

**認知症介護における  
ストレス対策研修に関する研究会  
報告書**

**平成 30 年 3 月**

**公益財団法人介護労働安定センター**

# 目次

---

はじめに

## 第1章 認知症介護の基礎知識

(1) 認知症の理解 .....	1
ア 認知症の現状・施策 .....	1
イ 認知症の原因疾患 .....	5
ウ 認知症の主な症状 .....	8
(2) 認知症介護の理解 .....	10
ア 認知症介護の理念 .....	10
イ 認知症介護の基本 .....	12

## 第2章 認知症介護のストレスの現状

(1) 「介護労働者のストレスに関する調査」(平成28年度介護労働実態調査(特別調査)) .....	17
ア 調査の目的 .....	17
イ 調査方法 .....	17
ウ 調査の概要 .....	17
(2) 認知症介護の現場事例 .....	25
ア グループホームの事例 .....	25
イ 特別養護老人ホームの事例 .....	38
ウ 特別養護老人ホーム職員ヒアリング .....	50
エ 認知症介護職員アンケート結果 .....	61
(3) 認知症介護における介護職員のストレス .....	68
ア 認知症介護に特有のストレス .....	68
イ ストレスを感じやすい認知症介護の場面 .....	74

### 第3章 ストレスとその対処法

(1) ストレスによる心身の変化.....	77
ア ストレス学説.....	77
イ 職業性ストレスとレジリエンス.....	77
ウ 労働に伴うストレス.....	78
エ ストレスによる心身の変化（ストレス反応）.....	78
(2) ストレスへの対処法（医学的見地から）.....	79
ア バイオ（生体）-サイコ（心理）-ソシオ（社会）の観点から （bio-psycho-social model）.....	79
イ うつ病の基本的理解.....	79
ウ ストレスと精神（脳）作業疲労.....	80
エ ストレスへの対処（コーピング）.....	80
オ レジリアンスとストレス対処.....	83
(3) ストレスへの対処法の実際（心理学的見地から）.....	95
ア ストレス軽減および予防対策目的トレーニング.....	95
イ カウンセリング.....	99
ウ レクリエーション.....	100

### 第4章 認知症介護のストレス対策のための研修

(1) 研修の基本的な考え方.....	103
ア 研修の目的.....	103
イ 研修の種類.....	103
ウ 研修プログラムⅠ【基礎編】の狙いと意義等.....	103
エ 研修プログラムⅠ【応用編】の狙いと意義等.....	105
オ オプションプログラム「緊張緩和と自己理解のためのエゴグラム」の狙いと意義等.....	107
(2) 研修プログラム.....	108
ア 2つの研修プログラムと1つのオプションプログラム.....	108
イ 研修プログラムⅠ【基礎編】.....	108
ウ 研修プログラムⅡ【応用編】.....	113
エ オプションプログラム.....	114

むすび.....	115
----------	-----

委員名簿.....	118
-----------	-----

資料編.....	119
----------	-----

#### 認知症介護職員アンケート

調査票.....	121
----------	-----

アンケート調査結果（抜粋）.....	124
--------------------	-----

アンケート調査結果 自由記述回答.....	128
-----------------------	-----

はじめに

我が国の高齢者（65歳以上）人口は、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年には3,677万人になると見込まれています。高齢者人口の増加に伴い認知症を発症する人も増加し、2025年には1,300万人以上が認知症及びその予備群（認知症：730万人、軽度認知症（MCI）580万人）になると予測され、日本は未曾有の「認知症社会」へ突入することになります。

「超高齢社会」「認知症社会」を支える介護サービスはますます需要が拡大する一方、介護労働者の不足は深刻な状況が続き、介護人材の確保が重要な課題となっています。

介護労働安定センターでは、平成28年度に、介護労働者が仕事上抱えるさまざまなストレスについて調査を行いました。その結果、労働者のストレスがバーンアウト（燃え尽き症候群）を引き起こし離職意向に強く影響することが明らかになりました。また、具体的なストレス内容についての質問では、3分の1以上の方が「認知症の入居者への対応が難しい」と回答していることから、介護労働者の雇用管理改善を進める上で、認知症介護に関するストレス軽減はたいへん重要であることがわかりました。

こうしたことから、ストレスが原因となる離職の防止・人材定着を図ることを目的に、介護職員が認知症介護によるストレス軽減のための対応方法を具体的に学ぶことのできる研修カリキュラムを策定するため、学識経験者等による研究会を当センターに設置し調査研究を行いました。

この研究成果が、介護労働者が生き生きと働くことのできる職場環境の整備、介護人材の確保・定着に役立ち、介護業界の健全な発展に寄与できれば幸いです。

最後になりますが、調査研究の各段階でご協力いただいた関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

平成30年3月

公益財団法人介護労働安定センター  
理事長 久志 実

# 第1章 認知症介護の基礎知識

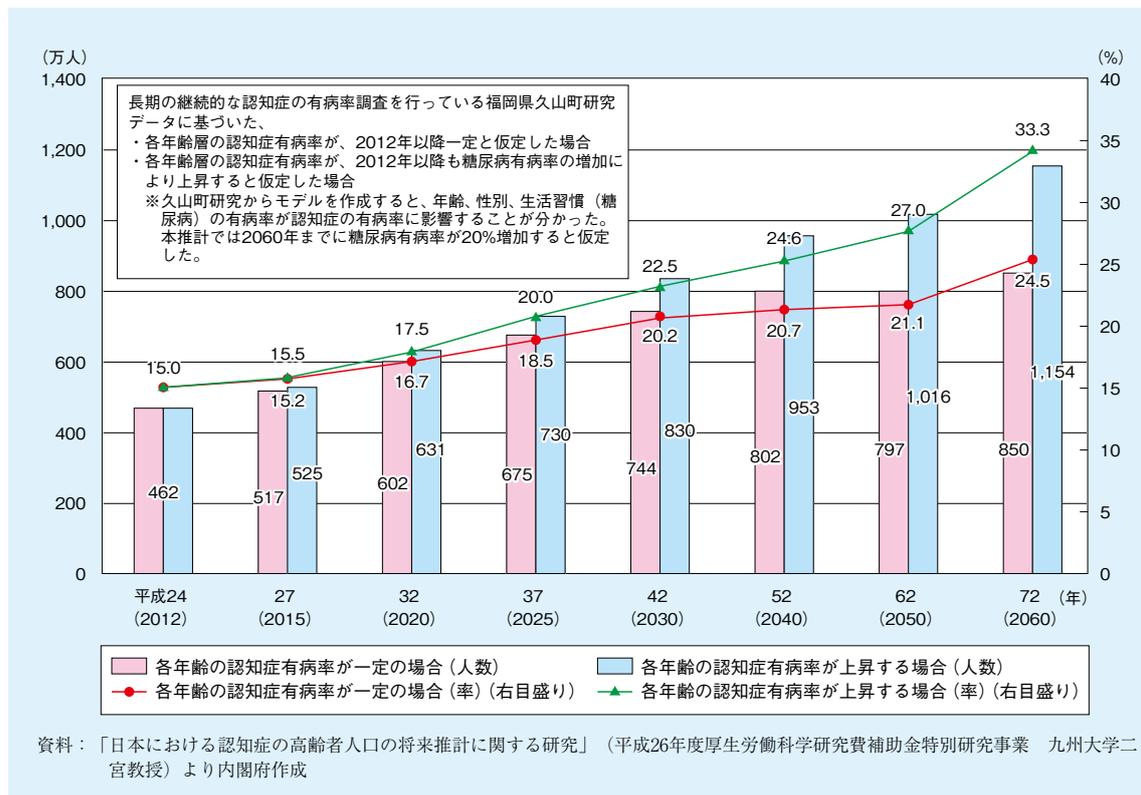
## (1) 認知症の理解

### ア 認知症の現状・施策

#### (ア) 認知症の現状

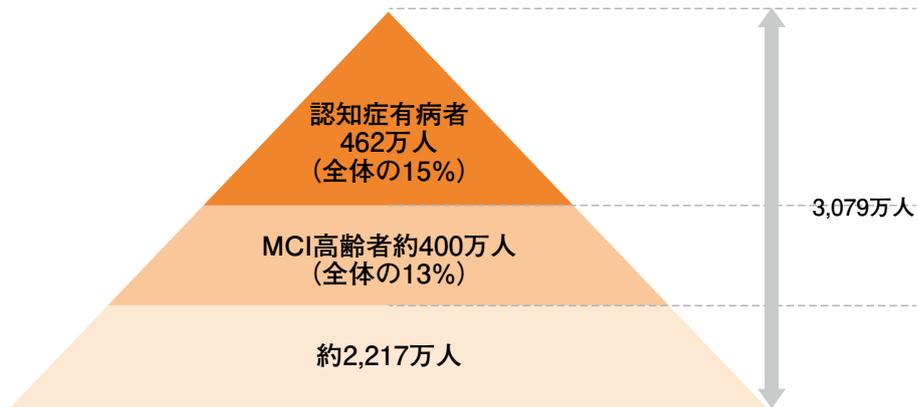
内閣府の平成29年版高齢社会白書から65歳以上の認知症高齢者数と有病率の将来推計についてみると、平成24(2012)年は認知症高齢者数462万人と、65歳以上の高齢者の約7人に1人(有病率15.0%)であったが、高齢化の進展に伴い、今後、認知症の人はさらに増加が見込まれており、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年には、認知症の人は約730万人程度になり、高齢者に対する割合は、現在の約7人に1人から約5人に1人に上昇することが見込まれている。

65歳以上の認知症患者の推定者と推定有病率



また、正常と認知症との中間の状態である軽度認知障害(MCI)と推計される約400万人を合わせると、高齢者の約4人に1人が認知症の人またはその予備群とされている。

65歳以上の高齢者における認知症の現状（平成24年時点の推計値）



資料：厚生労働省

## （イ）認知症施策

### a オレンジプラン以前

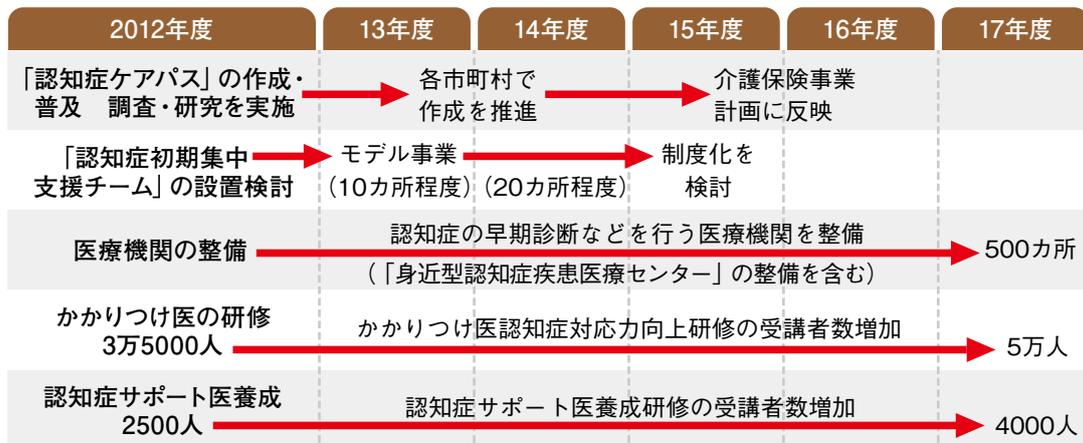
1986（昭和61）年に厚生省は痴呆性老人対策本部を設置し、以来、1989（平成元）年に老人性痴呆疾患センターの創設、1997（平成9）年に、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の制度化、2001（平成13）年には、認知症介護研究・研修センターの開設など、施策の充実を図ってきた。

2004（平成16）年には、「痴呆」から「認知症」へと呼称が変わり、認知症についての理解は、一定程度進んだ。

2006（平成18）年には、介護保険制度においても、認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護などを含む地域密着型サービスを創設し、介護サービスの整備や地域ケア体制の構築による支援も図られた。

### b オレンジプラン

2012（平成24）年6月の「今後の認知症施策の方向性について」において、「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よい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すこととし、具体的な数値目標を定めた「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が2013（平成25）年度から2017（平成29）年度まで実施された。



資料：厚生労働省

オレンジプランの内容は以下の7項目である。

- 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 若年性認知症施策の強化
- ⑦ 医療・介護サービスを担う人材の育成

#### c オレンジプランから「新オレンジプラン」へ

2014（平成26）年11月、「認知症サミット日本後継イベント」が開催された。世界10か国以上から、300人を超える専門家等の参加があり、「新しいケアと予防のモデル」をテーマに、活発な議論が交わされた。このイベントの開会式で安倍内閣総理大臣は、我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定し、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むと宣言した。これを受け、オレンジプランを修正してできたのが「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」で、平成27年1月27日に発表された。

#### d 新オレンジプラン

「新オレンジプラン」は「オレンジプラン」での認知症を支える側の視点だけではなく、認知症の者の視点にも広げ、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。」という考え方を基に7つの柱で策定された。

- (a) 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
  - ・ 認知症サポーター〔累計〕の目標数値を、800万人〔平成29年度末〕
- (b) 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
  - ・ 日常生活における取り組みが、認知機能低下の予防につながる可能性が高いことを踏まえ、サロンや体操教室の開催など、地域の実情に応じた取り組みを推進
  - ・ 認知症の疑いがある人については、かかりつけ医等が専門医、認知症サポート医等の支援を受けながら、必要に応じて認知症疾患医療センター等の専門医療機関に紹介の上、速やかに鑑別診断が行われ、適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進
  - ・ 認知症初期集中支援チームを、2018〔平成30〕年度からすべての市町村に設置
  - ・ 認知症地域支援推進員を、2018〔平成30〕年度から、すべての市町村に配置
- (c) 若年性認知症施策の強化
- (d) 認知症の人の介護者への支援
  - ・ 認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置を推進する
  - ・ 認知症カフェ等を、2018〔平成30〕年度から、すべての市町村に配置
- (e) 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
  - ・ サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど、多様な高齢者向け住まいの確保を支援するとともに、高齢者の生活支援を行う施設の住宅団地等への併設を促進
  - ・ 自動車を運転することができない高齢者等の移動手段として公共交通の充実
  - ・ 独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含め地域での見守り体制整備
- (f) 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、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
  - ・ 認知症の病態等の解明を進め、認知症の早期発見や診断法を確立
  - ・ 認知症の人の自立支援や介護者の負担軽減に資する観点から、ロボット技術や情報通信技術（ICT）を活用した機器等の開発支援・普及促進
- (g) 認知症の人やその家族の視点の重視

## 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）で推進する主なポイント

総合戦略に関連するH27年度予算(案) 約161億円  
 \*消費者被害の防止など、他の事業と一体的に予算計上されているため、総額に含まれていないものがある。  
 \*他に、介護保険サービスの確保で2.6兆円等がある。

### I 医療・介護等の連携による認知症の方への支援

(1) できる限り早い段階からの支援	・医療・介護専門職による認知症初期集中支援チームを、2018(H30)年度までにすべての市町村に配置。(消費税増取分を活用) *現在は41市町村でモデル的に実施 ・認知症の方の声に応え、2015(H27)年度から初期段階認知症のニーズ調査を実施。
(2) 医療・介護従事者の対応力向上	・かかりつけ医向けの認知症対応力向上研修を、2017(H29)年度末までに6万人に実施。等 *現在の受講者目標5万人から引上げ
(3) 地域における医療・介護等の連携	・連携コーディネーター(認知症地域支援推進員)を、2018(H30)年度までにすべての市町村に配置。(消費税増取分を活用) *現在は217市町村でモデル的に実施

### II 認知症の予防・治療のための研究開発

(4) 効果的な予防法の確立	・2020(H32)年頃までに、全国1万人規模の追跡調査を実施。認知症のリスクを高める因子(糖尿病等)やリスクを軽減させる因子(運動等)を明らかにし、効果的な予防法の確立を目指す。 *現在は1町で年間2-3千人規模
(5) 認知症の治療法	・各省連携の「脳とこころの健康大国実現プロジェクト」に基づき、2020(H32)年頃までに、日本発の認知症根本治療薬の治験開始を目指す。

### III 認知症高齢者等にやさしい地域づくり

(6) 認知症サポーターの養成	・正しい知識と理解を持って認知症の方・家族を支援する認知症サポーターを、2017(H29)年度末までに800万人養成。 *現在の養成目標600万人から引上げ
(7) 認知症の方の安全対策	・徘徊等に対応できる見守りネットワークの構築、詐欺など消費者被害の防止等を、省庁横断的に推進。

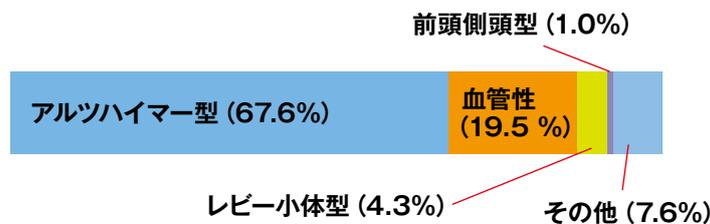
資料：厚生労働省

## イ 認知症の原因疾患

認知症はいろいろな原因で起こる。日本人に最も多いのがアルツハイマー型認知症で、認知症全体の7割近くを占める。次いで、脳出血や脳梗塞が原因で起こる血管性認知症で約2割であり、その他、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などがある。

血管性認知症は脳の血管が破裂したり（脳出血）、詰まったり（脳梗塞）することで脳の組織が死滅して起きるが、他の3疾患では脳にある神経細胞が自ら壊れていくことにより起こり、「変性疾患」と呼ばれる。

認知症の原因疾患 (N=978)



資料：認知症介護情報ネットワーク

## (ア) アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症は、脳にアミロイド $\beta$ というたんぱく質がたまり正常な神経細胞が壊れ、脳萎縮が起こることが原因と言われている。アルツハイマー型認知症の発症にはこれまで加齢や遺伝が関係するということは明らかになっていたが、それに加えて近年、糖尿病や高血圧などの者はそうでない者よりもアルツハイマー型認知症になりやすいことがわかっている。このため、予防には生活習慣の改善が重要であるとされている。

### a 初期（期間2～6年間）

記憶することが難しくなるため、「忘れていること自体を忘れる」ようになる。食べた夕食の内容を忘れていたのではなく、夕食を食べたこと自体を覚えていないといった症状。

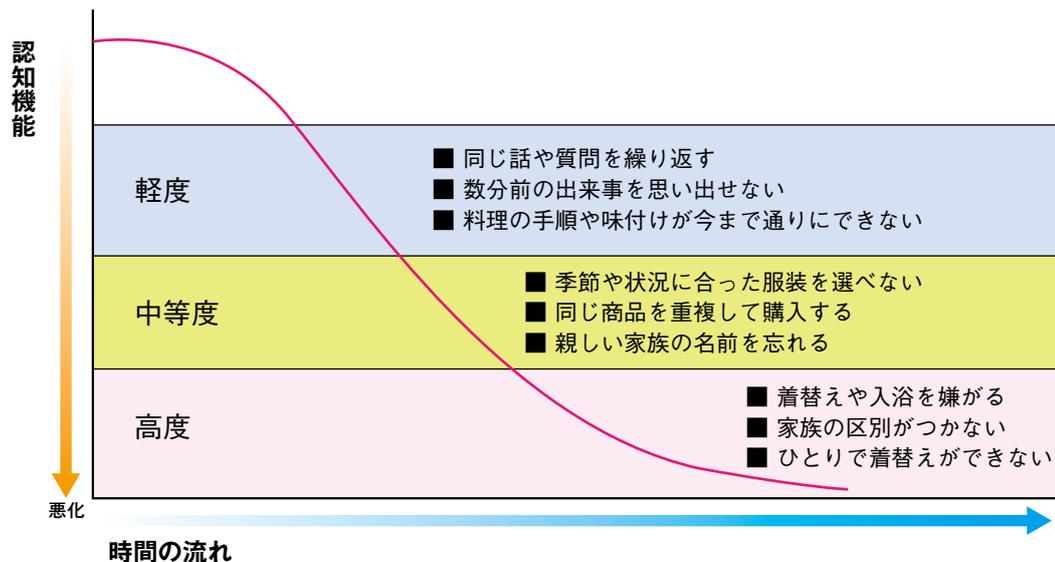
### b 中期（期間2～3年間）

段々と現在と過去の区別がつかなくなる。近い時期の記憶からなくなっていき、過去の記憶は比較的残りやすい。徘徊症状、尿意や便意がわからず、失禁が目立つ。

### c 後期

言葉の数も意味も失われていき、やがては話が通じなくなる。食事に集中できないため介助が必要になり、歩行が緩慢となり姿勢が前倒したり、左右どちらかに傾いていたりする。やがて寝たきりになり、上下肢の関節が拘縮、嚥下障害も出て栄養不良と誤嚥性肺炎が起りやすくなる。

アルツハイマー型認知症の経過（イメージ図）



## (イ) 脳血管性認知症

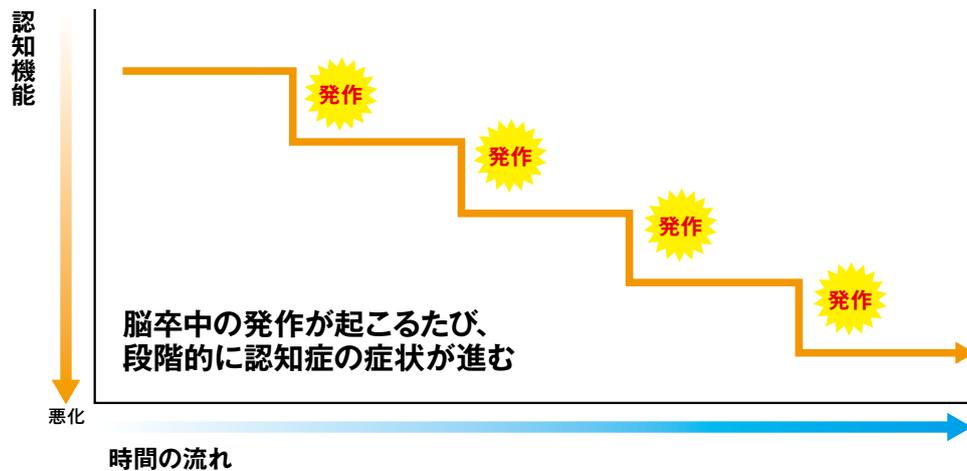
脳血管性認知症は、脳梗塞や脳出血など、脳の血管障害によって起こる認知症である。脳の血管が詰まっている梗塞巣が増えたり大きくなったりするごとに、脳の機能が低下することで認知症や運動障害が引き起こされる。原因となる血管障害は生活習慣病が原因で引き起こされる。そのため高血圧・高脂血症・糖尿病などにならないようにすることが脳血管性認知症の予防に繋がる。また、脳血管性認知症の原因となる脳血管障害を早期に治療してリハビリを行えば、症状の進行を抑えることもできる。

### a 初期の症状

意欲低下や自発性低下、夜間の不眠や不穏が目立つ。どれも症状の変動が激しいことが多い。また影響を受ける脳の部位が限られており、できることとできないことがはっきりしている。

b 脳血管性認知症は脳血管疾患が原因なので、発作が起こるたびに症状が段階的に重くなる。ダメージを受けた脳の部位によって出る認知症の症状が異なる。

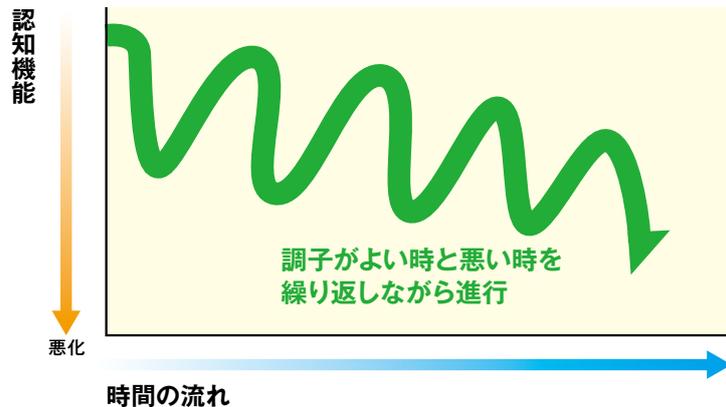
脳血管性認知症の経過 (イメージ図)



## (ウ) レビー小体型認知症

レビー小体型認知症はレビー小体というたんぱく質が脳にたまることで起こる脳の萎縮が原因とされている。パーキンソン病に似た症状が現われ、歩行障害や体の硬さをともなうため、転倒しやすくなる。幻視として、色がついた鮮明な人・動物・虫などが昼夜問わず出現したり、映像に加えて幻聴も発生したりする。睡眠時に夢にあわせて踊ったり、手足を動かしたり、歩いたりといった症状もある。認知機能障害も変動しやすく、良いときは話が通じるが、悪くなると話も周りのこともわからなくなる。気分や態度、行動がころころ変わる。

レビー小林型認知症の経過（イメージ図）



## （エ） その他の認知症

### a 前頭側頭型認知症（FTD）

多くは初老期に発症する。ピック球という異常構造物が神経細胞にたまる場合と、TDP-43というたんぱくがたまる場合が発見されている。一つの病気というよりも、いくつかの病気に分かれていると考えられている。10年以上かけてゆっくり進行することが多い。人格や性格が極端に変わる、清潔保持・衛生面が管理できない、柔軟な思考ができない、反社会的な行動が増えるなど性格の変化がある。

### b アルコール性認知症

アルコール性認知症とは、アルコールを多量に飲み続けたことにより、脳梗塞などの脳血管障害や、ビタミンB<sub>1</sub>欠乏による栄養障害などを起こし、その結果起こる認知症。

## ウ 認知症の主な症状

認知症の症状は、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、脳血管性認知症により症状が異なるが、いずれも認知症の本質（脳細胞の障害）に起因する中核症状と、その中核症状を取り巻く行動・心理症状とも言われている周辺症状（BPSD）の2つがある。

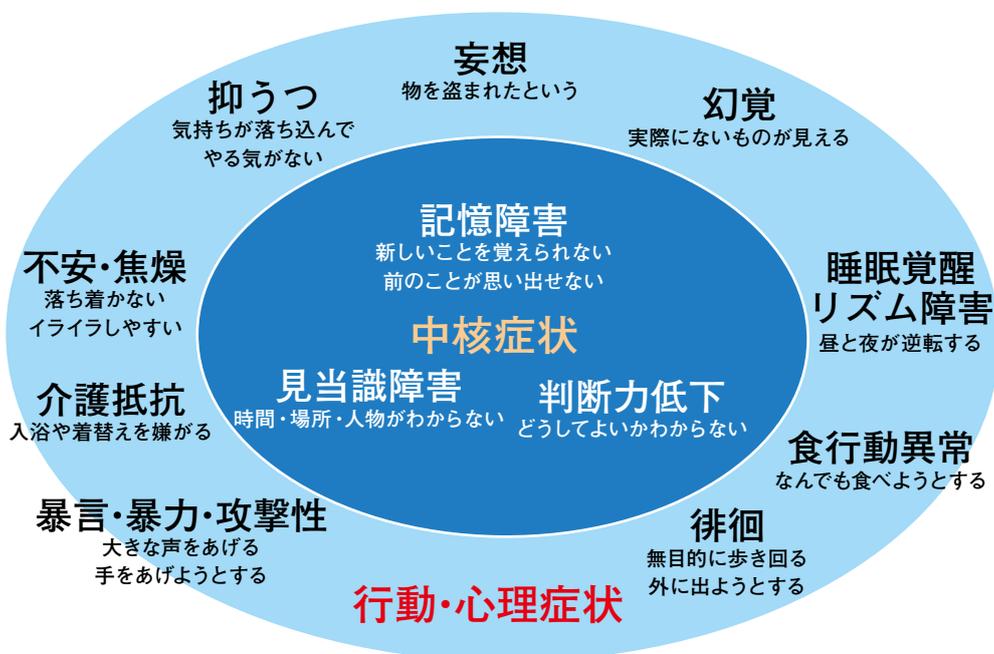
「中核症状」は認知症になれば誰にでも現れるもので、脳の神経細胞が壊れることによって、直接起こる。直前に起きたことも忘れる記憶障害、筋道を立てた思考ができなくなる判断力の障害、予想外のことに対処できなくなる問題解決能力の障害、計画的にものごとを実行できなくなる実行機能障害、いつ・どこかわからなくなる見当識障害、ボタンをはめられないなどの失行、道具の使い道がわからなくなる失認、もの名前がわからなくなる失語などがある。

「行動・心理症状」は、暴言や暴力、興奮、抑うつ、不眠、昼夜逆転、幻覚、妄想、せん妄、徘徊、物盗られ妄想、弄便、失禁などで、その人の置かれている環境や、人間関係、性格などが絡み合って起きてくるため、人それぞれ現われ方が異なり、介護者が対応に苦慮する。

認知症の症状

	アルツハイマー型認知症	レビー小体型認知症	脳血管性認知症
記憶障害	●		●
判断力の低下	●		
幻覚・錯覚		●	
失認・失行などの見当識障害	●		
誤認妄想		●	
徘徊	●	▲	▲
物盗られ妄想	●		
介護拒否	●		
手の震え、筋肉がこわばる		●	
うつ症状	▲	●	●

中核症状と行動・心理症状



資料：認知症介護情報ネットワーク

## (2) 認知症介護の理解

### ア 認知症介護の理念

#### (ア) 認知症介護（ケア）の歴史

認知症ケアがまだ確立されていない明治～昭和の中期頃では認知症という概念がなく、1900年（明治33年）制定の精神病患者監護法では、精神病患者と同様、認知症の人も精神病院や『座敷牢』としての私宅監置室が認められており、認知症の人は地域から隔絶され、差別や偏見にさらされていた。

戦後の昭和中期以降では、生活習慣病（当時は「成人病」）による脳梗塞からの社会的入院も含めて「寝たきり老人20万人」とも言われ、その対策として1963年（昭和38年）の老人福祉法により施設その他の整備はようやく進むようになったが、認知症ケアについては不毛の時代が続いていた。

1970年代には、有吉佐和子氏の『恍惚の人：1972年出版』が話題となり、「認知症になったら大変。何もわからなくなる」といった偏見や脅威などが助長されていった。当時の日本ではまだ認知症のケアは確立されていなかったため、認知症になると表出する、オムツいじりなどの不潔行為、大声や奇声、暴力行為などの「問題行動」への対応としては、認知症の人を「全てが分からなくなった人」と捉えて、最終的に「精神病院や施設を利用し、抗精神薬や身体拘束を使用するしか方法がない」として対症療法のみを頼っていたのである。その結果、非人間的な扱いから、環境の悪循環へと陥り、認知症の症状も重度化して、本人そして介護家族も苦悩した介護生活を過ごさざるを得なくなることが多く見られていた。

1980年代には、認知症を介護する家族の苦しみを国家へと訴えていった家族の組織である「呆け老人を抱える家族の会：1980年設立」が結成され、現在でも「公益社団法人認知症の人と家族の会」として認知症の人や家族に対する様々な支援を行っている。当時は、日本でも行政の痴呆性老人（認知症高齢者）への対策はなく、社会的関心も薄く、認知症に対する偏見や差別がある中で介護家族は孤軍奮闘してその辛さに耐えていたのである。

2000年代には、要介護高齢者の増加、介護の長期化、核家族の進行、家族形態の変化などから高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして、社会保険制度としての介護保険が2000年に導入された。また、2004年には、『痴呆』は侮辱的な用語と問題視され、『認知症』へと変更された。その後現在に至るまで認知症に対する様々な施策が推進されてきた。

このように、認知症介護（ケア）が確立されていなかった時代は長く続いていたが、それでも、認知症の方々に真摯に向かい合って、それまでの認知症ケアのあり方を疑問視して改善する動きが各地で草の根的に広がり、現在では大きな波となっ

てきている。

## (イ) 認知症ケアの理念

我が国で認知症ケアの理念が最初に唱えられたのは、室伏君士編『痴呆老人の理解とケア：金剛出版・1985年』の中である。室伏らは様々な実体験にもとづき、高齢者（老人）の認知症では、薬物などによらず、その人への適切なケアを行うことで認知症の進行を遅らせたり、認知症からの回復も望めることを認め、そのためにはケアをする介護者がどのようにふるまえばよいかを次の20か条の「ケアの原則」として示している（出典名と20か条の記載内容（老年痴呆者、老人）については原文のままであり、現在では老年痴呆者→認知症高齢者、老人→高齢者として読みかえていただきたい）。

### 「老年痴呆者のケアの原則 20 か条」

- ◆老人が生きてゆけるように不安を解消すること
  - 1) 急激な変化を避けること
  - 2) 老人にとって頼りの人となること
  - 3) 安心の場（情況）を与えること
  - 4) なじみの仲間の集まりをつくること
  - 5) 老人を孤独にさせないこと
- ◆老人の言動や心理をよく把握すること
  - 6) 老人を尊重すること
  - 7) 老人を理解すること
  - 8) 老人と年代を同じくすること
  - 9) 説得より納得をはかること
  - 10) それぞれの老人の反応様式や行動パターンをよく把握し対処すること
- ◆老人をあたたくもてなすこと
  - 11) 老人のよい点を見出だし、よい点で付き合い合うこと
  - 12) 老人を生活的、情動的に扱うこと
  - 13) 老人を蔑視・排除・拒否しないこと
  - 14) 老人を窮地に追い込まないこと（叱責・矯正しつづけないこと）
  - 15) 老人に対し感情的にならないこと
- ◆老人に自分というものを得させるように（自己意識化）すること
  - 16) 老人のペースに合わせること
  - 17) 老人と行動をともにすること
  - 18) 簡単にパターン化してくり返し教えること
  - 19) 老人を寝込ませないこと
  - 20) 適切な刺激を少しずつでもたえず与えること

（出典）室伏君士編『痴呆老人の理解とケア』金剛出版、1985

このケアの原則20か条は、言い方の違いはあっても、現在でも普遍的な介護理念として通用するものである。また日本と海外でのケアの歴史を振り返ってみると、

認知症のケアに流れる根底の理念は共通するものがあると思われる。

例えば、近年マスコミ等で、魔法のように効力があるケア手法として喧伝されている海外でのケアとして、バリデーションケア（認知症の人の人生経験や感情を認め、共感し力づけるケア）、パーソンセンタードケア（認知症の人を一人の人として尊重し、その人の視点や立場を理解して行うケア）、ユマニチュードケア（「見つめる」「話しかける」「触れる」「立たせる」という動作を、穏やかに、優しく、なでるように、ゆっくり包み込むように行い安心感を与えながら進めるケア）があるが、これらの理念はすべて上記の「ケアの原則 20 か条」にも包含されていると言えよう。

## イ 認知症介護の基本

### （ア） 認知症の症状と対処方法

認知症の症状は、前節（1）認知症の理解 で示されたように、認知症の本質（脳細胞の障害）に起因する中核症状と、その中核症状を取り巻く行動・心理症状（以下「BPSD」という）がある。また、BPSD の出現は認知症を引き起こす原因疾患によって特徴がある。アルツハイマー型認知症（AD）では、徘徊、介護への抵抗。脳血管性認知症では、無気力、介護への抵抗、暴言が挙げられる。レビー小体型認知症（DLB）では、無気力、妄想、幻視・幻聴等が顕著にみられることが多い。

このような BPSD の諸症状「介護への抵抗」「徘徊」「無気力」「帰宅願望」「意思疎通困難」などは、認知症高齢者本人だけでなく、介護を担う家族や介護専門職にとっても問題となり、日常の暮らしの継続を困難にさせる。

BPSD の対処方法には、「薬物療法」と「非薬物療法」がある。しかし、薬物の吸収・代謝・排泄機能は加齢によって低下してくるため、高齢者では副作用が出現しやすく、また、認知症の症状は薬物の副作用で悪化する場合が多くある。そのため、認知症高齢者には適切な人的ケアと適切な環境（ハードと共にソフトも含めて）を得ることを中心に適切な薬剤を小量短期間で併用することが最善の策である。

不穏状態で入所してきた認知症高齢者であっても、抗精神薬の処方を求めることなく医療・看護・介護が一体となって適切な対応（ケア）を行うことで、不穏状態が10日前後で消去したケースも数多くある。また、介護職員による BPSD への支援（非薬物療法）に関する様々な研究結果からも、アプローチ方法は異なっても、介護者の関わり方・態度等によって BPSD が軽減された報告が増えてきている。

このような人的ケアによる非薬物療法は、先人たちが築いてきた方法論も含め、共通の関わり方を学び、応用力をつけることが急務であろう。

### （イ） 介護職による行動・心理症状（BPSD）の誘発

BPSDの中でも介護が困難な「怒り」を例に挙げて考えてみると、介護職員（医療職・ときに家族も含めて）の対応に問題がある場合がある。

ある介護職員が頬杖をつきながら、認知症高齢者の話を聞いていた。「また同じ話！」と馬鹿にしたような態度だった。認知症高齢者は突然激怒して職員を怒鳴りつけた。

頬杖をつきながら話を聞かれれば誰もが怒る。当然の反応だ。しかし、である。認知症の人が怒っているとその姿だけが際立つため、介護職員は自分のことを棚上げし、その人を「よく怒る人」とラベリングしてしまう。ここに問題がある。認知症高齢者の怒り = BPSD を誘発した要因は、介護職員の傲慢とも言える態度だ。多くの場合、介護者の不適切な対応（言動）が BPSD を引き起こしているということに気づく必要がある。

