

《論 文》

認知症ケアにおける供給側の問題点

安 留 孝 子

Dementia Care: Some Problems in Its Supply
TAKAKO YASUTOME

キーワード

認知症 (dementia), 尊厳 (dignity), パーソンセンタードケア (その人を中心としたケア) (person-centered care), グループホーム (group care home), 外国人介護労働者 (foreign care worker)

はじめに

今日、認知症ケアのあり方に関する議論が盛んである。認知症をもつ人々の内面を理解しようという捉え方、介護現場における認知症ケアに対する視点の変化、具体的な制度の改正などである。認知症をもつ人々への関わりには、疾病の側面からの理解だけではなく、「認知症をもつ一人の人間」という視点に立ったケアが重要であると考ええる。

2004年12月24日、「痴呆症」という呼び方が「認知症」に変わり¹⁾、「呆けたら本人は何もわからない」、「認知症になったらおしまい」というイメージは徐々にではあるが変わりつつある。これには、認知症の当事者や家族の立場から、生活の中にある不自由さや希望、社会の認知症に対するイメージの誤りなど、自らの体験を広く社会に伝える人たちの貢献もあった²⁾。呼称変更の主な理由は、従来の「痴呆症」という言葉が侮辱的な表現であり、病態を正しく表しておらず、早期発見・早期診断の支障になるというものである。これを機に、厚生労働省では、認知症になっても安心して地域で住み続けられるように、国民の認知症に対する理解に向けて、さまざまな取り組みを展開しているところである³⁾。ただ単に呼称を変えただけにとど

まらず、真に、認知症を生きる人々への理解が広がり、施設・在宅を問わず、自分の能力を活用し、自分らしく尊厳を支えられながら生きられるようになることが望まれる。

すでに医療・福祉の現場では、「身体拘束の廃止」、「グループホーム」、「ユニットケア」などの取り組みも広がってきている。また、2003年にまとめられた高齢者介護研究会（厚生労働省老健局長の私的研究会）の報告、「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立について～」では、「認知症を生きる本人の内面」、つまり生活の中にある不自由さ、強い不安感、深い喪失感などにもしっかりと目が向けられるようになってきた。そして、2005年に行われた介護保険制度の見直しでは、介護保険法の第一条に従来からの「自立支援」に加えて、「個人の尊厳の保持」がその理念として掲げられた。また認知症高齢者ケアが重点課題とされ、これからの高齢者介護の基本と位置づけられるようになっている。

そうした認知症ケアの新たな流れの中、本来、信頼を置かれるべき介護職員による寝たきりの認知症高齢者への虐待事件など⁴⁾、要介護高齢者やその家族の生活を脅かすような事態も起こっている。介護は対人援助のサービスであるがゆえに、その介護職の倫理観が問われる仕事である。

認知症をもつ人々は、記憶障害を中核とするその症状の進行により、自分の置かれている状況や感情を伝えたり、周囲の人々や社会の環境にうまく適応したりすることが困難になる。そのため、認知症に対する周囲の理解や受け止め方、適切な介護や環境の提供などによって、認知症をもつ人々の残された人生は大きく影響を受けることになる。

そこで本稿では、認知症ケアを供給する側の問題を2つ取り上げ、今後の課題を示すこととしたい。つまり、サービスの内容（質）と量の問題である。認知症をもつ人々の置かれた状況、最近の認知症ケアの取り組みで注目を集めている「パーソンセンタードケア」の考え方を中心に、介護職に求められる姿勢、今後必要とされる介護労働力など、認知症ケアを担う人材の問題を中心に述べていくことにする。

I. 認知症をもつ人々の生活実態 ～高齢者を中心に～

認知症は、65歳以上の高齢者にだけでなく、働き盛りの若い世代にも現れることがある。若年認知症は、18～39歳に発症した若年期認知症と40～64歳に発症した初老期認知症の両者を含んだ呼び方である。65歳以上は一般に老年期認知症と呼ばれている。若年認知症の有病率は人口10万人当たり32人で、老年期認知症の有病率が人口10万人対7,000～8,000人であることと比較すると、非常に少ない〔若年認知症家族会, 2006: 124〕。

ここでは、認知症をもつ人々の生活実態の中でも、特に高齢者について取り上げる。もちろん、後述する、認知症の具体的な症状や認知症をもつ人々への対応では、高齢者・若年者という年齢層（つまりその人の生きてきた世代など）は異なっても、そのケアの考え方は変わることはない。若年認知症については、数が少ないとはいえ、認知症高齢者ケアと同様、重要な社会的課題であることには変わりがないことをまずことわっておく。

（1）認知症の症状と介護の役割

認知症とは、「記憶を含む認知能力が後天的に低下して、日常生活や社会生活の営みに支障が生じている状態」である⁵⁾。その症状はきわめて多彩であり、「中核症状」と「周辺症状」に分けて説明されている。

中核症状は脳障害から直接的に生み出され、認知症をかかえる人にはだれにでも現れる症状であり、記憶障害、見当識障害、思考障害、言葉や数のような抽象的能力の障害などがあげられる。また中核症状の一部には、身体を使わないことによる機能低下、二次的な障害である「廃用性症候群」が含まれている。周辺症状は、人によって現れ方が全く異なる症状で、幻覚妄想状態、不眠、抑うつ、不安、焦燥などの精神症状から、徘徊、便いじり、収集癖、攻撃性などの行動障害まで、さまざまな症状がある。

小澤勲は、周辺症状の成り立ちについて「認知症を病み、中核症状がもたらす不自由をかかえて、暮らしのなかで困惑し、行きつ戻りつしながらたどり着いた結果であると考えられることができる」〔医学的な説明によってではなく、認知症という病を生きる一人ひとりの生き方や生活史、あるいは現在の暮らしぶりが透けて見えるような見方が必要になる〕としている〔小澤, 2005: 24〕。そのうえで、周辺症状はケアの影響を受けやすく、「暮らしのなかで、あるいはケアによって治るはずである」としている〔小澤, 2003: 193〕。

周辺症状は、多くの家族介護者を困惑させ、それが在宅での認知症をもつ人の介護を難しくしている。また介護を専門に担う介護職も、認知症の症状やその成り立ちを理解していなければ、間違った対応をとってしまうことになり、認知症をもつ人々の生活はさらに混乱することになる。逆に、重い認知症の症状をもつ人であっても、周囲の正しいかわり方によって、その人の生活も穏やかなものとなる。筆者は、周辺症状について、認知症の人がその生活の中での葛藤を表現する方法として出現するもの、周囲に対するメッセージであるとして、それを

「受け止める」ことこそ、介護職の役割だと考える。

竹内孝仁は、認知症の成り立ちを「生活全体からとらえる必要があること」を指摘し、「認知症と身体活動性」、「認知症と社会関係や役割の変化」の関係をまとめている〔竹内、2005：18-34〕。そして認知症の人の置かれた現状について「生活のほとんどを“家に閉じこもっていること”，このような生活が認知症を引き起こしやすいもっとも一般的なもの」であること、認知症の予防やケアには「孤立・孤独」をなくすことが重要であることを指摘している〔同上書：35-41〕。

