

【論文】

認知症介護における研修プログラムとしての ロール・プレイングの可能性

The Possibility of Role Play in Training Programs in Dementia Care

時 田 学
Tokita Gaku

目次

1. はじめに
2. 認知症の症状とその理解
3. 認知症に対する最近の国の動き
4. 認知症に対する国の施策と人材育成
5. 職場内研修と現在の認知症介護研修の実態
6. 認知症介護研修に求められる考え方
7. 認知症介護に求められる課題とその展開
8. 認知症ケアを行う介護職に対する試行的研修に関する調査
9. まとめと全体的考察

(要旨)

本論文は、認知症介護における研修プログラムとしてのロール・プレイングの導入可能性について検討したものである。

研修プログラムを作成するにあたって、はじめに、厚生労働省が示している今後の認知症施策の方向性について、確認と整理を行った。それらの方針の中で、特に研修や人材育成と関連ある部分について、現状とその課題との比較検討を通じて問題点の整理を行った。さらに、現在行われている認知症介護研修の問題点について、先行研究を基に考究した。それらの諸点の検討を基にして、今後の研修を考える場合に、ロール・プレイングを研修の中に取り入れる可能性について吟味し、ロール・プレイングを認知症介護研修に取り入れることは、有効性が高いと判断されたため、ロール・プレイングを導入した研修プログラムの作成を行い、その後実施し、プログラムの効果について検討を行った。

その結果、ロール・プレイングを研修に導入することは、研修参加者に具体的な体験を与えることが出来るため、参加者の研修に対する良い評価が確認できたことが示された。このことは、認知症介護研修としての研修プログラムに、ロール・プレイングを導入することの有効性が高いことが明らかになったと判断された。一方で、今回の研修プログラムでは、研修参加者からロール・プレイングを研修プログラムに導入するにあたっての改善点も指摘されていたた

め、その点を今後検討していくことが必要である。

1. はじめに

我が国の高齢化の進行は急激であることが知られている。2013年9月15日現在の推計では65歳以上の人口割合（高齢化率）は25.0%を示し、さらに2060年には高齢化率は39.9%に達することが予測されている（谷・本間, 2014）。このように高齢化が進むと同時に少子化も進行し、世界的に見ても、今後非常に難しい事態を迎えていると考えられている。このような状況の中で、認知症については、全国の有病率を15%と推計し、全国の認知症有病者数を約462万人（平成24年）と推計している（谷・本間, 2014）。このような認知症有病者の増加とそれを取り巻く社会の変化は、特定の疾患として認知症を捉え、その症状にあった対策を進めていくのではなく、認知症という疾患を持ちながら、社会の中で生活を持続していくことが可能となる社会を実現していく方向に進んでいると考えられる。その結果、地域住民それぞれが認知症に対する理解を進めていくことが必要とされてきている。さらに、個々人の認知症に対する知識の増加は、結果として、専門職として認知症に関わる人材に関しては、さらなる知識・実践両面でのレベルの向上が求められることとなり、その意味で人材育成の必要性と、育成された人材についての教育の継続が必要になると考えられる。そこで本論文では、介護現場の人材育成について、認知症有病者と接触することが多い介護職に効果的な研修・育成技法としてロール・プレイングを用いた可能性と実効性についての研究の端緒とすることを目的とする。

2. 認知症の症状とその理解

現在では、認知症の症状としての理解も少しずつ進み、医学・看護を含む医学領域や心理学・社会学・介護福祉学などの複数の領域で認知症に対する知識の集積が行われてきている。

具体的には、認知症の症状について、中核症状と周辺症状、あるいは認知症の行動・心理症状 (behavior and psychological symptoms of dementia: BPSD) の複数に区分して理解し対応することが多く行われている。例えばアルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease) では、記憶機能の障害、失行、失認、実行機能障害などが中核症状と呼ばれており、レビー小体型認知症 (dementia with lewy bodies) では幻覚、また前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia) では人格変容が中核症状と位置づけられている（日本認知症ケア学会, 2011）。この中核症状については、それぞれの認知症に特有の症状であり、その症状はそれぞれの疾患については、その症状が共通してみられることが指摘されている一方で、BPSDは中核症状のように症状が共通してみられることはなく、認知症のいずれの進行段階でも1つ以上の症状が出現することが明らかになっているものの、個人によって、出現する症状や時期が異なることが知られている（日本認知症ケア学会, 2011）。そしてこのBPSDが生じている場合の対応については、現在でも大きな課題となっており、厚生労働省も、BPSDへの対応について重要な課題として取り上げているが、ここではBPSDの対応と理解について、国際老年精神医学会 (2005) に基づいて、4つの背景要因について検討を行う。この背景要因とは、遺伝的要因、神経生物学的要因、心理学的要因、社会

的要因であるが、実際の介護現場においても、BPSDへの対応技術へのニーズが認められることも様々な立場から指摘されている（中島, 2014）ことから、本稿では研修技法との関連させる中で、比較的対応することが可能であると考えられる、心理的要因と、社会的要因について取り扱うこととする。

3. 認知症に対する最近の国の動き

このような認知症を取り巻く状況の変化をとらえて、国として様々な対応がなされてきているが、昨今の様々な社会状況の変化や上述の認知症に対する知識の集積に対して、厚生労働省は、「今後の認知症施策の方向性について」（平成24年6月18日）を策定（厚生労働省, 2012a）、今後の認知症の施策についての方向性について明らかにされたと考えられる。その報告では、方向性の基本的目標については、「ケアの流れを変える」と言うことが示された。この「ケアの流れを変える」ということについて具体的には、現在までのケアパスについてその流れを不適切であるとし、「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」といったような、これまでのケアの流れを変化させることをねらいとしている（厚生労働省, 2012a）。そして、今後のケアの流れについては、「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良い環境で暮らし続けることができる社会」（厚生労働省, 2012a）という方向性に変化させることについての記述がなされているが、その実現は現在までの認知症介護の方向性とずれる部分もあり、すぐには難しいと考えられる。そこで、その実現を促進することを目的として、以下の7つの視点が設定された。それぞれの視点は、「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」であることが示された（厚生労働省, 2012a）。また、そのような方向性に介護現場を導くようなプランも作成された（厚生労働省, 2012b）。

4. 認知症に対する国の施策と人材育成

今回の論考では、「認知症に対するケアの流れを変える」という部分に、影響を与えることが予測される「人材育成」という視点から、上記「今後の認知症施策の方向性について」で示された7点の中でも、人材育成と関連が深い諸点についてまず整理を行うこととする。上記に示された7つの視点の中で、中核となるのは、「1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及」という点であると考えられるが、現在の課題として、早期診断・早期対応の遅れ、行動・心理症状等への不適切な対応などにより、不必要な施設入所や精神科病院への入院が増加している点が指摘され、また、認知症の方は、在宅で生活することは難しく、「施設や精神科病院に入所・入院する」という考え方が一般化していると示唆されている（厚生労働省, 2012a）。現在までの認知症の方に対する介護・医療の歴史的経緯と現状行われている介護・医療の実態を考慮すると、この先も標準的なケアパスが作成されなければ、現状を変革していくことはできないであろうと予測される。この点から考えると、ケアパスが示されるということは重要なことであろう。しかし、現状では、これら情報の欠如と特に認知症に対する誤った認識（例えば、全く意思疎通が不能の状態である、身勝手な行動を取って困らせる等）については、速やかに変革させることは難しいであろうと考えられる。そして、ケアパスが整備されたとしても、認知症の方たちを取り巻く家族や、

