

平成 27 年度

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金

(老人保健健康増進等事業分) 事業実施報告書

認知症早期発見・初期集中対応促進に資 するアウトカム指標と定量的評価スケール の開発に関する調査研究

2016 年(平成 28 年)3 月

特定非営利活動法人 日本介護経営学会

はじめに

特定非営利活動法人日本介護経営学会
会長 田中 滋 (慶應義塾大学名誉教授)

平成 27 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）事業の実施報告書をここにお届けします。今年度は、「認知症早期発見・初期集中対応促進に資するアウトカム指標と定量的評価スケールの開発に関する調査研究」をテーマに取り組みました。

介護経営のあり方を研究する集まりである本学会が、このテーマに取り組んだ理由は、2 つあります。1 つは、このテーマが、社会保障制度の経営の根幹に関わるものだからです。認知症の経済的影響の大きさについては、2013 年 12 月の G 8 認知症サミットや昨年 3 月の第 1 回「認知症へのグローバルな対応に関するWHO関係閣僚会議」でも主要議題になりました。認知症への対応は、医療、リハビリテーション、介護、ソーシャルワークから日常生活支援・地域福祉に至るまで、たいへん広い専門資源・社会資源を必要とします。「対策」というアプローチではなく、認知症の人の生活をどのように受容し、支えるかという社会のあり方の根幹にかかわる課題がそこにはあります。社会保障制度の運営は、社会の直面する課題に対し、社会全体として関わることのできる取り組みを開発していくことであります。

本研究は、社会の中にある認知症への否定的な心理や態度・行動を緩和することで、そうした社会全体での取り組みの推進に寄与することをねらいとしています。

もう 1 つは、地域包括ケア・システムの実効性ある推進にとって、認知症の早期発見・初期集中対応は要諦となります。認知症の兆候を見逃さない日頃からの地域の関係づくりや早期段階での相談・医療機能の充実、初期の段階で集中的に対応できる専門機関・専門職の連携づくり、これらは地域包括ケアの仕組みそのものです。一般に、福祉的問題を早い段階で発見することは難しいと言われてますが、その難しさを解消していくことが、まさに地域包括ケアをシステムにするということです。認知症の人の地域における生活継続を支えるという課題は、社会的関心が高いだけに、地域包括ケア・システムの構築・推進の先導テーマ領域ということができるといえるでしょう。

この調査研究事業は、次頁の「実施体制」にある方々のご協力を得て、進めました。多大なご協力に感謝します。この成果が広く活かされることを願っております。

実施体制

調査研究委員会

主査 小笠原浩一 副会長(研究担当)・東北福祉大学教授
委員 小山 秀夫 副会長(総務担当)・兵庫県立大学教授
廣江 研 理事・社会福祉法人こうほうえん理事長
宮島 俊彦 理事・岡山大学客員教授
齊藤 正身 理事・医療法人真正会理事長

調査研究実施委員会

主査 小笠原浩一 上記
委員 藤林 慶子 日本介護経営学会理事・東洋大学教授
佐々木恵子 特別養護老人ホーム「うらやす」施設長
土井 勝幸 日本作業療法士協会常務理事
阿部 哲也 認知症介護研究・研修仙台センター研究部長兼研修部長
萩野 寛雄 東北福祉大学教授
石附 敬 東北福祉大学講師
工藤 健一 東北福祉大学講師

調査実施者

小笠原浩一
萩野 寛雄
阿部 哲也
石附 敬
工藤 健一

分析・執筆分担

小笠原浩一	I	II-1~2	III	IV-2
萩野 寛雄	III			
阿部 哲也	II-3	IV-1		
石附 敬	II-4			
工藤 健一	III			

目次

I 調査研究の目的と方法

- I-1 調査研究の目的
- I-2 調査仮説
- I-3 調査研究の方法
- I-4 調査票の設計

II 定量調査の分析

- II-1 市民書面調査の鳥瞰分析
- II-2 職員書面調査の鳥瞰分析
- II-3 市民書面調査と職員書面調査の統合解析
- II-4 職員書面調査:3 因子とスティグマの相関分析

III 定性調査の分析

- III-1 調査概要
- III-2 対象者の属性
- III-3 分析結果
- III-4 スティグマの諸相

IV アウトカム指標と評価スケール: 提言

- IV-1 アウトカム指標
- IV-2 評価スケール仮説

資料編

1. 調査票

- 1-1 「市民書面調査票」
- 1-2 「職員書面調査票」
- 1-3 「認知症関連職員聞き取り調査票」

2. 定量的調査集計結果

- 2-1 市民調査単純集計結果
- 2-2 職員調査単純集計結果

3. 定性的調査集計結果

4. アウトカム評価指標

5. 改善促進スケール

本調査研究は、日本介護経営学会研究倫理指針に則り実施された。

Ⅰ 調査研究の目的と方法

Ⅰ-1 調査研究の目的

本調査研究は、認知症の早期発見および初期集中対応の促進に資するアウトカム評価指標と改善のための教育スケールの開発を目的にしている。認知症の経済や社会的コストへ影響の深刻化に伴い、効果的な認知症施策の開発推進がOECD、WHO、EUなどのグローバルな協調の下で進められてきており、2013年12月のG8ロンドン認知症サミットは、そうした協調の到達点をベンチマークし、それを踏まえて、グローバルに取り組まれるべき認知症施策と研究開発の基本的な方向性に関するコンセンサスを形成するものであった。日本は、その中で、「新しいケアならびに予防のモデル」(New care and prevention models)の構築に主導的役割を引き受けることとなっている。早期発見・初期集中対応が進まなければ新しいケア・予防モデルの開発は困難になる。本研究の課題は、理論上も、また臨床上も、こうしたモデル構築の中核部分を成すものである。

わが国は、認知症に関する国家戦略を有する数少ない国の1つであり、積極的な研究開発投資が行われてきている。そのテーマ領域は広範囲にわたっており、たとえば、公益財団法人長寿科学振興財団による厚生労働科学研究費補助事業「認知症対策総合研究」の支援研究分野について観ると、平成27年度の内容は、

- (1) 認知症のケア技術に関する研究
- (2) 認知症の地域包括ケア体制に関する研究
- (3) 認知症の経済的影響に関する研究
- (4) 医療・介護機関における認知症患者の医療・ケア等実態に関する研究
- (5) 認知症の発症に対する危険因子の提言や保護的因子の促進に関する研究

から構成されている¹⁾。支援研究事業の性質上、止むを得ないことではあるが、認知症の経済的影響、地域包括ケア体制やケア技術研究、医療・ケア実態の分析から因子分析まで、支援対象となる研究テーマが実に包括的に指定されている。幅広い理論領域にわたる多くの研究ドメインを、並列するものとなっている。

臨床モデル構築に近接した研究として、制度上の支援サービスの比較に関する研究がある。公益財団法人東京都医学総合研究所『認知症国家戦略の国際動向と我が国の制度によるサービスモデルの国際比較研究』(平成25年老健事業費)はその代表的な例である。国内調査では、先進的な地域包括ケアのモデル地域として富士宮市・大牟田市・世田谷区玉川地域を抽出して、認知症へのサービス開発につながるヒアリング調査を実施している。ヒアリング項目は、

- (1) 早い段階での気づき

- (2) 日々の暮らしの中での困難の見極め
- (3) ケアや支援の内容についての説明と相談
- (4) かかりつけ医の役割
- (5) かかりつけ医と専門医の連携
- (6) 地域ぐるみの支え
- (7) 医療・介護・地域の連携
- (8) 行動・心理症状（BPSD）への対応
- (9) 終末期から看取りについて
- (10) 地域の認知症への取組み推進のために

の10論点から構成されている。早期発見、日常の生活過程での気づきから始まり、終末期から看取りに至るまで、認知症の進行段階にそって、支援サービスに関わる主体がどのような役割を担い、どのように連携しているか、整理しようとしている²⁾。地域包括ケアのシステム化に関わらせながら、認知症の病的進行段階に沿った流れとして医療・介護のダイアグラムを構築しようとする調査論点の設定になっている。

1) http://www.tyojyu.or.jp/ct/other000002600/h27ninchi_brochure.pdf 2016年2月26日検索

2) http://www.igakuken.or.jp/mental-health/dementiasymposium/research/gakujutsu_syukai/g_syukai130129/pdf3/h25_00.pdf

2016年2月26日検索

これに対し、国際的な認知症施策・研究の方向性は、やや異なっている。代表的には、認知症の人々の当事者メディアとしての機能を持つ国際アルツハイマー協会（Alzheimer's Disease International）は、2012年の『世界アルツハイマー報告書』で、「認知症スティグマの克服（Overcoming the stigma of dementia）」に絞り込んだ提言を行っている。認知症に対する心理社会的な障壁の克服に向けて、公共（the public）向けの啓発、認知症の人の社会的孤立の緩和、認知症の人々の当事者メディアの確保、認知症の人とその介護者の権利の承認、地域社会への認知症の人の参加促進、インフォーマルで有償のサポーターの養成と活動支援、在宅・ケアハウスにおけるケアの質の向上、プライマリ・ヘルスケア専門家の認知症対応能力の改善、各国政府によるアルツハイマー国家プランの策定、スティグマに関する研究の強化、といった10項目の勧告を国際社会や各国政府向けに行っている³⁾。心理社会的支援（psycho-social support）と社会的包摂の原則を組み込んだ社会的アプローチである。

また、英国アルツハイマー協会は、これに先立つ2008年の活動宣言文書「認知症を表舞台に」（Dementia: Out of Shadows）において、認知症に関する公共的理解の促進、地域の指定かかりつけ医（G P）の認知症への理解と認知症発見能力の向上、認知症専門家の鑑別的アセスメント・サービスの向上、適時適切な情報提供、認知症の人の社会的統合に向けたピアサポート・ネットワークの強化といった5項目を提言している⁴⁾。早期発見、心理社会的支援、社会的包摂を原則とする、極めて具体的な提言内容である。

英国アルツハイマー協会は、2013年のG8ロンドン認知症サミットの宣言文書の草案策定に貢献したが、その中で、認知症に対する否定的なスティグマを1つの重要な課題とするよう訴え、サミット最終宣言「Global Action against Dementia」の第11項として組込まれることになった⁵⁾。

3) Alzheimer's Disease International, *World Alzheimer Report 2012: Overcoming the stigma of dementia*, London, 2012, p. 75.

4) https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=783

2016年2月26日検索

5) <https://www.alzheimers.org.uk/g8summit> 2016年2月26日検索。「G8認知症サミット宣言」(G8 DEMENTIA SUMMIT DECLARATION) (2013年12月11日)の第11項は、市民社会に対し、認知症への「スティグマ、排除ならびに恐怖を低減するためのグローバルな努力を引き続き行い、強めていくことを」を宣言している。

この2つのアルツハイマー協会のアプローチは、極めて焦点化されている。焦点は、「認知症スティグマの低減」にある。認知症に対する無理解や先入観、偏見や恐れ、回避や排除などを「スティグマ」と捉え、それが認知症の人々に対する社会的態度の劣化や妥当性を欠く医療・ケアの原因になっているという問題の把握の仕方である。認知症ケアや予防的取組みのモデル開発は、医療・介護の新しい知識や技術のイノベーションを伴いながら進められるが、新しいモデルの構築が理論的に進んでも、認知症に対する心理社会的状態の水準が底上げされなければ、サービス臨床にける実効性や効果にはつながらない。とくに、認知症への予防が必要となるリスク段階や初期の微弱な兆候の段階で、早期に適切なアセスメントにつなげられ、集中的な支援体制が構築されなければ、その後のケア・プロセス全体の編成が一貫性・継続性を欠くことになる。

早期発見を促進するには、本人の発意と並んで、家族・近隣住民等の身近に生活する人々の意識・行動や専門職の認識・支援といった動機付けの要因が不可欠になる。また、初期集中対応においても医療的側面での対応だけでなく、生活環境の整備や支援のネットワークづくりといった認知症の人が普段の生活を継続していくための条件の組織化が重要で、それは、日常生活に関与する周囲の人々の認知症に対する前向きな意識・行動によって支えられるものである。

ところが、早期発見という初動の段階で、その妨げとなるような意識状況が社会的に観られる。ちょっとした物忘れ程度と軽視したり、認知症の診断が下されるのを恐れたり、同情はするが関わりたくないと敬遠したり、認知症だと疑っても歳を取れば自然な成り行きだと放置するといった、一般的に観察される意識とそれに基づく消極的な判断・行動である。早期発見を妨げる意識・行動の背景には、「認知症」について社会に拡がる消極的ないし否定的な意識構造がある。こうした意識構造については、本調査研究が実証するところである。

専門職の中にも、受診が望ましいことは理解しているが、認知症であることが判ったと

して、それを、どのように支援につなげるのか方向性が見えないまま対応を躊躇するとか、認知症であってもその人を介護するという点では変わりはないからと認識し、介護の一般論から個別ケースを演繹するような行動が観察される。認知症介護の経験から得られた知識が、結果として、待ちの判断を生んでしまうことがある。

ガンであれば早期発見、早期治療で治そうとする。本人や家族が心を一つにして治療をすすめるために、同意に基づく告知や治療計画が重要である。認知症についても同様に、早期発見、初期集中対応についての社会的なコンセンサスを促進する必要がある。そのためには、**認知症であること、認知症になることについて、どのような心理社会的状態 (psycho-social state) が観られ、認知症に対する心理社会的状態が、認知症という状態にある人に対するどのような行動病理を発生させるのか**を解明し、**認知症にとってネガティブな心理社会的状態の緩和・改善の方路を検討することが重要**になっている。

本調査研究は、そうした心理社会的状態をすでにグローバルに使われている「スティグマ」概念で定義し、その低減・緩和に貢献可能なアウトカム評価指標を策定し、併せて、**アウトカム評価指標をコントロールする学習促進スケールを構想**することをねらいとするものである。

本研究の提案する「**アウトカム評価指標**」とは、スティグマの存在と深さを評価するのに用いることができるスティグマ度改善指標のことで、**21のセルフチェック項目のパッケージ**である。様々な社会場面や認知症ケアの現場で活用し易いように設計されている。

「**学習促進スケール**」とは、「指標」の 21 項目の根拠になっている、**3つの学習機会(「接触様式」「理解度」「学習機会」)**と**2つの学習手法(「認知症基礎知識学習」「一緒に活動体験」)**のことである。つまり、認知症の人とどのような様式で接触するか、認知症に関する知識をどのくらい有しているか、認知症や認知症に人が生活をするということについてどのような学習体験や学習機会を有しているか、の5つの物指(スケール)が、相互に関連しながら、スティグマ状態の改善を促すことを提唱することになる。様々な社会場面や認知症ケアの現場において、3つのスケールをスライドさせながら、アウトカム指標で測定されるスティグマ状態の変化をコントロールしていくように活用できるものとなっている。

I-2 調査仮説

I-2-1 操作概念:「認知症スティグマ」

認知症に対するネガティブな心理社会的状態を、本調査研究では、G 8 認知症サミットの宣言にも盛り込まれた「**認知症スティグマ**」(the stigma of dementia)の概念を用いて分析する。

世界保健機構 (WHO) および世界精神医学会 (World Psychiatric Association (WPA)) が 2002 年に発表した「合意声明: 精神障害を有する高齢者に対するスティグマと差別の低

減に向けて」(Consensus Statement: Reducing Stigma and Discrimination Against Older People with Mental Disorders) は、スティグマとは「特定のやり方で社会的から信頼されなくなるような属性 (attribute)、ふるまい (behavior)、または、評価 (reputation) であり、それは、個人が、他者によって、社会で受け入れられている普通の存在としてではなく、歓迎されない拒絶的な固定観念のもとに心理的に類別けされることを意味する」というアービン・ゴフマン (Erving Goffman) の古典的な定義⁶⁾を継承している。その上で、スティグマは、「一定の個人やグループが恥をかかされたり、排除されたり、差別されたりするプロセスから生じる」と定義した⁷⁾。

6) Goffman, Erving, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1963. ISBN 0-671-62244-7.

7) 15th World Psychiatric Association, World Health Organization, Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders. Geneva: WHO, 2002, WHO/MSD/MBD/02.3.

ブルース・リンクとジョー・フェランは、この「スティグマ・プロセス」という捉え方を更に動的に構造化して、「**特徴付けのラベル貼り (labelling)、偏見的先入観 (stereotyping)、阻隔 (separation)、社会的立場や現状の喪失 (status loss)、そして差別処遇 (discrimination) が、一定の力学関係の状態 (in a power situation) において同時に起こることで、スティグマを構成する諸要素が顕在化することになる**」と定義している⁸⁾。

8) Link, Bruce and Jo Phelan, “Stigma and its Public Health Implications”, *The Lancet*, 367:528-529, 2006.

この定義には、3つの重要な理論的・政策的インプリケーションが含まれている。

第1に、スティグマは、一定の力関係の状態の中に生じると見做している。この定義は、専門言説を支配し、鑑別というラベリングを実施する医師と受診する認知症の人との関係、否定的な偏見や先入観を持って見つめる周囲との関係、認知症という病名が付されることによって惹起される雇用機会の喪失や社会参加機会の閉塞、「認知症対応型」という看板を掲げた介護サービスへの仕分け的な処遇、介護家族が味わう近隣への気遣いなど社会関係上の苦悩、介護施設や通所介護における認知症の利用者とそうでない利用者との隔絶など、社会関係に内在する一定の力関係の状態をスティグマの諸要因を顕在化させるメカニズムとして把握している。それゆえに、スティグマの緩和・解消は、政策的には、この力関係の状態のメカニズムの組換えとしてとして行われるべきことが示唆されている。

第2は、スティグマが顕在化する契機の重層性を描いている。マスコミ等の情報や伝聞情報により認知症について偏見的先入観を植え付けられている場合、それだけでは、特定の人を隔絶したり排除したりする行動には結びつかないが、自らの生活圏内に認知症の疑いや認知症と鑑別された隣人が存在することによって、偏見的先入観が特定の個人に対する差別処遇という行動病理現象が発生する。この定義は、こうした構図に関する明快な説明図式となっている。つまり、意識が行動化する契機は重層的な文脈で構成されるということである。このことは、敷衍すれば、啓発を通じて公共の意識変容を促すことに加えて、

接触体験を通して偏見の先入観を矯正することや、認知症の本人や家族からの当事者メディアを豊富に作り出すことで、認知症を自分のこととして仮想することなど、スティグマ意識が行為へと起動することに對し操作が可能となるような取り組みの有効性を示唆している。

第3に、スティグマ行動の主体の複層性を描いている。外側からのスティグマは、スティグマを貼られた側の失望や焦燥や諦めといった本人に内在化する自己スティグマ(self-stigma)を引き起こす。早期発見の最大の阻害要因であるし、支援サービスの効果を左右する最大の要因ともなる。社会や地域からのスティグマ(social/institutional stigma)に加えて、自己スティグマを抱える本人と地域社会の間に挟まれた家族や介護職員が、心理的切迫の中で、あるいは、自身の抱える偏見の先入観から、介護者として被介護者を特別扱いしよとする厚遇スティグマ(courtesy-stigma)を持つこともある。この定義は、スティグマの主体間関係という視座と、差別的スティグマ・保護的スティグマというスティグマの二面性の視座を提供してくれる。

先に挙げた国際アルツハイマー協会 2012 年報告書は、スティグマに関する異なるいくつかの定義を検討しつつ、WHO/WPF の 2002 年の定義ならびにブルース・リンク／ジョー・フェランの 2006 年の定義を変更していない。

したがって、本調査研究は、ブルース・リンク／ジョー・フェランの 2006 年の定義に関するこのような解釈から得られる**3つの視座**、すなわち、**力関係の状態**、**契機の重層性**、**主体の複層性**を、調査設計の方法的仮説に設定する。

1-2-2 先行研究の確認

方法的仮説の妥当性を、先行研究に照らして、検証する必要がある。3つの方法的視座に関連する主要な先行研究は、3件存在する。

① Dementia Care Mapping (DCM)⁹⁾

この研究は、認知症を高齢化の不可逆的な兆候と捉え、本人の個人的な生活の質を優先する認知症ケアの方法を構想したものである。いわゆる「人間中心のケア」(person centered care)の考え方を基盤にしている。その際、方法的キーワードとなるのが、認知症への恐れ(fear)と差別的取扱い(discrimination)である。DCMは、認知症の本人の日常生活行為を専門家(マッパー)が観察し、24の異なるドメインから成る「行為カテゴリー・コード」(the Behavioral Category Code BCC)に即してインディケータ解釈を加え、心地の悪い状態と心地の良い状態に得点化して仕分けし(well/ill being (WIB) value)、生活の質を可視化して、ケアの方法の改善に結びつける方法体系である。

この方法は、認知症を特別な疾患とラベリングする医療的アプローチが生み出してきた認知症への恐れや、医療中心の対応プロセスに組み込まれた認知症への差別的取扱いから醸

成される社会心理的な偏見的先入観に対し、「個人にとっての妥当性の確認」(individual validation)を優先させるという戦略的な目標から開発されたものである。いわば、社会的な認知症スティグマから個人を防衛するケアの方法体系として構想されている。

本調査研究は、「個人にとっての妥当性の確認」(すなわち「生活の質」)を戦略目標におくという点では、この研究を継承している。その上で、本調査研究は、次の2点を前に進めている。1点目は、早期発見・初期集中対応という初動段階にフォーカスをあてている。そのことで、認知症になること、認知症であることへの心理社会的状態そのものの変容を促すツールを開発しようとしている。この点で、本研究は、「個人にとっての妥当性の確認」を踏まえたケアという個々の状態の改善にフォーカスをあてるDCMと異なっている。2点目は、ケアの方法論ではなく、スティグマの意識・行動の主体側に焦点を当て、意識・行動そのものの変革に切り込もうとしている。そのため、一般市民のみならず、認知症ケアに従事する専門職や認知症ケア事業に関わる多様な職員の意識・行動の構造分析と意識・行動変容への寄与変数の発見を組み込んでいる。

9) Brooker, Dawn, “Dementia Care Mapping: A Review of the Research Literature”, *The Gerontologist*, 45-1, 2005, pp. 11-18; Brooker, Dawn J. and Claire Surr, “Dementia Care Mapping (DCM): initial validation of DCM 8 in UK field trials”, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21, 2006, pp. 1018-1025 をさしあたり参照願いたい。

② スティグマの6次元説 (Six Dimension of Stigma) ¹⁰⁾

この研究は、エドワード・ジョーンズ (Edward E. Jones) らの社会的スティグマ (social stigma) 研究の方法を「認知症スティグマ」の構造分析に応用したものである。スティグマを、隠蔽性 (concealability: 状態の可視性)、経路 (course: 経時変化)、断絶性 (disruptiveness: 関係の阻害性)、審美的特徴 (aesthetic quality: 烙印の度合いと狼狽効果)、起源 (origin: 発生環境と責任主体)、危難 (peril: 危険性の性質と切迫性) の6つの次元から構成される行動病理体系として仮説だてし、状態コントロール変数を発見しようとする試みである。

このため、認知症に関わるステークホルダーすべてを調査対象としており、認知症の本人、その家族、専門職、支援者を対象に、上記6次元に即した聞き取り調査を通じて、認知症スティグマ環境の構造分析と変化要因の検出を試みている。とくに、DCMではマッピングの客体に位置付けられていた本人を、当事者としてメディア化しているところに、方法的進化が観られる。

本調査研究は、スティグマを力関係の状態、契機の重層性、主体の複層性のプロセスの中から発生するものと捉える点では、この研究と同じ方法的視点に立っている。その上で、経時変化や危険性・切迫性の度合いという状態観察の方法よりも、早期の発見や初期の対応がなぜ促されないのかに焦点化することにより、認知症スティグマの解析をより鋭敏にしている点、ならびに、スティグマの緩和・解消に向け、誰が、どのような責任を負うか

を特定する調査とするために、認知症の本人を調査対象から外している点で、調査方法と調査対象選択における違いがある。

- 10) Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T. and Scott, R.A.,
Social Stigma: the Psychology of Marked Relationships. New York: W.H. Freeman and Company,
1984; The School of Nursing and Midwifery Trinity College Dublin, *Perceptions of Stigma in
Dementia: An Exploratory Study*, The Alzheimer Society of Ireland, August 2006.

③ ウォロンゴン大学スケール1, 2 (University of Wollongong Scale 1 & 2) ¹¹⁾

この研究は、認知症スティグマを意識・認識の次元で分析したものである。先行研究に対し、「肯定的スティグマ」(positive stigma)の概念を投入したこと、ならびに、「もしあなたが認知症ならば」という仮想認識を組み込んだ点で、新しい。

そのため、調査票の設計は、認知症への排除・回避意識の構造分析、認知症に対する肯定的イメージや行動心理の解析、それに、「もしあなたが」の仮想認識を問う3部構成となっている。「もしあなたが」設問では、「あなたは、もし、物事を忘れっぽくなり、それが認知症の始まりの兆候ではないかと気になり始めたら、次のリストの中の誰に、助けを求めることになると思いますか。」という問いと、「あなたは、もし、あなたの最愛の人や近い家族に認知症の初期症状が見られるようになったら、当人に代わって、次のリストの中の誰に、助けを求めることになると思いますか。」という問いからなり、それぞれ、想定される家族や親族、医療・相談援助の専門家がリスト化され、「有り得る」「有り得ない」方式で回答を求めている。「当てはまらない」(つまり、そのような人がいない場合と、いても助けを求めるつもりはない場合の回答肢) および「誰にも助けは求めない」「最終段階まで助は求めない」という回答肢を入れて、自己スティグマ(self-stigmatization)の存在と人間関係の阻害要因を検出できるよう工夫されている。

- 11) Phillipson, Lyn, Christopher Magee, Sandra Jones, and Ellen Skladzien, Exploring Dementia and Stigma Beliefs: A Pilot Study of Australian Adults Aged 40 To 65 Yrs., University of Wollongong Centre for Health Initiative, Alzheimer's Australia, 2012.

本調査研究は、調査票の設計に関しては、この研究の枠組みを継承している。ただし、この研究が高齢予備軍である40-64歳層を対象に、インターネット調査で実施されているのとは異なり、本調査研究では、一般市民と介護関連専門職の2つの母集団を対象にし、年齢層の限定を外している。

その上で、本調査研究は、自記式書面調査の有利性を活かして、「認知症への排除・回避意識の構造分析」について、これを「審美的心象」「認知機能」「関係性」に細分化している点、「認知症に対する肯定的イメージや行動心理の解析」について、これを「心象」と「態度」に分けた点、それに、「もしあなたが」の仮想認識について、「否定的」と「肯定的」の両方を検出できるようにしている点において、技術的改良を施している。

I-3 調査研究の方法

I-3-1 調査対象と調査方法

このように、本調査研究では、認知症の早期発見・初期集中対応を妨げている原因は、認知症に対する特有の心理的状态とそれを投影した態度・行動の表出にあると捉え、その心理・行動を「認知症スティグマ」と操作的に定義したうえで、力関係の状態、契機の重層性、主体の複層性という「認知症スティグマ」検出のための3つの方法仮説を設定している。その上で、先行研究における調査方法に対し、上記のような改良を加えて、調査設計されている。

統計的優位性の検証を容易にすすめるために、やや規模の大きな定量的調査を実施した。これに加えて、認知症ケアに関わる直接職員、間接職員の方々に、日常業務において観察されるケア・プロセスにおけるスティグマの状況を把握するための質的調査を実施した。

(1) 定量的調査

① 介護事業に働く職員調査

介護事業で働く職員は、それぞれの職務を通じて、認知症の人に対する家族、地域住民、サービス利用者仲間、同僚職員の心理状態・行動特性を観察し、それを通じて、自らの認知症認識（心象と知的理解）を形成してきている。そこで、調査票は、否定的認識、肯定的認識、仮想認識の3つの心理領域から、これを検出するための調査として設計されている。

この設計根拠は、次のIIで詳しく記述している。

調査サンプルは、北海道から中国地方までの5社会福祉法人、1医療法人、1特定非営利活動法人、2営利企業、合計9事業者に雇用される直接部門ならびに間接部門の職員で、直接部門には、介護事業所の他に、病院が含まれる。統計分析の対象となった有効データ数は2,894である。自記式マークシート回答、職場での一斉配布、本人投函での郵送回収で実施され、調査実施期間は2015年11月中旬～12月初旬である。

サンプリングの方針は、①大規模複合事業法人であって、キャリア形成に事業間の人事異動が連動しており、かつ、介護関連のすべての資格・職種が法人内に揃っていること、②サンプルが全国に分散していること、③人材育成や認知症ケアについて、業界で高い評価が得られていること、認知症に人への支援メニューが多様であること、といった基準に沿って、調査趣旨を理解し、組織的な協力が得られた法人に依頼した。全国5か所の大規模社会福祉法人から協力が得られた。そのすべてが、病院併設の法人である。

② 一般市民調査

一般市民を対象とする調査は、市民の日常生活において取得可能な認知症に関する情報や体験を通して形成される認知症認識を分析する目的で設計されている。3つの心理的領域の設定ならびに質問項目の内容は、①の「職員調査票」と同一である。

これに加えて、市民生活では、認知症の人が家族・親族にいたり、地域近隣の住民仲間として見つめる可能性を誰でも負っていることから、希救意識に関する質問項目も設けている。

調査サンプルは、①の職員調査の対象職員の方々に、「職員調査票」と一緒に職場で一斉配布された「市民調査票」を持ち帰ってもらい、その家族、親族に協力を依頼してもらい、自記式マークシート回答、本人投函での郵送回収で実施された。有効データ数は1,789で、実施期間は職員調査と同期である。

(2) 定性的調査

定性的調査は、介護保険制度上の介護事業を営む社会福祉法人ならびに民間事業者（営利事業者、非営利事業者の双方を含む）に雇用され、認知症介護に直接関わる業務経験のある職員を対象に、聞き取り調査として実施された。

調査内容は、教育経路、保有資格、職務職掌、認知症介護業務に関する経験量、認知症に関する基礎的知識、認知症の人との初回対面時から今日までの認識変化、他者のステイグマ状況に関する観察、ケア実施や関係形成上の工夫、認知症に関するマスメディア情報の受け止め方、認知症施策への評価からなっている（資料編「認知症関連職員聞き取り調査票」）。

聞き取り調査は、調査者による対面方式で、聞き取り時間は1職員あたり1時間であった。個人情報守秘ならびに回答バイアス回避のため、被調査者の発言内容を、聞き取り担当者がその場においてデータ入力する方法を用いた。聞き取り担当者は、福祉系大学において専門科目を担当する資格を有する研究者であった。

調査対象の選定は、「職員書面調査」の大規模法人のうち1か所を除く4法人と、類型の異なる事業所を加えるために、他の社会福祉法人、有限会社、NPO法人4か所にご協力いただいた。いずれも、認知症ケアでは、業界で高い評価を得ている法人・事業者である。聞き取り対象職員のリスト作成は、各法人の人事担当部門ないし企画担当部門に委ねた。調査対象となった職員数は、8法人で85名であった。

実施時期は、2015年9月・10月であった。

I-4 調査票の構成

調査項目は、認知症についての否定的認識から肯定的認識への分布としてマトリクスし

ている。

「排除」(exclusion)： 公共的空間からの排除(social exclusion)を首肯する認知症への観方で、認知症であることが社会的関係性の障碍になると観る一定の価値判断が組み込まれている。

「回避」(digressive belief)： 認知症の人と自身との関係や交わりを回避したいという指向で、その心理的背景としては、当惑 (embarrassment)、不安 (fear)、忌避 (avoidance)、恥 (shame)、嫌悪 (dislike) など、マイナスの審美的心象、ラベリングに基づく偏見的先入観、ステレオタイプ認識が組み込まれている。

「受容」(perceptions)： 人としての保有能力への肯定的認識、人としての存在性への共感、隣人としての受容能動的可能性への肯定的認識などからなる。

「職員調査票」「市民調査票」の IIA の質問 27 項目の構成は次の通りである。

- 質問肢番号 1～ 4 **審美的心象に起因する「回避」**
- 5～ 9 **認知機能や保有能力の低さの認識に起因する「回避」**
- 10～14 **関係性維持能力の低さの認識に起因する「排除」**
- 15～19 **当惑、不安、忌避、嫌悪心理に起因する「回避」**
- 20～27 **共感や肯定からの能動的認知症観としての「受容」**

次に、「職員調査票」「市民調査票」の IIB の質問 9 項目は、「仮想認知症認識」に関するものである。「仮想認知症認識」とは、認知症になることや認知症の人として生活することを、他人事ではなく、自分自身のインシデントとして仮想してもらい、その仮想の心理状態や態度を回答してもらう設計になっている。自分の能力・可能性への自己認識や自分自身の中にある認知症への心理的反応が現れることになる。それは、現に自分の周りにある関係性を想定して、具体的な誰かに支援を頼むことができるか、支援してもらえる関係を有しているかといった、支援レディネス (help-readiness) や受援意図 (help-seeking intension) の認識にも影響している。9 項目の構成は次の通りである。

- 質問肢番号 28・29 **受援意図 ネガティブ**
- 30・31 **支援レディネス ポジティブ**
- 32・36 **ネガティブな仮想認知症観**
- 33～35 **ポジティブな仮想認知症観**

認知症発症後の自身の生活に対する評価や支援レディネス・受援意図のあり方は、早期発見を促進する支援・受援関係の把握と改善に役立つ。

「市民調査票」には、I I Iの1. および2. の質問を置いている。これは、上述のウォロンゴン大学スケール2 (University of Wollongong Scale 2) を下敷きに、日本的な親族関係の表現に修正し、地域の専門資源についても日本の制度の実態に即したものを追加して、作成したものである。みし、自分に認知症の始まりの兆候が見られたら誰に助けを求めるか、また、自分の大切な家族に認知症の初期症状が見られたら、本人に代わって、誰に助けを求めるか、を問う質問から構成されている。

早期発見・初期対応に絞った質問であり、支援レディネス (help-readiness) や受援意図 (help-seeking intension) に、希救主体をクロスさせて調べる内容に構成してある。加えて、誰にも支援は求めないとか最終段階まで助を求めないという回答肢を入れてあり、回答者の認知症観が反映されるものになっている。

