

デンマークGrave市における認知症コンサルタントの実際とその養成

金田千賀子

Consideration to a dementia consultant's practice and it's training education in Grave city of Denmark

Chikako Kaneda

要旨：本研究では、認知症ケアの専門職を国家資格として位置づけている、デンマークの「認知症コンサルタント」に焦点をあて、その職務と養成課程、カリキュラムを通して、認知症高齢者と家族を支える専門職養成について考察した。認知症コンサルタントは、地方自治体によって雇用され、認知症高齢者、家族、その他必要な資源と密接に関係しており、認知症高齢者とその家族がケアを受けるための支援だけでなく、認知症ケアの現場で専門職として働く人たちのスーパーバイズ的な役割も担っている。専門家を養成する教育課程は、2年間で行われ、用いられるテキストは研究者たちの研究論文を使用している。デンマークにみる認知症コンサルタントの働く拠点とその養成は、わが国の在宅ケアを支える専門職のあり方を考える一定のモデルとなりうる可能性があると考えられる。

Keywords：デンマーク・認知症高齢者・認知症コンサルタント・養成教育
Denmark, Aged with Dementia, Dementia consultant's, Training education

1. 問題の所在

わが国では、今後認知症高齢者が増加するといわれている。高齢者福祉研究会から報告された「2015年高齢者の介護」では、2050年には認知症高齢者は378万人に達すると予測されている。特別養護老人ホームやグループホームなどの高齢者施設では、入居待機者が増え続けているため、非常に厳しい状況で在宅ケアを続けながら、入所できるのを待たざるを得ない家族もいるといわれている。そのため、地域がどう支えていくのか、在宅ケアサービスのあり方などが問われている。とくに、認知症高齢者の在宅ケアはケアする家族にのしかかる精神的、身体的な負担が大きいという多くの報告¹⁾がされている。これまでは、そういったケアする家族にどのようなサービスを提供すべきか、というサービスパッケージのマネジメントが研究の主流であった。しかし、既存のサービスの組み合わせでは、どうしても在宅生活を支えきれない部分が出てきてしまい、しかも認知症高齢者の場合には、そのサービスの提供場面が変化することで、混乱してしまうということも言われている。近年、地域で認知症高齢者を支えていく方法論として注目されているのが地域密着型福祉サービスである。このサービスの先駆けとなったのが、宅老所のとりくみである²⁾。高齢者のくらす地域でサービスを受けることができ、しかも通うだけでなく、必要ならば泊まることや住むことも可能とするサービスは、特に認知症高齢者のケアにおいて、リロケーションダメージが極小にとどめられるというメリットがあるといわれている。これは、介護保険制度の改正により、地域密着型小規模多機能施設として位置づけられ、今後が期待される。しかしながら、施設種別やサービスの多様化は「ハードの整備」という量的なものにとどまっておき、在宅でケアを行っている家族のケアという視点にまで至っていないのが現状ではないだろうか。

1970年代、わが国では「福祉見直し論」により在宅福祉に比重が置かれるようになった。そして、デイサービスやショートステイといった事業が展開された。その後、1989年には「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）において、在宅福祉対策の緊急整備と在宅介護支援センター事業が創設された。この在宅介護支援センターは、1990年に本格的に始動した。「在宅介護の三本柱」のひとつである在宅介護支援センターは、地域の拠点となる機関として、その役割を期待されていたが、介護保険制度の導入がその役割の遂行を妨げることになってしまった。期待されていた機関としての役割は、「総合的、多角的な活動を展開するジェネラリスト・ソーシャルワークである、あるいは、ケアマネジメントの利用者指向の総合モデル」³⁾ というものであった。さらには、ニーズのアセスメントをするために積極的に地域に出て行くという役割もあったはずだが、1994年の老人介護支援センターの法規により、施設の一角で入所に関する相談や福祉用具などの相談を受けるところというイメージを定着させてしまったという見方もある。