職業として認知症有病者に関わる人々を中心として、彼らが持っている、現在までの考え方を変化させるような情報の積極的な伝達が必要となることがなければ、結果的に状況は膠着状態のままになってしまうのではないかと予測される。そして、このような「ケアの流れを変える」という部分の根幹である「標準的なケアパスの作成・普及」について、それを推進するためには、現状を正しく理解して、適切に変革し、必要な対応が行える人材の育成と、現有人材のさらなる能力の向上が望まれると考えられる。

前記の部分を推進するために「今後の認知症施策の方向性について」の中でも、「7. 医療・介護サービスを担う人材の育成について」で人材の育成に言及している（厚生労働省、2012a）。そのなかで課題として、これまで認知症の方に対するケアは、個人的な経験に依拠していたり、サービス種類別に個別に行われていたりする傾向にあり、認知症の方の生活全体を支える視点が不足していた（厚生労働省、2012a）と指摘している。確かに、特に介護分野については介護の専門性が十分確立してこなかったこれまでの事情もあり、そのような生活全体を支えるための介護技術の組織的・教育的な伝承という視点が、欠如していたことが考えられる。現在、医療あるいは介護従事者に対する認知症ケアの研修は別々に行われている。このため、同一地域に勤務していても顔を合わせる機会が少なく、同じ用語を使用しても理解に違いがあることから、認知症ケアの現場で、連携がとれた対応ができていないとの指摘がある（厚生労働省、2012a）。この点に関しては、チームケアといった視点から、研究・実践が行われては来ているが、現場における医療職と介護職の連携は必ずしもうまくいっているとは限らないことが研修後の感想などから推察される（時田・小野寺・渡邊・中村・遠藤・丸山・小林、2013）。また、座学を中心とした集合

研修に重きを置いており、実務に即したものとなっていないとの指摘がある（厚生労働省、2012a）。実際に後述する、「認知症介護実践者研修」と「認知症介護実践リーダー研修」のなかでも一部改善はみられるものの座学主体の集合研修であることは事実であり、研修参加者の研修への参加しやすさと言った利便性を図るような弾力的運用がなされていないと考えられる。また、現在でも、介護従事者に対しては、国や各都道府県等で、「認知症介護指導者養成研修」、「認知症介護実践リーダー研修」等の研修は行われているが、特に居宅サービスの介護事業所に勤務する従事者を中心として、研修の機会が少ないとの指摘がある（厚生労働省、2012a）。これら職種によつての研修機会格差は、一定のサービスを提供するうえで問題となると考えられる。さらに医療従事者に対しては、各都道府県等で、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」や「認知症サポート医養成研修」が行われているが、一般病院勤務の医師や看護師をはじめとする医療従事者に対する研修の機会は不十分である（厚生労働省、2012a）。医療ピラミッドのなかの比較的上位に位置する職種である医療職においても、研修機会の不平等性が指摘されていることは、実際の治療や介護の場面での齟齬を誘発する可能性が指摘できる。そのような状況にある中で、「7. 医療・介護サービスを担う人材の育成」についての基本的な対応方針として、認知症の方への医療や介護を含む一体的な生活支援としての「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定を行う（厚生労働省、2012a）ことを取りかかりとし、さらに、「認知症ライフサポートモデル」の研究成果をもとに、標準的な医療・介護従事者の協働研修のためのカリキュラムの開発と研修体系の整備を行い、医療従事者・介護従事者の研修の機会の確保に一層努めることが、基本的な対応方針として示されており、これらの部分を実現させる

具体的な対応方策としては、結果的に、「認知症ライフサポートモデル」の策定が掲げられている（厚生労働省，2012a）。すでに触れているように、どのようなケアパスが策定されるかという部分は研修の内容に直結すると考えられるため、モデルの早急な提示が求められると考えられる。また、認知症ケアに携わる様々な専門職はこれまで、高齢者の尊厳の保持やQOLの向上に向けて試行錯誤を続け、医療職は認知症という疾患に焦点を当てたアプローチ、介護職は認知症の方の人生や生活に焦点を当てたアプローチを主な方法論としてきた。そのため、医療と介護は連携がとりにくく、それぞれが得た情報はそれぞれの領域にのみ活用され、結果的にばらばらの対応となっていたことが指摘されている（厚生労働省，2012a）。この医療職と介護職のアプローチの違いを埋めるのはなかなか難しいことではないかと考えられる。しかし、今後は、科学的根拠に基づいた一体的かつ継続的な質の高いケアを提供していくために、職種の壁を越えて認知症の方のケアモデルの構築を図ることが急務である（厚生労働省，2012a）としているが、特に医療職と介護職の溝を埋めるためにも、科学的根拠に基づいた視点は大切であると考えられる。さらに継続的かつ持続的で質の高いケアの提供を目指すためには、確実に効果的な介護についての測定指標とその標準化を目指すことが求められるであろう。また、認知症ケアについては、医療と介護を別々に提供するのではなく、ケアの主体である「認知症の方ご本人」に対する理解（ご本人の意思の尊重）や、原因疾患、症状を踏まえつつ、認知症の方の生活全般をサポートしていく視点が必要であり、認知症ケアについては、高い個別性が求められることを前提とした上で、優れた認知症ケア現場の経験と知見から、最低限の規範にすべき理念や方法論を抽出し整理する必要がある（厚生労働省，2012a）。先に示した諸点に留意し、

認知症の方への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定に向けての動きについては、認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実についての観点から、まず「認知症ライフサポートモデル」の策定を踏まえ、研修カリキュラムやテキストの開発についての検討を行い、研修内容の一層の充実とケアの標準化を図る（厚生労働省，2012a）との視点が示されている。この視点による「標準的なケアモデル」が策定されれば、当該のモデルを理解し、モデルを具体的に実現させるための新たな研修課程を検討する必要が生ずると考えられる。また、改めて、特に、医療、介護従事者の双方が共通して理解しておくべき基礎的知識に関する研修を合同で行うことが重要であり、標準的なカリキュラムを医療、介護双方の有識者が連携して策定するとともに、現在の医療、介護従事者別の研修について、多職種協働の研修とするよう転換を図る（厚生労働省，2012a）、との指摘もなされており、現在チームケアといった呼称の下で行われているが、なかなかスムーズに実現できない他職種協働の視点についても言及している。さらに、また、研修内容は実務に即したものとするとともに、集合研修だけではなく、介護現場の現地での研修とするなど、実践的で効果的なものとする（厚生労働省，2012a）ことが提示されている。

また、介護従事者への研修の実施については、従事者には、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させるとしており、具体的には、居宅サービスの介護事業所に勤務する従事者やケアマネジャーも含めて認知症に対応できる人材を育成するための方策について検討するとしている（厚生労働省，2012a）。現在実施している「認知症介護実践者研修」、「認知症介護実践リーダー研修」、「認知症介護指導者養成研修」等の研修体系、研修内容を見