厳しい言い方になるが、看護・介護の現場には、専門職によって“つくられた障害”がある。入院・入所前には少しはできていた歩行や排泄行為等に対して、危険だと決めつけて禁止する。拘束やオムツ着用は、高齢者の尊厳を傷つけ、不安や混乱を増幅させ BPSD を悪化させる。つまり、このような場合は二次的な症状を専門職がつくっていると言えるのである。

#### (ウ) 行動・心理症状 (BPSD) の出現と介護職による支援

BPSD 発生の要因として、不満・不安・まわりの過剰な反応（人として向かい合うのではなく、BPSD の表層的な面だけに向けられた対応）によって、認知症高齢者本人のプライドが傷つけられる心理的要因が多く存在している。専門職の支援とは認知症高齢者の「何ができるのか」という残存能力に関するアセスメントはもちろんのこと、その人が「どんな生活」を過ごしてきたのか、生活史、文化、プライド、価値観、その人らしさ（個性）、暮らし方等々をきめ細かくアセスメントし、プライドを傷つけない、不安感を増幅させないケアが最も重要であると言える。

また、認知症高齢者ということで、一括りにしていないか常に考えることが大切だ。例えば、教育歴の非常に高い人では、他の人と同じプログラムを拒否することもある。

特別養護老人ホームにおける BPSD では、介護への抵抗、徘徊、妄想、昼夜逆転等が多く、グループホームでは、不安、攻撃的な言動、依存、介護への抵抗が多いと言われている。おそらくこういった施設内で起こっている BPSD に対し、医師に助けを求めた結果は、薬物療法が行われるケースが多いと思われる。しかし、施設内の BPSD でも、薬に頼らずに、その本人が心地よいと感じるように環境を変えることで、攻撃的な言動、徘徊、介護への抵抗など、約 8 割強に改善が認められたと

の報告もある。最近良質な非薬物療法（適切なケア）の実践結果・研究報告が数多く出てきており、これらを参考にしていくことも重要である。

専門職でも三大介護（食事・入浴・排泄）イコール介護と捉えている者も多いが、生きているということは「生活の継続」であることを忘れてはならない。そこで生きているということは、その人の生活の継続性があり、生活の継続性にはその人なりの生活の佇まいがあり、その佇まいの中に「今日も生きていて良かった」という快感情が生まれ、自らの生を肯定的・自律的に受け止められる。そのような支援が必要なのである。

認知症ケアでは、人としてどうやって向かい合い、人としての尊厳をどう保っているかということが重要である。認知症高齢者が、この場所に生きていてよかった。ここで病気になっても私は私である、と思える介護こそが真の認知症ケアではなからうか。

## （エ）BPSD に対する日常的配慮と基本対応

認知症ケアで最も重要なことは、BPSD に対する日常的配慮そして BPSD 発生時の基本対応である。日常的配慮とは、①高齢者の肯定的心理を活用した支援、②役割形成、③人間関係の形成・維持、④集団行動や個別対応による日常生活の活性化である。基本対応とは、BPSD 発生時の安全確保と BPSD に対する受容的対応である。これらを職員が身につけているか否かが、介護の質に影響を与える。

自分たちのケアそのもの、関わり方や接し方、あるいは語りかける言葉そのものの影響、その結果はどうであったか。これらを省みることがなければ、薬物療法に頼りがちになる。

認知症高齢者のアセスメントでは、「その人らしさ」を洞察することに意味がある。長年認知症のケアを実践してきた見地から、「その人らしさ」は、「人」、「時」、「場」を得ることで発揮できると数多くの現場での対応にて実証できる。その具体的な対応の一例を挙げよう。

### 「人」を得る

まず「人を得る」である。

ある病院の元院長が重度のアルツハイマー（AD）であると診断され、老人保健施設に入所した。老人保健施設には点滴をしている方が多く入所している。その元院長は居室をまわって入所者の点滴針を次から次と抜去し、放尿をし、易怒性の「困った患者」となって介護職員は音を上げた。ミーティングの機会を設け「なぜ点滴を抜くのか」を考えた。

点滴を抜く時の元院長は、温和な表情で患者に話しかけ、額に手を当てたりしながら現役の医師になりきっていた。そこで、家族の方に聴診器を持ってきてもらい、元院長の首に聴診器を掛け、スタッフと一緒に他の入所者の居室の見回りを日常生活の中で行った。

スタッフはそのADの元医師にノートとペンを渡してこう言った。「先生は大先生なので下々の者がやりますよ」。こうした言動により元医師のBPSDは激減した。認知症高齢者本人の「人生」を踏まえ、「人」を得た事例である。

### 「時」を得る

次に「時を得る」である。ここで言う「時」とは「一瞬の時」、「瞬間」である。

「目は口ほどにものをいう」という諺にもあるように、人間は言葉より顔の表情、視線、身振り、服装等の非言語的コミュニケーションで多くを伝えている。例えば入浴を拒否されると、職務と時間に縛られている職員は早く入浴させようと必死になる。温かく見守るアイコンタクトはなく、職員は目が引きつり、鬼のような「形相」になっている。このような姿を見せられると誰でもが不穏になる。介護職員が必死になればなるほど抵抗されるのである。

認知症の病態とBPSDのメカニズムを理解し、ケアの心得のある（認知症ケアの援助技術の優れた）専門職は、「あら先生、お会いできて嬉しかったわ！先生にお世話になったので、背中流させて下さい」等と、この時、この一瞬を見逃さずに対応を図る。親近感と相手を敬う援助技術を体全体で表現できているか、その専門職の自己覚知の高低が優劣の分かれ道となる。「I LOVE YOU！」の面持ちで接してほしい。

### 「場」を得る

次に「場」である。認知症高齢者が本当に安心できる場所を提供していくことが重要である。つまり、場所が変わったことで落ち着かないのではなく、今いる場所が安心できる場所ではないから落ち着かないのである。

場の理論的な説明は省略するが、見えない「佇まい」、室伏らのいう『馴染みの関係』は、生活の中で看過できない視点である。認知症の進行状況に応じて合う施設（＝馴染める対応方法）と合わない施設（＝馴染めない対応方法）がある。つまり、ケアマネジャーによるミスマッチング、リロケーションギャップ（環境の変化によるストレスから認知症の症状悪化を引き起こすこと）が生じるような場合、専門職である我々が整えた「場」（環境）に問題があるのではないかと反省すべき点もある。

あるアルツハイマーの弁護士は、デイルームに連れてくると大声を出す。そこで、

古い六法全書と小さな机をダイルームの一角に設けた。それだけで落ち着くことを経験している。一人ひとりの人生が違うのだから、個々を尊重した一人ひとりのオーダーメイドのプログラム・場（対応の空間）の提供が必要なのである。

BPSD への対応において、専門職である我々ができることは、BPSD を認知症の特有の困った症状・問題行動として扱う視点からの脱却である。なぜ、起きているのか、病気の特徴を知り、背景、関わり方、環境を見直し、専門職としての認知症ケアの援助技術を見直し、専門職によっての「作られた障害」を助長していないか、内省するところから始まると言えよう。さらに、認知症を介護する介護家族への支援も忘れてはならない。家族支援の中で重要なことは、認知症を受容するまでの心理的プロセスを理解し、介護を終えた後も視野に入れて、残されたものが後悔しないケアに向けて伴走することである。

家族支援で大切なものとして、最後には人は必ず亡くなり、介護が終わる、ということである。亡くなるという視点、つまりグリーフケアから考えていく必要もあるのではないだろうか。

#### （オ）介護職の自己効力感と介護理念の共有

BPSD 支援の質を高める大きな要因は、自己効力感（「自分なら必要な行動をうまくできる」といった自分に対する自信や有能感）を引き出すことだと言われている。BPSD の出現が少ない現場及び改善された現場は、職員の自己効力感が高く、介護の質が高いという報告も数多くある。このような現場では、職員が自信に満ちた表情で、余裕をもって認知症高齢者に接するようになるので、安全や安心、看取りケア、グリーフケアといった面からも家族と良好な関係を築き上げられるようになるのである。

職員の自己効力感を高めるためには、チームとしての介護という観点が必要であり、その職場全体として認知症介護の理念、それに基づく目標や具体的な対応方法を共有・実践していくことが重要である。このような理念や対応方法を共有したチームとしての介護が実践されれば、認知症介護の質の向上、そして職員が単独で思い悩むことがなくなるなど、ストレスの軽減にもつながるといわれている。

このような理念の共有・実践のためには、職場が議論可能な環境であり、職員が理念を具体的に理解し、合意する必要があることが示唆されている。

#### 参考文献

1. H.C.R.2014 国際シンポジウム講演報告書改編・服部安子  
「ヨーロッパ諸国の認知症政策の現状を踏まえ、課題に挑む～認知症への理解拡大と日本の支援活動の充実のために～」  
2014.10.2 東京ビッグサイト会議棟 6階会議室（東京・江東区有明）
2. 第18回認知症を語る会（講演Ⅳ）講演集改編・服部安子  
BPSD：「ケアの実践－認知症の方のアセスメント－」
3. 「認知症ケアの真髄」（フジメディカル出版2018.3発刊予定）服部安子著

## 第2章 認知症介護のストレスの現状

### (1) 「介護労働者のストレスに関する調査」(平成28年度介護労働実態調査(特別調査))

#### ア 調査の目的

公益財団法人介護労働安定センターにおいては介護労働者の雇用の状況、賃金並びに賃金制度、人材確保の状況を把握するため、厚生労働省からの委託を受けて「介護労働実態調査」を毎年、実施している。平成28年度には、毎年の調査とともに特別調査として「介護労働者のストレスに関する調査」(以下、「特別調査」という)を併せて実施した。

この特別調査は、未だ、介護労働の離職率は他産業より高く、介護労働者を取り巻く環境は厳しい面がある中で、介護労働者が仕事上抱える様々なストレスが介護労働者の職場定着に影響している可能性があることから、ストレスの要因等の実態を明らかにし、ストレス緩和に役立つ雇用管理面の取組みを把握するため実施した。調査では、仕事上で感じるストレスの程度やストレスを引き起こす要因、ストレス緩和に向けた雇用管理面での取組みなどを的確に把握することを目的としたアンケートを行った。

入居者に対する虐待問題などが大きな社会問題となったことに見られるように、夜勤や看取りを含めた重度者対応、職場内での人間関係等のストレス要因が他の介護サービスと比較して大きいと予想される施設系サービスでの現状を勘案し、調査対象は、認知症共同生活介護、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護とした。また、より詳細な分析を行うため、事業所向け調査と実際に現場等で働く介護労働者向け調査をそれぞれ行った。

#### イ 調査方法

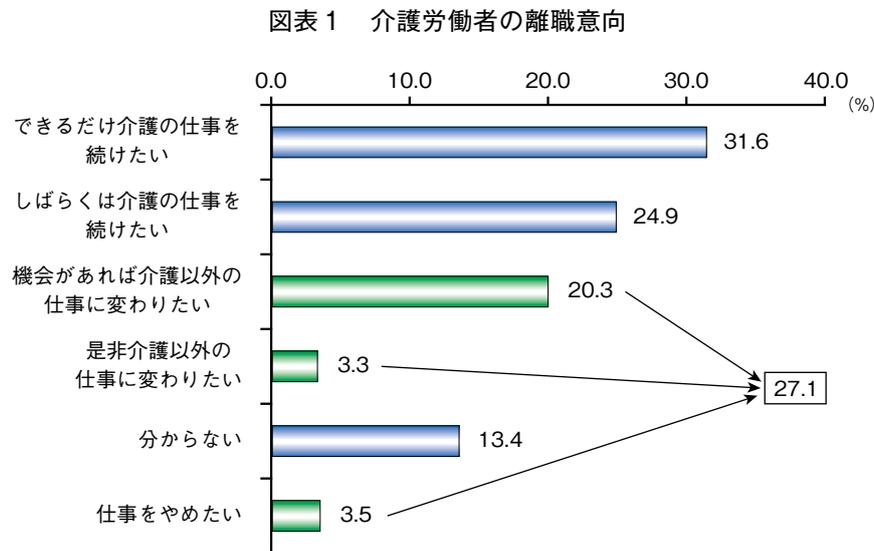
調査対象	・認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護
調査方法	・調査票による調査
調査件数	・事業所票 450 件、介護労働者票 2,250 件
回収数、回収率	・事業所票回収数 273 件 (60.7%)、うち集計対象数 243 件 (54.0%) ・介護労働者票回収数 976 件 (43.4%)、うち集計対象数 822 件 (36.5%)
調査時期	・平成 28 年 10 月

#### ウ 調査の概要

##### (ア) 離職意向とストレスとの関係

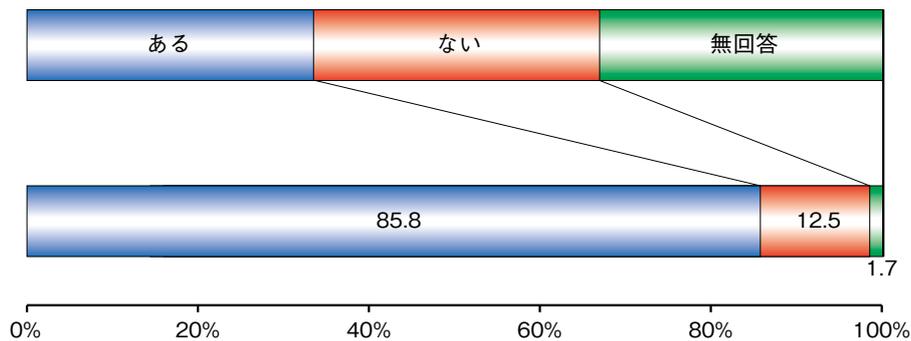
- ・介護業界において、離職率の高さが重要な課題の1つであるが、介護労働者の

うち、27.1%が介護の仕事に対して離職意向があると回答している（図表1）。



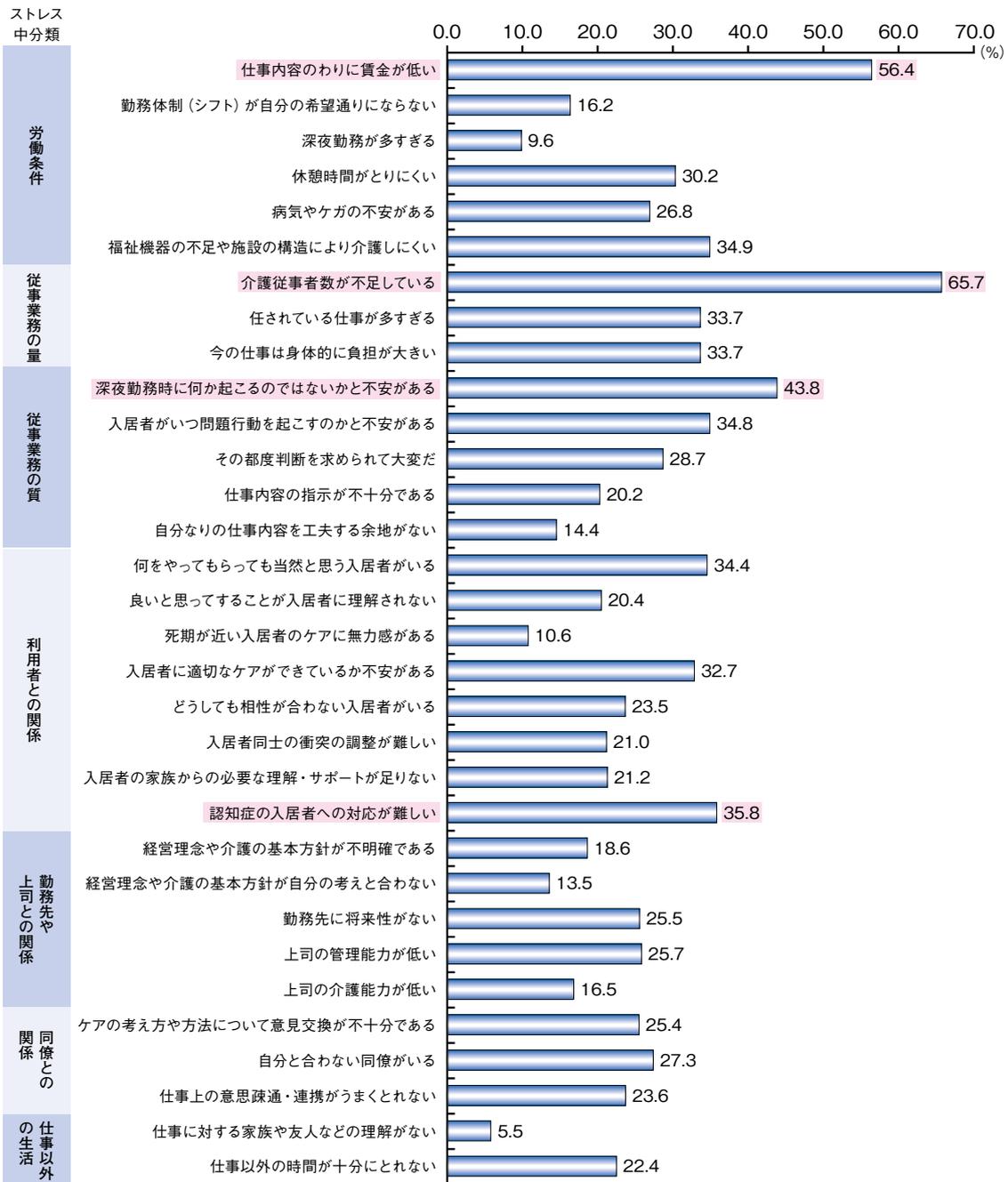
- ・ 離職意向と労働者調査票から把握したバーンアウトの兆候との関係进行分析すると、「仕事をやめたい」「是非介護以外の仕事に変わりたい」と回答した介護労働者におけるバーンアウトの程度が高くなっており、バーンアウトの程度が介護労働者の離職意向に強く影響することがわかった。
- ・ ストレスの状況についてみると、仕事や職業生活に関する不安・悩み・ストレスに対して、85.8%が「ある」と回答している（図表2）。

図表2 仕事や職業生活に関する不安・悩み・ストレスの有無



- ・ ストレスについての具体的な項目については、「介護従事者数が不足している」（65.7%）、「仕事内容のわりに賃金が低い」（56.4%）が高かった。また、「深夜勤務時に何か起こるのではないかと不安がある」（43.8%）、「認知症の入居者への対応が難しい」（35.8%）が高かった（図表3）。

図表3 職場や仕事でのストレス

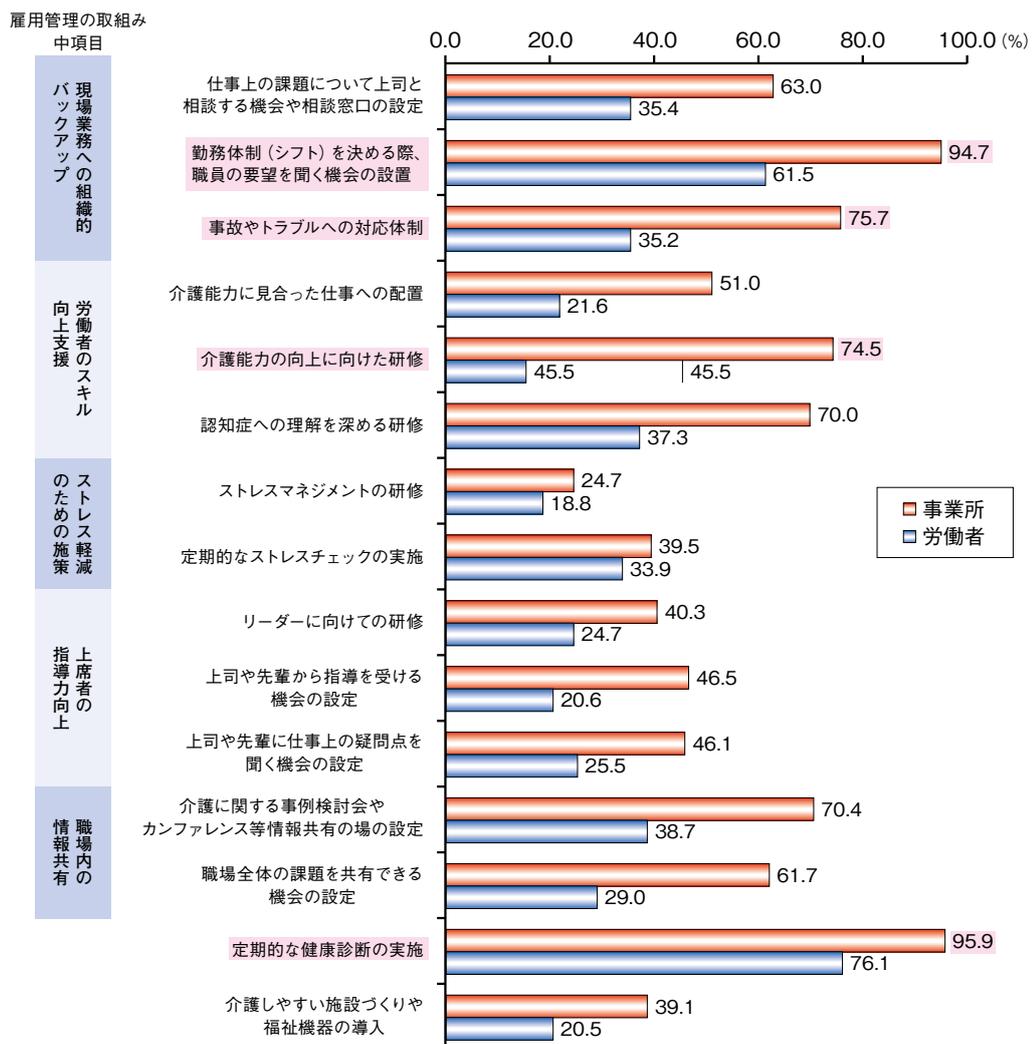


- ・ 介護労働者のストレスがバーンアウトに与える影響について分析を行ったところ、離職意向に強く影響するバーンアウトの症状に対し、介護労働者のストレスが影響を与えていることがわかった。
- ・ 以上から、介護労働者の定着率を高める（離職率を下げる）ためには、介護労働者のストレスの軽減を図り、ひいてはバーンアウトを抑制するような雇用管理の取組みを講じることが重要である。

(イ) 事業所が十分に行っていると考える雇用管理の取組みと介護労働者のストレスとの関係

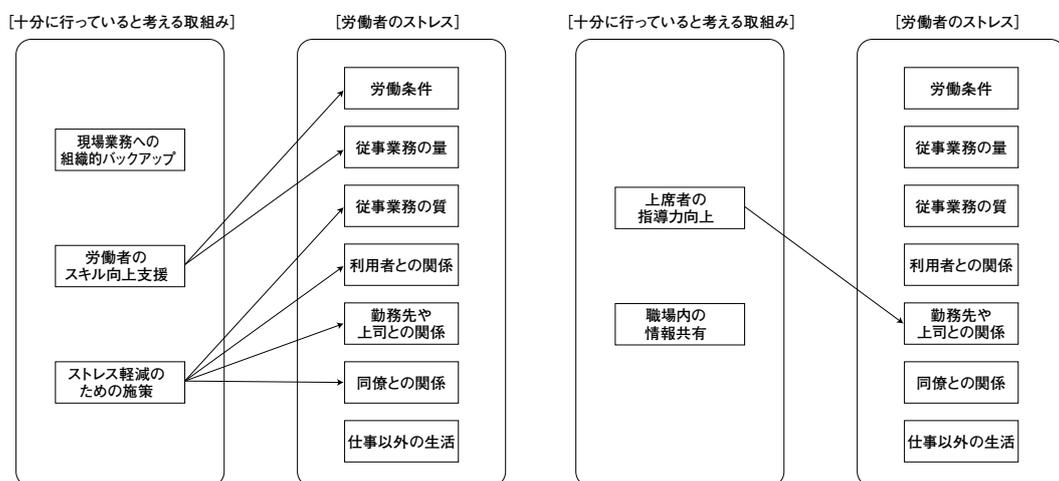
- ・ 事業所が実施している雇用管理の取組みについて「事業所が十分に行っていると考える雇用管理面での取組み」を質問したところ、「定期的な健康診断の実施」や「勤務体制（シフト）を決める際、職員の要望を聞く機会の設定」「事故やトラブルへの対応体制」「介護能力の向上に向けた研修」等が上位に来ている。
- ・ 一方、介護労働者の回答では、「勤務体制（シフト）を決める際、職員の要望を聞く機会の設定」「定期的な健康診断の実施」を除き、事業所で十分に行われているとの回答は5割以下であった。事業所と介護労働者の認識に差があることがわかる（図表4）。

図表4 十分行われていると考える雇用管理面での取組み  
（事業所と介護労働者回答との比較）



- ・ どのような雇用管理の取組みがこういった種類のストレスに対して有効に作用するかという点を明らかにするため、介護労働者が感じるストレスを中分類レベルに、また、事業所が十分に行っていると考える雇用管理の取組みを雇用管理施策（中項目）レベルにそれぞれ整理した上で、両者の関係を分析した。
- ・ まず、雇用管理の取組みを中項目でみて「1つ以上」実施している場合と、「取組みはなし」（1つも実施していない）の場合を比較したところ、多くの取組み（中項目）とストレス（中分類）との間で、「1つ以上」実施しているほうがストレス（中分類）の平均点が低くなっていた。
- ・ また、事業所が十分に行っていると考える雇用管理の取組みについて、中項目レベルで取組みを複数行うことで、介護労働者のストレスがより軽減する傾向が見られた。
- ・ さらに、介護労働者のストレスと事業所が十分に行っていると考える雇用管理の取組みとの関係を分析すると、「労働者のスキル向上支援」「ストレス軽減のための施策」「上席者の指導力向上」に関連する取組みについて、介護労働者の抱えている一部のストレス項目を軽減させる効果があることがわかった（図表5）。

図表5 雇用管理面での取組みとストレスとの関係（事業所票）



※矢印は「事業所が十分に行っていると考える雇用管理の取組み」（中項目）が矢印の先にある介護労働者のストレス（中分類）を軽減させることが統計的に有意であることを意味している。

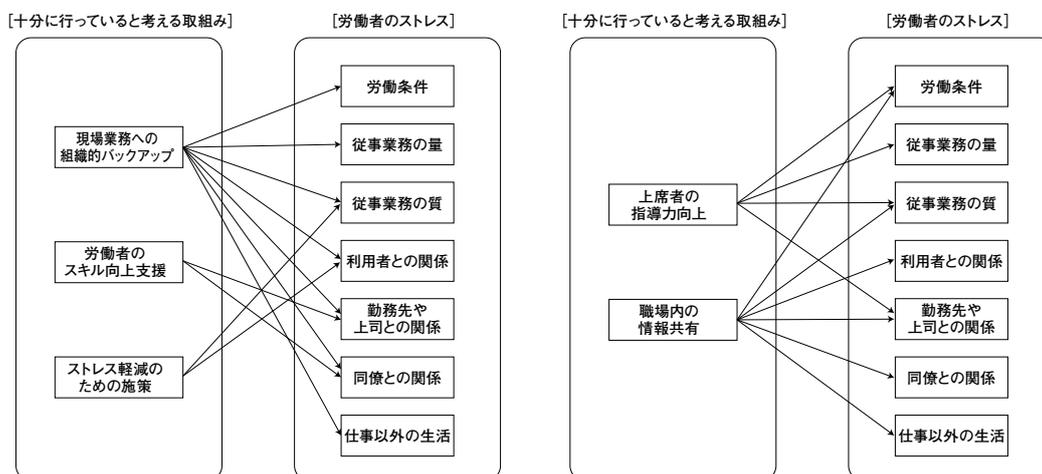
- ・ 「労働者のスキル向上支援」から伸びる矢印の先に「労働条件」「従事業務の量」がある。これは「労働者のスキル向上支援」という雇用管理の取組みを行うと、「労働条件」「従事業務の量」にかかるストレスの軽減が期待できるということである。

より具体的に言えば、「労働者のスキル向上支援」に位置づけられる「介護の能力に見合った仕事への配置」～「認知症への理解を深める研修」のいずれの取組みか、あるいは複数の取組みを行うことが、「労働条件」ストレスに含まれる「仕事内容のわりに賃金が低い」～「福祉機器の不足や施設の構造により介護しにくい」のいずれか、あるいは複数のストレスの軽減につながる、ということを示している。

(ウ) 介護労働者が事業所で十分に行われていると考える雇用管理の取組みと介護労働者のストレスとの関係

- ・ 介護労働者のストレスと介護労働者が事業所で十分に行われていると考える雇用管理の取組みとの関係に着目して分析を行った。
- ・ その結果、介護労働者が事業所で十分に行われていると考える雇用管理の取組みの数が多いほど、介護労働者のストレスが軽減する傾向が見られた。
- ・ また、介護労働者のストレスと介護労働者が事業所で十分に行われていると考える雇用管理の取組みとの関係について分析を行ったところ、全ての雇用管理の取組みにおいて、介護労働者の抱える何らかのストレスについて軽減させる効果があることがわかった（図表6）。

図表6 雇用管理面での取組みとストレスとの関係（介護労働者票）



※矢印は「介護労働者が十分に行われていると考える雇用管理の取組み」（中項目）が矢印の先にある介護労働者のストレス（中分類）を軽減させることが統計的に有意であることを意味している。

- ・ 加えて、雇用管理の取組みの中で、介護労働者が事業所で十分に行われていると考える（認識している）場合に、初めてストレスを軽減させる効果が統計的に有意になる取組み（例：「現場業務への組織的バックアップ」）があることや、

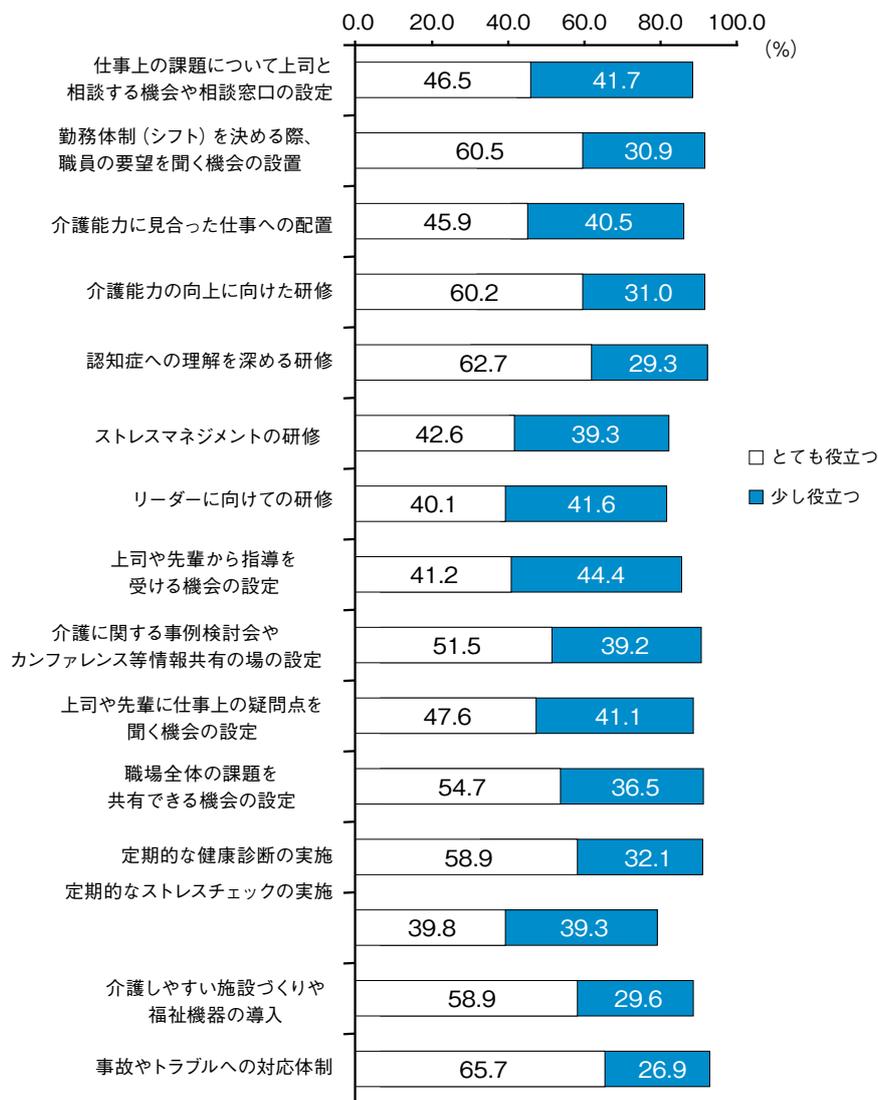
事業所が十分に行っていると考える取組みと、介護労働者が事業所で十分に行われていると考える取組みとでは、軽減するストレスの種類が異なる場合（例：「労働者のスキル向上支援」）があることがわかった。

介護労働者の回答によれば、ほとんどの雇用管理の取組みについて、ストレス軽減に役立つと考えている。

しかしながら、介護労働者はそれら取組みが事業所において十分に行われていると回答しておらず、図表7において特に「とても役立つ」割合が高かった「認知症への理解を深める研修」や「事故やトラブルへの対応」については、図表4をみると4割以下であることがわかる。

ここからも事業所と介護労働者の認識に差があることがわかる。

図表7 ストレス軽減に役立つと考えられる雇用管理面での取組み



## (工) 調査の考察

### ① ストレス軽減に向けた広範囲に渡る雇用管理の取組みの推進

- ・ 各雇用管理施策（中項目）に位置づけられる雇用管理の取組みを「1つ以上」実施している場合と、「取組みはなし」（1つも実施していない）の場合を比較したところ、多くの施策（中項目）とストレス（中分類）との間で、「1つ以上」実施しているほうがストレス（中分類）の平均得点が低くなっていた。
- ・ また、事業所が十分に行っていると考える雇用管理の取組みが幅広く行われている方が、いずれのストレス（中分類）においてもストレス平均得点が低いという傾向が見られた。
- ・ これらの点を踏まえれば、事業所における雇用管理の取組みについては、事業所の特定の課題に対する施策を重点的に行うと共に施策類型横断的な取組みを行うことで、よりストレス軽減の効果が大きいものと考えられる。

### ② 対処すべきストレス原因に優先順位を設定する

- ・ しかしながら、特にヒト・モノ・カネなどの経営要素において大きな制約がある中小規模の法人においては、多岐に渡る雇用管理の取組みを同時に進めていくことには難しい面がある。
- ・ そこで、自法人の各事業所で働く労働者のストレス実態を把握した上で、より多くの労働者がストレスを感じている問題（介護労働者の不足や賃金の問題、深夜勤務時の不安など）、対応すべき課題の優先順位を設定し、施策を講じていく必要があると考えられる。

### ③ ストレスの原因と雇用管理施策との対応を意識する

- ・ また、労働者のストレスの原因となっている問題に対して施策を講じる際には、ストレスの原因と雇用管理施策の関係を意識した取組みを行うことで、よりストレス軽減の効果が高まるものと推察される。
- ・ ストレスと雇用管理施策との関係として、対応すべき問題の優先順位の設定と併せ、特別調査の結果を参考として、狙いを絞った雇用管理施策を展開することで、当該施策の費用対効果が高まるものと考えられる。

### ④ 雇用管理施策を労働者へ周知する

- ・ 特別調査では、一部の施策において、労働者が「当該施策が十分に実施されている」と認識されることではじめて効果が現れるものや、よりストレス軽減効果の幅が広がるものがあることがわかった。
- ・ 例えば、取組みのうち、「現場業務への組織的バックアップ」に分類される、仕事上の課題に関する相談機会・窓口や仕事上の疑問点を聞く機会などについては、労働者にその取組みや存在が認識されなければ活用がなされず、ストレ

ス軽減の効果を生まないと考えられる。

- ・ 雇用管理施策の効果をより一層高めていくためには、マネジメント層だけでなく現場の労働者にも施策を行っているということが理解されるような周知面での配慮・工夫を行うことが求められる。

⑤施策の効果を検証し、PDCA サイクルを回す

- ・ 今回の調査結果から直接的に言えることではないが、ストレスの原因となっている問題に対し、何らかの雇用管理施策を展開した場合、その施策のストレス軽減効果を検証することが重要である。
- ・ 「労働者調査票」の設問などを活用し、定期的にストレスの状況を可視化し、「対応すべき問題の優先順位の設定→問題と紐づいた雇用管理施策の展開→ストレス軽減効果の検証→優先順位の再設定と次の課題への重点対応」という PDCA サイクルを回すことで、労働者にストレスを生じさせている問題を順次解消していくことにつながるものと考えられる。