認知症をもつ人々は、日常生活の支えを必要としており、単に疾病を中心としたアプローチだけではなく、その人の生活に視点をおいた「生活の営みを支える」という介護の役割が期待される場所である。

（２）増加する認知症高齢者

認知症高齢者は増加の一途をたどっている。現在その数は推計で約170万人である。

総務省によると、2006年9月15日現在の65歳

以上の人口は2,640万人で、総人口（1億2,772万人）の20.7%に達している。また「後期高齢者」と呼ばれるいわゆる75歳以上の人口は、1,208万人で、全人口の9.5%に達している⁶⁾。つまり、老化や疾病による身体的・精神的な機能の低下により介護が必要となる割合が高くなる「後期高齢者」が、全人口の約1割を占めていることになる。『高齢社会白書』によると、介護保険の要介護者等の認定者数も、2004年度末で第1号被保険者（65歳以上）全体で394.3万人、75歳以上だけでみると326.8万人となっており、その多くを占めていることがわかる。また介護サービスの利用実態は、介護の必要な度合いが重度（要介護4又は要介護5）の者は施設サービス利用が半数を超えている〔内閣府、2006：39〕。

表1をみると、認知症高齢者がどこで暮らしているか（どこで介護を受けているか）がわかる。認知症高齢者（何らかの介護・支援を必要とする日常生活自立度Ⅱ以上）については、2002年の推計では149万人であり、要介護者等の認定者の約半数を占めている。そのうちの約半数の73万人は居宅で生活しており、また特別

表1. 要介護（要支援）認定者（第1号被保険者）の痴呆性老人自立度・障害老人自立度に関する推計

単位 万人

	要介護 (要支援) 認定者	認 定 申 請 時 の 所 在 (再掲)				
		居宅	特別養護 老人ホーム	老人保健 施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総数	314	210	32	25	12	34
うち痴呆性老人 自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
うち痴呆性老人 自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

〔出典〕高齢者介護研究会報告「2015年の高齢者介護（補論3 痴呆性高齢者ケアについて）」72ページ

〔注〕2002（平成14）年9月末についての推計（端数処理のため合計が合わない箇所あり）。

「その他の施設」は、ここでは、医療機関（療養病床（医療保険適用）、一般病床及び精神病床等）、グループホーム、ケアハウス等。カッコ内は、運動能力の低下していない痴呆性高齢者の再掲（痴呆性老人自立度が「Ⅲ」、「Ⅳ」又は「Ⅴ」かつ、障害老人自立度が「自立」、「Ⅱ」又は「Ⅲ」）。

この推計によれば、例えば、

- ・要介護（要支援）認定者のおよそ2人に1人は、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）。およそ4人に1人は、「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅲ以上）。
- ・居宅にいる要介護（要支援）認定者のおよそ3人に1人は、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」。およそ8人に1人は、「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」。
- ・介護保険3施設にいる要介護（要支援）認定者のおよそ8割は、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」。およそ6割は、「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」。
- ・要介護（要支援）認定者で「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」のうち、およそ3人に1人は「運動能力の低下していない者」（いわゆる「動ける痴呆性高齢者」）。そのおよそ6割は居宅にいる。

表2. 要介護（要支援）認定者（第1号被保険者）における痴呆性高齢者の将来推計

単位 万人

西 暦	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
痴呆性老人自立度Ⅱ以上	149 (6.3)	169 (6.7)	208 (7.2)	250 (7.6)	289 (8.4)	323 (9.3)	353 (10.2)	376 (10.7)	385 (10.6)	378 (10.4)
参考： 痴呆性老人自立度Ⅲ以上	79 (3.4)	90 (3.6)	111 (3.9)	135 (4.1)	157 (4.5)	176 (5.1)	192 (5.5)	205 (5.8)	212 (5.8)	208 (5.7)

(出典) 高齢者介護研究会報告「2015年の高齢者介護（補論3 痴呆性高齢者ケアについて）」73ページ

(注) 2002（平成14）年9月末について推計した「要介護（要支援）認定者における痴呆性高齢者」と「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」から算出したもの（治療や介護に関する技術の発達など政策的な要素は織り込まれていない）。

この推計によれば、例えば、

・要介護（要支援）認定者について、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）は、2015（平成27）年までにおよそ100万人増えて250万人に。2025（平成37）年には323万人に。

養護老人ホーム等の介護保険施設の入所者は約8割の者が認知症の高齢者である。さらに認知症の症状は重いが運動能力の低下していない者（いわゆる「動ける認知症高齢者」）が25万人であり、そのうちの6割の者が居宅で生活している。

また、表2の推計をみると、今後の認知症高齢者数が急速に増加していく様子がわかる。2015年には250万人、2025年には323万人に達し、2030年には高齢者人口の1割を超えると推計されている。

高齢者人口の増加は、高齢者世帯（一人暮らしも含め）や認知症高齢者の増加も伴うため、その生活をどのように支えていくかという視点が重要になってくる。

（3）認知症高齢者の置かれている状況

先に、認知症高齢者の半数が自宅で暮らしている現状は確認した。介護が難しいとされる「動ける認知症高齢者」が自宅で暮らしている理由は、特別養護老人ホーム等は入所待ちの状態であり、妄想などの精神症状、徘徊などの行動障害が激しい人は介護を提供する事業者から敬遠され、デイサービスやグループホームの利用を断られてしまう傾向があるのではないかと想像できる。

小宮英美は、認知症高齢者のグループホームを取材し、そこでの生活で生き生きと見違えるような変化を示していく高齢者の姿をまとめている。認知症の高齢者を取材していて最も特徴的だった点について、多くの高齢者が「複数の

病院や施設をいわば渡り歩くという形で転々としてきていることだった」としている。〔小宮、1999：21〕 その様子から、認知症に対する適切なケアを受けられないばかりか、認知症高齢者にとってダメージの大きいリロケーション（生活の場や変わる事）が繰り返され、症状が悪化していくという、認知症高齢者の置かれている状況の厳しさがわかる。

三好春樹は、グループホームの実態について次のように述べている。「グループホームは、『軽い痴呆で集団生活の可能な人』しか入所させない。そんな人ならグループホームに入所しなくても、デイサービスとショートステイを駆使して家で十分にみていけるはずではないか。（中略）呆けたときこそ環境も関係も変えてはならないというのは介護の大原則だが、多くのグループホームは『家庭的雰囲気壊す人』には出ていってもらいます」というのである。（中略）すべてのグループホームがそうではないことが救いである。グループホームという制度を使っているが、最も困っている重い呆けの人に入所してもらい、最後までケアするグループホームがたくさんできた。制度があるから仕事をするのではなく、ニーズがあるからやり、そのために制度を利用するという姿勢こそ介護職のあるべきものである。〕〔三好、2005：218-219〕