直すとともに、現場で実務を行いながらでも受講しやすい研修にすることや、現実的には実務を行いながら研修を受けることは、なかなか難しいので、研修対象者本人の状況や周りの状況を踏まえた、研修参加の弾力的で効果的運用が研修の質の維持と研修参加者の増加につながることを求められると考えられる(厚生労働省, 2012a)。また、医療従事者への研修としては、前述の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」や「認知症サポート医養成研修」を拡充するとともに、一般病院勤務の医師、看護師や訪問看護師をはじめとする医療従事者向けの認知症に関わる研修を拡充する(厚生労働省, 2012a)。このことは、チームケアとして医療職・介護職が共同して介護に当たることが増加することを考えると大変重要なことであると考えられる。

一方、「今後の認知症施策の方向性について」の計画を具体的に達成するために、厚生労働省は「認知症施策推進5カ年計画(オレンジプラン)」を発表した。このオレンジプランには、具体的には2013年から2018年の5カ年間について数値目標が示されている(厚生労働省, 2012b)。その中で、「医療・介護サービスを担う人材の育成」については、まず人材育成の際に根幹となる、「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定を行うことが必要との認識から、平成24年度は、前年度に引き続き調査・研究を実施し、平成25年度以降については、認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用を行うという計画が示されている(厚生労働省, 2012b)。この「認知症ケアモデル」については例えば研修のテキストとしての制作が始まっており(例えば、ニッセイ基礎研究所, 2012)、研修を具体的に進める手立が整備されつつあることがわかる。一方、認知症介護実践リーダー研修の受講者数は、累計で、平成24年度末見込では2.6万人であったのに対して、平成29年度末までに4万人と

の数値目標が提出されており、すべての介護保険施設(約15,000)とグループホーム(約14,000)の職員1人ずつが受講する推計数となる(厚生労働省, 2012b)。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区(約11,000)内で1人ずつが受講という目標が提示されている(厚生労働省, 2012b)。一方で、現在の都道府県の中で行われている研修の中で、その指導的役割を果たしている、「認知症介護指導者養成研修」の受講者数は累計で、平成24年度末見込1,600人であるが、今後平成29年度末を目途として2,200人との目標値が算出されている。これは、5つの中学校区当たり1人が受講という人数規模になるとされている(厚生労働省, 2012b)。また、一般病院勤務の医療従事者に対する「認知症対応力向上研修」の受講者数については、新規事業であるので、現時点では、全く受講生はいない状態であるが、平成29年度末に累計類型87,000人との数字が提示されている(厚生労働省, 2012b)。以上、今後の施策、ロードマップに沿って認知症についての研修の現状と今後の方向性を主務官庁の視点から整理した。しかし、現状とその問題点については網羅的に検討されていると考えられるが、先に示した中には、実際の研修についての具体的・多角的な視点が示されている訳ではない、そこで、次に職場としての研修という観点から現状を整理し、さらに認知症の研修について検討する観点を増やすことを考えたい。

5. 職場内研修と現在の認知症介護研修の実態

職場の中での研修についてはOJT (on the job training) に関する検討が多く行われており、一般的にはOFF-JTに比べて高い効果を有することも知られている(中原, 2012a)。

しかし、その一方で、近年の職場環境の変化、例えば上司自身の役割の変化、具体的には、上司のプレイヤー化や、上司の多忙による教育研修への関わりの変化、さらに、バブル経済崩壊後の企業の雇用慣行の見直し。例えば、「終身雇用」、「年功序列賃金」、「職能資格制度」といった日本型の雇用慣行について、改めて見直しが行われるなかでOJTが機能不全に陥っているとも指摘されている（関根，2012）。このような雇用慣行の見直しは、長期にわたる職場での学習・自己研鑽のモチベーションを失わせたとされている（加登，2008）。また、経営側にとっても、主力でない部分の事業縮小と、それに伴う人員削減、特にストラクチャリングが断行されたことから、職場の人数削減が生じ、先に述べたような多忙化が進み、部下にフィードバックを行う人材が不足すること（中原，2012a）、等の問題点が指摘されており、加えて業務に求められるスピードアップの流れは益々加速しており、それに対応する人材開発のニーズはかつてより、より急速に高まりその葛藤は益々高まっていることが指摘されている（中原，2012b）。

このような現場の多忙化や人材開発のニーズの増加傾向は、介護現場の中でも示唆されており、村社・小西・大和（2010）によれば、介護現場で研修が過多になっている状態が続いていると指摘されている。一方で、認知症に関する研修は、各種業界団体や様々な公的・私的機関で実施しているので、その実態の把握が難しい。今回は、現在各地方自治体で行われている、認知症介護実践者等養成事業（認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修）についての実態調査（日本能率協会総合研究所，2014）に基づいてその内容を整理、紹介し検討を行った。

現在行われている認知症介護に関する研修の中で、全国的に行われている公的な研修は2001年度より行われている、「認知症介護実

践者研修」と「認知症介護実践リーダー研修」（旧痴呆介護実務者研修 基礎過程・専門課程）であり、これらの研修は、厚生労働省の指示により、研修の枠組みが提示されているなかで、今回それらが調査対象とされ、それらの研修の中で、実際に使用されたテキスト（パワーポイント・配布資料）等が収集された（日本能率協会総合研究所，2014）。具体的には、上記研修を実施している47都道府県・20政令指定都市から、平成24年度使用の研修テキスト・募集要綱・カリキュラム表等を収集し、そのうち研修実施137団体の提供テキスト187種類に基づいて、「研修実施体制と定員、受講料、テキスト種類」などを、また47都道府県97研修に限定して、内容の要約化とデータ化を行って「研修シラバス・講義計画書の記載内容、標準教科の実施状況、研修日数・研修時間、演習課題数、講義形態別の構成比率、標準教科ごとの頻出用語、テキスト内容の重複状況」などを整理し、都道府県別の差異や傾向について分析を行った（日本能率協会総合研究所，2014）。主な分析対象資料は、提供された研修テキスト（1自治体につき1研修1冊）に限定しており、自治体・教科によっては未提出資料も少なからず存在するなどの問題や、講師のレベルについては今回の検討では加味されていないといった問題点もある（日本能率協会総合研究所，2014）。しかし、全国規模の研修を対象にして分析を行った点は評価できると考え、以下に調査結果の概要を示す。資料をもとに、認知症介護研修の専門家・識者による討議によって、課題・問題点、並びに今後の認知症ケアの研修体系に資する提案と次年度以降の取り組み案について検討した（日本能率協会総合研究所，2014）。その結果、現状の課題・問題点として、(1)自治体・研修実施団体間の格差、(2)講師間の格差、(3)受講者間の格差、(4)研修内容の重複やばらつき、(5)介護現場ニーズへの対応、(6)受講者・所属機関の負

