

認知症ケアの変化と介護福祉士養成教育 — 教科書の記述における感情規則に焦点をあてて —

岡 京 子

A View of a Change in Care for the Elderly with Dementia and Care Work Education ; Focusing on 'Feeling Rules' Seen in the Textbooks

Kyoko OKA

キーワード：認知症ケア，変化，介護福祉士養成教育，感情規則

概 要

近年，集団を対象としたケアから個別ケアへ，また介護者視点から当事者視点へと急激に変化している認知症ケアについてその変化を概観した。ケアのありようが変わったことで，介護者は認知症高齢者に対してより深く自己を関わらせる必要性が生じている。それに伴って，介護福祉士養成教育テキストにおいても当事者に思いを馳せることが容易になるような記述や，望ましい介護者の態度としての感情規則を提示する内容が増加しつつある。今後より強化されていくであろう介護者の感情労働を支えるための方策が，介護現場のみならず養成教育の場でも必要である。

1. はじめに

1970年以降，社会福祉サービスやそれを支える人材の量的確保としての施策が進められてきた。その中で介護福祉士資格も創設され，その業務の範囲は「身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴，排泄，食事その他の介護を行い，並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う¹⁾」と定められている。

一方，2003年6月に出された厚生労働省老健局長の私的研究会報告書「2015年の高齢者介護」では「尊厳を支えるケアの確立」が謳われ，そのために「認知症介護を高齢者介護の標準とする」という提言がなされた。認知症ケアを「特殊」から「一般」へ転換しようという提言である。

さらに本年7月，厚生労働省社会・援護局の報告書として「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—」がまとまった。そこでは「認知症の増加をはじめとして，知的障害，精神障害，発達障害のある者への

対応など，従来の身体介護だけでは対応できないニーズが増大しており，入浴，排泄，食事の介護が中心と考えられていた介護から，心理，社会的なケアのニーズも踏まえた全人的なアプローチが求められている²⁾」として，介護福祉士の業務の範囲が変化していくことが指摘されている。

本稿では，認知症ケアが大きく転換する時代背景を確認しながら，それによって介護福祉士の働き方がどのように変わり，それが養成教育にどう影響しているのかを主題として整理したい。その際，ホックシールドが提示した感情労働という概念を用いる。また，介護福祉士養成における教授内容の変化については，当事者視点への移行とそれに伴って示される介護者の感情規則に焦点をあてる。

2. 認知症理解の変化とケア

わが国の認知症高齢者対策は，1980年代始め頃までは，精神保健や医療の中での対策が主流であった。1980年代後半から福祉分野の中に位置づけられ，介護との関わりをもって示されるようになったのは1990年代になる頃である。（表1）

永田は認知症ケアの成熟の歴史として8つの段階を紹介している³⁾。それによるとケアに対する理念が皆無で，関わりの大変な行動を制限していた「ケアなき

(平成18年9月28日受理)