自宅で暮らす認知症高齢者とその家族にとって、本当に頼れるサービスはまだ不十分であり、適切な支援を受けられずに認知症の症状がさらに悪化し、それによって介護が大変になり

家族が苦しむという悪循環が生まれているといえる。

(4) 認知症高齢者の暮らしの場

〈地域における小規模・多機能ケア〉

介護保険制度の改正により、2006年4月から新たなサービスの体系として、「地域密着型サービス」が設けられた。その中のひとつに「小規模多機能居宅介護」がある。住み慣れた自宅や地域において在宅生活を継続することを支える観点から、一つの事業所において、「通い」を中心に、利用者の希望に応じて、随時ホームヘルパーの「訪問」や短期の「泊まり」を組み合わせて提供するサービス類型である。リロケーションダメージを避けながら、地域でその生活を支えるサービスが期待されているところである。

この「小規模多機能居宅介護」のモデルとなっているのは、1990年代に加速的に広まり、介護保険制度導入後もそのサービスの枠の外で一部の事業者が取り組んできた「宅老所」⁷⁾の実践である。多くの宅老所は、創設当初、必ずしも認知症をもつ人々を専門にケアする場とは考えていなかった。特に介護保険制度導入前に宅老所が受け入れた利用者は、どこの施設からも処遇困難として受け入れてもらえない、制度の狭間に埋もれてしまう高齢者であった。その高齢者の多くは認知症であり、地域の先駆的な実践者たちが取り組んできた宅老所は、認知症ケアに対して大きな成果をあげたといえる。高橋誠一は、「これまでの介護が主に身体にだけ対応したのに対して、宅老所のケアでは、その人から身体だけを切り離して見ないということを徹底した結果」であり、「問題をその人にだけ帰着させないという基本的な介護観を生み出した」としている。また「宅老所が認知症ケアにもたらした貢献の第一は小規模ケアである」としている〔高橋、2004：19〕。

その後、小規模ケアはグループホームや介護施設でのユニットケアへと波及していった。

〈グループホームケアの広がり〉

自宅以外の暮らしの場では、認知症高齢者は特別養護老人ホーム（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、その他の医療機関（医療保険適用の療養病床、一般病床及び精神病床など）、グループホームなどがある。しかし、グループホームを除いて、これらの「施設」は、もともと認知症ケアのために創られたものではない。少し前までの施設は、病気の治療を目的とする病院をモデルに建てられたものであった。そこでは、回廊式の廊下や認知症棟が施設における認知症高齢者への対処方法であった。

そこでは多くの認知症高齢者に対して、特殊で奇妙な生活感のない空間で、ごく普通の生活を極端に制限し（特別浴槽、広大なデイルーム、家庭ではありえない床、壁、照明など）、流れ作業的な身体ケアを行い、薬物の鎮静作用を積極的に利用するといった集団管理的な対処がなされていた〔藤沢、2004：44〕。

この回廊式の環境はほんの10数年前は新しい考えであった。これは認知症の人が施設を離れることなく安全に、自由に動き回れることを考えて開発されたものである。しかし現在では、回廊式のようなただ広い空間、終わり（行き止まり）のない空間は、目標をもって生きるという人間の生活としてはふさわしくないという認識が広まっている。そしてもっと人間らしく生きること、他者と交流しながら生きること、そのための環境とケアが求められている。

外山義は、施設のもつ空間や環境の問題について、「住居としての空間スケールをはるかに逸脱し、繰り返しパターンの多い巨大で複雑な建物である。しかも長年暮らしのなかで馴染んできた日常生活のためのしつらえもほとんどなく、痴呆性高齢者たちは、どう振舞ってよいかわからなくなる。そうした環境のなかで、かれらがもっとも不得手とする、大集団での管理的なプログラムによるケアが実施されている」、「空間や環境の貧しさがそのまま生活行為の貧しさに直結しやすい」と述べている〔外山、

2003: 108-109]。また、在宅での家族との同居生活についても、認知症に限らず心身機能の弱化がある高齢者の生活は、「高齢者本人がすべきことを家族が代行したり代弁したりする場面が多くなっていく」、そして「本人の自立意識がだいに弱まり、自分でも何を望んでいるのか徐々に不明確になっていく」と指摘している〔外山, 2003: 107〕。グループホームは、施設と在宅双方の課題を解決する可能性をもった居住形態、ケアの形態として生まれてきた。そのケアの特徴は、従来の大規模施設での集団生活に比べ、生活単位が小さくなり、少人数で家庭的な雰囲気、個別的な生活環境、日常生活の中に役割をつくり出すケアの方法などである⁸⁾。そこでは職員と認知症高齢者の関係も、職員の関わり方により、介護を『する側』と『受ける側』という垂直の固定した関係から、生活の再構築途上の高齢者を側面から支える関係へと、さらには共に暮らす仲間としての関係へと変化していく〔同上書: 110〕。

このようなグループホームのケアは、1980年代にスウェーデンで始まり、北欧諸国を中心に普及しているが、日本でも1993年ごろから紹介された。1998年末には約600カ所であったが、介護保険の中にも取り入れられたことで2003年5月には約3,000カ所、2005年には約7,000カ所に急増している⁹⁾。

従来の集団による管理的なケアを否定し、そこから抜け出すための手段がグループホームである。従来の施設の中でも、グループホーム的なケアができないかという思いから、「ユニットケア」¹⁰⁾が生まれた。ユニットケアは「形ではなく、職員のあり方が重要」であり、「単にハードを小規模にするだけでなく、グループホームで行われているような家庭的なケアを、施設でも可能にしていく手法」〔辻, 2000: 10〕である。認知症高齢者を、認知症をもちながらも自分らしく懸命に生きようとしている生活者として捉え、できるだけ一人一人に合った生活条件を前提としていこうとする点で、理念

は共通しているといえるだろう。

厚生労働省は、2001年9月28日、4人部屋を主体とした従来の居住環境を抜本的に改善し、入所者の「尊厳」を重視したケアを実現するために、個室・ユニットケアを特徴とする「新型特養」の整備の推進を打ち出した。また、2005年10月の介護報酬改定では、介護保険3施設（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）のユニット型個室・準個室の報酬が引き上げられた。徐々に普及しつつあるユニットケアに対し、介護保険制度化後に急激に増加したグループホームについては、その質を問う声が高まっている。第三者評価の開始は、真のグループホームケアの難しさを物語っている。

Ⅱ. 認知症ケアの新しい考え方 ～介護職に求められる姿勢～

Iでは、認知症をもつ人々の生活実態とケアをめぐる現状を概観した。認知症をもつ人々を「認知症という厄介な病気をもった人」、「処遇困難な人」と見るのではなく、「自分らしく懸命に生きる一人の生活者」として捉えることの重要性を示した。

ここでは、認知症ケアの考え方の基本である「パーソンセンタードケア」（その人を中心としたケア）の考えを中心に上げ、介護職に求められる姿勢について考えることにする。この考え方は1990年代にイギリスで生まれ、欧米各国に広まった考え方であるが、わが国で「尊厳を支えるケア」¹¹⁾と表される概念と共通しているといえるだろう。