担の大きさ、(7)加算要件等の公平性に対する疑問、(8)受講者評価の未実施、の大きく8項目にまとめられた(日本能率協会総合研究所, 2014)。一方、「新しい研修体系のあり方の検討と今後に向けた提案」として、(1)研修体系・カリキュラムの見直し、(2)標準テキストの見直し、(3)研修内容の絞り込み・重点化、(4)研修形態・日程の見直し、(5)自治体の研修実施支援、(6)シラバス案の作成・提示、(7)受講希望者の選別・能力評価の導入、(8)統一的な研修測定の実施、の8項目を提案した。また、「新カリキュラム案(暫定版)、シラバス記載項目案、シラバス雛形案」の作成を行ったが、今後の具体的な新カリキュラム策定や標準テキスト作成の遂行においては、既存の研修講師・自治体の研修事業担当者の意見・要望も積極的に聴取・取り入れて行くべきであろうとの指摘がなされている(日本能率協会総合研究所, 2014)。

上述の報告で示された課題、問題点については、研修が長期にわたって行われている中で、生じた具体的な問題点、例えば経費や参加の公平性と言った問題も多くあると考えられる。ここに示された8項目の中でも、環境的・人的な問題である部分、例えば(1)自治体・研修実施団体間の格差、(2)講師間の格差、(3)受講者間の格差、(4)研修内容の重複やばらつき、(6)受講者・所属機関の負担の大きさ、(7)加算要件等の公平性に対する疑問、(8)受講者評価の未実施、等の項目は、各団体や実施者側・受講者側の制度的なまた個別的な多様な問題を複合的に含んでいると考えられるため、今後も検討は必要となろう。本稿では、本稿の趣旨を踏まえ、以下に問題を絞ると共に具体的には、(5)介護現場ニーズへの対応、という点から研修内容・研修手法について検討を行う。

6. 認知症介護研修に求められる考え方

ここでは改めて現在の認知症介護の基本的な考え方を確認することとする。長谷川(2014)は、認知症のケアについて大切なことは、その人を中心としたケア、その人の視点に立ったケア、その人の内的体験を理解するケア、その人らしさを大切にできるケア、であることを示している。そして、これらを実現するためには、必要とされる条件として「1. ゆっくりとした時間の流れ」、「2. 小規模の環境と馴染みの人」、「3. 安心できる居場所と役割」、の3つを環境条件としてあげている(長谷川, 2014)。施設の中でゆっくりとした時間の流れを作ることは、特に介護者にとっては、忙しい日常の中で難しいと考えられるが、認知症の方が自分の言葉を紡いでいくためには、ある程度の時間が必要であると考えられており、何とか時間を作り出して、本人としっかり向かい合うことが環境として求められていると考えられる。次に、小規模の環境と馴染みの人、については、現状では例えば、特別養護老人ホームはユニットケアを行っていることが多く、施設規模は異なっているが、グループホーム等と同様に小規模な暮らしの環境を体感できる形となっていることが多い。また、介護スタッフも馴染みの人であることが多く、安心することができる環境であると考えられる。さらに、安心できる居場所と役割については、記憶の障害や他の障害によってなかなか馴染みの関係を認識することが難しくなっていく可能性が高い認知症の方にとっては、施設の中や、居宅であってもそこに居場所があることが理解されることや、その場所が本人の居場所であると言うことを教示することはとても重要になってくると考えられる。また、その居場所が単なる場所だけではなく、そこに居ることによって認知症者自身の役割が実感でき、さらにその役割に他者との関係性があることに

なれば、本人の安心感はさらにたかまることになるかと予測される。このことを整理してみると、ゆっくりとした時間のながれや、小規模の環境、といった点は、環境的要因とも考えられる。一方馴染みの人、役割といった部分については人的な要素と考えることができる。環境的要因は物理的な制約がある可能性が高く、研修の中では、より良い環境についての条件、環境を整備する視点などの情報提供はできるものの、その要因について1人の介護職員として直接制御することは難しいといわざるを得ない部分がある。一方、人的な要素を検討することは、認知症の方との対応を考える場合に、直接的に影響することであり、研修では積極的に取り上げたい部分であると思料される。さらに、認知症の方と介護者の役割について注意を向けることは、両者の関係について検討を加える場合に必要なことであると考えられる。認知症の方の役割や介護者の役割、あるいは家族の役割について今一度考えることを研修の中で取り入れることは、長谷川（2014）の示した条件に合致することではないかと推察される。

また、これらの生活空間で生活する認知症の方のケアを具体的にどの様に行っていくのかといった点については、「1. 服装、態度あるいは言葉遣いに配慮する」、「2. あるがままの現在のその人を受容する」、「3. 聴くことを第一にすること」、「4. 目を見て話すこと」、「5. 明るく楽しい気分で接すること」、「6. 感性をもっていること」、「7. 連携は常に心がけること」が重要であることが示されている（長谷川，2014）。この7点を整理してみると、コミュニケーションについて考えることが重要になっているが、さらに、ある程度対応の形を決めて、その形に添って行動を行えば良い部分と、そのようなことが難しい、つまり型どおりの対応では難しい部分があることが理解される。コミュニケーションについて改めて考えることと併せ

て、そのコミュニケーションが型にはまっている場合と、コミュニケーション自体が型にはめられないような場合の対応などについても研修の中で学習できるようにすることが求められているのではないかと考えられる。

一方で、現場で起こる日常的な行動を検討してみると、認知症の方の行動によって、自らの役割行動（介護者の行動）を継続・持続する方向性で、自らの行動が行われており、日常では、それらの役割行動が繰り返されると考えられる。その結果役割行動の幅が、日常の出来事の繰り返しの中で、類似した行動が繰り返されるために少しずつ狭くなっていく可能性が考えられる。その点で、自分（介護者）の役割の発見（再発見）と対応の幅のある役割行動を考える（組み立てる・再構築する）必要性が生ずるのではないかと考えられる。また、現状に対応する行動（対処）や、様々な可能性を考えながら介護行動を行うことの必要性も指摘できる。これらのことから、今後の認知症ケアの中で、認知症の方・介護者の方の役割について検討することが視点として示されたと考えられる。そして、その役割を考えるときに、先に述べたような、コミュニケーションの視点の中で型が比較的決まっている対応と型が比較的決まっていない対応についても検討することが必要ではないかと考えられる。もちろん今後示されるであろう「認知症ライフサポートモデル」なども十分に尊重しなければならないことは言うまでもないことであるが、実際の現場での人と人との関わる介護場面を想定してみると、そこには、先に示した役割について考えることや、現場でのコミュニケーションとその対応の形などを学びながら、それを実行していくために、考える力の養成、試す力の養成等が必要になると考えられる。つまり、認知症の方との対応を検討するときには、彼らがどのような状況の中におかれているのかを推測・推察することが大切なことになる。時間が限ら

れている現場の中でそのような推察・推測などの行動をできるだけ多く速やかに展開していくには、ただ与えられた介護行動を遂行することではなく、自らが考えて、ある意味では様々な行動を取捨選択しながら、それらの行動を、時間がない現場の中で、即興的に環境に適応できるような手法として行うことが必要であると考えられる。このようなことを検討することが可能なプログラムを研修の中に導入することを通じて、現在までの研修の問題点を幾分か和らげることになるのではないかと推察される。

7. 認知症介護に求められる課題とその展開

認知症の介護に関する研究は今後も様々な学問分野からのかかわりが予測される。例えば心理学の中の行動分析学といった分野からの検討なども考えられるが、本稿ではその多くの分野の中からロール・プレイングを取り上げて検討する。

