

客観的評価に基づく認知症の早期発見、症状改善、地域受入支援研究
(事業番号:S1513006L)

平成 27 年度～平成 29 年度私立大学戦略的研究基盤形成支援事業
研 究 成 果 報 告 書

平成 30 年 5 月 25 日

学校法人名 岐阜済美学院

大 学 名 中部学院大学

研究組織名 総合研究センター

研究代表者 三上 章允

(中部学院大学・看護リハビリテーション学部・教授)

はしがき

日本の認知症高齢者は 300 万人を越えており、その半数は施設に入居している。一方、施設の数や受け入れ可能人数には限界があり、入居を希望しながら、自宅待機の人も少なくない。また、認知症高齢者の数は増加の一途をたどっており、2025 年には 700 万人を越えると推定されている。こうした状況のため、認知症の完全な予防や治療が困難な現状では、認知症を地域で受け入れる体制の整備が急務である。本研究では、岐阜県の A 市において、①認知症をできるだけ初期に発見し、進行を遅らせ、社会適応可能な状態の維持に務め、②認知症があっても初発から終末期まで地域で暮らせる環境整備の実現に向け、地域での評価と受入の実践モデルの構築のための基礎データを得ることを目指した。また、その実行にあたり、脳血流等を含む客観的評価の導入と学内外の多職種連携により、信頼性の高い地域における認知機能評価を試みた。

もくじ

はしがき

第1章 研究の概要	1
第2章 地域住民の現状についての調査	14
第1節 地域住民の認知症についての意識	14
第2節 地域在住高齢者の認知機能、運動機能、脳機能	29
第3章 高齢者施設スタッフの現状についての調査	48
第1節 高齢者施設スタッフの認知症についての知識と態度	48
第2節 介護士資格取得者による認知症ケア	60
第3節 尊厳を重視した認知症ケア	75
第4章 地域包括センターの役割についての調査	84
第1節 認知症初期集中支援チーム設置の効果	84
第2節 地域ケア会議実施の現状と地域課題	95
第5章 地域在住高齢者ケアと多職種連携の課題	102
終章 今後の課題	105

第1章 研究の概要

学校法人名: 岐阜済美学院
大学名: 中部学院大学
研究組織名: 中部学院大学 総合研究センター
プロジェクト所在地: 岐阜県関市桐ヶ丘二丁目1番地
研究プロジェクト名: 客観的評価に基づく認知症の早期発見、症状改善、地域受入支援研究
研究観点: 地域に根差した研究
研究代表者: 看護リハビリテーション学部・教授 三上章允

(1) 研究組織

研究者名	所属・職名	研究課題	役割
三上章允	中部学院・教授	評価と症状改善	統括・医学的視点の評価・調査
後藤真澄	中部学院・教授	多職種連携	統括・看護師視点の評価・調査
千鳥司浩	中部学院・教授	評価と症状改善	理学療法士視点の評価・調査
新井康友	佛教大学・准教授	多職種連携	社会福祉士視点の評価・調査
森田直子	中部学院・准教授	多職種連携	介護福祉士視点の評価・調査
有川 一	中部学院・准教授	評価と症状改善	運動指導・運動機能評価
橋 逸郎	中部学院短大・准教授	評価と症状改善	運動指導・運動機能評価
齋藤亜矢	京都造形芸術大・准教授	評価と症状改善	空間・図形認知評価
三輪一統	神戸大学・講師	多職種連携	福祉経営の視点の評価

中部学院大学に在籍する関連分野の研究者によって組織する2つの研究者グループを組織し、①「認知症の評価と症状改善プログラムの開発研究」、および、②「認知症の地域受入のための多職種連携体制の研究」の2つのテーマについての研究に取り組んだ。メンバーのうち、3名はプロジェクト開始後、他大学に移動したが、メンバーとして継続して活動した。研究代表者(三上)は、両方のテーマを統括するとともに、テーマ①を中心に取り組み、副統括責任者(後藤)は、テーマ②を中心に取り組んだ。しかし、これらの2つの研究テーマはお互いに関連が深く、また中心メンバーが同じ学部のスタッフであるため、研究活動は常時連携しながら取り組んだ。千鳥、有川、橋、齋藤はテーマ1のメンバーとして、新井、森田、三輪はテーマ2のメンバーとして活動した。

研究遂行を円滑に進めるため、当初の研究組織に入っていなかった学内研究者4名(看護学科教員の高田真澄、人間福祉学科教員の名倉弘美、理学療法学科教員の笠野由布子および菅沼惇一)および中部大学大学院の大学院生2名(博士課程大学院生の平澤園子、修士課程大学院生の王吉形)が研究協力者として参加した。

(2) 研究の概要

岐阜県 A 市において、①認知症をできるだけ初期に発見し、進行を遅らせ、社会適応可能な状態の維持に務め、②認知症があっても初発から終末期まで地域で暮らせる環境整備の実現に向け、実践モデルの構築を目指した。また、脳血流等による認知症の初期症状の客観的評価を試み、地域における認知症受入体制を実現するための基礎データを得た。

<テーマ1>

(1-1) 認知症についての市民の意識調査

まず、A市の3地区において8638世帯を対象に認知症に関する意識調査用紙を全戸配付し、1208名の回答を得た。その結果、数年前に行われた他地域の調査と比較して、認知症への関心の高まり、知識の普及の傾向が見られた。しかしながら、利用できるサービスについての知識や、地域包括支援センターについての理解が低いなど、今後の課題も読み取れた。男女比較では、女性が認知症の知識が高く、認知症予防、認知症に対する態度、地域へのかかわりにも積極的であった。一方、自分自身が認知症になる心配も女性の方が高かった。年齢層による比較では、高齢層の人は自分自身が認知症になる心配が高く、認知症予防、認知症に対する態度と地域へのかかわりにも積極的であった。また、一人暮らしの人は認知症の知識が高く、認知症予防に積極的に努力していた。この結果は**文献5***で報告した。

(1-2) 認知症についての高齢者ケア施設スタッフの意識調査

A市内で認知症高齢者を受け入れている全施設(136施設)を対象に、施設で働くスタッフに認知症高齢者ケアについての意識や態度を調査し1013部の回答を得た。その結果、「アルツハイマー病の症状」や「尊厳ある対応の重要性」、「心身変化が日常生活に与える影響」については比較的よく知られているが、「前頭側頭型認知症の症状」や「認知症ケアを支える社会的資源」については知らないスタッフが多いこと、認知症ケア経験年数が長いほど、認知症についての知識・理解が高いことが明らかになった。また、施設・事業所タイプ別の比較では、特養、グループホーム、デイサービス、訪問看護で認知症の知識・理解が高かった。さらに、認知症ケアに対する積極的・肯定的なスタッフで認知症の知識・理解が良かった。これらの結果の一部は**文献2***で報告した。一方、介護福祉士資格の有無で比較すると介護福祉士資格を持つの方が資格を持たないスタッフと比較して知識が高かった。この結果の一部は**文献7***で報告した。また、A市を含む全国4557の地域包括センターから無作為に抽出した1604センターを対象とした全国調査の結果、「認知症初期集中支援チーム」設置の地域包括支援センターで介護サービス事業所およびインフォーマル組織との連携の度合いが高いこと、また、地域課題を検討する地域ケア会議を実施している地域包括センターで「認知症高齢者家族への支援が不足」の課題がより多く抽出されていることが示された。これらの結果の一部は、**文献1***および**文献4***で報告した。

(1-3) 地域における認知機能・運動機能・脳機能測定会の実施

A市において認知症についての理解を深めるため、A市内で認知症や記憶機能についてA市主催の市民セミナー、および、NPO法人(ふるさと福祉村)主催の学習会の2回の市民向け講演会をおこなった。また、認知症についてNPO法人(ふるさと福祉村)の情報誌に認知症や記憶機能についての記事を執筆し、市民向け啓蒙活動に協力した(文献3、12、16、17*)。さらに、A市内で実施した調査の解析を終了した時点で、市民対象の意識調査の結果についての説明会を実施した。その後、A市内の特定地区をターゲットとした、認知機能、運動機能、脳機能についての測定会を4回実施した。測定会では、知的機能測定、運動機能測定、体組成を含む身体計測に加え、研究用ポータブル脳機能イメージング装置(LIGHTNIRS、島津製作所製、本経費で購入)による脳機能測定(以降、fNIRSと記載)、体成分分析装置(InBody570、インボディ社製、他予算で導入)による体組成測定を行った。知的機能測定には、ミニメンタル・ステート・テスト(MMSE)を用いた。

まず、健康状態チェックのための、身長、体重、バイタル(血圧、SPO2、脈拍)、問診、ADL(日常生活機能テスト)テストを行った。ADLの評価には、文部科学省による「新体力テスト」(文部科学省、2001年3月)における12項目の質問紙を用いた。また、InBodyによる体組成計測を行った。その結果を参考に、運動機能計測の経験を持つ教員(有川)が問診を行い、運動機能計測の可否を判定した。つぎに、運動機能計測として、握力、上体起こし、長座体前屈、開眼片足立ち、6分間歩行、10m歩行、10m障害物歩行、を計測し、最後にfNIRSによる脳機能計測を行った。各個人の計測結果は大学に持ち帰り解析しe-Stat(政府統計の総合窓口)発表による最新の標準値と比較するとともに、計測結果、評価内容を記載したシートを作成し、このシートを当該個人にフィードバックした。その際、個人毎に今後の健康管理・運動指針を示した。今回測定した77名は簡易認知症検査であるMMSEの測定値が22-26の軽度認知機能障害疑い高齢者が19名であったが、21以下

の高齢者は皆無であった。MMSEと運動機能、MMSEとADLとの間には統計的に有意な相関はなかった。

fNIRSによる脳機能の測定は57名の高齢者に対して実施した。測定会の会場でできるだけ多くの高齢者で測定を行うため、1名30分以内で終了する比較的簡単な課題(GO/GONO課題)を遂行中に前頭部の局所脳血流を測定した。GO/GONO課題では図形によるGO反応(ボタン離し)とNOGO反応(ボタン押しっぱなし)を選択してもらい、さらに、3回正答が連続すると反応図形の意味が逆転する逆転条件や新しい図形が出現する新規条件を導入した。この課題は前頭葉の機能をテストする課題のひとつであり、前頭葉が損傷するとできなくなる課題である。今回の脳機能測定に参加した地域高齢者はこの課題の遂行には問題がなかった。課題遂行中の局所脳血流は課題遂行中の全経過の観察では、全ての被験者で課題開始からしばらくして脳血流の変化が見られた。また、課題遂行に合わせ加算平均したデータを作成し解析したところ、全被験者で課題遂行に合わせたオキシ・ヘモグロビン(酸素と結合したヘモグロビン)の変化が見られ、前頭葉の脳活動が確認された。MMSEの点数との比較では、MMSE値の低い高齢者で課題遂行に対応した脳血流の変化が小さい傾向にあったが、個人差が大きく、MMSE値が高くても脳血流変化の小さい被験者やMMSEの点数が低くても脳血流変化の大きい被験者があり、今後、認知機能の変化と合わせ継続的な観察・研究が必要と考えられる。

MMSEによる認知機能評価について、日本では、一般に、27～30点が正常、22～26点が軽度認知症の疑い、21点以下どちらかという認知症の疑いが強いという評価基準で使用されてきた。一方、海外でのデータなどを参考に日本老年医学会では、23点以下が認知症疑いである(感度81%、特異度89%)。27点以下は軽度認知障害(MCI)が疑われる(感度45-60%、特異度65-90%)としている。これらの基準値はあくまで臨床的な経験や統計結果によるものである。個別の脳機能には個人差があるので、一般化は危険である。今回の調査ではMMSEの値が26に被測定者にはfNIRS振幅のばらつきが見られたが、25点以下の被測定者は全員fNIRS低振幅を示した。脳機能から見ると25をカット・オフとするのが良いかもしれない。しかし、今回はMMSEが25以下の被測定者の数が少なかったため、今後さらにデータを増やす必要がある。

また、今後はMMSEの評価点が正常範囲であったにもかかわらずfNIRSで記録したオキシ・ヘモグロビンの変動幅が小さかった高齢者についても、認知機能の変化と合わせ継続的な観察・研究が必要と考えられる。さらに、今回の測定会は地域の集会所で開催したため、比較的健康状態の良好な高齢者が集まった傾向にある。今後は高齢者ケア施設や病院での計測も考慮が必要である。

<テーマ2>

認知症・多死時代を迎え、高齢者が住み慣れた場で「尊厳と個性」が尊重された生活を継続することを可能にしていかなければならない。高齢者ケアの目標は「エイジング・イン・プレイス」である。この目標の実現に際しては、ケアの調整役となる介護支援専門員、地域の保健医療福祉関係者や地域住民(民生院)を含めた多くの関係者との連携が必要となり、地域の支援システムの構築が求められている。この研究では、認知症高齢者が認知症発見から最期の時まで地域で暮らし続けることを可能にするために、地域でどのような環境や支援が必要かを明らかにすることを目的とする。そのために私たちの調査班では、まず、地域で支援している人の支援困難な内容を把握することを視点に置き、今回の研究に着手した。

以下の3つの調査を実施した。

(2-1) 在宅における認知症高齢者への支援事例に関する調査

介護支援専門員の専門職との連携、地域住民(民生委員)との連携の実態を把握するたため、A市の居宅介護支援事業所、訪問看護事業所、訪問介護事業所、地域密着型サービス事業所等へ郵送調査を行った。また、居宅介護事業所のケアマネージャーへ認知症対応への困りごとについての記述アンケートを行った。6ヵ所の地域包括支援センター、16ヵ所の居宅介護支援事業者から78通のアンケートを回収し(回収率:48.9%)、41事例の支援困難事例の提供を受けた。提供を受けた事例についてその特徴をまとめた結果、支援困難事例の特徴として以下の9点が明らかになった。

①独居で認知症の方が増加している。そのため、問題が深刻化してから発見され、より対応が困難になってい

る。

②独居、支援者がいない、認知症の自覚症状がない(病識がない)→介入が難しい(サービス利用に繋がらない)

③認知症の病識がないため、受診せず。そのため、主治医意見書を書いてもらえず、要介護認定も申請できない。

④独居でも家族・親族がいればよいが、家族が死亡や遠方などの場合、協力が得られず、支援困難になる。

⑤収入が低いと支援困難になる。

⑥同居家族がいても精神疾患で援助拒否。

⑦認知症の軽度者(要支援1～要介護2)が多い。→特別養護老人ホームへ入所できずに困っている。

⑧自動車の運転が心配。自動車を運転しないと生活できない地域に住んでいる高齢者も多い。

⑨主治医の連携に格差がある。

(2-2) 認知症ケア施設における認知症困難事例と支援の課題についての実態

認知症対応型グループホームと小規模多機能施設における認知症困難事例と支援の課題を把握するために、利用者の要介護度と認知症診断名の状況、利用申し込み時の受け入れ困難判断事例の有無とその内容、利用中止、退去事例の有無とその内容、認知症専門医との連携の有無について実態調査を行った。

グループホーム8施設、小規模多機能4施設、計12施設(回収率43%)から回答を得た。その結果、利用申し込み時の受け入れ困難判断事例や「利用中止事例」が「あり」との回答は12施設中、5施設であった。理由としては「暴言暴力」「徘徊帰宅行動」が挙げられた。退去事例は2件のみであった。対応困難な内容は、予想外に少なかった。

(2-3) 介護保険施設における看取りケアの支援困難な内容と課題の調査

介護保険施設における認知症高齢者への看取りケアの支援困難な内容と課題を明らかにするために、A市の介護保険施設の看取りのケアの実施状況について調査を行い、看取りケア実施にあたり、支援困難な内容を把握した。また、事業主の管理者の承諾を得て、調査依頼と調査内容及び方法の説明を行い、事例調査の承諾を得る。在宅での看取りを可能にしたケースの事例分析を行った。

介護保険施設25施設にアンケート配付し、5施設(回収率20%)から回答を得た。回答が得られた施設においては医療機関併設の老人保健施設がほとんどであった。看取りを行えている5施設においては、終末期に認知症の人がどのような医療やケアを望むのか、リビングウイルに関する対応がなされていない。また認知症専門医との連携が図れている施設は、半数に至っていない。認知症は、死に至るまでの過程が長く、多様であり、終末期であるという判断も難しいこと、また、終末期に受けたいケアに関する本人の意思確認が難しく、家族にも困難な場合が多いなどの課題が示された。

A市では、認知症ケアパスを認知症の進行に合わせて支援が受けられるように、一覧にした「認知症の症状とケアの流れ」の図を作成した。認知症が発見され、支援にアクセスできると、その支援の流れに乗って適切なケアが行われることが図式化されている。この点で市としての取り組みが進んでいるものの、認知症の発見に至るまでの過程においては、認知症の診断や支援への介入における対応者のさまざまな困難があることも示された。また、認知症の人が終末期を迎えたときに、意思決定が困難であることが多く、どのような医療やケアが受けたいかを意思表明できるリビングウイル等の手続き等の課題があった。認知症に特化した課題や対応まで踏み込んだ研究は、未だ少ない。さらに認知症ケアの質の向上に向けた発見から看取りまでの認知症ケアの基準作成や評価、ケアの効果への研究が今後期待される。

<優れた成果が上がった点>

地域住民の調査では、認知症についての理解が進んでいる現状が確認できたが、地域包括センターを含む社会サービス資源についての周知が十分でない実態と、世帯によるばらつきが明らかになった。今後これらの要因を考慮した認知症予防・ケア対策に必要性が示された。

高齢者施設の調査では、「アルツハイマー病の症状」や「尊厳ある対応の重要性」、「心身変化が日常生活

に与える影響」については比較的良好に知られているが、「前頭側頭型認知症の症状」や「認知症ケアを支える社会的資源」については知らないスタッフが多いこと、認知症ケア経験年数が長いほど、あるいは、看護福祉士資格を有する方が、認知症についての知識・理解が高いことが明らかになった。さらに、認知症ケアに対する積極的・肯定的なスタッフで認知症の知識・理解が良かった。これらの結果は、今後の高齢者ケア・スタッフ養成に有益な情報となった。特に、地域包括センターを含む認知症ケアの社会的資源については、システムが複雑なことも相まって、地域住民にあまり知られておらず、さらに、高齢者ケア・スタッフにも良く知られていないことが明らかになり、今後は社会的資源について周知する取り組みの必要性が示された。

認知症高齢者をケアする施設における看取りについての調査では、終末期に認知症の人がどのような医療やケアを望むのか、リビングウィルに関しての対応がなされていないことが明らかになった。また認知症専門医との連携が図れている施設は、半数に至っていなかった。認知症は、死に至るまでの過程が長く、多様であり、終末期であるという判断も難しいこと、また、終末期に受けたいケアに関する本人の意思確認が難しく、家族にも困難な場合が多いなどの課題が示された。

A 市市長および A 市福祉課の協力を得ながら、市民調査と高齢者施設調査を実施し、また、住民計測会では地元老人会との連携が実現した。市民の意識調査では、認知症高齢者での地域受入に向けて、認知症ケアの社会資源の理解を進める必要があること、また、そのためにも地域包括センターの活用が必要であることが明らかになった。また、A 市および地元自治会・老人会との連携体制が構築できたことにより、今後の地域連携の道筋を開拓できた。

< 課題となった点 >

3 年間という短い期間で実施したプロジェクトであり、前半は住民調査や施設の調査が中心となったため、住民を対象とした健康調査、運動機能、脳機能の計測は実質 1 年半程度しかできず、認知症が発症する経過を追うのは難しかった。今後、長期にわたる研究の継続が必要である。また、当初は予防のための教室の開催を考えていたが、市民アンケートでは運動機能への関心が最も高かったので、プロジェクト実施中は、運動機能の測定の結果をフィードバックすることによる運動指導に切り替えた。予防教室の開催は今後の課題である。また、今回の研究過程において地域で実施した測定会には比較的元気な高齢者が集まる傾向にあることが判明したので、今後はステージの進んだ認知症高齢者も対象にできるよう高齢者施設や病院で計測機会を実施することも課題となった。

< 研究期間終了後の展望 >

認知症はゆっくりと進行するので、長期に渡って継続する研究が必要である。そのため A 市の協力を得て、地域住民の調査を今後も継続する予定である。

< 研究成果の副次的効果 >

本研究で導入した fNIRS は、様々な研究での活用が可能であり、すでに、瞑想中の脳機能解析や動画環境下におけるバランス維持時の脳機能解析などにも活用しており、今後、様々な研究領域への活用が期待できる。

(3) 交付額

年度	支出額	法人負担	私学助成
平成 27 年度	11,169	4,020	7,151
平成 28 年度	1,628	1,184	444
平成 29 年度	2,166	1,529	637
総額	14,963	6,733	8,232

(4)研究発表(*印は、特に本プロジェクトと関連の深いもの)

<学術論文等>

<テーマ1>

- 1*. 平澤園子、王吉形、樋田小百合、三上章允、地域包括支援センターにおける地域ケア会議実施に関する調査報告. 厚生の指標、17 (印刷中)
- 2*. 王吉形、名倉弘美、三上章允、高齢者施設スタッフの認知症についての知識・理解と態度. 厚生の指標、64、45-52、2017
- 3*. 三上章允、記憶について考えるⅢ、A市ふるさと福祉村情報誌、2017 春号、8-9、2017
- 4*. 平澤園子、王吉形、樋田小百合、三上章允、地域包括支援センターにおける認知症初期集中支援チーム設置の効果. 日本認知症ケア学会誌、16、670-679、2017
- 5*. 王吉形、名倉弘美、三上章允、認知症に対する地域住民の知識・理解の現状と課題. 中部学院大学・中学院大学短期大学部・研究紀要、18、21-30、2017
6. 酒井千知、野中浩幸、清水 純、伊藤栄見子、三上章允、精神科救急病棟における服薬支援の現状と課題－病棟スタッフへのアンケート調査を中心に－、中部学院大学・中学院大学短期大学部・研究紀要、18、31-40、2017
- 7*. 王吉形、名倉弘美、三上章允、介護資格の取得者と無資格者による認知症ケアの比較. 人間福祉学会誌、16、1-9、2017
8. 平澤園子、王吉形、樋田小百合、三上章允、地域包括センターにおける認知症早期発見・支援に関する現状と課題－都市部と農村部の比較－. 人間福祉学会誌、16、19-26、2017
9. Sakai T, Mikami A, Suzuki J, Miyabe-Nishiwaki T, Matsui M, Tomonaga M, Hamada Y, Matsuzawa T, Okano H, Oishi K, Developmental trajectory of the corpus callosum from infancy to the juvenile stage: comparative MRI between chimpanzees and humans. PLOS ONE, 1-22, June 27, 2017.
10. Handa T, Unno S and Mikami A. Temporal property of single-cell activity in response to motion-defined shapes in monkey dorsal and ventral cortical areas. NeuroReport 28, 793-799, 2017
11. Sakai T, Komaki Y, Hata J, Okahara J, Okahara N, Inoue T, Mikami A, Matsui M, Oishi K, Sasaki E, Okano H, Elucidation of developmental patterns of marmoset corpus callosum through a comparative MRI in marmosets, chimpanzees, and humans. Neuroscience Research, 122, 25-34, 2017
- 12*. 三上章允、記憶について考えるⅡ、A市ふるさと福祉村情報誌、2016 夏号、8-9、2016
13. Tsuji Y, Prayitno B, Norwana O, Nishi E, Widayati KA, Mikami A, Suryobroto B,. The Notes on Mammal Carcasses Collected in Pangandaran Nature Reserve, West Java, Indonesia. HAYATI, 23, 35-38, 2016
14. 笠野由布子、三川浩太郎、久保田大夢、瀧瀬陵子、小池拓、中村一輝、三上章允、大学生における履物および運動習慣が足部形態に与える影響、中部学院大学・中部学院大学短期大学部 研究紀要 17, 1-10, 2016
15. 野中浩幸、清水 純、酒井千知、伊藤栄見子、吉川武彦、三上章允、精神科救急病棟における服薬支援の現状と課題－病棟看護管理者へのアンケート調査から－、厚生指標 63, 23-28, 2016
- 16*. 三上章允、記憶について考えるⅠ、A市ふるさと福祉村情報誌、2015 冬号、1-2、2015
- 17*. 三上章允、脳からみた認知症、A市ふるさと福祉村情報誌、2015 夏号、4-5、2015
- 18*. Fujita Y, Yamada M, Kinameri T, Yamamoto Y, Hashimoto K, Makio S, Tanno K, Mikami A, Head rotation destabilize balance of standing posture, fysioterapeuten, 82, 40, 2015
- 19*. Mikami A, Goto M, Kobayashi A, Tsukamoto T, Bao M, Sakai M, HSU Katagiri F, Morita N, The Terminal Care of Elderly People in East Asia. IAAPS Proceedings, 5, 38-50, 2015
- 20*. 小林明子、塚本利幸、酒井美和、後藤真澄、三上章允、森田直子、片桐史恵、包敏、徐明仿、台湾の高齢者の終末期ケアに関する看取り観・死生観、福井県立大学論集、44、55-86、2015

21. 三上章允、劉 青佳、中部学院大学学生の生活習慣の実態 —2013 年度調査報告—、総合研究センター研究報告 2015、1-13、2015
- 22*. 平井達也、千鳥司浩、高齢者と若年者のグレーディングの相違、体育の科学、67、826-830、2017
- 23*. Chidaori K, Yamamoto Y. Effects of the lateral amplitude and regularity of upper body fluctuation on step time variability evaluated using return map analysis. PLOS ONE, 1-13, June 10, 2017.
- 24*. Chidori K, Takeda K., Yamamoto Y. Effects of Aging on the Relationship between Standing Balance and Sensation in the Plantar Area. Jacobs Journal of Gerontology. 1-4, 08-13-2016, 2017
- 25*. 千鳥司浩・山本裕二:高齢者の歩行周期時間変動に影響を及ぼす要因の検討. 理学療法科学, 31(2):213-219. 2016
- 26*. 古田善伯、有川一、鈴木康介、体づくり運動の教材解釈について—体カトレーニング理論の視点から、中部学院大学・中学院大学短期大学部・教育実践研究、3、197-204、2017
27. 有川一:保護者に「遊び方」を提供することの効果. 中部学院大学・中部学院大学短期大学部教育実践研究. 2, 115-120, 2017.
28. Terada T, Takahashi T, Arikawa H, Era S : Analysis of the conformation and thermal stability of the high affinity IgE Fc receptor β chain polymorphic proteins. Biosci Biotech Bioch. 80(7), 1356-1361, 2016.
29. Takahashi T, Terada T, Arikawa H, Kizaki K, Terawaki H, Imai H, Itoh Y, Era S : Quantitation of Oxidative Modifications of Commercial Human Albumin for Clinical Use: Thiol Oxidation and Carbonylation. Biol Pharm Bull. 39(3), 401-408, 2016.
30. Maeda K, Yoshizaki S, Iida T, Terada T, Era S, Sakashita K, Arikawa H : Improvement of the fraction of human mercaptalbumin on hemodialysis treatment using hydrogen-dissolved hemodialysis fluid: a prospective observational study. Renal Replacement Therapy. 2(42), 2016.
31. Arikawa H, Terada T, Takahashi T, Kizaki K, Imai H, Era S : Continuous vocalization during kendo exercises suppresses expiration of CO₂. International Journal of Sports Medicine, 36(7), 519-525, 2015.
32. Kizaki K, Terada T, Arikawa H, Tajima T, Imai H, Takahashi T, Era S : Effect of reduced coenzyme Q10 (ubiquinol) supplementation on blood pressure and muscle damage during kendo training camp: a double-blind, randomized controlled study. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness. 55, 797-804, 2015.
33. 有川一, 吉田真己子 : 「A 市こども基地プロジェクト」における学生による地域活動の成果. 中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要, 16, 113-118, 2015.
34. 楊進、橋逸郎、太極拳推手詳解. ベースボール・マガジン社 2017
35. 雨宮隆太、橋逸郎、完全版呼吸法. ベースボール・マガジン社 2016
36. 齋藤亜矢、ルビンのツボ 第 9 回 弥生人と絵文字、『図書』(岩波書店), 830,46-49、2018
37. 齋藤亜矢、ルビンのツボ 第 8 回 「美しい」と「怖い」, 『図書』(岩波書店), 829, 44-47., 2018
38. 齋藤亜矢、ルビンのツボ 第 7 回 自然の美、人工の美, 『図書』(岩波書店), 828, 44-47., 2018
39. 齋藤亜矢、ルビンのツボ 第 6 回 からだとこころ, 『図書』(岩波書店), 827, 46-49. 2017
40. 齋藤亜矢、ルビンのツボ 第 5 回 自由と不自由, 『図書』(岩波書店), 826, 46-49. 2017
41. 齋藤亜矢、ルビンのツボ 第 4 回 考える、考えない, 『図書』(岩波書店), 825, 46-49. 2017
42. 齋藤亜矢、ルビンのツボ 第 3 回 手の想像、目の想像, 『図書』(岩波書店), 824, 42-45. 2017
43. 齋藤亜矢、ルビンのツボ 第 2 回 洞窟壁画とアール・ブリュット, 『図書』(岩波書店), 823, 42-45. 2017
44. 齋藤亜矢、ルビンのツボ 第 1 回 サイエンスの視点、アートの視点, 『図書』(岩波書店), 822, 38-41. 2017
45. 齋藤亜矢、自然と芸術 第 1 回 円山応挙のフィールドノート, 『モンキー』(公益財団法人日本モンキーセンター), 1(4), 78-79、2017
46. 齋藤亜矢、「言葉を得ることで失ったもの」In 内藤知美・新井美保子編「コンパス保育内容言葉」, 建帛社

(分担執筆)pp. 83-84, 2017

47. **齋藤亜矢**,「ヒトはなぜ表現するのか?」In 池永真義編「シリーズ新時代の学びを創る7 図画工作・美術理論と実践」, あいり出版. (分担執筆) pp1-6, 2016

<テーマ2>

1. **後藤真澄** 日本 EPA(経済連携協定)の看護師・介護福祉士候補者の教育・研修の課題に関する文献研究、中部学院大学・中学院大学短期大学部・教育実践研究 3 (2)、(印刷中)
- 2* . **後藤真澄** 認知症高齢者の終末期ケアの場における課題に関する文献検討. 日本認知症ケア学会誌 17, 761-768, 2018
3. **後藤真澄** EPA(Economic Partnership Agreement)送り手国の看護師と受け入国である彼らの指導者の看取り観の比較研究 厚生学の指標 65(2) 1-9, 2018
4. **後藤真澄**, 清水律子, 杉山篤子, 服部恵子, 在宅看護学実習に対する学生の学びと指導への検討、中部学院大学・中学院大学短期大学部・教育実践研究 3 (1)、223-232, 2017
- 5* . 杉山篤子, **後藤真澄** 独居の認知症高齢者における訪問看護サービスの現状と課題. 人間福祉学会誌 16, 37-42, 2017
6. **後藤真澄** 災害時の介護福祉教育の検討、中部学院大学・中学院大学短期大学部・教育実践研究 3 (2)、167-173, 2017
7. **後藤真澄** 老年看護、在宅看護教育への ICF(国際生活機能分類)モデルへの適応 ICF の枠組みに基づく看護過程と看護診断の構造的比較、人間福祉学会誌、15, 87-95, 2015
- 8* . **Goto M, Morita N**, Katagiri F, Tsukamoto T, Current Conditions and Worker Attitudes in End-of-Life Care for the Elderly in Korea, Nursing and Health, 3, 14-21, 2015
9. 三原博光、國定美香、**新井康友**、松本百合美、原田由美子、島野麻里子、大内隆「介護福祉士養成校の学生達の介護意識について－質問紙調査を通して－」『人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌』。
- 10* . **新井康友**「買い物難民の現状とニーズに関する一考察－住民による買い物支援活動を通して－」『地域サイエンス』2, pp47-53, 2015
11. **新井康友**「特別養護老人ホームへの入所条件の厳格化による影響－A 県 B 市にある C 施設の入所待機者を参考にして－」『ソーシャルワークぎふ』22 号, pp75-79, 2017
12. **新井康友**「社会的な災害のひとつとしての『熱中症』 熱中症の背景にある貧困と社会的孤立」『福祉のひろば』2017年7月号, pp38-41, 2017
13. **新井康友**「高齢者の緊急対応事例への支援体制に関する一考察」『地域ケアリング』19(8)、pp54-56, 2017
14. **新井康友**「孤立死事例を通して社会的孤立の予防について考える」『地域ケアリング』19(3)、pp61-63, 2017
15. **新井康友**「東海地区における高齢者の孤立死事例に関する一考察」『地域ケアリング』18(4)、pp70-76, 2016
16. **新井康友**「孤独死の現状と問題の本質について」『地域ケアリング』17(5)、pp6-12, 2015年。
17. **新井康友**「介護事故の現状と課題－岐阜県 A 市の介護事故報告書を中心に－」『人間福祉学会誌』15(2)、pp49-53, 2016
18. 浅田訓永・藪下武司・**三輪一統** (2018)「有給インターンシップ制度の一断面－新潟大学, 京都産業大学, 及び中部大学における有給インターンシップ制度の比較研究－」『中部学院大学・中部学院大学短期大学部教育実践研究』印刷中。
19. **Miwa, K.**, Y. Murakami, A. Shiiba, and S. Taguchi. 2018. Contract Rigidity and Timeliness of Accounting Information. RIEB Discussion Paper Series DP2018-09, Research Institute for Economics and Business Administration, Kobe University.

20. **Miwa, K.**, S. Taguchi, and T. Yamamoto. 2017. Are IPOs "Overpriced?" Strategic Interactions between the Entrepreneur and the Underwriter. RIEB Discussion Paper Series DP2017-07, Research Institute for Economics and Business Administration, Kobe University.
21. **三輪一統**・椎葉淳 (2017)「新規参入企業に対するプレアナウンスメントの戦略的効果」『現代ディスクロージャー研究』第 16 号, pp.1-23.
22. 浅田訓永・藪下武司・**三輪一統** (2017)「中部学院大学経営学部のインターンシップの現状分析」『中部学院大学・中部学院大学短期大学部教育実践研究』第 2 巻, pp.175-184.
23. **Miwa, K.** 2016. Welfare Effects of Endogenous Information Acquisition and Disclosure in Duopoly Markets. RIEB Discussion Paper Series DP2016-17, Research Institute for Economics and Business Administration, Kobe University.
24. 田口聡志・上枝正幸・**三輪一統**(2016)「契約支援機能における会計の質に関する理論と実験の融合に向けて」『同志社商学』第 67 巻第 4 号, pp.469-495.