II 定量的調査の分析

II-1 市民書面調査の鳥瞰分析

II-1-1 基本属性

- ① 回答者の性別は、女性 56.7%、男性 43.3%であった。
- ② 年齢層は、20 歳代が 26.7%、40 歳代～50 歳代が 40.1%、60 歳代～70 歳代が 29.8%であった。40 歳以上が 7 割を超えている。
- ③ 8 割が認知症の人と対面経験がある。挨拶をして話したことがある人が 25.2%、居っ緒に活動をしたことがある人が 23.2%、一緒に生活をしたことがある人が 21.7%であった。日常生活で認知症の方が身近にいるシーンが一般化しているのが分かる。
- ④ 初回対面の場所については、乗り物の中や街中での割合は 2 割に満たず、病院や施設においてと在宅においてで 74%に上っている。
- ⑤ 認知症について学ぶ機会を持ったことのある人がほとんどで、その内の 55.3%は書籍・メディア・広報などを通してである。高等教育機関や職場において学んだ人も 32.4%に上っている。身内や家族介護経験者から学んだ人も 24.7%いるが、本調査の母集団が、介護事業者に雇用されている職員の家族であることも反映している。
- ⑥ これに対し、小中学校や地域の集会、市民講座など、地域で学ぶ機会を持った割合が全体でも 15%程度に留まっている。
- ⑦ テレビや映画などメディア情報から認知症に人の映像を観たことがある人の割合は 85.3%に上っている。

II-1-2 認知症知識

調査項目 I 知識の 6. は、認知症に関する知識のレベルを測定している。10 点満点中、平均点は 8 点、標準偏差は 1. 2 で、⑦の B P S D の正答率も 91.5%と高く、後述の職員調査の平均点が 8.2 点、標準偏差が 1. 1 で大きな差が観られないことも勘案して、市民レベルの知識に認知症が浸透していることを伺わせる。対面経験や接触の深さなどと相関しているものと推定される。

II-1-3 質問群 II A の意識傾向

- ① 「回避」「排除」(質問 1-19) では、「どちらとも言えない」の中立的回答と「そうは思

わない」の肯定的回答にシフトがあり、肯定的バイアスが確認される。

- ② ただし、質問2.の「認知症の人は何をするかわからない」と質問9.の「同じことを何度も繰り返し話して他人をいらいらさせる」では、中立的回答率と「そう思う」にシフトがあり、体験的な認識が反映されていると推定される。
- ③ 「受容」では、「どちらとも言えない」の中立的回答率が高くなっており、質問23.「訪ねることに躊躇はない」と質問24.「学ぶことが多い」のでは、「そう思う」にバイアスがかかり、質問21.「他人に関心を寄せ、他人を思いやる」と質問25.「人生の知恵があるので尊敬されている」では「そう思わない」にバイアスがかかっている。
- ④ 「受容」では、「認知機能」「行動機能」（質問20、21）に関する客観的な評価を問われる質問では否定的バイアスがかかるが、「共感」（質問22、23、24）といった主観ないし価値観を問われる質問では肯定的バイアスがかかっている。

II-1-4 質問群 IIBの「もし自分が認知症になったら」質問の意識傾向

- ① 質問21.「家族にはそれを知られたくない」について、「全くそう思わない」と「そう思わない」を合せて7割を超えているが、他方で、質問31.「家族は私を支えてくれると思う」について「全くそう思わない」と「そう思わない」合わせて60%となっている。つまり、家族との関係では、知っていてももらいたいが、支えてくれるかどうかでは悲観的な心理が読み取れる。
- ② 質問29.「近所の人にはそれを知られたくない」では、「そう思わない」「どちらとも言えない」「そう思う」がほぼ同割合で均衡している。質問30.「周囲の人々は、私のことを真剣に考えてくれなくなると思う」では、「どちらとも言えない」が42.9%に上り、「そう思わない」「全くそう思わない」と合せて8割になる。周囲の人々の自分を見る眼が変わって欲しくないという期待感はあるものの、実際に、近所の人に知られたいかというと、躊躇する心理がぞんざいしている。
- ③ 質問34.「喜怒哀楽の感情は残ると思う」と質問35.「生活環境に適応しようと努力すると思う」では、中間ゾーンから肯定ゾーンにバイアスがかかっているが、質問33「生きることを諦めることはないと思う」、質問32.「悲しく当惑すると思う」、質問36.「生活のいろいろなことができなくなると思う」で中間ゾーンから否定ゾーンにバイアスがかかっている。つまり、認知症になる前に自らの生きる力や人間的感情は低下して欲しくないが、実際には、認知機能の衰退に伴い諦めや悲観・当惑や生活運営能力の衰退を覚悟しなければならないという見つけ方が現れている。

II-1-5 IIIの早期発見・初期対応に関する意識傾向

- ① もし自分に認知症の兆候が確認され、あるいは、認知症の初期症状の始まりを疑った

ら、「配偶者」(78.2%)ないし「子ども」(77.3%)に助けを求める顕著な傾向がある。次いで「兄弟姉妹」が49%となっている。専門機関、専門職では、「専門医・かかりつけ医」が82.5%、次いで、「カウンセラー・臨床心理士」76%、「地域包括支援センター」70.8%、「行政の窓口」68.5%、「老人ホームなどの施設」66.9%、「福祉事務所」64.4%、「保健所」62.5%の順となっている。逆に、「誰にも助けを求めない」も18.9%存在する。

早期発見・初期対応の入り口として、配偶者や子どもの役割が極めて重要であること、専門機関では、「誰にも助けを求めない」と答えた方々を除いたほぼ全員が「専門医・かかりつけ医」を挙げていること、加えて、身近にある専門機関・専門家であれば、広く相談窓口としての役割が期待されていることが判る。親等の近い家族と「専門医・かかりつけ医」と「地域包括支援センター」「施設」「保健所」といった認知症に近接する情報を有する専門機関との三者の連携ルートのシステム化が重要である。また、「カウンセラー・臨床心理士」の非医療の専門家への期待も高い。

- ② 誰にも助けを求めないが18.9%いる。質問1.～6.の身近な人間関係について「当てはまらない」とする回答率が一定の高さを示していることの反転として、頼りたくても頼れる人がいないという状況も推定できる。
- ③ 近い家族に初期症状が出たら、当人に代わって助けを求める先も、自分に初期兆候が出た場合とほぼ同じ傾向を示している。

II-2 職員書面調査の鳥瞰分析

II-2-1 属性

- ① 回答者の7割超が女性である。
- ② 年齢層では、50歳代までの職員は86.2%に上るが、60歳代以上も13.8%に上っている。
- ③ 学歴では、専門学校・短大までで8割を占め、高等学校卒で入職のかが方が3人に1人(33.8%)に上る。
- ④ 保有資格では、介護福祉士が46.7%、ホームヘルパー(介護職員初任者研修)が23.4%で介護系資格が7割を占め、看護師・准看護師が17%、リハビリテーション資格(OT、PT、ST)が4.7%、介護支援専門員が15.8%となっている。複数回答率を積み上げると112.6%となり、複数の資格を保有する方の割合は、介護福祉士とホームヘルパーの重複や専門資格を持たない少数の方々の存在を考慮すれば、おおよそ1割と推定される。

- ⑤ 配置されている職種を複数回答で尋ねると、直接業務（介護、看護、介護支援、相談援助、リハビリテーション、栄養管理）で9割を超え、間接業務（事務、営繕）は8.1%である。直接業務では、介護が55.5%、看護が14.5%となっている。間接業務の中の運転業務には通所事業の送迎が含まれることから、事態上の直間比率は、さらに直接業務に偏るものと思われる。
- ⑥ 働く職場種別をでは、介護老人福祉施設28.8%、介護老人保健施設13.5%、通所介護・通所リハ事業所15.6%、病院・診療所12.1%、となっており、訪問・居宅介護支援・小規模多機能の地域在宅事業所を合せて11%であった。
- ⑦ 職場での役割では、一般職員が74.4%に対し、施設長・サービス管理者・職種の長や主任といった管理者層が17.2%、中間層であるグループリーダーが7.1%となっている。
- ⑧ 保有資格、配置職種、役割（職掌）を比較してみると、職種を複数にまたがって働く方の割合は微小であるが、役割に関わらず直接業務に携わる割合が高く、管理職層・中間層の方々も高い割合で現場のケア業務に就いている。介護支援専門員の資格を有する方々で、介護支援の専任者は少なく、ケアマネジメント業務とケア現業の業務の兼務社が多い。専門資格と実際に行っている職務との比率のズレが確認され、資格保有比率と職種の比率がほぼ一致するのは、社会福祉士と相談援助職のみである。人材が弾力的に配置、運用されている実態が推定される。
- ⑨ 認知症関連の仕事の経験の長さでは、5年以上が6割近くに上る。3年以上まで上げると7割になる。逆に、3年に満たない層は15%程度である。
- ⑩ 認知症関連の仕事を経験したことのない層も15.3%含まれる。
- ⑪ 認知症関連の仕事を経験した場所別（複数回答）では、介護老人福祉施設36.8%、介護老人保健施設24.1%、通所介護・通所リハビリ事業所26.4%となっており、これにグループホーム13.9%は続いている。逆に、訪問介護・訪問看護・居宅介護支援・地域包括支援センター・小規模多機能といった地域・訪問系の事業所での経験は、合算でも23.5%である。本調査では、居宅介護系を主力とする事業者には雇用される職員を対象にしていないことを考慮しても、認知症ケア人材の経験知が施設系中心で形成されていると推定できる。

II-2-2 教育機会

- ① 認知症に関する知識・技能をどのような方法で修得してきたかを、これまで受けた教育機会に聞いている（複数回答）。職場内の研修が63.5%普段の仕事の中で先輩等から学んだが49.0%で、職場のOJTとOff-JTを通して学ぶ割合が比較的高くなっている。他方、学校時代に講義や実習で学んだが63.3%、職場以外の研修が37.7%、自己学習が33.3%存在する。認知症学習機会の複線化し、多様化している現状が確認できる。

多くのチャンネルから学ぶ方が多いということは、職員個人の知的成長という面から見ると、学習プロセス自体が、系統的な知識教育や系統的な習得になっていない可能性も推定でき、その分、知識や技能の習得が本人の事情で整序されている可能性が高いことが推定される。

II-2-3 知識

- ① 認知症に関する基本的な知識テスト（市民調査票の質問6．ならびに職員調査票の質問13．）では、10点満点中8．2点で、一般市民の8．0と僅差であった。

II-2-4 質問群IIAの意識傾向

- ① 「回避」および「排除」に関する質問肢群については、強い肯定的バイアスが確認され、否定的回答が弱いだけでなく、「どちらとも言えない」の中立的回答も弱い。
- ② その中で、「衛生状態がよくない」と「何をするかわからない」と「同じことを何度も繰り返して他人をいらいらさせる」の3項目については、中間値バイアスが強い。介護現場での実体験が反映していると観ることができる。
- ③ 「受容」に関する質問肢群ではポジティブ・バイアスが極めて高い。

II-2-5 質問群IIBの「もしご自身が認知症になったら」についての意識傾向

- ① 質問28．「家族にはそれを知られたくない」では、「全くそう思わない」と「そう思わない」の合計が73.4%に上り、質問31．「家族は私を支えてくれると思う」では「そう思う」と「全くどう思う」の合計が52.8%であった。質問31．では「どちらとも言えない」が34.6%あった。家族には知っておいてもらいたいと考える人の中に、家族が支えてくれるかどうかは分からないと考える人が一定の割合で存在することが判る。
- ② 質問29．「近所の人に知られたくないでは」では、「全くそう思わない」と「そう思わない」の合計が44.6%となり、「どちらとも言えない」が28.3%である。家族と比較して近所の人については、知っておいてもらうことが必要だと考える人の割合は大きく下がる。
- ③ 質問34．「喜怒哀楽が残ると思う」、質問35．「生活環境に適応しようと努力すると思う」、および33．「生きることを諦めることはないと思う」については、強い肯定的バイアスが確認される。他方で、質問32．「悲しく当惑すると思う」、質問26．「日常生活のいろいろなことができなくなると思う」にも「そう思う」「全くそうもう」の否定的バイアスが確認される。

II-3 市民書面調査と職員書面調査の統合解析

II-3-1 解析方法

「市民調査票」「職員調査票」の IIA、IIB の 36 項目について、回答選択番号（「全くそう思う」から「全くそう思わない」の選択番号 1－5）を得点と見做し、1 項目 1 点から 5 点に換算し、反転項目は得点を逆転して換算する方法で、得点を算出した。欠損値ケースについては分析から除外した。

得られたデータについて、天井効果と床効果を、平均値に標準偏差値を加除する方法で算出した。各項目と尺度全体の相関について I-T 相関分析を実施し、尺度全体に対する項目の関連性を確認した。

本調査研究実施委員会で作成した尺度原案の因子構造を明らかにするために、探索的因子分析を実施した。因子分析時に、標本妥当性については KMO を、因子分析への適合性の確認については Bartlett の検定を実施した。因子分析は初期解を最尤法によって算出し、初期解のスクリープロットに従って因子数を決定後、プロマックス回転によって因子を確定した。因子の名称については、分析に参加した研究者 5 名によって因子内項目の傾向から検討した。統計解析には SPSS statistics 20 for Windows を使用した。

探索的因子分析によって得られた因子構造に従い尺度モデルを作成し共分散構造分析によってモデルの確証的因子分析を実施した。モデルの分析には Amos Graphics version 20 for Windows を使用した。モデル適合度の指標には χ^2 乗値、Goodness of Fit Index(GFI)、Adjusted Goodness of Fit Index(AGFI)、Comparative Fit Index(CFI)、Root Mean Squares Error of Approximation(RMSEA)、Akaike's Information Criterion (AIC) を使用した。尺度の内部一貫性の検証には Cronbach の α 係数を使用した。

II-3-2 解析結果

II-3-2-1 対象者概要

(1) 有効回答

「市民書面調査」と「職員書面調査」を合計した回収数 4,630 件のうち、スティグマに関する質問項目 36 項目（質問群 IIA および IIB）のいずれかに欠損値のある 286 件を除外し、有効回答数 4,344 件のデータを分析の対象とした。

(2) 対象者属性

有効回答 4,344 件全体における調査対象者の基本属性は、市民 1,627 名(37.4%)、介護等職員 2,717 名(62.6%、男性 1,459 名(33.6%)、女性 2,885 名(66.4%)であった。年齢構成は無回答 19 名を除く 4,325 名中の平均年齢が 45.75 歳 (SD14.65)、中央値 45.0 歳、最頻値 38 歳、最少年齢 8 歳 (市民調査)、最高年齢 94 歳 (市民調査) と年齢層の幅が広い対象群である。なお、市民および介護等職員の各集団特性について以下、該当節で詳細を記述する。

II-3-2-2 尺度作成および信頼性・妥当性の検証

(1) 項目分析

1) 天井効果およびフロア効果の検証

回答結果における天井効果とフロア効果をみるために、質問 1 - 36 における各回答の平均値と標準偏差を算出し平均値+SD (天井効果)、平均値-SD (フロア効果) を算出したところ、「4. 認知症の人はささいな存在である (0.984)」「15. 認知症の人と、眼を合わせないようにする(0.816)」「16. 認知症の人と一緒に食事はしたくない (0.922)」「17. 認知症の人から話しかけられるのが好きではない (0.93)」「18. 認知症の人と一緒に空間にいるのが好きではない(0.965)」に床効果が見られたため、5 項目の質問項目を除外した (表 1)。

質問項目	平均値+SD	平均値-SD
	天井効果	床効果
1 認知症の人は、衛生状態が良くない。	3.748	1.732
2 認知症の人は何をするか分からない。	4.064	2.056
3 認知症の人は人間的な魅力が薄れてきているように見える。	3.201	1.319
4 認知症の人はささいな存在である。	2.776	0.984
5 認知症の人は、複雑で面白い会話ができない。	3.234	1.326
6 認知症の人は、何を言われてもすぐに忘れてしまう。	3.629	1.591
7 認知症の人は、私が何を言っているのか理解できない。	3.265	1.495
8 認知症の人は、自分の本能的な欲求のままに生活している。	3.518	1.642
9 認知症の人は、同じことを何度も繰り返して他人をいらいらさせる。	3.805	1.895
10 認知症の人は、地域の公共の施設を利用するのが難しい。	3.66	1.68
11 認知症の人は、地域で暮らし続けることができない。	3.118	1.322
12 認知症の人は、他人を煩わせないような環境で生活するのが最善である。	3.183	1.337
13 認知症の人は、伝統的に大切にされてきたことを無視しがちである。	3.112	1.408
14 認知症の人は、他社に気遣うことができない。	3.228	1.392
15 認知症の人と、眼を合わせないようにする。	2.464	0.816
16 認知症の人と一緒に食事はしたくない。	2.698	0.922
17 認知症の人から話しかけられるのが好きではない。	2.67	0.93
18 認知症の人と一緒に空間にいるのが好きではない。	2.715	0.965
19 認知症の人について特に関心はない。	2.9	1.04
20 認知症の人は、多くのことに、関わりたがったり、関心を持ったりする。	3.973	2.347
21 認知症の人は、他人に関心を寄せ、他人を思いやる。	3.79	2.27
22 認知症の人は、一緒にいて楽しい。	3.708	2.132
23 認知症の人を訪ねることに躊躇はない。	3.664	1.736
24 認知症の人から学ぶことが多い。	3.464	1.516
25 認知症の人は、人生の知恵があるので尊敬されている。	3.84	2.22
26 認知症の人の生活の日常生活は人間らしい。	3.758	2.122
27 認知症の人は、たくさんの知識を持っている。	3.703	2.097
28 もし自分が認知症になっても、家族にはそれを知られたくない。	3.094	1.046
29 もし自分が認知症になったら、近所の人にはそれを知られたくない。	3.929	1.611
30 もし自分が認知症になったら、周囲の人々は、私のことを真剣に考えてくれなくなると思う。	3.718	1.842
31 もし自分が認知症になっても、家族は私を支えてくれると思う。	3.46	1.56
32 もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う。	4.658	2.682
33 もし自分が認知症になっても、生きることを諦めることはないと思う。	3.587	1.713
34 もし自分が認知症になっても、喜怒哀楽の感情は残ると思う。	3.276	1.504
35 もし自分が認知症になっても、生活環境に適応しようと努力すると思う。	3.445	1.695
36 もし自分が認知症になったら、日常生活のいろいろなことができなくなると思う。	4.51	2.75

2) I-T 相関による項目分析

各質問項目と全体尺度の関係性を検証するために、各項目得点と該当項目を除く全項目合計得点の相関分析を実施した。その結果、「20. 認知症の人は、多くのことに、関わりたがったり、関心を持ったりする (r=0.109)」、「28. もし自分が認知症になっても、家族にはそれを知られたくない (r=0.272)」、「29. もし自分が認知症になったら、近所の人にはそれを知られたくない (r=0.295)」、「31. もし自分が認知症になっても、家族は私を支えてくれると思う (r=0.156)」、「32. もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う (r=0.060)」、「33. もし自分が認知症になっても、生きることを諦めることはないと思う (r=0.293)」、「35. もし自分が認知症になっても、生活環境に適応しようと努力すると思う (r=0.271)」、「36. もし自分が認知症になったら、日常生活のいろいろなことができなくなると思う (r=0.171)」の8項目において相関係数 0.3 未満であったため、これらの項目を除外した (表2)。

表2 I-T相関分析の結果(N=4344)		** 1% 水準で有意 (両側)							
	1認知症の人は、衛生状態が良くない。	2認知症の人は何をするか分らない。	3認知症の人は人間的な魅力が薄れてきているように見える。	5認知症の人は、複雑で面白い会話ができない。	6認知症の人は、何を言われてもすぐに忘れてしまう。	7認知症の人は、私が何を言っているのか理解できない。	8認知症の人は、自分の本能的な欲求のままに生活している。	9認知症の人は、同じことを何度も繰り返して他人をいらいらさせる。	10認知症の人は、地域の公共の施設を利用するのが難しい。
Pearson の相関係数	.402**	.492**	.606**	.568**	.555**	.621**	.557**	.548**	.508**
	11認知症の人は、地域で暮らすことができない。	12認知症の人は、他人を煩わせないような環境で生活するのが最善である。	13認知症の人は、伝統的に大切にされてきたことを無視しがちである。	14認知症の人は、他社に気遣うことができない。	19認知症の人について特に関心はない。	20認知症の人は、多くのことに、関わりたがったり、関心を持ったりする。	21認知症の人は、他人に関心を寄せ、他人を思いやる。	22認知症の人は、一緒にいて楽しい。	23認知症の人を訪ねることに躊躇はない。
Pearson の相関係数	.543**	.605**	.576**	.629**	.503**	.109**	.380**	.471**	.405**
	24認知症の人から学ぶことが多い。	25認知症の人は、人生の知恵があるので尊敬されている。	26認知症の人の日常生活は人間らしい。	27認知症の人は、たくさんの知識を持っている。	28もし自分が認知症になっても、家族にはそれを知られたくない。	29もし自分が認知症になったら、近所の人にはそれを知られたくない。	30もし自分が認知症になったら、周囲の人々は、私のことを真剣に考えてくれると思う。	31もし自分が認知症になっても、家族は私を支えてくれると思う。	32もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う。
Pearson の相関係数	.468**	.398**	.447**	.486**	.272**	.295**	.310**	.156**	.060**
	33もし自分が認知症になっても、生きることを諦めることはないと思う。	34もし自分が認知症になっても、喜怒哀楽の感情は残ると思う。	35もし自分が認知症になっても、生活環境に適応しようと思う。	36もし自分が認知症になったら、日常生活のいろいろなことができなくなると思う。					
Pearson の相関係数	.293**	.325**	.271**	.171**					

(2) 因子分析による因子構造の解析

1) 探索的因子分析

① 項目分析の結果、除外された 13 項目を除く 23 項目の回答について共通性、因子寄与率、初期解のスクリープロットを参考に 2 因子と仮定し、最尤法、プロマックス回転を用いて探索的因子分析を実行した。Keiser-Meyer-Olkin measure of sampling

adequacy(KMO)は 0.937 であり、Keiser の基準では marvelous となり因子分析を実施する標本としての妥当性が高いと判定された。Bartlet の球面性検定は $p<0.000$ (近似 $\chi^2=36698.8$, $df=253$)であり変数間は無相関であるという帰無仮説は棄却されるため、因子分析の適用は妥当と判断された。

パターン行列から因子負荷量 .40 以上を基準とし項目選択を行った結果、「30.もし自分が認知症になったら、周囲の人々は、私のことを真剣に考えてくれなくなると思う」、「34.もし自分が認知症になっても、喜怒哀楽の感情は残ると思う」の2質問肢は基準を下回ったため、この2項目を除外し、21項目について再度、因子分析を実施した結果、2因子を抽出した(表3)。

初期解の固有値は第一因子 7.403、第二因子 2.546、寄与率は第一因子 32.55%、第二因子 9.46%、累積寄与率 42.01%であった。KMO は 0.936、Bartlet の検定値は $p<0.000$ (近似 $\chi^2=36746.8$, $df=210$)であり、標本妥当性および因子分析への適用性ともに妥当性が確認された。

表3 探索的因子分析の結果(最尤法、プロマックス回転)

スティグマ質問項目	因子	
	1	2
7認知症の人は、私が何を言っているのか理解できない。	.741	-.012
14認知症の人は、他社に気遣うことができない。	.710	.056
6認知症の人は、何を言われてもすぐに忘れてしまう。	.697	-.036
12認知症の人は、他人を煩わせないような環境で生活するのが最善である。	.696	.014
8認知症の人は、自分の本能的な欲求のままに生活している。	.690	-.045
13認知症の人は、伝統的に大切にされてきたことを無視しがちである。	.686	.003
11認知症の人は、地域で暮らし続けることができない。	.642	-.029
5認知症の人は、複雑で面白い会話ができない。	.632	.051
9認知症の人は、同じことを何度も繰り返して他人をいらいらさせる。	.632	.001
3認知症の人は人間的な魅力が薄れてきているように見える。	.624	.103
10認知症の人は、地域の公共の施設を利用するのが難しい。	.606	-.030
2認知症の人は何をするか分からない。	.576	-.052
1. 認知症の人は、衛生状態が良くない。	.484	-.033
19認知症の人について特に関心はない。	.460	.125
25認知症の人は、人生の知恵があるので尊敬されている。	-.117	.784
27認知症の人は、たくさんの知識を持っている。	-.016	.776
26認知症の人の生活の日常生活は人間らしい。	-.026	.702
22認知症の人は、一緒にいて楽しい。	.040	.627
24認知症の人から学ぶことが多い。	.086	.601
21認知症の人は、他人に関心を寄せ、他人を思いやる。	-.004	.548
23認知症の人を訪ねることに躊躇はない。	.083	.474

21項目のうち、7、12、13、9、10、1、25、27、22、21の10項目はウオロンゴン大学スケールで用いられている質問肢と同一である。他の11項目は、本調査で独自に設計した質問肢である。

②因子命名

第一因子は、「7.認知症の人は、私が何を言っているのか理解できない」、「8.認知症の人は、自分の本能的な欲求のままに生活している」、「6.認知症の人は、何を言われてもすぐに忘れてしまう」、「9.認知症の人は、同じことを何度も繰り返して他人をいらいらさせる」、「14.認知症の人は、他社に気遣うことができない」、「2.認知症の人は何をするか分からない」、「13.認知症の人は、伝統的に大切にされてきたことを無視しがちである」、「12.認知症の人は、他人を煩わせないような環境で生活するのが最善である」、「3.認知症の人は人間的な魅力が薄れてきているように見える」、「10.認知症の人は、地域の公共の施設を利用するのが難しい」、「5.認知症の人は、複雑で面白い会話ができない」、「11.認知症の人は、地域で暮らし続けることができない」、「1.認知症の人は、衛生状態が良くない」、「19.認知症の人について特に興味はない」の計14項目であり、認知症者に対する無能、低能、侮蔑、差別、無関心等の否定的な見方や態度を意味している。これを、「**倒置的な認知症観**」(*inversive perception of dementia*)と命名した。「倒置」とは、人に関する所与の正常観があり、それを倒置した観方で認知症の人を観ている認識状態のことを表現している。

第二因子は、「25.認知症の人は、人生の知恵があるので尊敬されている」、「27.認知症の人は、たくさんの知識を持っている」、「26.認知症の人の生活の日常生活は人間らしい」、「22.認知症の人は、一緒にいて楽しい」、「24.認知症の人から学ぶことが多い」、「21.認知症の人は、他人に関心を寄せ、他人を思いやる」、「23.認知症の人を訪ねることに躊躇はない」の計7項目であり、認知症者に対する尊敬、親しみ、良好な人間性等の肯定的な見方や態度を意味している。これを、「**受容的な認知症観**」(*receptive perception of dementia*)と命名した。「受容」とは、人に関する所与の正常観があり、それを認知症の人についての観方にも変更する必要はないという認識状態を表現している。

本調査のスケールは、「倒置」的因子を用いて「倒置度」を、また「受容」的因子を用いて「非受容度」をアセスメントするよう設計されている。

③因子間相関

因子間の相関は、第1因子・第2因子ともに $r=0.47$ であり、因子間の正相関が見られた(表4)。

因子	1	2
1	1.000	.470
2	.470	1.000

3) 確証的因子分析

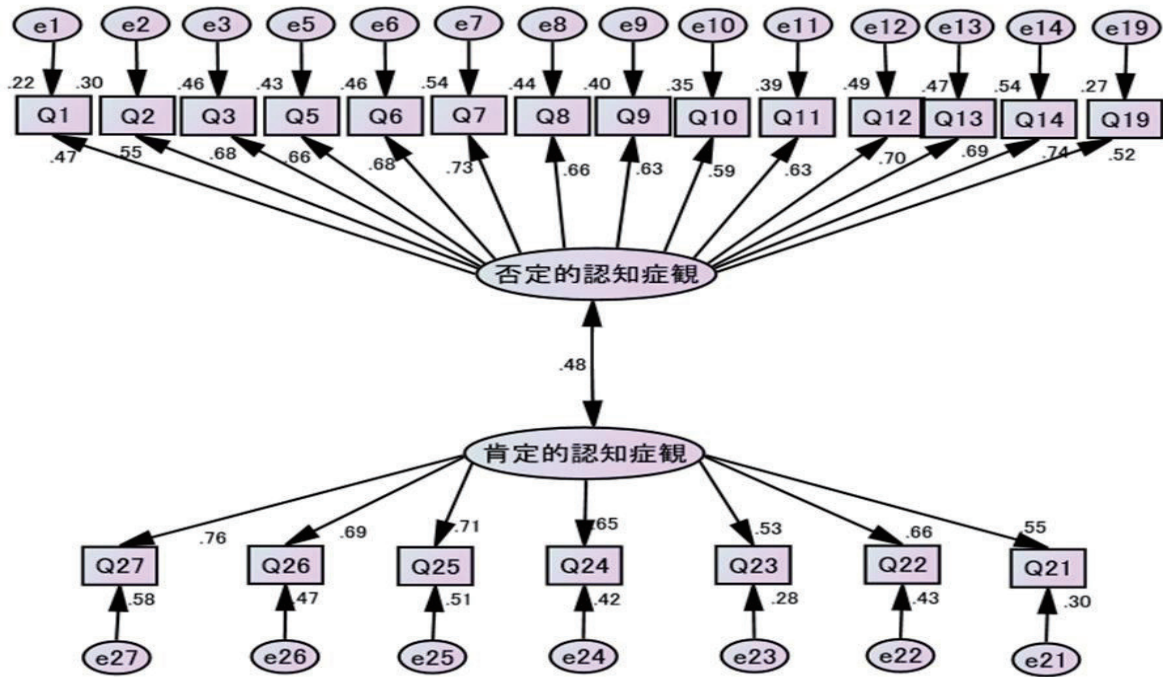
①因子構造の妥当性に関する検証

得られた因子構造について構成概念の妥当性を検討するために、21項目の観測データと、
 <否定的な認知症観><肯定的な認知症観>の2つの潜在変数から仮定モデルを構成し、
 共分散構造分析による確証的因子分析を実施した。

χ^2 値、GFI、AGFI、CFI、RMSEA、AIC の適合度指標を算出した結果、 χ^2 値=4225.553(p=0.00、df=188)、GFI=0.905、AGFI=0.884、CFI=0.89、RMSEA=0.07、AIC=4311.553であった(図1)。 χ^2 値が高く、0.1%水準でモデルと観測データが適合しているという仮説が棄却され、モデル適合度は低い値となったが、GFI、AGFI、CFIは0.9前後と高い値を示している。RMSEAが一般的な許容基準値としての0.5を上回っており、仮定したモデルの適合度は低いと判定された。

モデルを修正するため、構造概念上、矛盾の無い誤差変数間の共分散について修正指数を参考に設定し(表5)、再度指標を算出した結果、 χ^2 値=926.127(p=0.00、df=157)、GFI=0.980、AGFI=0.970、CFI=0.979、RMSEA=0.034、AIC=1074.127と適合度は向上した。しかし χ^2 値のみが改善していない。先行研究によれば、 χ^2 値の値は標本数の規模に比例して検定が敏感となり、分布の差に対して有意に検定されやすい傾向があるとされるため、今回の標本規模から χ^2 値以外の指標を参考にすればモデル適合度は非常に高いことが確認されたといえる。

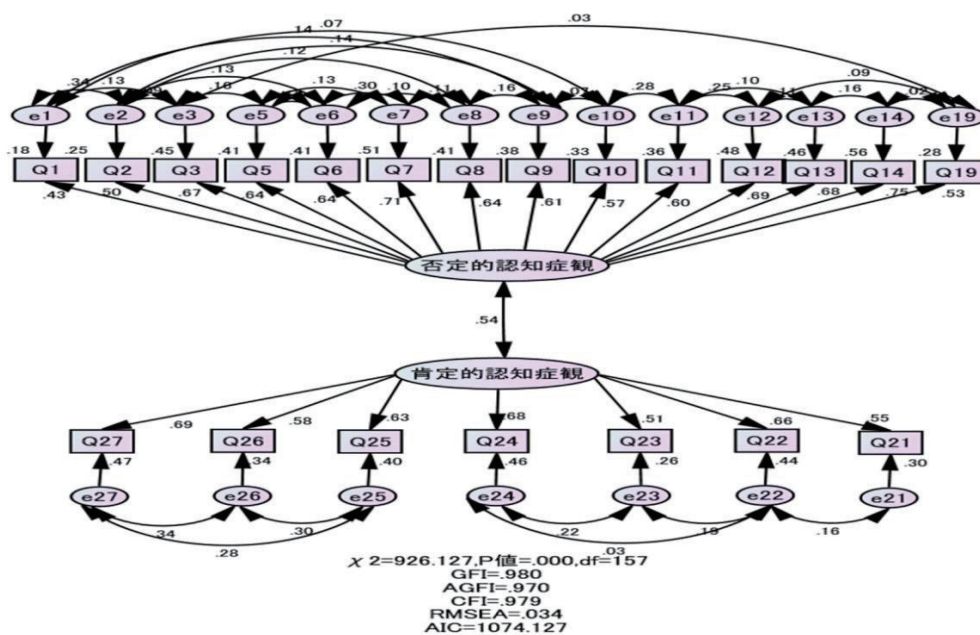
図1 2因子構造モデル



$\chi^2=4225.553, P\text{値}=.000, df=188$
 GFI=.905
 AGFI=.884
 CFI=.890
 RMSEA=.070
 AIC=4311.553

共分散変数名	修正指数	改善度	共分散変数名	修正指数	改善度
e2 <--> e1	445.882	0.247	e2 <--> e8	34.34	0.055
e10 <--> e11	332.096	0.163	e2 <--> e6	26.155	0.052
e24 <--> e23	266.358	0.163	e10 <--> e1	18.188	0.048
e6 <--> e7	332.755	0.136	e5 <--> e6	29.695	0.048
e11 <--> e12	254.456	0.119	e27 <--> e25	71.866	0.045
e23 <--> e22	168.255	0.104	e12 <--> e13	42.56	0.043
e3 <--> e5	98.415	0.08	e5 <--> e7	32.718	0.041
e8 <--> e9	91.548	0.08	e6 <--> e8	16.928	0.035
e22 <--> e21	156.55	0.078	e24 <--> e22	19.806	0.033
e13 <--> e14	130.479	0.073	e7 <--> e8	22.053	0.033
e2 <--> e9	54.34	0.073	e11 <--> e13	16.306	0.028
e9 <--> e1	49.009	0.073	e2 <--> e3	6.923	0.025
e27 <--> e26	150.335	0.068	e9 <--> e10	6.951	0.025
e12 <--> e19	54.06	0.062	e14 <--> e19	7.927	0.022
e3 <--> e1	35.941	0.059	e3 <--> e19	5.189	0.02
e26 <--> e25	97.074	0.058			