（1）ケアのモデル

～高齢社会におけるケアのあり方～

認知症ケアには、単に疾病を中心としたアプローチだけではなく、その人の生活に視点をおいた「生活の営みを支える」という介護の役割が重要であることはすでに述べた。

広井良典は、「健康転換」という概念に基づ

いて、「医療モデル」、「生活モデル」、「心理モデル」、「予防／環境モデル」というの4つのモデルを示し、高齢化の時代にあつては「生活モデル」が重要となること、「『疾病』ではなく『障害』」ととらえたうえで、残された機能を積極的に生かしながら生活全体の質を高めていくという幅広いケアの姿が求められる」としている〔広井、2000：41-42〕。現在の医療・福祉において、高齢者人口の増加に伴い、認知症など心身機能の障害をもちながら生きていく人々の増加を考えると、高齢者ケアの比重が際立って大きいことは明らかである。そこでは「治療」というアプローチではなく、その個人の内面に目を向けた精神的なケア、個人を取り巻く社会環境に目を向けた予防や環境の改善、環境・生活への適応などの支援が重要となる。

（2）パーソンセンタードケアという考え方 ～その人らしさ（パーソンフッド）を尊重するケア～

パーソンセンタードケアはイギリスのブラッドフォード大学のトム・キットウッド教授が提唱した。これまでの「医療モデル」に基づいた認知症の見方を再検討し、認知症の人々の立場に立った「その人らしさ（パーソンフッド）」を尊重するケアの実践を理論的に明らかにした。すでにわが国でも導入が始まっている¹²⁾。

パーソンセンタードケアの考え方は、ただ単に新しい接し方が認知症の行動障害に有効で、認知症のケアをしやすくするもの、ケアにあたる職員の抱える心理的負担と葛藤を減らそうとするものではない。それは認知症の人々のイルビーイング（心理的不満と低い活動状態）を小さくして、その人のウェルビーイング（主観的満足感やよい状態）とQOL（生活の質、生命の質）を高める可能性を追求していくことであり、私たちが認知症をもつ人とその人を取り巻く環境をもっと知ることによって、その行動障害は基本的には了解可能である。また実践の「成功」には公式などはなく、それは提供されたケアの質の直接的な帰結であり、高度に個別化されたもので、相手を尊重する、柔軟で応

答的なアプローチが特徴である〔スー・ベンソン、2005：124-133〕。

パーソンセンタードケアの考え方を取り入れる際の課題として、石崎淳一は「基本的には人間にとって普遍的な問題であり、イギリスと日本という国の違いを超えたテーマであるが、彼らの実践から学びつつも、同時に私たち自身の文化の問題として、あるいは私たち自身の人間観の問題として、新しい認知症ケアのあり方を探求していく必要がある」と指摘している〔同上書：8-9〕。

「その人らしさ（パーソンフッド）」とは、「関係や社会的存在の文脈の中で、他人からひとりの人間に与えられる立場や地位」であり、それは「人として認めること、尊重、信頼」を意味している〔トム・キットウッド、2005：20〕。キットウッドは、「身体的であっても精神的であっても、ある種の重い障害をもつ人の人格を奪う傾向を多くの文化が示してきた」、「障害のある人は本当の人間ではないという同意が作り出され、それが社会習慣として埋め込まれ、正当化されてきた」としている。その結果として「人間疎外」を引き起こされ、「その人らしさ（パーソンフッド）」が広く無視され、力の無いものは特に価値を低められる」と指摘している〔同上書：27〕。さらにキットウッドは、認知症ケアに対して、「これまでわずかな資源しかそのサービス供給に配分されなかった」こと、その心理的ケアについて「必要とされる姿勢やスキルを養成するためにきわめてわずかな関心しか払われてこなかった」こと、その結果、認知症ケア分野で働く多くの人々には、「その仕事にふさわしい事前教育が提供されなかった」ことを指摘している〔同上書：27〕。

認知症になると、「何も分からない人」とみなされ、人間関係を含めた周囲との関係を失ってしまう。キットウッドは、認知症ケアには、周囲との関係を取り戻すことが必要だと考えたのである。そのような関係はいつも「人間との関係」とは限らない。パーソンセンタードケアの実践の中では、「ぬいぐるみ」を通しての

かわりやそれが「肌に触れるかわりを楽しむ」,「膝の上に満足して座っている猫を何時間もなでて過ごす」場面が紹介されている。この点について,ボブ・ウッズは,こうしたかわりは「認知症の人が,特に全般的には親密な関係を教授できないときに,その人がより関係性に寄与し,拒絶される恐れをもつことなく愛情を示す機会を提供する」としている〔スー・ベンソン, 2005:128〕。また「認知症の人が提供できるものを受けとめられるように,心を開いていることが介護者には求められる」とし,ケアを提供することにあまりにも忙しく,認知症の人々のもっている「ケアと愛情を与えたいという欲求を満たす機会」について考えられていないことを指摘している〔同上書, 129〕。

(3) 認知症の人が求めていることは何か

キットウッドは「人間性に関して私たちが把握せずにきたことは,あまりにも多い」と述べている。また「人間性というものは,もう一人の人間存在としての関係性の中において表されるもの」であり,「弱く,もろく,傷つきやすい者に対して,強く障害のない私たちがケアを提供するというには十分な理解ではなく,むしろ認知症の人たちとのコミュニケーションがとれず,彼らを理解することが難しい,そういう私たちが,自分たちがどのように人間として十分な姿でいられるのかを,傾聴とかかわりの中に努めて彼らから学ばなくてはならない」〔スー・ベンソン, 2005:134-135〕,「ニーズをもつ他人を援助するためには,経験的資源を十分に発達させられるかどうか重要である」〔トム・キットウッド, 2005:32〕と述べている。

認知症をもつ人々の「人間性を重視する」ということは,その人の「主観的な世界を尊重する」という姿勢である。すでに認知症をもつ人々の生きている世界を理解しようとする視点からの研究¹³⁾が行われており,これに答えるかのように,認知症を生きる本人の内面を綴った手記¹⁴⁾も発表されている。

キットウッドの示した認知症の人々がもついくつかのニーズは,密接に関連し,互いに協力し合うように機能している。それらすべてのニーズに共通するのは「愛」というニーズである〔トム・キットウッド, 2005:141-149〕。

認知症を生きる人々の「主観的な世界」を理解するヒントとなるため,少し長くなるが,以下にその一部を引用する(下線部は筆者)。

「なぐさめ(くつろぎ)」

優しさ,親密さ,苦痛と悲しみを和らげること,不安を取り除くこと,他人と親密になることから生まれる安心の感情である。

「結びつき(愛着)」

結びつきがもたらす安心感がなかったら,人は正常な働きをするのは困難である。認知症の人にも十分結びつきのニーズがあると考えられ,実際には幼いころと同じくらい強いかもしれない。

