基本的な認知症に関する学び	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の症状、対応に半分以上の時間が費やされる。 ・ 認知症の研修自体を初めて行った事業所にとってよかった。 ・ 対処方法を期待する事業所に対するアプローチの難しさ。
介護現場で実践を引き上げていく職員の存在	<ul style="list-style-type: none"> ・ リーダーシップを発揮する職員がいないと学びを実践に活かしていくことができない。
小さな単位での定期的な取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大人数では全体研修会にしかならないため、個別相談の意義がなくなってしまう。
現場に直接届くスーパービジョン	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般的な研修は自施設への応用は各受講者次第であるが、個別訪問は、直接スーパービジョンが行えるので、ケアに直結する。 ・ 講義よりも、基本的な人物、場面を設定してのスーパービジョンが有効であると思う。 ・ 介護現場に入って、本人および介護者の状況がみられ実践を指導することの必要性を強く感じた。 ・ 具体的に現状を確認した後に、その環境にあったアドバイスを提供できるので納得してもらえる。
継続的な支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ ステップアップ、フォローアップを望んでいる。複数回訪問も必要ではないか。 ・ 関わったものとして、実践して結果を考察検討するところまでフォローすべきではないか。 ・ 一度の訪問で解決できることは少ない。 ・ 訪問援助の前後がより重要かと考える。 ・ 2～3回を1セットとして、ある程度の期間継続してかかわりが持てれば、なお有効に事業が機能するのではないか。 ・ 1～3か月後フォローアップすることができれば、より認知症ケアが向上できる。

(5) 施設からみる「個別訪問相談援助事業」の意義

事業所にとっての個別訪問相談援助事業の意義は、8つに分類された(表5)。

「実践の振り返り」では、事業所側がこれまで行ってきた実践を見直しながら初心に戻ることができたと感じている。このことはカンファレンスができる場づくりにもなっていた。

「指導に耳を傾ける機会」では、事例を挙げて具体的なアドバイスをもらう機会になったり、介護現場に即した助言が得られたという。また、普段から職場内で言われていることでも第三者に指摘されることにより、より聞き入れやすい。「基礎知識の取得」では、認知症に関する基礎知識を再確認するという機会になったようである。「視野の広がり」では、現場職員の考え方や視点が変わり、内部だけでは見えてこなかったものに光がさすような体験をしている。そのことは、一方的な見方からの脱却を可能にし、他の方向に目を向けることによって、支援の糸口の再確認する機会となっていた。「研修参加の機会」では、個別訪問相談は依頼のあった現地で行われることから、普段勉強する機会の少ない職員への学びの機会となったり、全職員対象の研修として位置づけられたということがあった。

「人材育成・人材教育の重要性の理解」では、ケアの目的、ゴールを職員全員で設定、共有し、取り組んでいくことを基本としながら進めていくことが重要であることを学ぶ機会となっていた。「考える力の誘発」では、日常、スタッフ自身が考えること、意見を出す機会が少ないため、グループワーク形式の研修は、考えることを誘発するきっかけとなっていた。「チームによる気づきの共有」では、介護リーダー、看護師、介護支援専門員、といった立場や基礎教育の異なる専門職が、同じ研修を受ける機会がこれまでなく、同じ内容の研修を受けることにより共有できることがあり、共通意識が生まれ、士気が向上していった。また、他の職員がどう考えているのかについて分かり合えたことが学びであった。

表 5 事業所にとっての個別相談事業の意義

コード	データ（事業所）
実践の振り返り	<ul style="list-style-type: none"> ・今までの対応を見直す機会が得られた。 ・日頃分かっているようでわかっていない部分があることを知り、初心に戻って勉強することができた。
指導に耳を傾ける機会	<ul style="list-style-type: none"> ・事例を挙げ、それについて具体的なアドバイスを頂いた。 ・介護現場に即した助言がいただけた。 ・職員が普段管理者に言われていることでほかの人が話をすることでさらなる確認につながった。
基礎知識の取得	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の基礎知識と基本的な考え方を映像を入れてわかりやすく説明していただいた。 ・基礎知識や支援方法を再確認する機会となった。
視野の広がり	<ul style="list-style-type: none"> ・現場スタッフの考え方や視点が変わりました。 ・内部だけではどうしても見えてこなかったものに光がさした。 ・客観的なコメントをいただくことにより新しい発見ができた。 ・ケースに入り込んでしまい、どのように支援したらよいかわからなくなっていたが、ほかの方向に目を向けることで支援の糸口を再確認させてもらった。 ・理論と実践が結びついた。
研修参加の機会	<ul style="list-style-type: none"> ・普段勉強する機会の少ない介護職員にとっては、非常に勉強になった。 ・全職員対象の研修となった。
人材育成・人材教育の重要性の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・目的、ゴールを職員全員で設定、共有し、取り組んでいくことをベースに進めることが立ち返るためにも重要であることを学んだ。
考える力の誘発	<ul style="list-style-type: none"> ・日常、スタッフ自身が考えること、意見を出す機会が少ないので良い機会だった。 ・グループワーク形式の研修だったので、参加職員一人ひとりが、1つの問題についてよく考え、問題解決のための方法を学ぶことができた。
チームによる気付きの共有	<ul style="list-style-type: none"> ・介護リーダー、フロントリーダー、看護師、ケアマネジャー、ケアワーカー代表が同じ研修を受ける機会は日頃はないため、とても良かった。 ・職員間に共通意識が生まれ、士気が向上した。 ・他の職員がどう考えているのかがグループ検討の中で分かり合えた。