<学会発表>

<テーマ 1>

- * **Mikami, A.** **Goto, M.**, Hiruma, Y, **Morita, N.** Kasano, Y, Yamashita, S. et. al., The Terminal Care of Elderly People in South East Asia, Proceedings of 15th Asia Pacific Conference, 2017
- * 平澤園子、王吉形、樋田小百合、**三上章允**、地域包括支援センターにおける認知症初期集中支援チーム設置の効果. 人間福祉学会、2017
- * 名倉弘美、王吉形、**三上章允**、高齢者施設スタッフのパーソン・センタード・ケアの知識と実践の現状、第 17 回人間福祉学会、2016
- * 王吉形、名倉弘美、**三上章允**、認知症に対する地域住民の知識・理解の現状と課題、第 17 回人間福祉学会、2016
- Nejime H, Inoue M, Saruwatari M, **Mikami A** Miyachi Influence of conflict between two behavioral rules on the activity of monkey medial and dorsolateral prefrontal neurons, The 40th Annual Meeting of the Japan Neuroscience Society, 2017
- Saruwatari M, Inoue M, **Mikami A**, Influence of motivation on neuronal activities of V4 in a visual search task, The 94th Annual Meeting of the Physiological Society of Japan, 2017
- Mikami A**, Imai, H, Widayati K, Hayakawa T, Nishi E, Nila S, Hadi I, Tsuji Y and Suryobroto B, Simulation of the color vision of dichromatic Macaques in Pangandaran, Indonesia, 5th Asian Primate Symposium 2016
- * Fujita Y, Yamada M, Yamamoto Y, Furusawa M, Mishima A, Makio S, Hashimoto K, **Mikami A**, The postural sway is not larger for larger amplitude of head rotation in healthy subjects, The Asian Confederation of Physical Therapy 2016
- * Yamada M, Fujita Y, Yamamoto Y, Mishima A, Furusawa M, Makio S, Hashimoto K, **Mikami A**, Use of corset is effective to reduce trunk movement, but not for postural sway, The Asian Confederation of Physical Therapy, 2016
- 鯉田孝和、Widayati Kanthi Arum, 田中孝治、**三上章允**、2 色覚サルの優れた黄青色弁別能力、日本視覚学会大会、2016
- 三上章允**, 今井啓雄, 辻大和, 西栄美子, 早川卓志, Kanthi Arum Widayati, Bambang Surobroto、インドネシア・パンガンダランのカニクイザルの色環境、日本霊長類学会、2016
- 笠野由布子、**三上章允**、開帳足は膝関節および股関節の負荷を増大させる、第 51 回日本理学療法学会、2016
- 笠野由布子 **三上章允**、若年者におけるヒール靴を履くことの経験と足部形態との関連、第 26 回岐阜県理学療法学会、2016

- 富田元、野中浩幸、清水純、酒井千知、伊藤栄見子、三上章允、精神科救急病棟の看護管理者が考える服薬支援のあり方、第 23 回日本精神科救急学会学術総会、2015
- Nejime M, Inoue M, Saruwatari M, Mikami A, Miyachi S, Conflict between different task rules influences the prefrontal neuronal activities during behavioral choice., Society for Neuroscience Annual meeting 2015
- Sakai T, Komaki Y, Hata J., Mikami A, Matsui M, Okahara J, Okahara N, , Inoue T, Sasaki E, Okano H, Developmental patterns of the corpus callosum in common marmosets, chimpanzees, and humans., Neuro 2015
- Widayati K, Tanaka K, Saito A, Mikami A, Suryobroto B, Koida K, The story of color blind macaques, The 4th International Symposium on Primatology and Wildlife Science, 2015
- 酒井朋子, 三上章允, 小牧裕司, 畑純一, 松井三枝, 岡原純子, 岡原則夫, 井上貴司, 佐々木えりか, 濱田穰, 鈴木樹理, 宮部貴子, 松沢哲郎, 岡野栄之、ヒト、チンパンジー、コモンマーモセットにおける脳梁発達の比較研究: ヒト特異的な脳構造の発達機構の解明に向けて、日本霊長類学会、2015
- Widayati K, Suryobroto B, Saito A, Mikami A, Ability of female color blind gene carrier monkeys in breaking color camouflage and discriminating colors, The 23rd Symposium of the International Color Vision Society, 2015
- 笠野由布子、三上章允、若年健常女性の外反母趾角と歩行時関節モーメントの関係について、第 50 回日本理学療法学会、2015
- Kasano Y, Mikami A, EFFECTS OF HALLUX VALGUS ANGLE ON THE MOMENTS OF LOWER EXTREMITY JOINTS DURING GAIT IN YOUNG ADULT FEMALE, World Confederation for Physical Therapy, 2015
- *Iwaki T, Komatsu T, Ohnishi T, Mikami A, THE EFFECTS OF HIGHER BRAIN FUNCTIONS ON THE RISK OF FALLS IN COMMUNITY DWELLING ELDERLY PEOPLE. World Confederation for Physical Therapy, 2015
- *Fujita, Y, Yamada M, Kinameri T, Yamamoto Y, Hashimooto K, Makio S, Tanno K, Mikami A, HEAD ROTATION DESTABILIZE BALANCE OF STANDING POSTURE, World Confederation for Physical Therapy, 2015
- 菅沼惇一、千鳥司浩、腰椎椎間板ヘルニア術後の下垂足に対し重量弁別課題を用いた介入効果、第 28 回岐阜県理学療法学会、2018
- 牧村祐希, 菅沼惇一, 田口周司, 林節也、菅沼惇一、千鳥司浩、情報の不整合により大腿骨頸部骨折術後に疼痛が持続した症例に対する認知課題の効果、第 18 回認知神経リハビリテーション学会学術集会、2017
- *日比一晴, 早瀬弘記, 井上禎章, 千鳥司浩、トレーニング期間の長さが地域在住高齢者の運動機能に及ぼす影響、第 26 回愛知県理学療法学会、2017
- 竹田圭佑, 千鳥司浩、長谷川隆史、外傷性頸部症候群を呈した慢性頸部痛者における頸部運動の誤認角度、第 28 回長崎県理学療法学会、2017
- 林節也, 田口周司, 宮田春奈, 竹中孝博、千鳥司浩、「いぼ」が消失したことで歩行が改善された一症例、第 17 回認知神経リハビリテーション学会学術集会、2016
- 田口周司, 林節也, 千鳥司浩、足底の身体図式が変質し、前足部荷重が困難となった一症例~トイレ動作の獲得を目指して~、第 17 回認知神経リハビリテーション学会学術集会、2016
- 西嶋力, 井村保, 大嶽昇弘, 笠野由布子, 千鳥司浩, 林典雄, 濱岸利夫、障害の理解を深めるための VTR 視聴とゼミ演習活動による成果 -2 年次基礎理学療法演習 II の活動報告-, 第 26 回岐阜県理学療法学会、2016
- 舟木浩平, 二村誠, 木佐貫昌哉, 千鳥司浩、転倒予防ビデオを用いた転倒防止対策の取り組み ~第 2 報~、回復期リハビリテーション病棟協会 第 27 回研究大会、2016

- 田口周司, 林節也, 酒向恵, 千鳥司浩, 全失語患者の内言語による思考 ~身体・運動イメージの再構築により上肢機能の改善が図られた一症例~, 第 16 回日本認知神経リハビリテーション学会学術集会, 2015
- * 渡邊僚, 舟木浩平, 二村誠, 木佐貫昌哉, 谷口香, 千鳥司浩, 転倒予防ビデオを用いた転倒防止対策の試み, 第 25 回 回復期リハビリテーション病棟協会 研究大会, 2015
- Arikawa, H., Vocalization during the upper and lower body exercise changes the ventilation and the peripheral circulation states (The 95th Annual Meeting of the Physiological Society of Japan, 2018)
- 有川一, 発声を伴う上肢と下肢の連続的運動が換気状態に及ぼす影響, 第 74 回日本体力医学会大会, 2017
- 有川一, 間欠的運動実施中に行う発声は換気状態・脳血流量を変化させる, 第 65 回日本教育医学会大会, 2017
- 高橋哲平, 寺田知新, 有川一, 恵良聖一 : 輸液用アルブミン製剤のチオール酸化とカルボニル化の解析 (第 62 回中部日本生理学会. 2015/11/13)
- 有川一, 寺田知新, 高橋哲平, 今井一, 恵良聖一 : 剣道かかり稽古実施中の継続的な発声は呼気二酸化炭素排出を抑制する(第 70 回日本体力医学会大会. 2015/9/19) (体力医学, 64(6), 573, 2015)
- Arikawa H., Tomoyoshi Terada, Teppei Takahashi, Hajime Imai, Seiichi Era : Sustained vocalizations during kendo exercises suppress expiration of carbon dioxide (8th FAOPS Congress. 2015/11/23)(Federation of The Asian and Oceanian Physiological Societies)
- 有川一, 鈴木恒一 : 日本とフィリピンの幼児の身体活動量・運動能力・体格の比較(第 16 回人間福祉学会. 2015/10/25)
- Terada Tomoyoshi, Takahashi Teppei, Arikawa H., Era Seiichi : Human cell lines of leukocytic, erythrocytic and megakaryocytic lineages affect redox state of human serum albumin (The 93rd Annual Meeting of the Physiological Society of Japan) (2016/3/23)
- Takahashi Teppei, Terada Tomoyoshi, Arikawa H., Era Seiichi : Comparative study on the oxidative modification of recombinant and plasma-derived human serum albumin: thiol oxidation and carbonylation (The 93rd Annual Meeting of the Physiological Society of Japan) (2016/3/23)
- Arikawa H., Terada T, Takahashi T, Imai H, Era S : Effects of vocalization to physical activities and circulatory states during kendo exercises (The 93rd Annual Meeting of the Physiological Society of Japan) (2016/3/24) (The Journal of Physiological Sciences, 66(Supplement 1), S186, 2016)
- 有川一, 田下智栄子, 中村浩二, 三川浩太郎, 今井一 : 間欠運動実施中の発声が換気状態および脳血流量に及ぼす影響(第 71 回日本体力医学会大会. 2016/9/23) (Arikawa H., Tashita C, Nakamura K, Mikawa K, Imai H. Effects of vocalization during intermittent exercise on ventilation and CBF. The Journal of Physical Fitness and Sports Medicine, 5(6), 444, 2016)
- 有川一, 田下智栄子, 中村浩二, 三川浩太郎, 今井一 : 発声を伴う中強度間欠運動が身体に及ぼす影響の検討(第 17 回人間福祉学会 2016. 2016/11/20)
- Arikawa H., Tashita C, Nakamura K, Mikawa K, Imai H : Effects of sustained vocalization during exercise on respiratory state and cerebral blood flow. (The 94th Annual Meeting of the Physiological Society of Japan) (2017/3/28) (The Journal of Physiological Sciences, 67(Supplement 1), S110, 2017)
- 有川一, 田下智栄子, 中村浩二, 三川浩太郎, 今井一 : 間欠的運動実施中に行う発声は換気状態・脳血流量を変化させる. (第 65 回日本教育医学会大会)(2017.08.23)(教育医学. 63(1), 127, 2017)
- 有川一, 松岡敏男: 発声を伴う上肢と下肢の連続的運動が換気状態に及ぼす影響. (第 72 回日本体力医学会大会) (2017.09.17) (Hajime Arikawa, Toshio Matsuoka. Effects of continuous upper and lower body exercise with vocalization on ventilation state. The Journal of Physical Fitness and Sports Medicine, 6(6), 506, 2017)
- Arikawa H., Matsuoka T : Vocalization during the upper and lower body exercise changes the ventilation and

- the peripheral circulation states. (The 95th Annual Meeting of the Physiological Society of Japan) (2018/3/29) (The Journal of Physiological Sciences, 68(Supplement 1), S146, 2018)
- Terada T, Takahashi T, **Arikawa H.**, Muto Y, Era S : Analysis of redox state of albumin and carbonyl stress in human leukocyte cell lines. (The 95th Annual Meeting of the Physiological Society of Japan) (2018/3/30) (The Journal of Physiological Sciences, 68(Supplement 1), S184, 2018)
- 齋藤 亜矢**. “おえかき”から探る心の起源(ラウンドテーブル), 日本赤ちゃん学会第 15 回学術集会, 香川, 2015
- 齋藤 亜矢**. チンパンジーはどのように物遊びを発明するのか, 第 31 回日本霊長類学会, 鹿児島, 2015
- Saito, A.**, Hayashi, M., Matsuzawa, T., & Takeshita, H. Evolution and development of representational drawing., The 31st International Congress of Psychology, Yokohama Japan, July, 2016.
- 齋藤 亜矢**, つくる喜び 見る楽しさ —アートで育てる力—, 第 68 回全国造形教育研究大会、第 66 回造形表現・図画工作・美術教育研究全国大会, 2015
- 齋藤 亜矢**, ヒトはなぜ絵を描くのか, 人間発達講座、人間発達研究所, 2016
- 齋藤 亜矢**, 人はなぜ絵を描くのか, 岐阜県芸術文化会議, 2016
- 齋藤 亜矢**, サイエンスの視点、アートの視点, 西京高校 EEP 特別講演会, 2016
- 齋藤 亜矢**, ヒトはなぜ絵を描くのか, あいちサイエンスフェスティバル蒲郡, 蒲郡市生命の海科学館, 2016.
- 齋藤 亜矢**, 絵を描くところの起源, 世田谷美術館開館 30 周年記念 コレクションの 5 つの物語」展, オープニングレクチャー, 世田谷美術館, 2016.
- 齋藤 亜矢**, 絵を描く心の進化と発達, 京都保育問題研究会分科会, 2016.
- 齋藤 亜矢**, ヒトはなぜ絵を描くのか, ポケットミーティング in 東京一子どもの未来を造形から考える, 公益財団法人美育文化協会, 2016.
- 齋藤 亜矢**, チンパンジーに学ぶ造形表現のコツ—絵を描く心の進化と発達, 東洋英和女学院大学保育子ども研究所, 第 10 回保育子どもセミナー, 2017.
- 齋藤 亜矢**, ヒトはなぜ絵を描くのか—チンパンジー研究から洞窟壁画まで, 千曲市さらしなの里歴史資料館, 2017
- 齋藤 亜矢**, 芸術の進化的起源: 人間はなぜ絵を描くのか, にいがた市民大学, 2017
- 齋藤 亜矢**, 絵を描く心の進化と発達, 京都造形芸術大学こども芸術大学瓜生山セミナー, 2017
- 齋藤 亜矢**, 想像する心の起源—ヒトはなぜ絵を描くのか, 京都国際福祉センター治療教育講座 2017
- 齋藤 亜矢**, ヒトはなぜ絵を描くのか—芸術認知科学への招待, 第 54 回全国幼年美術の会 夏季大学, 2017
- 齋藤 亜矢**, ヒトはなぜ絵を描くのか, 中京保育研究会, 京都市中京区総合庁舎 2017
- 齋藤 亜矢**, 絵を描く心の起源を探る: チンパンジー、子ども、クロマニヨン人、そして青谷びと, 青谷かみじち遺跡土曜講座, 鳥取県埋蔵文化財研究センター, 2017
- 齋藤 亜矢**, 絵を描く心の起源を探る, 第 12 回人工知能美学芸術研究会, 2017
- 齋藤 亜矢**, 絵を描くところの起源, 第 38 回京都保育問題研究会講座, 2018

<テーマ2>

- 後藤真澄** EPA 送り手国と受入国の看取りケアの比較研究、日本看護科学学会、2017
- * **後藤真澄** 認知症高齢者のケアの場における終末期ケアの特性と課題に関する文献検討(日本在宅ケア学会)、2016
- * **森田直子**、片桐史恵、徐明仿 介護学生の死生観と関連要因の検討 人間福祉学会 2015
- Miwa, K.** Contract Rigidity and Timeliness of Accounting Information, (with Y. Murakami, A. Shiiba, and S. Taguchi) 日本ディスクロージャー研究学会第 3 回 JARDIS Workshop, 慶應義塾大学, 2018.
- 三輪一統**, 「強制的な情報開示と情報獲得行動: 複占市場実験による検証」第 21 回実験社会科学カンファレンス, 関西大学, 2017.

三輪一統、「強制的な情報開示と情報獲得行動: 複占市場実験による検証」日本ディスクロージャー研究会第2回 JARDIS Workshop, 北九州市立大学, 2017.

Miwa, K. Are IPOs 'Overpriced'? Strategic Interactions between the Entrepreneur and the Underwriter, (with S. Taguchi and T. Yamamoto) 2016 Vietnam Symposium in Banking and Finance, Vietnam National University, Hanoi, Vietnam, November 18, 2016.

Miwa, K. Are IPOs 'Overpriced'? Strategic Interactions between the Entrepreneur and the Underwriter by Lying, (with S. Taguchi and T. Yamamoto) 28th Asian-Pacific Conference on International Accounting Issues, Maui, USA, November 7, 2016.

Miwa, K. Are IPOs 'Overpriced'? Strategic Interactions between the Entrepreneur and the Underwriter by Lying, (with S. Taguchi and T. Yamamoto) 6th International Conference on Business and Economics Research, Vancouver, Canada, September 23, 2016.

三輪一統、「減損会計と透明性: 経営者と監査人における意見対立の開示効果の実験研究」(田口聡志・藤山敬史と共同報告)日本会計研究学会第75回大会, 静岡コンベンションアーツセンター(グランシップ), 2016.

Miwa, K. Are IPOs 'Overpriced'? Strategic Interactions between the Entrepreneur and the Underwriter by Lying, (with S. Taguchi and T. Yamamoto) Tokyo Accounting Workshop, 東京大学, 2016 日.

Miwa, K. Strategic Commitment and Lying: An Experimental Study on the Interaction between Entrepreneur and Underwriter, (with S. Taguchi and T. Yamamoto) The 6th International Conference of The Japanese Accounting Review, Kobe University, Japan, December 19, 2015.

三輪一統、Why do people tell lies? 行動経済学会第9回大会, 近畿大学, 2015.

第2章 地域住民の現状についての調査

第1節 地域住民の認知症についての意識

1. はじめに

厚生労働省(2015)によると、日本の認知症患者数は2012年時点で約462万人、65歳以上の高齢者の約7人に1人と推計されている。認知症高齢者の増加の伴い、新聞やテレビでも認知症を取り上げた番組が数多く報道されている。また、家族や身近に認知症の人がいるなど、認知症に接する機会も増えている。厚生労働省は「認知症の人は精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意志が尊重され、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」の実現を目指すとしている¹⁾。この実現のため、2005年度より「認知症を知り地域をつくる10か年」、「認知症地域支援体制構築等推進事業」のモデル事業、認知症サポーター100人キャンペーン、オレンジプランなど様々な事業が行なわれている。さらに、厚生労働省(2015)は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、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し、新たに「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定した。新オレンジプランは、認知症の理解を深めるための普及・啓発の推進に、「認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施」、「認知症サポーターの養成と活動の支援」、「学校教育などにおける認知症の人を含む高齢者への理解の推進」を提案した²⁾。こうした状況の中で、認知症について一般住民の意識も高まっていることが予想される。しかしながら、認知症に対する一般の住民の意識はいまだに十分とは言えない。例えば、地域住民を対象とした金(2011)³⁾の研究では認知症に対する接し方が分からないと感じる人が3分の2に達すると報告した。また、本間の研究⁴⁾では、3割近くの人が認知症になった場合、「どの医者に見せればよいかわからない」、「どのような介護サービスを受けられるかわからない」、「どこへ相談したらいいかわからない」などの不安を感じていることを示した。

一方、杉山ら(2013)⁵⁾は認知症に対する肯定的態度が高いほど、早期に受診を勧めようとする意向が高いこと、また認知症に対する否定的態度が高いほど早期発見の遅延や診断の拒否などの態度が形成されることを報告した。したがって、認知症の早期発見、早期受診と地域での生活の継続のために、認知症に対する一般住民の意識を高めることが求められる。杉原(2005)⁶⁾と金(2011)³⁾は、認知症の記憶障害や見当識障害についての知識が比較的によく知られていることを報告した。また、杉原(2005)⁶⁾の研究では、年齢が高いほど認知症の知識が低くなること、約8割の人が認知症になることへの不安感を抱いていたことが示された。

先行研究の結果は、地域で認知症の人を支えるためには、認知症に関する知識や認知症への正しい理解が必要であることを示唆した。一方、認知症は進行性の病気であり、現在の医療で根本的な治療は困難であるが、生活習慣病の予防やバランスの良い食生活、禁煙などにより進行を遅らせ、あるいは、発症を予防することがある程度可能である⁷⁾。こうした経緯から、一般住民による認知症予防のための努力、認知症に対する態度、地域活動や地域の認知症高齢者との関わりなどの現状把握に基づいて今後の地域活動の方向性を考えることが重要と考えられる。しかしながら、先行研究には、一般住民による認知症の知識、態度等についての個別的な研究はあるものの、認知症予防のための一般住民の努力を含めた先行研究は見当たらない。そこで、本研究では、認知症の知識、認知症への態度のみでなく認知症予防のための努力を同時に調査し、これらの項目の相互関係を解析するとともに、地域に根差した認知症ケアを考察することを目的とした。

2. 方法

(1) 調査対象と方法

本研究では、岐阜県 A 市の 3 つの地区住民を対象に、無記名の質問紙調査票を配布した。「ご回答頂く方の年齢制限はございませんが、家族の中にご高齢の方がおられる場合にはご高齢の方から優先的にご回答頂ければ幸いです。」とお願いした。一軒 2 部、合計 8638 部の依頼文と質問紙を 3 つの地区の各戸に直接配布し、調査対象者には調査の目的・内容に同意した場合のみ回答し、返信するように依頼した。調査期間は 2016 年 1 月 15 日～2016 年 2 月 26 日とし、1208 部(回収率 13.98%)を回収した。

A 市は人口が 148446 人、65 歳以上の高齢者数が 39142 人、高齢化率が 26.4%である。この高齢化率は全国の高齢化率 26.7%とほぼ同じである。なお、調査に当たっては A 市高齢福祉課および各関連自治会連合に趣旨を説明し同意を得、さらに、調査に先立って調査を実施することを自治会の回覧で地域住民に周知した上で調査を実施した。

調査対象とした 3 つの地区はいずれも住宅地で、商業地区に隣接する住宅地区、都市の中心からやや離れた住宅地区、および、造成後 40 年余を経過する団地である。

(2) 倫理的配慮

調査対象者には書面にて調査の目的や方法、個人情報などの取り扱い、協力の有無によって不利益が生じないことを説明した。調査対象者の自由意志とプライバシー保護の観点から、調査で得られたデータを研究以外に使用せず、個人のプライバシーに十分配慮することを依頼文に明記し、調査票の返送により、研究への同意とした。また、所属機関の中部学院大学の倫理委員会の承認(通知番号 E15-0015)を得た。

(3) 調査内容

調査内容は、(1) 調査対象者の基本属性、(2) 認知症の知識、(3) 認知症予防の努力、(4) 認知症への態度、(5) 認知症への心配と相談先などである。基本属性として、性別、年齢、同居家族人数、現在の地域での居住年数、居住地域の自治会名について質問した。認知症の知識については、「Q1. 認知症の初期症状」、「Q2. 認知症の方が利用できるサービス」、「Q3. 認知症の方に対する接し方」、の計 3 項目とした。認知症予防への努力については、「Q4. 認知症予防のために努力していることがありますか?」の 1 項目とした。認知症への態度については、「Q5. 近所に認知症の方がおられた場合どうしますか?」、「Q6. 高齢者施設が自宅の近くにできる場合どのように思われますか?」、「Q7. 地域の認知症高齢者のためにボランティアとして活動したいと考えておられますか?」、「Q8. 高齢者がお互いに可能な支援を行う仕組みについてどのように考えられますか?」、の計 4 項目とした。認知症への心配と相談先については、「Q9. ご自身が認知症になる可能性について、考えたり、心配したりしたことがありますか?」、「Q10. 認知症の可能性が心配になった時、どこに相談に行かれますか?」、「Q11. 地域包括支援センターが行っている認知症予防や認知症早期発見の活動をご存知ですか?」、「Q12. 地域包括支援センターを利用したことはありますか?」、の計 4 項目とした。調査に用いたアンケートの内容は本論文の終わりに載せた。

(4) 分析方法

クロス集計において比較する項目のどちらか一方にアンケート未回答によるデータ欠損がある場合は集計の対象から除外した。

認知症の知識の程度を定量化するために、認知症の知識に関する 3 項目(「問1. 認知症の初期症

状」、「問3. 認知症の方が利用できるサービス」、「問4. 認知症の方に対する接し方」)の回答を以下の方法で点数化した。複数回答可なので、1つの回答項目を1点とし、チェックした回答項目の数によって、点数を求めた。認知症予防の努力についても同様の方法で点数化して比較した。認知症への態度については、4つの質問項目からなっており、項目毎に一つしか選択できない。そこで、肯定的な回答を1点とし、合計点を求めた。例えば、「近所に認知症の方がおられた場合どうしますか？」について、「できるだけ声掛けをし、かかわりを持つように努力する」を1点とし、それ以外の回答を0点とした。他の3項目の質問も同様の方法で点数化し合計点を求め、認知症への態度の点数とした。

統計処理はSPSSによる、Mann-Whitney検定、Kruskal Wallis検定、カイ2乗検定、t検定、一元配置分散分析、Spearman 検定を用いた。

3. 研究結果

(1) 調査対象者の基本属性

調査対象者の基本属性とその比率(未記入を除く)を表2-1-1に示す。性別は女性が674人(54.5%)、男性が526人(45.5%)、と女性が多かった。年齢は65歳以下が374人(31.4%)、65歳から74歳までの前期高齢者が464人(39.0%)、75歳以上の後期高齢者が352人(29.6%)と前期高齢者が多かった。男女の年齢比較では、男性の平均年齢が69.5歳、女性の平均年齢が65.0歳であり、その差は統計的に有意であった(t検定、 $p<0.01$)。自身を含めた家族人数は一人暮らしが120人(10.0%)、2人が558人(46.5%)、3人以上が521人(43.5%)であった。

表2-1-1 調査対象者の基本属性

基本属性		人数	比率
性別	男性	526	45.5
	女性	674	54.5
年齢	65歳以下	374	31.4
	前期高齢者	464	39.0
	後期高齢者	352	29.6
家族構成	一人暮らし	120	10.0
	2人	558	46.5
	3人以上	521	43.5

(2) 認知症の知識

認知症の初期症状についての知識の結果を図2-1-1に示す。認知症の初期症状の知識については、「同じことを何度も聞く」(83.6%)が最も高く、次いで「置き忘れ、紛失が多い」(82.3%)、「話のつじつまが合わない」(74.9%)、「時間・場所が分からない」(74.7%)、「着替えや身だしなみを気にしなくなる」(61.6%)、「調理など複雑な作業が不得意になる」(59.3%)、「日課としていた趣味や活動をしなくなる」(58.9%)、「これまでと人柄が変わる」(54.2%)の順であった。

認知症の方が利用できるサービスについての知識の結果を図2-1-2に示す。「訪問サービス」(50.9%)が最も高く、次いで「通所サービス」(47.8%)、入所サービス(46.3%)、「短期滞在サービス」(39.2%)、「福祉用具購入・貸与」(28.1%)、「居宅介護住宅改修」(25.0%)の順であった。「知らない」と回答した人は全回答者の32%を占めていた。

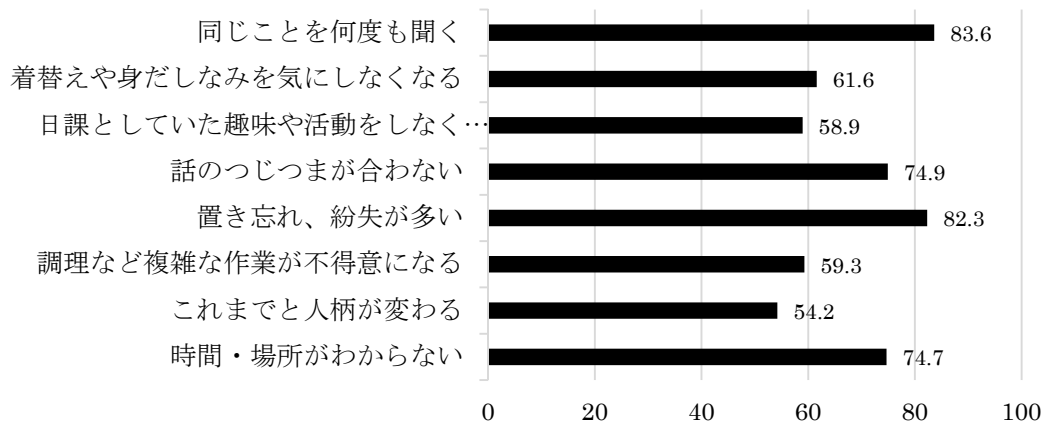


図 2-1-1 認知症初期症状の知識 横軸の数値は%表記

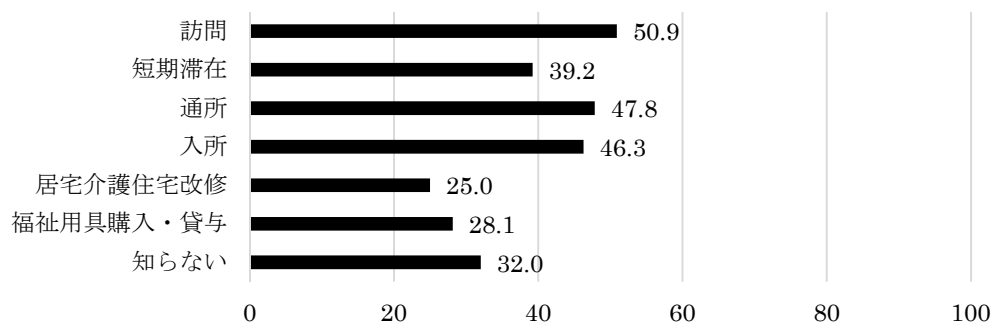


図 2-1-2 認知症の方が利用できるサービスについての知識。横軸の数値は%表記

認知症の方に対する接し方についての知識の結果を図 2-1-3 に示す。「本人の行動や発言をあからさまに否定しない」(71.7%)が最も高く、次いで「本人の自尊心を傷つけない」(68.1%)、「本人の気持ちに寄り添う」(58.5%)、「本人のペースに合わせる」(51.7%)の順であった。「知らない」と回答した人は全回答者の 20.4%を占めていた。

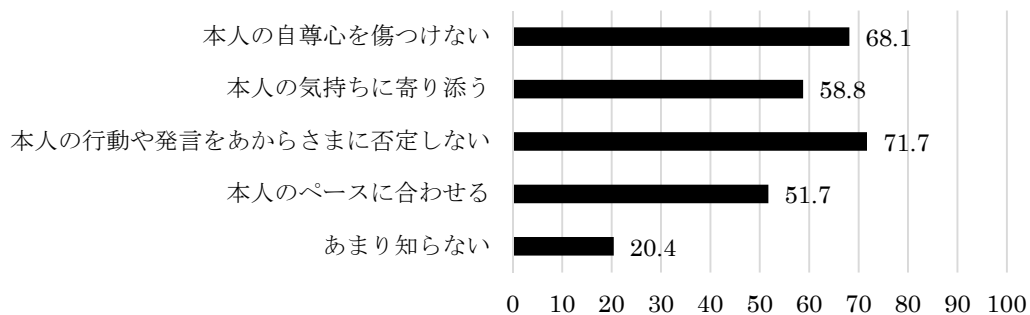


図 2-1-3 認知症の方に対する接し方についての知識。横軸の数値は%表記

次に、認知症の知識と調査対象者の性別、年齢、家族人数との関係について、解析した。知識の3項目（認知症の初期症状、認知症の方が利用できるサービス、認知症の方に対する接し方）については、研究方法で記載した方式で定量化し、比較を行った。男女別比較では、「認知症の方が利用できるサービス」と「認知症の方に対する接し方」については、女性が男性よりよく知っていた(t検定, $p < 0.01$)。年齢別と家族人数による比較では、3項目すべて統計的に有意な差はなかった(一元配置分散分析, $p > 0.05$)。

表 2-1-2 認知症の知識(男女別、年齢別、家族人数別比較)

基本属性	初期症状の知識		利用できるサービス		接し方	
	値	有意性	値	有意性	値	有意性
男性	5.01	ns	1.90	**	2.10	*
女性	5.91		2.75		2.83	
65歳以下	5.67	ns	2.38	ns	2.44	ns
前期高齢者	5.44		2.33		2.57	
後期高齢者	5.40		2.44		2.48	
1人	5.79	ns	2.63	ns	2.81	ns
2人	5.49		2.34		2.46	
3人以上	5.44		2.35		2.48	

注:**は1%有意である

(3) 認知症予防への努力

認知症予防のために努力していることについて、「体を動かす運動をしている」が49.8%と最も多く、次いで「バランスの良い食事に心がけている」が46.5%、「口腔ケアに注意している」が37.1%、「趣味サークルなどに参加している」が36.9%などであった。「特に何もしていない」と回答した人は全回答者の24.3%を占めていた。「ご自身が認知症になる可能性の心配」の度合いと認知症予防

のための努力の選択項目数を比較したところ、心配の度合い高い住民で予防の努力が多く行われていた(一元配置分散分析、 $p<0.01$)。

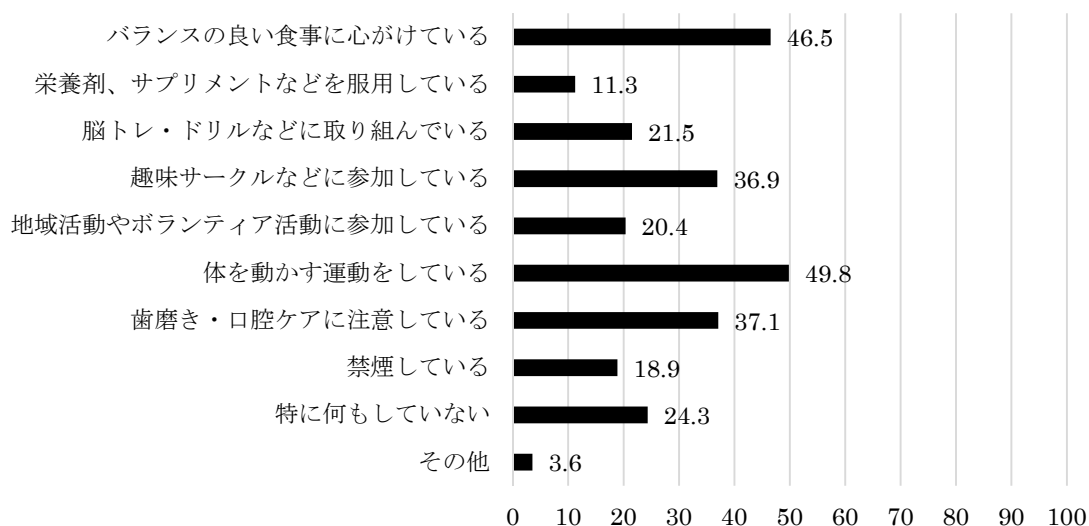


図 2-1-4 認知症予防のために努力していること。横軸の数値は%表記

男女別、年齢別と家族人数による比較を表 2-1-3 と表 2-1-4 に示した。男女別比較では禁煙を除き、女性で積極的に予防の努力をしていた。また、予防のための努力は高齢者で、また一人暮らしで積極的な傾向があった。

表 2-1-3 認知症予防のために努力していること(男女比較)

回答項目	男性(M)	女性(F)	有意差
食事バランス	35.4	55.3	F > M**
栄養剤など	9.5	12.5	ns
脳トレ	16.5	25.5	F > M**
趣味サークル	27.4	44.7	F > M**
ボランティア活動	16.5	23.6	F > M**
体を動かす運動	49.6	50.3	ns
口腔ケア	29.1	43.3	F > M**
禁煙	24.0	14.8	M > F**
何もしていない	29.5	20.0	M > F**

注:1) 表の中の数値は%表記

2) 統計はカイ2乗検定(*は5%有意、**は1%有意、nsは有意差なし)

表 2-1-4 認知症予防のために努力していること(年齢、家族人数による比較)

回答項目	65歳以下	前期高齢者	後期高齢者	有意差	1人	2人	3人以上	有意差
食事バランス	34.8	52.4	51.7	**	57.5	48.7	41.8	**
栄養剤等	8.6	11.4	13.4	*	17.5	11.8	9.0	*
脳トレ	13.1	24.6	25.9	*	28.3	24.9	16.3	**
趣味サークル	21.9	45.3	41.5	**	40.0	43.9	28.6	**
ボランティア	8.8	25.4	26.1	**	26.7	22.2	17.3	*
体を動かす	31.8	59.7	56.8	**	62.5	53.4	43.4	**
口腔ケア	21.4	40.9	48.9	**	45.0	39.1	33.0	*
禁煙	11.5	21.1	23.9	**	20.8	19.4	18.0	ns
していない	41.7	15.1	17.9	**	16.7	19.4	31.7	**

注:1)表の中の数値は%表記

2)統計はカイ2乗検定(*は5%有意、**は1%有意、nsは有意差なし)

(4)認知症への態度

近所に認知症の方がおられた場合の対応について、「できるだけ声掛けをしてかわりを持つように努力する」と回答した人は全回答者の30%を占めていた。一方、66%の回答者は「特別な対応を考えていない」と回答した。男女別比較では、女性は男性より関わりをもつように努力していた(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。年齢別比較では後期高齢者と前期高齢者が65歳以下の人より関わりをもつように努力していた(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。家族人数による比較では、1人と2人暮らしの人は3人以上より関わりをもつように努力していた(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。

自宅の近くに高齢者施設ができる場合の態度について、「必要な時に利用しやすいので歓迎する」と回答した人は全回答者の69%を占めていた。一方、24%の回答者は「あまり関心はないので反対も歓迎もしない」と回答した。男女別比較では、女性は男性より積極的な態度を持っていた(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。年齢別比較では、高齢者は65歳以下の人より積極的な態度を持っていた(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。家族人数による比較では、統計的に差はなかった(カイ2乗検定、 $p>0.05$)。

地域の認知症高齢者のためのボランティア活動について、「現在すでに参加している」が7%、「現在は参加していないが参加したいと考えている」が37%、合わせ44%であった。一方、「参加したくない」と回答した人は全回答者の46%を占めていた。男女別比較では、女性は男性よりボランティア活動への意欲が高かった(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。年齢別比較では、高齢者は65歳以下の人よりボランティア活動への意欲が高かった(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。家族人数による比較では、統

計的に差はなかった(カイ2乗検定、 $p>0.05$)。

高齢者がお互いに可能な支援を行う仕組みの互助会について、「必要であり、あれば自身も参加したい」が34%、「必要性は認めるが、参加したくない」が21%、「わからない」が40%であった。男女別比較では、女性は男性より互助会の必要性を認めていた(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。年齢別比較では、高齢者は65歳以下の人より互助会の必要性を認めていた(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。家族人数による比較では、統計的に差はなかった(カイ2乗検定、 $p>0.05$)。

(5) 認知症への心配と相談先

自身が認知症になる心配について、「いつも心配している」、「時々気になっている」、「たまに考えることがある」を合わせて、全回答者の86%を占めていた。男女別の比較では、男性より女性が高い比率を示した(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。年齢別比較では、年齢が高くなるにつれて、認知症への心配が増加した(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。後期高齢者の22.7%が「いつも心配している」と回答した。家族人数による比較では、一人暮らしの回答者は、最も心配で、23.3%が「いつも心配している」と回答した(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。

次に、認知症の可能性が心配になった時の相談先についての結果を図5に示す。「かかりつけ医」が58.0%と最も多く、次いで「家族」が52.2%、「病院の認知症専門外来」が52.0%、「地域包括支援センター」が23.4%、「行政機関」が8.4%であった。一方、「どこに相談してよいかわからない」と回答した人は全回答者の11.3%を占めていた。男女別比較では、「かかりつけ医」、「地域包括支援センター」と「家族」について、女性は男性より高い比率であった(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。一方、「どこに相談してよいかわからない」について、女性(8.9%)より男性(14.6%)が高い比率を示した(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。年齢別比較では、「病院の認知症専門外来」について、65歳以下の人(62.3%)は前期高齢者(51.1%)や後期高齢者(42.9%)より高い比率を示した。一方、「かかりつけ医」と「地域包括支援センター」について、後期高齢者(64.5%、30.1%)が前期高齢者(57.8%、24.1%)や65歳以下の人(52.7%、16.0%)より高い値を示した(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。家族人数による比較では、これら3群間は統計的に差がなかった(カイ2乗検定、 $p>0.05$)。

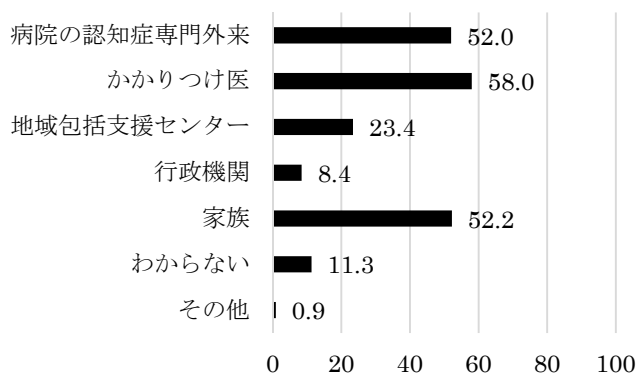


図 2-1-5 認知症の可能性が心配になった時の相談先。横軸の数値は%表記

地域包括支援センターが行っている認知症予防や早期発見の活動について、全回答者の 18% は「知っている」と回答した。一方、「あまり知らない」と「全く知らない」と回答した人を合わせると、全回答者の 81%を占めていた。男女別比較では、女性は男性よりよく知っていた(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。年齢別比較では、年齢が高くなるにつれて、よく知っていた(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。後期高齢者は一番よく知っていた。家族人数による比較では、1 人暮らしの人は最も良く知っていた(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。

地域包括支援センターの利用について、「利用したことがある」が 12%、「利用したことはないが、利用してみたい」が 38%、「利用したことはないし、利用する必要もない」が 45%であった。男女別比較では、女性は男性より積極的であった(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。年齢別比較では、年齢が高くなるにつれて、地域包括支援センターへの利用に積極的な態度を持っていた。後期高齢者は最も積極的であった(カイ2乗検定、 $p<0.01$)。