図2 修正後2因子構造モデル



② 標準化係数値

2 因子から各項目への標準化係数は高い値を示しており、因子間の相関係数も $r=0.54$ と因子間の関連性は高いことが確認された(図 2)。

③ 信頼性の検討

内部一貫性を確認するために、尺度全体の Cronbach の α 係数を算出した結果 $\alpha=0.905$ であった。また、因子ごとの α 係数は第一因子 ($\alpha=0.905$)、第二因子 ($\alpha=0.832$) であり、内的整合性は高く、尺度としての信頼性が高いことが確認された。

II-3-2-3 属性間のスティグマ得点の比較

対象者の属性とスティグマとの関連を確認するため、各属性内のグループのスティグマ得点の平均値を算出し、2 群間は t 検定を、3 群以上は分散分析および多重比較によってスティグマ得点の平均値の差を検証した。

(1) スティグマ得点の比較

性別、介護専門性、認知症者との接触レベルにおけるスティグマ度の比較を行った結果、性別、介護専門性、接触レベルによってスティグマ得点の平均に有意な差があることが確認された(表 7、8、9)。男性 60.6 点、女性 58.1 点と男性の方が有意にスティグマ得点が高く、市民 59.2 点、介護専門家 51.6 点と市民の方がスティグマ得点が高いことがあった。

また、接触レベル間におけるスティグマ平均得点にも有意な差が認められ ($F(4,1617)=26.846, p<0.00$)、多重比較の結果、「一緒に活動をしたことがある」が 54.8 点「一緒に生活したことがある」58.2 点と他群に比較して有意に低く「会って、挨拶程度でも話したことがある」「会っただけで話したことはない」「会ったことがない」間ではスティグマ得点には差が認められなかった。つまり、「あいさつ程度の話」では「会ったことが無い」群と特にスティグマ度に差がなく、「一緒に活動する」ことがスティグマ度を下げるとの要因と考えられる。しかし、「一緒に生活している」群の方がスティグマ得点が高いことは逆に、生活の中にスティグマを強化する因子が存在する可能性を予測させる。また、一般市民と介護専門家にスティグマ度の差が見られるのは、接触経験も影響していることが予測され、介護熟練度、それに比例した認知症に関する理解量と理解内容の差がスティグマと関連している可能性が予測される。

表6 スティグマ平均得点の比較(N=4344)

属性種	グループ	N	平均値	標準偏差	有意確率
介護専門性	市民	1627	59.2	11.0	p=0.00
	介護専	2717	51.6	10.5	
性別	女性	923	58.1	11.0	p=0.00
	男性	704	60.6	10.8	

接触レベル	N	スティグマ平均得点
一緒に活動したことがある	377	54.8
一緒に生活したことがある	352	58.2
会って、挨拶程度でも話したことがある	409	60.5
会っただけで話したことはない	142	61.9
会ったことがない	342	62.1

* 太字は 0.1%水準で有意に差があるもの

	一緒に活動したことがある	一緒に生活したことがある	会って、挨拶程度でも話したことがある	会っただけで話したことはない	会ったことがない
一緒に活動したことがある		r=0.00	r=0.00	p=0.00	p=0.00
一緒に生活したことがある			r=0.024	p=0.004	p=0.00
会って、挨拶程度でも話したことがある				p=0.655	p=0.24
会っただけで話したことはない					p=1
会ったことがない					

* 太字は有意な差があるもの

(2) 認知症理解度とスティグマ度の関連

1) 認知症の理解度

認知症の理解度を測定するため、本研究では、認知症に関する知識を点検できる 10 肢の正誤問題を作成し 1 項目 1 点を加算し 10 点満点で知識量を測定した。その結果、対象数 4,344 名の平均得点は 8.13 点 (SD1.16) であり、得点分布は図 3、表 9 の通りであった。全体の 6 割が 8 点から 9 点に分布しており、10 点が 1 割であったため、おおよそ 9 点から 10 点の間が理解度を区別する閾値と考えられる。

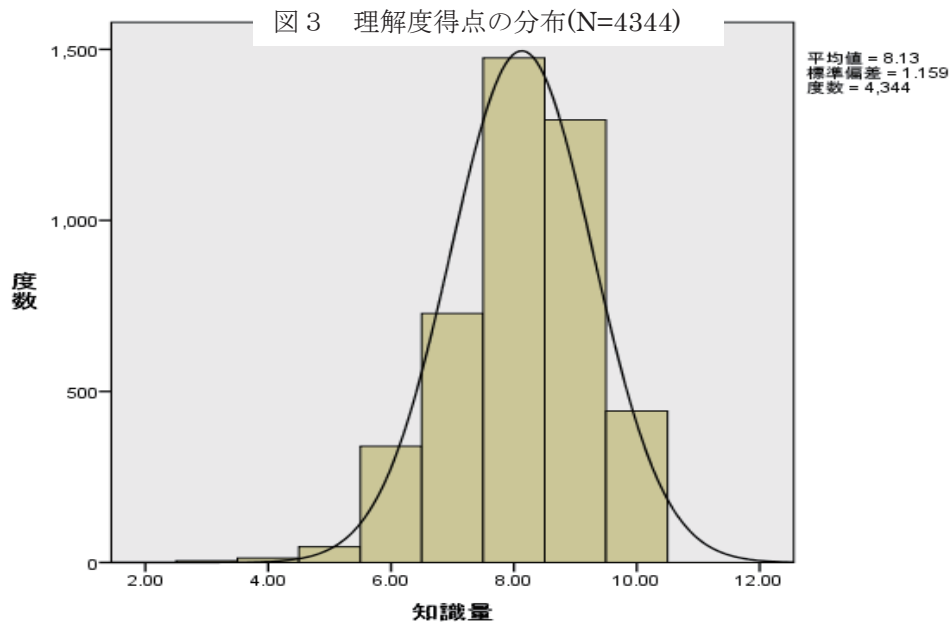


表9 認知症理解度テスト得点分布 (N=4344)

得点	度数	パーセント
3	5	0.1
4	13	0.3
5	46	1.1
6	340	7.8
7	728	16.8
8	1475	34
9	1294	29.8
10	443	10.2
合計	4344	100

2) 認知症理解度とスティグマ得点の関連分析

認知症の理解度とスティグマの関連を検証するため相関分析を実施した。その結果、 $r=-1.88$ ($p=0.00$) とやや弱い若干の負の相関が認められた。つまり、理解度が高いほどスティグマが低くなることを示すが、弱い相関であるため参考程度にとどめておく必要がある。

しかし、認知症得点の分布が高得点に偏り相関係数が低くなる傾向があるため、認知症理解度の平均得点である 8.13 点を基準とし、8 点以下を低理解度群、9 点以上を高理解度群として 2 群に分類しスティグマ平均得点の比較を実施した。その結果、低理解度群 55.5 点、高理解度群 53.0 点となり、低理解度群の方が有意にスティグマ得点が高かった ($t=7.32$ 、 $df=3852.4$ 、 $p<0.00$)。つまり相関分析では弱い負の相関が認められたが、認知症理解度が高い方がスティグマ度が低いことが示唆され、認知症の理解度とスティグマには何らかの

一定の関係が観測される。

3) 認知症理解度と介護専門性の関連

一般市民と介護職のスティグマ度の差について両者の認知症の理解度が影響している可能性が考えられる。そこで市民と介護職員の理解度得点を比較したところ、一般市民が 8.00 点 (SD1.19)、介護専門家が 8.20 点 (SD1.13) と介護専門家の方が有意に理解度得点が高かった ($t = -5.48, df = 3286.5, p < 0.00$)。

4) 学習体験の機会とスティグマの関連

① 回答傾向によるデータ整理

学習体験の機会とスティグマ度の関連について検討するため、学習体験機会の傾向について多重応答分析を実施し、整理分類を行ったところ (図 4、表 10)、「小中学校以外の教育機関で」と「職場で」、「市民講座から」と「教育教材を使用して」、「市民講座から」と「教育教材を使用して」、「テレビ、メディアから」と「家族から」、「地域の集まりで」と「行政の広報から」に関連がみられたため、これらを結合し「職場やその他の教育機関から」、「市民講座や教材から」「メディアや家族から」「広報や地域の集まりから」に統合した。「小中学校で」、「高校で」、「認知症の家族から」、「その他」は当初の変数をそのまま使用した。これに、いずれの学習機会にも該当しない「学習経験なし」の変数を新たに設け、計 9 変数にて学習体験の機会別度数および割合を算出した (表 11 参照)。

また、これらの 9 変数への回答は多重回答であることから、9 変数間の重複回答を確認するため 9 変数間のクロス集計を行い変数間の重複回答における各変数回答者に対する重複割合を算出した (表 12)。その結果、「高校で」と「職場やその他の教育機関から」が 51 件中 26 件 (51.0%)、「市民講座と教材から」と「職場やその他の教育機関から」が 327 件中 170 件 (52.0%)、「メディアや家族から」と「市民講座と教材から」、「認知症の家族から」、「広報や地域の集まりで」がそれぞれ 327 件中 202 件 (61.8%)、205 件中 131 件 (63.9%)、178 件中 134 件 (75.3%) と 5 割以上の重複回答割合が確認された。特に「高校で」と「職場やその他の教育機関から」および「市民講座と教材から」と「職場やその他の教育機関から」は回答者の半数程度が同ケースであることから、学習機会の関連性を考慮して分析する必要がある。

また、「メディアや家族から」と「市民講座と教材から」、「認知症の家族から」、「広報や地域の集まりで」の重複回答割合は高い傾向が示されたが、「メディアや家族から」の回答者 915 件中の重複割合から見るといずれも 2 割以下であり「メディアや家族から」の回答者が他の回答項目に分散して重複回答している傾向が高いことが予測される。これらの事を考慮した上で分析結果の慎重な解釈が必要である。

図4 学習体験の機会に関する多重応答分析 (N=1627)

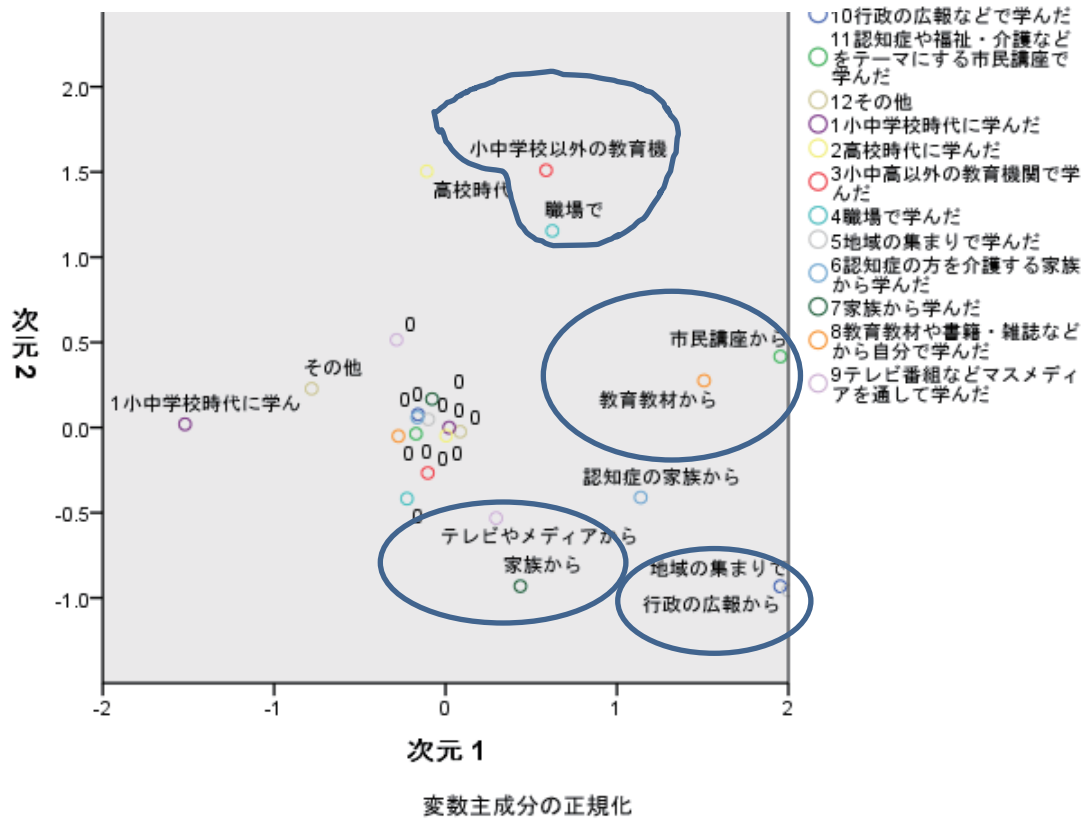


表10 各次元に対するイナーシャ

次元	α 係数	合計 (固有値)	イナーシャ	分散の %
1	0.508	1.873	0.156	15.606
2	0.393	1.563	0.13	13.029
総計		3.436	0.286	
平均値	.456a	1.718	0.143	14.318

学習機会	応答数		1627名中の割合
	N	パーセント	
小中学校で	22	.9%	1.4%
高校で	51	2.1%	3.1%
職場やその他の教育機関	527	21.4%	32.4%
市民講座と教材	327	13.3%	20.1%
認知症の家族から	205	8.3%	12.6%
広報や地域の集まり	178	7.2%	10.9%
メディアや家族から	915	37.2%	56.2%
その他	160	6.5%	9.8%
学習体験なし	74	3.0%	4.5%
合計	2459	100.0%	

表12 学習機会の重複状況(N=1627)

	小中学校で	高校で	職場やその他の教育機関	市民講座と教材	認知症の家族から	広報や地域の集まり	メディアや家族から	その他	学習体験なし
小中学校で(N=22)		3 (13.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	4 (18.2%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)
高校で(N=51)	3 (5.9%)		26 (51.0%)	12 (23.5%)	3 (5.9%)	4 (7.8%)	14 (27.5%)	3 (5.9%)	0 (0.0%)
職場やその他の教育機関(N=527)	0 (0.0%)	26 (4.9%)		170 (32.3%)	66 (12.5%)	52 (9.9%)	186 (35.3%)	23 (4.4%)	0 (0.0%)
市民講座と教材(N=327)	0 (0.0%)	12 (3.7%)	170 (52.0%)		73 (22.3%)	80 (24.5%)	202 (61.8%)	17 (5.2%)	0 (0.0%)
認知症の家族から(N=205)	1 (0.5%)	3 (1.5%)	66 (32.2%)	73 (35.6%)		47 (22.9%)	131 (63.9%)	13 (6.3%)	0 (0.0%)
広報や地域の集まり(N=178)	0 (0.0%)	4 (2.2%)	52 (29.2%)	80 (44.9%)	47 (26.4%)		134 (75.3%)	9 (5.1%)	0 (0.0%)
メディアや家族から(N=915)	4 (0.4%)	14 (1.5%)	186 (20.3%)	202 (22.1%)	131 (14.3%)	134 (14.6%)		29 (3.2%)	0 (0.0%)
その他(N=160)	0 (0.0%)	3 (1.9%)	23 (14.4%)	17 (10.6%)	13 (8.1%)	9 (5.6%)	29 (18.1%)		0 (0.0%)
学習体験なし(N=74)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

* 網掛けは重複率 50%以上

②学習体験の機会とスティグマ度の関連

学習体験の機会とスティグマ度との関連を検討するため、学習体験 9 変数とスティグマ

度の対応分析を実施した。スティグマ度の傾向を明確にするため、市民 1627 件におけるスティグマ得点の平均値 59.2 点 (SD10.98) を算出し、59 点以下を低スティグマ群 802 件 (49.3%)、60 点以上を高スティグマ群 825 件(50.7%)に分類した。対応分析の結果 (図 5、表 13)、次元 1 を基準に右側に「その他」「学習経験なし」「小中学校で」とスティグマ高得点群が位置しており、関連が認められる。次元 1 と次元 2 を基準とした場合、左上部分に「市民講座や教材から」「職場やその他の教育機関で」「高校で」とスティグマ低得点群が位置し関連が確認された。

また、参考データとして学習体験の機会別にスティグマ得点の平均を算出し比較すると (表 14)、「市民講座や教材から」「職場やその他の教育機関で」「高校で」を学習機会とするグループのスティグマ平均得点は低く、「その他」「学習経験なし」「小中学校で」を学習機会とするグループの平均得点は高い傾向がみられた。また「メディアや家族から」の回答群はスティグマ高得点との関連がみられるがスティグマ得点平均値は中位に位置しているため、メディアのみを学習体験とする群についてスティグマ得点平均値を算出すると、全グループ中最もスティグマ得点が高いことが示された。

これらの結果から、スティグマと関連している学習体験機会としては、「学習経験なし」「小中学校で」「メディアのみで」学習している群はスティグマ度が高く、「市民講座や教材から」「職場やその他の教育機関で」「高校で」学習している群はスティグマ度が低いことが示唆された。つまり学習体験の有無や体験からの経過時間、学習程度がスティグマ度の形成に影響していることが予測される。

図5 学習体験の機会とスティグマ高低群に関する対応分析 (N=1627)

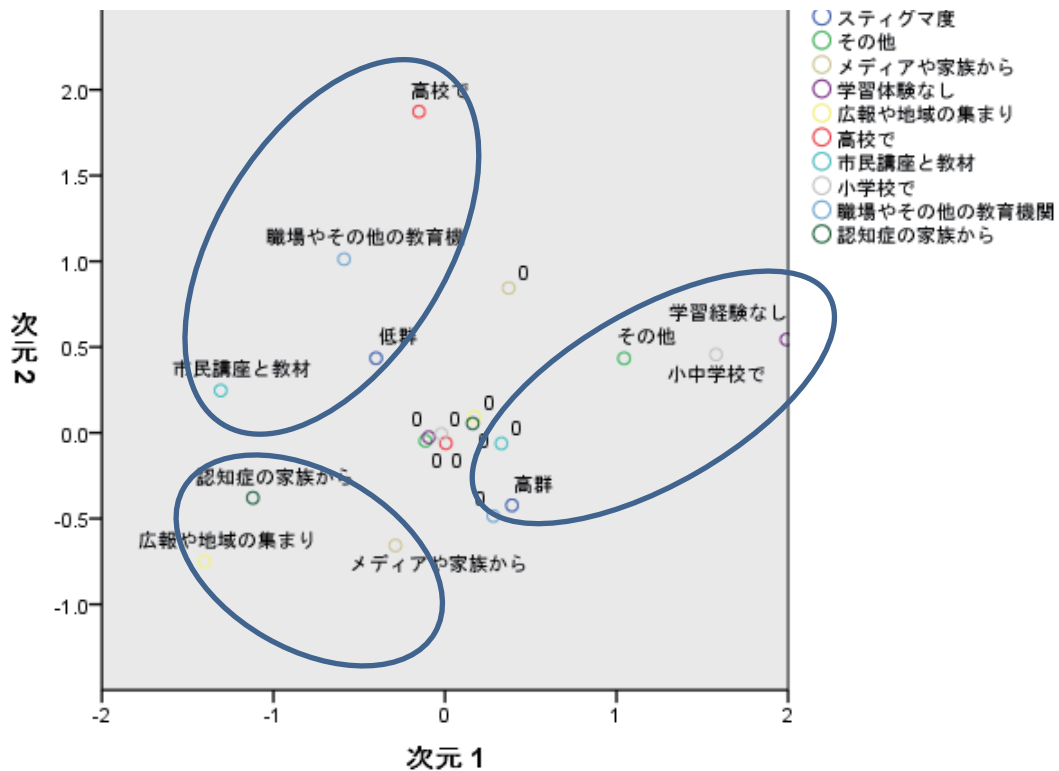


表13 各次元に対するイナーシャ(N=1627)

次元	α	合計 (固有値)	イナーシャ	分散の %
1	0.427	1.625	0.162	16.246
2	0.363	1.485	0.148	14.847
総計		3.109	0.311	
平均値	.396a	1.555	0.155	15.547

表14 学習機会別のスティグマ得点の平均

学習機会	N	スティグマ得点(SD)
職場やその他の教育機関	527	54.52 (10.48)
高校で	51	54.94 (11.56)
市民講座と教材	327	56.06 (10.90)
広報や地域の集まり	178	58.23 (10.95)
認知症の家族から	205	58.40 (10.99)
メディアや家族から	915	59.46 (10.65)
小中学校で	22	59.77 (10.96)
その他	160	61.34 (12.24)
学習体験なし	74	61.72 (11.51)
マスメディアのみ	382	61.81 (10.27)

④ 学習体験の機会と認知症理解度の関連

学習体験の機会によってスティグマ度が異なることが予測されるが、学習体験の機会がスティグマ度の主要因かは断定できないため、学習体験の機会別に認知症の理解度を比較した（表 15）。認知症に関する理解度テストの総合得点 10 点満点における平均値を算出したところ、スティグマ得点による学習体験機会の傾向とはほぼ同様の傾向を示しており、認知症の理解度と学習体験は関連している。

つまり、「学習経験なし」「小中学校で」「メディアのみで」学習している者は理解度が低く、「市民講座や教材から」「職場やその他の教育機関で」「高校で」学習している者は理解度が高い傾向にあり、学習体験の機会と認知症理解度、スティグマ度に関連があることが示唆される。ただし、学習体験機会と認知症理解度の直接的な関連や因果関係は本結果から断定は避けるべきである。

学習機会	N	理解度(SD)	
高校で	51	8.29	(1.04)
職場やその他の教育機関	527	8.22	(1.08)
市民講座と教材	327	8.18	(1.23)
メディアや家族から	915	8.03	(1.21)
認知症の家族から	205	8.03	(1.16)
広報や地域の集まり	178	7.97	(1.23)
その他	160	7.89	(1.27)
学習経験なし	74	7.64	(1.13)
小中学校で	22	7.41	(1.62)
マスメディアのみ	382	7.89	(1.22)

5) 接触体験のレベルとスティグマ度の関連

先述したように接触レベルによるスティグマ得点の比較においては、「会って、挨拶程度でも話したことがある」「会っただけで話したことはない」「会ったことがない」でのスティグマ度に差はなく、「一緒に活動した」だけが他に比較してスティグマ得点が低く、次いで「一緒に生活していた」であった。スティグマ度と接触レベルの関連を明確に検証するためスティグマ得点を対象ケース 1627 件の 25%、50%、75%の中央値を基準に 4 分割し高スティグマ群 (66 点以上)、弱高スティグマ群 (61 点～65 点)、弱低スティグマ群 (53 点～60 点)、低スティグマ群(52 点以下)に分類した (表 16)。

4 群の群別件数と割合は低スティグマ群 421 件(25.9%)、弱低スティグマ群 456 件(28.0%)、弱高スティグマ群 359 件(22.1%)、高スティグマ群 391 件 (24.0%)であった。

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	低得点群	421	25.9	25.9	25.9
	弱低得点群	456	28.0	28.0	53.9
	弱高得点群	359	22.1	22.1	76.0
	高得点群	391	24.0	24.0	100.0
	合計	1627	100.0	100.0	

接触レベルとスティグマ度4群の関連を検証するため対応分析を実施したところ、「一緒に活動した」群と低スティグマ群に強い関連が示された（図6、表17）。

「会っただけ」、「挨拶程度の話をしただけ」などの接触レベルは「会ったことが無い」群とスティグマ度に差がなく、スティグマ度は高い傾向にあるが、「一緒に活動している」群はスティグマ度が低いことが明らかとなった。つまりスティグマ度の低減因子としての接触レベルは接触だけではスティグマ解消の強い因子とならず、一緒に活動を行い共体験することが重要な因子となることが示唆された。

図6 接触レベルとスティグマ高低度4群に関する対応分析 (N=1627)

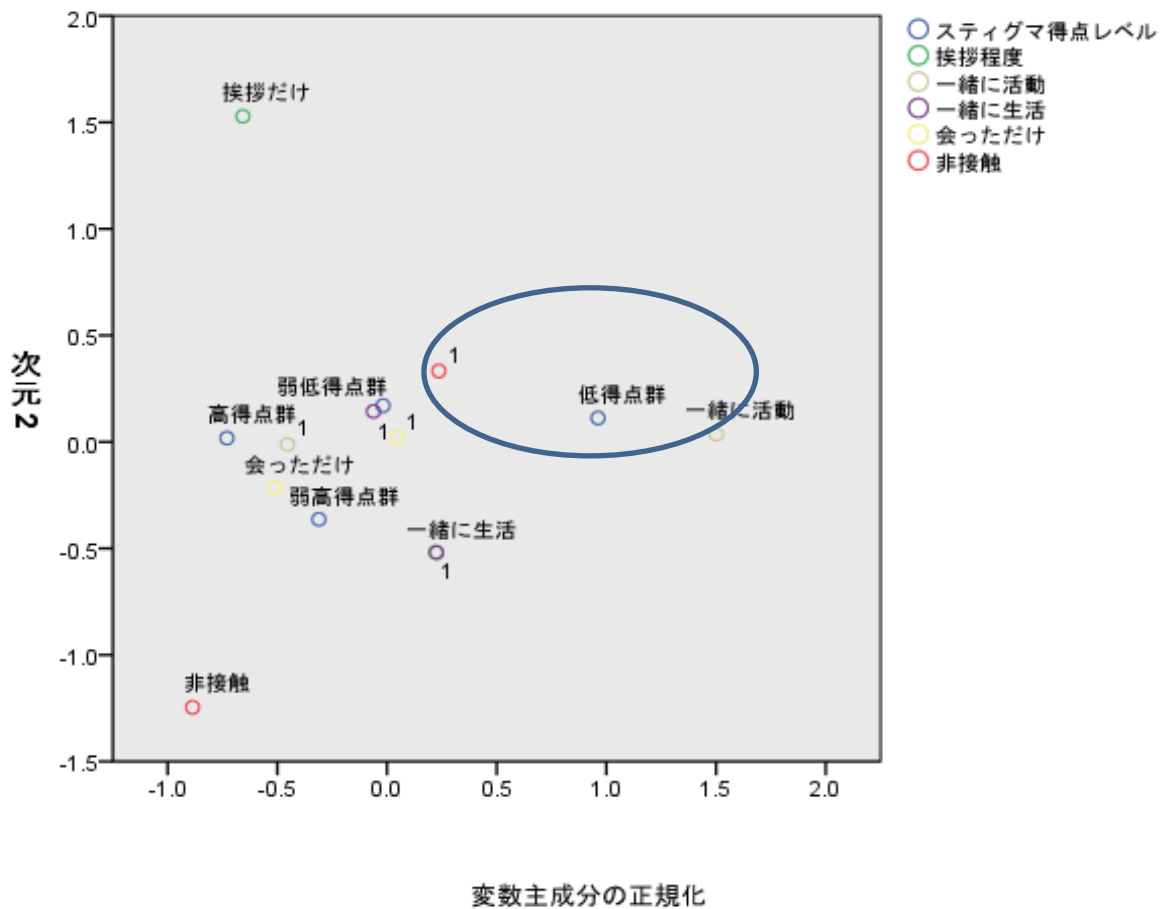


表17 次元に対するイナーシャ(N=1627)

次元	α 係数	合計 (固有値)	イナーシャ
1	0.379	1.462	0.244
2	0.291	1.32	0.22
総計		2.782	0.464
平均値	.337a	1.391	0.232

II-3-2-4 スティグマ度への影響要因に関する分析

以上の結果から接触レベル、学習体験の機会、認知症の理解度がスティグマの強度に関連していることが示唆された。そこで、これらがスティグマ度を決定するような予測因子となるかについてスティグマ得点を従属変数とし、接触レベル、学習体験の機会、認知症理解度を説明変数とするステップワイズ法による重回帰分析を実施し、因果関係を検証した (表 18、19)。各属性の回答データは名義尺度であるためすべてダミー変数に変換した。その結果、4つのモデルが示され決定係数が最も高い (調整済み R²=0.13) モデル4を採

用した。多重共線性は 10 以下であり、共線性の問題はなく、分散分析の結果も 5%水準で妥当性が示された ($F=61.525, fd=1621, p<0.00$)。標準化推定値が有意であった「職場やその他の教育機関」($\beta = -0.215$)、「知識量」($\beta = -0.18$)、「一緒に活動したことがある」($\beta = -0.08$)、「市民講座と教材」($\beta = -0.07$)の影響が示され、「職場やその他の教育機関」で学習した群の影響が最も強く、次いで「理解度」、「一緒に活動をしたことがある」、「市民講座と教材による学習」が弱い影響ではあるが有意に影響していることが示された (表 19 参照)。

決定係数が 0.13 と低い値であり、これらの因子でのスティグマ度への説明率が 13%であることを示しており、十分な要因とは言いがたく、他の影響要因を考慮する必要があることが示唆されている。しかし、標準化係数も弱いながらも負の影響を示しており、これらの因子によってスティグマ度が低減する可能性は示されたと考えてよい。つまり、職場における学習体験 (つまり現在の会社や勤務先で実施されている認知症に関する学習機会) や、高校以上の高等・専門教育機関における学習がスティグマ度を緩和するための影響因子として関連しており、また、それらに比例して認知症への理解度がスティグマを低減するための因子として確認されたといえる。

また、接触レベルにおいても会うだけや話すだけよりも、共に活動することがスティグマ低減のための因子である可能性も示唆された結果と解釈できる。以上の結果から、接触レベル、認知症への理解度、学習体験の機会がスティグマの強度に影響する因子として重要なファクターであることが確認された。ただし、これらの因子だけではスティグマ度を解消するための方略手段として脆弱であることも確認されたといえる。

今後の課題としては、接触レベルの種類だけでなく接触頻度や接触期間、接触の程度に関する接触の量と質によるスティグマ度への影響を詳細に検証する必要がある。また、学習体験についても学習内容や頻度、期間、経過期間など学習の質と量とスティグマ度との関連も検証する必要があるだろう。そして認知症の理解度についても理解内容による影響度の検証も必要であり本研究の今後の課題として明らかとなったといえる。そして、理解度、学習機会や学習の質、接触体験の質など影響因子間の因果関係や相関関係を明らかにし影響因子間の関係モデルを精緻に構築し、モデルを設計する必要がある。

モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗	推定値の標準誤差
1	.294 ^a	.086	.086	10.49705
2	.348 ^b	.121	.120	10.29933
3	.357 ^c	.127	.126	10.26432
4	.363 ^d	.132	.130	10.23941

モデル		標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
4	(定数)	75.118	1.730		43.431	.000
	職場やその他の教育機関	-5.035	.628	-.215	-8.020	.000
	知識量	-1.675	.216	-.182	-7.766	.000
	一緒に活動	-2.266	.686	-.087	-3.303	.001
	市民講座と教材	-1.938	.650	-.071	-2.980	.003

II-3-2-5 項目 28～36 に関する追加分析

「II-3-2-2 尺度作成および信頼性・妥当性の検証」において除外された当事者視点である主体的な認知症観に関する質問肢 28.～36. について、I-T 相関分析の結果よりその他の質問とは異なる概念を測定している事が明らかとなった。これらの主体的な認知症観に関する項目群は先行研究でも明らかのように、本研究においても尺度設計の構想段階より重要なステイグマ要素として設定していた。

しかし、構成概念上、異なる概念を測定している事が明確になったため、同一尺度としてこれらを同時に扱うことは尺度構造上の矛盾を抱え、妥当性に課題が生じる。そこで本分析では、質問項目 28.～36. について追加分析を実施し、本尺度とは別の主体的な認知症観に関する測定項目として構造を明らかにした上で、主体的な認知症ステイグマ度として本尺度における客体としての認知症ステイグマ度との関連および対象者属性との関連について検証することとする。

(1) 当事者視点による主体的認知症観に関する構造分析

1) 探索的因子分析による構造分析

質問肢 28.~36.の計9項目について、有効回答数 4,344 件を対象に最尤法、プロマックス回転によって因子分析を実施し、共通性、因子寄与率、初期解のスクリープロットを参考に3因子を抽出した。KMO は 0.684 で Keiser の基準では mediocre となり、因子分析を実施する標本としての妥当性は普通と判定された。Bartlett の球面性検定は $p < 0.000$ (近似 $\chi^2 = 667.295$, $df = 36$) であり変数間は無相関であるという帰無仮説は棄却されるため、因子分析の適用は妥当と判断された。パターン行列における因子負荷量は「30. もし自分が認知症になったら、周囲の人々は、私のことを真剣に考えてくれなくなると思う」が 0.35 と若干低い、その他は 0.40 以上であるため全項目を採用することとした。

初期解の固有値は第一因子 2.360、第二因子 1.863、第三因子 1.115、寄与率は第一因子 16.88%、第二因子 14.77%、第三因子 9.23% であり累積寄与率 40.89% であった (表 20)。

質問項目	因子		
	1	2	3
35もし自分が認知症になっても、生活環境に適応しようと努力すると思う。	0.659	0.025	-0.089
33もし自分が認知症になっても、生きることを諦めることはないと思う。	0.647	0.123	0.12
34もし自分が認知症になっても、喜怒哀楽の感情は残ると思う。	0.627	0.062	-0.14
31もし自分が認知症になっても、家族は私を支えてくれると思う。	0.43	0.102	-0.092
28もし自分が認知症になっても、家族にはそれを知られたくない。	0.119	0.816	-0.05
29もし自分が認知症になったら、近所の人にはそれを知られたくない。	0.055	0.702	0.224
30もし自分が認知症になったら、周囲の人々は、私のことを真剣に考えてくれなくなると思う。	0.201	0.356	0.281
36もし自分が認知症になったら、日常生活のいろいろなことができなくなると思う。	-0.04	0.068	0.579
32もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う。	-0.17	0.097	0.56

2) 因子解釈

因子の解釈は、第1因子が「35. もし自分が認知症になっても、生活環境に適応しようと努力すると思う」、「33. もし自分が認知症になっても、生きることを諦めることはないと思う」、「34. もし自分が認知症になっても、喜怒哀楽の感情は残ると思う」、「31. もし自分が認知症になっても、家族は私を支えてくれると思う」から構成され、認知症者としての前向きな態度を表している。

第2因子は、「28. もし自分が認知症になっても、家族にはそれを知られたくない」、

「29. もし自分が認知症になったら、近所の人にはそれを知られたくない」、「30. もし自分が認知症になったら、周囲の人々は、私のことを真剣に考えてくれなくなると思う」から構成され、周囲との関係に関する消極的態度を意味している。