## (2) 認知症介護の現場事例

### ア グループホームの事例

#### (ア) 法人の概要

千葉県習志野市で介護福祉事業を展開している法人で、平成 15 年に認知症対応型共同生活介護（グループホーム）である「グループホーム秋津」（1 ユニット定員 9 名）を開設し、平成 16 年には「グループホーム谷津苑」（1 ユニット定員 9 名）と認知症対応型通所介護（デイサービス）「デイサービスセンター秋津」を立ち上げた。また、介護スタッフ確保等の目的により事業所内託児施設を数年運営してきたが、平成 22 年に習志野市民間保育施設入所児童助成金の対象施設として「保育ルームロゼッタ」を開設し、地域の児童やスタッフの子供たちへの保育を提供している。そして、平成 27 年の居宅介護支援事業所「ケアプラン秋津」の開設により地域で暮らしている認知症の人とその家族の支援に今までよりもさらに深く携われるようになった。

法人理念として「わたしたちはご利用者の自由と人倫を尊び、尊厳ある安全な暮らしを支援します」「楽しい」と感じることのできる暮らしを目指します」を掲げている。

事業所には園児、スタッフ、ホームおよびデイの利用者の 0 歳から 90 歳代の多世代が同じ時間を共有しており、そこから生まれるふれあいを大切にしながら取り組みを続けている。

平成 26 年 12 月からは、市内の高齢化が著しい袖ヶ浦団地内の集会所を借りて認

知症カフェ「袖団カフェ」を月に1回定期的に開催している。

「グループホーム秋津」「グループホーム谷津苑」の利用者の状況（平成29年7月現在）をみると、「グループホーム秋津」は年齢は75歳から96歳、性別は女性9名、介護度は要介護1が3名・要介護2が3名・要介護3が2名・要介護5が1名、認知症高齢者の日常生活自立度はⅡaが1名・Ⅱbが1名・Ⅲaが1名・Ⅲbが2名・Ⅳが4名であり、「グループホーム谷津苑」は年齢は77歳から95歳、性別は女性8名・男性1名、介護度は要介護1が2名・要介護2が3名・要介護3が2名・要介護4が1名・要介護5が1名、認知症高齢者の日常生活自立度はⅡbが3名・Ⅲaが3名・Ⅲbが2名・Ⅳが1名である。利用者の中で認知症の状態が比較的軽度の方は、日常生活を送る中でスタッフ等のサポートがあればある程度身の回りのことを自分でできる方もいれば、入所して約10年経過し要介護度は5で認知症高齢者の日常生活自立度がⅤの方でADLは全介助の方もいる。

「グループホーム秋津」「グループホーム谷津苑」各グループホームの職員の状況（平成29年7月現在）は、「グループホーム秋津」は職員14名のうち常勤職員5名・非常勤職員9名、男性4名・女性10名、年代は18歳から69歳であり、「グループホーム谷津苑」は職員10名のうち常勤職員4名・非常勤職員6名、男性2名・女性8名、年齢は25歳から68歳である。正社員から週1日勤務のパート職員まで様々な働き方をしている方がいる。

#### （イ）グループホーム職員へのアンケート結果

グループホームの職員が「認知症の人への対応でどんなことにストレスを感じているのか」、個別のヒアリングアンケートを行って職員に聞いた。

同じ職員からの複数回答もあるが、代表的な意見を下記にあげる。

「コミュニケーションが取りづらい。」

「頑張って（良かれと思って）利用者さんに対応しているのに心無いことを言われてしまう。」

「他の利用者が楽しく話しているのを見て自分の悪口を言われていると勘違いしたり、同じ話を繰り返するのでそのたびに対応しなければならない。」

「排泄介助や入浴介助等の羞恥心にかかわる対応。」

「初期の認知症の人への対応。」が非常にストレスを感じるという職員もいた。生活する上で今までできていたことが困難になってきていることに戸惑いやジレンマを感じている人への支援に対して、どのように対応したらよいかと悩んでいるというような話が職員からあった。

「指示が入らない。」（こういう言い方は不適切だと感じるが）

「利用者の言動等が認知症の症状からくるものなのかもしれないもしくは本人の本来の性格なのかの判断が難しい。」

「説明しても理解してもらえない。」

「入浴や食事、排泄等の身体介護に対する拒否の積み重ね。」

「キツイ言葉掛けをされる。」

「利用者間の関係調整。」

「不潔行為（弄便等）への対応。」

このようなことに非常にストレスを感じているという職員からの話があった。

#### (ウ) アンケート結果からみえてきたこと

以上のアンケート結果からみえてきたことを以下に述べる。

職員は認知症ケアに携わるものとして、認知症サポーター養成講座や他の認知症関連の研修会に参加したりして、ある程度認知症のことは理解しているつもりではあるが、それでも認知症の症状である中核症状や行動・心理症状（BPSD）への対応にはほぼ全員の職員が何らかのストレスを感じているということがわかった。

認知症の中核症状である記憶障害（直前のもの忘れが起こる等）への対応は「もの忘れを責めず根気よく対応する」などといわれているが、そうした対応自体ですでに職員はストレスを感じている。つまり職員は認知症の利用者が認知症の中核症状である記憶障害があるために同じことを何度も言うんだとアタマでは理解はしているが、その対応自体がすでにストレスの原因になっていることがわかった。このことは例えば記憶障害以外の時間や場所・人の見当がつかなくなる見当識障害など他の中核症状でも同じようなストレスが発生するのではないかと感じる。

行動・心理症状（BPSD）への対応には方程式がないなどと言われている。例えば徘徊に対してこの対応をすれば必ずどんな人もびたっと徘徊がなくなる、この対応をすれば間違いないという対応は当然ながら存在しない。だからこそケースごとや個別の対応が必要である。グループホームはチームケアである。職員がチームで一丸となり利用者に最良なケアを提供して、結果的に利用者の状態が良くなって徘徊等の行動・心理症状（BPSD）が消失するというのが一番ではあるが、職員が認知症の人にとって良かれと思いつけたケアが必ずしも最良のケアには繋がらない（利用者の状態が改善しないまたは悪化する）ということがある。そういった部分にも職員は非常にストレスを感じているのではないか。

認知症の状態にある人を支援していく上で、認知症の理解は大切だが、認知症を抱えた人の人となり（その人らしさ）を理解するという視点を持つことが大切である。だが、「認知症」と「その人らしさ」の双方を理解して対応していかななくては

いけないというところにも職員は非常にストレスを感じるのではないか。

初期の認知症の女性の方で今までは自分でトイレに行くことができていたが、ここ最近排泄の失敗が増えてきた。そこで、職員が排泄介助をしようとする、羞恥心から介助を強く拒否するという事例があった。この事例の職員は利用者の羞恥心の部分を尊重してしまえば排泄の失敗が続いてしまい、記憶障害から失禁したことを忘れ、本人が下着を濡らしてしまった不快感を言うてくることへの対応をどうしたらいいのかというところに非常に悩みを感じているというような話もあった。

今回アンケート調査を行い、その結果からみえてきたことは、ここ数年来認知症ケアにおける職員のストレスやジレンマとして言われていることである。そのことが再認識できたのではないかと思う。

行動・心理症状（BPSD）は認知症の人が抱えているいろいろなストレスや不安によって起こることが多いが、介護する職員もその対応にストレスがたまりイライラし、ついつい大声をあげたりなど不適切な対応をしてしまうと、認知症の人がさらに混乱してしまい行動・心理症状（BPSD）が悪化するという悪循環が起きてしまう。

だからこそ職員のストレスを軽減することがとても大切だが、職員のストレス軽減をはかるための効果的な研修が行われていない現状があると感じる。職員のストレス軽減をはかることがひいては認知症の人のQOL（生活の質）を高めることに繋がっていく。職員のみならず認知症の人のためにも「認知症介護におけるストレス対策研修」の確立が不可欠であると思う。

## 事業所の紹介

### 運営施設

- ・認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
- ・認知症対応型通所介護(デイサービス)
- ・居宅支援事業所(ケアプラン作成)
- ・認可外保育施設  
(習志野市民間保育施設入所児童助成金対象施設)
- ・認知症カフェ  
(習志野市委託事業)

## 事業所の紹介

### 弊社の理念

わたしたちはご利用者の自由と人倫を尊び、  
尊厳ある安全な暮らしを支援します。

「楽しい」と感じることのできる暮らしを目指し  
ます。



グループホーム秋津



グループホーム谷津苑  
デイサービスセンター秋津  
ケアプラン秋津

## 保育ルームロゼッタ



## 袖団カフェ(認知症カフェ)



## グループホーム秋津利用者の状況

	性別	介護度	認知症高齢者の日常生活自立度
Aさん(75歳)	女	要介護1	Ⅳ
Bさん(86歳)	女	要介護3	Ⅲa
Cさん(89歳)	女	要介護2	Ⅲb
Dさん(90歳)	女	要介護2	Ⅲb
Eさん(81歳)	女	要介護3	Ⅳ
Fさん(96歳)	女	要介護5	Ⅳ
Gさん(83歳)	女	要介護1	Ⅱb
Hさん(85歳)	女	要介護1	Ⅱa
Iさん(77歳)	女	要介護2	Ⅳ

## グループホーム谷津苑利用者の状況

	性別	介護度	認知症高齢者の日常生活自立度
Iさん(83歳)	女	要介護3	Ⅲb
Jさん(92歳)	女	要介護4	Ⅲa
Kさん(88歳)	女	要介護1	Ⅱb
Lさん(86歳)	女	要介護2	Ⅲa
Mさん(95歳)	女	要介護5	Ⅳ
Nさん(86歳)	女	要介護3	Ⅲb
Oさん(93歳)	女	要介護1	Ⅱb
Pさん(77歳)	女	要介護2	Ⅱb
Qさん(78歳)	男	要介護2	Ⅲa

## グループホーム秋津・谷津苑職員の状況

### グループホーム秋津 職員14名

- ・常勤5名、非常勤9名
- ・男性4名、女性10名
- ・18歳から69歳

### グループホーム谷津苑 職員10名

- ・常勤4名、非常勤6名
- ・男性2名、女性8名
- ・25歳から68歳

## 「認知症の人への対応でストレスを感じること」

- ・コミュニケーションが取りづらい
- ・頑張って(良かれと思って)対応しているのに、心無いことを言われる
- ・他の利用者が楽しく話しているのを見て自分の悪口を言われていると勘違いする
- ・同じ話を繰り返するのでそのたびに対応しなければならない
- ・排泄介助や入浴介助等の羞恥心にかかわる対応
- ・初期の認知症の人(※生活する上で今までできていたことが困難になってきていることに戸惑いやジレンマを感じている人)への対応

## 「認知症の人への対応でストレスを感じること」

- 指示が入らない
- 利用者の言動等が「認知症の症状」なのか「本来の性格」なのかの判断が難しい
- 説明しても理解してもらえない
- 「介護拒否」の積み重ね
- キツイ言葉掛けをされる
- 利用者間の関係調整
- 不潔行為(弄便等)への対応 等

個別ヒアリングアンケート調査、複数回答あり

## 「アンケートからみえてきたこと」

・認知症ケアに携わるものとして、認知症のことは理解している(認知症サポーター養成講座受講済等)つもりだが、それでも認知症の症状(中核症状、行動・心理症状(BPSD))への対応にほぼ全員の職員が何らかのストレスを感じている。

### 「アンケートからみえてきたこと」

・中核症状である記憶障害(直前のもの忘れが起こる)への対応は「もの忘れを責めず、根気よく対応する」などといわれているが、その対応自体にすでにストレスを感じている。(アタマではわかっているが)

### 「アンケートからみえてきたこと」

・行動・心理症状(BPSD)への対応には方程式がない(この対応をすれば必ず徘徊がなくなる等)ので、ケースごと個別に対応が必要。

職員が認知症の人にとって良かれと思い考えたケアが必ずしも最良のケアとは限らないので、そういった部分にもストレスを感じているのではないか。

## 「アンケートからみえてきたこと」

- ・今回の結果はここ数年来認知症ケアにおける職員のストレスやジレンマとして言われていることである。そのことが再認識できた。

### 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断に当たっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理等それまでにできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行為や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどれくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用し、これらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a と同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III と同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランク III と同じであるが、頻度の違いにより区分される。  家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅サービスを続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランク I ～ IV と判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門病棟を有する老人保健施設等での治療が必要になったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

## イ. 特別養護老人ホームの事例

### (ア) はじめに

介護職員のストレスについて考える際に、対利用者との専門職としての関係性の脈絡の中でとらえるべき事項と職員自らが属する組織（特別養護老人ホームやその経営母体の法人）における個人や集団の関係性（人間関係、労働条件や自己実現といった精神的要素も含む）から見る視点が考えられる。しかし、この両者の関係性は密接不可分であり、経営母体の介護サービスにおける方針や計画に基づいて、利用者のケアプランが作成されサービスの提供が始まるからである。むしろ、職員が対利用者間におけるサービスの提供過程で発生するストレスは、経営母体の方針やその組織的な要因から起因する課題ととらえても間違いはないだろう。

2か所の特別養護老人ホームにおける職員へのアンケート調査等の事例から、ストレス要因とその背景、さらにはその対応策について考察を加える。なお、これらの事例は、本題のために実施したものではなく、幅広くその時々の介護職員の心身面での現状を把握したうえで、組織的な課題を検証するために成されたものであり、認知症介護のストレスに特化した内容ではないことを冒頭にお断りしたい。

### (イ) A特別養護老人ホームにおけるアンケート調査結果から

平成20年5月に、当時の介護職員の離職を防ぐという目的でアンケート調査を実施した。グラフ中の「介護労働安定センター」とあるのは、介護労働安定センターの「介護労働実態調査」結果（以下、「実態調査」とする）である。調査結果から、全体的に満足度は高いと見える。満足度を示すスコアである「仕事の内容」「賃金」「労働時間・休日」「勤務体制」「職場環境」「人間関係」の全てにおいて実態調査を上回っている。なお、「悩み、不安、不満等」の感じ方についてA特養が対照的に低く表れているため、統計的な信ぴょう性は確保できる。

なお、「悩み、不安、不満等」についての「労働時間が長い」という設問のA施設※の表示は、A施設では「超過勤務が多いか」という質問のためである。同様にA特養の斜線部分も実態調査における設問項目とは異なるためである。

しかし、「達成感・喜び・やりがい」については、実態調査と比較してすべてに低いスコアとなっている。冒頭において、一般的に介護職員が利用者サービスにおいてストレスを感じる際には、その背景として組織的な課題という脈絡でとらえるべきとした。この調査結果の背景には、当時の介護現場を構成していた職員のパーソナリティが関与している可能性がある。アンケート実施後に、個々の職員の育成という目的もあり、当時の職員全員にエゴグラムをとった。エゴグラムの結果を見ると9割以上がN型「I'm not OK, You're OK」という結果となった。推論の域を

出ないが、介護現場に特徴的なパーソナリティと見るか、採用人事の考え方が反映された結果なのか、いずれにしても「満足度は高いが、達成感が低い」という結果についてはさらに考察を要する。

次に、職員の身体的・精神的負担感に目を転じると、「困難ケース（認知症等）」に関わる負担感が31%に上っている。調査の中での自由記述では「どうやっても利用者が落ち着かないとき」という表記から、個別の困難ケースへの対応にストレスを感じる傾向と見てよい。しかしながら、ここにも当時の施設が抱える環境上の要因（設備上の課題）がある。すなわち、旧設置基準の古い施設のための構造面・ハード面からくる負担感もある。次の「どんな時に辞めたいと思うか」の回答と符合させても、その結果から、上司や同僚との人間関係に係る問題（併せて30%近い）、人員不足や設備上の問題が相乗効果となり、身体的負担感のさらなる悪化につながっている。これも介護労働安定センターの実態調査とほとんど齟齬がなく、介護現場特有な環境要因といえよう

#### （ウ） A特養における職員健康診断の結果から

平成26年9月から実施したA特養における法定健診の結果から、身体面がストレスに与える影響について検討してみたい。健診結果①を見ると、その結果から正常が1割強にとどまっている。結果②では、脂質異常が60%以上にのぼる。健診結果のまとめでは、要検査、要精査、要観察併せて77%、先の脂質異常と併せると、不規則勤務やストレス過多による「生活の不規則」（3交代制による不規則勤務）、「食事の不規則性」（不規則勤務から派生する食事時間の不規則性・偏り）、不規則性から起こる睡眠バランスの課題等が垣間見れる。脂質異常を頂点としたピラミッド型の健診結果になっており、健康管理の必要な3要素が著しく損なわれている傾向が読み取れる。

心身の相互作用は自明の理であるが、不規則性のキーワードとして3要素が深く影を落としていることがわかる。

#### （エ） 同規模2か所の特養介護職員の介護負担感に関する調査から

平成25年11月に、先のA特養と近隣のB特養における常勤介護職員の身体的な負担感の比較調査を実施した。両者を比較検討すると、介護職員の負担感には驚くほど一致している。事故のリスクが高い利用者が複数いる場合の負担の回答が両者の特養を併せて37人で95%となっている。個別の関わりが難しい利用者がある場合のストレス度が高まる傾向にある。具体的には、身体的に重介護を要する利用者、看取り対応を要する利用者のケアの場面である。さらに、上司や同僚との人間関係、

事故やリスクが複数ある、自分が体調不良でも勤務しなければならない、このような背景が、離職に拍車をかけ負のスパイラルにつながる。

### (オ) 3点の調査結果からの考察

以上3点の調査結果に対して、当時実施した対策を以下に紹介する。

#### a 法定健診後のアフターケア

健診実施後に、脂質異常を中心に管理栄養士による個別の栄養指導を行った。このことによって脂質異常は37%くらいまで下がった。また、再検査や要治療対象者への受診勧奨をするも結びつかないものには、勤務時間内に行かせるよう個別に指導した。結果的には、特殊な事情を抱える者以外は、全て受診、治療につながった。

しかし、1年後の健診結果を見ると、正常が15%（対前年度比4ポイントアップ）、異常が7ポイントダウンに止まった。なお、職員の交替もある中で、固定化された母集団としての経年変化のデータを検証することはできないため、その効果性の比較は困難である。

#### b メンタルヘルス対策の実施

一定規模の職員を雇用している事業所に対して、受診勧奨が義務化された改正労働安全衛生法に基づくストレスチェックを、平成25年度から前倒しで実施した。

同じ機関との契約に基づき、ストレスチェック後に高ストレス者の受診勧奨だけでなく、全職員に対する臨床心理士等専門職による面接を実施。面接後、高ストレス者への受診勧奨に止まらず、全職員に対する24時間相談をメールで開設したほか、電話相談を9～19時の時間帯、その他対面による職員のメンタルヘルスの相談を平日日中に開設した。ちなみに、専門家に繋がった相談件数は1年間に5件に止まった。

職員のストレスチェック、臨床心理士等の面接を踏まえて、2の「心身の健康管理に向けたストレス軽減の仕組み作り」において、仮説的に、ストレスが加わる要因として個人的な要因と動作的な要因、環境的な要因の3つに分類した。個人的な要因は年齢や体格、動作的な要因は、介護職員の技術、経験等の要素（腰痛の要因が技術、知識、心身両面の課題等）、環境的な要因は、建物の構造や周辺環境によるものとした。

#### c 職員のリスクアセスメント

利用者と職員そして環境因子のトライアングルの中で、どのように関わるかにより、介護従事者の作業負担を視野に入れリスクの査定も含めたよりよいケアとはどうなのかを今後のケアプランに組み入れる仕組み作りの必要性について強調したい。イリスのホームヘルパーの手引書の中には、ヘルパーが実際に介護につく前に、ヘ

ルパーに対するリスクをアセスメントする、職員をアセスメントするとある。精神的・身体的なリスクがあるかをアセスメントして、さらにヘルパーの健康とよりよい介護の実現が統一できるようにするという福祉サービス提供の理念も参考になる。

A施設においても、リーダーがその職員の到達段階（介護技術など幅広い能力）により、かかわる利用者の範囲を定めるなど業務手順と比較しながら判断している。

さらに、OJTの評価により、相性が悪い利用者は担当職員から外す、BPSDの激しい認知症の方の対応が困難である場合、原則として一人勤務が要求される早番や遅番、夜勤は避けるなど、評価者の経験則を踏まえて判断するのは現場の常である。

以上から、援助者側のリスクを評価指標に加えてアセスメントを行い、より適切なケアプランとそれに基づいたサービス提供を実践していくことが、職員のストレス軽減にも役立つものと考えられる。

#### d まとめ

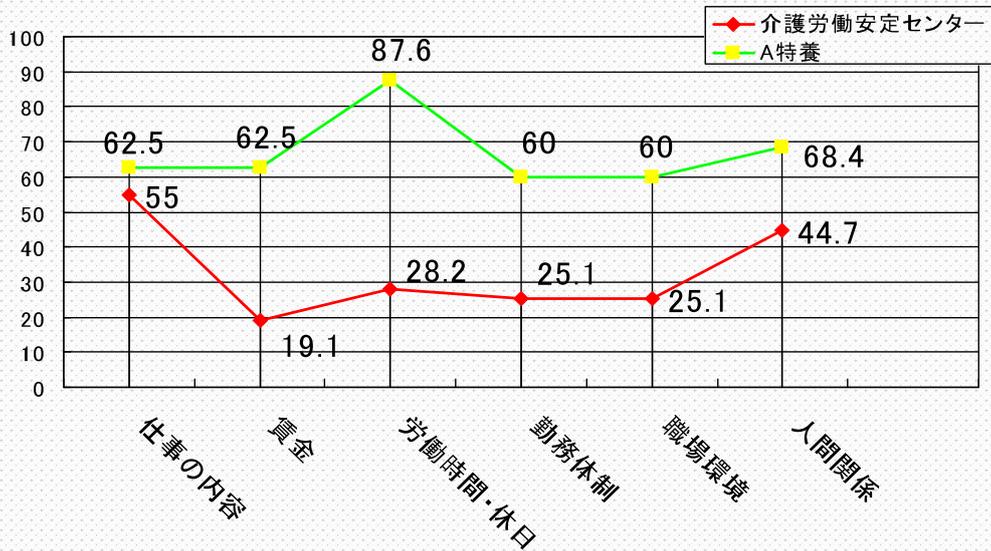
援助者側のリスクマネジメントを今後ストレス軽減のためにも取り入れたい。併せて、うつの職員の復帰プログラム、高ストレス者の復帰プログラムや対応プログラムも確立すべきである。

ややもすると職員のリスクアセスメントは、心身の不健康状態の発見、あるいは勤務継続の可否のツールとしてとらえがちである。しかし、職員が安心して勤務するための予防策でもある。むしろモチベーションアップのための布石と考えたい。

これら一連の調査結果からも、職場のモチベーションアップによる定着化のためには、利用者とのかかわりの場面を通じた「成功体験」などの「成長機会」の付与と「働きやすさ」の可視化が有効と言えよう。さらに、実践的なケーススタディによる困難ケースや認知症対応の振り返りを進めたい。振り返ることで職員の「承認欲求」に一定の満足感が与えられる。また、自由な意見交換ができる場を意図的に設けるなど、縦横のコミュニケーションの場を計画的、継続的に設定することが、帰属意識や愛着を示す「組織コミットメント」を高める結果に結びつくのではないだろうか。併せて、個別職員への個別育成計画、それを可能とする動作的、物理的な環境整備の双方向の実践と検証がストレス軽減に貢献するものと考えられる。

## 介護職員の介護労働に関する実態①

～仕事に対する満足度(%) 前掲、平成20年度調査より



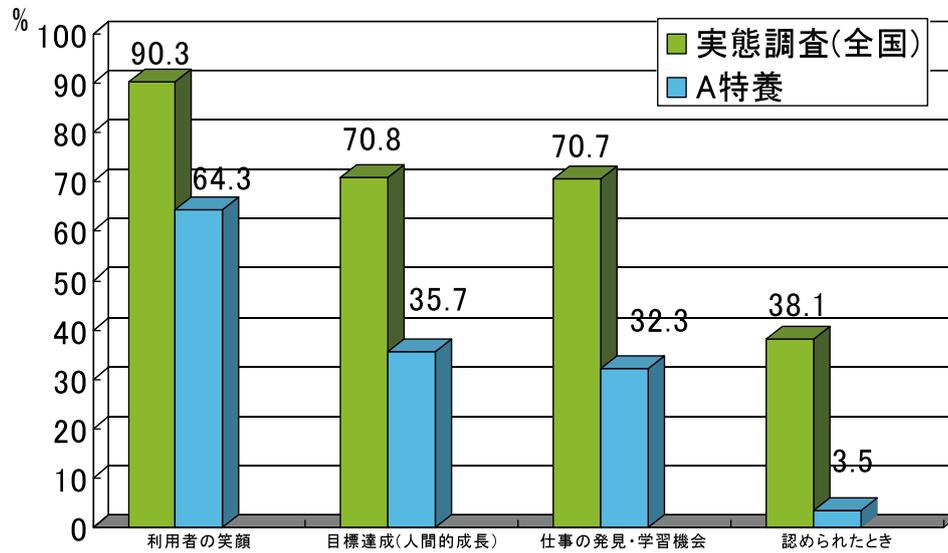
## 介護職員の介護労働に関する実態 ②

～悩み、不安、不満等(%) 前掲、平成20年度調査より

	正社員になれない	賃金が低い	労働時間が長い	休憩が取りにくい	夜勤業務への不安	休暇が少なく・取りにくい	身体的負担が大きい	精神的にきつい	業務評価の低さ・将来の不安	不安・悩み等は特にない
介護労働安定センター実態調査より	7.2	49.4	14.3	34.3	20.7	30.6	28.4	35.7	38.4	7.1
A特養	0.0	37.5	※12.4	12.4	20.0	12.4	8.6		5.3	

### 介護職員の介護労働に関する実態 ③

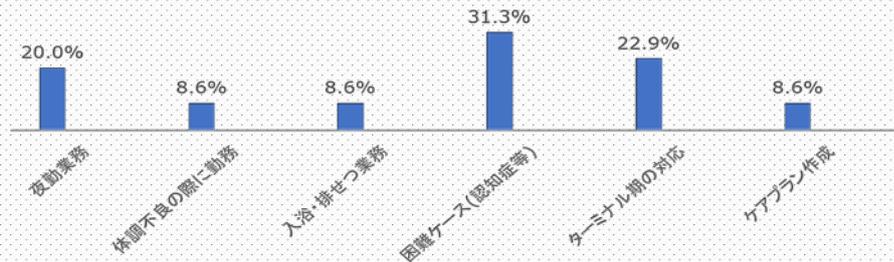
～達成感、喜び、いきがい(%) 前掲、平成20年度調査より



### 介護職員の実態調査 ③ 職員の身体的・精神的負担感について

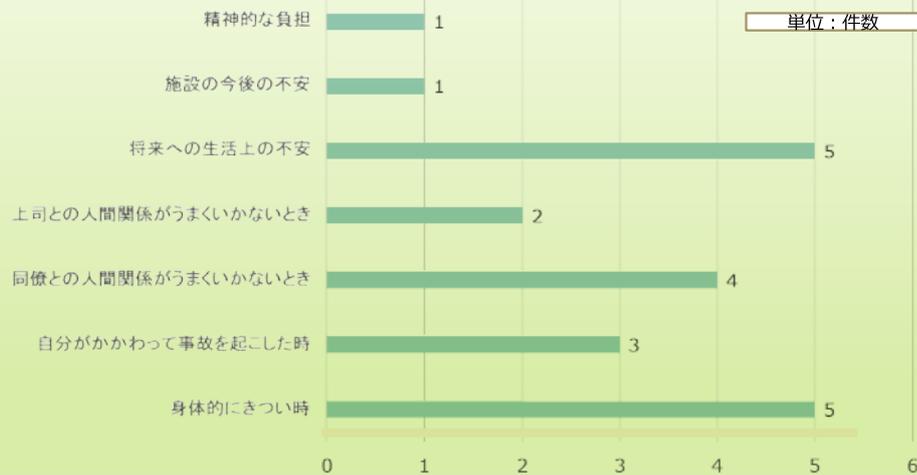
負担感(%) 重複回答

N=21



## どんな時に辞めたいと思うか

N=21

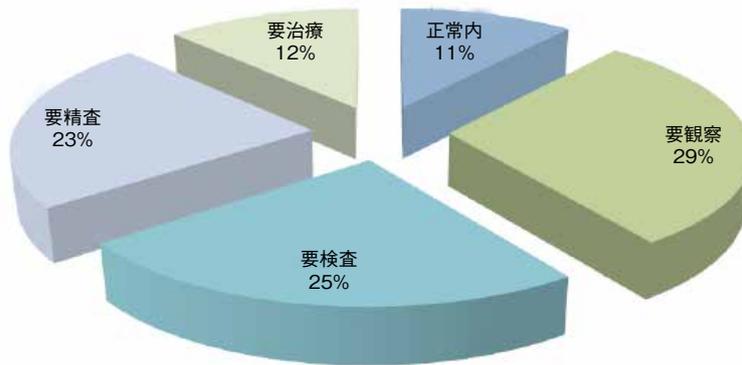


## A 特養 職員健康診断の結果について

- ▶ 従業員の法定検診として実施
- ▶ 健診実施時期 平成26年9月～12月
- ▶ 健診対象事業所 特別養護老人ホーム、併設のデイサービス、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター
- ▶ 健診対象職員数 66名
- ▶ 健診機関からの結果通知
  - A 病院 平成26年11月
  - B 健診機関 平成27年1月

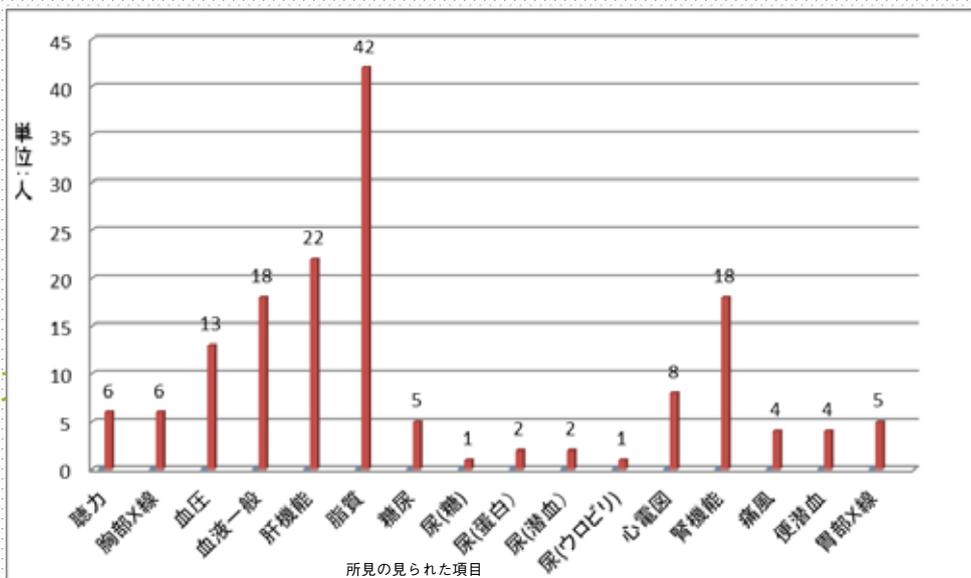
## 健康診断の結果について ①

介護職員 健康診断結果 N=66



## 健康診断の結果について②

N = 66



## A特養 職員健診結果のまとめ

1. 正常内と判断は1割に過ぎず。要検査、要精査、要観察併せて 77%

2. 脂質異常が約半数の職員に見られる  
⇒ 介護職員等の不規則勤務やストレス過多により、「生活の規則性」「食事の規則性」「睡眠バランス」という健康管理の必須な3要素が著しく損なわれている。

## 特養介護職員の介護負担感に関する調査から

1. 実施時期 平成25年11月

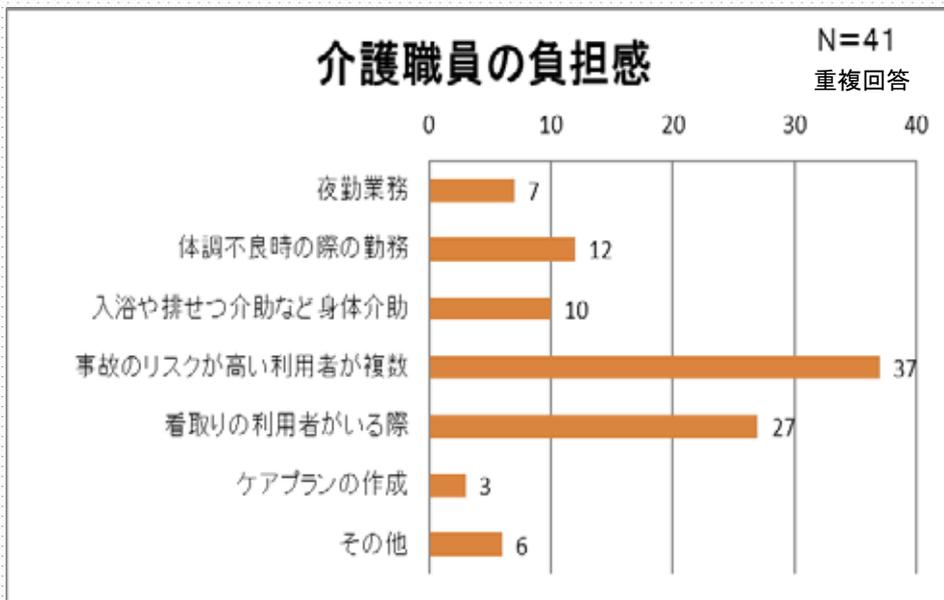
2. 対象事業所

A特別養護老人ホーム 常勤介護職員 22名、  
B特別養護老人ホーム 常勤介護職員 19名

3. 有効回答率 100%

※ 質問項目20項目より

## 特養介護職員の介護負担感に関する調査から



### 特養介護職員の健診結果と介護負担感に関する調査からの考察 ①

#### 1. 法定健診、ストレスチェックリスト実施後のアフターケア

⇒ 従業員の勤務継続の保証と個人の健康管理意識の向上支援

#### 2. 心身の健康管理に向けた（ストレス軽減）仕組み作り

1) 3要因を踏まえた仕組み作り

## 特養介護職員の健診結果と介護負担感に関する調査からの考察 ②

個人的要因、動作的要因、環境的要因

### 2) ケアプランに援助者側の要素を反映させる

- ◆利用者ニーズのアセスメントに加え、リスクアセスメントを実施
- ◆利用者のリスク査定だけでなく、援助者側のリスク（身体的・精神的リスク）査定を実施
  - ⇒援助者側の技術、経験、個別的な属性（年齢、性別、心身両面の健康度等）、作業負担感

## 特養介護職員の健診結果と介護負担感に関する調査からの考察 ③

### 3) サービスの質の向上と援助者側のストレス対処について

- ◆ 援助者の介護負担感のリスクアセスメント
- ◆ 上記、介護負担感のリスクを対比させた業務マニュアル・プログラムの整備（うつ復帰プログラム、高ストレス者対応プログラム等）
- ◆ 研修プログラムの見直し（ストレス要因軽減に向けたプログラムの整備）

## 組織調査結果を踏まえた今後の方針

- ◆ 職員のモチベーションアップによる定着化へ
  - ⇒ キーワードは「成長機会」「働きやすさ」  
「利用者の表情」「記録」「コミュニケーション」  
「利用者の言動」
  
- 1. 職場内研修の見直し
  - ⇒ 職位・階層別研修、リスクマネジメント研修、  
ケーススタディによる困難ケースの振り返り、  
認知症対応研修など
  
- 2. 自由な意見交換（コミュニケーション）ができる場の設定
  - ⇒ 階層別の介護カフェの開催支援等
  
- 3. 人事制度の見直し
  - ⇒ 給与制度（能力給をベースとした制度の構築）

## ウ 特別養護老人ホーム職員ヒアリング

### (ア) ヒアリングの実施概要

認知症介護職員の認知症利用者に対するストレスに関するヒアリングは、都内の特別養護老人ホーム2所において平成29年10月17日(火)に実施した。対象は認知症専門フロアに勤務する3名で、フロアリーダーのAさん(男性)、介護職員のBさん(女性)、フロアリーダー兼職員のCさん(男性)である。勤続年数はAさんが15年11ヶ月、Bさんが2年、Cさんが15年7ヶ月であった。1人当たり平均30分をかけて実施した。そのヒアリング項目は以下のとおりである。

#### 職員向け

- ①認知症利用者の介護に関して、困っていることがありますか。それはどういうことですか。
- ②他に何かありますか。
- ③そのことについて、どう対応していますか。
- ④勤務後や休日に仕事のストレスを解消するようなことを何かしていますか。
- ⑤認知症利用者の介護に関するストレスを軽減するには、どのようなことが必要だと思いますか。
- ⑥認知症利用者の介護について、何か研修を受けたことはありますか。それは、どのようなことに役立ちましたか。また、どのような研修があれば良いと思いますか。