(6) 認知症の知識・認知症予防の努力・認知症への態度の相互関係

認知症の知識、認知症予防の努力と認知症への態度の間について、分析方法に示された点数化の方法により、解析を行った。解析の結果を図 2-1-6、2-1-7、2-1-8 に示す。図 2-1-6 は横軸が認知症への態度で数値が大きくなるに従って態度が積極的であることを示す。奥行方向の軸は認知症の知識で奥に行くほど知識レベルが高いことを示す。縦軸はそれぞれの条件で回答した人の人数である。奥に行くほどピークが右に移動するので、認知症の知識レベルの高い人ほど認知症への態度が積極的であることを示す。

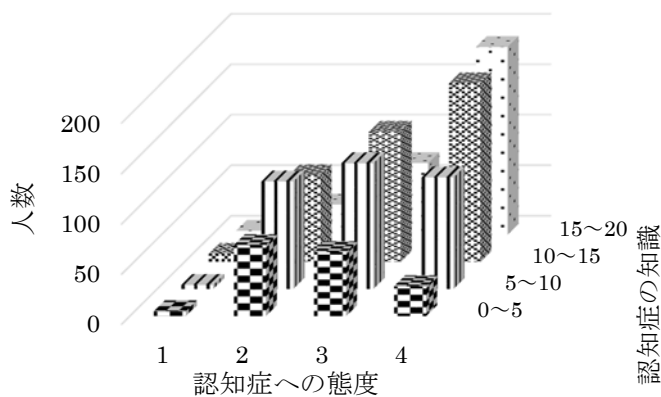


図 2-1-6 認知症の知識と態度の間関係

図 2-1-7 は横軸が認知症予防への努力で数値が大きくなるに従って努力が増えることを示す。奥行方向の軸は認知症の知識で奥に行くほど知識レベルが高いことを示す。縦軸はそれぞれの条件で回答した人の人数である。奥に行くほどピークが右に移動するので、認知症の知識レベルの高い人ほど認知症予防の努力が増えることを示す。

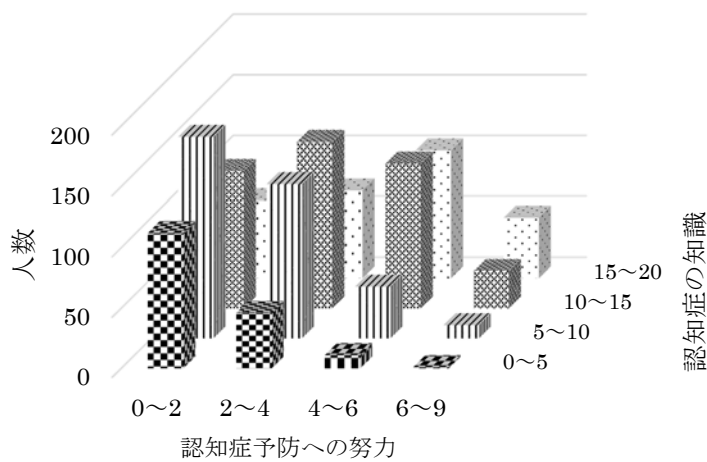


図 2-1-7 認知症の知識と予防努力の関係

図 2-1-8 は横軸が認知症予防への努力で数値が大きくなるに従って努力が増えることを示す。奥行方向の軸は認知症への態度で数値が大きくなるに従って態度が積極的であることを示す。縦軸はそれぞれの条件で回答した人の人数である。奥に行くほどピークが右に移動するので、認知症の態度が積極的であるほど認知症予防の努力が増えることを示す。したがって、認知症の知識が高いほど、認知症への態度と認知症予防への努力も積極的であった (Spearman 検定、 $p < 0.01$)。認知症予防のために、積極的的努力している方は認知症への態度も肯定的であった (Spearman 検定、 $p < 0.01$)。

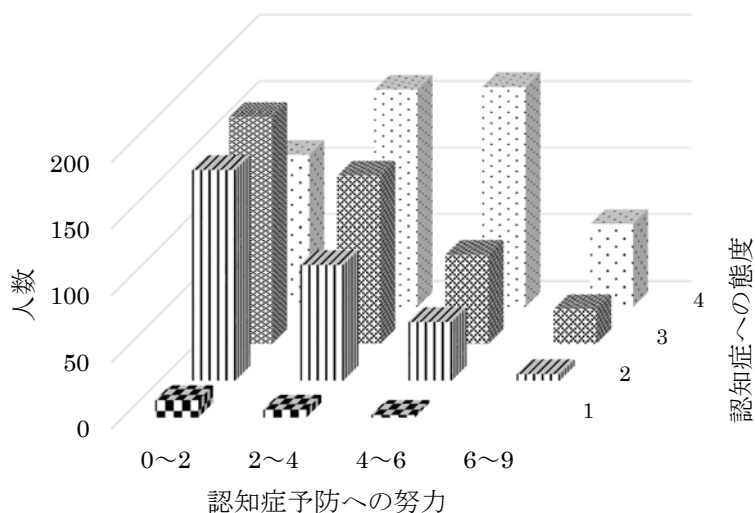


図 2-1-8 認知症への態度と予防努力の関係

4. 考察

本研究では、地域住民を対象に、認知症の知識、認知症予防への努力、認知症への態度と認知症への心配と相談先について、研究調査を行った。十数年前と比較して、認知症への関心の高まり、知識の普及の傾向が見られた。しかしながら、利用できるサービスについての知識や、地域包括支援センターについての理解が低いなど、今後の課題も読み取れた。男女比較では、女性が認知症の知識が高く、認知症予防、認知症に対する態度、地域へのかかわりにも積極的であった。一方、自分自身が認知症になる心配も高かった。年齢による比較では、65歳以上の方は自分自身が認知症になる心配が高く、認知症予防、認知症に対する態度と地域へのかかわりにも積極的であった。また、一人暮らしの方は認知症の知識が高く、認知症予防に積極的に努力していた。

(1) 地域住民の認知症の知識及び地域住民の基本属性との関連

認知症初期症状の知識についての回答を見ると、「同じことを何度も聞く」、「置き忘れ、紛失が多い」が8割以上と高く、次いで、「話のつじつまが合わない」、「時間・場所が分からない」が7割以上であった。杉原(2005)⁶⁾と金(2011)³⁾も、認知症の記憶障害や見当識障害についての知識が比較的によく知られていることを報告した。オレンジプランの実施に伴い、認知症をテレビや新聞で取り上げることが多くなり、また、各地域も積極的に啓発活動などに取り組んでいるため、認知症に関する一般的な知識は地域住民に普及していると考えられる。一方、認知症の方が利用できるサービスについては、「訪問サービス」が50.9%と最もよく知られ、訪問サービス以外はすべて5割以下であった。また、「知らない」と回答した人は全回答者の32%を占めた。少し古いデータではあるが、本間(2001)⁴⁾の研究では、身近の人が「老年期痴呆」になった場合の介護形態について、「専門的なサービスを積極的に利用したい」が「できるだけ家族で世話したい」を大きく上回ったと報告した。今回の調査結果では、利用できるサービスの知識が未だに十分普及していないことが示された。今後、認知症の方が利用できるサービスの知識を普及させることが望まれる。認知症の方に対する接し方については、「本人の行動や発言をあからさまに否定しない」(71.7%)がもっと高く、次いで「本人の自尊心を傷つけない」(68.1%)であった。一方、「知らない」と回答した人は全回答者の20.4%を占めた。一方、同じく地域住民を対象とした金(2011)³⁾の研究では認知症に対する接し方が分からないと感じる人が3分の2と高率であった。先行研究^{3, 8, 10, 11)}は認知症に関する知識が認知症の人に対する態度形成に関連することを指摘した。そうした視点に立てば、今後、地域住民を対象とする認知症の知識の普及が重要な課題となる。

回答者の基本属性と認知症の知識を分析した結果、男女別比較では、知識の3領域(「初期症状」、「利用できるサービス」、「接し方」)について、男性より、女性がよく知っていた。この結果は、金(2011)³⁾および本間(2001)⁴⁾の研究結果と一致していた。年代別比較では、知識の3領域すべてについて統計的に有意な差がなかった。一方、杉山(2014)⁴⁾と杉原(2005)⁶⁾の研究では、年齢が低いほど認知症の知識量が高いと報告しており、本研究と異なる結果であった。家族人数による比較では、「認知症の方に対する接し方」について、1人暮らしの方は2人以上の家族構成よりよく知っていた。一人暮らしの中老年層は頼れる家族が近くにいないため、認知症についての知識な

どに関心を向けていると予想される。

(2) 認知症予防への努力と地域住民の基本属性との関連

認知症予防のために努力していることについて、「運動」、「バランスの良い食事」、「口腔ケアに注意する」、「趣味サークルに参加する」が比較的によく挙げられた。男女別、年齢別と家族人数による比較では、全体的に女性で、65歳以上で、一人ぐらいの人は認知症予防のために最も積極的に努力していた。一方、認知症への心配について、女性で、65歳以上で、一人暮らしの人は最も心配していた。認知症の心配の度合いの高い住民で予防に積極的な傾向にあった。これらの結果は常識的な結果ではあるが、データとして確認することができた。

(3) 認知症への態度と地域住民の基本属性との関連

近所に認知症の方がおられた場合の対応について、66%の回答者は「特別な対応を考えていない」と回答した。一方、「できるだけ声掛けをして関わりを持つように努力する」と回答した人は全回答者の30%を占めた。黒田ら(2011)⁹⁾の研究では、認知症の人とかかわりのある人において、認知症受容度が高いことが示された。今後、地域で認知症の人を守るためには、認知症の人との関わりを増やす環境作りが重要であることが示唆された。

自宅の近くに高齢者施設ができる場合の態度について、全回答者の69%は「必要な時に利用しやすいので歓迎する」と回答した。高齢化が進んでいるので、一般住民の高齢者施設への受容的な態度も高くなったことが考えられる。

地域の認知症高齢者のためのボランティア活動について、「現在すでに参加している」と「現在は参加していないが参加したいと考えている」を合わせて、44%であった。一方、「参加したくない」人は全回答者の46%を占めていた。

高齢者がお互いに可能な支援を行う互助会について、55%の回答者はその必要性を認めていた。参加した人は34%であった。地域で認知症の人を守るために、地域住民の理解とサポートが必要である。ボランティア活動や互助会などがあれば、認知症の人の家族の介護負担を軽減するだけでなく、地域のつながりも強くできる。さらに、認知症の知識の普及や認知症の人に対する受容的な態度の形成にも役立つと考えられる。こうした考えはまだ十分普及していないようである。

(4) 認知症への心配と相談先、及び地域住民の基本属性との関連

自分が認知症になる心配について、全回答者の86%は多少心配していると回答した。本間(2001)⁴⁾の研究では、自分が「老年期痴呆」のなることへの不安の有無を尋ねたところ、わずかでも不安を抱えている者は4割程度であった。本研究の結果は本間の研究結果を大きく上回った。一方、杉原の研究(2005)⁶⁾では、約8割の人が認知症になることへの不安感を抱いていた。この結果は、本研究の結果と類似している。近年、認知症に対する一般住民の意識が高くなったこと、及び本研究の対象者が65歳以上の方が多いためと考えられる。男女別比較では、女性は男性よりいつも心配していた。女性は認知症の知識を良く知っており、介護に関わる機会も多い

ことが関係しているかもしれない。年齢別比較では、年齢が高くなるにつれて、認知症への心配が増加した。年を取るにつれて、認知症の発病率が高くなることが良く知られているので、高齢になると、認知症への心配も高くなったと考えられる。家族人数による比較では、一人暮らしの人は最も心配していて、2割以上は「いつも心配している」と回答した。認知症になると、中核症状だけでなく、様々な行動・心理症状も出てくる。進行することによって、次第に一人で生活ができなくなることが比較的知られているので、高齢の一人暮らしの人が不安の強いものと思われる。

認知症の可能性が心配になった時の相談先について、「かかりつけ医」、「家族」と「病院の認知症専門外来」が最も多く挙げられた。この結果は、本間(2001)⁴⁾の研究結果と一致している。一方、本間(2001)⁴⁾の研究では認知症が心配されたときの最初の相談先として、公的な機関が全く活用されなかったと指摘したが、本研究では、地域包括支援センターが23.4%、行政機関が8.4%であった。本間の研究は十数年を経過し、近年、地域包括支援センターが認知症の予防と早期発見に積極的に取り組んでいることなど社会環境の変化がその要因の一つであったと考えられる。男女別比較では、男性はどこに相談してよいかわからない人が多かった。男性が介護に関わる機会が少ないことがそうした差をもたらした可能性がある。年齢別比較では、65歳以下の人は「病院の認知症専門外来」を信頼していた。一方、65歳以上の高齢者は家の近くの「地域包括支援センター」と「かかりつけ医」を信頼していた。杉原(2005)⁶⁾は認知症専門外来が認知症啓発活動の重要な担い手となるべきであるが、認知症専門外来そのものの認知率が約3割であり、周知に向けた努力が必要であることを指摘した。高齢者は杉原の調査の頃と類似の傾向があるのかもしれない。

地域包括支援センターが行っている認知症予防や早期発見の活動について、全回答者の81%はあまりあるいは全く知らないと回答した。一方、地域包括支援センターの利用について、「利用したことがある」人が12%、「利用したことはないが、利用してみたい」人が38%であった。地域包括支援センターは要介護状態になる前の要支援、要支援になる前のハイリスクグループ(特定高齢者)を継続的にマネジメントするために運営がされるように法律上の組み立てがされている。2005年から地域包括支援センターが出来上がった以来、10年以上経過しているにもかかわらず、いまだに一般住民の地域包括支援センターへの周知がわずか18%であったことは驚きである。認知症予防と早期発見の重要な役割を果たすために、地域包括支援センターそのものの周知を図る取り組みが必要と考えられる。

認知症への態度と地域包括支援センターについての6つの質問項目において、すべて女性は男性より積極的な態度を持っていた。女性は自分の親や夫の親の介護に関わるが多く、その結果、認知症に関心を持つようになり、認知症への態度と地域との関わりの意識も高い可能性がある。年齢別でみると、高齢者は65歳以下の人より積極的な態度を持っていた。黒田ら(2011)⁹⁾の研究も年齢との関連では、49歳以下の人に比べ、50歳以上で認知症へ受容度が高かったことを示した。本研究の結果と類似していた。年齢が高くなるほど、認知症の可能性が増し、その不安も高くなる。また、配偶者や友人に認知症の人が増えてくる。さらに、65歳以上になり、仕事を辞めたあと、ボランティア活動を行い、地域の認知症の課題などに取り組むケースも増えてくる。こうした状況が高い年齢層で認知症の知識レベルを上げ、認知症に対する積極的な態度の背景にあることが

予想される。一方、今回の調査の回答者は女性が男性より有意に年齢が低かった。男女の違いは年齢による違いを反映したものである可能性が考えられる。

(5) 認知症の知識・認知症予防の努力・認知症への態度の関連

認知症の知識、認知症予防の努力と認知症への態度の相互関係を解析した結果、認知症の知識が高いほど、認知症への態度と認知症予防への努力も積極的であった。また、認知症を予防するために積極的に努力している方は認知症への態度も肯定的であった。この結果は認知症知識の普及は認知症を受け入れる態度形成や予防への促進につながることを示した。一方、杉山ら(2014)は認知症の人に対する良好な態度を形成するために、治療の知識を高めることや認知症の人との交流を持つ機会を設けることが必要であることを示した⁸⁾。また、金ら(2011)の研究でも、認知症の人に対する肯定的な態度を広げていくためには、認知症に関する知識が重要であることを示唆した³⁾。したがって、今後、認知症高齢者が住みやすい地域づくりのために、まず認知症に関する知識を普及することが重要だと考えられる。

参考文献

- 1) 平成 24 年度認知症地域資源連携検討事業. 認知症の本人と家族を地域で支える体制を築いていくために. 認知症地域支援体制地域普及資料(平成 24 年度地域普及セミナー報告集). 2013.
- 2) 厚生労働省. 「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン). 2015.
- 3) 金高閻, 黒田研二, 下藺誠, 他. 認知症の人に対する地域住民の態度とその関連要因. 社会問題研究 2011:60:49-62.
- 4) 杉山京, 川西美里, 中尾竜二, 他. 地域住民における認知症の人に対する態度と認知症の知識量との関連. 老年精神医学雑誌 2014:25:556-565.
- 5) 杉山京, 中尾竜二, 澤田陽一, 他. 地域住民を対象とした家族に認知症症状が見られた場合の受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連. 厚生指標 2013:60(13):22-29.
- 6) 杉原百合子, 山田裕子, 武地一. 一般高齢者がもつアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因の検討. 日本認知症ケア学会誌 2005:4(1):9-16.
- 7) 清原裕. 健康・医療戦略推進本部. わが国における高齢者認知症の実態と対策:久山町研究. 九州大学大学院医学研究院環境医学分野. 2014.
- 8) 本間昭. 地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査. 老年社会科学 2001:23(3):340-351.
- 9) 黒田研二, 金高閻, 鄭小華, 他. 認知症の人に対する地域住民の受容的態度とその関連要因. 社会問題研究 2011:60:27-35.
- 10) 金高閻, 黒田研二. 認知症の人に対する態度に関連する要因:認知症に関する態度尺度と知識尺度の作成. 社会医学研究 2011:28(1):43-55.
- 11) 久保昌昭, 岡本直子, 谷野秀夫, 他. 認知症のある人とのかかわり度からみた一般地域住民への効果的な啓発活動のための分析. 日本認知症ケア学会誌 2008:7(1):43-50.
- 12) *. 王吉彤, 名倉弘美, 三上章允, 認知症に対する地域住民の知識・理解の現状と課題. 第 17 回人間福祉学会, 2016
- 13) *. 王吉彤, 名倉弘美, 三上章允, 認知症に対する地域住民の知識・理解の現状と課題. 中部学院大学・中学院大学短期大学部・研究紀要, 18, 21-30, 2017

* この節の内容は文献 12 として学会発表した後、文献 13 として論文発表した。

第2節 地域在住高齢者の認知機能、運動機能、脳機能

1. はじめに

地域在住高齢者の認知機能、運動機能、脳機能の現状を把握し、認知症発症検出のための基礎資料を得るために、A 市における市民対象の意識調査の結果、高齢化が最も進んでおり、アンケートの回収率も高かった B 地区において地元の町内会および老人会の協力を得て、60 歳以上の在宅高齢者の認知機能、運動機能、脳機能の測定会を行った。測定会は地域の集会所を会場として実施し、参加者には集会所まで出向いていただいた。測定会では、知的機能測定、運動機能測定、体組成を含む身体計測に加え、研究用ポータブル光脳機能イメージング装置 (LIGHTNIRS、島津製作所製、本経費で購入) による脳機能測定 (以降、fNIRS と記載)、体成分分析装置 (InBody570、インボディ社製、他予算で導入) による体組成測定を行った。

2. 方法

(1) 健康状態の測定

まず、健康状態チェックのための、身長、体重、バイタル(血圧、SPO2、脈拍)、問診、ADL(日常生活機能テスト)を行った。ADL の評価には、文部科学省による「新体力テスト」(文部科学省、2001 年 3 月)における 12 項目の質問紙を用いた。また、InBody による体組成計測を行った。その結果を参考に、運動機能計測の経験を持つ教員(有川)が問診を行い、運動機能計測の可否を判定した。なお、ADL 質問紙および判定基準については章末資料として添付した。

(2) 運動機能の測定

運動機能計測として、握力、上体起こし、長座体前屈、開眼片足立ち、6 分間歩行、10m 歩行、10m 障害物歩行、を計測した。

(3) 認知機能の測定

知的機能測定には、ミニ・メンタル・ステート・テスト(MMSE)を用いた。MMSE は、認知症の診断用に米国で 1975 年、フォルスタインらが開発した質問セットである。30 点満点の 11 の質問からなり、見当識、記憶力、計算力、言語的能力、図形的能力などをカバーする。世界的に広く使用されており、一般には、27 点以上で正常と判断し、26-22 点で軽度認知障害の疑い、21 点以下で認知症の疑いとされる。MMSE 質問紙は章末資料として添付した。

(4) 脳機能の測定

fNIRS による脳機能の測定は、57 名の高齢者に対して実施した。測定会の会場ですできるだけ多くの高齢者で測定を行うため、1 名 30 分以内で終了する比較的簡単な課題(GO/GONO 課題)を遂行中に前頭部の局所脳血流を測定した。GO/GONO 課題は、2 種類の図形のいずれかが呈示され、図形 A ではGO反応(ボタン離し)、図形 B ではNOGO反応(ボタン押しっぱなし)を選択する課題である。図形の識別と適切な行動選択、NOGO 反応における行動抑制の必要な課題である。また、3 回正答が連続すると反応図形の意味が逆転し、図形 B で GO 反応、図形 A で NOGO 反応が必要となる。この逆転条件では行動の切り替えが必要となり、「保続」(行動の切り替えのでき

ない症状)があると課題の遂行ができなくなる。さらに、3 回正答が続くと新しい図形が出現する新規条件を導入することにより、新たな行動選択場面を用意した。この課題は前頭葉の機能をテストする課題のひとつであり、前頭葉を損傷するとできなくなる課題である。

3. 結果

(1) 基本属性

測定会参加者が合計 77 名であった。その年齢分布を図1に示す。年齢分布は 60 代が 11 名、70 代が 38 名、80 代が 27 名、90 代が 1 名と 70 代、80 代で 85%を占めた。男女の比較では、男性 28 名、女性 49 名で女性が 63.6%であった。

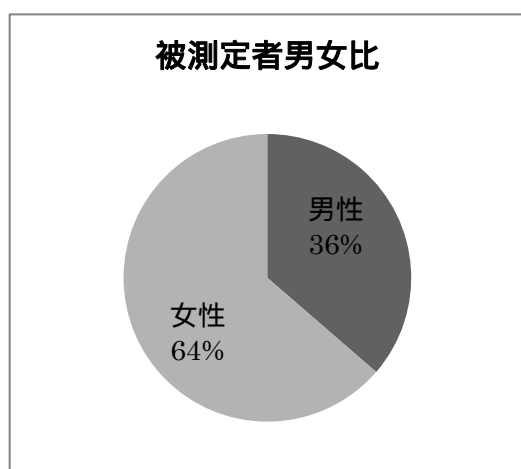


図 2-2-1 被測定者の男女比

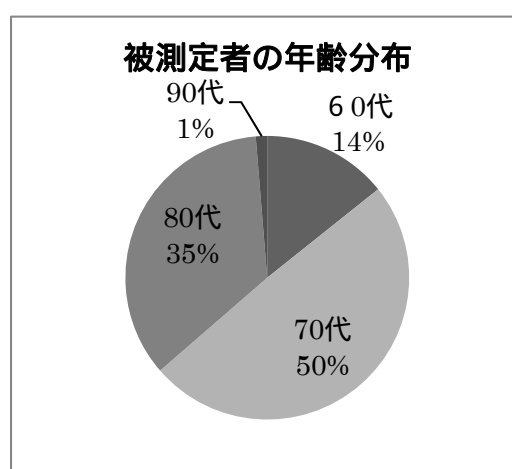


図 2-2-2 被測定者の年齢分布

(2) 運動機能

運動機能は考察に示した全国平均から大きく変異する結果ではなかった。それぞれの項目の測定結果を図 2-2-3 から図 2-2-10 に示した。運動機能の測定値を以下示す。被測定者の平均年齢は 76 歳であったので、()内には 75-79 歳の全国平均値を示す。握力が 25.7kg (男子:35.07、女子:22.49)、上体起こしが 10.1 回 (男子:10.81、女子:6.97)、長座体前屈が 38.6cm (男子 39.18、女子 34.45)、開眼片足立ちが 67.2 秒 (男子:58.39、52.15)、10m障害物歩行が 7.8 秒 (男子:6.74、女子:7.81)、6 分間歩行が 455m (男子:579.19、女子:530.97)、歩行速度が 107.3m/分 (男子:105、女子:87.7)であった。おおむね全国平均と大きな差はなかったが、開眼片足立ちと歩行速度がやや良好で、6 分間歩行が悪い傾向にあった。

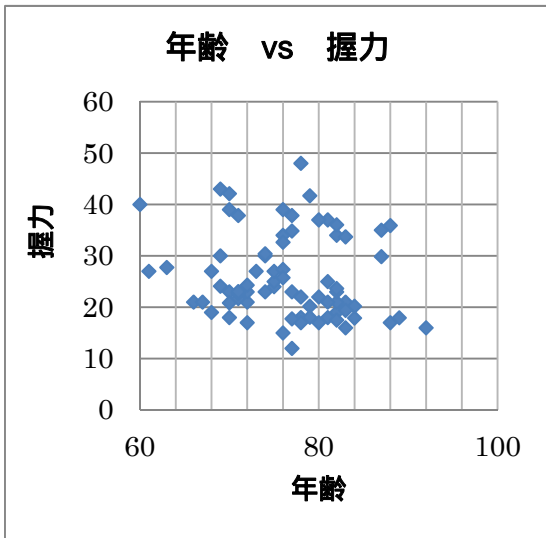


図 2-2-3 握力と年齢

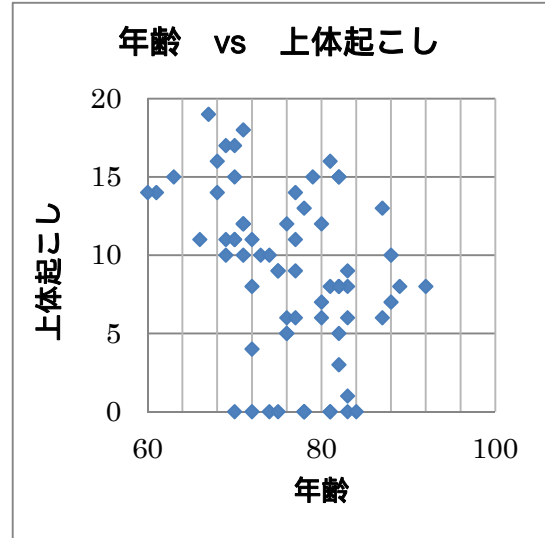


図 2-2-4 上体起こし回数と年齢

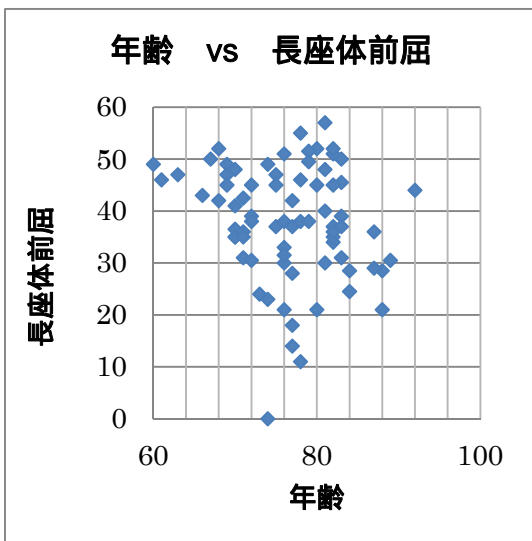


図 2-2-5 長座体前屈(cm)と年齢

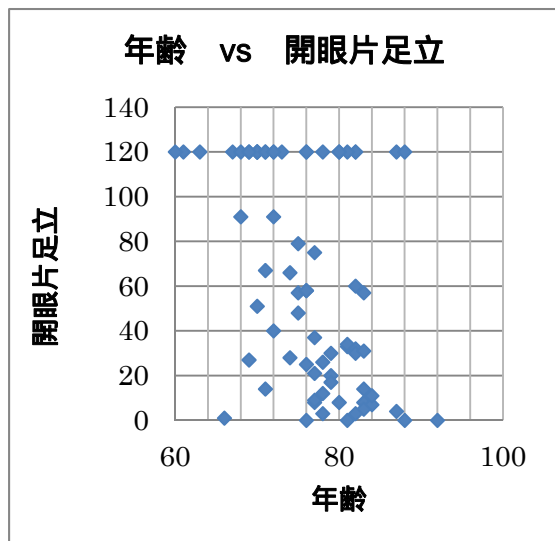


図 2-2-6 開眼片足立時間(秒)と年齢

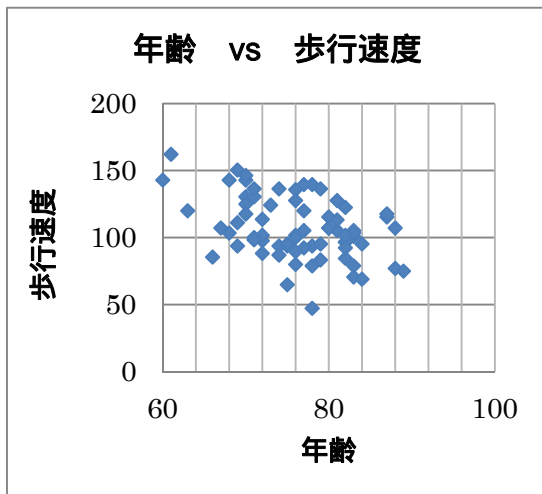


図 2-2-7 歩行速度(m/分)と年齢

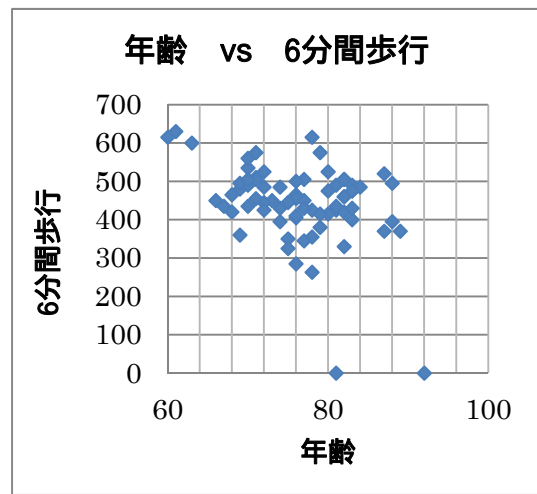


図 2-2-8 6分間歩行(m)と年齢

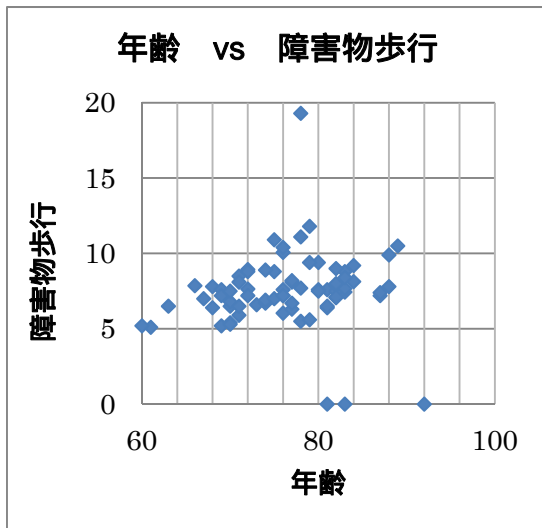


図 2-2-9 10m障害物歩行(秒)と年齢

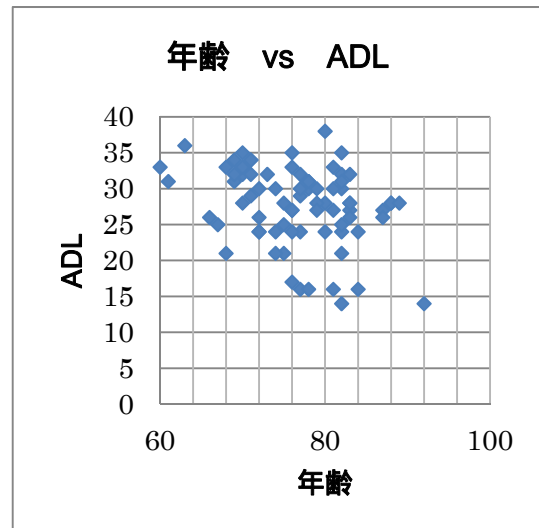


図 2-2-10 ADLと年齢

ADLは、文部科学省 2001 年 3 月発行の「新体力テスト ー有意義な活用のためにー」を用いており、36 点満点で 24 以上であれば、特別な障害がない限り全てのテスト項目について実施可能と判断される。ただし、問 1、3、4、5、6 において回答(1)が含まれる場合、実施可能テスト項目について慎重な検討を要するとされている。今回の測定会では、6 分間歩行、上体起こし、開眼片足立ち及び 10m 障害物歩行テストが実施不可能とされる ADL が 12 以下の被測定者はいなかったが、慎重に実施すべきとされる 23 以下の被測定者が 12 人おり、ADL を含む健康状態の評価および本人の希望に基づき 21 名について一部の運動機能検査の実施を見合わせた。ADL と年齢の関係は図 2-2-10 に示した。なお、図 2-2-11 に示すように歩行速度と ADL には統計的に有意な相関があった。

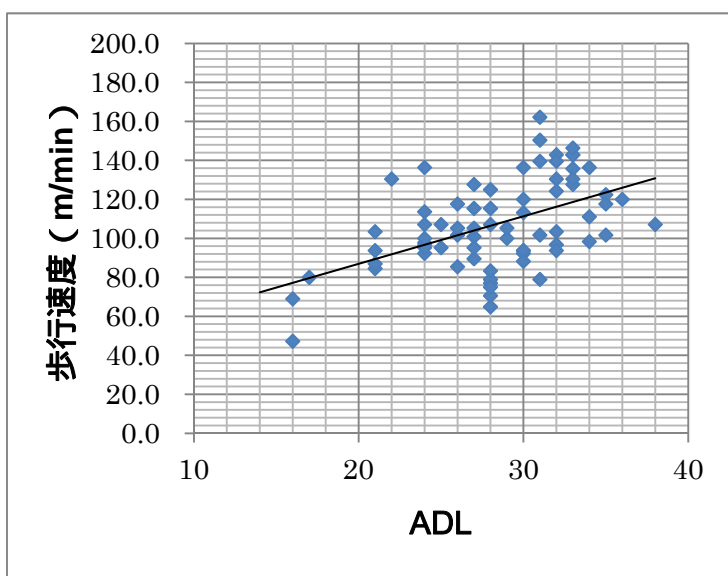


図 2-2-11 ADLと歩行速度(m/分)
統計的に有意な相関があった。(r=0.499)

(3) 認知機能

認知機能の測定はMMSE(Mini Mental State Examination)を用いた。MMSEについては巻末に資料を添付した。このテストは短時間で簡便なため認知症および軽度認知障害(MCI)のスクリーニングに使われるものである。30点満点で22-26点は軽度認知障害の疑い、21点以下は認知症の疑いと判断される。今回の測定会では21点以下の人は一人もおらず、19名が22-26点の範囲の点数であった。

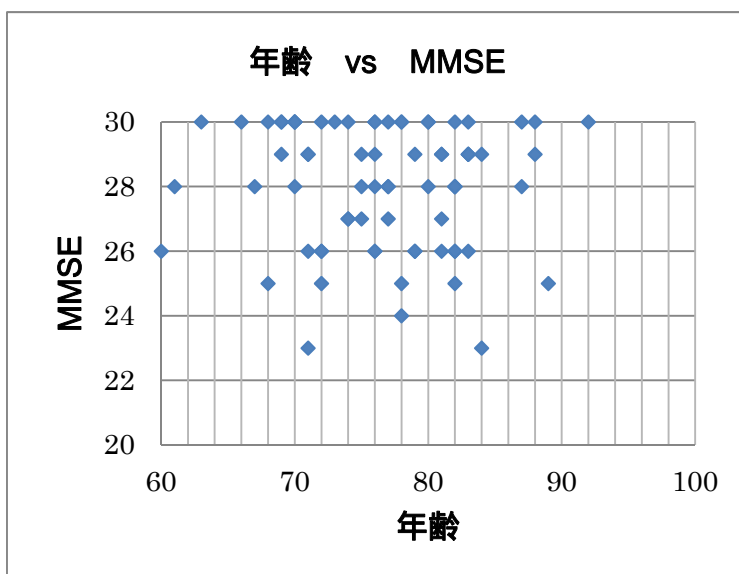


図 2-2-12 年齢とMMSE

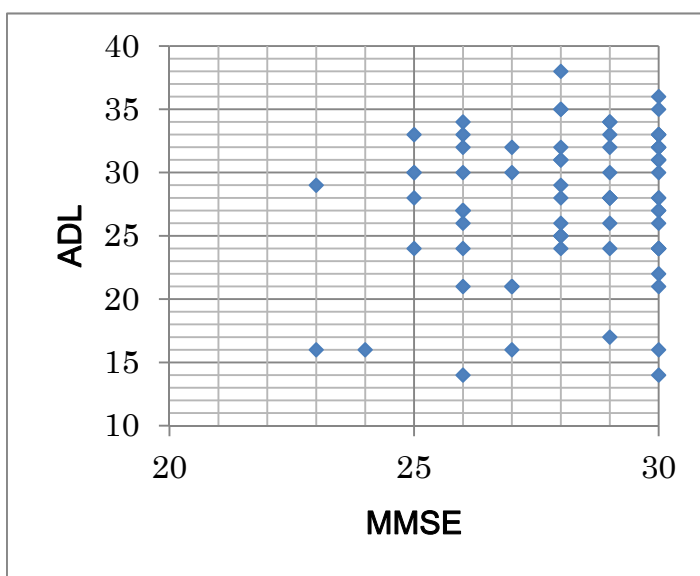


図 2-2-13 MMSE と ADL

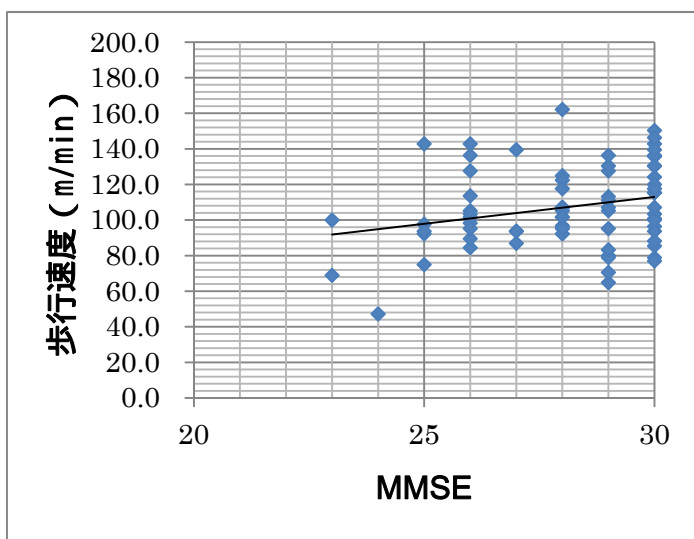


図 2-2-14 MMSE と歩行速度 (m/分)