Psychodrama（心理劇）はモレノを創始者とする（高良, 2013）。本邦では外林（1955）が紹介しているが、そこでは、ロール・プレイングについて、役割は機械的にとらわれているのではなく、創造的に演じられ（Role-playing）ており、役割が演じられることが自発性にほかならない（外林, 1955）、ということが示されている。

ロール・プレイングとして役割演技は研修技法としては比較的長く行われてきており、営業などの分野では頻繁に実施されている技法であるとの指摘があるが（菅谷・宮崎, 2013）、本稿で検討する認知症介護に求められるロール・プレイングは、ある形にはまった行動の学習を行うことではなく、自発的な行動をどの様に組み立てていくか、という点を中心に考えていくため若干の相違があると考えられる。ここで改めてロール・プ

レイングということ言う言葉について辞書的に考えてみると、ロールとは、役割、役目、任務のことを指している（松村, 2013）。またプレイとは、遊ぶこと、遊戯・競技すること、競技やその技・演劇、芝居・演奏すること、演奏等といった多義的な意味がある（松村, 2013）。コルシニ（2004）によれば、ロールプレイングという用語は4つの意味が提示されている。1. 演劇上のもの。役者が台本のもと、ある場面を演じること。娯楽のためのもの。2. 社会学上のもの、社会規範によって規定された行動パターン。3. 偽装的なもの、真の緊張や感情や動機とまったく逆の行動を取ることによって、人々をはぐらかそうとする偽の行動。4. 教育的なもの。自己理解や技能の向上、行動の分析のために、人々の前で、ある人がどう振る舞うのか、振る舞うべきかを示すように、想像上の場面のなかで演ずること。というように分類されている。心理劇とロール・プレイングの関係については、高良（2013）は、ロール・プレイングは、心理劇のなかの構成要素であり、それ自体が技法に成り得る治療的、教育的因子を内包している、としており、磯田（2013）によれば、ロール・プレイング（ロール・プレイ）は、モレノの用語としては技法の名称にあたるが、本邦の研究では、行為を用いた科学的な自己理解や他者理解の方法論の総称であるとしている。また台（2003）は、心理劇が個人の心の内面の分析にもかかわる点があるのに対して、ロールプレイングは参加者の社会性の発達とか教育・指導面を強調する、としている。また高良（2013）の指摘によれば、川幡（2008）は、ロール・プレイングは心理劇のなかの1つの技法であることを認めたがこれを発展させ、人間理解のための心理学的方法としての可能性を考察している。

このロール・プレイングを用いて、前述したその人を中心とし・その人の視点に立ち、その人の内的体験を理解し、その人らしさを

大切にするケア、(長谷川, 2014)を進めていくことを考えると、役割や自発性の部分に注意を向けることが認知症介護の中で求められていることであると考えられる。そのような考え方に立って、前述のロール・プレイングを認知症介護とその研修の中で生かすことはどのような意味があるのだろうか、あるいは何ができるだろうか、といった点について考えてみるために、典型的な介護場面をもとに検討を加えることとする。

例えば、介護者や家族が被介護者から怒りを向けられた場面を考えてみる。この場合認知症の症状が見られない、つまり記憶の障害が認められない方であれば、怒りを向けた対象は固定され、その理由も明確になることが予測される。一方、認知症の方の場合を考えてみると、彼らは記憶そのものに障害を持つこともあり(特にアルツハイマー型認知症)、その対象や、理由、感情自体が記憶の障害によって変化してしまうことが考えられる。その結果、変化した状態の中で、例えば怒りを向けられた対象者は、向けられた本人の感情の処理に上手く対処できない可能性が考えられる。なぜなら、そのように怒りを向けられた場合、記憶の障害が見られない、通常の方であれば、怒りの対象は固定され、その怒りの理由も明確になるため、怒りを向けられた対象者もはっきりその理由を理解することができ、必要に応じて対応をしていくことが可能となる。具体的には、怒りが此方に向けられた場合であれば、その向けられた怒りに対して謝罪をする、あるいは理不尽な怒りであれば、反駁する等の態度がとれると考えられるし、怒りの理由に対しても明確になることから、その理由に対する対処行動も取ることが可能となる。しかし、記憶の障害がある認知症の方では、その障害の影響を受けて、怒りの対象が他人にすり替わってしまうこともある。また、怒りの対象は変わらない場合でも、怒りの感情そのものが、別の感情に変

化してしまうことも起こりうる。そのため自分に向けられた怒りの感情が突然消失した事態に直面することもあれば、怒りの感情以外に変化した場合、介護者はその感情的な変化も含めて対応していくが必要になることも多くあると考えられる。この場合、私たちが通常行っている相手とのコミュニケーションの中では、なかなかこの部分に対応できない可能性が高い。それは、私たちは記憶を使ってその事実をつなげて考えていき、その理解した部分をもとに、行動への対処を行っているからであると考えられる。しかし、相手の記憶に障害があるために、一貫した行動をとれない場合は、その行動に対処することは困難になる可能性が予測される。

上述したような記憶に障害を持つ認知症の方について、その行動の特徴を考えてみると、自らの役割に対しての固定化が難しい部分があり、結果として、行動を即興的に行う可能性が増加し、即興的であることから、一回性も感じられる可能性が高く、結果的に新たな関係性を創り出してしまうことになると考えられる。それは、筋書き通りの行動を行うことが難しくなることでもあると考えられる。

通常の行動でも私たちは筋書き通りに行動していることは少ないと考えられるが、それはなかなか感じる事ができない。即興性の要素は私たちの行動の中に含まれているが、通常の人間の行動は多くの行動パターンについて記憶し、その記憶を用いて行動しているので、即興で行動したとは考えにくい点が多い。しかし、いくら行動パターンを記憶していても、時間軸は日常の場合逆行しないと考えられているため、行動パターンに基づいた対応であっても厳密にはそれぞれの行動は一回毎にしか生起しないが、記憶として残る可能性の高い部分は、それらの行動パターンを行った、という部分であることが多いので、それらの一回毎の細かな要素については、なかなか記憶に残りにくい。実際には、相手と

の関係は、その即興性、一回性に支えられており、その中で新たに行動や関係を創り出していくはずであるが、現実には、24時間365日の介護という中で、これら即興性、一回性、創造性の部分が記憶や慣れということによって薄められてき、いつもの行動・繰り返される行動・決まり切った行動であると介護職には理解されてしまう可能性が高いことが考えられる。

また、本稿で検討の対象としているロール・プレイングは、うまくできない役割をできるようにすること、といった役割の練習・稽古ではなく、先にロール・プレイングの意味として述べたように、1つには役割で遊ぶという意味として行っている。遊ぶことそれ自体、役割を自発性が高く遂行・実行することでもあり、そのことを通じて、役割を意識することができる、あるいは、自分が現在どの様な役割なのか？ということを考えてみるきっかけとして機能する可能性が高い。それは現実世界の中ではあまり意識することが難しい役割について注意を向けてみることでもある。これらのことをきっかけとして長谷川(2014)の指摘している、認知症の方を中心としたケア、その人の視点に立ったケア、その人の内的体験を理解するケア、その人らしさを大切にできるケア、といった部分について、ロール・プレイングを体験することによって、より具体的に理解することが可能になるのではないかと考えられる。