#### フロアリーダー向け

- ①とくに認知症利用者の介護に対しては、どのようなストレスを感じている職員が多いですか。
- ②上記のストレスにより、職員の行動にどのような変化がありましたか？それが離職や休職に繋がったことがありますか。
- ③職員がそのようなストレスを感じる原因はどのようなことだと思いますか。
- ④職員が、認知症利用者の介護の場面で感じるストレスを軽減するには、どのようにすれば良いと考えますか。
- ⑤認知症利用者の介護に関するストレスを軽減するために、取り組んでいることはありますか。
- ⑥上記の取組みで役立ったものは何ですか。

### (イ) ヒアリングの結果から見た認知症ストレスの状況

3名に対するヒアリングで聴取した内容の概要は(ウ)で示しているが、それら

のうち認知症利用者の介護でのストレスをどのように感じているかをまとめると以下のとおりである。

## 特徴点

### ①認知症利用者の考えや行動が理解できなくて振り回されてしまう

認知症利用者への介護の場合、認知症の症状により意思伝達が困難になることや、あわせて身体の状態等により、介護職員とのコミュニケーションが成立しないことがある。介護職員と利用者の相互の意思伝達の困難さは、「利用者に寄り添えなかった」というような介護職員自らの介護スキルに対する不安や自信喪失に繋がっている状況がある。

認知症利用者への対応の中で、特にストレスを感じる事柄として、転倒リスクを常に心配しなければならないこと、介護職員が自らの感情の抑制を強いられる感情労働であること、意思疎通の困難さが挙げられた。

介護利用者の考えや行動を深く理解できないと、いたずらに言動に振り回されてしまい、介護職員のストレスに繋がるようである。例えば「同じことを何度も聞かれる」といった認知症の症状を承知しているのにもかかわらず、利用者の思いがけない言動に対してイライラしてしまい、ストレスを感じてしまう。BPSDにより、介護職員に対する暴力や暴言が出てしまうと、どのように対処して良いかわからなくなってしまうことがある。

コミュニケーションが上手くいかない認知症利用者の言動を紐解こうと、介護職員が取り組んでいるフロアでは、介護職員が介護スキルに対する不安を抱えることは余り無く、職員同士が互いに意見を出し合って解決しようと積極的な取り組みも見られた。

### ②認知症利用者に必要な高い介護スキルの不足に悩む

勤続年数が浅い職員は、認知症介護に関して知識はあるものの、事例検討会のような研修を受けていないこともあるため、個別に対応を求められると具体的な対処方法について悩んでしまうことが多いようである。周囲の関係職員に最適な対処の仕方についてアドバイスを仰ぐが、様々な意見や助言をまとめきれず、かえって余計に悩んでしまっていた。介護職員としての理想や希望をもつ一方、現実の厳しさや思いがけない出来事に直面することにより自らの能力不足を知り、挫折感を覚えることを深刻な自信喪失として受けとめている状況もあるようだ。

### ③認知症利用者への対応について相談相手がいない

認知症利用者への対応は、それぞれの利用者の症状や特徴に応じて異なる

ケースも多いため、マニュアル化しきれないことが多い。個別に対応を迫られる場面では、自らの判断により行いながらも相談相手として上司や先輩、同僚の助言やサポートを受けながら対応することが望ましいと思われる。

しかし、先輩、同僚らが他の業務にかかりきりな場合には適切な助言やサポートをタイミングよく受けられない場合があり、不安を抱えながらの作業となるため、結果的に期待する成功体験を得られないばかりか、自負心から誤った思い込みによる自信喪失を抱えることになる。

上司が、自分の仕事を見ながら覚えてほしいというタイプの場合では、適切な助言やサポートのタイミングを逃しやすく、一見部下を信頼して任せているようであっても、部下側からみると不安感を抱えた状態が継続するおそれがあり、上司もまた業務に対するフィードバックを失うことが懸念される。

#### ④ 認知症の場合と一般介護の利用者の場合との違いで苦勞する

今回、一般介護から認知症介護に仕事が異動になった方からヒアリングができた。一般介護で感じていたストレスと認知症介護で感じるストレスの違いが語られた。一般介護の場合は、自分1人では動けない、起き上がれないという方が多いが、認知症介護の場合は、1人で動ける元気な利用者が多い。そのため、利用者の行動に振り回され、自分のペースで仕事を進めることができないことが、ストレスに繋がるとのことだった。自分のペースで仕事を進めることができない上に時間的制約による新たなストレスを生んでいる。自らのやるべき仕事が、思い通りに進まない状況が起こりやすいことは、認知症介護特有のストレスを生む要因と考えられる。また、一般介護の場合と認知症介護の場合では、精神的、肉体的な負担が大きく異なるとのことだった。具体的には、一般介護では腰を痛める人が多く、身体への負担が問題になる。認知症介護の場合は、利用者自ら行動することができるので、身体を洗うのを手伝う等の身体的負担は減るが、意思疎通の困難さや思いがけない行動を予見して注意しなければならないといった精神的負担が大きい。

## (ウ) 介護職員とフロアリーダーのヒアリング概要

### a 介護職員のヒアリング概要

- ①認知症利用者の介護に関して、困っていることがありますか。それはどのようなことですか。

自分の技術やコミュニケーション能力が不足していることや要望に応えられないことに対する申し訳ない気持ちが絶えずつきまとう (Bさん)

利用者から「今、やってくれる？」となにか頼まれても、すぐ対応できない時がある。「今は、無理なので後でいいですか？」と聞くと「今じゃなくちゃ、駄目なのよ」と利用者が落ち着かなくなってしまったことがある。このように、やらなければいけないことと、利用者からの要望に対応しないといけない狭間で困ってしまう。できる時は要望に応えるというスタイルで対応しているが、利用者の要望に応えると、一方で他の業務が滞ってしまう。このように適切な援助ができていないと思う時がある。そのようなことが起こる原因は、利用者の生活歴、病歴の理解不足や、自分の技術不足ではないかと悩んでいる。

利用者が笑っていても実は怒っていたり、怒っていても実はそうではなかったりすることがあるが、そうした言語にできない気持ちを汲みとれていないと感じ辛いと思う。

利用者が施設で生活するという事は、以前の生活とはかけ離れた状態にあるという認識が自分にはあるため、利用者が楽しくいられることは何か無いかと模索しながら仕事をしている。しかし、楽しませるところか利用者を怒らせてしまったり、かえって危ない状況に陥らせてしまったりしたこともある。そのような状況を作らないことが自分の仕事の役割だと理解しつつも、現実的に上手くいかないの、いつも悩んでいる。

同じことを何度も要求されることや暴力、そして夜勤の緊張感 (Cさん)

負担やストレスは、利用者が直前の言動を忘れて同じことを何度も要求される時に感じる。例えば、食べたことを忘れてしまい、「自分の分は無いのはなぜ？」と聞かれ、「先ほど食べましたよ」と伝えても、「何でそんなに意地悪をするのか」と急に怒り出したり、職員を叩いたりすることもある。

利用者が夜、寝つかれなくてセンサーコールが鳴り続けることが多く、その対応で職員が疲れてしまう。例えばAさんを見ていたらCさんのセンサーコールが重なって鳴る。その場合、どちらのケアが大事か？ と咄嗟の判断をしなくてはならない。夜勤中は、1人になることもあるので常に緊張感がつきまとう。

②他に何かありますか。

利用者に対して十分なケアができないことや転倒の不安がつきまとう。(Bさん)

利用者に「あっちに行きたい」と言われて、行きたい場所へ案内した5分後に同じことを言われる。「何かしたいことがあるのですか?」と利用者に聞くと「とりあえず、あそこに行きたい。つまらないから」と言う利用者に対して、何かしてあげたいと思うが、何もできない。

ヒヤリハットのことを常に考えてはいるものの、体力が無い利用者の場合、最悪は転倒に結びついてしまう。実際に起きてしまうと対応について反省が残る。

自分のペースで仕事ができないことやスキンシップ (Cさん)

自分のペースで仕事ができないことがストレスになっている。また自分が男性なので、利用者から意識されることもある。例えばスキンシップされることがあるが、それはコミュニケーションだと受け取っている。

③そのことについて、どう対応していますか。

柔軟に対応しているが、どれが正しい選択なのかと不安がつきまとう。(Bさん)

利用者に対して最適な対応を悩み、アドバイスを仰ぐが、職員間でも見方や捉え方の違いがあるので、かえって頭が混乱しまとめきれないことがある。そのため、同じようなことが起きた時は、これが最適かもしれない、と自己判断している。ただし、どれが最適な対応なのかという不安は常につきまとう。経験も知識も不足していることも不安に感じている。

自分の抱えている不安や、問題を他の職員に伝えられたら、良いアドバイスがもらえると思っているが上手く伝えることができていないと感じている。

1人で抱え込まず、柔軟に対応 (Cさん)

「Aさん、トイレに行きましょう」と懸命に低姿勢で対応しても「駄目」と利用者に嫌がられたら、他の職員に介助を代わってもらう。他の職員でも駄目なら、一定時間が経った後で再度、自分がトイレに連れて行ったりするなど、柔軟な対応をする。

④勤務後や休日に仕事のストレスを解消するようなことを何かしていますか

どんなことでも、その時、自分がやりたいことをすることが解消（Bさん）

業務中は、自分の願望どおりに何もできないので、プライベートでは今、料理をしたいと思ったら料理をするなど、自分のしたいことをやることにしている。特に決まった趣味は無い。

自分のストレスのたまり具合によるが、一日休めばスッキリするときもあるし、仕事中失敗したことを繰り返し思い出してしまうこともある。

職場の話は家族にはしない（Cさん）

帰宅して家のドアを開けるとすぐにストレス解消になる。自宅で家族と過ごすことと、お酒が好きなのでお酒を飲むことでストレスを解消している。家族には迷惑をかけたくないので、職場の話はしない。

⑤認知症利用者の介護に関するストレスを軽減するには、どのようなことが必要だと思いますか。

人材確保（Bさん）

人材がいれば、利用者1人1人に対して、要望に合ったケアができるのではないかと考えている。利用者のニーズに合うようなサービスが必要。それがストレスの軽減になると思う。

認知症介護についての情報とお互いの仕事を承認できる勉強会（Cさん）

利用者を介護するために、個人を理解し、情報を知ることが大事で、それが介護ストレスを軽減すると思っている。例えばトイレに頻繁に行く人に対して、どうして、この人はトイレに頻繁に行くのだろう？ と考えられることを1つずつ職員があげて、紐解きをする。食事の要求と、手が出ることと2つあるならば、事例ごとに紐解きは2つ作成する。こうした勉強会の回数を重ねて原因が解明されると職員のストレスを軽減することに繋がる（事前に理解していれば、収まり感がある）。また、勤続年数に関係なく自分の意見を出してもらおう仕組みなので、新人が「そういう意見も正しいし、あるよね。」と承認されると職員間に良い効果も生まれる。

- ⑥認知症利用者の介護について、何か研修を受けたことはありますか。それは、どのようなことに役立ちましたか。また、どのような研修があれば良いと思いますか。

#### 事例検討会

認知症の利用者の事例に対してどう対応していくのかというグループワーク、事例検討会があれば良いと思う。専門家のシンポジウムで話し合うという場があれば良いと思う。(Bさん)

認知症実践者研修のグループワークで、事例を持ち寄って話をしたが、他の施設でも類似する事例があった。話し合った結果を持ち帰り職員皆と共有し、他の施設で成功したことを職場でも実行しようとしている。(Cさん)

#### b フロアリーダーのヒアリング概要

- ①とくに認知症利用者の介護に対しては、どのようなストレスを感じている職員が多いですか。

認知症利用者の介護に関わるストレスが多い。(Aさん)

認知症利用者の介護では、同じことを繰り返し何度も言われてイライラすることは回避できない。そのイライラを我慢して、利用者の話を聞かないといけないことがストレスとしてつきまとう。

利用者が、自分の意思が通らず、混乱したことが原因で手を出したり、攻撃的になったりすることもある。逆に抑うつ的に引きこもってしまう利用者もいる。職員は個別に、どう対応すれば良いかわからなくなってイライラすることがよくある。特にOJTを終えた後、1人で解決できずに、ストレスになるケースが多い。

認知症の症状により、ご飯を食べたことさえ覚えていない時がある。そのため、「食べていないので、食事をしたい」という要望が延々と続いてしまうことが職員のストレスになっている。

また、利用者が転倒しないよう気をつけていても、どうしても防げない場合もある。身元引受人から転倒原因を聞かれる、または「どうして、そのような言い方でされなければならないのか」と思うような言い方をされることもある。施設内で、いかにリスクを少なくしながら、利用者のやりたいことをやらせてあげることが難しい。そこに強くストレスを感じる職員が多いかもしれない。夜は2人体制で多くの利用者を見ないといけないので、緊張感が大きくなる。骨折、頭部外傷になると救急車を呼ばないといけないので転倒事故が起きた時に、職員が厳しく自分を責めるとストレスに繋がる。

- ②上記のストレスにより、職員の行動にどのような変化がありましたか？ それ  
が離職や休職に繋がったことがありますか。

認知症利用者が主たる理由で離職や休職に繋がったことは無い。(Aさん)

一時期、職員の定着率が悪かった時がある。当時は、派遣労働者の方もいて、入っ  
てすぐの未経験の方は、利用者への対処方法がわからず辞めてしまうこともあった。  
認知症利用者のケアの仕方に関しての職員同士の考え方や、やり方の違いで意見の  
相違により離職や休職に繋がったことはいくつかあると思う。

- ③職員がそのようなストレスを感じる原因はどのようなことだと思いますか。

認知症利用者の家族との関係や、勤で対応して上手くいかない場合 (Aさん)

利用者の家族は、利用者の代弁者なので、その対応を上手くやっているとケ  
アサービスも上手くいかない。利用者と長く暮らしていたのは家族の人であるの  
だから、職員が知らないことも知っている。家族の意見も大事にするよう指導して  
いるが、職員によっては「自分が看ている」というような気持ちが強くなり、家族と  
上手くいかないことがあるとストレスに繋がる場合もあるようだ。また、どう対応  
をして良いかわからなくて、勤でやってみたが上手く対応できなかった時にスト  
レスを感じると思っている。

- ④職員が、認知症利用者の介護の場面で感じるストレスを軽減するには、どのよう  
にすれば良いと考えますか。

介護職員の認知症理解と風通しの良い職場 (Aさん)

認知症の方の行動や失言原因など、認知症理解ができるような手引きは作成して  
いる。内容は、共感する、受容することが基本姿勢だと理解することが主になって  
いる。

職場では職員同士が何でも相談できる、声をかけやすい雰囲気作りを心がけてい  
る。部下から上司に対しては、対等に物が言えるようしている。仕事のやり方は自  
分自身が動きながら、どうすれば良い対応ができるかをやって見せている。

職員への注意の仕方や相手の承認をする (Cさん)

注意をする時は、職員の対応を見て注意の仕方を考える。職員の過失が明らか  
な場合なら怒るが、2人同時に立ち上がって1人の対応しかできなかったような場合  
は何も言わない。

職員の報告に対しては感謝の気持ちをこめて「ありがとう」を必ず言うように心がけている。

- ⑤認知症利用者の介護に関するストレスを軽減するために、取り組んでいることはありますか。

特にはなく、それよりも介護職員自ら学ぶことが大事（Aさん）

認知症介護について、自分のレベルでできる範囲を理解できるようにすることだと思う。どう対応して良いかわからないことがストレスの原因になるため、自ら学ぶという態度が必要で、仕事を通じて気付いてもらうのが大事だと考える。昼間はスタッフも多いので疑問や不明なことは聞くことができる。

夜勤の協力や、対応策および職員が1人で頑張らないように伝える（Cさん）

夜勤は2人で行う。1時間半の休憩があるが、その間は2人ではなく1人体制になるので、何か起きたら休憩中でも声掛けし合い協力を求めることができるようにしている。

看取り等の場合は、段取りを家族と決め、その対応策があれば職員のストレスを軽減させられる。

利用者で暴力的になる方はいる。爪を立てられることや、顔に蹴りを食らうこともあるので、押さえ込んでも駄目な場合もあり、それが介護職員のストレスに繋がることもある。そのようなケースの時は職員に1人で頑張らないようにと伝えている。

- ⑥上記の取組みで役立ったものは何ですか。

勉強会の効果は大きい

認知症の勉強会の効果は大きい。チームで認知症介護を理解するのが一番大事であり、職場内の研修が大切だと思う。例えば、事例検討会などの形で、認知症の基礎的な知識を伝えたりしている。基本的な知識を身につけて、利用者への関わり方を理解していれば防げることもあり、BPSDも軽減できる。また質問してきた職員に対しては、アドバイスしている。（Aさん）

利用者がなぜそういった行動をするかを職場で勉強している。利用者が職員に手を出す理由がわかれば、職員も手を出されないように防ぐことができる。（Bさん）

## (工) 考察

認知症利用者の介護において、介護職員の抱えるストレスの要因として特徴的なものは利用者との意思疎通の困難さによるもの、思いがけない行動に常に備えていなければならないといった精神的な緊張を強いられる時間が継続することである。ある時には利用者からの暴言や暴力といった行為に際して、介護職員自身の精神的、感情的コントロールを求められる過酷な現場であることが挙げられる。

そのような中で、懸命に対応を行う介護職員は、認知症に対する一定の知識もあり、対応方法をまとめたマニュアル等を参照することができるが、自らの力不足を感じ、それらが不安感、スキル不足を感じる等の自信喪失という訴えとなって表れる点に注目したい。また、勤続年数に関係なく絶えず、それが原因で「仕事に向いているのだろうか」と疑問視しながらも、仕事をこなしている状況も見られた。

法令の定めに従ってマニュアル等が備えられ、「均一なサービスを提供する」という理念の下、利用者に対しては個別の対応を求められる状況を介護職員が自ら克服できない場合に「利用者に寄り添うことができなかった」という自責の念が顕著に表れるというのは、介護職員に特徴的なストレスと言えるであろう。

人手不足による介護職員一人当たりの負荷が高い場合には、職員同士の軋轢も生じやすく、これについてはどのような職種においても言えることであるが、精神的、体力的負荷が高い認知症介護の現場では、介護職員のストレスに応じて管理者が適切に対応することが求められる。個別にストレスの状況を直接把握することは困難であるが、各利用者に対応した介護職員のフィードバックを収集し、助言を与える、承認することで介護職員の抱えるストレスを軽減し、介護職員全体で共有できる経験として蓄積していくことは、マニュアルやヒヤリハットとは異なる手法として有用である。それらをノート等にメモ程度で良いが記録しておけば、事例発表での活用や専門家への助言を求める際に役立てることができるのではないかと。

利用者家族と介護職員との良好な人間関係の構築も認知症介護には欠かせない事項である。家族が今までやってきた介護を、介護職員が受け継いで任されて、看取りまで行うので責任は大きい。そのため「自分が看ている」という気持ちが強くなってしまふ介護職員もいるようである。家族は介護職員が知らない認知症発症以前の利用者の「代弁者」であるという立ち位置を理解することも大切である。その理解が無いと、家族と認知症利用者の間に不本意に挟まれてしまったり、家族と上手なコミュニケーションが取れなかったりすることが原因で、家族に対して不平不満が募る場合もある。それにより十分なケアサービスができなくなる結果として介護職員のストレスに繋がる場合もある。

認知症介護従事者としてのプロ意識を持ちながら相手の役に立てるようになりた

い、利用者の笑顔を見たいと思い仕事に向かうことはかけがえのない理想的な動機づけである。あえて現場では1人でできることの限界があるという認識に立ち、人に協力を頼むことを通じて多方面から物事を見られるように少しずつでも視野を広げるように努めることで、ストレスを軽減することができるのではないか。人の役に立ちたいと頑張っているにもかかわらず、認知症の利用者にとっては目に見えて回復の成果が得られるケースばかりでなく、ジレンマに悩まされる。「自信が無く不安である」や「(利用者さんに) 寄り添えなかったことに対して申し訳なく思う」というような、本来は様々な経験を重ねることによりはじめて得るであろう「仕事への自信」について喪失感を訴えるケースもあることから、このような自負心が強い介護職員の思い込みへの適切な助言は、介護スキルのみならず、社会性にかかわるあらゆる事例を含めて行われる必要があるかもしれない。

介護職員が認知症介護を理解するために、職場内で事例検討会のように意見交換することは、認知症介護特有のどれが正しいという解答を求めにくい現場ではストレスを抱えないためにとっても有用である。意見交換によって「自分が考えていたこと、または実行していたことは間違っていなかった」「同じように悩んでいるのは自分だけではない」と介護のスキルについて再確認もできる。必要に応じて相談や意見交換が自由にできる場所などの環境整備や紐解きシートの導入は、とても良い例なのではないだろうか。認知症の利用者が、どうしてそのような行動に出るのか、1つ1つに対して、紐解くことができるシートがあり、部下、上司関係なく、意見を出していく。そして、その意見に対して、異論がある場合にも反対するのではなく、お互いを受容し、共感から入っていくというアプローチは、部下、上司の信頼関係を深めるであろう。情報共有が、認知症介護の理解に繋がるというのは、実際にヒアリングでも出てきた意見である。そのような情報共有の場面で勤続年数に関係なく等しく発言できる環境作りは、職場環境の風通しを良くし介護職員同士のチームケアに対してより強い連携に役立つのではないか。

最後に、カウンセラーの立場から介護職員が「自分がストレスを抱えている」と自らストレスを受け入れて認めることは、ストレス軽減の第一歩であり、ストレスを感じているとわかれば、軽減できるように何らかの対応を検討することができる。例えば、1人でできるような「身体を動かす」「音楽鑑賞」「呼吸法」等、自分に合ったストレス対処法を実行し、それでも軽減できない場合は、同僚または友人など人に話を聴いてもらう等、他人の力に頼るということは、決して悪いことではない。同僚や友人などに話しても、すっきりしない場合、または身近な者への相談がしにくい場合は、仕事に無関係のプロのカウンセリングを受けるというのも方法である。

## エ 認知症介護職員アンケート結果

### (ア) アンケート調査の概要

認知症介護職員の認知症利用者に対するストレスに関するアンケートは、ヒアリング調査を補完することを目的として、以下のように介護労働者に対するアンケート調査を実施した。

#### [調査対象]

ヒアリング調査を実施した介護施設のほか、認知症の利用者の介護を行うことのできる施設で働く労働者のうち、現に認知症の利用者のケアを担当する者 50 名（回収率 100%）

#### [調査期間]

平成 29 年 9 月 26 日～平成 29 年 10 月 11 日

#### [調査事項]

質問は、選択式、自由記述式を含む 12 問。その他に属性、年齢階層、介護職経験年数を問う質問が 3 問の合計 15 問

質問 1 あなたは、職場で、ストレスを感じやすいタイプですか。

質問 2 認知症の利用者の方を介護する上で、どのようなことでストレスを感じていますか。

質問 3 勤務日に次のように感じることはありますか

質問 4 勤務後や休日に、どのようなことでストレスを解消していますか？

質問 5 認知症の方の介護によるストレスを誰かに相談できますか。

質問 6 勤務中に感じるストレスによって離職したいと思ったことがありますか。

質問 6 - 1 「はい」の場合、具体的にどのようなことで、離職したいと思われましたか。（自由記述）

質問 7 認知症に関する研修を受講されたことがありますか。

質問 8 研修を受けた方にお聞きします。研修を受けた後に認知症の利用者の方に対して、理解が深まったり接しやすくなったりしましたか。

質問 9 ストレスを解消する方法として、どのような研修があれば良いと思いますか。（自由記述）

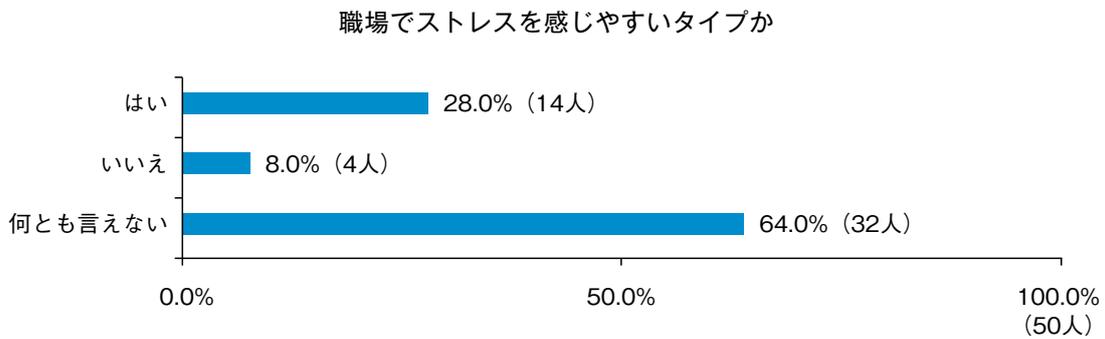
質問 10 認知症の利用者の方の介護によるストレスが軽減できるようなことで、施設全体で、どういう対応や取組みが出来たらよいと思いますか。（自由記述）

質問 11 認知症の方の介護で気になることがあれば自由にお書きください。（自由記述）

## (イ) 調査結果の概要

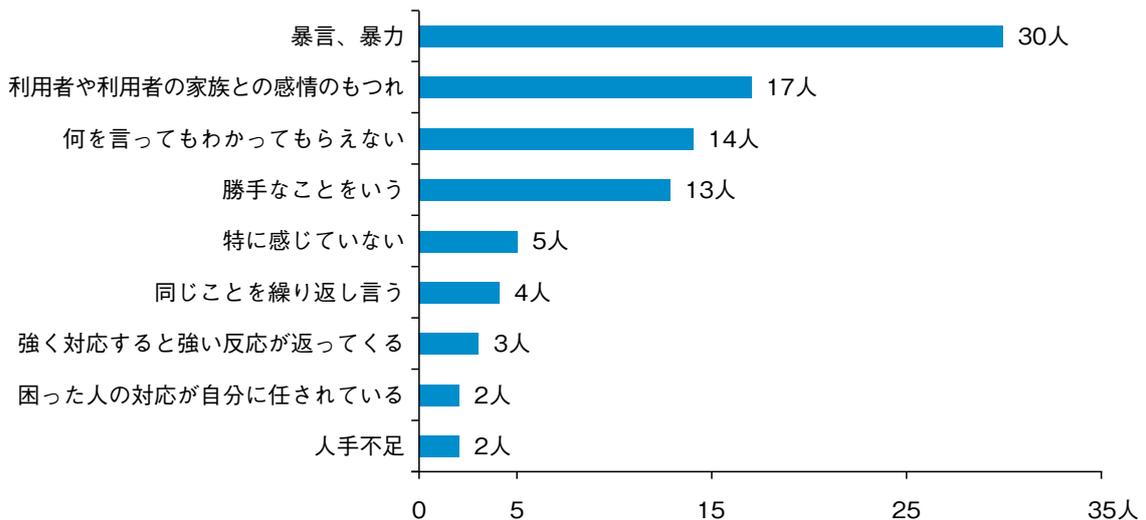
### a 認知症利用者の介護をする上で感じるストレス

職場でストレスを感じやすいかということについては、「なんともいえない」と答えた人が32名と約6割で1番多かったが、明確に「はい（感じやすい）」と答えた人は14名と3割弱であった。



認知症の利用者を介護する上で、どのようなことでストレスを感じているかについては、「暴言、暴力」が30名と1番多く、次に「利用者や利用者の家族との感情のもつれ」が17名、「何を言ってもわかってもらえない」が14名であった。「同じことを繰り返し言う」が4名、「人手不足」が2名であった。その他には「体を触られる」、「お茶を床に撒く」、「頻回なコール」、「弄便」、「服薬拒否」等も挙げられた。

### 認知症の利用者を介護する上で、どのようなことでストレスを感じているか（複数回答）



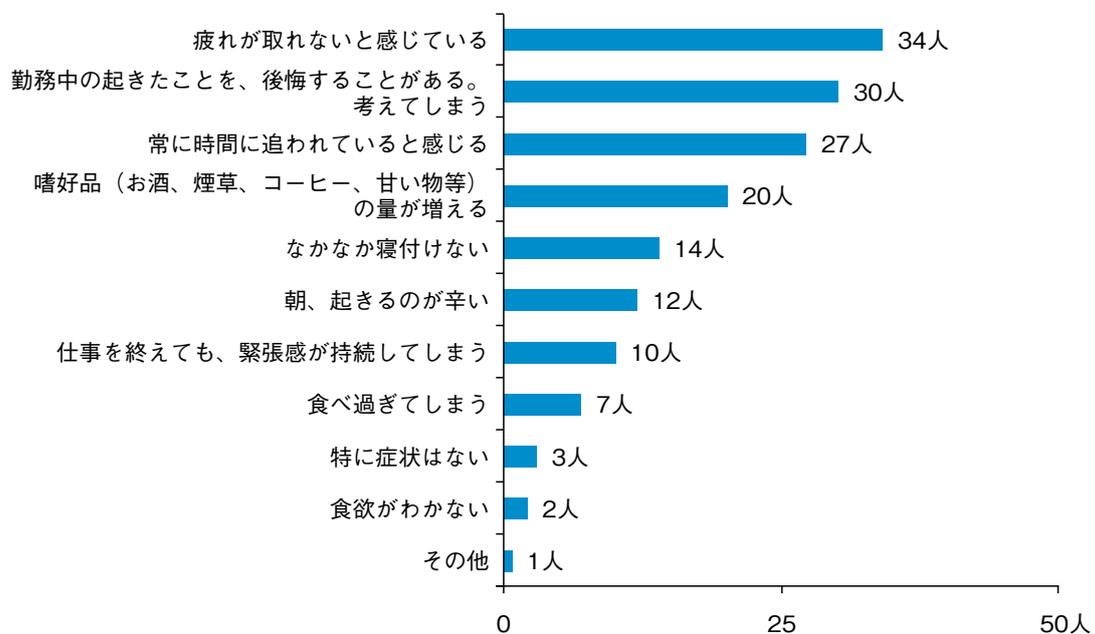
ヒアリングでも、利用者からの「暴言・暴力」が原因であざを作ってしまう、「体を触られる」「服薬のみならず、飲食等の拒否」などが原因でストレスを感じるという声があった。また介護職員がストレス過剰になると、影響として「声が大きく

なる」、「顔が険しくなる」、「ストレスを物にぶつけるようになる」、「泣いてしまう」など行動に変化が出る。そのような状態が何らかの事故に繋がると言われていた。そのためリーダーが現場で事前察知した時は、介護職員に声掛けをして事故を防ぐなどリスクを回避しているようである。

b こうしたストレスが介護をする者にどのような影響を与えているのか

勤務日には「疲れが取れないと感じる」が34名で一番多く、「勤務中に起きたことを後悔することがある。考えてしまう」が30名、「常に時間に追われていると感じる」が27名であった。

勤務日に感じること（複数回答）

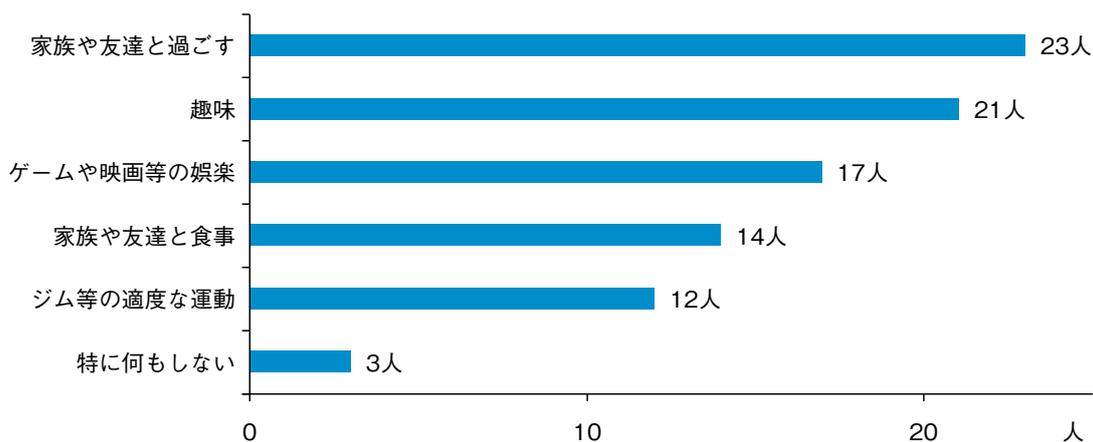


ヒアリングでも「自分の対処、対応についてどれが一番適切だったのか考えてしまう」という声があった。そのように自らの力不足を感じ、不安感、スキル不足を感じる等の自信喪失に陥れば、職員が「仕事に向いているのだろうか」と自己肯定に揺らぎが出てしまう。例えば、利用者に対して、良かれと思って行動をしたことも、利用者から反発があれば、かえって余計なことをしたという思いにも繋がり、失敗に終わった対処について繰り返し思い出して悩んでしまう。また、仕事に対しては、利用者のため「丁寧に接したい」という人間としての感情と「時間内に終わらせなければいけない」という葛藤がストレスを引き起こしているようで、それが個人によってはイライラ、焦り、パニックに繋がっているようである。

### c 介護によるストレスへの解消法

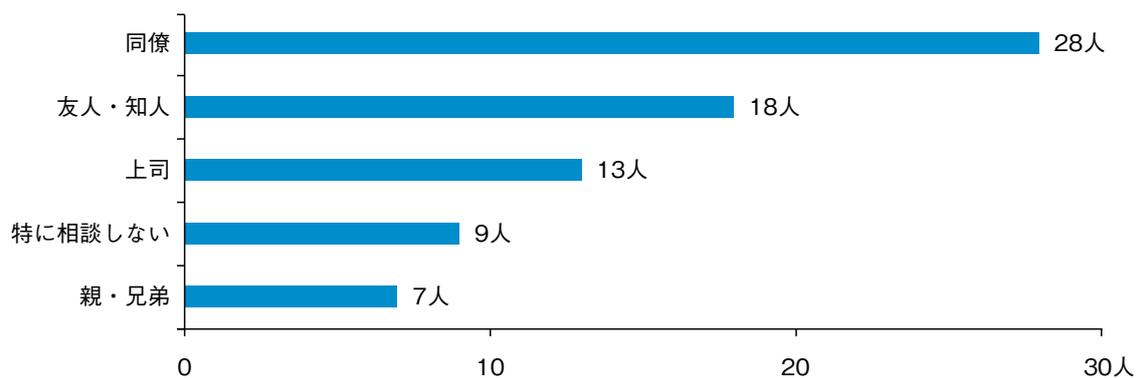
このように感じたストレスについて、勤務後や休日にどのようなことで解消するかを見ると、「家族や友達と過ごす」が一番多く23名、「趣味」が21名、「ゲームや映画等の娯楽」が17名と続いた。少数意見としては、睡眠や買い物、また、特に何もしていないという人もいた。

勤務後や休日に、どのようなことでストレスを解消するか（複数回答）

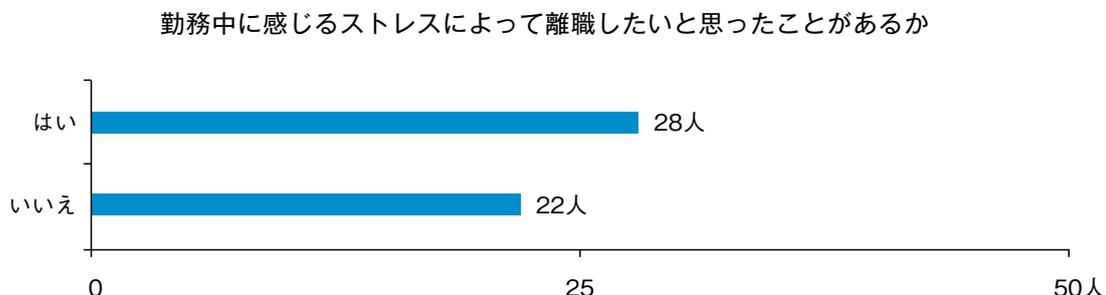


また、認知症利用者の介護によるストレスを誰かに相談できるかについては、その相手が「同僚」とする者が28名と約半数で、次いで「友人、知人」が18名、「上司」が13名であった。その一方で、「特に相談しない」という人も9名いた。

認知症利用者の介護によるストレスを誰かに相談できるか（複数回答）



さらに、勤務中に感じるストレスによって離職したいと思った人も28名と約半数であり、「いいえ」と答えた22人よりも多い結果となった。



離職したいと思った人が具体的にどのような理由によるのかを自由記述でみると、以下のような意見が出されている。

●認知症利用者に対する介護やスキルが原因

「次から次へ利用者の要求が多く、押しつぶされそうになった時に、この仕事は自分に向いているのか？」と疑問に感じた時」

「大きい声を出す、何度も同じ話をする」

「安全を第一にと考えながら頑張って見守り、業務をこなそうとしているが、利用者さんが別な場所で転倒してしまった。また、一生懸命に関わっているのに怪我等をされたときに、心が痛んでしまう」