統計的に有意な相関があった。(r=0.2555)

図 2-2-14 に示すように、MMSE と歩行速度との間には統計的に有意な相関があった。一方、年齢および ADL との間には有意な相関は見られなかった。

(4)脳機能

今回の脳機能測定に参加した地域高齢者はこの課題の遂行には問題がなかった。課題遂行中の局所脳血流は課題遂行中の全経過の観察では、全ての被験者で課題開始からしばらくして脳血流に変化が見られた。また、課題遂行に合わせ加算平均したデータを作成し解析したところ、全被

験者で課題遂行に合わせたオキシ・ヘモグロビン(酸素と結合したヘモグロビン)の変動が見られ、前頭葉の脳活動が確認された。MMSEの点数との比較では、MMSE値の低い高齢者で課題遂行に対応した脳血流の変化の振幅が小さい傾向にあった。しかし、統計的に有意な相関は見られなかった。

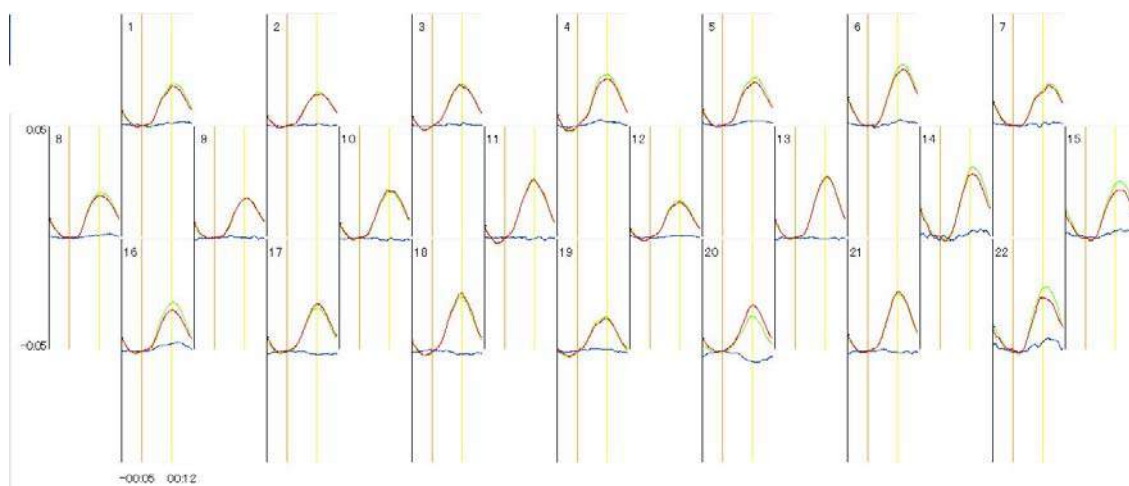


図 2-2-15 MMSE が 30 点(満点)の A さん(70 歳、男性)の前頭葉の局所脳血流の変化。オレンジ色の線が GO/NOGO 課題の開始、開始前 5 秒から記録をスタートし、開始後 13 秒までの脳活動を 24 回、課題の開始で揃えて加算平均した全 22 チャンネルの波形。チャンネル 4 と 19 は正中部に相当し、チャンネル 1-3, 8-11, 16-18 が右前頭葉、チャンネル 5-7, 12-15, 20-22 が左前頭葉からの記録。赤の線はオキシ・ヘモグロビン(酸素を結合したヘモグロビン)、青の線はデオキシ・ヘモグロビン(酸素と結合していないヘモグロビン)、緑の線はオキシ+デオキシの変化を示す。

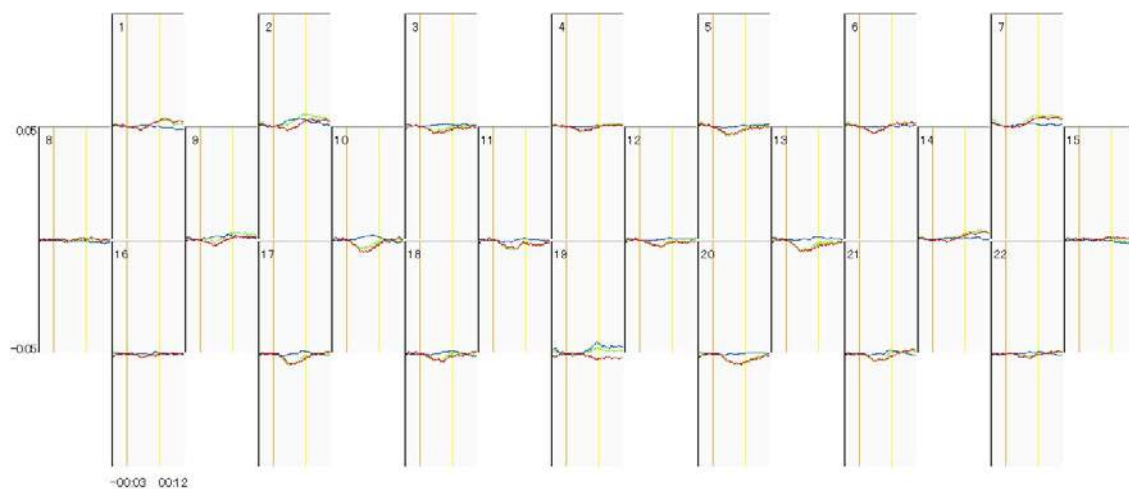


図 2-2-16 MMSE が 30 点(満点)の B さん(69 歳、男性)の局所脳血流。

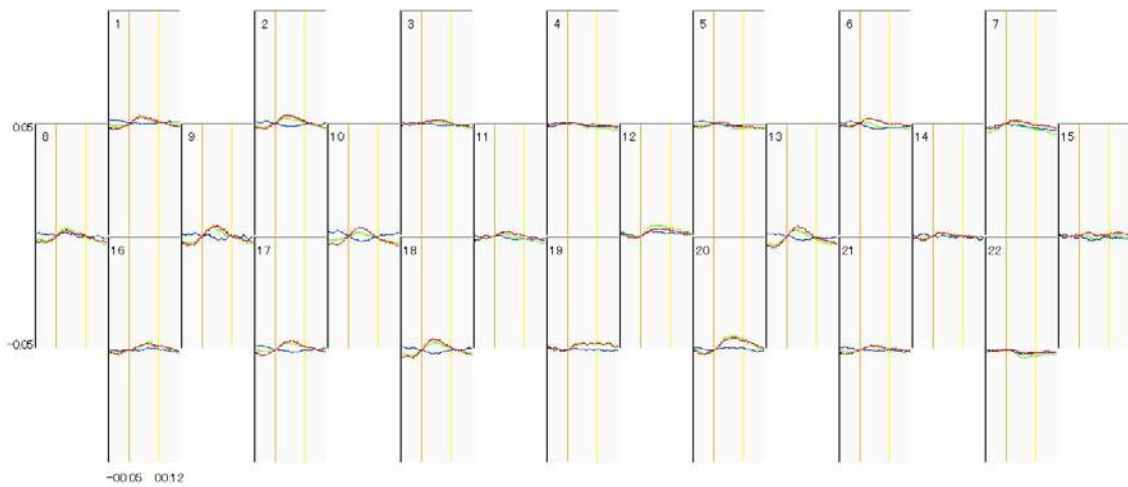


図 2-2-17 MMSE が 23 点（軽度認知症疑い）の C さん（71 歳、女性）の局所脳血流

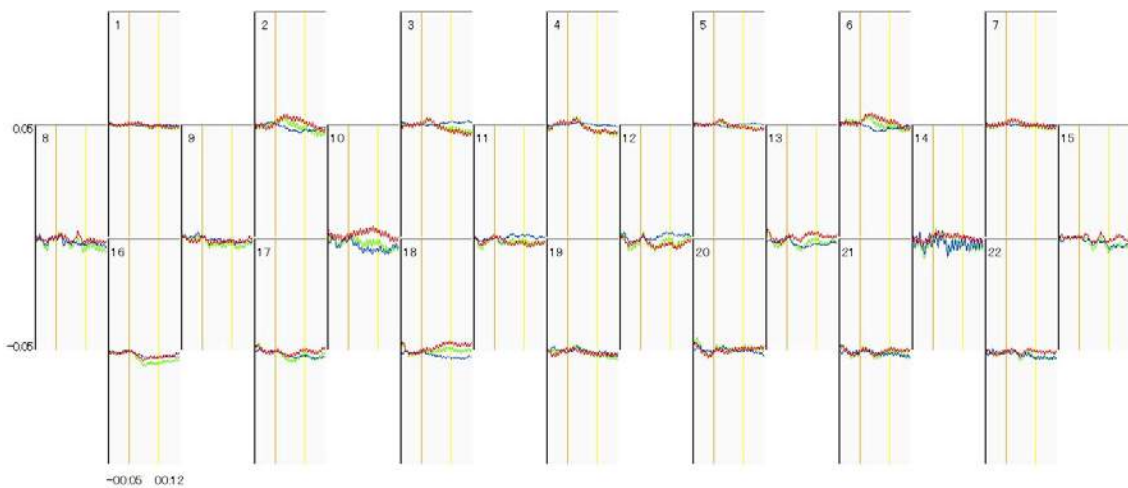


図 2-2-18 MMSE が 24 点（軽度認知症疑い）の D さん（78 歳、男性）の局所脳血流

図 2-2-15 から図 2-2-19 に 5 人の fNIRS 記録の結果を示した。図 2-2-15 と図 2-2-16 はともに、MMSE が満点 (30 点) であったが、一人は fNIRS で大きな振幅の変化を示し、もう一人の fNIRS 記録の振幅は小さかった。この例のように fNIRS の結果にはかなりのばらつきが見られた。一方、軽度認知障害が疑われる MMSE26 以下の高齢者の fNIRS は低振幅の傾向があった。図 2-2-17、図 2-2-18、図 2-2-19 は、それぞれ MMSE が 23 点、24 点、26 点であった高齢者の fNIRS である。いずれも低振幅であった。しかし、図 2-2-20 に示すように評価点が 26 点でも高振幅の変動を示した被測定者もいた。

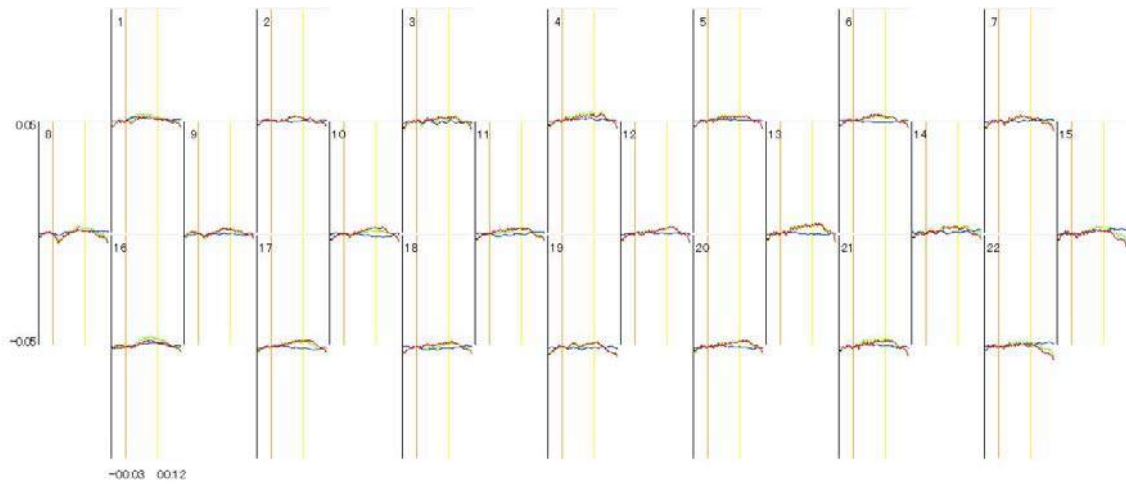


図 2-2-19 MMSE が 26 点 (軽度認知症疑い) の E さん (81 歳、女性) の局所脳血流

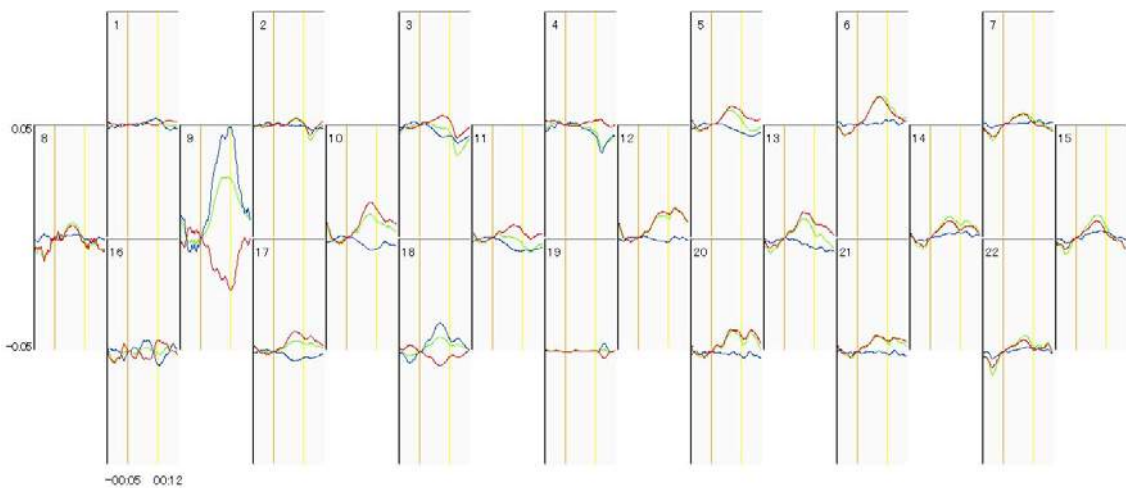


図 2-2-20 MMSE が 26 点 (軽度認知症疑い) の F さん (72 歳、女性) の局所脳血流

fNIRS の測定結果は上記のように個人差が大きく、MMSE 値が高くても脳血流変化の小さい被験者や MMSE の点数が低くても脳血流変化の大きい被験者があり、図 2-2-21 の散布図に見るように MMSE の点数の低い高齢者で fNIRS の振幅が低い傾向は見られるものの、MMSE と fNIRS 振幅の間に統計的に有意な相関は得られなかった。今後、認知機能の変化と合わせ継続的な観察・研究が必要と考えられる。

図 2-2-22 の散布図、図 2-2-23 の散布図に示したように、年齢と fNIRS 振幅値、ADL と fNIRS 振幅値の間にも統計的に有意な相関は見られなかった。

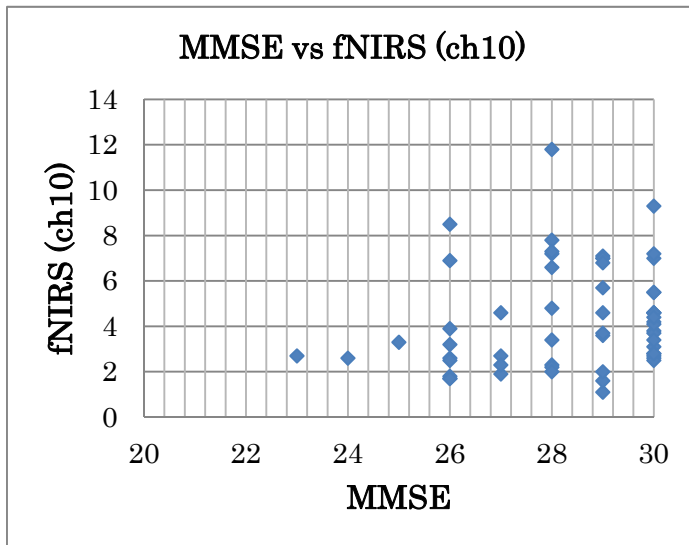


図 2-2-21 MMSE 値とfNIRS の振幅値

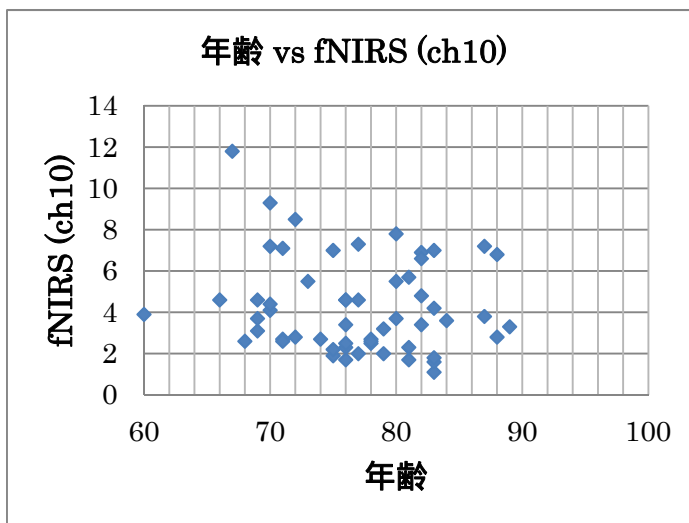


図 2-2-22 年齢とfNIRS の振幅値

各個人の測定会におけるすべての計測結果を大学に持ち帰り解析し e-Stat（政府統計の総合窓口）発表による最新の標準値と比較するとともに、計測結果、評価内容と今後の健康管理指針を記載したシートを作成し、このシートを当該個人にフィードバックした。その際、簡単な運動指導指針を示した。今回認知機能を測定した 77 名は簡易認知症検査であるMMSEの測定値が 22-26 の軽度認知機能障害疑い高齢者が 19 名であったが、21 以下の高齢者は皆無であった。

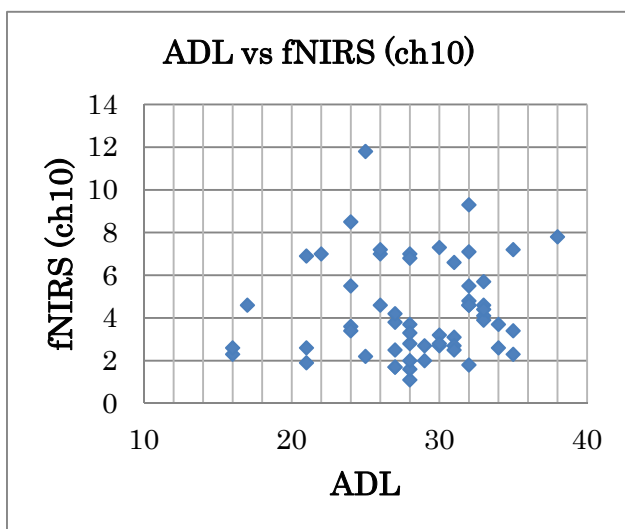


図 2-2-23 ADL 値とfNIRS の振幅値

4. 考察

(1) 運動機能について

おおむね以下に示す e-Stat（政府統計の総合窓口）発表による最新の全国平均値（文献 2）と大きな差はなかったが、開眼片足立ちと歩行速度がやや良好で、6 分間歩行が悪い傾向にあった。この結果は、持久力がやや不足している傾向を示す可能性があるが今後検討が必要である。

男子	年齢	握力		上体起こし		長座体前屈		開眼片足立ち		10m障害物歩行		6分間歩行		歩行速度	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
1	65-69	39.98	6.13	14.93	6.14	36.36	10.27	87.88	40.14	5.99	1.27	620.19	91.73	125.2	23.7
2	70-74	37.36	5.86	12.60	6.19	36.58	10.35	76.65	43.26	6.30	1.29	605.11	86.74	115.2	22.9
3	75-79	35.07	5.51	10.81	6.45	34.45	10.64	58.39	42.45	6.74	1.40	579.19	86.06	105	27.6

女子	年齢	握力		上体起こし		長座体前屈		開眼片足立ち		10m障害物歩行		6分間歩行		歩行速度	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
1	65-69	25.20	4.10	9.27	6.15	41.61	8.91	89.05	39.60	6.67	1.19	590.32	72.00	106.1	18.8
2	70-74	23.82	4.02	7.90	5.95	40.27	8.31	71.88	44.30	7.20	1.37	565.59	75.21	89.7	13.9
3	75-79	22.49	4.07	6.97	5.82	39.18	8.76	52.15	41.49	7.81	1.59	530.97	81.83	87.7	22.6

(2) 脳機能について

MMSE の点数の低い高齢者でfNIRS の振幅が低い傾向は見られるものの、MMSE とfNIRS 振幅の間に統計的に有意な相関は得られなかった。

MMSE による認知機能評価について、日本では、一般に、27～30 点が正常、22～26 点が軽度認知症の疑い、21 点以下 どちらかという認知症の疑いが強いという評価基準で使用されてきた。一方、海外でのデータなどを参考に日本老年医学会では、23 点以下が認知症疑いである(感度 81%、特異度 89%)。27 点以下は軽度認知障害(MCI)が疑われる(感度 45-60%、特異度 65-90%)としている(文献 3-7)。これらの基準値はあくまで臨床的な経験や統計結果によるものである。個別の脳機能には個人差があるので、一般化は危険である。今回の調査では MMSE が値が 26 の被測定者ではfNIRS 振幅のばらつきが見られたが、25 点以下の被測定者は全員fNIRS の低振幅を示した。脳機能から見ると 25 をカット・オフとするのが良いかもしれない。しかし、今回は MMSE が 25 以下の被測定者の数が少なかったため、今後さらにデータを増やす必要がある。

また、今後は MMSE の評価点が正常範囲であったにもかかわらずfNIRS で記録したオキシ・ヘモグロビンの変動幅が小さかった高齢者についても、認知機能の変化と合わせ継続的な観察・研究が必要と考えられる。さらに、今回の測定会は地域の集会所で開催したため、比較的健康的な良好な高齢者が集まった傾向にある。認知症の患者さんではfNIRS が低振幅であるとの報告(文献 8、9)もあるので、今後は高齢者ケア施設や病院での計測も考慮が必要である。

参考文献：

- 1) 文部科学省、新体力テスト要綱：
http://www.mext.go.jp/a_menu/sports/stamina/03040901.htm
- 2) e-Stat 政府統計の総合窓口：<https://www.e-stat.go.jp/>
- 3) Folstein MF et al. J Psychiat Res 12: 189-193,1975.
- 4) Tsoi KFC et al. JAMA Intern Med 175:1450-1458, 2015.
- 5) Tariq SH et al. Am J Geriatr Psychiatry 4:900-910, 2014.
- 6) Saxton J et al. Postgrad Med 121:177-185, 2009.
- 7) Kaufer DI et al. J Am Med Dir Assoc 9:586-593, 2008.
- 8) 高橋 真悟, 児玉 直樹, 小杉 尚子, 竹内 裕之、近赤外光を用いた認知症患者における前頭前野血流量の検討、電気学会論文誌C(電子・情報・システム部門誌)、134 (1)、35-40、2014
- 9) 高橋 真悟, 児玉 直樹, 小杉 尚子, 竹内 裕之、カテゴリー流暢性課題と近赤外光を用いた認知症診断の可能性、電気学会論文誌C(電子・情報・システム部門誌)、135 (4)、381-386、2015
- 10) 三島健司, 松山清, 加藤貴史, 末次正 ほか、fNIRS による言語流暢課題遂行時の前頭前野における脳血液量の測定 - 福岡大学工学集報、84、49-52、2010
- 11) 山口典子, 大崎聡美, 二木淑子、注意切替課題実施時の前頭前野領域における脳賦活に対して、年齢・課題遂行・課題特性が及ぼす影響: NIRS による検討、京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要、7、9-16、2012
- 12) 宮川 晃一、新井平伊、認知症の NIRS(近赤外分光法)による評価、老年精神医学雑誌 / 「老年精神医学雑誌」編集委員会編 18(8)、861~867、2017

[資料 1] ADL (日常生活活動テスト)

ADL(日常生活活動テスト)

*各問について、該当するものを1つ選び、その番号を□の中に、該当するものが無い場合は×を記入してください。

- 問1 休まないで、どれくらい歩けますか。
1. 5～10分程度 2. 20～40分程度 3. 1時間以上
- 問2 休まないで、どれくらい走れますか。
1. 走れない 2. 3～5分程度 3. 10分以上
- 問3 どれくらいの幅の溝だったら、とび越えられますか。
1. できない 2. 30cm程度 3. 50cm程度
- 問4 階段をどのようにして昇りますか。
1. 手すりや壁につかまらないと昇れない。
2. ゆっくりなら、手すりや壁につかまらずに昇れる
3. サッサと楽に、手すりや壁につかまらずに昇れる
- 問5 正座の姿勢からどのようにして、立ち上がれますか
1. できない
2. 手を床についてなら立ち上がれる
3. 手を使わずに立ち上がれる
- 問6 目を開けて片足で、何秒くらい立っていられますか。
1. できない 2. 10～20秒程度 3. 30秒以上
- 問7 バスや電車に乗ったとき、立っていられますか。
1. 立ってられない
2. 吊革や手すりにつかまれば立ってられる
3. 発車や停車の時以外は何もつかまらずに立ってられる
- 問8 立ったままで、ズボンやスカートがはけますか。
1. 座らないとできない
2. 何かにつかまれば立ったままできる
3. 何もつかまらなくて立ったままできる

問9 シャツの前ボタンを、掛けたり外したりできますか。

1. 両手でゆっくりとならできる
2. 両手で素早くできる
3. 片手でもできる

問10 布団の上げ下ろしができますか。

1. できない
2. 毛布や軽い布団ならできる
3. 重い布団でも楽にできる

問11 どれくらいの重さの荷物なら、10m 運べますか。

1. できない
2. 5kg 程度
3. 10kg 程度

問12 仰向けに寝た姿勢から、手を使わないで、上体だけを起こせますか。

1. できない
2. 1～2 回程度
3. 3～4 回以上

総合得点

判定

※新体力テスト ー有意義な活用のためにー(2001年3月発行)

文部科学省

http://www.mext.go.jp/a_menu/sports/stamina/03040901.htm

ADL によるテスト項目実施のスクリーニングに関する判定基準

【スクリーニング項目】

内容	回答状況及び判定
<p>問1 休まないで、どれくらい歩けますか。 (1) 5～10 分程度 (2) 20～40 分程度 (3) 1 時間以上</p> <p>問5 正座の姿勢からどのようにして、立ち上がれますか。 (1) できない (2) 手を床についてなら立ち上がれる (3) 手を使わずに立ち上がれる</p> <p>問6 目を開けて片足で、何秒くらい立っていられますか。 (1) できない (2) 10 秒～20 秒 (3) 30 秒以上</p>	<p>問1、5及び6において(1)に回答した場合 →→ 6分間歩行、10m 障害物歩行及び開眼片足立ちテストは実施不可能 その他のテスト項目の実施についても慎重な検討をようする。</p> <p>問1、5及び6において(1)以外に回答し、問3、4のいずれかにおいて(1)に回答した場合 →→ 6分間歩行及び10m 障害物歩行テストの実施について慎重な検討を要する。</p>
<p>問3 どれくらいの幅だったら、とび越えられますか。 (1) できない (2) 30cm 程度 (3) 50cm 程度</p> <p>問4 階段をどのようにして昇りますか。 (1) 手すりや壁につかまらないと昇れない (2) ゆっくりなら、手すりや壁につかまらずに昇れる (3) サッサと楽に、手すりや壁につかまらずに昇れる</p>	<p>特に、6分間歩行テストの実施</p>
<p>問 10 布団の上げ下ろしができますか。 (1) できない (2) 毛布や軽い布団ならできる (3) 重い布団でも楽にできる</p>	<p>問 10 及び 12 において(1)に回答した場合 →→ 上体起こしテストは実施不可能</p>

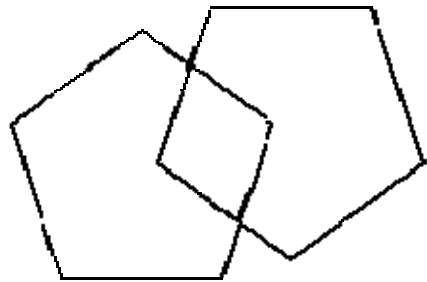
<p>問 12 仰向けに寝た姿勢から、手を使わないで、上体だけを起こせますか。</p> <p>(1)できない</p> <p>(2)1～2 回程度</p> <p>(3)3～4 回以上</p>	
<p>問2 休まないで、どれくらい走れますか。</p> <p>(1)走れない</p> <p>(2)3～5 分程度</p> <p>(3)10 分以上</p> <p>問 11 どれくらいの重さの荷物なら、10m 運べますか。</p> <p>(1)できない</p> <p>(2)5kg 程度</p> <p>(3)10kg 程度</p>	<p>問2及び 11 において(3)と回答した場合 →→ 特別な障害がない限り全てのテスト項目について実施可能</p>

【総合得点によるテスト実施のスクリーニング】*全設問に回答(無回答なし)の場合に利用
各設問とも(1)に回答の場合は1点、(2)は2点、(3)は3点として合計し、総合得点とする。

総合得点	回答状況	判定	判定に関する条件
12 点以下	全ての設問において(1)に回答	×	6 分間歩行、上体起こし、開眼片足立ち及び 10m 障害物歩行テストは実施不可能
24 点未満	設問によっては回答(2)あるいは、回答(3)も含まれる。	△	6 分間歩行、上体起こし及び 10m 障害物歩行テストの実施について慎重な検討を要する。特に、問1、5及び6の回答に注意する。被測定者の上体により、それ以外のテスト項目の実施についても慎重な検討を要する。
24 点以上	ほぼ全ての設問において回答(2)以上に回答する。 設問によっては回答(1)あるいは、回答(3)も含まれる	○	特別な障害がない限り全てのテスト項目について実施可能 ただし、問1、3、4、5、6において回答(1)が含まれる場合、実施可能テスト項目について慎重な検討を要する。

[資料 2] MMSE

1. 日時(5点)
 - 今年は何年ですか。
 - いまの季節は何ですか。
 - 今日は何曜日ですか。
 - 今日は何月何日ですか。
2. 現在地(5点)
 - ここは、何県ですか。
 - ここは何市ですか。
 - ここは何病院ですか。
 - ここは何階ですか。
 - ここは何地方ですか。
3. 記憶(3点)
 - 相互に無関係な物品名を3個聞かせ、それをそのまま復唱させる。1個答えられるごとに1点。すべて言えなければ6回まで繰り返す。
4. 7シリーズ(5点)
 - 100から順に7を引いていく。5回できれば5点。間違えた時点で打ち切り。
 - あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。
5. 想起(3点)
 - 3で示した物品名を再度復唱させる。
6. 呼称(2点)
 - 時計と鉛筆を順に見せて、名称を答えさせる。
7. 読字(1点)
 - 次の文章を繰り返す。「みんなで、力を合わせて綱を引きます」
8. 言語理解(3点)
 - 次の3つの命令を口頭で伝え、すべて聞き終わってから実行する
「右手にこの紙を持ってください」
「それを半分に折りたたんでください」
「机の上に置いてください」
9. 文章理解(1点)
 - 次の文章を読んで実行する。「眼を閉じなさい」
10. 文章構成(1点)
 - 何か文章を書いてください。
11. 図形把握(1点)
 - 次の図形を書き写してください。



基準値

27～30 点 正常

22～26 点 軽度認知症の疑いもある

21 点以下 どちらかという認知症の疑いが強い

日本老年医学会

23 点以下が認知症疑いである(感度 81%、特異度 89%)。

27 点以下は軽度認知障害(MCI)が疑われる(感度 45-60%、特異度 65-90%)

第3章 高齢者施設スタッフの現状についての調査

第1節 高齢者施設スタッフの認知症についての知識と態度

1. はじめに

厚生労働省によると、日本の認知症患者数は2012年時点で約462万人、65歳以上の高齢者の約7人に1人と推計されている¹⁾。また、「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」においては、日本の認知症患者数は2025年に約650-700万人、2040年に約800-950万人と、年とともに増加することが予測されている²⁾。東京都健康長寿医療センターによる2017年認知症高齢患者の居場所についての推計では、介護施設に105万人、居住系施設(特定施設入所者生活介護・認知症対応型共同生活介護)に44万人、合計149万人が高齢者施設で過ごす³⁾と推計されている³⁾。そこで、高齢者施設における認知症ケアが重要な課題となる。

近年、認知症の病態や自然経過の解明、治療やケア方法などの開発が進んできている。そのため、認知症に関わる医療福祉職が認知症の自然経過や対応について最新の知識や技術を学ぶことは、治療やケアの質の向上につながると考えられる⁴⁾。高齢者施設スタッフの立場で、ケアの質を向上させるには、まずは認知症という病の知識・理解から始めることが必要である。

斎藤の先行研究は、施設内外の研修に参加し、認知症ケアに興味のある職員は、研修に不参加で認知症ケアへの興味の乏しい職員と比較して、利用者に対する自発性を促すケアを行っていることを明らかにした⁵⁾。また、森下らは、ホームヘルパーにみる介護福祉士資格の有無による業務内容の比較を目的に、研究を行った。その中で、「介護業務の遂行にあたり、必要とする知識・理論・技術の内容」という項目において、「介護福祉士資格の有資格者が無資格者より専門的知識と技術を持っている」と報告した⁶⁾。その他にも、大学生や一般市民、家族介護者などを対象にした認知症の意識・知識についての調査もあるが⁷⁾⁻¹¹⁾、高齢者施設スタッフの認知症についての知識・理解と態度の調査は少ない。

本研究では、高齢者施設スタッフの認知症についての知識・理解と認知症ケアへの態度の現状を明らかにし、今後の認知症ケアのあり方を考察することを目的とした。

2. 研究方法

(1) 調査方法

本研究では、2015年6月時点でWAMNETに登録されている岐阜県A市全域の136カ所の高齢者施設・事業所を対象に、無記名の質問紙調査表を郵送した。各施設・事業所の全スタッフの人数分、合計2063部の依頼文と質問紙を送付し、調査対象者には調査の目的・内容に同意した場合のみ回答し、返信するように依頼した。返送について、記入後、まずスタッフ一人一人が小型封筒に入れ封をして、施設管理者に渡し、大型封筒に入れ、管理者がまとめて、一括して返送するように依頼した。調査期間は2015年7月1日～2016年2月26日とした。

(2) 倫理的配慮

調査対象者には書面にて調査の目的や方法、個人情報などの取り扱い、協力の有無によって不利益が生じないことを説明した。調査対象者の自由意志とプライバシー保護の観点から、調査で得られたデータを研究以外に使用せず、個人のプライバシーに十分配慮することを依頼文に明記し、調査票の返送により、研究への同意とした。また、所属する機関の倫理委員会の承認（通知番号 E15-0015、2015 年 6 月 4 日承認）を得た。

(3) 調査内容

調査内容としては、スタッフの基本属性、認知症の知識・理解、認知症ケアへの態度であった。スタッフの基本属性に関する項目は性別、年齢、学歴、保有資格、認知症ケア経験年数及び所属施設・事業所の全6項目とし、選択肢の中から回答を選ぶ形式を取った。認知症の知識・理解については、4つの主な認知症であるアルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症の症状について、「アルツハイマー病の症状について知っていますか」(以下、アルツハイマー病の症状、脳血管性認知症の症状、レビー小体型認知症の症状、前頭側頭型認知症の症状)という形式で質問した。その他、「認知症に伴う心身変化が日常生活にどんな影響を及ぼすかについて知っていますか」(以下、心身変化が日常生活に与える影響)、「認知症ケアにおける尊厳ある対応の重要性について知っていますか」(以下、尊厳ある対応の重要性)、「認知症ケアを支える社会資源について知っていますか」(以下、認知症ケアを支える社会資源)の3項目を加え、計7項目とした。これら7項目については、回答選択肢を「知っている」「多少知っている」「あまり知らない」「知らない」の4段階に設定した。認知症ケアへの態度については、「認知症ケアはやりがいのある仕事ですか」「認知症ケアの環境やケア方法の改善について、関心をお持ちですか」「認知症ケアに関する研修に参加したことがありますか」「研修が役立ちましたか」の4項目とした。

(4) 分析方法

すべての解析において比較する項目のどちらか一方にアンケート未回答によるデータ欠損がある場合は解析の対象から除外した。

認知症の知識・理解はスタッフの基本属性、および認知症ケアへの態度との関係を解析するために、Mann-Whitney 検定、Kruskal Wallis 検定と Dunn 検定を行った。まず、スタッフの認知症についての知識と理解の程度を定量化するために、認知症の知識と理解に関する7項目の回答を、「知っている」を3点、「多少知っている」を2点、「あまり知らない」を1点、「知らない」を0点とし点数化した。次に、Kruskal Wallis 検定を用いて、検定する各グループの平均ランク得点を求めた。表 2-5 に示した Kruskal Wallis 検定結果においては、平均ランク得点が高いほど、認知症の知識・理解が高いことを示す。また、各グループ間の比較には Dunn 検定を用いた。統計的有意水準は5%とした。

調査対象者には複数の資格を保有しているスタッフがいるため、保有資格の比較では、本人が1つだけ選択した主要な保有資格によってデータを解析した。

3. 調査結果

(1) 調査対象者の基本属性

WAMNET に登録されている A 市の全施設に、それぞれの施設の人数分の質問紙調査票、合計 2063 部を郵送し、そのうち、814 部を回収した(回収率 39.5%)。

調査対象者の基本属性を表 1 に示す。性別では女性が約 8 割と多かった。年齢は 40 代が 24.3% と最も多かった。学歴は高校卒業が 35.5% と最も多かった。保有資格は介護福祉士が 34.0% と最も多く、次いで初任者研修修了者(以下、初任者)が 26.7%、看護師が 14.7% であった。認知症ケア経験年数は 5 年以上 10 年未満が 26.9% と最も多く、次いで 10 年以上が 25.2% であった。所属機関は、デイサービスが 20.4% と最も多く、次いで特別養護老人ホーム(以下、特養)が 18.6%、訪問介護が 15.2% であった。