川崎医療短期大学 介護福祉科

Department of Care Work, Kawasaki College of Allied Health Professions

表 1 近年における介護職と認知症ケア

年代	社会制度・背景	介護職に関する制度等	認知症ケアに関する特記事項
1963 (S38) 年	老人福祉法制定 特別養護老人ホーム誕生 家庭奉仕員派遣事業明記 (低所得者対象)	<家庭奉仕員の資質> 老人福祉に理解と熱意を持ち、家事、介護の経験、相談援助の能力を持っていれば誰でも可能、資格・研修不要、主婦の経験があれば可能。 家族機能の補完、奉仕の精神を強調	
1969 (S44) 年	家庭奉仕員派遣対象を寝たきり老人へも拡大		
1970 (S45) 年	高齢化社会になる。(高齢化率7%超) 「社会福祉施設緊急整備5ヵ年計画」	S40年代、50年代に施設介護におけるケア内容の向上が目指された。 ex) オムツはずし、寝食分離	1972年「恍惚の人」ベストセラー
1976 (S51) 年	5月朝日新聞の記事 「…これといった資格も技能もいらず、日常の家事経験がそのまま生かせる上時間的な拘束もないので、主婦達にはやりがいのある仕事…」(主婦の社会活動の機会)		1977年老人精神病棟の施設・整備設備の拡充
1979 (S54) 年		全国社会福祉協議会 ・「福祉寮母」資格研修 ・在宅でのホームヘルプサービスは、非専門的と規定	1980年「ぼけ老人を抱える家族の会(現：認知症の人と家族の会)」結成
1982 (S57) 年	老人保健法制度	家庭奉仕員採用時研修：70時間	公衆衛生審議会「老人精神保健対策に関する意見」；痴呆性老人を在宅福祉、在宅ケアのなかで位置づけるという方向。
1983 (S58) 年	老人保健法による認知症高齢者への訪問指導		1984年厚生省社会局長通知「痴呆性老人処遇研修事業の実施について」；痴呆性老人を専門的に入所させる「基幹ホーム」を指定し、処遇の改善を図る。
1986 (S61) 年	老人保健法の改正により、老人保健施設誕生 3月中の朝日新聞：「介護」記事4件のみ	1985-87年日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡会委員会報告書「社会福祉におけるケアワーカーの専門性と資格制度について」：専門性とは、倫理性、役割、社会福祉制度への理解、家政学の成果を組み入れた家事援助、医療関係者とチームワークを組めるだけの能力	厚生省痴呆性老人対策推進本部の設置
1987 (S62) 年	「社会福祉・介護福祉士法」制定 →介護職の国家資格化	家庭奉仕員講習会推進事業 360時間	
1988 (S63) 年		介護福祉士養成始まる。 専門教科18、基本的に2年課程(1500時間)	厚生省保健医療局通知「老人性痴呆疾患治療病棟及び老人性痴呆疾患デイケア施設の施設整備基準について」
1989 (H元) 年	「高齢者保健福祉推進十ヵ年計画(ゴールドプラン)」		
1990 (H2) 年	福祉関係八法改正	家庭奉仕員→名称変更「ホームヘルパー」	
1991 (H3) 年		ホームヘルパー養成 1～3級が多段階研修システムに、	公衆衛生審議会「地域精神保健対策に関する中間意見」 有志によるグループホームの開設始まる。
1992 (H4) 年	老人訪問看護事業の実施		65歳未満の初老期痴呆患者老人保健施設への入所が可能に。デイサービスセンターE型(痴呆性老人毎日通所型)創設。
1983 (H5) 年		日本介護福祉士会設立	
1994 (H6) 年	高齢社会になる。(高齢化率14%超) 新ゴールドプラン、地域保健法の成立		1996年頃～特養、老健でのユニットケアが始まる。
1997 (H9) 年			痴呆対応型老人共同生活援助事業(痴呆老人向けグループホーム)の創設
1999 (H11) 年	ゴールドプラン21		
2000 (H12) 年	介護保険制度/社会福祉の基礎構造改革 ・措置から契約へ、(自己責任原則) ・身体拘束禁止/自立支援 ・高齢者福祉サービスと医療サービスの統合 ・ケアマネジメントのシステム化 ・地域福祉の推進 成年後見制度	介護福祉士養成教育改定 ・人権尊重、自立支援、コミュニケーション、医学知識の重視 ・訪問介護実習の義務付け ・総時間数1650時間	
2001 (H13) 年	3月中の朝日新聞：「介護」記事500件超		高齢者痴呆介護研究センター(全国3ヶ所)にて痴呆介護実務者研修開始
2002 (H14) 年			新型特養(全個室、ユニットケア)創設。
2003 (H15) 年	「2015年の高齢者介護」		「痴呆」にかわる用語として「認知症」と通達(厚生労働省老健局長)
2004 (H16) 年			
2005 (H17) 年	介護保険法等の一部を改正する法律	社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」；将来的に介護職員の基礎資格を「介護福祉士」に統一。	痴呆介護実務者研修→認知症介護実践研修に移行
2006 (H18) 年		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」	

文献5), 17) を参考に作成

ケアの時代」から、「問題対処型ケアの時代」を経て、1980年前後になり「文脈探索型のケア」や「本人の可能性指向型ケア」が始まった。さらに1980年代半ばからは「環境アプローチの時代」となり、1990年頃になると「ノーマライゼーション/人権擁護のケアの時代」へとケアの視点が変化してきた。そして現在は認知症があって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、家族を含むその人の求めることの全体を模索していく「全人的ケアの時代」へと広がってきた。今後は認知症ケアが「特殊から一般へ」とさらに広がる時代にすべきだというのが永田の主張である。