「夜間休まれない利用者に対してイライラしてしまうので、他の利用者さんへのリスクが上がってしまう」

「利用者さんから理不尽なことをされても耐えるしかない」

「利用者さんからの暴言、暴力に傷ついた時」

「自分の存在が認知症の方に安心していただけていないと感じる時」

「自分の無力さ、力不足で申し訳なく感じてしまった時」

「スキルが活かせない」

また、認知症介護に直接関係ないが、回答で一番多かったのは人間関係の問題であった。

●職員同士のやり方、考え方、および意見の相違が原因

「上司から一方的な感情で怒られた」

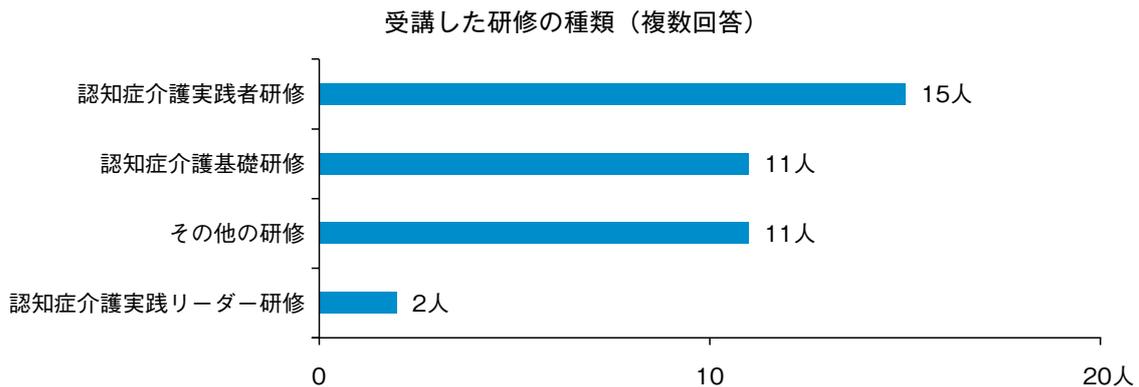
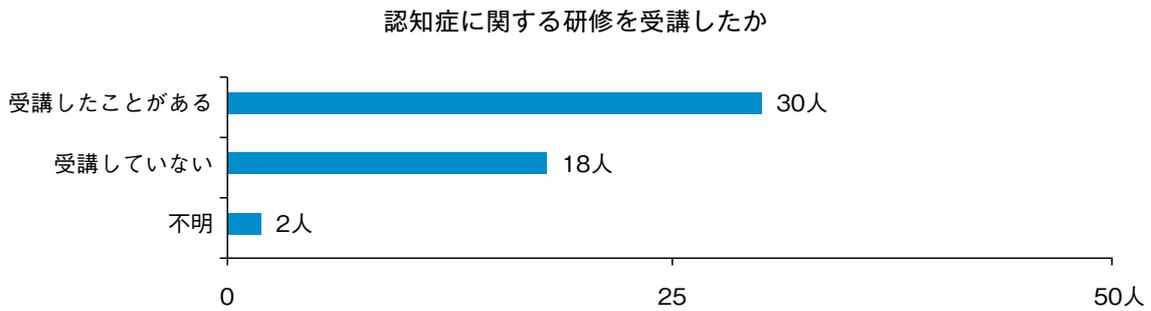
「一緒に働く人からの暴力」

「上司が技術や知識を教えてくれないのに、できて当たり前とされてしまう」

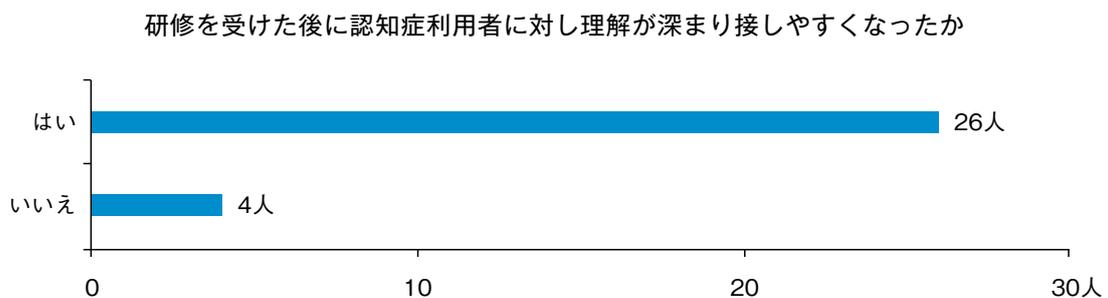
「職員同士、同じ目標、目的を持って仕事にあたれない。ばらばらで団結力が無い」

d 認知症介護によるストレスに必要な対応

認知症に関する研修を受講した人は30名いた。その中で認知症介護実践者研修が15名、認知症介護基礎研修が11名、その他の研修が11名いて、具体的には「認知症介護研修」、「認知症介護指導者研修」、「認知症ケア専門士」、「認知症と透析治療」などを受講していた。



研修を受けた後に認知症利用者に対し理解が深まり接しやすくなったかについては、研修を受講した30名のうちほとんどの26名が接しやすくなったと答えていた。この結果は、認知症利用者に関する研修の効果とその重要性をうかがわせる。



ストレスを解消する方法として、どのような研修があれば良いと思うかについては、自由記述でみると、以下のような意見が出されている。

●認知症理解やストレス対処やメンタル面の研修

- 「認知症についての理解を深める」
- 「ストレスを理解する」
- 「ストレスを作らない環境等の整備方法」
- 「メンタル・モチベーションを保つ」
- 「自己肯定感トレーニング」
- 「セルフケア」

●研修という形よりも職場環境整備

- 「ワーカー同士で、振り返り、心構え等を話す機会」
- 「チームワークを深めたい」
- 「職場が話し合える環境ならストレスは少ない」
- 「職場環境の改善方法」

●研修よりも疲労回復が大事

- 「研修よりも休みが取りたい。有給休暇を取りたい」
- 「研修よりも、早く帰って休みたい」

認知症の利用者の方の介護によるストレスが軽減できるようなことで、施設全体で、どういう対応や取り組みができたら良いと思いますかについては、自由記述でみると、以下のような意見が出されている。

●相談窓口の設置や環境整備

- 「話を聴いてもらえる相談所の設置」
- 「カウンセラーの設置」
- 「コーヒー喫茶等を開催し、話し合える場所」
- 「職員同士で何でも愚痴れる話せる環境作り」

●その他

- 「勉強会の実施」
- 「認知症のケースに対する検討会」

また、認知症の介護で気になることについては、自由記述でみると、以下のような意見が出されている。

●認知症介護特有

「職員全体での認知症の理解不足」

「認知症フロア同士の交流や研修を行うことで、認知症ケアの質の向上に取り組めるのではないかと思う」

「どんなに学んでも、わかろうとしても、寄り添っても、わからないことが多く、全て推測、憶測に過ぎないので、本当はどうかと考えてしまう」

「転倒リスクの高い利用者の方の立ち上がりに対して、強い口調で対応をしてしまう」

●利用者家族に関連

「家族が本人を干渉、または、ほったらかしすぎる」

「家族が施設に介護を丸投げなのに細かいことを言う」

「家族と本人の意見の違いがあり、介護者として、どちらの気持ちも汲み取りたいが、なかなかできない」

### (3) 認知症介護における介護職員のストレス

#### ア 認知症介護に特有のストレス

##### (ア) 認知症介護におけるストレスの考え方

対人支援サービスは「感情労働」とも呼ばれ、中でも介護は利用者との暮らしに深く立ち入ることから、ストレスと切り離して考えることはできない。特に介護現場は人材不足やこれに伴う業務負担も加わって、よりストレスを生じやすい環境にあると言える。さらに認知症介護で生じやすいストレス要因は、利用者、利用者家族、上司・同僚、事業所、そして自分自身など多様である<sup>1</sup>。そのためストレスマネジメントやストレスコーピングは、個々の介護職員だけでなく勤務体制や介護サービスのあり方の次元から組織全体で考え、位置づけるべき課題であると言える。

認知症介護の現場では、まず誰よりも認知症の人本人が日常の暮らしに立ち現れる困難や不安からストレスを抱えている。その上で介護職員はできる限り本人の思いを汲み取り、これに沿った暮らしを継続できるよう心身両面にアプローチを試みる。しかしさまざまな試行錯誤の過程で職員側の意図と本人の思いがすれ違ったり、介護職員自身も自らのかわりが適切なのか判断できずにジレンマに陥ったりする悪循環を引き起こしやすい。そのため情緒的消耗感を感じたり、個人的な達成感も感じられず、利用者の人格を無視した言動や紋切り型の対応を繰り返すなど<sup>2</sup>、虐待につながりかねない状態になることもある。

また介護現場は、利用者にとっての生活の場、職員にとっての労働の場という2つの要素<sup>3</sup>が限りなく重複する、ある意味特殊な場である。いくら家庭的なユニット環境や個室が整備されていても、かかわる職員がストレスを抱えていれば、ただでさえ自身の心身状況にストレスを抱えている利用者をさらに追い詰めることになってしまう。

したがって、ストレスを対症療法的に捉えるのではなく、むしろ認知症介護は「ストレスと共にある仕事である」ということを大前提として考えることから検討することが重要である。介護職員が心身の健康を維持し、介護労働者としてだけでなく知識や技術を活かして専門職としての力を最大限発揮するには、組織全体で介護の価値や理念を明確に持ち、介護がストレスも含む多様なプロセスをたどる実践であることを前提とした体制を整える必要がある。

そこでまず「ストレスと共にある仕事」という前提に立って、認知症介護におけるストレスの背景をいくつかの側面から確認してみたい。

#### (イ) 認知症介護におけるストレスの背景

認知症介護において生じるストレスの背景として、まず個人レベルの「認知症に対する知識不足、あるいは不十分な知識」<sup>45</sup>が挙げられる。

認知症の人は、記憶や見当識等の障害により、しばしば場の状況にそぐわない行動をとる。記憶や見当識の障害、判断力低下などの中核症状、あるいはそれらによる不安や混乱状況（行動・心理症状：BPSD）による行動と考えられるが、本人の状況に沿った適切な関わり方を判断するためにも、認知症の原因疾患や現れやすい行動に関する知識は不可欠である。知識の不足、あるいは不十分な知識のまま介護に当たると、認知症という病気とその人の人格を同一視して「その人が周りを困らせている」と解釈したり、このような行動を押さえ込もうとして、かえって本人・介護職員共にストレスを生じさせることにつながりかねない。

認知症という病気によって混乱しているのは、誰よりも本人である。認知症という病気を本人の人格の外に置くこのような考え方、つまり「外在化」により、介護職員は利用者と共に認知症と向き合い、よりよく暮らせる道を共に探ることができる。介護職員がそのような姿勢で利用者と向き合うためにも知識は不可欠であるが、互いのストレスを軽減して利用者本位のかかわりをするためにも、知識をもとに実際の場面を思い起こしながら介護職員自身の心の持ちようを振り返り、グループ討議などを経て多様な視点や考えを共有して「心の引き出し」を豊富にしておくトレーニングも必要である。個人の経験や主観に偏った捉え方では認知症の人の世界を理解するには限界があるため、研修などの機会には、研修参加者や同僚どうしてで試行錯誤のプロセスを語り合い、互いの実践のプロセスを認め合い高め合えるような場

作りに努めることが望ましい。

2つ目には、組織レベルの要因として「認知症ケアマネジメントの目標設定の不十分さ、不明確さ」<sup>6</sup>が挙げられる。介護という仕事は元来、数値のような客観的な基準に基づいた目標を設定することは困難である。また、個々の利用者の数だけゴール（目標）があり、その点では「正解のない仕事」とも言える。その分、利用者との相互交流やアセスメントを通して生活上のニーズと介護を通じた生活目標を設定することになる。しかし認知症介護の場合は利用者自身が自らの意思を的確に説明できることは稀であり、言わば「手探り」の状態目標を設定し、日々の暮らしやかかわりを丁寧に振り返りながら軌道修正をすることになる。

しかしチームで行うケアの足並みが乱れると、個人プレーや個々のスタッフの恣意的な判断により、チームだけでなく最終的に利用者の生活に混乱をきたすようになる。さらには当初は利用者の暮らしの安定に向けたBPSDの軽減の取組が、いつの間にか介護職員側の都合による負担軽減に置き換わってしまい、「利用者本位」と乖離した状況が生み出される可能性が大きい。

このような組織風土が、介護職員にとっては理想と現実のジレンマによるモチベーションの低下やストレス要因につながりやすい。職員が受けるストレスにはこれ以外にも多様な要因があり、対症的なストレス対策を画一的に行うだけではこの仕事に対するモチベーションは高まらず、上司・同僚や組織に対する信頼も揺らいだままで根本的な解決にはつながらず、やがては虐待や離職のリスクが高まってしまいう可能性がある。

介護労働安定センターが実施する「介護労働実態調査」では、離職理由として、利用者に対する介護負担以上に「職場の人間関係」「職場の理念や運営への不満」という理由が常に上位に挙がっている<sup>7</sup>。認知症介護の現場でも、介護職員のストレス要因には認知症の人との関係以上に、目標を共有し互いの実践プロセスを認め合える組織やチームの存在や、有形無形のバックアップが不可欠であることも押さえておく必要があるだろう。

#### (ウ) ストレス対策をやりがいに

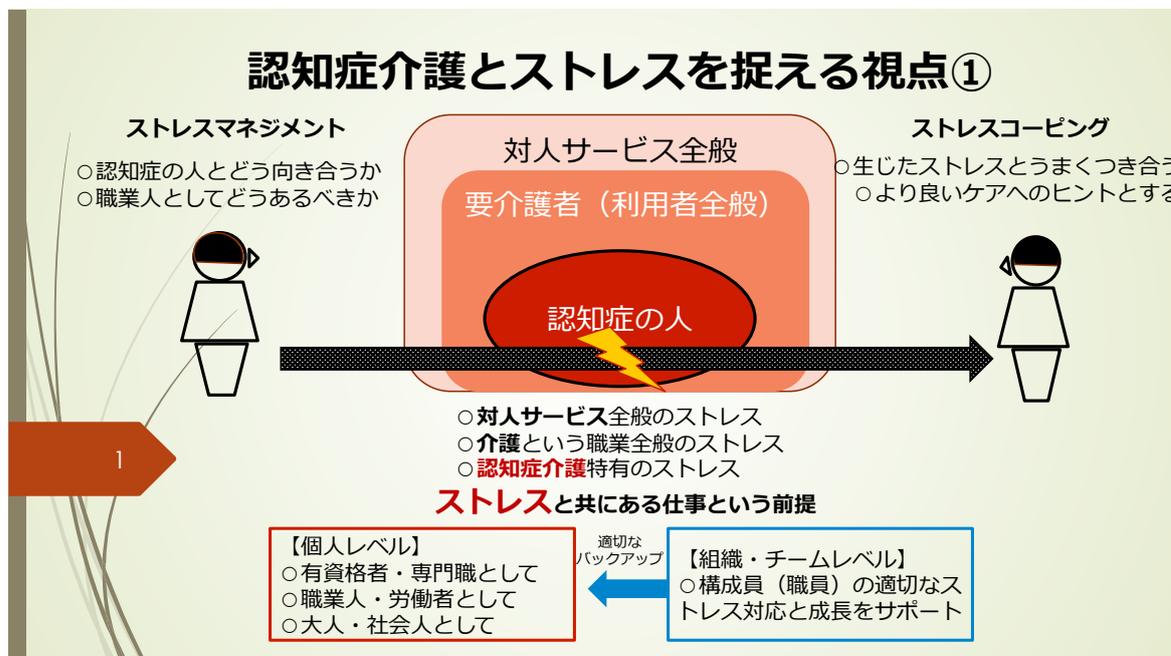
これまでみてきたように、認知症介護におけるストレスを考える時、必然的に介護サービスに対するチームや組織としての価値観が問われることになる。介護施設・事業所という組織は、社会人・労働者として適切に業務を遂行することと同時に、サービス利用者である利用者が不安やストレスを感じることなく暮らせるよう、介護職員が自信をもって利用者に向き合える環境を整えることが重要である。介護実践は、利用者の生命や健康に影響を及ぼさない範囲で職員がのびのびと知識や技術

を活かして実践できるよう、一つひとつの実践の結果以上に長期的な視野をもってプロセスを重視すること、そして職員が互いの個性を認め合い、弱みを補い合うようなサポートティブなチームあるいは組織体制が不可欠であることがわかる。介護というものを本質的なレベルから捉え直すことで、「認知症介護ストレス対策」は、各スタッフのやりがいを創造し、人材の定着やケアの質向上をも可能にする可能性があることがわかる。

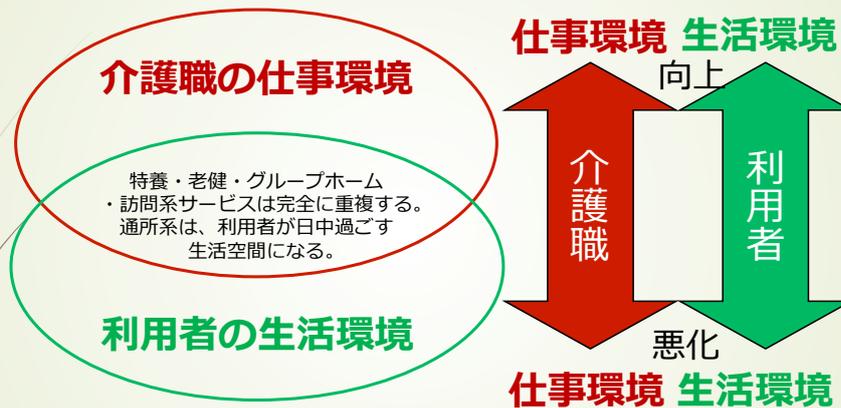
利用者の人格や暮らしに深く携わる以上、介護という仕事にストレスはつきものであり、かつストレスに対して職員が個人で対処するには限界がある。認知症介護におけるストレス対策では、ストレスを前提として日々の実践に価値を見出し、個人あるいは組織がより良いケアのヒントを見出すきっかけになるような内容を構築していくことが期待される。

参考文献

1. 認知症介護研究・研修仙台センター『介護現場のためのストレスマネジメント支援テキスト 高齢者虐待・不適切ケアの防止に向けて』p.31、2009
2. 前掲書、p.9
3. 認知症介護研究・研修センター『認知症介護実践リーダー研修標準テキスト』137、2016
4. 前掲書、p.142
5. 厚生労働省「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」でも、要介護施設従事者等による高齢者虐待の原因として「教育・知識・介護技術等に関する問題」「職員のストレスや感情コントロールの問題」が例年上位を占めている。
6. 認知症介護研究・研修センター『認知症介護実践リーダー研修標準テキスト』142、2016
7. 最新のデータは介護労働安定センター『介護労働の現状について 平成28年度介護労働実態調査』p.55、2017年8月4日公表



## 認知症介護とストレスを捉える視点②

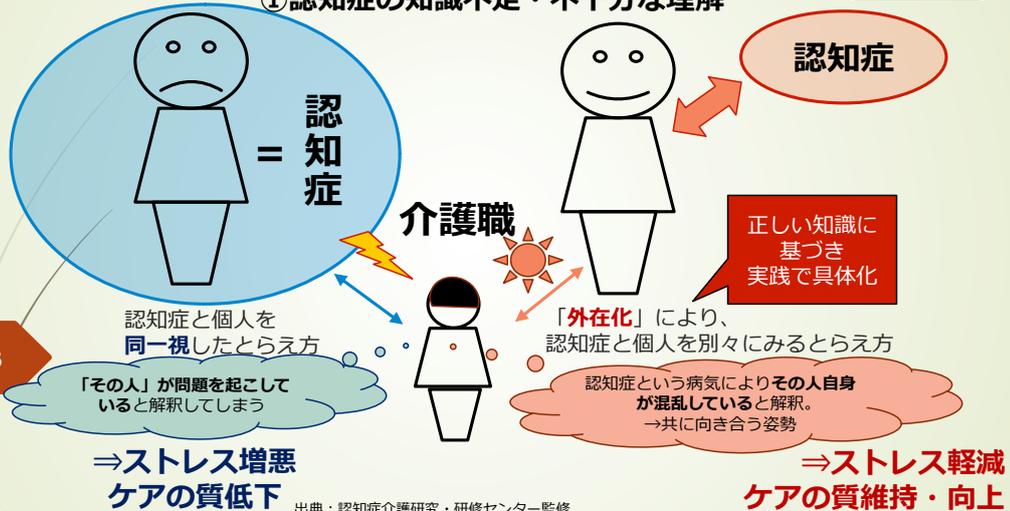


仕事環境と生活環境が重複する場で介護職がストレスを抱えたまま業務を行うことは、利用者の生活環境の質を低下させることになる。

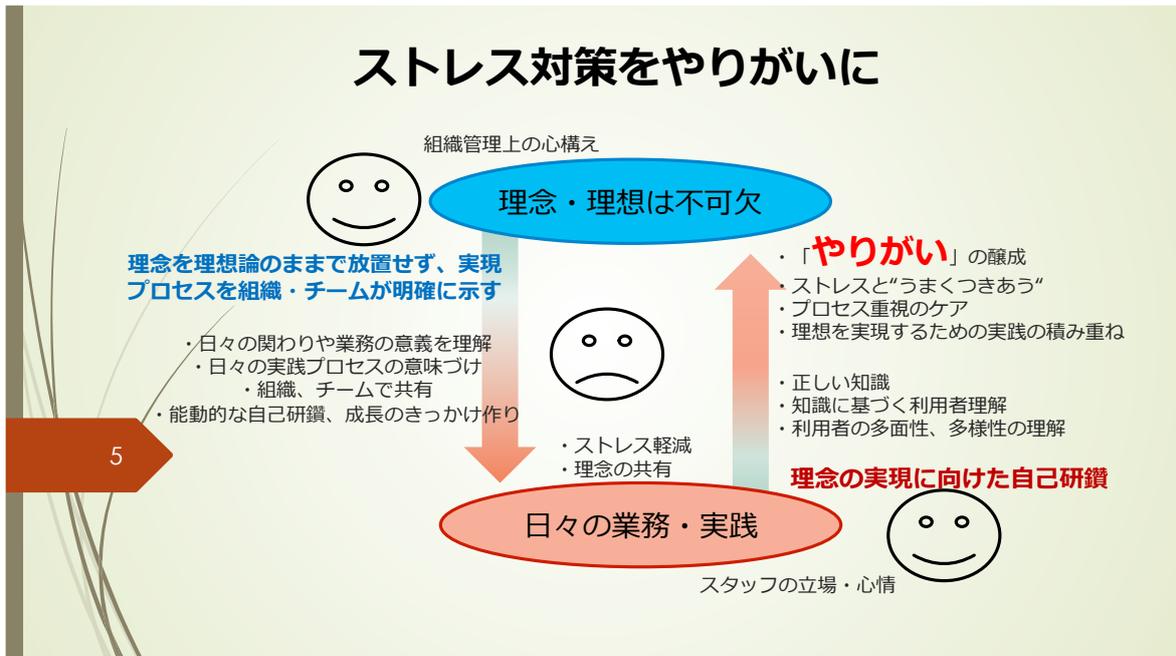
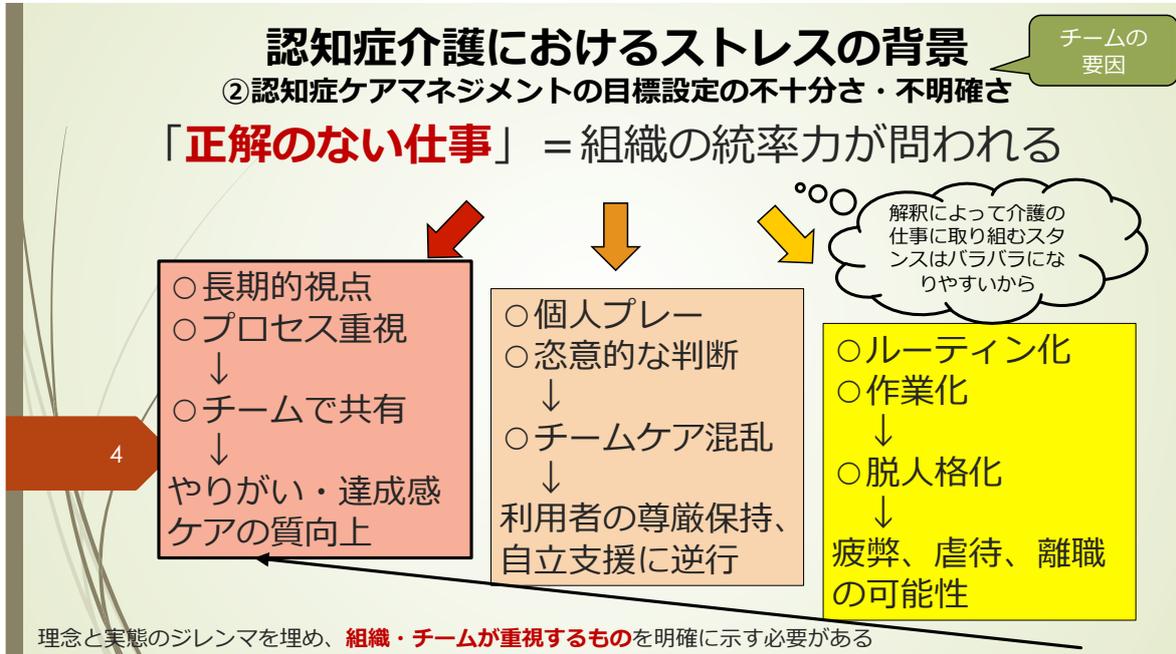
出典：認知症介護研究・研修センター監修  
『認知症介護実践リーダー研修標準テキスト』p.137  
「高齢者の生活環境と介護職のストレスとの関連」ワールドプランニング、2016

## 認知症介護におけるストレスの背景 個人の要因

### ① 認知症の知識不足・不十分な理解



出典：認知症介護研究・研修センター監修  
『認知症介護実践リーダー研修標準テキスト』p.142  
(ワールドプランニング、2016.9) 掲載の図に筆者が加筆。



## イ ストレスを感じやすい認知症介護の場面

### (ア) 認知症介護と認知症の症状を伴わない利用者の介護

人と人との交流（コミュニケーション）は、刺激と反応が対になって成立している。このことから、良好なコミュニケーションとは「一方が送る刺激に対して相手方から予想通りの反応が戻ってくるやりとりを交互に行う交流」ということができる。

認知症の症状を伴わない利用者は、介護職からの挨拶や声かけなどの言語コミュニケーションはもとより、表情や手足の動きなどの非言語コミュニケーションといった刺激に対しても予想通りの態度を示す場合が多い。こうしたコミュニケーションは、資格を活かした仕事をしたいと勉学に勤しみ、また、祖父母の介護で培った経験を活かすことを希望して介護職を志望する者にとって、働きがいそのものである。利用者の喜ぶ姿や感謝する気持ちが示される瞬間に立ち会うことは、介護職としてこの上ない喜びを感じる瞬間といえる。このことは、公益財団法人介護労働安定センターによる平成28年度介護労働実態調査が、現在の勤務先を離職したとしてもまた介護職で働くことを希望する割合を、介護関係以外の仕事に就くことを希望する割合の2倍以上であるとする結果からもうかがえる。介護という仕事に魅力を感じる介護職が実態として多いことが予想される。

他方、認知症介護においては、介護職が与える刺激に対して相手方からの反応が予想通りに返ってくるとは限らない。高齢者の役に立ちたいという思いで懸命に関わろうとする介護職にとっては、認知症の中核症状や行動・心理症状に由来する利用者の言動に驚き、悩み、ときには傷つくこともあり、この点において認知症介護におけるストレスは認知症の症状を伴わない利用者の介護とは異なるものといえる。このような認知症の症状による利用者からの予想外の反応に、介護職は困惑し、茫然とし、自信を失う場合すらありえる。

このような認知症介護の場面では、予想通りの反応が返ってこないたびに生じる情緒的消耗観の高まりに自ら気づくことがまず重要であり、さらには、こうした気持ちを否定せず受容し合うチームの存在が、脱人格化や個人的達成感の低下などの燃え尽き症候群に至らせない重要な緩衝要因となりうる。

### (イ) ストレスを感じやすい認知症介護の場面

#### a 中核症状と行動・心理症状

介護職は、当然ながら今日が何月何日で今が何時であるかを把握している。そのため、正確ではない日付や時刻を訴える利用者との交流に違和感を覚えたとしても、それが認知症の中核症状であることを理解している限りにおいては、その訴えを強烈に正そうはしないだろう。利用者によっては、正確な日付や時刻を知ることで笑

顔になったり、納得した様子を見せたりする場合もあるため、このような場面においては大きな困難に直面することはあまりない。

ところが、症状の進行とともに、思わぬ場所に起立したまま立ちつくしている利用者を目撃したり、利用者の家族が訪れた際に利用者の娘に対して「姉さん」と呼ぶなどしたりするようになると、介護職にはこれらの行為が認知症の中核症状であることの再認識を強く求められてくる。このころになると、介護職には利用者がベッドから起床することや施設内をゆっくりと歩いている姿に細心の注意と関心を払うことが要求され、介護職として行うべき業務の範囲が広がっていくとともに、チームケアの重要性がより一層高まるものといえる。

例えば、トイレ誘導を行う際、場所の見当識障害がある利用者には不安を強く感じている様子がかげえるときは、利用者のご家族の話をして不安を和らげ、「ちょっとお散歩しましょう」と伝えるとスムーズな誘導ができる場合がある。このように認知症の症状である中核症状と本人の性格や環境に起因する行動・心理症状を理解することで、適切な介護サービスの提供が行われる可能性は高まる。

しかしながら、認知症についての正しい知識を持つ介護職であっても、利用者の強い感情の表出には大きく揺さぶられることがしばしばある。認知症介護は、「昨日できたことが今日はできず、今日できなかったことも明日はできるかもしれない」のが特徴で、利用者の状態は毎日変わるといっても過言ではない。そのため、「お食事ですから、食堂に行きましょう。」と呼びかけて「はい」と応じる日とは対照的に、「うるさい！あんたとはしゃべりたくない！」と激しく訴えられる日もあり、介護職は情緒を揺さぶられ不安定になることがある。

#### b 他の介護職に協力を求める行為は、プロとしての必須能力

責任感を持って事態の打開を図ろうと孤軍奮闘し続けると、むしろ、介護職・利用者双方にとってよりストレスフルな事態に陥る場合がある。このようなときは、一人で全てをやり遂げようとするのではなく、他の介護職や上長に一言声をかけて協力を仰ぐことも重要である。介護職の中には、このような「他者に協力を求める行為」は他の介護職の迷惑になることであると思込み、又は、プロとして担当する業務は一人でこなすべきであるといった固定観念によって控えられることがあるため、一人で事態の緊張度を高めてしまう前に協力を求めることの重要性について、組織全体で認めることが必要である。

一人の介護職はあらゆる事態を独力で解決すべきであるというのは現実的ではないことに気づかなければならない。むしろ、どれぐらいまでであれば自分ひとりで解決可能であるかを知っておくことが介護職には求められる。「この状況は自分の設けた限界を超えそうかどうか」を極め、超えそうであれば速やかに協力を仰ぐ姿

勢は、介護職の限界設定として認識されるべき要素といえる。利用者から送られてくる予想外の反応に対し、自分は何を感じたかに注目することは決して間違った行為ではない。自分の中に沸き起こってくる受け入れがたい感情を否定し、気付かないふりをするのではなく、こうした感情の動きを他の職員と認め合い、共有することで味わう他者受容感が介護職の安全基地となって、認知症介護に伴うストレスは自己成長のための原動力に変わるのである。

## 第3章 ストレスとその対処法

ここでは、認知症介護に特化したものではなく普遍的な心理ストレスについて概説する。ストレスは多様であり、たとえば寒暖の厳しさや重いものを持ち上げるのも体感するストレスである。特に介護労働に従事する者にとって、現場の様々なタスクや作業および職場環境により心理的ストレスの度合いは異なる。そのため、主には産業ストレス、労働に伴う心理的ストレスに対して人体がどのように感作するのか、脳神経・内分泌系によるストレス対応等について以下に述べる。

### (1) ストレスによる心身の変化

#### ア ストレス学説

ストレスと生体（人体）の心についてわかりやすく説明したものとして、1930年代にカナダの生理学者のハンス・セリエが提唱をしたものを図示する。ここでは、球体（ボール）を指先で押さえつけた場合に凹み、元に戻る様態を考えてみたい。指先の圧する力がストレス要因であり、押さえつけられて（抑圧されて）へこんだ状態をストレス状況とセリエは説明した。ストレスが押し続けると、ボールはへこむ限界までへこんでしまうが、弾力を有していれば元の球体に戻ってくる。元の球体が健全な心の状態と説明されている。いわば、うまくへこむということができる、というのはストレスに耐久している状況であり、その後速やかに元の球体に戻ることができる場合は健全な心の状態を説明している。しかしながら、凹んだ後に元の球体に戻れない場合や弾力のない球体が圧する力により破損するなどの虚脱した状態となる場合は、うつ病等の疾病を表すものとされる。

#### イ 職業性ストレスとレジリエンス

これからの介護労働にまつわるストレスを含めた産業ストレスへの対策を考えるにあたり、このボールの持つ弾力に着眼したレジリエンス（精神的な弾性・柔軟性）という概念が主体となってきている。精神医学における生物学的な研究も、主に、どういった状況が凹みやすいのか、脆いのかといった脆弱性に焦点をあててきた。しかし、次第にこのレジリエンスというに主眼を置いたポジティブヘルスを進める動きに、より注力されることが求められるようになってきた。認知症介護に伴うストレスにしても、日々の職業性ストレスに対して、レジリエンスをいかに保つかといった方向性が重視される。

## ウ 労働に伴うストレス

次に、労働に伴うストレスに焦点を絞っていくと、表中の5つの項目が代表的である。これらは、労災認定の際に業務による心理的負荷をきたす出来事として代表的なものとされる。心理的負荷とは、心理的負担（負担感）と異なり、ある程度客観的に、通常、誰にとってもこのような出来事が負荷としてかかると推量されるものである。具体的には、仕事の質・量の変化、役割・地位の変化、職場における様々な兼務、時には昇進もストレスの一因となる。仕事上の失敗・過重な責任とは、労働者自身が関連した出来事によって事業や組織に損害を与える、過重な責任を問われる、ペナルティを問われるなどが比較的強い負荷となる。また、事故や災害を自分が経験あるいは目撃した、周囲の人が事故や災害に巻き込まれて被害を受けたなどは、心的外傷（トラウマ）の代表的なものである。さらに、対人関係の問題やハラスメントも多く取り上げられる業務上のストレスである。他には、勤務時間等も関わってくるが、交代制勤務の問題や仕事への適性、職場の雰囲気、作業関係よりもむしろ職場環境とされるものや、コミュニケーションが成り立っていないことや努力—報酬不均衡も大きなストレス要因となる。自分がある程度努力をしたけれどもそれが結実しない、それに対する評価がない、それに見合うものが報酬として享受されない。これは、経済的な意味あい以外の「報酬」も含むものである。また、人の存在意義にかかわり、毎日仕事をこなす、家庭の問題を解決に向かう、自分自身の健康問題を解決する等々、さまざまに連日訪れるストレス要因をデイリーハッスルズという。一方、学校に入学する・卒業する・就職する・昇進する・結婚する等々は、一般にライフイベントと言われるストレスの要因である。言わば、人は、デイリーハッスルズが連続する節目にライフイベントと対峙している。

## エ ストレスによる心身の変化（ストレス反応）

このようにストレス要因は様々であるが、人間を生体として考えた場合、生体はどこにストレスを受けるか。例えば長時間座っていると腰にも背中・首・肩・筋肉にもストレスはかかるが、心理ストレスに対しては脳内ストレス機構が応答する。我々は物を見たり感じたりした時、認知機能が働き、それが自分にとって安心する・心地よい・興奮する・不安を感じる・恐怖を感じるなど、そのような情動として大脳皮質から、辺縁系に相応の情報が集まる。辺縁系は、側頭葉にあるエリアであり、認知により得た情報が集約される。情報基地である辺縁系の脳細胞が興奮し、騒ぎ出すような状態になってくると、さらに上位の視床下部いわば司令塔の役割をしている器官に刺激が伝わり、全身に神経・内分泌的な発信がなされる。代表的なものが自律神経系で、精神的に緊張したり興奮すれば、「手に汗を握る」など発汗が促されたり、心拍数が

増えるなどの状態を招き、ホルモンバランスや免疫力に影響を及ぼす。心理ストレスが遷延し大脳辺縁系の興奮が続いた場合には、コルチゾールというストレスと密接に関連するホルモンの分泌が増加する。コルチゾールはステロイドホルモンであり、免疫力低下を招くほか、糖尿病・高血圧・メタボリックシンドロームなどの生活習慣病の発症や増悪と関連する。