(2) 認知症についての知識・理解

全回答者の認知症の知識・理解についてのまとめを図 1 に示す。「知っている」と回答した人数と比率はアルツハイマー病が 479 人(59.9%) と最も高く、次いで脳血管性認知症が 371 人(47.0%)、レビー小体型認知症が 336 人(42.7%)、前頭側頭型認知症が 215(27.4%) の順であった。また、「心身変化が日常生活に与える影響」については、388 人(48.4%) が、「尊厳ある対応の重要性」については 464 人(57.6%) が、「認知症ケアを支える社会資源」については 173 人(21.8%) が「知っている」と回答した。

表1 調査対象者の基本属性

項目	基本属性	全体 (n=814)	男性 n=133	女性 n=659
年齢	10代	6	2	4
	20代	131	47	84
	30代	138	41	96
	40代	198	18	176
	50代	168	6	158
	60代	158	16	131
学歴	中学校	30	5	24
	高校	289	33	248
	短大	139	10	126
	専門学校	203	38	164
	大学	114	44	69
	大学院	2	0	2
資格	社会福祉士	12	4	8
	介護福祉士	277	45	226
	ケアマネ	50	10	40
	初任者	217	25	183
	看護師	120	3	115
	理学療法士	18	14	4
認知症ケア経験年数	1年未満	97	29	68
	3年未満	126	18	108
	5年未満	129	18	108
	10年未満	219	32	181
	10年以上	205	26	170
所属機関	特養(5)	151	32	116
	地域密着型特養(1)	16	2	14
	介護老人保健施設(5)	102	27	75
	グループホーム(18)	101	9	85
	有料老人ホーム(7)	24	4	19
	サービス付高齢者向け住宅(2)	5	1	4
	小規模多機能型居宅介護(10)	76	12	59
	デイサービス(44)	166	28	136
	デイケア(6)	16	5	11
	訪問介護(29)	124	9	111
	訪問看護(9)	31	4	27

注:所属機関の施設タイプの後ろの()内の数字は施設の数である。

資格については、複数の資格を保有しているスタッフがいるため、ここでは、本人が1つだけ選択した主要な保有資格を用いた。

認知症の知識・理解について、まずスタッフの基本属性との関係を解析した。男女別比較では、統計的には差はなかった(Mann-Whitney 検定, $p > 0.05$)。年代別比較でも、統計的には差はなかった(Kruskal Wallis 検定, $p > 0.05$)。学歴による比較では、大学卒業のスタッフが高校卒業のスタッフより認知症の知識・理解度が高かった(Kruskal Wallis 検定, Dunn 検定, $p < 0.05$)。資格による比較では、表 2 に示すように初任者、介護福祉士、ケアマネージャー(以下、ケアマネ)、看護師の間に統計的有意差があった(Kruskal Wallis 検定, Dunn 検定, $p < 0.05$)。認知症ケア経験年数では、表 3 に示すように 1 年未満、3 年未満、5 年未満、10 年未満、10 年以上の順に、経験年数が長くなるにつれて認知症についての知識・理解が増加した(Kruskal Wallis 検定, Dunn 検定, $p < 0.05$)。所属の施設・事業所別の比較では、表 4 に示すように、特養、グループホーム、デイサービス、訪問看護で認知症の知識・理解が高かった。一方、デイケアでは認知症についての知識・理解が低かった。デイケアと特養、グループホーム、デイサービス、訪問看護の間に統計的に有意差があった(Kruskal Wallis 検定, Dunn 検定, $p < 0.05$)。

表 2 資格による認知症の知識・理解の比較

認知症の知識・理解	介護福祉士(K) n=277	ケアマネ(M) n=50	初任者(S) n=217	看護師(N) n=120	平均ランク比較
アルツハイマー病の症状	398.5	485.1	362.6	447.1	$N > S^{**}$, $M > S^*$
脳血管性認知症の症状	420.3	510.7	318.5	455.2	$K > S^{**}$, $N > S^{**}$ $M > S^{**}$
レビー小体型認知症の症状	400.9	508.2	339.3	448.2	$K > S^*$, $N > S^{**}$ $M > S^{**}$, $M > K^*$
前頭側頭型認知症の症状	426.2	467.6	322.7	420.1	$K > S^{**}$, $N > S^{**}$ $M > S^{**}$
心身変化が生活への影響	418.2	507.4	352.7	444.7	$K > S^*$, $N > S^{**}$ $M > S^{**}$
尊厳ある対応の重要性	441.2	475.9	340.8	432.0	$K > S^{**}$, $N > S^{**}$ $M > S^{**}$
認知症ケアの社会資源	424.9	541.4	343.8	439.7	$K > S^{**}$, $N > S^{**}$ $M > S^{**}$, $M > K^{**}$

注:分析には Kruskal Wallis 検定と Dunn 検定を用いた。** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

表 3 認知症ケア経験年数による認知症の知識・理解の比較

認知症の知識・理解	1年未満 (A) n=97	3年未満 (B) n=126	5年未満 (C) n=129	10年未満 (D) n=219	10年以上 (E) n=205	平均ランク比較
アルツハイマー病の症状	290.3	344.9	361.9	409.3	433.8	D>A**, E>A**, D>B**, E>B**, E>C**
脳血管性認知症の症状	257.5	318.9	347.2	416.7	453.4	C>A**, D>A**, E>A**, D>B**, E>B**, D>C*, E>C**
レビー小体型認知症症状	248.7	350.7	346.6	401.9	449.8	B>A**, C>A**, D>A**, E>A**, E>C**, E>B**
前頭側頭型認知症の症状	276.8	348.8	376.1	387.3	435.4	C>A**, D>A**, E>A**, E>B**
心身変化が生活への影響	251.4	322.4	355.9	419.6	468.1	C>A**, D>A**, E>A**, D>B**, E>B**, D>C*, E>C**
尊厳ある対応の重要性	273.4	363.4	334.1	412.0	461.5	B>A**, D>A**, E>A**, D>C**, E>C**, E>B**
認知症ケアの社会資源	255.5	333.9	354.1	409.3	467.2	C>A**, D>A**, E>A**, D>B*, E>B**, E>C**, E>D*

注:分析には Kruskal Wallis 検定と Dunn 検定を用いた。** p<0.01, * p<0.05

(3) 認知症ケアへの態度

「認知症ケアはやりがいのある仕事ですか」について、「やりがいがあると思う」人が 575 人 (70.6%)、「やりがいがないと思う」人が 5 人 (0.6%)、「どちらとも言えない」人が 196 人 (24.1%)、無回答が 38 人 (4.7%)であった。認知症の知識、理解についての 7 項目すべてで、「やりがいがあると思う」と回答したスタッフは「どちらとも言えない」と回答したスタッフより認知症の知識・理解が高かった (Kruskal Wallis 検定, Dunn 検定, p<0.01)。「やりがいがないと思う」と回答したスタッフと「やりがいがある」と回答したスタッフの間で認知症の知識・理解に統計的有意差がなかったのは、「やりがいがない」と回答したスタッフの数が少なかったためと思われる。

表 4 施設・事業所別による認知症の知識・理解

認知症の知識・理解	訪問看護 (N) n=31	グループ ホーム (G) n=10	特養(T) n=151	デイサー ビス(S) n=166	デイケア (K) n=16	平均ランク 比較
アルツハイマー 病の症状	451.5	439.6	420.4	419.8	221.9	N>K** , G>K** , T>K** , S>K**
脳血管性認知 症の症状	471.5	428.9	421.4	409.1	239.0	N>K** , G>K** , T>K** , S>K**
レビー小体型認 知症の症状	428.9	424.2	392.9	402.4	206.8	N>K** , G>K** , T>K** , S>K**
前頭側頭型認 知症の症状	409.0	443.8	414.8	400.1	198.2	N>K** , G>K** , T>K** , S>K**
心身変化が生 活への影響	479.9	428.0	444.9	402.7	284.6	N>K** , G>K** , T>K** , S>K**
尊厳ある対応の 重要性	437.7	413.7	439.4	406.3	191.6	N>K** , G>K** , T>K** , S>K**
認知症ケアの社 会資源	460.6	463.4	416.3	399.8	197.5	N>K** , G>K** , T>K** , S>K**

注:分析には Kruskal Wallis 検定と Dunn 検定を用いた。** p<0.01, * p<0.05

「認知症ケアの環境や方法の改善について関心をお持ちですか」について、「関心がある」人が 670 人(82.2%)と全体の 8 割以上を占めていた。「関心はない」人が 8 人(1.0%)、「どちらとも言えない」人が 111 人(13.6%)で、無回答が 25 人(3.1%)であった。表 5 に示すように、「関心がある」スタッフは「どちらとも言えない」や「関心はない」と回答したスタッフより、認知症についての知識・理解が高い傾向にあった(Kruskal Wallis 検定, Dunn 検定, p<0.05)。

「認知症ケアに関する研修に参加したことがありますか」について、全体の半数以上 469 人(57.6%)が「参加したことがある」と回答した。「参加したことはない」と回答したスタッフは 337 人(41.4%)、無回答は 8 人(1.0%)であった。また、参加したことのあるスタッフの中で、370 人(78.9%)が「役立った」、10 人(2.1%)が「役に立たなかった」、86 人(18.3%)が「どちらとも言えない」、3 人(0.6%)が無回答であった。研修参加・不参加による認知症の知識・理解の違いを見ると、知識・理

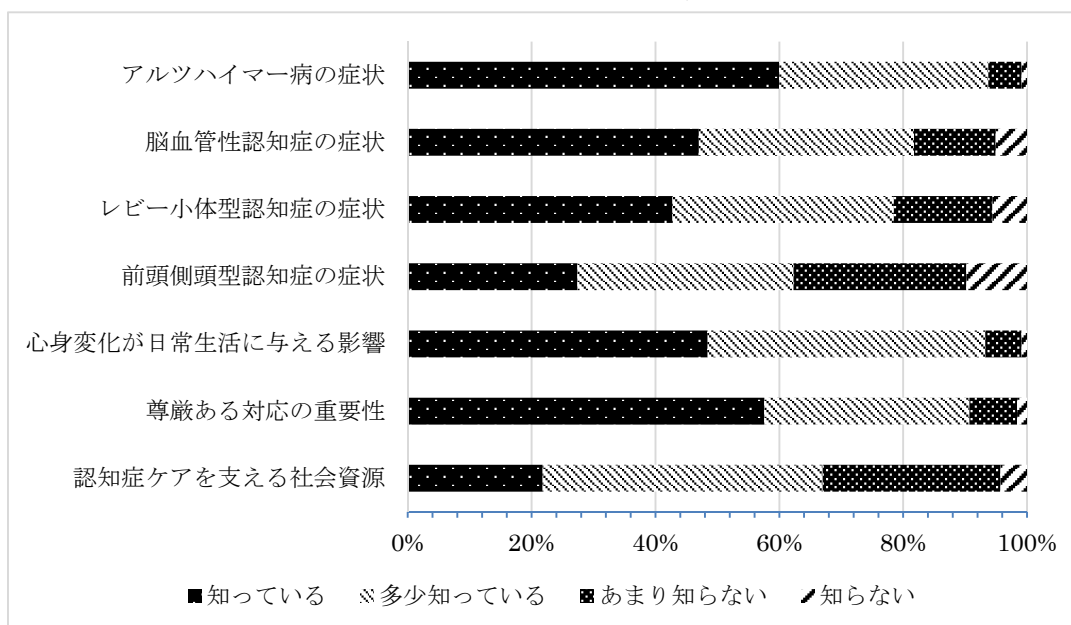
解の7項目すべてで参加したことがあるスタッフは参加したことのないスタッフより認知症の知識・理解が高かった(Mann-Whitney 検定, $p < 0.01$)。

表 5 「環境や方法の改善」への関心と認知症の知識・理解の比較

認知症の知識・理解	関心がある (Y) n=670	関心はない (N) n=8	どちらとも言 えない(E) n=111	平均ランク比較
アルツハイマー病の症状	404.0	270.1	316.5	Y>E**
脳血管性認知症の症状	404.9	204.2	293.8	Y>E** , Y>N*
レビー小体型認知症の症状	401.5	324.6	296.7	Y>E**
前頭側頭型認知症の症状	403.6	189.1	293.1	Y>E** , Y>N*
心身変化が生活への影響	409.9	265.4	304.0	Y>E**
尊厳ある対応の重要性	413.1	236.3	297.3	Y>E** , Y>N*
認知症ケアの社会資源	410.8	234.9	292.3	Y>E**

注:分析には Kruskal Wallis 検定と Dunn 検定を用いた。** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

図 1 認知症についての知識・理解 (N=814)



4. 考察

本研究では、「アルツハイマー病の症状」や「尊厳ある対応の重要性」、「心身変化が日常生活に与える影響」については比較的良好に知られているが、「前頭側頭型認知症の症状」や「認知症ケアを支える社会的資源」については知らないスタッフが多いこと、認知症ケア経験年数が長いほど、認知症についての知識・理解が高いことが明らかになった。また、施設・事業所タイプ別の比較では、特養、グループホーム、デイサービス、訪問看護で認知症の知識・理解が高かった。さらに、認知症ケアに対する積極的・肯定的なスタッフで認知症の知識・理解が良かった。

(1) スタッフの認知症についての知識・理解

今回調査した4つの認知症、アルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症の症状について、「知っている」と回答したスタッフの比率はアルツハイマー病が一番高かった。アルツハイマー病が全認知症中約 45.1%と最も多いこと¹²⁾がその要因の一つと考えられる。また、テレビや新聞でもアルツハイマー病を取り上げることが多く、一般的にも良く知られていることも要因と考えられる。アルツハイマー病以外の認知症では、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症の順に発症率が低くなるが、それに伴い、同じ順序で「知っている」と回答するスタッフの比率も減少した。認知症ケアの現場では、認知症のタイプの違いにより、症状が異なりケアにも違いがあるので、各タイプの認知症に関する知識・理解を普及することは、適切な認知症ケアを実施する上で今後の課題と考えられる。

認知症の疾患以外の3項目の質問では、「心身変化が日常生活に与える影響」および「尊厳ある対応の重要性」について「知っている」と回答したスタッフが50%前後であった。この結果は、認知症の一般的症状やケアの視点が一定程度普及していることを示したものと考えられる。一方、「認知症ケアを支える社会資源」について、「知っている」と回答したスタッフは21.8%に留まった。認知症ケアの最前線で仕事をしているスタッフは、認知症ケアを支える社会資源を良く理解し、認知症高齢者を持つ家族を支援する必要がある。従って、認知症を支える社会資源について高齢者施設スタッフへの周知も今後の課題と考えられる。ただし、「社会的資源」が何を示すのかがわかりにくかった可能性もある。

(2) スタッフの認知症ケア経験年数と認知症についての知識・理解

スタッフの認知症ケア経験年数や学歴が高いほど、認知症についての知識・理解も高かった。認知症ケア経験年数が長くなるにつれて、認知症高齢者と接する機会も多く、認知症についての知識・理解も高くなったと考えられる。この結果は、教育や経験が認知症の知識・理解を高めることに貢献していることを示すものである。横井らは、10年以上の経験を持っている介護スタッフが「専門・職能別能力」が最も高いこと、また、長く介護職を続ける者の傾向として、新しいことや、困難な課題に取り組むことに価値を見い出すと報告した¹³⁾。本研究の結果は経験の重要性を示した点で横井らの研究と一致するものである。認知症は脳の神経細胞の破壊により、様々な症状がおこる。

記憶障害を代表とする中核症状以外に、BPSD(行動・心理症状)も伴っている。認知症に関する専門知識がないと、認知症高齢者の言動を理解し、適切に対応し、受け入れることは難しい。経験年数の長いスタッフは日々の認知症ケアを通し、徐々に認知症という病気を理解するようになる。認知症高齢者の言動を理解し、受け入れることにより、適切なケアにつながっていく。一方、今回の調査から、高校卒業のスタッフが最も多いことがわかった。介護の仕事のスタート時には、認知症ケアについての専門教育を受けておらず、経験の少ないスタッフに、認知症ケアに関連した知識・技術を効率よく教育する体制の整備も今後の課題と言える。

(3) 施設・事業所別の認知症についての知識・理解

施設・事業所タイプの比較では、特養、グループホーム、デイサービス、訪問看護で認知症の知識・理解が高かった。一方、デイケアでは認知症についての知識・理解が低かった。早川らの研究によれば、BPSD の高度な認知症高齢者の受け入れる事業所としてはグループホームが最も受け入れが多く、次が特養であった¹⁴⁾。前項(2)で述べたように、認知症の経験によって認知症の知識・理解が高まるので、同じ経験年数でも認知症を多数経験するほど、認知症の知識・理解が高まることが予想される。そのように考えると認知症高齢者を多数受け入れている施設であるグループホームや特養で、認知症の知識・理解が高いことは当然かもしれない。特養については、スタッフの2割以上が大学卒業で、高学歴が認知症の知識・理解が高いことにつながっていると考えられる。訪問看護については、スタッフ全員が専門学校、あるいは大学出身の看護師なので、認知症に関する専門知識を持っているのは当然とも言える。一方、デイケアは自宅で日常生活を送る高齢者を主な対象者としてきたため、これまで認知症高齢者が比較的少なかった。しかし、今後認知症高齢者が増加することが予想され、高齢者施設・事業所のスタッフには認知症についての知識・理解が求められるはずである。

(4) 認知症ケアへの態度と認知症についての知識・理解

認知症ケアのやりがいについて、全回答者の7割は認知症ケアがやりがいのある仕事であると回答した。広橋の研究では、介護の仕事のやりがいについて、「とてもそう思う」(31.6%)と「ややそう思う」(47.4%)を足すと、やりがいがあると答えた職員が79.0%にのぼったと報告した¹⁵⁾。本研究の結果は広橋の研究結果と類似している。また、本研究は認知症ケアに関する研修に参加し、認知症ケアの環境やケア方法の改善に興味を持っているスタッフが、研修に参加したことのない、認知症ケアに興味を持っていないスタッフより、認知症についての知識・理解が高かったことを示した。斎藤の研究においても、研修に参加し、認知症ケアに興味のある職員は、研修不参加で認知症ケアに興味のない職員と比較し、自発性を促すケアを行っていることを指摘した⁵⁾。本研究の結果は研修の意義を示した点で斎藤の研究結果と合致する。研修に参加することは認知症ケアの知識や理念を幅広く習得し、認知症高齢者に対する適切なケアを理論的に学ぶことと考えられる。これらの結果は、認知症ケアの環境やケア方法の改善に興味を持っているスタッフが認知症についての知識やケア方法を自ら勉強し、認知症への理解を深めることにより、よりよいケアにつながることを示唆

しているものである。

認知症高齢者が認知症を患っても生き生きとした生活を送るためには、高齢者施設のスタッフが認知症高齢者一人一人のその人らしさを大切にするケアが重要である。スタッフ全員が認知症の知識・理解、認知症ケアへの関心を高め、深めていくことがより良い認知症ケアにつながると考えられる。そこで、認知症ケアを実施するには、まず、スタッフの認知症についての知識・理解が最も重要である。今回の調査結果は、認知症ケア経験年数、学歴と研修参加が認知症についての知識・理解を向上させるのに最も重要であることを示した。この結果は、専門教育を受けていない経験年数の短いスタッフへの教育の充実と研修機会の提供が認知症ケアの質向上につながると考えられた。

本研究にはいくつかの限界があった。まず、今回の調査はA市の高齢者施設・事業所だけに限られていた。また、調査対象施設・事業所タイプごとの施設数およびスタッフ数にばらつきがあった。さらに、認知症の知識・理解については自己申告による主観的な評価である。こうした限界をもちつつも、本研究の結果は高齢者施設スタッフにおける認知症の知識・理解の現状を反映したものであると考えられる。この点を確認するためには、さらに全国レベルの調査が必要かもしれない。

【文献】

- 1) 厚生労働省(2015)「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」(概要)(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>)
2016.3. 1.
- 2) 二宮利治. 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究総括研究. 平成 26 年度総括・分担研究報告書:平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業. 福岡:日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究班, 2015.
- 3) 東京都健康長寿医療センター. 地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメントの開発・普及と早期支援機能の実態に関する調査研究事業. 東京:東京都健康長寿医療センター, 2014.
- 4) 平原佐斗. 医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門 :早期診断, BPSD の対応から緩和ケアまで. 東京:中央法規, 2013;11.
- 5) 斎藤静. 高齢者施設における認知症ケアの実態調査—高齢者施設職員への質問紙調査からの検討. 現代社会文化研究 2010;49:101-117.
- 6) 森下早苗, 藤井保人, 岡野初枝, 他. ホームヘルパーにみる介護福祉士資格の有無による業務内容の比較. 岡山県立大学短期大学部研究紀要 1995;2:112-122.
- 7) 柴田雄企. 認知症高齢者に対するイメージと認知症についての知識—短期大学女子学生と女性介護職員の比較. 大分県立芸術文化短期大学研究紀要 2007;45:21-28.
- 8) 荒井佐和子, 進藤貴子. 認知症進行期に対する認識—医療福祉系大学の学生を対象とした調査. 川崎医療福祉学会誌 2016;25(2):251-257.
- 9) 杉山京, 川西美里, 中尾竜二, 他. 地域住民における認知症の人に対する態度と認知症の知

識量との関連. 老年精神医学雑誌 2014;25:556-565.

- 10) 松岡千代, 安達和美. 地域住民の認知症に対する意識と相談ニーズに関する調査—「まちな保健室」の相談場所としての利用可能性. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要 2009;16:69-83.
- 11) 本間昭. 痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の現状. 老年精神医学雑誌 2003;14(5):573-591.
- 12) Matsui Y, Tanizaki Y, Arima H, et al. Incidence and survival of dementia in a general population of Japanese elderly: the Hisayama study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009;80(4):366-70.
- 13) 横井奈美, 中村裕子, 本田恵子, 他. 介護職のキャリア意識に関する調査研究. 大府:認知症介護研究・研修大府センター, 2012.
- 14) 早川己誉, 小木曾加奈子, 橋川健祐, 他. 介護サービスの種別による認知症高齢者の受け入れ状況の現状. 社会福祉士 2013;20:64-72.
- 15) 廣橋容子. 高齢者施設職員の介護意識に関する調査研究. 名寄市立大学道北地域研究所年報 2012;30:1-5.
- 16) * 王吉彤, 名倉弘美, 三上章允, 高齢者施設スタッフの認知症についての知識・理解と態度. 厚生指標、64、45-52、2017

* この節の内容は文献 16 で発表した。

第2節 介護士資格取得者による認知症ケア

1. はじめに

2025年には、団塊の世代が全て75歳以上となり、後期高齢者が2000万人を突破するとともに、認知症の要介護高齢者の増大が見込まれている。こうした中、すべての人が住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしく暮らせるよう、「地域包括ケアシステム」の構築を図ることは、日本における喫緊の課題である。こうした「地域包括ケアシステム」の構築のための最も重要な基盤の一つは介護人材の確保である。介護人材については、2000年の介護保険制度創設当時の約55万人から、順調に増加を続け、2013年には約171万人となり、認知症の要介護高齢者などに対するケアサービス提供を支えてきた¹⁾。介護人材の資質向上のため、1987年、介護福祉士の資格試験が始まった。また、2013年、介護職員初任者研修の資格試験が始まった。2007年の社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律により、新カリキュラムによる教育が2009年度より実施され始めた。新教育カリキュラムにおいて、今後の認知症高齢者の増加とケアへの対応の必要性などの背景を踏まえ、新しい科目「認知症の理解」、60時間が追加された²⁾。さらに2013年には、「ホームヘルパー2級」研修を「介護職員初任者」研修と位置づけ、研修の中で「認知症の理解」に関する科目を新設した。

介護人材養成の見直しに伴い、初任者研修と介護福祉士についての研究も多く行われている。まず、介護福祉士資格の有無によるケアの違いに関する先行研究であるが、橋本(2011)は介護福祉士資格の有無による認知症ケアの差異の研究で、「生活歴支援」について、介護福祉士資格のある介護職員は資格なしの者より有意に高かったことを示した³⁾。また、森下ら(1995)は介護業務の遂行にあたり、介護福祉士が無資格者より高い専門的知識・技術を持っていると報告した⁴⁾。さらに、介護保険施設における介護福祉士の配置の評価に関する研究事業報告書(2009)によると、介護福祉士の比率が60%以上の施設では、研修の実施・参加割合が若干高い傾向があった。また、施設長から見た評価は、業務全般にわたって、介護福祉士の方がその他の介護職員より高かった。そして、自己評価を見ると、知識・技術に関して、介護福祉士はその他の介護職員より評価が高かった⁵⁾。最後に、鈴木の研究(2010)では特別養護老人ホームの初任介護職員が認知症ケアで体験した困難が、「認知症高齢者が示す行為や言動の意味とその背景を理解する方法が身につけていないことによる困難」であることが示された⁶⁾。

先行研究においては、主に介護福祉士資格の有無により、ケアの違いを検討した。しかしながら、介護福祉士、初任者、無資格者の三者による認知症ケアの比較についての研究はない。また、介護福祉士の資格取得ルートにより、認知症ケアにどのような差があるのかについても、調査研究が行われていない。そこで、本研究では、介護資格の有無及び介護福祉士の資格取得ルートによる認知症ケアの違いを分析し、認知症ケアにおけるスタッフの資質向上と資格取得の重要性を考察することを目的とした。

2. 方法

(1) 調査対象と方法

本研究では、岐阜県 A 市全域の全施設 (136 施設)、およびその周辺地域の 14 施設、計 150 ヶ所の高齢者施設・事業所を対象に、無記名の質問紙調査表を郵送した。全スタッフの人数分、合計 2306 部の依頼文と質問紙を送付し、調査対象者には調査の目的・内容に同意した場合のみ回答し、返信するように依頼した。調査期間は 2015 年 7 月 1 日～2016 年 2 月 26 日とし、1013 部 (回収率 43.93%) を回収した。その内、介護福祉士、初任者研修修了者 (初任者) と無資格者全員、合計 754 人を本研究の対象とした。複数の資格を持っている場合、介護福祉士資格保有者は介護福祉士として分類した。

(2) 倫理的配慮

調査対象者には書面にて調査の目的や方法、個人情報などの取り扱い、協力の有無によって不利益が生じないことを説明した。調査対象者の自由意志とプライバシー保護の観点から、調査で得られたデータを研究以外に使用せず、個人のプライバシーに十分配慮することを依頼文に明記し、調査表の返送により、研究への同意とした。また、所属する機関の倫理委員会の承認 (通知番号 E15-0015) を得た。

(3) 調査内容

調査内容は「認知症の理解」(介護福祉士養成講座編集委員会)⁷⁾ および先行研究をもとに原案を作成し、さらに先行して実施したインタビュー調査の結果を参考に微調整して作成した。スタッフの基本属性として、性別、年齢、学歴、保有資格、資格取得ルート、認知症ケア経験年数及び所属施設・事業所の全 7 項目とし、選択肢の中から回答を選ぶ形式で質問した。認知症の知識は、「アルツハイマー病の症状」、「脳血管性認知症の症状」、「レビー小体型認知症の症状」、「前頭側頭型認知症の症状」の 4 項目について質問した。認知症ケアの理解は、「認知症に伴う心身変化が日常生活への影響」、「認知症ケアにおいて尊厳ある対応の重要性」、「認知症ケアを支える社会資源」の 3 項目について質問した。これら、7 項目については、回答選択肢を「知っている」、「多少知っている」、「あまり知らない」、「知らない」の 4 段階に設定した。さらに、認知症ケアにおける困る症状と困難場面、認知症高齢者とのかかわりで工夫していること、望ましくないケース、認知症ケアの不安と不安解消方法について、複数選択可で選択肢の中から回答を選ぶ形式で質問した。その他、認知症ケアの環境やケア方法の改善への関心の有無、認知症ケアに関する研修への参加状況、研修が役立つかどうか、認知症ケアはやりがいのある仕事かどうかについて質問した。

(4) 分析方法

クロス集計において比較する項目のどちらか一方にアンケート未回答によるデータ欠損がある場合は集計の対象から除外した。

スタッフの認知症についての知識と理解の程度を定量化するために、認知症の知識と理解に関

する7項目の回答を、「知っている」を3点、「多少知っている」を2点、「あまり知らない」を1点、「知らない」を0点とし点数化して比較した。

統計処理はSPSSによる、Kruskal Wallis 検定、Mann-Whitney 検定、カイ2乗検定を用いた。

3. 研究結果

(1) 調査対象者の基本属性

対象者 754 人のうち、介護福祉士 382 人 (50.7%)、初任者 293 人 (38.9%)、無資格者 79 人 (10.4%) であった。性別は男性が 119 人 (15.8%)、女性が 610 人 (80.9%) と女性が多かった。年齢は 10 代から 60 代に分布し、介護福祉士は 30 代 (23.7%)、初任者は 60 代 (28.7%)、無資格者は 60 代 (26.0%) が最も多かった。学歴はどちらでも高校卒業が最も多かったが、短大、専門学校、大学卒業を合せると、介護福祉士が 57.1%、初任者が 43.0%、無資格者が 34.7% と、介護福祉士の学歴が高かった。資格取得ルートについて、介護福祉士は養成校ルート (高校、専門学校、大学) が 28.2%、実務経験ルートが 66.1%、その他が 5.1% と実務経験ルートが多かった。一方、初任者は養成校ルートが (高校、専門学校、大学) 12.4%、実務経験ルートが 47.6%、その他が 40.0% と養成校ルートが少なかった。認知症ケア経験年数について、5 年以上は介護福祉士が 73.0%、初任者が 40.1%、無資格者が 16.4% と介護福祉士が長かった。所属施設・事業所について、特別養護老人ホーム (特養) は介護福祉士が一番多く、有料老人ホームは初任者が一番多く、小規模多機能型居宅介護は無資格者が一番多かった。

(2) 認知症についての知識と理解

全回答者の認知症の知識・理解についてのまとめを図 1 に示す。「知っている」と回答した人数と比率はアルツハイマー病が 437 人 (58.0%) と最も多く、次いで脳血管性認知症が 338 人 (44.8%)、レビー小体型認知症が 302 人 (40.1%)、前頭側頭型認知症が 204 (27.1%) の順であった。また、「認知症に伴う心身の変化が日常生活にどんな影響を及ぼすか」については、356 人 (47.2%) が、「尊厳ある対応の重要性」については 420 人 (55.7%) が、「認知症を支える社会資源」については 171 人 (22.7%) が「知っている」と回答した。

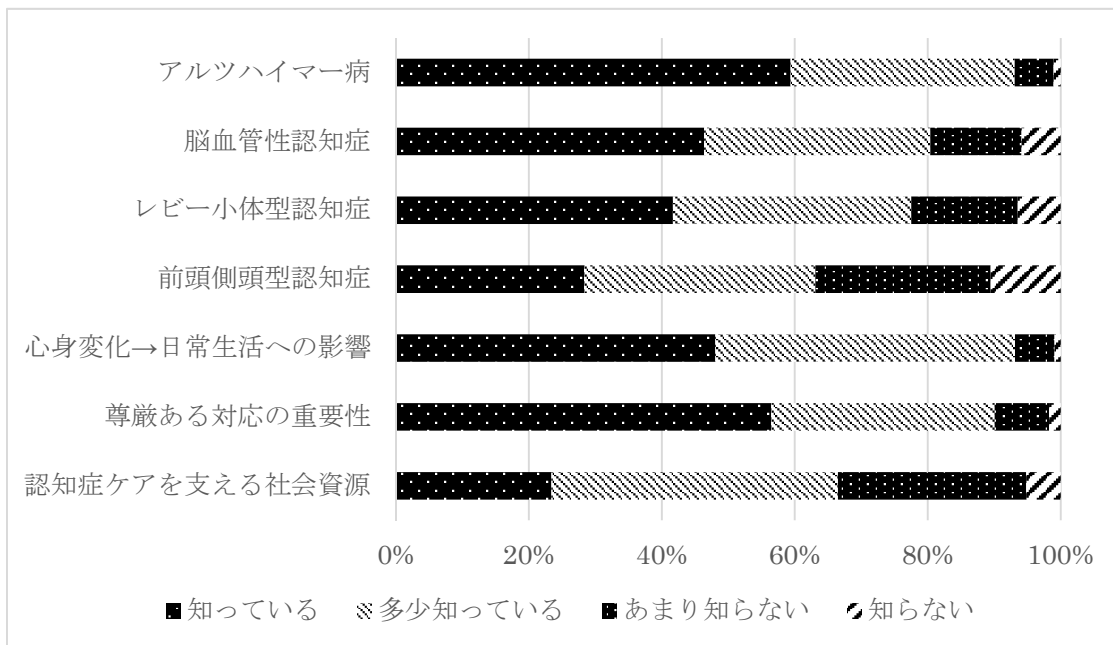


図1 認知症についての知識と認知症ケアへの理解

今回のアンケート調査では、症状の知識と認知症ケアの理解について、「知っている」、「多少知っている」、「あまり知らない」、「知らない」の4段階で選択を求めた。その結果を介護福祉士、初任者、無資格者で相互比較し、また、介護福祉士資格取得ルートで比較するために、Kruskal Wallis 検定と Mann-Whitney 検定を用いて解析した。

介護福祉士、初任者、無資格者による認知症についての知識・理解を比較した結果を表1に示す。順位検定の平均ランクは介護福祉士で高く無資格者で低く、初任者はその中間値であった。介護福祉士と無資格者の間には全ての項目で統計的有意差があった(Kruskal Wallis 検定、 $p < 0.05$)。また、介護福祉士と初任者の間でも、アルツハイマー病と前頭側頭型認知症の知識を除き統計的有意差があった(Kruskal Wallis 検定、 $p < 0.05$)。次に、介護福祉士の資格取得ルートによる認知症の知識、認知症の理解の比較を表2に示す。認知症の知識について、養成校ルートと実務経験ルートの間には統計的有意差は認められなかった(Mann-Whitney 検定、 $p > 0.05$)。認知症の理解について、三つの質問項目において、養成校ルートの介護福祉士資格取得者より実務経験ルートの資格取得者の方は理解度が高かった(Mann-Whitney 検定、 $p < 0.05$)。

認知症の知識・理解	介護福祉士(K)	初任者(S)	無資格者(M)	平均ランク比較
アルツハイマー病	399.14	362.51	278.72	K**>M、S**>M
脳血管性認知症	422.88	333.78	248.18	K**>S、S*>M、K**>M
レビー小体型認知症	410.51	344.60	264.63	K**>S、S*>M、K**>M
前頭側頭型認知症	417.10	330.54	274.12	K**>S、K**>M
心身変化の生活への影響	420.67	347.70	248.25	K**>S、S**>M**、K**>M
尊厳ある対応の重要性	432.04	336.84	246.47	K**>S、S**>M**、K**>M
認知症ケアの社会資源	423.58	336.20	260.05	K**>S、S**>M**、K**>M

表1 介護福祉士・初任者・無資格者による認知症の知識・理解の比較

注:表の中の数字はKruskal Wallis 検定により、計算した平均ランクである。

認知症への理解	養成校ルート(Y)	実務経験ルート(J)	平均ランク比較
心身変化の生活への影響	162.37	184.83	J>Y*
尊厳ある対応の重要性	162.71	185.38	J>Y*
認知症ケアの社会資源	150.01	189.57	J>Y**

表2 養成校ルートと実務経験ルートによる介護福祉士の認知症についての理解の比較

注:表の中の数字はMann-Whitney 検定により、計算した平均ランクである。

(3) 認知症ケアの困る症状と困難場面

困る症状を図2に示す。上位5項目は、暴言暴力(69.1%)が最も多く、次いで徘徊・帰宅行動(64.2%)、妄想・被害妄想(56.2%)、不穏(37.9%)、記憶障害(32.9%)の順であった。介護福祉士、初任者、無資格者による比較では、困る症状として記憶障害を選択した比率のみ有意差が見られ、無資格者(44.3%)、初任者(34.8%)、介護福祉士(29.1%)の順で無資格者が最も高い比率であった(カイ2乗検定、 $p<0.05$)。資格取得ルートによる比較では、困る症状として暴言暴力を選択した比率のみ有意差が見られ、養成校での介護福祉士資格取得者(79.6%)が実務経験ルート資格取得者(67.3%)より高い比率を示した(カイ2乗検定、 $p<0.05$)。

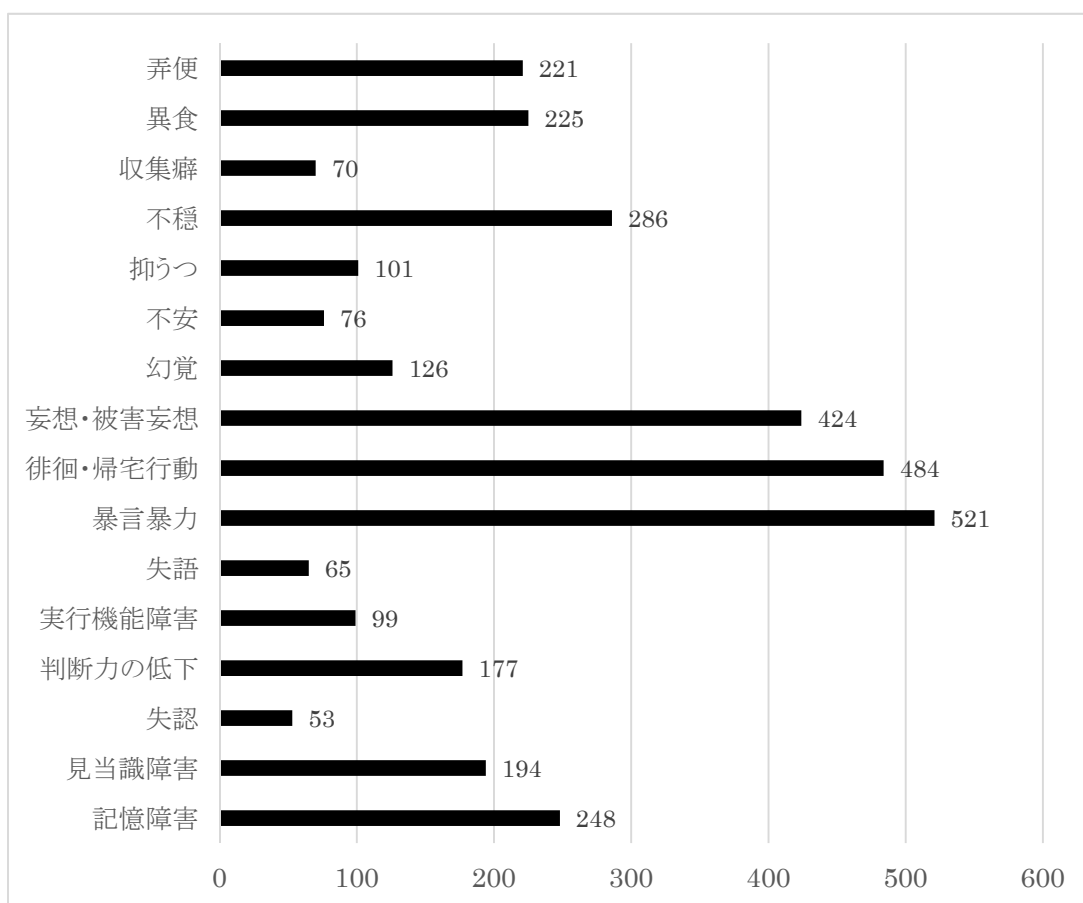


図2 困る症状

困難場面についての結果を図3に示す。上位5項目は、コミュニケーション(63.1%)が最も多く、次いで排泄(44.0%)、睡眠(30.8%)、入浴(28.4%)、食事(24.4%)の順であった。介護福祉士、初任者、無資格者による比較では、睡眠のみ有意差が見られ、無資格者(20.3%)、初任者(29.0%)、介護福祉士(34.3%)の順で、介護福祉士が一番困難を感じていた(カイ2乗検定、 $p < 0.05$)。資格取得ルートによる比較では、各項目とも統計的な有意差は認められなかった(カイ2乗検定、 $p > 0.05$)。