第3因子は「36. もし自分が認知症になったら、日常生活のいろいろなことができなくなると思う」、「32. もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う」から構成され、認知症者としての否定的な態度を意味している。

以上の結果から、当事者としての主体的な認知症観は、認知症者としての前向きな態度、周囲との関係に対する消極性、認知症者としての否定的な態度から構成されることが明らかとなった。そこで、これらの項目への回答について第1因子の項目を反転項目として逆転し、9項目の合計得点を算出し、当事者としての主体的なスティグマ度として分析に使用することとする。

(2) 主体的なスティグマ度に関する属性分析

1) 主体的スティグマ得点とスティグマ得点の比較

①全体

対象者の属性によるスティグマ度と主体的スティグマ度を比較するため1項目あたりの平均値(最小1点～最大5点)を算出し平均値の差についてt検定を実施した。対象者4,344で、全体ではスティグマ得点2.56(SD0.54)、主体的スティグマ得点2.78(SD0.47)であり、有意に主体的スティグマ度が高いことが明らかとなった。

つまり、客体としての認知症スティグマ度よりも当事者としての主体的な認知症スティグマ度の方が高い傾向が示され、一般的なスティグマよりも当事者としてのスティグマ度の方が強くなることが示唆された。このことは、不特定の匿名の他者が認知症である場合の方がスティグマ度は相対的に弱まる傾向があり、逆に、当事者としての視点からは認知症への見方がより現実性を増すことで真の認知症スティグマとも捉えることができる。

②各属性における比較

各属性における客体としての一般的なスティグマ度と、当事者としての主体的な認知症スティグマ度を比較するため、属性における群間および郡内のスティグマ平均点を算出し検討した(表21)。

②-1 介護専門性による比較

市民と介護職といった専門性別の属性間および属性内でのスティグマ度(以後、「主体的なスティグマ度」と対比して「客体的スティグマ度」とする)を比較した結果、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度ともに市民の方が介護職員よりも有意に高い。群内における客体的スティグマ度と主体的スティグマ度を比較すると市民では差はなく、介護職は客体的スティグマ度よりも主体的スティグマ度が有意に高いことが確認された。このことは介護専門性自体が客体としての一般的なスティグマ度の低減に影響し

ている可能性が高いが、逆に、当事者としての主体的な認知症へのスティグマ度には客体的なスティグマ度ほど強く影響していないことが示唆された。

②-2 接触レベルによる比較

接触レベル別の群間比較については、先述したように客体的スティグマ度において有意な差が認められており、特に「一緒に活動」群、「一緒に生活」群はその他の接触レベル群に比較しスティグマ度が低いことが明らかである。主体的スティグマ度について接触レベル別の群間比較で分散分析を実施したところ、有意な差が認められなかった。そこで接触レベル群ごとに客体的スティグマ度と主体的スティグマ度を比較したところ、「一緒に生活」群のみ差はなく、その他の接触レベル群全てで有意な差が確認された。「接触なし」群、「会っただけ」群、「挨拶程度」群は客体的なスティグマ度よりも主体的スティグマ度の方が低く、「一緒に活動」群は主体的スティグマ度が客体的スティグマ度よりも高いことが明らかとなった。

このことは、認知症の人との共活動体験が客体的な認知症スティグマ度を低減する要素になる可能性を示唆するが、当事者として自分が認知症である場合には、スティグマ度はあまり低減せず、接触レベルに関係なく総じて高いことを表している。しかし「一緒に生活」群は客体的なスティグマ度は低くないが、主体的なスティグマ度は客体的なスティグマ度と差がないという結果から、家族や親族等が認知症で同居生活などを体験している場合、不都合な共同生活によってむしろスティグマを強化する側面を持っていることが予測される。

ただし、客体的なスティグマ観は、仮に自分が認知症になったらという主体的なスティグマ観をも内包していることが考えられることから、親族や家族等の共同生活者が認知症の場合、形成されるスティグマ観は客体、主体双方の視点を含んでいることが予測される。また、「接触なし」群、「会っただけ」群、「挨拶程度」群において客体的スティグマ度よりも主体的スティグマ度が有意に低いことについては、接触レベルが浅い場合には認知症あるいは認知症の人への理解度が浅いために当事者として自分が認知症なった場合の認識が不明確であり、当事者の視点になりきれないことが考えられる。逆に「一緒に活動」群は認知症あるいは認知症の人への理解度が深いことによってより忠実に認知症の人の視点をイメージすることが可能であり、現実的な視点が強まることによって主体的なスティグマ度が高くなることが予測される。

つまり認知症の人の接触体験は客体的なスティグマ度を低減する要素となりえる一方で、主体的なスティグマ度を高める要因にもなり得ることを考慮しておく必要がある。

②-3 認知症の理解度による比較

認知症に関する理解度と客体的スティグマ度の関連を見るため相関係数を算出すると(表 22)、理解度得点と客体的スティグマ得点は弱い逆相関を示しており($r=-.188$)、理解度の平均点を基準に理解度低群と理解度高群に分類し群間比較を行った場合も低群の方が高群に比較して有意にスティグマ度が高いことが確認されている。認知症理解

度の低群と高群について主体的スティグマ度を比較すると同様に低群の方が高群に比較してスティグマ度は高く、認知症あるいは認知症の人への理解度がスティグマ度と関連していることが示唆された。

しかし、低群と高群それぞれについて客体的スティグマ度と主体的スティグマ度を比較したところ、いずれの群においても主体的スティグマ度は高いことが確認された。そこで、理解度得点と主体的スティグマ度得点について相関係数を求めたところ、客体的スティグマ度との相関よりもさらに弱い相関が認められた ($r=-.102$ 、表 22) つまり、理解度によって客体、主体に関わらずスティグマ度は低減する可能性があるが、理解度に関係なく客体的なスティグマ度よりも主体的なスティグマ度の方が高いことが示唆された。

②-4 学習体験機会による比較

学習体験機会の種類による客体的スティグマ度と主体的スティグマ度を比較すると「高校で」群、「職場やその他の教育機関」群、「市民講座と教材」群において有意に客体的スティグマ度は低く、主体的スティグマ度は高いことが確認された。その他の学習機会については特に有意な差はなく、客体的スティグマ度と主体的スティグマ度はほぼ同程度であることが示唆された。先述の分析にもあるように、有意な差が確認された3群はいずれも客体的スティグマ度が低い群であり、主体的スティグマ度が同様に低くなかったことによって生じた差であると考えられる。

この3群の特性は、他の群に比較して学習機会への参加意欲が高く、能動性、主体性の高い群であることが予測される。つまり学習意欲や主体性が認知症あるいは認知症の人への理解度を向上し、客体的なスティグマ度を低減する要因であることが考えられる。しかし、主体的スティグマ度は低くならず他群と比較しても同程度のスティグマ度であることから、学習機会あるいは学習意欲や主体性、能動性といわれる要素は主体的なスティグマを低減するための要素としては脆弱であることが予測される。

属性		スティグマ度平均 (SD)		群間比較	主体的スティグマ度平均 (SD)		群間比較	群内比較
介護専門性	市民(N=1627)	2.82	(0.52)	***	2.82	(0.44)	***	ns
	介護職員(N=2717)	2.46	(0.50)		2.76	(0.49)		***
接触レベル	接触なし(N=342)	2.96	(0.50)	***	2.84	(0.41)	ns	***
	会っただけ(N=142)	2.95	(0.51)		2.86	(0.44)		*
	挨拶程度(N=409)	2.88	(0.48)		2.83	(0.42)		*
	一緒に活動(N=377)	2.61	(0.53)		2.81	(0.48)		***
	一緒に生活(N=352)	2.77	(0.53)		2.80	(0.45)		ns
認知症の理解度	理解度低群(N=2607)	2.64	(0.54)	***	2.81	(0.46)	***	***
	理解度高群(N=1737)	2.52	(0.52)		2.73	(0.48)		***
学習体験の機会	小中学校で(N=22)	2.85	(0.52)	***	2.86	(0.50)	***	
	高校で(N=51)	2.62	(0.55)		2.90	(0.45)		***
	職場やその他の教育機関(N=527)	2.60	(0.50)		2.81	(0.46)		***
	市民講座と教材(N=327)	2.67	(0.52)		2.76	(0.45)		**
	認知症の家族から(N=205)	2.78	(0.52)		2.72	(0.43)		
	広報や地域の集まりで(N=178)	2.77	(0.52)		2.72	(0.40)		
	メディアや家族から(N=915)	2.83	(0.51)		2.80	(0.44)		
	学習経験なし(N=74)	2.94	(0.55)		2.91	(0.47)		

	客体的スティグマ度	主体的スティグマ度	理解度
客体的スティグマ度	1	.371**	-.188**
主体的スティグマ度	.371**	1	-.102**
理解度	-.188**	-.102**	1
** 1% 水準で有意 (両側)			

⑤ 主体的スティグマ度への影響要因

以上の結果から接触レベル、学習体験の機会、認知症の理解度が主体的スティグマ度に関連していることが示唆されたことから、主体的スティグマ度を決定する予測因子となるかについて主体的スティグマ度得点を従属変数とし、接触レベル、学習体験の機会、認知

症理解度を説明変数とするステップワイズ法による重回帰分析を実施し、因果関係を検証した(表 23, 24)。各属性の回答データは名義尺度であるためすべてダミー変数に変換した。

その結果、3つのモデルが示された。そのうち、決定係数が最も高い(調整済み R²=0.03)モデル 3を採用した。多重共線性は 10 以下であり、共線性の問題はなく、分散分析の結果も 5%水準で妥当性が示された (F=19.188, fd=1621, p<0.00)。標準化推定値が有意であった知識量 ($\beta = -0.150$)、認知症の家族から学んだ ($\beta = -0.074$)、広報や地域の集まりで学んだ ($\beta = -0.070$) の影響が示された。ただし、決定係数が 0.03 とこれらの属性による主体的スティグマ度への説明率が 3%であることを示しており、影響要因としては不十分であり、これらの属性変数からは主体的スティグマ度は十分に説明することは難しいといえる。

表23 モデル要約

モデル	R	R ² 乗	調整済み R ² 乗	推定値の標準誤差
1	.150 ^a	.022	.022	3.91560
2	.172 ^b	.030	.028	3.90249
3	.185 ^c	.034	.033	3.89401

表24 主体的スティグマ得点を従属変数とした重回帰分析の結果

モデル		標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	29.379	.661		44.430	.000
	知識量	-.498	.082	-.150	-6.094	.000
2	(定数)	29.482	.660		44.690	.000
	知識量	-.495	.081	-.149	-6.077	.000
	認知症の家族から	-1.008	.292	-.084	-3.451	.001
3	(定数)	29.588	.659		44.876	.000
	知識量	-.498	.081	-.150	-6.127	.000
	認知症の家族から	-.886	.295	-.074	-3.005	.003
	広報や地域の集まり	-.888	.313	-.070	-2.839	.005

II-3-3 統合解析の結論

職員書面調査と市民書面調査のデータを統合して解析した結果から、以下の結論を得ることができた。

- 1) 認知症スティグマ度改善アウトカム評価指標は、「受容的認知症観」と「倒置的認知症観」の2つの下位因子、21項目から構成される。
- 2) 介護職よりも市民の方がスティグマ度は高い。つまり、介護職と市民における特性の差異がスティグマ低減の要素となっており、おそらく介護専門性に関連する要素である可能性が高いことが予測される。
- 3) 認知症あるいは認知症の人への理解度が高い方が、スティグマ度が低くなる傾向がある。このことから、スティグマ低減の要素として認知症あるいは認知症の人への**理解度が重要な因子**であることが示唆された。
- 4) 「接触経験なし」「会っただけで話したことはない」「挨拶程度、話したことがある」群はスティグマ度に差が無く、「一緒に生活した」群は3群に比較してスティグマ度が低く、「一緒に活動した」群は4群に比較してスティグマ度が低い。つまり、会話程度であれば非接触とスティグマ度の差はなく、共に活動したり、生活したりといった**共同体験がスティグマ度に強く影響する**。
- 5) 「高校で」「職場やその他の教育機関で」「市民講座や教材で」学習している群はスティグマが低い傾向にあり、逆に「小中学校で」「マスメディアのみ」「学習経験なし」群はスティグマが高い傾向が確認された。つまり**学習意欲、能動性、主体性、学習体験後の経過期間等の要素が理解度に影響**し、スティグマに影響を与えている可能性が考えられる。
- 6) 認知症あるいは認知症の人への理解度、学習体験の機会、接触レベルとスティグマの因果関係は、これらの属性要素のみではスティグマ度を十分に予測できず、他の影響変数を仮定した因果モデルを作る必要が確認された。また、収集された観測変数についてデータの質と量をコントロールし、より詳細なデータ収集が必要であることが示唆された。
- 7) 当事者としての認知症観について主体的スティグマ度を算出し各属性における群間比較を行った結果、介護職、認知症あるいは認知症の人への理解度高群は主体的スティグマ度が低く、客体的スティグマ度と同様の傾向が確認された。しかし、接触レベルや学習体験機会の種類によって主体的スティグマ度に差は認められず、客体的スティグマ度とは異なる傾向を示していた。
- 8) 各属性における客体的スティグマ度と主体的スティグマ度の群内比較をした結果、介護専門性、理解度、接触レベル、学習体験の一部において差が確認された。特に**客体的スティグマ度が低い「介護職」「一緒に活動したことがある」「高校で学んだ」「職場やその他の教育機関で学んだ」「市民講座や教材で学んだ」群において、主体的**

スティグマ度は有意に高い結果となった。逆に「接触経験なし」「会っただけで話したことがない」「挨拶程度話したことがある」群は客体的スティグマよりも主体的スティグマの方が低いことが明らかとなった。これらのことから客体的スティグマが低い場合、主体的スティグマは高くなり、客体的スティグマが高い場合、主体的スティグマは同程度か、やや低くなる傾向が示唆された。つまり**客体的スティグマと主体的スティグマの相方を同時に低減するような影響因子は認められず**、特に主体的スティグマの低減については今後の課題である。

II-4 介護職員書面調査：3因子とスティグマの相関分析

II-4-1 分析方法

鳥瞰データと同一のデータベースを用いて、①職位や職種、②認知症に関わる仕事の経験期間や経験場所、それに③学習機会の違いの3つの要因とスティグマとの関係について検討した。

分析方法は、次のようになっている。市民調査の解析において探索的因子構造分析の対象と決定された21項目の合計点をスティグマ変数とし、「職位」「職種」「認知症に関わる仕事の経験場所」それぞれとの関連性について、一元配置分散分析およびTukey法による多重比較による分析を実施した。また、スティグマと「認知症に関わる仕事の経験期間（月数）」との相関については、pearsonの相関分析を行った。「学習機会」については、研修の機会の有無、自己学習機会の有無について、それぞれカテゴリー間の平均の比較をt検定により行った。

最後に、スティグマ得点を従属変数とし、職位、職種、認知症に関わる仕事の経験期間、経験場所、学習機会、知識量を独立変数とする重回帰分析を行った。

II-4-2 分析結果

(1) 役職および職種との関連

職位を、「施設長・所長等」「中間職」「一般職員」に分け、スティグマ度の違いについて検討した。職位毎のスティグマ得点の平均は、最も低いグループから順に「施設長・所長等」(49.3)、「中間職」(49.6)、「一般職員」(52.2)であった。分散分析の結果(表1)、役職の違いはスティグマ度に有意に関連していた($F(2, 2661)=16.254, p<.001$)。多重比較の結

果、「一般職員」は「中間職」「施設長・所長等」よりも統計的に有意にスティグマ度が高かった。なお、「中間職」と「施設長・所長等」には有意な差はみられなかった。

表 1 職位別スティグマ度平均値の比較

一元配置分散分析						
変動要因	平方和	自由度	平均平方	F		
グループ間	3495.32	2	1747.66	16.25	P<.001	
グループ内	286110.46	2661	107.52			
合 計	289605.782663					
Tukey の多重比較					95% 信頼区間	
(I) 職位	(J) 職位	平均値の差標準偏差 (I-J)		Sig.	下限	上限
1) 施設長・所長等	2) 中間職	-0.26	1.12	Ns	-2.90	2.38
	3) 一般職員	-2.88	1.06	*	-5.37	-0.39
2) 中間職	1) 施設長・所長・理事等	0.26	1.13	Ns	-2.38	2.90
	3) 一般職員	-2.62	0.50	***	-3.78	-1.45
3) 一般職員	1) 施設長・所長・理事等	2.88	1.06	*	0.39	5.37
	2) 中間職	2.62	0.50	***	1.45	3.78

*p<.05 **P<.01 ***p<.001

1) 施設長・所長等、2) 中間職、3) 一般職員のスティグマ度平均の一元配置分散分析と Tukey の多重比較検定の結果

次に、職種の違いとスティグマ度との関連について検討した。職種毎のスティグマ得点の平均は、最も低い職種から順に「相談援助職」(45.1)、「介護支援職」(47.7)、「リハビリテーション職」(49.8)、「介護職」(50.8)、「看護職」(52.8)、「その他」(56.4)であった。その他の職種には、主に事務職や営繕・運転等が含まれている。分散分析の結果(表 2)、職種の違いはスティグマ度に有意に関連していた(F(5, 2701)=37.965, p<.001)。

多重比較では、職種間の違いについては、「相談援助職」と「介護支援専門職」は他の職種よりも有意にスティグマ度が低かった。また、「看護職」は「相談援助職」「介護支援職」「リハビリテーション職」「介護職」の4職種に比べて有意にスティグマ度が高いという結果であった。「その他の職種」は、他の5職種の全てに対して有意にスティグマ度が高かった。

表 2 職種別スティグマ度平均値の比較

一元配置分散分析						
変動要因	平方和	自由度	平均平方	F		
グループ間	19500.92	5	3900.18	37.97	P<.001	
グループ内	277475.41	2701	102.73			
合計	296976.33	2706				
Tukey の多重比較					95% 信頼区間	
(I) 職種	(J) 職種	平均値の差 (I-J)	標準偏差	Sig.	下限	上限
1) 介護職	2) 相談援助職	5.74	0.94	***	3.06	8.43
	3) 介護支援専門職	3.13	0.99	*	0.32	5.96
	4) 看護職	-2.00	0.57	**	-3.64	-0.37
	5) リハ職	1.08	0.90	ns	-1.47	3.65
	6) その他	-5.56	0.54	***	-7.12	-4.02
2) 相談援助職	1) 介護職	-5.74	0.94	***	-8.43	-3.06
	3) 介護支援専門職	-2.60	1.31	ns	-6.35	1.14
	4) 看護職	-7.74	1.04	***	-10.71	-4.79
	5) リハ職	-4.65	1.24	**	-8.20	-1.11
	6) その他	-11.31	1.02	***	-14.22	-8.40
3) 介護支援専門職	1) 介護職	-3.13	0.99	*	-5.96	-0.32
	2) 相談援助職	2.60	1.31	ns	-1.14	6.35
	4) 看護職	-5.14	1.08	***	-8.23	-2.06
	5) リハ職	-2.04	1.28	ns	-5.70	1.61
	6) その他	-8.70	1.07	***	-11.74	-5.67
4) 看護職	1) 介護職	2.00	0.57	**	.37	3.64
	2) 相談援助職	7.74	1.03	***	4.79	10.71
	3) 介護支援専門職	5.14	1.08	***	2.06	8.23
	5) リハ職	3.09	1.00	*	0.25	5.94
	6) その他	-3.56	0.70	***	-5.55	-1.57
5) リハビリ職	1) 介護職	-1.08	0.90	ns	-3.65	1.47
	2) 相談援助職	4.65	1.24	**	1.10	8.20
	3) 介護支援専門職	2.04	1.28	ns	-1.61	5.70
	4) 看護職	-3.09	1.00	*	-5.94	-0.25
	6) その他	-6.65	0.98	***	-9.45	-3.86

	1)介護職	5.56	0.54	***	4.02	7.12
	2)相談援助職	11.31	1.02	***	8.40	14.21
6)その他	3)介護支援専門職	8.70	1.07	***	5.67	11.74
	4)看護職	3.56	0.70	***	1.57	5.55
	5)リハ職	6.65	0.98	***	3.86	9.45

*p<.05 **P<.01 ***p<.001

1)介護職、2)相談援助職、3)介護支援専門職、4)看護職、5)リハビリ職、6)その他のスティグマ度平均の一元配置分散分析と Tukey の多重比較検定の結果

(2) 認知症に関する仕事の経験期間および経験場所との関連

認知症に関する仕事の経験期間（月数）とスティグマの相関分析の結果、両者には統計的に有意な負の相関がみられ($r=-0.21$, $p<.001$)、経験年数が長いほどスティグマ度は低かった。

次に、認知症に関する仕事の経験場所を「入所系のみ経験」「在宅系のみ経験」「医療機関のみ経験」「(入所系, 在宅系, 医療機関の3つの種類のうち)複数種類経験」「経験なし」のグループに分け、経験場所とスティグマの関連性について検討した。各グループの平均は、スティグマ度が低い順に「複数種類経験」(49.6)、「在宅系のみ経験」(50.1)、「入所系のみ経験」(51.1)、「医療機関のみ経験」(54.3)、「経験なし」(56.4)であった。分散分析の結果(表3)、経験場所の違いがスティグマ度に関連していた($F(4, 2712)=37.698$, $p<.001$)。多重比較の結果、「入所系のみ経験」「在宅系のみ経験」「複数種類経験」のいずれもが「経験なし」群に比べて有意にスティグマ度が低かった。「医療機関のみ経験」は「経験なし」と有意な差がみられず、また、「在宅系のみ経験」「入所系のみ経験」「複数種類経験」よりも有意にスティグマ度が高かった。

表3 経験場所別スティグマ度平均値の比較

一元配置分散分析						
変動要因	平方和	自由度	平均平方	F		
グループ間	15721.34	4	3930.33	37.70	P<.001	
グループ内	282749.17	2712	104.26			
合計	298470.52	2716				
Tukey の多重比較					95% 信頼区間	
(I) 経験場所	(J) 経験場所	平均値の差 (I-J)		標準偏差	Sig.	下限 上限
1)経験なし	2)入所系のみ	5.33	0.58	***	3.76	6.91

	3) 在宅系のみ	6.33	0.70	***	4.42	8.25
	4) 医療機関のみ	2.21	0.97	ns	-0.43	4.85
	5) 複数種類経験	6.87	0.61	***	5.19	8.54
2) 入所系のみ	1) 経験なし	-5.33	0.58	***	-6.91	-3.76
	3) 在宅系のみ	1.00	0.61	ns	-0.65	2.66
	4) 医療機関のみ	-3.12	0.90	**	-5.56	-0.67
	5) 複数種類経験	1.53	0.50	*	0.17	2.90
3) 在宅系のみ	1) 経験なし	-6.33	0.70	***	-8.25	-4.42
	2) 入所系のみ	-1.00	0.66	ns	-2.66	0.65
	4) 医療機関のみ	-4.12	0.98	***	-6.81	-1.44
	5) 複数種類経験	0.53	0.64	ns	-1.21	2.28
4) 医療機関のみ	1) 経験なし	-2.21	0.97	ns	-4.85	0.43
	2) 入所系のみ	3.12	0.90	**	0.66	5.58
	3) 在宅系のみ	4.12	0.98	***	1.44	6.81
	5) 複数種類経験	4.66	0.92	***	2.14	7.17
5) 複数種類経験	1) 経験なし	-6.87*	0.61	***	-8.54	-5.19
	2) 入所系のみ	-1.53	0.50	*	-2.90	-0.17
	3) 在宅系のみ	-0.53	0.64	ns	-2.28	1.21
	4) 医療機関のみ	-4.66	0.92	***	-7.17	-2.14

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

1) 経験なし、2) 入所系のみ、3) 在宅系のみ、4) 医療機関のみ、5) 複数種類経験の
スティグマ度平均の一元配置分散分析と Tukey の多重比較検定の結果

(3) 学習機会との関連

「研修あり」は職場内外の研修の機会がある者とし、「自己学習あり」は、教育教材や書籍等から自己学習の機会を持つ者とし、それぞれについてグループ間の平均値を t 検定により比較した (表 4)。その結果、研修の機会のある者 (50.0) は無い者 (55.5) に比べて有意にスティグマ度が低く (p<.001)、また、自己学習を行っている者 (49.2) もそうでない者 (52.9) に比べて有意にスティグマ度が低かった (p<.001)。研修と自己学習の機会があることは、スティグマ度を低めていた。

表 4 学習機会の有無別スティグマ度平均値の比較

学習機会	あり			なし			t 値
	人数	平均	SD	人数	平均	SD	
研修	818	50.0	(10.1)	1,899	55.5	(10.4)	-13.1***
自己学習	904	49.2		(10.2)	1,813	52.9	(10.4)

カッコ内は標準偏差 *p<.05 **P<.01 ***p<.001

(4) 重回帰分析の結果

次に、スティグマ度に関連する要因を検討するため、従属変数をスティグマ合計得点とし、独立変数を「一般職員」、「非直接支援職」、「認知症に関する仕事の経験期間」、「入所系のみ経験」、「在宅系のみ経験」、「医療系のみ経験」、「研修あり」、「自己学習あり」、「知識量」とする重回帰分析を行った。「非直接支援職」は介護、相談、介護支援、看護、リハビリ以外の職種とした。

分析の結果(表5)、「一般職員」であること、職種が「非直接支援職」であること、認知症に関する職場が「医療系のみ経験」であることがスティグマ度を高めていた。

認知症に関する仕事での経験が長いほど、「入所系のみ経験」、「在宅系のみ経験」、研修の機会があること、自己学習をしていること、認知症に関する知識が高いことがスティグマ度を軽減させていた。

表 5 スティグマ度に関連する要因:重回帰分析結果

	非標準化係数		標準化係数		t 値
	B		β		
定数項	61.24				39.86 ***
一般職員	1.19		0.05		2.49 *
非直接支援職	3.10		0.11		5.39 ***
経験期間	-0.01		-0.08		-3.96 ***
入所系のみ経験	-0.52		-0.03		-1.19 ns
在宅系のみ経験	-1.53		-0.05		-2.64 **
医療系のみ経験	2.03		0.04		2.28 *
研修あり	-3.05		-0.13		-6.44 ***
自己学習あり	-1.73		-0.08		-4.06 ***
知識量	-0.86		-0.09		-5.02 ***
決定係数 R ²	0.11				
(調整済み R ²)	0.11				

*p<.05 **P<.01 ***p<.001

II-4-3 考察

以上、①**職位・職種**、②**経験期間・経験場所**、③**学習機会とスティグマの関連性**について検討した。その結果、それら**全てがスティグマに関連していた**。職位との関連については、一般の職員より職位の高い者は、より広い視点でサービスの質の向上に関わる立場にあり、また、経験がより豊かであることなどが、認知症ケアへの意識の高さに繋がっていると考えられる。また、職種の違いとスティグマの関連については、直接利用者のケアや相談支援に携わる職種の方がその他の職種に比べてスティグマ度が低かった。これは、認知症の当事者の日常生活への関わりや、より**身近なコミュニケーションの機会を持つことがスティグマの低減につながっている**と考えられる。

次に、経験期間と経験場所についても、認知症のある人との関わりの経験の長さだけでなく、その経験が日常的な生活に関わる**職場で得られたものである方がよりスティグマの低減につながっていた**。

学習機会については、研修の機会を持つことの他に、**自己学習を行うこともスティグマの軽減につながっていた**。これは、自己学習という行動が認知症ケアに対する関心の高さを象徴しているものとも考えられる。

最後に、重回帰分析の結果からも、上記の諸要因とスティグマの関連が確認されたが、その中でも特に、「非直接支援職」と「研修あり」が他の要因に比べて強い関連性がみられた。これは、保健医療福祉の職場に携わる職員に対し、スティグマの軽減を図るためには、認知症の人の日常生活に関わることと、そして、**職場内外の研修を通じて知識を得ることを通じ、認知症の人に対するより深い理解を促すことが有効である**と考えられる。

III 定性調査分析

III-1 調査概要

認知症ケアに携わる専門職を対象に、認知症スティグマに係る 15 の質問項目 (III-3-(2)) からなるヒアリング調査を行った。調査対象ならびに調査時期は、I-3-1 の通りである。以下 III における分析の根拠となる数値は、資料 3 の通りである。

III-2 対象者の属性

III-2-1 性別、年齢、学歴、学んだ専門領域、保有資格

ヒアリング対象者の約 7 割が女性であった。平均年齢は 40.5 歳 (範囲 19~66 歳 標準偏差 10.7) である。

学歴：専門学校卒が最も多く (38.6%)、大卒 (25.0%)、高卒 (19.3%) がそれに続く。

教育機関において学んだ専門領域：「その他」が 40.6%で最も多く、介護 21.9%、ソーシャルワーク 17.7%、看護 10.4%と続く。「その他」の中では、大学において介護・福祉関係以外の専門 (経済学、英文学、社会学等) を学んだという方が 31.6%で最も多く、高校の普通科 (18.4%)、保育 (13.2%) が続く。

保有資格：介護福祉士 27.0%、ケアマネジャー 20.1%が比較的多く、それに社会福祉士 9.8%、ホームヘルパー 8.6%、看護師 4.6%が続く。「その他」が 20.7%と多いが、「その他」では、保育士 (21.6%)、幼稚園教諭 (16.2%)、社会福祉主事任用資格 (16.2%)、認知症ケア専門士 (13.5%)、福祉用具専門相談員 (8.1%) である。

III-2-2 現在の職、職場、役割、これまで経験した仕事

現在の職業：介護職 (44.3%) が最も多く、相談援助職 (15.1%)、介護支援専門員 (12.3%)、看護職 (7.5%) が続く。

現在の職場：指定介護老人福祉施設が 26.7%で最も多く、グループホーム 20.0%、デイサービスセンター 14.4%、指定介護老人保健施設 7.8%となっている。「その他」 18.9%の内訳は、小規模多機能型居宅介護が約 55%、デイケアが約 22%である。

職場における役割：一般の職員が 39.1%で最も多く、「その他」 23.9%、施設長・所長 14.1%、グループリーダー 10.9%、主任 8.7%が続く。「その他」の中で主なものは管理者、課長、係

長、リーダーが同割合で、職場における肩書名称で回答しているためであるが、一般職員以外の管理職、中間管理職の役割である。

これまで経験した仕事：施設介護 22.2%が最も多く、「その他」17.0%、通所介護 12.9%、グループホーム介護 9.9%、施設内での相談支援 9.4%、病院・医院看護 5.3%、地域での相談支援 4.7%、施設看護 4.1%が続く。地域保健 0.6%、訪問看護 1.2%、地域リハビリテーション 1.2%の経験者もいた。

III-3 分析結果

III-3-1 分析方法

インタビューアによってテキストデータ化された 85 名分の聞き取り記録について、15 の質問項目ごとに SPSS Text Analytics for Surveys(IBM)を用いてテキストマイニングを実施した。

カテゴリー抽出にあたっては、初めに SPSS Text Analytics for Surveys に内蔵されている感性分析ツールを使用して、認知症に関する心理的反応が、II-3-2-2 の(2)②において命名した「倒置的」か「受容的」かに分類した。その上で、それぞれに分類されたケースの 1 件ごとに分類の妥当性を検討し、内容的に異なるカテゴリーに適していると判断したケースについては手作業で移動を行った。例えば、感性ツールでは「A である」という主旨の文章と「A ではない」という主旨の文章が同じカテゴリーに分類されることがあるため、これを修正した。感性分析ツールと手作業によるカテゴリー分類のルール（表）については、資料編を参照願いたい。

III-3-2 質問肢(項目)ごとの検討

以下、聞き取り調査票の質問項目ごとに、検討する。

1. 認知症の方と初めて対面した時、どう感じましたか。

74%が「ショックだった」「戸惑った」「困った」「怖かった」「驚いた」「悲しかった」等の倒置的な感情を抱いていた。一方、「面白かった」「楽しそう」「かわいいと思った」「凄い」等の受容的な感情を抱いたという回答が 14%、「普通であった」「特に驚かなかった」「勉強していた通りであった」「老いの正常なプロセス」等の中立的感情が 21%であった。ただし、各心理カテゴリーが同居する回答は双方のカテゴリーに分類しているため、合計が 100%を超える

場合もある（以下、同じ）。

認知症の人に対する心象の初期値は、「意味が分からなかった」「ただただ驚いた」「不思議な感じがした」「どうしようという感じだった」といった当惑心理がほとんどである。その中には、審美的感覚の混じった「違和感があった」や「精神疾患の方という印象」だったが入っている。

共感に近い印象もある。「これが教科書に書いてある収集癖なんだ、異食なんだと感じた」「話そうとしたが、言葉選びがたいへんだった」などがそれである。

承認に近い感情では、「関心を持った」「人として可愛らしいと思った」などがある。ただし、共感や承認に近い心情でも、最初は審美的感覚の混ざらない当惑から入っている。

認知症への心象はファーストコンタクトの時期によって左右される可能性がある。認知症に関する知識を持たない人生の初期に初めて対面したケースと認知症の知識を取得後に対面したケースとでは、回答の意味が異なってくる。後者の場合には、介護者としての視点が介在するため、「教科書通り」であるがまま受け入れたとの回答が生じやすい。また「戸惑い」と回答しても、それが認知症の人に対する戸惑いではなく、対処方法等の技術的な戸惑いの意味もある。その場合にはスティグマとは別な要素が混入している。

2. 認知症の方は、あなたに自分が認知症であると教えてください。あるいは認知症であることを隠しますか。隠そうとする場合、どうしてだと思いますか。

「教えてくれたことはない」が20.0%、「教えてくれたことがある」は23.5%であった。「物忘れ等のことを言われた、相談された」などの経験があるは35.3%、「隠そうとしている」「取り繕っているようだ」との趣旨が23.5%あった。「本人が認知症だということを知っていない」という回答は4.7%であった。

この項目は、被調査者の勤務場所、多く接している認知症の人のステージ、原因疾患等に大きく影響されている。本人の羞恥心やプライドとの葛藤がある。「呆けちゃった」「馬鹿になっちゃった」と軽く告げる場合でも、それは介護者に否定してもらうことで自身の不安や恐怖を軽減しようと試みている。