では、その背景となる認知症の理解の変化というのは、どのようなものであったのだろうか。1988年の介護福祉士養成テキストによると、認知症の構造は図1のように説明されている。当時は、中核症状・周辺症状という構造化がなされておらず、記憶の障害、知的障害、人格的障害、感情的障害、行動面の障害は一括して「痴呆（ぼけ）症状」と記述されていた⁴⁾。さらに、1999年の石倉の著書では図2のように説明されている。図に示された「第二レベル」を「中核症状」、「第三レベル」を「周辺症状の基盤」と説明しているが、それぞれは並列して描かれている。「第四レベル」に働きかけるケアのありようで、「第三レベル」ひいては「第二レベル」にも影響があるのではないかと説明されている⁵⁾。この後、2002年に永田は図3を用いてケアの重要性を示した。中核症状から周辺症状を引き起こし、さらにパニックに至るのは、内的・外的環

境を整えるべきケアの不適切さによるとしたものである⁶⁾。現在、認知症介護実践研修テキストにおいては図4のように提示されている。すなわち、「認知症の基本障害」までは、認知症という疾病に直結し、「認知世界のズレと不連続性」が起こるが、それに対して適切な環境の提供と適切な対応がなされないならば、誰であっても「問題となる行動や心理状態」が生じて当たり前であるというモデルである⁷⁾。適切な環境と適切な対応といった「ケアのありよう」が、厳しく問われるようになったということは、まさしく感情労働の深化と捉えることができるのではないだろうか。

ホックシールドはそれまでの「肉体労働」と「頭脳労働」に加え、「感情労働 emotional labor」という概念を提示した。それは、①対面あるいは声による顧客との接触が不可欠である、②他人のなかに何らかの感情変化を起こさせなければならない、③雇用者は、研修や管理体制を通じて労働者の感情活動のある程度支配する、という特徴をもち、職務内容として適切な感情表現や感情の状態をつくるための感情管理を伴う労働である。感情管理とは、ある状況において「感じるべきこと＝感情規則」に則って自分の感情を管理することを指す。人間は様々な場面で感情管理を行っているが、私的文脈におけるその行為は「感情作業 emotional work」と呼び、賃金と交換される「感情労働」と区別されている。感情労働の場では、感情を労働の道具として管理することで、個人がその自然な感情から疎外されてしまうという危険性を孕んでいる。

認知症高齢者へ「適切な環境と適切な対応」を実現しようと登場したものが、介護保険制度に組み込まれた「認知症高齢者グループホーム」や全室個室・ユニットケア実施の「新型特養」である。10人程度の少規模ケアの中で、認知症高齢者の個性を知り、より柔軟な「心を汲むかわり」をすることが、認知症高齢者の心を落ち着かせ穏やかな生活を作り上げる。ここでのケア労働は、その都度の利用者の感情に対して臨機応変かつ即応的に、しかも