新たな不確実性と不安のために人生の影が薄くなり,過去の結びつきから生まれるよい思い出が失われていくからである。

認知症の人は自分が「おかしい」と思う状況ににいることに絶えず気づいており,このために結びつきのニーズを強く求める。

「共にいること(社会的一体性)」

人間の社会性にはもうひとつの側面がある。それは集団のなかで生活するように進化してきた種であるという事実に関連している。集団の一員であることは生存にとって不可欠である。共にいることのニーズは,いわゆる気を引こうとする行動,つきまとう傾向,さまざまな種類の抵抗や中断といった差し迫った形で認知症の人に顕在化する。

旧来の多くの施設では,利用者が集団で扱われていてとても孤独なので,共にいることのニーズは満たされにくい。個別化されたケアプランやケアパッケージは大きな改善だが,しばしばこの問題を見過ごしている。共にいることのニーズが満たされなければ,人は衰え,引きこもることになる。共にいることのニーズが満

たされれば、仲間と一緒にの生活の中に自分の居場所を見つけることができる。

「たずさわること（主体的活動）」

たずさわることとは、個人的に有意義な方法で自分の能力や力を活用して、生活の過程に関わることを意味する。たずさわるというのは、他人と一緒に、あるいは一人で、はっきりとした行為で、思考の中で、あるいはくつろいでいるときかもしれない。たずさわることを奪われたとき、その人の能力は衰え始め、自信は奪われる。たずさわることへのニーズは未だ認知症の人にも存在する。たとえば、手助けしたいとき、またはアクティビティや外出に参加したがついているとき、それははっきりと現れる。うわべだけの粗雑で出来合いの解決を課すことなく、そのニーズを満たすには大変なスキルと想像力が必要である。

「自分であること（同一性）」

自分であることとは、認知と感情でもって自分がだれであるかを知ることであり、過去との継続性の感覚をもつことを意味している。他人は自分の行動について言葉巧みに伝えてくれるので、ある程度、自分であることは他人から伝えられる。認知症ケアの「古い文化」では、とくに極端な画一化や過去とのすべての繋がりが剥奪されることによって、自分であることの個人的資源の多くが取り去られてしまう。

認知症に直面しても、自分であることを維持するためにできることがたくさんある。その人の人生暦についてある程度詳しく知ることと、共感である。

認知症ケアに携わる職員にとって、重要な役割は認知症をもつ人々の「その人らしさ（パーソンフット）」を保つことであることがわかる。キットウッドが示した5つのニーズは互いに関連しているため、ひとつのニーズが満たされることによって、他のニーズにも影響を及ぼすであろう。また全てのニーズが満たされると、認知症をもつ人々の「恐怖」、「悲しみ」、「不安」、「怒り」などの感情は消え、前向きに

生きることができる可能性を提示している。実際の介護現場においても、これらのニーズを踏まえた上で、目の前にいる認知症をもつ人々の心の声に耳を傾け、その世界と一緒に理解しようという姿勢をもつことが求められる。

（4）相互行為を生み出し、継続させるケア

キットウッドは、新しい認知症ケアの最初の役割は「前向きな相互行為を実際に生み出す援助」であり、第2の役割は「その相互行為を持続させること」であるとし、具体的なスキルも示している〔トム・キットウッド、2005：168-169〕。

先の認知症の人々のもつニーズを満たすケアは、すでにわが国のグループホームやユニットケアの取り組みの中でも行われ始めている。もちろん、まだ十分とはいえないが、いくつかの効果が示されている。例えば、筆者はこれまで拙稿¹⁵⁾において、「認知症高齢者と知的障害者が共に暮らす『共生型グループホーム』」や「障害児・者と高齢者が共に過ごす『一体型デイサービス』」のケアの効果について取り上げてきた。そこで、お互いがお互いを気にかけるという「相互行為」、「相互作用」が利用者の間で生まれており、特にグループホームの取り組みについては、認知症高齢者の周辺症状が穏やかになるという成果を得ることができた。そこでは、職員の姿勢として、相手をケアする気持ちの表出（言語・非言語も含め）などの利用者の反応や変化を効果的に日々のケアの中に取り入れていくこと、利用者同士のコミュニケーションの橋渡しの存在になっていくことが重要であることを指摘した。また共生型グループホームは、先のキットウッドの示す認知症の人々のもつニーズを満たすような要素を、その「ケアの場」が持ち合わせているように思われる。

（5）「寄り添う」「共にいる」というケア

佐藤弥生らは、認知症高齢者のグループホームにおけるケアの効果について、身体障害を伴わない認知症高齢者の生活に添いながら、認

知機能や日常生活行為の変化を時系的にとらえて評価している〔佐藤, 2006: 248-254〕。そこでは, 4つのケースが取り上げられているが, それらに共通するのは, 「身辺介護というよりも精神・心理的側面への働きかけを重視し, ケアを行っている」という点であった。具体的な内容は「声かけ, 見守り, 誘導により自発的行為を促す」, 「薬物投与量の減量に加え, 寄り添うこと, 安心感が得られるようにすること, アクティビティなどを取り入れたケアを行うこと」, 「安心感が得られるよう図り, 声をかけ, 本人の嫌がることは強制しないなどの配慮」などである。ここにも先の認知症の人々のもつニーズを満たす生活があり, 特別な介護の行為ではないが, 生活の中での相手に対する「配慮」が認知症ケアでは重要であることがわかる。

先のニーズの中に「共にいること」があげられていた。つまりその中には, 認知症をもつ人とケアを担う職員が「共に時間を過ごす」¹⁶⁾ことの重要性が示されているといえる。また, 認知症をもつ人とのかわりにおいては, 相手の心に寄り添い, 相手を信じて「待つ」というその行為¹⁷⁾そのものが, ケアの仕事のひとつとして求められるように思われる。認知症を生きる人々の内面に目を向けると, 認知症に対する誤解から, 「何もできない, 何も分からない人」というレッテルを貼られ, 「その人らしさ(パーソンフット)」を失わせるような場面がこれまでの認知症高齢者のケアにおいて多く見られたのではないだろうか¹⁸⁾。

これまで取り上げてきたパーソンセンタードケアは, 認知症の人々の側からさまざまなケアの場面を見直すことにより, その人にとっての

よいケアとは何かを, 認知症の人々と共に, またケアに携わる職員同士で考えるヒントになると考える。求められる職員の姿を考えると, 小手先の教育や研修だけでは身につけることのできない能力, 認知症をもつ人々の内面を想像できる「感性の豊かさ」¹⁹⁾も必要とされることがわかる。

Ⅲ. 今後のケアの現場を支える人材

Ⅱでは, 認知症ケアの新しい考え方である「パーソンセンタードケア」を取り上げ, 認知症の人々が求めているニーズ, ケアにあたる職員の姿勢として求められることについて考えてきた。

ここでは, 今後さらに増加していくことが予測される, 介護を必要とする認知症高齢者のケアを担う介護労働力の問題を取り上げる。

(1) 今後必要とされる介護労働力

Ⅰで確認したように, 人口高齢化の中で, 要介護者の数は今後20年の間に倍増し, 数10万人規模で介護労働者の不足が予想されている(表3)。高齢者ケアの問題はつまり認知症高齢者ケアの問題であるといえ, 認知症ケアを担う人材の量的な不足は, そのケアの質にも影響を及ぼすといえる。