在宅介護支援センターの職員配置からすれば、社会福祉士または保健師、介護福祉士または看護師という専門職がそれぞれの視点でニーズアセスメントができるという構想であり、実際に機能させ、地域の重要な機関をとって実績を上げてきた支援センターもみられたが、多くの在宅介護支援センターではそれに専従することが困難であり、居宅介護支援事業所と在宅介護支援センターの2枚看板での業務がその範囲の限界を作り出してしまった。2004年4月23日に全国在宅介護支援センター協議会から報告された「これからの在宅介護支援センターの在り方」では、中間報告を受けての提言として認知症高齢者については、「痴呆に対する無理解や偏見が痴呆性高齢者を地域社会から孤立させ、在宅での生活の継続を難しくしている場合が多いことを指摘し、在宅介護支援センターが、地域全体で痴呆性高齢者を支えていく拠点として活動を行うべき」とし、「痴呆にやさしい地域づくりネットワーク形成事業」を新規事業とした。さらに「実態把握」、「総合相談支援」、「介護予防マネジメント」を行う機関としての役割を遂行するために、特に「痴呆性高齢者等の権利擁護までを含めた総合相談支援や、個々の高齢者の生活機能をアセスメントして介護予防プログラムを作成することなど、在宅介護支援センターの職員には、これまでも増して、高度な専門知識と技術が必要となる」とし、介護保険導入後の在宅介護支援センターのあり方については一定の方針が出された。しかし、具体的に高度な専門知識と技術をどの場面で教育し、その具体的な知識と技術については明記されていない。

これまで、わが国が行ってきた在宅ケアを支えていくという中核になるべき在宅介護支援センターは、今、地域包括支援センターとして新たな転機を迎えた。どのような専門職が誰を支えていくのか。そのための養成など、再び働く専門職の検討やその養成のあり方については議論がされていないくらいがあるのではないだろうか。

そこで本稿では、在宅認知症高齢者を地域で支えていくという視点に立脚し、その専門職の職務とその養成のあり方について、すでに、専門職養成を行っているデンマークのGrave市の事例をもとに検討することを目的とする。なお、デンマークでは、自治体によって取り組み方が異なっているため、本稿でとりあげるGrave市のとりくみはデンマーク全体を掌握するものではないことを断っておく。

2. Grave市の認知症コンサルタント

(1) Grave市

Grave市は1970年にコペンハーゲンのベッドタウンを意図してつくられた、人口4万7,000人の市で

ある。すでに市制30年が経過したこの市では、当時働き盛りであった世代が高齢になり、認知症高齢者の出現率も高くなってきているとの報告がある。医師の見解では、この市には認知症高齢者が150人程度いると言われている。かつて新興住宅地として栄えたGrave市では、2005年現在、およそ7,000人と見られている高齢者数が、今後さらに増加することで、Grave市自体の財源確保が難しくなることが予測されており、市の高齢化に伴う財政問題が深刻である。

(2) Grave市のコンサルタント業務

Grave市では、2004年10月に認知症コンサルタントを配置した。Grave市は、その地域が広域に渡るため、それぞれの地区で仕事をしている認知症コーディネーターの仕事の内容やとりくみ方に格差が見られてしまい、それらを集約し、格差を少なくするという意味での配置だった。

Grave市では、認知症コンサルタントは市庁舎に席を置き、2年契約で仕事をしている。今回は、そこで働く女性にインタビューをした。彼女は、看護師の基礎教育を受けており看護師として働いていた経歴を持っている。前職は、グループホームでリーダーとして働いており、その後、認知症コンサルタントの養成教育を受け、コンサルタントとなった。現在は、週37時間のフルタイムで働いている。

彼女の業務は、主に①家族と関係機関とをつなぐ役割（コンサルタント）と、②認知症に関する教育普及を行うこと、③認知症コーディネーターたちのスーパーバイザーという役割に分類することができる。

以下、インタビューからの明らかとなった認知症コンサルタントの職務について述べていく。

①家族と関係機関をつなぐ役割

a. 認知症の親族会結成

Grave市では、2005年5月に親族の会が結成された。訪問当初の会員は6人であった。親族の会は、仕事をしている子どもたちが参加できる時間として19時から開始される。このミーティングは1年間のうち何度開催するかというルールはなく、また市の予算もついていない。ミーティングの開催は固定された日時ではないため、毎回、次の日程については話し合っ調整する。