このようなロール・プレイングが、どの様な要素から構成されているかについては、ロール・プレイングの立場や(台, 2003)、心理劇の立場(磯田, 2013)、サイコドラマの立場(高良, 2013)によって、いずれも用語の記述順はあるものの、監督、補助自我、演者、観客、舞台の5つの要素が示されている。

今回の研究の中で、研修の参加者としての関わりとしては、ロール・プレイングを体験することによって複数の役割を取得すること

ができることであると考えられている。具体的な役割の1つは、「演者」である。「演者」として役割を考え・感じて行動してみると、中心的に演ずる役割を持つ参加者と、その主として中心的な役割を演ずる者と一緒に演じる役割を持つ参加者の2種類の役割がある。心理劇ではそれぞれ「主役」と「補助自我」という名称で2つの役割を区別することが多い。また、その演者の演ずる場面を観ている「観客」という演者以外の参加者という役割があることが理解される。そして、それらの役割は、「演者」は「観客」の役割にもなることができるし、「観客」は「演者」の役割になる可能性があることが理解される。また全体の進行や各プレイングの開始や終了など、「演者」や「観客」と異なった役割をする参加者として「監督」という役割がある。「監督」の役割は主には、全体の進行について指示をする、決定するための役割や、演技が終わってから、「演者」や「観客」の話を聞いて場面の分かち合いをするという役割がある。また、ロール・プレイングを行うには、環境的な要素との関連も検討する必要があると考えられている。ロール・プレイングを行う空間は、自由に振る舞える空間として設定されていることが望ましい。自由であることは、参加者が望めばどんな場所になることもできるということである。そのような空間のことを、「舞台(空間)」と称している。もちろん、段差があるような劇場の舞台などは実際の空間で作ることは難しいので、基本的には複数の参加者がある程度自由に動き回る空間があれば、どこでも「舞台」として考えることが可能であると考えられている。大切なことは、ロール・プレイング実施時に「舞台」の場所を明確に区分することができること、その「舞台」をロール・プレイング終了時に、心の中で取り払うことができることが必要であるとされる。またロール・プレイングの進め方についても、はじめにウォーミング

アップ（準備）を行ってからプレイング（劇化）し、シェアリング（分かち合い）といった段階を踏むことが多い。そこで、このようなロール・プレイングを使った研修を考案して実際に役立てることができれば、認知症研修の1つの方向性を示すことが可能であると考え、実行したのでその結果を以下に示す。

8. 認知症ケアを行う介護職に対する試行的研修に関する調査

目的

本研究の目的は、認知症者が示す行動の特徴、例えば認知症の行動・心理症状（BPSD）への対応を中心にしたケアの対応力を介護職として向上するための研修カリキュラムを作成実施し、その内容の有用性を検証し、現場で活用できる研修システムを提案することを目的として実施した。本報告では、実際に研

修カリキュラムを作成し、研修を実施し、その内容の有用性を検証し、研修カリキュラム内容の修正を行うことを目的とした。本報告では、特にロール・プレイングの部分に絞って報告を行うこととする。

方法

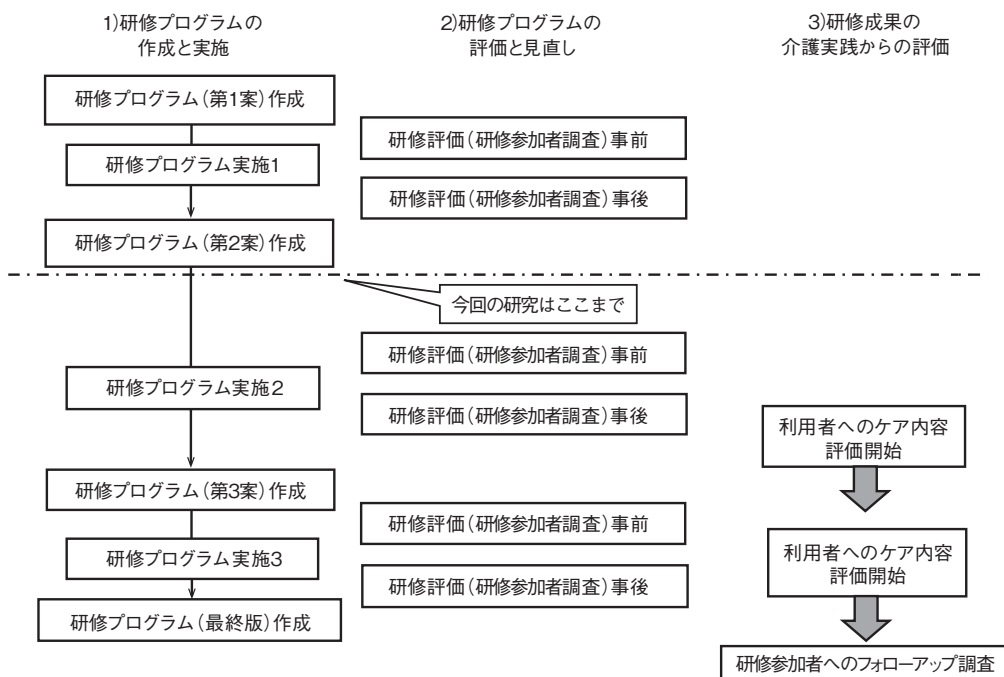
手続き

本研究の実施の流れは、図1に示したとおりであった。研修テキストならびに研修カリキュラムの第1案を作成し、その内容を検討するための研修ならびに研修受講者へのアンケート調査を実施した。

第1案の研修ならびにアンケート調査の実施結果を踏まえ、代案を作成した。今回はこの代案作成に至る過程について検討する。

- ① 研修テキストならびに研修カリキュラムの作成
研修カリキュラムの中心となるBPSDの

図1 研究の流れ



理解と対応は、国際老年精神医学会（2005）によるBPSDの4つの背景要因（遺伝的要因、神経生物学的要因、心理学的要因、社会的要因）のうち、後者の心理学的要因と社会的要因とを、ケアによる対応が求められる要因として検討している。本研究は、この要因に対応する次の1）、2）の研修内容を設定した。1）心理学的要因については、認知症高齢者の心理的理解を促す、対人理解を目的としたロール・プレイングを主たる対応として設定し、2）社会的要因については、認知症高齢者と環境の影響を評価し、BPSDと環境の関係をアセスメントする、応用行動分析学のABC分析を主たる対応として設定した。また、上記の1）、2）に沿った研修テキストならびに研修プログラムを、研究者による研究会合を開催し、研究者7名間でその内容の検討を行い作成した。

② 研修実施に伴う研修テキストならびに研修プログラム評価のための調査

調査の目的は、研修プログラムの有効性を検証することであった。調査協力者は研修受講者とした。調査は、研修前調査と研修最終時調査の2回実施した。

調査項目は、研修前調査の項目は、認知症利用者のイメージ（20項目）、共感経験尺度（20項目）（角田，1994）、BPSDの受容と困難の程度（程度について%で回答）であった。研修後調査の項目は、研修前の調査項目に加えて、研修内容についての感想と意見であった。今回の報告ではその中のロール・プレイングについて、その研修内容の意見と感想について検討した。