ストレスと心身不調の代表的なものを機能・臓器別に図示した。心理ストレスが遷延し、脳内ストレス適応として、視床下部・下垂体・副腎皮質系（HPA系）の機能が亢進し、上述のコルチゾールが増加する。コルチゾールが増加し、耐糖能や脂質代謝にも影響し、精神疾患の発症閾値は低下する。しかしながら、ストレスの持続や睡眠不足により、HPA系の機能亢進からまず直接的に（早期に）現れるのは身体面の変化（ストレス反応）であり、そこに気づいた時点で総合的な予防を図るべきである。ストレス反応は誰でも経験し、それが持続してくると疾患に発展にしかねないためである。心身症と精神疾患（メンタルヘルス不調）を図示した。

## （2）ストレスへの対処法（医学的見地から）

### ア バイオ（生体）－サイコ（心理）－ソシオ（社会）の観点から（bio-psycho-social model）

働く毎日、我々がどう存在し、実存するのか、全人的にはバイオ（生物的）・サイコ（心理的）・ソシオ（社会的）の三位一体モデルにより説明される。この3つの領域を階層的に考えてみる、まず建物の1階にあたるのは生物的次元である。脳や体の機能が良好であるのか、意識や呼吸・血圧・心拍のバイタルサインが示すコンディションである。2階には心理的次元、サイコロジのサイコである。1階がぐらつかないでいると2階に積み重なってくる心理的次元も、例えば、気分が良い、やる気が出るなどの良好な状態となることができる。バイオが（建物の1階が）乱れて、例えば、熱がある、お腹が痛いなどとなると、なかなか集中して勉強ができる状態ではないので、気分が悪い、何もしたくない、帰りたいとなる。1階と2階がしっかりしてくると、3階に積み重なってくる社会的次元、ソシオロジーのソシオも、働きがいがある・仲間がいるなど良好に営むことができる。これらの頂点には、実存が立ち、自己肯定や自己重要感がかなう。逆に、社会に実存している限り、仕事の悩みやストレスに曝露されている。ストレス状態が続くと、心理面に影響が及び、例えば、何となく荷が重い、こんな条件で働き続けるのはきついなどが想起される。心理的次元が憂鬱だというのは、いわば心がブルーな状態であるが、それがずっと遷延して持続してきた場合は脳機能（前頭葉機能など）が低下をし、頑張ろうと思っても意欲発動性のエンジンがかからないということになり、脳機能までも不調のブルー、うつ病になってしま

う。うつ病という疾患には、バイオ・サイコ・ソシオモデルで総合的に捉え、対応すべき所以である。

## イ うつ病の基本的理解

うつ病の基本理解のために中核的症狀について説明したい。特に、「ゆううつな気分が、つづく」「何事にも意欲がわからない」。この2つの症狀の前提には、「一日中、毎日、2週間以上」の持続が加わる。2週間以上にわたり、憂鬱な気分と意欲低下が連日持続している場合は、ほぼ典型的なうつ病と判断される。他の中核的な症狀は、注意集中力の低下などは脳機能低下と関連し、これを人が経験をすると心理的には自信喪失、自責などの心理的反応が通常起こる。次第に、おいしい物をおいしいと感じられない、人と会いたくない、勉強や何か新しいものに取り組むような事はできない状態となり、仕事などのパフォーマンスに影響が及ぶ。

また、これまで心理ストレスの観点から、うつ病という一般的には心の問題とされてきた現象が、次第に脳機能の問題であることにコンセンサスが得られてきた。うつ病と前頭葉機能の低下については、これまでも脳血流と病像との相関性についての研究が多くなされてきた。労働者健康福祉機構の研究事業で2004-08年に脳血流 SPECT という機能画像によりうつ病像との縦断的検討を行った。その後の国内の多くの検討により、光トポグラフィーによる診断補助が現在は医療技術と認可されている。さらには、過重労働等と密接に関連する睡眠不足（不眠）とうつ病との脳機能的な近縁性が指摘されてきている。抑うつ程度と相応に脳機能の低下部位がありこれはうつ病にみられる脳機能的な変化と類似したものであった。

## ウ ストレスと精神（脳）作業疲労

働く者にとって「ストレスを貯めないこと」は一般的に推奨されるが、睡眠不足とうつ病の脳機能変化が類似しているという所見などから、まず精神作業疲労、脳の作業疲労を貯めないことに注力すべきであろう。月間100時間の時間外労働が意味するものは、通常の職業生活と照らし合わせ逆算した場合、一日の睡眠不足がほぼ4～5時間以下になるとされる。4時間以下の睡眠が5日間続くとコルチゾールのバランスがほぼ乱れるという現象は、過去の労働科学研究が示している。脳の作業疲労（精神作業疲労）が蓄積され、前頭葉機能に問題が生じるレベルでは、まず注意力・集中力の低下が惹起される。これが、うつ病の早期にみられる変化であり、職場における衛生以前に安全リスクとして取り上げられるべきである。一日4時間以下の睡眠が5日以上続いているような生活は、月間100時間の時間外労働という健康被害リスクと逆算したデッドラインでマッチすることには警鐘を鳴らすべきであろう。

## エ ストレスへの対処（コーピング）

働く毎日、誰もが自身にとって嫌な思いをする出来事、ネガティブな出来事は以下のように多様にある。

- ・ クレームや、思いもよらない言葉で精神的なダメージを受けた。
- ・ 荷が重いようなタスクが課せられた。
- ・ 自分への評価が、期待していたよりも低いと感じられた。
- ・ 自分の仕事に、しっかりした意味（や目的）を感じられない。
- ・ プライベートでの出来事がうまくいかず、仕事に影響する。

このような場合に、一般的な対処法は概ね基本的なものとしては、次の二つのパターンに分かれるとされる。情動焦点型コーピングと問題焦点型コーピングである。

パターン①（情動焦点型コーピング）の例

- それも、悪いことばかりじゃないと割り切ろうとした（良い面に目を向けた）。
- それは、自分にとってどんな意味があるのか考えてみた（冷静に客観視した）。
- 「自分に力を与えてくれ」と祈った。
- 他の人に、そのキモチをぶつけて解消しようとした。
- それを考えまいと、ほかの事に専念した
- どうにかなるだろうと、くよくよ考えないことにした。

パターン②（問題焦点型コーピング）の例

- 少しずつ、段階的に、取り組んでいった。
- 取り組む前に、いろいろと情報を集めて策を練った。
- 過去の似たような状況で、どうしたか考えてみた。
- 同僚、家族、友達などに相談した。
- （その道の）専門家や知恵をもつ人に相談した。
- その状況から抜け出すために、（断る、辞す、遠慮する等）思い切った決断をした。

さて、パターン①は、どれも精神的にカバーする、考え方や気持ちの持ち方によってネガティブな感情をやわらげようとするものである。一方、パターン②は、なんらかの行動を起こしてストレスに向かい対応する手立てである。一般的には、パターン①の心理的な対処法だけでは、仕事のストレスと長い付き合いになりがちで、悩み・ストレスが長引きかねない。人づきあいや悩みを聴く等の場合は一概には言えないが、あくまで仕事上、パターン①の方が多く当てはまる場合は、パターン②の項目を取り入れることが推奨される。また、パターン②が優勢な場合は、周囲の言葉や配慮を感じ取る意識を加味すれば、さらにストレスを軽減できるとされている。

また、1987年、米国のアントノフスキーという社会学者が提唱し、昨今、ストレ

ス対処能力として脚光を浴びている「首尾一貫」の感覚（SOC;sense of coherence）というものがある。一般に、首尾一貫とは、方針や態度などが初めから終わりまで変わりなく同じで、筋が通っていることを意味し、一般的にも「ブレない」強さが希求される傾向がトレンドである。アントノフスキーは、健康を生成し、ストレスに対処するためには、「首尾一貫の感覚」が重要であって、そのためには次のような感覚が柱になることを述べている。

- ・ 困難を乗り越えて生きようとする感覚
- ・ 将来起こることを予測できる感覚
- ・ ストレス処理のために、周囲からの協力が得られるという感覚

これらの感覚を自身が身に着けるために、そのイメージを浮き彫りにしてみると、これは、個人的な解釈の域を出ないが、困難を乗り越えて、予見しながら、協力者とともに難題に立ち向かうストーリーとして、私達が子供のころから慣れ親しんだものは多くある。たとえば、「桃太郎」の場合、だれもが怖がる鬼の棲む島まで退治に向かうが、闘う相手も道のりも大きな困難であり、先々いつどこからどんな攻撃を受けるか等予見しながら、イヌ・サル・キジの力を借りて、闘いに勝つ物語である。また、源義経の『鴨越えの坂落し』（ひよどりごえのさかおとし）にしても、圧倒的な兵力をもつ平家の軍勢に、だれもが躊躇するような坂の上から、早朝の敵の油断等も予見し、味方とともに攻め降りたものである。働く毎日は、もちろん合戦ではないが、これらの成功者が備えた才覚は、この「首尾一貫」の感覚とかけ離れてはいないと思われる。

現代の「首尾一貫」の感覚について、第一人者であられる山崎喜比古氏監訳の成書には、「首尾一貫」の感覚のチェックリストがあるが、この稿では、それを基に、私達が日常備えておくべき感覚として次の10項目を列挙した。いずれも、（ ）内に平易なキーワードを付している。

## 首尾一貫感覚 (SOC) の 自己点検

- 自分の周りの出来事は、正確に知っておこう (客観視のために)
- (他) 人は 思い通りにはならないし、留まらない (諸行無常)
- どんなことにも、目的と結果がある (因果応報)
- 目的と結果は、あなたのシナリオに従う (心理的脚本は営みに)
- 自分に対する評価を「等身大」と認めよう (成長因子のために)
- 苦手と不慣れは、そのまま認めて勤しもう (勤労は実存に)
- 混乱の最中も、タスクは一つずつしか進まない (点が線に)
- 喜怒哀楽、落胆&高揚、まんべんなく在ろう (バラエティあり)
- 過大? 過少? に プレない、かたよらない (中庸の再考)
- 自制の美德に立ち返ろう (品格は意識から)

## オ レジリエンスとストレス対処

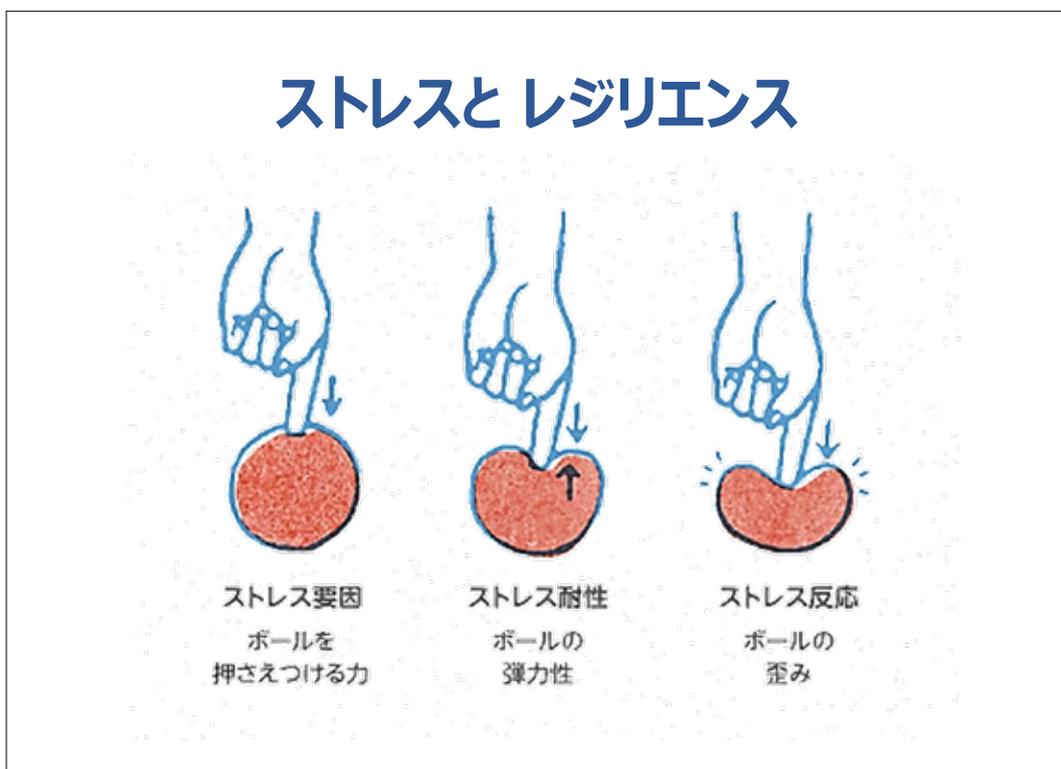
コーピングを測るときに我々の心理学的なことになるが、冒頭のやわらかな球体 (ボール) で説明したように、いかに柔らかく弾力を持っているか、レジリエンスというものを高めるためには、一般的にある程度コンセンサスが得られている心理学の見解がある。まず、肯定的な未来志向とは、それ程悲観的にならないでいられるかどうか (お先真っ暗ではないだろうというぐらいのこと) であり、自己肯定・自己重要感と類似している。次に、感情調整は、喜怒哀楽を起こさないということではなく、喜怒哀楽を起こしている自分の状態を客観的に調整し行動・言動などをコントロールできることであろう。さらに、自身の興味・関心が偏向せず、多様にある方が良いだろうと言われている。レジリエンスが豊かな人というのは、過去に、カウアイ研究という 2001 年に心理学の研究があり、わかりやすく、頻用されている。サバイバーと呼ばれる子供達は、小さい頃に逆境や不遇な環境にあたり、親などからの暴力や他人から受けた心的外傷ストレス (トラウマ) を受けても健康や行動に大きな問題が起きずにすんだ子供達である。彼らの特徴は、どちらかという、穏和な性格を持っている子供で、周囲からも好意を受けやすい。友達や親身な教師がいてくれた。親身になって世話をしてくれる・心配をしてくれる人が最低一人はいてくれたということが重要であったとされる。また、青年期までに疾病や障害、行動上の問題を起こすに至った者たちも、その後の過程で社会的に立ち直った例は、ライフイベントがその契機となった、あるいは、家族や親戚、友達、先輩などからサポートを受けたことがあげられる。さらに重要なことは、問題を起こしたり短所があっても、無条件に受容してくれた人が最低一人はいてくれたという要因であった。

これからのストレスマネジメントとセルフケアを考えていく上で、どれだけレジリエンスを保てるかが重要だが、働きながら、うまくセルフケアを施すには多くの人に

限界がくる。こういったサポーターによるマネジメントというものを重要視して、職場におけるコミュニケーションや配慮についても再考し、集団における実践的な研修等の対策を施すべきであろう。

参考文献

1. 小山文彦: ココロブルーと脳ブルー - 知っておきたい科学としてのメンタルヘルス - 産業医学振興財団・東京, 2011.
2. 小塩真司, 中谷素之, 金子一史, 長峰伸治: ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性 - 精神的回復力尺度の作成. カウンセリング研究 35: 57-65, 2002.
3. Werner Emmy: High-risk children in young adulthood. A longitudinal study from birth to 32 years. American Journal of Orthopsychiatry 59(1): 72-81, 1989.



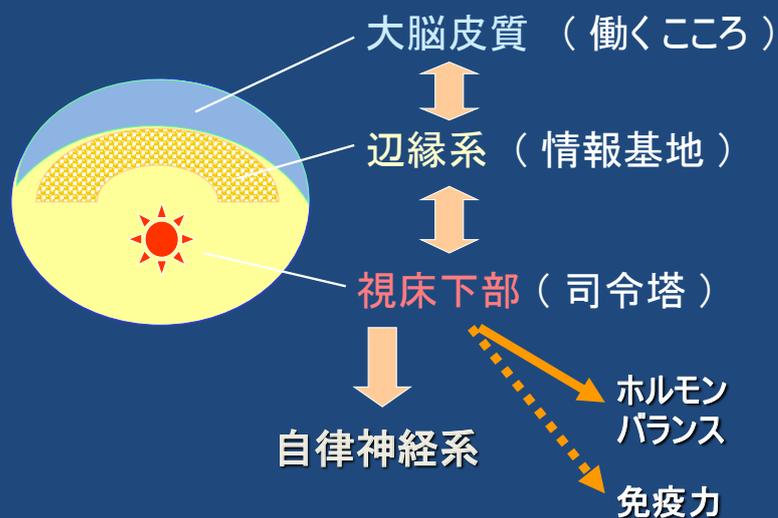
# 労働に伴う ストレス

- 仕事の質・量の変化  
(仕事内容の変化、長時間労働、IT化)
- 役割・地位の変化  
(昇進、降格、配置転換)
- 仕事上の失敗・過重な責任  
(損害、ペナルティ)
- 事故や災害  
(自分や周囲のケガ、損害)
- 対人関係  
(上司や部下、同僚との対立、ハラスメント)

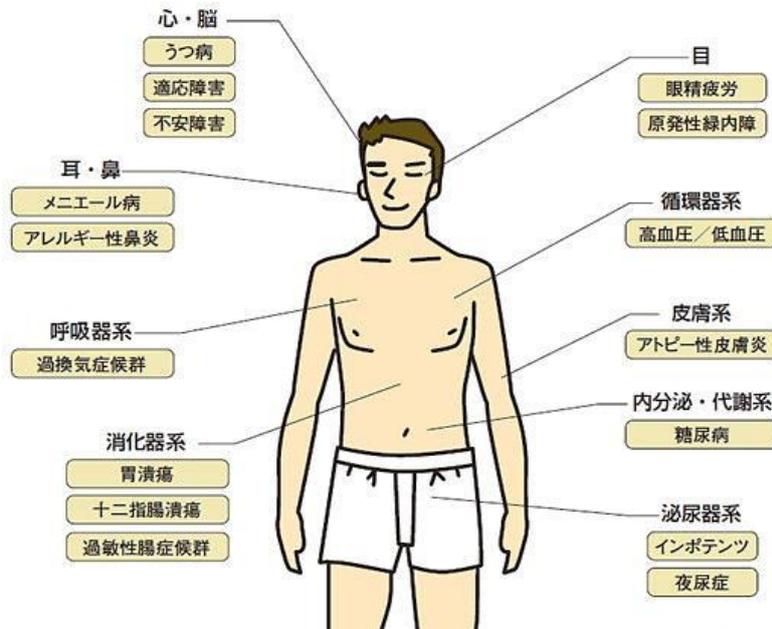


• 他；交代制勤務、仕事への適性、職場の雰囲気、コミュニケーション不足、努力-報酬不均衡

# ストレス反応

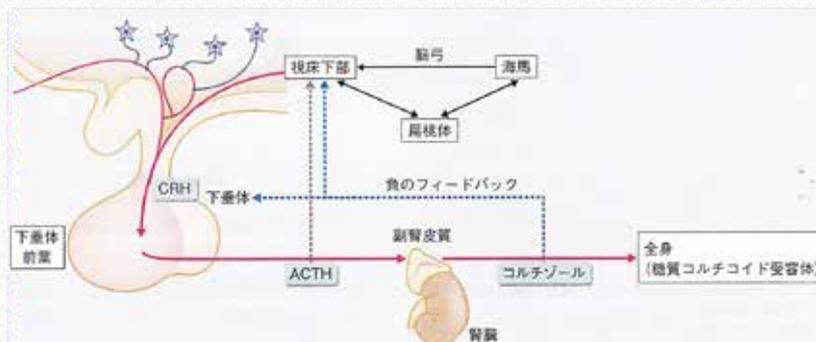


## ストレスと心身の不調



ストレス適応⇒視床下部—下垂体—副腎系、自律神経系、免疫系に影響する

## 参考) 脳内ストレス適応：視床下部・下垂体・副腎皮質系 (HPA系)



視床下部・下垂体・副腎皮質系 (hypothalamic-pituitary-adrenal axis : HPA系) とフィードバック機構

- ストレス曝露が遷延した場合、CRF (*corticotropin releasing factor*) の過剰分泌が起こり、体内のコルチゾール (*cortisol*) が増加する。
- その結果、脳内の神経可塑性が影響を受け、ストレス適応は脆弱となり、うつ病等の精神疾患の発症閾値が低下するとされている。
- 血清cortisol濃度が高く持続した場合、HPA系の抑制をも担う海馬CA1、CA3、顆粒細胞層の神経細胞新生が阻害され、HPA系活動亢進は遷延し、情動等の不調をきたしやすと考えられている。

# ストレス反応の持続 ⇒ 疾患

## 心身症

- 過換気発作
- 洞性頻拍
- 緊張型頭痛
- めまい
- 胃炎の増悪
- 高血圧の動揺
- 慢性疼痛

## メンタルヘルス不調

- 不眠症
- 適応障害 (=不適応??)
- 全般性不安障害
- パニック障害
- うつ病
- 依存症候群  
(アルコール、ギャンブル、drug)

# 働く毎日の「在り方」とメンタルヘルス



# うつ病の基本理解のために

脳機能の低下

心理的な反応

- ゆうつな気分が、つづく
- 何事にも、意欲がわからない
- つかれやすい
- 集中力、注意力が落ちる
- 自信が、なくなる
- 自分を責める
- そんな自分に、焦る

人としてのパフォーマンス低下

小山文彦／ココロブルーと脳ブルー。(産業医学振興財団, 2011)

日経TRENDY 2008. Oct

### うつ病のカギは「左脳」 寛解期は「青」が消えた

うつ病の客観的な評価法として有望なのが、SPECTという装置を用いた脳血流の測定だ。以前から研究がなされてきた分野だが、労働者健康福祉機構が発表した研究結果では、香川、青森、岡山労災病院を受診したうつ病患者の不調期と寛解期（症状が好転、消失する）とを比較したことによって、脳の血流がどの程度改善しているのかを突き止めることに成功した。

うつ病患者の約8割に共通だったのは、左脳に血流低下がみられたこと。寛解期には、現在までに75%の症例において血流の回復が認められた（現在も継続して「研究中」という。客観的な「うつ発見器」として、SPECTによる脳血流の測定が有効であると同時に、改善したかどうか、職場復帰してよいかどうかの基準にもなることが期待されている。

#### ●うつ病の人は「脳ブルー」状態

血流低下部位	左脳(%)	右脳(%)
前頭部・中心	30.1	13
側頭部	8.7	8.7
頭頂部	30.1	0
後頭部	8.7	0

26人のうつ病患者（平均年齢47.5歳、全員右利き）の脳血流を測定。上図の青い部分は血流低下が認められていた部分で、右脳に比べると左脳に集中している（左脳優型）。投薬治療などにより寛解した患者の脳（下図）では、青い部分がほとんどなくなり、血流が正常になったことが見てとれる。

うつ病は「ココロの病」ではなく「カタカタの病」ということはすでに証明された。だが一方で、「うつは心の弱人がなるもの」「気の持ちよりで治せるはず」という偏見が後を絶たないのも事実だ。

客観的にうつ病を証明できる機械や装置があれば、という思いは、苦しんでいる患者本人は特に強いはず。そんなうつ「発見器」ともいえるべき研究が実際にわれ、成果が出版されている。

うつ病の客観的指標の一つとして研究されているのが「脳血流」だ。95年頃から研究が進んで、だが、当時ほううつ病の原因を探るといって目的が中心でうつ病が否かを判定するというものほとんど行われていた。うつ病の症状と研究結果では、うつ病の症状と相対的に、患者の脳血流も減少していることがわかった。患者の不調期に血流低下が見られたのは主に左脳、「左の側頭葉は、いいこと（喜び）がうつろいやすくなる」が、全可動部分（香川労災病院 勤労者メンタルヘルスマンナー長・小山文彦氏）。「この部分の血流が低下することで、マイナス思考になりやすい」と考えられる。

この研究は、うつ病のなかでも、自分を責める傾向にある「メラニコリ

研究最新情報

神経細胞はメタボなくらいがいい？  
脳血流がうつ判定の「リトマス紙」に

# 「疲労」を測る・診断する

「体がだるい」「体力がない」「やる気が出ない」など、肉体的にも精神的にも支障をきたす疲労、自覚症状だけでなく、客観的に疲労を評価する有力な方法がわかってきた。

## 脳血流から疲労を測る

うつ病、疲労感などで前頭葉の脳血流が低下

認知症やうつ病の診断で普及しているSPECT（脳血流）検査の画像で、うつ病や疲労感がある人は、前頭葉の共通した部位に血流低下があることが確認されている。(※)労働者健康福祉機構本部研究ディレクターであり、香川労災病院勤務者センターヘルスセンター長の小山文彦さんが行った「疲労感の抑うつ」疲労の客観的指標に関する研究、開発において明らかになった。

さらに、脳血流測定の結果と睡眠薬への回答結果をリンクさせることができれば、より多くの職場で活用できるのではないか。うつ病や睡眠不足といった「心身病」は「脳疲労」を評価することでさえ、脳血流画像による生物学的なエビデンスに基づいた問診票ですぐに上げ、心疲労の予防に活かすというわけだ。

### 睡眠に入り口に睡眠の客観的な健康対策に

その結果、左表の睡眠に関する問診票(S)で5点以上に該当する人は、前頭葉の血流が低下している傾向が認められ、「眠れない」という訴えはうつ病などの心疲労が疑われることを、脳血流画像をもとに実証した。

小山さんは「うつ病では構えてしまいが、疲労感ではよく見えてしまいが、問診(票)の信頼性では課題が多いが、睡眠なら回答しやすく、より実態に即したすくい上げが可能になる」と指摘する。

そして「睡眠に関する問診項目(15)」

この1週間のあなたの睡眠についてうかがいます。

- 1 寝つくまでに30分以上かかることが、時々ある。
- 2 毎日のように、寝つきが悪い。
- 3 夜中に目が覚めることがあるが、再び寝つける。
- 4 夜中に目が覚め、起床を繰り返すことが多い。
- 5 睡眠より早朝に目が覚めるが、もう一度眠る。
- 6 普段より早朝に目が覚め、そのまま起きていることが多い。

※該当項目: 1, 3, 5-1点 2, 4, 6-各2点で加算(なし)は0点) 3点以上の割合、ストレス要因や体調、気分の変動等について回答する必要があります。

### SPECT解析

ISと相関した血流低下  
問診票項目の点数が高いほど前頭葉に有意な血流低下があることを示す。(SPMR P<0.01, T値画像)

月刊へるすあつぷ21 2012年10月号

## 不眠症と うつ病との近縁性

不眠の程度 (IS) と相関した血流低下

抑うつ度 (SIGH-D) と相関した血流低下

IS、SIGH-Dともに、高得点の者程、ひだり前頭葉に有意な血流低下がある。(15名の脳血流SPECT, SPM8 P<0.01, T値画像)

Mental Health Research Center for Workers, 2011

## メンタルヘルス保持・増進の大前提 ‘脳’作業疲労 を貯めないこと

- 認知 = 感覚・思考・行動 (= ‘脳’作業) の酷使
  - 80 ~ 100 時間/月の時間外労働が意味するもの  
⇒ 睡眠不足 (4時間以下×5日) が招く‘脳’作業疲労
  - 注意力・集中力の低下 → KY が鈍麻する
  - 指差呼称は、前頭葉の活性化につながる
- ∴ 脳の疲労回復が、心身不調を回避する



## 👉 睡眠 1 2 箇条



- 1) よい睡眠で、からだもこころも健康に。
- 2) 適度な運動、しっかり朝食、眠りと目覚めのメリハリを。
- 3) よい睡眠は、生活習慣病予防につながります。
- 4) 睡眠による休養感は、こころの健康に重要です。
- 5) 年齢や季節に応じ、昼間の眠気で困らない程度の睡眠を。
- 6) よい睡眠のためには、健康づくりも重要です。
- 7) 若年世代は夜更かし避けて、体内時計のリズムを保つ。
- 8) 勤労世代の疲労回復・能率アップに、毎日十分な睡眠を。
- 9) 熟年世代は朝晩メリハリ、ひるまに適度な運動で良い睡眠。
- 10) 眠くなってから寝床に入り、起きる時間は遅らせない。
- 11) いつもと違う睡眠には、要注意。
- 12) 眠れない、その苦しみをかかえずに、専門家に相談を。

厚生労働省「健康づくりのための睡眠指針2014」より

## Q. 職場でこんな経験はありませんか？

- クレームや、思いもよらない言葉でダメージを受けた。
- 荷が重いようなタスクが課せられた。
- 自分への評価が期待よりも低いと感じられた。
- 自分の仕事に、しっかりした意味を感じられない。
- プライベートでの出来事がネガティブで、仕事に影響する。

そんな時、普段のあなたは、  
どう対処しますか？

## ストレス対処 パターン①

- それも、悪いことばかりじゃないと割り切ろうとした（良い面に目を向けた）。
- それは、自分にとってどんな意味があるのか考えてみた（冷静に客観視した）。
- 「自分に力を与えてくれ」と祈った。
- 他の人に、そのキモチをぶつけて解消しようとした。
- それを考えまいと、ほかの事に専念した
- どうにかなるだろうと、くよくよ考えないことにした。

情動焦点型コーピング ⇔ idea, thought

## ストレス対処 パターン②

- 少しずつ、段階的に、取り組んでいった。
- 取り組む前に、いろいろと情報を集めて策を練った。
- 過去の似たような状況で、どうしたか考えてみた。
- 同僚、家族、友達などに相談した。
- (その道の) 専門家に相談した。
- (悩んでいる状況を) 専門家に相談した。
- その状況から抜け出すために、  
(断る、辞す、遠慮する等) 思い切った決断をした。

**問題焦点型コーピング ⇔ action, motion**

## ストレスへの抵抗力

👉 精神的な柔軟性・弾性 = レジリエンス



容易にメンタル不調に陥らないための 3つの姿勢

### ① 肯定的な未来志向

自身の未来について、ある程度肯定的でいられるかどうか

### ② 感情調整力

日々、自身の感情が安定するように調整できているかどうか

### ③ 興味・関心の多様性

興味・関心を抱くことが多様であり、狭まっていないかどうか



## 弾力（レジリエンス）豊かな人

サバイバー survivor ;

逆境や相当つらい環境にあっても、トラウマ（精神的外傷）を受けても、  
健康や行動に大きな問題が起きなかった人たち

### 特徴

- 温和な性格の持ち主（周囲からの好意を受けやすい）
- 親友、親身な教師などの存在（児童・思春期）
- 親身になって世話してくれる人が、最低一人はいてくれた
- 結婚、育児、就職等をきっかけに立ち直れた
- 家族や親戚、友人や先輩などからの支えがあった
- 問題や短所があっても、無条件に受容してくれた人が、最低一人はいてくれた

カウアイ研究, Warner & Smith, 2001

傾聴・支持・受容が  
大切であること

## ストレス対処能力

## 首尾一貫の感覚 SOC

Sense Of Coherence (アントノフスキー)

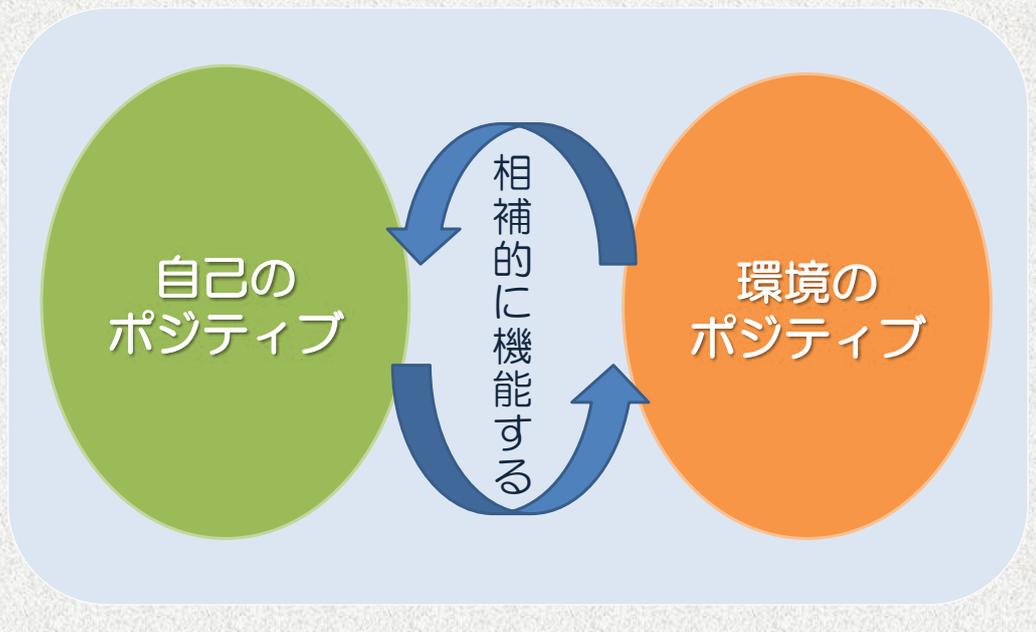
- 困難を乗り越えて生きようとする感覚
- 将来起こることを予測できる感覚
- ストレス処理のために、  
周囲からの協力が得られるという感覚

## 首尾一貫感覚 (SOC) の 自己点検

- 自分の周りの出来事は、正確に知っておこう（客観視のために）
- （他）人は 思い通りにはならないし、留まらない（諸行無常）
- どんなことにも、目的と結果がある（因果応報）
- 目的と結果は、あなたのシナリオに従う（心理的脚本）
- 自分に対する評価を「等身大」と認めよう（たしかな成長のために）
- 苦手と不慣れは、そのまま認めて勤しもう（勤労は実存に）
- 混乱の最中も、タスクは一つずつしか進まない（点が線に）
- 喜怒哀楽、落胆&高揚、まんべんなく在ろう（表情柔らかかに）
- 過大？過少？にブレない、かたよらない（中庸の再考）
- 自制の美德に立ち返ろう（品格は意識から）

ココロブルーと脳ブルー -知っておきたい科学としてのメンタルヘルス- (小山文彦著：産業医学振興財団 2011)

## 不調対策から ポジティブヘルスへ



### (3) ストレスへの対処法の実際（心理学的見地から）

ストレス対処方法は、受けたストレスと上手く付き合う方法と、ストレスによって精神的かつ身体的に影響が及ぼされないための予防やトレーニングなどの対処行動が含まれる。それらは個人で対処できるものと、誰かの協力を仰ぐやり方がある。ストレス対処方法について3つに分類して記した。

#### ストレス対処方法の分類

- ア 本人が感じているストレスを、自身で軽減する、又はストレスから生じる影響を受けないよう予防対策目的のためトレーニング方法
- イ ストレスを感じている者を対象に、第三者がカウンセリングを通じて、ストレスの軽減や緩和を促すように支援方法
- ウ ストレスを発散するレクリエーション

#### ア ストレス軽減および予防対策目的トレーニング

##### (ア) 3分間マインドフルネス呼吸法または自律訓練法

ストレスにより、気持ちの高ぶりや感情が落ち着かない場合には、気持ちの高ぶりや感情を落ち着かせることが大切である。ストレスを感じると、心拍数が上がると言われていることから、それらを落ち着かせるには、呼吸法が良いといわれている。呼吸法には、比較的簡単にできるマインドフルネス呼吸法と自律訓練法がある。

思考力のみでは、気持ちの高ぶりや落ち着かない気持ちや気分を沈静化することはできない。安全に気持ちを落ち着かせる方法として、科学的にも効果が証明されている方法が、「3分間マインドフルネス呼吸法」である。

方法は、静かな場所で椅子などに腰掛けて、体をリラックスさせる。目は閉じていても、開けていても良いが、息に集中して鼻から息をゆっくりと4秒かけて吸い、鼻から息をゆっくり6秒かけて吐く。息の流れに意識を向けて3分間続ける。

自律訓練法は1932年にシュルツにより創案された。心身を緊張状態から「気持ちが落ち着いている」というような公式（暗示）を頭の中で繰り返すことによって弛緩状態へと変換させることを目的とした一種の自己催眠法である。自律訓練法を会得することにより、自分の思考や感情をコントロールすることが可能となると言われている。

方法は、時計やベルトなど、身体を締め付けるようなものを外して、落ち着ける静かな場所で椅子に座るまたは仰向けに寝る。椅子に座る場合は、手はひざの上、足の角度は90度より広めにする。どちらの場合も、目は閉じる。1回にかける時

間は最大で5分程度に留めておく。また、心臓、呼吸器、消化器、脳に疾患のある場合は、行うべきではないと言われている。背景公式として最初に「気持ちが落ち着いている」(安静練習)と2～3回繰り返す。それから次の公式を順番に心の中で唱えながらイメージする。第一公式は「両腕、両足が重たい」(重感練習)、第二公式は「両腕、両足が温かい」(温感練習)、第三公式は「心臓が静かに打っている」(心臓調整練習)、第四公式は「楽に息をしている」(呼吸調整練習)、第五公式は「お腹が温かい」(腹部温感練習)、第六公式「額が心地良く涼しい」(額部涼感練習)。これを1日2セッションで3ヶ月くらい練習すると、習得できるようになると言われている。自律訓練法では、特有の生理的変化や意識状態(めまい、脱力感など)が生じることもあるため訓練の後には消去動作(1. 両手の開閉運動 2. 両肘の屈伸運動 3. 大きく背のび 4. 深呼吸)を行うことが推奨されている。