親族の会の結成の経緯は、認知症を患った親を子どもが親の認知症を受け止めることができない、あるいは、どのように対応したらよいかわからないという状況下において、その支えあいと学びあいの機会を設けることにある。親族の会の中では、子どもとしてどのように親と接したら良いかを話しあう場として、また認知症高齢者をかかえるそれぞれの家族が自分たちの問題を集まっている他の人たちの前でオープンにすることによって、各家庭で起こっている問題を聞き、アドバイスをする場として機能している。

b. 家庭訪問

認知症高齢者の自宅に訪問しながら生活の様子などを確認している。親族の会に所属している家族がかかえる高齢者については家庭訪問をしながら情報を得ている。同居という文化がないデンマークでは、高齢期を夫婦で過ごすか、一人暮らしという選択であるため、家庭訪問で得る情報は子どもが知らない側面も多く含んでいる。親族の会に参加している人たちがかかえる高齢者6人のうち、4人は一人暮らしである。あと2人は夫婦で暮らしている。

②認知症に関する教育普及

a. ホームヘルパーに社会サービス法に関する説明

デンマークでは高齢者の権利や人権を尊重することに関しては、徹底した教育が行われている。その一つに、認知症高齢者の権利擁護がある。ホームヘルパーなどケアに当たる専門職が、自分たちの行った行動、発言によって認知症高齢者自身の権利や人権について一線を越えてしまわぬように、コンサルタントは現場教育の場においても活躍をしている。また、権利擁護という場面においては、判断能力が低下した認知症高齢者に対して、どのような場合に、後見人につなぐことが必要なのか。その時の手続きなどについても教育する。

b. 社会教育士技術教育（生活指導員）の認知症高齢者に対するケアに関する指導

必要に応じて場面設定をしながら、ケア場面で用いる技術を指導する。例えば、認知症高齢者の人が水を飲むことを拒否する。その時に、強制するのではなく、いかに不快感を持たずに飲んでもらうかということなどがある。

c. グループホーム、プライエム、プライエボーリでの助言

認知症高齢者が混乱している時に、現場に出向いてスタッフに対応の方法を伝えるという役割もコンサルタントが担っている。この場合、混乱している時に連絡が入るため、早朝や夜間を問わず現場に向かう。混乱し乱暴を振るう場合には、人間としての価値が見過ごされたときに起こる場合が多いと考えられているため、その様なことを含めてスタッフの対応の仕方を指導する。コンサルタントはまず、どのように現場のケア専門職が対処しているかを観察することからはじまる。その後、改善点や具体的なスキルについての助言をする。

d. 講演活動

「認知症になること…」「高齢期の過ごし方」といった講演依頼があったときには、認知症コンサルタントとして、講演活動も積極的に行う。

③家族および専門職のスーパーバイザー

家庭医が診ている患者に、認知症の症状が出現した場合、その家族に認知症の疑いがあることを伝えて欲しいとの依頼が入ることになっているため、家族に高齢者の状態を説明する。

④地域の実態分析

認知症グループホームでのインタビューや、介護グループのリーダー、家庭医、スタッフにインタビューおよびアンケート調査を行う。また、プライエボーリの認知症グループホームに住んでいる高齢者の親族にインタビューすることがある。そういう実態分析から、普通のプライエボーリにもグループホームに入所している程度と同じくらい認知症高齢者が入所していることが明らかとなった。

3. デンマークにおける認知症高齢者ケア

「現在、デンマークには、重度、中度、軽度を含めて10万人の認知症高齢者がいて、毎年2万人ずつ増えているとされている。3分の2がアルツハイマー性認知症で、4分の1が脳血管性認知症、そのほか約10パーセントがアルコール依存症との合併症やチック病などの重度の認知症である。」⁴⁾