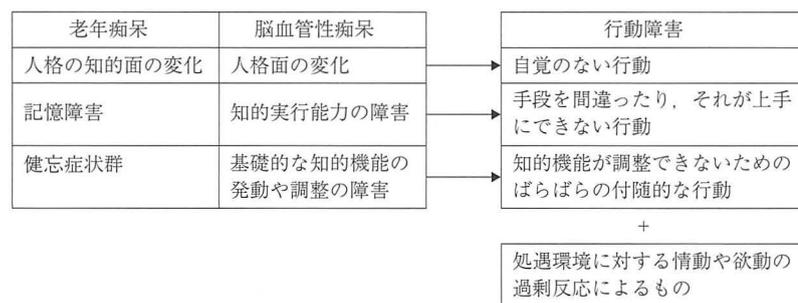


図1 痴呆の構造（室伏君士，文献⁴⁾より作成）

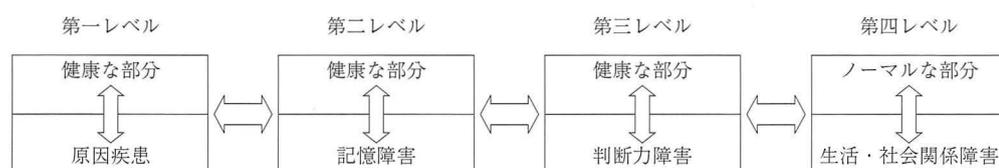


図2 痴呆による障害の4つのレベルと相互関係（石倉康次，文献⁵⁾）

相互の信頼を作り出すような介護者の感情の表出を、長期的、継続的に行わなければならない。認知症理解の変化に伴うケアの場の変化

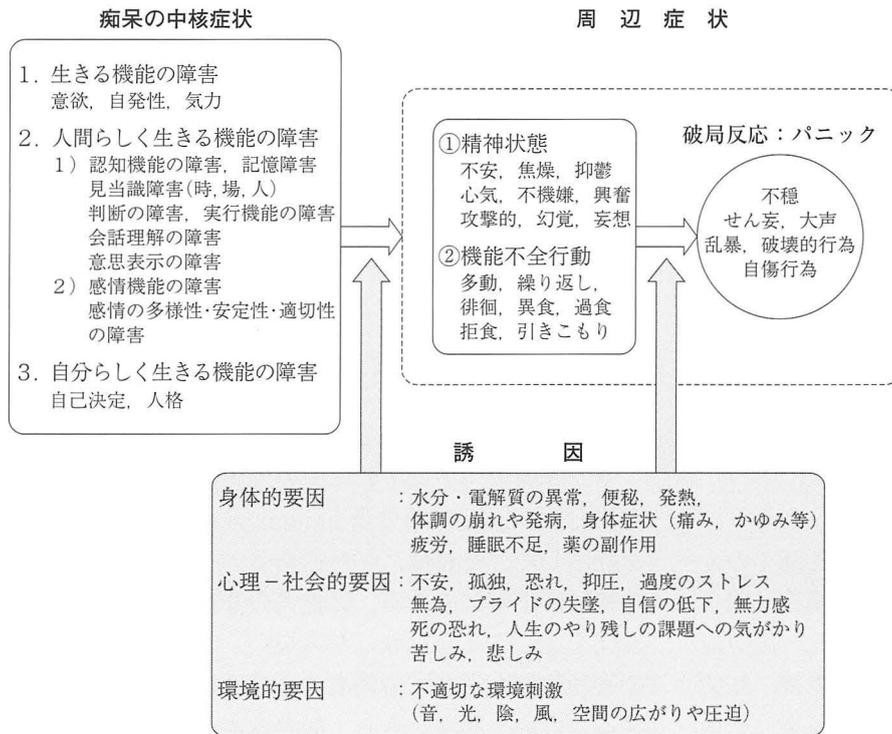


図3 痴呆の中核症状と周辺症状一増悪をまねく多様な要因の関与一 (永田久美子, 文献⁶⁾)

は, 介護福祉士の感情労働をさらに深化させていく。

一方で, 感情労働の側面のみならず, 認知症高齢者の身体能力の衰えにより身辺介護が増してくることから, そこでの介護は身体的にも負担が増しているとの報告もある⁸⁾。このことについては, 今後さらに詳細に検討する必要がある。

3. 教科書の記述にみる認知症ケア

次に介護福祉士養成教育に使用されている教科書「(障害)形態別介護技術」の内容の変化を追ってみる。教科書は広く使用されている福祉士養成講座編集委員会編, 中央法規出版の「介護福祉士養成講座シリーズ⑭」を用いた。「(障害)形態別介護技術」については1988年の初版から5回の改訂がなされている^{4), 9-13)}。初版と執筆者の交代した三訂, カリキュラム改正後の新版, 新版第2版及び2006年の最新版の5冊について検討する。

初版は精神科医と看護職の分担執筆であり, 三訂からは交代した看護職が執筆している。

(1) 初版にみる医療指向

初版では, 認知症が疾病として病理学的に説明されているほか, 「障害の原因, 仕組み, ありようをよくわきまえた, 作業療法的リハビリテーションや介護が必要になる」, 「薬物治療で治る範囲」のものもある, 「薬

物療法や行動抑制, 事故防止の対策などは, むしろ補助的なものといえなくもない」といった記述がある。これらのことは, 当時においては医療的かつ, 介護する側からの保護的な色彩の強いケアであったことがうかがえる。