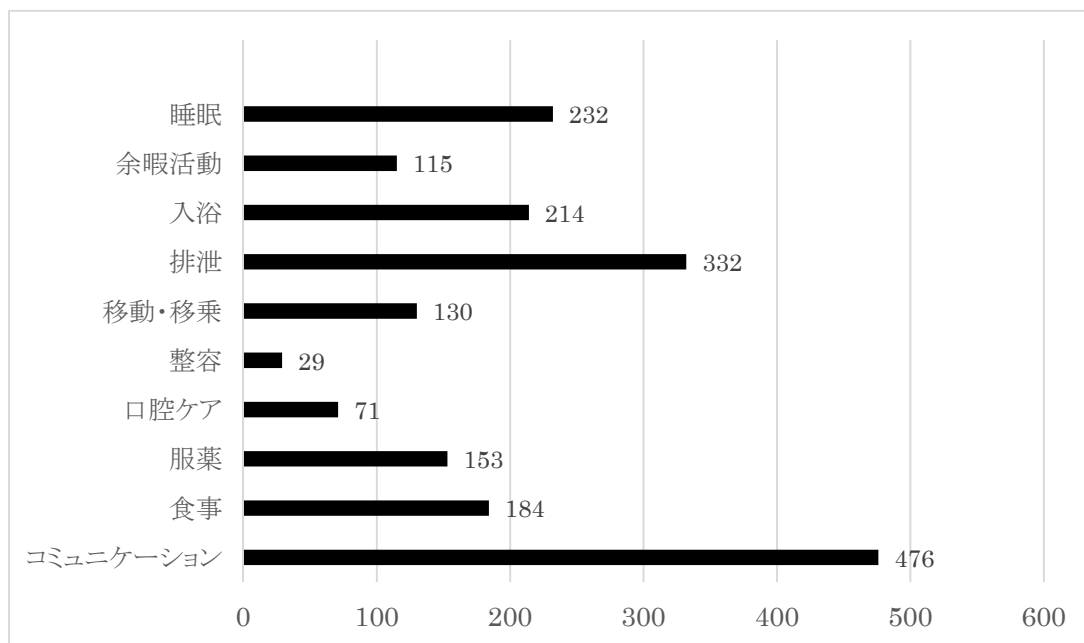


図3 困難場面

(4) 認知症の人との関わりで工夫していることと望ましくないケース

認知症の人との関わりで工夫していることについて図4に示す。上位5項目は、「その人のペースに合わせている」(56.9%)が一番多く挙げられ、次いで「やさしく丁寧な声掛けをしている」(54.8%)、「同じことを何度言っても聞いている」(49.3%)、「視線を合わせている」(41.5%)、「発言や行動の背景にある要因・意図を理解するよう努めている」(38.5%)の順であった。工夫していることについて介護福祉士、初任者、無資格者と比較すると、「やさしく丁寧な声掛けをしている」、「優しく触れて話す」、「同じことを何度言っても聞いている」、「不安や退屈時に声掛けをしている」では、初任者と無資格者が高い値を示し、「発言や行動の背景にある要因・意図を理解するよう努めている」では、介護福祉士が高い値を示した(カイ2乗検定、 $p < 0.05$)。介護福祉士の資格取得ルートで比較すると、「同じことを何度言っても聞いている」の項目で、実務経験ルート資格取得者が高い値を示した(カイ2乗検定、 $p < 0.05$)。

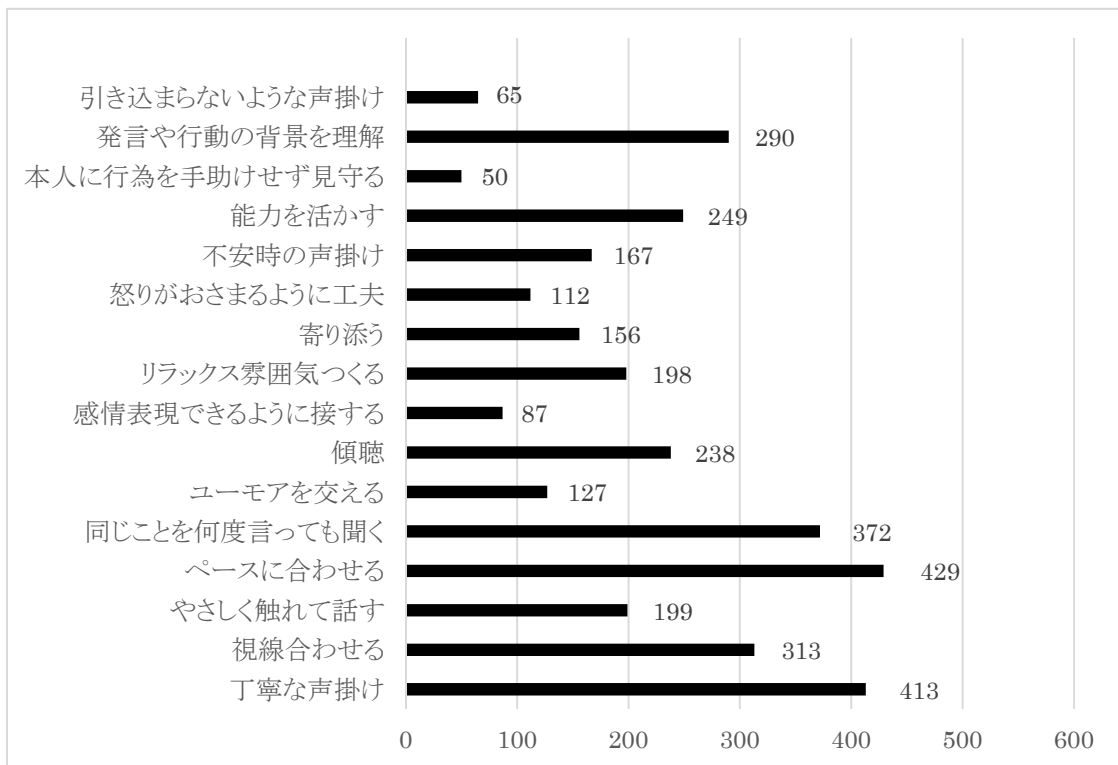


図4 工夫していること

望ましくないケースについての結果を図5に示す。上位5項目は、「本人の関心をそらしたり、ごまかしたりする」(46.1%)が一番多く挙げられ、次いで「後回しにする」(21.8%)、「本人がやり始めた行為をさえぎったりする」(11.8%)、「急がせる」(11.1%)、「子ども扱いする」(5.7%)の順であった。介護福祉士、初任者、無資格者による比較では、「本人の関心をそらしたり、ごまかしたりする」の項目で介護福祉士で高い値を示した(カイ2乗検定、 $p < 0.05$)。他の項目では統計的有意差を認めなかった。介護福祉士の資格取得ルートと比較では、「本人がやり始めた行為をさえぎったりする」で、実務経験ルート資格取得者で低い値を示した(カイ2乗検定、 $p < 0.05$)。

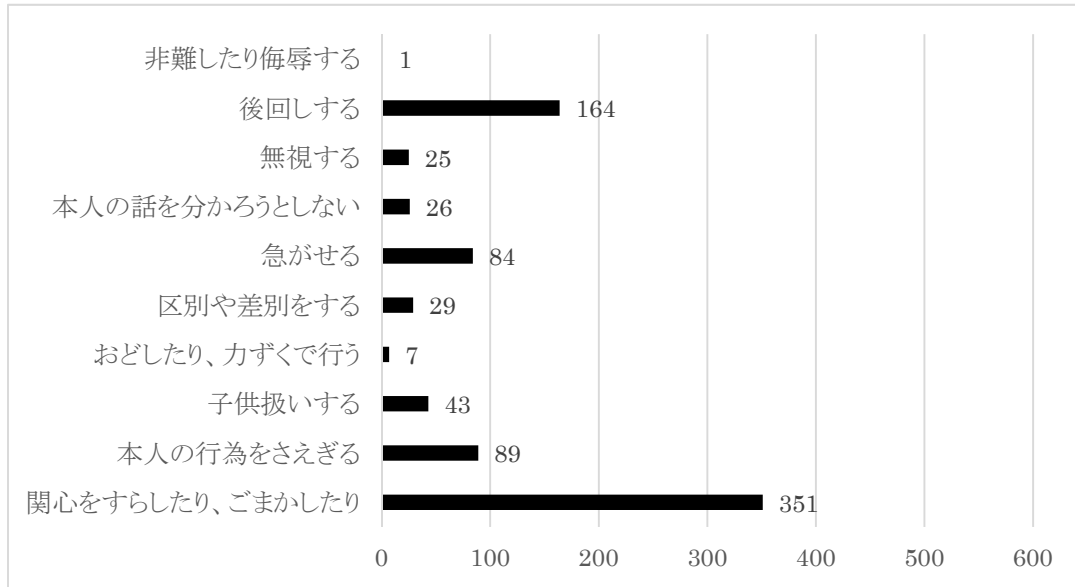


図5 望ましくないケース

(5) 認知症ケアにおける不安と不安解消法

不安についての結果を図6に示す。上位5項目は、「症状急変時の対応」(74.7%)が最も多く、次いで「介護中事故の対応」(65.9%)、「災害時の対応」(45.2%)、「家族との連携」(24.4%)、「チーム内連携」(23.1%)の順であった。介護福祉士、初任者、無資格者による比較では、「症状急変時の対応」について、介護福祉士(75.9%)と初任者(76.8%)は無資格者(60.8%)より不安を感じていた(カイ2乗検定、 $p<0.05$)。また、「家族との連携」について、介護福祉士(33.0%)は、初任者(15.7%)と無資格者(15.2%)より不安を感じていた(カイ2乗検定、 $p<0.05$)。介護福祉士の資格取得ルートによる比較では、「チーム内連携」について、養成校ルートの資格取得者(34.3%)が実務経験ルート資格取得者(23.4%)より高い値を示した(カイ2乗検定、 $p<0.05$)。

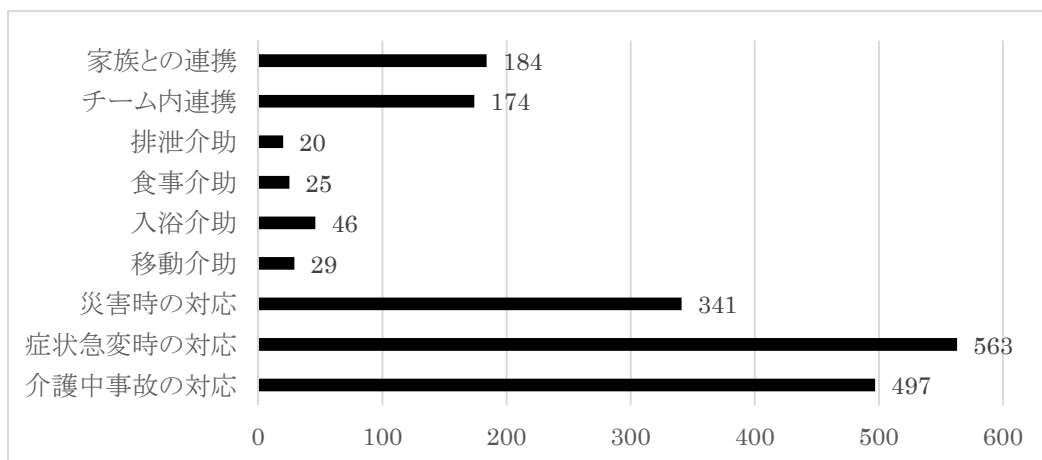


図6 認知症ケアの不安点

不安解消法についての結果を図7に示す。上位5項目は、「リーダーや先輩からの助言」(61.3%)が最も多く、次いで「研修参加」(58.6%)、「経験を積む」(55.3%)、「ケア会議」(49.6%)、「自分で勉強する」(21.0%)の順であった。介護福祉士、初任者、無資格者による比較では、「リーダーや先輩からの助言」については、介護福祉士(56.0%)、初任者(65.5%)、無資格者(70.9%)の順で、無資格者が最も高い値を示した(カイ2乗検定、 $p<0.05$)。「経験を積む」についても、無資格者(70.9%)が介護福祉士(53.4%)や初任者(53.6%)より高い値を示した(カイ2乗検定、 $p<0.05$)。一方、「ケア会議」については、無資格者(31.6%)、初任者(43.0%)、介護福祉士(58.4%)の順で、介護福祉士が高い値を示した(カイ2乗検定、 $p<0.05$)。介護福祉士の資格取得ルートによる比較では、「研修参加」と「ケア会議」について、実務経験ルート資格取得者(64.5%、62.9%)は養成校ルート資格取得者(51.9%、46.3%)より高い値を示した(カイ2乗検定、 $p<0.05$)。

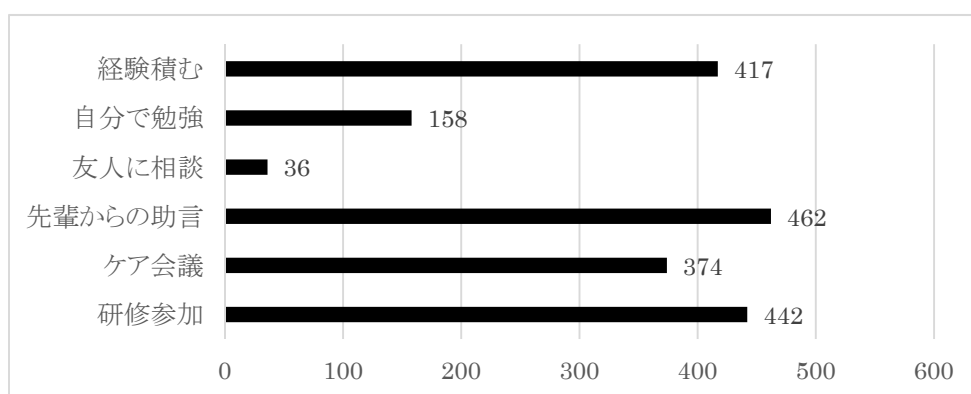


図7 不安解消方法

4. 考察

本研究は介護福祉士、初任者、無資格者及び介護福祉士の資格取得ルートによる認知症ケアの違いを解析し、認知症ケアにおけるスタッフの資質向上および資格取得の重要性を検討することを目的とした。調査結果から、認知症の知識・理解について、介護福祉士、初任者、無資格者の順で、介護福祉士が最も高かった。また、介護福祉士は認知症高齢者の発言や行動の背景にある要因や意図を理解するように努めていた。一方、介護福祉士の資格取得ルートによる比較では、認知症の知識に差はなかったが、認知症の理解については実務経験ルートの資格取得者が養成校ルートの資格取得者より高い理解度を示した。

(1) 介護福祉士、初任者、無資格者の人数比較

平成26年度「介護労働実態調査」(2015)の保有資格のデータ⁸⁾から介護福祉士、初任者、無資格者に限定してそれぞれの比率を再計算すると、介護福祉士が42.5%、初任者が50.5%、無資格者が7%と初任者が多かった。一方、今回の調査対象地域の介護スタッフの保有資格について

は、介護福祉士が 50.7%、初任者が 38.9%、無資格者が 10.4%と全国の介護福祉士の平均比率を上回っていた。調査対象地域において介護福祉士資格取得者の比率が高かったこと理由は、この地域に介護系養成校があることが関連している可能性がある。

介護福祉士の資格取得ルートについて、養成校ルートで資格を取得したスタッフは 28.2%、実務経験ルートで資格を取得したスタッフは 66.1%であった。一方、橋本(2010)はY県社会福祉協議会主催介護職員講習会に参加した介護職員を対象に、調査を行い、85.7%の介護福祉士が実務経験ルートで資格を取得したとの結果を報告した⁹⁾。養成校ルートで資格取得した人の比率が我々の調査で高かったことも、この地域に介護系養成校があることと関係している可能性がある。

(2) 認知症についての知識・理解

認知症の知識と理解については、介護福祉士が最も高く、介護福祉士、初任者、無資格者の順であった。森下ら(1995年)は介護業務の遂行にあたり、「必要とする知識・理論・技術の内容」という項目において、介護福祉士資格の有資格者が無資格者より専門的知識と技術を持っていると報告した¹⁰⁾。この結果は本研究の結果と一致している。また、双方の結果は、介護資格試験の重要性を示唆するものと考えられる。一方、介護福祉士の資格取得ルートによる比較では、認知症の知識に差はなかったが、認知症理解については実務経験ルートの資格取得者が養成校ルートの資格取得者より高い理解度を示した。実務経験者は認知症ケアの経験の後に認知症ケアを学ぶために、理解度が高い可能性がある。しかし、実務経験ルート資格取得者(5年以上経験者 80.3%)の方が養成校ルール資格取得者(5年以上経験者 54.8%)より経験年数が長いなどの要因が関係している可能性もあり更なる検討が必要である。

(3) 認知症ケアにおける困る症状・困難場面

困る症状としては、暴言暴力、徘徊・帰宅行動、妄想・被害妄想が多く挙げられた。この結果は小銭(2014)の研究結果と類似している¹¹⁾。介護福祉士、初任者、無資格者による困る症状の比較では、記憶障害について、無資格者が最も高い値を示し、次いで初任者、介護福祉士であった。記憶障害は認知症の特徴的な中核症状として、介護スタッフだけでなく、一般の人にも良く知られている。しかし、実際の介護現場では、無資格者と初任者は認知症についての知識を専門的に学ぶ時間が不十分で、認知症高齢者の反復行為と言動の背景を理解できず、困難さを感じていると考えられる。

困難場面としては、コミュニケーション、排せつ、睡眠の順でコミュニケーションが最も多く挙げられた。認知症高齢者は知的機能の障害が言語能力に影響を及ぼし、うまくコミュニケーションを取れない場合が多く、介護職員に大きな負担となっている現状を反映したものと考えられる。また、松山ら(2004)は、認知症高齢者とのコミュニケーションに対する介護職員の認識を調査し、言葉による返事がないことにより、介護職員は不安を感じているだけでなく、お互いの考えが伝わりにくいと報告した¹²⁾。松山(2006)は、さらに類似の調査を2005年に実施し、言葉で情報を伝達しても理解や応答が得られず、介護職員から認知症高齢者への一方向のコミュニケーションと

なることが多いことを指摘した¹³⁾。困難場面の無資格者、初任者、介護福祉士の比較では、睡眠のみ有意差があり、介護福祉士が最も高い値を示した。その理由について、今は不明で、さらなる検討が必要である。その他の項目では困難場面に統計的有意差が認められなかった。また、介護福祉士の資格取得ルートによる困難場面の比較では、どの項目にも有意差が認められなかった。困難場面については資格の有無、資格取得ルートにかかわらず、困難を感じている実態が確認できた。

(4) 認知症の人との関わりで工夫していることと望ましくないケース

介護福祉士、初任者、無資格者による工夫の比較では、初任者と無資格者は「声掛け」や「傾聴」が高い比率を示したのに対して、介護福祉士は「認知症の高齢者の発言や行動の背景にある要因や意図を理解するよう努めている」が高い比率であった。鈴木(2010年)は認知症ケアで体験した困難の一つが、「認知症高齢者が示す行為や言動の意味とその背景を理解する方法が身につけていないことによる困難」であると指摘した¹⁴⁾。これらの結果は、経験年数と知識不足で利用者の様々な訴えや行為の背景の理解には至らず、業務遂行の焦りの中で高齢者が示す症状に対応することの困難さを感じていることが予想される。また、松沼(2008)は経験の浅い初任介護職員が認知症高齢者の発するサインを受け取ることの困難さを指摘し、その研修内容として、「気づき」を高める研修方法を提案した¹⁵⁾。そこで、認知症高齢者の立場に立って、認知症ケアに関連した知識・技術を効率よく教育する体制の整備も今後の課題と言える。

望ましくないケースとして、「本人の関心をそらしたり、ごまかしたりする」が最も多く挙げられた。認知症に伴うBPSD(行動・心理症状)は介護職員を困らせることを示した先行研究が多く見られる。認知症高齢者への虐待や不適切なケアの多くはBPSDの無理解や対応方法の未熟さが原因として考えられる。認知症介護研究・研修仙台センターによる平成24年度老人保健事業報告書では、認知症におけるBPSD対応やBPSDへの介入についての成功事例をまとめ報告した¹⁶⁾。しかし、本研究では、「本人の関心をそらしたり、ごまかしたりする」が第1位(46.6%)であった。本人の関心をそらすこと自体はポジティブにとらえられる場面もある。例えば、加藤(2002)は徘徊時、一緒に手をつないで歩き、関心を他に向けるように関わるのが徘徊を緩和するのに役立つと報告した¹⁷⁾。今回のこの質問項目では、「本人の関心をそらす」と、「ごまかしたりする」を並べて1つの質問にしまった。上記のように、「本人の関心をそらす」ことは必ずしもネガティブな対応とは言えず、「ごまかしたりする」と組み合わせた点で回答者に混乱があったかもしれない。この質問についての資格による比較では、介護福祉士が53.9%と最も高く、ついで、初任者が40.6%、無資格者が31.6%であったが、今後再検討が必要である。

(5) 認知症ケアにおける不安と不安解消法

仕事中に不安を感じる点についての本調査の結果は、1位が「症状の急変」、2位が「介護中の事故」、3位が「災害」であった。堀田(2010)は、73.3%の介護職員が介護事故への不安を感じていると報告した¹⁸⁾。また、渡辺(2013)は、認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介

護事業所における外部評価に基づき、「問題点・課題のあった項目」として第1位が「災害対策」、第2位「重度化や終末期に向けた方針の共有と支援」であったと報告した¹⁹⁾。これらの結果は、本研究の結果と類似している。資格による比較では、以下の2項目で統計的に有意な違いがみられた。「症状急変時の対応」について、介護福祉士(75.9%)と初任者(76.8%)は無資格者(60.8%)より高い値を示した。介護福祉士と初任者は認知症以外の疾病についても勉強しているので「症状の急変」の可能性についての知識が不安を増す要因となっているかもしれない。「家族との連携」について、介護福祉士(33.0%)は初任者(15.7%)と無資格者(15.2%)より高い値を示した。介護福祉士の年齢が若く、家族とのコミュニケーションを苦手としている可能性が考えられる。

不安解消法については、「リーダーや先輩からの助言」が最も多く挙げられた。この結果は、介護分野において、職員の定着や能力開発に関して現場管理職の役割が重要であるとする先行研究とも合っている²⁰⁾。堀田(2010)によれば、上司や先輩から仕事上の相談と指導を受ける機会の設定はストレス度に対してマイナスの影響を持つ²¹⁾。資格による不安解消方法の比較では、「リーダーや先輩からの助言」については、無資格者が高い値を示し、次いで初任者、介護福祉士の順であった。「経験を積む」については、無資格者は初任者と介護福祉士より高い値を示した。一方、「ケア会議」について介護福祉士が高い値を示し、次いで初任者、無資格者の順であった。無資格者は研修に参加する人が少なく、また経験年数も少ないので、不安解消方法としては、「リーダーや先輩からの助言」と「経験を積む」を選択した可能性が考えられる。一方、介護福祉士は学校、または資格試験で認知症の知識を持っているので、不安を解消する方法として、「ケア会議」で利用者の情報共有や多職種との連携を図ることを挙げたことが考えられる。

5. 結論

本研究は介護福祉士、初任者、無資格者により認知症ケアの知識・理解、認知症ケアにおける工夫に違いがあり、介護福祉士資格保有者で理解度が高いことを示した。この結果は介護福祉士資格取得が重要であることを確認するものである。一方、介護福祉士資格取得ルートによる違いは認知症の理解で差があったものの、知識や認知症ケアの工夫についてはほとんど違いがなかった。これらの結果は、介護福祉士資格取得の重要性を示した。また、養成校における教育と実務経験後の資格取得支援の双方ともに有効であることを示すものである。

引用及び参考文献

- 1) 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会:2025年に向けた介護人材の確保:質と量の好循環の確立に向けて、1頁(2015)
- 2) 厚生労働省:介護福祉士制度の見直し―「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正について、(2007)
- 3) 橋本美香:介護福祉士資格の有無及び経験年数による認知症ケア比較、東北文教大学・東北文教大学短期大学部紀要、第1号、105頁-112頁、(2011)
- 4) 森下早苗ほか:ホームヘルパーにみる介護福祉士資格の有無による業務内容の比較、岡山県立大学短期大学部研究紀要、第2号、112頁-122頁(1995)
- 5) 日本生活支援学会:介護保険施設における介護福祉士の配置の評価に関する研究事業報告書、平成20年度厚生労働省社会福祉推進事業による研究報告書、(2009)
- 6) 鈴木聖子:養護老人ホーム初任介護職員の認知症高齢者ケアにおける困難内容の分析、日本認知症ケア学会誌、第9巻第3号、543頁-551頁(2010)
- 7) 介護福祉士養成講座編集委員会:認知症の理解(第2版)、中央法規出版、新・介護福祉士養成講座12(2013)
- 8) 介護労働安定センター:平成26年度介護労働実態調査の結果:事業所における介護労働実態調査及び介護労働者の就業実態と就業意識調査、9頁、東京、(2015)
- 9) 橋本美香:介護福祉士資格の有無及び経験年数による認知症ケア比較、東北文教大学・東北文教大学短期大学部紀要、第1号、105頁-112頁、(2011)
- 10) 森下早苗ほか:ホームヘルパーにみる介護福祉士資格の有無による業務内容の比較、岡山県立大学短期大学部研究紀要、第2号、112頁-122頁(1995)
- 11) 小銭寿子:実証的視点から考察した認知症ケアの意義―高齢者福祉施設従事者の認知症ケアに関する調査結果から、名寄市立大学社会福祉学科研究紀要、第3号、77頁-91頁(2014)
- 12) 松山郁夫ほか:会話ができない痴呆性高齢者に対する介護者の意識に関する調査研究、高齢者のケアと行動科学、第9巻第2号、63頁-68頁(2004)
- 13) 松山郁夫:認知症高齢者とのコミュニケーションに対する介護職員の認識、佐賀大学文化教育学部研究論文集、第10巻第2号、181頁-188頁(2006)
- 14) 鈴木聖子:養護老人ホーム初任介護職員の認知症高齢者ケアにおける困難内容の分析、日本認知症ケア学会誌、第9巻第3号、543頁-551頁(2010)
- 15) 松沼記代:「気づき」と高める研修方法、季刊認知症介護、第9巻第1号、50頁-56頁(2008)
- 16) 社会福祉法人東北福祉会・認知症介護研究・研修仙台センター:平成24年度老人保健授業報告書「認知症における行動・心理症状(BPSD)対応モデルの構築に関する研究事業」、(2013)
- 17) 加藤哲也:攻撃的態度を示す老人性痴呆疾患患者の看護問題的行動を受容・理解して、日

本精神科看護学会誌、第45巻第1号、84頁-87頁(2002)

- 18) 堀田聡子:介護保険事業所(施設系)における介護職員のストレス軽減と雇用管理、国立社会保障・人口問題研究所、季刊社会保障研究、第46巻第2号、150頁-163頁(2010)
- 19) 渡辺康文 認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護事業所における外部評価によるサービス向上の考察、厚生の指標、第60号、7頁-13頁(2013)
- 20) 堀田聡子:訪問介護員の定着・能力開発と雇用管理、東京大学社会科学研究所人材ビジネス研究寄付研究部門研究シリーズ11(2008)
- 21) 堀田聡子:介護保険事業所(施設系)における介護職員のストレス軽減と雇用管理、国立社会保障・人口問題研究所、季刊社会保障研究、第46巻第2号、150頁-163頁(2010)
- 22) * .王吉彤、名倉弘美、三上章允、介護資格の取得者と無資格者による認知症ケアの比較、人間福祉学会誌、16、1-9、2017

* この節の内容は文献22で発表した。

第3節 尊厳を重視した認知症ケア

1. はじめに

認知症ケアの基本的理念を、わが国で初めて提唱した室伏は1984年、高齢者の認知症治療の経験に基づき「老年痴呆者へのケアの原則(20ヶ条)」¹⁾を公表した。彼は「認知症者の尊厳を支え、生き方を支えるケアの実践は、認知症者に安寧をもたらす事に繋がり、そこに認知症ケアの理念がある」と認知症ケアにおける尊厳の重要性を示した。

また、2003年、高齢者介護研究会(厚生労働省老健局長私的研究会)は、高齢者介護の課題を整理し今後の高齢者介護の方向性を示す為に「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」²⁾と題する報告書を公表した。この報告書では「高齢者の尊厳を支えるケア」を高齢者介護の理念にすえて、認知症高齢者の「尊厳」をケアの目標においた新しい介護のあり方を提唱した。

一方、1989年、イギリスのトム・キッドウッドは「その人らしさ(personhood)」の尊重を柱に、パーソン・センタード・ケア(その人らしさを尊重するケア、以下PCCと記載)の概念を提唱した。PCCは認知症当事者の尊厳を保ちつつ、本人の視点からの世界を理解する「本人本位」の考え方が基本となっている。そのため、さらに彼はその考え方を実践に導くために、自身の思想に基づき定量的評価の方法(Dementia Care Mapping, DCM)³⁾を開発した。キッドウッドの思想に賛同した長谷川は、2000年以降PCC概念の普及・啓蒙・教育活動を行い、日本においてPCCの考え方が介護の教科書などでも取り上げられるようになった⁴⁾。先行研究では、鈴木ら(2009)⁵⁾、田邊ら(2009)⁶⁾、木野(2009)⁷⁾がDCMに取り組むことで、本人本位のケアと関係性の向上を意識づけできると報告した。一方、藤田(2014)は、DCM観察者の評価の異なりや、ケアプランへの連動、参加者の違和感などDCMの問題点や課題を挙げた⁸⁾。このように先行研究においては、PCCについて理論的研究、あるいは現場での導入方法に関する解説は多数みられるが、現場の介護スタッフがその知識を持ち、実践しているかどうかの現状についての調査はほとんどみられない。

そこで、高齢者施設スタッフの認知症ケアについての考え方や実践状況を、PCCや、「尊厳ある対応の重要性」の知識との関連から調査することにより、認知症ケアの現状を把握し、認知症ケアの課題を明らかにすることを目指した。

2. 研究方法

(1) 対象と調査方法

人口148332人、高齢化率25.7%、(2015年4月現在)の岐阜県A市において⁹⁾、136カ所の全高齢者施設・事業所に勤務するスタッフに対して質問紙調査を実施した。協力依頼書と質問紙を全スタッフ人数分2063部送付し、依頼書には本研究の目的と内容の説明等を表記した。回収は、各個人の回答を封筒に入れ封をして代表者が集めまとめて返送する方法で行なった。調査期間は2015年7月1日～2016年2月26日とし、回収は814部(回収率39.46%)であった。

(2) 調査内容

調査内容は、スタッフの基本属性、認知症ケアへの理解、困難場面、対応の工夫、認知症高齢者との関わりでみられるケース、認知症ケアに関する研修参加、PCC の知識などの質問項目を設け調査した。本論文では、認知症ケアにおける尊厳の理解と認知症ケアの現状、PCC の知識を焦点に当て分析した。

「尊厳ある対応の重要性について知っていますか」の項目では、選択肢を「知っている」、「多少知っている」、「あまり知らない」、「知らない」の4段階の選択肢の中から回答を選ぶ形式をとった。また、「認知症の人の視点や立場を尊重する PCC の考え方を知っているか」の項目では、「よく知っている」、「やや知っている」、「聞いたことはある」、「あまり知らない」、「全く知らない」の5つの選択肢を設定した。上記2問の回答結果を本論文では論旨を簡潔に示すために「知識」と表現した。ここで「知識」としているのはあくまでも回答者の自己申告によるものであり、客観的に「知識」をテストしたものではない。

(3) 分析方法

クロス集計において比較する項目のどちらか一方にアンケート未回答によるデータ欠損がある場合は集計の対象から除外した。

統計処理は、IBM SPSS ver.23 による Kruskal Wallis 検定、 χ^2 検定を用いた。統計学的優位水準は5%未満とした。

(4) 倫理的配慮

本研究の目的や方法、研究参加は任意であること、個人情報保護、研究目的以外では使用しないこと、質問紙の返信をもって本研究協力の同意を得たとみなすことを依頼文に明記した。なお、本研究は、中部学院大学研究倫理委員会の承認(通知番号 E15-0018)を得て実施した。

3. 結果

(1) 基本属性

回答者は、男性133人(16.3%)、女性659人(81.0%)、未記入22人(2.7%)で女性が8割を占めていた。年齢は、40歳代が最も多く198人(24.3%)、次いで50歳代が168人(20.6%)であった。学歴は、高校卒が289人(35.5%)で最も多く、次に専門学校卒が203人(24.9%)であった。

本人に1つだけ選択してもらった在従事している職種の主要な資格は、介護福祉士277人(34.0%)が最も多く、次いで初任者研修終了者217人(26.7%)で、看護師120人(14.7%)、ケアマネジャー50人(6.1%)、理学療法士18人(2.2%)、社会福祉士12人(1.5%)の順であった。主要な資格の取得場所は、仕事を始めた後 327人(40.2%)が最も多く、次いで専門学校159人(19.5%)、大学59人(7.3%)、高等学校35人(4.2%)であった。認知症ケア経験年数は、5年以上10年未満219人(26.9%)が最も多く、次に10年以上205人(25.2%)、5年未満129人(15.8%)、3年未満126人(15.5%)、1年未満97人(11.9%)の順であった。

スタッフの所属機関は、デイサービス44施設166人(20.4%)、特別養護老人ホーム5施設151人(18.6%)、訪問介護29施設124人(15.2%)、老人保健施設5施設102人(12.5%)、グループホーム18施設101人(12.4%)、小規模多機能居宅介護10施設76人(9.3%)が比較的多く、訪問看護、有料老人ホーム、デイケア、地域密着型特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は5%以下であった。

(2)PCCと尊厳ある対応の知識

1) PCCの知識

「認知症の人の視点や立場を尊重するPCCの考え方を知っていますか」の項目に対して、「よく知っている」81人(10.0%)、「やや知っている」162人(19.9%)、「聞いたことはある」155人(19.0%)、「あまり知らない」185人(22.7%)、「知らない」195人(24.0%)、「未記入」36人(4.4%)の回答があった。「よく知っている」と「やや知っている」を合計しても3割に満たなかった。

学歴ごとのPCCの考え方を「よく知っている」と「やや知っている」を合計した割合をみると、中学校(37.9%)、高校(34.2%)、短大(27.5%)、専門学校(24.9%)、大学(36.7%)であった。学歴による違いには、統計的有意差はなかった(Kruskal Wallis, $p>0.05$)。

各職種によるPCCの知識について、「よく知っている」と「やや知っている」を合計した割合は、社会福祉士(25.0%)、介護福祉士(41.0%)、ケアマネジャー(59.2%)、初任者研修修了者(27.8%)、看護師(20.2%)、理学療法士(5.9%)、その他(25.0%)、無資格(15.6%)であった。ケアマネジャーと介護福祉士はPCCを知っている比率が高く、職種によるPCCの知識の違いは統計的に有意であった(Kruskal Wallis, $p<0.05$)。

認知症ケア経験によるPCCの知識について、「よく知っている」と「やや知っている」を合計した割合は、1年未満(19.1%)、3年未満(29.8%)、5年未満(32.5%)、10年未満(33.5%)、10年以上(36.4%)であった。経験年数によるPCCの知識の違いには、統計的有意差があった(Kruskal Wallis, $p<0.05$)。

「認知症ケアに関する研修」の参加・不参加で比較すると、PCCの知識について、「よく知っている」と「やや知っている」を合計した割合は、「研修参加」(42.2%)、「不参加」(15.7%)であった。研修参加によるPCCの知識の違いには、統計的有意差があった(Kruskal Wallis, $p<0.05$)。

2) 尊厳ある対応の重要性の知識

「尊厳ある対応の重要性を知っていますか」の項目については、「知っている」484人(57.0%)、「多少知っている」267人(32.8%)、「あまり知らない」13人(7.6%)、「知らない」8人(1.6%)となり、「知っている」と「多少知っている」を合わせると約9割に達した。

学歴による尊厳ある対応の重要性について、「知っている」と「多少知っている」を合計した割合は、大学(95.6%)、専門学校(93.1%)、短大(89.9%)、高校(87.8%)、中学校(86.7%)の順であった。学歴による尊厳のある対応の重要性の知識の違いには統計的有意差があった(Kruskal

Wallis, $p < 0.05$).