#### (イ) 質の良い眠りを確保する

「疲れた」「眠い」は、身体からの「休め」の重要なサインである。人は何らかの理由でストレスを感じると、なにか良い問題解決方法はないか解決を模索する。身体は疲れているのに、思考回路が動いている状態が続くと、なかなか寝つけない、眠りが浅いなどの症状が出ることもある。その理由は、ストレスが溜まると脳を目覚めさせるホルモン「コルチゾール」が分泌され、スムーズな眠りにつけないからである。この状況が継続すると、身体的にも精神的にも疲労が溜まり、他の症状を併発する可能性もある。また、睡眠不足により思考や認知をつかさどる脳の機能が低下し、思考力や認知力、判断力、集中力が鈍ってしまう。

新陳代謝を活発にする成長ホルモンは、入眠後、約1時間の深い睡眠、ノンレム時期に多く分泌され、成長促進や疲労回復を促進する。そのため、疲れきってしまう前の「少し疲れた」段階で、休養および睡眠をとり、身体や精神を正常な状態に戻すようにすることが大切である。付け加えるならば睡眠は「長く寝る」より、どれだけ質の良い「深い眠り」を取るかが重要である。

質の良い深い睡眠をとるためには、寝る2時間前くらいから寝室を暗くする。インターネットやゲームはしない、寝酒はしない、重い食事は取らないことが大切である。

#### (ウ) アロマセラピー

アロマセラピーとは、教本である「A Basic Guide to Aromatherapy」によると、植物の香りを楽しみながら、体や心のバランスを整えることができるものであり、日本でも、ユズ湯、菖蒲湯といった植物湯など自然を利用する療法がある。これら

は香りを嗅覚より脳の大脳辺縁系ヘストレートに伝えている。五感のうちで大脳辺縁系ヘストレートに伝わるのは嗅覚だけで、他の触覚、視覚、味覚および聴覚はすべて、大脳新皮質を経由し大脳辺縁系に伝えている。つまり、アロマセラピーは、よい香りで爽快になったり、リラックスしたりという効果が生まれることをさす。

近年では、多くの研究者の努力によって、消毒、殺菌、浄化および免疫系刺激作用などアロマセラピーの効果が、次々と科学的に証明されてきている。消毒などの病原体への作用などの直接的なものだけでなく穏やかな気分になるというような間接的な神経系への作用についても研究が進んでいる。もちろん、エッセンシャルオイルの作用すべてが解明されているわけではないが、精神への作用も含めて科学的裏付けが進んでいることは、アロマセラピーという自然療法が、役立つ療法である可能性が大きい。

方法は、粗塩にエッセンシャルオイルを1 - 2滴入れたものを、お風呂のお湯に溶かして使う、エッセンシャルオイルをバーナーに垂らす等、好きなアロマの香りを楽しむ。

## (エ) リフレーミング (NLP 心理学)

NLPとは、Neuro Linguistic Programing (神経言語プログラミング)の頭文字から取ったものである。NLPの共同創始者はバンドラーとグリーンダーで、2人はミルトン・エリクソン、ゲフリッツ・パールズ、バージニア・サティアの3人の天才セラピストのアプローチのセラピーの成功例を分析した。その結果、手法と言葉の使い方に大きな秘密を発見し、それを基に考えられたのがNLP心理学である。人の考え方や生き方、反応の仕方に見出される一定のパターンのことをNLPでは「プログラミング」と呼んでいる。人の考えや行動は、様々な経験を通して神経と言語／非言語によってプログラミングされパターン化されるが、それを再プログラミング (リプログラミング) することもできるということを確認した。つまり、人の思考パターンや行動パターンは、実証済みの効果的な手法を用いることで変えることができるというものである。

リフレーミングは、このようにリプログラミングする考えである。ある起こった出来事や物事を、今の見方とは違った見方をすることで、自分が今感じている気分や感情を変えられる方法である。よく使われる例としてあげられるのが、「コップの水は半分しかない」「コップの水は半分も入っている」と、どちらを表現として捉えるか、というものである。物事は表裏一体である観点から、物の見方を変えると、ネガティブだと自分が思っていたことが、ポジティブに変えることもできる。それにより、気分転換ができたり、モチベーションを上げたり、さらには自信に変

えたりすることができ、ストレスの起因を打ち消したり、軽減に繋がる。また、自分のネガティブな見方を理解することは、自身の思考の癖の理解に繋がるので、ネガティブに陥りがちな思考の癖を回避するヒントにもなる。

## (オ) アサーショントレーニング

アサーションとは自分の考えや意見、気持ちを率直に自分にも相手にも適切に表現することである。1950年代に行動療法という心理療法の中から生まれた。その後、1960～70年代に、アメリカで黒人差別に対して起こった公民権運動や女性の権利を求める社会の動きの中で、それまで権利や発言が制限されてきた人がどうやって自己主張するかという方法を探る中で発達した。アサーショントレーニングとは、自分も相手も大切にしたい自己表現の仕方の訓練であり、自分の感情や考え、要求等を、主に言語を通して適切に表現する能力を養う。「人に言いたいことが言えない人」「対人関係で自己中心的な人」「引っ込み思案な人」などに有効とされている。

アサーショントレーニングでは、自己表現には、下記に記したように①ノンアサーティブな言動 ②攻撃的な言動 ③アサーティブな言動と、大きく分けて3つがあるといわれている。アサーションでは、自尊感情や自己肯定感をとても大事にしておき、「自分を大切にしたい」姿勢を育てることが求められる。いろいろな場面で、意見の相違によって葛藤が起こることもあるが、そこで諦めず、お互いの意見を出し合って歩み寄り、それぞれに納得のいく結論を出そうとする。それがアサーションの大事なプロセスである。トレーニングではアサーティブな言動ができるようし、人間関係のストレスの軽減を図る。

### ①ノンアサーティブ（非主張的）な言動

自分のことは後回しにして、他者を優先する対人関係。このタイプの人には人との争いや葛藤を避けたいとの気持ちが強く、自分の欲求や考えを述べることを我慢したり、相手に合わせるなどの言動を取る。また、違う意見を言ったら、嫌われる、人に嫌われたら、やっていけないと強く思い込んでいる場合もある。例えば会社で、上司から急な仕事を頼まれた。他に仕事を抱えていたのにも関わらず「はい、わかりました」と返答するのはノンアサーティブな言動である。

### ②攻撃的な言動

自分のことしか考えず、他者には無神経な対人関係。このタイプの人には「自分は絶対に正しい。自分の権利はしっかり確保しなくては損だ」という思いが強く、相手の意見や感情を軽視して自分の欲求や考えを強く主張するような行動を取る。自分にとって不利になる相手方には、攻撃的な言動をとったり、敵意を表わすこともある。また、時として相手に対する自分の不安を隠すためにあえて強がったり、人

に弱い面を見せるべきではないと思込んでいる場合もある。例えば、①と同じ例で、「今、忙しいので無理です」と返答するのは、攻撃的な言動である。

### ③アサーティブな言動

自分のことをまず考えるが、他者の気持ちも十分考慮する対人関係。このタイプの人には自分の権利も守るし、相手の権利も侵さないという相互尊重のコミュニケーションがとれる。そして自分と相手には、それぞれ権利があるのだから、そこに葛藤が生じるのは当然と考え、葛藤の解決のために互いの歩み寄りの方策を探ろうとする言動をとる。例えば①と同じ例で「今、××時までには仕上げないといけない××の仕事をしているのですが、それが終わってからでも間に合いますか？」と返答するのは、アサーティブな言動である。

## (カ) ソーシャルスキルトレーニング

日常生活の中では、対人関係を円滑にする行動パターンが数多くある。例えば、挨拶のような基本的なものから、相手の気持ちを損なわないように上手に自己主張などの高度なものまである。このような技能はひとつの社会的な技能と言われ、ソーシャルスキルと考えられる。そして、これは生まれてからいろいろな人との関わりによって、学習されていくものである。

社会的なスキルの学習が不足しているために、相手を不快にさせたり自分が傷ついたりしてストレスに繋がることも多い。このように人間関係を良好にするための訓練がソーシャルスキルトレーニングである。

方法としては、学習すべきスキルとトレーニングの意義と意味を理解させる。そして、それを実演、ビデオによりモデルを見せて学習させる。その時に、不適切な振る舞いを見せた場合は、何が問題なのか考えてもらう。その後、いろいろな場面におけるロールプレイングをしてもらう。適切な振る舞いの時は褒め、不適切な場合には、何がいけなかったのかを考えて、修正の行動を指示して、再度演じてもらう。最終的には、教えられた適切な振る舞いが、実践できるようにする。

## イ カウンセリング

ストレスや問題を抱えた時、誰かに話して聴いてもらうことで、気持ちがすっきりとすることがある。一般的に、相談しやすい相手は、親や兄弟、または親しい友人ということが多くある。しかし、単に自分の話を聴いてもらいたいと思込いても、親や兄弟、友人は黙って聴くことは余りしない。悩んでいる本人の問題解決をしようと自分達の価値観や人生観等を含んだ意見や異論を言うことの方が多い場合もある。その意見や異論が相談者の問題解決の糸口になれば良いが、ならない場合は、問題に対して

「もやもや」感などの気持ちを心に溜めることになってしまったり、自分の気持ちを理解してもらえなかったりした時の怒りや、悲しみなど、いろいろな気持ちが残ってしまう。そのため、ストレスや問題等を抱えた時は、問題解決や、自分の気持ちを整理するためにも、第三者であるプロのカウンセラーに話を聴いてもらうのも、1つの方法である。

カウンセリングはコミュニケーションを通じて、相談者を理解し問題解決に助力をする行為であり3つの方法が取られる。1つ目は、相手の年齢、職業、学歴、健康状態など表面的な情報を知る。2つ目はカウンセラー自らの感覚や関心、経験、価値観、感情を通じて相談者を理解する。相談者の理解をする時に、カウンセラーの思い込みや決めつけをしないことが大事である。3つ目は相談者に寄り添い、相談者の感情や、欲求、葛藤等内側の世界を理解しようとする。例えば、相談者が「不安」に感じていることがあるとする。客観的に聴くと「不安」になる要因が無いかもしれないが、相談者の訴えている「不安」とは何か、カウンセラーが相談者を通じ理解していく。

カウンセリングには、信頼関係の構築、問題の把握、目標の設定、目標の達成という4段階のプロセスがある。まず、相談者と傾聴を通じて信頼関係の構築をする。信頼関係ができると、相談者はカウンセラーが自分を理解してくれると感じ、不安や悩みを分かち合える安心感が持てる。カウンセラーは相談者からの話を聴くことで、抱えている問題把握をする。問題把握をしたカウンセラーは、相談者の言葉を繰り返したり、質問をしたりしながら話を聴いていく。相談者は、質問に対して応答する等を通じ相談者の自己理解が進む。自己理解が進むと、自身の悩みを客観的に捉えられ、自己洞察が進み、今まで気付かなかった気持ちなどに気付く。気付くことで、自分の経験を素直に見つめることができ、自己防衛的態度を捨てられると、結果、行動変容等、解決に向けて展開が見られるようになる。その展開を目標の設定として、カウンセラーは、どのような方法が良いか相談者と決める。目標の設定が決まったら、達成までカウンセラーは相談者に対しフィードバック等で活動の促進や必要に応じてフォローアップをする。

ロジャースによれば、カウンセラーが相談者に対して対等な立場で向かい、無条件の関心を傾けて共感的な理解をすれば、特別な助言を与えなくても、相談者は自己解決や自己実現をするようになると言われている。このような彼の考え方は、人間中心主義とも呼ばれている。

## ウ レクリエーション

自分にとって楽しいことをするレクリエーションは、気晴らしにつながる1つの方法である。気晴らしとは、意識を別の所に向けるということである。大切なのは、レ

クリエーションという何らかの「行動」をすることで、その行動することに夢中または没頭できることである。そのように集中度が高まり、時間が経つのを忘れるほどの「フロー状態」になるような時間を作ることは、気持ちの切り替えになる。その方法は、幾つかあるので、それを以下にあげる。

#### (ア) エクセサイズ・ダンス・各種スポーツなどの運動系

適度な運動は神経や筋肉の緊張をほぐし、運動を終えた後の安静時の心拍数を減少させ、心身をストレス状態からリラックス状態へと導く効果がある。身体を使って行うエクセサイズ、ダンス、各種スポーツが、それに含まれる。運動をし、汗をかくことは、ネガティブな気持ちの発散にもなる。例えば、エアロビクスの場合、レッスン中はインストラクターの指示通りに動くことを求められ、一定時間クラスに集中する必要がある。ネガティブな思考回路が止まらない場合、このように他のことに集中する時間を作ることによって、「考えない時間」を持つことができ、気持ちの切替にも繋がる。

#### (イ) 音楽演奏・鑑賞・カラオケなどの音楽系

音楽の種類に関わらず、本人が聞きたいと思う音楽を聴くことは、身体によい効果をもたらす。好き、または気にいった音楽を聴くと、身体の緊張が解け、体表面の毛細血管が拡張して皮膚温が上昇し、筋の緊張が低下すると言われている。音楽は聴くのみならず、自分の好きな楽器で音楽を演奏したり、また、思い切り声を出して歌を歌うようなカラオケをするというのも、「気晴らし」に繋がりストレス軽減になる。

#### (ウ) ヨガ・瞑想などの呼吸系

上手にリラックスする方法は、深い腹式呼吸をすることと言われ、呼吸をすることで身体から心に働きかけると言われている。そのため、ヨガや瞑想などは、「精神を安定させる」という意味で、ストレス軽減になる。

#### (エ) ライティング・日記・手紙などの筆記系

自分の「今、ここで、感じている」「もやもやしている」気持ちを、紙に書くこと、つまり文字にして、可視化することは、自分の気持ちの整理や理解に役立つ。それにより思考の変容や、気持ちに対して気付きも生まれる。また、口に出して相手に伝えると人間関係を壊してしまうような感情的で、とても人前や人に言えない気持ちや言葉を紙に書いて、それをシュレッダーにかけるという方法は、自分の気持ち

を素直に吐き出せるというカタルシス効果を生む。

#### (オ) 旅行・温泉その他

日常生活から離れて旅行や温泉などで自然と触れ合うことや人と会うことは、精神的緊張から解放されるので、気持ちのリフレッシュができるなど、リラックス効果が大きい。

他に、美味しいものを食べる、腹の底から笑う、思い切り泣いて、気持ちをすっきりさせることなども、ストレス軽減に効果がある。

## 第4章 認知症介護のストレス対策のための研修

### (1) 研修の基本的な考え方

#### ア 研修の目的

本研修は、介護労働者が認知症介護により高まるストレスの軽減及びストレス耐性を身に着けることで離職を防止し、定着を図ることを目的とする。

#### イ 研修の種類

本研修は、主任やフロアリーダー（以下、「主任等」という）の指示を受けて職務に従事する一般介護職向けの研修（研修プログラムⅠ【基礎編】（以下、「基礎編」という））と主任等向けの研修（研修プログラムⅡ【応用編】（以下、「応用編」という））に分け、認知症介護における職務と権限の範囲、部下の有無等によって大きく異なる様々なストレスに対応する。また、「基礎編」と「応用編」に区分することによって、介護職のキャリアアップに合わせた認知症介護におけるストレス対策研修として体系立てるものである。

「基礎編」では、一般介護職が「丁寧さ」と「時間内に」サービスを終えなければならない切迫感の中、日々、自らの技術や能力を高めていかなければならない緊張感にさらされていることに鑑み、研修内で取り組む課題を検討する過程で、介護職自身の気持ちや意見を表現したり、他の介護職の気持ちや意見を共有したりする。これによって、介護職は情緒的消耗感を和らげるとともに、自分の気持ちに気づくプロセスをスキルとして身に着けることができる。さらには、認知症介護の主体が個人ではなく組織であることを踏まえ、介護職が組織風土の改善へ能動的に関わる姿勢の強化を図る。なお、「丁寧さ」とは単に言葉遣いが丁寧であるというだけでなく、必要な手順を省かず、サービスの質を高く維持するための心構えをいう。

「応用編」では、「基礎編」を踏まえ、主任等が他の介護職のメンタルヘルスマネジメントを適切に行うため、特に「燃え尽き症候群」に関するサインに気づく目を養うとともに、組織風土の変革を通じた認知症介護の改善に取り組む意識の醸成も図るものである。

#### ウ 研修プログラムⅠ【基礎編】の狙いと意義等

##### (ア) 狙い

「基礎編」は、次の3つを主な狙いとする。

- ①基本的な認知症ケアの理念を学ぶとともに、他の職員と協力して「人間の尊厳の具現化」のために試行錯誤していくことの深遠さに触れること。

- ②多様な介護観と経験談に触れ、自己理解・他者理解を促すことによって、豊かな人間性を養い、事例の検討を通して成功体験を積み重ね自己肯定感を高めること。
- ③組織風土の改善と認知症ケアの改善とのつながりに気づくことによって、率先して組織へ働きかけることのできる人材を育成すること。

#### (イ) 研修の意義

認知症介護に従事する介護職は、相対する2つの要求にさらされ続けている。それはすなわち、サービスの質に影響する「丁寧さ」と「時間内に」サービスを終えなければならない切迫感であり、後者はサービスの量に関係している。サービスの質を維持することは利用者の尊厳を守ることであり、また、利用者の自己決定を尊重するための必須条件ともいえる。一方、サービスの量は全ての利用者に必要なサービスを提供することと関連し、過不足ない適切な実施が求められる。

このように、認知症介護は常に「丁寧さ」と「時間内に」を介護従事者に求め続け、介護従事者には常に最善手の選択が迫られる。これは、「同時多発的に発生する葛藤」を処理し続けることであり、相当なストレスである。

そこで「基礎編」では、この相対立する二つの要求を研修の場で再現し、心の葛藤をどのように処理することが参加者本人にとって最善手であるかに自ら気づくことでストレスに対する認知を切り替え、行動レパートリーを増やし、ストレス耐性の向上を促進する。あわせて、研修素材を通じて、参加者自身の経験を振り返り、また他の参加者との触れ合いを通じて沸き起こるグループダイナミクスの効果をもって、気力と活力の充実を期待するものである。これらストレスの軽減及びストレス耐性の強化と合わせて、認知症ケアの主体が組織であることに鑑み、介護職自らも主体的に組織に働きかけることの重要性への気づきを得るよう促す。

#### (ウ) 互いにゆだね合う心を持って業務をチームで共有する

全ての業務を一人でこなすことは現実的でないばかりか、報連相を怠った結果、ヒヤリハットが発生する危険性が高まることさえある。そのため、介護職には一人で担える業務の質と業務量がどのくらいであるかについて日ごろから意識しておくことが求められる。一人で担える業務の質と業務量がどのくらいかを知っておくことは、他の介護職に対して自信を持って支援をお願いするための前提条件となる。

そこで、事例検討を通じて、業務をチームで共有するためには組織に対してどのように働きかけることできるかを学ぶ。

- ①事例で描かれた場面において、一人で確実にできることを書き出す。
- ②いつ、どのようなタイミングで、誰に支援を要請することが望ましいかを検討する。

- ③実際に自らの言葉で支援の要請を試み、他の参加者からのフィードバックを受け、支援を要請することが正しい行為であるとの認識を強化する。
- ④新しい行動レパートリーとして活用可能かを吟味する
- ⑤どのような組織体制に変えることが問題の解決に結びつくかを検討する。

## (エ) 期待されるストレス軽減とストレス耐性

### ＜ストレス軽減＞

カタルシスを得るとともに、他者受容感を味わうことで、所属欲求が満たされる。このことを通じて自信（有能感）を持ち、ワークを通じて成功体験を重ねることで、さらに承認欲求が満たされる。

### ＜ストレス耐性＞

知性化によるストレス対処能力を高めることにより、ストレス耐性を高める。

## エ 研修プログラムⅡ【応用編】の狙いと意義等

### (ア) 狙い

「応用編」は、次の3つを主な狙いとする。

- ①燃え尽き症候群に陥らないための「突き放した関心」を習得すること。
- ②燃え尽き症候群の症状とされる「情緒的消耗観」、「脱人格化」および「個人的達成感の低下」の発生にいち早く気づく目を養うこと。
- ③組織風土の改善と認知症ケアの改善とのつながりを踏まえ、主任等が率先して組織へ働きかけることのできる人材の育成に着手することの重要性を学ぶこと。

### (イ) 研修の意義

介護従事者が志向する貢献と寄り添う姿勢は、感情労働者にとって重要な特性である「共感性」の現われであるといえる。一方で、過度な共感性は介護職自身と利用者の事情を混然一体とさせ、就労後のプライベートな時間であっても利用者の事情が頭から離れず、これが疲労回復の阻害要因となる場合がある。特に認知症介護においては意思疎通が困難な場合が多く、介護職はその原因を自らの力量の無さに求めたり、また、その際に沸き起こる自然な感情（怒りや焦燥、悲哀、不安等）をプロとして持つべきではない感情として抑圧したりすることがある。このような状態から抜け出すには、自分・相手・状況を冷静に、かつ、客観的に認識する態度（「冷静さ」）が重要である。これら「共感性」と「冷静さ」を高めるためには、今何が起きているかを知るべく自己理解が必要である。

本研修は、「突き放した関心」の習得を目指すとともに、他の介護従事者が発す

る燃え尽き症候群に関するサインをキャッチする目を養い、主任等としての適切な行動レパートリーを増やし、職場環境全体のストレス耐性を高める方法の習得を目指すものである。さらには、認知症介護の主体が個人ではなく組織であることを踏まえ、組織風土の変革を通じた認知症介護の改善に取り組む意識の醸成も図るものである。

#### (ウ) 燃え尽き症候群と虐待・離職

厚生労働省老健局高齢者支援課が公表した「平成 27 年度高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」によると、虐待の事実が認められた事例中、その虐待の発生要因として最も多く挙げられたのが「教育・知識・介護技術等に関する問題」で全体の 6 割以上を占める一方、次いで挙げられた「職員のストレスや感情コントロールの問題」も全体の約 27% を占めている（なお、以下「虐待を行った職員の性格や資質の問題」が約 10%、「倫理観や理念の欠如」が約 8% と続く）。

認知症介護のストレスが特有のものであることから、認知症に関する正しい専門知識の習得の重要性は疑う余地もないが、それと同様に、ストレスや感情コントロールをどのように適切に行っていくかの重要性も上記の調査結果から見てとれる。このストレスや感情コントロールの問題は、ストレスの軽減方法の習得とストレスへの耐性を身に着けることによって、その深刻度の緩和が期待できる。

また他方では、心身の疲労が蓄積したことによる介護職の離職も認められる。公益財団法人介護労働安定センターが公表した平成 28 年度「介護労働実態調査」の結果によれば、介護職が仕事をやめた理由の第 1 位は「職場の人間関係に問題があったため」であった。こじれた人間関係はそれ自体が大きなストレスであり、この状態が続けば続くほど情緒的な消耗が激しくなっていく、結果として離職を選択してしまうというプロセスが透けてみえる。

虐待・離職ともに継続的かつ安定的な高齢者福祉の維持にとって重大な問題である。これらの結末に至る前に重要な役割を発揮できるのが主任等である。

#### (エ) 今後起こりうる事態を想定し、対策を講じる

主任等に誤解なく理解してもらっているという安心感は、一般介護職の心理面を安定させるのに大変重要である。一人ひとり異なる一般介護職に対し、いつどのように関わるかが望ましいかは難しい問題ではあるが、日ごろから相補交流のコミュニケーションを基礎に、燃え尽き症候群の兆候に対し敏感であることが求められる。また同時に、主任等同士で話し合っ、互いの心的状態がどうであるかを

チェックし合うことも有効である。

なお、燃え尽き症候群に陥らないための心的態度として「突き放した関心」がある。これは、相手と一定の距離を保ちながらも、多くの関心を持って接するという相矛盾する二つの態度の共生を求めるものであるが、どのような態度と言動がこれに該当するか、これまでの討議の内容を集約し、一つの考えをまとめる。

#### (オ) 認知症介護特有のこじれる交流の打開策

検討した事例の中に登場するやりとりについて、コミュニケーションの心理学と呼ばれる交流分析の知見をもとに検討を行う。交流分析では、コミュニケーションの流れを、気持ちの良いやりとりが続く「相補交流」と予想外の反応に驚き気ましくなってしまう「交差交流」等にカテゴリー分けすることができることから、事例のやりとりがどのような交流であったかを確認することから始める。そして、やりとりがいずれも交差交流であったことと、そのために事態がよりストレスフルなものになっていったことを確認したのち、どのようにすることでより良い状態に変えることができそうかを検討する。その際、「代替案」と呼ばれる手法を学ぶ。すなわち、交差交流が生じた際、一旦、相手方からの刺激を相補交流で受けつつ、その後新たな刺激を投じるためにどのような接し方が考えられるかを検討し、検討した結果を実際に実行して、その感覚を味わってみるのである。実践可能な行動であれば、参加者にとって新たな行動レパートリーとして習得されるが、違和感のある行動であれば、再度修正し、参加者にとって違和感のないフレーズや態度を見つける作業を再開し、最終的に良い代替案の習得を目指す。

#### (カ) 期待されるストレス耐性

##### 〈ストレス耐性〉

- ・ 自分自身と職務上の役割とをはっきり分けることの重要性を学び、職場環境改善に活用する方法を得る。
- ・ 緊急度の高い場合と将来の発生を予期させる場合の対応法を学び、他の介護職のストレス耐性を高める方法を学ぶ。

#### オ オプションプログラム「緊張緩和と自己理解のためのエゴグラム」の狙いと意義等

##### (ア) 狙い

「オプションプログラム」は、次の2つを主な狙いとする。

- ①研修参加に伴う緊張感を緩和し、行動変容への抵抗を弱めること
- ②自己理解を促進し、人間の多様性に触れることによって、全ての人が尊重される

存在であることに気づくこと。

## (イ) オプションプログラムの意義

研修の効果は行動変容によって表れるが、そのためには行動変容の必要性和有用性への理解が十分でなければならない。深い理解を得るためには、研修参加に伴う過度の緊張感を緩和しておくことが望ましい。また、慣れ親しんだ行動は変わりにくいことが一般的であることから、自らを「変えてみよう」や「変えてみたい」という気持ちが円滑に醸成されるためのところを整えるためにも有効である。

認知症介護においては、その「病気」と「利用者」を知ることはもちろんのこと、「介護をする自分自身」を知ることが大切である。特定の職員または利用者との関係性が頻繁にこじれてしまう原因を探るには、「自分とは一体どんな人間か」を知ることが重要である。そこで、エゴグラムを活用して自己理解を進めるとともに、事例検討で表現された自動思考との関連性を考え（例えば、ある検討課題について「私は我慢すると思う。」と回答した参加者のACとの関連性を考える）、各参加者の気づきをグループ内で共有することにより、職員や利用者の持つ多様性への気づきを促し、全ての人々が尊重される存在であることを再認識する。

## (2) 研修プログラム

### ア 2つの研修プログラムと1つのオプションプログラム

研修プログラムは、一般介護職向けの「基礎編」と主任等以上の職位向けの「応用編」に分かれる。「応用編」の受講に当たっては、あらかじめ「基礎編」を受講することを推奨する。なお、研修に先立って、または途中で、参加者の緊張緩和と自己理解を促すための「オプションプログラム」もある。

### イ 研修プログラムⅠ【基礎編】

#### (ア) 研修の構成と対象者

○研修プログラムⅠ【基礎編】（一般介護職向け）	
ステップ1	講義（1.5時間）
	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 本研修の目的と意義</li><li>・ 認知症介護の基本と理念</li><li>・ 認知症介護特有のストレスの特徴</li><li>・ ストレスケアのための協力・支援体制</li><li>・ 組織風土の重要性</li></ul>

ステップ2	事例検討（1事例あたり1.5時間）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事例 A 「見当識障害にまつわる物語」</li> <li>・ 事例 B 「記憶障害にまつわる物語」</li> <li>・ 事例 C 「せん妄にまつわる物語」</li> <li>・ 事例 D 「被害妄想にまつわる物語」</li> <li>・ 事例 E 「異食にまつわる物語」</li> <li>・ 事例 F 「帰宅願望にまつわる物語」</li> </ul>
ステップ3	まとめ（1.5時間）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 組織への働きかけ</li> <li>・ 組織体制を構築する方法</li> </ul>

## （イ）事例と検討課題

（参考）事例 A 「見当識障害にまつわる物語」

事例は全てフィクションです。この物語に登場する人物・名称等は架空であり、実在のものとは関係ありません。例として作成したイメージです。

### 1. 登場人物

一般介護職の X さんは、入職後 3 か月の新人職員です。初任者研修を修了した後、介護職として勤務しはじめ、現在は実務者研修を受講しながら仕事にも頑張っており取り組んでいます。また、事業所が開催する定期勉強会に積極的に出席して、認知症に関する専門知識の習得にも積極的な介護職です。

この X さんが勤める介護施設に Y さんという利用者がいます。Y さんは、小学校の校長としての経験が 10 年以上あるだけでなく、長年にわたって自治会長を務めた方です。Y さんが笑うと周囲の者は何とも言えない幸せな気持ちを味わうことができ、小話をたくさん持ってきたきさくなおじいちゃんです。アルツハイマー型認知症を発症して以来、不安や抑うつ症状を呈することが増え、少しずつ重症度が増している状況にあります。特に最近は徘徊と暴言が多く見られるようになりました。

X さんの先輩である Z さんは、法人が大切にしている「丁寧な安心ケア」の実現に努める主任です。Y さんの状態がやや不安定であることを認識していて、朝礼や申し送りの際には重点的な情報共有に努めています。

X さんには、頼りになる（わかりやすく介護技術の指導をしてくれる）先輩 A さんと、あまり話をしたことがない先輩 B さんがいます。先輩 A さんは日ごろから X さんに対して「困ったことがあったらどんなときでもすぐに言ってね。」と言ってくれます。

## 2. エピソード

Xさん「(笑顔で明るく気持ちのいい声色で) Yさん、お食事ですから、食堂に行きましょう。」

Yさん「・・・・・・・・・・。」

Xさん「(あれ?聞こえなかったのかな?)Yさん〜。お〜しょ〜く〜じ〜で〜す〜よ!お食事の時間ですよ〜。」

Yさん「・・・・・・・・・・。」↳ (1)

Xさん「(優しい声で)おなかすいてませんか〜? (と言いながら、Yさんの真横に立ち、Yさんの肩をトントンと叩く)」

Yさん「あ〜〜!さわるな!」↳ (2)

Xさん「(急に大声を聞いたので驚き、面喰った表情で) えっ。あの・・・お食事です。」

Yさん「うるさい!あっちへ行け!あんた誰!しゃべりたくない!あ〜!」

Xさん「(立ち尽くしたまま)・・・。」↳ (3) でももうお食事の時間ですから、来てもらわないと。」

Yさん「(フロアに響き渡るほどの大声で) 帰れというのがわからんのか!」↳ (4)

そこへ、先輩Aが様子を見にきました。

先輩A「Xさん、大丈夫? なにかあったの?」

Xさん「いえ、大丈夫です。なんでもありません。」↳ (5)

続いて、Z主任が駆けつけてきました。

Z主任「(事態を落ち着かせることに一心となって) Yさん、どうしましたか〜?お食事ですよ。」

今度は、先輩Bもやってきました。ちょうどそのとき、YさんがZ主任を叩こうとして、態勢を崩し、ベッドから転落しそうになるところを、Xさんが反射的に抱きかかえるようにして支えました。すると、

Yさん「なんだよ! (と言いながら、Xさんの体を突き放す)」

突き放されたXさんはよろめき、そのまま床に尻もちをついてしまいました。Z主任は、Yさんに落ち着いてもらうように努めています。

Z主任「Yさん、落ち着きましょう。大丈夫です。」

先輩Bは尻もちをついたXさんを心配そうに見つめた後、声には出さず口を(大丈夫ですか?)と動かしながら微笑みかけ、Xさんのがんばりをねぎらった。↳ (6)

この後、Yさんは安定し、食堂で食事することができました。ですが、しばらくの間、フロア全体は落ち着かない雰囲気にも包まれていました。↳ (7)

## 3. 検討課題

### 【検討課題①】

事例中(1)から(7)までのそれぞれの場面を読んだとき、どのように感じましたか(どんな言葉・考えが思い浮かびましたか)?