介護職員の心象では、自分が自分で無くなっていくことを分かっており、周囲の環境や関係的文脈への適応行動として、様々な行動が出てくると観ているものがある。例えば、「分かっているけども隠したいんだと思う」「失禁などは隠そうとする」「家族から認知症だと言われたけども、認めたくないという方が多い。介護サービスを使いたがらないとか、受診をしないということにも通じている」「認知症ということについて否定的な観方をしている方が多く、忘れていく段階で不安になり受診する人は少ない」「自分は違うんだとか、このようにはなりたくないと言った気持ちが強く、それで隠している表現の仕方につながっているように思う」「自分はレビー小体型認知症の診断を受けているので、もの忘れがあるからね、と伝えてくれた。その方は失敗経験があり、上手くやっていくための情報提供のよう

だった」といった観方がそれである。

他方で、認知症であるということの自覚がないとか家族が説明してもおそらく分かっていないという観方もある。「よくものを忘れる」とか「物覚えが悪い」といった訴えをする人はいるが、それが自分が認知症であるとの理解であるかどうかは定かでない「構って欲しくて寂しさゆえの訴え、アピールはある」「家族が説明していない場合と、説明しているが本人が認めていない場合は半々くらいか」などである。

医療機関の受診に関しては、「受診しても治るわけではないので、病院に行っても仕方ない」という話を聞くことが多い「脳血管の場合は、進行させないようにという捉え方をする人が多いが、アルツハイマーでは、相当に進行してから医療機関に行く人が多い」など、治療、回復の可能性についても否定的な認識が背景にあるとの指摘が多い。

3. 認知症の方は、専門医の診断を受けるべきだと思いますか。診断を受けることはどんな意味を持つとお考えですか。

「受けるべき」が 95.3%、「どちらとも言えない」4.7%、「そうではない(様子を見るべき)」が 1.2%であった。「受けるべき」との回答では、診断を受けることでその後の対応調整が容易になるという主旨が多い(「薬 23 件」「ケア 13 件」「治療 12 件」)。「早期に 8 件」という受診時期についての言及が多かった。

「受けるべき」ではあるが受診が進まない背景として、「認知症専門医」に関する情報が不足しているとの指摘が多数観られる。専門医の診断を「不要」とする種数の回答の理由のなかに、医師が認知症を疾患としか診ないとか、薬(アリセプト)の量の判断に不安があるなど、誤った処方をされてしまう旨の回答もみられた。また、専門医に関する情報が不足していて、受診について適切な助言が難しいという現状への不安もあった。

専門医の診断がなかなか進まない原因として、とくに家族の認知症スティグマ心理を挙げている。「受診して薬で緩やかになる場合があると助言しても、なかなか医療機関に行かない。認知症であることが怖いという思いが強いのと、家族の中には、加齢に伴う仕方ない状態という捉え方が多い(恐れと諦め)」「家族が怖がる原因として、認知症の周辺症状に対して画一的な情報が流布していて、先のことを心配して、受け入れが進まない(情報不足)」「うちの親に限って」とか、「昔からそうだったから」とか、事実を回避的に観ようと、自分の問題としてとらえない傾向がある(正常化バイアス)、「丁寧に説明しないとなかなか受診に結びつかない。本人との関係性が崩れることを家族は心配する(関係性の保守)」などである。

これとは別に、医師の能力や診断技術に対し懸念する心理もある。「専門医であっても家族とは気持ちが合わない場合もある」といった専門医の家族との信頼形成技術の問題を指摘するものや、「専門医の鑑別がないのに、在宅医で物忘れがひどいという主訴だけで、アリセプトを、10 ミリ、12 ミリと出している例もある。本人は、薬を飲むと何か頭が変にな

るので飲まないという訴えがあった」「医師の中には、受診しても、「歳だからしょうがないね」で片付けてしまったり、症状の意味に気づかない方もいる」「かかりつけ医は認知症の方々を疾患と観て、生活を観ない傾向がある」「先生に相談しづらいという意識や、医療の仕組みの中で、専門医にスムーズにたどり着かないという問題もある」といった地域かかりつけ医の専門性の低さを理由に挙げるものもある。

また、医療診断の在り方がケアの展開に結び付きにくいという指摘もある。「宣告のようになってしまうやり方は避けたほうが良い」「鑑別で留まってしまっっては却ってレットルで終ってしまう」

こうした家族意識の障壁や医師の技術的課題を指摘しつつも、介護専門職として、専門医の早期診断を受けるべきという回答が95%を超えている。その理由別の中身は3つに分かれる。

①本人にとってのメリット：「自分でできることを拾い上げたり、進行を緩やかにすることで、在宅で暮らす期間や家族と暮らす期間を延ばすことができる」「情報が入り難い人には診断で気づくことができる（機能が落ちてきていますねといった気づき）」「本人・家族が病気に起因するものだと理解することで対処方法もある」「鑑別によって進行をコントロールすることができる」

②家族のメリットや教育効果：「本人は受け入れられるか、分かるか疑問があるが、家族にとっては、分からないまま関わるよりも明確になっていた方がやり易い」「家族への教育の意味もある」「本人の症状について、家族が理解できていなくて、こちら側とギャップが生じることが多い。早期診断でそれを回避できる」「ケアする側にとっても認知症なのか精神疾患なのか分からない場合が多いので、診断は大事」「病状によって起こっているという裏付けにもなる」

③介護運営上の便宜や必要性：「レビー小体、前頭葉側頭葉の場合のように家族がお手上げ状態になるケースでは、ある程度まで薬でコントロールすることが望ましい」「計画的な関わり方がし易い」「薬など調整や進行管理が可能になる」「介護認定にも影響する」「継続したサービスにつなげることができる」「対応の選択や進行管理ができる」

他方、わずかな割合であっても、非医療的アプローチの選択肢があることを重視する意見がある。「診断を受けなくても、周囲が予防・進行遅延の方法を知っていればいいのではないか」「施設内であれば、職員の判断で、診断まで行かなくても対応は可能である」「人の関わりで改善できることがある。脳細胞の器質変化ということもあるが、初期段階では、かかわりによって悪化を防ぐことができる」「早期発見と言っているが、受診にたどり着く道程が長く、時間もかかっている現状があり、地域で暮らし続けるために一番に重要かというところはない」「基本は、現場で会話している時点で、状態に合わせて切り替えることが大切」

受診が必要であるけれども非医療的アプローチが基本に置かれるべきという考えと、そもそも医療診断が最善であるか、また不可欠であるかということ疑問に感じている認識

とが混在していることが判る。

受診に積極的、消極的の違いはあるが、早期診断、受診がなかなか進まない現実について多くの指摘がなされている。その改善策として、たとえば、「橋渡しを地域包括支援センターの職員が行い、地域の在宅医につなげるのが有効だと思う」という意見もあれば、「地域包括支援センターは、認知症専門医のリストは持っているものの、医師についての詳しい情報は少ないので、実質的なつなぎとなると現状では困難もある」との現状を指摘するものもある。

4. 医師から認知症だと診断された場合、それを周囲の人々に伝えておくべきだと思いますか。

「伝えるべき」が 95.3%、「伝えなくてよい」が 2.4%、「どちらとも言えない」が 1.2%であった。伝える範囲については家族や親戚まで、近所の方までなど分散している。少数だが、商店や金融機関との回答もあった。

医師の診断で認知症とされた場合に、周囲の人々に伝えておくべきかどうかについて、①無条件で伝えておくべきと、②条件付きで、伝えるかどうか、また、どの範囲に伝えるべきかを判断すべきとに分かれた。さらに、①については、①A:家族には必ず伝えるべき、①B:家族以外にも、不測の事態やリスク回避、トラブル防止などの必要性を重視して伝えておくべきに分かれ、②については、②A:伝えておくべきだが、その範囲や伝え方を工夫する必要があるというものと、②B:場合によっては使えることも控える場合も出てくるというものに分かれている。

①A:「同居家族全員には意識づけをしておくべき」「キーパーソン（同居家族、濃い親戚）には伝えるべき」「家族が一緒の場合は、家族のみ」「認知症は病気なので、家族は知るべきこと」

①B:「よく顔を合わせる親族や近隣の人達には「何かあったら」への備えとして伝えておくべき」「近所の住民の協力は大事なので、伝えておいた方が良い場面も出てくる。近しい範囲には伝えておいた方が家族には安心」「今後の進行を考えて、周辺症状が出てくることに適切に対応するために、伝えておくことは必要」「徘徊時のリスクを回避するために、何かあったら助けてもらえる範囲には伝えておくべき」

②A:「何らかの影響、危害のリスクがあれば、伝えておくべき。ただし、それぞれの関係性、地域性を考慮すべき」「助けになる範囲には伝えておくべき」「近所の方は、どうも変だなと思っていても、直接、認知症ですかとは聞きにくい。情報を出しておくことで、理解、手助けが進む」「周囲には、状態の変化があることや徘徊の可能性などについて知っておいてもらったほうが良い」「家族が対応していることを分かっていることが大事」「その人に出現している症状の特徴を伝えて、対応への希望も併せて伝えておくべき」「民生委員だけにするかとか、老人会のキーマンにも伝えるか、そういう範囲は相談しながら決めることが大事だと感じる」「その方の生活環境に関する評価や周囲との関係性のあり方

など、リスク回避のための必要性がどこにあるかという視点で判断する。そのためには、相当量の、正確な情報が必要。地域の中では、一般に、排他的で、「大変だから家にいたほうがいいよ」という状況が起きる。なるべく連れ出してもらえるような条件づくりを第一に考えた対応が必要」

②B: 「情報はオープンにしないと対応できないというところと、内緒にしてくださいというところと半々といった状況」「主介護者の嫁に対する伝え方と嫁に出た娘たちへの伝え方は配慮すべき」「妄想的に嫁の悪口を訴えるような事態に備えることや関係の円滑化のためには伝えておくべき」「地域では認知症に関心はある。なりたくない、怖い病気だという認識は広がっている。病気を怖がるというよりも、生活継続や人間関係の崩壊に恐怖を感じている。周りを巻き込むことはしない」「理解度は、地域や個人の周囲との関係性で異なるので、ケース・バイ・ケースで判断すべき」「近所づきあいが良い状態でないと支えられないこともあるので、個別で判断することが大事」「ケース・バイ・ケースだと思う。中間孤老の状態かどうか、周辺症状の内容、地域性や関係性が、判断の基準になる」

5. あなたは、認知症を、どのように受容し、対応するように心がけていますか。受容・対応で何か難しさがありますか。

約7割が対応に「難しさがある」と回答している。「伝えること/コミュニケーションの難しさ」「利用者の方の思い、考えていることを理解することの難しさ」「家族との対応の難しさ」といった点である。一方、心がけていることについては、「否定せず、受容し」「人として接すること」といった主旨の回答が多い。

「難しさがある」の回答は、知識や経験の不足による難しさではなく、個性や尊厳を尊重して個々に寄り添い、傾聴、肯定、受容した上で、サービスにつなげる難しさである。「人が人と関わることの大変さ」「ひとのケア」に言及する回答が多い。

保有資格や職種による違いがあまり広くはない。リハビリテーション職から、1件のみ、「リハビリテーションの観点から、身体の状態や生活の様子などから聞いていくようにしている。その内容を、すでにフェイスシート等から得ている本人情報と整合性を突き合わせ、そこに内容上のずれが生じているとすれば、そのずれが認知症を原因とするものかどうかを判断するようにしている」という専門性特有の判断視点が示されたのみである。

その他は、①受容・共生のアプローチ: 「その人にとって受け入れてもらいやすい私になること」「もともとどういう暮らしをしてきたか、こういうことは嫌がるのか、こういうことは嬉しいと言った情報をできるだけ事前に入れておくようにする。なんとか受け入れてもらって、そこにいさせてもらうということが最優先」「その人の性格や生活歴(家族からの聞き取りやフェイスシート)を良く理解する。そのすべてが重なって症状が形成される」「思っていることはなかなか理解できないが、認知症が原因で状態が変化するので、その状態の現状を良く観察すること」「症状の理解も大事だが、症状を受け止める場面を理解す

る」「相性の良し悪しやその日の気持ちのあり方で、距離をとることも必要である」「その人の世界観があるので、とにかくそれを理解する」や、②人間関係アプローチ：「認知症だからというよりも、人が人と関わること。それに認知症という要素が加わっている」「本人と向き合って、つぶやきやしぐさや表情を良く観察する。これにより、心を開いてくれる」「その人の世界に入っていくことを心がけてきた」「本人の自尊心、プライドを傷つけない。その方の生活環境、職業経験、社会的地位などによって同じ言葉でも受け止め方も異なるので、対応はそれぞれ考えている。最初の段階でのアセスメントが大事になってくる」「認知症と言っても、その人の性格やこれまでの暮らしぶりなどで、その方の個性がある。その面を理解することに心がけている。関わり方について慎重な判断を心がけている」など、経験知や学習知に基づくアプローチが広がっている。

質問1. の初期値と比較して、その後の、現場での経験や学習のスティグマ解消効果を知ることができる。

6. 認知症の方をケアするうえで、認知症であるからとくに困ることはありますか。

約8割が困ることがあると回答している。コミュニケーション・意思疎通・伝えること・理解してもらうことの難しさ、利用者の思いや考えを読み取ることの難しさ、周辺症状に係る対応の難しさ、水分補給などの健康管理に関わる対応の難しさなどの回答が多い。この項目では「認知症であるからとくに困ること」を聞いたため、各専門職の習熟度によって回答に差が出ていると思われる。対処方法は分かっているが時間がとれない、意図を汲み取ってあげたいけどどうしてもわからない、本当に本人の立場に立った時にどうアドバイスすればいいのか、本人の希望と家族の希望との板挟み、などで「困っている」という感情も読み取れる。

本人の介護拒否：「身体的ケアで拒否のある方の入り方は難しい」「清潔行為（風呂など）拒否をされること。点滴を抵抗する。何かしらに拒否があると難しい」「毒が入っている」と服薬を拒否しているような反応のある場合や、独り暮らしで生活実態の把握が難しい方のケースは難しい」「入浴など

こちらは清潔にしてあげたいという思いがあるのに、本人はかたくなに拒むことがある」病態的な難しさ：「前頭側頭型の方では行動が特異だし、薬のコントロールも効きにくいので、対応が難しい」「攻撃的になる症状に対する対応が難しい。薬を拒絶している際に、こちらの指示が入り難い」

関係性に起因する難しさ：「家族に協力を得なければ進まないが、助言しても、「それは私たちには無理」といった反応が出てくると難しい」「周囲の理解が進んでいないとハードルが高くなる」「あの人が準備したものは食べたくないとか、同じテーブルでは食べないとか、忌避トラブルはある」「被害妄想や認知症による情報混乱が生じていて、初期段階で家族も理解できていないところに、誤った情報が家族に伝わってしまうことがある」「認知症だ

からというよりも、「この人だからこういう関わり方」といった感覚が働いていると思う」
「利用料金支払いや入居者間での貸し借りでトラブルが多い」「家族は、症状・行動を訴えてくる。本人に対していると、本人尾気持ちとの食い違い、観方のギャップに惑わされることが多い」「自分たちでは常識と以为ていても、ご本人の世界では違った意味での常識がある」

本人の生活運営上の特性に起因する難しさ：「介護につなげるまでの入り口への準備が難しい。とくに水を飲んでほしいときなど」「喜怒哀楽の変化が激しいので、これへの対応に工夫している」「片付けられなくなる、拒絶が出てくる、社会との断絶など、孤立が課題になる」「整頓ができなくなることで躓き・転倒のリスクが高まるし、腐ったものを食べたりするリスクも高まるので、その段階になれば介入しなければならない」

7. あなたは、認知症の方のご家族との関係を上手くやれていると思いますか。

約 65%が「上手くやれている」と回答している。約 35%は、上手くやれていないとは言えないが「対応に難しさを感じている」と回答している。「上手くやれている」という回答においては、家族に寄り添い、積極的にコミュニケーションを取る、丁寧に説明をするといったものが多い。一方、難しさを感じている場合には、家族が認知症を認めていない/認めたくないといった指摘がある。

大部分が家族の重要性を指摘している。家族が認知症に理解がない場合は対応が難しいと「家族教育の重要性」をあげていた。家族と接するに当たって注意することとしては、家族によって介護能力、親子関係、家庭事情等が異なることに留意すること、家族に寄り添うこと、家族を主役にすること、正論をぶつけすぎると家族を追い込むので押し付けないうこと、などが挙げられている。また、積極的に情報提供しないとクレームがくること、トラブル回避のための情報収集や意志疎通といった信頼の構築の重要性に関する回答もあった。

家族の側にある、認知症への無理解やスティグマ意識、家族関係の在り方などが介護専門職の業務推進に一定の難しさを生み出していることが判る。「認知症ということを受け入れられないでいる家族との関係は難しい」「妄想で発言する人など、遠方から時々しか面会に来ない家族には精神状態がなかなか理解できないので、どういう風に日常を伝えるかが難しい」「家族関係、親子関係の在り方が、専門職の家族との関わりの良し悪しに相当に影響する」「親が認知症のためにこうなっているということを理解できていない家族には、説明しても分かってもらえないことがある」などの状態である。

これへの対応は、先ずは、「本人と家族の両方への支援という感覚である。実際には、家庭内の介護でギリギリになってデイサービスを利用するという現状にあるし、要介護度 5 度の方もいらっしゃるのて、そういう家族の常態を理解することが大切」「家族の苦勞に共感すると、ほっと安心するところがある。苦勞を分かってくれる人がいるという安心感が

ある」などに表現されている通り、基本は、家族の抱える心理的負荷状態や孤立を理解するという心理的共感や安心の形成におかれている。あわせて、情報の連続性や正確な伝達を図ることにも重きが置かれている。「利用中の様子をしっかり家族に伝えたり、定期的な担当者会議の際に情報共有している」「スタッフ全員が意思統一していること、きちんと記録を残していくこと。担当者がいなくても、他の職員がきちんと説明できるような意識と情報の統一された体制が必要である」「ケアプラン更新時のカンファレンスと言っても半年1回なので、日々の常態の伝達はメールや家族向けの手紙などで意思疎通を図っている」「家族は点でしか見ていない。その間の隙間を埋めるのは施設の役割」といった証言である。

この対応までは、ほぼ全体に共通しているが、しかし、家族と利用者本人の距離が生じている場合に、どちらの立場に近づいて対応するかについては、一方で、「本人と家族が乖離している場合は、家族にウエイトを置いている」というものもあれば、他方で、「家族と本人との位置がずれている時には、あくまでも利用者を中心に考える」もいる。その結果、「基本は本人におくが、最終的には家族の理解がないと上手くいかない」といった橋渡し調整的な対応になる。

8. これまでに、認知症の方に対するご自身の認識や理解を変化させるきっかけとなる出来事を経験したことはありますか。(たとえば、研修や体験など)

回答が分散している。「研修」によって認識が変化したとの回答が3割強、「仕事」の中で「先輩職員」「他の職員」の対応が約2割、「利用者」との直接の関わりによって約2割弱、「(仕事) 経験の積み重ねによって」が2割弱であった。それらに共通するのは、他の職員の対応を見て/利用者との関わりを通じて「考える/考えた」ということである。

この項目は、認知症介護の実践者育成方法を考える際に重要な項目と思われる。

成長や変化のきっかけは多様であるが、いずれも、共通して、介護職員がそれまで有していた認知症あるいは認知症の人に対する先入観を払しょくするような出来事に遭遇することである。例えば、「認知症カフェで、コーラスをしているときに、私に譜面を見せて、いまここを歌っていると、しかも正しく教えてくれたことがあった。画一的じゃない、たくさんの方が隠れていることを認識されられた」とか、「ケアプラン更新時の多職種の話し合いの機会で開催できた」とか、「地域を見るようになってから変わってきた。経済的な制約で仕方なく在宅で観ている人たちも沢山いる。そういう家族の支えにもなっていきたいと考えるようになった。そういう面は、施設からは見えなかった」とか言ったきっかけである。また、研修も大きなきっかけとなっている。たとえば、「当初は、周辺症状と中核症状の違いも認識していない状態だった。ケアマネジメント研修で認知症についての理論的見通しを理解し、健康管理で症状をおさえることができるようになったこと」とか、「教科書で教わったことを利用者の行動に当てはめていたのが初めの段階だった。脳血管障害

で、片麻痺で言語障害がある利用者を担当し、なぜその行動が起きるのか、「なぜ」を考えるようになったことがきっかけで変化した」とか、「医療看護の中で観てきた「清潔・不潔」とか「優先」といった評価基準が変化してきた。たとえごみ処理ができていなくても、その方の生きてきた歴史の中ではそのことが普通んだという観方をするようになった」とか、「認知症でも感情は残っていることを学んだのが印象的。覚えていなくても楽しいという感情が残せるように接するようになった」などの証言である。

9. 新聞やテレビ、映画などに登場する認知症に関する観方についてどのように考えていますか。

70.6%が否定的な観方を、28.2%が肯定的な観方をしている。否定的な観方については、「きれいに描きすぎ」「現実との乖離」「部分的」「大げさ」といった内容が主である。一方、肯定的な観方については、「勉強になる」「伝えることは必要」「分かりやすく伝えている」「知ってもらい入口になる」といった回答であった。

メディアが認知症を取り上げることについて、これを社会的関心を喚起する契機として積極的に評価する観方がある。例えば、「社会に認知症を分かってもらったり、何も知らない方々への機会としては重要だと思う」「認知症を知り、関心を払う機会があることは重要」「認知症への社会的関心を高める上では意味はあり、大変さは伝わったというイメージはある」「発信すること自体は良いこと」などである。

また、内容上の工夫・改善は必要だが、認知症や認知症ケアに関する正しい知識を啓発する機能を果たすべきという観方もある。例えば、「病院からやってくる治療優先の考えと、自分たちのケアとは異なる。管理のあるなしの違い。病院・医療は治療、健康・予防を優先する。本人の状況を見て柔軟の対応を行うのが介護だと思う」「認知症の発症メカニズムや行動特性など踏み込んだ情報が必要なのではないか」「認知症症状と言われるもののなかで、物忘れを大げさに描きすぎではないか。原因別に症状も違うし、対応方法も違うのに、マスメディア的にはすべて一緒にしてしまっている」などである。

これに加えて、メディアが認知症を取り上げることや、認知症の介護に関する描き方について、中立的立場で捉えているものもある。「ご本人の体験に関心もってやっているが、本人の理解がないと教科書的なことだけでは難しいなと思うことがあり、本人に感情移入したりしてみている」「家族が一生懸命関わって家族の力は凄いなんだという印象と、家族がたいへんなんだなという印象もある。本人よりも家族に焦点がある感じになっている」「実話には基づいて俳優さんが演ずるものと、ドキュメンタリー調のものがある。成功例やこういうかわりをすればいいよというヒントになるようなものがある」などである。

メディアを社会的啓発の機能と捉えて、だからこそ、映像化の姿勢やイメージ構成の偏りを批判的に指摘する意見もある。例えば、「認知症の方も社会の中で一緒に生活していくんだという目を育てるような方向でメディア化すべき。特別視は避けるべき」「事件性のあ

るものについて、ストレスがたまるのも良く分かるが、イメージが作られて困ることもある」「ストレス、低賃金、苦労というイメージが流される」「出来なくなっていく」ことにフォーカスを当てるのはどうか。一生懸命支えたくても、事情でそれが出来ない家族にとってはつらい描き方だし、ややキレイに映される。もう終わりだとか、最後だとかといった捉え方を植え付けることになってしまう」「社会に関心を広める。ひとり一人全く違うので、一元的な描き方は避けてほしいと思う」などである。

とくに、社会的啓発機能とは捉えておらず、配信される画像の中身やストーリー構成に関して、認知症の現実との乖離を批判する声もある。「美しいところしか映してない。背景や葛藤の部分が見えてこないの、あまりピンとこない」「綺麗に描かれ過ぎている。実際には、家族のことも分からないような認知症の方もいて、それほどストーリー的な美しいものではない」「一つのケースをきれいに表現されているように思う。過大に表現されるので、誤った理解が植えつけられるところもある」「理想的なイメージが大きい。差が大きい。実際はごく一部の事例が映し出されている感じがする」などである。

10. 一般市民が認知症に対して持っている観方はどのようなものだと思いますか。

85.9%が倒置的な観方をしていると回答。4.7%が受容的、7.1%が中立的な観方をしているとの回答であった。

倒置的な観方の代表的な回答は「怖い、恐怖」「偏見がある」「物忘れ、ボケ」などであった。一方、受容的な観方については「溶け込んできている」「普通に接してくれる」「偏見はない」、中立的な観方は「(否定的でも肯定的でもないが) 関心がある」「(そもそも認知症について) わからない、漠然、他人事」といった回答であった。

一般市民の認知症に対する観方について、倒置的なスティグマが広く存在することを指摘する声が多い。倒置的なスティグマは、大きく、次のようにカテゴリー化できる。

① 差別処遇（具体的行動）による排除：「地域のコーラスサークルに入っていた認知症の方が、大会に出場することになったが、認知症の方は譜面を見ないと歌えないとみんなから言われて、大会に出られなかったことがあった。譜面を持って歌えればいいだけのことなのに、そういう発想に至らない」「自分の近所にああいう人がおられるんだけど、困るんだけど、といった観方が強い。いつも歩き回る、家に来て困る、家の中が汚くて困る。「なんとかしてもらえないか」と訴えてくる」「民生委員さんや近隣の方々や親せきの方などが情報を持っているが、義務としてみている感じで独りの人間として認知症を受け入れているようには見えない」「物忘れがあり、行動が読めないといった観方が一般的。認知症が先に立ち、その方を昔から分かっていたはずなのに、認知症の部分が誇張される。病気だからという一歩下がったかわりに変わってしまうところがある」「頭がおかしくなったな」といった捉え方。呆けは頭が変になる病気だと言った意識の刷り込みがある。たとえば、

家から出ないよう、釘で鍵を閉めてしまうこともある。ご飯を運んでさえいればいいといった意識がある」

② 偏見的先入観（心理状況）や嫌悪による回避：「誰でもなる病気という前提でどう支えるかを考えるわけだが、地域の方々が出席する会議に出ると偏見に満ちた発言を聞くことがある。病気というよりも、痴呆という精神疾患のイメージが強い」「おかしい人がいる」といった観方がまだ強いと感じる」「病気としての認知症に対しては偏見がある。問題を起こす、避けたいといった空気がある」

③ 知識不足や理解不足によるイメージング：「認知症の人が多い割には、知識と理解はまだ進んでいないと思う。認知症初期段階の方でも家族が分かっていない方が多い」「マイナスイメージが強いと思う。何をするかわからない、何をしているのか、言っているのか分からないというイメージ」「呆けちゃったから仕方ない」という言葉で片付けられてしまうことが多いと感じる」

④ 自己防衛：「怖い、可哀想、家族は大変、といった悲観的なものが一般的なのではないか。観たくない、自分も老いていく身で、自分もそうなることを恐れている」「病気としての認知症については受容できていない。他人だったら受容できて、そういう人もいるんだよねということだが、家族に出たら異なってくる」

⑤ 認知症ということは分かっているが、自己のかかわりに関する意識づけの不足：「警察の方が、徘徊高齢者を保護して、「今度から気を付けてくださいね」で帰ってしまった。家族としては、どうして保護する形になったのか、経緯や状態を知りたかった」「認知症の人に出会ったことがない人が多いという印象。民生委員ですら、「私の地域には認知症の方はいないです」と言い切る方がいる。軽度で取り繕われた話ししかされていないと気づいていないことが多い」「病気としての認知症に対する理解の度合いは低い。周囲にいないれば実際には分かり難い。良くそんな仕事ができるね、と言われることが少なくない」

11. 認知症の方々に提供されるケア・サービスを含む健康及び社会福祉サービスの現状について、どのように評価されていますか。どのような問題があると思いますか。

約 9 割が否定的な評価をしている。回答者の 2 割が肯定的な評価をするが、部分的には改善が必要などの指摘をしている。否定的な評価の主なものはサービス量の不足を指摘するもの、地域での在宅生活を支えるには質・量ともに不十分であることを指摘するものなどである。肯定的な回答については、以前に比べるとサービスの種類や量が増えてきたことを評価するものが多い。

この項目の回答で注目したのは、一つには③でも別の回答者に述べられていた医師への不満である。認知症対応型の新設に伴う医師の判定に実態とそぐわないものが多いこと、認知症専門医の情報が少ないことがあげられている。また認知症対応型についても加算がつくなどを評価する声がある一方で、認知症ではなく人を見るべき、利用が逆に差別を生

むなどの問題が指摘されている。

認知症にフォーカスをあてた介護制度について、「認知症で括って対策したほうが、専門性があると思う」として積極的に評価する意見は少なかった。むしろ、「認知症」を冠して制度・施策が推進されることに介護現場の経験的判断から懸念が出されている。それらを整理すると次のようになる。

- ① 制度の目的や設計の問題点：「社会の中に区別を持ち込むような形での推進には問題」
「認知症が完全に治りますということであれば、施策を展開していけばよいが、現状では治す施策になっていない」「どこでも受け入れるので、ことさらに「認知症対応型」のサービスと看板を掲げる意味が薄くなっている」「認知症人口の増加をどう防ぐかという制度施策になっているという感じ」「認知症」で括ること自体が偏見ではないかと思っている。研修も認知症限定が増えているが、要は、人対人、個の尊厳だと思う」「小規模は認知症対応と言いながら、認知症ではない方々も入ってくる。何のために認知症対応と括っているのか、根拠が判然としない。認知症の人と上手に関わっている職員がむしろシュリンクしてしまうこともある」「現場は「認知症対応型～」にはついていけない。たまたま本人が自力でできなかったのかも知れないことを、「認知症だから」のためと言ってしまうことが多い」
- ② 制度の運用の問題点：「加算の付け方が主治医の自立度評価で2以上と条件が付いてくると、医師やケアマネの関わりや判断が本当に正しいのかという疑問を持つことがある。加算をつけるための仕組みになっているのではないか。加算を重視し、自立支援や本人の残存能力向上につながるなら逆ではないか」「軽度認知障害の時からしっかり関わりを持っていかないといけないと言われているが、年間3か月の介護予防教室だけでは継続性が確保できない」「事業所内で関わっているものから観た自立度と主治医意見書の自立度との評価がだいぶ違っている。見当識障害があっても自立と判断されることがある。主治医は専門性不足が目立つ」「まずは医療機関というけれど、どこの医療機関に行ったらよいか。そういう相談は多いが、自分たちも医療機関情報が少ない。地域のケアマネからも、どこの病院がいいかの相談が多いが、紹介し難い。もちろん、セカンドオピニオンを取ることのできる選択肢に情報もない」
- ③ 制度がスティグマを強める要因になっている：「認知症に焦点化した加算などが増えるのは歓迎だが、人へのケアという視点では、認知症に敢えてフォーカスを絞ることには疑問がある。家族へも、認知症加算ですと説明することに抵抗感がある。必ず、ドクターの診断の下で加算しているという説明をする」「認知症対応型」が付くことで、あそこのサービスを使い始めたんだ、認知症なんだという観方を逆に強めてしまう。境界線を強くひいてしまうことになる。看板を別に掲げなくても好い気がする。病院の認知症外来も同じこと」

逆に、制度・施策を、積極的に地域で工夫しながら、活用し、効果を挙げて行こうとする意識・行動も観られる。例えば、「新オレンジプランの7項目に沿って、地域でオレンジ

カフェ。地域の元気な方々に地域づくりに参加してもらいたくてサポーター養成した。その方々が当番制でカフェ運営に関わってくれている。そこに、地域包括支援センターの職員や推進員という専門職が常駐している。軽度の方々もいて、スタッフとしてやってもらっている。もう1か所は2年目に入り1日10名だが、民生委員が広報で協力してくれたり、家族が認知症相談にきたりしている」「二次予防の対象にもならないごく初期段階の方を大事にしたいので、その方々に向けたカフェ+予防事業に展開したい。ここでもサポーターに運営の中心になってもらいたい。定年組のような役割を探している方々を活かす。この方々は得意なものを持っている」「公民館長や老人クラブ会長や有識者といったリーダーを訪問して集めた、足で集めたサポーターの皆さんである」などである。

12. 地域社会が認知症に対して否定的な認識を持っていると思いますか。認知症に対する否定的な認識があるとしたら、具体的にどのようなことがあげられますか。

約7割弱が否定的な認識を持っているという主旨の回答をしている。「否定的ではない」との回答が約2割で、残りの1割は「回答なし（よく分からない）」であった。否定的な認識としては「徘徊」「物忘れ」「大変だ」「迷惑」といったものであった。一方、否定的ではない観方としては「手伝いたい・支援」「かわいそう」といったものである。

この項目は10.とも密接に関連しているが、10.と比して否定的の割合は約10ポイント低くなっている。これは、協力的な特定の地域社会をイメージしている場合があるからと思われる。否定と肯定も二元的ではなく、グラデーションがあるようである。否定的でない人は、憐みを感じるけれども、それを口にはいけないう感覚を持っている。その中は、「自身に置き換えて考える」レベルの人と、「そのために自分が何ができるか」を考えるレベルの人がいて、後者を増やす必要があるとの回答があった。日ごろ仲の良い町会は理解が得られやすいので、日ごろの関係性がとても重要である。

また、ニュースで虐待や事故の時に認知症の方が取り上げられることがあるため、良い認識は持たれていないと思うとの声もあり、マスメディアが社会的スティグマを強化しているとの見方が語られていた。

日常の地域社会生活の場面で観察される、認知症に対するスティグマ意識についての証言として、「通いなれている店の店員さんがつっけんどんな対応をするというのを観たことがある」（排除）、「地域包括支援センターに、奇声を上げる認知症の方への苦情が隣人から寄せられた。迷惑、危ないという意識での行動だと思う」（排除）、「すべて、「認知症だから」というように観ている。中核症状、周辺症状のかかわりについては分かっていない。認知症の方が大声を上げれば、認知症全員が大声を上げると思い込む。すべてイコールになってしまう」（先入観）、「職員に「大変だね」の声掛けをしてくれるが、それがねぎらいの言葉に聞こえないことがあった。自分の世界のことでないという隔絶意識が「大変だね」という言葉につながっているように思えた」（回避）、「可哀想」とか「大変だね」と