各職種の尊厳ある対応の重要性について、「知っている」と「多少知っている」を合計した割合は、ケアマネジャー(98.0%)、介護福祉士(96.4%)、看護師(95.8%)の順に高かった。初任者研修修了者(85.3%)はやや低い値となった。各職種の尊厳ある対応の重要性の知識の違いには、統計的有意差があった(Kruskal Wallis, $p < 0.05$)。

認知症ケア経験年数による尊厳ある対応の重要性について、「知っている」と「多少知っている」の合計した割合は、10年以上(99.0%)、10年未満(96.3%)、5年未満(86.8%)、3年未満(92.7%)、1年未満(71.9%)であった。認知症ケア経験年数による尊厳ある対応の重要性の知識の違いには、統計的有意差があった(Kruskal Wallis, $p < 0.05$)。

「認知症ケアに関する研修」の参加・不参加による尊厳ある対応の重要性について、「知っている」と「多少知っている」の合計した割合は、研修参加(97.0%)、不参加(82.0%)であった。研修の参加・不参加による尊厳ある対応の重要性の知識の違いには、統計的有意差があった(Kruskal Wallis, $p < 0.05$)。

尊厳ある対応の重要性の回答毎にPCCの知識について、「よく知っている」と「やや知っている」を合計した割合を比較すると尊厳ある対応の重要性を「知っている」(42.2%)、「多少知っている」(19.6%)、「あまり知らない」(5.1%)、「全く知らない」(0.0%)であり、尊厳ある対応を知っているとPCCを知っている傾向が見られた。尊厳ある対応の重要性の回答によるPCCの知識の違いには、統計的有意差があった(Kruskal Wallis, $p < 0.05$)。

(3) 尊厳の知識及びPCCの知識と実践

1) PCCの知識と実践

「認知症の人との関わり方で工夫していること」についての17項目の質問は、PCCで「前向きな相互行為」¹⁰⁾として扱われている前向きな感情を強めたり、能力を育んだり、精神的な傷を癒すことで、その人らしさを高める行為¹¹⁾を中心に構成した。それらの中で、「その人のペースに合わせている」(57.7%)が最も多く、次いで「やさしく丁寧な声掛けをしている」(55.8%)、「同じことを何度言っても聞いている」(49.1%)の順であった。

つぎに、「認知症の人の視点や立場を尊重するPCCの考え方を知っていますか」の項目に対する回答を、「よく知っている」と「やや知っている」のグループと、「聞いたことはある」、「あまり知らない」、「知らない」の2グループに分け、前者を「知っている」グループ、後者を「知らない」グループとし、各項目を選択した人の比率を計算した。PCCを知っているスタッフは、「9. 緊張がなくリラックスできる様な雰囲気を作るようにしている」(χ^2 検定, $p < 0.05$)、「13. その方の持っている能力を活かすようにしている」(χ^2 検定, $p < 0.01$)、「15. 認知症の方の発言や行動の背景にある要因や意図を理解するよう努めている」(χ^2 検定, $p < 0.01$)を統計的に有意に多く選択した。また、「5. 同じことを何度言っても聞いている」の選択は統計的に有意に少なかった(χ^2 検定, $p < 0.05$)。

一方、PCCで「悪性の社会心理」¹²⁾として扱われている、その人らしさを深く傷つけ、身体の良い状態さえも損なうケア環境や人格を奪う傾向に相当する「認知症高齢者と関わりでのケース」の10

項目は、最も多かったのが「1. 本人の関心をそらしたり、ごまかしたりする」(45.5%)で、次いで「9. 後回しにする」(19.9%)、「2. 行為をさえぎる」(12.2%)の順であった。さらに、PCCの考え方を「知っている」グループと「知らない」グループを比較すると、その差はわずかで統計的有意差はなかった(χ^2 検定, $p>0.05$)。

つぎに研修の参加・不参加で比較した。研修に参加しているスタッフは、「13. 持っている能力をいかす」、「15. 背景にある要因や意図を理解する」が有意に多かった(χ^2 検定, $p<0.05$)。一方、「悪性の社会心理」については研修の参加・不参加で統計的有意差がなかった(χ^2 検定, $p>0.05$)。

2) 尊厳ある対応の重要性の知識と実践

「尊厳ある対応の重要性を知っていますか」の項目に対する回答を、「よく知っている」と「多少知っている」のグループと、「あまり知らない」と「知らない」の2グループに分け、前者を「知っている」グループ、後者を「知らない」グループとし、各項目を選択した人の比率を計算した。

尊厳の重要性を理解しているスタッフは、「9. リラックスできる雰囲気を作るようにしている」、「10. 寄り添うようにしている」、「11. 怒りがおさまるような工夫」、「15. 背景にある要因や意図を理解する」が有意に多かった。特に「15. 背景にある要因や意図を理解する」は有意差(χ^2 検定, $p<0.01$)があった。しかし、尊厳の重要性を知っていても「悪性の社会心理」は減っていなかった。「悪性の社会心理」については統計的に有意な差はなかった(χ^2 検定, $p>0.05$)。

4. 考察

本研究では、認知症ケアに携わるスタッフの認知症ケアについての考え方や実践状況を、PCCや、「尊厳ある対応の重要性」の知識の視点との関連から調査し分析した。その結果、PCCの知識の普及は高齢者施設スタッフにそれほど浸透していないものの、そのケア思想の重要な側面と考えられる「尊厳ある対応の重要性」については周知が進んでいる現状が確認できた。

(1) 認知症ケアにおけるPCCと尊厳ある対応の重要性の知識

「尊厳のある対応の重要性」については、約9割のスタッフが知っていると回答した。日本では、イギリスでPCCが提唱される以前の1984年に室伏がこの点を指摘している。室伏は彼の編集した著書の中で、「老年性痴呆へのケアの原則(20か条)」を提唱した。彼の20か条には、「I. 老人が生きていけるように不安を解消すること」、「II. 老人の言動や心理をよく把握し対応すること」、「III. 老人をあたたくもてなすこと」、「IV. 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」の4つのカテゴリーが示されている。さらに、IIのカテゴリーの小項目には「老人を尊重すること」、「老人を理解すること」、「説得より納得をはかること」が、IIIのカテゴリーには「老人を蔑視・排除・拒否しないこと」が、IVのカテゴリーには「老人のペースに合わせること」、「老人と行動をともにすること」などの項目がある。これらは、認知症高齢者(室伏の著書が書かれた頃は「痴呆」と呼ばれていた)の「尊厳」を重視した考え方である。室伏らによる認知症高齢者へのケアの考え方は、1984年、

厚生省の受託を受けた痴呆性老人処遇技術研修事業により啓蒙・研修がスタートし¹³⁾、その後、介護の教科書などでも取り上げられてきた。このような経緯から、日本では「尊厳」を重視する考え方が普及してきたと考えられる。

一方、PCCについては、「よく知っている」または「やや知っている」と答えた人は全スタッフの約3割であった。PCCは教科書でも取り上げられ、国内で普及のための活動が行われているにもかかわらず、必ずしも浸透していなかった。PCCも認知症高齢者の「尊厳」を重視する点で室伏が提唱した20か条と共通する部分がある。例えば、トム・キットウッドが「前向きな相互行為」として挙げている、「尊敬すること」、「受け容れること」、「尊重すること」、「共感をもってわかれようとする」、「共に行うこと」、「共にあること」、「一緒に楽しむこと」などは、室伏の項目と重なる。室伏の提唱した20か条とPCCの違いの一つは、PCCが、「悪性の社会心理」と呼ぶ、ネガティブなケア行為をまとめていること、および、PCCが認知症ケアマッピング(Dementia Care Mapping, DCM)という形で定量的に評価する仕組みをつくり、評価する人材(マッパー)の教育も行っていることにある。PCCはDCMを通じて、ケアの質の評価や改善に活用できる利点を持っているといえる¹⁴⁾。

尊厳の知識やPCCの知識は、経験年数が長いほど、研修に参加したスタッフほど高くなる傾向にあり、職種によっても異なっていた。鈴木(2007)は経験の少ない介護職員はストレスが強いこと¹⁵⁾、白石(2010)は、介護職員の価値観や態度は、経験年数、教育・資格との関連性があることを報告している¹⁶⁾。さらに、内田(2009)は、独自に開発した認知症ケア評価票を用い認知症ケアに影響する因子として、職種、所属機関、経験年数を挙げ、「職種としては、看護職は生活を、介護職は介護者の項目を重視する傾向にあった¹⁷⁾と報告している。

鈴木(2007)は、介護スタッフ経験少群(3年以内)の認知症ケア場面を調査した結果、認知症高齢者が示す行為や言動の意味とその背景を理解する方法が身につけていない為、認知症ケアに困難を来していることを指摘した¹⁵⁾。今回の調査結果は、経験年数とともに知識や理解が進んでいることを示した点で、これらの先行研究と類似する結果であった。また、王ら(2017)がまとめた、経験年数が長くなると認知症の初期症状の知識が高くなることを示した報告とも一致する¹⁸⁾。今後は、経験の少ないスタッフや専門教育を受けていないスタッフにこの考え方を浸透させるための工夫が必要と思われる。

(2)PCCの知識と実践

実践面では、いくつかの項目でPCCを知っているスタッフと知らないスタッフで有意差が見られた。知っているスタッフでは、「前向きな相互行為」として扱われている「リラックスできる雰囲気をつくる」、「能力を活かす」、「認知症の方の背景を理解する」などの項目で高い値を示した。これらの項目の特徴は認知症に独特なケア内容を含んでおり、PCCについての知識がプラスに作用しているものと推定された。

一方、PCCの理論で認知症高齢者の気持ちを傷つけるような「悪性の社会心理」として扱われている項目については、PCCを知っているスタッフと知らないスタッフで統計的に有意な違いはなかった。これらを総合するとPCCの知識は認知症ケアに多少のプラスの作用はあるものの、それほど

大きくはないのかもしれない。今回の調査では、PCCが提唱する「その人らしさ」を尊重するケアの理解や知識が実践に繋がっているという明確な証拠は得られなかった。

(3)PCCの尊厳ある対応の課題

日本では認知症ケアの方法として活用されているPCCであるが、教科書では名称と簡単な紹介のみでDCM法の詳細は明示されていない¹⁹⁾。DCM研修は2002年度から厚生省健康増進等事業の補助金によって認知症介護研究・研修大府センターが中心となって導入事業が進められてきた。DCM研修では、観察(マッピング)する際に必要となる本人視点の基本姿勢や認知症者の行動や状態を表すコードの付け方、マッピング結果の分析方法と現場スタッフへのフィードバックのスキルを習得する。研修を受け要件を満たすことにより認定資格(DCM基礎ユーザー、DCM上級ユーザー)を得ることができる。そして、この研修で認定を受けた観察評価者(マッパー)のみがDCMを実施できる。マッパーの認定資格を得るためには時間と費用がかかり、定員数の制限もあるため、日本では10年以上前から講習が行われているものの、基礎ユーザーの数は2016年10月現在全国で1300人余りにとどまっている²⁰⁾。

さらに、観察評価法としては、2人のマッパーが利用者を6時間観察し、5分毎にカテゴリーと値を記載していく為、時間と手間がかかり、普及しない要因の一つとなっている可能性もある。

藤田(2014)は、幾度も改良を重ねて開発を経てきたDCMも、結局は人間の主観によりできた観察式評価ツールであることに変わりはない。こうした主観的な部分をどのようにして客観的にみるのか、そしてDCMの評価尺度の信頼性や妥当性をいかに高めていくのかと疑問を投げかけている⁸⁾。また、堀(2007)は、介護職96人の調査により、「大部分の介護職は『PCC＝目の前のあるがままをひたすら受容』と理解している事が予測された²¹⁾」とし、介護職知識としてのPCCと実質的な理解や現実的な活動において齟齬が生じていると記している。

確かに、PCCは日本での普及という点では様々な課題をかかえている。DCM法の使用は、英国ブラッドフォード大学が認定する資格要件の有無によって制限されている点や、マッパーの育成過程にかかる費用・研修期間の長さ、マッパー認定者数の少なさ、評価尺度の信頼性や妥当性、DCM観察評価の所要時間の長さ、さらにはフィードバックに要する期間などが課題として挙げられる。

しかしながら、PCCは本調査結果にも示されたように、「居心地のよい環境」、「持っている能力を活かす」、「言動の背景を理解」など、認知症を持つ人の視点を重視し、その人らしくあり続けるための援助の実現に一定程度の効力を持っていた。したがって、PCCやDCMを否定的にとらえるよりも、その内容に着目し、その中身の実現に向けての方策を探るべきであろう。

5.今後の課題

本研究では、PCCや「尊厳ある対応の重要性」の知識との関連から調査することで、認知症ケアの現状とスタッフの認知症ケアに対する考え方を把握し、ケアの課題を明らかにすることであった。本調査により多くのスタッフが尊厳の重要性について知ってはいるが必ずしも実践に繋がっていない

いことが示された。今後は尊厳あるケアやPCCの思想の普及に努めるとともに、より簡便な評価法の可能性の検討や、ケアスタッフの教育面での改善も必要と思われる。

本研究で調査した知識や実践状況は、自己申告によるもので客観的評価によるものではない。また、調査地域が岐阜県A市に限定されていた。こうした限界をもちつつも、本研究の結果は、認知症ケアの現状を反映したものであると考えている。

【文 献】

- 1) 室伏君士:痴呆老人の理解とケア, 初版, 43-56. 金剛出版, 東京(1985)
- 2) 厚生労働省(2003)「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/>,2015.8.5)
- 3) トム・キッドウッド著, 高橋誠一訳:認知症のパーソン・センタード・ケア新しいケアの文化へ . 初版, 5-15, 筒井書房, 東京(2005)
- 4) 長谷川和夫:痴呆ケア標準テキスト 痴呆ケアの基礎, 第1版, 21-28, ワールドプランニング, 東京(2004)
- 5) 鈴木みずえ, 水野 裕, Greiner Chieko, ほか:重度認知症病棟における認知症ケアマッピングを用いたパーソン・センタード・ケア に関する介入の効果. 老年精神医学雑誌, 20(6): 668-680(2009)
- 6) 田邊薫, 村田康子, 内田達二, ほか:グループホームにおけるパーソン・センタード・ケアを目指したケアプランの検討 認知症ケアマッピング(DCM)を用いて. 日本認知症ケア学会, 2(3):254-262(2009)
- 7) 木野美恵子:生活時間を軸にした認知症介護の一考察. 介護福祉学, 16(2):229-237(2009)
- 8) 藤田拓三:パーソン・センタード・ケアにおける認知症ケアマッピング(DCM)の実践と効果に関する研究. 天理大学社会福祉学研究室紀要, 16:13-30(2014)
- 9) 総務省統計局(2016)「人口推計」(<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm#kijun,2016>. 4. 1)
- 10) トム・キッドウッド著, 高橋誠一訳 : 認知症のパーソン・センタード・ケア 新しいケアの文化へ . 初版, 83-163, 筒井書房, 東京(2005)
- 11) ドーン・ブルッカー,水野裕(監修):VIPSですすめるパーソン・センタード・ケア,クリエイツかもがわ、京都(2010)
- 12) 水野裕:実践パーソン・センタード・ケア-認知症をもつ人たちの支援のために,ワールドプランニング,東京(2008)
- 13) 厚生労働省(1987)「痴呆性老人対策推進本部報告」(<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/322.pd#search,2016>. 5. 11)

- 14) 鈴木みずえ: 認知症ケアマッピングを用いたパーソン・センタード・ケア実践報告集. 第1版, 1-16, クオリティケア, 東京(2009)
- 15) 鈴木聖子: 環境条件からみた特別養護老人ホームケアスタッフの職場内教育における課題: ユニット型と既存型の比較から. 社会福祉学, (1)48:81-91, (2007)
- 16) 白石旬子, 大塚武則, 影山優子ほか: 介護老人福祉施設の介護職員の「介護観」に関する研究: 経験年数, 教育・資格による相違. 介護福祉学, 17(2):164-175 (2010)
- 17) 内田陽子, 清水さゆり, 杉山学ほか: 認知症ケアのアウトカム評価票の項目別にみた重み付け得点と影響する評価者の因子. 北関東医学会, 59(1):59-66 (2009)
- 18) 王吉彤, 名倉弘美, 三上章允: 高齢者施設スタッフの認知症についての知識・理解と態度. 厚生指標, 64(5), 45-52 (2017)
- 19) 宮嶋渡: 新・介護福祉士養成講座12 認知症の理解. 第2版, 121-124, 中央法規出版, 東京 (2015)
- 20) 認知症介護研究・研修大府センターdcm推進室(2016)「facebook: 認知症介護指導者大府ネットワーク」
(<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/322.pdf#search='痴呆性老人対策推進本部報告'>, 2017. 7. 1)
- 21) 堀恭子: 介護職から見た認知症高齢者の帰宅願望: 質的データによる検討. 横浜国立大学教育相談・支援総合センター研究論集紀要. 横浜国立大学, 7:27-53 (2007)
- 22) * 名倉弘美, 王吉彤, 三上章允, 高齢者施設スタッフのパーソン・センタード・ケアの知識と実践の現状, 第17回人間福祉学会, 2016

* この節の内容は文献 22) として学会発表した。また、現在論文として投稿中である。

第4章 地域包括センターの役割についての調査

第1節 認知症初期集中支援チーム設置の効果

1. はじめに

わが国の高齢化率は26.7%(2016、厚生労働省)と過去最高であり、今後もさらに上昇が見込まれている。また、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に至っては、認知症高齢者が約700万人前後になると推計¹⁾されている。高齢者が住み慣れた地域で生活を継続することを目的とし、2005年介護保険法改正では、地域密着型サービス、地域包括支援センター(以下、支援センターとする)の創設による予防重視型システムへの転換が進められた。さらに2012年の介護保険制度の改正では、認知症高齢者の地域での生活を支えるための「地域包括ケアシステム」の構築に関する基本指針が織り込まれた。

また、高齢化が進むにつれ増加が見込まれる認知症対策として、2015年1月に「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」が公表された。その基本方針は、認知症の人が住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けるための、知識の普及啓発、認知症の容態に応じた医療介護の提供、認知症の人の介護者への支援など7つの柱に沿ったものである。具体的には、認知症初期集中支援チーム(以下、集中支援チームとする)事業のほか、医療従事者向け認知症対応力向上研修、認知症地域支援推進員設置事業、若年性認知症の相談窓口の設置など、多岐にわたる内容が盛り込まれている。これら施策のうち集中支援チームとは、複数の専門職が家族の訴えなどにより、認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族への初期支援を包括的、集中的に行うサポートチームのことであり、支援センターのほか、認知症疾患医療センター、市町村の本庁、病院・診療所に配置されている。集中支援チームの「初期」という言葉は、『①認知症の発症後のステージとしての初期病気の早期段階』の意味だけでなく、『②認知症の人へのかかわりの初期(ファーストタッチ)』という意味²⁾をもつとされている。

粟田は、「認知機能が低下し、生活機能が低下し、社会的に孤立し、身体的健康状態が悪化することは、一般高齢者のウェルビーイング(Well-being)の低下の危険因子である」とし、認知症の初期段階での対応の重要性について指摘している³⁾。実際には、地域住民の側に、「【認知症に対する偏見や不安があり、自分のこととして認めたくない】思いや、【早期発見・早期治療の意義が認識されていない】」³⁾ ことがあり、行動・心理症状の出現など認知症が進行してから発見されることも少なくない。集中支援チームへの主な相談内容が「認知症の行動・心理症状による介護拒否」であるとの報告⁴⁾や、「集中支援チームのモデル事業では多くは認知症が中程度以上に進行した人が対象であった」との指摘⁵⁾があり、早期に認知症高齢者を把握し支援へと導くことは集中支援チームにとって重要な課題である。

次に、「かかわりの初期段階」という意味での初期対応については、「おおむね6か月を目安に本格的な介護チームや医療につなげること」²⁾とある。これについては、集中チーム

の実績として、「半数以上が介護保険サービス等の利用につながっていた」⁶⁾ことや、「支援終了後の転機については、『在宅継続』が75%」⁶⁾との報告もあり、集中支援チームの設置により、それまで適切な支援が得られないでいた認知症高齢者を医療・介護につなげる効果があることが裏付けられている。

2012年に全国3か所のモデル事業から開始となった集中支援チームであるが、2015年には地域支援事業の包括的支援事業として位置づけられ、2018年度にはすべての市区町村で実施されることとなっている。市町村が集中支援チームを設置する場所として、支援センターや診療所など、継続的に事業を実施するための物理的拠点を整備するものとされている。その点支援センターは、地域のネットワーク構築機能、ワンストップサービス窓口機能、権利擁護機能など認知症高齢者に対する包括的および継続的な支援を行う場としての役割を有していることから、集中支援チームの拠点に適していると思われる。

そこで本研究では、全国の支援センターを対象に行った質問紙調査の結果を基に、支援センターに集中支援チームを設置した場合の効果について考察することを目的とした。

2. 方法

(1) 調査対象

ブランチ方式およびサブセンター方式のセンターは除く全国4,557の支援センターより、無作為に抽出した1,604センターの職員を対象に、郵送法による自記式質問紙調査を2016年3～5月に実施した。

(2) 調査内容

本研究における調査項目には、支援センターの基本属性として、設置主体、担当地区の総人口、高齢化率についての設問項目を設けた。支援センターに訪れる主な相談者の傾向については、多い属性3つを選ぶ方法を取った。支援センターと関係機関との連携、認知症支援における課題については、4件法で回答を求めた。現状における課題および課題解決のための取り組みに関する調査項目を設定する際には、三菱総合研究所の調査項目⁷⁾を基盤とし、予備調査である支援センターへの聞き取り調査の結果により決定した。

(3) 分析方法

本研究の分析方法として、集中支援チーム設置の有無と支援センターの基本属性（設置主体、担当地区の総人口、高齢化率）との関連についてクロス表を作成し、 χ^2 検定を行った。認知症早期発見・支援する上での課題、認知症に関する地域課題に対する取り組みについては、集中支援チーム設置の有無の2群間の比較として、Mann-Whitney検定を用いた。なお、これら統計解析にはIBM SPSS ver.23を使用し、統計的有意水準は5%未満とした。

(4) 倫理的配慮

調査研究への参加は任意であること、回答は統計的処理を行い個人の特長はしないこと、得られた成果は学会等で公表すること、個人情報漏えいを防ぐためデータは厳重に管理することについて、調査協力文書に明記し、調査票の返送をもって研究協力への同意とみなした。また、本研究は所属機関である中部学院大学倫理審査委員会の承認（通知番号 E15-0023）および平成医療短期大学倫理委員会の承認（承認番号第 H27-23）を得て実施した。

3. 結果

(1) 対象とした支援センターの基本属性

得られた回答 403 件（回収率 25.1%）のうち無効回答が顕著なケースを除く 402 件（有効回答率 25.0%）を分析の対象とした。対象となった支援センターの設置主体は、市町村からの委託 289 か所（71.9%）、市町村による直営 113 か所（28.1%）であった。委託先の包括支援事業者の内訳は、社会福祉法人（社会福祉協議会を含む）への委託 223 か所（55.5%）、医療機関への委託 53 か所（13.2%）、その他 13 か所（3.2%）であった。その他の委託先としては、公益社団法人、公益財団法人、NPO 法人、独立行政法人などの法人格が含まれた。

表 1 認知症初期集中支援チーム設置の有無ごとの対象者の基本属性

		n=402			
		設置あり(n=302)		設置なし(n=100)	
		n	%	n	%
設置主体	市町村による直営	79	(26.2%)	34	(34.0%)
	市町村からの委託	223	(73.8%)	66	(66.0%)
担当地区の総人口	1万人未満	64	(21.2%)	29	(29.0%)
	1～2万人未満	72	(23.8%)	21	(21.0%)
	2～3万人未満	46	(15.2%)	16	(16.0%)
	3～4万人未満	49	(16.2%)	13	(13.0%)
	4～5万人未満	18	(6.0%)	4	(4.0%)
	5万人以上	44	(14.6%)	15	(15.0%)
	回答なし	9	(3.0%)	2	(2.0%)
担当地区の高齢化率	20%未満	25	(8.3%)	7	(7.0%)
	20～25%未満	71	(23.5%)	23	(23.0%)
	25～30%未満	85	(28.1%)	23	(23.0%)
	30～35%未満	57	(18.9%)	27	(27.0%)
	35～40%未満	32	(10.6%)	5	(5.0%)
	40%以上	23	(7.6%)	12	(12.0%)
	回答なし	9	(3.0%)	3	(3.0%)

集中支援チームの有無ごとの基本属性について、表 1 にまとめた。集中支援チームの設置の有無と担当地区の総人口との比較を行ったところ、集中支援チーム設置ありの支援センターでは 1 万～2 万人未満が最も多く、集中支援チーム設置なしの支援センターでは 1 万人未満のセンターが最も多い結果となった。また、集中支援チームの設置の有無と担当地区の高齢化率との比較を行ったところ、集中支援チーム設置ありの支援センターでは、高齢化率 25～30%のセンターが最も多く、集中支援チーム設置なしの支援センターでは、高齢化率 30～35%未満が最も多い結果となった。以上の基本属性と集中支援チームの設置の有無について χ^2 検定を行ったところ、統計上の有意差は認めなかった。

表 2 地域包括支援センターの主な相談者と集中支援チーム設置の有無との関係

相談者の属性		合計		初期集中支援チーム設置の有無		検定値
		n	(%)	設置あり (n=302)	設置なし (n=100)	
同居家族・親族	有	371	(92.3%)	278	93	
	無	31	(7.7%)	24	7	
同居以外家族・親族	有	276	(68.7%)	209	67	
	無	126	(31.3%)	93	33	
民生委員	有	231	(57.5%)	177	54	*
	無	171	(42.5%)	125	46	
介護支援専門員	有	93	(23.1%)	69	24	
	無	309	(76.9%)	233	76	
医療機関	有	69	(17.2%)	48	21	
	無	381	(94.8%)	302	79	
行政機関	有	50	(12.4%)	36	14	
	無	352	(87.6%)	266	86	
近隣住民	有	59	(14.7%)	51	8	
	無	343	(85.3%)	251	92	

分析には χ^2 検定を用いた。* $p < 0.05$ 。

次に、支援センターに訪れる主な相談者の傾向について表 2 にまとめた。相談者の属性のうち、最も多い属性を 3 つ選ぶ形で回答を得た。結果、相談者の属性として多かったのは、集中支援チーム設置の有無に関わらず、「同居家族・親族」、「同居以外の家族・親族」、「民生委員」の順であった。集中支援チームの設置の有無と担当地区の高齢化率との比較を行ったところ、「民生委員」のみが集中支援チーム設置ありの支援センターで有意に多い (χ^2 検定, $p < 0.05$) 結果となったが、他の相談者では有意差を認めなかった。

(2) 集中支援チーム設置の有無と関係機関との連携状況

関係機関との連携状況を把握するために、8 つの質問項目についてそれぞれ、「連携している」に 4 点、「ある程度連携している」に 3 点、「あまり連携していない」に 2 点、「連携

していない」に1点を付与し、Mann-Whitney 検定の平均ランク値を比較した結果が表3である。支援センターとの連携については、集中支援チームの設置ありの場合、平均ランク値は、「介護サービス事業所」、「インフォーマル組織」、「民生委員」の順に高かった。一方、集中支援チーム設置なしの場合、平均ランク値は、「市町村」、「社会福祉協議会」、「町内会・自治会など」の順に高かった。関係機関との連携について集中支援チーム設置の有無との間で Mann-Whitney 検定により比較したところ、「介護サービス事業所 (Mann-Whitney 検定, $p<0.01$)」、「インフォーマル組織 (Mann-Whitney 検定, $p<0.05$)」については集中支援チームの設置がある支援センターにおいて、連携の度合いに関する平均ランク値が有意に高い結果となった。

表3 認知症初期集中支援チーム設置の有無と関連機関との連携の度合い

	初期集中支援チーム設置の有無				検定値
	設置あり		設置なし		
	平均ランク	順位和	平均ランク	順位和	
市町村	204.6	(61796.0)	192.1	(19207.0)	
保健センター・行政の保健担当部署	205.5	(62064.5)	189.4	(18938.5)	
医療機関	204.9	(61863.5)	191.4	(19139.5)	
社会福祉協議会	200.3	(60503.5)	205.0	(20499.5)	
介護サービス事業所	210.7	(63634.0)	173.7	(17369.0)	**
民生委員	207.3	(62606.5)	183.4	(18396.5)	
町内会・自治会など	204.1	(61624.0)	193.8	(19379.0)	
インフォーマル組織	208.2	(62867.0)	181.4	(18136.0)	*

分析にはMann-Whitney検定を用いた。 * $p<0.05$, ** $p<0.01$

現在は連携をとっていないが今後連携を希望する関係機関に関する自由記載では、警察や消防など認知症高齢者の暮らしの安全にかかわる機関、スーパーやコンビニなど商店街、郵便局や宅配業者など企業活動を通じて高齢者の日常生活圏域での見守りが可能と思われる機関があげられた。また、今後連携を希望する機関の中には、多世代連携を可能にする機関である小中学校、高等学校など教育機関も含まれた。

(3)集中支援チーム設置の有無と認知症支援における課題との関連

認知症支援における課題を把握するために、7つの質問項目についてそれぞれ、「非常に課題がある」に4点、「やや課題がある」に3点、「あまり課題がない」に2点、「全く課題がない」に1点を付与し、Mann-Whitney 検定の平均ランク値を比較した結果が表4である。これら7項目について、集中支援チーム設置の有無との間で Mann-Whitney 検定により比較したところ、集中支援チーム設置の有無との間で平均ランク値に有意差は認められ

なかった。

表4 認知症初期集中支援チーム設置の有無と認知症支援における課題との関連

	初期集中支援チーム設置の有無			
	設置あり		設置なし	
	平均ランク	順位和	平均ランク	順位和
病識がないなど高齢者自身の支援拒否	205.6	(61894.0)	187.1	(18707.0)
高齢者のみ世帯の増加	204.7	(61809.0)	191.9	(19194.0)
地域住民の認知症に対する理解不足	203.6	(61495.0)	193.0	(19106.0)
認知症高齢者の生活実態の把握が困難	204.0	(61605.5)	194.0	(19397.0)
支援に携わる職種間における価値観の相違	202.5	(60958.0)	196.4	(19643.0)
近隣に専門医療機関がない	199.2	(60146.5)	208.6	(20856.5)
近隣に利用可能な介護サービスがない	202.0	(60983.5)	200.2	(20019.5)

分析にはMann-Whitney検定を用いた。

認知症支援における課題に関する具体的内容の自由記載について、集中支援チームの有無に分け、質的帰納法を用い、意味内容の類似性に基づき分類整理した結果を表5にまとめた。集中支援チーム設置ありの支援センターの回答からは、81のコード、6のサブカテゴリと2のカテゴリが抽出された。一方、集中支援チーム設置なしの支援センターの回答からは、19のコード、6のサブカテゴリ、2のカテゴリが抽出された。以下、カテゴリは【 】, サブカテゴリは《 》、コードは「 」で表示する。

集中支援チーム設置ありの支援センターでは、【アクセスする側の課題】として、「日常的なもの忘れなどがあっても、年齢相応と考えて家族が受診を勧めない」、「家族が本人の意向を尊重するあまり、受診や支援を拒否する」など、高齢者本人または家族側の課題である《認知症に対する理解不足》が最も多かった。「近隣同士のつながりがなく、発見が遅れる」など《高齢者の生活実態把握が困難》なことにより、支援を要する高齢者を発見しにくいという課題があげられた。また、「虐待が疑われる場合」や「疾患や障害、低所得など、家族自身も支援を必要としている場合」など《独居などキーパーソンの不在》が課題としてあげられ、認知症高齢者を発見した後の支援における課題についても複数の回答が得られた。さらに、「専門医療機関までの交通の足が確保しにくい」、「専門医療機関の受診予約が取れない」など、《近隣に専門医療機関がない》ことによる専門医療機関への受診困難や、「若年認知症向けのサービスが少ない」、「軽度認知症の方が使えるサービスが不足している」など、《近隣に利用可能な介護サービスがない》ことがあげられ、認知症高齢者を発見した後に地域で暮らし続けるための資源が十分でないという課題もあげられた。

表5 認知症支援における課題に関する具体的内容（自由記載）

（ ）内の数値は記述内容の数を示す

初期集中支援チーム設置あり(81)		
アクセスする側の課題(62)	認知症に対する理解不足(32)	・ 日常的なものの忘れなどがあっても、年齢相応と考えて、家族が受診を勧めない
		・ 家族が本人の意向を尊重するあまり、受診や支援を拒否する
		・ 認知症が進行し困った状況になってから初めてSOSが出る
		・ 認知症サポーター養成講座は展開していても、相談や通報につながらない
		・ 家族が認知症に対し、偏見をもっていたり無関心だったりする
	高齢者の生活実態把握が困難(11)	・ 近隣同士のつながりがなく、発見が遅れる
		・ 山間部などでは近隣に家がなく、見守りが行き届かない
		・ 周囲の住民自身も高齢者であり目が届かない
	独居などキーパーソン不在(7)	・ 虐待が疑われる場合
		・ 疾患や障害、低所得など、家族自身も支援を必要としている場合
近隣に専門医療機関がない(7)	・ 専門医療機関までの交通の足が確保しにくい	
	・ 認知症医療疾患センターが精神科専門病院併設のため、病院名に抵抗がある	
	・ 専門医療機関の受診予約が取れない	
近隣に利用可能な介護サービスがない(5)	・ 若年認知症向けのサービスが少ない	
	・ 軽度認知症の方が使えるサービスが不足している	
	・ 高齢者カフェ、サロンの有無など地域差が大きい	
アクセスを受ける側の課題(19)	職種間の認知症に対する認識の相違(19)	・ 主治医、かかりつけ医の認知症への理解が不足している
		・ 画像診断で「異常なし」と診断された場合、次の支援がしづらい
		・ 認知症による症状が重度にならないと専門医への紹介をしてもらえない
初期集中支援チーム設置なし(19)		
アクセスする側の課題(15)	認知症に対する理解不足(8)	・ 家族が認知症と認めない
		・ 認知症に対する悪いイメージを持っている
	高齢者の生活実態把握が困難(2)	・ 高齢者が孤立するなど、近所づきあいが希薄になってきている
	独居などキーパーソン不在(4)	・ 家族自身も精神疾患や未就労など問題を抱えている
アクセスを受ける側の課題(4)	職種間の認知症に対する認識の相違(2)	・ 近隣に、認知症専門の医療機関がない
		・ かかりつけ医と認知症に対する認識が異なっている
		・ 主治医が認知症専門医でない場合理解が得られにくい
	相談機関に関する周知不足(2)	・ 相談窓口の存在が知られていない
		・ 福祉サービスについての情報が知られていない

【アクセスを受ける側の課題】としては、「主治医、かかりつけ医の認知症への理解が不足している」、「認知症による症状が重度にならないと専門医への紹介をしてもらえない」など《職種間の認知症に対する認識の相違》が最も多く、特にかかりつけ医との関係に関する課題もあげられた。

一方、集中支援チーム設置なしの支援センターでは、【アクセスする側の課題】として、集中支援チーム設置ありの支援センター同様、《認知症に対する理解不足》、《高齢者の生活実態把握が困難》、《独居などキーパーソンの不在》、《近隣に専門医療機関がない》があげられたが、介護サービスなど社会資源整備に関する課題はあがらなかった。【アクセスを受ける側の課題】としては、《職種間の認知症に対する認識の相違》の他、「相談窓口の存在が知られていない」、「福祉サービスについての情報が知られていない」といった、《相談機関に関する周知不足》があげられた。

4. 考察

集中支援チームの役割は、認知症発症後早期段階での支援と、おおむね 6 か月間の初期集中的支援により介護や医療につなげることにある。集中支援チームの活動拠点のひとつである支援センターは、地域包括ケアの中核機関として位置づけられている。

今回の調査結果における認知症相談の来訪者は、「相談者別の件数の割合は、当事者（本人・同居家族）が最も多く 56.5%、次いで福祉・保健医療機関が 30.9%」との小林の報告⁸⁾と同じ傾向を示した。扇澤は、「認知症で最初に出現する症状は探し物・置き忘れなどの日々の生活障害」であると述べている⁹⁾。これら認知症の初期症状は、日常生活において家族・親族により発見されることが多い症状であると考ええる。王らがおこなった市民調査では、「物忘れや見当識障害について 8 割以上の住民が認知症の初期症状として認識されていた」¹⁰⁾ また、杉山らが行った住民調査では、「人々が認知症の知識を得る機会『認知症に関するテレビ番組の視聴 (83.4%)』が『認知症に関する講演 (66.9%)』を上回っていた」¹¹⁾。さらに、伊藤は、認知症症状の発見が遅れる理由について、「物忘れや見当識障害など認知症の初期症状は加齢性変化との見極めが難しいため」と述べている⁵⁾。認知症講習による知識の普及やマスメディアによる情報発信により、人々が認知症についての知識を得る機会は増えている。知識の普及を早期相談の増加につなげるためには、今後、認知症の症状だけでなく、認知症が疑われた場合の対処方法に関する正しい知識を普及させることが重要と考える。

集中支援チーム設置ありの支援センターで民生委員からの相談が有意に多かったのは、住民ネットワーク構築で果たす集中支援チームの役割の表れである。地域住民の実情を最もよく知る存在である民生委員からの情報提供はこれまでも行われてきたことではあるが、集中支援チームが設置されたことで、認知症に関する情報提供の重要性がより認識されやすくなったのではないかと考える。

平成 25 年度から集中支援チームを設置している神戸市の活動実績では、「認知症症状に

気づかれてからチーム員が関与するまでの期間は、6か月～1年未満が32.6%と最も多かったが、1年以上が52.0%¹²⁾であり、集中支援チーム設置が早い段階からの相談につながっているとは言い難い。そのため現在行われている認知症に関する啓発活動では、「中期症状に対する受診促進を促進する可能性を示唆しているものの、早期の段階での受診を促進するものではない」との指摘¹¹⁾もある。今後、認知症高齢者を早期の支援開始へと結びつけるためには、単なる知識の普及でなく、集中支援チームの活動の実際を反映させた内容とすることが有効ではないかと考える。

今回の調査結果の中で、関係機関のうち介護サービス事業所との連携が高かったことから、支援センターに集中支援チームを設置したことの効果が窺える。支援の初期段階から介護サービスや医療の利用につなげていることが予測され、集中支援チームの設置の目的である初期支援が果たしているといえる。

一方、インフォーマル組織との連携の高さの差は、集中支援チームを設置したことによる新たな地域ネットワーク構築の表れではないかと推測する。インフォーマル組織には、NPO法人や地域住民組織、見守りボランティアグループなど高齢者の生活実態把握に欠かせない関連機関が含まれる。また、軽度認知症高齢者など既存の介護保険サービスだけでは利用者のニーズが充足できない場合のサービス提供も可能となる。ただし、インフォーマル組織の中には個人情報のやり取りに関する規定がない場合もあり、認知症の疑いなど個人の尊厳にかかわる情報のやり取りが困難な場合もある。その点に留意しさえすれば、インフォーマル組織は地域で暮らす認知症高齢者を支援する上での重要な関連機関となりうる。

集中支援チーム設置の有無と認知症支援における課題との間には統計上の有意差はみられなかった。自由記載であるため推測の域を出ないが、集中支援チーム設置ありの支援センターの場合、アクセスする側である高齢者の抱える課題をより具体的に抽出できていた。中でも、「近隣に対象にあった介護サービスがない」は、集中支援チーム設置なしの支援センターの自由記載にはなく、認知症高齢者が在宅生活を継続する上での課題として重要視されたためと推測される。一方、「相談機関に関する周知不足」については、集中支援チーム設置なしの支援センターでは課題としてあがっていたが集中支援チーム設置ありの支援センターではあがらなかったことから、集中支援チーム設置により相談機関が地域住民に周知されるようになったと推測される。これらの差は、支援センターに寄せられる多様な相談事例に対し、認知症支援に関する知識・技能を有する専門職が支援活動を積み重ねたことによる効果であるといえる。

以上のことから、集中支援チームの設置は、認知症の地域包括ケアシステムの中核拠点として支援センターが役割を果たす上で貢献することが期待できる。

5. 結論

今回の質問紙調査の結果を分析し、支援センターにおける集中支援チーム設置の効果に

ついて分析したことにより、以下の結論を得た。

- 1) 集中支援チーム設置ありの支援センターで、相談者に民生委員が占める割合が有意に高かった。
- 2) 集中支援チーム設置ありの支援センターで、介護サービス事業所およびインフォーマル組織との連携の度合いが高かった。
- 3) 支援センターにおける集中支援チーム設置の有無と認知症支援における課題との間には有意差は認めなかった。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究は支援センター職員を対象とした質問紙調査の結果を集中支援チーム設置の観点から分析したものであり、支援センターが抱える課題と、集中支援チームが抱える課題とを明確に区分できておらず、集中支援チーム設置後の経過年数との関連も分析できていない。また、今回は支援センター職員のみを対象とした調査研究であり、認知症高齢者を取り巻く地域の課題を十分に分析できているとは言い難い。今後はこれらの課題を明らかにするような研究に発展させたい。

引用文献

- 1) 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>, 2016. 11.12)
- 2) 栗田主一：認知症初期集中支援チーム実践テキストブック：135-138, 中央法規, 東京(2015).
- 3) 小倉弥生, 坪井桂子, 清水昌美 他：「もの忘れ看護相談」の事例からみた認知症高齢者を地域で支えるしくみづくりの現状と課題, 神戸市看護大学紀要, Vol.18: 55-64(2014).
- 4) 中西亜紀：認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携と行政の役割, 老年精神医学雑誌 26(10)：1106-1113(2015).
- 5) 伊藤米美：認知症の看護と介護をする立場から認知症初期集中支援チームに期待すること—看護の視点から—, 老年精神医学雑誌, 26(10)：1114-1123(2015).
- 6) 延郁子：認知症初期集中支援チームの現状, 日本認知症ケア学会誌, 15(2): 426-432(2016).
- 7) 三菱総合研究所：地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書：115(2015).
- 8) 小林良治：地域包括支援センターにおける実績データの利用法—相談業務の「見える化」への試み—, 東洋大学福祉社会開発研究 7号：5-12(2015).
- 9) 扇澤史子：認知症本人とともに考える生活障害へのアプローチ—認知症初期の記憶障害や見当識障害に起因する生活障害を中心に—, 老年精神医学雑誌第 26 巻第 9 号：973-981(2015).
- 10) 王吉彤, 名倉弘美, 三上章允：認知症に対する地域住民の知識・理解の現状と課題,

中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要第 18 号：21-30(2017).