三好春樹は, 「介護はいまだに介護力としか語られていない。これは介護職を馬鹿にした話だし, 介護を誰がどうみるのかという問題の本質を混乱させてきたと思う。介護は介護力ではなく介護関係なのだ」と指摘している〔三好, 2005: 196〕。三好の指摘のように, 介護関係をつくることの重要性は筆者も認識しているし,

表3. 将来必要と予想される介護労働者数

	要介護者数	指数 (2000年=100)	必要介護労働者数	現在との差
1993	1,000,000	71.4		
2000	1,400,000	100.0	640,035	
2010	2,000,000	142.9	914,336	274,301
2025	2,700,000	192.9	1,234,353	594,318

(出典) (財) 国際通貨研究所 (2003) 「東アジア研究会 (財務省委嘱)」報告書 93 ページ

これまでⅠ、Ⅱで述べてきたことと共通する。しかし、今後増加する認知症ケアを担う介護労働力を安定的に確保し、その質の充実を考えることは認知症ケアの供給側の課題として必要なことである。

将来的な人材不足に加え、現在、介護現場では、介護職員の離職率の高さが問題となっている。介護労働安定センターの調査報告書〔2006：112-118〕によると、施設などに勤務する介護職員と在宅サービスの要といえる訪問介護員で比較すると、採用者、離職者及び増加者のいずれにおいても訪問介護員よりも介護職員のほうが実数、割合とも多かった。離職率は介護職員22.6%、訪問介護員17.7%であり、ともに勤続年数が短い期間（6ヶ月未満が最も多い）に離職している。離職の理由は、「本人の個人的な理由」が最も多くなっており、その理由は十分には把握することができない。

訪問介護員については、「契約期日の満了」という理由も約1割程度あった。

（２）外国人介護労働者の受け入れ

わが国では、自由貿易協定（FTA）、経済連携協定（EPA）により外国人の看護師及び介護士の受け入れが始まる。日本とフィリピンはEPAに署名し、フィリピン介護福祉士を2年間で最大600人受け入れることが決まっている²⁰⁾。これは協定国側からの受け入れの要請による外圧的な側面もあるが、その根底には、わが国における看護、介護の労働力不足の問題があると考えられる。

外国人介護労働者の受け入れに関して、介護に関する職能団体である「（社）日本介護福祉士会」は次のようにコメントしている。以下、一部引用する。

わが国における介護福祉サービスの現場の現状、および労働力に着目しても、介護福祉従事者の置かれたさまざまな労働条件を含めた状況からみて、にわかに外国人介護労働者の受け入れをおこなうことは、介護全般に渡る条件整備

が行われていないことに鑑み反対である。

選択肢としての外国人介護労働者の導入に反対するものではない。しかしながら、それには優先順位があるということであり、その優先順位からするなら、外国人介護労働者の優先性は上位に位置しない。

わが国の介護職員の現状は、多くの介護職員が熱意をもって働いているが、一方では労働・雇用条件が不安定であるため、多くの未就労者が離職者を生み出している。今後、国内における介護労働者を確保するためにも、賃金をはじめとする処遇向上を図り、介護労働がデセントワークとなるよう、職業としての魅力が高まるよう支援すべきである。それを行ったうえでの外国人介護労働者の受け入れでなければ、ほかの国の人材を安易に消費するということではILOの近年の理念に反する。

一方、介護は利用者の生命・生活・人生と密接な関わりを持つ。提供される介護によって、その生命・生活・人生が左右されるといっても過言ではない。単に食事・排泄・入浴の介助だけではない。利用者の文化・生活習慣・ライフスタイルなどを含めた尊厳に根ざした全人的ケアである。その点について十分な研修が行われる必要がある。

日本介護福祉士会のコメントには、外国人介護労働者の受け入れに否定的・警戒的なニュアンスが含まれているように感じられる。介護の仕事の特徴や現在のわが国の介護職員が置かれている状況については、日本介護福祉士会の意見にはもっともな点がたくさんあるが、筆者は、今後の高齢者数の増加と、わが国の「介護を社会的に支える」という政策を前提としたら、外国人介護労働者を受け入れることは必然であると考ええる。

その場合、単に「安価な労働力」として期待するのではなく、質の高い安定した介護労働力

として受け入れる条件を整える必要があるだろう。「言葉や文化の違い」をうめる教育・研修のあり方やその教育を担う職員の処遇などを含め、検討課題はたくさんある。具体的な受け入れ時の課題と対応については、稿を改めて論じたいと思う。

また忘れてならないことは、外国人介護労働者を受け入れるにしても、日本人が担うにしても、そのための財源をどうしていくか、財政負担の問題を解決していくことが重要である。

結びにかえて

本稿では、認知症ケアを供給する側の問題を取り上げた。認知症をもつ人々が安心して地域の中で暮らしていくためには、そのケアを担う人材の質・量両方の側面からの検討が必要である。そこで、認知症をもつ人々の置かれた状況、最近の認知症ケアの取り組みで注目を集めている「パーソンセンタードケア」の考え方を含めた介護職に求められる姿勢、今後必要とされる介護労働力など、認知症ケアを担う人材の問題を中心に述べてきた。ケアを担う職員には、認知症をもつ人々を「認知症という厄介な病気をもった人」、「処遇困難な人」と見るのではなく、「自分らしく懸命に生きる一人の生活者」として捉えることの重要性を示した。認知症の人々の内面を理解し、その取り巻く環境にまで視野を広げ、その生活の営みを支えるという視点からのアプローチが求められる。

認知症をもつ人々の「尊厳を支える」というケアの理念は、「パーソンセンタードケア」つまり「その人を中心としたケア」の実践で、その実現に近づくことがわかった。「パーソンセンタードケア」の考え方をもとに、認知症を生きる人々の世界を理解した上で、ケアが行われることが望まれる。しかし、まだその体制が十分でないことも指摘してきた。

今回は、若年認知症ケアについて十分に取り上げられなかったが、認知症をもつ人への対応という意味では年齢（つまりその人の生きてき

た世代など）は異なってもケアの考え方は変わることはない。また彼らはこれからの人生も認知症とともに生きていくので、それを支える人材が必要になることは改めて言うまでもない。また、認知症をもつ人々が地域で暮らしていくためには、ケアを担う職員だけではなく、周囲に多くの理解者がいることが重要な鍵になる。そのため、専門職だけではなく、ボランティアなどへの期待も大きい。

今後の研究課題として、認知症をもつ人々が暮らす施設などのリスクマネジメントやグループホームなどの入所者の重度化に対応するターミナルケアの体制についても検討していきたい。認知症となっても地域で生き切れることを支えるためには、人生のしめくくりの時まで共に寄り添うことのできるような人やそのケアの場所が必要だからである。