いった観方がある。実際は、家族は認知症を受け入れてやっていこうとしている。それを「可哀想」はどうなのかなと思う」（回避）などの捉え方があった。

13. 認知症の方を介護している家族に対して、地域社会が否定的な認識を持っていると思いますか。そうであるとしたら、具体的にどのようなことがあげられますか。

約 2 割が、地域社会が家族に対して否定的な認識を持っていると回答している。最も多いのは否定でも肯定でもなく「大変だね」という同情的な認識であるとの回答であった。そのほか、「手伝ってあげたいと思っている」「どう関わって（手伝って）いいかわからない」といった主旨の回答が続く。少数であるが「無関心」「自分からは関わらない」という回答があった。

これについては、「地域の事情」「家族のカミングアウト」の二つの違いで回答が異なっている。以前に比べれば否定的な地域はかなり減ったとはいえ、未だに「介護は家族がやるもの」「サービスを使うのは家族の手抜き」のような意識が強い地域もある。また、地域性や以前の近所付き合いも大きく関わってくる。「現代は地域の方とコミュニケーションを取らない時代なので、否定というよりは無関心」であるとの回答も出された。これと同様に「否定よりも無関心が問題。気をまわし過ぎて、結果的に否定になることもある」との意見もある。これは項目 12. の回答にもあったが、「大変だね」という言葉は一見同情的に見えるが、実は自分の世界のことではないという隔絶意識からくる可能性もある。そうならば、むしろ「否定的」に近いニュアンスともとれる。癌患者などに対してもしばしば発生するモラルハラスメントと似ている。このような形で同情的だった場合は、何か少し迷惑がかかったら即座に否定的に変わることが多いとの意見もあるように、否定的ではないが他人事という現状は危うい状況である。この中で、認知症サポーター研修を通じて関心を涵養し、問題解決に至った事例も二件報告されていた。

認知症の人を介護している家族に対し、地域社会の中に、2通りのスティグマ意識が存在する。1つは、家族への避難、叱責であり、「施設なんかに入れて、といった反応も聞く。もうちょっと家族が観てあげたらどうか、といった観方があるように思う。本当は住み慣れた家で暮らしたいだろうけど、限界にきて、施設に入れないといけない状態なのだが」「もっと家族ができるのに介護サービス使っているといった観方が強い」といったものである。家族の介護行為に対して、正当な評価基軸が社会的に準備されていないことを懸念する「焦点化されているのは本人で、家族が後回しになっている。家族はやって当たり前ではなく、評価される仕組みが必要」といった観方もある。

また、排除行動に現れた形で、「地域の中では孤立することがある。火事が出たらとか、ゴミとか、そういう心配を持っている。一人暮らしの認知症もけっこういる。お母さんが孤立している現状を、遠方に住む家族に連絡して説明して欲しという依頼が地域包括支援センターに来る」「病院に受診に連れて行っても、家族に対して、「うるさい」と言われて

帰されることがある」といった証言もある。

排除とは異なり、同情を伴う回避心理も存在する。例えば、「家族に対して大変だねという思いで観ている方々と、オープンにしてサービスを使えばいいのにといい観方の方々がいる」「可哀想に」「大変だね」という括りにされる方がまだ多い。軽度の方で「おばあちゃん元気でいいわね」という観方」「大変だねという観方。何とか手伝ってあげたいといった姿勢はある」などである。

そこで、「家族の方も、できるだけ分からないように利用したいということになる。地域密着型で地元の方に地元でサービスを使ってもらいたいのに、わざわざ地元ではないところに行って使っている現状もある」という家族の自己スティグマが助長されることになる。家族の自己スティグマは、本人と家族との関係性の経路にも起因しており、「家族が認知症であることを受け入れていないことが良くある。病気なので本人が怠けているわけではないが、昔のお母さんの姿が強くて、厳しい家庭だったりすると受け入れられていないことが多い」といった観察が出てくることになる。

14. 認知症の方々が、認知症であるということを理由に差別を受けていると気付いたことはありますか。具体的にどのようなことがありましたか。

約8割強が差別的なことがあるという主旨の回答であった。「そういう場面を見たことがない」という回答が約1割強であった。差別的なことがある一方で、「支援してくれる」といったポジティブな面について言及する回答が約5%あった。どのような差別かについては、「本人がわからないので意思確認をしない、説明をしない」といったもの、場面としては「利用者同士」「地域」「職員」が言及された。少数ではあるが、「家族」「医療関係者」の対応について指摘するものもあった。

この項目では「差別」の定義がなされていないが、大きく分けて「高齢者間」「施設職員」「社会」「病院」の4つでの差別が回答されている。「高齢者間」は、一般高齢者が認知症の人に対して差別的言動や対応をするものである。一般高齢者同士でもソリの合わなさから喧嘩となることも多い。高齢者の場合、「ああは、なりたくない」との恐怖意識から、差別的対応になるようである。また若年性認知症の人が高齢者の認知症の人に苛められるケースや、大正生まれは許容的だったが昭和生まれは差別的な人が増えたとの回答もあった。

「施設職員」についてはあつてはならないことだが、赤ちゃん言葉で指示を出したり、ツンツンして名前を「ちゃん」づけで呼んだり、モノを投げたりする場に遭遇したものもいた。また必要以上の介護提供も自立疎外差別ではないかとする回答者もいた。「社会」では、地域での回覧板飛ばしが有ったり、地域のお祭りに行っても対応が冷たかったり、住宅賃貸の拒否、その他に公共施設や体育館を認知症の人の団体には貸さないなどの事例もあげられていた。最後に、意外に病院を差別的と答える回答者が多かった。認知症故の拘束や手術後の早期退院、インフォームドコンセントを家族にしかしなかったり、診療時に

聴診器も当てずに介護者にのみ話を聞いたりなどの事例もあった。

介護サービスの現場において、利用者の小社会で認知症の人への排除が観られる。「輪に入れてもらえなくなる。「あの人呆けていて分からないから」とか、その人に話題をふらない」「軽費老人ホーム併設のデイサービスだが、認知症の方もしっかりした方もいらっしゃる。避けたり、汚がったり、グループで排除したりすることがある。できないからやってあげるといって手出ししてしまうより、冷たい目線で遠ざけている人の方が多い」「繰り返しの話をされるのが嫌で別の席にしてほしい、急な大声でうるさい、自分のお茶を取られるから、席移動を希望するといったことがある」「症状（大声とか失禁とか、徘徊とか）がでていいることについて周囲が気にし始めると、反応が出てくる。施設内で頻繁に起こる」「ティッシュを沢山たたくで帰る人がいて、専門職からは止めさせてはいけないことだが、仲間の利用者からは、単に「紙を沢山持って帰る人」になってしまう」「あの人と一緒に机には座りたくない、一緒に食べたくないと言った場面は何度かある。机を分けたり、時間をずらしたり、席を工夫したりとかする」「通りかかっただけで怒鳴られる」「人の部屋から持って行くのよね」といった話しはしている。自分がああなりたくない意識の現れ」など、心理的な嫌悪が具体的な排除的態度や行動として現れる。

また、認知症の人の保有能力や自立意欲を干渉的に阻害するようなポジティブなスティグマ行動も観られる。例えば、「認知症ではない利用者が、認知症の人のやろうとしていることを、できないんだからと言って先にやってしまったり、代わってやってしまうことがある」「タオルたたみの時など、認知症の方も自分でしようとしているが、隣の人が私がやってあげると言って手伝う場面はある」「利用者間で、「あの人可らしいね」といった感じはある。「はやくやりな、やれないの、じゃあやってやる」というお節介型の関与はある。「ゆっくり食べているから食べさせてやる」といったお節介もある」などである。同様の行動は、「家族がやらせない、キッチンに立たせない、そういった自立阻害的な差別は良くある。どこが「思いやり」のラインになるのか、難しいと思っている」など家族にも観られる。

実は、このような干渉的なパターンリズムの形を取るポジティブ・スティグマは、介護職員の中身も観られる。「職員の中にも、「分らないだろうから」という目線から入っていくものもある。そういう職員には、「ちょっと待ってあげたら」とアドバイスする。ただコップを持っただけなのに、次に何をやるのかなという可能性を観ないような職員もする。要するに、待つことができている」といった証言である。

次の地域の大規模スーパーの対応は、認知症の人への差別的排除の原因となるスティグマに関する教育が、店長という管理職従業員の育成・訓練に取り入れられていないことを示している。「元気なころから近所のスーパーに行っていた利用者が、アルツハイマーになって、スーパーから、買い物かごいっぱいにももの入れて、それを床において、次のかごいっぱい。店長が、家族と地域包括支援センター職員を呼んで、全部買い取りを要求し、これを勘弁してくれといったら、家族と職員が元通りに片付けろとあって、終わるまで監

視されたことがある。店長から、店に張り出す顔写真をつくってこいと要求された。」

実際には、認知症の人は、様々な能力を保有し続けている。「長谷川式8点ぐらいの方でも針仕事が上手な人がいる。デイサービスでは、そういう人を見せる場面づくりをしている。関わっているとある日突然、得意なことが判る。事前情報のアセスメントではそういうことは分からないが、毎日関わっていると突然発見されることがある。発見するためには、活動を活発することが大事。知的活動、身体を使う活動を工夫する中で、職員がその人の得意を見つけ出す」といった観点は、介護の処遇の場面だけでなく、広く家族、地域社会に認識されるべきである。

15. 認知症であることを社会に隠したり、遠慮して生きないで良いようにするためにどのような取組みが必要だと思いますか。

認知症の理解を深める、正確な情報提供、教育や勉強の場をつくること、認知症の人と直接関わる機会づくり、家族の相談窓口、地域の支援体制の構築といった主旨の回答が分散していた。

取組みに関し、下記に一覧する通り、様々な提案が寄せられた。その中で、最も本質的な問いと思われるのは、「専門看護師のようにプロを育てるのがいいのか、誰でもできる仕事にした方がいいのか、という論点がある」というものである。この意見は、いわゆるノーマライゼーションの考え方を認知症にも適用している。これと同趣旨の意見として、「日本の風土的に他と異なることを避けたいというのがある。だから、できるだけ一般化しておきたいということがある。認知症カフェもそうで、普通にスタバが受け入れ場所になれば、カフェはいらない。障害についてもそう。特別視しない取組みが大切。オレンジプラン、認知症カフェといっているようでは、まだまだ特別視しているという段階。そのためには、取組みと共に、政策の基盤が重要」とか、「社会って、特別な人をつくってはいけない。分け隔てなく生活できればよいと思う」といった、そもそも、社会とは、あるいは、日本社会の在り方とは、という理論的な射程を持った問いにつながっている。

主だった意見を一覧表にまとめると次の通りになる。

- ・専門医を充実させること。
- ・家族が前向きにケアしていけるサポート（心のサポートや具体的なケア方法論）、家族の余暇活動を妨げないレスパイトの充実。認知症家族の会や認知症の方が軽度のうちから集まれる機会の整備
- ・認知症の人は、光るものを持っている（裁縫や編み物など）方が多い。そういう輝きを、外に出せる機会を自然に創りたい。
- ・認知症に興味がある人に対する講座は既にあるが、「認知症を聞いたことがある」くらいの方が認知症について知ることができる機会があればいいと思う。
- ・「認知症になってしまったら大変」ではなく、認知症になってもこう生きて行けることが

認識される必要がある。癌とか他の病気と同じように捉えられれば。

- ・義務教育に疾病、障害を入れるべき。小さい時から、教育を受けて知ることが大切。わからないものは受け入れられないが、知っていれば受け入れられる。
- ・子どものころから認知症を学ぶ機会を増やす。交流の場づくり、地域での交流機会づくり。
- ・小学校の父兄に対する認知症に関する話し合いの機会を持っている。PTAからの要請があつて。中間層、親世代をターゲットにする。
- ・状況的学習論が必要。言葉で伝えても行動変容が必要。感情への訴えかけが必要。認知症の方との直接的な関わりや接点を作っていく。
- ・接触機会を増やすこと。
- ・関わり方がわからないという状況は、偏見を生む。
- ・リアルな認知症を体験してもらう。自分のこととしてイメージしやすいようにする。それが、地域包括ケアだと思う。住民参加型の取り組み、住民主体によって取り組めるよう仕掛ける。
- ・今のところ国家資格では認知症に特化した資格はないが、何か国家資格みたいなものができたらいいのではないか、と思う。認知症に関する専門職がいる事業所が確立できれば、ケースによって受入れを断るということをせずに対応ができるようになる。
- ・認知症問題は不可避なので、「無関心」を無くすべき。小中学校から「高齢者とのかかわり」「認知症とは」との科目があつていいかも。地域社会に認知症サポーター養成講座を参加させるなど、大きなプロジェクトとして国の予算を使ってほしい。マスコミもそのための報道をして欲しい。

III-4 定性的調査分析の結論

この調査は、認知症介護に直接関わる仕事についている専門職が捉えた認知症スティグマを聞き取りしている。したがって、被調査者の経験の量と量、専門分野や職域の視界、現実と向き合う視点が反映することになる。85名の調査対象となった方々は、保有資格、経験の長さや範囲、職務職掌が広く分散するように選ばれており、およそ、高齢者介護に関わる、医師を除く、全ての領域を包含する網掛け調査となっている。

初期の段階では、認知症の人に対し戸惑いや当惑を感じたが、仕事の経験を積むにしたがつて、認知症ならびに認知症の人を受容し、ケアする専門的能力を獲得してきたことが伺える。仕事の経験では、利用者本人への観察と関わり、家族との対応・調整、地域との接触、職場における知的創発が主要な要素となっている。

利用者本人の自己スティグマ、家族が認知症に対して有するスティグマ、家族が家族関

係の経路の中で利用者本人に対して有するようになるスティグマ、地域社会が認知症に対して一般的に有するスティグマ、地域社会が具体的な認知症の人やその介護家族に対して持つスティグマ、利用者同士の小社会に発生するスティグマ、それに介護職員が認知症利用者に対して持つスティグマの拡がりやその状態を析出することができた。

とくに、**自己スティグマと家族の認知症へのスティグマ、それに地域の認知症に対する無理解や誤解が、認知症の早期発見につながる受診の促しを阻害している**ことが把握できた。

また、**専門医に関する情報の不足や地域の「かかりつけ医」の認知症診断力や処方知識の不足が、せつかく受診につながっても、それが、十分な早期発見の役割を果たさない現状**も検出できた。

地域社会でのスティグマ解消については、小さい頃から認知症の人の生活を体験する機会を増やすことと、**地域社会に密着したきめ細かな認知症の体験的学習機会の重要性**が指摘されている。

具体的な早期発見の促しについては、**デイサービス事業に情報集約と相談・調整の窓口機能をもたせること、および、地域包括支援センターの橋渡しの役割の重要性**が指摘されている。

早期発見において最も重要な役割を果たす専門医については、その質の向上とらんで**専門医情報の充実と地域包括支援センターでの情報利用便宜の向上**が指摘されている。同時に、「かかりつけ医」の認知症診断・処方力の向上と、「かかりつけ医」を持たない方々への**認知症医療情報の公開性の強化**が指摘されている。

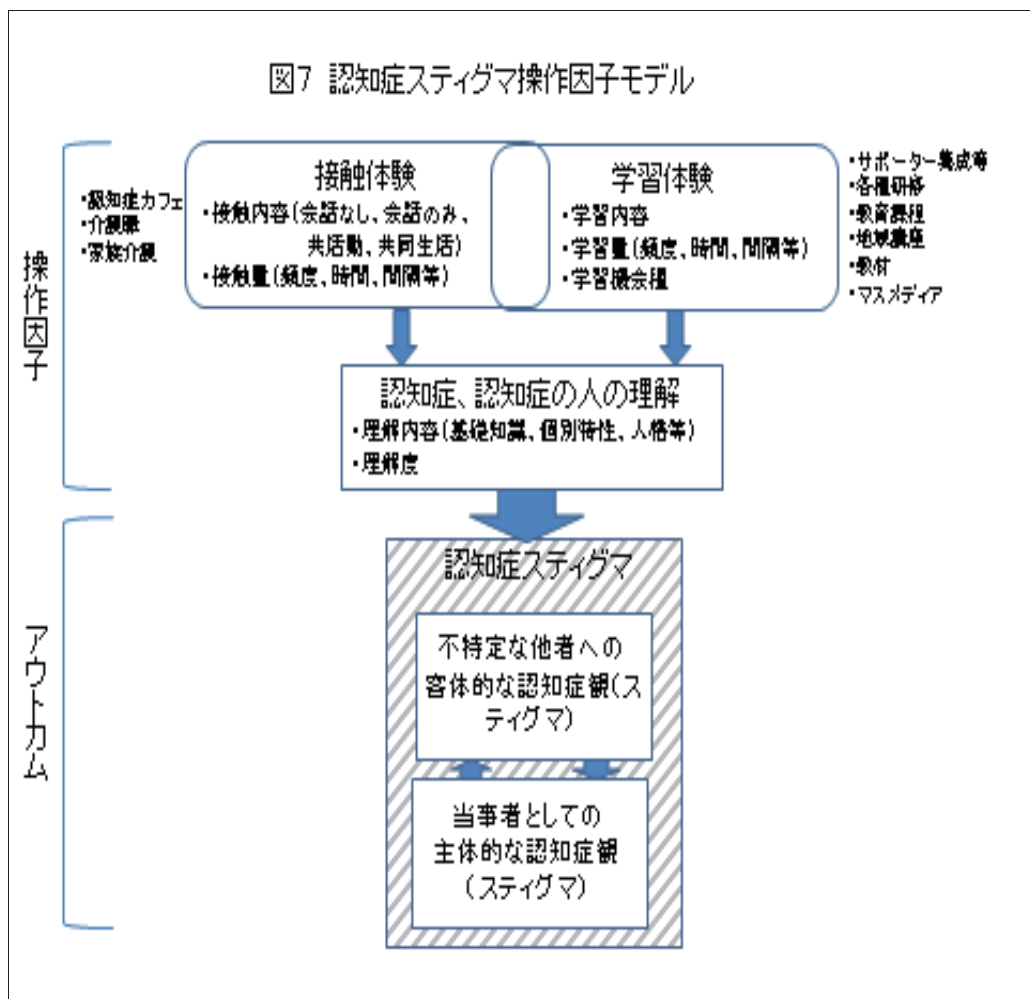
介護専門職の**職場における認知症発見・対応の組織化の重要性**が指摘されている。場合によっては、**医師の受診に代替し得る認知症発見力を有している**ことも指摘されている。

介護専門職が、ケア行為の中で干渉的パターンリズムと呼びうるような行動で、認知症の人の自律的行動や能力活用の芽を摘んでしまっている実用も指摘されている。「待てない」介護、「やってあげたい」介護という、いわばポジティブなスティグマの現れである。

IV アウトカム評価指標と改善促進スケール:提言

IV-1 認知症スティグマ操作因子モデル

II-3 およびII-4 の分析結果に、IIIの専門職としての成長要因に関する介護職員の自己認識の分析を重ねることで、認知症スティグマをアウトカムとし認知症スティグマを操作しようとする変数として、認知症や認知症の人の理解、学習体験の機会、接触方法を抽出できた。これを、操作因子間および認知症スティグマへの影響に関する仮説モデルに展開したのが、次の図7である。



認知症スティグマは、一般的な不特定の他者に対するスティグマである「客体的スティグマ」と、当事者としてのスティグマである「主体的スティグマ」より構成される。標準的には「客体的スティグマ」が形成された後に「主体的なスティグマ」に影響が現れる。しかし、家族や親族が認知症の場合、幼児期や児童期に認知症観が形成され、「主体的スティグマ」が確定したのち、「客体的スティグマ」が形成されることも考えられる。従って、「客体的スティグマ」と「主体的スティグマ」は双方向の影響を示しており、これらを総じて「認知症スティグマ」と定義することが可能である。

認知症スティグマをアウトカムとした場合、**直接的に影響を与える因子として認知症あるいは認知症の人に対する理解の仕方や理解の程度**が考えられる。**学習体験や接触体験**は認知症スティグマへの直接的な影響因子ではなく、認知症あるいは認知症の人の**理解を決定づける主要な間接因子**と捉えることができる。そして接触体験と学習体験は一部重複しており、学習体験の中に接触機会が含まれている場合もあるし、接触体験そのものが学習機会と捉えられるような折り重なり状態もあり得る。

今回の解析結果から、これらの関連因子は認知症スティグマの予測因子として十分に妥当な結果が得られなかったことから、認知症スティグマへの影響因子を他に仮定する必要がある。現段階で想定される主要な影響因子としては、性格、対人関係性、価値観等の思考パターンを形成する基礎的な個人特性が重要であると予想される。このことから、認知症に限らず、他の事柄、特に**他者や一般的な人間への見方や捉え方の傾向といった要因が基礎にあり、認知症に対する見方についてもそれらの影響が強く関わっている可能性**が考えられる。

今後の課題となるが、認知症スティグマとその他の価値観に関する傾向の相関や関連を確認した上で、対人観等の価値傾向をコントロールした対象設定が必要である。また、それらの事前対象選定が困難である場合は、操作因子による介入前後の認知症スティグマ変化量を取り扱った検証が必要である。

認知症スティグマ解消方略の観点からは、学習体験因子に関する方略として認知症に関する各教育プログラムや実施システムの運用が重要になる。分析結果から仮説的に想定される教育プログラムのモデルについては、次のIV-2に示す通りである。

また、実施システムとその運用に関しては、さらに、本研究の成果を展開させるための調査が不可欠である。現段階では、全国的に各団体を主催者として実施されている教育プログラムが多様に存在するが、認知症の早期発見、初期集中対応に実証科学的根拠を持ってフォーカス化されたプログラムとはなっていないのが現状である。既存のプログラムの内容について整理を行い、理解度への効果内容を検証することが次の課題となる。

接触体験因子については、認知症カフェを主とするプログラムが相当し、新・オレンジプランにおいても推奨され全国において多種多様な認知症カフェに類する事業が急増しつつある。しかし認知症カフェで実施されるプログラムは一様ではなく、目的、実施方法、参加者等によって形態分類が必要となっている。今後はそれらの研究の促進が期待される。

本研究での提言としては認知症スティグマ低減に寄与する要件として認知症の人との接触型、特に**共同活動を主とした共体験型の認知症カフェに類する機会が重要なプログラム**と考えられる。また、**知識供与型の学習と接触体験を主とする機会の受動時期が、認知症スティグマの直接因子である認知症あるいは認知症の人の理解度に強く影響されることが予想される**。本調査内容では影響因子の供与に関する時系列的な効果まで言及できていないが、おそらく認知症スティグマの低減因子である理解内容について、認知症に関する病態理解だけでなく、認知症を内包する人格や性格等の個性の理解や関係性の濃密度が低減を促進する決定因子であると考えられる。

従って、**認知症の病態理解を主とする学習内容よりも共活動を主とした接触体験の機会を先に供与し、個人特性等に関する理解を踏まえた上で認知症病態等に関する知識供与型の機会を設けることが効果的であると予測される**。また、追加分析で触れたように不特定の他者への客体的なスティグマと当事者としての主体的なスティグマには異なる影響因子が関与することが示唆されている。

つまり、本調査の結果から、「主体的スティグマ」度に影響している因子は「一緒に生活したことがある」のみであり、決定因子ではないが、共同体験に留まらない共同生活という体験の中に主体的スティグマに影響する重要な要因が潜在している可能性が導き出された。共同生活は共同活動ほど客体的スティグマを低減しないが、共同活動よりも主体的スティグマを高めていないことから、**認知症者との接触の中で認知症のポジティブ要素だけでなくネガティブ要素に関する体験も取り込み、双方の実態を理解した上で人格全体を受容できるようなプログラムの構成が必要**であると考えられる。

IV-2 「アウトカム評価指標」および「改善促進スケール」仮説

IV-2-1 「アウトカム評価指標」

認知症の早期発見、初期集中対応の妨げとなるスティグマ心理・行動について、その低減を定量的に評価する指標を、本研究では「アウトカム評価指標」と呼んでいる。すなわち、特定の社会集団や個人を対象に、「アウトカム評価指標」を用いた**第 1 回目の調査(これを「前調査」と呼ぶ)を実施し、スティグマ状態を得点化してベンチマークする**。その上で、認知症に関する**知識学習と体験学中の機会を投入し、その後、第 2 回目の調査(これを「後調査」と呼ぶ)を実施する**。学習機会を得たことで、スティグマがどのくらい低減されたのかを点数比較で評価することで得られる変化を、スティグマ低減のアウトカムと見做す。

IIで検討した定性調査の統合分析において、I-T相関分析の結果、異常値を取り除くと21項目が得られた。21項目のうち、質問番号23. および24. は「関わることへの

ポジティブ感」、すなわち認知症の人への肯定的関係性指向に関する項目である。この 21 項目を状態改善指標として用いることができる。

21 項目について探索的因子分析を実施すると（資料 2-3 の表 3）、すべての項目で、3 因子 1～因子 3 のすべてについて 0.3 以上の負荷量を得ることができた。そこで、この 21 項目はアウトカム評価の指標としてすべて有効であることから、本研究では、これを用いた指標を「認知症 AKIHO 指標」と命名し、次のように設計した。

【AKIHO 評価指標】

評価点

1. 全くそう思う 2. そう思う 3. どちらとも言えない 4. そう思わない 5. 全くそう思わない

1. 認知症の人は私が何を言っているか理解できない
2. 認知症の人は自分の本能的な欲求のままに生活している
3. 認知症の人は何を言われてもすぐに忘れてしまう
4. 認知症の人は同じことを何度も繰り返し話して他人をいらいらさせる
5. 認知症の人は他者に気遣うことができない
6. 認知症の人は何をするかわからない
7. 認知症の人は伝統的に大切にされてきたことを無視しがちである
8. 認知症の人は他人を煩わせないような環境で生活するのが最善である
9. 認知症の人は人間的な魅力が薄れてきているように見える
10. 認知症人は地域の公共の施設を利用するのが難しい
11. 認知症の人は複雑で面白い会話ができない
12. 認知症の人は地域で暮らし続けることができない
13. 認知症の人は衛生状態が良くない
14. 認知症の人に特に関心はない
15. 認知症の人は人生の知恵があるので尊敬されている
16. 認知症の人はたくさんの知識を持っている
17. 認知症の人の日常生活は人間らしい
18. 認知症の人は一緒に居て楽しい
19. 認知症の人は他人に関心を寄せ、他人を思いやる
20. 認知症の人から学ぶことが多い
21. 認知症の人を訪ねることに躊躇はない

仮説総得点分布 21 点～105 点

IV-2-2 「改善促進スケール」仮説モデル

認知症スティグマ度改善指標としての「AKIHO評価指標」で測定可能な変化を促進する要因として、II-3の統合分析、II-4の3因子とスティグマの相関分析、ならびにIIIの介護職員認識調査の分析結果から、認知症スティグマの低減に有意に作用する要因として、**(1)認知症の人との接触経験、(2)認知症に関する理解度、(3)認知症に関する学習機会**が抽出できている。この3要因から構成されるスティグマ操作スケールを本研究では「改善促進スケール」と呼ぶ。

そこで、「AKIHO評価指標」の「前調査」と「後調査」の中間に投入することで、スティグマ度改善プログラムとすることができる。

(2)の認知症に関する理解度とは、市民書面調査票の質問肢6.、職員書面調査票の質問肢13.の①～⑩の知識の得点である。①～⑩のそれぞれが、認知症に関する正しい知識を獲得するための教育テーマになっている。

(1)の認知症の人との接触経験とは、市民書面調査票の質問肢3.の①～⑤である。このうち、④「一緒に活動したことがある」がスティグマ度改善への寄与率が顕著に高く、逆に、⑤「一緒に生活したことがある」はスティグマ増幅効果があることが検証された。したがって、接触体験の中でも、認知症の人と一緒に活動するプログラムが学習ツールとしては有効である。

(3)認知症に関する学習機会とは、市民書面調査票の質問肢5.の①～⑫、職員書面調査票の質問肢12.の①～⑧である。II-3およびII-4の分析から、職場での認知症学習や小中高校以外の教育機関での認知症学習がスティグマ度改善に最も寄与率が高く、次いで高等学校での学習、市民講座や教育教材・書籍雑誌などを通じての自己学習となっている。この3つの学習機会の効果が顕著に高い。逆に、介護経験のある家族からの学習やメディアを通しての学習は効果が低いか、方法や取り上げる素材によってはスティグマ増幅効果も含まれている。

以上のことから、学習機会としての「改善促進スケール」は、**a.認知症基礎知識学習、b.認知症の人との一緒に活動体験、c.職場・高等教育機関・市民講座での講習、d.適切な書籍教材を用いた自己学習の4つの機会を組み合わせた内容**になる。このうち、a.とc.、a.とd.は一体的構成が可能であるので、学習機会のモデル仮説は次の通りとなる。このモデルを「OH IKA改善促進スケール」と命名する。

本研究では、実際の学習効果、スティグマ改善効果、長期発見の牽引効果について、実証実験するところまでは至らなかった。スケールの内容は、そのような学習機会を通じて、どのような内容を学教するか、という2つの要因から構成される必要がある。本研究では、学習機会についてはデータ上の効果検証が済んでいる。学習内容に関しては、10項目の知識テーマと「活動」という内容に留まり、効果的な知識教育の内容や「活動」プログラムまで踏み込むことができていない。したがって、仮説モデルの段階であることに留意が必

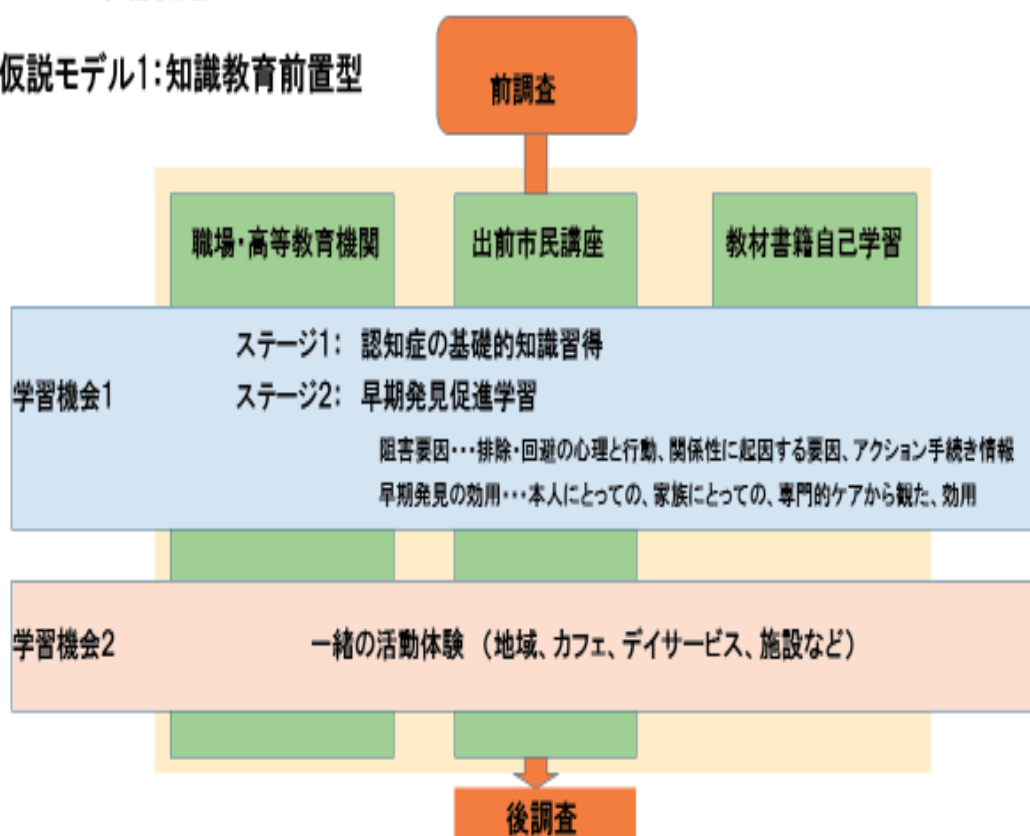
要である。

IV-1 において、知識供与型の学習と接触体験を主とする機会の受動時期が、認知症ステージの直接因子である認知症あるいは認知症の人の理解度に強く影響されることが予想されるという推定を示している。そのことから、認知症の病態理解を主とする学習内容よりも共活動を主とした接触体験の機会を先に供与し、個人特性等に関する理解を踏まえた上で認知症病態等に関する知識供与型の機会を設けることが効果的であることが予測された。認知症者との接触の中身についても、認知症のポジティブ要素だけでなくネガティブ要素に関する体験も取り込み、双方の実態を理解した上で人格全体を受容できるようなプログラムの構成が必要であるという仮説が成立した。

そこで、下図の通り、「OH I K A改善促進スケール」仮説モデル1として、知識教育を前置するモデルと、「OH I K A改善促進スケール」仮説モデル2として、接触体験を前置するモデルを設計した。