(2) 介護者視点から当事者視点へ

初版では, 前述したようにまだ中核症状・周辺症状という概念が示されていない中で, それらが交ぜになった記述がされている。認知症の症状を「欠点」と表現し, 「老人性もの忘れの悪性型」という表現で記憶障害を紹介している。また, 現在では認知症になっていく当事者の苦悩

が様々な場で紹介されているが, 初版では脳血管性痴呆の項でまだ痴呆の説明として「障害に対して困惑や苦痛あるいは弁解などを示し, 悩む者が認められ」と1行触れられているのみである。全体を通して症状の解説において侮蔑的な表現がみられるが, 一例として「健忘症候群」の項に以下の記述がある。

このように「時」に対して無自覚・無関心なので, 過去(ひどい場合は結婚以後)もなく, 特に未来(明日以後)がなく, 予測が困難であり, 更に目標が持てない。したがって目的的で刹那的で, 「今」に生きているといえる。またこのような老人は, 時間の経過や年代的な順序を把握することが困難になっている。更に健忘期間(忘れ去った間)に得た知識や体験まで脱落したりするので, 以前のことが分からないため, 現在のことについて, 因果の関連づけ, 比較, 振り返り(反省), 批判ができない。したがって矛盾や質問(疑問)がなく, 判断が悪く論理的でなくなるので, 理解や認識も悪くなっていく。

介護福祉士として認知症高齢者に向かい合うにあたって「目的性, 刹那的」「矛盾や質問がない」という捉え方は, 高齢者の人権に十分配慮しないままその場限りの対応でも構わないとの認識を抱かせる危険性がある。初版では他にも周辺症状によって迷惑をこうむるという介護者中心の視点をうかがわせる表現が見ら