人材の量に関する問題では、現在の介護政策を前提にすれば、介護労働力が不足することは明らかであり、今後の介護現場は外国人労働者とともに支えていくという視点も必要となる。

量的な拡大（外国人介護労働者を入れる）は、別の見方からすれば、現在のような介護の形を延長することである。現在と同程度の介護をこれまでと同じような仕組みでやっているとすると、相当な費用が生ずること明らかであり、外国人、日本人問わず、それにかかる費用が国民経済に占める割合は大きくなるであろう。その財政負担のあり方について、いかに国民の合意を形成していられるかが、根本的な問題であろう。

注

- 1) 引用文献の中には、呼称変更前に出版されたものも含まれるため、本文、表、注記も含め、引用の際には「痴呆」あるいは「痴呆症」などとそのまま表記することにする。
- 2) 認知症をもつ当事者や家族によって語られた本には、例えば、クリスティー・ボーデン (2003)、クリスティー・ブライデン (2004)、呆け老人を抱える家族の会 (2004)、若年認知症

家族会（2006）などがある。オーストラリアの政府の高官を努めていた才女であるクリスティー・ボーデン氏は46歳で認知症と診断され、その人生のさまざまな変化や心の内面を2冊の手記の中で綴っている（2冊目の時には再婚してブライデンになっている）。また2003年から2004年にかけて日本を訪問し、社会の認知症に対するイメージがいかに誤っているかを説いて回った。その中で氏は、“Treat us with dignity.”（尊厳をもって私たちを支えてください）と、これまで周囲の認知症に対する無理解から尊厳を奪われてきた実態を語った。その他テレビ放送でも、働き盛りを襲う若年認知症を取り上げ、認知症をもつ当事者とその配偶者が出演し、その体験を語っている（「認知症・私たちにできること」（NHK教育テレビ・2006年4月24日放送））。

3）認知症への呼称変更を機会に、2005年度から「認知症を知る1年」と位置づけ、広報キャンペーンを実施している。具体的な事業としては、①認知症に関する理解を高めるための「認知症サポーター100万人キャラバン」による住民・企業・学校での学習会・講習会（認知症サポーター養成講座）、②先駆的に取り組んでいる町づくりの実践例の集約・広報（認知症でもだいじょうぶ町づくりキャンペーン）、③認知症の当事者本位のケアプランを作成する取り組み（認知症の人や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進）等を展開していくこととしている。厚生労働省は、この「認知症を知る1年」を足がかりにとして、5年後（2009年度）には認知症について学んだ住民・企業人などが100万人程度に達しており、認知症サポーターになっていること、また10年後にはそれらが地域に多数存在し、「全国のすべての市町村が認知症になっても安心して暮らせる地域になっていること」を目指し、草の根運動・国民運動として「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想を展開していくこととしている。

4）2006年8月5日、特別養護老人ホーム（東京都東大和市）の女性入居者に対して、男性介護職員2名による性的な暴言があったことが明らか

になった。被害にあった女性（90歳）は要介護5の寝たきりで言葉も不自由、認知症も進行していた。被害女性の家族は、オムツに排泄物がたまっていたことや手にアザが残っていたことなどを不審に思い、数年前から施設側に訴えてきたが相手にされなかった。認知症である本人に確かめることもできないため、テープレコーダーをベッド近くに隠し、介護職員による会話を録音したことによって発覚した。福祉の専門家でつくる処遇研究会の全国2,000の特別養護老人ホームを対象とした調査（99年）では、約3割が「虐待がある」と回答。連合が行った介護職員5,000人の実態調査（04年）では、5%が介護放棄、暴言・暴力で入所者を虐待したことがあると回答（朝日新聞2006年8月6日の朝刊による）。また、2005年2月に起こったグループホーム（石川県かほく市）で夜勤専門職員が女性入所者（84歳、認知症、そのホームで最も介護を要する者であった）に暖房器具の熱風を当てて死亡させた事前も記憶に新しい。この事件を受けて、グループホームの勤務体制の問題が明らかになり、2006年4月の改定でグループホームの夜勤の勤務体制について、「宿直又は夜勤」であった基準が「夜勤」となった。

5）認知症の定義については、次の定義を参考にした。

「脳疾患による症候群であり、通常は慢性または進行性であり、複合した高次皮質機能障害があり、それには記憶、思考、見当識、理解力、計算、学習能力、言語や判断の障害が含まれている」（国際疾病分類第10版（ICD-10））厚生労働省

「獲得した知的機能が後天的な脳の器質性障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態」小澤（2005）

「記憶を含む複数の認知機能が後天的に低下して、社会生活に支障をきたすようになった状態」山口（2005）

上記の文献の中には、認知症の原因となる疾患やその分類についても説明されていたが、病理学的な視点からではなく、日常生活を営む上

での障害としてとらえる視点から、認知症の定義を行った。

- 6) 2006年9月18日付け朝日新聞(朝刊)による。
- 7) 「宅老所」については、次の文献が詳しい。加藤(2001)、高橋(2004)、杉山・高橋(2005)。高橋(2004)は、「小規模ケアの実践がこれまでの痴呆ケアを大きく変えたが、これは世界的な潮流でもある」、しかし「『多機能性』は日本独自の取り組みと言ってもよいのではないか」と述べている。
- 8) 認知症高齢者グループホームでのケアの特徴は、例えば小宮(1999)、外山(2000)・(2003)の中で紹介されている。
- 9) 藤沢・横田(2004)45ページ、杉山・高橋(2005)22ページ。
- 10) ユニットケアについては、辻他(2000)、外山(2003)、三浦(2002)、大森(2002)を参照のこと。
- 11) 総合ケアセンターサンビレッジ(2006)では、日常のケアや認知症ケア、住まいや暮らしのあり方から「尊厳」をキーワードに事例をまとめている。そこでは、「現場にいる人間が辞書的な意味で語っても何の意味もない」として、「尊厳」を「相手のことを自分のことと思える心」あるいは「自分のこととして行うこと」と解釈している。自分が寝たきりになったとき、自分が認知症になったとき、自分が介護に疲れ果てたときにどうしてほしいかを自分達で模索しながら介護を行っているに過ぎないとしている(9-13ページ)。
- 12) 2006年2月15日付け読売新聞(朝刊)による。そこでは、パーソンセンタードケアの考え方を導入して、食事場面や排泄介助の改善を行った老人保健施設(群馬県沼津市)の様子が書かれている。
- 13) 小澤(1998)は、『痴呆老人からみた世界』のまえがきで、その基本視点を次のように述べている。「痴呆老人自身の表現を読み解くことによって、痴呆に共通する不自由と、その不自由を生きるひとりひとりの痴呆老人の生き方、そして生活世界が交叉する地点で生み出される彼らの心的世界に分け入り、彼らを理解する道を見つけることによって、痴呆老人の治癒・ケアの理に適った、そして彼らの個々とにそったものにしたい」。認知症を生きる人々の世界を理解しようという、臨床に即したすぐれた臨床精神病理の書である。
- 14) クリスティーン・ボーデン(2003)、クリスティーン・プライデン(2004)を参照のこと。
- 15) 拙稿(2006a)・(2006b)を参照されたい。
- 16) 広井(1997)はケアサービスの特徴として、「サービスの提供者と受け手(=消費者)との間の『相互作用』そのものに意味・価値があること」、「サービスのアウトプット(成果)のみならず、サービスが提供されるその過程での『時間』という要素が重要であること」、「サービスの評価において、受け手の満足度や提供者に対する信頼など、受け手側の要素が重要な意味をもち、またそれがサービスのアウトプット(成果)にも影響を及ぼすこと」をあげている(140-141ページ)。
- 17) 鷺田(2006)は、「待つ」という行為や感覚からの認識を臨床哲学の視点から考察している。また、拙稿(2004)では、引きこもりの若者たちの自立を応援するNPOの活動を取り上げているが、そこでは元引きこもりの若者がその持っている才能(スローな対応と優しさ)を生かして、高齢者のデイサービスで利用者やその家族に喜ばれている様子を紹介している。これも相手のペースに合わせて「待つ」という行為につながるのではないだろうか。
- 18) 外崎(2003)は、介護福祉士の養成教育を受けている学生が実習場面で出会った「人権侵害と思われる行為についての認識」を調査している。それによると、福祉施設では実習生の目から見て、利用者の人権を侵害していると思われる場面が少なくないことがわかる。
福祉施設において注4)で示したような虐待事件が起こったことは記憶に新しい。その一方で多くの現場の職員が情熱をもって認知症ケアに取り組んでいることも事実である。
- 19) 杉山(2000)は、「対人援助を職業とする場