- 11) 杉山京, 中尾竜二, 澤田陽一 他：一般地域住民における家族に認知症症状がみられた際の受診促進意向と認知症の知識量との関連, Vol.23(12)：1453-1462(2012).
- 12) 前田潔, 梶田博之：認知症初期集中支援チームの課題—神戸市における経験—, 精神神経学雑誌 118 巻 2 号：84-90(2016).
- 13) *平澤園子, 王吉彤, 樋田小百合, 三上章允, 地域包括支援センターにおける認知症初期集中支援チーム設置の効果. 人間福祉学会, 2017
- 14) *平澤園子, 王吉彤, 樋田小百合, 三上章允, 地域包括支援センターにおける認知症初期集中支援チーム設置の効果. 日本認知症ケア学会誌, 16, 670-679, 2017

*この節の内容は、文献 13 によって学会発表し、文献 14 として論文発表した。

第2節 地域ケア会議実施の現状と地域課題

1. はじめに

わが国の高齢化率は27.3%¹⁾と過去最高であり、今後もさらに上昇が見込まれている。さらに、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に至っては、認知症高齢者が約700万人前後に増加し、65歳以上の高齢者の約5人に1人が認知症高齢者となると推計されている²⁾。このような中、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい人生を全うできる社会を目指して、2025年を目途に整備が進められているのが地域包括ケアシステムであり、その中核機関としての役割を担うのが地域包括支援センター(以下、支援センターとする)である。支援センターとは、「高齢者等が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、包括的および継続的な支援を行う」³⁾ことを目的とした施設であり、地域の関連機関とのネットワーク構築や、高齢者の権利擁護機能など地域包括ケアの中核機関としての役割を担っている。これらの役割を円滑に運営するために実施されているのが地域ケア会議である。地域ケア会議には、「高齢者に対する地域ケアに関するさまざまな課題解決の場となり、また、市町村レベルの政策形成にも重要な役割をはたす」⁴⁾ことが期待されている。地域ケア会議においては、高齢者個別ケースの支援内容の検討に留まらず、「地域課題や支援に関する成功要因、また日常生活圏域ニーズ調査で把握された地域課題などをもとに、その地域に不足している社会資源の開発、地域課題解決のために必要な人材の育成、新たな仕組みづくりに向けた政策形成につなげる」⁵⁾ことが必要とされている。

しかし、2015年に三菱研究所が支援センターを対象に行った調査報告によると、個別ケースの検討を取り扱った地域ケア会議の実施状況が72.4%であるのに比べ、地域課題の検討を取り扱った地域ケア会議の実施状況は29.2%に留まっていた⁶⁾とある。そこで著者らは、支援センターにおける地域ケア会議の実施状況の現状と課題を検証するために本研究に取り組んだ。

2 方法

(1) 対象者と調査方法

全国4,557の支援センターから無作為に抽出した1,604センターの職員を対象とし、郵送法による自記式質問紙調査を2016年3～5月に実施した。調査内容は、所属する支援センターの設置主体、地域ケア会議の実施状況、地域ケア推進会議への主な参加者、地域ケア会議からの課題発見に関する項目とした。課題に関する調査項目は、三菱総合研究所の調査項目⁶⁾を基盤とし、予備調査として実施した支援センターへの聞き取り調査の結果を参考にして決定した。

(2) 倫理的配慮

調査研究への参加は任意であること、回答は統計的処理を行い個人の特定はしないこと、個人情報漏えいを防ぐためデータは厳重に管理することについて調査協力文書に明記し、調査票の返送をもって研究協力への同意とみなした。また、本研究は所属機関である中部学院大学・中部学院大学短期大学部倫理委員会の承認(承認年月日:2015年7月8日、通知番号E15-0023)および

び平成医療短期大学倫理審査委員会の承認(承認年月日:2016年2月26日、承認番号第H27-23)を得て実施した。

(3) 分析方法

本研究では、支援センターの基本属性(設置主体、担当地域の総人口および高齢化率)、地域ケア会議の実施状況及び検討事項、主な参加者について単純集計を行った。地域ケア会議の実施状況と会議を通じて発見された地域課題のクロス集計については、 χ^2 乗検定を行った。なお、統計解析にはIBM SPSS Vol.23を使用し、統計的有意水準は5%とした。

3 結果

(1) 対象とした支援センターの基本属性

得られた回答403件(回収率25.1%)のうち無効回答が顕著なケースを除く368件(有効回答率22.9%)を分析の対象とした。対象の設置主体は、市町村からの委託265か所(72.0%)、市町村による直営103か所(28.0%)であった。委託先の包括支援事業者の内訳は、社会福祉法人への委託203か所(55.2%)、医療機関への委託50か所(13.6%)、その他12か所(3.3%)であった。表1に示すように、支援センターの担当地域の特徴として、総人口1万人未満の地域が最も多く、高齢化率25%未満の地域が最も多かった。

表1 対象となった地域包括支援センター担当地域の総人口と高齢化率

		高齢化率					無回答	合計
		25%未満	25~30%未満	30~35%未満	35~40%未満	40%以上		
総人口	1万人未満	17 (4.6)	13 (3.5)	13 (3.5)	14 (3.8)	28 (7.6)	2 (0.5)	87 (23.6)
	1万~2万人未満	21 (5.7)	25 (6.8)	30 (8.2)	8 (2.2)	2 (0.5)	0 (0.0)	86 (23.4)
	2万~3万人未満	22 (6.0)	19 (5.2)	6 (1.6)	7 (1.9)	1 (0.3)	0 (0.0)	55 (14.9)
	3万~4万人未満	23 (6.3)	21 (5.7)	6 (1.6)	2 (0.5)	3 (0.8)	1 (0.3)	56 (15.2)
	4万~5万人未満	7 (1.9)	7 (1.9)	4 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.5)	20 (5.4)
	5万人以上	23 (6.3)	17 (4.6)	13 (3.5)	1 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.5)	56 (15.2)
	無回答	2 (0.5)	2 (0.5)	1 (0.3)	1 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.5)	8 (2.2)
合計		115 (31.3)	104 (28.3)	73 (19.8)	33 (9.0)	34 (9.2)	9 (2.4)	368 (100)

(2) 地域ケア会議開催状況および得られた地域課題

地域ケア会議には、個別事例の検討を行う地域ケア会議(以下、個別事例検討会議)と、地域課題の検討を行う地域ケア推進会議(以下、地域課題検討会議)がある。地域ケア会議における検討状況は、個別事例のみ検討している支援センターが155件(42.1%)、地域課題のみ検討している支援センターが18件(4.9%)、両方の課題を検討している支援センターが181件(49.2%)、地域ケア会議を実施していない支援センターが14件(3.8%)であり、今回対象となった支援センターにおける地域ケア会議の実施率は96.2%であった。

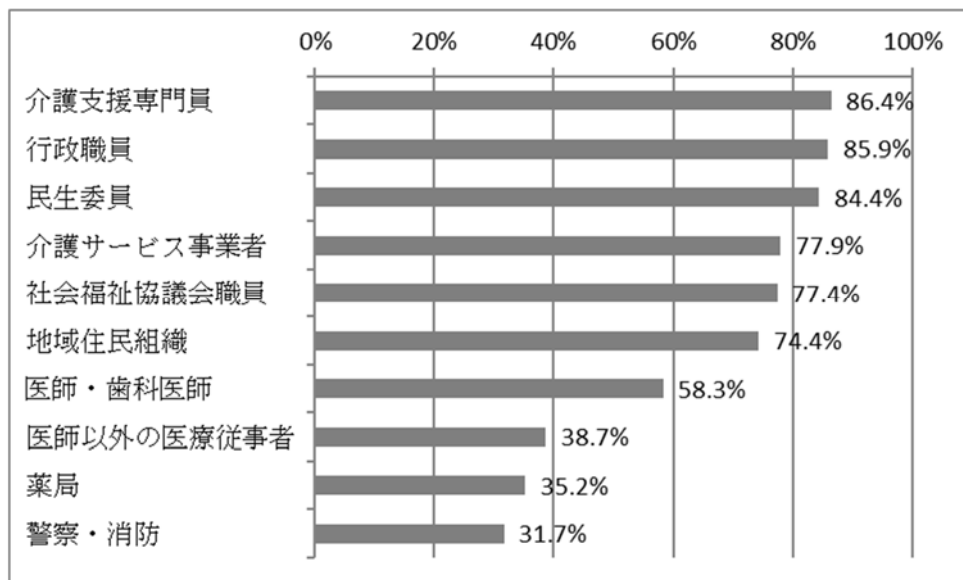
表2 検討課題ごとの平成27年度1年間の地域ケア会議の実施回数

(単位 件数, %)

	個別事例の検討	地域課題の検討
0回	60 (16.3)	178 (48.5)
1～5回	171 (46.6)	141 (38.4)
6～10回	58 (15.8)	23 (6.3)
11～20回	57 (15.5)	17 (4.6)
21～40回	13 (3.5)	4 (1.1)
41回以上	8 (2.2)	4 (1.1)
	367 (100)	367 (100)

検討課題ごとの地域ケア会議の平成27年度1年間の実施回数の傾向を表2に示した。個別事例の検討が行われた場合の地域ケア会議の実施回数は平均 11.0 回(SD=30.7)、地域課題の検討が行われた場合の地域ケア会議の実施回数は平均 6.1 回(SD=15.9)であった。

個別事例検討会議と地域課題検討会議の主な違いは、会議における検討内容である。個別事例検討会議では個々の高齢者に直接サービスを提供する関係機関が参加者として選定される。一方、地域課題検討会議では、地域づくりや地域資源開発に関する検討が行われるため、直接サービス提供にあたらぬ地域の代表者や行政職員なども会議参加者として選定される。今回の調査対象の支援センターの場合、地域課題検討会議への主な参加者は図1に示すように、「介護支援専門員」、「行政職員」、「民生委員」、「介護サービス事業者」、「社会福祉協議会職員」の順で多かった。一方、参加が少なかったのは、「警察・消防」、「薬局」、「医師以外の医療従事者」であった。



(3) 地域ケア会議から得られた地域課題

地域ケア会議を実施したことにより発見された課題は表3に示すように、「地域で高齢者を見まも

るネットワークの不足」、「認知症高齢者が利用できる地域資源が少ない」、「認知症高齢者家族への支援が不足」、「認知症に対する知識と理解の不足」の順に多かった。地域ケア会議の検討課題別の実施状況と、会議を通じて発見された地域課題をクロス集計したところ、個別事例の検討だけが行われた場合より、地域課題が検討された場合において、「認知症高齢者家族への支援が不足」が統計的に有意に多く課題として抽出されていた。

表 3 検討課題ごとの地域ケア会議の実施により発見された課題

(単位 件数, %)

	個別事例の検討のみ実施(n=155)	地域課題の検討のみ実施(n=18)	両方実施(n=181)	合計(n=354)	
地域で高齢者を見まもるネットワークの不足	96 (61.9)	10 (55.6)	116 (64.1)	222 (62.7)	
認知症高齢者が利用できる地域資源が少ない	74 (47.7)	9 (50.0)	95 (52.5)	178 (50.3)	
認知症高齢者家族への支援が不足	61 (39.4)	10 (55.6)	98 (54.1)	169 (47.7)	**
認知症に対する知識と理解の不足	64 (41.3)	7 (38.9)	90 (49.7)	161 (45.5)	
認知症高齢者の実態把握が不十分	64 (41.3)	10 (55.6)	66 (36.5)	140 (39.5)	
地域の医療機関との連携が不十分	50 (32.3)	5 (27.8)	45 (24.9)	100 (28.2)	

検定は χ^2 乗検定を用いた, **p<0.01を示す.

4 考察

本研究により、個別課題のみでなく地域課題を検討する地域課題検討会議を実施した場合に認知症高齢者を抱える家族の課題が抽出されていたことから、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることを目的とした地域包括ケアシステムを構築するためには、地域ケア会議において個別事例と地域課題の両者を検討することが不可欠であるといえる。また、地域の実情に合った課題検討を行うためにも、会議の参加者はサービス提供に直接関わる専門職だけでなく、認知症高齢者の日常生活に直接関わる地域住民を含む多様な関係者を含むべきであることが示唆された。

(1) 地域ケア会議開催状況について

地域包括ケアシステムにおける地域とは、おおむね一中学校区を日常生活圏域としたものであり、地域ケア会議では地域に居住する高齢者が安心して快適に暮らせるシステムの構築のための課題検討を行う。わが国では 2012 年の認知症施策推進 5 年計画以降、支援センターにおける地域ケア会議の普及・定着のため、すべての市町村で地域ケア会議が実施されることが目標として掲げられてきた。2014 年に奥村ら⁷⁾が行った調査における地域ケア会議の実施率 75.4%であったことをふまえると、今回の実施率は 96.2%と上昇しており地域ケア会議の重要性が認められた結果と考えられる。

地域ケア会議における検討事項の傾向をみてみると、個別事例検討会議の実施率が 91.3%であるのに比べ、地域課題検討会議の実施率は 54.1%に留まっている。地域ケア会議において地域課題を検討することの意義は、「個別ケースの背後に潜在している、同様のニーズを抱えた住民

やその予備軍を見出し、地域の現状等を勘案しながら、解決すべき地域課題と優先度を明らかにする⁵⁾ことにあり、地域の資源開発にもつながりうる重要な機能である。にもかかわらず両者の開催頻度に差があるのは、白澤⁸⁾が指摘するように、「地域の団体や組織の協議会がないことや、地域のニーズの抽出方法や解決方法についての理解が不十分なため、代表者を集めることが困難」なためと考えられる。

地域課題検討会議を実施した際の参加者としては、「介護支援専門員」、「行政職員」、「民生委員」、「介護サービス事業者」、「社会福祉協議会職員」など地域包括ケアシステムを担う専門職について「地域住民組織」の参加率が高く、一方で「医師・歯科医師」、「医師以外の医療従事者」、「薬局」などの医療関係者の参加率が低かった。このことは、三菱研究所⁶⁾が行った全国調査における個別事例検討会議における参加者の傾向とほぼ同様であった。個別事例の検討だけでなく、認知症高齢者をとりまく地域課題の検討においても、医療関係者の専門知識は重要となる。にもかかわらず参加率が低いということは、必要性が十分浸透していないか、もしくは医療関係者が参加するための日程や開催場所の調整が不足している可能性がある。その一方で、三菱研究所が行った調査結果⁶⁾では参加率が42.8%に留まっていた「地域住民組織」は今回の調査では74.4%となっていた。地域課題を検討するためには地域住民組織から意見を集約することが重要であることが理解されたためと考えられる。

(2) 地域ケア会議から得られた地域課題について

地域ケア会議で最も多く抽出された課題が、「地域で高齢者を見まもるネットワークの不足」である点については、人々の暮らし方や価値観の多様性が増し、地域におけるつながりが希薄化したことによる高齢者の孤立・孤独の問題が背景にあることが推測される。さらにこの課題には地域特性による差の考慮も必要である。枘田ら⁹⁾は、都市部では見守りの対象の情報が得られにくく支援を必要とする高齢者を見守ることが困難であり、一方、地縁的繋がりの中で見守り活動が行われているものの支援に携わる人々の負担が大きいと指摘している。住民参加型の地域のネットワークを構築する際には、担い手の不足や個人情報取り扱いなど課題も多い。ネットワークをより確かなものとするには、実際に日常生活圏域において高齢者と直接関わる自治会や町内会など地域住民組織、地元商店街など多様な関係者による課題検討が重要であろう。

次いで多く抽出された課題である、「認知症高齢者が利用できる地域資源が少ない」については、サービスの選択肢が限られている場合もあり地域による差が大きい。認知症高齢者を対象としたサービスとして、介護保険によるサービスのほか、社会福祉協議会やNPO法人などによるサービスなど多種多様なサービスが地域には顕在または潜在する。地域住民主体によるインフォーマルサービスには、「専門職でなく、地域住民だからこそ気づくことのできるニーズに対応したサービス¹⁰⁾といった効果がある一方、財源や人材の確保、専門機関との支援や連携に課題がある¹¹⁾と指摘されている。地域住民のニーズに合った地域包括ケアシステムを確立するためにも、地域ケア会議においてインフォーマルサービスを含めたサービス提供体制の整備が検討されることが期待される。

「認知症高齢者家族への支援が不足」のみ地域ケア会議の検討課題別の実施状況と課題発見に差があったことから、個別事例検討会議と地域課題検討会議の両者を行った場合に、認知症高齢者を支える家族への支援不足という課題に目が向けられると考えられる。この結果は、個別事例検討会議による個々の事例の検討に加え、地域課題検討会議によるシステム作りがなされることが、家族への支援不足を解決に導く地域ケア会議の役割であることを示すものである。「認知症高齢者家族への支援」の課題を解決に導くには、「同じ立場にいる家族介護者同士が支え合い、そこに専門職が入って支援をする」¹²⁾ことが重要と考えられる。

「認知症高齢者の実態把握が不十分」については、有意差はなかったが個別事例検討会議が行われなかった場合に課題として浮上していた。個別事例検討会議の意義には個別の課題解決だけでなく、社会資源の開発、人材の育成、新たな仕組みづくりに向けた政策形成なども含まれている⁵⁾ことから、個別事例検討会議の積み重ねの重要性が分かる。

「認知症に対する知識と理解の不足」については、認知症に関する知識普及のためのさまざまな活動がなされている。王ら¹³⁾がおこなった市民調査でも、8割以上の住民が見当識障害や短期記憶障害が認知症の初期症状であることを認識していたことが報告されており、人々が認知症についての知識を得る機会は増えていることが窺える。今回の調査対象者の半数近くが知識と理解の不足を課題として挙げていた理由として、人々が認知症の知識を得る機会がテレビ番組等のマスコミによることが多く、中途半端な知識が誤解や偏見に繋がっている可能性も考えられる。地域ケア会議などを通じて地域住民と関わる機会をもつことにより、正しい知識の伝達に役立つことも必要と考えられる。

以上、地域ケア会議は認知症高齢者自身の支援だけでなく、地域全体の包括的ケアマネジメントにおいて欠かせない会議であることが確認できた。しかし、支援センター職員が抱える課題として、『業務量が過大(24.7%)』が最も多く、次いで『業務量に対する職員数の不足(21.5%)』⁶⁾とする報告もある。支援センターを中核機関としつつも過度に負担をかけないためには、認知症支援にかかわる医療保健福祉の各機関および地域住民組織等の諸団体が、地域ケア会議の意義を理解した上で地域包括ケアシステムに関わるということが重要であるといえる。

(3) 対象とした支援センターの基本属性について

支援センターは市町村もしくは法人への委託により運営されており、今回の調査で対象となった支援センターの直営および委託の割合は、三菱研究所が行った調査結果における、「直営 27.2%、委託 72.2%」⁶⁾とほぼ一致した。今回の調査の回収率は低かったが、全国の地域包括支援センターの全体的傾向を反映したものであることが期待できる。担当地域の高齢化率が 25%未満および 25～30%に集中していたことは、高齢化率 27.3%の現状を反映したものである。対象となった支援センターの担当地域の総人口と高齢化率の傾向は、高齢化率の高い地域では担当地域の総人口が少なく、高齢化率の低い地域では担当地域の総人口が多かった。このことは、支援センターを設置する際に「市町村の人口規模、業務量、運営財源や専門職の人材確保の状況、地域における保健福祉圏域(生活圏域)との整合性に配慮」³⁾した結果である可能性が考えられる。

文献

- 1) 内閣府「平成 29 年版高齢社会白書(全体版)」
(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html) 2017.9.16.
- 2) 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html/>)2017.9.16.
- 3) 一般財団法人長寿社会開発センター. 地域包括支援センター運営マニュアル. 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会編. 東京:一般財団法人長寿社会開発センター, 2015:49-53.
- 4) 岡田進一. 地域における認知症ケアの中核を担う地域ケア会議. 日本認知症ケア学会誌 2016;15(2):398-399.
- 5) 一般財団法人長寿社会開発センター. 地域ケア会議運営マニュアル. 2013:21-26.
- 6) 三菱総合研究所. 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書(平成 26 年度). 2015:162-168.
- 7) 奥村あすか, 潮谷有二, 宮野澄男, 他. 地域ケア会議の開催頻度に関する一研究 —地域包括支援センターの設置主体と市域ケア会議の司会者の差異に焦点を当てて—. 純心人文研究 2016;22:39-50.
- 8) 白澤正和. 地域包括ケアシステムの確立に向けて. 老年社会学 2015;37(1):28-35.
- 9) 柘田聖子, 大井美紀, 臼田キミカ, 他. 地域特性及び見守り専門職の有無別にみた高齢者の見守りネットワークの現状. 甲南女子大学研究紀要 2010;4:231-245.
- 10) 黒岩亮子. 高齢者福祉における支え合い活動の展開と課題—住民参加型在宅福祉サービスを事例として—. 社会福祉研究 2014;119:57-64.
- 11) 木村泰子. 住民主体によるインフォーマルサービスの課題とその支援について—住民グループ代表へのグループ面接をとおして—. 帝塚山大学心理学部紀要 2015;4:115-125.
- 12) 黒澤直子. 認知症高齢者の家族介護者への支援に関する現状と課題. 人間福祉研究 2011;14:121-128.
- 13) 王吉彤, 名倉弘美, 三上章允. 認知症に対する地域住民の知識・理解の現状と課題. 中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要 2017;18:21-30.
- 14) 杉山京, 中尾竜二, 澤田陽一, 他. 一般地域住民における家族に認知症症状がみられた際の受診促進意向と認知症の知識量との関連 2012;23(12):1453-1462.
- 15) *平澤園子、王吉彤、樋田小百合、三上章允、地域包括支援センターにおける地域ケア会議実施に関する調査報告. 厚生の指標、17 (印刷中)

*この節の内容は、文献 15 として発表した。

第5章 地域在住高齢者ケアと多職種連携の課題

認知症があっても地域で暮らせる環境を整えるために～認知症高齢者の発見からのエンドオブライフケアを地域で可能にするために支援困難な内容の把握～

1. はじめに

認知症・多死時代を迎え、高齢者が住み慣れた場で「尊厳と個別性」が尊重された生活を継続することを可能にしていかなければならない。高齢者ケアの目標は「エイジング・イン・プレイス」である。この目標の実現に際しては、ケアの調整役となる介護支援専門員、地域の保健医療福祉関係者や地域住民(民生院)を含めた多くの関係者との連携が必要となり、地域の支援システムの構築が求められている。この研究では、認知症高齢者が認知症発見から最期の時まで地域で暮らし続けることを可能にするために、地域でどのような環境や支援が必要かを明らかにすることを目的とする。そのために私たちの調査班では、まず、地域で支援している人の支援困難な内容を把握することを視点に置き、今回の研究に着手した。

2. 調査の概要

調査対象と方法(内容)は、研究担当者別に「認知症の発見から看取りまでの認知症ケアの支援困難な内容」の実態を把握するために、以下の調査を行った。

(1)在宅における認知症高齢者への支援事例に関する調査では、介護支援専門員の専門職との連携、地域住民(民生委員)との連携の実態を把握する。各務原市の居宅介護支援事業所、訪問看護事業所、訪問介護事業所、地域密着型サービス事業所等へ郵送調査を行う。また、居宅介護事業所のケアマネージャーへ認知症対応への困りごとについての記述アンケートを行う。(担当 新井)

(2)認知症対応型グループホームと小規模多機能施設における認知症困難事例と支援の課題についての実態調査を行う。

利用者の要介護度と認知症診断名の状況、利用申し込み時の受け入れ困難判断事例の有無とその内容、利用中止、退去事例の有無とその内容、認知症専門医との連携の有無について把握する。(担当 森田)

(3)介護保険施設における認知症高齢者への看取りケアの支援困難な内容と課題を明らかにする。各務原市の介護保険施設の看取りのケアの実施状況について調査を行い、看取りケア実施にあたり、支援困難な内容を把握する。また、事業主の管理者の承諾を得て、調査依頼と調査内容及び方法の説明を行い、事例調査の承諾を得る。在宅での看取りを可能にしたケースの事例分析を行う。(担当 後藤)

3. 調査結果

(1)在宅における認知症高齢者への支援事例に関する調査、

回収箇所数:地域包括支援センター:6カ所、居宅介護支援事業者 :16カ所

回収率 :48.9%、アンケート回収数:78通回収、支援困難事例の提供数:41事例

支援困難事例の特徴

①独居で認知症の方が増加している。そのため、問題が深刻化してから発見され、より対応が困難になっている。

②独居、支援者がいない、認知症の自覚症状がない(病識がない)→介入が難しい(サービス利用に繋がらない)

③認知症の病識がないため、受診せず。そのため、主治医意見書を書いてもらえず、要介護認定も申請できない。

- ④独居でも家族・親族がいればよいが、家族が死亡や遠方などの場合、協力が得られず、支援困難になる。
- ⑤収入が低いと支援困難になる。
- ⑥同居家族がいても精神疾患で援助拒否。
- ⑦認知症の軽度者(要支援1～要介護2)が多い。→特別養護老人ホームへ入所できずに困っている。
- ⑧自動車の運転が心配。自動車を運転しないと生活できない地域に住んでいる高齢者も多い。
- ⑨主治医の連携に格差がある。

(2) 認知症対応型グループホームと小規模多機能施設の認知症困難事例と支援の課題

回収数 12 施設(回収率 43%)、内訳はグループホーム 8 施設、小規模多機能 4 施設

利用申し込み時の受け入れ困難判断事例や「利用中止事例」が「あり」との回答は 12 施設中、5 施設であった。理由としては「暴言暴力」「徘徊帰宅行動」が挙げられた。退去事例は 2 件のみであった。対応困難な内容は、予想外に少なかった。

(3) 介護保険施設における認知症高齢者への看取りケアの支援困難な内容と課題

発送数 25 施設、回収率 20%であった。回答が得られた施設においては医療機関併設の老人保健施設がほとんどであった。看取りを行えている 5 施設の実態は以下の表のとおりであった。その施設においては、終末期に認知症の人がどのような医療やケアを望むのか、リビングウイユルに関しての対応がなされていない。また認知症専門医との連携が図れている施設は、半数に至っていない。認知症は、死に至るまでの過程が長く、多様であり、終末期であるという判断も難しいこと、また、終末期に受けたいケアに関する本人の意思確認が難しく、家族にも困難な場合が多いなどの課題があった。

4. 考察とまとめ

各務原市では、認知症ケアパスを認知症の進行に合わせて支援が受けられるように、一覧にした「認知症の症状とケアの流れ」の図を作成した。認知症が発見され、支援にアクセスできると、その支援の流れに乗って適切なケアが行われることが図式化されている。

しかし、認知症の発見に至るまでの過程においては、認知症の診断や支援への介入における対応者のさまざまな困難があった。

また、認知症の人が終末期を迎えたときに、意思決定が困難であることが多く、どのような医療やケアが受けたいかを意思表示できるリビングウイユル等の手続き等の課題があった。

認知症に特化した課題や対応まで踏み込んだ研究は、未だ少ない。さらに認知症ケアの質の向上に向けた発見から看取りまでの認知症ケアの基準作成や評価、ケアの効果への研究が期待される。

重度看取りケア実態調査(2015年度 2015.1-2015.12)		2014	2015	2007	1994	2000
属性	開設	2014	2015	2007	1994	2000
	施設種別	老人保健施設	老人保健施設	老人保健施設	老人保健施設	特別養護老人ホーム
	定員数	20床	20床	120床	139床	100床
属性	入居者数	17	11	113	129	100
	認知症の方	12(70%)	6(55%)	50(44.2%)	77(59.7%)	60(60%)
職員配置	ユニット型	あり	あり	従来型	従来型	従来型とユニット型併設
	医師(常勤)	1	2	1	2	0
	医師(非常勤)	0	1	1	0	2
	精神科医配置(非常勤)	0	0	0	0	1
	看護職員(常勤)	0	0	7	7	5
	看護職非常勤	3	2	8	8	2
	介護職員	6	3	23	27	48
	介護職(非常勤)	6	7	13	21	16
	リハビリ関係職員	1	2	5	11	1
	栄養士	1	1	1	1	1
	経管	1	1	1	1	1
	注射	1	1	1	1	1
	尿管	1	1	1	1	1
傷	1	1	1	1	1	
吸引	1	1	1	1	1	
流腸	1	1	1	1	1	
中心静脈栄養	1	1	0	0	0	
人工肛門	1	1	1	1	1	
酸素	1	1	1	1	1	
疼痛	1	1	1	1	0	
がん	1	1	1	1	0	
人工呼吸	0	0	0	0	0	
インシュリン	1	1	1	1	1	
先退所	医療機関一般	7	7	42	60	7
	精神病院	1	1	1	1	1
の実態	看取り数	1	6	16	41	25
	看取り加算数	0	5	2	32	25
	自宅での看取り支援	0	0	0	0	0
死因	脳血管	0	0	1(6.3%)	8(19.5)	0
	心疾患	0	1(17%)	1(6.3%)	8(19.5)	0
	肺炎	0	0	3(18.%)	7(17.1)	0
	老衰	0	2(33%)	6(37.5%)	7(17.1%)	25(100%)
	その他	1	3(50%)	5(31.5%)	11(26.8)	
認知症	認知症なし	0	0	0	3(7.3%)	5(20%)
	認知症あり	1(100%)	6(100%)	16(100%)	38(92.7%)	20(80%)
基準	リビングウイール導入	導入していない	導入していない	導入していない	導入していない	導入していない
	認知症専門医師との連携	あり	検討中	あり	検討中	検討中
専門医連携	取り組み	原因疾患の鑑別診断		原因疾患の鑑別診断		
		脳画像診断の実施		脳画像診断の実施		
連携の実態	病院	頻繁にあり	頻繁にあり	頻繁にあり	頻繁にあり	頻繁にあり
	診療所	頻繁にあり	頻繁にあり	頻繁にあり	時々あり	ほとんどない
	栄養士	頻繁にあり	たまにあり	頻繁にあり	時々あり	頻繁にあり
	リハビリ	頻繁にあり	たまにあり	頻繁にあり	頻繁にあり	頻繁にあり
	薬剤	たまにあり	たまにあり	ほとんどない	ほとんどない	頻繁にあり
	保健センター	たまにあり	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない
	行政	たまにあり	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない
	包括	時々あり	たまにあり	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない
	介護支援	頻繁にあり	時々あり	頻繁にあり	頻繁にあり	頻繁にあり
	病院看護師	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない
	診療所看護師	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない
	法人内看護師	頻繁にあり	頻繁にあり	頻繁にあり	頻繁にあり	頻繁にあり
	訪問看護ステーション	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない
緩和ケアチーム	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	
緩和訪問希望	希望する	希望しない	希望しない	希望しない	希望しない	
希望	緩和ケアチーム希望理由	ご本人、家族へのサポート			法人内で専門職同士の多職連携が図れている	今のところ自施設の対応でできていると思う
その他	自由意見					看取りになり、在宅に戻られた利用者はほとんどいない。家族は入所させた時点で正直在宅に戻す意欲は無いように思われる。ただもちろん看取りの際は家族も苑に泊まれるので、住んでいた家ではなく、生活した場(施設)で最期を迎えられる。

終章 今後の課題

地域住民の調査では、認知症についての理解が進んでいる現状が確認できたが、地域包括センターを含む社会サービス資源についての周知が十分でない実態と、世帯によるばらつきが明らかになった。今後これらの要因を考慮した認知症予防・ケア対策に必要性が示された。

高齢者施設の調査では、「アルツハイマー病の症状」や「尊厳ある対応の重要性」、「心身変化が日常生活に与える影響」については比較的よく知られているが、「前頭側頭型認知症の症状」や「認知症ケアを支える社会的資源」については知らないスタッフが多いこと、認知症ケア経験年数が長いほど、あるいは、看護福祉士資格を有する方が、認知症についての知識・理解が高いことが明らかになった。さらに、認知症ケアに対する積極的・肯定的なスタッフで認知症の知識・理解が良かった。これらの結果は、今後の高齢者ケア・スタッフ養成に有益な情報となった。

A市を含む全国4557の地域包括センターを対象とした全国調査の結果、「認知症初期集中支援チーム」設置の地域包括支援センターで介護サービス事業所およびインフォーマル組織との連携の度合いが高いこと、また、地域課題を検討する地域ケア会議を実施している地域包括センターで「認知症高齢者家族への支援が不足」の課題がより多く抽出されていることが示された。地域包括センターを含む認知症ケアの社会的資源については、システムが複雑なことも相まって、地域住民のみでなく高齢者ケア・スタッフにも良く知られていない傾向にあり、今後は社会的資源について周知する取り組みも望まれる。

認知症高齢者をケアする施設における看取りについての調査では、終末期に認知症の人がどのような医療やケアを望むのか、リビングウィルに関しての対応がなされていないことが明らかになった。また認知症専門医との連携が図れている施設は、半数に至っていなかった。認知症は、死に至るまでの過程が長く、多様であり、終末期であるという判断も難しいこと、また、終末期に受けたいケアに関する本人の意思確認が難しく、家族にも困難な場合が多いなどの課題が示された。

本研究遂行にあたり、A市市長およびA市福祉課の協力を得ながら、市民調査と高齢者施設調査を実施し、また、住民計測会では地元老人会との連携が実現した。市民の意識調査では、認知症高齢者での地域受入に向けて、認知症ケアの社会資源の理解を進める必要があること、また、そのためにも地域包括センターの活用が必要であることが明らかになった。また、A市および地元自治会・老人会との連携体制が構築できたことにより、今後の地域連携の道筋を開拓できた。

本研究で導入したfNIRSは、様々な研究での活用が可能であり、すでに、瞑想中の脳機能解析や動画環境下におけるバランス維持時の脳機能解析などにも活用しており、今後、様々な研究領域への活用が期待できる。

本プロジェクトは、3年間という短い期間で実施したプロジェクトであり、前半は住民調査や施設の調査が中心となったため、住民を対象とした健康調査、運動機能、脳機能の計測は実質1年半程度しかできず、認知症が発症する経過を追うのは難しかった。今後、長期にわたる継続が必要である。また、当初は予防のための教室の開催を考えていたが、市民アンケートでは運動機能への関心が最も高かったので、プロジェクト実施中は、運動機能の測定の結果をフィードバックすることによる運動指導に切り替えた。予防教室の開催は今後の課題である。また、今回の研究過程において地域で実施した測定会には比較的元気な高齢者が集まる傾向にあることが判明したので、今後はステージの進んだ認知症高齢者も対象にできるよう高齢者施設や病院で計測機会を実施することも課題となった。

認知症はゆっくりと進行するので、長期に継続する研究が必要である。そのため今後もA市の協力を得て、地域住民の調査等を継続する予定である。