**【検討課題②】**

あなたがXさんだったとしたら、Yさんとのやりとりをどのように進めていきますか？ また、Xさんのケースと似た事例としてどのような経験をしましたか？ そのときのあなたは何を感じ、何を思い、どのように行動しましたか？ 思い出して書いてみましょう。

**【検討課題③】**

あなたがXさんだったとしたら、Z主任がどのように行動することを期待しますか。また、あなたはZ主任に対してどのような行動をとりますか。

**【検討課題④】**

あなたが先輩Aさんだったとしたら、Xさんにどのように接しようと思いますか？

**【検討課題⑤】**

頼りになる先輩Aさんに対して、あなたならどのように協力を求めますか？ 自分の言葉で書いてみましょう。

**【検討課題⑥】**

あなたの施設（事業所）には、助け合う組織風土がありますか。また、助け合う組織風土を作り上げるためには、何が必要だと思いますか。

**【検討課題⑦】**

他の介護職に支援を断られたことはありますか。支援を受けられなかったとしたら、なぜ支援が受けられなかったと思いますか。

**【検討課題⑧】**

困っている介護職を助けるのをためらった経験はありますか。ためらったり、助けなかったとしたら、なぜ助けるのをためらったり、助けなかったりしたと思いますか。また、それは組織的にどのように変わっていくことが必要だと思いますか。

**【検討課題⑨】**

他の介護職が困っているときにとったあなたの行動のうち、どのようなものがうまくいきましたか。また、逆にあなたが困っていたとき、他の介護職がとったどのような行動があなたにとってうれしい行動でしたか。

**【最終検討課題】**

この事例で求められる「丁寧さ」とはどんなことだと思いますか。また、自分だけでなく組織としてどのようなことが必要だと思いますか。

## (ウ) 事例検討の進め方と留意点

### a 事例の進め方

- ①参加者はグループに分かれ、各グループにはファシリテーターを配置する。
- ②各人が個人ワークとして検討課題に対する回答を記入する。
- ③ファシリテーターは、参加者が順番に回答を発表するのを促すとともに、発言しやすい雰囲気を作るように努める。この際、グループワークのルールを共有する。
- ④自由なディスカッションを行う。
- ⑤話し合った内容を各グループの代表者が発表し、全体で共有する。
- ⑥自グループを除き、最も良い発表であったと感じたグループに対し、各自が保持するトークンを投じる。(最後に集計し、最多獲得グループを表彰する)
- ⑦各グループの発表は事例ごとに行う。

#### <グループワークのルール>

ファシリテーターは、みなさんがどのように考えているか意見聴取をし、グループの意見としてまとめあげてください。なお、グループ討論をするにあたり、参加者は次のことを守ってください。

- ・ 相手の意見を完全否定しないこと
- ・ 異なる意見を述べるにあたっては、賛同できる部分も伝えること
- ・ 過度に根ほり葉ほり聞き出そうとしないこと
- ・ 他のグループより良い意見を出すよう努力すること
- ・ メンバー全員の発言する機会がなるべく均一になるように心がけること
- ・ 討論後、個人に属する情報を本人の許可なしに外部へ他言または吹聴しないこと

グループワーク終了後、各グループの意見を発表してもらいますので、発表者をあらかじめ決めておいてください。

#### <ファシリテーターの役割(例)>

- ◇ 検討課題①・②の質問を皮切りに負担の無い自己開示ができる雰囲気の醸成に努める。これにより、参加者は多様な介護観と経験談に触れ、それらを通じて自分と向き合い、自分の価値観に気づく。
- ◇ 検討課題①の質問に対する各回答が参加者の自動思考であることを踏まえ、回答から各参加者の考え方のクセや傾向を捉えておく。ここで得た見立ては、ファシリテーターがグループワーク中に適宜実施する「参加者に負担を強くない範囲で提供する『自己理解を促進するためのフィードバック』」に活かす。
- ◇ 参加者が検討課題②に対する回答を述べた後、「なぜそのように進めようと思ったか」または「なぜ実際にそのようにしたのか」の明確化を促し、参加者間で互いに共感し合える雰囲気の醸成に努める。

- ◇ 検討課題③の質問に参加者がどのように回答するかに注意する。他の介護職への協力をお願いすることが不得意である場合、仕事を抱え込みやすいタイプであることが予想されるため、さらに「協力をお願いしないのはどうしてですか?」として掘り下げることで参加者の自己理解を促せる場合がある。
- ◇ 各課題で検討した議論を踏まえつつ、最終検討課題を話し合う際に「そもそも丁寧さとは?」と「組織風土の改善のために何ができるか」を問題として提起し、活発な議論を促す。

#### b 事例検討する際の留意点

事例に登場する利用者を問題として定義することは全く適当ではないことに注意すること。むしろ、そのときの利用者の気持ちがどんなであったかを想像し、共感することのできるように進めることが重要である。なお、より活発な議論が展開されるのを期待して、Xさんの言動を空欄とし、「あなたならどうするか」を自由記述式で問う検討課題を設定することも可能である。

### ウ 研修プログラムⅡ【応用編】

#### (ア) 研修の構成と対象者

○研修プログラムⅡ【応用編】（主任等以上の職位向け）	
ステップ1	講義（1.5時間）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本研修の目的と意義</li> <li>・ 燃え尽き症候群の特徴と対応策</li> <li>・ 虐待や離職を防止するために</li> </ul>
ステップ2	事例検討（1事例あたり1.5時間）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事例A「見当識障害にまつわる物語」</li> <li>・ 事例B「記憶障害にまつわる物語」</li> <li>・ 事例C「せん妄にまつわる物語」</li> <li>・ 事例D「被害妄想にまつわる物語」</li> <li>・ 事例E「異食にまつわる物語」</li> <li>・ 事例F「帰宅願望にまつわる物語」</li> </ul>
ステップ3	まとめ（3時間）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 組織への働きかけ</li> <li>・ 組織体制を構築する方法</li> <li>・ 今後起こりうる事態の想定と対応</li> <li>・ こじれた交流の打開策</li> </ul>

## (イ) 事例と検討課題

事例は「基礎編」と「応用編」で共通しているが、「応用編」では「一般介護職のストレスを軽減するため主任等として望ましい行動にはどのようなものがあるかを検討する」点で異なる。なお、「応用編」においても、「基礎編」と同様に、各グループにファシリテーターを配置する。ファシリテーターは参加者にとって負担のない自己開示を促すことが重要である。

### 3. 検討課題

#### 【検討課題①】

利用者の行動・心理症状をストレスに感じる一般介護職のストレスを軽減するため主任等として望ましい行動にはどのようなものが考えられますか？ またこのケースと似た事例としてどんな経験をしましたか？ また、そのときのあなたは何を感じ、何を思い、どのように行動しましたか？ 思い出して書いてみましょう。

#### 【検討課題②】

事例は、「しばらくの間、フロア全体は落ち着かない雰囲気になっていました。」で終結しています。なぜ、このような結末を迎えてしまったのでしょうか。また、あなたならこのような結末を迎える前と後で、どのようなマネジメントをしますか。

#### 【最終検討課題】

助け合う職場風土を作るためには、どのようなことが必要だと思いますか。助け合う職場風土に限らず、どのような職場風土づくりを進めるのが良いと思いますか。

## エ オプションプログラム

### (ア) 研修の構成

○緊張緩和と自己理解のためのエゴグラム（1.5時間）	
	<ul style="list-style-type: none"><li>・ エゴグラム</li><li>・ 自己理解と多様性の尊重</li><li>・ ストレスの軽減</li></ul>

## むすび

超高齢社会の進展の中で、我が国の介護問題は第2のステージに入りつつある。要介護者の増加はもちろんであるが、高齢化の波が後期高齢層にシフトする中で、認知症介護へのニーズが大きく増大してきている。その対応が急務となる一方で、介護職員については、依然として量的な不足状態が続いており、その確保だけでなく、早期離職の防止と定着も依然として深刻な問題点となっている。

介護職員の離職要因には、賃金水準の低さなど労働条件の問題、慢性的な人手不足の中での仕事量の多さなどが基本的に大きく関わっていることは既に多くの調査結果でも指摘される。そうした就業環境の中で、介護業務の特質からくる仕事の難しさが従事する者のストレスを倍加させ、それが離職につながり、要員不足による過重な労働につながるという悪循環を生んでいる。とりわけ深夜勤務時の不安感、入居者・利用者とのコミュニケーションの摩擦、認知症介護などの対応の仕方への困難などが、従事者のストレスを高めている。さらには、職場でのサポート体制の欠如など管理体制の問題、上司・同僚等との人間関係の軋轢なども加わり、介護職として働き続けることへの自信を失ってしまう者も少なくない。

このため、介護職員の定着を促すためには、日々の仕事を行っていく過程におけるこうした様々な不満やストレスをどうコントロールしていくかが大きな課題となる。その場合、介護に従事する者一般の問題として考えるだけでなく、とりわけ重要性が増している課題への対応として考えるという視点も不可欠であろう。その典型的なものが認知症介護によるストレスの問題であり、平成28年度介護労働実態調査（特別調査）「介護労働者にストレスに関する調査・研究」（介護労働安定センター）においても、「認知症の入居者への対応が難しい」というのが職場や仕事のストレスの上位にあげられている。

そもそも認知症介護で重要なことは、認知症の利用者のBPSD（行動・心理症状）に対する日常的配慮と基本対応とされているが、こうした前提がなされておりBPSDの出現が少ないあるいは改善された現場では、「職員の自己効力感が高く、介護の質が高い」という指摘がある（第1章（2））。すなわち職員が自己効力感を持って働けるような職場環境が認知症介護の介護サービスの向上といった観点からも重要であり、そのためにも従事者のストレス対応をどう進めるかが焦点となる。

しかしながら、あるグループホームの例を見ても、こうした原則は理解しているつもりであっても、「説明しても理解してもらえない」とか「きつい言葉掛けをされる」など、BPSDへの対応に職員がなんらかのストレスを抱いてしまうのが実態であるようだ（第2章（2）ア）。とりわけ、物忘れなどに根気よく対応するとか、対応には方程式のような一般的な解はなく個別ケースごとの対応を必要とするといった取り組み自体がストレスの

源になってしまう。また、特別養護老人ホームの例でも、職員の身体的・精神的負担感は、他の業務に比べて認知症等の「困難ケース」の場合に高いことが示されている（第2章（2）イ）。

では、認知症介護を担当する職員は実際にどのようなストレスを感じているか。特別養護老人ホームの職員ヒアリングの結果によれば、「認知症利用者の考えや行動が理解できなくて振り回されてしまう」「認知症利用者に必要な高い介護スキルの不足に悩む」「認知症利用者への対応について相談相手がいない」のほか、「認知症の場合と一般介護の場合との違いで苦勞する」といった意見が出されている（第2章（2）ウ）。同じくアンケート調査においても、「暴言、暴力」「何を言ってもわかってもらえない」「勝手なことをいう」といった利用者との気持ちの通じ合いのなさがストレス要因として大きいことが示されている（第2章（2）エ）。このような日常的な経験の繰り返しによって、職員の自己効力感も失われて行くと考えられよう。

したがって、職場や仕事のことで生じたストレスを上手に解消して行くことによって、心身の健康障害や就業意欲の喪失などといった事態に陥らないよう、個人としてどう防ぐかがまず重要になる。前記の職員アンケート調査においても、自らの嗜好にあった様々なストレス解消が試みられていることが示されている。また、医学的対処やカウンセリング等の対処について様々なストレス対処の方法が実行されており、これらの積極的な活用を考慮すべきであろう（第3章）。

ただ、ストレス対策としては、こうした事後対処にとどまらず積極的な予防あるいは緩和のための方策を考えるだけでは十分でない。その場合の視点として、まずは職員の自己効力感を如何に高め、また BPSD によってそれが 減殺されないようにしなければならない。むしろ「認知症介護は『ストレスと共にある仕事である』」ということを大前提にして考えることから検討する」ことが重要であるといえる（第2章（3））。

こうした観点から、例えば、次のような対応の必要性が指摘されよう。

- ① 認知症介護に対する十分な知識を持ち利用者の行動・心理を理解できること
- ② 同僚等との経験の交流を通じて多様な視点や考えを共有できること
- ③ 一人だけで背負わずバックアップや相談できる体制があること
- ④ 認知症介護に対するチーム・組織の一体的な取り組み姿勢があること

などであるが、そのうえで個人としてのストレス発散が実践できるように自助努力を支援することも重要である。

いずれにしても、基本となるのは、認知症介護の難しさに臆することなく介護職員が介護の専門職としての意欲を失わせないようにすることであり、そのことがこれら介護職員の定着につながると同時に、介護サービスの質向上に資するという点である。このためには、まずは認知症介護の専門知識を向上させ、認知症の利用者に対しても特殊視すること

のないようなマインド設定が必要ではないか。

その上で、認知症介護の日常的所作においてストレスの軽減やストレス耐性の向上を図るようなトレーニングを実施していくことが求められよう。その場合、認知症利用者それぞれの特徴に応じて個別の対応が必要となることから、多くの介護職員は「一人で解決する」ことの辛さに悩んでいる点に留意すべきである。その解決のために、介護職員を孤立させることのないよう組織としての支援があることの意義は大きい。

そのためには、組織としての認知症介護に対する明確な方針をたて、これを職員全体に浸透させるとともに、最前線で働く職員を支援するような雇用管理体制を整備することが重要となる。しかも、単に制度としての整備にとどまらず、職員相互のつながりを強固にさせて認知症介護に取り組む組織風土作りを心がけることが不可欠であるといえよう。その中核的な役割を果たす存在という意味で、今回職員向けのストレス耐性の研修と合わせて中間リーダーに対する研修を開発している（第4章）。これらを両輪として実施することで介護職場における組織風土の改善に大きく資することを期待したい。

## 「認知症介護におけるストレス対策研修に関する研究会」委員名簿

委員長	北浦 正行	公益財団法人日本生産性本部参与、武蔵大学客員教授 むすび 執筆
副委員長	服部 安子	社会福祉法人浴風会 ケアスクール校長 第1章（2）執筆
委員	久志 実	公益財団法人介護労働安定センター理事長
委員	小山 文彦	東邦大学医療センター佐倉病院 産業精神保健・職場復帰支援センター長・教授 第1章（1）監修／第3章（1）（2）執筆
委員	佐々木 幸	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター研究企画主幹 第2章（3）ア 執筆
委員	田所 薫	株式会社産業社会研究センター主任研究員 第2章（2）ウエ、第3章（3）執筆
委員	田邊 恒一	有限会社ウェルフェア代表取締役 第2章（2）ア 執筆
委員	奈良 高志	社会福祉法人芙蓉会総合福祉ホーム芙蓉園法人本部事務局管理統括 社会福祉法人洛和福祉会東京事業所顧問 第2章（2）イ 執筆
委員	藤野 和良	藤野経営労務管理事務所副所長、特定社会保険労務士 第2章（3）イ、第4章 執筆
委員	山崎 直紀	厚生労働省人材開発統括官付参事官（人材開発政策担当）付特別支援室長

（敬称略 五十音順）

# < 資料編 >



## 介護労働者用アンケート調査票

この調査は、公益財団法人介護労働安定センターが、厚生労働省人材開発統括官からの委託を受けて実施している「認知症介護におけるストレス対策研修に関する研究会」の研究のために行うものです。

介護労働者が認知症介護で生じるストレスに対処する研修を設計するために、実施するもので、ご回答いただいた内容は、調査以外の目的で使用することはありません。また、回答は、無記名で、同封した封筒で提出してください。

各質問の該当するものに□にチェックを入れ、( ) 内にもご記入ください。

回答は、お忙しいところ恐縮ですが、本年10月11日(水)までに下記の者までをお願い致します。

(施設名)

(提出先)

質問1 あなたは、職場で、ストレスを感じやすいタイプですか。

はい

いいえ

何とも言えない

質問2 認知症の利用者の方を介護する上で、どのようなことでストレスを感じていますか。(複数回答可)

暴言、暴力

利用者や利用者の家族との感情のもつれ

勝手なことを言う

何を言っても分かってもらえない。

困った人の対応が自分に任されている。

強く対応すると強い反応が返ってくる

その他 ( )

特に感じていない

質問3 勤務日に次のように感じる場合があります。(複数回答可)

仕事を終えても、緊張感が持続してしまう。

勤務中に起きたことを、後悔することがある。考えてしまう。

なかなか寝つけない

朝、起きるのが辛い

疲れが取れないと感じる

常に時間に追われていると感じる

食欲がわからない

- 食べ過ぎてしまう
- 嗜好品（お酒、煙草、コーヒー、甘いもの等）の量が増える
- 特に症状はない。
- その他（ ）

- 質問4 勤務後や休日に、どのようなことでストレスを解消していますか？
- ジム等の適度な運動  家族や友達と食事  家族や友達と過ごす
  - 趣味（例：読書）
  - お稽古ごと（例：ピアノ）
  - ゲームや映画等の娯楽
  - その他（ ）
  - 特に何もしていない

- 質問5 認知症の方の介護によるストレスを誰かに相談できますか。
- 親・兄弟  友人・知人  上司  医師
  - カウンセラー  同僚
  - その他（ ）
  - 特に相談はしない

- 質問6 勤務中に感じるストレスによって離職したいと思ったことがありますか。
- はい  いいえ

質問6-1

「はい」の場合、具体的にどのようなことで、離職したいと思われましたか。

- 質問7 認知症に関する研修を受講されたことがありますか。（複数回答可）
- 認知症介護基礎研修を受講した
  - 認知症介護実践者研修を受講した
  - 認知症介護実践リーダー研修を受講した
  - その他の研修を受講した
- （ ）
- 受講していない。

質問 8 研修を受けた方にお聞きします。研修を受けた後に認知症の利用者の方に対して、理解が深まったり接しやすくなったりしましたか。

はい いいえ

質問 9 ストレスを解消する方法として、どのような研修があれば良いと思いますか。

例：ストレスを軽減するための自己トレーニングの研修

質問 10 認知症の利用者の方の介護によるストレスが軽減できるようなことで、施設全体で、どういう対応や取組みが出来たらよいと思いますか。

例：なんでも気軽に相談できる窓口の設置

質問 11 認知症の方の介護で気になることがあれば自由にお書きください。

あなた自身について該当するものにチェックしてください。

性別 女性 男性

年齢階層 ( ) 代

介護職について、経験は、どのくらいですか。

約 ( ) 年 ( ) ヶ月

～質問は以上で終わりです。調査にご協力頂きありがとうございました。～

## 認知症介護職員アンケート調査結果（抜粋）

### 【アンケート調査対象者属性】

#### ①性別・年齢別

	女	男	合計	不明
20代	4	1	5	1
30代	7	15	22	
40代	9	6	15	
50代	4	1	5	
60代	1	1	2	
合計	25	24	49	1
			50	

#### ②性別・経験年数別

	女	男	合計	不明
1年未満	1	1	2	1
1年以上～3年未満	1	2	3	
3年以上～5年未満	5	1	6	
5年以上～10年未満	4	7	11	
10年以上	14	13	27	
合計	25	24	49	1
			50	

問1 あなたは、職場でストレスを感じやすいタイプですか。

	合計	女	男	不明
はい	14	7	6	1
いいえ	4	1	3	0
何とも言えない	32	17	15	0
合計	50	25	24	1

問2 認知症の利用者を介護する上で、どのようなことでストレスを感じていますか。（複数回答）

	合計	女	男	不明
暴言、暴力	30	15	14	1
利用者や利用者の家族との感情のもつれ	17	10	7	0
何を言ってもわかってもらえない	14	7	7	0
勝手なことをいう	13	6	7	0
強く対応すると強い反応が返ってくる	3	2	1	0
困った人の対応が自分に任されている	2	0	2	0
その他 ※1	13	9	4	0
特に感じていない	5	3	2	0

※1 同じことを繰り返し言う (4) / 転倒やケガ (2) / 人手不足 (2) / 体を触られる / お茶を床に撒く / 頻回なコール / 弄便 / 服薬拒否 / 異食 / 事故の発生 / 予定通りに物事が進まない / 利用者との信頼関係がない / どんなにベストを尽くしても、「これから何があるの？」 / 「つまらない」と言われてしまう。

問3 勤務日に次のように感じる場合がありますか。(複数回答)

	合計	ストレスを感じやすいタイプか(問1)		
		はい	いいえ	何とも 言えない
疲れが取れないと感じる	34	13	1	20
勤務中の起きたことを、後悔することがある。考えてしまう。	30	9	3	18
常に時間に追われていると感じる	27	9	1	17
嗜好品(お酒、煙草、コーヒー、甘い物等)の量が増える	20	7	1	12
なかなか寝つけない。	14	6	0	8
朝、起きるのが辛い	12	8	0	4
仕事を終えても、緊張感が持続してします。	10	5	0	5
食べ過ぎてしまう。	7	3	0	4
特に症状はない	3	0	1	2
食欲がわからない	2	0	0	2
その他 ※2	1	1	0	0

※2 眠れないので、眠らないままジムに行ってしまう

問4 勤務後や休日にどのようなことでストレスを解消するか(複数回答)

	合計	年齢				
		20代	30代	40代	50代	60代
家族や友達と過ごす	23	1	12	8	1	0
趣味	21	1	8	9	2	1
ゲームや映画等の娯楽	17	2	6	4	3	1
家族や友達と食事	14	3	5	4	2	0
ジム等の適度な運動	12	2	4	2	3	0
お稽古ごと	0	0	0	0	0	0
その他 ※3	5	0	2	1	1	1
特に何もしていない	3	0	2	1	0	0

※3 睡眠/買い物

※勤務日に感じるごとと、ストレス解消法の関係 (問3と問4のクロス集計)

	実回答数	勤務後や休日のストレス解消法(問4)							
		家族や 友達と 過ごす	趣味	ゲームや 映画等の 娯楽	家族や 友達と 食事	ジム等の 適度な 運動	お稽古 ごと	その他	特になし
疲れが取れないと感じる	34	15	12	11	10	10	0	4	1
勤務中の起きたことを、後悔することがある。考えてしまう。	30	16	14	10	8	9	0	3	1
常に時間に追われていると感じる	27	14	10	9	9	8	0	4	1
嗜好品(お酒、煙草、コーヒー、甘い物等)の量が増える	20	11	8	5	8	8	0	1	1
なかなか寝つけない。	14	7	7	5	4	6	0	1	0
朝、起きるのが辛い	12	6	4	6	4	4	0	0	1
仕事を終えても、緊張感が持続してします。	10	7	4	3	3	5	0	0	0
食べ過ぎてしまう。	7	4	2	3	3	4	0	0	1
特に症状はない	3	2	2	2	1	0	0	0	0
食欲がわからない	2	1	0	0	1	1	0	0	0
その他	1	0	0	0	0	1	0	0	0

問5 認知症の方の介護によるストレスを誰かに相談できますか。(複数回答)

	合計	女	男	不明
同僚	28	14	13	1
友人・知人	18	10	8	0
上司	13	5	7	1
親・兄弟	7	4	3	0
医師	0	0	0	0
カウンセラー	0	0	0	0
特に相談しない	9	5	4	0

問6 勤務中に感じるストレスによって離職したいと思ったことがありますか。

	合計	女	男	不明
はい	28	17	11	0
いいえ	22	8	13	1
合計	50	25	24	0

※ストレスを相談する相手と、離職したいと思ったことがあるかの関係(問5と問6のクロス集計)

	合計	離職したいと思ったことがあるか(問6)	
		はい	いいえ
同僚	28	14	14
友人・知人	18	12	6
上司	13	4	9
親・兄弟	7	4	3
特に相談しない	9	5	4

問7 認知症に関する研修を受講したことがあるか。

	合計
受講したことがある	30
受講していない	18
不明	2
合計	50

※受講した研修(複数回答)

	合計	経験年数					不明
		1年未満	1年以上～ 3年未満	3年以上～ 5年未満	5年以上～ 10年未満	10年以上	
認知症介護実践者研修を受講した	15	0	1	3	2	8	1
認知症介護基礎研修を受講した	11	0	1	0	3	6	0
その他の研修を受講した ※4	11	0	0	0	3	7	1
認知症介護実践リーダー研修を受講した	2	0	0	0	0	1	1
受講していない	18	2	1	2	4	9	0

※4 認知症介護について(2) / 認知症介護指導者研修 / 認知症ケア専門士 / 認知症と透析治療

※受講した研修と、離職したいと思ったことがあるかの関係（問6と問7のクロス集計）

	合計	離職したいと思ったことがあるか（問6）	
		はい	いいえ
認知症介護実践者研修を受講した	15	10	5
認知症介護基礎研修を受講した	11	5	6
その他の研修を受講した	11	6	5
認知症介護実践リーダー研修を受講した	2	1	1
受講していない	18	10	8

問8 研修を受けた後に認知症利用者に対し理解が深まり接しやすくなったか。

	合計	経験年数					不明
		1年未満	1年以上～ 3年未満	3年以上～ 5年未満	5年以上～ 10年未満	10年以上	
はい	26	0	2	0	6	15	1
いいえ	4	0	0	2	1	1	0
合計	30	0	2	2	7	16	1

※研修後の理解の深まりと、受講した研修の関係（問7と問8のクロス集計）

	実人数	受講した研修（問7）			
		認知症介護基礎研修	認知症介護実践者研修	認知症介護実践リーダー研修	その他の研修
はい	26	9	14	2	10
いいえ	4	2	1	0	1
合計	30	11	15	2	11

## 認知症介護職員アンケート調査結果 自由記述回答

問6 「勤務中に感じるストレスによって離職したいと思ったことがありますか」

問6-1 「はい」の場合、具体的にどのようなことで、離職したいと思われましたか。

- ・ 次から次へ利用者の要求が多く、押し潰されそうになったと感じた時にストレスを伴い、そのような時にふと、この仕事は自分に向いているのか疑問に感じた時。(男・40代・18年)
- ・ 認知症の方の対応がストレスということではなく、逆に、自分の無力さに力不足で申し訳なく感じてしまい、向いていないと考えている時期があった。また、役職に就いた時も、自分の力の無さに絶望し、辞めたいと思った。(女・40代・17年)
- ・ 業務量が多く勤務時間内に終わらない。体調悪化(腰痛等)。人間関係(職員間)。(男・40代・16年)
- ・ 上司が一方的な感情で怒ってきて、八つ当たりにしか思えない。(女・30代・16年)
- ・ 上司が相手の話を信じ込み、現場を顧みずに無理なことを言う。(女・30代・16年)
- ・ 常に職員の人数が足りていないのに関わらず、足りていない人数分の仕事をしても給料には反映されず。(男・50代・15年)
- ・ 長く認知症介護に関わってきて、何度も限界だと感じる事があった。自分と他人との介護観の違いに悩んでしまい、このまま働いていても無意味なのではないかと感じる事がある。いつも離職したいと考えている。体力的にも限界。(女・30代・12年)
- ・ 利用者の方の反復言語に強いストレスを感じ、胃が痛く続いた時、離職を考えた。(女・60代・10年)
- ・ 「安全を第一に」と考えながら頑張ってみ守りし、業務をこなそうとしていて、ご利用者が別な場所で転倒されたりして、一生懸命に関わっていて怪我などされる時、とても心が痛んでしまい、考える事がある。(女・50代・10年)
- ・ 仕事量がワーカーで違いすぎる、当然のマナーができていない。(片づけなど)すべてを業務として入れてほしい。(女・50代・10年)
- ・ 一緒に働く人との人間関係。(女・40代・10年)
- ・ 他職員から協力が得られない時。(女・30代・10年)
- ・ 対応することが日々増えていく。雑務に追われ、ゆっくりとした対応ができない。(女・30代・10年)
- ・ (利用者が) 大きい声を出す。何度も同じ話をする。(頭ではわかっているけどスト

レスになる)。(女・30代・10年)

- ・ 夜間休まれないご利用者に対して、イライラしてしまう。また、そのご利用者は転倒リスクも高く、睡眠剤など薬関係の調整も難しい。自分も疲れていて、眠くてイライラ。よって、他のご利用者のリスクもあがる。(男・30代・10年)
- ・ ストレスが原因で持病の発作(狭心症)が起きるため。(女・40代・9年)
- ・ 利用者から理不尽なことをされても耐えるしかない。現場の苦勞を上司が理解せず、無理で面倒なことを押しつけられる。身体的・精神的ストレスに見合う待遇もなく、何かあれば(体調を崩す等)全て自己責任とされてしまう現実が日常的にあるから。(女・40代・8年)
- ・ スキルを活かすことができない。(男・30代・8年)
- ・ 業務を評価されていないと感じた時。(男・30代・8年)
- ・ 最初の頃、ご利用者さまの行動・言動が理解できず、相談もできずで。今はご利用者というより、仕事環境で他スタッフや上司の行動・言動で。(男・40代・7年)
- ・ 多忙な業務の中でご利用者の対応に追われ、職員の離職が続き、自分の中で決まった業務を行うことで必死になり、ケアとしての発展が見いだせなくなった時。(男・30代・6年)
- ・ 介護の難しさ。家族がご本人と向き合っていない。“何もできない”と思っているが“何かはできる”のに… ご本人から愚痴を聞くとせつなくなる。(女・40代・4年)
- ・ 上司が技術や知識を教えてくれないのに、“できるよね”“できて当たり前”“何でもこんなこともできないの”というような態度をとってくる。悲しくなる。(女・40代・4年)
- ・ 人員不足のためか、やり方が違うのか、職員同士同じ目標・目的を持って仕事にあたれない。バラバラであり、団結力がない。(女・30代・4年)
- ・ 不規則な勤務時間。利用者対応のストレス。(男・20代・3年)
- ・ 業務時間外の雑務がある。(女・20代・3年)
- ・ 利用者の暴言・暴力に傷つくことがある。(女・20代・3年)
- ・ 夜間、少ない人数で対応しているため、夜勤に来るたびに、夜勤中急変がないか不安になる。夜勤が体力・精神ともに辛い。(女・20代・3年)
- ・ 自分の存在が認知症の方に安心していただけていないと感じる時。(女・20代・2年)

問9 ストレスを解消する方法として、どのような研修があれば良いと思いますか。

- ・ ストレスを感じてしまう利用者の個々のニーズに対しての対処方法を学び、実践

することができれば。それに伴う認知症や精神疾患へのアプローチを勉強する機会があれば良いかもしれない。(男・40代・18年)

- ・ 自己肯定トレーニング。(女・40代・17年)
- ・ ストレス解消法は人によって様々なので、どの研修が良いとは言えないと思う。(女・30代・16年)
- ・ ストレスの大部分は職場環境によるものなので、自己トレーニングで解決できるものではない。(男・50代・15年)
- ・ ワーカー同士でストレスを感じることを話す時間を業務内で設ける。(言いたいことを言うことで解消)。(男・40代・15年)
- ・ 研修よりも休みがほしい。有給休暇を使わせてほしい。(女・30代・12年)
- ・ 認知症の理解が深まる研修。(男・30代・12年)
- ・ 認知症研修。ストレスフリーの研修。(男・30代・11年)
- ・ 人によってストレスを感じる場所が違って、認知症の方に反復言葉を言わないで、ということは無理であり、どのような研修を受けたいのか？(女・60代・10年)
- ・ メンタル・モチベーションを保つための研修。(女・40代・10年)
- ・ コミュニケーションのとり方についての研修。(女・50代・10年)
- ・ 職場環境の改善方法。(女・30代・10年)
- ・ ストレス耐性を身に付ける(自己)トレーニングの方法。(男・40代・10年)
- ・ 研修のための残業がストレス。(男・30代・10年)
- ・ セルフケアについて(仕事も大切だが、まず自分のことを大切にすること)。(男・30代・10年)
- ・ ストレスに困っていない方・困っている方の例を挙げた研修。(男・30代・10年)
- ・ どのような時にストレスが起きやすいか、ストレスがたまっているか、ストレスがたまりそうな時にどうすれば良いか等、ストレスについて知る研修。(女・50代・9年)
- ・ ストレスを本当に解消するなら、受けた対象に返す必要がある。どんな研修も意味はない。早く帰って休ませてほしい。(男・30代・9年)
- ・ 認知症に対する際の心構え等、振り返りの機会が持てれば良いと思う。自己トレーニングは、個々の性格やメンタルの強さ等あるので、できるだけ個別に対応できる内容でないと意味がないと思う。(女・40代・8年)
- ・ バリテーションなど利用者の方に寄り添う技術の研修。(男・30代・8年)
- ・ イラッとした時の対処法。(男・40代・7年)
- ・ 研修云々より人員確保をしてほしい。入ってくる人が無資格・未経験の派遣さん

ばかりで負担が増している。(女・20代・7年)

- ・ ストレスを作らない環境（職場・職員個人）整備方法、ストレスとの上手な付き合い方。(男・30代・6年)
- ・ 利用者の立場になって物事を考える「認知症の理解」。(男・30代・5年)
- ・ 研修よりもチームワークを深めたい。(女・40代・4年)
- ・ 職場がもっと話し合える環境なら、ストレスは少なくすむと思う。(女・30代・4年)
- ・ メンタルトレーニングの方法を具体的に。専門の方が来ると説得力が増す。(女・30代・3年)
- ・ 研修よりは話せる環境が必要だと思う。(男・30代・2年)
- ・ 心のコントロール。(男・30代・1年)

問10 認知症の利用者の方の介護によるストレスが軽減できるようなことで、施設全体で、どういう対応や取り組みができれば良いと思いますか。

- ・ 日頃の不満等をオフレコで腹の底から吐き出せることができれば。また、個別に抱え込まないようにスタッフ全体で共通認識を持てれば、少しは楽になるかも。(男・40代・18年)
- ・ 認知症ケアスタッフの紹介（狭い空間世界で行っているの）。どんな職員がいて、どんなことをしているのか。人の目、評価もモチベーションアップにつながるのではないかと思う。(女・40代・17年)
- ・ 上司が現場を理解し、無理難題を言ってこなくする。(女・30代・16年)
- ・ 人員配置の再考。(男・40代・16年)
- ・ ボランティアの活用。ユニット分けをして対応する人数を減らす。人員の確保。(男・40代・15年)
- ・ フロア内にストレスに特化した目安箱（連絡帳）を設置し、定期的を確認し、話し合いの場を設ける。(男・60代・14年)
- ・ 対応に困っている利用者に対しての事例検討やカンファレンスなど、職員同士の話し合い。利用者に対しての理解が深まるように職員間での共有。(女・40代・14年)
- ・ まずは上層部の役職の方が認知症利用者について知ることと、フロアの実態をちゃんと把握することが必要だと思う。私たち職員がどんなに頑張っているか、そこを評価していただけたら気持ちが救われると思う。(女・30代・12年)
- ・ 相談窓口の設置・勉強会の実施。(男・30代・11年)
- ・ ショートの方でも入所の方でも、ご家族やご本人の意向を聞き入れるだけでなく、職員側からの要望が言えるまたは、反映されるような機会や場がほしい。(女・50代・

10年)

- ・フロアでの人数は利用者の介護内容で決めるべき。(女・50代・10年)
- ・職員同士で何でも愚痴れる話せる環境作り。1人で抱え込まない、はき出せる職場。(女・40代・10年)
- ・職員を増やす。時間が足りないと感じているので、ボランティアの人数を増やす(傾聴ボランティア・衣類の片づけ等)。(女・40代・10年)
- ・できないことはできないと、ご家族に言える環境作り。カウンセラーの設置。(女・30代・10年)
- ・余裕を持った人員確保→外に出られる機会を増やす→利用者もリフレッシュできる。(女・30代・10年)
- ・気軽に外出できるシステム(現在、起案書・報告書・お金のことなどやることが多い)。急に出かけたい時に出かけられるように。(女・30代・10年)
- ・ストレスは個人差があるものであるが、能力向上によって軽減が図れるものもあるので、能力向上の研修とともに個別の課題について共有できる機会を設けられたら良いと思う。(男・40代・10年)
- ・フィットネスルームの設置。(男・30代・10年)
- ・何でも気軽に相談できる窓口の設置←良いと思う。話を聞いていただける相談所など。(男・30代・10年)
- ・定期的に異動があると良いと思う。(男・30代・10年)
- ・相談窓口の設置。(女・50代・9年)
- ・地域交流の場を作る(月1でも良いので、コーヒー喫茶などを開催し、話せる場を作る)。(女・40代・9年)
- ・有休が消化できるようにする。(男・30代・9年)
- ・相談できる人。(男・30代・8年)
- ・職員を増やす。または利用者の人数を減らす。ストレスに見合った賃金を設定する。(男・30代・8年)
- ・まずは現場で働いている人間のストレスを、職場の上司や経営者が理解してほしい。最低限そこができていなければ、どんな体裁を整えても(窓口設置等しても)機能するとは思えない。(女・40代・8年)
- ・何でも気軽に相談できる窓口の設置←これ必要。会社外の方が良い。(男・40代・7年)
- ・給料が安いことがストレス。給料が上がればモチベーションも上がり、それがご利用者のためにもなると思う。(男・40代・7年)
- ・研修云々より人員確保をしてほしい。(女・20代・7年)

- ・ 認知症状からの職員への暴言・暴力により受ける、精神面のダメージに対するケアが図れていないように感じる。「大変だった」で終わるのではなく、何らかの手立てを講じ、配慮がほしい。(男・30代・6年)
- ・ 認知症に関する研修を定期的に行う。(男・30代・5年)
- ・ チームワークを深めたい。(女・40代・4年)
- ・ 認知症について学ぶ。(女・30代・4年)
- ・ スタッフ同士がもっと意見交換できる時間（ミーティング）を設けて欲しい。(女・40代・3年)
- ・ 介護職員の人材確保。連休が少ないため、まとまった休みがもっと取れると良い(女・20代・3年)
- ・ 時間に追われないような勤務（ゆっくり話せる時間の確保）。(女・20代・3年)
- ・ 適度な運動施設の提供。仮眠スペースの充実。(男・20代・3年)
- ・ 認知症のケースに対する検討会(認知症における専門家も交える)。(女・20代・2年)
- ・ ご利用者のストレスを減らせば、こちらのストレスも減るため、もっとのびのびできる環境を作る。(男・30代・2年)
- ・ スタッフ同士認め合えるような場があっても良いのではと思う。(記載なし)

質問11 認知症の介護で気になることがあれば自由にお書きください。

- ・ 認知症のケアを個別に実践したくても日々の業務に追われ、なかなか実施できないのがもどかしい。(男・40代・18年)
- ・ どんなに学んでも、どんなにわかっていても、寄り添っても、私たちは本当のところはわからずに、全て推測・憶測に過ぎないので、本当はどうかといつも考えこんでしまう。本当はどうしたいのか、本当はどんな気持ちなのか、アンテナを張り巡らせて頑張る。(女・40代・17年)
- ・ ご家族はご自宅で介護された苦勞をわかっているのに、あまり無理なことを言っていないが、上司が理解しておらず、理解してもらえるような仕組みを作ってほしい。(女・30代・16年)
- ・ 多くの認知症のご利用者の介護をしていると、より重度の方に目がいってしまい、まだいろいろできる方が放置気味なことも多く、それにより症状が進行してしまうことが心配・気になること。個別のケアにより、一部の方に対してケアが行き届かない部分が歯がゆいと思うことがある。(男・40代・15年)
- ・ 転倒リスクの高いご利用者の方の立ち上がり等に、つい強い口調での対応をしてしまう。現状での職員の配置人数では、ご利用者の気持ちに添った対応がなかなか

かできない。(男・60代・14年)

- ・ 認知症利用者の理解が少なすぎる。働いている職員もそれ以外の人も。(女・30代・12年)
- ・ 認知症の方の介護に一生懸命に取り組んでいる若い職員が「自分は年を取る前に早く死にたい」「長く生きていたくない」「老人になる前に死んでしまいたい」と話すのを聞いて心配になる。(女・50代・10年)
- ・ 職員全体での認知症の知識・理解不足。(男・30代・10年)
- ・ 介護にもEBが求められる世の中となってきたが、認知症介護の場面での個別の課題についてどの程度EBをはかり、介護に従事できるのか疑問である。(男・40代・10年)
- ・ 排尿回数が多い利用者(行ったらすぐトイレ、行ってもわからない)が多い。(女・50代・10年)
- ・ 法人内の複数の特養での認知症フロア同士の交流や研修を行うことで、認知症ケアの質の向上に取り組めるのではないかと思う。(女・40代・9年)
- ・ 新人に対する研修が必要。(女・30代・10年)
- ・ 家族がご本人を干渉またはほったらかし過ぎ。(女・40代・4年)
- ・ 家族が施設に丸投げ過ぎなのに、細かいことを言ってくる、そんなに言うなら家族でやってあげてと思う。(女・40代・4年)
- ・ 家族とご本人の意見の違い→介護者としてどちらの気持ちも汲み取ってあげたいが、それがなかなかできない。(女・40代・4年)
- ・ 認知症は仕方ないので、職員のメンタルを強くする、ポジティブにする具体的方法を、施設として周知し実践させるようにすると良い。ネガティブワードを職員から聞くとテンションが下がる。(女・30代・3年)
- ・ 自分の認知症に対する理解が不十分なのか、その利用者の個別性によるものなのか、声掛けが上手くできずにかえって不安にさせてしまうことを辛く感じてしまう。(女・20代・2年)
- ・ 病気で制限があるも、我慢できない方への対応。(男・30代・1年)

順不同

( )内は、性別、年齢、介護職経験年数

**認知症介護におけるストレス対策研修に関する研究会  
報告書**

**平成 30 年 3 月**

発行元・お問合せ

公益財団法人介護労働安定センター

〒116-0002 東京都荒川区荒川7-50-9 センターまちや5階

電話 03-5901-3041 FAX 03-5901-3042

<http://www.kaigo-center.or.jp>

事務局：本部 業務部能力開発課（内線 314）