合、基本的に『感性の豊かさ』は重要な要素」であり、「それはそれまでのその人の生き方の中で培われるもの」、「専門性という形ではなく、対人援助をする人の適性という形であられてくるものである」と述べている（59ページ）。

20) 日本人の雇用機会喪失などへの懸念から受け入れに慎重な厚労省は「人手不足解消というより、貿易政策上の決断」と受け止めている。しかし、将来的な人手不足や規制緩和の観点から、さらなる受け入れ検討を政府に迫る声が高まっている。2006年9月9日付け読売新聞（朝刊）。

参考・引用文献

- 赤坂 浩（2006）「認知症をめぐる状況と認知症対策の推進について」『日本認知症ケア学会誌』（5巻1号）68-74ページ
- 大森 編（2002）『新型特別養護老人ホーム個室・ユニットケアへの転換』中央法規
- 小澤 勲・土本亜理子（2004）『物語としての痴呆ケア』三輪書店
- 小澤 勲（1998）『痴呆性老人からみた世界』岩崎学術出版
- （2003）『痴呆を生きるということ』岩波新書
- （2005）『認知症とは何か』岩波新書
- 介護労働安定センター（2006）『介護労働の現状』
- 加藤 仁（2001）『介護を創る人びと—地域を変えた宅老所・グループホームの実践—』中央法規
- クリスティーン・ボーデン著、桧垣陽子訳（2003）『私は誰になっていくの？—アルツハイマー病者からみた世界』クリエイツかもがわ
- クリスティーン・ブライデン著、馬籠久美子・桧垣陽子訳（2004）『私は誰になっていく—痴呆とダンスを』クリエイツかもがわ
- 高齢者介護研究会（2003）『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—』
- 後藤純一（2003）「東アジアの国際労働移動と日本の外国人労働者問題」（財）国際通貨研究所『東アジア研究会報告書（財務省委嘱）』83-93ページ
- 小宮英美（1999）『痴呆性高齢者ケア—グループホームで立ち直る人々』中公新書
- 佐藤弥生・外崎紅馬（2006）「認知症対応型共同生活介護におけるケアの効果の評価」『介護福祉学』（13巻2号）248-254ページ
- 若年認知症家族会編（2006）『若年認知症—本人・家族が紡ぐ7つの物語』中央法規
- 杉山孝博・高橋誠一編（2005）『小規模・多機能サービス拠点の本質と展開—認知症高齢者が住み慣れた地域で生きること支援する』全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）
- スー・ベンソン編・稲谷ふみ枝他監訳（2005）『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
- 総合ケアセンターサンビレッジ編（2006）『「尊厳を支えるケア」をめざして』中央法規
- 杉山貴要江（2000）『社会福祉と専門性』税務経理協会
- 高橋誠一（2004）「痴呆のある人の暮らしのあり方」『Quality Nursing』（10巻10号）19-24ページ
- 竹内孝仁（2005）『認知症のケア—認知症を治す理論と実際』年友企画
- 辻哲夫・外山義他（2000）『ユニットケアのすすめ』全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）
- 外崎紅馬（2003）「福祉施設における人権侵害の構成要素に関する研究—学生の意識分析からの考察—」『介護福祉学』（10巻1号）41-48ページ
- 外山 義編著（2000）『グループホーム読本—痴呆性高齢者ケアの切り札』ミネルヴァ書房
- （2003）『自宅でない在宅—高齢者の生活空間論』医学書院
- トム・キットウッド著・高橋誠一訳（2005）『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
- 内閣府（2006）『高齢社会白書』ぎょうせい
- 日本介護福祉士会（2005）『外国人労働者の受入れを巡る考え方について』
- 広井良典（1997）『ケアを問い直す—〈深層の時間〉と高齢化社会』ちくま新書
- （2000）『ケア学—越境するケアへ』医学

書院

藤沢嘉勝・横田修（2004）「グループホームケアの現状と限界，および将来の可能性」『Cognition and Dementia』（3巻2号）44-49ページ

呆け老人をかかえる家族の会編（2004）『痴呆の人の思い，家族の思い』中央法規

本間 昭（2005）「わが国における認知症ケアの実態」『老年精神医学雑誌』（16巻10号）1107-1112ページ

認知症介護研究・研修東京センター他編（2005）『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

認知症介護研究・研修東京センター監修（2005）『認知症介護実践研修テキストシリーズ2．新しい認知症介護—実践リーダー編』中央法規

三浦文夫監修（2002）『痴呆性高齢者ケアの経営戦略—宅老所，グループホーム，ユニットケア，そして—』中央法規

三好春樹（2003）『痴呆論—介護からの見方と関わり学』雲母書房

———（2005a）「介護の町内化とエロス化を」川本隆史編『ケアの社会倫理学』有斐閣，203-223ページ

———（2005b）『介護の専門性とは何か』雲母書房

安留孝子（2004）「若者政策への新たな視点—『働くこと』の意味の変容への対応」『週刊社会保障』No.2281，法研，50-53ページ

———（2006a）「一体型ケアの効果と今後の課題」『流通経済大学社会学部論叢』（16巻2号）83-101ページ

———（2006b）「認知症高齢者と知的障害者が暮らす『共生型グループホーム』について」『流通経済大学社会学部論叢』（17巻1号）69-88ページ

山口晴保編著（2005）『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント』共同医書出版社

鷺田清一（2006）『「待つ」ということ』角川学芸出版