デンマークでは、1990年を転機として社会福祉の専門職のあり方が変化した。その一つが社会保

健介護士⁵⁾の創設である。それまでは、120時間の講習を受講することで取得できるホームヘルパーが主流であったが、社会保健介助士、社会保健介護士という新たな資格が創設された。社会保健介護士は、介護という分野だけでなく筋肉注射・皮膚注射といった医療行為もすることができる。この専門職の養成は、1年8ヶ月間で行われ、そのうち3分の2は実習に充てられる。この社会保健介護士の実習する現場では、指導員と呼ばれる専門職がいるが、教育は常に流動的であるという観点から、指導員の講習を受講していない者でなければ、実習指導員としては認められていない。

さて、介護・看護という観点から高齢者の生活を支える社会保健介護士であるが、デンマークでは、認知症高齢者をケアする専門職として新たに2つの追加教育の課程が創設されている。それが認知症コーディネーターと認知症コンサルタントである。

1980年代までは、福祉先進国のデンマークといえども、認知症高齢ケアに関しては、確立されておらず、認知症を患った高齢者の多くは精神病院で生活を送ってきた。しかし、膨大な医療費を削減する政策や、施設凍結といったことに合わせて、認知症高齢者が精神病院以外の場所で生活するためのケアについての議論が高まっていった。認知症高齢者のケアをめぐる専門的な仕事というのが、社会的に必要とされ、容認されて、その仕事を専門とする人の追加教育が行われ始めた。例えば、デンマークでは、看護師教育のなかにも30時間の認知症教育がある。しかし、看護師学校では、認知症の症状については細かく学ぶことができるが、その背景にある法律などについては学ぶことができないという。それは、認知症を病気として扱った教育に特化していることを意味している。そのため、保健（症状・病気）＋看護師と社会コンサルタントができる人材の必要性が出てきたのである。

（１）認知症コーディネーター

2001～2002年にかけて、社会サービス法が改正され、すべての自治体は認知症コーディネーターを雇用しなければならないという法文が明記された。認知症コーディネーターは、民間の教育課程であり、国家資格ではない⁶⁾。

Grave市の認知症コーディネーターは、4人おり、それぞれがデイセンターやプライエムなどに所属しているため、コーディネーターとしての業務は、兼務という形で行っている。4人のうち2人は、介護士の基礎教育を受けており、あと2人は看護師の基礎教育を受けている。1人のコーディネーターが受け持っているケースはおおよそ25～30ケース（スーパーバイズのケースも含む）であるという。コーディネーターの主な職務は、①家庭医と家族との仲介役的役割、②プライエボーリ等の入所判定審議会への参加、③在宅介護専門職などへの情報提供とスーパーバイズ、④家族の相談に応じることなどがあげられる。

（２）認知症コンサルタント

認知症コーディネーターよりも養成教育のレベルが高い。そのカリキュラムもかなりの時間をかけて作られている。原案は社会省や、プロジェクトリーダー、自治体の社会課、全国首長会で発表し、了解を得た上で進められてきた。

社会保健介護士が養成されるようになってから、注射など看護師の職務の一部が担えるようになったことから看護師は認知症コーディネーターの教育レベルに不満を持ちはじめた。当時、認知症コーディネーターの教育を受けるのは、看護師、介護士が中心であった。このことから認知症コーディネーターのレベルの底上げを期待し、社会省では社会サービス法の改正をして、養成に関わる資金の補助などを行ったが、そのことをしてもレベルの向上に直接結びつくことは困難であった。

4. 専門職としての認知症コンサルタント養成

(1) 認知症コンサルタント教育

①養成期間と費用

認知症コンサルタントの養成期間は2年である。現職で、仕事をしている専門職が、週1日6時間の講義を受けながら年間で28日間行われる。この期間は、それぞれの現場では、有給として扱われる。養成にかかる学費は18,000DKK（約36万円）である。そのうち、社会省が一人に対して16,000DKK（約32万円）の補助金を出している。そして雇用主が1,500DKK（約3万円）を支払う。残りの500DKK（約1万円）が受講者負担である。この他、テキストが2,500DKK（約5万円）であり、全額雇用主が負担することになっている。この養成学校は、「国民成人追加教育学校」と呼ばれており、建物の中には、保健衛生、司法、経理士、税理士、心理士などの養成も行われている。認知症コンサルタントの養成は、当初プロジェクトの一環としてはじまったが、現在は、教育庁の課程の一つになっている。