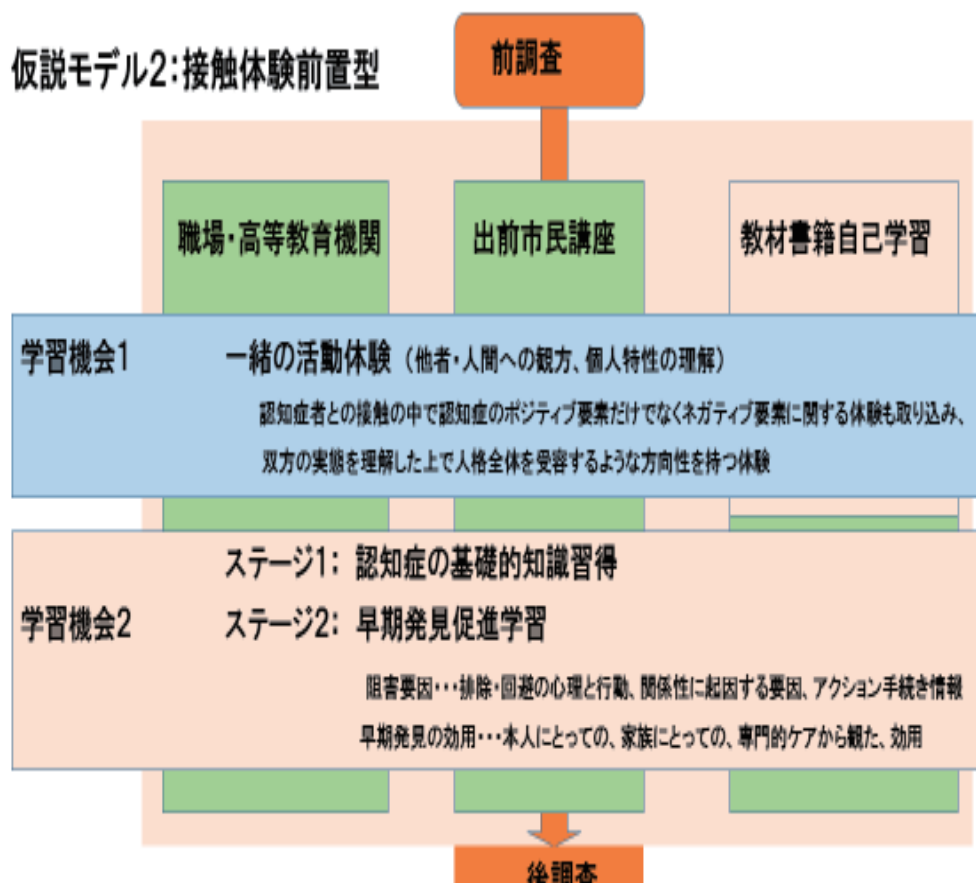
OH I K A改善促進スケール

仮説モデル1:知識教育前置型



OHKA改善促進スケール

仮説モデル2:接触体験前置型



なお、モデルを構成する具体的な学習プログラムとその最適な実施手順、および、認知症スティグマ度改善効果への寄与度に関する実証は、今後の課題に残された。

資料 1-1

認知症に関する学術調査へのご協力をお願い

市民

この調査は、日本介護経営学会(会長 田中滋・慶應義塾大学名誉教授)が実施する「認知症早期発見・初期対応促進に資するアウトカム指標と定量的評価スケールの開発に関する調査研究」(平成27年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業)の一環として、認知症および認知症の人について、市民の皆さまの観方を伺う目的で実施されるものです。調査の結果は、統計的に分析したうえで、認知症についての社会意識の改善に役立つ方法の開発に用います。

学術調査ですので、ご協力いただけるかどうかは全くあなたの任意です。
調査票に回答いただいたあなたの個人名が特定されることはありません。
回答者であるあなたの属性を尋ねる場合でも、年齢層、認知症についての学習経験など一般的な属性に限定し、個人情報やプライバシーに関する質問は含まれておりません。

ご回答いただいたマークシートは、「返送用封筒」に入れ、切手を貼らずに、投函してください。調査票は返却の必要はありません。封筒にご住所、お名前等の個人情報を記入しないでください。

調査票がお手元に届いてから、3週間以内に、ご返送くださるようお願いいたします。

ご協力いただける方は、以下の質問に答えてください。

回答は、濃い鉛筆を使って、別紙のマークシートにお願いします。

マークシート記入例

※マークシートは機械で読み取りますので、はみ出さないように鉛筆で塗りつぶしてください。



Ⅰ あなたの属性についてお伺いします。

マークシートの該当番号を塗りつぶしてください。

1. 性別 ① 女性 ② 男性

2. あなたの年齢 満_____歳

3. 認知症の人に会ったことがありますか。

- ① 会ったことがない
- ② 会っただけで話したことはない
- ③ 会って、挨拶程度でも話しをしたことがある
- ④ 一緒に活動したことがある
- ⑤ 一緒に生活したことがある

4. 3.で②から⑤にマークした方に伺います。それはどこにおいてですか。

- ① 公共の乗り物の中で
- ② 病院や施設で
- ③ 街中や地元の地域で
- ④ 在宅で
- ⑤ その他(具体的に: _____)

5. これまでに認知症および認知症の人について、学習の経験はありますか。あてはまるものをすべて選んでください。

- ① 小中学校時代に学んだ ② 高校時代に学んだ ③ ①②以外の教育機関で学んだ
- ④ 職場で学んだ ⑤ 地域の集まりで学んだ ⑥ 認知症の方を介護する家族から学んだ
- ⑦ 家族から学んだ ⑧ 教育教材や書籍・雑誌などから自分で学んだ
- ⑨ テレビ番組などマスメディアを通して学んだ ⑩ 行政の広報などで学んだ
- ⑪ 認知症や福祉・介護などをテーマにする市民講座で学んだ ⑫ その他

6. 以下のうち、正しいと思うものを、すべて、選んでください。

- ① 認知症とは先天的な認知機能の障害である
- ② 認知症になると必ず徘徊をする
- ③ 認知症になっても喜怒哀楽は豊かである
- ④ 認知症の中で最も多いのは前頭側頭型認知症である
- ⑤ 認知症は薬で治すことができる

- ⑥ アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は進行しない
- ⑦ BPSD とは Behavioral and Physical Symptoms of Dementia の略である
- ⑧ 認知症になると何もわからないので楽しくて幸せである
- ⑨ 認知症になっても初期であれば昔の記憶は残っていることが多い
- ⑩ 交通事故でも認知症になる

7. テレビ番組や映画などで、認知症の人の映像を観たことがありますか。

- ① ある
- ② ない

8. 7. で「①ある」方は、その映像に描かれていた認知症の人の印象はどのようなものであったか、簡単に書いてください。

()

II 認知症および認知症の人に関する意識をお尋ねします。

以下の質問に、マークシートの①「全くそう思わない」～⑤「強くそう思う」のいずれか当てはまるものにマークしてお答えください。

A あなたは、認知症の人について、次のように思っていますか、あるいは思わないですか。

- 1. 認知症の人は、衛生状態が良くない。
- 2. 認知症の人は何をするかわからない。
- 3. 認知症の人は人間的な魅力が薄れてきているように見える。
- 4. 認知症の人はささいな存在である。
- 5. 認知症の人は、複雑で面白い会話ができない。
- 6. 認知症の人は、何を言われてもすぐに忘れてしまう。
- 7. 認知症の人は、私が何を言っているか理解できない。
- 8. 認知症の人は、自分の本能的な欲求のままに生活している。
- 9. 認知症の人は、同じことを何度も繰り返し話して他人をいらいらさせる。

10. 認知症の人は、地域の公共の施設を利用するのが難しい。
11. 認知症の人は、地域で暮らし続けることができない。
12. 認知症の人は、他人を煩わせないような環境で生活するのが最善である。
13. 認知症の人は、伝統的に大切にされてきたことを無視しがちである。
14. 認知症の人は、他者に気遣うことができない。
15. 認知症の人と、眼を合わせないようにする。
16. 認知症の人と一緒に食事はしたくない。
17. 認知症の人から話しかけられるのが好きではない。
18. 認知症の人と一緒に空間にいるのが好きではない。
19. 認知症の人について特に関心はない。
20. 認知症の人は、多くのことに、関わりたがったり、関心を持ったりする。
21. 認知症の人は、他人に関心を寄せ、他人を思いやる。
22. 認知症の人は、一緒に居て楽しい。
23. 認知症の人を訪ねることに躊躇はない。
24. 認知症の人から学ぶことが多い。
25. 認知症の人は、人生の知恵があるので尊敬されている。
26. 認知症の人の生活の日常生活は人間らしい。
27. 認知症の人は、たくさんの知識を持っている。

B あなたは、もしご自分が認知症になったら、次のように思いますか、あるいは思わないですか。

- 28. もし自分が認知症になっても、家族にはそれを知られたくない。
- 29. もし自分が認知症になったら、近所の人にはそれを知られたくない。
- 30. もし自分が認知症になったら、周囲の人々は、私のことを真剣に考えてくれなくなると思う。
- 31. もし自分が認知症になっても、家族は私を支えてくれると思う。
- 32. もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う。
- 33. もし自分が認知症になっても、生きることを諦めることはないと思う。
- 34. もし自分が認知症になっても、喜怒哀楽の感情は残ると思う。
- 35. もし自分が認知症になっても、生活環境に適応しようと努力すると思う。
- 36. もし自分が認知症になったら、日常生活のいろいろなことができなくなると思う。

III 次の想定の問いにお答えください。

マークシートの該当番号を塗りつぶしてください。

1. あなたは、もし、物事を忘れっぽくなり、それが認知症の始まりの兆候ではないかと気になり始めたら、次のリストの中の誰に、助けを求めることになると思いますか。

	有り得ない	有り得る	当てはまらない
1. 配偶者	①	②	③
2. 子ども	①	②	③
3. 兄弟姉妹	①	②	③
4. 親	①	②	③
5. 友人	①	②	③
6. その他の親戚や家族の人達	①	②	③
7. カウンセラー、臨床心理士	①	②	
8. 行政の窓口	①	②	
9. 保健所(健康福祉センター)	①	②	

- | | | |
|-------------------|---|---|
| 10. 福祉事務所 | ① | ② |
| 11. 地域包括支援センター | ① | ② |
| 12. 老人ホームなどの施設 | ① | ② |
| 13. 電話相談 | ① | ② |
| 14. 専門医・かかりつけ医 | ① | ② |
| 15. 誰にも助けを求めない | ① | ② |
| 16. 最終段階まで助けは求めない | ① | ② |
| 17. その他 (具体的に:) | | |

2. あなたは、もし、あなたの近い家族に認知症の初期症状が見られるようになったら、当人に代わって、次のリストの中の誰に、助けを求めることになると思いますか。

- | | 有り得ない | 有り得る | 当てはまらない |
|-------------------|-------|------|---------|
| 1. 配偶者 | ① | ② | ③ |
| 2. 子ども | ① | ② | ③ |
| 3. 兄弟姉妹 | ① | ② | ③ |
| 4. 親 | ① | ② | ③ |
| 5. 友人 | ① | ② | ③ |
| 6. その他の親戚や家族の人達 | ① | ② | ③ |
| 7. カウンセラー、臨床心理士 | ① | ② | |
| 8. 役所の行政の窓口 | ① | ② | |
| 9. 保健所(健康福祉センター) | ① | ② | |
| 10. 福祉事務所 | ① | ② | |
| 11. 地域包括支援センター | ① | ② | |
| 12. 老人ホームなどの施設 | ① | ② | |
| 13. 電話相談 | ① | ② | |
| 14. 専門医・かかりつけ医 | ① | ② | |
| 15. 誰にも助けを求めない | ① | ② | |
| 16. 最終段階まで助けは求めない | ① | ② | |

質問は以上です。

長時間ご協力いただき、ありがとうございました。

【回答用紙】「市民」

I. 属性

1. 性別.....

- 1 2

2. 年齢.....

満 歳

3. 認知症の人との出会い.....

- 1 2 3 4 5

4. ※問3で、②から⑤にマークした方に.....

- 1 2 3 4 5

⑤記入欄： ()

5. 学習の経験.....

- 1 2 3 4 5 6 7
 8 9 10 11 12

6. 正しいと思うもの.....

- 1 2 3 4 5 6 7
 8 9 10

7. 視聴経験.....

- 1 2

8. 視聴時の印象.....

[]

II. 意識

A 全くそう思わない そう思わない どちらとも言えない そう思う 強くそう思う

1. 1 2 3 4 5
 2. 1 2 3 4 5
 3. 1 2 3 4 5
 4. 1 2 3 4 5
 5. 1 2 3 4 5
 6. 1 2 3 4 5
 7. 1 2 3 4 5
 8. 1 2 3 4 5
 9. 1 2 3 4 5
 10. 1 2 3 4 5
 11. 1 2 3 4 5
 12. 1 2 3 4 5
 13. 1 2 3 4 5
 14. 1 2 3 4 5
 15. 1 2 3 4 5

全くそう思わない そう思わない どちらとも言えない そう思う 強くそう思う

16. 1 2 3 4 5
 17. 1 2 3 4 5
 18. 1 2 3 4 5
 19. 1 2 3 4 5
 20. 1 2 3 4 5
 21. 1 2 3 4 5
 22. 1 2 3 4 5
 23. 1 2 3 4 5
 24. 1 2 3 4 5
 25. 1 2 3 4 5
 26. 1 2 3 4 5
 27. 1 2 3 4 5

B

28. 1 2 3 4 5
 29. 1 2 3 4 5
 30. 1 2 3 4 5
 31. 1 2 3 4 5
 32. 1 2 3 4 5
 33. 1 2 3 4 5
 34. 1 2 3 4 5
 35. 1 2 3 4 5
 36. 1 2 3 4 5

III. 想定の問い

1. 助けをを求める対象（自分）.....

1. 1 2 3 4 5 9. 1 2
 2. 1 2 3 4 5 10. 1 2
 3. 1 2 3 4 5 11. 1 2
 4. 1 2 3 4 5 12. 1 2
 5. 1 2 3 4 5 13. 1 2
 6. 1 2 3 4 5 14. 1 2
 7. 1 2 3 4 5 15. 1 2
 8. 1 2 3 4 5 16. 1 2

17. 記入欄： ()

2. 助けをを求める対象（家族）.....

1. 1 2 3 4 5 9. 1 2
 2. 1 2 3 4 5 10. 1 2
 3. 1 2 3 4 5 11. 1 2
 4. 1 2 3 4 5 12. 1 2
 5. 1 2 3 4 5 13. 1 2
 6. 1 2 3 4 5 14. 1 2
 7. 1 2 3 4 5 15. 1 2
 8. 1 2 3 4 5 16. 1 2

(ご協力ありがとうございました)

認知症に関する学術調査へのご協力をお願い

職員

この調査は、日本介護経営学会(会長 田中滋・慶應義塾大学名誉教授)が実施する「認知症早期発見・初期対応促進に資するアウトカム指標と定量的評価スケールの開発に関する調査研究」(平成27年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業)の一環として、認知症および認知症の人についての皆さまの観方を伺う目的で実施されるものです。調査の結果は、統計的に分析したうえで、認知症に関する社会意識の改善に役立つ方法の開発に用います。

学術調査ですので、ご協力いただけるかどうかは全くあなたの任意です。
 調査票の配布・回収は匿名で行われ、個人名が特定されることはありません。
 回答者であるあなたの属性を尋ねる場合でも、資格、業務、経験、認知症学習経験など一般的な属性に限定し、個人情報やプライバシーに関する質問は含まれておりません。

ご回答いただいたマークシートを、「返信用封筒」に入れ、封をして、切手を貼らずにそのまま投函してください。調査票は返却の必要はありません。
封筒にお名前等を記入しないでください。

お手元に調査票が届いてから、3週間以内に、返送して下さるようお願いいたします。

ご協力いただける方は、以下の質問に答えてください。

回答は、濃い鉛筆を使って、別紙のマークシートにお願いします。

マークシート記入例

※マークシートは機械で読み取りますので、はみ出さないように鉛筆で塗りつぶしてください。



I あなたの属性についてお伺いします。

以下の質問について、番号選択式の質問では、マークシートの該当番号を塗りつぶしてください。また、「お生まれの年」や「その他」項目など記入式で回答を求められている項目については、シートの該当欄に直接ご記入ください。

1. 性別 ① 女性 ② 男性

2. お生まれの年 西暦 _____年

3. 学歴 ① 高卒 ② 専門学校卒 ③ 短大卒 ④ 大卒
 ⑤ 大学院卒 ⑥ その他

4. 学校で学んだ医療・福祉に関わる専門領域(あてはまるものをすべて選んでください)
① 介護 ② ソーシャルワーク ③ 医学 ④ 看護学
⑤ 理学療法 ⑥ 作業療法 ⑦ OT/PT 以外のリハ
⑧ その他(具体的に: _____) ⑨ 特に学んでいない

5. 現在の保有資格 (あてはまるものをすべて選んでください)
① 介護福祉士 ② 社会福祉士 ③ ホームヘルパー(介護職員初任者研修)
④ 看護師 ⑤ 准看護師 ⑥ 理学療法士 ⑦ 作業療法士 ⑧ 言語聴覚士
⑨ 臨床心理士 ⑩ ケアマネジャー ⑪ 保健師
⑫ その他(具体的に: _____) ⑬ とくに資格は持っていない

6. 現在の職種
① 介護職 ② 相談援助職 ③ 介護支援専門職 ④ 看護職
⑤ リハビリテーション職 ⑥ その他(具体的に: _____)

7. 現在の職場
① 介護老人福祉施設 ② 介護老人保健施設 ③ グループホーム
④ デイサービス・デイケアセンター ⑤ 認知症対応型通所介護事業所
⑥ 訪問介護事業所 ⑦ 訪問看護事業所 ⑧ 居宅介護支援事業所
⑨ 地域包括支援センター ⑩ 小規模多機能型居宅介護事業所
⑪ その他(具体的に: _____)

8. 現在の職場でのあなたの役割

- ① 施設長・所長 ② サービス管理者 ③ 主任 ④ 介護士長 ⑤ 看護師長
⑥ グループリーダー ⑦ 相談支援室長 ⑧ 一般の職員
⑨ その他(具体的に: _____)

9. これまで経験したことのある仕事 (あてはまるものをすべて選んでください)

- ① 訪問介護 ② 施設介護 ③ 通所介護 ④ 訪問看護 ⑤ 施設看護
⑥ 病院看護 ⑦ 地域保健 ⑧ 施設リハビリテーション ⑨ 病院リハビリテーション
⑩ 訪問リハビリテーション ⑪ 地域での相談支援 ⑫ 施設内での相談支援
⑬ 病院での相談支援 ⑭ グループホームでの介護
⑮ グループホームでの看護 ⑯ その他(具体的に: _____)

10. 認知症に関連する仕事での経験年数 合計で _____年 _____カ月

11. 前問の年数内に経験した職場の種類 (あてはまるものをすべて選んでください)

- ① 介護老人福祉施設 ② 介護老人保健施設 ③ グループホーム
④ デイサービス・デイケアセンター ⑤ 認知症対応型通所介護事業所
⑥ 訪問介護事業所 ⑦ 訪問看護事業所 ⑧ 居宅介護支援事業所
⑨ 地域包括支援センター ⑩ 小規模多機能型居宅介護事業所
⑪ その他(具体的に: _____)

12. これまでに認知症および認知症の人について、学習の経験はありますか。(あてはまるものをすべて選んでください)

- ① 学校時代に講義で学んだ ② 学校時代に実習で学んだ ③ 職場の研修で学んだ
④ 職場外の研修で学んだ ⑤ 普段の仕事の中で先輩から学んだ
⑥ 介護者である家族から学んだ ⑦ 教育教材や書籍・雑誌から自己学習で学んだ
⑧ その他(具体的に: _____)

13. 以下のうち、正しいと思うものを、すべて、選んでください。

- ① 認知症とは先天的な認知機能の障害である
② 認知症になると必ず徘徊をする
③ 認知症になっても喜怒哀楽は豊かである
④ 認知症の中で最も多いのは前頭側頭型認知症である
⑤ 認知症は薬で治すことができる
⑥ アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は進行しない
⑦ BPSD とは Behavioral and Physical Symptoms of Dementia の略である

- ⑧ 認知症になると何もわからないので楽しくて幸せである
- ⑨ 認知症になっても初期であれば昔の記憶は残っている場合が多い
- ⑩ 交通事故でも認知症になる

II 認知症および認知症の人に関する意識をお尋ねします。

以下の質問に、マークシートの①「全くそう思わない」～⑤「強くそう思う」のいずれか当てはまるものにマークしてお答えください。

A あなたは、認知症の人について、次のように思っていますか、あるいは思わないですか。

1. 認知症の人は、衛生状態が良くない。
2. 認知症の人は何をするかわからない。
3. 認知症の人は人間的な魅力が薄れてきているように見える。
4. 認知症の人はささいな存在である。
5. 認知症の人は、複雑で面白い会話ができない。
6. 認知症の人は、何を言われてもすぐに忘れてしまう。
7. 認知症の人は、私が何を言っているか理解できない。
8. 認知症の人は、自分の本能的な欲求のままに生活している。
9. 認知症の人は、同じことを何度も繰り返し話して他人をいらいらさせる。
10. 認知症の人は、地域の公共の施設を利用するのが難しい。
11. 認知症の人は、地域で暮らし続けることができない。
12. 認知症の人は、他人を煩わせないような環境で生活するのが最善である。

13. 認知症の人は、伝統的に大切にされてきたことを無視しがちである。
14. 認知症の人は、他者に気遣うことができない。
15. 認知症の人と、眼を合わせないようにする。
16. 認知症の人と一緒に食事はしたくない。
17. 認知症の人から話しかけられるのが好きではない。
18. 認知症の人と一緒に空間にいるのが好きではない。
19. 認知症の人について特に興味はない。
20. 認知症の人は、多くのことに、関わりたがったり、関心を持ったりする。
21. 認知症の人は、他人に関心を寄せ、他人を思いやる。
22. 認知症の人は、一緒に居て楽しい。
23. 認知症の人を訪ねることに躊躇はない。
24. 認知症の人から学ぶことが多い。
25. 認知症の人は、人生の知恵があるので尊敬されている。
26. 認知症の人の生活の日常生活は人間らしい。
27. 認知症の人は、たくさんの知識を持っている。

B あなたは、もしご自分が認知症になったら、次のように思いますか、あるいは思わないですか。

28. もし自分が認知症になっても、家族にはそれを知られたくない。

29. もし自分が認知症になったら、近所の人にはそれを知られたくない。

30. もし自分が認知症になったら、周囲の人々は、私のことを真剣に考えてくれなくなると思う。

31. もし自分が認知症になっても、家族は私を支えてくれると思う。

32. もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う。

33. もし自分が認知症になっても、生きることを諦めることはないと思う。

34. もし自分が認知症になっても、喜怒哀楽の感情は残ると思う。

35. もし自分が認知症になっても、生活環境に適応しようと努力すると思う。

36. もし自分が認知症になったら、日常生活のいろいろなことができなくなると思う。

質問は以上です。

長時間ご協力いただき、ありがとうございました。

【 回答用紙 】 「 職 員 」

I. 属性

1. (1) (2)
2. 西暦 年
3. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
(8) (9)
- ⑩記入欄： ()
5. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
(8) (9) (10) (11) (12) (13)
- ⑫記入欄： ()
6. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- ⑥記入欄： ()
7. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
(8) (9) (10) (11)
- ⑪記入欄： ()
8. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
(8) (9)
- ⑨記入欄： ()
9. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
(8) (9) (10) (11) (12) (13) (14)
(15) (16)
- ⑯記入欄： ()
10. 年 ヶ月
11. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
(8) (9) (10) (11)
- ⑪記入欄： ()
12. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
(8)
- ⑧記入欄： ()
13. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
(8) (9) (10)

II. 意識

- 全くそう思わない そう思わない どちらとも言えない そう思う 強くそう思う
- A
1. (1) (2) (3) (4) (5)
2. (1) (2) (3) (4) (5)
3. (1) (2) (3) (4) (5)
4. (1) (2) (3) (4) (5)
5. (1) (2) (3) (4) (5)
6. (1) (2) (3) (4) (5)
7. (1) (2) (3) (4) (5)
8. (1) (2) (3) (4) (5)
9. (1) (2) (3) (4) (5)
10. (1) (2) (3) (4) (5)
11. (1) (2) (3) (4) (5)
12. (1) (2) (3) (4) (5)
13. (1) (2) (3) (4) (5)
14. (1) (2) (3) (4) (5)
15. (1) (2) (3) (4) (5)
16. (1) (2) (3) (4) (5)
17. (1) (2) (3) (4) (5)
18. (1) (2) (3) (4) (5)
19. (1) (2) (3) (4) (5)
20. (1) (2) (3) (4) (5)
21. (1) (2) (3) (4) (5)
22. (1) (2) (3) (4) (5)
23. (1) (2) (3) (4) (5)
24. (1) (2) (3) (4) (5)
25. (1) (2) (3) (4) (5)
26. (1) (2) (3) (4) (5)
27. (1) (2) (3) (4) (5)
- B
28. (1) (2) (3) (4) (5)
29. (1) (2) (3) (4) (5)
30. (1) (2) (3) (4) (5)
31. (1) (2) (3) (4) (5)
32. (1) (2) (3) (4) (5)
33. (1) (2) (3) (4) (5)
34. (1) (2) (3) (4) (5)
35. (1) (2) (3) (4) (5)
36. (1) (2) (3) (4) (5)

(ご協力ありがとうございました)

認知症ケア関連専門職の方々への調査票

I 聞き取りさせていただく職員の方のフェイスシート

性別： 1. 女性 2. 男性

お生まれの年： 西暦 _____年

学歴： 1. 高卒 2. 専門学校卒 3. 大卒 4. 大学院卒 5. その他

学んだ専門領域： 1. 介護 2. ソーシャルワーク 3. 看護 4. 理学療法
5. 作業療法 6. OT/PT 以外のリハ
7. その他(具体的に: _____)

保有資格： 1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 4. ホームヘルパー 4. 看護師
5. 准看護師 6. 理学療法士 7. 作業療法士 8. 言語聴覚士
9. 臨床心理士 10. ケアマネジャー 11. 保健師
12. その他(具体的に: _____)
13. とくに資格は持っていない

現在の職業： 1. 介護職 2. 相談援助職 3. 介護支援専門職
4. 看護職 5. リハビリテーション職
6. その他(具体的に: _____)

現在の職場： 1. 指定介護老人福祉施設 2. 指定介護老人保健施設
3. グループホーム 4. デイサービスセンター
5. 在宅介護事業所 6. 訪問看護事業所
7. 在宅介護支援事業所 8. 地域包括支援センター
9. その他(具体的に: _____)

職場での役割： 1. 施設長・所長 2. 主任 3. 介護士長 4. 看護師長
5. グループリーダー 6. 相談支援室長 7. 一般の職員
8. その他(具体的に: _____)

- これまで経験した仕事：
1. 訪問介護
 2. 施設介護
 3. 通所介護
 4. 訪問看護
 5. 施設看護
 6. 病院・医院看護
 7. 地域保健
 8. 施設リハビリテーション
 9. 病院リハビリテーション
 10. 地域リハビリテーション
 11. 地域での相談支援
 12. 施設内での相談支援
 13. 病院での相談支援
 14. グループホーム介護
 15. その他(具体的に：)

認知症関連の仕事での経験年数： 合計で _____年 _____ 月
経験した事業所の種類 老健、通所リハ、居宅ケアマネ、施設ケアマネ、特養
その他(具体的に：)

II 認知症に関する認識

1. 認知症の方と初めて対面した時、どう感じましたか。
2. 認知症の方は、あなたに自分が認知症であると教えてくれますか。あるいは認知症であることを隠しますか。隠そうとする場合、どうしてだと思いますか。
3. 認知症の方は、専門医の診断を受けるべきだと思いますか。診断を受けることはどんな意味を持つとお考えですか。
4. 医師から認知症だと診断された場合、それを周囲の人々に伝えておくべきだと思いますか。
5. あなたは、認知症を、どのように受容し、対応するように心がけていますか。受容・対応で何か難しさがありますか。

6. 認知症の方をケアするうえで、認知症であるからとくに困ることはありますか。
7. あなたは、認知症の方のご家族との関係を上手くやれていると思いますか。
8. これまでに、認知症の方に対するご自身の認識や理解を変化させるきっかけとなる出来事を経験したことはありますか。(たとえば、研修や体験など)
9. 新聞やテレビ、映画などに登場する認知症に関する観方についてどのように考えていますか。
10. 一般市民が認知症に対して持っている観方はどのようなものだと思いますか。
11. 認知症の方々に提供されるケア・サービスを含む健康及び社会福祉サービスの現状について、どのように評価されていますか。どのような問題があると思いますか。
12. 地域社会が認知症に対して否定的な認識を持っていると思いますか。認知症に対する否定的な認識があるとしたら、具体的にどのようなことがあげられますか。
13. 認知症の方を介護している家族に対して、地域社会が否定的な認識を持っていると思いますか。そうであるとしたら、具体的にどのようなことがあげられますか。
14. 認知症の方々が、認知症であるということを理由に差別を受けていると気付いたことはありますか。具体的にどのようなことがありましたか。
15. 認知症であることを社会に隠したり、遠慮して生きないで良いようにするためにどのような取組みが必要だと思いますか。

資料 2-1

I. 市民調査集計表

表 1 調査対象者の基本属性 (N=1,627)

性別		
女性	923	(56.7)
男性	704	(43.3)
年齢		
	平均 50.2 歳	範囲 8~94 歳 標準偏差 15.7
~10 代	27	(1.7)
20 代~30 代	433	(26.7)
40 代~50 代	651	(40.1)
60 代~70 代	684	(29.8)
80 代~	29	(1.8)

※欠損 3

カッコ内の数字はパーセントを示す

表 2 認知症の人との対面経験・場所

対面経験 (N=1,622)	
会ったことがない	342 (21.1)
会っただけで話したことはない	142 (8.8)
会って、挨拶程度でも話したことがある	409 (25.2)
一緒に活動したことがある	377 (23.2)
一緒に生活したことがある	352 (21.7)
対面場所 (N=1,280) 複数回答	
公共の乗り物の中で	17 (1.3)
病院や施設で	557 (43.5)
街中や地元の地域で	241 (18.8)
在宅で	391 (30.5)
その他	91 (7.1)

カッコ内の数字はパーセントを示す

表 3 認知症に関する教育機会 (N=1,627)

複数回答

小中高で学んだ	70 (4.3)
高等教育機関又は職場での教育で学んだ	527 (32.4)
地域の集会、市民講座などで学んだ	184 (11.3)
身内又は家族介護経験者から学んだ	402 (24.7)
書籍、メディア、広報などから学んだ	900 (55.3)

カッコ内の数字はパーセントを示す

表 4 テレビ番組や映画などで認知症の人の映像を見たことがあるか (N=1,627)

ある	1,380 (85.3)
ない	237 (14.7) ※欠損 10

カッコ内の数字はパーセントを示す

表 5 認知症に関する知識 (N=1,627)

知識得点 (10 点満点)	平均 8.0	範囲 3~10	標準偏差 1.2
項目別解答	そう思う	そう思わない	
1. 認知症とは先天的な認知機能の障害である	125 (7.7)	1,502 (92.3)	
2. 認知症になると必ず徘徊する	158 (9.7)	1,469 (90.3)	
3. 認知症になっても喜怒哀楽は豊かである	1,033 (63.5)	594 (36.5)	
4. 認知症の中で最も多いのは前頭側頭型認知症である	219 (13.5)	1,408 (86.5)	
5. 認知症は薬で治すことができる	177 (10.9)	1,450 (89.1)	
6. アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は進行しない	26 (1.6)	1,601 (98.4)	
7. BPSD とは Behavioral and Physical Symptoms of Dementia の略である	139 (8.5)	1,488 (91.5)	
8. 認知症になると何もわからないので楽しくて幸せである	31 (1.9)	1,596 (98.1)	
9. 認知症になっても初期であれば昔の記憶は残っている場合が多い	1,010 (62.1)	617 (37.9)	
10. 交通事故でも認知症になる	463 (28.5)	1,164 (71.5)	

カッコ内の数字はパーセントを示す

項目別解答の太字の数字は正答を示す

表 6 認知症スティグマ質問項目 (N=1, 627)

質問項目	1. 全くそう 思わない	2. そう思わな い	3. どちらと も言えない	4. そう思う	5. 強くそう 思う
1. 認知症 の人は、衛生状態が良くない	166 (10.2)	405 (24.9)	654 (40.2)	337 (20.7)	65 (4.0)
2. "は何をするか分からない	75 (4.6)	312 (19.2)	617 (37.9)	496 (30.5)	127 (7.8)
3. "は人間的な魅力が薄れてきている	222 (13.6)	590 (36.3)	527 (32.4)	256 (15.7)	32 (2.0)
4. "はささいな存在である	490 (30.1)	630 (38.7)	434 (26.7)	57 (3.5)	16 (1.0)
5. "は複雑で面白い会話ができない	209 (12.8)	597 (36.7)	539 (33.1)	239 (14.7)	43 (2.6)
6. "は何を言われてもすぐに忘れる	123 (7.6)	446 (27.4)	558 (34.3)	412 (25.3)	88 (5.4)
7. "は私が何を言っているのか理解できない	150 (9.2)	591 (36.3)	623 (38.3)	222 (13.6)	41 (2.5)
8. "は自分の本能的な欲求のままに生活している	122 (7.5)	502 (30.9)	627 (38.5)	332 (20.4)	44 (2.7)
9. "は同じことを何度も繰り返して他人をいらいらさせる	92 (5.7)	339 (20.8)	635 (39.0)	490 (30.1)	71 (4.4)
10. "は地域の公共の施設を利用するのが難しい	133 (8.2)	440 (27.0)	582 (35.8)	418 (25.7)	54 (3.3)
11. "は地域で暮らし続けることができない	258 (15.9)	656 (40.3)	532 (32.7)	158 (9.7)	23 (1.4)
12. "は他人を煩わせないような環境で生活するのが最善である	242 (14.9)	520 (32.0)	641 (39.4)	198 (12.2)	26 (1.6)
13. "は伝統的に大切にされてきたことを無視しがちである	207 (12.7)	593 (36.4)	684 (42.0)	117 (7.2)	26 (1.6)
14. "は他者に気遣うことができない	178 (10.9)	597 (36.7)	554 (34.1)	268 (16.5)	30 (1.8)
15. "と、眼を合わせないようにする	615 (37.8)	589 (36.2)	353 (21.7)	54 (3.3)	16 (1.0)
16. "と一緒に食事はしたくない	454 (27.9)	617 (37.9)	437 (26.9)	103 (6.3)	16 (1.0)
17. "から話しかけられるのが好きではない	438 (26.9)	614 (37.7)	462 (28.4)	101 (6.2)	12 (0.7)
18. "と一緒に空間にいるのが好きではない	418 (25.7)	607 (37.3)	483 (29.7)	109 (6.7)	10 (0.6)
19. "について特に関心はない	374 (23.0)	567 (34.8)	504 (31.0)	153 (9.4)	29 (1.8)
20. " <u>は多くのことに関わりたがったり、関心を持ったりする</u>	84 (5.2)	446 (27.4)	887 (54.5)	179 (11.0)	31 (1.9)
21. " <u>は、他人に関心を寄せ、他人を思いやる</u>	73 (4.5)	359 (22.1)	975 (59.9)	196 (12.0)	24 (1.5)
22. " <u>は、一緒にいて楽しい</u>	77 (4.7)	312 (19.2)	1,034 (63.6)	175 (10.8)	29 (1.8)
23. " <u>を訪ねることに躊躇はない</u>	81 (5.0)	241 (14.8)	811 (49.8)	398 (24.5)	96 (5.9)
24. " <u>から学ぶことが多い</u>	64 (3.9)	211 (13.0)	784 (48.2)	448 (27.5)	120 (7.4)
25. " <u>は、人生の知恵があるので尊敬されている</u>	107 (6.6)	367 (22.6)	940 (57.8)	178 (10.9)	35 (2.2)
26. " <u>の生活の日常生活は人間らしい</u>	89 (5.5)	309 (19.0)	921 (56.6)	268 (16.5)	40 (2.5)
27. " <u>はたくさん知識を持っている</u>	83 (5.1)	288 (17.7)	958 (58.9)	259 (15.9)	39 (2.4)
28. <u>もし自分が認知症になっても、家族にはそれを知られたくない</u>	487 (29.9)	643 (39.5)	304 (18.7)	149 (9.2)	44 (2.7)
29. " <u>なったら、近所の人にはそれを知られたくない</u>	223 (13.7)	425 (26.1)	461 (28.3)	405 (24.9)	113 (6.9)
30. " <u>なったら、周囲の人々は、私のことを真剣に考えてくれなくなると思う</u>	125 (7.7)	470 (28.9)	698 (42.9)	270 (16.6)	64 (3.9)
31. " <u>なっても、家族は私を支えてくれると思う</u>	190 (11.7)	719 (44.2)	502 (30.9)	155 (9.5)	61 (3.7)
32. " <u>なったら、悲しく当惑すると思う。</u>	58 (3.6)	130 (8.0)	450 (27.7)	656 (40.3)	333 (20.5)
33. " <u>なっても、生きることを諦めることはないと思う</u>	132 (8.1)	589 (36.2)	671 (41.2)	160 (9.8)	75 (4.6)
34. " <u>なっても、喜怒哀楽の感情は残ると思う</u>	149 (9.2)	691 (42.5)	623 (38.3)	121 (7.4)	43 (2.6)
35. " <u>なっても、生活環境に適応しようと努力すると思う</u>	123 (7.6)	653 (40.1)	647 (39.8)	148 (9.1)	56 (3.4)
36. " <u>なったら、日常生活のいろいろなことができなくなると思う</u>	29 (1.8)	111 (6.8)	489 (30.1)	784 (48.2)	214 (13.2)