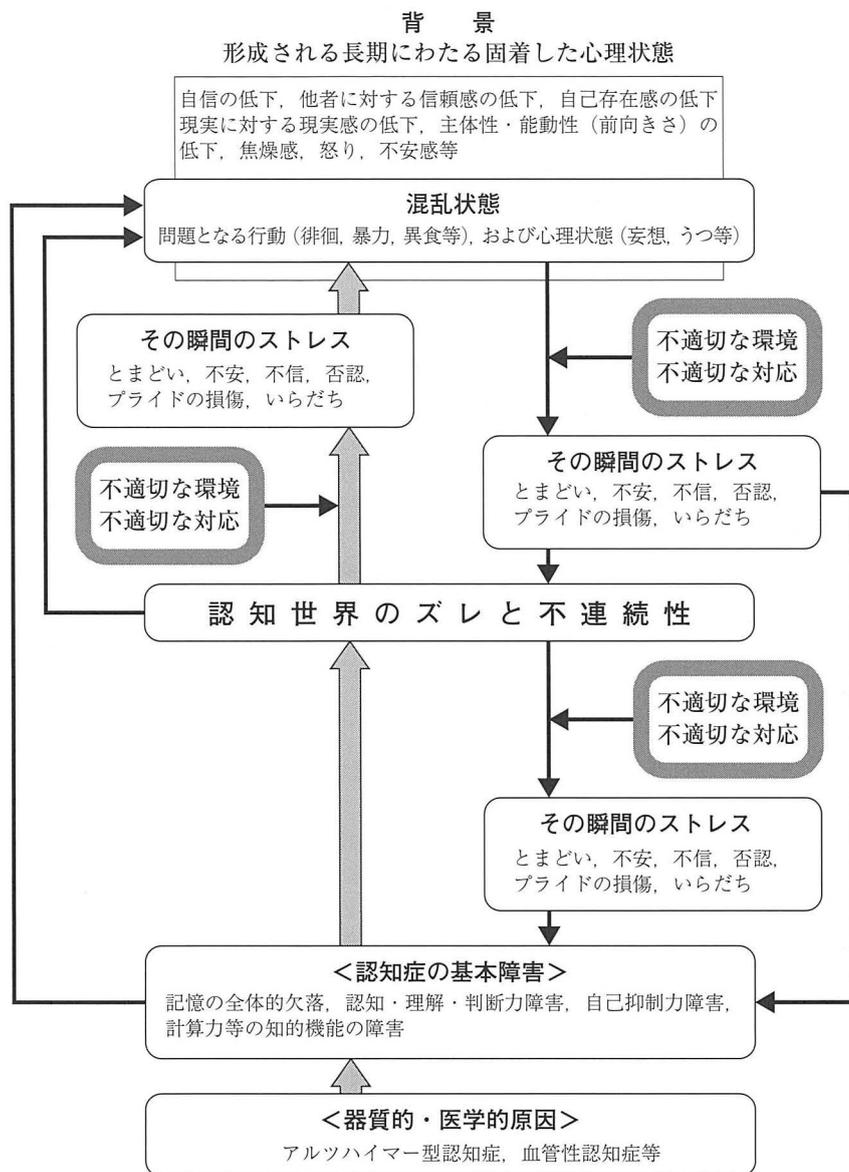


図4 認知症の高齢者のとらえ方に関するモデル(中島健一, 文献⁷⁾)

れる。三訂では以下の記述に変わる。

痴呆性老人は寸前の出来事を忘れてたり、また時間や季節、自分のいる場所や周囲との関係が曖昧になったりする。つまり「過去・現在・未来」のつながりが不明確ななかで生きていることになる。また病状の進行に伴って介護者や周囲の人の言葉も理解できなくなる。しかし、すでに述べたが感情はかなり痴呆状態が進行しても保たれているために、不安感や焦燥感(いらいら)、緊張や混乱、防衛反応などを起こしやすい。これらのストレスはいくつも重なって起こる。痴呆性老人はストレスを避ける方法がわからない。またこれらのストレスを軽減する方法もわからないうえに、介護者や周囲の人に正しく伝えて理解してもらうこともでき

ない。そのためさまざまな言動で表現する。

このような記述によって介護者は一人の認知症高齢者の人としての不安や生きづらさに思いを寄せることが可能になる。

三訂以降において、認知症高齢者をどのような視点から捉えているかという表現については、微妙に変化し続けている。最新版では「妄想で苦しむ人」「攻撃性の影に『助けを求めている』高齢者」といった表現が採用されている。これらは当事者の「人としての尊厳」を中心にすえた視点への変化であろう。そして、こういった視点の変化に呼応するように増えてくる表現が、介護者の関わりが認知症高齢者に及ぼす影響についての警告である。

(3) 介護者の感情規則について

初版では、「問題行動への基本的態度」の項に以下の記述がある。

家族や周囲の人(施設で介護をする人を含む)が、老人の行動をどう受け止め、感じ、考えるかということが、老人の行動を問題視するかどうかの大きな分かれ目となる。<中略>その老人が何とか生きていこうとする態度やふるまいとして問題行動を受け止め、この老人の生き方と心得て、受容し理解して対応してい

くと、道が開ける。

周辺症状で困惑している認知症高齢者の行動障害をそのまま受容しようとするのが果たして安心につながるのか、現在の認知症理解から考えれば疑問である。他にも「老人に合わせながら」「その心(心理)に添って」「好ましい点を認めて、それにふさわしい対応をする」といった基本的態度に関わる重要点においても、抽象的な表現が見られるのみである。「間違いを侮べつ、しつ責、矯正しない」「プライドを傷つけない」「めんどうがらず…」という表現がわずかに、具体的なケアに示唆を与えている。

また、初版の「痴呆性老人の介護の原則」においては、「老人の言動を受け止めて理解する」「なじみの仲

間を作る」「老人のペースに合わせる」等、現在の認知症理解の視点から見ても適切な記述がなされている。しかし、当事者の自尊感情を支えるといったような根拠が示されていないため、学習者にとっては体系的に考えることが困難となる可能性がある。

三訂以降の3冊では、「痴呆性老人（高齢者）の基本的理解と介護」の冒頭に「介護の目標」という項がおかれ、以下の文で締めくくられている。

介護者は優しく、忍耐強く、柔軟で臨機応変な言動がとれること、また創造性があり、個々の痴呆性老人（高齢者）が安全にその人らしく生きていけるための工夫ができることが求められる。