調査方法は、調査協力者に調査用紙を手渡し、留め置き式（密封式封筒へ封入）にて回収した。

研修ならびに調査期間

第1案に基づく研修ならびに調査期間は、

2011年1月15日～2月28日までであった。うち研修期間は4日間であった。具体的には、2011年1月から2月に、合計4回（H23、1/21、1/28、2/4、2/18）、各回60分間であった。

研究協力者

第1案にもとづく研修ならびに調査の研究協力者は、介護老人福祉施設の認知症介護専用フロアの介護職5名（男性3名、女性2名）であった。

倫理的配慮

本事業を実施するにあたり、共同研究者小野寺の所属するK医療福祉大学の倫理審査委員会の倫理審査を受け、承認（承認番号：10-163）を得たうえで研究を実施した。なお、調査協力者への倫理的配慮として、研究協力者に口頭ならびに文書による説明を行い、同意を得たうえで、研修ならびに調査を実施した。

結果と考察

研修カリキュラムの作成と実施

研修カリキュラムは、第1回目研修のための第1案を作成した（表1）。この研修カリキュラムは、2つの心理学的技法を結びつけるように考えられており、それにあわせ、研修テキスト「ロール・プレイング体験テキスト」ならびに「ABC分析活用テキスト、ABC分析研修ワークブック」を作成した。ロール・プレイング体験テキストの内容は、①ロール・プレイングの紹介と体験内容の説明 ②ロール・プレイングで用いる言葉（演者・観客・監督・舞台）の説明とウォーミングアップ ③ロール・プレイングの実際と振り返り、であった。第1回目研修の結果研修参加者に聞き取りを行いその内容についてまとめを行った。今回は特にロール・プレイングの部分についての結果について記述す

表1 第1回目研修カリキュラムの各回のタイトルと内容

回数	研修タイトル	研修内容	所要時間
1	ロール・プレイングその1	「ロール・プレイング体験テキスト」の読みあわせを行い、内容を確認した後、ロール・プレイングを実施し体験する。最後に研修内容の振り返りを行う。	60分
2	ABC分析	「ABC分析活用テキスト」の読みあわせを行い、内容を確認した後、「ABC分析研修ワークブック」を実施し、実施後に内容を共有する。BPSDの理解と、実際にABC分析が現場で活用できるかを話し合う。	60分
3	ロール・プレイングその2	第1回目でのロール・プレイングの内容の振り返りを行なった後で、ロール・プレイングを実施する。参加者全員が体験できるように行う。最後に振り返りを行い体験を共有する。	60分
4	まとめ:実践に応用することを考える	前回3回までの研修を振り返る。その後、ロール・プレイングとABC分析は現場で役に立つか、役立てるとしたらどう役立つかというテーマで、グループ討議を行う。最後に全体の振り返りを行う。	60分

る。まずロール・プレイングの体験については、ロール・プレイングの体験自体に意味が認められたとの回答、特に認知症の方についての感情や立場、役割などについての理解が深まったと考えることのできる回答が得られた一方で、若干ではあるが、その体験の意味づけがよくわからなかったという回答も観られた結果となった。また、①ロール・プレイング実施については研修時間との配慮を考えるべきである。また、②初回の研修の時間延長が必要であること。その延長した部分に研修のねらいの説明を入れることが必要であること。③研修実施の際、講師と受講生の研修資料の読みあわせによって研修を進めるのではなく、講師が講義形式で研修資料の内容について具体的に示すことが必要であること。④前述のことを効果的に進めるために、研修資料を講師用と研修受講者用の2種類作成し、受講者に事前配布できるようにすることも必要である。等の意見が得られた。また、それらの意見を集約した中で、ロール・プレイングの意味づけを研修の中でよりわかりやすくした方が良いとの方向性が示されたと考えられる。また、ロール・プレイングについての研修について、ロール・プレイングそのものの実施の難しさが改めた指摘された。もとよ

り、心理劇やロール・プレイングを実施する際にその監督となる場合は、厳格な基準をもうけていることが多い（東京サイコドラマ協会、2009）。一方で、そのような専門的な研修を受けてから実施することが望ましいとされてはいるが、現実の介護現場では、現場自体が業務に加えて研修についても過密になっている状況もあり（村社ら、2010）、必要だからと言って、そのような研修を終了してからロール・プレイングを行うといった余裕は時間的にも金銭的にもほとんど望めない状態である。そこで、必ずしも専門的な教育訓練を継続して受講してから、研修を開始することをせずに、研修参加者の精神的な安全に留意しながら、ロール・プレイングを実施し、必要な効果が得られるようにするための手順を検討する必要性が改めて明らかになった。そこで今後の研修プログラムの改善点として、ロール・プレイングの実施の仕方を若干変更し、教育的ロール・プレイングとして試みに作成し、検討することとした。このような語句を変更することを通じて、ロール・プレイングが集団を扱う技法であると言うことを念頭に置き、研修参加者を精神的に安全な状態のなかで、良い体験をしてもらうために、ロール・プレイングで用いる専門的な言葉となる

べくわかりやすい言葉に置き換えることを考慮した。また、テキストは、第1案をもとに作成し、教育的ロール・プレイング研修テキストは、講師役用のテキストと研修受講者用のテキストの2種類に分けて編集することとした。合わせて「講師用教育的ロール・プレイング体験映像」のDVDを作成し、講師役の事前学習のための視覚教材の作成も行った。特に、ロール・プレイングと、教育的ロール・プレイングの変更点として考案された部分は、監督の行動の中でも、難しいといわれている演技終了時点をいつにするかの決断を、監督自身の判断ではなく、時間制限を設定した点である。このようなことは通常の心理劇やロール・プレイングでは考えられないことではあるが、徒に演技時間を長くするなど混乱を招くより、できるだけシンプルにし、監督自身や参加者の理解を容易にする方向で検討し、現在改良を続けているところである。

9. まとめと全体的考察

本研究では、高齢化の進行と認知症の現状をとらえて、専門職として認知症に関わる人材に関しては、さらなる知識・実践両面でのレベルの向上が求められ、そのための人材育成と人材の継続教育の必要性が考えられたため、現場の介護職に効果的な育成技法としてロール・プレイング用いた可能性と実効性についての研究の端緒とすることを目的として検討を行った。認知症は医学だけではなく複合領域において、研究が進んでおり、中核症状と周辺症状に対する理解とその対応もかなり進化してきていると考えられる。そのような状況のなかで、今後の認知症介護の方向性として、現状のケアの流れを変えることが厚生労働省より提案されている現状があるが、その中で、医療職と介護職の認知症の方へのアプローチの違いを埋めるのはなかなか難しいことではないかと考えられる。そして、今

後は、科学的根拠に基づいた一体的かつ継続的な質の高いケアを提供していくために、職種の壁を越えて認知症の方のケアモデルの構築を図ることが急務であり（厚生労働省、2012a）、その実現に向けた対応が求められている。