7. 訪問型相談援助の必要性和その限界

(1) 職種を問わずに参加できることから生まれる相互理解と共有

個別相談援助は、ケア現場で行われることから、その内容は、ケアカンファレンスや研修の場合には、職種や役職を問わず参加することが可能であった。職能団体や職種別に行われる研修と違い、視点の違いや考え方の違いがあることをグループワークなどで再認識し、お互いの違いを認め合い、どのようにケアすることが高齢者にとってよいのか考える機会となることは、チームワークが求められるケア現場にとって有効だと考えられる。

(2) 多様性に富んだ個別訪問相談援助事業の内容

個別訪問相談援助事業は、個別具体的な援助を行い、課題解決のヒントを提供するという趣旨で行われたため、現場で展開される援助の方法も多岐に渡った。施設内において集合型研修を実施し、認知症の基礎的な理解をすること、事例に基づきケースカンファレンスが行なわれ、援助者はコメントと今後の方針へのアドバイスを求められることなど、施設側が求めることに即して相談事業が行われている。基礎的な認知症に関する知識を伝える研修では、知識不足の補う場としてしか成立せず、現場で展開される醍醐味が外部講師を呼んだ研修というところに留まってしまう。実践現場で行われる援助事業は、これまでの研修やケースカンファレンスとは何が異なるのか、その特色を考えた展開が必要とされる。そうでなければ、外部で行われてきた研修などの代替的機能しか果たせないのではないかと考える。

(3) 全国1か所の拠点の限界

全国1か所で各都道府県からの相談を受け、認知症ケア援助者を派遣するためには、受付拠点の整備が重要である。しかしながら、本事業では、東京センターの高度化推進事業の一環として行われたため、この事業に特化

した人材を配置することが困難であった。そのため、認知症ケア援助者として登録した全国の認知症介護指導者を依頼のあった施設とマッチングさせ、コーディネートし、現地へ派遣するという一連の作業に極めて困難を生じたという。そういった意味では、一極集中で現地へ派遣する相談事業を展開していく場合には、ハブとなる地域に担当窓口を置くなどといった中継地点の整備や、都道府県や自治体ごとに事業を展開するといった工夫が必要であることが示唆された。

8. まとめにかえて

本稿では、認知症ケアの現場において、ソーシャルワークの価値基盤をもちながら実践できる専門職を育てていけるのかということを訪問型の相談援助事業をもとに見てきた。施設内で研修のしくみが整わない、適切なスーパービジョンを行う人材がないなど様々な理由でケアの現場で職員を育てていくことが難しくなっている。小規模な施設ではなおさら厳しい状況のなかで、一つの方法として今後期待できるものだと考える。認知症ケア高度化推進事業で行われた訪問型の相談援助は1年で終了したが、このような各施設の内実にあった形式の援助を外部から投入し、定期的にかかわることができるような仕組みがあれば、職員集団のレベルに応じた対応ができるのではないか。

都道府県レベルの実践とはならないまでも、複数の施設を束ねてスーパーバイザーを派遣する方法を派遣し、認知症ケアの質の向上に向けた取り組みも近年始められている。今後は、俯瞰的にケア現場を見られる専門職の育成を訪問型の相談援助事業という一つの方法からより深めていきたい。そのために、まずは、他の実践についてその到達点と課題について、分析していきたい。

文献

- 1) 仲村優一編 (1980) 『ケースワーク教室』
- 2) 前掲書
- 3) 前掲書
- 4) 認知症の人と家族の会 (2014) 『認知症の診断と治療に関するアンケート』
- 5) ROBERT, BURGESS (1984) IN THE FIELD an introduction to field research

i 水野裕『実践パーソンセンタードケア』のなかで、悪性の写真理解について、だましたり、あざむくこと、後回しにすることなど17項目を掲げている。悪性の社会が現場にはびこるのに、そう時間はかからない。これは良いケアではないとわかっているにもかかわらず、しばらくするとその違和感が全くなくなる。施設内が同じ方法で認知症ケアを行っているためである。