最新版では、「介護の目標」の項はなくなっているが、学習を開始する学生達に、まず優しさと忍耐強さ、柔軟性と創造性を持つことを規範として提示しているのである。

さらに三訂以降では認知症高齢者の自尊心を支えることが強調され、自尊心を傷つけることで周辺症状の悪化に拍車をかけることが述べられている。「言葉だけでなく優しいしぐさや温かいまなざし…」といった望ましい態度・感情を示す記述、「真っ向から否定すると混乱する」「試す言葉かけをしてはならない」という介護者としての不適切な態度・感情を示す記述といった介護者の感情規則についての記述は、版を重ねるごとに増加している。すなわち三訂では12か所の記述であったものが、最新版では26か所に増えている。

4. ま と め

認知症ケアが一般化されていく状況においては介護者の感情管理はより重要となってくる。初めての実習で認知症高齢者に出会い、その後授業を受けた学生たちの中には、認知症高齢者に対する自分自身の態度を省みて罪悪感を抱く学生もいれば、安易に施設職員批判をする学生も存在する。多くの感情規則を示され、自分自身がその期待に応えられるかどうか不安を抱いたり、介護者としての適性がないと感じてしまう危険性も否定できない。反対に、実習を通し心を込めた対応で信頼関係を築くことができ、「認知症高齢者が大好き」と語る学生も存在する。このことに関しては実習での体験とその意味づけについての詳細な検討をする必要があると考えている。

今後はケア現場のみならず養成教育においても、介護者の高度な感情労働を視野に入れ、それを支える方

策について考える必要がある。それは、具体的にはケアチーム内での効果的な介護者同士の支えあいについて考えたり、自分自身の感情操作に思いを馳せることができるような授業の工夫であろうかと考えている。

引用・参考文献

- 1) 社会福祉士・介護福祉士制度研究会：第3次改訂 社会福祉士・介護福祉士関係法令通知集，東京：第一法規出版，p. 4, 2000.
- 2) 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，厚生労働省，p. 9, 2006.
- 3) 永田久美子：これからの痴呆ケア，「図解痴呆バリアフリー百科」日比野正巳，佐々木由恵，永田久美子，東京：阪急コミュニケーションズ，pp. 16—21, 2002.
- 4) 室伏君士，岩永美代子：痴呆性老人の介護，「介護福祉士養成講座⑭障害形態別介護技術」福祉士養成講座編集委員会編，東京：中央法規出版，pp. 75—106, 1988.
- 5) 石倉康次：形成期の痴呆老人ケア，京都：北大路書房，pp. 1—15, 1999.
- 6) 前掲3)，pp. 54—62.
- 7) 認知症介護研究・研修東京センター監修：新しい認知症介護—実践者編—，東京：中央法規出版，pp. 9—21, 2005.
- 8) 上野千鶴子他：住民参加型地域福祉の比較研究，2005年度東京大学 社会学研究室 建築学研究室，pp. 290—302, 2006.
- 9) 室伏君士，岩永美代子：痴呆性老人の介護，「改訂介護福祉士養成講座⑭障害形態別介護技術」福祉士養成講座編集委員会編，東京：中央法規出版，pp. 63—106, 1991.
- 10) 五島シズ：痴呆性老人の基本的理解と介護，「三訂介護福祉士養成講座⑭障害形態別介護技術」福祉士養成講座編集委員会編，東京：中央法規出版，pp. 46—66, 1997.
- 11) 五島シズ：痴呆性高齢者の基本的理解と介護，「新版介護福祉士養成講座⑭形態別介護技術」福祉士養成講座編集委員会編，東京：中央法規出版，pp. 47—67, 2001.
- 12) 五島シズ：痴呆性高齢者の基本的理解と介護，「新版介護福祉士養成講座⑭/第2版 形態別介護技術」福祉士養成講座編集委員会編，東京：中央法規出版，pp. 47—82, 2003.
- 13) 五島シズ：認知症高齢者の基本的理解と介護，「新版介護福祉士養成講座⑭/第3版 形態別介護技術」福祉士養成講座編集委員会編，東京：中央法規出版，pp. 47—85, 2006.
- 14) A.R. ホックシールド著 石川准訳：管理される心，東京：世界思想社，2000.
- 15) 春日キスヨ：高齢者介護倫理のパラダイム転換とケア労働，思想 No. 955：216—236, 2003.
- 16) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護，厚生労働省，2003.
- 17) 笹谷晴美：ケアワーカーの養成課程におけるジェンダー課題，平成14年度—16年度科学研究費補助金基礎研究（C）研究成果報告書，2005.