この提案に対して、今までのケアモデルからの変革を求める要求は強く重要であると考えられるが、介護領域では人が人にサービスを提供していることから、モデルのみを変革することは形だけの変革に過ぎず、そのモデルのなかで行動している人間の行動や考え方について、変化を起こさせることが求められていると考えられる。このような変化を求めることを検討する中で、調査研究によれば（日本能率協会総合研究所、2014）現在まで行われている研修についても、機能をしていない部分もあることが指摘されている。座学中心ではなく、特に具体的で現場で活用できる研修が求められていることは言うまでもないことであるが、その一方で、認知症介護の中で、その人を中心とし、その人の視点に立ち、その人の内的体験を理解し、その人らしさを大切にするケアを行う人材を育成するために、介護者が自身や認知症者の役割について、考えられるようになることは大切なことであり、日常性に埋没しやすいケア行動をもう一度考え直すためには、即興性、一回性、創造性について考えることが意味のあることであると理解され、その点からもロール・プレイングを研修に用いた可能性について検討することが必要ではないかと考えられた。

そこで、認知症者が示す行動の特徴、例えばBPSDへの対応を中心にしたケアの対応力を介護職として向上するための研修カリキュラムを作成実施し、その内容の有用性を検証し、現場で活用できる研修システムを提案することを最終目的として、その端緒となる研究として実施した。実際に研修カリキュラムを作成・実施・内容検討を行うが、本稿では

ロール・プレイングに絞って報告した。研修案を作成し、実際に4回の研修プログラムのなかで2回をロール・プレイングに当てて研修を実施した。結果として、ロール・プレイングの実施については、認知症の方の行動や感情の理解については理解が進んだと考えられるが、一方でその意義が必ずしも伝わらない部分が有ったことから、改めてロール・プ

レイングの説明や、持いられる用語、また研修時間との関連、資料配布の仕方といった具体的な改善点が指摘された。さらにロール・プレイングそのものを研修に用いるのではなく、安全にかつ簡便にという、両立は困難な方向性ではあるが、多少形を変えた教育的ロール・プレイングに現在形を変更して研修プログラムを作成中である。

参考文献

- 磯田雄二郎 (2013) 『サイコドラマの理論と実践 教育と訓練のために』 誠信書房。
- 台 利夫 (2003) 『新訂ロールプレイング』 日本文化科学社。
- 角田 豊 (1994) 「共感経験尺度改訂版 (EESR) の作成と共感性の類型化の試み」 『教育心理学研究』 42, 2, pp. 193-200。
- 加登 豊 (2008) 「日本企業の品質管理問題と人づくりシステム」 青島矢一 (編) 『企業の錯誤 教育の迷走』 東信堂 pp. 151-182。
- 川幡政道 (2008) 『ロール・プレイングー即興劇による人間の探求と治療』 春風社。
- 厚生労働省 (2013) 認知症高齢者の現状 厚生労働省 2013年6月7日
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryou/2013/dl/130607-01.pdf> (2014年6月30日)。
- 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム (2012a) 今後の認知症施策の方向性について 厚生労働省 2012年6月18日 <<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>> (2014年6月30日)
- 厚生労働省 (2012b) 認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン) 厚生労働省 2012年9月5日。
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>> (2014年6月30日)
- 国際老年精神医学会 (2005) 『痴呆の行動と心理症状 (日本老年精神医学会監訳)』 アルタ出版。
- 関根雅康 (2012) 「新入社員の能力向上に資する先輩指導員のOJT行動 OJT指導員が1人でやらないOJTの提案」 中原 淳 (編著) 『職場学習の探求 企業人の成長を考える実証研究』 生産性出版 pp. 144-167。
- 外林大作 (1955) 『改訂 性格の診断 プロジェクティブテクニック』 牧書店。
- 菅谷新吾 宮崎聡子 (2013) 『何だ! そうやるのか ロールプレイングマニュアル』 日刊自動車新聞社。
- 高良 聖 (2013) 『サイコドラマの技法 -基礎・理論・実践-』 岩崎学術出版社。
- 谷規久子・本間 昭 (2014) 「長寿社会と認知症-社会的な取り組み」 長谷川和夫 (監) 本間 昭 永田久美子 (編著) 『知っておきたい認知症ケア最前線-理解と実践-』 パーソン書房 pp. 13-28。
- 時田 学 小野寺敦志 渡邊浩 中村考一 遠藤忠 丸山寿量 小林美実 (2013) 「認知症者の心理的理解のための研修プログラム作成の試み その2 教育的ロール・プレイングの

- 内容と効果を中心に」『日本認知症ケア学会大会発表論文集』 pp. 141。
東京サイコドラマ協会（2009）東京サイコドラマ協会定款 東京サイコドラマ協会 2009年7月11日
<<http://www.tokyo-psychodrama.org/docs/TPA-P&P.pdf>>（2014年6月30日）。
中島康晴 『介護福祉経営士 実行力テキストシリーズ7 よくわかる地域包括ケアの理論と実践－社会資源活用術』 株式会社日本医療企画。
中原 淳（2012a）「はじめに 職場学習の探求, その出発点」 中原 淳（編著）『職場学習の探求 企業人の成長を考える実証研究』 生産性出版 pp. 1－16。
———（2012b）「職場イノベーション風土が「職場における部下への支援」に与える影響 新たなことで挑む職場で人は育つ」 中原 淳（編著）『職場学習の探求 企業人の成長を考える実証研究』 生産性出版 pp. 194－214。
日本認知症ケア学会（編）（2011）『認知症ケア基本テキストBPSDの理解と対応』 ワールドプランニング。
認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方及び既存研修のあり方に関する調査研究事業検討委員会（編）（2014）「平成25年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方及び既存研修のあり方に関する調査研究事業報告書」 株式会社日本能率協会総合研究所。
認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業検討委員会及び既存研修のあり方に関する調査研究委員会（編）（2013）『平成25年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「認知症ライフサポートモデル研修」テキスト（第2版）』 ニッセイ基礎研究所。
長谷川和夫（2014）「パーソンセンタード ケアとは」 長谷川和夫（監）本間 昭 永田久美子（編著）『知っておきたい認知症ケア最前線－理解と実践－』 パーソン書房, pp. 1－12。
松村 明（2012）『大辞泉』 小学館。
村社 卓 小西加保留 大和三重（2010）「介護支援専門員の研修プログラムに関する研究－「積み上げ方式の研修システム」に焦点を当てた質的データ分析－」『ソーシャルワーク学会誌』, 20, pp. 1－13。
Corsini, R. J. (1966) Roleplaying in Psychotherapy A MANUAL. Aldine. N. Y. (金子 賢(監訳) 『心理療法に生かすロールプレイング・マニュアル』 金子書房 2004)

(Abstract)

This study examined the possible introduction of role-plays in training programs in dementia care. To create this training program, we first verified and summarized directions for future dementia policies set by the Ministry of Health, Labour, and Welfare. Specifically reviewing the areas related to human resource development and training, we identified problematic issues through comparison with the current situation and its problems. In addition, we elaborated the problems of current dementia care training based on previous research. Using this analysis, we examined the possibility of incorporating role-play into

future trainings and determined that it would be highly effective in dementia care training. We thus developed a training program incorporating role-play, implemented the program, and evaluated its effects.

Our results confirmed participants' positive evaluations of the training, since the introduction of role-play into training programs can provide participants with concrete physical experience. We were then able to clearly determine that introducing role-play into dementia care training programs is highly effective. However, training program participants also indicated points of improvement for examination in future studies.