②入学資格

受講資格は、理学療法士、作業療法士、看護師、介護士のいずれかの基礎教育を受けて資格を取得し、2年間以上の実務経験を有するものである。入学は9ヶ月ごとであり、定員制は設けていない。おおよそ、1回の受講生は18~25人くらいだという。学生のうち70~80%は、認知症コーディネーターの教育を受けてきた人である。認知症コーディネーターの教育が不十分だったことや、教育を受けたことの証を資格や証書という形で表せないことなどから、コンサルタント教育を受ける、あるいは受けたいと希望する学生が多いという。認知症コンサルタント教育では、修了することで「ソーシャル・ディプロム」の称号が得られる。このことで、職場での格付けや、給料に反映するといわれている。前述したように、かかる費用の大半を雇用主が負担することになるため、受講しているほとんどの学生は、認知症高齢者ケアに携わって10年程度の経験がある人である。

(2) 認知症コンサルタント養成カリキュラム

2年間の養成課程であるが、3つのモジュールで構成されているカリキュラムで学ぶことと、2本の理論的な論文の執筆が義務付けられている。3つのモジュールのうち、初めに受講するのが「高齢化と認知症」といった一般科目である。“高齢になるとはどういうことか”ということから始まり、医学、神経心理学、環境（日常的に高齢者がどのような環境におかれているか）、介護とケア（薬の知識も含む）など、文献を用いながら学ぶ。例えば、一般的な生理学的知識を学ぶことと、薬がどのように影響するかということを知り、それらがアルツハイマーや前頭葉型など認知症の原因によって変化するという事を知ることである。看護師の基礎教育を受けてきた人は、これまでの経験から、起こった問題をその場で解決するという方法で援助を行うため、長期目標を立てるといったことが苦手だといわれている。しかし、認知症コンサルタントは、長い目で見てどのようになるのか、あるいはどのようにしていくのかという長期的な展望を見据えることも大切な視点であるため、長期目標に関する徹底した教育が行われる。

また、認知症高齢者を対象とした職務を遂行するにあたり、倫理的・法的・心理学的なアプローチをどのように融合していくのかということについて学ぶ。例えば、権利擁護・権利剥奪に関する項目では、認知症を発症した本人が沢山の資産や権利・権限を有する場合、認知症の症状により混乱して権利を振りかざしたり、理解できないまま資産の償却などをしてしまうことがある。家族としてはその行為自体をできないようにしてしまいたいと考えることが多いが、デンマークでは、権利の剥奪が容易に行えないような仕組みになっている。剥奪をする場合には、医師をはじめとして様々な人を巻き込まねばならない。その方法や、改正されていく法律などについて学ぶ。

倫理については、専門職としてどのように認知症高齢者の人たちに対処すればよいのかということ学ぶ。例えば、暴力的な行為をする認知症高齢者に専門職も暴力的な対応をしてはならず、その場合にどうすればよいのか。拘束に関していえば、職員権利を横行しないことなどがあげられる。

さらに、専門職のバーン・アウトについても学習する。デンマークでは、昨今、ケアする人員の削減が行われており、一人にかかる負担が重くなってきているという。また、認知症高齢者ケアに関していえば、グループホームやプライエボリーにおける認知症ユニットでのケアがとり上げられているが、デンマークの全国的な取り組みではないため、認知症高齢者とその他の高齢者とを同一フロアでケアせざるを得ないというプライエボリーもある。そのような空間では、認知症高齢者にとっては落ち着いた生活を送ることができずに暴力的になる場合などもあり、プライエボリー側では、仕方がなく薬によって鎮静させるという方法を用いてしまうところもある。