カッコ内の数字はパーセントを示す

下線の項目は、尺度得点として用いる場合は反転処理をする項目

表7 自分または家族が認知症になった場合の援助希求先 (N=1, 627)

あなたは、もし、物事を忘れっぽくなり、それが認知症の始まりの兆候ではないかと気になり始めたら、次のリストの中の誰に助けを求めることになると思いますか。

	有り得ない	有り得る	当てはまらない	欠損値
1. 配偶者	81 (5.0)	1,266 (78.2)	271 (16.7)	9
2. 子ども	124 (7.7)	1,245 (77.3)	242 (15.0)	16
3. 兄弟姉妹	463 (29.0)	783 (49.0)	351 (22.0)	30
4. 親	530 (33.2)	533 (33.4)	535 (33.5)	29
5. 友人	685 (42.9)	491 (30.8)	420 (26.3)	31
6. その他の親戚や家族の人達	706 (44.3)	469 (29.5)	417 (26.2)	35
7. カウンセラー、臨床心理士	382 (24.0)	1,208 (76.0)	-	37
8. 行政の窓口	502 (31.5)	1,092 (68.5)	-	33
9. 保健所 (保健福祉センター)	593 (37.5)	989 (62.5)	-	45
10. 福祉事務所	563 (35.6)	1,017 (64.4)	-	47
11. 地域包括支援センター	462 (29.2)	1,119 (70.8)	-	46
12. 老人ホームなどの施設	520 (33.1)	1,052 (66.9)	-	55
13. 電話相談	771 (48.9)	806 (51.1)	-	50
14. 専門医・かかりつけ医	277 (17.5)	1,307 (82.5)	-	43
15. 誰にも助けを求めない	1,276 (81.1)	297 (18.9)	-	54

あなたは、もし、あなたの近い家族に認知症の初期症状が見られるようになったら、当人に代わって、次のリストの中の誰に、助けを求めることになると思いますか。

	有り得ない	有り得る	当てはまらない	欠損値
1. 配偶者	87 (5.4)	1,264 (78.6)	258 (16.0)	18
2. 子ども	153 (9.5)	1,237 (76.9)	219 (13.6)	18
3. 兄弟姉妹	297 (18.6)	1,064 (66.6)	236 (14.8)	30
4. 親	439 (27.6)	693 (43.6)	458 (28.8)	37
5. 友人	656 (41.2)	578 (36.3)	359 (22.5)	34
6. その他の親戚や家族の人達	570 (35.9)	741 (46.7)	275 (17.3)	41
7. カウンセラー、臨床心理士	469 (29.8)	1,105 (70.2)	-	53
8. 行政の窓口	455 (28.8)	1,123 (71.2)	-	49
9. 保健所 (保健福祉センター)	568 (35.9)	1,016 (64.1)	-	43
10. 福祉事務所	498 (31.3)	1,091 (68.7)	-	38
11. 地域包括支援センター	401 (25.2)	1,190 (74.8)	-	36
12. 老人ホームなどの施設	441 (27.9)	1,140 (72.1)	-	46
13. 電話相談	736 (46.6)	845 (53.4)	-	46
14. 専門医・かかりつけ医	227 (14.2)	1,367 (85.8)	-	33
15. 誰にも助けを求めない	1,372 (87.0)	205 (13.0)	-	50
16. 最終段階まで助けは求めない	1,353 (85.9)	223 (14.1)	-	51

カッコ内の数字はパーセントを示す

資料 2-2

II. 職員調査集計表

表1 調査対象者の基本属性 (N=2,717)

性別			
女性	1,962	(72.2)	
男性	755	(27.8)	
年齢			
	平均 43.1 歳	範囲 16~82 歳	標準偏差 13.3
~30 代	1,168	(43.3)	
40 代~50 代	1,158	(42.9)	
60 代~	375	(13.8)	※欠損 16
学歴			
高校卒	916	(33.8)	
専門学校・短期大学卒	1,227	(45.3)	
大学卒	440	(16.2)	
大学院卒	22	(0.8)	
その他	107	(3.9)	※欠損 5
主な資格 複数回答			
介護福祉士	1,268	(46.7)	
社会福祉士	133	(4.9)	
ヘルパー・初任者研修	636	(23.4)	
看護師・准看護師	463	(17.1)	
リハビリ (PT, OT, ST)	134	(4.7)	
介護支援専門員	428	(15.8)	
主な職種 複数回答			
介護職	1,494	(55.0)	
相談援助職	128	(4.7)	
介護支援専門職	142	(5.2)	
看護職	394	(14.5)	
リハビリテーション職	141	(5.2)	
事務職	169	(6.2)	
栄養調理職	75	(2.8)	
営繕・運転等	80	(2.9)	
主な職場 複数回答			
介護老人福祉施設	782	(28.8)	
介護老人保健施設	368	(13.5)	
グループホーム	172	(6.3)	
通所介護・通所リハビリ事業所	425	(15.6)	
認知症対応型通所介護事業所	23	(0.8)	
訪問介護事業所	114	(4.2)	
訪問看護事業所	94	(3.5)	
居宅介護支援事業所	89	(3.3)	
地域包括・在宅介護支援センター	44	(1.6)	
小規模多機能型居宅介護支援事業所	89	(3.3)	
病院・診療所	328	(12.1)	
保育施設等	34	(1.3)	
障害者施設	16	(0.6)	
法人本部	24	(0.9)	
職場での役割			
施設長・所長・理事等	100	(3.7)	
サービス管理者	75	(2.8)	
職種の統括者 (職種の長、主任、副主任)	289	(10.7)	
グループリーダー	191	(7.1)	
一般職員	2,009	(74.4)	
その他	38	(1.3)	※欠損 15

カッコ内の数字はパーセントを示す

表 2 認知症関連の仕事の経験 (N=2,717)

経験年数	
経験なし	428 (15.8)
1年未満	129 (4.8)
1年以上3年未満	285 (10.5)
3年以上5年未満	279 (10.3)
5年以上10年未満	668 (24.6)
10年以上	924 (34.0)

※欠損 4

主な経験場所 複数回答	
介護老人福祉施設	1,001 (36.8)
介護老人保健施設	654 (24.1)
グループホーム	379 (13.9)
通所介護・通所リハビリ事業所	717 (26.4)
認知症対応型通所介護事業所	98 (3.6)
訪問介護事業所	197 (7.3)
訪問看護事業所	96 (3.5)
居宅介護支援事業所	142 (5.2)
地域包括・在宅介護支援センター	75 (2.8)
小規模多機能型居宅介護事業所	127 (4.7)
医療機関	235 (8.6)
ケアハウス等	79 (2.9)

カッコ内の数字はパーセントを示す

表 3 認知症に関する教育機会 (N=2,717)

複数回答

学校時代に講義で学んだ	998 (36.7)
学校時代に実習で学んだ	727 (26.8)
職場の研修で学んだ	1,724 (63.5)
職場外の研修で学んだ	1,024 (37.7)
普段の仕事の中で先輩から学んだ	1,332 (49.0)
介護者である家族から学んだ	329 (12.1)
教育教材や書籍・雑誌から自己学習で学んだ	904 (33.3)
その他	86 (3.2)

カッコ内の数字はパーセントを示す

表 4 認知症に関する知識 (N=2,717)

知識得点 (10点満点)	平均 8.2 範囲 3~10 標準偏差 1.1	
項目別解答	そう思う	そう思わない
1. 認知症とは先天的な認知機能の障害である	200 (7.4)	2,517 (92.6)
2. 認知症になると必ず徘徊する	75 (2.8)	2,642 (97.2)
3. 認知症になっても喜怒哀楽は豊かである	1,961 (72.2)	756 (27.8)
4. 認知症の中で最も多いのは前頭側頭型認知症である	344 (12.7)	2,373 (87.3)
5. 認知症は薬で治すことができる	165 (6.1)	2,552 (93.9)
6. アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は進行しない	28 (1.0)	2,689 (99.0)
7. BPSDとは Behavioral and Physical Symptoms of Dementiaの略である	604 (22.2)	2,113 (77.8)
8. 認知症になると何もわからないので楽しくて幸せである	16 (0.6)	2,701 (99.4)
9. 認知症になっても初期であれば昔の記憶は残っている場合が多い	1,576 (58.0)	1,141 (42.0)
10. 交通事故でも認知症になる	1,165 (42.9)	1,552 (57.1)

カッコ内の数字はパーセントを示す

項目別解答の太字の数字は正答を示す

表5 認知症スティグマ質問項目 (N=2,717)

質問項目	1. 全くそう 思わない	2. そう思わな い	3. どちらと も言えない	4. そう思う	5. 強くそう 思う
1. 認知症 の人は、衛生状態が良くない	381 (14.0)	715 (26.3)	1,065 (39.2)	478 (17.6)	78 (2.9)
2. "は何をするか分からない	213 (7.8)	610 (22.5)	1,052 (38.7)	684 (25.2)	158 (5.8)
3. "は人間的な魅力が薄れてきている	722 (26.6)	1,251 (46.0)	583 (21.5)	136 (5.0)	25 (0.9)
4. "はささいな存在である	1,283 (47.2)	890 (32.8)	447 (16.5)	71 (2.6)	26 (1.0)
5. "は複雑で面白い会話ができない	693 (25.5)	1,261 (46.4)	573 (21.1)	153 (5.6)	37 (1.4)
6. "は何を言われてもすぐに忘れる	455 (16.7)	1,109 (40.8)	790 (29.1)	302 (11.1)	61 (2.2)
7. "は私が何を言っているのか理解できない	496 (18.3)	1,288 (47.4)	781 (28.7)	129 (4.7)	23 (0.8)
8. "は自分の本能的な欲求のままに生活している	377 (13.9)	1,105 (40.7)	900 (33.1)	293 (10.8)	42 (1.5)
9. "は同じことを何度も繰り返して他人をいらいらさせる	266 (9.8)	812 (29.9)	1,129 (41.6)	444 (16.3)	66 (2.4)
10. "は地域の公共の施設を利用するのが難しい	359 (13.2)	1,033 (38.0)	879 (32.4)	380 (14.0)	66 (2.4)
11. "は地域で暮らし続けることができない	679 (25.0)	1,236 (45.5)	646 (23.8)	128 (4.7)	28 (1.0)
12. "は他人を煩わせないような環境で生活するのが最善である	727 (26.8)	1,179 (43.4)	685 (25.2)	94 (3.5)	32 (1.2)
13. "は伝統的に大切にされてきたことを無視しがちである	623 (22.9)	1,232 (45.3)	766 (28.2)	79 (2.9)	17 (0.6)
14. "は他者に気遣うことができない	608 (22.4)	1,348 (49.6)	593 (21.8)	141 (5.2)	27 (1.0)
15. "と、眼を合わせないようにする	1,737 (63.9)	736 (27.1)	205 (7.5)	25 (0.9)	14 (0.5)
16. "と一緒に食事はしたくない	1,499 (55.2)	861 (31.7)	297 (10.9)	40 (1.5)	20 (0.7)
17. "から話しかけられるのが好きではない	1,515 (55.8)	869 (32.0)	289 (10.6)	30 (1.1)	14 (0.5)
18. "と一緒に空間にいるのが好きではない	1,447 (53.3)	908 (33.4)	314 (11.6)	35 (1.3)	13 (0.5)
19. "について特に関心はない	1,245 (45.8)	979 (36.0)	428 (15.8)	49 (1.8)	16 (0.6)
20. "は多くのことに関わりたがったり、 <u>関心を持ったりする</u>	151 (5.6)	590 (21.7)	1,483 (54.6)	422 (15.5)	71 (2.6)
21. "は、他人に関心を寄せ、他人を思いやる	83 (3.1)	381 (14.0)	1,637 (60.3)	536 (19.7)	80 (2.9)
22. "は、一緒にいて楽しい	70 (2.6)	262 (9.6)	1,560 (57.4)	677 (24.9)	148 (5.4)
23. "を訪ねることに躊躇はない	110 (4.0)	308 (11.3)	973 (35.8)	987 (36.3)	339 (12.5)
24. "から学ぶことが多い	77 (2.8)	210 (7.7)	760 (28.0)	1,116 (41.1)	554 (20.4)
25. "は、人生の知恵があるので尊敬されている	90 (3.3)	385 (14.2)	1,602 (59.0)	521 (19.2)	119 (4.4)
26. "の生活の日常生活は人間らしい	60 (2.2)	384 (14.1)	1,521 (56.0)	601 (22.1)	151 (5.6)
27. "はたくさん知識を持っている	54 (2.0)	314 (11.6)	1,527 (56.2)	669 (24.6)	153 (5.6)
28. <u>もし自分が認知症になっても、家族にはそれを知られたくない</u>	990 (36.4)	1,005 (37.0)	482 (17.7)	169 (6.2)	71 (2.6)
29. "になったら、近所の人にはそれを知られたくない	477 (17.6)	734 (27.0)	768 (28.3)	566 (20.8)	172 (6.3)
30. "になったら、周囲の人々は、私のことを真剣に考えてくれなくなると思う	231 (8.5)	794 (29.2)	1,196 (44.0)	387 (14.2)	109 (4.0)
31. "なっても、家族は私を支えてくれると思う	104 (3.8)	239 (8.8)	940 (34.6)	1,098 (40.4)	336 (12.4)
32. "になったら、悲しく当惑すると思う。	76 (2.8)	210 (7.7)	798 (29.4)	1,068 (39.3)	565 (20.8)
33. "なっても、生きることを諦めること <u>はないと思う</u>	121 (4.5)	257 (9.5)	1,120 (41.2)	946 (34.8)	273 (10.0)
34. "なっても、喜怒哀楽の感情は残ると <u>思う</u>	66 (2.4)	142 (5.2)	833 (30.7)	1,230 (45.3)	446 (16.4)
35. "なっても、生活環境に <u>適応しようと努力すると思う</u>	83 (3.1)	195 (7.2)	1,105 (40.7)	1,087 (40.0)	247 (9.1)
36. "になったら、日常生活の <u>いろいろなことができなくなると思う</u>	52 (1.9)	198 (7.3)	872 (32.1)	1,185 (43.6)	410 (15.1)

カッコ内の数字はパーセントを示す

下線の項目は、尺度得点として用いる場合は反転処理をする項目

属性1

資料3

性別 n=85

		度数	パーセント
有効数	女性	58	68.2%
	男性	27	31.8%
	合計	85	100.0%

学歴(MA) n=84

		応答数		N=84に対する割合
		度数	パーセント	
学歴	1 高卒	17	19.5%	20.2%
	2 専門学校卒	34	39.1%	40.5%
	3 大卒	22	25.3%	26.2%
	4 大学院卒	2	2.3%	2.4%
	5 その他	12	13.8%	14.3%
合計		87	100.0%	

学んだ専門領域(MA) n=82

		応答数		N=82に対する割合
		度数	パーセント	
学んだ専門領域	1 介護	21	22.6%	25.6%
	2 ソーシャルワーク	17	18.3%	20.7%
	3 看護	10	10.8%	12.2%
	4 理学療法	1	1.1%	1.2%
	5 作業療法	3	3.2%	3.7%
	6 OT/PT以外のリハ	2	2.2%	2.4%
	7 その他	39	41.9%	47.6%
合計		93	100.0%	

属性2

保有資格(MA) n=85

		応答数		N=84に対する割合
		度数	パーセント	
保有資格	1 介護福祉士	47	27.0%	55.3%
	2 社会福祉士	17	9.8%	20.0%
	3 ホームヘルパー	15	8.6%	17.6%
	4 看護師	8	4.6%	9.4%
	5 准看護師	3	1.7%	3.5%
	6 理学療法士	1	0.6%	1.2%
	7 作業療法士	3	1.7%	3.5%
	8 言語聴覚士	2	1.1%	2.4%
	10 ケアマネジャー	35	20.1%	41.2%
	11 保健師	1	0.6%	1.2%
	12 その他	36	20.7%	42.4%
	13 とくに資格は持っていない	6	3.4%	7.1%
	合計		174	100.0%

現在の職業(MA) n=85

		応答数		N=85に対する割合
		度数	パーセント	
現在の職業	1 介護職	47	44.3%	55.3%
	2 相談援助職	16	15.1%	18.8%
	3 介護支援専門職	13	12.3%	15.3%
	4 看護職	8	7.5%	9.4%
	5 リハビリテーション職	6	5.7%	7.1%
	6 その他	16	15.1%	18.8%
合計		106	100.0%	124.7%

属性3

現在の職場 (MA) n=85

現在の職場	応答数		N=85に対する割合
	度数	パーセント	
1 指定介護老人福祉施設	24	26.7%	28.2%
2 指定介護老人保健施設	7	7.8%	8.2%
3 グループホーム	18	20.0%	21.2%
4 デイサービスセンター	13	14.4%	15.3%
5 在宅介護事業所	2	2.2%	2.4%
6 訪問看護事業所	1	1.1%	1.2%
7 在宅介護支援事業所	1	1.1%	1.2%
8 地域包括支援センター	7	7.8%	8.2%
9 その他	17	18.9%	20.0%
合計	90	100.0%	

職場での役割 (MA) n=84

職場での役割	応答数		N=84に対する割合
	度数	パーセント	
1 施設長・所長	13	14.3%	15.5%
2 主任	8	8.8%	9.5%
3 介護士長	1	1.1%	1.2%
5 グループリーダー	10	11.0%	11.9%
6 相談支援室長	1	1.1%	1.2%
7 一般の職員	36	39.6%	42.9%
8 その他	22	24.2%	26.2%
合計	91	100.0%	

属性4

これまで経験した仕事 (MA) n=82

これまで経験した仕事	応答数		N=85に対する割合
	度数	パーセント	
1 訪問介護	4	2.4%	4.9%
2 施設介護	38	22.6%	46.3%
3 通所介護	22	13.1%	26.8%
4 訪問看護	2	1.2%	2.4%
5 施設看護	7	4.2%	8.5%
6 病院・医院看護	9	5.4%	11.0%
7 地域保健	1	0.6%	1.2%
8 施設リハビリテーション	5	3.0%	6.1%
9 病院リハビリテーション	5	3.0%	6.1%
10 地域リハビリテーション	2	1.2%	2.4%
11 地域での相談支援	8	4.8%	9.8%
12 施設内での相談支援	16	9.5%	19.5%
13 病院での相談支援	3	1.8%	3.7%
14 グループホーム介護	17	10.1%	20.7%
15 その他	29	17.3%	35.4%
合計	168	100.0%	

経験した事業所の種類 (MA) n=75

経験した事業所の種類	応答数		N=75に対する割合
	度数	パーセント	
1 老健	18	14.1%	24.0%
2 通所リハ	9	7.0%	12.0%
3 居宅ケアマネ	6	4.7%	8.0%
4 施設ケアマネ	7	5.5%	9.3%
5 特養	37	28.9%	49.3%
6 その他	51	39.8%	68.0%
合計	128	100.0%	

質問1～15 分析結果の概要

質問項目		結果概要
Q1	初めて対面した時、どう感じたか	74%が「ショックだった」「戸惑った」「困った」「怖かった」「驚いた」「悲しかった」等の否定的な感情を抱いていた。一方、「面白かった」「楽しそう」「かわいいと思った」等の肯定的感情を抱いたという回答が14%、「普通であった」「特に驚かなかった」「勉強していた通りであった」等の中立的感情であったとの回答が21%であった。（* 否定的感情と肯定的感情、あるいは中立的感情が同居する回答もあり）
Q2	認知症であることを教えてくれるか、あるいは隠そうとするか	23.5%が「教えてくれたことがある」と回答。「教えてくれたことはない」が20.0%だが、「物忘れ等のことを言われた、相談された」経験があるという回答が35.3%、「隠そうとしている」「取り繕っているようだ」との主旨の回答が23.5%だった。「本人が認知症だということを分かっていない」という回答が4.7%であった。
Q3	専門医の診断を受けるべきか	「受けるべき」が95.3%、「どちらとも言えない」4.7%、「そうではない様子を見るべき」が1.2%。 「受けるべき」との回答の中で多いのは、診断を受けることでその後の対応が可能になるという主旨が多い（「薬23」「ケア13」「治療12」）。その他、「早期に8」という診断を受ける時期についての言及が多い。
Q4	周囲の人々に伝えておくべきか	「伝えるべき」が95.3%、「伝えなくてよい」が2.4%、「どちらとも言えない」が1.2%。 伝える範囲については家族や親戚まで、近所の方までなど分散している。少数だが、商店や金融機関との回答あり。

質問1～15 分析結果の概要

質問項目		結果概要
Q5	対応で心がけていること、難しさ	約7割が対応に「難しさがある」と回答している。言及されているのは、「伝えること/コミュニケーションの難しさ」「利用者の方の思い、考えていることを理解することの難しさ」「家族との対応の難しさ」といった点である。一方、心がけていることについては、「否定せず、受容し」「人として接すること」といった主旨の回答が多い。
Q6	ケアするうえで認知症であるからとくに困ること	約8割が困ることがあると回答。内容としてはコミュニケーション・意思疎通・伝えること・理解してもらうことの難しさ、利用者の思いや考えを読み取ることの難しさ、周辺症状に係る対応の難しさ、水分補給などの健康管理に関わる対応の難しさなどの回答が多い。
Q7	家族との関係を上手くやれていると思うか	約65%が「上手くやれている」と回答。約35%が上手くやれていないとは言えないが「対応に難しさを感じている」と回答。少数、「まだそれほど接点がないのでわからない」との回答あり。 上手くやれているという回答においては、家族に寄り添い、積極的にコミュニケーションを取る、丁寧に説明をするといったものが多い。一方、難しさを感じている場合に、家族が認知症を認めていない/認めたくないといった指摘がある。
Q8	認知症に対する認識や理解を変化させる経験	分散しているが、その中でも「研修」によって認識が変化したとの回答が多い(3割強)。そのほか、「仕事」の中で「先輩職員」「他の職員」の対応(約2割)、「利用者」との直接の関わりによって(約2割弱)、「(仕事)経験の積み重ねによって」(2割弱)といったところである。それらに共通するのは、他の職員の対応を見て/利用者との関わりを通じて「考える/考えた」ということである。

質問1～15 分析結果の概要		
質問項目	結果概要	
Q9	メディアの観方について	70.6%が否定的な観方をしている、28.2%が肯定的な観方をしていると回答。 否定的な観方については、「きれいに描きすぎ」「現実との乖離」「部分的」「大げさ」といった内容主なものである。一方、肯定的な観方については、「勉強になる」「伝えることは必要」「分かりやすく伝えている」「知ってもらう入口になる」といった主旨の回答があった。
Q10	一般市民の観方について	85.9%が否定的な観方をしていると回答。4.7%がポジティブ、7.1%が中立的な観方をしていると回答。 否定的な観方の代表的な回答は「怖い、恐怖」「偏見がある」「物忘れ、ボケ」など。ポジティブは「溶け込んできている」「普通に接してくれる」「偏見はない」、中立的な観方は「(否定的でも肯定的でもないが) 関心がある」「(そもそも認知症について) わからない、漠然、他人事」といった回答。
Q11	健康・福祉サービスの評価について	約9割が否定的な評価をしている。回答者の2割が肯定的な評価をするが、部分的には改善が必要などの指摘をしている。 否定的な評価の主なものにはサービス量の不足を指摘するもの、地域での在宅生活を支えるには質・量ともに不十分であることを指摘するものなどである。肯定的な回答については、以前に比べるとサービスの種類や量が増えてきたことを評価するものが多い。
Q12	地域社会が認知症に対して否定的な認識を持っているか	約7割強が否定的な認識を持っているという主旨の回答。「否定的ではない」との回答が約2割で残りの1割は「回答なし(よく分からない)」であった。 否定的な認識としては「徘徊」「物忘れ」「大変だ」「迷惑」といったもの。一方、否定的ではない観方としては「手伝いたい・支援」「かわいそう」といったものである。

質問1～15 分析結果の概要		
質問項目	結果概要	
Q13	認知症の方を介護する家族に対して地域社会が否定的な認識を持っているか	約2割が地域社会が家族に対して否定的な認識を持っていると回答。最も多いのは否定でも肯定でもなく「大変だね」という同情的な認識あるとの回答。そのほか、「手伝ってあげたいと思っている」「どう関わって(手伝って)いいかわからない」といった主旨の回答が続く。少数であるが「無関心」「自分からは関わらない」という回答あり。
Q14	認知症が理由による差別に気づいたことがあるか	約8割強が差別的なことがある(ネガティブ)という主旨の回答。「そういう場面を見たことがない」という回答が約1割強であった。差別的なことがある一方で、「支援してくれる」といったポジティブな面について言及する回答が約5%ほどあった。 どのような差別かについては、「本人がわからないので意思確認をしない、説明をしない」といったもの、場面としては「利用者同士」「地域」「職員」が言及された。少数ではあるが、「家族」「医療関係者」の対応について指摘するものもあり。
Q15	必要な取り組みについて	認知症の理解を深める、正確な情報提供、教育や勉強の場をつくること、認知症の人と直接関わる機会づくり、家族の相談窓口、地域の支援体制の構築といった主旨の回答が分散。

資料 4

【AKIHO評価指標】

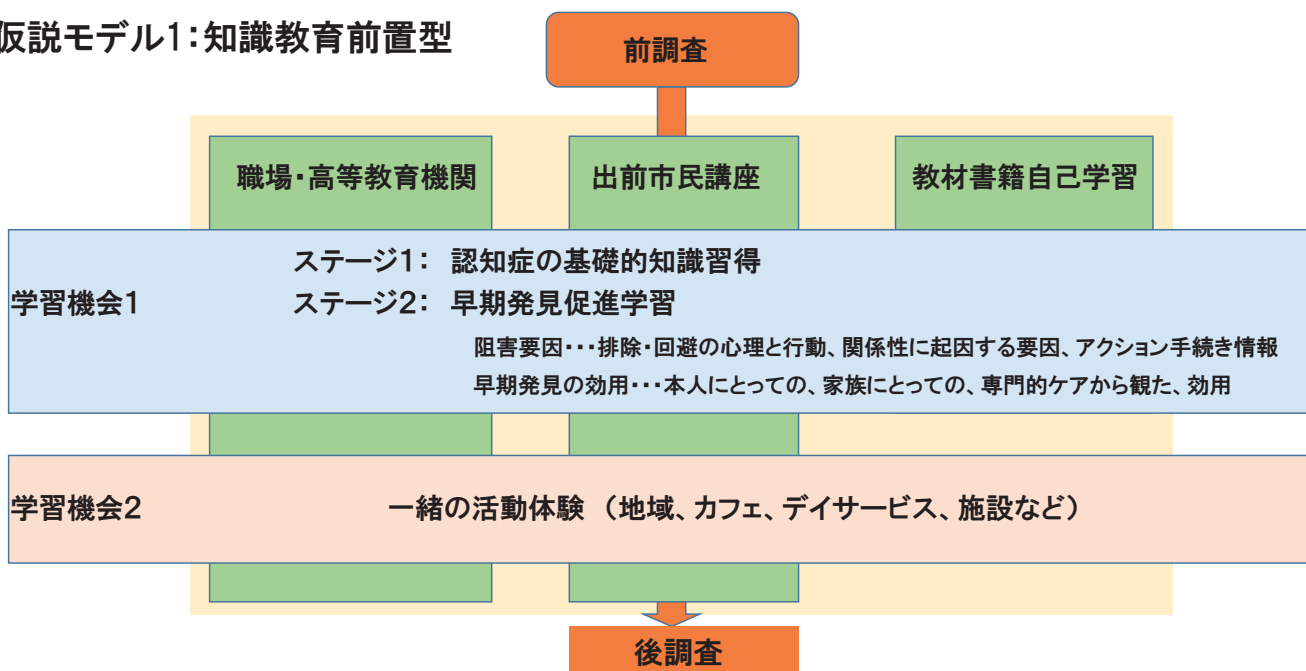
評価点

1. 全くそう思う 2. そう思う 3. どちらとも言えない 4. そう思わない 5. 全くそう思わない
(1点) (2点) (3点) (4点) (5点)

1. 認知症の人は私が何を言っているか理解できない
2. 認知症の人は自分の本能的な欲求のままに生活している
3. 認知症の人は何を言われてもすぐに忘れてしまう
4. 認知症の人は同じことを何度も繰り返し話して他人をいらいらさせる
5. 認知症の人は他者に気遣うことができない
6. 認知症の人は何をするかわからない
7. 認知症の人は伝統的に大切にされてきたことを無視しがちである
8. 認知症の人は他人を煩わせないような環境で生活するのが最善である
9. 認知症の人は人間的な魅力が薄れてきているように見える
10. 認知症人は地域の公共の施設を利用するのが難しい
11. 認知症の人は複雑で面白い会話ができない
12. 認知症の人は地域で暮らし続けることができない
13. 認知症の人は衛生状態が良くない
14. 認知症の人に特に関心はない
15. 認知症の人は人生の知恵があるので尊敬されている
16. 認知症の人はたくさんの知識を持っている
17. 認知症の人の日常生活は人間らしい
18. 認知症の人は一緒に居て楽しい
19. 認知症の人は他人に関心を寄せ、他人を思いやる
20. 認知症の人から学ぶことが多い
21. 認知症の人を訪ねることに躊躇はない

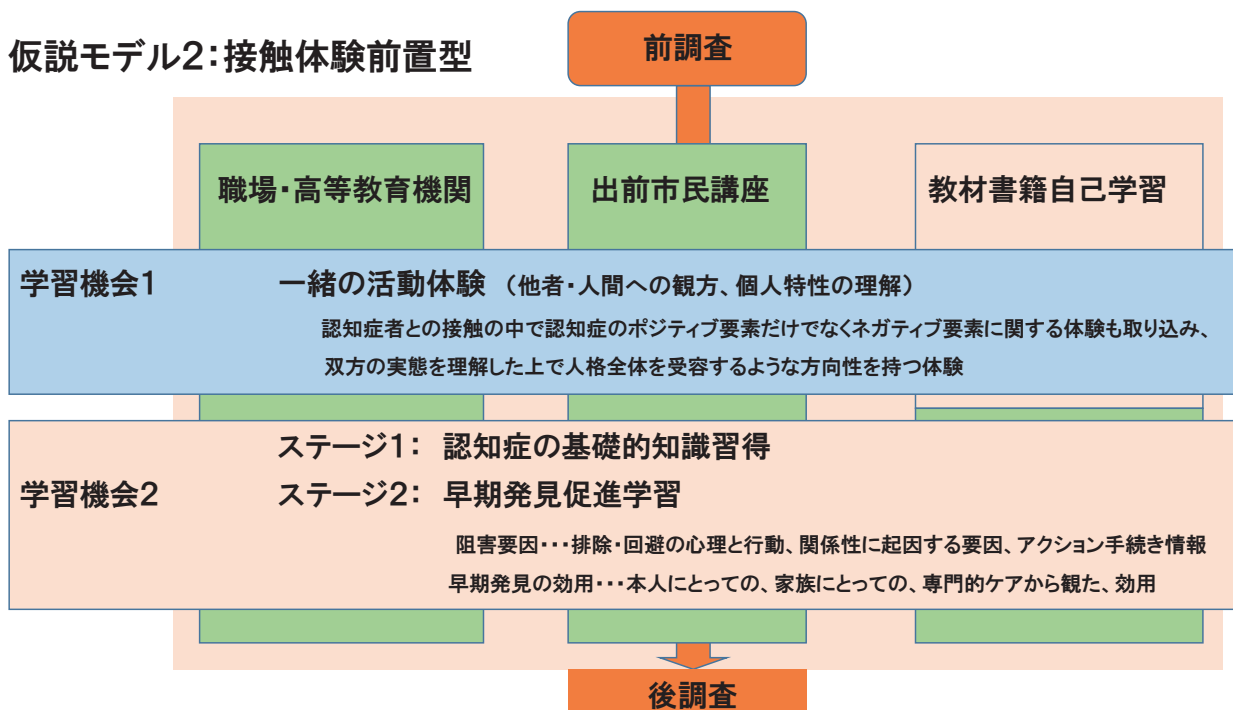
仮説総得点分布 21点～105点

仮説モデル1:知識教育前置型



OHICA改善促進スケール

仮説モデル2:接触体験前置型



平成 27 年度
認知症早期発見・初期集中対応促進に資するアウトカム指標と定量的評価スケールの開発に関する調査研究事業報告書

(平成27年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業)

平成 28 年 (2016 年) 3 月発行

特定非営利活動法人日本介護経営学会
<http://www.kaigokeieigakkai.jp/>