その他、認知症高齢者の社会的作業にどのような理論と方法を実行していくのか、コミュニケーションとスーパーバイズの方法、組織作りの方法、評価を文章化する方法などを学ぶ。文章化する方法を学ぶ意図は、デンマークの社会省が、認知症ケアに関するプロジェクトに対して常に助成金を交付しているため、現場で職務につく専門職が、そのような助成金にアプライするために、自らがプロジェクトを立て、文章に起こすことができる能力が必要とされるためである。また、組織化して実行していくプロジェクトに対して反対意見が出ないような進め方や、今までの方針を変革させていく時に起こる反対意見をできるだけ最小にするための方法を学ぶ。

(3) テキストの作成

認知症コンサルタントを養成するためのテキストは、市販されていない。多くは、学術雑誌に掲載された研究者の論文をカテゴリーごとに整理し、まとめたものである。例えば、「病気の治療及び社会ケア」「ケアの多様性」「プライエムにおけるスタッフ、家族との協力」といった論文である。一方で、ケアの危機となるような要素を挙げ、そのような場面を回避するための方法などを学ぶためのトピックも盛り込んでいる。表1は、養成テキストの目次に掲げられている論文名である。Bind 1～3でそれぞれ内容別に分けられている。

教育にあたっているのは、各分野の専門家であり、さらに教育経験のある者である。例えば、介護に関しては看護師が行っている。他では、医師、法学士、神経学を専門とする医師、理学療法士や作業療法士が講師となる場合もある。学生たちの年齢が高く、現場での経験も長いこと、コンサルタント養成課程の授業では学生から鋭い質問がなされるため、それらに応えうる専門家をそろえている。

表1 認知症コンサルタント養成テキスト目次一覧

Samspillet mellem ETIK, JURA OG PSYKOLOGI Arbejdet med ældre og demente	
Blind1	
Pensum	
	Professionl involvering, Udviklingsmuligheder og Kontakttræthed og udbrændthed Kapitel1,2 og 3 i Bang, Susanne.
	Magtanvendelse og hvordan man undgår den.
	i Samarbejde mellem plejersbeboere, pårørende og personale-en treklang med mislyde?
	Dementia and Aging.Ethics,values,and policy choices.
	"De gode græd". Idealisme,modeløshed og odelæggelse af evnen til selvstændig tænkning i
	Dementes menneskerettigheder.
	Aldring som psykologisk udfordring eller belastning
	Demens og etik.
	Psykofarmakologisk behandling af demente - sygdomsbehandling eller social kontrol.
	Fra lægefaglig paternalisme til patientautonomi.
	Patientrettigheder for gamle demente.
	Omsorgens mange ansigter - konsekvenser for svækkede ældre.
	Familieomsorgsgivning ved demens.
	Hvad er moral?
	Hvordan den personlige integritet undermineres.
	Patienters retsstilling.
	Den dementes vej gennem hjælpesystemet - den vanskelige visitationsproces.
	Menneskesyn og empati
	Tvang og selvbestemmelse i et etisk perspektiv
	Etik når tvang er nødvendig
	Professionelle og etik. Hvorfor fagetiske regler- Hvorfor ikke?
Blind2	
	Ærefrygt for livet.I Etik for social- og sundhedsarbejdere. En grundbog.
	Demensplejens etik.
	Hvorfor har den etiske debat og de etiske problemer faet fornyet aktualitet i 90'erne?
	Parter i samspil- pårørende i demensprocessen.
	Efterskrift. I Bendixen, Grit.Skal det være så svært?
	Etiske overvejelser hos personalet ved plejen af demente.
	Arbejdet med døende mennesker.
	Etiske og juridiske aspekter i samspillet mellem demente, familien og det offentlige.
	Et etisk perspektiv på problemer vedrørende behandlingen af gamle demente i hjemmet og i den offentlige plejesektor I Dementes menneskerettigheder.
	Går det an å kommunisere med mennesker med aldersdemens?
	Psykodynamiske birtad til forståelse af demens.
	Atferd og tilnærming - fem historier.
Blind3	
LOVE/Bekendtgørelser	
	Bekendtgørelse om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne efter kapitel 21 i lov om social service.
	Bekendtgørelse om værgemål.
	Bekendtgørelse af lov om social pension LBK nr.
	Forvaltningsloven
	Klagevejledning efter serviceloven.
	Lov om behandling af personoplysninger
	Lov om patienters retsstilling
	Retssikkerhedsloven. Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område
	Serviceloven.Bekendtgørelse af lov om social service.
	Uddrag af Danmark Riges Grundlov.
	Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten overfor voksne, herunder pædagogiske principper.
	Værgemålsloven.- uddybende forklaring.
	Værgemålsloven- uddybende forklaring
Supplerende litteratur	
	Dialogiske hjælpesamtaler.
	Pleje af demente- dengang og nu
	Siden bliver det vel værre..?

5. おわりに

福祉国家デンマークの中では、国民に育まれている権利意識が専門職の精度をあげるひとつのきっかけになっている。それは、租税によって医療・福祉サービスの提供がされるため、自分の親が認知症になった時に、ケアを受けることができるのは当然の権利であり、その質についても厳しいということである。そういった国民感情に後押しされる形で、専門職養成が進んできたともいえるだろう。

認知症コンサルタントは、資格取得後の定期的な研修は義務付けられていない。それは、教育の中で、常に認知症ケアに関する最新情報を得ておくことの必要性が教育されているためである。この養成学校の教育評価は、毎年行われている。国の方針で学生の満足度に関する評価を行い、改善を重ねている。また、その評価を担当しているのは、教育学を専門とする大学教員であり、単に評価をしたという事実だけで終わらず改善を続けていくところに、専門職養成の水準の高さが求められていると感じられるところである。

専門職養成をかなり綿密な計画の中で取りくまれてきたように思えるデンマークであるが、インタビューを行った認知症コンサルタント養成学校の校長は、今の教育では、教育を受けた者の自己満足に終わってしまっていることを危惧している。この教育が開始されてから、看護師の基礎教育をベースにもつ学生が約500人卒業した。認知症コンサルタントは、自分の得た知識を教育として、他のスタッフに与えなければいけないが、そのことがうまく行っていないように思えるという。彼女たちは、自分たちの知識を認知症高齢者のケアに反映させ、そのことで認知症高齢者と家族の状態や改善させることに寄与してきた。しかし、現状は資格を取得した彼女たちに自信がついたということの方が先行してしまい、そのことが自己満足という評価につながってしまっているという。自身のアイデンティティ確立というところまではできたが、その先がまだできていないということである。教育を受けた喜びをさらに認知症高齢者本人や家族に反映させていこうと考えた場合には、これまでの10倍の資金と投入することが必要であるという。認知症コンサルタントの教育を受けたものが、他のスタッフへどう教育するかという実施ガイドというものが必要であると考えている。これらは、デンマークの認知症コンサルタントの養成後の課題といえることであろう。

デンマーク国家が目指しているのは、一定以上のケア水準の教育を受けた認知症コンサルタントの普及である。地域間格差がないようにどこに住んでいても、適切なケアが受けられるよう各地域に認知症コンサルタントが定着することである。

わが国においても、専門職養成は近年盛んに行われはじめている⁷⁾。しかしながら、各団体がそれぞれ行うもので、統一した教育プログラムの開発というところまでは至っておらず、民間資格というところに留まっている。さらにいえば、その専門教育は、施設内における認知症高齢ケアというところに偏重しており、必ずしも地域ケアのなかでの専門職養成とはいえない現状がある。冒頭で、わが国では在宅ケアを支える拠点として在宅介護支援センターが期待されていたことを述べた。看護職と福祉職がともに働く地域の現場として、まさにわが国で展開するためには、ここを拠点としながら地域ケアを遂行していくことが期待できるはずである。しかし、そこで働く専門職教育の体制は未だ整えられていない。認知症高齢者と家族を支えるという視点で地域ケアを考えた場合、その教育は認知症そのものの病の理解という程度にとどまらない。人権、法律を含めた、まさに人の生活をトータルで見られる教育と適切な専門家へ橋渡ししていくというコンサルタントの業務が必要となる。そして、どのような力量をもった専門職が必要なのかという議論は避けられないはずだ。施設ケアを支える専門職という位置づけでは不十分であり、在宅ケアを支える専門職という部分的な位置づけでは、これまでのサービスに基づいた専門職の割り当てという域を超えることができない。そこで、地域における認知症高齢者とその家族を支える専門家が必要であり、チームアプ

ローチという視点で専門職の養成を考えていかなければならないと考えている。その要となるのが認知症高齢者ケアにおいては、デンマークにみる認知症コンサルタントのような職種であろう。

『Social Policy in Denmark』では、認知症高齢者に対する取り組みとして、「地方自治体の一般的なケアサービスはデイセンターの中での活動、ネットワークの構築および、自己の活性化を促進すること、ボランティア組織とのコンタクトなど、活動することを意図している。」という一説がある。すなわち、認知症高齢者ケアにはネットワークの構築というものが必要であることが政策的に認められており、その拠点としてのデイセンターの役割を位置づけているのである。

認知症高齢者と家族が、どこでくらし続けても、適切なケアを受けられる環境を創造していくためには、ケアする家族や専門職を支えていくことができ、そして、他職種とのチームアプローチの要となる役割を担う専門家養成とその拠点の本質的な整備がわが国でも急務であろう。

【註】

- 1) 認知症高齢者ケアにかかる精神的、身体的負担に関するこれまでの研究では、荒井由美子・杉浦みどり(2001)「家族介護負担を適切に評価する Zarit 介護負担尺度」『痴呆介護』2,(2),98-101、冷水豊(1987)「痴呆性老人の家族ケアにおける諸困難と負担」『研究業績年報 笹川医学医療研究財団』80-89、一瀬(山口)貴子(1999)「痴呆症高齢在宅介護者のストレスに対する資源の軽減効果」『家族関係学』, 18, 28-38 などがある。
- 2) 宅老所のとりくみはE型デイサービスという形で制度化されたといわれている。栃木県の「のぞみホーム」はその一例である。また、地域密着小規模多機能ホームとしては、富山県「このゆびと一まれ」が高齢者も障害者も子どもも共にケアしていくという共生ケアとしての先駆的な取り組みであった。このことは、平野隆之『共生ケアの営みと支援』筒井書房, 2005 に詳しい。
- 3) 副田あけみ編『介護保険下の在宅介護支援センター』中央法規出版, 24, 2004。副田の指摘によればジェネラリスト・ソーシャルワークが行えなかった理由を、地域に根ざした援助活動というフィールド・ソーシャルワークの育つ土壌が欠けていること、実用サービスやカウンセリングサービスを提供していく伝統がないこと、ソーシャルワークの意義と重要性に関する認識が、政策担当者や一般市民の間でも低い、ジェネラリスト・ソーシャルワークの考え方が実践現場に浸透していなかったこと等であるという。
- 4) 松岡洋子『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論, 263, 2005。
- 5) このことについては、澤田真智子『デンマーク介護最前線 陽だまりのつどい』叢文社, 2006 詳しく述べられている。そこでは、社会保健介護士を“社会保健アシスタント”(SOCIAL-OG SUNDHEDSASSISTENT)、社会保険介助士は、“社会保険ヘルパー”(SOCIAL-OG SUNDHEDS HÆLPER)と紹介されている。
- 6) E. メーリン/R.B.オールセン『デンマーク発 痴呆介護ハンドブック』ミネルヴァ書房, 2003 では、認知症コーディネーターは、「思いやり高齢者福祉関係団体審議会」が1996年から育成していると記されている。
- 7) 認知症ケア学会認定の「認知症ケア専門士」、認知症介護研究・研修センターが施設職員を対象に行っている「認知症介護指導者養成研修」などがある。

【参考文献】

高齢者介護研究会『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』2003.

朝野賢司、生田京子、西英子他『デンマークのユーザー・デモクラシー』新評論, 2005.

『Social Policy in Denmark』The Ministry of Social Affairs, 2002.

本研究は、2005～2006年度科学研究費補助金（若手研究B）「痴呆性高齢者のケアをめぐるエンパワーメントの創造過程に関する研究」（課題番号17730348）の交付を受けて行った研究成果の一部である。